

地方で深刻化する「薬剤師の偏在」

薬学部の閉鎖ラッシュが追い打ちか

神戸市議会議員・元国会議員政策担当秘書 岡田裕二

「もしかして、薬剤師っていらなくない？」

病院薬剤師として働く20代のヒロインが、病院内で起こるさまざまな問題に向き合い、乗り越えていくコミック「アンサンブルシンデレラ」の第1話冒頭のセリフ。いわゆる「薬剤師不要論」を彷彿させるこの言葉は、今年2月に放送された朝日放送テレビ（在阪）の番組「これ余談なんですけど……」で、お笑いコンビ「かまいたち」が薬局薬剤師に対して暴言を吐き、謝罪した問題へと連なっている。

メンバーの山内健司氏が「薬剤師の『どうされたんですか？』って、つから熱出てるんですか？」って、全然いらん時間やな。しんどいから、はよ薬渡して帰らせてほしい」と発言。すると相手の濱家隆一氏も「薬剤師さんも、一応医者じゃないみたいなものがあるから……」と薬剤師蔑視発言で応じる。もちろん彼らはその後すぐに謝罪をした

わけだが、番組自体は生放送ではなく、収録・編集されたうえで放映されたものだった。世間から批判の声が上がるまで、彼らの発言に疑問を持った制作スタッフはひとりもいなかったことを考えると、薄ら寒い気持ちにさせられる。

一方で、現実には薬剤師は要らないどころか、地方ではまったく足りていない「薬剤師の偏在」問題が深刻だ。薬剤師の全体数は決して減少していないが、地域の不均衡、とくに都市部に過剰に集中し、一方で地方や過疎地域では極端に不足しているのだ。

厚生労働省は23年3月、「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」において、都道府県ごとの薬剤師の偏在指標を公表した。福井県や青森県、富山県などで特に薬剤師が不足しているのに加え、業態別の偏在も大きく、病院薬剤師が充足している都道府県は全国でひとつもなかったという。薬学部

の多くが都市部に集中していることも偏在の一因だ。地方にはそもそも薬学部が少ないため、薬剤師志望者は都市部の大学へ進学し、そのまま都市で就職してしまう。

業務拡大も病院薬剤師不足

ならば薬学部の設置を地方に広げることが一番の解決法だが、現実には真逆だ。折しも兵庫姫路市では、姫路獨協大学薬学部が存続の危機に陥り、市長の諮問機関「姫路獨協大学在り方審議会」が公立化による救済の是非について議論・検討を行なった。

近年の経営悪化や、薬学部に対する需要の低迷、さらには少子化による学生数の減少などの課題に直面し、薬学部の充足率や国家試験の合格率は低下の一途。しかし仮に姫路獨協大学薬学部が閉鎖された場合、姫路西播地域からはますます薬剤師がいなくなるだろう。

結局、審議会では充足率をどう回復させるか、地域の薬剤師をどう確保するかという根本的な問題への対処も見出せぬまま、公立化による救済はしない、という結論へと至った。姫路獨協大学薬学部は25年度より募集が停止される。

同様に千葉県銚子市の千葉科学大学薬学部も公立化か閉鎖かの組上に載せられている。千葉科学大学薬学部は16年度以降定員割れが続いており、23年度の入学定員充足率は36%、24年度は48%と低迷。また薬学部単独の22年度事業活動収支計算書は約2億3636万円の赤字となっており、今後改善する兆しも見えない。大学側は23年10月、銚子市に公立化による救済を要請したが、現在それを検討するための有識者会議すら発足出来ず、立ち往生が続いている。

逆に、地元の三重県薬事工業会から製薬等関連人材育成の要請を受けた三重県鈴鹿市の鈴鹿医療科

学大学は、現在の薬学部の定員を10人程度減らし、26年4月に4年制の「薬科学科」を新設することを決めた。薬剤師にはなれないものの、製薬企業への就職が期待できる4年制への縮小再編へ舵を切ったかたちだ。

