

公益社団法人 薬剤師認定制度認証機構
平成 26 年度薬剤師認定制度委員連絡会 議事メモ

日時：平成 26 年 12 月 19 日（金）14:00～16:30

場所：郵政福祉虎の門第 2 ビル スマートホール

出席者 委員 17 名

事務局：吉田 武美、清水 亨、武立 啓子、鈴木 春美

配布資料：

事前配布

- 1.（資料 1）認証プロバイダー連絡協議会報告（議事録同封／添付）
- 2.（資料 2）認定薬剤師発給数の推移（資料 同封/添付）

当日配布

- 1.（資料 1）議事次第
2. 薬剤師認定制度委員会 前回連絡記録（2013 年 12 月 20 日）以降の記録
- 3.（資料 2）第 13 回、第 14 回 認定薬剤師研修機関協議会 概録
- 4.（資料 3）認証パイダーからの年度毎研修事業概要書提出に関する報告（当日資料）
- 5.（資料 4）認定薬剤師発給数の推移

開会 清水事務局長より開催が告げられ、吉田代表理事からの挨拶があった。当日及び事前配付資料の確認を行った。

開会挨拶

吉田代表理事より、年末の気忙しい時期に参加いただき、認証事業にご協力いただいていることに感謝申し上げる旨の挨拶があった。

議事

議題及び資料：

- 1) 年間の事業経過報告（関連理事会議事録はホームページに掲載）
- 2) 認定制度委員への年間通信記録（当日資料）
- 3) 認証プロバイダーの新規申請及び更新申請の認証の報告
- 4) 認証プロバイダー連絡協議会報告（議事録同封／添付）
- 5) 認証パイダーからの年度毎報告書提出に関する報告（当日資料）
- 6) 正会員の会費規程検討小委員会の報告
- 7) 認定薬剤師発給数の推移（資料 同封/添付、当日配布）
- 8) 薬剤師ジェネラリストとは
- 9) 薬剤師レジデント制度・専門薬剤師制度の評価に関する件
- 10) その他

1. 報告事項

以下、議事次第に沿って進めることとし、項目ごとの説明に入った。

1.1 認証事業の推移及び関連報告

代表理事より認証機構の事業内容等に関しては、ホームページを参照いただきたいとの報告があった。平成 25 年 12 月以降における認定制度委員による評価があり、その結果を受け理事会において以下の新規及び更新申請が認証された。なお、評価委嘱に当たっては、委員の負担軽減を図るため、委嘱人数は適宜調整することになっている旨の説明があった。

1) 一般社団法人昭薬同窓会・平成塾の生涯学習認定制度、一般社団法人薬学ゼミナール生涯学習センターの生涯学習認定制度、一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会のプライマリ・ケア認定薬剤師制度(P02)、北海道医療大学の北海道医療大学認定薬剤師研修制度、一般社団法人埼玉県病院薬剤師会生涯研修センター生涯研修認定制度、東北大学大学院薬学研究科 E01 MCS 認定制度の更新申請(2 回目)の更新が承認された。

新規に一般社団法人日本在宅薬学会の「在宅療養支援認定薬剤師制度」(認証番号 P03)と一般社団法人日本病院薬剤師会の「日病薬病院薬学認定薬剤師制度」(認証番号 P04)が承認された。

1.2 認定制度委員への年間通信記録は当日配布資料の通りであるとした。

1.3 当認証機構で認証を受けている研修機関が年 2 回協議会を開催している。内容に関してはメール添付資料での会議議事録(第 13 回、第 14 回)を参照いただきたいと述べた。

1.4 認証プロバイダーからの年度毎研修事業概要書の提出について

本年度から、配布資料のような年度毎研修事業報告書を提出していただくことになった。なお委員の方から、報告していただきたい事項等があれば、事務局までご連絡いただくようお願いがあった。

1.5 正会員の会費規程小委員会の報告

正会員の会費規程を、現在の基礎部分及び比例部分に関してそれぞれ改正することが本日午前中の理事会で承認されたとの報告があった。なお、会費規程は社員総会議決事項であり、平成 27 年 2 月中に社員総会を開催する予定であると報告された。

2. 協議事項

2.1 認定薬剤師発給数の推移

代表理事より配布資料の説明をされた。認定薬剤師の発給数が、新規申請を主にここ数年、年間約千名程度減少している。現在認定薬剤師のかなりの部分は、日本薬剤師研修センターが発給しており、発給数の減少は同センターの赤字の一要因となっている。また、認定薬剤師発給数は、正会員会費の比例部分をなしているため、研修センターの赤字の要因の一つに当認証機構の正会員会費の負担がある。現在正会員会費の約 9 割は、同研修センターの会費によることから、当認証機構の健全な運営を図ることからも、理事会におい

て規定検討小委員会での検討会費規程の見直しに至っていることが報告された。認定薬剤師発給数の減少に関しての委員のご意見を伺った。

認定薬剤師発給数の減少について

(代表理事) 薬事師教育が6年制になって卒業生も出ているが、認定薬剤師の新規申請数が年々減少していることを、CPCで初めて公表した。これまでの認定薬剤師の発給数の推移を全体と新規及び更新に分けた図により説明した。生涯研修への参加が少なくなっているとは考え難いが、そのことに関してご意見をいただきたいとし、以下のような意見交換がなされた。

○4年制の薬剤師の時代には、6年制薬剤師が出てきたら自分達はどうなるかということもあり、認定を取得しておればという期待があつて、認定薬剤師を取得することがあつたのではないかと。6年制卒になったらそういう考えは出てこない。認定を取っても、仕事についてから何のメリットもないということになっているからではないか。

(代表理事) 研修認定制度の流れの中では、薬剤師の免許更新のこともあつたのではないかと。医療職の免許更新制はなかなか進むわけではないが、当機構の年間の事業内容においても免許更新に替わりうるものとしての認定薬剤師の意義付の記載はしているのであるが、そのようには進んでいないのが現状である。6年制になって、研修は受けているのであろうが、認定薬剤師を取得するようにはなっていない。

