

An aerial photograph of Tokyo, Japan, showing a dense urban landscape with numerous skyscrapers and buildings. The Tokyo Tower is prominent on the left side. A white circle highlights a specific building in the lower right quadrant. In the top right corner, there is a smaller, semi-transparent inset image of a modern building with a glass facade.

地域連携と製薬メーカーの役割 ～認知症連携について～

国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹



国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 社会保障・税の一体改革
- パート2
 - 医療計画見直しと報告制度
- パート3
 - 大きく変わる認知症施策
- パート4
 - 地域連携と製薬メーカーの役割



パート1

社会保障・税の一体改革



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議（会長 清家慶応義塾大学学長）
で始まった（2012年11月30日）

社会保障・税一体改革(8月10日)

消費税関連法案国会通過

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

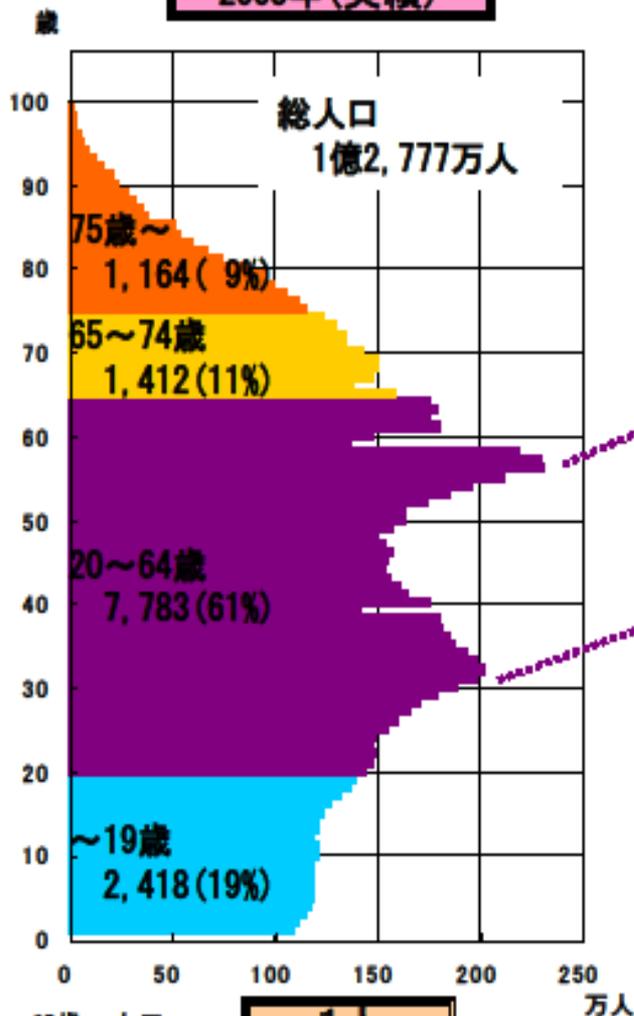


2012年8月10日、参議院を通過

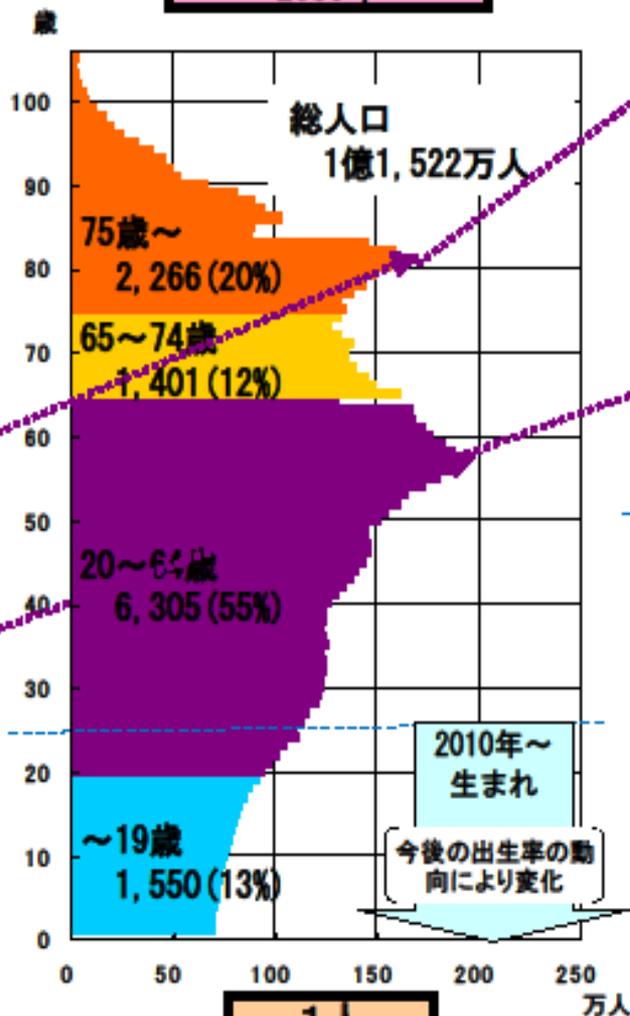
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

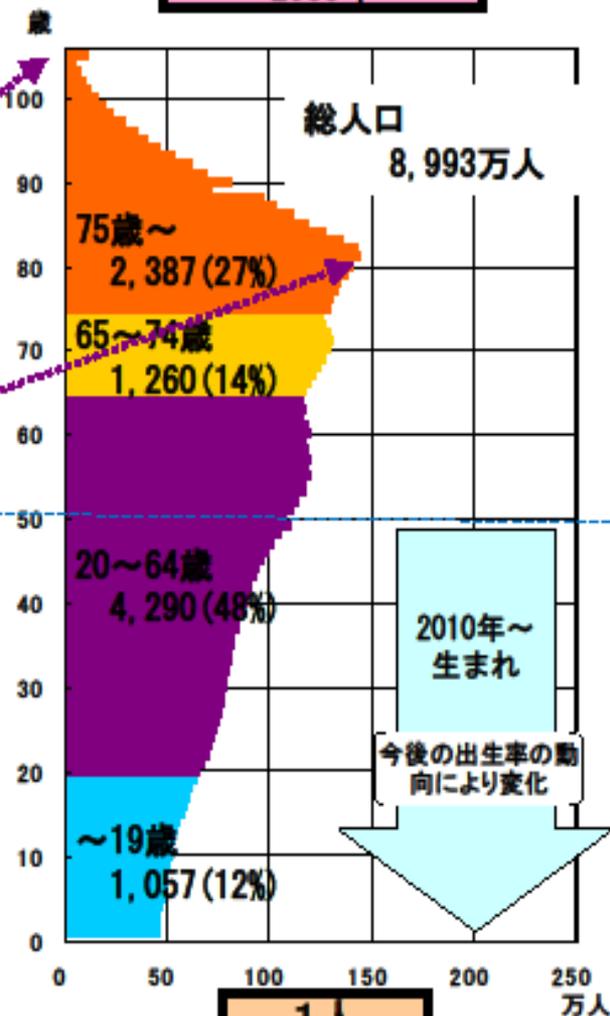
2005年(実績)



2030年



2055年

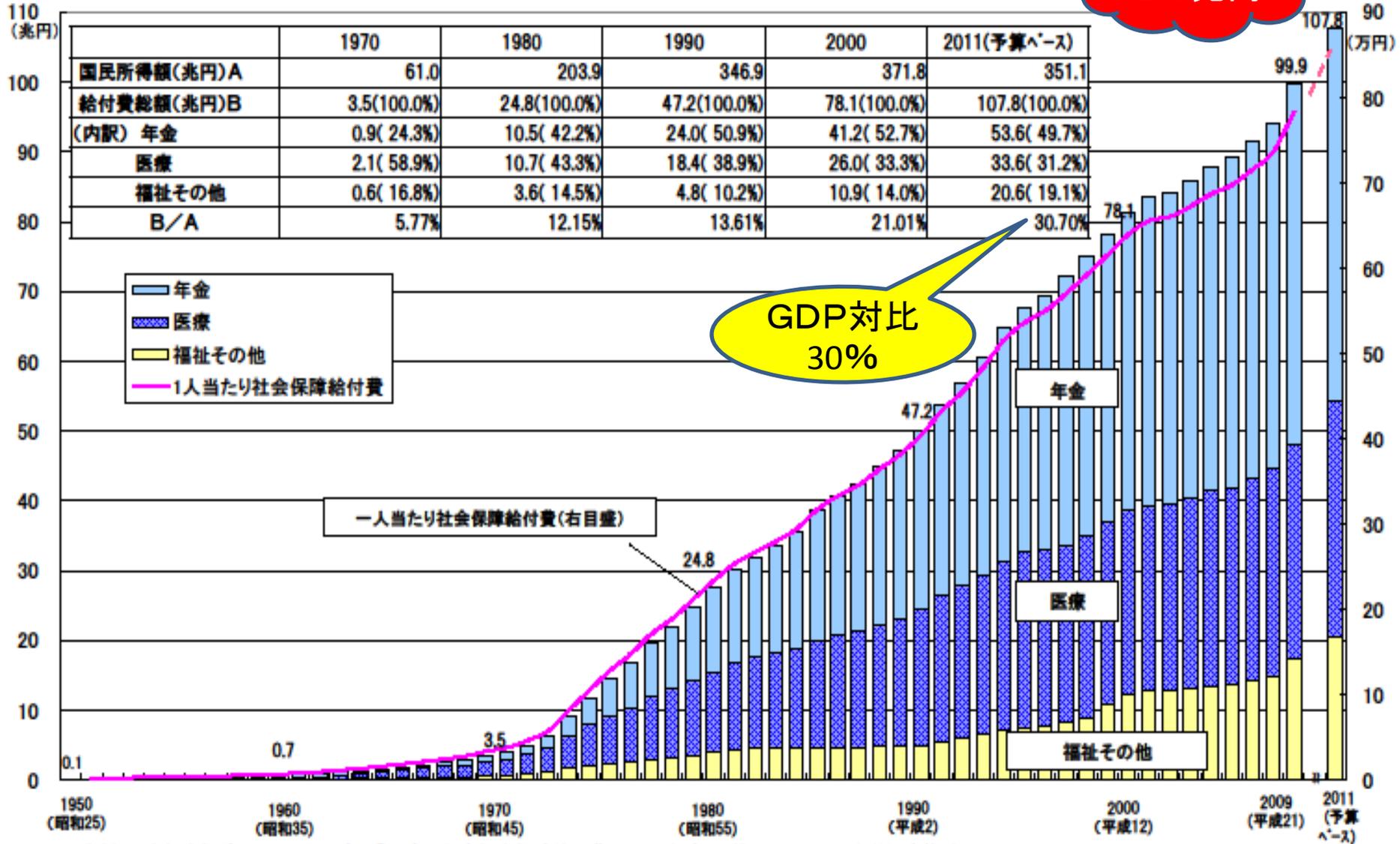


注:2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



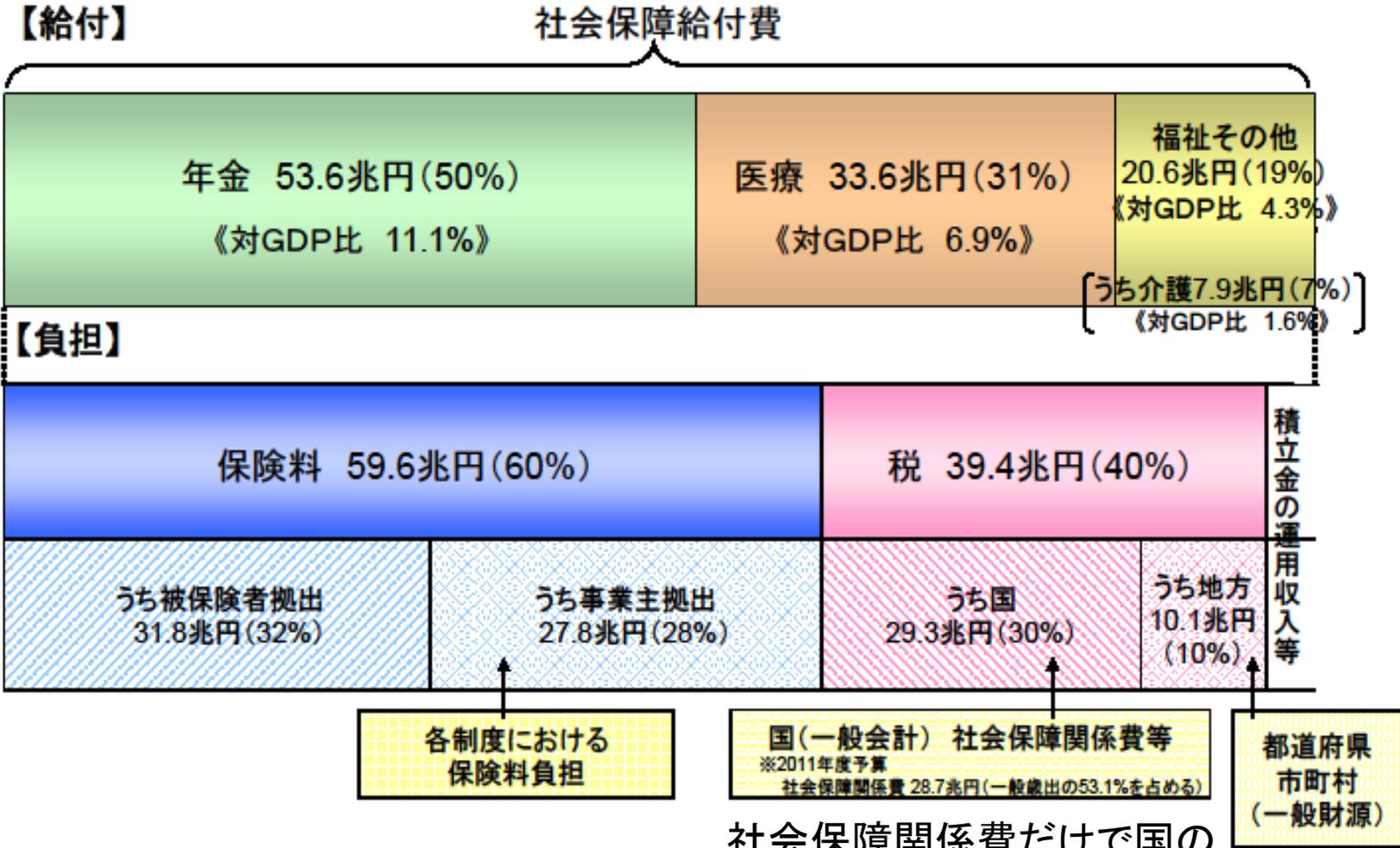
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

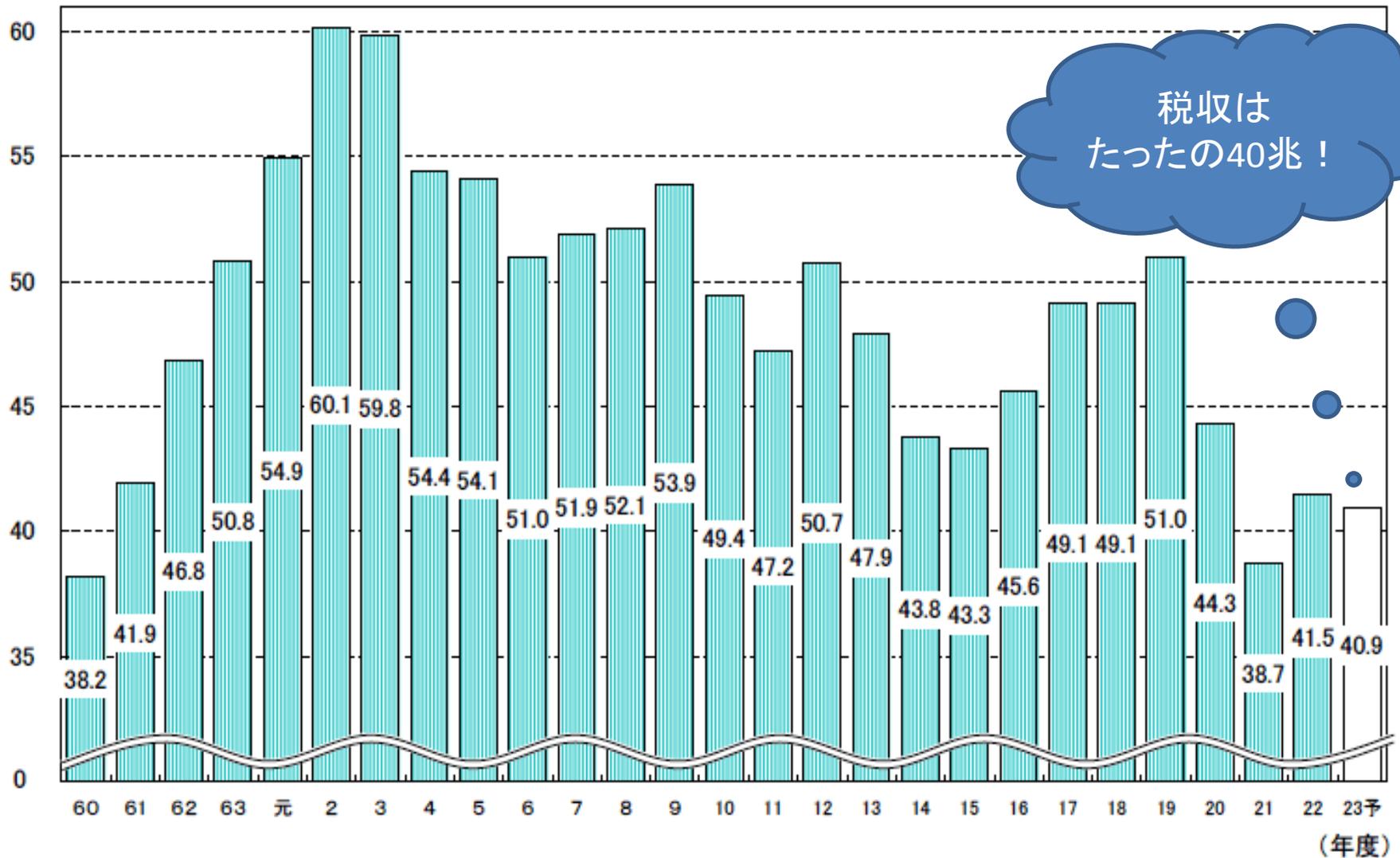


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

一般会計税収の推移

(兆円)



