

104	薬剤師	成功事例を探すしかないと思います。例えば、うちの薬局とかも、薬剤師として入って20年になりますが、そのときの医師は、ずっと在宅をしているのです。医師と一緒に。でも、毎週カンファレンスしている。毎週カンファレンスしていたら、当然医師の処方意図は分かりますし、看護師もみんな動きは分かるわけですが。ファーストコールも、うちの所はもうその医師の所のナースが取っているの、ナースが取って、サマーして、医師に伝えてという流れがあります。しかし、経営している20店舗全部そうか言われたら、そうじゃない先生もいらつしやいます。だから、自分の中のちっちゃい世界、姫路の中の20店舗という世界の中を見ただけでも、いい所と悪い所とありますが、あまり関係がもう疎遠な所も実はあり、みんながいい所ばかりではないということです。	成功事例。姫路の中の20店舗という世界の中を見ただけでも、いい所と悪い所とありますが、あまり関係がもう疎遠な所も実はあり、みんながいい所ばかりではないということです。	成功事例は一部	成功事例の客観的な患者アウトカムに対する評価はない	全ての薬局が医療機関とコミュニケーションを取れているわけではない。医療機関とのコミュニケーションがうまくいくことで、患者にどのような影響を与えるのか試行事例について評価が必要ではないか	個人能力と環境の評価をどのように行えばいいのか？
105	聞き手	本当に地域の患者ケアの勉強会、意思疎通の症例検討会とかが必要です。2か月に1回、医師が参加して、地域医療ケアをする事例など。そういうことにこそ、点教付ける必要があると思います。					
106	薬剤師	介護報酬の中で、これから地域包括ケアシステムが進んでいく中で、地域ごとに含まれている開業の先生方とか、地域包括ケアセンターを中心に、薬局とかいろいろ関係が必要になります。その中で何かフィーと評価がうまく組み合わせられればいいかと。	地域包括ケアセンターを中心とした地域包括ケアシステムでの、薬局の働きにおいて、何かフィーと評価がうまく組み合わせることができないか？	地域包括ケアセンターを中心とした地域包括ケアシステムでの、薬局の働きにおいて、何かフィーと評価がうまく組み合わせることができないか？	地域医療システムに対するフィーは、病院では特定機能病院・協力病院など機能による評価が行われているが、薬局に対しては無い	地域包括ケアセンターを中心とした地域包括ケアシステムでの、薬局の働きにおいて、何かフィーと評価がうまく組み合わせることができないか？案：病院の役割ごとのフィーの違いのように、薬局の能力評価により、フィーを変えてはどうか？	店舗ごとの評価という事になるので、人についての評価はされないが、ある程度の人でないとならざるを得ないような評価内容とは何であるか、検討が必要か
107	医師	地域ケアの中で、ユニットとして協力する形になって、事務的なことを全部機械化したり、クラークを雇うことで省力化することとは可能ですか	地域ケアの中で、ユニットとして協力する形になって、事務的なことを全部機械化したり、クラークを雇うことで省力化することとは可能ですか？	地域をユニットとして、事務的なことを機械化またはクラークの雇用で行い省力化することとは可能か？	薬局・介護事業所は民間企業が主、医師は開業医か医療法人が主であり、組織内での序列化することを受け入れるのか？誰が動かすのか？	地域をユニットとして、事務的なことを機械化またはクラークの雇用で行い省力化することとは可能か？この考えは、利益追求型の民間企業が参入している分野で成り立つのか？	国民の医療機関の受診選択を規定することにもなり、国がかかりつけ医を選定するように、薬局など指定する一方で、別途追加料金を支払った場合に受診できる病院を用意すると言った、イギリスのような制度の確立が必要か？
108	薬剤師	物理的には可能だと思いますね	可能	可能	薬局・介護事業所は民間企業が主、医師は開業医か医療法人が主であり、組織内での序列化することを受け入れるのか？誰が動かすのか？	物理的には可能かもしれないが、利益追求型の民間企業が参入している分野で成り立つのか？責任主体は、国なのか。市町村？県？	
109	聞き手	本当に地域包括ケアというのは、ケアですが、ある意味、その方法論がなかなか開発できていません。要するに、優秀な医師とか、地域の開業医とか、優秀なケアマネジャーが居るケースだけが、地域包括ケアの好事例になっています。					
110	医師	要するに、自分がどれだけ患者さんの役に立つかということしかないのです。それができれば生き残れるし、それができなければ生き残れないと、全部の職種も同じです。	自分がどれだけ患者さんの役に立つか。それができなければ生き残れない	患者に有益なアウトプットをできなければ、生き残れない	成功事例の客観的な患者アウトカムに対する評価はない	一部の成功例における具体的な患者アウトカムに対する評価を明らかにしなければならぬ	実現可能な臨床研究とは？
111	聞き手	きっかけとして、開業医師の先生にリーダーシップ取ってもらったり、あるいはケアマネジャーの人にリーダーシップを取っていただき、ケアマネジャーにも看護師も、それから医師も薬剤師も集まって、チーム医療でポリファーマシー、あるいは適切な薬物療法を実現していくこと。やはり地域のドクターのリーダーシップが必要だと思います。それが経済的とか、あと、それから誇りとか、リスクとか、いろいろな要素を合わせた方法論を模索していきたい。					

	ストーリーライン(現時点で言えること)	<p>ポリファーマシーの原因として患者の薬物依存、薬識・病識の不足、ポリファーマシーに関する医療者教育の欠落、電子カルテによる安易な処方選択、患者・医療者のコミュニケーション不足、根拠に基づいた疑義照会を行うための薬剤師の知識不足、ポリファーマシー改善に対する報酬体系の未確立、診療情報の共有ができていない。</p> <p>改善策:適切な薬剤使用に関する啓発活動と患者教育システムの整備、医療機関間の情報の共有化システムについての検討、多職種連携が重要になる。</p> <p>そのためには、制度やシステムの整備と共に、実現とより高い効果を得るためのインセンティブを検討する必要がある。</p>
	理論記述	<ul style="list-style-type: none"> ・患者教育として国民すべてに必要な教育と捉え義務教育としてポリファーマシーを含んだ医療全般、医療制度のカリキュラムを組み入れることができれば、意識・行動変容にいたる可能性がある。 ・薬剤師・医師の大学でのポリファーマシーを防ぐための教育、卒後教育を充実させれば医療者の行動変容が起こる。 ・薬剤師の臨床実習内容に多職種連携を入れるなど、多職種とのコミュニティーの場の検討が求められている。 ・多職種連携を評価する方法の確立と診療報酬への連動について検討が必要。 ・現在、薬剤師は診療情報を把握することができない。そこで、多職種でのSNS、クラウドを用いた情報共有が多くの地方自治体で試行されている。→先行研究の結果を待つ
	さらに追及すべき点・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師・医師の大学でのポリファーマシーの概念の教育、卒後教育あるいは薬剤師の更新性による知識の底上げを図るシステムを検討していくべき。 ・カンファランス・勉強会の実効性を評価するためには、これらに参加したことによる職種間コミュニケーションの改善や処方改善などをアウトカムとする介入研究が必要ではないか。 ・国民健康保険加入者を対象にした実態調査によりポリファーマシーの現状を把握できれば、日本の実態に即したポリファーマシーの定義づけや問題認識の統一に資するのではないか。 ・報酬上のどのようなインセンティブが可能か？ ・定期的な Medikation レビュー を報酬体系に組み込むことで、処方の適正化が進むのではないか。

