

第13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5年3月29日(水)

16:00～

場所 TKP新橋

カンファレンスセンターホール14F

(Web会議併用)

○総務課薬事企画官 定刻になりましたので、ただいまから第 13 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。構成員の皆様にはお忙しい中、御参加いただきありがとうございます。はじめに事務局から連絡事項を申し上げます。本日の会議は対面の会議と Web 会議を併用しております。会議の内容は公開することとされており、傍聴者に YouTube でのライブ配信を行っております。また、本日、通常なら厚生労働省全体の取組としてペーパーレスを行っているところですが、タブレットの不具合があり、紙で資料を配布しておりますので、申し訳ないのですが、お手元の紙の資料を御確認いただくことでよろしく願いいたします。なお、Web で参加される先生方には事前に最新版の資料を送付しております。

引き続き審議中に御意見、御質問される構成員の方々にお知らせをいたします。まず、会場にお越しになって御参加いただいている構成員の先生方におかれましては、挙手をしただき、座長から指名されましたら、卓上のマイクを御使用いただき、御発言いただきますようお願い申し上げます。

また、Web で御参加いただいている委員の先生方におかれましては、Zoom の挙手ボタンを押していただきますようお願い申し上げます。その後、座長から順に発言者を御指名いただきますので、御発言いただく際は、マイクがミュートになっていないことを御確認の上、御発言をお願いいたします。御発言時以外は、マイクをミュートにしていただきますようお願いいたします。音声の調整が悪い場合には、チャットによりメッセージをお送りください。そのほか、動作不良等がありましたら、事務局まで御連絡ください。以上です。それでは、以降の進行については西島座長をお願いいたします。

○西島座長 皆さんこんにちは。西島でございます。今日も座長を努めさせていただきます。ちょっと関係ない話なんですけど、昨日まで実は 4 日間、札幌で薬学会が開かれておりまして、4 年ぶりに対面ですることができて、8,000 人集まって、非常ににぎやかに活発に、ポスターセッション等も、本当ににぎやかに開催されたということでした。そういうことで、段々、対面でのいろいろな催しができるようになってきたことを大変うれしく思いました。この検討会も、しばらくはまだハイブリットかと思えますけれども、対面で来られる先生には是非、積極的に来ていただいて、また、議論もしやすいと思っておりますので、よろしくお願いしたいと思います。

それでは議事に入る前に事務局から構成員の出欠状況の報告と、資料の確認をお願いいたします。

○総務課薬事企画官 本日は 14 名全ての構成員の先生方に御出席いただいております。なお赤池構成員、榊原構成員、武田構成員、野木構成員、長谷川構成員、政田構成員は、Web にて御参加いただいております。

また、今年度の予算事業「薬剤師確保のための調査・検討事業」で薬剤師偏在指標の検討を御担当いただきました委託事業者である NTT データ経営研究所ライフ・バリュー・クリエーションユニットの西尾マネージャーにも、本日は参考人として御参加いただいております。

ります。また、今回は文部科学省高等教育局医学教育課にも御出席いただいております。冒頭のカメラ撮りはここまでとさせていただきます。

続いて資料の確認です。お手元の紙の資料を御覧ください。資料は、資料 1-1-1、1-1-2、1-2-1、1-2-2、1-3、資料 2-1-1、2-1-2、2-2、2-3、参考資料が参考資料 1、2-1、2-2、2-3、2-4 と、ちょっと多目の資料構成になっております。また、先生方には今回机上配布資料として、2種類の大きな A3 版の資料を配布しております。1つ目が現時点の薬剤師偏在指標、これは都道府県別の偏在指標のほかに、医療圏の偏在指標も付いております。もう1つが将来時点の薬剤師偏在指標で同じ構成になっております。以上が資料です。過不足等ありましたら、事務局までお伝えください。

○西島座長 よろしいでしょうか。それでは議事を進めたいと思います。本日の議題は2つあり、最初の議題は薬剤師確保についてです。薬剤師の確保については本検討会の取りまとめにおいて、薬剤師の従事先には業態の偏在と地域偏在があり、特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題となっており、「偏在を解消するための薬剤師確保のため、地域の実状に応じた効果的な取組を検討すべき」という提言をしたところです。

この取りまとめを受け、厚生労働省において1つは、薬剤師偏在指標の算定方法の案及びもう1点は薬剤師確保計画ガイドライン、これも案ですけれども今回作成しておりますので、本日はこれについて御議論を頂きたいと思います。それでは、事務局から資料に基づいて御説明をお願いいたします。

○総務課薬剤業務指導官 資料 1-1-1、薬剤師偏在指標の算定について説明いたします。2 ページを御覧ください。座長から説明がありましたように、本検討会の取りまとめにおいて、「薬剤師の従事先には偏在があり、特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題である」と提言がなされております。

3 ページを御覧ください。第8次医療計画において、医療従事者の確保等の記載事項として、薬剤師の資質向上に加え、薬剤師確保の観点を新たに規定することとされております。確保に当たっては、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用するとともに、都道府県の薬務主管課・医務主管課、また都道府県の薬剤師会、病院薬剤師会との連携が求められております。

5 ページを御覧ください。今年度の当課の薬剤師確保のための調査・検討事業において、赤枠に示しております偏在指標算定式の検討、そして偏在解消方策の検討を行ってまいりました。後者の偏在解消方策については、一部参考資料4で示しておりますので、適宜御参照ください。

以降は偏在指標についてです。6 ページを御覧ください。本予算事業においては、調査検討会という形で、スライドに示しております9名の先生方に御意見を頂きながら検討を進めてきました。

7 ページを御覧ください。これまで地域ごとの薬剤師数の比較には、人口10万人対薬剤師数が一般的に用いられてきましたが、医療需要(ニーズ)等が考慮されておられません

した。そのため、医療需要(ニーズ)に基づいて、地域ごと、そして薬剤師の業種ごとの薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握できる薬剤師偏在の度合を示す指標を導入することといたしました。

8 ページを御覧ください。まずは、医師の偏在指標を参考として示しております。医師偏在指標においては、分子を標準化の医師数、分母を人口 10 万人当たりの需要数ということで、地域の医療需要に対して医師が何人いるかという指標となっております。

9 ページを御覧ください。薬剤師の場合は、この医師偏在指標も参考にしつつ、病院薬剤師、薬局薬剤師の間で偏在指標を比較する観点から、地域の薬剤師需要を業務量時間で表すことによって、これに対する薬剤師の労働時間がどれだけかという指標といたしました。

10 ページを御覧ください。算定式としては、病院、薬局ともに分子に調整薬剤師労働時間、分母に薬剤師の推計業務量として、それぞれの単位は時間となりますので、偏在指標としては無単位になるということです。

11 ページは、分子の調整薬剤師労働時間をもう少し細かく説明しております。まずΣの中の計算として、ある地域の勤務形態別性年齢階級別の薬剤師数に、薬剤師の勤務形態別性年齢階級別の労働時間を掛けることによって、当該地域の薬剤師の労働時間を算出しております。すなわち、常勤、非常勤、男性、女性、あるいは20代、30代、40代といった階級に区分して、それぞれの薬剤師数に階級ごとの労働時間を掛けて、それらを全て足して労働時間にしております。ただ実態としては病院薬剤師と薬局薬剤師の勤務時間は異なりますので、両者の労働時間を比較可能とするために、調整係数というもので割り返すことをしております。調整係数としては、分子に病院又は薬局薬剤師の労働時間、分母に病院と薬局薬剤師の平均的な労働時間としており、病院の調整係数は1より大きくなりますし、薬局は1より小さくなりますので、結果として病院薬剤師の労働時間はやや小さく見積もられ、逆に薬局薬剤師のほうはやや大きく見積もられます。

12 ページを御覧ください。分母は、病院では業務内容を3つのカテゴリーに分類して業務量を考えております。(A)は調剤・病棟業務といった入院患者に対する業務、(B)は外来患者に関する業務、(C)はそれ以外の業務です。緑色の定数部分にアンケート調査で得られた入院患者1人当たりの業務量、処方1件当たりの業務量、(C)はその他の業務量ということで、全国の中央値を算出して、それぞれに青色で示した変数部分として地域ごとの人口比率、そして受療率に基づいた入院患者数や処方件数等を掛けて、それぞれのカテゴリーごとの業務量を算出し、それら3つを足し合わせた数値を分母としております。

13 ページを御覧ください。薬局も考え方は同じで、これら業務内容を4つのカテゴリーに分類しております。(A)は処方箋に対する調剤・服薬指導業務、(B)はフォローアップ、(C)は在宅業務、(D)はそれ以外となっております。同じように、アンケートに基づく定数部分に地域ごとの応需処方箋枚数や薬局数を掛けて、業務量を算定しております。

14 ページを御覧ください。こちらを都道府県別に計算しますと、示しているような値

となります。左から病院薬剤師、中央が薬局薬剤師、一番右が両者を合算して計算した偏在指標です。これは、それぞれ数値の大きいほうから順に並べて表示をしております。病院薬剤師全体の偏在指標は、上に示します 0.80、薬局薬剤師全体では 1.08 ということで、全国的に見れば相対的には病院薬剤師の不足感が数値として示されております。

15 ページを御覧ください。先ほどの 14 ページのスライドでは現在の医療需要を反映して算出しておりましたが、今後、都道府県が薬剤師確保計画を策定するに当たっては、将来の状況も勘案する必要があります。そこで、将来時点の推計も併せて行っております。算定式は、先ほど示した骨格と同じですが、分子は現在の調整薬剤師労働時間に、過去に薬剤師需給予測というものを示しておりますので、そこにおける薬剤師数の伸び率、具体的な数字としては 1.15 倍を掛けて、将来の調整薬剤師労働時間としております。分母は、国立社会保障・人口問題研究所の 5 年ごとの将来推計人口がありますので、そちらを用いて推計しています。また、加えて薬局に関しては今後在宅医療が必然的に伸びていくことがありますので、その需要の伸び率、具体的には 1.36 倍を掛けることで推計を行っております。

16 ページを御覧ください。こちらを算出しますと、先ほど示した現在の指標と比べますと、値は当然変化してきますが、順位が大きく入れ替わってくる状況を示しております。要因としては、人口構成の変化で、高齢化による医療需要の増加で将来的に下位にくる県や、逆に人口減少によって医療需要が減ることで将来上位にくる県もあるということです。薬剤師確保対策の実施に当たっては、将来を見据えて短期的・長期的な施策を実施する必要があります。

17 ページを御覧ください。留意点としては、今回は病院や薬局の薬剤師が対象となっておりますので、介護・行政等、病院・薬局以外の業態における偏在状況は把握できないということです。また、病院・薬局が存在しない二次医療圏においては、施設数がゼロとなりますので、正確なニーズを反映することができませんので、ここが限界です。現状そのような二次医療圏は存在しませんが、「-」のような記号で表すことによって、都道府県がそれを把握できるということです。さらに今回の指標は、都道府県別、二次医療圏別の算出となりますので、二次医療圏内の偏在までは表すことができないといった限界もあります。

18 ページ以降が、算定式に用いた詳細なデータについて掲載しておりますが、説明は割愛いたします。なお、今回示した算定式に関しては、今後も数値の更新や医療状況の変化に合わせて、必要に応じて適宜見直しを図ってまいります。

