

# 吉内科小児科ニュース

今月のテーマ  
薬について

TEL:0243-22-6666



今年ももうすぐ夏がやってきますが、今年の夏はどんな夏になるのでしょうか。世の中には不景気と医療保険改革の嵐が吹き荒れています。医療保険改革の中で、特に問題となっている事の一つである「薬」を今回は取り上げて見ました。

「薬剤負担」昨年9月から薬の数によって患者さんに薬剤費を「負担いただく」制度が実施されました。以前にもお話ししましたが（平成9年10月第9号）、この制度は薬剤の数により、患者さんの負担金を変えるという極めて変な制度で、患者さんに「一番良い」と思われる処方方をしようとする、患者さんの負担が増えてしまいます。たとえば、基本的に私は急性咽喉頭炎や気管支炎などの時に使う熱さましは別に分けて処方しますが、一緒の処方より負担が増える結果となります。急性胃腸炎の時の痛み止めも同じこととなります。より親切な質の高いきめ細かな医療をしにくくする制度です。薬剤の使いすぎを是正するための施策だと思いますが、例えば、数で規定するのではなく、薬剤費の%との負担とするのです。いずれにしろ医療行政の失敗を患者さんの負担という形で、取り戻そう

とする残念な制度だと思えます。このシステムには、さらに散剤は1剤と数えるという変なところがあります。同じ薬でも錠剤で使うのと散剤で使うので、違いが出るのです。例えばA・B・Cと三種類の薬があった場合、粒で出せば3種類と数えられますが粉で混ぜて出せば1種類。細かいところは省略しますが早く改正してほしい制度だと思えます。

「院外処方」最近、病院外の薬局に処方せんを持っていき、薬を受け取る「医薬分業」が徐々に広がりをみせています。この院外処方は、賛否両論が出ていますが、いろいろな問題を含んでいます。

まず、診察後わざわざ薬局に薬をもらいにいかなければなりません。いわゆる2度手間です。現在行われている医薬分業では「前薬局」として病院のすぐ近く「極端な場合は隣、脇」に薬局がありますが、それでも雨の日などは大変です。さらに患者さんの費用負担も増えます。表2をご覧ください。風邪をひいて2種類のお薬をもらった場合の比較ですが、院内処方と院外処方では、1600円もの違いが出ます。これに対して院外処方では薬局で患者さん毎に薬歴簿を作り、2つ以上の医療機関に通院している場合に生じる可能性のある薬の飲み合わせや重複投与のチェック、薬の飲み方や副作用に関する指導、さらに医師のミス処方の

チェックなどがはかれると主張されています。しかし、現在の制度では、医療機関から調剤薬局への病名の連絡や医師の処方内容に関する考え方、服薬指導の際の注意事項などを伝えることにはなっておらず、服薬指導がかえってマイナスの面となって現れるケースがまれ」とは言いえない状況と私は思います。調剤薬局の数もまだまだ少なく、当院から一番近くの調剤薬局でも2km以上離れています。さらに医療機関と調剤薬局間の信頼関係もまだまだ十分とは言えません。同じ薬剤師と言っても、臨床経験の豊富な方から学校を卒業したで、まだまだ経験不足な薬剤師さんまでさまざまです。患者さんは信頼できるかかりつけ医をもつ他に、かかりつけ薬局を探さなければいけないのです。薬局側の問題としては、何軒もの医療機関からの患者さんに対応するためには、用意しなければいけない薬の種類も半端ではありませぬ。私の場合は、小児に投与する薬の味を一つ一つ吟味し、一番おいしいメーカーのものを使うというような工夫をしていますので、その調剤薬局にその製品がないから、同一成分の別のメーカーのものに変えても良いか聞かれても気軽に「うん」といえないところがあります。

よく薬漬け医療という言葉がマスコミを中心に使われていますが、現在医療機関が一種類の薬剤から得られる利益（薬価差益）といえます。は約5%です。少なくとも私はこれ

まで、この薬価差益を考えて、処方内容を変更したり、収入を上げるために多くの薬剤を使おうなどと考えた事は一度もありません。国は院外処方の比率を増やしたい意向ですので、医療機関では、院内処方を増やすよりも院外処方をする方が、収入が増えるように保険点数が設定されています。院外処方にすれば、薬の管理から解放されますし、不良在庫などの不利益もなくなります。それでも、私が院外処方方に踏み切れないのは、今回ここにはあげた理由のほかにも書ききれなかった位たくさん解決されなければいけない問題があるのです。少なくとも私の住んでおります地域では、院外処方時期尚早と言わざるを得ません。

