

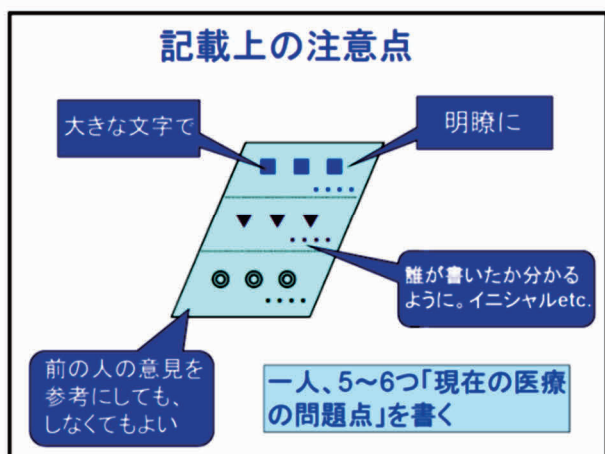
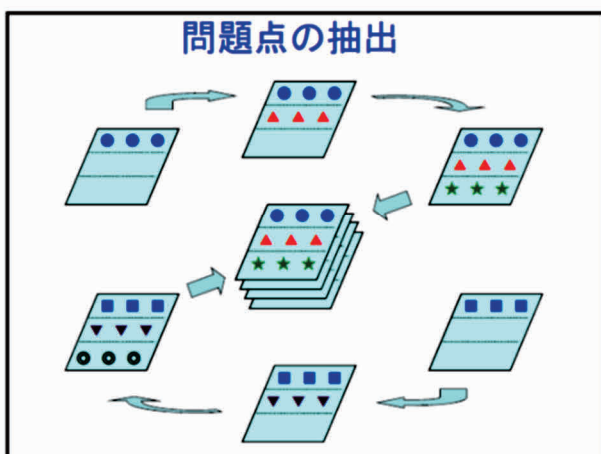
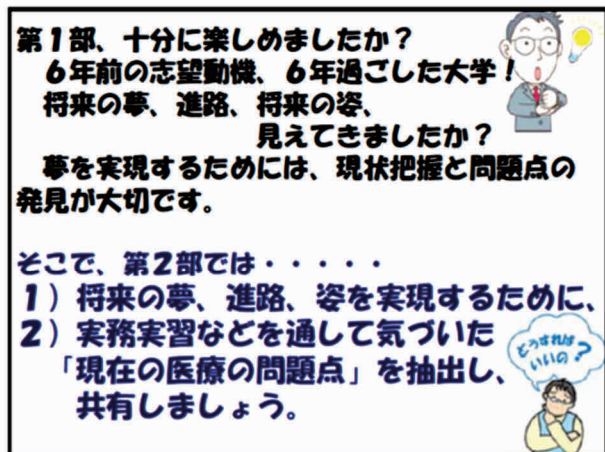
第二部

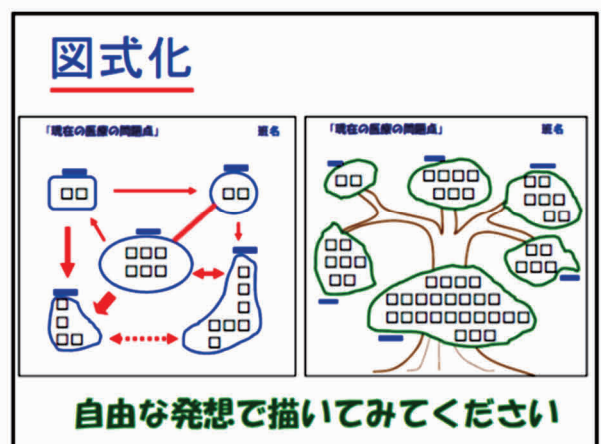
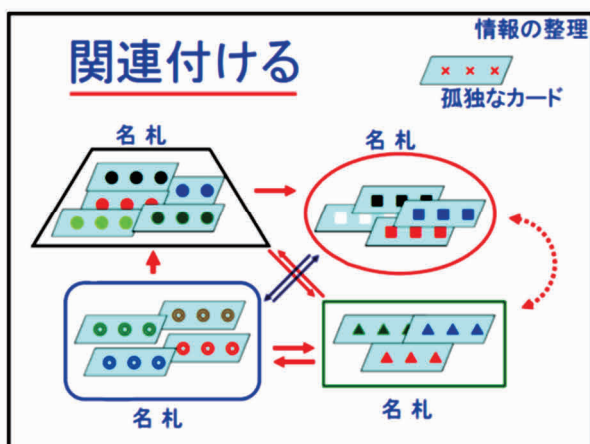
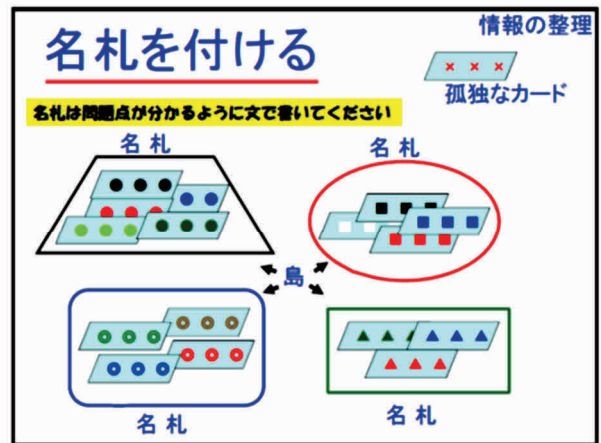
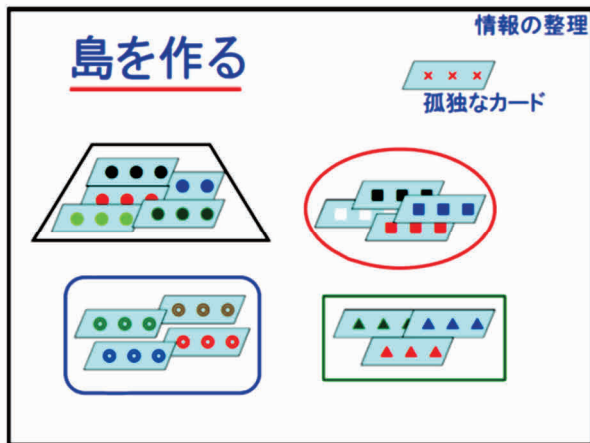
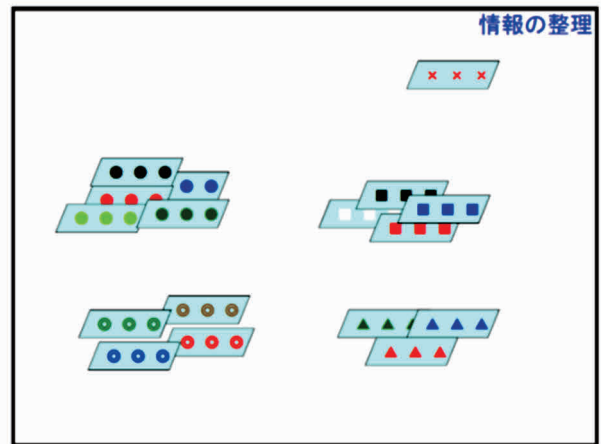
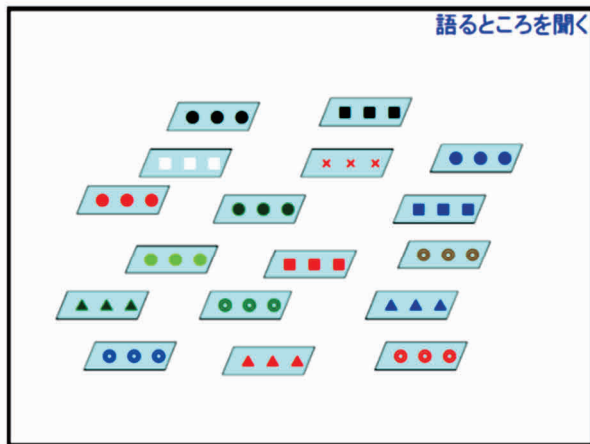
「私達が築く新しい医療と社会」

セッション I

「6年間の薬学教育を通して感じた現在の医療の問題点」







これからの作業(1)

「6年間の薬学教育を通して感じた
現在の医療の問題点」

KJ法で問題点を整理して発表

- まず……4役(司会、記録、発表、
報告書担当)を決めましょう!
- 次に…自己紹介+ワールドカフェ
で印象に残ったこと **10分**
- そして…KJ法 **90分**



SGDが終わったら…

「6年間の薬学教育を通して感じた
現在の医療の問題点」

- P会場で発表(**模造紙で!**)
- 発表 **5分**×3班
- 発表順 **A ⇒ B ⇒ C**
- 合同討議 **30分**



I A班

【目的】

6年間の薬学教育を通して感じた「現在の医療の問題点」を抽出し、共有すること。

【方法】

「6年間の薬学教育を通して感じた現在の医療の問題点」について KJ 法にてディスカッションを行った。各自がカードに意見を記入した。同じような意見のグループを一つの島とみなし、意見を交換しながら、島に分けた。各島の名札をつくり、それぞれの島を関連付けた。

【討議の経緯】

まず、それぞれの意見を述べながら、問題点について話し合い、キーワードが同じものを島に分けた結果、7つの島ができた。島に入らないカードもいくつかあった。7つの島はそれぞれ「6年生教育に対する評価が低い」「薬剤師の地位が低いという認識（他職から）」「医療機関の役割の理解不足（一般の方も、医療従事者のもの）」「医薬品の役割を理解できていない」「一般の方から薬剤師の役割を理解してもらえていない」「応用力を身につける教育が足りない」「現場に即した教育を増やしたい」とタイトルを付けた。

さらに、それらの7つの島と独立したカードのそれぞれの関連性について討論した結果《臨床現場の改善点》と《6年制教育の改善点》の2つに分類することができた。そして、全体の話し合いの結果より、『臨床現場と6年制教育の意識改革』と題名をつけた。ディスカッションの内容を模造紙にまとめた。

【討論の結果】

以下に各島の内容と簡単な説明を記載する。

《臨床現場の改善点》

● 「6年制教育に対する評価が低い」

・ 労働時間

→薬剤師の業務量が過度になるケースがある（人員不足も原因と考えられる）。

・ 給料が安い、低い。

→臨床について深く学ぶための6年制なのにも関わらず、より専門的知識が必要とされる病院等の雇用において、他職種（薬局薬剤師など）に比べ、給与が低い。

●「薬剤師の地位が低いという認識（他職から）」

- ・薬剤師の地位が低い
- ・医師、看護師との立場の差
- ・薬剤師の立場が医師よりも低く感じられる
- ・医師と距離がある
- ・医師の立場が強すぎ
- ・地位が低い
- ・（大病院で）医師は研究しやすいが薬剤師はしにくい
- ・職域の拡大がうまくいっていない
 - 他の国では薬剤師が処方権を持つ薬もあるが、日本で薬剤師は処方権を全く持たない。
- ・医師が意見を聞かない（薬の使い方などで）