続いて資料 1-2-1、ガイドラインの概要について説明いたします。まず薬剤師確保計画の策定の必要性です。第 8 次医療計画等に関する検討会において、薬剤師確保の取組の必要性が指摘されました。医療計画策定指針において、地域の実情に応じた薬剤師確保策の実施が新たに規定され、年度内にも発出される予定です。都道府県においては、今後当該指針に基づき、薬剤師確保に係る計画を策定することが求められますので、本ガイドライ

ンで示す薬剤師確保計画の考え方や構造を参考に、地域の実情に応じた実効性のある計画を策定いただくということです。

2 ページは、地域の偏在解消と業態偏在の解消の方向性を、それぞれイメージとして示しております。左の地域偏在については、先ほど資料 1-1-1 で示しました偏在指標の「ばらつき」を、できるだけ小さくしていく。また、右の業態偏在については、緑の線で示しております病院の偏在指標、薬局の偏在指標の平均に乖離がありますので、この「差分」を小さくしていくということです。

3 ページを御覧ください。また、この図の緑色で示します病院薬剤師の偏在指標、そして黄色で示します薬局薬剤師の偏在指標を同じ軸に落とし込んで見えますと、現在イメージとしては次のような図に示されます。赤い線の所を目標偏在指標としますと、これを下回る都道府県で必要な確保策を講じるということで、地域偏在解消と業態偏在の解消を一元的に進めることができるという考え方です。

4 ページを御覧ください。続いて、いつまでにその偏在を是正していくかですが、目標年次を設定しております。現時点の偏在状況を鑑みますと、長期的な視点で解消に取り組んでいく必要がある。また、医療計画の 1 計画期間が 6 年間であることを踏まえ、医療計画の 2 計画期間 12 年間で薬剤師の偏在是正を達成するまでの期間としております。具体的には、目標年次を 2036 年としておりますが、これは医師の目標と同じです。また、計画期間としては医療計画 1 計画期間が 6 年とされており、3 年ごとの見直しもしておりますので、薬剤師確保計画の計画期間は原則 3 年ということで、これも医師と同じです。今後 2023 年度、令和 5 年度より都道府県が薬剤師確保計画を策定し、2024 年度、令和 6 年度より計画に基づく偏在対策を開始するスケジュールになっております。

5 ページを御覧ください。区域の設定においては、病院薬剤師と薬局薬剤師の偏在状況の比較を可能とするために、都道府県、二次医療圏それぞれについて病院薬剤師、薬局薬剤師の両方の偏在指標を並べた上で、区域を設定することといたしました。赤線で示します目標偏在指標より高い区域を「薬剤師多数区域」、目標偏在指標より低い区域のうち下位 2 分の 1 を「薬剤師少数区域」としてしております。また、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位で薬剤師少数スポットを設定することも可能としております。

6 ページを御覧ください。また、目標偏在指標は算定式の分子の労働時間と、分母の推計業務量が等しくなるときの偏在指標、すなわち 1.0 と定義しております。

7 ページを御覧ください。資料 1-1-1 で示しました 47 都道府県の病院と薬局それぞれの偏在指標がトータルで 94 行ありますが、縦に値が大きい順から示したのが右端の細かな図表となります。黄色が薬局を示しており、緑が病院、赤線部分が目標偏在指標の 1、青線が下位 2 分の 1 を示しております。これを多数都道府県、少数都道府県、その間の少数でも多数でもない都道府県に分けて見ますと、目標偏在指標を超える施設は黄色の薬局のみで、少数都道府県は多くが病院を示している状況です。

資料中で 1 点訂正をさせていただきます。現在のスライドの多数地域の所で、1 を超え

る所で愛知県の薬局の 1.00 という値が多数都道府県に分類されておりますが、これは厳密には分子分母で考えると分母のほうが値が大きいということで、厳密には 1 を下回るということで、愛知県の薬局に関しては中間層に入ってくるということで訂正いたします。

8 ページを御覧ください。偏在是正の進め方として、一気に解消することは難しいということで、薬剤師確保計画の 1 計画期間 3 年ごとに、薬剤師少数区域が 2 分の 1 のラインを脱することを繰り返すことによって、目標年次に向けて徐々に 1 に収束していくというイメージです。

9 ページを御覧ください。目標薬剤師数に関しては、目標年次において確保されているべき薬剤師数を表しております。目標年次における推計業務量を薬剤師の平均的な労働時間で割ることで、薬剤師数を算出することが可能になります。目標偏在指標は 1 となります。また、1 計画期間における目標薬剤師数は、下位 2 分の 1 の基準を脱するために要する薬剤師数であり、1 計画期間後の値をその式に当てはめることで算出できるということです。

10 ページを御覧ください。要確保薬剤師数についてです。先ほど算出した目標薬剤師数から現在確保している薬剤師数を引くことで、追加的に確保すべき薬剤師数の増加分を示すことができます。

11 ページは、薬剤師確保計画の必要性です。計画を定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になりますので、都道府県においては薬剤師偏在指標に基づく薬剤師確保の方針、そして確保すべき薬剤師数、目標の達成に向けた施策という一連の方策を、医療計画の中で「薬剤師確保計画」として定めることとしております。また、二次医療圏単位で医薬品提供体制の確保を目的としており、個別の病院や薬局の求めのみに応じて薬剤師を充足させることを目的としているわけではないことに留意する必要があります。

12 ページを御覧ください。薬剤師確保の方針として、薬剤師少数都道府県については、計画期間中に確保が必要な目標薬剤師数を定めた上で、地域ごとに薬剤師確保の方針を定めることとしております。少数区域や少数スポットのある都道府県は、薬剤師の増加を確保方針の基本としております。また、現在と将来時点を考慮した施策を検討する必要があります。現在少数都道府県ですが、将来少数を脱することが想定される場合には、短期的な施策の施行が考えられますし、逆に将来少数都道府県となることが想定される都道府県においては、長期的な施策の実施が考えられますので、地域の実情に応じてそれらを組み合わせて対策を行うことが重要です。

13 ページを御覧ください。目標薬剤師数の設定については、先ほど算定式の所で示したとおりです。なお、都道府県によっては薬剤師確保計画 3 年の期間中に、目標薬剤師数を実現することが非常に困難となる二次医療圏又は都道府県が存在することが想定されますが、そのような地域においては 2036 年の目標年次までに、その薬剤師需要を満たすだけの薬剤師数を確保することに主眼を置くことはやむを得ないこととしております。

14 ページを御覧ください。こちらでは、薬剤師確保策について事例を示しております。例えば、潜在薬剤師の復帰支援や、離職の防止対策、地域病院への出向など、短期的に効果が得られると考えられる施策、あとは、反対に奨学金の貸与制度、薬学部における地域枠・地域出身者枠の設定など、薬剤師の確保の効果が得られるまでに時間の掛かる長期的な施策が存在しますので、こういった例を参考にしつつ地域ごとに取り組んでいただきたいということです。

最後に資料 1-3、今後のスケジュールです。第 8 次医療計画については、先ほど説明したとおり、令和 4 年度に取りまとめ、見直しを行い、来年度計画を検討いただき、令和 6 年度から開始いただくというスケジュールです。予算事業については、今年度偏在指標の作成とガイドラインの作成を行ってまいりました。これまで国で調査・検討を行ってまいりましたが、来年度、令和 5 年度以降は実際に都道府県で地域の確保体制の整備ということで、モデル事業を実施いただく予定です。

また、キャリア形成プログラムの作成ということで、厚労科研で検討しておりますので、後ほど報告資料として御用意しておりますので、詳細はその際に説明いたします。説明は以上です。

○西島座長 御説明ありがとうございました。今、算定方法と確保計画について御説明いただきました。これから構成員の方々に御質問と御意見を伺いたいと思いますけれども、2 つに分けて進めたいと思います。資料 1-1-1 と資料 1-1-2 が薬剤師偏在指標の算定方法でしたので、まず、このところにつきまして、御質問と御意見等がございましたら御発言をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。いかがでしょうか。安部構成員どうぞ。

○安部構成員 御説明ありがとうございます。資料 1-1-1 の薬剤師確保についてですけれども、御説明があったように、第 8 次医療計画の中にこの検討会で議論された薬剤師の確保というのが明記されたということは非常に大きなことかと思っておりますので、これについては、この検討会の成果と言って良いかと思っております。その上で、この 3 ページの概要の一番下のポツに書いてございます確保の検討・実行に当たっては、都道府県の薬務主管課・医務主管課、都道府県薬剤師会等の関係団体が連携して取り組む、特に病院薬剤師の確保について検討を実施する際は、都道府県病院薬剤師会も連携というように書いてございます。薬剤師会としては、47 都道府県の薬剤師会はもちろんですけれども、病院薬剤師会に対してもこのことをしっかり伝えて、各 47 都道府県で確実に実施できるように進めていきたいと、汗をかきたいと思っております。

その上で、ちょっと老婆心なわけなのですが、薬務主管課がここに明記されており、今後、医療計画の中で薬剤師の確保、また、医療計画の中には、在宅医療の体制確保の中にも同じような書き振りがございます。そういった中で、薬務主管課は従来の薬務行政に加えて、在宅ですとか、薬剤師確保という、大きな役割を担うことになるわけでありまして。まだ、多分、経験もないですし、県の中で権限も財源も予算も、必要な人員確保というの

も、いまだないはずでありますので、今後、こういったことを進める上で、都道府県薬剤師会が薬務主管課と一緒に連携する中で、その体制整備は、国として、都道府県に対してどのようにアドバイスをしたり、説明をしたり、体制整備を求めるかということについては、大変重要なことかと思っておりますので、そのお考えを、できましたらお伺いしたいと思います。

○西島座長 ありがとうございます。事務局、お願いいたします。

○総務課薬事企画官 それでは医薬総務課のほうから、まず、薬務主管課に対しては、今回の医療計画の件でもそうですが、薬剤師確保関係の施策については定期的な説明会の際に国でやっている取組と、自治体でこれからやるべき取組等について、かなり細かく説明、周知しているところです。今回、このような形でガイドラインや偏在指標が出てくれば、もう少し具体的な取組についてお話しすることができるかと思えますし、そういった数値を把握するというのも必要です。あとは、今回、確保については、医療計画のほうにも記載がありますので、関連団体への周知というところは、都道府県薬剤師会さんだったり、日本薬剤師会さんにも協力をお願いして、地域の薬剤師会が取り組んでいくといったことも視野に入れて、周知徹底を図るといったところです。医政局からもコメントをお願いしたいと思います。

○医政局地域医療計画課専門官 医政局地域医療計画課です。今、安部構成員から御指摘いただいたとおり、薬剤師確保等における薬務主管課と医務主管課の連携については、昨年末に取りまとめました第8次医療計画等に関する検討会での意見のとりまとめにおいて、その方向性を示しており、今、必要な通知等の準備を進めているところです。

医政局においても、今後、第8次医療計画策定に必要な通知等を発出後、必要な説明会等は順次行いまして、全国の都道府県で問題なく医療計画を策定できるよう、支援を進めていくところです。引き続き、日本薬剤師会や各都道府県薬剤師会・病院薬剤師会においても、是非、御協力いただければと考えております。以上です。