○6年制になって、認定制度がどれくらい広報され、情報として流れているのか、浸透していないのではないかと。現在は薬局経営者になる者は少なくなつて、勤務者が増えている状況で、卒業してすぐに業務に入るので、研修の重要性や認定制度自体の理解がなされていないのではないかと。

(代表理事) 勤務薬剤師が増えている中で、新しく薬剤師会に入会する雰囲気はないのでしょうか。

○入会しない者が多いので、人数も増えていない。また高い会費を出して入ってもメリットがないという意見もある。薬剤師会の個人会費は、会員になっているのは経営者が払っているし、管理薬剤師だけを入会させていれば良い状況である。

(代表理事) 2025年問題が議論されているが、薬剤師はファーストアクセスとして中心的な役割を云々されているが、中心にならなければいけない薬剤師がこういう状態でののだろうかということも、午前中の理事会では話題になった。

○JPALSの登録者が2万4千いるが、レベル5が1万7千と言っているが、そのレベルがそんなにいるとは思えない。来年3月更新では1万以上が脱落するのではないかとというのが現実ではないかと思う。認定薬剤師を持っていることを社会的に標榜できないし、その価値を認めるような社会的な環境が出来ていない。例えば履歴書に認定薬剤師と書いて採用が有利になるとか、会社だとボーナスに反映されるとか、社会的仕組みを作っていく必要があるのではないかと。そうでないといつまでたっても駄目で、薬剤師はメリットのない

ものはやらないという風な繰り返しになっている。大学同窓会の担当もしているが、同窓会にも若い方は入って来ない。ただ、生涯学習は卒業と同時に進め、スタートからやっていく姿勢でないといけないのでは。社会環境を整えてあげることが必要である。

○県薬の研修事業を担当しているが、県薬独自の研修認定制度がある。この制度をどうするかという時に、CPCの認証をとってプロバイダーになることは考えなかった。

職能団体としてこうであるべきと示すべきで、そう出来ていないことが薬剤師の生涯学習の失敗であると思う。薬剤師の職能には、公衆衛生の向上、医薬品の安全性の担保等があるが、個人の利益を考えることが主になっていて、それは誰の責任かという時に、若い者たちが悪いのではなくて、全体を引っ張っている職能団体のトップがそれを示していないことが問題である。薬剤師会の存在目的を問い直して骨格作りをしなければいけない。経済的合理性が成立しなければ駄目ということで、勉強もしない。職能団体の薬剤師会の組織が、自分達の存在目的が何であるかを問い直していく必要がある。以前本機構の設立の際に理念は認めたが、設立に反対だったのは、商業目的の団体が社員の再教育のために、メリットを利用していることになり、構造的な間違いであると認めた方がいいと思っていた。ここでリセットして薬剤師の生涯教育全体はどうあるべきかを見直していく必要があると思う。

(代表理事) 利益目的の団体は認証することはないし、また認定制度委員の先生方の評価もその点も含めて厳しくなっている。当機構の再三者評価機関としての社会的な役割は果たしている。薬剤師全般に対する批判があると思うが、大学では新しい形で動き始めることになり、次年度からの新コアカリでは、自己研鑽も盛り込まれている。現在薬剤師総数約28万人のうち、約4万人が認定薬剤師となっている。薬剤師が積極的に研修を続けながら、認定薬剤師となっていることを自身が世の中に公表して、認知させていく必要もあるのではなかろうか。

○レベルの高い薬剤師たちが、研究したり、積極的に生涯研鑽していることは考えられる。最近卒業してきた薬剤師の中には生涯研鑽を考えられるレベルにはない者もいる。薬剤師達が、生涯研修をどう立てていくか、各大学でもその方向でやっていくべきではないか。

(代表理事) 社会が求めている薬剤師は、生涯学習で自己研鑽を進めていくことで作られる。

○社会が求めている薬剤師は求人が多い薬局チェーンやドラッグストアの薬剤師であり、そういうところはそんなことは求めている。

(代表理事) 患者や生活者から求められて選ばれる薬剤師であるべきで、選ばれないのは消えていく。懸念されていることは、国家試験に2割、3割しか受からないような大学がある。それは薬学・薬剤師に対する問題点でもある。しかし、国家試験を易しくする必要はないし、大学もそのつもりで教育を進めることはない。文科省は、新コアカリでは、薬剤師として求められる基本的な資質として教育目標を挙げ、大学に対してそれを満たす

よう求めている。

○薬学サイドが自分たちのあるべき姿をださないから問題である。

(代表理事) 日本の薬学は、いろんな形で動いてきているが、薬学会は学術団体であり、薬剤師に対する関心を以前は必ずしも強くは持っていなかったかも知れないが、現在は違っていると思う。

生命、生命倫理の重要性を

○医者は人の命に関わっていることを十分に学習している。勉強しないとついていけない。10年前の知識ではやっていけないし、現在の知識が必要であることを自覚している。薬剤師は人の命に関わっているという意識が低いと思うし、薬学教育ではあまりなされていない。医師との関係で、自分はどうかあらねばと常に考える必要がある。人の命に関わっているという教育を実務実習でも教えなくてはいけない。人の死を真剣に考えていたら、当然自身の生涯学習を考えざるを得ない。医師は、生涯教育を云々する前に、まず自分でやっている。医師に対して講演すると質問が一杯来るが、薬剤師に対しての講演ではほとんど質問がない。そういう状況を教育・医療現場で変える必要がある。○PMDAの被害者救済制度に長年関わっているが、薬の不適正使用で、年間2~300名が死亡していることが分かる。医師や薬剤師として真剣に考えれば業務上過失致死にもなりかねない。そういうことが分かっていないし、教育で教え込んで、変えていく必要がある。今までの薬学教育は、薬など化学物質を中心にやっているが、これからヒトの命を考えるようなことを、もっと真剣に教えないと生涯教育なんかはやらないと思う。本当は6年制になった10年前から考えなくてはいけないことであった。医・薬連携、薬・薬連携と言っているが、それが出来ていないのが問題である。○6年制になって今年国家試験も1万2千人くらい受けて7千人位しか受からないのであるが、以前もその程度の数はあったので、昔も今も薬剤師としての質は変わらないと思う。だから免許を取っている人達はしっかり教えていけば大丈夫である。ただ薬局も病院も儲け主義に走っていることがあるように思うので、そこをそこを変えていく必要があるのではないかと、教育でどうするかを考えていく必要がある。

