

# 医薬分業推進政策の評価と課題

堀川 泰清

キーワード：医薬分業、調剤薬局、OTC薬、卸の薬局囲い込み、どこでもMY病院  
構想、在宅医療

## 1. はじめに

わが国における医薬分業の現状を見ると、大学病院や地域の基幹病院の前には、市をなすかのように調剤を専業とする薬局が群れをなし、個人の診療所の前には、付随するかのように小さな薬局が点在している。これらの薬局は「処方箋」と薬を引き替えることで得る利益をその目的として存在するかの如き印象さえ与えている。また商店街や郊外にはいわゆるドラッグストアと称される薬局や店舗販売業が次々と出店し続け、OTC薬<sup>1</sup>だけでなく健康食品や化粧品を初め広範な商品を販売している。このドラッグストアは、健康と美を全面に、市場をアメリカ式に拡大してきた。しかし、この商法にも陰りが見え始め、最近では保険調剤にも進出し、「かかりつけ薬局」としての専門性を打ち出そうとする姿勢も見え始めている。またツルハHDは平成24年7月、タイに1号店を出店した。今後は海外展開でアップサイジングを目指すドラッグストアも多数出てくるだろう。しかし多くのドラッグストアは外観から「薬局」なのか「店舗販売業」なのかよく分からないのが実情であり、国民の健康維持の一端を担う業種でありながらタバコを販売しているところも散見される奇妙な一面もある。

これに対して古くから薬局を営んでいる個人商店は、精彩を欠き、店舗としての特徴、魅力が見られないため、訪れる客は古くからのなじみ客ばかり多くなり、その経営は劣悪な状況を強いられている。

平成22年度には5.3万軒の保険薬局が存在する。ちなみにコンビニは4.6万軒、書店は15,061軒、小学校は2.2万校である。果たして地域の人たちの目にはこういった薬局がどう映っているのだろうか。

現在のわが国における医薬分業は国際的に見ても異様な怪物である。医療費抑制の

---

<sup>1</sup>薬局・ドラッグストアなどで販売されている医薬品。「Over The Counter：オーバー・ザ・カウンター」の略で、カウンター越しに医薬品情報を提供し医薬品を販売するかたちに由来している。

面から考えると、また患者にとっても、余計にお金を取られて手間を食うシステムでしかない。本稿では医薬分業の歴史を振り返り、現在の問題点を薬剤師の観点から指摘し、今後のあるべき姿について提言する。

## 2. わが国医薬分業の第1、第2の出発点

第1回の医薬分業の出発点は、わが国に医薬分業の概念が入ってきた明治維新以降である。それまでは中国から渡ってきた漢方治療が主体で、医師は症状を診て処方していた。医師＝薬師と言われたように医と薬は同一であった。明治政府は急速に西洋の法制度を導入した。長く続いてきた医薬同一の医療を西洋並に近代化する試みであった。当時の政府は、西洋の先進国の進んだ制度をわが国に取り入れるため、明治2年にドイツ医学の採用を公に決め、明治4年にドイツの医学や医療制度を取り入れるためにドイツ人医師2名L. ミュルレル(外科・眼科)とT. E. ホフマン(内科)が招かれた。ミュルレルとホフマンは「ドイツ本国では薬剤のことは別に専門の学者がいてこれを担当することになっている。」<sup>2</sup>と明治政府に提言し、明治政府は薬学者・薬剤師の養成、医薬分業の採用を決めたが、わが国は漢方医学の長い歴史もあり、また薬剤師という職業がなく医師と薬剤師が同じ職業であったため、医薬分業はほとんど進まなかった。

第2の分業転機は、日本薬剤師会が第二次大戦後占領統治する米国の力を借りて「医薬分業」を実現したいと考えた時代である。時のGHQ公衆衛生福祉局長サムス准将(軍医出身)は薬剤師会からの働きを受け、日本政府に医薬分業の実施を強く迫った<sup>3</sup>。サムス准将は欧米なみの医薬分業の導入が日本の医療を近代化させるものと考えていた。医師が薬を売る日本の医療業態を変え、医師の仕事は病気を診断すること、処方箋を書くことに限定し、薬を実際に出すのは薬剤師が行うべきとサムスは考え、米国薬剤師協会使節団(ジェンキンスを団長とする使節団)が昭和24年夏に来日した。米国薬剤師協会使節団の「分業実施勧告」から再び日本薬剤師会の運動が再び活発になった。

この医療文化上の違いはさておき、日本の医師たちはアメリカの占領下において、アメリカ並みの医薬分業を押しつけられることになる。それまでは診療所で直接クスリを患者に手渡すのが当たり前であった。しかし、もしこの医薬分業が完全に実施されれば、医師は患者にクスリを直接手渡すことが禁じられることになり、それは日本

<sup>2</sup> 秋葉保次、中村健、西川隆、渡辺徹：医薬分業の歴史、4-6、薬事日報社、2012

<sup>3</sup> 小山路男編：戦後医療保証の証言、69-86、総合労働研究所、1985

の医療システムが根本から変わることを意味していた。このGHQの医薬分業政策に対し、日本医師会は「投薬は医療行為であり、治療は医師の全責任である」<sup>4</sup>との声明を出して、医薬分業に反対の決意を示した。当時の医師の収入の大部分はクスリによる収入であった。医療報酬体系では医師の技術料はほとんど無いに等しい状態で、医師の技術料はクスリの値段に含まれるとする伝統があったからである。儲けのために医師が薬を処方する、あるいは薬価差益を医師の技術料と見なしていたからである。日本医師会は、クスリを手放すことで収入が激減することを、さらに医薬分業によって医師の権威が低下することを恐れていた。

この医薬分業を促進させようとするサムス准将と直接交渉に当たったのが、第六代日本医師会会長田宮猛雄のもとで副会長に就任したばかりの武見太郎であった。サムス准将は、「敗戦国である日本が、勝者であるGHQの医療政策を受け入れるべき」との強硬な姿勢を見せた。しかし武見は、「日本が負けたのは軍人が負けたからで、医者が負けたわけではない」<sup>5</sup>と言って激しくこれに抵抗した。しかし、当時はサムス准将がサムス天皇と呼ばれていた時代である。GHQの権限は絶対であり、GHQは意に添わない医師会執行部を変えるように厚生大臣に要求し、GHQの圧力で、武見太郎を初めとする執行部は辞任することになった。これに基づき厚生省は昭和26年3月「医薬分業法案」を第10国会に提出したが、医・薬が対立し審議は難航を極めながらも法案は可決され、昭和28年1月1日から強制的に実施されることとなった。

ところがここで歴史の流れは大きく変わることになる。国会で医薬分業が可決された翌年、マッカーサー元帥が朝鮮戦争に核兵器を使用すべきと主張し、トルーマン大統領に解任されることになった。さらにマッカーサーの後を追ってサムス准将も辞任し、突如帰国することになった。サムス准将という守護神を失った日本薬剤師会はそれ以降、一気に暗転に向かった。後任局長のC. S. モロハン軍医大佐が日本医師会の要求を受け入れ、政府案の修正を認めた。この修正で医師の処方箋発行義務は緩和され、実施も2年延期（昭和30年1月から実施）と決まり、昭和26年6月成立した。だが昭和29年12月の国会において厚生省の準備不足を理由に再び1年3か月延期（昭和31年4月から実施）となった。さらに日本医師会は、昭和30年7月、事実上骨抜きに近い「分業法修正案」を医師議員を通じて衆議院に提出した。この修正案をさらに若干修正した与野党「共同修正案」が衆議院を通過し、参議院でも可決した。ここに医薬分業は昭和31年4月から実施と決まったものの、4月を迎えても町の薬局には