消費増税法が成立



そしてついに増税！

しかし、

その前になすべきことは？

医療・介護の徹底した効率化

日本経済新聞

8月11日

14年4月8% 15年10月10%

増収、社会保険料に

次の...成長力

社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	⇒	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所 (市町村単独分含む)	⇒	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

【医療・介護】

2011年度

2025年度

	2011年度	2025年度
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度
	医師数	29万人
	看護職員数	141万
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分
【介護】	利用者数	426万人
	在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	304万人分 5万人分 -
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分
	介護施設 特養 老健(+介護療養)	92万人分 48万人分(うちユニット12万人(26%)) 44万人分(うちユニット2万人(4%))
	介護職員	140万人
	訪問看護(1日あたり)	29万人分
	【高度急性期】	22万床 15～16日程度
	【一般急性期】	46万床9日程度
【亜急性期等】	35万床 60日程度	
	641万人(1.5倍)	
	・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増	
	449万人分(1.5倍) 40万人分(8.1倍) 15万人分(-)	
	61万人分(2.0倍) 24万人分(1.6倍) 37万人分(2.3倍)	
	131万人分(1.4倍) 72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%)) 59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))	
	232万人から244万人	
	49万人分	

一般病床
107万床

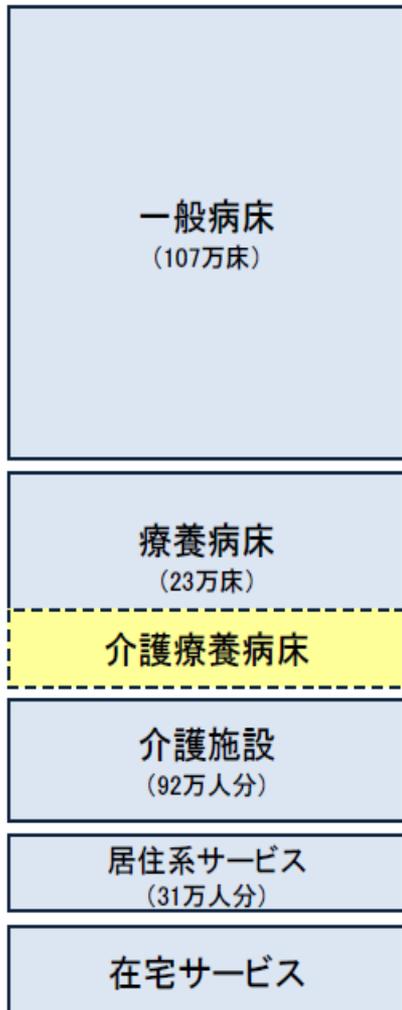
機能分化し
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

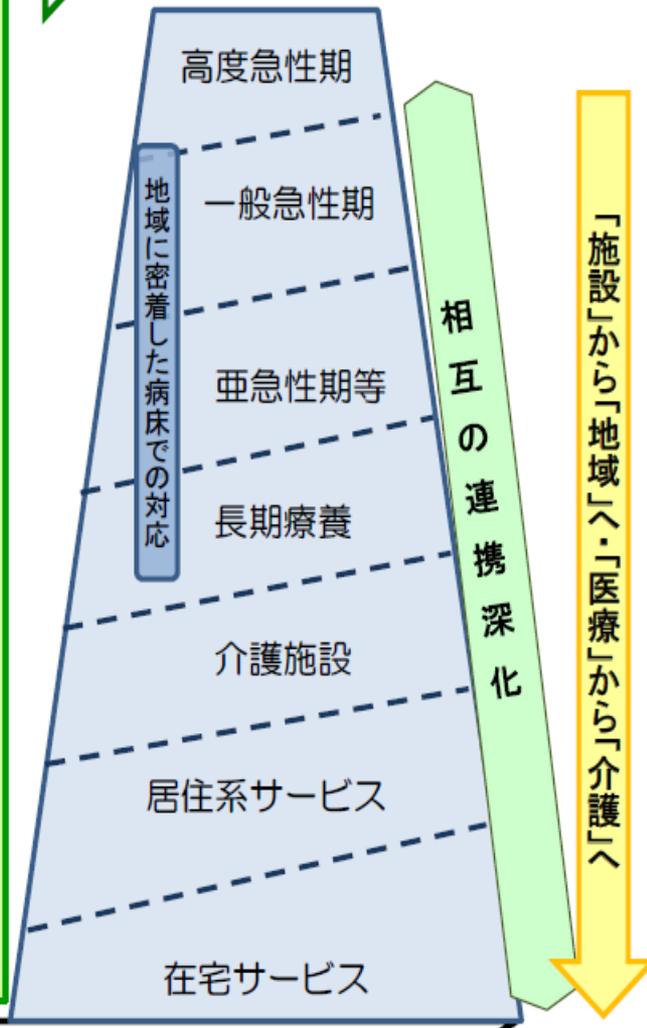
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

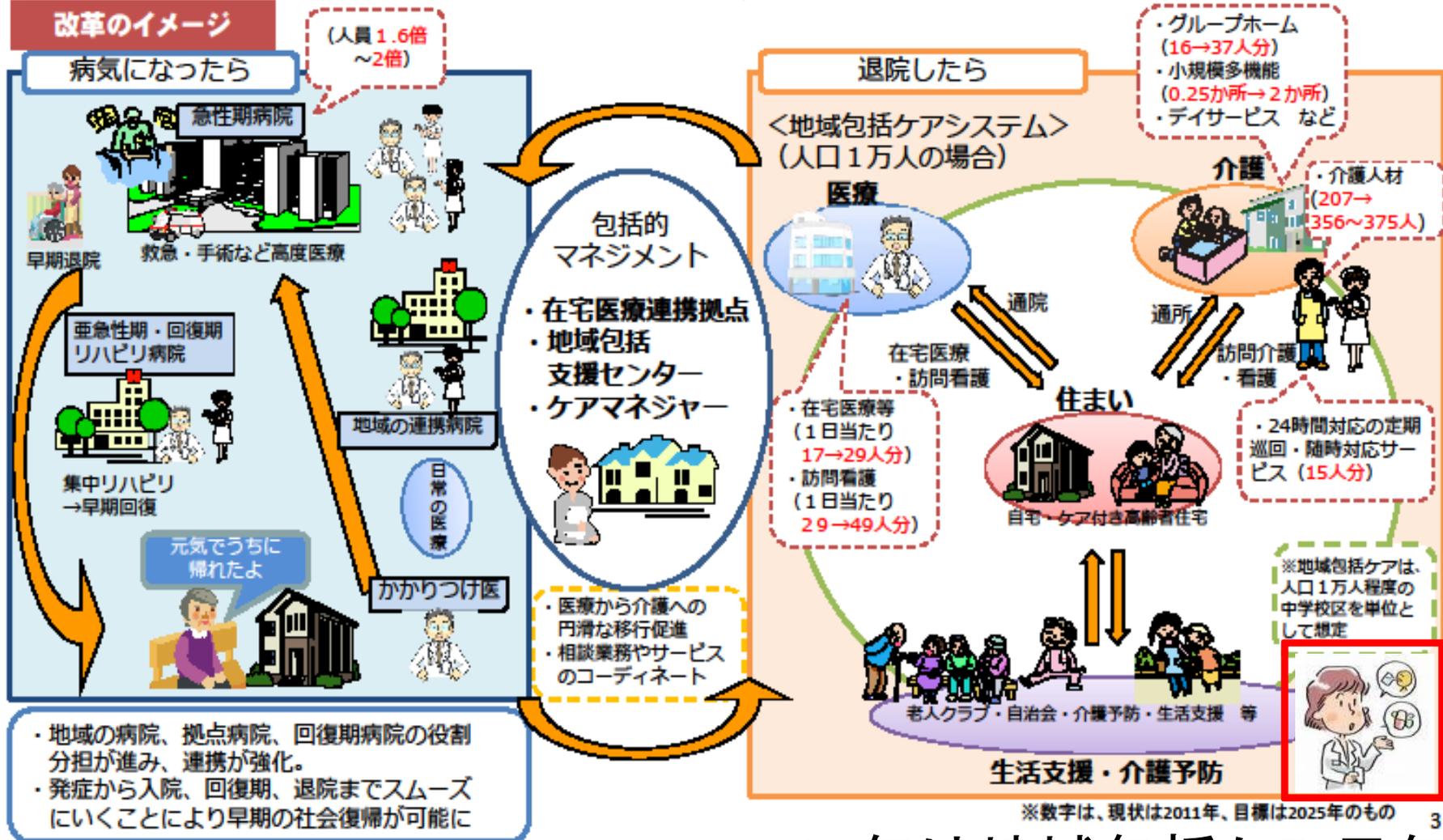
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

2012年は地域包括ケア元年

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

介護
保険
事業
計画

医療介護のあるべき姿

入院病床の機能分化



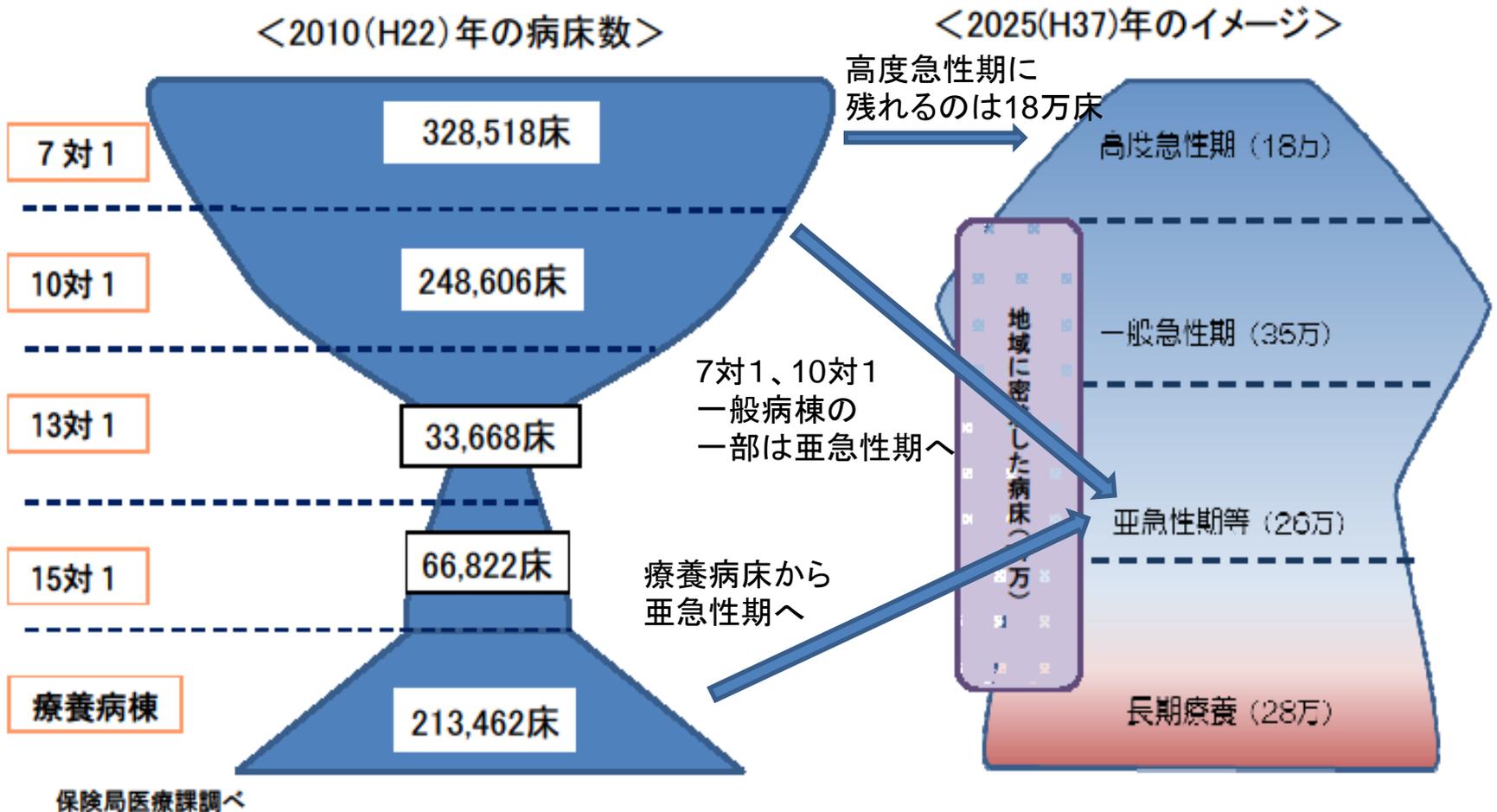
中医協調査専門組織
入院医療等調査・評価分科会（2012年8月1日）

診療報酬調査専門組織・入院医療費等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
あんだう ぶんえい 安藤 文英	日本病院会 常任理事 医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	日本医師会 常任理事 社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すずむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	全日本病院協会 副会長 社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すずむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター 病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会 会長 医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター 長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所 所長

○：分科会長

診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

中医協で議論されている 入院基本料の見直し

入院基本料

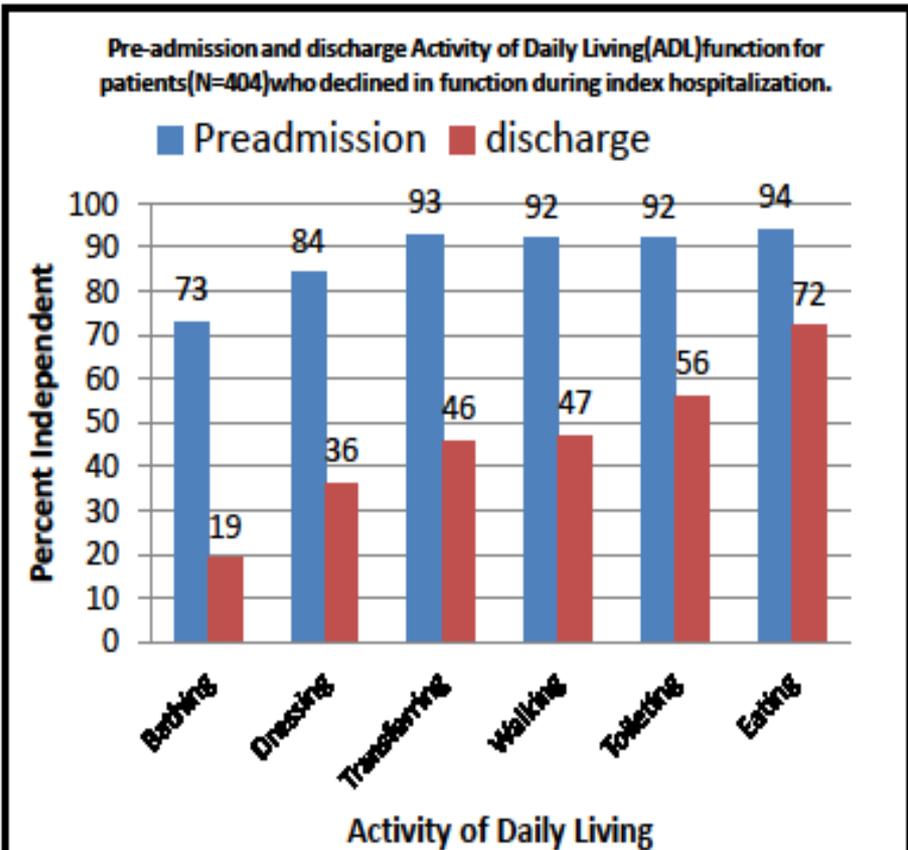
- 入院サービスの基本料金、病院のホテルサービス料金

• 算定要件

- ①看護配置数
 - 看護師の配置数だけでいいのか？多職種配置？
- ②重症度・看護必要度
 - 評価票はこのままでいいのか？
- ③平均在院日数
 - 平均在院日数のみでいいのか？

