

care—the POLYMED randomised controlled trial. Age and ageing. 2007, vol.36, no.3, p.292-7.

- 25) Garfinkel, D. et al. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Archives of internal Medicine. 2010, vol.170, no.18, p.1648-1654.

【参考】

日本の医療における ICT を活用した情報共有システムの現状と電子化された診療情報の活用

総務省は、日本版 EHR の推進の為、平成 23 年 7 月 19 日、第 1 回「日本版 EHR 推進委員会」において、事業フィールド 1 「処方情報の電子化・医薬連携事業」、事業フィールド 2 「「天かける」医療・介護連携事業」および事業フィールド 3 「共通診察券事業」の概要説明を行い¹⁾、医療分野での ICT 利活用の推進を目的として、平成 23 年度から平成 24 年度において、医療機関等の保有する医療・健康情報を安全かつ円滑に記録・蓄積・閲覧するための医療情報連携基盤について、その効果や課題を実証する「健康情報活用基盤構築事業」を 5 地域で実施した。実証を通じて、医療情報連携基盤の定量的・定性的効果について整理し、明らかになった医療情報連携基盤の導入に伴う課題とその解決方策、今後検討すべき事項についてまとめられ、平成 25 年 5 月 17 日に報告書²⁾として公表されている。

以下に、報告書に記載の各事業の概要と成果を記載する。

- 1) 「共通診察券を活用した情報連携活用基盤構築」、しまね健康情報活用推進コンソーシアム

関係施設において個人の健康情報（検診情報、診療情報、調剤情報など）を登録・共有すると共に診療予約を行うシステム。

【成果】薬剤の服用に関し得られた効果として、「服薬指導の質の向上」「医療機関間の連携強化」「処方情報入力ミスの減少」などがアンケートにより挙げられた。

- 2) 「医療・介護分野における情報連携活用基盤構築」、「天かける」医療・介護連携事業地域協議会

地域全体において、地域中核病院・診療所・調剤薬局・介護施設等が、患者情報を登録すると共に、退院患者の経過情報等を閲覧することで、包括的なケアを実現。

また、退院時に行うケアカンファレンスにおいて、本人・家族とのスムーズなコミュニケーションが実現し、医療・福祉従事者の事前の情報の理解によるケアカンファレンスの短時間化・充実化が実現した。また、モバイル端末を導入することで、病院・診療所での患者の情報を介護施設にて閲覧可能となり、シームレスな情報連携を実現した。

【成果】定性的効果に関する検証により、医療機関では患者とのコミュニケーション・信頼関係の向上による「内容の濃い診療」が実現、調剤薬局では患者への的確な服薬指導が実現し、「症状の正確な把握・内容の理解」が促進したとの結果が得られた。

3) 「処方情報の電子化・医薬連携を実現するための情報連携活用基盤構築」、「処方情報の電子化・医薬連携実証事業」実行委員会

地域全体で診療情報、調剤情報、検診情報等の広域的情報流通基盤を構築し、効果的な処方、投薬等の実現を図るため、①処方情報、患者背景(検査・アレルギー情報等)を電子化し薬局に提供するシステム、②患者が自宅 PC 及び携帯端末で自身の調剤・服薬情報を管理できるシステムを構築した。

【成果】医療機関と薬局間でのコミュニケーションにより、診察・処方の質の向上が見られた。また、他局での調剤歴や一般医薬品の服用状況を知る事で、より正確な飲み合わせチェックを行うことが可能となり、副作用の予防・早期発見への有用性が示された。

また総務省では、地域課題の解決を図るため、地域における効果的・効率的な ICT 利活用を推進しているが、全国で展開される地域 ICT 利活用事業の取組み(およそ 550 事業)のうち「医療連携・遠隔支援」に関しては 77 の事業が総務省ホームページ⁴⁾上に紹介されている(平成 27 年 3 月 1 日現在)。

その中でも、成果が詳細に書かれた事業を以下に記載する。

1) 県・圏域を越えた広域医療連携を目指す ITC システム「広域連携ゆめ病院」

「ゆめ病院」システムでは、複数の医療機関における検体検査(血液・尿検査等)・画像(CT・MRI 等)・所見・処方履歴情報等の患者情報を、医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の多職種で共有することで連携を推進し、かかりつけ医から、中核病院あるいは在宅医療等への円滑な移行を可能

とした。⁵⁾

【成果】実証前後での変化を記載する。

- ① 投薬(禁忌・アレルギー)情報登録件数の増加率 3 件(1.92%)
- ② 共有患者の検査結果データの増加率 92,101 件(2.37%)
- ③ 診療所と訪看の共有情報の増加率 135 件(2.63%)
- ④ かかりつけ医の患者情報量 80,153 件
また、携帯端末(iPad)を利用し、血圧測定グラフや検査結果グラフにより可視化することで、患者の健康への意識の向上も見られた。⁶⁾

以上、日本国内での実証事例についてまとめたが、診療情報を電子化しネットワークを介して、患者も含めた多職種により相互に共有することで、コミュニケーションも深まり、さらなる連携体制が取れていた。また、電子化された診療情報を相互に登録・共有することで、今まで確認できなかった情報も容易に参照できるようになり、診療の質の向上につながると考えられた。
※ 参考として、電子化された医療情報の共有およびポリファーマシーに対するチェック機能が可能となるシステムを導入する海外の事例を以下に挙げる。

●フランス

ヴィタルカード(ICチップ付き保険証)の導入により、個人医療情報記録(DMP)プロジェクトが進められ、情報の閲覧には患者の了承を必要とするが、病歴、治療履歴などを参照する事が可能となっている。個人情報保護の観点からカードによる認証を行い、情報にアクセスするシステムとなっている。このシステムの導入により、長期的な治療履歴等を基に最適の治療法が検討可能となり、重複治療を減らし医療費の

削減に繋げる事をねらった^{7) 8)}。

●デンマーク

「保険医療セクターの電子化のための国家戦略 2008-2012」

処方履歴、アレルギー情報、健康診断結果等の閲覧サービスとして全国患者インデックス (NPI)、患者医療情報等にアクセスできるセキュリティの高い医療従事者用のネットワーク基盤である健康データネット (SDN)、患者の医療情報へのアクセスおよびカスタマイズされた市民個人の医療情報管理ツール(sundhed.dk)、処方履歴の横断的一元化データベース「共通医薬品カード」(FMK) により一括管理できるシステムが構築されている。⁹⁾

●スウェーデン

「全国 e ヘルス-医療及び介護の分野における安全でアクセスが容易な情報の為の戦略」(2010)

全国患者サマリ(NPO)を利用することで、医療関係者は、患者のプロフィール、投薬履歴、検査結果、アレルギー等の安全で効果的な医療行為に必要な情報を一括して入手することができ、それにより患者に対する医療行為の安全性と連続性を確保することが可能となる。⁹⁾

●シンガポール

「ITの最大活用ワーキンググループ」(2003)、「医療情報化戦略」(2008)

“一人の患者に一つのカルテ”実現を目指し、退院サマリー、アレルギー、検査情報、投薬、免疫記録などの情報を「電子カルテ情報共有システム (EMRX)」により共有している。⁹⁾

【参考文献】

- 1) 総務省「処方情報の電子化・医薬連携実証事業」事業概要,2012.Jan (アクセス日: 2015.3.2)
http://www.soumu.go.jp/main_content/000144580.pdf
- 2)「総務省 健康情報活用基盤構築事業(平成 23~24 年度成果報告書)」
http://www.soumu.go.jp/main_content/000225158.pdf (アクセス日: 2015.3.1)
- 3)「医療関係データベース基盤整備事業のあり方に関する検討会」報告書,2014.May
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11125000-Iyakushokuhinkyoku-Anzentaishakuka/0000049775.pdf> (アクセス日: 2015.3.1)
- 4)「総務省 地域情報化の推進事業 テーマ医療連携・遠隔支援
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/top/local_support/ict/jirei/thema01.html (アクセス日: 2015.3.1)
- 5)県・圏域を越えた広域医療連携を目指す ITC システム「広域連携ゆめ病院」事例集
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/top/local_support/ict/data/jireishu/h24/k078821_jirei_h24.pdf
- 6)平成 22 年度実施 地域 ICT 利活用広域連携事業成果報告書,特定非営利活動法人和歌山山地域医療情報ネットワーク協議会
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/top/local_support/ict/data/120/k078821_s.pdf
- 7)NTT データ 海外の電子政府事情(新連載・1)フランス ヴィタルカード--医療情報電子化時代の保険証 2009.2.26 (アクセス日: 2015.3.2)

8) 諸外国における国民 ID 制度の現状等に関する調査

http://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.soumu.go.jp%2Fjohotsu-sintokei%2Flinkdata%2Fh24_04_houkoku.pdf&ei=VnrzVP6MOpDX8gXM6YHgDg&usg=AFQjCNGs1K83lp5YDuylfpAH46EheQI3sA&bvm=bv.87269000,d.dGc (アクセス日：2015.3.2)

9) 大阪府市医療戦略会議提言, 1014. Jan : 150-154

<http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/19411/00000000/teigen.pdf> (アクセス日：2015.3.2)

10) 岸田伸幸、医療保障制度と医療情報ネットワーク化状況の国際比較：Winter 2011(177)65-76、海外社会保障研究

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

① 恩田光子, 今井博久, 七海陽子, 平野章光, 藤井真吾, 荒川行生, 薬剤師による在宅患者訪問に係る業務量と薬物治療アウトカムの関連, YAKUGAKU ZASSHI, 135(3) 519-527 (2015)

