

第17回「超高齢化社会問題研究会」

日時：平成21年7月9日（木）14：00～

場所：経営戦略研究所 会議室

報告：「在宅医療について」

A それでは、時間になりましたので、第17回の超高齢社会問題研究会を開催させていただきます。

本日は、在宅医療・看護、これらの問題についてお話を承りたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

講師 今回の在宅医療という中では、もちろん医療は医師が中心で行われていくと思いますが、それを取り囲む医療のサポートチームをどのようにうまくつくり上げていくか。

さらには、私どもの店舗は多くの商品、生活に密着した一般用医薬品、医療用医薬品のほかに、例えばですが、福祉用品とか、介護用品とか、衛生材料、日用雑貨も含めて、こういうものを取り揃えています。

この部分を、これからの日本が迎えていく、まさに今回の研究会のテーマでいらっしゃる超高齢社会の中において、お役に立てる仕組みをどうつくり上げるか。また、どういうふうに発展させていくかということを考えながら、事業展開しております。

前置きが大変長くなりましたが、これを受けまして、私どもが考えております、医師ではない医療チームの在宅医療の取り組みについて、ご説明させていただきます。よろしくお願ひいたします。

（スライド1ページ上段）タイトルとしましては、訪問看護の展開ということで、あくまでも「地域医療に貢献するために」ということをテーマにお話しさせていただきます。

（スライド1ページ下段）本日のポイントですが、まず一つは、いま患者様がどういう流れで在宅に流れつつあるのか。在宅医療が非常に増えている中に

において、これから「流れ」がどういうふうになっていくのかという課題。

2つ目の課題は、一体どういう業者がサービスを提供しているのか。一般的には介護といいますが、ヘルパーさんとか入浴介護というイメージがありますが、実は在宅医療全体で見ますと相当数の事業者が絡んでいます。しかし、サービス業者の連携が取れていないというのが大きなテーマでございます。サービス業者を取り囲んでいく連携をどう考えていくか。解決するために私どもがいままで取り組んできた業務、そして、これから実施していくという意味で、後半に主に訪問看護というテーマで考えていきたい。

私どものテーマですが、「社会保障のパラダイムシフト」と呼んでいます。社会保障の中には医療もございますし、年金もございます。社会保障、年金保障、この大きな地殻変動 - - 皆様方の前で釈迦に説法でお許しいただきたいのですが、私ども、一つのターニングポイントは2012年とっております。2012年は、医療制度改革と介護保険制度改革が同時改定になる年でございます。介護保険と医療保険が同時に変わるときが6年単位でまいります。

実は大きな医療制度改革が起きたのが2006年でございます。それから6年後の2012年。その2012年からさらにポイントになりますのが、団塊の世代の皆様が65歳以上の年齢に枠組みされてくる。つまり年金の受給者、医療保障制度のセーフティの中での受給のサービス、こういう団塊の世代の皆様が社会保障の枠に入っていくのが2012年度です。ここから5年間の間に、高齢化率が約5%はね上がると言われております。この枠組みの中に何をつくっていくのかということで、薬局と訪問看護の中でできる提案をしていこうということを考えております。

(スライド2ページ上段) いままでの社会保障の中にいろいろとキーワードがございます。こちらはお時間の関係上、後ほどごらんいただければと思いますが、私どもの企業としては、キーワードとして、社会保障は「国から地方へ、地方から地域へ」というふうに変わってくるであろうと考えています。

特にもう一つのキーワード、「医療保険から介護保険」へのシフトが非常に進んでくるであろうということです。これは非常によくできていますのは、医

療保険は国の財源を使った保険です。ですから、国民健康保険、企業等が入る健康保険組合、これらに関しましては、会社と本人が1対1の割合で半々ずつ負担しながら、ご家族の世帯主が保険料を払うというのが流れですが、介護保険に関しては、40歳以上の国民すべてが入らなければいけない。

さらに、医療保険の場合は国が絡んだ保険ですし、最近、「協会けんぽ」になりましたが、政府管掌保険と呼ばれる、いわゆる中小企業の健康保険組合は国が管理していますので、保険料率を変えるのも国会審議が必要です。しかしながら、介護保険は市町村単位で価格が決められまして、財政が厳しいところほど保険料を上げていけばいいという仕組みですので、地域格差が生まれてきます。そういうことが起きないように、最近では市町村合併というのが進んできたと思いますが、こういうものを繰り返しながら、我々は国に頼る形から、地域の中でサービス、医療、介護をどう提供するか。そして、どうしても忘れてはいけないのが、保険組合の保険者の影響力が強くなってくるであろうと考えています。

(スライド2ページ下段) こちらの図は、現在の患者様への在宅の大きな流れでございます。この線は患者様の状態で、上に向いているところが患者様の良いときの状態です。下がる時ほど悪い状態でございます。患者様が良い状態から病気になられて悪い状態に落ちたあと、徐々に回復して社会復帰していくまでの流れ、この中はいま、医療は主に4つのカテゴリーに分かれています。

1つ目は、救急医療を行う、いわゆる大学病院の急性期病院。2つ目は、回復期、リハビリを行う病院。いわゆる回復リハと呼ばれる病院がございます。3つ目が、リハビリを含めた療養をする療養病院と呼ばれるもの。そして、最後は介護施設というのが、いままでの医療の流れでございます。

いま、地域の中で起きていますのは、これがこのように流れるだけでなく、いきなり退院して在宅までの生活に落とし込むというのが、それぞれの分野で行われてまいりました。いままでの日本の医療は、救急病院、回復リハ、そして療養病院というように、非常に長い間入院して、最後は介護施設。そして、悪くなるとまた病院に戻るといった流れから、いまの医療制度は、ご存じの

ように入院期間が短ければ短いほど利益が上がる仕組みになっています。特にいま、DPCと呼ばれる仕組みが全国の病院でスタートしています。

このDPCはアメリカ型の医療に非常に近い形になっていまして、いわゆるパッケージ医療といいたいでしょうか、一つの病気の定額制というものが決まっています。ある病気は、1週間たつと1日入院・3万円、それが1週間超えて2週間になると2万円、さらに3週間になると1万円という形で、入院期間が長くなればなるほど1日当たりのおカネが安くなっていく。

これはあくまでも病院の流れでございまして、その流れを受けてどんどんリハビリ病院のほうに行き、ここも長くいければいるほど損になりますので、すぐに介護施設に移していく。しかも介護施設は、特定施設と言われる介護保険適用の施設の数がないものから、いまは、高齢者専用賃貸住宅（高専賃）とか高円賃と呼ばれる、住宅型の、実質は介護施設あるいは療養施設、あるいは、50人ぐらい住んでいる高齢者のマンションでありながら実際は医療を行っている、これが非常に増えております。めまぐるしく、毎日どこかで高齢者マンションができて、そこに医療として薬剤師や看護師、ドクターが往診に行き、療養期を送っている。

しかしながら、住宅でございまして、誰も見守っている仕組みがございません。この部分を放っておきますと、どんどん高齢者住宅ばかりで増えていって、それを支える仕組みがない。これをどうつくり上げていくかというのが、大きな課題ではないかというふうに思っています。

（スライド3ページ上段）こちらは、いまの在宅への流れでございまして。特に気になっておりますのは、これから先テーマになるであろうと思われる、代表的な3つの病気でございます。1つ目はガンです。ガンの疾患が非常に増えております。2つ目は脳血管障害。脳血管疾患からつながる中枢神経のもの、あるいは免疫のもの、骨折、これらをどういうふうに支えていくか。そして、これらの病気によっても必要とされる医療の枠組みは実はばらばらでございまして、病気をひと括りにして、どう仕組みをつくるかということではなくて、「何の病気なのか」ということを考えながらチームをつくっていくことが重要ではな

いかと考えております。

(スライド3ページ下段) こちらは、いま申し上げました療養病床と呼ばれる、病院の中でいままで高齢者の皆様が社会復帰するための療養のベッドでございます。38万あったベッドを、現在は22万ぐらいまで減らそうと言われております。いろいろ政治のことで、減らし過ぎだということはあるんですが、確実に毎年減ってきている。ベッド数は現在160万ございますが、1年間にお亡くなりになる高齢者の数が2006年度で100万人を超えました。これが、2038年の推計では170万人と言われております。病院のベッド数が減る一方、高齢者の方は増えていき、そして、ガン患者さんも増えていく。ここのケアをどうしていくのか。これは医師が足りないだけではなくて、もっと地域の介護を医療サービス業者が考えてネットワークを組まないと、支えられない。