●「医療機関の役割の理解不足（一般の方も、医療従事者も）」

- ・地域によって医療に差が出てしまう
- ・地域差がある
 - 都心部と比較して、地方で提供できない医療がある。（ex.地方は薬剤師がいなくて第一類医薬品が買えない。）
- ・医療の質
 - 処置を行う医療従事者の技術・経験によって提供できる治療に差が出てしまう。
- ・患者が大病院に集中している
 - 本当に必要な人が大病院で治療できない。

●「医薬品の役割を理解できていない」

- ・ジェネリック医薬品が正しく理解されていない
 - 患者さんが理解していない（後から出たからよくない薬だと思っている）。
- ・ジェネリック医薬品の普及率
 - 薬局間に差がある。

●「一般の方から薬剤師の役割を理解してもらえていない」

- ・医療費の高騰
- ・一般の方から薬剤師は「薬を出すだけのひと」というイメージを持たれることが多い
 - 服薬指導の重要性を理解して頂けておらず、拒否されることもある。
- ・患者の薬局選択（病院の下での薬局に行ったり…）
 - かかりつけ薬局でなく、それぞれの門前薬局でもらうことが多い。

●「その他」

・過剰処方

→適切な処方がされていない。(必要以上の薬が処方されているケースがある。)

・医療費

・効果があっても、薬価が高く使用し続けられないこと

→高額医療の支援を使っても、長期の使用だと費用の負担できない。

・知識に偏りのある医療従事者がいる

→経験がある医師の意見が一番適切であるとは限らない。

《 6 年生教育の改善点 》

●「応用力を身につける教育が足りない」

・実習で学んだことを共有する場が少ない

・チーム医療への意識（学生のうちで）

・実習の内容の格差

→薬剤師職から逸れた業務ばかりのこともある。

・病院実習の期間

・薬局実習の期間

→期間の長さと質。実習受け入れ施設により内容に差がある。

・実習と就活の関係（里帰り実習とか）

●「現場に即した教育を増やしたい」

・医療の仕組み（経済）について無知

→調剤報酬の計算などの授業がない。

・救急に対しての授業がない

→現カリキュラムでは、知識はほぼ身につけていない。重要なことなので必須にしてもいいのではないかな。

・英語力の低下

→学部生でもできるようにすべき。

●「その他」

・薬学知識を活かせるフィールドを知らない

・薬学で学ぶことを理解できていないまま入学してしまう

・研究職につき辛い

ディスカッションをもとにプロダクトを次に示す。

[illegible]

今回のディスカッションから、「臨床現場の改善点」と「6 年制教育の改善点」は関連しているという結論に至った。それぞれの問題について解決することが医療全体の問題解決につながっていくと話し合った。ただちに、すべての人の意識を改善することは、難しいだろうが、1 つ 1 つの問題を解決することで『臨床現場と 6 年制教育の意識改革』が可能になると考える。

50

I B班

「6年間の薬学教育を通して感じた現在の医療の問題点」というテーマで KJ 法により議論を行った。おのおのがテーマに関する意見をカードに書いていった後、内容の似ているもの同士をまとめて島を作成した結果、12 個の島が作られた。以下にその内容を列挙する。

- 薬剤師の地位の低さ
 - ・ 薬剤師の地位が低いまま
 - ・ 他職種からあまり信頼されていない
 - ・ 日本と欧米の薬剤師の地位の差
 - ・ 薬剤師という職への認識が広まっていない
 - ・ 努力している、していないの差が大きく出ている
- カリキュラムの不足
 - ・ 他学部との交流が少ない
 - ・ 生命分野の知識不足
 - ・ 実習までに現場を見る機会が少ない
 - ・ 薬学と医学の共有学習が少ない
 - ・ 学校の予備校化 コミュニケーション能力強化の必要性
 - ・ なぜ医学部は国試後に研修があるのに薬学部は在学中なのか
- 大学での教え方
 - ・ 薬の知識を科学的につけることができていない
 - ・ 詰め込み教育で授業で得た知識を使えない
 - ・ 大学によって学べることに差がある
 - ・ 教育格差
 - ・ 処方解析など臨床で使える能力の強化
 - ・ 病態・臨床教育の不足
- 実務実習での教え方
 - ・ 実習生の積極性が少ない
 - ・ 実習の教え方に差がある
 - ・ 実習の内容にばらつきが大きい
 - ・ 処方箋枚数の多い薬局と少ない薬局の差が大きい
 - ・ 学生のうちに現場に出られるメリットを学生が見出せているか
- 医師との連携不足
 - ・ 他職種との連携が十分でない
 - ・ 他の職種のことがわからない

- ・ 医師とのコミュニケーション不足
- ・ 医師とのコミュニケーションをとる機会が得られない
- ・ 疑義紹介に時間がかかる
- ・ 疑義紹介できない場合がある
- ・ 病院で薬物治療に介入できないことがある
- ・ 薬局で患者情報があまり得られない
- 薬剤師の技量不足
 - ・ 発言、行動力不足
 - ・ 知識や責任に対して自信が持てていない
 - ・ 薬剤師が聴診器を持つ習慣がない
 - ・ 薬剤師はフィジカルアセスメントの知識がないのでは
 - ・ 技量の差が大きい
 - ・ マナー
 - ・ 新卒薬剤師のスキルが均質とはいえない
- 薬剤師の人員不足
 - ・ 薬剤師が調剤マシンとなっている場合がある
 - ・ 薬局の人員不足で患者との対話ができない場合が多かった
- 医療機関での格差
 - ・ 病院と薬局で知識に差があるところが多い
 - ・ 各医療機関で行っていることに差がある
- 地域医療の格差
 - ・ 地方と首都圏の医療格差
 - ・ 地方の医療機関不足
 - ・ 過疎地域の高齢者への医療機関受診支援がない
 - ・ 薬剤師の服薬指導の影響を評価できない
- 医療機関の利益の問題
 - ・ 点数稼ぎをする薬局の存在
 - ・ ベッドコントロール優先のところがある
- 医療費削減の問題
 - ・ 医療費の高騰、どのように削減するか
 - ・ 高齢化が進んで患者が増える
 - ・ コンビニ受診による医療費上昇
 - ・ 公費負担患者のジェネリック割合の低さ
 - ・ 実習で病院にいったときにジェネリックへの変更が進んでいなかった
 - ・ セルフメディケーション推進のリスク

- 薬剤師がシステムをつかいこなせていない
 - ・ お薬手帳があまり機能していない場合がある
 - ・ お薬手帳の重要性
 - ・ 薬の自己管理ができていない高齢者の方が多い
- 孤独なカード
 - ・ 医薬品のネット販売 OK によるリスク
 - ・ 面分業が進まない
 - ・ 新薬の開発が欧米に比べて遅い
 - ・ 患者から見た調剤薬局の意義
 - ・ 医師の薬に対する知識がどれだけか不明
 - ・ 後発薬に対する理解のない医師も多い
 - ・ 6年制へ移行したことのメリット
 - ・ 6年制から進学後の将来

この様にまとめた島をさらに大きな枠で捉え、教育の問題、臨床現場での問題、医療機関の問題、社会のシステムの問題に分類した。その後、それぞれのつながりについて議論しプロダクトを作成した。まず連携の不足や薬剤師の技量不足といった現場での問題点は、教育が不十分であることが根底にあると考え、教育の島をプロダクト下部に配置した。こうした臨床現場での問題点が薬剤師の地位の低さにつながることで、教育の問題にもつながっているという議論になり、これらは相互に関係しあっているという結論に達した。また、地域による医療の格差については、薬剤師等の医療従事者の不足がその原因のひとつであると考え、矢印で結ぶこととした。

全体を通して、テーマが「6年間の薬学教育を通して」ということで、薬学教育や薬剤師に関する問題点が多く挙げられた。中でも教育に関しては、今後薬剤師がより多くの場面で活躍し、よりよい医療を実現するためには不可欠であるという意識から、カリキュラムが不十分である点や、学生自身の学習意欲の低さについて多く議論が行なわれた。また議論をしていく中で時間が不足したため、プロダクトには反映できていない点もあるものの、非常に多くの問題がそれぞれ関連して存在していることが見出された。



作成したプロダクト

【 テーマ 】

第一部で薬学部にて在籍していた 6 年間の振り返り、将来の夢・進路・将来の姿を思い浮かべることができた。私たちが持つ夢を実現するためには現状把握と問題点の発見が重要と考えられる。そこで第二部で 6 年間の薬学教育を通して感じた「現在の医療の問題」を KJ 法により抽出し、共有することとした。

【 議論の経緯 】

各々出した現在の医療の問題点についてグループ分けを行った結果、下記の 6 つの島に分けられた。しかしながら、私たちはこれらの問題点を関連付けようと試みたが、互いの複雑に絡み合っており関係性の提示が困難であると考えた。そこで、この問題をヒストンに見立てて複雑に絡み合っている現状を少しずつ読み解くこととした。

近年医療費の増大が問題視されている。「ジェネリックの使用率が低いところがある」など現状の問題点のほかに、「医療費増大を自分たちの問題とみてない」など意識面も挙げられた。このような医療費の増大の原因として「少子高齢化がすすんでいる」「地域・施設の格差が存在する」などの社会の変化に医療が適応していないことが挙げられた。これらの格差を生む要因として「離職率が高い」「年齢層にばらつきがある」など挙げられ、医療人の人員不足により生じているのではないかと考えた。結果として臨床研究に人手を割くことができず新薬の開発や治験等が進みにくくなっている。

そもそもこのような現状に至った要因には薬剤師の質の格差があるのではないかと私たちは考えた。実習期間中に私たちは薬剤師の活動状況を見て「患者を診る機会の少なさ」「薬剤部としての活動の少なさ」を感じた。この裏には「薬剤師の地位」的な問題があると考え『薬剤師って何?』という認知度の低さが根本にあると考えた。これは他職種との連携の低さと関係している。結果として、コミュニケーション不足やチーム医療の不完全さが生じている。この連携の不足は他の問題と大きくかかわっている。医療の質の格差にも人員不足にも研究の遅延にも関連がある。そのため、問題を解決しようとしても別の障害が発生してしまい解決しにくい状態にあると言える。

このように、現在の医療の問題は複雑に絡み合っており個々に切り離して考えることはできない。私たちはこれらの問題を解くカギは医療人に限らず意識を改革し少しずつ問題点を読み解くことにあるのではないかと考えた。

【 KJ 法の詳細 】

各カードに記載された意見は以下の通りとなった。

<医療費の増大>

- ・医療費
- ・ネット販売
- ・医療費増大を自分たちの問題とみてない
- ・ジェネリックの使用量が少ない
- ・薬剤師の患者に対するマネジメント力
- ・セルフメディケーションに関心がない（とりあえず病院）
- ・医療費増大
- ・OTC のネット販売
- ・処方に関わる意識
- ・ジェネリックの使用率が低い
- ・セルフメディケーションの明確な定義

<社会の変化に医療が適応していない>

- ・地域、施設、個人格差
- ・行政の薬剤師の職能を体験する機会がない
- ・超高齢化社会への対応
- ・介護保険がうまく機能していない
- ・患者数の増大
- ・少子高齢化

