

2025年へのカウントダウン

～精神疾患と認知症診断向上プログラム～

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！

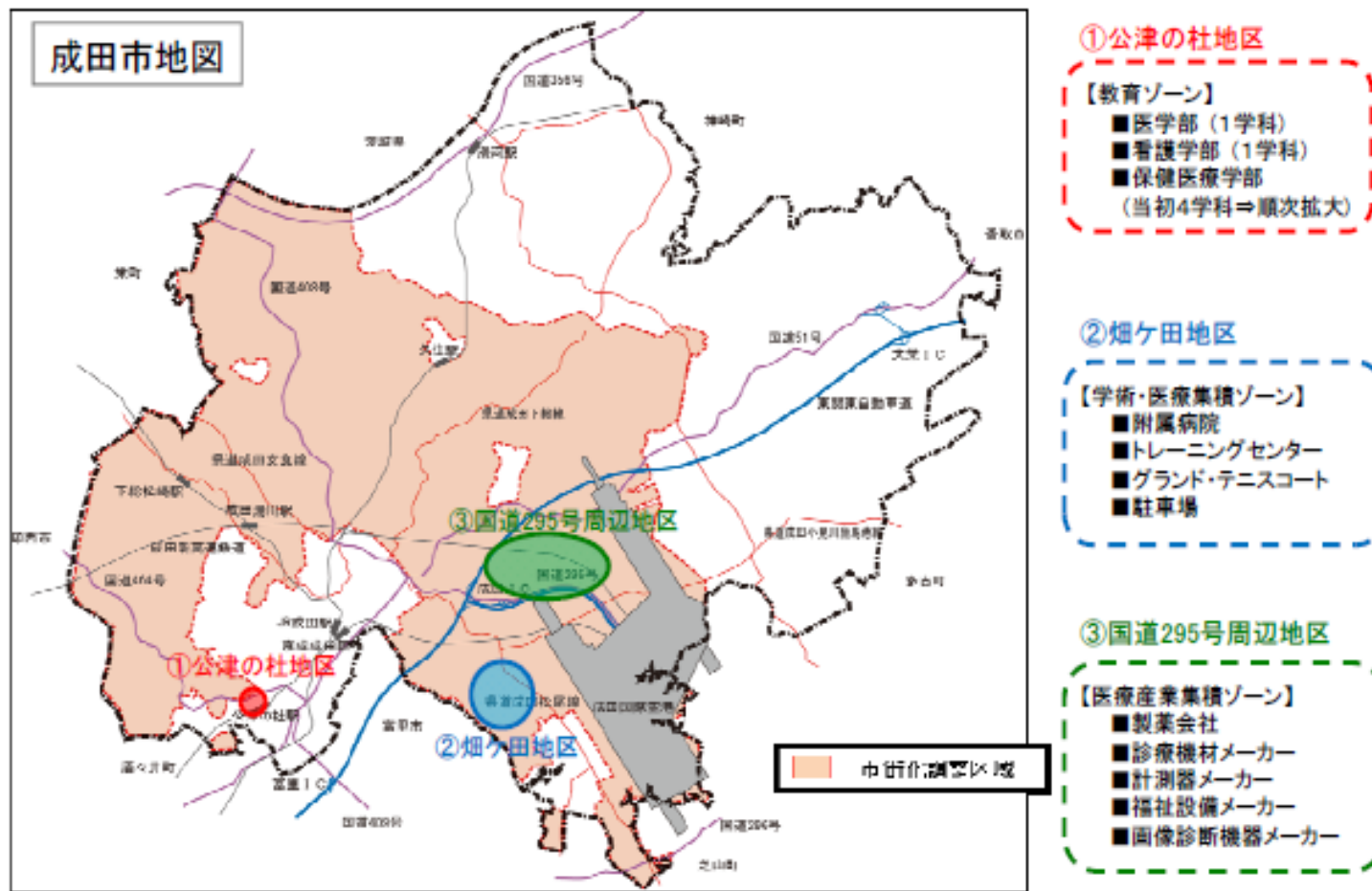
物忘れ外来もあります！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

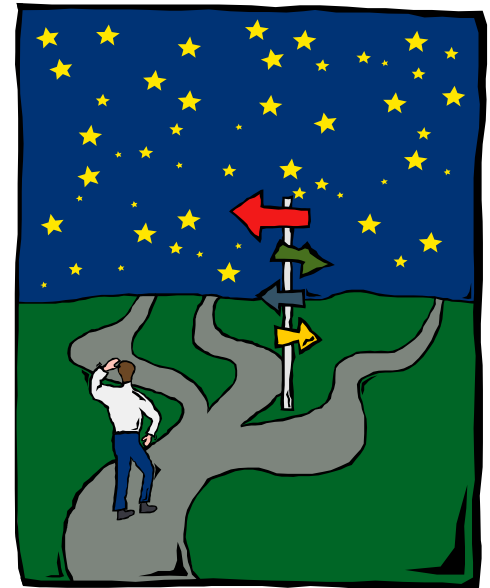
1. 構想の概要(4)