私どもの結論としては、一つのキーワードは、まちをどう病院化するかということを考えています。いままでは大きな大学病院ですべてを終わらせていますが、これを、まちの中で医療を実行して、どうやってまちで完結するか。いわゆる「まちの病棟化」ということを一つのキーワードにしています。まちを病棟化する中で、病院の中に揃っている機能をそれぞれのサービス業者さんが情報を共有しながら、病棟の中でのケアをしていく。こういう取り組みが必要であろうと考えております。

(スライド4ページ上段) こちらは、現在の老健(介護老人保健施設)と呼ばれているものの患者さんの流れです。

(スライド4ページ下段) こちらは、特別養護老人ホームの患者様の流れのいまのパーセントの比率です。

いずれの場合もいろいろ課題はあるのですが、いま、老健でお亡くなりになる方はほとんどいなくて、病院と、ご自宅に3割帰ってきています。老人保健施設でリハビリしたあとのケアは、もう既に3割の人は家庭に戻ってスタートしている。

そして、特別養護老人ホームと言われるものに関しては、いま、6割の方がこの施設でお亡くなりになるのですが、これから先、人数がどんどん増えてい

った際に比率が上がるであろうというのが、いま全く家庭に帰っていない、1.4%しかいない方々が、これから爆発的に増えてくる。

非常に重要なのは、特養からご自宅に流れてくる。しかし、ご自宅では核家族化あるいは住宅事情の問題もございまして、家族での介護の実施というのは非常に短いので、どんどん高齢者住宅などに移ってきている。この部分をどういうふうに対応していくのか、というのが課題になるであろうと考えております。

(スライド5ページ上段)いま患者様は、ご自宅では見ることはできないがために高齢者住宅、有料老人ホームに流れてきています。この中で行われてきたいまままでの流れは、すべて、病院からここに流れて担当するわけですが、ここを担当する企業、事業者がどれだけあるかといいますと、まず一つは、介護事業を行っていく介護事業者さん。これは、入浴の介助、生活の介助、お食事の介助など、いわゆる生活全般の、医療ではない部分でのサポートをしていく部門です。

もう一つ、実は医療機器・医療器具が必要な方が結構いらっしゃいます。これを行っているメーカーさんは、独自でポンプとかをレンタルしていくという事業を始めています。そのほかに医療側では、診療所の先生方が往診という形で1週間に1回往診をする。

もう一つは、診療所の先生方というのは看護師さんに限界がございますので、療養期の人ほど毎日看護ケアをしなければいけないのですが、いま訪問看護ステーションというのが非常に足りない。訪問看護ステーションは、国の試算では9,900カ所必要と言われていたのですが、現時点で5,400カ所しかございません。半分しかないというのが現状でございます。そして残念なことに、年々減り続けています。

この3つの機能というのは病院の中にすべてそろっています。病院の中では、チームができて、カルテの共有をしながらケアをしていきますが、在宅医療になるとばらばらになってしまう。この部分をどうつないでいくのか。

さらに重要なのは、株式会社は医療を行うことは残念ながらできません。医

療法人の運営は禁止されています。しかしながら、訪問看護ステーションの運営は、介護保険が導入された段階で株式会社の導入が認められています。であれば、少しでもばらばらだった業者さんをつないでいく、そして連携を取っていく。

（スライド5ページ下段）これは、それぞれが抱えている課題でございます。これらの課題を一つひとつつないでいながら、どう組み上げていくか。代表的なもので言えば、訪問看護ステーションはなぜ広がらないのかということですが、一つは、訪問看護ステーションというのは物品の供給は一切禁止されています。看護師さんですが、ガーゼ1枚販売してはいけません。消毒用エタノールの販売も禁止されています。

これは非常に不思議で、看護師さんなのに消毒用エタノールが販売できない。あるいはガーゼ、例えば褥瘡という床ずれをカバーする、ドレッシング剤と言われるサランラップみたいな医療機器がありますが、こういうものも販売できない。ですから、看護師さんたちが実際にケアするときには、わざわざ消毒用エタノールを病院まで取りに行ったり、あるいは薬局まで買いに行ったり、忙しいときは無理ですから、場合によっては患者さんに買いに行きなさいと言っているわけです。これは寝たきりの患者さんはできない。これでは訪問看護の人たちというのは一向に報われないですし、しかも、求められているのは24時間です。訪問看護ステーションというのは最低3人です。3人で24時間やろうといってもなかなかできない。もっともっとみんなで力を合わせて、働く環境、いわゆる福利厚生も充実させるということが必要だと思います。

（スライド6ページ上段）私どもがやってまいりました、いままでの流れです。まず、「面分業」という言い方をしますが、地域の方の通いやすいところ、しかも、年中無休でやっております。なおかつ、夜間でもできるようにということで、全店、基本は朝10時から夜10時までです。そして夜10時から翌朝10時までは、コールセンター、電話相談ができる体制をとってしまして、お薬で困ったとき等の体制をとっています。

（スライド7ページ上段）そして、いま高齢化社会を迎えて「在宅医療」と

ということで、薬をお届けして、お薬の管理を私たちがやっていくという活動を2001年からスタートしました。

（スライド6ページ下段）さらに、病院の中と同じ環境をつくらないといけないものですから、これは何をやっているかといいますと、実は点滴をつくっている姿です。病院の中では点滴をつくれるのですが、まちの薬局で点滴というのはほとんどつくったことはないと思います。私どもは、点滴をつくるための無菌製剤室（菌が全く入らない部屋）をつくっております。このような無菌のキャップ（帽子）、最近の新型インフルエンザのときの格好をしまして、この中で点滴をつくっています。そして、点滴の必要な患者様のご自宅まで点滴を運ぶ。この中には、輸液点滴のほかに、麻薬や抗ガン剤、こういうものをクリーンルームという特別な装置、全く菌が入らない部屋の中で注射薬をつくって、配達をすることを開始いたしました。

現在はそのクリーンルームでの点滴を、ご自宅の個人宅から高齢者住宅（集合住宅）、50人から最大は100人規模でお住まいのすべての高齢者の皆様のお薬の管理を薬局で行って、病院と同じような形で、施設のいろいろなヘルパーさんたちと協力しながら、朝昼晩とお薬を配達して、飲み間違いのない活動というのを積極的に行って、現在、60の施設さんのお薬の管理を進めさせていただいています。

（スライド7ページ下段）こちらは、僻地医療です。ここの一つの大きな集落にお住まいの方たちの全部の管理をして、町を病棟化するために、ドクターと一緒に車に乗って、定期的な移動診察室、移動薬局みたいなことを開始しながら、僻地診療と呼ばれる部分における、薬局のまさに表に出たの薬剤活動というものを始めています。

しかし、ここまで来て一番課題になってまいりましたのは、このあとに説明させていただく訪問看護ですが、薬剤師は、お薬をつくる、点滴を混ぜる、こういうことはできるのですが、患者様に投与することは禁止されています。患者様の血圧も測ってはいけません。なぜかという、これは医療行為でして、我々は注射薬を打つこともできません。ですから、我々は、お薬をお届けして

体調はお伺いできるのですが、注射ができない。痛みが苦しくて、せっかく夜中の1時、2時に麻薬をお届けしても、麻薬を打てないのです。これは非常に大きなテーマでございました。

(スライド8ページ上段) 一方、注射薬を打てる人は誰かと考えると、2つしかなくて、医師か看護師でございます。看護師さんの力を借りないと、せっかくドクターから「急いで薬を届けてくれ」と言われても、投与ができない。看護から見ると、痛いよ、苦しい、駆けつけてくれと言われても、薬が何も処置できない。お互いのその辺の問題点をカバーするには、看護師と薬剤師がチームになってしまったらどうかということを考え、訪問看護ステーションをつくってしまうおうではないかというふうに考えました。

訪問看護ステーションをばらばらのものをやるよりは、その一部を訪問看護ステーションにして、薬剤師とナースステーション - - 病院で言いますと、病院の薬剤部とナースステーションと一緒に動けるチームをまちの中にどんどんつくろうではないか、というのが今回の私どもの大きな転換期でございました。

(スライド8ページ下段) 訪問看護についての意義ですが、例えば看護師に関しては、医薬品や医療材料・医療資材が揃っていない。薬局からすれば、医療材料・医療資材はきっちり揃っているのですが、それを活用することができない。それを一緒にすることによって、まちの中でまるで病院と同じようなサービス、そして、常に一人の患者様と一緒に提供しながらできるようになるのではないかと考えております。

