

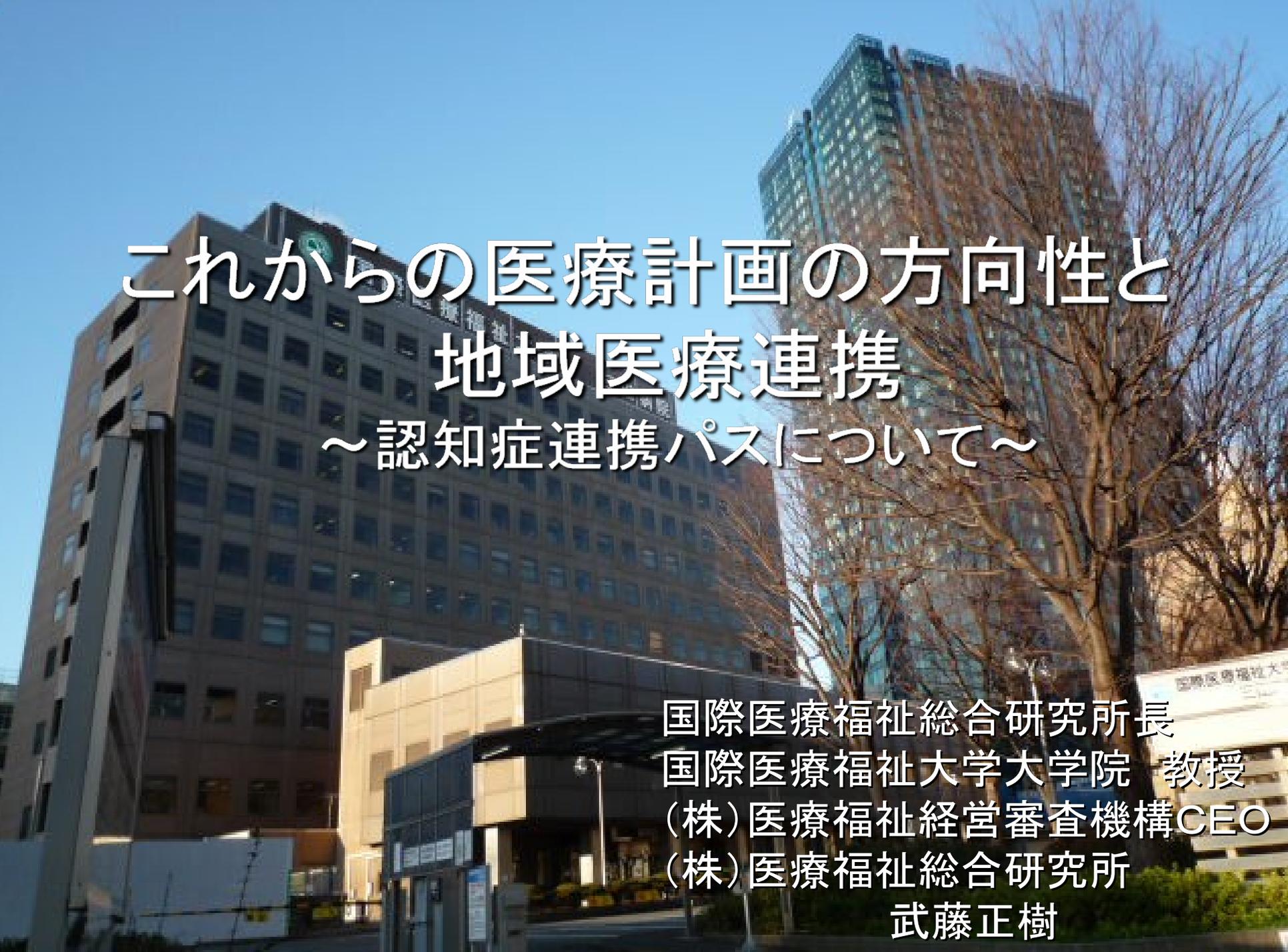
h-MBA

医薬・医材マネジメントプログラム
後期予定

後期課題演習と発表について

- 後期課題演習の進め方
 - グループ課題演習と発表
 - グループごとに前期のテーマを選定して、深掘り検討の上、課題発表を行います。
 - 発表は1年生が担当します。
 - グループ編成はテーマに応じて皆さんで相談して決めてください。
 - 個別課題演習と発表
 - 2年生が個別課題演習と発表を行います。
- 合同発表会と成績評価
 - 合同発表会の発表をもとに成績評価を行います(グループ評価、個人評価を行います)
- その他
 - 課題演習では適宜、ミニレクチャー、病院見学も必要に応じて行います。

	日時	4限(14:40～16:10)	5限(16:20～17:50)
1	9月24日	ミニレクチャー	グループ課題発表
2	10月8日	個別課題検討と発表	グループ課題検討と発表
3	10月22日	個別課題検討と発表	グループ課題検討と発表
4	10月29日	個別課題検討と発表	グループ課題検討と発表
5	11月19日	個別課題検討と発表	グループ課題検討と発表
6	12月10日	合同課題発表会	合同課題発表会
7	12月17日	合同課題発表会	合同課題発表会
8	12月24日	第300回日本医療病院管理学会例会	右同
9	1月7日	合同課題発表会	特別講演



これからの医療計画の方向性と 地域医療連携 ～認知症連携パスについて～

国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
(株)医療福祉総合研究所
武藤正樹

目次

- パート1
 - 地域医療計画の見直し
- パート2
 - 精神医療の見直し
- パート3
 - 塩酸ドネペジル(ジェネリック医薬品)と認知症連携
- パート4
 - 認知症連携パス



パート1

地域医療計画の見直し

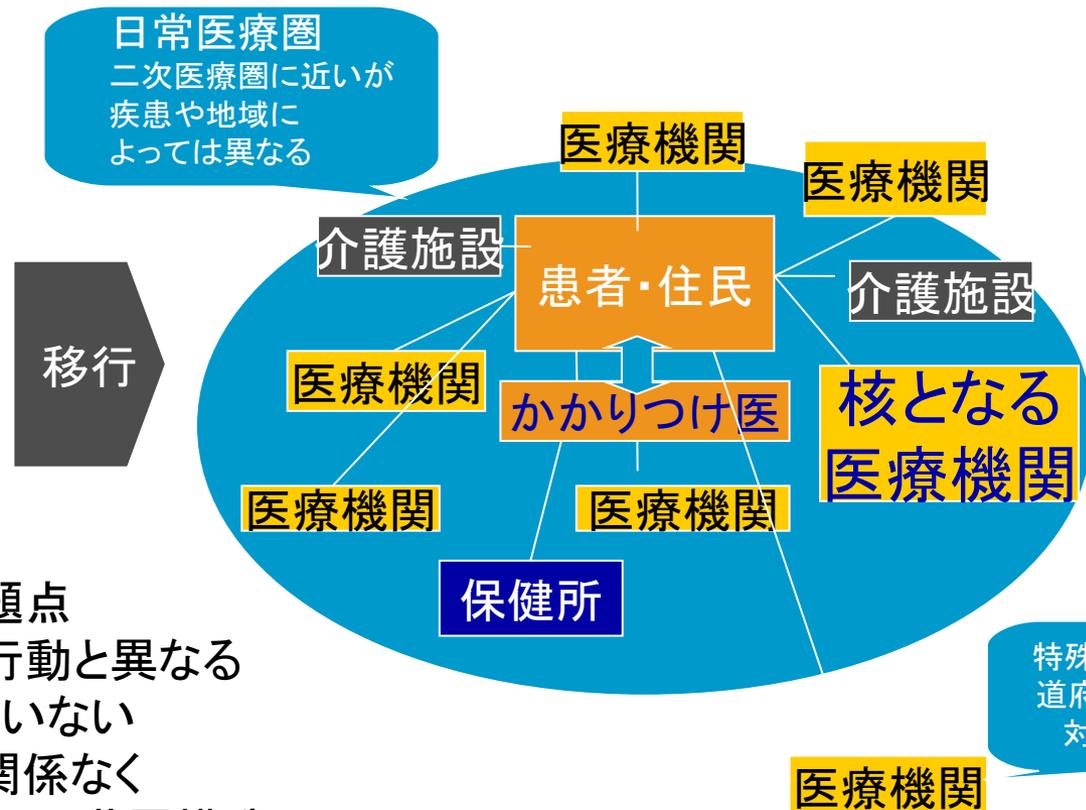


2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の
考え方



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

医療計画見直し等検討会

- **第1回 2010年12月17日**
 - **医療計画制度の現状と課題等について**
- **第2回 2011年2月18日**
 - **医療計画の新たな評価手法の導入等について**
 - 東京医科歯科大学・河原教授:「医療計画を踏まえた医療連携体制構築に関する評価方法について」
 - 尾形委員:「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントについて」
 - 武藤座長:「医療連携体制に係る各都道府県の取り組み状況の差異について」
-

第1回検討会(2010年12月17日)

- 二次医療圏そのものも見直しの必要性
 - 全日本病院協会 神野正博副会長
 - 「医療圏そのものを見直し、定義をきちんとすべきかもしれない」
- 精神疾患を医療計画へ
 - 日本精神科病院協会 長瀬輝誼副会長
 - 精神科疾患は以前から比べると、かなりのウエートを占めるようになった
 - 精神科疾患にも配慮して医療計画を作るべき」だとの考えが示された。
- 介護との連携
 - 日本医師会 鈴木邦彦常任理事
 - 高齢化が進み、医療だけでは地域は支えられない
 - 介護との連携の必要性

第1回検討会(2010年12月17日)

- 中小病院の役割

- 日本医療法人協会 伊藤伸一副会長

- DPC病院以外の地域の一般病院の機能を、医療計画の中にどのような形で盛り込むのか。病院機能、病床機能をもう少し明確に表すようにすべきでないか

- 歯科連携

- 日本歯科医師会 池主憲夫常務理事

- 医療連携における歯科連携の重要性を強調した。

- 薬局の役割

- 日本薬剤師会 山本信夫副会長

- 在宅における癌治療、緩和医療における薬局の役割

第2回検討会(2010年2月18日)

