



町医者をつぶさき

第7回

最近感じていること、行っている事から (前篇)

医療法人緑星会どうたれ内科診療所院長／千葉大学医学部臨床教授
堂垂 伸治

I 高齢者を巡る現状から

平成18年に厚労省が予測した「今後の予測」は以下の通りである。

- ① 2015年から高齢者人口が一層増加し、25年には高齢者人口がピーク（約3500万人）を迎える
- ② 認知症高齢者が250万人へ
- ③ 2015年には高齢者の1人暮らし世帯が570万世帯へ
- ④ 「高齢者多死時代」（100万人から170万人）へ
- ⑤ 高齢化するのは都市部（特に、埼玉・神奈川・千葉、大阪、愛知問題）

このそれぞれの現状について概観しておきたい。

①は少子化と連動している。現在1人の高齢者を3人弱で支えているが、30年には1人を1.7人が支え、55年には1.2人で支えると予測されている。「税と社会保障の一体改革」で大きな課題となっているが、事態は極めて深刻に進んでいる。これでは若者たちは夢や希望を持っていない。

②に関しては12年にすでに305万人になった。最近では高齢者の10分の1が認知症と報道されている^[1]。厚労省は精神科で試みられつつある「アウトリーチ」の手法を認知症対策に取り入れ、発症の早期からチームでの介入を考えている^[2]。他方、「振り込め詐欺」は後を絶たずその被害額は年間315億円に達している^[3]。11年の松戸市の人件費は276億円で、介護保険事業支出額は224億円である^[4]なので、「振り込め詐欺」の巨額さがわかるというものだ。

③も25年に680万世帯^[5]に達すると言われているが、未婚率や離婚数の増加により、これも予測を超えるだろう。「孤族」「無縁社会」とも言われ、孤独死や孤立死が深刻な社会問題となっている。

④の「年間死亡者数」は11年にすでに125.3万人である。今後病床数が限られたままであり、「団塊の世代の死に場所をどうするか」が問題となっており、「在宅医療で補うしかない」とされている。施設はたくさん作られているが、そ

こにはすでに団塊の世代より上の世代が入居している。彼らが長生きをし「団塊の世代」は施設入居できないだろう。他方「空き家」がすでに756万戸（総住宅数5759万戸の13.1%）^[6]と言われており、（可能かどうかは不明だが）その活用に解決法を見出すしかないのではないか。

⑤については、これから大規模な高齢化の波がやってくるのは都市部であり新たな「首都圏問題」と言われている。そして実はこの首都圏の医療や介護の資源が極めて貧弱である。医師数が少ない順に埼玉・茨城・千葉と続き神奈川も下から9番目である^[7]。今後は「医師の過労死」が日常茶飯事になるかもしれない。これらのそれぞれを話題としても大変な紙数に及ぶ。日本が今や斜陽国家、没落国家となりつつあることを論ずることかもしれない。

II 学生たちと接して

私は2007年から「千葉大学医学部」の臨床教授を拝受している。その関係で07年から当院には、千葉大学の学生たちが毎年10～12人ずつ実習に来ている。医学部・薬学部・看護学部で3学年にわたり、IPE（専門職連携教育）の一環や医師見習い実習と位置付けられている。学生たちが現場に直接接することで、現在の大学での学習意欲や卒後の早期体験学習（early exposure）をするものである。

訪れる学生たちは皆大変優秀かつ真面

目で目が輝いている。当院での外来診療や在宅医療・訪問看護・近接の調剤薬局の見学を行い、私の考え方や活動なども前のめりに聞いてくれる。私は「医師たる者、世のため・人のために働きなさい」などと古臭い調子で接している。逆に若者たちの“息吹き”を頂き新鮮で背筋を正す思いをし、双方ともに有益な体験だと思っている。

