

表 21：現在利用可能な患者情報共有のための情報媒体とその利点・欠点（設問 2-4）

情報媒体	回答数 ^{a)} (回答率)	利点（代表的な意見）	欠点（代表的な意見）
お薬手帳	408 (81.4%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 持ち運びし易い。^{b)} 2) 併用薬の確認に適している。 3) 患者自身も閲覧・確認が可能。 4) 共有媒体としてある程度普及している。 など	<ol style="list-style-type: none"> 1) 持参を忘れることが多く、紛失もしやすい。 2) 患者負担が発生する。 3) 医療機関毎に手帳を分けてしまうことも多いなど正しい使い方が十分理解されていない。 4) 院内処方・処置薬の記録が抜けやすい。など
薬剤情報紙	105 (21.0%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 持ち運びし易い。^{c)} 2) 写真付のため、患者にとって理解し易い。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 多いと高張る。^{d)} 2) 捨ててしまうことがある。 3) 最新版を持参しないケースあり。 4) 薬局側のコストがかかる。 5) 包装変更等の際に注意が必要。
血圧手帳・糖尿病手帳等	28 (5.59%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 持ち運びし易い。 2) 血圧値・血糖値などの情報も参照可能。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 持参を忘れることがある。 2) 薬局で見せてくれるとは限らない。
各種検査データ	27 (5.39%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 持ち運びし易い。 2) 客観データに基づいてより適切な服薬指導が可能。 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 患者が見せてくれるとは限らない。 2) 古いデータを持参する場合があります。

次ページへ

表 21 (続き)

薬歴、電子薬歴、レセコン	24 (4.79%)	1) 詳細な情報を入力可能。 2) 電子化されていれば検索が容易。	1) 薬局から持ち出せないため、共有媒体としては使いにくい。
初回アンケート (初診票)	14 (2.79%)	1) 必要な情報を効率よく入手可能。	1) 記入に手間が掛かるため、患者の不満が強い (個人情報問題もあり)。
診療明細書	3 (0.60%)	1) 治療内容を把握することが出来る。	1) 受け取らない患者もいる。
その他 ^{a)}	29 (5.79%)		

少なくとも 1 項目以上の回答が記載されていた回答票は有効回答とした。有効回答の記載事項を精読の上、分類・整理を行った。

^{a)} : 回答率は有効回答数 (n=501) を基に算出した。

^{b)} : お薬手帳の携行性については、ポケットサイズではないため、バックを持ち歩かない患者では不便との意見も少数ながら寄せられた。

^{c)} : 薬剤情報紙は通常 A4 サイズのため、携行性に関しては良いとする意見と悪いとする意見が同数程度みられた。

^{d)} : その他としては 1) 薬袋、2) 薬剤そのもの、3) 患者さんから直接聴取、4) 薬袋連携で用いる情報提供文書などが挙げられた。

表 22-1：患者情報が将来的に電子化されて共有化されることは望ましいか（設問 2-5）

回答内容	はい	どちらとも言えない	いいえ	無回答	その他 ^{a)}
回答数	351	252	21	32	1
回答率 (%)	53.4%	38.4%	3.20%	4.87%	0.15%

a)：具体的な回答内容は「はい or どちらとも言えない」であり、理由は他の回答者と同様（利便性は認めるが、情報漏洩に対する不安が払拭できない）であった。

表 22-2：設問 2-5 で「はい」と回答した理由

カテゴリー	回答数 (回答率)	具体的な記述内容（代表的なものを抜粋・要約）
情報へのアクセス向上と、それに付随するメリット	249 (70.9%)	<p>1) 患者がお薬手帳のような媒体を持ち歩く手間が無くなる。持参忘れが解消される。媒体紛失のリスクが減り、個人情報保護の観点からも良い。</p> <p>2) 正確な情報が十分に得られることで、疑義照会や服薬指導の質的向上が期待出来る。結果として副作用の低減、重複投与の防止、患者満足度の向上、医療費削減に繋がる。</p> <p>3) 医療機関と情報が共有できれば、患者にとって同じことを何度も聞かれるという煩わしさを減らすことができる。なかなか御本人から聞きにくい情報も得られる。→患者の負担軽減に繋がる。</p> <p>4) 医療連携が本格的なものとなる。深く患者を理解でき、調剤において、薬物治療に主体的に関わることができる。医療機関と薬局の連携性が顕在化して、薬局の重要性が高まる。</p> <p>5) 開局薬局では疾患名・症状を処方せんから推測しながら服薬指導を行っている。電子化により情報が共有化されることで、誤った服薬指導を避けたり、服薬指導の短縮化に繋がることを期待される。</p> <p>7) 患者様のニーズによりこたえることができ、またどの薬局でも同じ情報をみることで適切な情報提供が可能となり、どこの薬局でも最低限の担保がとれた服薬ケアが出来ると考えられる。</p>