<医療人の不足>

- ・人員不足
- ・男女で年齢層にばらつきがある
- ・在宅医療の推進
- ・在宅への取り組み不足
- ・離職率が高い
- ・調剤業務は薬剤師以外が行っても OK?
- ・院内処方による調剤業務の負担

<臨床研究が進んでいない>

- ・治験が進みにくい
- ・臨床研究への薬剤師の参加
- ・基礎研究を進めにくい
- ・エビデンス

<薬剤師って何？>

- ・薬剤師って結局なにしているの？と言われる
- ・薬剤師の地位
- ・病院薬剤師の地位向上（金銭面も）
- ・薬剤師の質に差が大きい
- ・薬剤師の質がバラバラ
- ・患者、病気を見る機会の少なさ
- ・薬剤部としての活動の少なさ
- ・行政における薬剤師の立場

<連携の不足>

- ・他職種とのコミュニケーション不足
- ・チーム医療にすべての職種がいない
- ・医師とのつながり、コミュニケーション
- ・他の職種のことがよく分かっていない

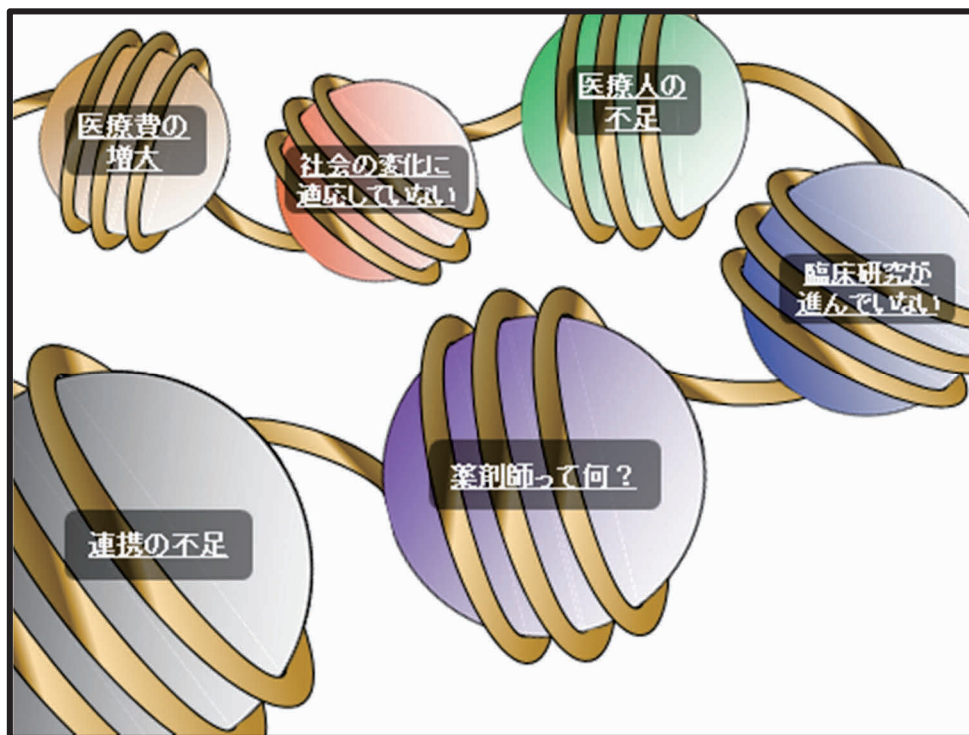
- ・病院と薬局の連携
- ・医師中心の医療
- ・医師によっては薬剤師の意見を聞かない
- ・チーム医療が不完全
- ・医療スタッフ内で目的が違う
- ・医療スタッフが薬剤師の仕事を知らない
- ・病院と薬局との連携
- ・薬剤師の職種間連携

<その他>

- ・お薬手帳
- ・実習期間が短い
- ・ TPP
- ・輸血
- ・6年制で即戦力になれるのか？

【 プロダクト 】

以下にプロダクトのモチーフおよび実際のプロダクトの図を示す。



【 プロダクトのモチーフ 】

Ⅱ A班

第2部セッションⅠではまず、ⅡA班8名がそれぞれ自己紹介をし、第一部「私たちの歩み：過去、現在、そして未来」で印象にあったことを振り返った。病院や薬局で薬剤師を目指す者、研究職を目指す者、行政での活躍を検討するものなど、全国津々浦々の多様な学生が集うことで多いに刺激を感じたようだった。

その後、第2部セッションⅠの題目である「6年間の薬学教育を通じて学んだ現在の医療の問題点」について、5～10分ほどかけて各々問題点を抽出し、カードに記載した。次いで記載されたカードを切り離して議論を行いながら島ごとに分類し、解決すべき問題点の根幹は何か考え、それぞれの問題点についてディスカッションを計1時間半、積極的に行った。

1. 問題点の抽出と分類分け

「6年間の薬学教育を通じて学んだ現在の医療の問題点」というテーマに基づき、KJ法を用いて各カードに書かれた問題点を、議論を行いながら分類した。

以下、島のタイトルごとに1)～9)に分類し、各カードの意見を箇条書きした。また、議論で上がった補足説明や意見などを(→)で示した。

1) 大学教育における問題点

① 大学での基礎教育

- ・6年間で医療が大幅に進展して、講義が古い
→最新の医療を学ぶための外部講師の講義が少ない。
- ・病気についての知識が薬剤師に不足
→学生時代からの継続的な学習が必要
- ・OTCに関する学習が不足
→実務実習においても不足しており対策が必要ではないか

② 実務実習での教育

- ・薬局が忙しく実習している感じがしない
→調剤マシーンとなってしまうところがままあった。
→指導薬剤師が多忙なため放置されることもままあった。
- ・実務実習先によって差が大きい
→病院内の施設や、薬局周辺の診療科による違いなどが大きかった。
- ・実習に行った薬局によって学ぶ内容が違いすぎる
→服薬指導が1回もできない悪質なケースもあった。
→受けた処方箋枚数が1日に1枚ということもあり、現場だからこそ学べる機会が少なく不公平に感じた。

2) 薬剤師として解決すべき問題点

- ・ 患者が薬を飲まず、貯めこんでいる現状
- ・ 患者が薬について知らなすぎる
- ・ 正しく服薬できていない
→ 薬剤師の説明不足が原因と考えられる。
- ・ 患者への薬の知識の提供が薬剤師の説明に偏っている
→ 服薬指導する薬剤師によって患者のコンプライアンスにばらつきが見られた。
- ・ 患者の服薬コンプライアンスをコントロールできていない
→ 薬剤師の人員不足(服薬指導に時間をさけない背景がある)。
- ・ セルフメディケーションが適切なのか
- ・ 患者の医薬分業への浸透率
- ・ 副作用救済制度があまり知られていない
→ 薬局などにポスターの掲示だけは不十分ではないか

3) 患者の薬剤師へのイメージ

- ・ 薬剤師＝調剤者
- ・ 薬局＝薬をもらう場所というイメージ
→ 服薬指導が不足しがちではないか
- ・ 薬剤師の役割が患者に知られていない
→ お薬手帳の必要性などもわかってもらえないところがある
- ・ 薬剤師の役割のアピール
→ 相互作用の確認や、処方の番人としての薬剤師の必要性を患者にもっと訴えかけていくべきではないか
- ・ 薬を運ぶ
→ 在宅医療における問題点

4) 実際の薬剤師(実務実習の経験を通じて感じたところ)の問題点

- ・ いまだに医師に絶対的な権限がある
- ・ 権力の誇示
→ 薬剤師がもっと現場でもアピールして専門性を活かしていくべき
- ・ 病院内での薬剤師の立場が低い
→ カンファレンスなどで薬剤師の発言が少ない
- ・ 薬剤師の介入が不十分
→ ナースステーションに入るのさえモドモドしてしまうことがあるのはおかしい。
- ・ CDTMが上手くできていないのではないか

5) 他職種との関係

- ・他職種との連携不足
- ・意識の共有
 - チーム医療への意識の共有が不足
- ・医師と薬剤師の治療の共有
- ・MRとの関係(MRとの連携を促す意見と、ライバル視する意見が出た)
 - もっと積極的に薬剤師への勉強会などを開催してもよいのではないか
 - 医師が薬について薬剤師よりもMRを頼りにしてしまっているアンケート結果がある。薬剤師が積極的に医療現場で貢献していく必要があるのではないか
- ・ソーシャルワーカーとの関係
- ・薬薬連携の不足および、いかに強化していくか

6) 地域格差

- ・在宅医療が難しい
 - 地方の在宅医療はニーズがあっても地理や経済的に難しい
 - 薬剤師の人員不足や医師の協力が必要な点も難しい問題となっている
- ・必要な治療が受けられない
 - 自宅近隣の医療機関では必要な治療が受けられないケースがままある。
 - また、医療機関そのものがないケースもある。

7) 需要と供給

- ・薬剤師不足
 - とくに地方はその傾向が強く、在宅医療の点で地域格差の問題と関連性がある。
 - 免許保有者は多くても、実際に現場で働いている薬剤師が少ないことが問題としてあげられる。
- ・薬剤師の入れ替わりが激しい(大学病院など)
- ・大学病院が混雑しすぎる
 - 3時間診察のために待って、10分しか診察がない現状は改善すべき
- ・院内処方のため調剤に追われる薬剤師
 - 服薬指導できる時間が限られてしまう。
- ・患者が飽和(病床数減少による)
- ・個別医療へのニーズの影響
 - 在宅医療などニーズがあっても人員不足で行えない。

8) 医療経済

- ・医療費の増大
- ・患者さんの利益と経済面の利益

→医療費削減のためのジェネリック医薬品の普及と患者のQOLとのジレンマがある。

- ・医療費抑制と高度医療の増加
- ・高度先進医療が導入しづらい
- ・ライフサイクルマネジメントのイメージ
- ・新薬の開発が進まない
→難病などまだ新薬が必要な患者は多くいる。
- ・薬の種類が多すぎる
→ジェネリック医薬品が多い気がする。

