

■基調講演

ヘルスケアとは何か、 その目的とは

(一財)日本ヘルスケア協会副会長、
日本ヘルスケア学会会長、東京薬科大学理事長

今西 信幸



基調講演では、東京薬科大学理事長の今西信幸氏が、日本ヘルスケア学会会長として「ヘルスケアとは何か、その目的とは」について講演された。

今西氏はまず、これから望まれる薬局の理想像は「予防・治療・介護」を一つの店舗で提供できるものと示した。特にこの「予防」に当たる部分が「ヘルスケア」であり、これからは薬局・薬剤師にヘルスケアの専門家としての役割が求められていることを紹介。また、医師と薬剤師の構造的な違いについて解説し、それを踏まえた上で、「在宅」における薬局の役割を考える必要があることを強調された。

日時：平成28年3月9日(水) 14:10~15:10

場所：フクラシア東京ステーション5F

「H会議室」(東京・大手町)

はじめに

本日は、ヘルスケアとは何かという話、そして医療機関と薬局の違いなどの説明、それに付随し

て医療人の間で誤解されている「薬薬連携」という言葉について、さらに進んで「在宅」のあり方についての心構えまで話そうと思います。

難しいテーマについて理解できるように話してほしいとのご依頼で、期待に応えられるか分かり

ませんが一緒に学んでいきたいと思っています。

ヘルスケアとは何か

●これから求められる薬局とは

はじめに主題を紹介します。「これから求められる薬局とは、予防・治療・介護を一つの店舗で提供できるもの」である。つまり、現況の中で、これから望まれる薬局はどのようなものと聞かれれば、いろいろなことを推理した中で、「予防・治療・介護」を一つの店で提供するのが、薬局の理想像だということなのです。

また、日本ヘルスケア協会事務総長、日本チェーンドラッグストア協会事務総長を務める経営コンサルタントの宗像守さんは、「このような役割が果たせるのはドラッグストア」だとしています。これは日本ヘルスケア学会会長としての私の意見ではありませんが、紹介しておきます。

いままではこうした部分があり明確ではなく、どちらかというと「予防」や「介護」はチェーンドラッグストア協会が中心になって行い、「治療」にかかわる調剤に関しては、個店や日本保険薬局協会所属の薬局が行うという形の中で運営されてきた事実があります。

ところが、例えば、昔、生命保険は、保険会社の営業や代理店から買っていました。いまは「ほけんの窓口」です。どこの会社の所属という形ではないところが中心に動いているのです。「ほけんの窓口」の店舗では、全保険会社の保険を扱い、保険に入る人の立場でどれがいいかを選ぶのです。それと同じように、薬局も、いままでの経緯を受け入れるのではなく、これからこの業態で望まれるものは「予防・治療・介護」を一つの店で提供することです。それが薬局の理想像だということを、まずは頭に入れておいてください。

●「ヘルスケア」という言葉の整理

「ヘルスケア」という言葉をよく耳にしますが、では「ヘルスケア」とは何なのでしょう。例えば



ヘルスケアの意義と目的を論じる今西氏

「セルフメディケーション」とはどう違うか、一般的には同じように使われているところもありますが、この区別はなかなか難しいです。あえて今日はこれに踏み込んでお話しします。

なぜいま「ヘルスケア」か、というと、薬やケア商品、健康食品を使用するという前提で考えると、これは治療分野より予防分野が圧倒的に多いだろうということは想像できると思います。そういう意味を含めて説明します。

例えば、米国のような先進国では、業態の中で一番大きな産業がヘルスケア産業です。先進国というカテゴリーでいえば、日本もそうなるべきだと思し、ならなかった理由もよく分かります。それが、いろいろな規制緩和や時代の流れの中でヘルスケアが重要になってきたのです。

記憶に新しいのですが、3年ほど前、生活保護の患者さんへのジェネリック使用促進が法制化されました。あれがもし10年前だったら、ジェネリックと先発品には大きな差があるといって、大変な議論になっていたでしょう。でもその裏側、医療経済的に考えると、命は地球より重いと言われながらも、それでは経済が成り立ちません。そういうことも含めて時代が変わってきたということが、まず一番に皆さんに伝えたいことです。

