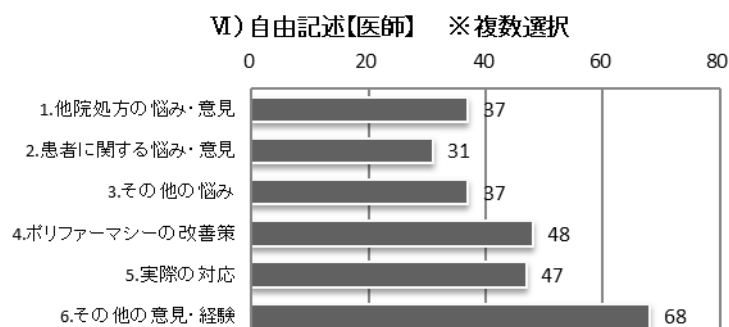


『ポリファーマシーに関する意識実態調査』自由記述

【医師】233件



1. 他院処方への悩み・意見 (37件)

	主な診療科	年齢	自由意見
1	内分泌内科、糖尿病内科	60歳代	特に循環器から処方される薬の種類が多いが、勝手には減らせないので難しい。減らして下さい、とも言いにくい。睡眠薬、下剤は生活習慣改善でやめられると思う。生活指導をするか、患者が薬に固執する。
2	循環器内科	70歳代	普通のドクターは忙しい外来をこなすために患者が何か訴えたととりあえず何かを処方する日本的風土があり、医学教育、医療環境から根本的に変えていかないとうまくいかない。日本の開業医制の下では、病院時代に外科系の先生も内科系の診療を行うのが問題。
3	整形外科	60歳代	とにかく内科の先生で相変わらず、自分の科と無関係の薬剤をずっと処方されているのは驚きです。
4	整形外科	70歳代	内科よりの処方が多すぎる。
5	循環器内科	50歳代	・特に整形外科、血管外科、皮膚科、眼科領域に不要の内服薬（外用ではない）が多い。 ・効かないというエビデンスはないが、多くの内科Drが効かないと思っている薬が認可されすぎている。→メチコバル、メリスロン、セファドール、アリセプト、ストミン、ガナトン、ヨクイニン。漢方のがより多くSSRI、ノイトロピン、アドナ etc
6	内科	70歳代	薬の減量や他種の薬の事を気にかけるDrやNsの少ない事が気にかかる。よく聞く様に言っても実行しない。
7	一般内科	60歳代	在宅診療中で認知症のケース、多科より複数の薬剤が処方され（抗認知症薬、甲状腺疾患、整形外科 etc）15種類ほど減薬を考えましたが、往診医が勝手にいじるわけにもいかず苦慮した事があります。皆のポリファーマシーに対するコンセンサスが出る事が望ましいと思います。
8	内科	70歳代	病院より紹介患者が多剤投与されている事が多い。その場合、患者も上記病院での経過チェックがあり通院する為、減薬が難しい場合が多い。
9	内科	40歳未満	不眠、便秘等の訴えがあったとき、原因検索や診断をせず抗不安薬や眠剤、便秘薬を処方して、それが漫然と継続されている事がある。

10	呼吸器内科	50 歳代	精神科の薬の多さには閉口する。あれでよくなるはずは無いと思える。また他の病気も医者も患者も薬に頼りすぎ。現在の受診者の 1/3 は不要ではないかと思う。
11	循環器内科、心療内科	40 歳代	生活習慣病の薬はむしろ減薬しやすく、減薬が望ましいと考えるが、大病院ほど対症的に薬剤を重ねる傾向が強いように思います。
12	消化器内科	60 歳代	複数の疾患を持っている方ですとどうしても薬が増えてしまう事はありますが症状の軽快等を見て減薬を進めています。しかし、ある例を同封しますがこの方は「風邪で咳が出て眠れない。これだけの薬が出て多過ぎるので見て下さい」と言って来院されました（8 種類：PL 顆粒、フスコデ、ロキソニン、ムコスタ、メイラックス、レンドルミン、エリミン、リボバス）。「咳で眠れない」のでメイラックス、レンドルミン、エリミンが出ていると思われませんが呆れました。この医院は沢山薬を出してくれるのでお年寄りには大変人気があるそうです。ポピュリズム医療、と言うのでしょうか。ポリファーマシー対策は患者、医療者両方の意識改革も必要ではないかと思えます。
13	循環器内科	50 歳代	他科の薬（特に睡眠薬など処方制限のある薬）を外科系の医師が患者の求めに応じて気軽に出すため自分自身がいくら頑張ってもポリファーマシーの問題は解決できない。（薬のよっては処方できる医師を限定すべき）
14	糖尿病内科	50 歳代	内科の当院はお薬手帳を拝見して、薬の重複（特に胃薬）がないよう気を付けて最小限の処方を中心掛けていますが、整形外科の医師がセットで胃薬をバンバン処方、それも PPI をダブって処方するのは困ります。それと、循環器科で（心筋梗塞後など）すでに 5 種位薬をのんでいる人の継続処方を頼まれて当院の薬に上乘せするのが当院でのポリファーマシーの原因であり、薬を切るに切れず悩ましいです。
15	—	70 歳代	自分の専門分野でないところは、なかなか減量が難しい。
16	一般内科／外科	50 歳代	基本的には必ずお薬手帳の持参及び提示を促し、重複等の無い様にしているが、他医療機関を受診して処方された際に同一薬効が重複されている事がある。医療機関のみならず薬局にてのチェックが必ず必要。更に処方、調剤薬局の同一化（かかりつけ薬局化）が必要。
17	整形外科	40 歳代	色々な科が乱立している現状では、なかなか減薬する事は難しいです。また、それぞれの科がその科の主張をするため厄介。整理しようとする Dr はなかなかいないでしょう。ただひとつ、眠剤は減らすべき。不思議なもので、眠剤については抵抗する患者多いです。すでに依存している事に気付いていない人が多いので、安易な処方はやめた方がいいです。
18	透析内科	60 歳代	透析患者は薬の量、種類が多く、それでも定期的に処方するので結果、薬を捨ててしまう事があります。その薬を集め集計したところ 45,000 錠、金額にして 507 万円でした。これはほんの一部です。これは内服できているか確認をせず処方した結果だと思います。医療機関は処方するだけではな

		く、”内服できていない、余っている”という情報を患者から聞かないとダメです。
19	一般内科、 消化器内科 50歳代	日本の医師は安易に投薬しすぎます。患者さんも自己負担が10~30%であることから投薬をすぐ希望する事が多いです。医師及び患者さんの根本的な意識を変えなくてははいけません。
20	緩和ケア内 科 60歳代	他医が処方した薬は中止しづらい。
21	循環器内科 60歳代	病院で複数科を受診している人のお薬手帳を見ると、多種類の薬が処方されていて減薬できないものかと思う事がある。複数の開業医を受診しているケースでは、どこかの医療機関がリーダーシップをとれば減薬はかなりできるのではないかと思う。ポリファーマシーに対する医師の意識改革も大事だと思う。
22	循環器内科 50歳代	減らしても他科受診の際に増えてします。 疾患によっては多剤になっても仕方がないと思います。状態安定のため、病院から転院してきた場合、開業医の判断で減量するにはリスクがあると思います。
23	神経内科 50歳代	神経内科医。特にパーキンソン患者のポリファーマシーが目に見えすぎほどひどい。パーキンソン治療薬だけで7~8種類処方しているという症例を大学病院のDrが喜々と発表して自慢している。医師の感覚はマヒしておかしくなっているのではないか？処方薬の制限を保険医療でルール作成すべきだ。神経内科は学会で再教育をするべきだ。
24	一般内科 50歳代	副作用の出た薬や不必要な薬は、なるべく減量しておりますが、患者様の症状の訴えが多く処方が増えているのも現状です。また他院での処方を自院で中止する事は難しいです。
25	糖尿病内 科、内分泌 内科 40歳未満	複数の科や病院に受診していると不要と思っても他院の処方にDを出せず、薬の数が減りにくいと思われれます。
26	総合内科 80歳以上	漫然と診療を行っている、薬剤の処方数が増加する傾向が強い。常にポリファーマシーを念頭に置いて診療する様に心掛けます。
27	一般内科 60歳代	①NSAIDs、ステロイドなど処方時に胃薬を処方されているのを見かけるが当院ではしていません。ロキソプロフェンは空腹時に服用しても胃がおかしくなることはないと思います。自分で体験済みです。又、ロキソはプロドラッグで胃では作用しません。多少PG(Cox-1)へのetteetはあり得るかも知れませんが、ほとんどのcox2に作用するので、誤解している人が多くて困ります。 ②効果のない薬剤は処方してはいけないと思います。例えば認知症薬(有害無益!)、去痰剤、トランサミン(耳鼻科でよく処方されている) ③逆に内科でHT、DM、HL、UAを合併している場合には6剤以上必要になることが多いが、これをpoly pharmacy扱いするのはおかしい! ④当院は院内処方しているが、cost performanceの良いものしか買えませ

		<p>ん。院内処方では多剤処方は不利です。100%+消費税（110%）で仕入れて2剤目以降は消費税分だけマイナスになります。院外処方だと薬剤費より調剤料の方が高くなることもあり、ムダと考えます。</p> <p>⑤薬理的に有効なものを処方している。”適応症”で処方すると医学的ではなくなることがある（国語の問題になってしまいます）。</p> <p>※抗血栓、抗凝固剤もアスピリン、ワーファリンで十分なのに超高価なのが処方されていることが多い。メーカーやプロパーに有利になるように処方されているとしか思えない！その90%を国保、社保が負担している。もっと言いたいことは沢山ありますが書くspaceないのでやめます。</p>
28	循環器内科 50歳代	<p>患者さんは医師から処方されているから飲んでいと疑うことなく服用することが多いので、医師1人1人が本当に必要な薬かどうかを常に検討しながら処方すべきと思います。</p>
29	漢方内科 70歳代	<p>疼痛、倦怠感、不眠など高齢者には不安主訴が多いが、耳を傾ける余裕のある診療態度を示すのは医療者の最低限の義務であると考えるが、実際にはそれを実行しているのはごく少数である。出来高払いの悪しき結果である。オピオイドの乱用など目に余る現象が出はじめています。</p>
30	— 60歳代	<p>整形外科は運動器疾患なので、内科薬でバッティングしませんが、内科Drは薬を出し過ぎのような感じがします。</p>
31	一般内科 60歳代	<p>当院で主に直面している現状は病院からの逆紹介又は紹介の際に既に7種以上の薬剤が処方されていることであり、これを減らすことは難しい。</p>
32	整形外科 40歳代	<p>個人的にはできるだけ内服薬を減らすことを念頭にはしていますが、他院で相当数飲んでいらっしゃる方が多く、どうすることもできません。また、内服をしたとしても本当に必要なものだけとし、長期処方でも副作用が出やすいものは短期間のみの処方に留意しています。</p>
33	整形外科 70歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・患者自身がどのような薬を服用しているか、医者まかせ。もっと患者教育必要。 ・薬をたくさん出す医者存在。
34	— —	<p>他医でどんな薬が出ているが把握しにくいこともある。また他医より減薬した方がいいとのアドバイスを頂いたこともある（薬の種類は忘れませんでした）。</p>
35	整形外科 40歳代	<p>整形外科以外のドクターがシップなどの外用薬を処方するのはやめてほしい</p>
36	整形外科 70歳代	<p>一部の医療機関では10種類位処方しているのをみかけます。やはり一度考え直す必要があると思われます。</p>
37	整形外科 40歳代	<p>明らかに高血圧でない高齢者にアムロジピン（2.5）を2日に1回飲む様に指導したり、又、脂質が正常値なのにアトルバスタチン（5）を継続して出し続けている状況を散見します。多分、特定疾患療養管理料の算定などが背景にあるかと思いますが、そこがおかしいと思います。（私は特定疾患療養管理料、処方料は高すぎると思います）</p>

2. 患者に関する悩み・意見（重複除く 24 件）

	主な診療科	年齢	自由意見
1	循環器内科	70 歳代	減量、減薬に対して強い不安、不満を訴える患者本人・家族が少なからずありますので、報道による医療者側に対する非難には当惑しています。
2	循環器内科	50 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠薬や鎮痛剤などの減量、中止を提案しても患者は強く拒否する事が多い。 ・冠動脈疾患、心不全、不整脈などを併せ持つ患者では多剤投与になってしまうのは仕方ない。 ・高脂血症治療薬、降圧剤などを内服しながらない患者は、週刊誌などの情報（ポリファーマシー「飲んではいけない薬」などの記事）を持ち出してくる事が多くなったと感じる。
3	一般内科	60 歳代	今の患者は医師の言うことを聞かない。信用していない。すぐ怒る。患者の意識を変えないとうまくいかないのでは？
4	呼吸器内科	60 歳代	特に眠剤に関しては、必要ないか減量が必要と思われる症例が多々あるが、本人の抵抗が強く、なかなか中止減量が進まないことが多い。このため、新規の安定剤眠剤の投与は極力しないよう心掛けている。
5	循環器内科	50 歳代	眠剤、安定剤は減量を勧めるが、拒否される事が多くかなりの労力を必要とする。特に近場で容易に処方する医院があると非難を受けたり、理不尽さを感じる事も多い。腎機能、肝機能に応じ減量は図るが、病態悪化が無いように全て慎重に行っている。
6	糖尿病内科、一般内科	60 歳代	多科受診で薬が増え患者から頼まれ内科だが整形外科、皮膚科、眼科の処方まで出すこともあり、そのために処方点数が下がるのはどうかと思う。糖尿病内科だが近くの病院より循環器の処方も頼まれると常に 7 種を超えてしまう。残薬の多い人は毎回実物を持ってこさせて合わせたり、一元化しているし、飲む回数の少ないものに変えたり、一度に飲むものはまとめている。また逆に報道のせいで、合併症のため必要があつて多剤なのに減らしたいと患者が言い、説明が大変。
7	呼吸器内科	50 歳代	眠剤が常に問題となります。他は 2 ヶ月処方。眠剤のみ 1 ヶ月のため来院回数増、コスト増です。症状を訴えるとどうしても投薬が多くなります。年齢のため仕方ないと思える方が少なくなっている感じがします。眠剤、安定剤の類も大きな原因です。”少し位眠れなくても大丈夫”と思える老人になりたいものです。
8	内科／外科	60 歳代	（お薬手帳を）持ってこない患者さんが結構いる。
9	一般内科	70 歳代	鎮痛剤、下剤、睡眠薬は中止したいが患者はたち切れない。
10	消化器内科／外科	50 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・ご高齢者の中には「合剤等で効果は同じでも数量を減らす」等の提案を受け入れて頂けない事が多く、実際に行うと他医へ転医される事がしばしばある。 ・調剤料減料を目指して服薬時期をずらすだけでも抵抗が多く結局「悪者」にされてしまう事が多い →受療者の意識改革も必要です

11	消化器内科	50 歳代	処方せんがどこの薬局に行くかわからない。お薬手帳を分けて使っている患者さんもいる。
12	循環器内科	60 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要ない投薬は元々しない。 ・ 合剤は 2 剤ですか、1 剤ですか？ ex. ユニシア ・ 御高齢の方は他科の薬も要求されるので困っている。特に整形外科の薬。
13	胃腸内科	50 歳代	薬や症状にこだわりのある方は減薬が難しい。
14	内視鏡内科 ／外科	50 歳代	患者の意識改革が必要。
15	一般内科	60 歳代	新聞記事を見て患者さんが不安がっている事がある。
16	一般内科、 消化器内科	50 歳代	特に高齢者は複数医療機関での受診が多く、お薬手帳の確認が大切な事を患者本人が理解せず、持参しない人も多い。この点の啓蒙活動が大切だと思う。
17	消化器内科	60 歳代	製薬会社の問題として特に漢方製剤は用法・容量の記載が不十分で漫然と投与しがちになる。患者側の問題では「ないと不安」であったり、「きちんとおめていない」「実はおんでいない」のを医師に告げないため効果不十分とされて投薬が増えることがある。もちろん医師が患者の服薬状況を把握し、必要十分な薬を出して理解されるよう説明することが一番大切であるが、病院勤務（経験が浅い）時代は自分が処方した薬を患者がその通りにのまないことなど想像もできなかった。
18	—	—	多科受診を長年続けてきた患者に減薬を説明しても一部の者にしか理解されない。
19	—	—	高齢者は多くの病気や多彩な訴えをもっていることが多いため、どうしてもそれぞれの病気に対応するため薬が多くなってしまふ。薬の優先順位を決めることはとても難しいため、薬の選択には苦勞する。
20	循環器内科	40 歳代	生活習慣病の治療薬は予後に関わるので中止は困難と考えます。対症療法薬は中止や減量が可能と判断するも、患者さんが中止を望まれず、維持するケースが多い。
21	一般内科	50 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者は毎日痛みがなく、食事をおいしく食べて快眠、快便を希望される方が多い様です。当方が必要と考えるクスリと患者さんが医療に期待する事柄（クスリ etc）にギャップがあり、難しいことがあります。 ・ 認知症のクスリはレビー小体型を除いて効果に疑問あり、本人及び家族の安心感の為に服用希望される方が多い感じあり。 ・ レジ袋いっぱいサプリメントを持参し相談に来られる方あり。
22	一般内科	60 歳代	長く同じ薬剤を服用している人程、減薬に対して不安を訴え易い。現状維持のためには現量維持と思いついでいる人が多い。
23	リウマチ科	60 歳代	病院や他医からの紹介や転院の時に多剤内服で来られると病状把握できるまでへらせず。特に在宅ではへらすタイミングが難しい。医療者だけではなく患者さん、ご家族への啓もうも必要かと思ひます。
24	糖尿病内科、 内分泌内科	70 歳代	多くの科に受診している。主治医である町医者が全ての薬を専門医の指示でまとめて処方すると良い。患者本人への指導も重要である。