ぜひその部分でお力添えいただきたいなと思っておりますが、まず一つは、まちづくりではないかと思っております。いかにこの高齢社会に対応すべく、医療のチームができるまちにつくり上げていくか。これは構造上、インフラ上、あるいは情報上も多々あると思います。まちをどういうふうにつくるかという意味では、民間業者だけではなく、都市、行政、こういうものが重要ではないか。

私が、普段どういうところで仕事をしているかということですが、現在、会社の責任者として営業をかけている先は、新しい大きな再開発の中で、この訪

問看護と薬局の仕組みをそのマンションの中に入れてもらえないかというような営業活動をして、その中で高齢者になっても安心したまちづくりをどうするのか、ということ都市開発のディベロッパーさんたちとお話しさせていただいています。

もう一つ、私どもがこだわっておりますのが、ドラッグストアというのは、実はスーパーマーケットやコンビニエンスストアと大して変わらない仕組みを持っておりまして、何かといいますと、いわゆる物流と呼ばれるものでございます。物流というのは何かというと、欲しいときに欲しいモノがいつでも手に入る。この仕組みはいままでの医療の中ではございませんでした。365日いつでもトラックが走って必要なものが補充されるという仕組みは、医療の中にはほとんどございません。逆にその部分は卸会社さんが間を取り持って、薬を運んだり血液を運んだりしていました。

しかしながら、ドラッグストアというのは24時間物流の配送です。もしも夜中に目をこらしていただくと、トラックがまち中を走っています。昼間もそうですが、夜中も商品を配送して、24時間・365日、物流センターが商品を運んでいます。そこには衛生材料、医療材料も入っていて、必要なものをいつでも届けられる。これを、まちづくりの中で仕組みをつくって行って、いつでも必要なときに必要な医療材料が届かないと、医療というものは成り立たないのではないかというふうに考えています。

私どもは、このドラッグストアというものをうまく活用しながら地域を守っていく、まちづくりの中心的な施設にしていきたい。いろいろな商品が揃う、人が集まる。そして、看護師と薬剤師が一緒になってサービスをやっていくことを目指していきたいと考えています。

(スライド2ページ下段) これからは医療ニーズの高い重度の高齢者の方々が増えてくる。それにはポイントが3つございます。1つ目は、看取りが在宅で行われるという課題でございます。

2つ目は、認知症の問題です。自立度 以上というのは必ずしも認知症イコールということではございませんが、自立度 程度の少し重たい方が、2030年

には65歳以上の10人に1人が認知症ということになってきます。もしくは、75歳以上の人口比で見ると、たぶん5人が1人が認知症という時代になってくる。認知症にどう対応するかということです。

3つ目は、寝たきりにならないための予防ということで、リハビリテーション、二次予防や三次予防、このあたりがポイントになってくるかと思います。

そして、住まいの形態ということでは、これからは独居老人もしくは高齢者の夫婦世帯が多くなってくる。そういった中で、在宅というのは必ずしも自宅だけではなくて、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、こういったものも含めて高齢者の住まいのあり方が変わってくるということです。

それから、これから高齢化が急速に進む場所はどこかということ、埼玉、千葉、神奈川、愛知、大阪、東京、このあたりが65歳以上の人口が急激に増えてくるということです。そういう意味では、高齢化の問題、在宅介護の問題というのは都市圏の問題であるということです。

(スライド3ページ上段) そういった中で、小泉内閣から、今回の社会保障抑制路線というものがかなり転換されて追い風になってくるわけですが、療養型の病床が減ってくるということなのです。いま都道府県の医療計画の中でも、何年までに何床にしていくということが都道府県単位で計画を立てています。

(スライド4ページ上段) この中に計算式とかいろいろありますけれども、実際には療養型の病床に「医療区分」というのがあります。1・2・3と言われる部分です。それと「ADL区分」という身体的な動作の条件、この2つによって療養型病床に残れるかどうかということが判定されるわけですが、今回の目標の中では、医療区分2というところの3～4割が介護保健施設とか在宅に流れてくるということです。

医療区分2の病気というのはどういうものかといいますと、例えばパーキンソン関係のものであったり、筋萎縮性側索硬化症(ALS)と言われるものとか、こういった医療的にはかなり重度な方々(医療区分2)が自宅へ流れてくる。医療処置的に言えば、透析云々、経管栄養、気管切開、こういった処置が

必要な方も全部、在宅に流れてくるということです。

そういった時代の流れを反映して、昨年の医療報酬の改定で、気管カニューレを使用している状態にある者とか、こういった重度のところの看護に対しては管理料がアップ、診療報酬が高く積まれてきて、政策的には誘導されているということです。

（スライド4ページ下段）この4月に介護保険の介護報酬単価が改正されました。働く人たちの労働条件をアップするということで3%（引き上げ）というのが主でございましたけれども、訪問看護のあたりでは、医療と連動するような形でこのような嵩上げがあったということです。

（スライド5ページ上段）先ほど、2012年に同時改定があると申しました。ここが非常に大きなポイントでございます。今回の介護保険改定のところで、報告書の最後にこういう文言があります。「介護報酬の在り方については、利用者の視点に立った上で、サービス種別ごとに検討を加え、望ましい地域包括システムの構築という観点からも検討されるべき」。すなわち、抜本的に見直される可能性があるということです。

いまよく言われているのはデイサービスです。例えばデイサービスで、日中のお遊戯を含めて、リハビリに効果があるということがいろいろやられています。しかし、それが本当に効果があるのか。もしくはグループホームというのは、認知症という意味では意味のある制度というか、器ですけれども、いま非常に軽度の人が多い。こういったところについては抜本的に見直してくるということです。

そういった中でキーワードは、医療ニーズの高い人たちをどう受け入れられるかという制度改革になっていくということです。一つは、「小規模多機能型」というサービスがあります。これは、デイサービス、ホームヘルプ、こういったものを、出来高ではなくて包括で受け入れるサービスです。極論すれば会員制みたいなものですがけれども、例えば医療版の小規模多機能であるとか、もしくは、介護施設で看取りをやっていく。例えば痰の吸引はいまはヘルパーに認められていないということで、痰の吸引ができないから介護施設に帰れな

いとか、最後は病院で亡くなっていく。こういったところも含めて、そこに外付けの訪問看護なども組み合わせた制度が出てくるのではないかとということです。

それから、地域包括ケアとか、ケアマネージャーが、病院からの退院（いわゆるディスチャージと言われている部分です）、そういったところをどうコーディネートしていくかということです。ケアマネージャーの問題は、特に福祉系のケアマネージャーについては、ターミナルとかああいった医療依存度が高いところになってくると、ケアマネージャーが必ずしも十分に機能していない。ケアマネージャーも医療的な知識が求められる。こんな全体の流れがあるということでございます。

（スライド5ページ下段）それでは、訪問看護についてご説明します。かた苦しくいくと、この文章です。「看護師等が生活の場へ訪問し、看護ケアを提供し、自立への援助を促し」ということです。キーワードは、私なりに「生活の場」ということです。先ほど言いましたように、これからの生活の場というのは自宅だけではございません。グループホーム、有料老人ホーム、高専賃、こういった病院ではない場が生活の場です。そこへ看護師が出かけていくということなんです。

「看護ケア」はあとでご説明いたします。

基本的には「自立への援助」ということです。ですから本当は、看取りまでやるということではなくて、身体状況が回復したらその時点で看護を打ち切るという、目標感を持つことが大事だと考えています。

（スライド6ページ上段）訪問看護の歴史はいいですね。92年に老人保健法の中で制度ができましたが、94年に医療保険の中に組み込まれて年齢制限が撤廃された。そして2000年の介護保険で、医療保険と介護保険、この2本立ての制度になっているというふうにご理解いただければいいと思います。

（スライド6ページ下段）訪問看護の対象者というのを、簡単にティピカルにまとめると3つぐらいではないかと思います。ちょっとこれは短絡的ですが、わかりやすいようにすれば、高齢者でございます。加齢により心身の機能低下

があって、リハビリ等が必要な方です。これは高齢者。

2つ目は、特定疾患で通院困難な方、難病の方です。先ほど療養型病床から医療区分2の方が流れてくるという話をしましたけれども、大体、医療区分2のこのあたりの病気というふうにお考えいただければいいかと思います。ここでは当然、ご高齢者だけではなくて、30歳代とか40歳代の若年者。それから、子ども、このあたりも最近多くなっています。最後、看取りという意味ではガン末期（ターミナル）、こういう3つの形態があるということです。