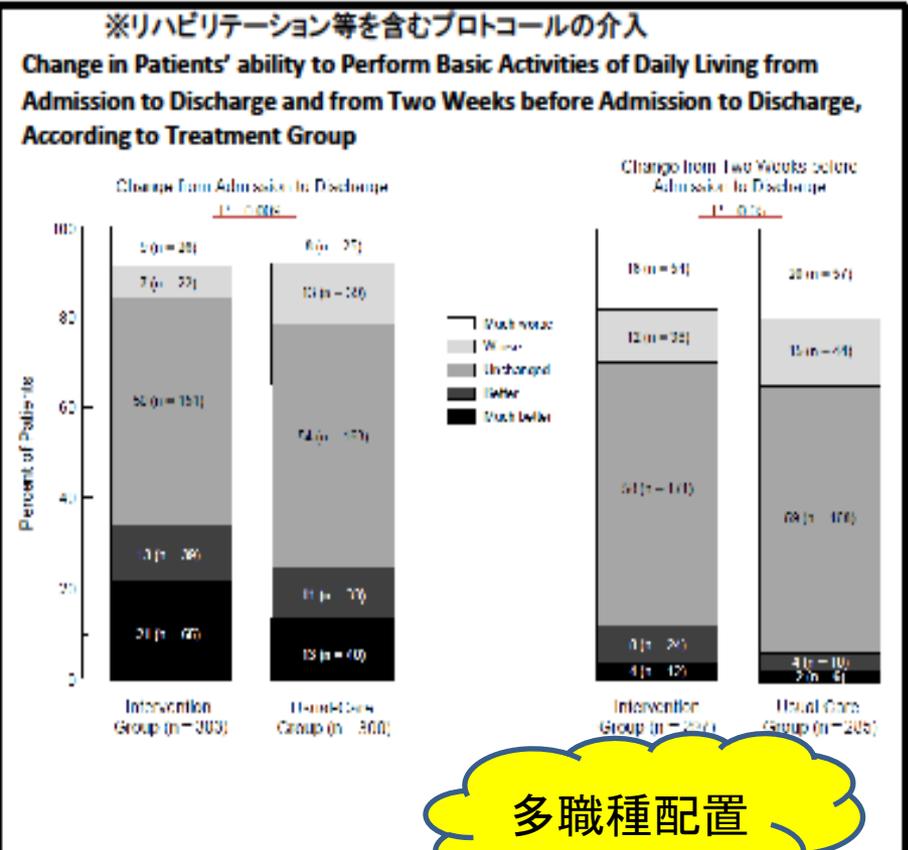
急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較



出典: Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998 Nov;14(4):669-79.

入院時と退院時の通常治療群と介入群*の比較



出典: Landefeld CS, et al. A randomized trial of care in an acute medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995 May 18;332(20):1338-44.

多職種配置

急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを導入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

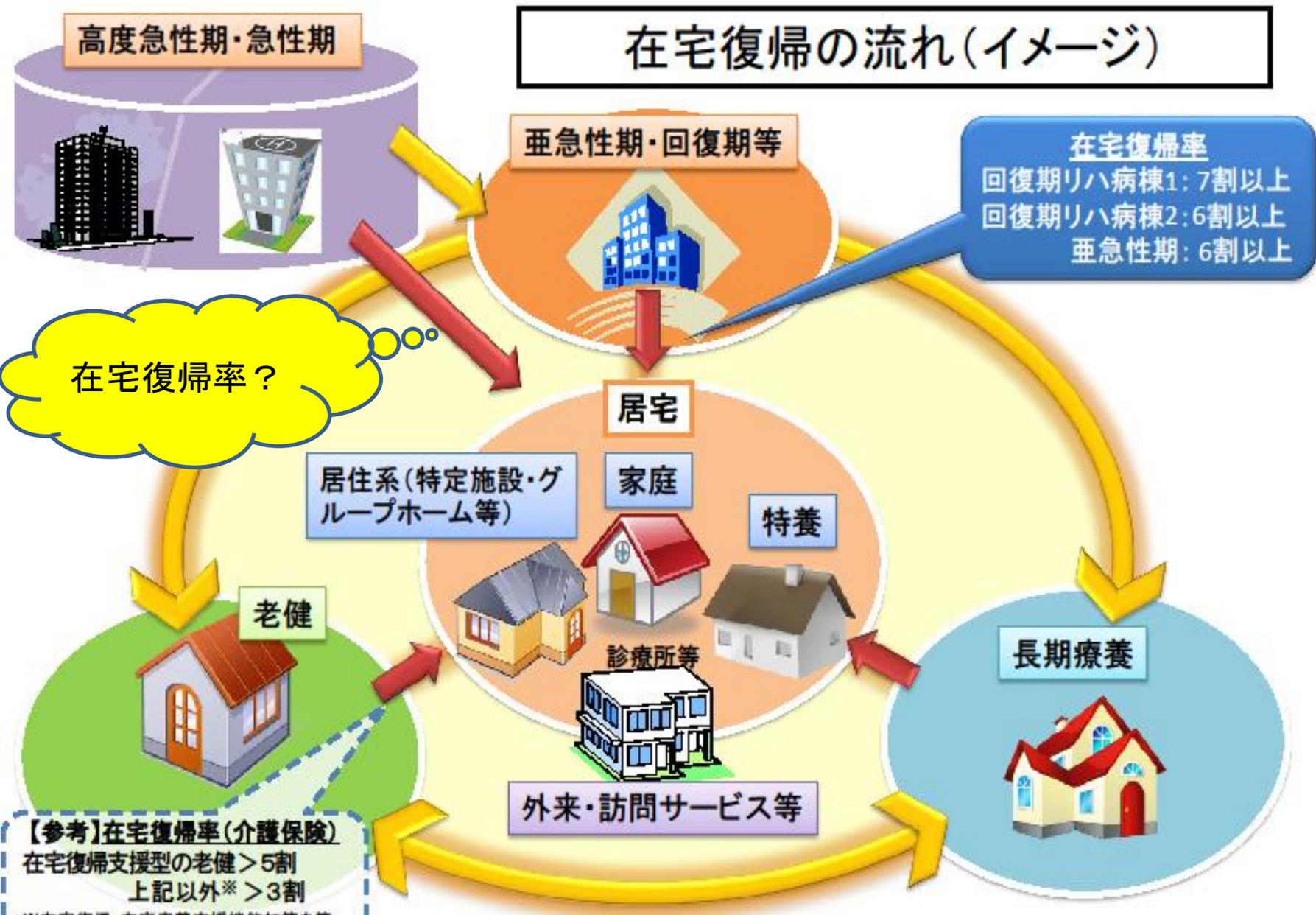
測定・評価が
要件となるもの

7対1入院基本料	重症者※の割合 15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

厚生科学研究で
検討

③ 平均在院日数と在宅復帰率？



パート2

医療計画見直しと報告制度

2006年6月第5次医療法改正 地域医療計画の見直し



医療計画は医療提供体制の基本計画

地域医療計画の見直し(2006年医療法改正)

疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



日常医療圏
二次医療圏に近いが
疾患や地域に
よっては異なる



日常医療圏と診療ネットワーク構想



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

疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

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

第5次医療法改正で
保険薬局も大きく役割が変わった！

「医療提供施設」としての保険薬局

●改正医療法の第1条の2

「病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他医療を提供する施設」とし、「調剤を実施する薬局」を、初めて「医療提供施設」と明記した

●これまでの経緯

－ 前回97年の第4次医療法改正時は、薬局に関しては、「医薬分業の推進」が地域医療計画の「任意記載事項」として盛り込まれただけにとどまっていた。

－ 今回の医療法改正は保険薬局の機能にとっては画期的ともいえる改正

医療計画作成指針(07年7月通知)

• 「薬局の役割」

- 医療計画の「4疾病・5事業にかかる医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料の供給拠点としての役割を担うことが求められる」
- 「都道府県においては、医療機関と薬局の機能分担および業務の連携によって、時間外においても対応できることなどを計画に記載することにより、患者や住民に対し分かりやすい情報提供の推進を図る」
- 医療計画の案の作成の段階から、都道府県は「調剤に関する学識経験者の団体」すなわち都道府県の薬剤師会の意見を聞かなければならないと規定された。

医療計画と保険薬局



• 日本薬剤師会 山本信夫前副会長

- 「これまでの医療計画には、薬局は医薬分業としての機能しか含まれていなかった。しかし医療法改正で、薬局が医療提供施設となったことによって、医療計画の中の医療提供施設といえば全てに薬局が含まれるものと認識している」
- 「4疾病・5事業への参加については、急性期医療に関しては難しいが、それ以外の癌、糖尿病、脳卒中などすべての疾病に対して、医薬品の供給という面で関与できるだろう」
- 「また5事業については、災害時における医療には既に取り組んでいる。さらにへき地医療は今後検討すべき課題になる」
- 「在宅医療の観点では、薬剤師の出番はたくさんある」。

2013年新たな医療計画がスタートする



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

4疾患5事業の見直しの方向性

- 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

2次医療圏見直し

- 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
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化



「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

「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

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

○北海道

- ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%

○山形

- ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)

○福島

- ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
- ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)

- ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
- ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)

○茨城

- ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)

○東京

- ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)

○山梨

- ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数
1圏域(H18) → 4圏域(H24)

○福井

- ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)

○福岡

- ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)

○佐賀

- ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)

○熊本

- ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
- ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
- ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)

- ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 84.2%(H16) → 98%(H24)

- ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)

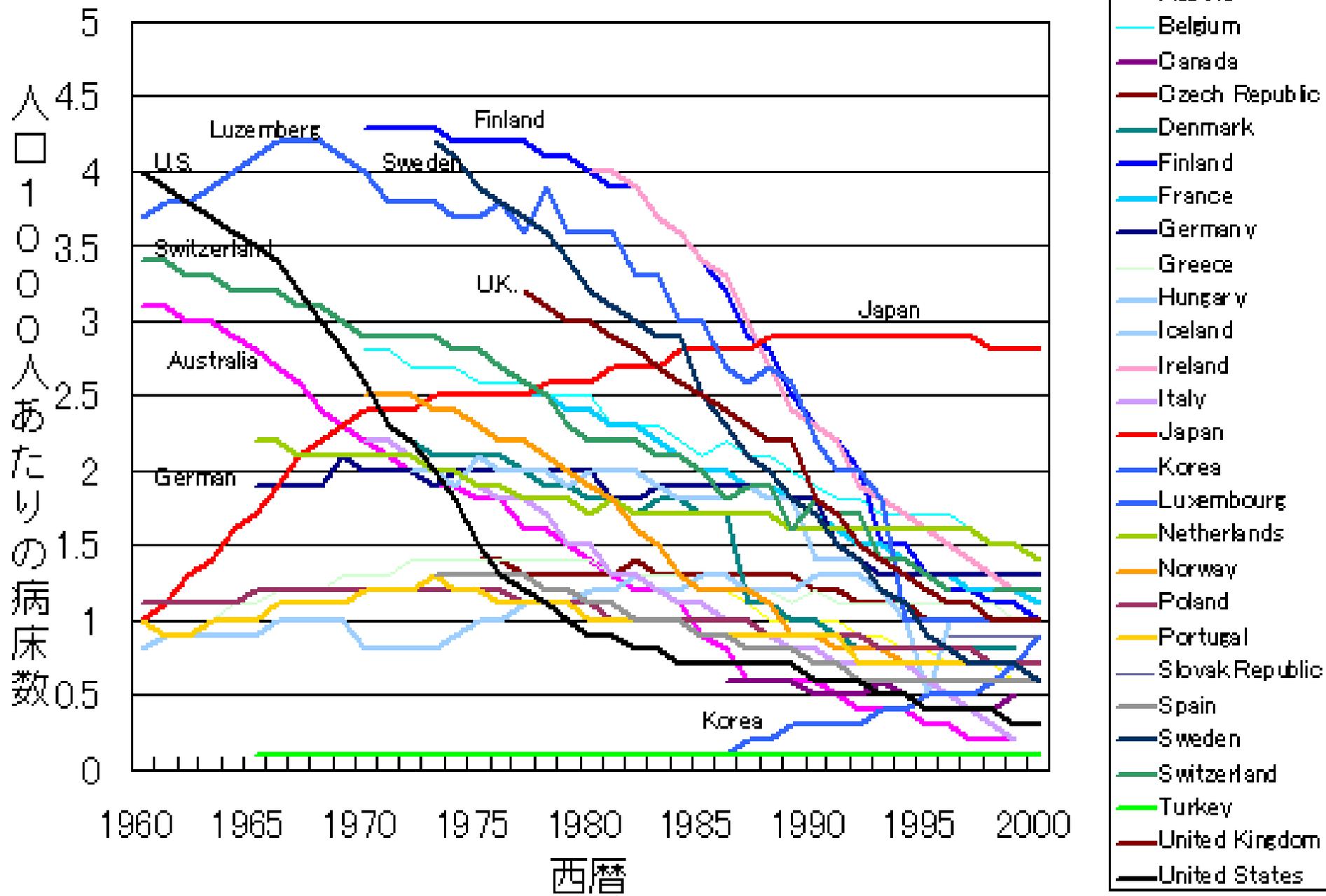
○沖縄

- ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
- ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

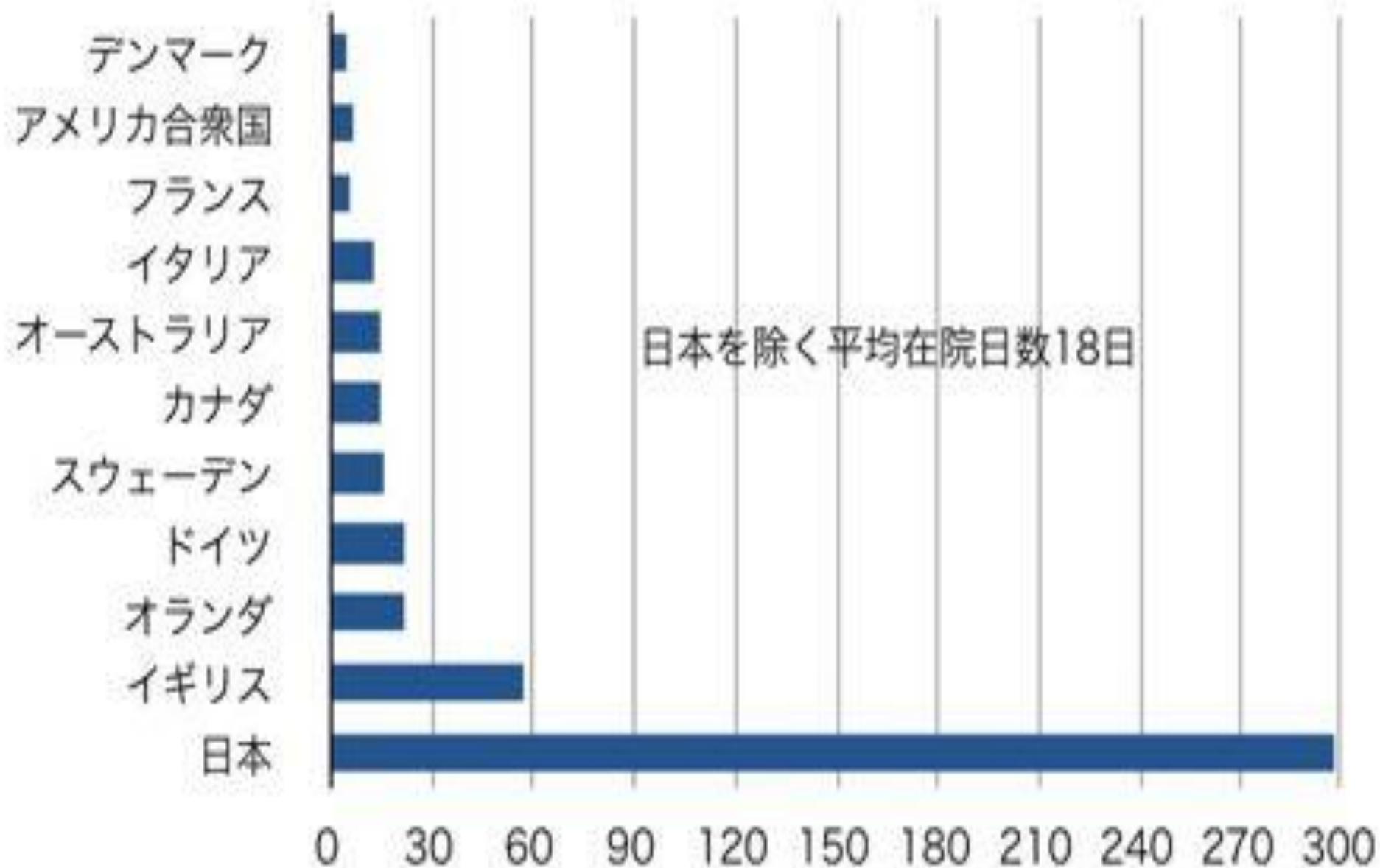
精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数