○認定薬剤師の中で、病院薬剤師は医師が新規の薬など聞いてくるし、病棟でも一緒にやっていくので、薬剤師も十分な学習が必要であることを分かる。調剤薬局の薬剤師は、薬物情報に従って、説明してルーチンにやって終わっているケースも多いので、自身で勉強していく雰囲気や機会が少ないのではと思うのだが。その辺はどうなのか。

○医師は、病院勤務も開業医も一所懸命にやっている。薬局薬剤師だからだから勉強しなくていいということはありません。院外にいく薬でも重篤な作用のものもある。医師の場合は、大学に残る場合でも、開業医も10年位は病院で研修するので、病気のことがわかってくる。薬学の場合にはそういう研修が課されていない。薬局でやっているのは、それでいいのかという議論になってくる。○人の死とか倫理とかいうまえに、責任をどう取るか問うことがある。○例えば麻酔で事故が起こった場合に、専門認定の医師にかかわって

いれば了解する。そうでない場合には責任上の問題がある。○ある方が、院外処方箋を薬局に持っていったら、医師と同じことを説明されたと話していた。わからないことは先生に聞けばいいと。これでは薬剤師として独自性とか責任とかは出てこない。薬剤師は薬物治療には、自分が責任を持つと言えばいい。薬剤師は責任をとることを過大に考えているか、怖がっている。起こったことには責任を取るといふ心の姿勢というか、覚悟が必要で、それを確認するためには生涯勉強しなければならないし、自分で生きた勉強をしなければならない。服薬指導のマニュアルを単に覚えているだけでは、単に記憶力の問題で意味がない。○責任を過大に考える必要はなく、間違った場合には謝るより仕方がない。インタビューフォームに書いてあることを単に、記憶しているだけではだめで、どうすれば理解が得られるかが重要である。○薬剤師は、処方箋をみただけでは患者に説明の仕様がなまいと思う。そのことも考えていかないといけない。患者の状態がわからなければ説明ができない。当大学病院では院外に検査値を出してきているが、そういう風にして患者さんの状態を見ていけるようにしていかなないと駄目である。これから薬学教育もそういう方向で進めていかななくてはならない。佐々木先生が、ガン専門医以外の医師が安易に使ったために、制癌剤によるあのような有害作用を引き起こす状態になったと指摘している。専門医とそうでない医師との違いが区別されており、そこに認定制度の意味がある。

米国での2005年のRMP(risk management plan)では特別認定の医師や薬剤師しか取り扱えないという項目も出来ている。日本は10年遅れであるが、認定を持っている薬剤師しか扱えないような環境に持っていく方向にしたらいいのではないか。○院外処方に検査値を出しているのは、患者さんの状態をみて、理解できるようにするためである。抗がん薬などリスクの高い薬は、専門医が使ってあげればいいが、それ以外の医者が安易に使ったから事故が起きた。専門医とそうでない医師とはリスク薬に関しては区別されるべきで、其処に認定医の必要性がある。薬剤師もそういう風に認定制度を持っていくかいかないかが重要になってくる。処方箋薬で人が死ぬ可能性がある。薬もこれから変わっていく。変わっていくことに対してきちんと説明と案内が必要である。○かつて薬局の役割が高く、処方箋がない時代があった。自分で勉強しないと対応するのは難しかった。当時医学部にいたが、皆よく勉強していて、責任を持ってやっているという印象であった。薬局も薬剤師がセルフメディケーションなど健康に関して責任を持って対応できるようにしていかななくてはならない。今は薬剤師個人の能力や魅力に対して患者さんがついていない。患者さんは薬局についていて、場所についている。そこが変わっていかないと、合理的な経営のところのみが生き残る。認定制度も含め、皆が真剣に2025年問題も含め薬局の役割を見直していかないと、薬剤師の職能が消えていくのではないかと懸念している。○薬局でも責任を持って説明出来るとか、相談に応需しなければならない時代がくる。これからは機械が調剤して、ある意味で安全性も機械がチェックしていける時代が来る。そういう時代になって、個人の能力、魅力に患者さんをつなげるようにすることが重要である。薬局薬剤師の役割を見直していかないと、職能として成立しなくなる。

(代表理事) 地域包括医療ということで、病院完結型から地域完結型への動きがある。薬剤師法第25条の2で薬剤師の責任が重くなっている。薬剤師がやっつけられるかどうかその対応である。最近刑事訴訟法第149条では、医療人は証言の拒否が認められているが、薬剤師はその中に入っていないことをある講演を聞いて知った。平成4年の医療法の改正で、薬剤師は医療人として法的に認められているはずなのだが、その辺が抜けている。

○改正薬剤師法25条の2で服薬指導までが薬剤師に求められている。モニタリング、処方提案など、新卒であろうと、旧卒であろうと薬剤師として国から免許を付託されている以上、責任と覚悟をもって、社会的な義務を負う必要がある。薬剤師は女子が多く、出産や子育て等で一定期間の離職率が高い。医薬分業が調剤中心になってきており、薬剤師の免許を使っていなくて、タンス薬剤師であっても、今は免許さえあれば雇われる。しかし、これからはそうはいかないと思う。生涯にわたって、自己研鑽し、認定薬剤師となり、これからはそういう訳にはいかないよということを、既卒薬剤師が示すことが必要である。認定を取ってしっかりと学んでいくという重みをつける。基本原則を先ず頭に入れて、認定を取っていくという、その重みをキャンペーンしていく必要がある。責任をとる覚悟をするには、生涯研修をしていかなければならないことを示していく。

