

2025年へのカウントダウン

～医療計画・データヘルスと精神疾患～

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

2012年2月新装オープン！

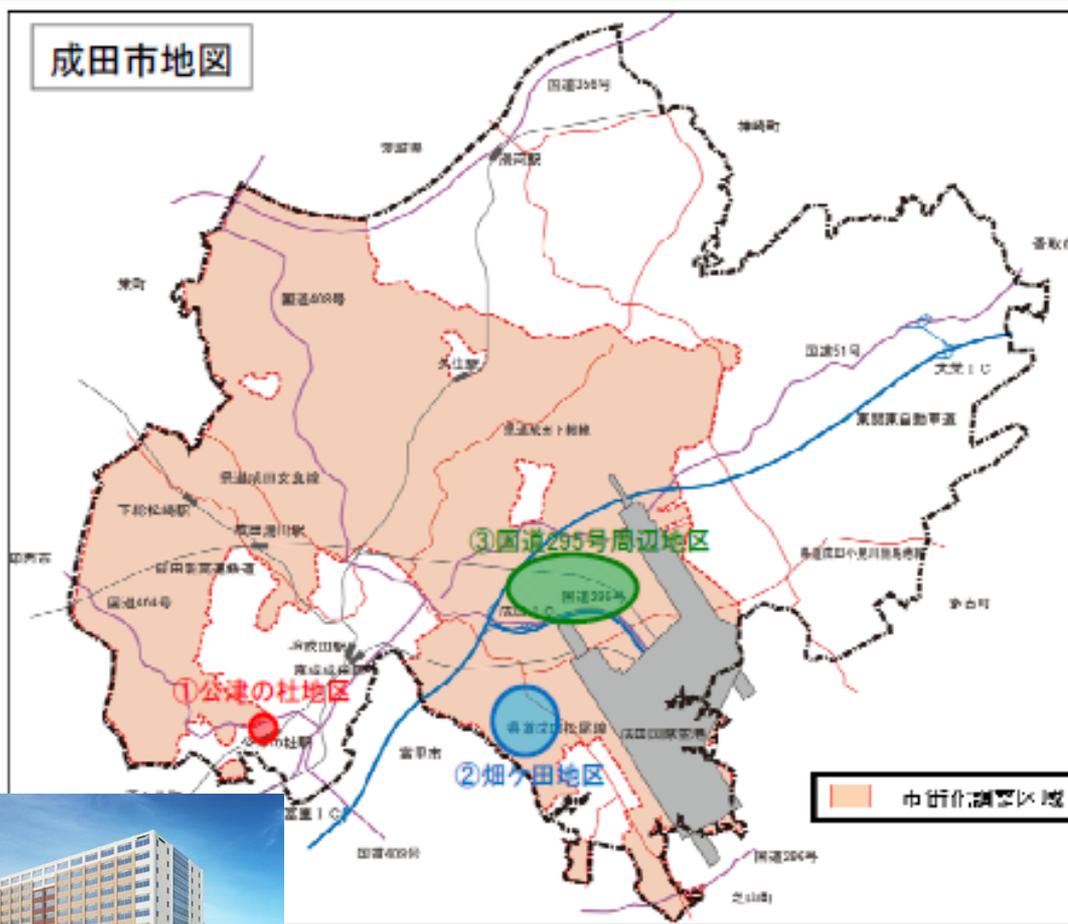
物忘れ外来もあります！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

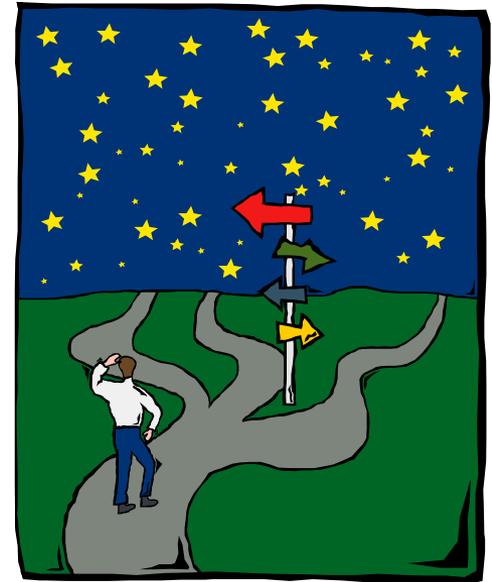
- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 世界の精神科医療改革と日本
- パート3
 - 医療計画と認知症
- パート4
 - 先進各国の認知症施策

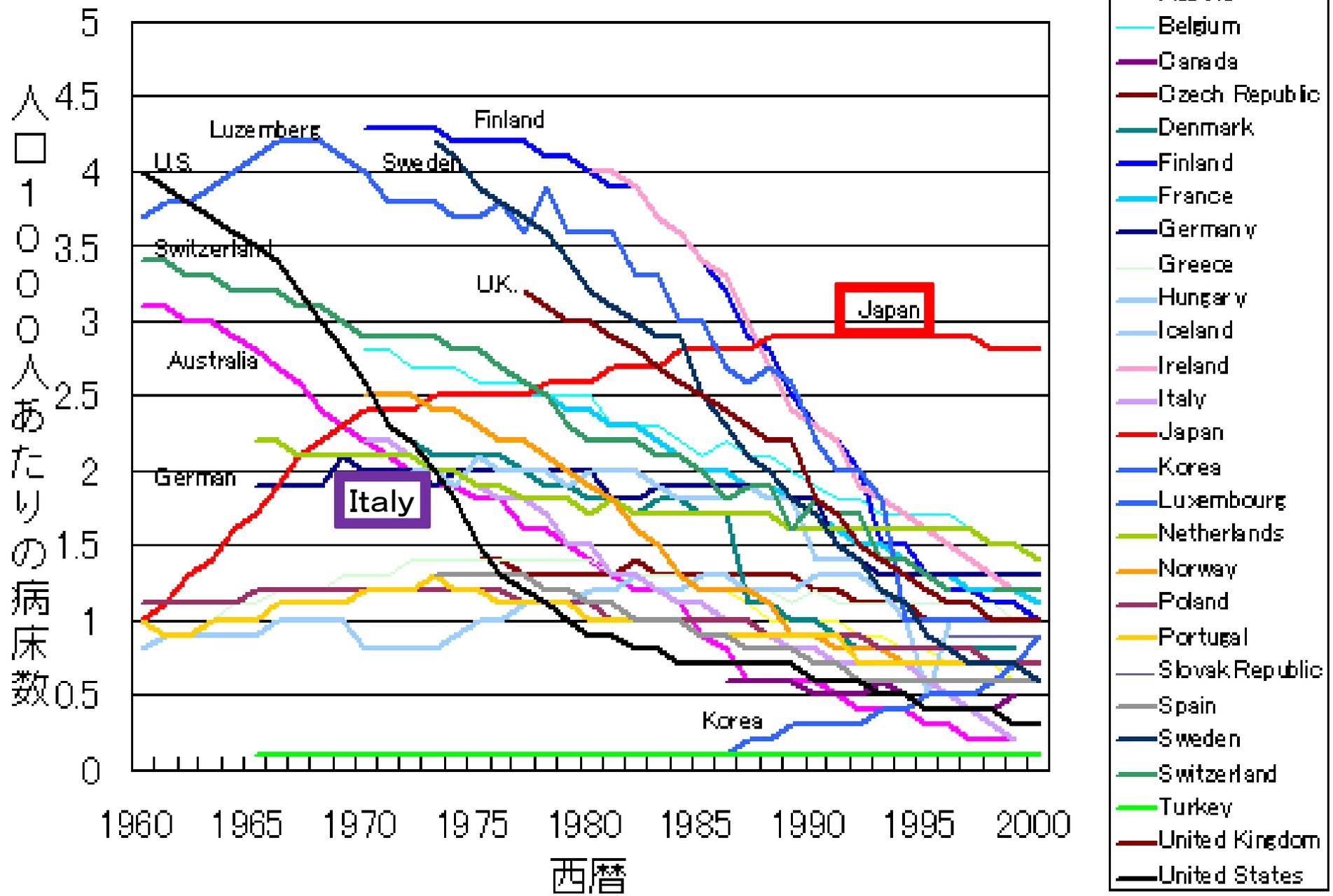


パート1 精神医療改革

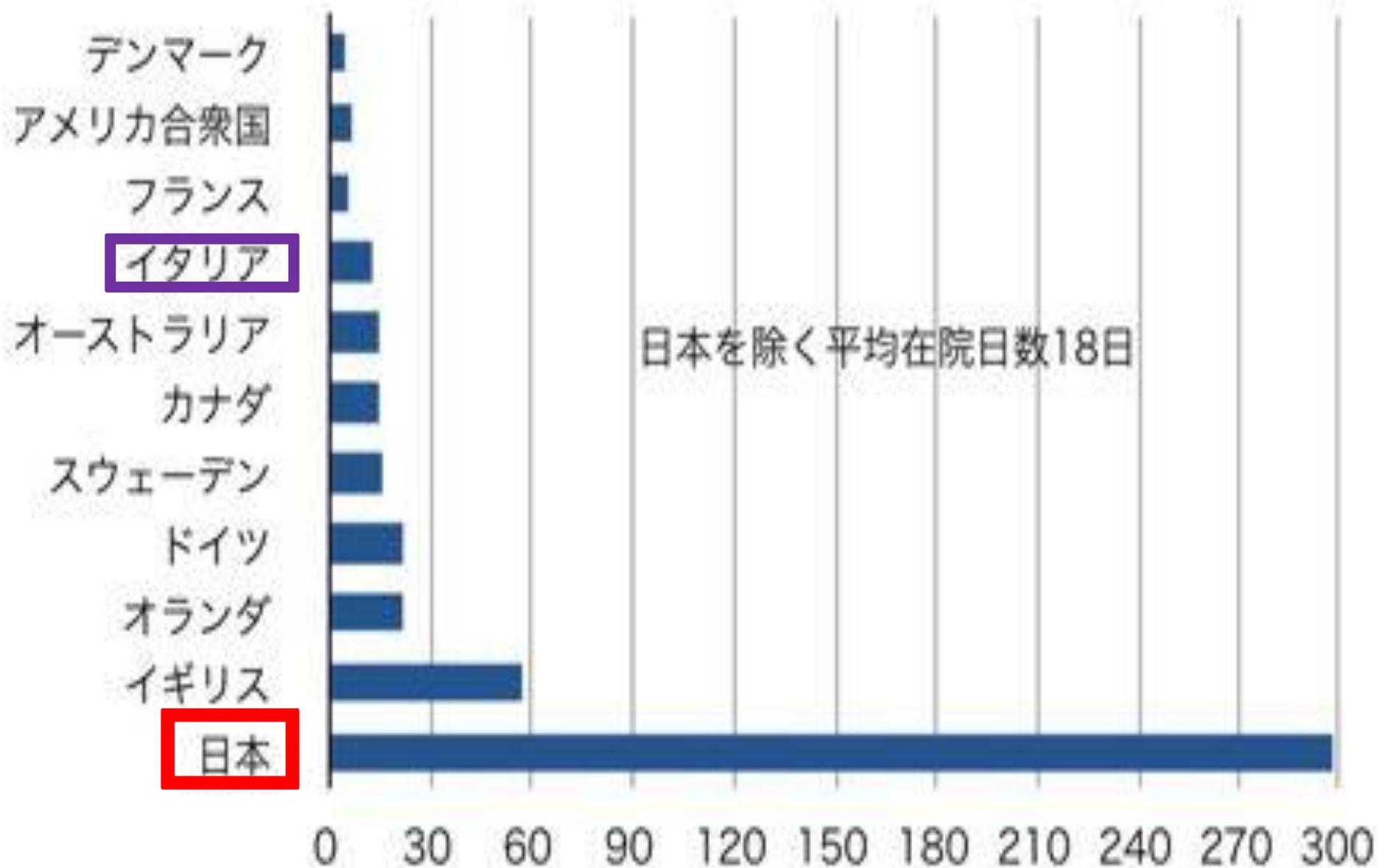


世界の精神医療改革は
バザーリア改革(イタリア)から始まった

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



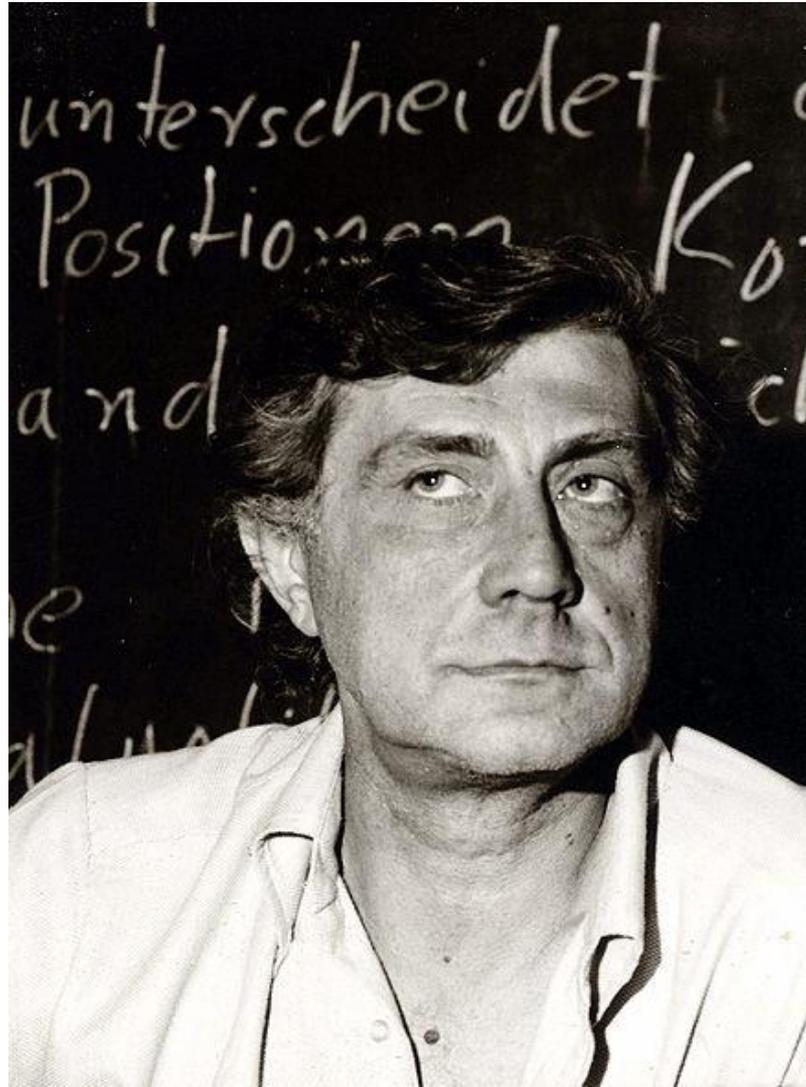
イタリアのバザーリア改革



La liberta' e' terapeutica.
自由こそ治療だ！

フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年



北イタリアのゴリツィア県



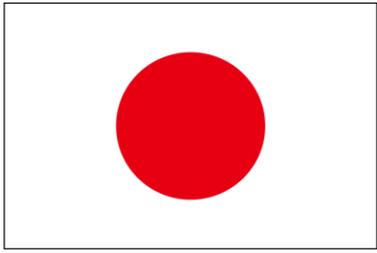


ゴリツィア県立精神病院

バザーリア改革

・ バザーリア法(180号法)

