

Ⅲ 「平成 25 年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの 実施状況に関する調査・研究」ワークショップ報告

日本薬学会
文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業
「平成 25 年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究」
ワークショッププログラム

テーマ：H25 改訂モデル・コアカリキュラム導入から 4 年～薬学教育の更なる充実を目指して
目的：H25 改訂コアカリ導入後の各大学の状況や課題、薬学教育を取り巻く社会情勢などについて情報を共有し、薬学教育の更なる充実を目指した対策を考える。

日時：2019 年 2 月 17 日（日）9：30～17：00（受付 9：00～）
会場：北里大学薬学部（東京都港区白金 5-9-1）2 号館 2301 講義室、2302 多目的室
主催：日本薬学会（「平成 25 年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究委員会」）
参加者：全国薬科大学・薬学部教員（教務担当教員）72 名
オブザーバー：薬学教育協議会、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会、文部科学省

プログラム
(敬称略・時間は目安です)

9:30～ 開会挨拶「本事業の紹介」
文部科学省 高等教育局医学教育課薬学教育専門官 福島哉史

9:40～ ワークショップ趣旨説明
北里大学薬学部 有田悦子*

9:50～ アンケート調査結果報告
摂南大学薬学部 安原智久**

10:15～ ワールド・カフェ「平成 25 年度改訂コアカリ導入から 4 年～各大学の状況を共有しよう」

11:30～ 教育講演「アウトカム基盤型教育の本質とその実践
～世界的な流れとわが国の高等教育改革の方向性を踏まえて」
岐阜大学医学教育開発研究センター長 藤崎和彦

12:10～ 昼休憩

12:50～ 教育講演「薬剤師を巡る現状と薬学教育への期待」
厚生労働省 医薬・生活衛生局薬事企画官 安川孝志

13:20～ グループディスカッション・発表
「平成 25 年度改訂コアカリ導入から 4 年～薬学教育の更なる充実を目指して」

15:55～ 基調講演 「医療の質をあげるために薬学教育へ期待すること」
NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長 山口育子

16:35～ 総評 日本病院薬剤師会 ・ 日本薬剤師会 ・ 薬学教育協議会

16:50～ 閉会挨拶 日本薬学会会頭 奥 直人

17:00 閉会

*「平成 25 年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究」委員会委員長

**「平成 25 年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究」委員会委員

ワークショップ参加者および班分け

1	
飯田 靖彦	鈴鹿医療科学大学
内田 昌希	城西大学
蒲生 修治	九州保健福祉大学
坂根 稔康	神戸薬科大学
酒巻 利行	新潟薬科大学
菅原 満	北海道大学
田中 好幸	徳島文理大学
藤井 秀明	北里大学

2	
荒井 健介	日本薬科大学
小林 道也	北海道医療大学
竹内 一	徳島文理大学香川
豊田 英尚	立命館大学
堀 里子	慶應義塾大学
前田 拓也	兵庫医療大学
矢倉 隆之	富山大学
和田 光弘	山口東京理科大学

実行委員長	
有田 悦子	北里大学

講師	
藤崎 和彦	岐阜大学医学教育開発研究センター
安川 孝志	厚生労働省
山口 育子	ささえあい医療人権センターCOML

3	
石橋 正己	千葉大学
加藤 将夫	金沢大学
川崎 郁勇	武庫川女子大学
栄田 敏之	京都薬科大学
高栗 郷	北海道科学大学
田中 佐知子	昭和大学
松岡 一郎	松山大学

4	
内手 昇	北陸大学
小林 大介	九州大学
芝田 信人	同志社女子大学
野口 修治	東邦大学
水野 憲一	青森大学
矢上 達郎	姫路獨協大学
山崎 正博	星薬科大学

オブザーバー	
吉田 カ久	日本薬剤師会
大久保 正人	日本病院薬剤師会
本間 浩	薬学教育協議会
福島 哉史	文部科学省
光本 明日香	文部科学省
上田 友紀子	文部科学省

5	
五十里 彰	岐阜薬科大学
黒田 明平	東京薬科大学
田口 博之	日本大学
奈良場 博昭	岩手医科大学
廣部 祥子	大阪大学
松原 大	第一薬科大学
森山 圭	就実大学

6	
熊本 卓哉	広島大学
轟木 堅一郎	静岡県立大学
富岡 佳久	東北大学
永井 純也	大阪薬科大学
羽田 紀康	東京理科大学
三島 健一	福岡大学
三田 充男	明治薬科大学

タスクフォース	
青柳 裕	金城学院大学
入江 徹美	熊本大学
太田 茂	和歌山県立医科大学
奥 直人	帝京大学
鈴木 匡	名古屋市立大学
田村 豊	福山大学
中村 明弘	昭和大学
野呂瀬 崇彦	北海道科学大学
濱島 義隆	静岡県立大学
林 秀敏	名古屋市立大学
増野 匡彦	慶應義塾大学
望月 眞弓	慶應義塾大学
安原 智久	摂南大学
山下 富義	京都大学

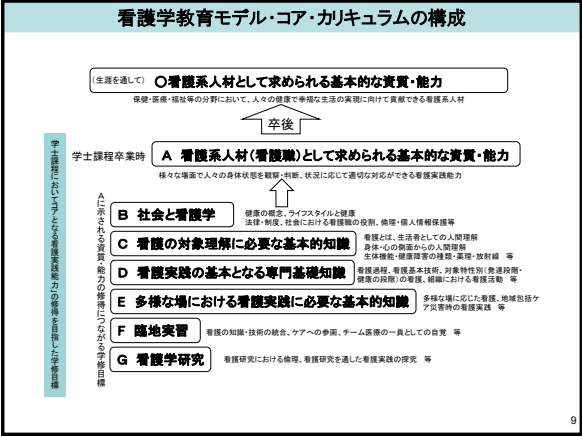
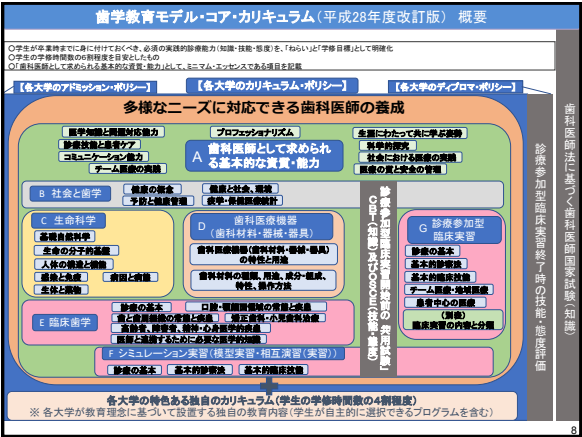
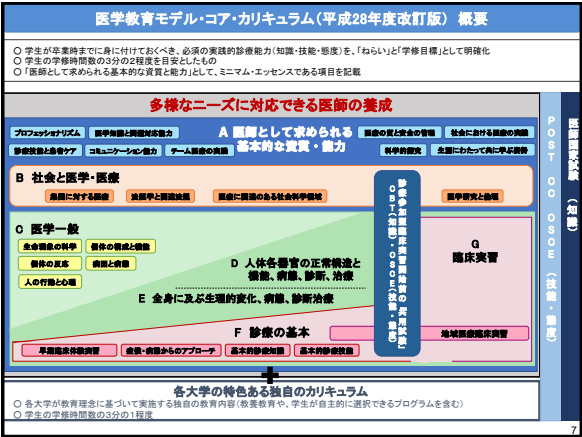
7	
大内 秀一	近畿大学
川原 正博	武蔵野大学
高橋 真樹	千葉科学大学
西田 孝洋	長崎大学
西村 基弘	安田女子大学
肥田 重明	名古屋市立大学
細野 雅祐	東北医科薬科大学

8	
石崎 幸	城西国際大学
井上 能博	昭和薬科大学
小嶋 英二郎	福山大学
小林 秀光	長崎国際大学
辻 琢己	摂南大学
角田 大	いわき明星大学
山田 修平	名城大学

事務局	
寺沢 静恵	日本薬学会

9	
荒田 洋一郎	帝京大学
石原 熊寿	広島国際大学
磯田 勝広	帝京平成大学
香月 博志	熊本大学
富田 晃司	大阪大谷大学
永津 明人	金城学院大学
八木 秀樹	国際医療福祉大学

10	
柏田 良樹	徳島大学
三田 智文	東京大学
武井 佳史	愛知学院大学
田邊 由幸	横浜薬科大学
平野 和也	高崎健康福祉大学
宮本 秀一	崇城大学
屋山 勝俊	神戸学院大学



日本薬学会
文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業
「平成25年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究」

Workshop

平成25年度改訂コアカリ導入から4年
～薬学教育の更なる充実を目指して

日 時： 2019年2月17日（日）9：30～17：00
会 場： 北里大学薬学部（東京都港区白金5-9-1）

「平成25年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究」 委員会（五十音順）

青柳 裕 金城学院大薬（委）	中村 明弘 昭和大薬（委・25）
○有田 悦子 北里大学薬（委）	野呂瀬 崇彦 北海道科学大薬（委）
入江 徹美 熊本大薬（25）	濱島 義隆 静岡県大薬（委）
太田 茂 和歌山県医大（25）	林 秀敏 名市大薬薬（委）
奥 直人 帝京大薬（25）	増野 匡彦 慶應大薬（25）
鈴木 匡 名市大薬薬（25）	望月 真弓 慶應大薬（25）
田村 豊 福山大薬（委）	安原 智久 摂南大薬（委）
	山下 富義 京大薬薬（委）

○＝委員長

（委）2018年度日本薬学会薬学教育委員

（25）平成25年「薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂に関する調査研究チーム委員」

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

本事業の活動

2018年11月開始

- 2018年11月30日 第1回研究会議開催
- **2018年12月25日～2019年2月6日**
アンケート調査実施
- 2018年1月21日 第2回研究会議開催
- 2018年2月16日 第3回研究会議開催
- **2018年2月17日 ワークショップ開催**
- 2018年3月16日 第4回研究会議開催

2019年3月終了 ➡ ➡ ➡

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

本事業の目的

- 改訂以後の制度改正等（薬剤師法、薬機法(旧薬事法)、臨床研究法、薬局ビジョン等）
- これまでの各大学におけるコアカリ運用状況及び運用上の課題等も踏まえ、
- 現行の薬学教育モデル・コアカリキュラムの論点整理や課題について調査・研究を行い、
- 今後のモデル・コアカリキュラムの在り方（次期改訂も見据えて）の議論に資することを目的とする。

アンケート調査結果、本日のワークショップでの議論を通し、本事業の目的達成を目指す

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

アンケート調査の目的

- 次期コアカリキュラムの策定に関する本格的な作業に先立ち、**改訂コアカリが求める学習**がどのように実践されているのか、改訂コアカリ導入により期待する人材が養成できているのか等を**体系的に調査解析**する。
- 改訂コアカリの導入による**10の資質**の浸透度や教育実践の度合いを**領域毎**に把握する。

（アンケート依頼状より抜粋）

ワークショップの目的

- 平成25年度改訂コアカリキュラム導入後の各大学におけるコアカリ運用状況及び運用上の課題等も踏まえ、現行の薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況や課題について**情報共有**を行う。
- 最近の薬学教育・薬剤師を巡る状況を踏まえ、次期モデル・コアカリキュラム改訂も見据え、**薬学教育の更なる改善充実に向けた議論**を行う。

（WS案内状より抜粋）

本日のプログラム概要

- 開会挨拶「本事業の紹介」
- ワークショップ趣旨説明
- アンケート調査結果報告
- **ワールド・カフェ**
「平成25年度改訂コアカリ導入から4年～**各大学の状況を共有**しよう」
- 教育講演1「アウトカム基盤型教育の本質とその実践」
岐阜大学医学教育開発研究センター長 藤崎和彦
- 教育講演2「薬剤師を巡る現状と薬学教育への期待」
厚生労働省 医薬・生活衛生局薬事企画官 安川孝志
- **グループディスカッション・発表**
「平成25年度改訂コアカリ導入から4年～**薬学教育の更なる充実**を目指して」
- 基調講演 「医療の質をあげるために薬学教育へ期待すること」
NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 山口育子
- 総評
・日本病院薬剤師会 ・日本薬剤師会 ・薬学教育協議会
- 閉会挨拶

報告書作成のお願い (詳細は配布資料に)

- ◇ワールド・カフェの報告（テーブルマスター）
- ◇グループワークの報告（書記PC担当者）
- ◇各講演の報告（下記グループ*の担当者）
*教育講演1：藤崎（9,10G）、教育講演2：厚生
省（3,4G）、基調講演：山口(5,6G)
- ◇ワークショップ全体の報告（7,8Gの担当者）

本ワークショップの内容成果は、報告書として取り
まとめて発行し、文部科学省へ提出するほか、日本
薬学会ホームページでも公表します。

2019/2/17 文部科学省託日本薬学会WS

改訂コアカリの完成年度（2020年度）
に向けて、これから入学してくる学生の
ためにも、
薬学教育の更なる充実を目指したワーク
ショップとなりますよう何卒ご協力をお
願い致します。

2019/2/17 文部科学省託日本薬学会WS

アンケート調査結果報告(速報版)

文部科学省 大学における医療人養成の調査研究
在り方に関する究委託事業
「平成25年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの
実施状況に関する調査・研究」

摂南大学 薬学部 薬学教育学研究室
安原 智久

- 改訂コアカリの導入による10の資質の浸透度や教育実践の度合いを領域毎に把握する
- 改訂コアカリが求める学習がどのように実践されているのか、改訂コアカリ導入により期待する人材が養成できているのかを体系的に調査
- 来年度以降の更なる調査を効果的かつ効率的に行うための予備調査と位置づけ、すべての領域に対して同じ設問を問うことで各領域の質的な違いを明確にする
- 領域によっては「明らかに該当しない」、「領域に設問がそぐわない」と感じられることもある
- 回答の値の高低が、領域の重要性、学部教育の質を表すものではない

改訂コアカリの実施状況に関するアンケート

- 実施期間:2018年12月25日～2019年2月6日
 - 一部で回答不備のため再提出あり
 - 現在も修正待ち、未提出の受付中
- 対象:全国の75薬学部中、74学部
 - 教育の実践がない山口東京理科大学は対象外
- 回収率:96%(71学部)(2月6日時点)
 - 有効回答は領域によって差があり61～71
 - 全領域の回答を提出していない大学
 - 複数の領域に渡る形で回答を作成している大学

アンケート基本データ

問1.1 貴学の独自の理念や特色に基づいた



問1.2 薬剤師の基本的な資質や能力を身に付けさせる



問1.3 生涯研鑽、社会貢献ができる教育



問1.4 大学独自の薬学専門教育



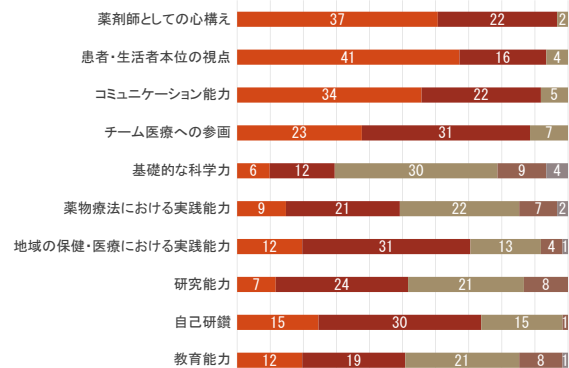
問1.5 学生の研究能力を伸ばす教育



全体アンケート

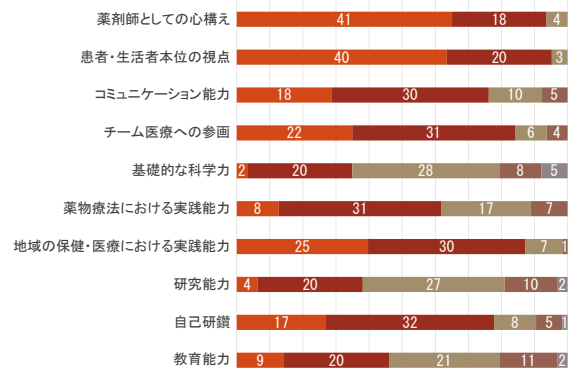
■ 5 ■ 4 ■ 3 ■ 2 ■ 1

9



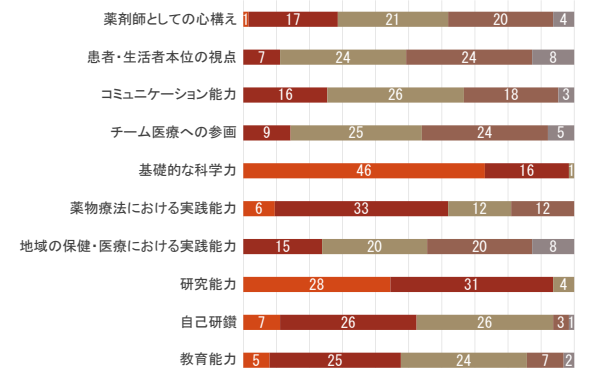
10の資質:領域A

10



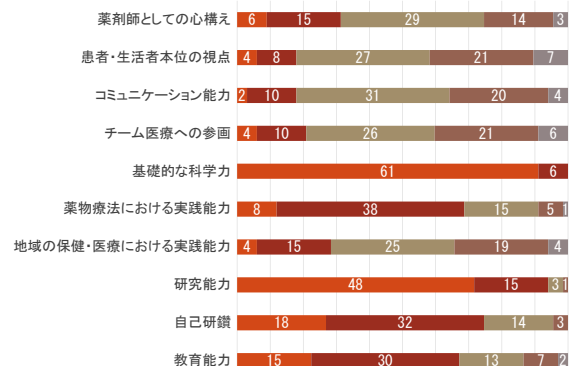
10の資質:領域B

11



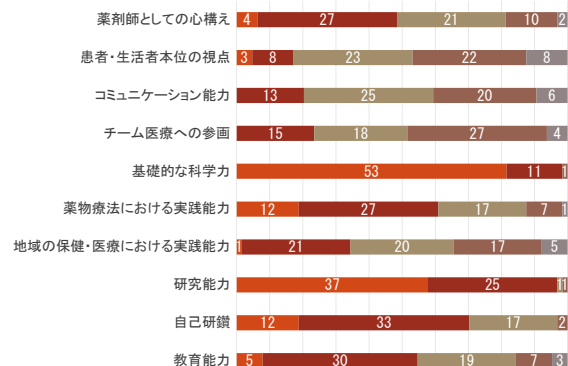
10の資質:領域C12

12



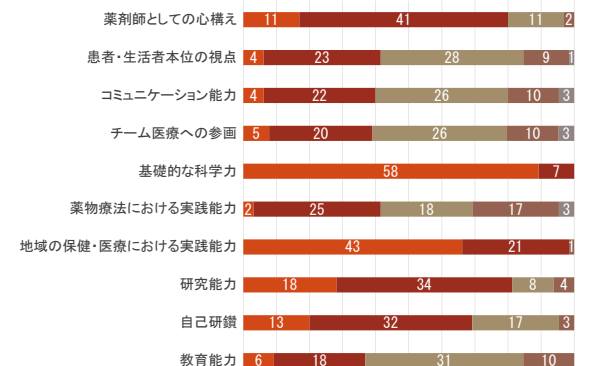
10の資質:領域C345

13



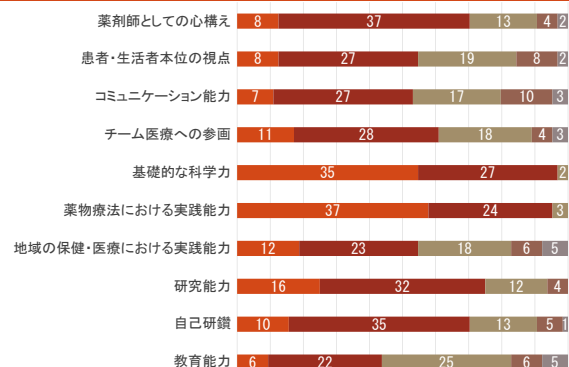
10の資質:領域C678

14



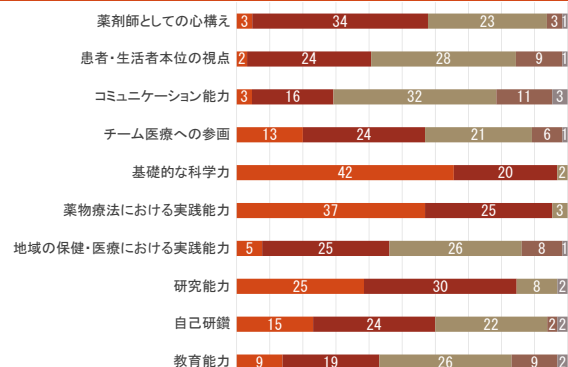
10の資質:領域D

15



10の資質:領域E123

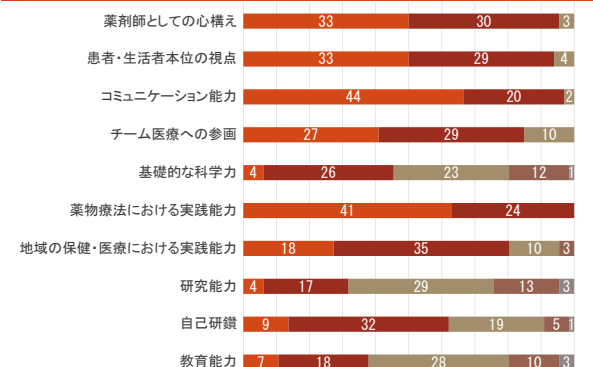
16



10の資質:領域E45

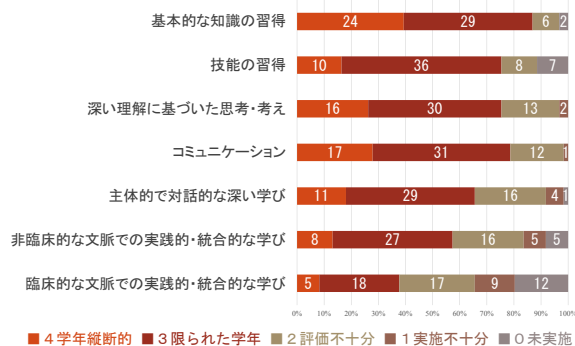
74

17



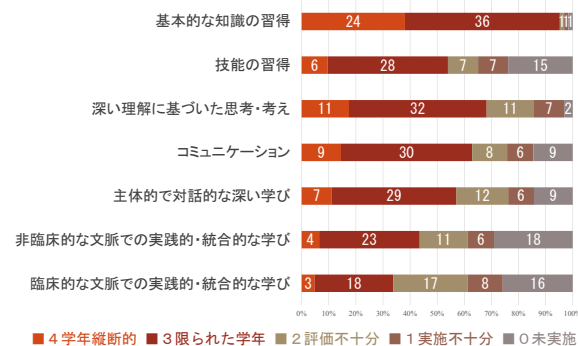
10の資質:領域F

19



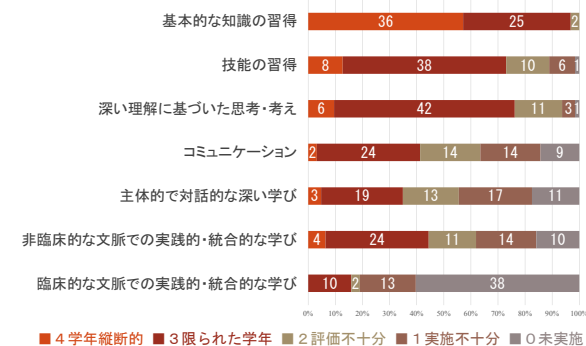
能力の評価:領域A

20



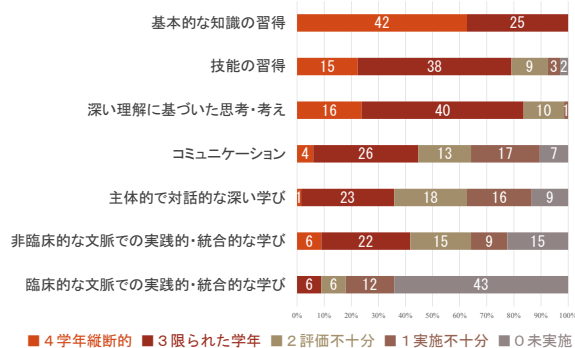
能力の評価:領域B

21



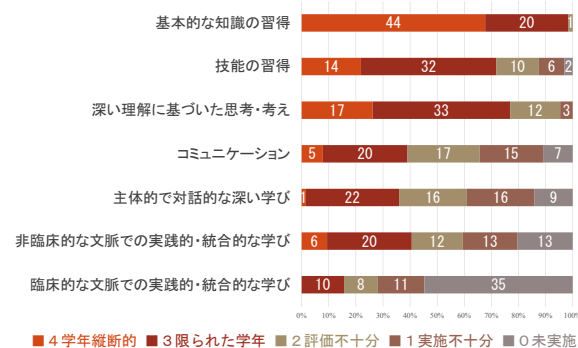
能力の評価:領域C12

22



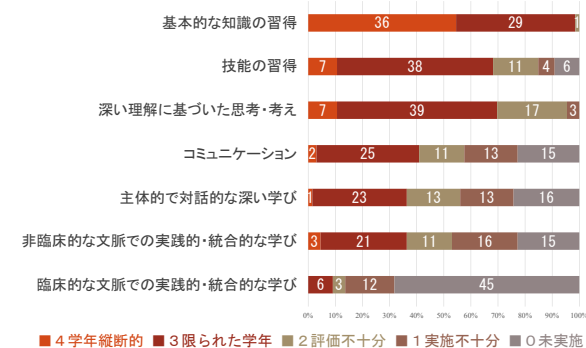
能力の評価:領域C345

23



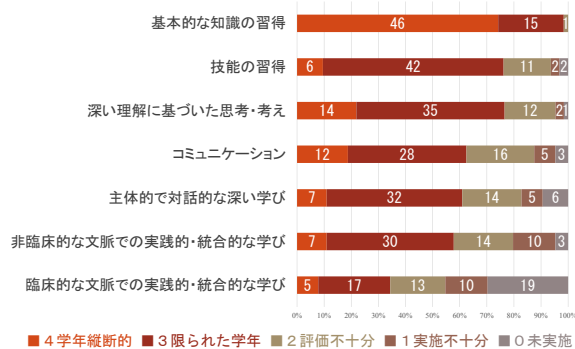
能力の評価:領域C678

24



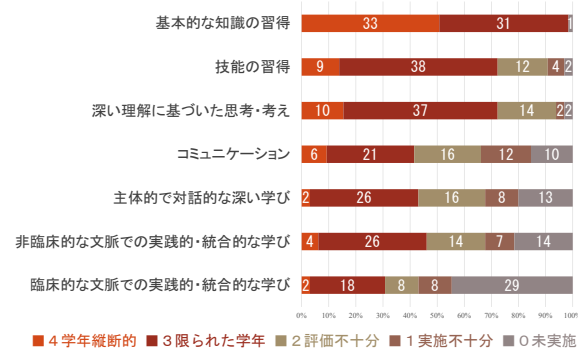
能力の評価:領域D

25



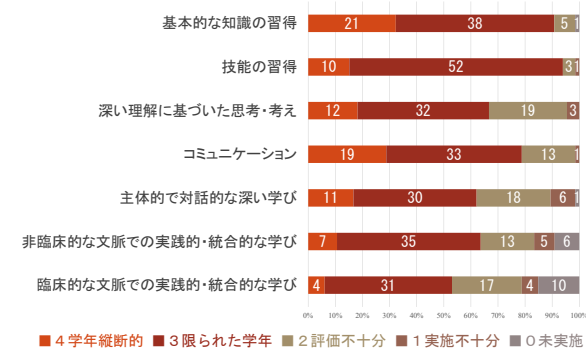
能力の評価:領域E123

26



能力の評価:領域E4575

27

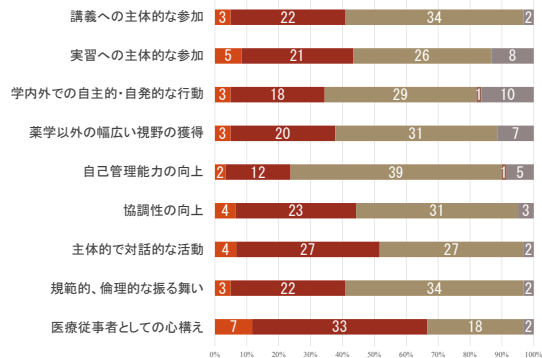


能力の評価:領域F

回答者	連携領域								
	A	B	C12	C345	C678	D	E123	E45	F
A	5	30	5	5	7	8	20	6	29
B	29	4	1	2	1	9	14	7	28
C12	8	8	4	26	10	9	9	26	9
C345	14	7	28	4	23	14	30	9	2
C678	4	1	10	14	1	16	31	7	7
D	11	11	17	11	31	2	22	13	8
E123	11	10	5	14	34	7	10	16	23
E45	6	8	18	4	12	8	18	4	27
F	35	31	7	9	10	11	39	24	5