○西島座長 安部構成員、続けてお願いします。

○安部構成員 ありがとうございます。それを聞いて、少し、ほっとはしておるのですが、各47都道府県で仕事をする上で、その予算を認めていただかなければいけないところは、大変難しい部分もあろうかと思えますが、そういったフォローアップも、是非よろしくお伺いしたいと思います。

○西島座長 ありがとうございます。それでは、ほかに御質問と御意見等はございますか。藤井構成員、お願いいたします。

○藤井構成員 日本保険薬局会の藤井でございます。細かいところで大変恐縮なのですが、12、13ページの所で、偏在指標の算定についてのところで確認させていただきたいのですが、緑の所の入院患者1人当たりの業務量、労働時間0.20時間、あと、処方箋1枚当たりの労働時間0.32時間、これは全て薬剤師が業務を行うという前提で、アンケート調査なのですが、計測されたということによろしいでしょうか。

○西島座長 それでは西尾参考人、お願いいたします。

○西尾参考人 おっしゃるとおり、薬剤師が業務を行う前提でございます。

○藤井構成員 分かりました。ありがとうございます。以上です。

○西島座長 そのほかはいかがでしょうか。中島構成員、お願いいたします。

○中島構成員 東京都の中島でございます。私からは、3点お話しさせていただきたいと思います。まず、1点目ですが、先ほど安部構成員からもお話がございましたけれども、今回初めて指標や計画の中身について、詳しい内容が示されたわけですが、自治体の薬務主管課にとっては、かなり負荷の掛かる内容だという印象がございます。お話がございましたとおり、これを進めるための人とか予算というのは、これから確保したり、関係団体との調整というのもこれからスタートになりますので、お示しいただいているスケジュールどおりに進めるには、厚労省さんから具体的な説明会の開催や、QA集を出していただくなど、かなりサポートしていただく必要があると思っておりますので、是非、御配慮をお願いしたいと思います。

2点目の指標につきましては、今回、計算式等を示していただいております、統一的に状況把握するためには非常に便利だとは思いますが、地域ごとの個別の事情ですとか、実態を表せない部分というのは、どうしても出てくるのかなと考えております。指標が絶対というわけではなくて、地域ごとに薬剤師を確保して、必要な保健医療体制を整備するための、1つの目安と考えてよいのか確認をさせていただきたいと思います。

最後、3点目は要望なのですが、御参考としまして、指標の計算に用いた具体的な数字を、各都道府県のほうにも情報提供していただくと有り難く思います。以上です。

○西島座長 3つございましたけれども、事務局から、順番にお願いいたします。

○総務課薬事企画官 事務局です。まず、1つ目は、指標やガイドラインについての十分な周知や詳細な説明について、説明会やQA集等、サポートをしてほしいというところについては、正に御指摘のとおりかと思っておりますので、今後、国のほうでもどういう形で実施するのがいいのかも含めて検討してまいりたいと思います。

2つ目の点ですが、指標とか計算式について、おっしゃるとおり、全てを正確に把握して実態をとというのは、限界がありまして、今回、ある程度把握するという目的で一定の仮定や、一律、おしなべてといった考え方も取り入れつつ、算定式を作成したというところがありますので、ガイドラインの中でも、その辺りは本体の5ページの5ポツ目の○の所に記載をしております。また、これを絶対に守りなさいといったものではなくて、指標として考えてくださいということは、今後自治体に説明をしていく上でも、周知徹底をしていきたいと考えております。

○総務課薬剤業務指導官 3点目の具体の計算値につきましては、都道府県の求めに応じ、一律公開するかどうかは、また御意見を頂きたいとは思いますが、当然求めがあれば提供することは可能ですので、今後、その辺りの方針については、また御相談させていただければと思います。よろしくお願いいたします。

○西島座長 よろしいでしょうか、中島構成員。それでは宮川構成員、お願いいたします。

○宮川構成員 日本医師会の宮川です。今、中島構成員がおっしゃったように、数値というのはあくまでも数値ですので、それをどのように有効に使うのか、そして、数値だけが独り歩きしないようにしていただく必要があります。各関係団体が協力していく上では、そのような配慮というのは必要であろうと考えています。

それから、二次医療圏の考え方ですけれども、第8次医療計画の中では、どういう性質を持っているのかということ、かなり際どい話になっている。つまり、二次医療圏が、従来のような二次医療圏の考え方では済まない。有機的に考えていかなければいけないので、それをこの中に純粹に入れてしまうことが、多分厳しい話になってくるのかなということもあります。あくまでも数値だという考えの中で、都道府県において、ある程度ラフに考えるのはいいかもしれないのですが、二次医療圏が第8次医療計画の中で矛盾が出てきているところを、ただ、このまま入れてしまうのも問題であろうということがありますので、そこは御注意いただければと思います。

もう1つは、在宅医療ですけれども、在宅医療の質というのは将来的に変わっていくはずなのですね。つまり、純粹に今までのような、家庭に入っていく形の在宅医療と、施設在宅みたいな形があり、もう既にそこの変化が起こり始めている。つまり、地域におけるマンパワーも含めて、全てのいろいろな資源を導入することになりますので、医療資源も枯渇するというわけではないですけれども、非常に矛盾をはらんでおり、合理的というわけではない。そういう考え方を持っていくと、これからの施設在宅の形を十分に考えていかなければいけない。そのような中で在宅医療を考えなければいけないので、逐次その中身を検証しながら、3か年、それから6年、いろいろな考え方があるわけですけれども、どこにどういう数値、変化や変数のような考えを入れていくのかということ、これからも慎重に考えていって、軌道修正しながら議論していかなければいけないのではないかと思うので、よろしく願い申し上げます。

○西島座長 ありがとうございます。それでは、ほかにいかがでしょうか。武田構成員、お願いいたします。

○武田構成員 日本病院薬剤師会の武田でございます。厚生労働省の皆さん、こういった偏在指標を概数であれ数値化していただき、本当にありがとうございました。この指標を基に都道府県の薬務主管課や医務主管課のほうにお伝えいただけるということで、前に進むことを期待しております。私も繰り返すになってしまいますが、安部構成員と藤井構成員から発言がございましたように、どこまで地方行政が薬剤師確保について、真剣に考えてくださるかというのは非常に大きなポイントになろうかと思っています。

現状として、どうしても医師と看護師、特に今は看護師の離職が非常に多いということで、鹿児島県の場合は看護師確保についても本当に喫緊の課題として挙げられております。そういった状況の中で、薬剤師もしっかりと確保に向けて対策を立てなければいけないと、我々、病院薬剤師会も確保のための手引を作って、都道府県病院薬剤師会に供与しており

ますけれども、薬剤師確保について行政に相談したときに、多くの都道府県でなかなか取り上げていただけないというのが実情のようです。地方行政が一緒になってしっかり取り組んでいただけるような、そういう体制づくりを厚生労働省のほうからも是非お願いをしたいと思います。

例えば、医務主管課と薬務主管課の方々に説明会をされるときに病院薬剤師会にもお声かけいただいて情報提供させていただくなど、協力しながら進めていただければと思います。それと、確保のための財源として地域医療介護総合確保基金の活用ということで、我々もそれを軸にした手引書を作って、行政に働き掛けているのですが、それを主財源としてお考えくださる県もあれば、財政難のため取組は困難だと言われる県もあるようで、都道府県の事情も異なると思いますが、そういった観点も含めて、是非サポートをしていただければと思います。以上でございます。よろしくお願いいたします。

○西島座長 ありがとうございます。今の点については、よろしいですか。事務局のほうとしては。宮川構成員。

○宮川構成員 地域医療の確保基金の話は、私が一番初めにこの会議で発言したことを覚えています。確保基金というのがあるのですよと、これをどうやって利用するか考えるというのも、1つの手ですという話はしたのですが、これは1つの手だというだけで、本来考えられる、その財源の確保という目的は、これ以外にあるのかと思います。これを財源の根本というように考えるのかというのは、厚生労働省も含めてですけれども、御配慮いただきたいと思います。ですから、日本病院薬剤師会の武田構成員からご発言があったように、使える所と、使えない所がある。それから、都道府県によっても考え方への違いというのもあるので、そういうことではなく、薬務主管課とか、医務主管課も含めてですけれども、別な形での財源をどのように投入できるのかという見通しも示していただかないと、この確保計画というのは空虚のものに終わるということを御認識いただきたいと思います。以上です。

○西島座長 ありがとうございます。そのほかはいかがでしょうか。それでは政田構成員、お願いいたします。

○政田構成員 先ほど藤井構成員からの質問にもあったと思いますが、労働時間のことで、全部薬剤師がやるということで、やっておられるとは思いますが、これは将来的なことです。今の薬学部で学生に教えているいろいろな新しいコア・カリの下でやっている薬剤師教育というものを考えますと、やはり、厚労省も何年前に出された、要するに薬剤師以外でもできる業務を変換していくと、かなり変わってくると思います。特に調剤補助者のようなものの導入を考えると、これからの薬剤師の業務は随分変わってくると思います。テクニシャン、あるいは機械の導入というか、電子処方せんと直結した調剤機器類の導入を考えていくと、随分変わってくると思います。そういう意味合いでの、将来的な薬剤師の業務量というのは、今、どの辺まで考えておられるのかお聞きしたいのですが。

○西島座長 事務局、お願いします。

○総務課薬事企画官 今回、将来的な業務の変化という点で勘案できたのが、在宅医療の需要の伸び、公表されているデータがありましたので、そちらは反映させていただいたのですが、それ以外の部分は、どこまでというのが難しいところがあります。政田構成員がおっしゃられるように、効率化や機械化で一部業務の時間が減る部分もあれば、今、薬剤師業務の対人業務の充実化とか、病棟業務の更なる充実といったところで増える部分もあります。さらに、宮川構成員の御指摘にあるように、在宅医療そのものも、薬剤師の関わり方などが変わってくるという話がありますと、なかなか推定というか、見通しが難しい部分もありますので、今回は現時点でできる範囲で反映させた指標ということで、これは正に適宜見直しを図っていくということで、今後、定期的に業務の実態等を踏まえて、将来的な見直しも含めた算定のし直しというか、そういうところで更新していくことを予定しております。以上です。

○政田構成員 私もつい最近、先々月にあった PMDA でやっている情報提供の在り方のところで、私も実際本当にびっくりしたのですが、リスクマネジメントプラン(RMP)は約 10 年前に厚労省でやられたと思いますが、それが 10 年たった今も、10 年前と薬剤師の理解度がほとんど変わっていない。病院の薬剤師で 5 割、薬局薬剤師で 2、3 割しか RMP を理解していないというデータがはっきり出てしまっているのです。これも公表されていると思いますが、そういうふうな薬剤師が、本当に薬剤師業務をやっているのか。ですから、薬剤師の本来の業務をやらないといけないところを薬剤師自身が行い、薬剤師以外でもできると言われているテクニシャンとしての業務をテクニシャン・補助者にこなしてもらって、実際に薬剤師業務をどうやっていくかということ、やはり、これからのことは考えていかないと、5、10 年たっても、せつかく 6 年制にして、本当の意味の薬剤師になろうとしているときに、今までどおりの考え方でやられるのは、私はどうかと思いますので、その辺のところを考えていただきたいと思います。