3. その他の悩み（重複除く 29 件）

	主な診療科	年齢	自由意見
1	内科	50 歳代	減薬を試みようとして、しばしば出ている薬をじっと見るのですがやはりどの薬も患者さんにとって欠かせず、結局続ける、というケースが多いです。でも常に考えています。
2	漢方内科、心療内科	70 歳代	多病で複数の医療機関を併診している場合は難しい。一つの町で医師が 1 人なら可能。
3	整形外科	70 歳代	ポリファーマシーになっている患者さんの処方書は複数の医療機関の処方によるものが多いようです。そのため、一医療機関で減薬するには限界があります。医療側の対策が必要と思われます。患者さんはあくまで受け身なのですから。
4	—	—	なるべく少なくしようと思っているが症状が多く（疾病数が多く）困っている。
5	神経内科	50 歳代	努力はしているが、効果はあまりない。
6	糖尿病内科	60 歳代	以前、狭心症薬を中止後、心筋梗塞を起こした裁判で「前医処方にはそれなりの理由があったはず。中止したのは不適切」で減薬医が敗訴したことがあった。減薬後の有害事象の責任はどこが負うべきか。心筋梗塞や脳梗塞後のメタボリックシンドローム等どう減薬すべきか指針で決めて欲しい。公的窓口で不眠や不安に対応して欲しい。
7	一般内科	50 歳代	あいかわらずベンゾジアゼピン系睡眠薬の減量・中止が難しい。
8	総合内科	60 歳代	長寿が当たり前になり、加齢で起こっていることがまるで医者責任であるようになってきている国民の異常さが大変不思議
9	消化器内科	60 歳代	受診するクリニックに対して薬局を決めており薬を見返すタイミングがない人が多い。
10	一般内科	50 歳代	減らしたくとも減らせない患者が多い。ただしポリファーマシーによる害がないことを確認しながらの多剤併用は問題ない（保険でも点数上の差別はされるべきではない）と考えられる。
11	循環器内科	40 歳代	認知症の薬はいつまで飲んだらいいのか？便秘、不眠、食欲低下であり、高齢者にとってはつらい薬だと思う。
12	循環器内科	70 歳代	糖尿病、高血圧症の合併症がある場合、薬のコントロールは困難と思います。
13	人工透析内科	60 歳代	透析領域では困難な問題である。
14	内科	50 歳代	ケースバイケースで画一的にはなかなか困難です。
15	内科／外科	70 歳代	6 剤以上の処方料の減点されるのはおかしいと思う。
16	整形外科	40 歳代	多く疾患を併存している例が多く、減量は簡単ではない。
17	一般内科	50 歳代	個人的な勉強が足りず認識不足の面が多い。講演出席や薬局との連携を深めて学んでいくしかないと思う。単なる医療費抑制だけの問題はなく、患

		者にマイナス要素を与えてはいけないと思う。	
18	内科	70 歳代	何とか少なくしたいと思っているが、病気を多数抱えている高齢者では困難なことが多い。
19	一般内科	40 歳代	処方薬について一元化してデータ管理して薬局間で共有してほしい。睡眠薬を複数の医療機関で処方箋をもらう方がいる(転売目的?他人に渡す?)
20	循環器内科	80 歳以上	薬を呑むことによって自覚症が改善してくるとその薬はたよりにされる。患者さんは減薬されると何か不具合が起きないか心配になる。投薬数を減らすことをモットーにしているが、多剤投与が成立してしまっている患者さんは自身の投薬だけで成り立った訳ではないので減薬に窮することがある。
21	消化器内科	60 歳代	単独の薬で有害事象が出現した場合、因果関係はわかりやすい。ポリファーマシーで有害事象が出た場合、因果関係がわかりにくい。
22	透析内科	40 歳代	透析は特に薬剤が多くポリファーマシーになりがちです。患者指導により一時的に改善はしますが、労力と効果を比べると徒労に終わることが多くなにかよい方法がないか模索しています。
23	糖尿病内科	60 歳代	高齢に限らず糖尿病患者では経口剤の併用はどうしても必要となって多剤となってしまふ。単純に薬剤数のみを問題としても意味がうすい。
24	糖尿病内科	60 歳代	高齢になれば持病の数も増える。全ての疾患に対する治療をしようと思えば、薬剤が増えることは当然ともいえる。数を限定するならば、疾患の優先度を規定することになり、かなり困難でしょう。
25	一般内科	40 歳代	何とか減らしたいと思っているが、なかなか減らせない。ポリファーマシーについて患者さんに知ってもらいたい一方で、勝手にやめてしまっても困る薬もあるので、飲み忘れがあった時にできるだけ減らしている。
26	内科	40 歳代	薬を減らすときに抵抗を感じる事がしばしばあります。
27	循環器内科	50 歳代	循環器疾患では必須の薬剤が多く併存疾患の治療を行うと、容易にポリファーマシーの状態となるが、しかたないと考える。
28	循環器内科	80 歳以上	最小の薬で最大の効果をが理想であるが、実臨床なかなか上手くいかない。臨床上、患者との兼ね合いが多分にある。理想は、できるだけ少ない薬剤の投与である！
29	循環器内科	50 歳代	可能な限り、薬の数・種類は減らしているつもりだが、『陳旧性心筋梗塞、糖尿病、高血圧、高コレステロール血症』の様に治療する疾病が増えて、薬も増加してしまう。さら整形外科的な薬も加わる場合もあり、特定の患者さんでもどうしても多剤処方になってしまうきがある。

4. ポリファーマシーの改善策 (重複除く 40 件)

	主な診療科	年齢	自由意見
1	総合内科	40 歳未満	医療者は勿論、患者や家族へもっと周知すべき。
2	消化器内科	—	薬局との密な連携が大切である。介護者からの情報も大切である。
3	整形外科	40 歳代	残薬の管理を誰かがして下さると良いと思います。ときどきケアマネさん

		がしてくれたりします。	
4	消化器内科	50 歳代	医師個人に責任を押しつけるのではなく、患者、国民全体の啓蒙が必要かと思われる。
5	内科	80 歳以上	お薬手帳の確認を時折確認する必要がある。
6	—	—	患者さんのかかっている医療機関、受診科の処方内容がすべてわかるシステムが必要。各医療機関が共通してみられるシステム。
7	消化器内科	50 歳代	自分の診療科についての処方ではできるだけ単剤にし、症候安定していれば積極的に減量または中止すべきである
8	消化器内科	70 歳代	多いものは↓すればよい。 中には増やしてくれという人もいます。
9	整形外科	60 歳代	高齢者も薬剤負担を 3 割にすれば投与する医師も本人も無駄を省くと思います。
10	老年内科	40 歳代	高齢者に対する薬の量を減らすことはもっと積極的に行うべきだと思う。
11	内科	70 歳代	わたしは老人科出身です。私の先生は 75 歳以上は薬はほとんど不要であるという考えです。日本で 100 種類くらい薬があればよいという考えです。私もなるべく薬は出したくないです薬不要でやっていける医療体制にしてほしい。
12	消化器内科 ／整形外科	40 歳代	なるべく不必要な処方は避けて、他院で処方されている薬を薬手帳を基にカルテに記載して重複投与を避けることなどできることから地道にやるしかないだろうと考えます。
13	消化器内科	50 歳代	薬剤師が主となって control すべし
14	循環器内科	50 歳代	睡眠薬や抗うつ薬による副作用について啓発する必要があると思います。
15	消化器内 科、循環器 内科	50 歳代	元々個別のガイドラインが厳しい為、それぞれの事に注視しすぎ患者本人にとっての優先度を絞って治療をするべきだと思います。薬剤減薬した方が調子良い人を多くみています。又、抗うつ剤、抗不安薬、眠剤は依存性が強い為安易に処方するべきではないと考えます。
16	透析内科	70 歳代	非薬物療法のさらなる充実を図るため保険点数の設定や増加を。
17	整形外科	40 歳代	薬の内容、処方科に関わらず計 6 種類、7 種類の投薬が問題という考え方より、各科で処方されている薬の把握、相互作用等の把握、また患者の服薬状況に対して、コンプライアンスを良くする事が大事だと考える。
18	外科	50 歳代	基礎疾患にもよりますが、抗凝固薬が予防的に処方されることが多く、80 代後半以降は内服しているリスクの方があるように思われます。内服もある程度の年齢制限も考えてもいいのではと思います。
19	整形外科	50 歳代	お薬手帳は 1 人 1 冊にする。薬局毎に出ている事多し。骨粗鬆症のプラリア、リクラスト、テリパラチド製剤、ボンビバ注もお薬手帳に記入して欲しい！
20	循環器内科	50 歳代	6 種類を超える処方に対しては（一医院あたり 6 種）保険の適用外としてはどうか。
21	—	70 歳代	老人には投与薬剤数は 5 種類位までにした方が良いのではないかと。

22	整形外科	50 歳代	薬局との連携は大切では？
23	血液内科	50 歳代	かかりつけ薬局をもつことが患者さんにとって重要だと思います。(例えば抗アレルギー薬、鎮痛薬の重複処方を防げる)
24	糖尿病内科	60 歳代	基幹病院から開業医等の照会時 (又は逆でも) 内服の優先順位 (又は必須となるもの) が記載されるようになれば良いかも (周知されるように)。
25	内科	50 歳代	当院は老人ホームへの訪問診療が主体なので、新患ホームへの新入居で前医はそれまでのかかりつけ医 (地域の先生方) となりポリファーマシーを多く経験している (と思う)。本人の意思 (投薬への執着) が無ければ、当院医師の判断で処方薬を調整 (削減) できるので、ポリファーマシーへの対応は容易である。しかし地域の先生方は (薬を要求する患者が多いので) 対応は大変だろうと思われます。国民教育が望まれます。
26	糖尿病内科、内分泌内科	40 歳代	ポリファーマシーは重要であるが、減薬した場合のリスクは医師、患者の両方にある旨、周知して欲しい。
27	内科	50 歳代	ポリファーマシーは複数医療機関に自由に受診できる患者に多い。症状が良くならない場合の対応が難しいが、かかりつけ医以外を受診する時は少なくとも服薬履歴が確認できるシステムが必要。紙の手帳には限界があると思う。
28	一般内科	60 歳代	患者が症状を訴えたとどうしても内服薬が増えてしまう。恐らく一部の薬を市販薬として保険から除外することが効果的だと思う。
29	整形外科	50 歳代	医療情報の医・薬・歯科にわたる情報共有、検査データ一元化、受診状況の明確化が重要。
30	循環器内科	50 歳代	医師の大半は必要な薬を処方しております。飲み残し、飲み忘れが年配者、多忙な壮年期の方に多い印象です。残薬調整をまめに行う (面倒ですが…) しかない様です。
31	—	70 歳代	多剤併用の害を宣伝すべき。
32	整形外科	50 歳代	処方数の多い主治医に対する何らかの警告等の対策 (一番は門前薬局との関係の透明化対策)。
33	整形外科	60 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・必要のない薬を出す医者など居る訳がない。 ・睡眠薬等、習慣性・依存性のある薬は特に重複・過剰にならないようにすべし。
34	消化器内科	50 歳代	痴呆の方、高齢者は薬を減らすべき。
35	内科	60 歳代	ポリファーマシー改善のために、1 つは高齢者 (特に超高齢者) に対する薬物療法ガイドラインの普及と、それを運用するための医薬連携、そして十分な時間をもって診察することを可能とする診療報酬が必要
36	循環器内科	60 歳代	処方月扱い問題あり。眠剤は 1wk~2wk 以上出せない様すべき
37	小児科	50 歳代	安易な抗生物質の投与を減らすべき。
38	整形外科	50 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤数のみが全面に出るのは行政の意図を感じてしまう。 ・本当に財政がきついのならば、3 割負担の人は民間保険にまかせて困っ

		ている人を自己負担 0 割でみてほしい。	
39	循環器内科	60 歳代	お薬手帳を確認しないと処方できなくする。
40	外科	50 歳代	お薬手帳を活用すると良いかと思えます。多くの診療所にかかっているので交換日記の様に書き込みして連絡帳として活用しています。担当の先生方とも仲良くなり、いつでも電話での相談もしやすいです。ぜひ広めてください。

5. 実際の対応（重複除く 37 件）

	主な診療科	年齢	自由意見
1	内科／整形 外科	60 歳代	優先順位で数少ない大事な薬を厳選、使用します。
2	血液内科、 一般内科	40 歳未満	6500円もかかる薬剤師のたまの訪問はあまり有益でない。頻度の多い訪問看護師やヘルパーさんとの相互連絡を密にする制度がもっと必要です。院内処方でもコンピューターで薬剤情報ソフトで内容を渡している。患者が手帳に貼って持参すればよい
3	糖尿病内科	70 歳代	時間がかかりますが毎回、丁寧にお薬手帳を確認して意識を向けること、患者様に伝える事、また薬局との連携、理解力の低下した患者様に注意をはらう事、スタッフとの協力です。
4	リウマチ科	50 歳代	とても重要な問題。必要最小限の投薬を心掛けています。
5	循環器内科	50 歳代	基本的に必要な薬以外は処方していません。
6	循環器内科	70 歳代	減薬、減量は必要と思うが、小生の対象患者は高齢者で多疾患併存者がふつうである。real world ではポリファーマシーは acceptable な現象と思う。
7	循環器内科	70 歳代	少ない程良いとは思いますが病気の症状があるものに対してはやめられないと思うので病気が多い人には多剤になる。
8	整形外科	70 歳代	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の通院患者は最低 4 か月に 1 回、他医の処方を全てチェックしている。 (残薬がある場合の対応として) 家族に来院してもらう事もあり、家族は内服薬を依頼する。 他医受診している患者さんの内服は当然チェック。4 か月に 1 回は再チェック。全てその内容をカルテに記載。 当院の服薬内容を他医に見せるように指導する。 90 才超の高齢者に 10 種類以上の投薬がある場合、家族を呼んでその主治医に（もう少し減らす薬はありませんかと）聞いてもらうようにしています。
9	循環器内科	80 歳以上	高血圧、糖尿病、脳梗塞で病院他院時の薬が 10 種類以上あり、来院時の状態により減量を患者に説明、了解を得て減量している。
10	—	—	毎回か気になるときに確認（お薬手帳）をする。他のクリニックの処方にコメントはしにくいため、通院困難となり転医した時に減量等対応しています。

11	整形外科	50歳代	良くなったらやめる。ダラダラ処方しない。
12	小児科、内科	80歳以上	臨機応変に適宜使用。
13	消化器内科 ／外科／整形外科	60歳代	数か所のクリニックを受診している患者に多いと思われる。必ずお薬手帳のチェックと他科の血液検査のチェックをしている。
14	一般内科	50歳代	初診で慢性疾患の高齢者を見る場合はなるべく薬を処方しないようにしています。
15	整形外科	50歳代	自分の立場の見解から言及しますと常に必要なときのみ消炎鎮痛剤の投与を行い、症状に合わせて処方しています。中止しにくいものについては骨粗しょう症や通風及び間接リウマチについては一定の期間で随時処方しています。
16	一般内科	60歳代	常に薬手帳を確認し、同様薬剤の重複や併用注意などに気を付けるようにしている
17	消化器内科	50歳代	常に必要最小限の薬、他院の処方内容を意識する
18	内科	70歳代	町の開業医ですが必要最小限の薬しか処方いたしません。状態の悪い患者さんを病院へ紹介し、逆紹介されたとき薬が多いことに驚きます。病院で多くの薬が処方された場合、町医者がそれを少なく削ることはできません。難しいアンケートで正確に答えたか自信ありません。
19	内科	50歳代	不要と考えられる薬は積極的に中止する。
20	一般内科	50歳代	患者側にも医療側にも理由が存在するため、どちらか一方に働きかけても解決しないと思う。世の中、患者・医療者双方にポリファーマシーに対する啓発をする必要がある。
21	整形外科	60歳代	他院処方分は必ずチェックしています。当院では骨粗鬆症治療薬を除き、投薬は最小限度です。
22	循環器内科	40歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・必要最低限の処方を心掛けている。よってマルチモビリティの患者はどうしても種類が増えてしまう。 ・認知症、AD Letc の状況で効果と risk を考え、risk が上回るようであれば相談の上内服を中止していく事もある。
23	整形外科	60歳代	当院を受診される方の中で内科に通院されている方に多くみられます（11種類服用されている方もいました!!）。当科的には処方せず外用剤、日常生活指導だけとなる場合があります。
24	一般内科	60歳代	来院患者さんが他科通院されておられる場合にはその薬剤を把握するよう努めております。加齢により内服薬剤は増加するとは思いますが必要でない薬剤の中止は大切だと思います。又重複、使用薬剤に合意する事が大事だと感じます。
25	老年内科	40歳未満	ポリファーマシー解消に積極的に取り組んでおり、大半が減薬もより改善しています。
26	神経内科	80歳以上	お薬手帳をなるべくチェックするようにしている。患者の判断で数か所の医療機関に通院しているので、なるべくかかりつけ医をとっている。