●「セルフメディケーション」との違い

「ヘルスケア」の意味を整理するために、まず「ヘ

ルスケア」と同様な意味で使われている「セルフメディケーション (Self-medication、自己治療)」について考えてみます。ネット検索で調べてみると、「セルフメディケーション」はあくまでもmedication、治療です。それを医師に頼らず自分で行うということです。すると、例えば米国あたりの分類では、セルフメディケーションの管理者の頂点は医師になり、ヘルスケアの頂点は薬剤師です。そういう明確な違いがあります。さらに、このように書かれています。「自分の健康に責任を持ち、それを管理することによって、過剰なまでに医療機関を受診してしまうことによる手間と費用を省くことができる」と。

では、「ヘルスケア」は「セルフメディケーション」とどこが異なるのでしょうか。さらに調べると、「ヘルスケアとは、健康の維持や増進のための行為や健康管理のこと。東洋では養生あるいは未病といった概念によって、健康時からの健康維持や増進が図られてきた」。さらに「東洋には病気になる前の状態を呼ぶための『未病』という表現があり、発病してからではなく、未病の段階で異常を察知し対処するものだ。それに対して西洋医学では、未病を見逃ごしてしまい、発病してから初めて治療に取り掛かる。西洋においては、医療の役割というのは怪我をしたり疾病になってしまった後に、事後的に治療するものだと考えられがちである」とあります。要約すると、「セルフメディケーション」は、病気になってから自分を自分で治療する、「ヘルスケア」は、病気にならないように、自己治癒力を高めるなどの処置、要するに「予防」をすることなのです。

これを産業構造の中で考えると、例えば、うがい薬があります。のどが痛くなってうがいをするのは「治療」です。風邪を引いた、あるいは何か病気が起こりそうな中で、うがい薬を用いるのが「予防」です。どちらのほうが、産業的にニーズがあると思いますか。学会としてこういう経済的なことを言うのはいかがかとは思いますが、その量を考えれば、圧倒的に予防のほうが多いです。治療と

いうのは病気になってからの対応ですから、病気になる前の対応のほうが圧倒的に多いということはお分かりなるのではないのでしょうか。

さらに製薬業界では、「ヘルスケア」という表現は、ドリンク剤や市販薬などのカテゴリー、すなわち、消費者が医師に頼らず自分で健康を維持したり増進したりするために用いる商品群を指していることがあります。「ヘルスケア」は、高度な訓練を受けた薬剤師や登録販売者が、市民の健康維持や増進にアドバイスすることにより、市民の健康増進に寄与することなのです。

●ヘルスケアが浸透しない理由

ではなぜ、いままで「ヘルスケア」がなかなか浸透しなかったのでしょうか。先ほどの薬局の定義では、「ヘルスケア」は「治療」の対極の「予防」という形になります。「治療」という形ならば、例えば医学を極めて完成形になり、薬学を極めて完成形になります。ヘルスケアは「予防」ですから薬学を極めても完成しません。薬学的な知識、栄養学的な知識、さらには臨床心理学的な知識、農芸化学的な知識、看護学的な知識も必要になります。つまり、横断的な知識を持つてはじめて対処できるものであり、薬剤師だからできるということではないということが、「ヘルスケア」がなかなか浸透しなかった理由だと思います。

これから薬剤師を中心に、「ヘルスケア」は無視できなくなります。もし取り組まなかったとしたら、言葉を選ばずに言わせていただくと、救急救命士のような新たな資格ができ、気管挿管のような医療行為を医師と共有してやってしまうような形が出てくるのではないかと思います。薬剤師は最もそれに近い素養がありますから、薬剤師の領域だけに甘んじるのではなく、栄養学的な知識、臨床心理学や農芸化学、看護学も含めて、国民の皆さんの予防に寄与する現場にも対応できるようになるべきだと思います。

