

第4回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会

日時 令和2年11月25日（水）

14：00～

場所 TKP東京駅日本橋カンファレンスセンター
ホール5A

（Web会議）

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 傍聴の皆様にお知らせいたします。傍聴に当たっては、既に御案内しております注意事項をお守りいただくようお願いいたします。

定刻になりましたので、ただいまから第4回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会を開催いたします。構成員の皆様におかれましては、御多忙の折、御出席いただき御礼申し上げます。本検討会は公開で行うこととしており、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点からWebでの開催としています。また、報道関係の方のみの傍聴とし、傍聴席の間隔を広げさせていただくなど、措置を講じた上で開催いたします。

まず、出席状況の確認ですが、本日の出欠については、早乙女構成員、本田構成員が御欠席でございます。早乙女構成員は、もしかしたら遅れて御参加されるかもしれませんが、現時点においては13名の構成員の方に御出席いただいております。

次に、構成員の交替についてお知らせいたします。これまで検討会に御参加いただいております日本チェーンドラッグストア協会常任理事の後藤構成員がお亡くなりになりましたので、後任といたしまして、日本チェーンドラッグストア協会副会長の榊原栄一様新たに構成員となり、本日より御参加いただいております。また、本日は参考人として、帝京大学副学長の井上圭三先生、名古屋市立大学薬学研究科教授の鈴木匡先生、大阪大学薬学研究科教授の平田收正先生の3名の方に御参加いただいております。このうち、平田先生は遅れての参加となっております。

議事に入る前に、本日の配布資料の確認をいたします。配布資料といたしましては、資料1から4と、参考資料として開催要綱と名簿をお付けしております。

冒頭のカメラ撮りはここまでとさせていただきますので、よろしく願いいたします。それでは、西島座長、よろしく願いいたします。

○西島座長 皆さん、こんにちは。今日は第4回目になります。2時間ほどになりますが、よろしく願いいたします。本日の議題は薬学教育ということですが、今日はまず議事に入ります前に、薬学教育について事務局から簡単に御説明をしていただいて、それから各先生からの御報告を承りたいと思っております。それでは、事務局お願いいたします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 本日の議題は、薬学教育をテーマといたしました。薬学教育自体は文部科学省で検討されている内容ですが、薬剤師の資質等を検討するために、教育がどのような現状か御理解いただいた上で御議論いただくほうがいいのかということで、本日テーマとして取り上げました。薬学教育は広いテーマでございますが、後で説明がありますが、教育全体、実務実習、大学院教育、あるいは大学の第三者評価に関して、薬学教育の最前線で御尽力いただいている先生方に、参考人として御参加いただいたものでございます。

本日は、まず資料に基づき一通り御説明いただいた後、質疑応答など意見交換をしていただきます。このテーマの位置付けですが、前回個別に議論いたしました病院薬剤師、あるいは卒後研修も同様ですが、今の段階ではテーマごとに意見交換をしている段階でして、検討会として何か結論を出すものではなく、自由に御議論いただきたいと考えております。

こうして頂いた意見も踏まえまして、今後また検討すべき事項をまとめる際に、各テーマの論点なども紹介しながら御議論いただく予定です。以上でございます。

○西島座長 ありがとうございます。ただいま、今日の、そして今後の進め方について御説明いただきましたが、何か意見はございますでしょうか。それでは、ただいまの説明のようなことで、今後は進めていきたいと思えます。今日は4名の方から御説明いただきますが、順番に御説明を頂いて、全て終わってから質疑応答ということに入りたいと思っております。それでは、第1番目は文部科学省の福島専門官より、資料1に基づいて御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○文部科学省高等教育局医学教育課医学教育専門官 文部科学省の福島でございます。どうぞ、よろしくお願いたします。まず、お手元の資料1をどうぞ御覧ください。よろしいでしょうか。2ページをお開きください。本日の説明概要ということで、まず私から薬学教育の概要について簡単に御説明させていただきます。その後、2、3、4ということで、より詳しい形でそれぞれの項目について、各先生方から御説明いただくということにさせていただきます。

それでは、3ページ、まず薬学教育制度の概要です。皆様方、御案内のとおり、平成18年4月から現行の制度になっておりまして、まず6年制の薬学教育と4年制の学部教育、それが2つ同時に並んでいるわけです。そして6年制のほうについては、医療薬学教育の充実ということが主な内容になっておりまして、4年制については、基礎薬学教育・隣接領域(生命科学等)と、こういったことに係る教育を行っていただくという形になっております。6年制については薬学という学位、学士が出まして、4年制については薬科学という形で学士が出ます。薬剤師国家試験受験資格は、基本的に6年制学部卒業のみ得られるという制度となっているわけです。したがって、今日は、この6年制の薬学部を中心にお話をさせていただきます。また、後ほどその上の大学院についてもお話をさせていただきます。

4ページ、平成18年度からこの6年制薬学部がスタートしたわけですが、その前の段階でモデル・コアカリキュラムを策定しております。まず、平成14年度に日本薬学会が中心となって、この専門教育の部分についてコアカリができて、その後、実習部分について文部科学省が中心となってコアカリが策定されて、この合本という形でまずコアカリがスタートしたわけです。そして、平成27年度から新たに改訂コアカリキュラムというものがスタートしております。この平成25年度にできたこの改訂のモデル・コアカリキュラムについては、専門教育の部分と実習の部分を統合した形で再編成をしたものになっておりまして、特に薬学臨床については大幅に見直しをしているということです。

また、平成27年2月に策定した実務実習に関するガイドライン、これは学ぶべき項目というよりは、いかにして大学と薬局、病院が連携をして実務実習を運用していくかという、そういうものについての観点を中心に、運用に関するガイドラインということを策定いたしまして、これに基づいて実務実習が行われているという状況です。そして、平成

27 年度からこの改訂コアカリがスタートいたしまして、現在、その学生が今 6 年生になっているという、そういう状況です。また現在、赤字にあるとおり、次期改訂に向けた調査研究事業を、来年度までということで実施しております。その事業の結果、制度の内容も踏まえまして、今後更にコアカリを改訂していくという動きになっていくというのが今の状況です。

5 ページ目、現行のモデル・コアカリキュラムの概要の説明です。上の四角枠にありますとおり、これは 6 年制薬学部のカリキュラム作成の参考となる教育内容のガイドラインであり、学生が卒業までに身に付けておくべき必須の能力の到達目標を提示しているということ、そして「薬剤師として求められる基本的な資質」を設定し、それを身に付けるための一般目標、到達目標を設定する学習成果基盤型教育に力点を置いているということ、そしてこの教育過程の時間数の 7 割はモデル・コアカリキュラムに示された内容を、3 割は大学独自のカリキュラムを履修していただくという、そういう構成内容となっております。

下のほうにその概念図がありますが、A の基本事項、B の薬学と社会については卒業まで継続して学習をしていく内容、そして C の薬学基礎、D の衛生薬学、E の医療薬学については実務実習に出ていく前の段階として、基礎的な学力を付けていただくためのカリキュラムとなっておりまして、こういった A から E までのものについては、実務実習と体系的に関連付けて学習をしていくというのが前提となっているわけです。そして、4 年生の 2 月から実務実習がスタートするわけですが、その前の段階で、実務実習開始前の共用試験というものがあまして、CBT といって知識を問う問題、OSCE という技能を問う実技の面接といった試験を経て、その後実務実習に入っていくという学習の流れになっております。またその後、薬学研究といったことをしていただいで卒業という流れになっているというわけです。

6 ページ目、6 年制薬学部の卒業時に必要とされている資質ということで、10 の資質を挙げておりまして、この 10 資質を習得していただくためにもモデル・コアカリキュラムがあるというような設定になっています。薬剤師としての心構え、患者・生活者本位の視点、コミュニケーション能力、チーム医療への参加、基礎的な科学力、薬物療法における実践的能力、地域の保健・医療における実践的能力、研究能力、自己研鑽、そして教育能力、こういった 10 の資質を学ぶというのが、6 年制薬学教育の根幹となっているわけです。

7 ページです。薬学教育の特色として、第三者評価制度というのがあります。これは 6 年制薬学部がスタートしたときに、この制度を設けるということになりまして、第三者評価機関が各大学を評価をして、その結果に基づいて、また各大学が自己点検評価をして、また更にその改善のサイクルを行っていくという、これが薬学教育の基本となっているという状況です。こうした私がお話した内容の詳細については、後ほど各先生方からお話を頂くということにさせていただきます。私からの説明は以上となります。

○西島座長 どうもありがとうございました。それでは続きまして、参考人の井上先生から資料2に基づいて御説明をお願いいたします。

○井上参考人 帝京大学の井上です。私に与えられたテーマは、今の福島さんの話と重なりますが、6年制導入から今日、16年後ということになります。ここに至る薬学教育の変遷、そして今後の展望を概説いたします。

2ページ目ですが、薬学教育6年制は、薬剤師会などからの非常に強い要望もあり、度重なる議論の末に、中教審の決定を得て、16年ほど前、2004年に法律改正が行われ正式に決まったということです。このスライドは、その際に出した文科省の見解です。それまでは、文科省は6年制の施行にかなり慎重でしたが、一たび方向が定まった後は、このように大変明解な見解を出されたわけであります。

ここにもありますように、これまでの薬学教育は、臨床教育が不足、「詰め込み」教育であったということ、化学に立脚した「物質」を対象とした学問であり、医療人としての幅広い視点が不足していたということでした。これからの薬学教育は、「ヒト」を対象とする薬物治療に直結する学問、薬剤師を目指す者に、実学としての医療薬学をということ、幅広い教養、患者とのコミュニケーション能力、問題発見・解決型能力、倫理観などの育成ということで、正にこれからの薬学教育は、こうあってほしい、こうあるべきだということで、我々薬学関係者は、この期待に応えるべく、今日まで、ある意味悪戦苦闘してきていると感じております。

中教審は、医療人としての薬剤師の養成をこのような感覚で実践するのであれば、修業年限を6年に延長することを認めるとしたわけであります。当然のことながら、このような教育を実施する上では、必要な体制の整備が求められます。実務実習の受入れ、指導体制の整備といったことです。これまで、実務実習は全く行わない皆無の薬科大学もあった状況ですので、全大学に均一の実習を求めることには相当な工夫が必要であったわけであります。免許のない学生に体験実習をさせるためには、当然のことながら共用試験の準備も必要でしたし、さらに6年制にふさわしい教育が行われているかどうかのチェック、そのための第三者による評価システムの整備も求められました。

