

取材／武田宏
文／及川 佐知枝
撮影／木内博

現状のままでは
「薬の袋詰めだけで
儲けている」と揶揄されても
文句は言えない。

東京慈恵会医科大学外科学講座統括責任者・血管外科教授／
高知県観光特使

大木 隆生

外科医は手術を念頭に患者の服薬状況に敏感だ。保険薬局は、責任を全うしていないように見える。

血管外科医である大木隆生氏には、薬局薬剤師へのメッセージはおろか、薬剤師業務への関心も希薄なのではと決めつけていたような気がする。以下のコメントで、大きな思い違いを突きつけられた。

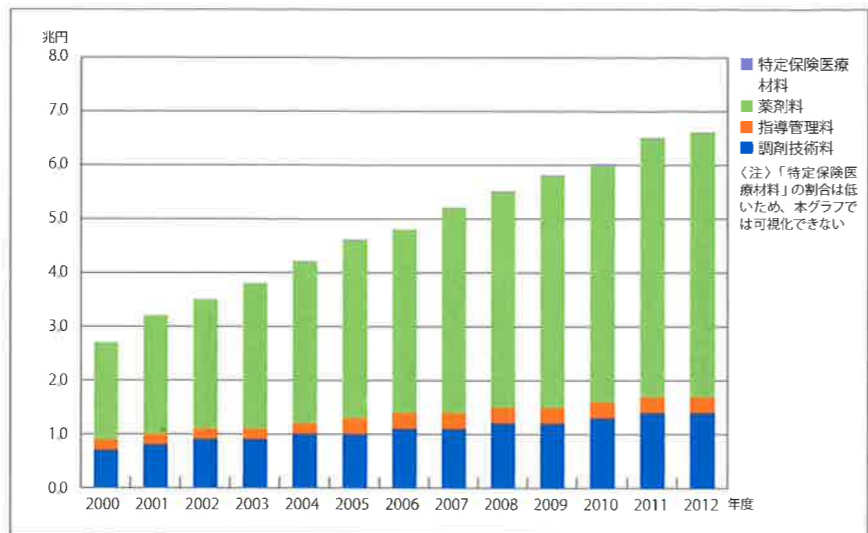
「私たち血管外科医には、消化器外科に比べての消化器内科や、心臓外科に比べての循環器内科のような内科のカウンターパートが存在しないので、外科医であると同時に血管病の内科医でもあります。したがって術前、術後を含め患者さんを生涯にわたって外来で診ています。さらに、血管外科で扱う動脈瘤や末梢動脈疾患は生活習慣病のなれの果てですから、そのベースとなる高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病、喫煙、さらに併発する肺気腫、虚血性心疾患、脳血管障害の内科的管理に一家言あるのです。」

したがって、保険薬局でどんな薬をもらい、どんな服薬指導を受けているのか患者さんと話す機会も多々ありますが、しばしば感じるのは、「この患者さんが処方せんを持ち込んでいる先の薬剤師は、いったい何をやっているのだろう」です。危険な飲み合わせの放置こそ稀ですが、同じ効能の重複、ガイドラインを無視した処方の見逃しは日常茶飯事です。

患者さんに「薬局で服薬指導を受けたり副作用の有無を問われますか？」と質問すると、返答は「ノー」ばかり。こうした会話を交わした患者数は数千人に及び、医薬分業の実態のある側面は確実に照らし出していると思います。

厚生労働省（以下、厚労省）が、37のモデル国立病院に対して完全分業（院外処方せん受取率70パーセント以上）を指示した1997年以降、医薬分業が急速に進み、2003年には全国の医薬分業率が過半数に達した。2012

【資料】保険薬局医療費の推移



（「膨張する医療費の要因は高騰する薬剤費にあり—2000年度～2012年度における概算医療費と薬剤費の推移—」より作成）

れることを強く求める」と結び、直接的に医薬分業への非難はしていない。大木氏は用意していた同レポートを示しながら話す。「けれども、読み手の解釈次第で、十分に『医療費膨張の病根は入院外医療費の伸びの3分の2を占める薬剤料と、保険薬局（調剤薬局）技術料にあるのではないか?』との問題提起と受け止められます」

「逆風は、理由もなく自然発生しません。そして、根拠のある逆風は、世論のあと押しを受けます。象徴的な医療事故に端を発した過去10年あまりの『医療バッシング』と医師に対する逆風の強さは、先刻承知でしょう。保険薬局に、いつか同様の逆風が吹き始めないようにも思えます。」

とは誰も断言できない。いえ、もう逆風は吹き始めています。早急な備えが必要です。備えとは、逆風に向かって反論できるだけの実績です。たとえば、逆風が『薬の袋詰めだけで、法外な技術料を得るのはけしからん』と詰め寄った

年、その数値は66パーセントを超えている。大木氏は、医療にたずさわる仲間として、薬局薬剤師に向け警鐘を鳴らす。

「医薬分業が医療の本来あるべき姿で、促進するのは当然だとの意見に異論はありません。ただ、ものごとを複眼的に見る意味で、この施策が、医療費抑制の手段として厚労省が選んだ『開業医叩き』の側面を持っている点に注意してほしいのです。」

