

長尾クリニック院長 長尾和宏氏

スギメディカル代表取締役社長 荒井恵二氏

終末期医療 “死に寄り添い” 登場を期待



なが おかずひろ
長尾和宏氏

1984年東京医科大学卒業後、大阪大学医学部第二内科入局。市立芦屋病院内科医長を経て、兵庫県尼崎市に1995年長尾クリニック開業。医療法人社団裕和会長尾クリニック理事長・院長に就任。2006年在宅療養支援診療所登録。日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長・関西支部長、関西学院大学非常勤講師。関西国際大学客員教授。

在宅療養は医療と介護のスタッフが協働するチーム医療だ。医師、訪問看護師、ケアマネジャーがその中心的な役割を担ってきたが、薬物療法の複雑化、高度化によって薬剤師の在宅医療への参加が注目されている。ともすれば薬を届けるだけに終わっていた薬剤師が、在宅医療チームの一員としてできることは何か。在宅医療の第一線で活躍する医師と、在宅支援事業を展開するスギ薬局グループの事業責任者に、ときに厳しく、ときに期待を込めて薬剤師の役割を示していただいた。

国の政策誘導は明らかだが「在宅診療科」は標榜できない

荒井 長尾先生が在宅医療を始められたきっかけは何だったのでしょうか。
長尾 私は35年前に無医村だった長野県の浪合村に往診していたので、もともとそれが当たり前だと思っていました。実は医学部の1年生のときから往診に同行していました。医療にはホームとアウェーがありますが、両方が必要だと当時から考えていたのです。

阪神大震災の年に開業しました

が、第1号患者さんは入居したビルの大家さんでした。この人から私が往診もすると聞きつけた近隣の住民から、1人2人と頼まれて始めました。当時は往診という言葉しかありません。診療所に通勤する途中、朝か夜に患者さんの家に寄り、昼休みに看護師に在宅患者さんに点滴するように指示しました。訪問看護のスタートです。

荒井 在宅医療をめぐる環境はずいぶん変わりましたが、どんな実感をお持ちですか。

長尾 2006年に在宅療養支援診療

所制度ができたときは、在宅医療を促進しようという国のメッセージだと受け止めました。しかし、在宅療養支援診療所は1万2,000カ所もありますが、いまだに「在宅診療科」という診療科目は認められていません。まだ、国家から在宅医療は正式に認知されていないのだと感じます。医療費削減の目的だけで在宅、在宅と煽っておいて、標榜を認めないのですから、開業医の大半は半信半疑なのです。

荒井社長は、どんな経緯で在宅医療に関わるようになったのですか。

荒井 私は東京で門前薬局の薬局長をしていた1998年頃に、在宅患者さんに出会いました。朝、薬局が開く前か、閉店後に薬を取りにこられる方がいて、「何か事情があるはず」とご自宅を訪ねたら、若い患者さんが寝ていて、お母様が1人で看病されていました。薬局から数百メートルの場所で、苦勞されている患者さ

を理解した “薬剤師”の する



あらい けいじ
荒井恵二氏

1992年東京薬科大学卒業。調剤薬局、薬局開設事業会社を経て、2001年スギ薬局に入社し、薬事部長就任。2003年取締役就任、2007年取締役医療事業本部長、2008年からスギホールディングス執行役員・子会社スギメディカル代表取締役社長。現在はスギ薬局取締役医療営業統括部管掌も兼務。在宅医療や終末期医療にも対応できる調剤設備を整え、専門性の高い薬剤師教育に注力する。2008年より訪問看護事業にも取り組んでいる。

んがいることに衝撃を受けました。はたして「かかりつけ薬局」とは何なのか疑問を持ち、その時代の往診医をお訪ねして自分たちも薬局として参加させていただきたいと頼みました。先生から「在宅はチーム医療だから、訪問看護師に認められるようになりなさい」といわれ、東京都で第1号認可を受けた訪問看護ステーション(ST)を訪ねました。

最初は訪問看護師から「薬剤師に何ができるんだ。あなたは患者さんのオムツ1つ替えたことがあるか？目の前の患者さんが呼吸停止したらあなたは助けられるのか？」と追いつ返されました。そこで、救急救命やヘルパーの講座で実習を受けて、再び訪ねると、ようやく同行が認められ、在宅医療の現場へ連れて行かれました。現場では目の前でいきなり排便の光景が繰り広げられ、「あなた方の調剤したキシロカインゼリーがどう使われているか、わかったか？」

と。それから排便や褥創の処理を手伝い、「薬剤師は地域の医師や看護師に認められていない」と痛感すると同時に、いろんな方から薬の質問をされ、懸命に調べて答えるという経験をしました。