あとでちょっと話が出てきますけれども、一番長いおつき合い、サービスをするのは真ん中の部分（特定疾患通院困難な方）です。場合によっては生涯おつき合いさせていただく。その次が高齢者、そしてガン末期（ターミナル）、この区分けはできるかと思います。

（スライド7ページ上段）訪問看護の対象者ですが、制度的に言うと、大きくは介護保険と医療保険の利用者がほとんどです（自費もありますが）。介護保険につきましては、65歳以上で認定を受けている方。40歳以上65歳未満の、第二号被保険者というところで、加齢を原因とする16特定疾病の該当者。これにつきましては介護保険対象です。

それ以外に、40歳までの医療保険介入者、40～65歳の16特定疾病に該当しない人。65歳以上で、介護保険の対象だけれども、例えば急性疾患になった方、何度も入らないといけないような方は、介護保険では入る量が限られていますので、医者が特別指示書を出せば、急性増悪ということで何回でも医療保険を適用して入れるということでございます。

（スライド7ページ下段）訪問看護の看護師は何をするのでしょうかということですが、基本的には健康状態の観察です。バイタルサインのチェック、こういうことをやります。特に命を預かる仕事ですから、呼吸器系とかそういうところで急変しているかどうか、こういったところでバイタルチェックをきっちりやっていくのが看護師の仕事だと思います。

日常生活の看護では、服薬管理、入浴介助、排泄介助等です。ヘルパーと重なるところもあります。服薬管理というのは、薬のことは看護師はなかなかわ

からないということで、薬剤師との連携がポイントになります。

それから、リハビリテーションです。心のケア、その他、褥瘡の処置とか、カテーテルとか、そういったものです。あと、家族の支援をしていくというのも非常に大きなポイントだと思います。

(スライド8ページ上段) サービスはどのようなふうになるか、他とのかかわりはどうかというと、介護保険の流れによりますと、認定を受けた後、まずケアマネージャーによるケアプランができます。このケアプランの中に訪問看護がサービスメニューとして入ると、提供表というものが流れてきます。そして、主治医からは必ず指示書というものが参りまして、そのあと、利用者、家族の了解、契約を結んで、訪問看護サービスの提供が始まります。ですから、ケアマネ、主治医がかかわって契約をするというのがポイントです。

(スライド8ページ下段) 一方、医療保険、健康保険法に基づくほうは、直接、病院のソーシャルワーカー、主治医などから申し込みがあります。退院とかそういうケースです。指示書についてはやはり主治医からの指示書があって、家族、利用者からの了解が得られればサービスを提供する。契約をしてもいいのですが、介護保険と違うのは、契約書は必須ではないというところだと思います。

(スライド9ページ上段) いまのかかわりを絵であらわすと、こういう構造になっています。必ず主治医から指示を受け、月1回は報告書を出している。ここが非常に密接な関係にあるということでございます。

(スライド9ページ下段) 訪問看護ですが、一番必要なのに5,400ということとです。ちょっと数字は古いですが、平成17年は、介護保険がスタートした平成12年に比べて訪問介護、ホームヘルプサービス、デイサービスは2倍くらいに伸びています。ところが、訪問看護につきましては、介護保険がスタートしてから10%くらいしか増えていない。訪問看護が増えるというのは、非常に経営が難しいということを実にあらわしています。

(スライド10ページ上段) そこで、訪問看護事業を行う上でのポイントですけれども、訪問看護は大体、看護師が電動自転車で訪問しています。地方へ行

きますと車で訪問しています。そうしますとマーケットは、事業所のあるところから半径5 km以内がほとんどです。

目安として人口20万人以上と言っていますが、これはどういうことかといいますと、人口のうち高齢者が23%くらいですから、20万人くらいいると4.4万人が65歳以上の高齢者です。その4.4万人の高齢者のうち介護保険の認定を受ける方が11%ですから、推定ですと5,100人くらいになります。20万人の中で介護保険認定が5,000人くらい。その中で訪問看護を利用されている方は9.8%くらいですから、大体500人です。ですから、5 km以内に500人くらいの対象者がいれば、競合がいてもやっていけるかなというようなイメージでございます。

人員要件ですけれども、管理者（現場の責任者）は保健師もしくは看護師です。この2つの職種で常勤換算で2.5名以上いないといけません。お客がゼロのときでも2.5いないとダメです。そういう中ではいま、看護師は採用が非常に厳しいです。病院が、7対1基準でベッドの割合に対して看護師を確保すれば診療報酬を上げられるということで、看護師を確保していますから、訪問看護の看護師の採用が厳しいです。

そのほか、理学療法士・作業療法士（リハビリ）を置きます。しかし、これは置いても2.5の換算には入りませんので、別途ということになります。

2.5でぎりぎり運営をしていますと、例えば、急に休みました、辞めましたとって2.5を切ると、厳密に言うと休止しなければなりません。その状態でサービスを提供しておカネを取ったら、あとで診療報酬とか介護報酬を返還しなさいということになります。そのあたりの問題がコムスンの問題ともつながるわけですが、そういう非常に厳しい問題があるということです。

建物要件はそんなにありません。事務所があればいいということで、マンションの一室を使っているという感じも非常に多いです。

収支ですけれども、B E P（Break Even Point）のお客様は1人の利用者・患者様（顧客数といいますか）の訪問は平均月5.7回です。1回当たりの訪問単価は大体9,000円と考えてください。ですから、1人の患者様から月の売上

は5万4,000円～5万5,000円と考えてください。そうしますと、5万4,000円に対して45名ですから、月の売上は240～250万円。これがB E Pというふうにお考えいただければいいと思います。

それでは、看護師はどれだけ働けるのかといいますと、看護師は月訪問80～90回です。1日4軒、5軒、6軒訪問です。そういう状態であるということをしイメージしていただければと思います。

(スライド10ページ下段)では、経営の実態どうなのかということですが、これは平成20年度の「介護事業経営実態調査」です。平成17年の調査に比べると減っています。収入は月の売上が200万あるかないか、これが平均です。人件費が160万くらい。その他の支出を入れると、ほとんどトントンという感じになっています。

延べの訪問回数は240回。先ほど言った単価とちょっとずれていますけれども、こんな状況です。

採算が取れるわけないです。ですから、やはり増えないわけです。これが実態でございます。規模が小さく、安定的な事業運営が困難なのです。

(スライド11ページ上段)看護師は24時間対応体制をとっております。とってもいいのですが、とらなくてもいい。ですから、オンコールの状態を常に看護師は持っています。携帯持ち回りです。ですから、3人しか看護師がいないと、3人は毎日夜、電話がかかってくるかもしれないということで携帯を持ち歩いているのです。そして、電話がかかったら出動する。

問題は、介護報酬の低さもありますが、記録・請求事務がものすごく大変です。先ほど医療保険と介護保険があると言いましたが、そのほかに自費もあります、公費もあります。そして主治医に記録書を出さないといけない、レセプトを出さないといけない、労務管理しないといけない。これは全部、管理者である看護師の仕事です。これを抱えて、24時間オンコールの体制で、しかも営業もしながらやっていくというのが訪問看護の実態です。

そういう意味で、大規模化していくとか、お互いの訪問看護が助け合うとか、ネットワーク化していく、こういったことが非常に重要になってくるというこ

とです。

(スライド13ページ下段) 具体的に何を言っているかということ、「尊厳・生き方」というのは、WHO(世界保健機構)で2000年にICF(国際生活機能分類)という考え方ができました。これは医療だけではなくて、児童の分野でも、教育の分野でも、すべての分野でICFという考え方があって、生活機能を個人の因子だけではなくて環境面も含めて総合的に見ていこう。それから、その人を心身的な機能だけで物事のソリューションをしていくのではなくて、その人の雇用であるとか、生活にどうかかわっていくのか。もしくは人生にどうかかわっていくかという、大きな観点からとらえていこうということです。

具体的に言えば、看護計画とかは、いままでは看護というと本人の身体的な状況ばかりとらえていたものを、心理面とか、バリアフリーであるとか、家族構成であるとか、環境面も含めてきちっととらえていこうということと、エンパワメント、その人のマイナスの部分を見るのではなくて、プラスの面を見ていこう。例えば左手が使えないというと、左手が使えないというマイナスを見るのではなくて、右手を使ってどうしようかということを見ていこうということです。それから本当のニード、問題点を解決していく。こういう考え方でアセスメントをして、実際に訪問看護計画を立てましょうということになります。

