

地域社会における医薬分業と 患者に対する情報開示（下）

Division of Role between Doctor and Pharmacist in Community; Its Influence on Informed Consent

田 口 宏 昭

Hiroaki Taguchi

— 目次 —

はじめに

- 1 医師-患者関係と権力
- 2 医療社会関係におけるコミュニケーションの二つの型
- 3 情報開示対パターナリズム
- 4 患者の権利とQOL
(以上は「上」)
(以上は「下」)
- 5 院内医薬分業の展開
- 6 地域社会における医薬分業の展開
- 7 薬剤師役割の展開
- 8 服薬自己管理と自己治療
- 9 患者の参加と自己決定

むすび

5 院内医薬分業の展開

医療財政の逼迫という事態の進行を理由に、政府が薬価差益の圧縮政策をとっていることについてはすでに述べた⁽¹⁾。もう一つは在宅医療政策である。うち前者の効果は、院内医薬分業の展開となっており、後者は地域社会における医薬

分業の展開としてそれぞれ一部地域においてその具体化が進行中である。この両者に検討を加える前に、医薬分業を二つに区分しておこうと思う。

医薬分業は、その法的規定の有無によって任意医薬分業と強制医薬分業に分かたれるが、調剤権が法的に薬剤師のみに認められる強制医薬分業に対して、この調剤権が医師にも留保されたままであるのが任意医薬分業である。

医薬分業をこのように区分したうえで、まず第一の具体化としての医薬分業の展開について見ておくことにしよう。従来、院内薬剤師の仕事の空間は、医師や看護婦（士）など、他の医療職種に従事者のそれとは明確に区画され、薬効や副作用の情報なども薬剤師にフィードバックされることがほとんどなく、医師からの一方向的な処方指示にしたがった製剤・調剤、薬剤の供給に限定される傾向があった。

ところが現在、薬剤師を取り巻く環境は大きく変化しようとしている。状況は、従来型の不完全な分業としての任意医薬分業から強制医薬分業への過渡期にある。強制医薬分業の法制化は、第二次大戦後、GHQが勧告したにもかかわらず、医師集団の抵抗にあって実現を見なかつた経緯があるが、近い将来それが実現される可能性が強まっている。医師による専門家支配がさまざまな弊害を生み、その改革の一環として本格的な医薬分業への移行が社会的にも要請されているのであるが、一挙に薬剤師のみに調剤権を法的に認めるという強制的医薬分業に移行しないのには次の二つの条件が考えられる。一つには、受け皿としての薬剤師会が新しい変化に十分対応しきれていないこと、すなわち、医薬分業の一翼を担うべき現職の薬剤師たちが本格的な医薬分業体制のもとで要求される臨床薬剤の知識を十分蓄えていない現状があったからである¹²⁾。二つ目の理由として、薬務行政側が、一挙移行した場合に起こりえる医師会の強い抵抗を予想して、いわば外堀を埋める戦略を取ろうとしていることをあげることができる。

医薬分業はこのような過渡的段階にあるのだが、強制医薬分業へ向けての任意医薬分業の急速な展開は、その諸条件について考えた場合、たしかに一つの条件づけとして、先ほど言及したように、政府による政策的誘導によるところが大きい。事実、たとえば1988年の医療法改正によって、入院調剤技術基本料

が日本ではじめて認められ、臨床薬剤業務の活動が開始されたことなどをあげることがきる。その後、医療法が数次にわたって改正される度に、この入院調剤技術基本料の引き上げ改定が行われ、1997年現在600点が認められるに至っている。このことによって、薬剤師を雇用する病院は、対人サービスプロフェッションとしての臨床薬剤師を病棟に配置することによって自ずと600点報酬が病院会計に加算され、薬剤師を院内薬局にすべて留めておく理由は病院管理者にとっては全くなくなり、病棟での臨床薬剤業務が比重を増していくための経済的条件が整ったことになる。

この大転換のもう一つの条件は、1988年に至るまでの、医薬品情報活動や薬物治療モニタリング (TDM) 等の分野における医師の協力を得た一部の薬剤師たちの先進的取り組みが継続的に行われていたことである⁽³⁾。そしてそれは単に臨床の場の確保というにとどまらず、薬の専門家としての薬剤師の本来の専門性を確認し、その専門性に相応しい知識と技術を臨床の場で獲得していくことを目標とした営みでもあったと理解できるのである。そしてさらには、臨床の場でチーム医療という形での新たな社会関係のあり方の構築と、薬剤師がそこから排除され医師の支配が貫徹してきた医療チームの再編成を促す過程でもあったと見なすことができるのである。現在、その過程は点から線へと、線から面へと広がりを持ちつつある。

