

博士申請論文

薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードの構築と
実践に向けたアプローチ

2020年3月

東京理科大学薬学部

後藤 恵子

目 次

頁

略語表	1
序 論	3
第一章 薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードの構築と検証	
1. 緒 言	9
第一節 Pharmaceutical Communication Standards (PCS) の構築	
1-1-1. 目 的	10
1-1-2. 方 法	10
1-1-3. 結 果	14
1-1-4. 考 察	22
1-1-5. 小 括	23
第二節 PCS の妥当性の検証	
1-2-1. 目 的	24
1-2-2. 方 法	24
1-2-3. 結 果	25
1-2-4. 考 察	28
1-2-5. 小 括	30
第二章 患者や生活者のニーズや問題点を把握するためのアプローチと評価	
2. 緒 言	32
第一節 患者の非言語コミュニケーションに焦点を当てた情報収集技法の実践と評価	
2-1-1. 背景・目的	33
2-1-2. 方 法	34
2-1-3. 結 果	40
2-1-4. 考 察	43
2-1-5. 小 括	45

第二節 糖尿病が疑われる人の受診率向上のためのアプローチ

2-2-1. 背景・目的	47
2-2-2. 方法	47
2-2-3. 結果	51
2-2-4. 考察	53
2-2-5. 小括	57

第三節 OTC 医薬品販売時の対応に関する Simulated Customer (SC) 研修の 実践と検討

2-3-1. 背景・目的	58
2-3-2. 方法	59
2-3-3. 結果	61
2-3-4. 考察	63
2-3-5. 小括	66

第三章 「薬剤師の継続的な関与」と「薬局サービスの質」との関連性調査

3. 緒言	68
3-1. 目的	68
3-2. 方法	68
3-3. 結果	73
3-4. 考察	79
3-5. 小括	82

総括	83
----	----

謝辞	89
----	----

論文目録	90
------	----

参考文献	92
------	----

略語表

ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education (米国卒後医学研修認定委員会)
ACST	Advanced Communication Skills Training (アドバンスト コミュニケーションスキル トレーニング)
DAWN TM study	Diabetes Attitudes, Wishes and Needs study (糖尿病治療をとりまく心理的・社会的問題に関する調査)
EPPM	The Extended Parallel Process Model (健康への効力感と脅威に対する恐怖を合せて考慮する健康行動理論)
FBS	Fasting Blood Sugar (空腹時血糖)
FGI	Focus Group Interview (フォーカスグループインタビュー)
ICT	Information and Communication Technology (情報通信技術)
IOM	Institute of Medicine (米国医療研究所)
IT	Information Technology (情報技術)
KJ 法	(川喜田二郎氏が考案した発想法、KJ は発案者の名前に由来する)
OBE	Outcome based Education (学習成果基盤型教育)
OSCE	Objective Structured Clinical Examination (客観的臨床能力評価)

OTC 医薬品	Over the Counterdrug (カウンター越しの医薬品に由来する通称「市販薬」。 2007 年より OTC 医薬品に呼称を変更・統一)
PEST 分析	Politics, Economy, Society and Technology analysis (政治・経済・社会・技術の側面からの環境分析手法)
PCS	Pharmaceutical Communication Standard (薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダード)
QOL	Quality of Life (生活の質)
RIAS	The Roter Method of Interaction Process Analysis System (Roter 氏が開発した医療コミュニケーションの分析手法)
SC	Simulated Customer (模擬顧客)
SP	Simulated Patient (模擬患者)
UMPA-model	Utrecht's Model for Patient Centred Communication in the Apotheek (ユトレヒト大学で構築された薬局のための患者中心の コミュニケーションモデル)
WHO	World Health Organization (世界保健機関)
改定コアカリ	改定薬学教育モデルコアカリキュラム
健診	健康診断
多職種連携コンピテンシー	医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー
薬歴	薬剤服用歴

序 論

医療者が患者や家族とどのようなコミュニケーションを取るかが、患者の満足度、医療者への信頼、コンプライアンスやアドヒアランス、医療訴訟やクレーム、そして近年では、健康上のアウトカム（血圧や血糖値などの生化学的データや疼痛緩和などの健康状態、医療費削減）にも影響をもたらすことが様々な研究を通して明らかにされている¹⁻¹¹⁾。これら多くの研究は医師のコミュニケーションが対象となっていたが、近年では看護師、薬剤師から様々な職種へと広がりを見せている（Table 1）。それに呼応して、コミュニケーション能力は医療人の重要な能力の一つに位置づけられ、教育カリキュラムにおいても、明確な構成要素となっている（Fig.1）。

Table 1 PubMed における論文掲載数の年度推移（報/年間）

	1980年	1990年	2000年	2010年	2019年
Medical Communication	294	1,010	2,170	5,040	9,676
Pharmaceutical Communication	111	277	482	1,268	2,945
Patient-centered Communication	3	7	38	170	591

2020年1月10日調べ

21世紀における医療教育の進展には、「患者中心性」と Outcome based Education（OBE）という2つの概念が多大な影響をもたらしており、これらは医療コミュニケーション教育の進展にも少なからず関係している。ちなみに、「患者中心性」に関しては、より包括的な意味を込めて“people”という言葉が用いられることもある¹²⁾。

「患者中心性」は、感染症から慢性疾患へと疾病構造が変化する時代背景の中で、精神科医の Engel GL が、人間の不調や病気の成り立ちを、要素還元的に捉える「生物医学モデル」に対して、患者そのものに目を向け、身体のみならず、患者が暮らす社会的な環境や患者の心理的な状態、医療システムなどの関わりを含めた全人的な観点から捉える「生物心理社会モデル」を提言した^{13,14)}ことに端を発する。この患者中心の礎となる概念は、医師の対人コミュニケーション技法への関心を高めた。さらに、1998年、アメリカでは、

Institute of Medicine (IOM) の医療の質に関する委員会から深刻な問題提議がなされ、その解決に向けた抜本的な医療変革への提言「6つの目的」の一つとして患者中心性が挙げられた¹⁵⁾。増加し続ける慢性疾患において患者が自分の治療により深く関わり、治療計画を理解して取り入れることで複雑な慢性状態をよりうまく管理できることが指摘されている¹⁶⁾。患者や家族の主体的な取り組みや自律性を引き出すためには、患者の意向や嗜好を尊重しつつ患者と医療者が治療の共同管理に携わることが不可欠とされている。これを機に、患者中心性は医療の質の向上に欠くことのできない目標となり、以降、患者中心であるためのコミュニケーション教育モデルが次々と開発されることになる¹⁷⁻²¹⁾。また、これらを援用した形で、薬剤師を対象としたコミュニケーションモデルが開発され、その実用性の検証が行なわれている²²⁻²⁴⁾。

日本 (2015) 日本薬学会	イギリス (2017) Gphc	オーストラリア (2016) PSA
薬剤師に求められる 10 の資質 6 年制薬学部卒業時に身につけておくべき資質	Standards for Pharmacy professional 安全で効果的なケアのために 薬学生・薬剤師・調剤技師が共通に持つべき行動規範	National competency Standards Framework in Pharmacist Australia 医薬品適正使用のために薬剤師が持つべき資質 実務実習終了時～上級薬剤師まで共通
資質 1 薬剤師としての心構え	SD1 Person centered care	D1 Professionalism and ethics
資質 2 患者・生活者本位の視点	SD2 Partnership working	D1 Communication and collaboration
資質 3 コミュニケーション能力	SD3 Effective communication	D1 Medicines management and patient care
資質 4 チーム医療への参画	SD4 Professional knowledge and skills	D1 Leaderships and management
資質 5 基礎的な科学力	SD5 Professional judgement	D1 Education and research
資質 6 薬物療法における実践能力	SD6 Professional behavior	
資質 7 地域医療における実践能力	SD7 Confidentiality and privacy	
資質 8 研究能力	SD8 Speaking up about concern	
資質 9 自己研鑽	SD9 Leadership	
資質 10 教育能力		

D: Domain
PSA: Pharmaceutical Society of Australia

SD: Standard
GPhC: General Pharmaceutical Council

()内は、各国ともに改定された年

Fig.1 日英豪の薬剤師・薬学生に求められる資質または行動規範の比較²⁵⁾一部改変

OBE は学習成果基盤型教育と訳され、最終的にどうあるべきかという理想的な状態を定め、学習者はそれをどこまで達成できたかを確認しながら進めることのできるカリキュラム開発手法である。社会からの期待の増大に対する説明責任への対応、学生と教員間における学習目標の把握しやすさ、教育と評価の一体化、卒前・卒後初期・生涯教育の連続性などの利点を持ち²⁶⁾、欧米での医学教育のみならず、薬学教育にも導入されている。

Fig.1 に示す様に、日本同様、イギリスやオーストラリアにおいても OBE が導入され、コアコンピテンシーとしてコミュニケーション能力が掲げられている。この2国と我が国の大きな違いは、OBE 本来の利点である卒前から生涯教育の連続性を担保している点である。イギリスでは薬学生・薬局/病院の区別なく全ての薬剤師・調剤技師を対象に、オーストラリアでは実務実習終了時から上級薬剤師までを対象に、共通に持つべき行動規範やコンピテンシーが記述されている。アメリカでは、OBE によるものではないが、9つの関連団体からなる薬剤師実務者合同委員会があらゆる患者に使用可能な患者ケアのための一貫したプロセスとして“Pharmacists’ Patient Care Process”を策定した²⁷⁾。これは、薬学生にとって薬剤師教育の基礎であり、薬剤師が患者に必要なサービスを提供する際のアプローチ法 (Collect, Assess, Plan, Implement, Follow-up: Monitor and Evaluate) となっている。これに対して、我が国の改定コアカリでは、6年制の薬学部卒業時に身につけておくべき10の資質のみが定められている。その資質自体は確かに薬剤師にも共通して求められるものと考えられるが、到達目標を見ると、コンピテンシーでも行動規範でもなく、学習目標と思われるものが散見される²⁸⁾。

我が国の薬学教育6年制は、2006年に臨床に係る実践的な能力を培うことを主たる目的としてスタートし、これを機に薬学教育の中に初めて対人業務を意識したコミュニケーションスキルや患者・家族の気持ちに配慮することが到達目標として取り上げられた。このことは、薬剤師業務におけるコミュニケーション能力の重要性が衆知される端緒となった。また、実務実習前に受ける客観的臨床能力試験 (OSCE) により、6年制教育を受けた学生は、知識に加え、最低限の作法ともいえるべきコミュニケーションスキルを技能として身につけて臨床現場に向かうことになった。一方、6年制の学生を受け入れ、指導する立場となる4年制卒の現職薬剤師には、コミュニケーションを知識・技能・態度として学ぶ機会は未だ乏しく、本人の資質と研鑽に委ねられている状況である。

従来、薬局に対する患者の満足度は高い傾向にあり^{29,30)}、その関連要因として医療サービス (薬剤師の服薬指導や説明) が最も影響するとされてきた³¹⁻³³⁾。しかし、指導や説明

の質についてはほとんど触れられておらず³³⁾、満足度の高さに対して、患者が薬局のサービスを医療サービスと認識していない可能性も指摘されている³⁴⁾。一方、慢性疾患患者の37～87%が医師の治療指示に従っておらず、処方された薬のアドヒアランスは50%程度に留まっているとされている^{35,36)}。我が国の2012年の調査においても、薬を飲み忘れたことのある人が46%、自己判断で用量を減らしたり中止したりする人が18%いた³⁷⁾。今後、高齢化が進むにつれて、さらなる慢性疾患の増加、多病化は避けられない問題となる。アドヒアランスの問題を例にとっても、薬剤師業務において、患者の治療への主体性、自律性を引き出す「患者中心」の考え方は活用に値する。患者のライフスタイルに合わせて服用タイミングを調整する、飲みにくい剤型を変更することで患者の自己効力感を上げるといったこれまでのケアに加えて、行動変容のステージ理論^{38,39)}を念頭に患者の治療に対する準備状況に合わせたアプローチを検討することも必要となる。そのためには、患者の準備ステージを自然な会話の中から把握していくようなコミュニケーション力が薬剤師にも求められる。そして、単に残薬調整をするのではなく、患者が薬を飲み残した理由を確認し、患者とともに実効力ある対処を考え、飲まないことが今後どの様な不利益を引き起こす可能性があるかをしっかり伝えるなど、患者のヘルスリテラシー⁴⁰⁾を高める関わりも期待される。現職薬剤師のコミュニケーション能力の向上のためには、これからの薬剤師に求められる広範な活動領域を視野に、求められるコミュニケーション能力を定義し、可視化することが喫緊の課題と考えられた。

折しも、2015年、厚生労働省から「患者のための薬局ビジョン」が提示された⁴¹⁾。地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たす、患者本位の医薬分業の実現に取り組むことが表明された。薬局ビジョン全体を貫く基本的な考え方の一つは“対物業務から対人業務へ”であり、「患者に選択してもらえらる薬剤師・薬局となるため、専門性やコミュニケーション能力の向上を通じ、薬剤の調製などの対物中心の業務から、患者・住民との関わり度合いの高い対人業務へとシフトを図る」ことが謳われていた。しかしながら、患者本位の薬剤師のコミュニケーションとはどのようなものか、またそのために必要な資質や能力とはどうあるべきかについては薬局ビジョンには記されていない。

患者のための薬局ビジョンで示された“対物業務から対人業務へ”、“患者本位の薬剤師業務”、“地域における医療福祉連携”、“健康サポート”などのキーワードからは、今後求められる新しい薬剤師像が浮かぶ。かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーション領

域のコンピテンシーを提示することは、臨床現場に立つすべての薬剤師、そして薬学生にとっても意義あることと考えられた。

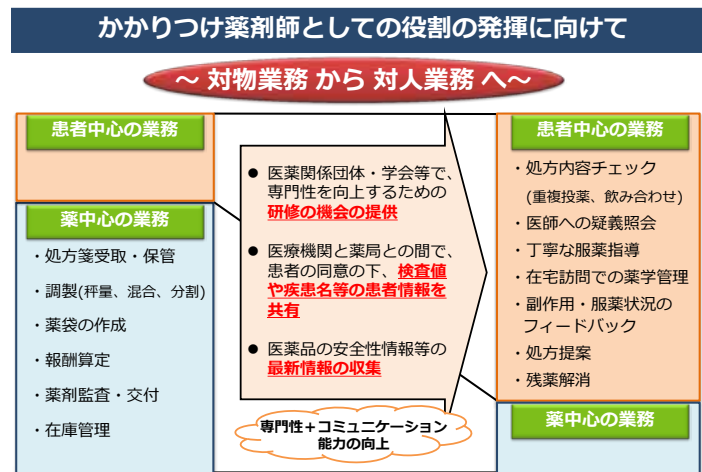


Fig.2 かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて；求められる業務

厚生労働省作成「患者のための薬局ビジョン」概要より

欧米諸国には、前述の様に薬剤師に求められるコミュニケーション領域のコンピテンシーや行動規範はすでに存在している。しかしながら、これらは各国の医療制度や国民性、社会背景の上に成立する患者—薬剤師関係に基づいて構築されており、適用には慎重を期さなければならない。一例を挙げると、欧米諸国では、「患者中心」は患者の尊厳と自律を尊重し、治療における患者と医療者の共同管理を促す概念として定着しているが、我が国では、Fig.2に見られる様に、患者中心の業務は「処方の内容チェック」や「丁寧な服薬指導」など薬の適正使用のための行為と捉えられている。我が国において患者—薬剤師のコミュニケーションが医療の質向上に寄与するためには、薬剤師自身が一方的な説明から患者とともに考える姿勢へと、行動変容することが不可欠と考える。こうした現状認識を含めて、我が国には、我が国固有のコミュニケーションスタンダードの構築が求められている。

本論文では、現職薬剤師のコミュニケーション能力の向上のために、まず、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーション能力を可視化するコンピテンシーリストを策定する。コンピテンシーリストの提示により、目標となるコンピテンシーを共有し、確認・理

解することはできるが、実践にはハードルの高いコンピテンシーも少なくないと考える。そこで、コンピテンシーの実践を容易にするためのアプローチ方法の検討を試みた。

本論文は、以下に述べる三章で構成されている。

第一章では、現職薬剤師のコミュニケーション能力の向上のために、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションコンピテンシーをリスト化した **Pharmaceutical Communication Standard (PCS)** を構築し、患者本位および他職種連携の視点から妥当性を考察した。

次に、第二章では、第一章で考察した PCS の中でも必要性が高いと考えられるコンピテンシー「患者・生活者のニーズや問題点を把握する」の実践に焦点を当てた。第二章は、患者・生活者のニーズや問題点の把握を容易にするために、三節から構成され、第一節では、患者や生活者のニーズや問題点を適時的に把握することを目的に「患者の非言語コミュニケーションに焦点を当てた薬剤師研修」を評価した。第二節と第三節では、薬剤師が担う領域の広がりに応じて、生活者の問題把握のために必要となる新たなスキルに焦点を当てる。

さらに、第三章では、第二章で当該コンピテンシーを習得するために、個人のコミュニケーション能力の向上に焦点を当てて記述したのに対し、患者が特定の薬局、特定の薬剤師を決めて継続的に利用し続けるなど、患者の薬局・薬剤師の利用形態が、薬剤師の患者・生活者情報の収集や共有といったコミュニケーション力にどのような関係があるのかについて調査を行い、検証することにした。

第一章 薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードの 構築と検証

1. 緒言

本研究では、薬剤師のコミュニケーション能力向上のために、求められるコミュニケーション能力を可視化するコンピテンシーリストの策定を喫緊の課題と位置付けた。研究計画の立案に着手した2015年、厚生労働省から「患者のための薬局ビジョン」が提示された。地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たす、患者本位の医薬分業の実現に取り組むとされ、「患者本位のかかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにする」とともに、「団塊の世代が後期高齢者になる2025年、10年後の2035年に向けて、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋」が提示されていた。さらに、「患者に選択してもらえる薬剤師・薬局となるため、専門性やコミュニケーション能力の向上を通じ、薬剤の調製などの対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトを図る」ことが謳われていた。

しかしながら、患者本位の薬剤師のコミュニケーションとはどのようなものか、またそのために必要な資質や能力とはどうあるべきかについて検討した研究はない。2009年に日本薬剤師会より「薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダード」（2011年、現行版に改定）が提示され、コミュニケーション領域に関連する到達目標として、ヒューマニズム（倫理）に紐づく27項目が挙げられている⁴²⁾。プロフェッショナルスタンダードが会員の生涯学習支援のためのシステム構築を目的に作成されたためか、「薬剤師の接遇マニュアルを概説できる」のように、概説できる・説明できる、学習を通して討議できるという動詞が11項目に用いられており、コミュニケーション関連項目の1/3が知識を問う内容になっている。また、「家族力学について理解し、実践できる」など具体性に欠ける内容も多い。そこで、薬剤師に求められるコミュニケーション領域のコンピテンシーリストPCSの構築と検証を試みた。

第一節 Pharmaceutical Communication Standard (PCS) の構築

1-1-1. 目的

薬剤師のコミュニケーション能力向上のために、かかりつけ薬剤師が目指すべきコミュニケーション能力・資質を明確にし、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーション領域のコンピテンシーリストを構築することを目的とする。

コンピテンシーは「高業績者の行動特性」として一般的に理解されているが、いまだ共通の見解は示されておらず様々な定義が存在する。本研究では、医療人に馴染みの薄い高業績という言葉を見直し、コミュニケーション領域のコンピテンシーであることから、コンピテンシーを「患者・生活者の QOL 向上をもたらす行動特性とパーソナリティ」と定義した。

1-1-2. 方法

制度としてのかかりつけ薬剤師は規定されてから年数も浅いため、実際に患者の QOL の向上に寄与しているかかりつけ薬剤師を特定し、その行動特性をインタビューやアンケートなどによってモデル化することはできないと考えた。そこで、1)薬局・薬剤師に関連する指針・提言の分析、2)コミュニケーションに関連する海外の文献調査、3)患者・他職種へのインタビューを分析し、コンピテンシーの観点・要素を含むキーセンテンスを抽出した。このキーセンテンスを分類し、クラスターに分け、読み手にとって行動レベルで理解できるような短文（基準行動）を含む、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーション領域のコンピテンシーリスト原案を作成した。次に、アドバイザー委員との討議、および第 50 回日本薬剤師会学術大会におけるワークショップでの公開と質疑応答を経て PCS を構築した (Fig.3)。

なお、本研究に携わったメンバーは、薬学部でコミュニケーション教育に携わった経験を 10 年以上有する教員 8 名である。

本研究は、東京理科大学倫理審査委員会の承認のもと実施した。（承認番号 16005）

1. 薬局・薬剤師に関連する指針・提言の分析

薬剤師にとって、今後、強化が必要なコミュニケーション能力を抽出するために、国内の指針や提言を元に、薬剤師を取り巻く環境についての外部環境分析を行なった。マクロ環境分析の手法の一つであるPolitics, Economy, Society and Technology analysis（PEST分析）⁴³⁾を用いた。1.政治的環境要因としては法律や制度の改定、および規制の強化や緩和など、2.経済的環境要因としては景気や消費動向、3.社会的環境要因としては人口動態、自然環境および世論や流行、4.技術的環境要因としては新技術の開発やInformation Technology（IT）の活用や普及を調査し、この4つの視点から、コンピテンシーの元となるキーセンテンスを探索した。4つの視点の情報源は、行政の報告書、Webメディア、業界誌などを用いた。

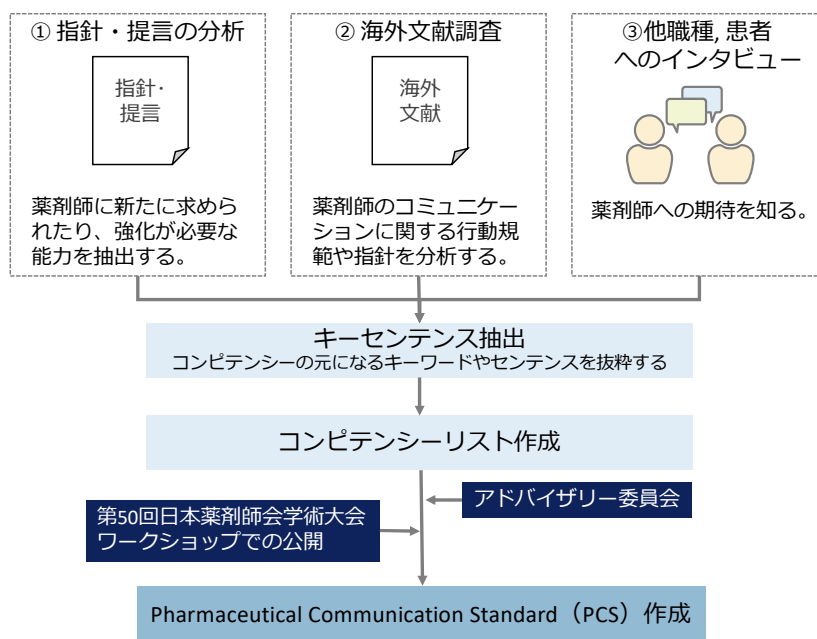


Fig.3 PCS の構築手順

2. コミュニケーションに関連する海外の文献調査

薬剤師のコミュニケーションに関連する海外の文献としては、World Health Organization（WHO）が提示した“Eight-Star Pharmacist”⁴⁴⁾を筆頭として、薬剤師に求められる望ましい資質に関する指針やフレームワーク、行動規範などが挙げられる。そこで、諸外国薬剤師会等の資料⁴⁵⁻⁴⁹⁾を中心に収集し、特にコミュニケーション能力や対人スキルに焦点をあて、インタビューガイドやコンピテンシー作成時の概念的根拠について調査・検討した。

3. 患者、他職種インタビュー⁵⁰⁾

患者グループと他職種グループを対象としたインタビューを実施した。インタビューにあたっては、いくつかの軸となる質問を設定し、そこから派生する話題を深めることのできる半構造化インタビュー法を用いた。また、インタビューにあたっては研究参加者が互いの体験およびその背景を共有することにより、互いの発言に刺激を受けて議論が深まることを意図してFocus Group Interview (FGI)を採用した。それぞれのインタビューでは、かかりつけ薬剤師に求める望ましいコミュニケーションや対人スキルに関する意見を収集し、そこからキーセンテンスを抽出した。

データ採取

FGIは2016年9月～2017年2月の期間に、患者グループについては3回、他職種グループについては4回実施した。インタビューは1～2時間程度で、プライバシーに配慮された個室にて実施した。研究参加者の同意を得て録音またはビデオ撮影し、その内容を逐語録に起こした。

研究参加者

研究参加者の選定にあたっては、知人を介して対象者を探す機縁法を採用した。患者グループについては、現在または過去において複数の薬局利用経験があり、制度に関わらず、自分にはかかりつけ薬局、薬剤師がいると考えている患者またはその家族を対象とした。他職種グループについては、日頃、薬剤師と仕事上の接点がある他職種（医師、訪問看護師、理学療法士、ケアマネージャー、デイサービス管理者）を対象とした。対象者に書面を用いて研究内容を説明したのち、本研究の主旨を理解し、同意が得られた者を研究参加者とした。

分析

分析は、要約的内容分析を採用した。逐語録をデータとし、インタビューデータ採取毎に次の要約的内容分析を繰り返し行った。(1)分析準備：エクセルシートに、話のまとまりごとに改行（切片化）を行い、縦列にはインタビューイのイニシャル、切片番号、発話者の職種（同職種がいる場合には番号を振る）、実際の会話、ラベル（要約）、サブカテゴリ欄を作成する。(2)ラベリング：薬剤師の関わり、コミュニケーションに関する発話

部分を要約する。(3)サブカテゴリ化：得られたラベルをもとに、共通する要素をサブカテゴリとして命名する。その後、インタビュー内容を俯瞰する目的で、生成したカテゴリをもとに必要に応じ関連図を作成した。研究者間で分析および妥当性を確認し、合意が得られた分析結果を元に、最終的なカテゴリリストを作成した。サブカテゴリ生成までの要約的内容分析の過程をTable 2に示した。

Table 2 要約的内容分析の過程（抜粋）

聞き手	切片番号	職種	語り	ラベル	サブカテゴリ
A	32	訪看	特に緩和ケアとかやって、麻薬だったりそういうものだと、やっぱレスキューで使うものだったりすると待たせたくないし、患者さんも使いたいし、やっぱ痛みを取ってあげないといけない。 そういうときに、往診のドクターよりも薬剤師さんに聞いて、薬剤師さんも先生とツーカーなので、その辺、先生にちょっと伝えづらいよっていうところを、タグ組んで一緒にうまいこと説明してくれたりするのはすごいありがたいくて、そこで目からうろこだったんですね。薬剤師さんってこういう活躍ができる。	医師に伝えづらいことも薬剤師とタグ組んで上手に説明	
G	55	ケアマネ1	中には、「薬が今こういう状態です」と伝え、「先生に伝えて薬を変えるかどうか相談してみますね」と言っていたら薬剤師さんもいます。どこまで薬剤師さんが先生と連絡を取っているのかというのが詳しくは分からないんですけども、薬剤師さんに伝え、先生まで直接お話をさせていただけるのかなと思うと心強い感じはします。	薬剤師に伝えようと医師にまで情報が届くのは心強い	医師への橋渡しを期待
G	57	ケアマネ2	橋渡しをしていただけるとね。すごく多い量のお薬を処方されている方なんかは、実は減らしたいんだけど先生に面と向かって言えないという方がいる。そうすると、話しやすい薬剤師さんに「お薬が多くて困っている」というのをポロッと出てくるケースがあります。本当は先生に言えばいいんですけども、薬剤師さんに言ったときに、薬局側からドクターに「そういう話が出ています」というのは言いづらいものなのですか。開業医と薬局の間には結構太いパイプがあったりするじゃないですか。	話しやすい薬剤師が患者と医師の橋渡しをして欲しい	

語り文中の太字は、ラベル作成に繋がるキーセンテンス

4. PCSの構築

PEST分析、海外文献調査、およびFGIから得られたキーセンテンスからPCSの構築までの過程を以下に示す。

- 1) PCSの一番大きな括りとなるクラスターについて、PEST分析、海外文献調査、他職種FGIおよび患者FGIの各責任者で討議し、暫定案を作成。
- 2) クラスターごとにキーセンテンスを作成し、KJ法により分類された島ごとに命名。
- 3) 島ごとに重要と思うキーセンテンスを各自3つずつ書き出す。