(スライド14ページ上段) 私たちは、必ずしも自前で訪問看護を100カ所とがつくっていくことだけを目指しているわけではありません。在宅医療という意味では、ドラッグ、調剤、訪問看護、これを組み合わせていこう、地域のヘルスケアステーションを組み合わせたいということですが、そのバックにある、例えば衛生材料とか医療機材をデリバリーする - - 先ほど、看護師は運べないという話をしましたけれども、そういったロジスティックみたいなところを考えていく。もしくはIT化、ICカード化していく。

それから、24時間オンコール体制というものは、訪問看護もありますし薬局もあります。地域の先生方も、在宅医療をする先生は24時間体制をとりますが、24時間それを1人の先生がやるというのは大変です。地域の医療のコールセン

ター、こういったものも私たちは目指していきたいということでございます。

それから、病院から患者様は流れてきますから、その退院計画を立てるところについて、私たちもカンファレンスなどに参加しながら、退院にどう貢献できるかということに参加していこうと。したがって、ケアマネージャーというような事業にも私たちは取り組んでいくということでございます。

(スライド14ページ下段) 専門性の追求というのは、「根拠のある看護」をやっているとか、医療依存度の高い人たちがどんどん在宅に流れてくる。こういったところが在宅で見られるマニュアルとかそういったものを整備していきましょう。調剤と看護が一体となって、例えば衛生材料が必要となったときには(いまの制度の枠組みの中では)薬剤師が駆けつけるとか、そういった先駆的な在宅医療を目指していこうということです。

医療保険・介護保険というのは制度ビジネスです。そういった中でやはりこれから考えていかないといけないのは、この制度ビジネスを、それだけにディペンドする仕組みではない何かビジネスモデルというものがあるかと思います。

例えば保険では、余命半年とわかれば、生前給付ということで半年前に死亡保険金を払います。例えば、ターミナルの患者様に対しては前給付というおカネをうまく生きている間に使っていただく。例えばそういう金融商品とか、もっと大きな枠組みでこのビジネスを考えていかないと制度の中で萎縮してしまうとなかなかかなり得ない部分もあるのではないかと。そのあたりを、今日お越しになられた先生方のお知恵や力をお借りしながら、まちづくりも含めて取り組んでまいりたいというふうに思います。

以上でございます。

A ありがとうございます。大変該博なお話を伺いましたけれども、皆様方から、ご質問、ご意見を承りたいと存じます。どなたからでも。

B 「まちづくり」というのが一つのポイントだとおっしゃいました。どんなご提案をなさっておられて、実現のメドみたいなものはどうなっています

か。

講師 いま何を提案しているかといいますと、先ほど「ネットワーク化」ということがございましたが、いまのディベロッパーさんの再開発といいますと、非常に大型のマンションをつくって、300戸、400戸入る。そのゲタをはかせるところにスーパーやショッピングセンターを入れて、2階に医療モールを入れるというパターンが多うございます。この医療モールを入れるのに「お医者さんを探してくれ」とか言うのですが、それは私どもは間違っているのではないかと思います。先生方はもう町にいらっしゃいますので、その先生方を活かせるような施設をつくってと申し上げております。

何かといいますと、医療モールをつくるのでしたら、すべての診療所の先生方が高度な医療ができる、逆に医療センターをつくって、その中には訪問看護ステーションの拠点をつくって、地域の先生方がいつでも使える訪問看護ステーションにする。そして、私たちの調剤の部門。あるいは、私たちはいま画像診断の会社をつくらうとしています。そのセンターをつくって、CT、MRI、そういうものを私たちが運営していく。地域の先生方がそれを必要なときには、PET、CTを使ったり、PET用のMRIを使ったりして画像診断ができて、画像診断の結果だけをドクターのカルテに送り返していくわけです。

いまの診療所の先生方は、重い設備を持つほど赤字になってどんどんつぶれている。それよりは先生方が共有できる財産を、企業で運営できるものですから、大きな再開発をするときにそのまちの一角に画像診断 - - いまはCTがなくて、わざわざ大学病院までCTを撮りに行ってまた診断しようということですね。ここに医療のムダがございますので、そういう画像診断センターを我々がつくるという形で、半径5km~10kmにお住まいの方々の健康診断や、そこで活躍されるクリニックの先生方が共有できる設備をその中に投入していかないか、というような提案をしています。

あるいは、いま独居老人（あるいは高齢者夫婦）という言葉がありますが、

あまりいい言葉ではございませんね。もし万が一、どちらか一方がインフルエンザにかかったらどう看病するのか。私どものスギメディカルで提案したのは、住宅の中にウイークリーマンションみたいなものをつくってほしい。そこをスギメディカルで互助会みたいなものをつくって、もし感染症になった場合には、そこで1週間隔離というか、離れて、逆に、私たちの訪問看護ステーションが毎日定期的に決められた時間にケアに伺う。お元気になったらまたお部屋に戻っていただくという、ウイークリーマンションタイプの療養マンションというのでしょうか、そういうものを活用しながらやっていくという提案、そういうことは具体的に挙げています。

B 開発の中にそういう機能を持っていくということは、周辺の立地特性みたいなところでいくと、成功する立地もあれば、あまりなじまない立地もあったりしますよね。

講師 そうでございますね。住宅環境の中で、やはりそういうものが必要になってくるのは都市部だと思っております。特に都市部の中でも、核家族化が進んだ、一戸建てよりマンション群の多い……。

B 比較的高齢者の多い地域ですね。

講師 はい。まずそういうエリアでこのモデルになるのかなと。逆に地方都市のわりと分散型の都市に関しては、イギリスのようなコンパクトシティ化ということを取り組んでいかないといけないのではないかと。例えばイギリスではどんどんコンパクトシティとなって、まちの中央通りの中に機能を集約して行って、その中でどうコントロールしていくか。そういうことは、青森のような地方都市では、公共投資もコンパクトシティの中で投資していくことが重要ではないかと思えます。

C 高層ビルのどこかに入るとい形が多いのでしょうか。それとも、土地を購入してそこで建物をつくられるとい形がいいのでしょうか。

講師 もし高層マンションでしたら、その一角とい形になると思います。コンパクトシティとい形でまち全体の公共事業の投資の仕方になると、一軒一軒建てるとい形になると思いますが、いま中心で動いていますのは、都市部の高齢化に対応するとい意味では、マンションの一角に入っていく形を提案していくのが多いパターンでございます。

C 例えば学校が廃校になったりして、公有地があって、そこを定借で借りてつくるとか、こういう形といのは考えられますか。

講師 東京も下町で小・中学校の統廃合が始まっていますので、その建物を活かしながらどういふうにつくり直していくか。その校舎はそのまま、例えば高齢者のための小規模多機能型施設化をしていくとか、あるいは、社会福祉法人さんと組んでいきながら特別養護老人ホームをつくって、校庭の一角に我々が200坪、定借で借りて店舗をつくっていったり。いまあるものを全部壊して更地とするよりは、いまある建物を活かして、空いているところに定借で入っていく方法とか、そういうことができているのではないかと考えております。

A 団地なんかだんだん老朽化していますね。これは結構重要な対象地域だと思うのですが、団地の年寄りが皆いなくなったあとに、若い人が入ってくるといことはまずないんです。そうすると、そういうところの社会資本投資といのは、ある期間たつと要らなくなってしまう。それ自体が荒廃化していくわけです。訪問看護センターならセンターといものがなくなってしまう。

そういうふう非常に短期間なんですね。社会資本といからには50年、30年といものを考えるのだけれども、7年とか10年ぐらしか使えないような

ものがかかなり多いのではないですか。都会だと分譲住宅というのがありますね。江戸川とかいっぱいあります。団地は山ほどあって、みんな老朽化してきます。この辺の高層マンションもどういふふうになっていくかわかりませんね。

講師 おっしゃるとおりでございますね。

A その辺は、まちづくりと一体という考えを我々もずっとここで議論しているわけですが、なかなかうまくまとまらないんですよ。歩く社会資本、動く社会資本みたいになってしまうので、そこをどうするのか、いいお知恵があったらお伺いしたいのですが。

講師 20～30万人という単位の中で、ネットワークをどうつくっていくかというふうに当面は考えておりました。いわゆる二次要件という考え方がございまして……。

A 端末のステーションから15kmぐらいだと、バイクで通うには足が大変だというわけでしょう。100人固めておくとすると、その100人の人たちは訪問看護……。

講師 まず、拠点の訪問介護というのは、どちらかというとも機能の中でも拠点タイプで、例えばターミナルケアとか終末期と呼ばれる部分をやりながら - - 100カ所だけですべての医療圏はカバーできません。

