

先走しる(sakibasiru)

薬とは直接関係のない話ですが、薬剤師とは関係があるかもしれない話

1) 「先走しる」とは

広辞苑(第七版、岩波書店)によると「①先に立って走る、先んじて物事をする、②はやまってひとりよがりの判断や言動をする」とあり、良いような意味と悪いような意味が混在しています。新明解国語辞典(第五版、三省堂)によると「他人より先に走り出る意味で、ひとりよがりの判断で、他人に先がけて行動をする」とあり、ひとりよがりの判断の善し悪しによって良い意味と悪い意味が混在しているようです。共通しているのは「ひとりよがりの判断」というところだと思います。ひとりよがりというと人間一人を意味しますが、一つの集団でも当てはまるようです。直近で医療に関連する話題で先走ったケースとしては国レベルの「マイナンバーカードと保険証のひも付け」があるのではないのでしょうか。

2) マイナンバーカードとココア

マイナンバーカードと健康保険証とのひも付け、公金受け取り口座とのひも付けなどこの1年の間に国はマイナンバーカード普及に躍起になっている印象があります。早急になりすぎ十分な体制を整えていないままに見切り発車をした感が否めません。この状況は1項で触れた「先走しる」の悪い方の意味になるでしょう。それも国民から徴収した2兆円という税金を湯水のごとく使いながらやっているわけですから国民感情としてはたまったものではありません。大きな事業をやる上でリスクは付きもので多少の出費は国民も覚悟し享受する必要がありますが、今回の件はあまりに稚拙、国がこんなことをやるの?という気分になります。今となっては随分昔の話の気分になりますが3年以内の間に国はコロナ感染者数把握のためにココアというシステムを導入して国民に加入を呼びかけました。私も加入しましたが正直何のメリットも感じず早々にアプリを削除しました。マイナンバーカードは私の場合は運転免許証がいつまで持てるか分からないので写真付きの個人証明用にと取得しました。マイナポイントもお得なので健康保険証とのひも付けなら今さら病気関連の個人情報も漏れても不具合もないと思い手続きしましたが、銀行口座となると個人の財産にも関連するためひも付けをしませんでした。しかし結局両方とも不具合が生じてしまいました。ココアにしるマイナンバー制度にしる日本のデジタル技術はこのレベルだったのかと呆れるしかありません。国がやる事業なので一般入札はしているはずですが大した技術も持たない会社と安さだけで国は契約したのでしょうか、それとも一部の議員や高級官僚が大した技術も持たないお友達の会社と癒着契約をしたのかと疑いたくなるような連続したデジタルアクシデントです。アナログからデジタルへの変更は国民にとっては一大イベントです。医療の世界でも似たような印象をもつものに「evidence or practice」という言葉があります。つまり根拠のある治療法と実際の臨床には解離があり、エビデンスに基づいたはずの治療ガイドラインが一般に浸透するには5~10年位の期間が必要だという意味です。そこには医師のこれまでの自分のやり方で患者を治せているという実地体験、医師の知識不足、新しい知見が出てきてエビデンス解釈が早めに変更になるガイドラインの信頼性問題等の様々な浸透阻害要因があると言われています。医師という専門家集団でも浸透するまでに時間がかかるというのに様々な理解力の一般集団の国民を相手にするには国の手法や言動はあまりにも早急過ぎた、つまり**先走りした**というのが私の個人的な感想です。

3) 実務経験者の薬学部教授

話は突然変わりますが2000年初期に、そのパフォーマンスぶりが国民受けした小泉純一郎首相の時期に規制緩和政策の第一弾がとられました。薬学の世界でいうと薬学部の増設規制が取り払われ私立を中心として薬科大学や薬学部が急増しました。社会的背景として医薬分業が進んだことによる顕著な薬剤師不足があります。また4年制だった薬学部が6年制になった時期でもあります。2年間修学年数が延びたことは授業料という儲けが大学経営者側に入ってくると言うメリットにも反映して、儲かる分野という意識をもつ大学経営者などが出てくる事態にもなったと言えます。規制緩和や官民一体化や民営化による改革自体を私は否定しませんが、そこは公私の癒着を産み出す温床になりかねないため国のお偉いさんの友人であるほど得をするような環境にはならず公平性を明確にしなければならない分野です。大学数が増えるということは教官も必要になりますから、それまで大学の研究室の下積み生活をしていた研究者たちがこぞって大学教授に名乗りでたのは言うまでもありません。また従来から指摘されてきたオーバードクター問題も大元の問題は変わらずとも一時的な解決ができていたはずで、これはこれで研究者達にとっては良い方向だったと言えます。私の知人達も教授となっていきました。一方6年制大学は薬学生にこれまで以上に医療現場に即した教育をする必要がでてきたので医療現場で活躍していた薬剤師を教授や教官にする必要がありました。私の知人の現場薬剤師も何人かが教授となって赴任していきました。

最初はそれで良かったのですが時を経過するにつれて実務経験教授や教官が実務現場を分からなくなるという問題が出てきました。現場を離れたきりになるため過去の現場を知っていても新しい薬剤師業務現場を知らないという事態が生じたわけです。一方、臨床分野の医学部教授は実際に患者を診療し、さらには連携病院にまで行き患者を診療する教授もいます。しかし実務経験薬学部教授の場合はそれが無いに等しいと思います。実務経験薬学部教授を制度化する時に何故に週1回午前中にでも病院なり保険薬局で患者対応等をさせることをしなかったのか？という**先走りした感**がここでも出てきます。

4) 薬系大学の定員割れ問題

近年、薬学部に限らず一部大学の定員割れが問題になり始めています。日本全体の人口減少問題が背景にあります。若年層の人口減少に伴う就学人数の減少です。これは大学に限らずあらゆる分野の職種(増加する高齢者数に対する介護職員数不足、増加する配達業に対するドライバー数不足など枚挙にいとまがありません)に影響してくる問題ですが、増えすぎてしまった薬系大学が直面している切実な問題です。一部の私立大学では定員割れを防ぐために中途退学者を見越した募集人員以上の入学を認める、つまり本来の入試の合格点以下の学生達を合格させて入学金や授業料で収入をなんとか維持しようとする傾向が強くなります(世にいう偏差値の低い薬系大学の存在)。薬剤師国家試験レベルは昔より高くなっているのに基本的な学力がない学生を受け入れるといういびつな構造ができてきます。6年分の授業料は頂いておいて卒業させ、国家試験に合格できなかった学生達は薬剤師資格取得のための予備校に任せるような流れができてきているような気がしてなりません。

高齢有病者数が増加する一方で若年医療関係者数の減少は現に問題となっています。人口減少に応じた根本的な対策、創意工夫を駆使した業務の効率化が求められています。一方で過剰労働時間問題も取り沙汰され、有休消化を積極的に取得させたり、男性の育児休業取得率を高めようという動きもあります。この動きは就労人口減少に伴って増える1人あたりの業務量と相反する状況になるので調整していく必要があります。他職種にもいえることですが本当に必要な薬剤師の人数(対人口比率)とは何人なのか、また未だに解決していない薬剤師人数の地域間格差の是正など問題は山積しているようです。

これらの問題は前項の規制緩和という**先走った感の問題**というよりは、近未来を見据えた具体的な**対応が遅れているのではないかと問題**になります。(終わり)