

短 報

薬局薬剤師が考える 減薬提案したくてもできない理由とその改善策の調査

熊木良太¹, 後藤広樹², 赤川圭子¹, 後藤知良³, 岸本桂子¹

¹ 昭和大学大学院 薬学研究科 社会薬学分野,

² 株式会社マツキヨココカラ&カンパニー,

³ 公益社団法人 神奈川県薬剤師会

Survey on Community Pharmacists' Reasons for Hesitating to Propose Drug Reduction Plans and Measures to Improve This Situation

Ryota Kumaki¹, Hiroki Goto², Keiko Akagawa¹, Tomoyoshi Goto³ and Keiko Kishimoto¹

¹Department of Social Pharmacy,

Showa University Graduate School of Pharmacy,

²MatsukiyoCocokara & Co.,

³Kanagawa Pharmaceutical Association

Received, March 1, 2023; Accepted, August 30, 2023

Abstract

This study aimed to determine the reasons community pharmacists hesitate to propose drug reduction plans and measures to improve this situation, by using qualitative analysis methods. We surveyed community pharmacists of the Kanagawa Pharmaceutical Association using open-ended questionnaires. On examining the responses of 23 participants, we extracted the following seven categories of reasons for their hesitancy to propose drug reduction and generated the relationships among them; “weak relationship between patients and pharmacists,” “patients have a negative attitude about drug reduction,” “pharmacy workload is complicated and busy,” “pharmacists lack knowledge and experience concerning drug reduction,” “lack of collaboration and information exchange with medical institutions,” “lack of collaboration with doctors,” and “doctors lack awareness of drug reduction.” In addition, 65 specific improvement measures were identified in the questionnaire data. Community pharmacists must be well prepared daily and respond instantly when patients need drug reduction.

Key words: polypharmacy, drug reduction proposals, community pharmacist, community collaboration, qualitative research

緒 言

ポリファーマシーとは、多剤服用の中でも害をなすものと定義されている¹⁾。高齢者では、加齢に伴う薬物動態の変化や多剤服用による薬物有害事象の増加、薬物相互作用および処方・調剤の誤りや飲み忘れ・飲み間違いの発生確率増加に関連した薬物有害事象の増加が大きな問題となっている²⁾。薬物有害事象は薬剤数に関連しており、6種類以上で有意に薬物有害事象が増加したことが報告されている³⁾。

ポリファーマシー解消のための施策として、2018年の診療報酬改定にて、調剤報酬において服用薬剤調整支援料（125点）⁴⁾が新設され、さらに2020年の改定では、服用薬剤調整支援料2（100点）⁵⁾が追加された。服用薬

剤調整支援料2では、6種類以上の内服薬が処方されている患者に対して、患者等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定することができる。このように調剤報酬にポリファーマシー解消に向けた取り組みが追加されていることから、薬局薬剤師がポリファーマシー解消に向けてより積極的に介入し、減薬提案していくことが期待されていると考えられる。

一方、現在の服用薬剤調整支援料の算定状況は、厚生労働省の調査⁶⁾によると、2018年度に地域支援体制加算を算定している施設（759件）のうち、服用薬剤調整支援料（現在の服用薬剤調整支援料1と同要件）を算定

連絡先：熊木良太 e-mail : r.kumaki@pharm.showa-u.ac.jp

(問1), 年齢(問2), 薬剤師としての勤務経験(問3), 勤務先の業務形態(問4), 勤務先の立地(問5), 減薬提案を妨げている理由(問8), 減薬提案したくてもできない1番の理由(問9-1)とその改善策(問9-2), 薬局業務の忙しさが減薬提案を妨げている程度(問10-1)とその改善策(問10-2), 患者が減薬を嫌がることが減薬提案を妨げている程度(問11-1)とその改善策(問11-2), 処方医との関係性が減薬提案を妨げている程度(問12-1)とその改善策(問12-2)について質問した。問8は自由記述とし, 最低5つの回答を依頼した。問9-1, 9-2, 問10-2, 11-2, 12-2については, 各20字以上の自由記述とした。問10-1, 11-1, 12-1はとても妨げている~全く妨げていないの5段階評価とした。