その拠点のステーションをつくっていきながら、当然、20～30万人の中にはほかにも訪問看護ステーション、他の事業者さんがございますので、そここのネットワークをつくっていくという戦略で考えております。

具体的にはURさんなども言われているのですが、そこは訪問看護と薬局をセットでつくっていくという形で、いまおっしゃったように、URさんの建物だけの高齢者さんでいくと、回転が終わってしまう。

私たちは、そこを飛び出した半径5 km圏の医療ということで、コールセンターとか、そこにお住まいの方々も含めて、そのまちの施設になるようなものができないかなということで、いま、模索しているところでございます。

A 需要者というのか、人間というのは年を取って死んでいくわけだから、しょっちゅう動くわけでしょう。地域はここだと思っても、そこは実はいなくなっているという場合もあるわけです。そうすると、同業がお互いにカバーし合うということが次に考えられるわけですね。訪問看護とかの大きなグループが幾つかおありだと思えますけれども、どのくらいお互いにオーバーラップしているか、またカバーし合えるのか。いずれも新発の産業だと思うのです。競争が激しいだろうと思うけれども、せっかくの人材が死んでしまうのはつまらない。ムダになってしまいますね。有機的な連携というのは大事でしょうか？

講師 難しいですね、まだまだ。

A サービスの売上を増やしていかないとダメだということですね。モノの安売り競争をやったのではあっという間に負けてつぶれてしまうというのは、よくわかりますけれども、サービスというのはどうしても「質」の問題があるから、介護士にしても看護師にしても供給できる人は限られるわけでしょう。それを全国的ネットワークで張り付けようということになると、そこで非効率な問題が起こってきますね。

講師 ご指摘の点というのは、恐らくこれから解決していかなければいけない大きな壁、課題だと思います。

A 確かに、サービスに重点を置いて訪問看護とかそういうものをしていかなければならない、これはよくわかるんですね。そのとおりだと思いますけれども、それを組織化する、企業化するというのはなかなか難しいでしょう

ね。

講師 おっしゃるとおりでございます。

A そういうことは行政に考えてもらうんだとか、地域全体で解決していかなければいけないんだというのは何でしょうか。

講師 いまのご指摘があるから、恐らく大きいところが絶対出てこない。そこにはやはり制度とか、行政さんとのかかわり、あるいは、先生方のように都市研究の中でどういうふうに仕組みをつくっていくかというところで、そこのお知恵とご指示を私どももいただきながらやっていかないと、なかなかこの仕組みというものが支えられない。

C 訪問看護の患者さんといいますか、その対象というのは、お医者さんからこの人は訪問看護の対象だと見なされるとか、何か基準があるのですか。

講師 介護保険でも医療保険の中でも、この人は医療依存度が高くてヘルパーだけでは少し難しい。自分が行って病床をチェックをしなければならないけれども、自分だけでは回れないと。そういう自分が行けないところは、看護師がバイタルのチェックをしてほしいとか、カテーテルとか、いろいろな医療的な処置がこの人はどうしても必要だということについては、無条件というか、医者としても……。

C 例えば、私がガンだと言われて入院しなさいと言われてたけれども、いや、私はこちらでやりたいから、在宅で訪問看護の形にしたいとか、患者がそういう形で希望を言って認定してもらおうということとはできないのですか。

講師 患者様が直接訪問看護に来られる、直接入り口になるということは

少ないです。やはり入り口は、例えば病院からの退院ですと、地域のソーシャルワーカーがケアマネージャーを呼ぶ。介護保険の認定ではケアマネージャーを呼んで、ケアマネージャーがケアプランとか退院計画を立てます。その中に、病院側の先生からこれは絶対訪問看護が必要だという指示があれば、医療ソーシャルワーカーがケアマネージャーに言って訪問看護が入ってくるわけです。そういう入り口というのは、どちらかというとも病院内での退院場面での医療ソーシャルワーカーであったり、ケアマネージャーであったり、もしくは、まちの先生です。

C ニワトリと卵じゃないですが、在宅で訪問看護という形にしましょうと。なければ、そんなことを言ってもしょうがないですね。そこがあれば医者や病院からそういう対象者が増えてくる、そういうことはできてこないのですか。

講師 そこは逆に、患者様が私どもを意識していただければ、そういうことをケアマネージャーとか主治医の先生にお伝えいただいて、そこで指示書が出たり、ケアプランの中に埋め込まれたりするということです。

いまご指摘のように、地域の各大きな病院には必ず、地域連携相談室とか医療相談室 - - いまソーシャルワーカーという言葉が出ましたが、社会福祉士さんと呼ばれる方々がいて、地域の連携を組む窓口の部屋がございます。そういうところを私どもが定期的に訪問して、こういうことができます、ああいうことができますということをアピールしていかなければいけないのではないかと考えています。拠点になる大阪とか中部では、ほとんどの大きな病院の退院の窓口になるところに行って、「必要ならばこういうことができるようになります」というようなことはご案内しております。

D 地域の中で訪看を中心に動いているところはいくらでもあると思いますけれども、薬剤師さんと訪問看護師さんが一緒に行って、そこで病院からの

指示がしっかりできるということが一番の中心ということですね。

講師 一番目指しているところです。

D 居宅療養管理指導を取ってお薬を届けてやって、介護は介護で訪看が入って、本人は両方におカネを1割ずつ払っていると。

講師 そうです。お薬を届けるだけでは何の意味もありませんので、お薬を届けるだけではなくて、薬剤師でできる副作用のチェックですとか、お薬によっては目に見えない副作用というのがいっぱいございます。耳が聞こえなくなったりとか、手が痺れてきたりとか、そういうのは薬剤のチェックというのがございます。それを受けて、例えばドクターには看護師と同じように訪問後の報告書というのを書いて、体調のこういうところに関しては薬剤はこういうふうに変更してほしいとか、そういうことをやっていくのが、お薬の居宅療養のほうのチェックになります。

D 普通のところは薬剤と看護は両方持っていないので、訪看は訪看でやり、薬局の人たちの協力を得てその連携を密にしていくと、理想とするみんなのまちづくりができるという形になるということですね。

講師 はい、そうです。

D 実は今年の4月から、薬剤師を入れて医療連携推進をしています。一番最初は医師と訪看、次に医師と歯科医師と訪看が入って、今年の4月から医師と歯科医師と薬剤師と訪看をようやく入れ始めました。

講師 私たちの仕事は、公衆衛生は薬剤師がやります。というのは、家の中で感染症が発生したり、夏場になると疥癬とか、こういう消毒の知識は薬剤

師が専門で持っています。そういうふうに言われてご自宅の消毒を行ったこともかつてございますし、いわゆる高齢者病棟で大量発生したときも、我々が入って行って一緒に消毒するということもございます。

そういうのはもっと薬剤師を活用していただければと思いますのは、薬以外に、ポンプですとか、器材ですとか、最近では心電図ネットワークという形を滋賀県で組んで、心電図の販売とか、場合によってはレンタルとか、そういうようなことも可能です。高度管理医療機器という免許が必要ですがけれども、これは薬剤師がやれるもので、薬剤師はそういうポンプのメンテナンスとかも全部できる。そういう部分は医療のバックヤードの役割が薬局はできて、そこをうまく使っていただければ、看護師の皆様の必要なものは供給できるであろうというのが基本的な概念でございます。

E 私はずっと「病住近接社会」というので、田舎の都市でコア病院を中心にしたネットワークづくりをやって、これは都市部型の大変面白いやり方だなあと思いました。

そもそも皆年金・皆保険にしてしまったものですから、医療ビジネスというが、こっちのビジネスは社会福祉に入ってしまったって、商売にならないというのがこれの一番ダメなところなんですね。それを、薬局というむしろ外に出た部分で稼いで、こちらにいわば利用していこうというやり方をしておられる。

ただ、言われたとおり、2012年めがけて医療制度改革等、介護改革のときに保険ビジネスのほうはどう変わるかわからない。先ほど、包括制度が何かになったら一発でアウトと言われたように、まさにそういう可能性も皆無ではないわけですね。事実、いまアメリカでそれこそ大改革をオバマさんはやろうとしていて、医療費、薬代を半分にさせるとやっているわけですから、ああいうのも含めて何が起きてくるかわからないわけです。

ただ、いまの仕組みで考えたら、もう一つ思うのは、全体をネットワーク化するのは大変素晴らしいけれども、結局この話のネックは病院だと思うのです。要するに、病院がこういう仕組みに入ることを常に拒否している歴史があるわ