<sup>4</sup>秋葉保次、中村健、西川隆、渡辺徹：医薬分業の歴史、p79、薬事日報社、2012

<sup>5</sup>三輪和雄著：猛医の時代—武見太郎の生涯、p148、文芸春秋、1990

処方箋は来なかった。多くの薬局からは「処方箋は来ない。乱売で経営が成り立たない」と悲鳴が高まった。以後昭和 49 年 10 月に医療費が改定されるまでは、「医師が薬を売り、歯科医師が金を売り、薬剤師が雑貨を売る」という奇妙な状況が続いた。

### 3. わが国の医薬分業の第 3 の出発点

昭和 49 年 2 月および 10 月、2 回の医療費改定が行われ、医師の処方箋料は前年まで 6 点 (60 円) であったものが、2 月には 10 点、10 月から一気に 50 点に引き上げられた。これをきっかけとして明治 7 年の制度導入以来 100 年にわたって停滞していた医薬分業が動き出した。

その後平成元年 11 月 9 日、「薬価差益 1 兆 3,000 億円」という大見出しが新聞各社の一面トップを飾った。前日 8 日に開かれた衆議院決算委員会で、厚生省の坂本龍彦保険局長 (当時) が公明党議員の質問に答えてこの金額を明らかにした。薬価差益の総額について国が具体的な数値を明らかにしたのはこれが初めてのことで、各社とも最大級のニュースとして取り扱った。

多くの国民が「薬価差益が存在する」ことを知っており、「かなりの金額になるだろう」とは考えていたが、その金額が薬剤費全体 (当時 5 兆 1,000 億円) の実に 4 分の 1 にあたる 1 兆 3,000 億円であり、赤ちゃんからお年寄りまで国民 1 人あたり 1 万円以上支払っていることが初めて具体的に示されたことの衝撃は、ことのほか大きかった。薬価差益についてはそもそも多くの批判があった。本来公定価格であるはずの薬価が、実際の取引の中で骨抜きにされ差益が生じていることの不明朗さに加え、医療機関がより多くの差益を狙って不必要な薬剤を処方したり過剰使用する「薬漬け医療」につながるのではないかという懸念があったからである。

これ以降、この問題を解決するには、医薬分業を推進すべきだ、という考えを支持する動きが広がっていくことになった。

あれから 20 数年、いま振り返ってみると実に皮肉な結果となっている。というのも当時の厚生省が医薬分業を推進した大きな目的の一つは「医療費の抑制」だったはずである。医療機関から 1 兆 3,000 億円にもものぼる薬価差益を吐き出させ、さらに経済的動機による薬剤の過剰使用も防止することが出来れば、増え続ける医療費に歯止めをかけることが出来るだろうと踏んでいたはずである。また当時の大蔵省 (現財務省) からも医療費増加の抑制を強く求められていた。

しかし、その後も医療費の増加に歯止めはかかっていない。平成 22 年度には総額 36 兆円に達した。1 兆 3,000 億円あった医療機関の薬価差益は今では大幅に減っている

はずであるが、その分はどこへ行ってしまったのか。多くは調剤薬局とそれに連なる医薬品産業に流れていったのであろうか。20数年前には、ほんのわずかな金額に過ぎなかった「薬局調剤医療費」の総額は、平成22年度には6兆円にも達している。表1と表2からも分かるように、市場規模6兆円というのは流通（小売）業たる百貨店業界の年間総売上にも匹敵する額である。

表1 調剤医療費の全数と電算処理分の比較

		実数						対前年度比 (%)				
		平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	
		17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度
全数	調剤医療費 (億円)	45,927	47,468	51,673	54,402	58,695	60,822	3.4	8.9	5.3	7.9	3.6
	処方せん枚数 (万枚)	66,363	68,955	70,739	72,008	73,056	76,169	3.9	2.6	1.8	1.5	4.3
	1枚当たり調剤医療費 (円)	6,921	6,884	7,305	7,555	8,034	7,985	▲0.5	6.1	3.4	6.3	▲0.6
電算処理分	調剤医療費 (億円)	25,658	33,305	10,803	49,630	58,124	60,389	29.8	25.5	18.7	17.1	3.9
	電算化率 (%)	55.9	70.2	80.9	91.2	99.0	99.3	-	-	-	-	-
	処方せん枚数 (万枚)	36,777	48,106	57,089	65,638	72,345	75,636	30.8	18.7	15	10.2	4.5
	電算化率 (%)	55.4	69.8	80.7	91.2	99.0	99.3	-	-	-	-	-
	1枚当たり調剤医療費 (円)	6,977	6,923	7,322	7,561	8,034	7,984	▲0.8	5.8	3.3	6.3	▲0.6
	電算処理分/全数	1.008	1.006	1.002	1.001	1.000	1.000	-	-	-	-	-

(出所：厚生労働省ホームページ (平成24年7月30日アクセス))

([http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo\\_h22\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo_h22_1.pdf))

表2 処方箋1枚あたり調剤医療費の内訳

		実数						対前年度比 (%)				
		平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	平成	
		17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度
調剤医療費 (円)		6,977	6,923	7,322	7,561	8,034	7,984	▲0.8	5.8	3.3	6.3	▲0.6
技術料 (円)		1,897	1,901	1,924	1,984	2,010	2,104	0.2	1.2	3.1	1.3	4.7
構成割合 (%)		27.2	27.5	26.3	26.2	25.0	26.3	-	-	-	-	-
薬科料 (円)		5,069	5,011	5,387	5,565	6,011	5,867	▲1.2	7.5	3.3	8.0	▲2.4
構成割合 (%)		72.2	72.4	73.6	73.6	74.8	73.5	-	-	-	-	-
内服薬薬剤料 (円) (再掲)		4,301	4,245	4,573	4,713	5,092	4,941	▲1.3	7.7	3.0	8.1	▲3.0
特定保険医療材料料 (円)		10	11	12	12	13	13	7.5	8.2	3.7	9.8	1.3
構成割合 (%)		0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	-	-	-	-	-

(出所：厚生労働省ホームページ (平成24年7月30日アクセス))

([http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo\\_h22\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo_h22_2.pdf))

また、表3に示すように医薬分業が推進された後も全体として薬剤の使用は減らず、医療費に占める薬剤費比の割合が他の先進諸国に比べて高いという日本医療の「薬偏

重構造」も温存されてしまっている。普段あまり意識されることは少ないが、医薬分業の推進によって、患者（国民）は技術料という、院内処方为主だった時代よりもかなり割高な調剤費や薬歴管理料をとられるようになってきている。それにもかかわらず、当初のねらいの医療費総額の抑制は実現せず、しかも医療界の薬剤依存体質も変わらないとすると、国民はまさに踏んだり蹴ったりである。

平成 22 年度は薬価の平均改訂率は▲5.75%であり、内服薬の処方せん 1 枚当たり薬剤料 4,936 円を、処方せん 1 枚当たり薬剤料の 3 要素に分解<sup>6</sup> すると、各々 2.90、19.9 日、86 円となっている。また、内服薬の処方せん 1 枚当たり薬剤料の伸び率は▲3.0% であり、それを処方せん 1 枚当たり薬剤種類数の伸び率、投薬日数の伸び率、1 種類 1 日当たり薬剤料の伸び率に分解すると、各々 1.2%、0.9%、▲5.0%となっている。近年、3%以上の伸びを示していた「投薬日数」の伸び率の低下、及び「1 種類 1 日当たり薬剤料」の減少が、内服薬の処方せん 1 枚当たり薬剤料の減少につながったと考えられる。

表 3 処方箋 1 枚あたり薬剤料の 3 要素分解

	実数						対前年度比 (%)				
	平成 17年度	平成 18年度	平成 19年度	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度	平成 18年度	平成 19年度	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度
内服薬 処方せん1枚当たり 薬材料 (円)	4,296	4,243	4,571	4,706	5,087	4,936	▲1.2	7.7	3.0	8.1	▲3.0
処方せん1枚当たり薬剤種類数	2.77	2.80	2.83	2.85	2.87	2.90	1.0	1.1	0.8	0.4	1.2
投薬日数 (日)	16.7	17.3	17.9	18.8	19.7	19.9	3.2	3.5	5.3	4.5	0.9
1種類1日当たり薬剤料 (円)	93	88	90	88	90	86	▲5.3	2.9	▲3.0	3	▲5.0

