

添付資料 6

特に重い疾患の治療を伴う在宅維持の場合には、薬局薬剤師と顧客の間に少しずつ信頼関係が築かれます。

薬剤師は、患者の話に耳を傾け、アドバイスと経過観察をおこない、患者の病状の進展を把握します。薬剤師には、守秘義務があります。

c) 能力(権限)と包括的サービス提供

薬局薬剤師は、大学の専門課程を履修した保健職です。継続教育(研修)を受ける義務もあります。継続教育(研修)を修了する度に、証明書が交付されます。認定教育(研修)機関は、証明書のコピーを5年間保存します²⁰。

器具と医薬品(例:エアゾール装置とエアゾール剤)の両方を扱い、グローバルなサービスを提供できるのは、薬局薬剤師だけです。このため、サービス提供者の数を減らし、時間を節約することが可能です。

薬剤ファイルの導入を控え、「グローバルなサービス提供」という考え方は重要になります。薬学的経過観察によって、患者の医療ファイルは充実し、処方重複が察知され、薬物間相互作用と禁忌事項が回避され、医原病の兆候が察知されるからです。薬剤師はまた、「情報処理と自由に関する全国委員会」のガイドラインに適った情報システムで管理されている患者の医療ファイルに、処方外の医薬品に関する情報も入力します²¹。

d) 他の保健職との連携

保健ネットワークが発達し、薬剤師は「監視」「保健教育」「トレーサビリティ」「部門間コミュニケーション」「医療費管理」をおこなうとともに、新たな保健政策の策定に参加します。

e) 供給

薬局薬剤師が医療器具を供給する道が開け、薬局の規模に関係なく、在宅維持をおこなうことができるようになりました。

²⁰ 継続医療研修に関する、そして、保健法典第4章を変更する2006年6月2日付け政令第2006-650号第R.4236-1条。

²¹ 「薬局薬剤師:保健システムの要の職業」、薬剤師会、2004年5月。www.ordre.pharmacien.fr/.

添付資料 6

まず、薬局薬剤師は、単独もしくは他の薬局薬剤師と共同で、医療器具のレンタルや購入をおこなうことができます。この場合、仕入・保管・納品・メンテナンス等を包括的におこないます。

また、薬局薬剤師は、サービス提供者に業務の全てもしくは一部を外部委託することができます。これは、薬局薬剤師にとって非常に便利な方法です。様々な障害をクリアすることができますが、器具等の納品の際のアドバイスと相談は引き続きおこないます。

調査によれば、セーヌ・マリティーム県の薬局薬剤師で、自分の顧客の在宅維持のために維持ネットワークと連携した人は、多くありません(17.5%)。

全ての保健職によるコーディネートされた管理を受けることで要介護患者が得る利益を考えると、この数字は少ないように思えます。

調査によれば、薬剤師の大多数が「在宅維持」と「在宅入院」を混同しています。電話調査の際にそれを告白した薬剤師もいました。農村部の薬局も都市部の薬局も、在宅維持について詳しくありません。

回答した薬局薬剤師が得ている在宅維持に関する情報は、不正確で不十分だと結論づけることができるでしょう。

結論

現在のフランスの保健システムの中で、薬局薬剤師は重要な保健職です。その「身近さ」と「知識」は、患者の包括的な管理を可能にし、患者の在宅維持において極めて重要な役割を果たします。

セーヌ・マリティーム県の薬局薬剤師を対象におこなったこの調査で分かったことは、彼らが「自分の顧客の在宅維持において重要な役割を果たしたい」と思っているにもかかわらず、職業倫理法典との関係で周知宣伝ができない等の多くの障害があって競合相手に対抗することができない、ということです。また、調査結果を見る限り、患者を在宅管理する様々な方法について薬局薬剤師が十分な情報を得ているとは言えません。

添付資料 6

薬剤ファイルの拡がりは、薬剤師という職業の再評価につながるでしょう。

添付資料 6

BULLETIN DE L'ORDRE 第400号 - 2008年10月

報告

アン・ルピラー (薬局薬剤師)

マリー＝カトリーヌ・シャントブ＝コンセ (薬学研究所、EA 3234 ADEN、生物医学研究所、ルーアン大学講師)

在宅管理の様々な方法と在宅維持 (第1部)

はじめに

ここ数年、在宅治療は飛躍的に発展しています。これは、保健政策に合致するものであり、人口統計的・経済的・医療技術的な要素の変化に合致するものであり、患者が精神的な快適さを求めている状況に合致するものです。