- 1978年5月に公布された世界初の精神科病院
廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への
新規入院、1980年末以降の再入院を禁止
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センター
で行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に15床
を限度に設置するが、そのベッドも精神保健セン
ターの管理下に置く。



ライシャワー事件 (1964年)

- ライシャワー事件
 - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
 - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となりました。
- その結果、1965年(昭和40年)に「精神衛生法」が一部改正された。
- ライシャワー駐日大使



宇都宮病院事件



• 宇都宮病院事件

- 1983年(昭和58年)栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院で看護職員らの暴行によって患者2名が死亡した事件
- 宇都宮病院は、他の精神科病院で対応に苦慮する粗暴な患者を受け入れてきた病院であった
- 事件以前から「看護師に診療を行わせる」「患者の虐待」「作業療法と称して院長一族の企業で働かせる」「病院裏の畑で農作業に従事させ収穫物を職員に転売する」「ベッド数を上回る患者を入院させる」「死亡した患者を違法に解剖する」などの違法行為が行われていた。

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

34万床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)
2.5:1
3:1

認知症治療病棟
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟
(836施設 103,437床) 6:1

小児入院医療管理料5
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

2:1 10:1 (34病棟、1,361床※)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1
15:1
(2,710病棟、145,959床※)

18:1 (303病棟 17,655床※)

20:1 (153病棟 9,265床※)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床※)

1.5:1 7:1
(7病棟 220床※)

2:1 10:1
(8病棟 261床※)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1 15:1
(84病棟
2,971床※)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)

※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数

※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

34万床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急
精神科救急
入院料1(2床)

統合失調症+気分障害
50±17歳
3カ月未満

認知症治療病床
入院
入院

認知症、77±14歳

精神療養病棟
(836施設 103,437床)

統合失調症
62±14歳
1年以上8割

20万床

10:1 (34病棟、1,361床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(710病棟、145,959床*)

統合失調症
58±16歳
1年以上6割

18:1 (303病棟 17,655床*)

20:1 (153病棟 9,265床*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

7:1
(7病棟 220床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(84病棟 2,971床*)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床※2)
特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