② 恩田光子, 今井博久, 春日美香, 安田実央, 下村真美子, 岡本夏実, 高田百合菜, 七海陽子, 田中有香, 荒川行生, 薬剤師の在宅医療サービスによる残薬解消効果, 医薬品情報学, 17(1) (2015) (in press)

各回共通のインタビューフロー（午前の部）

■下記フローはあくまでも目安であり、実施中の出席者の発言によって質問順序を変更する場合や、出席者の自発的な発言で必要な情報が把握できたとファシリテーターが判断した場合には質問を省略、あるいは追加した。

時間/累計	内容
	<導入>
5/5	- ファシリテーター自己紹介
	- 本グループインタビューの目的、活用範囲、進め方、ルールの伝達
10/15	- グループメンバーの自己紹介
	<テーマ>
5/20	①「ポリファーマシー、不適切処方に関する話題提供」 (ハンドアウトⅠ～Ⅲを用いた問題提起)
20/40	②「ポリファーマシー、不適切処方はなぜ発生するのか？」<原因同定> (原因とその背景：患者側、医師側、薬剤師側、制度（システム）の要因等) ※ まず参加者が付箋紙を使ってキーワード（又はショートセンテンス）を書き出し（5分間）、「職種別整理用書式」に貼って行く。全員が一通り自身の経験を踏まえて発言したところで、発言中の文言を使いながらディスカッションを展開する。
20/60	③「どうすればポリファーマシー、不適切処方を改善できるか？」<改善策> ※ ②と同様に展開する。
25/85	④「問題解決のために、医師と薬剤師の協働すべきことは？」<協働作業> ※ ③と同様に展開する。
5/90	「その他フリーコメント」 <クロージング> ・ご協力のお礼と午後からのスケジュール説明

昼食休憩（計 60 分間）

ハンドアウトⅠ～Ⅲ

<Ⅰ. 適切な/問題のあるポリファーマシーの概念>

文献：Duerden M, et.al. Polypharmacy and medication optimization. The King's Fund, London, 2013.

適切なポリファーマシーの概念

- 複雑な病態、多疾患併存に対して、薬剤使用が適切化され、処方が最良のエビデンスに沿っている場合

問題のあるポリファーマシーの概念

- 複数の薬剤が不適切に処方されていたり、薬物治療の意図する利益が得られていなかったりする場合
- なぜ処方が問題となるか
 - 治療がエビデンスに基づいていない
 - 治療による害が利益を上回る
 - 相互作用のために薬の併用が危険である
 - 内服の負担、薬剤費の負担が患者にとって許容範囲を超える
 - これらの負担により臨床的に有用な薬物治療のアドヒアランスを得ることが難しい
 - ほかの薬の副作用を治療するために薬が処方される (prescribing cascade)



<Ⅱ. 問題のあるポリファーマシー> 具体的な内容 (実践的な定義)

文献：Duerden M, et.al. Polypharmacy and medication optimization. The King's Fund, London, 2013.

◆定期的に10剤以上使用している

◆定期的に4～9剤使用し

- 不適切処方の可能性のある薬を少なくとも1剤以上使用している
- よく知られている薬物間相互作用の危険性がある、臨床的禁忌がある
- アドヒアランスの問題を含む、服薬に関する困難さが確認されている
- カルテに診断の記載がない、また主要な診断名が1つしかない
- 終末期ケア、緩和ケアを受けている

<Ⅲ. 薬物有害事象 (adverse drug event; ADE) >

文献：Nebeker JR, et.al. Clarifying adverse drug events. Ann Intern Med, 140(10):795-801, 2004.

- ・薬物有害反応 (adverse drug reaction; ADR)
- ・処方エラー (medication error)
- ・治療失敗 (therapeutic failure)
- ・薬物中断による有害事象
- ・薬物過重 (overdose)

職種別整理用書式

	原因	改善策	医師と薬剤師の協働
①患者			
②医師			
③薬剤師			
④制度 (システム)			

各回共通のインタビューフロー（午後の部）

時間/累計	内容
30/30	<p><導入></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ディスカッションの目的、進め方、ルールの伝達 ・AMの内容確認：原因、改善策、医師-薬剤師の協働をテーマにディスカッションした内容について、医師、薬剤師各1名ずつプレゼンテーションし内容を共有化する <p>具体的には、職種別整理用書式①をホワイトボードに並べて貼付し、それぞれの代表がサマライズ下記のテーマについて、各G15分ずつ（適宜メンバーコメント、質問を入れる）</p>
15/45	<p>①「ポリファーマシー、不適切処方なぜ発生するのか？」5分</p> <p>②「どうすればポリファーマシー、不適切処方を改善できるか？」5分</p> <p>③「問題解決のために、医師と薬剤師の協働すべき(できる)ことは？」5分</p>
5/50	<p>コーヒーブレイク</p>
50/100	<p><テーマ></p> <p>「ポリファーマシー、不適切処方を是正するために医師と薬剤師の協働すべき(できる)ことは？」一般論ではなく、具体的な方法の提言まで落とし込むことを目指してフリーディスカッションする。具体的な手順は下記のとおり。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 付箋紙を用いて、「さらに掘り下げるべきこと」、「主張したいこと」を1人3枚以上書き上げ「職種合同整理用書式」に貼付する。 2) 自分が貼付した内容について順次発言する。その内容を踏まえて、ファシリテーターがキーワード、ショートセンテンスを洗い出す。⇒ここでは、一般論ではなく、協働作業の具体的な方法や内容を抽出することを重視。
20/120	<p>総括・クロージング</p> <p>PCから液晶Pを使用し入力用フォーマットを用いて、「地域医療における適切な薬物療法のための医師と薬剤師の協働に向けた指針」をまとめる（箇条書きでサンプルに）。</p> <p>※当日の会話録、午前・午後の整理用書式、提言については、後日参加者へメール回覧し、補足や修正などコメントを求め、最終版を報告書に反映させる。（最後に）フリーコメント、ご協力のお礼</p>

【使用した備品等】

(レコーダー、整理用書式、付箋紙、マグネット、筆記用具、PC、プロジェクター)

職種合同整理用書式

	医師と薬剤師の協働
①患者	
②医師	
③薬剤師	
④制度 (システム)	
⑤その他	

大阪会場合同会議

番号	発話者	テキスト	(1)テキスト中の注目すべき語句	(2)テキスト中の語句の言い換え	(3)左を説明するようなテキスト外の内容	(4)テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	(疑問・課題)	
1		午後の進め方:						
2	聞き手	午前中、薬剤師側と医師側で原因と改善策、協働について話し合ったことをお互いに共有して頂く(約3分程度で)。						
3		医師側から						
4		原因:						
5		5つの原因						
6	原因	医師	1. 患者さんの知識不足					
7	原因	医師	患者さんから薬を出してほしいと要求をされて、もし出さない場合は理由を説明すると時間がかかってしまい、取りあえず薬を出すという結果になってしまうということが多く、患者さんの知識不足の問題や薬好きということが原因の一つになっています。	薬好き、出さない場合の理由説明、知識不足	薬への依存、薬識不足、ヘルスリテラシーの欠如	薬を使うほど治療が早いとの誤解・患者、家族の治療薬に対する期待と医師へのコミュニケーションの断念	ヘルスリテラシーの不足から、患者から医師へ診療情報が十分に伝わらない。薬識不足による薬の依存	ヘルスリテラシーを高めるにはどうしたらいいのか？
8	原因	医師	2. 医師の教育不足					
9	原因	医師	特に開業医に多く見られるが、病院方の逆紹介というのがあります。逆紹介してくれた専門医が出てくれるお薬を減らすというのは、難しいという問題があります。	病院方の逆紹介してくれた専門医の出してくれた薬を減らすというのは難しい	逆紹介してくれた専門医の処方薬を減らすのは困難	診療所は逆紹介してもらった病院と利害関係にあり、専門医の処方薬を減らすのは困難	診療所は逆紹介してもらった病院と利害関係にあるため、逆紹介してくれた専門医の処方薬を減らすのは困難	適切な疑義照会が可能な状況構築の為に「適切な疑義照会」をするための知識不足を補えば改善できるのでは？
10	原因	医師	また、薬屋さん側の問題もあり、副作用防止のためという理由から少しずつ薬が増えているということが良くみられます。	副作用防止のためという理由から少しずつ薬が増えているという事がよく見られます	副作用に対する追加処方	症状に対応するのみで、処方薬の影響の検討がされずに処方されている	医師・薬剤師の処方教育が不足しているために、処方薬による副作用について検討が不十分。ポリファーマシーの原因となる	ポリファーマシーについての教育カリキュラムが医療者教育に必要か？
11	原因	医師	3. 医師側からの患者への教育不足と多忙なスケジュール					
12	原因	医師	患者さんが原因になっている場合もありますが、医師側の問題としては、患者さんの知識不足を補うための教育をしていないという現状です。これは医師側の問題で、日本の医師が忙し過ぎて、そこまで時間が割けないという問題があります。	医師側からの患者への教育不足と医師の多忙なスケジュールがにより患者教育する時間が無いことが原因	医師側からの患者への処方薬についての教育不足。医師の多忙なスケジュールでは患者教育する機会が無い	患者への処方薬についての教育不足。医師の多忙な環境のため、患者とのコミュニケーションが不十分	医療機関の受診・処方薬についての患者教育不足。コンビニ受診による医師-患者間のコミュニケーション不足	医療知識が国民に必要と考え、義務教育のカリキュラムに入れるべきでは？
13	原因	医師	4. 薬剤師と医師のコミュニケーション問題					
14	原因	医師	薬剤師側の問題としては、薬剤師が処方した医師に対して、疑義照会をしにくいという遠慮があるということ。日頃の医師と薬剤師間のコミュニケーションが不足しているという問題もありますが、薬剤師の問題というよりも、これも医師の問題なのかもしれません。	薬剤師が、処方した医師に対して、疑義照会をしにくいという遠慮がある。日頃の医師と薬剤師間のコミュニケーションが不足している。薬剤師の問題というよりも、これも医師の問題なのかもしれません	医師と薬剤師間のコミュニケーション不足が疑義照会の遠慮へとつながる。医師・薬剤師、両方の問題か？	疑義照会により医師の時間を要することになるので利害関係のある薬局の中には、疑義照会を躊躇する薬局が存在する	医師と薬剤師間の利害関係とコミュニケーション不足が医師の診療時間を削減してしまう疑義照会の遠慮へとつながる。	「医師・薬剤師間の互いの状況把握をする場の提供」と「適切な疑義照会をするための薬剤師教育」が必要か？
15	原因	医師	5. ポリファーマシーに対するシステムの問題					

