医薬分業と薬事行政

樋口　善郎

はじめに

古来より治療と医薬品とはきってもきれない関係にある。たとえば、ホメロスの『イリアス』において、トロイア方の勇士パンダロスより矢傷を負わされたスパルタ王メネラオスはギリシアの医神アスクレピオスの子マカオンから「かつてケイロンが彼の父に好意のしるしとして贈った、痛みを鎮める妙薬」(1)を傷口に塗られる。日本でも『古事記』において、欺いた海の鰐に毛をはぎとられ裸にされた兎が大国主神から「今すみやかにこの水門に往き、水をもちて汝が身を洗い、すなわちその水門の蒲黄（蒲の花粉）を取りて、敷き散らして、その上にころまろべば、汝が身もとの膚のごと、必ずいえむ」(2)と治療法を教えられ、それによって癒される。今日でも、なんらかの病気になったとき、市販薬にしても処方薬にしても、医薬品の服用は治療の中心になり、治療のために医薬品の使用は欠かせない。とはいえ、マスコミなどで薬害エイズのような薬禍が報道される場合をのぞけば、薬剤師でもないかぎり、ふつうは医薬品の世界に注意を向ける機会は少ないであろう。しかしながら、気づかぬうちにここ十数年で日本の病院の風景はすっかり様変わりしてしまった。それはすなわち、薬の出し方である。かつては診察・治療を受けた病院内において薬が出されるのが一般的であった。しかし、最近は、多くの病院で、院外処方が行われるようになってきている。すなわち、病院での医師による診察後、医師から処方箋を出してもらい、それをたずさえて病院外の薬局において薬剤師から薬を出してもらうというかたちである。なぜ最近急にこのような医薬分業という激変が起こったのだろうか。サーヴィスをうける側、すなわち患者の利便を考慮してのものなのだろうか。それとも、別の理由があるのだろうか。欧米の医療を見た場合、医薬分業はかなり一般的である。それならば、日本は今更のように欧米の模倣をしようというのだろうか。それとも、そこにはなにか特別な事情があるのだろうか。

本稿では、第一章で現代日本の医薬分業の現状について確認し、第二章と第三章で医

薬分業の歴史についてヨーロッパおよび日本それぞれの場合を概観し、第四章で現代日本での医薬分業のメリット、デメリットを検討し、医薬品をめぐる日本の制度について考えてみたい。

１　医薬分業と「かかりつけ薬局」

『厚生労働白書』（平成十三年版）によれば、「医薬品等の有効性・安全性の確保等」のタイトルのもとに他のいくつかの項目と並べて「医薬分業の推進」が唱えられている。このことは、最初に述べた激変が厚生労働省の行政指導に起因していることを示している。同じ『白書』の「資料編」によれば、「医薬分業率の全国平均」は 1989 年には 11.3%であったのに対して、2000 年度には 39.5%に跳ね上がっている（この医薬分業率とは、「外来処方箋件数」に対する「薬局への処方箋枚数」の割合を示すものである）。ここ十数年の間に調剤薬局に対する医薬品の依存度が急激に高まっていることが、この数字からもうかがえる。しかし、医薬分業という激変が医療の現場の中から内発的に生じてきたものではなく、外側からの行政的圧力によってひき起こされているという以上、そのような圧力をかける理由があるはずである。

> 医薬分業については、「かかりつけ薬局」において薬歴が管理されることにより、複数診療科受診による重複投薬や相互作用の有無の確認を行うことができること、薬剤師による十分な服薬指導により、医師の処方どおりの服用等が期待されること等のメリットがあり、医薬品の適正使用には不可欠である。(3)

（a）薬局における薬歴の管理、（b）薬剤師による十分な服薬指導、という二つの点で、「医薬品の適正使用」、すなわち、患者が医薬品を適正に使用・服薬できるようになることを目的として、このような医薬分業が推進されたことがこの引用から分かる。この二点のうち、（b）すなわち、医薬品についての専門知識をもった薬剤師が服用方法・薬効・副作用などを指導することが医薬品の適正使用につながることは直観的にも理解できる。他方（a）はどのような場合なのだろうか。

先の『白書』からの引用には、「複数診療科受診による重複投薬や相互作用の有無の確認」とある。すなわち、複数の病院または、同じ病院でも複数の科で診療をうけた場合、異なる医師が同じ薬ないし、同じ効果の薬を処方してしまうことがある。また、異なる