- 4) 集約してリスト化し、各自が客観的な視点で各キーセンテンスに重要度に基づき点数を記載。（3点：最も重要、2点：重要、1点：必要）
- 5) 合計点の高いものを合意で選ぶ。
- 6) 選ばれたものからサブコンピテンシー並びに基準行動を作成。
- 7) サブコンピテンシーからコンピテンシーを作成。
- 8) 他メンバーを交えて討議、修正し、PCSの草案を作成。
- 9) 分類や表現の妥当性、適切性を客観的な視点から見直すために、薬局薬剤師3名、病院薬剤師1名、大学教員1名、患者2名、医療社会系NPO法人理事1名の計8名からなるアドバイザー委員会に諮り、委員からのコメントをもとにブラッシュアップ。
- 10) 策定案は第50回日本薬剤師会学術大会のワークショップ「かかりつけ薬剤師に必要なコミュニケーション能力を考える」にて公開し、参加者からの質疑応答を経て、最終版を構築。

1-1-3. 結 果

1. 薬剤師に関連する指針・提言

政治的環境要因として、薬局に求められる機能や役割、関連法規や制度改革などが挙げられ、経済的環境要因としては、医療費や診療報酬が挙げられた。また、社会的環境要因として、高齢化、消費者心理、人種の多様化、ライフスタイルの変化などの要素が抽出された。さらに、技術的環境要因として、医療 ICT、医薬品開発プロセスなどの点が列挙された。Table 3 に、PEST 分析の結果を示す。

Table 3 PEST 分析の結果 (PCS に反映された項目を抜粋)

PEST	中分類番号	観点	根拠資料	小分類番号	要点	求められる能力・素養	キーセンテンス
政治的要因	110	今後の薬局	健康サポート薬局のあり方について	111	健康サポート薬局の要件として、48品目以上のOTCを置かなければならない。処方せん調剤だけでなく、セルフメディケーションにも積極的に関わる。	問題発見力、問題解決力、提案力、商品知識	顧客の健康上の潜在的（自分自身で気が付いていない）問題点を抽出し、顧客の自覚を促す。
	110	今後の薬局	2016年度調剤報酬改定	112	かかりつけ薬剤師の要件として、学校薬剤師としての授業や、地域住民を集めての講演など「地域活動」が求められる。	企画・プレゼンテーション力	複数に対するプレゼンテーションができる。
	120	健康日本21健康増進法	疾病予防、健康づくり	121	地域の薬局が、「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康づくり」「たばこ」「アルコール」「歯の健康」「糖尿病」「循環器病」「がん」の9項目70領域に関するファーストアクセスの場に	背景理解、問題発見・解決力、提案力、おせっかい力自己決定支援	顧客視点をもち、顧客の問題解決に責任を持つ。
	130	チーム医療	医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」 厚労省「在宅医療・介護連携推進事業について」	131	医師とあらかじめプロトコルを作成することで、薬剤師の判断で実施可能な範囲が広がった。	プロフェッショナルリズム、提案力、調整力、交渉力	ビジネス上の利害やヒエラルキーを排して、プロフェッショナルとして多職種と接する。
				132	2025年までに地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。	プロフェッショナルリズム、提案力、調整力、交渉力	チーム医療推進へ自ら多職種と積極的にコミュニケーションを取る。
経済的要因	210	医療費削減	平成29年度社会保障費用統計 第二期医療費適正化計画/日本の将来推計人口(2012)	211	社会保障財源の減少、医療費の増加、高齢化などから、調剤報酬削減や薬局の淘汰が進む可能性がある。	改革力、チャレンジ精神、カイゼン、コスト意識	より生産性を高める工夫や業務効率向上を実践している。
			平成26年度診療報酬改定「後発医薬品の使用促進」	213	ジェネリック医薬品の推進	意思決定支援	患者の意思決定を助けるための情報提供ができる。
社会的要因	310	患者・消費者心理	日薬「国民・患者から寄せられた意見・苦情など(平成24年度)」	311	日薬に寄せられる患者からの苦情	倫理観、患者・生活者志向	高い倫理観を持ち、安全最優先、顧客最優先の対応ができる。
	320	医療安全	日本医師会 医療におけるリスク・マネジメントについて	321	患者との信頼関係の確立という視点を持って、医療事故・医事紛争予防を行うこと	倫理観、プロフェッショナルリズム、生命に対する畏敬の念	マイナス情報を行為自身が隠さず発信する、職能を再認識する。
	330	高齢化	内閣府の高齢者白書平成28年版	331	2015年には高齢化率26.7%、団塊の世代約3,400万人が2015年に65歳以上となり、75歳以上となる2025年には3,657万人に達する見込み	高齢者対応	高齢者にも理解しやすいコミュニケーションが取れる。
	340	国の方針	日本再興戦略2	341	セルフメディケーション推進やOTC市場拡大が掲げられている。	問診力、傾聴力、問題解決力	顧客の健康上の潜在的問題点を抽出し、顧客の自覚を促す。
	350	情報保護	個人情報流出、SNS炎上報道	351	個人情報の流出や従業員のSNSによる炎上事件が発生している。	情報管理モラル	プライバシーや個人情報保護に配慮できる。
技術的要因	410	情報化時代	患者のための薬局ビジョン 日本再興戦略2016	412	医療現場におけるICTやAIは急速に活用が進むと考えられる。日常的な健康・検査・受診データ、遺伝情報など、これまで薬局では十分に入手できなかった情報を取得可能に。	ICT利活用力	ICTを駆使したコミュニケーションができる。
	420	医薬品開発	超高額医薬品、副作用の多い医薬品	421	コストやリスクの高い薬物療法が増える。	意思決定支援	患者の意思決定を助けるための情報提供ができる。

2. 海外の指針等の文献調査

諸外国でもコミュニケーション力は薬剤師が備えるべき資質として重要視されていた⁴⁵⁻⁴⁹⁾。アメリカ Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) が策定した6項目のコアコンピテンシーは、その後、項目ごとに専門家により能力レベルに合わせた教育のためにサブコンピテンシーの追加が行われ、評価のための Teaching toolbox が整備された。本研究では、この ACGME 拡張版コミュニケーションコンピテンシー20項目（以下 ACGME 拡張版）ならびに Teaching toolbox⁵¹⁾をコンピテンシー作成におけるキーセンテンスのリソースとしてだけでなく、患者、他職種インタビューガイド作成の際の概念的根拠として本邦でも外挿可能と判断した。Table 4 に、ACGME 拡張版の3つのコミュニケーションコンピテンシーの内、Medical interview に関連するコンピテンシー2を示した。

Table 4 ACGME 拡張版コミュニケーションコンピテンシー（コンピテンシー2）

<p>コンピテンシー2</p> <p>効果的なリスニングスキルを用いて関係を促進させる。効果的な非言語的スキル、説明スキル、質問スキル、記述スキルを用いて情報を引き出したり提供したりする。患者の問い合わせやリクエストに対しては迅速に対応する。</p>
<p>サブコンピテンシー(a)</p> <p>患者がしっかり聞いて理解したと感ずる方法で聞いたり理解したりすることで、効果的なリスニングスキルがあることを実際に示す。うなずきや躊躇、アイコンタクトを維持するなどの非言語的コミュニケーションや、おうむ返し、振り返り、ミラーリングなどの言語スキルを使う。</p>
<p>サブコンピテンシー(b)</p> <p>患者が好きな（あるいは現在用いている）コミュニケーションモードを認識し、状況に応じてもっとも効果的なコミュニケーションモードを選択的に用いる。問題を患者が理解しているか、およびもっと情報を欲しがっているかを見極める。患者が容易に理解できる言葉を使って説明する。</p>
<p>サブコンピテンシー(c)</p> <p>患者それぞれが抱えている懸念や信念、期待を含む患者の視点を理解する。患者の文化やエスニックが持つ信念やプラクティス、言語表現を尊重する。</p>
<p>サブコンピテンシー(d)</p> <p>相互性の雰囲気形成し、方針決定に患者の参加や関与を尊重する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者が望む範囲で選択や決定に患者を含める 2. 受診に関するアジェンダを共同で策定する 3. 患者とのパートナーシップの中で双方が受け入れられるプランについて協議する

3. 患者、他職種 Focus Group Interview (FGI)

患者 FGI

研究協力者は、70代の女性2名と男性1名、60代の女性2名、50代の女性2名と男性2名、40代の女性1名と男性1名の計11名であった。データをもとに分析した結果、構成概念として7カテゴリおよびカテゴリの内容を説明する42のサブカテゴリが抽出された。Table 5に、患者からの薬剤師への期待（コミュニケーション関連3カテゴリ、20サブカテゴリ）を示した。

Table 5 患者からの薬剤師への期待⁵⁰⁾（コミュニケーション関連を抜粋）

カテゴリ	サブカテゴリ	
薬剤師のあり方	1	患者に寄り添う姿勢
	2	患者の「個」の尊重
	3	身内の様な親しみやすい姿勢
	4	薬剤師からの積極的な働きかけ
	5	状況適応的なコミュニケーション能力
	6	誠実な対応
	7	社会常識的な振る舞い
	8	「薬剤師」としてのプレゼンス(存在感)
	9	患者の命を預かる覚悟
薬剤師による 情報収集	1	患者の状態に合わせた症状の確認
	2	情報収集の抵抗感への配慮
	3	患者の意識化を促す問いかけ
	4	情報共有ツールとしてのお薬手帳の活用
	5	患者が話せる環境整備
	6	医療上のキーパーソンの把握
薬剤師による 情報提供・相談対応	1	親切で丁寧な説明・対応
	2	患者背景の理解に基づく個別対応
	3	高度な専門知識に基づく相談対応
	4	医師と一貫性のある情報提供
	5	「薬周辺情報(医療機器、検査地、健康食品、生活習慣等)」に関する指導、対応

他職種 FGI

研究協力者は、医師 4 名（男性）、訪問看護師 3 名（女性）、理学療法士 1 名（女性）、ケアマネージャー 5 名（男性 1 名、女性 4 名）、デイサービス管理者 1 名（男性）の計 14 名であった。データをもとに分析を行った結果、構成概念として 13 のカテゴリおよび、カテゴリの内容を説明する 47 のサブカテゴリが抽出された。Table 6 に、他職種からの薬剤師への期待（コミュニケーションに関連 4 カテゴリ、18 サブカテゴリ）を示した。

Table 6 他職種からの薬剤師への期待（コミュニケーション関連を抜粋）

カテゴリ	サブカテゴリ	
専門性への期待	1	薬剤師の職能の特徴、強み
	2	かかりつけ薬剤師の存在
	3	薬局薬剤師のビジネスチャンス (患者・家族と継続した関わりを持つことによる機会)
チームの一員としての期待	1	チームへの貢献
	2	他職種の業務の理解と連携
	3	薬物療法において医師に対等にものを言える存在
	4	医師への橋渡しを期待
アピール不足	1	他職種業務へのお互いの理解不足
	2	薬局ができることの情報発信
	3	利用者から姿が見えない薬剤師
	4	積極的な地域参加
	5	他職種側からの薬剤師に対するアプローチの少なさ
	6	介護保険をよく知らない
	7	他職種からみた薬剤師の必要性の低さ
情報共有の大切さ	1	自己完結せずに連携を取る
	2	多職種連携の重要性
	3	つなぐ意識
	4	家族への報告の重要性

4. PCS の構築

草案作成後、アドバイザー委員との討論では、より理解しやすく解釈に幅を与えないような表現への変更、基準行動の難易度の調整などを行った。また、日本薬剤師会学術大会のシンポジウムでは、誰にでも理解できる表現が求められた。

PEST 分析、海外文献調査、および患者・他職種インタビューの結果をもとに、PCS は 4 項目のクラスター（大項目）、10 項目のコンピテンシー（中項目）、40 項目のサブコンピテンシー（小項目）、そしてサブコンピテンシーに対して実際にどのような行動をとるべきかを示した「基準行動」からなるコンピテンシーリストとして構築した。Table 7-1、Table 7-2 に PCS を示す。

Table 7-1 PCS【基本行動、対人行動】

クラスター		コンピテンシー		サブコンピテンシー		基準行動
100	基本行動	110	自己をコントロールする	111	冷静さ	不測の事態が起きても、動揺して言動を乱すことなく冷静に対処している。
				112	安定性	自分や相手の感情に左右されず、安定した言動を取っている。
				113	倫理観	医療人・組織人としての倫理に則り、公平無私な態度を取っている。
				114	自己肯定	失敗やトラブルなどにめげたり、言い訳したりせずに、自尊心を保ち、前向きな言動を取っている。
		120	プロフェッショナルリズムを発揮する	121	自己研鑽の成果の発揮	専門職能だけでなく、対人スキルなどの能力を高めるための研鑽を積み、かつその能力を他者のために発揮している。
				122	薬剤師としての職責と信念	相手との利害や立場（ポジションパワー）の違いに影響されずに、薬剤師としての職責を果たすために信念を貫く主張をしている。
				123	謙虚さ	自身の能力や職域の限界を認識し、必要に応じて他者に意見を求めたり、失敗やクレームに対して素直に謝罪したりするなど、謙虚で真摯な言動を取っている。
				124	粘り強さ	相手の間違いや誤解、無関心さ、無理解を放置せず、両者にとって最善の解決策を見出すために、粘り強く説明、交渉、説得を続けている。
				125	リスクマネジメント	言い間違い、聞き間違いなどのコミュニケーションエラーを防止するために、必要に応じて何度も確認し、記録を残している。
		200	対人行動	210	対人感受性を示す	211
212	受容・共感					持続可能な信頼関係を構築するために、相手の情報や感情を受け止め、共感し、尊重している。
213	言動の選択					相手の感情や理解度に配慮し、自らの言動を選択している。
214	患者・生活者志向					常に患者・生活者の便益や安全性を最優先した判断と言動を取っている。
220	よりよい人間関係を構築するためのコミュニケーション行動を実践する			221	豊富な語彙と非言語的コミュニケーション	相手に十分理解してもらうために、豊富な語彙と非言語的コミュニケーションを用いている。
				222	傾聴	うなづき、相づち、オウム返し、要約などの傾聴のスキルを活用している。
				223	アサーション	相手の価値観や要望を尊重しつつ、自身の考えや提案をしっかりと相手に伝えている。
				224	環境設定	プライバシーや個人情報に配慮し、相手が話しやすい環境や雰囲気を作っている。
				225	医療 ICT の活用	コミュニケーションを促進するために、適切な医療 ICT を活用している。
				226	配慮と工夫	通常のコミュニケーションが成立しにくい高齢者や障害者のような相手に対しても、配慮と工夫をしている。
				227	プレゼンテーション	複数を対象とした場面において適切に情報提供を行っている。
				228	社会人としての対人行動	社会人としての基本的なマナーを前提として、礼節をわきまえつつ、場面や状況に即して適切な態度、言葉遣いで相手に接している。
230	チームをマネジメントする			231	専門領域のイニシアチブ	専門領域においては、他職種に対して積極的に意見を伝え、イニシアチブを発揮している。
				232	リーダーシップ・フォロワーシップ	チームをマネジメントし成果を出すために、職種や職務範囲にこだわらず、積極的にリーダーシップ・フォロワーシップを発揮している。

Table 7-2 PCS【問題解決行動、他職種連携】

クラスター	コンピテンシー	サブコンピテンシー	基準行動	
300	問題解決行動	310 患者・生活者のニーズや問題点を把握する	311 解釈モデルの把握	効果的な質問を用いて、患者・生活者の訴え、まだうまく言語化できていない思いを傾聴し、解釈モデルの把握を試みている。
			312 薬学的管理に必要な情報の収集	薬学的管理のために必要な情報（アドヒアランス、効果、副作用の発現状況、患者の生活背景等）を適切なタイミングで聞き出している。
			313 情報共有ツールの効果的な活用（情報収集時）	患者情報の収集において、お薬手帳、健康手帳などの情報共有ツールを積極的に活用している。
			314 問題抽出	得られた情報から患者・生活者のニーズや問題点を正確に把握するとともに、患者・家族および顧客自身が気付いていない問題点を抽出している。
			315 情報の記録	薬学的管理や顧客の健康行動支援のために必要な情報を十分に記録している。
	320 患者・生活者と情報を共有する	321 情報提供	服薬管理や健康管理のために必要な情報を、適切なタイミングで、患者・生活者が理解しやすい方法で提供している。	
		322 情報共有ツールの効果的な活用	情報共有において、お薬手帳、健康手帳などのツールを積極的に活用している。	
		323 問題解決	患者・生活者とともに実行可能な解決策を見出し、目標を設定し、解決行動の進捗を共有している。	
		324 理解度の確認	薬剤師が提供した情報を患者・生活者が確実に理解し、疑問点や不安がないかどうかを確認している。	
	330 患者・生活者を教育する	331 自己決定支援	患者・生活者が、望ましい薬物療法や健康行動を自己決定し、自己効力感を高められるよう十分な情報を提供している。	
		332 価値の説明	患者・生活者がお薬手帳等のツールを積極的に活用し、自身の情報を漏れなく提供することが、自分の便益や安全性の確保につながるということを患者・生活者に説明している。	
	400	他職種連携	410 他職種と協働する	411 人間関係構築
412 互いの理解				お互いの職能や役割を尊重しつつ、責任範囲、ニーズ、改善点などを常々確認し合っている。
413 専門知識・技能の伝達				患者・生活者の支援のために、他職種に対して薬剤師の専門知識や技能を惜しまずに伝達・共有している。
420 他職種と患者・生活者の問題を解決する		421 情報収集	患者・生活者の支援のために必要な情報を、関係するすべての職種から適切なタイミングで聞き出している。	
		422 情報共有	自己完結せずに、適切なタイミングで関係する職種に「ほう・れん・そう」し、情報を共有している。	
		423 問題解決	他職種とともに、患者・生活者の問題を抽出し、実行可能な解決策を見出し、目標を設定し、解決行動の進捗を共有している。	

1-1-4. 考 察

今回、薬剤師を取り巻く環境分析、諸外国のコミュニケーション関連の指針、患者や他職種 FGI から、「かかりつけ薬剤師のためのコミュニケーションコンピテンシーリスト」の構築を試みた。我が国において、薬剤師業務のコンピテンシーに関する先行研究は極めて少なく^{52,53)}、コミュニケーション領域に特化されたものは見当たらなかった。

そこで、本研究でコンピテンシー作成時のキーセンテンスのリソースとして用いた ACGME 拡張版コミュニケーションコンピテンシーと比較する。(以降、クラスターを【 】、コンピテンシーを< >、サブコンピテンシーを[]で表す)。PCS におけるクラスターは【基本行動】【対人行動】【問題解決行動】【他職種連携】の4つだが、ACGME 拡張版は、それ自体が6つのクラスターの1つであるために、1.対患者の基本姿勢関連、2. Medical interview 関連、3.他職種協働関連の3コンピテンシーと20のサブコンピテンシーからなる。PCS の【基本行動】、【対人行動】には、対象に関わらず薬剤師が持つべき当該コンピテンシーが記述されているが、ACGME 拡張版では、1.に【基本行動】と【対人行動】<210:対人感受性を示す>が含まれ、2.に【問題解決行動】と【対人行動】<220:より良い人間関係を構築するためのコミュニケーション行動を実践する>が包含されている。3.は、【他職種連携】【対人行動】<230:チームをマネジメントする>に記述されており、構成は異なるが PCS は医療人の持つべきコミュニケーションコンピテンシーリストとしての枠組みを持っていることが確認された。一方、PCS では、【問題解決行動】と【対人行動】に全40のサブコンピテンシー中25を包含しているのに対して、ACGME 拡張版では3.の項目数が最も多くなっている。医師が医療全体のコンダクターの役割を果たすという認識のもと、3のサブコンピテンシーの1つ[教育者の役割では明確なコミュニケーションを行う]には、さらに4つの下位コンピテンシーが設けられている。PCS では、[231:専門領域のイニシアチブ]がこれに該当するが、薬物療法においてはいずれ薬剤師にも教育者の役割が求められるものと思われる。現段階では、医師と薬剤師の役割の違いが重み付けに反映されたと考えられた。共通する概念は、[321:解釈モデルの把握]、[331:自己決定支援]、および[222:傾聴]や[221:豊富な語彙と非言語的コミュニケーション]など2.に多く含まれていた。患者・他職種 FGI に加えて PEST 分析を行ったことで、PCS[225:医療 ICT の活用]なども含め近い将来を見据えた内容になったと考える。表現形態としては、ACGME 拡張版はコンピテンシー、サブコンピテンシーともに多くが複

数の短文で記述されており、捉えづらい。これに対して、PCSは1つのサブコンピテンシーに1要素を基本とし短文で記述されており、理解しやすくかつ全体像の把握が容易である。

PCSは日本で初めて体系化された薬剤師のためのコミュニケーションコンピテンシーリストであり、PCSの構築によって、現職薬剤師が患者本位の薬剤師業務を実践する上で、初めてコミュニケーション領域の到達レベルが明確になった。基準行動が簡潔に記述されており、現状の自身のパフォーマンスと基準行動を比較し、自分の強み・弱みを把握することが可能となる。かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードとして構築したPCSではあるが、その内容は臨床現場で活躍する全ての薬剤師のコンピテンシーとして薬学生にも参照できる内容になった。

PCSは薬剤師の将来を見据えて開発されたものであるが、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（薬機法の改正）、地域支援体制、専門病院連携と、薬剤師を取り巻く社会の動きは早いことから、常に、時代の要請に応じた見直しが必要であると考えられる。

1-1-5. 小 括

- PCSは、4項目のクラスター、10項目のコンピテンシー、40項目のサブコンピテンシー、サブコンピテンシーに対して実際にどのような行動をとるべきかを示した「基準行動」からなる日本で初めての薬剤師を対象としたコミュニケーションコンピテンシーリストとして構築できた。
- 薬剤師が業務を行う上で、初めてコミュニケーション領域の到達レベルが明確になった。

第一章第一節では、策定されたPCSをキーセンテンスのリソースとして用いたACGME拡張版コミュニケーションコンピテンシーと比較し、検討した。PCSは、医療人に求められるコミュニケーションコンピテンシーの枠組みを持ちながらも、医師を対象としたACGME拡張版とは異なった薬剤師向けのコンピテンシーリストになっていることが確認された。しかしながら、患者本位のかかりつけ薬剤師に求められるコンピテンシーリストなのかについては、検証が必要と考えた。

第二節 PCS の妥当性の検証

1-2-1. 目的

かかりつけ薬剤師の前提になっている「患者本位」、その実践に不可欠な「他職種連携」という2つの視点から、第一節で得られたPCSが、かかりつけ薬剤師のコミュニケーションスタンダードとして相応しい内容となっているのか、その妥当性を検証した。

1-2-2. 方法

1. 患者本位の視点からの検討

患者本位の医療（Patient oriented medicine）については明確な定義がなされておらず、2001年に閣議決定された「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」⁵⁴⁾に患者本位の医療サービスの実現という項があり、“患者自身が理解し納得して選択できる患者本位の医療サービスを実現する”とある。一方、患者本位と同様によく用いられる患者中心は、欧米諸国において患者の尊厳と自律を尊重し、治療における患者医療者の共同管理を促す概念として定着しており、我が国においても、家庭医を中心に Stewart M, et al.の「患者中心の医療の実践」¹⁷⁾を通して知られている。本稿では「患者本位」に代えて、より明快な概念を持つ「患者中心」を軸に、国内外の文献検索から参照するのにふさわしいコンピテンシーリストを探索し、比較検討した。

2. 他職種連携の視点からの検討

多職種連携のコンピテンシーについては、8領域の学会・職能団体の協力を元に、多職種連携コンピテンシー開発チームにより、日本における職種を超えた共通コンピテンシーとして構築された「多職種連携コンピテンシー」⁵⁵⁾が完成していたので、これを参照し、比較検討した。

1-2-3. 結 果

1. 患者本位の視点からの検討

PubMed で、 { “patient” , “centered” , “communication” , “pharmacist” } のキーワードで検索をかけ、抽出された 180 の論文から、スコーピングレビューにより選択された 18 の論文をテーマ分析することで構築された Utrecht’s Model for Patient centred Communication in the Apotheek (UMPA) model と呼ばれる「薬局における患者中心のコミュニケーションモデル」⁵⁶⁾を比較検証における対象論文として選出した（以降、鍵概念やカテゴリ、コア・ドメインなどの中核概念を【 】、PCS コンピテンシーを< >、サブコンピテンシーを[]とする）。

Table 8 に示すように、UMPA-model の鍵概念は Pharmaceutical Consultation に関する【問題定義の共有】と【意思決定の共有】の 2 カテゴリとされており、これを支えるカテゴリとして、Patient centeredness に関する【患者関連】、【薬剤師関連】、【患者と薬剤師の関係性】の 3 つがある。全 5 カテゴリの下に 19 のサブカテゴリが挙げられており、その内の 17 を PCS のサブコンピテンシーが満たした。該当しなかったサブカテゴリは、「治療同盟」、「業務文脈・時間」の 2 つであった。一方、PCS にあって UMPA-model にはない項目として、[113: 倫理観]、[124: 粘り強さ]、[125: リスクマネジメント]、[227: プレゼンテーション]、[332: 価値の説明]などが挙げられた。

Table 8 UMPA Model への PCS の適合性

UMPA Model	PCS (該当するサブコンピテンシー)
Pharmaceutical Consultation	
(1)【問題定義の共有】	
関与する	[211: 対人理解] [313: 情報共有ツールの効果的な活用]
患者の視点を調べ、理解する	[314: 問題抽出]
ともに考える	[323: 問題解決]
(2)【意思決定の共有】	
患者に伝える	[321: 情報提供], [213: 言動の選択]
選択肢と嗜好を検討	[331: 自己決定支援], [214: 患者生活者志向] [225: 医療 ICT の活用]
マネジメントプランの立案	
行動計画	[323: 問題解決]
自己管理を可能に	[331: 自己決定支援]
同意を得る	[324: 理解度の確認]
Patient centeredness	
(3)【患者関連】	
生物心理社会的観点	[311: 解釈モデルの確認] [312: 薬学的管理に必要な情報の収集]
ヘルスプロモーション	[321: 情報提供]
Patient as a person (全人的アプローチ)	[211: 対人理解]
(4)【薬剤師関連】	
求められるスキル	[221: 豊富な語彙と非言語的コミュニケーション] [222: 傾聴], [223: アサーション]
共感	[212: 受容・共感]
Pharmacist as a person (自分のケア)	[112: 安定性], [114: 自己肯定], [123: 謙虚さ] [111: 冷静さ]
(5)【治療における関係性】	
関係性の構築	[224: 環境設定], [226: 配慮と工夫] [228: 社会人としての対人行動]
治療同盟	該当なし
信頼	[212: 受容・共感]
業務の文脈&時間管理	該当なし

2. 他職種連携の視点からの検証

「多職種連携コンピテンシー」では、コア・ドメインとして、【患者・利用者・家族・コミュニティ中心】と【職種間コミュニケーション】の2項目が挙げられている。【患者・利用者・家族・コミュニティ中心】では「協働する職種で患者や利用者、家族、地域にとっての重要な関心事/課題に焦点を当て、共通の目標を設定することができる」と述べており、【職種間コミュニケーション】では、「患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる」ことが重要であるとしている。これに対して、PCSは、あくまで薬剤師のコンピテンシーであることから、連携に関する項目は【他職種連携】を中心に、【対人関係】<230:チームをマネジメントする>にまとめられている。また、「多職種連携コンピテンシー」で設定されたコア・ドメインを支える4つのドメインとして、【職種としての役割を全うする】、【関係性に働きかける】、【自職種を省みる】、【他職種を理解する】がある。【関係性に働きかける】には、複数の職種との関係性の構築・維持・成長の支援・調整と、職種間の葛藤に適切に対応するという2つの要素が含まれていた。それぞれに該当するサブコンピテンシーをTable 9に示した。いずれのドメインに対しても対応するPCSがあった。