東京会場合同会議

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	1. 午前中それぞれ医師側と薬剤師側で別れて話をして頂いた内容を説明して頂く、各医師の先生方薬剤師の先生方より原因について、また患者さんからの意見について話をしていただく(各10分~15分で)。					
3	聞き手	目的:①お互いのお話より似ている点や違う点を理解する ②ルール上では処方権は医師が持ち、薬剤師は疑義照会をきちんと監視する義務がある。そのうえで、薬剤師のより一層の専門性、機能を発揮にはどうしたらよいか考える					
4	聞き手	2. 医師と薬剤師が、対、専門性、プロとしてのプロフェッショナルリズムを生かしながら、どのように共同作業をすることはできるか?各先生方3分で意見を話していただく。					
5	聞き手	3. 今日のとめとして、医師と薬剤師の協働作業は、どのようにしていったらよいかという提言、指針、方向性についてのガイドラインを考える					
6	聞き手	例えば、医師と薬剤師のコミュニケーションをしっかりとっていく方法を考えてみる。					
7		薬剤師側から					
8		原因:					
9		4つの原因					
10	原因 薬剤師	1. 患者側からすると...医師受診は複数やはり受診している(他科受診が多い)。患者さんの考えとしては薬がほしい。必ず薬をもらってくることが目的になっていて、症状というより、必ず薬の処方してもらうということが多くみられる	複数の医師、複数の薬剤、必ず処方、薬がほしい	他科受診、薬目的の受診	フリーアクセス、皆保険、薬をもらうことが良いという認識、薬を出す医師が良いという誤解	皆保険の下、医療機関へのアクセスが確保されていることを背景に、他科受診、薬目的の受診へとつながっている。	薬に対する誤認識はどうして発生するのか、なぜ患者は薬を欲しているのか?
11	原因 薬剤師	2. (1)自分の依存、薬への依存、依存性薬剤への対応力として、原因となっているのが患者さん自身が症状の説明ができない、アピールが不足で医師に話が伝わらないという問題がある	薬への依存、依存性薬剤への対応力、アピール不足、症状を説明できない	薬への依存、薬識不足、ヘルスリテラシーの欠如	薬は使うほど良いとの誤解、薬があれば安心との思いからコミュニケーションを断念	ヘルスリテラシーの不足から、患者から医師へ診療に必要な情報が十分伝わらない。薬識不足による薬への依存。	ヘルスリテラシーを高めるにはどうすればよいか?
12	原因 薬剤師	2. (2)医師にとっては、臨床を中心とした優先順位があり、患者さんの臨床的なものや訴えは見えているが、患者さんの隠れている生活環境はすべて見えていない。先生方の処方の積み重ねが一番大切で、経験が優先になっている。	臨床中心、経験優先、処方の積み重ね、患者の生活環境、見えていない	患者背景が不十分なまま臨床症状を把握、経験重視の処方	診療時間の限界、医師の多忙、経験重視、勉強不足、医師間の連携不足、漫然とした処方の積み重ね	診療時間の限界、医師の多忙により患者の生活環境等が十分考慮されないうまま、経験重視で処方される。医師間の連携がないまま処方漫然と積み重ねられている	薬剤師が患者の生活環境や医師間の処方を含意的に把握し適時フィードバックできれば解消するか?
13	原因 薬剤師	3.(1) 疑義照会のやり方に対して、どのような対応をするのが原因の一つと言える。例えば、処方一つに対しても、むくみが出ました。むくみが出た理由は何だろうというよりも、むくみが出たから利尿剤を使いました。そして、味覚障害が出ました。それに対して亜鉛のお薬が出ました。その患者さん、医師の診察、そこに加え、薬剤師の技量不足というものもありますが、職種に対応としては、問い合わせ、どう変更をするか。	疑義照会、やり方、薬剤師の技量、むくみが出たら利尿剤、味覚障害に亜鉛、変更	副作用を治療するために薬が処方される、疑義照会、方法、内容、副作用、場当たり的な処方、診察上での問題	prescribing cascade、臨床判断、処方意図不明のまま疑義照会、知識不十分での疑義照会	医師の薬識不足と薬剤師の技量不足により、prescribing cascadeを是正することが困難であり、疑義照会のあり方が問われる。	処方意図と根拠に基づく疑義照会を可能にするには?

14	原因	薬剤師	3. (2)このケースの疑義照会では、先生方の診療状況を見ない状況で、薬剤師は添付文書に掲載されているということで判断することが多くみられます。また、薬剤師のスキル不足が原因として見られます。	診療状況、見ない、添付文書、疑義照会、薬剤師、スキル不足	医師の診断プロセスが不明、添付文書を根拠とする疑義照会	薬剤師の臨床知識の欠落、4年制薬学教育における臨床教育の欠如、コアカリキュラム導入後も不足	臨床知識の不足により添付文書(PL法も絡む)のみで判断する事が多い現状に、薬学教育の在り方が問われる。	学部教育のみならず、進歩する医学に對して薬剤師にも継続的な卒業臨床教育が必要、制度化も検討課題
15	原因	薬剤師	4.(1)服薬薬剤のお薬手帳等の情報提供がほとんどなされていないということも大きな原因です。	お薬手帳、情報提供	お薬手帳等による情報共有	患者のお薬手帳への理解不足、携帯忘れによる活用不足、医療者の理解活用不足	患者、医療者ともにお薬手帳の有用性を理解していないため、情報共有ツールとして十分活用できていない。	手帳を有効活用した多剤併用は正の具体的運用方法の検討が必要。
16	原因	薬剤師	4.(2)多剤併用が多いという現状を踏まえながら、システム上の問題で、歯止めが利かない。	多剤併用、システム上の問題	多剤併用のチェック機能の不十分	情報共有の在り方、診療報酬の問題、レセコン等ソフトの問題、	情報提供の本来の目的を果たせる診療報酬が必要、またそれを実現するソフト	診療報酬、調剤報酬の不理解も多く、システムが機能していない現状に対して打つ手はあるのか
17			改善策:					
18	改善策	薬剤師	1.(1) 患者さんに対して教育をどこまでできるかが一つの改善策になると思われる。特に日本人は薬が大好きという気持ちを変えていくため必要がある。	患者、教育、日本、薬が大好き、気持ち、変える	患者教育、薬への依存、意識改革	不十分な教育により、薬への依存度が高い	日本において、薬に対する教育が不足しているため、患者の薬への依存度が高い。行動変容、意識改革への啓発が必要	何故、薬が好きになるのか
19	改善策	薬剤師	1.(2)そのためにも顔の見える関係を築くことが改善策になる。患者さんと先生方はもちろんのこと、それ以外に薬剤師も含め、顔の見える関係が必要である。病院や診察室だけではなく、老人会などに先生方が参加頂き、お話をすることで、本当に見えるところがあるのではないか。	顔の見える関係、病院、診察室、老人会、お話し	face-to-faceコミュニケーション、医療現場以外での交流の場	病院での短時間の診療の中での付き合いのみ	診察室、薬局以外でface-to-faceコミュニケーションをとることで、患者、医療者間の相互理解が深まる	face-to-faceコミュニケーションの場をどのような目的でどう設定すれば多剤併用の是正につながるのか?
20	改善策	薬剤師	2. 先生方に関して、地域コミュニケーション、地域包括ケアが盛んになっている中、地域に根ざした先生方の教育、また地域の中に関わりを持つということが改善策になると考えます。医師を中心とした他職種の中に研修会を実施し、顔の見える関係を築く。また、患者さんの個々の生活状況や情報も必要になると考える。	コミュニケーション、地域包括ケア、先生方、他職種、研修会、生活状況、情報	コミュニケーション、地域包括ケア、医師、他職種、研修会、生活状況、情報	地域包括ケアシステム構築の必要性、他職種間での情報共有化、患者情報を共有し、ケア目標の認識統一が必要	地域包括ケアシステムにおいて、関係職種がケア目標の認識を統一し、多剤併用の解決に向けて患者情報を共有化することが必要	多職種連携活動を推進するためにはインセンティブ(たとえば診療報酬上の評価)が必要なのは?
21	改善策	薬剤師	3.(1) 薬剤師に関しては、本来のスキルを上げていく必要がある。また、処方提案ができるような薬学知識は必要である。先生方と同じ診断の中のレベルとして話をしないと、単に演習の文献を見ただけの話になってしまう。伝えるコミュニケーションの力を身に付ける必要がある。	スキル、処方提案、薬学知識、医師と同じ、診断レベル、コミュニケーション	診断プロセス、処方意図、処方提案がスキル、コミュニケーション	医師の診断プロセスの理解、処方意図の把握、薬学知識、医師と薬剤師が協議するタイミングとその内容	薬剤師が医師の診断プロセスや処方意図を把握していない状況で処方提案は難しい。それらを実現するための手段(たとえば、協議の場の設定、アジェンダ、タイミング等の検討)が必要。	医師の診断プロセスや処方意図をシステムティックに把握する手段はないか?薬学的知識はあるはず
22	改善策	薬剤師	3.(2)同時に、薬学教育の見直しが必要である。医師、看護師さんとの連携を取ることのできるかたちでの教育はなされていないことに問題がある。職種の壁を取り払うような教育ができないと、これから先も地域の教育も難しい。	薬学教育、見直し、医師、看護師さん、連携、職種の壁	薬学教育、見直し、他職種横断的な教育、多職種協働のための教育	各職種の相互理解が困難な環境、チームアプローチが構築されにくいカリキュラム、現状にそぐわない教育体制	特に多剤併用は正のためには、まず医師と薬剤師間を中心とした協働の意義を理解できるような教育体制が必要	学生時代からの多職種協働講義の導入するには?
23	改善策		協働:					
24	改善策	薬剤師	1. 患者さんに対しては、地域住民向けの勉強会、講習会を医者と薬剤師で実施すること。	医師、薬剤師、合同、地域住民向けの勉強会、講習会	医師、薬剤師協働による講習会の開催	適正な薬物治療、診療所・薬局と言う縦割りの医療、地域の住民に対する教育の場	治療方針を決定する医師と日々の服薬状況までを指導管理する薬剤師の両方の立場が協働し、住民の適正な薬物治療を目指す。	開催主体は?全ての年代に行う?義務教育は学校で、成人以降の未病管理として行う?