○西島座長 ありがとうございます。今の点と関係するのですが、今回のデータを集めるときには、どういう方が主に資料集めに関わったのですか。西尾参考人、何か情報がありましたら教えてください。

○西尾参考人 資料集めに関わったと申しますか、委託事業で行わせていただいておりますので、委託事業の中の検討会で議論して、どのような情報を収集するのか、検討して収集したということです。

○西島座長 今のお話ですと、その情報を収集する対象をどのように選ぶかということのとても大事かと思いますが。

○西尾参考人 アンケートの対象ということですか。

○西島座長 そうです。

○西尾参考人 病院と薬局の管理者の方を対象として、全国の中から一定数を抽出しました。

○西島座長 政田構成員の御質問について、これから更にこういうデータは改めていくと

ころかと思いますが、それに向けて。

○政田構成員 PMDA の調査は、情報関係者のそれぞれの病院、あるいは薬局で働いておられる情報提供者の方に行っているはずなのです。実際やっておられる方でもそういうデータしか出てきていないということは確かです。薬剤師以外の助手の方ができる業務というのはやってもいいということになっていますので、その辺のところも区別して、しっかりやっていかないと、薬剤師の絶対数が足りないのでしたら、薬剤師には本来の薬剤師の仕事をしてもらう、そのための勉強もしてもらう、時間もきちんと与えてやっていただかないと、薬剤師が誰でもできる、助手でもテクニシャンでもできるような業務をやっているというのは、6年制を確立してやっていく上では、薬剤師はちゃんとした薬剤師の業務をやる、薬剤師以外の業務は薬剤師以外の方がやるというふうに分けていかないと、いつまでたっても薬剤師の人数が足りないと言っていることになるのではないかと思いますので、その辺をどう考えておられるのか、はっきりと説明してほしいと思います。

○西島座長 事務局、どうですか。今後のことになるかとは思いますが。

○総務課薬事企画官 政田構成員、ありがとうございます。正に薬剤師がどうあるべきかの所に大きく関わってくるのかと思います。これは前回、前々回等、この検討会でも報告させていただきました薬局薬剤師ワーキングで、業務の在り方等も今検討しているところです。そういった中で、本当に薬剤師がどういった形で関わるのかということが、もう少し具体的に見えてくると、今回はアンケート調査で薬局や病院に、今やっている薬剤師の業務実態について教えてほしいといった結果から、この業務量を推計しております。そういった形に加えて、ある程度その内容等も精査した上での評価が実施できてくる可能性もありますので、そういったところに近付けるように、こちらでも今後検討していきたいと思えます。以上です。

○西島座長 是非、いろいろな視点も含めて、そういう方向で検討、データ集めもしていただければと思います。そのほかはよろしいですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課企画官 よろしいでしょうか。文部科学省企画官の堀岡と申します。本日は発言の機会を頂きありがとうございます。非常に精緻な指標を御検討いただき本当にありがとうございます。我々が本日このようにオブザーバーとして参加させていただく意味は、薬学部の資質向上に関して、大学の抑制方針を示しております。その中で政策に必要なものとして、将来の医療需要を反映した上で、それについて薬剤師が足りているのか、足りていないのか。そして足りていない所については、薬剤師の抑制方針の例外的なものをすることを、厚労省と連携していくことを、既に決めておりますので本日参加させていただいているところです。資料 1-1-1 の 16 ページの部分が、薬剤師の大学の抑制についても非常に重要なものだと思います。この指標で、例えば、1 の指標が足りているか、足りていないかということ、直接的に表わすものだと思います。都道府県の薬剤師全体の指標が、ガイドラインのほうには、病院と薬剤師が分かれて出ているだけです。ここに資料として出ておりますが、ガイドラインやその他のもので、厚生

労働省として将来の医療需要への薬剤師全体の多数・中間・少数という考え方について、何らかのところで示していただきたいと考えておりますので、今後、よろしくお願ひできればと思います。

○西島座長 そのほか、よろしいですか。時間の制約もありますので、ただいまは指標の算定方法についての御議論でしたが、もう一点は、薬剤師確保計画ガイドラインということで、資料 1-2-1、1-2-2 について御説明いただいたわけですが、これについて御質問、御意見を頂きたいと思ひます。

○山口構成員 今、議論になっていた薬局、薬剤師の業務内容の見直しについては、本来業務で計算していくということは、本当に私もそこは非常に重要なことかと思ひてお聞きしました。

今の計画の所ですが、やはり今回の各都道府県の偏在の資料なども拝見しますと、確かに薬局の薬剤師が不足しているという地域もあることは承知しておりますが、まずは病院薬剤師のほうが喫緊の課題かと思ひております。

特に、病院の病棟配置の薬剤師が不足しているということは、配置できない状況ということがあると思ひますので、外来のときよりも、入院中は、高度な薬物療法を、どれだけ安全性を確保して行うかということを考えますと、やはり患者にとっても非常に大きな問題ではないかと思ひています。

計画・目標を立てることは、もちろん大事なことです、立てればそれが実現できるかと言ひますと、そこが非常に難しいところです。例えば、必要な人数はこれぐらいですと目標値を立てたとしても、そこに薬剤師がそれだけの人数がそろわないと実現しないわけです。やはり、今、実際に若い薬剤師の中でも、どちらかと言ひますと、薬局のほうに就職するという流れができてしまっている中で、それをどう変えていくのかということが非常に問題になるかと思ひております。

今回、資料 1-2-1 の 14 ページに、潜在薬剤師の復帰支援とありますが、これは先駆けて、潜在看護師を把握するために、ナースセンターの中に、免許保持者が離職をしたとき、仕事をしなくなったときに届出をするということが、実際にもう始まっているわけです。これも努力義務で、最初は義務化すると言ひていたのが、努力義務になってしまひて、絶対にやらなくてもよくなったことは、私はがっかりした経緯があります。

それでも努力義務でも登録するということができている。そういったことがおそらく薬剤師さんはまだないのではないかと思ひますので、そういったことを把握できる機能も作っていかないといけないのではないかと思ひて、14 ページを見ていました。

そんな中で、都道府県において実施していると考えられる施策の例が書いてあります。その 1 つが一番最後の薬学部における地域枠の設定ということで、これは確かに医師の偏在の問題を考えるときに、医学部の中で地域枠が有効ということは確かに実証できていて、それが今行われているわけです。ここに書いてある地域枠というのが、病院薬剤師を想定しているのか、薬局、両方なのか、その辺りが、実際にこういうものを作っている所があ

れば、どのような実態になっているのかお聞きしたいと思います。

恐らく薬剤師確保ということで、医療計画に書くときに、各都道府県がものすごく困られると思うのです。どうすれば本当に実現するのか分からないということで、ここに幾つか例が書かれておりますが、実際に効果が出ている例があるのかどうか。もし、あるのであれば、どういう地域でこういう方法を取ったら効果が出たという好事例が少し出てくると、医療計画の中でも書きようがあるのかと思いますが、その辺りの現状はどうなのかお聞きしたいと思います。以上です。

○西島座長 事務局のほうからお答え願います。

○総務課薬剤業務指導官 御指摘ありがとうございます。1点目の復帰支援の所で、薬剤師の登録という観点では確かに十分されていないのだと思います。復職支援という観点で言いますと、確保基金のメニューとして存在しておりますので、都道府県におかれましてはそういったことも、既にやられている都道府県もありますが、そういったところも活用しながら、今後も検討してまいりたいと思います。

あとは、地域枠の設定ということで、これは大学によっていろいろ違いはあるとは思いますが。その県に就職する、一定期間就業するということに加えて、可能性としてはほかの県の地域枠ということも考えられるかと思いますが。ただ、そこに病院を必須とするかどうかというのは、個別に設定されるものだと思いますので、地域の実状に応じて、特に病院が足りないという地域においては、卒業生との約束というか、そういった観点も必要かと思っています。選択肢としてはあると思います。

自治体の実現ということで好事例があるかということですが、国の調査検討事業、今日、西尾様も御参加していただいておりますが、特に令和3年度の予算事業で、実際にヒアリングやアンケートをしたりということで、そういった内容を報告書に一部まとめております。そういったところも参考にさせていただきながら、自治体で取り組んでいただければと思います。今後も、当然そういった情報を集めてどんどん横展開していくことは重要だと思いますので、引き続きそういったことに取り組んでいきたいと思っています。

○山口構成員 ありがとうございます。地域枠で気になるのが、せっかく地域枠を作っても、そこにいった人が卒業できない場合が想定できることです。薬学部に入っても薬剤師になれない方の数がかかなり割合として多いことを考えますと、地域枠を作ったところで、本当に実効性があるのかということは、非常に憂慮するところでもあります。作るとしても少し工夫していかないと、本当に薬剤師になって定着してくれるかどうかは難しい問題ではないかと思っています。

○西島座長 宮川構成員、お願いします。

○宮川構成員 関連して、今、山口構成員がおっしゃったことは非常に大事なことです。ただし、地域枠の医師の実力は、地域枠以外の医師とほとんど変わらないことは分かっています。医師においては地域枠だから程度が悪いということは、全くないので、きちんと入学のときに入口の所をしっかりと定めて、質の担保をすることが必要だろうと思います。

ので、是非、そのような中身の濃い考え方をしていただければと思います。

もう一つは、今、山口構成員がおっしゃったように、潜在看護師の話です。これは厚労省の方も甘く考えてもらっては困ります。なぜかと言いますと、今、ナースの人材バンクはほとんど民間です。はっきり公開の所で言うのは嫌ですが、食べ物にされています。都道府県の看護協会はいろいろなことをやっていますが、ほとんどそこには人材が来ません。民間の人材バンクへ行って、高額なお金を企業が取りながら、医療機関に紹介をするという状況です。医療機関にとって今一番困っているのは、そういうことですから、そういうことが薬剤師に起こらないように、しっかりとした立て付けをしないと大変なことになります。今、横展開という言葉遣いをされて、こういうものは言葉として一人歩きしないように、やるのであればしっかりとした立て付けを作っていくことが非常に重要だということ、しっかりと覚えていただきたいと思います。

○西島座長 そのほか、いかがですか。藤井構成員、お願いします。

○藤井構成員 私から幾つかなのですが、先ほどもうお話に出ているのですが、業務の効率化のところまで全て薬剤師なのですかとお伺いしたのは、先生方がおっしゃっていたとおりで、そのところの効率化の支援ということで今、出ているのですが、この支援をどう考えるのか。今、在宅や服薬フォローアップ等を抜きますと薬局でいくと、一人当たり 8 時間労働とすると大体 25 枚の処方箋を 1 日で対応するというような計算になってきます。これが効率化することによって、30 人、40 人と対応できると、効率化ということはある。ただ、40 枚の薬局の配置基準があります。これを撤廃することは私もよいことだとは思いません。それはやはり質的な担保ができる前提でないとすべきではないと思います。今の業務量を考えても 25 人というものを 40 人まで引き上げられるというのは、なかなか難しいだろうと、でも効率化というところ、若しくはエリア、地域偏在があるところでは、一定の質的担保を条件としながらも、そういったことも少し考えないと、ただでさえいないというところではちょっと厳しい面も出てくるかなとは考えてはいます。

