

誰のための医薬分業？

「院内薬局」という提案

医学博士 長尾和宏

戻りたい、でも戻れない

開業してはや25年になる。新規開業した当初は患者さんが僅かなため院外処方という選択肢はなかった。しかし次第に増えて病院からの紹介状には続々と出る新薬の処方依頼が続く。在庫量は増える一方に。またジェネリック医薬品に対応するために院内処方を諦めざるを得なくなったのが15年前。決して経営上の理由ではなく、調剤スペースや人手といった物理的要因のため院外処方に追い込まれた。しかし院外処方に移行した途端、驚くほどストレスが減ったことを鮮明に覚えている。当然ながら患者さんは少し離れたが、薬剤の購入や管理、調剤スタッフの労働管理などの煩わしさからは解放された。医薬分業が国策としても推進された結果、私自身もその波にドップリ飲み込まれてきた。

しかし今でも「これで本当に良かったのだろうか」と疑問に思う。「先生、お願いですから院内処方に戻してください」という投書を読む時は本当に心苦しい。なによりも薬の現物との距離ができてしまっ

た。また残念ながら投薬数も増えてしまった。現在、8人の常勤医で診療しているが皮肉にも医師数の増加に比例して薬剤数が増えている。薬の現物を見ずに電子カルテと向き合っていると多剤投与は実感されにくい。また同じ薬を出しても院外処方の方が院内調剤よりも医療費はおおよそ1.5倍かかるという。だから患者さんにも国にも罪悪感が残る。今、もし院内処方に戻れるものなら戻りたい。しかし情けないかな、戻れない。

分業率72・8%で頭打ち

現在、日本の医薬分業率は72・8%で「頭打ち」と言われている。実際、私の知り合いでもいったん院外処方にしたがまた院内処方に戻した医療機関もある。工夫を重ね、患者さんのためにと一貫して院内処方でも頑張っている医療機関もある。そもそも医薬分業が推進されてきた理由は薬害や調剤ミスの根絶だろう。しかしそもそも多剤投与が解消すれば医薬分業の大義はかなり小さくなる。

今、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局の連携が謳われている。

しかし両者の連携の前に大きな課題がある。特にジェネリック医薬品の品質担保と多剤投与のほうが喫急の課題だ。現在、薬局はどこも先発品と後発品の2種類の在庫を抱えなければならず、調剤スペースやデッドストックに悩んでいる。

数年前、台湾の診療所を見学する機会があった。診察券は銀行のキャッシュカードのようなもので、診療所の受付でリーダーに入れると保険者番号と同時に薬手帳の内容が画面に表示された。薬歴情報を診察カードに一元化するだけでも多重受診や多重投薬や併用禁忌のチェックが可能だ。また多剤投与の状況を国家レベルでも把握できるので、減薬への道筋が見通せる。一方、日本ではお薬手帳を何冊も持っている患者さんがいて一冊への統合には壁がある。国がいくら「かかりつけ薬局」や「かかりつけ薬剤師」を啓発しても強制力がないので十分に認知されていない。

医薬分業は院内でも可能

医師と薬剤師は密接に連携せよ、と言われる。しかし特定の薬局に誘導し

てはいけないとも言われる。医療機関の近くにある薬局は俗に「門前薬局」とも呼ばれる。両者は上手に連携すべきだが、特定の門前薬局とは仲良くしてはいけないとも言われる。要は広く付き合いなさい、ということだろう。しかし院外か院内かという2者択一は、両極端すぎないか。

最近、いっそ「院内」に薬局があればなあ、いつも思う。門前薬局には何人もの薬剤師がいて定員が厳しく定められている。一方、院内調剤なら薬剤師がいなくてもいい。薬剤師ではないパートの事務員さんが薬を取りだし袋に詰めている開業医も多い。私も昔はそうだった。しか

し両者の差異は大きすぎやしないか。患者さんには後者のほうが自己負担は安いし便利だし、人気がある。いったい誰のための医薬分業なのか。

薬剤師がいない院内調剤に比べたら薬剤師がいる院内薬局のほうがリスク管理上も優れている。その代わり薬剤師の配置基準も大幅に緩和して半分くらいとすればどうか。そして調剤料は院内処方と院外処方との中間あたりに設定するのだ。もし門内薬局なら患者さんは雨に濡れなくてもいいし、医師と薬剤師は仲良く連携もできる。なんと書いても門内なのですべての距離が近い。患者さんも医師薬剤師もハッピー