次ページへ

表 22-2 (続き)

カテゴリー	回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
その他の意見	57 (16.2%)	<p>1) 個人情報の取り扱いの問題があるにせよ、患者の情報 (薬歴、副作用経験) が医療機関の間で共有される事が有用と思われる。全国的な規模でなくとも、住民票のある市単位での共有化等は検討出来るのではないか。</p> <p>2) すべての投薬情報やコンプライアンスとその効果などのカルテも含めた電子化なら望ましい。薬局だけの情報共有化は bad effect しかないと思う。</p> <p>3) 保険証に IC チップが入っており、処方箋内容・その他 (保険証が有効であるかも含め) の情報が入っていると思われ。処方箋は NY 州みたいにオンラインでもよいと思われる。 a)</p> <p>4) ただし情報媒体がカードの様なものだとお薬手帳と同様に持参忘れの問題あり。 a)</p> <p>5) 今回の東日本大震災等の場合、情報が紙面で共有されていても、必要時に再現できない可能性が大きい。電子化で共有(多方面、多くの箇所)できれば、再生可能である。</p> <p>6) 待合室において口頭で尋ねる場合プライバシー保護を考慮し尋ねにくいし、答えてくれない患者も多々いる。共有化された情報を、プライバシー保護の観点から患者に同意を求めて、開示出来る情報と対象をわけばよいと思う。</p> <p>7) 個人情報保護の問題、停電・災害時の運用については不安がある。</p>

回答率は設問 2-5 で「はい」と回答した 351 件を基に算出した。

a) : 電子化による共有化について、オンラインシステムではなく、患者自身がデータ媒体を持ち歩き、医療機関でデータを読み取る方式を想定した回答と思われる。

表 22-3：設問 2-5 で「どちらとも言えない」と回答した理由

カテゴリ	回答数 (回答率)	具体的な記述内容（代表的なものを抜粋・要約）
メリットに関する意見	75 (29.8%)	回答の内容は表 22-2 に挙げた電子化・共有化のメリットと同様であった。 1) 情報の共有に関して患者からの同意を得ることが困難と思われる。 1-a) 複数の医師にかかっていることを秘密にしたい患者もいる。共有化によって、患者がセカンドオピニオンを受けにくくなる可能性がある。 1-b) 患者が個人情報に敏感すぎる傾向がある。 2) 患者自身が直接薬剤師に伝えていない情報を薬剤師が知っていた場合に患者との関係が悪化する懸念がある。
患者対応上の問題点	42 (16.7%)	1) 万が一情報が漏洩した場合の責任の所在はどこにあるのか。 2) 個人情報保護法への対応が個々の薬局ではむづかしい。 3) 停電時・災害時などへの対応をどうするか。
情報管理や管理責任の懸念	78 (31.0%)	1) 設備の導入・維持のコスト負担が、特に小規模の薬局では困難である。 2) 全国で共通のシステムにできるのか。
導入設備のコストの問題	11 (4.37%)	1) 共有化され情報量が増加した時に、「薬剤師自身」が振り回されず、冷静な判断が全員できるかどうか？多くの情報処理のため、かえって業務量が増える恐れがあると感じる。 2) 一部については望ましいが、個人情報もあまり詳しく共有化するのは望ましくない。 3) 電子化するほどのことでもないとと思う。情報が多すぎても、かえってわかりにくいこともある。 4) 運用方法や具体的な方法がイメージできないので何とも言えない。
その他の意見の有無	98 (38.9%)	