なぜ私がこのような話をするのかというと、次に詳しく紹介しますが、新しく創った「日本ヘル

「ヘルスケア学会」では、「ヘルスケア科学部会」という定義や行為、対応、強化をする部門と、「ヘルスケア産業部会」、要するにそれを進めていくための組織で、どのような形でどうあるべきかを考える部門の2つを同時に立ち上げたからです。先進国では往々にして、基礎科学に関する学会と、その応用、利用、管理に関する学会に二分されることが多いのですが、日本では初めてのことだと思います。先進国である以上は避けて通れないし、こういうものを放置してきた私たちの責任も大きいと思い、新しい形にしました。

●「日本ヘルスケア協会」の設立

政府は2013年6月の日本再興戦略において、国策として「健康寿命延伸産業の育成」を打ち出しました。その実現のためには、産業界が力を合わせて提案、提言、実践することが必要だと考え、2015年11月2日に「一般財団法人日本ヘルスケア協会」を設立しました。この日本ヘルスケア協会は、国民の健康寿命、健康でいきいきとした寿命の延伸を実現するために、国民の健康およびヘルスケアに関する産業が集まって設立した団体なのです。つまり、学問をやっている人だけではなく、産業も含めて「ヘルスケア」を確立していききたいという新たな提案の中でできた組織です。

ちなみに、日本ヘルスケア協会は、私が副会長を務めています。会長は日本学術会議会長の大西隆先生です。そして先ほど述べたように、産業なくして、実学なくして運営はないということで、協会内組織である「日本ヘルスケア学会」は、「ヘルスケア科学部会」と「ヘルスケア産業部会」という、国民の皆さんの期待に実学として応えられる仕組みを初めて作りました。しかもこの学会は、科学部会会長の私が産業部会の副会長を務め、産業部会会長の上原征彦先生（前・明治大学教授、現・昭和女子大学現代ビジネス研究所特命教授）が科学部会副会長を務める形で、常に連携を保って、実学、実社会で役立つための学会を目指すということが大きな特徴です。



資料や具体例を交えて分かりやすく解説

また、設立総会では、当時の林芳正農林水産大臣が挨拶しています。通常、薬関係なら厚生労働省という形になりがちですが、今回はかかわった省庁が、私が記憶しているだけで4つあります。もちろん中心になる厚生労働省、栄養で農林水産省、食品関係で総務省、環境省の4省庁の協力なくしてはできない形で発足しました。

●かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局

現在、薬局薬剤師には逆風が吹いていると言われていています。「健康サポート薬局」、「患者が選んだかかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師」、「患者のための薬局ビジョン」などいろいろな言葉が飛び交っています。厚生労働省も「調剤しかできない薬剤師はいらない」と言うようになってきています。調剤薬局の対象は患者さんですから、患者さんにならないと「薬局」に行けないこととなります。それで、昔の薬局のように栄養ドリンク、栄養食品、化粧品等を買いに気軽に立ち寄って、健康に関するすべてのアドバイスが受けられる薬局が求められているのだと思います。

例えば、私が引っ越したとします。すると、床屋さんは以前から通っているところへ行きます。でも薬局は近いところにある店に変えます。これはおかしいのではないかと、薬局薬剤師というのは、床屋さんよりテクニカルなものではないか。そういうところを、そろそろ考えないといけません。



これから望まれる薬局の理想像を語る今西氏

また、医師・医院が隣の区へ移転したとしたら、何人かは信じてついていきます。そういう患者さんはいます。とすれば、私が住所が変わったときに、床屋さんは変えないのに薬局が変わっていいのでしょうか。もしいいのだとしたら、いまの薬局の制度の中に何かあるのでしょうか。薬局が変えられてしまう理由の中には、お客さんや患者さんの期待に応えていないからという現実があるのではないかと思うのです。そういう状況の中で、これから私たちはどうすればいいのかを考えなくてはならないのに、自分たち中心の考え方のままでなかなか現状を変えられないのが現実です。私たちを評価するのは、私たちの仲間ではありません。お客さん、患者さんなのです。