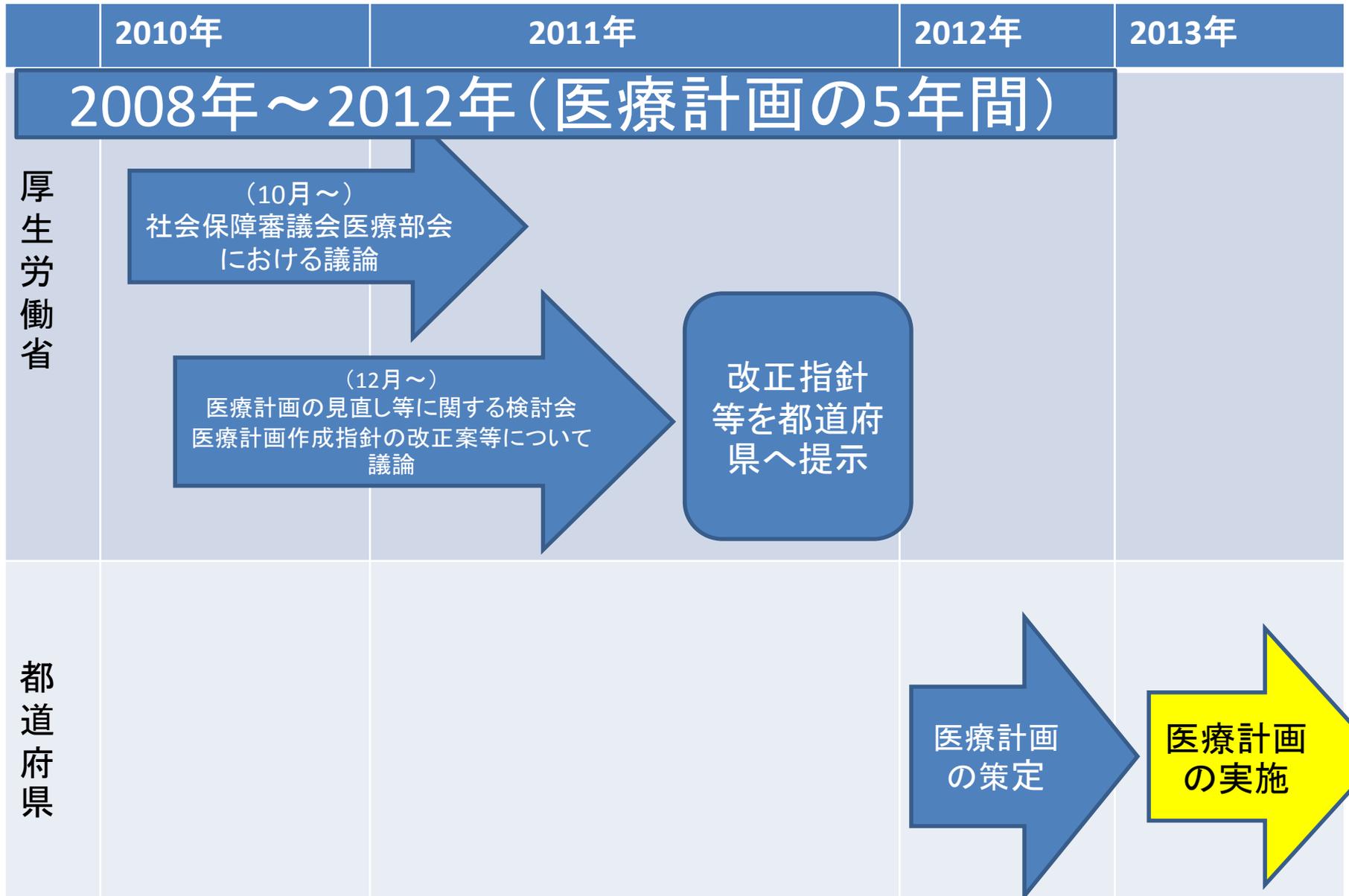
パート2

医療計画と精神疾患



医療計画は「医療法」に規程された 医療提供体制の基本計画

第6次医療計画見直しスケジュール



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



2010年12月～2011年12月
10回にわたって行った

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

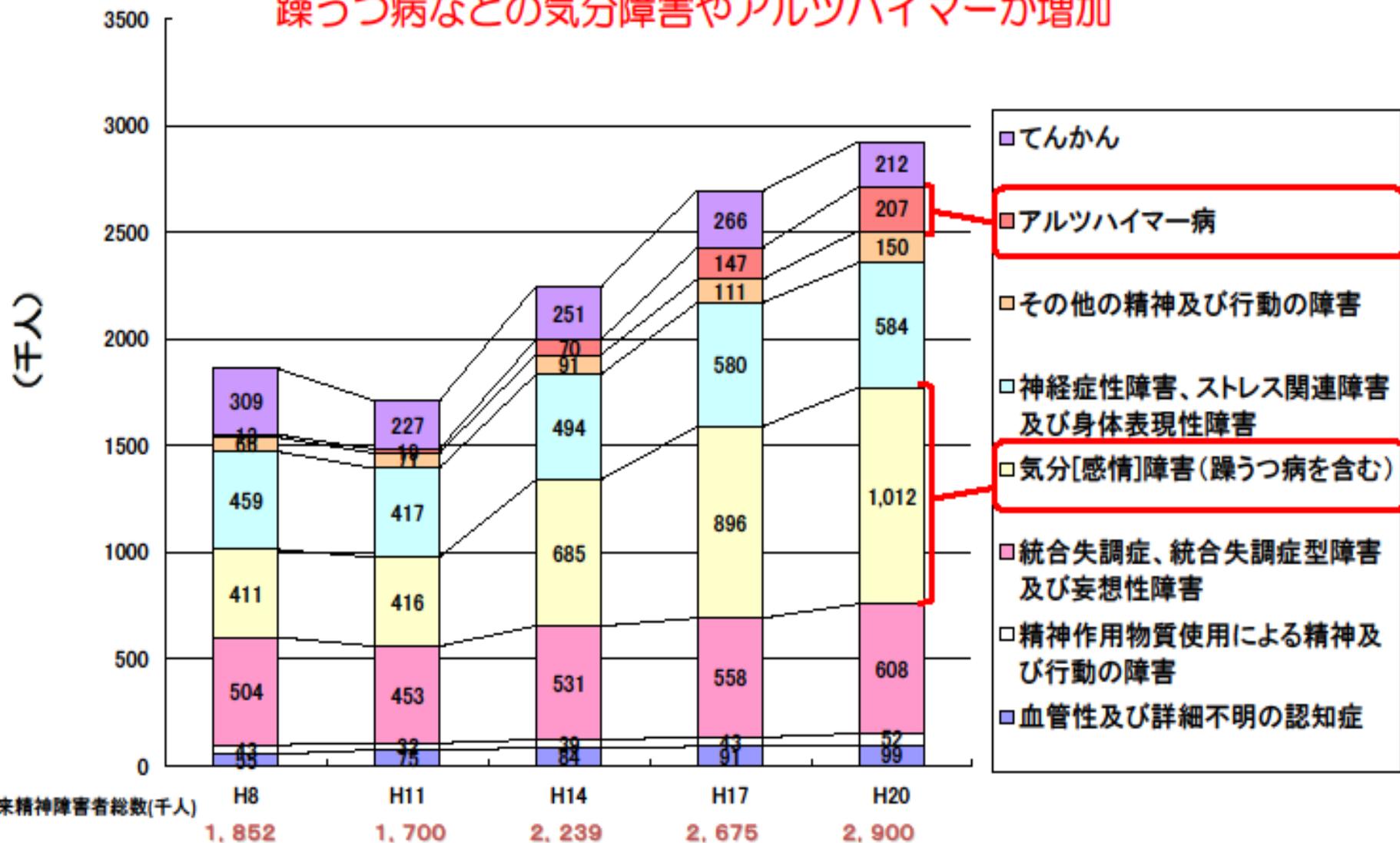
2次医療圏見直し

- 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

精神疾患外来患者の疾病別内訳

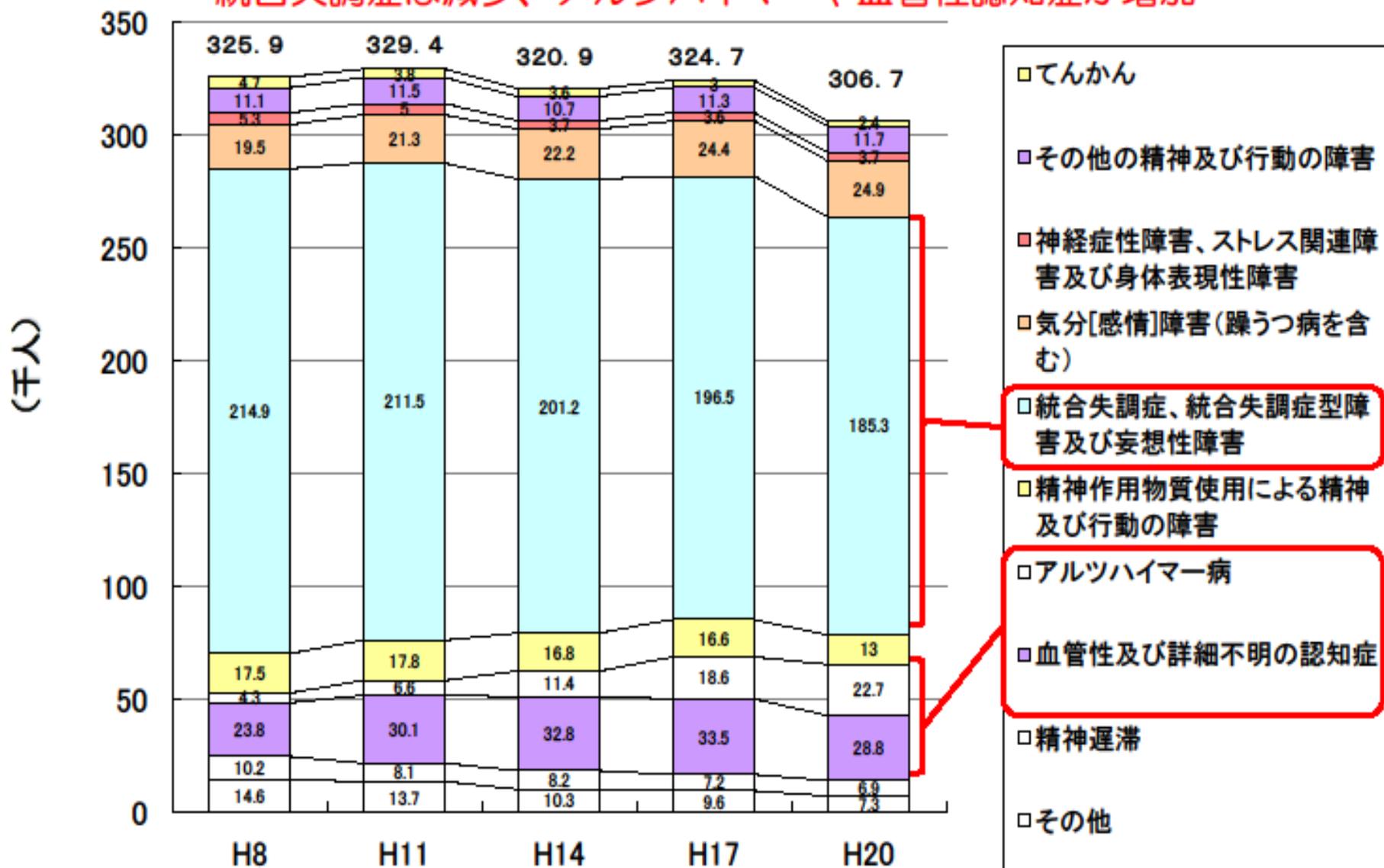
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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

3大精神疾患

うつ病が増えている

統合失調症による入院は減っている

認知症入院が増えている

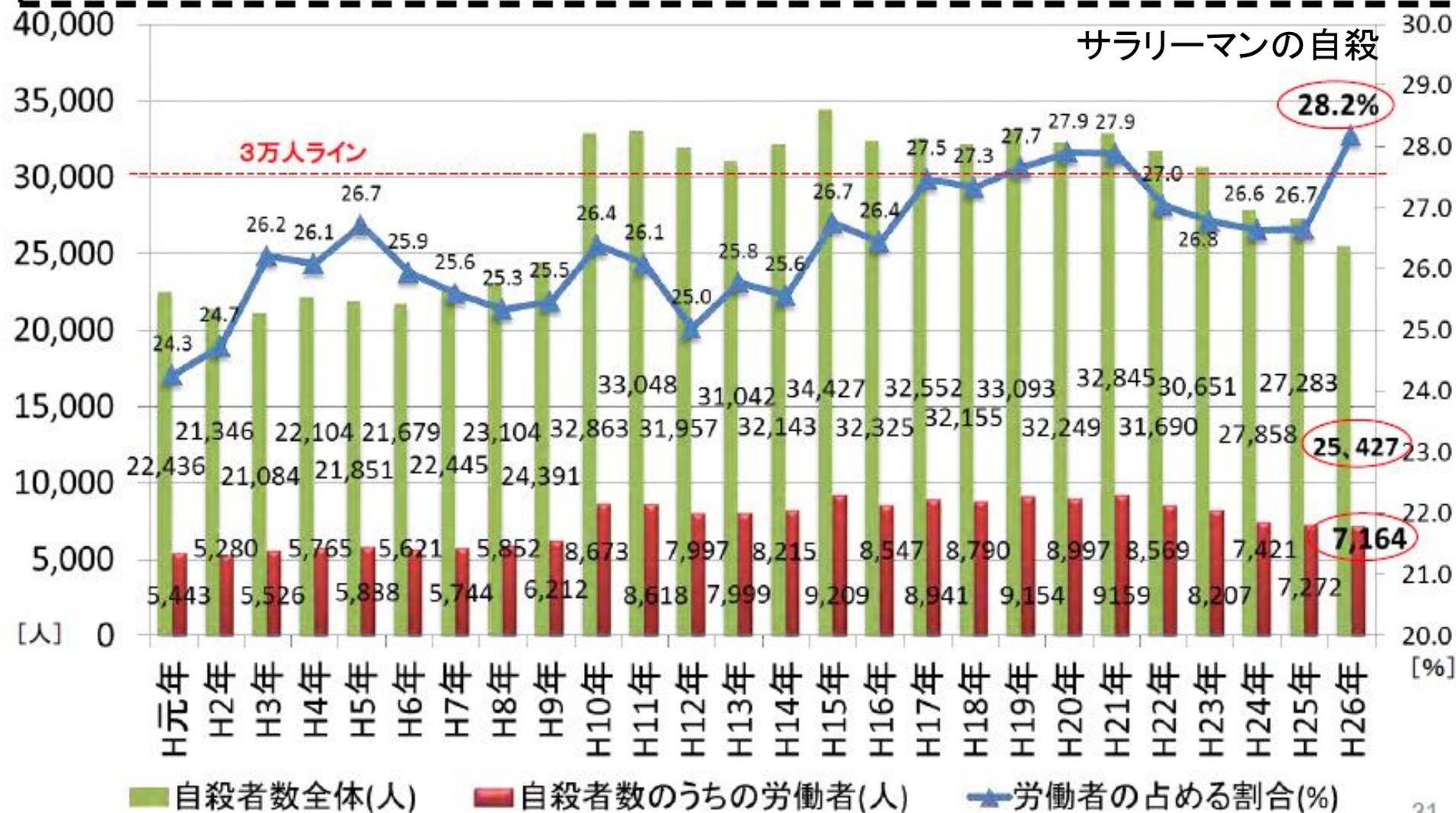
うつ病が増えている



うつ病に伴う自殺が増えている

自殺者数の推移 H26年/総数:25,427人(男:17,386人 女:8,041人)

- 平成24年に15年ぶりに3万人を下回り、平成26年はさらに減少した。
- 平成26年中における自殺者の総数は25,427人(前年に比べ1,856人(6.8%)減少)。
- 職業別でみると、「被雇用者・勤め人」は7,164人で全体の28.2%。



人口10万人あたりの自殺者数^[1]

位 ◆	国名 ◆	男性 ◆	女性 ◆	全体 ▼	年 ◆
1	 韓国 ^[2]	49.6	21.4	33.5	2010
2	 リトアニア ^[3]	58.5	8.8	31.5	2009
3	 カザフスタン	46.2	9.0	26.9	2007
4	 ベラルーシ ^[4]	N/A	N/A	25.3	2010
5	 日本 ^[5]	33.5	14.6	23.8	2011
6	 ロシア	N/A	N/A	23.5	2010
7	 ガイアナ	33.8	11.6	22.9	2005
8	 ウクライナ	40.9	7.0	22.6	2005
9	 スリランカ ^[6]	N/A	N/A	21.6	1996

4 職業別及び原因・動機別自殺者数(平成26年) 表4-2

○ 平成26年の自殺者のうち、原因・動機が特定できたのは19,025人

○ 原因・動機特定者のうち、勤務問題を原因とするのは2,227人(11.7%)

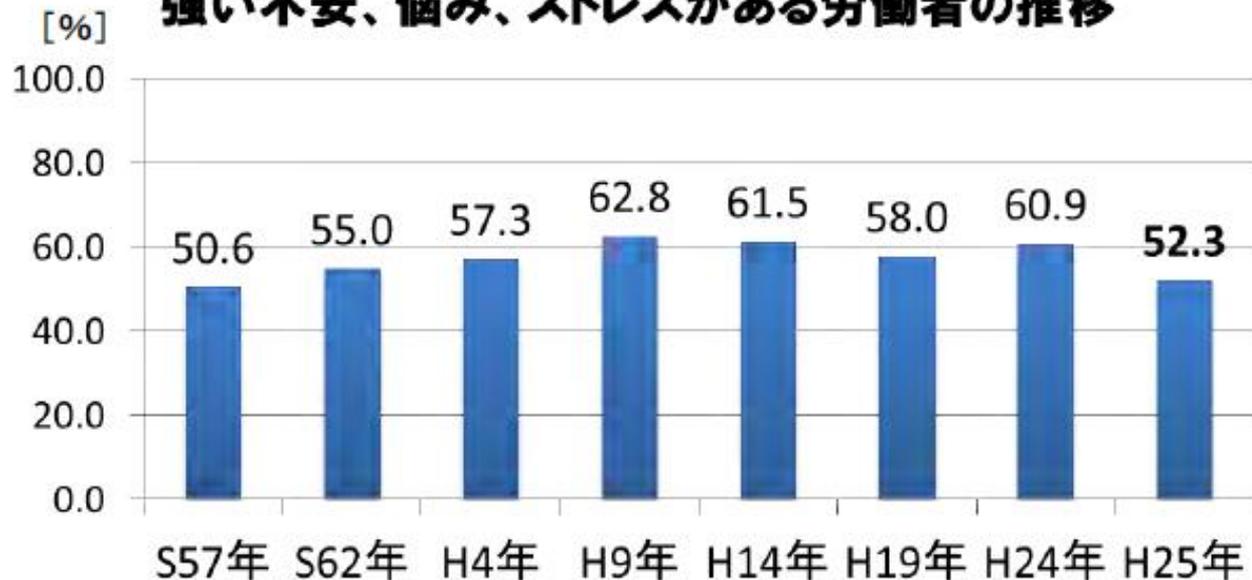
	人数	自殺の原因・動機(3つまで)							
		家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	
原因・動機特定者	19,025	3,644	12,920	4,144	2,227	875	372	1,351	
自営業・家族従業者	1,998	272	706	778	137	34	0	71	
被雇用者・勤め人	7,487	1,062	2,376	1,280	1,902	509	3	355	
無職	学生・生徒等	854	114	202	58	4	70	340	66
	無職者 (主婦、失業者、年金・雇用保険等生活者等)	15,036	2,175	9,587	1,973	181	251	28	841
不詳	158	21	49	55	3	11	1	18	

※遺書等により推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能とした。
原因・動機特定者の職業別人数は公表されていない。