16	原因	医師	システムとしては、ポリファーマシーに対する、制度としてのペナルティーがないという問題です。医師側として、ペナルティーは与えるというのはいかがでしょうかという、システム的な問題です。また、ポリファーマシーに対する定義など、ペナルティーを含めての制度が明確なものがないということが問題である	ポリファーマシーに対する、制度としてのペナルティーがないという問題です。医師側として、ペナルティーは与えるというのはいかがでしょうかというのです。ポリファーマシーに対する定義など、ペナルティーを含めての制度が明確なものがないということが問題である	ポリファーマシーに対する、制度としてのペナルティーがない。医師側にペナルティーは与える案はどうか。ポリファーマシーに対する定義、ペナルティーを含めた制度の不明確さが問題である	ポリファーマシーの定義は現在存在しない。ポリファーマシーに対するペナルティー制度が存在しないのでポリファーマシーを減らすためのインセンティブがない	ポリファーマシー削減のためのインセンティブとしてペナルティー制度が無いのは問題。一方で、ポリファーマシーの定義が無いので、制度の策定ができない	日本のポリファーマシーを定義するための現状調査が必要か？ポリファーマシー削減のためのインセンティブとは、加算とペナルティーのどちらが適切か？
17			改善策:					
18	改善策	医師	1. 患者さんへポリファーマシーということについて、しっかり啓発していく必要がある					
19	改善策	医師	パンフレット用意するとか、あるいは厚生労働省とか、いわばガイドラインという形で、上から言われている形などという態勢で、ポリファーマシーということ啓発していくという策です。	いわばガイドラインという形で、上から言われている形などという態勢で、ポリファーマシーということ啓発していくという策です	制度としてポリファーマシー対策としてガイドラインなど遵守する項目を作成し、それに基づく啓発活動が必要	ポリファーマシーの予防策が存在せず、日本のポリファーマシーに関する患者教育は不十分である	患者教育が不十分なので、制度としてポリファーマシー予防ガイドラインなど遵守項目を策定し、遵守させることで、患者・医療者に対して啓発する必要がある	ポリファーマシー予防ガイドラインをどのように策定すればよいのか？どの程度の規制とするのか？
20	改善策	医師	2. 医師が新しい情報を更新していく必要がある					
21	改善策	医師	最低、パーティションを設けて、隣に聞こえないようにとか。その辺りはかなりうるさくなってきています。小児科とか、そういう所では、隔離室じゃないですけど、そういう所もきちっとなるべく薬局にも設けようとしています。医師のほうに関しましては、医師自身がやはり新しい情報をどんどんアップデートしていかないといけないということです。やはり、学生や研修医に、しっかり教育をしていく必要があるので、医師としても教えるためには情報を更新する必要があるということです。	、医師自身がやはり新しい情報をどんどんアップデートしていかないといけない	医師の卒業後も継続した学習が必要	卒業教育制度が不十分であり、免許取得後の評価が無い	医師の卒業教育制度が不十分であり、卒業教育による一定レベルの知識の保障をする制度が必要	免許取得後の医師の知識レベルの評価を専門医とクリニックなど立場の違いを考慮し、どのように行すべきか？
22	改善策	医師	3. 薬剤師さんは、『お薬手帳』というものがありませんので、やはりそれを最大限活用できる方法を模索していく必要があるということ。また、コミュニケーション不足に関しては、やはり定期的に薬剤師の方と接する、ディスカッションできる機会を作る必要があるということです。	『お薬手帳』というものがありませんので、やはりそれを最大限活用できる方法を模索していく必要がある。コミュニケーション不足に関しては、やはり定期的に薬剤師の方と接する、ディスカッションできる機会を作る必要があるということです。	『お薬手帳』を最大限活用できる方法を模索していく必要がある。コミュニケーション不足に関しては、定期的に医師と薬剤師がディスカッションできる機会を作る必要がある。	医師と薬剤師のディスカッションの場を設けることが制度として必須となっていない。	お薬手帳の有効活用について再検討が必要。多職種のカンファランス・勉強会にインセンティブを持たせた場を提供する必要がある。	お薬手帳の有効活用の範囲は医療機関に依存する部分も大きい。誰が、どのように提案すればスムーズに浸透するか？多職種カンファランスの主催は？制度上のインセンティブは何にするのか？
23	改善策	医師	4. ITを上手に活用したり、IDを活用すること	IT-IDの活用	IT-IDの活用	多数の先行事例有	先行事例の結果を待つ	
24	改善策	医師	5. 保険制度そのものの改革	保険制度	保険制度	保険制度	報酬制度におけるインセンティブが必要か？	対象と内容は？
25	改善策	医師	例えば、保険の点数にしても、今は何かかすると加算を付けるような形ですが、薬を出さずに時間をかけてしっかり説明をした医療にいい加算が付くような制度に変える。お薬を出せばいい加算が付くということではなく、出さない医療にもいい加算が付くような制度をこれから作る必要がある。あるいは、その部分を薬剤師さんに担っていただくという考え。	例えば、保険の点数にしても、今は何かかすると加算を付けるような形ですが、薬を出さずに時間をかけてしっかり説明をした医療にいい加算が付くような制度に変える。お薬を出さない医療にもいい加算が付くような制度をこれから作る必要がある。あるいは、その部分を薬剤師さんに担っていただくという考え	薬を出さないことに対して加算が付く制度に変える必要がある。その部分を薬剤師に任せてもらう必要あり？	現在、出来高なので、処方した薬の数に応じて加算されている	皆保険で自由アクセスが担保され、他科受診が横行しており、出来高なので処方した薬の数に応じた報酬を医療機関は得られる現状で、ポリファーマシー予防に対する加算制度は無い。報酬上のインセンティブの構築が必要	対象と内容は？
26			協働作業について・・・					

27	協働	医師	1. コミュニケーションの強化					
28	協働	医師	診療情報の共有、病名やデータなどの共有をする					
29	協働	医師	先行試行事業のところで、処方箋にデータを付けるということを実施したところが、やはり患者さんが持っていないといけないう状況がありました。ですから、現状、個人情報の関係で言うと、やはり患者さんがデータを持てないといけないう状況になりました。薬剤師さんに当てるはめると、やはり処方箋と添付文書で病人を見るということになってしまいうので、やはりコミュニケーションということになるのかなと思います。	先行試行事業のところで、処方箋にデータを付けるということを実施したところが、やはり患者さんが持てないといけないう状況がありました。薬剤師さんに当てるはめると、やはり処方箋と添付文書で病人を見るということになってしまいうので、やはりコミュニケーションということになるのかなと思います	患者がデータを持ってこない以上、処方せんと添付文書で病人を見る薬剤師には高いコミュニケーション力が要求される	薬剤師は病名・臨床検査値を知ることができない	薬剤師は診療情報が不明な状況で、処方箋と患者とのコミュニケーションにより得られた情報を基に、服薬指導を行う。患者の診療情報について医療機関で共有することで正確な指導が可能になるのではないか？	患者とのコミュニケーションが不十分であっても、適切な服薬指導を行うために、情報共有システムの構築について方法を検討する必要がある
30			薬剤師から					
31			原因:					
32	原因	薬剤師	1. 患者さんのマインドの問題					
33	原因	薬剤師	薬をたくさんほしいというマインドが強く、余っていても薬を多くもらうという問題があります。病識不足も問題の一つです。	薬をたくさんほしい。病識不足	薬への依存、薬識不足、ヘルスリテラシーの欠如	薬を使うほど治療が早いとの誤解・患者、家族の治療薬に対する期待	ヘルスリテラシーの不足から、患者から医師へ診療情報が十分に伝わらない。薬識不足による薬の依存	ヘルスリテラシーを高めるにはどうしたらいいのか？
34	原因	薬剤師	2. 患者さんの意思決定の問題					
35	原因	薬剤師	認知症の患者さんですと、本人は何も意識していませんし、家族もこれを飲ませておくことがいいことに違いないと思っています	認知症の患者さんですと、本人は何も意識していませんし、家族もこれを飲ませておくことがいいことに違いないと思っています	認知症の患者は判断できない。家族は処方について疑わない	処方の必要性について考慮が必要との医療教育を受けていない	処方の必要性について疑問を持ち、多剤服用ほど効果が高まるとの誤解を解くための医療教育を受ける必要がある	お薬手帳の有効活用例の提示が必要か？報告が不十分であるなら、実証実験が必要では？あるいは、義務教育課程に医療機関の受診と仕組みについて盛り込んで
36	原因	薬剤師	3. 『お薬手帳』を活用していない問題	『お薬手帳』を活用していない問題	『お薬手帳』の未活用	『お薬手帳』の活用について調剤報酬のインセンティブはあるが、体系的な患者教育がない	『お薬手帳』の未活用の背景には、『お薬手帳』の活用について調剤報酬のインセンティブはあるが、体系的な患者教育がないことが上げられる	お薬手帳の有効活用例の提示が必要か？報告が不十分であるなら、実証実験が必要では？あるいは、義務教育課程に医療機関の受診と仕組みについて盛り込んで
37	原因	薬剤師	薬局側というか薬剤師側が一生懸命啓発活動していますが、まだまだ多くの方が活用していません	薬剤師側が一生懸命啓発活動していますが、まだまだ多くの方が活用していません	薬剤師による啓発活動にかかわらず多くの方がお薬手帳を活用していない	『お薬手帳』の活用について調剤報酬のインセンティブはあるが、患者にとってメリットを実感できることは少ない	『お薬手帳』の未活用の背景には、『お薬手帳』の活用について調剤報酬のインセンティブはあるが、患者がメリットを感じられる場合は少ない	お薬手帳の有効活用例の提示が必要か？報告が不十分であるなら、実証実験が必要では？あるいは、義務教育課程に医療機関の受診と仕組みについて盛り込んで