人口の高齢化は避けられない問題です。出生率・死亡率・人口移動に関する様々な仮定を織り交ぜて幾つかのシナリオを書いた調査¹がおこなわれました。それによると、2050年のフランス本土の人口は7000万人で、国民の3人に1人が60歳以上です(2005年は5人に1人)。男性も女性も、年齢を重ねるごとに、身体的及び知能的な能力が間違いなく低下するという問題に直面します²。人口の高齢化とともに、介護を要する高齢者の数は確実に増えます。それと同時に、各人に適した対応策を見つけなければなりません。

要介護人口の増加は、その世話をしなくてはならないため、経済的³及び社会的な問題を引き起こします。受入れ施設が必要になりますし、多くの介護要員が必要になります。要介護高齢者の増加により、こうした患者の受入れに特化している施設や病院の定員が足りなくなるとでしょう。

¹ 「2050年のフランス本土の人口予測」、国立統計経済研究所、2006年7月、Insee Première第1089号。

² 「楽な60歳、介護を要する孤独な80歳」、国立統計経済研究所、1996年4月、Insee Première第447号。

³ 「人口の高齢化の医療費への影響」、M.グリニョン、Bulletin d'information en économie de la santé第66号、2003年3月

添付資料 6

従って、こうした患者の在宅管理、つまり、日常生活の中での治療や介護のための手段を自宅に整えることは、施設入所者の数を減らして費用を抑えるための解決策として、無視できないもののように思われます。入院は在宅維持や在宅入院に比べて1日当たりの費用が3～10倍高くなることから、要介護高齢者の在宅管理は、医療費削減のために必要な解決策といえるでしょう。

その上、要介護高齢者は、できるだけ長い間、慣れ親しんで愛着のある生活環境に留まりたいと思っています。「住居はアイデンティティーの一部であり、年齢を重ねるとともに、安心して身を守れる殻になるのです」(シメオンとタンジ)⁵。在宅入院をしている要介護高齢者は、病院にいる時のような「没個性」に苦しみません。治療スタッフは、大なり小なり、家庭環境に溶け込みます。

患者を在宅治療すると医学的に良い結果を得ることができ、大きな問題である院内感染のリスクを避けることができる、ということが確認されています⁶。

本稿の第1部においては、在宅管理の様々な方法について検討をおこないます。在宅管理とは、(1)在宅入院、(2)在宅治療サービス、(3)在宅維持、のことです。第2部においては、在宅維持における薬剤師の役どころについて、及び、在宅維持の要望に応じる際に直面する問題を検討するためにセーヌ・マリティーム県の薬剤師を対象に実施された調査の結果について、検討をおこないます。

I. 在宅入院

A. 歴史⁷と法的枠組

在宅入院は、1970年12月31日付けの病院法によって、法的に誕生しました。その第4条は、「病院のサービスについては、患者もしくはその家族の同意を条件として、主治医の協力の下、治療を継続するために、自宅まで実施範囲を拡大することができる」と定めています。

⁴ 「在宅保健」、J.-C. ラヴォレル、Le Cherche midi、2002年。

⁵ 「存在し続けるために住む」、M.クラーク、Revue de l'infirmière、1986、第2号、20~25ページ。

⁶ www.sante.gouv.fr/htm/actu/infec_nosoco191104/synthese.htm。

⁷ 「在宅入院：遅い進展」、J.ファルノー、AM Réseau、2004年6月、第22号、4~5ページ。

添付資料 6

全国健康保険金庫の1974年10月29日付け通達によって、在宅入院の全国協定のモデルが作成され、以下に点について規定されています。

- 在宅入院の許可条件
- 在宅入院が可能な病状に関する基準
- 在宅入院の実施条件

また、1979年の法律は、民間の病院による在宅入院科の設置を認めています。

1986年、社会問題省は、在宅入院の有用性を明言し、精神科以外の全ての患者に適用を拡大する旨の通達を作成しました。

病院での入院以外の選択肢に関する3つの政令が在宅入院の実施条件を定めたのは、1992年10月2日のことでした。明記されていたのは、特に次の点です。

- 管理の質の向上に関わる条件(調整担当医師の役割の明確化、スタッフの研修など)
- 許可方法、終了方法、治療の常時性及び継続性
- 建物及びスタッフに関する基準⁸

在宅入院が、治療の密度と複雑さという面から見て本当の入院となるよう、2000年5月30日付けの通達により、これらの規定が補完されました。通達は、患者の在宅入院に必要な治療を明示しています。