(出所：厚生労働省ホームページ(平成 24 年 7 月 30 日))

[http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo\\_h22\\_4.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo_h22_4.pdf)

#### 4. ドイツの医薬分業

本節では、ドイツにおける医薬分業について、南(2007)、飛田(2012)、小西(2012)をもとに述べていくことにする。

ドイツの<薬局に関する法律 1 条 1 項>では、「薬局は、公共の利益において、国民のために秩序正しく医薬品を供給することを義務付けられるものとする。」とされている。

<sup>6</sup>薬剤料の 3 要素分解とは、内服薬の処方せん 1 枚当たり薬剤料を、処方せん 1 枚当たり薬剤種類数、投薬日数、1 種類 1 日当たり薬剤料の 3 要素に分解したものである。

また、〈薬剤師法 1 条〉では、「薬剤師は、住民に秩序正しく医薬品を供給することを職業として、それによって個人及び国民に健康を提供し奉仕するものである。薬剤師の医薬品に関する責任は、まず医薬品を安定供給することにある、その供給について特に留意されるべきは、販売する医薬品の品質にある。」とされている。ドイツの薬局は、チェーン店がなく（一人 4 店まで）基本的に独立店である。ほぼ 100%の医薬分業で、病院の入院調剤も院外である。

取り扱い品目としては、1. 要処方箋薬：日本における医療用医薬品、2. 薬局指示薬：処方箋なしに入手可能、薬局専売品、3. その他：化粧品、ハーブなど、薬局以外販売可能品がある。

ドイツには、図 1 に示すように、薬局統一マークがあり存在感がある。「A」は、Apotheke の A とギリシャ神話に出てくる健康の女神ヒデルギアが、蛇に餌を与える時の杯と蛇をアレンジしたものである。店舗については、入口の近くには夜間の受取窓口がある。これは薬剤師会で輪番制をとっていて、宿直して業務にあたることを意味している。普通 2～3 週間に一度まわってくる。ドイツには閉店法があり、午後 8 時半には小売店は閉まる。コンビニは無い。そのため、地域での輪番制の薬局のみが唯一対応可能となり、処方薬のみならずトイレタリーも含め、信頼感を強くしている。



図 1 ドイツ薬局の統一マーク

店舗に入ると、処方箋受付スペース、ハーブ化粧品などを販売する販売スペース、レジスペースとあり、そこで患者と応対している。その後ろに薬局指示薬が置かれている。その奥に天井まで届く医薬品棚が並んでいる。そこには、箱入りの医療用医薬品が入っている。次に調剤室、特に軟膏の練合はよく処方され、スティック型の容器に充填され作られている。品質を検査する試験室、夜勤室、保管室など、110 平方メートル以上と、ドイツの薬局はフルラインで大きく、見た目も立派である。

わが国では、調剤のみの機能で小薬局が多いことを考えると、違いを感じさせられる。調剤は箱入りで渡している。ほとんどが瓶入りのバラ錠。処方箋の医薬品は 3 品目まで、それ以上は、また 3 品目で 2 枚、3 枚となりうる。処方箋を受け取ると、レセコン入力、ピッキング、チェックの後、薬を渡すことになっている。

患者は添付文書を読む義務がある。患者は診察時にアレルギーの有無、併用薬、状態を伝え、医師は副作用、相互作用などを説明する。薬剤師は患者に医師からの服薬指示があったかを確認し、無ければ必要事項を説明する。これらの点がドイツでの医薬分業の原点であるかと思わせる。

ドイツの薬局は、調剤、医薬品販売などを通じて地域住民から信頼され、薬剤師職能も活かされ、人々の日々の生活になくてはならない存在である。しかし、薬剤師から聞こえてくるのは、国の財政赤字による健康保険制度改革によるOTC類似薬の自己負担化、参照価格導入政策<sup>7</sup>などでジェネリック医薬品が75%に達し、経営が急激に悪化しているという声である。しかし、世間からはまだまだ優遇されていると薬剤師バッシングも起こっており、薬局不要論まで出てきていると聞く。歴史と実績のあるドイツでも厳しい現実がある。国の財政難からくる医療費削減政策から、近々わが国でも厳しい形で、「日本流医薬分業と薬剤師バッシング」がやって来ることは必至である。

## 5. わが国の医薬分業をどう医療費節減に結びつけるか

平成18年度の通常国会で、薬局が薬品などの供給拠点として地域医療により貢献すべく、薬局機能の強化を図るための法律が成立した。その具体的内容は、i) 薬局を医療提供施設へ位置づけたこと、ii) 薬局機能に関する一定の情報の届け出・公表を制度化すること、iii) 在宅医療を受けている患者の居宅などにおいて調剤の業務の一部を行うことが出来るようにすること、iv) 行政処分を受けた薬剤師に対する再教育研修を義務づけること、である。「非営利団体でなければならない」という文言はどこにも見あたらない。本節では医薬分業の検証と考察および後発品の使用推進の問題点に的を絞って考えていくことにする。

### 5-1. 医薬分業が逆に医療費を押し上げている

近年のわが国の医療費の動向をみると、国民医療費は経済（国民所得）を上回る伸びを示している。介護保険制度が施行され、医療費の一部が介護に移行した平成12年度を除いて、毎年約1兆円にもものぼる増加を示しており、平成6年度から平成16年度までの10年間で25.8兆円から32.1兆円に増加し、上昇率は24.5%にもなっ

---

<sup>7</sup> 参照価格制度とは、医療保険から薬剤に対して支払う金額の上限を定める制度で、買入れ価格が上限額を上回った場合、差額は患者が負担する。薬価差益を消滅させるため有効なシステムと考えられたが、わが国は関係諸団体の反対で挫折。



いる(表4参照)。なかでも高齢化の進行もあり、老人医療費の年平均伸び率は4.6%となっている。これは国民医療費全体の同時期の平均伸び率2.7%を大きく上回っている。すでに財政はパンク寸前であり、医療費の膨張が国や地方の財政を悪化させ、国民生活にも大きな影響を与えかねない。

表4 医療費の動向

年度	老人医療費 (兆円)	国民医療費 (兆円)	老人医療費/国民医療費	国民医療費の 対国民所得比	国民医療費 の対GDP比	(参考) 総保健医療支出の 対GDP比	(診療報酬 改定)	(主な制度改革)	
1985	4.1	16.0		25.4	6.1	4.9	6.7		
1990	5.9	20.6		28.8	5.9	4.6	6.0		
1995	8.9	27.0		33.1	7.2	5.4	6.9		
2000	11.2	30.1		37.2	8.1	6.0	7.7	0.20% ・介護保険 制度施行 ・高齢者1割負担制度	
2001	11.7	31.1		37.5	8.6	6.3	7.9		
2002	11.7	31.0		37.9	8.7	6.3	8.0	▲2.7% ・高齢者1割負担徹底	
2003	11.7	31.5	老人医療の対象 年齢引上げ 70歳以上 (~H14.9) ↓ 75歳以上 (H19.10~)	36.9	8.8	6.4	8.1		・被用者本人3割負担等
2004	11.6	32.1		36.1	8.8	6.4	8.0	▲1.0%	
2005	11.6	33.1		35.1	9.1	6.6	8.2		
2006	11.3	33.1		34.0	8.9	6.5	8.1	▲3.16%	・現役並み所得高齢者3割負担等
2007	11.3	34.1		33.0	9.0	6.6	8.1		
2008	11.4	34.8		32.8	9.9	7.1		▲0.82% ・乳幼児の患者負担軽減 措置の拡大 (3歳未満→未就学児)	
2009 (実績見込み)	12.0	36.0		33.4					