しかし、こうした「良質な学生たち」がその後5～6年の医師経験後、変質している出来事に遭遇することがある。若い勤務医に患者さんの紹介を行う際に、不快な気分になることがある。「上から目線での対応や言葉使い」、「患者さんを受けてやる」というような対応に出会う。中には患者さんの病状を散々聞いたうえで「それでは病床を探してみます」と答え、時間が経ってから「病床がない」と拒否されることもある。病床がいつぱいの可能性があれば、前もってそれを告げるのが礼儀だろう。

私が勤務医だった頃は、開業医から紹介の電話があれば「開業医に信頼されている」と少しいい気分になり丁寧に答え依頼に応じていたものだ。こちらも外来患者さんを待たせて紹介しているのだから、「とりあえず即決で受ける」姿勢を持って頂きたいと感じている。多分、少なからぬ開業医がこの気分を味わっているはずだ。

お互いに「初心忘るべからず」を、心しておきたいものである。

III 特に病診連携に関して

私は最近「難解な患者さん」や「複雑な背景の患者さん」に関しては、病診連携室を活用している。民間病院の場合、こういうところの職員は「病院と診療所の連携」を意識して誠実に対応してくれる。「受けてくれそうな先生」を探し出し、殆どを何とか対応してくれて大変助かっている。

病診連携に関してはシステムがおかしい所もある。某公立病院の場合は、救急担当に連絡すると救急室の看護師がまず電話口に出てくる。アレヤコレヤと患者さんの病状を説明すると「わかりました」と答え、やっと救急室の医師が出てくる。しかも最初に看護師と話した内容が全く伝えられず、また再度同じことを説明しなければならぬ。開業医のこちらが多忙なのに、救急室の勤務の方がヒマだなあと感じる。いつも「一体どうなるんだ」と不愉快になる。この公立病院の管理者と話をするとう「患者さんの紹介をよろしく」と言われるのだが、その意識が病院全体で共有されていないようだ。こういう状況に出会うと「さすが宮仕えは違うなあ。やはりコスト意識や何らかの成功報酬制度を導入しないと公立病院は成り立たないなあ」と痛感している¹⁸⁾。

ある不明熱の患者さんを診たことがある。患者さんは熱発で近所のC病院受診。風邪として抗生剤等を処方された。その

後改善せず1週後に当院へ。実はこの方のご家族を在宅で看取った経緯があったので頼って来られたのだ。

発熱のみの症状でとりあえず採血し抗生剤を点滴した。採血結果は炎症反応が高く汎血球減少症あり。G病院に再生不良性貧血疑いで紹介。骨髓穿刺を受け「異常はあるが再生不良貧血ではない」として(熱発しているにもかかわらず)入院ならず。腹部エコー等も特記すべきことなし。当院受診後、約2週間たち再度胸部レントゲン写真をとると心胸比51%(初診時40%)と拡大かつ血圧が79/46と下がっていた。これは入院・精査・加療が必要と近隣病院を探したが、J大学病院総合内科やM病院血液内科等に紹介するも、(あれやこれやで)結局どこも受けてくれず。

患者さんがM病院(秋葉原)の整形外科に受診歴があったことから、やむなくこの「地域連携室」に電話連絡をとった。職員に病状を説明し「原因不明だがとにかく病態が悪いので何とか対応して頂きたい」と告げた。5分ほどして、ここを担当する部長クラスの先生が直接電話連絡をして下さった。もちろん事務員は内容をまとめて伝えていた。「先生はこの患者さんでどこが一番心配ですか?」と問われ、「心タンポナーデで生命にかかわる状態」と説明すると、「了解しました、どうぞ」と直ちに引き受けて下さった(なお結果は「B細胞悪性リンパ腫」だった)。

長々と症例を記したのは、この対応への感謝もさることながら、こういう「病診連携室」には相応の（権限ある）医師が配属され、普段から担当事務員と密に連絡を取り合う方が、現場や患者さんに有益だと言いたいからである。