25	改善策	薬剤師	2. 受診時に必要なことが伝えられないというケースが多くあるので、受診カード的なツールを薬局と医療機関で用意し、双方に回していく仕組みを作る。	受診カード、ツールを薬局と医療機関で用意、双方に回していく仕組み	連携ツール、双方向の情報共有	短い診察時間の中での情報収集、緊急時の情報収集、お薬手帳の活用不十分な状態からの脱却が必要	言語による伝達困難な状態など、いかなる状況においても情報収集可能な、言語的なやり取りを介さない情報共有システムの活用	お薬手帳の情報共有他、連携システムを構築するには？
26	改善策		東京会場合同会議					
27	改善策	薬剤師	3. 医師側として、医師と薬剤師で1日1回面会(顔を合わせる)をする。顔が見える、また聞き取りに関する環境づくりのため、例えば、顔を合わせて一緒にお酒を飲むなど、普段顔を合わせていると、多少失礼なことがあったとしてもお互いに許せる関係を作ること、患者さんのケアと一緒に考えることができるのではと考える。	医師と薬剤師で1日1回の面会	協働カンファレンス	普段からの関係作りにより情報共有を容易にする	患者ケア向上のために、普段からお互いに率直で健全な意思疎通が図れるよう、日頃から交流を深め、協働カンファレンスの場を定期的に設ける	共同カンファレンスの調剤報酬への加算
	改善策	薬剤師	4-1薬剤師として、医師と問合せをしやすい環境作りです。顔と顔が見える関係です。	問合せをしやすい環境、顔と顔が見える	顔の見える関係	接点が少ない為、日常からの関係性が重要となる	医師・薬剤師のコミュニケーション	ツールは？
28	改善策	薬剤師	4-2また、臨床教育の充実が必要です。もっと患者さんを見えるような教育に変えていくことで、例えば現実にできかどうか分かりませんが、外来の診察室を見る、病院に行つて実際に医師の診療を観察するなど、お互いの理解を深める上で、大学の教育を変える必要がある。	臨床教育、患者さん、見える、教育、診察室、診療を観察、理解、大学の教育	薬剤師の臨床研修、診断プロセスを知る、医師・薬剤師協働の為の相互理解の為の教育カリキュラム	薬学教育で、臨床研修に重点が置かれなかった歴史的背景、縦割りの教育システム、コアカリキュラムの内容	患者のための治療を行うには、医師が行う診断プロセスを知ることが重要であり、学部教育におけるコアカリキュラムの臨床薬学の具体的な学習項目も必要	新コアカリキュラムの中にどれだけ盛り込まれるのか、また、実際の取り組みの指針として示す事が必要ではないか
29	改善策	薬剤師	5. 制度に関しては、メールでも対応できる、服薬情報の一元管理が必要です。お薬手帳では管理するのは難しい部分があるため、ICカードなどで一元管理をすることが必要。これにより、お互いに見える関係を築くことができる。	制度、メール、服薬情報一元管理、ICカード、見える関係	ICTによる服薬情報管理体制、一元管理によりICTを介した患者サポート体制を築く	制度上の問題により、ICT化が進まない、地域連携ケアシステムの中での患者サポート体制の構築	ICTを活用した患者情報の一元管理により、地域連携ケアシステムの中で、患者を中心に多職種全てが、情報共有、相互活用できるシステムの構築が必要	個人情報のセキュリティ管理の問題をクリアにするためのシステム
30	改善策	薬剤師	まとめ:コミュニケーションスキルが重要。そして、意思疎通を円滑にするために、共有の場所を作ることになり、情報の共有やコミュニケーションをする関係を築くことができる。	コミュニケーションスキル、意思疎通を円滑に、共有の場所、情報の共有	情報共有の場の創出、情報共有とその活用による双方向のコミュニケーションを可能とする	縦割りの医療、報酬ありきの医療、短時間診療によるコミュニケーション不在、協働のためのコミュニケーションの手段	システム及びツールの構築により情報共有とその情報の活用を可能とする事で、患者中心の協働による医療が実現すれば、問題となるコミュニケーションも向上が図れ、さらなる情報共有も可能となる	コミュニケーションツールとしてのシステムの構築
31			医師側から					
32			原因:					
33	原因	医師	1-1患者さんのお薬への依存が原因である。また、多数の病院に行っていることを隠し、多剤併用も原因である。現状は、薬を減らすには時間がかかり、説明をする時間さえも取ることができず、薬を出すことしかできない。そのため、薬の効果の判定を出すもの難しい。	薬の依存、多数の病院、隠し、減らす時間、効果の判定、困難	薬の依存、多数の病院、隠し、減らす時間、効果の判定、困難	医師への遠慮、他科受診していることを医師に言いにくい現実、医師の減薬に対する負担が大きい、多忙、多剤併用について確認、指導が出来ない状況	医師の診療は多忙を極め、減薬するための説明・手間が大きい。患者の求めに応じて薬を処方するほうがラク。患者は医師への遠慮から他科受診を隠しているため、医師は薬物治療の全貌が把握できず薬効評価が正確にできない。	患者の意識・行動変容を促すためには何が必要か？
33	原因	医師	1-2. また、電子カルテになると処方を書くところが多量処方になってしまう。	電子カルテ、多重処方	安易な処方入力	PCIによる選択処方が多剤を招いている	レセコンによる処方選択において、薬剤の選択範囲が広がり、不必要な処方が増える現状がある	電子カルテをやめれば改善出来るのか？ チェックシステムは存在するはずで、その在り方が問題？

34	原因	医師	2. 薬剤師に関しましては、薬剤師が医師に指摘しにくい環境があり、結局処方箋しか分らず、患者さんの病態とか状態が分からないため、指摘が現実的には難しい。	医師に指摘しにくい環境、病態不明	処方意図が不明	処方せんからの情報に頼る調剤、医師至上主義	医師と薬剤師の関係性により、医師の処方意図を介さないままの調剤からの脱却が難しい	医師との協働による関係性の改善が必要
35	原因	医師	3. かかりつけ薬局といいますが、現実的には患者さんもたくさん薬局を持っており、かかりつけ調剤薬局は機能していない。	かかりつけ薬局、機能していない	多数薬局利用	かかりつけ薬局を持つ意義を理解していない、門前薬局利用の現実	かかりつけ薬局の意義を患者が理解していないため、複数の薬局を利用している。薬剤の使用状況が一元的に管理できていない。つまりかかりつけ薬局が機能していない。	かかりつけ薬局の機能を強化するためには？
36	原因	医師	4. 制度としての原因としては、ポリファーマシーの罰則があまりなく、医療アクセスが自由にできるということ、診療時間が十分取れる余裕がないということ。	制度、ポリファーマシーの罰則、医療アクセス、診療時間が十分取れる余裕がない、個人の多剤	医療提供体制、報酬体系の問題	医療へのフリーアクセスや、短時間診療などの医療提供体制からくる問題	フリーアクセスによる複数受診と一人あたりの診察時間の少なさにより、ポリファーマシーが発生する現実、医療提供体制を変える事で改善を目指す必要がある	提供体制の問題点、インセンティブは必要か
37	原因	医師	また、レセプトは電子化されたとしても、個人の多剤等に関しましては、うまく使われていません。					
37			改善策:					
38	改善策	医師	1. 患者教育の強化	患者教育	薬育	今までなされていなかった	適正な薬物治療への啓発活動	いつから必要？
39	改善策	医師	2. 医師は、電子カルテでのポリファーマシーのチェックが必要。ポリファーマシーについての教育という面では、医師国家試験のポリファーマシーについて学ぶ機会を作る。	電子カルテでのポリファーマシーのチェック	医師の知識不足、IT活用の教育の必要	教育カリキュラムになかった	医師のポリファーマシーへの理解の為の教育カリキュラムと臨床における電子カルテ等IT活用から全般的なICT教育も必要	コアカリキュラムへの導入
40	改善策	医師	3. 医師と薬剤師は、お互いに見学をし、理解をする。	お互いに見学	相互見学	縦割りの教育	医師と薬剤師の相互理解	教育方法はあるのか？
41	改善策	医師	4. 情報の共有として、 Medikation レビューとして、診療内容、薬の内容を定期的にチェックする機会を作る。	情報共有として、 Medikation レビュー	Medikation レビューによる情報共有	疑義がなければ疑義照会もなく、また医師への遠慮から適正に疑義照会が行われない現状	Medikation レビューを制度化することで、全ての例において必ずチェックが入ることになる	現在の業務の中に、 Medikation レビューを取り入れるためには、介入研究により、効果を検証すると共に、手法の理解を促す必要がある
42	改善策	医師	5. 薬剤師が話にくい環境を、患者さんの状況把握をしたり、薬剤師さんや薬局のことを考えてくれる、薬剤師さんがどんな役割を持っているのかということが、よりわかることで改善していく。					
43	改善策	医師	6-1 電子カルテでの処方アラームが出たり、	電子カルテ、アラーム	チェックシステム、	各社の電子カルテの運用の差、現行で制度がない	自動チェックシステムの導入が必要	制度化するには？エビデンス、経済効果、
43	改善策	医師	6-2 クラウドでの情報共有、ICカードでの情報管理をすることで、医師と薬剤師の共有理解が深まる。	クラウドでの情報共有、ICカードでの情報管理	ICTによる情報共有	有効な双方向コミュニケーションツールの必要性	ICTの活用による情報共有体制の構築、地域での連携ネットワーク構築	運用方法、導入費用、コストランニング、
44	改善策		協働:					
45	改善策	医師	1. 共同の患者さんへの薬教育は非常に重要であり、マスメディアを利用した患者教育を考える。	薬教育、患者教育、マスメディア	適正な薬物治療の理解のための教育広報活動	教育カリキュラムがない政策による広報、啓発	適正な薬物治療への啓発活動として、政策により取り組む必要	マスメディアによる教育で、具体的な教育が可能か？医師会・薬剤師会との協働？
46	改善策	医師	2. 医師側に対しては、コミュニケーションツールを利用して、関係性を強くする。	コミュニケーションツールを利用、関係性強く	コミュニケーションツールによる協働	一方のコミュニケーションからの脱却	協働を可能とする相互コミュニケーションツールが必要	具体的な方法と、その双方向コミュニケーション可能なシステムの条件