フランスでは現在、在宅入院が著しく増加していますが、この増加の継続・加速が望まれません。在宅入院が飛躍的に増加するということは、可能な限り自宅で生活したいという患者の願いを尊重しつつ、医療的社会的需要を保健システムで処理できるということになりますので、極めて重要なことです。

こうしたことから、政府は在宅入院の発展を推し進めたいと考えており、2010年までに15000人分の枠を創出するという明確な目標を定めています。

こうした状況の中、様々な対策が講じられました⁹。2003年9月4日付け政令によって、在宅入院施設に対する保健地図の強制力が失われました。地方医療計画には、在宅入院に関する記述が組み込まれました。医療活動ベース診療報酬制度の導入は、在宅入院の増加を

⁸ 「在宅維持器具」、J.カロンカン、C.カミュゾー、R.ラブリユッド、Masson第3版、2004年。

⁹ 在宅入院に関する2004年2月4日付け入院・治療組織局通達第2004-44号。

添付資料 6

加速させる要因となります。

B. 在宅入院の定義

保健法典は、在宅入院制度を「入院に代わる選択肢」とみなしています。第R.6121-4条は、「(在宅入院制度は)フルタイム入院を避ける、もしくは、入院期間を短くすることを目的とする。(中略)この選択肢の中には、在宅入院と呼ばれる制度によっておこなわれる治療が含まれる」と定めているほか、「在宅入院制度は、患者の自宅において、健康状態に応じて変更可能であるが限定された期間、継続的且つ調整された医療行為や医療補助行為をおこなうことを可能にする。こうした治療行為は、その複雑さと頻度の面で、自宅で一般的におこなわれている行為とは異なる」と明記しています。

在宅入院は入院です。それまで病院に入院していなくても、主治医は在宅入院の決定をすることができます。

在宅入院施設とは、宿泊施設を持たない入院施設であり、私立及び公立の病院と同じ義務(認可、治療の安全性及び質、院内感染防止など)があります。

C. 在宅入院サービス提供者¹⁰

在宅入院は、専門的なサービス提供者が特別な枠組みの中で連携しておこないます。

1. 在宅入院サービス機関被用者

- 調整担当医師については、在宅入院課が採用して給与を支払う場合と、在宅入院課が医療機関と契約を交わして派遣する場合があります。調整担当医師は、患者の包括的管理をおこなう責任者であり、医療的な任務だけでなく事務的な任務も果たします。調整担当医師は、在宅入院が医学的に適切に進行するよう留意します。

- 在宅入院サービス機関の雇用看護師管理職は、治療のコーディネーター(調整)をおこないます。

- 看護師は、患者の枕元に治療プロトコルを用意します。看護師は、サービス機関の被用者でも、診療報酬を受ける自営看護師でも構いません。

- 在宅入院においては、社会福祉関係者が重要な専門職です。治療プロトコルには、追加で必要な行為(家事・家政婦・食事宅配・看病など)を記します。

¹⁰ 在宅入院に関する2000年5月30日付け入院局通達第2004-44号。

添付資料 6

在宅入院中は、患者はもとより、家族や介護者に対する精神社会的支援が必要な場合がしばしばあります。

2. 在宅入院のパートナー

- 主治医は、在宅入院の要(かなめ)です。患者管理の責任者であり、定期的に治療をおこないます。家庭訪問の際には、経過観察と治療の監督をおこないます。調整担当医師とともに、管理の初めから終わりまで、健康状態や治療についての説明を患者におこなう責任者でもあります。

在宅入院の調整担当医師は、在宅入院の許可に際し、患者が指名した主治医に相談しなくてはなりません。主治医は、在宅入院サービス機関と締結する管理合意書にサインし、在宅入院に賛意を示します。

- 在宅入院サービス機関は、機関が抱える常時的なスタッフだけでなく、看護師・カウンセラー・リハビリ補助員など、治療が発生した時だけ報酬を受ける医療補助者にサービスを依頼することもできます。

- 対個人サービスの提供組織等も、当然のことながら、在宅入院患者の在宅維持を促進する関係者のリストに含まれます。

D. 保健製品とその供給

院内薬局を持つ在宅入院サービス機関は、保健製品の供給を部分的におこなうべく、別の院内薬局と協定を結ぶことができます。

保健法典第L.5126-6条は、「薬の需要が少なく薬局が設置されていない保健施設については、第L.5126-1条及び第L.5126-5条の特例として、医薬品や第L.4211-1条に記載されている緊急治療用の製品等を、当該施設の指定医師もしくは当該施設と協定を結んでいる薬剤師の責任において、これを保有したり販売することができる」と定めています。同法典第L.5126-6条は、「協定において、(保健製品の)供給の条件を定める」としています。