顔見知りの医師と話すことはスムーズだが、だからといって全科に顔見知りがあるわけではない。医師同士の話では角が立つこともある。連携室の職員とは話し易いが、よく気が利いていてもその職員に負担がかかる。まして、行政から派遣された役人職員では医療が全く理解できず、病院医師に説明も依頼も出来ない。職員と医師が一体となって地域の開業医や中小病院に対応するM病院のシステムに接して、「やはり超一流病院は違うなあ」と感謝しつつ感心した。

IV 認知症患者さんへの対応システム作り

認知症は「誰もがなりうる疾患」、Common Disease となっている。私の住む松戸市でも高齢化率21%で65歳以上が約10万人だが、認知症の方は8000人以上と推定されている。松戸市医師会では09年に認知症の「協力医」「窓口医」という形で48人の開業医が参加された。その名簿は市内の専門職に開示してきた。12年は更新研修を行い、32人の「認知症協力医」が登録され、今回は名簿を一般市民にも情報開示し便宜を図るようにした。

また松戸市医師会は、昨年から千葉県より「認知症連携モデル事業」を委託され、専門職間のより一層の連携を図ろうとしている。その一環として、12年12月から「認知症コーディネーター養成講座」を開始している。「認知症コーディネーター」は、認知症の方で発生する様々の課題に、地域の保健・医療・看護・介護・施設等の資源を活用し円滑な連携と問題解決を図るキーパーソンである。すでに大牟田市で実績を上げているという。本講座は1回2時間で、月に1回程度、計10回を予定し、医療・介護から後見問題など広範な知識を学習し、実習も行うものである。現在、市内専門職から約170名という多数の応募があり進行中で、今後40～50人を選抜して市内全域に配置する予定である。

今回この講座に取り入れたことが二つある。

第1は、講座の受講者に主催者が参加費を支払う事である。考えるに、こういう講習会や研修は殆ど常に現場の犠牲・ボランティア精神に頼ってきた。研修と称して参加費を徴収するものも多い。この「悪習慣」を正すために、参加者には些少ではあるが、モデル事業費から報酬を支払うことにしたのである。現場が「残業」までして認知症の方～市民のために講習を受けることに金銭をもって応えることにした。ある意味で当然なのだが、他の「補助金事業」でもしつかり現場に還元するべきだと考えている。

第2は、10回の講座の途中と最後に2回のテストを取り入れた事である。前半の講座受講者のテスト成績を勘案して、170名の受講者から実際のコーディネーターと名乗る方を選抜することにした。こういう講習会は一般に聞きっ放し、参加すれば資格が得られるものが殆どである。しかし、どんなものでも知識として覚える作業が必要である。特に年齢を重ねると、忘れる方の量が多い。この機会に「一定の記憶作業を行って頂きたい」と考え、あらかじめ「テストをします。それを参考にコーディネーターを選抜します」と宣言した（もちろん市内全域に配置するという理念は尊重する）。

「松戸市認知症研究会」では、他にも市民の方々への「認知症サポーター養成」や啓発活動、一般市民を対象として「認知症予防講演会」を開催している。こ

の会には12年、13年と続けて市民約1,100人が参加され、関心の高さがうかがわれた。

V 「1人暮らしあんしん電話」の進展

「1人暮らし高齢者問題」では08年3月から「1人暮らしあんしん電話」（以下、「あんしん電話」）を行っている。これはオリジナリティをもった試み⁹⁾と自負しており、私のライフワークと考えている。49万都市の松戸市では「孤独死」が年間100人以上あり（図参照）、隣接する60万都市の船橋市でも08年には135人あった。この比率で全国に換算すると「孤独死」は2万人程度にのぼる事が推定されている。日本はいつのまにか「自殺者3万人、孤独死2万人」の社会になっているのである。