領域間の連携教育

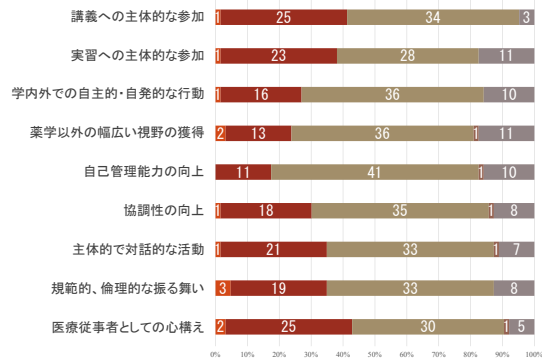
31



学生の変化：領域A

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

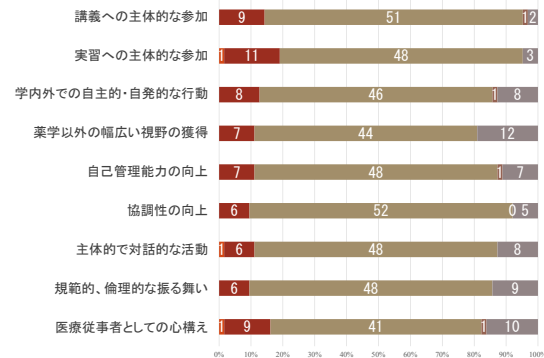
32



学生の変化：領域B

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

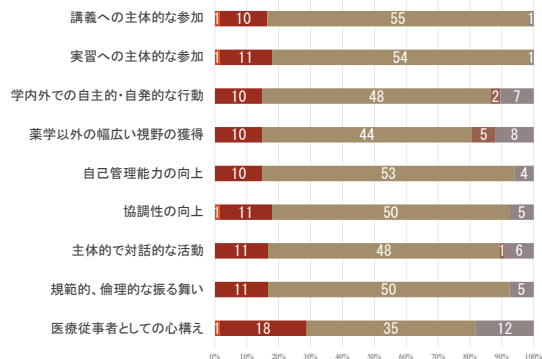
33



学生の変化：領域C12

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

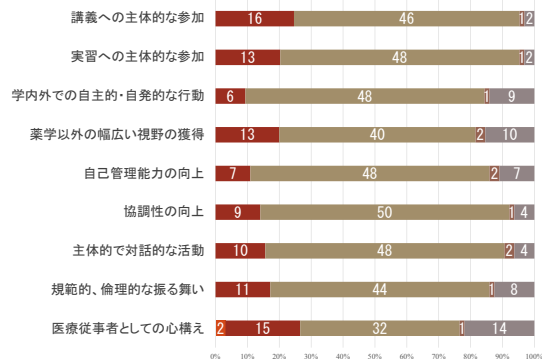
34



学生の変化：領域C345

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

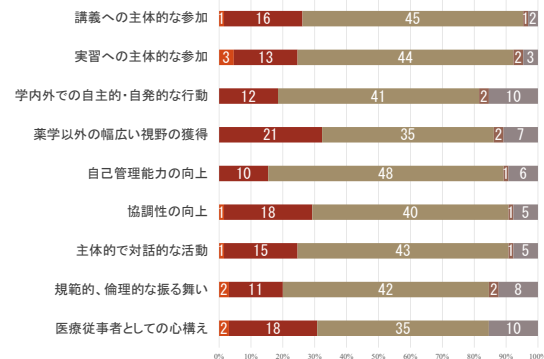
35



学生の変化：領域C678

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

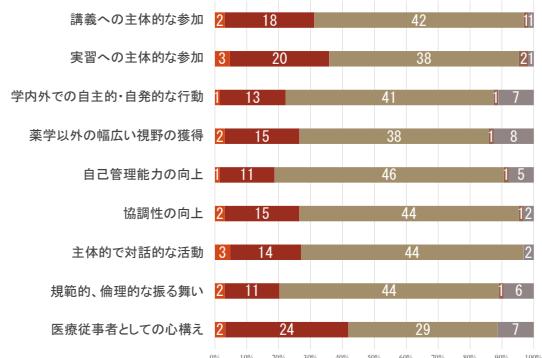
36



学生の変化：領域D

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

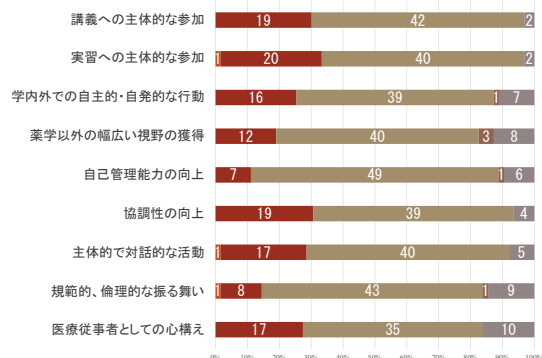
37



学生の変化：領域E123

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

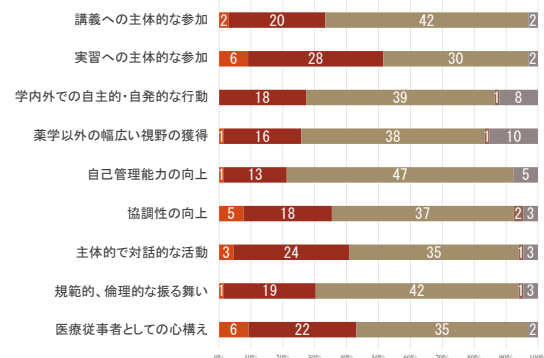
38



学生の変化：領域E4577

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

39



学生の変化：領域F

■ 4 極めて向上 ■ 3 向上 ■ 2 変わらず
■ 1 低下 ■ 0 観察なし

World Café

平成25年度改訂コアカリ導入から4年
～各大学の現状を共有しよう～

改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況
に関する調査・研究委員会ワークショップ

World Café とは？

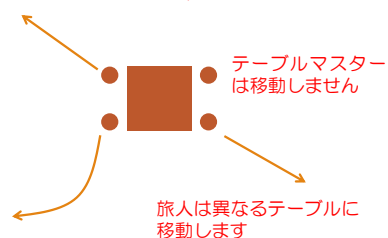
World Café はグループワークの一つのやり方です。これから皆さんは、世界を旅する「旅人」になります。

今日は、旅をしながら3回のおしゃべりや落書きをしましょう。

World Café の方法

- 4名くらいのグループで「おしゃべり（ラウンド）」を行います。テーマごとにメンバーを入れ替えます。
- テーブル毎に「テーブルマスター」を決めます。テーブルマスターは固定で、司会をします。
- 1回のラウンドは20分～30分で行います。ラウンドが終わると、旅人は別のテーブルに移動します。このとき、なるべく違う旅人同士が集まるように移動しましょう。

旅人の移動



旅人の移動



新しい旅人が
集まる！



新しい旅人が
集まる！



新しい旅人が
集まる！



新しい旅人が
集まる！

テーブルマスターのお仕事

1. 各テーブルにおける「おしゃべり」が盛り上がるように工夫してください。
2. 第1ラウンドでは、指定されたテーマでの「おしゃべり」の進行役をお願いします。
3. 第2ラウンド以降は、旅人の「自己紹介」の前に、テーブルマスターは、前のラウンドで印象に残ったお話を1分で紹介して下さい。その後、そのラウンドのテーマの「おしゃべり」の司会をして下さい。
4. 旅人は「おしゃべり」に夢中になる傾向があります。旅人に「落書き（気付きや感想）」をするように促して下さい。

模造紙の提出はありません 旅人の落書き帳です！



落書きはたくさんあるほど
楽しいです！

World Café では…

- たくさんの旅人と知り合いになれます。
- ということは、いろいろな人の話が聞けます。
- いろいろなお話し（他花受粉）によって、新しい発想が生まれます。
- でも、「声の大きい人」の旅の軌跡が分かってしまいます。
- テーブルマスターは、ちょっと大変なので、旅人は「利他的」な行動をお願いします。
- 自由討論での発言は、一人1分以内をお願いします。

今日の World Café

移動

10:30 ~ 10:50 第1ラウンド

移動

10:50 ~ 11:10 第2ラウンド

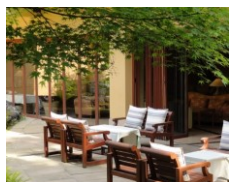
移動

11:10 ~ 11:25 第3ラウンド

第1ラウンドのグループ編成

- 今から グループを15作ります。
- ご自身の名札のテーブル（A～O）をご確認ください。
- 時間の都合上、テーブルマスターはこちらで指名させていただきます。
- 旅人になった方は、各テーブルに移動して下さい。旅人の定員は4～5名です。

Welcome to World Café Pharmacy



第1ラウンド

第1ラウンドのメニュー

**テーマ：「H25改訂コアカリ導入に合わせて
自学で工夫したこと、取り入れたこと」**

10:30 ~ 10:50 （20分間）

- テーブルマスターは進行役をお願いします。
- 自己紹介を兼ねて、旅人は「次世代の薬剤師像」について紹介して下さい（1人1分程度）。
- 話を聞きながら模造紙にできるだけたくさん落書きをして下さい。

移動です

- 旅人は、旅に出て別のテーブルに移動して下さい。
- なるべく第1ラウンドのメンバーと同じにならないように！
- 各テーブルの旅人の定員は4～5名です。テーブルマスターは人数を調整して下さい。

Welcome to World Café Pharmacy



第2ラウンド

第2ラウンドのメニュー

テーマ：「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」

10:50～11:10（20分間）

- テーブルマスターは司会役をお願いします。
- 第1ラウンドの話題をテーブルマスターから聞いて下さい（1分）。
- 自己紹介と第1ラウンドで印象に残ったことを話して下さい（1人1分）。
- 話を聞きながら模造紙にできるだけたくさん落書きをして下さい。

移動です

- 旅人は、旅に出て別のテーブルに移動して下さい。
- なるべく第1、第2ラウンドのメンバーと同じにならないように！
- 各テーブルの旅人の定員は4～5名です。テーブルマスターは人数を調整して下さい。

Welcome to World Café Pharmacy



第3ラウンド

第3ラウンドのメニュー

テーマ：「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点」

11:10～11:25（15分間）

- テーブルマスターは司会役をお願いします。
- 第2ラウンドの話題をテーブルマスターから聞いて下さい（1分）。
- 自己紹介と第2ラウンドで印象に残ったことを話して下さい（1人1分）。
- 話を聞きながら模造紙にできるだけたくさん落書きをして下さい。

テーブルA

ワールド・カフェの進め方の説明の後、本ワークショップの主題である「H25 改訂コアカリ導入」に関する3つのテーマ（ラウンド）で意見交換を行った。以下、各ラウンドで意見交換された内容の概要を示す。

第1ラウンド「H25 改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと」

・代表的な8疾患への対応

多くの大学で、今回の改訂コアカリで示された“代表的な8疾患”を意識した取り組みがなされていた。症例検討の質や量を確保する取り組みも紹介された。大学によっては、医師も参加して症例を提示し、他の医療系学部との合同科目を設けている例もあった。また、学部内での取り組みとしては、臨床系の教員がサポートしながら、研究室単位で症例検討を行っている例もあった。

・問題解決能力の重視

症例検討の機会が増したこともあるが、多くの大学でアクティブ・ラーニングを活用しているようである。各科目にアクティブ・ラーニングの時間を取り入れる取り組みや、1年次からSGDを取り入れた科目を設定しているという取り組みも紹介された。既存設備ではスペースの確保が問題となることが多いが、最近新設された大学では、当初から設備計画なされていた大学もあった。

・早期体験学習の充実

従来行ってきた早期体験学習を充実した大学も多かった。災害や地域包括ケアシステムを考慮して、被災地や介護施設、地域医療の現場を訪れるプログラムを用意したり、他職種の役割を理解するために、看護体験を取り入れたりしている大学もあった。

第2ラウンド「H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」

・学部間合同授業

医学、歯学、看護学など、他学部学生との合同授業により、他分野間の情報共有ができ、コミュニケーションの面でも学習効果が高いと感じている大学もある。

・科目の整理

コアカリ改訂に合わせて科目の整理・統合を行ったことにより、内容の重複等を避けることができたため、学生の負担が減ったという大学があった。あるいは逆に、2単位科目を1単位科目に振り分けることにより、柔軟なカリキュラム編成が可能となったとの話もあった。

第3ラウンド「H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点」

・評価方法の問題

評価しにくい科目が多く、苦慮しているとの意見が多かったようである。

・国家試験出題基準との乖離

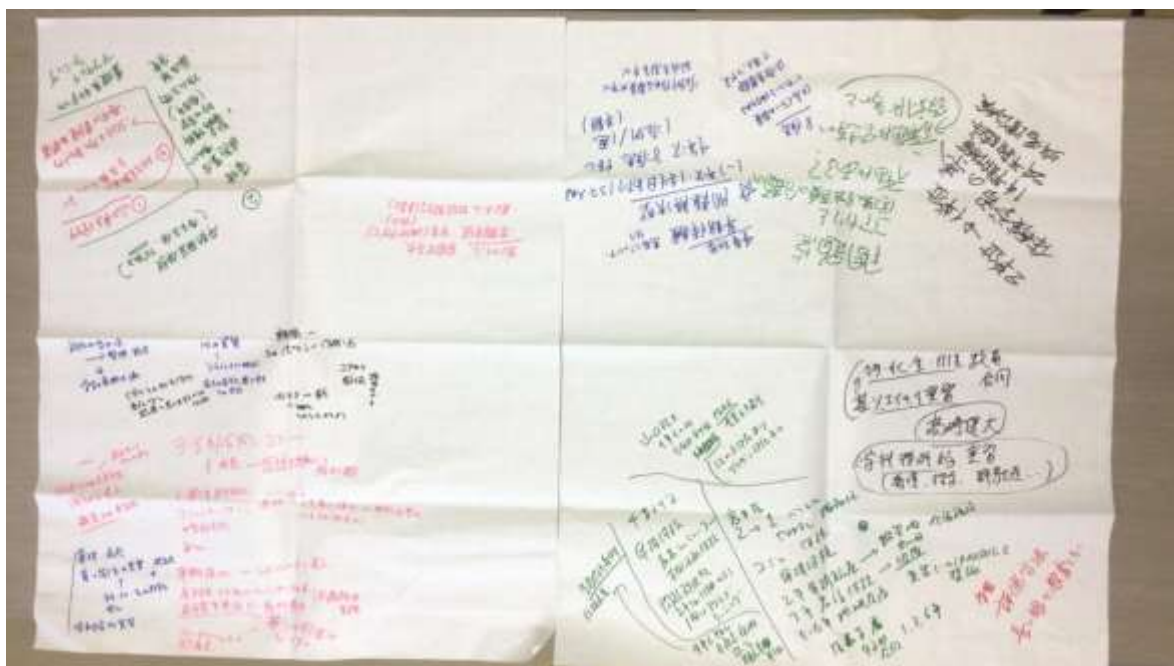
コアカリのSB0sと国家試験出題基準との間に分類の違いがあるので、改善が求められるとの意見があった。

その他、コアカリ改訂に関してではないが、10の資質が明記されてことにより、カリキュラムマップやシラバスがわかりやすくなったとの意見もあった。一方、コアカリ改訂を急ぎすぎると、現コアカリの評価が十分にできないので、もう少し長い目で落ち着いて教育したいとの意見もあった。

以上、各大学の状況に合わせて、独自性も加える工夫をしながら、モデルコアカリキュラムを

導入していた。

(1G 菅原 満)



テーブルB

テーブルBでは、本ワールド・カフェにおいて、下記の3つのテーマについて各大学の先生方と議論した。以下に議論した内容の概要について報告する。

●第1ラウンドのテーマ：「平成25年度改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと」

概要：各大学から改訂コアカリ導入に合わせて工夫したことや取り入れたことが述べられ（下記参照）、それらについて、質問や意見等が出された。

- ・大学独自の教育（科目数を増やさずに特色のある内容を組み込む、リメディアル教育等）
- ・ルーブリック評価（卒業研究、実習、レポート等）
- ・ポートフォリオ
- ・初年次教育、演習科目
- ・SA、SG、IPE、PBL、TBL、アクティブラーニング 等

●第2ラウンドのテーマ：「平成25年度改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」

概要：各大学から第1ラウンドで印象に残ったこと（各大学での取り組み等）が述べられた後、本テーマについて意見が出され（下記参照）、それぞれについて議論した。

- ・臨床を重要視したカリキュラムであり、臨床能力が向上した。
- ・臨床への関連付けをより意識するようになった（特に基礎科目）。
- ・国家試験出題基準が明確になった。 等

●第3ラウンドのテーマ：「平成25年度改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点」

概要：各大学から第2ラウンドで印象に残ったこと（各大学での取り組み等）が述べられた後、本テーマについて意見が出された（下記参照）。

- ・講義数の増加
- ・教員・学生への負担の増加（研究時間減少）
- ・知識偏重
- ・科目間連携不足
- ・ルーブリック評価のばらつき 等

(1G 内田昌希)

テーブルC

改訂コアカリの導入前後で事前実習は大きく変化したという意見が多かったが、それ以外については、余り変化は感じられないという意見が予想以上に多かった。

事務的な作業としては、改訂コアカリの導入により、取り扱う SB0s に漏れがないように精査した、卒業研究のところでルーブリック評価を用いている等の意見があった。SB0s については、①改訂により数は減少しているとのことではあるが、実際に扱う内容としては増えていると感じる、②増加した分野と減少した分野のバランスが悪い、③物化生等の基礎系で減少した印象があるが、改訂コアカリで学んだ学生の物化生等の基礎系での学力低下が心配、④生涯学習に向けて等は重要であることは理解するが、どの様に扱いどの様に評価するか難しい、⑤科学の進歩に着いていくことは重要ではあるが、全てを扱うことは到底不可能であり、今以上に精選して絞り込む必要があるのではないか、⑥領域横断型のもの意義は十分理解できるが、科目としてどの様に落とし込むか、責任体制をどうするか等悩みは多い、等の意見があった。

工夫した点等も幾つか意見があった。

- 改訂コアカリ導入を契機に、領域横断型の講義を開始した。準備は大変であったが、得るものも多かった。しかし、非協力的な教員がいることも事実。
- PBL/TBL を実施しているが、形式だけと言われることも多かった。しかし、事前に簡単な問題を示して予習させた後、理解度テストを実施した上でグループ分けをしてグループワークを進めると、グループのレベルが揃っているので非常にスムーズであり、効率的と感じる。
- 生涯学習に向けての観点で、例えば、ある講習会に参加した、ある学会に参加したというようなことをポイント制にして、評価に反映している。
- 現場、最新の情報を取り入れるという観点から、外部講師を招聘している。

全体の印象としては、薬剤師としての将来像を見据えて卒業時に備えるべき資質を明示し、それを基に必要と考えられる SB0s が選択された。また、現場の実情、最新の科学も念頭に SB0s が選択された。この大きな流れに異を唱える人は誰もいないように思う。ただ、SB0s の数は減少したとはいえ実質的に扱う内容は増えている、分野により増減のバランスが悪いという意見は非常に強いように思う。扱う内容が多すぎると、教員のみならず学生も疲弊してしまい、理想の方向に進むことの弊害になりかねないことが懸念されるということと思われる。分野間のバランスが悪いという意見も基本的には同根であり、基礎的学力の低下が懸念されるという意見も同様であると思われる。将来、答えのはっきりとしない問題に取り組む時には、個々の理論的思考力が重要になるが、その理論的思考力を支える根幹となるのが基礎学力との認識と思われる。実質的に扱う内容の精選が益々重要になるのではないだろうか。

(1G 藤井秀明)

テーブルD

第1ラウンドでは、「H.25改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと」をテーマに意見交換を行った。まず、A、B領域を充実させたことが複数の大学から挙げられたほか、卒業研究の時間を増やしたり、災害医療やフィジカルアセスメントに関する授業を導入したりなどの対応をとった大学もあった。また、授業形態や評価方法についての工夫として、SGDを用いる授業や評価にルーブリックを用いる授業を増やしたり、科目ごとにDPや10の資質に対応づけたりするなどの対策をとったことなどが挙げられた。さらに、6年次にアドバンスト実習を取り入れている大学や地域住民と意見交換をしながら授業を行う社会連携教育に取り組んでいる大学もあった。

第2ラウンドでは、「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」をテーマに意見交換を行った。学生がより積極的に学ぶようになったことや領域をまたいでの教員間の話し合いが増えたことなどが挙げられたが、各大学ともよかったことはあまりないという声が多かった。

第3ラウンドでは、「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点」をテーマに意見交換を行った。まず、改訂コアカリではSBOの数は少なくなったが、コマ数は以前より増えてしまったことが複数の大学から挙げられた。評価に関する点として、OBEの評価が難しいという声があったほか、10の資質の中の「教育能力」や「自己研鑽」などは特に評価が難しいという点が指摘された。また、改訂コアカリでは、生物系など基礎系科目が減らされたことにより、基礎力が不足した学生の増加につながっていることなどを指摘する声もあった。多くの大学で取り入れが進んだルーブリック評価についても、良いルーブリック評価にするためには基準の設定が難しいことなども挙げられた。

(1G 酒巻利行)



テーブルE

①「自学で工夫したこと、取り入れたこと」

- ・科目内容の担当見直し。
- ・1年生に対し SGD、研究室紹介などを導入。
- ・セルフメディケーションなど臨床系科目の増加。
- ・分野毎に内容を整理統合し、その結果、実習時間を減らした、あるいは卒業研究の時期を早めたなど
- ・薬物治療、臨床心理などを増やし、アクティブラーニングを導入。

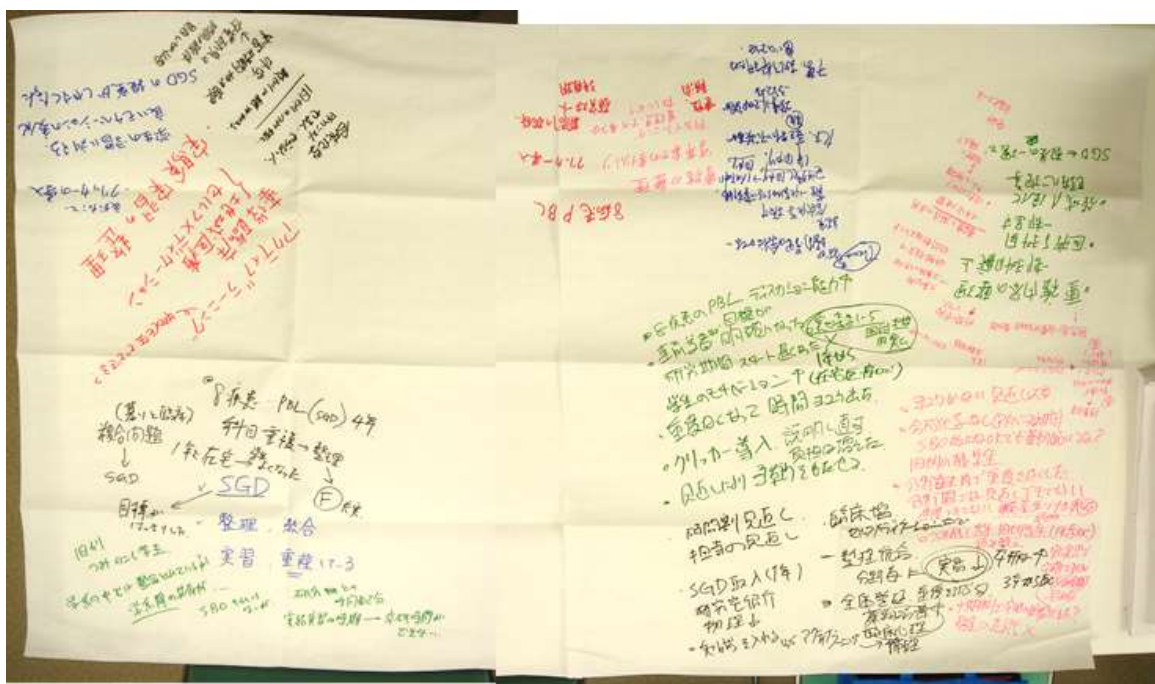
②「よかったこと」

- ・重複を見直し、カリキュラムに余裕ができた。
- ・クリッカー導入で、学生の理解度が UP (ただし教員負担も UP した)。
- ・在宅医療科目の導入 (1年生) により学生のモチベーション UP。
- ・事前実習などの目標が明確化。
- ・実践薬学を導入できた (座学と実学を結び付けた国試対策が可能となった)。
- ・(8疾患の PBL 導入した結果) ディスカッション能力 UP。

③「新たに出てきた問題点」

- ・実務実習が四期となり、卒業研究の時間減少、学生の意識低下。
- ・目標が明確化されたことで、逆に学生が努力しなくなった (決められたことしかない)。
- ・合成化学など SBO を外れた内容も薬剤師的には必要と感じる。
- ・旧カリの積み残し学生。
- ・分野間での連携不足。

(1G 飯田靖彦)



テーブルF

ラウンド1：平成25年改訂コアカリ導入にあわせて自学で工夫したこと、取り入れたこと

以下、箇条書きで列記する。

- ・アクティブラーニングを導入した。
- ・教科数を削減した。
- ・統合型カリキュラムを導入した。
- ・症例検討を個々のゼミで実施した。その結果、国家試験の合格率が改善したように感じる。
- ・多職種連携に関連した授業、演習を導入した（他大学の医学部、看護学部、栄養学部）
- ・医師による講義、他学科との合同実習
- ・コミュニケーション能力の育成を目指した演習を実習と裏表で実施している。

ラウンド2：平成25年改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて、良かったこと

教員が連携を意識せざるを得ない状況となり、基礎系教員と実務家教員との間、あるいは基礎系の中でも物理・化学系教員と生物系教員との間にあった溝（解離）が少しずつ埋まり、連携が進みつつある。そういう点で教員の意識が変化した。

新コアカリの導入4年で、良い方向への変化や明らかなメリットを感じることは少なく、今後、学年進行でメリットが明らかになるのではないかという意見もあった。

ラウンド3：平成25年改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施して、新たに出てきた問題点

箇条書きで、以下列記する。

- ・評価、特にルーブリックを用いるパフォーマンス評価に関して
評価が難しい（評価者の主観が入らないか？ バラツキは？）
学生の意識（ルーブリックを満たしさえすればよい）
- ・教科数の削減に伴い、基礎学力が低下している、あるいは分野間の基礎学力のバラツキが大きくなっているのではないか。
- ・30%の大学独自のカリキュラムの導入
30%の基準は何なのか、不明である。
- ・薬理と薬物治療は連携するべきであるが、その連携が上手くいっていない。

(1G 坂根稔康)