回答率は設問 2-5 で「どちらとも言えない」と回答した 252 件を基に算出した。

表 22-4：設問 2-5 で「いいえ」と回答した理由

回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
16 (76.2%)	<ol style="list-style-type: none">1) 投薬ブースに PC を設置するスペースの確保が困難。そのような状況では紙の情報の方が場所もとらず患者に直接情報を見せながら服薬指導ができて便利である。2) 必要以上の合理化・効率化が本来に便利と言えるかが疑問である。3) それほどの情報がなくても話から推測可能である (電子化のリスクを冒すほどのメリット・必要性を感じない)。4) 電子化に伴う設備費用の負担が大きいため、電子化に反対するための教育はどうなるのか？5) 患者が個人情報保護に過敏すぎるため、電子化・共有化はむずかしい。6) むしろ、かかりつけ薬局を推進すべきである。7) 患者自身が、患者情報共有のシステムに加わるには電子化は不向きと考える。8) 病院との患者情報の共有化は良いと思うが、他薬局との共有化は望ましくない。あくまでも個人情報であるため、薬局では出来るだけその患者さんから情報を得ること信頼関係を築くべきである。9) 他薬局との情報がまちがって共有されている場合が多々あったため、リスクが高いと思われる。

回答率は設問 2-5 で「いいえ」と回答した 21 件を基に算出した。

表 23：患者情報の電子化・共有化に伴って懸念されるリスク（設問 2-6）

カテゴリー	回答数 (回答率)	具体的な記述内容（代表的なものを抜粋・要約）
患者心理や信頼関係に関するリスク	105 (21.5%)	<p>1) 個人情報保護法とのバランスが難しい。患者の中には知られることを極端に嫌う方もおり、その対応を考慮すべき。</p> <p>2) 患者の立場で、医師に気を遣わせカンドオピニオンを得るチャンスを失う。</p> <p>3) すべてで可視可されることへ患者さん抵抗感があるのではないか。電子化を拒否する患者が増加する懸念が大きい。など</p>
情報漏洩・破損に対する管理責任の問題	309 (63.2%)	<p>1) 共有することにより情報漏洩のリスクが高まることへの懸念。</p> <p>2) 何らかの事故により電子化された患者情報が破損・消失してしまうことへの懸念。</p> <p>3) 万一、情報漏洩や破損・消失が起こった場合の責任の所在はどこになるのか。</p>
運用上の不安 (災害・停電・故障・媒体紛失時)	76 (15.5%)	<p>1) 災害時・停電などでPCが使用できない時の対応はどうするのか。</p> <p>2) 情報媒体を紛失した場合などの情報保護はどのようにするのか。</p> <p>3) ネット化された場合数多くの薬局からサーバーにアクセスする為、接続の可能性に問題が残る。カード化された場合には情報量の問題と更新の問題。</p>
初期投資・維持費の問題。薬局・医院のインフラによる差別化の懸念	39 (8.00%)	<p>1) PC等の購入のため、膨大な初期投資が必要となる。</p> <p>2) 全ての施設が電子化されない場合、患者に不公平が生じる恐れがある</p> <p>3) 電子化に対応できる施設と出来ない施設で情報格差が出来てしまう懸念がある。</p>

次ページへ

表 23 (続き)

カテゴリー	回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
情報の入力の手間・正確性の担保に関する不安	31 (6.30%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 入力ミスの危険性。電子化され共有する場合、1カ所のミスが多数の医療機関の診療に影響を与える可能性が大きい。 2) 情報入力の手間が大きな負担になる懸念がある。 3) 誤情報や入力ミスのメンテナンスの方法を構築しておく必要がある。
その他	92 (18.8%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) PCの情報に頼ってしまい、患者とのコミュニケーションが疎かになる恐れがある。 2) 情報量が過剰になりすぎ、かえって業務に支障を来す結果にならないか。 3) 熟練した医師、薬剤師が、新しい方法に慣れるか？使いこなせるか？(結果大切な経験が失われるのではないか?)。患者さん自身および家族の方が「病氣」に対しての意識が薄くなる。

表 24：電子化以外に望ましい患者情報の共有手段（設問 2-7）

		回答内容 a)				
回答数 (回答率)	処方箋に追加 情報を記載	保険証等の身近な 媒体へ情報記録	お薬手帳の充実・普及	病院・医院との 直接連絡	患者とのコミュニ ケーション	その他 ^{b)}
191 (29.1%)	27 (14.1%)	24 (12.6%)	54 (28.3%)	38 (19.9%)	14 (7.33%)	40 (20.9%)

a)：重複回答を認めているため、合計は必ずしも 100%とはならない。

b)：その他の手段としては 1) 電子化・オンライン化、2) 何らかの紙媒体、といった意見の他、3) そもそも診療情報の取り扱いに関して患者の意識改革が必要、といったコメントも複数みられた。