- 医療計画策定のためのデータ集積や分析の在り方
 - 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
 - 「患者動向を示す最新データが、医療計画の見直し検討には必須である」
 - 「この5年間にDPCデータやレセプトオンラインデータが整備されてきているので、こうしたデータベースの利用が不可欠」
- 医療計画の評価
 - 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
 - 医療計画では、PDCAサイクルを回すことが必要
- 医療計画作成評価
 - 国際医療福祉大学大学院武藤正樹

医療計画見直し等検討会

- **第3回 平成23年2月28日**

- **各都道府県の医療計画への取り組み状況について**

- 千葉県健康福祉部・井上理事：「医療計画への取り組みについて」
 - 山口県宇部環境保健所・恵上所長：「地域医療連携体制構築に関する保健所の関与について」
 - 伏見委員：「医療圏における地域疾病構造及び患者受療行動に基づく地域医療の評価について」
 - 青森県健康福祉部・大西保健医療政策推進監：「保健医療計画の策定について」

医療計画見直し等検討会

- **第4回 平成23年5月23日(月)14:00**
 - 「災害医療について」 厚労省医政局指導課救急・周産期医療等対策室 宮本室長
 - 「東日本大震災におけるDMATの活動について」 小井土DMAT事務局長 国立病院機構災害医療センター臨床研究部長
 - 「二次医療圏データベースを用いてわかること」 国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授
 - 「循環器疾患の地域医療連携の取り組み」 順天堂大学医学部 田城准教授

第4回医療見直し等検討会

- **ポストDMATのシステム作り**
 - 鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）
 - 被災地における急性期医療のニーズが低かったことなどを挙げ、「これまでDMATが想定していなかったことが起きている」
 - 末永裕之委員（日本病院会副会長）
 - 「JMAT（日本医師会災害医療チーム）や病院団体との協働作業で、『ポストDMAT』をどうするかが課題
 - 亜急性期から慢性期を含めた長期的な支援の必要性を強調
- **災害時の情報連携の構築**
 - 神野正博委員（全日本病院協会副会長）
 - 津波による患者情報の流失などが起こったことから、「情報連携を何らかの形で入れ込むことが、これからの災害医療、あるいは医療計画に必要なことだと思う」

第5回医療計画見直し検討会

7月13日

在宅医療

集中検討会議パターン1と医療計画と
の関係は？

第5回医療計画見直し検討会

- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室
 - 在宅医療に係わる提供体制、とくに在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、訪問看護ステーションの現状の説明
- 医療計画における在宅医療の位置づけ
 - 神野正博委員(全日本病院協会副会長)
 - 「医療法上、在宅医療は規定されているものの、4疾病5事業にくらべて、医療機関も行政も、そして国民も(医療計画の項目として)なじみが薄い。在宅を事業として、精神疾患を入れて5疾病6事業、あるいは5疾病5事業1在宅などときちんと明示し国の指針を示すべきである。」
- 在宅医療指針を別途通知する予定

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

医療計画の見直しの方向性

災害医療、精神医療、在宅医療

4疾患5事業の見直しを！

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- *在宅医療

災害医療計画の見直し



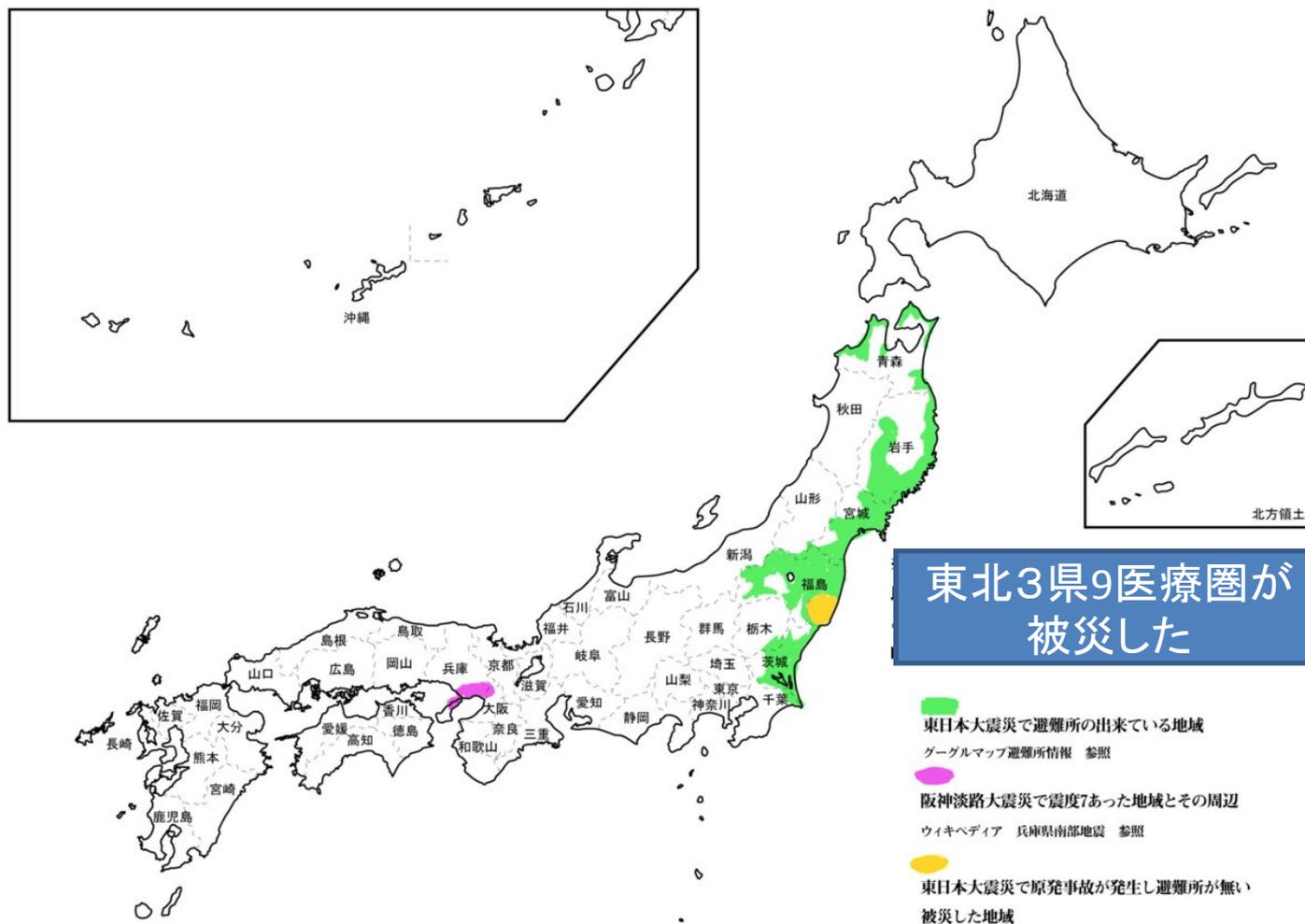
災害医療計画の見直しを

- 災害拠点病院の要件見直し
 - 被災した東北3県沿岸9医療圏とその周辺医療圏の災害拠点病院の現状調査が必要
 - 災害医療ネットワークが機能したかどうか？
 - 災害拠点病院の要件見直しが必要
 - 初期医療体制、後方病床確保、高齢者施設支援
 - 医薬品備蓄、医療派遣チームなど
 - 災害医療は平時の連携体制を基礎に、いったん緩急あればスケールアップして対応できる体制が必要
- 被災9医療圏は東北3県の広域の医療計画が必要だろう