もちろん、政策批判ではありません。厚労省の薬漬け医療は正や医療費抑制のための選択が『開業医叩き』だったおこぼれで、保険薬局に追い風が吹いた事実を忘れるべきではないと申し上げたいのです。

追い風は、今も吹いているように見えます。しかし、医師のパートナーである薬剤師の皆さんに言わせていただきたい。『追い風の時代にこそ、逆風が吹き始めた際の備えをしておくべきではないか』。

この先、逆風が吹く可能性は大いにありますし、私には吹き始めている感覚があります。この感覚を共有できる方は、かなり多いのではないのでしょうか。

全国保険医団体連合会は、2013年9月に「膨張する医療費の要因は高騰する薬剤費にあり—2000年度～2012年度における概算医療費と薬剤費の推移—」なるレポートを発表した（資料）。これは、厚労省が公表している概算医療費データベース（MEDIAS）の制度別医療機関別医療費と、社会医療診療行為別調査をもとに2000年度から2012年度までの間における概算医療費の推移を薬剤費の動向を中心に分析したもので、「日本の高薬価構造が是正され、その財源が技術料引き上げや患者負担軽減のほうに振り向けられ、国民医療の改善が図ら

ならば、どう反論しますか？薬剤師法第24条に、「薬剤師は、処方せんに疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師に問い合わせ、その疑わしい点を確かめたあとでなければ調剤してはならない」と規定されています。しかし、日本薬剤師会による2010年度調査の結果、全処方せん枚数のうち、疑義照会されたのはわずか3パーセント程度でした。『技術料にふさわしい服薬指導や疑義照会をXパーセントの処方に対して行っている』などとデータを示しながら反論できなければ、逆風を押し返せないでしょう」

患者へのインタビューから、薬局薬剤師が徹底的に疑義照会し無駄な薬剤を駆逐し、効果の低い処方せんに糾弾している様子が浮かび上がるような状況であってほしい。だがそうならない点に大木氏の落胆がある。

「処方権は医師にあるとは言え、疑義照会の電話を煙たがる医師に、それ以上はものを言えない。医師には逆らいつらいのでやむを得ないと受け取れますが、私はあえて責任放棄と言いたくないし、『薬の袋詰めだけしている』と揶揄されても反論できないでしょう。そこで押し返すのが、薬剤師法に明記された使命であり、存在意義です」

「あくまで余談ですが」と前置きし彼はさらにつづけた。「疑義照会の電話に、つい『イラッ』としてしまう医師の心情もわかる気がします。医薬分業や診療報酬のマイナス改定などの『開業医叩き』が始まって以降、主に開業医の経営環境は年とともに厳しくなり、経済状況が逼迫するケースさえ出始めている昨今です。疑義照会をしてきている相手が、自分たちが叩かれ、失った分の医療費の受け皿となってしまうの保険薬局のスタッフだと思っただけで感情的になってしまうのも致し方ないのかもしれない。」

目前に迫っている逆風の時に備えよ。医薬分業は、「開業医叩き」の側面を持つ。



PROFILE
 (おおき・たかお)
 1981年 暁星学園高等学校卒業
 1987年 東京慈恵会医科大学卒業
 1989年 東京慈恵会医科大学附属病院臨床研修
 東京慈恵会医科大学第一外科入局
 1995年 米国アルバートアインシュタイン医科
 大学血管外科研究員
 2002年 米国アルバートアインシュタイン医科
 大学血管外科部長
 2005年 米国アルバートアインシュタイン医科
 大学血管外科学教授
 2006年 東京慈恵会医科大学血管外科教授
 2007年 東京慈恵会医科大学外科学講座統括責
 任者

個々の薬剤師に責任はありませんが、そのような構図の中にあるのだとの自覚を持ち、疑義照会する際に医師の反発を買わないコミュニケーション能力も、根気とともに薬剤師に求められるスキルではないでしょうか？」

そして、強い口調で本質に触れた。

「例外的な事例かもしれませんが、感情的な棘も含めて高圧的な返答をする医師、その圧力に負けて、黙り込んでしまう薬剤師。双方とも使命のいくばくかを放棄していると思うべきです」

医療界に、制度的な歪みはある。しかし、その歪みに負けないでほしいと大木氏は言う。

「同じ公費を使う立場にありながら、病院や診療所には一部例外を除いて株式会社認められず、保険薬局には認められています。医薬分業の追い風の中で経済活動の論理を前面に押し出せば、多大な利益を上げることができるでしょう。実際、年収数億円を誇る保険薬局経営者も出現しました。医療界では、そんなことが注目されてはいけません。少なとも私は、そう思います。」

原理的に株式会社は利益を追求する装置なのは論をまかせませんが、だからといって、保険薬局が薬を大量販売し、利潤追求するだけの物売りに成り下がってははいけません」

それに近い存在になりつつあるのでは、との疑念が生まれているかもしれない危機感を持つてください」

大木氏のグループの代名詞とも言える「枝つきステントグラフト」は、血流を維持しなくてはならない血管に枝をつけて血液が流れるようにしながら、動脈瘤へは血流を遮断するという二律背反を成し遂げた。弓部と胸腹部大動脈瘤に対するステントグラフト術としては最新の画期的な技術であり、手術不能と宣告された患者にとっては最後の砦だが、いまだ保険適用となっていない。