4. データ解析

自由記述のうち, 問8, 問9-1は, KJ法に基づいた質的統合法¹³⁾を用いて, 研究者3名で実施した。質的統合法を用いた理由は, 質的統合法とは, バラバラのデータから「仮構築」のプロセスを経て, 「整合性のある論理構造」を見出す作業¹³⁾であり, 本研究にて得られたデータから薬局薬剤師がどのようなことを障害だと考え, 何を解決すれば良いのかを論理的かつ具体的に明らかにするのに適していると考えたためである。質的統合法の分析手順は次の通りである。始めに全ての記述内容を切片化し, 概念を付与した。次に, 概念の類似性や差異性に着目しながら, 意味の類似した概念をまとめ, より高次のなカテゴリを生成した。最後に, カテゴリ間の関連性や相互関係等を矢印で図解した。

また, 問9-2, 問10-2, 11-2, 12-2は, 概念化すると抽象度が高くなり, 具体的な改善策が隠れてしまう可能性があることから, 概念化せず, 要約と分類に留めた。なお, 問10-1, 11-1, 12-1で「あまり妨げていない」ま

たは「全く妨げていない」と回答した場合の改善策(問10-2, 11-2, 12-2)は除外した。

5. 倫理的配慮

本研究は, 昭和大学薬学研究科 人を対象とする研究等に関する倫理委員会の承認(承認番号:388)を得て実施した。

結 果

1. 回答者背景

回答者背景を表1に示す。回答が得られた39名のうち, 基準に該当したのは23名であった(有効回答率59.0%)。回答者の性別は, 男性16名(69.6%), 女性7名(30.4%)であった。薬局勤務年数(中央値[四分位範囲])は16.0年[8-23]であった。勤務先の業務形態は, 調剤薬局が22名(95.7%)であった。立地条件はクリニックや診療所の前に構えているマンツーマン薬局が11名(47.8%)と最も多く, 次いで総合病院前に構えている門前薬局が6名(26.1%)であった。

2. 減薬提案をしたくてもできない理由

減薬提案したくてもできない理由(問8, 9-1)の分析結果を表2に示す。自由記述より生成された切片の総数は95個であり, 27個の概念, 7個のカテゴリが得られた。カテゴリ間の関連性や相互関係等を矢印で図解した。減薬提案したくてもできない理由の概念図を図2に示す。なお, 本文中では, カテゴリを【】, 概念を「」で示し, 切片は, 概念と文章が非常に近似していることから省略した。

【患者と薬剤師の希薄な関係】は, 薬剤師自身が, 患者は薬剤師の「話を聞いてくれない」, 「薬剤師に言われたくない」と考えていることから成り立ち, 薬剤師と患者間の意思疎通や情報伝達が不十分な状態である。その

表1 回答者背景

	n (%)
性別	
男性	16 (69.6)
女性	7 (30.4)
勤務歴(中央値[四分位範囲], 年)	
薬局	16.0 [8-23]
病院	0.0 [0-0]
現在の勤務先	
調剤薬局	22 (95.7)
ドラッグストア併設薬局	1 (4.3)
薬局形態	
マンツーマン薬局(クリニックや診療所の前に構えている)	11 (47.8)
門前薬局(総合病院の前に構えている)	6 (26.1)
面分業薬局	5 (21.7)
医療モール型薬局	1 (4.3)