6 地域社会における医薬分業の展開

次に第二の具体化としての地域社会における医薬分業の展開について、それを概観しながらいくつかの問題について考えてみる。

医薬分業は医療機関と調剤薬局との間の単純な分業ではなくて、実際はもっと入り組んだ複雑な形で展開している。すなわち一方において、病院が訪問看護サービスを地域の在宅医療患者を対象として実施しているように、業務を院内で完結するのではなくて、訪問薬剤指導管理サービスを在宅の患者に提供するシステムを病院側は作ってもよいようになってきている⁽⁴⁾。そして他方、調剤薬局においても、従来のように単に薬局内で薬剤師の業務が完結するのではなくて、かかりつけ薬局として医師と連携を取りながら訪問服薬指導管理サービ

スを提供する機能を期待されているのである。ただしそこで、病院の訪問服薬指導管理サービスと調剤薬局の訪問服薬指導管理サービスが同一地域で入り組む可能性もあり、訪問服薬指導管理サービスの提供が各地域社会において一般化していく過程でその利害を当事者がどのように調整していくかの課題がいずれ表面化してくるであろう。

過渡期の医薬分業の一端を、まずは院外処方箋の年間発行枚数の変化という量的な側面からとらえることから始めよう。⁽⁵⁾ 1974年までは院外処方箋の発行枚数は1千万枚に満たなかったが、1975年以降は増加し続け、1985年には1億1千万枚に迫り、1993年には2億枚を越えた。そして1997年には4億枚を越えている。このように院外処方箋の発行枚数が飛躍的に伸びたのは、院外処方の調剤料の点数を院内調剤のそれよりも高く設定するという政策が取られたからである。これに呼応するかのように調剤薬局の数は著しく増加し、1960年には2万機関に満たなかったものが1993年には3万3千機関を上回るまでになっている。⁽⁶⁾

薬価差益の圧縮政策は、このように院外処方箋の著しい増加という形であらわれた医薬分業を推し進めることになったが、政府と薬剤師集団が国際的な場でのより一層の医薬分業の世論の高まりを国内での医薬分業の推進力として導入する動きもあったことをここで指摘しておく。1994年に発表された在宅医療薬剤供給推進検討委員会の報告書である『薬剤師の在宅医療への参加（指針）』は、薬剤師の活動を支える基本理念として、米国を中心として発展してきた「ファーマシューティカルケア」という概念にまず言及し、これを基本前提として今後の医薬分業体制と在宅医療への薬剤師の参加の構想を具体的に描き出している。⁽⁷⁾ そこでこの点について若干触れておく。

それによると1993年の「第2回薬剤師の役割に関するWHO東京会合」において「ファーマシューティカルケア」は、次のように定義されたようである。「ファーマシューティカルケアとは、薬剤師の活動の中心に患者の利益を据える行動哲学である。ファーマシューティカルケアは、患者の保健およびQuality of Lifeの向上のため、はっきりした治療効果を達成するとの目標をもって薬物治療を施す際の、薬剤師の姿勢、行動、関与、倫理、機能、知識、

責務並びに技能に焦点を当てるものである。」⁽⁸⁾薬局のなかで製剤と調剤の役割に限局されていた従来型の薬剤師に対してこの概念は役割観念の大転換を促すものとなっている。患者の利益を第一に考え、「はつきりした治療効果を達成する」ためには、与薬後の薬効の追跡をしなければならないであろうし、医師による処方のなかに誤りを見ついたり、副作用情報を医師に提供したり、あるいは相互作用の可能性を医師に勧告したりする役割も果たさなければならないであろう。広い視野と冷静な判断力、責任感を薬剤師に要求しているのが、このファーマシューティカルケアの概念にほかならない。