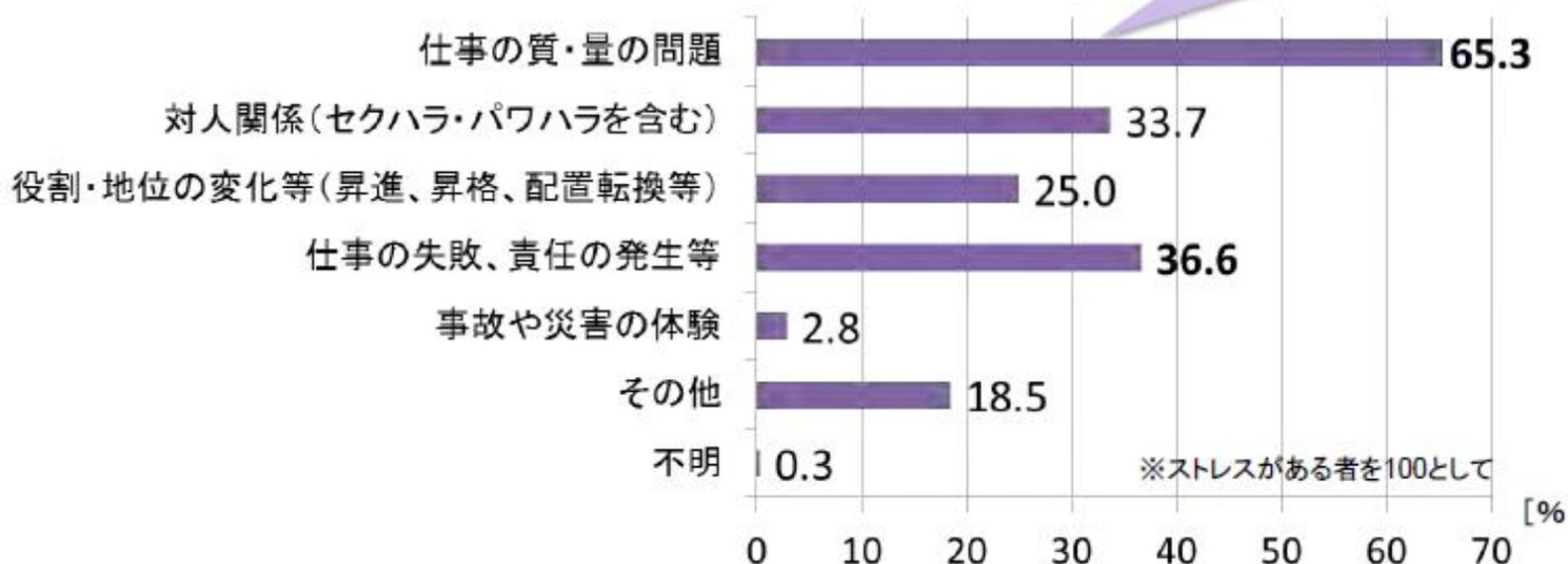
単位(人)
出典:平成26年 警察庁自殺統計³²

職業生活でのストレス等の状況

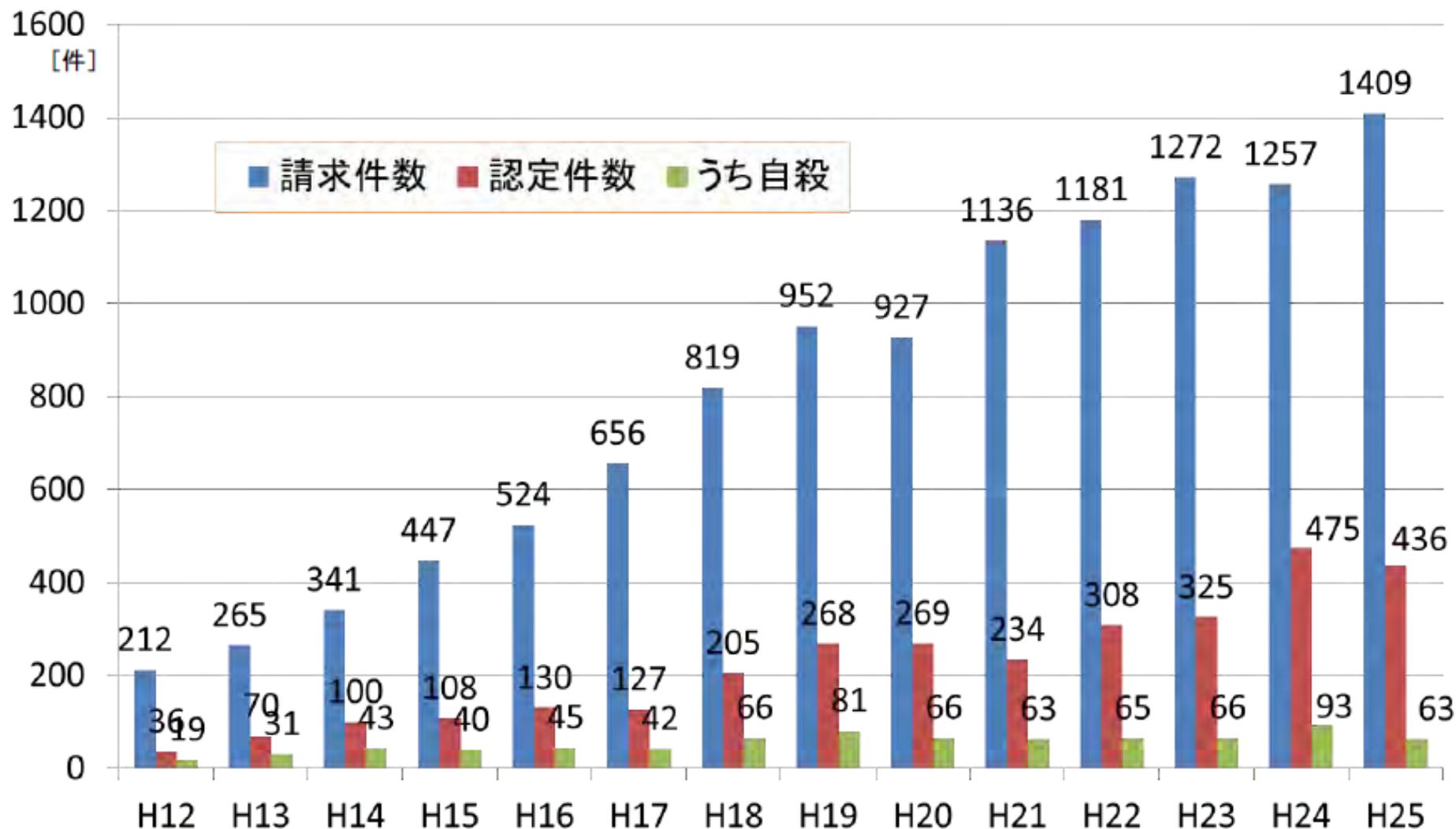
強い不安、悩み、ストレスがある労働者の推移



強い不安、悩み、
ストレスの内容
(3つまでの複数回
答)



精神障害等の労災補償状況

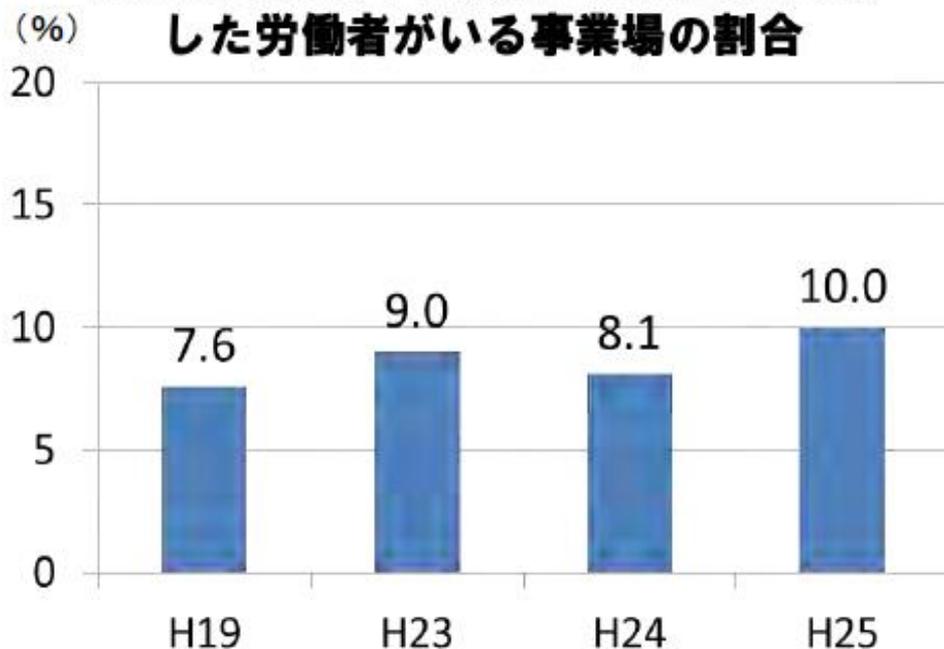


※ 平成11年に精神障害等の判定基準が策定された。

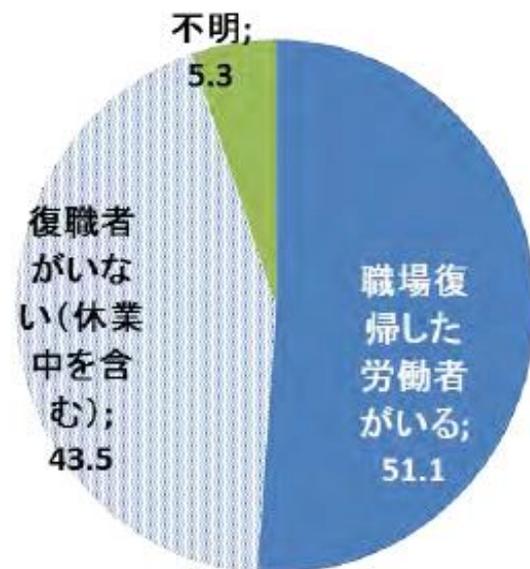
注:自殺には未遂を含む 34

メンタルヘルス不調により休業又は退職した労働者の状況

過去1年間においてメンタルヘルス不調により連続1か月以上休業又は退職した労働者がいる事業場の割合



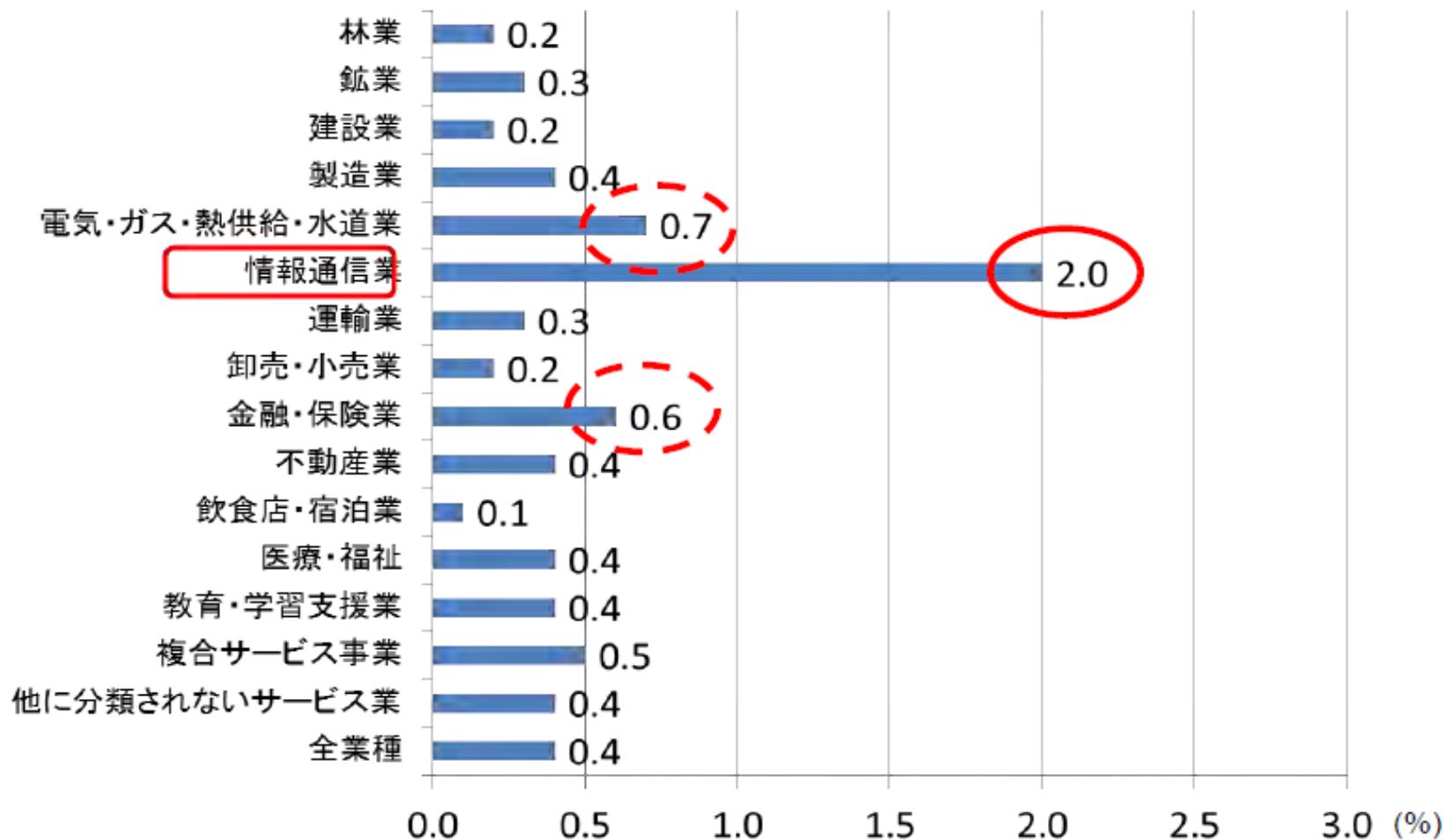
メンタルヘルス不調により連続1か月以上休業した労働者のうち職場復帰をした労働者の有無 (%)



平成19年度及び平成24年度労働安全衛生特別調査
(労働者健康状況調査)
平成23年度労働安全衛生特別調査
(労働災害防止対策等重点調査)
平成25年度労働安全衛生調査(実態調査)

過去1年間においてメンタルヘルス上の理由により
連続1か月以上休業又は退職した労働者数割合

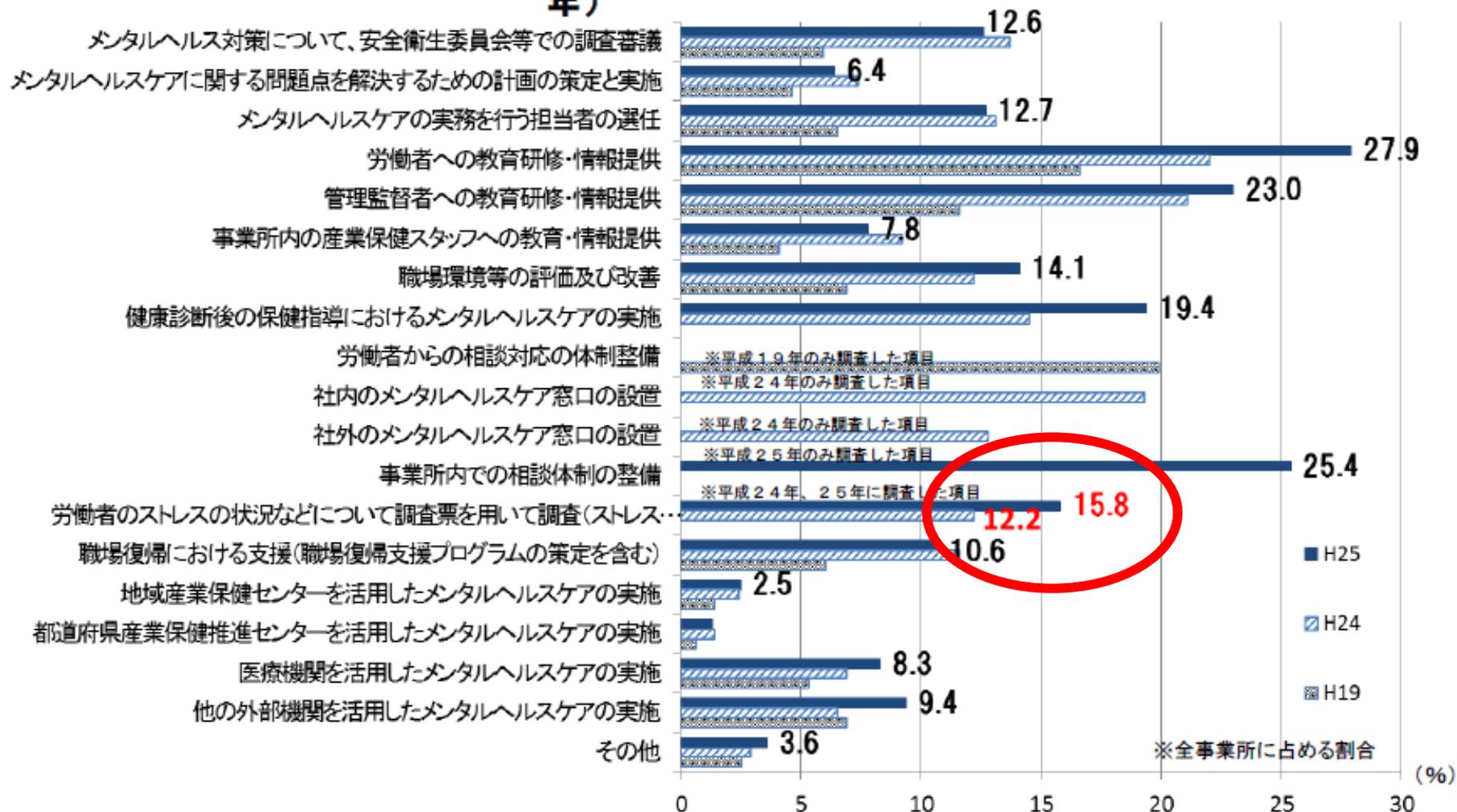
休業・退職者割合(業種別)