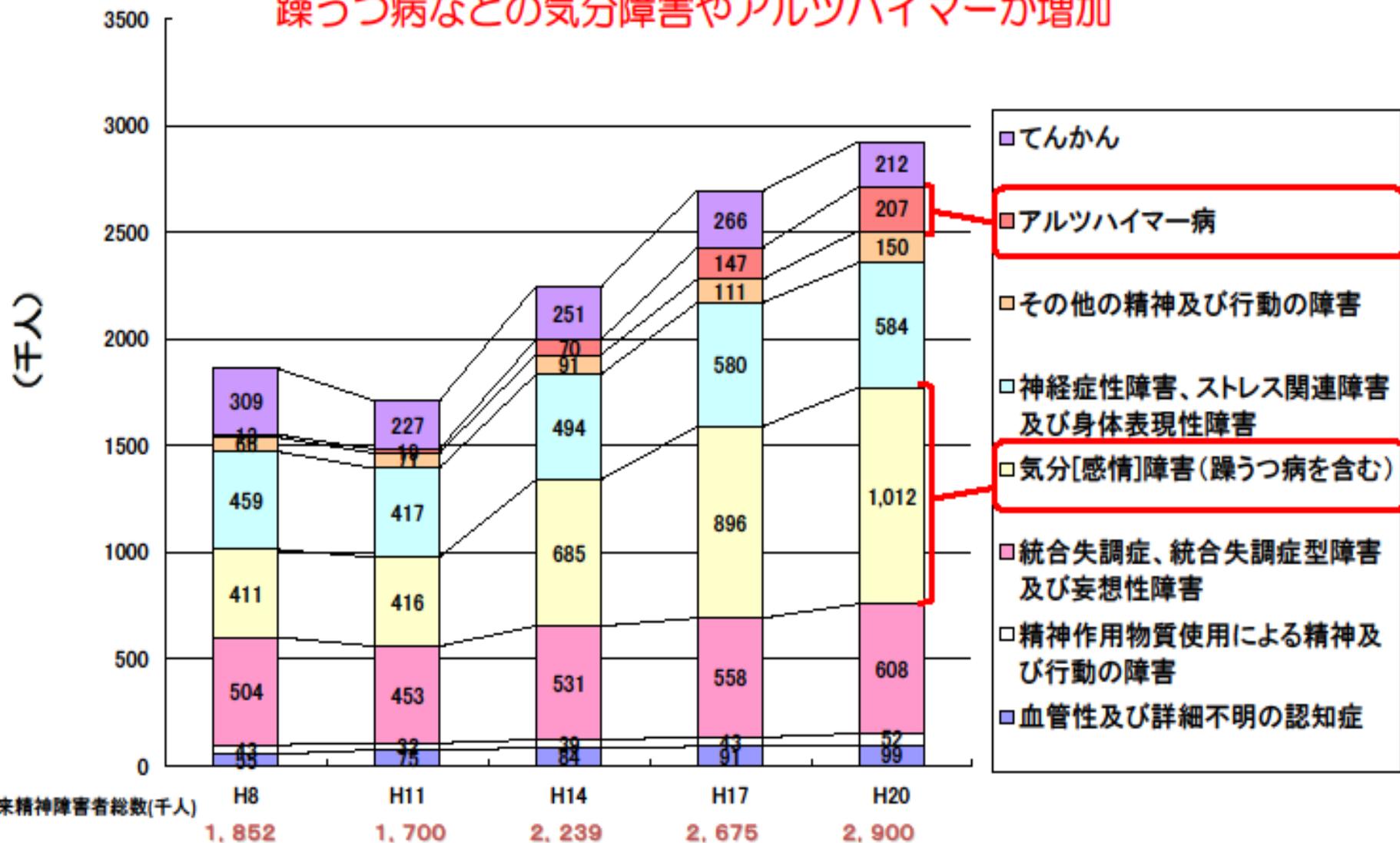


2005年退院者平均在院日数



精神疾患外来患者の疾病別内訳

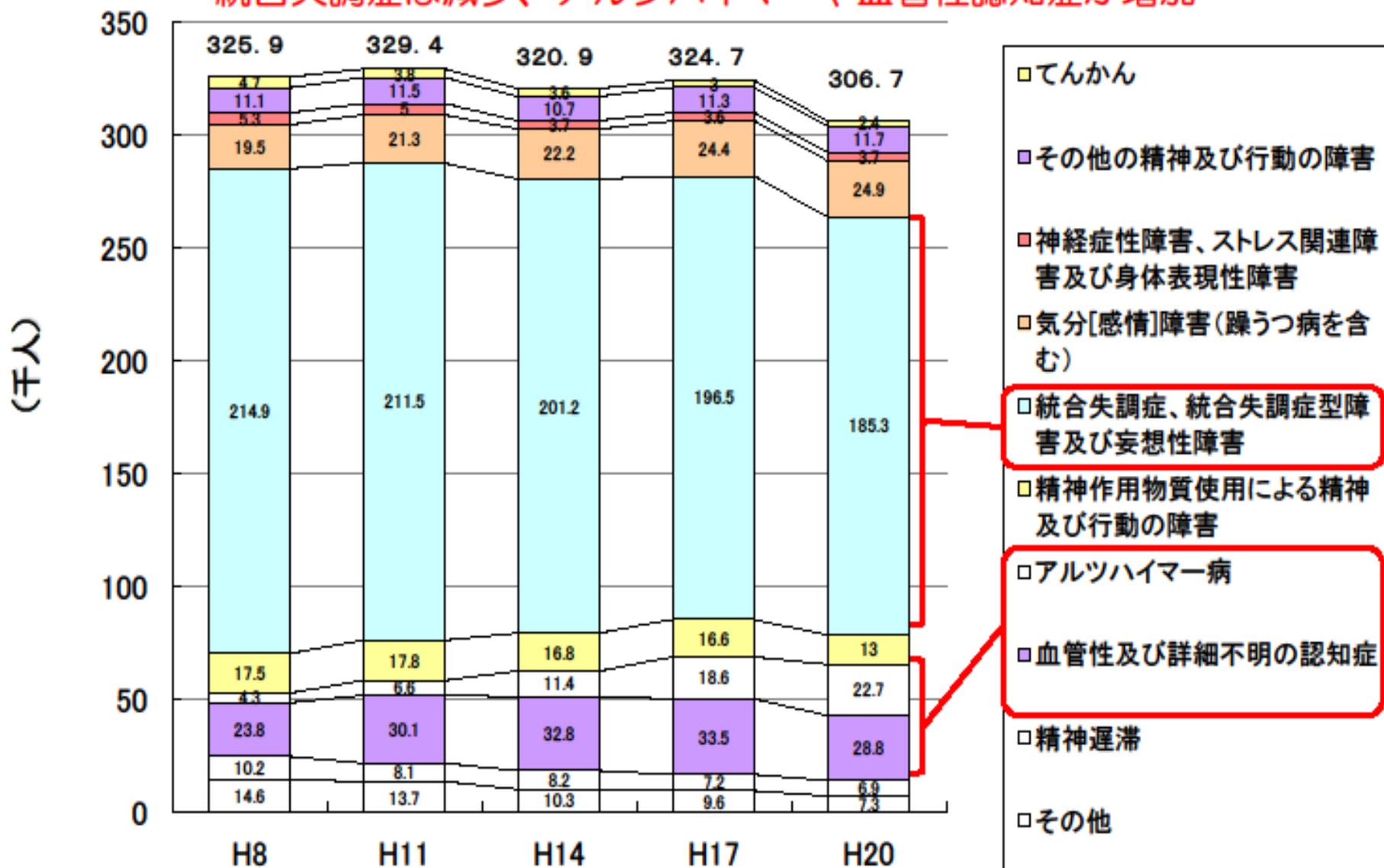
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

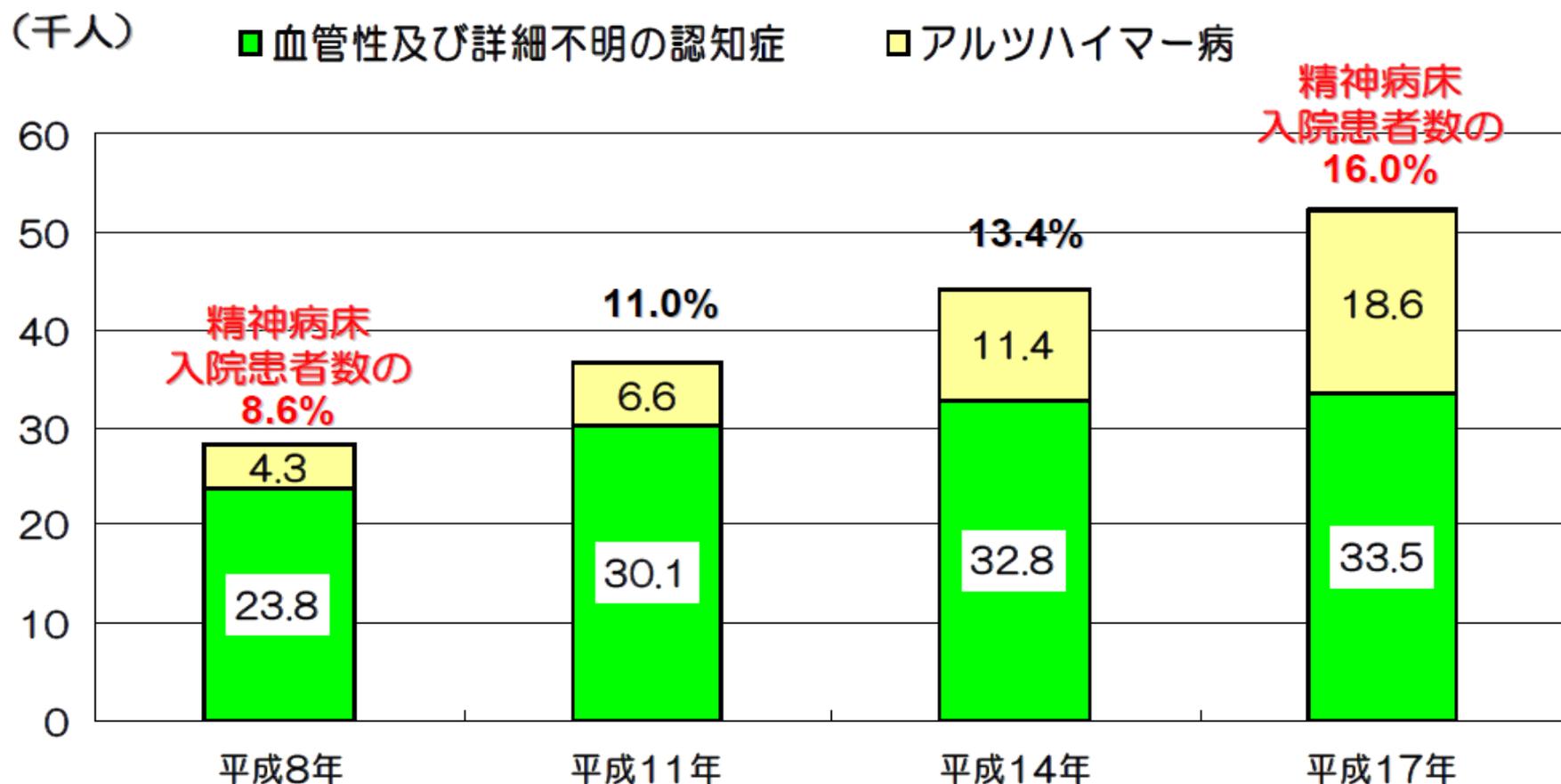
精神病床入院患者の疾病別内訳

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

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)

居宅 約49%
(約83万人)

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。

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明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 精神疾患における地域連携体制の構築
- 地域連携クリティカルパスの作成

病床機能情報報告制度と 次期医療計画見直し



「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)

1. 医療機能及び病床機能を報告する仕組みの導入

- 各医療機関（診療所を含む。）が、病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける（医療機能情報提供制度の活用検討）
※ 報告は、病棟単位を基本
- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告。
- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告。

報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容を、患者、住民にわかりやすい形で公表。

今回の検討会の設置

2. 医療機能の情報把握

- 都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握。

3. 地域医療ビジョンの策定(次々回の医療計画)

- （医療機能の）現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定。

※ 国において、予め、都道府県に報告された医療機能に係る情報を分析し、地域において均衡のとれた医療機能を適切に推進するための地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を医療提供者や利用者の意見も踏まえ、検討。その際、医療資源の限られた地域等について、地域の実情に応じた配慮も併せて検討。

今後検討会を設置して、検討

※ 上記のビジョンの策定については、医療機関からの情報を踏まえ行うものであることや都道府県の準備期間を考慮し、次々回の医療計画の策定の中で検討。

4. その他

- 機能分化を推進するに当たっての基本的考え方や、国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について、医療法に位置づける。

病床機能情報報告制度

- 2014年度から以下の病床機能類型について病棟ごとに都道府県に報告する
- 病床機能の6種類（種類名は仮称）
 - (1) 急性期
 - (2) 亜急性期
 - (3) 回復期
 - (4) 長期療養
 - (5) 障害者・特殊疾患
 - (6) そのほか（病棟内に機能が混在しているケース）

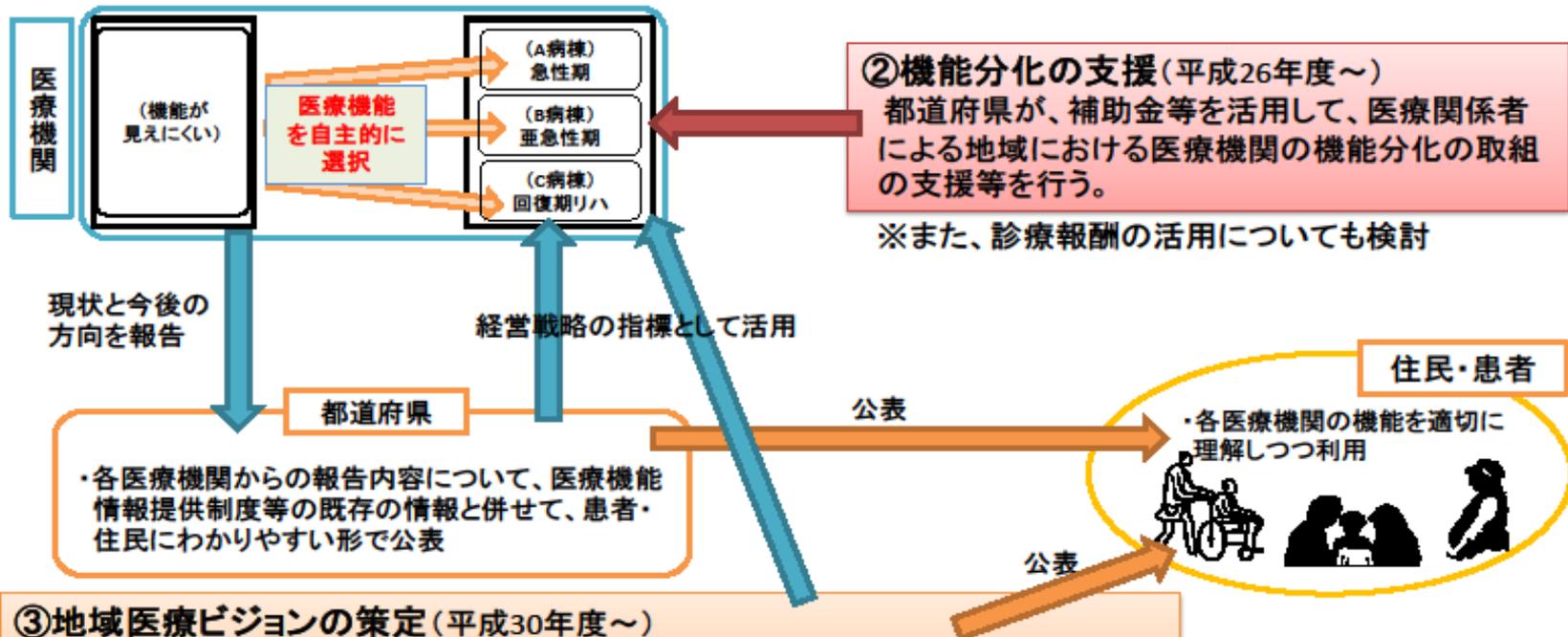
病床機能情報の報告・提供制度

機能分化を推進するための仕組み

第4回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 資料
平成25年3月7日 4

①医療機関による報告(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



③地域医療ビジョンの策定(平成30年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

2025年へのロードマップ

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

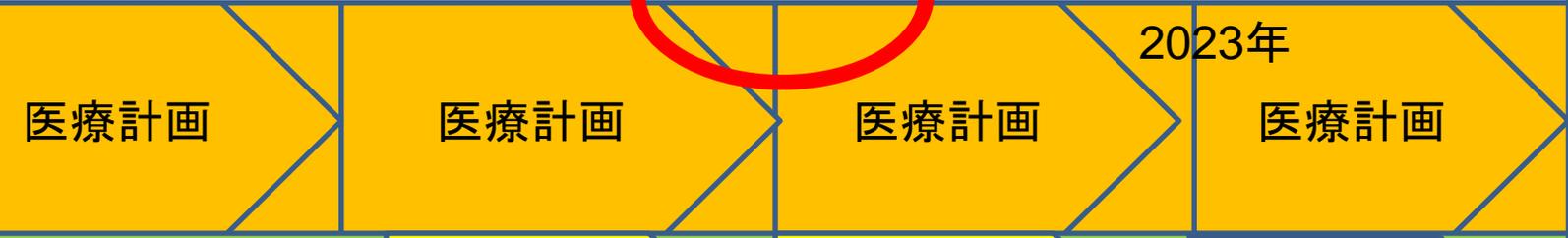
方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画