私は、医師が救急救命士を認めたことについて素晴らしいと思っています。気管挿管は医療行為ですが、それを救急救命士にもやらせています。なぜかという、そうすれば命が助かるからです。私たちは科学の中にいる人間ですから、有効性が高いものはきちんと認めます。薬局、薬剤師も、そういう発想の中であってこそ、社会に貢献でき、社会の評価が得られるのではないのでしょうか。

●求められるヘルスケアの専門家

このような要求に応えるためには、薬ばかりではなく、食品、化粧品、健康に関する幅広く深い知識が求められます。さらに、高いコミュニケー

ション能力が必要です。専門の商品知識だけではありません。お年寄りの話の長い相談、子どもを持つお母さんたちとの会話、おじさんの健康相談にも付き合える能力が必要です。このような能力を持った人が、これからのヘルスケアの専門家として求められています。

いま、医学部の入試では、面接が義務付けられています。試験の成績だけでは決めません。医師としての適性を見る面接が、相当多くのポイントを占めています。薬学部ではまだですが、そういうものも確立されていくべきでしょう。やはり、どんなに試験で点数が取れたとしても、実際に医療人として必要かどうかを見極める行為が必要であり、点数は取れるけれど会話が難しい、おとなしすぎて、それほど役に立たないような頭のいい子が臨床家になっても困る、ということをお客さんに伝えたいのです。勉強はできる、でも何となく世の中の役に立たないというのではなく、患者さん、お客さんの期待に応えて、それも老若男女、知識のある人・ない人、そんな人たちの助けになる人を目指すには、適性を見極めることが必要です。先ほども言いましたが、「ヘルスケア」は非常に幅広く、一つの学問ではできません。医学的な知識も必要でしょう。もちろん薬学的なベースも必要でしょう。看護学、それからコミュニケーション技術として臨床心理学なども必要になってくるかもしれません。そして、言葉の伝え方もこれから大事になってくるでしょう。

米国では、ヘルスケアの中心にいるのは薬剤師であり、メディケーションの中心はどの形であっても医師です。その医師をサポートするために薬剤師が活躍している場合もありますが、実際に薬剤師が中心になれるのは、いまのような先進国の中では「ヘルスケア」、「予防」の分野になってくると思います。

ただし、予防だからといって、いくらコストをかけてもいいということでもないと思います。例えば、食品の表示でも各省庁にまたがっていろいろなことがあります。その中で、どこのコストパ

パフォーマンスが一番いいのか、といったところを誰かが提示しなければなりません。それを担うのは誰がいいのでしょうか。例えば、トヨタのセールスマンが「トヨタの車がいい」と言っても私は鵜呑みにしませんが、日産のセールスマンが「トヨタの車がいい」と言えば受け入れるかもしれません。そういう評価を学会で行っていきたくと思っています。客観的に、どこにも属することなく公平に見て、コストパフォーマンスを含めて優れている、優れていないものを、ヘルスケア卸の皆さんとも一緒に把握していきたくと思っています。

つまり、患者さん側、お客さん側から頼られ、なおかつ信頼されるような組織を作り上げるために、日本ヘルスケア学会、日本ヘルスケア協会を立ち上げました。

そして産業部会と一緒にあってそういうものを確立し、貢献していきたくと思っています。皆さんとともに歩み、患者さんとともに作り上げるのです。個々の医師や薬剤師が主導して取り組むだけでなく、国民の皆さんと協力し合って実社会に役立つものを作っていきたいというのが、いままでと大きく違うところです。

●ヘルスケアの体制を作る

「これから求められる薬局」というのは、いまの段階の話です。先ほども触れたように、10年前ならこうではなかったのですが、これから求められるのは「予防・治療・介護」なのです。いままでの「予防と介護はやっています。でも治療はやっていません」、「治療はやっていますが、予防はやっていません」という形ではなく、理想は一つの店舗で「予防・治療・介護」ができるのが、お客さん、患者さんのためには良いということがお分かりいただけたのではないかと思います。