27	老年内科	40 歳代	積極的に意識する。
28	一般内科／ 外科／整形 外科	70 歳代	複数の疾患で治療中の場合、処方薬が多くなってくるのは仕方ない。できるだけ配合薬を使うようにしている。
29	呼吸器内科	70 歳代	なるべく薬剤数を減らす。
30	一般内科	50 歳代	主として在宅医療に携わっているため、多科あるいは多医療機関からの処方整理するのが初診時の「ルーチン・ワーク」となっています。外来が主の医療機関とは、多少の違いがあるかもしれません。
31	整形外科	40 歳代	薬の有効性・副作用のモニタリング（血液検査等）に気をつけること
32	内科	60 歳代	重複は避けている。必要のない薬は処方しないようにしている。
33	内科	60 歳代	常に薬剤数を減らす様につとめています。しかし健康を維持する為には内服すべき薬剤は患者さんにもよくよく説明しています。
34	循環器内 科、アレルギー 内科	50 歳代	お薬を処方している患者さんから今までになかった症状の相談があった場合、まず現在服薬中のお薬の副作用でよいかを確認するようにしています。 （副作用と知らずに症状を抑える薬を処方すると薬剤数が増える為）
35	内科	80 歳以上	私は投薬は少なめに努めています。
36	呼吸器内科	60 歳代	・薬局とのコミュニケーションの一法としてお薬手帳に L/D、サマリーを貼っています（本人の了解の下）。 ・院内薬剤師がいるので今のチェック体制がとれていますが、いなければ時間的に苦しいと思います（重要性は理解しているつもりですが…）
37	糖尿病内科	40 歳代	可能な限り、配合剤や weekly 剤を導入し減薬を図っています。

6. その他の意見・経験（重複除く 66 件）

	主な診療科	年齢	自由意見
1	消化器内科	60 歳代	疾患が複数あれば必然として薬も増える。必要な薬は制限すべきではない。不必要な薬の数がポリファーマシーとなると思います。
2	整形外科	50 歳代	必要なものは必要、不要なものは不要であり、これからも特に方針を変える必要はないと思う
3	消化器内科 ／外科	70 歳代	出来るだけ最低量の薬で効果を出したい。配合剤をできるだけ使用している。
4	内科	80 歳以上	各科に渡り重要な問題である
5	呼吸器内科	60 歳代	薬は必要悪、なるべく使わない方が良い
6	内科	50 歳代	国が患者に説明しない限り改善しません！
7	循環器内科	70 歳代	私も DM、腎不全にて大病院通院していますが（HT、眼科、皮膚科、消化器科）薬は 12 種類処方されてます。検査正常値を越えるとすぐ内服で調整する傾向が多いです。多科に通院していると薬剤の総数は多くなりやすいです。
8	整形外科	50 歳代	症状に応じ、一時的な多剤程なことは必要なこともあります。症状改善には減量すべきと思われます。

9	循環器内科	50 歳代	Vはあまりにケースバイケースすぎて回答できません。
10	内科	60 歳代	当方は院内が主なので比較的順調にいつてます。
11	循環器内科	50 歳代	Vの質問はそれぞれの患者の状態により異なるものであり、一概に決める事は出来ないと思います。例えばてんかんの患者には抗てんかん薬は欠かせないと思います。
12	脳神経外科 内科	60 歳代	1人1人の医師が患者に本気で向かい合えればこの様なことは起き難いと思います。
13	循環器内 科、消化器 内科	—	医師は確かに副作用や禁忌（併用薬も含めて）疎いところがあり、多剤の場合憂慮すべきと思われるが、数のみで判断することは到底できない。病気の種類は高齢者ほど多くなり、脳や心などの動脈硬化性疾患が多いのも当然である。循環器系だけでも降圧剤、利尿剤、血管拡張剤、抗不整脈剤、血栓予防剤などは自然投与になってくるし、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症などを合併していることも少なくない単純に割り切るのは困難であろう
14	リウマチ、 呼吸器内科	70 歳代	医学的あるいは療養に必要な初期指導を重視せず、患者の言うなり思うように治療的あるいは対症療法的な処方習慣そのものの是正が必要
15	消化器内 科、肝臓	60 歳代	かかりつけ医を推進している観点から内科から整形薬剤、皮膚科薬剤、眼科薬剤の処方も高齢者では行われていることもポリファーマシーになる原因。
16	消化器内科	40 歳代	国が医療費削減のためにポリファーマシーという言葉を利用しているように感じる場合があります。治療が必要な疾患に対する治療薬を減量することが正しいことなのか言葉の意味や使い方をきちんと考える必要があると思います。
17	内科	80 歳以上	専門分野に対する日々の研鑽
18	神経内科、 一般内科	60 歳代	他（多）科受診の際、医師が現在の服薬を確認していない例が多くある
19	整形外科	70 歳代	内科的疾患をまず考えるべき、精神科
20	循環器内科	50 歳代	日中に睡眠がとれている場合の睡眠薬は不要。超高齢者の予後を改善するための内服も不要。
21	消化器内科	60 歳代	複数の疾患を持つ患者には多種の薬剤が必要な事が多い。そのような時にこそ服薬指導・管理はより厳重に行わなければならないのに、薬剤の処方数が多いというだけで減算されるのはおかしいと思う。服薬アドヒアランスを向上させるためには患者の利便性も考え1つの医療機関で処方するのがベターだと思うが、そうすると処方する薬剤が増えてくる。やはり薬剤が多いという理由で減算するのはおかしいと思う。
22	循環器内科 ／整形外科	60 歳代	中止しやすい薬などない。どの薬も必要性があって処方されている。まして他院で処方されている薬を勝手に止めることはできない。相当の理由があると認められ、他院との連携の上に止めることができると考えられる。下剤ひとつ取り上げても、個々人によっては必須の薬であり中止によってイレウスを発症する場合すらある。これなら止められるということになれば、その科やその薬が狙い撃ちにあうことになり、診療の理念を問われる

			ことになろう。なお糖尿病治療薬、循環器治療薬、消化性潰瘍治療薬が多重に処方された場合は整理することは必要かもしれない。
23	内科	70 歳代	薬剤数は極力少なくする方がよいと考えています。
24	一般内科、 循環器内科	50 歳代	エビデンスのない薬を少しずつ中止する事が必要。
25	循環器内科	40 歳代	薬局主体の減薬は risk が高いと考えます。主治医とよく相談の上、減薬を検討するといいいのではないのでしょうか。
26	呼吸器内科	40 歳代	診療時に残薬確認や副作用の確認等が必要となり、診療時間の延長につながり、患者数の多い施設はあまり進まないのではないのでしょうか。
27	内分泌代謝 内科	FALSE	患者さん個々の病態により薬剤を考えることであり、単純に減薬すべきではないと考えます。
28	—	70 歳代	処方されている医師の意見を聞き難い。相互に必要な性の検討もする機会が無い。
29	一般内科	70 歳代	減量でかなり良好コントロールできる事が多い。ただ follow up ができないと困る。
30	緩和医療内 科	50 歳代	循環器疾患、整形外科疾患で起こりやすい。
31	一般内科	60 歳代	賛成です。
32	一般内科	70 歳代	お薬手帳に受診したクリニックで処方された薬が貼布されているため、他科の薬と重複せず。多病のため、薬を多く出さざるを得ない。軽症の皮膚病や整形外科は、一般内科からの処方で十分対応できる。整形外科は外科ではなく整形内科であり、将来、内科の膠原病・整形内科で良いと考える。
33	内分泌代謝 内科	60 歳代	調査に基づいて対策をご提示願います。
34	内科	60 歳代	医療財政のみ先走る傾向には抵抗を感じる。特にそれをもてはやすマスコミには怒りを感じる。
35	整形外科	50 歳代	お薬手帳を必ず持参している患者さんであれば薬の内容の確認が薬局でも受診した病院の医師も出来ているので心配ないと思いますが、薬局へ行く際に手帳を忘れていくことが度々ある方ですと心配ですね。
36	一般内科	60 歳代	かかりつけ医制度を勧めるならば投薬数が増えるのは必然。在宅医療になるまで減薬しにくい。
37	内科	50 歳代	前からあって問題は変わってないのに、医療費を減らしたいから急に騒いでいるというか注目されている気がする。
38	整形外科	50 歳代	重複はさけるべき。
39	小児科、内 科	40 歳代	小児科なので経験が乏しいです。
40	小児科、内 科／外科	70 歳代	私は障害児者医療に特化しています。
41	消化器内科	40 歳未満	・多剤、clo 処方されている方が多いと思います。

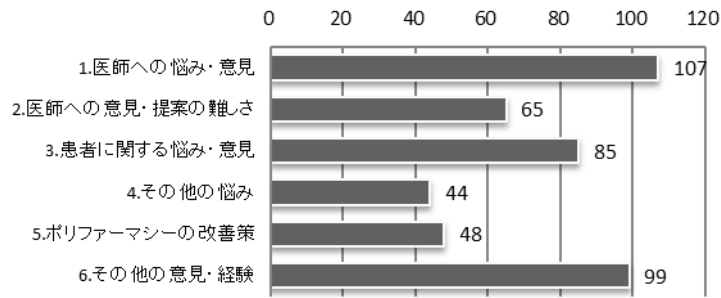
		・何のためにどのような薬を内服されているか理解されていない方が多いです。
42	内科 60歳代	漢方薬の中には一剤で10種類以上の乾燥エキスが配合されているものもあり、さらに二剤を組み合わせる処方することもあります。無駄に多くの薬を投与しない方がいいと思われそうですが、同時に複数の薬を投与しない等さらに検討を要すると思っています。
43	整形外科 60歳代	内科、整形外科で言えば各科の疾患に関してははっきりとすみわけしないといけないと思います。専門外の処方薬と例え患者の希望があったとしても処方してほしくて、重複してならないときがあります。
44	— 70歳代	内科患者数は少ないため、適した（この質問に対し）対象と言えないと思います。申し訳ありません。医療が高度になり患者さんかつ最高の医療を望むとなれば病気一つ一つに対して専門医の治療がなされ、多剤の投与が行われる事になります。医師がよほど薬の知識がなければ、危険なことも起こると考えられます。
45	内科 40歳未満	数の問題と勘違いしている人が多くて治療が煩雑となる。残薬＝悪はあまりにも短絡的。
46	神経内科 80歳以上	分業化には慎重にする。政治問題ではない。 医薬分業の課題は大きい。薬は薬理作用で全て説明できるものでない。人間は個体差（代謝バリエーションも含めて大きい）も大きいですが、薬と本人とのコミュニケーション、薬局と医師、医師と患者本人とのコミュニケーションの結果として効果（副作用も含めて）がでることは、临床上とても重要。ポリファーマシーの背景は、その生身の人間をどこまで心身理解できているかにある。学者や役人やマスコミが理解できる問題ではない！
47	消化器内科 40歳代	症状ひとつに薬がひとつ対応する西洋薬の比重が高いから、必然的にポリファーマシーとなる。リハビリやカウンセリング、進級、整体、漢方薬をもっと取り入れられれば、薬だけで治そうとしなくて済む。統合医療の発想が必要。『ポリファーマシーやめよう』の号令をかけても何もかわらないでしょう。
48	循環器内科 —	複数の疾患のある人については多剤が必要なこともあります。そのあたりの議論を浮することも期待します。
49	一般内科 50歳代	糖尿病、高血圧、心房細動、慢性心不全、前立腺肥大、アテローム性脳梗塞、これでも5~6種類以上になる。パーキンソン症候群をパーキンソン病と診断して多剤投薬しても無意味、など必要十分な薬剤がわかっていない場合がある。細分化された無駄なガイドラインが多い。
50	総合内科 80歳以上	複数の医療機関を受診する患者には要注意である。
51	消化器内科 70歳代	特にないが、薬効ほぼ同作用の薬を控える。
52	消化器内科 70歳代	必要ないと思われる薬は出さないことと思う
53	循環器内科 80歳以上	ポリファーマシーは必要とは思いますが、日本は世界に冠たる長寿国になっているのは薬によるところも大きいと思われるので、慎重に検討する必要があると思う。

54	一般内科	80 歳以上	私自身のことですが、1 月で90 歳になります。50 年前から尋常性（→膿疱性）乾癬、20 年前高血圧、10 年ほど前に早期胃がんで開腹OP、6 年前SSSで人工ペースメーカー、同時に左下行枝冠動脈ステント留置、その後AF もありました。現在、大学病院の皮膚科（忘れてました、3 年前、3ヶ所棘細胞がんのOPも）、消化器科、循環器は東部病院から循環器専門クリニックに転医。要するに3科から夫々内服薬、外用薬の投与を受けています。内服だけでも合計14 剤、乾癬用の塗剤はビタミンD3 と、症状のひどい処には5T 剤を、結局ほぼ全身に塗っています。ポリファーマシーもよいところだと思いますが、今の所目立った副作用も無く過ごしています。
55	老年内科、 緩和	60 歳代	数というより、必要な薬剤を現状をよく診て出すという事が必要で、数合わせ的に減薬する等が推進される事は好ましくない。
56	小児科	70 歳代	当院小児科で急性疾患がほとんどで、長期に薬を服用することがほとんどなく、ポリファーマシーを意識しておりませんので、申し訳ありませんがアンケートに対応出来ません
57	糖尿病内科	60 歳代	各学会発の推奨治療がポリファーマシーを生む下地になっている。その治療を統合する力（各科に精通している知識）をDr がもたねばならないと思う。
58	消化器内科	40 歳代	近隣の高次医療機関でもポリファーマシーについては対策に取り組んでおり（例えば当院の患者が同病院に入院した時に薬の内容について精査していただいたりしております）、真剣に取り組むべき事象と思われます。
59	消化器内科	60 歳代	高血圧症、糖尿病、便秘等には作用の異なるいくつかの薬を組み合わせた方が効果が大きく副作用が少ないと思っているので、薬剤数が多くなるのはある意味で合理的です。
60	整形外科	50 歳代	当院は整形外科主体であるが、内科、皮膚科、耳鼻科診療もあり、クリニックとしての薬剤数は多くなります。必要な薬剤であれば出さざるを得ないため、ポリファーマシーを薬剤数で評価し点数を減らすのはいかがかなものかと思います。
61	内科	70 歳代	”出来る限り薬は少なく”が原則と思います。
62	一般内科	60 歳代	薬の相互作用は1対1の関連した相互作用だけの研究をしているが、既に投与されている薬、例えば5種類の薬を投与されているならば、さらにそこに加える薬の作用は1対1の関係で考え、安易に追加しているが、実はそれぞれの1対1の相互作用ではなく5対1の相互作用だと考えます。だから薬は少なければ少ない方が安全と思われます。この相互作用を解くカギは漢方薬にあると思います。なぜなら漢方薬は3種類から十数種類の生薬のコンビネーションなわけで、1つ1つの生薬を1つ1つの薬剤と考えれば、1つの薬を加えることがどんなに危険な事をはらんでいるか、理解できると思います。
63	消化器内科	70 歳代	膨張し続ける医療費を抑制するためには待ったなし！癌薬による無駄と合わせると1500 億円にのぼるとされている。

64	一般内科	60 歳代	多剤投与は慎重にすべき。
65	一般内科	80 歳以上	別の件ですが、当院は院内処方では投薬しておりますが、大学受診した方が特殊の薬剤を近医で投薬してもらいなさいと言われて処方内容を拝見しますと、金属アレルギーで粉末薬剤の特殊のもので、当院では分色特を持っていないので、特例で薬局へ処方箋を出すことは出来ませんかお聞きしたいです。
66	一般内科	60 歳代	内科医しか薬のチェックをしていない気がする。

【薬剤師】381 件

Ⅵ)自由記述【薬剤師】 ※複数選択



1. 医師への悩み・意見 (107 件)

	営業形態	立地	年齢	自由意見
1	薬局のみ	駅前	40 歳代	薬剤師には処方権がないので、医師が行うべき。すべての状況を知っているのは医師なので。
2	薬局のみ	その他	50 歳代	まずは患者が治療方針及び服用薬の必要性をどれだけ認識しているかだと思う。初回処方時の患者への説明不足だったり第三者が介入した際（家族など）情報伝達が不十分であったりする。情報不足はポリファーマシーを見落としやすい。
3	薬局のみ	医療モール内	40 歳未満	お薬手帳を HP で出しているにもかかわらず見えていない Dr も多い。また Dr が出してくれたからと断らない Pt も多い。支払いに 1 割でも 9 割に税金が使われている。高齢者の教育も必要。
4	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	消化器関連の薬剤が漫然と使用されているケースが多い。精神系は追加されてばかりで減薬されないケースが多い。（どちらも減薬できる可能性があるのに）ただし、よほど明確な理由がないと、薬剤師から処方医へ減薬提案するのは処方医の理解を得るのが難しい。
5	薬局のみ	面分業	50 歳代	患者も医師もポリファーマシーについて関心が低い。特に自己負担なしの患者は飲んでいなくても処方中止を求めることは少ない。医師は症状の訴えに対して、薬を追加処方して抑えようとし、薬の副作用を疑って減薬することが少ないように感じる。
6	薬局のみ	病院周辺	50 歳代	薬局ではなかなか対応しづらい問題。Dr がもっと意識してほしい。
7	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	HP から退院して在宅医療に入る患者さんの薬を、入院と全く同じ処方を出す Dr. が多いと思う。在宅で無理なく飲める薬に変えるべき！
8	ドラッグストア等と併設	路面店	50 歳代	全般的問題というよりは処方元の問題と考える（多いところは多いし少ないところは少ない）。私が Ph. になりたての頃は、文字通り薬漬けがあったが、今はそこまでひどいとは感じない。
9	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	40 歳代	1 回処方された薬を症状が改善されているのに中止にしない Dr. と、中止を希望しない患者さまがいる。先生がやめると言