3ページを御覧ください。スライドが小さくて申し訳ないのですが、2004年に法律が決まり、中教審、文科省からいろいろな注文が出されました。これを受けて直ちに、薬学会に文科省からの要望もあり、臨時の委員会を設立しました。これが大学人会議です。この大学人会議のメンバーとしては、大学関係者以外に、薬剤師の先生方、そして文科省、厚労省からの方にも参加していただきました。この委員会で要望のあった3つの問題点などについて、いろいろと議論を進めました。ただし、これは、あくまで薬学会の、学術団体としての薬学会の委員会ですので、決定権はございません。そのために、全国薬科大学、学長、薬学部長による会議を設立をさせていただきました。これまでは、私立大学は私立薬科大学協会、そして国公立大学は国公立大学薬学部長会議が別々にあり、全大学をまとめて議論するような場は全くありませんでしたので、これが初めてのものとなります。こ

の全国薬科大学長・薬学部長会議で、最終的にはいろいろな申合せや決定事項を決めていただくプロセスで、以降進行いたしました。

2006年に、いよいよ6年制が施行され、新1年生が入ってきたこととなります。共用試験センターも実務実習を遂行する上でどうしても必要ですので、かなり急いで設置したこととなります。

2007年になりますと、厚労省が国家試験の出題制度検討会を作り、ここで新しい国家試験の在り方についての検討を行いました。

2008年には、薬学教育評価機構がいよいよ設立され、教育プログラムの評価の準備ができたこととなります。一方、厚労省の医道審議会に薬剤師分科会が設置されました。それまで、医師、看護師、あるいはその他の医療人の諸問題を議論する医道審議会がありましたが、薬剤師はこの会には属しておりませんでした。2008年ようやく、ここに属することになったわけです。最初の医道審議会の委員としては、薬剤師会の会長だった児玉先生と、私が参加させていただきました。初めて薬剤師が医療人として仲間入りしたのかなという感慨も持った次第です。いずれにしても、この分科会の下に国家試験の出題制度検討会も属することになり、新しい国家試験のあるべき姿を検討いたしました。基礎と臨床を融合させることも考え、新しいスタイルの問題等も考えてまいりました。

2009年になりますと、いよいよ共用試験がスタートし、ここで文科省の薬系人材養成の在り方検討会も発足いたしました。この会もそうですが、厚労省の会議はいずれにしても、薬学関係者以外に、医師、看護師、あるいは患者の会、その他製薬企業の方も参加されておりました。この会で常に言われたことは、6年制になったけど何が変わったのかが見えない、何を目的にしているのかもよく見えないし、とにかく6年制にしたというわりには、内容が余り変わっていないという御指摘を、かなり繰り返し繰り返し頂いてまいりました。これも1つの契機になり、新しいコアカリの作成になったと言ってもいいのではないかと思います。

最初のコアカリは、先ほどの文科省の説明にもありましたように、2002年、2003年に作られたものです。これは、実際の6年制の施行よりも前ですので、この最初のコアカリは決して医療薬学だけを指向したのではなく、従来の薬学の創薬的なものもかなりしっかりと入っているものでした。その点では、やはり改訂の必要はあったわけです。しかも、大体10年たっておりますので、改訂の時期が来ていたと言えるかと思います。

この文科省の委員会では、今のコアカリ問題以外に、例えばこれはいまだに続いていることですが、入学定員になかなか学生が集まらない、そして入ってきた学生はなかなか進級させられない、6年生まで達するのに難しいという、非常に苦戦している大学がかなり数多く見られました。そういう大学について、実地の調査、ヒアリング、そして改善へのヒントの提供等も行わせていただきました。その成果がどうであったかは定かではないところもありますが、そういう活動もいたしました。そして、大学6年制の後の、今日も話題になります大学院の在り方についても御検討をしていましたが、残念ながら人材養成の

在り方委員会は、予算の関係かもしれませんが、何となく途中で休みに入ってしまい、検討が十分続けられなかったのは、私としては非常に残念な思いを持っております。これが2008年です。

2011年、文科省がいよいよ正式なコアカリの改訂に着手し、2013年、モデル・コアカリキュラム、今の現行のコアカリキュラムができたということになります。これまでの間に、既に2012年には6年制の最初の卒業生が出ました。それから8年たっておりますので、相当数の6年制の卒業生が世に出ていることになります。2013年に評価機構による大学の評価も始まっているところです。

これは平成25年度版のモデル・コアカリキュラムです。これも、先ほど文科省の説明があったとおりです。6年卒業時に必要とされる資質というものがあって、基本的にはOutcome-Based Education、学習成果基盤型教育にのっとったものでして、学習成果、こういうふうな資質を卒業までに得られるような教育を目指すというもので、それを可視化するというので、分かりやすくすることを目指しましたが、この辺はなかなか難しい点でして、評価機構からの評価でも、可視化して最終的に評価するという辺りに関しては、各大学ともまだ発展途上にあつて、完成には至っていない感じがいたします。

この内容を見ますと、先ほどの御説明にありましたように、患者・生活者の視点やコミュニケーション能力、チーム医療、そして薬物治療における実践的能力等々、かなり医療薬学を明確に目指した内容がしっかり入っています。

5ページですが、例えば薬物治療における実践的能力という所を具体的に見てみますと、薬物治療を主体的にという表現が非常にはっきりと出ております。従来はどちらかというと、能動的、受動的であったものがかなり主体的、能動的になっています。この矢印の先の平成25年のモデル・コアカリキュラムを見ていただきますと、最後の赤文字ですが、「医師に対し、薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更を提案できる」とあり、積極的に、前向きに提案できるということで、それまでのカリキュラムよりもはるかに前進した表現になり、こういう教育を学生たちにしっかりするのだというものを打ち出しております。そういう点でかなり改善しているはずなのですが、ただ、問題はこの下の所、これはSBOという表現でできるかもしれませんが、こういう項目が、このコアカリキュラムの中に全体を見ますと1,000を越える項目があります。こういう項目が余りにもたくさんあり、これを網羅的にこなすというようなことを大学がもし考えるとすると、余裕がほとんど無く、十分に大学が個性を発揮することができないことになってしまいます。

そういうことで、6年制薬学教育の課題としては、ニーズに感受性を持ち、それに適合した教育をしなければならないということで、薬機法が改正され、AI等がどんどん入ってきて薬剤師の役割も相当変わることをしっかりと考えていかなければいけないということです。モデル・コアカリに関しては、日頃から述べておりますように、当然いろいろな問題点もあります。これについて改善していく必要がありますので、これは是非、別の方向で考えたいと思っております。

学習成果基盤型教育が今のはやりですし、薬学科は比較的早くこのことに取り組んできているわけですが、まだまだ完全にこれがクリアできたとは思っておりません。先ほどから述べておりますように、コアカリキュラム以外の大学固有のカリキュラム、これは極めて重要なのですが、余りにも SBO が多過ぎて、これをこなすのに精一杯でということで、その 30% の教育の余地がないというのを考えなければいけません。

地域医療の貢献ですが、公衆衛生的なセンス、感覚というものが衛生薬学の中では少し乏しかったというのを実感しており、この辺りの充実も今後必要だろうと思います。何よりも薬学の 1 つの特徴は、我々の教員に現場感覚が乏しい、現場に出たことがない方が非常に多い点が非常に大きな問題点です。これを何とかしなければいけないのですが、現段階では大学と医療提供機関との連携を密にすることが望まれるということで、ここを何とか実質的に意味のあるものにしていかなければと思っています。

最後ですが、基礎薬学を医療現場でいかすことが非常に重要だろうと思っています、当然先ほどから申し上げておりますように、教員が医療現場を知ることが必要ですし、基礎科学が医療現場で役立つことを学生に実感させられる講義や演習を、全教員が全科目にわたって展開することが必要だろうと思っています。

評価ですが、いろいろなことにこだわって展開してまいりました。教員数の確保は大変難しい問題で、薬学教育を充実したものにするためには教員をかなり多数確保することが必須だと思っていますが、残念ながら経営の問題もあるということで、国公立は何とかクリアできるのですが、私立大学の場合にはなかなかできておりません。これが、もう 1 つの問題ですが、実習の充実、これは鈴木先生方が非常に努力しておられますが、更に時間を増やすことはなかなか難しい点がありますので、現時点では質の向上を更に図っていくことが多分必要だと思います。問題解決能力の育成ですが、これは、やはり今までにない、教科書にないような事態に薬剤師が遭遇したときに、それを越えるためには問題解決能力はやはり必須ですので、これをどういうふうに教育していくかということです。PBL や卒業研究の在り方等についても、更に検討が必要であろうと思っています。

そのほか、進級・卒業認定の厳格化、あるいは予備校化の防止等も謳ってはいるのですが、私学の場合にはその辺がなかなかクリアしきれていないことで、この辺も今後の課題であると思っています。雑駁になりましたが、以上で終了いたします。ありがとうございました。

○西島座長 井上先生、ありがとうございました。ただいま、6 年制薬学教育の導入から始まって今日に至るまでの、かなり詳細な、また分かりやすい歴史について触れていただきました。また、これから大変大事になります今後の課題ですが、井上先生が教育の現場におられて、そこで感じていらっしゃる非常に率直な意見を伺えたかと思います。井上先生、どうもありがとうございました。

それでは続きまして、鈴木先生から資料 3 に基づいての御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○鈴木参考人 名古屋市立大学の鈴木でございます。私からは、薬学の実務実習の現状と今後の課題というお話をさせていただきます。1 ページ目を御覧ください。先ほどから出ております改訂モデル・コアカリキュラムですが、平成 25 年度からその学習が始まり、薬学実務実習に関する連絡会議という、私も所属しております所で、ガイドラインを策定させていただき、新しいコアカリに適した実習を策定し実施してまいりました。その新しい実習は昨年度から実施されており、今年その全ての新しいコアカリで学習した学生が卒業することになります。

2 ページを御覧ください。現在行われています薬学の実務実習は、薬局が 11 週、病院が 11 週の 22 週間です。連続して行うことが原則になっておりまして、薬局、病院の順というのも原則で決まっています。薬局は 1 施設に実習生を 2 名までという規定で行っており、病院は 200 床から 300 床以上の地域の大きな中核の病院で行っているのが通常でして、1 つの病院で 1 名の所もあれば、数十名という所もあるのが現状です。薬局、病院の順に学生たちが連続して行うということで、今現在は、Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期、2 月から始まるというちょっと変則なのですが、このⅣ期の中に 3 つの組合せの薬局、病院を入れて、その 3 つのどこかで学生たちが実施をするという形になっています。

薬局の実習の内容ですけれども、10 年前の改訂前の最初の頃は、処方箋調剤をずっと 11 週でやっているような所も非常に多かったのですが、現在新しいガイドラインに基づく実習におきましては、かなりの施設が服薬指導、薬物治療の評価、OTC の販売に代表されるセルフメディケーションの支援、地域包括ケアの在宅の療養支援、それから学校薬剤師や健康サポート薬局などの地域活動こういうことも体験することが実習で行われています。