38	原因	薬剤師	4. 医師側の問題で、一つは制度的な問題です。専門分野が幾つも分かれていると、薬の数が自然と増えていきます。薬自体は違っても、数を減らすというのを調整するのが難しいという問題があります。また、効果の問題もあります。新しい薬が処方されても効果が無いからやめようという話を聞きませうという形にしてしまいます。また、新薬の問題です。新薬というのは科学的な進歩だから仕方がないのですが、今までそんな薬なかったものが、新しく出たり。他の先端医療のほうでもたくさんお薬が出ていますので、当然増えていってしまうという結果になります。そのとき、増えたら減らすという努力は必要ではないか。	医師側の問題で、一つは制度的な問題です。専門分野が幾つも分かれていると、薬の数が自然と増えていきます。薬自体は違っても、数を減らすというのを調整するのが難しいという問題があります。また、効果の問題もあります。新しい薬が処方されても効果が無いからやめようという話を聞きませうという形にしてしまいます。また、新薬の問題です	医師制度の問題として専門分野が分かれているので多数の診療科を受診することになり処方が増える。薬効判定の難しさ。新薬を追加することで処方が増加	医師の医局制度と専門医制度に由来する細分化された医師の専門性と開業時点で多くの医師が内科を標榜するため専門科を把握しにくいことにより他科受診、薬効判定の困難さによる処方継続、新薬の開発による新薬の評価判定をできないための追加処方	ポリファーマシーの要因として、医師の医局制度と専門医制度に由来する細分化された医師の専門性と開業時点で多くの医師が内科を標榜するため専門科を把握しにくいことによる他科受診、薬効判定の困難さによる処方継続、新薬の開発による追加処方考えられる	患者教育・医師へのポリファーマシーに対する教育不足・治療効果判定の知識不足・報酬上の減薬に対する評価が無い点、新薬発売時のMRIによる過剰な説明と医師自身の新薬に対する評価教育の不十分さなど多くの因子が介入している
39	原因	薬剤師	5. 薬剤師側で、薬剤師は診断と治療というところに関しては、知識的には圧倒的に違います。基本的に習っていないという部分もありますし、別のフィールドでもあるので、どういう背景で、お薬が出たかというのは、なかなか分からなくて、勉強して、医師がこういう処方だというの、これは大丈夫だ、これはおかしいと考えています。それが薬剤師の基本的なケナパビリティーで、能力的な問題であると思います。それがなければ、仮説検証、この患者さんはどんなつもりでやっているかというのが分かります。	診断と治療は違う。処方から医師の処方意図を把握するのは、薬剤師の能力的な問題である	診断と治療は異なり、治療の知識をもとに、処方から医師の処方意図を把握するのは、薬剤師の能力的な問題である	医師でなければ医療をなしてはならないと医師法に定められているが、薬効の評価は薬剤師によってできる	診断は医師の職能であり、治療が薬剤師の職能である。処方から、医師の処方意図を把握し、薬効を把握するのは、薬剤師の能力的な問題である	薬局薬剤師は、勤務薬剤師であり、病院薬剤師も勤務薬剤師である場合が主である。この環境下で、薬剤師が患者の責任をどのように持つことができるのか？薬局選択の基準となる薬剤師選択を患者に促せば、薬剤師間の競争原理を利用できるのか？
40	原因	薬剤師	また、疑義照会というのは、法律で疑わしいものがあるときは調剤してはならないとありますが、疑わしいとは何かと。禁忌とか副作用とか重複、これは明らかに疑義照会しますが、この量、多くないですかとか、これ、こんなに要るんですかというようなことは医師には聞けないので、そこがはっきりしないというところ。医師に意見を言うというのはハードルが高いと思います。	疑義照会というのは、法律で疑わしいものがあるときは調剤してはならないとありますが、疑わしいとは何かと。禁忌とか副作用とか重複、これは明らかに疑義照会しますが、この量、多くないですかとか、これ、こんなに要るんですかというようなことは医師には聞けないので、そこがはっきりしないというところ。医師に意見を言うというのはハードルが高いと思います	疑義照会において「疑わしい」とは何か？禁忌・副作用・重複は明らかに疑義照会するが、用量・処方の必要性については効きにくい。医師に意見を言うのは、ハードルが高い	疑義照会の内容によって、利害関係のある医師に疑義照会を行わずらい場合がある	疑義照会において「疑わしい」とは何か？定義があいまいなので、必ずしも間違いでない疑義照会を行う医師に利害関係がある医師にすることは困難な場合がある	医師との利害関係を気にしなくなるような会社としてのインセンティブとして報酬制度の見直しか？一方で適切な疑義照会を行う薬剤師の知識不足が根底にあるのでは？さらに、多職種とのコミュニケーション向上の方策は？
41	原因	薬剤師	また、制度のことですが、プロセスでは、疑義照会というのは、医師が処方した後の、次の患者さんとか診ている最中にかかってくるので、医師としたら、そのことはもう終わっている中で、薬剤師からそこにさきほどの話の確認をされるのは嫌だと思います。そういう場合は、解決策にもつながりますが、プロセスを書いて、その医師の意思決定が変わるのを次の機会に持っていきけるような、仕組みを取り入れたらいいのではという話がありました。	解決策にもつながりますが、プロセスを書いて、その医師の意思決定が変わるのを次の機会に持っていきけるような、仕組みを取り入れたらいいのではという話がありました	疑義照会をその場で解決していくのではなく、次回の診察に活かしてもらうものを新設する	疑義照会は、別の患者の診察中に医師の時間を割く行為	疑義照会は、別の患者の診察中に医師の時間を割く行為であるため、疑義照会をその場で解決していくのではなく、次回の診察に活かしてもらうものを新設する	提案のためのエビデンスづくりの方法は？
42	原因	薬剤師	6. 診療報酬上のシステムの問題です	診療報酬上のシステムの問題	診療報酬上のシステムの問題	診療報酬上のシステムの問題	診療報酬上のシステムの問題	どのシステムを指すのか？
43	改善策	薬剤師	1. 患者さんへの医師と薬剤師による教育					
44	改善策	薬剤師	患者さんのほうは『お薬手帳』を活用できていないという問題があります。やはり患者さんの教育や病識など、こういうような啓発がいまいちなされていないという現状があります。病識は先生のほうでしっかりと啓発していただいで、薬識に関しては薬局のほうで啓発するということができるのではないかと考えます。	『お薬手帳』を活用できていないという問題があります。やはり患者さんの教育や病識など、こういうような啓発がいまいちなされていないという現状があります	『お薬手帳』を活用できていない。患者の教育や病識など、啓発がなされていない	患者教育が行われシステムがない	日本では、医療制度やセルフメディケーションなど医療教育を受ける場が設定されておらず、病識・薬識が低く、お薬手帳の必要性も理解されていない	医療知識が国民に必要と考え、義務教育のカリキュラムに入れるべきでは？
45	改善策	薬剤師	2. 医師の薬への知識不足の改善					