けです。しかも、5万人なり20万人というところには医療施設が複数あります。そうすると必ず、病院同士の大規模病院と中小との対立がある。このあたりが、どの程度その都市でうまく理解されるかというのをすごく感じるので、大きな病院が一つ、コア病院があって、それに周辺の地域圏でというのが非常にわかりやすいのですが、そこに開業医がいていろいろ出てくると、非常に難しいのではないかと思います。

この仕組みの中に医療機関を（いまのお話の中では、医療機関の役割があまり出てきていないのですが）どう位置づけるか、というあたりをちょっと教えていただきたいのですが。

講師 どこかの特定病院と組んだほうが、その地域だけとってみれば成功の確率が高いのではないかとか、いろいろあるでしょうけれども、しかし、そうすると必ず反発を食らうということからすれば、どちらかという私達は、いまの戦略の中では特定病院云々とはニュートラルに進んでいったほうがいいのではないかと。それぞれの課題で……。

E たぶん特定病院とは組めないと思うのです。そういう意味での薬局としての制約があるわけです。これを組んだときに、いわゆる病院へのメリットが何かないとつらいなあという気がして、ちょっとお聞きしたわけです。

講師 まず受け皿をつくっておくという部分だと思っています。病院に対してのメリットというのは、まず一つ言えることは、薬局は医療の中心的なビジネスにはなれないものですから、医療外の視点で持っているという部分はあります。ある意味、病院から見ればよそ者だと思っています。

その立場をわきまえたときに、これは決して悪い意味ではなくて、「病院から見た経済的なメリットは何か」というのを生み出さなければいけないと思っています。例えばですが、物流という視点で、病院の物流を我々のほうでどう軽くしてあげるかということは十分できるとしています。

病院がいくら看護師さんたちのシフトといっても、あそこまで組んでいる仕組みはないと思います。我々は常に、季節によって何年間もデータを取りながら、波動というのを読んでいます。要するに繁閑期によってお客様の数の波動が全部データに出るようになりまして、この日には何人店員が必要、この日は何人でいい、時間単位、30分単位でワークを組んでいます。それでコストをコントロールしています。

こういう仕組みを、いかに病院のオペレーションのほうに例えば無償で提案していくか、物流網というものをいかにうまく活用していただくか、そういう医療とは関係のないところをどう提案していくか。そこに乗ってきていただければ、どこかで動き始めるのではないかという期待感を私は一つ持っております。

経済という論理の中で、人の流れとか、在庫の適正とか、医薬品の適正とか、あるいは、そういう治験という事業の紹介とか、保険とか倫理とかに引っかからない部分のバックアップを、病院とどうつないでいくかを模索しているというのが現状でございます。

A 前に尾道方式ということを議論しましたね。あれはお医者さんの張り付けの話でしたが、いま、こういう薬剤師と看護師さん、介護士と、大きなコメディカルというのか、パラメディカルというのか、セットにした地域サービスを提供しようという話を考えてみるときに、どういう位置づけになるんでしょうね。

C 今日のお話を聞いて、メディカルとか訪看が間をとってやっていくという形のほうがいいのではないかなと思ったんです。お医者さんと訪看との仕事の境目、この辺はいま動いていますか。

講師 皆様、医薬分業という言葉をお聞きになるとは思いますが、私たちは一つ、「医看分業」(これは公式な言葉ではないですが)ということ合言葉と

しています。医師と看護師の仕事の役割と、看護師が独自の権限として持てるものとして、これは看護師がやってもいいのではないかとか、看護師の判断でこれはやらせてほしいとかというようなことは、逆に看護協会さんは動いていらっしゃいます。

A 医療から看護に仕事の一部を取り込む、そういう考え方なんでしょう。そこはもう何百年と動かない。

そもそも薬は、患者が飲みたいといたらそれは売るでしょうけれども、医師の指示がなくて「あれを売ってください」と言って、売れるわけですか。

講師 いや、できません。

A 「処方箋を持っていらっしゃい」でしょう？

講師 はい。

A だから、最初に薬を売るところから医師の指示が必要なわけですね。

講師 おっしゃるとおりです。看護師もそういう状態になっているわけですね。

A 注射してくださいといっても、自分で勝手にはできないわけでしょう。やっておけと言われるから、やっているわけで。

E ただ、薬によっては、薬局で置いておけば出せる薬も一般の大衆薬にはありますね。

講師 はい。いま、医薬品というのは医療用の医薬品と一般用と分かれています。医療用の医薬品の中でも処方箋の必要なものと、なくても売れるもの

のに分かれています。それが非常に複雑になっています。

A 処方箋の要らない薬の範囲が増えていますか。

講師 そうです。あるいは、いままでは処方箋でしか出せなかったものが、一般薬のほうにどんどん変わってきている。

A そういうものの服薬・投薬指導というのは、薬局はできるわけですか。

講師 はい、薬局がやっています。

A それは薬剤師さんの頭と技能でやっていくと。

講師 はい。いままでは処方箋でしかもらえなかったお薬が、いま新聞で言っている「第1類」と呼ばれる薬ですが、あれは数年前までは処方箋でしか出なかったお薬です。それがいまどんどん薬局に移ってきて、薬局の薬剤師が診断することによって販売できるという薬は非常に増えてきています。

A 口から入れるのではなくて、刺してやるという注射なんかはお医者さん以外にはさせないわけでしょう。

講師 お医者さんにしかさせないです。

A 自分とお医者さんしかできないですね。

講師 ええ。インシュリンなんかは自己注射です。看護師は指示があれば打てます。薬剤師はできないですね。

A その辺の分業は固定したものと考えざるを得ないでしょうからね。

講師 訪問看護の世界でも、場合によっては、数年後、O T、P Tと言われる理学療法士の単独の開業が認められる方向にあるかもしれませんが、医者と同じように1人開業みたいなものが認められるようになるかもしれない。そしていま議論があるのは、それじゃあ看護師は1人開業は認められないのか、という話なのです。

先ほど、訪問看護は2.5人いないとなかなかやれないと。看護師の中には、地域医療で頑張りたいのだけれども、1人開業どころか2.5という制約でなかなかできないという中で、ナースの世界でも少し話題には……。このあたりが看護の世界でも今後どう動いてくるのか。

A 高齢者の病気を治すだけではなくて、体を動かしてやる、これが大事なことでしょう。それをやらないといけないので、病気は治ったけれど体がうまく動かないという人はいっぱいいるわけですね。それを入れた高齢者医療の体系というのをやはり考えなければいけない。いま、O T、P Tの独立営業という話があったけれども、そういうものは受診者との間でできるのですか、やってくださいと言ったら。

講師 自費契約であればできます。

A 保険が入るとダメですか。

講師 介護保険の中に入るとケアマネージャーが介在してきます。

将来に向けてという意味では、欧米と日本の薬剤師の違いという中で、欧米では既に予防接種は薬剤師ができます。インフルエンザですとか、ああいうものは薬剤師が予防接種をしても構わないというところまで出てきました。イギリスなどはもっと進んでいまして、完全に処方権は薬剤師が持っています。

そういう意味では、いま薬剤師に関しては薬学部が6年制に変わりました。4年制から6年制に変わることによって、これから先、何か職域が変わるのか、

そこは大きな期待を持っております。6年制になるときに、これから先、医師が足りない、看護師も足りないということになれば、薬剤師が、せめて簡単な自家注射とか予防接種ぐらいはできるとか、そういう時代が来ることも可能性がないとは言えないのではないかと思います。

A 看護師さんというのは、包帯を巻いたり何かするのがずっと伝統的な仕事だったけれども、看護師さんの仕事の分野というのは広がっていかざるを得ないわけですね。こうやって包帯を巻くだけではなくて、2年余計に勉強をしているわけですから、何か役割をやらしてもらわなくては困るわけです。

これから、そういうのはみ出していくものを集めたら、制度的に何かできるんでしょうね。誰も損をするわけではない。これをどういうふうにもうまくつけて使えるか。リソースをそこでセットして売れるものに直していく。それを看護師協会がやるのか、それはよくわかりません。起業するにはどうするのか。

E 戦前は漢方薬局方があったものですから、漢方医薬なら、実はお医者さんなしで薬屋はバンバン出せたわけです。それがもともと明治4年の薬局のスタートですから。

逆に一番いい例は、アメリカの助産婦です。いま助産婦は1人では開業できません。あくまでも医者と連携していないとできない。異常分娩の可能性が5%あるからということで、できないわけです。だけど、95%の人は全く普通の正常分娩なので、助産婦でいいはずですが。だけど、これは強烈な抵抗で、いま三鷹とか幾つか残っていますけれども、助産師の人というのはほとんど独立して開業できなくなっています。