(出所：平成23年厚生労働白書付録CD-ROM資料編、(I)制度の概要及び基礎統計、②保険医療、(1)医療保険 医療費/33)

こうした中平成18年6月に成立した医療構造改革関連法は、生活習慣病予防、医療提供体制、医療保険制度に関する改革を総合的かつ一体的に行うもので、国民皆保険制度創設以来の大改革といわれるものである。これは規模や内容から昭和36年に行われた国民皆保険制度以来の最大の改革と言われている。改革の意図は抑制そのものであるが、厚生労働省は抑制という言葉を避けて、医療費の伸びをいかに適正にするかとの意味で「医療費適正化」と呼んでいる。ここで生活習慣病の「予防」が、医療費適正化の手段として明確に位置づけられた意味は大きい。政府は一連の改革により、西暦2025年には56兆円に及ぶと見られる医療給付金を49兆円にまで押さえ込もうとしている。しかし、厚労省自身、白書の中でも「日本の医療の抱える課題を解決していくなかで、医療費の伸びを抑制するという難しい舵取りが迫られている」と、素直な

感想を述べている<sup>8</sup>。

医療費削減の対象は、医薬分業政策が始まって以来伸び率の著しい薬剤費と調剤報酬である。現状の調剤報酬が果たして費用対効果の観点から妥当なものかどうか、調剤薬局間の格差が大きく評価は困難を窮める。少子高齢化が進み、病気を患う人の数が増加していく中、これに対して診療報酬は平成22年と24年は引き上げられたとは言え、これが最後の引き上げになることは間違いない。その中で医療従事者は少ないフィーで多くの仕事をしなければならない。医療に携わる経営者も皆厳しい状態にある。これに耐えられるのは、薬局については大手やかなりの規模のチェーン会社、あるいは全く個人でやっている薬局も場所や個性によっては残るだろう。その中間の展開をしているところが一番苦しい。平成24年現在5.3万軒もある薬局の淘汰がもうすぐ急速に行われ、おそらく10年もしないうちに半数になると私は予測する。

医療費抑制は、絶対命題のようなものである。抑制しないと、国そのものが持たない。そうすると、現実面では調剤報酬の引き下げが業界淘汰を引き起こす。つまり寡占化である。経常利益を調剤報酬だけに依存せずOTC薬販売も含め薄利多売のところが残り、需要を総取りしていくという形態である。これに近いものとして良い事例が電化製品である。個人で電化製品を扱う店が、大型量販店にどんどん収斂されていき、その結果、電化製品の安売りが可能になったという歴史が、ドラスティックな業界再編に導いた。薬局業界でも、大がかりな寡占化を行う業者が必要である。「薬局ががんばる、薄利多売の中で耐えていけるような薬局を鍛える」というのが、薬局が出来る医療費削減のキーポイントになる。わが国の薬局は「個店単位で運営されるもの」という「個店主義」がオペレーションを支配している。チェーン薬局でありながら、仕入れや情報の共有化もされていないところも少なくない。寡占化となり本部での一括仕入れや在庫情報が共有できれば、原価の低減に大きく貢献するだろうし参照価格制度が導入されても生き残れる。組織強化の中で薬剤師の意識向上も期待できるはずである。

## 5-2. 後発医薬品<sup>9</sup> 推奨政策の疑問

新薬の開発には通常10年以上、費用も150～700億円かかると言われているが、後発品の場合開発期間は3～5年、経費も数千億円で済む。販管費は著しく少ない。従っ

---

<sup>8</sup> 平成19年版厚生労働白書：「はじめに」

<sup>9</sup> 後発医薬品（こうはつやくひん、Generic drug）とは、特許が切れた医薬品を他の製薬会社が製造或は供給する医薬品である。ジェネリック医薬品とも言われる。特許の対象は、有効成分、製造方法、効能効果、用法用量など多岐にわたる。なお、後発医薬品に対して先発の新薬は先発医薬品と呼ばれる。

て薬価も新薬の半以下になるはずである。にもかかわらず後発品の薬価は先発品の70%という奇怪なルールが存在する。鈴木、八代ら(2011)によると、この算定ルールはこれまで何回か改訂されており、平成6年にはそれまで先発医薬品と同薬価であったものが先発品の90%に、平成8年には80%に、そして平成16年に現行の70%にそれぞれ引き下げられている。従って現状の体制では医療費抑制のための後発品投入の効果はほとんど期待できない。後発品の意義は高品質な医薬品が低薬価で医療に供給されることである。米国等では後発品価格がオリジナルドラッグの20~30%の価格水準となっている。

これに対してわが国では、この70%ルールと後発品調剤体制加算<sup>10</sup>が災いして先発品との価格差が相対的に小さく後発品の普及を妨げている。次回診療報酬改訂から後発品調剤体制加算を廃止し、また後発品の薬価は先発品の70%としたルールを米国並みの20~30%に近づけるべきである。国は後発品のシェアを平成24年度までに数量ベースで30%(表5参照)にする目標を立てたが、これを達成していない薬局は一律調剤基本料<sup>11</sup>を24点に引き下げるべきである。

表5 後発医薬品の割合

	実数 (%)						対前年度差 (%ポイント)				
	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
後発医薬品割合 (薬剤料ベース)	4.9	5.4	5.6	6.4	6.9	8.2	0.5	0.2	0.7	0.6	1.3
参考：後発医薬品割合 (数量ベース)	14.1	15.4	16.1	18.0	18.9	22.4	1.3	0.7	1.9	0.9	3.4
参考：後発医薬品調剤率	37.9	39.4	40.1	43.1	44.0	47.7	1.5	0.7	3.0	1.0	3.7

(出所：厚生労働省ホームページ(平成24年7月30日アクセス)

[http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo\\_h22\\_11.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/10/dl/gaiyo_h22_11.pdf))

川渕(2012)によると、一連の後発品使用推進のための制度改革がなされたが、

<sup>10</sup>後発医薬品調剤体制加算は、直近3ヶ月間の医薬品の調剤数量のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が下記とおりの場合算定できる。後発医薬品調剤体制加算1(22%以上5点)、後発医薬品調剤体制加算2(30%以上15点)、後発医薬品調剤体制加算3(35%以上19点)

<sup>11</sup>調剤基本料は、処方箋の枚数には関係なく、処方箋受付一回につき算定する。

処方箋受付回数：4000回↑/月、処方箋集中度：70%↑・・・24点(受付一回)

処方箋受付回数：4000回↓/月、処方箋集中度：70%↑・・・40点(受付一回)

処方箋受付回数：4000回↑/月、処方箋集中度：70%↓・・・40点(受付一回)

処方箋受付回数：4000回↓/月、処方箋集中度：70%↓・・・40点(受付一回)

処方箋の受付回数及び集中度がどこに該当するかどうかは、基準に従って薬局が自ら判断する。

後発医薬品薬剤種類数（入院外・投薬）が占める割合は、表5に示す通り、22.4%にとどまっている。その使用割合は院内処方が26.0%、院外処方18.4%であり、院内処方より院外処方の方が後発品割合が低いということはどういうことか<sup>12</sup>。わが国の医薬分業の存在意義がここでも改めて問われる。

## 6. 薬局のありかたに関する大きな問題

今の薬局のあり方に問題はないのか。本節では調剤薬局が営利目的の株式会社化することに伴う問題と、調剤薬局と複雑に絡み合う医薬品卸業や商社の実態を見据え、この構図が如何に医療費節減に貢献できるかを考えてみた。

