

|    |     |     |  |                               |                         |   |  |  |
|----|-----|-----|--|-------------------------------|-------------------------|---|--|--|
| 81 | 改善策 | 医師  | 2. 介護報酬も下がるという時代で、多分診療報酬もどんどん下がるので、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も無く、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 |     |     | O:   |                               |                         |   |  |  |
| 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た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？<br>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にとどまらない共有                              | 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. MR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る。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              | 地域に根差した薬剤師の住民への薬育活動                                  | チェーン薬局での転動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が信頼があり、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動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伝える。また、いろいろなお薬の飲み合わせなど看護師が入り、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. 薬学部教育を変える。薬学部の教育に医者が入り、診療のやり方を伝える。医療に関する論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、マスメディア教育                  | 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ま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ある。IoT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せよ。   | 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                  | 介護に関する 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がなされる為、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などの具体的なことを言われない限り処方権の領分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をする場合は、患者さんの承諾を得ないと、薬剤師は話げできません。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             | 患者の同意の下で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、薬だけでおなかが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、病態におうじ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   |

|     |     |  |                         |                               |   |  |  |
|-----|-----|--|-------------------------|-------------------------------|---|--|--|
| 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は可能ですが、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わからないかを判断し、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だけの多いが、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、どこから来るとのことではなく、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。薬局にこだわらずに、薬局は薬剤師が薬を渡す場所、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、投薬指導から投薬支援へ意識を変えていけないといけない。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 |     | I:  |                          |                          |   |   |   |
| 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、必要なはなにができるかを探すこと。薬局同士で同行していか、一緒に訪問看護に行ったり、ケアマネのどこに行ったり、医師のどこ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劑適正使用への啓発活動の必要性  | 国の政策として取り組み、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<br>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<br>地域連携はパスも含め、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<br>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？<br>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<br>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<br>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<br>実現するための、卒業教育が必要 |  |
| 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<br>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？<br>アンケート調査では漏れが生じる<br>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<br>(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化可能なシステムと、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業後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せられる為、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、既卒薬剤師の卒業教育は必須である。しかしながら、現在の卒業教育は属する組織に任せられており、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"> <li>・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</li> <li>・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、卒業教育)や協働カンファレンスの実施</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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の、卒業臨床研修制度とカリキュラムの創出</li> <li>・地域の特性に基づく包括ケアシステムに対応する為、卒業臨床研修での協働に基づく研修プログラムが必要</li> <li>・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</li> <li>・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レビュとしての服薬情報提供書の活用</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> |                     |                                   |                                    |   |  |  |
| さらに追及すべき点・課題            |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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とはならず、政府主導の義務教育化が必要</li> <li>・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)</li> <li>・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)</li> <li>・海外の Medikationレビュの教育、介入研究等の調査と、日本への適用を検討</li> <li>・クラウドシステムの費用および個人情報保護の問題</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・協働の下に適正な薬物治療を実現するための、学部教育から卒業後教育までのシームレスな教育カリキュラムの創出</li> </ul>  |                     |                                   |                                    |   |  |  |