医師がお互いにどのような薬を処方しているか知らないために、患者が効果を減弱させてしまう薬を飲んだり、あるいは、効果を増強させてしまう薬を飲んだりするというような危険性がある。具体例として 1993 年の「ソリブジン薬害」をあげることができよう。「ソリブジン」は帯状疱疹に効果のある薬として発売されたが、フルオロウラシル系抗がん薬を一緒に飲んだ患者に血液障害が発生し、発売から販売中止になる一ヶ月の間に十四人が死亡し、七人の重症患者を出した。ソリブジンの体内でできた代謝物がフルオロウラシル系薬の代謝をつかさどる酵素を阻害して、抗ガン薬の作用を強め、白血球や血小板が急激に減少するという障害が発生したのである。このような医薬品同士の相互作用であればまだしも、食品と医薬品、サプリメントと医薬品、市販薬と医薬品との間の相互作用になると、かなり立ち入った服薬指導を必要とする。たとえば、食品の場合をあげてみよう。納豆やクロレラを摂取すると、ワルファリンカリウム（商品名：ワーファリン）の作用が減弱される。納豆やクロレラが腸内でビタミン K を生成するためである。また、一部の Ca 拮抗薬とグレープフルーツジュースとの間にも相互作用がある。グレープフルーツ中のフラボノイドが腸内の薬物分解酵素の働きを阻害し、薬物の吸収量が上昇、効果が強く出てしまう。昨今人気のサプリメントと薬剤との間にも相互作用がある。血行促進作用のあるイチョウ葉は、血流をよくする薬（抗血小板剤や抗凝血剤など）との併用により、出血傾向になる。また、コエンザイム Q10 は、もともとは鬱血性心不全治療薬として発売されたものだが、2001 年に健康食品の成分として認可された。このサプリメントは、ビタミン E の抗酸化力を高め、自身も強力な抗酸化作用があるために、若返りの薬として女性をターゲットにして発売され、2004 年秋頃から爆発的に売れるようになった。しかし、これもビタミン K 様作用をもつため、ワルファリンの効果を減弱する可能性がある。市販薬と医薬品との相互作用であるが、たとえば、バファリン A に含まれているアスピリン成分が糖尿病薬（トルブタミドなど）の作用を高め、低血糖を引き起こす。このように食品、サプリメント、市販薬との間の相互作用が知られている以上、薬を処方する場合いろいろ気配りをしなければならないはずである。もちろん医師が自分の患者のことを熟知して、他にどのような病気にかかり、どのような薬を服用しているのか、どのような食生活を営んでいるかを掌握していれば、そのような相互作用は回避できるが、それは医師個人の努力にかかっている。主治医のような密接な関わりがあればまだしもであるが、多くの医師は、次から次にやってくる患者を捌くのに汲々としていてそのような余裕がないのが実情であろう。

では、医師個人の努力にたよってしか避けられないように見えるこのような危険性をいかにして回避することができるのか。それが『白書』からの引用にもある「かかりつけ薬局」という理念である。すなわち、患者が服用する医薬品を一つの薬局で一括管理しようというのである。どこの病院にかかろうとも、ある固定した薬局にその病院で発行してもらった処方箋をもって赴き、その薬局で薬を出してもらうというものである。このような「かかりつけ薬局」をもつことによって、患者は、自分の服用している複数の医薬品について薬剤師から調べてもらい、重複投薬や相互作用を避けることができるのである。患者が過去から現在に至るまで服用してきた医薬品の履歴が「薬歴」ということになる。それも「かかりつけ薬局」があってこそ意味をもつのである。

しかし、このようなメリットをもつとされる医薬分業は、欧米と異なって、なぜ日本ではこれまで内発的にはすすまず、行政的な圧力によって推進されなければならなかったのだろうか。欧米の場合と日本の場合の歴史を見比べることで、前者において医薬分業が引き起こされた要因を探ることができるであろう。

2　ヨーロッパにおける医薬分業の歴史

ヨーロッパ諸国は、医薬分業において長い歴史を有する[(4)]。まずヨーロッパにおける医療の興りであるが、それは、古代ギリシア・ローマに求められる。それ以前の社会では、医療は魔術や祈祷などと結びついており、それには経験的に効果が知られていた薬草のたぐいが用いられていた。医療がそうした魔術から切り離されて、医学・医術として自立するのは、他の諸学問と同じく、古代ギリシアにおいてである。小論の最初に触れた医神アスクレピオスやその息子マカオンは伝説上の人物であるから除くとしても、ヒポクラテスやガレノスが古代ギリシア・ローマの著名な医者として知られている。彼らは、医師ではあるが、同時に調剤にもたずさわっており、「調剤医師」である。つまり、この時点では医薬はまだ分業されていないのである。医師が調剤も行うというこのような古代の状況は、ヨーロッパ中世においても十二世紀ぐらいまではあまり変わりはない。その時期の目立った特色は、世俗の医者以外にも修道僧たちが僧院で薬草を育て調剤医師として活躍したという点である。ヨーロッパで薬剤師や薬局の制度が明確になってくるのは、続く十三世紀頃である。その嚆矢は、1224 年に神聖ローマ皇帝とシチリア国王とを兼ねたフリードリヒ二世が制定した法律にあるとされる。この法律は、彼が生涯住まいしたパレルモの宮殿を中心とするシチリア王国にて施行されたものであるが、同種