病床機能情報報告制度



医療介護のあるべき姿

病床機能情報報告制度では 医療連携情報も報告する

急性期→回復期→在宅等の
患者の流れを報告する

パート3

大きく変わる認知症施策



藤田厚生労働前政務官

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。

【算出方法】

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。（次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照）

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

【算出方法】

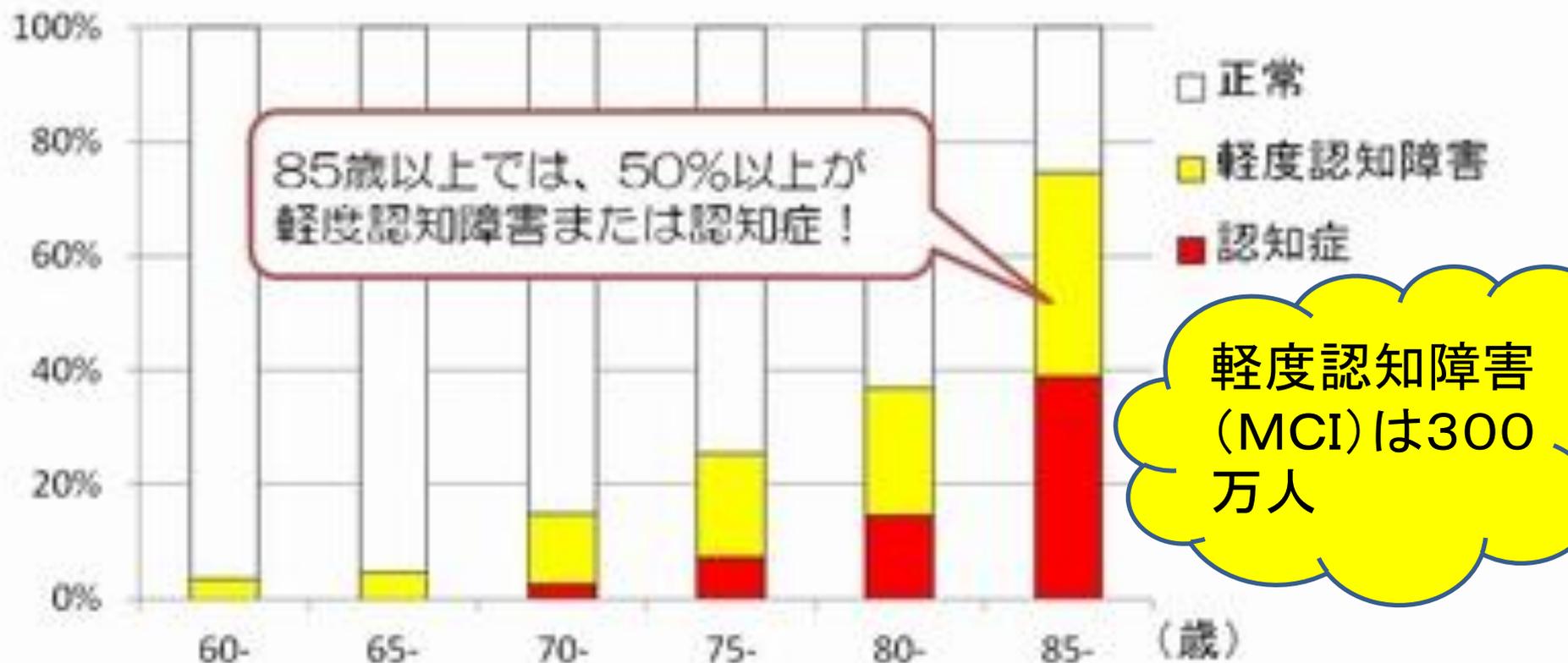
- 将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計した。

（参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書）

（単位：万人）

将来推計（年）	平成14年 （2002）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

地域在住高齢者における軽度認知障害および認知症の割合
— 悉皆調査(全数調査)による認知機能評価結果 —



2010-2011年度実施 (n=814名, 60歳以上)

軽度認知障害: CDR 0.5で認知症のDSM-III-R 診断基準を満たさない受診者

認知症の人の精神科病院への 長期入院の解消

- 「認知症の人」の不適切な「ケアの流れ」の結果として、認知症のために精神病床に入院している患者数は、5.2万人（平成20年患者調査）に増加し、長い期間入院し続けるという事態を招いている。（厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム）

「今後の認知症施策の 方向性について」



厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム
2012年6月18日

厚生労働省認知症施策 検討プロジェクトチーム

- 主査

- 藤田厚生労働大臣政務官

- 副主査

- 医政局長
- 社会・援護局長
- 障害保健福祉部長
- 老健局長
- 保険局長

- メンバー

- 医政局指導課長
- 障害保健福祉部精神・障害保健課長
- 老健局介護保険計画課長
- 老健局高齢者支援課長
- 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長
- 老健局振興課長
- 老健局老人保健課長
- 保険局医療課長

- 事務局

- 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室
- 障害保健福祉部精神・障害保健課

今後目指すべき基本目標

- 検討プロジェクトの目指すところ
 - 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。
- これまでのケアの流れを変える
 - 「自宅→グループホーム→施設、あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする
 - 標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築する。

認知症、
5つの問題点、7つの視点、
5つの重点施策

5つの問題点(1)

- ①早期診断から早期の適切なケアへ
 - 早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結びつける仕組みが不十分である。このため、早期の適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる認知症の人でも、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなっている。
- ②不適切な薬物使用
 - 不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる。

5つの問題点(2)

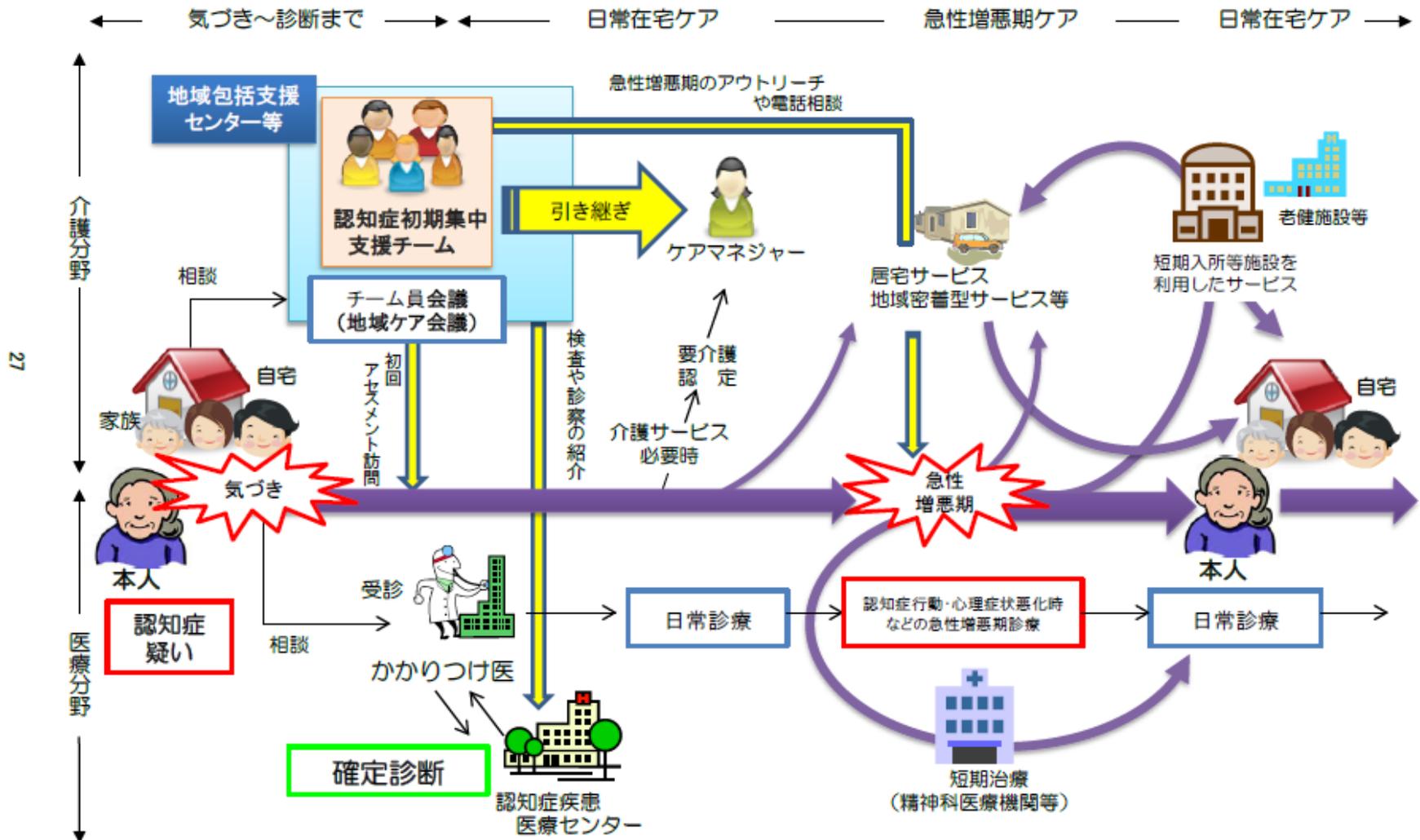
- ③ 一般病院・施設での受け入れ拒否
 - 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否したり、行動・心理症状に対応できないので精神科病院で対応してもらう等のケースがある。
 - 施設でも、行動・心理症状に対応できないので、精神科病院に入院してもらうケースがある。
- ④ 精神科病院の入院適応
 - 認知症の人の精神科病院への入院基準がないこともあり、必ずしも精神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人の長期入院が見られる。
- ⑤ 退院支援と地域連携
 - 退院支援や地域連携が不十分であり、精神科病院から退院してもらおうと思っても地域の受け入れ体制が十分でない。

7つの視点からの取り組み

- 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- 2. 早期診断・早期対応
- 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
- 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
- 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
- 6. 若年性認知症施策の強化
- 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

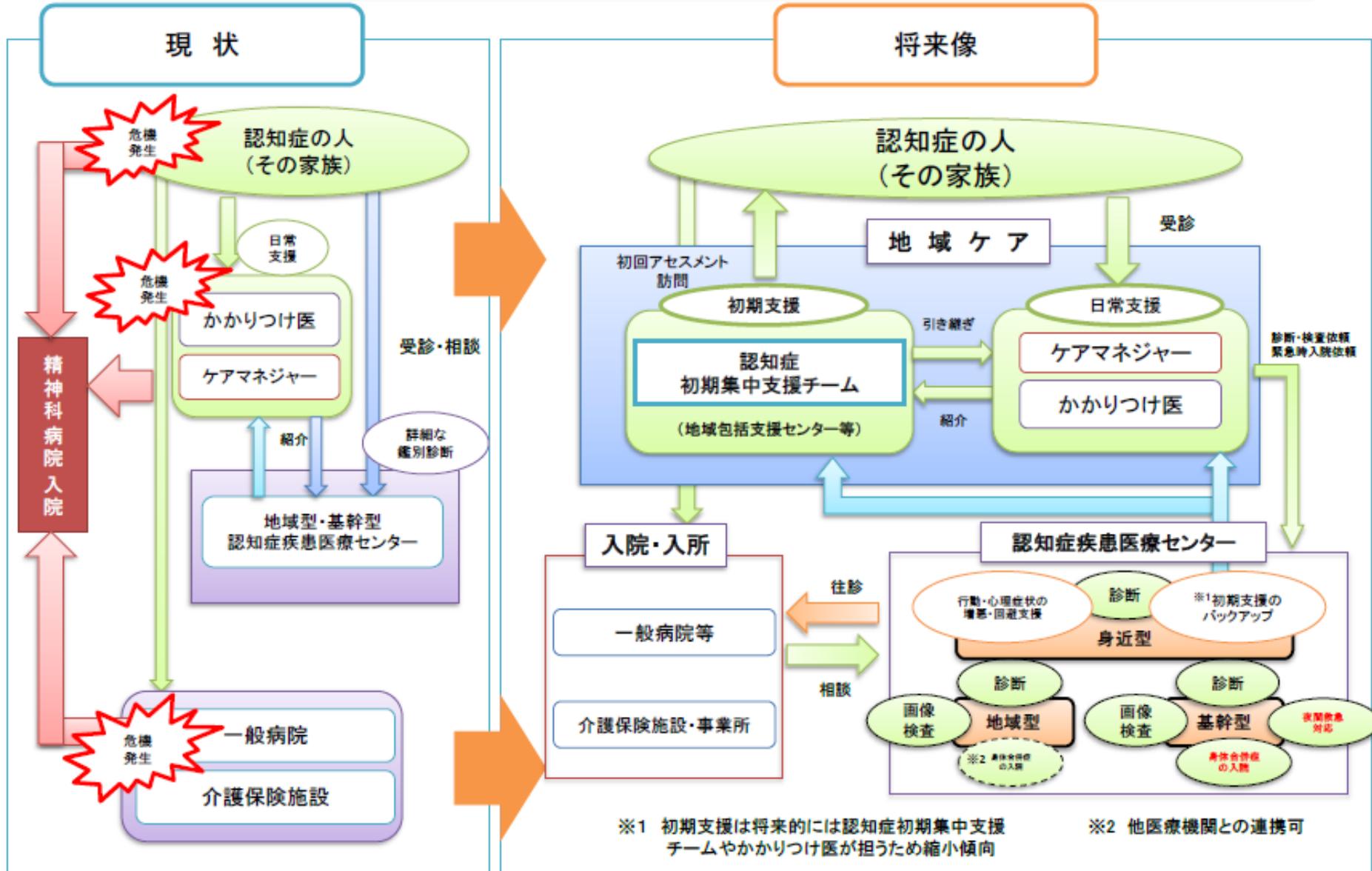
標準的な認知症ケアパスの概念図
 ～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