Table 9 多職種連携コンピテンシーへのPCSの適合性

多職種連携コンピテンシー	PCS (該当するサブコンピテンシー)
【患者・利用者・家族・コミュニティ中心】	[421:情報収集], [423:問題解決]
【職種間コミュニケーション】	[413:専門知識・技能の伝達]
【職種役割を全うする】	[231:専門領域のイニシアチブ]
【他職種を理解する】	[412:互いの理解]
【関係性に働きかける】	
関係性の構築	[411:人間関係構築], [422:情報共有]
職種間の葛藤への対応	[232:リーダーシップ・フォロワーシップ] [223:アサーション]
【自職種を省みる】	[123:謙虚さ]

1-2-4. 考 察

我が国において、患者中心に焦点を当てた薬剤師のコンピテンシーに関する先行研究は全く見当たらなかった。これに対して、海外に目を転じると、患者中心の薬剤師業務に焦点を絞って最初から論じられたものは同様に少なく⁵⁷⁾、71のコミュニケーションスキルや行動からなる「カルガリーケンブリッジガイド」¹⁹⁾や23の臨床医のコミュニケーション行動を包括した「4つの習慣」²⁰⁾、実証的根拠と患者満足度のデータから構築された「ベストプラクティス」²¹⁾など、医師向けの患者中心ガイドやフレームが薬剤師や薬学生対象のモデルや評価のために援用されている²²⁻²⁴⁾。薬剤師を対象とした「開放性と薬剤師の自然な態度」⁵⁶⁾は、患者中心性を薬剤師が身につけるためには、これまで学習してきた薬剤関連の知識を一旦脇において患者の思いに耳を傾ける必要があるとしているが、患者中心の薬剤師業務の全体像を把握するには不十分と考えられた。そこで、総説とレビューからモデルを構築した2報に着目した。“Patient-Centered Communication”²⁴⁾は、ベストプラクティスの枠組みを薬剤師向けに手を加えて紹介しているが、薬剤師業務に患者中心の概念を導入することの意義や経緯に詳しくなかった。一方、Wolters M, et al.が提唱するUMPA-modelと呼ばれる「薬局における患者中心のコミュニケーションモデル」⁵⁶⁾は、前出の医師のモデル^{19,20)}も18論文中に含まれているが、著者らが薬剤師業務を念頭にモデルを構築したことからUMPA-modelを比較対照モデルとして取り上げた。

PCSでカバーすることのできなかつた「治療同盟」とは医療専門家と患者の間に育まれた感情的な絆として説明され、その絆の存在が患者の治療意欲を支え、結果に繋がりうるとしている。我が国においては、それ以前の信頼関係の形成がまずは必要と考える。もう一つの項目「薬剤師—患者の業務文脈&時間」が挙げられた背景には、患者中心の医療の必要性は分かっても、実践がなかなか進まない状況があると考えられる。壁となる最大の要因が時間とされ、我が国においても待ち時間の長さは患者の不満のトップ⁴⁰⁾となっている。しかしながら、我が国においては、調剤業務の機械化が進み、非薬剤師でも調剤を担えるなど、対物業から対人業務へとシフトする環境は整いつつある。今こそ、「指導」から

「ともに考える」というスタンスへと薬剤師自身の行動変容が必要と考える。患者中心のコミュニケーションスタンダードは、そのための地図の役割を果たすことが期待される。

UMPA-model と PCS では患者との対面場面に関しては共通する概念も多く見出されたが、両者の大きな違いは、PCS では対象を「患者、家族、生活者、顧客」と幅広く捉えるとともに、健康サポート薬局による種々の健康教室や他職種向けの薬剤関連の講演などをイメージして [227:プレゼンテーション]を設けるなど、患者本位を医療に留まらず予防から介護までの包括ケアの領域を視野に捉えていること、そして、モデルではなく、具体的なコンピテンシーリストとして策定した点である。

「多職種連携コンピテンシー」は、主要6ドメインから構成される極めてシンプルな構造で、職種間の権威勾配を全く感じることはない内容構成となっている。PCS では、イニシアチブ、リーダーシップ・フォロワーシップに加え、[122:薬剤師としての職責と信念]など、【他職種連携】クラスター以外にも関連コンピテンシーが存在する。他職種 FGI では、日々複雑化する薬物療法に対して、薬剤師の高度な知識と専門性を期待する声や感謝の声とともに、未だ必要場面においてもイニシアチブやリーダーシップを取りきれていない現状が明らかとなった。これらの項目はかかりつけ薬剤師が今後意識的に獲得すべきコンピテンシーであると考えられた。

PCS は、「患者中心」「他職種連携」の視点から見ても比較対照したモデルの概念をほぼ網羅しており、かかりつけ薬剤師のためのコミュニケーションスタンダードとして妥当な内容であることが検証された。

我が国においても、高齢化の進展に伴い、多病化、多剤化の傾向が更なる高まりを見せている⁵⁸⁾。薬剤師が「患者中心」の概念とアプローチを知り、活用することはファーマシューティカルケアの実践に役立つと考える。UMPA Model に包含される「患者中心」の要素をプロセスで示すと概ね次の5つのステップとなる。(1)患者—薬剤師の関係性の構築、(2)患者視点の把握と問題の共有（問題定義の共有）、(3)患者の意向に沿った情報提供、(4)問題解決にあたっての意志決定の共有、(5)患者の自己管理支援プランを共に検討。それぞれのステップに該当する主要な PCS サブコンピテンシーを抽出し、それらを

コミュニケーションスキルトレーニングの評価に用いれば、患者面談において、どの程度「患者中心」の対応ができているか、どのステップに課題があるかなどを個々の薬剤師が振り返ることも可能と考える。

無論、薬剤師が日常行う全ての患者対応において、これらのプロセスが必要になるとは考えにくい。しかしながら、(1)(2)のステップを経ずに行われる情報提供は一般的な説明でしかない。UMPA-modelは【問題定義の共有】によって薬剤師の役割が強化される可能性があるとする⁵⁶⁾。この考えは我々の考えにも合致する。まず、患者の病気や治療に対する解釈モデルを聴き、ライフスタイルや生きがい、懸念などを把握し、問題を患者—薬剤師間で共有することができれば、患者に治療への主体的な取組み準備が整ったと考えられる。その後の薬剤師の情報提供も個別性の高いものになることが予測される。これらの検討を踏まえて、PCSでは、[210:対人感受性をしめす]、[310:患者・生活者のニーズや問題点を把握する]のコンピテンシーの習得が、患者中心であるための第一ステップと考えられた。

1-2-5. 小 括

- PCSは、「患者中心」「他職種連携」の視点から、内容妥当性の検証されたスタンダードである。
- PCSは、かかりつけ薬剤師を前提に構築されたが、臨床の場で活躍する全ての薬剤師、薬学生にとっても有用と考える。
- 「指導」から「ともに考える」というスタンスへと薬剤師自身が行動変容を起こすために、PCSには地図の役割を果たすことが期待できる。

第一章第二節では、PCSを「患者本位」「他職種連携」の視点から検証し、かかりつけ薬剤師のコミュニケーションスタンダードとして相応しい内容を有することが明らかになった。

第一章では、PCSを構築し、薬剤師が目指すべきコミュニケーション能力・資質を可視化することができた。PCSを「患者中心」の視点から検証する過程において、薬剤師のコ

コミュニケーション能力の向上には、[210:対人感受性をしめす]、[310:患者・生活者のニーズや問題点を把握する]への取り組みが火急の課題であり、なかでも[310]を容易にするためのアプローチと検証を行う必要があると考えられた。

第二章 患者や生活者のニーズや問題点を把握するためのアプローチと評価

2. 緒言

患者中心のコミュニケーションにおいて、医療者がまず、患者の視点（例、懸念、考え、期待、ニーズ、感情）を引き出して理解することが推奨されている。薬剤師に求められるコミュニケーション能力の中でも、患者の視点を引き出すことに欠かせないのが「聞く・聴く力」である。しかしながら、「医師は診断のために患者に質問をし、薬剤師は処方せんに基づいて調剤を行い、患者に正しく服用してもらうために服薬指導を行うのが役割である」。こうした認識が長年続いたせいか、薬剤師には、聞く・聴くことの重要性が浸透していない。井上らの薬局薬剤師の患者応対に関する意識調査によれば、大半の患者が薬に関する説明には満足していたが、薬に対する不安や悩みに関して薬剤師に配慮してもらっていると感じた患者は約半数に留まっていた⁵⁹⁾。また、プライバシーに対する配慮からか、聞くことに対する苦手意識が強いと思われる。この状況はわが国だけではなく、地域薬局における薬剤師と患者のコミュニケーションに関するレビュー論文では、対象とした研究の49%が薬剤師と患者のコミュニケーションを薬剤師による情報提供活動としてのみ概念化していた。さらに、ほとんどの研究が薬剤師から患者への一方向のコミュニケーションに焦点を当てていたことが明らかにされた⁶⁰⁾。また、医療者によって一方的に提供される医療情報の40～80%がすぐに忘れられ、記憶されている情報のほぼ半分が誤って記憶されることが示されており⁶¹⁾、一方的な説明の問題点が指摘された。

これらの背景を踏まえて、第二章では、患者・生活者の問題の所在の把握を容易にするためのアプローチの検討をテーマとする。第一節では、患者や生活者のニーズや問題点を適時的に把握することを目的に「患者の非言語コミュニケーションに焦点を当てた薬剤師研修」を評価した。第二節では薬剤師が二次予防の場において、糖尿病が疑われる人の受診勧奨後の受診率向上に向けたアプローチを検討した。第三節ではOTC医薬品販売時における臨床判断に必要な患者情報収集に関するコミュニケーションスキルトレーニングを試み、検討した。

第一節 患者の非言語コミュニケーションに焦点を当てた 情報収集技法の実践と評価

2-1-1. 背景・目的

患者と医療者では病気や治療に対する捉え方が異なるとされている⁶²⁾。患者、医療者が病気の原因・経過・治療法などに対して抱く固有の考えは解釈モデル⁶³⁾と呼ばれ、例えば医師が患者の解釈モデルを理解しない場合、ケアの効率が低下し⁶⁴⁾、治療意欲を阻害すること⁶⁵⁾、また、「薬に対する意見」について話し合いが不十分な場合、アドヒアランス低下の要因になることなどが報告されている⁶⁶⁾。2014年度の調剤報酬改定において、処方せん受付後から薬を取り揃える前に、服薬状況や残薬状況を患者等に確認するよう努めることが明示された⁶⁷⁾が、「薬が飲めているか」、「残薬はどのくらいあるか」といった質問では、アドヒアランス低下の主要な要因の1つである自己調節³⁷⁾の場合には、意図的に服薬をしないため、患者から事実を明かすことは少ないと推測される。アドヒアランスを良好に維持するためには、患者の問題解決に向けて医療者が患者とともに考え、相談の上、決定していく必要があるとされている⁶⁸⁾。こうした患者参加型医療を実現するために、欧米では数多くの“医療面談技法”が考案されている^{69,70)}。それらの技法には、患者に自由な発言を促す“開いた質問”を用いて「今日はどのようなことで受診されましたか?」、「その症状の原因について思い当たることがありますか?」など患者の解釈モデルの確認が実践されている。この医療面談技法は、我が国においても共用試験 OSCE に反映され「開放型質問等を用いた積極的傾聴」などが評価項目として挙げられている。しかしながら、漠然とした開いた質問では答えづらく、内気な人や会話能力の低い人には苦痛に感じられ、話が漫然として長引くなどの短所も指摘されている⁷¹⁾。

表情研究の第一人者である Ekman P は、新たに生じた感情は瞬時に表情や声のトーンの変化などを通して表出するとし、このメカニズムを人間の生得的な反応と位置付けている⁷²⁾。医療面談においては、患者を注意深く観察することで、自分の行った質問や発言が患者に与えた影響を評価し、意図しない結果や望ましくない影響を与えた場合には是正することができるため、観察を高度な医療面談の基本原則としている⁷⁰⁾。

本研究では、表情観察により開いた質問の短所を補い、PCS [311:解釈モデルの把握]や [312:薬学的管理に必要な情報収集]を効率よく可能にするためのアプローチとして用い

た。すなわち、薬剤師の説明時にも患者を観察し、表情に変化が現れた際に開いた質問をする「患者の表情変化に焦点を当てたコミュニケーション技法」を考案し、同技法を推奨する研修を実施し患者から新規情報の取得率向上の有無について検証した。

2-1-2. 方法

1. 研究参加者

薬局経営者対象のセミナーで協力薬局を募り、東京都内の8保険薬局に勤務する53名の薬剤師から参加同意が得られた。参加者は、研修への参加とともに、研修前と薬局における実践後（研修後）に、研修成果を把握するための質問紙調査に協力した。

2. 研修方法

本研修は、I.導入講義、II.SP参加型ロールプレイ、III.自分のロールプレイ映像の視聴、IV.振り返り講義の4部構成からなる半日プログラムである。1回の研修参加者は12～15名で、同プログラムを4日間実施した。本研究の中核となる「患者の表情変化に焦点を当てたコミュニケーション技法」についてはTable 10に、研修プログラムの概要についてはTable 11に、SP用シナリオについてはTable 12に示す。

Table 10 患者の表情変化に焦点を当てたコミュニケーション技法

<p><手順></p> <ol style="list-style-type: none">(1) 薬剤師の説明時にも患者の観察を続ける (説明によって疑問等が喚起される場合もあるため)。(2) 表情の変化が見られた場合には、「今の説明で何か気になることがありましたか？」と開いた質問をする。(3) 「どんなことでもいいですよ」と、間合いを取り患者の返答を待つ。(4) 「いえ、なんでもありません」と返答された場合、深追いはせず「そうですか、失礼いたしました」と切り上げる。患者が話し始めたら、傾聴する。 すぐ答えようとせずに、まずは話を受けとめる。
<p><表情観察のポイント></p> <ul style="list-style-type: none">• 「活気のある表情」、「集中している」は、理解している、興味があることを表すサイン• 「一瞬、表情が止まる」、「目がよく動く」は、分からない、不安、疑問、懸念などを表すサイン

Table 11 研修プログラムの概要

<p>【一般目標】 患者の薬物治療への疑問や不安などに対するじょうほう収集力を身につける。</p>
<p>研修前アンケート調査 (5分)</p>
<p>I. 導入講義、演習 (沈黙のゲーム) (45分)</p> <p>【到達目標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者と薬剤師の病気や治療に対する認識・価値観の違いを例示できる。 2. 観察することの重要性を説明できる 3. 説明が理解できているかどうかを言語・非言語で確認する必要性が説明できる。 4. 聞き手の良い沈黙・悪い沈黙が自分の話しやすさにもたらす影響を話し合う。
<p>II. SP参加型ロールプレイ (60分×2回) (課題閲覧:5分、ロールプレイ:各自5分、フィードバック:各自7分)</p> <p>【到達目標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 不安や疑問があっても、なかなか口に出せない患者に気づくことができる。 2. 患者の観察を行い、表情の変化に気づくことができる。 3. 表情変化に気づいた時に、開いた質問をすることができる。 4. 他参加者の優れた点・改善点を具体的に指摘できる。 5. 他参加者の優れた点を模倣することができる。
<p>III. 自分のロールプレイ映像の視聴 (5分)</p> <p>【到達目標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自分の応対を客観的に見て、改善点をあげることができる。
<p>IV. 振り返り講義、実践後調査に向けての説明 (20分)</p> <p>【到達目標】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 業務に研修を生かすポイントを挙げるすることができる。
<p>研修直後アンケート (5分)</p>

Table 12 SP用シナリオ

	シナリオ A	シナリオ B
既往歴	いずれの患者も健診で境界型糖尿病と診断され、食事・運動療法を指示されるも2カ月経っても効果が現れないため、α-グルコシダーゼ阻害薬が処方された初来局患者である。Bには、同時に精神安定剤が処方されている。	
患者	57歳女性	43歳女性
解釈モデル	糖尿病の自覚症状はなく、糖尿病は誰でもなる病気と軽視しており、運動や食事療法の重要性を認識していない。薬を服用することで現在のライフスタイルを維持できるのであれば、積極的に服薬を考えている。	実母が糖尿病であるため、病気の怖さや症状、治療に対しても幾分知識がある。義理の母が、糖尿病は贅沢をして怠惰な人間になるものだと言う度に、自分を否定されているように感じていた。糖尿病になったことについて、まだ家族と話し合うことができていない。知られたくない。
患者が感じている問題	食事が不規則で間食も多いが、現在のライフスタイル(仲間との飲み会)を満喫している。特別な問題は感じていない。	近所のマンション建設反対運動と、長女の服装や言動が最近派手になっていることがストレスになっている。
表情変化を起こすポイント	薬の服用のタイミングが食直前であるとの説明に、少し煩わしさを感じ、心の中では「服薬できないかもしれない」と呟く。薬剤師の会話が不規則な食事などライフスタイルに及ぶと、急に関心をなくし、話を切り上げようとする。	名前を大きな声で呼ばれると、表情が凍りつき不機嫌になる。抗不安薬について説明があると、一瞬表情が固まる。(薬のことは医師から詳しく説明を受けていない)しかし、プライバシーが配慮されれば、質問したいことがある。

SPは東京理科大学薬学部SP会に所属し、OSCEの標準模擬患者と異なり、コミュニケーション教育に資するようにシナリオに沿った演技、薬剤師の応対による気持ちの変化に基づくフィードバックができるようにトレーニングをした2名とした。

薬剤師役には、ロールプレイの実施に際して、時間内に終了することより、服薬指導しながらも患者の問題把握のために表情を観察し質問することを優先するように促した。見学の際は、ロールプレイ中も患者の表情変化を中心に観察を行うよう注意した。

フィードバックは、まず、薬剤師役からSPの表情変化に気づいたか、気づいたのに開いた質問ができなかった場合には、どのように感じたかを中心に自身の振り返りをしてもらい、次いで、観察者、SP、ファシリテーターの順にフィードバックをした。最後のロールプレイで、SPからシナリオの狙いを開示した。

3. 調査概要

研修前と薬局における実践後（研修後）において、服薬指導時の実態を把握するために

- 1) 薬剤師質問紙調査を、患者対応の変化を把握することを目的として
- 2) 患者質問紙調査、と
- 3) 薬歴調査を行った。Fig.4にそれぞれの調査の実施時期を示す。

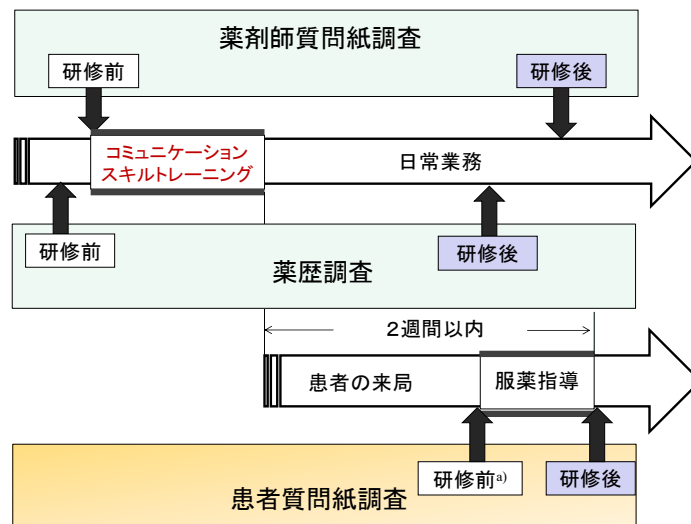


Fig.4 各調査の実施時期

研修前: コミュニケーションスキルトレーニングの研修前、

研修後: コミュニケーションスキル実践後

a) 患者質問紙調査; 「研修前」「研修後」ともに、 コミュニケーションスキル実践後に実施した。研修後2週間の時点では、服薬指導前に患者は薬剤師との接点がないために「研修前」とした。

1) 薬剤師質問紙調査

研修前 (Fig.5A) は研修開始前に会場にて回収した。研修後調査 (Fig.5B) は、実践後、患者質問紙調査と薬歴調査後に記入し、薬局ごとに研究者宛に返送する方式とした。結果の集計にあたり、取り組み割合に関する項目では、「ほぼ0」を0、「1/3程度」を1、「2/3程度」を2、「ほぼ全て」を3として順位付けした。なお、薬剤師にはそれぞれIDを付して、匿名化するとともに研修前・後で連結可能とした。

<p>A: 薬剤師用アンケート<研修前> ID: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">年月日</p> <p>薬剤師歴: <input style="width: 50px;" type="text"/>年、勤務形態: <input style="width: 50px;" type="text"/>常勤・パート</p> <p>初来局以外の患者さんに服薬指導をする場合についてお答えください。</p> <p>Q1. ふだんの服薬指導について、矢印(↓)に沿ってお答えください。該当項目に○印を。</p> <p>1. ふだん、服薬指導中に開いた質問をしていますか? <input type="checkbox"/>はい、 <input type="checkbox"/>いいえ ↓</p> <p>2. 全対応数のうち、実際に開いた質問を使っているのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て ↓</p> <p>3. 開いた質問をした場合、患者さんの新たな情報が得られるのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て</p> <p>Q2. ふだんの服薬指導について、矢印(↓)に沿ってお答えください。該当項目に○印を。</p> <p>1. ふだん、患者さんの表情変化を観察していますか? <input type="checkbox"/>はい、 <input type="checkbox"/>いいえ ↓</p> <p>2. 全対応数のうち、患者さんの表情変化を観察できているのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て ↓</p> <p>3. 表情を観察できた場合、表情の変化が捉えられるのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て ↓</p> <p>4. 表情の変化を捉えられた場合、どのような対応をとりますか? (複数回答可) <input type="checkbox"/>1. その都度開いた質問を投げかける <input type="checkbox"/>2. 一通り説明した後、患者さんに不明な点や質問はないか尋ねる <input type="checkbox"/>3. 特に何もしない <input type="checkbox"/>4. どうしたらよいかわからない <input type="checkbox"/>5. その他</p>	<p>B: 薬剤師用アンケート<研修後> ID: <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">年月日</p> <p>初来局以外の患者さんに服薬指導をする場合についてお答えください。</p> <p>Q1. 研修後の服薬指導について、矢印(↓)に沿ってお答えください。該当項目に○印を。</p> <p>(1) 服薬指導中に開いた質問を使おうとしましたか? <input type="checkbox"/>はい、 <input type="checkbox"/>いいえ ↓</p> <p>(2) 全対応数のうち、実際に開いた質問を使えたのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て ↓</p> <p>(3) 開いた質問をした場合、患者さんの新たな情報がえられたのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て</p> <p>4. 研修後の服薬指導について、矢印(↓)に沿ってお答えください</p> <p>(1) 患者さんの表情変化を観察しようとしたか? <input type="checkbox"/>はい、 <input type="checkbox"/>いいえ ↓</p> <p>(2) 全対応数のうち、患者さんの表情変化を観察できたのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て ↓</p> <p>(3) 表情を観察できた場合、表情の変化が捉えられたのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て ↓</p> <p>(4) 表情の変化が捉えられた場合、開いた質問をしたのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て ↓</p> <p>(5) 開いた質問をした場合、患者さんから新たな情報が得られたのはどのくらいですか? <input type="checkbox"/>ほぼ0、 <input type="checkbox"/>1/3程度、 <input type="checkbox"/>2/3程度、 <input type="checkbox"/>ほぼ全て</p>
---	--

Fig.5 薬剤師質問紙調査

A: 研修前、B: 研修後

2) 患者質問紙調査

研修による薬剤師の患者対応変化を把握するために、研修後2週間以内に調査員(筆者を除く研究者1名と研究補助者1名)が店舗に赴き、慢性疾患の再来局患者を対象とした無記名の自記式質問紙調査を行った。事務員が処方せんを受け取ってから服薬指導までの待ち時間に、調査の趣旨および参加自由であることを説明し、同意を得られた患者に対して日常の薬剤師への質問状況を尋ねる患者質問紙調査 (Fig.6A) の記入を依頼した。

患者は、服薬指導前には薬剤師との接点がないことから、以下、本論文ではこの服薬指導前に実施した質問紙調査を研修前患者質問紙調査と称する。質問紙は記入後に一旦預かり、服薬指導後に同一人に本日の薬剤師に対する質問状況を尋ねる患者質問紙：研修後（Fig.6B）への記入を依頼した。以下、服薬指導後に実施した質問紙調査を研修後患者質問紙調査と称する。研修前質問紙調査の協力にいったん同意しても、研修後調査への協力は任意とした。今回の対象である慢性疾患の処方日数は通常2週間以上であるため、患者質問紙調査を研修後2週間以内に実施することで、来局する慢性疾患患者のほとんどが研修前の薬剤師の状態しか知らない状況を設定可能となる。質問紙調査は無記名であるが、表面を研修前質問紙、裏面を研修後質問紙とすることで、同一患者に対する薬剤師の研修前・後の対応を比較した。

A: 患者様用アンケート<受付時> 年 月 日

あなたについてお答えください。
性別: 男性・女性
年齢: 20-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70.71-80, 81-90, 91-100
来局状況: 初来局・再来局

【今まで受けてきたふだんの薬剤師の対応についてお答えください】

Q1 説明を受けてよくわからなかったことや、心配なこと、知りたいことなどがあった場合、薬剤師に質問、相談していますか？

はい いいえ

↓

1-2. 質問、相談しない理由は、次のうちどれにあたりますか？(複数回答可)

1. 時間がないから
2. 面倒だから
3. 質問しても意味がないと思うから
4. 何となく聞きづらいから
5. 聞くタイミングがないから
6. 薬剤師のほかに相談できる人がいるから
7. その他 ()

(表ページ)

B: 患者様用アンケート(おくすり受取り後)

【今日の薬剤師の対応についてお答えください】

Q1 今日、薬剤師に何か質問・相談したいことがありましたか？
(ご自身のお薬やご病気について、または薬剤師から受けた説明でわかりづらかったことなどについて、内容はどのようなものでも結構です)

はい いいえ

↓

Q2 それについて薬剤師に質問・相談しましたか？
矢印(↓)に沿って進み、その理由、またそれに対する薬剤師の対応についてもお答え下さい。(複数回答可)

はい

1. 薬剤師の態度に係わらず必ず聞くつもりだった
2. 薬剤師が質問してくれた
3. 聞きやすい雰囲気、間があった

↓

- 1 十分な説明で答えてもらった
- 2 思うような答えが返ってこなかった
- 3 説明してもらったがよく分からなかった
- 4 その他 ()

いいえ

1. 時間がなかった
2. 面倒だった
3. 質問しても意味がないと感じた
4. 聞きにくい雰囲気だった
5. 聞けるタイミングがなかった
6. その他 ()

以上でアンケートは終了です。ご協力、ありがとうございました。

(裏ページ)

Fig.6 患者質問紙調査

A: 研修前 (表ページ)、 B: 研修後 (裏ページ)

3) 薬歴調査

同じ薬剤師が研修前・後に応対した慢性疾患に罹患する同一患者の薬歴を対象とした。ただし、初来局時の記録、および慢性疾患以外の風邪などで受診した際の記録は、薬剤師の応対に関わりなく患者情報量に変化をもたらすと考えられたため、評価から除外した。また、研修前・後のいずれかに本人以外の代理人が来局した場合の記録も除外対象とした。対象薬歴に関して、内容の深度に応じて4段階に順位づけした (Table 13)。なお、プロブレムリストの作成はいずれの薬局においても実施されていなかった。提出された薬歴評価は2名以上の薬剤師 (筆者以外の著者ら) が行い、見解が異なった場合には協議によって4段階の順位を決定した。

Table 13 薬歴調査におけるスコア付けのルール

score	薬歴のカテゴリ		
	S (Subjective data) 患者の主観的情報	A (Assessment) 薬剤師の判断・考え	P (Plan) 薬剤師が行ったこと 次回への申し送り
0	記載なし		
	特記事項なし	根拠となる記載がない場合の下記のような記載	
1	(例) 「変わらないです」 「調子いいです」	(例) 問題なし コントロール良好	(例) 継続服用を指導
2	体調変化など	客観的(O)データ (検査値や処方変更) に基づく分析	次の来局時における 薬剤師が取る行動の申し送り
3	治療や自分の健康に関する 不安や疑問の表明	S、O データに基づくアセス メントや分析 (副作用の可能性等)	処方に対する医師への問い合 わせ、服薬相談、S、O デー タに基づく生活指導等の実施 等