同法典第R.5126-112条によれば、第L.5126-6条の適用によって保有される保健製品(院内使用限定のものを除く)の在宅入院サービス機関への供給は、当該機関の指定医師の注文書を受けた薬局によって、もしくは、当該機関と協定を結んだ薬剤師によって、おこなわれます。

私立サービス機関の場合、薬局を自由に選ぶことができます。公立サービス機関の場合、競争入札と公告に関する規則を遵守した上で選択をおこなわなければなりません。

添付資料 6

第L.5126-6条の適用によって保有されている院内使用限定の医薬品の在宅入院サービス機関への納品は、前出の医師や薬剤師の注文書を受けた製薬会社によっておこなわれます。

E. 財源(費用公費負担)

2006年度社会保障財源法¹¹が可決されたことで、2006年1月1日より、入院公共サービスもしくは民間営利連携に参加する全ての私立及び公立の在宅入院サービス機関がおこなうところの医療活動ベース診療報酬制度による全ての保健行為の費用が、公費負担されます。

医療活動ベース診療報酬制度の導入に際し、在宅入院事業をおこなっている保健施設は、サブシーケンス概略書(事業分析書)を提出しなくてはなりません。サブシーケンス概略書に記載された情報の中には、患者の日額利用料金の決定に必要なものが含まれています。

在宅入院事業の報酬は、在宅入院の日額定額料金がベースになります。日額料金には「均一料金グループ」と呼ばれる31のグループがあり、サブシーケンス概略書の内容に応じて料金が決定されます。自営医の報酬は定額料金に含まれず、健康保険が負担します¹²。

II. 在宅治療サービス

「在宅看護サービス」とも呼ばれます。

A. 歴史と法的枠組¹³

在宅治療サービスが最初におこなわれたのは1970年以前の事です。在宅治療サービスは、高齢者の在宅維持に不可欠な要素です。

1978年1月4日付け法律¹⁴は、在宅治療サービスに法的な根拠を与えるとともに、在宅治療

¹¹ 2005年12月19日付け2006年度社会保障財源法第2005-1579号。2005年12月20日付け官報。

¹² 「在宅入院の情報システムと料金制度:手引書」、2005年4月。www.sante.gouv.fr.

¹³ 「看護婦とその歴史」、全国看護師連盟。www.fni.fr.

添付資料 6

サービスの一環としておこなわれる医療補助行為を健康保険が定額負担する道を開きました。1981年5月8日付け政令第81-448号¹⁵は、在宅治療サービス機関の認可条件を明確に規定しており、「設立方法」「拡大方法」「サービス提供者」「公立及び私立サービス機関の財源」について規定されています。1981年10月1日付け通達¹⁶は、運営方法について規定しています。

2004年6月25日付け政令第2004-613号¹⁷は、在宅看護サービスの運営条件を刷新し、一般法に基づき、一定の条件下における60歳未満の高齢者の管理を認めています。それ以前は、医学的管理に関する事前の合意が必要とされた分野です¹⁸。

B. 定義

在宅看護サービス機関は、社会福祉事業・医療社会福祉事業法典に基づく社会福祉及び医療社会サービス機関で、医師の指示により、60歳以上の患者もしくは要介護者、及び、60歳未満の障害者もしくは慢性患者に対し、看護や総合的保健治療、生活に欠かせない行為の介助をおこないます。

C. サービス提供者

2004年6月25日付け政令第2004-613号第1条に定められている行為をおこなうために、在宅看護サービス機関は、内部の被用者や外部の自営専門職に業務を委任します。

1. 被用者

- 調整担当看護師は在宅看護のカギとなる人物で、各患者の個別治療計画を作成・実行します。自らが患者の自宅へ直接出向いて治療をおこなったり、介護助手や医療心理助手や雇用看護師による治療を組み立てたりします。
- 雇用看護師は、その職が許す範囲内の治療を実施したり、介護助手や医療心理助手に

¹⁴ 1978年1月4日付け法律第78-11号。病院改革に関する1970年12月31日付け法律第70-1318号の一部条項を修正・補完。官報179号、10255~10269ページ、1978年。

