



医療の現場から

from the medical front

Interview with
Kenji
Hazama



狭間 研至氏
医師 医学博士

医療の現場から

from the medical front

「チーム協働で支える地域医療」 [前編]

実家の調剤薬局で感じた問題と可能性

医師として臨床の現場に立ちながら、大阪府内と兵庫県に「ハザマ薬局」を多店舗展開する経営者でもある狭間氏。薬局事業では在宅訪問サービスや服薬指導、バイタルサインチェックにも力を入れる。薬剤師への教育、日本在宅薬学会理事長を務めるなど、活躍の域は多岐に渡る。医師から在宅医療へ、そして薬局・薬剤師の現場へと幅を広げてきた活動の背景にある、当事者だからこそ見える現場で直面した問題。それを打破しようと実直に取り組んできた結果が、現在の狭間氏をつくっている。

大学の研修医期から5年間、駆け抜けるように最先端の急性期医療の現場

2004年春、薬局の社長に就任する。
在宅専門薬局で次世代薬局を目指す
中小調剤薬局として、今更全国チェーンの薬局と競っても仕方がない。ヒト・モノ・カネを集めなくてはいい状況下で人材を確保するために、ハザマ薬局の特色を出そうと取り組んだのが、2000年初頭、当時としては極めて珍しい「在宅専門」の薬局だった。狭間氏は2つをポイントに、在宅という独自の価値を見出したという。

「ひとつは業務のクライアントや範囲を見直すことだと思っただけです。当時の薬剤師の評価といえば、ミスが発生しない、早く調剤ができる、といった数字ばかりの規程が並んでいました。処方箋を受け取ってからお薬を渡すまでを担当するのが薬局という状況だったのを、処方箋を出した後まで診に行くとか届けるという風に業務を広げることは、新たな価値の創造につながります」。2つめは、当時読んだ本を参考にしたという機能(ファンクション)から感情(エモーション)に振れることだった。「嬉しいとか悔しいとか、涙が出ましたとか。そういう感情に振れる現場がモチベーションになると考えたんです。在宅の現場で人の生死を目の当たりにすると、薬剤師さんが涙を流すんですよ。けれど、という思いがありましたね」。

そこで、考え方をわかりやすく職員にも理解してもらおうと掲げたのが、その頃話題に上っていた次世代インターネットを象徴する「ウェブ2.0」をヒントに考案した「薬局3.0」というキーワードだった。

薬剤師が仕事のパートナーになる

医師として医療の第一線に立つ傍、中小調剤薬局の経営に飛び込んだ当初は、調剤薬局に立つ職員に「ほどよく働いてもらう」ことどううまくいくと思ひ込んでいた。ところが「薬局3.0」という新しい方針を打ち出した現場は混乱した。それまでの考え方をまったく変えなければいけない。一時的とはいえ負担が増幅したことで、ついでにけなさいと辞める社員が続出した。店舗は薬剤師がいなければ、まわらない。そこで、処方箋の枚数が少なかった店舗を閉じることにした。門前ではなくOTC利用、健康相談で、開業当時から薬剤師の母親を頼る強固な顧客の存在があった、ザマ薬局。母親が店頭に立たなくなったことで、外來が減っていたこともあり、本店も閉めた。そうすることでこの危機を凌ぐ段取りだったはずが、在宅のお客さまだけが残り、問い合わせは途切れない。困った事態になった。

2003年から在宅をはじめ、3年が経った頃のことだった。病院なら自分が医師として手伝いに

在宅医療支援の分野で日本初の第三者認証を受けた「在宅療養支援認定薬剤師制度」という教育プログラムがある。2014年秋に第一回の試験が実施され、2019年10月現在、5回の認定試験で全国に114名の認定薬剤師を輩出。新しい医療環境の創造に向けて、知識・技術・態度を備え、薬物療養を支える薬剤師として、活躍の場は広がっている。今回訪ねたのは、同制度を主宰する理事長の狭間研至氏だ。医師として在宅・外來・病棟で診療を行いながら、調剤薬局経営、在宅医療、教育分野における薬剤師育成など、起業家、教育者としての顔も持つ同氏に、医療現場における医師・薬剤師のあり方、そして在宅医療における薬剤師の可能性について2回に渡ってお話を伺う。

