

2. 医薬分業と薬剤師不足の実態

次に、ここでは急速に進む医薬分業率の高まりと、一般用医薬品販売における行政指導の強化から慢性的かつ構造的な薬剤師不足に陥っている状況について述べる。

1) 薬剤師の業務

それではまず、薬剤師の業務とは法的に何をさすかについて見てみよう。

(1) 調剤

「薬剤師の任務」については薬剤師法第1条に次の通り記載されている。

「薬剤師法第1条 薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」

ここでの「調剤」、「医薬品の供給」、「その他薬事衛生」は、薬剤師の3大業務といわれているが、「医薬品の供給」と「その他薬事衛生」は、薬剤師の専権業務とはいわない。もし、これが薬剤師以外にできないとなれば、薬種商、配置販売業、特例販売業、さらには医薬品の製造業や卸売業に関するすべての方々が、薬剤師でなければならなくなる。従って薬剤師の専権業務とは「調剤」であることが、薬剤師法第1条の解釈として常識なのである。

しかしこの薬剤師の専権業務である調剤さえ、医師法、歯科医師法の但し書きにより、医師、歯科医師自らの調剤を可能としている。さらに当時の薬務局長の国会答弁で「医師、歯科医師の監督下であれば医師、歯科医師以外でも調剤することが可」とする発言により、診療所等においては看護師や事務員が堂々と調剤ができるようになっていたのである。薬剤師法が「ざる法」といわれる所以はここにあるのである。近年、医薬分業がすすみ、薬剤師による調剤は増加してきているものの、実態としてはようやく50%に達したところである。

(2) 医薬品の情報

薬剤師の専権業務である調剤については、以上のように医療機関においては極めて曖昧な実態になっている。そのなかで現在、クローズアップされているのが薬剤師の情報提供である。これは前述のように平成8年6月に成立した薬剤師法25条の2にある、調剤した医薬品に対する薬剤師の情報提供の義務規定が新設されてからである。しかし、現状において同条文に基づき、薬剤師が「調剤した薬剤の適正な使用のために必要な情報提供」のアプローチ法は様々であり、一貫したものがないというのが現状である。これは、薬剤師を独占的に育成している薬学教育にも責任がある。学問的に体系だった薬剤の適正使用を裏付ける教育が行なわれていないのである。

(3) 大学教育問題と6年制

現行の薬学教育は医療や工業などに用いられる薬品をつくる、いわゆる創薬（化学）中心で、医療の現場や患者が薬を使用するための教育は皆無といっているほどである。実際のカリキュラムをみても、かろうじて選択科目に健康科学や医療心理学などが若干ながら組み込まれている程度である。その選択科目でさえも、医療として個々の人に対する医薬品の適正使用に直結する科目は見当たらない。

そのようななかで現在、薬学教育の6年制が現実的に語られるようになってきている。プラスされる2年間で、実務実習を組み入れ、これまで選択科目であった現場と直結する内容を必須科目として大幅に増やす方向といわれ、わが国の薬剤師もいよいよ本格的に医療人として活躍できる土壌が整いつつある。ただし、実務実習を現場と連携して指導できる教授陣がないというのが実態である。これまで医師法との絡みもあり、第一線の薬学教育者は人を対象とする医療の世界に踏み込まず、ひたすら物質のみを対象にしてきたといえる。患者を対象とし、患者に役立つ医療薬学を学問的に体系だてたカリキュラムが存在しない。さらに半年や1年間の長期にわたってインターンを受け入れる医療機関は少ない。6年制が実現しても代替調剤やリフィル処方一つ制度化されていない現行制度の中で、薬剤師が医療の担い手として、本当に定着するまでにはかなりの時間を要するものと思われる。

しかし、米国の薬剤師をみても6年制を導入し、実際に医療機関において医師と一緒に研修時代を過ごし、薬剤師と医師が、それぞれ対等の立場に立って、患者の治療にあたり、それぞれの役割を果たすようになっている。薬剤師の役割を明確にするためには6年制の導入は避けられないと考えられる。