¹⁵ 高齢者在宅治療サービス機関の認可条件と費用負担条件に関する1981年5月8日付け政令第81-448号。

¹⁶ 高齢者在宅治療サービスに関する1981年10月1日付け通達第81-8号。

¹⁷ 在宅看護サービス、在宅支援介護サービス、在宅支援治療多機能サービスの組織化及び運営の条件に関する2004年6月25日付け政令第2004-613号。

¹⁸ 在宅看護サービス機関の認可条件と運営条件に関する2005年2月28日付け社会福祉事業総局通達第2005-111号。

添付資料 6

よる治療を組み立てたりします。

- 医療心理助手は、看護師と協力しながら治療をおこないます。

2. 自営専門職

- 在宅看護サービス機関は、患者の管理に必要な治療を滞りなくおこなうために、自営看護師や自営足病医に業務を依頼することができます。これは、2004年6月25日付け政令第2004-613号第7条に定められた協定が当該自営専門職と締結された後、調整担当看護師の責任の下でおこなわれます。

D. 財源(費用公費負担)

在宅看護サービスの費用は、健康保険が負担します。

予算・会計・財政・負担方法・報酬制度に関する規則は、社会福祉・家族事業法典¹⁹の第R.314-137条、第R.314-138条、第R.314-139条によって定められています。

III. 在宅維持

A. 歴史と法的枠組²⁰

在宅維持には社会福祉的な要素があり、日常生活を容易にすることを目的とした様々なサービスがあります。一般的な病気が原因で簡単な医療設備と「生活介助」を必要とする障害者や高齢者や家族内支援が受けられない人たちが、対象となります。

在宅入院や在宅看護と異なり、在宅維持には特別なサービス機構がなく、自由業(自営業)の分野に属します。在宅維持には、「利用者が慣れ親しんでいる場所に、社会福祉的に好ましい環境を作る」こと、そして、「要介護者が十分な自立性を保ち、健康状態に応じた治療を受けるための経過観察をおこなう」という、2つの目的があります。

在宅維持サービスを構成するものは、主に次の通りです。

- 治療:看護と医療行為

¹⁹ 60歳未満の枠と60歳以上の枠については、予算が異なるほか、それぞれ異なる複数年計画(「障害計画2004-2007」と「老齢・連帯計画2004-2007」)によって実施されています。

²⁰ 「入院に代わる選択肢:どう関わるべきか?」、S.ヌラ、Le Quotidien du Pharmacien、1992年、第1169号、2-3ページ。

添付資料 6

- 介助:家事援助、身体介護
- 販売:医薬品、栄養補助食品、医療器具・器機・装置など

在宅維持は、利用者やその家族の発意に基づくもので、自営医が経過観察や用具販売、治療をおこないます。

B. サービス提供者

1. 治療に関わる専門職²¹

- 主治医は、高齢者の在宅維持を可能にするための対応計画(医療面・社会福祉面)を管理します。主治医は患者が指名し、第一の相談役になります。主治医は、「経過観察」「医療用具等の販売」「必要な治療」をおこなうほか、「器具や治療等を介護スタッフに要請」します。
- 病院勤務医が相談役となり、主治医と病院との間の仲介者になることができます。
- 要介護高齢者の在宅維持や自立維持、人間関係の改善には、専門医(耳鼻咽喉科医・眼科医・栄養士など)が不可欠です。
- 薬局薬剤師は、在宅維持に重要な役割を持っています。
 - ・ 処方箋に基づく薬の販売
 - ・ 医療器具等の患者宅への配達や設置
 - ・ 患者の在宅維持を促進・最適化するための相談、治療の完全実施を目的とした患者への指導
 - ・ 薬の医原病の予防

また、身近で便利な存在を活かし、以下の関係者との調整をおこなわなければなりません。

- ・ 他のサービス提供者。特に、看護師や医師と連携し、患者が求めていることを見極める。
- ・ 患者とその親近者。
- 自営看護師は、医師の指示に従って治療をおこないます。日常的な行為と専門的な治療です。自営看護師は、患者の自宅に最も長くいる保健職で、医薬品の提供や治療(包帯、器機設置など)、採血などをおこないます。また、患者やその親近者が在宅維持を理解するよう、カウンセラー的な役割や教育者的な役割も果たします。
- 介護助手は、衛生管理(トイレ・衣類交換・食事介助)、床ずれの予防、排尿・排便・体温・心拍数・体重等の管理、寝起き介助、器具等装着介助を、看護師の責任の下でおこないます。

²¹ 健康保険のホームページ、「保健職」欄。www.ameli.fr.