あと採用に関わるウェブサイト、就職説明会等を通じた情報提供です。正直に言って就職説明会等、宮川構成員のお話にもあるように、それを業としてやっていらっしゃるいろいろな会社がありますが、参加するにも相当なお金が掛かります。では、これがお金を掛からずにどうできるかという、そういう観点でいくとやはり大学のほうで実施してただけ。工数と枠があるので、たくさんをとというのは難しいのかもしれませんが、必要としている病院の方が行って、そこで実際、我々はこちらですというプレゼンをする機会があることによって、お金を掛けずにアプローチができるかという意味では、やはり大学のほうとの連携というのは重要ではないかと思っています。

あともう 1 つは、従前から申し上げているように、そもそも退職をされないような取組、それがキャリアプランの実現であったり、そこで何かやれることを提示することによって、やりがいやどう担保してあげるのか、もちろん給与だけではないと、アンケートでも出ていたと思いますので、そういったことの幾つかを、確保という意味では、せっかく入った

人が辞めないということも重要かと思しますので、いろいろな施策の例というものを今後
も明示をできるとよいのかなということで、意見として申し上げます。

○西島座長 野木構成員、お願いいたします。

○野木構成員 日精協の4病院で地方団体から出ている野木ですが、今日、ちょっと話は
飛びますが、今日、配布されている机上配布データの現時点というのを見ていただい
たらいいと思いますが、今回、いろいろな指標が出てすごく勉強にはなりました。それで
机上配布は非公開となっていますが、これを見ていただいたら分かるのですが病院薬剤師
偏在指標となっていますが、当然1が充足なのですが、1を満たしている都道府県は1つ
もありません。現状において、1つもない状況です。ですから全く足りていないという現
状が、これで分かると思います。厚労省さんのほうは充足しているとおっしゃるのですが、
何をもって充足しているのかという、私から見れば偏在でも何でも無い、全く足りていな
い現状がこれで見えてくるのではないかなと思います。

それと机上データであります。将来時点のものを見ていただいたらいいと思いますが、
2036年です。2036年、病院はまだ全国で0.82、1を充足する病院は徳島県1県、あとは
全部1以下なのです。2036年でその状況で、結局、薬局薬剤師さんを見てもらったら1.02
が1.2に2割増えるという形で、このままでいくと2割増えるのは薬局薬剤師さんであっ
て、実際、病院薬剤師さんには全く増えてこないというのが、これで見えてくるというこ
とが分かるのではないかなと思います。

我々としては、今、目の前にいる患者さんでどう対応するのかということをおっしゃって
いる中で、2036年に0.2%増えますから我慢してくださいと病院団体で言ったら、私は正直、
首が飛びます。何を前はやったんだという話になると思います。ここはもうちょっと考
えていかないと、宮川構成員もおっしゃいましたが、地域医療介護総合確保基金がありま
すが、実際やっている都道府県が今日のデータで見せてもらっても、3分の1もないとい
う形になっているわけで、実際、自分のところがやりたいと思ってもうちはやっていま
せん、それで話が終わるという形になりますので、やはり厚労省は何か考えていただか
ないと、もう今が薬剤師さんが足りないのに、ちょっと6年待ってください、10年待っ
てくださいでは、今の高齢の患者さんはみんな間に合わないということになってしまうわけ
です。ですから、やはりここはもうちょっと早急に考えていただかないと、やはり駄目な
のではないかなと。それと4病協団体の中で言っているのは、やはり抜本的な改革が必要で、
今の小手先の改革ではもう無理だろうという話が出ています。先ほども政田構成員がおっ
しゃったように、これも話が飛びますが、今、入学した人の2割ばかりがやはり薬剤師に
なれていない。見ても大体2割はなれていない。やはりこういう方々をテクニシャンなど、
そういう形でもうちょっと使っていくような仕組みを作っていくと、これはもう少な
くともこの状況を埋めることはできないかなと思いますが、いかがなんでしょうか。

○総務課薬事企画官 事務局です。今回の結果ですが、先生のおっしゃるとおり病院薬剤
師で数値が低いという結果が出てきており、厚労省としても重く受け止めているところで

す。今回、この指標を出したところでして、まずは地域で問題意識というか、自分のところの不足感を認識していただいて、できる限りの対応策を考えてもらうというところでは一歩前進はしたかなと思いますが、これで十分かといいますと全くそうではないところもあるかと思いますが、そこは国のほうでもどういう対策を取り得るのか、これを出したので地域でやってくださいという任せる話ではなくて、厚労省としてもどういう対策を取り得るのかというのは、引き続き検討をしていきたいと思えます。以上です。

○野木構成員 最後に、あと1点、ありがとうございます。今、ここで初めて出てきたので、ここからがやはり厚労省さんにも大きく考えていただかないといけない部分になると思えますが、個人的には薬学部の定員抑制について、その定員抑制はいいのですが、足りていないのに抑制するというのは将来に余るからという理論でなくて、やはり今、足りていないので今の患者さんを何とかしたいという思いが病院にはありますので、そこはもうちょっと考えてもらいたいと思えます。これで10何年経って、まだやはり足りませんでしたというのでは、全然、話にならないことになるので、その辺はよく考えていただきたいと思えます。

○西島座長 とても大事な御意見かと思えます。それでは赤池構成員、お願いいたします。

○赤池構成員 赤池です。この指標に関する委員長を務めまして、野木構成員もそうですが、安部構成員、多くの御意見を頂きまして、このような形でまとまりました。事務局を務めていただいた西尾さんにも感謝を申し上げます。途中、いろいろな先生から御意見が出ましたが、非常に分かりやすい形で数字がまとまって本当によかったと思えます。一方で、やはり数字は数字ということ、それからこれからいろいろと薬剤師の状況も変わってきますので、定期的に見直してさらに検討を進めていただきたいと思います。

もう1つですが、山口構成員から少しお話がありました。大学の薬学部における地域枠の件です。私が所属している和歌山県立医科大学、まだ設置されて2年しか経っていませんが、医学部が既に地域枠というものを設けていた関係で、薬学部も一定数の地域枠を設けて、和歌山県下の学生さんに入ってきていただいています。そういった方々については、卒後2年間、和歌山県下で卒後実習を受けていただく。少なくとも、そのうちの一定期間は病院に勤務していただくということも計画しています。野木構成員がおっしゃっているように、すぐの対応も必要ですが、将来的な先々、対応としては、大学における地域で活躍する薬剤師の人材育成、あと非常に重要なのは大学の在学中の教育も極めて重要ですが、それと同時に卒後教育が重要です。病院を含めたしっかりとした研修ということを、できるだけ行っていくということが重要かと思えます。

看取り期の薬剤師や、それから地域包括ケアシステムにおける薬剤師の検討ワーキングを行ったことがあります。これらのワーキングでは例えば在宅に行かれる薬局の薬剤師の方も、臨床を知っておく必要があるというようなお話が出ていました。そういう意味では、病院、薬局に限らずやはり一定期間、臨床の経験を、もちろん実務実習である程度の経験はしますが、薬剤師として特に病棟における経験ということをすることが非常に重要

ではないかと考えます。大学の地域枠はこれからさらに増えていくと思いますが、非常に有効な手段ではないかと考えています。以上です。

○西島座長 ありがとうございます。私は最近、新聞で見たのですが、富山大学なども地域枠を設けているという話もありました。大学での取組がやはりすごく大事で、これがどんどん広まっていくことを期待しています。でも、なかなか私立の大学では難しいところもあるということも伺っています。あとは実習でふるさと実習というものをやっているのですが、これも地域に根付いてもらうために取り組んでいるのですが、これもまだまだ十分な広がりを見せていない、そういう状況も出ています。武田構成員、お願いいたします。

○武田構成員 ありがとうございます。先生方が御議論されているのは、本当にそのとおりだと思います。今回、このような地域偏在や業態間の偏在指標を出していただいたのは、我々病院薬剤師の不足と地域偏在が見える化された点で非常に大きなことだと思っておりますが、先ほど野木構成員がおっしゃいましたように、地域間偏在や機能別病院間偏在の解消のためには、まずは病院薬剤師の絶対数が足りていないと思います。

実際、薬学教育協議会が毎年、卒業生の人たちにアンケート調査を行なっている結果があります。例えば 2013 年に病院・診療所に就職をした学生さんは 2,800 人でした。その当時、薬局への就職者数が 3,000 人ぐらいで、両者ほぼ変わらなかったのですが、8 年後の 2021 年は病院・診療所へ就職した学生さんは 1,800 人で 8 年間で 1000 人減っていました。一方、薬局に就職された学生数は、5,000 人に増えているという状況でした。これがさらに進んでいくと、本当に病院薬剤師は危機的な状況になっていくのではないかと危惧しています。ですので、先ほど赤池構成員もおっしゃいましたが、一定期間、病院・診療所で経験していただくというのは、病院薬剤業務の魅力ややりがいを知っていただく上で、非常によい取組であろうと思います。病院に勤務する薬剤師数を必要な業務を十分に展開できるように確保することが極めて重要です。その地域の特性に合わせた薬物治療管理を薬局と病院の薬剤師がしっかりと連携して展開することが重要で、そのための薬局と病院薬剤師の数的バランスが非常に大事だと思います。

そのバランスが崩れてしまうと、病院での患者さんの薬物治療管理が、ままならない状況になりますので、厚生労働省の方をお願いしたいのは、病院の絶対数を増やす施策を、我々も色々と考えておりますので、是非、一緒にご検討いただきたい。施策の一例として、病院薬剤師の処遇改善に向けた支援というのがあると思います。薬局薬剤師との初任給格差というのが指摘されておりますので、その是正といいますか改善に向けて一緒に考えていただければありがたいです。以上でございます。

○西島座長 ありがとうございます。病院薬剤師を増やすということ、今コア・カリが改訂されているのですが、この中でもこれからの薬剤師のあるべき姿ということが非常に前面に出されていて、その中でプロフェッショナリズムですか、こういったことも言われていますが、そういった導入のところで大学の本当に基本的なところで、病院薬剤師が増える方向での道筋を学生に示すということが、1 つ大事かと思っています。それでは、最後

にさせていただきます。安部構成員、お願いいたします。

○安部構成員 ガイドラインのことについてです。先ほど説明していただいた資料 1-2-2 の 11 ページの 3 つ目のポツに、確保基金については薬剤師少数区域や、薬剤師少数都道府県における薬剤師の確保に重点的に用いるべき。これは私はよろしいかと思えます。

一方、薬剤師については医療計画の中で、薬剤師の資質向上と合わせて、この薬剤師数の確保をすると位置付けられています。新たなガイドラインが出たときに、これまで例えば都道府県の薬剤師会と行政は一生懸命、資質向上の検討、研修会などをやってきたわけですので、数を確保できれば良い、資質の向上についてはもう必要がないという誤解を受けないようにしていただきたいと思えます。