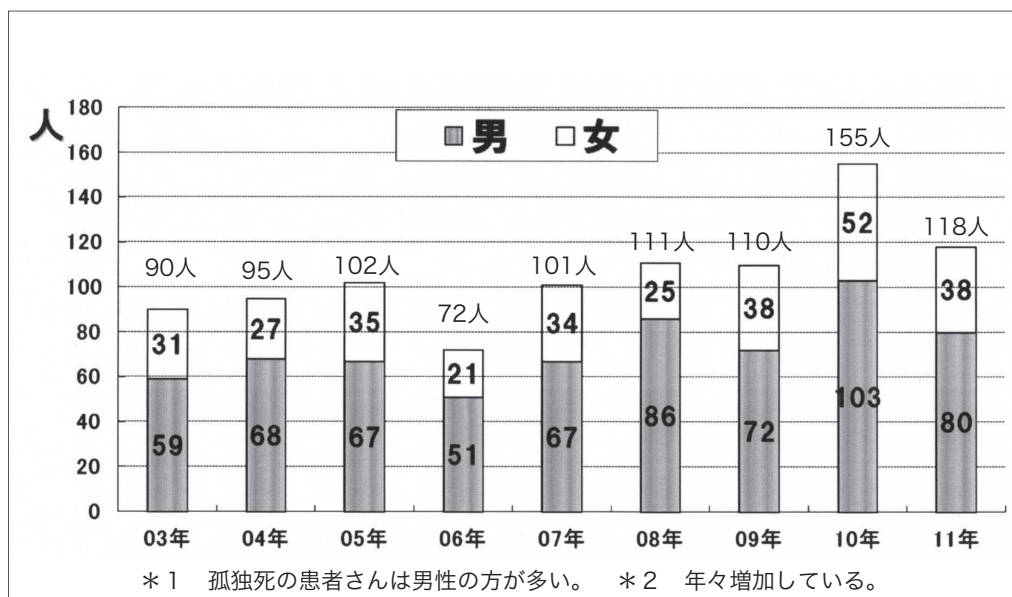


図 松戸市内の孤独死年度推移（松戸市孤独死予防センターより、H24年現在）

(1) システムの紹介

本会員の皆様には11年7月の「労住医連第29回総会」での発表やMLで紹介して来ましたが、再度このシステムをご紹介します。

パソコンに私の安否確認の音声を録音しておきます。その音声は対象患者さんにあらかじめ事前に取り決めた時間帯に自動的に発信され、受信された対象患者さんはプッシュホンのボタンで「*のあとに1(または2,3)」押して回答します。ボタンはそれぞれ「問題なし」「体調不良」「要連絡」に対応しています。回答結果はパソコン画面に一覧で表示され、「問題なし」は緑色で、「体調不良」は黄色で、「要連絡」は赤色で表示されます。したがって発信元ではパソコンの画面で一目で皆さんの安否・状況を確認できます。応答が無い場合も「応答なし」(灰色)と表示されます。

当院では常時80人前後の1人暮らしの患者さん方を対象に4年以上安定して稼働しています。12年末までの総参加者数は134人に達しています。当院の月々の管理費は通信代の1万円弱^[10]で、“患者さんは無料”というシステムです。患者さんの安否確認や病状相談・病状悪化の防止に役立っており、大変ご好評を頂いております

システムの特徴・稼働状況や成果の詳細は当院HPの「診療所ニュース」^[11]に詳細に記載しておりますのでご参照ください。

(2) 現在の稼働状況

現在、当院以外にも導入または検討している地域・団体が少しずつ増えております。11年末までには、大阪の地区組織、北海道福島町の社会福祉協議会や愛知や静岡の診療所などに導入されています。

12年2月から松戸市では、新松戸で町会が主導しS診療所を核として稼働し、町会内の約45人の身守り活動に役立っています。さらに私自身は、12年9月10日から、近隣のT団地(U R = 公団)とN市営住宅(背景人口約6,800人、約5,500世帯)の一般住民(=当院通院患者さん以外)まで対象を拡大し稼働させています。参加者は現時点で77人です。松戸市の高齢化率は現在21%ですが、実はU Rや公営住宅などはすでに高齢化率40%を超え、また「独居率」も40%以上です。換言すれば“高齢者が取り残された集合住宅”“今後の首都圏の高齢化を先取りした地域”と言えます。