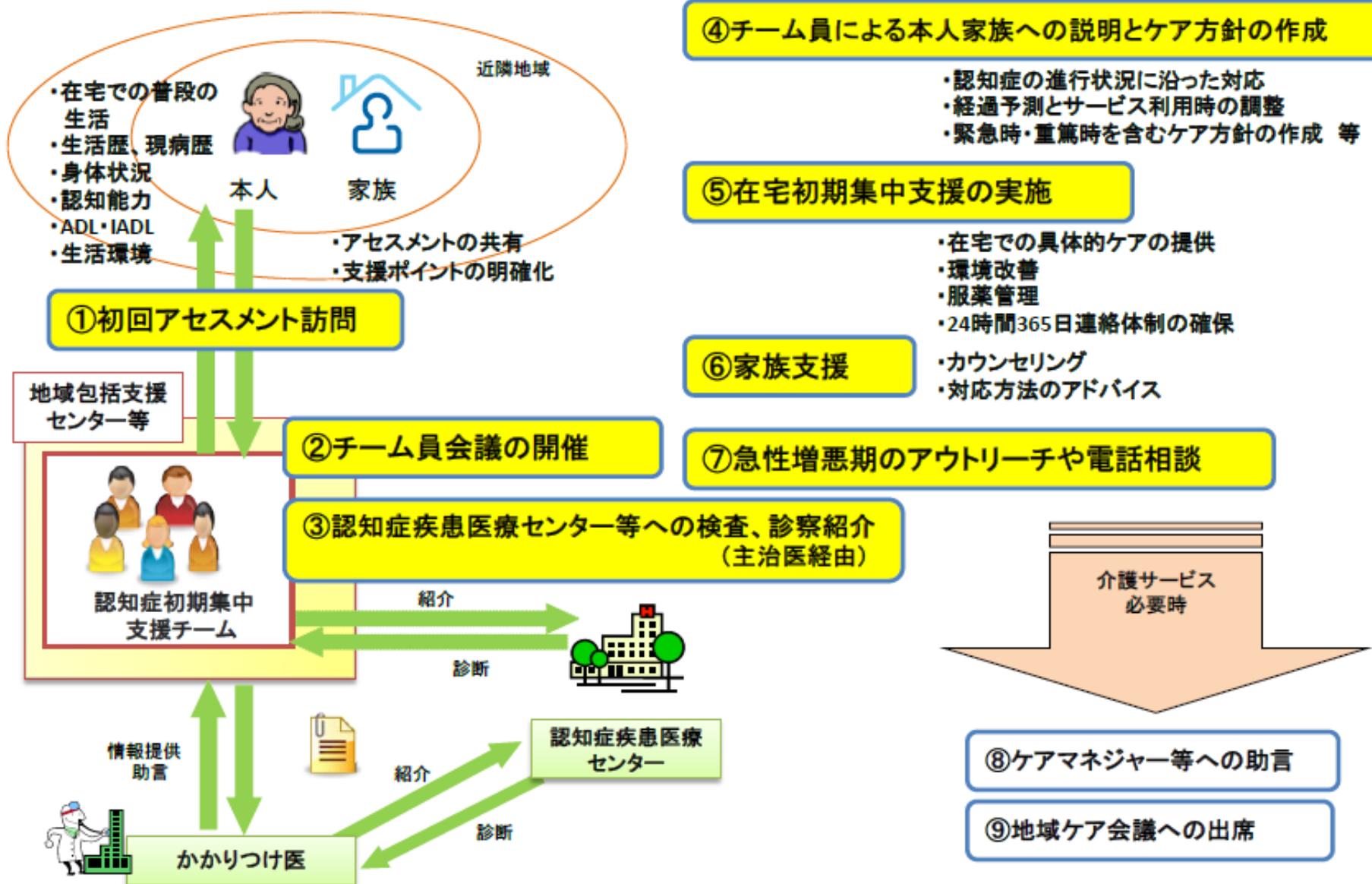
2. 早期診断・早期対応

- ① かかりつけ医の認知症対応力の向上
- ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置
- ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
- ④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
- ⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

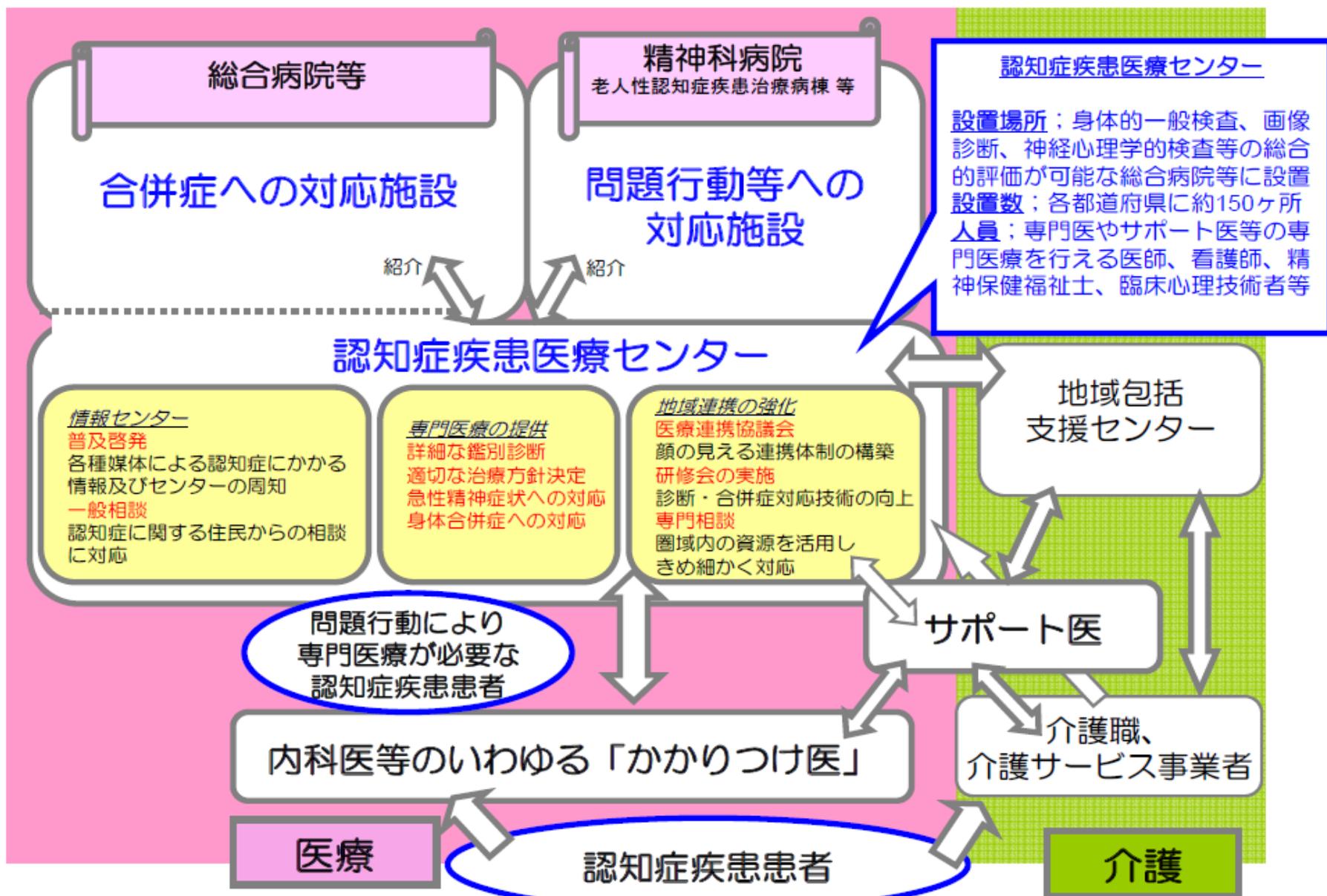
かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チームの相互関係図



認知症初期集中支援チームの概念図



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



3. 地域での生活を支える 医療サービスの構築

- ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
- ③ 一般病院での認知症対応力の向上
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
- ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

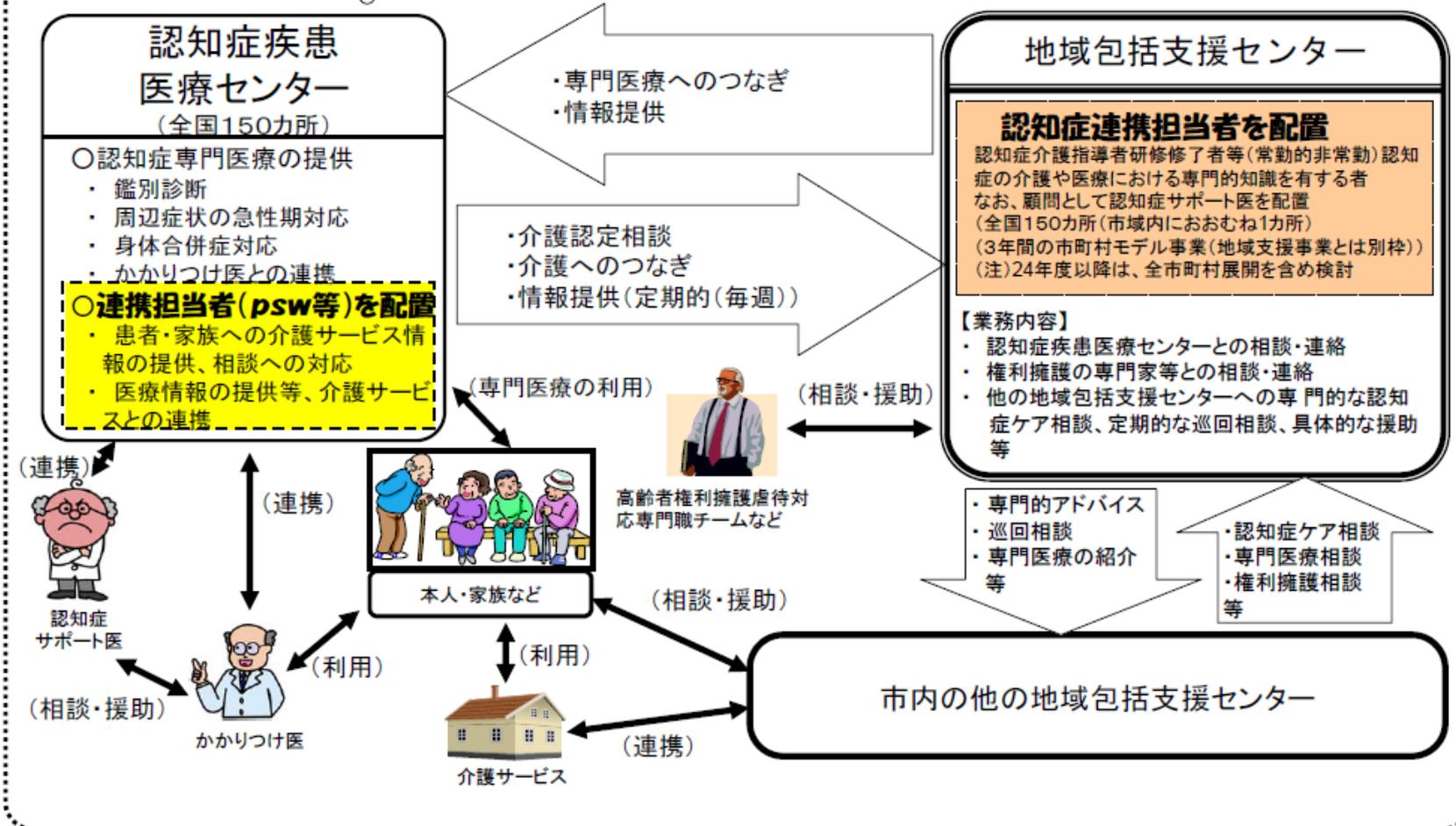
4. 地域での生活を支える 介護サービスの構築

- ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
- ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備
- ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
- ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
- ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上

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

関係機関とのネットワーク(相談・支援体制)



5. 地域での日常生活・家族の 支援の強化

- ① 認知症に関する介護予防の推進
- ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進
- ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
- ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
- ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進
- ⑥ 市民後見人の育成と活動支援
- ⑦ 家族に対する支援

6. 若年性認知症施策の強化

- ① 若年性認知症支援のハンドブック作成
- ② 若年性認知症の人の居場所づくり
- ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
- ④ 若年性認知症の人の就労等の支援

7. 医療・介護サービスを担う 人材の育成

- ①「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
- ③ 介護従事者への研修の実施
- ④ 医療従事者への研修の実施

5つの重点施策

- ① 早期診断と「認知症初期集中支援チーム」による早期ケアの導入
- ② 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ③ 一般病院入院中の身体合併症を持つ認知症の人や施設入所中の行動・心理症状発症者に対する外部からの専門家によるケアの確保
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究の実施
- ⑤ 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成と地域での受入れの体制づくりの推進

「認知症の薬物治療に関する ガイドライン」の策定

- 認知症の症状は、不適切な薬物使用などにより悪影響を受けやすい。
- また、認知症の精神症状に対する抗精神病薬の投与が世界的に議論されている中、日本では、臨床現場で利用されている事例があり、保険診療の中での使用が認められている現状がある。
- 認知症に対する薬物の影響や行動・心理症状に対する適切な薬物治療と非薬物治療についての検証、ならびに実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

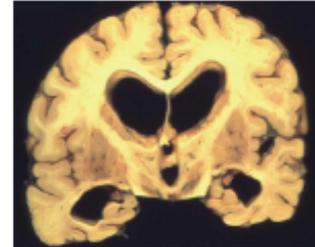
認知症と薬物治療の課題

しばしば正しく理解されていない認知症 <中核症状とBPSD>

せん妄やBPSDは中核症状を悪く見せる

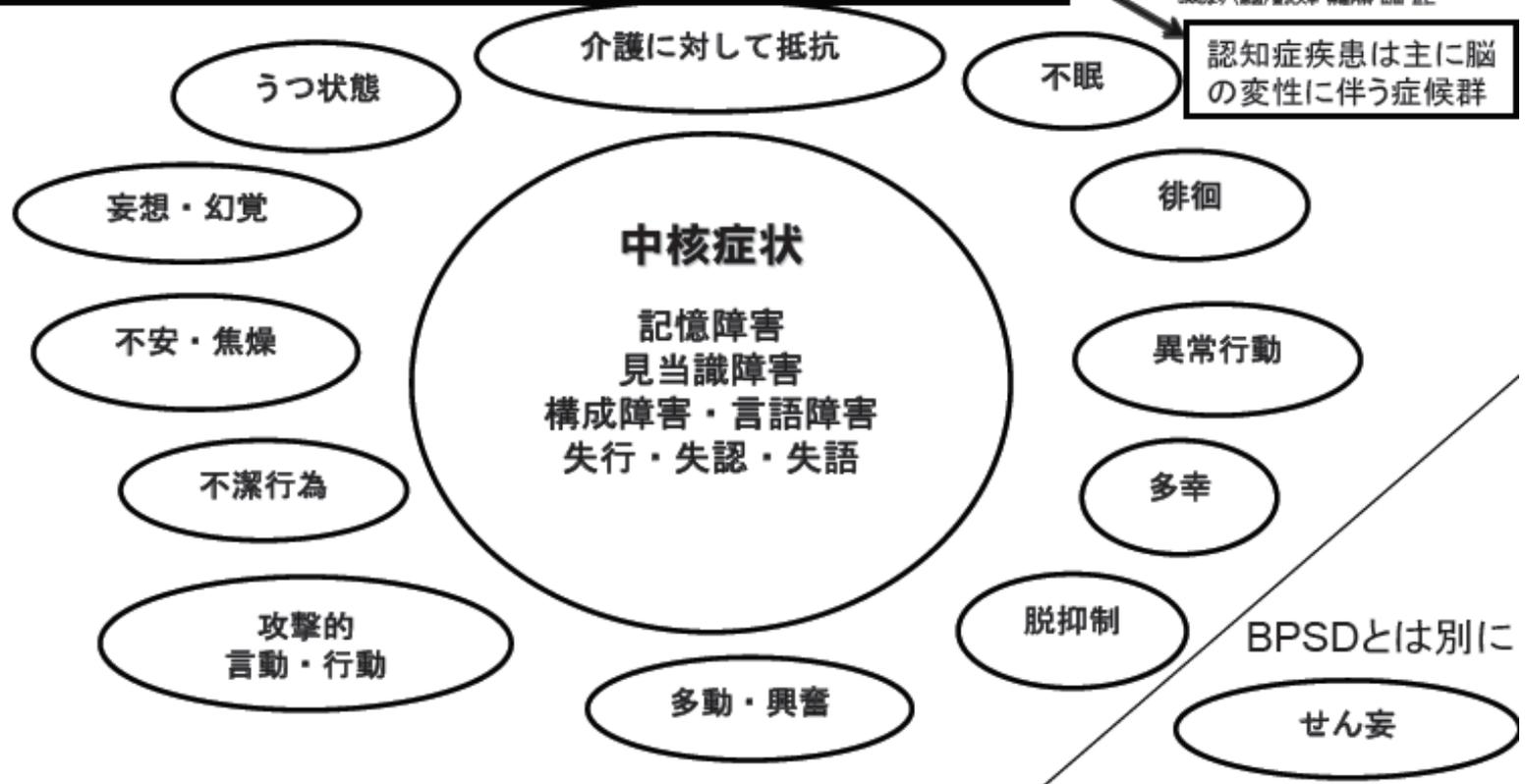
よくある誤解

- ×脱水が良くなると認知症が治る→せん妄が改善(当然そうすべき)
- ×薬をきると認知症が治る→せん妄が改善(介護と医療が注意深く連携を)