9) その他

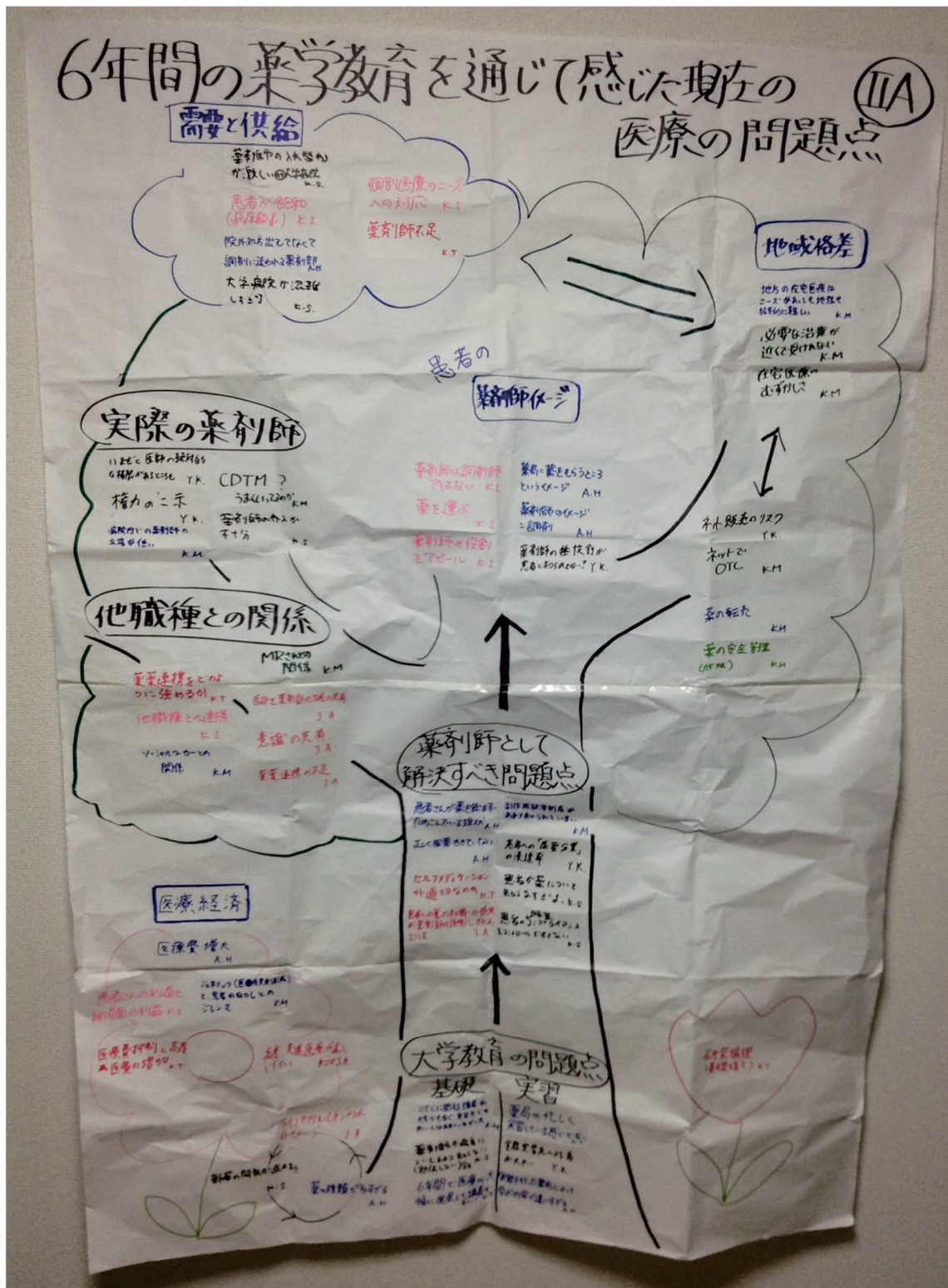
- ・研究倫理問題
→論文の不正問題など
- ・薬のネット販売のリスク
→地方はネット販売により利便性が向上するが、安全管理が問題
とくに健康問題が生じた際の責任が明確でない点が懸念される。
- ・薬の転売問題
→薬や注射針の転売問題など
疑いはあっても証拠がないので薬剤師が何もできないもどかしい現状

2. 問題点のまとめ

上記で分類した問題点に対し、問題の根幹は何かを中心にまず議論を行った。その中で「薬剤師として解決すべき問題点」が焦点となり、この問題を解決することで患者さんが抱く薬剤師の悪いイメージを払拭することができ、他職種との関係についても改善されるのではないかということになった。また、「薬剤師として解決すべき問題点」については現場における薬剤師の知識やコミュニケーション能力の向上だけでなく、「大学教育からの改善」が必要であり、学生時代からの現場に適した教育が不可欠という結論となった。さらに、こうした問題が生じている背景には薬剤師の人員不足が挙げられ、とくに地方ではその傾向が顕著であることなど、「需要と供給」の問題と「地域格差」の問題ともつながっていくことが整理された。

これらをどう図解化していくか議論したところ、はじめは螺旋状に描いていくのはどうかと提案が班員よりあった。しかし、その他に問題点として挙げられた、「医療経済」や「研究倫理」の問題を含むことが難しく螺旋で描く案はなくなり、日本列島のように描く案もあったが、中核の問題点以外は花などで整理すればよいという樹木での図解化が採用されることとなった。完成したプロダクトは次ページの通りである。

3. 完成プロダクト



II B班

今回のセッションは6年間の薬学教育を通して感じた「現在の医療の問題点」をKJ法を用いて抽出するという内容でした。今回抽出された問題点と致しましては以下の問題点が挙げられました。

・病院の経営困難 ・社会法少量の高騰 ・残薬などによる医療費の高騰 ・入院期間の長さ ・画期的新薬が生まれにくい事 ・ドラッグラグ ・新たな薬の作用機序が難しい ・薬学分野の院生の不足 ・臨床研究の倫理問題 ・医療の中心的な考えが予防ではなく治療である点 ・薬・薬連携のあり方 ・薬局が個別でカルテを作っている ・役宅連携がうまくいっていない ・病院と薬局との連携かがあまり行われていない ・連携の不足 ・薬剤師の他の医療者への情報提供のあり方 ・医、工、薬などの分野間の連携が弱い ・医療従事者間のコミュニケーション不足（チーム医療） ・職種間での連携の薄さ ・お薬手帳の重要性が患者さんにわかって貰えない ・お薬手帳の活用不足 ・情報管理システムが確立していない ・高齢化に伴う病院不足 ・病院薬剤師不足 ・地方での医療者不足 ・療養病等での治療、ベット数等 ・薬剤師のマンパワー不足 ・現在の薬剤師が在宅に行ける余裕が無い ・医師看護師に比べ薬剤師の行動力の低さ ・薬剤師の職能に個人差があるために薬剤師のできる事が分かってもらえない ・薬剤師の質のばらつき ・薬剤師間のモチベーションの格差 ・個々の薬剤師の能力不足 ・医療の質の地域による格差 ・病院による医療の質の違い ・設備によって薬剤師の仕事が変わる ・医師に負担が集中している ・薬剤師のフィールドが狭い ・薬剤師のスキルアップ制度 ・各薬局でモチベーションが違う ・患者さんのアドヒアランス悪い

僕たちの班ではこれらの問題を受けて、一番の問題点として以下の問題点を挙げました。

・ 患者さんのコンプライアンスが悪い

これは医療が正常に機能していない為に生じてしまうという結論に至りました。

そこで、「医療が何故正常に機能しないのか?」この点に関して考える事にしました。

医療が正常に機能しない理由に関して患者さんを中心に問題点を分類する事にしました。

患者さんから見ると、以下の様に患者さんにとって見える問題を分類したところ、いかに挙げられるような問題点が挙げられました。これらの問題点をまとめると「自分の治療に合う薬が存在しない事」や「医療経済の問題」が挙げられました。

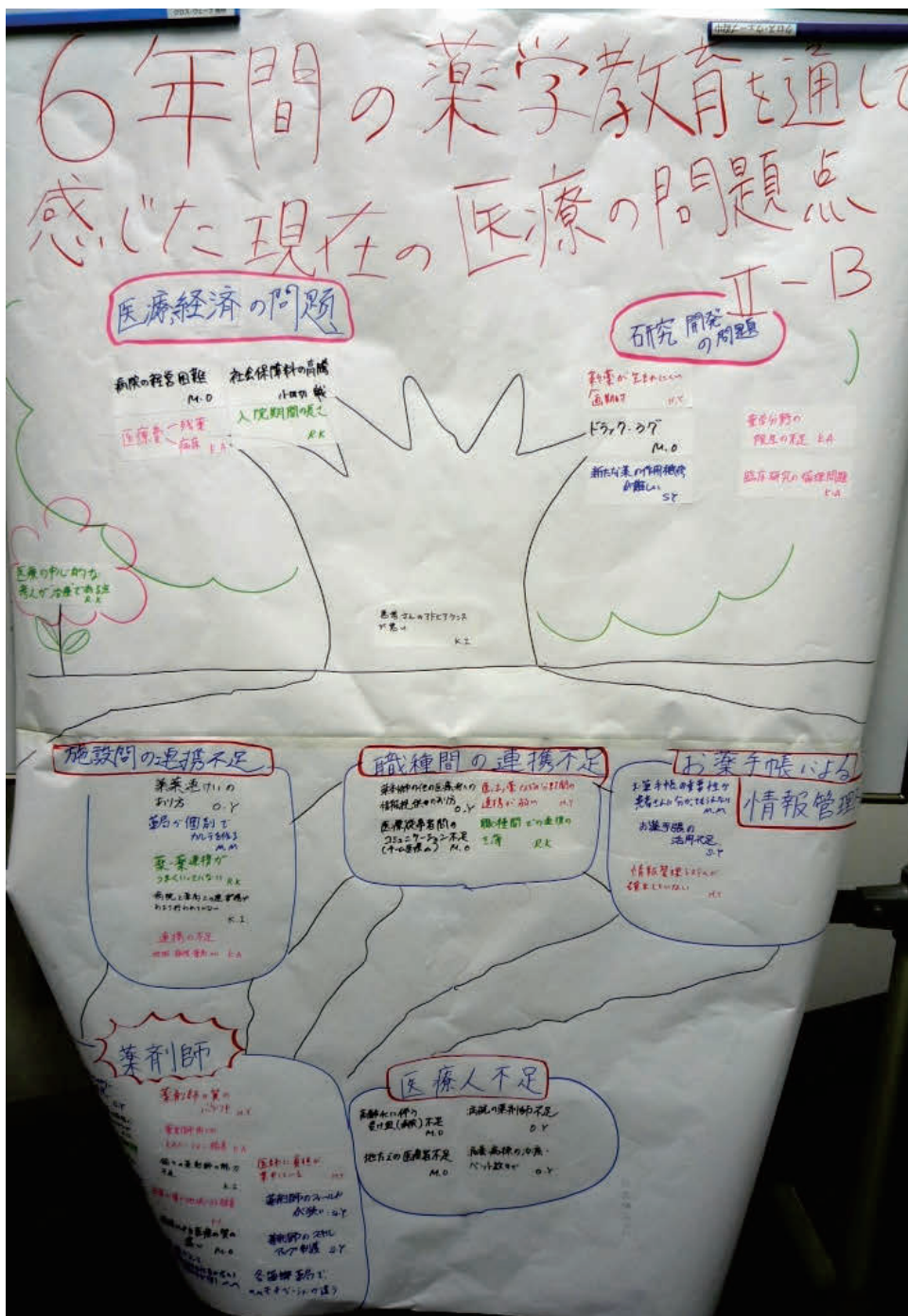
・病院の経営困難　・社会法少量の高騰　・残薬などによる医療費の高騰　・入院期間の長さ　・画期的新薬が生まれにくい事　・ドラッグラグ　・新たな薬の作用機序が難しい　・薬学分野の院生の不足　・臨床研究の倫理問題

次に患者さんから見て見えない問題点を考えて見たところ、以下の問題点が考えられました。そこでこれらの問題点をまとめると「施設間の連携不足」、「職種間の連携不足」、「お薬手帳による情報管理不足」、「医療人不足」、「薬剤師の問題」に分類できる事が分かりました。