(3) なぜ医療機関に「あんしん電話」を設置したか？

前記の状況を支えるものとして現在「地域包括」や「地区在宅介護支援センター」など多くの組織があります。私は当初この「あんしん電話」を、「医療機関や介護サービス事業者・行政・地域包括センター・地区社協・自治会・町内会・老人会・民生委員等が運用可能である」と考えていました。

しかし、行政は「当該者の申告・申し立てで初めて動くもの」であり、地域の「助けを求める声も出せない方」には対応し得ていないと言えます。さらに現状では、行政は「1円たりとも新たな支出をしたくない」、「支出を1円でも削減したい」という意向です。その割に「緊急通報装置」など年間維持費が1台当たり4万円もかかり、明らかに「費用対効果」が疑問な支出を継続しています。惰性と思考停止状態の行政だと言っても過言ではありません。

「高齢者の全ての問題をワンストップで解決する」と称した「地域包括支援センター」や「在宅介護支援センター」なども、財政難などから十分な人員確保が為されていません。住民からの訴えにただただ自転車操業のように対応している状態です。現場はすでに精一杯で、「地域全体を見守る」などは到底不可能な余裕のない状況です。

また社協や自治会・町会など地域住民団体の内情をみれば、その業務・日課が膨大化・スケジュール化しておりこれまた多忙な日々をおくっています。介護サービス事業者も経済的・人力的なゆとりがありません。

そして今回新松戸で主導された町会の方が「高齢者はやはり自分の健康が一番気になる。だから医療機関と連携する必要がある」と言われましたが、これは核心をついた言葉です。地域住民からすれば、近接する医療機関が身近で見守って

くれることは大変心強いことです。

以上のように、その管理や継続性なども勘案すると、診療所または病院に設置すべきということになります。地域住民が孤立しないよう「地域の絆づくり」に、医療機関が積極的に参加する方が良いと結論しています。その有力なツールとして、この「あんしん電話」が貢献できます。

(4) 松戸市内での「あんしん電話」の進展——「後援 松戸市医師会」を得て進んでいる

12年には次ページの表のように松戸市内の他の地区で「医療機関と町会や自治会」という連携で「あんしん電話」の導入が進行中です。

医療機関は在宅医療支援診療所（以下、在宅支診）が中心です。導入の形式は、それぞれの地域の特色を伴ったものになっております。例えば、主催団体が複数である場合や、主催者が近所の医療機関や介護事業者が複数で参加している場合、主催者がボランティア組織である場合等々。

13年には、私はT団地からさらに近隣のM団地に拡大を図っており、また近隣のA病院がK団地での稼働を検討中です。つまり今年中には市内7か所で5医療機関により「医療機関と住民組織のコラボレーション」ができます。これらの実績に基づき、12年末に「後援 松戸市医師会」という銘打てることになり

表 松戸市内での「あんしん電話」の進展状況（数値は一部推測あり、空欄は未把握）

地域	住民	世帯数	高齢化率 / 独居率	在宅療養支援 診療所	あんしん 電話参加者数
S・K町会	2,300人	1,000世帯		S診療所	約40人
T団地	6,455人	5,300世帯	42.3% / 約45%	どうたれ内科 診療所	55人
N市営住宅	300人	142世帯	約30% / 28%	どうたれ内科 診療所	20人
R団地	1,244人	900世帯	30.4% / 60%?	R診療所	20人弱 から開始中
N団地	1,224人	748世帯	30.1% / 69歳 以上の単身者は 106人	Sクリニック	導入確定 準備中
M団地街区		480世帯		どうたれ内科 診療所	導入確定 準備中
K団地				A病院	予定

ました。

今回の展開から、「パソコン設置場所としての医療機関」は「在支診」がより適当であると感じました。その理由は、

① 病院は「患者の囲い込み」だと誤解され診療所から警戒され、「病診連携」に支障が出かねない。しかし、この考えには本来は地域を病診が一体となって見守るべきで、大きな障壁ではないと考えております。