### 6-1. 国民の社会負担費で拡大する薬局産業

MEDIFAXdigest2012年6月27日（水）の記事に、「上場薬局の配当など『薬局の在り方』議論する時期」を見出しとする記事が掲載された。日本薬剤師会の三浦博嗣副会長は23日に開かれた日本薬剤師会定時総会で、大手チェーン薬局の巨大化に対する代議員からの質問に対して「（大手調剤チェーンについて）医療、社会保障の中で、上場して株主に配当することへの違和感は多方面からも聞こえている。日本薬剤師会としても、薬局の経営形態も合わせて今後の薬局の在り方について検討を始める時期に来ている」と述べ、医療法で医療提供施設に位置づけられている薬局における株主への配当や、役員報酬の実態を見据えた薬局の在り方に関する検討の必要性を指摘した。この日のブロック代表質問で、北海道ブロックの水島久美代議員は、チェーン薬局の巨大化に対する日薬のスタンスとともに、保険医療制度の中での調剤における利益を株主に配当すること、1人の開設者が何百もの薬局を持つ仕組み、一部薬局開設者が数億円の所得を得ること等について執行部の考えを正した。これに対し三浦副会長は「薬局は薬事法上、1軒ごとに独立して認可され、そこに管理薬剤師がいることによって成り立つ。現時点でその薬局が法人化して数十軒、数百軒の薬局を営営することは法的に問題ない」とした。その上で、平成12年から平成22年の10年間で、薬局勤務薬剤師は7万4,000人から12万7,000人へと倍近く増えたのに対して、薬局開設者は2万1,000人から1万9,000人に減少しているとの実態を紹介した。大手調剤チェーンの拡大を裏付けるこうした現状を示しながら、上場した薬局による株主への配当などの問題に言及した。三浦副会長は答弁の最後に「ただし、現実的な側面での影

<sup>12</sup> 12川淵孝一、日本の医薬分業は患者のためになっているのか、WEDGE、2012、3、p50-51

響も大きいと思うので慎重に扱っていくべき」と付け加えた。

大手調剤薬局の開設者が年間数億円の所得を得たり、また株主に配当することは違法ではない。しかし配当制限<sup>13</sup>をここで再検討してみてもどうか。彼らの得た利益の大半は健康保険組合や社会負担費として国民が納めた税金である。非常に区分が困難な面もあると思うが、医療提供施設の保険調剤を別会計とし、非営利団体化も考慮すべきである。もし非営利団体化が難しければ、思い切って調剤報酬引き下げを断行すべきである。極端な例をあげると、調剤後、ただ薬と薬説明書だけを渡すだけで何の指導もせず調剤報酬だけはきっちり取っている薬局もある。処方内容が用法・用量も含めて前回と同一内容であれば調剤報酬は、調剤基本料 24 点だけしか請求出来ないようにすることも医療費節減に大きな貢献をすると考える。

また一部調剤併設型ドラッグストアでは調剤費の自己負担分までもポイントを与え、値引きなどの対象にしている所もあるが、これは、現行の調剤報酬は高すぎるという証に他ならない。次回調剤報酬改定後、調剤基本料は一律 24 点に統一すべきである。

## 6-2. 医薬品卸の薬局抱え込み

調剤薬局でもなく、ドラッグストアでもない第三の企業形態とも考えられる「クラスA」は、会員の調剤薬局の経営や人材教育、求人などを支援する他、マーケティングやブランディングなどのノウハウも伝授している。その一つが「ヘルスケア・プロショップ」と呼ぶ新業態の提案である。処方箋を持たない顧客にも来店してもらえるよう、薬剤師が日常の健康管理を助言する。いわば健康を保つための専門店と言える。医療費の節減が求められる中、国民一人ひとりが健康な生活をどう維持するのかがこれからの命題となる。その受け皿が調剤薬局である。クラスAが新しい市場を創るといふ。クラスAの会員は中小の薬局が中心であるが、平成 18 年の会社設立からわずか 4 年で約 4,800 店舗にまで拡大した。全薬局の 10 分の 1 という当初目標にしていた 5,000 店舗にまもなく到達する。その原動力となっているのが、メディパルホールディングス<sup>14</sup>のMS<sup>15</sup> 部隊である。全国に張り巡らされたグループの流通網を通じクラ

---

<sup>13</sup> 配当制限と配当自由化とは、文字通り配当にかけられた制限とその自由化のことである。以前は電力会社や銀行などの公共性の高い会社の配当率は低率で制限されていたが、現在では他の会社と同じように、配当可能限度内であれば、完全に自由化されている。

<sup>14</sup> 株式会社メディパルホールディングスは、医療用医薬品、一般用医薬品、医療機器、日用品、化粧品、トイレタリーを主力取り扱い品目とする流通グループ。東京都中央区に本社を置いている。連結売上高は 2 兆 2,500 億円を越え、日本国内最大規模である。

<sup>15</sup> 医薬品卸販売担当者は、MS (Marketing Specialist) と呼ばれ、お得意様である医療機関や調剤薬局に対して、医薬品の販売活動や最新の医療情報提供活動を行っている。またこれからの MS には、医療行政情報、病院経営や開業等の相談に応えられるソリューション営業が求められている。

スAへの加入を働きかけている。調剤薬局市場は大手のチェーン化が進んでいるとはいえ、まだ上位のシェアは10%未満である。なお中小、零細の薬局が圧倒的多数を占める医薬品卸にとってクラスAのような会員制サービスはこうした顧客の格好の「囲い込み」手段となる。東邦薬品も平成20年に「薬局共創未来」を結成し、いまや2,900店舗の会員を集めた。医薬品卸の厳しい経営環境には今さら触れるまでもない。再編に次ぐ再編でメーカー系列色を薄め、フルラインの品揃えに走った結果、過度の価格競争や頻回配送の競り合いに突入し、そろって体力を消耗させている。

こうした経営環境の中、卸の薬局戦略は大きく二つに分かれる。一つはメディパルの「クラスA」や東邦HDの「薬局共創未来」のような顧客を囲い込むための会員制サービスである。いわば穏やかなグループ化と言える。そしてもう一つが、子会社化や資本提携によって調剤薬局と結びつく戦略である。チェーン展開に行き詰まった薬局側の要請もあるが、市場シェアや「適正価格」での取引の拡大、グループ全体の利益を薬局事業で下支えしたいという医薬品卸の思惑もあり、ここ2~3年で一気に加速して来ている。ここで大手医薬品卸4社と調剤薬局の関係を示すと図2のようになる。各社が調剤薬局に対し、どのようなアプローチをしているかが分かる。そしてここで述べた2つの戦略が読み取れる。