JAADより(原題)金沢大学 神経内科 山田 直仁

認知症疾患は主に脳の変性に伴う症候群



【認知機能障害の報告がある薬剤例】

BPSDの悪化ハイリスクに「薬剤」がある

- ①ベンゾジアゼピン(BZ)系
 - 一過性健忘、急性せん妄、長期服用による認知機能障害
- ②抗コリン薬・抗コリン作用のある薬剤
 - 記憶力、記銘力低下、せん妄出現
- ③抗うつ薬
 - 三環系抗うつ薬(TCA):抗コリン作用による認知機能障害)
 - SSRIおよびSNRIによる焦燥、興奮
- ④抗精神病薬
 - 過鎮静、抗コリン作用による認知機能低下
- ⑤抗パーキンソン病薬(アマンタジンなど)
 - 幻覚・幻視、被害妄想、認知機能低下
- ⑥その他
 - リチウム(腎機能低下時、利尿時・NSAIDs服用時特に注意)、抗てんかん薬、NSAIDs、H2ブロッカー、抗菌薬(βラクタム系:とくにカルバペネム、ニューキノロン系:NSAIDs併用時)、抗ウイルス薬、抗腫瘍薬、循環器用薬(ジギタリス、Ca拮抗薬、ACE阻害薬、β遮断薬など)、ステロイドなど

例：副作用による興奮・粗暴行為の悪化

- 薬剤副作用に着目せず・
薬剤副作用と考えなければ・・・

- 認知症の悪化と誤解
- 原因薬はそのまま投与
- BPSD症状は悪化

- 悪化原因が副作用だと、
考えれば

- 薬の中止、減量、変更
- 副作用評価

- 予想される結果

- 家族・介護者負担増
- 入院・施設入所
- 向精神薬・抗不安薬投与
- BPSDの更なる悪化
- 病態の評価が複雑化

- 予想される結果

- BPSD悪化の原因検討
- 適切な処置
- QOL,ADLの維持、向上期待

両者の差は、QOLに極めて大きな影響

BPSDの悪化要因

①薬剤	37.7%
②身体合併症	23.0%
③家族・介護環境	10.7%

2008年5月29日(木) NHK 福祉ネットワーク「シリーズ認知症②」生活を支える医療に向けて -BPSDの実態調査から-より
【(平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金交付事業)「認知症の『周辺症状』(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対する
チームアプローチ研修事業の指針策定調査報告書」実施主体:財団法人 ぼけ予防協会】を紹介

医原性によるもの

[例)せん妄、過鎮静、錐体外路症状(転倒、誤嚥性肺炎)・・・]

副作用のリスクを検討、改善する重要性。
薬剤師の関与が、QOLの差に直結

- 例) ①であれば、薬のせいでBPSDがひどくなる
②であれば、脱水や便秘、がんなどにより、BPSDがひどくなる

認知症の地域連携パス

認知症患者の外来診療の評価

- 早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料の評価を引き上げる。
- 認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。

認知症専門診断管理料
500点(1人につき1回)

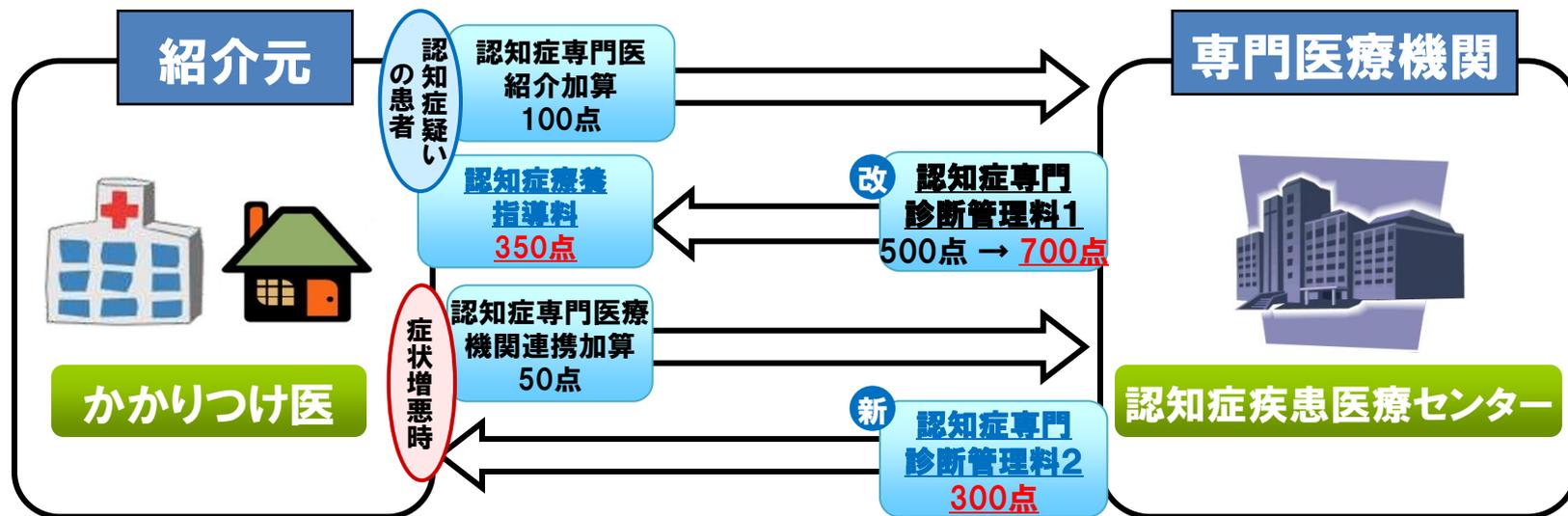


(改)認知症専門診断管理料1
700点(1人につき1回)

(新)認知症専門診断管理料2
300点(3月に1回)

- 専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料 350点(月1回、6月まで)



(厚生労働省資料より)

認知症患者の入院診療の評価

		改定前				改定後	
認知症 治療病棟 入院料	認知症治療病棟 入院料1※	30日以内	1,450点/ 日	⇒	1,761点/日	透析は 出来高	
		31日～60 日		⇒			1,461点/日
		61日超	1,180点/ 日	⇒	1,171点/日		
	認知症治療病棟 入院料2※	30日以内	1,070点/ 日	⇒	1,281点/日		透析は 出来高
		31日～60 日		⇒			
		61日超	970点/日	⇒	961点/日		
認知症 治療病棟 入院料の 加算	認知症夜間対応加算(夜勤の看護要員3人以上、入院から30日以内)					84点/日	
	退院調整加算(退院支援部署の設置、PSW及び専従者1人以上配置)		100点	⇒	300点		

東京都内の認知症連携パス事例

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-renkei.html>
- 目黒区認知症連携パス
- http://www.city.meguro.tokyo.jp/kurashi/korei_fukushi/ninchisho_shien/ninchisho_renkeipasu/index.html

世田谷区もの忘れ連携パス

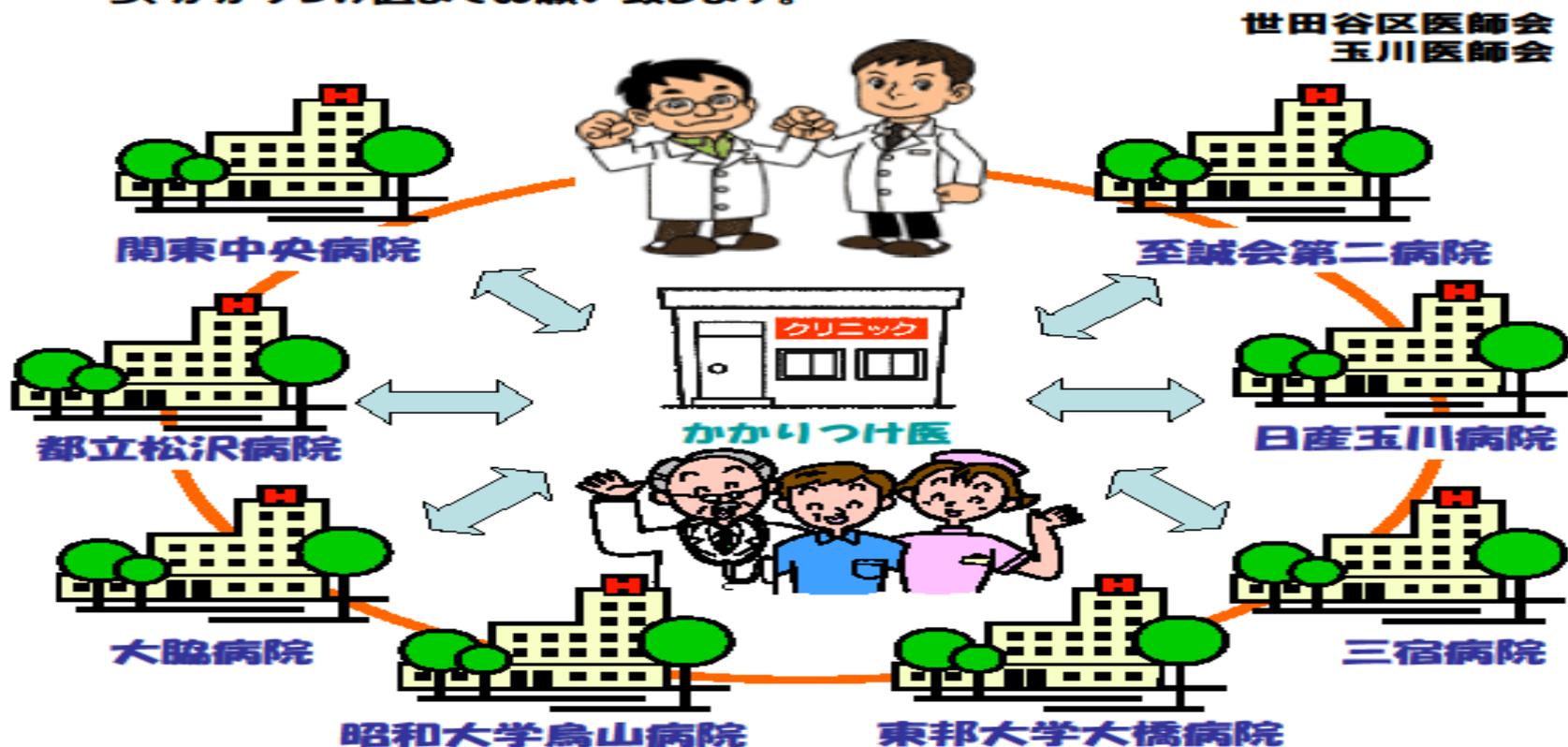


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

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
各種検査等



定期的な診察
検査・治療



診断・治療
各種検査等



定期的な診察
検査・治療

病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



- 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



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

- 脳血流検査
- 心臓交感
神経検査

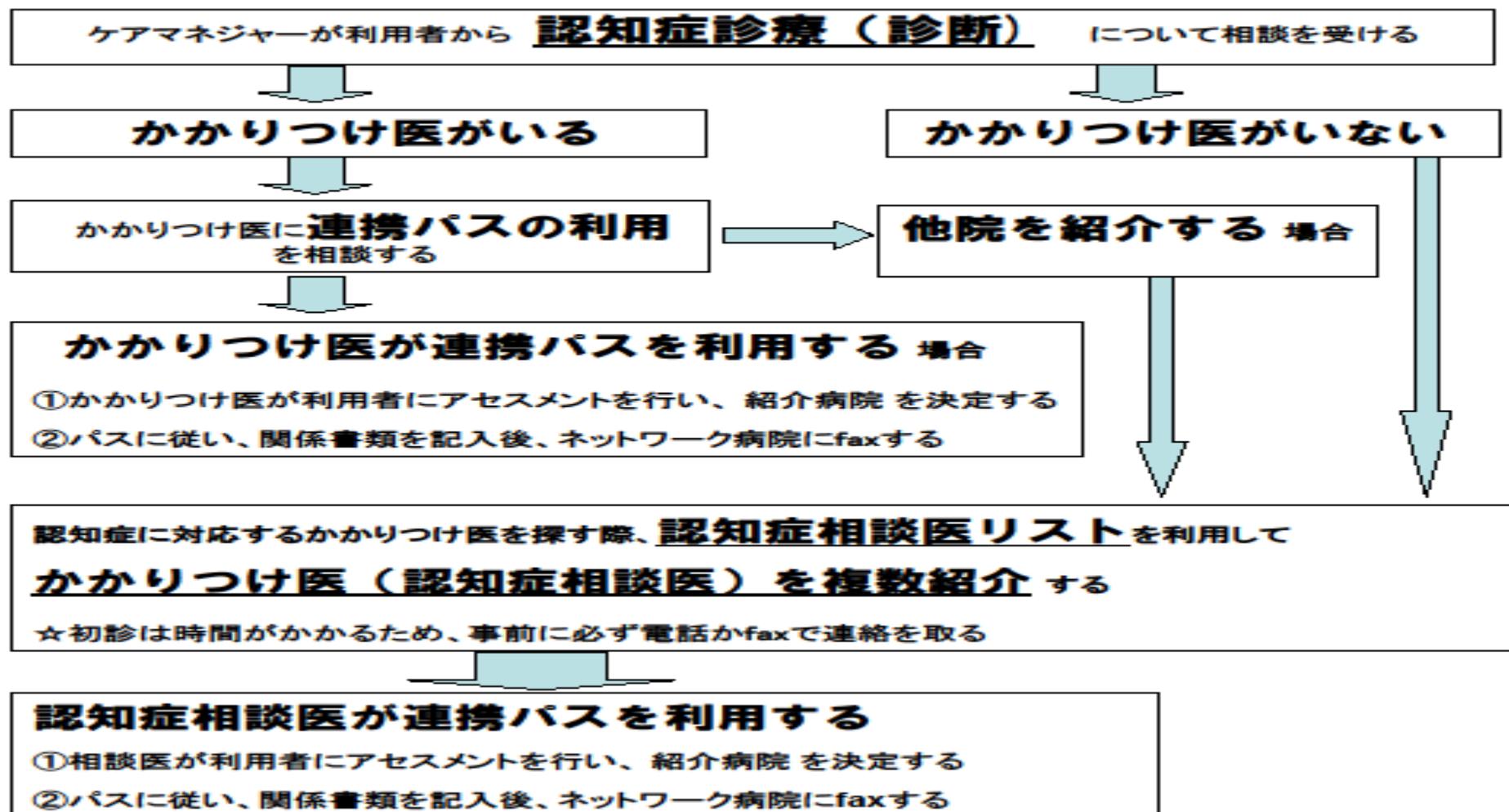


脳MRI



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

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。



San
Trans?
28mg



もの忘れテスト

神経学的所見

血液検査

脳血流検査



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



認知症の
疑い・心配

約1ヵ月位

半年~1年後
再診

STEP1

STEP2

STEP3

STEP2

STEP3

繰り返す

大田区認知症連携バス 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	_____	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 (_____)

【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
 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
：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 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 (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 特先 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

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				
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				
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。

認知症症状進行チェック表

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
時間や場所の思い出	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	日常の会話に困らない、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・

認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン)

(2013年度から2017年度)

オレンジプランの主な目標

認知症ケアパスの作成・普及	12～13年度調査研究、15年度以降、介護保険事業計画に反映
認知症初期集中支援チームの設置	モデル事業13年度10か所、14年度20カ所
早期診断を担う医療機関	2次医療圏に1か所。現在173カ所→2017年度末約500カ所。身近型は検証
地域ケア会議の普及・定着	12年度運営マニュアルの策定。15年度以降全市町村で実施
退院支援・地域連携クリティカルパスの作成	12年度作成。15年度以降介護保険事業計画に反映
本人や家族に対する支援	12年度調査・研究。13年度以降「認知症カフェ」など
認知症ライフサポートモデルの策定	12年度調査・研究。13年度以降従事者向けの多職種協働研修等で活用
認知症介護実践リーダー研修の受講者数	2012年度見込み2万6千人→2017年度末4万人。介護保険施設、GHは1名ずつ受講。加えて、在宅系は中学校区で1名受講
認知症介護指導者養成研修の受講者数	2012年度見込み1600人→2017年度末2200人。5つの中学校区当たり1名

パート5

地域連携と製薬メーカーの役割

連携パスと製薬企業

地域連携パス活動はMR活動と重なるところが多い



連携パスと製薬企業

	地域連携 クリティカルパス	製薬企業の マーケティング活動
疾病単位	大腿骨頸部骨折、脳卒中 がん、糖尿病、心筋梗塞 ぜんそく、COPD、骨粗しょう症 認知症	疾患に関連する医薬品の製品マーケ ティング活動
地域単位	区市町村、二次医療圏	営業エリア単位の活動
病診連携を支援	病院の専門医と診療所医師の 連携がポイント	病院担当MR 診療所担当MR
ガイドラインに基 づいて作成 診療方針の標準 化	連携パスはガイドラインに基づい て作ることで、標準的な診療方針 の地域への普及が図れる	ガイドラインには医薬品の適正使用ガ イドラインが多いことから当該医薬品 の標準的なレジメンを地域に普及す ることができる
多職種連携と コーディネーターの 必要性	地域の看護師、薬剤師、栄養士 などとの連携が図れる 病院の地域連携室がコーディネ ーターを務めることが多い	病院では地域連携室、保険薬局との 関係構築がこれから重要となる 企業内に地域連携担当セクションが 必要となる