・薬・薬連携のあり方　・薬局が個別でカルテを作っている　・役宅連携がうまくいっていない　・病院と薬局との連携かがあまり行われていない　・連携の不足　・薬剤師の他の医療者への情報提供のあり方　・医、工、薬などの分野間の連携が弱い　・医療従事者寒のコミュニケーション不足（チーム医療）　・職種間での連携の薄さ　・お薬手帳の重要性が患者さんにわかって貰えない　・お薬手帳の活用不足　・情報管理システムが確立していない　・高齢化に伴う病院不足　・病院薬剤師不足　・地方での医療者不足　・療養病等での治療、ベッド数等　・薬剤師のマンパワー不足　・現在の薬剤師が在宅に行ける余裕が無い　・医師看護師に比べ薬剤師の行動力の低さ　・薬剤師の職能に個人差があるために薬剤師のできる事が分かってもらえない　・薬剤師の質のばらつき　・薬剤師寒でのモチベーションの格差　・個々の薬剤師の能力不足　・医療の質の地域による格差　・病院による医療の質の違い　・設備によって薬剤師の仕事が変わる　・医師に負担が集中している　・薬剤師のフィールドが狭い　・薬剤師のスキルアップ制度　・各薬局でモチベーションが違う

最後に独立した問題点として「・医療の中心的な考えが予防ではなく治療である点」という問題点が考えられました。

患者さんから見て見えない問題点というのはどの問題点が一番の原因などの特定を行う事ができませんでした。なぜなら、それぞれがそれぞれの原因でもあるのに加えて、それぞれの要因の悪化を引き起こしているからです。



ⅡC班

● 方法

第二部では、KJ 法を用いて「6 年間の薬学教育を通して感じた現在の医療の問題点」を抽出した。まず、白紙に個々の感じた問題点を書き出し、出てきた問題点を島（グループ）に分けた。次に、各島に名札をつけ、それぞれの島を関連付け、最後に図式化した。

● 議論の経緯

ⅡC 班では、9つの大きな島と9つの孤独なカードができ、「薬剤師の患者さんや他職種からの信頼が低い」という島を中心に様々な医療の問題点が挙げられた。薬剤師の患者さんや他職種からの信頼が低い要因の一つに薬剤師のコミュニケーション能力が不足していることが挙げられ、その背景には、現在の医療現場における情報の共有化が難しいことも関係していると私たちは考えた。また、この情報共有の難しさが地域における医療の格差を生じさせている要因の一つであるとした。この他に、薬剤師の職能が臨床で発揮されていないという事も薬剤師の信頼が低い要因の一つであるとし、この根底には薬学教育が臨床に活かされていないこと及び6年制薬学教育が充実していないことが関係していると考えた。また、薬剤師の職能が臨床で発揮されていないという問題には、現場での適切な治療薬の選択が難しいという問題が関係しており、この治療薬の問題は、費用対効果の分析不足などを介して医療費が増え続けているという問題に繋がるとした。

患者側の問題点として、患者さんの病気や薬に対する意識の低さが挙げられたが、それに対しても薬剤師が患者さんからの信頼を得ることが出来れば、改善に繋がる可能性があるのではないかと考えた。

以上のように、現在の医療において、薬剤師の信頼が低いというのが我々の考える問題の中心である。関連する様々な問題について議論していく中で、我々は薬剤師の信頼を回復するためにはその根幹に位置する薬学教育のさらなる充実と、その臨床現場への応用が重要であると結論付けた。

● 各島の名前と内容

1. 薬剤師の患者さんや他職種からの信頼が低い

- ・薬剤師の地位が向上しない
- ・職能の拡大が難しい
- ・「薬剤師不要論」対策
- ・結局、ドクターの意見が1番
- ・薬剤師の地位が低い
- ・医療人としての自覚の涵養

2. 薬剤師のコミュニケーション能力が不足している

- ・患者とのコミュニケーションについての問題
- ・自分の考えを他人に伝えることが出来ない
- ・他職種とのコミュニケーションの問題
- ・他の職の方などとのつながりがうすい？
- ・コミュニケーション能力の不足
- ・他職種と関わりたい
- ・認知症に限らず、実際の患者さんへのアプローチがわからない
- ・薬剤師が何をするのか、市民の皆さんがわからない
- ・服薬指導が雑
- ・認知症患者への対応

3. 地域で医療に格差がある

- ・地域格差がある
- ・大きな病院と地域のクリニックの格差
- ・地域医療に貢献できる人材不足

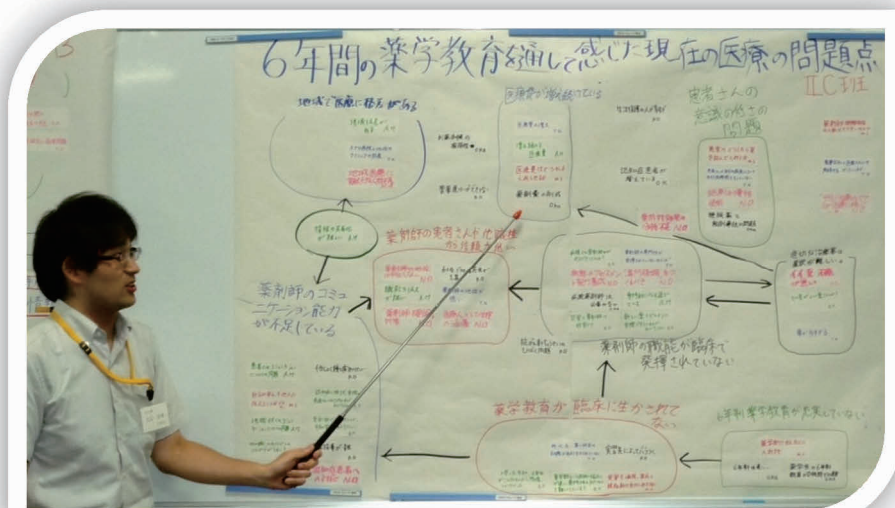
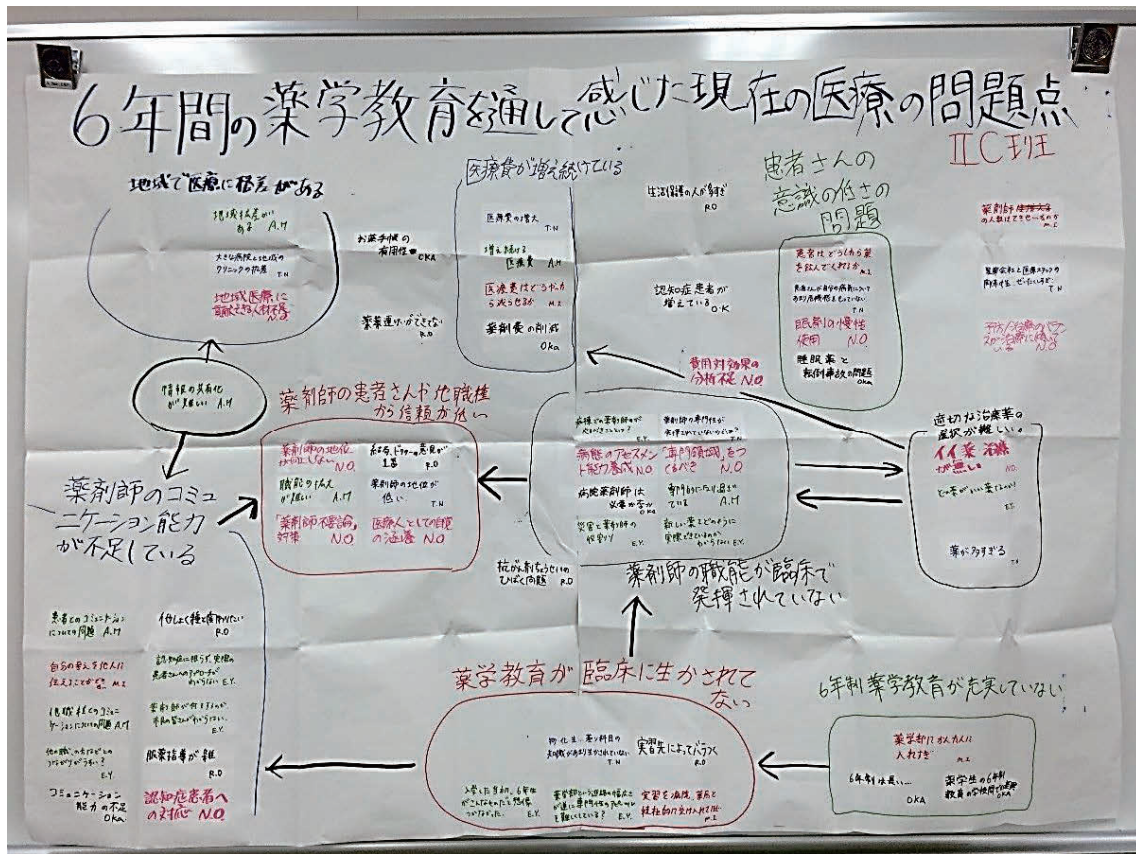
4. 薬剤師の職能が臨床で発揮されていない

- ・病棟で薬剤師がやるべきことは？
- ・病態のアセスメント能力養成
- ・病棟薬剤師は必要か否か
- ・災害と薬剤師の役割
- ・薬剤師の専門性が発揮されていないのでは？
- ・「専門領域」をつくるべき
- ・専門的になり過ぎている
- ・新しい薬をどのように実際にできているかわからない
- ・抗がん剤調製の暴露問題

5. 薬学教育が臨床に活かされていない

- ・物．化．生...基礎科目の知識があまり活かされていない
- ・実習先によってバラツク
- ・入学した当初、6年制がこんなものだと想像つかなかった
- ・薬学部という進路の幅広さが逆に専門性のアピールを難しくしている？
- ・実習を病院、薬局と積極的に受け入れてほしい

6. 6年生薬学教育が充実していない
 - ・薬学部簡単に入れすぎ
 - ・6年は長い…
 - ・薬学生の6年生教育の学校間での差異
7. 適切な治療薬の選択が難しい
 - ・いい薬・治療薬が無い
 - ・どの薬がいい薬なのか？
 - ・薬が多すぎる
8. 医療費が増え続けている
 - ・医療費の増大
 - ・増え続ける医療費
 - ・医療費はどうやったら減らせるか
 - ・薬剤費の削減
9. 患者さんの意識の低さの問題
 - ・患者はどうしたら薬を飲んでくれるのか
 - ・患者さんが自分の病気についてあまり危機感を持っていない
 - ・眠剤の慢性使用
 - ・睡眠薬と転倒事故の問題
10. 孤独なカード
 - ・情報の共有化が難しい
 - ・費用対効果の分析不足
 - ・お薬手帳の有用性
 - ・薬薬連携ができていない
 - ・生活保護の人が多すぎ
 - ・認知症患者が増えている
 - ・薬剤師の人数は適正なのか
 - ・製薬会社と医療スタッフの関係性。贅沢しすぎ！
 - ・予防/治療のバランスが治療に傾いている