の法律は他の地域（アルルなど）でも出され、薬剤師や薬局の制度化は、この十三世紀以降に急速に進んでいく。ここで言われる初期の薬剤師および薬局の社会的な位置づけであるが、その内実は、各地域で異なり、一概には言えない。フランスの場合を例にとってみよう。

同国の薬剤師たちは、古くは調剤師（apothicaire）と呼ばれ、医師からは独立した職業であり、それぞれの住む地域で集まって同業組合を作っていた。その同業組合を結成する目的は、組合員の加入を制限し、自分らが作った規約や市町村の条例が正しく運用されているかを監視することにあった。たとえば、調剤師として認められていないのに調剤師であると自認して薬業を行う者や不良薬を販売する者を取り締まったりした。パリの場合の組合結成は比較的おそく 1484 年で、それまではパリ大学医学部および王権から規制をうけていた。規制の中身であるが、調剤師は調製だけに専念すること、「処方集」を所有すること、古い薬品・変質した薬品を使うのを禁じること、医師の処方箋なしに下剤や毒薬、堕胎薬を売るのを禁じること、店舗の監査をうけること、等々である。いずれにしても、薬剤師の質を維持することが目指されている。同時にこの質を維持するために必要なことは、薬剤師になるための教育である。誰でも薬剤師になれるわけではなく、まずは処方箋をよむためのラテン語の知識、そして一定の以上の調剤技能を保証されないと薬剤師になることはできない。この調剤技術を身につけるために徒弟制度（見習い奉公・お礼奉公）があり、それを経て、市町村が課した試験を受けてパスし、「宣誓」することによって正式な薬剤師として認められた。のちには、技能ばかりでなく薬学知識が必要になってきた。そのために私的・公的な講義が行われた。このような薬学の発展・薬学教育の普及には、当時誕生したばかりの「大学」がその担い手になっていった。

しかし、このような薬剤師という職業が医者などの他の職業から独立したものとして生まれてくる源はどこにあるのだろうか。それはすでに古代ギリシア・ローマにある。先ほど、古代ギリシアやローマにおいては、医薬はまだ分業されていないと述べたが、その片鱗はみられる。古代ギリシアにはすでに調剤医師の他に「草根採集者（rhizotomos）」と言われる人たちが存在していた。患者の治療に勤しむ医師たちは、調剤に必要な材料たる植物などの採取を自分で行うことは断念し、このような人たちに委ねていたと考えられる。あるいは、医師たちのなかには、みずからは調剤することを放棄し、自分の監督のもと弟子に調剤させる者もあったろうし、商人がすでに調製した

製剤を買ったりしていた者もあったであろう。実際、「薬を商う人（pharmakopoles）」という職種が存在している。この薬商人には、一定の場所で店舗を構える者もいれば行商人もいる。また、その顧客には市民以外にも医師がいて、彼らは薬商人から治療のための薬を購入したり、まだ処方箋を出すというところまでいかなくても、患者に薬商人の薬を購入するよう勧めていたりしたのかもしれない。このように古代においてすでに医薬分業の萌芽があるのである。しかし、薬剤師が職業として独立した地位を獲得するには、まだ紆余曲折がある。それは、「薬剤師」に相当する言葉を見てみると分かる。薬剤師は、英語では pharmacist（他にも druggist（米）、apothecary（米・英古）、chemist（英）という言い方もある）であるが、ドイツ語では Apotheker（Pharmazeut という呼称もある）、フランス語では先に紹介した apothicaire（調剤師）が古い言い方で、pharmacien が現代の呼称であり、これらにはずれがある。 フランス語を例にとると、pharmacien がギリシア語の pharmakon に由来するのは明瞭であるが、古い呼び名 apothicaire も元々はギリシア語の「倉庫・貯蔵庫」を意味する apothece に由来し、それがラテン語の「店主」を意味する apothecarius に受け継がれて生まれた言葉である。しかし、ここで言われる「店主」とは、何を商う者なのだろうか。実はその店では調製された薬や、薬の調製に用いる材料以外にも、食物の調味に用いる香辛料までもが売られていた。このことは今日から見ると異様に聞こえるかもしれないが、近代化学成立以前の動植物を原料にした生薬中心の薬の世界では、この両者の境界が極めてあいまいなのに気づくであろう。香料商人と生薬商人とははっきりと区別されず、薬に重点をおいて商売をしている者が apothicaire と呼ばれたのである（香料商は別の呼称があった）。また、先ほど述べたパリの同業組合も薬剤師のみならず、香料商まで含んでいたのである。しかし、薬剤師と香料商がまぜこぜにされることはなかったようである。薬剤師であるためには、先述のように、厳密な試験をパスしないとその資格がえられなかったからである。いずれにせよ、近代的な意味での薬剤師は、医者からも独立した地位を確保するだけでなく、香料商からも自らを区別しなければならなかったのである。