○卒業して研修を就職先で受けさせてもらうが、研修を受けるのに給料をもらってやるという意識があるが、そうではなくて、薬剤師の免許を維持していく上では、自分で支弁するという意識が必要で名はないかと思う。

○そういう認識はどうやったら出てくるのか。6年制の薬学生が、4年生～6年生になってから、病院実習や薬局実習をやるために来ているが、先輩薬剤師を見てきているので、薬剤師の職能意識や責任の問題とかを、大学と一緒に考えていくべきである。卒業して薬剤師になって、薬剤師免許を維持していくためには、生涯研鑽が必要だし、認定を得るようにしなければならないし、そういう姿勢ができるような指導も大学で行なっていくことが重要であると思う。独自性と責任をとるという覚悟を確認するためには、生涯学習を通して自信を高める必要がある。生涯研修教育が全国どこでも、どんな田舎でも受講できる状態や環境づくりが望まれる。大学の薬学部の先生方は基礎の先生が多い。基礎の先生方の生涯学習は研究ということであり、研究しておけばいい。臨床での生涯学習に対して大部分の先生はイメージをもててないのではないかと。実務や臨床の先生が増えていくようになっているが、学生達の間にも生涯学習についてのイメージが持ててないようで、基盤がそのようになっていない。

(代表理事) 6年制になって大学の先生方も医療現場の方達と話しできるようになり現場の状況をだんだんと意識できるようになってきているのではないかと。

○大学の先生方に忙しいと言われることがある。大学の基礎の先生方にそこまで要求は出来ない。大学でも実務を経験され、活躍している先生方に頑張っていただいて今あるような形を変えていくようになってくれればいい。学生達に医療現場で教える側も、生涯学習の必要性強調して、教える努力が必要である。最近教授選考で、10数名の応募から3名に絞ってプレゼンしてもらったが、一人は薬剤師に死を教えないとダメと話されたが、最近6

年間論文を書いていないとされてはじかれた。病院出身は論文を書いていないことが多いし、大学の考え方を変えないといけない。認定薬剤師の新規申請が減っているというが、それには心配していない。今薬剤師が不足しているし、どんな薬剤師でも採用される。そういう状況なので、勉強しない。薬剤師の紹介所は、大手調剤チェーンとつながっており、そっちに流れてしまう。個人薬局には薬剤師がなかなか来ないのだが、たまたま来た薬剤師は、逆にどうしようもない者もいる。以前には紹介料は、該当給料の10%くらいであったが、今は30%以上になっている。給料が年収500万位の薬剤師を採用すると、150万を紹介者に支払わなければならない。また、6ヶ月務めて一日でも過ぎてやめたら、支払い金は戻ってこない。そういう状態なので今は勉強なんかしない。JPALSのレベル5が1万7千人もいるはずはない。来年1万人に落ちるならそれが本当の数字ではなかろうか。

○10年後は、今薬剤師がやっている仕事のほとんどはロボットがやっている気がする。薬剤師はほとんどが薬を渡すだけになるが、こういうところから差が出てくる。ここではじめて薬剤師が生涯学習をやっているか、いないかの成果の差として出てくると信じている。○薬剤師会に入っているので、今でも研修会の案内は来る。都道府県は、今でも研修では研修センターの単位シールをもらっている。県薬は研修をやっているが薬剤師が続かないのは、他の認定制度、日本在宅薬学会などができて、薬局薬剤師の先生方は認定制度に関心がないのだろうか。平成18年に6年制が始まったが、以前は6年制卒の薬剤師が出てくるので、既卒薬剤師は勉強しなければならないという意識が強かったのだが、6年制卒が出てきても別に大したことはないのではないかということになったのか。○薬剤師が知っているのは、認定薬剤師は何を認定しているのか、分からない。がん専門とか医薬品情報専門とかに対しては、その分野に長けていることが分かるし、自分で学んでいる内容がわかり、誇りでもある。そういう点で、認定薬剤師は何を認定しているのかが分かりにくいということもある。○日病薬はこれまで生涯研修をやってきたが、日病薬の会員では専門薬剤師を目指している方が多い。病院勤務では専門性の何かを持っている方が、活躍の場がある。研修センターの認定の方も専門薬剤師の受験のベースとしての資格があった。来年度から日病薬では特定領域を受けるためには、これとこれをとらないと受けられないという方向へと進む。それで生涯研修を盛んにするためには、専門領域のこれとこれを取らないといけないということにすることの方がいい。病院薬剤師として必要なものはある意味でバランス良く、あるレベルまでは取れている方向へ試験制度をしていく。生涯学習をキチンとしていないと、専門領域をとれないし、ポストとしても維持できない。

専門領域を維持するには生涯研修や基礎領域をきちんと修了していく仕組みできるので、来年から動き始めるようにしている。○もう少しゆるくしないと、最低限の手順を示さないと。日病薬がそのままやると、辞める人が増えてくる。研修センターの認定を取る人も病院からは居なくなってくる。今までは専門を取るためのベースとして有ったから研修センターの単位シールを取っていたが、日病薬がこの特定領域の制度に載らないとダメということやると、やめる人も多くなると思う。日病薬の制度に乗らないとダメということ

を周知し、教育しないといけないと思う。○基本的には、努力しなくても単位がもらえるというようなのはダメで、また研修を受けている領域が偏っていてもいけない。○生涯研修のレベルを上げるということになると思うが、脱業者が多くなるのではとも思っている。○減るかも知れないが、だからと言って研修レベルを低くした状態ではいけないと思う。○上手にやっていかないと、一気にやると誰も応募が出来ない状態になんのではないか。○過度期であるので、一気に進めていってはダメである。○バランスよくやって行くようにする。日病薬では特定領域をとれるようにしていく。○薬剤師 30 万人のうち、今回 1 万 5 千人位が認証機構を介した更新と新規申請の認定薬剤師であるが、5%では認定数少ないとするのか。14,000 人が更新と新規申請、薬剤師全体の 5%と少ない。薬剤師の 7~8 割が研修するようなものを目指すのか、認定を取れるようにするのかの議論も必要であろう。また、研修するプログラムの内容もチェックして認証していくのかの議論も要るのではないかな。