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。



目次

- パート1
 - 世界の精神科医療改革と日本
- パート2
 - 医療計画と精神疾患
- パート3
 - 先進各国の認知症施策

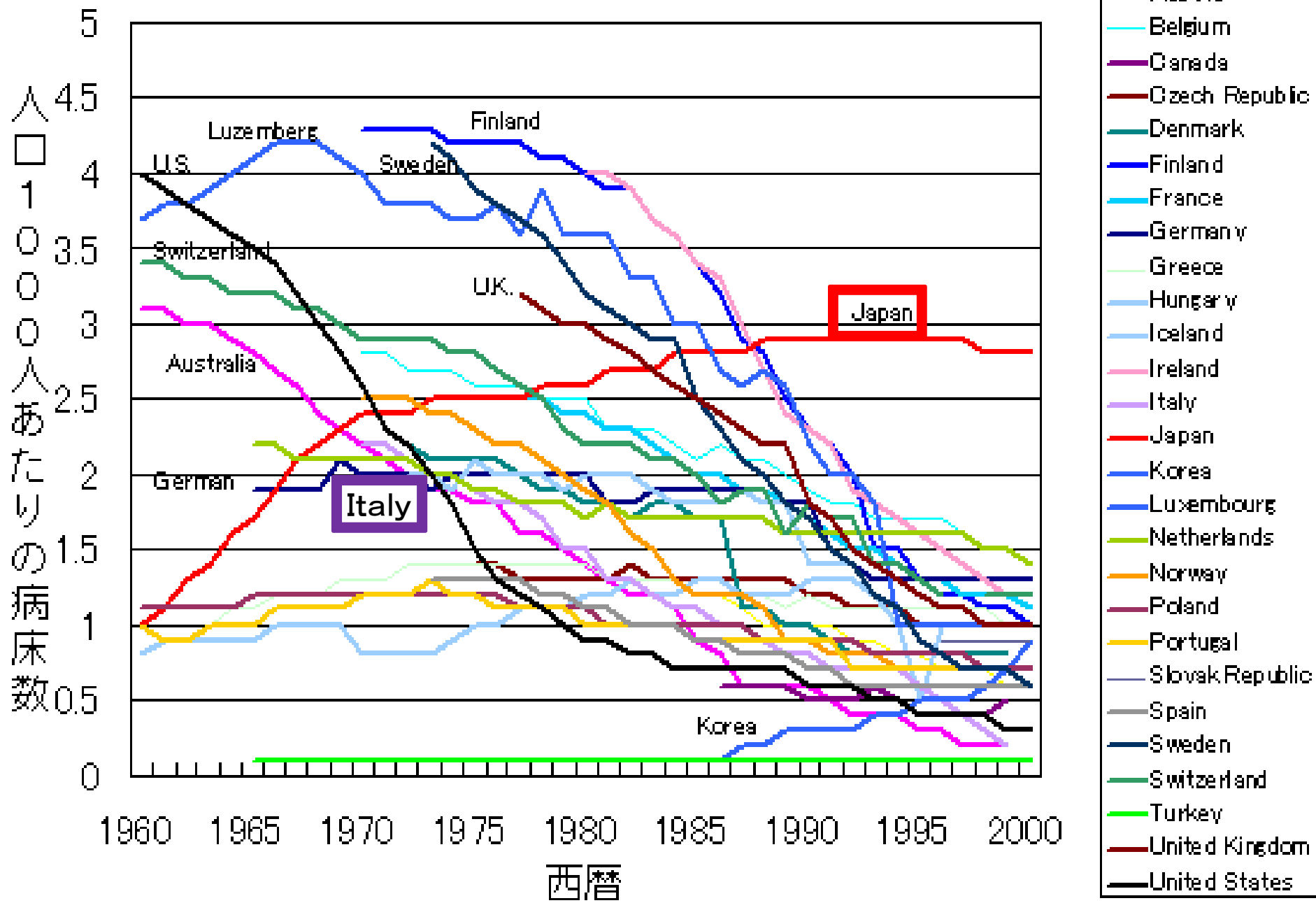


パート1 精神医療改革

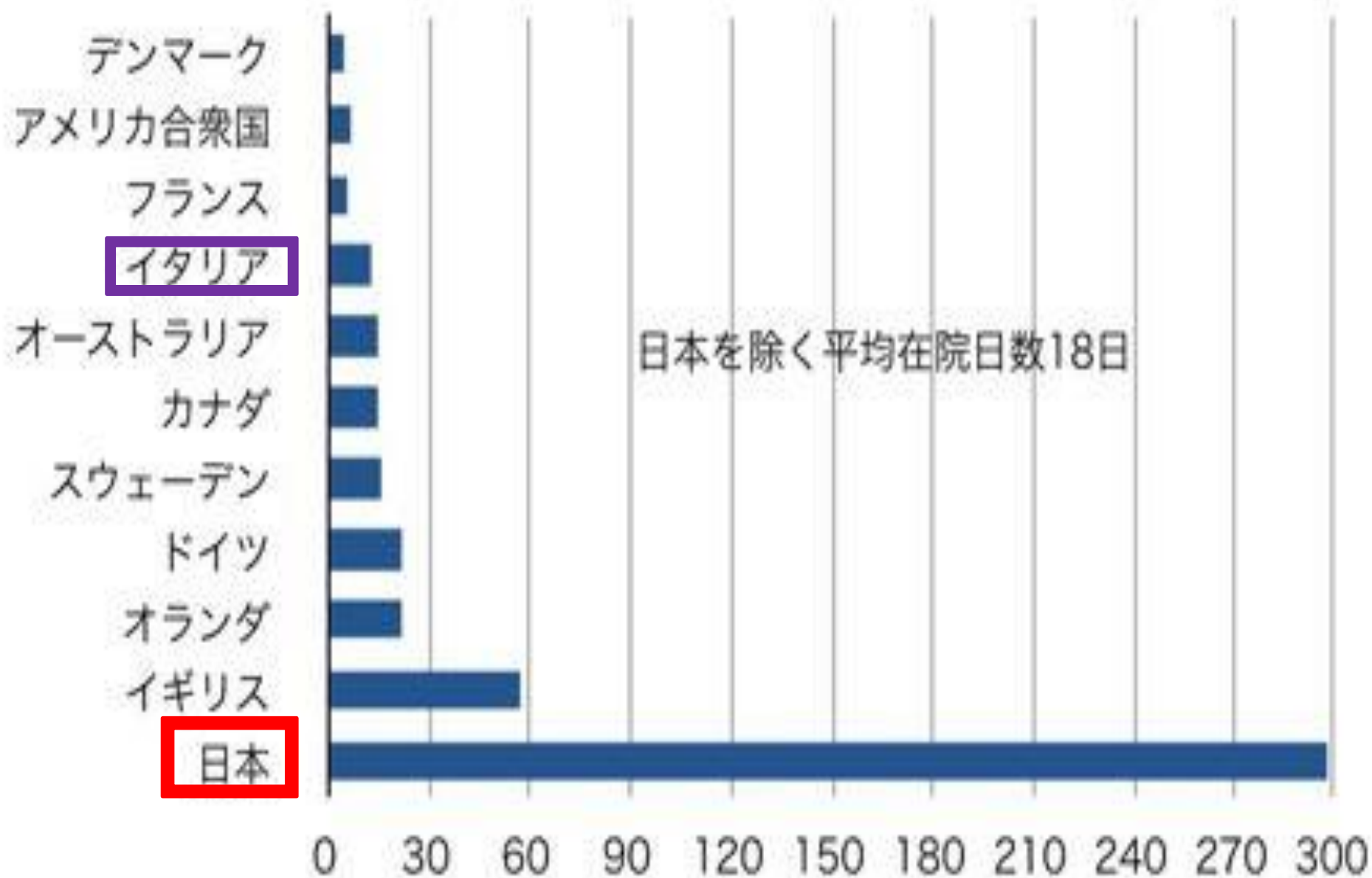


世界の精神医療改革は
バザーリア改革(イタリア)から始まった

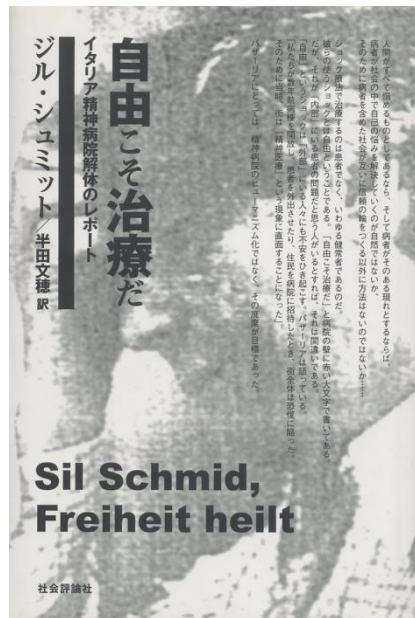
OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