ⅢA班

まずは、KJ法に基づいて「6年間の薬学教育を通して感じた現在の医療の問題点」をテーマに、各々思いつく限りカードに問題点を書き出し、似たカード同士を集めて島を作成した。その結果、10個の島が出来上がった。そして、一つずつカードの内容を確認していくとともに、島のタイトルを考えた。

私たちの班では、薬剤師に求められるものは、医療システムの問題、病院薬剤師の機能不足、連携不足、臨床現場と大学教育のギャップ、行政に振り回される医療、予防医療の不足、高齢化、在宅医療、患者を取り巻く環境というように、それぞれ島にタイトルを付けた。

これらの様々な方向性を持つ問題点について、議論が進んだ。

一番多く挙げられた問題点は薬剤師に関連する項目だった。患者側から薬剤師の姿が見えない、認知度が低い、薬剤師の求められる質などの問題点が挙げられた。これらは、まだまだ薬剤師が薬を集めて出してくれる人というイメージが強くあることだと考え、この今までのイメージを何でも相談できる人に変える必要があると考えた。そのために地域の行事に参加することや、自ら研究した内容やデータをテレビなどのメディアを通じて発信していくことで社会全体に薬剤師の役割や存在を広く知ってもらうべきであると考えた。また、学外実務実習を通して得た知識や経験から、実際の医療システムの問題として病院薬剤師のカンファレンスでの発言力の無さ、そして、大学教育と現場とのギャップを感じたことによって、薬薬薬連携が取れていないといった具体的な問題点が挙げられた。このことから、より高い専門の知識を習得することによって、現場でチーム医療に参加し、情報の共有に努めるべきであると考えた。また、今回のこの議論した内容を学校へフィードバックし、他大学での取り組みや実際に求められている薬剤師像について情報を学校へ伝えていき、自らが架け橋となるように努めるべきだといった意見もあった。

医療全体の問題として、医療費削減に伴い、変化していく行政の取り組みや、高齢化に伴う在宅医療の増加に対応できていないといった問題点も挙げられた。

これらの問題点が挙げられた中で、総括的な意見として、全て患者を中心に考える問題点であると、班員全員の意見が一致した。従って、患者を取り巻く環境という島を中心にプロダクトの作成に取りかかった。

以下に、島の名前と各カードに書かれた問題点を示す。

薬剤師に求められるものは

- | | |
|-------------------------|--------------|
| ・薬剤師の認知度（对患者） | ・薬剤師が見えない |
| ・薬局薬剤師の業務の多様性・膨大化 | ・薬剤師の求められる質 |
| ・ジェネリック医薬品に変更するのが意外と難しい | ・医療者と患者のギャップ |

医療システムの問題

- ・組織化による固定概念
- ・ルーティーンワーク
- ・標準治療の浸透とそれに伴う弊害
- ・無駄なマニュアル化

病院薬剤師の機能不足

- ・薬剤師の病棟業務の人員不足
- ・カンファレンスでの発言力

連携不足

- ・薬薬薬連携不足
- ・患者のプライバシーは？

臨床現場と大学教育のギャップ

- ・薬学6年教育への移行で何が変わった？
- ・カリキュラム？
- ・大学と現場のギャップ
- ・教育の違い
- ・大学教育と臨床現場と求められる知識の違い

行政に振り回される医療

- ・リフィル制度
- ・財政赤字
- ・インターネット販売
- ・医療費削減
- ・薬の需要と供給（希少疾病 etc）
- ・TPP
- ・医師会や行政とのすれ違い
- ・医療費の増加
- ・医療費削減
- ・後発品の安全性
- ・ジェネリック推進

予防医療の不足

- ・予防医療の推進
- ・医師（医療）への依存、セルフメディケーションが浸透しない

高齢化

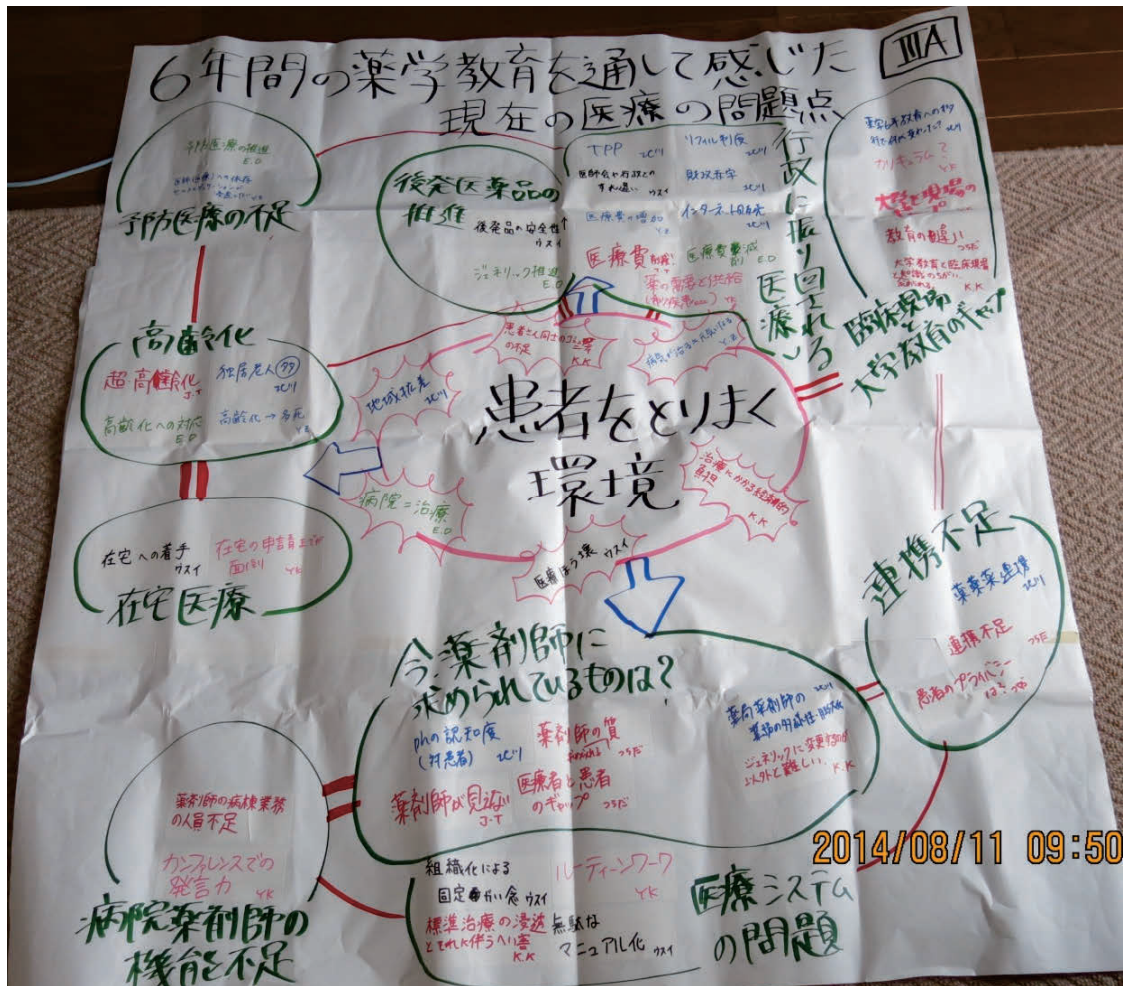
- ・多数の独居老人
- ・高齢化→多死
- ・超高齢化
- ・高齢化への対応

在宅医療

- ・在宅への着手
- ・在宅の申請までが面倒

患者を取り巻く環境

- ・病気が治る≠元気になる
- ・治療にかかる経済的負担
- ・医療崩壊
- ・病院＝治療
- ・地域格差
- ・患者さん同士のコミュニケーション不足



画像1：プロダクト

ⅢB班

第二部セッションⅠは、「私達が築く新しい医療と社会」という大きなテーマについて考えるために、まず「6年間の薬学教育を通して感じた現在の医療の問題点」についてKJ法を用いて整理し、プロダクトとしてまとめて発表した。ⅢB班では現在の医療の問題点の中でも、特に今後自分たちが関わっていくことになる、薬剤師や薬学教育に主眼をおいた問題点が多く挙がった。

各島の名前とカードの内容を次に示す。また、そのカードの意味するところについて、必要なものには説明を付している。

○地域医療における問題点

- ・薬薬連携不足
- ・在宅での薬剤師の職能の拡大
- ・在宅医療の地域格差（ビジネスになっている所、存在すら知られていない所）
- ・医療用語の世間との認識の差（PEG、緩和）

例えば、「緩和ケア」は医療者にとっては当然のケアでも、患者さんは負のイメージを持っている場合がある。このことにより、患者さんが緩和ケアを拒否してしまうと患者さんのQOLの低下が問題として生じる。

- ・在宅医療におけるルールの一統化
細かな調剤上のルール等が統一されていないことで、薬剤師の在宅医療への介入がなかなか進まないのではないか。
- ・地方で在宅があまり行われていない所がある
- ・インターネット販売における安全性の確保について
- ・インターネット販売に対して店舗で働く薬剤師がどのように対抗していくか

○薬剤師の職能の拡大

- ・薬剤師の役割が医師、看護師に比べて薄い？
- ・薬剤師の医療行為の少なさ
- ・薬剤師が調剤師になっている
- ・薬剤師の業務がどこまでかあいまい

薬剤師が患者さんの体に触れてはいけないということはないはずなのに…

調剤だけしていればいいのか？

- ・一般の人の薬剤師の認知度が低い

薬剤師という職業は知っていても、具体的に何をしているのか、何ができるのかを知ってもらえていないのでは？

○医療費の増大

- ・医療費の増大
- ・医療費が高くなり続けている

○セルフメディケーションの実践の不足

- ・インターネットでの薬の販売が始まってセルフメディケーションにどう関わるか
薬剤師がどう関わっていくのか？

- ・誤情報がたくさん流れている
- ・ネット社会による情報の乱立
- ・患者に対する教育が足りない

健康食品やサプリメント等の情報をはじめとして、患者さんが医療者を介さずに治療や健康に関わる情報を得ることがある状況が問題。また、それらの情報との関わり方について医療者、薬剤師が患者さんに教育できていないことも問題なのでは。そういったことにも関わっていくべきだと自覚しているか？

- ・セルフメディケーションの浸透化が進んでいない

○病棟業務の可能性

- ・EBMをどう実践していくか
EBMが強く言われている中でも「さじ加減」の感覚がまだ残っている
- ・サテライト業務の有用性

○薬剤師のプロ意識の低さ

- ・多職種との連携がまだうまくとれていない
- ・医師に対しての薬剤師の発言力の弱さ
- ・医師など他の医療従事者との関わり方
- ・研究や最新の知識を身につけているか
- ・職種間の立場に差がある
- ・薬学部生と医学部生の知識の差