そういう意味では、むしろこの流れと逆の方向を残念ながらアメリカ自体が進めてきたわけです。そのくせこの頃、「ミニッツ・クリニック」といって、薬剤師さんが医者の一部を、5,000円ぐらいの値段で診断して薬を出せる仕組みをアメリカ自体がつくった。まさにメディカル・プラクティショナーとかいうあれをつくったわけです。だから、徐々に日本に戻っているのですが、まだ

まだ、そうは言ってもこの世界は医者の世界が一番大変だろうなど。

C さっきの連座制の話ですが、医者と訪看と薬、この3つの仕事の分担の中で、現場、実際の在宅のところにいるのは薬と訪看ですね。現場で何か事故が起こったときに、薬の出し方がまずかったとか、そのところの保険をどういう形で……。だから、こっちのほうに仕事が増えるのはいいけれども、逆にそこで何かリアクションが出てくる可能性もありますよね。

E そうですね。

講師 行政の問題から言うと、そのことにきちっとお応えできていないのですが、行政サイドの問題があまりにも多くて、現場は混乱するわけですね。

A 先ほど「地方から地域へ」とおっしゃったでしょう。地域というものは行政主体が複数あって、医師は一つじゃないんですね。地方というのは公共団体のことを言っているのしょうから、これは一つしかない。地域となると、隣の市とこっちの市と、また市の中だったら、何も無いわけです、意思決定機関というものが。市長さんのところに行って俺の町内だけやってくれと言っても、うまくいかないですね。じゃあ特区をとってくれという話になってしまって、ダメでしょう。

「地域へ」と言ったときに、実際の法律を動かしていく、制度を運用していく主体を一体どう考えていったらいいでしょうね。実際にやっておいでになる立場から。ステーションをつくるのは、国土交通省の出先がやるとか、市役所へ行ってやるという話でしょうけれども、それだけではないわけですね。入れたくても、それでいいわけでも何でもなくて、活動をしなければならないでしょう。看護師さんが隣の町へ行ったら怒られた、というのでは困るわけです。こっちでは、まあ、いいよ、やってもいいということになると、なかなか統一がとれないような気がするんです。

「地域へ」と言ったときに、一体どういうことを言っておられるのかよくわからない。普通は、役人の目の届かないところだから自由にやりなさいという意味で地域という言葉が使われるけれども、医者にしても看護師にしても、すべて法律でがっちり固めたような仕事ですからね。おまけに「士」がたくさんあって、お互いにぎちぎちやっているわけだから、そう簡単には裁量で決められない。

講師 簡単に言ってしまうえば、行政が動いてくれない。誰かが旗を振ってくれないと動けないというのは事実でございます。かといって（行政で話をしたこともあります）縦割りの部分であります。あるいは、ある商社さんのところに行ってみても、そこも縦割りであって、縦割り社会という言葉ですべてを解決させるつもりはないですが、一民間企業でやることにはやはり限界もございませう。

よく産官学という話が出ますけれども、産官学一体という言葉というのはどこも実現していないのが実情ですし、旗振っていただくのはどこかというのと、やはり行政だと思っております。特に医療に関しては、決していまの知事たちに賛同するわけではないのですが、もう少し地方分権の中で決められる制度というものが欲しいなという気持ちは、正直ございませう。

F 漢方薬はそういう薬剤師の方の協会があるわけですか。それでどんどん売れるわけですか。

講師 漢方薬は従来どおり自由に。保険薬の漢方というのはまた別にあるのですが、昔からある「煎じ」と呼ばれるもの、漢方薬だけは、薬剤師の裁量で症状を聞きながらいまでも売れるようになっています。

F 漢方薬専門の薬局もありますよね。

講師 はい。薬日本堂さんというのは非常に有名で、漢方薬だけをお渡ししています。処方でももちろん出てまいります。漢方の東洋医学を学んだ薬剤師がそれを処方しています。

F 処方していいわけですね。

講師 はい。

G 地域のマンションや何かの一角におつくりになる施設に、介護士さんとか、看護師さんとか、薬剤師さんとか、それと一緒に医者さんが組んでくださって、「訪問をやってやるよ、だけど、毎日に行かないから、看護師さんをおまえのところからよこしなさい」とか、お薬も持ってらっしゃいとか、機械も持ってらっしゃいというふうにしていただければ、おひとりさま老人というのは心強いし、助かるのではないかと。これ、老人ホームの一部がやっていますね。お医者さんが何人かお見えになりますし、看護師さんが常駐して。

講師 そうですね。看護師さんもヘルパーさんもいらっしゃいます。

G ケアマネさんはいないけど。そういうふうに、老人ホームじゃなくて、まちに住んでいる孤独な老人がいっぱいいますし、赤ちゃんもいるはずなんです。これは勝負が早いから、往診してほしい、すぐ入院させてほしいと思っていますので、お医者さんと組んで施設の方が訪問なさるといような方法はとれないのかなと思いますけど。

講師 最近、在宅医療に取り組まれている先生というのが出てきています。特に、意外と若い30代とか40代ぐらいの先生方が、クリニックをほとんど持たずに - - 基本的には外来は受けるという前提ですが、それは数人で、訪問だけをされている先生方というのも結構出ています。私たちはそういう先生方と

(まあ、病院というのもありますが)一緒に組んでいきたいし、また、そういう先生方は、先ほど言いましたように24時間自分でやるといってもできないわけです。そういうところを私たちが、コールセンターとかいろいろな問題を含めて一緒にお手伝いしながら、特定の1人の先生ではなくて、地域でそういうことをやられている先生方とご一緒にしていきたいという思いを持っております。

C 私は前から申し上げているように、公共の土地にこういう医療関係の施設を入れていくというのを、どんどんやったほうがいいと思うんですよ、行政屋さんだから貸さないとかではなくて。

多摩地方は、学校の統廃合とか少子化でもものすごく公共の土地が空いているわけです。そういうところにどんどんこれを入れていく。例えば行政屋さんだけ、定借にしてグラウンドのところちょっと置くとか、安売りのバーゲンだったらあれだけど、こういう高齢化医療問題だったら、住民はみんな賛成しますよね。

D そうですね。今日も大変貴重な示唆をいただいたなというふうに思っています。

C ある意味でいくと、こういうステーションというのは社会資本ですよ。

D そうですね。今日いただいたものはシステムとしては大変素晴らしいと思うので、訪問看護ステーションと薬剤師さんたちの協会とか、そういう人たちと合わせてシステムを地域の中にきちっとつくっていくのかというのは、たぶん、その地域、地域で議論を深めていかないといけないと思います。

H なぜ都内で事業展開がはかばかしくないのか。それは時間的な過去からの経緯なのか、はたまた医師会、あるいは、先ほど来おっしゃっている都庁

も含めた行政の対応がまずいのかどうか。そのあたり、どうぞ率直に。

ほかのそういった志ある薬局の方とかにどんどんやっていただきたいという期待があるものですから、なぜ皆さんのような気持ちがある事業が首都東京で一番遅れているのか。

講師 まず、システムとこの考え方は決してクローズではなくて、先生方の前でもお話しさせていただいているという意味では、地域の薬剤師、看護師たちとも共有して、いいものを一緒につくっていきたいということがありますので、ぜひ、地域の皆様のいまある資源を活用いただけるように、それをバックアップしていきたいという気持ちも多々ございます。

東京都の中でも多摩地区には店舗があります。多摩地区のほうでは非常に取りやすいものですから、国分寺とか、青梅とか、神奈川の相模原とか、立川とか、あの辺はどんどんつくっていますが、東京23区の中では200坪というところがなかなかない。

結果としましては、行政の皆様方に、遊休地ではないですが、廃校になった場所はないですかとか、都市開発されるときに再開発で大きな場所はないですかとか、ディベロッパーさんたちに、大きな場所を確保できる場所はないですかという動きになってしまう。

A 200坪というと、賃料だけでもなかなか大変でしょう。

講師 かなりございます。エリアにもよりますが、200坪というのは店舗の面積でございますので、そのほかに駐車場を確保するとすると、最低でも400坪くらいの広さが必要なものですから。

A ものがないということもあるけれども、かなりコストが高いですね。

今日はどうもありがとうございました。(了)