統計処理

統計ソフトには IBM SPSS Statistics Ver.20.0 for Mac を用い、研修前・後の取組頻度並びに薬歴の比較検定には Wilcoxon signed-rank test を用いた。なお、すべての検定において、統計学的有意水準を 5% に設定した。

倫理的配慮

本研究は、東京理科大学臨床研究に係わる倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号:13009)。

2-1-3. 結 果

1) 薬剤師質問紙調査

研修には 53 名の薬剤師が参加したが、研修後アンケート実施時点で退職者がいたため 51 名を対象者とした。対象者の属性は、女性が 90%、勤務形態は常勤が 91%、パート勤務が 9%であった。アンケートの回収率は研修前・後ともに 100%であった。

研修前・後の服薬指導時のコミュニケーションスキル使用割合及び新規情報取得割合の変化を Table 14 に示す。開いた質問に関しては、研修前から 94%の薬剤師が使用していたが、その使用割合は研修後において有意に増加した ($p=0.007$) (Table 14, Q1-2)。また、それに伴い新規情報が得られる割合も増加傾向を示した ($p=0.05$) (Q1-3)。ここでの開いた質問には、研修前・後ともに、表情の変化に気づいた際に行う開いた質問も含まれている。患者の表情観察に関しては、研修前・後ともに無回答 1 名を除いた薬剤師全員が観察できていると回答した。その割合については研修前・後で有意差は認められなかったが、表情変化の把握に関しては、研修後により高い割合で表情の変化を確認できるようになった薬剤師が有意に増加した ($p=0.005$) (Q2-3)。研修後にタイミングを問わずに“開いた質問”をした割合と患者の表情変化を把握してその都度“開いた質問”を使用した割合はほぼ同様の傾向を示したが、ほぼ全ての患者に使用したと回答した薬剤師は、タイミングを限定しない場合には 4%であったのに対して、表情変化把握の都度では 12%と増加傾向にあった (Q1-2 & Q2-4)。また、研修前に行った表情変化把握後の対応に関する質問 (Fig.5A, Q3-4) で「その都度開いた質問をする」と回答した薬剤師が 29% (データは示していない) であったのに対して、研修後には 94%が程度の差はあるもののその都度開いた質問をしていた (Q2-4)。開いた質問により新規情報を得た割合をみると、研修前にタイミングを問わずに開いた質問をした場合、2/3 以上の患者で新情報を得た薬剤師は 20%であったが、研修後には 28%、表情変化把握の都度、開いた質問をした場合には 35%となった (Q1-3 & Q2-5)。

Table 14 研修前・後のコミュニケーションスキル使用割合及び新規情報取得割合の変化
(n=51)

Q	患者割合に回答した薬剤師数 (%)										Median	Z P value		
	0	1	2	3	No Answer									
1-2	服薬指導時の 開いた質問使用割合	研修前	3 ^{a)}	(6)	36	(71)	11	(22)	1	(2)	0	(0)	1	-2.711 0.007
		研修後	2 ^{a)}	(4)	26	(51)	21	(41)	2	(4)	0	(0)	1	
1-3	その内、 新規情報取得割合	研修前	7 ^{b)}	(14)	34	(67)	9	(18)	1	(2)	0	(0)	1	-1.964 0.050
		研修後	2 ^{b)}	(4)	35	(69)	13	(26)	1	(2)	0	(0)	1	
2-2	服薬指導時に表情観 察のできている割合	研修前	0	(0)	25	(49)	23	(45)	2	(4)	1	(2)	1.5	-1.177 0.239
		研修後	0	(0)	20	(39)	26	(51)	4	(8)	1	(2)	2	
2-3	その内、 表情変化の把握割合	研修前	3	(6)	38	(75)	9	(18)	0	(0)	1	(2)	1	-2.828 0.005
		研修後	0	(0)	34	(67)	15	(29)	1	(2)	1	(2)	1	
2-4	その内、 開いた質問使用割合	研修後	1	(2)	26	(51)	16	(31)	6	(12)	2	(4)	1	
2-5	その内、 新規情報取得割合	研修後	1	(2)	28	(55)	17	(33)	1	(2)	2	(4)	1	

0:Almost 0、1:About 1/3、2:About 2/3、3:Almost all

a) 開いた質問を日常的に使用しないと答えた薬剤師の数に相当

b) 開いた質問を日常的に使用しないと答えた薬剤師の数を含む

2) 患者質問紙調査

回収したアンケート総数は 337 件、有効回答数は、研修前：296 件（88%）、研修後：302 件（90%）で、研修前・後が揃った 280 件（83%）を分析対象とした。対象者の年齢は 10～90 歳代と幅広く、中央値は 60 歳代であった。

研修前・後の患者質問紙調査の結果を Table 15 に示す。アンケートではこれまでの薬剤師への対応に関しては、説明を受けてよくわからなかったことや気になることがあった場合、「質問・相談する」と回答した患者は 71%であり、「しない」と回答したのは 29%であった。質問・相談しない理由として、「聞くタイミングがない」、「聞きづらい」といった薬剤師の応対に関するものが回答者の 32%と最も多かった。

「本日、薬剤師に質問・相談したいことがあった」患者は 91 名で、このなかには「日常質問・相談しない」患者 27 名を含んでいたにもかかわらず、88 名が「本日、聞きたいこ

とを質問・相談した」と回答し、質問した理由として、「聞きやすい雰囲気、間があった」を挙げたものが52%と最も多かった。また、質問・相談者の90%が「十分な説明で答えてもらった」と回答した。

Table 15 研修前・後の患者質問紙調査結果

A: 研修前		(n=280)	
内容	患者数(%)		
	Yes	No	
ふだん薬剤師に質問・相談していますか?	198 (71)	82 (29)	
質問や相談をしない理由 (複数回答可)			
時間がないから		13 (16)	
面倒だから		11 (13)	
質問しても意味がないと思うから		9 (11)	
なんとなく聞きづらいから		13 (16)	
聞くタイミングがないから		13 (16)	
薬剤師の他に相談できる人がいるから		8 (10)	
その他 (自由記述)		19 (23)	
医師に聞いている		4 (5)	
薬剤師が忙しそうだから		7 (9)	
薬剤師が聞きたいことの全てを説明してくれている		2 (2)	
自分で答えを検索している		2 (2)	
B: 研修後		(n=280)	
内容	患者数(%)		
	Yes	No	
今日、薬剤師に聞きたいことや相談したいことがありましたか?	91 ^{a)} (33)	189 (68)	
今日、あなたは薬剤師に質問や相談をしましたか?	88(97)	3(5)	
患者が質問できた理由 (複数回答可)			
聞きやすい雰囲気、間合いがあった	46(52)		
薬剤師の態度に関わらず聞くつもりだった	33(38)		
薬剤師から質問してくれた	32(36)		
その他 (自由記述)	2(2)		
質問や相談できた患者の満足度(複数回答)			
十分な説明で答えてもらった	79(90)		
思うような答えが帰ってこなかった	3(3)		
説明してもらったが、よくわからなかった	3(3)		
その他 (自由記述)	2(2)		

a) ふだん質問しない患者を含む

3) 薬歴調査

回収した薬歴セットは 358 セット、そのうち除外対象は 98 セットで、260 セット (73%) を分析対象とした。有効提出薬剤師数は 46 名 (90%) であり、パート勤務の薬剤師は研修前・後で同一患者の応対例がなく提出に至らなかった。なお、241 セット (93%) で 2 名の評価者の評価は一致したが、評価が一致しない 19 セットについては評価者の協議により評価を確定した。研修前・後の薬歴記載内容の比較を Table 16 に示す。研修前薬歴の S 情報には「変わらないです」という記載に代表される「1: 特記事項無し」が約 1/3 を占めていたが、研修後には、「2: 体調変化、生活環境など」、「3: 患者の要望、服薬や治療に関する相談など」へと移行し、有意な内容の充実が認められた ($p < 0.0001$)。A、P 情報についても、研修後に高ランクな記載内容への移行が有意に増加した ($p < 0.0001$)。

Table 16 研修前・後の薬歴記載内容の比較

	薬歴数 (%)								Median	p value
	記載内容のスコア									
	0	1	2	3						
S (患者の主観的情報)										
研修前	0	90 (35)	142 (55)	28 (11)				2] -7.579 <0.0001	
研修後	0	24 (9)	167 (64)	69 (27)				2		
A (薬剤師の判断/考え)										
研修前	14 (5)	138 (53)	95 (37)	13 (5)				1] -9.701 <0.0001	
研修後	5 (2)	54 (21)	150 (58)	51 (20)				2		
P (薬剤師が行ったこと、次回への申し送り)										
研修前	2 (1)	170 (65)	76 (29)	12 (5)				1] -10.995 <0.0001	
研修後	0	54 (21)	149 (58)	57 (22)				2		

2-1-4. 考察

我が国においては、観察を実務のなかに取り入れ、患者指導の質を高めているという報告はあるが⁷³⁾、主観的な主張で科学的な検証がなされていなかった。本研究では、表情変化の把握に伴う開いた質問を一連の研修として構築することで、学習可能な患者情報収集スキルとして一定の成果をあげることができた。

研修による患者の表情変化観察の成果は薬歴調査によっても確認された。研修前の S 情報には「変わらないです」に代表される一言記載が約 1/3 を占めていた。「変わらない」という記載だけでは、症状が変わりなく安定しているのか、治療効果がみられないのか、生活習慣病なので効果が分からないのかなど、「変わらない」の真意を把握することができず、的確なアセスメント・ケア計画にも結びついていなかった。研修後には、S (Subjective data) 情報の内容が充実する以上に、A (Assessment) や P (Plan) 情報において質の向上が図られたことは、表情変化の観察、並びに変化把握時に開いた質問の使用を推奨する今回の研修により、薬剤師が一步踏み込んだ患者情報を得、それを手がかりとして患者個々に即したファーマシューティカルケアの立案につながったためと推察される。見方を変えれば、患者や生活者のニーズや問題点を把握することができなければ、PCS サブコンピテンシー[321:情報提供]や [323:問題解決]につながることはないと考えらる。

本研究では薬剤師の対応評価を自記式アンケートに委ねており、実態とずれが生じる可能性や、研修後薬歴をふだんより丁寧に記載することでスコアに影響をもたらす可能性もあり、これらのバイアスを考慮しつつ結果を解釈する必要がある。そこで、患者アンケートを実施し、患者の質問状況とその理由から評価を試みた。その結果、アンケート実施日に薬剤師に質問・相談したいことのあった患者のほとんどが質問できたと回答し、質問した人の満足度も高いものであった。時機を得た問題把握が、患者にとって満足のいく対応につながったことが確認された。

患者が聞きたいことを質問できた理由として「薬剤師が質問してくれた」を挙げた患者も相当数いたが、「聞きやすい雰囲気、間があった」ことを挙げた患者が最も多く、約半数を占めた。この結果から、薬剤師が開いた質問をする機会を逸しても、研修後にもたらされた薬剤師の態度の変化が患者にとって「聞きやすい雰囲気、間合い」につながっていたことが考えられる。患者の表情変化を見逃さないように患者を注意深く観察するためには、患者に関心を寄せしっかり向き合う必要がある。表情の中でも最も感情を映し出すとされている目の表情を観察するためには、アイコンタクト（相手と視線を合わせる）を取る時間も増えるはずである。このように観察しようとすることで、医療面接の基本姿勢⁶⁹⁾（姿勢や表情、アイコンタクト）が整ったものと考えられる。基本姿勢に代表される非言語コミュニケーションが患者の満足度に影響をもたらすという報告は多く^{74,75)}、また、たとえ患者をいたわるような言葉をかけてもアイコンタクトを取らない、面倒そうな態度を

するなどの非言語メッセージの方が患者に伝わりやすいとされている⁷⁶⁾。「患者の表情変化に焦点を当てたコミュニケーション技法」の研修は、【300:問題解決行動】のみならず、[211:対人理解の姿勢]、[224:環境設定]などにも影響をもたらしたことがわかった。本調査でも日常質問・相談しない患者はその理由として、「聞くタイミングがない」、「聞きづらい」などの回答が多数を占め、その他自由記述には「薬剤師が忙しそう」等が寄せられており、患者が自分の聞きたいという思いより、薬剤師の忙しさ度合いを測りながら、質問するか否かを決めている可能性が示された。日本人の約80%が、このように、自分の本音を抑えて、周囲の期待に応えようとする自己抑制型行動特性を持つことが示されている⁷⁷⁾が、本技法はこうした行動特性を持つ日本人に適した方法と考えられる。今回の研修後では、「本日聞きたいことがあった」患者のうち、日常は質問しない患者が全員質問することができたとしており、この人たちには時機を得た質問、聞きやすい雰囲気・間合いの双方が効果をもたらしたと考えられる。

本研究では、観察の導入が、薬物治療において重要となる患者の気持ちや考えを把握する上で効果をもたらしたばかりではなく、薬剤師の患者対応の基本姿勢の向上という貴重な副次効果をもたらしたと考える。ただし、本研究は研修実施後2ヶ月以内に実施したものであり、効果の持続性などについては未検討である。今後、さらに検証が必要と考える。

2-1-5. 小 括

- 薬剤師が説明中にも患者の表情変化を観察し、表情の変化が見られた際に開いた質問を行うことで、新規患者情報を得られる率が高まることがわかった。
- 表情観察により、薬剤師の患者対応における基本姿勢が整い、それが患者に話しやすい雰囲気や間合いを生み出していたと考えられる。
- 時機を得た患者の問題把握は、患者にとって満足度の高い回答につながることを示唆された。
- 新規患者情報を得ることが、より充実したケアプランの立案につながっていた。

以上より、「表情変化の把握に伴う開いた質問の活用」は、患者の懸念や不安を見出すための有効なアプローチ法と考えられた。

第二章第一節では、表情変化の把握に伴う開いた質問の活用により、時機を得た患者の問題把握ができ、その結果、的確なケア計画の立案が可能となることを示した。このスキルはどのような場面においても活用可能であると考ええる。

薬剤師が出会う患者の多くは、医療機関に通院している患者であり、その背後には受診勧奨を受けても受診しないばかりか、健診すら受けない人たちがいる。2014年からスタートした検体測定事業は、薬剤師が二次予防の場において役割を果たす好機である。しかしながら、受診勧奨を受けても未受診となってしまう人たちを受診行動へと誘うためには、第一節で得た「表情変化の把握に伴う開いた質問の活用」だけでは不十分である。[314:問題抽出]に当たっては、患者心理を踏まえた行動科学理論からのアプローチが不可欠と考えられた。

第二節 糖尿病が疑われる人の受診率向上のためのアプローチ

2-2-1. 背景・目的

特定健診・特定保健指導の実施率は2008年度の施行から10年経過し、着実に向上しているものの、目標（特定健診70%以上 保健指導45%以上）とは依然乖離があり、2017年度の特健健診実施率は53.1%、特定保健指導の実施率は19.5%に留まっている⁷⁸⁾。また、糖尿病のために失明や腎不全などの重症合併症をきたした患者の約6割が、過去に健診において受診勧奨を受けたにも関わらず未受診のまま放置や、治療中断を経験していたという報告もあり⁷⁹⁾、受診勧奨を受けた人をいかに受診・継続へと導くかが重要な課題となっている。

2014年に、国民の健康意識の醸成や医療機関受診の動機付けを高める観点から、利用者が自ら検体を採取し、測定結果について利用者が判断することで健康管理の一助となるよう支援することを目的に検体測定事業がスタートし⁸⁰⁾、薬局もその一翼を担うようになった。薬局薬剤師が受診勧奨から、早期に薬物治療を行うことになった患者の薬剤管理指導に継続して携わることで、重症化予防への貢献が期待される。そして、こうした取り組みを着実に行うためには、これまで以上に患者の心理・社会的背景を踏まえた関わりが薬剤師にも求められると考える。そこで第二節では、健診後に受診勧奨を受けた患者の受診・未受診行動に影響をもたらす要因を明らかにし、受診率を向上させる受診勧奨のアプローチの手がかりを得ることを目的とする。

2-2-2. 方法

健診後、受診勧奨を受けても未受診である者に関する研究は、特定健診⁸¹⁾やがん検診⁸²⁾に関するものが報告されているのみで、糖尿病に関しての研究はまだ少ない⁸³⁾。健診やがん検診では、未受診要因として「診断されることへの恐怖」が挙げられている⁸⁴⁻⁸⁶⁾。糖尿病の自己管理状態を心身状態・社会的状況から捉えた Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWNTM) study 2001 (in Japan) では、2型糖尿病においても診断時に憂鬱や不安を感じている患者の存在が報告されている⁸⁷⁾。

本研究では“疾患に対する脅威感”への対処を受診行動など健康行動のプロセスに組み入れた行動科学理論 EPPM^{88,89)} (Fig.7) に着目した。EPPM では、疾患に対する脅威感認知と効力感認知が健康行動に向かう二大要素として重要な役割を担っている。効力感が脅威感を上回れば受診勧奨などのヘルスリスクメッセージを自らの課題として受け入れ、危機管理型プロセスを選び脅威に立ち向かうようになる。逆に、脅威感が効力感を上回ればメッセージは恐怖を想起させ、ヘルスリスクメッセージそのものから逃避する恐怖支配型プロセスを取ると考えられている。このプロセスにはフィードバックループがあり、タイミングを得た適切な情報提供など医療者の関わり方により危機管理型プロセスへ移行する可能性がある。「自分とは関係ない」と脅威感を認知しない場合には、無反応となる可能性も示されている。いずれのプロセスを選択するかは個人特性も影響をもたらす。

本研究では、危機管理型プロセスを受診行動、恐怖支配型プロセス並びに無反応を未受診行動と仮定した上で質問紙調査を行う。

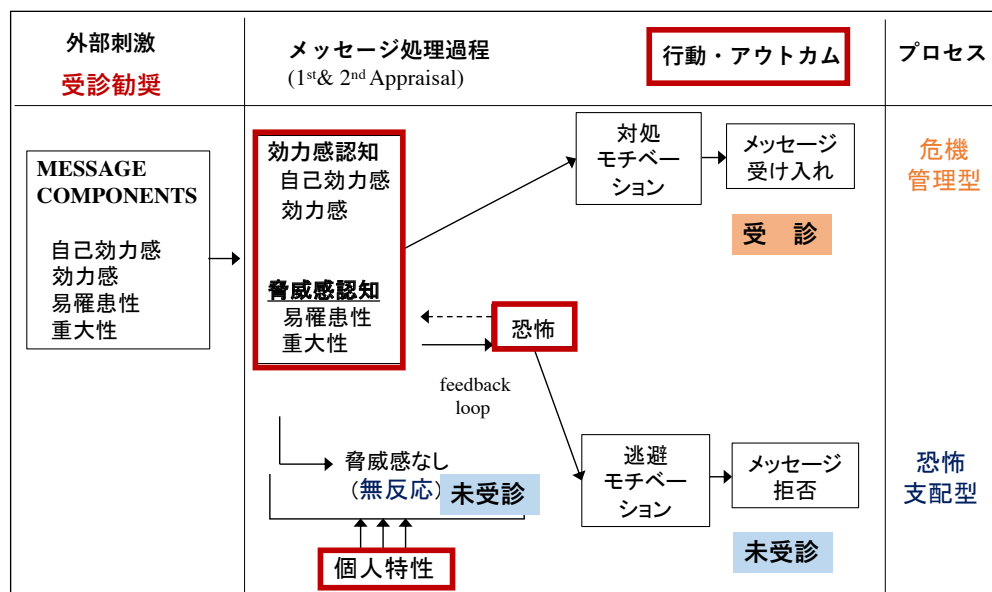


Fig.7 調査の基本モデル：EPPM

赤枠の項目を調査項目とした。

1. 対象

調査協力企業において、2007年9月30日時点で、当該年度の誕生日健診を受けた社員の内、2型糖尿病 (FBS \geq 126mg/dL、および HbA1c 値 \geq 6.5%)、境界型糖尿病 (FBS \geq 111mg/dL、及び HbA1c 値 \geq 6.3%) として受診勧奨を行った 76 名に対して、産業医から

調査への協力依頼書と同意書、調査表を10月1日に送付。10月31日までに本調査の趣旨に同意し、調査表に回答した43名(56.6%)を調査対象とした。

本研究では、初めて受診勧奨を受けた時から6カ月以上一度も受診行動を取っていない人を「未受診者」と定義した。このため、2007年度に初めて受診勧奨を受けた後6カ月を経過せず、未受診と判定ができない10名は除外し、33名(43.4%)を分析対象とした。受診勧奨は受診の有無に拘わらず、毎年の検査結果から2型糖尿病、境界型糖尿病が疑われる人に対して行われており、健康管理センターで受診勧奨の記録が保管されている。

2. 調査内容

Table 17に、先行研究を参考に選択・作成したEPPM該当尺度・項目を示す。

Table 17 EPPMに該当する尺度・項目

EPPM 該当項目	使用尺度・項目
【メッセージ処理要因】	
自己効力感	一般性自己効力感 セルフケアの自信
脅威感認知	身近な人の糖尿病歴 身近な糖尿病患者からの重大性認知 合併症が自分に起こる確率認知
恐怖心	糖尿病イメージ
【個人差要因】	
	性別、年齢、職員 就労時間 精神健康度 問題解決行動特性
【健康状態】	FBS HbA1c 値
【受診状況】	現在の受診状況 罹病期間 受診前の期間

効力感認知：一般性自己効力感として、坂野らの **General Self-Efficacy Scale**⁹⁰⁾、反応性効力感としてセルフケア自信度（慢性疾患患者の健康行動に対する自己効力感尺度⁹¹⁾の「疾患に対する対処行動の積極性」サブスケールを参考に5質問を作成)

脅威感認知：易罹患性認知として身近な人の糖尿病歴の有・無、重大性認知として身近な糖尿病患者からの重大性認知（たいしたことのない病気；1点～とても重大な病気；6点の6段階尺度）、合併症が自分に起こる確率認知⁹²⁾（0-100%の11段階尺度）

恐怖心認知：糖尿病イメージ（非常に安心な；1点～非常に怖い；7点の7段階尺度）

個人差要因：精神健康度（General Health Questionnaire 12 項目縮約版）^{93）}、宗像らの問題解決型行動特性^{94）} それぞれの質問項目を Fig.8-1& Fig.8-2 に示す。

【一般性自己効力感】
各項目は、今のあなたに当てはまりますか？

① 何か仕事をするときは、自信を持ってやる方である	1. はい	2. いいえ
② 過去に犯した失敗やいやな経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある	1. はい	2. いいえ
③ 友人よりすぐれた能力がある	1. はい	2. いいえ
④ 仕事を終了後、失敗したと感じることが多い	1. はい	2. いいえ
⑤ 人と比べて心配な方である。	1. はい	2. いいえ
⑥ 何かを決めるとき、迷わず決定する方である	1. はい	2. いいえ
⑦ 何かをするとき、うまくいかないのではないかと不安になることが多い	1. はい	2. いいえ
⑧ 引っ込み思案な方だと思う	1. はい	2. いいえ
⑨ 人より記憶力がよい方である	1. はい	2. いいえ
⑩ 結果の見通しがつきにくい仕事でも、積極的に取り組んでいく方だと思う	1. はい	2. いいえ
⑪ どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとかかわれないことがよくある	1. はい	2. いいえ
⑫ 友人よりも特にすぐれた知識を持っている分野がある	1. はい	2. いいえ
⑬ どんなことでも積極的にこなす方である	1. はい	2. いいえ
⑭ 小さな失敗でも人よりずっと気にする方である	1. はい	2. いいえ
⑮ 積極的な活動をするのは苦手な方である	1. はい	2. いいえ
⑯ 世の中に貢献出来る力があると思う	1. はい	2. いいえ

はい：1点、いいえ：0点、問②、④、⑤、⑦、⑧、⑩、⑫、⑮は逆転項目
総合得点が高いほど自己効力感が高いことを示す (Cronbach α 係数：0.841, n=43)

【セルフケア自信度】
各項目は、今のあなたに当てはまりますか？

	全く当てはまらない	当てはまらない	当てはまる	とてもよく当てはまる
① 病気に必要な検査は続けて行うことができる				
② 病気の再発を防ぐために、定期的に治療を受けられる				
③ 病気に関する測定(血圧・体重など)を自分でできる				
④ 薬に頼りすぎでなく、自分の健康を保とうと自分で努力できる	1	2	3	4
⑤ 病気について分からないことがあれば、気軽に主治医に尋ねることができる	1	2	3	4

全く当てはまらない：1点、当てはまらない：2点、当てはまる：3点、とてもよく当てはまる：4点、総合得点が高いほどセルフケアに対する自己効力感が高い (Cronbach α 係数：0.820, n=43)

【精神健康度】
ここ数週間の状況についてお伺いします。

① 何かするときに、いつもより集中して

1. できた	2. 変わらなかった	3. できなかった	4. 全くできなかった
--------	------------	-----------	-------------

② 心配ごとがあって、よく眠れないようなことは

1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-----------	------------	--------	------------

③ いつもより自分のしていることに生きがいを感じることは

1. あった	2. 変わらなかった	3. なかった	4. 全くなかった
--------	------------	---------	-----------

④ いつもより、容易にものごとを決めることが

1. できた	2. 変わらなかった	3. できなかった	4. 全くできなかった
--------	------------	-----------	-------------

⑤ いつもよりストレスを感じることは

1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-----------	------------	--------	------------

⑥ 問題を解決できなくて困ったことが

1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-----------	------------	--------	------------

⑦ いつもより日常生活を楽しく送ることが

1. できた	2. 変わらなかった	3. できなかった	4. 全くできなかった
--------	------------	-----------	-------------

⑧ いつもより、問題があったときに積極的に解決しようとするのが

1. できた	2. 変わらなかった	3. できなかった	4. 全くできなかった
--------	------------	-----------	-------------

⑨ いつもより、気が重くて、憂うつになることは

1. 全くなかった	2. 変わらなかった	3. あった	4. たびたびあった
-----------	------------	--------	------------

⑩ 自信を失ったことは

1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-----------	------------	--------	------------

⑪ 自分は役に立たない人間だと考えたことは

1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. あった	4. たびたびあった
-----------	------------	--------	------------

⑫ 一般的に見て、しあわせといつもより感じたことは

1. たびたびあった	2. あった	3. なかった	4. 全くなかった
------------	--------	---------	-----------

1:0点、2:1点、3:2点、4:3点、総合得点が高いほど精神健康度は良くない (Cronbach α 係数：0.855, n=43)

Fig.8-1 質問項目

尺度化されている項目については、表下にスコアを示した。(Cronbach α 係数、n 数)

【問題解決型行動特性】
次の各項目について、あなたは日頃からどのような考え方や行動をとっていますか。

	いつも そうである	まあ そうである	そうでは ない
① 現状を振り返ったり、考えたりする時間を持つ方である			
② 何事も事実を確認しながら判断していく方である			
③ 「なぜこうなるのか」と、物事の原因や背景を考える方である			
④ 新しいことに取り組む前に、見通しや計画を立ててみる			
⑤ 問題を抱えても、色々考え、その状況の見方や自分の考え方を考えてみる			
⑥ 人から問題解決の手がかりを得ようとする			
⑦ 問題を抱えたときに、見通しを得るためにしばらく離れてみる			
⑧ 人と会話するときに、感情的になることは少ない方である			
⑨ 同じような問題を抱え、同じ失敗を繰り返すことは少ない方である			
⑩ 何かしたいと思った時に、その具体的な手続きや方法や見通しについて、考えた上で実行しようとする			

いつもそうである：2点、2:まあそうである：1点、そうではない：0点
総合得点15点以上：問題解決型特性がきわめて高い、11~14点：高い、7~10点：低い、6点以下：きわめて低い (Cronbach α 係数：0.811, n=43)

【身近な人の糖尿病歴の有・無】、【身近な糖尿病患者からの重大性認知】

① あなたの親しい人に糖尿病の方はいますか？ 「はい」か「いいえ」でお答えください。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