災害医療の在り方検討会の設置

2011年中にとりまとめ
2013年の次期医療計画へ反映

広域の災害医療圏の設定が必要



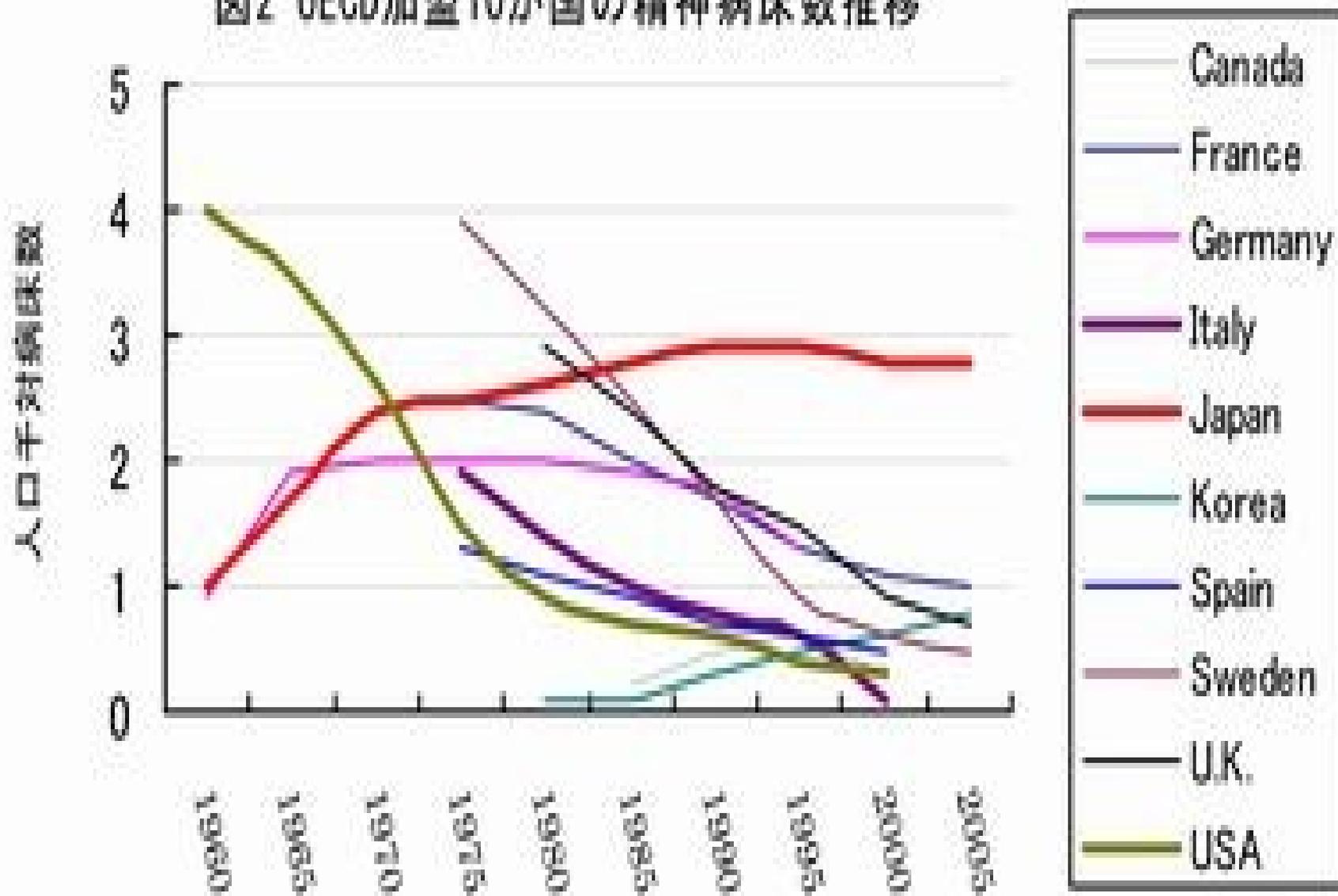
パート2

精神医療の見直し

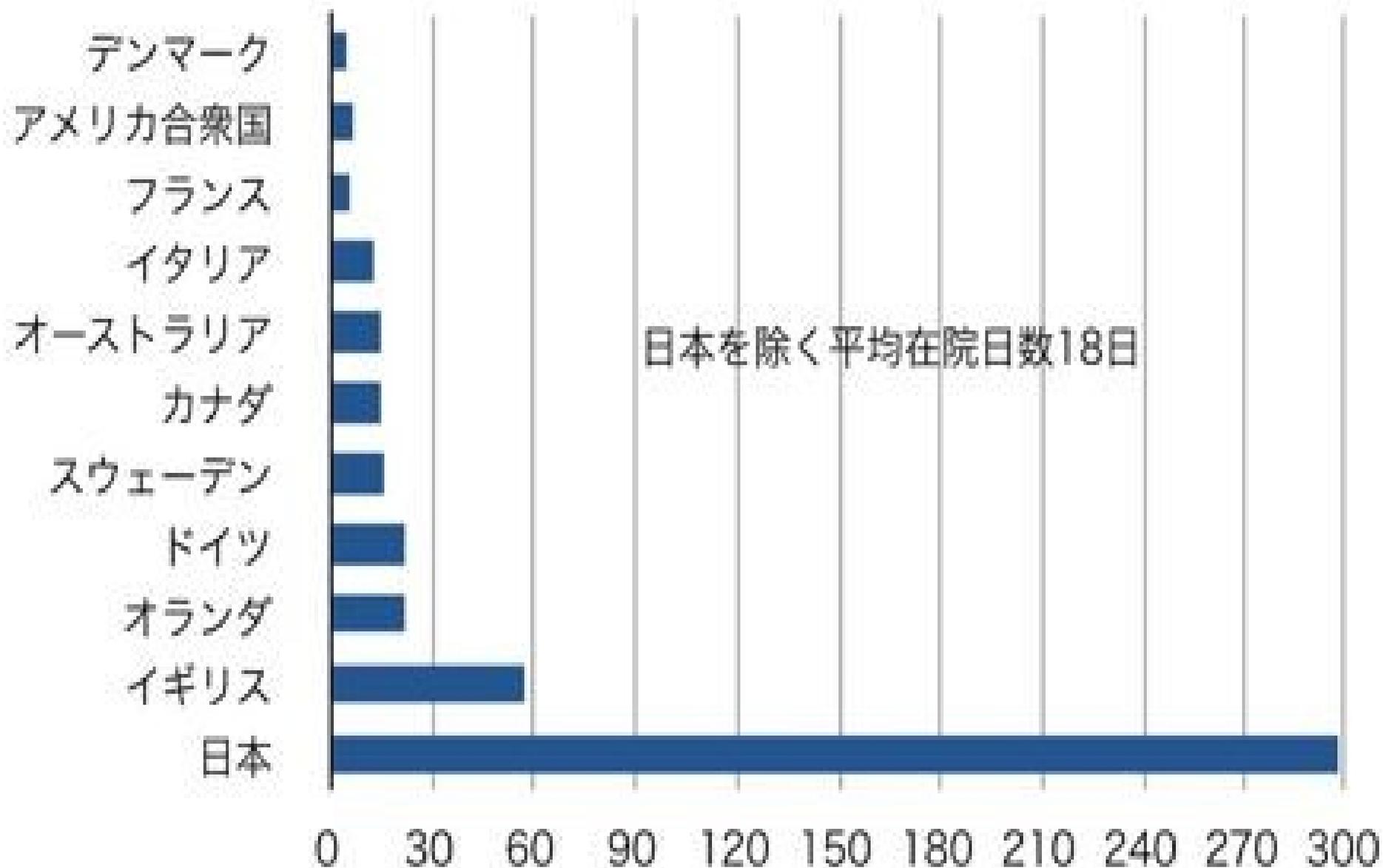
ドネペジル連携パス

日本の精神医療の特殊性

図2 OECD加盟10か国の精神病床数推移



2005年退院者平均在院日数



「地域医療計画の5疾患目に 精神科疾患を要望」

(日本精神科病院協会) 2010年12月22日

- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

精神疾患が医療計画へ



社会保障審議会医療部会 2011年7月6日

社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
 - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
 - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
 - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
 - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
 - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

医療計画に記載すべき疾病の概要

概要

- がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病については、医療計画に明示し、それらに対応した医療連携体制を構築することで、広範かつ継続的な医療を提供し、国民の健康の保持を図ることを目的としている。

医療計画に記載すべき疾病の考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

<医療法施行規則第30条の28>

・ がん ・ 脳卒中 ・ 急性心筋梗塞 ・ 糖尿病

←精神疾患を追加

医療計画に記載すべき疾病への精神疾患の追加について

患者数の現状

- 平成20年の患者調査において精神疾患の患者数は323万人であり、医療計画に記載すべきいずれの4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)の患者数よりも多くなっている。職場におけるうつ病の増加や、高齢化による認知症患者の増加など、精神疾患は国民に広く関わる疾患となっている。

※4疾病患者数：悪性新生物152万人、脳血管疾患134万人、虚血性心疾患81万人、糖尿病237万人（平成20年患者調査）

死亡数の現状

- 精神疾患による死亡数(平成21年人口動態統計)は1.1万人となっている。また、遺族等の聞き取り等による自殺の実態調査によると、自殺者の約9割に、何らかの精神疾患に罹患していた可能性があるが(※)、自殺による死亡数(平成21年人口動態統計)は3.1万人であり、糖尿病による死亡数1.4万人の約2倍となっている。

※平成21年厚生労働科学研究「自殺の精神医学的背景に関する研究」(研究代表者 加我牧子、研究分担者 高橋祥友)

※※死因順位別の死亡数(上位3位)：悪性新生物34万人、心疾患18万人、脳血管疾患12万人（平成21年人口動態統計）

医療連携の必要性

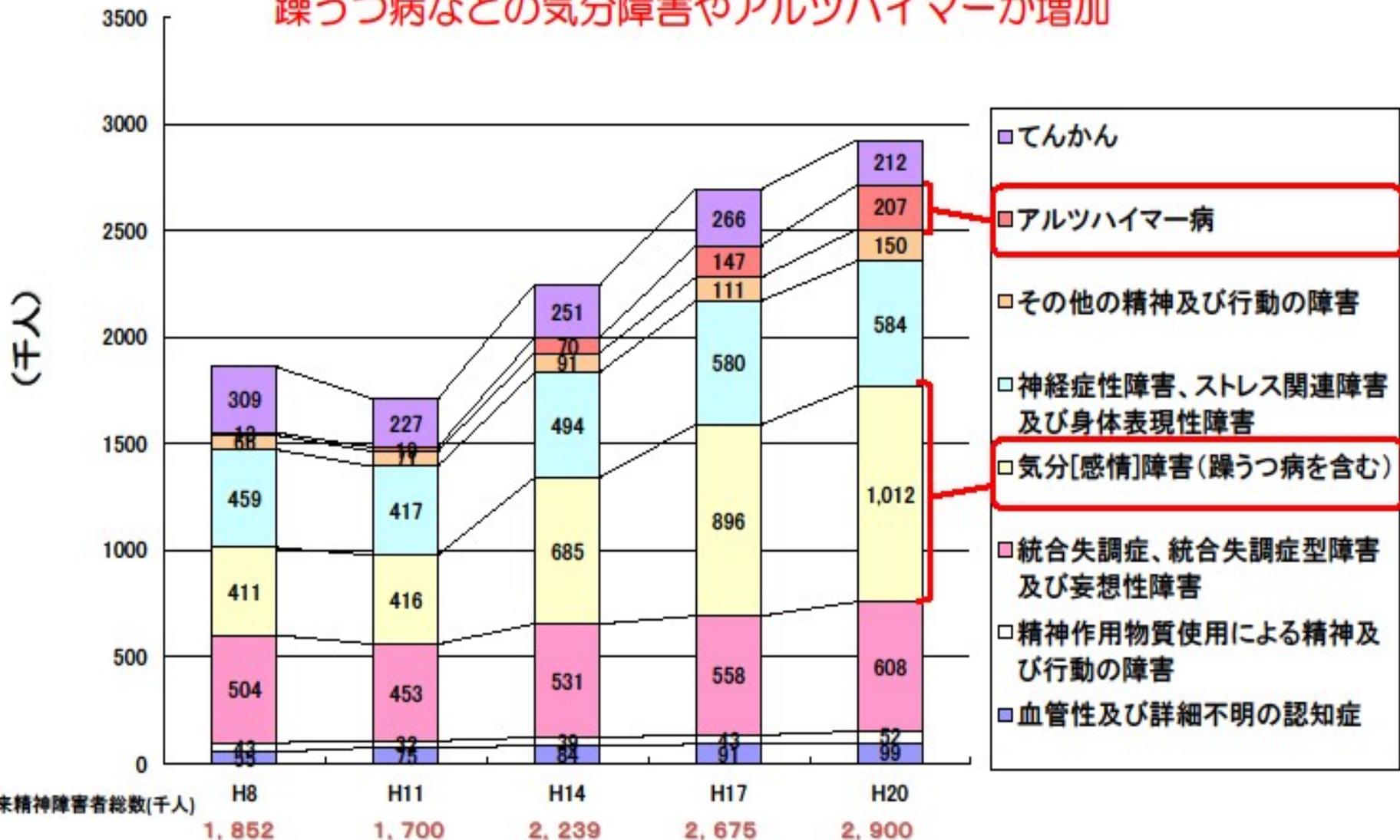
- 患者の早期治療や地域への移行を目的として、急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問看護等の充実等を図るとともに、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要ではないか。