全23名の回答者の属性を示している。

表2 減薬提案したくてもできない理由

カテゴリ	概念	切片（原文のまま）一部抜粋
患者と 薬剤師の 希薄な関係	話を聞いてくれない	患者が話を聞いてくれなかった コミュニケーションが難しい患者の場合、減薬のご提案ができない
	薬剤師には言われたくない	薬剤師には言われたくない
	患者の気持ちが分からない	患者が本当に減薬を望んでいるか分からない 患者の理解を得られるか不安
	患者の体調に問題が生じていない	高齢者の用量を超えているが、継続処方では体調が安定しているとき 患者が現在の処方では体調が安定しているとき
	患者の待ち時間への懸念	患者が急いでいるとき 待ち時間が長くなってしまふ
	患者の金銭的な負担を懸念	減薬しても会計負担があまり変わらない 郵送など費用発生
患者が 減薬に 後ろ向き	減薬したがる	患者本人もしくは家族が減薬したがる 患者ご家族の強い希望等、減薬に抵抗を示すことがあるため
	服薬していることに安心	服薬による患者の精神的メリット 患者が薬を飲んでた方が安心という場合
	医師への連絡を嫌がる	患者が医師への情報提供に難色を示す 患者さんが聞かないで欲しいと言う、医師の書いたままで良い
薬剤師の 知識・ 経験不足	知識不足	減薬提案するに至るエビデンスを提示できない、知識不足 減薬が可能か判断がつかなかった
	経験不足	提案、算定経験の少なさ「時間の問題」とも重複する部分があるが、経験が少ないが故に、どのように提案を行って良いか分からない部分がある。それにより得られるメリットをあまり想像できない 実績があまりなくて不安
	責任の問題	責任の問題 処方変更にこぎつけることが出来たととしても、それによって患者さんの不利益を引き起こしてしまうのが怖い もし削除して、その後患者が体調不良等を感じた場合、薬を削除したせいだと患者に思われる可能性がある
薬局業務の 忙しさ・ 煩雑さ	減薬提案以外の業務が忙しい	日常業務煩雑な中で十分な対応が出来ていない 現在の勤務形態でそこまで時間を捻出できない
	減薬提案の手順が煩雑	医師への疑義照会・情報提供の手間 情報提供を文書で行うことが負担
	調剤過誤の懸念	一包化予製を組んでいる事が多く、減薬する事による変更作成漏れの調剤過誤の懸念も考えられる為
医療機関との連携・ 情報不足	患者情報の不足	疾病名・既往歴の情報が不足している
	医師-患者間の会話内容が不明	医師と患者さんとの会話の内容が分からないので、聞きにくい。
	服用薬を把握できない	薬の現物を確認できないため（患者の勘違いの可能性もあるため） 患者さんが病院ごとにお薬手帳を作られていて、服用薬を把握しきれていない場合
	処方意図不明	処方経過の詳細が不明→服薬によりどの程度改善したのか なんとなく服用している
	DO 処方	転院による DO 処方
	医療機関との連携不足	面処方などで医療機関との連携が取れていなかった

ため、薬剤師は漫然投与のリスクなどの減薬の必要性についての情報提供が十分にできず、患者の理解を得にくい。加えて、患者自身が「服薬していることに安心」し

ているなど、「減薬したがる」といった【患者が減薬に後ろ向き】な状態に陥っており、減薬に対する認識に薬剤師と患者間で違いが生じている。さらに、この2

表2 減薬提案したくてもできない理由（続き）

カテゴリ	概念	切片（原文のまま）一部抜粋
医師との連携不足	医師とのコミュニケーション不足	処方医とのコミュニケーション不足 医師とのコミュニケーション不足→疑義照会では簡潔に目的のみ話すが、禁忌ではない内容で処方内容に意見する事を良く思わない医師も少なからずいる
	医師への遠慮	往診中の医師の時間と取ってしまうので躊躇する 医師へ提案するにあたり遠慮・懸念事項（関係性悪化）などがある
	医師の態度	医師の応対が横柄なため
	医師との連携不足	時間外で医師と連絡がつかないため 医師との取り決めがない中で運用しにくい
医師の認識不足	医師が薬剤師の取り組みに対して認知不足	医師に薬剤師の取り組みが認知されていない 医師によるお薬手帳の活用度が低い
	医師の減薬に対する意識が低い	減薬提案に対する医師の認識が異なっている場合が多い 患者の不定愁訴や患者からの希望にそのまま応じている医師がいる