↓
1「はい」に○をした方は
②の質問へ進んで下さい。

② その方を見ていて、糖尿病をどんな病気だと思いましたか？
(もっとも当てはまる段階の数字に○印をひとつ)

たいしたことのない病気 ← → とても大変な病気

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Fig.8-2 質問項目-2

尺度化されている項目については、表下にスコアを示した。(Cronbach α 係数、n 数)

分析方法

統計解析方法として、受診・未受診群の平均値比較には t 検定、順序尺度の場合には Mann-Whitney の U 検定、カテゴリ変数の比較には χ^2 検定を用い、各変数間の相関については Spearman の順位相関係数を用いた。以上の統計解析には IBM SPSS Statistics 21 を用い、統計的有意水準は 5% とした。

本研究は、筑波大学人間総合科学研究科研究倫理委員会（2005 年）の研究倫理審査を受け承認されている（記番号 12 号）。

2-2-3. 結 果

1. 未受診者・受診者特性

分析対象者 33 名中 20 名（60.6%）が受診者、13 名（39.4%）が未受診者であった。未受診者の調査時点における未受診期間は 6 カ月から最長 5 年であり、2 年以上未受診期間のある者が 10 名（30.3%）いた。受診/未受診群間の属性を含めた比較を Table 18 に示す。2 群間で有意な差が認められたのは、HbA1c 値、罹病期間、問題解決型行動特性の 3 変数であった。罹病期間 ($t = 2.5, p < 0.01$)、HbA1c ($t = 2.8, p < 0.05$) は未受診群が有意に高く、問題解決型行動特性の得点は受診群が有意に高かった ($u = 2.1, p < 0.05$)。

受診・未受診者のプロセスを考察するために、問題解決型行動得点を縦軸に、身近な糖尿病患者を通しての重大性認知を横軸とした散布図を表した (Fig.9)。横軸 0 にプロットした身近に糖尿病患者がいない 16 例では、受診群の問題解決型行動特性の得点が未受診群より有意に高かった ($u = 2.7, p < 0.01$)。一方、身近に糖尿病患者がいる場合には、受診・未受診群間では問題解決型行動特性の得点、並びに身近な糖尿病患者からの重大性認知の得点においても有意な差は見られなかった。

Table 18 分析対象者の属性・特性比較

	受診群 (n=20)	未受診群 (n=13)
【属性】		
性別：男/女	18/2 (90.0/10.0)	13/0 (100/0)
年齢(歳)	52.0±4.8	52.2±4.3
職位(係長以上)	17 (85.0)	8 (61.5)
【生活状況】		
就労時間 (h)	8.1±2.1	8.4±3.0
【個人差要因】		
問題解決行動*	11.6±3.0	8.7±4.3
精神健康度	13.4±5.6	13.2±6.2
【効力感認知】		
一般性自己効力感	9.2±4.4	9.8±4.7
セルフケアの自信	16.7±.9	15.8±3.1
【脅威感認知】		
合併症確率認知(%)	34.0±21.1	46.2±26.3
糖尿病イメージ(安心：1-怖い：7)	5.2±1.1	5.1±1.3
身近な人の糖尿病歴：有り(人)	8 (40.0)	8 (61.5)
身近な人からの重大性認知	5.1±0.6	4.7±1.4
【健康状況】		
FBS(mg/dL)	133.0±39.1	146.0±46.0
HbA1c(%)*	6.4±1.2	7.8±1.6
【受診状況】		
罹病期間(年)*	3.3±3.6	7.1±5.2
受診時期		
6カ月未満	20 (100)	
6カ月～2年未満		3 (23.1)
2～5年		10 (76.9)

N(%), mean±SD, * $p < 0.05$

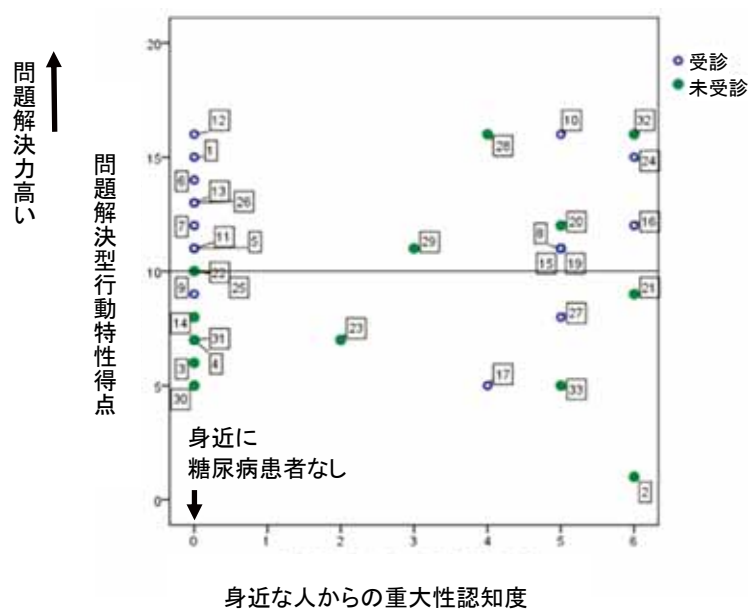


Fig.9 受診行動に影響を与える2要因の散布図

2. 各変数間の相関関係

受診/未受診群間で有意差の認められた HbA1c、罹病期間、問題解決型行動特性について、他の変数との相関を検討した。HbA1c は罹病期間 ($\rho = 0.727, p < 0.001$)、空腹時血糖値 ($\rho = 0.611, p < 0.001$)、合併症が自分に起こる確率認知 ($\rho = 0.512, p < 0.01$) と有意な相関が認められた。罹病期間は FBS ($\rho = 0.493, p < 0.01$)、合併症が自分に起こる確率認知 ($\rho = 0.482, p < 0.01$) と有意な相関が認められた。問題解決型行動は他の変数と有意な相関がみられなかったものの精神健康度と負の相関傾向 ($\rho = -0.333, p < 0.05$) がみられ、問題解決型行動特性の高い人ほど精神健康状態が良い傾向にあった。同様に、一般性自己効力感が高いほど精神健康度は良好であった ($\rho = -0.599, p < 0.01$)。

2-2-4. 考 察

1. 未受診率

本調査の未受診者の比率 (39.4%) と、本調査と同年に実施された国民・栄養調査 (2007 年) における未受診者の比率はほぼ同じ結果であり、糖尿病が強く疑われるのにほとんど治療を受けたことがない男性は 37.7%、女性は 41.2% であった。国民・栄養調査には、健診を受けたことのない人も含まれているため、本調査のように対象が企業健診受診者の場合、国民・栄養調査より未受診率が低いと考えられたが、実際には調査対象企業のように受診勧奨が徹底した企業においても未受診者が同程度存在することが確認された。

1995 年度の糖尿病調査研究事業⁹⁵⁾によれば、未治療の初診糖尿病患者において、発見契機となったのは、基本健診 (42%)、他疾患受診中 (39%)、自覚症状 (17%) の順であったが、受療行動の動機は、自覚症状によるもの (40%)、医師または家族のすすめ (23%)、健診 (20%)、他疾患受診中 (18%) の順であった。健診は耐糖能異常の発見契機として有用であるが、健診結果の通知が受診の契機となる脅威として必ずしも認識されていない。今回の調査対象企業においても、同様の傾向がみられたと考えられる。

本研究は、特定健診、特定保健指導実施前の調査であることから、現在は、健診における耐糖能異常の発見率と受診勧奨後の受診率の乖離は縮まっていると考えられるが、より効果的な受診勧奨を行うためにも、受診行動に影響を及ぼす要因の究明が重要である。

また、未受診群は受診群に比べて HbA1c 値が有意に高いことから、受診勧奨後の受診率を向上させることの重要性を再確認する結果となった。

2. 問題解決型行動特性

効力感測定指標として採用した一般性自己効力感ならびにセルフケア自信度は、いずれも受診行動に有意な影響をもたらしておらず、問題解決型行動特性のみに有意差がみられた。これまで2型糖尿病患者において、セルフケアへの自己効力感が高い人ほど、食事・運動・薬物療法や血糖の自己測定などの継続実施率が有意に高いこと^{96,97)}が報告されている。2型糖尿病の受診勧奨は、多くの場合、自覚症状がない状態で受け、糖尿病を自分の課題として認識する以前に受診行動を迫られる。Lazarus SR, et al.は、対処は次々と移り変わるプロセスの中で起こる現象であり、ある段階では特定のやり方に依存しなければならず、また他の段階では別の方法を駆使しなくてはならないとしている⁹⁸⁾。受診勧奨後の受診行動には、本来個人がもっている効力感よりも「新しいことに取り組む前に、見通しや計画を立ててみる」という問題解決型行動特性がより影響を及ぼしていると考えられる。

3. 脅威感指標

EPPMにおいてヘルスリスクメッセージがもたらす脅威感の度合いは、健康信念モデル⁹⁹⁾同様に易罹患性認知と重大性認知によって評価される。本研究では、易罹患性認知の指標として採用した身近な人の糖尿病歴の有無では、有り群において罹病期間が有意に長かった ($t=2.3, p<0.05$)。2007年国民健康・栄養調査では、回答者の64.0%が「血のつながった家族に糖尿病の人がいると自分も糖尿病になりやすい」と回答している。今回の調査でも身近な人の多くが血縁の家族と予想されることから、身近な人の糖尿病歴は易罹患性認知の指標のひとつと考えられる。

一方、重大性認知の指標とした合併症の起こる確率認知は、調査日直近健診の HbA1c 値、罹病期間と有意な相関があり、未受診者では受診者より罹病期間が有意に長く、HbA1c 値も有意に高い。これは、未受診のために罹病期間が長期化し、結果として HbA1c 値の増加をもたらし、合併症の起こる確率認知も高まったと考えられ、合併症の起こる確率認知が受診行動に脅威としての影響をもたらしていないことを示唆する。

受診行動に影響を与える2要因の散布図 (Fig.9) に EPPM を適応すると、身近に糖尿病患者がいない場合、易罹病性・重大性認知も低いことが想定され、問題解決型行動特性

得点の高群では効力感が勝り危機管理型プロセスである受診行動が取られ、低い群では「自分とは関係ない」と脅威感を認知せず、無反応となったと考えられる。

一方、身近に糖尿病患者がいる場合に一定の傾向が認められなかった原因のひとつとして、恐怖心が介在する可能性が考えられる。EPPMでは、恐怖支配型プロセスに至るには①脅威に関する情報を意図的に歪めるか無視する、②脅威を完全に否定する、③脅威は現実ではないと自分自身を説得する、というメッセージ拒絶の方法をとるとされている⁸⁹⁾。恐怖支配型プロセスを取る場合には、「怖い」という感情自体を否認している可能性も高いと捉えられる。

恐怖心を測る指標として本研究では糖尿病のイメージ（非常に安心な～非常に怖い：7件評定）を採用したが、受診行動や身近な糖尿病患者からの重大性認知との相関はみられなかった。身近に糖尿病患者がいない場合でも、糖尿病をかなり怖い病気とイメージしている人は6名（31.3%）もおり、糖尿病について説明を受け学習するなかで、「怖い」病気というイメージを得たことは十分想定されるが、ここでの怖さはかなり観念的なものと捉えられる。

身近に糖尿病患者がいる場合、それが危機管理型プロセスに向かう脅威感となるのか、恐怖支配型のプロセスに向かう恐怖となるのかは、身近な糖尿病患者からどのように脅威を学び取っているのかに依存するように思われる。Bandura Aは人間の学習行動が他者（モデル）の行動の事例や成功・失敗の経験を観察するだけでも成り立つとしており¹⁰⁰⁾、血縁家族のみならず身近な糖尿病患者の存在がモデルとしての役割を担い、本人の病気や治療法、予後に対する見通しやイメージを形成している可能性は高いと考えられる。中でも血縁家族における糖尿病患者の有無は易罹病性認知とも関連があり、糖尿病の受診行動、治療姿勢などに影響をもたらす可能性が高い。糖尿病血縁家族を通して糖尿病をどのような病気と捉えたのか、どのような感情を抱いているのかなど、患者ひとり一人の糖尿病や治療に対する独自の考え方（解釈モデル）を把握することが本人の受診行動を理解する一助になると考える。

4. 薬剤師業務における活用

検体測定室事業の取り組みは全国で1,700件余りと¹⁰¹⁾、仮に全てが薬局で運営されているとしても、全国57,000件を超える薬局数の約3%にとどまっている。簡易血液検査の継続を阻害する要因調査によると、現行ガイドライン¹⁰²⁾に定められた「利用者から健康

アドバイスを求められた場合も一般論でしか答えてはいけない」、「生活指導してはいけない」などの縛りがやりにくさとして挙げられており、一方、薬局では、実際に簡易血液検査を実施した7割の利用者から生活習慣の相談を受けた経験があると答えている¹⁰³⁾。現行ガイドラインの制約は、健康サポート薬局に求められる機能¹⁰⁴⁾（健康に関する相談・情報提供を行う等、セルフメディケーションの推進のために薬局・薬剤師の活用を促進する）と矛盾しており、地域住民の疾病予防・管理に薬局が寄与できるように、現行ガイドラインの規制緩和が望まれている¹⁰³⁾。

本調査の結果からも、単にデータを伝えただけでは疾病に対する危機感がない場合には、受診に繋がる率が低いことが想定される。診断をするのではなく、糖尿病の家族歴を確認し、いない場合には、知識として血糖管理を怠り重症化した際の三大合併症のみならず、心筋梗塞や脳梗塞を起こす危険率も増すことをしっかり伝えることが重要である。そして、食や運動習慣の見直しに際して、「何か新しいことに取り組む前に見通しや計画を具体的に立てることが多いですか」などの問題解決型行動特性に関わる質問を行い、答えがNoであれば、受診可能な近くの医療機関や受診可能な時間帯の提示などを行うことが役立つと考えられる。こうした患者ひとり一人への関わりができてこそ、本来の健康サポート薬局の かかりつけ薬剤師の役割を果たすと考える。

また、糖尿病に関わらず、治療の開始に際して、家族歴に加えて家族を通して疾患や治療にどのようなイメージが形成されたか、脅威感という視点で聞き取ることが[314 問題抽出; 得られた情報から患者・生活者のニーズや問題点を正確に把握するとともに、患者・家族および顧客自身が気づいていない問題点を抽出している]の糸口にもなると考える。また、行動変容のステージ理論を適用する上でも貴重な情報になると確信する。

本研究は1企業の受診勧奨を受けた患者を対象としたため例数も少ない。今後より多くの症例に対して問題解決型行動特性や身近な人の糖尿病歴の有無から、受診行動への影響を検証する必要があると考える。また、身近な糖尿病患者の存在や医療従事者の関与が受診行動にどのように影響をもたらすかを明らかにするには、質問紙調査では限界がある。未受診者へのインタビューなどの質的研究手法を用いて明らかにしていきたい。

2-2-5. 小 括

- 受診勧奨に際しては、身近な人の糖尿病歴の有無を確認し、いない場合には、相手の問題解決力に応じた情報提供を行う。いる場合には、身近な人を通じた受検者の糖尿病や治療に対する解釈モデルやそれに伴う思いなどを十分聴き取り、その内容を踏まえた情報提供が受診行動を促す一助となると考える。
- 治療の開始に際しても、家族歴に加えて家族を通して疾患や治療にどのようなイメージが形成されたか、危機感という視点で情報を収集することが、今後の治療に対する取り組み姿勢を予見する上で役立つと考えられる。

第二節では、二次予防の場面で、行動科学理論の1つである EPPM 理論を研究基本モデルとし、受診・未受診行動を予測するために、「問題解決力」「身近な人の糖尿病歴の有無」「身近な人を通して形成された解釈モデル」の聴取が役立つことを示した。

受診勧奨以外に薬剤師の活躍が求められているにも関わらず、まだその力を十分発揮できていない領域がセルフメディケーションである。この領域における難しさは、臨床判断を伴うことである。臨床判断に必要な専門知識はもとより、必要な情報を得るために的確に効率よく質問をするスキルや患者にとっての懸念や不安を聞き取るスキルが求められている。そこで、OTC 医薬品のトリアージに必要な[312:薬学的管理に必要な情報の収集]、[311:解釈モデルの把握]に焦点を当てた研修を試みることで、今後さらにどのように改善すればより良い研修になるのか、ヒントが得られるのではないかと考えた。

第三節 OTC 医薬品販売時の対応に関する Simulated Customer (SC) 研修の 実践と検討

2-3-1. 背景・目的

少子高齢化、生活習慣病の増加という背景のもと、医療費の増大は避けられない課題となっている中、政府はセルフメディケーションに活路を見出そうとしている。セルフメディケーションは、WHO の定義によれば、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」¹⁰⁵⁾とされている。2014 年 6 月には「薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律」¹⁰⁶⁾によって、一般用医薬品販売規制の見直しが行われ、第一類医薬品についても事前に薬剤師が年齢、他の医薬品の使用状況等を確認することによってネット販売が可能となった。医療用医薬品から OTC 医薬品に転換された薬はスイッチ OTC と呼ばれているが、前述の法改正とともに、転換直後（原則 3 年）の品目と劇薬を含む「要指導医薬品」という分類が新設され、店舗で薬剤師による対面販売が義務付けられた。その後、2017 年 1 月から従来の医療費控除制度の特例として、新たにセルフメディケーション税制が施行されるに至った¹⁰⁷⁾。2019 年に行われた「セルフメディケーション税制に関する生活者 16 万人調査」¹⁰⁸⁾によれば、セルフメディケーション税制の認知率は 71.3%に達し、全世代で向上したものの「利用したい」と回答した人は 11.0%にとどまり、認知率が向上しても今後の利用拡大は見込みにくい状況にあることが示唆された。このように、政府の思惑とは裏腹に思うように進んでいないセルフメディケーションであるが、担い手として期待されている薬局・薬剤師側も要指導医薬品を 1 品目以上扱っている薬局の割合が半数を切る¹⁰⁹⁾など、薬局自体が OTC 医薬品の販売に積極的でない側面が伺える。しかしながら、国民が自己判断のみで OTC 医薬品を選択することにはリスクが生じる。セルフメディケーションの担い手として、薬の専門家である薬剤師が来局者の訴えを聴取して適切な薬を推奨すると同時に、状況に応じて生活指導や受診勧奨をすることが求められている。米国では、薬剤師が OTC 医薬品を販売することは「OTC 医薬品を選別（トリアージ）する」とされており、顧客の求める OTC 医薬品が必要か、他の OTC 医薬品または対処方法が必要か、それとも医師への受診が必要な状況かについてトリアージすることは薬剤師の重要な役割であることを薬学生に教育しているとされている¹¹⁰⁾。我が国でも、2015 年から導入された改定薬学教育モデル・コアカリキュラムにおいて、「一般用医薬品・セルフメデ

イケーション」は、近年の薬剤師の役割の変化を反映させ、薬物治療として重要であることから「E 医療薬学」の薬物治療として項目を新設され、症候に関する知識を解釈のレベル（患者情報をもとに疾患を推測できる）まで求められるようになった¹¹⁾。OSCE の課題としても、処方せんの薬とともに、初回応対と情報提供の 2 課題が試験科目として取り上げられている。しかしながら、既卒の薬剤師が顧客の症状や要望に合った OTC 医薬品を適正にトリアージするための技能・態度を身につけるための学習環境は未だに整っていない。

そこで、OTC 医薬品のトリアージに必要な「聞く・聴く力」に焦点を当てた研修を試み、より良い研修に求められる要素を得ることを目的とした。

2-3-2. 方法

1. 対象者

千葉県薬剤師会北部支部および印旛支部の薬剤師に対して研修案内を送付し、参加者を募集した。

2. 研修方法

研修で扱う OTC 医薬品として、胃薬の中から 8 種類の商品（ガスター10[®]、サクロン[®]錠、ブスコパン[®]A 錠、太田胃散、恵命我神散、大正漢方胃腸薬、パンシロン[®]トリム、ニッスイガロール）を選定した。参加者に対して事前にその商品の添付文書を電子メールで送付し、予め自己学習をするように伝達した。

OTC 医薬品販売時の応対に関する SC 協力型の研修会を実施した。OTC 医薬品の胃薬を購入する目的で来局した顧客の役を SC4 名（OTC 医薬品使用予定者本人：2 名、母親：1 名、妻：1 名）に演じてもらい、参加者は 7 分間のロールプレイで SC から顧客情報を収集し、次いで 8 種類の胃薬の中から推奨医薬品を選定し、説明するまでの顧客応対を行った。SC シナリオは 1 種類であったが、SC はいずれの役においても、最初の一言は、「胃が痛いんですけど…お薬を選んでいただきたくて」と声をかけるところからスタートする。本人役は、薬剤師の質問に応じて、シナリオに書かれた内容を話し、聞かれないことは話さないようにする。家族役は、自分の薬ではないという情報は伝えずに、答えられない質問であれば、「確か、10 年ほど前に胃潰瘍になったと言って病院に通っていたことがあったと思います」など曖昧な表現をする（Table 19）。

参加者は3グループに分かれ、各回SCは部屋を移動し、ファシリテーターは参加者2名がロールプレイおよびフィードバックを終了するごとに部屋を移動し、できる限り異なったSC、ファシリテーターから参加者がフィードバックを受けるようにした。フィードバックは、ロールプレイを実施した薬剤師からの感想に続き、見学者、SCおよびファシリテーターの順にフィードバックをした。

ロールプレイの前半では参加者の自己学習以外の知識は特に与えずに行ったが、初めはOTC医薬品医薬品の取り扱いに慣れたベテランの薬剤師、最後は経験の浅い薬剤師になるように配慮した。後半を開始する前に、症状を捉えるための質問項目として、Cohen-Coleの基本7項目⁷⁰⁾(①Location [部位]、②Quality [性状]、③Severity [重篤度]、④Timing [時間経過]、⑤Context [文脈; どのような状況で]、⑥Modifying Factors [増悪因子]、⑦Associated signs [随伴症状])や、2つの質問形式(「閉じた質問」、「開いた質問」)のメリット、デメリット)について解説した。

Table 19 SC シナリオ

有訴者の訴え	2、3日前から胃が痛くて、食欲もない。 みぞおちのあたりに鈍い痛みがある。痛みの度合いは我慢ができるほど。 空腹時に痛むことが多い。 忙しくて病院に行く時間がとれない。 早くこの痛みをとりたい。
既往歴	10年程前に胃潰瘍(SC-4のみ既往歴なし)
環境	この春転職に伴い環境が変わり、ストレスを感じている。
喫煙・飲酒	喫煙(1日10本程度)、 飲酒(週に3、4回、生ビール大ジョッキ2杯、日本酒3合程度)
副作用歴、アレルギー歴	特になし
治療中の疾患/服用中の薬	特になし
その他、質問時の回答	便の色がタールのように黒かったことはありませんか？ →「ありません」 ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか？→「ないです」

赤字情報は、家族は答えられないものとする。加えて、青字情報は、母は答えられないものとする。

3. 研修効果

研修の効果は、研修前・後に、OTC医薬品販売に関する理解度7項目を設定し、「Yes: できる」、「No: できない」で自己採点する無記名自記式アンケートを実施し、評価した。OTC医薬品販売スキル7項目は以下の項目からなる。①情報収集すべきことがわかる、②顧

客のニーズを把握できる、③情報提供すべきことがわかる、④体系的な対応が身についている、⑤必要に応じて、医療機関への受診勧奨ができる、⑥生活習慣へのアドバイスができる、⑦他の薬剤師の対応についてのフィードバックができる。

なお、参加者は、研修前に、この他；性別、勤務先（薬局、病院など）、薬剤師実務経験年数、参加目的、OTC医薬品販売業務に携わる頻度などの基礎データについて回答し、研修後には、感想を自由記述した。

2-3-3. 結果

1. 対象者

研修参加者は17名で、薬剤師としての平均経験年数は12.8年であった。参加者の内訳は、薬局薬剤師：13名（76.5%）、病院薬剤師：3名（17.6%）、ドラッグストア勤務：1名（5.9%）であった。OTC医薬品の販売経験や業務に携わる頻度が少ない薬剤師が多く、「全くない」が64.7%を占めた。研修会の参加目的（複数選択可）では、販売力を強化する（17.6%）よりも、コミュニケーションスキルの向上（76.5%）やSCとの対応（58.8%）、新しい学習方法への興味（52.9%）などと回答した人が多かった。アンケート回収率は研修前・後の調査とも100%であった。

2. 研修効果

SCからの情報収集により参加者が推奨した胃薬は、ガスター10[®]（13名）、サクロン[®]錠（3名）、ブスコパン[®]A錠（1名）の3種類にわかれ、その他の胃薬を推奨した薬剤師、受診勧奨をした薬剤師はいなかった。顧客本人と対応した薬剤師は、全員がガスター10[®]を選び、それ以外の役のSCに対応した参加者は質問に明確な回答が返ってくるのが少なく、判断が付きづらいようであった。Table 20に、参加者が推奨したOTC医薬品と主な推奨理由を示した。

Table 20 参加者が推奨した OTC 医薬品と主な推奨理由

推奨品など	人数	推奨理由（主なものを一部抜粋）
ガスター10®	13	空腹時を中心として鈍痛を訴えていたため。 胃痛を止められ、かつ服用回数が少ないため。 ストレスがあり胃酸分泌が亢進していると思われたため。
サクロン®錠	3	お酒を毎日飲んでいたので。 胃粘膜修復、胃痛への効果とメントールの爽快感を考慮したため。
ブスコパン®A錠	1	すぐに痛みを止めたいとの訴えがあったため。
太田胃散、恵命我神散、大正漢方胃腸薬、パンシロン®トリム、ニッスイガロール	0	(該当なし)
その他(受診勧奨)	0	(該当なし)

OTC 医薬品販売スキル 7 項目の調査では、研修後においてすべての項目で「Yes」回答が上昇した。特に、Q1～Q3 の OTC 医薬品販売に際しての情報収集、顧客ニーズの把握、情報提供に関しては 50%以上の「YES」回答率の上昇がみられた (Fig.10)。参加者の本研修会に対する印象・感想および要望を Table 21 に示す。

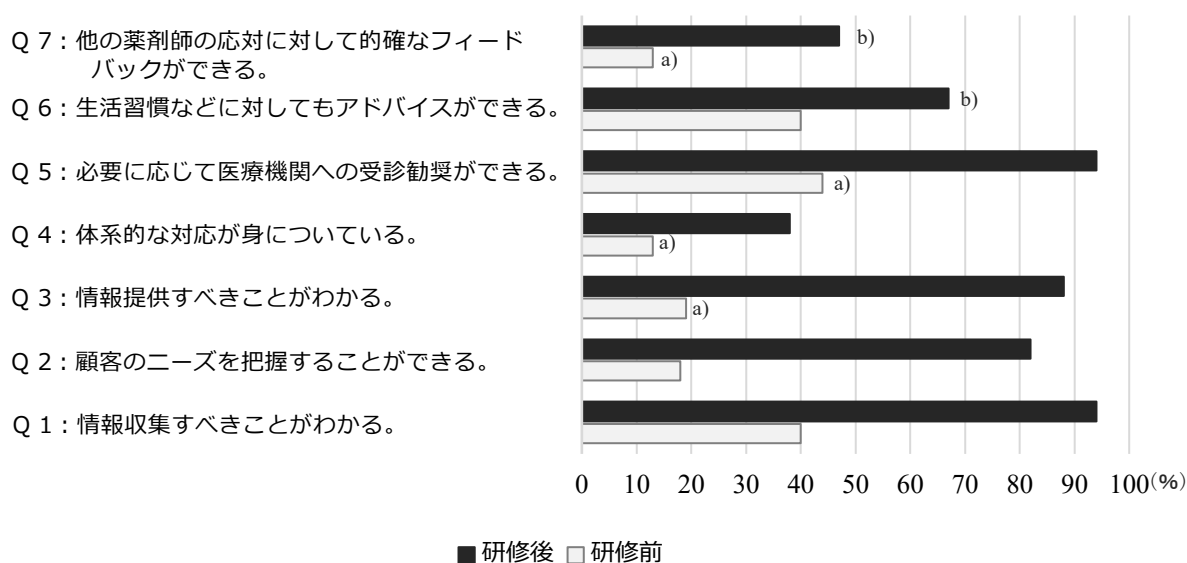


Fig.10 OTC 医薬品販売スキル 7 項目に関する研修前・後の結果 (n=17)

a) n=16, b) n=15

Table 21 参加者の本研修会に対する印象・感想および要望

印象	<ul style="list-style-type: none"> ・模擬顧客さんのバリエーションが多くリアルで、本当に顧客に対応している気持ちで臨むことができた。 ・模擬顧客の方が本物の顧客みたいですごい演技力だと思いました。顧客の目をみて話した方がいいとの指摘を受けたので、きちんと目をみて指導しなければなと思いました。 ・フィードバックはとても大切なんだなあ、難しいと強く感じました。 ・病院とは必要とされるスキルが異なり、緊張してしまいました。胃が痛くなり、ガスターのみたくなった。
感想 要望	<ul style="list-style-type: none"> ・自分を顧客的に評価できる機会はとても大切、チャンスが少ないのもっと研修会をしていただけたら嬉しいです。 ・とても勉強になりました。また、セルフメディケーションの重要性、薬剤師が担う責任の重さを学ぶことができました。OTC医薬品以外にもコミュニケーションスキルを学ぶ機会があれば参加したいです。 ・現在の薬局ではOTC医薬品を扱わないので、OTC医薬品は飲み合わせの確認などの際に調べる程度でしたが、もっと色々勉強しようと思います。