そうすると、店が大きいほうがいいのかという話になりますが、そうではありません。例えば、日本の流通業を見て、店が大きかったらいいというのであれば、デパートやスーパーはどうでしょう。いまはコンビニエンスストアが流行っていま

す。利益率も高い。ですから、お店の形態、やり方によって、コンビニ型で伸びていくものと、デパートスーパー型で伸びていくものがなくてはならないでしょう。

そういうことを薬業界はあまり考えていません。何かを見て、自分がそれをできるかできないか、できないから諦める、ではないのです。デパート全盛だったときはどうだったのか、いまはどんなにコンビニが出ているのか、では何をどうしていくべきなのか、学問上にプランはあるのです。それを聞いて実行するのであればいいのですが、自分が知らないからプランがないというのではいけないでしょう。私たち教育側もいけないのかもしれませんが、そういうことをきちんと伝えて、指導するのではなく、「選ぶのはあなたたちです」とすれば良かったのかもしれない。しかし、こうした臨床に関しては、薬学は創薬、薬を創る学問だということで、なかなか実行できなかった面があります。その大きな反省のもとに、現在、臨床を強化しています。

どういうことかということ、いまから30年くらい前の医学部も多分そうでした。教育、研究、臨床という順位がありました。それが、医師の本分は臨床重視に変わりました。薬学も、教育・研究が中心だったのが、いま変わってきています。何十年前の医学部を薬学部が追っているような気がします。いままでのやり方ではなく、何が患者さん、お客さんの役に立つかという視点で臨床を強化しています。これは私たち教育側ではできませんから、皆さん方の思い、実際に運営する側、物を供給する側、物を作る側が連携していく必要があります。それによってヘルスケア産業が国の基幹産業になっていくのではないかと思います。

そういう状況にあって、皆さんにはヘルスケアの意味合いと、なぜヘルスケア学会、ヘルスケア協会ができたのかということを概念的にお話ししました。これで、このヘルスケアのステージの話は終わらせていただきます。



資料を見ながら聴講する参加者

「診診連携」と「薬薬連携」

●医師と薬剤師の違い

次の話題に移ります。いま、「薬薬連携」という言葉が少し批判を浴びています。それはどうしてなのか、何に気を付けなければならないかという話をしたいと思います。そこから最終的には、在宅医療をどうするのか、またその意味合いについて、卸を含めて、薬学がいかに大切か、という話をしたいと思います。

医師と薬剤師はどう違うのでしょうか。いまは18歳で6年制の医学部・薬学部に行きます。6年経って卒業後、国家試験に受ければ医師または薬剤師になります。何が違うかというと、誤解を恐れずにストレートにいうと、偉いとか偉くないではありません。形態的に、薬剤師は薬剤師資格を取得した段階で完成形としてみなされます。ですから、数時間、数日間、数週間の研修で、すべての薬剤師の行為が容認されます。医師にはそういう機能がありません。それを知らない方がいるので、お伝えしておきたいと思います。

医師の場合、国家試験に受かって医師免許を取ります。具体的な話で説明すると、例えば、国家試験に合格し、整形外科医になりたいとします。しかし、すぐに整形外科医になれるわけではありません。整形外科医になる前提として、大学の医

局や指導ができる病院に入ります。1年目はどういう状況かということ、当然、基礎的な知識はあります。患者さんの対応についての研修も受けていますが、治療には難しい面があります。そこで、医師の場合は指導医について2年、研修というか見習いとしてトレーニングします。

もう少し進んで整形外科医の専門の研修に入ると、最初の1年から3年はずっと手の手術を繰り返して、熟達した中で完成します。これを5年やって、次は肩の関節の手術を3～5年、その後、股関節で、トータル15年から20年かけてようやく整形外科としての完成形、背骨の手術ができるようになるのです。