減薬提案したくてもできない理由をカテゴリ、概念、切片（原文のまま）ごとに示している。

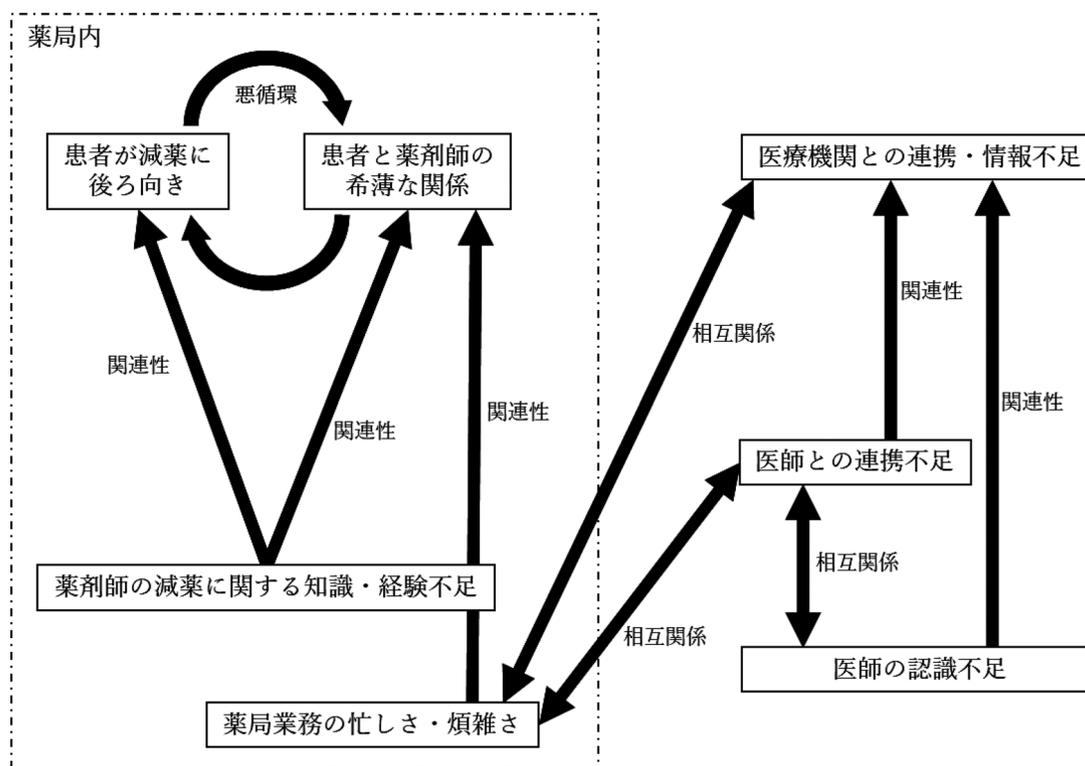


図2 減薬提案したくてもできない理由の概念図

抽出されたカテゴリ間の関連性を概念図として示している。一方向の矢印は関連性、双方向の矢印は相互関係を示している。

つの状態は悪循環を起こしている。また、減薬に関する「知識不足」や「経験不足」、「責任の問題」といった【薬剤師の減薬に関する知識・経験不足】により、患者に対して減薬をうまく勧めることができず、【患者が減薬に後ろ向き】な状態のままであり、【患者と薬剤師の希薄な関係】に陥っている。加えて、調剤・服薬指導などの「減薬提案以外の業務が忙しい」ということと「減薬提案の煩雑さ」といった【薬局業務の忙しさ・煩雑さ】によ

り患者1人1人に割く時間が少ないことも【患者と薬剤師の希薄な関係】に関連している。

「患者情報の不足」や「医師-患者間の会話内容が不明」などから成る【医療機関との連携・情報不足】の状態や「医師とのコミュニケーション不足」、「医師への遠慮」といった【医師との連携不足】の状態により減薬可否の判断や減薬の提案に難渋している。加えて、【薬局業務の忙しさ・煩雑さ】が原因で【医療機関との連携・情報不足】、

【医師との連携不足】となり、また、情報・連携不足により【薬局業務の忙しさ・煩雑さ】を引き起こす相互関係の状態にある。また、【医師との連携不足】は「医師が薬剤師の取り組みに対して認知不足」などの【医師の認識不足】と相互に関係しており、これら2つのカテゴリは【医療機関との連携・情報不足】につながる。

3. 減薬提案したくてもできない理由の改善策

分析において18個に分類され、64個の具体的な改善策が抽出された(表3-1, 3-2)。なお、本文中では〈 〉

で示す。

薬局内で実施可能な改善策として、患者に対して〈減薬を嫌がる理由を聞き出し、それに対応する〉などの信頼関係の構築に重点を置いた具体案や〈患者に減薬のメリットを繰り返し説明する〉といった患者の薬に対する認識へのアプローチに関する具体案が挙げられた。薬局業務として、〈シフト作成や薬歴支援ソフトなどでAIを活用するようなDX推進〉、〈業務分担の改善〉、〈調剤機器の機械化や効率化の推進〉、〈調剤アシスタントとの

表3-1 減薬提案したくてもできない理由の改善策(薬局内)