② 「あんしん電話」はその性格上自ずと当該医療機関の「宣伝広報」的な役割を持ってきます。

したがって「患者さんの集患の手段」と位置づけて（月1万円以内だが）一定の支出を持続して負担可能です。つまり「あんしん電話はビジネス・モデルになり得る」もので、診療所の参入が得やすいと感じました。

③ 昨今は、一般のクリニックや診療

所は医師と看護師・事務員がそれぞれ1人だけとか、いわゆるビル診というものが多くなっています。「あんしん電話」の核となる診療所では、対象者に機動的な対応が必要で、この機能は在支診が有しています。在支診であれば車もあり、いざとなったら看護師派遣や医師の往診も可能です。自院の患者さんであればその場で医療行為も可能です。自院以外の一般住民でもその方とのやり取りから、次に「様子を見るだけでいいか、かかりつけ医への受診だけで構わないか、救急車等で病院に行くべきか」等の判断を下すことに慣れていきます。

5 全国の医療機関（特に在支診）が「あんしん電話」を導入し、地域見守り体制を築き、住民の医療への信頼を得ましょう

「あんしん電話」を地域に導入するに

は、当然ですが、自治会や町会等の「地域に安心・安全を提供したい、何とか孤独死を予防したい」という要望が必要です。今回、実際に自治会や町会・ボランティア組織の方々と接し、意外と多くの皆さんが考えておられることがわかりました。逆に、「あんしん電話導入の提案」をすることにより、地域住民組織の方々と直接お話しする機会をたくさん得ました。また、その方々はこの導入をきっかけに、「孤立した住民の方々」により接する機会が多くなったと思っています。そして、その住民の方々の要望に応える医療機関が必要です。医療機関が「地域に出てゆき、中核として地域を守る」ことが今後の超高齢社会では必要になると考えています。医療機関からすればささやかな事業かもしれませんが、地域住民からすれば大きな福音となります。

超高齢社会には「究極の格差社会」があります。誰にも看取られず高齢者が孤独死や孤立死をし、中には数カ月間放置される方も出ています。こうした住民にたとえ「1週間ごとの録音された医師(や自治会長・民生委員)の電話」とはいえ、「誰かが見守っている・相談してくれるという安心感」を提供する事は大きな意義のあることだと考えています。それが出来るのは近接している医療機関、特に「在支診」や「かかりつけ医」です。

私はこの間の経緯を通して、「集合住宅に近接する診療所や病院が広く地域住民に安心を提供すべき」、「在支診が地

域社会に責任を持つべき」、「在支診は『地域支援診療所』の意識を持つべき」との結論に至っております¹¹²⁾。

6 エピローグ

今回の当地域での進展には、当地のNPO組織のCoCoT = “コミュニティ・コーディネーターズ・タンク”に大変お世話になった。同NPOは、以前から市内の自治会など住民組織と親交があり、ある会を通して「あんしん電話」に興味を持たれた。その後、住民組織との仲立ちをして頂いた。このNPOのご協力で、2013年2月9日に「医療機関と住民組織で作る地域見守り体制シンポジウム」と題して、「あんしん電話」を巡る講演会を開催する。同会には、淑徳大学、結城康博准教授にも参加して頂きまめのご意見をうかがう予定である。

上記の経験から、全国各地にもこういう関心を持った団体があり、「知らないのは医療機関の側ではないか」と感じている。考えて見れば、よく「行政の縦割り」が批判されるが、私たちも「医療機関と住民間が縦割り」になっているのではないか。双方がもっと知り合い相互協力をするべきだと感じた。

昨今、高齢者の窮状につけこんだ「悪徳商法」が目立っている。今回T団地に「あんしん電話」を導入する計画を進めている頃、ある新聞記事が出た¹¹³⁾。訪問マッサージを展開している神戸の会社がT団地に進出し、「独自通話端末」を