病院実習は連携していきまして、薬局で調剤をかなりやっておりますので、病院では病院の注射薬調剤、それから無菌調製といった調剤を中心に行い、やはり病院も現在は病棟業務の実践ということで、服薬指導や疑義照会、処方提案だけでなく、チーム医療への参画というのも積極的に行ってもらっています。これは病院ですので、医薬品情報(DI)業務とか、あるいは治験とかの体験を行っている実習生もおります。

3 ページ目をお願いします。ガイドラインでこの新しい実習に対して強く求めたのが、参加・体験型実習の充実です。当初はやはり大学と同じように座学がどうしても実習生に多かったですので、集合研修や座学は大学で行って、実際に患者さんや本物の医薬品のある薬局や病院では実践的な能力を身に付けてもらうために、本当の患者さんに継続的に当たらせてくださいということです。それからもう一つは、調剤について、ただその施設で作業を教えるのではなく、一つ一つの調剤がどういう意味があるかという意義を教えてくださいと、その施設のお手伝いをするのではなく、実習でそういう意義を教えてくださいということをお願いし、22 週間という限られた期間の中で、非常に多くのことを勉強しなければなりませんので、大学は少なくともすぐに服薬指導とかができるレベルまで教育させなさいということ、それから薬局と病院が連携をして、重複するような項目は

なるべく減らし効率的な実習を行ってくださいということをお願いしてまいりました。

4 ページ目をお願いします。実務実習で参加・体験型をする意義というのは、皆様方よくお分かりかと思うのですが、やはり医薬品というものが、要するに本の上で学生たちが学ぶ医薬品というものが、実際の現場で患者さんにそれが処方され、それが使われるという、そのこのところに初めてモノからヒトへという感覚がきちんと醸成されます。更にそのこのところで緊張感、責任感、自分の患者さんという体験から医療人の心構えを醸成していくということで、実際に医療施設で、実際に患者さんに当たって治療を担当することが非常に重要なものとして実習では行っています。

5 ページ目をお願いします。また当初、薬局や病院ですと、どうしても施設によって疾患がある程度偏って公平ではないというような学生からの意見もあったものですから、新しい実習では、モデル・コアカリキュラムに書かれていますこの8つの代表的な疾患をなるべく万遍なく勉強させて、病院と薬局で連携をして勉強させてくださいということになっていまして、これらの疾患を実際に処方し、患者さんを担当し、薬物治療に関わるということを実習で強く進めてまいりました。

6 ページを御覧ください。その結果というか、これは2019年度の去年の実習がまだ始まったばかりの頃のアンケートです。残念ながら、今年度のアンケートはコロナの影響で実習が非常に悲惨な状態で、ちょっと参考にできるような状態ではないと考えますので、昨年度の結果を見ていただきたいのですけれども、薬局から見て代表的な疾患の患者さんを担当させたか、早くから服薬指導を行ったか、在宅療養やセルフメディケーションを体験させたかというような内容についてアンケートを取ったものです。下のほうは学生たちに大学から印象を聞いたものです。実習施設の先生方の努力で、新しい実習に対応するように研鑽いただいて、かなりの施設でこの参加・体験型の実習がほぼ実施されています。少し学生の評価は厳しめですが、これは1年目の最初の頃で、1年たった現在はかなりここからも改善されていると私は考えています。

7 ページ、同じように病院のほうにも聞いてみたものなのですが、病院も代表的な疾患を担当したか、継続的に患者を担当したか、病棟回診、カンファレンスに参加したかということで、これも病院の先生方の努力で、少しでも実習生に体験させようということで、努力が進んでいます。そして、やはり学生からの評価が厳しいのは、もっとやりたかったという、そういう思いだと思うのですが、こういう差も含めて、現在更にこの実習の参加・体験型を推進すべく、努力を進めているのが現状です。

8 ページを御覧ください。ここで出てくるのが大学の役割です。大学は、先ほど申しましたように、早くから患者に当たるためには、それだけの知識や技能を持って、医療施設に出向かわなければいけません。それもガイドラインにきちんと規定してあるのですが、一番の大きなものは、共用試験という形で試験を行い、一応そのこのところで担保するわけですけれども、実際に、本当に早期からきちんと服薬指導などができるような、そういう能力が学生たちに身に付いていたかどうか、それから実習施設ではそういう学生を受け取

って、そういう能力を伸ばすことができたかということが非常に重要になってくるわけです。

9 ページを御覧ください。これも、先ほどと同じアンケートから取った結果ですが、病院や薬局の先生方に、来た実習生について不十分であったと感じた能力というのを聞いたところ、残念ながら、コミュニケーション能力、それから基礎的な薬学の能力、そういうものがまだまだ足りないという御指摘でした。これについては、大学側も真摯に受け止めて、臨床の準備教育というのを更に充実させていく必要を現在も感じております。

10 ページを御覧ください。大学で学んだ知識や技能や態度というのを、実際に臨床の現場で試してみるということ、つまりそこで実践することで、修得した知識をどうやって使うのか、その知識を個々の患者さんにどうやって対応していくのか、答えのないところに答えを見付けに行つて、それを議論する、そういう課題解決能力というのを当然今後の薬剤師は磨かなければいけません。それが臨床の実践的能力ですので、それを磨く場だということになります。

とすると、そういう場でどういう評価をするのかというのは議論がありましたが、現在は概略評価という形で、11 週間の実習の中で大体 3 回ぐらい実習生が、自己評価とそれから指導薬剤師の評価をしてもらいます。その評価は、実際にそれまでにやってきたことを振り返り、実際に自分ができたこと、できなかったことを振り返って、自分が今どのレベルにいるのかを評価して、その指導薬剤師は形成的な評価をし、フィードバックをすることで、学生たちが成長したことを、学生たちにも実感させます。実際には、そういう評価を行いながら、実習生に合わせて、実習の指導方法や方略というのを変えるというのが現在の実習の進め方になっています。

11 ページを御覧ください。この「評価」というのはとても大事で、実は実務実習で、病院や薬局からもらう評価というのは、大学にとってみれば唯一と言っていいほど、薬剤師としての実践的な臨床能力がどこまで身に付いたかを、きちんと評価してもらったものになります。大学は個々にディプロマ・ポリシーの中で、薬剤師としての実践的な臨床能力をここまで養成するというのを謳っているわけですし、その謳っているレベルに本当に到達したかどうかを、その実務実習の評価と結び付けて、卒業時に、実際に学生たちが、大学が考えるような臨床能力がきちんと身に付いたかを評価していくことが非常に重要になります。ここについては、今のところいろいろな議論がありますけれども、大学のほうで改善され、更に進んでくると考えますし、非常に重要なことだと私は考えています。

12 ページです。とすると、この薬剤師業務の評価というのはどうしたらいいかというと、現在は残念ながら、大学の準備教育での評価、それから薬局での評価、病院での評価ということ、卒業時の評価もあるかもしれませんが、みんな概略評価という形は同じですけれども、違うツール、違う尺度で行っているわけです。本来、薬剤師の身に付けるべき能力は当然一連のものであって、大学でここまでやった、薬局で更に伸びた、病院で更に伸びた、卒業時には更に伸びたと。できれば、その後の卒後研修でそこから先また伸びた

ということを評価していけるような、連続した評価をする指標というのが非常に重要だと思っておりますけれども、残念ながらその作成にはまだ至っておりません。この評価をするためには、まずその評価そのものも作らなければなりません。今後の大きな課題ではないかと思えますし、もう一つは、施設の評価と大学の評価を擦り合わせる上で非常に問題になってくるのが、大学の教員と、施設の指導薬剤師の評価の視点とか観点とかが、なかなか一致しないことです。これは多分、情報共有とか、あるいは大学側の努力の不足もあると思うのですが、そういうことを今後も進めて、学生たちをきちんと評価できるようにすることが更に必要になってくると感じています。

13 ページの共用試験です。これは皆様方も御存じのとおり、実習生は国家資格を持って実務実習に行くわけではありまして、仮免許のような形で、臨床に携わる許可の資格を与えるわけです。その試験が共用試験で、共用試験は2つ、そこに書いてある赤い CBT というコンピュータ対応の知識の試験と、OSCE と書いてある調剤、服薬指導のシミュレーション、この実技試験との2つで行います。CBT の知識問題については、ブラッシュアップもちょっとずつされていますし、ニーズの変化に合わせて知識レベルの問題を変えることはそれほど難しくないので、改訂を順次進めていくと思うのですが、OSCE については、やはり薬剤師の業務の変化が非常に激しく、調剤というモノからヒトへ大きく変化している業務に対応するような評価になっているか、そういう課題になっているかということは見直しが必要なのではないかと感じています。

その OSCE に合格するかどうか以前に、大学でもっと医療人としてのコミュニケーション能力の育成の教育の充実は必須だと考えていまして、14 ページ目の OSCE の課題を見ていただきますと、少しずつ改善をされ、在宅などが入ったりしているのですが、こういう課題の見直しも当然必要になると思えますし、13 ページの一番下に書いてあるとおり、OSCE で評価をして、実務実習に行って、実務実習が終わった後、本当に臨床の実践的能力が身に付いたのか、更にはそこから1年間学生たちは勉強するわけで、その1年後に、学生たちが更に成長して、臨床の能力が身に付いたのかを測定をする、確認をするということは、現在一部の大学でしか行われていませんが、そういうことについては、当然これから必要になってくるのではないかと、そして、そういうことがきちんとできないと、卒後の教育とか薬剤師のキャリアアップにもつながってこないのではないかと考えています。

15 ページ、薬剤師として求められる基本的な資質、これは先ほどから何度も出ていますが、研究能力、自己研鑽、教育能力というのは、ちょっと違う領域かと思うのですが、そこから上の7つについては、実務実習で一番確認できる、一番実感できる、一番評価が可能な領域となります。

16 ページを見ていただきますと、先ほどから申し上げているとおり、薬剤師に求められる基本的な資質というのは、実際には薬剤師の生涯研鑽の目標でもあると思うのです。実務実習で実習生が目指すのは、医療現場、薬局や病院で即戦力で働ける能力ではなくて、

10 年後、20 年後に薬剤師として活躍するための基礎的な能力を身につけるということをして、ということ、10 の資質をきちんと身に付けさせて発進させるという、そういう非常に重要な機会になるわけです。そうしますと、この薬剤師としての目標である「薬剤師に求められる基本的な資質」を、もう少し実務実習の中でも、これから重視して、きちんとその評価をしていく必要、つまりそここのところでどれだけ資質が身に付いたかは、卒業時も含め確認していく必要があると考えています。