ではないのか。

多剤投与も解消

多剤投与を見かけても減薬作業は現実には困難である。臓器別縦割りという医療側の要因だけでなく多重受診など患者さん側の要因もある。20種類もの退院時処方が一包化された形で在宅に帰ってくるのがある。独居の認知症なら残薬だらけになる。不要な薬をピッキングアップして優先順位をつけて徐々に減薬していく時に頼るのはやはり薬剤師さん。一包化された中からどう考えても不要であろう特定の薬を一包化された袋から取り出してルーペで拡大して

見つけ出す作業も薬剤師さん。また減薬を進める一方で新たに必要なお薬を加える時も、自宅に訪問して服薬管理をしてくれるのも、薬剤師さんだ。

患者さんと医療者の信頼関係はその人の生活や人生観を知ることにより深まる。だから医師も薬剤師も家を訪問することは大切だ。薬剤師もその人の「ものがたり(ナラティブ)」にじっくり耳を傾け、医師に直接助言をする。そのように両者が同じ屋根の下で協働するという形態も、大きな選択肢とすべき時ではないのか。もちろん医療費も大幅に削減される。

長尾和宏の「生」と「死」



長尾和宏
(ながおかずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局

1991年 医学博士(大阪大学)授与

1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る

日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会世話人、関西国際大学客員教授

【医学博士】

日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント

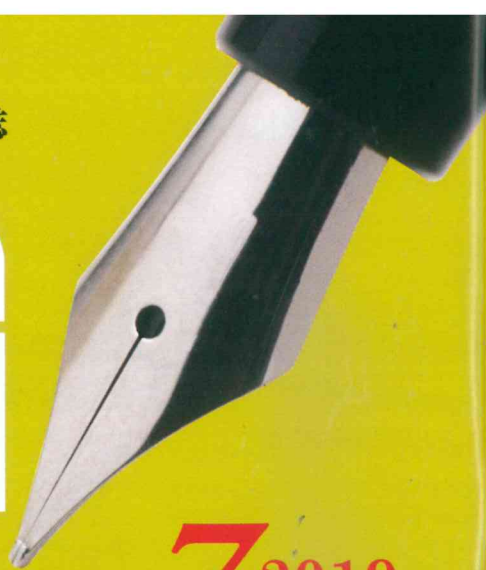
【著書】

『平穏死・10の条件』(ブクマン社)、『抗がん剤・10のやめどき』、『糖尿病と膵臓がん』(ブクマン社)、『胃ろうという選択、しない選択』(セブン&アイ出版)、『がんの花道』(小学館)、『抗がん剤が効く人、効かない人』(PHP研究所)、『大病院信仰、どこまで続けますか』(主婦の友社)など。【医学書】スーパー総合医叢書・全10巻の総編集(中山書店)など多数。

月刊 世界の視点で情報を発信する総合誌

企業論

発行・株式会社財界通信社 令和元年7月1日発行 毎月1回1日発行 第52巻7号
昭和47年11月10日第三種郵便物認可



7 2019
July

提言

株主総会におけるトップの責任の在り方。
経営監査の責任を明確にすべし。

本誌主幹 大中吉一

リレー
対談

次世代システム研究会 会長
環境省 環境カウンセラー

公益財団法人 未来工学研究所 理事長・上席研究員
東京大学名誉教授

岡本久人氏 VS 平澤 冷氏



中立的で遠慮なく社会の為に発言できる
シンクタンクが必要だ

未来をどのように理解すべきか
確かな未来の形とは？



迫られる構造改革④

日本型雇用システムを解体、変革できるか(三)

特定非営利活動法人政策形成推進会議代表理事 森元恒雄氏

防災の世界を解剖する②③

迫られる福祉施設の防災対策

～福祉施設から犠牲者を出さないために～

一般社団法人ADI災害研究所 理事長 伊永 勉氏