テーブルG

G グループのワールドカフェの議論の内容について下記の通り、箇条書きでまとめさせて頂きました。

○ 改訂コアカリでの工夫：

グループディスカッションの取り入れ

すべての科目について、10の資質／ディプロマポリシーのどれが相当するかをヒモ付けした実習科目を中心にルーブリック評価を作成

化学系のSBOsの削減に併せて化学系科目数を減らした。

A,B,F領域の科目の時間がかわりに増えた。

基礎系科目にもSGDを導入した（現状ではSGDの結果を評価に未反映）

薬理・薬物治療の統合に併せて、科目横断的な打合せを実施してより良い講義に再編成された（物理／化学を含めた全領域の関与。准教授以下の若手教員が中心）

○ 改訂コアカリを実施して良かったこと：

SGDの導入で、コミュニケーション力が上がった。

就職活動にもポジティブに働いている。

「10の資質」の意識付け＞教育の方向付け（指針）になっている

○ 改訂コアカリの問題点：

SBOの数は減ったが、内容的には増えている。

→ 学生、教員への負担増

大学独自の教育内容（アドバンスト科目）

→ たくさん用意してあげたことが、かえって学生の負担増となった

実務実習等コミュニケーション力が必要な科目の導入：コミュニケーション力に問題を抱えている学生をどのように指導するかに困っている。

薬理・薬物治療の統合が行われたが、多くの大学では科目のすり合せがまだできていない。

まとめ：

改訂コアカリとなってSBO数は減ったが、内容はむしろ増えたというのが現場の実感として多数の声が上がった。それが学生および職員の負担増となっている姿が浮き彫りになった。30%の大学独自の取組みを行う余力が学生にないところで独自科目を実施すると、これも学生の疲弊につながってしまっている状況も報告された。さらなるコアに絞った新たなコアカリの策定が望まれる。

薬理／薬物治療学の再編成では、科目のコーディネータとなる教員がいる場合はうまく講義が再編成できているが、多くの大学ではまだ再編成がうまくできていない現状も浮き彫りになった。一部の大学では、うまく再編成ができたとの報告があった。ただし、准教授以下の若手教員の貢献に頼るところが大きく、若手教員のプロモーションについて課題が残る。

なお当グループの議論がなく他グループの発表で議論されたものとして研究の重要性の指摘が興味深かった。薬剤師会の先生のからのコメントでも「研究をしっかりと実施した学生は現場での対応力が高い」と仰られたことが印象深かった。研究室内での教員と学生のやり取りがコミュニケーション力や現場の問題処理能力に強く関連するという点は、今後の薬学における学生の育成の観点で重要な示唆を与えるものと思われる。

(1G 田中好幸)

テーブルH

改訂コアカリについて3つのラウンドに分けて話し合った。

第1ラウンドは『改訂コアカリ導入に合わせて自学で行った工夫等』がテーマであった。どの大学も独自の取り組みを行っていたが、関連科目（機能形態、薬理、薬物治療など）に連続性を持たせる、関連科目の担当者がコラボレーションして授業を組み立てるなど、科目横断的な授業の組み立てを意識している大学が多かった。そのほか、ヒューマニズムやコミュニケーションを意識した授業が増えた、レポートやグループディスカッションを増やしたという意見もあった。

第2ラウンドは『改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施して良かったこと』をテーマに意見交換を行った。薬理作用を化学的に考えるなど科目間のつながりを意識するようになった、基礎系科目でも臨床への意識付けができるようになったなど、第1ラウンドでも挙げた科目間のつながりを考えられるようになったことが高く評価されていた。

特にテーブルメンバーの興味を引いたのは、詳細な患者シナリオを用意し、それに基づいて様々な分野の教員が授業を行うという取り組みであった。実施にあたっては困難が予想されるものの、可能な限り報告者の大学でも導入したいと感じた。

第3ラウンドは『改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施して出てきた問題点』がテーマであった。最も多かった意見は、ルーブリックの精度や運用法、教員間の資質のバラつきといった評価の難しさに関することであった。次に多かったのは、改訂コアカリは教える内容のボリュームが増えたため、各大学オリジナルの3割を盛り込む余裕がないということであった。

(1G 蒲生修治)



テーブル I

第 1 ラウンド

テーマ：H25 改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと

- ・1～5 年生の各学年でスモールグループディスカッション（SGD）を取り入れた講義・演習を行うようにした。
- ・物化生の講義に SGD は不向きであるため、生化学系の実習において、酵素反応などの「待ち時間」のある場合には、実習に関連する医療系のテーマを与えて SGD を実施している。
- ・これまでの「特定の科目は特定の教員」という授業形態以外に、系をまたいで関連する講義（統合型科目）を取り入れることとなり、科目担当者間の会議を開催した。
- ・薬理系の教員ではなかなか難しかった構造活性相関に関連する教育は、科目間会議を行って、化学系の教員が薬理系科目の中（最後の 2 コマ等）で補填している。
- ・アクティブラーニングを促進するため、講義のビデオ撮影を行って学生が予習・復習のために視聴できるコンテンツを作成している。コンテンツがさらに充実されれば反転授業にも用いることが可能であり、また学生ごとの視聴記録がとれれば予復習のチェックも可能である。

第 2 ラウンド

テーマ：H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと

- ・SGD や PBL を 1 年から取り入れたことで、学生がアクティブラーニングを実践するようになった。
- ・セミナー科目を各学年に設置し、医療現場の薬剤師以外にも保健所の職員による衛生科学の講義等を行い、衛生系の科目への興味を持たせることができた。また SGD を多用し、評価はテストではなくレポート中心としたことにより、知識偏重の教育から一部脱することができた。
- ・ジェネリックスキルやマナー講座などの講義を低学年に取り入れ、学生には好評である。
- ・科目の見直し会議を通じて、各科目間の連携がこれまで以上に密接になった。
- ・科目間の連携を改善するために、クォーター制を導入した。学生にとっては科目間の学びの関連性を意識しやすくなった。

第 3 ラウンド

テーマ：H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点

- ・統合型科目の内容が難しく、学生に負担がかかっている。また、コンテンツ（課題）もまだ十分あるとは言えない。
- ・PBL、SGD、ルーブリック評価等を新たに行うことで、1 つの科目にかかわる教員の負担が大きくなった。また、それに合わせて会議も多くなった。
- ・パフォーマンス評価にルーブリック表を作成したが、内容的に適切なものかどうかの判断が難しい（評価に学生間の差が出にくい。標準化が必要？）。
- ・改訂コアカリによって物理化学生物のカリキュラムはスリム化したが、医療系や臨床系はむしろ膨らんでおり、担当者への負担が大きい。
- ・改訂コアカリ対応の授業が新たに始まったことで、先輩学生からの情報はほとんど使えないものとなり、初年度の学生にとっては試験勉強がかなり厳しいものとなっている。

(2G 小林道也)

テーブル」

当グループでは、各ラウンドにおいて以下のような意見が出されました。

第1ラウンド：「H25改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと」

- ・実習、卒業研究などのパフォーマンス評価にルーブリック導入
- ・ポートフォリオを使用した学生の自己評価（振り返り）
- ・SAが低学年に教える制度
- ・教員同士の懇話会

第2ラウンド：「H25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」

- ・完成年度迎えておらず「結果が出ていない」ことから、正直まだ実感しにくい
- ・SB0sある程度コンパクトになり旧カリよりは教えやすくなった
- ・10の資質 OBE整理できた
- ・演習科目通して学生自ら考える習慣
- ・SB0sがある程度整理され、カリキュラムの見直し円滑に
- ・教員の意識改革の手助けに
- ・学生が自ら考える時間が増加
- ・基礎と臨床の連携がスムーズに（例：薬理（薬学教育）⇔薬物治療：医学）

第3ラウンド：「H25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点」

- ・SB0s まだ多すぎ
- ・SGD・PBLにおいて他者（教員・学生）による評価は、ばらつき大きく難しい
- ・SB0sと10の資質との整合性が見えない
- ・科目間連携がコアカリからは見えない（実情は担当教員任せ）
→コーディネーター必要との意見あり

以上

(2G 荒井健介)



テーブルK

<第1ラウンド>

H25 改訂コアカリ導入にあわせて自学で工夫したこと、取り入れたこと

以下の意見が挙がった。

- ・専門領域の授業を低学年から開始
- ・2単位を1単位に分割
- ・1コマの授業時間を75分間から90分間に変更
- ・科目の統合/分割
- ・体験実習（看護、ケア、災害・被災地、4学部合同など）の増加
- ・アクティブラーニングの導入

具体的取り組み例は以下の通り。

- ・基礎系教員と臨床系教員が組んで科目担当者となり、基礎と臨床の両方を取り入れた授業（実践薬学1～5）を展開
- ・参加型学習にOB/OGの協力を得ている。
- ・基礎系の教員が臨床系の設問を作成（基礎系教員が臨床を意識した授業を実践するうえで効果的）

<第2ラウンド>

H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してよかったこと

以下の意見が挙がった。

- ・事前学習のフレキシビリティが向上し、取り組みやすくなった
- ・「生理、解剖、薬理、薬物動態、病態」を一連の流れで意識して学べるようになった
- ・処方箋や事例・症例ベースでの授業が充実した
- ・生理→薬理→薬物治療の流れで授業を組むようになり、教えやすくなった

一方で、大きな変化はないとの意見も聞かれた

- ・6年制スタート時にすでにカリキュラムは整理されており、大きな変更はなかった。

<第3ラウンド>

H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点

以下の意見が挙がった。

- ・改訂に伴い新しい内容を取り入れることができた一方、重要で残しておくべきことも多く、取舍選択が難しい。結果として、やや詰め込みすぎていると感じる。
- ・教員の負担が増大した
- ・学生の負担も増大した
- ・ラボの配属時期を4年→3年に早めたが、指導時間の確保が難しいという問題がある。特に臨床系ラボでは、臨床系教員の忙しい時期と重なってしまう。
- ・アクティブラーニングを導入したが、評価が難しい（特に、AやB）。
- ・ルーブリックを作成し、利用しはじめたが、学生間、教員間で評価がぶれる。

<その他>

- ・4年制のカリキュラムにどこまで臨床系の授業を取り入れるか。
- ・4年制と6年制のどちらの学生も履修する科目では、4年制のニーズにもマッチした授業になっているか。(同じ科目、同じ教え方でよいのか)

以上

(2G 堀 里子)



テーブルL

第1および第2ラウンド各20分、第3ラウンド15分の予定でおこなわれ、Lグループでは3ラウンドともテーブルマスター（矢倉）を含め5名であった。

3つのラウンドで出てきた代表的な意見をテーマごとに箇条書きにする。ラウンドごとにテーマ設定されていたが、必ずしもそのラウンドでテーマに沿った意見のみが出てきたわけではない。全意見をテーマに沿って分類した。

テーマ1：「H.25改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと」

- ・物理、化学、生物系など基礎科目では、大きな変更はなく、削除されたSBOについては選択科目にまとめた
- ・改訂コアカリを期に、ほぼ全面的に改訂した
- ・新たに「総合科目」として、疾患ごとに各分野の教員が講義する授業をつくった
- ・SGDやPBLなどを多く含めるように授業内容を変更した
- ・卒業研究発表会（ポスター）で、全教員が全学生（約100名）の評価を同じ評価表でおこなう
- ・10の資質に基づき、3ポリシーを変更した
- ・評価にルーブリックを導入した（増加した）

コアカリ改訂に伴う旧コアカリからの変更点はあまり多くなく、特に基礎科目系ではほとんど変更ないようである。

テーマ2：「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」

- ・教養科目において、他学部との共通科目で、ワールド・カフェなどおこない、学生の視野の増大、視点の増加などが期待できる

残念ながら、「よかったこと」と具体的に出てきた内容はなかった。第2ラウンドではある大学で新設された「総合科目」についての紹介があり、参加者はその「良い効果」を想像して興味深く聞き入っていたが、内容は（質問も）導入、授業内容作成など教員側（の労力や負担）についてのことが多くなり、学生への効果について聞く時間がなかった。

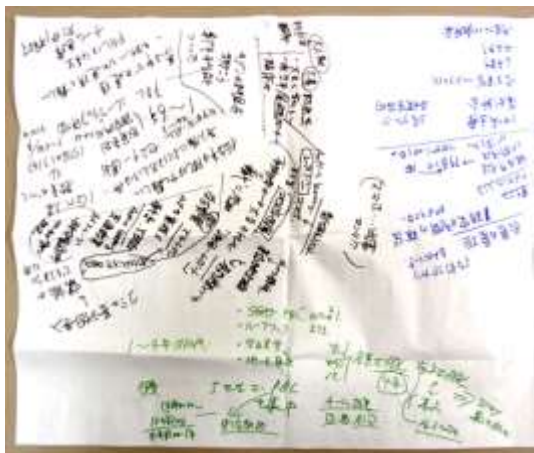
テーマ3：「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点」

- ・実務実習が4期制、薬局→病院となり、冬季にも実務実習をおこなわざるを得なくなった。旧カリでは冬季の実施をなるべく避けていたが、新カリ移行に伴い降積雪時等悪天候時の安全対策強化が必要となった。また、学生から就職活動の希望がでるなど、実習先の割り振りがむづかしくなった
- ・コアカリ実施の進展に伴い、OSCEにおける学外（病院・薬局）評価者の評価基準が厳しくなってきた感がある
- ・実習科目が減少して、実験能力の低下がみられる
- ・コアカリ部分を7割にすることで、基礎的事項の知識獲得が不足してきたため、学力の低下が危惧される（演習科目として基礎学力の向上を図っている）
- ・基礎科目が削減された。問題解決能力のもととなる基礎知識、基礎学力、考察力の低下が危惧される
- ・SBOの重複によりその責任科目が希薄になっている。科目ごとのSBOの整理が必要。
- ・コミュニケーション力養成のための演習や講義中のSGDの増加により、それにかかわる教員数が増加、教員の負担増が大きい
- ・（コアカリとは関係ないが）教員数削減による教員負担増もある

- ・コアカリ内容をすべて必修科目でカバーせよとのことで、必修科目の増加が必要となった
- ・新しい科目をつくるための労力、それを維持するための労力など、負担が大きい。特に新しい科目を作る場合に教員のコンセンサスの形成がむづかしく、学部長や学長等の強いリーダーシップとそれに携わる教員の粘り強い努力が必要
- ・10の資質をいかに評価できるか、どのように評価できるか、評価方法について迷い、疑問がある
- ・教養科目では他学部との共通教育になるため、薬学独自の科目形成がむづかしい
- ・コミュニケーション力養成のためにスモールグループ学習をおこなっているが、能力のある学生がいる場合といない場合で授業運営が大きく左右される。それをコントロールするだけの教員の技量が乏しく、教員の能力向上を図る必要がある
- ・臨床系がどんどん増加して、それに見合うだけの教員の確保がむづかしい

3つのラウンドのいずれでも、問題点の指摘があった。多かったのは、コアカリの量的な問題と評価法のことであった。特に評価については、ルーブリック万能のような雰囲気であるが、果たしてそれで本当に評価できるのか？分野や科目によって評価法はかわってくるのではないかなど、まだまだ戸惑っている様子がうかがえた。

(2G 矢倉隆之)



テーブルM

テーマ1：H25 改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと

チーム医療における貢献度の向上を目的として、いくつかの科目追加例が紹介された。

- ・ 処方箋提案ができる薬剤師としての能力を身に着けるための科目として、「処方箋提案論・解析論」などを創設したという大学が複数校あった。
- ・ 代表的な8疾患別の知識を整理する演習の導入。臨床の場やチーム医療にかかわる上で今後ますます重要になる能力を身に着けるために、実務家教員と基礎系の教員が連携して行う演習を追加した。

テーマ2：H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと

- ・ シラバス中への SB0s の記述と、現在講義している内容に対応する SB0s の提示を授業中に行うことを徹底したことで、学生の理解が深まった。
- ・ 1年次におけるリメディアル教育を強化したことによって、授業についてこれなくなる学生が減少した。
- ・ 卒業研究の成績決定にループリック評価導入することで、適正な評価ができるようになった。
- ・ 臨床系の教員と基礎系の教員が協力して演習や科目を担当する機会が増えたことによって、教育の質が向上した。

テーマ3：H25 改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点

- ・ 成績評価にループリックを導入することによって客観的のある評価をおこなえるようになったが、その指標の設定が難しい。
- ・ 改訂して見た目の学習項目は減っても、内容は減らないように巧妙な文章で構成されており、依然として、学生・教員の負担が大きい。
- ・ 実務実習開始までの4年間の講義と一般実習が過密スケジュールにならざるを得ず、留年の恐怖から、CBTとOSCEが終わるまでは可能な限り卒業研究から逃げようとする学生が多い。
- ・ コアカリ改訂前からのことではあるが、5年生で実務実習に出て行くことで、17時になったら帰るということを刷り込まれて戻ってくる。実務実習前は実験の進行状況に応じて、遅くまで熱心に卒業研究をしていた学生の多くが、17時に帰ることを最優先するようになる。

(2G 豊田英尚)

テーブルN

第1ラウンド 「H.25改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと」

学生の負担軽減のため、一部の専門科目で2単位科目を1単位科目に分割し、学期の中間期と終了時に試験を分けた。

学生の学習意欲や学習効果を高めるため、一部科目の開講時期の変更（早める、遅らせる）を行った。

1年生科目でTBL方式を取り入れた科目を新設し、学生の学習へのモチベーションを高める工夫をした。

地域の薬剤師会と連携し、学外の医療職者による講義を取り入れ、医療現場に対する興味を持たせた。

シラバスに改訂コアカリ番号を明記し、講義初回に学習目標などの授業要領の説明を徹底するようになった。

成績評価や授業評価にルーブリック評価を取り入れるようになった。

授業アンケートに学生がスマートフォン等でWEB入力するシステムを導入した。

授業にクリッカーを導入し、学生の学習意欲を高める工夫をした。

第2ラウンド 「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」

シラバスの改訂に伴い、教員のシラバス作成に関する意識の向上、学生のシラバスの利用喚起の良い機会となった。

グループディスカッションを取り入れた演習等の導入により、学生のモチベーションが高まった。点数評価以外にルーブリック評価などを取り入れることにより、多面的な評価をできるようになった。

授業評価や自己評価、他者評価を学生にさせることにより、学生の授業参加を促す機会となった。

第3ラウンド 「H.25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たに出てきた問題点」

学習項目が旧カリに比較して一見減ったように見えるが、到達目標は依然かなり多く、それらをすべてカリキュラムに組み込んだ結果、授業展開の自由度が減り、また教員および学生がカリキュラムをこなすための教育や学習に費やす時間が増加した印象である。

前項に関連して、薬学部全体としてのマンパワー不足が顕在化し、特に、臨床教育の重視から、臨床系教員の負担が増加し、それ以外の教員にも影響が及んでいると思われる。

ルーブリック評価の導入により、当該評価の重要度が増しているが、適切なルーブリック表作成の問題や各教員の評価の標準化、点数評価との整合性の担保など様々な課題がある。

以上

(2G 前田拓也)

テーブルO

第1ラウンド「H25改訂コアカリ導入に合わせて自学で工夫したこと、取り入れたこと」

1. PBLの導入やSGDの増加

改訂コアカリキュラム導入に合わせて、既存の教養科目を転用したり新たな科目を開始したりすることによりPBL実施科目を大幅に増加させた。さらに既存の科目でもSGDを多く取り入れるようにした。またPBLの実施時期も従来は4、5年生が主だったが、1、2年生の低学年から導入するようになった。また、PBLの実施に合わせて授業に用いる検討用症例を100種類以上作成した。

2. ルーブリック評価の導入

改訂コアカリキュラム導入に合わせて、評価方法にルーブリック方式を大幅に取り入れた。

3. 授業内容のスマート化

アクティブラーニングの導入に合わせて、スマートフォンやタブレットのアプリを使ったりアルタイムレスポンス対応の講義や演習を実施するようになった。

第2ラウンド「H25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみてよかったこと」

1. 基礎系と臨床系、他学部、地域との連携強化

カリキュラムの作成と実施の過程で基礎系教員と臨床系教員の関係性が深まった。同様に症例検討の機会を通じて、学内の医歯看護学部との交流が増え相互の役割や職能に関する理解が深まり、学部間で連携した教育の実施が可能となった。さらに地域の薬剤師との交流が深まった。地域の薬剤師が大学で講義や実習を行うだけでなく、大学教員が地域の保健業務や勉強会などに呼ばれることが多くなった。

2. カリキュラムの合理化

改訂コアカリキュラムの導入にあたり、既存科目の内容を精査することで重複したり偏ったりしていた内容について相互の科目で調整することができた。とくに学生実習の内容を俯瞰的に調整できたことで無駄を大幅に省くことができた。

3. コミュニケーション能力の向上

PBLやSGDの機会が増えたことにより、ディスカッションの質が向上した。

第3ラウンド「H25改訂コアカリ導入後のカリキュラムを実施してみて新たにでてきた問題点」

1. 教員の負担増

PBLの実施やパフォーマンス評価を行うために常時複数の教員の参加が必要となり、PBLやSGDを含む教科には実質的にほぼ全教員の関与が求められている。また、改訂コアカリキュラムの導入は全体のスリム化を目指していたはずだが、SBOsが細分化されたために内容が増加している。それらにより教育へのエフォートが増大し、研究に費やせる時間が減少した。また、新規評価法を十分に理解できていない教員も動員されているため、評価内容にバラツキが生じている。評価内容を均一化するためには教員教育が必須であるがそのための研修がさらなる負担につながっている。

2. 基礎系科目の比重低下と薬剤師育成を中心とするカリキュラムの固定化

臨床系科目の比重が高まったことにより、相対的に基礎系科目の比重が低下した。低学年からPBLを実施するようになったため、最終的なゴールが臨床とみなされ基礎系はそのための単なる足場に位置づけられる雰囲気がある。また、低学年からPBLが導入されたため、知識を修得する時間が少なくなり基礎的な学力の担保が難しくなっている。これらの結果、現状のカリキュラムは薬剤師育成が大きな割合を占めるようになっている。

(2G 竹内 一)

アウトカム基盤型教育の本質とその実践・評価 ～世界的な流れとわが国の高等教育改革の方向性を踏まえて～

藤崎和彦

岐阜大学医学教育開発研究センター

アウトカム基盤型教育

- ・従来のGIO(一般教育目標)、SBO(個別行動目標)に基づくカリキュラムでは、コース毎のGIO、SBOの到達に終始することが多く、養成機関全体のGIOが軽視されがち
- ・最初から**望ましい卒業生像: Outcome**を目標として掲げ、そのゴールに至る各段階、各学年ごとのロードマップを設定して教育を進めるほうが望ましい
- ・**ロードマップ**は単なる目指したい努力目標ではなく、**確実に教育し、到達も確実に評価**していくことが求められる

高等教育における アウトカム基盤型教育へのシフト

- ・ OECDは高等教育における学習成果(Learning Outcomes)の調査(AHELO: Assessment of Higher Education Learning Outcomes)を実施し、2013年3月にパリで開催された国際会議において、フィジビリティ・スタディ(FS)の結果が報告された
- ・ 文部科学省も、中央教育審議会の平成20年12月24日の答申「学士課程教育の構築に向けて」で「他の先進国では『何を教えるか』より『何ができるようになるか』(学習成果: **ラーニングアウトカム**)を重視した取組が進展」しているが、一方、「我が国の大学が掲げる教育研究の目的等は総じて抽象的」であり、「大学は、卒業に当たっての**学位授与の方針**を具体化・明確化し積極的に公開し「国は**学士力**に関し参考指針を提示」すると明記されている

予測困難な時代において生涯学び続け 主体的に考える力を育成する大学へ

中央教育審議会大学分科会大学教育部会審議まとめ 平成24年3月26日

- ・ この間、大学教員は教育改善に様々な形で取り組むようになったものの、新聞調査で「日本の大学が世界に通用する人材、企業や社会が求めている人材を育てているか」に6割を超える国民が否定的な回答をしているように、いまだ国民は現状に満足出来てはいない
- ・ 産業界や地域は、高度成長時代においては均質な人材の供給を求めたが、今は、生涯学ぶ習慣や、主体的に考える力を持ち、予測困難な時代の中で、どんな状況にも対応できる多様な人材を求めており、大学教員はそういった能力を育成することが責務
- ・ そのためには**課題解決型の能動的学習**(active learning)によって学生の思考力や表現力、知性を鍛える教育が必要
- ・ **学習成果(learning outcome)**の把握のためのアセスメントテストや**ルーブリック**の活用も必要

The CanMEDS 2015 Framework

- ・ Medical Expert
- ・ Communicator
- ・ Collaborator
- ・ Leader
- ・ Health Advocate
- ・ Scholar
- ・ Professional



CanMEDS
The CanMEDS Physician Competency Framework

改訂版医学/歯学モデルコアカリキュラム 医師/歯科医師として求められる 基本的資質・能力

- ①プロフェッショナリズム
- ②医学知識と問題対応能力
- ③診療技能と患者ケア
- ④コミュニケーション能力
- ⑤チーム医療の実践
- ⑥医療の質と安全管理
- ⑦社会における医療に実践
- ⑧科学的探究
- ⑨生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医師臨床研修の到達目標

医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

- ①社会的使命と公衆衛生への寄与
- ②利他的な態度
- ③人間性の尊重
- ④自らを高める姿勢

資質・能力

- ①医学・医療における倫理性
- ②医学知識と問題対応能力
- ③診療技能と患者ケア
- ④コミュニケーション能力
- ⑤チーム医療の実践
- ⑥医療の質と安全の管理
- ⑦社会における医療の実践
- ⑧科学的探究
- ⑨生涯にわたって共に学ぶ姿勢

看護学教育モデルコアカリキュラム 看護系人材として求められる 基本的な資質・能力

- ①プロフェッショナリズム
- ②看護学の知識と看護実践
- ③根拠に基づいた課題対応能力
- ④コミュニケーション能力
- ⑤保健・医療・福祉における協働
- ⑥ケアの質と安全の管理
- ⑦社会から求められる看護の役割の拡大
- ⑧科学的探究
- ⑨生涯にわたって研鑽し続ける姿勢

改訂版薬学教育モデル・コアカリキュラム 薬剤師として求められる基本的な資質

- ①薬剤師としての心構え
- ②患者・生活者本位の視点
- ③コミュニケーション能力
- ④チーム医療への参画
- ⑤基礎的な科学力
- ⑥薬物療法における実践的能力
- ⑦地域の保健・医療における実践的能力
- ⑧研究能力
- ⑨自己研鑽
- ⑩教育能力

専門職技能修得の段階

Dreyfus HL, Dreyfus SE. 1986

Novice 新人	知識は断片的な個々の事実
Beginner 初心者	統合された知識、スーパーバイズが必要
<u>Competent</u>	実践の場で応用できる知識、信頼できる
Proficient 専門家	社会性、専門性
Expert 一流、達人	内面化、患者中心、自己学習、自己評価

- 1 <人などが>「...に」有能な、力量のある「in, at」, <...する>能力のある(able); <...するのに>適任の、適格な <to do>
- 2 <仕事物などが>(とりあえず)満足のいく

医師として必須、最低限の能力

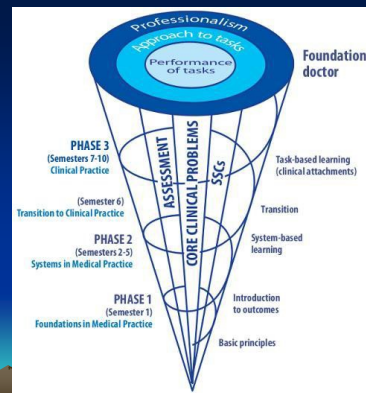
鹿児島大学 田川まさみ先生
2017 富士研スライドから

重要なのは アウトカム・ロードマップ

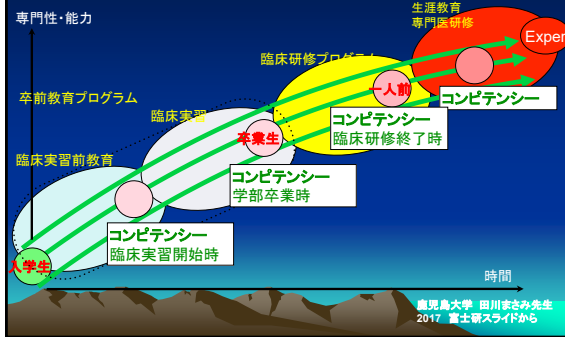
- ・アウトカムは単なる教育憲章として額に入れて講義室に掲げれば良いのではなく、すべての教育カリキュラムの基礎にならなければならない
- ・そのためには学年進行度毎に各アウトカムの達成度をロードマップとして明示し、それをどういった教育カリキュラムで養成するのかを計画し、進行度毎に学習者のマイルストーンの達成をきちんと評価する仕組みを備える必要がある

Three Circle Model

Ronald Harden
Dundee Univ.