17 ページの丸い図ですが、当然この薬剤師に求められる基本的な資質というのが、卒業時に完全に身に付いているわけではなく、1 年目つまり卒業時のとき、実務実習が終わったときには、この 10 の資質がどういう資質で、これからどういうことを勉強していけば成長できるのかが分かるというレベルです。10 年後になれば、それを本当に実際に実行できている段階で、20 年後になれば、プロとしてそれを人に教える段階というように、薬剤師としての研鑽を積んでいくその最初の第一歩が実務実習になりますので、そここのところを学生たちにもきちんと意識をさせ、施設の先生たちにも指導していただくことが必要になっています。

僭越ながら最後に少し、私見にもなりますけれども、より充実した薬学実務実習に向けて何が必要かをお話させていただきます。標準的な実習は、ある程度できていると考えています。ただ、やはり先ほど井上先生が言われました地域医療や救急医療や最先端の医療、なども含め、これから 10 年後、20 年後に活躍する薬剤師のために必要な能力を的確に教育していくためには、実習生の能力や希望に沿った、あるいはその施設の状況、地域に応じた内容やニーズに合わせた実務実習を、その期間も含め再検討する時期が来ていると強く感じます。

2 番目は実習生の臨床実践能力の目標とその評価の整備ということで、先ほどから申し上げましたとおり、薬剤師として 1 年生から 6 年生、卒業してそれから先に行くというときに、一連の連続して薬剤師の能力を強化するような目標と評価の整備は必要だと考えます。それから、大学は当然そういうことに対して積極的に関与すべきですし、実務実習について、まずは臨床準備教育を充実させて、少しでも高いレベルで実務実習をさせられるような努力は必要だと考えます。

大学教員の私が言うのもなんですが、実務実習で一番大事なものは、むしろ実習施設の充実なのだと思います。現在、非常に高いレベルで実習していただいている施設もありますが、残念ながらお手伝いになっている実習も当然見られるわけです。そういう中で、もちろん指導薬剤師という資格はあるのですが、実習生にとって、その実習施設が最初の臨床体験ですし、指導薬剤師は初めて身近に感じるロールモデルですから、その実務実習をしている施設そのものの薬剤師業務が充実していることが一番大事なものです。とすると、やはり実務実習をきちんと行うために、現在も各施設のほうで非常に努力していただいていると思いますが、更にその充実した薬剤師業務の充実をきちんと教えられるような形で、質の担保ができていくことがこれからも重要です。結局実務実習がちゃんとできるということは、

その施設がきちんとした薬剤師業務を行っており、それを薬剤師の活躍にもつなげていけると考えております。

最後のスライド 19 枚目です。6 年制の薬学部ができるまでは、薬系大学と薬局と病院というのは、余り連携がありませんでした。ただ、この実務実習で、薬系大学から薬局や病院に教育をお願いすることになりまして、その連携から、薬系大学の教員や施設やコンテンツから、地域の薬剤師の研修を一緒にやることになっている所もたくさんありますし、薬局や病院には臨床という研究のシーズがいっぱいありますから、そこのところから共同研究、それから薬局、病院の先生方から社会人大学院でまた大学で学ぶという動き、そして薬局と病院が地域の中で連携して今は実習をするようになりましたので、その連携が薬薬連携、つまり地域の医療連携の中に広がっているのは確かです。ということで、実務実習を通して、今は薬系大学と薬局や病院は、非常に新しい連携を充実させようとしていますので、今後更に実務実習の充実はこういうところでも非常に重要だと考えています。私からは以上です。

○西島座長 鈴木先生、どうもありがとうございました。先生からは、6 年制薬学教育で最も重要な実務実習につきまして、その具体的な内容について、先生からも非常に分かりやすく御説明いただいたかと思えます。また、最後のほうでは、現在行われている実務実習の問題点も幾つか挙げていただきまして、それに対する先生の抱負のようなものを伺うことができました。先生、どうもありがとうございました。

それでは、第 3 番目になります。資料 4 に基づいて、参考人の平田先生から、評価につきましてお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○平田参考人 大阪大学の平田と申します。よろしくお願ひいたします。本日は、大学院教育の現状と今後の展望ということと、薬学教育評価についてお話をさせていただきます。現在、国公立大学薬学 6 年制教育研究検討委員会というものが立ち上がってしましまして、私は、そこでの活動と、評価機構の評価委員会で数年間第三者評価をやらせていただきました。

2 枚目をお願いします。まずは、大学院の教育の現状と今後の展望ということで、4 年制博士課程の現状についてお話をさせていただきます。

3 ページをお願いします。これはそもそも論になってしまいますが、資料の後半に詳しいものは付けさせていただきましたが、大学院 4 年制博士課程の在り方ということです。一番上は、当然薬学に限らずのことですが、いわゆる設置基準に書いてあるのは、研究者として自立して研究活動を行うこと、そして、高度に専門的な業務に従事するために必要な高度の研究能力及びその基礎となる豊かな学識を養うことを目的とするということです。薬学において 6 年制ができて、その上の 4 年制の博士課程ということに関しては、まずは 6 年制ができる前の平成 16 年に中教審の答申が出ております。

これについては、赤字の所にありますが、やはり 6 年制の上の大学院につきましては、主として臨床に係る教育研究の高度化に対応するために、医療薬学・臨床薬学に重点を置

いて教育研究を行うことが想定される。ただし、できる前なので、今後検討が必要であるということになっています。

これを受けて、平成 20 年の日本学術会議の薬学委員会医療系薬学分科会での提言ということになっていますが、今、御存じのように 6 年制だけの大学と 6 年制と 4 年制を併置している大学がありまして、①については、6 年制のみの学部の上の 4 年制の大学院ということで、ここに関しては基礎薬学と医療系薬学を包括した総合的な学術としての薬学が大学院として対応することとなり、そして、6 年制と 4 年制を 2 つ持っている方の 4 年制の大学院につきましては、医療系薬学に関連する諸分野のうちから重要な研究領域を設置ということになります。私学の方はほとんど①で、国公立の方は②が多いということになっております。

先ほどの中教審の答申を受けて、文科省の薬学人材養成の在り方に関する検討会の第一次報告として、臨床的課題を対象とする研究領域を中心とした高度な専門性や優れた研究能力を有する薬剤師等を養成するというもので、ただ、大学については、自ら強化すべき教育研究内容がありますので、いわゆる個性化を図ることが重要というのがあります。

4 ページをお願いいたします。これを受けて、ここにあるように、まずは先ほどから説明がありましたように、当然大学院に繋がる 6 年制の学部教育があります。ここでは、現在のモデル・コアカリキュラムは、学修成果基盤型教育ということで、A から G の領域についてのコアカリができております。そして、薬剤師として求められる基本的な資質、これを卒業時に修得するというので、教育が行われているところです。

その上の大学院、一番上ですが、やはり 4 年制博士課程がいかにあるべきかということです。ここに関しては、学部教育を基盤としてということ、やはり学部教育が基盤になるということは大学院の場合言うまでもないことですが、学部教育を基盤として一貫した理念と教育目標による教育が必要であるということになります。そして、学術としての薬学、いわゆる学問領域の薬学の発展を担う人材の育成ということで、これは当然大学院が担うべきことになりますので、当然 4 年制博士課程でも、このようなことが言えます。

そのようなことで、大学が基礎薬学と医療系薬学を包括した総合的な学術としての薬学、これは先ほどの学術会議にあった文言ですが、いわゆる広義の意味での医療薬学における教育研究によって、まずは社会ニーズに応じて臨床の場で指導的な立場で活躍する薬剤師、大学において教育研究を担う教員、そして広く薬学の発展を担い社会に貢献する pharmacist・scientist の養成を図ること、当然企業での創薬研究や、あるいは行政も含まれると思います。

そこで、黄色の四角にあるように、学部教育における研究能力、いわゆる問題解決能力を修得して大学院に上がることが重要であるということ、そして、大学、臨床現場において、大学院としての教育研究の場を提供し、これを指導することができる十分な数の人、いわゆる人材を養成することが重要であるということ、いわゆるクリニカルクエストからリサーチクエストを導き出す、そういった能力を十分に持った博士を養成する

ことが必要であるということになると思います。

5 ページをお願いいたします。これを受けて、ここでは現状の 2020 年度の大学院の入学を見ております。左側が 6 年制学科ということで 4 年制の博士課程、右側が 4 年制学科ですから 3 年制の博士課程で、4 プラス 2(修士課程)の上の 3 になります。国公立、私学、合計を示していますが、赤字が定員を割っている所です。この現状から見ますと、国公立の場合は医歯薬総合というものがありますので、この 90 名の定員というのは正確ではありませんが、ここにあるような充足率ということになります。国公立と私学の合計は、このような状態になっているということになります。

実際には、この表にある 6 年制の、例えば 231 名の中には、社会人で既卒の方が入学してこられる場合がかなりの割合になります。これは、右側の 3 年制の博士課程に比べて非常に多いという状況があります。また、国公立は 55 名ということですが、これは国公立の 6 年制の学部の定員が 916 名いますので、その 6%に相当します。一方、私学の方は、2020 年の定員が 1 万 571 名ですから、定員の割合からすると 1.7%です。合計で 231 名ということは、6 年制の定員の 2%になります。ですから、この 2%が、博士の数として多いかということ、決して多くはないということになります。文系も入れての全国の平均がありますが、2%というのはかなり低い数字ということになっています。

そして、右側のほうに 265 名という数字がありますが、4 年制プラス 3 年制の博士課程で、いわゆる博士を持った人材ということになると、合計で 496 名、いわゆる 500 名弱ということになります。このような状況が、現在の入学者に当たるとのことです。

6 ページをお願いします。これは 2019 年度になります。大学院の 6 年制の上の 4 年制博士課程の修了者の動向を示しています。ここにあるように、国公立と私学を合わせて 135 名の修了者がいます。この中で少し注目していただきたいのは、下から 3 番目の教育研究職です。これは必ずしも全てが大学の教員ではありませんが、多くは大学教員ということになります。そして、上から 2 つ目の薬剤師、薬局、病院で博士を取って働いている薬剤師がこの数です。製薬企業で研究職というのは、特に博士が必要となっていますので、この数になります。

7 ページをお願いします。少し教育研究職について見ていきたいと思います。これが薬剤師免許を持った博士の教員の確保についてということで、2019 年度の数を拾っています。博士課程修了者、そして教育研究職に就いた数を書いてあります。上の赤字が 38%に相当する 51 名、そして、いわゆる 4 プラス 2(修了者)上の 3 年制博士課程修了した博士である教員というのが 52 名で、合わせて 103 名です。ただ、下のほうは大体 30%として換算しています。これが今の供給となります。