	設			わないから、というのを改善できたらいいと思う。
10	薬局のみ	—	50 歳代	診察時に医師が処方の際に残っている薬などを毎回、確認してご処方頂くと、とても助かります。
11	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	患者さん自身も気軽に病院にかかりすぎる。それに対し、Dr. も無駄な処方薬を出しすぎる。保険自体を見直す時期に来ているのでは？
12	ドラッグストア等と併設	住宅地	60 歳代	終末期在宅の方や特養入所者に、漫然と処方され続ける。生活習慣病の薬や、骨の薬なども不要と思われる。服薬そのものが困難になってきたときに減薬せず、つぶし（知識のない介助者が勝手につぶしていることも多い）てまで内服する必要があるのかと思うことが多い。
13	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	患者の訴えに応じて薬を処方した後、その後の症状に応じて中止や切り替えを考える医師と、そのまま漫然と処方をしてしまう医師とでポリファーマシーに大きな差が生じていると思う。薬が大好きな患者も多く、薬を減らされると OTC に走る患者もいて、そうなる管理が更に複雑化するのでとても難しい問題だと感じている。
14	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	漫然と投与せず、QOL に応じ、また年齢に応じその処方を見直しすべきだと思う。かかりつけ医制度が普及し相談できる環境をつくるのがめざす方向だと思う。
15	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	Dr. と患者さんの意志が強いと、提案を受け入れてもらいにくいです。
16	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	医師が処方の際に多科受診の確認を行っていただくことで、状況はかなり改善されると感じます。お薬手帳の確認のみで防ぐことが出来る重複服薬は非常に多いです。
17	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	ドクターの薬剤師に対しての歩みよりが無い
18	その他	診療所周辺	70 歳代	睡眠薬だけ毎日きちんと服用、あとの薬残薬があるのに全部処方してもらって残薬が出てしまう。
19	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	私の実感ですが、医師は実践している方と全くしていない方の両端に分かれているような気がします。また患者さんの中にも生活習慣病薬を他科に渡り処方され、こちらで「一医院にするよう」勧めるものの、高齢者ほど「今までのお付き合いがあるので・・・」と現状のままの方が多そうです。もっと国から一施設にするよう促して欲しいです。
20	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	薬の変更や減量をしたがらない Dr が多いので、Dr の教育をもっとしてほしい。
21	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	施設に入所される際薬の見直しが行われることは少なく、前医が「必要かご検討下さい」と申し送りしているケースでも減薬されることはほとんどない。そこに職員からの希望で眠剤・下剤などが上乘せとなりポリファーマシーになっている。

22	薬局のみ	病院周辺	40歳未満	医師が診察時にお薬手帳を全く見ていないケースが非常に多い。薬効が重複していることは多々あり、禁忌に該当するものも多い。減薬させたいと考えていないと処方内容から見て取れる。Addonが多い。フォーミュラリーを使用して制限をかけるなどしないと好き勝手処方がでて結局剤数が増える。
23	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	40歳代	とにかくひどい重複処方、生活保護の患者さんで数人います。医師にゴリ押しで使い切れない量の外用剤の処方をしてもらったり、見ていてマジメに働くのがバカらしく感じられてしまうほどです。そういった事例を減らす方向に薬剤師がひと役立てたら良いと思います。
24	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	40歳未満	多剤服用でも、本当に必要な方は継続意義があると思うが、不必要な薬が処方されている状態（症状や検査値が改善しているのに、漫然と処方されている等）は減らしていくべきだと思います。
25	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	高齢者のポリファーマシーは本人の薬識不足の事が一因と考えられます。なるべく用法、用量が簡単な処方にDr.が工夫して下さるとよいのではと思います。
26	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	現状維持とすることで医療従事者は安心感を得やすい。大学病院等定時（半年ごとなど）受診し、毎回の処方を近医で処方する際、近医クリニックでは薬剤変更がしにくい。
27	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	患者本人もなぜこの薬を服用しているのか医師からの説明も無い為、理解していない事例が時々あります。
28	薬局のみ	病院周辺	50歳代	薬を飲んでいけば安心という患者の言う通りに処方してしまう医師も、収入・経営のためと思えば仕方ない一面もあるように思います。しかしながら、症状が改善しているのであれば、1回中止してみるという意識も持っていただけたらと思います。それを薬剤師側から提案するのは、往診同行でのみ可能かと思うので、往診同行時はなるべく提案するよう心がけています。
29	薬局のみ	病院周辺	40歳未満	1人1人の患者さんに対して、減薬が可能か、服薬状況は良好であるか、時間をかけて考慮する必要があると感じる。しかし、実際は人員不足などの理由で、時間をかけられない状況である。
30	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	・薬剤師の提案で減量した結果、悪影響が発生した場合の責任がどちら側にあるのかが不明 ・医師が他病院の薬を確認して把握して処方いただくのが一番と思います。
31	薬局のみ	その他	50歳代	75歳以上といっても合併症や既往歴によって必要不要は全く異なるため「V」の質問はADLがほぼ自立で通院可能だけの条件では選ぶことが困難です。分業は本来は患者が選んだ薬局に全ての処方箋を持ちこむことにより処方の公開やポリフ

			アーマシー対策が可能だが実際には門前に誘導している医療機関側にも責任があると考える。	
32	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	患者が薬を減らしたいと考えることが不可欠。 病院からの情報量が少なすぎるのが問題。 医師の理解が少ないのが問題。 取り組みに関して評価することは大切だが、整形、眼科がメインだと6種以上の処方があるため対応することがない。算定要件に組み込まれると基準を満たすことが難しく、赤字経営になることが考えられ、不安が大きい。
33	薬局のみ	その他	50 歳代	薬局で気付いて医師に提案する現状だけど、医師もお薬手帳を活用するなど併用薬についてもっと知る努力をしてほしい。
34	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	40 歳未満	高齢者は特に医師の考えが絶対とのふしがあるので医師が主体になって動いてくださるとたすかる。
35	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	服薬指導時に減薬の話をして、「減らすのが不安」「医師が必要だと思って処方しているのだから減らしたくない」という方がほとんどです。薬剤師も医師も「前回と同じで良いか」とするのではなく、毎回処方を精査する必要性を感じています。
36	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	ポリファーマシーを改善したいのはどの医療従事者も同じだと思うが、忙しい外来において優先順位が低くなってしまっているのだと思う。又、薬の減量について耳を傾けてもらえないDr.も多い(体調が安定しているから変えたくないetc.)。ある程度システム、流れが決まっていれば(決めてしまえば)一気に対策は進むのではないかと。
37	薬局のみ	医療モール内	50 歳代	患者様自身がお薬を減らす事に抵抗がある場合が多い。又、医師にもお薬を減らす事に抵抗がある場合がある。
38	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医師の認識が変わらなければむずかしいと思う。
39	薬局のみ	病院周辺	40 歳未満	多剤を減らしたいと考えられるケースは多く見ますが、減薬の提案をしてもほとんど減量できたことがありません。理由として、患者さん自身が薬に依存的になっているケースと、他の医師が出したからとそのまま漫然と投与されているケースの2つが多いと感じています。主治医と薬剤師がもっとコミュニケーションをとり、信頼関係を築いたうえで減薬の提案をしたいと考えています。しかし、在宅医療では可能ですが、通常の通院患者についてはむずかしいところです。
40	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	薬剤師が出来るポリファーマシー問題解決には限界があります。医師会、又は医師が、自ら意識を持って取り組んでいかなければ、いくら薬剤師が働きかけても、お叱りを受けるにすぎません。処方決定権は医師のみにあります。
41	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	医師に減薬の提案をしても考慮してくれないことがあった(患

			者からの訴えがあったとき)。減らさない（減らせない）理由を医師側から教えて頂けると助かる。	
42	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	高齢者は症状の訴えも多く、薬が増えていく傾向は避けられないと思いますが、逆に薬を減らすことにより、不安、不穏になることも多く、又、病院の先生も積極的に減らそうとしない場合もあるので、むずかしい現状です。
43	薬局のみ	広域を受けています	60 歳代	要は医師がもっとポリファーマシーについて積極的にならなければ、解決はないと思う。さらに、処方権に関して議論し、再考すべきで、枝葉ばかり規制しても大元から治すことだと思います。
44	薬局のみ	駅前商店街	50 歳代	漫然と出している整腸・胃薬はやめてほしいが、減薬を提案しても「黙って処方箋の通り出せ」とおこられることも多い。特に年配の先生は意見を聞いてくれないので提案がしにくい。
45	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	患者も先生もお薬手帳を活用してほしい。薬情でも大丈夫なので飲んでるものをわかるようにいつも手もとにもってほしい。
46	薬局のみ	病院周辺	40 歳未満	医師に直接見直しを提案するのは意見があるためなかなか難しい。医師にもポリファーマシーの重要性をもう少し認知してほしい。
47	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	複数のクリニックを受診している患者が多いので、処方薬が増える。症状を訴えられればそれに会う薬を医師が処方してしまう。そうでなければ患者の満足が得られないから。薬を処方しないという選択の診療もあってもいいのではないだろうか。薬剤師は常に薬剤カスケードを意識した薬学的思考回路で仕事をしなければならない。
48	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	人によりいろいろで医師の言葉を患者さんは信じているので、減らすと薬局が責められる場合がある。薬局も頑張っているが、先生信者も多いので医者も減らすよう頑張してほしい。
49	—	診療所周辺	40 歳代	処方権は医師にある。薬剤師が言うよりも患者が診察時に話すことが大事だと思う。
50	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医者と患者の関係性がうまくいっていない場合、本来の服薬に対するコンプライアンス不良がお互い理解していないことが多い（患者が服薬忘れを伝えられず、Dr がそのまま処方されているなど）。患者が本当のことを先生に話して治療できていないとポリファーマシーになると思います。服薬できていないなら、できていない治療となるはずが、服薬できているのも改善されないから追加処方となることがあるように思えます。
51	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	在宅訪問で初回介入すると、結構飲んでいない薬が自己調節している薬等残薬がたくさん出てくることがある。患者本人は「先生に怒られるから飲んでいないことを外来で伝えてこな

			かった！」と話されるケースも多々あります。往診医と相談しながら本当に必要な薬のみに絞っていくこともあります。主治医によっては他科のオーダーを変更しながらないケースもあります。ポリファーマシーに対する意識（危機感）を医師も薬剤師ももっと強く持つべきだと思います。	
52	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	漢方処方での生薬の重複を気にされず処方される doctor が多く、患者の方もインターネットなどの情報から doctor に処方をお願いするようなことがよくある。特に複数科受診ノ場合、漢方でのポリファーマシーを感じる人が多い。高血圧の併用薬があっても肝臓の量を気にせず処方されている。
53	薬局のみ	診療所周辺	—	医師に減薬の提案を行う際のフォーマットがより簡便な形になってくれると提案しやすい。減薬しない場合、明確な理由を教えてください。
54	ドラッグストア等と併設	その他	40 歳代	服用薬剤調整支援料のハードルが高い。医師にその考えがなければ減薬はできない（特に在宅医）
55	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	1. いろいろな自覚症状にて薬剤投与は無意味 2. 75-80歳以上の治療は積極的にしないようにする 3. 医師が細かい検査で疾患を見つけすぎ
56	薬局のみ	その他	50 歳代	多数の薬を処方される医師（県外ですが）、症状変化を伝えるとその対処にまた薬。処方見直しもなく問い合わせもすべてそのままで返事のみ。必要で複数薬ではないものの減薬は医師の協力なしでは難しいのでは。患者さん（特に高齢の方々）は義理堅くいろいろ疑問があっても病院を変えるという選択がない。こちらから病院変えることも言えない。
57	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	胃の不調など生活習慣である程度コントロールできる症状に対しては気軽に処方するのではなく、自分の体に合わせた生活を送るようにアドバイスしていく必要があると考えます。
58	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	各医師の処方薬に対する意識が低すぎる。特にクリニックの医師よりも大学病院、基幹病院に勤務する医師はポリファーマシーの問題を考えていないように思えるほどの薬を処方する。医師に処方する内容等を考えてほしい。
59	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	お薬手帳の必要性を病院診療所でも患者へ伝えてほしい。受診時に手帳を見せてほしいといわれなかったために持参しても医師に見せなかったという方が案外おられます。
60	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	高齢者に対して、漫然と多剤が投与されている印象がある。患者の希望（くすりをのむと安心）に応じていると思うケースもあるが、特に変化がなければ「Do 処方」を続ける処方傾向に問題があると考えます。 相互作用、副作用のリスクから積極的に減薬を考慮すべき。

61	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	患者の云われるがまま処方してしまう医師が多いと思われます。まずきちんと服用しているかをご本人に聴きとってから、薬の変更、追加をすべきだと考えます。
62	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	患者の要求、症状に対し処方した薬が、改善後も長く続けられているケースがみられた。複数科の専門医から在宅医に主治医が変わった際に内服薬の見直しがされたり、状態が落ちてきた際に減薬になることが多いと感じている。Dr との関係が良好だと提案しやすい。
63	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	もっともっと薬は減らせるはず。そのために生活指導、食事指導などするべきだと思います。
64	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	副作用が出たと思われた場合の対処方法を医師が変えない限り難しい面がある。又、治療の目安をひとくくりで考えること自体に間違い。高齢者に尿酸値をきびしく下げる必要があるのか、とか。
65	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	処方薬が一度増えとなかなか処方の見直しがされることなく、併診すればその分増えてしまうので主治医にある一定の期間で処方の精査をしてもらいたい。薬剤師の提案を聞き入れてもらえる環境整備をして欲しい。
66	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	継続処方が続き、不必要な薬が長期に渡って処方されている例が多くあると思います。医療費、患者様の為にも処方を見直し、チェックしなければならないと感じます。
67	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医師にポリファーマシーの重要性を意識してもらいたい。
68	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	大学病院からかかりつけ医に担当医師が変更になった場合など、かかりつけ医は元の処方内容を変更したが多いように感じます。
69	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	お一人の患者様が他クリニックを受診していることで、薬剤数が多くなっていると感じます。患者様が医師に服用のお薬を、薬手帳で提示していないこともあります。薬剤師が処方薬をチェックしていき、必要であれば疑義をさせていただきますが、先生方が患者様が服用されている薬をすべて把握していただくことが大事かと思えます。
70	薬局のみ	病院周辺	50 歳代	向精神薬等は、専門医しか処方できないことにすれば良いと思う。何でも屋が多過ぎる。患者希望による重複処方は、薬局から査定するのではなく、患者の自己負担にすることが望ましい。
71	薬局のみ	診療所周辺	70 歳代	患者が多科受診し、お薬手帳も Dr に見せず同じ症状を各 Dr に訴えているケースは多いように思えます。又、Dr によっては以前処方されていた薬を、前の Dr が必要と思って処方していたと解釈され、引き続き処方するケースも見受けられます。薬だけでは薬剤師には病名までは把握できない事も多い。

72	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・何を期待してその薬を処方したのか患者が分かっていないケース ・すぐにPPIを処方してしまう消化器以外の処方 ・活性プラセボというのを期待しているのだろうか？ ・医師も苦勞して薬を減らそうとしているが患者の希望に押し切られてしまうといい、患者にも意識して欲しい。
73	薬局のみ	その他	40 歳代	<p>患者の要求により医師が処方することが多く、冷静にその薬が必要かどうかの判断がされていないことがどうしても多いように感じています。その際に多剤併用についての提案をしていかなければならない。その提案が受け入れられるかどうか大きなハードルとなっていることがよくある。</p>
74	薬局のみ	医療モール内	40 歳未満	<p>高齢者の薬への依存性が強すぎる為、医師もそれに対して薬を追加するという悪循環が目立つ。特に医療費の面も考えると高齢者の先発品希望（固定がガイン級）のわがまま、かつポリファーマシーは国を潰す大きな問題点でしょう。患者への意識を変える政策を国として打ち出さない限りポリファーマシーや医療費等の問題は解決できないと考えています。</p>
75	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	<p>Drの認知、世間の認知が進むこと。何より、自己負担がゼロor1割でなくなればもっと薬が多いことへの関心が個人で高まるので薬剤師も動き易くなると常々感じています。</p>
76	—	診療所周辺	40 歳未満	<p>不要な薬剤が、調節もされず出続けているケースがとても多い。患者も薬の減薬に不安を持つ方が多く、医師、薬剤師が減量しにくいケースも多々ある。科学的根拠のあるガイドラインが必要。</p>
77	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	<p>患者の教育や、医療従事者の改革などが必要。</p>
78	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	<p>病院の医師、他医療関係者（看護師等）は、ポリファーマシーについて意識しているように思われるが、診療所の医師の多くはその意識が希薄だと感じる事が多いです。</p>
79	薬局のみ	診療所周辺	—	<p>高齢者は、食事量も減り運動量も減り代謝も落ちていく中、薬の処理で体が衰えていく方が多いように思います。高脂血症、血圧などの薬も、高齢者の基準を見直して必要ない薬を漫然と出さない。切る勇気も必要なのではないかと感じます。全てやめたら体調の回復を認める方もいらっしゃると思います。老健に入所し、お薬の見直しをするとかなり減薬になることが多いのですが、体調が悪化するのはいらないように思います。老健の先生の丁寧な減薬にいつも感心いたします。</p>
80	薬局のみ	駅前	50 歳代	<p>現在の日本では、医師同士もお薬手帳を通してぐらいしか、よほどでない限り意思疎通できない現況で。更に自分の出した薬に自負があり、なかなか他の医師の診たてを受け入れずらかったり。忙しさに忙殺され、お薬手帳すら見ない医師も少なくな</p>