(4) 薬学教育6年制と薬剤師のOTC販売

以上のように薬剤師は、医療人としての活躍が社会から期待され、薬学教育6年制の方向が明かになった。ここでいう医療人としての期待は、医師と対等の立場で議論を交わすことができ、抗がん剤を初めとする日進月歩の薬物療法の結果に責任を持てる薬剤師の育成である。すでに生活者自身のものになっている大衆薬の販売を独占することではない。医薬分業率が50%になり、日本もいよいよ医と薬を、それぞれの専門家が責任を持って分業していく時代になってきた。薬剤師は医療の世界において、医師と独立した医療人として社会に貢献しなければならない。このような時代に、大衆薬に薬剤師を直接関与させるなどの逆行した行政指導はもはや改めるべきである。現在の薬事行政は、本来の薬剤師としての本分を見失わせているようなものである。このような薬事監視指導は、薬学教育6年制を前に行政自らが見直すべきである。

2) 医薬分業の高まり

(1) 医薬分業とは

医薬分業は医師の処方せんを患者に開示し、その処方に基づき薬剤師が調剤することといわれるが、その目的は薬物療法において医学と薬学の2つの側面からチェック、評価するとともに、併せて治療ミスや薬害から患者を守ることである。それを支えるのは医師と薬剤師が対等の医療従事者として、それぞれの役割を果たすということが前提である。医薬分業のメリットを生活者が本当に享受するためには、まず薬剤師自らが医師から自立しなければならない。そのとき、国民や患者も医薬分業を通して、自分が服用している薬剤を知り、医師から自立することができる。そして、自ら積極的に医療に参加できるのである。医療は、医師を初めとした医療従事者のためのものではなく、国民、患者自身のものであることを医療従事者も国民も忘れていない。

(2) 分業率50%の時代

平成14年度の医薬分業率は、日本薬剤師会集計の速報値によると48.8%にのぼり、ほぼ50%時代を迎えた。院外処方せん枚数は5億8,500万枚、調剤金額は3兆4,300万円にのぼる。すでに一般用医薬品の3倍近い金額である。昨年(平成14年)4月、国民皆保険制度はじまって以来の調剤報酬の減額や、長期投与の解禁という制度改正があったにもかかわらず、調剤金額、院外処方せん枚数がともに増加しているのは、分業率そのものが加速度的に増加しているためである。

この分業率は今後、5年ほどの間に70%まで増加すると予測される。新たに院外処方せん枚数で2億5,000万枚、調剤金額にして1兆5,000億円増加し、合計すると処方せん枚数8億3,500万枚、調剤金額で約5兆円に達する。この数値を行政はじめ、薬剤師自身は真摯に受け止める必要がある。国民に対して調剤責任をとらなければならないのである。

(3) 面分業化への流れ

医薬分業のメリットをより高めるためには、薬剤師も患者も医療機関や医師からの自立が必要であると前述した。それによっではじめて、患者本位の医療体制が整ってくることになる。医薬分業は、単に医療費が上がり、薬をもらう所が院外に移行するという二重苦を強いるだけではない。それを埋め合わせて十分なだけの医療情報の開放というメリットがあるのである。さらに今後は高齢化などにより慢性疾患など、長期間同じ医薬品の服用が必要な場合、同じ処方せんで何度も利用できるリフィル処方も、患者の選択により選べるような道を拓くのである。これにより近くのかかりつけ薬剤師に、服用状況の相談をしながら医療機関で処方された同じ薬を調剤してもらえることになる。これに

よって医療費の削減にも大きく貢献する。

また、家や仕事場に近い薬局で調剤をしてもらう、いわゆる面分業の実現が加速する。面分業は、複数の医療機関で受診していても、調剤してもらう薬局は最も便利な一ヶ所に集約され、重複投用、相互作用などの薬害を防止できる。面分業は高齢化社会にとって必要不可欠な要件である。面分業は安全性と便利性と経済性を両立させ、患者自身が積極的に医療に参加しやすい環境も合わせて整備できる。行政も医薬分業を推進するなら、医療費削減の切り札としても、早急に面分業に対応した制度改正に取り組むべきである。

3) 慢性化する薬剤師不足の実態

(1) 厚生労働省の「薬剤師需給の予測について」

厚生労働省は「薬剤師需給の予測について」(薬剤師問題研究会)で、供給数260千人と需要数178千人として、現在も薬剤師は余剰であるとしている。しかしながら、その内容を詳細にみると実態と大きなズレのあることが分かる。その内容は次のとおりである。