需要のほうはどうかということ、これも大雑把な計算で申し訳ないのですが、今、全国に薬系 74 ありまして、准教授、教授、助教の数というのは、大体 4,500 名です。これを各職階で 1,500 名ずついるとして、なおかつ、就任の年齢を教授が 45 歳、准教授が 35 歳、助教が 28 歳として、ばらつきは当然あるのですが、博士を取って助教になったとして、

定年を 65 歳とすると、上の 1,500 名を助教の在任期間の 7 年から 8 年で割ると約 200 名となり、つまり年間 200 名の助教が必要になってきます。この教員がどんどん年齢を重ねて上位の職階に上がるわけわけですが、そうすると、上の数の 51 名、つまり薬剤師を持った薬学博士が教員になるとすると、全体の 200 名のうちの 51 名ですから、4 分の 1 にしかありません。その下の 52 名を足した合計 103 名、いわゆる薬学部出身の教員は薬学博士を持っているという条件まで広げても、2 分の 1 にしかありません。このような状況の中で、6 年制教育を続けて行かなければならないということに関しては、やはり薬学博士を持った教員が足りないというのが現状だと思います。

これだけではなくて、さっき言ったように、いわゆる薬剤師として働く博士、そして企業で創薬研究に関わる博士、こういった薬学博士も数としては足りない状況というのは、先ほどの数でご理解いただけたと思います。

8 ページをお願いします。次に、それではどうしたらいいかということで、これは先ほどの在り方委員会のところにもあったのですが、まず何と云っても、学部教育におけるモデル・コアカリキュラムの充実が必要です。これについては研究力、少なくとも問題解決能力をしっかりと養成して、大学院に向かう、研究に向かうマインドあるいは能力をしっかりと学部教育の中で身に付ける必要があるということ、そして上の 4 年制博士課程を考えた、6 プラス 4 の中での一貫した理念と教育目標をしっかりと掲げて、学部教育を行うべきではないかと思えます。

2 つ目ですが、それと同時に、博士課程のカリキュラムの充実と周知も必要だということです。社会ニーズに応える人材を育成するための教育研究、教育目標と 3 ポリシー、そしてキャリア形成に有効な教育プログラムといったものが必要であるということ、あくまで広く薬学領域を捉えたということを書いてあります。

そして、博士課程在学中の経済的支援、医療現場との連携や産学連携の強化、キャリア支援、さらには受験生あるいは社会に対する大学院進学を促すための啓発を行って人材育成の価値を訴えていく必要があると思えます。

最後に、4 年制博士課程の制度改革です。これはなかなか難しいところはあるのですが、一例として大阪大学の例を紹介させていただきます。

9 ページをお願いします。これは今、2 年目に入りましたが、いわゆる「新全 6 年制」と言っておりますが、一番右に相当するものです。この場合、学部の 4 年生、阪大は定員 80 人が全員 6 年制なのですが、4 年生修了後に休学して大学院の 4 年の博士課程に入ります。その後、5 年生から復学することによって実務実習受けて卒業して薬剤師免許受験資格を得るというもので、10 年一貫になっています。このコースでは推薦入試で 15 名を取っております。

左上にあるように、今までの我々の 6 年制の上の 4 年制博士課程の定員は 10 名だったのですが、これを 25 名に増やしております。ですから、これがうまく機能すれば、25 名の薬剤師を持った薬学博士が養成できるということになります。阪大では、現在まで 3 年

制博士課程修了者を入れると 30 名近い博士が出ていますので、その数がそのままここに反映されれば、こういった薬剤師を持った薬学博士が養成されるのではないかと考えています。

10 ページをお願いします。これは、その中でやるべきことということで、この場合、博士取得が先で薬剤師免許取得が後になります。4 年生から博士課程に入ることから、飛び級になりますので、厳しい QE を経るということですが、その代わり、4 年制に入ると授業料相当分の奨学金を支援すること、そして、そこに書いてあるように博士課程に相応しい臨床研修とか講義、あるいは海外での研修を入れており、学生のモチベーションをしっかりと保つことができる特別なプログラムとなっています。こういった努力も今から必要ではないかなと思います。この制度が適用される学生はまだ学部 2 年生ですので今後どのように推移するかまだ分かりませんが、結果も含めて、これから検証をやっていく必要があると考えています。

11 ページをお願いいたします。第三者評価の話をしていただきます。先ほどの井上先生のお話にもありましたし、文科省からのお話にもありましたが、第三者評価については、ちょうど今、第 1 期が終わって、第 2 期が始まるところでコロナが来て、1 年延長になって、来年度から第 2 期に入るという境目になっています。

12 ページをお願いいたします。これが第三者評価の目的になります。赤で書いてあるように、まず 1 つ目は、各大学における教育研究プログラムの質を保証すること。2 つ目が、評価の結果をフィードバックすることによって、各大学の教育の質の改善を促進すること。そして 3 つ目が、社会に対して教育プログラムの質をアピールしていく、それによって、広く国民の理解と支援が得られるように支援するということになります。

第 1 期は、特に 1) の教育プログラムの質の保証ということで、ある程度横並びの評価を行ったということになります。第 2 期については、先に話してしまいましたが、主に 2) と 3) を目的とするということです。つまり、大学での自己点検、評価、内部質保証を基にして、プログラムの改善を促進すること、そして学部、大学を考えたときに、これから薬学の教育、人材育成はどうあるかということを広く国民に理解を求め、支援を得られるようにすること、第 2 期ではそういうことが目的になると考えています。

次をお願いします。これまでの第三者評価の経緯です。ここにあるように、評価機構ができたのが平成 18 年度に 6 年制になってから 2 年後の平成 20 年度ということで、平成 25 年度から第 1 期の評価を 7 年掛けて、74 大学に対して行いました。そして、令和 2 年度から、本来は第 2 期に入る予定でしたが、コロナのために 1 年間延長になっております。令和 3 年度から第 2 期、また同じように 7 年間で全大学の評価が実施されます。

14 ページをお願いします。評価の実施方法について簡単にプロセスを説明させていただきます。このような形で、左側の大学は、自己点検、評価したその結果を、定めた評価基準に基づいて第三者評価をするという制度になっています。これについては、そこにあるように、最終的には評価報告書を大学に返すと同時に社会に公開するという形で評価を

しております。

15 ページをお願いいたします。これが第 1 期の評価基準で、真ん中にある 13 項目毎に評価基準に基づいての評価を行いました。

次をお願いします。第三者評価の在り方ですが、外部質保証としての在り方、カリキュラムを中心に教育プログラムを見ていくということと、あとは教育プログラムの質の保証に重点を置いたということで、詳細はまた後で御覧いただければと思います。

次をお願いします。これについては各中項目、13 ありますが、それについて S から D の段階的な評価をして、大学に対して長所、改善すべき点、助言、但し書きといった提言をし、最終的な総合判定は「適合」、「判定を保留して評価を継続」、または「不適合」の 3 段階になっています。

18 ページをお願いします。これは、ほとんどの大学が適合した評価基準ということで、中には、取組として他大学の模範になるような優れたものもたくさんありました。青字の所だけを読ませていただきます。教育研究上の目的というのは、薬剤師養成について、社会のニーズを反映して全ての大学で設定されているということで、この辺りはしっかりとそろっていました。また、一番下のあるように、ヒューマニズム教育、コミュニケーション教育にはかなり力を入れて、6 年制教育の特徴が出ているということになります。

19 ページをお願いします。先ほどの鈴木先生のお話にもありましたように、実務実習については、なかなか横並びでというのは難しいところはあるのですが、少なくとも実施体制は不備なく整備されていて、効果的な実習が行われていると考えられます。そして、学生の支援については非常に手厚い体制が取られていまして、安全及び安心への配慮も十分に行われているということです。学習環境も、ほとんどの大学でよく整備をされているということになっています。

20 ページをお願いします。今度は、一部の大学ですが、改善すべき点として指摘されるところを取り上げさせていただきました。まず、カリキュラムについては、共用試験、国家試験対策に偏重したカリキュラム編成になっている。あとは、専門教育においては、技能・態度の学修目標についても講義中心の学習方法が取られており、適切ではない。問題解決能力では、卒業研究が適切な時期、期間実施されていない、そして評価が適切に行われていないという指摘がありました。

次のページをお願いします。学生の受入れについては、アドミッション・ポリシー、いわゆる入学志願者に対する適性の評価といったものを掲げているわけですが、それをしっかり踏まえた入学選抜が実施されていない。成績評価に関しては、卒業研究の単位認定が適切に行われていない、学士課程の修了認定が適切に行われていない(卒延生の扱い等)ということになります。

次をお願いいたします。ここは教職員についてですが、研究活動が十分ではない教員が配置されている、研究業績の評価が適切に行われていない、一部の正規科目の講義を予備校の講師が行っているということがあります。

最後の自己点検・評価です。これは第2期に向けてですが、自己点検・評価のための組織が整備されていない、自己点検・評価が適切に行われていない、その結果が教育研究活動の改善に反映されていないという点が指摘されております。これは教育評価機構から全大学の評価報告書が出ておりますので、その中からのまとめということになります。

23 ページをお願いします。第1期の評価については、先ほど言いましたように、「適合」が74大学中69大学、「判定を保留して評価を継続」は5大学、「不適合」は該当大学はありませんでした。大学に対してですが、改善すべき点は、3年以内に義務として改善報告書を提出していただいています。現状、再評価が進んでおりますし、改善報告書も見させていただいておりますが、全ての大学は真摯に教育プログラムの改善に努めているということで、第1期の場合というのは多少今までのカリキュラムの延長ということがあったので、少し不備な点もありましたが、それが全ての大学で改善しつつあると考えています。

24 ページをお願いいたします。そのような前提もあって、改定評価基準による第2期の評価ということで、先ほど教育の質の保証ということだったのですが、今度は3つの方針、いわゆる3ポリシーに従った評価ということで、学力の3要素が、資質、能力の3本柱であるという、これは文科省から示されている学校教育法の中にありますが、それに基づいて、一番下にあるように、内部質保証の重視、3つの方針に基づく大学教育、そして学修成果の評価、これに重点を置いた第2期の評価になります。第1期とは少し違った目的で評価をしていくということになります。

次をお願いいたします。第2期の評価ですが、下の四角枠を見ていただければ分かりますけれども、6年制薬学教育課程の整備と実施から、より内容重視の評価になります。3つの方針の策定・運用と学修成果(アウトカム)の評価、これらは学修成果基盤型教育に基づくものになりますが、3つの方針に基づいた自己点検・評価の実行になります。

