

一橋大学審査学位論文

博士論文

戦後日本における薬剤師職能の変容

—医薬分業の発達史の観点から—

赤木 佳寿子

一橋大学大学院社会学研究科博士後期課程

SD111001

THE CHANGE OF PHARMASIST's PROFESSION
IN JAPAN AFTER WORLD WAR II :
THE VIEWPOINT OF THE DEVELOPMENT OF IYAKU-BUNGYO

AKAGI, Kazuko

Doctoral Dissertation
Graduate School of Social Sciences
Hitotsubashi University

内容

序章.....	5
1. 問題の所在.....	5
2. 本研究の課題.....	9
3. 概念と定義.....	11
(1) 機能的分業と経営的分業.....	11
(2) 物と技術の分離.....	12
(3) 薬剤師職能の空洞化.....	12
(4) 薬業における価値観の変化と潮流ともいうべき価値観の変化.....	15
4. 時代区分.....	18
5. 史料.....	18
6. 医薬分業の政策過程のアクター.....	19
第1章 調剤権闘争.....	23
1. 100年の調剤権闘争.....	23
(1) 明治の薬学導入と医薬分業の原則.....	23
(2) 医薬分業運動の攻防.....	25
(3) 混合販売と薬剤師法・薬品法.....	27
(4) 戦時体制下の医薬分業の行方.....	28
2. GHQの関与による医薬分業政策.....	29
(1) 改正薬事法.....	29
(2) サムスの改革.....	30
(3) 骨抜き of 医薬分業法.....	31
(4) 日本の医療の問題点.....	33
(5) 国の政策としての医薬分業.....	35
3. 開局薬剤師と病院薬剤師.....	36
(1) 開局薬剤師.....	36
(2) 病院薬剤師.....	37
4. まとめ.....	38
第2章 薬剤師職能の空洞化（1950～1970）.....	42
1. 薬剤師職能の空洞化.....	42
(1) 工場でしか作れない医薬品の化学合成の歴史.....	43
(2) 製剤・梱包技術の進歩.....	44
(3) 薬剤師職能への影響.....	46
2. 薬剤師職能の空洞化の影響.....	47
(1) 開局薬剤師.....	47

(2) 病院薬剤師	48
(3) 空洞化が起こした職能開拓：Drug Information (DI)	52
(4) 診療所での医師あるいはその助手による調剤への影響.....	56
3. 物と技術の分離と医療報酬.....	57
(1) 三師協調路線	57
(2) 新医療費体系	59
(3) 国民皆保険	61
4. まとめ.....	64
第3章 物と技術の分離と医薬分業の始動	66
1. 医薬分業の機運.....	66
(1) 医薬分業の機運.....	66
(2) 国民医療費の高騰と国の「物と技術の分離」政策	67
(3) 医薬分業の目的の変化.....	69
(4) 日薬：経営的分業と物と技術の分離.....	70
(5) 日医：国民皆保険達成と物と技術の分離.....	70
2. 薬剤師を取り巻く環境	71
(1) 病院薬剤師	71
(2) Clinical Pharmacy (CP)	72
(3) 開局薬剤師・薬局と第二薬局問題.....	74
(4) 薬学教育改革	76
3. まとめ.....	76
第4章 1990年以降の「医薬分業」の急進展	78
1. 医療のあり方、価値観の変化と医薬品政策	79
(1) 第2次医療法改正	79
(2) 医薬品の適正使用	80
(3) 薬剤師教育6年制年限延長と実務実習	83
(4) 薬局業務ガイドライン.....	85
(5) 薬学・薬剤師における価値観の変化と実践までのタイムラグ.....	86
2. 診療報酬改定・薬価基準改定のインパクトと医薬分業.....	87
(1) 薬価基準引き下げ	91
(2) 処方箋料引き上げ	93
(3) 調剤技術基本料.....	95
3. 病院薬剤師の病棟への業務転換における合意.....	97
(1) 病院薬剤師の立場	98
(2) 病院の立場	98
(3) 日薬の立場	99

(4) 「伝播」による制度変化メカニズム	99
4. まとめ	101
第5章 人と生活を見る薬剤師へ	103
1. ファーマシューティカルケア	103
(1) 定義と背景	105
(2) PC の意義	107
(3) 日本での PC の理解	107
(4) 在宅・訪問薬剤師	109
2. まとめ	109
終章 総括と今後の課題	110
1. 薬剤師の変化	110
2. 医薬分業の進展の要因	111
3. 医薬分業と今後の研究課題	112
(1) 米国の薬剤師専門職の理論と歴史から	112
(2) 本研究の限界と今後の課題	114
4. おわりに	115
引用文献	116
書籍	116
雑誌の掲載論文	117
引用記事	118
参考図書	118
資料	118
通知	118
報告書	118
政府および機関、団体刊行物、ステートメント	119
参考資料(付表)	121

序章

1. 問題の所在

本研究は薬剤師の社会的な役割の解明を目指すものである¹。その一つのアプローチとして医薬分業についての検証を通して日本において近年みられる職能変化がなぜ起こったか、そして何のための変化であるかを明らかにすることを目標とする。本研究では、従来の医薬分業批判や評価では留意されなかった医薬分業の目的の変化、および、医薬分業の概念に二重性（機能的分業と経営的分業）があるという認識に基づいて医薬分業の進展について検証する。そして、医薬品の工業化に伴って「薬剤師職能の空洞化」といえる現象が薬剤師職能の変化をもたらす理念を創り出したこと、その理念や医薬分業が直接あるいは間接的に、薬業における価値変化に関わっていることを明らかにする。そして、その価値変化は社会や医療における潮流というべき「患者中心」「多職種連携をすべき」といった共有される部分があることを示す。

そして、昨今の薬剤師の在宅や地域への関心の高まりと関与の増加や、急性期病院で実施される薬物治療に関わる薬剤師の存在も、そのような潮流の延長上にあり、一連の変化であることを示す。そのような変化は日本に薬剤師が導入されて以来の、最も際立った変化と言えるであろう。

2015年3月12日、内閣府の規制改革会議による公開ディスカッションが行われ、「医薬分業における規制の見直し」が取り上げられた。国民あるいは患者の利便性、薬剤師あるいは薬局のサービスの評価といったマスコミからの激しい批判を背景に薬局・薬剤師が国民にどう貢献しているか、そしてどうあるべきかについて話し合われたのである。厚生労働省、薬剤師側からは近年の取組みの紹介など医薬分業や薬局の社会貢献の紹介や主張があり、他のメンバーからは利便性・経済性の問題点への指摘があり、双方の主張は噛み合わない状況であった。

現在、医薬分業が進展し、薬剤師の職能が以前とは大きく変化したことで、医療・社会に貢献していることを薬学関係者はケーススタディなどを通じて主張しているが、先端に行く薬剤師の仕事と、実際の多くの薬剤師の仕事との間にギャップがあることや、医薬分業を国民が十分理解しているかどうか疑問であること、さらに、一番問題なのが医薬分業の効果を国民が実感できていないことと薬剤師職能の変化の認識がそれぞれの薬剤師によってまちまちであることが、いわゆる医薬分業、あるいは薬剤師バッシングの根底にある問題点と言えるであろう²。

¹現在、医療を取り巻く環境は、医療費の高騰、高齢化への対応などの問題を多数抱えると同時に、地域包括ケアの構築に向けての医療システム設計などの課題が山積している。これらに対して、薬剤師の社会的役割の解明は、6年間の手厚い教育を受けた医療スタッフとしての薬剤師の有効な活用、配置への示唆を与えることになるであろう。

²直近の「薬歴未記載問題」や調剤を無資格者に任せた、「無資格調剤問題」などの問題がマスコミなどで大きく報道され、薬剤師のあり方について注目が集まり批判されている。いわゆる薬剤師バッシングであり、この状況を薬剤師クライシスとよぶ人もいる。たとえば

その一方で、厚生労働省からは、かかりつけ薬局、また、直近では健康づくり支援薬局という構想が出され、残薬問題やポリファーマシーと呼ばれる多剤投与に対する薬剤師の役割やセルフメディケーション支援への関与、リフィル処方箋などの期待がもたれるようになった。しかし、その構想も、様々な議論があり、実現可能性についてはまだ不明な状態である³。

それらの問題の根底には薬学や薬剤師に対する認識や理解の不足がある。その認識や理解の不足の最大の要因の一つとして考えられるのは、歴史の認識が共有されていないことであろう。なぜ、今ある薬剤師の姿が出来上がったのか。いつどこでどのような経緯で、そしてなぜ現在の薬局の機能や状況が作られたのか。なぜ医薬分業を進める必要があったのか、なぜ、100年間実施されなかった医薬分業が20世紀の末になって進展していったのか、どうして今のような形での「医薬分業」が形成されたのかについての理解が、社会や国民のみならず薬学関係者の間に十分に共有されないまま、現状の問題点についての議論が展開されていることが、議論の混迷の一番の理由であろうと考えられる。

それゆえ、歴史の丹念な検証による薬剤師についての理解が喫緊の課題である。ここでは職能変化を歴史から理解することを目標とすることで薬剤師とは何か、社会や医療において薬剤師が担うべき役割とは何かを知ろうというのである。

さて、薬剤師の職能変化とは何か。一言で言うと、物（医薬品）を見る専門家から医薬品を使用する、あるいは使用した人を見る専門家への変化である。また、違う言い方をすれば、化学の専門家から医療（臨床）専門職の一員となったこと、つまり医療の担い手となった変化である⁴。たとえば、医薬分業が成立しなかった時代に開業薬局は「町の化学者」と呼ばれた。処方箋がまわってこないため、医療用の調剤はできなかったが、家庭薬や農薬、雑貨を売り、日常でのちょっとした健康相談やけがの時の薬の相談、赤ちゃんの夜泣きの相談から農薬の取り扱いとその相談、加えて化学に詳しい強みから検便までも行っていたという。あくまでも化学の分野への知識の深さをもって物品を販売し、人々の生活の支援を行っていた。それが「医療」と呼ばれる範疇の業務、例えば保険調剤や患者が薬を

日本医療政策機構主催のフォーラム（2015.8.29）のサブタイトルにも薬剤師クライシスという文言が入っている。

³ 近年では2013（平成25）年6月14日日本再興戦略にて予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりとして「薬局を地域に密着した健康情報の拠点として、医一般用医薬品等の適正な使用に関する助言や観光に関する相談、情報提供を行う等、セルフメディケーションの推進のために薬局・薬剤師の活用を推進する」と示される。2014（平成26）年1月21日「薬局の求められる機能とあるべき姿」公表（薬食総発0121第1号）。2015（平成26）年6月24日日本再興戦略改定2014—未来への挑戦—にて「薬局・薬剤師を活用したセルフメディケーションの推進」と「充実した相談体制や設備などを有する薬局を住民に公表をする仕組みの検討」が明記された。2015（平成27）年6月4日に健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会発足などの動きがある。5章参照。

⁴ 薬剤師が医療の担い手として法的に明記されたのは、1992年の改正医療法においてが初めてである。

使用することへの支援、つまり服薬の支援や副作用のチェックなど、人に対する薬物療法への関与を行うようになったのである。そのためにバイタルサインと呼ばれる、脈拍、呼吸数、体温、血圧、意識レベルなどのチェックを薬剤師自らが行うこともあるようになった。また、2014（平成26）年4月9日厚生労働省医政局長より「検体測定室に関するガイドライン」が発せられ、薬局内に検体測定室を設けて患者の健康支援をおこなう薬局も一部登場した⁵。このように町の化学者から医療に深くかかわる医療の担い手への変化がおこっているのである。

それではこのような薬剤師の職能変化はなぜ起こったのか。その問いを解くために本研究では医薬分業の進展の意味を検証する。医薬分業は明治期に西洋医学が導入された際に原則として法的に定められた（医制制定1874年）、また薬剤師法にも第19条「薬剤師でない者は販売又は授与の目的で調剤してはならない」と調剤の業務独占を規定しているにも関わらず約100年間ほとんど実施されることが無かった。医薬分業は1970年頃に進展し始め、1990年に入ってから急速に進展していき、現在分業率（処方箋受け取り率）は70%を超している（2015年2月現在）

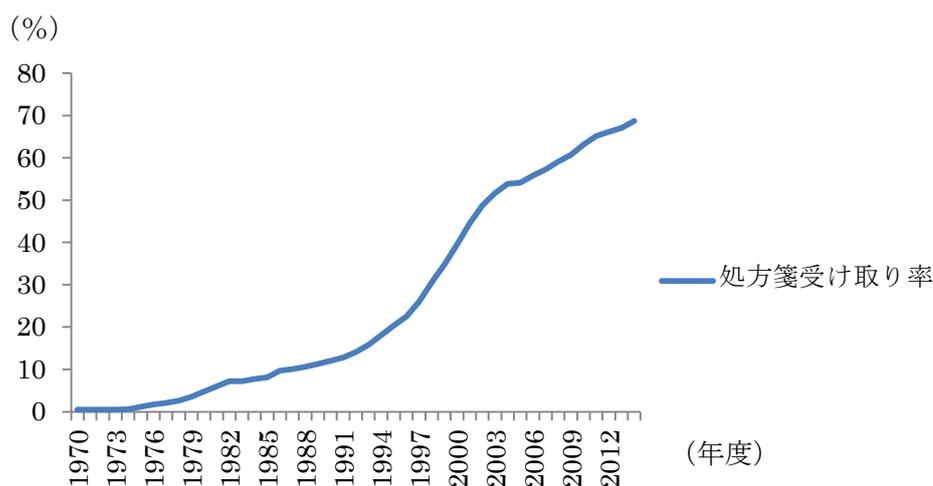


図1 処方箋受け取り率（分業率）の年次推移（日本薬剤師会による計算）

処方箋受け取り率 = $F(\text{処方箋枚数}) / E(\text{病院診療所での診療実日数} \times \text{医師投薬率} + \text{歯科診療所での診療実日数} \times \text{歯科医投薬率})$

投薬率は社会医療診療行為別調査の直近三年分のデータ平均値から算定

日本における医薬分業がなぜ、100年間進展しなかったのか。なぜ、1970年代になって進展を始め、1990年代に急伸展したのかを検証し、それが薬剤師の職能変化とどう結びつ

⁵ 利用者自らが採取した検体について民間事業者が血糖値や中性脂肪などの成果学的検査を行う事業は診断の用に供する検体検査を伴わないことから、衛生検査所の登録が不要とされた。

いていったのかを検証することによって今の薬剤師および薬師の職能はどのように作られたのか、そしてその職能として何が求められてきたのかを本研究では明らかにする。

薬剤師の職能変化を捉えるためになぜ医薬分業の進展の検証というアプローチを用いるのかについての第一の理由として、日本の薬剤師の歴史は明治期より継続して医薬分業との係わりがあることが挙げられる。日本薬剤師会の前身、東京薬舗会の設立（1887年）の目的は、薬舗主（後に薬剤師）が一致団結して医薬分業実施運動を行うためであった。以降、日本薬剤師会は医薬分業を目標に掲げ薬剤師の地位向上に努めてきた。因みに、日本医師会の前団体である大日本医師会の設立の大きなきっかけが、日本薬剤師会の強制医薬分業を定める法案の提出を働きかける政治運動に刺激され、対抗のために組織作りを急ごうという機運が開業医の間に盛り上がったなかで医師法を制定し、そのなかで医師会の設立が可能となったという経緯もある⁶。医療を代表するこのふたつの業界団体は医薬分業の歴史の中に生まれたともいえよう。さらに、医薬分業は薬剤師の悲願であるとまで言われてきた。薬剤師側は1891年（明治24年）の第2帝国議会へ医薬分業にむけての薬律改正案の提出以来、明治期に6回、大正期に5回、昭和期に4回、44年にわたって計15回の医薬分業に向けての法改正案の上程や請願を行ってきたという⁷。戦後も薬剤師たちは医薬分業運動を続け、100年ぶりにやっとの思いで医薬分業は始まった。医薬分業の始動によって調剤を行う薬剤師が増え、薬剤師のあり方は変わった。そして、いまなお、薬剤師たちは医薬分業へのバッシングと闘い、自分たちはどうあるべきか医薬分業のあり方を考え続けているのである。それほど、薬剤師にとって医薬分業は薬剤師の歴史、薬剤師の職権の歴史そのものであるとって過言ではない。

第二の理由として、医薬分業の進展は開局薬剤師のみならず、また全ての薬剤師にとって関わりのある事象であるだけでなく、日本の医療制度にも関わる問題であるという点が挙げられる。たとえば、開局薬剤師だけでなくたとえば病院薬剤師の職権にとっても、大きく関係した問題であるといえる。また、医薬分業によって、国民の生活においても変化をもたらした。国民が医療を受ける場合、病院・診療所内で完結していたのに対し、薬局に処方箋を持っていかなければならないという医療システムの変化が起こったことも挙げられる。また、医師のいうことを素直に聞いていけばよかった時代から、処方箋によって薬の名前が分かる、薬局で薬の説明があるというように、国民が自分で自分の病気やその治療法を知るといふ医療とのかかわり方の変化ももたらしているのである。天野宏も「医薬分業は単に薬剤師の歴史ではなく医薬制度、薬品に対する日本人の考え方、薬剤師の職能とは何かを問うものであると考えられる」と述べ、さらに「単に医師、薬剤師の問題ではなく政治、社会、経済面への影響を考慮すべきテーマ」と述べている⁸。

第三の理由として、現在、薬剤師による社会の要求にこたえる努力や工夫は、医薬分業

⁶日本医師会 [1977] p 5 前史参照

⁷秋葉 [2012] p 19

⁸天野 [1998] p p 836-837

というシステムの活用を通じてなされているからである。たとえば国は医療費の削減を目指してジェネリック医薬品の使用推進を行っているが、医薬分業が実施され薬剤師・薬局がそれらの業務を担うことによってジェネリックへの変更を容易にしたと言えるであろう。というのも、ジェネリック医薬品を採用するようになれば、医療施設にとって在庫問題や医薬品の商品名と一般名などの煩雑さ、数あるジェネリック医薬品の中からの採用検討といった新しい業務が発生し、医薬分業以前のような個人医院の体制ではジェネリック医薬品の採用は医院の経営の大きな負担になることは明らかである。つまり、ジェネリック採用に伴う新たな負担を薬局が担うことでジェネリック導入が可能であったと言えるであろう。また、インフォームドコンセント・患者中心の医療といった時代の潮流に、医薬分業による医師の処方箋発行や薬局での医薬品情報提供が一躍買っているといえよう。前述の医療のあり方の変化とも重なるが、かつて医薬分業以前では診療所でも大病院でも患者に処方箋が発行されることなく、さらに患者に処方内容が目に触れることはなく、処方内容はいわば秘儀的であり患者が知ることはできなかったのに対し、処方箋が発行することで患者にその処方がすべて開示できるようになったのである⁹。また、医薬分業によって数多く増えた薬局はいまや約 5 万 7 千局でコンビニより多いといわれている。近年、保険調剤薬局では在宅医療のための訪問も始め、地域包括ケアを担うメンバーに加わってきている。地域とのつながりが必須であるこの地域包括ケアシステムにおいて、地域での医薬品供給を容易にしたという状況は医薬分業の進展が寄与する部分大きいことは間違いない。他にも認知症見守りや、残薬管理など、社会や時代の要求にこたえるような形での医薬分業の活用が近年認められている。近年では厚労省で健康情報拠点薬局（仮称）検討会を立ち上げ「健康づくり支援薬局」という地域の中での薬局の役割が議論されている。これも医薬分業の活用によって社会の要求に応えるシステムの一つである。

2. 本研究の課題

医薬分業率（処方箋受け取り率）は 1974 年頃から進展し始め、緩やかに進展するが、1990 年代から急速な進展がみられる。本研究では、なぜ、1974 年まで進展することがなかったか、医薬分業率の変化が 1990 年代を境としてなぜ異なっているのかについて、薬剤師の変容に注目して検証する。

医薬分業の進展について、島崎は、「それを促した一番大きな要因は薬価算定方式の見直しにより薬価差益が大幅に縮小したこと、処方箋料の引き上げなど診療報酬により院外処方への経済的誘導が図られたことにある。（中略）医薬分業が進んだのは法律の規定ではなく経済的誘導であった」と述べるように、この医薬分業の進展は一般に経済誘導によるもの

⁹ ラテン語やドイツ語で処方箋を書くのは、患者に処方を見られないためであると、医薬分業がまだ普及していなかった 1980 年代ごろまで言われていた。また、医療用の医薬品はその頃までは患者に医薬品名が分からないように医薬品名の部分をちぎって渡せるようになっていた。

と考えられている¹⁰。たしかに経済誘導のタイミングと医薬分業の進展は一致しているが、1970年代の進展と1990年代の急進展の要因の違いを分けて考察したものは管見の限りまだない。しかし、1970年代の進展と1990年代の進展の勢いが異なることはグラフの上からも明らかである（図2、図3）。1970年代でも薬価引き下げと技術料引き上げは同様にあったにもかかわらず、1990年代になって進展が加速したのはなぜかについて明らかにはされてこなかった。

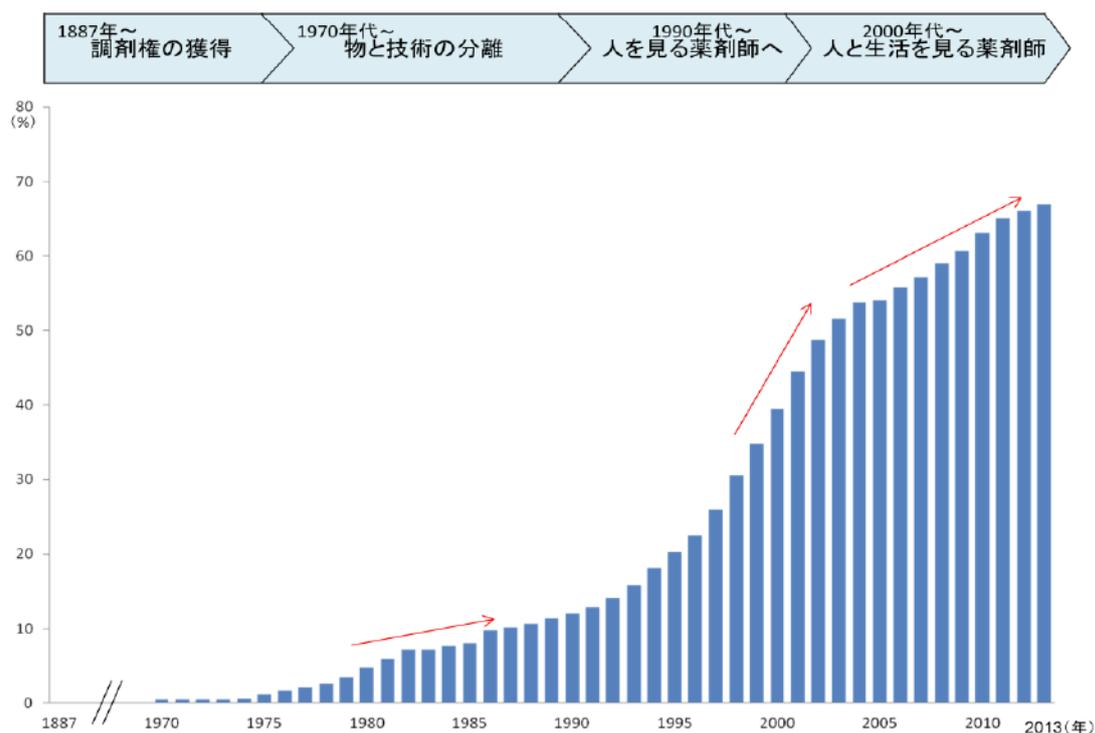


図 2 医薬分業率（処方箋受け取り率）と医薬分業の目的 (%)

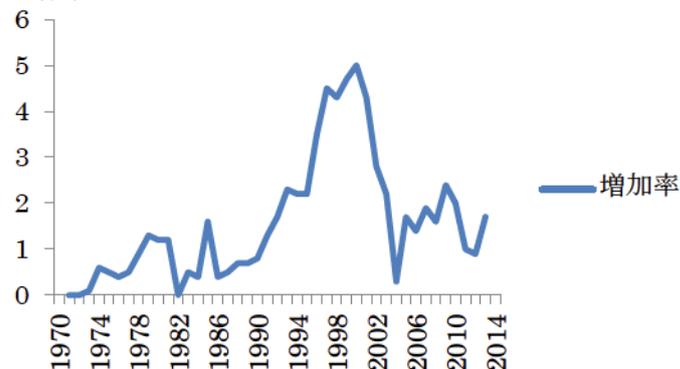


図 3 処方箋受け取り率の前年比増加の変化

¹⁰ 島崎[2011] p 75

ところで、医薬分業とは基本的には「医師が処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に従って調剤すること」と解釈される。この根幹の部分は 140 年間変わっていない。実際、前述の規制改革会議で厚生労働省が提出した資料の中でも「医薬分業とは、医師が患者に処方箋を交付し、薬局の薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図るものである。」と定義されている¹¹。しかし、医薬分業自体の目的・意味は一律とするべきではなく、時代によって変化していることに本研究では着目する。そして医薬分業の目的・意味の変化が薬剤師のあり方の変化にも関わってくる。この医薬分業の目的・意味の変化と薬剤師のあり方の変容が医薬分業の進展に関わっているのではないかと仮定し検証する。

3. 概念と定義

(1) 機能的分業と経営的分業

現在日本において医薬分業として理解されている内容が制限的なものであることについてここで簡単に説明しておく。医師が処方箋を交付し薬剤師が調剤するという基本に言葉通りに照らし合わせると、病院薬剤師が行っている行為は医師の処方箋による薬剤師の調剤であるので、医薬分業が成り立っていたといえる。これを、医と薬を機能的に分業させるあるいは分業が成り立っているという意味で機能的分業とここでは呼ぶこととする。

これに対し、現在の日本の文脈で「医薬分業」とはこの機能的分業よりも狭い範囲の分業を指す。すなわち、医師が書いた処方箋に対して、その医師の医療機関と人的、構造的、機能的な面からみて独立が立証できる薬局という制限が加えられた薬局、つまり医療機関と経営的に独立した薬局で調剤が行われたときのみ「医薬分業」が成り立っていると解釈されているのである。それゆえ、ここでは、経営的分業と呼ぶこととする(図4)。

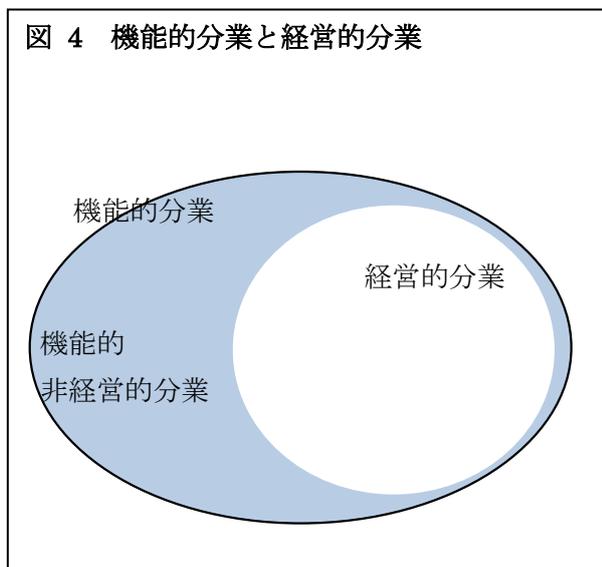
機能的であるが経営的分業ではない部分(機能的非経営的分業=図4の色のついた部分)は、病院の調剤所、院内薬局、第二薬局など経営母体が医療施設と同じ薬局(調剤所)であり、日本の文脈では分業されているとはみなされない。1982年に厚生省薬務・保健局長連名で第二薬局を規制する通知「調剤薬局の取扱について」を発出し、第二薬局は厳しく規制された¹²。そのため現在、第二薬局はほとんど存在しない。現在でも日本での「医薬分業」は経営的分業に一致する。そこには経営母体が医療施設とは異なる薬局でこそ安全性が保たれるというロジックが存在するということである¹³。

¹¹ 平成 27 年 3 月 12 日内閣府 規制改革会議 医薬分業における規制の見直しにおける厚生労働省資料「医薬分業の考え方と薬局の独立性確保」より

¹² 昭和 57 年(1982年)5月27日 薬発第 506 号・保発第 34 号厚生省薬務・保健局長連名通知

¹³ なぜ第二薬局が制限されたかについては、医薬分業が進展し始めた頃、病院・診療所の開設者が院内処方では得られない処方箋料と調剤料を得ることを目的に自分の敷地内ある

図 4 機能的分業と経営的分業



機能的分業

= 医師が処方し薬剤師が調剤する。

経営的分業（白抜き部分）

= 医師が所属する医療施設とは経営が独立した薬局で調剤が行われる。

日本におけるいわゆる「医薬分業」はこれにあたる。

機能的非経営的分業（色のついた部分）

= 医師が所属する医療施設と経営母体が同じ薬局で調剤する。

日本では「医薬分業」とみなされない。

病院薬局（調剤所）、院内薬局、第二薬局など。

第二薬局に対し、門前薬局という言葉が近年頻繁に使われているが、経営母体が医療施設とは異なるため規制にはかからない。しかし、門前薬局は厚労省が政策として行おうとしている、薬局のかかりつけ機能を損なうものであるとして問題視されている。

（２）物と技術の分離

本研究では、1970年代における医薬分業の進展の開始に関わった重要な概念として物と技術の分離という概念を用いる。これは、医師は技術で報酬を得るべきで、物（医薬品）で儲けるべきではないという考えから医療と医薬品販売を切り離すことを意味している。これは、戦後、GHQ 公衆衛生福祉局長クロフォード・サムス准将が日本における医療改革を行う際に、日本の医療の問題として指摘した考え方からきている。サムスは医療と医薬品販売を切り離す医薬分業を政策として打ち出した。そして、これを実施するために医薬分業法と呼ばれる法が1951年に制定された。それ以後、医薬分業の目的として物と技術の分離という概念が使われるようになったのである。本研究ではこれが1970年代における医薬分業の進展の要因と考え検証した。これについて第2章第3章で詳しく述べる。

（３）薬剤師職能の空洞化

さらに医薬分業を論じるにあたり、本研究では1950年頃から薬剤師に訪れた職能の危機の存在を無視できない事を指摘する。この危機をここでは「薬剤師職能の空洞化」と呼び

いは隣接地に薬局を建てたことに、医療費の二重取りであると社会的に批判を受けたためである。しかし、一部には病院薬剤師の不遇が背景にある。これについては第3章2.（1）（3）で詳しく述べる。

医薬品製造の工業化の進歩により薬剤師の専門職としての職能が空虚になった事を示す。

医薬品工業の進歩によって、薬剤師の仕事として、薬の計量をすることから数を数える「ハサミ調剤」と呼ばれるような計数だけのものが残ったのである。このハサミ調剤に象徴されるように、薬剤師の職能の専門性が空虚になったことを「薬剤師職能の空洞化」と呼ぶことにした。この危機は製薬工業の進展に従属して各国ほぼ同時にやってきている¹⁴。薬剤師職能の空洞化は第 2 章で詳しく述べる。表 1 に誰が調剤を行うかについてまとめた。

表 1：誰が調剤を行うか

	欧州（20 世紀以前より医薬分業）	米国（20 世紀初頭に医薬分業）	日本（1970 年代まで分業されず）
処方の複雑化 （1900 ごろ～）	薬剤師 病院薬剤師	医師→薬剤師 病院薬剤師	医師 病院薬剤師
医薬品の工業製品が 市場に出回る →真贋の見極め →定性、定量等品質分析 （1920～40 ごろ？）	薬剤師 病院薬剤師	医師→薬剤師 病院薬剤師	医師 病院薬剤師
医薬品の工業製品が 信頼できる工業製品 分析の高度化（高価なあるいは大掛かりな分析 機器を要する） 1960 ごろ～	薬剤師、病院薬剤師（職能の空洞化）	薬剤師、病院薬剤師（職能の空洞化）	医師 病院薬剤師（職能の空洞化）

しかし、その一方で、この薬剤師職能の空洞化が米国において Drug Information(DI)、Clinical Pharmacy(CP)、Pharmaceutical Care(PC)といった新しい薬剤師の職能を生み出す原動力となった。そしてこれらの職能が薬業における価値観の変化のきっかけになり、本研究では重要な意味を持つことになる。これについては第 2 章～第 5 章で述べる。この DI,CP,PC をめぐってどのような動きがあったのかについて以下の表にまとめた。

¹⁴ クリニカルファーマシーについての米国の文献、ヘプラーのファーマシューティカルケアの文献（1989）、欧州連合における 1991 年の地域薬局の役割と教育訓練に関するセミナーでの言葉などからこのことが伺える

表 2：新しい職能の理念 (DI,CP,PC) に対する薬剤師の動き

	米国	日本・アジア	欧州・国際的動き
1960～ 1964	<ul style="list-style-type: none"> ・ケンタッキー大 学 DI センター活 動開始 (1962) (設 立準備は 1957 か ら) 	<ul style="list-style-type: none"> ・東京、大阪、九州の三 大学病院薬剤師に DI の 専任の係り設置 (1963) 	
1965～ 1969	<ul style="list-style-type: none"> ・ DI 協会設立 (1965) ・ Paul Parker によ る CP の定義 (1967) ・ G.N.Francke に よる CP の定義 (1969) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ FAPA (アジア薬学大 会) で DI が課題として 取り上げられる (1965) ・ DI 用パンチカード形式 の統一 (1967) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ FIP (国際薬学連 合) 20 回総会 (1965) で DI 活動 の重要性と現況の 報告、第 21 回総会 (1966) で「病院 における DI セン ターの発展」シン ポジウム
1970～ 1986		<ul style="list-style-type: none"> ・ Francke の論文紹介 (1970) ・ 日本薬学会薬剤学委員 会『DI 活動の業務基準』 制定 (1971) ・ 医療薬学 (臨床薬学) を大学院で履修する方 向。各大学で医療薬学専 攻科設置 (1973～1986) 	
1985～ 1989	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヘプラーによる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第 1 回クリニカルファ ーマシー CP シンポジウ ム (1985) ・ 保険薬局における薬剤 服用歴管理指導料新設 (1986) ・ 特定薬剤治療管理料、 無菌製剤処理業務に診療 	

	PCの提言 (1989)	報酬点数 (1986)	
1990～ 1994	<ul style="list-style-type: none"> ・米国病院薬剤師会 (ASHP) PCを薬剤師業務の据えることを確認 (1991) ・米国薬剤師会 (APhA) PC作業部会 (1991) ・米国薬科大学協会 (AACP) ポジションペーパーにてPCを強調 (1991) ・AACP 総会において全ての薬科大学、大学薬部の教育を6年制の「新PharmD」のコースに統一することが決定 (1991) ・ASHP 代議員総会においてPCに関する声明が了承されPCを薬剤師業務の中心に据えることにした (1993) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療法改正 薬剤師が医療の担い手に (1992) ・厚生省在宅医療薬剤供給検討委員会報告書「在宅医療への薬剤師の参加はまさしくファーマシューティカルケアの実践の場であると明記 (1993) ・訪問薬剤管理指導料新設 (1994) 	<ul style="list-style-type: none"> ・欧州評議会「開局薬剤師の業務に関する主要ゴールと行動指針」にPCの理念が据えられる。(1992) ・FIP 年次大会にてPCについて討議される (1993) ・WHO 薬剤師の役割に関する会合にてPCの導入と定義、発展のための提言 (1993)

DI:ドラッグインフォメーション

CP:クリニカルファーマシー

PC:ファーマシューティカルケア

(4) 薬業における価値観の変化と潮流ともいうべき価値観の変化

本研究では、医薬分業率の変化が1992年頃を境に異なっている要因を考察する際に薬業における価値観の変化を重視する。その変化は日本において「物を見る薬剤師 (薬学)

から人を見る薬剤師（薬学）」ということである。その特徴は①薬剤師が医療に直接かかわる②医薬品情報の収集と提供③患者ひとりひとりに合った薬物療法を行う④チーム医療・他職種連携という特徴をもつ。これらは前述の DI,CP という米国から入ってきた薬剤師の新しい職能によってもたらされた。さらに、近年では⑤QOL の改善を目指すという特徴の変化も見られるようになった。これを本研究では「人を見る薬剤師（薬学）から人と生活を見る薬剤師（薬学）」と呼ぶことにする。これは前述の PC という薬剤師の行動原理でもある理念から薬学にもたらされた。

まず、物を見る薬剤師（薬学）から人を見る薬剤師（薬学）変化とはどのようなものかを説明すると次のようである。過去においては薬剤師の職能は正確な薬を正確に準備することであった。合成や抽出で製薬すること、贋薬や不良品をみわけること、正しく計量することなどが薬剤師に求められていたということである。その時の薬剤師の視線は医薬品という物質に注がれているので、物を見る薬剤師（薬学）である。それが、人を見る薬剤師（薬学）とは、人に投与されてからのことについて注意を向けるようになったことである。それは、効き目があるかどうか（有効性）困った症状は出ないか（副作用）の把握や情報提供、渡した薬の正しい飲み方の説明や、正しく飲んでいるか（コンプライアンス）の把握などが求められるようになった。薬剤師のまなざしは人に向かっている。

それが、上記 4 つの特徴としてあらわされるのである。①薬剤師が医療にかかわるとは医薬品合成や医薬品分析という分野から薬物療法という医療にかかわるようになったことを指すのである。また、②医薬品情報の収集と提供は薬を渡す際（投薬時）の患者への説明や聞き取り、薬局での副作用調査が含まれるのである。③患者ひとりひとりにあった薬物療法とは、この病気にはこの薬という対応ではなく、その人の状態にあった薬物療法をするべきという考えが主流になってきたこと、④チーム医療・多職種連携は薬剤師だけでなく、医師や看護師、また他の職種との連携の中で薬物療法を行っていくことを示している。これらは DI,CP という薬剤師の新しい職能・理念によってもたらされた変化の特徴である。

これらは「患者中心の医療」「チーム医療・多職種連携」という点においては、今の社会や医療における潮流というべき価値観の変化と共通しているものである。

松繁卓哉は、著書『患者中心の医療』のなかで、患者中心の医療に関して医療を「患者中心」の方向へすすめていくことについてはほとんど異論が認められないながらも、その中で「専門性」がどのように行使されるべきかあるいはどのように「患者中心」を想定するかという点に関してはさまざまな立場が存在すると述べている¹⁵。一般的に考えられているのは、意思決定の主体が患者に移ってきたこと、たとえば、インフォームドコンセントなどのように、情報開示がなされることによって情報の非対象性の差を減らす努力が払われ、パターンリズムから患者中心へと変化してきたことである。しかし、たとえば、物を見る薬剤師から人を見る薬剤師へという変化において、薬学における行為や研究の対象

¹⁵ 松繁 [2010] p8

が物から患者へと移ってきたという変化も、物質中心の薬学から患者中心の薬学への変化といえることができるであろう。このようにいくつかの軸が存在するが、目的や対象のベクトルが患者に向かっていくという医療のありかたの変化の特徴を本研究では「患者中心の医療への変化」とみなすこととする。

一方、多職種連携を行うべきという変化は、多職種が医師を中心としたヒエラルキーから同一平面上で仕事をするということだけではなく、医療の下請けでしかなかった医療関係者が医療に直接携わるようになるという変化であるといえるのではないだろうか。実際に多職種連携が頻繁に言われるようになるまでは医師以外は「医療に関わる」ことはできなかったのである¹⁶。つまり、医療関連職種間の関係の大きな構造変化であると言えよう。さて、ここで医療とは何か、が問題になる。その定義はさらに壮大で難解な問いになってしまうが、ここでは日本国内で法的に医療と認められる行為をおこなった「医療」のみに限定して考える¹⁷。医療に関わることができるというのはその判断、治療方針に関わることということで、多職種連携が可能になってはじめて医師以外の医療関係者がその判断、治療方針に関わるようになった¹⁸。このことを多職種連携によって医療に関わるようになったとここでは理解する。現在行われている入院患者の治療に関するカンファレンス、退院時カンファレンスなどは象徴的なものである。最近では医療・介護職だけではなく患者も医療に関わることも含めての多職種連携（チーム医療）と見なされるようになってきた。