メンタルヘルス対策の取組の現状

労働者のストレスの状況などについて調査票を用いて調査していた事業場は**15.8%**（平成25年）

メンタルヘルス対策の内容別・取組状況（平成19年／平成24年／平成25年）



※平成19・24年労働者健康状況調査、平成25年労働安全衛生調査（実態調査）

労働安全衛生法改正の施行スケジュール(予定)

	26年度			27年度			28年度	
	6月25日	9月	12月	4月	6月	12月	4月	6月
〔計画届(88条1項)の廃止〕 〔電動ファン付き呼吸用保護具〕	公布		○9/16 政令・省令 審議会に諮問	H26年12月1日施行				
〔外国検査・検定機関の登録〕		○9/16 政令 審議会に諮問	省令 審議会に諮問			H27年6月1日施行 ・外国検査・検定機関 ・特別安全衛生改善計画 ・受動喫煙防止		
〔特別安全衛生改善計画制度の創設〕			省令 審議会に諮問					
〔受動喫煙防止の努力義務化〕								
〔ストレスチェック制度の創設〕			省令 審議会に諮問			H27年12月1日施行		
〔リスクアセスメントの義務化〕				省令 審議会に諮問				
〔ラベル成分削除〕								
〔ラベル対象物拡大〕 ※政令改正事項 (H25.12)				政令・省令 審議会に諮問		H28年6月までに施行 ・リスクアセスメント ・ラベル		

ストレスチェック制度の創設

ストレスチェックの実施等が義務となる ■施行日 **平成27年12月1日**

本制度の目的

- ・ **一次予防**を主な目的とする（労働者のメンタルヘルス不調の未然防止）
- ・ 労働者**自身のストレスへの気づき**を促す
- ・ ストレスの原因となる**職場環境の改善**につなげる

○ **常時使用する労働者に対して、医師、保健師等※¹による心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）※²を実施することが事業者の義務となります。**（労働者数50人未満の事業場は当分の間努力義務）

※¹ ストレスチェックの実施者は、今後省令で定める予定で、医師、保健師のほか、一定の研修を受けた看護師、精神保健福祉士を含める予定。

※² 検査項目は、「職業性ストレス簡易調査票」（57項目による検査）を参考とし、今後標準的な項目を示す予定。検査の頻度は、今後省令で定める予定で、1年ごとに1回とすることを想定。

○ **検査結果は、検査を実施した医師、保健師等から直接本人に通知され、本人の同意なく事業者に提供することは禁止されます。**

○ **検査の結果、一定の要件※³に該当する労働者から申出があった場合、医師による面接指導を実施することが事業者の義務となります。また、申出を理由とする不利益な取扱いは禁止されます。**

※³ 要件は、今後省令で定める予定で、**高ストレスと判定された者**などを含める予定。

○ **面接指導の結果に基づき、医師の意見を聴き、必要に応じ就業上の措置※⁴を講じることが事業者の義務となります。**

※⁴ 就業上の措置とは、労働者の実情を考慮し、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を行うこと。

「職業性ストレス簡易調査票」の項目 (57項目)

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない
2. 時間内に仕事が処理しきれない
3. 一生懸命働かなければならない
4. かなり注意を集中する必要がある
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない
7. からだを大変よく使う仕事だ
8. 自分のペースで仕事ができる
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない
12. 私の部署内で意見のくい違いがある
13. 私の部署と他の部署とはうまく合わない
14. 私の職場の雰囲気は友好的である
15. 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない
16. 仕事の内容は自分にあっている
17. 働きがいのある仕事だ

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

- | | |
|-------------|---------------|
| 1. 活気がわいてくる | 7. ひどく疲れた |
| 2. 元気がいっぱいだ | 8. へとへとだ |
| 3. 生き生きする | 9. だるい |
| 4. 怒りを感じる | 10. 気がはりつめている |
| 5. 内心腹立たしい | 11. 不安だ |
| 6. イライラしている | 12. 落ち着かない |

- | | |
|------------------|---------------|
| 13. ゆうつだ | 22. 首筋や肩がこる |
| 14. 何をするのも面倒だ | 23. 腰が痛い |
| 15. 物事に集中できない | 24. 目が疲れる |
| 16. 気分が晴れない | 25. 動悸や息切れがする |
| 17. 仕事が手につかない | 26. 胃腸の具合が悪い |
| 18. 悲しいと感じる | 27. 食欲がない |
| 19. めまいがする | 28. 便秘や下痢をする |
| 20. 体のふしぶしが痛む | 29. よく眠れない |
| 21. 頭が重かったり頭痛がする | |

C あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？

1. 上司
2. 職場の同僚
3. 配偶者、家族、友人等

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司
5. 職場の同僚
6. 配偶者、家族、友人等

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司
8. 職場の同僚
9. 配偶者、家族、友人等

D 満足度について

1. 仕事に満足だ
2. 家庭生活に満足だ

【回答肢(4段階)】

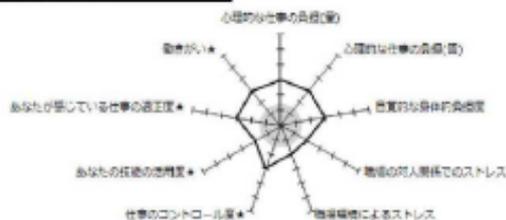
- A そうだ/まあそうだ/ややちがう/ちがう
 B ほとんどなかった/ときどきあった/しばしばあった/ほとんどいつもあった
 C 非常に/かなり/多少/全くない
 D 満足/まあ満足/やや不満足/不満足

※労働省委託研究「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」(平成7年度～11年度)(班長 加藤正明)

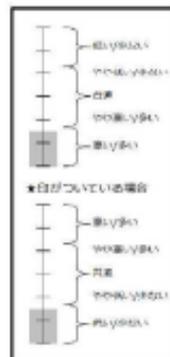
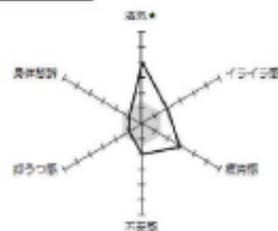
本人に通知するストレスチェック結果のイメージ

あなたのストレスプロフィール

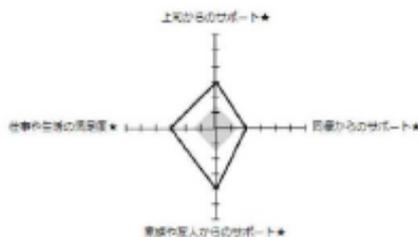
ストレスの原因と
考えられる因子



ストレスによって起こる
心身の反応



ストレス反応に影響を
与える他の因子



<評価結果 (点数) について>

項目	評価点 (合計)
ストレスの要因に関する項目	〇〇点
心身のストレス反応に関する項目	〇〇点
周囲のサポートに関する項目	〇〇点
合計	〇〇点

<あなたのストレスの程度について>

あなたはストレスが高い状態です (高ストレス者に該当します)。

セルフケアのためのアドバイス

.....

<面接指導の要否について>

医師の面接指導を受けていただくことをおすすめします。

以下の申出窓口にご連絡下さい。

〇〇〇〇 (メール: ****@**** 電話: ****_****)

※面接指導を申し出た場合は、ストレスチェック結果は会社側に提供されます。また、面接指導の結果、必要に応じて就業上の措置が講じられることとなります。

※医師の面接指導ではなく、相談をご希望の方は、下記までご連絡下さい。

〇〇〇〇 (メール: ****@**** 電話: ****_****)

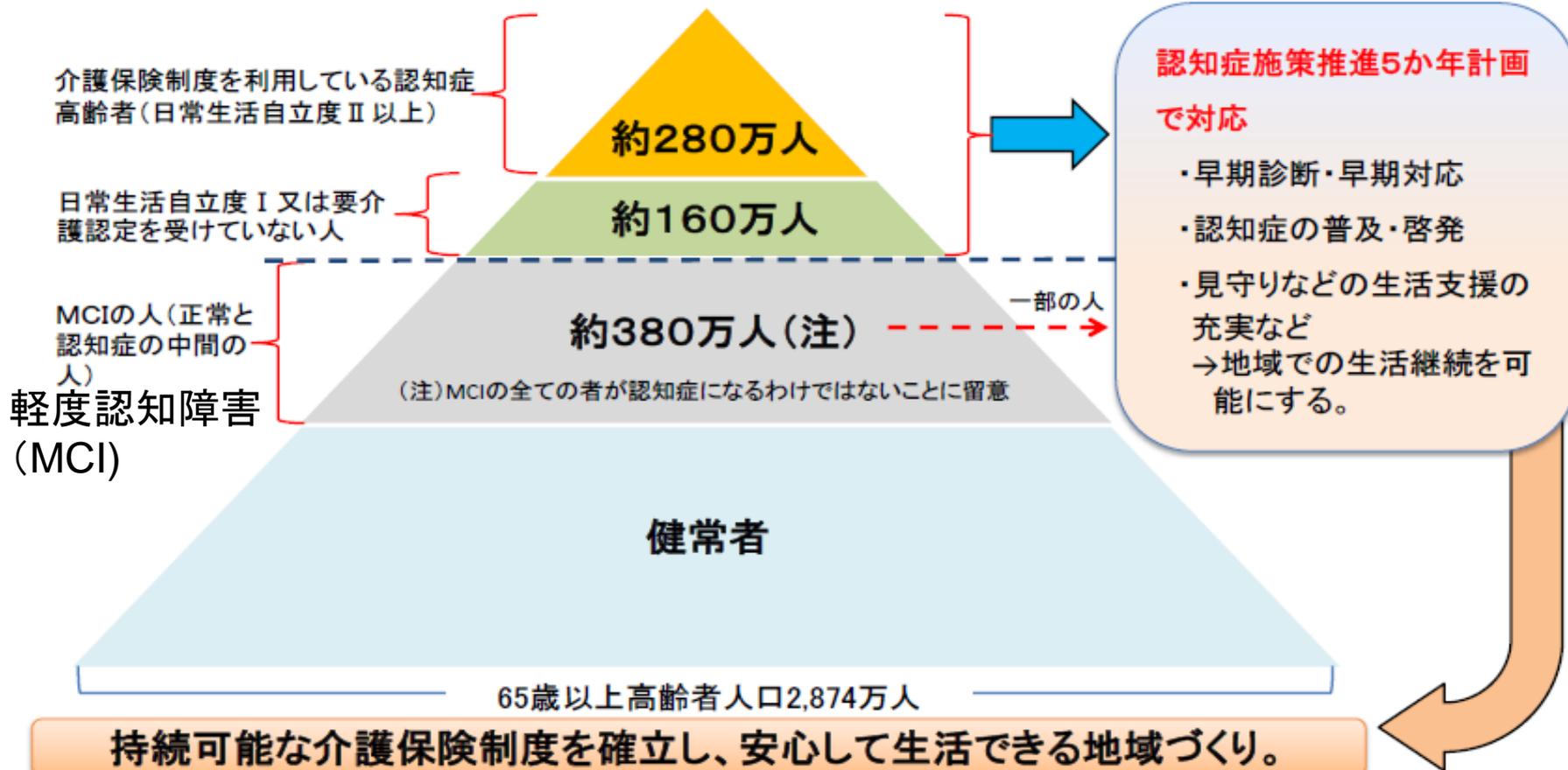
認知症施策推進5か年計画 オレンジプラン

2013年度～2017年度(5か年計画)

2012年9月厚生労働省発表

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者（日常生活自立度Ⅱ以上）は約280万人（平成22年）。