2011年 秋号

特集 進化する地域医療連携モデル

- 事例1 熊本県みすみ・上天草地区／慢性腎臓病（CKD）連携バス
事例2 道南地域医療連携協議会／「道南Medika」

特別レポート
医師会が主導する地域連携バス
板橋区医師会

シリーズ企画
東日本大震災
～医療の現場で何が起き、どう対応したか～

特別寄稿
当院の嚆下障害対策と地域連携バスにおける嚆下食標準化の取り組み
中野 美佐（市立豊中病院 神経内科）
薬ネットワーク
お薬手帳を活用した地域薬業連携



2007年 春号 創刊号

- 【特集】**
連携バスのさらなる進化
事例1 地域内統一連携クリティカルバス
新川医療圏
事例2 退院調整連携バス
四国がんセンター
事例3 肺炎・肝硬変連携バス
武蔵野赤十字病院



2007年 秋号

- 【特集】**
医療計画を見据えた連携バス
事例1 泉大津市立病院
糖尿病連携バス
事例2 砂川市立病院
脳卒中連携バス
事例3 東京女子医科大学病院
都市型連携バス



2008年 春号

- 【特集】**
注目疾患の連携バス
事例1 富山市
地域統一型脳卒中連携バス
事例2 兵庫県セキケン
急性心筋梗塞連携バス
事例3 岡部五輪病院
乳がん術後連携バス
事例4 筑波大学附属病院
CKD地域連携バス



2008年 秋号

- 【特集】**
慢性疾患を支える医療連携
事例1 大野記念病院
CKD地域連携バス
事例2 榊原記念病院
急性心筋梗塞後の地域連携バス



2009年 春号

- 【特集】**
コメディカル参加型の医療連携バス
事例1 トヨタ記念病院
薬剤師参画による連携バスの作成
事例2 横浜寬中市市民病院
コメディカルが支えた糖尿病連携バス
事例3 東北厚生年金病院
多職種参加の地域栄養サポート



2009年 秋号

- 【特集】**
地域統一型の医療連携バス
事例1 岐阜地域医師会連携バス
岐阜地域医師会連携バス
事例2 大阪府がん診療連携協議会
大阪がん診療地域連携バス
事例3 千歳産科・千歳産科医師会
千歳産科地域医師会連携バス



2010年 春号

- 【特集】**
連携バスのアウトカムマネジメント
事例1 美鈴歴史地域リハビリテーション連携協議会
美鈴歴史地域脳卒中地域連携バス
事例2 高知赤十字病院
急性心筋梗塞（ACS）退院後医療連携バス



2010年 秋号

- 【特集】**
加速する病診連携バス
事例1 大津市医師会
大津市版脳卒中地域連携バス
事例2 済生会横浜市東部病院
胃・大腸がん術後地域連携クリニックバス
事例3 武蔵野赤十字病院
C型肝炎・肝硬変連携バス



2011年 春号

- 【特集】**
多領域へ広がる地域連携バス
事例1 新潟県立中央病院
上越認知症地域連携バス
事例2 新川地域在宅医療連携協議会
在宅医療連携バス



バックナンバー再編集
ベスト版
(2003年4月号～2006年10月号)

- 第一部 バスの運用
第二部 バスの電子化
第三部 医療連携とバス

バックナンバーが必要な方は当社担当MRまでお声をおかけ下さい。

第一三共ホームページにて公開中

連携パス物語

連携バスの作成方法やメリットについて、簡単にご理解いただけるWeb情報番組!!
病院、診療所、患者さんなど…
さまざまな視点からご紹介いたします。
「連携パス物語」はDS-Mediparkからご覧ください。

第一三共ホームページの下記URLから
DS-Medipark (医療関係者向け情報) にアクセスしてください

- 第1話 連携バスって言われても…
- 第2話 急性期病院から見た連携バスのメリット
- 第3話 連携バスの作成手順
- 第4話 診療所から見た連携バスのメリット【前編】
- 第5話 診療所から見た連携バスのメリット【後編】
- 第6話 患者さんから見た連携バスのメリット
- 第7話 連携バスの見直し(改定)の重要性
- 第8話 ひろがる連携バス



登録無料

<https://www.daiichisankyo.co.jp/med/>

T社は連携パスの作成において 医療機関と共同で取り組んでいる

がん診療連携拠点病院等

連携パス案
作成

地域連携の
ネットワーク作り

連携パス
決定

地域連携
開始

連携パス
ひながた
提案

適正使用
アンケート
提案

地域医療
機関との
研究会協力

地域医療
機関への
適正使用
情報提供

T社

T社は全社をあげて 取り組み成果発表会を行った

- がん対策基本法、がん診療連携拠点病院の指針等について
 - 社内講師
- がんの医療連携について
 - 社内講師
- 連携パス事例の報告会およびディスカッション
 - 全国の営業所から担当者のがん連携パスの取り組み成果の発表会
- 特別講演：「医療行政からのがん対策」
 - 国際医療福祉大学大学院 教授 武藤正樹



T社はがん連携パスの 情報提供を行っている

- T社は医薬品メーカーとして、連携先の医師に対して医薬品の情報提供や適正使用推進のための資料の提供を行っている。
- 情報提供の方法としては拠点病院の勉強会で適正使用情報を説明、適正使用基準表、服薬方法と副作用の説明ツール、患者日誌などの資料をMRが配布
- 地域連携クリティカルパスの解説やひながたの提供を「Clinicalpath.jp」(<http://clinicalpath.jp/>)というインターネットサイトを通して情報提供を行っている(図)。



The image displays the ClinicalPath.jp website interface. At the top, the logo 'ClinicalPath.jp' is prominently featured with the subtitle 'クリニカルパス'. Below the logo, there are several navigation and content sections:

- がん化学療法法のクリニカルパス**: A section titled 'Library' with the subtitle 'パス実例ライブラリー'. It states: '各施設の実際のパスをエクセル、ワードファイルでご提供しています。'
- 座談会・講演**: A list of seminars and lectures, including:
 - 日経メディカル Cancer Review: '地域連携パスの重要性と作成上の留意点' (New!). Speakers: NTT 東日本関東病院 副院長 小西 敏郎 先生, 北茨城クリニック 理事長 岡田 晋吾 先生.
 - 消化器がんの地域連携クリティカルパス: '胃・大腸癌術後地域連携パスの作成・活用と今後の展望について'. Speaker: 済生会石巻病院 副診療部長兼外科部長 佐藤 靖郎 先生.
 - 癌診療の均てん化構想に伴う癌診療連携. Speaker: 日本大学医学部 社会医学系医療管理学分野 教授 大道 久 先生.
 - 胃がん術後補助化学療法におけるTS-1の地域連携クリニカルパス. Speaker: 市立養病院.
 - 地域連携パスにおけるTS-1: 「高知医療センターにおける癌化学療法と病診連携」より. Speaker: 高知医療センター 化学療法科 科長 辻 晃 先生.
 - 乳癌治療におけるTS-1の外来治療クリニカルパス—チーム医療としての取り組み. Speaker: 独立行政法人労働者健康福祉機構 関西労災病院.
- 動画で学ぶ！パス実例レクチャー**: A list of video lectures, including:
 - 適正使用におけるパスの有用性. Speaker: NTT 東日本関東病院副院長 小西 敏郎 先生.
 - 経口抗癌剤による外来化学療法法のクリニカルパス. Speaker: 社会福祉法人函館厚生院 函館五稜野病院 元 診療部長 員塚 広史 先生.
 - 外来化学療法における病診連携—胃がん・大腸がん長期連携パス—. Speaker: 元独立行政法人国立病院機構横浜医療センター外科 佐藤 靖郎 先生.
- 監修のごあいさつ**: NTT 東日本関東病院副院長 小西 敏郎 先生.
- 推薦のことば**: 北茨城クリニック院長・函館五稜野病院客員診療部長 岡田 晋吾 先生.
- 当サイトに関するアンケートへのご協力をお願いします。**
- クリニカルパス画像ファイル集**: A collection of images related to clinical paths.

港区連携PEGパス研究会と〇社

PEG(経皮内視鏡的胃ろう造設術)



国際医療福祉大学三田病院

東京都済生会中央病院

慈恵大学病院

虎の門病院

北里研究所病院

せんぽ東京高輪病院

港区医師会

港区薬剤師会

港区訪問看護ステーション連絡協議会

NPO法人PEGドクターズネットワーク

港区連携PEGパス研究会への 〇社の取り組み

- 第一回港区連携PEGパス研究会
 - 2007年11月に港区連携PEGパス研究会を実施
 - 済生会中央病院と三田病院の外科でスタート
 - 当初、〇社は単発研究会で協力を予定していた
 - その後、ワーキンググループが発足
 - 連携パスの運用のため港区内のPEG造設基幹6病院が集まった、年4回のワーキンググループ開催
- 第二回連携PEGパス研究会の開催(2008年9月)
 - 年1回の継続開催となった
- 第三回連携PEGパス研究会は09年9月

港区連携PEGパス研究会は 港区内で拡大中

- 港区基幹6病院
 - 国際医療福祉大学三田病院
 - 東京都済生会中央病院
 - 慈恵大学病院
 - 虎の門病院
 - 北里研究所病院
 - せんぽ東京高輪病院
- 当初は三田病院と済生会中央病院(慶応大学系列)→港区全域に拡大
- PEGドクターネットワークの協力
- 訪問看護ステーション、保険薬局へ拡大
- 港区医師会、港区薬剤師会、港区歯科医師会へ拡大

連携PEGパス研究会 ワーキンググループ

2007年9月22日 第1回連携PEGパス研究会

2007年11月29日～ ワーキンググループ開始(4回)



(メンバー)港区内200床以上6病院のPEG施行Dr及び連携室、港区医師会、港区薬剤師会、訪問看護ST、NPO法人PEGドクターズネットワーク
(活動内容)港区内PEGに関わる問題の抽出、ホームページ・管理マニュアル作成検討、PEG当番、パス作成等

2008年9月27日 第2回連携PEGパス研究会

実態調査アンケートを元に作成したPEG地域連携クリティカルパス・PEG依頼用紙等を検討

患者氏名	病棟主治医	PEG造設医
造設年月日: 製品名: 型名: (バンパー or パルーン) (ポタン or チューブ) サイズ: 長さ cm×太さ Fr 最新交換日:	栄養剤投与方法(種類): 6時 9時 12時 15時 必要栄養量: kcal 18時 21時 24時	交換予定日: 造設病院連絡先: *休診・夜間等緊急の場合

連携PEGパス

経過項目	退院時	2週間	1ヶ月	交換予定日1ヶ月前
達成目標	#PEGの仕組み・管理について患者・家族が理解でき実施できる。 #合併症の早期発見・対処ができる			
栄養	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:
保清	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: <input type="checkbox"/> 胃腹部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:			
トラブル観察	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応
説明	<input type="checkbox"/> 栄養剤投与方法 <input type="checkbox"/> トラブル対処法 説明実施相手: 患者との続柄:			<input type="checkbox"/> 次回カテーテル交換説明 <input type="checkbox"/> 交換当日の食事について説明 朝7時までには注入を終了 <input type="checkbox"/> 内服は7時までには終わらせる <input type="checkbox"/> 交換依頼
備考				
バリエーション	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無
記入者				

みなとe連携パス



見て下さいね！

<http://medicalnet-minato.jp/peg/>



臼井 一郎先生 港区医師会理事

〇社の役割

- 製薬企業担当者の活躍
 - － 研究会やワーキンググループの設営支援
 - － 事務局支援（日程調整、開催案内等）
 - － 情報支援（地域の医療機関情報の提供、人材情報等）
- 製薬企業メリット
 - － 企業イメージの向上
 - － 基幹病院の影響力のある医師との情報交換
 - － 研究会やその媒体を通じて製品拡販

〇社MRさんの貢献

- 連携PEGパス研究会では〇社のKくんが大活躍した
- 営業活動ぬきで連携パス研究会に貢献
- 「売上にすぐに影響はないかもしれないけれど、みなさんの役に立てるのがうれしい」



〇社のMRのKさん
「宇宙人」と呼ばれている

緩和ケア連携パスとJ社



東東京緩和ケアネットワーク 緩和ケア連携パス作成部会

- 第1回作成部会(09年2月19日)
- 作成部会長 太田恵一郎(国際医療福祉大学三田病院)、顧問 武藤正樹
- 症状別パス作成
 - 疼痛管理、嘔気・嘔吐、不眠、呼吸苦など
- 済生会若草病院外科佐藤靖郎先生の講演
 - フェンタニル・パッチの連携パス



東東京緩和ケアネットワーク
連携パス作成部会

緩和ケア連携パス

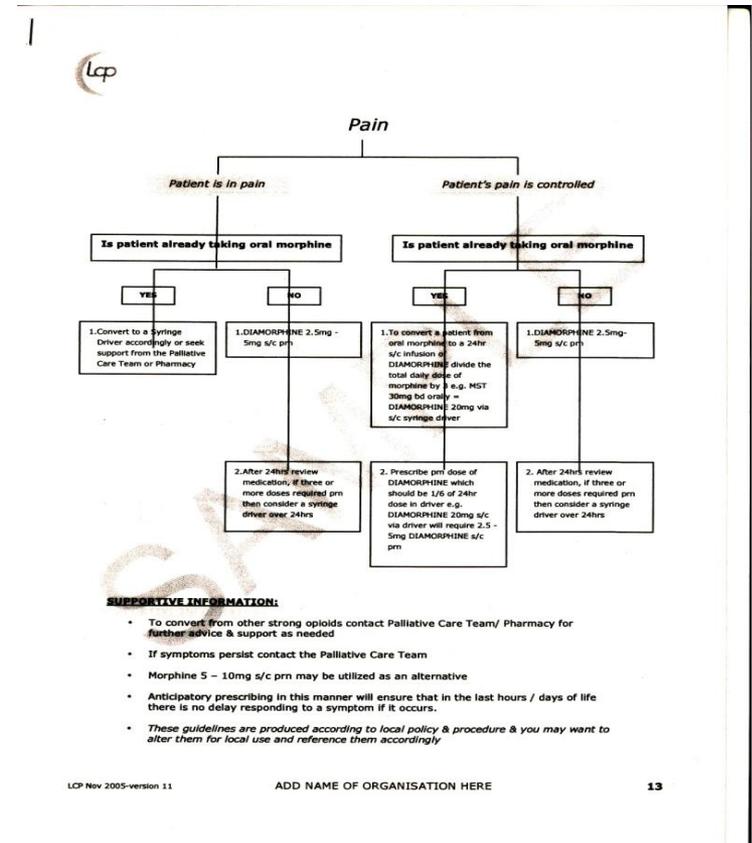
- 緩和ケアの症状別に使用薬剤のアルゴリズムを作成する

－ 症状項目

- ①疼痛、②不穏、③気道分泌、④嘔気嘔吐の4領域で、それぞれにアウトカム設定と薬剤アルゴリズムを薬剤ガイドラインに基づいて作成

- 病院と診療所で共有する薬剤連携パスを作成する

- J社が協力
 - － 作成部会を支援



疼痛緩和の薬剤アルゴリズム

製薬企業の連携パス支援

- 連携パス研究会支援
 - 研究会立ち上げ支援
 - 地域アンケート調査支援
 - 連携パスと運用マニュアル作成支援
- 医師への情報支援
 - 診療ガイドラインの普及
- 患者への情報支援
 - 患者教育資材

製薬企業の役割

- 製薬企業担当者の活躍
 - 研究会やワーキンググループの設営支援
 - 事務局支援（日程調整、開催案内等）
 - 情報支援（地域の医療機関情報の提供、人材情報等）
- 製薬企業メリット
 - 企業イメージの向上
 - 基幹病院の影響力のある医師との情報交換
 - 研究会やその媒体を通じて製品拡販

地域連携と製薬メーカーの役割

地域に診療ガイドラインに基づく
医薬品の適正使用を普及させること

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発売**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



まとめと提言

- ・ 社会保障と税の一体改革は、
2025年へ向けての医療と介護のグランドデザイン
- ・ 医療計画と診療報酬・介護報酬が一体改革の推進エンジン
- ・ 認知症施策がこれから大きく変わる
- ・ 認知症に関する医薬品ガイドラインの普及促進が大きな課題
- ・ 医薬品の適正使用ガイドラインの地域への普及が
製薬企業の役割

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで、
お友達募集を
しています

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