(代表理事) 機構の認証は、チェックリストにより同一レベルで評価しており、全国どこでも薬剤師自身が求めている内容が研修できるようになればいい。そういう意味も含めて薬剤師のジェネラリストについて、どのレベルを指しているのか、議論いただきたい。どの辺のレベルまでをいうのか。生涯研修制度の内容も含めていろんなことと関連する。

薬剤師のジェネラリストとは

(代表理事) 薬剤師のジェネラリスト (以下ジェネラリスト) について、どのレベルを指しているのか、議論いただきたい。どの辺のレベルまでをいうのか。生涯研修も含めていろんなことと関連する。ジェネラリストでなくてはいけないとは、研修制度の中でも目指すジェネラリストは職種によってちがうのでは。認定薬剤師は必ずしもジェネラリストということではない。ある先生は、どんな処方箋であっても内容をみて疑義照会ができるような能力がある薬剤師と話していたが、それも一つであるかも知れない。

○薬局薬剤師では、どの診療科からの薬物治療も含め、当然 OTC からセルフメディケーションのことも周知する必要があり、これにも対応でき、かつ地域の公衆衛生活動にも対応できる薬剤師がジェネラリストであろうと思っている。

(代表理事) 薬学教育では、地域の公衆衛生も含めて教育はされているので、薬剤師としては大学で学んだことを発揮するのは当然で、大学の基本的なレベルは維持した上での話となるのではと思う。

○薬学の先生方は、基礎や応用からの先生が多く臨床からの先生は少ない。最近は臨床の先生も多くなってきていて、その方向に進んではいるが。薬剤師が死を考え、教えていく方向が必要である。医療現場で薬学部の先生方も考えながら教え、現場の薬剤師もともに考え、勉強していく姿勢が必要である。ジェネラリストを考える時に、いろんなレベルが考えられるが、6 年制になって医療の状況に対応するために重要である。医療現場で薬剤師も、薬学の先生も死を考えながら、教育しなければならないし、死を考えて薬学的アプ

ローチをしなければならない。医療は年々進展している状況に対応するには、自分で学んで行くことが必要である。国の状況づくりや、行政との関係を持つていくことも重要であり、バックアップ体制など、行政との話し合いなどを含め、認証機構の方もPRしていく必要があると思う。○ジェネラリストになってそれから専門、スペシャリストとよく言われるが、そうではなくて、ジェネラリストは医薬品のほとんどをカバーできる能力であることである。最近の学生はすぐにスペシャリストになろうとする。がん専門のところで、一般病院での経験もなく、専門をすぐにとりたがる。最短距離で早くそう成りたいというのは分かるが、スポーツファーマシストとか、栄養とかNRとかいろんな資格を取りたがる。認証機構関連の生涯学習に対しては向かっていないし、魅力的なものをやっても卒業生の参加も減っている。患者さんにとって何が必要かということ、患者さんに対して薬剤師として何ができるかということとはあまり考えていない。実務実習をやって行く中で、指導薬剤師の養成ということがあり、大学では講習やワークショップとかの事業をやっているが、認定を取るということ在全国の薬学部の中でどうしてなのだろうかと、もう少し、薬剤師全体のことを考えないと、10年後、20年後にはさびしい状況になる可能性がある。

薬剤師全体の中で何をを目指すのか、大学は何をサポートするのか。薬学を目指す中学生や高校生など若い方々に、魅力的な薬剤師の姿をみせていないのではないか。その中で、認定という位置づけも考えていかななくてはいけない。○最短距離という言葉が出たが、効率性を求めるのが今の社会である。世の中の仕組みにはいろいろあるが、その仕組みを誰も教えてはくれないし、それが分かるには時間がかかる。人間と人間の関係、愛情とか、人間的な豊かさなどは年をとらないと分からない。それが分かれば倫理的な判断が出来るようになる。そういう点で学生には倫理的判断を求めるのは難しいし、またできないし、分からない。先ほどの話にもあったが、薬剤師のジェネラリストが先にあつてそれから専門へというが、実際には高齢になってやっと一人前という感がする。○日本医療薬学会のジェネラリスト担当で、専門薬剤師の担当理事の立場なので理事会で喧々諤々と議論している。ジェネラリストとは基本的には医者でいう総合診療医のように、総合診療薬剤師を目指すか、何処に基準を置くかということ、ベースメントなので最低でも4領域の疾病について精通していること、ちゃんとした薬物管理についての指導要録をしっかりとプロブレムからアウトカムまで書ける能力、そして最低限の知識を持っていることであろうと、現在体制を構築している。病院薬剤師については悩むことは少ないが、医療薬学会では開局の薬剤師のことも考えていっている。○日本病院薬剤師会の認定制度は、研修センターも含めて、認定をとってから専門にいけるとなると、スペシャリストのさらにその上の指導薬剤師レベルというジェネラリストの必要性はあると思う。糖尿病専門医も内科認定医をとらないとなれない。薬剤師も認定薬剤師があつて、専門にいけるようになると、本当の意味の人生経験は浅くても、今の時代にあつた最低限の素養を踏んだ上で専門があるということになると、生涯学習の認定も、それぞれの地域で通える範囲に、あるいはインターネットも含めて使えていけば、認証機構の認定を取る仕組みが生まれやすいと思う。く

すりと糖尿病学会に糖尿病療養指導士があるが、病院のチーム医療の中でもなかなか取れないが、認定薬剤師、CPEが取れ、認証機構認証機関の認定薬剤師をとった人で、薬と糖尿病学会で発表をした人などで、薬局薬剤師も含めて糖尿病認定薬剤師が取れるような仕組みを作っている。