①供給について

薬剤師免許を必要としない(使っていない)職場で働いている薬剤師を含め、「存職薬剤師数」として計算している。

②需要について

- ・薬局薬剤師の需要数を、単純に処方せんの総枚数に員数規定で除しただけで出している。
- ・病院・診療所薬剤師の需要数は、開業医を含めた診療所薬剤師の需要数がカウントされていない。
- ・医薬品販売業には卸売販売業も含むとしているが、現在、医薬品の一般販売業は13,667軒、卸売一般販売業は11,302軒、合計24,969軒ある。しかし、研究報告書の医薬品販売業の薬剤師需要数は16,000人で、施設数の数にも満たない数値をだしている。
- ・製造業勤務薬剤師の需要数を28,000人としている。しかし、メーカーのMR(医薬品情報担当者)だけで2万人と推定される。このほか、医薬品製造業の製造管理薬剤師、あるいは医薬品を貯蔵するための管理薬剤師、さらに医薬品の研究・開発に薬剤師が関与すれば、さらに2万人の薬剤師が必要である。

③厚生労働省の需給の算出は、予測値に予測値を掛け、供給は大きく需要は少なく算出され、実態と大きくズレた数値となっている。これほど異なった数

値を算出するには、他に使用目的があったのかもしれないが、困った事にこの数値が一人歩きし、実態が薬剤師不足状況であっても厳しい行政指導が行われているのである。

(2) 実態を反映して算出した供給数と、法律および行政指導からの必要需要数について

①供給について

有職薬剤師数に「医師・歯科医師・薬剤師調査」の薬剤師免許使用率である75%をかけた数値とする。

②需要について

・薬局薬剤師需要数

薬局薬剤師の需要数を処方せん応需枚数が月間300枚以上薬局数と1～299枚薬局数、さらに非保険薬局数から算出した。

・病院・診療所薬剤師数

医師法、歯科医師法の但し書きを除き、診療所においても薬剤師が調剤すると仮定したときの必要薬剤師。但し、歯科診療所は含めていない。

・医薬品販売業の薬剤師需要数

現在の各都道府県の薬務課による指導どおり、一般販売業1軒に薬剤師を2名ないし3名配置すると考える。卸売一般販売業には最低1名必要と考える。

・製造業薬剤師数

MR認定者の3分の1を薬剤師と推定する。さらに製造管理薬剤師、および研究開発など創業に関わる薬剤師を含める。

以上の要件を踏まえて、研究報告書と実態を反映した各職域の必要薬剤師の推計を図表-13に示した。それによると、厚生労働省の研究報告書の需要数と、実態を反映した需要数とでは約10万人ものズレがある。ともに推計値を用いて算出しているが、いずれにせよ大きな較差があり、実態調査が望まれるところである。

図表-13 平成13年 薬剤師の各職域別需要推計(研究報告書と実態とのズレ)

	研究報告書による推計	実態を反映した推計	実態とのズレ
	各職域別の薬剤師需要推計 (H13)		
薬局 (上位推計) (下位推計)	70,940 67,752	100,715 87,227	29,775 19,476
病院・ 診療所薬剤師	49,000	103,654	54,654
教育研究従事者	3,100	3,100	0
大学院生	3,404	3,404	0
衛生行政	5,705	5,705	0
医薬品販売業 (卸売販売業含む)	16,000	(上位推計) 52,303 (下位推計) 38,636	36,303 22,636
製造業	28,000	40,000	12,000
合計 (上位推計) (下位推計)	178,149 172,961	304,556 277,401	126,407 104,440

■ 研究報告書による推計と実態を反映した推計との差異

	供給数			需要数		
	研究報告書	実態反映	差異	研究報告書	実態反映	差異
上限値	260 千人	195 千人	△55 千人	178 千人	304 千人	+126 千人
下限値	191 千人	143 千人	△48 千人	172 千人	277 千人	+105 千人

③ 薬剤師不足の実態

日本のドラッグストア業界唯一の協会である日本チェーンドラッグストア協会 (JACDS) が昨年5月、会員企業 (200数社) に対して「薬剤師雇用状況アンケート調査」を実施した。同調査によると、2000年4月から2002年4月までに約3,000人の薬剤師を雇用したが、まだ3,000人を越える薬剤師が不足状態にあることが分かった。(図表-14)