次の変化である「人を見る薬剤師（薬学）から人間を見る薬剤師（薬学）」への変化とはどのようなものかについて述べることにする。本研究で述べる「人と生活を見る薬剤師（薬学）」で指す人とは背後に生活があり、社会の中に生きる人である。従来指していた「人」は生物学的な「人」であった。それゆえ、体内での薬物動態や作用を考えた薬剤師という意味であったのに対し、「人と生活を見る薬剤師（薬学）」への変化とは、社会的な人としてその人とその生活を支える専門職への変化という意味である。これには⑤QOLの改善を目指すヘルスケアという特徴を有している。

QOLの改善を目指すヘルスケアへの変化もまた、潮流というべき、社会、医療、福祉における価値観の変化と一致する。これについては、猪飼周平が指摘するように20世紀の終わりを迎え、「医学的治療によって実現される可能性を大きく超えて、われわれの生活あるいは人生の質（Quality of Life QOL）を決定づける多様な要素の存在することが認識されるようになったという状況の変化」は、確実に起こっている¹⁹。終末期の医療の選択などQOLの改善を優先させる行為への理解は十数年前とは大きく変化している。QOLの改善を目指

¹⁶ 医療法における「医行為」への抵触への恐れが医療に関わることへの恐れとなっていたと思われる。

¹⁷ 法的に医師にだけ認められる「医行為」のことではなくそれを含めて広い範囲での医療のことを指す。

¹⁸ 正確には判断を下す（診断する）のは医師であるが、その判断に関与するという立場で多職種が連携すると理解される。

¹⁹猪飼 [2010] p 8

す指向というのは薬学の世界にも現れ、これが **Pharmaceutical Care (PC)** の理念である。1990 年代に PC が日本に導入され⑤QOL の改善を目指す薬物療法という、薬業においても新たな価値観の変化をもたらされた。しかし、この価値観が定着する為には、医薬分業の成立による地域医療への対応の可能性、病院薬剤師の病棟業務といった 1990 年代の薬剤師変化があって初めて実施が可能になったと考えられる。それゆえ、日本にこの価値観が定着するのは 2000 年以降となった。1990 年代の医薬分業の急進展には直接寄与していないが、薬業の価値観の変化と薬剤師の職能変化の流れの延長線上にあると考え、第 5 章に示すこととする。

4. 時代区分

本研究は医薬分業率の変化がなぜ、1990 年代を境として異なっているのかについて、薬剤師の変容に注目して検証するものであるが、その為にはそこに至るまでの薬学・薬剤師を取り巻く状況を作った要因を明らかにしなくてはならない。そのため、日本に西洋医学が取り入れられ、医薬分業が規定された明治期よりその歴史を概観していく必要がある。本研究では以下の 5 つの時代に分けて考察を行う。

第 1 章：1874～1956 年 【調剤権闘争の時代】 医政制定から医薬分業法施行まで

第 2 章：1956 年～1973 年 【薬剤師の空洞化の時代】 医薬分業法施行以降医薬分業進展開始まで

第 3 章：1974 年～1980 年代 【物と技術の分離の時代】 医薬分業の緩やかな進展期

第 4 章：1990 年代 【人を見る薬剤師の時代】 医薬分業の急進展期

第 5 章：2000 年以降 【人と生活を見る薬剤師の時代】 21 世紀の薬業のあり方

5 史料

全体を通して、史料としては『医薬分業の歴史』（薬事日報社）『日本医師会創立記念誌 戦後 50 年の歩み』『日本薬剤師会 80 年史』『日本薬剤師会誌 100 年誌』『日本薬剤師会雑誌』『日本病院薬剤師会誌』を中心に調剤権と処方権というキーワードを軸に検証した。『医薬分業の歴史』は多くの資料をもとに書かれ、また実務に関わった人々の記録が含まれているため医薬分業を語るには欠かせない文献である²⁰。しかし、薬剤師側からみた医薬分業の歴史であり、その根底に医薬分業を進めるべきであるとの前提の表現がみられる。また、医薬分業に関する文献、記事は、薬剤師側からの史料の方が圧倒的に多い。そのため、『日本医師会史』などの反駁文、医師会による反対運動のから医薬分業に反対する者の理論や、『日本病院薬剤師会史』も合わせ見ること、今ある医薬分業の形態がどうして作られたか、なぜ医薬分業を進めることになったのかについて、医薬分業の是非とは違う視点での検証を行った。

また、日本の医薬分業の歴史の歴史が世界の薬業の歴史の中でどの様な位置付けになる

²⁰秋葉 [2012] pp3-197

かを常に念頭に置くために、薬業の歴史書としては教科書的な Kremers & Urdang “History of Pharmacy” や病院薬局の歴史である ASH(米国病院薬剤師協会)の病院薬剤師の歴史 “Mirror to Hospital Pharmacy “ 20 世紀の各国の薬学の発展について述べている FIP(国際薬剤師連合)による” From Making Medicines to Optimising Outcomes”を参考にした。

第 1 章では、占領下、医薬分業推進政策をおこなった GHQ 公衆衛生福祉局長サムス准将の真意を知るために、二至村箒『日本人の生命を守った男—GHQ サムス准将の闘い』やサムス著竹前栄治訳『GHQ サムス准将の改革』(2007) といった書籍や当時の『日本薬剤師協会雑誌』の記事だけではなく、サムス著の原文 “Medic”や薬史学会理事西川隆氏所蔵の史料も参考にした。

第 2 章では製薬業・製剤史を示すことで薬剤師職能の空洞化を明らかにした。医薬品製造・分析に関する製薬業・製剤史は欧米・日本においても確立されており、ここでは、三宅康夫『日本製剤技術史』(2001)、山川浩司『国際薬学史』(2000)、吉森賢『世界の医薬品産業』(2007) 他の文献と、主に大手製薬会社(武田、エーザイ、大日本、大正、フジサワ)の各社社史を用いて、19 世紀以降の海外の製剤史概略も念頭に置きながら薬剤師職能の空洞化を起こす原因を探るという視点で製薬業史、製剤史を再構成した。

また、『日本医師会創立記念誌』と武見太郎『実録 日本医師会』とを対比しながら日医の方針・行動と武見太郎日医会長個人の考えとの差異に留意して、当時日医が「物と技術の分離」に対してどの様に考えていたかを検証した。

第 3 章～第 5 章では厚生省・厚生労働省の通知等と、厚生省・労働省の統計、『厚生白書』から行政の動きをみながら、薬業関連の雑誌『ファルマシア』『日本薬剤師会雑誌』『月刊薬事』などに書かれている記事を参照にし、医薬分業を巡ってどのような変化が起こっていたかを検証した。また、診療報酬の仕組みを理解するために遠藤久夫・池上直己『医療保険・診療報酬制度』、青柳精一『診療報酬の歴史』を参考にした。

また、Drug Information (DI)、Clinical Pharmacy(CP)、Pharmaceutical Care(CP)を提唱する文献、海外での薬剤師職能史に関する Temin ,Savagi などによる文献や書籍、海外の職業団体のステートメント、WHO のステートメント等を薬剤師の職能の変化を考える上での参考にした。

これら史料を使い、医薬分業を客観視することを心掛けながら薬剤師職能変化と医薬分業の進展について検証をおこなった。

6. 医薬分業の政策過程のアクター

本研究に登場する医薬分業の政策過程に登場するアクターについて整理しておく。直接影響をおよぼすアクターは日本薬剤師会、日本医師会、日本病院薬剤師会、厚生省(厚生労働省)などである。日本歯科医師会、教育機関としての薬科大学・薬学部、製薬企業に関しては、医薬分業の進展に直接の影響を与えたというよりも二次的に影響を与えたか、または、医薬分業によって自身が変化したといえるであろう。この点についてここで簡単

に確認してみることにする。

日本薬剤師会（日薬）は薬局経営者の代表として、医薬分業推進の主体であった。常に、医薬分業を推進することを目標としてそのための運動を続けた。明治からの 100 年間、処方箋の調剤ができず、個人開局の薬局は大衆薬を販売していた。そのような開局薬剤師に医師からの処方箋による調剤ができるよう、医薬分業推進の運動を続けてきたのが日本薬剤師会であった。医薬分業が進展してからは薬局数の増加は著しい。そのような中で稀にしか出ない医薬品を備える際のデッドストックや医薬品の使用期限の問題、全ての診療科に対応するための在庫管理や納入単位の大きさによる納入価格の問題、一つの薬局に雇うことのできる薬剤師の数が多いほど効率も良くたくさんの処方箋を捌ける、などの経済的理由から、大手の調剤薬局チェーンが経済的に明らかに優位となった。それゆえ、そのような大手の調剤薬局チェーンが M&A によりパパママ薬局と呼ばれる昔ながらの家族経営で 1~2 人薬剤師の薬局を吸収していく傾向が近年顕著にみられるようになった。大手薬局チェーンは日本薬剤師会に加盟していないこともあり、さらに、薬局薬剤師のほとんどが雇用労働者になったことから、日本薬剤師会の薬局開局者の職業団体という側面は薄れてきたが、今でも日本の薬剤師のあり方や専門性を支援し、リードする最大の職業団体である。薬剤師加入率は 30%程度である²¹。

一方、医薬分業を進めようとする日本薬剤師会に対抗してそれを阻止しようとする抵抗勢力が日本医師会であったことは前述の通りである。第 1 章で示す調剤権をめぐる攻防は熾烈なものであった。しかし、その日本医師会も国民皆保険が成立する頃から医薬分業に反対する運動から医師の技術への正当な評価を求める運動へと変わっていった。医薬分業の進展のカギを握る重要なアクターである。

一方日本歯科医師会と医薬分業の関わりは、1965 年 2 月 9 日に日本歯科医師会、日本薬剤師会の間で協定処方締結がされ、同年 6 月から実施されたことがあげられる。これについて初期の医薬分業の促進に果たした役割が極めて高く、それは薬局にとって処方せん応需の経験を積むためにも役立ったと薬剤師側は評価している²²。しかし、医薬分業に対して目立って積極的な動きは他にはおこなっていない。

日本病院薬剤師会は病院薬剤師の職業団体であり、1955 年の設立である。当初は日本薬剤師の下位組織として設立したが、前述したように、日本薬剤師会が病院薬局から処方箋を出すことで医薬分業を進めようとしたこと、病院薬局法制化に日本薬剤師会が非協力的であったことなどの理由で日本薬剤師会と対立し、独立したという経緯がある。しかし、医薬分業には協力的な立場をとっており、また、医薬分業の進展にとって病院薬剤師の果たした役割は大きくそのことについては第 4 章にて詳しく述べる。

医薬分業に関する行政側のアクターとしては厚生省（現厚生労働省）がある。医薬分業

²¹ 会員数は厚生労働省の届け出薬 27 万人のうちの 37%で約 10 万人（日薬 HP より）である。明治 35 年の薬剤師数 3362 人に対し、日薬会員は 1127 人で約 33%

²²秋葉 [2012] pp178-179

施策についての国の関与は戦前までは殆んどないが、GHQの医薬分業への勧告を受けて以来、医薬分業を政策としておこなっていった。厚生省が医薬分業に有利な診療報酬を付けることで初めて医薬分業は進展する。

これに対して、近年、規制緩和の見地から医薬分業のあり方を見直すべきであるという厚生省とはまた違った立場をとる行政としての総務省がある。規制改革で最初に問題になったのは医薬品のインターネット販売である。結論から言うと、インターネットでの販売は原則違法ではないが、一部の医薬品に関しては薬剤師の対面による情報提供が必要であるということになった²³。これを発端にしてドラッグストアでの医薬品の取り扱い方法が厳しくなったが、医薬分業とは直接の関与はない。次に出てきたのが、前述の総務省規制改革会議による医薬分業の見直しである。総務省は規制緩和関係で初めて登場するため本研究で検討する1990年代の進展には関与していない。

薬剤師養成に関連するアクターとしては養成を行う教育機関である薬学部または薬科大学そして行政として文部科学省がある。薬学における価値観の変化を実践する教育改革が行われ、薬剤師教育は6年制へと延長になった。しかし、薬剤師教育改革が医薬分業の進展への推進力や直接の要因とはなっていない。医薬分業進展の直接の原因や同力になったと考えるよりも、医薬分業の意味の変化に寄与していると考えてよいであろう。

他にも薬業にかかわる主体として、医薬品を製造する製薬業界とのかかわりであるが、これらは医薬品の工業化という意味で、薬剤師職能の空洞化と関連してくる。これについては第2章で述べる。製薬業界としては医薬分業の実施如何による利益はほとんど考えられなく、むしろ薬価引き下げによる減益や、また医師や薬局との関係保全のためにも医薬分業の可否について態度を鮮明にしたくなかったというのが本音であろう²⁴。製薬企業のMRと呼ばれる販売営業の担当者も医薬分業が進展して医薬品を購入するのが病院・診療所から薬局に移ったからと言っても薬局を熱心に訪問することはなく、以前と変わらず病院・診療所を訪問している。というのは、医薬品を選択し処方箋を書くのは医師であり、薬剤師には医薬品の決定権が無いからである。数社の社史を検討してみたが、医薬分業について触れているものはほとんどなく、医薬分業による利害は考えられない。

また、医薬品を販売する卸業者、ドラッグストアなどの医薬品販売業者など薬剤師の経済活動としての関わりについては医薬分業の進展への影響力はみられなかったが医薬分業の進展の中で業界各社のシェアなどの変化がもたらされた。ジェネリックの浸透、大規模なM&Aによる業界再編などによって大きくその構図が変化、そのあり方は医薬分業が進展

²³ この一連の問題が一般用医薬品に要指導医薬品、第1種医薬品、第2種医薬品、第3種医薬品という区別を作り、薬剤師の情報提供が必要な医薬品の範疇が定義された。

²⁴ 製薬会社が医薬分業の推進か反対かのどちらかに態度を鮮明にしたいという態度の象徴的な例として1948年の戦後薬事法改正の際、医師の処方箋発行義務の条文に関する採択時に欠席あるいは退席した薬系委員6名中5名が製薬企業関係者であったということがあった。はっきりしたこの退席による薬系委員の票割れによって医師の意向が通って処方箋発行義務が採択されなかった。

したことによって影響を受けた。しかし、医薬分業の進展を左右する影響力や動力として働いたとは言えないと判断した。

昨今、バッシングや再評価の対象となっている医薬分業であるが、本研究は医薬分業を評価することを目的としたものではなく、薬剤師の職能変化の要因を探求し、これから薬剤師が進むべき方向性を示すことを目標としており、その目標のために医薬分業を用いていることを重ねて強調したい。

前述した通り、薬剤師は大きな変革の時期に来ている。医療全体をみても変革のさなかにあると言えよう。重要な医療資源として、薬剤師の社会的に有効な活用のための一助となることを本研究においては目指したい。

第1章 調剤権闘争

本章では日本に薬学が導入され医薬分業の原則がきめられた1874年から戦後GHQサムス准将の意図した医薬分業法が成立する1956年までの約80年を対象にし、当時の薬剤師の置かれていた立場や状況を明らかにしながら医薬分業運動が成就しなかった理由を示していきたい。

この時代に認識されていた調剤とは処方箋に記載された処方通りに正確に医薬品を調合し投薬することである²⁵。この調剤の権利が誰にあるか、そして医師が処方箋を記載する義務をめぐって日本医師会（日医）と日本薬剤師会（日薬）とが攻防を繰り返して、結果として100年間、調剤の事実上の権利は医師がもち続けることになり、医薬分業が進展することはなかった。

本章では、この期間の医薬分業が進展しなかった理由として、日医と日薬の調剤権闘争に終始し、政策組上に載らなかったことを示し、サムスによって「医師は技術で報酬を得るべきで物で儲けるべきではない」という考え方が持ち込まれ、医薬分業の目的が変化していくことを検証する

1. 100年の調剤権闘争

(1) 明治の薬学導入と医薬分業の原則

我が国において初の近代医療制度として公布された「医制」（1874年）では完全な医薬分業を目指す方針が示された。

第41条 医師たるものは自ら薬を齎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（略）

二等医師は願により薬舗開業の仮免状を授け調薬を許す

第55条 調薬は薬舗主薬舗手代及び薬舗見習いに非ざればこれを許さず

但し薬舗見習いは必ず薬舗主もしくは手代の差図を受けその目前にて調薬すべし

²⁵ 現在の調剤の定義は「薬剤師が専門性を活かして、診断に基づいて指示された薬物療法を患者に対して、個別最適化を行い実施することをいう。また、患者に薬剤を交付した後も、その後の経過の観察や結果の確認を行い、薬物療法の評価と問題を把握し、医師や患者にその内容を伝達することまで含む」（調剤指針第13改訂）と薬剤交付後の事にまで触れ幅広くなっている。

因みに明治12年のドイツ、ハーゲル氏の調剤術書の翻訳『調剤要術』（明12）によると調剤（Receptur）とは薬局に於いて施行する重要な職務にして調薬の術（処方に随手薬品を調整す）と投薬の業（薬剤を請求者に附与す）とを包括するものとす而め此行務たるや室に薬学終局の目的にして之に関する諸般の学課は・・・とある。また、判例では、大正6年3月19日の大審院判決で調剤をこのように規定している。「調剤とは言っている処方に従って、二種以上の薬品を配合し、または一種の薬品を使用し、特定人の特定の疾患に対する薬剤を調製する行為をいう」

ここから分かることは文字通り読む限り医師の調剤は許されず、もし調剤するならば医師（二等医師）が薬舗開業の仮免状を受けて調剤しなければならなかったことになる。つまり、調剤権は薬舗にしかなかったということである²⁶。ところが医制には法的な規制力が無かったためこのことは遵守されていなかった。

東京府ではこの医師の薬舗兼業を禁止する通達が 1878 年に発せられたが、その禁止通達は薬舗主や薬舗の数の不足（1884 年で 148 人）を理由に 1884 年内務省訓示で解除された。

なぜ、医師の数は増えたのに薬舗（薬剤師）の数が増えなかったのかについて従来から指摘されてきたのは、次の 3 点である。

- ① 薬学に対する国民の理解が無く、薬学に学生が集まらなかった²⁷
- ② 開業医は殆んど無試験で医師免許状を下されるのに対し、薬舗は従来から開業している者に仮免除をあたえるだけで、他は全て試験を必要とした。つまり新規に薬舗を開業しようとする者や、府警の業を相続して薬舗主になろうとする者は、所定の試験を受け免状を受けなければならない²⁸。
- ③ 薬舗試験の受験者が少ない（医薬分業されていないためそのメリットがない）

既得権保証の期限 1884 年には免許薬舗のみに調剤を許し、他の薬舗は薬種商として薬品販売のみを免許し、薬舗主に調剤特権を与えたところ徐々に免許薬舗主の数も増えてきた。

1889 年には「薬品営業並薬品取扱規則」いわゆる薬律が公布された。この薬律から薬舗から薬剤師という名称になり、薬品販売のみの薬種商と法制上の区分ができた。薬律の規定は以下となっている。

第 1 条 薬剤師とは薬局を開設し医師の処方箋に拠り調合するものを言う

しかし、これには以下のような附則がつけられ医師の調剤が認められた。

附則 43 条 医師は自ら診療する患者の処方みに限り、自宅において薬剤を調合し販売授与することを得（略）

結果的に、この附則によって医師は調剤権を手に入れたのであった²⁹。この附則は薬系関係者が案の時点で「当分の間」という文言を入れるという条件でかろうじて認めた附則であったのに対し、公布された薬律には「当分の間」が削除されていたという経緯があったことが、ことさら医師と薬剤師の間に医薬分業に対する確執を生むことになった。

²⁶ 薬舗、薬舗主は薬剤師。薬剤師の名称は後の薬律（1889）から使われる。

²⁷ 辰野 [2001] p 97

²⁸ 秋葉 [2012] p 7

²⁹ この顛末については秋葉 [2012] pp10-11、谷岡 [1973] pp19-20 等に詳しく記載されている。この件では私立医学校済生学舎を設立し衛生局長となった長谷川泰の働きがあったことが知られている。

34 薬剤師による医薬分業実施運動がおこったのはこの薬律制定 2 年前の 1887 年のことであった。東京薬舗協会の幹部が東京府医会に対して医薬分業に関する意見書を提出したのが始まりとなる。しかし医会からは相手にされなかった。そこで、1887 年には東京薬舗会の設立、翌 1888 年には東京薬剤師会、1890 年には日本薬剤師連合会の結成へと至り、その後の医薬分業運動を推し進めていくのである。日本薬剤師連合会の当初の活動目標は、薬律の附則第 43 条の撤廃であった。

ここまでを振り返ると調剤権は当初は原則薬剤師（薬舗）のみに与えられたものであったが、医制（1874 年）では過渡的措置として医師が薬舗を取得し薬舗を兼任することで調剤を認め、次に薬律（1889 年）で附則の形で建前としては例外的に医師の調剤権をみとめることになる。現実にはこれが主流となったということである。この附則 43 条がその後の医師による調剤の根拠となった。このようにして附則 43 条を根拠として医師の調剤が正当化されたのだが、更にその後、附則であった医師の調剤は本則の但し書きに入り医師の調剤は正当化されたまま現在に至っている。

なお、ここまで述べられている法的に定められた医薬分業は序章で示した分析概念を使うと機能的分業である。ここでは経営的分業の考え方は全く出てこない。

（2）医薬分業運動の攻防

医薬分業の実施をめぐる医師と薬剤師の攻防は国会を舞台に熾烈なものとなっていっていった。

1891 年、薬剤師側は全国の約半数の 1300 名（当時の薬剤師数 2692 名）の署名をもって医薬分業の請願書を提出、第 2 帝国議会に薬剤師による薬律附則第 43 条をめぐる「法律第 10 号（薬律）改正制案」が 1891 年 12 月 8 日議員提出された。その骨子は医師の自宅における調剤販売に対し「当分」の文言と、「但し、内務大臣が適当と認める地では明治 27 年（1894）1 月 1 日より逐次医師の調剤を禁止する」との一文を加え 3 年後には分業を実施することを謳ったものであった。しかし、本会議に上程する予定だった当日の 12 月 25 日、凶らずも衆議院が解散となり提出した改正法案は廃案し、この最初の薬剤師による医薬分業運動は結実しなかった³⁰。

以後、薬剤師が第三帝国議会に提出した改正請願書は採択されず、また、第四帝国議会では請願書の署名者も大幅に減り採択されなかった。

その後、薬剤師の側は漸進派と急進派の二派が派生するほどの混乱した状況となり日本薬剤師連合会は改組し 1893 年日本薬剤師会（日薬）を結成した。この年の第五帝国議会および 1895 年の第八帝国議会で薬律附則改正案は本会議に上程されたが廃案となった。この時の医薬分業の必要性を訴える論旨は明らかに機能的分業である。その論旨は①薬学は医学の余業として兼修できるものではなく、兼修できる余裕があればさらに医学を極めるべきである。②医学と薬学は修学の道が異なり、両業は個別の試験を経て開業が許可される

³⁰ 海軍大臣の樺山資紀のいわゆる「蛮勇演説」の失言が引き金となった解散であり、医薬分業運動とは関連のないところでのいわば薬剤師にとっての不運な解散であった。

③医薬品の良否、真贋の識別、分量の差異は人命死生にかかわり、医師はそれに必要な学問に乏しい。④医師が修学しない薬学を兼ねて本業でない薬価を収めるのは、自己の本分ではない報酬を社会にもとめるものである。といったものである³¹。

これに対して医師側は分業による診察料の徴収は患者の負担増につながり、貧困者が十分な医療を受けられなくなると主張し、経営的分業を前提とした発言であった。ただし、これは、医師会が経営的分業を前提としているのではなく、大きな意味での分業（機能的分業）そのものを反対するために、機能的分業の一部である経営的分業の弊害を指摘しているだけであると考えるのが普通であろう。つまり、薬剤師側の主張は医学と薬学は違う学問であるからそれぞれの専門家に任せるべきであるという「本分」や「専門性」への言及であるが、医師側の主張は「専門性」を無視したものである。医師会側の主張が通る背景には、もちろん政治力差もあっただろうが、この時の薬剤師の専門性や調剤の専門性というものが無視できるものであった、言いかえると専門性の必要が認められないものであった可能性をも示している。

医薬分業運動はさらに、第9（1896）、第13（1899）第28（1912）帝国議会でも薬律改正案が議員提出されたが法案成立にはならなかった。その後大正期に5回、昭和期に4回、延べ15回、同一修士の改正案の上程や請願が行われたが法案が成立することはなかった。

大正に入って、第37帝国議会（1914）での薬律改正法案審議と並行して日薬会長が医薬分業理由書を配布しそれに対する反駁分が日医から配布されるということがあった。それぞれの認識を示すと、医薬分業理由書（日薬）ではすでに西洋諸国で通則になっているように医師と薬剤師の責任を分離し、医師は専ら診療と治療を担当し、薬剤師は調剤と薬品製造に従事することになれば、相互の責任は明らかに確立する。誤診の責任は医師に、誤薬の責任は薬剤師に帰し、誤診誤薬の禍根も除かれる。国民が自己の寿命を全うするには是非医薬分業を実施しなければならないと主張した。一方の日医側の反駁文では医薬分業は吾邦古来の善良なる習慣を破壊するもので、法律をもって強制すべきものではない。薬剤師は医師が薬品の調剤上、必要な学問を収めていないためにこれを調剤するのが危険だと言って医師の調剤を誹謗しているが、医師は薬品の化学的性状、主治作用、極量、配合禁忌などを修得しており問題はない。医薬分業は医術の普及を阻止し、社会の安寧秩序を破壊するものであるというものであった³²。

薬剤師側の主張する医薬分業のメリットは医師・薬剤師の責任分担による安全性の確保というロジックに変わってきている³³。これに対する医師会側は医師が薬を鬻ぐことを「善良なる習慣」であり、「社会の安寧秩序」と主張している。これは当時の患者から医師への報酬が薬代込みであるという経済的な面も含めて、変化を拒む姿勢で医薬分業を否定する

³¹ 秋葉 [2012] p 18

³² この顛末については秋葉 [2012] p 27 に詳しく述べてある。

³³ 日薬の分業主張には「配合禁忌や極量超過などの過失が全くないとは言えない。もし起こっても知らない間に殺され闇から暗に葬られる」という医師殺人論すら出ていた。秋葉 [2012] p 27

積極的な理由が存在しないことが読み取れる。

これら薬律改正案の動きは医師たちの危機感を募らせることになり、それに対抗するため1916年大日本医師会が設立され、日薬を意識した三つの決議を行った³⁴。①医薬分業反対②医師法第9条に薬剤販売授与の規定を設けて医師の調剤権の確保を求める ③薬剤師の無処方箋調剤の取り締まりの三つである。つまり、医師会は薬律附則43条による調剤権を附則でなく本則による調剤権の確保を求め、また薬剤師の調剤を「処方箋によるものだけ」に厳格に制限することを主張し、薬剤師の調剤行為を限定することを望んだのであった。

当時処方箋による調剤の需要がなかった薬剤師は売薬と普通薬の調合（混合販売）によって生計を立てていたという実態がある³⁵。内務省ではこれを適法と判断していた（1913）。しかし、1914に起こった芝八事件の大審院最終判決（1919）では処方箋なしの調剤、即ち混合薬は薬律違反であるという判決が出た³⁶。この判決は、薬剤師側にとっては死活問題であり、薬剤師は収入源の一つを違法とされ、ますます窮地に追いやられていくのである。

（3）混合販売と薬剤師法・薬品法

芝八事件の大審院最終判決によって混合調剤が無処方箋調剤として薬律違反とされたことが一つの契機となり薬律を改正し薬剤師法と薬品法を制定しようという動きが薬剤師側から出てきた。従来の医薬分業の論点が調剤権の所在に注目されていたのに対し、この動きの中では処方箋記載義務が医薬分業の論点に新たに加わった。

薬剤師法には薬剤師の資格、権利、義務を明確化し、薬品法には混合販売に言及した第10条「普通薬の混合販売を認める」を織り込んだ案が薬学関係議員から諮問された。法律の中で混合販売を正当化しようというものである。しかし、これも医系議員の猛烈な反対にあい、混乱の中、薬剤師法のみ成立（1926年）、薬品法は審議未了で廃案となった³⁷。そのため医薬品に関する部分は薬律をそのまま引き継ぐこととなった。また可決した薬剤師法では「薬剤師で非ざれば調剤をなすことを得ず」とされたが、附則第3条で「医師は診療に用いる薬品に限り（略）調剤をなすことを得」と記載されたことで医師の調剤権は、表向きは特例の形で存在し続け、従来とは何らかわらなかつた。

³⁴ 日本医師会 [1977] p6 によると「内務大臣は適当と認める地方において、3年間の猶予期間において医師の調剤を禁止する」との薬律改正案が提出された。という動きに、医師たちの危機感が高まり、大日本医師会の設立が合意された」とある。

³⁵ 混合販売とは顧客に求めに応じて薬剤師が調合した普通薬の調合薬を販売する方法である。秋葉 [2012] p97

³⁶ 芝八事件とは1916年、薬剤師が勧める売薬を拒み調合薬を強く求めるという客に、調合薬を売った薬剤師が薬律違反として逮捕されるが、実はその客は薬剤師を陥れるための偽装顧客であったという事件。東京芝区で8人の薬剤師が逮捕されたため、芝八事件の名称で呼ばれる。秋葉 [2012] p p28-32

³⁷ 原案賛成の医学博士中浜特別委員長長の私宅に暴漢が差し向けられ、警官警護のなか審議会が行われ答申が出されるなど混乱が起こった。詳しくは秋葉 [2012] p38

一方、医薬分業運動は、その後も日薬によって繰り広げられ、議会に請願書が幾度と提出されたが可決することはなかった。その中で1931年には、公衆請願に合わせて「医薬合理化に関する建議案」が政友会、民政党の両党から提出され治療には必要な薬のみを投薬し、それぞれについて適正な薬価を徴するべきことと、医師が配合薬の種類や調剤方法の難易に関わらず、すべて一定の薬価を徴収しているのは不合理である。医薬兼業制度と共に現代医薬制度の禍根であるとの指摘があった³⁸。

この建議案は採択されたもののそれ以後進展することはなかった。

また、同年3月薬剤師代議員によって、「医師、薬剤師の業務に関する質問書」が政府に提出された。この内容は薬剤師法などに反して医師が調剤を独占している事態についての政府の見解を求めたところその答弁書には「薬剤師法附則で医師、歯科医師の調剤を認めたのは経過的例外規定であり、法律上の矛盾は認めがたい」と記載されていた。これが示すことは、例外規定ゆえに法律上は矛盾が無いことを確認することとなった³⁹。

1933年には、処方箋交付義務規定が医師法に明文化された。当初の案には罰則を規定し「医師は患者より処方箋の交付の^{もと}需めある場合において正当な事由なくして之を拒むことを禁ず」となっていた⁴⁰。しかし、医系議員の猛反発にあい罰則は削除され、医師は患者より薬剤の交付に代え処方箋の^{もと}需めある場合において診療上支障なきときは之を交付することを要すように改正された⁴¹。

これは、医薬分業を実施させないための骨抜き文書となっており、医一薬間の力関係がそのまま利権にかかわる政策に影響していることが認められる。

このように、処方箋調剤ができない薬剤師の生計の支えの一部であった混合調剤を認めるための法律薬品法は成立せず、その身分法である薬剤師法のみが成立することとなったのであった。医薬分業は変わらず実施されることはなかったが、一方で従来、調剤権の所在が従来の医薬分業の主な論点であったのに対し、加えて医師の処方箋交付義務が議論に登るようになった。

(4) 戦時体制下の医薬分業の行方

日本は戦時体制に入り、1938年には国民の体力増強を図る目的で保健衛生の主管省として厚生省が新設され、医療制度の改善について審議するために医薬制度調査会を設置した。

この医薬制度調査会での医薬分業に関する第二特別部会の答申で、医制以来の原則であった、<薬剤師が調剤する、医師の調剤は附則によって例外的に認める>という建前が崩れ、医師の調剤権が本則中に入ることとなった。医薬分業は実施の原則をさらに弱めることになり、実現が遠のくことになった。その内容は次の3つにまとめられる⁴²。①医師が

³⁸ 秋葉 [2012] p 47

³⁹ 秋葉 [2012]、谷岡 [1973] p 378

⁴⁰ 秋葉 [2012] p 48

⁴¹ 秋葉 [2012] p 48 同上

⁴² 秋葉 [2012] p 56

診断の結果投薬の必要ありと認むるときは投薬全患者に対し、処方箋を交付し患者をして医師薬剤師の何れより薬剤を求むるかに就き自由に選択せしめること ②施行区域は厚生大臣之を指定すること ③薬剤師法を改正して附則中の医師の調剤権を本則に規定すること

ここまで、必死の医薬分業実施運動を行ってきた薬剤師にとって今までよりどころであった「調剤原則」を薬剤師側が手放したのはなぜか。それは、薬剤師側に医師の処方箋交発行義務の確保という目論見があったとみられている⁴³。しかし、処方箋発行義務には罰則がなく、空文となり、結果的には薬剤師の調剤原則が失われるのみとなった。そしてこの内容は1942年の国民医療法の基礎となった。太平洋戦争は1941年に勃発して時代は戦争の色が濃くなってきており、国民医療法は健兵健民を目指したもので医師法、歯科医師法等の関係法規を統一したものとなった。その中で、処方権に関しては「医師又は歯科医師は患者より薬剤交付に代え処方箋の薦めある場合において、その診療所上支障なきときは之を交付すること」⁴⁴となり、医師にも調剤権があり、医師による薬剤交付が原則。特別な場合のみ処方箋を作成すると理解される内容となり、医薬分業の原則は皆無で薬剤師の調剤の余地のない状況になった。

一方、薬律および薬剤師法および売薬法を統合した薬事法が1943年、制定された。この基本理念はさきの国民医療法と並立するものであり基本精神は戦力の増強にあると当時の衛生局長は述べている。この中で医薬分業に関しては以下のように規定されている。

第15条「薬剤師ニ非ザレバ販売又ハ授与ノ目的ヲ以ッテ調剤ヲ為スコトヲ得ズ

附則47条「医師、歯科医師マタハ獣医師ハ其ノ診療ニ用フベキ医薬品ニ限り、命令ノ定ルトコロニ依リ、第15条ノ規定ニ拘ワラズ調剤ヲ為スコトヲ得」

このように、医制で規定された医薬分業は戦前までに実態のみならず法的にもその規定が空虚なものとなった。薬剤師会側も戦争の混乱の中、医薬分業実現への抵抗はもはや不可能であった。

2. GHQの関与による医薬分業政策

(1) 改正薬事法

終戦後、戦時下に作られた薬事法はGHQの命令を受け全面改定を目指し1948年医薬制度調査会に薬事法改正原案を諮問した。その論点のうち医薬分業に関することとしては医師の処方箋義務と医師の調剤権が焦点となった。

新薬事法では医師の調剤権が附則ではなく本則に入った。

⁴³秋葉 [2012] これに対して薬剤師側委員および日薬は「我々の期待とは遙かに隔たり不満だが、分業実施の理想に近づく一段階」として認めた。とある。

⁴⁴国民医療法施行規則第32条

第 22 条

薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。但し、医師、歯科医師又は獣医師が、自己の処方箋により自ら調剤し、または薬剤師に調剤させる場合はこの限りではない。

また、医師法、歯科医師法では以下のようになった。

医師又は歯科医師は患者から薬剤の投与に代えて処方箋の求めがあった場合にはこれを拒むことはできない。但し、処方箋を交付することが治療上支障のあるときは、この限りでない

薬剤師の調剤原則はなくなり、また医師・歯科医師の処方箋発行義務もないため、医薬分業は行われる見通しはなかった。

(2) サムスの改革

その一方で、GHQ の公衆衛生福祉局長として着任したクロフォード・F・サムス准将は、明治期から日本がとってきた任意分業という体制から、法的に機能的分業を規定することつまり強制分業することを強く意図した⁴⁵。サムスは、戦後の日本の医療福祉分野における非軍事化と民主化に力を注ぎ数々の改革を実行し、日本の医療福祉の向上に貢献した。さらに、薬業に関しても多大な指導力を発揮し、主だった業績・政策は製薬・医療品産業の復興、薬学教育の改革、そして機能分業としての医薬分業を強制分業することである⁴⁶。

GHQ の保健衛生のトップが医薬分業に関与し推進するという意味では、戦前の医薬分業論争がいわば医師会对薬剤師会の権力論争であったのに対し、初めて医薬分業が日本の医療の質の向上といった目的を持った政策として取り扱われるようになった契機といえるであろう。サムスは日本で機能的分業を推進するために、米国薬剤師協会の使節団を招聘し、全国を視察させ、その報告書によって日本側に強制的機能的分業を勧告する⁴⁷。

⁴⁵ 強制分業とは法律によって医師が処方箋を書き、薬剤師が調剤することを例外なくおこなうことである。これに対し、任意の意思によって分業するのは任意分業とよばれる。

⁴⁶ 日本医師会と対立したという意味で、日本での評価は低いようであるが、その業績は自伝『GHQ サムス准将の改革』二至村『日本人の生命を守った男 GHQ サムス准将の闘い』に詳しく記述されている。サムス [2007]、二至村 [2002]

⁴⁷ サムスが強制分業を目指していたことは医師会創立記念誌に記載されている。日医がサムスの意向を確かめに行くと、「法律改正による強制分業を実施しなければならない」との言明があったということである。日本医師会 [1977]

(3) 骨抜き医薬分業法

その勧告をうけて機能的分業を法的に規定する医師法薬事法改正、いわゆる医薬分業法（以下分業法）案が1951（昭和26）年3月国会に提出されることになった。

しかし、GHQのという当時としては絶対的な権力の指導によって成立した、医薬分業法にもかかわらず、結果的には医薬分業が進展することには全くならなかった。

というのは、1951年6月に最終的に制定された医薬分業法は当初の法案から修正され大きく骨抜きにされたものとなったことにある。骨抜きにするとは何か⁴⁸。強制分業に但し書きや附則を付けてその原則を必ずしも守らなくてもよいようにすること。つまり、任意分業にし、事実上実施を免れることができるようになったということである。それは、次のような経緯であった。

1950年、サムスの指示により厚生大臣が臨時診療報酬調査会、臨時医薬制度調査会にそれぞれ、「医療の向上と国民の経済的負担力を勘案した医師、歯科医師、薬剤師の適正なる技術料および薬価の基準につき会の意見を問う。本諮問は医薬分業実施の可否を判定するに必要なものにつき取り急ぎ答申されたい」「医薬分業実施の可否及び可とする場合は実施の具体的方法、地域及び時期につき会の意見を問う」と諮問した。つまり、「医薬分業」への可能性を諮問したのであった。

臨時診療報酬調査会からは「医薬分業実施は可能」との答申が1951年1月に出され、この答申を受けて医薬分業の可否（日医は是非と表現）を審議する臨時医薬制度調査会の審議に入った。これまで強硬に医薬分業に反対してきた日医は新医療費体系実施により、処方箋交付は自然に励行せらることは自明の理であって之を期待するものである。但し法律をもってこれを強制することには絶対反対であるという主張をした。この後、日医と日薬との対立の收拾がつかないため、中立委員をたてた特別委員会を設け、薬剤師でない者は販売または授与の目的で調剤してはならないとしたうえで医師、歯科医師、獣医師は緊急治療上必要がある場合、薬局の分布が十分でない地域では可能であるという案で1953年（昭和28年）から実施するという委員会の答申を1951年2月28日発表した。

日医はこれに反対し反対声明書を即刻提出した。日医の反対が影響して「医薬分業法案」は閣議決定が遅れ、3月24日に国会提出された。

3月30日には審議に入るがやはり日医の反対があり難航し、国会会期末の5月28日から6月2日まで会期延長し継続審議となった。さらに3日延長され、この間に日医の意向を汲む修正案、いわゆる骨抜きの修正案、が出され、修正した形で医薬分業法が成立した。その最後の修正案によって強制分業が覆され任意（骨抜き）となったのはサムスの辞任と帰国がきっかけであった。