認知症施策推進5か年計画 で対応

- ・早期診断・早期対応
- ・認知症の普及・啓発
- ・見守りなどの生活支援の充実など
→ 地域での生活継続を可能にする。

持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

認知症有病率等調査について

都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応

(厚生労働科学研究 筑波大学 朝田教授)

【認知症有病率等】

○認知症の全国有病率推定値15% (95%信頼区間で12%~17%)

○全国の認知症有病者数約439万人(平成22年)と推計。(95%信頼区間で約350万人~497万人)

【MCI有病率等】

○MCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の全国の有病率推定値13% (95%信頼区間で10%~16%)

○全国のMCI有病者数約380万人(平成22年)と推計。(95%信頼区間で約292万人~468万人)

※上記は、全国の65歳以上の高齢者についての推計値である。

◆調査内容等◆

・調査期間:平成21~24年度

・調査地域:全国10か所の市町

平成21年度:宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、大分県杵築市

※宮城県栗原市は、東日本大震災の影響を考慮して解析の対象から除外

平成23年度:茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市

※有病率の推定にあたっては、医師による面接調査までの完遂率の高さを考慮し、上越市を除く8地域のデータを用いた。

・調査対象:65歳以上の高齢者

・10市町の住民基本台帳より無作為抽出	9,278名
うち調査対象者	8,964名
参加者総数	6,131名(68.4%)
・分析には、上記のうち8市町の参加者を引用	5,386名

・調査方法

1. 会場調査(体育館等)

①訓練された調査員による問診・神経心理検査、および血液検査(含遺伝子検査)

②医師による神経学のおよび身体的診察

③認知症が疑われた場合、頭部MRI撮像

2. 来場困難者への訪問調査

病院・施設・自宅等に赴き、会場調査同様の調査を行う

実態を調査するため全国より10カ所で調査を行った



今後の認知症施策の方向性

～ ケアの流れを変える ～

- 「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」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「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)を構築することを、基本目標とする。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「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)	平成27年度以降の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 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人(現在340万人)

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」 （平成25年度から29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ① 「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)の作成・普及
 - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画(市町村)に反映

2. 早期診断・早期対応

- ① かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
【考え方】高齢者人口約600人(認知症高齢者約60人)に対して、1人のかかりつけ医が受講。
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- ② 認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,400人
【考え方】一般診療所(約10万)25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- ③ 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討

※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。

④ 早期診断等を担う医療機関の数

- ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。

【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。

※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能(早期診断・早期支援、危機回避支援)については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

⑤ 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着

- ・平成24年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
- ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

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

- ・平成24年度 ガイドラインの策定
- ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用

② 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

- ・平成24年度～ 調査・研究を実施

③ 「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

- ・平成24年度 クリティカルパスの作成
- ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
- ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ① 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。(別紙参照)

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- ① 認知症地域支援推進員の人数

平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人

【考え方】5つの中学校区当たり1人配置(合計約2,200人)、当面5年間で700人配置。

※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施

- ② 認知症サポーターの人数(累計)

平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人

- ③ 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数

平成24年度見込 40市町村

将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備

- ④ 認知症の人やその家族等に対する支援

・平成24年度 調査・研究を実施

・平成25年度以降「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

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の作成

・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付

- ② 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数

平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

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」(認知症ケアモデル)の策定

- ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
- ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用

② 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)

平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人

【考え方】すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で1人ずつが受講

③ 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)

平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人

【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。

④ 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)

新規 → 平成29年度末 87,000人

【考え方】病院(約8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。

注：平成25年6月時点資料であり、今後変更がありえる

1. 基本的な考え方

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」(※医療計画策定指針の一部)

及び「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」の考え方を基とする。

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」

(平成24年10月9日 医政指発1009第1号、障精発1009第1号、老高発1009第2号 3部局課長連名通知) ～抄～

[第2 医療機関とその連携]

[2 各医療機能と連携]

(5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

① 目標

- ・ 認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度（特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。）を確保すること

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」

2. 早期診断・早期対応

○ 早期診断等を担う医療機関の数

- ・ 平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。

認知症の人の家族に対する支援の推進

<基本的な考え方>

認知症の人の介護を行うことは、その家族にとって相当な負担となっており、認知症の人とその家族などとの関係性によっては、認知症の人に悪影響を与えるおそれが生じる。

そのため、地域において認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図る。

<具体的な取組例>

認知症の本人、その家族、専門職、地域住民など誰もが参加でき、和やかに集うカフェの開設
→認知症の人の家族が状況を共有できる人と出会い、相互に情報を共有することで介護等に活かすことができる、等の効果がある。

※ 右の「取組の一例」を参照のこと

<補助の対象>

認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図るための取組を開始するための初動経費や、当該取組の中で、講師による専門的な講義等を行った場合の謝金

認知症カフェの取組の一例

(K市地域包括支援センターの取組)

- 1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)
- 通所介護施設や公民館の空き時間を活用
- 活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
- 効果
 - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
 - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
 - ・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)
 - ・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

認知症サポーター

目的: **認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対して出来る範囲での手助けをする人**

メイト・サポーター合計 (H25.3.31 現在)

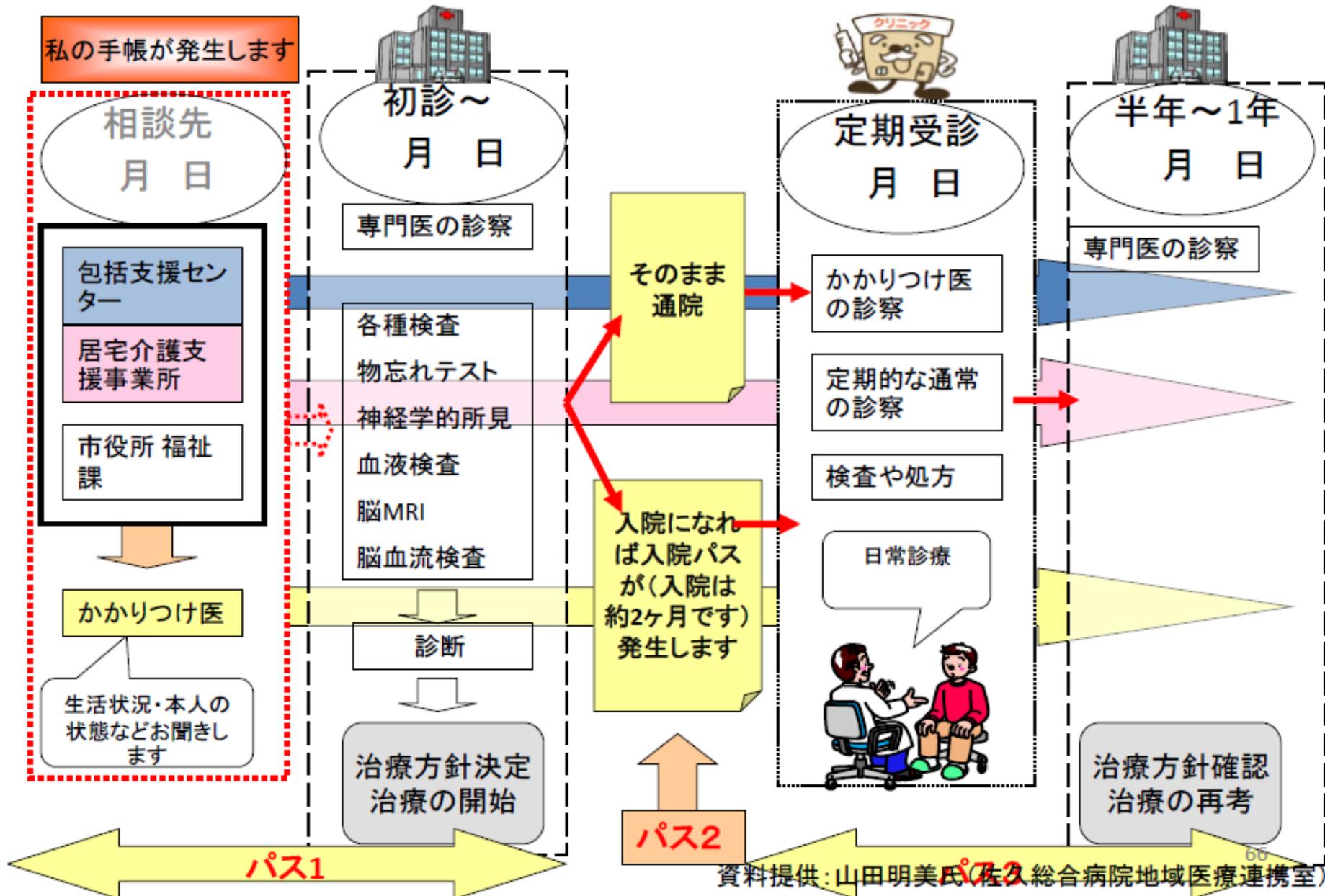
4, 126, 551人

- ・認知症サポーター養成講座(90分)
4, 041, 589人(自治会、老人クラブ、金融機関、スーパーマーケット、小中高等学校、教員等)
- ・キャラバンメイト養成研修(6時間)
84, 962人(認知症サポーター養成講座の講師役)



2012年 400万人 → 目標(2017年) 600万人

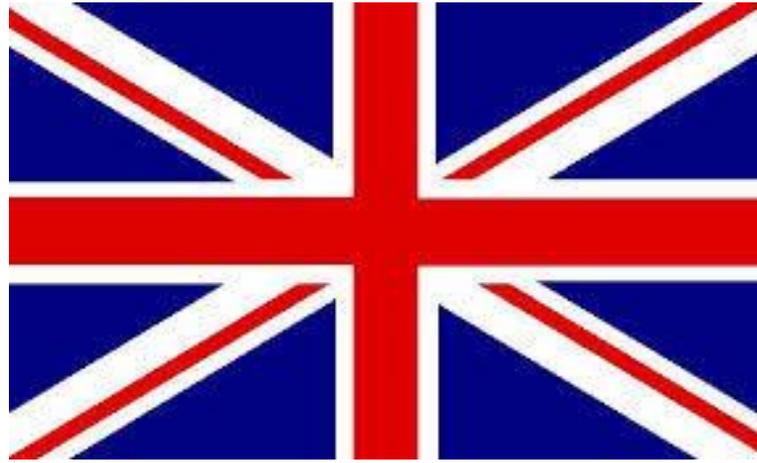
認知症連携パスフロー



パート3

先進各国の認知症施策

イギリス



イギリスの高齢者ケア・認知症の取り組み

2015年8月29日～9月6日
イギリス、デンマーク視察



英国の認知症国家戦略

- 2009年2月「認知症とともに良き生活(人生)を送る:認知症国家戦略」
- Living with Dementia:A National Dementia Strategy 2009~2014
- 5つの目標(2009年)
 - 1 早期の診断・支援のための体制整備
 - 2 総合病院における認知症対応の改善
 - 3 介護施設における認知症対応の改善
 - 4 ケアラー支援の強化
 - 5 抗精神病薬使用の低減

1 早期の診断・支援のための体制整備

- プライマリケア（家庭医、GP）センターにおける早期診断と早期支援の推進
- 認知症診断率
 - 疫学調査をもとに地域別の認知症の推定患者数を分母に、認知症と診断された人の数を分子にとり、地域別認知症診断率を把握する
 - 地域ごとに大きなバラツキがあった
- 早期診断と早期支援プログラムの推進

Prime Minister's challenge on Dementia (2012)

“there will be a quantified ambition
for diagnosis rates across the
country ..robust and affordable local
plans”

「定量的な認知症診断率目標(67%)
に基づく地域施策が必要！」



South London and Maudsley NHS Foundation Trust

Dr Daniel Harwood
(**CAG**の Clinical Director)
イギリスにおける認知症分野の
著名なリーダーの1人

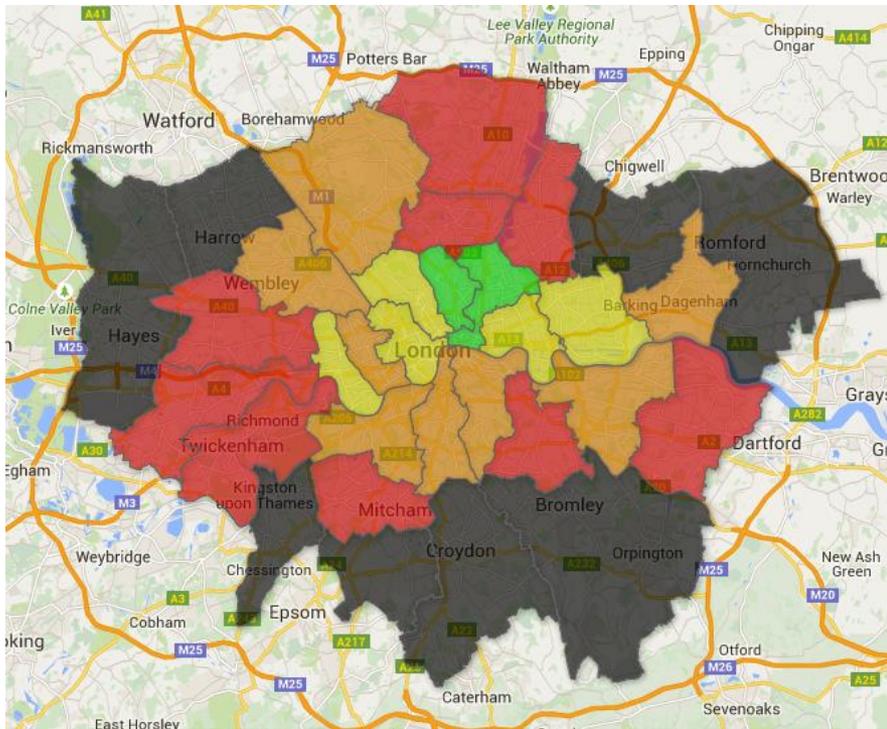
- ・ **認知症国家戦略**
 - ・ 認知症の診断率向上
 - ・ 抗精神薬の低減
 - ・ 早期介入とQOL
 - ・ ケアラー支援