また、報告書は次のようにも述べている。「ファーマシューティカルケアは、薬局という枠を飛び越えて、様々な場所での薬剤師のサービスを可能にするものであり、在宅医療への薬剤師の参加は、まさにファーマシューティカルケア実践の場であると言えよう。」⁽⁹⁾かつての「点」から、広がりを持った「面」へと「薬局という枠を飛び越えて、様々な場所での薬剤師のサービス」の可能性を展望し、面的な広がりの中での医と薬の分業、両者が有機的に連携しながらの面分業をここで構想しているのである。ある意味において医薬分業を進めるための大義名分として利用されているかの感があるこのファーマシューティカルケアの概念だが、患者の利益を優先する理念としては確かに訴えるところがある。筆者としては、この理念と医療にかかわる諸集団の利害の間の相克、緊張の動態として今日の面分業化が進行していると理解している。

もちろんここにおいて、戦後日本の医療行政が患者の利益を基本に据えたそれであったかどうか極めて疑問であることを表明しておかなければならない。実は、医療行政官僚と医師会との権力バランスが崩れて行政官僚が優位に立つなかで、医薬分業が推進されていると理解することは見当外れではないと筆者は考える。そして、行政官僚が意図するところが何であれ、医師と薬剤師を並立させて位置づける面的医薬分業が実現すれば、結果として患者の主体的かわりの意識は過去のどの時期よりも増進することを期待してもよいと考えられるのである。

ところで面分業は、今日明確な法規定のない任意的医薬分業という形で進行しているのだが、これが地域的なばらつきが未だあるとはいえ次第に浸透して

いる。このことによって医療機関において院外処方箋を発行された患者は調剤薬局の選択の幅を広げることができるようになり、住居もよりの「かかりつけ薬局」に調剤を依頼する傾向が強まれば、当然のことながら「門前薬局」が院外処方箋を一手に引き受けて調剤の独占をはかることは次第に困難になる。調剤薬局はむしろ立地する地域の住民を面的広がりの中で捉え、外来患者の院外処方のための調剤に加えて、在宅医療への参加を積極的に進め、そのなかで在宅医療サービスのチームの一翼を担うという形で機能を分担することが期待されるのである。このようにして地域社会において現在は医薬分業が任意的分業の形を取りながらも、面的な医薬分業の完成の方向に向かって確実に進もうとしている。しかも、一気に法制化をはかる強制的医薬分業の形を取らずに、行政主導のいわば「なし崩し的」医薬分業である。そこは政策的誘導ともいうべき政治力学が働いているのである。この政策的誘導は二つの面に分けて捉えることができる。一つは、院外処方箋に対する保険点数の重みづけであり、その二つは訪問薬剤管理指導の業務に指導料が付加されるようになったことである。前者についてはすでに述べたので以下には後者について述べていく。

その背景には、政府による在宅医療への転換政策がある。高齢社会化の進行は慢性疾患の入院患者の増加を招き、それが医療費の増加の重要な一因となっていたことから高齢者の在宅医療への転換が進められることになったのである。これについては家族の現状を無視した政策であるとの批判もあるが、ここでは、在宅医療の進展が面的医薬分業の推進力となっていることに焦点を絞って明らかにしたい。

在宅医療は医療機関の医師、薬剤師および看護婦、「かかりつけ薬局」の薬剤師、保健婦、ホームヘルパーなど多様な職種の協力関係のなかではじめて実現される性格のものである。医療機関で入院治療を受けている患者のうち、在宅医療に切り替え可能であると判断された患者を在宅ケアに切り替えたとき、容態次第で入院治療に再度切り替えなければならない状況が起こりうる。またそのような保証がなければ患者家族は不安である。その様な場合に備えて、医療機関ができるだけ在宅医療に参加するシステムを作っておく必要があるのである。訪問看護システムを作り上げてすでに実施している医療機関の例が知ら

れているが⁽¹⁰⁾、加えて臨床薬剤業務が医療機関内の臨床薬剤業務にとどまらず、在宅療養する住民を対象にした臨床薬剤業務が新たに加わってきているのである。訪問薬剤管理指導の業務がそれである。このことに関して言えば、1994年10月から施行された診療報酬改定において、訪問薬剤管理指導の業務について、指導料が新設された。