JACDSの会員企業だけでも3,000人が募集しても集まらないのが実態である。薬剤師は完全に不足しているにもかかわらず、厚生労働省研究では現在でも余剰という結果を出している事に対し、大きな不信感を感じるどころである。

図表-14 薬剤師雇用状況アンケート調査一覧表

- ・調査対象 JACDS正会員 215社
- ・調査期間 平成14年4月25日～5月30日
- ・回答数及び回答率 回答 211社(無回答4社)
回答率 98.1%
- ・都道府県別実数値

	2000年 4月末	2002年 4月末	増減	現在雇用 したい人数	薬剤師国家試験 合格者数
北海道	550	787	237	175	295
青森県	11	22	11		54
岩手県	43	66	23	45	54
宮城県	105	112	7	12	200
秋田県			0		53
山形県	98	115	17	21	36
福島県	81	98	17	15	96
茨城県	370	432	62	130	164
栃木県	13	13	0	0	96
群馬県	175	190	15	28	156
埼玉県	299	547	248	65	616
千葉県	1,084	1,466	382	332	588
東京都	1,757	2,111	354	454	1,031
神奈川県	472	617	145	116	708
山梨県	95	111	16	109	65
長野県	90	105	15	15	132
新潟県	49	59	10	25	135
富山県	59	59	0	0	87
石川県	106	150	44	21	72
福井県			0		37
静岡県	212	265	53	41	217
愛知県	632	940	308	211	379
岐阜県	246	285	39	91	147
三重県	29	24	△5	10	112
滋賀県	20	30	10	10	77
京都府	213	237	24	98	189
大阪府	1,704	2,028	324	184	740
兵庫県	701	811	110	338	488
奈良県	28	37	9	5	152
和歌山県	82	108	26	24	87
鳥取県	2	2	0	3	37
島根県	14	17	3	5	33
岡山県	95	123	28	17	125
広島県	149	227	78	112	233
山口県	39	45	6	12	107
徳島県	25	21	△4	10	96
香川県	11	14	3	2	55
愛媛県	199	243	44	26	91
高知県	59	55	△4	22	41
福岡県	248	298	50	27	414
佐賀県	70	83	13	15	43
長崎県	23	25	2	2	90
熊本県	36	41	5	10	136
大分県	8	4	△4	10	47
宮崎県	20	31	11	70	52
鹿児島県	125	169	44	95	104
沖縄県	29	38	9	23	42
合計	10,476	13,261	2,785	3,056	9,009

(合格者の住所別)

各ドラッグストア企業は、連日のように募集を行い、薬剤師確保に最大限の努力を払っているが、希望通りの採用ができないのが実態である。毎年、8,000人から9,000人の薬剤師が誕生しても、現実には3割程度しか医薬品小売業（薬局・薬店）には就職していない。さらにそこから、調剤専門薬局への就職者を除けば、ドラッグストアなどの一般販売業、または一般医薬品販売に従事する薬剤師はもっと減ることになる。

また、薬科大学の地域的偏在や薬剤師国家試験合格者の住所からみても都道府県別の、偏在がきわめてひどい状況にある。薬剤師の重要性を言う国の責任は大きい。薬剤師の業務とその他の資格に関する日米欧の比較を**図表-15**に示した。