そういう観点から、今日、御説明いただかなかった資料 1-2-2 の 20 ページ、その前の 18 ページの(6)の薬剤師数を実現するための施策ということで、その中の施策として⑦潜在薬剤師の復帰支援と書いてあるのですが、この後ろに(資質向上の支援)と書いてあるのです。つまりここに資質向上の支援と書くと、資質向上はこの復帰支援の一部であって、そういう整理になってしまうと薬剤師が十分にいるところというのは、資質向上に対する活動を何もしなくていいという誤解を受ける可能性があるので、この書きぶりについては少し工夫をしていただいて、誤解がなきようということ。薬剤師の資質向上については、今日の資料 1-1-1 に書かれていますので、そういったことを明確にしていきたいと思っています。以上、意見ですのでよろしくお願いします。

○西島座長 ありがとうございます。それではまだ御意見があるかと思えますが、時間も限られていますので、ただいま薬剤師の偏在指標の算定方法について、それと薬剤師確保計画ガイドラインについて御議論いただきました。今、1 時間以上にわたっていろいろな意見が出ましたが、これについては本日の意見を踏まえまして、事務局において必要に応じて修正をしていただいて、それで本検討会として承認するというにさせていただきます。これは座長に一任させていただきたいと思えますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、最終的な薬剤師偏在指標の算定方法と薬剤師確保計画ガイドラインについては、構成員の皆様にもこれからメール等で確認をお願いさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは本日の 2 つ目の議題で、報告事項に移りたいと思えます。まずは薬学教育について、事務局から資料の 2-1 と 2-1-2 に基づいて御説明をお願いいたします。

○文部科学省高等教育局医学教育課課長補佐 文部科学省医学教育課の相原です。資料 2-1-1 に基づいて御報告させていただきます。まず「6 年制課程薬学部の定員抑制について」です。2 ページです。令和 3 年 6 月に本検討会において将来的な薬剤師の供給過剰が示され、入学定員数の抑制も含め、教育の質の向上に資する適正な定員規模の在り方や仕組みなどを早急に検討し、対応策を実行すべきとの報告が取りまとめられました。これを受けて同年 10 月より、文部科学省において検討会を設置し、10 回程度の審議を重ね、方

向性が取りまとめられたところです。

具体的には「とりまとめ(抜粋)」にあります。従来、6年制の薬学部に係る学部・学科の新設や収容定員の増加については、学校教育法等の法令に適合していれば、原則として認可されてきましたけれども、その原則を改めて抑制方針を取ることとし、速やかに制度化を進める必要がある。その場合、地域ごとに薬剤師の偏在が指摘されていることを踏まえ、各都道府県の医療計画等において薬剤師の不足など、将来的に当該地域における人材養成の必要性が示され、かつ、他の都道府県との比較において、薬剤師の確保を図るべきであると判断できるなどの場合には、上記の例外として取り扱うことが適切であるという報告がまとめられたところです。

これを受けて今回、文部科学大臣告示において制度化を図る内容です。3ページをお願いいたします。表題に「大学、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準の一部を改正する告示案等の概要」とあります。本日付けで公布されており、「案」が取れております。内容については概要の四角囲みを御覧いただければと思います。まず赤字で書いている、「薬剤師の養成に係る大学等の設置及び収容定員の増加でないこと」を、この認可の基準に新たに追加しており、臨床薬学に関する学科、いわゆる6年制課程の薬剤師養成の学科ですけれども、当該学科の設置や収容定員の増加を抑制するということができなくなります。

一方で1つ目の議題にもありましたように、薬剤師の地域偏在が指摘されておりますので、後ろの黒い太字の所にありますように、「地域における薬剤師の数その他の事情を勘案して特に薬剤師の確保を特に図るべき区域として文部科学大臣が別に定める基準に該当する区域において、都道府県が定める計画に基づき行おうとする」大学の学部・学科の設置や収容定員の増加については、その例外とするといった内容です。

この「文部科学大臣が別に定める基準」に該当する区域については、正に1つ目の議題において、薬剤師の偏在指標が議論されておりましたけれども、当該内容を踏まえ、文部科学大臣が定めていくこととなります。また、「都道府県が定める計画に基づき行おうとするもの」については、薬剤師の確保計画や医療計画等の県の計画に基づいて、薬剤師不足を踏まえた人材養成の必要性が示されている場合に限られます。

2つ目の○です。この原則の例外として、認可申請を大学が行おうとする場合の審査の留意事項を2点挙げております。1点目は、大学が行おうとする地域における薬剤師確保のための教育内容に照らして審査をするということです。正に薬剤師が不足する地域において、地域の医療等の現状等を踏まえた教育内容を行っていることを求めるとともに、2点目として、薬剤師が不足する地域の医療機関や薬局に、当該大学の学科の学生が将来勤務しようとするための、修学資金の貸与その他の支援の内容に照らして審査するとしております。

また、この「修学資金の貸与その他の支援」のその他の支援については、臨床における実務実習を円滑に実施するための支援や、卒業生が当該地域の医療機関へ就職するための

支援など、卒業生が確実に地域に定着するための効果的かつ具体的な方策が想定されております。加えて、「学則変更にあつては」ということで括弧を開いております。いわゆる収容定員を既設の大学が増やす場合には、都道府県が作成する計画において増やすべき入学定員等の増加などの人数についても記載していただく必要がございます。

以上の内容の施行日等は、一番下にありますように令和 7 年 4 月 1 日です。令和 7 年 4 月 1 日に開設される学部・学科、又は収容定員の増加から適用することとしておりますが、大学の設置認可のスケジュールとして、令和 7 年 4 月に開設あるいは増員する場合には、本年 10 月 1 日以降に当該申請がなされるので、そちらから適用するものです。大学と都道府県がよく連携しながら、施策を進められるよう取り組んでいきたいと考えております。資料 2-1-1 については以上です。

○文部科学省高等教育局医学教育課薬学教育専門官 引き続き資料 2-1-2 の説明をしたいと思います。文部科学省の大久保です。薬学教育モデル・コア・カリキュラムについては、本年度改訂を行い、先日 2 月 28 日に公表したところです。

次のページをお願いします。このコア・カリキュラムは、薬剤師として社会で活躍できる能力の修得を目的に作成されており、令和 4 年度は医療人としての共通の価値観を共有すべく、医学・歯学・薬学で同時に改訂の検討を行いました。この改訂に当たってキャッチフレーズとして、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」を、3 領域共通で掲げたものです。このカリキュラムを学んだ学生が、社会で活躍する 2040 年以降の社会を想定したものとなっております。「薬学教育モデル・コア・カリキュラム改訂の基本方針」として、「1. 大きく変貌する社会で活躍できる薬剤師を想定した教育内容」ほか、6 つが掲げられております。

次のページをお願いします。薬剤師として求められる基本的な資質・能力は、生涯にわたって研鑽するものとして示されておりますけれども、医師・歯科医師・薬剤師に求められる基本的資質・能力を原則共通化いたしました。その下に示す 1. から 10. までのものを掲げております。また、具体的な学修目標については、個別の知識や技能を概念的に把握する目標、あるいは知識や技能を活用して判断し、行動する目標としてまとめられております。学修する内容のつながりを重視した構成となっております。

次のページをお願いします。令和 4 年度改訂版の 2 つ目の○、「大きく変貌する社会で活躍できる薬剤師を想定した教育」に、例えば薬物治療を個別最適化する能力の向上というものがあります。これには患者等の社会的背景等を把握し、全人的に捉えるということも含まれております。また、感染症の予防・まん延防止に係る内容の充実、情報・科学技術を活用する能力なども盛り込まれております。

平成 25 年度改訂版について、一番下に記載がありますが、現行のコア・カリキュラムには、詳細な到達目標が 1,073 項目記載されておりました。これは細部にわたって記載されており、大学独自の内容をカリキュラムに取り入れる余裕がないという指摘があり、令和 4 年度改訂版では、ただ具体的な事実を覚えるだけではなく、新たに直面する課題や問

題の解決に生かす学力を身に付ける観点から学修目標を 350 程度に整理しております。説明は以上です。ありがとうございました。

○西島座長 ありがとうございます。ただいま、定員抑制についてと、今度新しくできたモデル・コア・カリキュラムについての御説明を頂きました。これらについて御質問や御意見がありましたら、御発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。宮川構成員、お願いいたします。

○宮川構成員 いろいろ詳細に御報告いただき、ありがとうございます。施行の期日等で、令和 7 年 4 月 1 日、そして令和 5 年 10 月 1 日と書いてあるのですが、実際に駆込みのいろいろな学校が見られることとなると思います。それに対してはどのように考えていかなければいけないのでしょうか。実際に今そのように抑制を掛けることで、本当に今の世の中に役立つような学校が想定されるのかどうか。そういうことはより厳しく審査されると考えてよろしいのでしょうか。つまり、効果的で実効性のあるとおっしゃったのですが、その見解を教えてくださいたいと思います。

○西島座長 これは文科省からお願いいたします。

○文部科学省高等教育局医学教育課課長補佐 文部科学省です。御質問いただき、ありがとうございます。正に今御指摘のあった点は、施行期日が令和 7 年度開設分からということで、今、画面共有で見えておりますが、資料 2-1-1 でいくと 4 ページです。令和 6 年度に新設される学部や学科、又は収容定員を増やすといった場合には、既存の制度の中での対応ということになってきます。これは大学等の事業者規制を掛けるものですので、本日の法令の公布から一定の周知期間を置いて、令和 7 年度の新設である令和 5 年 10 月からということで、このような内容としています。

一方で、本検討会において薬剤師の供給の過剰と資質確保の必要性がうたわれていることについては、文部科学省としても受け止めておりまして、令和 6 年度開設の大学分の審査においても、人材需要の動向等を十分に踏まえた上での申請を求めており、それを踏まえて審査をしてまいりたいと考えているところです。以上です。

○宮川構成員 それでは考えてないのと同じです。考えてないのと同じじゃないですか。今、このような事態である程度しっかりとした考え方を持っていかなければいけないのに、これに対して今のようなお答えではお答えになってないはずですよ。誰が聞いてもなってない。この施行日と経過措置の周知は、もうとっくに実際にしていますよ。問題点も分かっています。それなのに周知の期間をそれだけ取るという意味が、私には分かりません。いかがなのでしょう。

○西島座長 いろいろと準備が必要だということかと思うのですが、文科省、いかがですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課課長補佐 御指摘、ありがとうございます。正に本日、令和 5 年 3 月の公布なので、これから半年間の周知期間を置いて、一般的に事業者に対して大きな規制を掛けるものでございますので、そういった内容を踏まえれば、これまでの

制度改正における一般的な考え方からしますと、この半年間の周知期間が必要であると考えた上で、このような制度設計としております。

○宮川構成員 そのように周知するのに半年間も時間が掛かるというのは、私にはよく分かりません。今までの前例を取ってというのであれば、いわゆるいろいろな形で規制改革会議があって、私たちもいろいろ苦しめられるところがあるわけですがけれども、本来からすると、そういうところにもあるのではないかと思ったので御指摘させていただきました。ありがとうございます。

○西島座長 そのほかにいかがでしょうか。武田構成員、お願いいたします。

○武田構成員 武田でございます。文科省の方、御説明ありがとうございます。薬学教育モデル・コア・カリキュラムは、定期的に改定されると思いますが、今回も求められる資質に合わせて素晴らしくよく改定されていると思います。各大学は、教員不足のなか、本当に今求められている、薬学に必要な教育をしっかりと展開されているのではないかと、私自身は思っています。