前後するが、実はすでに平成4年7月の医療法の改正により、薬剤師が地域医療の一翼の担い手になる道が制度上開かれることになった。この改正の過程で、一つの興味深いことがあったことを日本医師会の役員は明らかにしている。このときの改正案が国会に提出された時点においては、医療の提供者を規定した案文中には「薬剤師」の語はなかったが、国会修正で「薬剤師」という語が「医師」「看護婦」の語と並ぶことになったというのである⁽¹¹⁾。その結果、国会で承認された第一条の2第1項は次のような条文となった。「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」⁽¹²⁾ 条文のなかに「薬剤師」の三文字が入った意義はきわめて大きい。このことによって専門職としての薬剤師は、「その他の医療の担い手」の扱いから医師、歯科医師、看護婦と同列の扱いで医療の担い手として位置づけられる端緒が開かれたのである。このことは診療報酬の改定のなかにも反映されていくであろう。

かくして、地域社会における医薬分業の展開は、法規定の上で医師から調剤権を取り上げることなしに任意分業の形を取りながら医療費の逼迫、高齢社会における在宅医療の必要性、WHOの合意であるファーマシューティカルケアの必要性を大義名分に、院外処方箋に対する保険点数の加重政策を援用しながら行政主導で進められているとあってよいであろう。

7 薬剤師役割の展開

強制医薬分業に向かったの、このような医薬分業の新たな展開ともなって、

薬剤師の役割は大きく変化しつつある。このことを二つの活動の場に分けて考察してみよう。一つは病院等の施設における薬剤師の活動の展開、他の一つは地域社会における薬剤師の活動の展開である。まず院内薬剤師の役割の展開から検討しよう。

先進国の中で強制医薬分業が実施されていない数少ない国が日本であるが、1993年の「第2回薬剤師の役割に関するWHO東京会合」のような外圧は日本政府の行動を方向づける。患者の治療権を医師が独占しているのは当然だとしても、同時に調剤権もち、自分の判断だけで医師自らが必要と判断した数多くの種類の薬剤を処方し調剤することができるという仕組みが、従来の日本の医療制度の根幹であり続けた。1980年代に入って漸く政府はこれに根本的なメスを入れる必要にせまられたのである。だが、政府主導による医薬分業の推進は、医薬分業の目的や理念を政治の場で論議し、次いで立法化をすすめて一挙に強制医薬分業に踏み切るという方法論を採用するものでなかったことはすでに述べたところである。そこには日本医師会や病院協会等の政治的圧力団体の利害もからむし、薬剤師側の受け入れ準備が追い付かないという事情もあるから、制度の急激な改変は現場に混乱を招くという判断が働いている。したがって現在進行中の斬新的な改革の施行はまず先進的な組織で計画が実施に移されるという意味で点的である。ここではその点で何が進行しつつあるのかを、特に院内薬剤師役割の変化を見るという視点から、そのもつ意味を考えてみたい。

従来、病院や診療所等医療機関が医薬経営の財務において非常に重視してきた薬価差益が国民総医療費の高騰を招く重要な一因であったとの認識のもとに、政府は医療機関が得ることのできる差益を圧縮するために院外処方箋発行誘導政策を実施してきたことについてはすでに述べた。事実、院外処方箋の発行枚数は、前述したように20年弱の間に40倍弱も増加した。この傾向に見るように、強制医薬分業を先取りするかのような医薬分業の新たな展開が、地域差はあるものの急速に進展している。これに応じて従来の院内薬剤師の役割は臨床薬剤師の役割へと次第に移行しているところである。それは次のような現れ方をしている。

院外処方箋の発行は、院内薬剤師が従来院内処方箋をもとに入院患者用とは

別に外来患者のために行ってきた製剤、調剤、提供等の業務が著しく減少したり、まったくなくなることを意味している。このような状況のなかで薬剤の種類が著しく増加し続けており、医師が重複投与、相互作用、副作用を洩らさずチェックすることは不可能に近くなってきているのである。そこで、薬の専門家であるべき薬剤師がその役割を担う必要性が生じてきているのである。医療過誤、薬剤の相互作用・副作用なども、患者軽視の医療制度のもとで、薬の専門家としての薬剤師が病院内でその専門性を十分に発揮できる地位と権限を与えられていなかったという制度的欠陥に起因するものであると見なすことができる。ここに、臨床薬剤師に対する期待は現在大きくなる理由がある。