以上のことから、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進してはどうか。

精神疾患外来患者の疾病別内訳

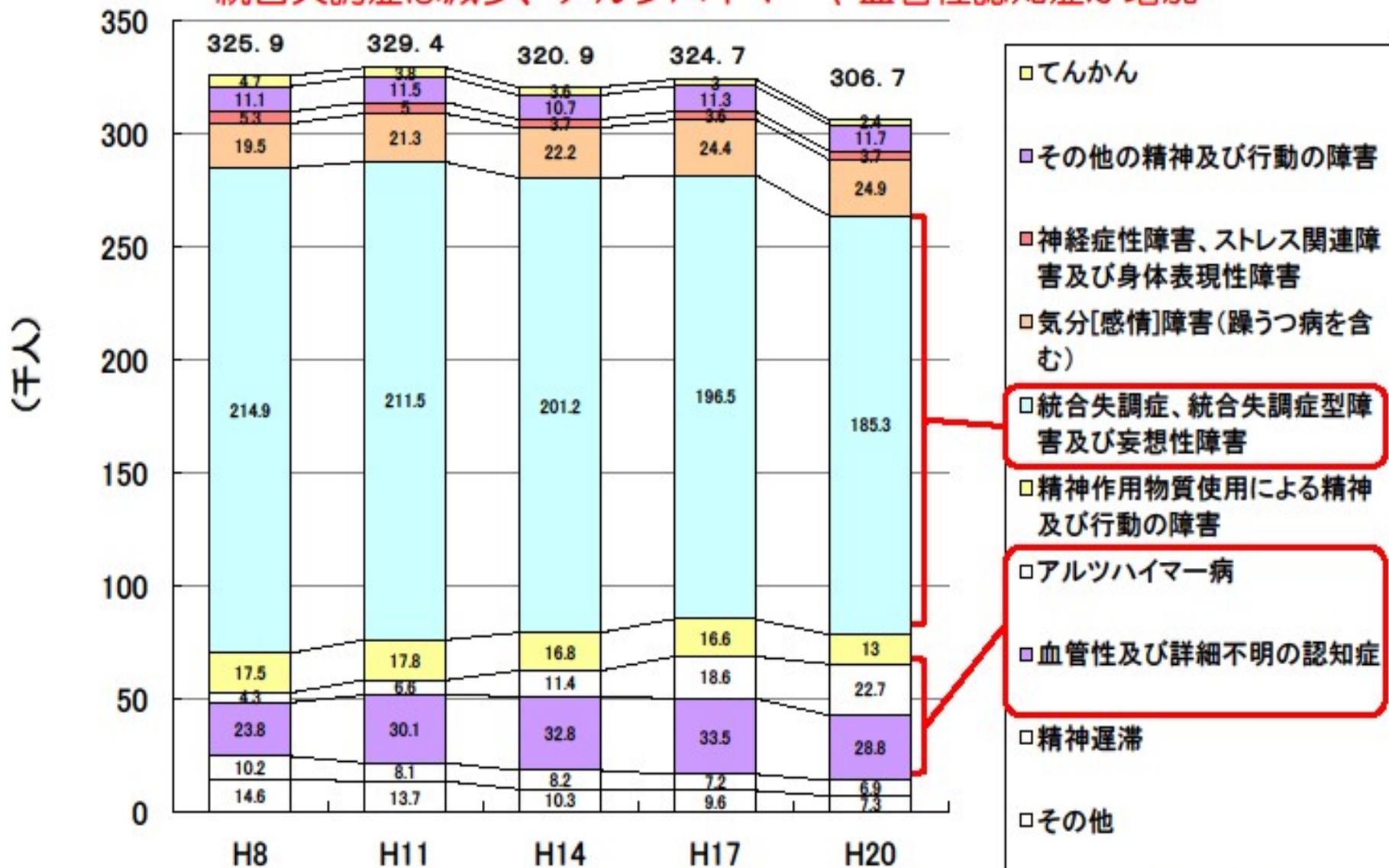
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

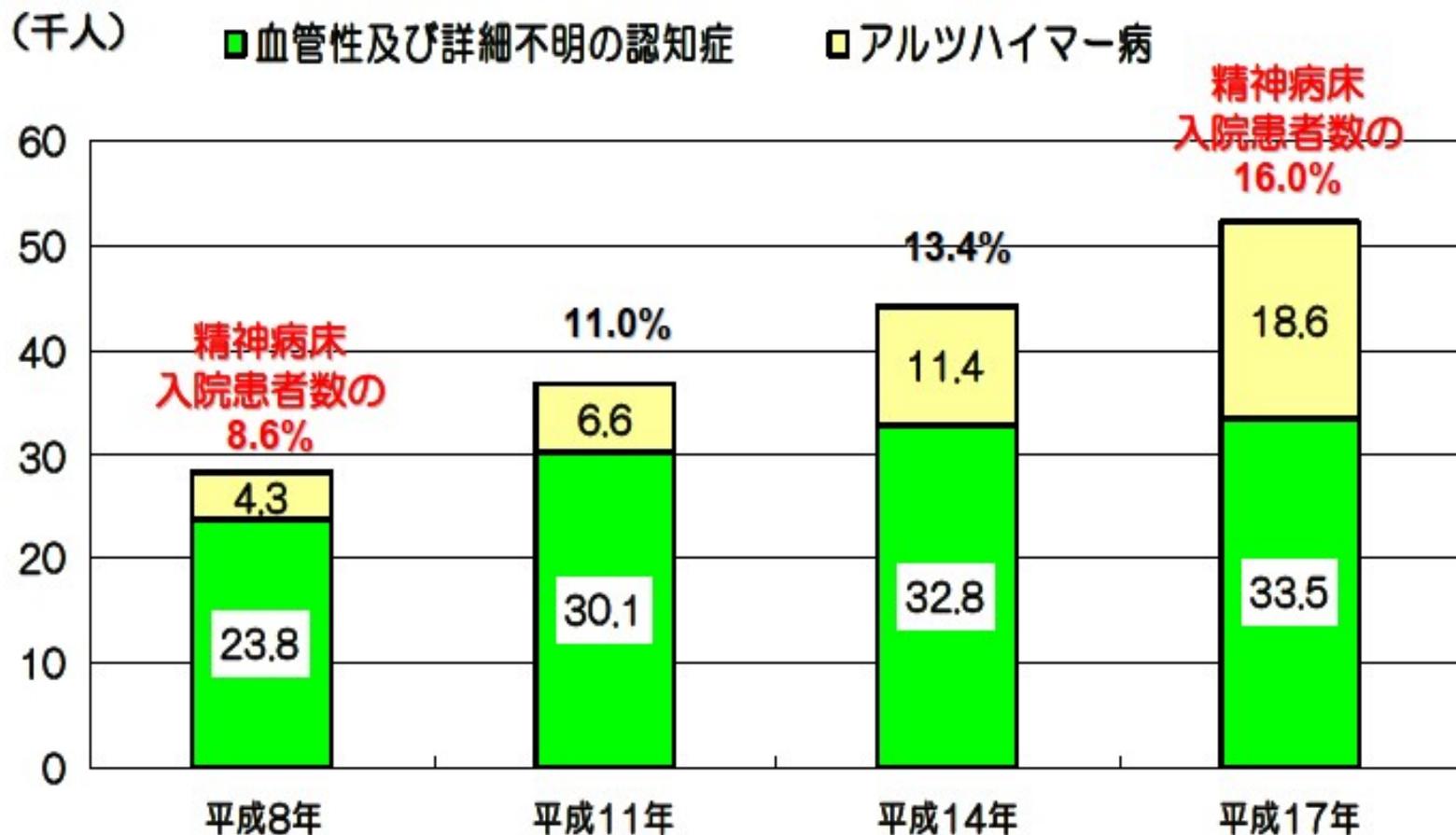
精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神病床における認知症入院患者数の年次推移



資料：患者調査

精神疾患が地域医療計画の5疾患に加えられると・・・

- 精神科医療施設の診療機能の情報開示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成
- そしてそのための作成指針を作成しなければならない。
- 日本精神科病院協会
 - 「医療計画指針特別検討委員会」を設置
 - 「医療計画見直し検討会で参考となる協会版の指針を作成する」(山崎会長)

精神科連携パスを作ろう！

- 精神科連携パス作成手順

- 院内パス作成が基礎

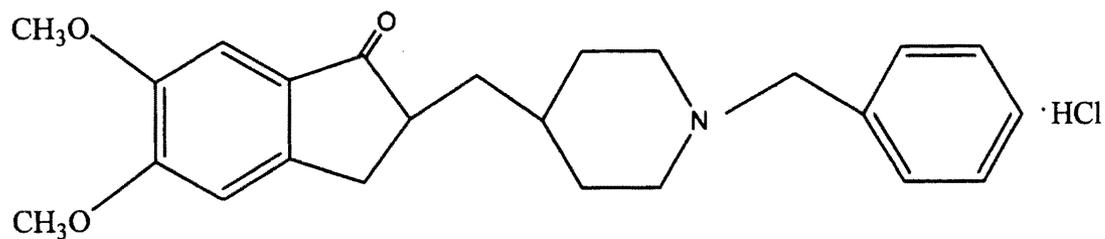
- 急性期精神疾患から作成し慢性期精神疾患へ
 - エビデンスやガイドラインに基づいて
 - アウトカム指向で
 - チームアプローチで
 - 精神科退院調整パスの作成