			い上に、1 回もお目にかかったことのない薬剤師の話に耳を傾けてくれる、人間の出来た医師がどれだけいるか？という状況です。それでも、最後の最後の砦として患者さんの為に、日本の為（税金）、言ってあげなければ！してあげなければ！という考えです。ぐしゃぐしゃですみません。	
81	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	現状では処方せん発行側（医師）が現況を理解し、自主的に減らしてもらおうのが一番効果的であり、Dr 側からの情報提供要請に従うようになるが、将来的には Pt の全処方内容を把握し、薬剤師側である程度調整がとれるようになるのが理想。
82	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護患者の窓口負担額 0 円が最も関係していることだと思う。 ・薬剤師に指導するよりももっと医師側に指導すべき。
83	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	隣接するクリニックさんの院長は積極的に行ってくれますが、その他の Dr は協力的ではありません（面処方など）。薬局、患者さんでタッグを組んですら、剤数を減らせなかったケースもあります。取り組みの甘い医療機関には厳しい処遇を求めます。とにかく、薬を減らすことにおびえる Dr が多過ぎるのが一番の問題と思われま。
84	薬局のみ	診療所周辺	70 歳代	Kr が症状を訴えるごとに 1 ケずつお薬が処方される。一度処方されると Do 処方でも毎回同じ薬が出ます。Dr のきめ細やかな対応が必要と感じる。減薬のお話をしても必要だからと断られる。「多くの薬を飲んでいるから胃薬を出しておきましょう」と気軽に処方される。
85	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	Dr が患者の話に耳を傾けず、また薬局からの進言もわずらわしいと提供すると怒る為、この状況の改善がなければ無理。
86	薬局のみ	その他	40 歳代	鎮痛剤への PPI、H2 ブロッカー併用など、無症状なのに過剰と思われるものが多い。鎮痛剤を服用しても痛みが変わらないのであれば、胃や腎への負担を考え、一度中止する勇気の必要と思う。また、75 歳以上の合併症がない軽微な脂質異常など、服薬が必要なのか。
87	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	多剤併用の高齢者は多数いますが、ポリファーマシーにつながる事例がほとんどありません。ただし効能が重複しているような薬の併用は時々見かけます。ポリファーマシーより本当に患者に必要な薬剤の処方なのかを Dr. に考えてもらいたいです。
88	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	メンタル系での多剤投与が多い。眠れない→追加、便秘→追加、胃荒れ→追加、その患者が他の症状（風邪や腰痛）で他院にかかることさらに増える可能性
89	—	診療所周辺	40 歳代	症状を患者がいうことに対して薬を重ねていくことがポリファーマシーにつながるため、不要な薬は処方ごとに Dr が見直

			してほしいと思う。薬の影響でその症状が起きていないか常に考えて薬を出しているようにしている。	
90	薬局のみ	その他	80歳以上	患者に投薬している医師が処方内容を時々研鑽してもらう 薬剤師が医師に処方内容について問い合わせをした時怒鳴られた事あり
91	その他	病院周辺	60歳代	主治医がもう少し患者の症状併用薬についてよく聞き取ることが必要と感じます（処方権はドクターにあるので）患者とのコミュニケーションが 全体的に不足していると思うことが多いです
92	その他	診療所周辺	60歳代	ポリファーマシーについて医師及び患者が十分に認識してもらう必要があり薬剤師はそのサポートを行うべきであると思います
93	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	病院側（医師）が忙しいのは分かるが、お薬手帳はあまり見ていないことがポリファーマシーにつながる一因と思う。
94	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	高齢者は主訴によって受診の度に、薬が増えていく。必要最少限に留めてほしい。
95	薬局のみ	病院周辺	40歳代	患者も服用していないのに、医師に悪いからと黙って処方を受けてもらっているケースが多い。医師の方からも、余っていないか一言つけていただくと、だいぶ減るのではないかと。薬局では、重複投与に気づいた時点で、疑義照会をしている。
96	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	薬を欲しがる患者もいるが、医師も薬を足せばいいと思っている医師が多過ぎる。その人が本当に必要としている薬なのかしっかりと判断して欲しい。そして、薬が多いとって悩んでいる患者さんの話を、薬剤師から医師にしても話を聞いてくれず、Doで処方出してくるようなことも多々あります。医師の意識改革も必要ではないでしょうか。
97	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	減薬を提案しても、医師が”何かしないと不安”という理由で減薬を拒否している事がある。
98	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	患者の要望に対し、医師が容易に処方をしすぎていると思う。
99	薬局のみ	診療所周辺	70歳代	私は、必要な時に必要最小限の治療で体調を維持していければ、負担にならなくてよろしいのでは？と患者様に申し上げています。節制と自助努力が必要。でも、不良の時に薬を持っていないと不安ですと患者様は言い、Drも配慮して余分に処方しているように感じています。
100	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	40歳未満	患者の要望、症状により薬剤を見直すのではなく、薬剤の追加で対処するDrが多いと感じる。一度処方されると症状が改善しても服用継続を希望する患者が多く減薬が難しいので、追加の前に変更や生活習慣改善を受診時に行ってもらえると良いと思う。
101	薬局のみ	医療モール	50歳代	一般的に患者が希望するから医師が処方数を増やすと言われ

		内		るが、患者が希望していないのに薬を増やす医師がいる。一度、不調を訴えて追加になった薬は回復しても減らすことをしない。患者、薬剤師からの提案も聞く耳を持たない。医師の側にも問題あり。又、そのクリニックの門前薬局も対策をうたない。お薬手帳を見ても自分で処方を受けてない場合、何も手立てがないのが現実。医師、薬剤師がもっと主体的に減薬すべき。
102	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師は患者が症状を訴えると必ず薬が処方されます。「老化によるもので、薬では治らない…」と伝えると良いと思います。 ・ 基本、1 疾患 1~2 薬剤とする努力をお願いしたいです。すごく沢山、処方される医師がいらっしゃいます。医学部教育現場でも多剤服用のリスクを教えてくださいたいです。
103	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	医師が患者の依頼によって処方を安易に追加すること多いのでは？健食などのCMや雑誌などで薬や健食をのめば効くという意識がつけられてしまっている。
104	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医師が安易に薬を出しすぎる。患者は薬に頼りすぎ。疾患にもよるが、少しは努力、我慢していいのではないかと思うことがある。
105	薬局のみ	診療所周辺	80 歳以上	患者の主訴に対し、薬が処方されてしまうので沢山の薬が出てしまう。定期的に処方の見直しを！
106	その他	病院周辺	50 歳代	薬局も重複や同種同効薬には注意を払っておりますが、疑義照会で説明しても「処方変更なし」の返答にはむなしくなります。手帳忘れで併用薬が確認できない場合もあるので保険者でのチェックと医師が患者に言われるまま薬を処方しない事が必要であると思います。
107	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	Dr が Pt の言われるがままにほしい薬を処方してしまっているケースがあり、特に漢方薬等は OTC でまかなえる物を安いからという理由で使ってしまうのはとても良くないと感じます。OTC で買ってはどうか？→それだったらいらぬなど。

2. 医師への意見・提案の難しさ（重複除く 60 件）

	営業形態	立地	年齢	自由意見
1	薬局のみ	その他	70 歳代	医師の処方内容に意見を述べるのは困難。処方する側の指導が先決と思う。
2	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医師に対して意見することがなかなかハードルが高く、できにくいと感じます。
3	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	精神科の薬を扱うことが多く、医師の治療方針もあるため、なかなか直接意見を伝えることはできない状況にある。減薬の提案ができるような医院との関係性の確立が重要と思われる。
4	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	ポリファーマシーは、医療財政・患者にとって不利益をもたらすことは理解している。一方で、処方医へ提案することで、関

			係性の悪化や提案そのものが全く受け入れられないケースも予想されるため、医師側の理解を得ること、普段からコミュニケーションをとることが、ポリファーマシー対策をすすめる上で大切と考えている。	
5	薬局のみ	その他	—	医師は必要だから薬を処方している。お金がかかるからと言って無理やり薬を減らせという議論は良くない。有害事象が出た時に対処すれば良いと思う。薬局で重複チェックをしっかり行えば、不要な薬は患者へ渡らないはず。ポリファーマシーを理由に調剤拒否できず、処方権もない薬剤師は立場が弱すぎる（医師には調剤権がある）。処方権の侵害と何回言われたことか。うるさいから処方せんを出さなくても良いのだけれどもとも。
6	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	処方権が医師にある限り、なかなかスムーズに行くことはないと思います。日頃のコミュニケーションができていない医師としても同様です。ただし、根拠のあるものは別です。ムダな残薬を増やさない様努力はすべきだと思います。
7	その他	診療所周辺	70 歳代	Dr. と定期的に話し合う機会がひんぱんにありお互いに日々の具体的な苦勞などがわかりあえている関係だとポリファーマシー削減の提案などもできるが、顔も知らない医師に疑義照会して医師の処方に批判的にうつる可能性のある内容の事案を提案するのはトラブルになるおそれもあり、一薬剤師としてはとても申し出にくい。
8	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	薬が追加されるのは簡単に日々行われているが、減らす提案をしても患者さん本人、医師からもあまりいい反応をされないのが残念です。
9	—	診療所周辺	40 歳未満	医師によっては、必要だから出している、飲めていなければ残薬調整で対応するよう返答されることも多数。提案は積極的に行っていきたいが、なかなかうまく進まない現状が歯がゆい。
10	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	何回か、主治医と話をしたことがあります。必要あつての薬剤の為、処方薬を整理してへらすのは難しいと回答された。これ以上 Dr. に話せません。
11	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	こちらから医師に減薬を提案する場合、エビデンスをそろえないと提案しにくく、なかなか提案できないので、患者から医師に減薬の提案を定期的にする様促している。
12	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	薬の減薬を提案したいケースでも、相手の Dr. によってはこちらの提案を余計なことと思う Dr. もいるので、気をつかってしまいます。昔から何となく服用しているだけで、今は必要なさそうな薬もあると思うので、ポリファーマシーの取り組みは大切だと思います。
0.1	薬局のみ	その他	80 歳以上	県の学術大会で講演があり、本も求めましたが個人の薬局と医

			師病院のやり取りは中々うまくいかない。病院の薬局では医師との信頼関係もできやすいので実行できる。薬剤師各々の知識が医師より優れていなければ実行は難しいと思います。今は調剤をやめ、お薬相談でやっています。	
14	薬局のみ	病院周辺	50 歳代	色々思うところはあるが、ドクターの受け方が様々、言い出しにくいというのが現状です
15	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医師の中には“聴く耳を持たない”と感じる方もいらっしゃいます。患者や薬に関する提案がしにくいです。
16	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	門前 Dr. との関係性もあり、処方の内容に関する提案は行っていない現状があります。あまり医師にとって薬剤師の必要性を感じてもらえていないのが問題かと思えます。
17	FALSE	その他	50 歳代	ポリファーマシーを伝えやすい Dr. とそうでない Dr. が存在する。
18	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	長年同じ薬を服用し、体調が安定していると判断されている場合、患者様のみならず処方医も処方内容を変更したくないというお考えの方もいるため一律な対応はしづらい
19	薬局のみ	医療モール内	40 歳未満	薬局だけで対応は限界があると思う。処方権は未だ病院のみ、病院との関係性が良好でも、内容に関しては中々切りこめない
20	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	まだなかなか Dr. に処方提案するのはむずかしいのが現状です。ただ、クリニックとの関係も良好なので、出来ないことはないと思いますので、少しずつでもコミュニケーションをとり、取り組んでいけたらと思います。
21	薬局のみ	病院周辺	40 歳未満	ポリファーマシーは関与していくべき内容と思われるものの、在宅での往診同行など顔のみえる関係でないと、中々処方提案はしづらいように感じている。特に長期の外来処方だと、中止した際の対応が遅れてしまうので、安易に中止の提案が出来ない。
22	FALSE	診療所周辺	50 歳代	薬剤師側から減量を提案すると拒否する場合も多い(ドクターから言われていないとの理由)
23	薬局のみ	その他	40 歳未満	医療機関との関係性も重要であり、面で受けていてあまり積極的にふみこめていないと感じた
24	—	診療所周辺	40 歳代	まだまだ薬剤師は医師にいろいろ言えないところがあり、薬を減らすのはむずかしい状況にあると思います。
25	ドラッグストア等と併設	病院周辺	40 歳未満	患者さんとお話をしていると、この薬は本当に必要なのかなと思うことはたびたびありますが、患者さんに「Dr. と相談してくださいね」と伝えるくらいで直接 Dr. に提案することはなかなかハードルが高いです。
26	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	通常業務しながら服用薬剤調整支援料の算定難しい。診断できないのに提案するのに抵抗がある。
27	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	病院との連携が少ない薬局が多いと思います。医師に遠慮して

			<p>しまうことがあり中々言えないこともあるので、言いやすい環境を作ることが大切だと思いました。</p>	
28	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	<p>近隣以外のクリニック・病院に処方薬の見直しを提案しても、後日、院長からクレームの電話がきたりしたので、提案しにくい。</p>
29	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	<p>医師に提案と言えれば聞こえは良いが、意見物申す的にとらえられそう近隣のクリニックにはなかなか難しい。</p>
30	—	診療所周辺	40歳未満	<p>医師の処方意図が明確でないと減薬の提案がしにくいと感じる。診断名がはっきりすれば提案もしやすい。患者自身が処方意図を理解できていないケースが多い。医師と患者がしっかりとコミュニケーションが取れているのか疑問に感じることもある。医師が怖い飲み忘れたことをいうと怒られそう忙しそうで話ができないなど、患者から相談を受けることもある。</p>
31	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	<p>薬剤数が多くとも重複や禁忌といったことがないと処方医に意見しづらい。減量後に状態悪化が見られてしまったらと思うと切り出しにくい。</p>
32	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	<p>医師に意見を主張しにくい。残薬があっても患者さんがDrに飲んでいないことが分かってしまうことに抵抗を感じており、そのまま良いとなってしまうこともある。</p>
33	薬局のみ	医療モール内	40歳代	<p>不必要だと考えられる薬も、Drの処方にケチをつけるよう提案しにくい。何種類もの薬をきちんと指示通りに服用できているかは疑問。ただ患者本人はDrの前で服用していない、できていないと言い出しにくく、Drの側は服用できていると思っているのではないかと。</p>
34	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	<p>処方内容についての提案をしやすい医師とそうでない医師といるので、今後も医療機関との連携を密に「顔の見える」関係づくりを積極的に行うことが重要と考える。服薬情報提供なども良いと思うが、実際に会って話すことが一番だと思います。</p>
35	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	<p>薬剤師が医師に減薬や処方変更の提案をしても聞き入れてくれる医師は今のところごく少ない。まず根本的に制度を改革するか、医師側がもう少しポリファーマシーの意識を高めるかのどちらかではないかと思う。</p>
36	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	<p>漫然投与、服用となっているケースはしばしばあるが、なかなか直接Doctorに処方見直しの提案はハードルが高いのが現状。患者さんにも減薬したい医師がある場合、この薬を減らしてみてもよいかもしいから次回Doctorに確認をしてみるよう指示するなどに留まっている。</p>
37	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	<p>医師への処方薬の見直しや提案は、現状では難しいです。FAX等文章で簡略したもので統一段階としてできるようになると良いのではないかと思います。</p>