専門性の修得と教育プログラム



GIO、SBOとアウトカムの違い

Taxonomyによる分類 Bloom 1956

コンピテンス Competence

- 知識
- 技能
- 態度・習慣・価値観



鹿児島大学 田川まさみ先生 2017 富士研スライドから

コンピテンシーの学習

- 知識A、技能B、態度Cを学習し、コンピテンシーDを実施



- 能力d1→能力d2→コンピテンシーD



評価方法と学習目標分類との関係

評価方法	教育目標	論述試験	口頭試験	客観試験	シミュレーションテスト				筆記型	模擬患者	モデル	タビナー	実地試験	観察記録	レポート
					筆記型	模擬患者	モデル	タビナー							
知識	想起	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	解釈	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	問題解決	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
技能															
態度															
測定範囲/時間		狭	狭	広	狭	狭	狭	中	狭	中	狭	中	狭	中	狭

従来のタキソノミーから見た学修評価の問題点

- 知識領域については、想起レベルはペーパーテストで確認できているものの、解釈、問題解決レベルの到達は、十分に評価できていないことも多い
- 技能領域についても「実習・研修のやりっ放し」になっていることが少なくなく、評価や指導を行っても、ちゃんと技能について評価したというエビデンスが残っていないことも少なくない
- 態度領域については、そもそもアウトカムや目標が挙げられているだけで、そこに到達させるための教育的介入自体が十分に準備させられていなかったり、「実習・研修のやりっ放し」になっていることが少なくない
- いずれの評価も明確な基準が明示されたルーブリックやチェックリストなどによる妥当性・信頼性が担保された評価ではなく、(少数の)教員・指導者による主観的評価で終わっていることも多い

学習成果(アウトカム)到達状況の測定と進捗管理(モニタリング)

- アウトカムの到達状況の進捗管理のためには、学年進行毎に目安となるマイルストーン(里程碑)を設定し、それに基づいて到達状況を確認しながら教育を進めていけるような全体設計図(ロードマップ)を整備する必要がある
- アウトカムのコンピテンシーという側面から考えると、測定する能力は、知識・技能・態度が相互に重複している能力を測定している訳で、当然のことながら一つの評価法(例えばOSCE)のみで、評価することはそもそも問題がある
- 近年の評価に対する考え方は「プログラム化された評価」という考え方で、多面的な評価の証拠を多数(十分なnを担保して)、計画的にそろえることで総合的に評価するという方向に進んでいる

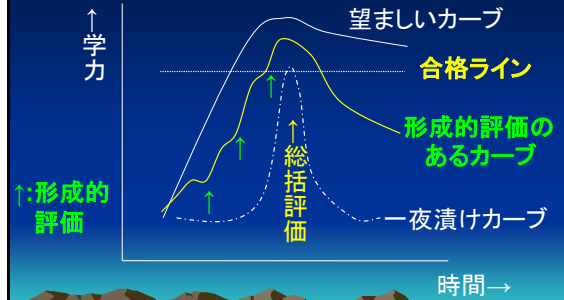
形成評価と総括評価

- **形成評価**—学習途上の評価

ポジティブフィードバックが原則

- **総括評価**—学習の終了時の評価

形成評価と総括評価



評価法の種類

- 筆記試験（記入式、選択式）
- 口頭試験、トリプルジャンプ、CbD
- OSCE
- 実地試験（Mini-CEX、DOPS等）
- 観察記録
- カルテチェック
- 360度評価
- レポート
- ポートフォリオ

プログレステスト

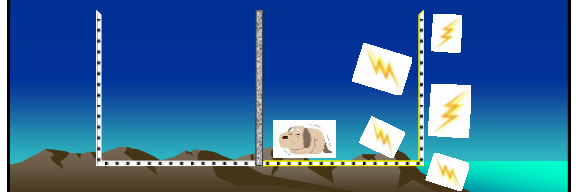
- マックマスター大学、マーストリヒト大学、ダンディー大学など、医学教育先進校で採用されている。
- すべての学年が同じ試験を受ける
- 低学年では成績が悪い
- しかし、どのように伸びてゆくかがわかる
- 高学年で何を学ぶかが、低学年時にわかる
- そういう意味では、知識面のアウトカム志向型の試験
- 成績の良い学生、悪い学生にとっても学習効果の高いテスト

評価は学習・学修をドライブする

- どういった評価がされるかという事は、学修者がどういった学修をするかという事にとっても影響を及ぼします
- いくら教員・指導者が「大事だから学んでください」と強調したとしても、評価されないことはなかなか学んでももらえません
- これを逆手にとって、厳しい試験をやることで、学修者に学修へのドライブをかけようとする事も時に起きます

「セリグマンの犬」という心理実験の話

金網でできたケージに犬を入れます。真ん中に塀があり、犬の居る方の金網に電気を流します。犬は塀を飛び越えて、電気の流れていない方へ逃げます。段々、塀の高さを上げて、犬が飛び越えられない高さになると、最終的には犬は逃げることを諦めてひたすら耐えるようになってしまいます。



学習性無力感 Learned helplessness

- ✓ 多すぎる知識は、学習意欲を損なわせる。
- ✓ 基礎医学担当の先生、大丈夫ですか？

1 学年で1 割も留年?!

- 工場で考えると製品の1割が不良品ということ

⇒ 生産ラインに問題がある
としか考えようがない!!

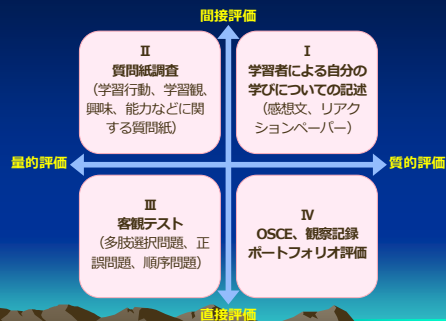
試験や進級を厳しくすること の医学教育的メリット

- 学習への動機づけを促す
以外にはない

⇒他に動機づけへの方策はないのか？

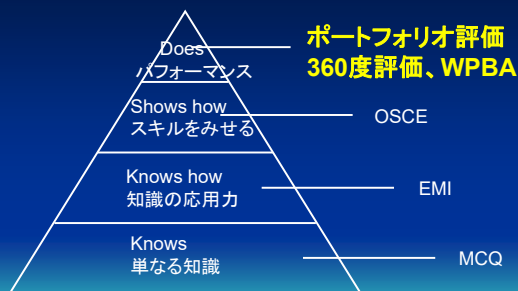
⇒その科目の受験対策のために、
他の科目の学習をおろそかに
している側面も忘れてはいけない

学習評価の4つのタイプ



(松下佳代・石井英真 アクティブラーニングの評価 東信堂 2016年 藤崎改変)

ミラーの能力ピラミッドとその評価



三角形の上に近づくほど、本物の評価になる

OSCE:客観的臨床能力試験

**Objective
Structured
Clinical
Examination**

OSCEの歴史

- 1975 HardenらがBritish Medical Journalに報告
- 1980年代を通じて世界に広がる
- 1992 カナダの医師国家試験
- 1994 Kachurの調査 30数カ国で実施
- 1998 米国ECFMG外国人医師試験
- 2004 米国の医師国家試験USMLE
- 2009 韓国の医師国家試験導入
- 2013 台湾の医師国家試験導入
- 2020 共用試験臨床実習後OSCE正式実施

共用試験はあくまでも「仮免許」
国際的には国家試験
OSCEが主流

OSCEのタイプと信頼性、妥当性

- OSCE: イギリス、カナダ系
評価の対象はsingle skill
1ステーション5-10分と短時間
評価者は教員
- CPX(Clinical Practice Exam): アメリカ系
評価の対象は一連の臨床過程
1ステーション短くても15-20分
評価者にはSPも加わる
- 信頼性、妥当性の確保:
最低12ステーション、通常は15ステーションは必要

Can Do & Doesの評価

- 単一の評価法では評価できない
- 医師の仕事のサンプリングを
「時」、「場所」、「場面」を変えて、
様々な評価者が(nを増やして)評価

研修医指導の秘訣2011より抜粋・鹿嶋改変

TRIPLE JUMP EXERCISE 問題解決能力の試験法

試験のやり方:

13:00	paper patient (A4版半ページ) を渡す
13:00~14:30	自己学習時間 (野放し)
14:30~14:40	口頭試験

イギリス初期研修での研修医評価

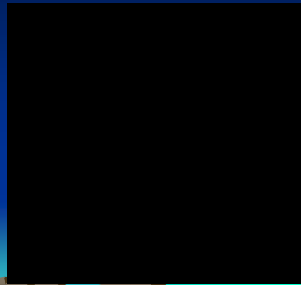
1. Mini-clinical evaluation exercise (Mini-CEX)
2. Case-based Discussion (CbD)
3. Direct observation of procedural skills (DOPS)
4. Multi-source feedback (MSF), using either the mini-peer assessment tool (Mini-PAT), or team assessment of behaviour (TAB)
5. Developing the clinical teacher
 - Supervised learning events (SLEs)
 - Workplace based Assessment (WPBA)

Mini clinical OSCE: Mini-CEX

- 臨床実習中、研修中の短時間に実施する形成的評価
評価の対象は臨床技能一般
評価対象を決めて実習中に実施
短時間(5-10分)で負担にならないように
チェックシートに基づき教員が評価者
評価結果はチェックシートごとポートフォリオに
- イギリスの臨床研修医は最低年9回(ローレート期間中に3回以上)、指導医による**DOPS**: Direct Observation of Procedural Skillsを受け、そのうち6回は**Mini-CEX**をつけて記録を残さなければいけない

Mini-CEXの例 1

学習者が受持患者を診察している場面を、ほんの5分程観察して記録してください。
記録後、学習者に簡単にフィードバックすると、一層効果的です。



Mini-CEXの例 2

1. 医療面接 (面接態度・質問方法・質問内容) (○評価せず)	1 2 3 UNSATISFACTORY	4 5 6 SATISFACTORY	7 8 9 SUPERIOR
2. 身体所見 (スクリーニング的・診断的技法) (○評価せず)	1 2 3 UNSATISFACTORY	4 5 6 SATISFACTORY	7 8 9 SUPERIOR
3. プロフェッショナリズム (患者への配慮・共感・ニーズ) (○評価せず)	1 2 3 UNSATISFACTORY	4 5 6 SATISFACTORY	7 8 9 SUPERIOR
4. 臨床的評価 (実施検査・実施行為) (○評価せず)	1 2 3 UNSATISFACTORY	4 5 6 SATISFACTORY	7 8 9 SUPERIOR
5. カウンセリング能力 (治療・検査の説明・同意) (○評価せず)	1 2 3 UNSATISFACTORY	4 5 6 SATISFACTORY	7 8 9 SUPERIOR
6. 構成/遂行能力 (優先順位・判断力) (○評価せず)	1 2 3 UNSATISFACTORY	4 5 6 SATISFACTORY	7 8 9 SUPERIOR
7. 全体的評価 (到達度) (○評価せず)	1 2 3 UNSATISFACTORY	4 5 6 SATISFACTORY	7 8 9 SUPERIOR

Mini-CEXの例 3

研修医氏名: _____ 評価日: _____
 研修場所: _____ 評価者: _____ 所属()

研修内容:

	不十分	十分	優れている	評価不能
1. 医療面接技能	1 2 3	4 5 6	7 8 9	()
2. 身体診察技能	1 2 3	4 5 6	7 8 9	()
3. プロフェッショナリズム	1 2 3	4 5 6	7 8 9	()
4. 臨床判断の適格性	1 2 3	4 5 6	7 8 9	()
5. カウンセリング能力	1 2 3	4 5 6	7 8 9	()
6. 段取り・手際の良さ	1 2 3	4 5 6	7 8 9	()
7. 臨床能力の概略評価	1 2 3	4 5 6	7 8 9	()

評価者の満足度: low 1 2 3 4 5 6 7 8 9 high
 研修医の満足度: low 1 2 3 4 5 6 7 8 9 high

コメント: _____

研修医のサイン: _____ 評価者のサイン: _____

DOPS(Direct Observation of Procedural Skills)

- 学習者が評価者の前で、診療技能を患者さんに行う、例えば静脈採血など。
- 評価者は評定尺度をもとに、学習者を観察し、フィードバックを行なう。

DOPSの例-1

(Australian and New Zealand College Anaesthetistsより)

手順の詳細	手順と設定					
難易度	☐ 低、 ☐ 中、 ☐ 高		実施	☐ 患者で シミュレーション		
難易度の理由があれば記載 してください(例: 肥満)			超常利用	☐ はい ☐ いいえ		
時間的制約	☐ 待機的、 ☐ 緊急		研修者の経験回数			
評価	この状況で、安全で効果的かつ結果的なケアを確保するために指示が与えられているか 助言が必要 自分でできる 評価不能					
医学的知識	適切な薬品、解剖学、技術、副作用や合併症など。関連する知識と理解 1 2 3 4 5 6 7 8 9 評価不能					
インフォームドコンセント	患者に手順を説明し、有効かつ適切なインフォームドコンセントを取得 1 2 3 4 5 6 7 8 9 評価不能					
準備	適切な薬剤準備、補助スタッフと機器確認、ワークスペースの確保 1 2 3 4 5 6 7 8 9 評価不能					
観察・注意	臨床的および電子監視を通じたの状況認識、患者への集中、不注意の回避 1 2 3 4 5 6 7 8 9 評価不能					

DOPSの例-2

(Australian and New Zealand College Anaesthetistsより)

感染対策	無菌/清潔操作と標準予防策									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	評価不能
技能	正しい必要の操作なしに正しい手順で手技を行っているか									評価不能
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
患者との対応	安心の提供、不協定や不安として合併症の確認									評価不能
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
判断	患者に悪化を及ぼさないよう支援要請や行儀の中断、代替法を示す									評価不能
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
記録と処置後管理	同意や合併症などのエピソードを記録し、処置後の対応立案									評価不能
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
チーム連携	チームメンバーへの明確で簡潔な指示と患者関連情報の伝達									評価不能
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
手技は完全に遂行されましたか										
☐ はい、 ☐ いいえ										
この評価の諸点を記載してください										

360度評価

- 臨床実習中のパフォーマンスを周りのみんなに評価してもらう
- 教員の目に映るパフォーマンスは必ずしも全体像を反映していない
- 評価を担当するのは、学生本人、同僚、指導者、他のスタッフ、患者、家族、事務スタッフ、清掃員、、、
- ネガティブばかりでなくポジティブ評価を入れてもらうのが鍵

Mini-PAT (Peer Assessment Tool)

- MultiSource Feedback(MSF)のツールのひとつ
自分の職場にいる多職種(同僚・看護師・技師など)に評価をしてもらう。360度評価理論を実践したもの
- Mini-PAT provides feedback from a range of co-workers across the domains of Good Medical Practice.
- 研修医はこの評価をだれから受けるかを自己申告する(8-12名: any doctor, nurse or allied healthcare professionals)。

Good clinical care

1. 診断能力
2. マネージメントを立てる能力
3. 自分の限界に気づく
4. 患者の心理社会的側面に対応する能力
5. 医療資源を適切に使う

Maintaining good medical practice

1. 時間を有効に使う
2. 診療技能スキル

Teaching and training, appraising and assessing

1. 同僚を効果的に教育する

Relationship with patients

1. 患者とのコミュニケーション
2. 介護者や家族とのコミュニケーション
3. 守秘義務

Working with colleagues

1. 同僚との言語的コミュニケーション
2. 文書でのコミュニケーション
3. 他のスタッフがどのような役目を持っているかの認識
4. 近づきやすさ、信頼度
5. 全体としてF1研修でどこまで到達しているか

簡単な360度評価の例

患者からのフィードバックは、学習者にこの上ないインパクトがあるとされています。

CbD (Case-based Discussion)

- 病棟責任者が研修医に「君の受け持ちの患者さんのAさんについて私にプレゼンしてください」と。
- 評価者はチェックリストをもとに、学習者のプレゼンを聞き、質問をして、そしてフィードバックする。

CbD (Case based Discussion)

(例) 患者中心の医療 CBD 評価シート

1. 患者の健康問題を多様な視点から統合された方法で探索する技能 (例: 分子、組織、臓器、個人、家族、地域)

- ① 患者の健康問題を disease の面からしか捉えられていない。
- ② 患者の健康問題を分子・組織や臓器から個人まで全人的に捉えようとしているが、家族や地域まで視点が広がっていない。
- ③ 患者の健康問題を分子・組織や臓器から地域に至る多様な視点から捉え、診療に活用できている。
- ④ 患者の健康問題を分子・組織や臓器から地域に至る多様な視点から捉えて、それらの相互関係を踏まえた統合されたケアを提供している。

評価

コメント

2. 患者の持つ強みを見出す技能

- ① 患者の多様なコンテキストを開き出しておらず、患者の持つ強みを見出していない。
- ② 患者の多様なコンテキストを開き出しているが、患者の持つ強みを見出していない。
- ③ 患者の多様なコンテキストを開き出して、患者の持つ強みを見出しているが健康問題の解決への活用は限定的である。
- ④ 患者の多様なコンテキストの中から、その患者の持つ強みを見出し、健康問題の解決に役立てている。

評価

コメント

総合診療専門研修地域医療連携推進委員会資料より

学習者の学習成果を どう継続的に評価していくのか

- ・ 学習者の学習成果を継続的に評価していくツールとしては、**ポートフォリオ**による評価が不可欠
- ・ ポートフォリオとは、本来は、関連する書類や資料を一か所にまとめて入れるケースや紙ばさみを指すが、近年教育学において注目されているポートフォリオとは、**学習者が一定の期間に取り組んだ学習について、学習への取り組みや振り返りの記録や資料、指導と評価の記録などを、ファイルなどに蓄積・整理したものをいう**

医学教育にポートフォリオを世界で最初に導入した 英国ダンディー大学医学部のポートフォリオ



なぜ、ポートフォリオなのか①

- ・ ペーパーテスト一辺倒の評価から、実態にみあった多面的評価へ
 - 一面的 (ペーパーで測れるのは、認知面の能力の一部)
 - 一時的 (学びの中長期的な変化や連続性が見えにくい)
 - 学習者の全体像が見えにくい (特に意欲、学び方、努力など)
- ↓
- ・ **パフォーマンス** (具体的場面での課題の遂行や実演) に基づく評価への注目
- ・ **ポートフォリオ** の導入
 - 学習の目的に関わって、何をどう学んだかというパフォーマンスが見える
 - 学習の成果に加え、これまでの**学習の軌跡**や**成長の度合い**がわかる

渡邊洋子(京大教育学) 医学教育学会プレコンgresワークショップ2011.7.21

なぜ、ポートフォリオなのか②

- ・ 評価というゴールから、**次の学び(の発展)につながる評価**へ
キーワードは **振り返り** (省察) reflection-as-practice
cf. reflection-in(or on)-practice (Schon, D)

◎ 学習者が、自らがどう学んできたかを振り返る

「学ぶ実践」 → 振り返り → 次の「学ぶ実践」
| 可視化 | 可視化 |
ポートフォリオ作成 ⇒ ポートフォリオ評価 ⇒ 次の段階のポートフォリオ作成

渡邊洋子(京大教育学) 医学教育学会プレコンgresワークショップ2011.7.21

改めてポートフォリオとは

- ・ 点の評価から線の評価へ
- ・ 細分化した評価から全体的評価へ
- ・ 能力の証拠の集積
- ・ 個別的な態度や到達、課題に
重点を置いた評価
- ・ 形成評価を通じて**指導者との相互作用を増幅**
- ・ 個人的な**ふりかえりの態度 (reflection)**を刺激
- ・ **professionalism**の教育・評価の重要なtool

「振り返りする専門家」 reflective practitioner

- 専門家のものの見方や問題解決に関する研究から発展した成人学習理論
- 形式的な知識や技術では解決が難しい、「real life messy indeterminate problems of practice」をなぜプロの専門家は解決できるのか？
- Technical expert + reflective practitioner = real professional

ドナルド・ショーン1983

ポートフォリオを教員はどう評価するのか

- ポートフォリオで示された学習者の能力の証拠や振り返りを評価する際、ルーブリックが用いられることが多い
- ルーブリックとは、評価のポイントになる「規準（のりじゅん）」と、到達の水準を表す「基準（もとじゅん）」とを縦横に配したクロス表で、「規準」と「基準」とがクロスした各コマの中には、その「基準」におけるその「規準」の具体的な在りようや姿が文章で明記されているような評価表をいう

ルーブリックのイメージ①

基準⇒	素晴らしい	まあまあ	最低ライン	ボーダー	ダメ
規準①	〇〇と△△の面で素晴らしい●■が来ている	〇〇と△△の面でまあまあのレベルの●■が来ている	〇〇と△△の面で最低ラインレベルの●■が来ている	〇〇と△△の面でパフォーマンスはボーダーラインレベルである	〇〇と△△の面で十分なパフォーマンスが来ていない
規準②					
規準③					
規準④					
規準⑤					
規準⑥					
規準⑦					

ルーブリックのイメージ②

基準⇒	研修医最低レベル	臨床実習レベル	大学生最低レベル	ボーダー	ガキレベル
規準①	〇〇と△△の面で研修医と同等レベルの素晴らしい●■が来ている	〇〇と△△の面でまあまあ臨床実習に出れるレベルの●■が来ている	〇〇と△△の面で大学生として最低ラインレベルの●■が来ている	〇〇と△△の面でパフォーマンスはボーダーラインレベルである	〇〇と△△の面で大学生としてまっとうなレベルのパフォーマンスが来ていない
規準②					
規準③					
規準④					
規準⑤					
規準⑥					
規準⑦					

1. 医学・医療における倫理性：～

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。～

レベル1 コア・カリキュラム上	レベル2	レベル3	レベル4
■医学・医療の歴史や文化、臨床倫理や生と死に関する倫理的課題、各種倫理に関する規範を認識できる。～	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。～	人間の尊厳と生命の不可侵性を尊重する。～	モデルとなる行動を他者に示す。～
■患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の信頼感、インフォームドコンセントとインフォアムドアセントなどの意義と必要性を説明できる。～	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。～	患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。～	モデルとなる行動を他者に示す。～
■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を認識した上で適切な取り扱いができる。～	倫理的ジレンマの存在を認識する。～	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。～	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。～
	利益相反の存在を認識する。～	利益相反を認識し、管理方針に準拠する。～	モデルとなる行動を他者に示す。～
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。～	診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。～	モデルとなる行動を他者に示す。～
☐	☐	☐	☐

☐ 観察する機会が無かった。

コメント：～

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書
(平成30年3月30日、大)

<参加者による講演報告 教育講演1>

「アウトカム基盤型教育の本質とその実践・評価 ―世界的流れとわが国の高等教育改革の方向性を踏まえて―」と題して藤崎和彦先生（岐阜大学医学部教育開発研究センター）による教育講演があった。本講演で藤崎先生は高等教育においてアウトカム基盤型教育へのシフトには教員全員が学生のアウトカム（望ましい卒業生像）を考えて講義すべきであり、そのための各学年でのロードマップ作成が望ましく、それに即したマイルストーンを作ることを推奨されていた。さらに、薬学教育では卒後のアウトカムも必要とのことであった。この実現には今後、卒後研修の充実が必要と考えられた。

今後求められる人材は「生涯学ぶ習慣」「主体的に考える力」を持つであり、そのために課題解決型の能動的学習により学生を鍛える教育が必要とのことであった。併せて、学習成果の把握のためのアセスメントテストやルーブリック評価の活用も重要とのことであった。

従来の学修評価の問題点として、①想起レベルの知識はペーパーテストで評価できるが、解釈や問題解決レベルの到達度の評価は十分でない、②実習や研修はやりっぱなしが多く、技能評価のエビデンスが残っていない、③態度についても教育的介入がなく、やりっぱなしで終わっているなどが挙げられ、教員の主観的評価で終わっていることが多いことが挙げられる。そこで、アウトカムへの到達状況の進捗管理のために、学年毎のマイルストーンの設定とロードマップの整備が必要ということであった。当然、一つの測定法（例えば OSCE）のみで評価することはそもそも問題があると述べられていた。近年は多面的な評価を多数、計画的にそろえる総合評価に進んでいるということであった。

評価方法であるが、従来より行われている総括評価は一夜漬け型の学力しか身につかず、形成的評価を組み合わせるべきであり、この形成的評価にはフィードバックが大原則であるとのことである。これにより、学力の定着化が期待される。これは、現在進められているアクティブラーニングにも通ずるところがあると考えられる。現在、私はクリッカーを用いた講義で、学生の理解度を確かめながら講義を進めることや、スマホを用いリアルタイムに学生からの質問を受け付けることを行っているが、これらは、講義中に形成的評価を組合せていることに近く、現在の講義法に自信を持てた。また、藤崎先生よりプログレステストのことも紹介いただき、大変興味を持った。プログレステストとはすべての学年が同じ試験を受けるというもので、高学年で何を学べば良いのか、低学年のうちに分かるというメリットがあるとともに、高学年の学生が低学年の学生に負けたくないとの意識も刺激するとのことであった。また、学年が進行するにつけて成績が伸びてゆくさまが見え、ある意味アウトカム志向型の試験である。是非、本学でも試してみたいと考える。

評価することで学修者は学修へとドライブされるが、厳しい試験をすると、塀の高さを高くし過ぎると犬が諦めてしまうという「セリグマンの犬の実験」の様に学修をしなくなる、すなわち学習性無力感が生じるということでした。このことは試験を厳しくし過ぎることの怖さを改めて感じた。

評価法としての OSCE についても、現行のもので良いのかという提言であった。海外では医師国家試験への OSCE 導入が主流となってきた。一方で、OSCE も現行の 6 ステーションではなく、最低でも 12 ステーション、通常は 15 ステーションで行っているとのこと、これは信頼性、妥当性の確保のためである。Can Do & Dose の評価ということで、仕事をサンプリング、様々な評価者が評価をすることは、研修医が普段から行うべきことを行っているかを評価できる。また、問題解決能力の試験法として Triple Jump Exercise 法を紹介くださった。また、研修医評価として Mini-CEX を、診療技能については DOPS などを紹介いただいた。ここで重要なのは 360 度の評価で、評価を担当するのは学生のみならず、同僚、指導者、他のスタッフ、患者、家族、事務スタッフ、清掃員とみんなに評価してもらう。この時には必ずポジティブ評価も入れてもらうことが

重要とのことであった。この中で、Mini-PAT は研修医側が誰から評価を受けるか自己申告するというものであった。その際指名は8-12名であり、n数の確保の重要性がわかる。

次に学習成果を継続的に評価することについて述べられていた。このツールとしてポートフォリオによる評価が不可欠であるということであった。ここで示されたポートフォリオは学習者が一定の期間取り組んだ学習への取り組みや振り返りの記録や資料の蓄積を指す。ポートフォリオの導入により「何を学んだか」というパフォーマンス（学習の成果）が見え、これまでの学習の軌跡や成長度合いが見え、さらに「振り返り」を行うことで「次の学び（発展）」に結びつけることを評価へ繋げるというものであり、「次の学ぶ」を可視化するものである。ここでは学習者自らがどう学んできたかを振り返ることが重要であり、「プロの専門家は振り返りをする」ことにたどり着くのである。このポートフォリオを教育者はルーブリックで評価するが、この時具体的なありようを明文化しておくべきだそうです。この様なポートフォリオを用いて、学生に6年間一貫した意識付けが必要であるとのことであった。

藤崎先生の御講演を聞いて、従来型の教育からアウトカムを意識した教育が必要であることが良く分かった。これまで、active learning ばかりを考えてきたが、形成的評価の重要性と学習成果把握のためにプログレステストやポートフォリオの重要性を痛感した。ぜひ、本学でも導入できればと考えている。

(9G 八木秀樹)