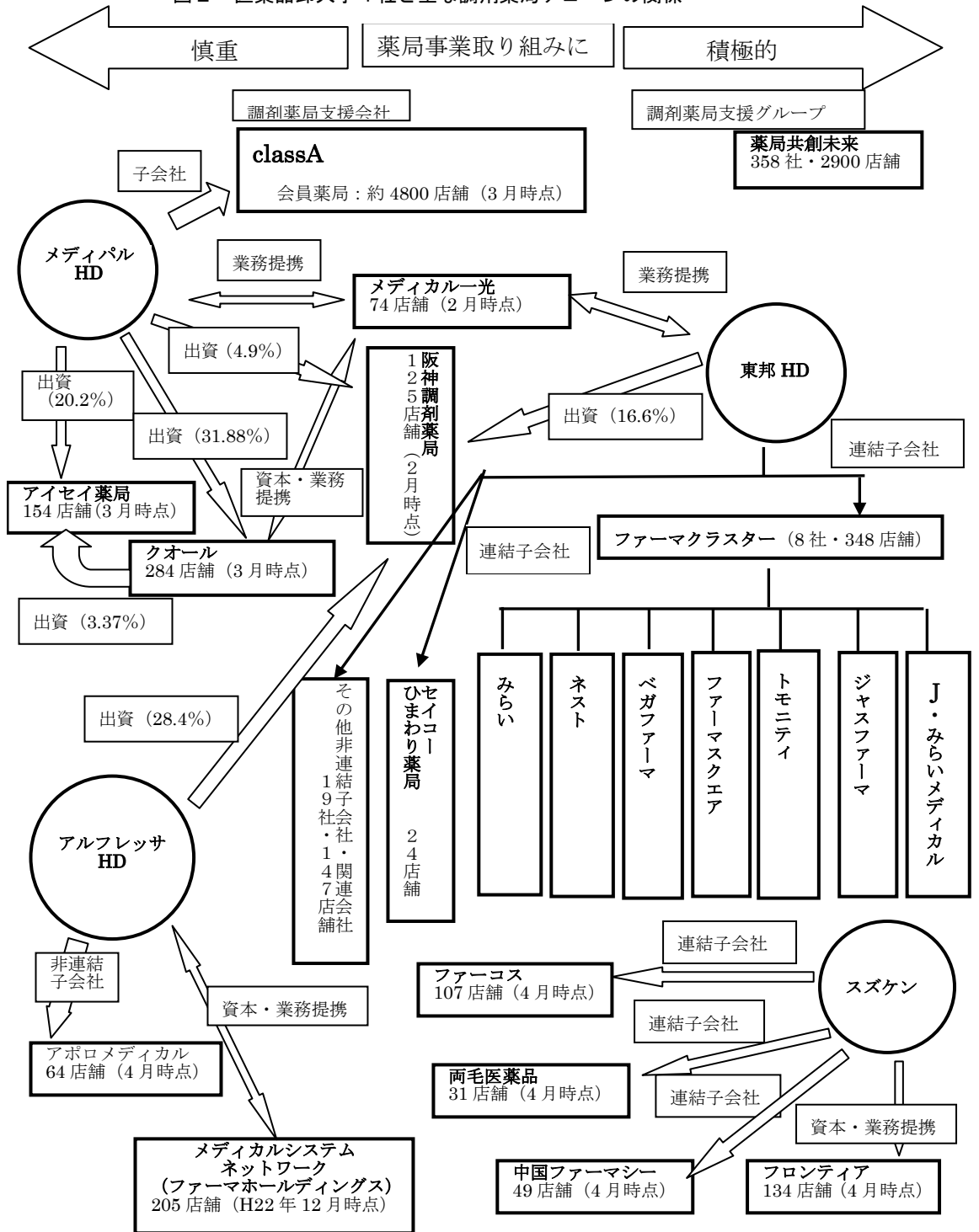
調剤薬局を次々に買収し、薬局事業そのものの拡大にひた走るのは東邦HDとスズケンである。東邦グループは平成21年4月から持ち株会社制に移行し、東邦HDの下に医薬品卸事業会社の東邦薬品と、調剤薬局管理事業会社のファーマクラスターの2社を保持している。そのファーマクラスターの傘下には、J・みらいメディカルなど8社・348店舗が名を連ねる。これらを合わせた薬局事業の売り上げは543億円（平成21年度）にのぼる。

スズケンも平成20年10月にほぼ全国展開する中堅調剤薬局チェーンのファークスを子会社化した。群馬、埼玉、栃木を地盤とする両毛医薬品も傘下に、平成22年2月にはワタキューセイモアの子会社であるフロンティアと資本業務提携を交わすなど薬局との関係構築を急いでいる。一方、メディパルHDやアルフレッサは調剤薬局チェーンとの資本提携を急いでいるが、薬局事業そのものの展開には慎重と言える。

メディパルはすでにクオールの32%の株式を持つ筆頭株主で、中堅調剤チェーンのメディカルー光にも業務提携の手を広げるが、どちらかと言えばエリア・ロジスティック・センターの整備に力を入れるなど物流の効率化に力を入れている。

アルフレッサは平成20年になって中堅調剤チェーンのアポロメディカルホールディングスを子会社化し、準大手のメディカルシステムネットワーク（MSNW）とも

図2 医薬品卸大手4社と主な調剤薬局チェーンの関係



出所： Yakugyo Jiho 2011年4月25日 No.50 より引用

子会社（調剤薬局事業のファーマホールディング）を通じて資本業務提携した。以下の表6は、大手調剤薬局チェーンの調剤薬局事業の売上高を、そして表7は業務提携関係をまとめたものである。

表6 平成23年度 大手調剤薬局チェーンの調剤薬局事業の売上高

企業名	調剤薬局事業売上高 (前期比)	営業利益 (前期比)	店舗数 (期末)
インファーマ シーズ	1,271億3,400万円 (11.2%増)	118億9,000万円 (21.0%増)	494
日本調剤	1,235億4,900万円 (15.8%増)	94億4,800万円 (20.7%増)	417
スズケン	766億6,400万円 (8.5%増)	44億600万円 (26.2%増)	—
東邦HD	756億9,100万円 (13.7%増)	46億1,200万円 (29.1%増)	443
クオール	642億円 (9.8%増)	39億8,700万円 (19.8%増)	327
総合メディカル	590億6,200万円 (11.6%増)	46億7,300万円 (21.5%増)	366
アイセイ薬局	363億5,200万円 (27.9%増)	37億3,100万円 (25.6%増)	214
メディカルシステ ムネットワーク	242億7,300万円 (10.2%増)	12億3,300万円 (17.1%増)	223

(出所：Yakugyo Jiho 2012. 6/25 NO.78 より)

表7 主要総合商社、医薬品卸の展開

企業名	内容
三菱商事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬樹と2008年2月に業務提携するとともに資本参加（25%）</li> <li>・クオールに2007年10月資本参加（20.1%）</li> </ul>
三井物産	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メディカルシステムネットワークと2003年7月に事業提携。2005年1月に資本参加（9.3%）</li> <li>・総合メディカルと2007年8月に業務提携するとともに資本参加（20.2%）</li> </ul>
住友商事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住商ドラッグストアーズを1993年9月に100%出資で設立（設立当時の社名は住商リテイルストアーズ）</li> </ul>
丸紅	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インファーマシーズに1999年2月資本参加（11.6%）</li> </ul>
メディパル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・クオールに2007年10月資本参加（31.9%）</li> </ul>
ホールディングス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アイセイ薬局に2008年9月資本参加（9.8%）</li> </ul>
アルフレッサ ホールディングス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アポロメディカルホールディングスを2008年3月に子会社化</li> </ul>
スズケン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ファークスを2008年10月に子会社化</li> <li>・フロンティアと2010年2月に業務提携するとともに資本参加（10%）</li> </ul>
東邦ホールディングス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全快堂薬局グループを2008年5月に子会社化</li> <li>・富士ファミリーファーマシーを2008年10月に子会社化</li> <li>・2009年4月に株式会社体制に移行。調剤薬局事業の管理事業は、ファーマクラスターが承継</li> <li>・セイコーグループを2009年12月に子会社化</li> <li>・メディカルプレーンを2010年3月に子会社化</li> <li>・厚生、青葉堂を2010年4月に子会社化</li> </ul>

(出典：医療経営白書、2010年版、p225)