38	薬局のみ	病院周辺	60歳代	高齢の患者さんは医師に遠慮して本当の状況を言えなかったりします。医師も（特に近くのクリニック）患者に言われたら何でも要望に答えてしまう。患者のコンプライアンスが悪かったりする時は服用回数を減らしたりなどの提案はできるが、この薬は不要では？などの提案には医師に怒られたり時には「私を誰だと思っているんだ」ぐらい言われてしまうので難しいと思います。そうではない医師も勿論たくさんおりますが。
39	ドラッグストア等と併設	商店街	60歳代	薬剤カスケードの場合などは、投薬時に患者さんの話をよく伺い「もしや」と思われる時にうまく対応できると良いと思います。医師に伝える、提案するということが、なかなか出来ないのだろうと考えます。
40	—	商店街	40歳未満	薬剤師の問合せをないがしろにする方がおられます。重複薬効やGE品の普及で見落としが増えていのに、とりあわない医師がいる以上、現状の打開は難しい。そもそも医師の業務負担が大きすぎるのではないかと考える。せめて薬局からの問合せに対し、一方的に怒鳴るのはやめて頂きたい。
41	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	現状しようという意欲があっても、医師との意思疎通する場がなかなかとれないので、医師の処方に対する提案を上げづらいと感じてしまう。
42	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	患者は処方された薬剤は全て必要な薬と思って服用している為、薬剤師の減薬提案には否定的な印象がある。薬剤師から医師へ処方減薬提案は、ハードルがある様に思う。
43	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	薬局から病院、診療所の医師にいきなり減薬を求めるのは現場では難しいと感じてしまう。
44	薬局のみ	商業施設内	40歳未満	<ul style="list-style-type: none"> ・検査値等、判断に必要な情報が手元に来ないと減薬の提案ができない。 ・医師側に、薬局からの提案を受け入れる姿勢が十分でない。 ・減薬にあたり、診断と捉えられる可能性のある判断が必要になる場合も多く、薬剤師に認められる範囲での提案が難しい。
45	薬局のみ	駅周辺	60歳代	中止提案は、薬剤師には判断→Drに進言は難しい
46	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	併用薬を確認していると、時々、複数の科から大量に薬をもらっているケースがあるが、知識に対しての自信のなさや”処方元のクリニック”、”調剤した薬局”との関係が無いこともあって、処方元のクリニックへの処方提案はしづらい。
47	薬局のみ	その他	60歳代	検査値病名もなかなかわからないのに、医師への提案は難しいと思う
48	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	薬剤師からの提案について一緒に考えてもらえる医師が少ない。薬をたくさん処方してもらえると喜ぶ患者がいることも事実。一つの症状について薬を処方する医師、専門外の症状についても処方する医師それが高齢者への多剤処方につながると

			思われる。	
49	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	薬剤師から医師への減薬提案は難しい。
50	薬局のみ	その他	50 歳代	薬剤師から医師への提案は医師側の話聞く姿勢にも問題があると認識していただきたい
51	薬局のみ	病院周辺	50 歳代	薬の処方提案をしても、Dr が聞き入れてくれない状況が多いと思う。利尿剤→尿酸値上昇→高尿酸薬と追加になっていく例などは、どうにかならないのかと思う。お薬手帳があるのに、併用薬がどんどん増えていくのは Dr の側に考えてほしい。薬局から問い合わせでも受付でその処方通りと言われてしまう。先生にもつないでくれない。
52	薬局のみ	駅前	40 歳未満	処方変更の提案をなかなか Dr にしづらい。
53	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	病態を把握することが難しく、どの程度の提案を行えば良いのか判断に困る。不必要な薬は減らす勇気を医療者全てで共有しないとやりにくい。
54	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	知っている Dr であれば話しやすいが、顔の見えない Dr が多くいる中で急に電話などをするのは緊張する。
55	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	医師に提案しても対処してもらえないので、薬局側から提案しづらい。医師の側での意識改革が必要ではないでしょうか。
56	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	減薬の提案を薬局からしても受理されない事も多々あり、患者本人から伝えてもらう方がすんなりいくケースが多いように感じます。薬剤師として今後ポリファーマシーに対する活動は非常に重要であり、求められる職能だと思いますが、なかなかうまくいっていないのが現実だと感じます。
57	薬局のみ	住宅街	70 歳代	患者様の状態を質問し減薬したいと思いますが、医師が処方された薬に対し(勉強不足のため)意見が言えません。薬の効能、効果、服用方法、重複投与等、患者様にお知らせする位です。
58	その他	病院周辺	50 歳代	ポリファーマシーによる有害事象は多くあると思うが、薬剤師がエビデンスやガイドラインに基づいた情報提供や提案をしないと、医師は納得しないと思う。そのあたりのテクニックを薬剤師が知識も含めて向上させることが大事だと思う。
59	薬局のみ	診療所周辺	—	医師に意見を述べるのは、なかなか難しいです。
60	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医師に対して相談しにくい。

3. 患者に関する悩み・意見 (重複除く 53 件)

	営業形態	立地	年齢	自由意見
1	—	診療所周辺	40 歳代	テレビや雑誌の影響で勝手に薬をやめ(または家族の薬をやめさせ)体調を悪化させ受診するケースが増えています。実際都合の悪いことは doctor には言わない患者さんも多いので、「勝手にやめる→検査数値悪くなる→増薬」の悪循環を起こしていても doctor には気付けない状況にあると感じています。

2	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	不快な症状に対して安易に処方を求める患者さんに対して啓発が必要だと思います。薬の適正使用についての知識は、全年代に必要なと思います。
3	薬局のみ	その他	40 歳代	患者さんが薬を好きで、ないと不安になっていることがある。プラシーボ効果でも効くことがあるのでいっそプラシーボ薬でもつくったらどうかと思う。 処方せんに減薬の不安がないような指示をしてもらおうと、Dr の意思をくみとれる。薬局でよけいなことを言って減らした時に不安にならないよう、Dr と協力していきたい。
4	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	高齢の患者様は、薬を多く飲むことに不安を感じている反面、たくさん持っているとう安心している。又、こんなにもらって、こんなに安い(?)と値段が安いからもらってしまう傾向もあるように思います。
5	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	ポリファーマシーになっている患者は薬を減らす事に不安を感じている人が多く、中止が難しい。中止や減量になってもすぐに戻ってしまうケースがある。
6	—	診療所周辺	50 歳代	現在当薬局にはいないが、前の勤務先には「薬はもらわなくちゃ損」という考えの高齢者が多くいた。ここ数年でポリファーマシーに対する一般の世間の認識も変わってきているように感じる。 薬剤師として知識を生かしてポリファーマシーの有害事象を防止できるよう頑張りたい。
7	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	薬剤カスケードに関しては患者教育も必要 医療費のアプローチも重要な視点と思う
8	ドラッグストア等と併設	その他	50 歳代	患者さんには、常に薬は身体にとって「異物」だからと話をしますが、お薬大好きな方も多く、患者さんともですが、医師ともコミュニケーションがとれていないと患者さんにとって本当に必要な薬なのか、判断する事が難しいです。
9	薬局のみ	病院周辺	60 歳代	高齢一割の方は多くの病院で湿布を処方してもらっている。ロコアテープとロキソニン、モーラステープLの重複等も多くある。
10	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	患者の治療意識の向上と限りある医療資源の有効活用、無駄を省くこと必要
11	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	高齢者は多科受診している場合が多く、それぞれの専門医が薬を処方する為、専門外という事で、中々他医の処方した薬を中止する指示は出来にくいと思われます。お薬手帳により同一成分薬や同効薬のチェックは行い易いので積極的に活用し薬剤師から提案させて頂く事は出来ると思えます。中にはわざとお薬手帳を持って来なかったり 2 冊、3 冊に分けていたりする例があります。全患者様(特に高齢者)にお薬手帳を義務化して

			頂き、薬剤師を信頼して頂けるとありがたいです。そうなれる様頑張りたいです。	
12	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	自由に受診が出来て、自己負担もかからない人もいるため、薬をもらう事に対する意識が低くなってきているため、患者が薬を要求している事が多くなっている気がする。税金をムダにしている考えが足りていない。
13	薬局のみ	駅周辺	40歳未満	たくさん薬を飲んでいることが正しいことのように考えている人は、減らそうと思っていないし、減らしてもすぐやっぱりと調子悪い、と言う。患者意識の改善が必要。
14	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	飲み続けていると患者様がやめたくないと思っていることがあり提案してもまた元に戻ることがありますが、リスクを考えこれからも減らせるところから減らして行くよう根気よく続けていきたいと思います。
15	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	具体的な有害事象と言われると不明だが、明らかに薬の飲みすぎが原因であると思われる人はいる。ただし、こちらから減薬を提案しても患者側から拒否されることもあるので、患者側にも理解をしてもらう必要があると思う。
16	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	上記1) 2) のQに対し、中止しにくいと思う内服と、本人が中止したくない薬剤に違いがある様に思う。症状がある対処の薬は、本人にとっては大切でしょう。薬剤師から見れば、なるべく必要ない、又は中止できる薬は少しでも中止した方がよいと思う。
17	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	<p>2.5:まず現在のポリファーマシーのスタートラインとして、「医療行為において患者目線を重要視するようになった副産物」であると考えている。</p> <p>患者の要望をより聞き入れるようになり、患者の訴えに対し医師は何某かの回答を出さなければならない。その結果、わかりやすい回答として「薬を処方する」という行為に至っているのが現状である。</p> <p>薬局側から患者の「薬を減らしたい」という要望に対し、手助けとして該当薬剤の重要度や減薬リスクについての説明をすることは可能だが、患者側の意思なく薬剤師から積極的に行動する必要はないと考えている。また別の話として近年、医療費の削減を目指し患者の残薬確認および残薬調整の疑義照会を行っているが医師にとっては負担がかかるという意見もある。</p> <p>多種類の薬を服用している患者に対して、医師より「それは老年性のものであるため薬では治らない」と説明し患者に減薬の理解を得ることは理想的ではある。しかし実際問題として患者の理解を得ることは難しく、「年だからしかたないと言われてしまった」と印象付けさせてしまう恐れもある。また限られた</p>

			<p>医師の時間を大幅に減らしてしまい、診療全体が煩雑になってしまうことが考えられ、結果として医療費削減につながるかは不透明である。</p> <p>私は、ポリファーマシー対策に対してはおおむね賛成ではあり、薬剤師の日常業務として必要不可欠なことだとは思いますが、医療費削減の一環としてそれを掲げるのは誤りであると感じている。</p>	
18	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	<ul style="list-style-type: none"> ・副作用が出たら、薬を減薬するという考え方が必要と考える。 ・患者さんから医師へ痛み止めや風邪薬、抗生剤、睡眠薬、下剤、ビタミン剤など簡単に要求しすぎが問題。
19	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	お薬手帳を他医院、薬局に見せる様患者に指導、医院に報告を行う事が重要と考えています。
20	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	お薬手帳を持参されない場合等は確認できない事もあります。同じ薬で名前が違うものなど違うものだと思いのまれている場合も多くあります。向精神薬など他でわざともらっている事もありました。保険証でのんでいるお薬が確認できる等早急にシステムを作る必要性を感じます。
21	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	患者さん自身もこんなにたくさん飲んでると言いつつも、積極的に薬を減らしたいと思っていない事もあるように感じる。処方箋だけでは薬が不必要かどうかは判断しにくいと思う。
22	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	都合の悪い併用薬は手帳からシールをはがしたり、病院ごとに手帳をわけて、他はかかってませんと言われると対策の仕様がなない。マイナンバーカードに保険証、お薬手帳の役割が入ることを期待している。
23	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	高齢の方においては、薬をのむという行為そのものに安心感を得ていることも多々あり、減薬することに不安を感じる例もあると感じている。減薬の際には医師を含め、患者とよくコミュニケーションをとっていくことが重要だと思っている。
24	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	<p>薬局窓口で感じる事は、多剤服用を問題視する前に患者さんが自分自身が何の薬を飲んでいるか把握してない人が多い。特に高齢者であるが、併用薬は何か答えられず、そういう人にかぎって「お薬手帳」を持参しない人達が多い。</p> <p>ポリファーマシーとか ADEs とか、カタカナ語やアルファベットで略された英語が多くついていけない。「多剤服用」とか「薬剤有害事象」とか言ってくれた方が、わかりやすい。</p>
25	ドラッグストア等と併設	その他	40 歳代	仮に患者が希望する薬剤（医療人側から不要な薬剤として）も患者本人が望む場合は、別の病院で処方してもらうケースがある。医療者側のみならず、患者側の意識を変える必要があると考えます。又、個人的には「6」という数に意味はないと考えます。「6」だけが独り歩きしてしまい、必要な薬を中止しかね

			ないと思います。	
26	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	新たな薬を服用し始めて副作用と思われる症状が出た場合、さらに薬が追加されるケースをよく経験します。睡眠薬、鎮痛剤は継続的に処方されていることが多く、続けていることで安心感が得られると思われる患者さんが多いように思います。薬を減らすことで不満を訴える患者さんもいるので、減薬の医師への提案は難しいです。
27	薬局のみ	病院周辺	40 歳未満	医師が処方する薬は必ず服用の固定概念を患者が抱き続ける限り、減薬は難しい。減薬提案は起こり得るものとして、それが当たり前になるような環境になってほしいと感じる。
28	—	診療所周辺	40 歳代	高齢者は薬を飲みすぎていると感じるが患者と話すとき必要性を訴えてくるので、なかなか減薬につなげられない。
9	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	医療従事者の意識を上げることは難しくはなく、すでに実施や意識付けがなされていると思うが、患者側の意識を改革するのはまだまだ難しいのだと感じています。ずっと飲んでいるものをやめるという不安、医師が良かれと思ってずっと処方されているから飲んでいなくてももらわねばならないとする方がおられ、日々どのように話をしていくか考えています。
30	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	患者が症状を訴えて薬を希望している場合、減薬は難しいと思います。
31	薬局のみ	医療モール内	40 歳代	本人に減薬の意思がないとすすめるのが、減薬の意思のある人が少ない
32	薬局のみ	診療所周辺	70 歳代	一人の患者が複数の病院にかかっている、その都度近くの薬局で薬をもらい、お薬手帳を持参しないか、病院ごとにお薬手帳を別にしている場合、投薬しにくいのでお薬手帳は必ず持参するかかかりつけ薬局を決めてほしい旨を話すようにしたらよいと思う。
33	薬局のみ	—	40 歳未満	一度服薬調整支援をとって、減量しても半年くらいで数が戻ってしまう患者が複数いた。減らしても薬が好きな患者は次々に新たな症状が出てしまい、訴え、薬が増えてしまう。
34	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	不要な薬は減らすべき！と考えるが患者さんとお話ししても「薬を飲んでいたほうが安心だから」「薬を飲んでいて症状が落ち着いているから」ということが多い。薬が多い人ほどそのような傾向を感じる。
35	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	50 歳代	ポリファーマシーになる要因としては、一つには患者の要望が強いこともあると思われる。特に精神科の患者は減薬に抵抗を示す。しかし副作用の要因になることもあるので注意深くかわらぬと思う
36	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	精神科の薬は若い方でもいると思う。薬に対する妄信があるように思える。

37	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	一人の患者さんが複数の医院を受診することが多い（内科、整形外科、眼科、皮膚科）。同じ薬局で投薬を受けていればチェックできるが、お薬手帳も医療機関ごとに使い分けている患者さんもあり、医院、薬局の相互作用、ポリファーマシーのチェックが機能しない場合が多いのも問題です。良い解決策は見つけれられるのでしょうか？
38	薬局のみ	その他	60 歳代	高齢者の中には薬をたくさん常備していないと不安になる方もおり、残薬調整を希望しない方もいらっしゃる。
39	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	薬剤師として中止したい薬剤は睡眠薬ですが、患者の希望などでなかなか中止できない薬も睡眠薬のように感じます。
40	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	患者、家族の教育が必要。薬の副作用、リスクについての過信、高齢化に伴うリスクの自覚の↓など
41	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	Dr、患者本人も不調に対してお薬を欲しがったり、追加することを良しとしないしてほしいと思う。
42	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	老人に多い自己判断で飲む薬、飲まない薬を決めている事が多いので、毎回の残薬確認と何故飲むのかをしっかりと理解するまで説明する必要があると思います。便秘薬、なるべく減らしたいと努力しています。
43	ドラッグストア等と併設	その他	40 歳代	患者本人は減薬希望でも家族が服薬していれば安心との考えがある方もいて難しい。
44	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	若い人より高齢者の方が情報に翻弄されすぎている気がします（言葉が違いますね）。個人の経験値が高い分高齢者の方が、情報の中から自分の都合の良いものを選びがちだと思う。そのために薬も同様に自分で選ぶためにたくさん欲しがる傾向がある気がします。不景気な中保険で支払われるため負担が少ないので一部の方かもしれませんが、そういう方もいると思います。
45	薬局のみ	通常の町中	70 歳代	①残薬が多くあっても医師、薬剤師に伝えたがらない。 ②湿布、鎮痛剤、睡眠剤などは医師にもらえるだけもらおうとする。 これらの患者が多く、患者全般（個別ではなく）への啓蒙が必要。
46	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	入院患者は総合的に管理可能だが、退院後の管理は別物と考えるべき。患者が独断で OTC を購入することもあるのでそれを含めて。
47	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	患者様側が要求しているケースが多く、ポリファーマシー化している方の減薬提案は難しい。Dr が患者様の話をよく聞いている方なので、薬局から何か言うことはほぼないし、言っているのか悩む。