2-3-4. 考 察

参加者の中には、OTC 医薬品の販売経験や業務に携わる機会がない人が半数以上いた。本研究の先行研究として、セルフメディケーションにおける薬剤師の役割について報告した論文¹¹²⁾があるが、そこでは OTC 医薬品を取り扱っているにも関わらず、頭痛を訴える患者に対し OTC 医薬品を勧めたことがあると回答した薬剤師は 45.3%であったとしている。この報告における調査対象は実務実習指導薬剤師養成ワークショップまたは薬剤師のためのワークショップに参加経験のある薬局薬剤師という、比較的意識や意欲の高い層であったが、それでも多くの薬剤師が OTC 医薬品の取り扱いに慣れていない状況が示されていた。患者は頭痛を軽視する傾向にあり、病院や診療所での受診が必要な患者でも OTC 医薬品のみで対応することで、薬物乱用頭痛を発症してしまうケースが多数あるとしている¹¹³⁾。少なくとも、薬剤師が判別を誤って OTC 医薬品の服用を安易に勧めることで薬物乱用頭痛を発症することがないように、注意喚起できることが責務と考えられる。

この知見を生かして、本研修では、研修効果を最大限に引き出すために、3つの工夫を取り入れた。まず、ロールプレイを行う順番について、始めは OTC 医薬品の取り扱いに慣れたベテランの薬剤師、最後は経験の浅い薬剤師になるように配慮した点である。これにより日常 OTC 医薬品販売に携わっていない薬剤師や新人薬剤師が「あの表現はわかりやすいから、自分も使ってみよう」などのようにベテランの薬剤師の言動を参考にすることができ、ある程度の応対ができたと考えられる。OTC 医薬品の扱いが保険薬局において少ない理由は、処方箋調剤で手一杯であることや OTC 医薬品陳列や備蓄のスペースが取れないこともあると考えるが、OTC 医薬品のトリアージに自信が持てないことも要因の一つと考え

られる。他の薬剤師の服薬指導を見て参考にする機会はなかなかないが、本研修ではそれを意図的に組み入れた。

2つ目は、ロールプレイの前半には特に知識を与えず、ロールプレイの後半を開始する前に、症状をとらえるためのポイントを解説した点である。最初から説明してしまうと、参加者はその内容を覚えることに意識が集中してしまう傾向がある。覚えることだけが重要なわけではなく、それをどう活かすかが問われている。一度ロールプレイを体験したあとにポイントを解説することで「気づき」を与え、後半のロールプレイに活かし、グループが一体となって学びを深めるように工夫した。

3つ目は、本研修のSCシナリオは1つであったが、SC4名の役割を（OTC医薬品使用予定者本人:2名、母親:1名、妻:1名）と設定することで、参加者がSCより得られる情報量の違いが推奨薬選定に影響するなど、OTC医薬品販売の難しさを認識させることができた点である。今回、普段生活を共にしていない母親が出張で実家に戻ってくる息子の依頼で胃薬を買いに来局するという設定があり、この場合には、Cohen-Coleの基本7項目を全て聞き取ることは難しい。既往歴や最近の生活状況などの聞き取りが有用になることもあり、情報量が少ない場合には、効果は低くとも安全性の高い薬を選んだ方が良い場合もある。本研修会の立案に当たって留意したこの3点に関しては、当初、OTC販売力強化を目的に参加した人が17.6%と少なかったが、参加者の感想等からOTC医薬品の販売自体への興味が喚起された人やその重要さに気づいた人もおり、ある程度の目的は達成したものと考えられた。

本研修では3グループ編成（1グループ:5~6名）とし、3つの部屋をファシリテーターが移動する方式をとった。グループの進行と気づきをもたらす役割を担うファシリテーターは筆者ら3名が行なったが、フィードバックの順番を決め、できるだけ実施者に気づきを与えるような形成的なフィードバックを行うという申し合わせをしたのみであった。本研修においては、「便の色がタールのように黒かったことはありませんか？」という質問が胃潰瘍による出血という重症度を測る質問であり、痛みの程度を確認し、「激痛がある」という場合には緊急的な対応も必要となる。今回、残念ながら、便の色を確認した薬剤師はいなかった。このような質問を前提に設定していたにも関わらず、研修中にそのことに対する注意喚起を怠ったことが大きな反省点として主催者側にあがった。ロールプレイ中に触れられなかった重要なことを、最後に再確認として俎上に上げるのも、ファシリテーターの大きな役割である。

半谷らは、筆者らと同様に、「胃が痛い」という状況設定でドラッグストアを訪れたSCと対応する薬剤師のロールプレイをビデオ撮影し、その対話内容を、医療関係者と患者のコミュニケーションの量的分析方法としてすでに妥当性・信頼性が確認されており、欧米では広く利用されているThe Roter Method of Interaction Process Analysis System

(RIAS)を用いて分析した¹¹⁴⁾。この研究への協力者は、大手チェーンのドラッグストアに勤務する24名の薬剤師である。その結果、大きく2つの問題点が見出された。1つは、薬剤師からの発話は、医学的症状や治療に関する話題が中心で、ライフスタイルや心理・社会面に関する話題は皆無であり、十分にOTC医薬品を求める患者の背景を薬剤師が把握しきれていない点である。2つ目の問題は、情報収集の際に用いられていた質問の3/4が相手にピンポイントで回答を求める閉じた質問（例：「これまでに今回のような症状がありましたか？」など）であったことや患者への共感などを含む「感情表現」のスキルが不足していた点である。また、この2点に関しては、2年未満と3年以上で差が見られずに、経験で身につくものでないことが推察されている¹¹⁴⁾。

筆者らの研修では、後半に質問の方法についてのミニレクチャーを挟んだことで、後半には「開いた質問」を用いたケースも散見された。この2点の問題に関して、今回の研修を例にとると、心理・社会面に関する話題は、「転勤があり、環境が変わったことがストレスである」という点である。これを引き出すためには、妻が来局した例であれば、本人確認をして、夫の薬だとわかった段階で、「胃が痛いのに、ご自身で薬局に行く暇もないほどお忙しいのですね。それは旦那さまもお辛いですね…。奥さまもさぞご心配でしょう」と、状況を推察して共感の声かけを行う。続けて、「忙しさが胃の痛さの原因でしょうか？（閉じた質問）」「何か、ストレスがかかるような出来事などはありましたか？（開いた質問）」と、社会心理的面への質問で問題の把握を行い、その後、「ご本人ではないのでお分かりにならないことも多いと思いますが、症状にあったお薬をお選びしたいので、いくつか質問させていただいてよろしいでしょうか？」と、前置きをして症状の質問に移るなど、早めの段階で心理・社会面に関する開いた質問を用いることで、顧客との関係性の構築にも繋がると考えられる。但しこの際に、プライバシーへの配慮は欠かせない。ドラッグストアなどでの立ち話であれば、周りの客の目から顧客を隠すように、自分の体で壁を作るなどの工夫も必要となる。半谷らの2点の指摘は、個別のようであるが、いずれも関連性のある課題と考える。社会心理的な問題を話していただくには、共感的な声かけからある程度親しみを持っていただく必要があり、その際に用いる質問形式として

は開いた質問が適していると考えられる。「閉じた質問」では、薬剤師の知りたいことを要領よく質問できるが、顧客自身が不安や疑問に思っていることは把握することができない。開いた質問が会話の途中でできなかったとしても、最後に必ず「何か伝え忘れたことがありますか」といった質問が必要となる。

ファシリテーターがロールプレイで薬剤師の多くが陥る問題を共有することで、参加者に偏りのない視点でのフィードバックが実施できたものとする。次回からは、ファシリテーターの意識の共有を図ることで、より密度の高い研修になるようにしていきたい。薬剤師がOTC医薬品販売への苦手意識を克服するには、自分にもできそうだという自己効力感を高めてもらうことだと考える。継続的に研修の機会を増やしていきたい。

2-3-5. 小 括

- OTC 医薬品販売時の対応に関する SC 協力型の研修会の開催によって、参加者は OTC 医薬品販売時に必要なことを体験的に習得することができた。
- 経験だけでは身につけることのできない社会・心理的な側面への開いた質問の利用や共感の声かけなどをフィードバックで指摘できるように、ファシリテーターの認識の共有化が必要であった。
- 薬局における OTC 医薬品販売の重要性は理解されているものの、薬剤師の取り組み姿勢はまだ及び腰である。苦手意識の克服のためには、SC 協力型の研修会への積極的な参加が望まれる。

第三節では、薬剤師がセルフメディケーションの領域で貢献できるように、トリアージに必要な「聞く・聴く力」を習得するための研修を試み、定型的な質問のみならず、経験だけでは身につけることのできない社会・心理的な側面への開いた質問の利用や共感の声かけなどをフィードバックで指摘できるように、ファシリテーターの認識の共有化がより良い研修の鍵を握ることがわかった。

第二章では、PCS のなかでも [310:患者・生活者のニーズや問題点を把握する]能力の向上が患者中心の薬剤師業務の実践において最重要課題と捉え、第一節では、日本人の行動特性に合った「表情変化の把握に伴う開いた質問の活用」スキルを検証し、第二節、第三

節では、薬剤師の活躍の場の拡がりに応じて求められる[310]の聞く・聴く力を補うアプローチの開発やより良い研修のためのヒントを得た。第二章では、このように個人のコミュニケーション能力の向上に焦点を当てたが、それ以外の視点からの検討も必要であると考えられた。その一例が、患者が特定の薬局、特定の薬剤師を決めて継続的に利用し続けるなど、患者の薬局・薬剤師の利用形態の関与である。

第三章 「薬剤師の継続的な関与」と「薬局サービスの質」との 関連性調査

3-1. 緒 言

これまでかかりつけ薬局については、患者の理解度と利用の実態¹¹⁵⁾や、患者がかかりつけ薬局を選ぶ際の要因^{116,117)}などが検討されてきたが、かかりつけ薬局とそれ以外の利用形態におけるサービスの差異を調べた研究はない。また、制度としてのかかりつけ薬剤師は2016年4月からスタートしたが、それ以前から、かかりつけ薬剤師が注目されつつあった。一人の薬剤師が一人の患者に継続的に関わることで患者の病態、ライフスタイル、不安や悩みを把握しやすいと想像できることに加え、薬局の方針で患者ごとに担当薬剤師制を採用する、患者の要望によって担当が決まる、1人しか常勤薬剤師がいないため必然的にいつも同じ薬剤師が対応するなど、かかりつけ薬剤師を形式上、満たす実態がすでに存在していたためである。このように、現実の薬局には理想的なものと単に形式上のものが混在しているが、いずれも患者からみて特定の薬剤師であるかかりつけ薬剤師が対応する。制度によらずかかりつけ薬剤師がすでに存在しているにも関わらず、かかりつけ薬剤師以外の薬剤師とのサービスの質の比較は未だ検討されていない。

3-2. 目 的

本研究では、患者の薬局・薬剤師の利用形態と、薬剤師の患者・生活者情報の収集や共有など、対人サービスの質についての関係性について明らかにすることを目的に調査を行った。

なお、本研究は、かかりつけ薬剤師制度導入前の研究であることから、混同を避けるために、我が国において“かかりつけ薬剤師”の意味で用いられている“Family Pharmacist”ではなく、あえて“My Pharmacist”という言葉を用いた。

3-3. 方 法

1. 研究概要

薬局を定期的にご利用している患者を対象に、無記名自記式アンケートを用いた横断調査を実施した。薬局には調査のためのキット：大学の委託研究に関する説明ポスター、薬局向けの研究説明文書と参加同意書、実施手順、患者アンケート（ID印刷済み）とともに、アンケート用クリップボード（裏面に説明ポスター縮小版貼付）数枚を送付した。薬局では、逐次、処方せん受付時に、事務員が定期利用者であることを確認した上で、クリップボードの説明文を示しながら調査への協力依頼を行った。協力の意志を示した患者は、服薬指導開始前に回答を記入し封をして提出した。患者は協力を拒否する、白紙で提出する、のいずれかの方法で不参加の意志表示をすることができた。調査期間は2016年6月の2週間とした。

2. 対象者

大手薬局グループ（300店舗以上を保有）5社、中小薬局グループ（4-30薬局を保有）6社、独立系（1-3店舗保有）259薬局に参加を呼びかけ、大手には、ランダムに各50薬局を抽出するように依頼した。最終的に、大手3社から180薬局、中小6社から65薬局、独立系から47薬局の計292薬局からエントリーがあり、薬局ごとに各50部のアンケート用紙を含む調査キットを郵送した。薬局から意図的に関係性のできている患者のみに参加を要求することによって引き起こされる回答の偏りを軽減するために、薬局を組み込むための閾値はアンケートの回収率に基づいて設定した。さらに、“My Pharmacy”を自らの意思で選んでいる人を調査対象とするために、「他薬局利用経験のない患者」は調査対象から除外した。その結果、147薬局、3492名の患者が対象となった（Fig.11）。

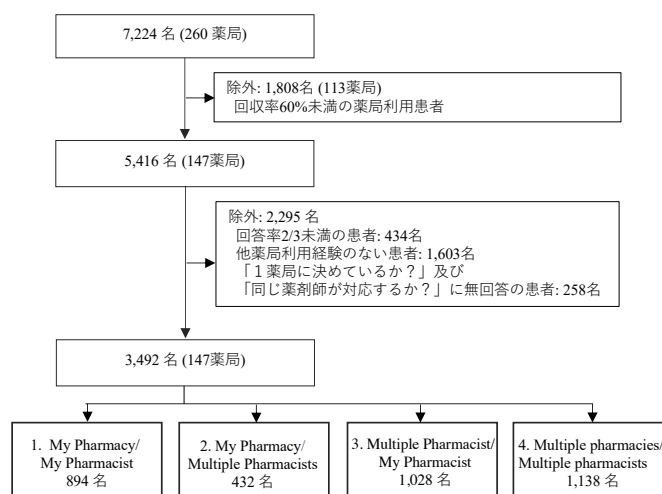


Fig.11 調査対象の母集団

調査項目を以下に示す。（参照：Fig.12-1, 12-2）

- A. 医薬品の適正使用に関するサービス経験（7項目）：①重複投与の発見、②相互作用の特定（事前の注意喚起も含む）、③副作用の発見、④薬を飲めないことや飲みたくないことへの相談（以降、服薬相談）、⑤残薬の調整、⑥医師への問い合わせ、⑦扱っていない薬の取り寄せ（以降、薬の取り寄せ）（経験したサービスに1点付与）
- B. 薬局・薬剤師の対人サービス評価（10項目）：①患者への配慮、②ゆっくり説明を聞かせる場所、③専門力、④患者への体調などにあつた説明、⑤患者の生活環境、嗜好、ライフスタイルへの理解、⑥信頼関係、⑦治療目標の共有、⑧OTC 医薬品の品揃え、⑨健康や在宅の相談応需、⑩夜間休日の電話対応（4件リッカート形式で1-4点を付与）
- C. 説明資料の提供（1項目）：患者のニーズや理解に合わせた提供資材の変更度合い（以降、ニーズに合わせた提供資材の変更）（4件リッカート形式で1-4点を付与）
- D. 薬局の総合評価（2項目）：①薬局への総合満足度、②待ち時間より薬剤師の対応の質重視度合い（以降、薬剤師の対応の質重視度）（4件リッカート形式で1-4点を付与）
- E. 医療機関にかかる時の心構え（5項目）：①受診前の情報収集、②自分の体の責任者の自覚、③病気にかかった時の頼れる医師の存在、④伝えたいことのメモの準備、⑤よく分からないことを確認する（「Yes」「No」を選択し、Yesには1点を付与）
- F. 薬局と薬剤師の利用形態（2項目）：F(1)薬局利用形態に関して、F(2)薬剤師利用形態に関して「Yes」「No」のいずれかを選択
- G. デモグラフィック情報：（性別、年齢、仕事の有無、使用薬剤数）から構成

調査項目の策定にあたっては、複数の薬局利用経験のある7人の一般市民を対象に2回のFGIを実施し、薬局の利用状況、体験した薬局サービス、薬局選択の基準、薬局への不満・期待等について討論した。ここで得た知見に加えて、My Pharmacistに求められる新しい役割に関しては“患者のための薬局ビジョン⁴¹⁾”から追加した（B⑨～⑩）。E:「医療機関にかかる時の心構え」については、ささえあい医療人権センターCOMLが策定した

「新・医者にかかる10箇条」¹¹⁸⁾を参考に作成した。この設問は、“My Pharmacist”との関わりが患者のヘルスリテラシーに与える影響をみるために設けられた。いずれの設問においても、来局患者が評価可能であることを前提とした。また、プレ調査として8薬局163名の患者を対象に、著者が調査票の依頼・回収及び分析を行った。内容の妥当性等を吟味し一部修正を行った上で、本調査を実施した。

◆ 本調査は、定期的に来局されている方が対象です ◆

- ◇ 記入後、封筒に入れ、受付のアンケート回収箱にご提出ください。
- ◇ 参加しない場合は、無記入のままご提出ください。

薬局についての意識調査

A. この薬局で経験したことがあれば、「あった」に○印をご記入ください。

	あった
1. 重複してくすりが出ているのを見つけてくれた	
2. 飲み合わせの問題を見つけてくれた（事前に教えてくれた）	
3. 副作用を発見してくれた	
4. くすりが飲めない(飲みたくない) ことに相談に乗ってくれた	
5. 飲み残したくすりを調整してくれた	
6. 医師に問い合わせをしてくれた	
7. 薬局にいくすりを取り寄せてくれた	

B. この薬局・薬剤師についてお答えください。

	思わない	少し思う	わりと思う	非常に思う
1) 患者への配慮を感じる	1	2	3	4
2) ゆっくり説明が聞ける場所がある	1	2	3	4
3) 専門知識が豊富である	1	2	3	4
4) 体質や状況を踏まえた説明をしてくれる	1	2	3	4
5) 生活習慣や生活環境などを把握してくれている	1	2	3	4
6) 信頼関係ができています	1	2	3	4
7) 治療目標を（検査値などで）共有している	1	2	3	4
8) 市販薬（処方せんが必要ない薬）が充実している	1	2	3	4
9) 薬に限らず健康や介護の相談に乗ってくれる	1	2	3	4
10 夜間休日でも電話対応してくれる	1	2	3	4

Fig.12-1 患者アンケート（表面）

C. この薬局の総合評価についてお答えください。

1. この薬局に満足していますか。
 ①満足していない ②ややしている ③わりとしている ④とてもしている

2. あなたはこの薬局で「待ち時間」より「薬剤師の対応の質」を重視していますか。
 ①重視していない ②ややしている ③わりとしている ④とてもしている

D. この薬局のくすりや治療に関する説明についてお答えください。
 患者の理解やニーズに合わせて、説明の際に用いる資料を変えている。
 ①変えていない ②少し変えている ④わりと変えている ⑤よく変えている

E. 医療機関にかかるときの心構えについて伺います。

1. 事前に十分な情報収集してから、かかるようにしている ① はい ② いいえ

2. 自分自身が「身体の責任者」とであると、自覚している ① はい ② いいえ

3. 病気になったときに、相談できる医師がいる ① はい ② いいえ

4. 伝えたいことは、メモをして準備している ① はい ② いいえ

5. 納得できないことは、確認している ① はい ② いいえ

F. この薬局の利用に関連してお答えください。

1. どの医療機関にかかっても、この薬局に処方せんを持ってくる ① はい ② いいえ

2. この薬局では、ほぼいつも同じ薬剤師が対応してくれる ① はい ② いいえ

3. 他の薬局を利用したことがある ① はい ② いいえ

G. あなた(来局者)のことについて伺います。

1. 性別 ① 男 ② 女 2. 年 齢 (歳)

3. 来局間隔を教えてください ① 1週間～1ヶ月 ② 2～3ヶ月 ③ 4～6ヶ月

4. お仕事をしていますか ① はい ② いいえ

ご協力ありがとうございました。

Fig.12-2 患者アンケート（裏面）

3. 分析

Table 22 に示すように、患者はアンケートの薬局・薬剤師の利用タイプに関する質問項目から 1.“My Pharmacy/ My Pharmacist”、2.“My Pharmacy / Multiple Pharmacists”、3.“Multiple Pharmacies / My pharmacist”、4.“Multiple Pharmacies / Multiple Pharmacists”の 4 タイプに分類された。これらの内、“Multiple Pharmacies / My pharmacist”は “My Pharmacist”の趣旨と矛盾するが、患者が疾患ごとに医療機関を選び、各々の近隣薬局の“My Pharmacist”から薬を受け取っている場合があると想定されたために残すことにした。

Table 22 患者の薬局/薬剤師利用形態によるグループ分け

Pharmacy / Pharmacist 利用形態		F(1)「どの医療機関にかかっても、この薬局に処方せんを持ってくる」	
		Yes : My Pharmacy	No: Multiple Pharmacies
F(2)「この薬局では、いつもほぼ同じ薬剤師が対応してくれる」	Yes : My Pharmacist	1 My Pharmacy/ My Pharmacist	3 Multiple pharmacies / My Pharmacist
	No : Multiple Pharmacists	2 My Pharmacy/ Multiple Pharmacists	4 Multiple Pharmacies / Multiple Pharmacists

最初に、探索的因子分析（プロマックス回転による主因子法）により、B：薬局における薬剤師の対人サービスに関する患者の見解の潜在的構造を抽出し、それらが最初に検討した質問の枠組みと一致するかどうかを確認した。次に、Spearman の順位相関係数を用いて、評価項目間の相関分析をした。A、B（各因子）、E の項目に対するすべての回答で合計スコアが使用され、一元配置の分散分析により 4 群比較が行われた。個別のタイプ間の比較は、等分散を仮定した場合には Bonferroni の補正を、等分散を仮定しない場合は Tamhane を用いた。「A：医薬品の適正使用に関わる患者経験」の各項目、「C：ニーズに合わせた情報資材の提供」、「D①：患者満足度」や「D②：応対の質重視度」に関しては Kruskal Wallis test を行い、更に個別のタイプ間の比較には Steel Dwass を用いた。以上の統計解析には IBM SPSS Statistics 22 を用い、統計的有意水準は 5%とした。

本研究は、東京理科大学の医学系研究に係わる倫理審査委員会において承認された。

[15020]

3-4. 結 果

1. 対象者

260 薬局 7,224 名の利用者からアンケートを回収した。各薬局のアンケート 50 部の平均回収率は 68.3% (IQR : 32 – 93) であった。回収率 60%未満と 60%以上の薬局では、“My Pharmacy /My Pharmacist”利用者の割合に有意差があること (それぞれ 45%と 38%, $p < 0.001$) が分かったため、回収率 60%を上回る薬局 147 薬局を対象とした。さらに提出された患者アンケートから「他薬局利用経験のない患者」を除外し、3,492 名を分析対象とした (Fig.11)。“My Pharmacy /My Pharmacist”利用者は 894 名と全体の 25.6%であった。“My Pharmacy”の利用者は 1,326 名 (38.0%)、“My Pharmacist”の利用者は 1,922 名 (55.0%) と全体の半数を超えていた。

対象患者の性別は男性 36%、女性 64%、年齢については、(median age = 60, IQR : 44-70)、54.7%の人が仕事を有し、薬の種類数は、(median : 3, IQR : 1-5) であった。男性割合について、“My Pharmacy / My Pharmacist”利用者 (39.5%) は、“My Pharmacy / Multiple Pharmacists” (33.6%, $p=0.039$)、“Multiple Pharmacies /Multiple Pharmacists” (33.3%, $p=0.004$) より多く、“Multiple Pharmacies /My Pharmacist” (36.9%, $p=0.236$) とは有意差が認められなかった。年齢については、“My Pharmacy /My Pharmacist”利用者 (median : 62, IQR : 48-72) は、“My Pharmacy / Multiple Pharmacists” (median : 58, IQR : 44-69)、“Multiple Pharmacies /My Pharmacist” (median age= 58, IQR : 42–69)、“Multiple Pharmacies /Multiple-Pharmacists” (median age=57, IQR = 42–68) 利用者より中央値で 4~5 歳年齢が高かった ($p < 0.001$)。薬の種類数については、“My Pharmacy /My Pharmacist” (median:3, IQR : 1-5)、“My Pharmacy / Multiple Pharmacists (median:3, IQR : 1-5) と“Multiple Pharmacies /My Pharmacist” (median : 3, IQR : 1-4.75) の 3 グループ間に有意差はなく、これらは、“Multiple-Pharmacies /Multiple-Pharmacists” (median : 2, IQR : 1-4) と比較して有意に多かった ($p < 0.001$)。

2. グループ間比較 ; A 医薬品の適正使用に関するサービス経験頻度

Table 23 に、医薬品適正使用に関するサービス経験のグループ間比較を示す。いずれの項目においても“My Pharmacy”利用者の適正使用に関わるサービス経験頻度は“Multiple Pharmacies”利用者よりも高かった。②相互作用、③副作用の発見、④服薬相談において

は、“My pharmacy /My pharmacist”利用者の方が“Multiple Pharmacies”利用者より経験頻度は高かった ($p<0.001$)。“Multiple Pharmacies”では、相互作用の発見、残薬の整理、医師への問い合わせ、薬の取り寄せにおいて、“My pharmacist”利用者の方が“Multiple Pharmacies”利用者より頻度高く対応していた ($p<0.001$)。

Table 23 A 医薬品適正使用に関するサービス経験のグループ間比較

	全体	1. My Pharmacy/ My Pharmacist	2. My Pharmacy/ Multiple Pharmacists	3. Multiple Pharmacies/ My Pharmacist	4. Multiple Pharmacies/ Multiple Pharmacists	p^a	(複数回答可)
							グループ間比較
	N=3,492	n=894	n=432	n=1,028	n=1,138		
①重複投与の発見	368 (10.5)	158 (17.7)	67 (15.5)	78 (7.6)	65 (5.7)	<0.001	1>3,1>4,2>3,2>4
②相互作用の特定	502 (14.4)	206 (23.0)	75 (17.4)	137 (13.3)	84 (7.4)	<0.001	1>2,1>3,1>4,2>4,3>4
③副作用の発見	211 (6.0)	105 (11.7)	25 (5.8)	52 (5.1)	29 (2.5)	<0.001	1>2,1>3,1>4
④服薬相談	368 (10.5)	158 (17.7)	48 (11.1)	95 (9.2)	67 (5.9)	<0.001	1>2,1>3,1>4,2>4
⑤残薬調整	497 (14.2)	179 (20.0)	74 (17.1)	140 (13.6)	104 (9.1)	<0.001	1>3,1>4,2>4,3>4
⑥医師への問い合わせ	1,324 (37.9)	400 (44.7)	198 (45.8)	387 (37.6)	339 (29.8)	<0.001	1>3,1>4,2>3,2>4,3>4
⑦薬の取り寄せ	656 (18.8)	256 (28.6)	137 (31.7)	149 (14.5)	114 (10.0)	<0.001	1>3,1>4,2>3,2>4,3>4