26 ページをお願いします。これが第2期の評価基準です。かなり評価基準が整備されて、数も減ってきました。

次をお願いします。これは、その取りまとめで、重要なところは青字で書いてあります。重点が置かれているのは、先ほど示した3つの方針、そして内部質保証、カリキュラムの中での教育課程の編成、そして実施評価という、この3つの点です。そして、これに加えて学生の受入れ、いわゆるアドミッション・ポリシーです。これらを重点的に評価することになります。

次をお願いいたします。やはり第2期の評価においては、さっきの繰り返しで書いてありますが、下から2つ目です。各大学にきめ細かな自己点検・評価(内部質保証)が欠かせないということと、PDCAサイクルを各大学で回していただいて、内部質保証をしっかりと遂行していただく、そして教育プログラムの改善に努めていただくことが重要ということで、こういった視点で第2期の評価を実施させていただきたいと考えています。あとは、大学院の設置指針、あるいは3ポリシーに関する参考資料を付けさせていただきました。

参考資料の1つ目は、文部科学省から3ポリシーの考え方についての図を入れていただいております。私からは以上です。

○西島座長 平田先生、どうもありがとうございました。先生からは、最初に6年制薬学教育の上にあります4年制の大学院について、6年制の上の大学院博士課程の目指すところと、大学院の現状と問題点について述べていただいたと思います。続いて、薬学評価ですけれども、これは井上先生のお話にもありましたが、6年制の薬学教育ができたときに、このような評価をすることになって、この評価について評価機構があるのですが、そこでの評価についてどういうものかを御説明いただきました。この評価については、つい最近全ての大学の評価が1回終わって、第2巡目に入っているということ、第2巡目においてはどういうことを目指すかについて非常に具体的にお話いただいたと思います。平田先生、どうもありがとうございました。

○平田参考人 ありがとうございます。

○西島座長 それでは、ただいま4人の方からいろいろと御説明を頂いたのですが、残り時間はあと40分ほどですが、それぞれのテーマについて質疑応答に移りたいと思います。テーマが大きく3つほどあると思いますので、1つずつ順番にいきたいと思います。

まず、薬学教育全般について文科省と井上先生から御説明いただきましたが、この薬学教育全般について御質疑をお願いしたいと思います。この点について、構成員から質問なり御意見がありましたら御発言をお願いします。いかがでしょうか。山口構成員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。井上参考人に質問が3点ほどあります。まず、平成25年、2013年にコアカリの改訂が行われて、その2年後から実施されています。そのコアカリが変化したことにより、薬剤師として求められる基本的な資質ということで、10項目が取り入れられたとのことでした。この内容を見てみますと、患者にとってもとても重要な薬剤師の心構えであったり、コミュニケーション能力であったり、患者・生活者の視点、チーム医療といった項目が入ってきていますけれども、こういうことが入ったことによって、教育体制、例えば臨床系の教員が増えたなどの変化が、コアカリの変化とともにあったのかどうか、まず1つです。

2つ目として、コアカリの中に、医師に薬剤の種類や投与量、投与方法、期間を変更する提案ができることを学ばせるという内容が入ってきています。これは実際に、その後実習に行ったときに、臨床の現場でそれをやっていないと、せっかく学んできても「なんだ、これは、実践ではやらないんだ」ということになってしまうのではないかと思ったのです。こういうことがコアカリに入ったことで、臨床との連携、こういうことを学ばせているので臨床の現場で実習のときに、是非こうした姿を見せてほしいということで、臨床との連携があったのかどうかというのが2つ目です。

3つ目として、教員の数の確保です。特に、私立で難しいというお話がありました。私立は学生さんの定員数がかなり多いと私は思っているのですが、そうしたことが教

員確保の難しさの原因の1つになっていないのだろうかということと、それ以外に何か原因があるのであれば具体的に教えていただきたいと思います。以上、3つです。

○西島座長 はい、ありがとうございます。それでは井上先生、お答えをお願いいたします。

○井上参考人 まず、1番目の変化があったかという点です。なかなか難しい点はあるかと思います。こういう点について、最終的なゴール、成果を謳っているわけですが、その成果をどういうふうに教育の場で、一個一個どういうふうに教えていけばいいのかということについては、大学それぞれが工夫すべきものでありますし、それが本当にきちんと行われていれば、社会もこんなに変わったのかと認めてくれるはずだと思うのですが、これはまだまだ途上であって、もっと努力をする必要があるかと思っています。やはり、これはコアカリをもう少し分かりやすい形に変えなければいけないだろうと思いますし、現行のコアカリは、こういう項目は挙げておりますけれども、それ以外にも非常にたくさんありまして、そういうものの中にどうしても希釈されてしまって、目立たなくなっているところもありますので、切り捨てるものはもうちょっと大胆に切り捨てるのか、そういうことも必要なのかなと思っています。

2番目の問題は、理念といいますか、今までは監査という形で、あくまで医師が処方箋を出して、それに対して正しいのかどうかということを検証するということがあったわけですが、もっと一歩進んで単なる検証ではなく、このほうがいいのではないのかとか、お医者さんにとって有益な有効な提言というのは、恐らくお医者さんが考える以上の提言をできることが本当は望ましいわけですので、そういうことを目指しましょうという教育の仕方です。

では、実際の現場で、薬剤師さんたちが現時点でそこまで積極的な提言をしているかということ、非常に限られた先生方はそこまでしているかと思いますが、医師との関係ということにも多分よるのだろうと思いますし、お医者さんのほうがなかなかそれをまだまだ受け入れてくれないとか、様々な点がありますので、薬剤師があるべき方向としては、やはり医師、他の医療職の方々が本当に信頼してくれる薬剤師を養成するという視点では、今申し上げたような能力を、できるだけ大学においても身に付かせるようにしていきたいという気持ちのカリキュラムということになります。

3番目、数の確保、これは本当にちゃんとした教育を展開するためには、教員の数を増やして密度高い教育を施すのが理想だと思います。この評価機構の中にも、教員の数をできるだけ増やすようにという項目があるのですが、ここに関しましては、私立大学の場合、経営という問題がどうしてもかなり強く出て来てしまって、なかなかそのところがうまく達成できていない。経営上、そこまではとても無理だと言われてしまいますと、なかなかそれ以上に踏み込めなかったという点があります。

もちろん、大学の学生定員が非常に多いという点は、私どもも非常に気にしている点です。学生数を下げてくれというようなことをしますと、経営者側はどうしても、教員も少

し減らしてしまうとかいうようなことになってしまっていて、経営上の戦略とかと相まって、現実にはなかなかうまくまだまだいっていないという感触を持っています。

○西島座長 ありがとうございます。鈴木先生、先ほどの第1回目なのですがけれども、10の資質のうち、7つぐらいは実務実習に関係しているというお話をされましたけれども、その点を踏まえて何か付け加えることがあったら、御発言をお願いしたいのですが。

○鈴木参考人 御質問ありがとうございます。実は、この基本的な資質というのは、先ほど平田先生も言われましたが、いわゆるディプロマ・ポリシー、それからカリキュラム・ポリシーの中に大学がかなり取り入れました。つまり理念、先ほど言われたとおり、確かにお題目かもしれませんが、大学自身はこれを意識をして、実際にカリキュラムを変えたり、カリキュラムマップというのも変えました。ディプロマ・ポリシーはかなりこれに影響されて、薬学の指針は国公立も私立も大きく変わってきたと思います。実施できているかどうかと言われると、それは第三者評価に任せたいと思います。

先ほど言われました処方提案の件なのですが、私は所属病院も薬局も回っているのですが、確実にこの10年で大きく変わっています。私が最初に実務実習に出た頃は、先ほどおっしゃったとおり、疑義照会、つまり医師にいかがでしょうかと尋ねるということから一歩進んで、最近では本当にきちんと薬剤師のほうから、腎臓の値や肝臓の値ですとか、実際に検査値が見られる処方箋もありますので、それを見て、薬局も病院もきちんと医師に提案というか、そこはコミュニケーション能力の問題もありますけれども、裏方には違いはありませんがきちんと提案をしているのはたくさん見えていますし、学生たちがそれを見て、もっと自分も勉強しなくてはというのが、現在の実習では体験としてかなり出てきていると私は考えています。以上です。

○西島座長 ありがとうございます。そのほか御意見、御質問はありますか。野木先生お願いします。

○野木構成員 ありがとうございます。先生方には本当にいろいろないい話を聞かせていただいて、有り難く思います。ただ、井上先生がおっしゃっていたように、6年制になって何が変わったのかということところは、よく考えなければならぬ部分だと思うのです。4年制で卒業されてプラスで病院実習されるのと、現在のように資格取得前に学生実習を行う6年制の人と、どう違うのかが大きなポイントになってくると思います。

私は以前から、CBTとかOSCEを終わった時点で、何らかの資格を与えるべきであるはずと発言しています。それはなぜかと言いますと、やはり2年間の実習という部分が、正直なところ、私の医学部の経験でもありますがけれども、学生は見学者なのです。極端なことですが、研修医でも患者さんは嫌がられます。それは自分が病気で死ぬかどうかというところに、研修医が来てよく分からないことを言っていたら、当然怒りますよね。そこに学生が来たら、更にもう1つ、何しに来たんだと言われる患者さんもやはりおられるわけですね。そうなってくると、基本的に資格を持っていないと今は非常に大きなところでモチベーションもやり方も全く違うと思うのです。実習先の病院も、実際そういう方を使え

るのかといたら、見学しておいてという話になると思うのです。ですから、やはり免許を持った人に来てほしい、ちゃんとできる人に来てほしいと。実習に来た学生はいわゆるお客さんになってしまうと。ですから、やはり資格を持ったうえでのちゃんとした実習を本当にしてほしいというのが、病院協会の希望なのです。

現実的には、うちも薬局があって、薬剤師さんが結構おられますけれども、ではどうなっているのかといたら、これは余り言えませんけれども、調剤薬局などで実際仕事がないときはどうしているのかというと、薬局の売り子さんをしているというのです。薬局の売り子さんをしていて、どうして授業料を払わないといけないのかという家族、保護者の思いも一方ではあるということでした。調剤薬局に行って売り子さんをして、そこが次の薬剤師の青田買いの場所になっているというような現実もあって、この辺はしっかり評価していかなければならないのではないかと思っているのですけれども、その辺りを教えていただける方がいたら有り難いです。