図表一15 薬剤師の業務とその他の資格に関する日米欧の比較

国名	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	アメリカ	日本
開設	開設できるのは①個人の薬剤師②薬剤師だけの共同事業者③企業等。 企業については「管理薬剤師」の雇用が必要。 なお、②の共同事業としての薬局開設の場合、スコットランドでは薬剤師でないものでも薬局の共同経営に参加できる。一般販売用医薬品リスト(GSL)に収載されている医薬品は店舗があればどこでも販売自由。	薬局長の条件として薬剤師であることとをあげており、薬局の開設者は必ず薬剤師でなければならない。 また現行法では、薬剤師が2つ以上の薬局の開設者を兼ねることや、薬局代表権を兼ねることは禁止されている。	薬局の開設は薬剤師にのみ認められており、1人の薬剤師が2軒以上の薬局を持つことは禁止されている。 薬局の新規開設および移転には、薬剤師会地方評議会および保健社会事業地方局長の意見を付けて交付される免許が必要とされる。 薬局数は都市の人口に応じて規制され、薬局間の距離も制限されている。 520万フランを超える場合は、売上高520万フランにつき1人の補佐薬剤師を置かなければならない。	スウェーデン政府所有の「スウェーデン全国薬局会社」だけが薬局を設立できる。開設条件としては「医療システムあるいは他の検討要因があれば開設する」とされており、自由開業制とは違って社会全体およびコミュニティの利益を最も考慮して計画的な開設あるいは廃止が行われている。	州の薬局局の許可(一部の州は不要)に加え、政府レベルでの薬局への規制がある。一般用医薬品販売については原則自由。	開設許可は都道府県知事が与える。薬剤師以外の者でも、また、法人でも薬局を開設できるが、店舗ごとにその薬局を管理する薬剤師を配置することが法律上、義務づけられている。薬局の薬剤師は処方せん1日40枚につき一人を配置することが定められている。 一般用医薬品販売は薬剤師が管理。
教育	4年間の薬学教育を終え、1年間の「登録前研修」を終了して試験に合格し、王立薬剤師会に「登録」される必要がある。王立薬剤師会に薬剤師登録する際に必要となる王立薬剤師会認定の業務実習については、正規に王立薬剤師会に登録された薬剤師の下で実施することになっている。	・大学で実施される4年間の薬学教育 ・2年までに実施される8週間のインターン実習 ・卒業後に実施される12ヶ月の業務研修	大学で6年の教育を受ける必要がある。年間登録薬剤師数をほぼ2,250人となるように調整している。	薬剤師になるには180ポイントのコースを終了して薬学修士の学位を取得し、さらに20ポイントの薬局実務研修を経験することが課せられる。したがって5年の年限が必要となる。	修業年限は少なくとも6年間であり、一般教養課程で薬大に入るための必須科目に必要単位を取得する。その後、薬大で4年間、特に最後の2年間は主要カリキュラムとして実習が大きな比重を占めており(1,000~2,000時間のインターン研修が必要)、卒業と同時に薬局の店頭に立てる力を養っている。	薬系の4年制大学のカリキュラムを履修
試験	1年間の「登録前研修」を終了して試験がある。	国家試験第1部、第2部、第3部。第1部のみがマークシート方式による筆記試験。2部と3部は口頭試験。	第5学年においてインターン試験があるが、受けなくとも、職業実習などで薬学博士国家免許を取得することができる。	ない	薬剤師資格取得には、①薬学部の専門課程を終了した証明書、②州政府の薬剤師資格試験に合格していることが必要である。カリフォルニア州を除く各州政府の薬剤師資格試験は、350問の択一方式である。	薬剤師国家試験
主な業務	医薬品(処方薬とOTC薬)の販売と供給	薬局で行われるあらゆる業務一調剤、医薬品の販売など。	その職業活動分野に対応する製品、用品、物品および器具についてのみ助言を与え、調剤し、また販売することができる。	処方せん薬とOTC薬の販売とサービスの提供を行うこと。	薬剤師は医薬品情報の提供者であり、薬の正しい選択と使用方法に関する臨床医への助言者である一方、薬物療法を正しく自己管理できるように患者にアドバイスする責任のある役割も担うようになってきている。	調剤およびすべての医薬品の販売、情報提供
更新	各種のプログラムが提供されているが、出席義務はなく、また、現在のところ免許更新の際の必要条件とはなっていない。	ない。	ない。しかし、薬剤師は現状に合わせた知識をもつ義務があることが法律で定められている。	ない。	州によって異なるが、通常3年で更新。研修を受けることが更新の条件になっている。	ない
調剤助手	調剤助手: 教育コースもある。しかし法律上、何ら限定されたものではない。薬剤師の監督下にあるもの。	薬学技術アシスタント: 薬剤師の監督の下で薬局における薬事業務に携わることが許されるものとする。医薬品を患者に投薬したり、調剤したり、医師に疑義照会することなど、薬剤師が監督しているという条件であればたいの業務はこなすことができる。 自家製剤の製造方法と製造技術、販売されている医薬品の名称と使用方法、顧客サービスといった面は、薬剤師よりも徹底して教育されている。	研修生: 規定の薬局実習を終了した大学教育研究単位の第3学年に在籍する薬学生は、補習授業の目的で、大学での実習以外に、薬局において名義薬剤師および補佐薬剤師を助する業務を行うことを許可されている。 調剤助手: 薬局には1人または何人かの調剤助手を置くことができ、調剤や交付において名義薬剤師および補佐薬剤師を助することができる。	調剤師: 薬剤師と調剤師の違いは教育年限、教育内容の違いはあり決定的な権限の違いはない。薬剤師と調剤師は自らの責任で処方せん調剤を行う権利がある。消費者に対する医薬品情報の提供と助言そして医薬品適正使用の一翼を担うことが期待されている。 薬局テクニシャン: 薬剤師ならびに調剤師の監督のもとで薬局業務に携わり、彼(女)らの仕事を補佐している。	ファーマシーテクニシャン: 薬剤師の管理監督のもとに業務を手伝う職務だが、人数制限を設けている州が多い。ファーマシーテクニシヤンの業務は処方せんを受け付けたり、PCへ入力したりしているが、調剤に関する最終的な責任はすべて薬剤師にある。	ない
一般用医薬品販売と情報提供	カウンター補助員: 教育コースもある。しかし法律上何ら限定されたものではない。					薬種商(国家資格ではない)
部外品販売				パラファーマシヤン (パラファーマシー情報提供)		
その他	薬局内の業務については、薬剤師の指示があれば、薬剤師でなくとも誰でも遂行することが出来る。しかしながら、一般家庭薬以外の医薬品の販売、供給は薬剤師またはその監督下にあるものしか行っていない。	薬学販売員 主体的業務…薬局で使用される機器を操作、保守点検すること、医薬品発注業務などの事務業務など 補助業務…製造、試験、調剤する医薬品の詰め替え作業、開封作業、準備作業などにおいて薬剤師やPTAを補助すること				