- 精神科連携パスの作成へ

- 基本は院内パスと同じ
 - アウトカム指向で、ガイドラインに基づいて、多職種協働で

パート3

塩酸ドネペジルと認知症連携



塩酸ドネペジル

塩酸ドネペジルの特許切れ

- 2011年11月塩酸ドネペジルのジェネリック医薬品が34社から発売
- 塩酸ドネペジル・ジェネリック医薬品
 - 3mg、5mg
 - 適応は軽度、中等度アルツハイマーのみ
 - 10mgと高度アルツハイマーには適応がない
- アリセプトの市場はおよそ1000億円
 - アリセプト5mgが、売り上げの70%以上を占める

抗認知症薬

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン (パッチ剤)	メマンチン
作用機序	AchE阻害剤	AChE阻害剤 nAChEアロステ リックモジュレー ター	AchE/BuChE阻害 剤	NMDA受容体阻 害剤
用量(mg/日)	5～10	16～24	18	10～20
用法(回/日)	1	2	1	1
半減期(時間)	70～80	5～7	10	60～80
代謝	肝臓	肝臓	腎排泄	腎排泄

メマンチン

- 塩酸ドネペジル
 - 記憶などに関わる神経伝達物質アセチルコリンの分解酵素を阻害してアセチルコリン濃度を高める
- メマンチン
 - 神経伝達物質グルタミン酸のN-メチル-D-アスパラギン酸 (NMDA) 受容体に働きかけ、過剰グルタミン酸による神経細胞毒性などを抑制、認知症の周辺症状を抑制
 - 日本でメマンチンは、独メルツから導入した第一三共子会社が「メマリー」として2011年2月より製造販売
- 塩酸ドネペジルとメマンチンの併用
 - 中度・高度アルツハイマーに適応

認知症の疫学

- 認知症高齢者
 - 65歳以上高齢者の認知症有病率は3.8～11%
 - 2010年 250万人
 - 2015年 300万人
 - 2030年 400万人
- 認知症高齢者は都市部に多い
 - 都市部とその周辺部の高齢化により、認知症問題は実は都市問題
 - 東京都がいずれアルツハイマー大都市となる

認知症診療の課題

- 認知症診療の標準化
 - 早期診断、早期治療
 - 発症後はどこでも同じ標準治療を受けられる体制の整備
 - 診療ガイドラインの普及
- 介護施設における薬物治療の継続
 - 介護療養病床・介護老人保健施設は介護保険による医薬品の包括化でアリセプトの投与が中止されることが多い。治療中断による症状進行を防ぐ必要がある

課題の解決へ向けての方策

- 認知症診療ガイドラインの普及
 - 日本神経学会認知症ガイドライン
 - 簡易版のガイドラインの普及が必要
 - とくに開業医向けガイドラインの普及
- 負担軽減による治療継続
 - 軽症・中等症→塩酸ドネペジルのジェネリック医薬品
 - 中等度・高度→塩酸ドネペジルのジェネリック医薬品＋メマンチン
- 塩酸ドネペジルのジェネリック医薬品導入により介護施設での継続治療が可能となる
- 高額なメマンチンとの併用が可能となる

老人保健施設では アリセプトが飲めない？

- 2008年1月20日放送NHKスペシャル(認知症)
 - 番組では老人保健施設ではアルツハイマー患者が入所してるにもかかわらず、アリセプトが飲ませられないことを取り上げていた。
 - 入所者一人当たりの介護報酬が、月30万円と決まっていて、この枠内で人件費や施設の維持管理費、施設の利益、食費、薬代、すべてを賄わないといけない。
 - このため高い薬は購入できない。薬代に使えるのは、わずか3%程度。これを計算すると9000円となる。
- アリセプトの薬価は高い
 - アリセプトの薬価は5mgで427円
 - これを飲ませると月に幾らするかというと、12800円である。これでは、施設の利益が出ないことになる。

介護老人保健施設における 包括医療

- 介護老人保健施設入所中の医療は原則包括医療
 - 療養上必要な処方薬等は、原則として介護保険からの給付になる
 - 介護老人保健施設は、「症状が安定期にある」ことが入所条件の一つとなっているので、他の病院等に受診することは「通常ではない状態」として扱われる
- 外部医療機関への受診
 - 受診する場合は、介護老人保健施設の医師が、受診先の医師に診療情報提供書を添えることが必須の事項となっている。
 - 現行制度では、老人医療の1割分を受診をした当該利用者が負担し、その他の受診に関わる費用の残りの分は施設が負担することになっている

全老健アリセプトなど 出来高での算定要望

- 全老健 アリセプトなど出来高での算定要望
 - 全国老人保健施設協会(全老健、川合秀治会長)は、介護老健施設の入所者へのパーキンソン病治療薬や認知症治療薬、免疫抑制剤などの処方診療報酬での出来高算定にするよう厚生労働省に求めている。
 - 2010年度の診療報酬改定か、遅くとも12年度に予定されている診療・介護報酬の同時改定での実現を目指す。

認知症疾患患者の所在

介護
自立度Ⅱ以上の認知症高齢者
169万人

(老健局)
(平成17年における
平成14年9月での推計)

かかりつけ
医への介入

居宅 約49%
(約83万人)

介護施設
への介入

介護施設 約32%
(約54万人)

入所 約51%
(約86万人)

- ・医療施設
(医療型療養病床、
一般病床、精神病床
等)
- ・グループホーム
- ・ケアハウス
約13% (約22万人)

介護型医療施設
約7% (約12万人)

医療

血管性認知症
及び詳細不明の痴呆
アルツハイマー病
32万人

(平成17年患者調査)

外来 約74%
(約24万人)

精神病床
約16%
(約5万人)

その他の病床
約1%

療養病床
(医療型、
介護型)
約8%
(約2万6千人)

入院 約26%
(約8万人)

※医療施設(医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床)は
介護と医療で重複がある。

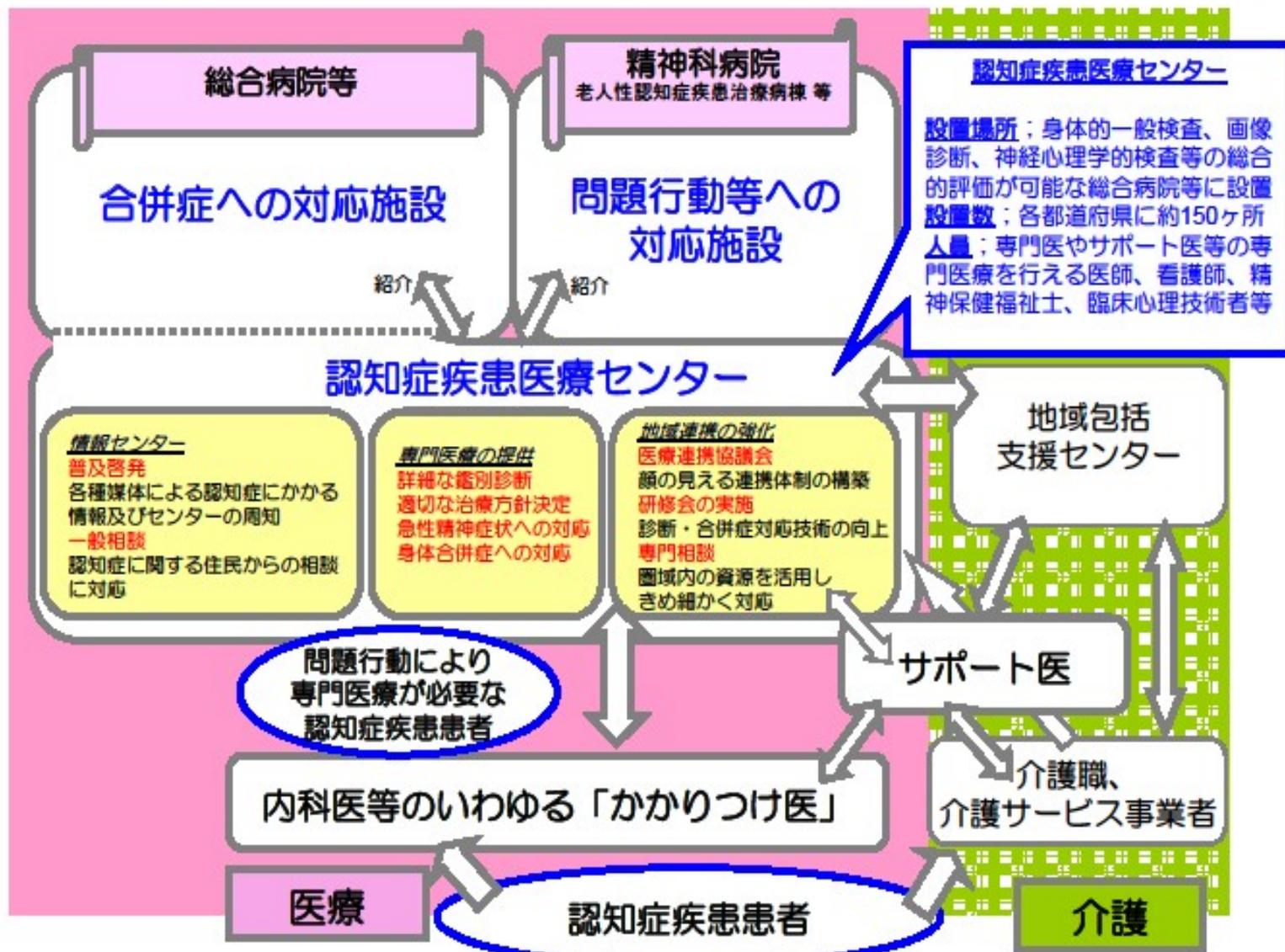
認知症と地域連携

認知症患者を取り巻く関係者

認知症を巡る最近の動向

- 医療計画の5疾患目に精神疾患が追加
 - 精神疾患（認知症、うつ病、統合失調症）
 - 一般医療との連携が必要
- 認知症疾患医療センターの整備（2008年より）
- 認知症サポート医

