

地域情報（県別）

【福島】「在宅は患者と医療職への貢献だけでなく、薬剤師のやりがいも創出」-藤田元・福島県薬剤師会常務理事に聞く◆Vol.2

2019年12月16日(月)配信 m3.com地域版

一般社団法人福島県薬剤師会が2019年11月から行っている患者宅への無料訪問事業。常務理事の藤田元（げん）氏は昨年度の結果から薬剤師が在宅医療に参加することで患者やその家族、医療・介護職に貢献できる手応えを得たほか、「薬剤師のやりがいも創れる」と話す。その一方で、なかなか普及しない理由に人的余裕の少なさを挙げる。課題解決の糸口はあるのか、展望を踏まえて聞いた。（2019年11月8日インタビュー、計2回連載の2回目）

▼第1回はこちら

——昨年度の無料訪問事業によって、「薬剤師にも気付きが得られた」とのことですが、それは具体的にはどんなことだったのでしょうか。

患者さんやご家族、ケアマネジャーや訪問看護師など関係スタッフの皆さんが求めていることの多くが、薬剤師にとって難易度の高いものではなかったことです。

麻薬の持続注入のためのポンプの取り扱いや中心静脈栄養・褥瘡ケアに必要な医療衛生材料の管理などは一般の薬局薬剤師にはまだまだなじみが薄く、相応の知識や経験を持つ人でないと抵抗を感じることも多いのです。しかしながら、実際に現場で求められているのは、薬を一包化したり、お薬手帳を一つにまとめたり、お薬カレンダーの利用を促したりといった、在宅未経験者や経験の浅い薬剤師であっても十分に対応できることでした。事業を通して、「今の自分たちでもできることがある」ことに気付けたのは大きな収穫でした。

それと、私たち薬剤師が介入することで、他の医療・介護職の心理的な負担を軽減できる可能性があることも分かりました。例えば、ケアマネジャーが「これは大事な薬だから飲んでね」と患者さんに伝えてもちゃんと服用していないことがあります。でも、医師の前では「飲んでいます」と答えるわけです。こんなときに、ケアマネジャーとしては患者さんとの関係を良好に保ったまま服用を促す方法として、医師以外の専門家に説明してもらいたい気持ちがあるといいます。私たち薬剤師が介入して患者さんに薬を飲みたくない理由を聞き取り、医療・介護職の方と改善策を検討して提案したり、そもそもなぜ医師がその薬を出しているのかを分かりやすく説明したりすることで、患者さんやご家族の納得感が高まる可能性があります。



藤田常務理事

——薬剤師の中には、在宅医療に関わることで薬局内での調剤業務とは違ったやりがいを見出す人もいないかと思いました。

そうですね。薬剤師の仕事には本来、患者さんに薬を渡した後、服用の結果どのような影響が出ているのかを確認し、医師にフィードバックする業務が含まれています。そのため、服薬指導時に患者さんにしっかり飲めているか、残薬がないか、副作用がなかったかといったことを薬局のカウンターで聞き取ります。しかしながら実際は、お孫さんやヘルパーの方が代理で薬を受け取りに来るケースも多く、服薬状況を確認することが難しい場合もあるのです。

一方で、在宅医療の現場では薬剤師自ら、自分が出した薬の結末を確認できます。薬がちゃんと飲まれているか、飲まれているとすれば効果はどうか、下痢や便秘などの副作用が出ていないかを患者さんやご家族から直に聞くことができるのです。

このように、在宅訪問は薬剤師が自分の調剤業務を振り返り、その意義を再確認できる機会といえます。私自身、薬剤師会による訪問事業を始める前から在宅医療に参加していましたが、在宅では調剤業務に比べて患者さんやそのご家族と関われる時間が長く、またその方々がどんな空間で日常を過ごされているのかも目にできるので、より強く患者さんと関わっている感覚を得られます。

「部屋が以前よりも散らかっているな。薬を紛失する頻度が増えて処方せんの指示通りに飲んでいないのはもしかしたら認知症のせいではないか?」「ご自宅のこの段差はこのままでいいの。危なくないか」といった現場で得た気付きを他の医療職に伝えて情報を共有し、チームで問題を解決していく経験を積むことで、多視点で患者さんを支える地域包括ケアシステムの基本理念を体の中に落とし込んでいくこともできます。

——その一方、在宅医療における薬剤師の参加が進まないのは人的余裕がないことが理由に挙げられるとのこと。具体的にお聞かせください。

最も大きな理由だと考えています。薬剤師は通常、薬局内で調剤業務に取り組んでいますが、患者さんはいつ来るか分からないので、少なくとも1人は必ず薬局にいないてはなりません。となると、在宅医療に参加するためには最低2人は一つの薬局に必要であり、在宅医療に積極的に関わるとなれば理想としては2.5~3人の薬剤師がいることが望ましいのです。必然的にある程度の経営基盤のある薬局または薬局グループでないと参加しづらい状況です。