ここが大事です。医師というのは国家試験に受かっても完成形ではないのです。経済的なデータでいうと、35歳くらいまでは、多分、薬剤師の方が給料は高いと思います。なぜかということ、医師はまだ完成形ではないからです。整形外科医として完成していれば整形外科医のフィーを払いますが、教えてもらっている最中の人に誰がそんなお金を出すでしょうか。

このように、医師と薬剤師というのは仕組みが少し違うのです。そういうことを聞く機会が少ないので、お互いに誤解が生じます。医師は薬剤師に対して分かっているだろうと思うし、薬剤師は医師がこうだと思っています。しかし、それでは困るのです。お互いにリスペクトし合わないといけません。そのためには、機能的なところを知った上で話していく必要がありますが、そういうことに応えられる人は極めて少ないのが現状です。ですから私は、機会があるごとに伝えています。

●診療科の違いによる診診連携

そして、医師と薬剤師の違いよりも知ってほしいのが、病院と薬局がどう違うかということです。「薬薬連携」という言葉に注意してくださいという理由は、そこにあるのです。この説明をするため、私が患者さんとして医療機関を訪ねるスタイルで「診診連携」の具体的な対応について紹介してみま

す。その後で、なぜ「診診連携」が必要かということについてもお話しします。

まず、私は、上腹部の痛みがあるので、心臓が悪いのではないかと心配しています。医学的な知識がないため、痛みがあるからどうも心臓が悪いのではないかと不安があるのです。そういう前提の中で、住んでいる地域で最も評判が高いスズキ先生を訪ねます。

「スズキ先生、胸が痛いのですが、心臓が悪いのではないのでしょうか。いろいろな形で不安があるので診断してください」

スズキ医院のスズキ先生は循環器の専門家です。そこで初診対応をして、心臓の訴えですから心電図などいろいろな検査に対応します。医院ですから当日すべてのデータは揃いません。データを見て診断するので、届くまで不安なまま3日ほど待ってからスズキ医院へ行きます。

「先生どうでしたか」

するとスズキ先生は、「今西さん、見せてもらったが心臓はなんともない。循環器の問題ではありません」と話しました。

「では先生、どうして痛みがあるのですか」

「それに対しては答えがあるから、紹介状を書くのでヤマダ医院へ行ってください」

私は紹介状を持ってドキドキしながらヤマダ医院へ行きます。そこは消化器が専門です。

「ヤマダ先生、こういうことで来ました」

「分かりました。それでは初診対応として、レントゲンや内視鏡検査を行わせてください。尿検査もさせてください」

今回も同様に、当日データは出ませんから、3日後に行きます。

「先生、いかがですか」

「(レントゲン写真を指して)この上腹部の黒い影は潰瘍だと思います。これから治していきましょう。原因が分かってよかったですね」

なぜ、こういう話が成り立つのでしょうか。なぜ「診診連携」が必要なのでしょう。実は、医科というのはある程度診療科目が決まっています、医

師とか医院というのは「これはできない」と言えるのです。内科の中でも「循環器は任せてください。循環器以外は分かりません。まして眼科や耳鼻科は分かりません」で済むのです。だから「診診連携」が必要なのです。私はその対応にしたがって、専門の科を回ったわけです。

しかし、こうした対応は薬局ではできません。薬局が「できない」と言ったら、能力的にできないと誤解を受ける可能性があります。なぜなら、複数の科がないからです。そういう問題があります。