N (%), ^aKruskal-Wallis test, 多重比較 (Steel–Dwass method)

3. 薬局・薬剤師の対人サービス評価の因子分析結果

Table 24 の「B 薬局・薬剤師の対人サービス評価」10項目に関する探索的因子分析（主因子法・プロマックス回転）では、ガットマン基準に基づき固有値1で因子数を決定し、いずれも高い因子寄与率を有する3因子を抽出した。第1因子(F1)は、B③～B⑦；体質などを踏まえた説明、生活習慣・環境などの把握などの5項目から構成されることから『患者情報の共有と活用』と命名した。第2因子(F2)は、健康・介護の相談などのB⑧～B⑩の3項目から構成されることから『拡張された健康サポート機能』と命名した。第3因子(F3)は、患者への配慮、ゆっくり説明を聞ける場があるのB①、B②の2項目からなることから『患者への配慮』と命名した。 α 係数は順に、0.904、0.819、0.734であった。

(F1)、(F2)、(F3)のそれぞれ合計点を算出し、以降の分析で用いた。

Table 24 B : 薬局・薬剤師の対人サービス評価の因子分析結果

項目	Mean	SD	(F1)	(F2)	(F3)
(F1) 患者情報の共有と活用 ($\alpha = 0.904$)					
④ 体質や状況を踏まえた説明してくれる	3.1	0.79	0.838	-0.121	0.166
⑤ 生活習慣や生活環境などを把握してくれている	2.7	0.89	0.804	0.158	-0.071
⑥ 信頼関係ができています	2.9	0.88	0.783	0.087	0.003
⑦ 治療目標を共有している (例;検査値)	2.7	0.94	0.671	0.249	-0.053
③ 専門知識が豊富である	3.1	0.74	0.643	-0.038	0.283
(F2) 拡張された健康サポート機能 ($\alpha = 0.819$)					
⑨ 薬に限らず健康や介護の相談に乗ってくれる	2.6	0.95	0.118	0.807	-0.006
⑩ 夜間・休日でも電話対応してくれる	2.4	1.04	0.051	0.737	0.012
⑧ 市販薬(OTC医薬品)が充実している	2.5	0.99	-0.064	0.656	0.103
(F3) 患者への配慮 ($\alpha = 0.734$)					
① 患者への配慮を感じる	3.3	0.70	-0.040	0.100	0.728
② ゆっくり説明を聞ける場所がある	3.1	0.85	0.126	0.006	0.687
固有値			6.448	1.002	0.693
因子寄与率 (%)			60.8	10.0	6.9
累積寄与率 (%)			60.8	70.8	77.8

4. 評価項目のグループ間比較

Table 25 に示すように、“My Pharmacy /My Pharmacist”利用者では、(F1)、(F2)、(F3)、C、D①、D②、E のいずれにおいても4タイプの中で最も得点が高かった (すべて $p < 0.001$)。 “Multiple Pharmacies” 利用者においては、すべての項目で“My Pharmacist” 利用者が“Multiple Pharmacists”利用者より高い得点を得た ($p < 0.001$)。また、(F1)、(F3)、D①に関しては、“Multiple Pharmacies /My Pharmacist”が、“My Pharmacy /Multiple Pharmacists”より高い得点を得た (すべて $p < 0.001$)。

Table 25 各調査項目の4グループ間比較

項目	全体	1.My Pharmacy/ My Pharmacist	2.My Pharmacy/ Multiple Pharmacists	3.Multiple Pharmacies/ My Pharmacist	4.Multiple Pharmacies/ Multiple Pharmacists	P	グループ間 比較
A 適正使用に関するサービス経験 ^a N, Mean (SD)	3492 1.1(1.4)	894 1.6(1.7)	432 1.4(1.5)	1028 1.0(1.3)	1138 0.7(1.0)	<0.001 ^c	1>3, 1>4, 2>3, 2>4, 3>4
B 薬局・薬剤師の対人サービス評価							
(F1) 患者情報の共有と活用(5 items), N, Mean (SD)	3152 14.6(3.6)	825 16.3(3.4)	394 14.0(3.4)	921 14.9(3.5)	1012 13.3(3.4)	<0.001 ^c	1>2, 1>3, 1>4, 2<3, 2>4, 3>4
(F2) 拡張された健康サポート機能(3 items), N, Mean (SD)	2131 7.5(2.6)	572 8.6(2.5)	289 7.4(2.4)	602 7.4(2.5)	668 6.6(2.4)	<0.001 ^c	1>2, 1>3, 1>4, 2>4, 3>4
(F3) 患者への配慮 (2 items), N, Mean (SD)	3433 6.4(1.4)	879 6.8(1.3)	422 6.2(1.4)	1017 6.5(1.3)	1115 6.1(1.4)	<0.001 ^c	1>2, 1>3, 1>4, 2<3, 3>4
C 患者のニーズに合わせた提供資材の変更 N, Median (IQR)	3018 3(2-3)	771 3(3-4)	381 3(2-3)	906 3(2-3)	960 3(2-3)	<0.001 ^d	1>2, 1>3, 1>4, 2<3, 3>4
D ① 薬局への患者満足度, N, Median (IQR)	3336 3(3-4)	840 4(3-4)	416 3(3-4)	975 3(3-4)	1105 3(2-4)	<0.001 ^d	1>2, 1>3, 1>4, 2<3, 3>4
D ② 薬剤師の対応の質重視度, N, Median (IQR)	3301 3(2-3)	823 3(3-4)	411 3(2-3)	971 3(2-3)	1096 3(2-3)	<0.001 ^d	1>2, 1>3, 1>4, 2>4, 3>4
E 医療機関にかかる時の心構え ^b , N, Mean (SD)	3188 3.5(1.2)	796 3.8(1.2)	400 3.4(1.3)	945 3.5(1.2)	1047 3.4(1.3)	<0.001 ^c	1>2, 1>3, 1>4, 3>4

a ; 7項目の経験に対して各1点を付与した合計の平均

b ; 5項目の心構えに対して“yes”と答えた場合には、各1点を付与した合計の平均

c ; 一元配置の分散分析, グループ間比較 (等分散を仮定した場合にはBonferroni, それ以外はTamhane)

d ; Kruskal-Wallis test, グループ間比較 (Steel-Dwass test)

5. 評価項目間の相関関係

Table 26 に示すように、全例では、総合評価である D①、D②の 2 項目、「薬局・薬剤師の対人サービス評価」 B(F1)、(F2)、(F3)と C「ニーズに合せた提供資材の変更」の 6 項目は、項目間にいずれも 0.4 以上の相関関係が認められた（すべて $p < 0.001$ ）。A と弱い相関（ $\rho = 0.207$ ）が認められたのは、B(F1)のみであった。

“My Pharmacy /My Pharmacist”利用者では、6 項目の全てにおいて、項目間の相関係数はさらに高い傾向にあった。E と弱い相関が認められたのは、(F1)（ $\rho = 0.218$ ）のみとなった。“My Pharmacy /Multiple Pharmacists”利用者において、D①と 0.4 以上の相関が見られたものは(F3)（ $\rho = 0.460$ ）のみであった。

Table26 評価項目間の相関関係

	mean	sd	A	B(F1)	B(F2)	B(F3)	C	D①	D②
Total (n=3,492)									
A 適正使用に関するサービス経験	1.1	1.4							
B (F1) 患者情報の共有と活用	14.6	3.6	0.207**						
(F2) 拡張された健康サポート機能	7.5	2.6	0.165**	0.707**					
(F3) 患者への配慮	6.4	1.4	0.107**	0.656**	0.488**				
C 患者のニーズに合わせた提供資材の変更 ¹⁾	3	2-3	0.126**	0.538**	0.485**	0.406**			
D① 薬局への患者満足度 ¹⁾	3	3-4	0.112*	0.497**	0.387**	0.480**	0.401**		
D② 薬剤師の対応の質重視度合い ¹⁾	3	2-3	0.153**	0.491**	0.427**	0.407**	0.409**	0.467**	
E 医療機関にかかる時の心構え	3.5	1.2	0.044*	0.185**	0.140**	0.144**	0.168**	0.108**	0.188**
1. My Pharmacy/My Pharmacist (n=894)									
A 適正使用に関するサービス経験	1.6	1.7							
B (F1) 患者情報の共有と活用	16.3	3.4	0.152**						
(F2) 拡張された健康サポート機能	8.6	2.5	0.167**	0.703**					
(F3) 患者への配慮	6.8	1.3	0.066	0.672**	0.563**				
C 患者のニーズに合わせた提供資材の変更 ¹⁾	3	3-4	0.143**	0.594**	0.585**	0.479**			
D① 薬局への患者満足度 ¹⁾	4	3-4	0.017	0.500**	0.406**	0.484**	0.401**		
D② 薬剤師の対応の質重視度合い ¹⁾	3	2-3	0.103**	0.538**	0.458**	0.462**	0.492**	0.484**	
E 医療機関にかかる時の心構え	3.8	1.2	-0.014	0.218**	0.174**	0.138**	0.185**	0.096*	0.124**
2. My Pharmacy/Multiple Pharmacists (n=432)									
A 適正使用に関するサービス経験	1.4	1.5							
B (F1) 患者情報の共有と活用	14.0	3.4	0.181**						
(F2) 拡張された健康サポート機能	7.4	2.4	0.066	0.669**					
(F3) 患者への配慮	6.2	1.4	0.074	0.616**	0.469**				
C 患者のニーズに合わせた提供資材の変更 ¹⁾	3	2-3	0.027	0.390**	0.346**	0.294**			
D① 薬局への患者満足度 ¹⁾	3	3-4	0.098	0.382**	0.391**	0.460**	0.211**		
D② 薬剤師の対応の質重視度合い ¹⁾	3	2-3	0.143**	0.391**	0.368**	0.324**	0.232**	0.335**	
E 医療機関にかかる時の心構え	3.4	1.3	-0.081	0.061	-0.027	0.099	0.008	0.038	0.148**

1) median, IQR, ** Correlation is significant at the 0.01 level, * Correlation is significant at the 0.05 level

3-5. 考 察

薬局サービスの評価については、患者中心の医療の質の評価指標として患者満足度が有用とされ¹¹⁹⁾、数多くの患者満足度調査が報じられている¹²⁰⁻¹²²⁾。その一方、満足度調査に関しては、「満足」という表現では患者の様々な信条などが捉えきれないため、患者の経験と認識を有意義に把握するための評価方法と条件設定が必要との指摘も挙がっている¹²³⁾。その後、患者がケアプロセスで経験する事象である患者経験に焦点を当てた患者経験尺度^{124,125)}などが用いられるようになってきている。本研究では、患者経験に焦点を当てA：適正使用に関わる患者のサービス経験7項目を質問した結果、全ての項目において、“My Pharmacy”利用者は、“Multiple Pharmacy”利用者より高い経験頻度を示した。しかしながら、“My Pharmacy /My Pharmacist”においても、A とその他項目間に $\rho > 0.2$ の相関は認められなかった。適正使用に関わる患者のサービス経験は、患者が薬局を医療サービス機関と認識する最たる機会ではあるものの、このようなサービス経験頻度の向上には限りがある。薬剤師が調剤の過程で行う様々なチェックの結果を問題がない場合にも患者に伝えることを推奨する。患者が薬剤師の役割を医療サービスとして認識する好機となるばかりではなく、服薬への安心感や薬物治療への深い理解を得る機会にもなると考える。

我が国では、患者の薬局サービスに対する総合満足度は高い傾向にあり^{28,29)}、その要因として薬剤師の服薬指導や説明³¹⁻³³⁾が影響をもたらすとされてきた。これに対し、服薬指導と患者満足度の関係性についてより踏み込んだ先行研究では、一般的な情報提供は総合満足度と相関が見られずに^{33,126)}、個別化された情報提供の評価と患者の総合満足度と正の相関が認められている¹²⁶⁾。本研究においては、基本的な服薬指導の患者評価については調べていないが、(F1)、C は総合評価の2項目とも正の相関が認められており、先行研究の結果を支持する結果となった。また、前述の研究では、一般的な情報提供が総合満足度と関連が見られないことに関して、日本では、どこの薬局を利用しても情報提供業務に大きな差がないために患者が評価しづらいことを理由として挙げた³³⁾。しかしながらグループ間の比較で見ると、“My Pharmacy /My Pharmacist”では、これら個別化された情報提供は総合評価2項目と強い相関を示したのに対し、“My Pharmacy /Multiple Pharmacists”においては、総合評価と0.4を超える相関を示したのは一般的なサービス業においても求められる(F3)のみであった。これらから、先行研究³³⁾の考察と異なり、薬局間の情報提供の質には差があり、その差には患者の薬局/薬剤師の利用形態の違いが関連している可能性

が示された。“My Pharmacist”利用者の患者満足度には、患者情報を生かした個別性の高い情報提供が関連していることが見出された。また、“My Pharmacist”利用者では、(E)と(F1)の間に相関が見られ、継続的に行われる双方向なコミュニケーションに基づく情報提供が患者のヘルスリテラシーに影響を及ぼしている可能性が示された。

本調査が横断調査によって行われたことから、“My Pharmacist”の存在と本調査結果の因果関係までは言及することができないが、患者中心の医療の側面から考察を試みる。

UMPA model⁵⁶⁾では、問題定義の共有や意思決定の共有をモデルの核に置き、患者を全人的に見ることや薬剤師—患者間における信頼関係構築の必要性を示している。また、「4つの習慣」²⁰⁾も同様に、最初の習慣として「患者を居心地の良い雰囲気に向かえ入れる」など、面談の最初に関係性を構築することが面談全体に及ぼす影響の大きさに言及している。Oliveira, et al.は、薬剤師も他の人同様に教育と自らの研鑽により、専門的な偏見と事前理解を持っており、専門的な仮定や活動に日々疑問を抱くことはないが、その専門家としての当然の態度が患者中心を阻む可能性を訴求している⁵⁷⁾。いずれにおいても重要視されているのは、患者に心を開いてもらうための関係性の構築である。“My Pharmacist”であるということは、毎回、面談の度に新たに関係性を構築する必要もない。すでに良好な関係性ができていることが最大の強みとなり、“My pharmacist”利用者において、治療目標の共有や生活環境等を踏まえた説明、必要に応じた情報資材の変更など、ひいては総合満足度にも高い評価を得られたものと考ええる。

日本の薬局全体の質の向上を考えると、今回の調査で全体の1/3を占めている“Multiple-Pharmacy/Multiple Pharmacist”利用者の多い薬局への対策が必要となる。“Multiple Pharmacy/Multiple Pharmacist”利用者は、薬の利用種類数は他グループに比べて最も少なく、利用者年齢も最も若かった。医療サービスに対するニーズそのものが他利用者より低い可能性も否定できないが、“Multiple Pharmacy /Multiple Pharmacist”では、全ての項目において他タイプより低い評価となっていた。“My pharmacy /My pharmacist”と“Multiple Pharmacy /Multiple Pharmacist”利用者の薬局では、ファーマシューティカルケアへの取り組み意欲自体が異なることが推察される。患者の評価の低さはそれを反映したと考えられる。患者本位の薬局への転換は容易ではないが、今回の調査結果から得られた知見に基づけば、薬剤師は、患者と継続的な一対一の対話に取り組むべきである。これらの相互作用は、薬剤師が彼らの見方を「調剤中心」から「患者中心」に変える可能性を提示し、それは最終的に患者評価の改善につながる可能性がある。実際、かかりつけ薬剤師制度後に、

患者の同意を得て、かかりつけ薬剤師となった薬剤師は、「担当患者が増えるに従い、信頼してもらいたいという思いが強くなり、自分自身も勉強するようになった。以前は自分が手渡した薬に対してどこまで介入してよいか分からないこともあったが、副作用の気になる高齢者などに気軽に電話ができるようになった」、「患者からの相談も増えた」と語っている¹²⁷⁾。

日本における 2015 年度末の薬局数は 58,326 軒にのぼり¹²⁸⁾、1 日の外来患者数は 7,191,000 人とされている¹²⁹⁾。その内今回の対象外の院内調剤、20 歳未満、歯科診療などの患者を除いた地域薬局利用患者は約 4,170,900 人と試算される。本調査で対象とした薬局の定期利用者は、47 都道府県の内 2/3 にあたる 31 都道府県の薬局からの集計となっており、十分な統計的検出力のために必要とされる数を超えた 3,492 人の患者を分析した。しかしながら、薬局を選択の方法を考慮すると、代表性のある母集団でないことは否めない。

一方、2018 年の厚生労働省が行なった「かかりつけ薬剤師・薬局」に関する調査¹³⁰⁾と本調査の患者の男性割合（2018: 34.9%、本調査: 36.0%）、年齢の中央値（2018 年、本調査ともに 60 歳）ともに近似しており、特に偏りがあるとは言えない。また、本調査の“My Pharmacist”利用患者は全体の 55%であった。日本では、常勤薬剤師が 1 人しか登録されていない薬局が 47%を占めている⁴⁰⁾。前述の 2018 年の調査では、1 薬局あたりの常勤換算の非常勤薬剤師の中央値は 0 人となっており、これを参考にするならば、常勤薬剤師が一人の薬局は、物理的に患者対応を行う薬剤師は一人となる可能性が高いと考えられる。薬局側が担当制をとる薬局など上乗せされることを考えると、本調査における“My Pharmacist”利用割合は想定しうる数と考えられた。これに対して、“My Pharmacy”は 38%と少なかった。「他薬局利用経験のない患者」を調査対象から除外したことで、これまでの先行研究³⁰⁾と異なり、日本薬剤師会の提唱する“My Pharmacy”の利用者により近く絞り込むことができたと考える。

今回の調査結果が、患者の利用形態によるものか、これらの物理的要因による影響や患者の社会・心理的影響を受けているかについて、今後精査する必要があると考える。また、患者本位の“My Pharmacy/My Pharmacist”の評価をファーマシューティカルケアの視点から精査し、薬の適正使用のみならず、患者が薬剤師の業務を患者中心の医療サービスとして認識できるようになるために、何が必要かさらに研究を進めていきたい。

3-6. 小 括

- “My Pharmacist”が提供する個別性の高い対人サービスが、患者の全体的な満足度だけでなく、薬剤師のサービスの質の評価とも関連していた。
- “My Pharmacist”の継続的、双方向的な関わりは、患者のヘルスリテラシーとも関連があると考えられた。
- “My Pharmacist”は、患者中心の薬剤師業務を行う上で欠かせない信頼関係の構築がすでにできていることから、治療目標などを共有しやすい環境にあると考えられた。

第三章では、患者の薬局・薬剤師の利用形態が、個別性の高い情報提供や患者情報の共有活用などの対人サービスの質の評価と関連していることが明らかになった。これらの結果は、PCS[310:患者生活者のニーズや問題点を把握する] がすでに実践されていることを示唆している。患者との継続的、双方向的な関わりを持つことは、患者本位の薬剤師業務の実践を容易にするアプローチの一つであることが確認された。

総 括

本論文では、かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダード（PCS）を構築し、その上で、コンピテンシーの実践を容易にするためにアプローチ方法を検討した。

第一章では、薬剤師を取り巻く外部環境、諸外国の指針、患者や他職種のニーズの分析から、4項目のクラスター、10項目のコンピテンシー、40項目のサブコンピテンシー、サブコンピテンシーを具体的な行動レベルに落とし込んだ「基準行動」からなるPCSを構築した。PCSが、かかりつけ薬剤師のコミュニケーションスタンダードとして相応しい内容であるかを、「患者本位」「他職種連携」の2つの視点から妥当性を検証した。その結果、PCSは比較対照したモデルやリストの概念をほぼ網羅しており、妥当な内容であることが検証された。かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードとしてPCSを構築したが、臨床の場で活躍する全ての薬剤師のコンピテンシーとして活用可能と考える。基準行動が具体的に記述されており、目指すべき状態の確認および現状の自身のパフォーマンスと基準行動を比較し、自分の強み・弱みを把握することが可能となる。しかしながら、コミュニケーションスキルや態度は実践に活かしてこそ価値がある。

そこで、筆者らはFig.13に示すように、PCS習得度の評価基準の作成、並びにトレーニング方略の構築に取り組んだ。PCS習得度の評価基準には、態度や技能など、到達度を定量化することが困難な評価対象に対して有用とされるルーブリックを用いた。また、PCSを具現化するための実践的な模擬患者参加型のトレーニングプログラムとしてAdvanced Communication Skills Training（ACST）を構築した。ACSTでは、PCSの40のサブコンピテンシーに対応する基準行動の到達度を評価するために、6種類のシナリオ；①患者感情への応対、②服薬アドヒアランス不良患者への応対、③お薬手帳の説明、④ポリファーマシーに関する処方提案を含めた疑義照会、⑤末期肺がん患者への応対、⑥多職種協働場面を準備した。事前にPCSルーブリックを用い、参加者は課題で求められる行動目標を確認してからSPロールプレイを行う。ファシリテーターからのフィードバックで自己評価とのすり合わせができ、成長課題を認識することができる。評価者による評価のブレを減らすために調査を繰り返し、ルーブリックの標準化を試みた。今後、ファシリテーターの養成にも取り組む予定である。薬剤師自身が、「指導」から「ともに考える姿勢」を持

ち、患者の視点で問題を把握・共有できるように PCS とともに、ACST の活用を広めていきたい。

かかりつけ薬剤師のコミュニケーション力を磨くには

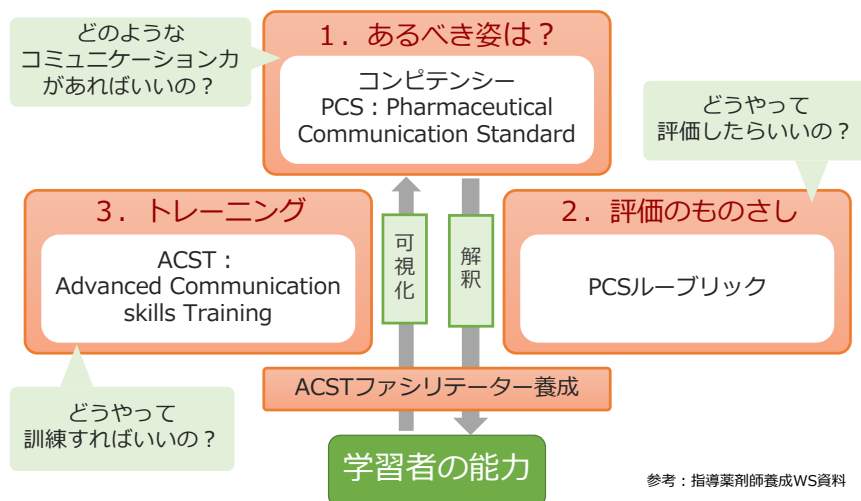


Fig.13 現職薬剤師のコミュニケーション力強化に向けて

第二章では、PCS コンピテンシーの中でも喫緊の課題である[310: 患者・家族・生活者のニーズや問題点の把握]を容易にするためのアプローチの検討をした。第一節では、ニーズや問題点を適時的に把握することを目的に、薬剤師の説明時にも患者を観察し、表情変化を捉えて開いた質問をする「患者の表情変化に焦点を当てたコミュニケーション技法」を考案し、同技法習得のための研修を実施して患者情報の新規取得率向上の有無について検証した。評価は、研修前と薬局における実践後（研修後）に、1)薬剤師質問紙調査、2)薬歴調査、3)患者質問紙調査をした。いずれにおいても、研修後にプラスの評価が得られたが、その成果は、患者の表情変化に気づいて質問したことのみならず、患者を観察することで医療者としての基本姿勢（アイコンタクトや姿勢など）が整い、質問しやすい間合いが生じたことにも起因すると考えられた。相手を見ることは、相手に関心を寄せているというサインでもある。80%が自己抑制型行動特性を持つとされる日本人からの情報把握に、適した技法と考えられる。また、本研究では、S 情報の内容が充実する以上に、A や P 情報において質の向上が図られたことから、患者情報の把握なしには、適切なアセスメントもケアプランの立案もできないことが実証された。患者との対応姿勢を正す

のは自分の癖もあり、困難を伴うことが予測される。しかしながら、患者の表情の変化を捉えて開いた質問をすることは、目標も明確で一人でも取り組むことも可能である。「患者の表情変化に焦点を当てたコミュニケーション技法」は、[310:患者・家族・生活者のニーズや問題点の把握]を容易にする技法であることが確認された。

第二節では、健診後受診勧奨を受けた患者の受診・未受診行動に影響をもたらす要因を明らかにし、受診率を向上させる受診勧奨のアプローチの手がかりを得ることを目的とした。本研究では、糖尿病及び境界型糖尿病として受診勧奨を受けて6カ月以上一度も受診行動を取っていない人を「未受診者」と定義し、健診後の受診・未受診判定のついた33名を対象とした。調査設計では、“疾患に対する脅威感”への対処を受診行動など健康行動のプロセスに組み入れたEPPMを基本モデルとした。EPPMでは、疾患に対する脅威感認知と効力感認知が健康行動に向かう二大要素であり、効力感が脅威感を上回れば受診勧奨などのヘルスリスクメッセージは受け入れ、危機管理型プロセスを選び、受診に向かう。逆に、脅威感が効力感を上回ればメッセージは恐怖を想起させ、ヘルスリスクメッセージそのものから逃避する恐怖支配型プロセスを取り、未受診となる。効力感認知、脅威感認知、個人特性に、先行研究より信頼性の確認された尺度を用い、質問紙を作成した。その結果、受診勧奨後の未受診者の比率は約4割にも及んだ。身近に糖尿病患者がいない群では、受診群の問題解決型行動特性の得点が未受診群より有意に高かったが、身近に糖尿病患者がいる場合には受診行動に一定の傾向は認められなかった。本研究の結果から、問題解決型行動特性をEPPMの効力感指標の1つに、身近な人の糖尿病歴の有無をEPPMの脅威感指標の1つに位置づけることが可能と考えられた。Bandura Aのモデリング理論⁷⁰⁾を適用すると、血縁家族のみならず身近な糖尿病患者の存在がモデルとしての役割を担い、本人の病気や治療法、予後に対する見通しやイメージを形成している可能性は高いと考えられる。未受診者は、受診開始後においてもアドヒアランスが悪いことが確認されている⁷⁹⁾。治療開始後も、家族モデルの有無、そのモデルを通してどのようなイメージを病気や治療に関して持っているかを確認することは、[314:問題抽出]を容易にすると考える。

第三節では、OTC医薬品のトリアージに必要な[312:薬学的管理に必要な情報の収集][311:解釈モデルの把握]に焦点を当てた研修を試み、今後さらにどのように改善すればより良い研修になるのかヒントを得ることを目的とした。

本研修会では、胃薬を購入する目的で来局された顧客役を SC（4名）に演じてもらい、参加者に7分間のロールプレイの中で顧客情報の収集、8種類の胃薬の中からの推奨品の選定および説明についての顧客応対を行わせた。研修会への参加者（17名）は OTC 医薬品の販売経験の少ない人が多数を占めた。

そこで、研修効果を最大限に引き出すため、3つの工夫を加えた。(1)ロールプレイを行う順番について、OTC 医薬品の取り扱いに慣れたベテランの薬剤師から最後は経験の浅い薬剤師になるように配慮した。(2)ロールプレイの前半には特に知識を与えず、一度ロールプレイを体験したあとにポイントを解説することで「気づき」を与え、後半のロールプレイに活かし、グループが一体となって学びを深めるように工夫した。(3)SC シナリオは1つであったが、SC4名の役割を OTC 使用予定者本人:2名、母親:1名、妻:1名と設定することで、参加者が SC より得られる情報量の違いが推奨薬選定に影響するなど、OTC 医薬品販売の難しさを認識させることができた点である。この3点に関しては、当初、OTC 販売力強化を目的に参加した人が少なかったが、参加者の感想等から OTC 医薬品の販売自体への興味が喚起された人やその重要さに気づいた人もおり、ある程度の目的は達成したものと考えられた。本研修会では各グループの進行役を担うファシリテーターは3名であったが、OTC 販売で陥りやすいコミュニケーション上の問題や、症状の重要性や緊急性を確認することを忘れないようにといった点をあらかじめ共有することで、各自が有用なフィードバックが実施できたものとする。次回からは、ファシリテーターの意識の共有を図ることで、より密度の高い研修になるようにしていきたい。