分類	要約
患者との信頼関係の構築	減薬を嫌がる理由を聞き出し、それに対応する 日常的な患者との信頼関係の構築 患者の意思の尊重 患者ととことん話し合う 患者の減薬したことによる不安を解消する
患者の薬に対する認識へのアプローチ	患者に減薬のメリットを繰り返し説明する 薬剤師、医師からの減薬の重要性に関する説明の充実 できるだけ多くの医薬品をもらうことが良いことという認識を改善する 不要薬の継続による危険性を患者に理解してもらう 薬はやめられる(減薬できる)ことを知ってもらう 薬を減らすことができた喜びを患者に実感してもらう 薬剤1つ1つについて、その効果を判断し、減薬について納得してもらえるよう説明する 長期間の服用による減薬への抵抗感に対して根気よく説明していく 長期間投与されている薬剤について、定期的に患者に服用目的を確認する 体調が安定している患者への一旦中止の提案をする 保険者から誘導する
事務作業の効率化	シフト作成や薬歴支援ソフトなどでAIを活用するようなDX推進 形式的な報告書や記録の簡略化
業務分担の見直し	業務分担の改善 施設担当以外の薬剤師への業務分担
調剤業務の効率化	調剤機器の機械化や効率化の推進 処方箋の二次元バーコード入力、自動錠剤分包機の導入などによる調剤業務の効率化
調剤アシスタントの活用	調剤アシスタントとの業務分担により患者1人1人にかける時間を増やす 往診同行にも調剤アシスタントが同行し、薬剤師が患者、コメディカルとコミュニケーションを取れる時間を確保する
減薬提案に付随した業務の見直し	多剤併用患者に関して、定期的に店舗にて改善策を話し合う テンプレート(フォーマット+自由記載)の作成、メール等による情報伝達 提案用フォーマットの作成 業務の忙しさに応じて、次回、来局時に引き継ぐなどタイミングを変える 減薬提案体制の整備
薬剤師の知識の習得	削除する根拠の説明準備 薬剤師の減薬に関する知識、理論の習得
事例(改善策)の共有	減薬に至った症例を共有する研修会の実施 症例検討会などを通して、他の施設が提案・算定に至るまでの経緯、考え方を共有する よくある事例等を学習し、減薬提案のシミュレーションを実施する
薬剤師の意識改革	減薬提案が重要であるという薬剤師の意識の向上 薬剤師が忙しくても疑義照会を行う覚悟を持つ
薬剤師の人員補充	薬剤師の人数確保
開設者の理解	開設者の現場に対する理解

薬局内における改善策についてまとめ、その分類と要約を示している。

表 3-2 減薬提案したくてもできない理由の改善策（薬局外）

分類	要約
医師と話しやすい関係の構築	医師とコミュニケーションを図る 日常から交流を持つ 医師と薬剤師が両方参加するような減薬をテーマとした勉強会を増やす 勉強会などの顔を合わせる機会があれば良い ポリファーマシーについて処方医と考えを共有する 医師の思考回路を理解する
医師・医療機関との情報共有（医師側）	紹介状に今後、減薬する可能性がある処方を記載し、薬局にも提出してもらう 処方箋へ変更対応可能な薬を表記できるようにする 治療効果・経過が分かる検査値の共有 医師側から患者の疾病・既往に関する医療情報の共有
医師・医療機関との情報共有（薬剤師側）	内容は端的に伝えるよう心がける コミュニケーション能力を高める トレーシングレポートを活用する
医療機関との連携	医療機関側にも服用薬剤調整支援料 1・2 の制度について知ってもらう あらかじめ減薬提案に関する取り決めをしておく 総合病院では薬剤部に協力を仰ぐ 処方箋に病院の時間外の連絡先を記載する 普段から医療機関と連携する
医師への外部からの働きかけ	医師に対して、薬剤師以外の外部からも働きかけてもらう 医師会、歯科医師会、薬剤師会の 3 会での取り組み
制度の見直し	政策の観点からのアプローチ 調剤報酬の増加 自己負担 0 割患者への負担割合の対策 薬剤師判断での処方変更、減量ができるように権限を拡大する（法改正）

薬局外における改善策についてまとめ、その分類と要約を示している。

業務分担）など業務の効率化による対人業務時間の増加を図る具体案、〈多剤併用患者に関して、定期的に店舗にて改善策を話し合う〉や〈テンプレートの作成、メール等による情報伝達〉といった減薬提案に付随した業務の見直しと〈削除する根拠の説明準備〉や〈減薬に至った症例を共有する研修会の実施〉、〈減薬提案が重要であるという薬剤師の意識の向上〉といった薬剤師の能力向上に関する具体案が挙げられた。