(代表理事) 一般に専門の場合には認定を取ったうえでないといけない。そういう意味でジェネラリストをどの辺のレベルまでとするか。認定薬剤師のこのレベルであればジェネラリストとしていえるのであればいいと思うのだが。医療薬学会はこういうレベルであれば、ジェネラリストとして考えるということでもいいですね。

○薬物療法認定薬剤師、糖尿病などもあるが、いろんな団体と連携してサブスペシャリティーをくっつけていけばいいのかな。

(代表理事) 専門が毒物学であったので、薬物問題などがいろいろとある中で、地域の薬剤師がどう対応しているのか気になっており、公衆衛生も含めて活躍する場所はいろいろあるだろうと思うのだが。

○コアカリの臨床薬学で、代表的な疾患は知らなくてはいけない。いろんなものが教育とリンクしているので、病気に対して実習を受けられるということで、大学で教育して送りだしているのだが、現場の実務実習での病気のプログラムを見てもいろんなことが並んでいるだけである。もう少し取り上げる内容が、コアカリでの方向性があるといいのではないか。大学で教育して送り出しても必ずしもそういう風にはなっていない。OG制度と言うのは、まさにジェネラリストのコースだと思うので、それが一つしかカバーしてなくても、その中にある程度の条件が付いていれば認証の条件としなければいけないのでは。

(代表理事) 薬剤師がいろんな領域を、いろんな場所で学べる環境づくりをしていくのがG制度の目的であるので、お互い同士でやればいい。

○薬学教育の中に、生命に関する教育が足りない。教員50数名のうち、実際に医療現場から来た方が5名いるが、全体では基礎の先生が多く、研究所から来た方もいるし、教育現場でないところからの先生もいる。生命にかかわる薬剤師教育、薬剤師養成のトーンが低い。基礎の先生方のその面での意識は足りない。当大学でも生涯研修制度を新たに立ち上げているが、これから第三者教育評価を受けることになるが、評価項目の中に、生涯教育の問題がどれくらい入っているのか、少ないのではないかと思う。そういうのが入らないと薬学生涯教育関連はやらないと思う。○第三者教育評価を受けているが、生涯教育を学生に対して指導してやっているか、フォローしているか、学生が積極的に参加しているかどうかをエビデンスで大学が示すという項目はある。○生涯学習を積極的に受けていくような指導を大学が行っているかどうかなど調べる必要がある。生涯学習について大学が学生に示すべきであり、そうしないと卒業後の生涯教育に関する関心はないままになり、認定など取る必要性も出てこないと思う。予算的措置など必要である。○生涯教育を受けていかなければいけないという意識は大学教育でも伝える。○県薬では独自の制度を設けているが、先ず倫理を知らなければ、次のステップに進めないようにしたら、初年度7名、

次年目 11 名しか受からなかった。その様な育成のために、公金を使うことが問題となった。出来ないのは、倫理の教え方が分からないと言う問題がある。やっとな倫理の教え方の形が出来てきているが、薬学部でも同じではないか。薬学教育での公衆衛生の概念がちょっと良くない。Hygienic chemistry が公衆衛生みたいになっていて、いわゆる公衆衛生でないことが分かっていない。公衆衛生を薬学教育の中で出来ないのであれば、其処の部分は薬剤師の生涯学習のなかでやらなければならない。

(代表理事) 衛生化学も公衆衛生学も、衛生とは本来的にも、基本は生命を衛る科学ということである。薬学ではそれをどちらかという化学物質から生命を守れるかと言うことを中心にやっている。

○公衆衛生の概念を間違っているのも、変な方向に行っているのでは。○倫理は大事なのだが、大学の方の生涯学習とか今ま認定制度とかは、生涯学習シールを集めれば認定を取れて、試験あったとしても、知識を問うことである。認定される。その場にいれば講義の内容が分かっているいなくても単位シールや点数がもらえる認定であると思う。薬学 6 年制教育になって、実務実習になって、知識、技能、態度を問うようになっていく。知識修得だけではない生涯教育も必要である。大学教育と現場がコラボしてできる実務実習教育を協力して意義あるものに変えていくことが、その後の生涯学習にはつながる。実務実習教育と大学と実習現場で共同して生かしていくようなシステム作りが必要である。ミニ講義、ミニ実習、ミニプレゼンテーション、見学の寄せ集めで済ましてしているが、それでは 2.5 ヶ月いても有効なものになっていかない。薬剤師法改正で、薬学的知見に基づく指導、経過観察して、アセスメントしてフィードバックするとあるように、一人の患者さんを病院や在宅で担当患者をチャンと見て、一患者、一疾患でもいいから知識、技能、態度、情報提供も含めて、臨床経過のアセスをしていけるような実習が必要である。そういう指導が出来る薬剤師を認定していく生涯学習の仕組みを作るように変わらなくては行かない。

(代表理事) 薬局で一人の患者さんを一人の学生がみていくのはいい。まだ医療薬学専攻大学院生がいたころ、大学病院で一人の患者さんを担当して、週一回教員と担当薬剤師三者で研修内容を評価し、対応していた。

○大学病院は入院期間が大体 17 日で、患者さん一人を学生二人で見っていくシステムになっている。○現実的に学生が患者に接すると、がん患者さんであと 2 週間しかもたないとされている患者さんがいて、その(一週間しかない)寿命がない患者さんから温かい言葉をかけられて、治療はやっているがその患者さんが(目の前で)亡くなってという経験をすると、その学生はいろんなことを考えるようになる。おそらく医学部の学生は、そのようなことを何回も経験する。今までの教育にないことを経験するということで、人生観も考え方も変わっていく。薬学の実習では死を考えるように、コアカリでもそういうことが出来るようにすることが必要であるとしている。新コアカリでは、そういうことも含めて大学教員も受け入れ側も、学生からの意識の変化などを聞いて、その内容を実習で進め