2005年退院者平均在院日数



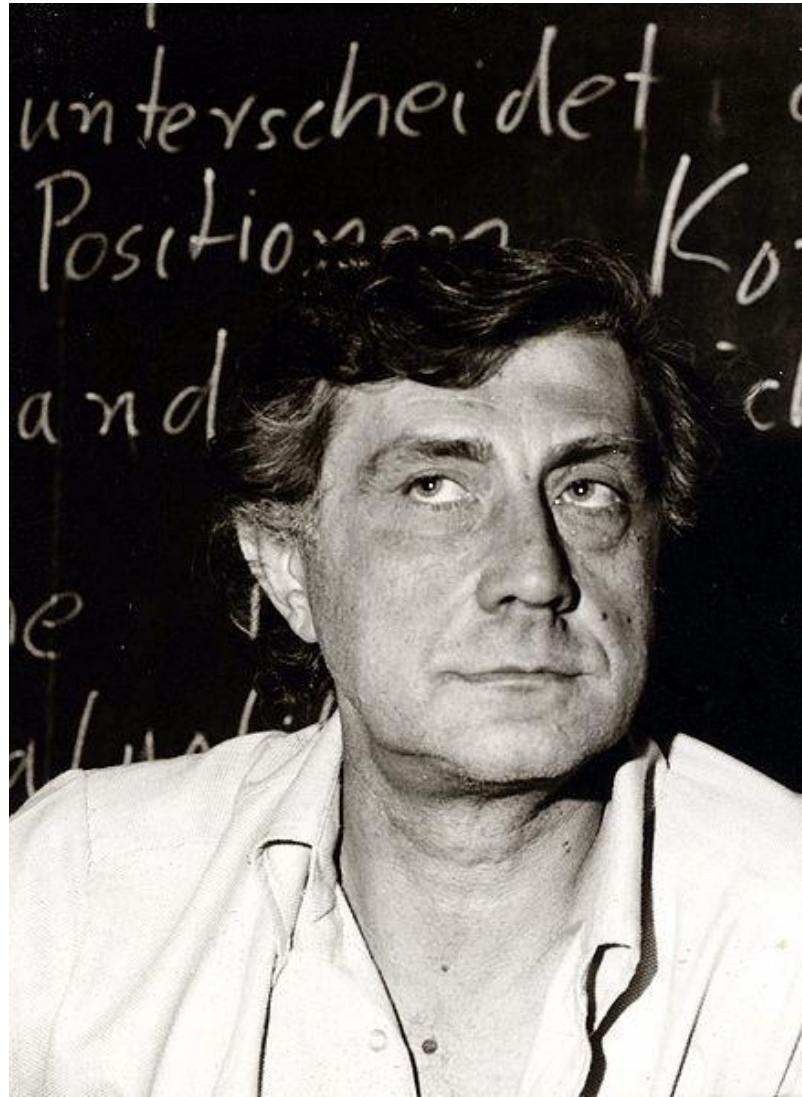
イタリアのバザーリア改革



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



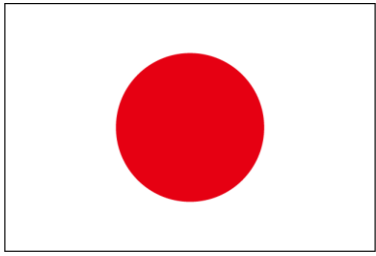


ゴリツィア県立精神病院

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

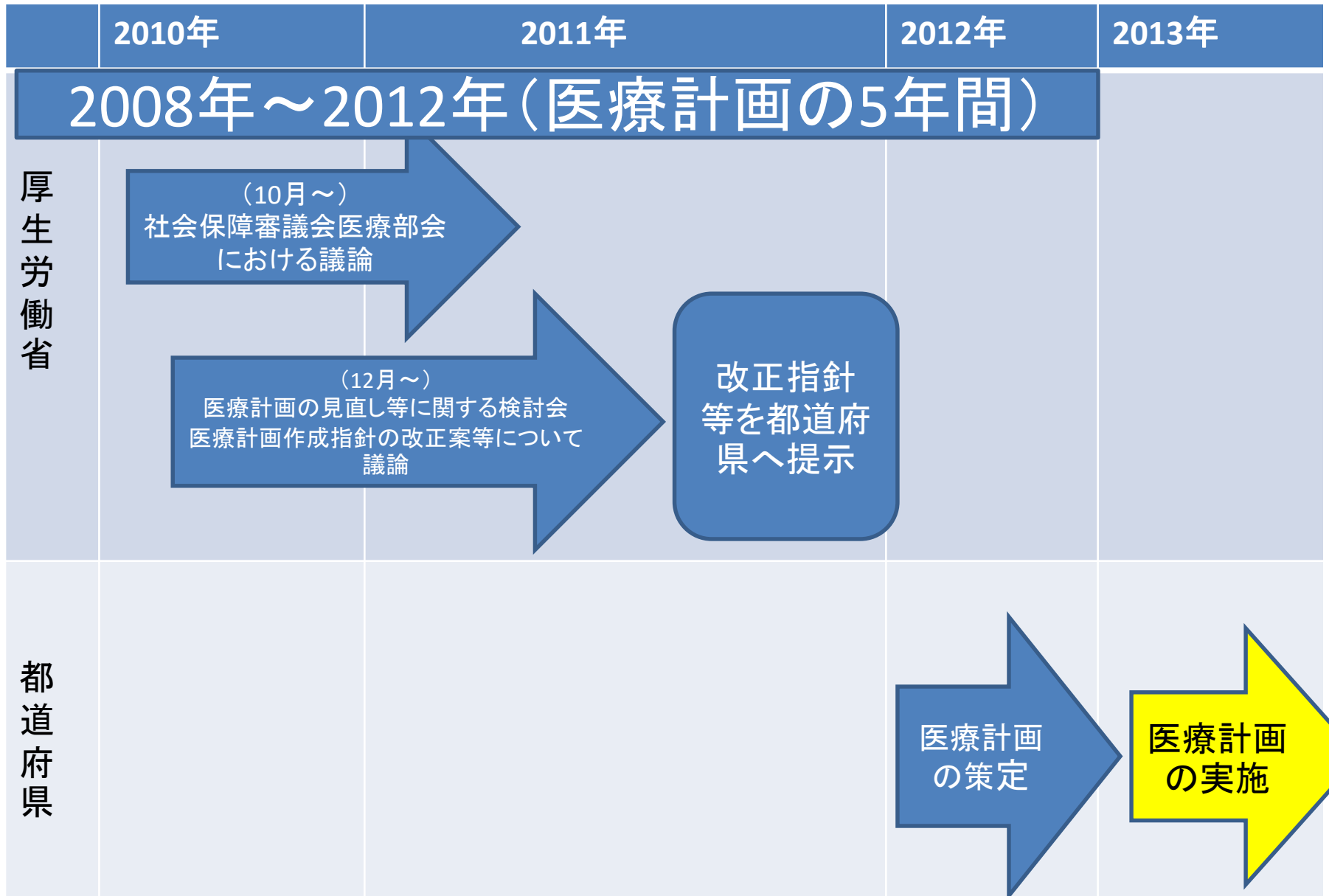
パート2