認知症診断率＝
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

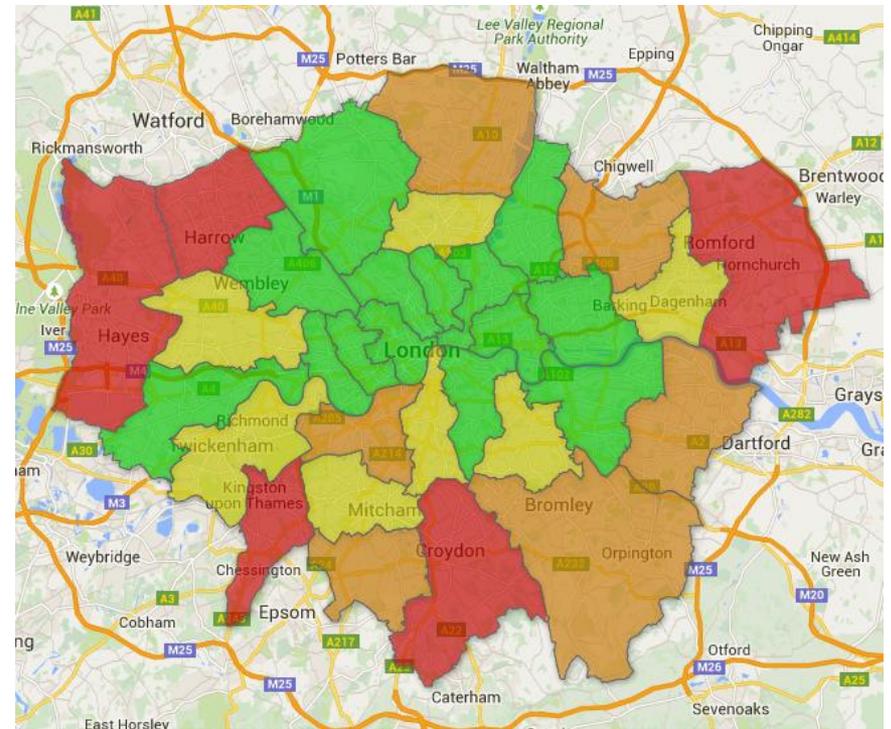


ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

- September 2014



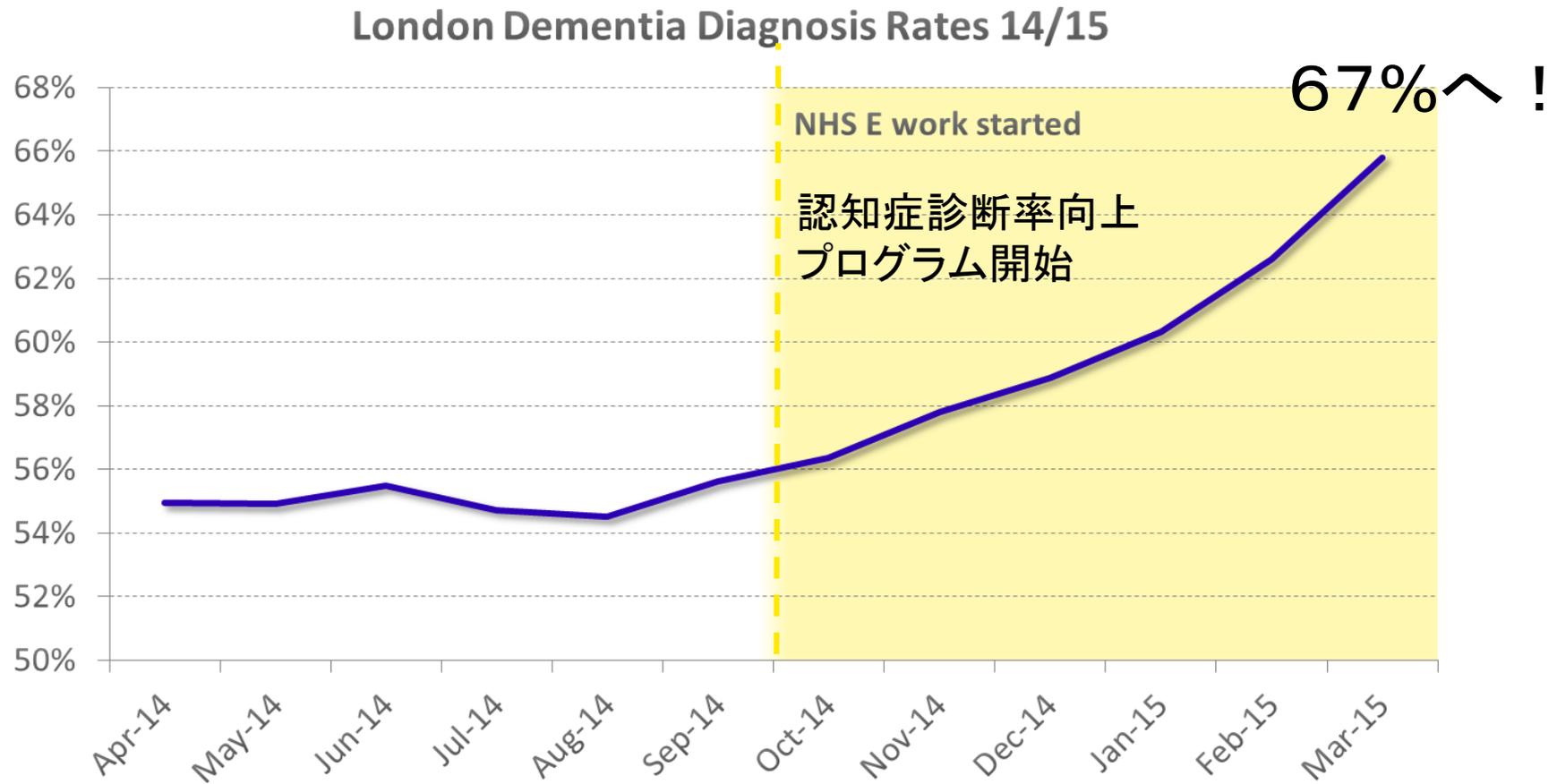
- March 2015



Diagnosis Rate



認知症診断率の推移(ロンドン)2015年



認知症診断に55ポンド！
～開業医の診断率向上のためのインセンティブ～



Anger over 'cash for diagnoses' dementia plan

早期診断・早期支援プログラム

- 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気付くことができるようにする
 - 市民啓発活動の強化
 - プライマリケア医の認知症診断力の向上、対応力の改善
- 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられる
 - メモリーサービスの普及とその質向上

メモリーサービス

- 認知症の早期診断と支援の地域拠点、65歳以上人口約4万人に1箇所割合で設置
- 多職種チームによるアウトリーチ
 - アセスメント、チームによる診断会議、当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援を経て、プライマリケア医に引き継ぐ
 - 認知症が重症化する前に地域での生活が継続できる体制を構築するのが目的

NHSクロイドンメモリーサービス (ロンドン、南クロイドン地区)

- 多職種チーム(看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど6名)
- 精神科医は非常勤でチーム診断会議における助言が役割
- アセスメント
 - 初回アセスメントはスタッフ2名で訪問し、アセスメントを行う
 - チーム診断会議でアセスメントによって得られた情報により、医師が参加する週に診断会議を行う。必要に応じて画像診断を行う
 - 診断の結果の当事者・家族への丁寧な説明

早期支援

- 診断後の心理ケア
- 必要かつ良質な情報の提供
- 家族支援(たとえば認知症カフェへの参加)
- 認知症治療薬の選択
- 本人の残された判断能力を尊重したケアプランの作成
- 生活環境の改善
- 通常、メモリーセンターが係るのはおよそ3ヶ月、その後はプライマリケア医に引き継ぐ

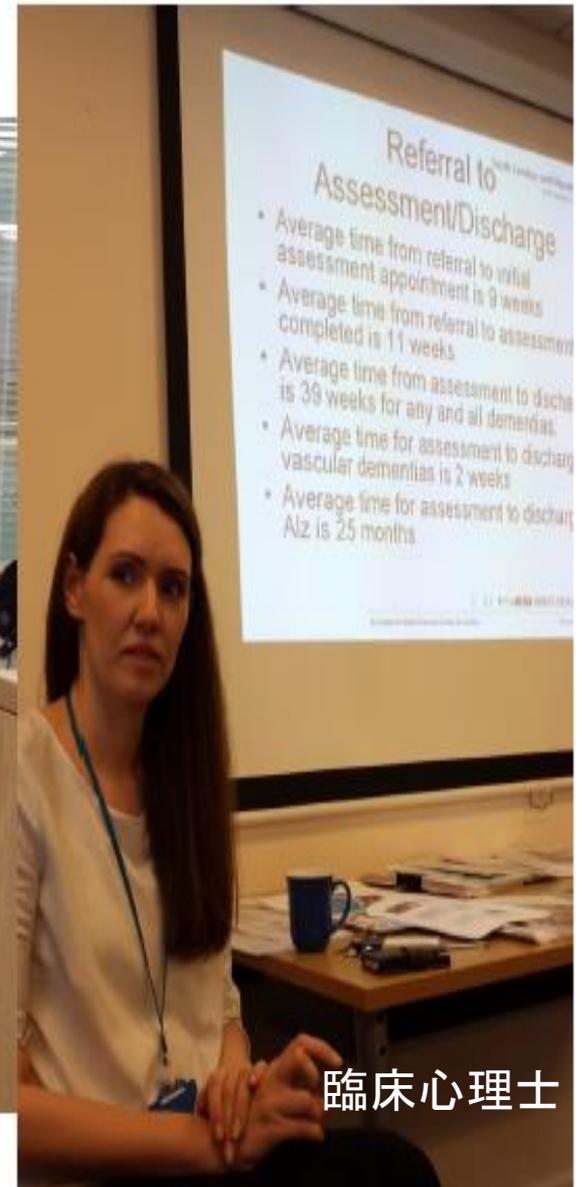
Croydon Memory Service; (NS・OT・心理士)

メモリーサービスのパイオニア



看護師

作業療法士



臨床心理士

ケアラー支援の強化

- 1995年ケアラー法が制定
 - 認知症の人を家族に持つ介護者(ケアラー)も支援を受ける権利を有する
 - 地方自治体はケアラーの困難をアセスメントする義務を有する

Sutton Carers Center

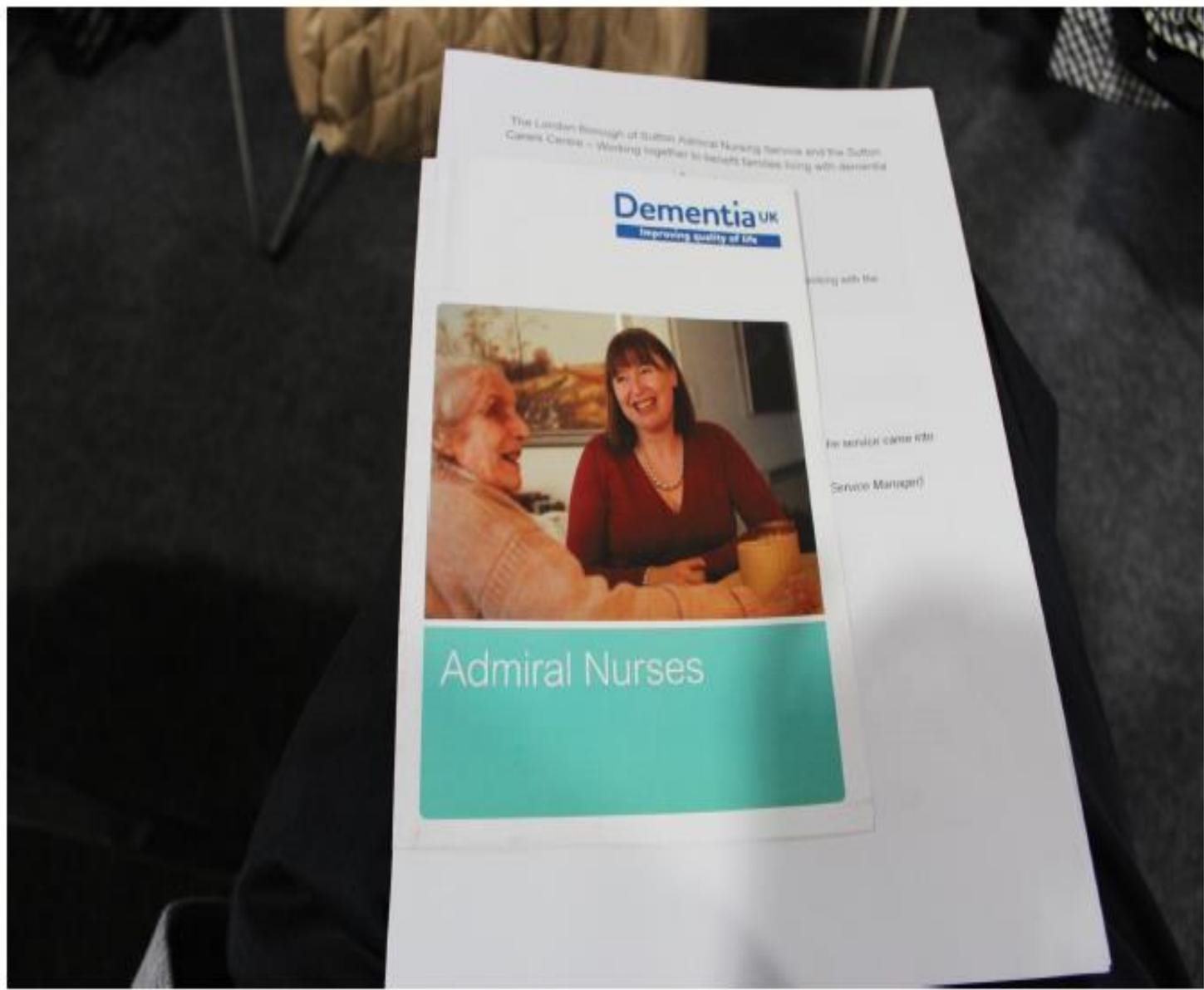


Sutton Carers Center 家族介護者支援

- Vice Director
- Admiral Nurse
Clinical Leader
- Service Manager
(Social Worker)
- Carer(家族介護者)