藤崎先生の御講演は、大変有意義でいろいろと勉強になるものでした。タイムスケジュールとして、ちょうどワールド・カフェの後にあたる時間帯で行われ、少し気持ちが解れたタイミングであり、自然なスタイルで講演を聞くことができました。藤崎先生ご自身、とても明朗な口調で御講演され、リズムがよく、とても分かりやすかったです。御講演の後の、昼食となっており、時間がおしている関係で、最後の何枚かのスライド分のお話がなくなってしまったので、残念に思いました。また、別の機会に、続きのお話を聞ければいいな、と思います。

さて、御講演内容ですが、アウトカム基盤型教育とは何か？という解説から始まり、高等教育におけるアウトカム基盤型教育へのシフトが起きているということでした。なぜ、アウトカム基盤型教育へのシフトが起きているか？という理由づけでは、『予測困難な時代において、生涯学び続け、主体的に考える力を養成する大学』を形成していくために必要であるという論旨でした。アウトカム基盤型教育では、最初から望ましい卒業生像=Outcomeを目標として掲げて、そのゴールに至る各段階・学年ごとのロードマップを設定して教育を進めるやり方がよい、と幾つかの例を挙げて、解説していただきました。また、ここでいうロードマップは、単なる目指したい努力目標ではなく、『確実に教育し、その到達度も確実に評価していく』ことが求められる、とのことでした。その過程で、課題解決型の能動的学習（active learning）を取り入れて、学生の思考力・表現力や知性を鍛える教育が必要で、かつ学習成果（learning outcome）の把握のために、アセスメントテストの実施やルーブリック評価の活用が必須であると解説されました。

御講演において、プログレステストを紹介するスライドがあり、なるほどと思いました。プログレステストとは、マックスター大学、マーストリヒト大学、ダンディー大学など、医学教育先進校で採用されているもので、すべての学年の学生が同じ試験を受けることになります。低学年で成績が悪いのは、ある意味当然かもしれませんが、その伸び具合を測定できる試験であることに意義があると思いました。高学年において、どんなことを学ぶのか？が低学年の段階で分かるため、正に『知識面のアウトカム志向型の試験』といえます。御講演では、例題を挙げて分かりやすくフォローしていただきました。成績の良い学生にも、悪い学生にも有効な試験であると解説されておられましたが、本当にその通りだと思いました。日本での実施状況をみながら、本校でも実施していきたいという気持ちを持ちました。



以上、藤崎先生の御講演を拝聴しまして、色々な刺激を受けました。ありがとうございました。出来ることから一つずつ、本校でも実践していきたいと感じました。

(10G 武井佳史)

厚生労働省医薬・生活衛生局総務課
薬事企画官 安川 孝志

0

名前：安川孝志（福岡県福岡市出身）

- ・平成9年3月 京都大学薬学部卒業
- ・平成9年4月 厚生省入省
- ・主な経歴（医療行政関連）
 - －平成16年4月～18年8月 **医政局総務課**
 - ・第五次医療法改正（薬局を医療提供施設に位置づけ）
 - －平成26年9月～28年6月 **保険局医療課**
 - ・28年診療報酬改定（かかりつけ薬剤師指導料など）
 - －平成28年6月～30年7月 **医薬・生活衛生局総務課**
 - －平成30年4月～30年7月 **総務課 薬局・販売制度企画室長**
 - －平成30年7月～現在
 - ・**総務課 薬事企画官／医薬情報室長**
 - ・薬局・薬剤師関連政策を担当（かかりつけ薬剤師・薬局の推進）

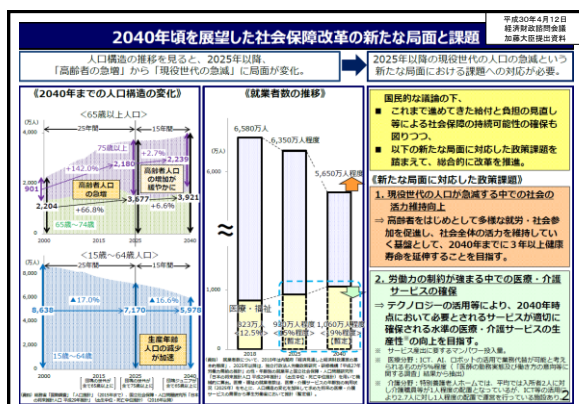
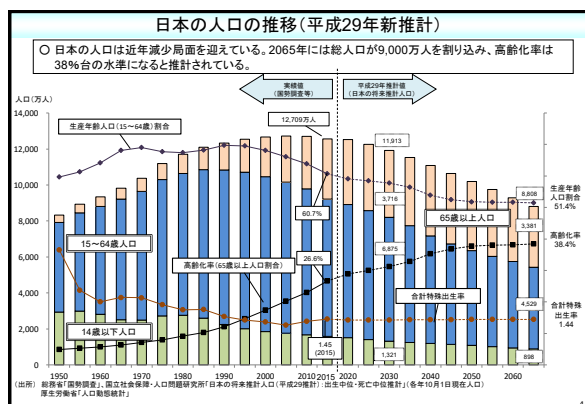
1

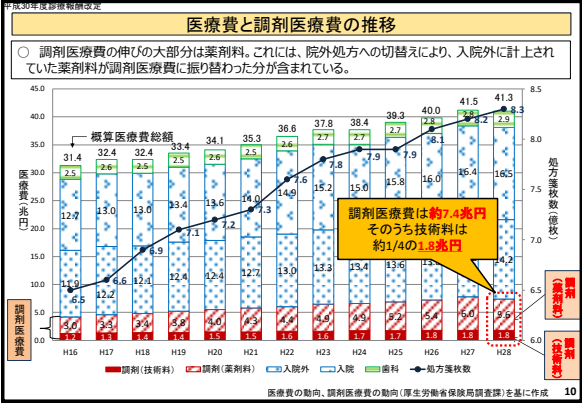
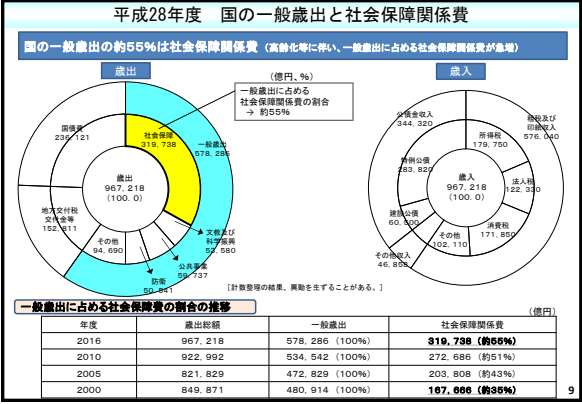
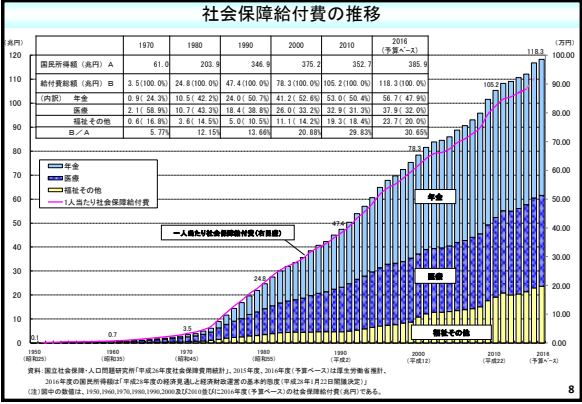
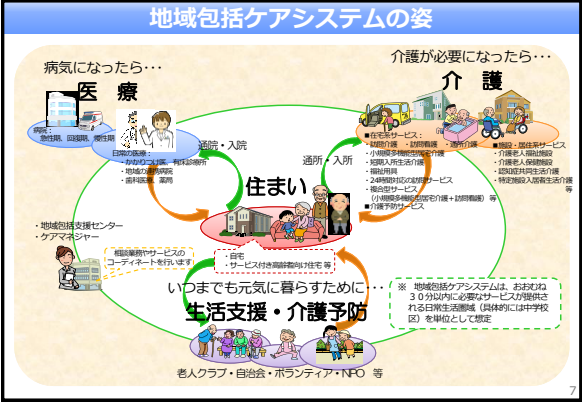
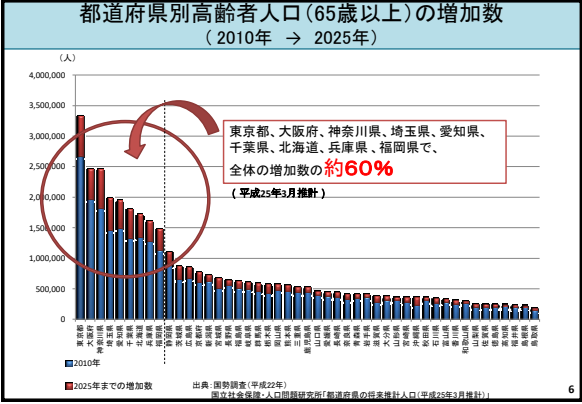
1. 薬剤師・薬局に関する最近の状況
2. 薬剤師・薬局に関連する制度改正の検討状況
3. 今後求められる薬剤師の職能と薬学教育への期待

2

1. 薬剤師・薬局に関する最近の状況

3

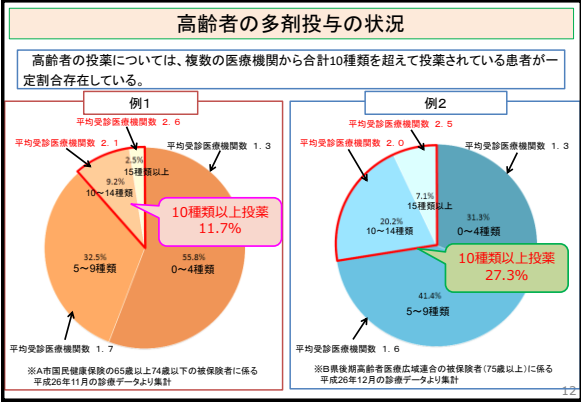




現在の状況 (薬剤師・薬局関連)

薬剤師・薬局の業務内容が問われている (薬剤師が必要なのか)

- 患者のために調剤技術料1.8兆円に見合った業務を薬局の薬剤師は行っているか
- 「同じことを薬局で聞かれる」、「薬をもらうのが二度手間」、「コストがかかる」などの患者の声
- 薬を渡すだけの業務 と思われている (形式的な情報提供・指導)
- 地域包括ケアシステムの下で、多職種・他機関と連携しながら業務を行う、かかりつけ薬剤師・薬局を進める
→ という考え方や薬剤師の役割が、医療・介護関係者、行政に理解されていない (特に介護関係者、市町村)
- 患者や住民に信頼される薬剤師になっているか



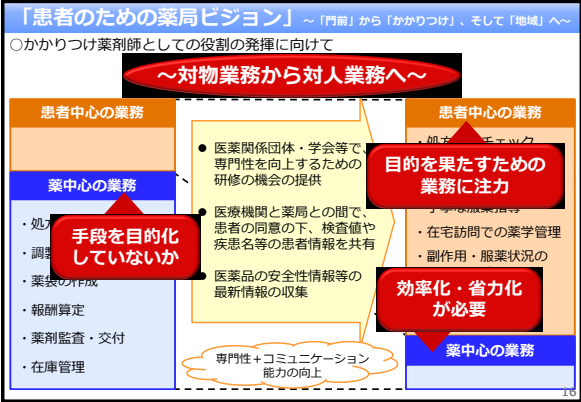
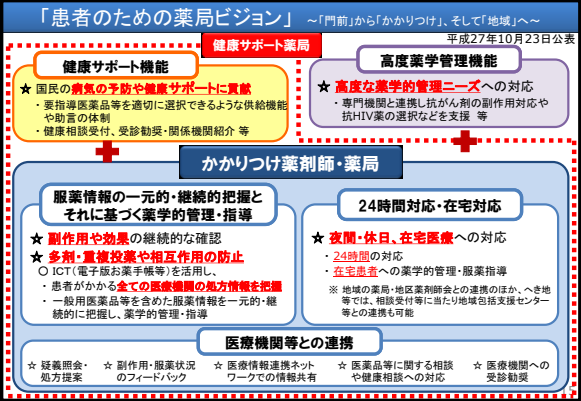
規制改革会議公開ディスカッション(平成27年3月12日)

○議題:「医薬分業における規制の見直しについて」
(1) 医療機関と薬局の構造上の独立性について
(2) 医薬分業のコストとメリットについて

○参加者: 日本医師会(今村副会長)、日本薬剤師会(森副会長)、健保連(白川副会長)、川淵孝一教授(東京医科歯科大学)、狭間研至氏(日本在宅薬学会理事長)

○論点(平成27年1月28日 第41回規制改革会議資料より)

- 我が国では、国民医療の質的向上を図るため、医薬分業を進めているが、健康保険事業の健全な運営を確保するため、保険薬局に対して、保険医療機関と一体的な構造とすること、又は保険医療機関と一体的な経営を行うことを禁止している。
- しかしながら、これらの規制のうち一体的な構造については、公道やフェンスの有無など外形的な要件となっており、これにより患者が医療機関から薬局まで移動する必要があるなど、患者の利便性が損なわれているとの指摘がある。
- さらに、**院内処方として医薬品を医療機関で受け取るよりも、院外処方として薬局で受け取る方が、患者の負担額は大きくなるが、負担の増加に見合うサービスの向上や分業の効果などが実感できない**との指摘もある。
- そこで、①患者の利便性、②分業の効果などを踏まえながら、患者の視点にたった規制の在り方などについて議論を行う。



十数年前の状況(薬剤師にとって大きな動き)

2004年(H16)

2006年(H18)

2007年(H19)

2010年(H22)

薬学教育6年制に関する法律 成立

5月 学校教育法の一部を改正する法律 成立

6月 薬剤師法の一部を改正する法律 成立

4月 薬学教育6年制 スタート

6月 医療法等の一部を改正する法律 成立(2007年4月施行)

8月 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書(今後の病院薬剤師のあるべき業務と役割を整理)

3月 「チーム医療の推進について」(チーム医療の推進に関する検討会報告書)の公表

⇒臨床実践能力を持つ薬剤師の養成

⇒地域医療に貢献する薬局薬剤師、病棟などでチーム医療に参加する病院薬剤師

医療法

第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、**医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手**と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

平成4年 第二次医療法改正

2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、**病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）**、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能（以下「医療機能」という。）に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

平成18年 第五次医療法改正（薬局を追加）

18

⇒ なぜ平成18年の医療法改正で医療提供施設に位置づけたか

- ・ 医薬分業率が50%を超え（改正当時）、**地域における医薬品等の提供に当たり、薬局がこれまでも増して重要な役割を果たしている。**
- ・ 医療提供施設に位置づけることで、薬局に対して、調剤を中心とする質の高い医療サービスを提供し、**地域医療に貢献する責務**を求めることとした。

この約10年前の期待に、薬局はしっかり応えていたのか？
なぜ、同じようなことが指摘され続けるのか？

19

病院薬剤師の評価等に関する経緯	
薬剤師の数の議論	●平成10年12月 医療法の病院薬剤師配置の標準数の見直し →外来処方箋枚数、入院患者数をもとにした標準数に改正。3年後を目途に見直し。 ●平成13年10月 病院における人員配置基準に関する検討会報告 →変更の必要性は認められない。3年後を目途に検討。 ●平成17年12月 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」 →人員配置標準について検討会を設置し、これまでの経緯等を踏まえた具体的な検討を行う
	●平成19年4月 医療法改正により医療安全確保体制が義務化 →医薬品に係る安全管理のための体制確保、医薬品安全管理責任者の設置
薬剤師が求められる業務の議論	●平成19年8月 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書 →業務実態等の調査結果をもとに今後の病院薬剤師のあるべき業務と役割を整理
	●平成20年6月 安心と希望の医療確保ビジョン →職種間の協働・チーム医療の充実（医師と歯科医師・薬剤師等との協働）
	●平成22年度診療報酬改定（平成22年2月12日答申書附帯意見） →薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。
	●平成22年4月 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（医政局長通知） →チーム医療の推進について（報告書）を踏まえ薬剤師が可能な業務を例示
	●平成24年度診療報酬改定 → 病棟薬剤業務実施加算の新設 （週1回100点、療養・精神病棟は4週制限）
エビデンスに基づく議論	●平成26年度診療報酬改定 → 病棟薬剤業務実施加算の充実 （週1回100点、療養・精神病棟は6週制限）
	●平成28年度診療報酬改定 → 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価の新設 （1日につき80点）

チーム医療に関する評価

本日の内容

1. 薬剤師・薬局に関する最近の状況
2. 薬剤師・薬局に関連する制度改正の検討状況
3. 今後求められる薬剤師の職能と薬学教育への期待

21

薬事制度の主な改正

➢ 昭和35年 薬事法制定	●薬問答の許可制の創設 ●医薬品の製造及び輸入販売の整備 ●医薬品販売業の整備 など	S36 サリドマイド事件
➢ 昭和42年 医薬品の製造承認等に関する基本方針について（業務局長通知）発出	●添付資料の明確化 など	S47 症 スモン事件
➢ 昭和54年 薬事法の一部を改正する法律	●法律の目的に「有効性・安全性・品質の確保」を明記 ●薬問、医薬品販売業者等の販賣品の品質管理に関する遵守事項の整備 ●承認拒否事由を明示 ●再審査・再評価制度を設け など	H5 ソリブジン副作用問題
➢ 平成8年 薬事法等の一部を改正する法律	●GCP（医薬品の臨床試験の実施に関する基準）の強化 ●企業からの副作用報告を法律に明記 など	H7 非加熱製剤によるHIV感染問題 H8 壊 CJD事件 H13 壊 コンビニ販売
➢ 平成14年 薬事法及び採血及び供血あつせん業取締法の一部を改正する法律	●生物由来製品の安全管理 ●製造販売業者の安全対策責任の明確化 など	H16 壊 違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）問題
➢ 平成18年 薬事法の一部を改正する法律	●使用医薬品の販売制度の見直し ●指定薬物の導入	H18 壊 C型肝炎事件 H25 インターネット販売に関する最高裁判決
➢ 平成25年 薬事法等の一部を改正する法律・名称変更（11月公布）	●医薬品、医療機器等に係る安全対策の強化 ●医療機器の特性を踏まえた規制の構築 ●再生医療等製品の特性を踏まえた規制の構築	脱法ドラッグ問題
薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律（12月公布）	●医薬品の販売規制の強化 ●指定薬物の所持、使用等の禁止	

22

平成30年4月11日
第1回医薬品医療機器制度部会
資料1-1（抜粋）

「改正法の施行後5年を目途とした検討」のテーマについて

平成25年法改正時の附則にて施行後5年を目途とした見直しが規定されていることを受け、改正法の施行後の実施状況に加え、人口構造の変化と技術革新の影響等を含めた将来に向けた見通しの視点に基づき、医薬品医療機器等法について検討する。

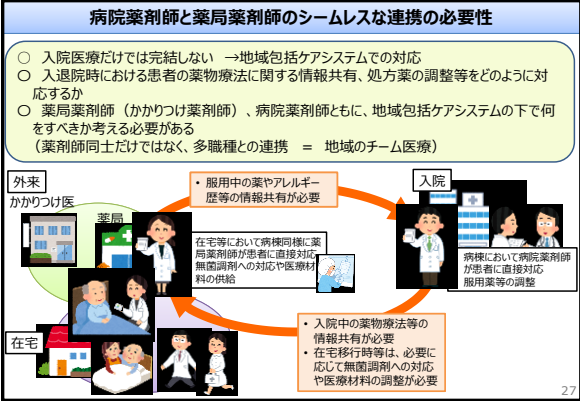
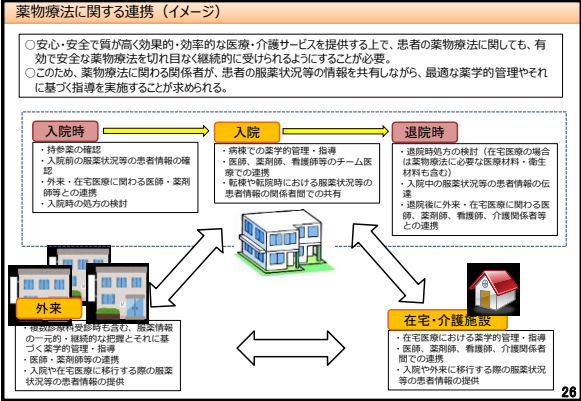
それぞれが、医薬品・医療機器等の研究開発や実用化、国民に対する製品・情報の提供、質的な保証の観点から、医療行政に影響を及ぼしつつあることを踏まえ、以下の3つのテーマを中心に検討を進めてはどうか。

- テーマ① 革新的な医薬品・医療機器等への迅速なアクセス確保・安全対策の充実
テーマ② 医薬品・医療機器等の適切な製造・流通・販売を確保する仕組みの充実
テーマ③ 薬局・薬剤師のあり方・医薬品等の安全な入手

23

平成25年の法改正後の施行状況及び検討テーマ		
主な改正内容	法改正後の施行状況	検討テーマ
平成25年改正(法律第84号) 1. 安全対策の強化 最新の知見による添付文書の編出等 2. 医療機器への規制の再構築 第三者認証の医療機器範囲の拡大、診断用半体プログラムの医療機器承認等 3. 再生医療等製品への規制構築 条件・期限付早期承認制度の導入等	●運用が進む中で、電子化を含めた最新添付文書の提供が課題となっている。 ●医療機器及び再生医療等製品の規制は当時としては合理的な改正であった。 ●一方で、医薬品を含め技術革新と国際競争が一層進展しており、迅速な患者アクセス、アジャイルな開発等のために、医薬品等の開発促進や製造における生産性向上（薬事規制の合理化等）が求められている。 ●承認と異なる製造方法での医薬品製造（化血研事業）、偽造医療用医薬品の流通（ハイパードラッグ）、チェーン薬局における処方箋付替、虚偽誇大広告事案などの問題事案が発生している。 ●海外から不正に未承認薬を個人輸入し、国内で販売する事案が発生している。	テーマ① 革新的な医薬品・医療機器等への迅速なアクセス確保やアジャイルな開発促進・生産性向上と安全対策の充実 テーマ② 医薬品等に対する国民の信頼を確保するための医薬品等の適切な製造・流通・販売の仕組み テーマ③ 人口構造の変化に対応するとともに患者がメリットを実感できる薬局・薬剤師のあり方
平成25年改正(法律第103号) 一般用医薬品のネット販売、要指導医薬品制度の創設、医療用医薬品対面販売の法制化、等	●ネット販売等については、実態調査を行いつつ、適切な販売方法の指導を徹底。 ●一方で、患者が医療サービスの効率を実感できない等の指摘があり、厚労省は「患者のための薬局ビジョン」を策定。将来の高齢化や人口減少に向けて、地域包括ケアの中で薬局・薬剤師が医療・介護の一翼を担い、適切な医薬品を提供する仕組み作りを進める必要がある。	

テーマ③ 薬局・薬剤師のあり方・医薬品等の安全な入手	
（問題意識） 処方箋受取率が70%を超えて医療分業が進展する一方で、患者が医療分業の利益を実感できていないとの指摘がある。平成27年に「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進しているが、地域包括ケアシステムの中でかかりつけ薬剤師・薬局が医療・介護の一翼を担い、地域の住民・患者が、品質の確保された医薬品を安全かつ有効に使用できるような取組の強化及び体制作りが一層求められているのではない。 インターネットを利用した個人輸入の増加など医薬品等の流通をめぐる状況を踏まえ、国民の入手する医薬品の安全性確保のために取組を強化する必要があるのではない。 （検討視点（例）） - 地域包括ケアシステムにおける薬局の果たすべき役割を整理し、より国民・患者が利益を享受できるような医療分業及びかかりつけ薬剤師・薬局の推進 - 離島・過疎地等において医薬品等を安全かつ確実に提供する観点から、国家戦略特区の実証を踏まえた遠隔服薬指導などICT技術の活用を含めた方策の検討 - 個人輸入に関する仕組みの法令上の位置づけの明確化等	平成25年度4月11日 第1回医薬品医療機器新制度部会 資料1-1（抜粋）



（服薬期間中のフォローアップ、医師等への情報提供）
（参考） ○ 薬剤師法では、平成8年改正により調剤したときの情報提供が、平成25年改正により薬学的知見に基づく指導が、それぞれ義務づけられた。 ＜平成8年改正＞ ※第25条の2の新設 第25条の2 薬剤師は、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供しなければならない。 ＜平成25年改正＞ ※下線部追加 第25条の2 薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。

関連法令の規定
○ 薬剤師法（昭和35年法律第146号） （情報の提供及び指導） 第二十五条の二 薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。 （参考） ○ 薬剤師法では、平成8年改正により調剤したときの情報提供が、平成25年改正により薬学的知見に基づく指導が、それぞれ義務づけられた。 ＜平成8年改正＞ ※第25条の2の新設 第25条の2 薬剤師は、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供しなければならない。 ＜平成25年改正＞ ※下線部追加 第25条の2 薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない。

[illegible]

○ 薬局に、患者の来局日以外の服薬期間中における継続的な服薬指導（電話による状況確認等）の実施状況について尋ねたところ、実施したことが「ある」との回答が39.9%であり、「ない」47.9%であった。また、その必要性については、「患者によっては必要だと思う」65.3%、「必要だと思う」14.3%、「必要とは思わない」8.2%であった。

＜薬局調査＞

➤ 患者の来局日以外の服薬期間中における継続的な服薬指導（電話による状況確認等）の実施状況等

【実施の有無】

実施の有無	割合
ある	39.9%
ない	47.9%
無回答	12.2%

n=56,966

【必要性】

必要性	割合
患者によっては必要だと思う	65.3%
必要だと思う	14.3%
必要とは思わない	8.2%

n=56,966

H28医療従事者状況調査（薬局の業務に係る実態調査）

31

第3 薬剤師・薬局のあり方

1. 具体的な方向性

(1) 患者の薬物療法を支援するために必要な薬剤師・薬局における取組

① 服用期間を通じた継続的な薬学的管理と患者支援

○ 現在の薬物療法等の規定では、薬剤師は調剤に関する情報提供や薬学的知見に基づき指導を行うことが義務づけられているが、実際の服用期間を通して服薬に関する指導を行うべきは、必ずしも明確ではない。このため、薬剤師には、調剤のみならず、薬剤の服用期間を通して、一般用医薬品等を含む必要な服薬上の把握や薬学的知見に基づき指導を行う義務があることを明確化すべきである。

○ また、患者に対する継続的な薬学的管理・指導を効果的に実施できるように、薬剤師に、上記において把握した患者の服薬状況等の情報や実施した指導の内容について記録することを義務づけるべきである。

○ 薬局開設者とは、その薬局に従事する薬剤師に対して、上記に関する業務を実施させるべきである。

② 医師等への服薬状況等に関する情報の提供

○ 薬剤師は、把握した患者の服薬状況等に関する情報について、医療機関・薬局において診療又は調剤に従事する医師、歯科医師、薬剤師へ適切な頻度で提供するように努めるべきことを明確化すべきである。

③ 薬剤師の資質の向上

○ 以上の役割を果たするためには、薬剤師から医師に自己研鑽し始め、専門性を高めていくことが重要である。

『薬機法等制度改正に関するとりまとめ』
(平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器部会) 32

33

○ 近年、薬局数及び薬局で勤務する薬剤師数はいずれも増加している。

薬局数の推移 (万)

年	薬局数 (万)
H8	4.0
H10	4.2
H12	4.4
H14	4.6
H16	4.8
H18	5.0
H20	5.1
H22	5.3
H24	5.4
H26	5.6
H28	5.9