⁴⁸実際に「骨抜き」との文言は、日本医師会〔1977〕武見〔1983〕秋葉〔2012〕など、至るところに記述されている。日本医師会記念誌では1951年「医薬分業を実質的に骨抜きにする修正を実現し、施行期日も2年遅らせて昭和30年1月とすることに成功した」1955年（翌年施行が決まっていた）医薬分業法は「7月の国会で最終性が実現し、実質的な骨抜きに成功した」というような表現を用いている。

サムの辞任は5月22日、帰国は5月25日であった。サムの帰国を機に流れが一気に日医に有利に急転しサムの意図した強制分業の実施は叶わないこととなったのである。6月に成立した法では医師の処方発行義務の強制力もなくなっていた。成立した医薬分業法は以下のようになっている。

改正医師法第22条

医師は診療上、患者が薬剤の交付を受ける必要があると認める場合には、患者または現に看護にあたっているものに対し、処方箋を交付しなければならない。但し、省令の定めるところにより処方箋を交付することが患者の治療上特に支障があるとされる場合は、この限りでない。

改正薬事法第22条

薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。但し、

- ①患者または現にその看護に当たっているものが、特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合。
- ②省令定めるところにより診療上必要があるとされる場合。
- ③省令の定めるところにより薬局の普及が十分でないとされる地域で診療を行う場合。

さらに、分業法を施行するにあたり必要な省令の制定も遅れ、さらに実施延期法案が最初に決定されていた実施時期の直前の1954（昭和29）年12月に可決、1956（昭和31）年4月1日に実施延期となった。その上にその分業法は1955（昭和30）年、分業法改正によってさらに患者が必要ないと申し出るか、診療上必要な場合は、処方箋を発行しないでよいと事実上任意の形になった。結果、延期された実施開始時期を迎えても実質的には「医薬分業」は始まらなかった。GHQによる強制分業政策もサムの退任を契機に挫折したのである⁴⁹。

1956年の改正分業法では以下のように改正された

改正医師法 第22条

医師は患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方箋を交付しなければならない。ただし、患者または現に看護に当たっている者が処方箋の交付を必要としない旨を申し出

⁴⁹医薬分業をめぐる医師会と薬剤師会との激しい攻防は秋葉 [2012] に詳しい。サムの退任が医薬分業の法制定直前だったことゆえ、薬剤師側の希望をかなえる政策を進めていたサムスが政治的に失脚したのではないかとの憶測すら可能な状況であるが、実際にはその可能性は少なく、ただ、サムの敬愛するマッカーサーの退任によりサムスも帰国したという偶然のタイミングであった。また、特別に薬剤師側の立場に立っていたわけでもなかったことは二至村 [2002] から明らかである。

た場合及び次の各号の①に該当する場合においては、この限りでない。

- ①暗示的効果を期待する場合において、処方箋を交付することがその目的の達成を妨げる恐れがある場合
- ②処方箋を交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にする恐れがある場合
- ③病状の短時間ごとの変化に即応して薬剤を投与する場合
- ④診断又は治療方法の決定していない場合
- ⑤治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合
- ⑥安静を要する患者以外に薬剤の交付を受けることができる者がいない場合
- ⑦覚せい剤を投与する場合
- ⑧薬剤師が乗り込んでいない船舶内において薬剤を投与する場合

改正薬剤師法 第 19 条

薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。但し、

- ①患者または現にその看護に当たっているものが、特にその医師又は歯科医師から薬剤の交付を受けることを希望する旨を申し出た場合。
- ②医師法第 22 条各号の場合又は歯科医師法第 21 条各号

簡単に纏めると、1951 年の医薬分業法では医師の処方箋の交付が義務付けられた。これが大きな改正点である。しかし、その交付義務が徐々に但し書きの例外規定で法案の改訂、法改正ごとに取り除かれ、実質的に空虚となっていったのである。

(4) 日本の医療の問題点

骨抜きとはいえ分業法とよばれる法律が戦後日本にできたということは GHQ とりわけサムスによる医薬分業推進政策によるものである。それでは、なぜ、サムスは医薬分業が必要であると考えたのであろうか。サムスから見た日本の医療・薬業の何が問題で何を改革すべきと映ったかについての記載が、サムスの自伝にある。それによると、サムスは日本の医療制度を調査、評価した結果、第一に着手すべき問題は医学教育制度であると判断した。なかでも、国立大学レベルの医学部の卒業生と、医専と呼ばれる促成養成機関である医学専門学校の卒業生の二層の医師が存在することを問題視していた⁵⁰。国家試験の設置と受験資格の要件となる医学校を卒業するためのカリキュラムの改訂、インターン制度の設置をはじめとする数々の医療の質の向上のための試みを行った。教育改革は薬学・看護においても同様に行われた。

サムスは、薬剤師が処方箋なしで劇薬を販売できたこと。その一方で二流の医師が薬

⁵⁰ “Medic” サムス [2007] pp197-199

を調合や投薬することによって、生計のかなりの部分を得ていたことを問題視していた⁵¹。また歯科医が金を装飾用に患者に使うことで生計の多くの部分を稼いでいたことも問題だと述べている⁵²。さらに、経済的要因は評価し直さなければならないことと、医者が専門的知識に応じて報酬を得るべきであると述べ、薬とか金のように医学的知識とは違うようなことは二の次にすべきであることを主張していた。

言いかえれば医師・歯科医師・薬剤師三者がそれぞれ専門的知識に応じた仕事を行うこと、つまり分業をすることが医療の質の向上につながるという考え方を持っていたようである⁵³。

サムスはさらに開業医が薬を売ることによって経済的利益を得るのではなく、医学的知識を向上させることによって、収入を増やすというやり方で、医療の質の向上を図らせようとしていた矢先に、医薬分業という政治的争いが持ち上がった。これは占領終結直前によく解決をみたと述べている⁵⁴。

サムスの政策は日本の医療の質の向上を目指したもので、医薬分業はその政策の一部であった。薬学関係者以外から医薬分業を政策の俎上に上げた最初であると言ってよいであろう。それに対し、それまで日本で起こっていた医薬分業運動は医師と薬剤師の政治的争いであったといえるであろう。従来、分業反対であった日医はサムスの政策に真っ向から対立し、反発をしたのである⁵⁵。中でも当時日医副会長であった武見太郎は猛烈に反対したことが記録にのこっている⁵⁶。武見が1950年5月GHQに送った医薬分業に関する私見の手紙のなかで、薬剤師たちは専門学校出身で医師が医療技術向上につとめるあいだ、薬剤師は店を飾りつけ、客の購買心理を学ぶことに努力を傾けるとし、保険医療制度導入によって社会化された医師と、自由資本家であるくすり業者が同じ社会保険制度という屋根の

⁵¹ 「二流の医師によって処方され売られていた薬の大部分は、その形状が粉末、錠剤、液状のいずれであるにせよ、主成分は重曹であった。中略 医師は売薬許可を持つ薬局から薬を入手するための処方箋を書くようなことはしなかった。その代わりに医師は妻や子供、あるいは親戚などを使って、私が前述した重曹を主成分とするような薬を調合させて売っていたのである。」とも述べている。

⁵²サムス [2007] p 220

⁵³ この主張は後に「物と技術の分離」という概念へとつながっていくのである。

⁵⁴ サムスは、医師の投薬を認める形で修正された分業法が成立する前の当初の強制分業案の頃に帰国している。後任のモロハン軍医大佐から手紙では修正について「原案の不明瞭な文節を明確にするのは特に悪いことではない」と報告を受けており、修正内容を認識せず医薬分業が日本に分業法をもって根付いたと信じてこう書いたのだろうと二至村は述べている。二至村 [2002] p 261 サムス [2007] p 202

⁵⁵ 二至村はサムスが日本の福祉・医療に対する貢献の割に知られていないのは日本医師会を敵に回してしまったからであろうと述べている。武見は晩年までサムスを敵視していた。二至村 [2002] p 233

⁵⁶ 武見本人は自由診療による分業を行っていたことやこのあと三師協調路線へのきっかけをつくったことなどのため医薬分業理解者と見られているが、このときの猛反対ぶりはまったく医薬分業を認めないものであった。二至村 [2002] p 244

下に住めるであろうかと述べた⁵⁷。武見の主張はあくまでも自分たち医師の職能を守る主張であった。サムスの帰国により、日医の巻き返しがあり、医薬分業法の制定が修正を重ね、実質的には以前と変わらず医師の調剤投与が可能となったことは前述のとおりである。結果は、医薬分業は進展することが無かった。

(5) 国の政策としての医薬分業

分業法成立時にふたたび政治的争いによっていわゆる「骨抜き」となったとは言え、このようにサムスによって初めて、医薬分業が、医師と薬剤師の政治的争いから、医療の向上という国民に向けての目的を持った政策として扱われたのである。

しかしながら、国は医薬分業に対して本気ではなかったことが伺えることを示す記録がある。それは1956年の4月1日からの医薬分業の実施にあたり、一般国民への周知の為に作成配布した小冊子には、「患者が薬をくださいと言った時は、その意志の中には処方箋は要りませんの意味が含まれているから、処方箋は交付する必要はないということ。入院患者は病院で治療を受けることを承認の上入っているから、原則的に処方箋を交付しなくてもよい」ということが記載されたものであったという⁵⁸。このような内容では国民の中にあえて処方箋を要求するものはいなかったであろう。当時の行政側は医薬分業をやっていく気がなかったことが示されている。

表 3 分業法実施前後の薬局における処方箋の受理状況（昭和33年厚生白書より転載）

区分	分業実施前	分業実施後		
	S31年2.3月	S31.4~6	S31.7~S32.4	S32.5~12
全薬局数	18804	18804	19868	20203
処方箋を受理した薬局数(1)	2182	4051	4838	4305
処方箋を受理しなかった薬局数(1)	12813	10944	14057	14264
処方箋の枚数(1)	6787	13403	21033	25066
処方箋の来た一薬局あたりの処方箋の枚数(1)	3.1	3.3	4.3	5.8
全薬局一薬局あたりの処方箋の枚数(1)	0.36	0.72	1.06	1.28

厚生省薬務局調

注(1)いずれも一か月平均の数である

⁵⁷二至村 [2002] pp244-247

⁵⁸ 藤森 [1977] p 96

3. 開局薬剤師と病院薬剤師

(1) 開局薬剤師

薬局は国民皆保険以前、高くて手が届かなかった医療へのファーストアクセスであった。処方箋が発行されることがなかったため処方箋による調剤はほとんどなかった薬局が、どのようなものを売って生計を立てていたのかについて示しておく。

明治・大正期より操業している薬局の HP の歴史紹介からの当時の販売品を列記する⁵⁹。

平安堂薬局は明治 3 年 1 月に横浜で操業。家伝薬「上気平安湯」を主商品として販売を開始。明治の末頃の取扱品目は処方箋調剤、西洋薬、和漢薬、工業用品、先行、薫物、歯磨き等であった。大正時代には写真材料、現像、焼き付け業務を開始、大正 8 年にはソーダファウンテン、アイスクリームの製造販売も行った⁶⁰。

高島堂薬舗は明治 2 年開業である。戦争の空襲で消失し、戦後 23 年に薬局を再開した当時の「梅之春薬灰」という自家製剤の広告が現存する。それに記載されているのは、衛生、安眠という「梅之春薬灰」の効能と、発売元である高嶋薬舗の名称、営業品目として和漢洋薬品、内外有効買薬、医療用器械、理化学用器械、衛生薬用酒類、工業用薬品、和洋絵具薬料、高級化粧品各種、線香練香、顕微鏡眼鏡各種 が挙げられている。

明治 19 年開業のオガワ薬局では 7 種の家伝薬をはじめとして各種医薬品、家伝薬「小川胃病丸」（小川家は天明年間 1768 年頃開業の漢方医の家系）を販売していた。

江戸～明治に自家製剤を販売していた薬屋が、後に製薬会社になったものもある。例えばエスエス製薬は瓢箪屋薬房であった。

これらからわかることは、明治～昭和初期の薬局では自家製剤を看板商品として販売し、他にも大衆薬や衛生材料他を売っていたということである。

大正 11 年開業の石井薬局では昭和初期には各家庭を回り注文を取る御用聞きの販売形態で調剤業務も行っていった。戦火で焼失、戦後、製剤業務を復活し、薬局（自家）製剤（風邪薬 5 種類ぐらい）を現在も販売しているという。

戦後、しばらくは処方箋もまわってこなかったが、その頃の薬局はどの様にしていたのだろうか。これについては、1951 年、日本薬剤師会雑誌に「私の薬局」という薬局の紹介記事を集めており、この記事から当時の薬局の様子を伺うことができる。以下はその中からの抜粋である⁶¹。

東京都葛飾区アサヒ薬局

⁵⁹ 平安堂薬局 <http://www.heiandoo.co.jp/index.php>

高島堂薬舗 <http://www.kanpo-takashimado.com/history/index.html>

オガワ薬局 <http://www.ogawayakkyoku.jp/history/>

⁶⁰ アイスクリームやソーダファウンテンはアメリカのドラッグストアを真似たものであった。写真材料のことなどは『まず薬局へおいでなさい—薬学の巨人清水藤太郎』 p 5 参照 天野 百瀬 [2014]

⁶¹ 日本薬剤師会 [1951] p 12 「私の薬局」

「戦前、向島で開業している頃は店員 7—8 名を置き、手広くやっていたが、羅災してここに移ってからは、方針を新手目、少数の客を相手にひとりひとりに時間をかけて説明し、教えることに力をそそぎ、大衆の保健相談所として出発した。ここに薬局の真の意義があると思ったからである。例えば殺鼠剤を求める客に対しては鼠の習性を教え、ビタミン剤を買う人には影響の知識を詳しくという風である」

横浜市伊勢崎町田中薬局

「私の薬局には、化学用の硝子器具を取り揃えてある。あまり売れるものではないが、損得にかかわらず薬局で売べきものと思うから置いてあるのである。同じ意味で漢方薬部も設けている。これも捨てきれない。薬局はよき薬を与え、よき知識を与えるところである」

他の薬局でも、育児相談や薬の知識や養生法の説明などを懇切に指導し、大衆の信頼を集めるという記載があり、当時の薬局のあり方がこれらから伺えるのである。

(2) 病院薬剤師

病院薬剤師は医薬分業が普及する前の時代に医師の処方箋で調剤を行っていた数少ない薬剤師であった。日本では診療所や小規模病院で医薬分業がされていない時代においても、大病院では薬剤師が調剤して機能的な分業がされていたのはなぜか。

これについては、このように考えることができる。病院では多岐にわたる診療科があり、各診療科の医師がそれぞれで薬を調剤投薬するのは病院経営の面からも極めて非効率的であるのに対し、薬を購入、保管、調剤する（調合、準備）する場所を一か所に集める方が合理的である。そして、医師の診療の場所から離れた場所に調剤所（薬局）があることになるので、その為に薬の指示書が必要でありそれが院内処方箋となる。よって、医師の処方箋によって薬剤師が調剤するというスタイルになり、機能的な医薬分業が行われるのである。薬に関すること（購入、保管、調剤）を一か所に集約した方が便利、つまり場所の問題が重要ではないかという仮説の裏付けを示唆する文献が辰野による 17-18 世紀のフランスの病院調剤所の研究である⁶²。辰野によると施療院の中に施療院専用の調剤室が作られて、シスター二人に管理がまかされ、薬を調合し配布するのが修道女の伝統的な業務になった。彼女らの助手となった者は身寄りのない少年少女たちであったという。その中から精勤者に給金が支払われ、少年調剤士として認められたということであった。

つまり、まず、施療院の中に調剤を集約する場所である調剤室が作られ、そこで働く者が薬に詳しくなるという構図である。薬剤師を雇うために調剤所や薬局を作るという発想ではなかったことが示されている。医薬品の購入、保管、調剤を集約すれば合理的である

⁶²辰野 [1993]

という理由で、日本においてもある程度以上の規模の病院では調剤所（薬局）を設け、医師の診療とは分離され、結果的に医薬分業されていたと考えるのが自然ではないだろうか。

他にも病院では効率の面から分業されたという仮説を裏付けるものとして、水野睦郎が北欧へ視察に行った際に集めた資料をもとに著した『欧州の薬剤師と薬局 薬剤供給制度の今日的課題』に北欧の薬局について述べているが、近代病院成立以前、病院薬局はコミュニティ薬局の営業を阻害しない程度のものでされていたのに対し、近代病院が生まれてからは、病院の一部門としての病院薬局は、コミュニティ薬局と関連なく設置されることとなった。そして、その近代病院では病院の有機的な組織の構成要素としての病院薬局が不可欠であるとの記述がある⁶³。これは 1970 年の著書であるが、コミュニティを薬局サービスの基本とする考えであった北欧においても近代病院においては病院薬局はその構成要素として不可欠となったと解釈できる。

なお、医療施設における薬剤師の配置基準は、戦前では医療法施行規則の 1933 年の改正で病院又は病院に非ずといえども診療に従事する医師 3 人以上の常時勤務する診療所には専属の薬剤師を置くべしと定められた⁶⁴。戦後の病院の薬剤師の配置基準では 1948 年に調剤数 80 又はその端数を増すごとに 1 人と決められた⁶⁵。

また、日本の病院の薬剤師は院内製剤も多く手掛けていたことは、野上の『薬局製剤とその解説』という院内製剤の製法その他についての著作の序文から伺うことができる。

「病院の薬局ではそれぞれ独自の製剤簿を備え、製剤、試薬の起順書としている。東大病院薬局でも先輩から受け継いだ製剤簿を備え、適宜改定しつつこれに従ってきたが、薬剤学の急速な進歩につれ、全面改定が必要になった（略）」箇所特に注射製剤などは病院薬剤師の腕の振るいどころだったようである。

4. まとめ

本章では医制によって医薬分業が制定された 1887 年から医薬分業法施行 1956 年までの約 80 年間を概観した。

医薬分業がなぜ必要か、医薬分業がなぜ不要か、推進派である薬剤師側と反対派である医師側の主張を、時代を追ってみると、医薬分業導入当時、推進派は西洋医学を導入するために必要、反対派は薬剤師（薬舗）の数が足りないから医薬分業ができないという理由であり、次に医薬分業推進派は専門性を主張するが、反対派は薬剤師に技量が備わっていないことを主張、次に推進派が主張するのはダブルチェックによる安全性の確保を主張、反対派は患者の経済的負担を主張する。それらの闘争は、調剤権をめぐる利権争いであることはだれの目にも明らかであった。双方の主張には切迫した必然性が見られなかったの

⁶³水野 [1970] pp7-8 水野睦郎は老舗水野薬局 3 代目で昭和 30 年代にわが国初といわれる調剤薬局を開局し東大病院の処方箋を応需していたことで著名な薬剤師である。

⁶⁴ 医療法施行規則第 18 条

⁶⁵ 医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令 50 号）（1948 年）

である。そのような状況から一変させたのは、医師は薬を売ってもうけるべきではないという考え方を持ち込んだ GHQ のサムス准将である。サムスはその目的のために医薬分業実施を支持し在任中に手掛けられた「医薬分業法」は強制分業を目指すものであったが、サムスが帰国すると同時に骨抜きにされ、従来と変わらず医師が調剤するものとなった。

つまり、医薬分業が単に調剤権という利権争いであった時代である 1950 年代中ごろまでの 80 年間、医薬分業は進展することはなかった。この時代に認識されていた医薬分業は、特に経営母体と同じではないというような経営的分業を指していたわけではない。機能的に分業することを目指していた。

表 4 薬剤師と医師の調剤権、処方義務の変遷（各法より筆者が一部文言省略して記載）

	薬剤師の調剤権	医師の調剤権	医師の処方義務
1874 医制	調薬は薬舗主、薬舗主手代、薬舗見習いに非ざれば許さず (独占)	・自ら薬を鬻ぐことを禁ず ・二等医師は願により <u>薬舗開業の仮免除</u> を受け調薬を許す	医師は処方書を病家に附与し・・・
1889 薬律	薬剤師とは薬局を開設し医師の処方箋に拠り調合するものという	(附則 43 条) 医師は自ら診療する患者の処方に関し、自宅において薬剤を調合し販売授与することを得	
1926 薬剤師法	第 5 条 薬剤師で非ざれば調剤することを得ず	附則第 3 条 医師は診療に用いる薬品に限り、(略) 調剤を為すことを得	
1933 医師法			第 9 条の 2 医師は患者より薬剤の交付に代え処方箋の交付の需ある場合診療上支障なきときは交付することを要する
1942 国民医療法	医師か薬剤師か患者に選ばせる	(本則中) 医師の調剤権あり	患者より需あるある場合において医師の処方箋

1943 薬事法	(15条) 薬剤師に非ざれば販売又は授与の目的を持って調剤を為すことを得ず	(附則 47条) 医師、歯科医師または獣医師のその診療に用ふべき医薬品に限り、命令の定るところに拠り、第 15 条の規定に拘わらず調剤を為すことを得	
1948 改正薬事法	(22条) 薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。	(薬事法 22条) 但し、医師、歯科医師又は獣医師が自己の処方箋により自ら調剤し、または薬剤師に調剤させる場合はこの限りではない (本則中に医師、歯科医師の処方権存在)	(医師法、歯科医師法) 医師又は歯科医師は患者から薬剤の投与に代えて処方箋の求めがあった場合にはこれを拒むことはできない。但し、処方箋を交付することが治療上支障のあるときは、この限りでない。
1951 医薬分業法 (医師法薬剤師法改正)	(薬事法 22) 薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。	(薬事法 22) 但し、医師、歯科医師が 1～3 の場合において自己の処方箋に拠り自ら調剤するときはこの限りではない。 1. 患者または看護者が特にその医師又は歯科医師から薬剤交付を受けることを希望する旨を申し出 2 診療上必要 3. 薬局の普及が十分でない地域で診療	(医師法 22) 医師は診療上、患者が薬剤の公布を受ける必要があると認める場合には、患者または現に看護にあたっている者に対し、処方箋を交付しなければならない。ただし、処方箋を交付することが患者の治療上特に支障があるとされる場合はこの限りでない。
1955 改正分業法			医師は患者に対し必要があると認めた場合は処方箋を交付し

			<p>なければならない。 患者または看護者が 必要としない旨を申 し出した場合と、次の 場合はこの限りでない 1. 暗示的效果 2. 処方箋交付が患者に 不安を与える 3. 短 時間ごとの病状変化 4. 診断又は治療方 針が未決定 5. 応急 措置 6. 安静を要す る患者 7. 覚せい剤。 8. 薬剤師不在の船 舶内</p>
--	--	--	--

第2章 薬剤師職能の空洞化（1950～1970）

サムスの意図した強制分業を法的に規定した「医薬分業法」と呼ばれる医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律案は、サムスの帰国後、但し書きで任意分業の形に修正され、1951(昭和26)年6月に可決されたが、さらに、医師の処方箋発行義務を緩くしてより骨抜きにされた改正法案が1955(昭和30)年に可決成立され、1956(昭和31)に5年目にしてやっと施行された。このように、修正・改正された「医薬分業法」は当然、名ばかりで全く医薬分業は進まなかった。はたして骨抜きにされたことだけが理由だろうか。

本章では1950年代から1970年頃までの医薬分業が動き始める直前までの約20年間を対象とする。戦後の日本の医療制度が国民皆保険という形で整備されていく一方で薬剤師職能の空洞化と病院法制化運動など、薬剤師にとっては苦難の時代であったことを示し、医薬分業法ができたにもかかわらず、医薬分業が進展することが無かった理由を考察したい。

1. 薬剤師職能の空洞化

19世紀から始まった医薬品製造に関する目覚ましい進展は、医薬品製造業にとっても治療医学にとっても技術革新であった。しかし、薬剤師にとっては従来の職能を失う職能の危機となった⁶⁶。それゆえ本研究では、特にその影響が顕著となった1950年代以降のこの現象を「薬剤師職能の空洞化」と呼び、薬剤師の職能という視点から20世紀の製薬化学工業の目覚ましい進展と薬剤師への影響を検証する。

さて、製薬技術、製剤技術の発達による薬剤師職能の空洞化には二つの要素がある。まず一つは、薬剤師の「調剤」という職能の空洞化であり、その要因として以下のようなものが考えられる。

①工場でしか作れない薬の登場

②製剤・梱包技術発達

もう一つは、医薬品製品に対する「品質管理」という薬剤師職能の空洞化であり、そのきっかけとして考えられるのが以下の二点である。

①医薬品の化合物としての複雑化ゆえその分析の複雑化・高度化によって薬局での分析は不可能になったこと

②工場で生産される品質が安定しているため分析を必要としないこと

本章ではこれらについて日本における薬剤師の職能を脅かす医薬品産業の進展とはなにであつたのかという視点で検討する。

⁶⁶ FIP “From Making Medicines to Optimising Outcomes”では20世紀の間、薬剤師は薬の開発や製造の役割を失ったこと、薬剤師によって調剤される処方薬の量は多くの国において増加したと述べている。この傾向は薬剤師と、医師や患者との関係の変化の本質を変化させるものであると述べている。

(1) 工場でしか作れない医薬品の化学合成の歴史

工業製品でしか手に入らない薬として考えられるものが合成の複雑な化学品、生物学的製剤、無菌製剤などが挙げられる。

薬学史を概観してみると、まず、薬効のある動植物そのものを使う時代から薬効のある物質を取り出すという技術革新が起こり、そして、その物質を化学的に合成することが可能になり、その合成の仕方も元素分析値から合成を考える時代から化学構造式から合成を考える時代へと変化していった。そして、医学の発達から病原菌の発見があり、ワクチンの発見、薬理作用をもつ物質の単離、化学療法薬の発達へとつながり、もはや薬局での製造では作り出せない医薬品が次々とでてきた。これらについて、山川の『国際薬学史』に沿って要点を挙げていく。

まず、薬効のある物質を取り出すという技術の基礎となるものとして薬理学の発達が挙げられるであろう⁶⁷。パリのオテル・デュの臨床医であり、コレージュ・ド・フランスの生理学教授でもあるマジャンディによる『多数の新しい治療薬の調整と使用のための処方書』(1821)では実験薬理学が開拓された。薬理学の発達はどの物質がどのような作用を及ぼすかについての知識を確立するものである。その後薬理学はドイツのブーフハイムによって吸収排泄など総括した研究を『薬物学教科書』(1856)として著し実験薬理学を大成した⁶⁸。

次に、化学構造式の発見である。19世紀半ばごろにドイツのケクレとクーバーによって化学構造式が発見された⁶⁹。その後ドイツのファントホッフ(1853-1932)とフランスのル・ベル(1847-1930)によって炭素分子の四面体構造と立体科学の基礎が築かれ、有機化学の膨大な体系の基礎が築かれた。ドイツの石炭資源を基盤と、多くの有機化学者たちの研究成果は後のドイツの有機化学工業と有機合成医薬品の製造は、イギリス、フランス、アメリカを凌駕するほどに発達した。⁷⁰

医学の発達による薬の在り方を変えたのが病原菌の発見である。パストゥール(1822-1895)はたんぱく質の腐敗は微生物によって起こることを明らかにし、コッホ(1843-1910)は1892年に結核菌の純粋培養に成功した。パストゥールはワクチンによる免疫の理論でジェンナーの牛痘接種の効果を立証し、ここにワクチンという生物学的医薬品が登場した。

20世紀に入ると医薬品はさらに複雑な構造をもつものとなっていった。その出発の原点

⁶⁷ 薬理学とは薬の作用面を研究する薬学の一つ

⁶⁸ そのほか薬理学者としてベルナル、シュミーデンベルグなどがあげられるが、詳細は、山川 [2000] pp85-87 を参照されたい。

⁶⁹ 山川 [2000] pp76-77

⁷⁰ 山川 [2000] pp76-77 これに対し山川は「このドイツの発展はイギリス、フランス、アメリカを凌駕するものであった」と述べ、これに続けて、「この医薬品産業の成功の結果、それまで薬局の薬剤師たちがしていた医薬品の調整・製剤の仕事は、有機化学工業による生産にとって代わられてしまうことになった。19世紀の中ごろから薬剤師の社会的な役割は衰退していくことになった。」と述べている。

となったのは副腎髄質ホルモンの発見である。1901年、内分泌物質（ホルモン）を結晶として初めて単離したのは、タカジアスターゼで著名な高峰譲吉（1854-1928）であった⁷¹。交感神経作動薬など、古くから使われていた漢方薬などの中からヒトの体内で特定の薬理作用を持つものを単離し、構造決定するという研究が19世紀末から始まり20世紀初頭から活発になっていった⁷²。また、1930年には長井長義らによるエフェドリンの合成の成功があり、有効成分の単離から構造決定を経て化学的な合成という医薬品の道が開かれていった。薬局の中での「調合」とは違う「合成」という医薬品製造が始まっていった。

一方、20世紀は感染症との戦いであったが、ドイツの染料工場から開始された化学工業のなかでスルファミン薬が細菌による感染症の治療薬（化学療法薬）として登場、ペニシリンが発見されたのは1928年、米国イリノイ州で1941年に量産のための計画が始まった。第二次世界大戦中にはペニシリンの工業生産と科学的研究成果によって、「魔法の弾丸」と言われた抗生物質が第二次世界大戦後の主役として登場して感染症との戦いが開始された。

第二次世界大戦後は医薬品と生体の作用機構や受容体や酵素などの働きが解明されていき、医薬品の化学構造と薬理作用から医薬品が設計、合成されるようになっていった。医薬品の研究開発の戦術・戦略は1980年代から「創薬」と呼ばれるようになり薬物—受容体の研究や医薬品分子の分子設計を行ったものが、活性を調べ、臨床試験を経て医薬品が生まれるようになった。さらに創薬技術の進歩は遺伝子のゲノム創薬技術へと進歩していき、もはや最新最高の技術をもって医薬品が作られるようになっていくのである。

このように、合成の技術は20世紀初頭までに「工場でしか作れない薬」を創出し、薬剤師が薬局で医薬品を製造するという役割は喪失していたと考えられる。しかし、1950年代ごろまでは薬剤師にはその工場で作られた医薬品の正確な計量や薬の調合という役割は残っていた。

（2）製剤・梱包技術の進歩

製剤・梱包技術の進歩も20世紀以降の薬剤師の仕事を変化させた。

薬局での医薬品製造の役割から解放された薬剤師の重要な仕事は調剤における正確な計量であった。しかし、固形のものに関しては、錠剤、カプセル剤、ソフトカプセル剤などの登場で計量ではなく計数するだけの作業になった。さらにその計数も、包装が瓶入りからSPシート、PTPシートに変わると計数も簡単になり必要数にハサミを入れるだけとなった。また、かつて病院薬剤師の腕の見せ所であった注射剤に関しては、手加工のアンブルからオートメーション化され容量・品質の安定した注射剤の製造へと進歩していった。

三宅の『日本製剤技術史』を参考に、製剤史を概観してみる⁷³。1900年頃、日本薬局方

⁷¹ 単利とは構成する様々な物質の中から有効成分だけを単体として取り出すことである。

⁷² 山川 [2000] p 103

⁷³ 三宅 [2001] pp 3～90

第 2 局における主要剤形はエキス剤、チンキ剤、水剤、丸剤などであった。これらの製剤はどれもそのままでは患者や医師・看護師に渡すことができない計量の必要な剤形であった。つまり薬剤師に求められるものは正確な計量技術であった。計量の不要な錠剤は当時、特殊な剤形で主として小児に用いる内服薬として手作りされていた⁷⁴。その錠剤もドイツ製の錠剤機(圧搾器)を用いると 1 時間に 1800~2000 錠製造することができた。第 3 局(1906 年)の時代には現在みられる圧縮錠が米国で考案され、蒸気の動力を応用して 1 分間に 100 錠製造できる錠剤機もできたということである⁷⁵。その後、1960 年代に様々な新しい剤型が生まれ、量産化された。硬カプセル、ドライコート(有核錠)、多層錠、発砲錠、フィルムコート錠、腸溶性錠剤・腸溶性顆粒剤、エアゾール製剤、凍結乾燥製剤、親水性軟膏剤、坐剤、内服アンプル剤、ドリンク剤、調剤用顆粒剤(細粒)などである。これらは特殊な技術や特別な添加物で可能になった剤形であり、工場での量産化によって普及した。調剤用顆粒剤やシロップ剤を除けば病院薬局での調剤は製剤の計量ではなく計数で済むようになったのである。

剤形の進歩のみならず、製剤の包装の革新も薬剤師の職能に大きく影響を及ぼした。SP(ストリップ)包装機が導入されたのは 1950 年、田辺製薬が米国より錠剤包装用として SP 包装機を輸入し生産を開始、数年後には国産 SP 包装機が入手できるようになり、SP 包装はその利便性から固形製剤の主要包装形態となった。これにより、病院薬局における調剤が「薬包紙による分包」から「ハサミによる SP シートの分割」となり、一大変革となった。

次に固形製剤の包装の改革となるのが PTP(Press Through Pack)包装であった。1964 年 ACHEMA(Ausstellung-Tagungen fur Chemisches Apparatewesen 化学装置展示会・技術会議、主催 DECHEMA ドイツ化学工業会)に登場し、注目された。1970 年代以降の錠剤・カプセル剤の主要包装形態となった。両面メタルの SP 包装に比べ中身の製剤が確認できる点でも PTP は優位であった。薬剤師の作業にとっても中身が分かることは大きな助けとなる。さらに、1980 年代には 14 錠あるいは 21 錠/シートのカレンダーシート(1 週間分が 1 シートとなっている)が登場しその計数もさらに便利になっていった。

前述の工場でしか作れない医薬品も 1950 年代の技術の進展が製剤化の恩恵を受けた。たとえば、ワクチンは凍結乾燥法の普及もあり、また抗生物質の小分け包装技術には恒温恒湿無菌状態が必要で、その為の製材設備を製薬企業各社は増強していき、高能率の近代的設備を導入した工場が建設されていった(1946-1959 年)。工場でしか作れない医薬品が製剤化され、扱いやすい状態で調剤室に届けられるようになった。そして、これらのほとんどは小分けされており、薬剤師はそれを計数するだけ、あるいは品質が安定した調剤用顆粒剤であるため扱いやすく計量も容易なものとなったのである。

次に注射剤の進展と薬剤師の職能への影響について同じく三宅『日本製剤技術史』から

⁷⁴ 樫村 [1891] p 673

⁷⁵ 三宅 [2001] pp3-5

検証してみることにする。

1951年頃までの注射剤の製造工程は、充填液量をビューレットでひとつひとつ液量を測っていた⁷⁶。注射剤製造の自動化のためには容器となるアンプルの寸法精度の均一化が絶対条件であった⁷⁷。従来、手加工で作られたアンプルが1953年に機械化に成功し、ガラス製のアンプルの生地管の機械生産による品質向上がアンプル自動洗浄機や薬液充てん・熔閉機の開発が一気に進行して1955年アンプルのJIS規格が制定された。注射液の容器としてのアンプルの品質が安定したことで機械化による液量の正確さと量産の可能性が得られたということである。さらにイージーカットアンプル（ふたのないガラス瓶であるアンプルは割って中身を出さなければならないため、カットしやすいことが使用に影響する）やろ過法の改善もあり注射剤の機械化・自動化の進行がみられた。つまり、正確な量の製剤としてアンプルを用いることができることになったのである。また、製剤の技術改良も進展し、難溶性の物質を含む注射剤の油性懸濁剤化の開発やさらに添加物の開発によって水中懸濁させた懸濁剤注射液の開発など使いやすさ持続性などの改良が進んでいった。注射剤の製剤の改良にも界面活性剤などの添加物が寄与するところが大きく、それらは薬剤学の研究対象となって1950-60年頃盛んに研究され進歩していった。

注射剤の進歩も1950-1960年ごろが目覚ましく、その分薬剤師の役割が急速に変化する時代であった。

（3）薬剤師職能への影響

めざましい製薬、製剤学の進展は、医学や医薬品工業にとっては素晴らしい進歩であったが、薬剤師職能にとっては思わぬ変化をもたらした。調剤という薬剤師職能という観点から見ると20世紀までに薬剤師の薬局内での合成製造という役割はほとんど消失し、必要な剤形に製剤することが求められた。調合（既成の薬を合わせる）という仕事が残った。そこで、さらに正確な薬を正確に計量することが重要な仕事となった。医薬品の効き目も鋭くなれば正確な計量は極めて重要な仕事である。ところが、1950年からの製剤化と梱包技術の発展で、計量が必要とされず、計数だけが求められるようになった。つまり、液体や粉を図ることが少なくなり、数を数えるだけになったのである。これについて皮肉をこめて「ハサミ調剤」と呼ばれることがあった。さらにその計数も簡単で容易な工夫がなされていった。前述の1週間分が1シートではシートのかぞえるだけですむ。注射剤についても添加物の進展、オートメーション化による無菌製法、バイアル包装などの進歩で、品質が安定かつ調製が簡易になっていき、かつては病院薬剤師の腕の見せ所といった注射薬の調剤の役割も消えていった。もはや薬剤師の専門性とは何かについて疑問を抱かざるを得なくなっていた。

なお、ここで、製薬工業の進展と分析について簡単に述べておく。分析に関しては工場

⁷⁶三宅 [2001] pp 25-27 ビューレットとはメモリとコックのついた滴定実験用器具

⁷⁷ アンプルとは注射液を封入した小さなガラス容器

で安定した製剤が出るようになれば分析による品質管理は不要となるが、戦後、粗悪品が出回ると品質管理を要するようになる。しかし、工業化により複雑な医薬品が出ると高度な分析機器を必要とし、薬局での分析の能力をはるかに超えてしまうようになるため、品質管理は製薬工業に任せられるようになる。1950年代までには薬局内での分析も不要あるいは不可になっていった。

このように製薬工業の発展により製剤の品質が安定し、また、安定供給が可能になってきたため薬剤師がそれまでの品質管理（定性分析）、調合、計量などの作業を要しないいわゆるハサミ調剤と呼ばれる計数、計量のみ職務になりつつあったこと、つまり、製薬・製剤的観点から、これらの薬剤師職能の空洞化が決定的になるのは1950～1970年代であった（表5）。

表 5 製薬・製剤技術の進展による薬剤師の仕事の変遷

	分析	合成	調合	計量	計数
～1940s	要→不要	要→不要	要	要	
1950s～1970s	要→不可	不要	要→不要	要	要(ハサミ調剤)
1980s～1990s		不要	不要(一部要)	要→不要 (一部要)	要→簡易
2000s～		不要	不要(一部要)	(一部要)	簡易

2. 薬剤師職能の空洞化の影響

それではこの空洞化によって薬剤師の実務の場ではどのようなことが起きていたのだろうか。開局薬剤師、病院薬剤師、診療所の現場での影響に加えて病院薬剤師の中で開拓されていった新しい薬剤師職能 DI について概観する。

(1) 開局薬剤師

分業法が施行されても一向に医薬分業は始まらないため、開局薬剤師は、販売に容易な形状に梱包された医薬品（売薬）を販売するようになっていった。しかし、開局薬剤師には、製薬工業の進展は治療薬とは違う影響を与えた。製薬工業の進展による生産増加は供給過剰を生み、医薬品の乱売が問題となった⁷⁸。1959年12月に始まった池袋での医薬品3～5割引乱売は国会でも取り上げられるほどの、社会問題となった⁷⁹。国民皆保険が達成さ

⁷⁸ 昭和25年の朝鮮動乱を契機にして医薬品の生産額は毎年前年比30%前後の伸長を記録した。その大部分はペニシリンやストレプトマイシンなどの抗生物質、パス（PAS,パラアミノサリチル酸塩）、イソニアジドなどの抗結核薬、サルファ剤、抗ヒスタミン剤、それにビタミン剤、強肝剤を中心とする保健薬、さらに胃薬などであった秋葉 [2012] p 140

⁷⁹ 乱売問題対策として新規の乱売小売店を閉めだす目的で薬局など小売店の開設にあたって適正配置を行う法律を成立させた。また、1960年代には各メーカーが再販売価格維持契約制度（独占禁止法に基づく制度で小売店が販売する価格について小売店と卸、または小

れると買薬の割合が確実に減少していったこともあり、薬の安売りは開局薬剤師には痛手であった。表6は国民がどのような手段で治療をおこなっていたかについての調査である。1950年代は売薬で治療を行うものが4割ほどいたが、国民皆保険の達成あたりから徐々に減っていった事を示している。