表 25 : CDTM の導入に関する意見 (設問 3-1)

	A	B	C	D	B or C	無回答
回答数	119	297	187	29	3	22
回答率 (%)	18.1%	45.2%	28.5%	4.41%	0.46%	3.35%

表 26 : CDTM 導入のメリット (設問 3-2-2)

	回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
患者のメリット	59 (40.4%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 在宅の時や、疼痛など早急な処置を望むケースでメリットが大変大きいと思われる。 2) 対象疾患以外でも薬剤師とコミュニケーションをとってくれるようになると思われる。結果として全ての服薬指導の充実に繋がる。 3) 患者の利便性に含まれるがスピーディーな対応が可能となる。 4) 受診から投薬にかかる時間が短縮する。 5) 処方元が遠くの病院の場合、一定期間病院まで行かなくて済む事により、移動が困難な方が医療にかかりやすくなる。
薬剤師のメリット	36 (24.7%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 薬剤師の意識が向上し、良い「かかりつけ薬剤師」となることができる。 2) 薬剤師の質的向上が十二分に考えられ、結果として患者の治療効果が上がると思われる。 3) 薬剤師の意識の向上、患者様間との信頼感の強化。 4) 血液検査の結果等、今までよりも薬剤師がより積極的に治療に参加できる。 5) 薬剤師が医療チームの一因として認識されることによる薬剤師の地位向上。 6) 薬剤師自身が仕事にやりがいを感じる事ができる。また、薬剤師も患者の側に立って、協力して治療していくスタンスがとれる。
薬局のメリット	14 (9.59%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) かかりつけ薬局として患者の定着化を図ることが可能となる。 2) 本場の「かかりつけ薬局」になれると期待される。 3) 患者にとつての薬局という場所の意識を変えるチャンスとなる。薬局は、ただ薬を出すだけの場所ではなく、治療行為の一部も担う医療機関であることを患者に認識してもらおう。 4) 薬局間 (薬剤師間) の能力・技能による差別化が可能となる。

次ページへ

表 26 (続き)

回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
57 (39.0%)	<p>1) 「病院」の1歩手前の段階でスクリーニング (簡易) が可能となる。</p> <p>2) 薬の選択が剤型や特徴などでも可能となる。結果としてコンプライアンス向上に貢献できる。</p> <p>3) 薬剤師が治療過程に参加することで、医師や患者共にコミュニケーションがとれ、処方意図を理解した上での投薬が可能となる。疑義する回数が少なくなる</p> <p>4) 医療費削減、医師の負担軽減が期待でき、結果として医師が重症患者、初回診察等の高度な業務に時間をかけられるようになる。</p> <p>5) 薬学部6年制に伴う実習生のモチベーションが高まる。将来新たな職能が発揮できる。</p> <p>6) 薬剤師の職能を充分に発揮できる。しかし、薬剤師の領域を超えてしまうと問題点も多いと考える。バイタルチェック等の薬剤師の領域を超えての行動は慎重になるべき。</p>
19 (13.0%)	<p>特になし</p> <p>分からない</p>