46	改善策	薬剤師	例えば、新しい新薬への知識不足。知識のアップデートが足りない部分があると思います。	知識のアップデートが足りない部分がある	知識のアップデートが足りない部分がある	医局所属の期間は専門医制度による専門性が重要視され、開業後の教育については医師自身の自己研鑽に依存する	医局所属の期間は専門性が重要視され、開業後の教育については医師自身の自己研鑽に依存する。そのため、知識のアップデートを卒業後、均一に行うことができていない	どこまでの制度・システム化が必要か？自己研鑽や個人の能力、医療機関のレベルによる求められる内容・レベルが異なる
47	改善策	薬剤師	また、『お薬手帳』の確認というのが、医師でされていない方が結構いらっしゃることも事実です	医師の中には、『お薬手帳』の確認をしない人もいます	『お薬手帳』の確認ができていない医師がいる	お薬手帳の確認が義務化されておらず、診療報酬もないため、多忙な診療時間を割くメリットがお薬手帳の有効性を必要とする場合以外にはない	お薬手帳の確認が義務化されておらず、診療報酬もないため、多忙な診療時間を割くメリットがお薬手帳の有効性を必要とする場合以外にはない	『お薬手帳』の有効性>医師の多忙さの増強』と感ぜられる実証研究がない？
48	改善策	薬剤師	3. 薬剤師側は、処方意図の確認が必要。役割の分担になってくると思いますが、医師は診断し、処方して、薬剤師は処方意図を理解していないと、違うことを薬局で言うという問題が起こることがあります。薬剤師と医師のコミュニケーションがしっかりできていれば、処方意図もより理解できると思います。	薬剤師側は、処方意図の確認が必要。薬剤師と医師のコミュニケーションがしっかりできていれば、処方意図もより理解できると思います	薬剤師側は、処方意図の確認が必要。そのためコミュニケーションは重要	コミュニケーションが無くても成り立つシステムの構築について検討、医療情報の一元化という形で、情報が全部共有される仕組みの実証研究がなされている	薬剤師側は、処方意図の確認には知識だけでなく医療機関とのコミュニケーションが必要。コミュニケーションがない関係でも診療情報を確認できるシステムの構築も同時に必要である	薬局薬剤師が医師の処方意図を理解するための卒後教育システムと医療機関とのコミュニケーションに対する場の提供、診療情報共有システムの構築と維持の担当部署と経費についての検討が必要
49	改善策	薬剤師	4. 制度のほうは、調剤報酬システムの問題があります。これは改善をする必要があると思います。	調剤報酬システムの問題があります。これは改善をする必要がある	調剤報酬システムの問題を改善する必要がある	ポリファーマシー予防策についての調剤報酬はわずかであり、インセンティブとはなっていない	ポリファーマシーの予防策としての行為と調剤報酬を見合ったものに改訂しなければならない	ポリファーマシーの予防策としてどういった内容にどのように報酬を課すか？
50	改善策	薬剤師	5. 医療情報の一元化という形で、『お薬手帳』をIT化すること。患者さんの情報が病院と診療所の連携、および、薬局まで、情報が全部共有される仕組みができればいいと思います。	医療情報の一元化という形で、『お薬手帳』をIT化すること。情報が全部共有される仕組み	医療情報の一元化され、『お薬手帳』をITし情報が共有される仕組み	各地で実証研究を施行中だが、医療情報の一元化した情報共有の仕組みがない	各地で実証研究を施行中だが、「お薬手帳」を含んだ医療情報の一元化した情報共有の仕組みがない	各地で様々なシステムを利用した医療情報共有の形を実証研究している。その祖活をもとに、厚労省主導のシステムの運用を実施しなければならないのではないか？
51			協働作業について・・・					
52	協働	薬剤師	1. 顔が見える関係を築く	顔が見える関係	顔が見える関係が必要	医療者のコミュニケーションの場が制度上存在しない。調剤報酬はない	顔が見える関係を構築する医療者のコミュニケーションの場が制度上存在しない。調剤報酬はない	多職種のカンファレンス・勉強会にインセンティブを持たせた場を提供する必要がある
53	協働	薬剤師	患者さんを中心として、医師と薬剤師が日頃から、外来であっても在宅であっても、顔が見える関係を築いておく。そこで、患者さんを中心としたいろいろな情報共有をして、いろいろな意見が言いやすい環境を作ることが大事。	顔が見える関係、情報共有	顔が見える関係、情報共有	医療者のコミュニケーションの場が制度上存在しない。調剤報酬はない	情報共有をスムーズに行うためには顔が見える環境が必要。多職種のカンファレンス・勉強会にインセンティブを持たせた場を提供する必要がある	多職種のカンファレンス・勉強会にインセンティブを持たせた場を提供するために顔が見える関係が無い場合の対策も合わせて検討が必要か？
54	協働	薬剤師	2. 医師のところ、ガイドラインに基づいた診療による処方を行う。エビデンスに基づいた処方を実施して、判断できるようにして、薬剤師のほうへもリンクをして、いろいろな形で協働できたらいいと思います。	ガイドラインに基づいた診療による処方を行う。エビデンスに基づいた処方を実施して、判断できるようにして、薬剤師のほうへもリンクをして、いろいろな形で協働できたらいいと思います	ガイドライン・エビデンスに基づいた処方を実施して、薬剤師が判断できるようにしてはどうか	薬剤師の処方解析能力は、個人差がある(データはないが、個人的印象として)	医師がガイドライン・エビデンスに基づいた処方を実施して、処方解析能力のある薬剤師が判断できるようにしてはどうか	医師の処方教育と薬剤師の処方解析能力の確保についてシステムを構築するには？各職種での一定水準を確保するために必要か？現実可能な手法としては、報におけるインセンティブの付与か？

55	協働	薬剤師	3. 薬剤師のところで、『お薬手帳』など、媒体を使って患者さんの薬剤情報を中心に、いろいろとチェックはしているのですが、まだまだ完全でないところがあります。だからこそ、医師と薬剤師で協力して患者さんに徹底させること。	『お薬手帳』など、媒体を使って患者さんの薬剤情報を中心に、いろいろとチェックはしているのですが、完全でないところがあります。医師と薬剤師で協力して患者さんに徹底させること。	医師と薬剤師で協力して患者さんにお薬手帳の活用を徹底させること	お薬手帳を見たら、医師・薬剤師はどのように活用し、どんな事例があるのか？すべての医師・薬剤師が活用できる能力があるのか？	患者にお薬手帳の有効性を認識してもらうために、事例を患者に認識してもらう必要がある。一方で、医師・薬剤師の能力を一定水準以上にするシステムの構築が必要	患者に事例を認識してもらうために、大規模な実証研究を短期間で実施できないか？現実可能な手法としては、報におけるインセンティブの付与か？
56	協働	薬剤師	4. 医師は患者さんへ病識の教育をする、薬剤師は、患者さんにきちんと薬識を教える	医師は患者さんへ病識の教育をする、薬剤師は、患者さんにきちんと薬識を教える	医師は患者さんへ病識の教育をする、薬剤師は、患者さんにきちんと薬識を教える	医療に対する義務教育の内容は保健体育の中での「健康な生活と病気の予防」に関するものとなっている	日本の義務教育課程で、国民は医療についての教育を受けていない。医師は病識を、薬剤師は薬識を教えないといけない	高齢社会となり、労働人口より非労働者が増える社会では、患者のヘルスリテラシーを向上させ、医療機関を受診する前の対応とする環境構築が必要では？
57	協働	薬剤師	5. 疑義照会の工夫と徹底というところで、医師の処方意図に基づいて、その理解をした上での適切な疑義照会ができるように努めるべきである	医師の処方意図に基づいて、その理解をした上での適切な疑義照会ができるように努めるべきである	医師の処方意図に基づいた疑義照会をするべきだ	全ての薬剤師に医師の処方意図に基づいた疑義照会能力があるのか明らかではない	薬剤師の卒後教育と知識評価を行う事で、医師の処方意図に基づいた疑義照会につながる	
58	協働	薬剤師	6. 制度、システムのところでは、やはり支払い側でのチェック機能が必要。連携していくという意味で、何らかの形できちんと確認することが必要ではないか。	支払い側でのチェック機能、連携、確認することが必要ではないか	保険者によるポリファーマシーに対するチェックをかけるべき。さらに医薬連携ができていくか確認をする手法はないか？	医薬連携ができていくという状況の定義が不明確	保険者によるポリファーマシーに対するチェックをかけるべき。さらに医薬連携ができていくか確認をする手法はないか？そのためには、医薬連携ができていく状況についての定義を明らかにしなければならない	医薬連携をどのように定義すべきか？
59	協働	薬剤師	7. 処方箋に関しましては、医療情報の提供という意味で、いろんな診療情報も盛り込んでいただいて、書面では分からないけれども、薬剤師が確認できるようなシステムがあればいいと思います	処方箋、診療情報、薬剤師が確認できるシステム	医療情報の提供として、診療情報を薬剤師が確認できるシステムが必要	診療情報の共有を医師・薬剤師で行えるシステムが地域、各種SNSにより試行しているが統一されていない	医療情報の提供として、診療情報を薬剤師が確認できる全国共通システムが必要。各地で実証実験が行われているがシステムは様々であるため、参考にできるのか？	先行研究は多くあるが、実施中であり、それぞれシステムが異なる。ある時期で、研究成果をまとめてもらい、日本における医療情報共有システムを政府として指定するべきではないか
60	協働		協働作業について・・・					
61	協働		医師と薬剤師、患者については、共同作業へのキーワード(3つ)					
62	協働	医師	患者さん側の問題点、患者さんの無知に対しての説明というのは、やはり医師側と薬剤師側の説明が食い違くと、余計不信感を買ってしまいますので、特に問題患者さんに関しては、事前にちゃんと口裏合わせじゃないですけど、コミュニケーションちゃんと取って、説明が同一になるようにしておくことが大事だと思います	医師側と薬剤師側の説明が食い違くと、余計不信感を買ってしまいます。コミュニケーションちゃんと取って、説明が同一になるようにしておくことが大事	医師と薬剤師の説明を同一にする必要がある	診療情報の共有化が必要と考えられ、さまざまなSNS、クラウドを利用したシステムが試行されている	医師と薬剤師の説明を同一にする必要がある。コミュニケーションをとる必要あり。一方で、コミュニケーションがない医療機関の患者であっても対応できるように、診療情報の共有化が必要と考えられ、さまざまなSNS、クラウドを利用したシステムが試行されている	医療情報の共有システムが必要であり、そのシステム作りは？コミュニケーションも必要であるが、協働となれ合いは区別しなければならぬ
63	協働	医師	医師側からの問題点という、立場上、薬剤師さんのほうが立場がちょっと弱いと思います。ですから、医師のほうから積極的に働きかけるという姿勢が大事だと思います。	医師のほうから積極的に働きかけるという姿勢が大事	医師からの積極的な働きかけが大切	医師・薬剤師の相互の働きかけが必要であって、片方に依存するのは適切なのか？	互いにコミュニケーションを取り、各職種で得た情報を提供し合う必要がある	コミュニケーションも必要であるが、協働となれ合いは区別しなければならぬ。また、遠方の医療機関でも対応できる広域な医療情報提供システムの構築も必須