添付資料 6

- 運動療法士は、医師の診断書が無いと、治療行為をおこなうことができません。
- 作業療法士は、リハビリと機能回復訓練をおこない、子供・成人・高齢者の身体機能不全や、身体的障害(外傷性障害など)、精神的障害(精神病)の改善に貢献します。自立性を高めることが目的です。
- 足病医や言語障害治療士、食餌療法士や精神運動療法士も、在宅維持に関わります。

2. 社会福祉分野のサービス提供者²²

- 社会福祉委員は、困難な状況にある個人・家族・グループを支援し、社会参入・自立を促します。
- カウンセラーは、個人の「快適さ」「生活の質」「健康」の保護・維持・改善、能力開発、社会的同化の促進のために、あらゆる分野に関与します。
- 社会生活補助ボランティアは、身体的及び精神的支援(読書、郵便物)や社会的繋がり維持など、自宅での生活を「自発的且つ非営利目的で」支援します。

3. 受け入れ形態

- 日帰り入所:

高齢者を昼間だけ受け入れる医療設備のない施設で、グループ活動やレクリエーション(デッサン・ゲーム・料理・工作など)をおこないます。

- 一時入所:

日帰り入所と同じコンセプトですが、長期間・昼夜継続で受け入れをおこないます。例えば、高齢者を数日間もしくは数週間宿泊させます。普通の施設の一部を「一時入所専用」として使う形態が多くなっています。

- 受入れ家庭:

県の共和国委員の承認を事前に受け、且つ、県の社会福祉課が監督している受入れ家庭が、高齢者(単身もしくは夫婦)を有償で受け入れる制度です。

4. 対個人サービス

対個人サービスは、社会福祉事業(自治体が費用負担)ではなく、契約を交わして費用を自己負担するサービスです。

こうした制度上の違いにより、対個人サービス提供業者は、国の認可を受けなければなりま

²² www.seinemaritime.net/handicap/Vie-quotidienne/Beneficier-d-une-aide-a-domicile.

添付資料 6

せん。これにより、サービスの内容と継続性に一定の保証が与えられることとなります。

対個人サービスには、以下のものがあります。

- 高齢者やその家族が直接雇用する看護人のサービス
- 自宅で個人的な支援を必要とする人のための介助サービス(医療行為に属する治療行為は対象外)
- 移動介護、外出介護
- 要介護者の自動車の運転代行(通勤、休暇地、役所手続など)

5. 在宅援助

- 家事援助は、社会福祉サービスのひとつであり、県が費用を(自立個別手当を支給する形で)負担したり、年金金庫が費用を負担したりする場合があります。このサービスは「現物給付」、つまり、自宅でのサービス提供です。
- 生活介助は、障害者の日常生活の行為(トイレ・衣類交換・食事など)を介助します。この社会福祉サービスを受けるには、日常生活に不可欠な行為の3分の1に介助を必要とする障害があることが前提となります。
- 日常生活に不可欠な行為(起床・着衣・移動・食事など)に介助が必要な高齢者や要介護者の近くで、第三者が生活したり働くという形態の介助もあります。この第三者は、家族であっても家族でなくても構いません。

6. 在宅サービス

市町村及びその社会福祉事業センターの大半も、在宅維持の促進のためのサービスを展開しています。サービスは、直接的もしくは(NPO法人・専門団体などを介して)間接的に提供されています。

- テレアラーム(民間企業が提案する24時間電話対応サービス)。小型端末を常に携帯し、それを押すだけで緊急電話が24時間対応のコールセンターに繋がる仕組みです。
- 食事宅配サービスによって、要介護者は食事を準備しなくて済みます。サービス内容に応じた価格設定があり、温めるだけの食事セットが自宅に配達されるのが一般的です。
- 市町村によっては、また、NPO法人やサービス提供業者等が存在する地域では、その他の在宅サービスもあります。

7. 在宅維持調整ネットワーク

ネットワーク調整者は、患者の退院帰宅の段取りをトータルに管理します。まず、入院中の患者に面会し、患者の自宅を訪問見学し、在宅維持の実現可能性を確認します。次に、患

添付資料 6

者の選択を尊重しつつ、在宅維持に関わる専門職と連絡を取り、状況を説明します。調整者は、専門職と患者の仲介者となり、患者管理上の問題が発生した時に連絡を受けます。このように、専門職や患者があれこれ手配をする必要はなく、ネットワークがアシストしてくれます。これにより、在宅維持が組織化され、患者管理が包括的且つ有効的になります。