いわゆる定員抑制を掛けていかなければいけない事態になったのは、将来的に過剰になると指摘されたことが大きな理由だと思いますが、加えて大きな問題は薬学生の質の低下ではないでしょうか。ですから一概に入学定員をこれ以上増やさないために新設を中止する、6年制定員増を禁止するではなく、例えば優秀な学生を輩出する大学が増員してもよいのではないかと思います。この検討会の中でも議論されておりましたが、6年間で卒業し国家試験を合格する学生が入学時の半分以下であるというような大学や入学選抜の実質競争倍率が1に近い大学が散見されるようになってきたことだと思います。その状況が一番解決されるべき課題ではないでしょうか。

教育の質を高めるというのは当然なのですが、いわゆる将来、薬剤師として資質を有する学生をちゃんと選抜して入学させるというアドミッションポリシーを徹底することが極めて重要だと思います。そして、きちんとアドミッションポリシーに従って入学者選抜を行っている大学を評価し、そでないところを是正するための支援を行う、そういう取組を是非進めていただきたいと思います。以上でございます。

○西島座長 ありがとうございます。政田構成員、お願いいたします。

○政田構成員 定員削減の問題です。私も某大学の学長を6年3か月やって、やはり薬学部が増えたことによる学生の能力の低下が起こっているというのは分かるのです。数年前に新設で認可された私立大学で、いきなり130人ぐらいの定員が30人しか入っていない大学が実際にありました。そういう大学があるにもかかわらず、まだ増やすというのは、文科省はどのような考え方を持っておられるのか。

それと、私などがよく分かるのは、実質競争率が2倍を割ると、とんでもない学生が入ってくる可能性があるのです。そういう問題とか、先ほど武田構成員が言われたように、年限内の卒業率・国試合格率の問題などもあります。どちらかと言うと国公立の新設を増やすと県立和歌山医大のように、ちゃんとたくさんの受験生があるというのは、恐らく授

業料の問題もあると思うのですが、私学で授業料の高い所を幾ら増やしても、上手くいかないことになるだけだろうと思うのです。私が聞きたいのは、今、阪大とか徳島とか岐阜といった、国立大学が全部6年制に変えていっていますよね。今度この宣言の後、国立大学が「4年制を減らし6年制の定員を増やしたい」と言ったときに、文科省としてはどういう処置を取られるのかというのをお聞きしたいのです。

もう1つは、私も新コア・カリキュラムの作成の中に入っていたのですが、これはお題目はものすごくいいのです。基本的な資質・能力の項目が1から10番まである。しかし現在の教員で、1.のプロフェッショナルリズム、2.の総合的に患者・生活者をみる姿勢、3.の生涯にわたって共に学ぶ姿勢、そして9.の多職種連携能力、10.の社会における医療の役割の理解について、教えられる現場の教官が何人いると把握されていますか、文科省。薬学部の有る国立大学は全部の大学に病院を持っていますから、多職種連携など、医・薬・看がそろっています。しかし公立大学では和歌山と名市大のみ。私立の大学は60ほどあるのですけれども、病院を持っているのは12ですよね。これをどうやって教えるのですか。そこら辺をしっかりと把握しないと、このモデル・コア・カリキュラムでは、絵に描いた餅になりますよ。その辺をどう考えておられるのかを教えてくださいたいと思います。

○西島座長 文科省のほうで4年制と6年制があって、4年制を6年制にしたときにどうなるかというのが最初の質問だったと思います。この点についてはいかがですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課課長補佐 お答えいたします。4年制を6年制にするということですが、6年制の定員を増やすことになる場合には、今回の抑制の対象となってきます。これは国立・公立・私立大学いずれも問わず、今後、薬剤師が将来的に供給過剰になるという総数での議論なので、国立大学も対象でございます。一方で取りまとめの6ページにありますように、薬学系人材養成の在り方に関する検討会においても、定員抑制のみならず、入学者選抜から教学内容も含めて出口の質保証まで、しっかりとやっていく必要があるということ、薬学部教育をどう改善・充実させていくかということについて検討会では、全般にわたって指摘されております。この取りまとめの内容を踏まえ、国としても既存の大学における教育の質の向上について、フォローアップを行い実効性が保てるように、しっかりとやっていきたいと考えております。

○政田構成員 国立大学が移行できないというのは、私立大学で常に定員を満たしていない所を削減させるというのは、文科省のほうからはできないのですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課課長補佐 収容定員を満たしていない大学、特に私立大学に対する措置という御質問ですが、文部科学省でも私立大学に対する財政措置においてもめりはりを付けた配分を行っております。特に令和5年度からはその実効性を一層高める観点から、収容定員の充足率が50%を下回る所については、私学助成を不交付にするといった措置等を実施してまいります。こういったことも含めてやっていきたいと考えております。

○政田構成員 そうしたら、それで減った分を国立のほうに定員を増やすということは可能なのでしょ。

○文部科学省高等教育局医学教育課課長補佐 先ほど来申し上げておりますけれども、将来的に薬剤師が供給過剰になるということで、総数については抑制するということです。ですから全体の方針の中で定員数を削減させていくという方針でございますので、私立大学で減った分を国立大学にという考え方にはならないと考えております。

○政田構成員 ならないと。いや、優秀な薬剤師が欲しいということになると、やはり国立のほうが、本当に薬剤師に向いているかどうかは別として、偏差値が高い学生が入ってきますよね。そういう者が増えて、社会に貢献するほうがいいのではないですか。

○文部科学省高等教育局医学教育課企画官 文科省の堀岡からお答えいたします。より質の高い薬剤師を養成しなければならないことについては、文科省でも同じ立場です。私学助成のめりはり配分のお話などもしましたが、情報提供の問題で、例えば今一部の大学では、わざと標準修業年限、つまり6年間ではなくて、受けた受験者の合格率だけをホームページに出して、誤解を招くような情報提供をしている所もあります。そういう所には文科省としても、情報公開として良くないということも、きちんと行っていきつもりです。そういうことで分かりやすく示し、結果としてきちんとした情報公表をしていて、分かりやすい公表をしている所がより選ばれるということが、まず重要なことだと思っております。

併せて今まで出なかったことでは、第三者評価というものもあります。これは薬学教育評価機構のほうで、今やっていただいております。それについて医学部などでは、非常に厳しくやっていますので、充実して行って、文科省としてもそういうものと連携して、更にその評価結果がより分かりやすい形で外に出て、受験生などにも分かりやすくするような形でやっていこうと思っております。

○政田構成員 ですから結局、入るときも試験もなしというか、化学1科目だけで薬学部に入ってくるというのは。国公立のようにある程度、共通一次をしっかりと全科目受けさせて。要するに、基礎学力が違うと思うのです。今の薬学部の学生を見ていると、基礎学力というか、高校で全科目をしっかりと勉強しているかどうかというのが、私は1つの目安になると思うのです。それをしっかりと勉強している子に、薬学に入ってきてほしいのです。

私も25年間薬剤部長をやって、6年間薬科大学の学長をやってきましたが、そういう下地というか、基礎がなければ。薬学の臨床の場に出て医師・医療関係者・患者と話をする議論をするというのは、基礎学力があるかないかというのが大きな差だと思っているのです。だから、その辺のことも考えながら他学部とは違うものを。薬学というのは臨床というか、要するに患者あるいは医療チームで話をしていけないといけない。人の命と関わっているのです。基礎をしっかりと持っている人間でないとやっていけないと思うので、その辺のことなども考えて、薬学部の在り方というものを、もう一度考え直してもらいたい

という気がしています。ごめんなさい。以上です。

○西島座長 ありがとうございます。コア・カリが新しくできたということで、その実効性についての御意見かと思えます。これは本当に大事な点で、各大学の教員あるいは理事長が真剣に取り組まなくては、何も進まないというように私は個人的に思っております。赤池構成員、お願いいたします。

○赤池構成員 時間が迫っている中で、ちょっと小さなことですがけれども、政田構成員の御発言で、和歌山県立医科大学を例に挙げて、特に公立大学の学生が定員を充足しているのは、授業料が安いだけだというような発言をされました。

○政田構成員 ごめんなさい。安いだけとは言っていないです。

○赤池構成員 安いのは事実ですがけれども、やはり非常な努力をして、学生に魅力のあるカリキュラムや教員をそろえておりますので、そういったところは御理解いただきたいと思えます。

あと、もう1点です。昨年まで私は厚生労働省の薬剤師分科会の部会長を務めており、いわゆる薬剤師国家試験の合格判定等にも関わってきました。その間、6年制の薬学教育が始まって、学生の定員は増えましたけれども、合格される方の人数というのは、ほとんど横ばいの状態であったということが事実としてあります。そういう意味では医療系を目指す高校生、その中でも更に薬学部を目指す方で一定の学力のある方というのは、ある程度上限があって、これは大学の定員を増やしても、それ以上合格できる方はなかなか入っていただけないという現状があるのではないかと思います。そういったことも勘案していただいて、全体の定員の調整というのは、文部科学省のほうでもしっかりとお考えいただきたいと考えております。以上です。

○西島座長 ありがとうございます。それでは高田構成員、最後をお願いいたします。

○高田構成員 東大病院の高田です。先ほど政田構成員が議論を盛り上げていただいた話題です。私は今、国立の薬学生の教育もしております。私どもの感覚としては、若干巻き添えを食った印象があります。国立のほうは確実に教育をして、国試にもちゃんと合格させております。ある意味、タイミングが少し悪かったと思っているのは、いわゆる6年制でなくて4年制を出た後、修士、博士と進学したときに、博士の間に免許を取れるコースを一時的に設けていただいており、それがちょうど今終わるタイミングなのです。今、確か修士2年生が最後の世代だと思うのです。それで免許を持って博士号が取れる人たちのサプライが、これから少し減ってしまうところを危惧して、国立大の薬学部の中でも6年制の定員増を目指している所が幾つかあり、そこを狙って皆さん議論をしていたところです。

一部は間に合って、結構増員された大学もありますけれども、間に合わなかった所は今回、このタイミングで切られてしまうと増員が難しく、正直私どもの後進を育てていく上でも支障があるというのが実際のところなんです。ですからある意味きちんと教育をして、ちゃんと達成して成し遂げている所まで、しかも学部をもともと持っていて、4年制と6

年制の人数を動かす所まで、「もう絶対に駄目ですよ」と言うのは、ちょっと乱暴ではないかというのが、私どもを含めた国立の教員の意見でもあります。少なくとも施行後5年をめどとして見直すという御意見が記載されておりますので、その際には少しお考えいただきたいというのが意見です。よろしくお願いいたします。

○宮川構成員 申し訳ありません。宮川です。私も言葉が足りなかったです。淘汰なのです。つまり悪いものには退場していただいて、良いものはしっかりとつくり上げていくという形です。今問題なのは、悪貨が良貨を駆逐しているような状況だから、高田構成員がおっしゃったような余波を食らっている。文科省もそのことを考えなければいけない。退場する所をきちんと見極めていく。そしてそこに残るものは、きちんとした形で残っていくような立て付けをつくっていくのが大切なことなのです。文科省も、それはもう重々お分かりだと思います。文科省の方々も御苦労されているわけですから。ですから、その辺のところをもう少し丁寧に考えていただいて、立て付けをしっかりとものに作っていくことが、これから重要になるかと思うのです。座長も御苦労ですけれども、いろいろ言葉を足していただいて、よろしくお願い申し上げます。