表 6 治療方法別治療延件数（百分率）の推移（国民健康調査より作成）

	病院・診療所	歯科医	按摩鍼灸	処方箋調剤薬	買薬	その他
1950	53.60%	3.20%	3.70%	0	44.10%	1.60%
1955	38.9	4.6	3.9	0.6	39.4	1.6
1960	49.3	5.2	4.2	0.6	39.4	1.2
1965	53.3	8.4	3.7	0.4	33.2	0.9
1970	74.2	7.7	2.1	1.3	13.2	1.5
1975	77.8	2.9	1.8	1.5	14.5	1.6
1980	92.9	2.7	2.3	3.6	9	1.4

（2）病院薬剤師

薬剤師職能の空洞化が病院薬剤師に及ぼした影響を明らかにする前に、まず、病院薬剤師が置かれていた立場を示さなくてはならない。

1956年の医薬分業法施行にあたり、全国の薬局の分業応需体制を整えるため、調剤方法の標準化が必要となった⁸⁰。標準化の為に1958（昭和33）7月に発足した日薬調剤技術委員会のメンバーはほとんどが病院薬剤師であった（表7）。というのは、全国の保険薬局で調剤がほとんど実施されておらず、医師の書いた処方箋によって調剤するのは、ほぼ病院診療所の薬剤師だけという状態であったからである。つまり、調剤経験者として病院薬剤師は医薬分業のための技術的なリーダーであったと言える。

表 7 調剤技術委員会各委員会委員（敬称略）

担当理事	野上 壽	東京大学医学部附属病院
	不破 龍登代	三楽病院
委員長	櫻井 喜一	横浜市立大学医学部附属病院

売店とメーカーが契約で取り決める制度）を採用し、同時に小売店の組織化を行うようになってようやく沈静化した。秋葉 [2012] p 141

⁸⁰ 薬剤師の仕事に対して信頼を得るためには、当時、まちまちであった調剤方法を標準化することが必要であった。例えば、原材料の粉薬を希釈して患者に渡す場合の賦形剤の種類、希釈率などは病院によって違っていた。

副委員長	福澤 壽	千葉大学医学部附属病院
①薬剤学編集委員会		
	千石 忠良	昭和薬科大学
	野上 壽	東京大学医学部附属病院
	宮崎 順一	東京通信病院
	櫻井 喜一	横浜市立大学医学部附属病院
	不破 龍登代	三楽病院
	福澤 壽	千葉大学医学部附属病院
	根来 玄忠	三共株式会社
	久保 文苗	関東通信病院
②公定書小委員会		
	福澤 壽	千葉大学医学部附属病院
	田久保 敬男	東京大学医学部附属病院分院
	宮崎 順一	東京通信病院
	森川 利秋	東京女子医科大学病院
	野上 壽	東京大学医学部附属病院
	不破 龍登代	三楽病院
	山田 益城	東京医科大学病院
	上野 高正	虎の門病院
③文献図書所在調査委員会		
	田久保 敬男	東京大学医学部附属病院分院
	久保 文苗	関東通信病院
④最低要員規準小委員会		
	野上 壽	東京大学医学部附属病院
	久保 文苗	関東通信病院
	田口 英雄	厚生省
	幸保 文治	日本大学医学部附属板橋病院
⑤病院製剤調査委員会		
	宮崎 順一	東京通信病院
	堀岡 正義	東京大学医学部附属病院
	西垣 貞夫	慶應義塾大学病院
	舘 一郎	国立東京第一病院
	長谷川 尚一	中野組合病院
⑥病院調剤料調査委員会		
	上野 高正	虎の門病院
	幸保 文治	日本大学医学部附属板橋病院

	高林 康盛	大宮赤十字病院
⑦病院薬局実際調査委員会		
	櫻井 喜一	横浜市立大学医学部付属病院
	山田 益城	東京医科大学病院
	西垣 貞夫	慶應義塾大学病院
	長谷川 尚一	中野組合病院
	福澤 壽	千葉大学医学部付属病院
	森川 利秋	東京女子医科大学病院
	上野 高正	虎の門病院
	幸保 文治	日本大学医学部付属板橋病院
⑧法規委員会		
	森川 利秋	東京女子医科大学病院
	舘 一郎	国立東京第一病院
	高林 康盛	大宮赤十字病院
	長谷川 尚一	中野組合病院
	久保 文苗	関東通信病院
	田口 英雄	厚生省
	不破 龍登代	三楽病院
	野上 壽	東京大学医学部付属病院

ところが、同時期、病院薬局を薬事法上の「薬局」と認めさせるための運動、すなわち病院薬局法制化運動が全国に広まっていた。病院薬局が「薬局」ではないとはどういうことか。なぜ、この時期になってそのような運動をしなくてはいけなかったか、一見不思議なことが起こっているのである。

それは、当時の病院薬剤師の身分は技術的リーダーであったことに比して不安定で不遇であったことに起因している。それを示す例として『日本病院薬剤師会創立 50 年史』を見ると 1952（昭和 27）年ごろ、国立病院勤務薬剤師の身分が確立されていなかったとの記述がある。国家公務員にあたる薬剤師の所属および給与体系が医療職に属すべきか行政職かさえも定まっていなかったため、東京都病院薬剤師会長が日薬役員とともに人事院と厚生省に陳情を繰り返して、ようやく、薬剤師を医療職の職階に入れることを認めたというエピソードも残っている⁸¹。さらに、病院薬剤師の立場を悪くしたのは、1951 年諮問 1958 実施の新医療費体系であった⁸²。医薬分業実施に向けての新医療費体系の為の診療報酬点数

⁸¹ 病院薬剤師の中には行政職の方が良いとの意見もあった。それは、医師と一緒にでは、必ず医師に付随する立場しか取れない。行政職にしておけば事務局長と同格あるいは上に来る考えがあったのではないかということであった。日本病院薬剤師会 [2005]

⁸² 医薬分業法施行のための診療報酬改定のための厚生省臨時診療報酬調査会答申（昭和 26）1 月）は、当時、診療報酬の本来あるべき姿を示した画期的なものとして「新医療

表の甲表・乙表の二本立てのうち、大病院・国公立病院が採用する甲表では調剤料が分離しておらず、基本診療料、つまり医師の行為に対する報酬に包含されていた。調剤料は10日を超える分から請求できることとなっていたが、投薬日数は14日と制限されていたため、実質は最大でも4日分しか算定できない計算になった。日本病院薬剤師会（日病薬）は、甲表の中に調剤料を設定することを訴えるが認められず、せめて「7日を超える分から」に改訂することを求めたが日薬の協力も得られなかった⁸³。そのため、保険調剤薬局（院外の薬局）ならば調剤報酬算定で得られるはずの10日分の調剤料が病院の薬局の薬剤師は得られないという診療報酬点数表甲表の不合理は改善されることはなかった⁸⁴。

そのうえに、病院薬剤師は法的な立場の問題を抱えていた。薬剤師法第19条で「医師が自己の処方箋により自ら調剤する」ことが認められ、実態は医師の監督の下に看護婦（当時の表記）等に調剤をさせている、つまり、医師は自分の調剤権を行使して看護婦等に代行させていた。病院における薬剤師の調剤についても医師の調剤権により薬剤師に代行させているという解釈であった。本末転倒のように聞こえる状況である。また、病院薬剤師の職場は医療法に基づく調剤所とされており、薬事法に定める薬局とは認められていなかった。このことは、薬局以外での調剤の禁止をうたった当時の薬事法第22条の但し書き「但し、医師が自己の処方箋により自ら調剤し、又は、薬剤師に調剤させる場合には、この限りでない」の薬剤師に調剤させる場合に該当し、そのことも、病院薬剤師は単に医師の代行に過ぎないことを示すとの危機感を抱くことになった⁸⁵。甲表の不合理とあわせて、このことが、日病薬による病院薬局法制化運動、つまり、病院薬局を薬事法による薬局として登録しようという運動へと突き進めさせることになったのである。ところが、それは叶うことはなく、2015（平成27）年現在も病院薬局も法的に薬局とは認められていない。参考までに病院薬剤師の給与を他職種と比較したものを表8、表9に掲載する。

費体系の構想」と称され、その医療費体系は「新医療費体系」と呼ばれた。（医薬分業法の項を参照）

⁸³ 日病薬の訴えを日薬の役員は取り合わなかったため、日薬と日病薬の関係が次第に悪化していった。秋葉 [2012] p 524、日本病院薬剤師会 [2005] p 54

⁸⁴ 当時厚生省薬務局で診療報酬点数表甲表・乙表に関わった中島良郎氏は回想で、「私自身は甲表病院勤務の薬剤師の立場を考えると戸惑いがあった。しかし、病院経営のメリットを考える時、処方箋発行のキッカケを与え、医薬分業の進展が期待できるので、過渡的には止むを得ない措置と考えていた。」と述べている秋葉 [2012] p 524

⁸⁵ 日本病院薬剤師会 [2005] 杉本 [1969]

表 8 病院医療職給与

日本病院薬剤師会 50 年史より。(国家公務員法第 28 条及び一般職の給与に関する法律第 2 条に基づく)

	(39年)	(40年)	(対前年比)
薬剤師	19,108円	21,741円	113.8%
医師	31,680円	38,855円	122.6%
看護婦	16,769円	18,870円	112.5%
事務員(大学卒)	20,067円	21,984円	109.6%

表 9 民間給与実態 (昭和 40 年 4 月)

	(平均年齢)	(時間外給与を除いた支給額)
薬剤師	36.7歳	39,722円
薬局長	44.7歳	67,866円
歯科医師	40.2歳	64,561円
医師	37.9歳	72,648円
医科長	43.6歳	105,019円
X線技師	36.5歳	39,137円
衛生検査技術	31.0歳	29,790円
総婦長	45.9歳	50,444円
婦長	39.4歳	38,705円
看護婦	35.1歳	28,034円

(3) 空洞化が起こした職能開拓 : Drug Information (DI)

このように、各種薬剤師の中では調剤のエキスパートであったにもかかわらず、待遇や立場の面では不遇であった病院薬剤師にとって、Drug Information (DI) という概念は新しい職能開拓への希望となった。

Drug Information (DI) とは、1957 年頃から米国薬剤師会の D.E.Francke によつてはじめられた医薬品に関する情報収集・管理・提供に関するスキル、活動である。1962 年ケンタッキー大学病院に DI センターが設立され、それが全米病院のモデルとなった。そして 1964 年の米国病院薬剤師会による IPA (International Pharmaceutical Abstract) の発行、医学図書館による MEDLINE などの医学文献解析・検索システムの創設につながり、DI 協会の設立 (1965) を経て全米へと定着していった。日本では 1962 年に紹介され、翌年 1963 年には東京、大阪、九州の大学病院薬剤部に DI の専任の係が設置され、1965 年に日本薬学会大会で DI 活動をテーマにシンポジウムが開かれた。1967 年には DI 用のパンチカードの形式が統一され、1968 年より日本病院薬剤師会監修のもとに製薬メーカーから各製

剤についての DI 用パンチカードが発行されている⁸⁶。そして 1970 年には日本医薬情報センター (JAPIC) 設立、1971 年には日本薬学会薬剤学委員会から『DI 活動の業務基準』が制定された。従来は使用医薬品や原料医薬品の質の管理、調剤の正確さが重要であった薬剤師が、情報を扱うようになったという変化である。このようにして米国から入ってきた DI は積極的に日本の病院薬剤師に取り込まれた。1969 年と 1973 年の大学病院の DI 実態調査では、明らかに DI が進展していることが認められる。(図 5、図 6)⁸⁷

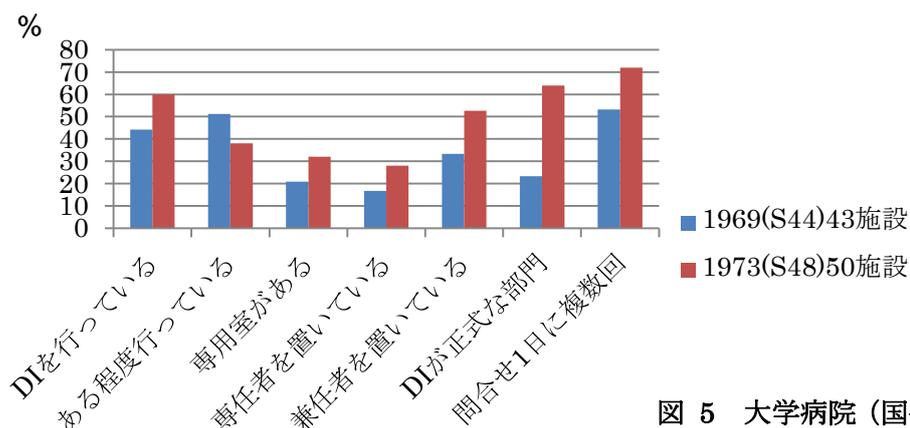


図 5 大学病院 (国公立) の DI 実態

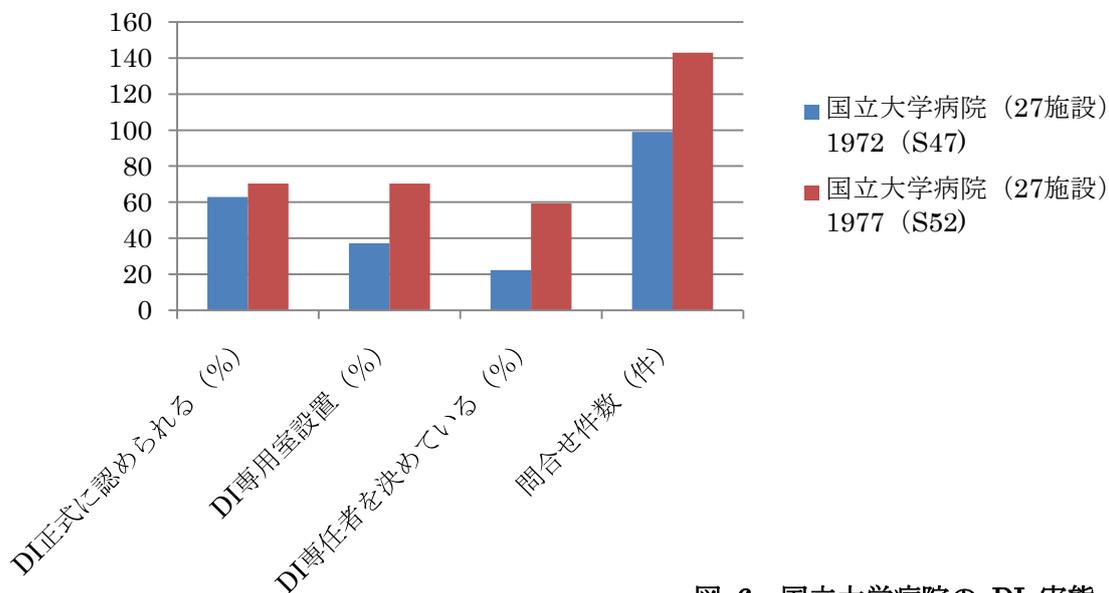


図 6 国立大学病院の DI 実態

⁸⁶ パンチカードはコンピューターが普及する 1980 年代頃まで情報整理のためのツールとして使われていた。

⁸⁷ 斎藤 [1980] p 7

日本において DI は比較的速いペースで浸透し、実践されていった。その背景には主に二つの事が考えられる。

一つは病院薬剤師の存在意義や立場の低下傾向により、病院薬剤師が新しい分野への進出意欲を持っていたことである。病院薬剤師の存在意義や立場の低下を起こした原因として、前節でみた薬剤師職能の空洞化がある。例えば、戦後、日本の病院薬剤師は注射薬を院内製剤することに腕をふるっていたが、1960年代にもなると質の安定した注射剤が製薬企業で生産されるようになり、調剤が単純で専門性を必要としないものになっていった。それに加えて前述の病院薬局の法制化運動の挫折など、待遇面での不遇は大きな要因となり、病院薬剤師は意欲的に新しい分野である DI を取り入れて自分たちの新しい分野を開拓していったということである。

さらに、もう一つ考えられるのは新薬情報など薬に関する情報量の増大に対する薬剤師側の情報管理意識と製薬企業側の資本自由化における外資企業に対する危機意識の結びつきが DI 活動を促進したという説である⁸⁸。具体的には新薬のパンチカードによる情報収集及び情報整理がそれを代表している。薬に関する情報量の増大は実際に病院薬剤師にとって常に問題であったため、1960年代初頭すでに日本において自然発生的にドキュメンテーション技術やパンチカード使用などの試みがなされていた。つまり、すでに日本的なドラッグインフォメーションの試みあるいは萌芽があったところへ、米国からの体系化された DI が輸入され、その普及および定着を容易にしたと考えられるのである。

それでは、DI によって具体的には何がもたらされたのであろうか。ひとつは、DI は業務に行き詰まり、また、立場・給与面で不遇であった病院薬剤師に新しい活路を与えたこと。二つ目として挙げられるのは、病院内の職場環境の変化がある。

1971年に日本薬学会薬剤学委員会が制定した「DI活動業務基準」を取り上げてみると、この基準の中で DI が必要とする物として①組織②人員③施設④設備が挙げられている。

前述の大学病院での DI 実態調査が示すように、DI の普及によって、DI 専用室、DI 専任者が設置されていったことが認められる（図5、図6）。また、DI 活動の組織化として、DI ネットワークが作られていった。これは、小規模病院診療所では人員、費用の面から DI 活動の進展が難しく、それらをカバーするために DI 活動の中心であった国立大学病院を中心に 1964年に福岡県病院薬剤師会、1967年に九州山口地区、その後、新潟、千葉、神奈川とネットワークが作られていった。一方で、日本薬剤師会では中央および地方薬事センターを設置し、各センターと電話ファクスで連携を取ることを試みたようである⁸⁹。このよ

⁸⁸ 製薬企業側の資本自由化における外資企業に対する危機意識を示すものとして久保文苗氏の日本医薬情報センターの就任の解説に以下のような一節がある。「(昭和)44年(1969)の夏ごろ、日本製薬団体協議会で資本自由化が、日本の企業に大きな影響を与えると言うので種々の論議が重ねられ、その中で特に医薬品の情報処理を集中化していかないと外資系企業に太刀打ちできないとの意見が出され、これが具体化して(日本医薬情報センターが)発足したのが昨年(1970)10月1日であった」久保 [1971] pp495-496

⁸⁹ 斎藤 [1980] pp9-10

うに DI のための組織、人員、施設、設備のいずれも整備されていっていることが認められる。

さて、DI はハード面での変化だけでなく関係性の変化をも薬剤師にもたらした。そのひとつは、医薬品に対する薬剤師の関わり方の変化と、もうひとつが医師—薬剤師関係（薬剤師—医療関係者）の変化である。

まず、医薬品に対する薬剤師の関わり方の変化とは、医薬品という物質を見る薬剤師から医薬品の人への作用を見る薬剤師への変化であると言えよう。従来薬剤師の最大の役割は薬の質の評価、正確な薬の量を仕事であったが、医薬品についての情報という新たな面に目を向けるきっかけとなった。医薬品についての情報は当然その効能効果、副作用を含めた作用や動態についての情報も含まれる。つまり、かつては正確な計量、品質検定は物質だけを見る仕事であり、正しい薬を正確な量だけ、医師か看護師か患者に手渡すことができればその仕事が完了してしまっていた病院薬剤師が、DI 以降はその医薬品の情報の管理に注意を傾けるようになったという大きな変化である。このことが、さらに後の「物を見る薬剤師から人を見る薬剤師へ」という変化への第一歩となるのである。

二つ目の変化、つまり医師—薬剤師関係の変化は、薬剤師と医療関係者との関係変化ともいえる。DI センターの目指すものは、全ての専門的職員が、より合理的な薬物療法を行えるように医薬品資料の組織化と利用化を図り、医学、歯学、看護学の教養課程の教課計画を援け、大学病院で行われる患者投薬の模範を研究することである。それはまた、薬剤師が基準で定められた薬物療法の問題に、密接に接触できるようにもなっているとあるように、薬剤師自身だけのための医薬品情報ではなく、患者の薬物療法のために医療関係者が利用できる為の医薬品情報のセンターというものであった。Burkholder は製薬会社のディテールマン（いわゆる MR）による情報ではなく、自分で文献を読み、事実であるかどうかの区別可能な客観性を持って資料提供をすることで医療共同体の他のメンバーに有力な助言をする類のない機会が与えられると述べている⁹⁰。医療共同体という言葉からは、医師を中心としたヒエラルキーとは違う、患者を中心としたチーム医療を連想させる。実際にはこの時点ではまだヒエラルキーは色濃く残っていただろうし、また、薬剤師から情報を渡す相手は医療者のみで、患者とのやり取りはなかったが、医療者間の情報のやり取りという今では当たり前のような事がこの DI の普及前には行われていなかったことを鑑みると、この DI は他職種連携への萌芽のひとつとも考えられる。

このように、職務や待遇面で窮地に追い込まれていた病院薬剤師は DI という新しい仕事に活路を見出した。そして、病院薬剤師はさらにいつの時代も 技術の上では薬剤師の先端を行くリーダー的存在であった。

⁹⁰ 実際には医薬品情報のほとんどはディテールマン（MR）から得られていた。しかし、ディテールマンが製薬会社の営業として持ってくる情報は、その製品や会社にとって都合のいい情報だけを渡すということが考えられるため、中立な立場の者が文献などから得る方が信頼できる情報といえるのである。Burkholder [1964]

しかし、DI が薬剤師職能の空洞化に貢献できることには限界があった。DI は情報を扱う実務であり技術である。そのためには手元に情報を集中させる必要があったが、当時、インターネットは普及しておらず、紙媒体の情報であった。それゆえ DI 室や DI センターの設置が示すようにある程度の規模・スペースが必要となってくることと組織的な取り組みが必要であること、大病院のように他の職種との接触が多く、常に多岐にわたる情報が入ってきやすい方が有利であること、他の職種への情報発信が可能かどうか。などを考えあわせると、DI 活動は大病院の薬局に限られてくるのである。前述のネットワークも電話とファックスを用いたネットワークとあったが、限界が存在することは明白である。そのため DI は薬剤師職能の空洞化の解決にはならなかったのである。DI は一部の薬剤師に新しい職能を与えただけとなった。

(4) 診療所での医師あるいはその助手による調剤への影響

薬剤師職能の空洞化すなわち製剤技術の発達は、調剤を単純で専門性を必要としないものと変えた。調合、計量などの簡便化は診療所（町医者）にとっては薬がより扱いやすいものとなり、薬剤師に薬を任せる必要性はさらになくなる。つまり、機能的分業の必要性が無いということである。その上、この時期、診察室の中は医師一患者間にパターンリズムが成り立っており、薬の名前を告げることも、薬の説明をすることも必要が無かった。むしろしてはならないという風潮もあり、患者心理を配慮して医療を秘儀的に行うことが普通であった。このことを示すのが医師法第 22 条である（1956 年の医薬分業関係法として制定）。（下線筆者）

第 22 条 医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護にあたっている者に対して処方箋の交付をしなければならない。ただし、患者または現に看護にあたっている者が処方箋の交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、この限りでない。

一 暗示的効果⁹¹を期待する場合において、処方箋を交付することがその目的の達成を妨げるおそれがある場合

二 処方箋を交付することが診療又は疾病の予後について患者に不安を与え、その疾病の治療を困難にする恐れがある場合

（以下略）

このような理由から、診療所においても薬剤師職能の空洞化によって薬剤師の専門性を発揮する場所や場面が奪われ、薬剤師を置くことの意味が失われていった。それゆえ、当時収入源として重要な薬価差益を捨ててまで診療所経営者は機能的分業を行う意味がなかったと考えられるのである⁹¹。実際に診療所では、医師は自分で薬の用意をせず家族や看護師、

⁹¹ 次節での物と技術の分離の議論でも、この当時の薬価差益が大きな収入源であったことを根拠とするが、薬価差益がどれだけ大きな収入源であったかを数値的に示すことはかなり困難である。なぜならば、表向きの価格である薬価に対し、納入価格は定価ではなく取

あるいは受付の無資格者に投薬させていたことが多い⁹²。

3. 物と技術の分離と医療報酬

さて、この時代に医薬分業に対する考え方に変化がみられる。前章でみたように、サムスが問題にしたのは日本の医師が薬（物）を売って利益を得ていることであり、医師はその技術で評価され報酬を得るべきであるという主張であった。この考え方がこの頃から「物と技術の分離」という概念としてその後の医薬分業政策の根拠となっていく。

(1) 三師協調路線

医薬分業法制定の際、その制定の阻止のために画策し、骨抜きにして強制分業を任意での分業に戻したことでほとんど無効な法律にした日医だが、1961年に日薬にとって驚くべき変化が訪れた。3月、医師、歯科医師、薬剤師の三師会長が「医療制度合理化達成、処方箋発行促進のため三者は協力する」旨の文書に署名したのだ。日薬ではこれを三師協調路線への転換と呼んだ⁹³。さらに日医理事会において武見太郎日医会長が「日医としては、医薬分業の健全な実現に協力すべきである」との所信表明を行った。『医薬分業の歴史』によると医師、歯科医師、薬剤師が健全な医薬分業の実現に向けて従来の闘争体制から協調へと方向転換したということである⁹⁴。また、日医は1964年1月には医療保険制度上の診療構造の改革を提唱し、その改革案の中に初めて公式に医薬分業の必要を打ち出しこれを日医ニュースに発表したということである⁹⁵。日医の方針変更は歴史的なことで薬剤師側には受け取られた⁹⁶。このことを、『医薬分業の歴史』では「医療保険制度、診療報酬制度の変化によって生じた医薬分業観の変化」と指摘している⁹⁷。

医療保険制度、診療報酬制度の変化によって生じた医薬分業観の変化とは何か。それが「物と技術の分離」という考え方であると本研究では考えている。

それまで猛烈に反対していた医薬分業であるのに武見日医会長自身が、なぜ、この時期

引価格であるため、表にはほとんど出ない価格である。そもそも当時の診療報酬体系自体が薬価差益を医師の潜在技術料とするような薬価差益をあえて分かりにくくするような体系になっていたこともあり、当時の薬価差益が大きな収入源であったことを数値で示すことは困難である。本研究では言説や状況から考察するしかないのである。

⁹² 「現在看護婦や奥さんが白昼堂々と調剤を行い、あえて違反行為を犯している。これは医師の監督のもとに行っているから差し支えないという、まことに奇妙な話」藤森 [1977] p 86

⁹³ 秋葉 [2012] p 154、日本薬剤師会 [1992] pp59-60「厚生省薬務局行政回顧録 (XVII)」

⁹⁴ ただし、三師協調路線との表現は日薬のみが用いている。

⁹⁵ 厚生省薬務行政回顧録によると日医の方針変更の背景には医療費の改正をめぐる診療報酬体系の今後のあり方を物と技術の分離を主体とする体系に改めざるを得ない社会的環境があったと思うと述べている。日本薬剤師会 [1992] p 59

⁹⁶ これに対し、日医側は「医薬分業をめぐる日本医師会と長年対立してきた薬剤師協会の変身」と捉えている日本医師会 [1977] p 76

⁹⁷ 秋葉 [2012] p 154

に処方箋発行推進に協力することをみとめたのか疑問である⁹⁸。それを解くカギは本研究では新医療費体系と国民皆保険にあると考える。「三師協調路線」のこの年 1961 年は、1959 年の国民皆保険施行を経て国民皆保険達成の年でもあった。また、物と技術の分離をコンセプトとする新医療費体系が施行されたのは 1958 年のことである。この保険制度と新医療費体系の制度成立の中で武見会長が望んでいたのは医師の技術評価の確立と医師の診療報酬体系を納得のいくものに構築することであった。医師は物で稼ぐべきではなく、技術に対して報酬を得るべきであるというのは武見自身の持論であった⁹⁹。日医の代表として専門職としての医師の権威を揺るがないものとするために力を注いだ武見としては当時の医師への批判をかわすためにも、そして医師の専門職としての権威のためにも物と技術の分離は無意味ではないはずで納得がいくことである。

武見の真意は医薬分業ではなく、医師の技術評価の確立にあった。技術料を確立することが目的であって、処方箋発行の促進はその手段でしかなかった。しかも、その時期、日医が診療報酬の引き上げに対して厚生省と対峙していたというちょうどその頃であったため、武見としては厚生省と闘うのに味方として三師が足並みをそろえた方がいいという考えもあったようである。それを示す記述が『実録 日本医師会』にある。「三師合同会議を作って＜厚生省の医療方針には今後協力しない＞と決めた。」と述べているのである¹⁰⁰。それが、厚生省対策の三師協調を目的とした「処方箋発行促進に協力する」との文書への署名となったと考えられるのである。

医薬分業に強固に反対していた職業団体としての日医は武見日医会長の「三師協調」の署名だけでは簡単に医薬分業推進へとは方向転換はしなかった。新医療費体系での日医の猛反対をみると、医薬分業にはあくまでも反対の立場を取っている。この日医と三師協調と述べる日医の温度差は現在残る記録の中に読み取られる。たとえば、『医薬分業の歴史』では日本における医薬分業の重要なターニングポイントとして 1973 年 5 月に日医において武見日医会長と石館日薬会長との 1 時間余にわたる懇談で、「医薬分業問題については、基本的には賛成であり、共同施設として調剤センターを設置すること、そして近隣の医師と薬剤師で懇談を進めて行くこと、なお、現在の診療報酬において、技術料の評価が低すぎるので、今後は是正する必要があること」と、意見の一致をみたこと、同年 11 月の宮崎県での日医移動全体理事会において「5 年後に、技術料中新の診療報酬の方式に転換、際診療を 5 年以内に 100 点とし、その段階で医薬分業を完全におこなう」という方針を武見が示した

⁹⁸二至村 [2012] p 245 によると、武見日医会長はかつてサムスと敵対し、70 頁にわたる英文での医薬分業に反対する意見書をサムスに送りつけるなどしてサムスの医薬分業政策に猛烈に反対した。

⁹⁹『実録日本医師会』では「薬のかすりを取って生きていく形は好まなかったから、診療報酬の重点を技術料の方に移行させてゆこうと考えて」との記述が 3 か所ある武見 [1983] p 142,164

¹⁰⁰武見 [1983] p 115 実際にこの時以降、中医協への要求に三師が足並みをそろえる形で交渉を行っている。

ことなどが大きく取り上げられている。ところがその一方で、日医側の『医師会戦後 50 年史』にも『実録日本医師会』にもこの年の記録の中では全く医薬分業のことには触れず、また、武見会長の発言も見当たらず、当時の日医の活動の記録として描かれているのは、医師の技術への評価を確立することであり、そのことが一番重要な懸案であったことだけのように見える。

日医はあくまでも医薬分業反対、新医療費体系実施のこの時点において、物と技術の分離に対しても反対であった。そして、物と技術の分離を簡単には受け入れられない理由として大きな収入源としての薬価差益があったと考えられる¹⁰¹。薬価差益を縮小するための薬価基準引き下げが始まるのは 1967 年になってからであったため、当時は十分な薬価差益があった。これに加え、技術料が十分でなく、結局、診療報酬体系上、実際には薬価差益が医療施設の収入源であったことが原因で、物と技術の分離という理想に対して、動くインセンティブがなかったためであると考えられる。

だが、以上からも物と技術の分離の必要性を日医の中でもいち早く認めていたのが武見会長であったと言えるのではないだろうか¹⁰²。武見日医会長が中でも、医師の技術評価の確立にこだわる要因であった新医療費体系（1958）と国民皆保険の達成（1961）について以下の節で医薬分業との関連・影響、物と技術の分離という観点から概観してみることにする。

（2）新医療費体系

新医療費体系は、サムスが意図した「物と技術の分離」を実現するための新しい医療費体系のことである。この新しい医療費体系では医師の技術料と物（薬）の代金を分離することを目的し、物と技術の分離を目指した医薬分業法実施に対応するものとして、医薬分業法に先駆けて策定される予定であったが、医師会の猛烈な反発に合い、成立は医薬分業法施行の 2 年後の 1958 年に遅れ、その上、成立したものは物と技術の分離は不十分なままのものとなった。

それまでの診療報酬に関する歴史を概略すると 1927 年の健康保険法施行以来 1942 年度までは政府管掌健康保険の診療報酬は政府と日本医師会の診療契約に基づいて人頭割り請負方式で支払われていた。組合健保の診療報酬は、個々の組合と医師会との契約でそれぞれ決められていた。1943 年施行の健康保険法改正で点数単価方式が採用され、健康保険、船員保険、国民健康保険での単価、点数表は厚生大臣が定めることとなった。1944 年に社

¹⁰¹ 前節でものべたように薬価差益がどのぐらいであったか数値で表すことは困難を極め、示すことができない。

¹⁰² 秋葉 [2012] p 160. 昭和 40 (1965) 年、医師自らが調剤センターを設置すると発表した武見日医会長が医師の薬による儲けについて「自分の主張は、医師は薬の収入を放棄すべき時間であり、調剤の性格を期するため薬剤師は調剤センターを設置し、医師は臨床検査センターを設置し、両々相俟って医療の完璧を期したいというのが真意である」と、述べている。

会保険診療報酬算定協議会が設立し、1947年に協議会は法制上の機関となった。これと社会保険診療協議会を統合して中央社会保険医療協議会（中医協）が1950年6月に発足した¹⁰³。

さて、サムスがまだ実権を握っており、医薬分業法が国会に提出される以前の1950年8月、臨時診療報酬調査会、臨時医薬制度調査会の合同第一回会合では、サムスの指示により厚生大臣からの諮問があった。臨時診療報酬調査会への諮問は、医療の向上と国民家の経済的負担力を勘案した医師、歯科医師、薬剤師の適正なる技術料および薬価の基準につき会の意見を問う。本諮問は医薬分業実施の可否を判定するに必要なものにつき取り急ぎ答申されたい、という内容であった。

一方、臨時医薬制度調査会への諮問は、医薬分業実施の可否、および可とする場合は実施の具体的方法、地域および時期につき会の意見を問う、というものであった。

これらは、物と技術の分離を行うための審議会であった。サムスが意図した医師が技術料で報酬を得るべきで薬（物）で儲けるべきではないという意味の「物と技術の分離」を行うということはすなわち医薬分業を行うことであり、また、薬価差益で収入を得ていたという現実があったため、日医の猛烈な反対にあい、審議が難航したが、先に審議に入った臨時診療報酬調査会から翌年1951年1月24日に調査会会長から物と技術の分離は可能との答申があった¹⁰⁴。そして、この答申では医療報酬を診療に対する報酬と調剤に対する報酬とに分け、その各々について技術料と人件費、薬価その他の所要経費とを分離する考えの下に新しい医療費体系を提唱した¹⁰⁵。この答申を受けて、臨時医薬制度調査会が強制医薬分業を昭和28（1953）年から実施するとの答申を出し、医薬分業法案が国会提出されたが、サムスの帰国によって強制分業とはならず、また、開始時期も2年間延長されたことは第1章でも述べた通りである。

臨時診療報酬調査会の答申を受けて厚生省は分業に対応する医療費を決めるために7月14日「医療費原価計算方式打合会」を設けたが、医療機関の医療行為を個々に原価計算するという内容の「病院、診療所原価計算要綱試案」が配られたため、日医は医師の技術まで原価計算するのはおかしいことを主張して反発し決議を提出し、その後この打合会は中断された。

1952年頃には医療費未払い問題もあり、日医は医療費の大幅国庫負担を要求していた。その後、1954年9月厚生省が新医療費体系案を発表した。厚生省の説明では、①新体系への意向は現行診療報酬体系の分析によって得られる結論から出発し②新体系によって国民医療費の増減を来さないようにする。③各種医療機関の所得に、現状と著しい変動を一時に来させないようにする。医薬分業の実施を目前に控えて、さしあたってそれに必要な事

¹⁰³日本医師会 [1977]

¹⁰⁴日本医師会 [1977] pp23-24

¹⁰⁵秋葉 [2012] p 86

項を中心とする。の4点を考慮したという説明であった¹⁰⁶。

1954年11月、厚生省は中医協に新医療費体系に基づく新しい診療報酬案を諮問したが、日医はこれに反対した。その後、医薬分業施行が1年延期の1956年4月とする法律が成立し、医薬分業に向けた新医療費体系成立の期限に猶予ができた。とはいえ、中医協に諮問された診療報酬案も1955年には撤回された。

第2次の新医療費体系案が出たのは1955年12月21日、中医協に諮問されたのは12月27日のことであった。しかし、これにも日医は反対することになり、新医療費体系は厚生省が原案を修正し、4月からの医薬分業法施行に合わせた最低限の暫定的な点数改定だけに修正して医薬分業法に対しては実施された。結局新医療費体系が実施されるのは1958年のことであった。しかも日医の合意をどうしても得られなかったため、医薬分業実施に合わせ、物と技術の分離を目指した甲表と、従来通りの内容のものを乙表とし、甲表、乙表の二本立てにしてからうじて成立、実施まで漕ぎ着けた形であった。日医は乙表を選んだ。甲表は投薬の多い医者は収入が下がるものとなっていた。公立病院などの公的医療機関は、厚生省の指導で甲表をとった¹⁰⁷。

ここまで見てわかるように、物と技を分離するための診療報酬体系である新医療費体系に日医は猛烈に反発していた。そのことが、物と技術の分離の実施を不可能にしていたということが伺われる。その背景にあるのが当時の薬価差益の大きさではないかと考えられるということは前述した通りである。

(3) 国民皆保険

ここで、日医会長が技術の評価にこだわるもう一つの要因、国民皆保険達成の歴史の概略を示し、日医および武見日医会長の国民皆保険に対する姿勢について検討する。

1946年日本国憲法が公布されたその年の4月に設置された社会保険制度調査会はビバレッジ報告の影響を強く受けた「社会保障制度要綱」を1947年10月に答申したが、これは実現しなかった。1947年に来日したワンデル社会保障調査団による「ワンデル報告」(1948)の中の「社会保障に関する企画、政策決定、法律制定の勧告権を有する内閣と同列の諮問機関を設置する」旨の勧告を受け、1949年5月に社会保障制度審議会が設置され1956年11月に「医療保障制度に関する勧告」がだされた¹⁰⁸。また、1955年の「七人委員会」の報告書と1959年の医療保障委員会答申によって、国民皆保険の実現に向けた方針は共通して

¹⁰⁶日本医師会 [1977] p 44

¹⁰⁷武見 [1983] p 65、pp71-72

¹⁰⁸ この勧告の重要な点について、島崎は5つあげている [島崎謙治, 2011]pp55-57

1. 社会保険を社会保障の基軸に据えるという方針を鮮明に打ち出している。
2. 被用者保険と地域保健の二本立ての体系を是認
3. 国庫負担の必要性とその対象範囲について
4. 私的医療機関の普及と合わせて公的医療機関の体系的整備や適正配置
5. 専門医制度の樹立

報告された。一方、1955年に結成された自由民主党の鳩山一郎首相の1956年1月30日に施政方針演説で将来、全国民を包含する総合的な医療保証を達成する方針を明らかにした。厚生省は1957年国民皆保険推進本部を設置し1958年新国保法を制定公布、市町村は原則と1961年までに国保事業を実施することとなった。

日医の姿勢について島崎はこう分析している。日本医師会も法案の内容には批判的な見解を示しているが、国民皆保険そのものに反対していたわけではなく、条件闘争の色彩が濃い。そして、日本医師会は、国民皆保険を機に官僚統制が強まることを警戒しながらも医師過剰に対して開業医の経営悪化の懸念があり、医療費の取りはぐれのない国民皆保険を受け入れたものと考えられると述べている¹⁰⁹。国民皆保険は、医師にとっては当時の患者の付け届けによる医療報酬習慣や未払い医療費問題などの収入不安定が解決される好機であった。

ここで重要と考えられることは医師の新医療費体系や国民皆保険に対する反対行動は条件闘争であったこと。そして、国民皆保険が医師にとって医療費の取りはぐれのないシステムであることが日医の国民皆保険問題への対応の基本にあったと考えられることである。つまり、武見日医会長としてはできるだけ条件のよいしっかりした医療費体系を、そして医師の技術評価をこの国民皆保険の機に構築しておきたかったという理解が可能である。武見自身の国民皆保険に対する考えが『実録 日本医師会』に以下のように述べられている¹¹⁰。