ここでヨーロッパにおいて医薬分業が引き起こされた要因として考えられることを列挙してみよう。（e１）患者を診察・治療することの忙しさが医師から調剤に費やす時間をうばった。（e２）医師は薬の調剤という肉体労働をだんだん高尚でない仕事と見なすようになったために、その仕事を喜んで放棄した。（e３）薬の原料の採取や調剤のような肉体労働は、医師でなくてもできるので、それらは他人に委ねられるようになった。

逆に、患者を診察・医療することは医師の本質に属することで、それらを医師から捨象すると、医師は医師でなくなってしまうから、手放せない。（e４）医師が薬の分野を他人に委ねた結果、薬学自身も独自の発達を遂げて、医師自身が医学も修めて、薬学も修めるというわけにはいかなくなった。最初は薬剤師は調剤の技術を身につければ十分であったが、しだいに化学とむすびついて独自の専門性を帯びるようになった。（e５）古代ギリシア・ローマで芽吹いた薬学の種子は、中世の間はヨーロッパでは育たず、むしろ隣の先進国アラビアに影響を与え、そこにおいて成長した。医薬分業はヨーロッパより先にアラビアにおいて達成されていた。それをいち早くとりいれたのが地中海を隔てただけのシチリア王国をはじめとする南欧の諸国であり、それがヨーロッパに浸透していったのである。（では、なぜアラビアで医薬分業がなされたのかということが遡って問題となるであろうが、それはとりわけアラビアにおける化学の発達を考えると（e４）の要因が大きいのかもしれない。）

３　日本における医薬分業の歴史

では日本の場合はどうであろうか[(5)]。日本における薬の歴史の出発点も、祈祷に付随するものであったが、遣隋使・遣唐使などの大陸との交流が中国の医学・薬学知識をもたらし、それが漢方医学の伝統を日本に根付かせた。日本では、医師は「薬師（くすし）」と呼ばれたように、治療するだけでなく薬を扱う者であった。また、それとは別に、薬種問屋や香具師、行商人が薬を扱っていた。このような状況は、「調剤医師」および「草根採集者」「薬商人」が活躍した古代ギリシア・ローマと類似している。ところが、同じ江戸時代の後半、蘭学、洋学が始まり、西洋医学が導入されはじめた。その流れが一気に加速したのが明治である。明治維新後、新政府は、西洋医学の学校を設立し、ヨーロッパから医師を招き、教育にあたらせた。このとき薬学の教師も来日している。西洋医学は次第に日本に定着していったものの、医薬品工業は未発達ですべて輸入品に頼らなければならなかった。こうして西洋医薬の輸入は増加したが、不良品や偽物も入ってくるようになった。そこで新政府は、1874 年に東京に「司薬場」を設置し、医薬品の検査を行わせた（のちに他の都市にも設置された）。また、1880 年「薬品取締規則」を公布して不良医薬品の取り締まりを厳しくするとともに、医薬品の規格をさだめる「薬局方」を制定した（1886 年公布、1887 年施行）。しかし、なかなか医薬品の国産化は進まなかった。それが急速に進むきっかけになったのは、第一次世界大戦である。医薬品の輸入

元であるドイツが敵対国になったため、国内の医薬品が不足し、需要をまかなうために医薬品の国産化が急速に進んだのである。

では、日本における医薬分業はこれと同じように進展したのだろうか。明治以前は、先述のように、医師は調剤医師であり、医薬未分離の時代が長くあった。医と薬を分業しようという試みはやはり明治の初期になされている。1874 年に「医制」が東京・京都・大阪の三府において発布された。その中には、近代的薬舗制度を定め、医薬分業制度を整備しようとする条項が含まれている。すなわち、その第四十一条には「医師たる者は自ら薬をひさぐことを禁ず。医師は処方書を病家に附与し相当の診察料を受くべし」とあり、第四十三条には、医師が薬を販売したり薬舗を通して私利を求める者は罰するとあり、医と薬の分離の意図がうかがえる。さらに、第五十五条には「調薬は薬舗手代および薬舗見習いにあらざるはこれをゆるさず」とあり、調剤を行う人を特定している。次に日本における医薬分業の歴史にとって重要なのは、1889 年に発布された法律第十号（薬品営業並薬品取扱規則）である。これは、近代日本の薬事制度を整備したもので、ここでは薬剤師と薬種商の業務がはっきり区別され、薬剤師もはっきりと「薬局を開設し医師の処方箋により薬剤を調合する者」（第一条）と規定されている。ところが、この法律には付則第四十三条として医師の調剤を認める内容のものが付け加えられていた。これが大きな問題を巻き起こした。薬剤師らは、医薬分業を実施するために、これを大きな障害と考え、法改正の請願運動を起こした。しかしながら、いくたびも帝国議会に改正案が提出されながら、なかなか結実しなかった。特に医師側からの反発があり、運動は困難をきわめた。最終的に、1911 年の第 27 回帝国議会で「政府はいつか医薬分業を実施するのか」という質問に対し、内務大臣が強制的に行う意思がないと発言するに至って、運動は終わりを迎えた。