認知症疾患医療センター運営事業（新規） 平成20年度予算額1.9億円



認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

設置基準

(1) 専門医療機関

ア 認知症疾患の鑑別診断のための人員、検査体制を有しており、具体的には以下を満たしていること。

(ア) 人員配置

- ①専任の専門医（日本老年精神医学会又は日本認知症学会）又は認知症医療に係わる経験が5年以上の医師が1名以上配置されていること。
- ②専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- ③専従の精神保健福祉士等が1名以上配置されていること。

(イ) 検査体制

CT又はMRIを有していること。ただし、MRIを有していない場合はMRIを活用できる体制が整備されていること。SPECTは活用できる体制が整備されていること。

イ 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。ただし、同一の施設において上記の一般病床と精神病床の確保が困難である場合は、以下のいずれかを満たしていれば差し支えない。

(ア) 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行える精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

(イ) 身体合併症の急性期入院治療を行える一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等が行える他の保健医療機関との連携体制がとれていること。

ウ 認知症疾患に係る専門の部門を設置し、認知症の専門医療相談を行っていること。

(2) 地域連携

ア 情報センター

イ 研修会、連携協議会

(3) 実績の報告

認知症疾患に係る外来件数（うち鑑別診断件数）、入院件数（自院および紹介先での入院件数）、専門医療相談件数（電話、面接相談件数）の年間の実績を報告すること。

事業内容

- (1) 専門医療相談
- (2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応
- (3) 合併症・周辺症状への急性期対応
- (4) かかりつけ医等への研修会の開催
- (5) 認知症疾患医療連携協議会の開催
- (6) 情報発信

認知症サポート医と研修

- 認知症サポート医

- 地域医療に携わり認知症の対応に習熟している医師で、所定の研修を修了し、かかりつけ医に対する認知症診断等に関する相談・助言、地域包括支援センター等との連携及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の研修内容の企画立案や講師役等を担う医師（平成22年3月末現在 260名）

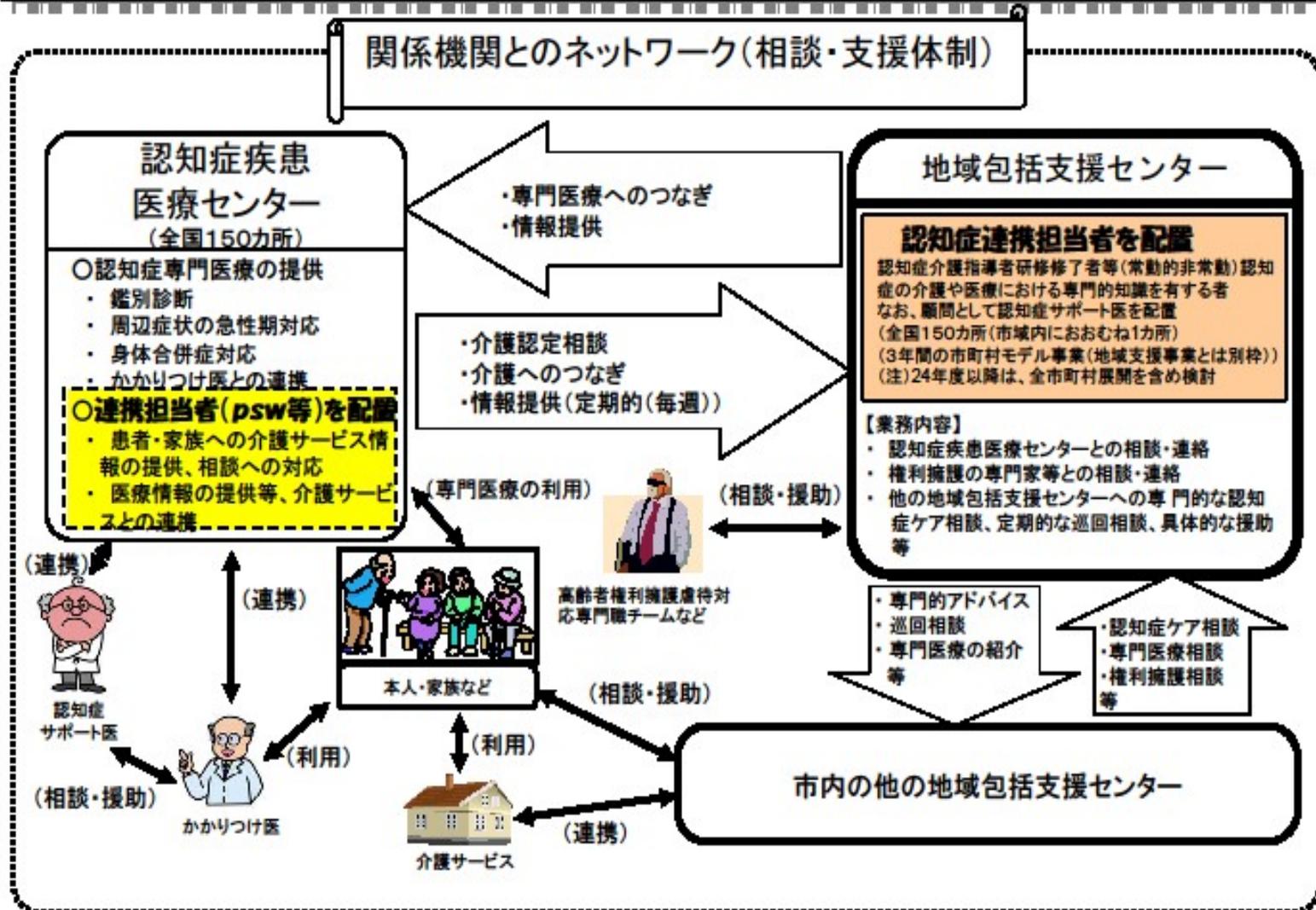
- かかりつけ医認知症対応力向上研修

- 高齢者が日ごろから受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を実施することにより、サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とした研修（平成22年3月末現在 2,556名）

- （注3）研修修了者は、東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」で公表している。

認知症に関する医療と介護の連携

地域における認知症医療とケア体制の連携体制の強化を図るため、認知症疾患医療センターに連携担当者を配置する



パート5

認知症連携パス

2010年診療報酬改定

認知症に係わる連携加算

- 1 認知症専門診断管理料500点(1人につき1回)
 - [算定要件]
 - 認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の個別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明行った場合に算定する。
- 2 認知症専門医療機関連携加算50点(月1回)
 - かかりつけ医の外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

東京都内の認知症連携

- 世田谷区もの忘れ連携パス
- <http://www.setagayamed.or.jp/ninchishindan.html>
- 大田区認知症連携パス
- <http://amity.typepad.jp/blog/2011/02/ninnchi-ren>
- 目黒区認知症連携パス
- http://www.city.meguro.tokyo.jp/kurashi/korei_fu

世田谷区もの忘れ連携パス

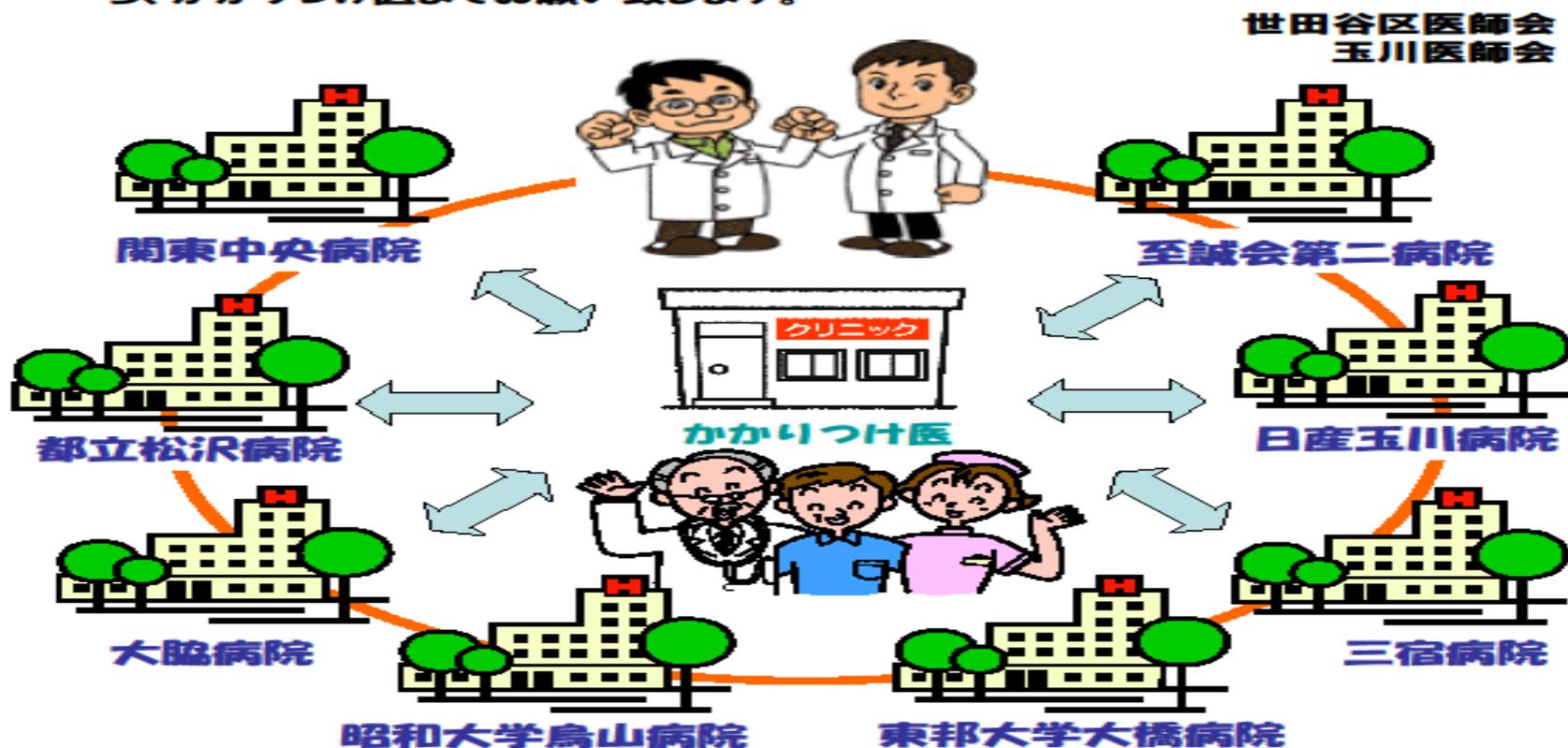


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診～1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