有効回答数は146件であり、設問3-1におけるAあるいはBの回答数(416件)の35.1%であった。

表 27：CDTM の導入を仮定した場合必要となる対応（設問 3-3）

	回答数 (回答率)	具体的な記述内容（代表的なものを抜粋・要約）
薬局のハード（スペース・機材等） 確保の問題	163 (64.9%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 血液検査や患者面談を行う場所が確保困難である。 2) プライバシーを確保しながら検査を実施するスペースの確保が困難であり、患者が満足する対応を取ることが難しい。 3) 検査等に用いる施設・機械の導入や手洗い場所・無菌室整備への設備投資が難しい。 4) 必要な投資と CDTM による利益が釣り合うか？
薬局の人員に関する問題	138 (55.0%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 採血を実施する職員確保困難。絶対的な人員の数が不足するので人員の増員が困難。 2) 現状の職務で手一杯の状態。対応の人材をある程度確保するまでの期間とその間の保険点数や調剤報酬の折り合いが付かなければ難しい。 3) 今でも、薬剤師不足でギリギリの人数でやっている。薬剤ピックアップ等を薬剤師以外の技術者に任せると、改めなければ難しい。保険点数が高く付けば薬剤師人員増も可能性がある。 4) 緊急時や夜間等の対応のための人員をどのように確保するか？
薬剤師の能力に関する問題	109 (43.4%)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 今まで薬剤師があまり経験したことのない分野であり、職員の育成が困難と考えられる。研修等にかなりの時間を割く必要があると思われる。 2) CDTM の実施を前提とした大学教育又は、研修による資格制度にする必要があると考える。薬剤師も薬物治療や検査値からの患者状態を把握する能力を鍛えなければ対応は難しい。 3) 薬剤師側も十分な準備が必要。現在の細分化した医療では、よりきめ細かな薬剤の投与設計を必要とするものが多く、専門領域に精通した専門薬剤師の様な認定を獲得等が必要と考える。 4) 個々の薬剤師のレベルの差がありすぎて CDTM の権限を与えても大丈夫なレベルに達していない薬剤師もいる。

表 27 (続き)

	回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
医療機関との連携 に関する問題	14 (5.58%)	1) 医師・医療機関との密接な連携に基づく信頼関係が必要。
法規制に関する問 題	12 (4.78%)	1) 薬剤師が採血可能となるような措置や法改定が必要。 2) 事故があったときの責任の所在を明確にしておく必要がある。 3) 法改正が必要。現行法下では、薬剤師の主要な業務は処方せんの鑑査である。ここで疑義が生じるとこの先へは、疑義が解消されもない限り、先へは進めない様になっている。私たちが、この先へ自らの判断で行ってしまっても良いかという事は、法改正を待たなければならぬと考える。 4) 医療保険制度を改革しなければ、薬局での CDTM は難しい。
その他	56 (22.3%)	1) CDTM の実施に対する患者の同意が得られないのではないか。 2) 費用対効果が見込めるかどうか不明。 3) 業務の整理：調剤業務が欧米のように錠剤を箱包装のままですすなど、簡素化、効率化が必要になる。

表 28：設問 3-1 で「C」と回答した理由（設問 3-4）

回答数
(回答率)

具体的な記述内容（代表的なものを抜粋・要約）

- 1) 仮に薬剤師が処方して、重大な事故になった場合、責任をとることもないことになると、触診もできない薬剤師が、血液検査などだけで、処方していいか、疑問が残る。
- 2) 施設も人員も確保困難である上、医療機関と調剤薬局の関係性を、より親密なものにしていけないと導入は難しいと思われます。現時点では、病院内の薬剤部のように、診療に介入することは容易ではないと思います。
- 3) 欧米は国土が広いため無医地域が広大、薬剤師が極端に少ない、薬局数が制限されている等の事情があり、日本の現状と異なる。まずは、患者情報の電子化と共有により、薬剤師の病状に対応する能力を向上させる事が重要と考えます。
- 4) 現在の薬剤師の知識・技術において、全ての保険薬剤師に期待することは難しい。逆に薬剤師に対する信頼を低下させる可能性もある。方法としては認定制度とし、新薬剤師制度への見直が必要。新規薬剤師国家試験より順次認定する。
- 5) あくまでも研究の方針であって、実用的でない。手間もかかり、現場とかけはなれている。
- 6) CDTM に薬剤師が関与できるようになれば素晴らしいことだと思う。しかし、米国の例に見るように CDTM には専門知識や技術、経験が必要であり、従事者（薬剤師）は実習を含めた専門教育を修了していることが必須と思想する。しかしながら、現在の日本の薬剤師は臨床医学教育を受けていないため、能力不足は否めない。これらの技能は、卒業後数週間の研修程度では履修しえないものと考ええる。将来的にも、法整備を含めた大幅な制度変更を行わなければ、薬学部のレベルを「臨床」教育にまで広げることが容易ではないと思われる。
- 7) CDTM がどういうものなのか、きちんと把握していないため。
- 8) 米国の CDTM は薬剤師の地位が高いアメリカなら...と思います。また保険制度の違いによるもので、医療にかかると高額なため、専門知識の高い薬剤師が活躍するというアメリカ文化を取り入れても日本内では通用しない。日本の薬剤師はそこまで信頼されていない。知識も無い。臨床検査技師とう資格を持っていれば別とは思いますが....。