しかし、なぜこのように医薬分業が進まなかったのだろうか。最初は、薬剤師の絶対数が不足し、現実的ではなかったという理由が考えられるが、それ以外にも世間一般の考え方がある。それを幕末明治の思想家福澤諭吉主宰の『時事新報』の論評から読みとってみたい。そもそも『時事新報』は明治新政府の売薬規制に敏感に反応し、売薬批判を繰り返し行い[(6)]、日本に於ける医薬品の近代化に前向きな態度を示していた。ところが、いま述べた法律第十号の改正案が出されたおりには、医薬分業に慎重な態度を示し、医薬分業の時期尚早さについて論じている[(7)]。同紙論評は「社会の百事次第に変遷して古来の習慣を脱し、全く西洋風に化して行路に妨なきに至れば、医薬分業も自然

に実行せらるべき」としながらも、まさに「無限の故障」にあって思うとおりに実行できないと言う。その「故障」の内実は整理すると以下の通りである（最初の二つは 1891 年 12 月 9 日の論評、残りの一つは、12 月 10 日）。（イ）日本では古くから「医師と薬剤とは離れるべからざるもの」というのが一般の習慣となってきた。そこへ「にわかに医薬を分離し、医師は一切調合のことを知らず、薬は薬舗について買うべし、医師はただ薬名と分量と用法とを差図するのみ、その品質の精粗は医の責任にあらず」とすると、患者には「疑懼の念」が生まれてくる。（ロ）日本には「診察料」が制度化されておらず、医師は診察治療を施し、薬剤を授け、それに対して報酬を貰っていた。「上流の病家」の場合は、他に謝礼を受け取っていたが、貧しい病家に対しては、最初から「慈善の覚悟」で治療に当たる場合もありえた。「この点よりみれば全国幾万の医家は、とりもなおさず幾万の小慈恵病院にして、あたかも浮遊の義捐をもって小民の病苦を救い、医師はその中間にいて衣食する者というて可なり」。このような日本の伝統的な医師のあり方に医薬分業を導入することによって、医師は、診察料を取り立てないとその経営がなりたたなくなり、貧しき病家は、医家に払う診察料に加え、薬舗に払う薬代も必要になる。当然、貧しきは病院にかかることをさけるようになり、国中に病人があふれる。また、多くの医師は患者がへり、廃業に追い込まれることになる。（ハ）「都鄙の薬剤師が薬舗を開くときは、その商売の繁昌は専ら医師の愛顧に依頼するのほかあるべからず」であるから、医家に頻繁に出入りし、贈り物をして医師の歓心を買い、さらには、医家と薬舗との間に「売得の何割かを医師の所得に帰すべし」とする秘密契約を結ぶ可能性がある。（イ）は新しい制度を受け入れることへの患者の不安、（ロ）は、新しい制度が「医は仁術」という伝統的な考え方と合わず、また、経済的負担を増すというもの、（ハ）は、医師と薬剤師両者の癒着を生むという内容のものである。これらの指摘は、以下で見るように、一部は今日でも通じる点がある。

その後の医薬分業の歴史を見てみよう。次に変化が生じるのは、太平洋戦争後である。1951 年GHQの医薬分業勧告によりいわゆる「分業法案」が可決された。ところが、1954 年には医薬分業延期法案が可決され、さらに 1955 年には一部改正案が出され、医薬分業の実現は再び潰えてしまう。翌年の 1956 年に「医師法・歯科医法、薬事法の一部を改正する法律」の施行により医薬分業は法制度上明記されたが、実質的な進展はなく、任意分業という形が定着してしまった。今日の厚生労働省（当時厚生省）の医薬分業推進の実質的な動きが始まったのは 1974 年（この年は「医薬分業元年」と言われる）で