また、薬局外での改善策は、医師と話しやすい関係を構築するための具体案として、〈日常から交流を持つ〉や〈医師と薬剤師が両方参加するような減薬をテーマとした勉強会を増やす〉などが挙げられた。さらに、〈ポリファーマシーについて処方医と考えを共有する〉やプロトコルを用いた代替薬への変更や処方削除対応可能な表示というような〈処方箋へ変更対応可能な薬を表記できるようにする〉など医師の処方意図を理解するための具体案や〈内容は端的に伝えるよう心がける〉といった医師との情報共有に関する具体案が挙げられた。

考 察

本研究により、減薬提案したくてもできない理由とその関連性、改善策が示唆された。得られた結果は病院勤

務経験のある薬剤師のデータを含んでいない。そのため、病院勤務経験のある薬局薬剤師にとっては減薬提案の妨げにならないものも存在する可能性がある。しかし、病院経験がない薬局薬剤師は多く存在するため、現状に即した減薬提案したくてもできない理由を概念図として示すことができたと考える。中でも、【薬剤師の減薬に関する知識・経験不足】や【薬局業務の煩雑さ・忙しさ】の解消は、他の要因の解消にもつながるため、減薬提案の推進には重要である。【薬剤師の減薬に関する知識・経験不足】に対する改善策として、〈医師・薬剤師の両者が参加するような減薬をテーマとした勉強会を増やしていく〉や〈症例検討会などを通して、他の施設が提案・算定に至るまでの経緯、考え方を共有する〉、〈よくある事例等を学習し、減薬提案のシミュレーションを実施する〉といったような、ただ単に知識を習得するだけではなく、医師との意思疎通や他施設での事例、実際の提案方法までカバーできる研修が必要である。加えて、多併存疾患や処方カスケードといったポリファーマシーを引き起こす原因^{14,15)}についても医師と共に学んでいくことが重要である。また、【薬局業務の煩雑さ・忙しさ】に関しては、薬剤師増員だけでなく、調剤アシスタントの活用や機械化による薬局内の対物業務の効率

化により薬剤師の対人業務の時間を確保する手法と、減薬提案手順の簡便化による減薬提案自体の効率化を図る手法の2つの案が提示された。加えて、薬剤師業務として薬剤レビューの実施等の減薬提案のための業務を積極的に行っていく必要性も示されており、知識や技術を持つだけでなく、減薬提案を薬剤師の業務として意識することが重要であると考えられる。また、【患者が減薬に後ろ向き】という要因は、2019年の清水ら¹⁶⁾の在宅患者のキーパーソンの10%が減薬に不同意であるという報告と一致する。加えて、2018年の村上らの報告¹⁷⁾では、残薬の認知度は72.5%であるのに対し、ポリファーマシーを認知している高齢者は3%しか存在しない。このことから、多くの患者はポリファーマシーの概念を理解しておらず、ただ単に薬を減らされることをネガティブに捉えてしまっている可能性がある。そのためにも患者との対話を大切にし、【患者と薬剤師の希薄な関係】を解消し、信頼関係の構築を行っていくことが必要である。また、岸本らの報告¹⁸⁾では、薬剤師に患者自身の詳細な情報を提供する行動を促進する患者側の要因として、薬局薬剤師に対する信頼感、医療人としての認識、薬局薬剤師の業務の理解、かかりつけ薬剤師を有していることとしている。このことから患者との信頼関係の構築は、患者からより詳細な情報を得ることができ、潜在的に不適切な薬剤の発見にもつながる可能性がある。これらの改善策は薬局内で実施可能な改善策であり、減薬対象となる患者が来局する前の準備が重要であると考えられる。さらに、【患者と薬剤師の希薄な関係】と【患者が減薬に後ろ向き】の解消には、薬剤師からの改善策としてかかりつけ薬剤師という言葉はなかったものの、服用薬の一元管理や24時間相談応需など、かかりつけ薬剤師制度の推進がその一助となると考える。

一方で、【医療機関との連携・情報不足】、【医師との連携不足】、【医師の認識不足】については、薬局内での改善策のみでは対応しきれず、〈医師会・歯科医師会・薬剤師会の3会の取り組み〉のように地域が一体となり、地域の医療従事者が顔の見える関係が築ける場を日頃から設ける必要がある。