在宅医や訪問看護師に「薬剤師は9時5時(17時)じゃないか」と指摘され、そのときにはじめて携帯電話を買って「何かあれば必ず届けます」と約束しました。夜中に麻薬を届けるようなことも多かったですね。長尾先生はアウェーという言葉で表現されましたが、私たちの仲間は「薬局というインドアから、アウトドアに出よう」が合言葉でした。そして「真のかかりつけ薬局」をめざすため、終末期医療への参画を強く意識することとなりました。

在宅医療のキーワードは 排便、携帯電話、アウトドア

長尾 お話に感銘を受けました。3

つのキーワードがありました。

1つ目は「排便」です。ある薬剤師グループの勉強会で「われわれと一緒に排便できますか」と聞いたら誰も手を挙げませんでした。荒井社長のような薬剤師がいたとは驚きです。2つ目は「携帯電話」。われわれと一緒に汗をかき土台を共有していますね。実際、日曜の夕方に麻薬が必要になる患者さんも多くて、困っています。在宅医療では本当に重要なのは、訪問診療ではなくて往診です。「携帯電話」を持つことは、薬剤師も往診しますということですね。3つ目は「アウトドア」。「書を捨て町に出よう」です。生活の場に真実があるのですから。これは医師でもそうだと思いますが、感性の問題です。ただ、なかなかそんな薬剤師はいないですね。在宅医療の連携ではスキルの共有よりマインドの共有が重要だと思います。

荒井 そうですね。初めて在宅に行

ったときは、臭いに驚きました。いまの薬剤師の在宅医療はずいぶんきれいだと思うこともあります。

長尾 在宅医療の現場には、“ゴミ屋敷”になってしまっているような居宅が一定の頻度で必ずあります。そこにヘルパーやケアマネ、看護師は一緒に入っていきから、仲間だという連帯感があります。そこに来てくれる薬剤師がいたら、どんなに嬉しいことか。

荒井 6年制の薬学教育を受けた薬剤師が登場したのですが、在宅医療では正直、現場での教育や経験がすべてではないかと思えます。私が新入社員にしているのは、「地域医療連携だけではもはや対応できず、地域医療介護連携を行わなければならない」ということです。現在の薬剤師の多くは医師、看護師との連携のみを常に考えていますが、それだけでは不十分で、ケアマネジャーやヘルパー、セラピストなどすべての職種と連携して支えなければなりません。今回の24時間巡回・随時対応型訪問介護看護サービスは、なぜ、看護師とヘルパーのみなのか？早く薬剤師もそのなかに入っていかないと、10年後には地域医療・

介護連携や地域包括ケアシステムの枠組みから取り残されてしまう危機感があります。

冷蔵庫にインスリン製剤が100万円分以上も残っている

長尾 私は薬学部も6年制になったことに期待しています。時間的余裕があると人間教育ができるでしょう。医師に臓器をみる医師、人間をみる医師がいるように、薬剤師も薬の粒だけみる薬剤師、臓器をみる薬剤師、いまはまだいないかも知れませんが、人間をみる薬剤師がいるはず。患者さんから「先生（医師）は来なくていいから、あの看護師さんに来てもらいたい」といわれることがあります。「あの薬剤師に来てほしい」といわれた経験はありません。人間をみる薬剤師を育ててほしいですね。薬学生の実習のなかで、強化型在宅支援診に預けることを提案します。

たとえば認知症患者さんの自宅の冷蔵庫を開けたら、100万円分以上の未使用インスリン製剤が入っていたこともあります。大学病院の糖尿病主治医にも見てほしいし、調剤した薬剤師にも見てほしい。病院の医師が在宅に行けないのだったら、薬剤師が行ってほしいのです。

荒井 参考になります。薬剤師のできることは多いはず。

長尾 訪問看護師も足りません。在宅療養支援診が1万2,000カ所なのに比して、訪問看護STは5,000カ所しかありません。訪問看護師の需要は非常に大きいのですが、その仕事の半分は服薬管

理です。だから、専門家である薬剤師がそこを担うことは非常に大きな意味があります。実態は、看護師ならまだしも、ヘルパーが服薬管理していることが多いのです。こんなに怖いことはありません。

看護師は指示書を求め薬剤師は指示書を持つ

荒井 スギメディカルは訪問看護事業を展開し、4年間でようやく10カ所まで拡げました。ただ、訪問看護師の確保には本当に苦労しています。訪問看護師と薬剤師を比較してみても、考え方の違いがわかってきました。訪問看護師は医師の指示書を持たないで、逆に医師に指示書を書いてくれるように求めます。

長尾 その通りです。事前指示書という決められた範囲で裁量を委ねる方法もあります。たとえば医師があらかじめ指示すれば、麻薬の調製も注射もできます。

荒井 薬剤師は受け身の文化で育ってきたので、指示書がないとできないと思ってしまいます。一包化のようなことでも指示待ちです。訪問看護師と一緒に仕事をして、自ら決意して行動に出ることを学びました。