**予防接種専用の時間**  
毎週水曜日を除く午後1:30~2:00  
今月は特別な予定は入っていません。

です。薬剤の使いすぎを是正するための施策だと思いますが、例えば、数で規定するのではなく、薬剤費の%との負担とするのです。いずれにしろ医療行政の失敗を患者さんの負担という形で、取り戻そう

表1 健康保険法改正の主な内容(外来関係)

薬剤費負担	内服薬1種類	0円/日
	2~3種類	30円/日
	4~5種類	60円/日
	6種類以上	100円/日
外用薬	投薬毎に1種類	50円
頓服薬	投薬毎に1種類	10円

患者さんの費用負担も増えます。表2をご覧ください。風邪をひいて2種類のお薬をもらった場合の比較ですが、院内処方と院外処方では、1600円もの違いが出ます。これに対して院外処方では薬局で患者さん毎に薬歴簿を作り、2つ以上の医療機関に通院している場合に生じる可能性のある薬の飲み合わせや重複投与のチェック、薬の飲み方や副作用に関する指導、さらに医師のミス処方の

表2 院内処方院外処方備考

処方箋料		810円	院外処方をしたときの医療機関の収入
処方料	370円		医療機関の収入
調剤基本料		490円	調剤薬局さんの収入
調剤技術基本料	80円		
調剤量	70円	500円	院内処方と院外処方ではこんなに違います。
薬剤服用歴管理指導料		320円	調剤薬局さんのみに認められているもの
薬剤情報提供加算		70円	院内処方の薬剤情報提供料と同じもの
薬剤提供料	70円		院外処方の薬剤情報提供加算と同じもの
薬剤量	300円	300円	これはどちらも同じになります。
合計	890円	2490円	結局調剤薬局さんは1680円の収入(実収入は1410円)

不足な薬剤師さんまでさまざまです。患者さんは信頼できるかかりつけ医をもつ他に、かかりつけ薬局を探さなければいけないのです。薬局側の問題としては、何軒もの医療機関からの患者さんに対応するためには、用意しなければいけない薬の種類も半端ではありませぬ。私の場合は、小児に投与する薬の味を一つ一つ吟味し、一番おいしいメーカーのものを使うというような工夫をしていますので、その調剤薬局にその製品がないから、同一成分の別のメーカーのものに変えても良いか聞かれても気軽に「うん」といえないところがあります。

よく薬漬け医療という言葉がマスコミを中心に使われていますが、現在医療機関が一種類の薬剤から得られる利益（薬価差益）といえます。は約5%です。少なくとも私はこれ

**手足口病** 手足口病がちよっと今話題になっていますので、とりあげてみます)  
手足口病とは、手のひら、足の裏、口の中に小さな水ぶくれできる病気です。水ぶくれはおしりやひざにできることもあります。病因:コクサッキーA16型、A10型、エンテロウイルス71型など何種類かのウイルスが原因として知られています。疫学:春から秋にかけてみられ、6~7月がピークです。6歳以下の小児に多く、3/4は3歳以下です。潜伏期は通常3~5日。伝染期間は急性期から数週間、便・気道分泌物による伝染します。隔離は不要(伝染期間が長く、軽い病気なので隔離する意義が低い)ためです。症状:口、手、足、膝、お尻などに水ぶくれができます(口の中をのぞき、痛くもかゆくもないことがほとんど)。熱はないか、あっても微熱程度。口の中の水泡が痛くて食べられないことがあります。治療:治療しなくてもほとんどの場合自然に治りますが、熱があるときや、口の中を痛がるときはお薬をもらってください。全治まで約10日前後です。

ところで、マレーシアや台湾でこのエンテロウイルス71型(手足口病を起こすタイプ)で多数の死亡例が見られています。最新の情報では台湾での死亡例は6月24日で、51となっています。どうも同じエンテロウイルス71でも、全く経過が別ですので、ウイルスの構造に違いがあるのかも知れません。日本でも大阪で3例の急激な経過をとったケースの報告がありますが、今年はまだそのような報告は無いようです。手足口病は基本的に軽い病気と考えられていますが、このような事も無いわけではありませぬので、ご注意ください。