参考文献:「日米欧の薬局と薬剤師」(編集:中村 健 日本大学薬学研究所顧問)

4) 見直し迫られる法律と指導

(1) 薬学教育6年制の実現

面分業が定着すると、さまざまな医療機関からの処方せんを受け、患者もかかりつけ薬剤師の存在を求め、場所の便利性だけでなく、的確に情報を提供してくれる薬剤師が必要になる。そのためには、薬学教育6年制を実現し、学生時代から医師とともに研修し、対等な立場で薬剤師の役割を果たすことが必要になる。

(2) 代替調剤の制度化

現行制度で面分業で対応すると、きわめて多くの医薬品の在庫を抱え、さらに使用期限もあることから、廃棄処分も多くなり経営的に極めて厳しくなるのが現状である。特定の医師の使う薬だけをそろえておけば良い門前薬局のように効率のよい備蓄ができないのが実態である。これを解決するためには、銘柄別収載から、一般名収載に替えるか、それが無理なら同一成分、同一規格であれば薬剤師の判断で選択できる代替調剤を制度化させる必要がある。これを実施しない限り、医薬分業は医療費負担の増加と二度手間という二重苦のデメリットを負わせるだけになる。現在は、同一成分、同一規格であっても、処方された商品名以外の医薬品は、医師の許可なく調剤できないことになっている。そのために同じ成分の医薬品を5～6種類も備蓄しなければならないという非効率な制度になっているのである。

(3) 国民の知識と知恵

医療費が逼迫し、自己負担や保険料、さらに消費税を含め大幅アップが予測されている。現状のままで、現行の医療保険制度を維持するためには止むを得ない状況だ。この状況を救うのは国民一人一人がセルフメディケーションの意識を高めて行く以外にないといえる。そのためには、セルフメディケーションを支える一般用医薬品についても、短絡的に規制緩和に反対か、賛成かという論議ではなく、国民の知識と知恵を絞った制度改革が必要なのである。

(4) 実態に合った制度、指導へ

現行の医薬品を取巻く行政指導や制度は、まさに30年前、40年前に作られたものである。その制度の規制をもとに、賛成か反対かを問うのではなく、21世紀の現在にあった制度や指導はどうあるべきか、既成の概念から一步踏み出し、新しい発想の基に取組まなければならない。そのための具体論を以下に述べる。