ていく方がいい。○大学がコアカリの背景をきちんと把握して、セレクションをかけ学生が実習を受けている薬剤師は、どういう風に活動されている、どういう方向性か、大学がそれぞれの薬局を見ていくということを視野に入れていく。たまたまその薬局に当たったからその薬局を見るとかそういうことではなくて、それではダメで、生涯学習をきちんと行っている薬剤師が指導しているかどうかなどを評価していくことも必要ではないか。患者さんとの出会いですごく変わっていく学生もいる。実習先の薬局によって学生の意識に差が出るのは問題であり、将来にわたってもその意識について違いがでてくることになる。生涯研修制度は大学がバックアップしていくことが望まれる。

薬剤師レジデント制度について

(代表理事) 現在約 40 施設で薬剤師レジデント制度が動いている。レジデント制度を評価して欲しいという相談もある。専門薬剤師に関しては、当認証機構の評価関連は、必ずしも十分とは言えないが、評価システムなどは出来ており、一定の評価はできるようになっている。ASHP で米国のレジデント制度を 1 年目、2 年目と見ていたら、第三者評価が行われている。日本において第三者評価は必要かどうかご意見を伺いたい。各大学病院や大きな病院はプログラムを作って実施しているが、丁寧なところもあるし、そうでないところもある。医師等のレジデント制は公的に義務化されているが、薬剤師の場合はそうではない。米国もレジデント制度に入っている薬剤師の給料は一定額が保証されている。また厚労省研究班の調査結果では、レジデントに対する給与も 10 万円から 35 万円とかなりの幅があるが、一定の給与は支払われている。薬剤師 6 年制教育から薬剤師レジデント制度も踏まえて、医学教育も 6 年制からさらにレジデント制へと制度が決められている。薬剤師の方は今後第三者的にどう評価した方がいいのか、必要性も含めてご意見を伺いたい。

○レジデントをやっている病院で毎年連絡会をやっている。東京女子医大の木村先生が研究会を今度 2 月に会を開く。認証とかに関してももその中で議論される予定である。神戸市民病院は、橋田先生中心にレジデント制度を実施している。兵庫県は、県立病院などレジデント制が進んでいる。今年是非常勤職員みたいな形である。レジデント経験者が中途採用できているが、やや気になるところもないわけではない。○レジデント経験者は、個人個人の資質によることもあるが、これからのことであろう。期間は 1~2 年、米国も 1~2 年である。レジデントがそのまま就職してくれると助かる。○調剤薬局の頃から生涯学習をやってきて、病院レジデントになって、その後米国に行ってレジデントになってきている薬剤師がいるが、本当に戦力になる。○出来れば卒業して最低 1 年でもいいから病院で研修してもらおうとすごくいいと思う。そういうシステムが出来たらいいと思うのだが、予算の関係もあり、公的にはなかなかである。

(認証コーディネーター) 4 年制教育のときにも研修生制度はあったが、レジデント制では給料が出るという点で違う。

○研修生制度もまだ残っている。以前は、研修生からはシフトに入ることになっていた

が、レジデントは研修プログラムが必要である。○アメリカの話があったが、米国は統一されているのか。○米国の話で、PGY1 とか PGY2 があるが、全部統一されているのだろうか。

(認証コーディネーター) ASHP が中心になってやっているが、もっとあるかも知れない。米国は、希望者、登録者でマッチングもある。○ASHP の Meeting では、大学などレジデントコースを持っているところを ASHP が取りまとめてブースを設けている。6 年制の Pharmacy candidates に erm ということで、参加している学生が各ブースを回って、話を聞いて、そこで応募するが、各施設の状況、例えば給料、指導者、倍率はじめ、プログラムの説明を聞いている。その結果で自分のいくところを決めていく。○それではある程度統一されていますね。○基本は ASHP の認証を受けているプログラムである。そういうプログラムを終了すると、CV にかける。PGY1 はジェネラリストで、PGY2 は professional とか、学生が自分でいろんなところをアタックする。○似た様なことであれば、認証機構が考え方を示さない。制度の認証は認証機構がやればいい。

(認証コーディネーター) 認証するための基準を示すとすると、研修プログラムが適切であるか、例えば医療薬学会でやっているようなプログラムが全部含まれているかどうか、指導者のキャリアはどうかとか、研修する施設の環境とかなどであり、これらは ASHP の基準にもなっているようである。現在その内容を調べているところである。

○2 月にはレジデントを実施している病院が集まって意見交換することになっている。自治体病院でやっているが、薬剤師を増やしていくのは難しい。米国の場合にはそれなりにキャリアパスになるだろうが、日本の場合には、安い給料で雇おうということもある。国立大は薬剤師が足りない、給料の方に流れて動いているようであるが。認定薬剤師のこともあるが、レジデントのメリットをハッキリと打ち出す必要があるのではないか。そうしないと 2 年間安い給料で働くみたいになり、レジデントを続けてくれないような気がする。

○給料の金額のこともあるかも知れないが、そういう面ではなくて、大学病院や中核病院でいろんなことをやりたいという方が給料と関係なくレジデントになる。そこに就職するとズットやっていかななくてはいけないので、キャリアを積んでいくのに、レジデントで勉強して、それから本格的に就職する。そういう方が結構多い。お金の額の話だけでなく、将来の自分のキャリアを考えて決めている方がいいと思う。○そういう人がいて欲しいが、大学の博士課程への進学を進めても、なかなか進学しないので、定員 3 名を 4 年間だけ助手制度にしている。大学院に行くのが、卒業生の中にどれだけいるか、学生に合わせるようにしている。○ニーズが多様化しているので、ニーズに合わせてるように学内の制度を柔軟に変えていっている。大学病院は、教育の義務もあるので、教育制度としてやっている。○きちんとしたプログラムを作り、やっていって欲しい。○あまりキチキチとしたプログラムでは困ることもある。