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

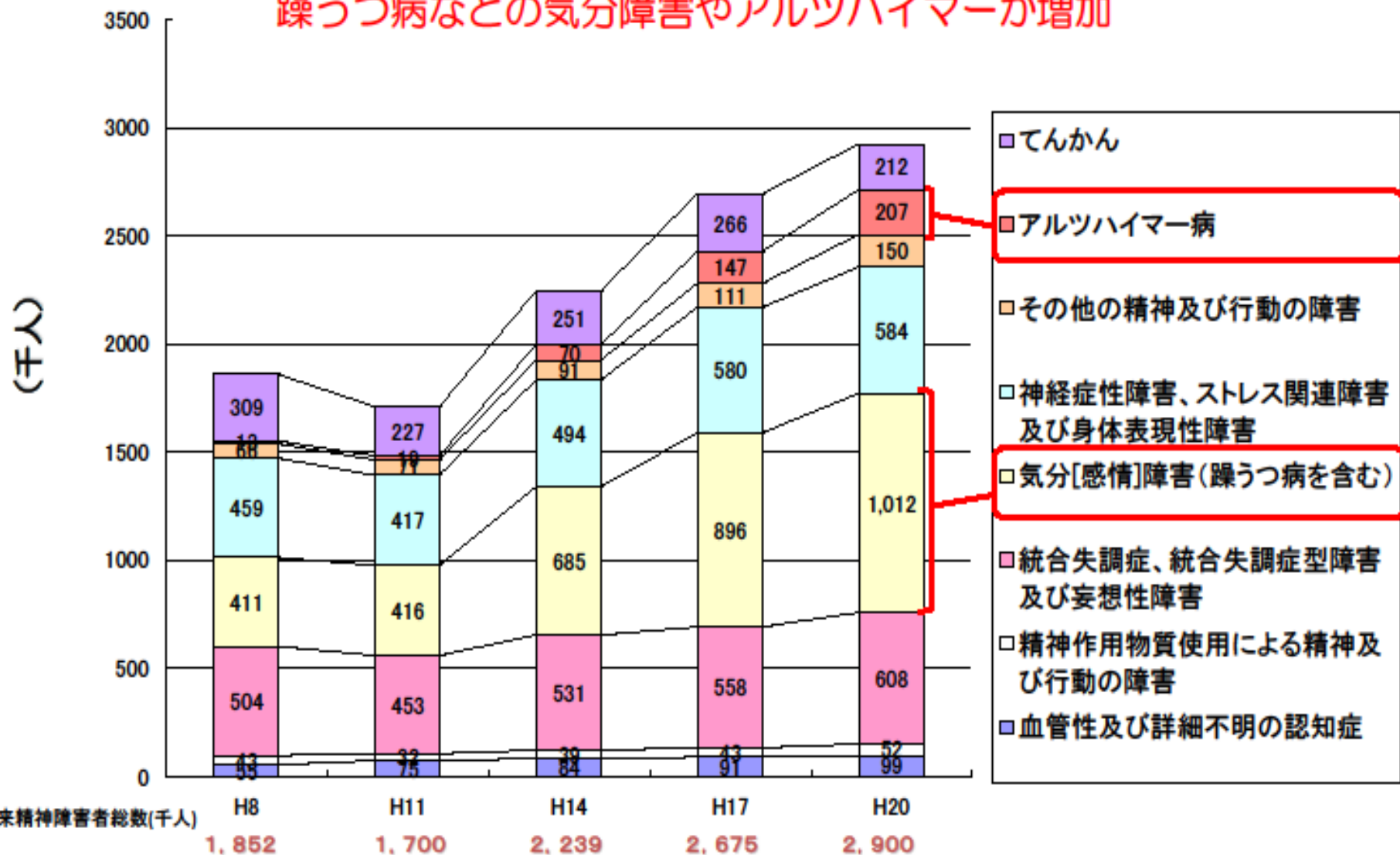
2次医療圏見直し

- 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

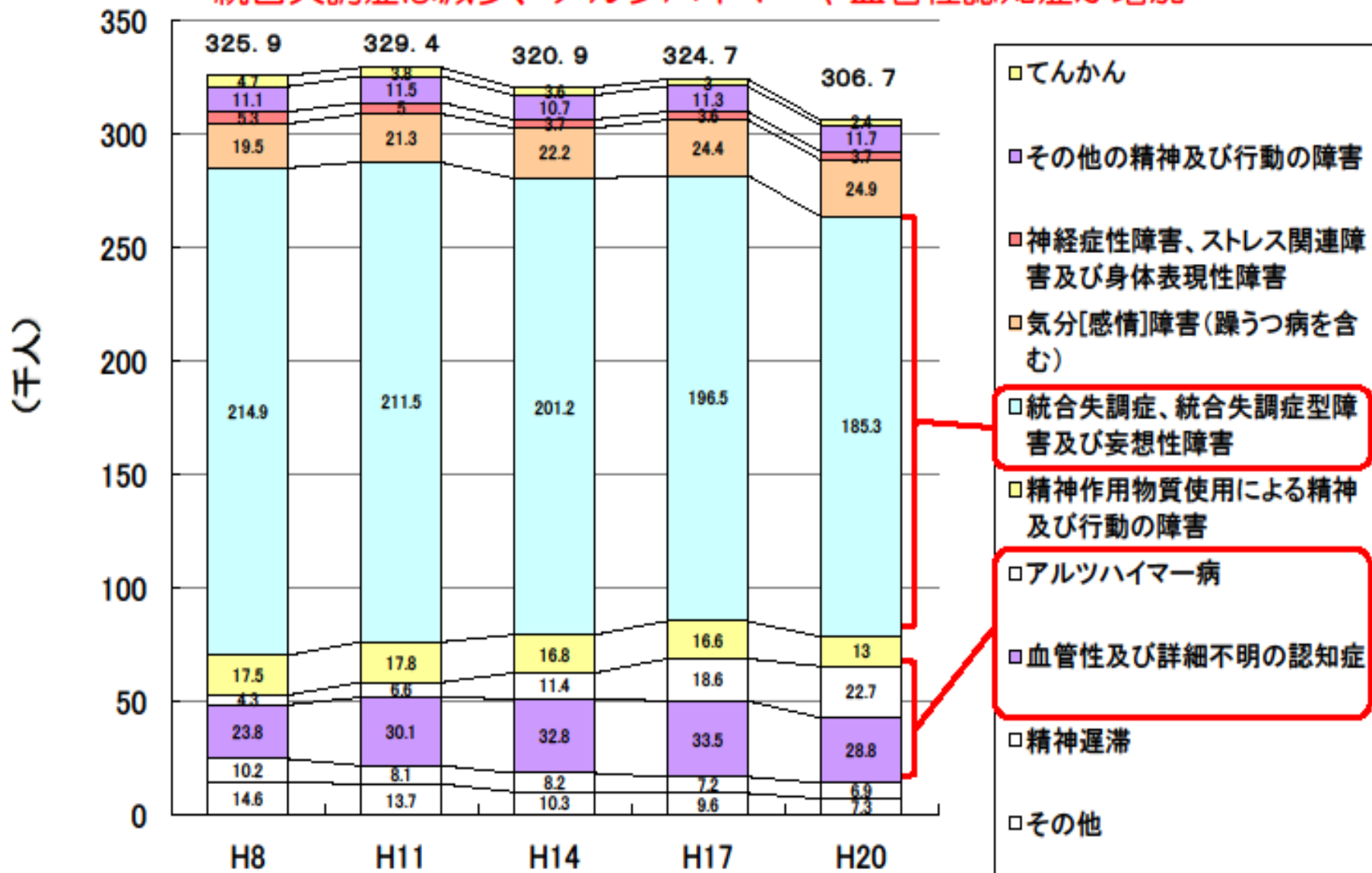
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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