学生の内に既に差がついているのではないか

- ・格差

薬剤師の間での意識の格差、他職種との間の格差、学生の内の格差

- ・薬剤師不足

薬剤師不足が意識の低い薬剤師を生んでいるのではないか。就職活動でも苦労することがほとんどない。また、人数が少ないために業務拡大に乗りだせないのではないか。

- ・医療人としてのプロ意識の差

医師、看護師といった他職種に比べて、薬剤師の意識が低いのでは。

○実務実習における問題（施設による差）

- ・実習先（医療機関）に格差がある
- ・在宅医療について学生の中に学ぶ機会がない、または不平等

在宅をしていない薬局、病棟業務を始めたばかりの病院等も実習先に含まれており、実習生が平等に実習を受けられない。

○学部間交流が少ない

- ・学部間交流が少ない
- ・良い所、悪い所がある WS のような情報交換の場がもっとあってもいいー？
- ・他の職種について知る機会がない

他大学の薬学部間、他の医療系学部間それぞれで。

学生の中に、他の医療系学部との関わりがあれば意識が高く持てるのではないか。将来の他職種との関わりも持ちやすくなるのではないか。

○教育力の低下

- ・薬学部の先生に薬剤師経験のある先生が少ない
- ・「教える側」の不足

○カリキュラムに対する要望

- ・他の大学の状況、フォローの仕方など
- ・各大学によって教育カリキュラムが大きく異なる！？
- ・空白の期間（主に 5 回？）をもつ学生が出てきてしまう
- ・実習に行くまでに学習する意義を見つけにくい

実習で自分の知識や能力の不足を感じる場合が多い。

- ・研究を通して問題解決能力を高められる
- ・研究との両立の必要性はあるのか

学生の中に研究を行なう意義について。

医学部は研究を本格的にはしない学生もいると聞いている。

- ・将来設計、方向性、、、
- ・結果を評価するのか、過程を評価するのか
- ・教育力をきたえる授業とは？

薬剤師は患者さんにある意味教育する立場にある。また、大学教員や実務実習の指導薬剤師となる可能性も大いにある中で「教育力」を向上させるような授業が現カリキュラムにあるか？

- ・現場と教育側とのギャップ

○孤独なカード

- ・入院期間を短縮する上での患者さんの不利益

医療費増大に対する対策としての政策による患者さんの QOL を問題視。

- ・女性の婚期が遅れる？

薬学教育が 4 年制から 6 年制に変わったことによる問題

各島の関連については、ⅢB 班では木のように配置することで、問題点を図式化した。

医療における問題点の中で、「地域医療における問題点」や「薬剤師の職能の拡大」、「医療費の増大」、「セルフメディケーションの実践の不足」、「病棟業務の可能性」の島は、より直接的な問題点であると考え、枝葉の部分に配置した。その中でも、より関連が深いと考えた島同士は近い枝葉に配置した。具体的には「地域医療における問題点」と「医療費の増大」、「セルフメディケーションの実践の不足」、また、「薬剤師の職能の拡大」と「病棟業務の可能性」は相互に関係のある問題点であると考えた。

幹となる問題点として、「薬剤師のプロ意識の低さ」の島を配置した。この問題点が幹としてあって、そこから枝葉となる問題点が生まれてくると考えた。

「実務実習における問題点」、「学部間交流が少ない」、「教育力の低下」といった島は、木のより根元に配置し、「カリキュラムに対する要望」は、根あるいは土となるような問題点であると考えて配置した。

根に位置する問題が、幹に位置する問題、枝葉に位置する問題を生み出しているように思うけれども、まずは幹として挙げた「薬剤師のプロ意識の低さ」が分類されたカードの枚数も多く、各人の意識の問題であるので、一番大きな問題としてⅢB 班では考えた。薬剤師のプロ意識が向上しただけで医療全体がよくなるのか、患者さんのプラスになるのかということが指摘されたが、医療における問題点として、まず自分たち薬剤師の意識から変えていかなければならないと考えた点は、ⅢB 班ならではの考えだったように思う。

最後にⅢB 班が実際に作成したプロダクトを示す。

IVB



ⅢC班

薬学部が6年制となって、我々で4期目となり、毎年多くの点において、改善がみられる。また、平成27年度のカリキュラムの改定により、今まで以上に質の高い薬剤師の輩出がされることが考えられる

今回のワークショップにおいて、まず我々は、KJ法を用い、「6年間の薬学教育を通して感じた現在の医療の問題点」というテーマのもと、ディスカッションを行った。

以下に、その内容について記す。

高齢化

- ・ 少子高齢化
- ・ 高齢化社会に向けてどうしていくのか

健康意識

- ・ 健康への関心の低さ
- ・ 患者自らができる予防・治療法の確立、指導
- ・ 健康寿命が短い

医療費の高騰

- ・ 医療費の問題
- ・ 後発品への変更
- ・ ジェネリック医薬品
- ・ 医療費
- ・ 医療費問題
- ・ 在宅の方の輸液

まず第一に出た意見では、医療費の高騰が問題であるという意見であった。少子高齢化となって久しい現在、限られた医療費の中でより高度な医療を行うことが求められている。医療費の高騰においては、国民・患者の健康意識が低下しており、そのために健康寿命が低下していることが可能性の一つとして挙げられた。1人1人の寿命自体が長くなっても、健康寿命が低いと、患者自身のQOLも低下することはもちろん、患者を取り巻く家族にも大きな影響を与えることになる。また、健康意識を疾病に罹患する前から高めておくことは、1次予防や2次予防のためにも重要であると我々は考えた。また、病院のベッド数の問題などの解決にも直接つながる考えであるという意見も出た。また、医療費の削減には、ジェネリック医薬品の積極的な使用が重要であり、服薬指導等を行い、患者へ周知させていくことが重要であると考えた。

6年制の教育の問題

- ・6年間も本当に薬学教育はいるのか？



能力差：地域・個人間の能力の低さ

- ・医療地域格差
- ・地域医療の問題
- ・不必要もしくは誤った情報が世の中に多い
- ・薬局・病院の待ち時間の問題
- ・薬にだけ目が行き、患者を第一に考えられない。
- ・医薬品のネット販売
- ・患者目線で会話ができない。

第2の意見として、薬剤師の能力が他職種と比べて低いのではないかという意見である。この問題の背景に、6年制教育の問題があるという考えが出た。6年制になり、長期実務実習や早期体験学習といった実習が増え、臨床に出る前の学生の段階でより多くのことを直接的に知る機会も増えた。しかし、実習を行う時期や、期間、実習に参加する学生の態度の質の低下、また、実習施設間の格差など、多くの問題があると考えた。また、長期休暇により効果的な学習を行う機会を設けるべき、CBT、OSCEの難易度、それぞれの学年児に必要な知識を今まで以上に効率的に教えるべきなど、教育する側の問題の意見も多く見られた。これらの結果、薬剤師の能力の向上が、国民の健康意識の向上や正しい知識の啓蒙など多くの問題を解決する有効な手段であるという結論に至った。また、能力の向上においては、意欲の高い個人のみだけでなく、薬剤師全体のモチベーションを継続的に向上し、日々積極的に勉学に励むような高い志や環境が必要であるという結論に至った。

薬剤師間の格差：地位の低さ

<地位の低さ>

- ・日本での薬剤師の地位が低い
- ・医療者間で上下関係が存在する
- ・医師・薬剤師間での格差

<他職種の連携不足>

- ・医療機関での連携
- ・他職種とのつながりが薄い

<職域の狭さ>

- ・薬剤師が活動できる場がまだ少ないのではないか
- ・薬剤師の活躍の幅が狭い
- ・薬剤師の職能が狭い

- ・薬剤師が職場のみで活動している

第3の意見として、薬剤師の地位の低下が挙げられた。この問題は、薬学6年制の教育の問題や、薬剤師の能力の低下が根底にあると考えられた。

ディスカッションで出た意見として、薬剤師が他職種と比べ、患者の目線に立てていないこと、薬剤にばかり目が行きがちであり、疾病全体をとらえることが難しいこと、また、医療従事者間の上下関係（特に医師—薬剤師間）が問題としてあると考えた。

我々は、4年制の学生と比べ、コミュニケーションや病態の知識を学ぶ機会が多いため、それらの点では我々の強みとなる分野であるといえる。しかし、学んだ知識を積極的に活用できていない現状もあり、そのことも薬剤師の地位を低下させている要因の一つであるとする意見もあった。

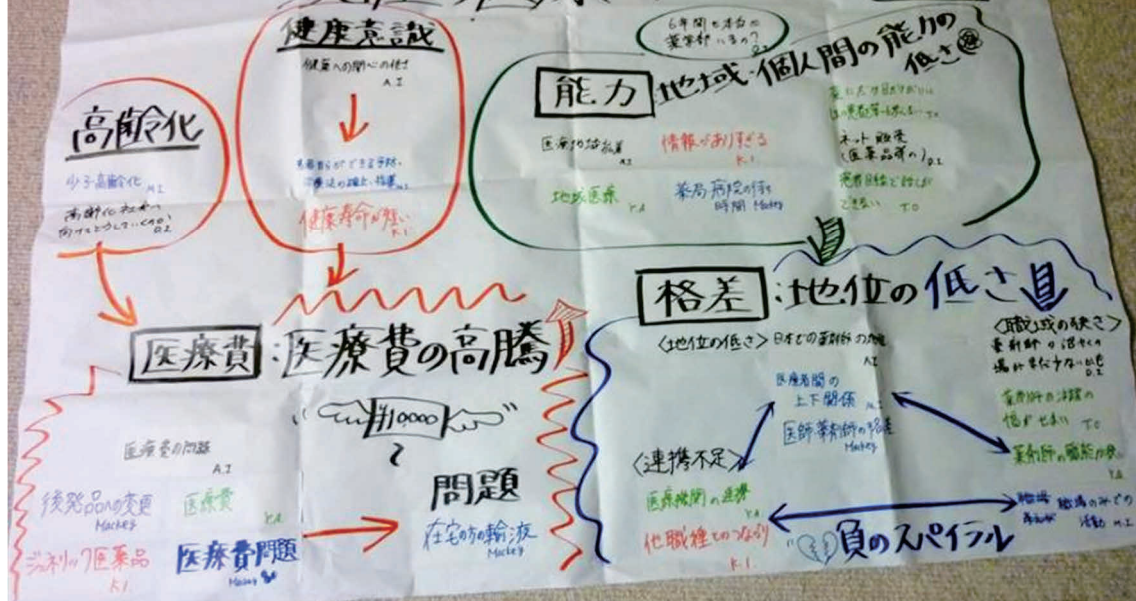
また、医療職や一般の方々への薬剤師の認知度が低いのではないかという意見もあった。病棟業務等が制度化され、以前よりも患者に接する機会は増加したが、他職種と比べ、患者と関わる時間が短いという意見もあった。また、薬剤師の仕事が実際に見えづらいことが、患者や医療職同士での信頼関係を構築していくうえで問題となっていることも挙げられた。