僕は 国民皆保険そのものは避けられない流れ、と考えていた。だから、僕の厚生省との闘争は古き良き自由診療に戻れ、というのではなかった。医師会の一般会員は元に戻ることも可能と考えていたが、僕は、時代は社会保障の成熟期に入っていくと判断していた。ただ厚生省の考えている国民皆保険は、役人の介入が多過ぎて医者職業的自由の障害になっている。それをはじき出してすっきりしたものにしようという考えだった。

この1950年代末頃に国民皆保険についての武見氏の考えが日医内で合意が得られていたわけではないということがこのことから分かる。

(4) 薬漬け医療批判と「物と技術の分離」

この時代国民医療費の中にしめる薬剤費の割合がとりわけ問題になっていた。1960年度には医療費に占める薬剤比率は20%程度であったのが、65年度には40%まで急増していた。

¹⁰⁹島崎 [2011] p 61

¹¹⁰武見 [1983] p 59

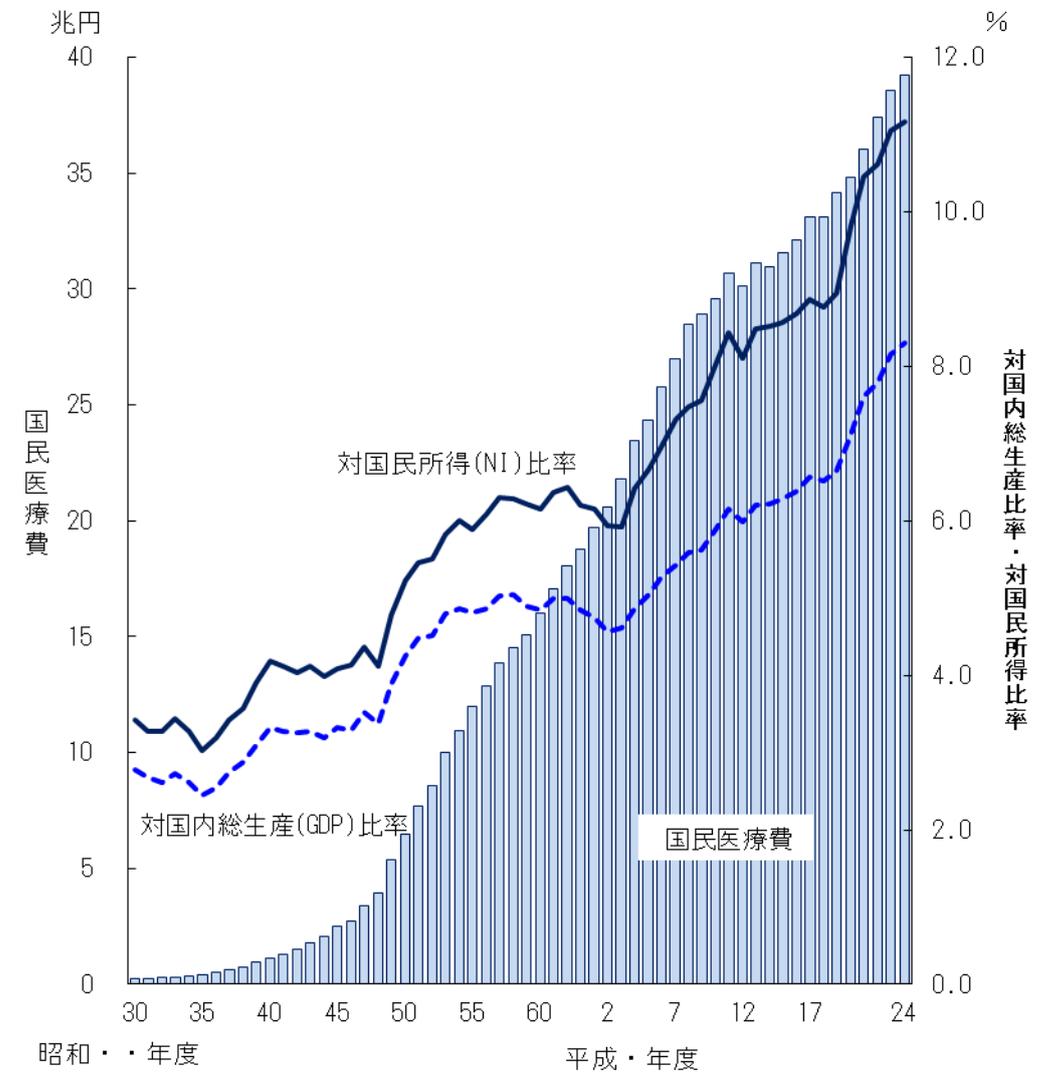


図 7 国民医療費・対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移

(厚生労働省 国民医療費・対国内総生産及び対国民所得比率の年次推移表より筆者作成)

1955年健康保険の赤字対策・財政対策の審議のために設けられた「七人委員会」の報告書では薬治療と注射料とは全医療費の48%を占めている。医療機関が現実に支払う購入代金の割合は、その半ば程度であろうといわれるから、本来技術の提供がその中心であるべき医療としてその原価のおよそ四分の一が薬代であることは正に注目すべき事実であるとして、薬剤費の問題を指摘した。さらにわが国の医療は、英国に数倍する薬を使用していると言われ、その弊害もすでに定説となっている。価格の高い薬や材料を使用するほど医

師の取得する技術料が大きいという過去の方式は根本的に批判されねばならぬと医師が薬代で儲けることに対する批判が持ち上がった¹¹¹。その上、医師が儲けのために必要以上に薬を用いたり高価な薬を用いたりする可能性も指摘された。そのためにも物と技術の分離が必要との考えが広まってきたのである。

(5) 物と技術の分離と経営的分業

物と技術の分離とは物（医薬品）を売る行為と医師の診療の技術は分離するべきであるという意味で医薬分業することに他ならないとここまで述べてきた。しかし、医薬分業といっても次第にその実質は経営的分業を指すようになってきた。

まず、物と技術の分離によって期待されたことは、適切な治療が行われることであった。医師が高い薬を売れば売るほど儲かるシステムになっていたために過剰な医療や不当な医療が一部で行われており、それが、医療費の高騰問題と結びついたので「薬漬け医療」批判であった。その問題点が「医師が薬を売って儲ける」ことにあるのなら、医師が薬を売って儲けられないシステムに変える必要がある。そのため、医師から薬の儲けを切り離そうというのが物と技術の分離である。そして考えられたのが医と薬を分けるという意味での機能的分業であった。医と薬を分ければ医師は必要な薬を適正に処方するであろうという考えである。ところが、もし病院のように診察の部門と薬の部門が別々にあるが経営が同じ場合、つまり、病院のような機能的非経営的分業がなされていた場合、薬剤費は正の効果は期待できない。医と薬を分けただけではだめなのである。というのは、医師が儲けなくても薬局部門が儲ける。経営が同じならば収入は同じ場所に入る。それゆえ、経営上の理由から病院全体で儲かるような医療行動をとることを否定できない。それゆえ、物と技術の分離という政策において意味をなすのは経営的分業のみになるということである¹¹²。

これ以降、「医薬分業」と一般にいわれるのは経営的分業を指すようになる。非経営的ではあるが機能的分業を行っていた病院薬局では折に触れ、自分たちの病院薬局こそ医薬分業を行っているという主張を続けたがそれは認められてこなかった。

4. まとめ

この章では 1956 年代から 1970 年代半ばごろまでの薬剤師の置かれた状況、医薬分業をめぐる状況について概観した。この章においては二つの重要な概念について述べた。一つは薬剤師職能の空洞化、もう一つは物と技術の分離である。

医薬品製造業における科学技術、工業の進歩により、より効果の高い複雑な医薬品が創

¹¹¹ 新村 [2011] pp113-126 当時の医師の報酬は薬代技術料込みになっており、高価薬を使うほど技術料分も多くなるという方式になっていた

¹¹² 差益目的で処方内容にひずみが生じないために処方者と薬価差益の帰属者とを分離するという意味で医薬分業が適切な施策であることは遠藤の「公定価格体系としての診療報酬」に説明がある。遠藤、池上 [2012] p 56-57

造され、また包装技術の進歩によって薬剤師にとっては薬の調剤が簡便になったため、それと引き換えに薬剤師の専門性を問われることがなくなってきた。これを本研究では「薬剤師職能の空洞化」と呼んだ。薬剤師職能の空洞化は米国においてDIという新しい職能を生み出した。この概念はすぐに日本の病院薬剤師の間に取り入れられてDI部門、DIセンターなど病院組織の変革もおこした。このDIが病院薬剤師にもたらした変化でもっとも重要な点は、物を見る薬剤師から人（への影響）をみる薬剤師である。従来では正確な薬を正確な計量で準備することが最大の役割であったが、その薬の情報である安全性や、有効性などの情報も含めて、投薬した後の人にどのように作用するかを薬剤師が問題にすることが注目されるようになったのである。しかし、DIを実施するためには大病院などの設備やシステムの構築が必要であるという限界があった。診療所における薬剤師職能の空洞化、つまり、診療所における薬剤師職能の必要性の喪失を救うものにはならなかった。それゆえ、医薬分業への貢献はこの時代においては何もなかったのである。

一方、医薬分業は一向に進まなかったが、状況に変化があった。医薬分業に真っ向から反対していた武見日医会長が1961年に処方箋発行の推進に協力する旨の文書に署名した。この変化には物と技術の分離への武見会長の理解があったからであると本研究では考えた。物と技術の分離とはサムスの「医者とは技術で報酬を得るべきで物（薬）で儲けるべきではない」という考え方から来ている。1958年の新医療費体系成立、1961年の国民皆保険達成では、日医はその政策に猛反対し、物と技術の分離に対する理解を示さなかったが、それは日医にとって医師の技術評価の確立、診療報酬体系が日医の満足のいくものとするための条件闘争であったと考えることができる。少なくとも武見会長は、医師はその技術評価のために薬による儲けを手放す時が来ていると認識していたことを示した。

医薬分業法も施行され、新医療費体系も不備ながらも実施されるようになり物と技術の分離という概念が使われるようになったにもかかわらず、「医薬分業」が一向に進まなかったのは、日医の中で物と技術の分離に対する理解が得られず、また、新医療費体系の不備で診療報酬システムが物と技術の分離に対応していなかったことがあったと考えられる。その背景には当時はまだ医師の報酬が薬価差益に頼ったものであったこと、また、薬漬け医療の根本解決には医と薬を分離するだけではなく医も薬も薬で儲からないシステムにすることが必要であった。つまり、薬価差益の解消が必要であるにもかかわらず、当時の診療報酬体系はそれに対応できていなかったことからこの時期に医薬分業は動かなかったと考えた。

医薬分業が動き始めるのは、薬価差益解消のための薬価基準引き下げがある程度回を重ね、技術料としての処方箋料の大幅引き上げが行われる1974年になってからであった。次章で詳しく述べる。

第3章 物と技術の分離と医薬分業の始動

『医薬分業の歴史』では、1974（昭和49）年を「医薬分業元年」と呼んでいる。この年、処方箋料の大幅引き上げがあった。医師の処方箋料が前年まで6点（60円）であったものが、2月には10点（100円）10月には50点（500円）と引き上げられ、これらをきっかけとして医薬分業が動き始めたからである¹¹³。医薬分業率の推移のグラフを見てもわかるようにこの時期から分業率が徐々に上がり始めるのである（図2）。

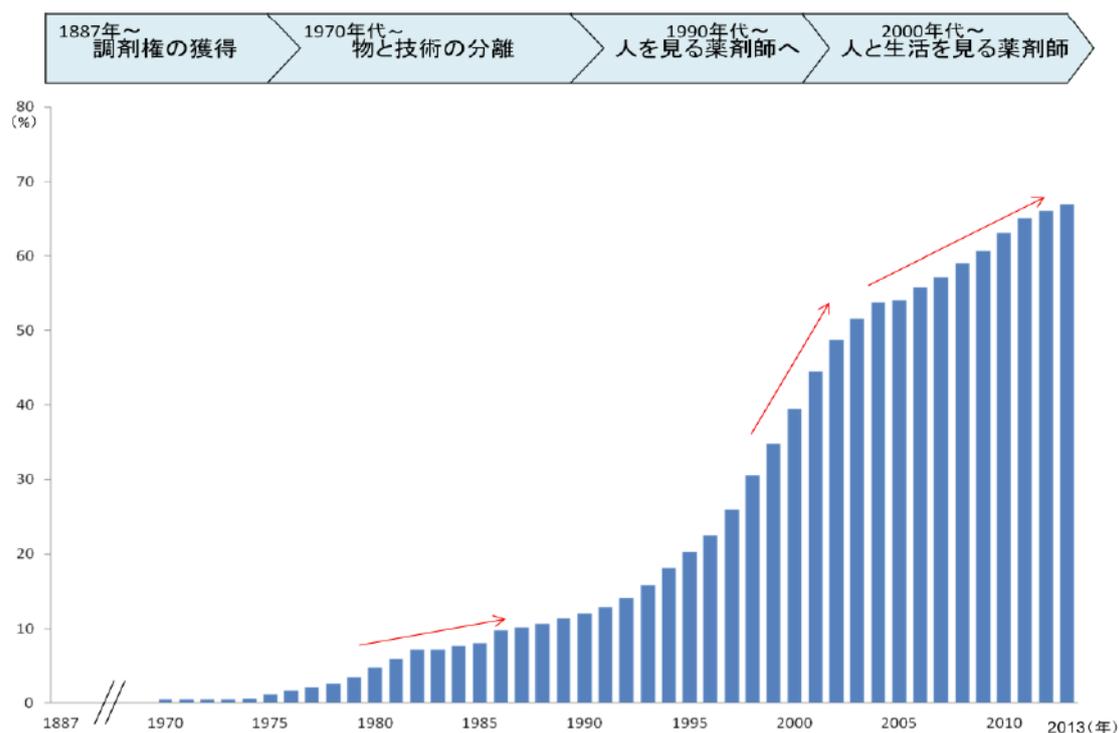


図2（前掲） 医薬分業率（処方箋受け取り率）と医薬分業の目的

この「医薬分業元年」はどのように、どうして迎えることができたのだろうか。医薬分業の機運がどのように形成されたかを明らかにし、そのうえで病院薬剤師と開局薬剤師を取り巻く状況、おかれた立場を示し、1974年になぜ医薬分業元年を迎えることになったのかを考察する。

1. 医薬分業の機運

（1） 医薬分業の機運

1969年1月29日全国衛生主管部局長会議で斎藤昇厚生大臣が挨拶の中で「懸案である医薬分業を推進するための実施体制の整備を図りたい」と述べ、坂元貞一郎薬務局長は「昨年から、積極的な分業推進の機運が出てきた。われわれ念願の分業に厚生省として腹を決めて推進策を建てたい。まさに好機到来である。都道府県においても自主的に乗り出して

¹¹³秋葉 [2012] p 207

ほしい」旨の説示をおこなった¹¹⁴。また、昭和45年度(1970)予算要求に、初めて医薬分業推進費として調剤薬局実態調査費および調剤技術研修費が計上された。さらに厚生省は1972年2月には健康保険法の一部改正案および医療保険制度の抜本改正案を社会保障制度審議会と社会保険審議会に諮問し、強制分業の案を提示した。同年5月に提出した「医療基本法案」においても第2条中に医薬分業の推進を図ることと記し、国が医薬分業に向けて動き始めた。なお、健康保険法等の一部を改正する法律案(抜本改正案)と医療基本法案は廃案となった。

自民党も1969年4月国民医療対策大綱で医薬分業を5年位を目途としてやるべしと分業推進を発表し5月の総務会で決定し、中医協も1972年1月の診療報酬・調剤報酬改定で、調剤基本料の算定を承認した。この診療報酬改定後から徐々に医薬分業が進展していった。

このように、一気にこの時期に「医薬分業」推進の機運が高まり、1974年「医薬分業元年」を迎えることになった。なぜ、この機運が来たのか、そして国が医薬分業に向けて動いたのかについて本研究ではその理由を物と技術の分離をめぐって、合意の形成と経済誘導が行われたからだと考える。

この時期、医薬分業の推進を可能にした経済誘導とは、技術料である処方箋料を上げ、薬価を下げていったことである。冒頭でも述べた1974年の処方箋料50点への大幅に引き上げが最大のインパクトであった。これが要因であることに対する異論は管見の限りない。広く認識されていることと言っていいであろう¹¹⁵。しかし、なぜ、この経済誘導が行われたかについては、漠然と国民医療費が高騰したからと言われているだけで、その分析はされていない。

筆者が経済誘導の根拠とする「物と技術の分離」はGHQサムス准将が持ち込んだ。これに対して、国は医薬分業法、新医療費体系という形で対応したが、日医の猛烈な反対にあり、どちらも不完全な形で世に出ることになり「物と技術の分離」を達成させることができなかったことは前章までに述べた。

1974年以降、物と技術の分離を進める形で経営的分業としての医薬分業が進展し始める背景として本研究では国民医療費の高騰と国民皆保険の存在を重視する。

(2) 国民医療費の高騰と国の「物と技術の分離」政策

国民医療費の高騰は社会問題となっていた。国民医療費の中に占める薬剤費の割合の高さが問題にされ、保険医療費の適正化が政策課題としてあがっていた。1960年代から1970年代前半で診療報酬の総点数に占める薬剤比率は入院で約10~30%、外来で約30~50%あ

¹¹⁴秋葉 [2012] p 174

¹¹⁵ 厚生省薬務局行政回顧録によると、処方箋料の大幅アップによって一部医療機関は、自家投薬をやめて処方箋発行に踏み切った。特に薬価差益の少ない小児科、眼科、皮膚科などの医療機関より徐々に処方箋が出されるようになったと記載されている。

日本薬剤師会[1992] p 61

り、いわゆる薬漬け医療への批判がおこっていた¹¹⁶。そして、1970年に入ってから国民医療費の増加が国民にとっての重圧となったことについて、新村は次のように分析している¹¹⁷。

老人医療費無料化、被用者保険の被扶養者給付率が5割から7割に引き上げられたこと、高額療養費給付制度の導入、狂乱物価に対応した診療報酬引き上げ、医療へのアクセスの向上、医療技術の高度化、薬の投与量の増加、保険の普及による予防意識の鈍化と安直な受診・入院、高齢化に伴う疾患の増加により医療費が増大していった。

1961～1965年の国民医療費の平均増加率と国民所得の平均増加率の比をみると、関税貿易一般協定（ガット）の加盟にはじまる貿易の自由化、工業製品の輸出の増加と「オリンピック景気」によって所得が増え、国民医療費も受領者の急増によって急上昇国民所得の伸び1に対して国民医療費の伸びは1.94である。1966～1970年は資本の自由化が始まり、65年から70年まで続いた「いざなぎ景気」が所得を上昇させ、それが医療費の上昇分を吸収して国民所得と国民医療費のバランスがとれ、1対1.01の安定した状態で推移。その後、71年12月から73年11月までの「列島改造景気」と激しいインフレーション、それに続くオイルショックによって経済成長率は半減。両者のバランスは崩れ、71～75年は1対2.09となる。そのため60年代前半のときよりも国民医療費の増加は国民にとって大きな重圧となる。

国民医療費増加が重圧となってきたこともあり、医療費の適正化を進めるため、国は政策の一つとして、1967年から薬価引き下げを行なうようになり、1974年の改訂までにすでに4回全面改定が行われていた。（巻末薬価改定表参照）それは薬漬け医療への批判への対応であった。薬価差益が大きいならば薬をより多く投与する方が儲かる。しかも診療報酬が高い薬を使えば使うほど儲かるというシステムになっていたため、もし薬での儲けがなければ、薬も適正に使われ、薬漬けというようなことは起こらないだろうという論理で薬価は下げられていった。薬価差益が減少すると当時、薬価差益が大きな収入源であった病院・診療所にとって新しい収入を保障する必要がでてくる。そこで、診療報酬とくに技術料の引き上げをおこなった。そこには、医師はその専門的技術で報酬を得るべきで薬で儲けるべきではないという考え、すなわち、物と技術の分離の考えが結びついていたのである。つまり、国民医療費の増大が問題になったこととサムスの意図した物と技術の分離が結びつき、薬価引き下げ、処方箋料の引き上げが行われたのであった。しかも、物と技術の分離＝医薬分業（経営的分業）を推進するにあたって、さらに医薬分業に医療の質的向上安全性などの機能も期待するようになるのである。

¹¹⁶新村[2011] p 116 数値参照

¹¹⁷新村 [2011]

(3) 医薬分業の目的の変化

厚生白書の中での表現の変遷で、医薬分業の意味をどうとらえているのか、1980年頃までを検証してみる（下線筆者）。

1956～1959 (S31～S34)、 「医療のうち患者の診察・治療は医師に、調剤・投薬は薬剤師にと「医」と「薬」それぞれの専門家に分担して行わせることによって医療の適正化・合理化を図り、国民医療の向上に寄与しようとする制度」

1960～1961 (S35～36) 「患者の診察、治療は医師が行い、調剤投薬は薬剤師が行うことによって「医」と「薬」を分離し、医療の合理化、適正化を図ろうとするのが、いわゆる医薬分業の制度である」

1965～1974 (S40～49) 「医療のうち、患者の診察治療は医師に、医師の処方（せん）に基づく調剤は薬剤師にと、医と薬をそれぞれの専門家に分担して行わせることにより、医療の適正化、合理化を図り、医療の向上に寄与しようとする制度」

1975～1976 (S50～51) 「医薬分業とは、医療において患者の診療は医師に、調剤は医師の処方箋に基づき薬剤師にと、「医」と「薬」をそれぞれの専門家が分担して行うことにより国民医療の質的向上を図るための制度である。」¹¹⁸

1977(S52～) 「医薬分業とは、医師から処方箋をもらってまちの薬局で薬を調剤してもらい、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質的向上を図ろうとするものであり、欧米の大部分の国で実施されている。医薬分業の具体的なメリットとしては、医師と薬剤師チェックし合ってより安全な薬が期待できることや薬について薬剤師から十分説明してもらえることなどが挙げられる」

1974年頃までは「医」と「薬」の分離を行うことで「医療の適正化・合理化、国民医療の向上」を行う。というもので1975年からは「処方箋に基づき」という文言が入り、しかも「国民医療の質的向上」というように変わっている。また1977年からは「安全な薬」「説明」という文言が入ってきている。これらから1975年以降、「質的」という文言で、医薬分業に数字では測れない何かを期待しており、1977年以降は「安全性」や情報提供を期待しているということが分かる。これらは、DIで取り入れられた医薬品情報管理である。安全性有効性に関する情報や情報提供が医薬分業に期待されるようになったと理解してよいであろう。

ところで、ここで注目すべきは1977年以降「まちの薬局」という文言が入ったことである。これは、「医薬分業」をそれまでの機能的分業から経営的分業に限定することを意味する。厚生白書で表現される医薬分業は1977年までは、すべて序章で定義した機能的分業に該当し、文言の上では病院の薬局は除外されていない¹¹⁹。ところが、1977以降、医薬分業の定義が厚生白書内でも変化する。「まちの薬局」と記載され、医薬分業は「まちの薬局による調剤」であるということが明記された。これが意味するのは、医療施設内の薬局での

¹¹⁸ 厚生白書より

¹¹⁹ 序章（2）p 8参照

調剤はたとえ薬剤師によるものでも医薬分業とはみなさないことであり、厚生白書のなかでも医薬分業は経営的分業であることが示されるようになったということである。

なぜまちの薬局でなければ何らないのか、言いかえると経営的分業でなければならないのか、それは、経営的分業でなければ物と技術の分離が成り立たないからである。なぜならば、物と技術の分離の目的は、物で儲けず、技術でもうけること。つまり、物で儲けるがために技術をおろそかにするような医療をするなどということであるが、経営母体と同じであればたとえ医師と薬剤師が役割分担しても結局収入が同じになってしまう。そうすれば儲けるような行動すなわち技術をおろそかにする行動をしかねないということである。つまり、薬漬け医療（儲けの多い高い薬を好んで出す。薬をたくさん出す）は改善されないということである。このことから、国が進めていたのは医薬分業（機能的分業）というよりは物と技術の分離であったと言える。

それゆえ、物と技術の分離が医薬分業の目的である限り、「医薬分業」という概念は経営的分業に限定される。そして、この後、1990年代には「物と技術の分離」について言及されなくなるが「医薬分業」の経営的分業への限定は現在に至っている。経路依存が起こっているのである。

（４）日薬：経営的分業と物と技術の分離

日薬は、最大の目的が経営的分業としての医薬分業であった。なぜならば、開局薬局に処方箋をまわすことが開局薬局職業団体としての会の最大の利益であったからである。病院内での分業では開局薬局には処方箋はまわらない、すなわち機能的非経営的分業では開局薬局には処方箋はまわらないからである。

一方、物と技術の分離という施策は経営的分業を行うことであるため、まさしく日薬にとっては好都合の「物と技術の分離」という意味での医薬分業であった。

さらに、国民皆保険、老人医療費無料化（1972年）の影響で大衆薬比率（医薬品総生産金額に対する一般用医薬品の割合）が1960年の60.5%から1973年には20%に落ち込み薬局の経営環境が厳しくなり医薬分業推進への願望がますます強くなっていったという面もあったということである¹²⁰。

（５）日医：国民皆保険達成と物と技術の分離

一方、日医にとっては国民皆保険が達成され、保険診療システムでの診療報酬の中でも技術料の評価が重要懸案となっていた。国民皆保険の達成ごろから、武見日医会長は技術料の正当な評価を強く求めるようになった¹²¹。そして日医の運動が医薬分業反対運動で

¹²⁰ 日本薬剤師会[1992] p 61

¹²¹ 1973年、11月に日医は技術料重視の診療報酬体系への転換を機関決定した。この機関決定の中で再診料を5年以内に100点にし、その段階で医薬分業を完全実施するとの方針をうちだしたということである。これに12月8日厚生大臣がこの5カ年計画に賛同するとの談話を発表した。日本薬剤師会[1992] p 60

はなく社会保険の点数の上に医師の技術料を認めさせる運動へと変わっていった。一方、1967年から始まった薬価引き下げによる薬価差益の縮小は自分たちの収入を圧迫していくものであったが、それ以上の診療報酬の引き上げが期待できた。処方箋料の大幅引き上げのあった1974年の診療報酬改定全体では2月19%10月に16%という年2回の大幅引き上げであった。薬価引き下げは3.4%医療費ベースにして1.7%であったのでそれを差し引いても大幅な引き上げである。医師会記念誌を見ると1974年の処方箋引き上げについては何も触れず、日医にとっては何項目かに渡る診療報酬引き上げ項目の一つに過ぎないことが分かる。技術料としての診療報酬引き上げを享受する代わりに薬価引き下げを受け入れていくという形で結果的に物と技術の分離を受け入れていったと考えられる。

このようにして、国と日薬と日医の三者間で目的は違えど「物と技術の分離」のコンセンサスが得られ、診療報酬がついたために1974年の「医薬分業元年」に100年ぶりに医薬分業の進展を見ることができたのであった。

2. 薬剤師を取り巻く環境

(1) 病院薬剤師

これまでも述べてきたように病院薬剤師は保険診療の立場上恵まれていなかった。薬剤師法において「医師が自らの処方に基づいて、医師が調剤する場合」を例外的に認めてきたことから、1958年の新医療費体系の実施以来、医科診療報酬の調剤料は、医師自ら、もしくは医師の指示のもとに看護師等によって行われる調剤に対しても認められ、必ずしも薬剤師が調剤を行った場合でなくても算定できるとされてきた¹²²。この状況に対して日本薬剤師会、日本病院薬剤師会は要望を出し、1978年、医科診療報酬の外来の調剤料として「調剤技術基本料」が新設された。わずかに月に1回5点(50円)の算定であったが、病院薬剤師にとっては初めての薬剤師固有の技術料であった。

一方、調剤所(病院薬局)法制化への要望は日病薬によって続けられていた。医療保険制度抜本改革に対して、日病薬は次のような主張を展開していた。医薬分業とは医師と薬剤師が調剤に関して、それぞれの専門職能を発揮して医療の向上に寄与することであって、その業務を行うところが病院もしくは診療所であろうと開局薬局であろうとを問うべきではない。また薬剤師が調剤する場合は、病院薬局の場合も保険薬局と同等の調剤報酬が与えられるべきである。医療法にいう病院、診療所の調剤所をそのままの姿で法制化し、保険薬局と認めること¹²³。つまり、機能的分業を医薬分業と認めるべきだという主張であった。これに対し、武見日医会長が診療所にも薬剤師を雇用して調剤所を開設すれば、それが医薬分業の推進になるとの見解、つまり、機能分業を前提とした見解を述べたところ、診療所の調剤所まで法制化することはできない日薬が態度を硬化してその実現はなくなっ

¹²²秋葉[2012] p 222

¹²³日本病院薬剤師会 [2005] p 66

たというエピソードがある¹²⁴。これからわかることは武見が目指していたのは機能的分業ということであった。それゆえ、自分は処方せんを出していながら、サムスにあれだけ抵抗して医薬分業に反対したのだった。武見の立場的には機能的非経営的分業であったほうが、病院経営者に収入が入るといって都合はよい。あるいは、そうではなく、医師としてより良い医療のために機能的な意味での分業を考えていたのかもしれない。一方の日薬は、医薬分業の解釈を機能的分業にまで広げてしまうと、開局薬局に処方箋が回らない可能性が出てきてしまう。建物の中に薬局がある方が患者の便が良いため、院外薬局は利便性の面から太刀打ちできないからである。これが日薬と日病薬との対立の根本にある問題であった。つまり、日薬は病院内での技術的な分業である機能分業を認めず日薬は病院から処方箋を出すことで医薬分業を促進していこうとした。これに対し日病薬の考えは、診療所から処方箋を出させるべきだ。診療所では薬剤師が不在で家族や看護婦に薬を調剤投薬させており本来そのようなところこそ機能的な分業が必要だと主張して対立したのである。

日病薬と日薬は病院薬局（調剤所）法制化をめぐる対立を続け、1970年、日薬傘下にあった日病薬は念願の社団法人化の実現で日薬からの独立を果たしたのである。開局薬剤師と病院薬剤師は違う道を歩み続けるのである。

病院薬局では昭和50年代（1975～）になると病院薬剤師業務が機械化・コンピューター化されてゆき、薬歴作成やDI業務、在庫管理などの検索・管理などの仕事を合理化していった。

（2）Clinical Pharmacy（CP）

さて、そのような日本の病院薬剤師にDIの次にClinical Pharmacyという概念が1969年、米国から伝わり、その反響は大きく日本全国に広がった。その影響をうけた概念として、「クリニカルファーマシー」、「臨床薬学」、「医療薬学」といった言葉が日本では1970年代以降薬学関係者の間で頻繁に使われるようになった。これらは薬学や薬剤師にとって変革をもたらした極めて重要な概念である。人をみる薬剤師、人を見る薬物療法への変化をもたらしたといえるであろう。この概念は教育に影響を与え、医療薬学の確立は後に薬剤師教育6年制への延長の根拠となった。また、後に、このClinical Pharmacyの実践に対しての報酬の保険上の点数が認められ、それが1990年代の「医薬分業」の推進ともなるのである。

Clinical Pharmacyとは、米国で提唱された概念で辰野によると「疾病の状態を知り、それに適合した普遍的な薬物療法というパラダイムから一歩進んだ、疾病をもつ患者個人を対象としたpatient orientedな薬物療法で、薬剤師には医薬情報の徹底した収集と医師や患者への正確な伝達が求められる」と解説されている¹²⁵。

米国におけるClinical Pharmacy（CP）について、Francke（1969）は次のように述べ

¹²⁴秋葉[2012]

¹²⁵辰野[2001] p 183

ている。教育の立場からは薬学生が参加し、医療チームのメンバーが、患者の治療と看護を特に医薬品の安全適切な使用を考慮して行う理念として定義される。そして **Clinical pharmacy** 業務は、医療チームのメンバーと共に働き、患者に対し医薬品の安全適切な使用を促進する一方、理論的知識に基づいた専門家としての判断を役立たせることであると定義される¹²⁶。つまり、教育の立場からは、薬学生のチーム医療や臨床への参加を示し、実務実習を示唆するものであった。また業務としても、チーム医療や臨床への参加に加え、専門家としての判断を示すという点において従来になかった専門家としての責任を持ったあり方を示唆している。

一方、日本では「クリニカルファーマシー」「臨床薬学」「医療薬学」という概念がこの **Clinical Pharmacy** をとりいれた概念と考えられ、定義もまちまちでの使い分けに混乱がおこった¹²⁷。しかし、ここでは通念上 CP の日本語翻訳を「臨床薬学」教育的側面を「医療薬学」病院薬剤師の技術的側面を「クリニカルファーマシー」と理解することにする。

これらの概念の重要な点は①薬剤師が医療に関わるということ②**patient oriented**③医療チームのメンバーと共に働く（＝他職種協働）といった点である。これらは従来の薬学での考え方からは革新的なものであった。

なぜ、これら三点が革新的か。まず、第一点目は従来物質の品質や計量などを重視していたのに対し、医薬品の安全で適切な使用（薬物療法）という点で人の体に作用するところまで見るというもっと医療に近いところに関心がもたれたこと。医療は医師だけのものという意識もあり、医療に関わることにためらいや遠慮もあった薬剤師が医療に関わる仕事をするようになるという点である。第2点目として **patient oriented** =患者中心の医療については、従来薬学の関心が病気や疾病に対する治療薬という物質（**products oriented**）であったのに対して人（患者）に向けたこと。つまり、医薬品の合成や治療薬の組成に注目するのではなく、あるいは病名に医薬品という物質を対応させるのではなく、個々によって違う患者への効果を重要視する態度への変化であること。第3点目の多職種協働については、医療チームのメンバーと共にという点も従来はあまり実践されてこなかったことであった。**Francke** の定義では決して病院薬剤師だけのもののように限定はしていないが、日本では病院薬剤師を中心に話題になり実践されていった。

これらが受容されていった背景には病院薬剤師の職務の空洞化がある。**Francke** も、根本的な薬剤師の立場、境遇が昔すべての薬剤師が主力を置かざるを得なかった調合調剤という業務が、今日では、ほとんどなくなってしまい、製薬会社が引き受けるようになったということで薬剤師がそれに変わる新しい仕事を探してきた。その新しい仕事が **Clinical**

¹²⁶ **Francke**[1970] p 44

¹²⁷ **TDM** とは **Therapeutic drug monitoring** 治療薬物モニタリング（血中濃度モニタリング）血中濃度をモニタリングしながら薬物投与をコントロールする薬物治療法。もともと、**clinical pharmacy** を翻訳するときに臨床薬学という言葉を使うことに医師に対する遠慮があつて医療薬学としたという経緯があり、また、古賀カリキュラムにおいては **clinical pharmacy** の翻訳は臨床薬学とすると定義されたことでさらに混乱した。

Pharmacy (CP) であると述べている¹²⁸。つまり、薬剤師職能の空洞化が CP の登場要因であると明記している。それに加えて、日本では病院薬剤師の立場上の不遇があったことはこれまで何度か触れてきた。

この病棟活動に対して調剤報酬がついたことがこれらの活動を定着させることになるのであるが、革新的であるがためか、それにはタイムラグがあり、本格的になるのは 20 年後の 1990 年代になってからである。1980 年代はごく一部の病院で先端的に試みが始められるようになった。1981 年の特定薬剤治療管理料で、薬剤師の病棟での TDM(therapeutic drug monitoring 治療薬物モニタリング)に保険点数がついた。これは、薬物治療において患者の体内での濃度のコントロールが必要な薬物をモニタリングしながら投与量を管理するという、患者ひとりひとりにあった、患者中心の医療を目指す CP の典型的な実践である。1988 年には入院患者に対する調剤技術基本料の新設があった。この調剤技術基本料 (100 点) は薬剤師の病棟業務に対する報酬で 100 点業務と呼ばれた。しかし、施設基準が厳しく実施できる病院に限られており、全国レベルで病院経営にインパクトを与えるほどではなかった¹²⁹。この CP に対する報酬のインパクトが認められるのは 1992 年に 400 点に引き上げてからのことである。そして、この 400 点のインパクトが「医薬分業」を急進展させることになるのである。CP は薬剤師が医療に関わるという意識を高め、患者中心の医療、他職種連携という医療の潮流というべき理念を導入した。新しい薬剤師の職能とその理念を示す概念であり、薬業の価値観の変化をもたらしたといえるであろう。

(3) 開局薬剤師・薬局と第二薬局問題

「医薬分業」の始動に伴い、徐々に薬局数は増え、1970 年で 24,005 局だったのが、1980 年 31,346 局、1990 年 36,981 局¹³⁰となった。

分業元年(1974 年)はほとんどの薬局にとって初めての処方箋を受け付けることになる。そのため「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」や「倫理上の諸注意」など基本的な内容が日薬から会員に通達された。『医薬分業の歴史』によると受入薬局のレベルは低く、全国的に形が整えられたのは分業率が 2 ケタに成長した平成期に入ってからだという¹³¹。このことから、「医薬分業」が 100 年もの間進展できなかったのは薬局の応需体制ができていなかったからという論理は成り立たないことが分かる。「医薬分業」が進んで、その後から応需体制ができたといえるからである。

1974 年頃には第二薬局問題が浮上してくる。医療施設の敷地内や隣接地に医療施設と経営母体と同じあるいは関係者が薬局を建設し営業するというものであった。ところが、これを日本薬剤師会側は問題視した。経営的に医療施設と同一の薬局が分業を称して、医療施設側では処方箋料、薬局側では調剤料を請求することになり、それまで調剤技術料・処

¹²⁸ Francke[1970]

¹²⁹ 初年度では 5 病院だけであった。

¹³⁰ 保健衛生行政業務報告書

¹³¹ 秋葉[2012] p p 134-135

方箋料を取っていない病院・診療所内の調剤で、建物を別にするという事だけで処方箋料と調剤技術料の二重取りをするという単なる営利事業であり悪質であるという主張がなされた¹³²。

しかし、第二薬局の一部には病院法制化問題が解決しないためにその代替として第二薬局を設立するものがあった。この背景には前述した病院薬局が病院の薬局は「調剤所」であり、「薬局」としてみとめられていないことにあった。病院薬局は調剤所であるため、他施設からの処方せんは調剤できない、かつ、一般用医薬品を販売できないという制限がある。それ以上に調剤に対する報酬が保険調剤薬局と違って一部にしか認められていないという不平等が病院内薬局にはあったからである。病院薬局を薬局として認めさせるために、1950年代後半ごろから病院薬局法制化運動がおこっていた。具体的には、1958年改定の診療報酬算定表（甲表）の不公平を是正するために病院薬局を保険調剤薬局と認めさせるための病院薬局法制化運動を起こしたことは第2章でも述べた。しかし、病院薬局の法制化は叶うことはなかった。そこで、病院薬局の法制化が叶わないならば病院の敷地内に保険調剤薬局を開設しよう、という動きが病院の中に現れ、全国に広がっていった¹³³。

それだけではなく、便乗による診療・調剤二重取りを目的としたあからさまな第二薬局も存在した。これらの理由が混在した第二薬局は1974年頃では5割を超えたであろうと言われ、昭和53年（1978）の東京都の調査では第二薬局は都内に74件あり、うち56件は医療機関と同一敷地内にあったという¹³⁴。これに対し、世間の批判が強く、そのため医療機関と人的、構造的、機能的諸面からみて独立が立証できる薬局以外は保険薬局として指定しないという内容の通知「調剤薬局の取り扱いについて」がだされた¹³⁵。この通知によって医療施設内に作られた薬局、医療施設経営者による薬局は一掃された¹³⁶。

現在、日本薬剤師会や厚生労働省が主張する医薬分業は、この経営的分業の「医薬分業」を指している。つまり、「医薬分業」は医師が院外処方箋を書き保険調剤薬局の薬剤師が調剤することであり、機能的な調剤分業であっても経営的分業に入っていない分業は「医薬分業」とはみなさないのは序章でも述べた通りである。そして、医薬分業において医薬品の安全と医療費の無駄遣いへの抑止を効かせるためには経営的分業が必要であるという論理が主張されている。経営者が同じあるいは経営母体と同じ状態では、儲けのため、あるいは事故・事件での共謀者になりかねず、安全の確保、医療費の無駄遣いなどを抑止できないという論理である。この点が前述の規制改革会議での院内薬局の論争に繋がっていく