調整ネットワークは、傷口のケアや経鼻栄養法や腫瘍学に関する実践的且つ専門的な情報を教える研修をおこなっています。

在宅維持サービス機関は医療的なサービスだけでなく社会福祉的なサービスをおこなっているため、調整ネットワークが費用負担に関与しています。患者は、包括的な管理を受けることができます。

調整ネットワークは、患者を管理する費用を負担します。在宅維持ネットワークの目標は、病院のように、「患者の立替金ゼロ」を実現することです。

8. 患者団体

ここ数年、幾つかの患者支援団体が組織され、患者を包括的に世話しています。自由業者が関与する余地は殆どありません。

こうした団体は、在宅維持の分野において、薬局薬剤師の直接的な競合相手となっています。「1901年法」に基づく団体で、あらゆるサービスを提供しています。呼吸不全患者、糖尿病患者、中風患者、オストメイトなどの団体があります。

C. 在宅維持費用負担

在宅維持の費用負担は複雑です。定額制度が無いからです。

このため、健康保険が重要な役割を果たしています。健康保険は、全ての専門職に対し規定の診療報酬を支払い、(患者が払った)医薬品及び医療用具等の費用の大部分について払戻しをします。

在宅維持サービスを利用している人たちの「要介護」の部分の管理については、利用者の金銭的負担を軽減するための様々な援助があります。

援助の内容は、地域ごとに異なります。

添付資料 6

1. 県議会

- 第三者補償手当:20歳以上(60歳未満)且つ機能障害率80%以上で、生活に不可欠な行為の3分の1について第三者の介助を必要とする人に、収入の額に応じて支給されます。
- 自立個別手当:自立能力を失っている60歳以上の高齢者が、自宅や施設で日常生活を送るために必要な介助を受けられるよう、収入の額に応じて支給されます。

2. 全国健康保険金庫

- 退院後帰宅支援
- 在宅看病手当
- 在宅家事援助
- 住宅改善支援(65歳以上)

支給条件は、社会保障の一般制度の受給資格者であることです。第三者補償手当や自立個別手当と同時に受給することは出来ません。

3. 健康保険一次金庫

- 廃疾年金
- 普遍的健康保険制度による治療へのアクセス
- 在宅看護サービス機関による管理(診断書と医師の要請が必要)
- 高齢被用者手当:60歳以上を対象とした廃疾年金に代わるものです。

4. 自治体及び自治体連合の社会福祉事業センター

- 食事宅配
- 家事援助

5. 家族手当金庫(60歳未満対象)

- 成人障害者手当
- 親族付添日額手当
- 小児障害者教育手当

6. 老齢年金金庫

帰宅や在宅維持のための家事援助(時間的制限あり)に金銭的支援をおこなう金庫もあります(収入に応じて)。

7. 共済組合

帰宅や在宅維持のための家事援助(時間的制限あり)に金銭的支援をおこなう金庫もあります

添付資料 6

す(契約に規定されている場合)。

8. 住宅改善のための機関(全国住宅改善機構)

在宅維持を促進するための住宅改善に対して補助金を給付します(収入に応じて)。

証言



ヨーロッパに目を向ける調剤士

ヨーロッパ11ヶ国の調剤士と代理人23人が6月、リールに集まりました。その目的は、調剤士の職務の調和と周知を欧州レベルでおこなうことです。本誌にとっては、小さなヨーロッパ一周をして「薬局技術者」に発言の機会を与える好機でした。

クレール・ブキニー著

フィンランドやクロアチア、ポルトガルやドイツから、彼らは来ていました。フランスの調剤士に相当する人たちです。彼らの国では、「lääketeknikko」「farmaceutskih tehnicara」「licenciaodos em farmacia」「pharmazeutisch-technische assistent」と呼ばれています。彼らが選んだ共通名称は、「薬局技術者」です。

去る6月、そうした調剤士(もしくは代理人)23名がリールに集まり、年に1度開催される欧州薬局技術者委員会¹の枠組みの中で、自分たちの職業について意見交換をしました。加盟

¹ 1999年に設置された欧州薬局技術者委員会には欧州12ヶ国(ドイツ・クロアチア・デンマーク・フィンランド・フランス・アイルランド・ノルウェー・ポルトガル・イギリス・セルビア・スロベニア・スウェーデン)