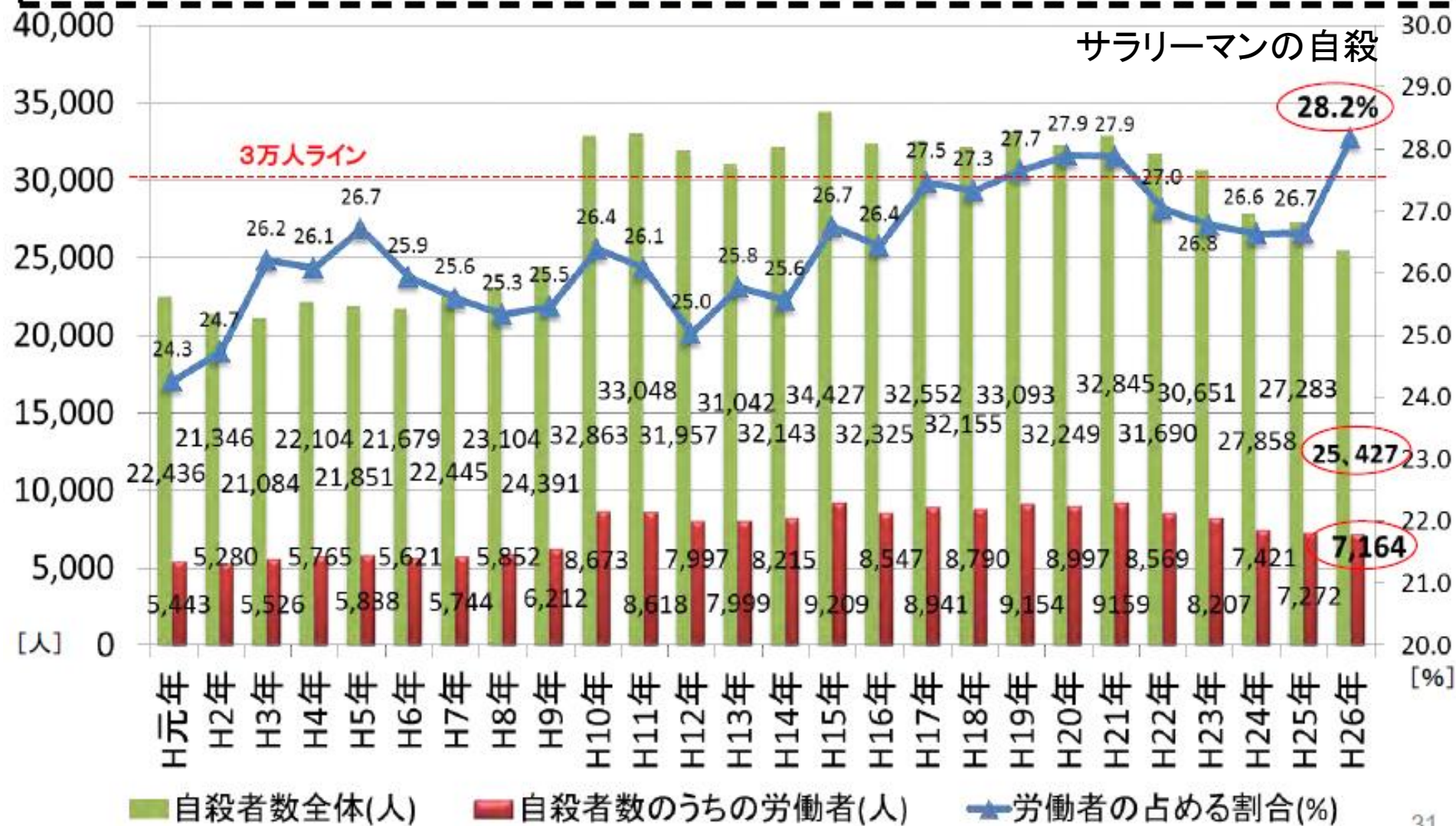
うつ病が増えている



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%)

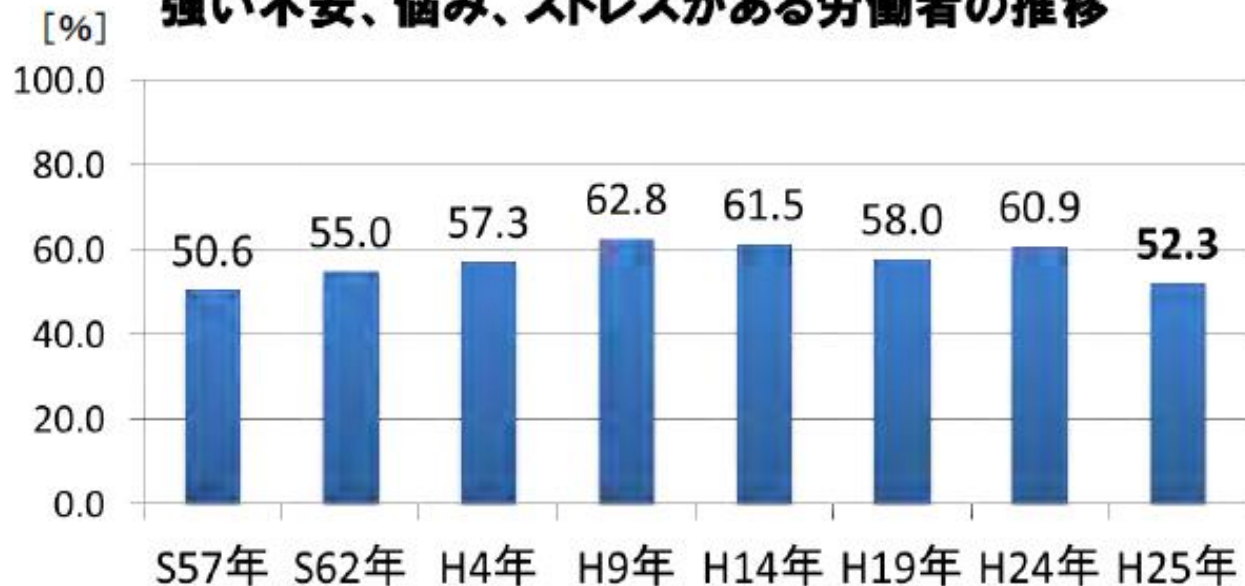
	人数	自殺の原因・動機(3つまで)							
		家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	
原因・動機特定者	19,025	3,644	12,920	4,144	2,227	875	372	1,351	
自営業・家族従業者	1,998	272	706	778	137	34	0	71	
被雇用者・勤め人	7,487	1,062	2,376	1,280	1,902	509	3	355	
無職	学生・生徒等	854	114	202	58	4	70	340	66
	無職者 (主婦、失業者、年金・雇用保険等生活者等)	15,036	2,175	9,587	1,973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