臨床薬剤業務への先駆的取り組みは、1970年代後半の聖マリアンナ医科大学における東京薬科大学専攻科生の病院実習がきっかけで始まったと考えられる。因みに米国において臨床薬剤師の業務が確立されたのは、1960年代後半だとされているから、それから10年後にささやかな取り組みが日本でも始まったということになろうか。最初、ジゴキシンという薬剤の血中濃度によるTDM⁽¹³⁾が開始され、専攻科生が「病棟に出て、患者カルテから病歴を作り、回診やカンファランスに参加⁽¹⁴⁾する」という、今日の臨床薬剤業務の原型ともいえる活動が素朴な形ながら始められたのである。その後、聖マリアンナ医科大学病院において医師の協力のもとに臨床薬剤業務がシステム化されている。また、制度変化の過渡期においては臨床薬剤業務を遂行できる人材が不足するが、薬剤師に対する卒後教育の一環としてさまざまな研修プログラムが実施され、そのなかに臨床薬剤業務の内容も組み込まれるようになっている。

ところで増原慶壮・大沢友二によれば、臨床薬剤師の院内での役割は大きく分けて三つある。(1)医薬品情報業務、(2)副作用チェック、(3)服薬指導がそれである。⁽¹⁵⁾

(1)の医薬品情報業務は、医師から医薬品に関する情報の提供要請に対して迅速に応需する役割である。この情報には多種多様な薬物療法、副作用情報を含む薬剤に対する評価等が含まれる。(2)の副作用チェックは、医師が薬物治療に使用しようとする薬物の事前情報チェック、治療中の経過観察にもとづくチェックの役割である。後者には、当然のことながら、特にGCPの第四相試

⁽¹⁶⁾ 験に相当する薬剤の薬効ならびに副作用の情報収集の役割も含まれることになろう。(3)の服薬指導は、薬物治療に使用される薬の説明を入院患者に対して行い、その服用の仕方を薬剤師が指導するという役割である。これらのうち(1)についてモデル的に示すと以下ようになる。病棟担当の臨床薬剤師が、膨大な医薬品の副作用や相互作用などの評価情報を手元に蓄積しておくことは事実上不可能なので、院内にそれを支援するシステムが必要である。このシステムを構成する単位は医薬品情報室、薬局、臨床薬剤師、医師である。医薬品情報室の機能は、情報の検索システム管理と情報の集積にもとづいて随時、臨床薬剤師に情報提供を行うことである。薬局は医師からの病棟担当薬剤師の連絡の中継機能を担う部分として位置づけられ、医師からの薬品情報の検索依頼や医薬品の評価照会、症例の薬物療法についての協議の連絡等について全体として責任を負うものとして位置づけられる。

このような病棟への臨床薬剤業務の拡大の動きについては、病院組織全体としては意思決定が行われていることが前提条件であるが、個々の医師については患者治療の一部とはいえ薬物療法の場に医療の一翼を担うものとして登場する臨床薬剤師という存在に違和感を覚え、臨床薬剤業務の導入に抵抗する医師は少なくないとも言われる。なぜならば、医師を医療チームのリーダーとして位置づけるにせよ、治療については医師の独壇場であった場に、薬物の血中濃度測定とその解析・評価、薬物治療の科学的管理等の役割を担う専門家が入り込むことは、医師の権威の相対的低下をもたらすと受けとめられるからである。

さて他方、地域社会における薬剤師役割はどう展開しつつあるのか。地域社会における医薬分業は、処方箋が100%院外処方箋に移行したときにほぼ完成すると考えられるが、現在はそこへ行き着くまでの過渡期である。この動きのなかで地域社会における薬剤師役割がどう展開しているかには地域差があり、したがってその共通項は見だしにくい。しかしながら、従来どおりがどのようなものであり、動きの先端に位置するものがどのようなものであるのかは、ここで相互に比較して示すことができる。

従来、地域社会において薬剤師は医療用医薬品と大衆薬の二種類を提供することができたし、今もそれが可能であることは言うまでもない。このうち医療

用医薬品は医師の処方箋を必要とするものである。この場合、薬剤師は処方箋にもとづいて調剤し、患者に薬剤を供給するという役割を担ってきた。ここでは、患者に対する服薬指導は法的には義務づけられてはいなかった。これに対して、大衆薬に関しては薬剤師は医薬品という商品の流通過程のなかに組み込まれている薬局を拠点にそれら商品を売るという役割を担ってきたし、また今日でもそのような役割を担っている。しかし薬剤師役割は、地域における臨床薬剤業務という側面を中心に大きく変わろうとしており、それは次のような二つのことがらを背景にしながら起こっている出来事である。