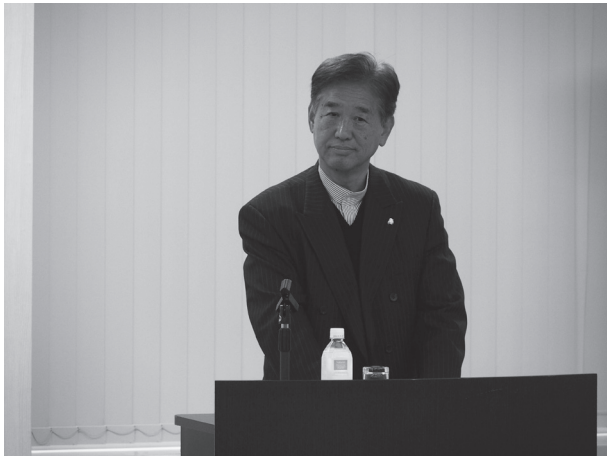
要するに、医科というのは、できることが決まっています、この医院ではここまで見てくれる、この病院ではここまでできるという、「できること」と「できないこと」があつていいのです。それに対し、薬科はどうでしょう。この薬局でできて、この薬局はできないでは、できない薬局が問題になります。このような構造的に、根本的に違うのです。大概是そういうことを無視して話をしています。ですから、「薬薬連携」という言葉が医療人に誤解を招くのです。「診診連携」や「病診連携」の考え方で、「薬薬連携」が誤解を招かないようにしなければならぬと強く感じます。

●病診連携、医療機関の実情

いまの話は「診診連携」、診療所と診療所、科による違いの連携の話です。今度は「病診連携」の説明として、同じように、私が上腹部の痛みで胃が悪いと思っているという前提で受診することを想定します。

まず私は、地域で一番評判のいい消化器内科のヤマダ医院へ行きます。消化器科ですから、初診対応のほかにレントゲンや、ケースによっては内視鏡検査をします。そして3日後に行くと、ヤマダ先生はレントゲンを見て、「この上腹部の黒い影は少し問題があつて、これから紹介状を書くからサトウ病院へ行ってください」と言われます。

今回の場合は、消化器科から消化器科です。先ほどは科が違ったから別の病院へ行くのは分かりませんが、今度は同じ科です。確かに病気はあるの



「在宅」における薬局の役割を強調

です。でも、この診療所では結論が出ないので病院に行ってくれというわけです。

サトウ病院のサトウ先生は副院長で、消化器の担当です。先生に話をすると、「悪いけど、もう1回レントゲンをやります」。それで胸部のレントゲンを撮ります。さすがに病院なので迅速検査で、翌日に結果を聞きに行きます。

「先生いかがでしたか」

「この黒い影ですが、いまの段階では潰瘍の可能性があります。ただし、経過観察は絶対必要なので、どちらかで経過観察を続けてください」

「重い病気でなくてよかった」

しかし、この経緯を患者の立場で考えると、レントゲンは診断で有効だから使っていますが、体に良くない放射線です。なぜ2度行う必要があるのか、1回目のところで分からなかったのかと思います。これが、実学が大事だと私がいう部分です。実際に、なぜこういうことが起こるかについて、レントゲンを例にお話しします。

通常のレントゲン機器は、1000万円くらいから1億5000万円くらいのものまであります。機器の種類はたくさんあります。1000万円の機器と1億5000万円の機器では、能力が違うことはお分かりになるでしょう。最初のヤマダ先生は、消化器専門医として6000万円の機器を導入していました。その結果、病変を見つけられました。しかし結局は1億5000万円の機器でもっと詳しく分かったわ

けです。

在宅における薬局の役割

●「在宅」の現状とこれから

以上、いろいろなことを説明させていただきましたが、本日、皆さんに特にお話ししたいのは、「在宅」における薬局の役割です。

いま「在宅」のあり方が注目されていますが、この在宅について誤解している人が多いことが気になっています。普通の薬局の調剤と在宅では、大きな違いがあります。それは、まったく目線が違うのです。患者さんを分類するとき、医的には軽症と重症で分類し、軽症が外来で重症が入院です。在宅の対象者は、在宅とは言いますが、扱いは重症に分類されます。

さらにもう一つ考えないとならないことがあります。皆さんは、日本の医療は非常に進んでいて全国均一だと思われていますが、現実にはそうではありません。例えば、人口に対してその都市にはこれだけのベッド数が必要であるという定数があります。本来ならこの市はベッド数が1万床必要だとか、そういう定数はあるのですが、例えば医師に病院を作ってくれといっても、お金の問題やいろいろな問題で簡単には作れません。言っていることは理想であり、現実にはできている地域とできていない地域があるということです。