○西島座長 いかがでしょうか。鈴木先生か、井上先生か。井上先生どうぞ。

○井上参考人 6年制になって何が変わったのかという点に関しては、医療現場からは6年制の薬剤師になった人たちの意識は明らかに従来のものとは違った、それなりのプロフェッショニズムみたいなものも持って入って来ている学生が多いと言っていますので、6年制が全然変わらないということではないと、少なくとも最近の卒業生に関しては言えるのではないかと思います。ただ、先生がおっしゃったような形で、学生が臨床現場に来るのがある意味で非常に邪魔になると、これは確かにそういうところがあるだろうとは思いますが。

したがって、本当は卒業の前の段階で、もし何らかの資格を与えてもらえるようであると一番良いのかなというのは正にそのとおりでと思いますし、医学部だとスチューデントMDとかいろいろな言い方があって、それなりの形を取っているのだと思うのですけれども、薬学の場合にもそういったものが制度的にできればいいかなとは私も思います。

○西島座長 それでは、安部構成員、お願いします。

○安部構成員 薬局の実習について、親御さんのそういう思いがあるとお聞きしましたので、少しお話させていただきます。薬局での実習は、もちろん調剤業務もありますし、在宅業務といったところでももちろん実習をするわけですが、そのほかセルフケアに関しOTCを販売する、その上で健康相談に乗る、あるいは学校に行って環境衛生の仕事をする、そういった幅広いところを実習で薬学生に体験させるという実習を求められています。親御さんは、お子さんが帰ってきて、今日薬局実習で薬を売ってきたと聞いて売り子という表現をされているのかもしれませんが、それも町の薬局の大切な役割であって、それを経験してもらい、実習で体験してもらいというのも実習の大切なところですので、そこは御理解いただければと思います。

○西島座長 そのほかいかがでしょうか。武田構成員、お願いします。

○武田構成員 ありがとうございます。日本病院薬剤師会の武田でございます。今の野木

先生の御質問とも少し関連するかと思うのですが、私が住んでおります鹿児島のことを少し申し上げますと、鹿児島県には薬学部がございませんので、薬学実習生は基本的に「ふるさと実習」という形で受け入れております。そうすると、患者さんも地元の学生が、将来、鹿児島に戻って薬剤師として活躍してもらいたいという思いで、総じて、学生教育に積極的に携わってくださいます。そういった患者さんの御協力もあって、鹿児島県下では、病院実習も薬局の実習も大体うまくいっているのではないかと思います。

野木先生が御指摘のとおり、施設によっては人手が足りないので学生が行う調剤実習やOTC 関連業務が実際の業務に直結する場合もあるかと思います。まさにリアルな臨床実体験ではないでしょうか。学生や保護者からのクレームは調整機構会議でフィードバックされ、検証されております。そういう施設には実習を依頼しないという対応もとっておりますので、年々改善されていると思います。

一方、質問ですが、参考人の御説明の中で、薬学教育が4年制から6年制に変わり、これまで、2週から4週間くらいの、それも休み期間中の自主的なものといった実習から、学内と薬局、病院を合わせて半年間の臨床実習へとカリキュラム編成されました。きちんとした実習プログラムが作成され行われていますが、医師会の先生方からご指摘のように、わたしもまだ臨床経験が少ないと感じております。1,000を超えるSBOがあって、そのすべてを半年の実習でしっかりとクリアいくのは非常に難しいと思います。今後、質の向上を検討しても期間の延長は難しいとお話がありましたが、例えば、今後の検討課題として実習期間を現行の半年間から1年間に延ばしてより経験値を増やしていくというお考えはございませんでしょうか。

○井上参考人　むしろ、医療現場の体制として、薬局、病院で学生が1万人近くいるわけですが、これらの学生を引き受けていただくに当たって、今よりも時間といいますか、日にちを延ばしていくことは、果たしてそんなにすぐにはできることなのかというところが一番気になります。もちろん、教育現場として半年のものを1年に延ばすということは、例えば卒業研究であるとか基礎教育の部分が、ちょうど医学が同じ問題に直面していると思うのですが、そういう部分をかなり大幅にカットして臨床現場での教育を増やしているわけです。

そのときに、片方の側で基礎的な本来必要なものがかなりカットされているとも聞いていますし、そういうことも考えますと、時間を延ばすということがなかなか現実的ではないかもしれないとすれば、質を上げる、効率を上げて、より良い実習を目指すというのが先決かと、私は個人的には思っています。

○武田構成員　井上先生、ありがとうございます。ご発言にあった実習受入先の件なのですが、例えば鹿児島県では、手上げしている受入施設の半分ぐらいしか学生さんを受け入れておりません。受入人数に対して実習希望の学生数が少なくマッチングされていないのが実際です。都市圏は施設の受入状況がかなりひっ迫しているのかもしれませんが、地方、特に薬学部がない県では多くの施設が可能であっても受け入れていない現状がありま

す。ふるさと実習を全国的に進めていただければ、受入可能数は学生の数分あるのではないかと思いますのでいかがでしょうか。

今年にはコロナ禍の影響でなかなか開催されていないですが、毎年、講習会が開催され指導薬剤師が増えていますので、受入可能な施設数も増えております。全国的にふるさと実習を促進し学生とのマッチングをしっかりといただければ、あるいは地域ごとに複数施設を組み合わせた実習のご提案をいただいたりすることで、もう少し実習期間を延ばすことが可能になるのではないのでしょうか。是非、そういった観点からも御検討いただければと思います。ありがとうございました。

○鈴木参考人 ありがとうございます。むしろ、実務実習にエールを送っていただいたと思うのですが、やはり大学の状況、それから薬学部の学生は病院や薬局にももちろん就職する者が多いのですが、実際には企業に行ったり行政に行ったり、いろいろな筋道があるのが医学部とかなり違うところで、6年制の実習以外の過ごし方、学習の仕方というのも大学によっても違うと思いますので、一律に22週を増やすというのはかなり議論が必要なのと、先ほど井上先生が言ったとおり、それを受け入れていただけるような施設が本当にあるかということ、現在非常に大きな問題となっています。

例えば、私どもの大学では、受入れのない県にアドバンストで地域医療を教えてくださいということをお願いしていて、実務実習をやっている施設で実務実習が終わった6年生を連れて行って、地域医療をまたそこで学んでいるというような事例もありますので、実務実習というスタンダードなものにこだわらずに、やはり臨床をきちんと学びたい子は、また更に学べる仕組みがあるということのほうが大事なように感じます。私の意見は以上です。

○西島座長 ありがとうございます。それでは、鈴木構成員、続いて藤井構成員、御発言をお願いします。

○鈴木構成員 東大病院薬剤部の鈴木です。国立大学薬学部長会からの御推薦で入れていただいております。実務実習関係中心の御議論の中で、大変申し訳ない、恐縮ではあるのですが、全ての業務といったものの基盤になるのは、科学的な考え方、研究によるものだと思います。どうもその辺りが少し希薄になりつつあるのではないかとこのことを大変懸念しており、コメントさせていただければと思ったところです。

これは初回でしたでしょうか、お話を御紹介させていただきましたが、例えば大学病院であれば、病棟医長の先生は講師クラスで、非常に立派な御研究をされていらっしゃる中で、その中で、例えばこの間出てきた論文はどう思うかと聞かれたときに、著者が導いた結論を知っているだけでは、AIで十分なわけです。そうではなくて、何か背景となって、何が問題となって、どういう方法で研究が行われて、どういう結果が出て、どういう結論が導かれているのか。そういったことを、きちんと自分なりに理解して対応できるような、それだけの実力ある薬剤師でなければ意味がないということがあります。

相手に対して説明するときも、10秒で説明しなくてはいけないのか、30秒あるいは2

分あるのかといったところを、ちゃんと見ながらきちんとロジカルに説明していくといった能力は、研究を通じて得られるものですので、そういったところが基礎的な力として非常に大事になってくるのではないかと考えています。

これは、保険薬局でも同じで、ヨーロッパでは町の科学者と呼ばれていることは聞いたことがあります。科学のない所に医療はあり得ませんので、基礎的な実力を付けてもらうということで、研究面、それも相当しっかりした研究をやっていただくことが大事かと思っています。

その意味で、これは大学院教育あるいは第三者評価とも関係してくるかもしれませんが、どれだけのクオリティの研究が各大学でやられているのかといったことのチェック、それからクオリティの経年的なチェック、そういったものもこれから少し考えていっていただく必要があるかと感じております。以上です。

○西島座長 これについては、井上先生、一言何かありますか。

○井上参考人 もちろん、研究が重要だということは分かります。ただ、現状では、薬学のカリキュラムが非常にヘビーで、先ほどから申し上げていますように、1,000項目以上のSBOがあつて、これを網羅的に教育するとか、実務実習に教員が駆り出されるとか、当然大学と現場とのコミュニケーション、連携をやらうとすると、教員が現場に出向く機会も非常に多いとか、様々なことがあつて、研究の時間がかなり圧迫されていることも事実なのです。この辺は本当に何とかしないと、大学は研究があつての大学だと考えますと、かなり問題だと思っています。

○鈴木構成員 今のジレンマのところは、大変よく理解しているつもりではあります。ただ、それが、例えば研究面でも魅力的な薬学部というふうにしておかないと、先ほど平田先生からお話がありましたように、ドクターコースになかなか行かないとか、その先のアカデミアのポジションに就かないとか、そういったところにもつながりかねませんので、大変なことは重々承知ではあります。解決の方法を、これから病院、大学、薬局と連携しながら対応できればと思っています。以上です。

○西島座長 平田先生、今、教育研究の質のチェックということがありましたが、評価においては、この点はいかがでしょうか。

○平田参考人 今、論文については、先ほど少しありましたが、教員については、コンスタントに、自己点検・評価をなささいということですから、第三者評価ではその中に5年間全く論文がないとか、そういうことに対する指摘は、基準に基づいてさせていただいているところです。今度の第2期の評価基準にもそれもありますし、先ほどあつたように、薬学という学問領域の中での教育研究になりますから、それを支えるのは当然教員であるはず。我々大学教員が、教員免許なしになぜ学生を教えることができるかについて考えてみると、専門分野での研究実績があつて、それを基にしてその専門分野の講義をしているわけですから、そういう意味での研究力は当然教員に必要であつて、そういった教員が学生の卒論研究を指導し、そういうのも通して学生は研究力を身に付けていく、あるいは

は、臨床現場でもそういった研究力を持った人材が、臨床での研究を支えていくということなのです。私は大学院から研究を行うということではなく、学部でその基礎になる研究能力を修得すること大学院に上がるために、あるいは臨床で活躍するために非常に重要ではないかと思っています。

そういう意味では、多様なそういったプログラムが必要なかもしれませんが、研究は薬学という学問領域領域としての根幹に関わるところとであると同時に、人材育成の柱になるものであると捉えていますので、それがカリキュラムにしっかり入るべきだと思っています。時間的な制約など、いろいろな制限があるかもしれませんが、研究能力の養成については何とか崩さず、むしろ充実させることが、これから必要なのではないかと思っています。