まず第一に、医療用医薬品、大衆薬の種類増加、慢性疾患の増加に伴う薬の長期服用者の増加にともなう薬の副作用や相互作用(二つ以上の薬を重複して服用した場合、体内での化学反応によって健康に有害な結果が生じること)に対する懸念が専門家間で高まってきていることである。にもかかわらず、医師だけでそれを網羅的にチェックすることは事実上不可能である。このような状況のなかで、いわゆる「かかりつけ薬局」を各住民、各世帯が持つことによって、薬局薬剤師が薬歴管理を行い、それにしたがって副作用・相互作用をチェックすることが期待されているのである。そしてさらに、すでに実施されている院外処方箋にもとづく調剤において、薬局薬剤師は1997年4月の薬剤師法改正以降、処方箋調剤の場合に限り、患者やその介護者・保護者に対して、薬が正しく使用されるために必要な情報を提供しかつ説明する法的義務を負うことになった。

第二に、政府は1985年の第一次の医療法改正によって、ベッド規制をねらいとした医療計画をそれに盛り込み、さらに1992年の第二次医療法改正によって「医療施設機能の体系化」と称して、医療施設の差異化を制度化したことである。

これによれば、新たな医療計画の単位となる医療圏の概念が導入され、二次医療圏、三次医療圏にそれぞれ対応する医療施設として、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容する⁽¹⁷⁾療養型病床群と高度の特殊医療を提供する特定機能病院とに分かれたたのである。「主として」とあるところから推測されるように、将来的には長期療養する患者を病院から閉め出す展望をもつ

て行われた法改正であると筆者は考えるが、慢性疾患中心の疾病構造の変化のなかで在宅医療を進めようとする医療行政のねらいは、このような療養型病床群と在宅医療の資源としての居宅とを、相互補完的施設として当面のところ位置づけ、これをもって慢性疾患患者ならびに要介護高齢者の在宅医療化を推し進める過渡的体制と捉えているものと筆者は理解するものである。

このような事情のもとで、在宅医療と医薬分業を両立させるために、薬局薬剤師の重点役割として薬局薬剤師が在宅療養患者の居宅を訪問して実施する訪問服薬指導管理という新たな役割が付加された。薬剤師の在宅医療への参加において担える役割は、このほか在宅医療機器、用具、材料等の供給、患者の住環境等を衛生的に保つための指導・助言等多岐にわたるが、看護婦、理学療法士、臨床検査技師等コメディカル職種との役割重複の問題の解決が課題となってくると思われる。話をもとに戻せば、何と言っても訪問服薬指導管理が薬剤師の専門性と最も直接むすびつく役割であり、医療機関に雇用される薬剤師による訪問服薬指導管理とあわせて、薬剤師集団としては臨床薬剤師の新たな活動の立脚点を確保することになるのである。より具体的には服薬指導、服薬管理、薬歴管理、医師・看護婦（士）等との情報交換がその主要な役割を構成する。

地域社会における薬剤師の新たな役割を見たが、いずれにおいても患者と薬剤師の関係、コミュニケーションは従来より密なものに変化せざるを得ない。そして何よりも薬剤師は医療情報、薬剤情報を医師らと連携をはかりながら患者に開示していく役割を担うことになる。

8 服薬自己管理と自己治療

服薬自己管理と自己治療とは、在宅治療の患者または通院患者が地域社会において、薬剤師の服薬指導管理の元に薬剤を自己管理し服薬行為をすることである。なお、それには成長ホルモンや抗血友病グロブリンあるいは糖尿病患者によるインシュリン自己注射なども含まれる。⁽¹⁸⁾このような患者による服薬自己管理と自己治療が可能であるためには、そしてまたそれが病態の改善、ないし病態の悪化の緩和という治療行為の目的に照らして効果的であるためには、薬

剤師による情報開示ができるだけ十分なされている必要がある。すなわち、患者は(1)病気と薬の関係、(2)薬の使用の重要性、(3)副作用や相互作用について正確な知識、の提供を薬剤師から受けていなければならない。