47	改善策	医師	3. カルテを医師と薬剤師が共有する。	カルテ、医師薬剤師、共有	カルテの共有	システム、制度がない	制度に基づく、診療情報の共有システムを構築	制度化によるシステム構築、制度改革
48	改善策	医師	4. 薬剤師側に対しては、薬剤師の役割を理解してもらう。たとえば、薬剤師が主役のドラマなどで、薬剤師の役割を認知してもらう。					
49	改善策	医師	5. システムとして、協働作業に対する経済的なインセンティブを付ける。例えば、指導したり、レビューをしたりすると、薬局に点数が入るなど。	システム、協働作業、インセンティブ、指導、レビュー	協働指導に対するインセンティブ	現状の調剤報酬では、協働によるインセンティブが在宅のカンファレンスなどに限られる	協働指導の制度化により、薬局にインセンティブが付く指導として、 Medikationレビューの導入	調剤報酬改定時、算定に結びつけるには、エビデンスが必要
50			まとめ:					
51	改善策	聞き手	1. コミュニケーションの仕方に改善が必要。	コミュニケーションの仕方			コミュニケーション	手段
52	原因	聞き手	2. Medikationレビューをすること。また、コストに見合わないことや時間が十分ないことが問題。	Medikationレビュー、コスト、時間	薬学管理、報酬	調剤で手一杯な現状と服薬情報提供書の加算が少ないこと	Medikationレビューを実施可能とするために、制度化によるインセンティブの付与	インセンティブの与え方、Medikationレビューの方法
53	改善策	聞き手	3. 教育。共に教育をしていく仕組みづくりが患者さん、薬剤師、医師の教育に全部共通して、必要。	共に教育していく仕組み作り	患者中心の協働を目指した教育	縦割りの教育、により、同じ場で患者を見て考える教育システムがない	新コアカリキュラムの中で、患者を中心とした医師・薬剤師協働のための、学部間を越えたプログラム	病院実習ではカンファレンスなどがあるが、地域の中での協働が重要
54	改善策	聞き手	4. 薬剤師の役割などで、薬の専門家としての立場、プロフェッショナルリズム、エビデンスをきちんと提供できるような役割が必要。	プロフェッショナルリズム、エビデンス	根拠に基づく処方提案	調剤報酬ありきの現状、新コアカリキュラムで触れている部分	薬剤師の責務の理解を基に、エビデンスに基づく情報提供が出来る、薬剤のあるべき姿を実現する	コアカリキュラムに基づく学部教育から卒業までのシームレスな継続学習が必要
55	改善策	聞き手	病院薬剤師が研修として、薬剤師自身が医者がどんなふうな診断をして、どんな説明をしているかを見よう。実際の現場からどんなプロセスをして決められたことを処方箋として発行しているかということを見ていただく場があったほうがいい。	研修、薬剤師自身が医師の診断、処方箋発行のプロセスを知る	臨床研修	新コアカリキュラムで、医療機関におけるチーム医療として、触れられている部分	治療方針の理解のために、新コアカリキュラムにおける、「患者の治療目標と治療方針について討議する」での実習の充実	見学に終わらない、反転による実習体験など、十分な実習時間の確保、既卒の薬剤師の教育をどうするのか
56	改善策	聞き手	医師が薬を決めるときに情報が必要で、薬剤師が横にいて、助言(エビデンス)などできればいい協働作業ができるのではないかと。また、在宅に行くときに薬のアドバイスや状況を薬剤師に見てもらおうということも協働作業です。	医師、薬を決める、エビデンス、協働作業	専門化として、薬剤師から医師への処方への助言	制度がなく、一部で行われるのみ、薬剤師の臨床経験不足、	薬剤師が専門家としてエビデンスに基づく処方提案を行い適正な薬物治療につなげる	新コアカリキュラムにおいて「処方設計と薬物療法の実践」として挙げられているが、既卒の薬剤師の教育をどうするのか
57	原因	聞き手	薬剤師側でも、疑義照会の問題が多くみられる。	疑義照会、スキル	薬学知識		薬学的管理	
58		聞き手	医師側から薬剤師側へ、薬剤師側から医師側への具体的な提案・改善案・協働作業案:	医師・薬剤師相互の提案・改善案・共同作業案	協働		協働による適正な薬物治療	制度、手段
59			(3分×8人=24分ぐらい)					
60			医師側から					
61			F: 医師と薬剤師の協働作業の改善案として、	共同作業の改善案				
62	改善策	医師	1. カルテの共有。	カルテの共有	診療情報の共有	カルテは病院のもの	診療情報共有	システム、制度、個人情報
63	改善策	医師	2. EBM。薬の専門家として、PDAもしっかりと実践していただきながら、飲めばどんなに薬が効かないかということが理解できます。それを患者さんに啓発していくような流れを作る。	EBM、啓発	多剤併用、根拠に基づく薬剤師からの患者教育	処方薬の投薬指導から根拠に基づく適正薬物治療へ	EBM教育を充実させることにより、処方の適切性を客観的に評価することが可能になり、それに基づき患者啓発を実践する流れを構築することが大切。	患者に向けた教育としての新たな制度、インセンティブ

64	改善策	医師	3. 臨床研修の実習化をしていく。薬剤師と共に医師と一緒に研修できるといふノウハウを作る。	臨床研修の実習化				
65	改善策	医師	4. コミュニケーションない中でどういったスキルなのか、仕組みなのか、対等にきちんとやりとりができる環境づくりが必要。	コミュニケーションない、スキル、仕組み、対等、環境	双方向コミュニケーションの環境構築	現状では処方箋のやり取りの中でしか、コミュニケーションが出来ていない(疑義照会など)	人対人でのコミュニケーションの取り方など問題がある中で、双方向での対等なコミュニケーションを行うための環境構築の必要性	双方向コミュニケーションに比して、対等な関係を築くにはどうすればよいのか？
66	改善策	医師	5. ICT、いろいろなネットワークを使いながら、できる方法を考える。	ICT,いろいろなネットワーク	ネットワークシステムの有効利用	実証実験により様々な検証される地域連携システムは存在する	ICT利用にとどまらず地域連携のなかで、実施可能なネットワークシステムを検討する	最適なネットワークの選択をするには何がポイントになるのか？
67			M:					
68	改善策	医師	1. 患者さん、医師薬剤師全員にポリファーマシーの教育が必要。	患者さん、医師薬剤師全員に教育	啓発	ポリファーマシーを理解する教育システムの不在	ポリファーマシー問題は正のため、医師への適正な薬物治療への啓発	教育制度への導入
69	改善策	医師	2. メディケーションレビューの実施。介護保険の更新時に主治医意見書を書くときにメディケーションレビューを必要と制度を導入する。	メディケーションレビュー、制度導入	介護保険更新時のメディケーションレビュー導入	介護保険後進の際の現状把握にポリファーマシーなどの影響が反映されていない	メディケーションレビューを制度化し、多剤併用による副作用からくるADLの問題等も含めた薬学的判断を、介護保険判定へ導入する	制度とインセンティブ、薬剤師の教育
70	改善策	医師	3. コミュニケーションがないところでどうすればいいか。	コミュニケーションがない	コミュニケーションの確立	コミュニケーション手段がない	シチュエーションを問わないコミュニケーションシステムの導入	出来るだけ多くの状況で対応できるツールは何か？
71	改善策	医師	4. 朝の連ドラの主演に薬剤師さん。国民の認知度を上げる。					
72			H:					
73	改善策	医師	1. メディアの利用。かっこいいCMなど。					
74	改善策	医師	2. 薬の弊害についてのアピールを義務化する。	薬の弊害	適正な薬物治療	教育カリキュラムが存在しない		教育制度への導入
75	改善策	医師	3. 子供のころからの教育	子供のころから、教育	患者教育	教育制度の中に組み入れられていない	適正な薬物治療のため、子供から大人までを対象とした啓発活動	義務教育への導入
76	改善策	医師	4. チェックを義務化する	チェック、義務化	疑義照会など	レセコンの監査システム等によるチェック、疑義照会などは行われているが、不十分？	チェック機能が十分に行われていない状況も考え、制度により義務化を行うことを検討	100%のチェックは可能ではなく、予期せぬ有害事象の発現の扱いは困難
77	改善策	医師	5. 共同のカンファレンスを実施し、関係づくりをする。	共同カンファレンス、関係	協働カンファレンス	退院時協働指導等におけるインセンティブはあるが、参加しない場合も多い	多職種協働による、地域でのカンファレンスを実施し、顔の見える関係を作る	顔の見える関係のみで全てが対応できない、場の設定は？
78	改善策	医師	6. 見えていない形でも、連携したり、他職種連携を作る	見えていない形でも、多職種連携	多職種連携の在り方	顔の見える関係の構築に頼らざるを得ない、現状の連携体制の限界	あらゆる場面で、適正な薬物治療が可能となるような多職種連携システムの構築	可能にするシステムは？
79			K:					
80	改善策	医師	1. 患者さんの複数の指導にかかるコストが、ポリファーマシーのリスクが上がりますので、印象的なポスターを作り、お薬手帳の重要性をあらためて啓発する。	お薬手帳等の重要性	お薬手帳の活用	マスコミによる不適切な医情報による手帳の不携帯など	適正な薬物治療とお薬手帳の活用を促進するようなプロパガンダによる啓発活動	国主導で進めることが重要