添付資料 7

10ヶ国と招待国のベルギーが、リールに集結しました。この会議を開催したのは、フランスの全ての院外薬局調剤士及び院内薬局調剤士を代表する組織、「全国病院薬局調剤士協会」でした。「委員会には、全国レベルの職業団体や労働組合しか参加できないのですが、フランスには薬局調剤士の全国組織は存在しません。しかしながら、我々は薬局と良い関係を持っており、薬局が抱える問題がある程度は見えています」と、全国病院薬局調剤士協会のジル・バックス会長は説明します。

修了証明書を「学士号」レベルに

調剤士は、彼らの職業が欧州レベル及び各国レベルで正当に評価されることを願っています。「薬局技術者は大きな保健職グループを形成していて、薬局・病院・産業界で働いています。我々の職業は、欧州連合27ヶ国のうちの19ヶ国で法制化されているのですが、意見を聞いてもらえるのは薬剤師だけです」と、ポルトガル薬局資格者協会のジョアオ＝ジョゼ・ジョアキム会長は嘆いています。調剤士の殆どが薬剤師と同じ業務をおこなっているにも関わらず、です。特に処方薬の販売については、法的には認められていない場合もあるのですが、単独もしくは薬剤師の監督のもとで調剤士がおこなっている国もあります。

こうしたバラツキを是正するべく、薬局技術者は、教育内容の調和を図り、彼らの「修了証明書」を「ボローニュ合意で定められた学位取得制度に沿うところの、3年で取得する学士号」という共通のレベルにしたい、と考えています。「私たちは、職業資格の評価と専門職の自由移動に関する欧州指令第2005/36/CE号の適用を望んでいます。そのためには、私たちの教育のレベルを評価してもらう必要があります。最低限の教育を受けていなければならない、と指令が定めているからです」と、薬剤師労働組合のスザンヌ・エングストローム会長は言います。欧州薬局技術者委員会のメンバーは、各国の教育(教科・授業時間・実習)、職務(内容・裁量)、地位(責任の度合い)、の比較を始めました。

“我々の職業は、欧州連合27ヶ国のうちの19ヶ国で法制化されているのですが、意見を聞いてもらえるのは薬剤師だけです”

ポルトガル薬局資格者協会

ジョアオ＝ジョゼ・ジョアキム会長

ロビー活動組織の設置

が参加しています。

添付資料 7

この計画は、正当性を持つ欧州レベルの団体でなければ実現は無理なのですが、欧州薬局技術者委員会にはそれ(正当性)がありません。ですから、薬局技術者たちは、この問題に取り組んでいます。「我々は、薬局技術者の要望に殆ど応えてくれないブリュッセル(欧州理事会)や各国の保健省に耳を傾けてもらうための強力な機関を作りたいのです」とジル・バッコス氏は言います。

薬局技術者たちは、その作業が困難なことを承知しています。言葉の壁もありますし、彼らがボランティアだということもありますし、会議の開催費用の問題もあります。ドイツ代表のジュッタ・ブレリツヒ氏は、「それぞれの国にそれぞれの法律・規定・教育があるので、変えることは難しいです」と言います。こうしたバラツキがあれば、目指すところが異なる場合、ブレーキ要素となります。幾つかの国には、薬剤師と薬局技術者の間に「薬局助手」という第三の職があります。薬局助手には一定の裁量が認められていますので、彼らは薬局技術者に対する制約が過度に解かれることを望んでいるわけではありません。薬剤師と薬局技術者の2つの職業しか無い国々では、彼らは新たな「特権」の獲得を望んでいます。しかし、彼らの経験とノウハウの多様性を、メリットと考えることもできます。

とりあえずは、他の欧州諸国の薬局技術者と接触を試みることになります。「12の国でヨーロッパ全体のことを決められませんから」とは、スロベニア薬剤師会のズデンコ・タウシク会長の結論です。

上記のような要求とは関係なく、WHOの意思によって、調剤士の資格が学士号レベルになるかもしれません。保健職の世界的な不足に対処するべく、WHOは、3年課程で育成される薬局技術者という新たな職種の創設や、既存の職種のレベルアップを検討しています。フランスの場合、後者の解決方法、つまり、調剤士の格上げが有力です。薬剤師会全国委員会のジャン・パロー会長は5月にこう言っています。「我が国では、新たな職業を作る可能性は低いので、調剤士資格をバカロレア取得後高等教育3年の資格に格上げすることになるかもしれません。」

ヨーロッパ各国の「薬局技術者」と会って分かったことは、専門職としてもっと自由に欧州内を移動できるようになることを彼らの大半が何よりも望んでいる、ということでした。彼らの要求に耳を傾けましょう。

フランス

「実質的な監督」にピリオドを