¹³² 皮肉をこめて「報酬二重取り薬局」「医院付属薬局」とも呼ばれた。また、第二薬局が医師の所得隠し的手段として利用されているとの指摘もあった。秋葉[2012] p 255、257

¹³³ 日本病院薬剤師会[2005][日本病院薬剤師会, 2005] p 54

¹³⁴同 p 255

¹³⁵（昭和57年5月27日薬発第506号・保発代34号薬務局長・保険局長通知及び薬企発第25号・保険発代44号 薬務局企画課長・保険局医療課長通知）

¹³⁶ 秋葉[2012] p 258-260 内山壽紀厚生省保険局医療課長補佐（当時）回想証言「第二薬局問題」 p 258-260

のである¹³⁷。

なお、第 2 薬局は門前薬局とは異なることは序章で説明した通りである。しかし、当時、門前薬局でも自分たちの薬局に処方箋を回してもらうために病院にリポートを渡すものもあったといわれており、その取り締まりも行われた。

(4) 薬学教育改革

日薬が「薬学教育の改善について」という要望書を出し薬学教育の年限延長改革の提言を行ったのは 1967 年のことであった。当時の薬学教育は 4 年制であり、化学教育偏重で合成や有機化学など医薬品製造の知識を重んじた教育を行っていた。これに対し、実務実習を含む医療薬学を学ぶ必要が主張されたのである。医療に直結する薬学部門として提唱された医療薬学は、クリニカルファーマシー（CP）を実践することができる薬剤師の養成でもあった。

医療薬学の日本の薬学に与えた影響の大きさを示す事象として、1970 年代に全国の薬科大学に大学院医療薬学専攻科あるいは臨床薬学専攻科の相次ぐ設置がある。これらの大学院専攻科の教育目標は CP 活動ができる薬剤師であり、医療薬学実務実習も CP 活動を想定したものであった。このように医療薬学を積極的に教育に取り入れようとする動きが全国の薬科大学に見られた。1975 年には 5 年制への年限延長の案が出されるがそれは反発され、4 年間教育の新薬学教育基準が 1980 年に出された。そして、1980 年代は、4 年間のカリキュラムに入りきらない教育を大学院で補うか、あるいは生涯教育で補うかという議論で薬剤師教育のあり方が模索されるという紆余曲折の時代であったといえよう。しかし、薬学に医療薬学を取り入れた薬剤師教育をすべきという点では関係者の合意は得られていた。6 年制に決まるのは 2004 年のことである。

3. まとめ

本節での概観では、国が本格的に「医薬分業」を推進する姿勢を示すようになったことで診療報酬（処方箋料）大幅引き上げと薬価引き下げを行い、経営的分業としての「医薬分業」が 100 年ぶりに実動したことが観察された。それは、医療費の増大の解決を物と技術の分離で行おうとした行政と、物と技術の分離によって自分たちの利益にかなった経営的分業を目指す日薬、国民皆保険の中で医師の技術評価を確立したいために薬価基準引き下げを飲み、診療報酬上の技術料を享受することで物と技術の分離に加担する日医の三者

¹³⁷ この制限的分業は、法制化された「医薬分業」の始まりといわれる神聖ローマ帝国皇帝のフリードリヒ 2 世によって出された大憲章（1240）にもみられる。その大憲章は薬剤師の職能が初めて独立した職業として明記され、医薬分業の起源とされている。その第 1 条は、「1. 医師と薬剤師に免許を与えるとともに、医師は医療のみを行い、薬は薬局におくこととする。医師は薬局と関連のあるいかなる事業をも経営してはならないし、いかなる薬局をも医師の保護のもとに置いてはならない。また医師は薬局といかなる金銭的な契約を結んでもならないし、薬局を経営してはならない。」とある。湯之上、久木田[2012] p 15。これが、医薬分業の起源とされるだけに医薬分業の基本的な倫理としてしまったのかと察するところもあるが、明らかではない。

が、物と技術の分離についてのコンセンサスを形成することができたことが要因であったと考えられる。経営的分業は手段であり、結果でしかなかった。また、このときから「医薬分業」は経営的分業を指すようになる。なぜならば物と技術の分離を成立させるためには経営的分業でなくては不可能だからである。病院内での分業、第 2 薬局のような機能的非経営的分業が医薬分業から排除されるようになるのである。

物と技術の分離はサムス准将が持ち込み、医薬分業法の根拠になるなど 1970 年代までに認識されていた概念であった。しかし、1970 年代になって初めて行政、日医、日薬の三者の間の合意が形成され、その為の診療報酬システムが構築されることで「医薬分業」の進展がみられたと考察した。

第4章 1990年以降の「医薬分業」の急進展

本章では1990年以降の「医薬分業」の急進展はなぜ起こったのか、その要因と背景について検討する。

1970年代の進展と1990年代の急進展は、従来分けて考察されることはなかった。しかし、1970年代の進展と1990年代の急進展は明らかにその内容が違ってきている。処方箋受け取り率の進展が1992年頃から急激になっていることは明白で、また、1970年代から医薬分業の目的として掲げられていた「物と技術の分離」という概念は1990年代では聞かれなくなっていた。小坂富美子は90年代の医薬分業を「80年代に考えていた医薬分業とは質的に違った歩みを始めているように思われてならない」と述べている¹³⁸。

一般に「医薬分業」は経済誘導で進展したと考えられている。1970年代では前章でみたように国民医療費増大が社会問題になり薬価差益をなくすために薬価引き下げが行われ、それに対して技術料を与えるといった図式で経済誘導がおこなわれていた。たしかに1990年代に入ってもその経済誘導は引き続き行われていた¹³⁹。

それでは、緩やかに処方箋受け取り率が上昇していった1970年代と違って、なぜ、1990年代以降では処方箋受け取り率が急進展したのか。急進展するには1970年代とは違う何らかのインパクトがあったと考えられる。それが何か、そしてなぜなのか、従来見逃されてきた医薬分業率の変化が1990年代を境として異なることについて本章では経済誘導だけでなく、その背後にある要因を明らかにすることで解明を試みた。

ところで、1990年頃には、物と技術の分離という言葉が聞かれなくなった。その要因としてひとつは医一薬における物と技術の分離が完了した事が考えられる。すなわち、薬価差益がなくなったということである。確かに薬価差益はほとんど解消され2000年4月の薬価改定以降現在までは加重平均に対する調整幅は一定で2%と、ほとんど利益のでない薬価となっている。医者が薬で儲けることができなくなり、これ以上物と技術の分離をおこなう必要がなくなったということが考えられる。そして、もう一つ考えられることは、医療における価値観の変化が物と技術の分離を不要としたということである。それは、そもそも物と技術の分離とは、医師が高い薬を多く使えば使うほど儲かる報酬システムであったために過剰な薬を投与しているのではないかという薬漬けの医療批判から始まった政策で

¹³⁸ 小坂 [1997] p 222

¹³⁹ 1990年代以降の急進展の要因について、新村は1993、1994年に带状疱疹ヘルペスの治療薬ソリブジンと抗ガン剤フルオロウラシルとの併用による相互作用で1年間に14人の死者が出たというソリブジン薬禍のために厚生省が医薬分業に本腰を入れたためであると述べている新村 [2011] p 119[新村 拓, 2011] p 119 たしかに、ソリブジン薬禍はマスコミでも大きく取り上げられ社会問題にもなった。添付文書のあり方など薬の安全な使用のための方策がとられ、いくつか強化された。医薬分業を医薬品の安全使用のために進展させることもそのうちのひとつであったかもしれない。しかし、医薬分業に本腰を入れるというのはどういうことであろうか。何を行ったら医薬分業が進展するのであろうか。そもそも医薬分業が医薬品の安全使用に有効であることが立証されているのであろうか。それらは検証の余地があると言えよう。

あった。その背後には秘儀的な投薬というパターンリズムが存在した。医と薬を分けることはパターンリズム下での一つの抑止力であった。しかし、患者中心の医療やインフォームドコンセントという風潮がその頃からみられ、しきりに言われるようになっていた。処方箋が公布され、秘儀的な医療は敬遠されるようになっていく。薬剤師法に調剤時の情報提供の義務規定が設けられたのは1996年のことであった。パターンリズムの時代から患者に対して情報開示していく時代へと価値観が変化したのである。

本研究では、薬業における価値観の変化が急進展に関与していると考えた。薬業における価値観の変化とは「物を見る薬剤師（薬学）から人を見る薬剤師（薬学）」といったもので、①医療に直接かかわる②医薬品情報の収集と情報提供③患者ひとりひとりに合った薬物療法を行う④チーム医療・他職種連携を実践すべきという特徴を持つ。そして、薬業における価値観の変化は、潮流というべき社会全体で合意された価値観の変化と「患者中心の医療」、「多職種連携」といった点で共通するものである。そのため関係諸団体（この場合は日医、日薬、日本病院薬剤師会（日病薬））間のコンセンサスと国家の支持を得ただけでなく、国民もこれらの変化に抵抗なく従っていき、社会全体でのこの変化に対する合意が生じた制度変化であると考えた。

本章では、この制度変化メカニズムを P.ピアソンのによる「伝播」と呼ばれる制度変化メカニズムの援用での説明を試み、この制度変化を検証する。

なお、この時期に QOL の改善という概念も登場したが、これが実際に定着し、影響を及ぼすのは医薬分業がある程度進展した 21 世紀に入ってからのものであるので、それについては、第 5 章で触れることにする。

1. 医療のあり方、価値観の変化と医薬品政策

1990 年代は、医療のあり方や価値観が大きく変わった時代であった。第 2 次医療法改正（1992 年）第 3 次医療法改正（1998 年）があり、「患者中心の医療」、「多職種連携・チーム医療」という概念が頻繁に使われた。まずは、これらの価値観の変化が薬業・薬学教育に求めてきた施策つまり医薬品政策について概観してみることにする。1990 年代に行われた医薬品政策が、薬業における価値観の変化である①医療に直接かかわる②医薬品情報の収集と情報提供③患者ひとりひとりに合った薬物療法を行う④チーム医療・他職種連携という特徴を持つ「物を見る薬剤師（薬学）から人を見る薬剤師（薬学）」と一致することを示したい。

（1）第 2 次医療法改正

医療法は「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与すること」（第 1 条）を目的として 1948 年に制定された。第 2 次医療法改正（1992）では医療施設機能の体系化を目指し医療提供の理念規定創設があった。医療提供基本法および機能分化促進法的性格を追加し、医療のあり方、療養型・特定機能、地域支援型化、地域における病院間の機能分化連携という性

格を発展させている¹⁴⁰。そして①生命の尊重と個人の尊厳の保持、②医療の担い手と医療を受けるものとの信頼関係③治療、予防、リハビリテーションを含む良質かつ適切な医療の提供が規定された。この中で薬剤師は初めて医療の担い手と明記された。かつては、医療に関わることに遠慮やためらいのあった薬剤師であるが、堂々とその職務に携わることができるようになった¹⁴¹。病院薬剤師の病棟業務はまさしくベッドサイドの業務、医療（臨床）現場である。その現場に入って医療に関わること、医療を担うことについて法的に後ろ盾ができたと考えてよいであろう。

（２）医薬品の適正使用

1992年10月7日、「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」は21世紀の医薬品や薬務行政のあり方について幅広い立場からの検討を目指して設置された。懇談会の前半は研究開発基盤の強化と国の役割について医薬品開発の推進についての検討、後半は医薬品の適正使用の推進—情報提供や消費者対策のあり方等がテーマとなっていた。最終報告書—医薬品の適正使用の推進—（以下『適正使用報告書』）は1993年5月28日に発表された。

この「医薬品の適正使用」とは、まさしく、薬学における価値観の変化を概念化したものといえる。その定義は以下の通りである¹⁴²

「医薬品の適正使用とは、まず、的確な診断に基づき患者の状態にかなった最適の薬剤、剤形と適切な用法・用量が決定され、これに基づき調剤されること、次いで、患者に薬剤についての説明が十分理解され、正確に使用された後、その効果や副作用が評価され、処方にフィードバックされるという一連のサイクルと言えよう。こうした適正使用が確保されるためには、医薬品に関する情報が医療関係者や患者に適切に提供され、十分理解されることが必須の条件である。医薬品は情報と一体となってはじめてその目的が達成できるからである。」

つまり、医薬品の適正使用に求められることは、以下のように纏めることができる。

①医薬品情報の収集（有効性、副作用など人を見る薬物療法）

②患者ひとりひとりに合った薬物療法に対する調剤（患者中心の薬物療法、人を見る薬物療法）

③患者への情報提供と患者の理解（非パターンリズム、患者中心・患者本位、インフォームドコンセント）

④正確な使用（患者ひとりひとりに合った）

⑤効果・副作用の評価（患者ひとりひとりに合った）

⑥処方へのフィードバック（医師との連携）

¹⁴⁰ 岩淵 [2013] p 111

¹⁴¹ 1970年当時はまだ、薬剤師が「医療」という言葉を使うことに医師に対する遠慮があったようで、カリキュラムにも臨床や医療というものを使うことをためらったり、clinical pharmacy の名称の邦訳についても混乱があったりしたようである。脚注 127 参照。

¹⁴² 厚生省薬務局 [2012] p 21

⑦チーム医療（多職種連携）

これらは、DI や CP で取り入れてきた薬剤師の新しい職能そのものに他ならない。また、医薬品の適正使用は人を見る薬物療法であるとも言えるであろう。そして、これはまた、「患者中心の医療」や「多職種連携」といった医療における価値観の変化と一致するものである。

この適正使用報告書以後、医薬品の適正使用という概念は様々な検討会の報告書等で見られるようになる。例えば『平成 15 年 厚生労働白書』では医薬分業には『かかりつけ薬局』において薬歴が管理されることにより、複数診療受診による重複投薬や相互作用の有無の確認ができること、薬剤師による十分な服薬指導により医師の処方通りの服薬等が期待されること等の利点があり、医薬品の適正使用には大きな利点があるとされている¹⁴³。また、厚生省薬剤師養成問題検討委員会の報告書「医療人たる薬剤師の資質向上に向けて」（平成 6 年）では薬剤師を医薬品の適正使用に責任を持つ医薬品の専門家としている¹⁴⁴。2014 年 1 月に日本学術会議薬学委員会 チーム医療における薬剤師の職能とキャリアパス分科会によって発せられた「薬剤師の職能将来像と社会貢献」という提言においては薬学が社会に対して大きな責任と義務を有する根拠として医薬品を通して国民の医療・健康増進に貢献し、優れた医薬品の創製、供給、適正使用は人間の生命と健康に直接かかわることを挙げている¹⁴⁵。

さらに、1992 年のこの『適正使用報告書』における適正使用の対象は医療用医薬品であるが、一般用医薬品の適正使用について、2004 年の一般用医薬品承認審査合理化等検討会中間報告書「セルフメディケーションにおける一般用医薬品のあり方について」で一般用医薬品を「適正に使用するために」といった文言が繰り返し使われており、医療用のみならず、一般用医薬品においても適正使用という概念が使われるようになり、現在は医薬品全般について共通する基本的な概念となっている¹⁴⁶。

意外なことにも「医薬品の適正使用」という概念はそれ以前には使われることがほとんどなかった。「医療費の適正化」「適正な医薬品」といった使われ方はされたことがあるが医薬品を適正に使うといった目的をもった動作としての意味では使われていない。

この『適正使用報告書』の中では多剤投与によって副作用の増加がみられること。定額制を導入すると検査・薬剤料は減ること。無駄な治療をへらすことで薬剤費も減り、患者の日常生活動作能力も改善できる。といった分析結果を示している。つまり、医薬品の適正使用は安全面、経済面にとっても好ましく患者の ADL も上げることができるという主張

¹⁴³ 厚生労働省 [2003]『平成 15 年 厚生労働白書』

¹⁴⁴ 厚生省薬剤師養成問題検討委員会 [1993] 報告書「医療人たる薬剤師の資質向上に向けて」

¹⁴⁵ 日本学術会議薬学委員会チーム医療における薬剤師の職能とキャリアパス分科会 [2014] 提言「薬剤師の職能将来像と社会貢献」

¹⁴⁶ 一般用医薬品承認審査合理化等検討会 [2002] 中間報告書「セルフメディケーションにおける一般用医薬品のあり方について」

である。また、『適正使用報告書』では医薬分業の推進（かかりつけ薬局の育成）という項目で次のように述べている¹⁴⁷。

「医薬分業は、医師と薬剤師がそれぞれ専門性を発揮して医薬品の適正使用を進めるシステムであるが、医薬品の高度化、使用方法の複雑化や高齢者の増加に伴いその重要性が高まっている。すなわち、高齢者は複数の医療機関に受診することが多いため、医薬品の使用にあたって重複投薬や相互作用の危険性が高くなる。このような危険性を回避するためには、同一の患者が服用する薬については一か所ですべてをチェックする、すなわち、薬歴管理を行い、適正な服薬指導を行うことが必要となってくる。また、併せて、患者の体質、既往症などをよく承知し、医薬品について気軽に相談に応じてくれる薬局、いわゆる「かかりつけ薬局」が身近にあることは極めて有益である。以上のようなニーズに応えるためには、住民が身近なところに「かかりつけ薬局」を定めることが望ましく、行政としても「かかりつけ薬局」を育成する必要がある。」

ここで、医薬分業は医薬品の適正使用を進めるためのシステムと明言している。1990年以降の医薬分業は確かに医薬品の適正使用を行う手段としての役割が期待されるようになったと言えるであろう。ここにはそれ以前の「物と技術の分離」という役割は見出せない。明らかに医薬分業の目的が変化したといえるのである。

適正使用報告書では医薬分業だけではなく、病院薬剤師の業務についても触れている。薬剤師の病棟業務（いわゆる400点業務）についてである。これは病院薬剤師が行う医薬品情報管理、入院患者の薬歴管理・服薬指導等を包括した業務、つまり、**Clinical Pharmacy (CP)**の病棟での実践のことで、この業務に400点の調剤報酬が付いたことは医薬品の適正使用としてのCPの実践を国としても認め推進するという姿勢であることが分かる。

『適正使用報告書』には「医薬品適正使用に関する診療・調剤報酬の動き」として、診療報酬上で医薬品適正使用を政策誘導した項目がリストアップされている¹⁴⁸。

1. 特例許可老人病院入院医学管理料の導入（1990.2より）
（「介護力強化病院」介護者の確保を図るとともに、検査、投薬、注射を包含し一定学の点数設定）
2. 寝たきり老人在宅老人総合診療料の導入（1992.4より）
（在宅寝たきり老人に対するかかりつけ医の評価。検査、投薬等を包含して一定額の点数設定）
3. 1処方で10種以上の内服薬投薬は薬剤料を10%カット（1992.4より）
4. 給食料を算定している患者へのビタミン剤の算定は原則認めない（1992.4より）
5. 長期入院患者にかかる薬剤料の上限設定（その他3種看護病院）（1992.4より）

¹⁴⁷ 厚生省薬務局 [1993] pp25-26

¹⁴⁸ 厚生省薬務局 [1993] p 88

6. 薬局薬剤師の薬歴管理・服薬指導の評価
(服薬指導：1983.2より、薬歴管理：1986.4より)
7. 病院薬剤師の病棟業務の評価（1988.4より）
8. 「面分業」を行う薬局の調剤報酬に加算（1992.4より）

このように、この報告書が出た1993年時点で8つの経済的政策誘導が行われていた。その後も医薬品適正使用に係わる診療・調剤報酬が政策として経済誘導されていった。表10に示す。

表10 1992～2000の医薬品適正使用に関連した診療・調剤報酬の変更・新設（薬局）

	1992	1994	1996	1998	2000
【病院調剤関係】					
調剤技術基本料	400点/月1	移行↓			
薬剤管理指導料（移行）		600点	450点 ×月2	350点	350点
退院時服薬指導加算				50点	50点
特定薬剤治療管理料	350点	350点	500点	300 ～3000点	300 ～3000点
【病院院外処方関係】					
（処方箋料）特定疾患処方管理加算				12点	15点
【在宅関係】					
在宅患者訪問薬剤管理指導料		550点 ×月1	550点 ×月2	550点 ×月2	550点 ×月2
寝たきり老人訪問薬剤管理指導料		550点 ×月1	550点 ×月2		
麻薬管理指導加算			50点	100点	100点

網かけは大きな変更もしくは新設

この医薬品の適正使用という概念が解釈の幅が広く、いわば便利で当然のような概念ではあるが、20年以上たった今現在でも薬剤師のありかたにとって重要な概念であると言えるであろう。それは、「物を見ることから人を見ることへ」という薬業における価値観の変化を実現する概念であるといえる。

（3）薬剤師教育6年制年限延長と実務実習

薬剤師教育改革は1970年代から議論になっていたが、薬剤師教育6年制への検討が始まるのはこの時期、1990年代になってからである。

日本の薬学関係者は医薬分業が進展しなかった裏返しとして、医療に直結した薬学を学ぶこと、医療に直接かかわることを強く求めていた。その要求が、「医療薬学」の実践という目標となり、日本の薬学・薬剤師に受け入れられ、薬学教育に大きく影響した。この「医療薬学」というのは **Clinical Pharmacy(CP)**の影響を受けた概念である。医療薬学実務実習は CP を実践する実習でもあった。この医療薬学も薬学の価値観の変化によって 1990 年代に行政にも受け入れられていったのであった。

医療薬学とは、もともとは薬剤師が医療に直結する薬学部門を学ぶべきであると提唱された薬学の一領域である¹⁴⁹。なぜ、そのような提唱が必要であったかという点、それまで薬学のカリキュラムも教員も化学のアカデミックの偏向があり、それに対して医療や臨床に関する教員は少なくほとんど教育されていない状態であった。そこへ米国から CP が紹介され、ベッドサイドでの薬剤師の活動に刺激され、CP 活動ができる薬剤師養成を目指す運動が広まった。日本における CP の実践とは病院内の調剤所（病院薬局）で調剤をしていた病院薬剤師が病棟のベッドサイドに活動場所を移すことでこれは臨床薬剤師活動と呼ばれた。この病棟での活動をするようになったことで病院薬剤師は外来患者の調剤を手放し、病院から院外処方箋を出すことが可能になった。それが医薬分業の推進に繋がったのである。

医療薬学への薬学教育改革は 1960 年代末から始まったにもかかわらず、紆余曲折を経て、1990 年に急に活発になり、現実味を帯びてきた。その要因は 1990 年代に入って病院薬剤師の病棟業務を国が支援するようになったからと考えることができる。病棟業務は医療薬学の実践であったので病棟業務のできる薬剤師を育てる必要が高まったからである。なぜ、そのような必要があったのか、それは、薬業における価値観の変化についてコンセンサスが得られたからであると本研究では考える。このことについては次節詳しく述べる。

さて、薬学教育改革は、具体的には疾病を理解するための基礎医学や **clinical pharmacokinetics** の課題を充実させる医療薬学をカリキュラムに取り入れ、医療薬学実務実習を必修とし薬剤師教育 6 年へと延長させる改革となった。この日本の薬学教育改革は 2004 年に可決成立し、2006 年実施となった。

因みに、CP 本家の米国においても、CP の実践として薬剤師が薬物療法に積極的に参加し、患者志向の業務へと大きく展開していった原動力は、それまでの 5 年制の薬学部教育に対して 6 年制の **Pharm.D** コースの新設があったことが一因として考えられている。米国においても年限を延長した教育で薬剤師が CP 実践による患者志向の業務展開をしていったということである。

薬剤師教育改革は、医療薬学を取り入れる、CP 実践ができる薬剤師を作るというものがあったが、医療薬学、CP といった概念の意味からも、薬剤師教育改革のコンセプトは物を見る薬剤師から人を見る薬剤師を養成することであると言い変えることができる。

表 11 は、薬剤師教育年限年長の動きをまとめたものである。

¹⁴⁹ 久保 [1967]

表 11 薬学教育改革のうごき

薬学教育改革の動き		
1958	薬学教育協議会設立	教育改革認識
1960	薬学関係学部設置基準制定(三学科制)	→三学科制
1967	日薬「薬学教育の改善について」要望書	
1970年頃		(日薬中心に改革の必要性を主張)
1975	5年制の案が出されるが反発	
1980	新薬学教育基準(4年間教育) 大学院修士課程で足りない教育を補う	年限延長代替案模索期 →大学院で
1988	薬剤師の生涯教育に関する提言(薬剤師養成問題検討会答申)生涯教育で補う	→生涯教育で
1994	6か月以上の実務実習義務付け今世紀末までに 6年制に(厚生省薬剤師養成問題検討会答申)	6年制教育の検討期
1996	4年制維持表明. 4年生のモデルカリキュラム(古賀カリキュラム)(文部省薬学教育の改善に関する調査委員会)	→4年制維持 (古賀カリキュラム)
1996	薬剤師養成問題懇談会(四者懇) →(六者懇)	→六者懇 四つの論点
2004	薬剤師教育6年制に(2006年実施)	

(4) 薬局業務ガイドライン

1993年厚生省から「薬局業務運営ガイドライン」が通知され薬局のあり方も議論になるなど改革が迫られていた¹⁵⁰。このガイドラインもまた薬業の価値観の変化を求めたものであった。その、目的はつぎのようである。

「高齢化の進行、国民意識の変化、医療保険制度の改革等を踏まえると、今後薬局は調剤、医薬品の供給等を通じ国民に対し、良質かつ適切な医療を供給し、地域保健医療に貢献する必要がある。そのためには、薬局薬剤師の自覚と行動を促し、患者本位の良質な医薬分業を推進するとともに、地域における医薬品の供給・相談役として地域住民に信頼される「かかりつけ薬局」を育成する必要がある。薬局に関する法制度や行政運営についてもこのような薬局の役割、位置付けを明確にしたうえ、薬局の地域保健医療への貢献を促す方向で見直しを行っていくことが、求められる。」(下線筆者)

¹⁵⁰厚生省薬務局 [1993]「薬局業務運営ガイドラインについて」

ここで、注目されるのは、一つは国民意識の変化や患者本位の医療といった医療の潮流について言及していること、もう一つは地域における薬局の役割、地域医療を担う薬局についての言及である。行政は医療の潮流を意識した薬局の位置付けを行っている。

『医薬分業の歴史』には薬局業務運営ガイドライン策定に係わった当時日薬常務理事の堀江氏の回想証言が記載されている¹⁵¹。堀江氏によると、当時、薬事法は「薬」という「物」の管理のための規則であり、薬局に関しては、「調剤」と「医薬品の供給」をすることでありながら、設備・保管・販売というハード面を主体としており、「調剤」に関わるソフト面の方分は不備であり、特に薬局の公共的役割については、医薬分業が進むに従い、薬局調剤を医療の中に位置づけるという根拠設定や医療を担う論理設定もない状態であった。しかも、当時の薬局は、一般販売業の薬店と見分けがつかないという国民目線からみた実情も否定できない状態であったということである。ここからわかることは、「日本の薬局のお手本づくり」としてのガイドラインは「物」を売る薬局から、医療の中に位置づけられる薬局調剤が求められたと解釈できる。これらから、薬業における価値観の変化、すなわち、物を見る薬業から人を見る薬業の変化を行政の関与のもと具体的に進められていることがわかる。

なお、この薬局業務運営ガイドラインのこの時期の策定には FIP（国際薬剤師連盟）の東京大会（1993年9月）でのテーマの一つ「薬局業務基準（GPP: Good Pharmacy Practice）」での東京宣言に間に合わせるという事情があった。

（5）薬学・薬剤師における価値観の変化と実践までのタイムラグ

第2章と本節での検討で1960年代頃から薬学・薬剤師における価値観の変化がみられたことが確認されてきた。

それは、物を見る薬剤師（薬学）から人を見る薬剤師（薬学）へという表現で今まで何度か述べてきた変化である。この変化の特徴は①医療に直接かかわる②医薬品情報の収集と提供③患者ひとりひとりに対応した薬物治療④チーム医療・多職種連携 である。米国から紹介された DI や CP といった薬剤師の新しい職能・理念がこの変化をもたらしたと考えた。DI は1960年代、CP は1970年代に日本に取り込まれ話題になった概念である。DI 自体は間もなく実践されていったが CP のほうは大学院医療薬学（臨床薬学）課程での模索期間を経て実践に至るまでに20年の年月を要した。そして、これら薬業での価値観の変化は1993年の「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」で「医薬品の適正使用」と概念化された。そして、かかりつけ薬局としての「医薬分業」が医薬品の適正使用のために必要なシステムであることが指摘されたという流れであることがこれまでの検討で明らかになった。

このように、薬業での価値観の変化を導入・認識してから実践までに時間がかかっている。つまり、タイムラグがあることが認められる。それは、診療報酬がつくための行政の理解や、アクターの合意を得るための時間が必要であったからであろうと考えられる。と

¹⁵¹ 秋葉 [2012] p p 352-354 堀江栄一「薬局業務運営ガイドラインについて」

というのは、これらの実践を本格化するには診療報酬の後ろ盾、つまり保険点数がつくことが不可欠であるからである。このタイムラグが合意を形成し、報酬システムを確立するために必要な時間であると認識してよいであろう。

1990年初頭に日本にさらに新たな理念が米国から伝わった。それは **Pharmaceutical Care** という概念で薬剤師の行動原理である。その行動原理は患者（あるいは国民）の **QOL** の向上を支える薬物療法を行うというものである。人を見る薬剤師からこれはさらに人とその生活を見る薬剤師（薬学）への変化といえよう。この理念に関しても認識や実践にタイムラグがあり、2000年以降にその影響がみられるようになった。これについては第5章で詳しく述べる。

2. 診療報酬改定・薬価基準改定のインパクトと医薬分業

薬学・薬剤師における価値観の変化は「医薬品の適正使用」という概念であらわされるようになり、そのための政策が1990年頃に行われていったことを確認した。

一方、1992年頃を境に医薬分業（経営的分業）がなぜ急進展したかについての解明にあたり本節では経済誘導の確認を行う。「医薬分業は経済誘導で進展した」と言われているが、この時代にどのような経済誘導がインパクトを与えたのかについて明らかにしていく。

まず、1990年代の医薬分業の急進展を検証するにあたり重要な論点を示したい。経営的分業の牽引者は1970年代では診療所であったのが1990年代以降は病院に交代している。つまり、1990年以降の処方箋受け取り率の急進展は病院での院外処方箋発行の急増が創り出したと言えるということである。

この事実は、病院一診療所紙院外処方率年次推移が示している。議論するにあたり、混乱を避けるために、改めて概念の定義を確認しておく。現在「医薬分業」と通念上言われているのは本研究では経営的分業と呼んでいる、「医療施設の医師が処方箋を発行し、その医療施設とは経営母体が異なる薬局で調剤すること」を指している。医師が処方し薬剤師が調剤するという単にそれぞれの専門職機能を分離することを機能的分業として区別している。病院薬局（調剤所）で行われていることは機能的分業であり経営的分業ではないつまり、機能的非経営的分業と呼べるであろう。

日薬や厚労省で医薬分業の普及をみるために使われている処方箋受け取り率は医薬分業率とも呼ばれ、一般的に経営的分業の普及の指標となっている。これは、次の式で表される。

$$\text{処方箋受け取り率(\%)} = \frac{\text{処方箋受け取り数}}{\text{(病院診療所での診療実日数} \times \text{医師投薬数)} + \text{(歯科診療所での診療実日数} \times \text{歯科医投薬率)}} \times 100$$

つまり医師と歯科医師の推定の処方数のうちの保険調剤薬局が処方箋を受け取った割合

である。院内処方せんは含まない。図 8 の棒グラフがこれを表す。

これに対して院外処方率の計算方法は次のようになる。

$$\text{院外処方率(\%)} = \frac{\text{(処方箋料算定回数)}}{\text{(処方料算定回数)} + \text{(処方箋料算定回数)}} \times 100$$

医家の処方箋の保険算定回数を処方料と処方箋料の算定回数で割って百分率で表したものである。図 8 の折れ線グラフで表されている。処方料というのは院内処方に付く診療報酬で処方箋料というのは院外処方に付く診療報酬である。つまり、処方料算定回数は院内処方の回数、処方箋料算定回数は院外処方の回数を表す。つまり、院外処方率は医師の処方の中の院外処方を行った割合である。双方とも保険請求のデータから得られる。どちらも院外処方の割合、つまり、経営的分業の割合を示しているが、後者は歯科の処方率を含まない。図 8 を見ると院外処方率（総合）のグラフが処方箋受け取り率と合致しているため、医家だけの院外処方率でも処方箋受け取り率と同様の傾向を示しており、院外処方率でも経営的分業率をの傾向をみるのが可能と考えてよいことがわかる。院外処方率の 1992 年以前のデータが無いが、グラフの形から 1992 年以前は診療所の方が病院よりも多くの割合で処方箋を発行していたのは明らかである¹⁵²。そして、1990 年の急勾配になったところでは病院の院外処方率の伸びが急になっている。つまり、1990 年代以降の急進展は病院が果たしてきた役割が大きい可能性が高いと言えるのである。これを踏まえて、1990 年代に経営的分業が急進展した要因や意味を考えたい。

¹⁵² 院外処方率を計算するための数値の一つである処方料は 1992 年に設定されたためそれ以前はデータがなく、院外処方率の算定は 1992 年以降となる。

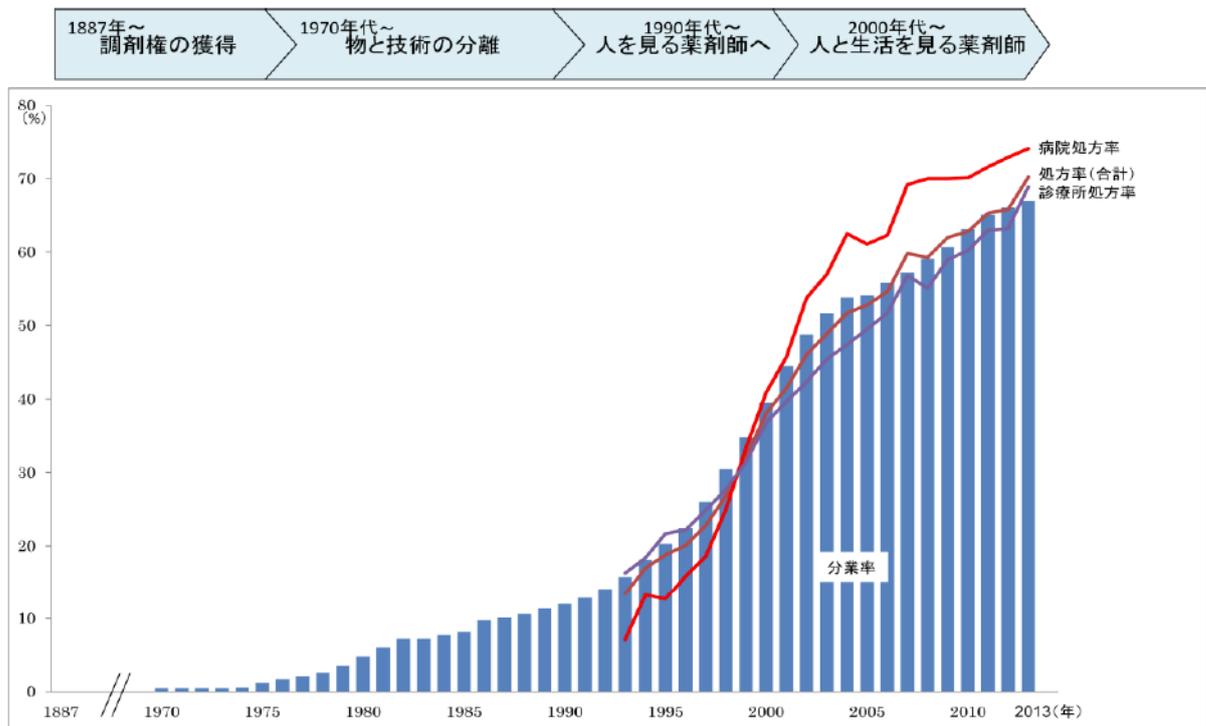


図 8 病院—診療所 院外処方率（折れ線グラフ） 年次推移（厚生労働省 社会医療診療行為別調査より筆者作成） と 処方箋受け取り率（棒グラフ）の年次推移
 （投薬率は社会医療診療行為別調査の直近三年分のデータ平均値から算定）

1990 年代の医薬分業の急進展の要因の検証にあたり、本研究では 1990 年代以降の急進展のきっかけと考えられる 1992 年の診療報酬改定において、調剤技術基本料の 400 点への大幅引き上げが重要な意味を持つと考えた。この調剤技術基本料と薬価基準引き下げと処方箋料引き上げの条件があつて医薬分業の進展が可能となつたと本研究では仮定する。また、1970 年代とは違う、強力なコンセンサスが得られたとして、その根拠を示すこととする。

処方箋受け取り率の伸長が加速され始めた 1992 年は薬価基準抜本改定があり、薬価の算定方式が従来のバルクライン方式から加重平均値一定価格幅方式に変更された。また、診療報酬報酬改定に関しても大幅な改定があつた。医薬分業に関わる診療報酬改定を表 12 に示す。診療報酬による経済誘導が分業率の進展の要因だとすると、インパクトの大きな改定が要因である可能性が高い。

表 12 病院診療所における調剤・診療報酬

(調剤に関して 1992 年に改定・新設されたもののみ記載)

1990 年時点の診療報酬	1992 年の診療報酬改定
調剤技術基本料 (月 1 回)	調剤技術基本料 (月 1 回)
①施設基準病院 200 点	①施設基準病院 400 点
②その他の病院 15 点	②その他の病院 40 点
③その他 7 点	(院内製剤加算 5 点)
	③その他 7 点
調剤料	調剤料
入院の場合	入院の場合
内服・浸煎・頓服・外用	同左
1 日つき 3 点	外来の場合
外来の場合	内服・浸煎 4 点
内服・浸煎・頓服薬 1 点	頓服 1 点
外用薬 2 点	外用薬 2 点
麻薬・覚せい剤原料・毒薬□	麻薬・覚せい剤原料・毒薬
1 点	□向精神薬 1 点
特定薬剤治療管理料 330 点	特定薬剤治療管理料 350 点
退院時指導料 (老健)	老人退院時指導料 (老健)
1 月超 6 月以内 120 点	1 月超 6 月以内 130 点
6 月超 200 点	6 月超 220 点
	10 種類以上 90/100
	合算薬剤料 上限点数 (老健)
	処方料 1 処方あたり 24 点
処方箋料 交付 1 回につき	処方箋料 交付 1 回につき
55 点	74 点
無菌製剤処理加算	無菌製剤処理加算
中心静脈注射 20 点	中心静脈注射 30 点
点滴注射 10 点	点滴注射 10 点
	麻薬・覚醒剤原料・毒薬
	向精神薬 1 点
	寝たきり老人在宅総合診療料

保険診療点数は 1 点 10 円であり、病院・診療施設に与える診療報酬改定のインパクトは引き上げ (引き下げ) 幅が大きいほど大きく、その診療報酬の請求頻度が多いほど大きいことは明らかである。このなかで、処方料というのはいわゆる院内処方の場合の点数であっ

てこの新設は経営的分業にはマイナスに働くことは明らかであるから除く。すると、その改定幅の大きさから1992年の診療報酬改定で注目すべき項目は①調剤技術基本料②処方箋料③薬価基準改定として取り上げることができる。次に、これらの診療報酬改定によって病院では何が起こったかを示し、①②は単独では1990年代の処方箋受け取り率の急進展の理由の十分に説明できないことを示す。そして、1970年代とは違うインパクトを与え、重要だと考えられるのが調剤技術基本料であること、そして、薬価差益が望めなくなったことと処方箋料が望めることという条件がそろって、医薬分業につながったということを示す。