81	改善策	医師	2. 介護報酬も下がるとい時代で、多分診療報酬もどどん下がるので、医者も診療所も薬局もかかりつけ機能を取り入れて、点数を上げる。登録薬局で、点数をあげる。	かかりつけ機能を取り入れ点数を上げる	かかりつけ薬局へのフィー	かかりつけ薬局に関するのフィーといえるもの無く、利用者、薬局共にメリットが明確になっていない	薬局利用者のメリット(適正な薬物治療への薬剤師の関わり)を明確にすることで、かかりつけ薬局を制度化し、インセンティブを与える	薬剤師の指導およびかかりつけ薬局利用による、費用対効果の証明が必要
82	改善策	医師	3. 在宅医療にICT化を取り入れて、加算の在宅医療の制度導入。	在宅医療にICT、加算	連携体制へのインセンティブ	コスト面などから、ICT化が進まない現状	国主導により、地域連携システムへICTの導入を行う	ICT導入へのインセンティブなど推進のための条件とは？(他国の成功・失敗例)
83	改善策	医師	4. 顔の見える関係作り。					
84			薬剤師側から					
85			0:					
86	改善策	薬剤師	1. 患者さんが症状を説明したり、アピールできるような教育をする。	患者、教育	患者のコミュニケーション能力	コミュニケーション能力には差が大きい、特化した教育が無い	自己責任としてのコミュニケーション能力を義務教育で高める	必要なのはコミュニケーション能力のみなのか？可能性？
87	改善策	薬剤師	2. 顔の見える関係として、1日1回でも接点を持つ時間を作る。	顔の見える関係、1日1回でも接点	毎日のコミュニケーション			
88	改善策	薬剤師	3. かかりつけ薬剤師をつくる。医師の指示で、服薬を調剤報酬を上げるといことを回避する必要がある。	かかりつけ薬剤師、医師の指示による調剤報酬を上げる事の回避	かかりつけ薬局での不適切処方へのチェック	門前薬局利用が多い中では、十分なチェック機能が働かない	かかりつけ薬局でかかりつけ薬剤師であれば、患者個人の特性など情報が得やすく、そのチェック機能を重視し、インセンティブを与える	調剤報酬へのインセンティブエビデンスが必要
89	改善策	薬剤師	4. 薬剤師がスキルアップが必要。疑義照会まで、薬剤師にある程度委ねていただき、結果論を報告する仕組みに取り組む。	疑義照会まで、委ねる、結果論を報告	薬物治療の評価及び報告制度と疑義照会の適用範囲	疑わしきは全て疑義照会が必要な現状	薬剤師による治療評価制度の導入、薬剤師からのフィードバックによる適正薬物治療	現行制度では不十分？ 薬剤師教育でのカリキュラムの再構築
90	改善策	薬剤師	5. メーカーさんは薬剤のデメリットをはっきり説明する必要がある。					
91	改善策	薬剤師	6. ICTを導入し、お互いのデータを入力し、確認したよというボタンを教えて、見たことを知らせる機能を導入する。	ICTの導入と確認機能	ICT利用の情報共有	情報にアクセスすることとまらない共有	ICT利用による多方向から相互に登録可能な情報共有システムにより、今ある情報の活用を促す	システム開発及、運用費用
92			T:					
93	改善策	薬剤師	1. MRIに多くの時間を費やしているのが問題。					
94	改善策	薬剤師	2. 情報提供をできる薬剤師を作ることと、先生方が、そこから情報を入れてほしい。	情報共有をできる薬剤師	薬剤師からの情報提供	薬剤師から治療における問題点等の情報発信が不十分な現状	薬剤師の責務の理解と情報共有の意義を理解し、業務にあたる必要あり	可能にする教育と制度化、インセンティブ
95	改善策	薬剤師	4. 地域包括の中で飲み会のように、年に1回か2回飲み会などを通じて会う機会を提供していい。ICTの画面だけで関係を作るのは難しいので、ICT化だけでは難しいところも多いので、アナログでの情報共有や情報伝達も必要である。					
96			I:					
97	改善策	薬剤師	1. 成長に合わせた健康とか薬教育の導入。各ステージに合わせた協力を地域で教育していく。	薬教育の導入、地域で教育	ヘルスリテラシーを高める教育	疾患の地域特性を考慮した地域レベルでの取り組みが必要	生涯教育としての健康および適正薬物治療を教育制度に取り入れる事でヘルスリテラシーの向上が望める	生涯教育の中でのカリキュラムの検討。義務教育で終わらない継続的な学習カリキュラム

98	改善策	薬剤師	2. 医師と薬剤師の相互理解やお互いの職種に関する任務を理解する。					
99	改善策	薬剤師	3. 薬剤師側としては、医師は地域に根ざしているのに対し、薬剤師は移動があるため、関係を作りにくい。薬剤師も同じ地域で生活をして、合わせた健康、薬教育を自分の子ども、自分の親、自分自身が育っていく中で見ていく必要がある。	関係を作りにくい、地域の生活、健康、薬教育	地域に根ざした薬剤師の住民への薬育活動	チェーン薬局での転勤により地域に根差した活動が困難な状況もある	地域に根差した薬剤師は信頼があり、その薬剤師が行う啓発活動により患者の薬物治療への理解が深まる	チェーン薬局での転勤地域に根差しているだけで信頼は十分に得られるのか
100	改善策	薬剤師	4. 在宅でのヘルパーさんの間違った認識を変える必要がある。在宅の医師と薬剤師で、勉強会を実施し、病気の薬をヘルパーさんに分かりやすく話をす。また、いろいろなお薬の飲ませ方など看護師が入り、教育をしていく。	在宅、勉強会、看護師、教育	ヘルパーを含む多職種協働による在宅勉強会	縦割りの教育が中心だが、地域包括ケアでの協働を目指した教育が必要	地域包括ケアにおける患者を中心とした、地域の状況にそった多職種協働による研修で、ヘルパーや家族などの知識と理解が深まる	制度化による政府主導の教育体制がなければ進まない？
101	改善策	薬剤師	5. 薬学部の変える。薬学部の教育に医者が入り、診療のやり方を伝える。医療に関する倫理教育を医師から教えてもらう。	薬学部の教育を変える、診療、倫理教育	診断プロセスと倫理教育	薬学教育における臨床教育の不足	臨床研修の導入により、医師の診断および処方プロセスを知る	教育カリキュラム見直し、新コアカリキュラムで対応が対応は十分なのか
102			M:					教育カリキュラム見直し、新コアカリキュラムで対応が対応は十分なのか
103	改善策	薬剤師	1. マスメディアを利用し、理解をしてもらい、認知度を上げる。ある程度何か、義務や強制のような国も含めた患者教育が必要。	薬教育、患者教育、マスメディア	適正な薬物治療の理解のための教育広報活動	明確な教育カリキュラムがない、政策による広報は厚生労働省HPより発信、メーカー主導	適正な薬物治療への啓発活動として、政策により取り組む必要、義務教育での教育	マスメディアによる教育で、具体的な教育が可能か？
104	改善策	薬剤師	2. コミュニケーションスキームの問題で、医師に対してものが言える薬剤師がないという現状。薬剤師もお互いのコミュニケーションが大事ですが、取るべきスキルと根底となる知識は必要である。医師も同様で、患者さんの顔を見ないで、電子カルテだけ見ているということもあります。共有していく個人のレベルを、個人の一人一人のレベルを超えたところでできる環境づくりが必要。	コミュニケーションスキル、個人のレベルを超え、環境づくり	連携体制の構築による環境創りの必要性	縦割り教育の歴史と医師にモノ申せない慣習	患者中心のコミュニケーションに基づく協働体制の構築が不可欠だが、個人レベルの努力には限界が、ICTシステムの活用により、日常的な情報共有の環境づくりも必要。	一元管理がベストだが、個人情報保護の問題がある。日本及び海外の先行事例と、法制度の整備による推進が必要
105			まとめ討論					
106			・ 制度として、 Medikation レビューの導入					
107		医師	制度として成り立つには、インセンティブがあり、基盤が必要だが、これを実施することで、患者のヘルスリテラシーが向上する可能性がある。	制度、インセンティブ、基盤、患者のヘルスリテラシー	インセンティブによるヘルスリテラシーの向上	健康に対する生涯教育がなされてこなかった経緯、 Medikation レビューの制度化により、患者の薬学的管理への理解	ヘルスリテラシーの向上のためには、 Medikation レビューの制度化による、薬学的管理業務への理解も必要、推進策としてのインセンティブ	薬剤師業務への理解不十分な状況を変えるには、制度化は必須
108		医師	例として、かかりつけ薬局または薬剤師さんが、書く欄があり、かかりつけ薬剤師が、1年に2回の Medikation レビューを出さなきゃいけない。それをセットで出さないと、審査に入らないとかだと、出さざるを得ないし、実際ある程度自分のところで書いたお薬は出せますよね。	Medikation レビュー、を出さなきゃいけない、審査に入らない	介護認定への Medikation レビューの導入、情報共有	Medikation レビューの制度化、介護以外の場では、現状の服薬情報提供書がある	介護に関しての Medikation レビューの制度化を検討するとき、薬歴記載情報からの Medikation レビューは容易である	Medikation レビューは、ポリファーマシー改善対策であり、介護にとどまらず、通常の外来調剤においても有効であり、制度化を検討
109		医師	お薬手帳には、今飲んでいるお薬も書く欄がありますが、それは主治医が今出している薬だけを書いていますので、他院のお薬の情報を集めるという義務を付ければ、そのまま Medikation レビューになる。	お薬手帳、他院のお薬の情報、義務、 Medikation レビュー	お薬手帳だけでなく患者からの情報を収集し書かれている薬歴情報からの Medikation レビュー作成、	お薬手帳により併用薬の収集と薬歴記載がなされるも、医師側に伝わらない現状、算定ありきの薬歴	併用薬など個々の患者の情報を確認する事は義務付けられているが、疑義照会によるフィードバックが多いため、医師の確認が不十分となる。 Medikation レビューを制度化する事で、医師へのフィードバックを徹底する	本来の薬剤師の責務である、患者個々の情報、服薬状況などを薬歴に記載されている為、制度化により薬歴からの Medikation レビューの作成が出来るシステムを検討
110			・ かかりつけ制度を導入(かかりつけ医師・薬剤師)					