使い月額 5000 円程度で安否確認を行うものである。これを聞いた団地役員の方は思わず「月に 5000 円も支払う人なんかいないわよ」と叫ばれたが、「マッサージで気分がよくなった高齢者がこうした『商法』に乗せられかねない。私のシステムを早急に普及しないといけない」と痛感した。

2012 年 3 月以後の展開では、「勇美記念財団」から研究助成を頂いて進めている。また R 団地での稼働には「ニッセイ聖隷健康福祉財団」からやはり助成を頂いている。地域住民に有益な結果を出して助成に応えたいと考えている。

(どうたれ・しんじ)

<注釈および参考文献>

- [1] 朝日新聞 13.1.1 「認知症とわたしたち 認知症 300 万人時代を生きる」
- [2] 厚生労働省>認知症への取り組み>今後の認知症施策の方向性について
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- [3] 日経新聞 12.12.24 「振り込め詐欺被害最悪 315 億円 手口巧妙化摘発難しく」
- [4] 松戸市>「一般会計・特別会計決算額の推移」
<http://www.city.matsudo.chiba.jp/var/rev0/0022/6774/2012927133452.pdf>
- [5] 現在の年間出生数は 105 万人とのことだが、「団塊の世代」は 230 万人程度だった。従って、この「1 人暮らし世代数」は「団塊の世代 3 学年の人数」または「現在の小学生 6 学年」と同じ

人数という事になる。

- [6] 平成 20 年 10 月 1 日現在の空き家数と空き家率である。総務省>統計データ>平成 20 年住宅・土地統計調査(速報集計)結果の要約 http://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2008/10_1.htm
今の千葉県の世帯数は 255 万世帯なので、およそ千葉県 3 つ分の世帯が 1 人暮らし世帯になるのである。
- [7] 政府統計の窓口>「第 18 表 人口 10 万対医療施設従事医師数の年次推移、従業地による都道府県 - 18 大都市・中核市(再掲)別」<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001060599>
- [8] 私は以前、3 次救急の千葉県救急医療センター(千葉市美浜区)に 1 年間だが勤めていたことがある。その際は、①医療機関からの患者紹介には全て医師が直接対応していた ②もちろん患者さんの紹介を拒否したことは一度も無かった ③そのために後方ベッドの確保や逆紹介に力が注がれ、常に空きベッドを用意していた。
- [9] 中国でも一人っ子政策の結果、当然ながら今後独居高齢者問題が深刻になる。12.12.20 の日経新聞でも「独居高齢者 中国で急増 10 年で比率 5 ポイント増」と題し、「高齢者がいる家庭のうち、独居老人の比率は 11% から 16% に上昇した」「高齢化社会への準備が十分ではない」と記載している。
- [10] なお当初の“おたずねフォン”(商品名)の購入費は、50 万円である。機器の購入依頼先は(株)数理技研 <http://www.suri.co.jp/> である。
- [11] どうたれ内科診療所>診療所

ニュース <http://www3.ocn.ne.jp/~doutare/news.html>

他に、「公衆衛生」(医学書院) 12.9, 「特集 独居高齢者と健康」 p706-711 「独居高齢者問題—1 開業医の立場から」でも紹介した。

[12] 13年1月から労住医連構成の茨城県築西市の宮田医院がご購入され、地域での稼働の準備をされています。

[13] 日経新聞 12.4.13 千葉版 「松戸で高齢者見守り事業 神戸の介護ベンチャー診療所と連携」

この記事では「介護ベンチャーの

レイス」<http://leis.co.jp/> が「1人住まいの高齢者向け見守りサービス」を、「毎日決まった時刻に自動で同社のコールセンターに発信」し、対応したオペレーターが「2分間の会話で体調や服薬状況を確認する。月額料金は5000円程度」という。さらに「同様の取り組みを高齢化が進む松戸市内のほかの団地や柏市などでも展開する考え。レイスは15年3月期に12年3月期の2倍の売上高25億円を目指す」と本音が記載されている。