※ 平成29年度実績

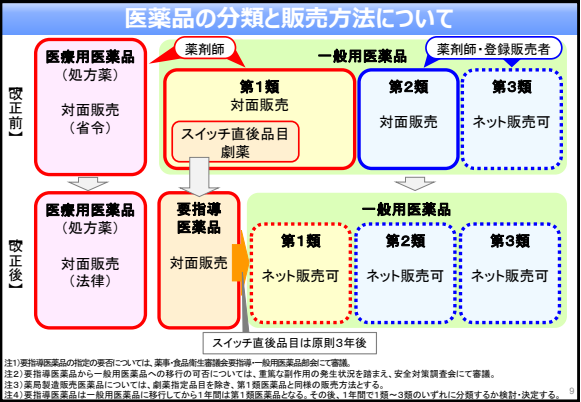
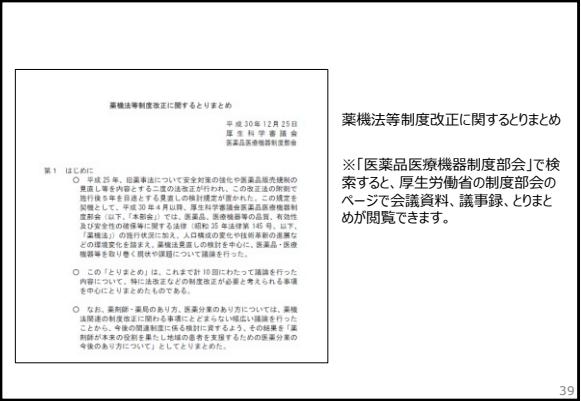
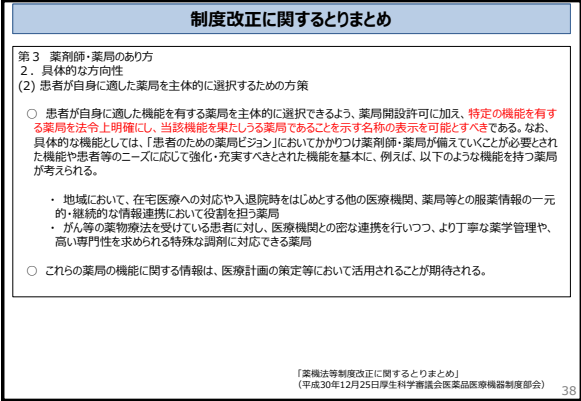
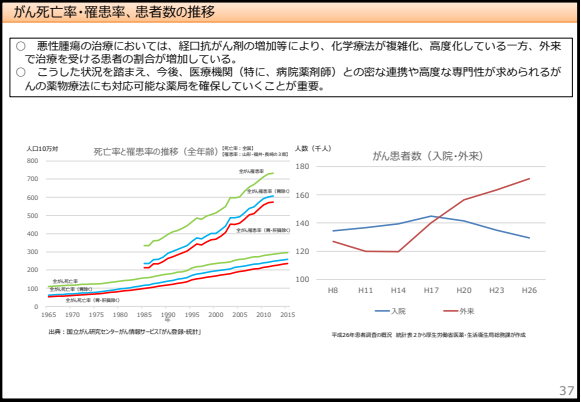
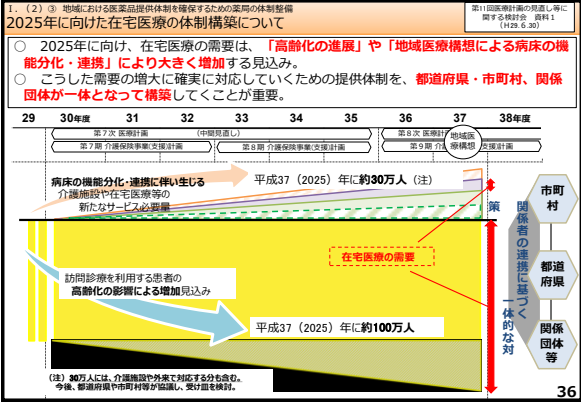
薬剤師数の推移 (万人)

年	薬局 (万人)	病院 (万人)	診療所 (万人)	その他 (万人)	合計 (万人)
H8	7.0	4.6	5.5	2.3	19.4
H10	7.5	4.9	5.8	2.4	20.6
H12	7.9	5.1	6.0	2.5	21.5
H14	8.3	5.3	6.2	2.6	22.4
H16	8.7	5.5	6.4	2.7	23.3
H18	9.0	5.7	6.6	2.8	24.1
H20	9.3	5.9	6.8	2.9	24.9
H22	9.6	6.1	7.0	3.0	25.7
H24	9.9	6.3	7.2	3.1	26.5
H26	10.2	6.5	7.4	3.2	27.3
H28	10.5	6.7	7.6	3.3	28.1

※ 平成28年度医療施設調査

参考：一般診療所101,505施設、病院4,349施設（平成29年1月末日現在。平成28年度医療施設調査）

○**医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）**
（定義）
 二 二 の法律で「**薬局とは、薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所**」（その開設者が医薬品の販売業を併せ行う場合には、その販売に必要な場所を含む。）をいい、ただし、病院又は診療所又は保健動物診療施設等の調剤所を除く。
（調剤の許可）
 第三條 薬局を開設する者は、**都道府県知事**の許可を受けなければならない。この場合において、**市長又は区長、市長又は区長、市長又は区長**は、第三項において準用する第一項（第三十八条第一項）において準用する第一項及び第二項において準用する場合を含む。及び第二項（第三十八条第一項）において準用する場合を含む。において同一。○**許可を受けなければ、罰せられることはない。**
 三 前項の許可を受けようとする者は、厚生労働省令で定めることにより、次に掲げる事項を記載した申請書をその薬局の都道府県都道府県知事に提出しなければならない。
 一 氏名又は名称及び住所並びに法人にあっては、その代表者の氏名
 二 その薬局の名称及び所在地
 三 その薬局の業務の範囲
 四 その薬局において**調剤を行う薬剤師の販売又は授与の業務を行う体制の概要**並びに薬局において**医薬品の販売業を併せ行う場合**においては**医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要**
 五 法人にあっては、薬局の調剤の業務を行う役員等の氏名
 六 その他厚生労働省令で定める事項
 三～五（調剤）
 第五条～（第十一条）（略）
 ○**保険医療法及び保険業法施行規則並びに昭和32年厚生省令第16号）**
（健康保険事業の健全な運営の確保）
 第二之二（保険事業上、その相当する療養の給付に關し、**次の各号に掲げられた行為**を行つてはならない。）
 一 健康保険事業上、**一般の利益を損ない、患者に對し特定の療養の給付に關する行為を行つてはならない**と指示するものとして、**患者の他の財産上の利益を害するもの。**
 二 前項に規定するが、保険事業上、その相当する療養の給付に關し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。



健康サポート薬局の概要

健康サポート薬局

- かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能をし、
- 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局
- 都道府県知事等に届出を行い、薬局機能情報提供制度に基づき公表。

※平成28年10月から届出開始

※「積極的な支援」とは

① 医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言

② 地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、適切な専門職種や関係機関に紹介

③ 率先して地域住民の健康サポートを実施し、地域の薬局への情報発信、取組支援も実施

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能

① 服薬情報の一元的な把握とそれに基づき薬学的管理・指導

② 24時間対応、在宅対応

③ かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化

健康サポート機能

① 地域における連携体制の構築

② 薬剤師の資質確保

③ 薬局の設備

④ 薬局における表示

⑤ 要指導医薬品等の取扱い

⑥ 開局時間

⑦ 健康相談・健康サポート

健康サポート薬局数

全数 1,220（平成30年12月28日時点）

北海道	67	東京都	122	滋賀県	14	徳島県	17
青森県	13	神奈川県	73	京都府	10	香川県	14
岩手県	7	新潟県	29	大阪府	128	愛媛県	14
宮城県	19	山梨県	9	兵庫県	15	高知県	6
秋田県	19	長野県	22	奈良県	10	福岡県	47
山形県	10	富山県	11	和歌山県	32	佐賀県	7
福島県	32	石川県	14	鳥取県	3	長崎県	8
茨城県	40	岐阜県	18	島根県	5	熊本県	33
栃木県	17	静岡県	21	岡山県	25	大分県	18
群馬県	25	愛知県	39	広島県	39	宮崎県	6
埼玉県	56	三重県	18	山口県	17	鹿児島県	16
千葉県	46	福井県	5			沖縄県	4

健康サポート薬局に係る現状

出前講座

薬剤師「いまさら聞けないお薬の疑問」
看護士「認知症予防」
栄養士「減塩のコツ」等の
地域住民向け講座の実施。

健康フェア

お薬・栄養・介護相談会

薬剤師・管理栄養士がコフボレーショ
ン、病気や食生活に関する話題の提
供や相談会の実施。

ロコモ活動教室

ちよとそこまで歩こう会

薬局に地域住民が集まり、看護師等も
同行しながらウォーキング等を実施。

健康通信

季節に合わせて健康や疾病
予防に関する情報を発信。

1日薬剤師体験

地域の子供たちが、薬の
作り方や薬剤師の仕事
など薬局の裏側を体験。

受診勧奨により早期治療に
つながった事例（皮疹）

【得策】
○ 塗り薬を求めて薬局を訪れた。
【健康サポート薬局における対応】
○ 症状を伺った結果、帯状疱疹
の可能性を考慮し、受診勧奨を
した。
【その後の経過】
○ その後、抗ウイルス薬の処方箋
を持参され、帯状疱疹であったこ
とを確認した。

OTCの販売の場では、

■ OTCを求めて薬局・店舗を訪れる消費者は様々。
老若男女。バックグラウンドや症状等も多様。

■ さらに、同一人でも、時・場合によって、来局・来店時の状況・ニーズは
異なる。例えば、

○ 消費者側で、購入しようとする目当ての商品があらかじめ決まっている場合

⇕

○ 目当ての商品は特段なく、何かよい商品はないかなど、健康・体調の問題に
関して解決策を探しに来る場合

OTCの提供に携わる専門家は、
モノ（医薬品）のリスクごとの（一律的な）対応だけではなく、
来局・来店する消費者一人一人の状況を踏まえ助言（情報発信）していくことが
期待されている。

本日の内容

1. 薬剤師・薬局に関する最近の状況

2. 薬剤師・薬局に関連する制度改正の検討状況

3. 今後求められる薬剤師の職能と薬学教育への期待

薬学教育6年制

2004年（H16）6月

薬学教育6年制に関する法律が成立

2006年（H18）4月

薬学教育6年制課程の学生入学

2010年（H22）10月

薬剤師国家試験出題基準策定

2012年（H24）3月

6年制課程に対応した薬剤師国家試験（第97回）

2013年（H25）12月

薬学教育モデル・コアカリキュラムの改訂

2015年（H27）4月

改訂コアカリに基づく薬学教育課程の学生入学

2016年（H28）2月

新たな合格基準による薬剤師国家試験（第101回）
相対基準の導入など

2016年（H28）11月

新たな薬剤師国家試験出題基準策定

2019年（H31）2月

改訂コアカリに基づく実務実習開始

2021年（H32年度）

改訂コアカリに対応した薬剤師国家試験（第106回）
出題基準は、学術の進歩及び薬剤師業務の変化に伴い、おおむね4年を目途に改定する。

第5次医薬法改正（薬
師法改正）（H18.6）
薬事法改正（医薬品販
売規制改正）（H18.6）
H24年度診療報酬改定
（診療業務評価）
薬事法改正（ネット販
売）（H25.12）
患者のための薬局ビジョン
（H27.10）
H28年度診療報酬改定
（かかりつけ薬剤師指導
料）
制度部会において薬剤
師・薬局のあり方を議論
（H30.12）

119

薬学部6年卒業時に必要とされている資質

● 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

● チーム医療への参画

● 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

● 教育能力

薬剤師法

(薬剤師の任務)

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

「目的」ではなく「手段」

<参考：医師法>

(医師の任務)

第1条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

「目的」はこちら

薬剤師綱領

一、薬剤師は、国から付託された資格に基づき、医薬品の製造、調剤、供給において、その固有の任務を遂行することにより、医療水準の向上に資することを本領とする。

一、薬剤師は、広く薬事衛生をつかさどる専門職としてその職能を発揮し、国民の健康増進に寄与する社会的責務を担う。

一、薬剤師はその業務が人の生命健康にかかわることに深く思いを致し、絶えず薬学、医学の成果を吸収して、人類の福祉に貢献するよう努める。

日本薬剤師会

薬剤師行動規範

昭和43年8月26日 薬剤師倫理規定制定
平成9年10月24日 薬剤師倫理規定改定
平成30年1月17日 薬剤師行動規範制定

薬剤師は、国民の信託により、憲法及び法令に基づき、医療の担い手として、人権の中で最も基本的な生命及び生存に関する権利を守る責務を担っている。この責務の根底には生命への畏敬に基づく倫理が存在し、さらに、医薬品の創製から、供給、適正な使用及びその使用状況の経過観察に至るまでの業務に関わる、確固たる薬（やく）の倫理が求められる。

薬剤師が人々の信頼に応え、保健・医療の向上及び福祉の増進を通じて社会に対する責任を全うするために、薬剤師と国民、医療・介護関係者及び社会との関係を明示し、ここに薬剤師行動規範を制定する。

薬剤師行動規範

1. 任務
薬剤師は、個人の生命、尊厳及び権利を尊重し、医薬品の供給その他の薬事衛生業務を適切に果たすことにより、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって人々の健康な生活を確保するものとする。

2. 最善努力義務
薬剤師は、常に自らを律し、良心と他者及び社会への愛情をもって、保健・医療の向上及び福祉の増進に努め、人々の利益のため職能の最善を尽くす。

3. 法令等の遵守
薬剤師は、薬剤師法その他の関連法規を正しく理解するとともに、これらを遵守して職務を遂行する。

4. 品位及び信用の維持と向上
薬剤師は、常に品位と信用を維持し、更に高めるように努め、その職務遂行にあたって、これを損なう行為及び他者にもとめる行為をしない。

5. 守秘義務
薬剤師は、職務上知り得た患者等の情報を適正に管理し、正当な理由なく漏洩し、又は利用してはならない。

6. 患者の自己決定権の尊重
薬剤師は、患者の尊厳と自主性に敬意を払うことによって、その知る権利及び自己決定の権利を尊重し、これを支援する。

7. 差別の排除
薬剤師は、人種、ジェンダー、職業、地位、思想・信条及び宗教等によって個人を差別せず、職能倫理と科学的根拠に基づき公正に対応する。

8. 生涯研鑽
薬剤師は、生涯にわたり知識と技能の水準を維持及び向上するよう研鑽するとともに、先人の業績に敬意を払い、また後進の育成に努める。

9. 学術発展への寄与
薬剤師は、研究や職能の実践を通じて、専門的知識、技術及び社会知の創生と進歩に尽くし、実学の発展に寄与する。

10. 職能の基盤の継続的な実践と向上
薬剤師は、薬剤師が果たすべき業務の職能基盤を科学的原則や社会制度に基づいて定め、実践、管理、教育及び研究等を通じてその向上を図る。

11. 多職種間の連携と協働
薬剤師は、広範囲にわたる業務を担う薬剤師間の相互協調に努めるとともに、他の医療・介護関係者等と連携、協働して社会に貢献する。

12. 医薬品の品質、有効性及び安全性等の確保
薬剤師は、医薬品の創製から、供給、適正な使用及びその使用状況の経過観察に至るまで常に医薬品の品質、有効性及び安全性の確保に努め、また医薬品が適正に使用されるよう、患者等に正確かつ適正な情報提供及び指導を行う。

13. 医療及び介護提供体制への貢献
薬剤師は、予防、医療及び介護の各局面において、薬剤師の職能を十分に発揮し、地域や社会が求める医療及び介護提供体制の適正な推進に貢献する。

14. 国民の主体的な健康管理への支援
薬剤師は、国民が自分自身の健康に責任を持ち、個人の意思又は判断のもとに健康を維持、管理するセルフケアを積極的に支援する。

15. 医療資源の公正な配分
薬剤師は、利用可能な医療資源に限りがあることや公正性の原則を常に考慮し、個人及び社会に最良の医療を提供する。

薬剤師のスキルアッププログラム（イメージ）

患者に提供する薬物治療の質の向上

薬剤師の資質向上

生涯学習

生涯研修
認定薬剤師

専門薬剤師

特定領域
認定薬剤師

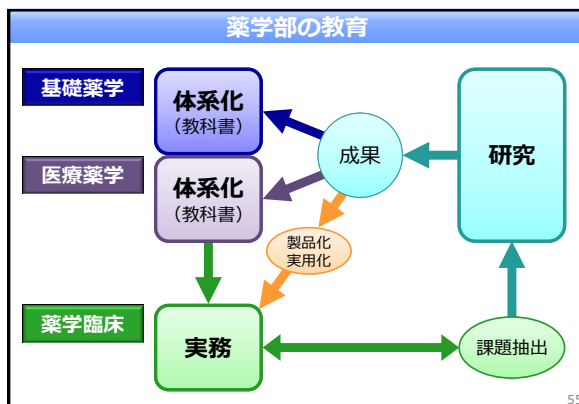
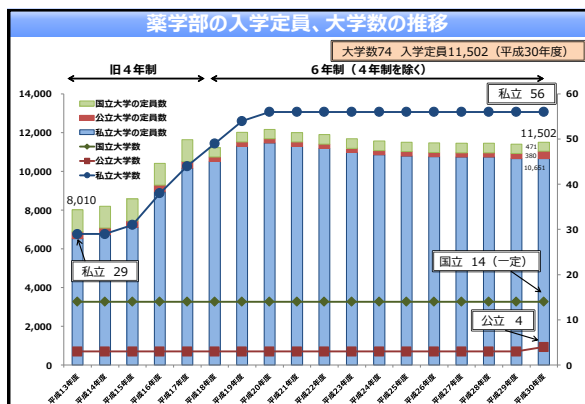
博士

研究

初期研修（レジデント）

薬剤師免許取得

実務実習



薬学教育 ≠ 薬剤師国家試験に合格させること

【薬学教育モデル・コアカリキュラム（平成25年度改訂版）】

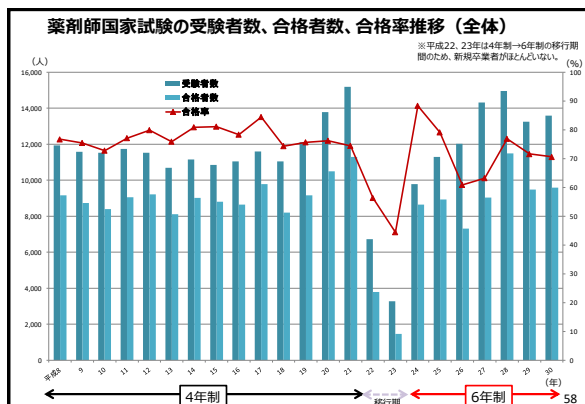
1. モデル・コアカリキュラムの基本理念と位置づけ（抜粋）

今回の改訂は、大学が主体的で実効性のある充実した薬学教育を展開することにより、6年制薬学教育の質の向上を目指すために行うものであり、各大学の教育カリキュラムが薬学共用試験や薬剤師国家試験に合格することのみを目標とする教育に偏ることのないよう留意すべきである。

薬学教育？ 国試予備校？

（薬学教育評価機構による大学の評価結果より）

- ・ 薬剤師国家試験に偏重したカリキュラム編成となっている
- ・ 薬学共用試験や薬剤師国家試験に向けた受験準備教育が多く設定されている
- ・ 5月～12月まで開講している演習は、事実上国家試験対策になっている。6年次のカリキュラムが国家試験準備教育に過度に偏重している
- ・ 学習時間配当が「卒業研究」より国家試験受験対策を重視したものになっている
- ・ 学生が卒業研究より国家試験準備教育を重要だと感じ、卒業研究を相対的に軽視する状況を生じることが懸念される時間割になっている
- ・ 卒業研究に試験を課している
- ・ 薬剤師国家試験対策の講義・演習のために卒業研究の時間が短縮されている
- ・ ストレートで卒業する学生の割合が低い
- ・ 卒業率が年々低下している
- ・ 国家試験対策予備校に授業を委託している科目を必修科目とし、その不合格だけで卒業できない学生が相当数いる



様々な課題

- ・ 【大学】 薬剤師として求められる資質を薬学教育で学ぶことができるか
 - － 専門性のほか、医療人としての覚悟や責任は？ 薬剤師としての倫理観は？
 - － 国家試験にできるから学習する？ でないものは学習しない？
 - － 教員は最新の臨床現場を知っているのか？
- ・ 【薬局・医療機関】 資質を持った薬剤師が、患者のために役割を發揮できる業務を薬局や医療機関で行っているか
- ・ 【薬剤師】 免許を取得した薬剤師は、専門性を持つために、生涯研修に取り組んでいるのか、卒後の研修等をどのように考えるか

薬剤師の仕事

薬剤師の仕事とは？

- 患者の病気を治すこと
- 薬の副作用から守ること

薬学部教育の目的も同じ

すべての薬学部教員は
最新の薬剤師の現場を知るべき
(薬学部では基礎と臨床は不可分)

60

さいごに

- 薬剤師に求められるのは、臨床現場での問題解決能力。試行錯誤する努力と度胸も。患者・社会のニーズへの柔軟な対応が必要。
- その前提として薬剤師として持つべきなのは、専門家としての薬の知識、医療人としての覚悟と責任感
- 「研究能力」を有し、「自己研鑽」に励む薬剤師の養成が重要
 - 実務実習における気付きが卒業研究のテーマになれば、素晴らしい。(国家試験対策だけでは研究能力は全く向上しない)
 - 研究能力を活用して、日々の業務に関するエビデンス作りに関与すべき。(薬剤師の社会的役割の向上、職能発揮に役立つ)
 - 国家試験の合格は薬剤師としての第一歩に過ぎず、日々の自己研鑽が重要であることを、しっかりと教育していただきたい。(合格することが目的ではない)

61

ご清聴ありがとうございました

- 薬局・薬剤師に関する情報
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/yakuhin/yakkyoku_yakuzai/index.html
 厚生労働省から発出された薬局・薬剤師に関する法令・通知等の情報が入手できます。
- おくすり e 情報
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/yakuhin/okusuri/index.html>
 普及啓発、法令検索、統計、最近の話題、薬剤師・薬学教育等の情報が入手できます。
- 医薬品医療機器情報配信サービス (PMDAメディナビ)
<http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medi-navi/0007.html>
 無料登録で、医薬品・医療機器の安全性情報、医薬品の承認情報がタイムリーにメールで配信されます。



62

＜参加者による講演報告 教育講演 2＞

本ワークショップでは、厚生労働省医薬・生活衛生局総務課薬事企画官として、薬局・薬剤師関連政策を担当されている安川孝志氏より、「薬剤師を巡る現状と薬学教育への期待」と題しての講演が行われた。講演は以下の3つの部分に分かれており、これに沿って概要を紹介すると共に、感想を記しておきたい。

1. 薬剤師・薬局に関する最近の状況：

日本社会は人口減少に伴い、高齢化率の上昇（現状 26.6%→2065 年推計 38.4%）に加えて、現役世代の急減（現状 60.7%→同 51.4%へ）への対応が深刻化する。薬剤師は、増加し続ける現状の医療費 41 兆円（薬剤費 7.4 兆円）における調剤技術料 1.8 兆円に見合った業務を行っているかが問われている。薬局では、医薬分業に見合うサービス向上・業務改善が不十分ではないか？利便性の向上のみならず、多剤・重複防止、相互作用防止、残薬対策など取り組むべき課題は多い。平成 18 年の医療法改正（薬局の医療施設化）以降も同様な指摘が続いている。

2. 薬剤師・薬局に関連する制度改正の検討状況：

平成 25 年の薬事法改正に続く見直しとして、将来への視点から 3 つのテーマが重要になる：①革新的医薬品等への迅速なアクセスの確保 — アンメットニーズ解消への開発促進、生産性向上、安全対策充実。②医薬品等の適切な製造・流通・販売の確保 — 国内外における不適正な流通を排除して国民の信頼を確保するための仕組み作り。③薬局・薬剤師のあり方に基づく医薬品等の安全な入手 — 患者がメリットを実感できるかかりつけ薬剤師、健康サポート薬局の推進。

これからの薬局薬剤師は、病院薬剤師・他職種と共に地域のチーム医療として、何かできるかを考えるべき。例としては、入退院時の薬歴・臨床検査値等の情報共有・処方薬調整、来局時以外の継続的な服薬指導、無菌調剤への対応等の基幹業務の改善に加えて、出前講座・ロコモ活動教室、健康フェア・健康通信、地域の子供への教育等さまざまな可能性がある。OTC についても、モノ中心の一律的な対応ではなく、消費者一人一人の状況を踏まえた助言機能が重要である。病院薬剤師は積年の努力を通じて役割が「見える化」されてきた（その象徴として、病院薬剤師の活躍を描いたコミック「アンサンング・シンデレラ」がある）。是非、薬局薬剤師も役割の「見える化」をして欲しい。

3. 今後求められる薬剤師の職能と薬学教育への期待：

6 年制薬学教育への移行、改訂コアカリ「10 の資質」に続いて、薬剤師行動規範（日薬）が制定された。これらを踏まえた薬学教育・薬剤師養成の実質化、すなわち臨床現場での問題解決能力を有する薬剤師の養成と生涯研鑽が重要である。その前提として、①専門家としての薬の知識と共に、医療人としての覚悟や責任感、②研究能力（実務実習での気づきが卒業研究につながれば素晴らしい。医療現場でのエビデンス作りは、薬剤師の地位向上に直結）、③薬剤師の生涯教育への意識向上につながる自己研鑽（国試合格は目的ではない）を重視した教育を行って欲しい。

薬学部・薬剤師出身の安川氏らしい熱い思いの伝わる講演であった。薬学部 6 年次は国試対策のためにあるのではない。すべての薬学部教員は薬剤師の最新の現場を知って薬剤師の職能養成・生涯教育に協力して欲しい。全国にこれほどの数の薬学部・薬科大学が必要なのかなど、薬学部教員にとって強烈なメッセージが込められていた。ただし、山口氏の講演にもあったように、病院・患者・薬局間の情報共有など、薬剤師一人一人の努力だけでは解決できない課題も多い。薬剤師の職能発揮をもとに厚労省が患者・国民のための医療施策を迅速に推進されることを強く願うものである。

(3G 松岡一郎)

【講演の概要】

1. 薬剤師・薬局に関する最近の状況

日本の生産年齢人口の減少が加速している中、高齢者数は増加しており、2040 年ごろを展望した医療・介護サービスをどのように確保していくのが重要である。また、社会保障給付費は約 120 兆円で、国の一般歳出の半分以上を占めており、高齢化に伴い年々増加している。調剤医療費は約 7.4 兆円でそのうち約 1/4 の 1.8 兆円が調剤技術料であるが、薬局薬剤師はそれに見合った業務を行っているのかと疑問視されている。薬局での服薬指導は薬剤情報提供文書をただ読み上げるだけの形式的なもので患者からは薬を渡すだけの仕事だと思われるほか、地域包括ケアシステムの下での薬剤師の役割が介護関係者や行政にも理解されていない。



平成 18 年の医療法改正で薬局は医療提携施設に位置付けられ、調剤を中心とする質の高い医療サービスを提供し、地域医療に貢献する責務を求められたが、この 10 年前の期待に薬局薬剤師はしっかりと応えてきたのかを考える必要がある。一方、病院薬剤師は、医療安全への関わりについてデータや医師等へのアンケートなどエビデンスに基づき薬剤師業務を明確化しており、チーム医療における役割に関しても評価されている。

2. 薬剤師・薬局に関連する制度改正の検討状況

平成 25 年度の法改正後の実施状況を踏まえ、人口構造の変化に対応するとともに患者がメリットを実感できる薬局・薬剤師のあり方などについて検討されており、処方箋受取率が 70%を超えて医薬分業が進展する一方で、患者が医薬分業の利益を実感できていないことが指摘されている。安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療・介護サービスを提供する上で、患者の薬物療法に関しても、有効で安全な薬物療法を切れ目なく継続的に受けられるようにするためには、病院薬剤師と薬局薬剤師がどう連携すべきかだけでなく、多職種と連携し地域のチーム医療をどうすべきかを考える必要がある。がんの薬物治療など、より丁寧な薬学的管理を要する疾患においては、テレフォロアップなど、医療機関からの指示に基づいて薬局薬剤師が来局日以外の服用期間中に服薬状況等をフォローし、その結果を医療機関に共有することで副作用等への対応をより適切に行うことができるが、どのようなケースに必要となるのかを薬剤師の職能として判断するためにどう教育するのかを考える必要がある。