111	医師	かかりつけ制度を導入し、かかりつけの主治医や先生を作る。ICTなどのシステムでネットワークに入っている医療機関はデータを管理できる。同じく、かかりつけ薬剤師がいれば、今飲んでる全部のお薬が分かるという仕組みになる。	ICT、システム、ネットワーク、かかりつけ薬剤師、薬が分かる	情報共有システムの構築、かかりつけ薬局(薬剤師)による薬物管理	地域の病診連携、システム構築、個人情報による情報共有の制限、	ICT活用による連携システムは、かかりつけ医師と病診連携を中心に構築されるが、異なるネットワークにある情報も、かかりつけ薬局によるフィードバックにより、より多くの情報共有が可能となる	ICT活用による連携システムは、かかりつけ医師と病診連携を中心に構築されるが、情報の一元化をめざし、異なるネットワーク間の情報の共有が可能となれば、より多くの情報が共有できる
112		・患者への教育					
113	医師	メディアを利用したり、医師から患者さんへの指導をするのは有効である。問題は薬剤師が患者さんへの教育をどのタイミングで行うのかという疑問もあります。	メディア、薬剤師、患者さんへの教育、タイミング	薬剤師の患者教育	薬剤師が患者教育を十分に行っていない	薬剤師の職能としての投薬時に留まらないう、患者教育の必要性	制度化すれば可能なのか、また職能としてボランティアではない方法が必要
114	薬剤師	処方内容に関しては、処方権の問題があり、薬剤師側では対応できないことがある。患者さんのほうから薬を飲んだ後の症状、突っ込むなどの具体的なことを言われないう限り処方権の領域に突っ込むという事は難しい。	処方権、薬を飲んだ後の症状、突っ込むと言う事は難しい	処方権の無い薬剤師医師への情報提供が容易ではない	適正使用の為の疑義照会業務への理解不十分、医師への遠慮	疑義照会業務による適正な薬物治療は薬剤師の責務であり、遠慮により避けられるべきものではない	教育による、医師・薬剤師の協働への理解が必要、教育制度、カリキュラムに落とし込む
115	薬剤師	また、コンプライアンスに関しては、処方内容に関して医師に相談する場合は、患者さんの承諾を得ないと、薬剤師は話しかできません。明らかな薬剤師の範疇でも疑義照会に関しては、患者の承諾が必要である。	コンプライアンス、医師に相談、患者さんの承諾、疑義照会	患者の同意の下の疑義照会	保険制度上の疑義照会は患者の了承が必要となるが例外あり	疑義照会や服薬情報提供を行うためには、必要性があれば患者の了承がなくても可能だが、理解されていない	患者の同意が必要でない疑義照会業務の理解不十分医療従事者としての責務として対応の必要
116	薬剤師	患者さんの了承があり、保険上の点数についてきます。多剤併用の一例として問題になったのが精神科です。平均的に20種類以上飲まれる方が多いです。精神科領域では非常に薬を減らすということが難しいのに比べて、一般外来では先生方が割と薬剤師の話を素直に聞いてくださるケースがあります。	了承、保健上の点数、多剤併用、精神科	患者の同意の下の疑義照会へのフィー	保険制度上の疑義照会は患者の了承が必要となるが例外あり	疑義照会や服薬情報提供を行うためには、必要性があれば患者の了承がなくても可能だが、理解されていない	患者の同意が必要でない疑義照会業務の理解不十分医療従事者としての責務として対応の必要
117	薬剤師	在宅の場合には、とにかくコンプライアンスが悪くなり、処方整理の必要性が高くなります。	処方整理の必要性	残薬整理と処方の見直し	コンプライアンス不良と重複処方による不適切処方	残薬や不適切処方に対して薬学管理による適切な処方が必要である	実態調査が必要
118	薬剤師	教育に関しては、薬剤師が薬局に来た人に対して教育するのは、今も当然しているのですが、効果が見られません。薬剤師が地域の集まりなどで、薬の正しい使い方の話をするなど薬局以外での教育活動が必要である。薬剤師は病気の話ではなくて、薬は何でこのときに飲まなきゃいけないのとか、飲む服用時点でこうなんですよという話をきちんとしていくというのが必要なので、薬剤師は薬を正しく使ってもらって、リスクを防ぐのが役割なので、その部分の設定をしていって、医師と連携をして行く。また、行政へのアプローチとして、月1回、老人クラブで話をする必要があると思います。	薬局以外での教育活動、医師と連携、病気の話、行政アプローチ	協働による地域住民への適正な薬物治療の啓発活動	健康教室、調剤された薬剤の適正使用に繋がる指導	患者教育を中心として医師・薬剤師の協働による適正な薬物治療を目指す	患者に対する教育をどのように行うのか、行政との教育が必要
119	聞き手	施設でよくあるケースですが、お薬だけでおなかいっぱいになる患者さんがいます。薬を飲ませて治療をしているのは理解できますが、薬だけでおなかいっぱいになることに対しての医師の処方への考えはどのようなのでしょうか。					
120	原因 医師	その要因には、医師がポリファーマシーを気にしていないという問題があります。実際、医師教育ではある程度しかポリファーマシーを教えていません。診断治療が中心になり、サイエンスを嫌う傾向があり、病態において薬を選択するという状況です。	医師、ポリファーマシー、教えていない、診断治療中心、病態	教育システムの欠落と診断プロセス重視による患者情報確認不足、エビデンス	医薬分業による診断治療への意識の偏り、相互作用などの不理解	ポリファーマシーについての教育カリキュラムによる医師への啓発により、病態毎への処方からの脱却が必要	教育カリキュラム、患者個々の健康・疾患をトータルにサポートする教育の脱却が必要