第三章では、「薬剤師の継続的な関わり」と「薬局サービスの質」との関係性について調査した。調査は薬局の定期利用患者を対象に横断調査を実施した。147 薬局を利用する 3,492 名の患者調査票を分析対象とした。本研究は、「かかりつけ薬剤師」制度導入前の研究であることから、混同を避けるため“Family Pharmacist”ではなく、あえて“My Pharmacist”という言葉を用いた。患者は、薬剤師/薬局の利用形態から4つのグループ 1. “My Pharmacy/ My Pharmacist”、2.“My Pharmacy/ Multiple Pharmacists”、3.“Multiple Pharmacies/ My Pharmacist”、4.“Multiple Pharmacies/ Multiple Pharmacists” に分類し、それぞれのサービスの質の評価、群間比較、各群内の相関関係を分析した。“My Pharmacy/ My Pharmacist”は、他の3群に比して、薬局・薬剤師の対人サービス評価（患者情報の共有と活用、健康サポート機能、患者への配慮）、ニーズに合わせた情報資材の変更、患者応対の質重視度、医療機関にかかる時の心構えのいずれにおいても高い得点を得た。調査結果

から、“My Pharmacist”が提供する個別性の高い対人サービスが、患者の全体的な満足度だけでなく、薬剤師サービスの質の評価とも関連していることが明らかになった。また、“My pharmacist”の個別性の高い情報提供が、患者のヘルスリテラシーとも関連していると考えられた。

結果を患者中心の医療の側面から考察すると、UMPA model、4つの習慣、オープンネスについて言及した Oliveira, et al.の主張で、共通して重要視されているのは患者に心を開いてもらうための関係性の構築である。“My Pharmacist”であるということは、毎回、面談の度に新たに関係性を構築する必要がない。すでに良好な関係性が構築されていることが最大の強みとなり、“My Pharmacist”利用者において、[310:患者・家族・生活者のニーズや問題点の把握]が容易となり、[320:患者・生活者と情報を共有する]が実践され、総合満足度にも高い評価を得られたものと推察される。今回の調査で全体の1/3を占めている“Multiple Pharmacy/Multiple Pharmacists”利用者の多い薬局への対策として、今回の調査結果から得られた知見に基づけば、薬剤師は、患者と継続的な一対一の対話に取り組むべきである。これらの相互作用は、薬剤師が彼らの見方を「調剤中心」から「患者中心」に変える可能性を提示し、それは最終的に患者評価の改善につながる可能性がある。

欧米諸国においては、薬学生と薬剤師が共通のコンピテンシーや行動規範を目指して学習できる基盤が整いつつあるが、我が国においては6年制卒業時までの到達目標までしか提示されていない。そこで、本研究では、我が国で初めてとなる薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードとしてPCSを開発した。PCSは、これからの薬剤師に求められる「患者中心」「多職種協働」のためのコンピテンシーを包含しており、全ての薬剤師のみならず、学生も目指すべき内容となった。

「患者中心」は、患者の尊厳と主体性を重んじ、自律を促し、患者と医療者が共にケアを進める概念であり、今後更なる増加が見込まれる非感染性疾患のプライマリケアや治療に欠くことのできない目的として欧米諸国の薬剤師のコンピテンシーにも掲げられている。超高齢社会の只中にある我が国において、薬物療法を担う薬剤師が、未だ一方的な説明を目指すようでは機会損失と考える。

薬機法の改正により、薬剤師による服用期間中のフォローアップが義務づけられ、薬局は「調剤の業務並びに薬剤及び医薬品の適正な使用に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所」として再定義された。個別性があり患者満足度の高い情報

提供のためには、それに先立つ[患者ニーズや問題点の把握]が不可欠であることは、本研究の結果からも明らかである。

PCS と PCS の中でも実施の困難な[患者ニーズや問題点の把握]を容易にするアプローチは、「指導」から「共に考える」姿勢へと、我が国の薬剤師の行動変容を支援し、我が国の国民性に合った「患者中心の薬物治療」の実践へと導くものと確信している。

謝 辞

本研究を遂行するにあたり、終始懇篤なる御指導と御鞭撻を賜りました東京理科大学薬学部 花輪剛久教授に深甚なる感謝の意を表しますとともに厚く御礼申し上げます。

本論文作成にあたり、有益なる御助言ならびに御校閲を賜りました東京理科大学薬学部 青山隆夫教授、高橋秀依教授、山下親正教授、根岸健一准教授に深く感謝の意を表します。

本論文作成ならびに発表に際し、積極的な御助言を頂きました東京理科大学薬学部小茂田昌代教授、鹿村恵明教授に深く感謝いたします。

本論文を構成する論文の共著者の方々に、ともに研究に携わってくださったことに心より感謝いたします。

研究に参加していただいた全国の薬局薬剤師の皆様、患者様に深く感謝いたします。

「かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードの構築」は JSPS 科研費（16K08417）の助成を受けたものです。

「かかりつけ薬剤師」と「薬局サービスの質」との関連性に関する調査は、社団法人くすりの適正使用協議会より助成（RCJ2015001）を受けたものです。

論文目録

<主論文題目>

薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダードの構築と
実践に向けたアプローチ

<主論文を構成する論文>

1. かかりつけ薬剤師に求められるコミュニケーションスタンダード (Pharmaceutical Communication Standard) の構築

後藤 恵子, 富澤 崇, 有田 悦子, 沼田千賀子, 野呂瀬崇彦, 井手口直子, 半谷眞七子,
平井みどり

日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌. 2019; 17 (2):17-29.

2. Evaluation of Community Pharmacist Training on Patients' Non-Verbal Communication
(患者の非言語コミュニケーションに焦点を当てた薬局薬剤師研修の評価)

Keiko Goto, Izumi Shinozaki, Tomoyo Ishihara, Fusao Kaiho and Takehisa Hanawa

医療薬学. 2015; 41:66-79.

3. 糖尿病が疑われる人の受診勧奨後の受診率向上に向けたアプローチの検討

後藤 恵子, 三輪 生子

日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌.2016; 14(1):14-22.

4. Examining the association between the “My Pharmacist” model and the service quality of
community pharmacies: a cross- sectional study in Japan

(「かかりつけ薬剤師」と「薬局サービスの質」との関連性に関する調査：日本における
横断研究)

Keiko Goto, Tsugumichi Sato, Yoshiaki Shikamura, Kaori Nomura, Kenichi Negishi,
Takehisa Hanawa

Research in Social and Administrative Pharmacy. In press

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.10.012>

<参考論文>

1. OTC医薬品販売時の応対に関する模擬顧客 (Simulated Customer: SC) を活用した薬剤師教育と学習効果

赤木 祐貴, 鹿村 恵明, 高橋 淳一, 後藤 恵子, 青山 隆夫

日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会会誌. 2012; 10(1):25-32

参考文献

- 1) Stewart ME, Roter DE, editors. *Communicating with Medical Patients*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989.
- 2) Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care*. 1987; 25(5):437–451.
- 3) Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999; 131(11):822–829.
- 4) Zolnierok KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009; 47(8):826–834.
- 5) Silk KJ, Westerman CK, Strom R, Andrews KR. The role of patient-centeredness in predicting compliance with mammogram recommendations: an analysis of the Health Information National Trends Survey. *Commun Res Rep*. 2008; 25(2):131–144.
- 6) Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo R. Taking antihypertensive medication—controlling or co-operating with patients. *Int J Cardiol*. 1995; 47(3):257–268.
- 7) Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *J Chronic Dis*. 1984; 37(9–10):755–764.
- 8) Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA*. 1994; 272(20):1583–1587.
- 9) McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehota P, Nadler E, Arora NK. Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Soc Sci Med*. 2011; 72(7):1085–1095.
- 10) Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ*. 1998; 317(7167):1202–1208.

- 11) Almalki ZS, Alotaibi AA, Alzaidi WS, Alghamdi AA, Bahowirth AM, Alsalamah NM. Economic benefits of implementing patient-centered medical home among patients with hypertension. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2018; 10: 665–673.
- 12) World Health Organization, WHO Framework on integrated people-centred health services. 2017. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> Accessed November 22, 2019.
- 13) Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci.* 1978; 310:169–87.
- 14) Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980; 137(5):535–44.
- 15) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Institute of Medicine, National Academy Press; Washington, DC, USA: 2001.
- 16) Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. *J. Am. Med. Assoc.* 2006; 296:2848–2851.
- 17) Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* 2nd ed. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.
- 18) Rider EA, Keefer CH, Constance HK. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education.* 2006; 40:624–629.
- 19) Silverman J. The Calgary-Cambridge guides: The ‘teenage years’. *Clin. Teach.* 2007; 4:87–93.
- 20) Frankel RM, Stein TM. Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *J. Med. Pract. Manag.* 2001; 16:184–191.
- 21) King A, Hoppe RB. Best practice for patient-centered communication: A narrative review. *JGME.* 2013; 5:385–393.
- 22) Greenhill N, Anderson C, Avery A., Pilnick A. Analysis of pharmacist-patient communication using the Calgary-Cambridge guide. *Patient Educ Couns.* 2011; 83:423–431.
- 23) Grice GR, Gattas NM, Prosser T, Voorhees M, Kebodeaux C, Tiemeier A, et al. Design and validation of patient-centered communication tools (PaCT) to measure students’ communication skills. *AJPE.* 2017; 81:33–48.

- 24) Naughton CA. Patient-Centered Communication. *Pharmacy* (Basel). 2018 Mar; 13:6(1):18.
- 25) 松岡一郎. 薬学教育の枠組みを「知る」ことからFD活動を考える.—四国4学部薬学
連合事業による海外薬学教育調査—. *薬学教育*. 2018; 2:81–95.
- 26) Harden RM. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to
outcome-based education. *Med Teach*. 1999; 21(1):7–14.
- 27) Joint Commission of Pharmacy Practitioners (US). Pharmacists' Patient Care Process. 2014.
[https://jcpp.net/wp-content/uploads/2016/03/PatientCareProcess-with-supporting-
organizations.pdf](https://jcpp.net/wp-content/uploads/2016/03/PatientCareProcess-with-supporting-organizations.pdf) Accessed November 22, 2019.
- 28) 薬学系人材養成の在り方に関する検討会, 薬学教育モデル・コアカリキュラム平成25
年度改訂版.
[https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2015/02/12/13
55030_01.pdf](https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2015/02/12/1355030_01.pdf) アクセス 2020 年 1 月 10 日.
- 29) Chen P. A survey of factors influencing customer satisfaction at dispensing pharmacies.
Shinshu Med J. 2007; 55:327–332.
- 30) Sakurai H, Nakajima F, Tada Y, et al. An investigation of pharmacy functions and services
affecting satisfaction of patients with prescriptions in community pharmacies. *Yakugaku Zasshi*.
2009; 129:581–591
- 31) Kamei M, Teshima K, Fukushima N, Nakamura T. Investigation of patients' demand for
community pharmacies: Relationship between pharmacy services and patient satisfaction.
Yakugaku Zasshi. 2001; 121:215–220.
- 32) Sakurai H, Kawahara S, Tada Y, et al. An investigation on patient satisfaction at community
pharmacies: Analyzing questionnaire survey by structural equation modeling and multiple
regression analysis. *Yakugaku Zasshi*. 2007; 127:1115–1123.
- 33) Sashima S, Sakurai H, Wagatsuma T, Sato Y, Hayase Y. An investigation on evaluation
structure of the patient for ingestion instruction in community pharmacies. *Iyakuhin Johogaku*.
2015; 17:118–124.
- 34) 川合由紀, 岸本佳子, 臼井得雄, 後藤知良, 福島紀子. 薬局が提供する医療に対する認
識と患者満足度. *社会薬学*. 2012; 31:36–46

- 35) Cantrell, C.R.; Priest, J.L.; Cook, C.L.; Fincham, J.; Burch, S.P. Adherence to treatment guidelines and therapeutic regimens: A U.S. claims-based benchmark of a commercial population. *Popul. Health Manag.* 2011; 14:33–41.
- 36) Brown, M.T.; Russell, J.K. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin. Proc.* 2011; 86: 304–314.
- 37) ファイザー株式会社. 「処方薬の飲み残しに関する意識・実態調査」参考資料.2012. <https://www.pfizer.co.jp/pfizer/company/press/2012/documents/20121113.pdf> アクセス 2018年8月7日
- 38) Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *AMJ Health Promot.*1997; 12(1):38–48.
- 39) Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. *The transtheoretical model and stages of change.* In K. Glanz, BK. Rimer, K. Viswanath eds. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. Jossey-Bass; 2008.pp97–121.
- 40) 中山和弘, 田口良子. Health Literacy 健康を決める力, 1.健康のためには情報に基づく意思決定を. http://www.healthliteracy.jp/kenkou/post_20.html アクセス 2019年11月4日
- 41) 厚生労働省. 患者のための薬局ビジョン～「門前」から「かかりつけ」,そして「地域」へ～. http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf アクセス 2016年8月7日
- 42) 日本薬剤師会, 薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダード (PS) 【平成23年度版】 <https://www.nichiyaku.or.jp/activities/jpals/standard.html> アクセス 2016年8月7日
- 43) 有馬賢治. マーケティングにおける環境要因の再考. *立教経済学研究.* 2003; 57(2): 31–52.
- 44) World Health Organization with International Pharmaceutical Federation: *Developing pharmacy practice, A focus on patient care. Handbook-2006 Edition.* 2008. pp15–17
- 45) FIP Pharmacy Education Taskforce. *A Global Competency Framework Ver.1.* FIP Education Initiatives. 2012. pp12–13.
- 46) Burke MJ, Miller WA, Spencer AP, Crank CW, Adkins L, Bertch KE, et al. ACCP White paper Clinical Pharmacist Competencies. *Pharmacotherapy.* 2008; 28:806–815.

- 47) The National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA). Professional COMPETENCIES for Canadian Pharmacist at Entry to Practice. 2014.
http://medicine.iupui.edu/flockhart/https://napra.ca/sites/default/files/2017-08/Comp_for_Cdn_PHARMACISTS_at_EntrytoPractice_March2014_b.pdf
アクセス 2016 年 8 月 7 日
- 48) Pharmacy Council of New Zealand. COMPETENCE STANDARDS FOR THE PHARMACY PROFESSION. New Zealand: Pharmacy Council of New Zealand. 2010; pp16–19.
- 49) The Pharmaceutical Society of Ireland. CORE COMPETENCY FRAMEWORK for Pharmacists. Ireland: The Pharmaceutical Society of Ireland. 2007; pp14.
- 50) 野呂瀬崇彦, 有田悦子, 半谷眞七子, 後藤恵子, 患者はかかりつけ薬剤師に何を期待しているのか?～フォーカスグループに基づく質的研究から～. *社会薬学*. 2018; 37:117–126.
- 51) Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*. 2006; 40:624–629.
- 52) 飯野直子, 薬局における薬剤師のコンピテンシー : 薬剤師のキャリア開発を視点としたコンピテンシーマネジメントの導入, *保健医療科学*. 2006; 55:133–146.
- 53) 川村和美. 緩和薬物療法認定薬剤師のコンピテンシー開発.
http://idportal.gsis.kumamoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/sites/3/2017/04/kawamura_%E4%BF%AE%E5%A3%AB%E8%AB%96%E6%96%87.pdf アクセス 2018 年 6 月 15 日
- 54) 内閣府. 今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針～平成 13 年 6 月 26 日閣議決定～. 2001. <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2001/0626kakugikettei.pdf> アクセス 2018 年 6 月 15 日
- 55) 多職種連携コンピテンシー開発チーム. 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー.
http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryu/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf アクセス 2016 年 8 月 4 日
- 56) Wolters M, van Hulten R, Blom L, Bouvy ML. Exploring the concept of patient centred communication for the pharmacy practice. *Int J Clin Pharm*. 2017; 39:1145–1156.
- 57) de Oliveira D.R., Shoemaker S.J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: Openness and the pharmacist's natural attitude. *J. Am. Pharm. Assoc*. 2006; 46:56–66.

- 58) 日本医師会総合政策研究機構. 日本の医療のグランドデザイン. 2019年2月6日.
https://www.jmari.med.or.jp/download/grand_design-2030.pdf
アクセス 2019年11月10日
- 59) Inoue Y, Saitoh R, Kanamoto I, Tajima K, Toyooka K, Taguchi M, *J of Pharma Commu.* 2012; 10(2):16–23.
- 60) Shah B, Chewing B. Conceptualizing and measuring pharmacist–patient communication: a review of published studies. *Res Soc Adm Pharm.* 2006; 2(2):153–185.
- 61) McGuire L.C. Remembering what the doctor said: Organization and adults’ memory for medical information. *Exp. Aging Res.* 1996; 22:403–428.
- 62) Mishler EG. *The Discourse of Medicine, Dialectics of Medical Interviews.* Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Co;1984. pp103–111.
- 63) Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med.* 1978; 88:251–258.
- 64) Lipkin M, Putnam MS, Lazare A. *The Medical Interview, Clinical Care, Education, and Research.* eds. by Lipkin JM, Putnam MS, Lazare A, Carroll JG, Frankel MR. New York: Springer-Verlag; 1995. pp153–162.
- 65) Pollock K. “I’ve not asked him, you see, and he’s not said”: understanding lay explanatory models of illness is a prerequisite for concordant consultations. *Int J Pharm Pract.* 2001; 9:105–117.
- 66) Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ.*2000; 320:484–488.
- 67) Tokyo pharmacist society. *Transmission workshop materials for 2014 dispensing fee revision.* 2014; pp79–80.
- 68) Sabate E ed. *Adherence to long term therapies: evidence for action,* World Health Organization. 2003; pp19–20.
- 69) Katon W, Kleinman A. *The Relevance of Social Science for Medicine.* Vol. 1, Studies in Comparative Cross-Cultural Research. eds. by Eisenberg L, Kleinman A. Dordrecht: Springer Netherlands; 1981. pp253–279.

- 70) 飯島克巳, 佐々木蔭人訳: *メディカルインタビュー: 3つの機能モデルによるアプローチ第2版* (Cole S A, Bird J. *The Medical Interview*) .東京: メディカルサイエンスインターナショナル;2003.
- 71) Hashimoto S. *Health counseling dictionary*. Nagoya: Nissouken press:1999. pp 46–47.
- 72) Ekman, P. *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. NY, US: Henry Holt and Co; 2003
- 73) Nakanishi N, Feelings and words of the patient to be reflected in the medication history. *Nikkei Drug Information*. 2006; 106:51–55.
- 74) Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Prevent Psychol*. 1995; 4:21–35.
- 75) DiMatteo MR, Taranta A, Angelo, Friedman, Howard S, Prince, Louise. Predicting patient Satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*. 1980; 18:376–387.
- 76) Burgoon JK, Buller DB, Woodall WG. “*Nonverbal Communication: The Unspoken Dialogue*”. 2nd ed. New York: McGraw-Hill;1995. pp251–255.
- 77) 宗像恒次. 最新 行動科学からみた健康と病気.東京;メヂカルフレンド社;1995. pp25–29.
- 78) 厚生労働省. 2017年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について【概要】. 2019年3月 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000489840.pdf> アクセス 2019年11月10日
- 79) 江部直子, 八幡和明. 重症合併症をきたした患者における治療中断・検診後放置の実態. *糖尿病*. 1995; 38(supple1):202.
- 80) 厚生労働省. 検体測定室等について. 2014年4月9日 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000098580.html> アクセス 2019年11月10日
- 81) 舟橋博子, 西田友子, 岡村雪子, 榊原久孝. 中年期における特定健康診査未受診者の特性. *日本公衆衛生雑誌*. 2013; 60:119–127.
- 82) 小澤元美他. 集団検診要精密検診未受診者への保健指導のあり方について: 過去5年間の追跡調査の分析から. *東京都衛生局学会誌*. 2000; 104:362–363.

- 83) 砂金七恵, 福士梢, 畠山由記, 奥野深雪, 阿部千華子, 藤田寿子. 血糖値の再検査が必要な受診者の気持ちの把握: 人間ドックにおける関わりからの考察. *北海道農村医学雑誌*. 2006; 38:90–95.
- 84) 谷口孝子, 小西輝美, 松井利夫, 他. 基本健康診査の受診・未受診に及ぼす要因の解析. *北陸公衆衛生学会誌*. 2001; 28:39–44.
- 85) 小林志津子, 斉藤繭子, 片岡明美, 他. 新保卓郎. 日本女性の乳癌死を減少させることは可能か 日本人女性の乳癌検診受診行動の促進要因と阻害要因の検討. *日本乳癌検診学会誌*. 2006; 15:69–74.
- 86) Lam WW, Tsuchiya M, Chan M, Chan SW, Or A, Fielding R. Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study. *J Public Health*. 2008; 31 :59–68.
- 87) 石井均. DAWN study. *内分泌・糖尿病・代謝内科*. 2010; 30:585–590.
- 88) Kim W. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*. 1992; 59:329–349.
- 89) Kim W, Gary M, Dennis M. *Effective HEALTH RISK MESSAGES: A Step-by-Step Guide*. Thousand Oaks: Sage Publications;2000. pp24–29.
- 90) 坂野雄二, 東條光彦. 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. *行動療法研究*.1986; 12:73–82.
- 91) 金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二. 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連. *心身医学*.1996; 36:499–505.
- 92) 石井均監訳. *糖尿病バーンアウト 燃え尽きないためのセルフケアとサポート*. (Polonsky WH. Diabetes BURNOUT) 東京: 医歯薬出版; 2003.pp108–120.
- 93) 新納美美, 森俊夫. 企業労働者への調査に基づいた日本版 GHQ 精神健康調査票 12 項目版 (GHQ-12) の信頼性と妥当性の検討. *精神医学*.2001; 43:431–436.
- 94) 橋本佐由理, 奥富庸一, 宗像恒次. SAT カウンセリングセミナーの教育効果に関する研究第 14 報. *ヘルスカウンセリング学会年報*.2008; 14:65–85.
- 95) 大石まり子, 赤澤好温. 未治療糖尿病初診患者の糖尿病性合併症に関する研究, 平成 7 年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業. *糖尿病調査研究報告書*.1995: pp41–44.
- 96) 赤尾綾子, 郡山暢之, 近藤春香, 他. 糖尿病セルフケアに関する自己効力感尺度作成の試み. *糖尿病*.2011; 54:28–134.

- 97) Hurley AC. Self-efficacy: strategy for enhancing diabetes self-care. *Diabetes Educator*. 1992; 18:146–50.
- 98) 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳. ストレスの心理学 [認知的評価と対処の研究] . (Lazarus SR, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping) 東京: 実務教育出版;1991. pp149–150.
- 99) Rosenstock IM. Historical Origin of the Health Belief Model. *Health Education monographs*.1974; 2:328–335.
- 100) Bandura A. *Psychological modeling: conflicting theories*. Chicago: Aldine·Atherton;2001.
- 101) 検体測定室連携協議会. 検体測定室運営件数の推移. 2019年9月.
http://www.yubisaki.org/common/item/release_1_20191002.pdf アクセス 2019年10月10日
- 102) 厚生労働省. 検体測定室に関するガイドライン. 平成26年4月
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000098574.pdf> アクセス 2019年10月10日
- 103) 吉田加奈, 岩田紘樹, 小林典子, 藤本和子, 岡崎光洋, 山浦克典. 検体測定室届出薬局における簡易血液検査の継続を阻害する要因の解明. *医療薬学*. 2016; 42(7):543–549.
- 104) 厚生労働省. 健康情報拠点薬局(仮称)のあり方に関する検討会.健康サポート薬局のあり方について.2015年9月. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/matome.pdf#search=%27>
アクセス 2019年10月10日
- 105) World Health Organization. *Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication*. Geneva: WHO; 2000.pp4–31.
- 106) 厚生労働省. 薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律(概要), 参考資料5. 2014年2月. <https://www.pmda.go.jp/files/000154473.pdf#search=%27> アクセス 2019年10月10日
- 107) 厚生労働省. セルフメディケーション税制 (医療費控除の特例) について.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124853.html> アクセス 2019年10月10日
- 108) 日本 OTC 医薬品協会, 日本一般用医薬品連合会. セルフメディケーション税制に関する生活者 16 万人調査 報道用資料. 2019年6月24日.
https://www.jfsmi.jp/pdf/20190624_1.pdf アクセス 2019年10月10日

- 109) みずほ情報総研株式会社. 「かかりつけ薬剤師・薬局機能調査・検討一式」かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書. 2019年3月.
http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/007/526/20190617/0617_8.pdf アクセス 2019年10月10日
- 110) Pray SP. *Nonprescription Product Therapeutics*. Maryland: Lippincott Williams Wilkins;1999:pp4–16.
- 111) 薬学系人材養成の在り方に関する検討会. 薬学教育モデル・コアカリキュラム平成25年度改訂版.平成27年12月.
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2015/02/12/1355030_02.pdf アクセス 2019年10月10日
- 112) 内藤結花, 石井正和, 川名慶治, 坂入由貴, 清水俊一, 木内祐二. 頭痛患者のセルフメディケーションにおける保険薬局薬剤師の役割.*YAKUGAKU ZASSHI*.2009; 129:735–740.
- 113) 平田幸一, 岩波久威, 門脇太郎. 頭痛の診断 問診の進め方と頭痛ダイアリーの使い方. *クリニカルプラクティス* 2006; 25(9): 820–825.
- 114) 半谷眞七子, 安間保恵, 亀井浩行, 他. OTC 薬選択時における患者と薬剤師間の RIAS によるコミュニケーション分析. *医療薬学*. 2008; 34:1059–1067.
- 115) Suzuki J, Senba Y, Kaiho F. The actual state of understanding and utilization of “home pharmacy” in residents and their regional differences. *Yakugaku Zasshi*. 2011; 131:1127–1134.
- 116) Sakurai H, Nakajima F, Tada Y, et al. An investigation of pharmacy functions and services affecting satisfaction of patients with prescriptions in community pharmacies. *Yakugaku Zasshi*. 2009; 129:581–591
- 117) Japan Pharmaceutical Association. Zadankai; Kanjya kara mita iyakubungyo no hyoka: Kenkyu kekka no gaiyou. *J Japan Pharm Assoc*. 2004; 56:542–544.
<http://iss.ndl.go.jp/books/R000000004-I6943496-00>
- 118) 認定 NPO 法人, ささえあい医療人権センター COML. 新医者にかかる 10 箇条.
<http://www.coml.gr.jp/shoseki-hanbai/10kajo.html>
アクセス 2018年9月8日
- 119) Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260:1743–1748.
- 120) Johnson JA, Coons SJ, Hays RD. The structure of satisfaction with pharmacy services. *Medical Care*. 1998; 36:244–250.

- 121) Singhal PK, Gupchup GV, Raisch DW, Schommer JC, Holdsworth MT. Impact of pharmacists' directive guidance behaviors on patient satisfaction. *J Am Pharm Assoc.* 2002; 42:407–412.
- 122) Cranor CW, Christensen DB. The Asheville Project: Short-term outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc.* 2003; 43:149–159.
- 123) Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med.* 1994;38: 509–516.
- 124) Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, et al. Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Aff.* 1991; 10:254–267.
- 125) Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2002; 14:353–358.
- 126) Takaki H, Abe T, Hagiwara A. Perceptions of pharmacists and patients on information provision and their influence on patient satisfaction in Japanese community pharmacies. *J Eval Clin Pract.* 2015; 21:1135–1141.
- 127) 井田恭子, 佐原加奈子. 実録! かかりつけ薬剤師. 日経ドラッグインフォメーション.2017.5. pp PE05.
- 128) Ministry of Health, Labour and Welfare. Eisei gyousei houkokurei no gaikyou https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/16/dl/kekka5.pdf.
アクセス 2018 年 9 月 8 日
- 129) Ministry of Health, Labour and Welfare. Kanja tyousa gaikyou 2017. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/01.pdf>. アクセス 2018 年 9 月 8 日
- 130) Ministry of Health, Labour and Welfare. “Kakaritsuke yakuzaiishi・yakkyoku” ni kansuru doukou tyousa houkokusyō. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/H29tyousahoukokusyō.pdf> アクセス 2018 年 9 月 8 日