(1) 薬価基準引き下げ

国民医療費の増大が問題になり、その中でも薬価差益に批判が集まっていた。そして、技術によって報酬を得るべきという「物と技術の分離」という目標のなかで薬価基準の引き下げが進められたことは前章で述べた通りである。薬価差益が薄くなり、儲けが無いならば院内調剤を減らす方向に動く。なぜならば、流通や期限切れなどのリスクの可能性もある薬の保管や消耗といった在庫管理とそのために発生するコストがかかるのに対して、病院では薬剤師自身が稼ぐ技術料が少ないことは前述のとおりである。これに対して薬剤師の人件費を考えると病院内薬局の規模を縮小する方が病院にとっては経済的にも有利である。薬価基準が引き下げられると、病院内薬局の規模を縮小するためにも院外処方箋を出すようになり、経営的分業は進展するはずである。表13に参考までに医療職の現金給与額をあげておく

表 13 医療職の人件費 決まって支給する現金給与額（賃金センサスより）単位千円

	1964	1984	1993	1998	2000	2003	2008	2010	2012
医師(男)	78.8	683	769.0	875.5	885.5	850.0	860.4	930.7	931.2
医師(女)							641.3	709.9	740.1
薬剤師(男)	47.7	259.1	311.9	359.8	368.8	348.9	373.3	423.8	405.8
薬剤師(女)	30.6	194.9	254.8	292.0	311.3	299.2	306.7	336	356.3
看護師(男)							279.8	319.1	336.2
看護師(女)	28.4	217.7	257.0	311.2	321.2	277.0	287.2	322.2	326.2

1992年に行われた薬価基準改定は、算定方式が従来のバルクライン方式から加重平均値一定価格幅方式に変更されるという抜本的改定であった¹⁵³。1967年以降の薬価改定の経緯を巻末表に示す。薬価基準の引き下げ幅については一般に改定率を用いる。図9では改定

¹⁵³計算方法は省略するがバルクライン方式は市場で取引されている価格とその価格ごとの取引量から薬価基準価格を算出する。これに対し加重平均値一定価格幅方式とは、単純に言うと平均購入価格と旧薬価との差を一定率にする算出方式である。

率の変化を示す。

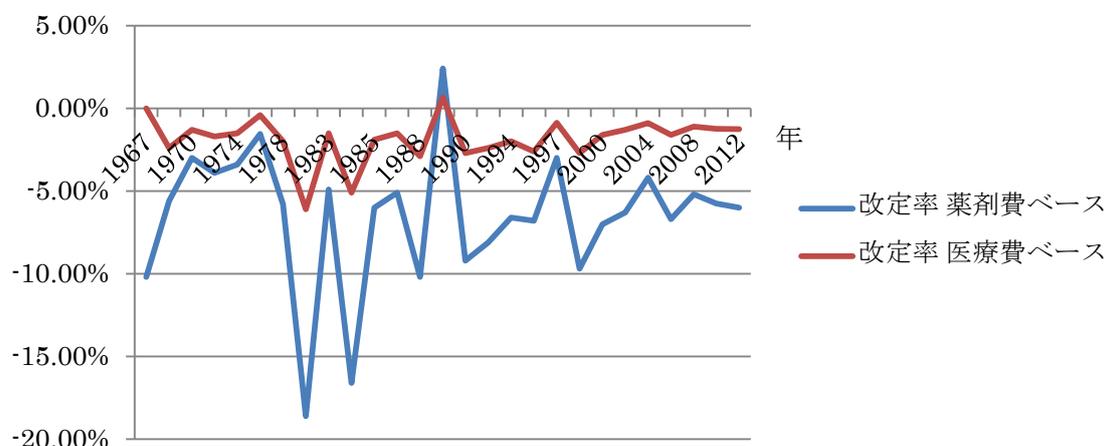


図 9 薬価基準改定 改定率の推移 (中医協 薬-3、参考資料 25.7.31 を基に筆者作成)

改定幅が大きければ大きいほど（改定率のマイナスが大きいほど）病院・診療所に与えるその時点でのインパクトが大きい。薬価差益の減少率（減益）が大きくなり利益が減るということである。しかし、図 9 を見る限り、薬価基準の改定率の推移（下げ幅）では、1990 年代の医薬分業の急進展は説明できない。というのは、1990 年代に特別に下げ幅が広がったわけではなく、むしろ下げ幅は 1980 年代の方が大きい。それでは、1990 年代以降の医薬分業の急進展を下げ幅以外の要因で薬価基準の引き下げで説明するとすればどのように考えられるであろうか。例えば二つの仮説を挙げることができる。ひとつは、薬価基準の引き下げが 1990 年頃、病院・診療所経営にとって限界に達したということ。もう一つは、算定方式の変更を機に国がいよいよ本格的に薬価差益のゼロを目指し、その実現も近いということを察した多くの病院・診療所が薬価差益で経営を支えるということに見切りをつけて、院外処方へ切り替えていったということも考えられる。

ひとつめの仮説、病院・診療所経営にとって限界に達するということはあり得たかもしれない。なぜなら 1967 年以来 15 回目の薬価引き下げである。しかも、1990 年頃といえばバブル崩壊で病院・診療所の経営が悪化したことも関係あるかもしれないと考えられるのである。しかし、それでは図 8 が示す 1990 年代に病院からの院外処方せんの方が著しく増加したことは説明できない。

もう一方の仮説、病院・診療所が国の動向を見据え、薬価差益に見切りをつけたのが 1990 年頃だったという説には説得力はあるだろうか。この算定方式では R (Reasonable Zone) という指標を使い、確かに医薬品の薬価と取引価格との差のコントロールが目に見えやすい算定法であった事や推定乖離率も発表され薬価差益がなくなることが現実味を帯びてきたことも考えられる¹⁵⁴。しかし、これもまた図 8 が示す 1990 年代からの処方率の増加率が

¹⁵⁴ 従来のバルクライン方式では取引価格の調査のみで薬価が決定される仕組みだったの

診療所より病院の方が大きいことへの説明がつかないことは同様である。

図 10 に国民医療費に対する薬剤比率の推移のグラフを示す。従来薬剤比率を下げるために薬価引き下げをおこなってきたが、薬剤費や薬剤比率から 1990 年代の医薬分業率の急進展の要因を考えることは難しいことが分かる。このように薬価基準引き下げ単独では 1990 年以降の処方箋受け取り率の急進展を示すのは難しいということが示される。

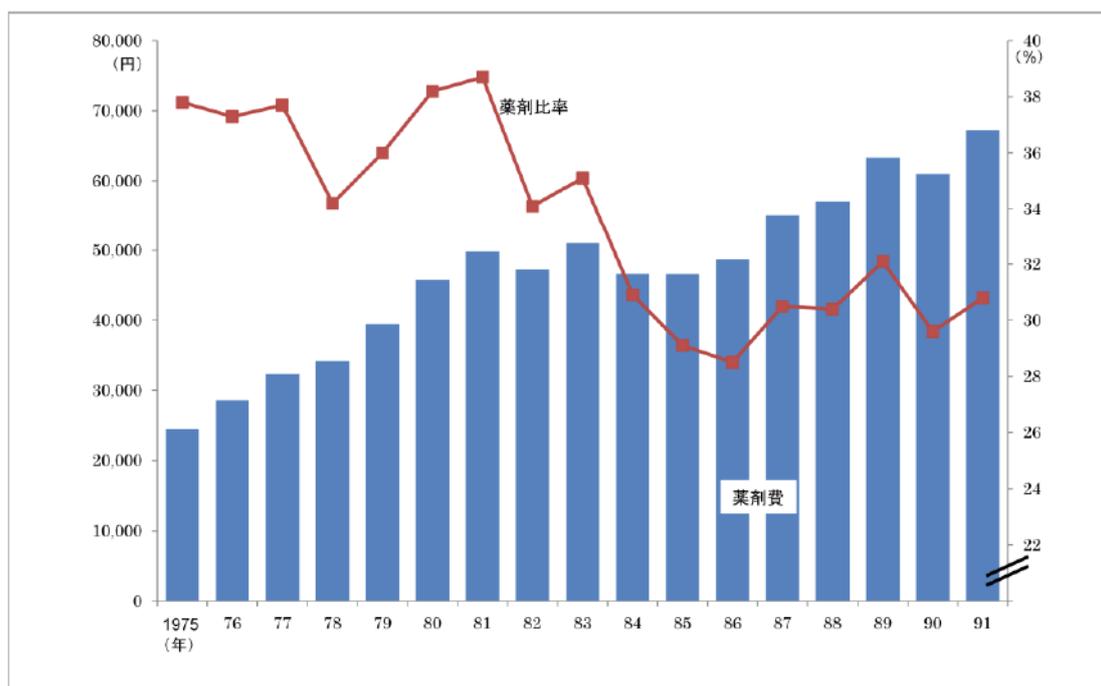


図 10 国民医療費に対する薬剤比率 (『21 世紀の医薬品のあり方に関する懇談会報告書』p 37 資料より作成。なお、薬剤費は一日当たりの国民医療費に薬剤比率をかけて推計値を算出。)

(2) 処方箋料引き上げ

前章でも示したように、処方箋料の引き上げがあると院外処方せんを発行する直接のインセンティブになることは明らかである。薬価が引き下げられる一方で処方箋料の引き上げは病院や診療所の医師が院外処方箋発行へと切り替えるきっかけになりうる。

それでは 1992 年の診療報酬改定が 1990 年代の医薬分業の急進展のきっかけとなっているのだろうか。処方箋料の変遷 (表 14) を参照すると、1974 年の 6 点から 50 点への大幅

に対して新しい算定方式である加重平均値一定価格幅方式では現行の薬価と取引価格の差をコントロールするものである。1992 年で調整幅 R は 15%であったが 1994 年には 13%、順次 11%、10%、5%と引き下げられることが確定しており、実行され、2000 年以降は 2%で固定されて薬価差益はほぼなくなったとおおまかに言えば、現在は薬価と納入価格の差がほぼ 2%であり、例えば期限切れ在庫などの保管・消耗などの諸費用のコストを考え合わせるとこの 2%は 0 に等しく、現在、薬では医療施設も薬局も儲けはほとんどないと言える。

引き上げに比べると 1992 年の 55 点から 74 点への改定では引き上げ幅も狭く、これでは緩やかに医薬分業が進展した 1970 年に対して 1990 年代に急進展したことを説明することはできない。しかも、この年、処方料 24 点の新設があったことが説明を困難にする。処方料というのは院内での処方に対するフィーであるため、この処方料新設が意味することは、従来診療報酬に含まれていた為に保険請求できなかった院内処方に対しても処方料として請求できるようになったということである。院外処方箋よりも額は少ないとはいえ、院内処方であっても保険請求できるようになったことに加え、院外処方箋を発行するメリット（院外処方せんを発行することで院内処方よりも多く得られる報酬）が 55 点から（74 点－24 点＝）50 点に減ってしまったことになり、1992 年の改訂の処方箋料引き上げによって大幅に院外処方せんが増えたということは考えられず、これらからも 1990 年代の医薬分業の急進展を 1992 年の処方箋料引き上げだけで説明することは不可能である。表 14 に処方箋料の変遷を示す。

表 14 処方箋料の変遷

	処方箋料	処方料
1972 年	6 点へ改正	
1974 年	50 点へ改正	
1981 年	55 点へ改正	
1992 年	74 点へ改正	24 点へ改正
1994 年	76 点へ改正(内服 10 点以上の場合 53 点)	26 点へ改正

(3) 調剤技術基本料

調剤技術基本料は病院薬剤師の調剤に対する技術料である。1978年に外来に対する調剤報酬として月に1回5点で新設された。1984年に入院患者への調剤に対して初めて認められ、月1回10点が認められた。そして1988年に施設基準病院では100点に引き上げられこの時の入院患者に対する業務は100点業務と呼ばれた。1990年に200点、1992年に400点への大幅引き上げを行ない400点業務となった。表15に調剤技術基本料の推移を示す。

表 15 調剤技術基本料

	施設基準病院	その他の病院	その他
1978年	外来調剤技術基本料5点/月1回として新設		
1984年	入院10点/月1回へ改正		5点/月1回へ改正
1988年	100点/月1回へ改正	15点/月1回へ改正	7点/月1回へ改正
1990年	200点/月1回へ改正		
1992年	400点/月1回へ改正	40点/月1回へ改正	
1994年	薬剤管理指導料 600点/月1回として改正	調剤技術基本料 42点(院内製材加算10点)/月1回として改正	調剤技術基本料 8点/月1回として改正
1994年	450点(麻酔管理指導料加算50点)/月2回として改正		

岩淵豊は診療報酬による政策手段として診療報酬における財源の重点的配分について診療行為の点数の引き上げ、あるいは当該点数の請求に必要な人員体制などの施設条件を設定することにより、保険医療機関が提携する医療をある程度誘導することが可能であると述べている¹⁵⁵。診療報酬は①価格設定機能、②給付内容・給付水準設定機能、③資源配分機能、④政策誘導機能の四つの機能を果たすとされており、医療政策の重要な手段となっているということである。

この調剤技術基本料は診療報酬改定ごとにこの調剤技術基本料は大幅に引き上げられ、相当なインパクトを持っていたと考えられる。つまり、調剤技術基本料は明らかに財源の重点配分項目である。さらに、施設条件が設定され基準を満たした施設基準病院のみが対象になっているのである。

表16に1988年の100点業務のときの施設基準と1992年の400点業務の施設基準の比較を掲載する。100点業務の実施は医薬品情報管理(DI)の充実が基礎となっている。それに比して400点業務では病床数が100床以上となり、基準が緩められている¹⁵⁶。その代

¹⁵⁵ 岩淵 [2013] p 95-96

¹⁵⁶ 1988年の100点新設時で施設基準適合病院が全国で5施設、申請中病院が18施設であったが、1992年に施設基準の100床への緩和で施設基準病院が増加した。日本病院薬剤師

わり、投薬・指導記録の作成と薬学的管理の義務が生じている。

表 16 調剤技術基本料の施設基準 100 点業務と 400 点業務での比較

診療報酬点数		100 点	400 点	
施設基準	病床数	300 床以上	100 床以上	
	医薬品情報管理室	専門施設を有し、専任の薬剤師が 2 名以上配置されていること		
	業務内容	医薬品情報	薬学的情報の管理および医師等に対する情報提供を行うこと	
		服薬指導	医師の同意を得て、直接服薬指導を行う	
			月 1 回以上	週 1 回以上
	投薬管理	原則として注射薬についても、その都度処方箋により行う		
投薬・指導記録	①入院中の患者ごとに作成すること ②最後の記入の日から最低 3 年間保存すること			

財源の重点配分であること、施設条件があることから医療政策手段として使われていることは明らかである。100 点業務が DI の充実が目的であったのに対し、400 点業務は病棟での CP の実践を目的としていたことは明らかである。つまり、この政策誘導の目的は病院薬剤師の病棟業務への転換の促進であったと考えられる。

病院薬剤師の病院内薬局から病棟への業務転換の促進は病院内薬局の縮小を可能にして外来調剤を手放すことになる。それによって病院勤務医は院外処方箋が出しやすくなり、病院での経営的分業が進展するという現象がみられたのである。

しかし、これが経営的分業に結びつくためには①病院薬剤師が院内薬局から病棟に業務転換するという条件、②院内薬局を縮小させ院外処方箋を発行させるための条件がそろわなくてはならない。ここで明らかなのは②の院内薬局を縮小させ院外処方せんが発行されるための条件としては薬価差益が望めないこととある程度の処方箋料が確保できるという意味で基準の引き下げと処方箋料の引き上げによって条件が満たされているということである。

ある。

それでは、①の条件がそろったのはなぜか。つまり、なぜ、この調剤技術料の大幅引き上げによって、病院経営者は病院薬剤師を病院内薬局から病棟へと移し、病院内薬局を縮小させ、外来を手放す方策をとったのかという疑問である。言いかえると、なぜ、病院薬剤師の増員をして病院内薬局を従来通り存続させる形をとらなかったのかということである。考えられるひとつとして特定機能病院の人員配置規定の変更がある。従来、「調剤数 80 またはその端数を増すごとに 1 人」であった病院における薬剤師の配置基準が、1992 年の医療法改正で創設された特定機能病院においては入院患者 30 名又はその端数を増すごとに 1 人以上（調剤数 80 又はその端数を増すごとに 1 人を基準）という変更があり、特定機能病院においては入院患者がいる限り薬剤師を減らすことができないことに起因していることが考えられる¹⁵⁷。しかしこれは特定機能病院に限ったことである。それ以上の理由として、この調剤報酬には病院薬剤師業務を外来から病棟業務へと転換させたい意図が病院側にも日本薬剤師会側にもあり、また、病院薬剤師自身も病棟業務に付きたい理由があったのではないかと考えた。次節の検討でそれらの意図や理由を明らかにしたい。

以上の検討から言えることは、三つの注目すべき項目①薬価基準引き下げ②処方箋料引き上げ③調剤技術基本料引き上げの三つとも経営的分業に結びつくが、②処方箋料引き上げは単独では 1990 年代の医薬分業の急進展を説明することが難しい。①薬価基準引き下げは経営者が薬価基準算定法の変更を機に薬価差益に見切りをつけたという可能性はあるが、これでは図 8 を説明することはできない。③調剤技術基本料引き上げは 1970 年代にはなかったインパクトで病院薬剤師を巻き込んで処方箋受け取り率を進展させる可能性がある。それは、薬価差益が望めない事、処方箋料が望めることが条件として必要であり、1992 年の時点ではその条件は整っているということが分かった。しかも、処方箋の引き上げと薬価の引き下げが組み合わさって可能になるということである。もし、③が 1990 年からの経営的分業の急進展の一つの要因だとすると図 8 の院内処方率年次推移が示している 1970 年代は診療所が 1990 年代以降は病院が経営的分業の進展を推進してきたこととも一致する。ゆえに、1992 年の診療報酬改定において調剤技術基本料が重要なインパクトであった可能性が高いといえるのである。

3. 病院薬剤師の病棟への業務転換における合意

ここまでの検討で、調剤技術基本料が 1992 年の診療報酬改定の中で一番大きなインパクトであった可能性が高いことを経済誘導の観点から検証した。それは、病院薬剤師の病棟業務への転換についてのコンセンサスが得られていた可能性を示唆する。それでは、この病院薬剤師の病棟への業務転換がどういう意味を持つのか、なぜ、この業務転換が可能であったかについて考察する。

¹⁵⁷ 特定機能病院とは、医療法第 2 次改正で創設された高度先端医療を行うことのできる病院で厚生労働省令、都道府県の条例に定める要件に適合するもの（医療法第 4 条の 2）

この業務転換は Clinical pharmacy という米国から伝わった薬剤師の新しい職能実践を行うことであった。その活動を支える報酬である調剤技術基本料を介して現場の事情などアクターそれぞれの立場や意図や理由を考察することで、業務転換へのコンセンサスの形成過程を明らかにする。

(1) 病院薬剤師の立場

病院薬剤師は今まで何度か述べた通り専門技術評価が不当に低いかほとんどなく、立場は決して恵まれているとは言えなかった。さらに、薬価基準引き下げで薬価差益が減少するにもかかわらず技術料が認められないことで院内でも苦しい立場となっていた¹⁵⁸。外来患者に対する調剤技術は 1978 年に初めて 5 点を認められたが、1988 年になってやっと入院患者を対象に 100 点への引き上げが行われた。クリニカルファーマシーという新しい薬剤師職能が米国から紹介され、医療薬学への関心が高まっていたところだったためこの 100 点業務はこの調剤技術基本料がその実践に対するフィーとなり、画期的であった。しかし、施設基準は厳しく、対象になる施設は初年度で 5 施設と僅かであった。そこへ、1992 年の 400 点への引き上げでは施設基準の緩和もあり、多くの病院が病棟での業務を実践する機会となった。当時の日本病院薬剤師会永瀬一郎会長のインタビューが状況を物語っている¹⁵⁹。

「薬価基準の大幅引き下げ以来、薬価差益は縮小の一途をたどり人件費に見合う技術料が得られないことには（病院内薬局が*）不採算部門として切り捨ての憂き目にあいかねないとの不満が高まっていた。調剤以外の仕事はないのかということをもう一度見直して（中略）クリニカルファーマシーと言われているところの頂上の方は無理として、臨床（医師）と直接結び付くという手前の医療薬学を手掛けていく必要があると思います。いわば、患者を常に念頭に置いたうえで業務を考える。そうすれば、注射薬の混注にしる、DIにしる、全てその方式で行えば、そこに生きていく道が出てくると思います。」（*筆者加筆）

技術の割に不遇であった病院薬剤師はこの調剤技術基本料がついたことで可能になる新しい職能に期待をかけ積極的に動いていったのはごく自然なことであったと考えられる。

(2) 病院の立場

それでは経営者側の立場ではどうだったのか。薬価基準の引き下げが続き、薬価差益が見込めなくなってきたのに対して、病院薬剤師には技術料がほとんどついていなかった。それゆえ病院内の薬局（調剤所）は、前述の永瀬のいう通り不採算部門となりつつあった。しかし、薬剤師を解雇するのも容易なことではない。そこへ採算が見込める調剤技術基本料の大幅改定があり、それは新しい収入源として見込めた。病院薬剤師を病棟に配置し病院内薬局を縮小し、勤務医師が院外処方箋をだすことになっても処方箋料も引き上げになったこともあり、損はない。つまり、この調剤技術基本料で薬剤師が病棟業務をすることで調剤技術料が得られ、経営的分業（院外処方箋発行）も進み、病院経営も安定するとい

¹⁵⁸ 秋葉 [2012] p 289 内山壽紀「回想証言 入院調剤技術基本料の誕生秘話」

¹⁵⁹ 薬事日報 [1982] (昭和 57 年 2 月 16 日号)

うことである。1992年の診療報酬改定での①処方箋料の引き上げ②調剤技術基本料③薬価基準引き下げはすべて、病院経営者が病院薬剤師を病棟へ業務転換させることに肯定的であることの説明を可能にする。

さらに、1989年から、厚生省は「患者本位の医療」を実践していく観点からという名目で国立病院の医薬分業のモデル病院を指定し、国立病院の院外処方箋の発行促進を行っており、これら国立病院は国からのプレッシャーもあり、院外処方箋を発行していった¹⁶⁰。

(3) 日薬の立場

日薬としては「医薬分業」を進展させ、開局薬剤師の調剤業務の確保を第一に考えていた。つまり、経営的分業を望んでいた。そのため、病院薬剤師の外来フィーの引き上げは「医薬分業」(経営的分業)の阻害要因になりかねないという懸念をもっていた。それゆえ、病院薬剤師の固有のフィーである調剤技術基本料(当初は対象が外来のみ)の引き上げには日薬からは反対の声をあげていた¹⁶¹。しかし、調剤技術基本料が入院に適用になると、病院薬剤師の病棟業務への転換を可能にする。病院薬剤師の病棟への業務転換となると経営的分業が可能となり、保険調剤薬局と病棟薬剤師とで仕事のすみ分け、役割分担ができる施策として入院調剤技術基本料を受け入れたのである。病院薬剤師の病棟への転換と経営的分業が進めば病院薬剤師とのトラブルも解消されたのだった。それゆえ、日薬にとっても入院対象の調剤技術基本料をつけることで、病院薬剤師の病棟への業務転換が促進されることは歓迎すべきことであった。

(4) 「伝播」による制度変化メカニズム

以上のように、病院(経営者)、病院薬剤師、日薬間でコンセンサスが得られた病院薬剤師の院内薬局から病棟への業務転換であった。しかし、従来医師と看護師の職場であった病棟に薬剤師が新規参入することが可能であった理由についての説明が必要である。

さらに、この調剤技術基本料は明らかに診療報酬の重点配分であり、その重点配分の要因についての説明が必要である。というのは、医療費の財政困難のなかで400点への引き上げというのは驚くべき大幅な引き上げ幅である。しかも当初、調剤技術基本料の入院への適応について病院薬剤師の点数は医科点数の範疇で「入院時医学管理料」に包括されているとの認識であり、点数の重複になるため認められないという判断もあったということもあった¹⁶²。それにもかかわらず調剤技術基本料の大幅引き上げが認められた。この調剤技術基本料が「医薬品の適正使用」のための政策であったことは第1節で述べているが、それまでして、「医薬品の適正使用」の推進という政策が支持され経営的分業を促進させた要因についての説明が必要ということである。

¹⁶⁰ このときの患者本位の意味は、病院の薬を受け取るまでの待ち時間が当時1~2時間以上と長かったため、それを縮小するということで、患者に配慮した医療という意味であった。

¹⁶¹ 秋葉[2012] p 288 参照

¹⁶² 秋葉 [2012] p p 289-290 内山壽紀「入院調剤技術基本料の誕生秘話」にこのエピソードがある。

そこで「医薬品の適正使用」とは、薬学における価値観の変化であり、医療の潮流と呼ぶべき医療の価値観の変化と「患者中心の医療」「多職種連携・チーム医療」という点において共通しているということを根拠に医薬分業がなぜ、1990年代に急進したかについての説明を試みることにする。

そこで用いるのが、本章冒頭で述べた「伝播」という制度変化メカニズムである。以下ピアソンによる説明を援用して説明を試みることにした¹⁶³。強いコンセンサスが生まれるメカニズムとして、伝播の議論に注目してみた。伝播の議論は制度の全面的取り換えを意味することが多く、複数の組織の集合体においては特定の目的に適していると考えられる制度的技術に関する強いコンセンサスが生まれやすいということである。そして社会的文脈の中で合理的だと解釈された正当な行動に関する規範の発達を社会学者は特に注目してきたと述べられている。この場合の「社会的文脈の中で合理的だと解釈された正当な行動に関する規範」が医療における価値観の変化でもある患者中心の医療であり、制度の全面的取り換えとは医薬分業（経営的分業）への制度変化にあたる。さらに、ピアソンは「組織フィールド」では稠密なネットワークの枠内で正当な行動のモデルを伝播させることができる資源と動機をもった専門職集団が活躍してコンセンサスを生む。このようなコンセンサスが形成される条件が整っているとき、その枠外にある制度配置は正当性を失い、長期的に強い適応圧力を受けることが多いと述べている。つまり、こう考えるのである。「組織フィールド」は、全体として制度的営みの一領域を構成するような諸組織、つまりこの場合のアクターである日医、日薬、日病薬、行政としての厚生省、現場の薬剤師、現場の医師、現場の看護師である。そして、コンセンサスは病院薬剤師の病棟への業務転換という制度変化でありそれがすなわち経営的分業という制度変化へと繋がる。そこには「患者中心の医療」や「多職種連携・チーム医療」といった医療の価値観の変化と薬業における価値観の変化の共通点、つまり潮流に関するコンセンサスがあり、この枠外にある制度配置、つまり、従来の薬剤師による病院外来薬局業務や診療所での投薬が正当性を失っていくということである。

そして、さらに、組織フィールドの枠内にある制度慣習には、内生的に起こる収斂よりも一層強い収斂が起こるという意味での「制度的同型」がいたるところに見られるということと述べている。つまり、「制度的同型」は「患者中心の医療」や「多職種連携・チーム医療」を共通点とする同型で、薬業における価値観の変化、すなわち「物を見る薬剤師から人を見る薬剤師へ」と医療における価値観の変化である。そして正統性が高まった規範に起因して国々に（この場合国内各組織に）新しい手続きの採用を促すにつれて生じた共通の制度変化のパターンがとりわけ第二次世界大戦後に進んだ文化的発展の動きの側面の一つであると論じている。当然この場合の共通の制度変化のパターンというのが「患者中心の医療」であり「多職種連携・チーム医療」といった価値変化に起因する制度変化である医薬分業なのである。ピアソンはこれらの結果として強制や統制をほとんど受けていない様々

163 ピアソン [2010] p p 182-183

な国民国家が標準化されたアイデンティティーと制度構造を採用する世界が生まれたと述べているが、「患者中心の医療」や「多職種連携・チーム医療」といった潮流は殆んど強制や統制を受けずに人々が享受していった。今、日本で、パターナリズムよりも「患者中心の医療」の方をよりよい医療だと認識する方が多いであろうし、より良い医療を目指すために「多職種連携」を行っていることをほとんどの人は肯定的に受け止めるであろうということである。さらにピアソンは続けてこの説明は、機能性と制度発展パターンとはあまり関係が無いことを強調する。むしろ、研究者が注目したのは、その土地固有の状況が制度にあまり影響を与えていなかった点である。仮に現地の状況が強い影響力をもっていれば、制度の形態には相当の多様性が生じたはずであると述べている。この記述は示唆に富む。例えばその土地固有というのをその分野固有の状況と読み替えることもできる。医療、看護、薬学の分野の固有の状況が制度にあまり影響を与えていなかった点、つまり、「患者中心の医療」も「他職種連携」もどの分野においてもみられること。また、その国固有と言葉通り理解しても、今回は検討の対象としなかったが、海外でも同様の事が起こっていることは、米国から来た概念 DI,CP が日本において影響、薬業における価値変化を与えていることから推測される。この点については今後の研究課題である。

これらから、ピアソンの「伝播」の理論で 1990 年代に起こった経営的分業の急進展について説明が可能になるのである。そのメカニズムを簡単にまとめると、医療における価値観の変化と同型である、「患者中心の医療」「多職種連携」を含む 薬業における価値観の変化（医薬品の適正使用）を実現する制度変化は関係者（組織フィールド）の間で強いコンセンサスを生むことができた。これが、病院薬剤師の病棟業務への業務転換であり、経営的分業、いわゆる「医薬分業」であるということである。

「物と技術の分離」は日医、日薬、行政としての厚生省の間での合意形成があり、それ（物と技術の分離）を成立させるための診療報酬システムが作られ経営的分業（「医薬分業」）が進展し始めた。しかし、薬業における価値変化である医薬品の適正使用を実現させるためのコンセンサスは、それよりももっと大きな範囲の団体や人々を巻き込み、国民国家のアイデンティティーにかかわる制度変化であった。それゆえ、その進展の勢いが違い、1990 年代の急進展に繋がったと考えるのである。

4. まとめ

薬業における価値観の変化とは物を見る薬剤師（薬学）から人を見る薬剤師（薬学）へという表現で今まで何度か述べてきた変化である。この変化の特徴は①医療に直接かわる②医薬品情報の収集③患者ひとりひとりに対応した薬物治療④チーム医療といったものが挙げられる。この変化は「医薬品の適正使用」として概念化された。

本章の検討で明らかになったことは、1990 年代以降の急進展は診療所ではなく病院が担ったものであること。それに対して 1970 年代の緩やかな進展は診療所から起こっている。この二つは違う要因で処方箋受け取り率を上昇させているため切り離して考えるべきであ

るということである。

1990年からの経営的分業の急進展のメカニズムは次のように考えた。

技術料での評価を望む日医、「医薬分業」を望む日薬、薬価差益が少なくなったことで病院薬局を縮小したい病院経営側、薬価差益をなくすために薬価引き下げを実行する行政、薬剤師職能の空洞化で新しい職能を病棟に求めた病院薬剤師、これらの利益が一致し合意が形成されて、調剤技術基本料という調剤報酬の大幅引き上げが実現し、病院薬剤師が病棟で業務転換が実現した。病院薬剤師の病棟への業務転換は経営的分業を推進させる。なぜならば病院薬剤師が病棟に移ることで病院薬局の縮小となる。薬価差益が見込まれなくなったため病院薬局で薬剤師を働かせるよりも診療報酬のつく病棟で働かせた方が良く、そして引き上げられた処方箋料も得られるため、院外処方箋発行に繋がり、それが医薬分業進展となった。

経済誘導だけでは説明できない病院薬剤師の病棟への業務転換の要因、それを病棟の既存者が受け入れた理由、「物と技術の分離」の 때가緩やかな進展であったのに対してなぜ、1990年以降に急進展がみられるのかについては「伝播」「制度的同型論」といった理論枠組みを援用して説明を試みた。それは、病院薬剤師の病棟業務は「医薬品の適正使用」という政策に基づいており、この医薬品の適正使用という概念は薬業における価値観の変化を実現する概念であること。これは「患者中心の医療」「多職種連携・チーム医療」という点において医療の潮流というべき概念と共通点を含んでいる。これら共通点における合意が行政、その他の職種との間に形成され、より強固なコンセンサスが得られてより手厚い経済誘導や多職種間との軋轢の減少となり病院薬剤師の病棟への業務転換、経営的分業の進展に拍車がかかったと考えられるのである。つまり、医薬品の適正使用へのコンセンサスがもたらした急進展といえるのではないだろうか。

この急進展はしばらく続くのだが、それは、「医薬品の適正使用」に関する経済的誘導が続いたためと考えられる。

第5章 人と生活を見る薬剤師へ

—生活をしている人間そのものを支援する専門職への変化—

これまでの検討を通して、1990年代からの医薬分業の急進展は、薬業における価値観の変化をもたらした制度変更であったという考えに至った。21世紀になり、薬剤師の職能の変化もさらに顕著になってきたようである。医薬品の適正使用が提唱された1990年代では物をみる薬剤師（薬学）から人を見る薬剤師（薬学）への価値観の変化であると言えたが、21世紀のそれは人と生活を見る薬剤師への変化であるといえよう。人と生活を見る薬剤師とは、生活をしている人間そのものを支援する専門職である¹⁶⁴。本章ではその変化についてあきらかにしたい。

1. ファーマシューティカルケア

Clinical pharmacy (CP) の次に日本において病院薬剤師の新しい業務として認識され、取り入れられた pharmaceutical care (PC) とは、1989年に提唱された概念である。

このPCは提唱されて間もなく米国病院薬剤師会、米国薬科大学協会など全米での反響があったばかりではなく、欧州においても1991年の欧州評議会「薬事諸問題に関する専門委員会」の「地域薬局の役割と教育訓練に関するセミナー」での報告書のなかに pharmaceutical care が地域薬局の実践として取り入れられた。1994年3月に採択された欧州連合薬局業務規範 (GPP) では pharmaceutical care の各要素の目的が規定されるなど、その概念が欧米に急速に浸透していったことが伺える。さらに1993年のWHOの「第二回薬剤師の役割に関する会合（東京）」ではPCを薬剤師の行動原理としてとらえ、導入および定着の積極的推進が提言された。このようにPCは短い期間で国際的に薬剤師に認められ受容され伝播していった¹⁶⁵。Pharmaceutical Care をめぐる動きを表17に示す。

¹⁶⁴ 医療全体において、同じ傾向がみられる。辻哲夫も「臓器を診る専門家だけでなく、人を生活の中で総合的に診る医療がもとめられている」と述べている。辻 [2008] [辻哲夫, 2008] p 159

¹⁶⁵ 渡辺 [1994] pp25-42

表 17 Pharmaceutical care をめぐる動き

	欧米の団体	ファーマシューティカルケアに関する動き
1991	米国薬科大学協会 (ACCP) the American Association of College of Pharmacy	position paper を発表して PC の業務をおこなう技能を習得できる機会を準備する事を勧告した。
1991	米国薬剤師会 (APhA) American Pharmacist Association:	PC 作業部会メンバーを指名した。
1992	米国薬科大学協会 (ACCP) the American Association of College of Pharmacy	全ての薬科大学、大学薬学部の教育を6年制の新 Pharm.D コースに統一することが決定
1992	欧州連合 (EU)	開局薬剤師の業務に関する主要ゴールと行動指針で PC の主眼を患者の利益の上に置くことを指針とした
1993	米国病院薬剤師会 (ASHP) the American Society of Hospital Pharmacists	ファーマシューティカルケアに関する Statement を承認。ファーマシューティカルケアを薬剤師業務の中心に据えることとした
1993	WHO 第二回薬剤師の役割に関する会合	Pharmaceutical care を定義
1993	国際薬剤師連合 (FIP)	GPP (Good Pharmacy Practice) を策定
1994	欧州連合 (EU)	FIP の GPP を受けて GPP は (Good Pharmacy Practice in Europe) を策定

日本では徐々に取組まれていっており、その取り組みが始まるのは 21 世紀に入ってからである。1990 年代に日本に紹介されたにもかかわらず、その取り組みが 21 世紀に入ってからというタイムラグが起こった理由として考えられるのは、PC は QOL の改善をめざすという、人間の生活に深く関わる概念であるために、薬剤師が物を見る薬剤師から人を見る薬剤師へと変化するという段階を経て初めて可能になるということがいえること、つまり、人を見る薬剤師への変化がある程度進んだところで可能になる変化であったということである。具体的に言えば、医薬分業の進展や病院薬剤師の病棟業務が定着してからということである。それゆえ、21 世紀からの取り組みとなったと考えられるのである。

しかしながら、PC の概念を通さずに PC の行動原理に基づいた取り組みが行われているために、取り組みの開始の時期や広がりや確定することは難しい。

ここではこの Pharmaceutical Care (PC) について、この概念のどこが新しいのか、その背景・意義を明らかにし、薬剤師の職能変化にどうかかわっているかを考察してみることとする。

(1) 定義と背景

Pharmaceutical care (PC) は米国フロリダ大学の Hepler 教授によって 1989 年に提唱された。Hepler は *Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care* と題する論文の中で、PC とは実践する時の行動原理で、患者の QOL(Quality of Life)を改善する明らかな成果、つまり、(i)疾病の治療(ii)患者の症状の除去あるいは緩和 (iii) 症状の進行の停止あるいは緩徐 (iv) 疾病あるいは症状の予防の達成といった成果を目的とする薬物療法を、責任を持って遂行することと定義している¹⁶⁶。つまり、PC は薬剤師の手法や業務内容を具体的に示したのではなく、どういう目的や目標をもって薬剤師はその役割を果たすべきかという考え方(方針) やよりどころを示したものである。

QOL という目標をもって薬物療法に義務と責任を持って取り組むという原理を示したことであり、それは一例一例対応が違って当然のことであるからこそ、PC は原理(philosophy)でしか表現できない概念なのである¹⁶⁷。Hepler は、さらに論文の中で CP は機能の拡張でしかなく、義務と責任を持たなければ専門職の役割をなさないと述べている。

Hepler の主張によると、米国の薬学の職能の成長と発展の歴史を①伝統的時代、②過渡期③patient care 期 に分類することができ、clinical pharmacy の概念導入後の時代は過渡期、patient care 期が pharmaceutical health care の時代の始まりであるとした。なぜ、CP は過渡期で PC が patient care 期として区別されなければならないのだろうか。それについてこのように述べている¹⁶⁸。

Clinical pharmacy は薬物動態投与治療モニタリング (TDM) やドラッグインフォメーションのような薬学的サービスの拡張の機能的な概念でしかない。このような機能の拡張は一般に専門職の地位を高めるが、患者の福利に対する専門職の義務の文脈においてこの拡張した機能に対する義務を遂行しない限り薬剤師は専門職の役割を構成しえない。薬学的ヘルスケアに対する責任を持たなければ倫理的責務を放棄することになる。

Hepler は、薬剤師が患者への責任を持たなければならない事を重要視している。そのための臨床知識とスキル、適切な実践の原理や、実践のための組織構成が必要であることを述

¹⁶⁶この Pharmaceutical Care という概念を世界に発信した Hepler&Strand の 1990 年の “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical Care” という論文は世界中で読まれ支持された論文であることは Web of science を検索すると、pharmacology pharmacy 分野で 1990 年に出された 27484 件の論文の中で 6 番目に引用レポートの多い論文であることが示している。Pharmacology pharmacy 分野では本来、合成や効能など化学物質としての薬を扱うことがほとんどであるが、pharmaceutical care という理論に関する書物が 6 位に入っていることは驚くべきことである。本年 (2015) に入っても 4 件の引用があった。Hepler[1990]

¹⁶⁷ 薬学の教科書は全て philosophy を「哲学」と訳しているが、本論文では薬剤師の行動に対する基本的な考え方であるという意味で「原理」の方がふさわしいと考え(行動)原理、と訳すことにした。

¹⁶⁸ Hepler Strand [1989] Hepler Strand [1990]

べ、実践の原理を **pharmaceutical care**、組織構成を **pharmaceutical care system** と呼んだのである。一方、Walter Mullen は、PC と CP の差は、薬剤師の業務目的が患者の QOL と言い切ったというゴール志向の考え方を徹底したことであろうと述べている¹⁶⁹。