ところで、「医薬品卸の薬局事業拡大は必然の流れ」<sup>16</sup>と述べるクレコンリサーチ&コンサルティング木村副社長は、以下のように述べている。保険薬局のチェーン化が許されている英国では、調剤薬局の30%以上は大手医薬品卸の傘下に入っている。独セレスオ、英アライアンス・ブーツの2社の薬局事業部門である。英国では特許がある新薬は薬価の12.5%を卸と薬局で分け合う。後発医薬品のみ日本のような市場実勢価格に基づき、四半期に一度の頻回改訂が行われる。セレスオ、アライアンス・ブーツの垂直統合をみると、売上高は卸事業の方が多いが、利益率は卸より薬局の方が高い。薬局の営業利益の額は、卸事業にほぼ追いついてきている。一方、マッケンソンやカーディナル・ヘルスのような米国の大手医薬品卸は、新薬の価格交渉に影響を及ぼせるのは基本的に個店の調剤薬局と専門クリニックしかない。大口の薬局チェーンへ納める新薬の価格はメーカーの決定権が強い。償還価格もメーカーと保険者が決め、卸のマージンもメーカーの影響力が非常に強い。米国の医薬品卸は、物流に集中している。さらに言えば、物流センターしか持っていない。配送は委託業者が行う。つまり、品揃え代行兼配送アレンジ業に近い。わが国の卸とは守備範囲が異なるのである。それでも卸の利用率は高まっている。何故かと言えば、ジェネリックを中心にして医療機関にとって有益な品揃えをしていることと、他業種より生産性が高いからである。先進国の医薬品卸は大きく、卸業（物流）に特化した米国型のモデルと、調剤薬局などと垂直統合していく欧州型のモデルに分かれる。英国の30%までと行かないまでも、わが国の卸の一部もこのモデルに近づいていくのではないかと思われる。たとえばわが国の在宅医療が大きく変わり（医薬品が配送できるよう）規制が緩和されたとき、調剤薬局と卸の枠組みは大きく変化する。医薬品卸が調剤薬局事業を広げるのは必然の流れと考える。わが国は大きく見れば公的保険制度だが、卸も薬局も株式会社の原理で動いている。卸が連結で利益率を上げるために薬局を買収することに問題はない。ただ、卸売業が赤字でいいわけではない。卸売業はあくまで卸売業で利益を確保することが大命題になる。チェーン薬局から選ばれる卸になるため、薬局に対する独自のサービススタイルを確立する必要がある。物流・在庫管理機能の提供や代行により、薬局の生産性を上げることや、病院や診療所と薬局、在宅をつなぐクラウド型の連携パスシステムの提供による地域医療への貢献などが出来れば、顧客を囲い込むようなことも出来る。いずれのモデルでも川下強化は避けられないのではないかと思われる。ほかの業界でなぜ小売りが強くなったかと言えば、川下物流を持ったか

---

<sup>16</sup> Yakugyou Jiho p19,2011,4/25 NO.50

らである。そう言うところから流通業の中抜きが始まった。逆に、抜かれないためには川下機能を強化することが大前提になるだろう。以上木村副社長は「医薬品卸の薬局事業拡大は必然の流れ」の中でこのように述べている。

国は調剤薬局の営利を目的とする株式会社化を認めたことが誤りであった。しかし、今や医薬品卸業や商社や最近ではコンビニ業界も複雑に絡み合っておりもはや後戻りは困難と考える。今後は、調剤併設型ドラッグストアを含む薬局業界と卸業界との企業間合従連衡によるコスト削減および後発医薬品の大幅薬価切り下げを実施し、後発品普及を推進し調剤報酬を大幅削減することが大きな選択肢の一つであると考ええる。

## 7. あるべき薬局像の創造

これまで考えてきた、諸問題をもとに、あるべき薬局像として以下の4点を指摘する。

まず第1点目に、本来物品販売の側面も持つ薬局は単なる小売業と違い、医薬品という生命関連商品を販売する以上、購入者の安全性を確保する使命を有している。薬局はその使命を果たしてこそ、地域住民から信頼を勝ちうるものである。そこには公共性と収益性という相反する構図が成り立つ（図3）。

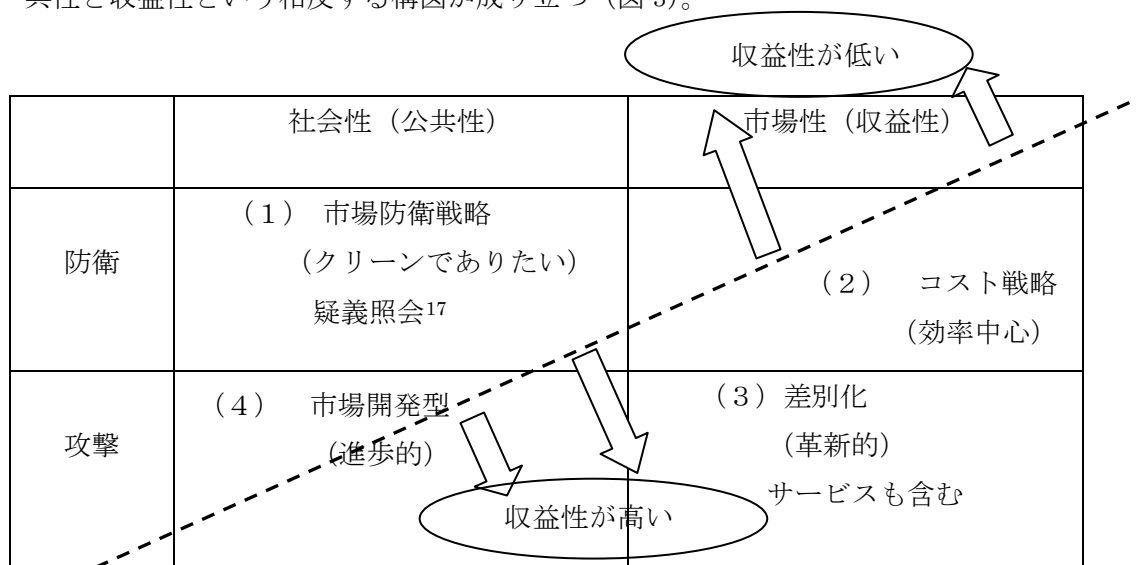


図3 地域薬局の経営戦略

(出典：地域薬局経営研究会/編・著「調剤依存からの脱却をめざした地域薬局と経営」から引用)

<sup>17</sup> 薬剤師法 24 条は「薬剤師は処方箋中に疑わしい点がある時は、その処方箋交付した医師、歯科医師または獣医師に問い合わせて、その疑わしい点を確かめた後でなければこれによって調剤してはならない」とある。疑義照会は薬剤師の義務である。

一般に経営学的視点から言えば、企業は事業を行う上でその事業の社会性と市場性を見ながら事業展開をはかる。たとえば社会性の高い事業の場合、企業としてはクリーンでありたいという思いも働き「市場防衛戦略」をとる傾向にある。市場性の高い事業であって新たな事業展開が望めない場合、同業者との「コスト戦争」になり、効率を追い求める傾向にある。逆に、市場性が高く革新的な技術を開発した場合などは、積極的に事業展開を推進し、他の企業との差別化を鮮明にする。この相関図を薬局の在り方から見れば、市場性を追求し攻撃的な事業展開をするほど収益性は高くなり、逆に、社会性（ここでは公共性と置き換える）を重視して防衛的事业を行うと収益性は低くなるのである。繰り返すと、倫理性を優先すると経営性は悪くなり、経営性を優先すると倫理性が低くなる。このバランスを適正に保ちながら経営してこそ、地域住民のニーズに応えられる「薬局経営」を構築することが出来る。このバランスの適正化こそ「あるべき薬局像」であり適正な医薬分業をなし得ると考察される。従って株式会社化された営利目的の薬局では「あるべき薬局像」は達成することは困難である。

第2点目に、諸外国の売上高に占める商品構成を見ると、特に薬剤政策において改革的なドイツであっても、処方箋による売り上げ比率は65%であり、OTC薬の販売比率が27%である。これは諸外国においても薬局に求める社会のニーズに大差がないことを裏付けるものと推察できる。川淵(2012年)によると日本OTC医薬品協会の調査では、現在の医療費35兆円のうち、いわゆる軽医療10兆円の5%(5,000億円)をOTC医薬品で対応していくことで、保険給付の約4,300億円(国庫負担では約1,100億円相当)が削減可能という。さらに生活習慣病薬のスイッチOTC<sup>18</sup>化により、生活習慣病の服薬者3,090万人と未服用者5,920万人の各1%がスイッチOTCで対応したとすると、医療費全体で約2,300億円(内、薬剤費は500億円)が削減可能だと試算している。薬のプロとしてとして医療費削減に貢献しながら、薬局経営に新たな経済効果をもたらす道が開けると述べている<sup>19</sup>。

第3点目は、政府は平成22年から「新たな情報通信技術戦略」<sup>20</sup>構想を打ち出している。内閣官房、総務省の他全省庁にまたがって推進されているもので、高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部(本部長・内閣総理大臣)が運営主体となっている。医療分野では、どこでもMY病院構想、シームレスな地域連携医療、レセプト情報や、