(代表理事) 薬剤師の置かれている立場は、日本と米国とは異なるので、そういうこともふまえて日本的な組み方が必要と考える。

○日本のレジデントは学生教育にも関わる。制度はレジデントもいてチームとして教育

する。○レジデントになる学生が多い。がんセンターはレジデント数が多い。レジデントが実習も担当している。レジデントについているという感じである。業務と教育をする時間が半々になっている。その後がん専門の薬剤師への研修と移る。○嘱託職員より、レジデントの方は教育制度があるので、受け入れられている。○レジデントは教育するという義務もあって、人に教えるのは自分の勉強にもなり、教育しつつ学んでいくことになる。学生と年齢的にも近いし、いいトレーニングになるのでは。

(代表理事) 薬剤師のレジデントは、まだ自主的にやっているが、医師や歯科医師のように公的なサポートがあってやっていければいいのだが。日本的な形で評価できることがあれば、評価委員会みたいなものを新たに立ち上げる必要がある。日本的な形で評価できるようなことがあればいいですかね。

○レジデント制度立ち上げようとして、他の施設のカリキュラムをみていたら、自分のところの新人教育と何ら変わらない内容であったので、やはりレジデント制も第三者評価のシステムを作った方がいい。

(代表理事) いろいろと意見交換ができましたが、その他ご意見等がありましたら。○教科書的には先ずジェネラリストとあるが、そうかも知れないが、それでは薬剤師のやる気をそいでいるのではないかと思う。薬剤師が自分の興味あるところをさらに突っ込んでいきたいこともある。例えば、ガン専門に成りたいと思えば、門戸を開放していただいて、実際やってみたら、駄目だったでもいいのではないか。いきなりでなくてもいいが、がん認定薬剤師、がん専門薬剤師とあって、それを指導していくがん指導薬剤師とレベルがあって、薬局薬剤師にはそういうものがないので、認知症でも COPD などでもいいが、開局薬剤師に何とか認定薬剤師として、その人に目標をもたせるような専門的な領域を作って、示して欲しい。認定、専門や指導ということの順位や位置づけについて、薬局薬剤師はほとんど分かっていないのではないか。何故かということと実務実習指導薬剤師とか、本来指導の方が教育する方としては順位が高いことを知らないのではないか、実際に認定薬剤師よりは、評価が低いとかいうことが指摘されている。

(代表理事) その件について、認定薬剤師として日常的に自己学習を進めている薬剤師は、実務実習の指導薬剤師としてなれるよう当局に要望はしたが、まだそうはなっていない。○ですから分類と段階を作って示して欲しいし、それを認証して欲しい。CPC の認証が、どうしてもプロバイダーの認証みたいになっており、例えば今回 JPALS レベル5 を認定薬剤師としているが、取るとすると CPC の認証を取らなくてはいけない。日薬が認証をとって単位シールを出すとなると他のプロバイダーはどうなるのなどということの議論もある。そういう点で CPC の認証制度を分かりやすくして欲しい。都薬剤師会も禁煙支援薬剤師を認定しており、CPC の認証をもらいたい、地域薬剤師会があれだけの書類を出して認証を取るの難しい。誰でも認証を取りたいと言う風に分かりやすくして欲しい。認証を容易にすることも考えてほしい。○薬剤師会のラダーはどうなっているか。○それは出来ており、レベル5 を日薬がジェネラリストと認定して、言っている。日薬

が言っているのでまだいいが、どこかの企業がこれをジェネリストと言っても誰も信用しないわけで、だからやはり認証が必要であろうと思うし、やれるのはCPCしかない。○研修制度は、日本薬学会がやって欲しいという思いがあった。日薬が研修センターをバックアップして立ち上げられたが、研修センターはオール薬剤師を対象にする。薬剤師会が新しい制度やったらセンターの方は、どうなるのか。○現状で日薬がCPCの認証を取ると、他のプロバイダーの方はどうなるのかということもある。○送られてきた厚労省の資料で、認証コーディネーターが二人のDr.へのアンケートで、薬剤師はジェネラリストとして自己研鑽が必要であろうと、Dr.は自分の専門のところの薬は分かっているが、全体に関しては薬剤師にフォローして欲しいところがあると思う。他のDr.の話で、例えばがん専門の薬剤師で、若いDr.やナースに自分はそういうところに長けていると言っても、がんの病気が起きてしまうと、心臓や腎臓などいろんな臓器にも波及するので、全体を見ることが出来ないとその専門は生きないということを聞いたことがある。その辺は考えないといけないかなど。

(代表理事) 去年のこの会議で、委員の一人から、がん専門薬剤師は、がん専門医のいる大きな病院では必ずしも必要ではなく、むしろ中小病院でがん専門医のいないところの病院の方ががん専門薬剤師はより機能できるのではないかという話があった。

○がん専門医は、がんのこと以外の薬物療法のことを聞きたいのであって、その先生からがんのことを聞かれたら、それは怖いですよ。

(認証コーディネーター) さっきのお話はジェネリストとしての意味合いですよ。医師は自身の専門関連の薬は分かっているけど、それ以外は必ずしも精通していないので、ジェネラリストの薬剤師を求めている意見であった。がん専門薬剤師だとはいっても、それ以外の薬物療法についても、あるいは疾患についても知っていないとコミュニケーションは取れないということであろうと思う。病院の先生は、そういう考えですが、もう一人のプライマリ・ケア関係の先生のお話しは、もっと広い意味でのジェネラリスト、倫理も含めて医療全体がわかるような薬剤師をジェネラリストとしたいので、そういう育成に取り組んでほしいとしており、いろんな考え方があり、難しいところがある。

3. 閉会の挨拶

代表理事より、多くの委員に集まって議論をいただいたので、短い時間であったが多くの有益な意見を交換できたことに感謝の意を表し、閉会となった。

4. 次年度の開催日程

次回の連絡会は、平成27年12月18日(金)を予定。

(文責 吉田武美)