都市部においては、ベッド数は十分あります。ですから都市部では、形式上、診療所を含めてベッドをこれ以上作らせません。ベッドが十分あり重症対応ができていますからです。一方で、いくら増やしてもいいような状況の農村部のうちの何割かは、いくらいっても作れないのです。強制的に作ることもできませんから。すると医療は全国均一ではなく、病床過剰地域と病床過少地域があるということになります。そして、ここが大事なのです。

「在宅」は、都市部のような病床過剰地域においては、在宅もあるしベッドもあるという選択の

中で吸収できますが、病床過少地域においては、ベッドが足りないのですから、必然的に在宅になります。在宅なくしては、広い意味で重症人対応ができないのです。先ほどお話ししたように、医療ですから、できないことはできません。すると「在宅」の定義は、中央と都市部でまったく違ってきます。責任も負担も違うわけです。

そうすると、特に病床過少地域における在宅の対応を、いまの形の中でこなせるのかどうか、薬剤師がカバーできるのかどうか、カギになります。多分、地方では相当ニーズが出てきます。

ですから、在宅は地方での評価が高くなると思います。それは、先ほどから誤解を恐れずに言っているように、地方では、実際にベッドが足りないのです。それをカバーするのは在宅しかないということです。その在宅に対して、機能を持ち切れるかどうかなのです。だから、在宅の問題は地方の問題であり、いま医療の従事者の多くないところで動く問題なのです。

医療から見ると、在宅を薬剤師が助けるという形は本当に素晴らしいことです。その代わり、先ほどもお話ししたように何が違うかといえば、在宅というのは住居扱いなので、24時間365日無休ということなのです。

いまが正念場です。これがこなせるかどうかではありません。医療と違って、薬剤師はこなさなければならぬのです。こなさなければ、「医薬分業は悪だ」というふうに言われることでしょう。そういうぎりぎりのところまできている中で、国を挙げて「24時間365日」と言っているのです。

都市部では、先ほどもお話ししたように方法論があるからAでもBでもいいのです。しかし地方では、在宅しかありません。その在宅に、薬剤師が関わるかどうかなのです。ところが、こういう話をきちんと説明できる人が極めて少ないのが現実です。公衆衛生についても、医学部では公衆衛生学を習いますが、薬学部ではきちんと教えないところが多くあります。そういう中で在宅の問題に直面しています。

地方で過不足なく、医師の批判なく、在宅が行えるかどうか、日本の医薬分業の大きなターニングポイントになるでしょう。逆に言うと、地方でこの仕組みをつくることができれば、医療は医療側をベースにした在宅のネットワークに変わります。それにいかに対応するかが大事になります。

●「ヘルスケア」確立のために

今日は、あまり耳にしたくないような話もしましたが、新しい時代にいかに対応するのか、私たち専門家のテクニクが問われてきます。そしてその次には、コストパフォーマンスがポイントになります。

それと真贋性です。例えば、ペットセラピーが有効とするならば、何が有効なのかという定義が必要になります。それから健康食品も、通常健康食品だけではなく、機能性食品とかスマイルケア食とかいろいろなものがあります。それらをどこでどのように使うのかについては、その製品を作っている会社がいっても仕方ありません。そういうものをトータルに捉え、コストパフォーマンスも含めて、ヘルスケアというものを皆さんとともに作り上げていきたいというのが、本日の話の主題であり、大きな目的です。

そして、これからは「予防」の重要性がますます大きくなっていき、そこを放置することはできません。

「ヘルスケア」とは、セルフメディケーションを含めたものであって、そういう形が皆さんに一番浸透しています。この特徴は何かということ、学問と産業の融合であり、このことをなくして新しい船は進みません。ですから、医師に任せておけ、薬剤師に任せておけ、ではなく、作る側、流通する側と一緒に手を取り合ってそこを確立し、患者さん、お客さんのために取り組んでいこうということを、皆さんに伝えておきたいと思います。

今日は限られた時間でポイントだけを述べさせていただきました。長時間にわたり話をお聞きいただき、誠にありがとうございました。