64	協働	医師	薬剤師さん側の問題、やはり医療というのは、病気に関することなら、医師がそれのプロですから、そっち側の状況というのは、医師のほうからこれも積極的に伝える姿勢が大事だと思います。	病気に関することなら、医師がそれのプロですから、そっち側の状況というのは、医師のほうからこれも積極的に伝える姿勢が大事	診療情報は、医師から積極的に伝えるべき	医師・薬剤師の相互の働きかけが必要であって、片方が依存するのは適切なのか？	互いにコミュニケーションを取り、各職種で得た情報を提供し合う必要がある	コミュニケーションも必要であるが、協働となれば別な役割を担わなければならない。また、遠方の医療機関でも対応できる広域な医療情報提供システムの構築も必須
65	協働	医師	改善策に関して、薬を使うことの意味合いを医者側の医学的なものと、薬剤師側が薬的なものとの両方の伝える必要性があり、お互いに適切なアドバイスができるようなシステムが必要ではないでしょうか。	医者側と薬剤師側、両方の情報を伝える必要性があり、お互いに適切なアドバイスができるようなシステムが必要ではないでしょうか	医師・薬剤師がお互いに患者に対して適切なアドバイスができるシステムが必要	face to faceが必須なのか？会わなくても意思疎通ができるシステムが求められている？	地域での議論できる環境を作る一方で、遠方の医療機関でも対応できる広域な医療情報提供システムの構築も必須	根底にある、各医療者の能力を一定水準以上に保つ制度が必要である
66	協働	医師	医者のほうは、自分の専門以外の勉強をすることが、医学教育のところから含めて、卒業してからも、ある程度そういう機会を増やすということが、やはり何かそういう専門性の中にも生かされるようなシステムが必要だと思う。	医者のほうは、自分の専門以外の勉強をする。卒業してからも、ある程度そういう機会を増やす	自分の専門以外の勉強をする機会を増やす	専門以外の医療知識を増やす機会を作る場がない	医師に自分の専門以外の勉強を行い、評価する機会を医師の卒後教育制度として提供できないか？	医師が自分の専門以外の勉強を行い、一定水準上の能力がある時に、どのように患者アウトカムが変化するか実証研究が必要である。あるいは、医師側のインセンティブとなる何かを提供するのか？
67	協働	医師	薬剤師の先生と、病気と薬の知識を共有する機会。定期的な勉強会と、何かの学会で医師と薬剤師がセッションつくって、勉強するとか、そういう機会をやはり増やし、両方で共有して、具体的に動き出す必要があるとおもいます。	定期的な勉強会。学会での医師と薬剤師のセッション	定期的な医師と薬剤師による勉強会	face to faceの集まりの必要性は？何を基準に評価できるのか？医療情報の共有と、顔の見える関係は同一ではない	多職種のカンファレンス・勉強会による患者アウトカムにおける影響を明らかにしなければならない	多職種のカンファレンス・勉強会、顔の見える関係を構築した際の評価があれば、インセンティブについての議論ができる
68	協働	医師	制度的には、重複薬剤を削る、それに加算というのはいい策だと思います。やはり多剤、たくさん薬を飲んで、類似薬、例えば認知症の薬、安定剤、睡眠剤、メジャー、マイナー、そういう類似薬の危険性を、フィードバックするシステム。それで整理して、本当に必要だということを議論できるようなシステムづくりをする必要があるのではないかと。	制度的には、重複薬剤を削る、それに加算というのはいい策	制度における改善案：重複投与と削ることに加算	現在、存在する(重複加算A)。認識している薬剤師の割合は明らかではない	重複投与と削ることに加算はすでに存在するが、存在を薬剤師に再認識させる必要がある	重複投与と削ることによる医療費の削減はどの程度であったのか明らかになれば、薬剤師の意識づけに役立つのでは？
69	協働	医師	コミュニケーション不足のところでは、医者、それから薬剤師と一緒にやれる機会をつくる。特に、講習会ですとか勉強会。プライマリ・ケア連合学会のように、やはり医者の世界でいいますと、今度、また専門医制度というのができてきますので、そういうものに乗っけて、やはり点数化をして、そこに参加することでこれだけの点数がもらえて、次、専門医を更新するときに、必ずそれが必要になるという形に、そこに参加していないと取り残されるという形を取られるのはいいのではないかと。薬剤師の世界でも、同じようなものがあると思います。そういうところに乗っけて、医師と薬剤師、プラス医療者の講習会というふうなコミュニケーションする機会を増やすことを考えます。	コミュニケーション不足のところでは、医者、それから薬剤師と一緒にやれる機会をつくる。専門医制度の点数を配布し更新時に利用するので、行かなければならない環境とする案。薬剤師にも同じようなものがあると思います	専門医制度の点数を配布し更新時に利用するので、行かなければならない環境とする案。薬剤師では研修センターを配布し、研修認定薬剤師申請の点数とするか？	専門医制度が細分化しており有益性についての評価が必要だが、現在、専門医制度がなくなる兆しはない。一方で、認定薬剤師の保持が給与に反映される病院もある	専門医制度、認定薬剤師制度に関連した点数を配布することで医師・薬剤師が会う機会を半義務化することはできないか？	医師・薬剤師が会うだけでなく、コミュニケーションを取り、どのように患者アウトカムに影響を与えるのかを示した上で、場の提供体制を構築しなければ、形式上の無駄な経費となってしまう可能性がある
70	協働	医師	教育のところでも、もっと医学部、薬学部、看護学部と共同して、講義をしたり、今ですと、薬学部にもOSCEというのがあると思います。その練習を医学生と薬学生と一緒にやらすとか、そういうポリファーマシーの場面を作り、医者も考えさせる、医学生も考えさせる、薬剤師も考えさせる、なんとしても考えさせるというような形で、もっと同じ医療職として、そのときからコミュニケーションが図れるようにしてあげるといって、就職してからも、そうやって協力をしていかなければならないという意識を作る。	OSCEの練習を医学生と薬学生と一緒に行わせる。ポリファーマシーの場面を作り、もっと同じ医療職として、卒前からコミュニケーションが図れるようにしてあげるといって、就職してからも、そうやって協力をしていかなければならないという意識を作る	学生時から多職種との場面を作り就職後も協力が必要と意識づけを行う	学生時代からの異業種との集まりは、総合大学では行われることがある。単科大学ではどのように催すのか？	大学での多職種との関わりを増やし、多職種の考え方を理解する場を設けるカリキュラムの増設。方法の明確化	「多職種の必要性を学生のうちから、認識させる」ためのカリキュラムとは？学生の評価をどのようにするのか、体験実習とした場合の群分けした試行カリキュラムが必要か？