回答率は設問 3-1 で「C」と回答した 187 件を基に算出した。

多くの回答は設問 3-3 で挙げられた問題点を指摘したものであるため、表##には設問 3-3 と重複しない回答を示す。

表 29：調査対象となった薬局の在宅訪問医療対応状況（設問 4-1～4）

	～9 件 ^{b)}	10～50 件 ^{b)}	50～99 件 ^{b)}	100 件～ ^{b)}
在宅訪問指導算定数	91 (60.3%)	40 (26.5%)	9 (5.96%)	11 (7.28%)
薬剤師一人あたりの 担当患者数	82 (56.9%)	22 (15.3%)	34 (23.6%)	6 (4.17%)
患者宅への平均的な 往復時間	～14 分 ^{b)} 38 (25.2%)	15～29 分 ^{b)} 45 (29.8%)	30～59 分 ^{b)} 54 (35.8%)	60 分～ ^{b)} 14 (9.27%)
薬剤管理指導に要す る平均的な時間	～14 分 ^{b)} 46 (30.1%)	15～29 分 ^{b)} 69 (45.1%)	30～59 分 ^{b)} 32 (20.9%)	60 分～ ^{b)} 6 (3.92%)

657 施設より回答を得た。

a)：無回答・不明回答を除外した有効回答率を算出している。

b)：データは回答数を示し、括弧内は有効回答数に対する割合を示す。

表 30：薬剤師が在宅訪問に介入する上で問題となっている点（設問 4-5）

カテゴリー	回答数 (回答率)	具体的な記述内容（代表的なものを抜粋・要約）
人員確保・休日 時間外・緊急時 対応の問題	28 (16.1%)	<p>1) 市内の患者宅訪問に 60 分程度を要するが、専任で薬剤師をおくこともできず、かなり非効率になっている（来局、在宅どちらの患者さんにも負担になる）。</p> <p>2) 現状では、処方箋対応が多忙で在宅訪問に人数・時間をさけない。通常の調剤薬局業務を行って、そのほかに在宅訪問をすることは人材の確保、場所の確保ともに難しいので、差別化が必要。</p> <p>3) 月に 1～2 度の訪問では、きめ細やかな対応は難しいが、毎週となると行く余裕がない。</p> <p>4) 業務時間外で対応しなければならず、早朝、夜間、休日の負担が大きい。携帯電話で昼夜、休日問わず呼び出しがあり負担になっている。</p>
ハード面（車、 訪問手段・無菌 調製設備等）	8 (4.60%)	<p>1) 混注設備（クリーベンベンチ等）がない。</p> <p>2) 駐車許可証などの手続きが時間が要する上に期間が短い。訪問時の車の駐車スペースの確保（駐車禁止対応）が難しい。</p>
医療行為の制限 の問題	20 (11.5%)	<p>1) 現在薬剤師として実施できる医療行為には多くの制限があり、（看護師は実際に薬を服用させることができるが、薬剤師には認められていない等）今は薬をただ届ける仕事をしているように思える。</p> <p>2) 実施できる医療行為等に制限があり、通常の服薬指導の他、処方相談・処方設計程度に留まるが、患者が医療行為に制限があることを知らず、医療行為を依頼されることがある。</p> <p>3) 独居老人に自分では手のとどきにくい場所に湿布を貼ってほしいと言われたが、医療行為はできないことわかった。ただ、やり方を教えて見守ることしかできない。ホクナリンテープ、デロテップパッチについても同様である。</p>

次ページへ

カテゴリー	回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
薬剤師側の問題	14 (8.05%)	<p>1) より専門的な知識が必要とされるので、研修、勉強の場が必要。人材育成に時間がかかる。</p> <p>2) 薬剤師自身が医療行為を行うことに積極的でない。ケアマネージャー有資格者以外は介護関係の知識が乏しい。</p> <p>3) 薬剤師の業務として統一されておらず、やれる人とやれない人の差が大きすぎる。</p> <p>4) 手探りで行っているので、ある程度のガイドラインが欲しい。</p> <p>5) 疼痛緩和など、訪問看護師さんが管理されているところに介入することが多く、ふみ出しにくい。どこまで薬剤師が介入すべきかわからずに困る (今後、要介護者もどんどん増えてきて、在宅医療への積極的な参加が必要となる。医師との連携の方法や在宅医療の現場において必要な知識等の研修をぜひ増やしていただきたい)。</p>
医師・コメディカルとの連携 (医療連携) の問題	47 (27.0%)	<p>1) 薬局、薬剤師と医師、看護師等、現時点で在宅に関わるスタッフとの連携が、限られた範囲だけで行われている様で、薬局や薬剤師が他の医療スタッフの中に入りこんでいけない。</p> <p>2) 患者及び他の医療職 (病院薬剤師も含む) が在宅でおこなえるサービス内容を認知していないことが多い。</p>
保険算定の問題	15 (8.62%)	<p>1) 在宅管理指導料が発生するので患者様から嫌がられることがある。</p> <p>2) 現状の点数では、経営的にムリである。在宅医療へ特化した、点数制度を作れば、本当に必要な患者に取り組むことが出来ると思う。</p> <p>3) 在宅において算定する点数が高く、患者負担をお願いするが、気になりそこまでやることができない。</p>