に携わり、(社)日本外科学会の認定医となった狭間氏は、呼吸器外科を専攻するために大阪大学大学院に入学する。「実家の薬局を継ぐことは考えてなかったです。大学院を卒業するまでの間の親孝行で手伝いにいくというつもりでしたから」。当時の社長である母親が、お客さまからの質問の対応に困り、医師である狭間氏にアドバイスを求めたことが、薬局と距離を縮めるきっかけだった。ここで狭間氏は、薬剤師との会話の中で、医師・看護師と薬剤師の温度差を感じる。薬剤師へ応対について説明をするも、反応は芳しくない。解剖や病理に関する質問を投げかけても、曖昧な答えが返ってくる。調べると、2000年以前の薬学部では、医学的・医療的な知識について学ぶ機会がなかったようだった。薬局運営の中でさらに気づくことがあった。

出ることできるが、薬局ではそうはいかない。薬学の専門家ではないから、調剤ができない。途方に暮れる狭間氏を救ったのは、入社4年目の薬剤師だった。「患者さんが待ってるんですから、うちら血吐いてでもやりまますよ」って言って。彼女は俄然やりきったんですよ、次の薬剤師が来るまで、少ない人数で。そのときに、変に手加減するのやめようと思いましたが「患者さんが待ってるんですから、うちら血吐いてでもやりまますよ」って言って。彼女はお互いさま。大学の二線で厳しく鍛えられていたときに感じた手触りや品質を保つ仕事感覚を、遠慮せずに薬剤師とも共有しよう。そう決めた狭間氏は、それまで抱いていた先入観を捨てて。この辺まで任せたら十分ではなく、やりきってもらおうというやり方に切り替えた。この経験を機に、バイタルサインを診る薬剤師を育てることに取り組み始めた。後の在宅薬学会の興りにつながっていく。

「今、この業界は慢性的にマンパワー不足です。医療人数は高齢化と共に急増していますが、制度上、医師数は増やさないわけです。このギャップをどうするか、を考えると、タスクシフト、タスクシェアをしていかないと立ち行かないんです。そのときに薬局や薬剤師という社会資源をどう生かすのか。そこに解決の可能性があります」。

PROFILE
ファルメディコ株式会社 代表取締役社長/一般社団法人 日本在宅薬学会 理事長/医療法人嘉健会 思温病院 理事長/熊本大学薬学部・熊本大学大学院薬学部 教育部 臨床教授/京都薬科大学 客員教授
1995年 大阪大学医学部卒業後、大阪大学医学部附属病院、大阪府立病院(現 大阪府立急性期 総合医療センター)、宝塚市病院で外科・呼吸器科・外科診療に従事。2000年 大阪大学大学院医学系研究科臓器制御外科にて異種移植をテーマとした研究および臨床業務に携わる。2004年同修了後、現職。現在は地域医療の現場で医師として診療を行うとともに、薬剤師生涯教育、薬学教育にも携わっている。

医療機関では患者の名前や投与薬などの厳重な確認体制に比べ、実家の薬局での業務体制の緩さが目についたのだ。院外処方箋の発行が始まった時期でもあり、リスクマネジメントへの意識の違いに危機感を覚えたという。
一方で、急速に進む高齢化の波が医療の現場にも押し寄せる中、医師頼りの医療体制に、問題意識を感じていた時期でもあった。薬局・薬剤師と接し、直面した問題、そして地域医療で体験した医療制度と現場の歪み。医師でも介護士でも施設を運営する者にとっても、薬は医療に関わる現場で必ず関係があるもの。「薬局や薬剤師が変われば、問題は解決できるのではないか」という思いが、薬局を継ぐ決心をさせた。大学院に通いながら、薬局の運営に関わるようになった狭間氏は、大学院卒業後の

地域医療の中で目指したいワークシェアリング例

狭間氏が話すワークシェアリングが実践される現場をもっと具体的に考えます。

「ある日の診療」
40人の外來患者さんが来ています。

- 患者さんの内訳
リハビリにきた患者さん……8人
薬をもらいにきた患者さん……28人
新規の患者さん……4人

■現在の現場
その40人の患者さんを一人ずつ、午前中の時間いっぱいを使って診察している。

■ワークシェアリングが実践された現場(イメージ)
リハビリにきた患者さん8人は、PTさんが専門の立場から直接不具合を確認し、問題なければ同様のリハを行う。問題があれば、医師に「ここが問題と考えるが、変更しても良いか?」と確認して、変えることができる。

■薬をもらいにきた患者さん28人は、直接、薬剤師さんと面談し、現在服用している薬で問題があるかどうか確認する。副作用や増減量を危惧した際に、医師に「このような事象から、変薬や増減量が必要と判断するかどうか?」と確認して、処方変更ができる。

■新規の患者さん4人は、医師がじっくり、一人30分以上かけて、診察することができます。

現在の医療制度では実現できませんが、このような現場でのタスク・シフト、タスクシェアリングが実践されていくことで、地域医療における真のチーム医療体制が実現するのではないのでしょうか。

後編は28号に続きます