71	協働	医師	制度のことで、報酬のところです。しっかり時間を取って、説明をしたことに対して、そこにそのポリファーマシーのことも含まれるという形の何か加算をしないと、減薬加算というだけの形で一つの 카테고리をつくってしまうというのは、非常にもったいないと思います。同じ報酬をつくるということに関して、少し枠組みとしては広くてもいいかと考えます。	報酬制度の件:しっかり時間を取って説明して事に対して、ポリファーマシーことも含まれるという加算を減薬加算というだけの形で一つのカテゴリを作ってしまうというのは非常にもったいないと思います	報酬制度の件:減薬加算ではない、ポリファーマシーに対する加算システムを構築してはどうか	ポリファーマシー解決にインセンティブを持たせるシステムが現在存在しない。また、解決できる方法が明確でない	報酬制度の件:減薬加算ではない、ポリファーマシーに対する加算システムを構築してはどうか	ポリファーマシーの調剤報酬・診療報酬にどのように反映すべきか?どのような行為に対する報酬とすることが適切か?
72	協働	薬剤師	いつ連絡取るかという話は、連絡を取る時間を決める。ケアマネタイム、薬剤師タイムのようにいつ連絡をするのにいい時間なのかを設定しておく。	連絡を取る時間を決める。ケアマネタイム、薬剤師タイムのように	職種ごとに医師に連絡を取る時間を決める	地域医療を前提としているが、コメディカル間については検討されていない	疑義照会に対するコアタイムを医療機関ごとに決定する。コメディカル同士の連絡するコアタイムの設定も必要か?	コアタイムがある方がコミュニケーションしやすいのか?患者にすぐ対応できないので、患者の負担が増えるのが確実である、この制度の構築は有用なのか?
73	協働	薬剤師	本当に現場のいろんな事情が込み入った事例に基づくような勉強会の実施をするべき。患者さんに対して、仲間として、みんなどう役割分担でアプローチ掛けるかなど、患者さんが受け入れるアプローチをできるような、そういう実際の複雑な理由に基づいた勉強会が必要だと思います。	実際の複雑な理由に基づいた勉強会	事例にも続いた症例検討会を多職種で行う必要がある	多職種による症例検討会は、ほとんど行われていない	多職種のカンファレンス・勉強会にインセンティブを持たせた多職種による症例検討会を行う場の提供が必要	多職種によるカンファレンスに対するインセンティブを報酬で与えるならば、患者アウトカムに及ぼす影響を明らかにする必要がある
74	協働	薬剤師	処方箋に関して、ポリファーマシーの設定、処方意図、いろんな調節ができるような、そういう処方の仕方というものを開発するといいかと思います。	処方意図、いろんな調節ができるような処方の仕方	いろんな調節をするための方法の開発	かかりつけ薬局が機能していない日本において、自分の薬局以外の薬局に持って行かれた処方内容について把握することはできない。医療情報の共有システムが必要である。現在、各地で試行実験が行われている	かかりつけ薬局が機能していない日本において、自分の薬局以外の薬局に持って行かれた処方内容について把握することはできない。処方意図の理解、ポリファーマシーの防止には医療情報共有システムの開発が必要	医療情報共有システムが各地で異なり、統一されていないので、ある時点でヘルスシステムを厚生労働省が評価し、標準化する必要があるのではないかと?
75	協働	薬剤師	薬剤師が、医師の診察の現場に行き、見学して、どんなコミュニケーションして、どんな処方意図を持ってやっているのかを研修する機会を作る。医師と薬剤師のお互いの役割を勉強する研修の場を作る。	薬剤師が、医師の診察の現場に行き、見学して、どんなコミュニケーションして、どんな処方意図を持ってやっているのかを研修する機会を作る	薬剤師が、医師の診察の現場に行き、医師の思考回路を学ぶ機会を研修に入れる	大学での薬学部教育では、医師の処方への考え方を学ぶ実習はない	薬剤師が、医師の診察の現場に行き、医師の思考回路を学ぶ機会を病院内の一部のカリキュラムに含んではどうか?	病院での実習中に医師について処方への考え方、診療などを学ぶ時間を示すために、エビデンス構築が必要。卒業教育の一部として実習した場合の実証研究はできないか?
76	協働	薬剤師	プロセスの問題で、患者さんはどんな薬が残っている状態とか、健康状態なのか、まず医師の所へ行ってから薬局へ来ますけれど、その前にいったん薬局に立ち寄っていただきどのくらい薬が残っているのか、それを薬剤師が『お薬手帳』を連絡帳代わりにしているんです。プロセスとして、最初に薬局に整理に来て、病院に行って、病院に行って、薬局に行って調剤するというのが、プロセスをちょっと変えればいいことが分かるんじゃないかと思いました。	プロセスの問題、薬剤師が『お薬手帳』を連絡帳代わりにしている。プロセスとして、最初に薬局に整理に来て、病院に行って、病院に行って調剤するというのが、プロセスをちょっと変えればいい	ポリファーマシー防止策:プロセスとして、最初に薬局に整理に来て、病院に行って、病院に行って調剤する	現在、医者に最初に行き、その後、薬局という常識がある	今の常識である「医者」に最初に行き、その後、薬局」に反するが、患者の診療プロセスの見直しとして、「最初に薬局に整理に来て、病院に行って、薬局に行って調剤」にしてはどうか	常識であるプロセスを変更するためには、「最初に薬局に整理に来て、病院に行って、薬局に行って調剤する。」場合の、ポリファーマシーの減少、残薬があることによる処方日数の削減など、データが必要
77	協働	薬剤師	お薬です。効果不十分時に、どういふふうに対応するかというのは、あらかじめ医師と患者、薬剤師でガイドライン化して薬を減らす策を考える。	効果不十分時に、どういふふうに対応するかというのは、あらかじめ医師と患者、薬剤師でガイドライン化して薬を減らす策を考える	効果不十分時に薬の減少策をガイドライン化する	医療者個人の能力に差があるので、最低ラインとなるガイドラインが必要	薬の削減策を含めた医師・薬剤師の卒前、卒業教育を充実させるのと同時に、最低限度のことを各医療者に提供するために、ガイドラインの作成が必要か?	基本的なガイドラインの作成はどのように行うべきか?例:Q&Aの作成。薬効評価の最低ラインの定義とは?

78	協働	薬剤師	『お薬手帳』をより活用するように、医師から患者に必ず持ってくるように、診察の時に見せるように促す。患者への声掛けを医師からしてもらおう。	『お薬手帳』をより活用するように、医師から患者に必ず持ってくるように、診察の時に見せるように促す。患者への声掛けを医師からしてもらおう。	患者への声掛けを医師から『お薬手帳』を必ず持ってくるように、診察の時に見せるように促す	お薬手帳の有用性が患者に認識されていない。また、そのような教育が日本では行われていない。一方で、必ずしも医師がお薬手帳の提示を必要としない	『お薬手帳』を必ず持ってくるように、診察の時にDrから促すことは推奨はされるが、患者側がお薬手帳の有用性を認識していないため、携帯しないとも考えられる。一方で、お薬手帳の活用について、医師教育も必要な場合もありうるのではないか	『お薬手帳』の有用性を患者認識できるような、エビデンス構築が必要。お薬手帳の利用状況について、日本では現状把握ができていない
79	協働	薬剤師	EHR(Electronic Health Record)というのですが、もう検証事業が開始されていますが、総務省が実行していて、非常にいいので、手術中などに医師に問合せが画面上でできるという仕組みです。クラウドのデータで管理しているので、患者さんに許可を取り、医師や薬剤師で情報を共有できる仕組みです。これに対してPHRという言葉があるんですが、PHRはPersonal Health Recordで、患者さんが全部、全てデータを持って歩くということです。EHRは医療者がデータを持つということです。	EHR・PHR	EHR・PHR	現在、実証実験が行われている	情報共有の仕組みとして、大きくHERとPHRの2種あり	PHRでは、個人情報を個人が携帯することになるので、個人情報の保護の問題をクリアできる。個人カードのチップにどれだけ情報を携帯することができるのか。実施されるならば、その医療情報読み取りの機械購入費は、政府が負担するのにか？
80	協働	薬剤師	患者啓発で、病識や薬識は医師と薬剤師で分担するのがいい	患者啓発で、病識や薬識は医師と薬剤師で分担	患者啓発において病識や薬識は医師と薬剤師で分担して行う	医療に対する義務教育内容は体育の保健の中での「健康な生活と病気の予防」に関するもののみとなっている	患者啓発において病識や薬識は医師と薬剤師で分担して行う。一方で、患者教育を国民に対して必要であると判断するならば、義務教育のカリキュラムに入れるべきでは？	義務教育終了者に対して、患者教育を一齐に行うために、年●回、教育セミナーを受講したら、商品券を渡すなど、患者教育のインセンティブを考えてはどうだろうか？
81	協働	薬剤師	コミュニケーション取りながら、薬識、病識、高めていくことが重要である	コミュニケーション取りながら、薬識、病識、高めていくことが重要	コミュニケーションを取りながら、薬識、病識、高めていくことが重要	患者教育と考える義務教育のカリキュラムに入れればいいが、患者との接点を増やすことを目的とした場合、医師との役割分担が必要か？	患者とのコミュニケーションを深めるには、患者啓発において病識や薬識は医師と薬剤師で分担して行う事は有用	患者教育でのヘルスリテラシーの向上において、病識・薬識の求められている程度は？それによつては、ドラッグストア・薬局による地域での患者教育で代用できるのではないか？
82	改善策	薬剤師	患者の情報の共有をEHRやバーコード、媒体を使い管理して、情報開示をすれば情報の共有がしやすくなる	患者の情報の共有をEHRやバーコード、媒体を使い管理して、情報開示をすれば情報の共有がしやすくなる	患者情報の共有にシステムを利用すると簡単に	EHR・PHRの実証実験が現在、日本で行われている	患者情報の共有にシステムを利用すると簡便になる。現在、実証実験が行われている	各地域で異なるシステムを試行しており、日本として、どのシステムを導入するのか、ある時点で政府による評価が求められる。その評価項目とは何にすべきか？
83	改善策	薬剤師	疑義照会フィーについて、必要な疑義照会を積極的に薬剤師のほうが行った場合に、何かフィーが付くようなシステムが必要だと思います。医師から見て有効な結果が得られるような場合に付けられるようなフィーを設定する。	疑義照会フィーについて、必要な疑義照会を積極的に薬剤師のほうが行った場合に、何かフィーが付くようなシステムが必要だと思います	必要な疑義照会を積極的に薬剤師が行った場合に「疑義照会フィー」の算定可能な制度が必要	現在は、医療制度上、疑義照会の内容について公開されていない	必要な疑義照会を積極的に薬剤師が行った場合に「疑義照会フィー」の算定可能な制度が必要だが、疑義照会内容について、評価するデータが無い	薬剤師が積極的に行った疑義照会の定義とは？
84	改善策	薬剤師	『お薬手帳』に、医師または薬剤師が、処方以外の面で互いに必要な情報を提供した場合、その場合に何か付くようなフィーを設定する。	『お薬手帳』に、医師または薬剤師が、処方以外の面で互いに必要な情報を提供した場合、何か付くようなフィーを設定	医師または薬剤師が、処方以外の面で互いに必要な情報を提供した場合、フィーを設定	処方以外の面で互いに必要な情報を提供するのは、どのような情報を示すのか？そして、患者アウトカムにどの程度影響するのか？	医師または薬剤師が、処方以外の面で互いに必要な情報を提供した場合は、フィーを設定してはどうか？ただ、処方以外の面での情報提供について、具体例は明らかにされていない	「処方以外の面」の定義とは？また、その情報による患者アウトカムへの影響は？
85		聞き手	医師と薬剤師の共同作業の全体が、やはり医師と薬剤師のコミュニケーションという中で、具体的にどう実現できるかについて…	医師と薬剤師の共同作業の全体が、具体的にどう実現できるか	どのような協働作業が実現可能か			