次ページ

表 30 (続き)

カテゴリー	回答数 (回答率)	具体的な記述内容 (代表的なものを抜粋・要約)
その他	73 (42.0%)	<p>1) 世間一般に知れ渡っていないので、在宅自体に否定的な家族が多い。</p> <p>2) 部屋まであがって実際の保管状況、残数を確認できないことがある。</p> <p>3) 状態が落ち着いている時は聞き出すことはいつも同じで薬を届けに來ているとしか考えていないひともいる。日常的な話しかしない方もいて、なかなか十分な介入ができない。</p> <p>4) 患者宅には医師、看護師、ケアマネージャー、ヘルパーや薬剤師など様々な医療従事者が出入りしているため家族のストレスになっている。</p> <p>5) 薬を届けてくれればよい、家の中にあげることには抵抗感を示す、残薬などを指摘されたくない、と考える患者もおおり、介入が難しい。</p> <p>医療機関から十分な患者情報の提供がされない。</p> <p>女性薬剤師が一人で患者宅を訪問するのに不安がある。</p> <p>介護保険の点数外ということで、ケアマネ等の意識が低く、情報の提供が不十分</p>

回答率は有効回答 (n=174) に対して算出した。

表 31：在宅医療に介入する上で何らかの認定薬剤師・専門薬剤師制度の導入は必要か（設問 4-6）

回答内容	回答数 (回答率)	具体的な記述内容（代表的なものを抜粋・要約）
必要	59 (35.5%)	<p>1) 「在宅医療認定薬剤師」という制度はあった方が良い。一種、患者宅でのヘルパーや、家族への安心感に繋がる。また、患者宅に行って初めて遭遇するケースもあるので、きちんとした講習を受けるべき。だと思えます。特に、医師や介護者、患者とのコミュニケーションが難しいと思われる。</p> <p>2) 輸液、麻薬等、外来処方せんで扱わない医薬品も多く、また合併症のある方も多いため、一定の研修認定は必要。また、高度医療機器や介護保険の全体像について熟知していなければ他職種を指揮監督したり、共同作業したりできないと思われる。</p> <p>3) 在宅医療を考える時、薬剤師は医薬品の管理・指導以外の医療行為を求められることも多いと思う。救急救命行為も熟知しておく必要もあり、介護・患護行為のスペシャリストであることも認められた立場の薬剤師がその任にあたるべきと思う。また、医療行為が可能な薬剤師の認定資格を導入することで、多くの薬剤師が認定取得を目指すようになり、結果的に在宅医療の拡充につながると思われる。</p> <p>4) 医療行為を拡大するため、研修・訓練の必要性はあるが、それは認定制度で良いと考える。保険薬局薬剤師は、業務の効率化のため、どの業務も担当することが求められる（営業時間も長く、時差出勤も導入している）。専門薬剤師制度を導入するならば、夜間の研修など要件を満たしている薬剤師で希望する者が取り易い方法が必要。専門制度の導入により在宅支援への参入の門戸が狭くなることは望ましくない。</p> <p>5) 認定薬剤師ならびに専門薬剤師制度を創設し、原則として有資格者が在宅医療活動を行うが、同時に指導薬剤師として、学生や未認定薬剤師を一人でも多く在宅の専門的知識を兼ね備えた薬剤師となるよう、指導していただくのが求められる。他方、医療行為については、専門薬剤師によるバイタルサインのチェックなどが求められるであろうが、それ以外の実施はそぐわないという印象を持っている。</p>

次ページへ