3. 今後求められる薬剤師の職能と薬学教育への期待

薬学部 6 年卒業時に必要とされる 10 の資質や薬剤師行動規範が制定され、薬剤師には専門家としての薬の知識や医療人としての覚悟と責任感、臨床現場での問題解決能力が求められる。患者・社会のニーズに柔軟に対応していく必要があり、研究能力を有し自己研鑽に励む薬剤師の養成が重要であるが、そのためには、すべての薬学教員が最新の薬剤師の現場を知るべきである。

【感想】

患者や社会のニーズに対応し質の高い医療を提供できる薬剤師を養成するためには、大学教員が臨床現場や問題点をしっかりと理解しておくことや薬剤師の資質向上のための生涯学習の重要性について改めて考える機会となった。

(4G 小林大介)

Group Discussion

平成25年度改訂コアカリ導入から4年
～薬学教育の更なる充実のために～

平成25年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況
に関する調査・研究」ワークショップ

ワールドカフェでは

平成25年度改訂コアカリ導入後に

- ラウンド1 導入に合わせて取り入れたこと、工夫したこと
- ラウンド2 実施して良かったこと
- ラウンド3 実施して新たに出てきた問題点

各大学の教育の現状について情報共有をしていただきました。

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

グループディスカッションでは、

テーマ

平成25年度改訂コアカリ導入から4年、今、感じている改訂コアカリ実施上の課題

短い時間ですが、これから薬学部へ入学してくる学生のために、薬学教育の更なる充実を目指したディスカッションをお願いします。

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

グループディスカッションの進め方

★司会進行、書記（ホワイトボード担当）、書記（PC/報告書担当）、発表者を決めてください。

1. アンケート結果、ワールドカフェ、教育講演なども踏まえ、改訂コアカリ導入後の4年間を終えた今感じている改訂コアカリ実施上の問題点について列挙する
2. 出てきた問題点を整理し、一番重要で早急に対応が必要な課題を設定する
3. その課題の解決策、改善策を具体的に考える。

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

プロダクトイメージ

★テンプレートはUSBでお配りします

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

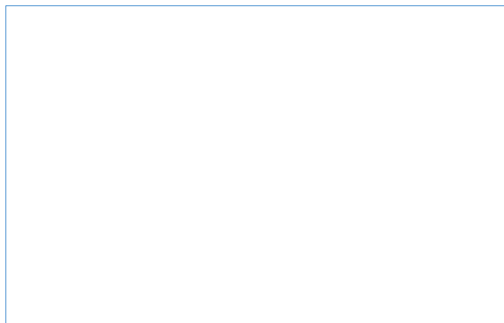
グループ番号 ●●

役割	メンバー名
司会・進行	
書記 (ホワイトボード)	
書記 (PC/グループ報告書)	
発表	
その他の報告書*	

* 教育講演：藤崎（9，10G）、教育講演：厚労省（3，4G）、基調講演：山口（5，6G）、WS全体（7，8G）

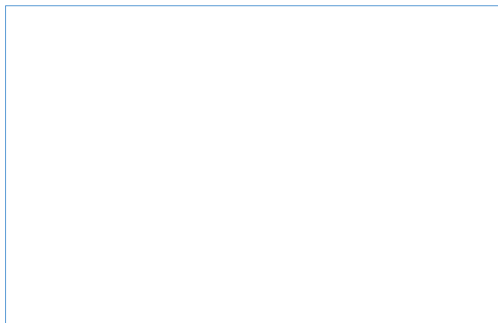
2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

●各グループで挙げた問題点



2019/2/17 文科省委託日本
薬学会WS

●設定した課題の解決策、改善策



2019/2/17 文科省委託日本
薬学会WS

発 表

- 各グループで挙げた問題点
- 最重要課題の紹介
- 課題の解決策、改善策

- 1班5分以内でお願いします
- 奇数班→2301講義室
- 偶数班→2201講義室

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

ディスカッションタイム (90分)

13時35分～15時05分

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

発 表

- 各グループで挙げた問題点
- 最重要課題の紹介と選択理由
- 選択した課題の解決策、改善策

- 1班5分以内でお願いします
- 奇数班→2301講義室
- 偶数班→2201講義室

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

移動

15時55分までに、
2301講義室へお集まりください

2019/2/17 文科省委託日本薬学会WS

1 グループ

I. 問題点

1. 評価法：ルーブリックによるパフォーマンス評価

- ・評価が難しい（評価者の主観が入らないか？ バラツキがあるのでは？）
- ・ルーブリックの作成も難しい。
- ・教員の負担も大きい。
- ・社会にでると、職場にルーブリックのようなものは存在しない。学生がルーブリックに慣れきってしまうと、社会人になった後、ゴールに到達するためのプロセスを自分で考える能力を喪失するリスクを危惧する。

2. SBOs の数は削減されたが、実質的な内容は増大したのでは？

- ・SBOs 1 個あたりの内容が拡大したのではないか？
- ・本当にコアなのか？
- ・系のバランスにも問題あるのでは？
- ・系ごとに、個々の SBOs が含む内容に大きな相違がある。事細かに SBOs が設定されている系もあれば、色々な内容を含む大きなくりの SBOs もある。

3. 30%の各大学独自の教育内容

- ・選択科目を増やすことで対応するのが手っ取り早い、教員側の負担が大きくなる。
- ・薬学評価機構による評価でも、「選択科目が少ない」という指摘がある。
- ・30%の根拠は何？ 何の 30%？

●各グループで挙がった問題点

- ・評価
科目横断的な評価、自己研鑽
ルーブリック評価のバラツキ
選した教科、教育内容があるはず（その教科のみに）
学生の意識（基準さえ満たせばいい？）
- ・SBOs の数↓ しかし 教育内容↑ ?
時間、教員・学生にとって、負担
- ・大学独自の内容
教科数↑、学生の負担↑

2019/1/17 資料審議委員会
第10回/10

II. 解決策

1. 評価法：ルーブリックによるパフォーマンス評価

- ・学生同士のピアレビュー → n 数の確保
- ・模擬患者からのフィードバック

形成的評価には利用できるが、総括的評価には利用できないのでは？

2. SBOs の数、教育内容

次期コアカリ改訂で、検討いただく。（現時点で、教員が解決策を考える立場にはない）

●設定した課題の解決策、改善策

- ・「評価」
学生同士によるピア評価（n数の増大）
参考にはなる。評価の責任の所在は？
形成的評価には利用できるかも。
総括的評価は無理
態度の評価：レポートの提出時期
発言・質問回数
- ・「大学独自の内容（30%）」
選択授業を増やすのではなくて、各授業の中に入れ込む？

2019/1/17 資料審議委員会
第10回/10

（1G 坂根稔康）

2 グループ

グループワークテーマ「平成 25 年度改訂コアカリ導入から 4 年、今感じている改訂コアカリ実施上の課題」について竹内先生司会のもと、グループメンバーで順番に意見を挙げていった。

以下の項目が上がってきた。

- 1) 教員の負担↑
 - 現場のマンパワー不足
- 2) 研究時間↓
- 3) 基礎力強化のための時間不足
 - 「C」領域の相対的な比重↓
- 4) 薬剤師教育の比重↑
 - 教育の本質を見失う
- 5) PBL、SGD などの評価に対する教員の教育
 - ルーブリックなど評価基準の統一化（不十分）
 - 各種評価の標準化（ピア、授業評価など）
- 6) 複合科目（基礎＋臨床）
 - 複合のノウハウ不足
- 7) アクティブラーニングと座学の比重
- 8) 生涯教育の重要性を教える
- 9) 学生負担↑
 - コアカリのスリム化がなされていない（本質的に変わっていない）SBOS は依然多い
- 10) 4 年制と 6 年制の共講義の実施

●各グループで挙げた問題点

- 1) 教員の負担↑
 - 現場のマンパワー不足
- 2) 研究時間↓
- 3) 基礎力強化のための時間不足
 - 「C」領域の相対的な比重↓
- 4) 薬剤師教育の比重↑
 - 教育の本質を見失う
- 5) PBL、SGD などの評価に対する教員の教育
 - ルーブリックなど評価基準の統一化（不十分）
 - 各種評価の標準化（ピア、授業評価など）

●各グループで挙げた問題点2

- 6) 複合科目（基礎＋臨床）
 - 複合のノウハウ不足
- 7) アクティブラーニングと座学の比重
- 8) 生涯教育の重要性を教える
- 9) 学生負担↑
 - コアカリのスリム化がなされていない（本質的に変わっていない）SBOS は依然多い
- 10) 4 年制と 6 年制の共講義の実施

このうち最も重要な項目として 9) を取り上げ、その解決策などを話し合った。

- ・内容を大幅に削減してスリム化する
 - 本当にコアのものとそうでないものを分け選択制にする。多段階に分類する。
 - 薬学教育でなく薬剤師教育に必要なものをコアにする。
 - CBT-国試の出題範囲を整理する。

これに伴い

- 国試を簡単にし、卒後研修を充実させる。
- 前提となる医師・歯科医師の基本的資質に準じる

などの処置が必要となる。

見込まれる結果として

- ・教員の負担軽減、研究時間の確保につながる。
- ・コア以外の部分を大学独自に補完することで大学の特色につながっていく。

●設定した課題の解決策、改善策

- 9) について
- ・内容を大幅に削減してスリム化する
 - 本当にコアのものとそうでないものを分け選択制にする。多段階に分類する。
 - 薬学教育でなく薬剤師教育に必要なものをコアにする。
 - CBT-国試の出題範囲を整理する。
 - これに伴い
 - 国試を簡単にし、卒後研修を充実させる。
 - 前提となる医師・歯科医師の基本的資質に準じる
- 結果：教員の負担、研究時間の確保につながる。
大学の特色につながっていく。

発表会では国試を簡単にするのは今の流れに逆行するがどうかとの質問を受けたが、学生たちは簡単化し、卒後研修を充実させることで、薬剤師免許を学生皆が取得し、それぞれの進路にあった特性を身に着けることができると回答した。

(2G 和田光弘)

3 グループ

「平成 25 年度改訂コアカリ導入から 4 年～薬学教育の更なる充実を目指して」と題して、改訂コアカリが導入され 4 年経過したことを踏まえ、改訂コアカリの問題点とその改善策について議論した。声があがった多くの問題点は、最終的に以下の 2 点に集約された。

1. 「改訂コアカリが導入されたが、薬学教育の現場では知識詰め込み型教育が十分改善されておらず、科学的思考力の醸成が十分にできていない」

知識詰め込み型となっている要因の一つとして、改訂コアカリ E2 領域で提示されている疾患数が多いため、薬理・治療で扱える範囲としては広すぎるものが挙げられた。これに対しての改善策として、SBOs をさらにスリム化し、症例の少ない疾患に関しては卒業後に学習する方向でよいとの意見が出た。

また、改訂コアカリでは、(解剖と生理から) 病態、薬理および治療までを統合的に理解させることが重視されている。大学によっては、それぞれの科目を担当する教員間の繋がりが希薄なこともあり、科目間の連携が不十分であるとの意見が出た。教員間の連携を高めるために、分野超えて科目をコーディネートできる教員を養成する必要性が感じられた。

一方、SBOs のスリム化によって、深く理解しなければならない基礎系科目が単に知識詰め込み型となっていないかが危惧されるという意見も出た。さらに、改訂コアカリで提示されている SBOs をすべて達成することが、薬剤師に求められる基本的な 10 の資質の養成についての担保となるのかという意見が出た。これらについて、今後 SBOs と 10 の資質の関係を検討する必要があると結論付けた。

2. 「10 項目に及ぶ薬剤師として求められる基本的な資質の評価方法が定まっていない」

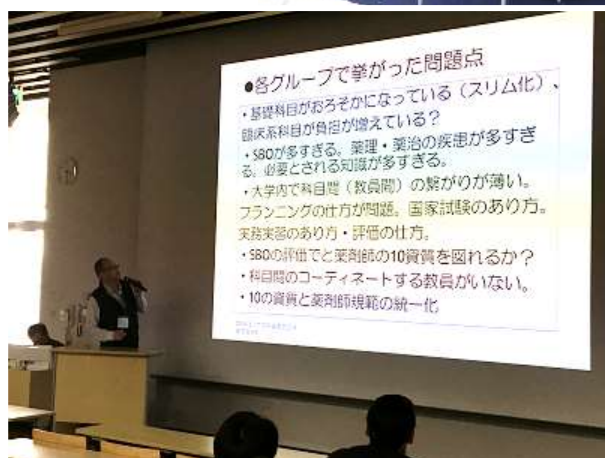
各大学では、薬剤師として求められる基本的な 10 の資質の評価方法について苦慮していることが伺え、10 の資質の中でも特に「研究能力」や「教育能力」の評価の難しさについて議論した。

これら 2 点を養成するのは主に卒業研究であることから、卒業研究の評価が議論の中心となった。改善策として、卒業研究の評価にルーブリックを取り入れて、4-6 年次を通して「研究能力」と「教育能力」を形成的に評価できる仕組みが必要ではないか。その際、「取り組み姿勢などを多面的に評価できるルーブリックを取り入れることが望ましい」などの意見が出た。また、このようなルーブリックを用いた評価をする際には、学生評価に対して教員間で極端なバラツキが起らないように評価体制を整備することが重要な課題であるとの意見が出された。そこで、同一学

●各グループで挙がった問題点	●設定した課題の解決策、改善策
・基礎科目がおろそかになっている(スリム化)、臨床系科目が負担が増えている? ・SBOが多すぎる。薬理・薬治の疾患が多すぎる。必要とされる知識が多すぎる。 ・大学内で科目間(教員間)の繋がりが薄い。プランニングの仕方が問題。国家試験のあり方。実務実習のあり方・評価の仕方。 ・SBOの評価でと薬剤師の10資質を図れるか? ・科目間のコーディネートする教員がいない。 ・10の資質と薬剤師規範の統一化	・卒業研究におけるルーブリックで評価(形成的な評価) ・卒業研究の取り組み姿勢を評価 ・教員間の評価の仕方を見える化(IR委員会)

生に対する複数教員による評価の導入や教員間の評価を相互に確認できるシステムを構築することで、卒業研究の評価を適正に実行することが可能になると結論付けた。

(3G 高栗 郷)



4 グループ

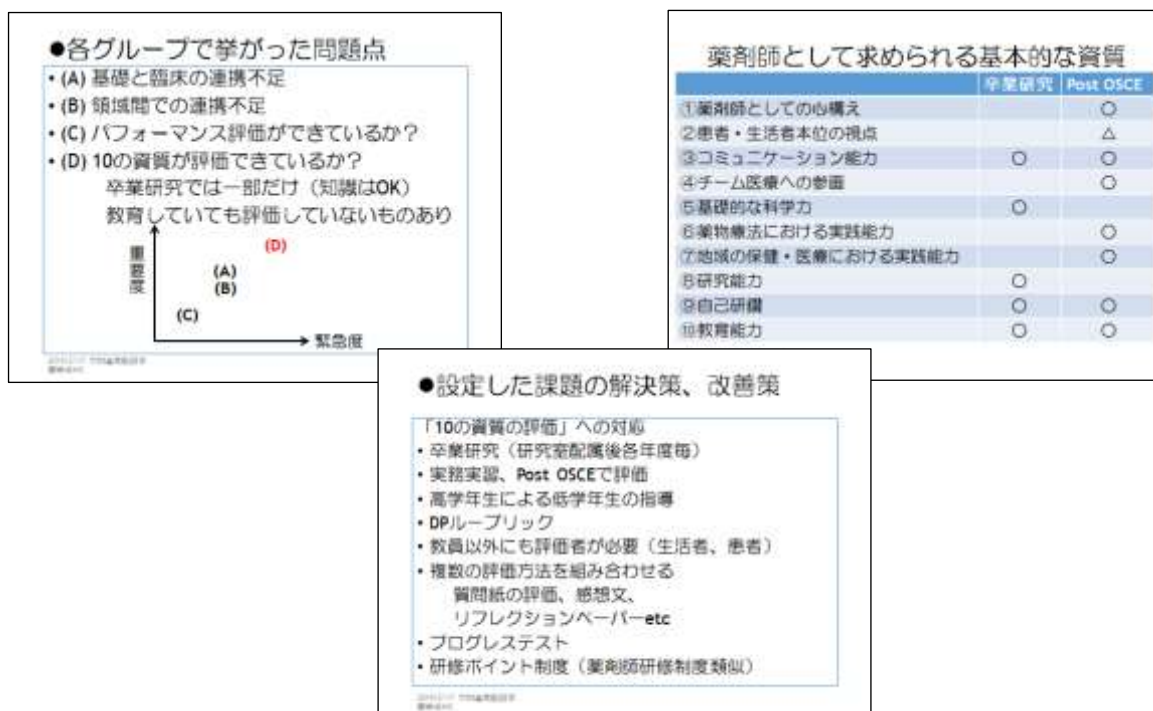
平成 25 年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラム（改訂コアカリ）の導入による問題点と改善策についてグループディスカッションを行った。

まず、改訂コアカリ導入して生じた問題点として、(A)基礎系教員と臨床系教員の連携不足、(B)科目領域間での連携不足、(C)パフォーマンス評価ができていないか、そして(D)薬剤師として求められる 10 の資質が卒業時に評価できているか、の 4 つが挙げられた。これらの問題点を緊急度と重要度の観点から二次元的に分析したところ、(C)については緊急度・重要度ともに最も低く、(A)と(B)では緊急度は同程度、重要度では(A)>(B)と考えられた。(D)については、通常は 6 年間の最後のほうの時期に行われる卒業研究などで知識は評価されているが、教育してはいても評価されていない項目があり得ると考えられ、緊急度・重要度ともに最も高いと判断された。

10 の資質の評価において、卒業研究では、③コミュニケーション能力、⑤基礎的な科学力、⑧研究能力、⑨自己研鑽、および⑩教育能力については現状で評価できているが、その他の資質は評価できない可能性が指摘された。そこで卒業研究で評価できない資質を評価できる他の方法を検討した結果、臨床実習後に OSCE を実施する方法（Post OSCE）が挙げられた。Post OSCE では、卒業研究で評価できる③、⑨、⑩の資質に加えて、①薬剤師としての心構え、②患者・生活者本位の視点、④チーム医療への参画、⑥薬物療法における実践能力、および⑦地域の保健・医療における実践能力が評価できるため、卒業研究による評価と Post OSCE での評価は相補的に組み合わせることで 10 の資質すべてが評価できると考えられた。Post OSCE で②の資質を評価する場合には、生活者や患者など教員以外にも評価者が必要となることが指摘された。

他に 10 の資質の評価をより効果的に行う方法として、卒業研究の評価を各教室・研究室配属後の各年度に行うこと、高学年生が低学年生の質問に答えるなどの指導を行う時間を導入すること、学位授与方針に沿う評価を行うためにルーブリックを用いること、評価を行う際に例えば質問紙、感想文、リフレクションペーパーなどを併用するなど複数の評価法を組み合わせること、低学年と高学年で同じ問題で試験を行うプログレステストを行うこと、薬剤師研修制度のように研修等の達成毎にポイントを与える研修ポイント制度を導入することなどの意見が出された。

(4G 野口修治)



5 グループ

「平成 25 年度改訂コアカリ導入から 4 年～薬学教育のさらなる充実を目指して」という題目のもと、本グループにおいて問題点を挙げた後、設定した課題の解決策、改善策を議論し、まとめ、発表した。

1) 挙げた問題点

以下の 4 点が問題点として挙げられた。

・評価の仕方（ループリック等）

教員間でループリックを用いた評価に対する積極性に差がある。また、各教員間で評価の基準にバラつきがある。ループリックの実習への適用は可能であり、参考例も多くあるが、その他、講義、演習への適用を考えた場合、難しい面もある。

・SBOs の認識の差

教科間の情報交換不足のため、SBOs に対する各講義の深さがわからなく、责任担当教科が決められていない。

・卒業研究

実務実習が実施されるため、卒業研究の一時中断を余儀なくされる。薬剤師国家試験対策のため、卒業研究のための十分な時間が取れない。薬剤師免許取得を最優先に考える学生が多く、卒業研究に取り組む姿勢に学生間で差がある。卒論研究期間が短いことが予想されるため、下級生への指導を通じた「教育能力」が身に付かない。4 年次配属のため、4～6 年生が研究するスペースを確保するのが難しい。「基礎と臨床」をつなげる卒業研究テーマを設定するのが難しい。

・10 の資質

倫理観教育への対応が難しく、1～6 年次を通じた体系的な教育を行うことが難しい。

その他、改訂コアカリへの対応も含めて教員への負担は大きく、人手不足というのは各大学で共通する悩みであることが共有された。

●各グループで挙げた問題点

- 1) 教員負担が増え、人手不足
- 2) 評価の仕方（ループリック等）
統一できていない。教員間の積極性の差がある。実習は適用可能だが、講義に差。（パフォーマンスを計るの30分）
- 3) SBOs の認識の差
コンピテンシーの位置、教科間の情報交換不足（SBOs の責任担当科目）
- 4) 卒業研究
実務実習があり、迷切れる。国家試験対策のため、時間を取れない。研究に取り組む姿勢が違ふ。卒業研究が短い。教育能力を身に付けることができない。時間が短い。場所が狭い。基礎と臨床。
- 5) 10 の資質
倫理観教育への対応＝active learning。他（多）職種との交流（JPE）。倫理の体系的な教育ができていない？

2) 設定した課題の解決策、改善策

1) で挙げた問題点のうち、評価の仕方、卒業研究、「基礎と臨床」問題に対する解決策、改善策を話し合った。

・評価の仕方

各大学において、評価方法やその結果を統括する部署（例：教育センターなど）を設置するとともに、評価方法の教員への教育を行うべきである。

・卒業研究

学生に対して、「卒業研究＝研究能力の醸成」という意識を持たせる教育が必要である。また、卒業生を大学へ招き、卒業研究が社会（病院、薬局、企業など）でどのように生かされているかを学生に説明する機会をもうける。

・「基礎と臨床」問題

臨床現場につなげる基礎研究の卒論課題を

●設定した課題の解決策、改善策

- 1) 「評価の仕方」の改善策：
評価法はループリック＋α。N数は増やす。評価を統括する部署（教育センターなど）設立。
- 2) 「卒業研究」の改善策：
学生が「卒業研究＝研究能力の醸成」という意識を持たせる。（卒業生を招く）。生涯教育への意識付け。国試内容の改善（CBT分は除外）。入試の問題（低学力者の入学）。
- 3) 「基礎と臨床」問題の改善策：
臨床現場につなげる基礎研究の努力。医療上の問題解決につながる卒業研究テーマの設定。
- 4) 基礎と臨床の統合のためのシラバス
統合演習（シナリオ（8疾患）提示→各分野の教員の講義→専門家の講義→患者（役）対応→問題解決（対応）
他分野教員による卒業論文（例：臨床系の卒業論文を化学系教員が評価）

設定する努力が必要であり、基礎研究の成果が医療上の問題解決につながることを学生に意識づけする。当グループ内の大学で実施している以下の例を参考に、基礎から臨床へつなげる授業計画（シラバス）作成が必要である。

例）総合演習として、代表的な8疾患に対してシナリオを提示し、各分野（基礎系）の教員の講義を行う。次いで、専門家（実務）の講義の後、模擬患者さんへ対応することにより、「基礎と臨床」を結びつけると共に、問題解決能力を醸成する。

全体として、改訂コアカリが4年次までほぼ終了したことで、薬剤師として求められ基本的な資質のうちの「研究能力」「教育能力」が培われる「卒論研究」（5，6年次が中心）への期待と不安が各教員間で共有された。また、科目間の情報共有という点でも各大学において苦労していることが伺われた。

(5G 黒田明平)



6 グループ

平成 25 年度改訂コアカリ導入から 4 年が経ち、今薬学教育者が感じている改訂コアカリ実施上の課題ということでテーブルディスカッションを行った。

本グループでは、(1)改訂により、スリム化が進んでいない、(2)カリキュラム多すぎて研究する余裕がない(3)知識偏重型の教育となってしまう10の資質に内容が必ずしも合致していない、(4)大学間でコアカリの内容にばらつきがある、(5)演習やディスカッション形式教育の実施のため、人的・時間的負担が増えている、(6)学生のコアカリへの理解が不十分、が主な意見として抽出された。

詳細に見ていくと、(1)においては、物化生の指導内容は少なくなる一方で医療系はむしろ広がっている、(2)では、カリキュラム増加に伴い、学生・教員ともに卒業研究に使える時間が減少することが全員から重大な問題として同意が得られた。5,6 年次は PBL 形式の講義において下位学年のチューター担当により多くの時間を割かれているといった声も聞かれた。

(3)では、薬理や薬物治療、臨床系の科目において疾患名や治療薬を暗記するだけの教育になっていることが危惧された。こういった傾向は、資質 5 の「科学力」や資質 6 の「総合的な薬物療法の評価と実践能力」を涵養するうえで必ずしもプラスに働かないのではないか。(4)では、本当のコアとは何か？もし規定できるのであれば、全ての大学の科目名が統一できるはずである。実際、薬理や薬物治療をはじめとして多くの重複がみられており、SB0s も例示にとどまらず詳細な内容まで踏み込んだ内容となっている。一方で改訂により SB0s が絞り込まれた F 領域では SB0s が例示されているのみとなっており、分野間でのばらつきや SB0s のあり方について意見がなされた。(5)では、(2)でも触れたように講義形式の変更に伴い、教員の人的・時間的負担が激増している状況が共有された。また、質の高いディスカッション実施のためには、十分に練られた課題設定が必要であり、基礎系と臨床系教員の相互協力と理解、準備が必要であることが挙げられた。(6)では、学生自身がコアカリや 10 の資質をどれだけ理解して講義に臨んでいるか疑問視されていた。この対策として WEB システムなどによる 6 年間を通じたポートフォリオでの自己到達評価や、毎回の講義にて SB0s の明示と自己到達度のアンケート実施などが挙げられた。

以上の議論を元に、最も重要かつ喫緊の課題として、「コアカリのスリム化」が挙げられ、その改善にむけた提言として、以下の 4 つを掲げた。

(1)領域別のワークショップを開催し改訂に向けた議論を進める。この際、まず「薬学教育におけるコアとはなんぞや？」という本質に立ち返り、改訂のための条件や目的についてコンセンサスを得た上で議論を進めることとする。(2)コアカリの割合は F 領域を除き現行の 7 割から 3 割にする。(3)SB0s そのものを取り払い、全ての教育を各大学に任せる。(4)ディプロマポリシーを担保するべく大学ごとに学力到達度評価を実施する。

(3)、(4)は過激な提言にも思えるが、現状を打開する解決案として有効なアプローチであると思われる。(3)では、科目間連携も大学間で質を担保することでより効率化した教育が可能となり、かつ卒業研究との連携や研究時間の確保に繋がることが期待できる。卒業研究の充実には 10 の資質において、研究能力のみならず、基礎的な科学力、自己研鑽能力、教育能力を醸成するうえで座学に勝る教育効果をもたらすと期待できる。(4)では、学習到達度を個人のパフォーマンス評価(プログレステスト、ポートフォリオ etc.)で判断するもので、藤崎先生の講演でも紹介された、英国の薬剤師教育方式により近いものをイメージしている。

以上、本ディスカッションにおいて、メンバー内で活発かつ濃密な議論を交わすことができた。また、後の発表では別の視点での課題解決に向けた議論を共有することができ、より質の高い薬学教育の実践に向け貴重な機会となった。

(6G 轟木堅一郎)

●各グループで挙げた問題点

- ・ **スリム化が進んでいない**
物化生は少なく、医薬系は広がっている。本当にコアなの？
取り込んだ！領域実務実習におけるSBOsは例示、アウトカム重視、SBOsのあり方
- ・ カリキュラム多すぎて研究する余裕がない
- ・ 内容と知識偏重
10の資源に合っていない
- ・ 大学間でコアカリの内容にばらつきがある。
本当にコアなのなら科目名も全国的に統一？
- ・ 演習、ディスカッション形式の実施のため、人的・時間的負担増
- ・ 学生のコアカリへの理解不十分
自己到達評価ができない。6年間を通じたポートフォリオ

2019.12.17 文科審議会教育分科会
第99回(第1回)