そもそも日本の地域医療制度は、薬剤師の存在を前提として設計されている。病院での診療と薬局での調剤業務という医薬分業が進み、薬剤師が地域医療の中で欠かせない重要な役割を果たしているはずだ。特定機能病院や地域医療支援病院では、薬剤師が病棟業務を担当し、がん治療などの高度な医療にも携わることが求められる。がん化学療法の進歩等で薬剤師の業

務はこの10年、飛躍的に拡大してきている。しかし概念はあっても、実際に病院薬剤師がいないのであれば、画餅以外の何物でもないだろう。

海外の医療過疎対策

一方、世界に目を向けると約70か国で薬剤師など医療従事者の「強制配置制度」が存在する。

例えばイランでは、「Behvarz」（ベフヴァルズ）と呼ばれる制度が79年のイラン革命後に導入された。当時、都市部と農村部の医療格差が大きな問題となっていたため、医療従事者が資格を取得した後、4年間地方の医療機関で勤務することを義務付けるものだ。

オーストラリアでは、国外で医療資格を取得した医師が国内で医師として完全に自由に働くためには、一定の期間、医師不足地域で勤務（10年モラトリアム）することが求められるDPA（Distribution Priority Areas）制度が97年に導入された。国外の医師は10年間、都市部で開業することができないが、DPAに指定された地域や医

師不足地域で5年間以上働くことで、通常よりも早く制限が解除されるといったものだ。

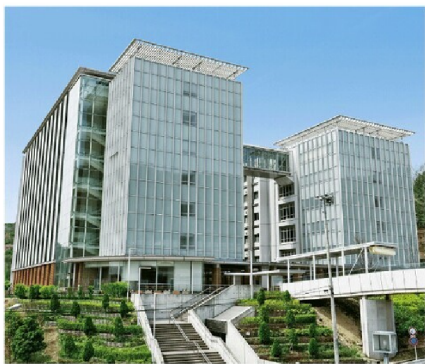
オーストラリアでは、薬剤師は非常に高い地位と信頼を得ており、処方箋に基づいて薬を調剤するだけでなく、特定の薬に関しては直接販売や提供する権限を持っている。とくにプライマリ・ケアの分野で、医師に比する地位を確立しているのだ。インターンシップのような手法で地方での勤務を義務付けるニュージーランドのような方式もある。オークランド大学やオタゴ大学などの有名大学の薬学部では、実務経験の一環として地方での実習が取り入れられている。

インド、マレーシア、メキシコ、ベネズエラなどでは、日本の司法修習生のように、大学を卒業した専門職候補生が1年間、地方や医療過疎地で勤務する制度がある。地方に強制的に配備、と聞くとなんだか可哀想な響きもあるが、それくらい「地域に薬剤師がいなければ医療が成り立たない」という危機意識が確立されており、徹底した対策を実施しており、呑気な日本と大きく異なる。

日本の現状を打開するためには、地方で働く薬剤師に対する補助金・奨学金制度の充実や、薬剤師の業務自体の認知度を向上させる努力も大切だが、医師の地域枠制度のような強制配置制度も検討の必要ありなのではないか。

「僕の意識のなかに、会社で言うところの、医者↓上司、薬剤師↓部下みたいな会社内の上下のイメージがあつたのだと思います」かまいたちの濱家氏は謝罪文でこう語っている。日本国内のこうしたムードが、医師への権威・権限集中を招き、権威勾配による院内医療ミスを多発させている。神戸徳洲会病院のような地方病院での医療事故問題で、その傾向はとくに顕著だ。

10年の厚労省「チーム医療の推進に関する検討会」報告書では、「チーム医療」とは「多様な医療スタッフや、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」とある。地方では既に病院薬剤師の供給は崩壊状態である。立て直しを急げ。



募集停止を決めた姫路獨協大学薬学部