また、地方では一人暮らしの高齢者の自宅を訪問することが多いわけですが、その移動に車で片道30分、往復で1時間近くかかることはざらにあります。患者さんが自宅に着いた後も、話を聞いて薬のセットや残薬の整理などをして30分はすぐに過ぎます。計画書や報告書の作成、他職種との情報交換の時間などを含めると合計2時間ほどかかる場合もあります。もちろんやり方にもよると思いますが、1件の居宅療養管理指導料が5030円（503点）なので、時給2000円の薬剤師が2時間で1件の在宅業務を行うと、販管費でみたら報酬は決して高いものとはいえません。経済的なメリットは得づらいのが現実なのです。

——そういった経営的な課題を克服する方法はあるのでしょうか。

さまざまな議論が交わされるべきだとは思いますが、一つにオペレーションの効率化が挙げられると思います。在宅医療では書類の作成とそのやり取りが多いのでこれらを簡素化したり、一部デジタル化したりすることで時短が可能ではないでしょうか。あとはオンラインによる服薬指導。これは現在、審議されている薬機法改正案の中に盛り込まれており、法改正が成されれば在宅医療においても薬剤師と患者さん双方のコミュニケーションの選択肢が広がります。

——在宅医療の取材では「多職種連携が重要」と聞きます。「連携」をテーマにしたとき、薬剤師から見て何か課題はあるのでしょうか。

どんな課題があっても、薬剤師が在宅医療の経験を重ね、多職種の皆さんと顔の見える関係を築いていけば解決できると信じています。

薬剤師から見たときの課題の一つ挙げるとすれば、情報共有はもっと効率化できる余地があるのではないのでしょうか。例えば、患者さんが複数の医療機関を受診している場合、患者さんやご家族、介護職員のそれぞれで認識するかかりつけ医が違っていることがあります。その場合、情報の伝達をどの医師とどこまですればいいか私たち薬剤師やケアマネジャーが迷う場合があるのです。こんな風に複数の医師や薬局が関わっている場合に、リーダーとなる医師と薬剤師が決まっていれば患者や家族、周囲のスタッフも安心しやすく、また効果的なやり取りができるでしょう。

この場合もデジタルツールが有効になると思います。在宅医療に特化したSNSを使って、そこに関係者が必要な情報をテキストや画像でスピーディーに送るようになれば、仮にリーダーとなる医師が決まっていなくてもコミュニケーションロスが生まれにくいのではないのでしょうか。福島県でも在宅医療に注力する医療機関ではデジタルツールの活用を行っているところがあるようですが、まだ試行段階で普及には至っていないように思います。

——最後に、読者に向けて伝えたいことがあればお聞かせください。

先ほど話したように、薬剤師に在宅医療の参加を促すには多くの課題があります。しかしながら、社会的には確実に必要性が高まる分野ですし、薬剤師のやりがい創出にも寄与します。何より、患者さんにもっと貢献することができます。

薬学部が4年制から6年制に変わり、国も「対物業務」から「対人業務」へのシフトを図ろうとしている中で、世の中の薬剤師に対する期待をととも感じています。私がいったんは文系の大学を卒業し、民間商社で仕事をしていたという経験も影響しているのかもしれませんが、薬剤師は在宅業務を皮切りにさまざまな領域で国民の健康と幸福の追求のために活躍できるのではないのでしょうか。この事業によって、まずは福島県で一度も在宅医療に関わったことのない薬剤師をゼロにすることが、県薬剤師会の在宅医療推進委員会委員長としての目標です。

総じて、今後も薬剤師の新しい価値を育てていく活動に取り組んでいきたいと考えています。医療・介護職の皆様からアドバイスをいただけると幸いです。

◆藤田 元（ふじた・げん）氏

1998年、福島大学経済学部を卒業し、プラント・医療機器関連商社での海外営業を経て、2008年に共立薬科大学薬学部を卒業。2011年、国際医療福祉大学大学院薬科学研究科修士課程を修了し、現在は株式会社LasiQ（らしく）の代表取締役として福島県須賀川市や東京都板橋区、埼玉県さいたま市に計5つの薬局を運営するほか、介護事業や人材サービス業も展開する。（一社）福島県薬剤師会常務理事。同会在宅医療推進委員会委員長。

【取材・文・撮影＝医療ライター庄部勇太】

記事検索

ニュース・医療維新を検索