あり、この年に診療報酬改定により処方箋料が 10 点から 50 点に大幅に引き上げられ、院外処方箋の発行枚数が次第に増加しはじめた。次に特筆すべきは 1992 年の新薬価算定方式による薬価全面改定である。この出来事がなぜ重要なのかといえば、医薬分業実現の最大の障害は「薬価差益」だったからである[(8)]。「薬価差益」とは何か。薬価とは、厚生労働省（厚生省）が医薬品の品質や安全性を把握し、保険制度のもとに、その医薬品が使用されるごとに保険から支払われるべく定めた価格のことである。ところが、いったん決められた薬価より低い価格で医薬品が取り引きされた場合、その薬価との差が差益として、病院等の儲けになっていたのである。病院にとっては、大量に医薬品を使用すれば、その仕入れ値は下がる。薬価は固定しているので、その差額はますます巨額なものとなる。したがって、儲けようとする病院は、必要以上に薬を処方し、そのために薬を沢山仕入れ、薬の価格を下げてもらい、差額を大きくしようとする。また、副作用がないが効き目もない薬を投与することも儲けるための手段となった。このため薬漬け医療が蔓延し、医療費は意味もなく膨らんでいった。このような事態を避けるにはどうすればよいか。一つは、薬価に市場の実勢価格を反映させること、そして、もう一つは、薬を医から切り離すことである。まさにこのために 1992 年に新薬価算定方式が採用された。すなわち、従来の方式に代えて、新しく加重平均値（一定価格幅）方式が採用された。この方式は薬価調査の結果から各銘柄ごとに算出した納入価格の加重平均値を基本として、これに在庫費用など管理コストを加算するものである。このように、処方箋料が引き上げられ、薬価差益が小さくなるとすれば、病院は自然、院外処方という制度を受け入れていくことになり、医薬分業の道筋はできてくることになる。

ここにおいて日本でなぜ医薬分業が進まなかったのか、その要因を列挙しておこう。（j1）日本の場合も、古代ギリシア・ローマと似たような状況にあったにもかかわらず、中国の影響のもとで漢方医学が発達し、医師が調剤をてばなさなかったという伝統があった。「ヒトを全体的・総合的にとらえ、診断と治療が表裏一体の漢方医学の発想と、分析的・微視的に追求し診断と治療を完全に区別する西洋医学との発想の違い」[(9)]があり、投薬も医師の本質的な仕事だったのである。（j2）薬学が近代化学とむすびついて高度の専門化を遂げるということもなかったから、調剤に高度の技術・知識を要せず、医師がそれを手放す必要もなかった。（j３）伝統的に医薬未分業できたから、患者も新しい制度を受け入れにくく、病院で薬が出されることを当然だと見なしてきた。（j４）医師も、医薬分業に積極的ではなかった（積極的でなかった理由には経済的なものも含ま

れる)。

４　医薬分業の利害

本章では、現在医薬分業がうまく機能しているのか、それとも機能不全におちいっているのか、検討してみよう。そのために、医薬分業は患者にとってどのような利益・不利益があるのかをとりあげてみたい[10]。まず、患者のメリットについて次の点があげられる。

（ｍ１）処方箋により処方された薬の内容が明らかになり、患者自身がそれをしっかり把握することによって、自分で薬を管理しようという自覚がうまれる。

（ｍ２）薬局で薬の説明書がもらえたり、丁寧な服薬指導を受けることができる。また、薬に関する相談にものってもらえる。

（ｍ３）医療機関がもっている薬以外も処方でき、最適な薬の選択の機会が増える。

（ｍ４）医師の記載した処方箋の内容を、薬の専門家である薬剤師が再度確認することでミスを防ぐことができ、また、処方される薬の数が少なくなり、相互作用や副作用の減少につながり、患者がより安全に薬を使用することができるようになる。

（ｍ５）かかりつけの薬局を決めておけば、お薬手帳や薬歴に、今まで処方された薬やアレルギー、副作用などの記録が残るため、アレルギーや副作用の出る薬が出されていないかどうかなどのチェックがスムーズに行える。複数の病院に通院している場合でも、それぞれの病院で出された処方箋をすべて同じかかりつけ薬局にもっていけば、薬の重複処方や飲み合わせによる不都合を防ぐことができる。

個々の点について現在の日本の現状の点から検討してみよう。（ｍ１）（ｍ２）については、調剤薬局によるであろうが、薬袋に薬の写真、成分、飲み方などが明記されている場合があり、以前はどのような成分の薬が処方されているのか分からないまま服用していたのにくらべると雲泥の差がある。ただし、患者と薬剤師との関係がかならずしも良好でない場合もある。患者は、病院で診察治療のために待たされ、会計のために待たされ、薬局で調剤のために待たされる。自らが病気をもっている患者、子供が病気で連れてきている親にとっては、これはかなりきつい時間である。薬剤師もまた、沢山の客を待たせている場合など、患者の相談にのってあげることは難しいのかもしれない。

（ｍ３）は、病院では薬の在庫量がかぎられているため、いろいろな薬を出すことができないが、調剤薬局ならばいろいろな薬を出すことができるという主旨であるが、現実には薬局の方も、在庫量には限界がある。しかも、病院によっては、医師が処方箋を