<sup>18</sup> これまでは医師の判断でしか使用できなかった医薬品を、安全性が充分確認され薬局で買えるようにしたのがスイッチOTC薬である。スイッチOTC薬の登場で、セルフ・メディケーションの幅が広がる。

<sup>19</sup> 川淵孝一、国民皆保険はまだ救える、自由工房、平成24年3月15日、p128

<sup>20</sup> <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/100511honbun.pdf> (平成24年7月30日アクセス)

医療情報データベースの活用による医療の効率化、医薬品等安全対策などの実現に向けて動き出している。「どこでもMY病院構想」が実現すれば、全国どこでも過去の診療情報に基づいた医療を受けられるとともに、国民が自らも医療・健康情報を電子的に管理・活用出来る。薬剤情報、健康データ、検査データもすべての医療機関や薬局などで引き出せるため、薬の重複投与、相互作用、検査データ閲覧などによる副作用の防止に活かすことが出来る。「わたしたち生活者のための『共通番号』推進協議会」（代表：北川正恭・早稲田大学大学院教授）は平成24年6月4日、社会保障・税番号制度、いわゆるマイナンバー導入による経済効果試算結果を公表した。医療を含む「準公的分野」の経済効果は年間6,000億円で、うち医療分野は約3,800億円であり、その内訳は、①医療機関や医療保険者の保険証確認などにおける効果が約300億円、②医療情報の共有に重複投与や相互作用による副作用防止等の解消などによる効果が約3,500億円である。

第4点目は在宅医療である。平成19年は在宅医療元年と言われている。薬剤師法の一部が改正され、それまで薬局でしか出来なかった調剤が、患者の居宅においても行うことが認められた。高齢者は多くの薬を服用していることが多く、中にはタンス一杯分、薬をため込んでいることもある。日本薬剤師会の調査では、こうした残置薬はおよそ500億円にのぼることが分かっている。薬局薬剤師が管理指導するだけでも約400億円の薬剤費の節減になると試算されている。ただ、調剤薬局はあくまで営利を目的とした企業であるが、400億円の薬剤費節減のためにその何倍もの調剤報酬が請求されることのないように「悪徳調剤薬局」を厳重に監視し、不正が発覚したら即時営業停止、それに係わった薬剤師は厳罰に処すべきである。

## 8. 考察

重大な不正を行った薬剤師は容赦なく免許取り消しを行い、今後過剰になると見込まれる薬剤師数を適正に保つ手段とすべきである。不正請求をめぐっては調剤報酬がずば抜けて多い<sup>21</sup>。平成19年度の不正請求は医科・歯科合わせて134,676件に対し調剤は415,644件、平成20年度は医科・歯科が92,949件、調剤が253,593件と医科・歯科の合計の約3倍である。

また、夜間や日曜祝日などの不採算部門からは逃げだし、毎年お盆の季節になると「処方箋難民」が多数発生する。病院は通常通り診療をしているにもかかわらず、調

---

<sup>21</sup> Yakugyo Jiho 2011,1/25 NO.44,P12-13

剤薬局の多くはお盆休みを取る。憲法では営業の自由は認められてはいるが、医療提供施設としては無神経、無配慮、そして傲慢極まりない経営である。厚生労働省は省令によって、保険薬局の公共性を熟慮しお盆休みなどは認めないよう法改正をすべきである。同時に、薬局の開設者は必ず薬剤師でなければならないようにすべきである。これで少しは薬局も倫理性が保持されると考える。

厚生労働省も「医薬分業」などと称し、野放図な院外処方箋の発行を考え直すべき時に来ている。わが国の医療を崩壊へと導いているのは他ならぬ株式会社化された調剤薬局が主たる原因であることを、厚生労働省は未だ理解出来ていない。中には株式上場し、外資系機関投資家に配当している企業もある。あれだけT P P（環太平洋戦略的経済連携協定）への参加に反対した医療界も、何故か保険薬局には寛大である<sup>22</sup>。平成22年の事業仕分けで、何故調剤報酬をはずしたのか理解に苦しむところである。株式会社化された薬局の保険調剤部門は非営利化するか、出来なければ税率を重くし利益が出ない仕組みを考えることが必要である。

## 9. おわりに

わが国の医薬分業は、薬剤師が常駐している病院において、すでに医薬分業が院内で確立されているにもかかわらず、敢えて患者に院外処方箋を発行し不要な労力をかけさせ、高い調剤料を負担させているところに問題がある。この政策は誤りだった。診療所など薬剤師不在の医療施設では院外処方箋を発行し、地域で医薬分業を実施する。そして二次医療圏などの病院と情報を交換し合う。これが本来あるべき医薬分業の姿であったと考える。

最近急速にコンビニエンスストアと調剤薬局の業務提携が進んでいる。コンビニに調剤薬局を融合した店舗の出店の動きが活発化して来た。将来、規制緩和を行い調剤は必ずしも処方箋を受理した薬局内で行う必要性をなくし、緊急性の無いものは地区ごとに調剤センターを設置し一括調剤する。コンビニには毎日数回の配送車が来るのでセンターで調剤した患者ごとの薬もそれに載せ、薬剤師が患者に交付する。昼夜を問わず調剤が可能となるし、またコストダウン及び調剤報酬の低減にも貢献出来ると思う。今後はこういった薬局像をも視野に入れ再構築すべきであると思う。

---

<sup>22</sup>川淵孝一、日本の医薬分業は患者のためになっているのか、WEDGE、2012、3、p50-51

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 秋葉保次、中村健、西川隆、渡辺徹編(2012)『医薬分業の歴史』薬事日報社。
- [2] 川渕孝一(2012)『国民皆保険はまだ救える』自由工房。
- [3] 川渕孝一(2012)「日本の医薬分業は患者のためになっているのか」WEDGE3、50-51。
- [4] 厚生労働省編(2007)『平成19年版厚生労働白書』
- [5] 厚生労働省編(2011)『平成23年版厚生労働白書』
- [6] 小西明(2012)「ドイツ薬学視察旅行レポート」大阪府薬雑誌63(3)。
- [7] 小山路男編(1985)『戦後医療保障の証言』総合労働研究所。
- [8] 坂口啓子、浜六郎編(2012)「薬のチェックは命のチェック」No47。
- [9] 鈴木亘、八代尚宏編(2011)『成長産業としての医療と介護』日本経済新聞出版社。
- [10] 全国歴史教育研究会編(2008)『世界史B用語集』山川出版社。
- [11] 地域薬局経営研究会編(2007)『地域薬局と経営』薬事日報社。
- [12] 西村周三編(2010)『2010年版医療経営白書』。
- [13] 三輪和雄(1990)「猛医の時代-武見太郎の生涯」文芸春秋（平成2年10月30日）。
- [14] MEDIFAXdigest、2012年6月27日（水）号。
- [15] YakugyoJiho、2011 1/25 No.44。
- [16] YakugyoJiho、2011 4/25 No.50。
- [17] YakugyoJiho、2012 6/25 No.78。

引用ホームページ。

- [1] 新たな情報通信技術戦略、平成22年  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/100511honbun.pdf>  
（平成24年7月30日アクセス）
- [2] 厚生労働省ホームページ  
<http://www.mhlw.go.jp/>（平成24年7月30日アクセス）
- [3] 飛田英子、医療制度の在り方を考える、日本総研、平成24年4月号  
<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=21010>（平成24年7月30日アクセス）
- [4] 南和友 他、メディカルシンポジウム記録集、平成19年3月14日  
[http://www.kenko-kenbi.or.jp/tkf/pdf/002\\_03/20070314/medicalsympo\\_memorial.pdf](http://www.kenko-kenbi.or.jp/tkf/pdf/002_03/20070314/medicalsympo_memorial.pdf)（平成24年7月30日アクセス）