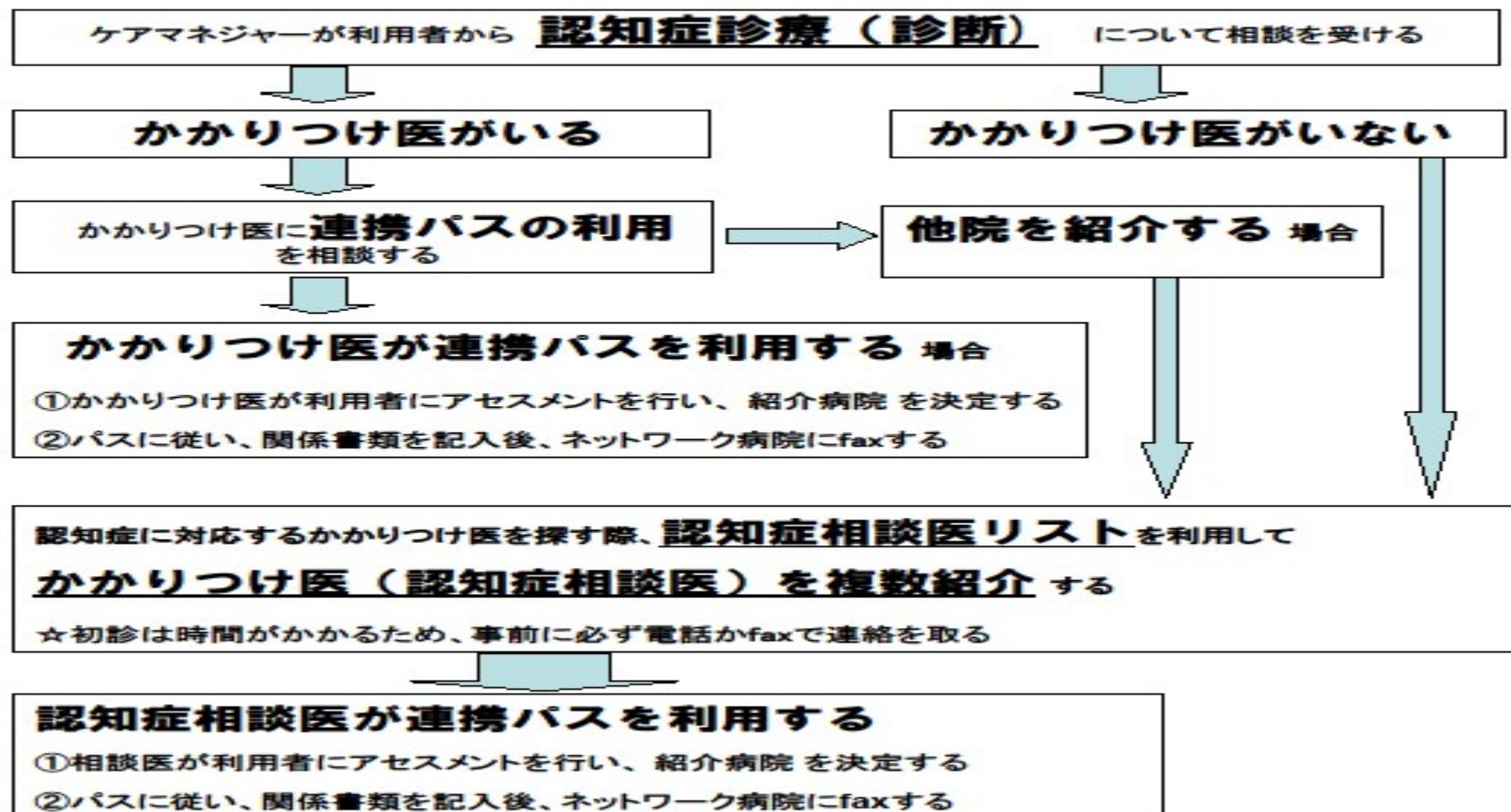
病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

大田区認知症連携パス

大田区認知症連携バス

様

かかりつけ医

紹介先医療機関

大田区三医師会(文京・清田・田園調布医師会)では、もの忘れがひどく認知症の疑いや心配のある方の診断・治療を、かかりつけ医と紹介先医療機関とが連携して行うようになりました。

STEP1

患者さんからご相談を受けたかかりつけ医がまず診察致します。

かかりつけ医がさらに専門的な診療検査を受けた方がよいと判断した場合、紹介先医療機関に連絡相談し、受診のための手続きをとります。



STEP2

紹介先医療機関では、精密検査を行い、診断と治療方針を決定します。

紹介先医療機関で治療を開始し、安定しますと、患者さんは再びかかりつけ医の元に戻ります。



各種検査等

- もの忘れテスト
- 神経学的所見
- 血液検査
- 脳血流検査

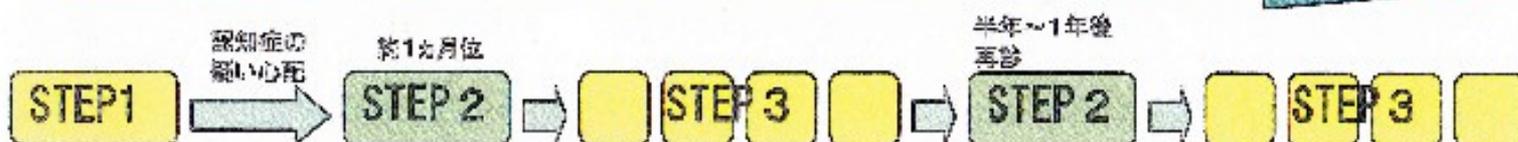
脳MRI

STEP3

かかりつけ医は紹介先医療機関の治療方針を継続し、定期的な診察治療を続けます。必要な場合に、紹介先医療機関で経過の再検査などを受けて頂くことがあります。



定期的な診察
検査・治療



繰り返す

診療情報提供書（依頼用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 医療機関名

住所

TEL
FAX

医師名

印 or サイン

科 先生

初回 再評価依頼（前回 年 月 頃）

貴院 ID 番号	_____
受診希望日	第1希望 _____月 _____日
	第2希望 _____月 _____日
	第3希望 _____月 _____日

フリガナ 患者氏名	_____	男・女	明・大・昭・平	年 月 日 歳
住所	〒 _____	TEL	自宅： 携帯：	_____

【紹介の主旨】

- ご本人からの精査希望
- かかりつけ医からの精査要請

- 家族からの精査希望
- その他（ _____ ）

【当事者が最も困っていること】

- 1) 本人
- 2) 家族・介護者

【既往歴・治療状況】

- 高血圧（治療中、未治療）
- 脂質異常症（治療中、未治療）
- 脳血管障害（治療中、未治療）
- 向精神薬の内服（あり：薬品名 _____）
- その他（ _____ ）
- 糖尿病（治療中、未治療）
- 心臓病（治療中、未治療）
- 過度の飲酒歴
- その他（ _____ ）

【神経学的所見】

- 構音障害・嚥下障害
- パーキンソン様症状（振戦、動作緩慢、歩行障害）
- 幻覚（幻視・幻聴）
- その他（ _____ ）

【もの忘れの状況】

日にち・時間や場所がわからない

少し前のことを忘れ、同じことを繰り返す



質問や会話を理解できず、話の脈絡を失い易い

質問すると家族の方を向いて相づちを求めたり、話のつじつまを合わせようとする



【周辺症状・BPSD】

排泄の失敗



夕暮れ症候群・夜間興奮



物盗られ妄想



介護に抵抗・暴言・暴力



徘徊



不眠・昼夜逆転



その他追加・特記事項

診療情報提供書（依頼用）

紹介先 医療機関名

年 月 日

紹介元 医療機関名

住所

TEL
FAX

科 先生

医師名 印 or サイン

初回 再評価依頼（前回 年 月 頃）

貴院 ID 番号	
受診希望日	第 1 希望 月 日
	第 2 希望 月 日
	第 3 希望 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平	年 月 日 歳
患者氏名				
住所	〒 -	TEL	自宅： 携帯：	

【紹介の主旨】

- ご本人からの精査希望 家族からの精査希望
 かかりつけ医からの精査要請 その他（ ）

【当事者が最も困っていること】

- 1) 本人
2) 家族・介護者

【既往歴・治療状況】

- 高血圧（治療中、未治療） 糖尿病（治療中、未治療）
 脂質異常症（治療中、未治療） 心臓病（治療中、未治療）
 脳血管障害（治療中、未治療） 過度の飲酒歴
 向精神薬の内服（あり：薬品名）
 その他（ ）：治療中、未治療）

【神経学的所見】

- 構音障害・嚥下障害
 パーキンソン様症状（振戦、動作緩慢、歩行障害）
 幻覚（幻視・幻聴）
 その他（ ）

大田区認知症連携パス

＜ 紹介先医 → 紹介元 ＞

氏名・生年月日
住所・電話番号
当院カルテ番号
主介護者氏名・続柄・連絡先
介護保険の状況

当院の判断

- 今のところ、認知症の心配はありません。
 - 軽度認知障害の範囲と考えます。
 - 認知症を発症していると思われます。
 - 軽度
 - 中等度
 - 高度
- ・アルツハイマー型認知症
 ・レビー小体型認知症
 ・前頭側頭葉型認知症
 ・脳血管性認知症
 ・その他の特殊な認知症
 （ ）