<まとめ>

ⅢC班のディスカッションにより、薬剤師が消極的であることが、多くの医療上の問題点を誘発している恐れがあると分かった。しかし、これらの問題は、大学での教育上の問題や、行政、臨床現場の問題など、薬剤師個人では解決が困難な問題でもある。したがって、薬剤師の幅広い分野での活動や、薬剤師自身の能力を積極的に発信していく積極性が、これからの薬剤師に求められると考える。その活動の一環として、今回のワークショップのような活動に低学年のうちから参加することも重要であり、今回の参加者である我々が、周りの学生等に広めていくことも、重要であると考えます。

最後に、実際にディスカッションにより作成したⅢC班の資料を添付する。

6年間の薬学教育を通い感じた 現在の医療の問題点 [Ⅶ]



教育講演

「医療人のプロフェッショナリズムとは」



光風園病院
木下牧子先生

医療人教育

医療人プロフェッショナリズムとは

日本医学教育学会理事
木下 牧子

2014年8月9日

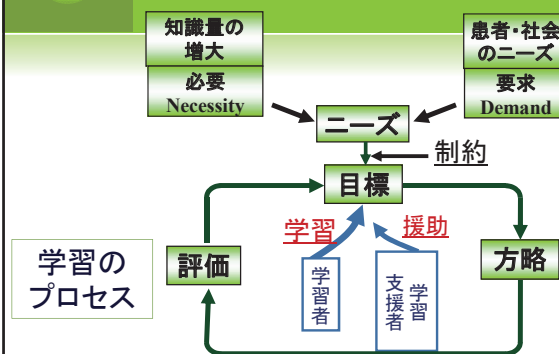
自己紹介

- もともとは膠原病、今は高齢者医療
- 自分が育った国際医療研究センターで研修医と戯れていた。
- 医学教育、特に卒後臨床研修教育にかかわるように
- その流れのなかで、薬学部の実習指導者講習のお手伝いをするように

医療人プロフェッショナリズム

私達が築く
新しい医療と社会

薬学教育 4年制から6年制へ



医療に対する社会のニーズ

“病を持つ人”が抱える
身体・心理・社会上の問題の
解決を支援する

家族、友人
地域

専門職

専門家

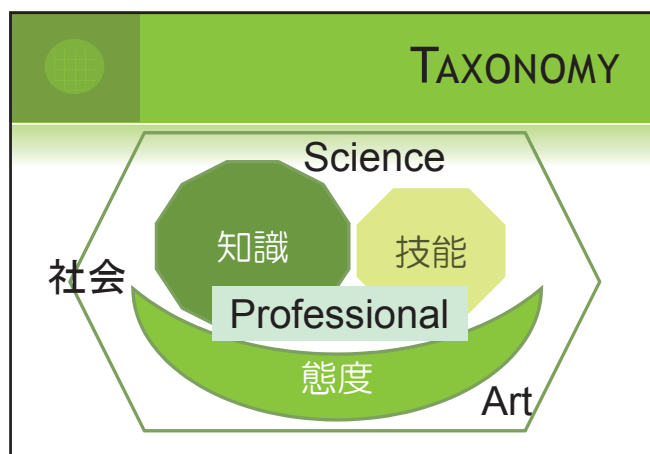
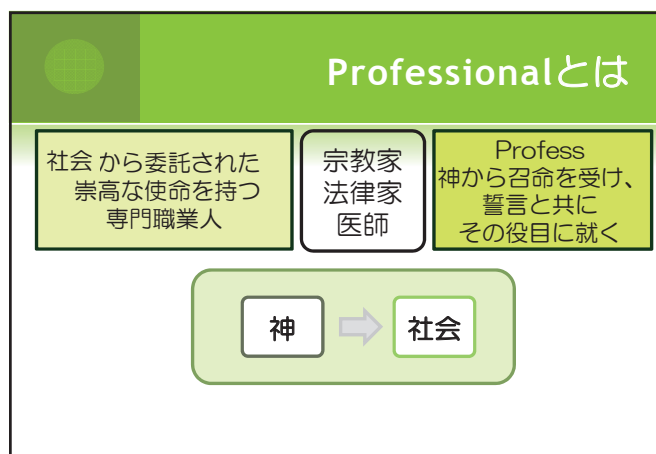
複雑で高度な知識と技能
の習得が必要な職業



社会的使命
Mission

Specialist

Professional



医療人プロフェッショナリズム

医師：
ヒポクラテスの誓い
新ミレニアム医師憲章
2002 アメリカ・欧州内科3学会

ABIM, ACP-ASIM, and European Federation of Internal Medicine
 The Lancet 2002; 359: 520-522, Ann Intern Med 2002; 136:243-46
 日本語訳 内科専門医会誌 2006: 18

新ミレニアム医師憲章 序文

プロフェッショナリズムは、**医学と社会との相互契約**の根拠をなす。

プロフェッショナリズムは、医師の利益よりも**患者の利益**に重きを置くこと、
高い水準の能力と誠実さを有し続けること、
健康に関して社会に専門的助言を与えることを要求する

・・・・・・根拠をなすものは、個々の医師および
医師全体としての**誠実さ**で決まる公衆の医師への**信頼**である。

新ミレニアム医師憲章

3つの基本的原則

- 患者の福利優先の原則
- 患者の自律性 (autonomy) に関する原則
- 社会正義 (social justice, 公正性) の原則

新ミレニアム医師憲章10の責務

1. プロフェッショナルとしての**能力**に関する責務
2. 患者に対して**正直**である責務
3. 患者情報を**守秘**する責務
4. 患者との**適切な関係**を維持する責務
5. 医療の**質**を向上させる責務
6. 医療への**アクセス**を向上させる責務
7. 有限の医療資源の**適正配置**に関する責務
8. 科学的な**知識**に関する責務
9. **利害衝突**に適切に対処して信頼を維持する責務
10. プロフェッショナル (専門職) の**責任**を果たす責務

医療人プロフェッショナル

- 利他主義
患者の利益を最優先する
- 専門職としての質の向上
高いレベルの知識と技能を身につけ、常にその向上をはかる
- 社会的責任
公平性、正義、信頼、資源の適正配置
説明責任 (Accountability)

18:50

医(薬)学と医療

学問 (Science) **正しさの追求**
E BM : Evidence Based Medicine
Gordon Guyatt (Sackett D) 1992

- 1) 問題の抽出
- 2) 文献検索
- 3) 文献吟味
- 4) 患者への適応**

研究・論文作成

医(薬)学と医療

NBM : Narrative Based Medicine
T. Greenhalgh & B. Hurwitz, 1998

すべての患者さんには物語がある。

1000人の患者さんがいれば、1000の物語がある。
これは決して 平均 ± 標準偏差では表せない。

個人的体験

90歳の認知症の母、大腿骨頸部骨折で入院
社会復帰のためのリハを始めた
入院前の母の物語を誰も聞かない

どんな生い立ち？ どんな生活？
どんな性格？ 趣味は？ 大事なものは？
好きな食べ物は？

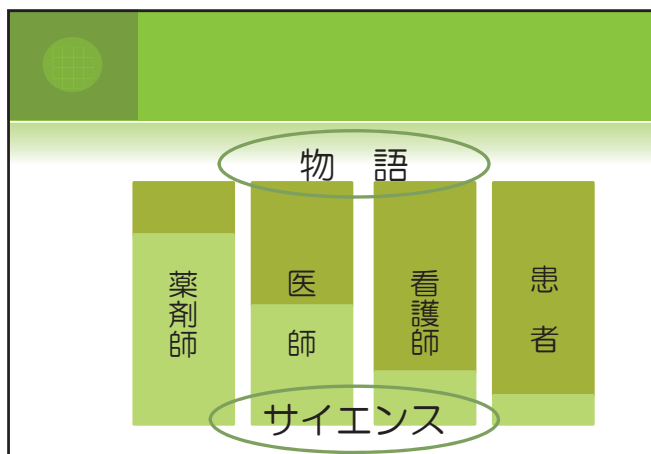
高齢者医療

- ◎ 終末期医療
- ◎ 物語：一人ひとりの人生の物語なしでは、考えられない

医(薬)学と医療

難しい！

医(薬)学	心技	医療
正しさの追求 (E BM) 全体としての 確率	→	物語の追求 (NBM) 一人ひとりに 寄り添う

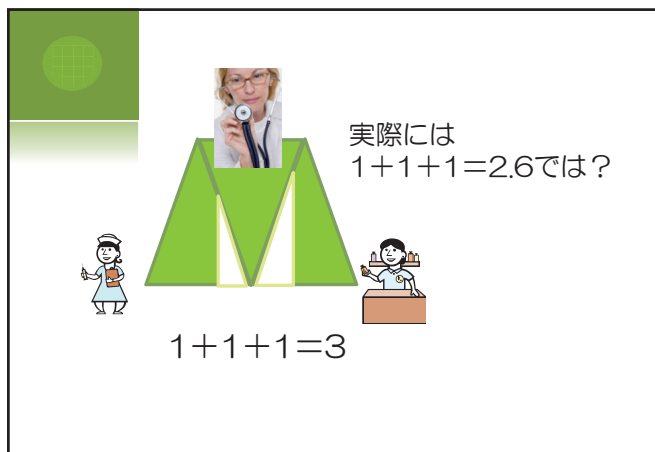
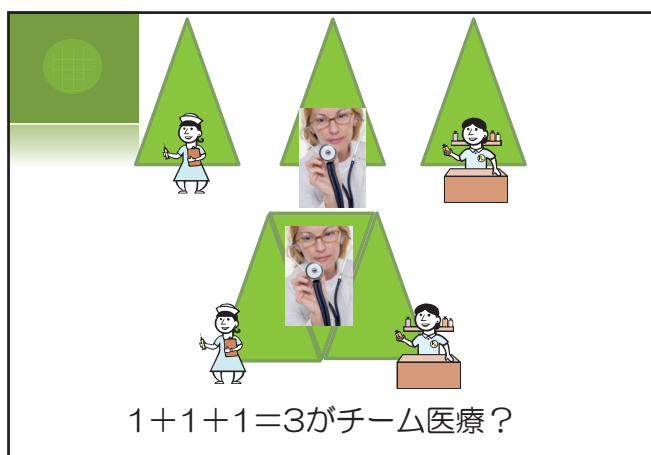


チーム医療

- ◎ それぞれの専門性
- ◎ 緊張感をもった協働
コミュニケーション能力
- ◎ 共通の基盤 志を共にする

↓

医療人プロフェッショナリズム



チーム医療

- ◎ それぞれの専門性
- ◎ 緊張感をもった協働
コミュニケーション能力
- ◎ 共通の基盤 志を共にする

医療人プロフェッショナリズム

社会のニーズ

“病を持つ人”が抱える身体・心理・社会上の問題の解決

- ◎ 社会的責任を果たす
Mission
- ◎ 一人ひとりに「医療」をとどける
Narrative：物語
- ◎ 皆で力を合わせる
チーム医療

社会のニーズ

「改めて、しっかり」
この三つを学ぶために6年制になったのでは？
↓
私達はこれをきちんと教えているのだろうか？
きちんと学んでいるのだろうか？



1610



人生の目的

- 1 自分に潜在する能力をできるだけ引き出す
- 2 他の人と好ましい人間関係をつくることできる
- 3 他の人の人生に意味のある貢献をする

by Tony Devine et al. 1975