本研究は一部の意見に過ぎない可能性は否定できない。また、回答者の勤務先は調剤薬局がほとんどであり、ドラッグストア併設薬局の薬剤師の意見を十分に反映できていない可能性がある。さらに、神奈川県薬剤師会に所属する薬局薬剤師と調査対象を絞っており地域による特徴も考慮する必要がある。今後はサンプルサイズを大きく、より広範囲かつ様々な勤務先の薬剤師を対象とした検討を行っていく必要があると考える。

しかし、本研究は、実際に減薬提案すべき薬剤が分かっていたのに減薬提案しなかった経験のある薬剤師の意見より、減薬したくてもできない理由とその関連性だ

けでなく、薬剤師自身が考える改善策についてまで調査した研究であり、現場の薬剤師の意見を反映した改善策をまとめた研究は他に存在しない。減薬提案をさらに推進するには、薬剤師が積極的に行動を起こし、減薬提案しようと思った際にすぐに行動に移せるよう薬局内で事前に準備するとともに、地域の医療従事者ならびに患者自身や患者家族も巻き込んだ形での減薬提案の手法を構築していく必要がある。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

引用文献

- 1) 日本老年薬学会・日本医療研究開発機構長寿科学研究開発事業「高齢者の多剤処方見直しのための医師薬剤師連携ガイド作成に関する研究」研究班：ポリファーマシー見直しのための医師・薬剤師連携ガイド，第1版，南山堂，東京，2018，p2.
- 2) 日本老年医学会・日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015，第1版，メジカルビュー社，東京，2015，p12-16.
- 3) Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents, Arch Intern Med, 2001, 161, 1629-1634.
- 4) 厚生労働省保健局医療課，平成30年度診療報酬改定の概要(調剤)，2018年3月，〈<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197985.pdf>〉, cited 27 February, 2023.
- 5) 厚生労働省保険局医療課，令和2年度診療報酬改定の概要(調剤)，2020年3月，〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000608537.pdf>〉, cited 27 February, 2023.
- 6) 中央社会保険医療協議会，平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)の報告案について，2021年11月，〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000566793.pdf>〉, cited 27 February, 2023.
- 7) 薬事日報，薬事日報第12348号，2020，9.
- 8) 黒岩沙都美，熊木良太，赤川圭子，倉田なおみ，小原道子，田名邊清，ポリファーマシーに関する医師・薬局薬剤師への意識調査，第2回日本老年薬学会学術大会プログラム・抄録集，2018，116.
- 9) 川南公代，山路義生，堀口逸子，丸山英二，鈴木晃，在宅高齢者における自宅内転倒への意識，日健教会誌，2015，23，27-34.
- 10) 宮嶋愛弓，立山清美，矢野寿代，平尾和久，日垣一男，自閉症スペクトラム障がい児の食嗜好の要因と偏食への対応に関する探索的研究，作業療法，2014，33，124-136.
- 11) 森鍵祐子，大竹まり子，大谷和子，細谷たき子，小林淳子，子育て中の統合失調症の母親に対する保健師の支援，北日看会誌，2014，17，19-24.
- 12) 瓜崎貴雄，小松尚司，大谷和世，高瀬知佳子，矢田部信行，荒木孝治，民間精神科病院における統合失調症患者の生活習慣病への看護を活性化するための方策，精神科看護，2018，45，60-67.
- 13) 山浦晴男：質的統合法入門 考え方と手順，第1版，医学書院，東京，2012，p23-78.

- 14) Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM, Managing patients with multimorbidity in primary care, BMJ, 2015, 350, h176.
- 15) Rochon PA, Gurwitz JH, Drug therapy, Lancet, 1995, 346, 32-36.
- 16) 清水一郎, 福田俊一, 土器潔, 柳田毅, 岡本敬久, 濃沼政美ほか, 多剤併用に関する在宅医療の患者家族の意向調査と患者状況要因研究, 日在宅医療連会誌, 2021, 2, 27-36.
- 17) 村上雅裕, 安田恵, 新村健, 天野学, 高齢者を対象とした医薬品に関連する用語の認知度に関する調査, 社会薬学, 2020, 39, 87-92.
- 18) 岸本桂子, 熊木良太, 清塚千夏, 櫻井秀彦, 薬局における患者の薬剤師への情報提供の促進要因及び患者の情報提供積極性の評価項目の検討, 社会薬学, 2022, 41, 45-55.