121	医師	複数の疾患を抱える患者さんは、複数の医師が付き、複数の薬剤を投与することになります。優先順位を付けて減らすことも可能ですが、なかなか難しい状況です。	複数の医師、複数の薬剤、難しい状況	合併症による多剤服用となっている薬の減薬困難	処方医同士の遠慮、患者の医師に対する遠慮、患者の不安、専門医制度、総合診療医、かかりつけ	ポリファーマシーは、専門医制度が招いた状況であり、改善には、総合診療医によるかかりつけ機能の強化が必要	総合診療医により個々の患者のトータルな健康管理が重要だが、フリーアクセス可能な日本で、それが可能となるのか
122	医師	他の病院の治療が今どういう状況にあるのか把握ができないので、他の病院と連携する場合には、紹介状を出して、主治医の先生と直接コンタクトを取り、こちら側はこちらで管理はしますという合意を得てからというケースがあります。この場合、手間もお金もかかるのですが、リスクがある場合は必要になる手順です。					
123		薬剤師指導や教育に関して・・・					
124	薬剤師	今の現状、薬局や調剤は対物業務になっているという問題があります。薬剤師の先生方の意見に、今のままなら薬剤師は要らないという意見があります。今の薬剤師は臨床能力を身に付けていく必要があります。	薬剤師、臨床能力	処方提案できる薬剤師、身に着ける	医師に疑義照会出来ない薬剤師による、文字通りの調剤	薬剤師の臨床能力向上するプログラムなどにより、処方提案が可能となるよう自己研鑽が必要	臨床能力をどこで学び向上できるのか、カリキュラムは
125	薬剤師	また、薬剤師の勉強会で医師から治療方針などをお話して頂くことや	医師、治療方針	協働カンファレンス	治療方針を聴く場がない	協働カンファレンスなどにより、処方方針を共有しより良い治療を目指す	門前薬局であれば可能だが、面で受けている薬局はどうか
126	薬剤師	薬の副作用に関して、起こりうるリスクを事前に回避するために、薬を服用中に薬剤師から連絡を取り、体調を確認し、情報を提供する。	薬の副作用、リスク、回避、薬剤師から、情報提供	適正な薬物治療のための患者情報収集と医師へのフィードバック	服薬情報提供、メディカルレビュー、薬学管理	適正な薬物治療のための薬学的な管理の下、得られた情報の医師へのフィードバック	本来当然の業務であったが、フィードバックのシステムが上手く回らないために
127	薬剤師	副作用に関するデータを集めることにより、それに基づき患者さんにアプローチをするという試みをしている。万が一起きても重症化させないというところで、医師と連携を取ることができている。					
128	薬剤師	現状多くの薬剤師は病名を推測するために処方解析をしています。本来は、この処方が患者さんに合っているのかいないのかを判断し、合っていない場合、何が提案できるのかを考えるのが本来の処方解析のあり方なんです。しかし、今は、病名がわからないというケースが多いのです。	病名、処方解析能力、提案、	処方意図、個々の患者の特性に応じた処方	処方せんには病名や検査値など、診断プロセスを予想できる情報がない	処方箋から読み取れる情報は薬剤情報のみの場合が多いが、逆に薬剤師が収集した患者情報、服薬情報、副作用情報などを、全て医師に伝えられていない	医師・薬剤師がそれぞれに保有している個々の患者の情報をどのように共有すれば効果的なのか
129	薬剤師	地域でやっている、在宅もあるので、薬剤師さんの力はすごく大きく、看護師さんと同等ぐらいの役割はあると思う。					
130	薬剤師	学校薬剤師さんが必ずいます。ですが、ポリファーマシーや、薬の役割教育、早期教育などの教育を見ることはできません。	ポリファーマシー、薬の教育	義務教育での啓発教育が出来ていない	健康や薬物治療に対する早期教育カリキュラムがない	適正な薬物治療についての理解を得るためには、学校教育において、早期の啓発教育が必要である	薬剤師がいても義務教育の中で、適正な薬物治療についての教育が出来ていない状況であるが、カリキュラムがあれば出来るのか
131	薬剤師	地域差があり、小学校のお薬教育は保健所と警察署と薬局で行っています。この三者が交代で実施するのですが、警察は使用したら捕まることを教え、保健所は保護者向けに、薬物乱用などの事例がありますなどのお話をします。また、薬剤師も薬物乱用ばかり話をします。それでは意味がなく、この三者がきちんと連携をとらなきゃいけないのにもかわらず、現状それができていません。	地域差、お薬教育	義務教育での、適正使用に向けた、全国均一な教育	薬物乱用の教育が主体、健康を主体として適正な薬物治療のための教育カリキュラムがない子供のころからの教育の必要性	健康な生活を目指して、子供のころからカリキュラムに基づく段階的な、健康および適正な薬物治療についての教育システムが必要である。	疫学的調査から、地域の住民の健康状態状態や疾病罹患状況にも差があるため、均一な基礎教育と地域に応じた政策としての教育が必要ではないか
132	薬剤師	学校の教員に対する禁煙指導なども大事な仕事の一つです。小学校で禁煙指導してくれと言われますが、まずは先生たちが禁煙して頂き、そういう教育をするにはやはり薬剤師が必要だと認識をしました。					

133	薬剤師	学校での活動の中にポリファーマシー、薬の適正使用の教育などを導入したり、地域薬剤師やかかりつけ薬剤師制度を取り入れることで情報のやり取りや共有ができるのではと考えます。	学校での薬の適正使用の教育、かかりつけ薬剤師	義務教育での啓発	健康や薬物治療に対する早期教育カリキュラムがない	薬の適正使用に関する啓発内容を義務教育に盛り込み、ポリファーマシーの問題を含む薬物治療に関して、早い時期から実践することが必要	教育カリキュラム
134	薬剤師	薬局という組織は見えますが、そこにいる薬剤師さんの一人一人が見えていません。しかし、在宅から考えると、どこから来てるということではなく、誰なのかが重要になります。					
135	薬剤師	地域に属している薬剤師さんがいると、患者さんと医師連携が取れるような仕組みができると思います。薬局にこだわりすぎていて、薬局は薬剤師が薬を渡す場所で、情報はどこでもいいということになってしまいます。	地域、連携、仕組み、薬局、薬剤師、情報、どこでも	地域に根差した薬剤師と医師との協働による情報提供	その場限りの勤務薬剤師、調剤する場所の制限、適正使用のための情報提供、処方意図	地域包括ケアシステムの中で、地域に根ざした薬局薬剤師と処方元との連携により適正な薬物治療を行う	処方薬についての情報提供は現在も行われているが、医師との情報共有がないままであり、適正な薬物治療のためには、情報共有が必要
136	聞き手	・ 適正薬剤療法や治療法など、地域・地域のメンバーで実施する時、薬剤師と医師はどのように協働することができますでしょうか。具体的には何かありませんか。	適正薬剤治療、地域で実施、協働				
137		薬剤師会の組織体からすると、					
138	薬剤師	1. ニーズがどこにあるのかというのをきちっと見ないといけない					
139	薬剤師	2. 今、薬剤師が一番求めているのは、認定とか資格と取得する資格マニア					
140	薬剤師	在宅は、いろいろな研修会を企画し、投票指導から投票支援へ意識を変えていかないといけない。また、どんなレビューしても出てくるメンバーの意識が高まらないといけない。また、会だと組織力、会員になるためのモチベーションを上げる必要がある。					
141	薬剤師	薬剤師とは、薬剤師の役割や職能機能とは。今のままでは、薬剤師はいらなくなります。					
142	医師	患者さんから指名される薬剤師を増やすこと。それができる薬剤師じゃなかったら薬剤師じゃないのではないか。					
143	薬剤師	ケアマネジャー(ケアマネ)の資格を取りなさいとよく聞きますが、取得したとしても一切ケアマネの仕事はさせません。ケアマネの資格を持っているとドクターと共通言語で話ができるため、話すときに非常に理解できます。スキルを上げていかないと薬剤師は通用しなくなります。					
144		1:					
145	薬剤師	訪問看護師に看護の領域に薬剤師が入りすぎて、説教を受けたのですが、そこでディスカッションをして、お互いの領域を作っていくことができました。特に薬剤師さんは自分の役割はこうという、固定観念で入るため、在宅で利用者の家に行ったときに、服薬管理ですと言うケースがあります。でも、必要なのはなにができるかを探ること。薬局同士で同行していくとか、一緒に訪問看護に行ったり、ケアマネのとこに行ったり、医師のところに行ったりと行動をしています。					

146	薬剤師	排せつや排尿などを記録した生活体調チェックフローチャートを作成したが、薬剤師と医師では切り口が違い、医師は相手を見た感覚で物事を判断し、薬剤師に一番欠けているのは、相手を見ないという違いでありました。	排泄・排尿の記録、生活体調チェック、切り口、相手を見ない	服薬指導に関連して、個々の患者の状況の確認が重要だが、医師とは視点が異なる	薬剤師は薬についての知識を学んでおり、臨床での人を見ることを学んでいない	患者の実際の生活、個々の身体特性、体調など、薬の効果にも影響する因子の確認が出来る薬剤師の育成により、ポリファーマシーの原因を取り除くことが可能となる	新コアカリキュラムにおいて、臨床研修の一環としてどこまで可能か
147	聞き手	医師と薬剤師の協働における医師の指示や、マネジメント力、リーダーシップなどの指示はどうか。					
148	医師	今一番望んでいるのは、担当の薬剤師さんがいて、聞けばすぐにわかる人が必要だと思います。例えば、地域薬剤師など、お薬のことなど患者さんのことをなんでも理解している方がいるということが大事だと思います。					
149	薬剤師	リーダーシップを取ってやっているという例は在宅の方だとやはりそれぞれが独立で動いていて、時々情報共有するとうまく回るようです。薬剤師は同じようにはいかず、訪問看護師と同じようなレベルでお願いするというのが今の状況では難しい。					
150		最後のまとめ：医師と薬剤師の協働作業として・・・					
151	協働 薬剤師	地域の薬学教育、薬育（メディアを使い）	教育				
152	協働 薬剤師	コンテンツ作成をし、それを使いツールで学校薬剤師さんが、適正使用に関しての教育をしたり、老人会で実施したり、共通のフォーマットを使用。	ツール、適正使用教育	地域住民に対する薬育教育	カリキュラムの無い現状では試行錯誤をするのみ	カリキュラムに基づく地域住民に対する薬育活動の必要性	国の政策として取組み、地域格差が出ないようにコンテンツを作成する必要
153		学校医との連携。					
154		臨床現場での、教育と協働作業。	臨床現場、教育、協働作業	臨床研修制度、協働を学ぶ機会	薬剤師の教育カリキュラム、協働が進まない現状	臨床現場での医師・薬剤師の協働を学ぶ教育カリキュラム	現在の教育では病院実習では診療に立ち会う事は可能だが、地域医療の中ではどのように進めるのが良いのか
155		地域で、薬剤師の医師の診療所への訪問を必須にする。	薬剤師、診療所への訪問、必須	地域の診療所(処方元)へのフィードバック	地域のプライマリケア、服薬情報提供	地域のプライマリケアにおける協働のため、薬剤師から医師へのフィードバックとしての服薬情報提供を義務化する	服薬情報提供加算が認められているが、必要時であり、これを月1回などに制度化するのか
156		医師の地域研修、薬剤師を含め。	医師、地域研修、薬剤師	医師、薬剤師共に地域での研修が必要	卒後教育、地域包括ケアシステムでの役割、医師、薬剤師の協働	多職種連携が求められる地域包括ケアシステムの中で、地域の医師薬剤師が協働の為、卒後生涯研修としての研修プログラムが必要	生涯研修としてのプログラム インセンティブによる地域を担う医師・薬剤師の認定制度を利用した教育地域連携はバスも含め、免許更新の為の研修プログラムの創出
157		チーム医療における Medikation レビューの推進促進。	チーム医療、 Medikation レビュー	協働カンファレンス、服薬情報提供書の活用	薬剤師不在のチーム医療、薬剤師による薬学管理	薬剤師からの服薬情報提供を推進することにより多職種が情報共有する事でより良い治療に繋がる	インセンティブによる Medikation レビュー推進の必要性 服薬情報提供は現在医師に報告するものだが、多職種で共有するための方法は？ 海外の教育プログラムなどの応用
158		地域包括ケアの推進のための協働活動についてのインセンティブのフィーを与える。	協働活動、インセンティブ	在宅へのインセンティブ	在宅医療は包括制度、退院時共同カンファレンス	インセンティブによる協働活動推進の必要性 退院時以外での協働カンファレンスの評価	退院時以外での協働カンファレンスを評価し、調剤報酬のなかでどうインセンティブをつけるのか

159	事例検証の中に薬物治療の妥当性や、 Medikationレビュー内容を含んだ事例検討会の実施。	薬物治療、妥当性、事例検討会	協働カンファレンス、薬剤師からのフィードバックによる治療方針の検討	制度がなく、現場に任されている状況、服薬情報提供書の利用	薬剤師からの服薬情報提供に基づくカンファレンスの実施がもたらす協働による適正な薬物治療	制度が無ければ進まない可能性 時間をどう確保するのか、負担とならないためにはどうすべきか 実現するための、卒後教育が必要
160	医師と薬剤師のコミュニケーションを増やす。					
161	遠隔医療として、ICTの導入。電話や画面を、映像を使い十分かつ円滑なコミュニケーションを医師と薬剤師の協働作業で進める。	遠隔医療、ICT、共同作業、画像、映像	ICT利用の情報共有、タイムラグのない即時の情報共有	現在は過疎地を中心に遠隔医療システムの実証が行われている	ICT活用による情報共有システムの構築により、必要時のタイムラグの無い情報共有により協働が進む	システムの構築に関して莫大な費用はどうか 個人情報保護の問題は
162	薬剤師による、現場での疑義照会。	現場、疑義照会	調剤場所の制約	現状は薬局内での疑義照会のみが認められている	疑義照会は、必要時に行われるべきであり、在宅訪問時の確認も必要であるはず	薬機法および薬剤師法、調剤報酬等の改訂が無ければ進まない
163	アナログも必要。					
164	残薬に関しては、明確な数字で残薬管理をする必要がある。多剤がどれだけ弊害を及ぼしているかという、程度の数字がないと、説得力がないので調査が必要である。	数字、残薬管理、多剤併用、弊害	残薬確認方法、多剤併用患者の副作用の発現状況	残薬の薬局対応として重複投与加算、副作用の発現頻度、副作用症状の確認	残薬および多剤併用と副作用の相関関係を実態調査により証明する必要がある	実態の証明は何を基にするのか？ アンケート調査では漏れが生じる ナショナルデータベースより処方状況、副作用の抽出方法は？
ストーリーライン (現時点で言えること)	<p>ポリファーマシーの起こる原因として、患者のヘルスリテラシーの低さからくる薬物依存、医師の教育システムに端を発するポリファーマシーの認識不足、薬剤師の臨床経験不足に端を発する根拠のない疑義照会等が挙げられるが、ポリファーマシーの現状を把握するための、医療従事者間での情報共有の手段が少ないことも要因となる。</p> <p>この状況を改善するためには、ヘルスリテラシーの向上を目指した啓発活動と教育カリキュラムの整備、いかなる状況でも情報共有可能なシステムと、患者中心の多職種協働による適正な薬物治療のための薬学的管理が重要となる。そのためには、制度やシステムの整備と共に、実現とより高い効果を得るための学部教育と卒後生涯教育に対してインセンティブを検討する必要がある。</p> <p>学部教育では、コアカリキュラムの改訂が行われるが、具体的な内容は現場の教育に任される為、より高い効果を得るためには現状と目指す「あるべき姿」のギャップから必要な教育についてより具体的な指針が必要と考えられる。</p> <p>また、臨床経験・知識・スキル、全ての向上のため、既卒薬剤師の卒後教育は必須である。しかしながら、現在の卒後教育は属する組織に任されており、其々が指針を設けているが、未だ有効なカリキュラムが存在しない状況にある。有識者によるより学習効果の高いカリキュラムが必要と考えられる。</p>					
理論記述	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスリテラシー向上と適正な薬物治療への啓発のため、義務教育における早期からの教育カリキュラム ポリファーマシー回避をめざし、患者を中心とする多職種協働による治療を実現するための、臨床研修(専門教育、卒後教育)や協働カンファレンスの実施 ポリファーマシーの現状の把握と「あるべき姿」となるための、課題抽出は十分なのか。地域の現状に即し、新コアカリキュラムのさらなる検討が必要 学部教育の新コアカリキュラムにおける臨床研修を、より現場に求められる知識と態度が学習できるよう具体的な指針を検討 進歩する医学と地域包括ケアシステムでの役割を担う薬剤師の為、卒後臨床研修制度とカリキュラムの創出 地域の特性に基づく包括ケアシステムに対応する為、卒後臨床研修での協働に基づく研修プログラムが必要 適正な薬物治療のため、処方意図を解した根拠のある薬学的管理を充実 ポリファーマシーを含む薬物治療の現状を共有する為、 Medikationレビューとしての服薬情報提供書の活用 あらゆる状況で情報共有を可能にするため、クラウドベースでの情報一元管理システムの活用 各取り組みの制度化とインセンティブとしてフィーの設定 					
さらに追及すべき点・課題	<ul style="list-style-type: none"> 適正な薬物治療のための啓発活動は医療従事者に任せるのではなく、政府主導の義務教育化が必要 ポリファーマシーの現状の正確な把握(レセプトデータの分析) 介入による効果の検討(服薬情報提供書の活用による効果、情報の一元管理の効果など) 海外の Medikationレビューの教育、介入研究等の調査と、日本への適用を検討 クラウドシステムの費用および個人情報保護の問題 諸外国の先行事例と国内の先行事例にみる情報の一元管理事例から、ポリファーマシーを改善する機能を探る 地域の現状と薬剤師の求められるあるべき姿を踏まえ、地域包括ケアシステムにおいて、適切な薬学管理を可能にするための協働の方法と教育カリキュラムの検討 協働の下に適正な薬物治療を実現するための、学部教育から卒後教育までのシームレスな教育カリキュラムの創出 					