48	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	近隣のクリニックもガイドラインに従って処方しているとのことで、減薬に取り組みたいものの現状できていない。患者様も服薬希望者が多く、中々理解が得られていない所です。
49	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	配合剤が増えてきており、医師も（薬剤師も）が含有成分が不透明になってきている（合剤を見落として、重ねて追加処方になるケースが増えている）。電子薬手帳にしても互換性がなかったり、医師に見せていないことも多い。ツールを医療者全員で利用できるようになる事を望む。
50	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	副作用の事例も服用種類が少なければすぐ提案、対処出来るが、高齢者は多種類服用の上、副作用が出てもその症状（しっしん、咳、痛み、めまい、ふらつき etc）が副作用なのか、その方の病気からの症状なのか判別するのが非常に難しいと思います。その為、その症状に合わせた薬が上乘せされていくのだと思います。又、診療科毎にお薬手帳を分けていらっしゃる患者様もおられ、ポリファーマシーである事にすら気づけない事もあります。患者様本人、Dr、薬剤師全員減らしたいと思っけていても実際には難しいのが現実です。私も相談されたら勿論ですが、されなくても「先生に相談してみたら」と提案はしています。
51	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	薬剤はたくさん飲んでも、飲んでいない人（種類が少ない人：つまり必要な薬のみ飲んでいる）と寿命は変わらないのではないかと考えている（健康寿命に関しては特に）。もうしていると思いますが、そのような研究をしてはっきりエビデンスが得られれば、医師も減らす方向になるのではと思います。あと、お薬好きな人と嫌いな人の差が激しい。ずっと同じ薬を続けていることが多いが、年齢がいけば余命年数が短くなるので、臓器保護の観点からも減らせるはずだと思います。
52	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	薬が多い人ほど服用していることに安心感があるようで、減らすのがなかなか難しい。
53	薬局のみ	病院周辺	40歳未満	薬を管理しきれない高齢者が非常に多いと感じる。訪問を依頼されるケースも多々あります。

4. その他の悩み（重複除く 35 件）

	営業形態	立地	年齢	自由意見
1	薬局のみ	病院周辺	40歳未満	減量の提案はできるが実行までが難しい。
2	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	服用薬剤調整支援料のように文書提案に時間がかかる 効率悪い
3	薬局のみ	住宅地	40歳代	受診が多科に及ぶと、他薬局での調剤薬も生じるが、その場合 問い合わせができにくいなど減薬が難しい。
4	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	専門医で診てもらおうとなると他科受診が増えるのはやむを得

			ないと思うが、横の連携が少なく不要な薬剤併用が横行していると感じる。高齢患者が訴える症状に対して処方を増やしていただくだけではポリファーマシーはなくなると考える。医師から納得いく説明が得られれば薬を中止するという選択が可能だと思う。	
5	薬局のみ	病院周辺	40歳未満	残薬に関しては実際に在宅に入らないと確認がとれないケースも多く感じます。服薬できていない事による処方薬の追加などもあり、薬剤師としてはまず、きちんと服用して頂く様にする事を前提にポリファーマシーに取り組む必要があると思います。
6	薬局のみ	市街地	70歳代	医師の治療方針が充分把握できないために提案が難しくなっている。 ポリファーマシーは数の問題ではない。効果不十分の際に薬量を増加するより、多剤の併用の方が良いことが多い。配慮された処方設計に悪影響のないようにしたい。 医師と患者の信頼関係が増すような状況作りが必要。
7	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	薬は少ない方が良いと医療従事者も思っているが、状態によって減らしたくても減らせない事が多く、患者さん本人もいざ減らすとなると、本当に大丈夫なのかと心配になり嫌がられる事も多いと思います。
8	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	有害事象が多剤服用が原因か不明。通常の副作用で一剤抜けばよくなることもある。
9	ドラッグストア等と併設	医療モール内	40歳未満	抗不安薬・デパス等はかなりぬきにくく、高齢で手ばなせず、転倒や中毒性が高くリスク高く感じます。鎮痛剤はテープ+パップ+クリームが多く、酸化マグネシウムは副作用防止で追加される↑、下痢になっていても飲み続けている方多くみられます。
10	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	50歳代	多剤服用による有害なのか、もともとの疾患なのかを判断するのは薬局では難しい。多剤服用を医師も患者も承知し、それでも服用しなくてはいけないと思われる薬を、薬局で減らす提案をすることは難しいと感じる。合剤なら1剤という考え方も、有害事象の面からは誤っていると思う。
11	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	他科受診が多く、お薬手帳を持っていない等、問題が多くむずかしい。
12	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	・カスケード処方により、本来の治療から逸脱してしまうことがある。 ・患者の症状（申告）により、処方が増えてしまい、症状改善後もなかなか減薬できない状態がある。
13	薬局のみ	病院周辺	60歳代	診療科別や医師の考え方の違いで、夫々の医療機関で薬がプラスされることがあるのが一番リスク高いと思います（目標とす

			る血圧の値・脂質数値・血糖コントロールなど)	
14	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	50 歳代	病状を詳しくわからないため、体調が安定していると減薬提案は難しい。患者自身も先生が処方した薬だから、減らさない方がいいと思っている。
15	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	75 歳以上の薬の数の上限を決めるべきだと思います。服用薬剤調整支援料はハードルが高く取りにくいと思います。
16	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	服用薬剤調整支援料など薬剤師が減薬などを提案することに対する評価必要性を医師に対しても周知させてほしい。
17	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	残薬があって減らすことはできると思われるが、服薬薬剤調整支援料を算定するような案件は Dr の考えも確認しなければと思うのでやりづらいと感じています。
18	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	多剤を服用している患者はざらにいる。薬局では薬の組み合わせの観点でチェックはできるが、処方の意図や必要性までは立ち入れない。複数の医療機関から処方されている場合は医師間で調整すべき。すべての情報が集まるという点で、レセプト審査においてもポリファーマシーの観点でチェックできるはず。また薬剤師の立場から、医師へ質問しやすい環境が欲しい。
19	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	50 歳代	アムロジピン 10mg 服用の高齢の方は 5mg にすると心臓の薬などどんどん調子が良くなって減っていった。広域の病院の先生とも意見を交わしたいが現状はどのタイミングで出すのがいいかわからない。
20	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	介入したがなかなかできない現状である。
21	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	少しでも診察時になにか Dr に言うと薬が追加されてしまうのがよくないと思います。
22	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	高齢者になると成人病の合併が多く、どれも重要な薬になる場合が多く減らしにくい。睡眠薬、抗不安薬に関しては必要でない場合減量に努めている。
23	薬局のみ	医療モール内	40 歳未満	お薬手帳や患者からのヒアリングだけでは残薬確認に限界を感じる。
24	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	在宅で患家訪問すると想像以上に薬の管理ができていないと感じることが多い 残薬は山ほどありそれを知られたくないからと破棄したり溜め込んでいる 薬局にはわからない 要因はポリファーマシーも間違いなくあると感じている ただし手間と人手不足で介入が難しい
25	ドラッグストア等と併設	昔ながらの薬局、住宅地	40 歳代	患者一人に対する服薬指導の時間が短すぎるのが原因だと思う。
26	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	多科から様々な薬が投与されることが本質的に難しいところだと思う。主治医を確立し、ある程度一元管理すべきか。
27	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	服用薬剤調整支援料を算定していないのは、医師の方は配合剤

			への変更でも類似加算が算定出来る状況なので、配合剤を含めない提案を受け入れてもらうのが難しいからです。	
28	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	高齢者への向精神薬の投与、長期にわたる眠剤の投与（精神疾患以外）
29	ドラッグストア等と併設	商業施設内	40 歳未満	薬局ではカルテが見られないので、「不必要な薬」かどうかの判断が非常に難しいと感じている。
30	薬局のみ	病院周辺	40 歳未満	薬局としては、患者への聞き取りから減薬の提案を医療機関へ行いたいと思うことがしばしばあるが、報告の体制（病院側の報告の受け入れ体制）が整っていないことが多く、毎回報告に至るまでに時間を要する。
31	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	処方内容は膨れ上がりすぎていて、各科 Dr も本人も手出しが出来ていない状態になっている場合があります。薬剤師の毅然とした対応が必要とは思っているが、難しい。訪問診療の処方が数年変わらないケースもよく見る。
32	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	検査値などの判断資料がない時、処方意図が読み取れない場合、処方変更には介入するには限界があると考えます。複数受診を医師側が確実に把握する必要性を感じる。重複チェックなどは積極的に行い、医師に減薬、変更などの提案はしている。
33	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	報告提案を受ける医師のタイプによって左右されることもあるかと思う。病床がある程度ある病院に対しては難しく、薬剤師との連携でポリファーマシーに繋がる事例もあり、将来はこれに関しても評価がつけばよいと思う。
34	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	ポリファーマシーになってしまう原因は多数あり、早急に解決するのは難しいと思うが、高齢者の減薬には積極的に取り組んでいきたい。
35	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	薬局では患者の詳しい症状が把握できないので、ポリファーマシーへの対応が難しい状況です。医師とポリファーマシーについての対策を話し合いたいと思っています。

5. ポリファーマシーの改善策（重複除く 33 件）

	営業形態	立地	年齢	自由意見
1	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	実現には医療機関との連携が不可欠だと思います。
2	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	かかりつけ医制度を充実させ複数科受診を減らすようにすることが良いと思います。
3	薬局のみ	国道沿い	60 歳代	現状では患者と薬剤師の信用・信頼関係が必要と思われます。
4	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	医師、薬剤師、その他の医療従事者とのつながり、密な連携、報告が必要だと思います。
5	—	診療所周辺	60 歳代	・残薬がある場合患者が Dr. に調整をしてもらう（残薬がある場合は進言するよう指導）

			<ul style="list-style-type: none"> ・Dr. は薬の数基本的に少ない ・コレステロール、血圧降下薬など低いと高くなってから処方する 	
6	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	複数医療機関への受診を減らす対策が必要だと思います。
7	薬局のみ	—	40歳代	<p>現状では、お薬手帳を活用し、多数ある薬や受診を確認しているが、手帳を忘れたら何を飲んでいるかわからない。投薬も不安。高齢者の記憶はあいまいで、そこに頼るのは無理がある。手帳も貼り忘れも多い。マイナンバーカードなどで、国レベルで全ての人の受診記録や投薬記録がわかるようなシステムになると良いなと思っています。県で別々の方法とかではなく同じ方法で。</p> <p>一度処方された薬を「減らす」という事に抵抗もかなりあると思うので、処方時に不要な薬は処方しない事が一番良い。今回「高齢者」という事だが、「生保」の患者の方が問題だと感じています。</p>
8	ドラッグストア等と併設	病院周辺	40歳未満	<p>電子お薬手帳の患者さんが増えているが、互換性が悪く感じています。クラウドを使ってでの会社の電子お薬手帳をどこの薬局に持っていても簡単に中身が見れると重複や残薬などの確認がしやすくなり、少し薬が減るのではないかと思います（現在他社の電子手帳は扱ってないとスマホを見せてもらうしかありません。ずっとスマホをあずかる訳にもいかないなので薬名しか確認できない）。</p>
9	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	もっと気軽に処方薬の削除をできるようになったら 手続き、疑義照会など、ワンクッションが手間に感じる 薬剤師に権利を与えて欲しい
10	薬局のみ	病院周辺	40歳代	75歳以上の患者に対してどの程度の治療をするのかを決めるべき。コストを考えず全ての治療をするので薬が増える。加齢でおきる事象全てを治療すべきではないのではないか。
11	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	<p>ポリファーマシーの対策については、数年かけて本人の納得と医師への本人からの意思表示等への道すじをつける必要がある。3年かけて精神安定剤と睡眠導入剤を中止できた症例ではご家族から「体が毎日だるいといっていたのがラジオ体操でジャンプすることができるようになったと、今思えば薬が運動の機能を低下させていたんだと思います。医師ではなく薬局で睡眠薬を減らそうと声をかけてもらってよかった」と喜びの声を頂いた事があります。このような症例を1つずつ集めていきたいと思っています。</p>
12	その他	GMS内店舗	40歳未満	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の薬剤師業務としてメインとなる ・薬剤師、医師、患者の意識を同時に変える必要がある
13	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	西洋薬と漢方薬では診断方法が違うため、使用することが難し

			い。東洋医学を学んだ上で漢方薬を処方すべきだと思う。正しく使えば、西洋薬も減らせコストはずいぶん下げられると思う。	
14	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	薬剤師が Dr. に提案しやすい環境があればよいと思う。
15	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	マイナンバーカードなどを利用して他の病院の処方データ・検査値などが見れるようにすると良い。
16	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	<p>薬剤数の変更の有無に関わらず、医療機関との連携は重要と思います。その連携があることでポリファーマシーを減らすきっかけかと。</p> <p>患者視点では「薬が変わると混乱するからそのままが良い」と訴える方もいるので、一概に減薬することが良い方向ではない部分もある。経済面としては医療費を考えてしまうためやはりポリファーマシーに関しては積極的に取り組みたいと思っています。</p>
17	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	数が多いことだけでなく、個人個人により差があります。減薬は1つずつ患者さんの症状を確認しながら行うべきであると考えます。
18	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	薬の一元管理が患者まかせになっている。本来薬局で一元管理すべきとなっているが、それを行うにあたり患者さんの行動、考え方しだいとなっているため難しいと考えます。薬剤師からのアプローチには限界があり、他からのアプローチ（保険給付関係が一番効果的ではないかと考えます）がもっと必要かと思っています。又、マイナンバーを利用して情報の管理ができれば大きく変わると思います。
19	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	院内処方や院内で使用された薬剤（点滴等）に関する情報が少なく、又、患者からのききとりだけでは正確にわからない場合が多いと感じています。輸液のみの使用であったとしても、お薬手帳に記載があれば確認に活用できるため、ありがたいです。お薬手帳の活用がより広く深まるとよいと思います。
20	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	医師と相談しやすい環境が必要
21	薬局のみ	FALSE	70歳代	<p>患者窓口負担を引き上げるべきである。</p> <p>医師間でカルテを共有できるシステム構築。</p> <p>集中度50%以上の調剤基本料引き上げと再編。</p>
22	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	薬局でできることには限りがあるので診療報酬改定などで Dr. が積極的に減薬するような仕組み作りが必要と思う
23	薬局のみ	—	40歳未満	減薬の提案を行うには日頃から処方医との連携が必要と思う。
24	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	患者様からの聞き取りの際に受診時に Dr. にお薬手帳を出しても確認してくれないという話を聞きます。また、自身の所から出す薬を服用するという指示もあり、患者様はそこから薬を重ねてしまっている状況を目にします。薬剤師がチェック

			<p>することは絶対に行うべきことですが、医療機関のつながり、そのツールとしてお薬手帳をもっとお互いがよりよく活用できる体制をととのえることも大切なのではないかと思います。</p>	
25	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	<p>不必要な薬剤が長期に渡り多数使用されている状態で、医療費高騰の一因になっていると思います。</p> <p>患者本人、医師と密にコミュニケーションを取り、必要最小限の薬剤の使用を目指すべきだと思います。</p>
26	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	<p>複数科になったことによって専門性は増したが、服薬の必要性や優先順位が低い薬も処方されることになったと思う。患者の既往歴や処方薬等を一元管理できるようなシステムができれば、複数科に通ったとしても専門性が補完でき、医療費の抑制につながると思う。マイナンバーと医療データをつなげて、自らのカルテとして保持することができればいいと思う。</p>
27	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	<p>薬局にも検査結果等を把握できるようにしてほしい。効果把握、SEの早期発見によりポリファーマシーによるものか検討するきっかけになり得る</p>
28	薬局のみ	駅前	50 歳代	<p>医師がほかの医師に自由に意見できる環境を作ることが大事</p>
29	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	<p>ポリファーマシーの解決には他職種の連携が不可欠 ポリファーマシーの一因は 国民皆保険という制度 ポリファーマシーを放置すれば 日本の医療制度自体が崩壊しかねない</p>
30	薬局のみ	—	50 歳代	<p>すべての科がみれる薬を一元化して出せる医療機関が必要。それができるまでは特に薬剤師が目を見せないといけない</p>
31	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	50 歳代	<p>薬によらない生活習慣改善のアドバイスが必要。患者さん自身にも、調整できる範囲を与える。眠剤の無理な規制は逆効果。</p>
32	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	<p>処方された薬に関して、総合的に疑義照会ができるように、薬局を一元化する必要がある。現時点、複数の薬局で調剤されることで、薬のアフターフォローなど含めて担当が分断されてしまう。病院も薬局も疾患別という対応になると、責任が曖昧になってしまい、分業の意味をなさない感じがする。処方箋が手元にないと、疑義照会という薬剤師が医師に提案することが出来る貴重な手段を失うことになる。緊急性の少ない疾患に関しては、処方箋を一カ所に纏めることが必要かと思っています。患者が実際服用している薬の「見える化」を図ることで余分な薬の所持することなく残薬減少にも貢献できるのではないかと思います。薬局薬剤師が、患者の「薬の終活」に貢献できるように活動できると良いと思います。そのためにも、薬剤師は、今後、患者の状態に対する薬剤の優先順位を勉強し医師も納得する適切な意見を出せるように連携する必要があると思います。</p>

			薬剤師に、その意志があるのか！	
33	薬局のみ	駅前、面分業	40 歳代	薬剤師が患者の背景、環境をしっかりと把握すること。かかりつけ薬局（薬剤師）を決めてもらうこと。ケアマネ、訪看、ヘルパーなど多職種で連携すること。外来＝生活ということを考えて、薬物治療のサポートに取り組むこと。