これらを考え合わせると、このようにいえるのではないだろうか。正しい薬を正しく用意（準備）することがかつての薬剤師の職務であった。しかし、新しく見出された薬剤師の薬学的サービスとしての CP は個々の患者への安全適切な薬物療法を実践していくことである。それをオプションのサービスであるかのように実践するのではなく薬剤師の責務と義務とするべきである。そして PC は患者の QOL の改善といった患者の生活におけるヘルスケアに関する目標（ゴール）に対して責任をもって職務を遂行するという原理である。

Hepler による、薬剤師のおかれた状況の分析と、向き合うべき使命の方向性、薬剤師の再専門職化（**reprofessionalization**）の動機と好機の見極めが間違っただけではなかったことはこの提案に対する反響の大きさや四半世紀近くたった今もその方向性が持続していることが示している。

それでは、どうしてこのような概念が登場したのだろうか。Hepler は、「薬剤師という職種が臨床実務の障壁の数々に打ち勝つことができない、いまだに役割を探索中の専門職である」という Anon の記述を紹介し、CP によって、薬剤師の役割は定義されることがなかったことを指摘している¹⁷⁰。また、PC が全米に異例ともいえる早さで浸透していった事について Mullen は、この浸透の早さは、薬学プロフェッションがそれだけ弱り切っており、「救いの手」を探していたことを示唆していると述べている¹⁷¹。これらから米国においても薬剤師の役割が定義されず、新しい職務を探さなければいけないという状況にあったことが伺える。そしてこの理由として医薬品の工業化が、安定な品質管理および生産を可能にし、薬剤師の職務内容が工業製品としての医薬品を計量するだけという専門職としては空虚なものとなりつつあったと述べている。つまり、本研究での概念「薬剤師の空洞化」への対処であったことは明確である。

日本の薬学関係者に **Pharmaceutical care** (PC) の概念が広く知れ渡ったのは 1993 年 8 月 31 日から 9 月 3 日にかけて東京で開催された第 2 回 WHO 薬剤師の役割に関する会合で PC を薬剤師の行動原理として据える提言が出されてからである。同 9 月 6 日から 10 日に同じく東京で開催された FIP (国際薬剤師連合) の国際会議では PC に関するシンポジウムが開催され活発な議論が行われた。

¹⁶⁹ Mullen [1997]

¹⁷⁰ Anon [1985]

¹⁷¹ Mullen は **Pharmaceutical Care** が一人の人物からとても巧みにまた説得力のある形で提言されている」とこと、「**Pharmaceutical Care** が、当時の実務を大きく変えていく可能性があるのに、あまり論議なしで、薬学の専門職集団に素早く採用されてきた」ことに驚きを示し、薬剤師の薬学的ケア (**pharmaceutical care**) という当たり前の名前の割に議論の俎上に載り、少なくともアメリカの薬学教育現場で浸透したことを指摘した。Mullen [1997]

雑誌などでも頻繁に取り上げられ、薬剤師の新たな職能であると注目された。

(2) PC の意義

PC の意義について整理してみると、以下の二つのことが重要であると考えられる。

- ①薬剤師が薬物療法に責任を負う義務があることを明確にして薬剤師の覚悟を求めた事。
- ②薬物療法の目標を治癒ではなく、患者ひとりひとりの QOL の改善を目指す outcome に求めた事。

薬剤師に求められる価値観の変化が薬剤師の行動原理に盛り込まれたのである。すなわちこれまで使われたことのなかった QOL の改善という概念が薬学の世界、あるいは薬物治療の中に持ち込まれたという点で画期的だったと言えるであろう。当時ひとときインパクトを与えた「患者の QOL の改善を目指す」という考え方は、これから自分たちが携わる薬物治療は「この病気にこの薬」というものではなく、ひとりひとりに合った薬の種類、量、服用方法、剤形を考えていかなければならない、といった認識へと変化させ、オーダーメイド医療という言葉が頻繁につかわれるようになった。そこでは、ジェネリックの利用推進が服用方法、剤形の変更を可能にしたことが、PC の遂行の助けになった^{1,2}。

この PC が薬業における価値観の変化であるとするれば、「人を見る薬学（薬剤師）」からその背後に生活というものがある、「人と生活を見る薬学（薬剤師）」への変化といえるのではないだろうか。

WHO の HP より Pharmaceutical care の定義を抜粋する。

Pharmaceutical care is a philosophy of practice in which the patient is the primary beneficiary of the pharmacist's actions. Pharmaceutical care focuses the attitudes, behaviours, commitments, concerns, ethics, functions, knowledge, responsibilities and skills of the pharmacist on the provision of drug therapy with the goal of achieving definite therapeutic outcomes toward patient health and quality of life.^{1,2}

¹ Hepler, CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J. Hosp Pharm, 1990; 47: 533-543

2. Commission to Implement Change in Pharmaceutical Education. A position paper Entry-level Education in Pharmacy: A Commitment to Change. American Association of Colleges of Pharmacy News. Special Report. Alexandria VA 1991

(3) 日本での PC の理解

「人と生活を見る薬学（薬剤師）」といった薬剤師の行動は近年では PC という概念を介さずに薬業の世界に自然に溶け込んで実践されていっているように思われる。その理由と

^{1,2} ジェネリックの利用推進のためジェネリックに限り薬剤師の判断での服用方法、剤形の変更が可能になり、患者の生活や体調に合わせた服用方法や剤形の変更が可能になった。

して考えられることは、日本に紹介されて以来、CP(Clinical Pharmacy)との違いが正しく理解されずにいたことにある。それは、病院薬剤師の間で始まったため、今でも一部の薬剤師の間では PC といえば「病棟薬剤師の業務や活動全般」と見る場合もある。加えて、QOL の改善とは評価が難しい概念であるにもかかわらず、現場ではその達成度を数値で求められることが多く、数値化することで QOL の改善の意味がその本質から離れて行ってしまいがちであったということが原因しているであろうと考えられる。例えば臨床的アウトカムを設定をしてそれに対する評価を行うことで薬剤経済学的研究を行う場合があるが、QOL の改善を考える時、望ましいアウトカムの設定をするのは患者自身で、その評価を行うのも患者でなければいけない。しかし、一律に設定した望ましいアウトカムを PC 達成の指標とするために本来の PC の意義がぶれてしまい、他の理念との違い、つまり CP との違いが分かりにくくなってしまいうということが起こっているのだと考えられる。

このような誤解が生じているために、Hepler の PC の精神（薬剤師の行動原理）は残念ながら正しく浸透しているとは言えない。しかし、PC という概念を使わずに PC の行動原理に基づいた行動で、現場で患者の生活に寄り添い支え、専門性を発揮している薬剤師の例が近年、学会発表で見かけられる。特に多いのが在宅・訪問薬剤師の分野である。以下にその事例を列挙する。

①在宅薬学会学術大会での発表例¹⁷³。

薬剤師は患者の訪問薬剤管理指導を退院時から担当した。患者は退院時 1 歳 1 ヶ月の重度の難病児で気管切開、経管栄養。保護者（両親）は目が離せない患児の介護を余儀なくされ疲弊していた。訪問薬剤師を続ける傍ら患児と両親の生活が成り立つように福祉への接続を試み、成人し自立するという患児の人生を見据えた支援を可能にするための多くの支援者、医療、福祉、ボランティアなどからなる支援体制の構築をその薬剤師自身で行ったという。

Hepler の PC の定義では、薬剤師が患者の QOL(Quality of Life)を改善する明らかなアウトカムの達成といった成果を目的とする薬物療法を、責任を持って遂行することとなっている。その薬剤師のとった行動は、本来ケアマネージャーか保健師が行うことだったと言われるかもしれない。しかし、それが叶わない現状で、保護者が疲弊しているは薬物療法の持続も、望ましいアウトカムも得られない状況であったのである。そうならば、「成人し自立する」という患児の人生を見据えた薬物療法を、責任を持って遂行するために、薬物療法が行える環境を自ら整えることもまた薬剤師の職能であるという事が言えるであろう。

②日本社会薬学会での発表例¹⁷⁴

¹⁷³ 第 8 回在宅薬学会学術大会シンポジウム 5 「住み慣れた処ですごしたい～小児、難病患者の在宅を支える薬剤師」 2015.7.20

¹⁷⁴ 日本社会薬学会第 33 年会一般演題 p 16 「ADHD 児に対する薬物治療に関して母親はどのような不安を抱えているのだろうか？」 2014.9.14-15

ADHD 児に対する薬物治療に対する母親の不安に関する調査で、薬剤師の否定的な声掛けは不安を強め、表面的な対応「おかわりありませんか？」やプライバシーへの不十分な配慮が母親の不快感を強めたのに対し、「給食はきちんと食べられていますか」といった子どもの日常生活を配慮した指導に母親は感謝を示したという。

ADHD 治療薬を使用する親には向精神薬を小児に使用する不安や抵抗感が生じ、副作用や飲み合わせの心配やいつまで飲ませるかといった不安と葛藤を抱く。日常生活への配慮のある指導に母親が感謝を示すということからわかることは、生活に寄り添うところに母親のニーズがあるということではないだろうか。PC の実践を考えるとときに重要なポイントとなるであろう。

(4) 在宅・訪問薬剤師

1993 年 10 月発足の厚生省在宅医療供給検討委員会報告書「薬剤師の在宅医療への参加のために」の中に、薬剤師の在宅医療への参加はまさしく PC の実践であると明記された。薬剤師の在宅医療参加には居宅療養管理指導費、在宅患者訪問薬剤管理指導料、寝たきり老人訪問薬剤管理指導料が 1994 年には新設され、2014 年には居宅での一部調剤行為が可能になりや緊急時の調剤の特例がみとめられるなど(新規則第 13 条の 3 第 2 号関係)在宅・訪問業務を支える環境が整ってきている。しかし、十分とは言えないというのが現場での声である。

2. まとめ

薬学における価値観の変化は物を見る薬剤師から人を見る薬剤師で止まったわけではなく、さらに人間(とその背後にある生活)を見る薬剤師に変化していった。人間を見る薬剤師への変化をもたらしたのは Pharmaceutical care (PC) という薬剤師の行動原理である。PC は、20 世紀の末に広がった QOL の改善をめざすという価値観への変化で、1993 年に日本に導入された。この価値観の変化は医療においても薬業においても共有されているものである。そして、今、21 世紀の医療とも言うべき方向性をもった新しい取り組みが始まっている。

ただ、PC は QOL の改善を目指すという計測不能な概念であるためにその理解もまちまちである。そのため、PC は十分理解されているとは言えない。しかし、PC という概念を通さずにこの価値観の変化をともなった地道な取り組みが始まっている。

終章 総括と今後の課題

1. 薬剤師の変化

ここまでの検証から、薬剤師の変化を「物を見る薬剤師から人を見る薬剤師へさらに人間を見る薬剤師へ」と表すことができるのではないだろうか。表 18 と表 19 に薬剤師の変化と、薬剤師の調剤の変化のイメージをまとめた。物を見る薬剤師とは、患者に渡す薬の正確さ正しさを追求する薬剤師である。人を見る薬剤師とはその患者（個々の患者）に渡すべき薬をその薬の情報を含めて正しく渡す薬剤師である。そして人と生活を見る薬剤師とは、その患者の背後にある生活も含めて、生活に寄り添い、その人の生活の質の改善を目指すために薬を渡し支援する薬剤師である。それは、在宅に限ったことではなく、もちろん病院内でも、保険調剤薬局でも、ドラッグストアでも学校でも可能なことであり、実践は始まっている。

薬業の価値観の変化を構成する特徴のひとつ、患者中心の医療という潮流は、いまや、「正当性」とも言うべき権威を伴って現れる秩序となってきたと理解してよいのではないだろうか。この「正当性」とも言うべき権威を伴って現れる秩序とはマックス・ヴェーバーによると、行為が、義務や理想といった原則に従うことで規則性以上の意義を有する場合に現れる社会関係の意味内容のことで、ただ習慣的に守られている秩序よりも、そしてただ目的合理的動機だけで守られている秩序よりも、行為が秩序に従う可能性が高くなるということである¹⁷⁵。さらに、QOLの改善を目標とするといった秩序もいまや「正当性」とも言うべき権威を伴って現れる秩序となりつつあると考えられるのではないだろうか。

表 18 薬剤師の変化

物を見る薬剤師：製剤→分析→調合→ハサミ調剤
人を見る薬剤師：医療者内での情報→医療者へ・患者への情報
人と生活を見る薬剤師：医療者・患者間での情報→患者の生活との接触・介入

表 19 薬剤師の調剤の変化のイメージ

	病院調剤 (薬剤師による)	診療所調剤 (非薬剤師による)	薬局調剤 (薬剤師による)
～1950	物を見る	物を見る	
1950～1970	人を見る (DI)	物を見る(ハサミ)	
1970～1990	人を見る (DI) (CP)	物を見る(ハサミ)	物を見る (ハサミ) (一部)人を見る (DI)
1990～	人を見る (DI) (CP)	(分業)	人を見る (DI)
2000～	人間を見る (PC に 則った CP、DI)	人間を見る (PC) *	人を見る (DI) 人間を見る (PC) **

*一部の医師 **在宅や一部の薬局薬剤師

DI:Drug information, CP:Clinical pharmacy, PC:Pharmaceutical care

¹⁷⁵ヴェーバー [1972] p p 50-51

2. 医薬分業の進展の要因

医薬分業の進展について5つの時代区分で検討した。

第1章では1956年の分業法施行までの80年間の日医と日薬の調剤権をめぐる闘争の時代を取り上げた。戦後GHQサムスの方針で医薬分業を促進させる政策がとられる。この時初めて医薬分業が政策の俎上に上がった。サムスの方針とは医師は技術で報酬を得るべきで薬で儲けるべきではないというものであった。

第2章は分業元年といわれる1974年になるまでの分業が進展しない20年間を取り上げた。物と技術の分離としての医薬分業が日本の政策のアジェンダに上がるが日医とのコンセンサスが得られず、医薬分業をおこなうための診療報酬システムが出来上がっていなかったことが要因で、医薬分業が進まなかったと考察した。この時期はまた、薬剤師の職能の空洞化が切実になってくる時代である。

第3章は分業元年以降の経営的分業が緩やかに進展し始める時期をとりあげた。これには日薬と日医と行政の間で「物と技術の分離」についてのコンセンサスが得られ、技術料としての処方箋料引き上げと薬価引き下げが起因していたと考えた。この時から「医薬分業」は「経営的分業」を指すようになる。

第4章は1990年代急速に分業が進展する時期を取り上げた。この時代の急進展の要因は薬業における価値観の変化であると考えられた。この価値観の変化とは「物を見る薬剤師（薬学）から人を見る薬剤師（薬学）」とあらわすことができる。この価値観の変化は薬剤師職能の空洞化をきっかけにして生み出された薬剤師の新しい職能や理念であるDI,CP;によってもたらされた。その特徴は①薬剤師が医療に直接かかわる②医薬品情報の収集と提供③患者ひとりひとりに合った薬物療法を行う④チーム医療・他職種連携をおこなうべきの4つである。これは、社会・医療においてみられる価値観の変化と共通の部分を持つために1970年代に比べて、はるかに大きなスケールでコンセンサスが得られたことが急進展の要因である可能性を示した。そのコンセンサスは国民をも巻き込み展開されていった強力なものであることを「伝播」という制度変化で説明を試みた。

第5章は1993年に日本に導入されたPC (Pharmaceutical care) という概念が、人を見る薬剤師（薬学）から人間を見る薬剤師（薬学）への変化をもたらしたことを示した。これもまた潮流というべき社会や医療における価値観の変化である「QOLの改善を目指す医療」と共通したものである。この影響がみられるのは実際には21世紀になってからである。というのは、QOLの実践は日本では医薬分業や薬剤師の病棟業務という環境が整ってから可能になったと考えられるからである。しかも、現在、PCという概念をあまり意識することなくその変化（QOLの改善を目指す）に沿った実践が行われてきているということが観察されている。

医薬分業の進展はコンセンサスのスケールがその進展の勢いの差となって表れたと考えた。表20に各アクターの要求と合意を示す。

表 20 各アクターの要求と合意

	日薬	日医	厚生省	日病薬
1章 ~1956 調剤権の獲得	分業要求	分業反対		
2章 1956~1974 物と技術の分離	分業要求 経営的分業	分業反対 技術料要求	国民皆保険と診療報酬制度 (1958) 国民医療費抑制 →薬価基準引き下げ (1967~)	院内薬局法制化要求 技術料要求
3章 1974~1992 物と技術の分離	分業要求 経営的分業	技術の評価 技術料引き上げ (処方箋料)	国民医療費抑制 安全性・有効性 →薬価基準引き下げ 技術料引き上げ 処方箋料↑1974	院内薬局法制化要求 技術料要求
4章 1992~2000 患者中心 多職種連携	分業要求 経営的分業	技術の評価 技術料引上げ	安全性・有効性 医療費抑制 →薬価基準引き下げ 技術料引上げ 適正使用 (1993)	DI, CP の実施 病棟業務 調剤技術基本料
5章 2000~ 患者中心 多職種連携 QOL改善	分業要求 PC 実施 地域医療		国民医療費抑制 安全性・有効性 適正使用	DI, CP の実施 病棟業務

はコンセンサスが形成されている部分

3. 医薬分業と今後の研究課題

(1) 米国の薬剤師専門職の理論と歴史から

日本の医薬分業は処方箋料の引き上げという処方箋交付の促進ではじまった。これに対し米国での興味深い研究がある。米国の経済学者である D.A. Savage による薬剤師職能の

理論と歴史について分析である¹⁷⁶。Savage は、米国の処方箋薬と OTC との分離の原因について分析し 1950 年頃の米国の薬剤師の職能変化について説明している¹⁷⁷。

これによると、1940 年代まで処方箋は法的にも習慣的にも必要とされていないという状態であった。つまり、米国でも医薬分業が行われていなかった。しかし、1950 年代に Durham-Humphrey 法 (DH 法) ができ OTC か処方薬かに分けられた。それ以降、劇的に処方箋が増えたということである。この DH 法ができた根拠は Elixir Sulfanilamide という薬の副作用による薬禍が社会問題になったことがきっかけとなっている。この DH 法によって OTC については安全性確保のためにラベルに記載する項目が厳格に決められた (ラベリング薬) その一方、処方薬 (prescription-only) は医師や歯科医師、獣医師から提供される薬であるので患者に直接詳細な情報を提供することで、厳格なラベリングの規定から除外された。

DH 法施行初期においては、OTC/prescription-only の指示は自由裁量で製薬会社の自由であったが、法律の改定で、ラベリング薬か処方薬かの薬学的ガイドラインが設けられた。つまり、処方薬が法的に決められ、処方薬 (prescription-only の薬) については必ず処方箋が必要となったということである。

Temin はこれを、とりわけ薬剤師と医師に製造者と流通者として影響を及ぼす、医薬品と流通の構造的な変革と述べている。一方、Savage は OTC と処方薬の分離は、薬局に保証収入をもたらす医師と薬剤師の間に境界を構築するという思いがけない効果をもたらしたと述べている。米国においては OTC と処方薬 (prescription-only) を分離することがそれだけ大きなインパクトを与えたということである。

また Savage は次のような指摘もしている。近年 10 年 (筆者注: 1980 年代以降) 薬局はその専門的なステータスの重要な部分を失い始めた。医薬品の研究と発展、製造の技術革新は、個人の薬剤師の活動範囲と権威の使用可能な範囲を縮小していると述べている。また、同時に彼らの実習はさらに厳格になっており、それらは薬の調剤という単純な日常業務に対して明らかに資格過剰な実習だと指摘している。これはまさしく薬剤師職能の空洞化についての記載であるが、これに対して Savage は外面上の評価と特化した専門能力を築き上げることで薬剤師はもっとも尊敬すべき専門職にランクインさせるという成功 (筆者注: 米国では尊敬すべき職業の上位に薬剤師が入っている) に導いていると述べている。それは Pharm D と呼ばれる非論文博士号を与えることで病院や地域社会の中で医師と対等以上に交流することができるようにするという方法を使ってであると指摘する。このことは日本の薬剤師教育 6 年制への教育改革と通じるものがある。

この研究にはいくつかの示唆がある。①日米、全く違う理由からであるが処方箋交付が促進され医薬分業を進展させているということ。②安全性の確保のためのラベリングや口頭説明という情報提供の必要性が医薬分業の進展に係わっていること。③薬剤師職能の空

¹⁷⁶ Savage [1994]

¹⁷⁷ Temin [1979]

洞化についての対処を教育によって行っていたということ。④薬剤師に権威をもたせること（Pharm D）で薬剤師の社会的評価を確立したこと。これら4つの示唆は、薬剤師の専門職能を考察するうえで重要な論点である。分業が進展する時期の違いの要因が何であったのかなどを含め、今後の課題となる。

また、米国だけでなく、ヨーロッパでの20世紀～21世紀の薬業の変化の比較研究が必要である。なぜならば、ヨーロッパでは医薬分業の形が20世紀になるまでにすでに出来上がっていた。そのようなヨーロッパにおいて薬剤師職能の空洞化がどう影響を与え、どのような変化をもたらしたのかということをも明らかにすることも薬剤師の役割を考える上で重要な情報を与えるであろう。

また、海外では医薬分業が機能的分業、経営的分業という視点でみた場合にどういう扱いになっているのか、それは時代で変化しているのかどうか、それが何を意味しているのかを明らかにすることで日本の今ある経営的分業というものが単なる経路依存なのか現在の医療にとって意味のあることなのかを明らかになってくるだろう。そうすれば今問題になっている院内薬局（敷地内薬局）の議論に示唆を与えることができるであろう。

（2）本研究の限界と今後の課題

本研究では医薬分業が1970年代と1990年代では違う要因で進展したことを注目してその意味を検証した。それらを検証するために薬剤師職能の空洞化、物と技術の分離、医薬品の適正使用（薬学における価値観の変化）といった概念を用いた。

医薬分業を促進させたメカニズムはこれまで明らかにされていなかった。このメカニズムを解明するために、本研究ではその大きな構造変化を捉えることに主眼を置いた。そのため、それぞれを支える根拠がまだ甘いことを認めざるを得ない。

たとえば、1970年代と比較して1990年代では医薬分業の進展率が高くなっていることの説明を、「物と技術の分離」と「薬業における価値観の変化」という医薬分業の目的へのコンセンサスの規模、内容の違いがその進展率の違いとなっているという解釈でおこなった。つまり、物と技術の分離では、日医、日薬、行政との間のコンセンサスであったのに対し、薬業における価値観の変化は、日医、日薬、行政、日病薬との間のコンセンサスだけでなく、現場の医師や看護師、薬剤師、さらに、それを利用する患者、国民の理解、コンセンサスが得られたことが1970年代と1990年代の進展率の違いに現れたと解釈した。すなわち、この解釈によると国民も巻き込んだスケールの大きなコンセンサスでは、職能団体と行政内でのコンセンサスよりも力強く制度変化を起こしたと理解しているのである。この理解のために本研究ではピアソンの理論を援用した。ピアソンの『ポリティクス・イン・タイム』は政治過程の歴史分析の理論を示したものである。はたして、医療政策としての医薬分業を理解するのに対してこの援用が適切なものかどうかの検証も必要である。

また、潮流や価値観の変化といった概念の検証も更に必要であろう。潮流や価値観の変化そのものは捉えることが難解で定義することは不可能と考えられる。というのは、潮流や価値観自体もまた変化を重ねながら常に変わっていつていると考えられるからである。

それに加え、そもそも潮流や価値観の変化というものがなぜ起きているかも簡単にわかるものではないからである。そこで今回は「患者中心の医療」「多職種で連携すべきである」という価値観へと確かに変化が起きているという前提で議論した。しかし、本研究で取り扱った潮流や価値観について、少なくともどの時期にどのくらいの人々の意識の中にどのくらい浸透していたのかの実態について多少でも掴めることができればさらに本研究の論証の有効性に役立つであろう。また、明治期から 100 年間、医薬分業が進展しなかったことを筆者は調剤権の闘争の時代だったため政策的な合意が存在しなかったからだとした。なぜ、調剤権の闘争の域を出なかったのかについてまだ明らかにはなっていない。本研究は薬剤師職能変化のメカニズムの骨組みの部分を解明したのみであり、今後それに対する検証をかさね、肉付けしていかなければならない。

また、本論文では最後に触れたファーマシューティカルケアに関する研究も今後の課題である。課題は山積していると言えるであろう。

4. おわりに

今、薬剤師をめぐる議論が活発化している。コンビニよりも多いと言われる薬局を健康づくり支援薬局という新しいヘルスケアシステムの一部として活用させることが検討されている。そのために薬剤師の役割、薬局の役割についての見なおしが薬剤師の内部でも活発に行われている。

本研究では 21 世紀の薬業の変化は人と生活を見る薬剤師、薬学であると指摘した。その取り組みは始まっているが、5 章で述べたように、ファーマシューティカルケアの実践という認識はあまり持たれていないようである。しかし、そのような概念を介さなくてもひたむきに患者さんに寄り添い、そして地域の人々とともに地域の人々の生活を支える薬剤師たちを見かける。薬局の中において何をすべきなのかという意識を高く持っていれば自然にそのような振る舞いになっているように思われてならない。

なぜ、そのような振る舞いができるのか。それは、地域の人々の望んでいることであり、社会が望んでいることだからではないかと考えた。それこそ、潮流というべき価値観の変化なのではないだろうかと考えるのである。本研究では、薬業における価値観の変化が潮流というべき価値観の変化と共通したものがあることを何度か指摘してきた。薬業がこの価値観に沿うような形で医薬分業というシステム変化を起こしている可能性があるのではないかと考えられるのである。あるいは、システムの運用上の変化であるかもしれない。

かかりつけ薬局や健康づくり支援薬局の議論を見てもそれが感じられる。議論されているのは薬を渡されるだけの薬局ではない、人々が生活の中で利用する薬局である。それが何なのかを歴史をもう一度見直すことでさらに深く考察していきたい。

引用文献

書籍

- 秋葉保次 他 [2012], 『医薬分業の歴史 証言で綴る日本の医薬分業史』 薬事日報社.
- 天野宏, 百瀬弥寿徳[2014], 『まず薬局へおいでなさい—薬学の巨人清水藤太郎』
みみずく舎.
- 天野宏 [1998], 『明治期における医薬分業の研究』 ブレーン出版会
- 天野宏 [2000], 『概説 薬の歴史』 薬事日報社
- 猪飼周平 [2010], 『病院の世紀の理論』 有斐閣.
- 池上直己, 遠藤久雄 [2005], 『医療保険・診療報酬制度』 勁草書房.
- 池田松五郎 [1929], 『日本薬業史』 薬業時論社.
- 池松重行 [1932], 『医薬制度と分業運動史』 医薬法令刊行会.
- 市村光恵 [1916頃], 『医薬分業は断じて不可なり』 関西医師大会
- 岩渕豊 [2013], 『日本の医療政策—成り立ちと仕組みを学ぶ』 中央法規出版株式会社.
- マックス・ヴェーバー [1972], 『社会学の根本概念』 (清水幾太郎, 訳) 岩波文庫.
- 遠藤浩良, 奥田潤, 中村健 [2003], 『社会薬学.』 南江堂.
- 川上武 [1975], 『医療復権のために 開業医・チーム医療・医療史』 勁草書房.
- 厚生省薬務局 [1993], 『21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会 報告』 薬事日報社.
- 小坂富美子 [1997], 『医薬分業の時代 増補版』 勁草書房.
- 斎藤太郎 [1979], 『臨床薬学講座 I 臨床薬学総論』 地人書館.
- 斎藤太郎 [1980], 『臨床薬学講座VII Drug Information』 地人書館.
- 島崎謙治 [2011], 『日本の医療 制度と政策』 東京大学出版会.
- 新村 拓 [2011], 『国民皆保険の時代 1960, 70年代の生活と医療』 東京大学出版会.
- 武見太郎 [1983], 『実録日本医師会』 朝日出版社.
- 竹前栄治編 [2007], 『GHQ サムス准将の改革』 桐書房.
- 辰野高司 [2001], 『日本の薬学』 薬事日報社.
- 谷岡忠二 [1973], 『創立80周年記念 日本薬剤師会史』 日本薬剤師会.
- 谷岡忠二, 他 [1994], 『創立百年記念 日本薬剤師会史』 日本薬剤師会.
- 辻哲夫 [2008], 『日本の医療制度改革がめざすもの』 時事通信社.
- 二至村菁 [2002], 『日本人の生命を守った男 GHQ サムス准将の闘い』 講談社.
- 日本医師会 [1977], 『日本医師会 創立記念誌 戦後五十年のあゆみ』 日本医師会.
- 日本病院薬剤師会 [2005], 『日本病院薬剤師会 50年史』 日本病院薬剤師会
- ポール・ピアソン [2010], 『ポリティクス・イン・タイム』 (粕谷祐子 監訳) 勁草書房
- 藤森宗吉 [1977], 『医薬分業百年の裏表』 東西医学社.
- 松井壽一 [1991], 『薬の文化誌』 丸善.
- 松繁卓哉 [2010], 『「患者中心の医療」という言説 患者の「知」の社会学』 立教大学出版
会.

- 水野睦郎 [1970], 『欧州の薬剤師と薬局 薬剤供給制度の今日的課題』 薬業時報社.
- 三宅康夫 [2001], 『日本製剤技術史—20 世紀の製剤技術—』 じほう.
- 山川浩司 [2000], 『国際薬学史』 南江堂.
- 結城康博 [2006], 『医療の値段—診療報酬と政治—』 岩波新書.
- 湯之上隆、久木田直江 [2011], 『くすりの小箱—薬と医療の文化史—』 南山堂
- 渡辺徹, 他 [1994], 『ファーマシューティカルケア』 薬事日報社.
- Sams, F.Crawford [1998], “Medic : The Mission of an American Military Doctor in Occupied Japan and Wartorn Korea”, New York: An East Gate Book, Chapter 1~23.

雑誌の掲載論文

- Anon [1985], “ Directions for clinical practice in pharmacy ” , Session II workshops, Removing barriers to clinical practice, *Am.J.Hosp.Pharm*, 42, 1332-1335.
- Bouchard, Vincent E. 菅家甫子訳 [1970], 「薬局の臨床活動」『日本薬剤師会雑誌』 ,
- Burkholder, David, 堀岡正義、高田勝美訳[1964], 「ドラッグインフォメーションセンターの設立と運営の体験」『薬局』 pp1401-1406.
- Francke, G.N. 菅家甫子訳[1970], 「Clinical Pharmacy の進展」『日本薬剤師会雑誌』 22 (7), pp39-44.
- Hepler, Charles D. & Linda M. Strand [1989], “Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care”, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 7s - 15s.
- Hepler, Charles D.& Linda M. Strand [1990], “Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care”, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 533-43.
- DiMaffio, Paul J.& Walter W. Powell [1991]. “Introduction”, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*: Chicago, University of Chicago Press, 1-38
- Jepperson, Ronald L. [2001], “ The Development and Application of Sociological Neoinstitutionalism,” *Europian Forum Series*: Florence, European University Institute .
- Mullen, Walter, 水野善郎訳[1997], 「ファーマシューティカルケア」『月刊薬事』, 39 (4), pp15-19.
- Savage, Anne Deborah [1994], “ The Professions in Theory and History: The case of Pharmacy, ” *Business And Economic History*, vol. 23 (2), pp129-160.
- Temin, Peter [1979], “ The origin of compulsory drug prescriptions,” *The Journal of Law and Economics*, vol. 22, pp91-105
- 久保文苗[1967], 「薬の専門家としての薬剤師（特に開局薬剤師）とドラッグ・インフォメーション」『日本薬剤師協会雑誌』 19 卷, pp7-14
- 小林輝明, 他[1988], 「病院薬剤師職能の新たなる展開（4-完）—いわゆる 100 点業務について（医薬品情報の提供と問題点）」『月刊薬事』 30 卷 12 号, pp2557-2562.

- 杉本秀義[1969], 「保健所から見た病院薬局の法制化」『薬局』, 20 巻 6 号, pp839-840.
- 辰野美紀[1993], 「近代病院薬剤師の職業専門化の歴史的過程 (第 1 報) フランスの旧体制下の施療院における調剤」『薬史学雑誌』 28 巻 1 号, pp20-27.
- 濱田彰訳 [1994], 「欧州連合の薬局業務規範 (GPP) —欧州の新たな薬局/薬剤師像の確立に向けて—」『日本薬剤師会雑誌』 46 (6), pp811-819.

引用記事

- 日本薬剤師会[1950], 「私の薬局」『日本薬剤師会雑誌』, 9 巻, pp12-15
- 日本薬剤師会[1951], 「私の薬局」『日本薬剤師会雑誌』, 10 巻, pp18-19

参考図書

- Kremers Edward & George Urdang [1976], *Kremers and Urdang's History of Pharmacy*, Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Francke, Don E. [1964], *Mirror to hospital pharmacy : a report of the audit of pharmaceutical service in hospitals*, Washington D.C., American Society of Hospital
- Zellmer, William A. [1986], *Overviews of the History of Hospital Pharmacy in the United States*, Brown Thomas R. & Smith Mickey C, *Handbook of institutional pharmacy practice*, Pennsylvania : pp 19-32. From Making Medicines to Optimising Outcomes

資料

通知

- 1982.5.27, 薬発第 506 号・保発第 34 号・薬企発第 25 号・保険発代 44 号 「調剤薬局の取り扱いについて」(厚生省薬務・保健局長・薬務局企画課・保険局医療課),
- 1993.4.30, 薬発大 409 号, 「薬局業務運営ガイドラインについて」(厚生省薬務局)
- 2007.12.28, 医政発 1228 第 1 号, 「医師及び医療関係職と事務員等との間等での役割分担の推進について」(厚生労働省医政局長)
- 2010.4.30, 医政発 0430 第 1 号 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(厚生労働省医政局長)
- 2014.1.21 薬食総発 0121 1 号 「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について (厚生労働省医薬食品局総務課長)

報告書

- 文部省 国公立大学薬学部長会議薬学教育のあり方を検討する薬学教育分科会[1981], 『薬学教育のあり方について』

厚生省薬剤師養成問題検討委員会[1994],『報告書 医療人たる薬剤師の資質向上に向けて』
厚生省在宅医療薬剤供給推進検討委員会[1994],『報告書 薬剤師の在宅医療への参加のため』
厚生省一般用医薬品承認審査合理化等検討会[2002],『中間報告書 セルフメディケーションにおける一般用医薬品のありかたについて』
日本再興戦略[2014],『日本再興戦略改定 2014—未来への挑戦—』
(各団体報告書)
薬学教育協議会・日本薬剤師会 [1982],『薬学教育懇談会報告書』
薬学教育協議会[1984],『薬学教育の教科内容と修業年限に関する専門委員会 中間答申書』
薬学教育協議会 [1986],『薬学教育の教科内容と修業年限に関する専門委員会答申』
日本病院薬剤師会学術委員会学術第 5 小委員会[2008],『報告書 ファーマシューティカル
ケアの薬剤経済学的研究に関する検討』
くすりの適正使用協議会[2013],『RAD-AR 活動のあり方に関する検討会報告書』
日経 BP コンサルティング[2011],『薬局のかかりつけ機能に係る実態調査』

政府および機関、団体刊行物、ステートメント

AACP (the American Association College of Pharmacy). Commission to implement Change in Pharmaceutical Education a Position Paper Entry-level Education in Pharmacy a Commitment to Change. (2013 年 1 月 31 日取得,
<http://www.aacp.org/resources/historicaldocuments/Documents/COMMISSPOS PAPER3.pdf>)
ASHP (American Society of Health-system Pharmacists) [1992], ASHP Statement on Pharmaceutical Care. (2013 年 1 月 31 日取得,
<http://www.ashp.org/doclibrary/bestpractices/orgstpharmcare.aspx>)
FIP (Federation Internationale Pharmaceutique), From Making Medicines to Optimising Outcomes. (2014 年 8 月 18 日取得
http://www.fip.org/files/fip/publications/UCL_BOOKLET_Web.pdf)
WHO (World Health Organization) [2000], Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication. (2014 年 4 月 6 日取得,
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>)
WHO (World Health Organization) [1994], The role of the pharmacist in the health care system. (2012 年 9 月 8 日取得,
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>)
厚生省編 [1976]『医制百年史』ぎょうせい。
厚生(労働)省編『厚生(労働)白書』各年
厚生(労働)省編『医師・歯科医師・薬剤師調査』各年

厚生（労働）省『賃金構造統計基本調査』各年

厚生（労働）省『社会医療診療行為別調査』各年

日本薬剤師会. [2008], 『日本薬剤師会の現況 2008-2009』 日本薬剤師会パンフレット.

参考資料(付表)

付表1. 薬価基準改定の推移

改定 年月日	収載 品目数	改定率		備考
		薬剤費	医療費	
42.10.1	6831	-10.20%		
44.1.1	6874	-5.60%	-2.40%	
45.8.1	7176	-3.00%	-1.30%	
47.2.1	7236	-3.90%	-1.70%	
49.2.1	7119	-3.40%	-1.50%	
50.1.1	6891	-1.55%	-0.40%	
53.2.1	13654	-5.80%	-2.00%	銘柄別収載
56.6.1	12881	-18.60%	-6.10%	
58.1.1	16100	-4.90%	-1.50%	81%バルクライン方式
59.3.1	13471	-16.60%	-5.10%	
60.3.1	14946	-6.00%	-1.90%	
61.4.1	15166	-5.10%	-1.50%	
63.4.1	13636	-10.20%	-2.90%	修正バルクライン方式
1. 4.1	13713	2.40%	0.65%	消費税分の引き上げ
2.4.1	13352	-9.20%	-2.70%	
4.4.1	13573	-8.10%	-2.40%	加重平均値一定価格幅方式R15
6.4.1	13375	-6.60%	-2.00%	R13
8.4.1	12869	-6.80%	-2.60%	R11 薬価算定方式の一部変更及び材料価格等含む
9.4.1	11974	-4.40%	-1.27%	R10(長期収載医薬品R8)
10.4.1	11692	-9.70%	-2.70%	R5(長期収載医薬品R2)
12.4.1	11287	-7.00%	-1.60%	調整幅2%
14.4.1	11191	-6.30%	-1.30%	調整幅2%(先発品一定率引き下げ)
16.4.1	11993	-4.20%	-0.90%	調整幅2%(先発品一定率引き下げ)
18.4.1	13311	-6.70%	-1.60%	調整幅2%(先発品一定率引き下げ)
20.4.1	14359	-5.20%	-1.10%	調整幅2%(先発品一定率引き下げ)
22.4.1	15455	-5.75%	-1.23%	調整幅2%(先発品一定率引き下げ)
24.4.1	14902	-6.00%	-1.26%	調整幅2%(先発品一定率引き下げ)

付表 2. 薬局薬剤師と病院薬剤師数と薬局店舗数の推移（『衛生年報』、『厚生統計年報』、『社会福祉施設調査報告』、『衛生行政業務報告』、『医師・歯科医師・薬剤師調査報告』より作成）

西暦	年号	総数(人)	薬局薬剤師(人)	病院薬剤師(人)	薬局店舗数
1954	昭和 29	51132	19700	7423	17945
1956	31	52418	21078	8271	19563
1958	33	52779	22632	8957	20737
1960	35	60257	23348	9575	21119
1962	37	62645	23260	10133	21020
1964	39	66600	23709	10724	21149
1966	41	70810	24709	11927	21870
1968	43	74336	26154	13142	22922
1970	45	79393	27681	14627	24005
1972	47	85140	29427	16275	25257
1974	49	91402	30273	18089	26012
1976	51	97474	31323	19256	27580
1978	53	104693	23168	22075	28974
1980	55	116056	30677	25830	31346
1982	57	124380	39751	28971	33287
1984	59	129760	42173	31445	34689
1986	61	135990	43749	33947	35783
1988	63	143429	45963	38339	36142
1990	平成 2	150627	48811	41214	36981
1992	4	162021	52226	43416	37532
1994	6	176871	60866	45553	38773
1996	8	194300	69870	46984	40310
1998	10	206953	81220	49039	44085
2000	12	217477	94760	48150	46763
2002	14	229744	106892	47536	49332
2004	16	241369	116303	48094	50600
2006	18	252533	125254	48964	51952
2008	20	267751	135816	50336	53304
2010	22	276517	145603	52013	53001
2012	24	280052	153012	52704	55797