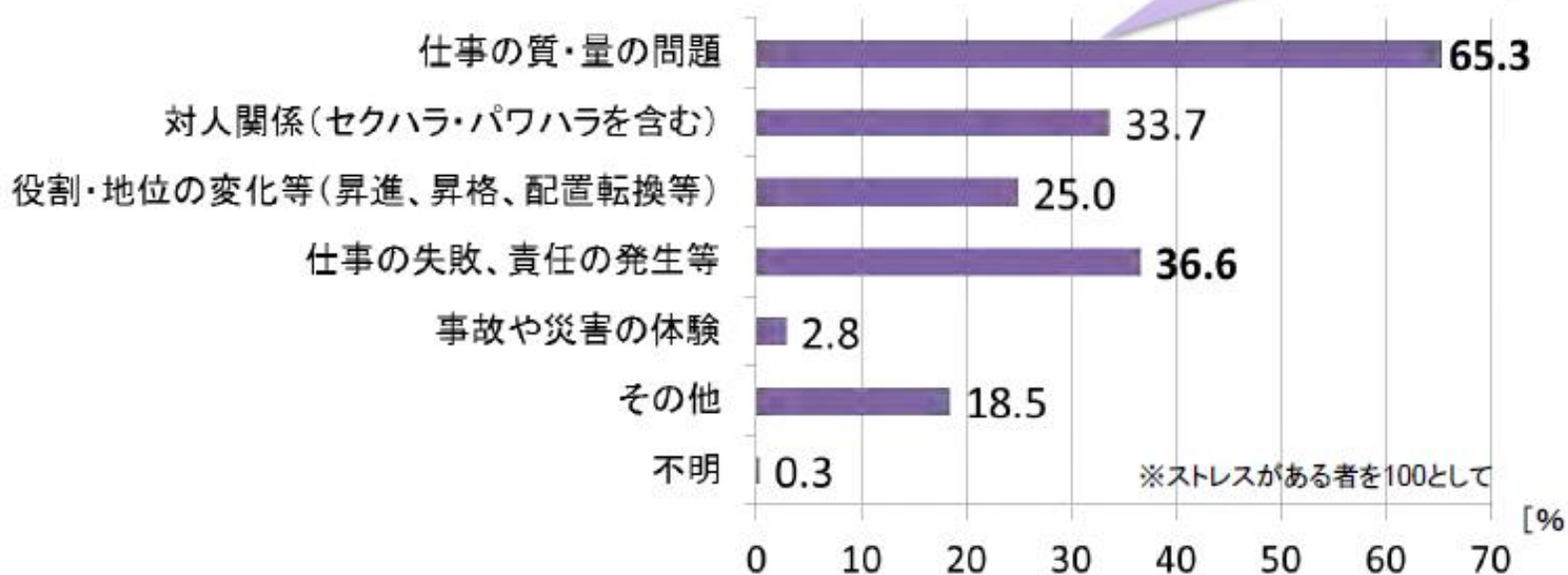
単位(人)
出典:平成26年 警察庁自殺統計³²

職業生活でのストレス等の状況

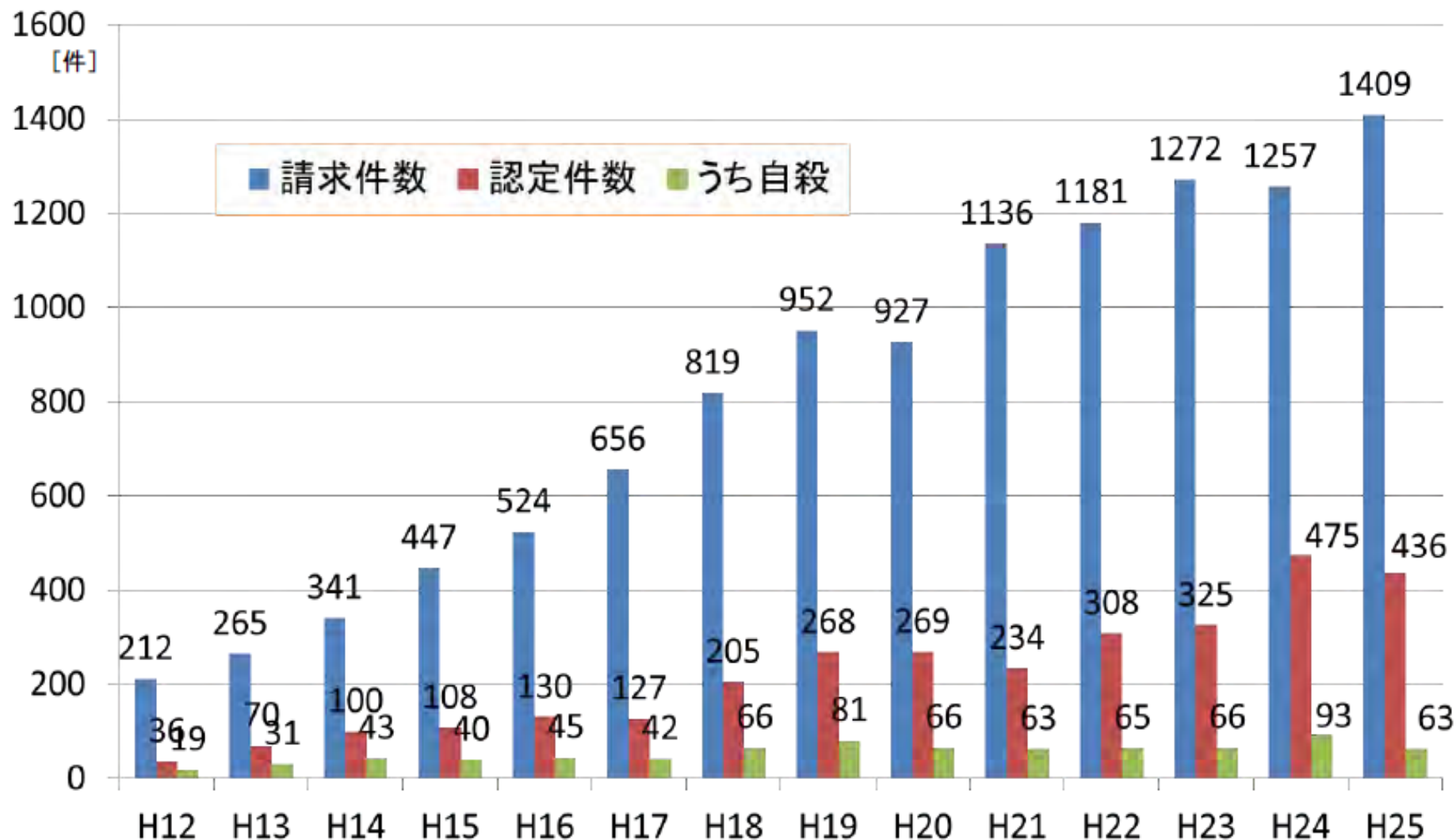
強い不安、悩み、ストレスがある労働者の推移



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

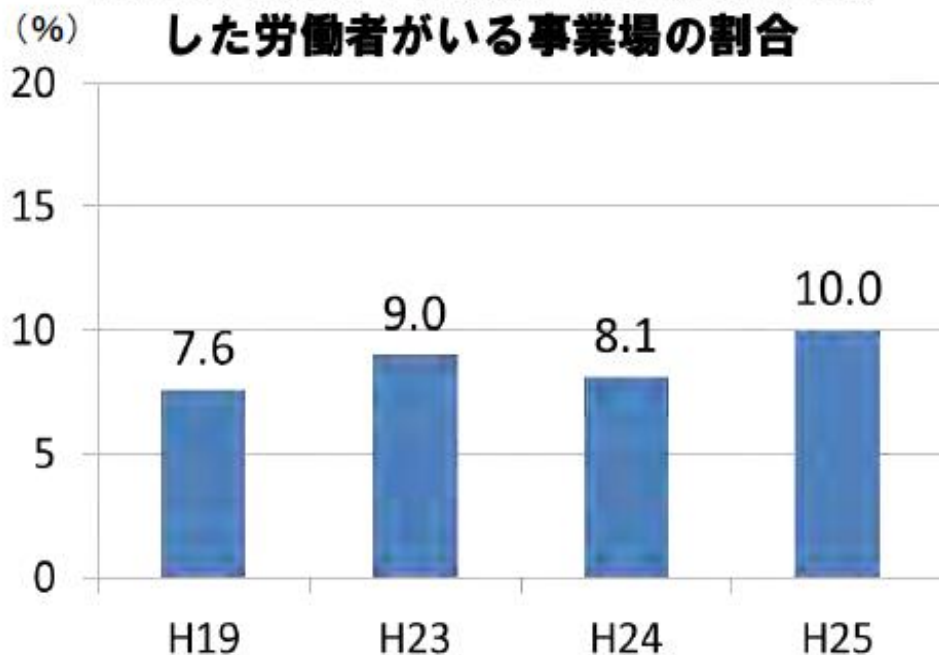