○西島座長 ありがとうございます。定員抑制については、この検討会からいろいろと動き始めたところがあると私は思っています。それが文科省のほうに移って、人材養成の在り方検討会で、更にその下の小委員会において、やっと定員抑制について文科省から今回のような方向が示されたということです。そういう意味では宮川構成員の御意見は、本当に貴重な点です。本当に遅きに失したということかと思えますけれども、こういうことで是非、淘汰ということも含めて、定員抑制に向けていい方向で進むように願っております。

それでは時間が大分過ぎておりますけれども、最後に「キャリア形成プログラム」と「卒後臨床研修」について、資料2-2と資料2-3に基づいて御説明をお願いいたします。

○総務課課長補佐 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課です。資料2-2、キャリア形成プログラムを御覧ください。キャリア形成プログラムにつきましては、令和3年度から2か年の研究として、厚生労働科学研究において、検討をいただいております。

2 ページを御覧ください。こちらの研究では医師におけるキャリア形成プログラムを参考に、薬剤師について「ジェネラリストとしての薬剤師に必要な知識・技能、態度の修得」と「若手薬剤師の希望に応じた専門性の獲得」に資するキャリア形成プログラムの策定を目的として実施いただいたものになります。こちらについてはモデル・コア・カリキュラムや、それに関連する研究班の結果なども踏まえて検討を行っています。

3 ページを御覧ください。キャリア形成プログラムの概要をこちらにお示ししています。対象者としてはこちらに示した方を対象に、それぞれの対象者に応じてプログラムの対象期間を設けることや、研究施設についてお示しをしております。

4 ページを御覧ください。プログラムの例としては、認定薬剤師を取得するためのコースであったり、専門薬剤師を取得するコース、専門薬剤師・学位それぞれ両方を取得するコースなどをお示ししております。そうしたキャリア形成プログラムにつきましては、厚

生労働省としても今後周知を図りまして、各都道府県において薬剤師の確保計画などを作成する際の参考としていただけるよう取り組んでいきたいと考えています。

続きまして資料 2-3 を御覧ください。卒後臨床研修についてです。こちらにつきましては、本検討会の取りまとめにおいて、薬剤師の養成における資質向上策として、卒前・卒後で一貫した検討が必要である。また、研修制度の実現に向けて、卒前の実務実習との関係性を含め、研修プログラムや実施体制等の具体的な方法を今後検討すべきであると御提言を頂いております。

3 ページを御覧ください。令和 3 年度の予算事業におきまして、卒後臨床研修の効果的な実施のための調査検討事業を行っております。それにつきましては 5 ページに取りまとめを掲載しております。本検討会において既に御報告済みですので、詳細な説明は割愛させていただきますが、今後の提案等、課題について取りまとめたところです。

これを受け、5 ページですが、令和 4 年度に再度予算事業を行いまして、卒後臨床研修の効果的な実現のための調査検討事業を実施しております。令和 4 年度の事業においては、卒後研修を 8 つの地域ブロックからそれぞれ 1 か所以上の医療機関と連携して、モデル事業を実施する。また、それも踏まえまして、卒後臨床研修のプログラムを進める卒後臨床研修の実施のためのガイドライン(案)の作成を実施しました。

6 ページを御覧ください。こちらはモデル事業の研修実施施設となります。研修については薬局薬剤師も対象としたものを実施していただいております、薬局薬剤師については 11 名を受け入れて研修を実施しております。

7 ページです。病院薬剤師については 19 施設の病院薬剤師 42 名について研修を実施しております。

8 ページを御願います。モデル事業におけるプログラムの内容につきましては、こちらに記載している点を踏まえた内容です。具体的には、医療機関での病棟業務研修は特に重要であり、担当患者を持った上で、責任を持って対応・実践する内容をプログラムに含めることであったり、病棟業務の中で多職種連携を通してチーム医療の中での薬剤師の役割を理解するとともに、自らの主体的な介入によりこういった患者アウトカムにつながったかを経験することなどを含むとしております。また、最後のポツになりますが、薬局研修については在宅業務が最重要であり、それをプログラムに含めることが望ましいとしております。

9 ページです。こちらはモデル事業における卒後研修の日程です。研修期間については令和 3 年の事業において 1 年の研修期間が必要と示されていますが、予算事業という性質もありますので、モデル事業として研修期間は 6 か月以上としております。また、そのうち少なくとも医療機関での病棟業務(対人業務)を行う期間として 3 か月程度は必要という形で示しています。

10 ページを御覧ください。この予算事業におきまして、薬剤師卒後研修ガイドライン作成組織を作成し、こちらのメンバーで検討していただいております。

具体的な内容につきましては次の 11 ページですが、ガイドラインの構成をお示ししています。ガイドラインにつきましては、本体と評価シートから構成されるものになり、研修項目の評価シートで評価をする形になっております。

12 ページを御覧ください。研修期間につきましては原則として 1 年間以上で、こちらの案 1、案 2 でお示ししており、これはメニューの項目になります。このとおりにやっていただくというよりは、施設の状況に合わせてプログラムを組んでいただくという形で、推奨することとしております。

13 ページを御覧ください。こちらは評価シートの例になります。研修の指導者の評価に加え、多職種からの評価も加えております。

14 ページを御覧ください。こちらは今後のスケジュールです。令和 5 年度以降に作成した、「薬剤師卒後研修ガイドライン」に基づき、卒後研修を実施していただいて、運用上の課題などについて検討を行うこととしております。また、関連するものとして、薬剤師のキャリア形成促進に関する研修も継続して実施していただくということです。以上になります。

○西島座長 この検討会で初期のころから話題になってきております、キャリア形成プログラム、特に卒後臨床研修についてのこれからの取組の御説明でしたが、山口構成員お願いいたします。

○山口構成員 薬剤師の免許を取得した人が全員研修を受けるということは現実的ではないと思うのですが、今回そのガイドラインに沿って、今試行的にされていると思いますが、これを受けた人とそうでない人とのキャリアの差といいますか、こういったことを想定して、これらを今、進められていくのですか。

○総務課薬剤業務指導官 御指摘ありがとうございます。山口構成員おっしゃるところのところが、我々も今、課題だと感じておりまして、しっかり卒後研修を実施したことによる効果、具体的には学術的な面もあるのですが、やはり臨床的なパフォーマンスをしっかりと示していくということが重要だと考えておりますので、先ほどの資料の 14 ページにありますように、令和 5 年度以降に関しては、しっかり効果検証体制を検討していくとともに、実際の効果をしっかりと示していくということで、日本病院薬剤師会のほうでこの事業を実施することになっておりますが、関係者と一緒に議論しつつ、その辺りの効果を検討していきたいと考えております。

○山口構成員 やはりせっかく研修を受けた方が、こういうことができるようになるとか、こんな差がつくんだということがないと、なかなか良い方向に進んでいかないと思いますので、是非その具体的な効果を分かるように出していきたいと思っております。

○西島座長 宮川構成員お願いします。

○宮川構成員 今の山口構成員がおっしゃったように、そのとおりで。卒後すぐに今の現時点での形でやれば、病院のほうの負担が非常に大きくなってしまいます。つまり教育を行う教員不足というものもありますので、それは非常に実効性がないだろうと思っておりますが、

将来的には、医師も同じように卒後研修をやっていますので、どの時点からそういうことをやるのかということは、きちっと文科省がやったような、ロードマップをしっかりと作っていただきたいと思いますが、現時点でできることは、一定の教育というものがある程度できていることです。前にもお聞きしましたが、管理薬剤師の要件の1つに、この卒後研修を一定期間以上受ける、例えば1年。そうすれば、ある程度教育はできて、業務にある程度経験がある人が1年間でも限定でもいいから、結局はいろいろな地方に行って、業務を助けるということになれば、一時的にでも病院薬剤師の助けになるだろう。

その病院薬剤師の助けになるだけではなくて、将来、地域に戻ってきたときに、地域医療の中でかなりの力になる。だから、管理薬剤師の要件の1つに、この卒後研修の項目を入れていただくというだけで、いろいろな動きが円滑になるのではないかなと思います。これは厚労省に検討していただいて、なるべく早く実行できるようにしていただければと思います。いかがでしょうか。

○総務課薬剤業務指導官 御意見ありがとうございます。管理薬剤師の要件ということで、この話は以前から御意見として伺っているところです。我々もその点承知しておりますが、正にその辺の制度設計といったようなところに関しましては、予算事業に加えて、研究班を新たに立ち上げるということをして、そこで整理をしっかりと検討してまいりたいと思いますので、引き続き御意見等いただきながら検討してまいりたいと考えています。

○宮川構成員 ロードマップは早くしていただきたい。でないと思いが、野木構成員なんか非常に怒られるのではないかなと思うので、さっさとそういうことをやらないといけません。時間的な余裕がないので、短期的にできることと、長期的にできること、しっかり分けて考えていかなければいけないので、それを研究するというような言葉は、もう使わないほうがいいと思います。ですからそれはもう研究して分かることです。でも、実効性があるような形で取り組んでいただくということは、厚労省としても国としても、英断していただきたいというように思います。

○西島座長 野木構成員、お願いいたします。

○野木構成員 宮川構成員が私の言いたいことを全部言ってくださったところがあるので、もうあれは言わないですが、ただ研究施設にやはり1つの病院ではなくて、民間病院、いわゆる救急をやっている病院とか、民間病院等も入れていただかないと、1つの病院で研究をやっても意味がないことはないと思いますが、やはり研究なので、いろいろな施設、少なくとも民間等もちょっと加えていただければ非常に有り難いと思います。以上です。

○西島座長 安部構成員お願いします。

○安部構成員 資料の14ページに○が2つあって、2つ目の○に薬剤師不足・偏在解消に向けた活用も踏まえたというふうに書いてありますが、これにつきましては先ほど宮川構成員等もおっしゃったように、この薬剤師の研修制度の質と、制度としてはどのようなものなのかということが、研修を受ける方にちゃんと見え、それが自分の薬剤師のキャリアパスの中で、研修を受けることがどのような変化をもたらして、例えばどこかの施設の管

理者になる、かかりつけ機能のためなど、様々なところで研修を受けたことが、その薬剤師のキャリアパスにつながるというようなことが、非常に重要かと思います。結果としてそれが病院の薬剤師不足の解消にもつながるといふことであれば、それは大変素晴らしいことかというように理解はしております。

○西島座長 ありがとうございます。それではまだまだ御意見あるかと思いますが、時間を既に 20 分過ぎておりますので、以上で質疑を終えたいと思います。先生方、いろいろな御意見ありがとうございました。今後ですが、事務局のほうで、構成員の今頂いた意見を踏まえまして、引き続きこれらのことについて、対応を進めていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

本日の議論は以上ですが、ほかに事務局より何か御連絡はございますか。次回はどの辺になるかという、そういう目処はまだ今のところないということですか。ありがとうございます。それでは、以上で本日の検討会を終了いたします。構成員の先生方、ありがとうございました。