そこで、誰が何を判断したか——東京慈恵会医科大学附属病院と外科学講座は、治療と普及に意義があると考え、数百万円のステント代金を病院負担としているという。

「この手術以外に治療法がない患者さんに対しては、赤字を覚悟して治療します。株式会社の経営者に聞かせたら、言下で否定されるでしょうし、株主代表訴訟のリスクもあります。しかし、医療であげた利益の一部を医療に還元する、私はそこそが医療だと胸を張りたい。ここにも賛否が巻き起こるのは承知で言い切りますが、保険薬局の関係者諸氏にはぜひ参考にしてください。」

公費を使った性善説の世界で、国民のために働くことを期待されている自覚のもとに切磋琢磨し、責任を全うし、いざというときには自浄能力を発揮し、信頼を得る。保険薬局の逆風に対する備えは、そこにあります。その際、鍵になるのは薬剤師の遺伝子に組み込まれた医療者としての良心と使命感ではないでしょうか」

疑義照会を煙たがる医師も、押し黙る薬剤師も 使命のいくばくかを放棄している。

薬剤師の遺伝子に組み込まれた良心に期待。 制度の歪みに負けたくないでほしい。

主に公費で賄われている医療の一部を確かに担う保険薬局が、利益率の高い物売りとなってはいけないという警告に、耳を貸さないわけにはいかないだろう。

「ストッパーとなりうるのは唯一、薬剤師だと思います。組織形態は株式会社で利益追求の本能を持っていても、構成している薬剤師が医療人の良心と使命感を発揮すれば、結果として高い公共性を帯びさせられます。保険薬局の組織と業界に自浄能力を生み出す責任は、ひとえに現場の薬剤師にあると自覚していただきたい。」

その意味で、保険薬局の経営者や店舗責任者が薬剤師である必要はない現行ルールは、病院や診療所と同様に変えたほうが良いかもしれません」

大木氏は日本の医療制度の特徴を性善説だと解説する。「日本の医療は、性善説で成り立っています。プレイヤーが皆、使命感を持って行動をする前提で制度がつくられています。賛否両論ありますが、医療に市場原理を持ち込んだ米国の惨状を肌で知っている私は、日本の制度を肯定します。性善説ですから、制度には甘い部分がそこそこあります。もし、利益追求型資本を自由参入させたなら、制度の抜け道をフル活用して膨大な利潤を得ることは容易でしょう。手賀沼にブラックバスを放流したようなもので、日本古来の生態系が乱れます。株式会社である保険薬局が

大木氏からの「疑義照会」アドバイス

本文で触れたとおり、疑義照会は薬剤師法第24条に規定されています。服薬指導と並び、薬剤師業務そのものの目的と言えることから、薬剤師にとって根幹を成す重大な業務であることがわかります。

決して勘違いしてはならないのは、医師の非の指摘が目的ではないということです。そのような目的のはき違いは問題外のように感じられますが、目の前の忙しさに追われるとき、真の目的がぼやけてしまう可能性もあるのではないのでしょうか。

日本薬剤師会が出した「平成22年度薬剤服用歴の活用、疑義照会実態調査」のデータから、疑義照会の業務における実際の状況を知ることができます。調査期間の1週間に応需した処方せん枚数4026枚に対して、疑義照会が実施された件数は平均12.7件。同期間のある1日に応需した処方せん枚数平均84.5枚に対して、疑義照会が実施された件数は平均2.3件という結果です。疑義照会が行われる割合としては、全処方せん枚数のうち、およそ3%であることがわかります。

疑義照会がうまくいくポイントを挙げてみましょう。

- ・疑問に思った点を具体的、かつ、相手（医師）の立場に立って伝える
 - ・「患者さんを守るため」という本来の目的を忘れない
 - ・「診療時間中であっても、内容を問わず些細なことであっても、疑義照会をしてほしい」という医師が大半を占める事実を認識しておく
- 2009年4月上旬に、医師139名に対して行われた日経ドラッグインフォメーションの調査によれば、「疑義照会を受けて良かった」と感じた経験のある医師が86.4%にも上りました。たとえば、投与量ミスや、患者さんにほかの障害があること、ダブル処方などの発覚により、大事にいたらずにすんだというものです。診療時間中であっても、些細な点であっても、疑義照会をしてほしいと考える医師が大多数を占めることから、医師は薬剤師に大いに期待し助けと感じているのがわかります。
- このような医師の期待に応える意味でも、疑義照会に限らず、常に医師と密に連絡を取り合い、医療の質を上げていく努力が、今もっとも求められているように思われます。
- そのためにも、日々の疑義照会でのやり取りにおいて、各々の薬剤師が薬のプロフェッショナルとして確実にレベルアップしていくことが、将来の医薬連携の達成度向上にもつながるのではないのでしょうか。