当事者団体が養成する
認知症家族支援の
専門看護師



抗精神病薬の処方制限

- 認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが研究によって明らかになった
- リスクの低い薬を限定的に処方する方針が出され、抗精神病薬の処方率が2006年の17.5%から2011年の6.8%まで低下

認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム1
 - 私は、早期に認知症の診断を受けた。
- アウトカム2
 - 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
- アウトカム3
 - 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている
- アウトカム4
 - 私の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている

認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム5
 - 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
- アウトカム6
 - 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
- アウトカム7
 - 私は人生を楽しんでいる。
- アウトカム8
 - 私は、コミュニティの一員であると感じる。
- アウトカム9
 - 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム



平成25年1月29日(九段)

認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。認知症政策の国際動向を把握。

<参加6カ国> イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し、住み慣れた地域での生活の継続を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

地域生活を可能とするための共通戦略(例)

事前の意思表示

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

早期・事前的対応

早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制

ケアラー支援

レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者(ケアラー)支援を強化

行動・心理症状への対応

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減

普及・啓発

認知症に対する理解と意識の向上を図る

国際政策シンポジウムのテーマ

- テーマ1 診断と初期支援
- テーマ2 統合されたケア
- テーマ3 危機時の支援
- テーマ4 ケアラー支援
- テーマ5 権利擁護と倫理
- テーマ6 国家戦略の推進

テーマ1 診断と初期支援

- 認知症の未診断問題
 - 未診断のためにサービス・支援につながらず問題が増悪
 - 各国とも未診断は40%～60%
 - 診断率の向上がカギ
- 認知症に関する偏見の克服
 - 認知症を持っているが、同時に生活・人生も持っている(例 英国)

テーマ1 診断と初期支援

- かかりつけ医の認知症診断力・対応力に課題
 - 各国ともかかりつけ医の診断能力に課題があり、十分な役割を果たせていない
- ソーシャルアセスメントとナビゲートがなされていない
 - ソーシャルアセスメントとは、認知症の人がどのような生活環境で暮らしていて、どのような生活課題を抱えているかを把握し、包括的支援のプランニングを行うこと
 - そしてそれをナビゲートすることが必要

テーマ2 統合されたケア

- 分断されたサービス・制度・施策
 - 認知症に関する各種地域サービスが分断され、ばらばらに提供されていることが問題
- 統合されたケアとそのケースマネジメントと担い手
 - フランス：認知症ケースマネジメントサービス拠点 (MAIA)における認知症ケアマネージャー
 - 英国：認知症アドバイザー
 - オーストラリア：認知症キーワーカー
 - デンマーク、オランダ：認知症コーディネーター

テーマ2 統合されたケア

- ケースマネジメントの質の改善
 - 認知症ケースマネジメントが当事者やケアラーのニーズに基づいたものには必ずしもなっていない
 - パーソンセンターアプローチやアドバンスディレクティブ(事前の意志表示)の推進などの仕組みづくりが必要
 - 統合的ケアへむけての制度、政策的改善
 - 中央政府と地方政府との関係
 - 非営利民間組織、ボランティア団体等の運営による地域資源の拡充が必要

テーマ3 危機時の支援

- 抗精神病薬使用の制御
 - 認知症の人の行動・心理状態(BPSD)に対して、抗精神病薬が過剰に使用されることに対するリスクの認識
 - ケースマネジメントの質の向上によるBPSD の発現の予防
 - 日常的に認知症の人をバックアップする専門アウトリーチチームの配置等
 - フランス、イングランド、デンマーク等

テーマ3 危機時の支援

- 精神科病院への入院
 - 各国とも極めて限定的
 - フランスでは年間1000件未満
 - 各国とも認知症の人が精神科病院に多数、入院していた時代を経験、精神科病床および一般療養病床の削減、閉鎖等の政策実現を経て、現在に至っている

テーマ4 ケアラー支援

- ケアラー法に基づく支援、国家戦略による明確な位置づけ
 - ケアラー法 イギリス(1995年)、オーストラリア(2010年)
 - 認知症の人を家族にもつ介護者はこの法律に基づいた各種支援を受ける「権利」を保持している
 - フランス、デンマークはケアラー法はないが、認知症国家戦略の中で位置づけている
- レスパイトケア
 - ケアラーに対する適切な情報提供、ケアラーが抱える困難についてのアセスメント、レスパイトサービスの提供
- ケアラー支援のボランティアの育成
 - ケアラー団体、認知症協会など

テーマ5 権利擁護と倫理

- 認知症に関する倫理的問題についての国民的議論
 - 認知症の人への虐待、人権、尊厳を脅かす事態への対応
 - メンタルキャパシティイアクト
 - イギリス(2005年)、新後見法施行

テーマ6 国家戦略の推進

- 認知症国家戦略の推進に必要な資源
 - 認知症政策に必要な財源の確保
 - 認知症に関心を持つ有権者がどれほど多いかを世論調査や社会調査で明らかにする
 - 認知症を持つ有権者、介護で苦勞する有権者を増やすというロビー活動
- 認知症予算確保に必要な調査研究
 - 認知症の疫学研究、病因解明研究
 - とくに認知症施策の費用対効果の検証

テーマ6 国家戦略の推進

- 認知症国家戦略の推進
 - 首相や大臣に定期的に政策助言を行うアドバイザリーボードや委員会を設置
 - ボードメンバーにケアラーや当事者の参加
 - 当事者団体、ケアラー団体の積極的な関わり
 - 地方政府の関与
 - 地域ごとのベンチマークデータが必要
 - 認知症の人の未診断率、抗精神病薬の処方率、施設入所率

日本への示唆

- 地域別認知症診断率
 - 認知症診断率公表とその目標値の設定が認知症の早期診断の普及を促す
 - 日本においても認知症診断率を導入しては？
- ケアラー対策の充実
 - 日本においてもケアラー法が必要なのでは？
- 認知症国家戦略委員会
 - 日本においても首相直属、大臣直属の認知症国家戦略委員会等のアドバイザーとリーボードが必要では？

NDBを利用した 認知症有病率の推計

国際医療福祉大学大学院

武藤正樹

認知症有病率

これまでの報告では、調査年や対象者によりやや異なるものの、認知症有病率は4～11%程度となっている。

表 国内の疫学調査による認知症有病率⁵

調査年	報告者、地域	対象者	認知症有病率
1985	Kawano、福岡県久山町	65歳以上、887人	6.7%
1987-88	福西、香川県三木町	65歳以上、3,754人	4.1%
1991-1992	Ishii、宮城県田尻町	65歳以上、2,352人	8.0%
1992-96	Yamada、広島県	60歳以上、2,222人	7.2%
1994	中島、京都府	65歳以上、2,280人	4.8%
1995	Hatada、長崎県	60歳以上、4,368人	6.2%
1997-1998	Ikeda、愛媛県中山町	65歳以上、1,438人	4.8%
1997-1998	中村、新潟県糸魚川市	65歳以上、7,847人	10.6%
1998	Yamada、京都府網野町	65歳以上、3,715人	3.8%

最新の認知症有病率(2010年)

最近の認知症患者推計の根拠として、よく引用されているのは、2009年～2011年度に厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)により全国10地域で実施された横断調査(無作為標本抽出または悉皆調査)の結果である。

この報告書によると、**認知症の全国有病率推定値は15%**となり、2010年における**全国の認知症有病者数は約439万人**(95%信頼区間350-497万人)と推定された。

認知症有病率等調査について

都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応

(厚生労働科学研究 筑波大学 朝田教授)

【認知症有病率等】

○認知症の全国有病率推定値15% (95%信頼区間で12%~17%)

○全国の認知症有病者数約439万人 (平成22年) と推計。(95%信頼区間で約350万人~497万人)

【MCI有病率等】

○MCI (正常でもない、認知症でもない (正常と認知症の間) 状態の者) の全国のお有病率推定値13% (95%信頼区間で10%~16%)

○全国のMCI有病者数約380万人 (平成22年) と推計。(95%信頼区間で約292万人~468万人)

※上記は、全国の65歳以上の高齢者についての推計値である。

◆調査内容等◆

・調査期間:平成21~24年度

・調査地域:全国10か所の市町

平成21年度:宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、
愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、
大分県杵築市

※宮城県栗原市は、東日本大震災の影響を考慮して解析の対象から除外

平成23年度:茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市

※有病率の推定にあたっては、医師による面接調査までの完遂率の高さを
考慮し、上越市を除く8地域のデータを用いた。

・調査対象:65歳以上の高齢者

・10市町の住民基本台帳より無作為抽出	9,278名
うち調査対象者	8,964名
参加者総数	6,131名 (68.4%)
・分析には、上記のうち8市町の参加者を引用	5,386名

・調査方法

1. 会場調査 (体育館等)

①訓練された調査員による問診・神経心理検査、および血液検査
(含遺伝子検査)

②医師による神経学のおよび身体的診察

③認知症が疑われた場合、頭部MRI撮像

2. 来場困難者への訪問調査

病院・施設・自宅等に赴き、会場調査同様の調査を行う

実態を調査するため全国より10カ所で調査を行った



NDBを活用した認知症有病率の推計

- 研究目的
- (1)疫学的認知症有病率とNDBに基づく認知症有病率の比較
 - ①NDBより、認知症薬を服用している患者数から認知症有病率を推計
 - ②先の疫学調査による有病率との比較を行う
 - (仮説1)認知症薬を服用している患者数のほうが疫学調査による有病率を上回るのでは？
 - 理由は正確な認知症診断の元に認知症薬が用いられていないと考えられるから
 - (仮説2)認知症薬を服用している患者数のほうが疫学調査による有病率を下回るのでは？
 - 理由は認知症の未診断率が高いので、認知症薬の投与率が低いのでは？
- (2)認知症薬と向精神薬を同時処方のうち不適切な処方を抽出する
 - ガイドラインに基づいて不適切な認知症薬と向精神薬の不適切処方の率を検出する

研究の期待される成果

- 疫学的認知症有病率調査とNDB調査にもとづく認知症薬服用状態からみた認知症有病率を比較することで、わが国の認知症診断が過大診断であるか、過小診断であるかを明らかにすることができる
- 日常臨床における認知症診断の適切性について明らかにすることができる



ロンドンのパブで！



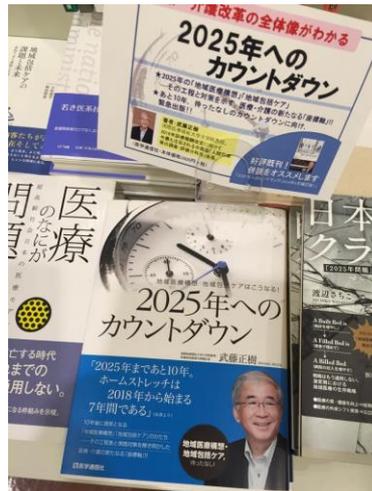
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



amazon ランキング



すべてのカテゴリ

本

医学・薬学・看護学・歯科学

医学一般

病院管理学

医療統計学

情報学

衛生・公衆衛生学

緩和医療

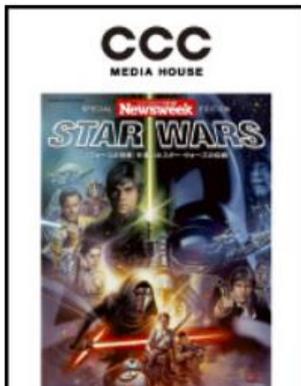
医事法学

医療倫理学

法医学

医学教育

医学史



医療倫理学の 売れ筋ランキング

Amazon.co.jpの売れ筋ランキング。ランキングは1時間ごとに更新されます。



 1.

2025年へのカウントダウンー地域医療構想・地域包括ケアはこうなる!

武藤 正樹

★★★★★ (2)

単行本

価格: **¥ 2,808**

ポイント: 52pt (2%)

7点の新品 / 中古品を見る: **¥ 2,808**より



 2.

地域包括ケアと地域医療連携

二木 立

★★★★★ (3)

単行本

価格: **¥ 2,916**

ポイント: 54pt (2%)

8点の新品 / 中古品を見る: **¥ 2,916**より



 3.

RCAの基礎知識と活用事例ー演習問題付き (シリーズ医療安全確保の考え方と手法)

吉田 修平 柳川 純生

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