○西島座長 ありがとうございます。それでは、藤井構成員、御発言をお願いします。

○藤井構成員 日本保険薬局協会の藤井です。本日は、貴重なお話をありがとうございます。幾つか質問と確認という形でさせていただきます。

1つ目が、第三者評価をされているということなのですが、実際、我々が反省をするという意味でも、若しくは改善するためにも、実習施設に対する評価というものがありますでしょうか。もし、あるのであれば、資料3、鈴木先生の資料にありましたが、受入側の施設としてはしっかりとできている。ただ、受けた学生さんからの印象としては、それが決してそうではないという結果が出ている。その辺りの乖離が、一定の基準に基づいた実習施設側の評価もあるのであれば、どう是正を求めているのだろうかというところが確認させていただきたいのです。

もう1つは、先ほど評価基準の中で、ほとんどの大学が適合した評価基準で、コミュニケーション教育に関する教育プログラムが整備されていて、これは適合となっていっているのですが、鈴木先生の資料で見ると、今度は逆に受け入れる側の施設としては、コミュニケーションの力が少し不十分であったと感じているというような結果があります。どうしても、この辺の評価の差分というか違いを、どう大学と現場が今後連携しながら、この辺の調整というか改善、課題感を持った改善をするのかということはどうやって図られていくのかをお伺いしたいと思います。

○平田参考人 私ではよろしいでしょうか。

○西島座長 お願いします。

○平田参考人 まずは実習施設の評価ですが、評価基準はあくまで大学における教育プログラムを対象とするので、具体的に評価基準の中で、実習施設そのものの教育の質を評価というのはありません。ただ、評価基準の中には学習成果の評価があるわけですから、当然その中で学生からの施設での教育に対するフィードバックや、実習施設に対する大学からのアプローチという意味では、当然やらなければならないということになっています。ただ、何か評価基準を明確に設けてそれを行っていたかということ、そうではないです。

これは近畿の例ですが、今、実習前に病院、薬局、大学の教員が集まって、そこでどう

いった一連の実習をやるかといった話し合いや、最後に相互にフィードバックを行う会議もあります。大学は、学生からもアンケートを取って、一部かもしれませんが、それを直接施設にお返ししています。ですから、そういう意味での連携の中で教育の質を高める努力は、以前に比べてずっとできているのかと思っています。

ただ、先ほど言ったように、明確に第三者的な評価基準を作ったということはありません。おっしゃるように、現場の先生方から自分たちは評価されないのかみたいなことは、積極的な意味で伺うのですが、そこは今、第三者評価の中には入っていません。

2つ目のコミュニケーション教育ですが、これも教育プログラムとしての評価なので、内容のところまで、今は正直言って入り込めてはいません。ほかの評価基準で、そういったことに対してしっかり目標を設定して、それに対する評価を行っているかという項目はあります。ですから、そういった教育を行う体制は整っているということは確かなのですが、第三者評価の中で具体的にその内容がしっかり整っているかということ、その辺りは実習現場で感じられる能力との齟齬があるかもしれません。そこは今後、教育の質を改善することを目的とするという意味での第2期の評価が始まるので、大学自身がその内容・成果を自己点検・評価として取り上げて、しっかりやっていただくことが重要ではないかと思います。手法にこだわる、学習方法にこだわって中身が伴わないというのは、よく言われることですので、そこはちゃんと検証して、大学自身が改善に向かわなくてはいけないかと思います。ただ、少なくともその姿勢は各大学持っているというふうに我々は判断しています。以上です。

○藤井構成員 ありがとうございます。

○西島座長 ありがとうございます。政田構成員、御意見はありますか。

○政田構成員 全般的に6年制で必要とされている資質とか、本当に徐々にではあるのですが、遅いと言われるかも分かりませんが、進んできていると思います。私は、ちょうど30年前に国立大学の薬剤部長をしていましたが、当時から比べると、本当に全く素晴らしい展開だと思っています。

6年制が始まってちょうど15年目ぐらいで、この必要とされている資質もつい最近決まってきた、今のところは、ほかの職種に比べれば、確かに医師とかに比べれば遅いかも分かりませんが、徐々に進んできて、素晴らしい展開を見せていると思うのです。しかし、ものすごく病院によっても差がありますし、大学の教育もやはり差があるのではないかと考えているのですが、今、臨床の現場におられる先生で臨床を教えられる先生という方も少なく、私立大学では取り合いになっている状況になっていると思うのです。平田先生が心配しているように、後継者を本当に育てられるのが1つの大きな問題になっていると思います。

研究に関しても、大学院の問題も次に出てくるかも分かりませんが、薬学の研究が他の理系の研究と違うのは、医薬が一緒だということです。山中伸弥先生が言っておられる言葉、この病気で苦しんでいる患者さんを何とか治したいというのが、医薬の研究の原点だ

ろうと思うのです。それを外してしまっただけは、医薬ではなくて、ほかの理系でもできるので、その辺のことを考えて、臨床というのを学生の間を知っておくということで、臨床現場を経験するというのです。

私がいつも言っていることですが、イーライリリーの創設者は、町の薬局の貧しきおやじさんなのです。とある日そこに子供が訪ねてきて、お母さんを治すミラクルが欲しいと言ってくるわけです。そのミラクルというのが何かというと、医者がお母さんはミラクルしか治らないと言うので、そのミラクルを薬局に子供が買いにくるわけです。そのミラクルを作るというので、イーライリリーがあそこまで大きい会社になったという現実もあります。医薬の研究は臨床を知ってないと、ということで、私は臨床をこの6年の間に、半年でも1年でも臨床を経験することが、薬学の役目ではないかと思っていますので、その辺をきっちりと考えてやりたいと思っています。以上です。

○西島座長 ありがとうございます。それでは、宮川構成員、お願いします。

○宮川構成員 日本医師会の宮川です。参考人のお話で、教育の質的転換ということが起こって、素晴らしい方向性を示されたということで、感銘を受けていました。

第1回目の検討会で、大学の実態が示されて、大学の定員数よりもはるかに多くの在校生が存在していることが判明しました。そこには留年が多くて、薬剤師になるために一生懸命勉強しているが、どんどん在校生がたまってきてしまう。それにもかかわらず、大学数はかなり多く、その大学の質的な保証が取られていない。これは文科省の問題だろうと思います、参考人が素晴らしい先駆的な努力されているのに、そういうものを見据えて、どのように大学教育を考えていくのか、薬学教育を考えていくのか、それを支援していくのかということころは、文科省でしかできないわけです。きれいごとではなくて、どのように考えていくのかを喫緊に迫られているのだと思います。在校生も、薬剤師の数も国際比較して多いわけです。今後どのような道筋を立てていくのかも、文科省の方にも教えていただきたい。参考人も、現実との狭間の中で、どのように考えていくのか、率直な意見を私は聞きたいと思っています。きれいごとではなくて、今の現実というものを考えながら、いろいろなことをお話していきたいと思った次第です。以上です。

○西島座長 文科省、いかがですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課長 医学教育課長の丸山と申します。御質問ありがとうございます。少なくとも、今の現状としましては、学生定員を抑制する対象としては含まれておりませんので、普通に大学の設置認可申請が出てきた場合には、中身を審査して、認可するしないというのを決めているのが現状です。

今、別の分野、例えば医師の分野ですと、医師需給分科会が厚生労働省の会議として動いており、この中で今後の医師の数を幾つにするのか、そのときに医学部の学生定員をどの程度にするべきかという議論が行われており、この流れの中で行われるという話であれば、医師と同じように、この先、薬剤師はどれぐらいの需要があって、供給側の学生定員数をどこの高さにすべきかという議論が行われながら、規制を掛けていくという流れは、

可能性としてはゼロではないと思いますが、現時点ではそういうものが行われていないという状況です。

○宮川構成員 ありがとうございます。規則ということは、私は言いたくはないのです。適正化ということだろうと思うのですが、実際に文科省としては、基準さえ整ってれば、これから大学生を増やすということを今おっしゃったのですが、そのとおりなのですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課長 現状としては、薬学部を創設したいという大学があって、申請が出てきて、中身が大学設置基準等々、大学設置・学校法人審議会の専門の先生方の御審議で、特に教育研究上の支障がないというような判断をされますと、それは認可するという流れになろうかと思えます。ですので、これをストップ掛けるためには、今、申し上げたように、別な視点で需要として、医師も歯科医師もそうですが、これ以上は養成する必要がないのではないかと、若しくは過剰になってしまうのではないかとということの審議が行われた上で、それを国として方針として決めるということになれば、その可能性はあると思えます。

○宮川構成員 では、文科省としては、薬剤師の需給データが欲しいと考えていらっしゃるのですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課長 そうですね。国として薬剤師の数をどうしていくのかを決めていく必要があって、それに基づいて学生定員を考えていくことになろうかと思えます。

○宮川構成員 では、薬剤師の需給データの必要性があると考えていらっしゃるのと、もう1回確認いたしますが、よろしいですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課長 我々としては、これ以上増やさない形で、学生定員の部分に規制を掛けようとするのであれば、まずはそちらの議論が必要だということです。

○宮川構成員 ありがとうございます。

○西島座長 この検討会が大変重要な意義を持ってくるように思いますので、これから頑張っていきたいと思えます。そのほか、もう時間になっているのですが、先ほどそれぞれについて御議論ということにしましたが、実際、実務実習のことも議論されましたし、あるいは評価のことも既にお話になりました。それで、本当に貴重な御意見をたくさん頂いて、まだまだ御意見はたくさんあると思うのですが、一応2時間という制限がありますので、残念ながら本日はこの辺で質疑応答は終えたいと思えます。

ただ、まだまだ構成員からはいろいろ御意見があるかと思うのですが、これについては、後で厚労省の事務局にメール等で御質問あるいは御意見等がありましたら、お寄せいただいて、それを参考人の先生方に戻して、それでお答えを頂いて、できれば次のこの検討会でその内容についてまた議論したいと思えます。そういうことで、今日は時間になりましたので、この辺で第1番目の議題を終了したいと思えます。

2 つ目の議題としてはその他がありますが、事務局から、これについて何かありましたら御発言をお願いします。

○医薬・生活衛生局総務課薬事企画官 特にありません。

○西島座長 よろしいですか。それでは、本日は参考人の先生方、お忙しいところ大変ありがとうございました。我々構成員一同、大変いろいろ勉強になったかと思えます。これを、次回からのこの検討会に反映させたいと思っています。以上で、第4回検討会を終わります。改めまして、先生方どうもありがとうございました。