●設定した課題の解決策、改善策

- ・ 領域別のワークショップ開催による改定に向けた議論を進める
条件や目的のコンセンサスを得る。コアとは何ぞや？
- ・ コアカリの割合を3割にする（F以外）
- ・ SBOsを取り払って、大学に任せるべき
科目間連携も大学間で質を担保し、かつ卒業研究にも繋がる、卒業研究の充実による問題解決能力の涵養
- ・ DPを担保するべく大学毎に学力到達度評価
パフォーマンス評価（プログレステスト、ポートフォリオetc.）

2019.12.17 文科審議会教育分科会
第99回(第1回)



7 グループ

1) 議論の流れ

自己紹介を兼ねて、改訂コアカリに基づいた教育がスタートしてから感じられる課題や問題点について、考えをそれぞれ述べた。改訂コアカリのSB0sの内容や項目立てに関すること、カリキュラム運営上の負担や評価（Outcome-based education として質が担保されていることを評価することの難しさ）に関することなど、教員寄りの意見が多く出された。学生の質等に関する意見はほとんど出されなかった。複数項目に渡るプロブレムリストの中から、「評価」と「SB0s」に関する項目（後述）に着目し、それらの解決方を議論することとなった。

「評価」では、ルーブリックを用いた質的評価に関して、評価に係る難しさ（評価者間で無視できない誤差が生じるケースがある等）や、そもそも教員がどれだけルーブリックによる評価の本質的なところを理解しているのかといったことが議論された。メンバーの統一見解として、各大学とも試行錯誤している段階にあるのではないかと考え、もしそうなのであれば、例として、ルーブリックの実例集等を編集して、ルーブリックを用いた評価のエッセンスを実例から学べるようにすると良いのではないかという結論に至った。

「SB0s」では、現状、多岐に渡る1,073個のSB0sのすべてを教育課程の中に盛り込む必要があり、その内容もかなり網羅性が高く、カリキュラム構築上の自由度が低いのではないかという意見が出された。また、医療人としての薬剤師養成に真に必要なSB0sなのか疑問に感じる内容もあり、さらに精選する必要があるのではないかという意見が出された。科目間の関連性を示すカリキュラムマップやカリキュラムツリーはあるが、SB0s間の関連性を示すものは特に存在が知られていないので、例として「SB0s ツリー（仮称）」なるものを作成するとさらなるスリム化のポイントなどが見えてくるのではないかという結論に至った。

2) プロダクト

「ルーブリックを使いこなせていない!？」、「SB0sが網羅され過ぎていて自由度がない」・「SB0sの連携の見える化ができていない。」という問題点に着目し、解決方を整理した。前者については、テンプレートの作成や実例集の編集といった解決策を挙げ、後者については、現状、学習項目を列挙した段階でまだ精選し切れていないと考え、そこから医療人としての薬剤師養成に必要なコアな内容とアドバンス的なものに分け、自由度を高めるという解決方針を挙げた。また、上述のSB0sツリーを作成して、連携を可視化するという解決方針を挙げた。

●G7グループで挙げた問題点

- ・ルーブリックを使いこなせていない。
良いルーブリックとは？卒業研究やSGD等導入科目で実施しているが、評価の質が均一ではない。
- ・SB0s（現状多岐にわたる1,073個すべてがマスト）が網羅され過ぎていて自由度がない
- ・SB0sの連携の見える化ができていない。
- ・SB0sについて、基礎系の分野は実質的には変わっていない。
- ・繁忙（基礎系教員と臨床系教員で差がある？）
- ・基礎系の教育と10の資質との接点
- ・卒業研究の実施時間の確保

●設定した課題の解決策、改善策

～ルーブリックについて～

- ・全国共通のテンプレートの作成
（コアな部分と大学独自の部分）
- ・ルーブリック実例集の作成

～SB0sについて～

- ・コアカリSB0sの中でも必須となるSB0sを選定する。
アドバンスで教える、選択性高める。
→大学の独自性
- ・基礎と臨床の関係性、連携を取ったかたちのSB0sの配置の仕方を考える。（SB0sツリー）

3) ディスカッションポイント

○「情報共有」という視点

教員が自らルーブリック等を用いた評価法について研鑽を積むことは当然であるとしながらも、円滑にいつている実例などからそのエッセンスを抽出して自身の教育活動に反映させることも有用なのではないか。好例に学ぶという点を討論ポイントとした。

○「見える化」という視点

学習項目を箇条書きで列挙した状態（薬学会ホームページにアップロードされているコアカリのPDFファイル <https://www.pharm.or.jp/kyoiku/>）では、整理はされていても、分野間の繋がりが見えづらいままである。したがって、「見える化する」という点を討論ポイントとした。

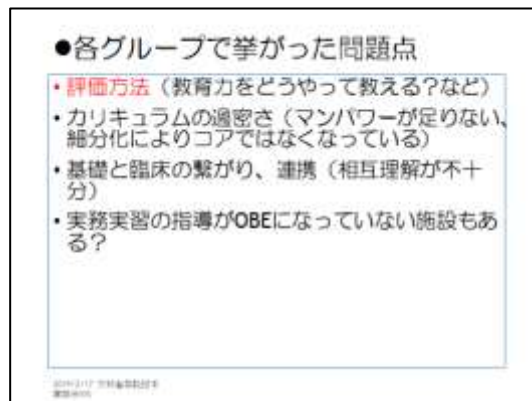
(7G 高橋真樹)



8 グループ

自己紹介のあと、改訂モデルコアカリの問題点について、各メンバーから提言があり、最終的に以下のような意見が出た。

- 知識以外のスキルを評価する際、ルーブリックでの評価方法に困難さが伴う。また、10の資質のうちの教育力をどうやって教え、どうやって評価するのか。
- 改訂コアカリにより、これまで以上にカリキュラムが過密となり、マンパワーの不足が生じている。また、カリキュラムの細分化によりコアではなくなっている。
- 基礎と臨床の繋がり、連携、特に相互理解が不十分と思われる。(コアカリ改訂による影響とはいえないが)
- アウトカム基盤型教育が不十分である。特に臨床現場での教育において。



ただし、これらは改訂コアカリ自体の問題ではなく、コアカリを十分に実施できない環境、状況の問題ともいえる。

これら提案された問題の中で、グループ8では、知識以外のスキルの評価方法の困難さを喫緊の課題と考え、この問題を解決する方策を議論することとした。

評価を行うためには薬剤師としての視点で評価することが不可欠と考えられたが、評価者（教員）の数が絶対的に足りない。つまり、評価方法が確立できても有効活用できない現状があると思われる。

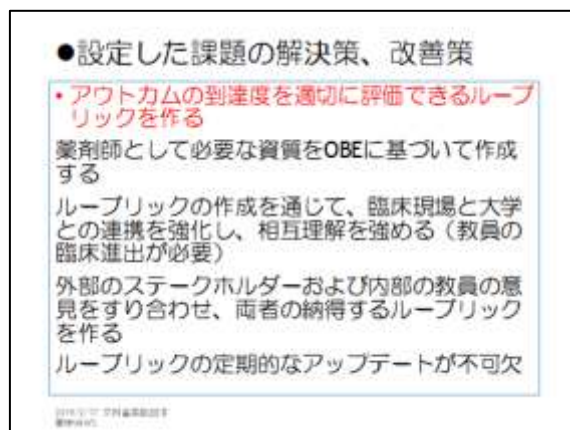
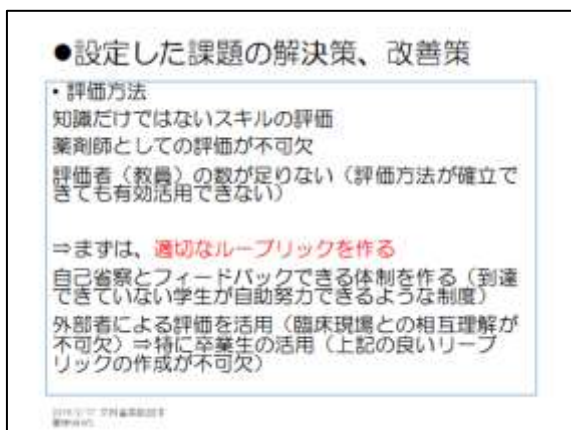
そこで、まずは、適切なルーブリックを作ることが、問題解決に大きく近づくと思われた。すなわち、以下のことを満たすような評価体制を作成することが肝要である。

- ・自己省察とフィードバックできる体制を作る（到達できていない学生が自助努力できるような制度）
- ・外部者による評価を活用する。このためには、臨床現場との相互理解が不可欠である。この問題を解決する方策として、卒業生の活用が挙げられる。

しかし、これらの解決策は、良いルーブリック評価表の作成が大前提である。

そこで、アウトカムの到達度を適切に評価できるルーブリック評価表を作るために、以下の議論が行われた。

- ・薬剤師として必要な資質の評価表を OBE に基づいて作成する



- ・ルーブリックの作成を通じて、臨床現場と大学との連携を強化し、相互理解を強める。特に、薬学部教員の臨床への進出が必要となってくるだろう
- ・外部のステークホルダーおよび内部の教員の意見をすり合わせ、両者の納得するルーブリックを作る
- ・ルーブリックの定期的なアップデートが不可欠

このように適切で効果的なルーブリック評価表を作成することで、提起した種々の問題点の多くは解決につながるものと考えた。

以上。

(8G 山田修平)



9 グループ

最初に、G9 メンバーが改訂コアカリキュラムの問題点を各々、意見を言って列挙した。次に挙げた問題点を整理し、以下4点を改訂コアカリキュラムの問題点とした。

<G9 が提起した問題点>

1. モデルコアカリキュラムの背景にある卒業までに修得されるべき「薬剤師として求められる基本的な資質」の⑧研究能力、⑨自己研鑽、⑩教育能力は、教育・評価が困難ではないか。
2. コアカリキュラムの内容が、基礎科目と臨床科目をつなげる表現、イメージになっていないのではないか。
3. コアカリキュラム（A 基本事項、E 医療薬学領域など）のディスカッション、態度などの SB0 項目について、どの科目に入れるのが適切なのか。
4. 旧コアカリキュラムから改訂コアカリキュラムに移行した際の、コアカリキュラムの科目の偏りと、学生と教員の負担が増大しているのではないのか（特に A 基本事項）。

以上、4点を問題点として挙げ、解決策と改善策を議論した。

<G9 の設定した課題の解決策と改善策>

1. コアカリキュラムに基礎から臨床につながるイメージのしやすい表現を入れる。例：補足文言やフローチャートなどの図
2. 学生用のコアカリキュラムハンドブックを作製し、学生にコアカリキュラムの意図の理解を促す。
3. 学生に知識を習得させた後、ディスカッションを行う科目を作る、もしくは既存の科目に入れることで態度・ディスカッションを修得させる。

以上、G9 の設定した課題における解決・改善策を示し、コアカリキュラムの学生への理解を促し、薬剤師となった後にも薬学のさらなる研鑽をできるようにすることが重要であると議論がまとまった。

(9G 磯田勝広)

●9班で挙げた問題点	●設定した課題の解決策、改善策
・10の資質中の3つは教育・評価できるのか？ 自己研鑽、研究、教育能力 ・コアカリキュラムの内容 表現、全体のイメージ、基礎と臨床をつなげる ・A（基本事項）、E（薬理、薬物治療）領域にあるディスカッション、態度などは、どの科目に入れるか？ ・コアカリキュラム偏り、旧コアカリと新コアカリの負担増加（特にA基本事項）	・コアカリキュラムに基礎から臨床につながるイメージしやすい表現を入れる。 補足文言やフローチャートなど。 ・コアカリハンドブック（学生用） ・知識を入れてからディスカッション科目を入れる。

10 グループ

「平成 25 年度改訂コアカリ導入から 4 年～薬学教育の更なる充実を目指して」というテーマでグループディスカッションを行った。

改訂モデル・コアカリキュラムの問題点として下記が挙げられた。

- ・C 領域では改訂後も SB0 が細かすぎる。さらにスリム化し、詳細な内容、高度な内容はアドバンス教育に移してもよいのではないか。
- ・E 領域では、内容が詳細すぎ、また多すぎるのではないか。
- ・評価に要する作業が多く、教員が教育・研究に使える時間が減少している。

特に、卒業研究に関して下記のような問題点が挙げられた。

- ・6 年次には、学生は国家試験に意識が向かっている。
- ・国家試験対策のため卒業研究に取り組む時間が少ない。
- ・実務実習が入るので卒業研究が不連続となり、まとまった時間を作れない。しかし、時間をかけないと、10 の資質の教育は難しい。
- ・学生（および保護者）が卒業研究の必要性を感じていない。
- ・教員が 4 年制の頃の卒業研究と同じ考えである。

次に、卒業研究に関して挙げられた上記のような問題点の解決策、改善策を検討した。

- ・「問題解決能力、研究能力は、卒業研究で育む」という考え方を点検する必要がある。別の方法でも育むことができるのではないか。
- ・卒業研究として修得すべきことをコアカリで明確にする必要がある。
- ・「卒業実習プログラム等を 3 か月程度行い、研究に関する基本的事項を教育すれば、実際に研究は行わなくてもよい（研究マインドを学ぶ）」という意見も出された。
- ・「薬剤師国家試験、薬学共用試験等に、研究に該当する内容の試験を行うことも検討する方がよい（10 の資質には研究能力も記されている）」という意見も出された。

(10G 三田智文)

●各グループで挙げた問題点 基礎系 C：SB0 が細かすぎる。スリム化し、アドバンス教育に入れてもよいのではないか。 E：内容が詳細すぎ、多すぎるのではないか。 ・評価に要する作業が多い。	●各グループで挙げた問題点 卒業研究： ・6 年次には学生は国家試験に意識が向かっている。 ・国家試験対策のため卒業研究に取り組む時間が少ない。 ・実務実習が入るので不連続となり、まとまった時間を作れない。 ・時間をかけないと、10 の資質の教育は難しい。 ・学生（および保護者）が卒業研究の必要性を感じていない。 ・教員が、4 年制の頃の卒業研究と同じ考えである。 2018/11/17 資料編纂部設置 薬学系 10G
●設定した課題の解決策、改善策 ・「問題解決能力、研究能力は、卒業研究で育む」という考え方を点検する必要がある。別の方法で育むことができるのではないか。 ・卒業研究のコアを明確にする必要がある。 ・卒業実習プログラム等を 3 か月程度行い、研究に関する基本的事項を教育すれば、実際に研究しなくてもよい（研究マインドを学ぶ）。 ・極端であるが、国家試験、OSCE 等に、研究に該当する試験を行うことも考えられる（10 の資質には研究能力も記されている）。 2018/11/17 資料編纂部設置 薬学系 10G	

基調講演 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長 山口育子 先生
医療の質をあげるために薬学教育へ期待すること

<参加者による講演報告 基調講演>

基調講演では、NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長の山口育子さんが、「医療の質をあげるために薬学教育へ期待すること」をタイトルに講演されました。

COML は、患者が自立・成熟し、主体的に医療参加することを目指しておられ、患者と医療従事者が対立せず、「協働」する医療の実現に向けて活動されています。薬剤師が時間をかけて懇切丁寧に服薬指導をしたとして、その服薬指導を受けて薬を服用するのは患者さんであり、その患者さんにその思いが伝わっていなければ安全・有効な薬物治療は実現しません。そこで重要となるのはコミュニケーション能力であり、COML では日常の活動の柱として電話相談を実施し、医療現場により良いコミュニケーションを築く活動をされています。

COML はこれまでに6万人もの患者さんの電話相談を受けておられます。その内容は様々であり、メディアの報道内容に左右されがちなものが多いとのことでした。確かに、昨今、「名医が明かす私が患者だったら飲みたくない薬」や「一般によく処方される薬の副作用」といった特集が週刊誌等で組まれ、大きな話題になっていますが、患者含め読者は振り回されている印象があります。リスク・ベネフィットを考慮すれば、当然服用すべき薬もあり、メディアの情報に影響されてしまう患者に医療人の薬剤師がどう接していくかということを考えていくことが重要だと感じました。

また、電話相談では医療者に対する苦情は多く、そのうち4割はドクターへの不満とのことでした。薬剤師が含まれるその他の医療者への不満は2割であり、ドクターへの不満よりも少なくなります。しかし、これは全く喜ばしいことではなく、少ない理由が「患者からは薬剤師の役割がわからず、苦情を言いようもない」ということであり、患者から薬剤師の存在意義が認知されていないことが浮き彫りになるお話でした。

電話相談における患者の（ドクターへの）不満の内容ですが、「説明不足」がいまだ多いそうです。いまや医療現場ではインフォームド・コンセント（IC）が当然となっておりますが、山口さんが電話相談で話を聞いている限り、「説明して同意を取る」ことが目的になっている印象を受けます。このお話を聞いた際には、私もその理解で何が違うのだろうか疑問を持ちましたが、その後のお話ではとりました。当然ではありますが、「説明」から「同意」の間には患者の「理解」があるはずですが、そのことを認識はしていましたが、臨床現場では思わず「同意」を取る（＝同意書に署名をもらう）ことに集中しすぎて、患者の「理解」を確認できていないという事態が発生してしまう可能性があるなと思いました。山口さんも患者が「理解」することをないがしろにされているのが現状ではないか、とお話されていました。本来、ICは患者の権利であり、医療者が医療を実施するにあたり経なければならぬ過程という感覚になってしまっている可能性を改めて見直すことができました。薬剤師がICを取ることはほとんどありませんが、抗がん剤の投与に関する説明など、特に高齢者の方に実施している際には投薬のスケジュールや副作用、その対応策など、全てを伝え、理解してもらうことは難しいと感じています。山口さんはぜひ「今日の説明での一番のポイントは？」と確認をしてほしいということをおっしゃっていました。1つ1つ大事なポイントを患者に伝え、理解してもらっていくようなコミュニケーション能力を身に付け、臨床現場に生かしていく必要性を感じました。

そして何よりも残念だったお話は、電話相談で薬に関する質問をされる場合に、薬剤師がその内容にほぼ出てこないということでした。山口さんは質問される方に薬剤師について話を振るそうですが、患者は特に何も薬剤師に思うことがないようで、またしても患者に頼られていない薬剤師の現状を痛感することになりました。山口さんは薬剤師が頼られない原因として、薬剤師は

服薬指導をしなければならないという職務を全うしようとし、「患者の知りたいことへの情報提供」ではなく、「パッケージ化された一方的な説明」に終始してしまっているということでした。実際に患者でもある山口さんは、今の薬剤師は対応や説明がマニュアル化されてしまい、患者の予期せぬ質問に固まってしまう現状を指摘されておられました。先ほどのICの話もそうですが、薬剤師が「説明」をするという職務遂行だけを優先せずに、相手が人間だということを認識し、「理解」をしてもらえるような説明を実施するなど、適切に対応することを目指さなければならないと感じました。

最後に山口さんは薬剤師・薬学教育について期待することを話されました。現状では、メディアの薬に関する情報に左右されるように、患者の薬への関心は高いものの、薬剤師の役割と存在意義が理解されていません。このままでは、薬剤師がどんなに努力しています、と言っても薬剤師という職自体がなくなることになりかねません。患者は薬剤師が実施している薬歴管理や疑義照会という職務を知りません。私たち薬剤師は頑張ってるから気づいてほしい、という待ちの姿勢ではなく、理解をしてもらえるよう攻めの姿勢で臨むことが重要であり、薬剤師が自らの職能をアピールすること、患者から役割や存在意義を認識され、頼られるためのコミュニケーション能力を身に付ける必要があるとのことでした。これらの現状とそれを乗り越えていけるようなコミュニケーション能力等を薬学教育にて教えてほしいとおっしゃっておいりました。薬剤師を育てる薬学教育の重要性と課題を再認識する貴重な講演を拝聴させていただきました。



(5G 廣部 祥子)

概要：「医療の質をあげるために薬学教育へ期待すること」という演題で、NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長、山口育子先生より、薬剤師の取り巻く現状、その問題点と対策について講演があった。医療に関する電話相談の項目別相談の4分の1が「ドクターへの不満」であり、薬に関する相談は第6位であるが、相談者の口から「薬剤師」という言葉は出てこない。一般の人々は、薬剤師の役割を理解できていないし、薬剤師に相談しても知りたい情報が得られないと感じている。つまり、役割を果たすことができている薬剤師とできていない薬剤師の2極化が進んでおり、特に薬局薬剤師の役割が患者には理解されていない。その理由として、患者側が知りたいことを説明できない薬局薬剤師側に問題があると先生は考えられている。そのためには、薬局薬剤師の役割の見える化が重要であることを説明された。薬局薬剤師は、少なくとも、薬剤師の基本的な4つの役割、「疑義照会」、「薬剤情報提供」、「残薬整理」、「薬歴管理」を、一般の人々に説明し、薬剤師の専門性を伝え、理解してもらわなければならないことを説明された。さらに、過剰な患者サービスをするのではなく、患者視点の臨機応変なコミュニケーションを身に付ける必要性が重要であることをお話しされた。

感想：一般の人々は薬剤師の存在意義を理解できていないし、他の医療職からも同じ医療者と見られていない現状を知ることができ、薬剤師は岐路に立たされていると感じた。大学教員の立場として、このような現状を改善するには、教員が最新の臨床現場の情報を知り、柔軟に対応できるカリキュラムを組むことで、その最新情報を学生が学べ、薬学教育の質を高めることが必要だと感じた。

(6G 三島健一)



＜参加者からの報告＞

ワークショップ全体感想

2019年2月17日、北里大学において「H25改訂モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究」ワークショップが開催された。

趣旨説明の後、まずアンケート調査結果が報告され、各領域での10の資質との関連状況が報告された。予想通り、筆者が所属する物理系（領域C）等は薬剤師としての心構え等には関与しないとする結果が多かったが、いくつかポジティブな記載がある大学があり、その取り組みについての解析が期待される。

続いてワールドカフェとして5~6名のグループに分かれて各大学の状況を共有した。時間が足りなく突っ込んだ議論はできなかったが、各大学での特色ある取り組みを幅広く知ることが出来たように思う。

続いて岐阜大学 藤崎和彦先生、厚生労働省 安川孝志薬事企画官からの2つの教育講演が行われた。アウトカム基盤型教育に関する藤崎先生の御講演で特に興味深かったのは、評価法についてである。特にすべての学年が同じ試験を受けるプログレステストは興味深い取り組みであり、自分の講義でも活用できないかと考えている。また、厳しい試験をやることで学修者に学習へのドライブをかけることは、逆に学習意欲を失わせることもあるという指摘は耳が痛いものがあった。現在のところ、通常講義では学習への動機づけを促す手段として、進級への危機感等しか思いつかないが、他の動機づけをどのように掘り起こしていくかが今後の課題であろう。安川企画官の御講演では、薬剤師が必要なのかどうか、期待に応えられているのか指摘があり、納得させられるものがあった。6年制開始時には、バラ色の未来的な話が多かったように記憶しているが、このような忌憚ない意見からの反省が必要であると実感できた。この後のNPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口育子先生の基調講演でも、薬剤師がコミュニケーション能力が高くなっているといってもマニュアル的であり本当に患者を診ているのかという議論があり、自分たちによる教育が、本当に優秀な薬剤師を育てているのかどうか、反省させられた。新たな薬剤師を教育するためには、大学、病院、薬局いろいろな機関が協力して行うべきであろうが、大学教育特に基礎薬学教育の中で何かやれることがないか、今後の大きな課題である。講演の中で、学生が患者の背景を考えると人間として見えてくるという指摘があったが、筆者の講義内でこういった考えを取り入れることが出来ないか、試行錯誤してみたい。

さらに、コアカリ導入に関する問題点と解決法に関するワークショップでは、各大学からかなり共通の問題点（ルーブリック評価、SBOの数と質の問題）が指摘され、いずれも苦労しているさまがうかがえた。筆者の所属大学では、各講義内でコアカリの説明をしているものの、学生はおそらく全体的な内容を把握するには至っていない。カリキュラムマップのようにSBOsの関連性を図示出来ないかというアイデアがSGDの中で出てきたが、まずは隗より始めて見たいと考えている。

本ワークショップは1日間缶詰となり時間的には慌ただしいものであったが、以上のような興味深い話が多く、知見を広げることが出来、大変参考になった。今後自らの講義や大学でのコアカリ運用に際してここで得た知識やアイデアを活用したいと考えている。

(7G 川原正博)

改訂コアカリの卒業生が出ていない時点での、カリキュラム見直しに言及するワークショップ開催に戸惑っていたが、本学だけでなく他校でも様々な運用上の問題が起きていることが共有できたことで、今のタイミングであることを納得した。

取り上げられた内容は、カリキュラムそのものについてと、それに基づいて行われている講義・実習についての2つに分けられると思う。

まずカリキュラムそのものについての話題についてでは、カリキュラム編成が排出する人材から遡って組むべきだということは理解していた。しかし、その社会が求める薬剤師像が変化していることに難しさを改めて感じ、さらにチーム医療を共に推進すべき他職種のスタッフ、行政、さらには患者から薬剤師の活動への理解が得られていない現実にはショックを受けた。

これに対し、大学内に学外の目を入れることが必要との指摘があった。様々な取り入れ方があるかと思うが、例えばディプロマポリシーやカリキュラムポリシー作成の時点、細かなところでは実習のルーブリック評価基準の作成の時点で、現場をよく知る卒業生の参画を企画するアイデアが出されていた。

また、OBE (Outcome Based Education) が臨床系科目に限った考えであるとの誤解があるためか、基礎系の科目と臨床系の科目間でのうまい連携が築きにくいのではないかとの意見もあった。これに対し、大学教員（特に基礎系科目担当者）も最新の薬剤師の現場を知るべきとの提言は、具体化する必要性を強く感じた。さらに、カリキュラムのスリム化の未達が卒業研究に充てる時間を奪い、ひいては問題発見・解決能力の育成が不十分になってはいなかの指摘は痛かった。

次に講義や実習の実施についてでは、いかに学生の主体性を引き出すかが重要であるとの提言があった。上級学年が下級学年の教育に関わらせることで、教える側も教わる側も成長できるとの紹介があった。また、プログレステストと称し、同一問題(国家試験レベル)を4～6年生に解かせる試みの紹介があった。4、5年生で国家試験にどれだけ通用するか、さらには他学年と競うという刺激がモチベーションを強く掻き立てるとのことであった。

医学部・歯学部・看護学部という医療の現場で連携していくパートナーである学部のカリキュラムが相次いで改訂されている中で、次の薬学部の改定が非常に注目され、大きな意味を持つと同時に、薬剤師の未来、さらに薬学界全体に良い効果をもたらすものにしていきたいと強く思う。

(8G 井上能博)

平成 25 年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する
調査・研究委員会

(五十音順)

青柳 裕	金城学院大薬 (委)
○有田 悦子	北里大学薬 (委)
入江 徹美	熊本大薬 (25)
太田 茂	和歌山県医大 (25)
奥 直人	帝京大薬 (25)
鈴木 匡	名市大院薬 (25)
田村 豊	福山大薬 (委)
中村 明弘	昭和大薬 (委・25)
野呂瀬 崇彦	北海道科学大薬 (委)
濱島 義隆	静岡県大薬 (委)
林 秀敏	名市大院薬 (委)
増野 匡彦	慶應大薬 (25)
望月 眞弓	慶應大薬 (25)
安原 智久	摂南大薬 (委)
山下 富義	京大院薬 (委)
オブザーバー 福島 哉史	文部科学省
光本 明日香	文部科学省

○＝委員長

(委) 2018 年度日本薬学会薬学教育委員

(25) 平成 25 年「薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂に関する調査研究チーム委員」

本報告書は、文部科学省の大学改革推進委託費による委託業務として公益社団法人日本薬学会が実施した、平成30年度大学における医療人養成のあり方に関する調査研究委託事業（平成25年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する調査・研究）の成果を取りまとめたものです。

従って、本報告書の複製、転載、引用等には文部科学省の承認手続きが必要です。

発行 2019年3月

公益社団法人日本薬学会

平成25年度改訂薬学教育モデル・コアカリキュラムの実施状況に関する
調査・研究実行委員