86	改善策	医師	薬剤師の先生の患者さんに対する立ち位置はどうなっているのか	薬剤師の先生の患者さんに対する立ち位置？	患者と薬剤師の関係は？	患者と薬剤師の関係は明らかではない。患者は薬剤師の役割が分かっていないので、質問内容について二度手間と感ずる場合がある	患者と薬剤師の関係は明らかではない。患者は薬剤師の役割が分かっていないので、質問内容について二度手間と感ずる場合がある	薬剤師の職能について、把握していない国民が多いのではないか？国民調査のアンケート項目に含めて検討してもらえないか？	
87	改善策	医師	例えば、医者の世界では、昔から技術者モデルとか、何モデルとかありますが、やはり支援者モデルというふうに見える人が多いと思うのですが、やはり患者さん、生活習慣病、多くなってきたので、薬剤師さんの立ち位置というのは、今、どういうふうに見られている、あるいは教えられているのでしょうか。	医者は支援モデル。薬剤師は？	医者は支援モデル。薬剤師は？	一般論として、薬剤師が何モデルであるのか不明	医者は支援モデル。薬剤師は、明らかではない		
88			薬局基本では、一般用薬品のOTCも扱って、セルフメディケーションの部分もきちっとやっていると。もちろん処方箋の調剤もできる薬局です。あと、介護保険のほうで、在宅もそのものでも、衛生用品とか、そういうものも含めて、きちっと説明をして、提供できる薬剤師であろうという形です。健康アドバイザーとかトータルの健康アドバイザーとしての立ち位置。	薬局基本では、一般用薬品のOTCも扱って、セルフメディケーションの部分もきちっとやっていると。衛生用品も含めて、提供できる。健康アドバイザーとかトータルの健康アドバイザーとしての立ち位置。	薬剤師：トータルの健康アドバイザーとしての立ち位置。	OTCの陳列0%が25%を占めるといふ報告あり http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/51940.pdf#search=OTC%E6%95%B0+%E8%96%AC%E5%B1%80+%E5%89%B2%E5%90%88	薬剤師：トータルの健康アドバイザーとしての立ち位置である一方で、一般用医薬品の品数は、薬局により大きな幅がある	栄養学、衛生用品についてのカリキュラムも必要か？現在は、卒後の自己学習に依存	
89	改善策	薬剤師	薬局の種類が多過ぎるという問題があります。医師会でもそうだと思うんですけど、薬剤師会でも言っている薬局はいろいろあるんですけど、ただ、いろいろの薬局の現状としては、もう種類が多くて、例えば調剤に特化している所もあります。正直調剤に特化している所しかない。だから、例えば大学病院の周りにある調剤薬局は、地域の人を見られないのです。	薬局は調剤に特化している所しかない。だから、例えば大学病院の周りにある調剤薬局は、地域の人を見られない	薬局、調剤に特化、例えば大学病院の周りにある調剤薬局は、地域の人を見られない	トータルの健康アドバイザーとしての役割を求められる薬局が少なく、就職後の自己学習に依存する傾向あり	薬局は調剤に特化しがち。例：大学病院の門前薬局は、地域の人の健康アドバイザーとなる余裕がない。また、一般用医薬品・栄養補助食品などの知識は、卒後の自己学習・企業研修に依存している場合が多い	栄養学、衛生用品についての卒前カリキュラムが必要か？	
90	改善策	医師	今、すごい個人情報とかうるさくて、一般的な薬局さんの相談にきた患者さんのプライバシーはどうなっているのか	患者さんのプライバシーはどうなっているのか	患者の個人情報管理方法は？		医療情報におけるプライバシーについてどこまで求められるのか？		
91	改善策	薬剤師	制度的にしなければならぬということにはなっていませんが、プライバシーを設定することが望まれるというようなことがあります	制度的には、しなければならぬということになっていない	制度による規定はない	医療提供者として個人情報の管理は適切に保護されているのが社会における暗黙の了解としてある。	医療情報におけるプライバシーについての考え方が明確ではないが、どこまで必要か？		
92	改善策	薬剤師	最低、パーティションを設けて、隣に聞こえないようにとか。その辺りはかなりうるさくなってきています。小児科とか、そういう所では、隔離室じゃないですけど、そういう所もきちっとなるべく薬局にも設けようとして進めています。	パーティションを設けて、隣に聞こえないようにとか	隣の患者に声が漏れない工夫をしている薬局がある	個人情報に患者が敏感に反応するため、薬局でも投資するようになった。方法は様々。	パーティションを用いた、投薬時の個人情報の保護の他にも方法は様々。どの程度まで、最低必要か？	個人上保護の対策は、法律上明記されていないが、どの程度の環境を提供する必要があるのか？	
93		聞き手	やはり薬の適切な薬物療法が重要であり、そのエビデンスをちゃんとそろえる必要があるということなのです。やはり薬剤師の本質的な機能というのは、キーワードは、本質的な寄与はなんなのかと。薬剤師の本質的な寄与は、福祉器具を売ったり申請したりではなく、やはり薬物療法じゃないかという、それが教育を受けて、有機から無機から何からまで、薬物動態から何からやってきて、6大生になって、それで臨床でやる。それがやっぱり本来のコアの薬剤師という専門職、プロフェッショナルな職業のコアなのではないかと。基本的には、狭義かもしれませんが、薬剤師の機能とは、やはり適切な薬物療法ということだと思います。						
94		医師	病気の知識も必要になる場合があると思うんですけど、積極的に勉強しているというふうな、薬剤師業界全体としての方向性とも出てきていますか	病気の知識。積極的に勉強しているというふうな、薬剤師業界全体としての方向性とも出てきていますか	病識を学ぶ薬剤師業界全体としての方向性があるのか	薬剤師会、学会などによる勉強会は存在する	病識を学ぶ薬剤師業界全体としての方向性があるのか。最近では、バイタルサインの確認も含め、病識を学ぶ傾向にあると考えます		

95	薬剤師	薬学教育自体がやはり6年制になって、今、現場の学生たちとは、その辺りの指導が徹底して行われています	薬学教育。指導が徹底して行われています	病識の指導が6年制になって強化された	カリキュラム数の増	カリキュラムが6年制によって増加し、病識の指導が強化されたと考えられる	
96	聞き手	医学生と薬学生と一緒に教育すること。そういうことで、お互いのプロフェッショナル、かつ、どういふことを役割として果たすべきかというものを若いうちから刷り込ませることです。					
97	医師	医者の世界って、もちろん入るときはコミュニケーション能力とか関係ないので、医者になるまでの間で、そういうコミュニケーション苦手な人は、何となく今まで基礎に行くとか、あまりコミュニケーション能力が必要としない仕事に行くということで、一応コミュニケーション苦にしない人が医者になれているはずなんですけど、薬学も別に入るときにコミュニケーション能力問われないですよ。今言ったみたいにしてそういう対人能力とか薬剤師さんにはどうなのですか。	コミュニケーション能力。対人能力とか薬剤師さんにはどうなのですか	コミュニケーション能力の無い人は薬剤師以外の職種に着くことができる状況であるのか	研究職など製薬会社への就職は、薬剤師より困難。また、製薬会社でもコミュニケーションスキルは求められる	薬学部卒業生の狭い就職先。コミュニケーション能力は、製薬会社でも求められる。コミュニケーション能力の無い人も薬剤師になる場合が多い	薬剤師の多様なキャリアパスが必要か？OSCEのレベルを上げるのか？薬剤師の質を求められる調査報酬制度といったシステムによる圧力をかけるのか？
98	薬剤師	卒業までにそれを徹底的に訓練しておいてください。OSCEまでにね。でも、性格的なものもあります。教育としては、きちっとみんなにはしております。模擬患者さんを使って。	卒業までにそれを徹底的に訓練。OSCEまでに	OSCEまでに卒業までにコミュニケーション能力を徹底的に訓練	授業を行えば、コミュニケーション能力が向上するの	OSCE評価によるコミュニケーション能力は、現場で通用するの	足りOSCE評価だけでなく、能力開発として新たな場が必要では？
99	薬剤師	コミュニケーション能力の何を求めるかで、高い能力を求めれば、たくさんいい方がいると思います。薬剤師でも、それは医師でもそうです。ただ、最低限守らないといけませんし、このベースラインがあります。本当はOSCEのはずなんですけど。それは医師もOSCEやりますから。そのラインのはずなんですけど、それが守られていないと、現場に来たらトラブル出ますので、患者さんと必ずトラブル出ます。	最低限、OSCE	最低限のコミュニケーション能力がOSCE	OSCEができれば現場でトラブルが起らないのか	OSCE評価によるコミュニケーション能力は、現場で通用するの	足りOSCE評価だけでなく、能力開発として新たな場が必要では？
100	聞き手	対人業務、対人サービスにシフトせざるを得ないのだと思います。それだと全部ICT化になりますよね。ICTで流通系がどんどん進んできている中で、想像を絶するような形で、今やっている機械的な仕事は全部流通業とICT化でやる。薬剤師が本当に生き残るのは、対人サービス、対人業務に移らなきゃ駄目だということになると思います。内々で話をしたのは、どういふふうに点数付けて、経営を成り立たせていて、調剤は機械でもやれるということになってしまいます。やはり対人業務に裏打ちする経営が成り立つ形じゃないと難しいです。					
101	医師	社会通念的に、やっぱり薬剤師に任せる医者というのは、ちょっと信用落ちてしまう可能性があります	社会通念的に、薬剤師に任せる医師は、信用が落ちる可能性がある	社会通念的に、薬剤師に任せる医師は、信用が落ちる可能性がある		社会通念的に、薬剤師に任せる医師は、信用が落ちる可能性がある	
102	聞き手	いろいろな面から患者さんへの教育が必要なんです。薬識を含めて。					
103	聞き手	実際、本当に薬剤師の本質的な機能を発揮する制度やシステムや流れを開発していくといったら、もう本当にガチンカチンになるので、すごく難しいと思います					