※ 平成11年に精神障害等の判定基準が策定された。

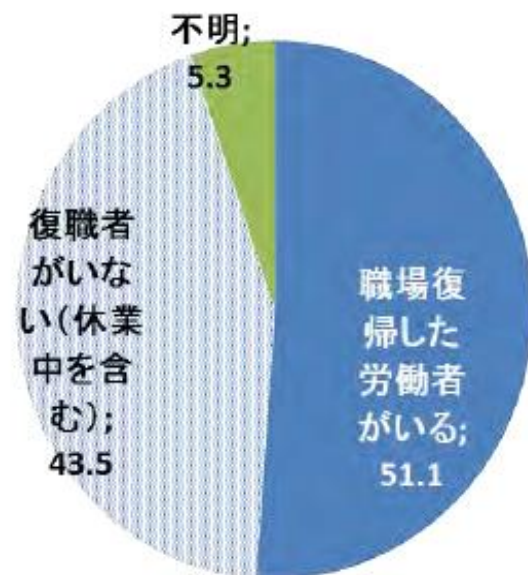
注:自殺には未遂を含む 34

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



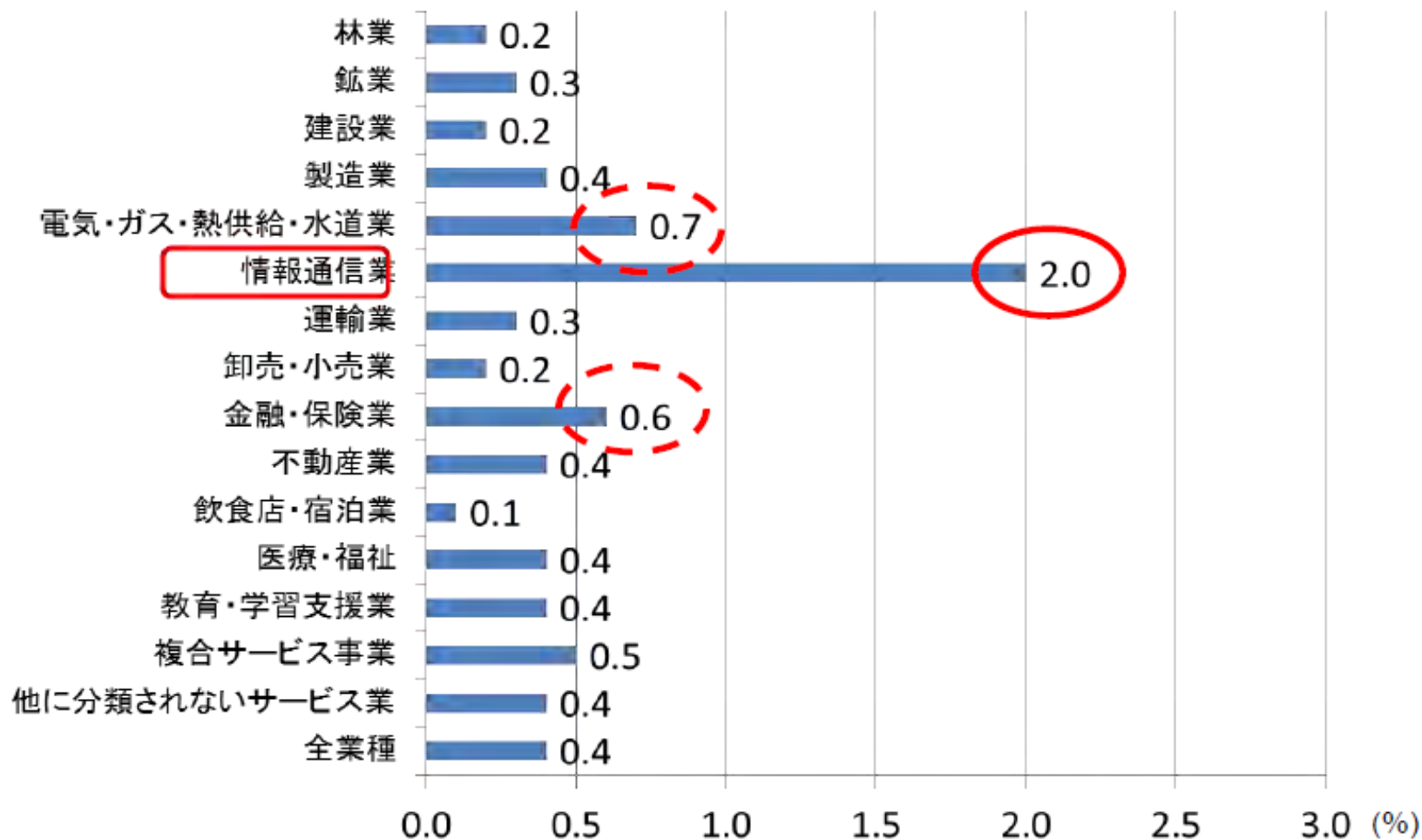
メンタルヘルス不調により連続1か月以上休業した労働者のうち職場復帰をした労働者の有無 (%)