書く場合、薬の成分名ではなく、一定の医薬品メーカーの薬の商品名を書いてくる場合が多い。医師が製薬会社と（Medical Representative などを通じて）つながりがある場合、その傾向が強い。同じ効果のある薬でも、最初に開発されたものと、あとで模倣してつくられたもの、すなわち「後発医薬品」（ジェネリック医薬品）とでは価格が異なる。後者は開発費が含まれていないからである。膨張しつづける医療費抑制のために 2002 年 4 月に実施された「診療報酬改定」では、ジェネリック医薬品の使用を促すため、医師が成分名で処方した場合を、商品名で処方した場合より点数を高めにした。しかし、薬局のなかで同じ成分の複数の薬を置いているところはまれで、現実には選択肢はない。もし医師が薬の商品名で処方箋を書いてきた場合、その薬がなければ、卸からのとりよせや、薬局同士の貸し借りということもあり、時間がかかる。薬剤師が医師に在庫のある同じ成分の別のメーカーの薬でも可能かどうか問い合わせる場合もあるが、医師と製薬会社との癒着があるとすれば、医師が首を縦に振るのは難しい。

（ｍ４）についても現状では多分に理想論の面がある。医師と薬剤師がお互いがお互いに対し敬意を払う場合にのみこのようなことが可能であろうが、歴史的にみて、医師こそが治療の主体であり、薬剤師をその補助的なものとして見なす傾向がある。薬剤師の歴史が浅い日本においてはなおさらこういう傾向が強い。

（ｍ５）は、先述の厚生労働白書にもあった点であるが、これも現状ではかなり困難である。なぜかといえば、日本の調剤薬局が「門前薬局」だからである。「門前薬局」とは、病院のすぐそばに調剤薬局が点在することをいう。患者がある病院で診察・治療を受けると、当然のごとくその病院の近くの薬局で薬をもらうことになる。もし当人が複数のところに通院しているとすれば、薬局もそれに応じて複数のところに通うことになり、薬歴の管理が難しくなるのである。また、患者の中には、門前薬局を病院の一部と誤解している者もいるようである。これは『時事新報』の（イ）が指摘していた日本的伝統の表れといえるかもしれない。別の経営母体、別の企業であるとは理解しづらいのである（同じ系列の別会社ということもある）。しかし、このような誤解を助長しているようなことも仄聞する。すなわち、病院と薬局との癒着である。病院があらかじめ薬局にファックスで処方箋を送っておくのである。患者は、薬局にいけば、すでに薬ができあがっているのであるから、待ち時間が短くてすみ、一見するといいことのようにも思われるが、患者は原則的にはどこの薬局に行ってもいいはずであるから、病院が薬局を指定するようなことは違法である（もちろん、病院がどこの薬局にするかを患者に尋ね

て同意を得た上でファックスを送るのであれば別である)。このような癒着は『時事新報』の（ハ）を思わせる。

以上、医薬分業が患者に対してもっているメリットについてみてきたが、現状ではあまり医薬分業はうまく機能していないようにも見える。そして、逆に医薬分業は患者の不利益になることもある。

（d１）病医院と薬局へ行くのは二重の手間である。

（d２）現在の保険点数設定では、患者の一部負担金が増え、また、支払いが二重になる。

（d１）については、すでにメリットのところで触れた。いままでは病院で薬がもらえたので、待つのは、診察治療のためと会計のための二回だったのが、薬局で処方箋を渡し、調剤してもらい、服薬指導とともに薬をうけとるという手間が増えた（これがメリットになるという例外がある。時間をもてあましている老人たちにとって、ほとんど毎日のように訪れる病院や薬局はある種の社交の場ともなっているからである。待ち時間が長ければ、社交の時間が増えるのだから)。しかし、より大きな問題は、（d２）という経済的な問題であろう。『時事新報』の（ロ）でも、経済的な問題が触れられていたが、中身はだいぶん様変わりしているものの、やはり医薬分業は患者の負担を増すのである。

しかし、このようなデメリットを抱えながらも、医薬分業の道は避けて通れない。その理由の一つは、先述のように、膨張しつづける医療費を抑えるためである。すなわち、過剰な投薬を減らすためにも専門的な薬の知識が必要なのである。しかし、患者の立場に立てば、この理由は副次的である。何よりも大切なのは、薬の安全性の確保という理由である。今日ふつうの人が、おそろしく豊富になった医薬品についてその知識をもっていないのは当然であり、薬剤師の教育を受けた人間ですら、年々増えていく医薬品について包括的かつ厳密な知識をもつことは、現場で働いていない限り、かなり困難である。医師も例外ではない。現場で働いている薬の専門家によらなければ、そればかりでなく、自分の服用する薬を一括管理してくれる「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」によらなければ医薬品の安全な使用は確保できないのである。そのことは、第一章でとりあげたソリブジン薬害を見ても分かる。すでに臨床試験で死者が出ていて、危険性が知られていた（臨床試験段階で抗ガン剤との併用による死者が出ていたが、因果関係が「不明」のまま承認申請していた）にもかかわらず、このような薬禍を避けられなかっ