医薬分業が進むと、地域医療における薬剤師の役割は患者の薬歴管理も含めて大きくなるが、特に臨床面での役割が重要性を増してくる。薬剤師は患者に対して臨床薬理の知識を要求されるし、それを十分に分かりやすく説明できる能力を要求される。この説明を聞いたうえで患者は納得し、服薬するというのが医薬分業体制下での薬剤師と患者の医療社会関係の基本である。このことは上記(1)～(3)を通して言えることである。

面分業の進展にともなってこのように薬剤師の機能が増し、患者の治療が医師一極集中から医師と薬剤師の二極に分節化していくことは、医師の権力が相対化され、権力が分散することを意味する。このことは同時に、薬剤師の薬理の知識は医師のそれほど専門的ではないにしろ、薬に関しては医師よりも専門的知識を要求されるようになることを意味する。しかしこのことは、とりもなおさず患者から見れば、情報の照会を容易にし、専門家による権力の濫用を抑制するべく機能すると見なすことができるのである。

9 患者の参加と自己決定

患者による服薬自己管理と自己治療は、治療への患者参加である。

上に見た医薬分業の展開は、地域社会におけるその展開局面においては、患者を病院という患者監視システムの「医療的まなざし」から解放する結果をもたらす可能性を持つものと見ることができる⁽¹⁹⁾。また通院患者にとっても自分の病気に対する措置が何であるのかを十分知らないままで、一方的な治療を受けるだけの受動的な存在に過ぎなかった状態から、患者が自分の病気に対する医師の診断、その措置、処方を検証する機会を獲得することを意味する。患者は情報を開示され、説明に納得しつつ服薬を実行することができるようになるだろう。また他の専門家に処方箋の内容について照会する機会をもつことができるようになる。これが患者が主体的に参加する医療であり、医療の社会モデルに沿った医療のあり方と言えるのかもしれない。

情報を開示され、説明を受けた患者が例えば自己注射をおこなう行為は自己治療であり、医療への能動的参加であり、また厳しい自己責任を伴う自己決定である。誤ればそれは患者にとって致命的な打撃となるかもしれない。病気とともに、病気を背負って生きる選択をした患者は病院での依存的な患者生活を送るよりは自己決定とリスクとを選択するのである。

患者が医療に参加するということは、医療に対して能動的にはたらきかけるということである。能動的にはたらきかけるということは、より効果的な結果をもたらす行為に必要な情報を、まえもって得ているということである。十分な情報を提供されたうえで同意するということである。インフォームド・コンセントとはこのことである。病院での治療にインフォームド・コンセントが要請されるように、地域社会における臨床薬剤業務の現場においてもそれは要請されるのである。

むすび

第1節から第4節にかけて、医師－患者関係における情報の偏りが権力作動の温床であり、権力促進型コミュニケーションないし情報不開示の医師のパターナリズム的傾向は、患者の権利とQOLの向上をかかげる世論の高まりのなかで、修正を迫られていることを検討した。第5節から第9節にかけて、日本において積年の課題であった医薬分業が高齢化の進展、在宅医療の推進の緊急性という圧力のもとにいよいよ行政主導の形で1985以降の数次の医療法の改正を経ながら漸進的に進行していることについて検討し、そのなかで薬剤師役割が拡大し、かつ重要性を増す必然性を探ってみた。そしてさらに医薬分業における薬剤師役割の新たな展開は患者の参加・協力なしにはその効果を十分表しえないこと、そのためには専門職性に基礎をおいた薬剤師からの情報提供が不可避であることも明らかにした。

医療行政官僚の意図とは別に、医薬分業の推進は調剤権をも留保してきた医師の専門家支配を弱め、薬剤師の調剤権を相対的に強めるが、薬剤師ルートからの情報開示の進展の結果、患者は従来よりも自分の病気、薬物治療法、薬物についての情報を多く持つようになり、同時にそのことが患者の自己決定を強