6. その他の意見・経験（重複除く 93 件）

	営業形態	立地	年齢	自由意見
1	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	漢方や下剤の精査は必要だと感じます。
2	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	個人の背景や疾病、人生観価値観も含めて検討すべきもので一律に医療経済のみで対応できる問題ではないと考えます。多い＝ダメとは言い切れない。
3	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	更年期による女性の高コレステロール血症に対し、TG も Normal で脳心血管系の他リスク（高 BP、脳・心筋梗塞の既往、糖尿病 etc）がないのであれば 75 歳以上にはコレステロール低下薬は不要と考えます（家族性のコレステロール血症の場合は別）。
4	薬局のみ	病院周辺	40 歳未満	患者の服薬や医療費の面でも、なるべく少ない薬剤での処方が重要だと思う。
5	薬局のみ	病院周辺	50 歳代	以前に比べ、処方医の意識改革は進んでいると思われる。当方よりの提案をきちんと受けとめて頂けるようになり、減薬等の検討に積極的であると思われま。医師、薬剤師にとり、さらに多くのエビデンスがほしいと考えます。
6	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	V 1)は回答ができませんでした。申し訳ございません。
7	薬局のみ	住宅地	60 歳代	高齢者の不安な症状にこたえる Dr. が、症状がなくなっても、患者の不安感のため、中止できない主治医の気持ちも分かりま。す。
8	—	—	—	ポリファーマシーに関する説明がないのに意識実態調査はできません。
9	薬局のみ	駅前	40 歳代	薬の剤数ではなくその方にとって必要なのかそうでないかだと思ひます。それによって薬剤師の対応が変わると思ひます。
10	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	いくつかの医療機関にかかっている高齢者が多い現状で、ポリファーマシーについては薬局として見逃さずに取り組むべき問題だと認識しています。
11	ドラッグストア等と併設	診療所周辺	70 歳代	多重受診による過剰投与で多く服用されている傾向あり。最近も在宅の患者さんで COPD・気管支拡張症で通院しているが前立腺肥大で前立腺の薬服用にて COPD で大病院緊急入院して前立腺肥大等による尿路障害がある患者には禁忌のエアロスフィアが使われ尿閉になっていたりして緊急中止したり、便秘で便をかき出した後便秘薬が 3 剤も出て聞いてみるとその後は

			下痢気味であるとか色々あります。処方薬も9剤も使用全部中止で本人正常に戻っている。	
12	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	療養型を併設していた病院で勤務していた時、どの薬、度の既往歴を持たれていても、1剤または無しの方が方がバイタル、検査数値が良くなっていっている。初めはとまどったが、薬による影響が大きいことが色々な意味で理解できた。
13	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	すべて医師の権限なので、薬局でやれることは少ない。
14	ドラッグストア等と併設	その他	50歳代	患者さんよりたまにこの処方の中でのまなくてもよいと思う薬はありますか？と聞かれることがある。だいたい「ドクターに相談して下さい」とお話しするが、80歳以上の人には上の③、④(②)は処方なくしてもよいのでは？と思うことがある。
15	薬局のみ	診療所周辺	70歳代	眼科がメインの調剤薬局 98%
16	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	医療機関、患者様、家族などみんなで取りくんでいく問題だと考えています。
17	薬局のみ	病院周辺	50歳代	ポリファーマシーは患者さんの健康の為に是非検討に値する。
18	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	ここ最近ではポリファーマシーへの取り組みがすすみ、処方薬の数が減っているので、あまり問題のある処方自体がない。
19	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	処方医側は、薬剤師は薬を正確に速くお渡しすれば良いとの考えが多い。
20	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	年齢と共に食事量が減り、回数も2回とかになるため、朝一回の服用にしぶり、高齢の患者様には最小限にとどめる。
21	薬局のみ	病院周辺	40歳未満	最近ではDr.も意識しているようでこちらからアクションで減薬になることはない。(Dr.が計画たてて減薬しているようなので)
22	薬局のみ	その他	80歳以上	必要あれば主治医とコミュニケーションをとる
23	薬局のみ	病院周辺	80歳以上	特にありません
24	薬局のみ	その他	60歳代	近年配合剤が発売されて2種、3種の薬剤が配合されているため6種類以上などという数字ではひと事といわれたいと思う
25	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	薬の種類が多い患者さんが増えているので、減らしていければと思う(特に高齢者)。
26	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	7種以上だから！！ではなく、薬相互を考える事が大事。話をしながら減薬の方向に出来る事もあるが、慎重に行うべき。
27	ドラッグストア等と併設	処方箋をもう何年も受けていません	40歳代	処方箋をうけてないので考えだけ書きました。来店して健康を相談されるお客様のお薬手帳をみて思うことは、食べる事も大変で少量になっているのにのむだけで大変だということです。
28	薬局のみ	商店街	40歳代	患者教育につながる何かを、1薬局に依頼するだけでなく職能団体としてアクションをもっと起こしてほしいと思う。ちらし、ポスターだけでは限界があるように感じる。

29	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	同効薬が他科から処方された場合に、お薬手帳や薬歴から発見し問合せを行うことは度々ありますが、薬剤カスケードではないかと問合せするのは技術が必要だと考えております。
30	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	V1) 2) 返答しましたが、いきなり「中止」できるかできないかという考えではなく減薬、薬剤の変更など段階を経て…ととらえました。
31	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	医療財源を考えると花粉症に対する保険処方と同様、切り捨てるべきものを選定しなければならない時代になった
32	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	医師がほかの医療機関で処方された薬を知らないことがあります。そのために同種同効薬が処方されたり、いつの間にか薬が増えてきてしまうことが見受けられます。
33	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	患者様の症状によって多剤服用はやむをえないが10種類をこえる薬を服用している方は、状態が安定していれば減薬など必要だと思う。
34	薬局のみ	診療所周辺	60歳代	90歳以上に認知症治療剤など、年齢的に脳の萎縮によるものと考えられる場合もあり、のみ誤り等を考慮するとなるべく2~3剤までに抑えるほうが最善と思われる。
35	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	高齢者の多くは複数受診されているのが現状で当薬局でも2科、3科の患者様が多くみられます。必ずお薬手帳を確認します。有害事象の発生も防ぐようにしなければと思います。アドヒアランスをよくするために一包化、剤形の工夫なども必要と考えます。
36	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	こちらの発信よりもDr.側も減薬を意識していると感じる。上記に挙げたような脂質代謝異常の薬や糖尿病の薬を急に中止になっている場合を見かける。数値が上がってしまう患者もいるので、採血の結果を把握しておくことが大切かと思う。
37	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	ポリファーマシーを1つの言葉で定義付けることは難しいと思う。費用対効果や効果判定がつきにくい薬剤が多々あります。適正使用のため注視していきます。
38	薬局のみ	診療所周辺	40歳代	実際の処方の増減の経過をみると通院で少しずつ増えていくケースよりも大きな病状で入院し退院時に大きく処方が増えてそのままになっているケースが多く感じる。通院時の段階である程度減らすか、飲み切り終了の指示がないと患者は真面目に飲み続けようとするので上記(V質問)のような、中止しにくい状態が生まれる。本人に説明したうえで通院に切りかえていく対応が必要と感じます。
39	薬局のみ	診療所周辺	50歳代	75歳以上だと自分が何の薬を服用しているか良くわかっていない場合が多いので、医療従事者が積極的に減薬できるようにした方が良いと思います。
40	薬局のみ	診療所周辺	40歳未満	医療費の無駄である

41	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	患者さんが同じ診療科で複数の医療機関にかからないようにするしかないと思います。
42	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	ポリファーマシーの薬剤数を 6 種類で区切るのは疑問
43	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	多剤投与の方も eGFR 値を考慮に入れながら減薬すべきですが、思うようにいかない現状です。
44	ドラッグストア 等と併設	病院周辺	40 歳未満	内科系薬剤に関しては処方医の考えを知る必要があるため、医師との信頼関係が必要になると思います。
45	薬局のみ	その他	60 歳代	多剤投与の患者さんが数人いますが、患者さんには話をしてもなかなか主治医に連絡することはありません。気になる患者さんには処方薬チェックをしています。老人はいろいろな科にかかっている方が多いので薬の数も多くなっています。重複している場合はもちろん医師に連絡はしています。
46	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	入院や転院の際に、かなり薬が減る方もいるので、何かきっかけがあればもっと減らせるのではないかと思う。
47	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	メディケーションレビューなど薬剤師としてもスキルアップに努めていく必要がある。
48	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	医療費の関係などからも必要のない薬は削除、中止すべきだとは思いますが、患者さんへの中止理由の説明も重要だと思う
49	薬局のみ	その他	50 歳代	(ポリファーマシーは) 日本語ではないので人によってとらえ方が違う。なんでも横文字にしないほうがいいと思う。
50	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	医療費の関係から薬剤の数に目をとられがちであるが、その治療が患者にとって必要なのか負担であるのかよく考えてポリファーマシーという問題に向き合いたいと考えています。
51	薬局のみ	診療所周辺	70 歳代	近くの整形外科は薬が少ない。近医の開業医院や病院などの患者さんについて減薬の提案などできないのではないかと思います。
52	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	大変なことなので、真剣に考える問題だと思います。
53	薬局のみ	駅前	50 歳代	ポリファーマシーなど横文字ばかり我々も患者には伝わりません。用語を作る方は日本語を勉強して下さい。
54	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	薬手帳を活用し、積極的に医療スタッフ etc に相談する事が重要だと思います。
55	薬局のみ	病院周辺	60 歳代	個々の患者さまによって生活環境、習慣がそれぞれ異なっているのですべてきっちりとした数値の説明は行っていない。ADL も自立した高齢者の場合、一般的な数値は少しのオーバーは気にされないようにと伝えている。
56	ドラッグストア 等と併設	病院周辺	60 歳代	基本の薬のみにして様子をみたい。
57	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	薬剤師は薬物治療のエキスパートであるべきだと思うので、副作用の評価や薬効の評価を積極的に行い、どんどん処方提案し

			ていくことがポリファーマシーだと思う。もちろんアドヒアランス評価、飲みごち、SDM もポリファーマシーにつながる大切なことだと思うので、これらをしっかりやっていくことが大事だと思っている。	
58	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	アドヒアランスやコンプライアンスが良好で、全ての薬が必要であれば、無理に減らす必要はないと考えています。服用薬剤調整支援料に関して、2 種以上減らした場合に算定ですが、2 種以上の不要な薬を見つけた薬局がとれる点数、というのは良いと思いますが、患者さんから月 1 回負担してもらい、というのには違和感を感じます。医師と薬剤師が気を付けるべきことを患者負担だという事が気になります。
59	薬局のみ	診療所周辺	—	アドヒアランスが低下しないように、必要な治療を正しく適切に行うことがポリファーマシーを増加させないためにも必要であり、服用する種類が増えすぎないように注意することも重要となる。服用する種類が増えるとアドヒアランス低下や拒薬につながる要因の 1 つになってしまう可能性が出てくると思われる。
60	その他	診療所周辺	40 歳代	命に関わるような薬以外は、特に高齢者においては肝・腎の負担になるリスクの方が高いのではと思うので、処方減らしていくべきだと思っています。特に、胃薬や骨粗鬆症治療薬。進んでしまった認知症に対するメモリーやアリセプトの処方も、SEの方が上回るのではないのでしょうか。
61	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	薬を減らすとか重なっている時はいらないとか言う薬剤師が多いですが、当薬局では運動、食事指導で薬をなしにしようと言っています。言うだけでなく、ジムでもトレーニング指導、ランニングの指導も行っています。スポーツをする時のケガを少なくするためにゴルフスイング指導も行います。
62	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	病院が混んでいる時に日数調節は互いに時間がかかり大変なので、なるべく次回の時に調節してもらいようお薬手帳にふせんを貼ったりはしている。
63	薬局のみ	住宅街	40 歳代	Dr との関係が良好であれば、必ずうまく出来ると思います。普段からのコミュニケーションが大切です。
64	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	ポリファーマシーという言葉がイコール薬が多いとダメ!! というふうになっているので、きちんと伝える事が必要と思うと同時に、患者の残薬の多さ、実は飲んでいない薬の多さ、多受診による重複もあるので、取り組みは必要と感じている。
65	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	<ul style="list-style-type: none"> 疾患によっては多剤併用もやむをえないと感じるが、痛みの慢性化から派生する事象があり、スタート時点での指導が大事なのかなと感じるところはあります。 老健施設に入所してしまうと処方が基本的に動かなくなるの

			で、その対応。	
66	その他	病院周辺	50 歳代	薬剤師の職能を発揮できる分野だと思うので、もっと積極的に減薬に取り組むべきだと思う。Dr との関係性も重要なので、そこにも注力すべき。
67	薬局のみ	病院周辺	40 歳代	個々の患者さんに丁寧に対応できれば少しずつ改善されてくる問題だと思います。
68	—	診療所周辺	40 歳未満	眠剤などの薬を複数服用していると減らせないのかなと考える。
69	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	多受診で重複の中でも患者様が使用数として適正であれば問題なく、一カ所で保険上一度に出せる量が制限され困っているという話も時々伺う為、その様に考えています。
70	薬局のみ	診療所周辺	60 歳代	認知症の薬が、胃腸障害があり食事ができなくて、衰弱してくる人が多いと感じる。
71	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	施設入居者の服薬状況などから考察すると、薬剤数の少ない患者さんのほうが、比較的寿命が長いように思う。
72	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	多剤服用で具合が悪かった患者様が減薬により一気に調子が良くなれたことがあります。不要な薬剤の服用は極力減らしていきたいと思いました。
73	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	薬剤師自身がまずは残薬を把握することが重要である
74	薬局のみ	病院周辺	60 歳代	有害事象がなくても不要な薬は減らすべき
75	薬局のみ	診療所周辺	40 歳未満	中止しやすいとか中止しにくいとかありません。必要だから処方されている。必要ないものは処方されていません。
76	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	患者様の状態における最低限以上の質の高い医療が必要
77	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	増えてしまった薬を減らすのは容易ではない 安易に増やさないようにすることの方が大切では 設問5のかっこ12に関して 中止しにくい薬ばかりだし 中止しやすい薬はないと思います
78	薬局のみ	その他	70 歳代	1日3回2回の薬をなるべく一日一回に変更 昼の飲み残しが多いので必要のない薬は朝夕に 痛みと症状が治まってきたら減らすように 薬の量が成人量なので(単位)75歳以上の薬用量を決めて欲しい(GFR に則って)
79	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	薬局薬剤師を 薬を渡すだけの状況にしてしまったことに問題がある もっとできることが多くあるのに放置し続けた結果だと思います
80	薬局のみ	その他	60 歳代	在宅で服薬管理を行っています 独居、老老介護、認知症を色々服薬困難な方のお宅を訪問し 医師に状況をお伝えして服薬回数をできれば一日一回のみに変更していただくことがあります そのため血液検査の結果などもお知らせくださり、不要の(症状が改善した)薬を中止して頂いております。 地域包括の連携が取れておりポリファーマシーの実践を今後ますます

			行えると思います	
81	薬局のみ	診療所周辺	70 歳代	降圧剤、糖尿病治療薬はなるべく 1 剤になるようにしてあげたい。
82	薬局のみ	医療モール内	50 歳代	服薬アドヒアランスの低下している患者は、すべてポリファーマシーの一種と考える。
83	薬局のみ	その他	60 歳代	特に胃の保護、運動技能の改善剤の併用についてはどちらか一つで試してもらいたい。
84	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	患者様が複数の医療機関を受診している場合、お薬手帳の内容確認で相互作用のあるもの、又は重複等あることがあります。服用薬の名前をお忘れの患者様も多いので、お薬手帳の持参は継続的な課題があると感じています。
85	薬局のみ	病院周辺	40 歳未満	V (1) (2) 薬剤の優先順位は、患者の抱える主病名によって何が優先されるかわ変わるため、選択することが難しいと思います。絶対に中止できるという薬があるのであれば、薬価収載じたい不要になると思います。
86	薬局のみ	病院周辺	60 歳代	同効薬の重複は、お薬手帳の活用などにより、だいぶ回避できていると思います。これからは重複だけでなく、効能効果、副作用、コンプライアンスの観点から、処方医に処方変更の提案をすることが、当然なることを望みます。診察時にも、患者様の気持ちが率直に話せるようになるとうよいと思います。
87	その他	駅前	80 歳以上	薬局から医師に、残薬についての提案はします。又、他の CL からの重複も知らせます。が、症状、副作用からの減薬については行っていません。しかし、患者に受診時 Dr と相談する事を提案します。薬情を活用する時もあります。
88	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	患者さんが不安な気持ちがあると、薬が増えていくと思います。どうして薬が必要かを理解してもらうことも大切だと思います。
89	薬局のみ	診療所周辺	—	施設の回診同行だと、Dr と処方について話し合う時間を作るので、薬剤調整の提案もしやすいように思います。
90	薬局のみ	診療所周辺	40 歳代	高齢者の健康被害を防ぐと共に、医薬品を適正に使用する事により、医療費を抑える事もできる。
91	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	お薬手帳の活用により、医師も今服用している薬をふまえた上での処方となっている事が多く、薬局でもチェックしている為、有害事象になっているケースはほとんど見受けられません。お薬手帳の活用が大きな役割を担っていると思われます。
92	薬局のみ	診療所周辺	50 歳代	薬を減らしたり変更したりして経済的にはよいと思いますが、患者の症状が悪化したり副作用がでることが一番心配です。
93	ドラッグストア等と併設	駅前	40 歳代	同種同効薬が処方されてしまっている患者さんをできるだけ減らせると良いと感じます。