た。薬害で死亡した十四人のうち十人は、二つの薬を別の医療機関が処方していた。残り四人は、同一の病院から処方してもらっており、さらにそのうち二人はそれぞれ同一の医師から処方してもらっている。前者の十人の場合は、「かかりつけ薬局」によらない限り避けられないケースである。後者の四人の場合は、医師の無知、病院内の薬剤部の無チェック、さらに製薬会社のあり方を浮き彫りにしている。「現在の医科系大学の授業で、処方学などの医薬品の実践にかかわる講座を設けている講座はまれだ。医薬品の十分な知識を持たない医師に安全な使い方を伝達するのはメーカーの最も重要な役目となっている」(『朝日新聞』1993 年 11 月 25 日朝刊)。しかし、メーカーたる製薬会社がソリブジンに添付していた文書には、相互作用の欄に「併用投薬を避けること」と書いてあるだけで、しかも「九項目の注意事項の八番目」(同)にあった。医師が見落とす可能性もある。「ソリブジンの宣伝用のパンフレットには、同じ薬効の薬より、いかに効果があるか、安全性が高いかを比較した図が描かれており(中略)医師への適切な指示や警告があったとは思えない」(同)のである。新薬の良い面だけを表に出して、副作用の危険性を警告していなかったのである。

むすび

今日の日本の医療現場では、沢山の医薬品が用いられている。「主役の薬」に加えて、その主役の副作用を和らげる「わき役薬」が組み合わされる。沢山の医薬品を服用すればするほど、相互作用の危険性は増す。いろいろな疾患を同時にかかえていたらなおさらである。そのような薬による危険性を回避するためには、どうすればよいのだろうか。これまで述べてきたことをそれぞれの立場から整理しておきたい。

患者の立場からいえば、医薬品の安全な服用を考えれば、医薬分業は避けられないということを心に留めておくべきである。現在のように、次から次に新薬が開発されていく時代においては、薬の専門家が必要である。さらに、理想としては「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」を持つべきであろう。さもないと、医薬分業は画竜点睛を欠くことになる。自分の薬歴が総括的に管理されてこそ、相互作用の危険性を回避できるからである。次に、そのような医薬分業の旗振り役である厚生労働省だが、実際のところ分業推進のために数々の政策を打ち出している(たとえば、国立病院からの院外処方箋発行など)。しかし、「門前薬局」が理想とする「かかりつけ薬局」の実現を妨げているといえる。医薬品の安全な服用のために「かかりつけ薬局」を持とうともっとピーアール

すべきなのかもしれない。しかし、薬剤師の側も、そのような薬の専門家としての役割を期待されているわけであるから、最新の薬の情報に常に気を配り、研鑽を積んでほしい。医師の側も、薬の専門家としての薬剤師の意見に耳を傾け、両者の相互チェックを通して患者のために薬の適切な処方の道をさぐってもらいたい。最後に製薬会社も、新薬の良い面だけをアピールするのではなく、危険性をも十分に知らせる努力を怠ってはならないであろう。

医療法には、医師、歯科医師、看護婦に並べて「薬剤師」も医療の担い手として定められている。そして、医療の担い手は、「医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」（第一条の四）とされる。今日すすめられている医薬分業の実現を目指した改革も、「医療を受ける者」すなわち患者のためにあるべきであり、患者の負担を増すだけのものに留まってはならないだろう。

（1） ホメロス『イリアス』第四歌。
（2） 『古事記』（倉野憲司校注　岩波書店　1963 年）44 頁。
（3） 『平成１３年版厚生労働白書』（厚生労働省監修　発行印刷ぎょうせい　2001 年）195 頁。
（4） 以下の記述は、天野宏『概説薬の歴史』（薬事日報社　2000 年）、ルネ・ファーブル／ジョルジュ・ディルマン『薬学の歴史（三訂版）』（白水社　1994 年）を参考にした。
（5） 以下の記述は、天野『概説薬の歴史』、野口實『よくわかる医薬品業界』（日本実業出版社　2003 年）を参考にした。
（6） 『福澤諭吉全集』（慶應義塾編纂・岩波書店刊行）第八巻 368 頁～370 頁、523 頁～534 頁など。
（7） 『福澤諭吉全集』第十三巻 236 頁～244 頁。「売薬論」を含めて、『福澤諭吉全集』収録の『時事新報』の論評は、『全集』におさめられているにもかかわらず、かならずしも福澤諭吉自身の執筆になるものとはかぎらない。福澤が没したのちのものまで含められているからである。福澤の助言のもと、弟子が書いたものもあるようである。この点については、平山洋『福沢諭吉の真実』（文藝春秋　2004 年）。
（8） 野口『よくわかる医薬品業界』150 頁。
（9） 中島祥吉『薬を知りたい』（丸善　2001 年）152 頁。「薬価差益」については、溝上幸伸『医薬品業界再編地図』（ぱる出版　2004 年）26 頁以下を参考にした。
（10） 中島『薬を知りたい』153～154 頁、今井千穂『薬剤師になろう』（井口正信監修　インデックス・コミュニケーションズ　2004 年）27～28 頁を参考にした。

（大学非常勤講師）