めるのである。

註

- 1) 田口宏昭、「地域社会における医薬分業と患者に対する情報開示(上)」、「文学部論叢」第52号地域科学篇、熊本大学文学会、1996年、14-6頁
- 2) 1990年代にはいつてから、薬剤師会が中心となって研修会活動が活発になり、臨床薬剤の概説的知識に現職の薬剤師は接するようになったが、このような卒後教育は未だ十分なものとはいえない。また大学の薬学教育において、現場の臨床薬剤業務と直結する臨床薬理学がカリキュラムのなかに必修科目として適切に配置され、かつ臨床薬理実習を課している大学は現時点ではどれだけあるだろうか。スタッフ編制も含めて薬学教育の制度が新しい事態に対応しない限りは、臨床薬学の本格的な知識と技術を教育することは無理であろう。
- 3) 増原慶社・大沢友二共著、「臨床薬剤業務を志向した医師との協議・患者面談マニュアル」、薬業時報社、1994年、8-10頁
- 4) 病院内において医師ではなくて薬剤師が専ら調剤業務を行い、臨床薬剤師として実質的に医療チームの一翼を担う純粋に機能的な意味における医薬分業のシステムを院内制度化している病院は、今のところそれほど一般的ではない。
- 5) 加賀革夫、「医薬分業の現状と今後の課題」、日本薬剤師研修センター編、「在宅保険制度・医薬分業の現状と今後の課題」所収、薬事日報社、1995年、44-67頁
- 6) もちろん、これには問題点があることが指摘されている。医療機関が実質的に設立した、いわゆる「門前薬局」が当該医療機関の発行した院外処方箋を専ら受け取って調剤し、点数の積みまし分を「余計に稼ぐ」という行為が見られることである。門前薬局は、医療機関が院内処方箋よりも調剤点数の高い院外処方箋を患者に発行し、医療機関自体がなんらかの形で設立に関わっている薬局を受け皿としてほぼ実質的に設立した、独占的に調剤する薬局のことである。これは点と点の分業として批判される分業の実態の一面である。同上書、64頁参照。
- 7) 厚生省薬務局企画課監修、「在宅医療薬剤供給推進検討委員会報告書 薬剤師の在宅医療への参加〈指針〉1994」、薬事日報社、1994年、64-65頁
- 8) 同上書、4頁
- 9) 同上書、4-5頁
- 10) 菊池新一編、「保健・医療・福祉の連携とネットワーク形成への挑戦-遠野方式在宅ケア地域サービス供給システム-」、北土社、1991年を参照
- 11) 加賀革夫、前掲書、46-48頁
- 12) この条文の案分を作成した生命軽視を旨とする医療行政官僚とこの条文の表す患者尊重の姿勢の対比が鮮やかである。
- 13) 増原慶社・大沢友二、前掲書、1頁
- 14) 増原慶社・大沢友二、前掲書、8頁
- 15) 同上書、3-8頁
- 16) 製薬企業が開発した新薬が医療機関で実施される治験後に発売を認可され、臨床の場で情報が収集されて薬効や副作用等が検証される試験。
- 17) 医療法第一条の5第二項
- 18) 厚生省薬務局企画課、前掲書、83頁

参考文献

- 1 青井和夫・直井 優編、『福祉と計画の社会学』、東京大学出版会、1980年、270頁
- 2 アポプラス編、『成功する医薬分業実践マニュアル50』、日本医療企画、1997年、111頁
- 3 岡本祐三、『高齢者医療と福祉』、岩波書店、1996・1998年、236頁
- 4 菊池新一編、『保健・医療・福祉の連携とネットワーク形成への挑戦—遠野方式在宅ケア地域サービス供給システム—』、北土社、1991年、180頁
- 5 黒田浩一郎編、『現代医療の社会学 日本の現状と課題』、世界思想社、1995年
- 6 厚生省健康政策局・日本医師会監修、財団法人総合健康推進財団編、『在宅ホスピス・ケアガイドライン』、第一法規、1996、1998年
- 7 厚生省薬務局企画課、『薬剤師の在宅医療への参加〈指針〉1994』（在宅医療薬剤供給推進検討委員会 報告書）、薬事日報社、1994年、111頁
- 8 園田恭一編、『社会学と医療』、弘文堂、1992年、258頁
- 9 園田恭一、『保健・医療・福祉と地域社会』、有信堂、1991年、177頁
- 10 田口宏昭、『地域社会における医薬分業と患者に対する情報開示(上)』、『文学部論叢』第52号 地域科学篇、熊本大学文学会、1996年、1-20頁
- 11 日本薬剤師研修センター、『在宅保険制度・医薬分業の現状と今後の課題』、薬事日報社、1995年、74頁
- 12 宝月 誠編、『薬害の社会学』、世界思想社、1986年、253頁
- 13 増原慶杜・大沢友二、『臨床薬剤業務を志向した医師との協議・患者面談マニュアル』、薬業時報社、1994年、122頁