また、薬剤師には患者さんと1対1で付き合う力が足りないと感じました。東日本大震災発生や近畿・東海地区の豪雨のとき、訪問看護STからは、「すべての担当する患者様の安全を確認した」とすぐに連絡が入りました。看護師は常に目の前の患者さんと向き合っていると感じました。薬剤師は1日に100人、200人来る患者さん全体を考えると、数人の在宅患者さんをずっと見ていることは苦手です。在宅医療では、この意識を改革して真の訪問薬剤師を育てていなければなら

と考えています。

長尾 冒頭で在宅医療はまだ認知されていないといいましたが、訪問薬剤師も認知されていません。トレーニングに期待します。在宅医療を手掛ける診療所も、従来型診療所で午後から在宅というパターンと、在宅専門のクリニックがあります。地域事情によって、薬局も多様化すればよいと思います。診療所と連携した「午後から在宅薬局」も地域包括ケアシステムの重要な構成員になるでしょう。

荒井 おっしゃる通りだと思います。まだ訪問看護師のように、薬剤師は行動できていません。

薬剤師も定期巡回すれば見えてくることもある

長尾 それを認めて、努力されるマインドがあることに敬服します。

具体的な薬剤師への期待ですが、在宅の緩和ケアでは1日ごとに麻薬をタイトレーションします。看護師がするのですが、薬剤師が担当してくれたらどんなに助かるか。患者さんの状態によって下剤を追加したりもします。末期がんでは1日ごとに処方が変わっていきますから、看護師だけで対応するのは大変なのです。

認知症では、どのように服薬させ、服薬したかどうか確認するのかが極めて重要です。周辺症状が出現したときに抗精神薬を処方しますが、これも匙加減が難しい薬です。薬剤師が見守って、効果が出たか、副作用はどうか等の報告をしてくれたらと痛切に思います。グループホームではヘルパーがそれをやっているのですから。

荒井 私もまさにそう感じます。薬剤師には、長時間滞在の考え方があ

りません。しかし、訪問看護では当たり前で、刻々と変わる患者さんの状態に対応します。薬剤師もそこに一緒にいればいくらでも提案できることはあります。薬を届けるだけでなく、一歩なかに入るべきです。

当社の若い薬剤師を介護施設に1日滞在させたことがあります。薬剤師の資格を隠してヘルパー研修と称し、毎週、草むしりから炊事まで体験させました。考え方が180度変わりました。「もっとやれることがある」というのです。

サービス付き高齢者向け住宅が急激に増えていますが、このままではグループホームより服薬管理の状態が悪くなるのではないかと危惧しています。

長尾 24時間巡回ヘルパーより、24時間巡回薬剤師がほしいです。

荒井 はい、24時間ごとにも定期巡回すれば、見えてくること必ずあると思います。長尾先生は、日本尊厳死協会の副理事長として終末期医療の問題にも取り組んでおられますね。

長尾 これからは終末期医療とどう向き合うかが大きな課題です。胃ろう造設の是非、中止の可否などが国会でも論じられています。薬剤師も生だけでなく死のほうにもぜひ、関わっていただきたい。

在宅医療といえばTPNだと思っている薬剤師がほとんどではないかと思いますが、終末期ではむしろ輸液は減らします。TPNを止めることもあります。医師が「死が近いのだから、むしろ脱水状態にして苦痛を緩和してあげよう」と思っ

ているのに、薬剤師が「なぜTPNを止めるのか、死んでしまう」という理解では困ります。終末期医療の勉強をしてほしいのです。

死ぬまで経口抗がん剤をのませようとするような、終末期医療をわかっている医師もいます。水ものめないのにどうやってのますのか、薬剤師にも対峙していただきたい。医師同士ではいいにくいので、薬剤師から「先生、もう薬はいいんじゃないですか」といつてもらうのもいいかと。これからの終末期医療は平穏死をめざすべきだと思います。そこで薬剤師も不可欠な存在になってほしいと願います。

荒井 死に寄り添う薬剤師ですね。薬局薬剤師にはそうした機会がなかったのは確かです。尊厳とは何かがわからなくて、「死なせてはいけない」と恐怖を感じてしまうのです。死が間近に迫っているなら、クリーンルームで調製した抗がん剤より、麻薬を服用させるべきだ、薬剤師もそう感じる感性が必要ですね。患者さんがご家族との最期の時間を安らかに過ごしてもらうことが、在宅の終末期医療の目的ですね。先生のご期待に応えられるよう努力し続けます。



長尾和宏氏



荒井恵二氏