検査所見・コメント：

今後の連携方針

- 大田区認知症連携パスにはのりません。紹介元での定期受診を継続してください。
- 大田区認知症連携パスを用い、今後も紹介先医での定期病状評価が必要です。
 （ 月後）

治療方針

- 現状では治療は不要です
- ドネペジルの内服が必要です（副作用なく導入可能でした。継続をお願いします）
- ドネペジルの増量が必要です（副作用なく増量可能でした。継続をお願いします）
- その他（ ）

大津市認知症連携パス

患者氏名: 性別:男/女
 生年月日: 年齢: 歳

かかりつけ医療機関 ()
 担当医: 患者ID: _____
 専門医療機関 ()
 担当医: 患者ID: _____
 専門医療機関 ()
 担当医: 患者ID: _____
 ケアマネジャー _____ 連絡先 _____
 主たる介護者 _____ 連絡先 _____

発症時期 年 月 日頃

物忘れ以外の症状 不眠 抑うつ ふらつき
 認知症病型 AD VAD DLB FTD その他()
 画像検査 CT MRI (VSRAD) SPECT

現病歴および既往歴 高血圧症 糖尿病 脳血管障害 その他()
 要介護度(初診時) 自立 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
申請 未申請 申請した施設名 _____ 申請日 年 月 日
独居 同居 ()

	医療機関名					
	実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
介護保険	デイサービス	<input type="checkbox"/> ()				
	ショートステイ	<input type="checkbox"/> ()				
	訪問看護・訪問介護	<input type="checkbox"/> ()				
	訪問診療	<input type="checkbox"/> ()				
	要介護度					
スケール	長谷川式(点数)					
	MMSE(点数)					
診察項目	体重					
	血圧(mmHg)					
	脈拍					
薬剤	認知症治療薬	<input type="checkbox"/> ()				
		<input type="checkbox"/> ()				
	睡眠薬	<input type="checkbox"/> ()				
	抗コリン剤	<input type="checkbox"/> ()				
	抗精神病薬	<input type="checkbox"/> ()				
	<input type="checkbox"/> ()					

*検査(認知症スケール・血液検査・画像等)を施行された場合は、検査結果のコピーも添えてご紹介ください。

患者氏名: 滋賀 花子 性別: 男/女
 生年月日: 1927. 7. 30 年齢: 84 歳

かかりつけ医療機関 (大津クリニック)
 担当医: 大津 太郎 患者ID: 100001
 専門医療機関 (湖病院)
 担当医: 鈴木 一郎 患者ID: 010101
 専門医療機関 ()
 担当医: _____ 患者ID: _____
 アマネジャー 田中 秋子 連絡先 077-xxxx-0000
 たる介護者 滋賀 勇太 連絡先 077-△△△-0000

発症時期 2010年 7月頃

物忘れ以外の症状 不眠 抑うつ ふらつき

認知症病型 AD VAD DLB FTD

画像検査 CT MRI (VSRAD) SPECT

病型、画像診断は
 専門医療機関にて記入

現病歴および既往歴 高血圧症 糖尿病 脳血管障害 その他()

要介護度(初診時) 自立 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要

切申請 未申請 申請した施設名 大津クリニック 申請日 2010年 7月

独居 同居(夫 長女)

原紙は
 「かかりつけ医(主に通院している
 医療機関)」でコピーおよび保管。
 連携施設でもコピーを保管

医療機関名	大津クリニック	湖病院				
実施日	2010年 8月 5日	2011年 2月 8日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
デイサービス	<input type="checkbox"/> ()	<input checked="" type="checkbox"/> (湖の里)原夏子	<input type="checkbox"/> ()			
ショートステイ	<input type="checkbox"/> ()					
訪問看護・訪問介護	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()		
訪問診療	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()		
要介護度	要介護1	要介護2				
スケール						
長谷川式(点数)	15	10				
MMSE(点数)						
診察項目						
体重	50	51				
血圧(mmHg)	65/118	69/116				
脈拍	63	64				
薬剤						
認知症治療薬	<input checked="" type="checkbox"/> アリセプト5mg	<input checked="" type="checkbox"/> アリセプト10mg	<input type="checkbox"/> ()			
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
睡眠薬	<input checked="" type="checkbox"/> サイレース1mg	<input checked="" type="checkbox"/> サイレース1mg	<input type="checkbox"/> ()			
抗コリン剤	<input checked="" type="checkbox"/> ベシケア5mg	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
抗精神病薬	<input checked="" type="checkbox"/> リスパダール1mg	<input checked="" type="checkbox"/> リスパダール1mg	<input type="checkbox"/> ()			
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

各種サービスを受けられている場合は
 施設名、担当者名を記入

・6ヶ月に一度を目処に検査
 ・年間で4~5点の低下があれば
 専門医療機関に再紹介
 ・その他日常生活に支障をきたす
 場合は、専門医療機関に紹介

*検査(認知症スケール・血液検査・画像等)を施行された場合は、検査結果のコピーも添えてご紹介ください。

認知症状状進行チェック表

点数(1:軽度 2:中等度 3:高度)

周辺症状は当てはまる項目にチェック をお願いします

確認する症状		点数	2010年 8月 5日	2011年 2月 8日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
時間や場所 の見出し場所	年月日の感覚が不確か(だいたいわかる)	1	2	2				
	季節や場所がわからないことがあるが、ヒントがあれば答えられる	2						
	配偶者や子供の顔も判らなくなる	3						
会話	日常の会話を困らない、知識も保たれている	1	2	2				
	必要なことは言うことができる。簡単な会話はわかる	2						
	簡単な会話もわからないが、気持ちを表現することはできる	3						
お風呂	自分でお風呂に入ることができる	1	2	2				
	お風呂に入ることをおぼろげに覚えているが、自分で体を洗うことや温度調節ができる	2						
	手助けなしで、自分でお風呂にきちんと入ることができない(お風呂の温度や量の調節ができない、体をうまく洗えない)	3						
着衣	自分で洋服を選び着ることができる	1	2	3				
	ふさわしい衣類をそろえるなどの介助があれば、衣類を着ることができる	2						
	手助けなしで、状況にあった服を選んで着ることができない	3						
トイレ	一人でトイレをすませることができる	1	1	3				
	トイレの水を流すのを忘れたり、きちんと拭くことを忘れる	3						
周辺症状	幻視・幻聴		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	妄想		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	昼夜逆転		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	暴言		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	暴行		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護への抵抗		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	徘徊		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	火の不始末		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	不潔行為		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	異食行動		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	性的問題行動		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他 特記すべき事項							

点数で記入

・このパスは医師と医師の間で、患者様情報を共有するためのものです。
 ・患者様、ご家族が原紙を保有し、各施設に持参するようご指導ください。
 ・大津市認知症地域連携パスは大津市医師会HPのPDFダウンロードページより取得してください。
http://www.otsu.shiga.med.or.jp/index.php?/news/organ_news_list/index/1/7
 ・A4サイズの1枚(表裏 両面)で構成されています。
 ・「介護施設・デイサービス」のご相談については「大津市健康保険部健康長寿課」の「認知症対策連携強化事業」による「情報提供用紙」をご利用ください。
<http://www.city.otsu.shiga.jp/www/contents/1300174781587/html/common/4e2cf7d5013.htm>
 ・パスの使用状況を確認するため、年に1回アンケートを実施します。

足立区認知症連携パスを作ろう！



精神科連携パス勉強会
(大内病院、東京足立区 2011年5月11日)

まとめと提言

- ・医療計画に精神疾患が追加された
- ・精神疾患、とくに認知症連携パスが注目
- ・塩酸ドネペジルのジェネリック医薬品の普及と活用を！
- ・塩酸ドネペジル連携パスを作ろう

ジェネリック 医薬品講座

遠見公雄・武藤正樹 編著

B6判・定価1,500円(本体1,428円+税)送料290円 ※送料は5%税込価格です。

●医療費抑制が求められている今、新薬と効果が同じで安い、ジェネリック医薬品が注目されています。

●「ジェネリック医薬品とは何?」「どのくらい安いのか?」「安全性は?」「処方してもらうにはどうしたらいい?」……専門知識のない人でも理解できるよう、医師や薬剤師などの専門家が、ジェネリック医薬品の基礎知識を、丁寧に解説します。

●製薬企業をとりまく「2010年問題」や、自治体が行っている「ジェネリック医薬品差額通知システム」などにもふれ、ジェネリック医薬品に関連した動きを知ることができます。

●自治体職員や、ジェネリック医薬品について興味があり基本的な知識を得たい方はもちろん、現在医療を学んでいる方、医療・医薬品業界の方にもおすすめの一冊です。

序にかえてより

今や、医師や事務職員はもろもろのこと、医療界でジェネリックやジェネリック医薬品を知らないという人はまずいないでしょう。患者さんからも「既読品にしてください」とか「この薬にジェネリックはありますか?」と尋ねられることも珍しくありません。製薬会社内の販売促進やマスコミに取り上げられる機会も多くなりました。このような状況下、少しでも多くの方々、特にまだジェネリックにあまり興味を持っていないが一般の市民や若い医師、医学部の生にも読んでいただきたいと思うので上梓したのであります。

「ジェネリックという漢字何の薬ですか?」と患者さんから聞かれる医師、薬剤師は多いこと推察します。ことほど左様に、この国では認知度が低いのです。「ジェネリック」とは、新薬の特許期間(18

とんどの国で20年)が切れた後に製造される同じ化学成分を持つ薬品で厚労省が認可した薬品を指します。最初の薬品は先発医薬品の0.6割引(0.7倍)に決められます。ジェネリックの利点は、例としても患者さんの自己負担が少ないということです。1週間程度の治療ならばその程度の金額感がなくても、5年、10年以上服用し続けたり耐え続ける慢性疾患や難治性疾患(難病)、高齢な患者が多い治療などでは大きな恩恵を受けます。また国の医療費抑制にも貢献し、最近では公費削減の限も毎年初200億円強に上ります。病院、特にDPC病院では薬剤費の押えた資金を再生産のために設備投資、つまり新しい医療機器の導入や人員配置の増強、アメニティの向上などにも充てられます。当然、職員待遇の改善にも役立ちます。

書よろせい

ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp