

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るのではないので、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るのではないので、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、何モデルとかがありますが、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、どういうふうに見えるか、あるいは教えられているんでしょうか。	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くということ。もちろん処方箋の調剤もできる薬局であるということ。あと、介護保険のほうで、在宅もそうなのですが、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くということ。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%を占めるという報告あり 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が少ない。だから、例えば大学病院の周りには調剤薬局は、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が少ない。だから、例えば大学病院の周りには調剤薬局は、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は調剤薬局は、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ているのか？		
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なという、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くというふうな、薬剤師業界全体としての方向性とかも出てきているんですか	病気の知識。積極的に勉強していくというふうな、薬剤師業界全体としての方向性とかも出てきているんですか	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	医学生と薬学生を一緒に教育するという。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ということです。					
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	足りの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	足りの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					

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やすく、看護師もみんな動きは分かるわけです。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んで、ナースが取って、サマリーして、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店舗全部そうが言われたら、そうじゃない先生もいらしゃいます。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、いい所と悪い所といいますか、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、いい所と悪い所といいますか、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、点数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、それから誇りととか、リスペクトとか、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概念	(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させていただく(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. 今日のまとめとして、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こいう提言、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という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お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包括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、職種への対応としては、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、場当たりの処方、診察上の問題	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態で、薬剤師は添付文書に掲載されているということ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、進歩する医学に対して薬剤師にも継続的な卒業後臨床教育が必要、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な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養っていただく必要がある。	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。患者さんと先生方ももちろんのこと、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と。	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、薬局以外の場で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、関係性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います。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、患者さんのケアを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、例えば現実に行きかた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。お薬手帳では管理を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しきれ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、多重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、結局処方箋しか分からず、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で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		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ため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てもらう。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实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うノウハウを作る。	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ュー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、薬剤師の教育的判断を、介護保険判定へ導入する
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. 朝の連ドラの主役に薬剤師さん。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とそれだけで、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療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