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

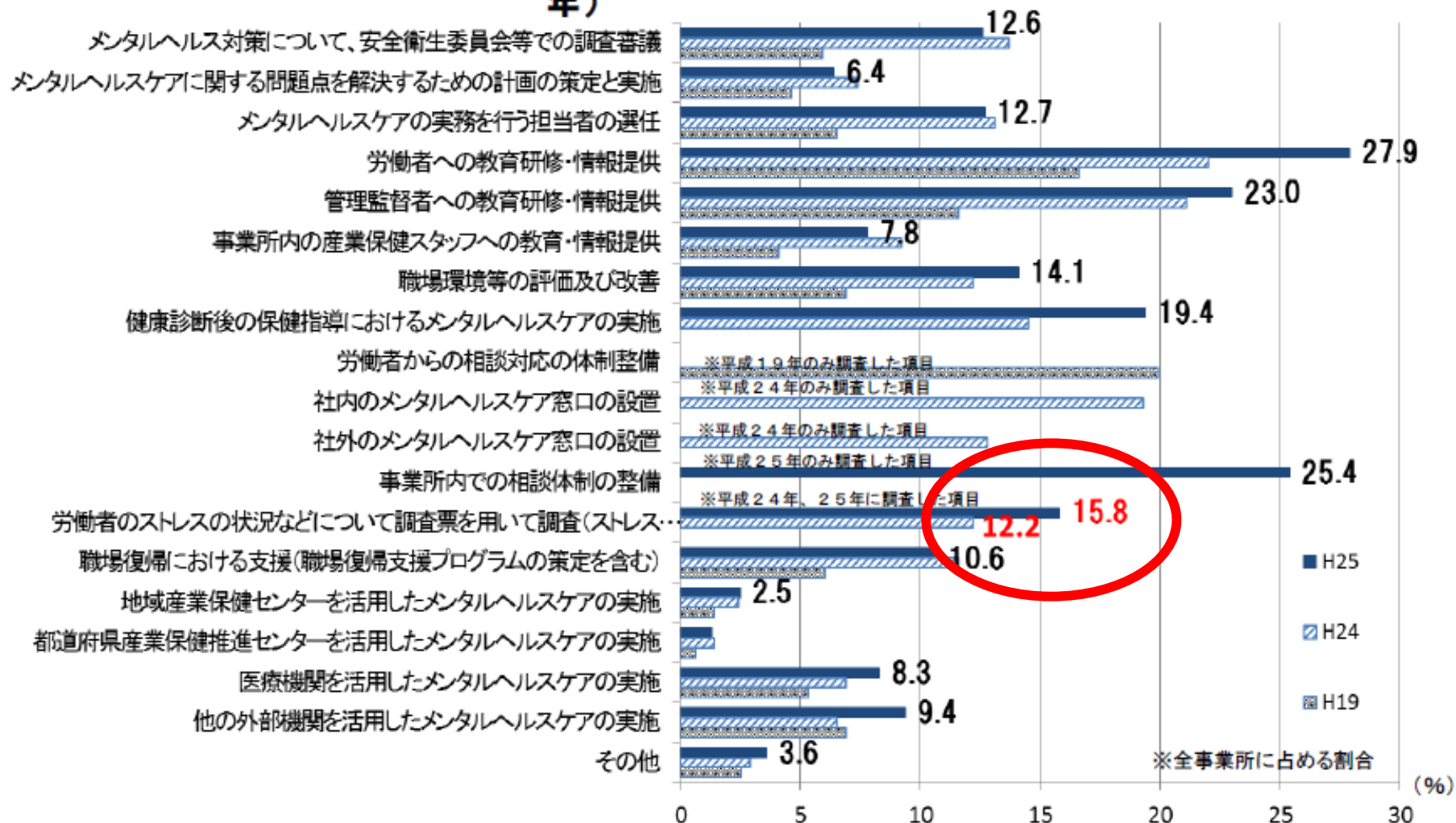
休業・退職者割合(業種別)



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)

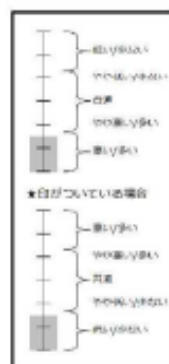
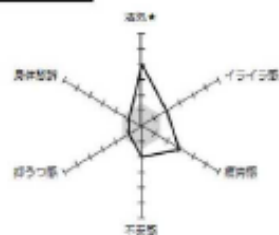
本人に通知するストレスチェック結果のイメージ

あなたのストレスプロフィール

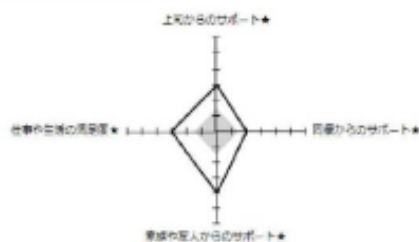
ストレスの原因と
考えられる因子



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 新オレンジプラン

新オレンジプランの対象期間は2025年だが、
数値目標は2017年度末

2015年1月厚生労働省発表

【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

- ◆ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加。
平成24年：462万人（約7人に1人）⇒平成37年：約700万人（約5人に1人）
- ◆ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプラン（平成27年1月）の基本的考え方

認知症の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**で自分らしく暮らし続けることができる**社会の実現**を目指す。

- ◆ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ◆ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ◆ 策定に当たっては、認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

7つの柱

- ①認知症への理解を深めるための**普及・啓発**の推進
- ②認知症の容態に応じた**適時・適切な医療・介護等**の提供
- ③**若年性認知症施策**の強化
- ④認知症の人の**介護者への支援**
- ⑤認知症の人を含む高齢者に**やさしい地域づくり**の推進
- ⑥認知症の**予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等**の**研究開発**及びその成果の普及の推進
- ⑦**認知症の人やその家族の視点**の重視

資料：厚生労働省公表資料

オレンジ色は認知症支援のシンボルカラーです。

地域支援事業の円滑な実施に向けた支援

● 地域支援事業における「認知症総合支援事業」の内容

① 認知症初期集中支援推進事業

認知症専門医の指導の下、保健師、介護福祉士等の専門職が、認知症の人やその家族に対して、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを実施する「**認知症初期集中支援チーム**」を、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等に設置する。

② 認知症地域支援・ケア向上推進事業

区市町村ごとに、認知症疾患医療センター等の医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関の間の連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「**認知症地域支援推進員**」を設置し、一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上、多職種の協働研修、在宅生活継続のための相談・支援、認知症カフェ等の取組を推進する。

- 平成30年4月までに全ての区市町村が、事業に主体的に取り組むことが法定。
- 各区市町村の取組状況を把握した上で、地域支援事業の円滑な実施に向けた支援を実施

地域連携の推進と専門医療の提供

- 認知症の人と家族を地域で支える医療体制を構築するために、都は、平成24年度に、医療機関相互や医療と介護の連携の推進役である認知症疾患医療センターを、島しょ地域を除く二次保健医療圏に1か所ずつ、12病院を指定した。
- 認知症の診断・治療を行う専門医療機関が都内各地域に存在しているが、認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制、地域におけるかかりつけ医と専門医療機関の連携体制は、まだ十分に構築されているとは言えない。

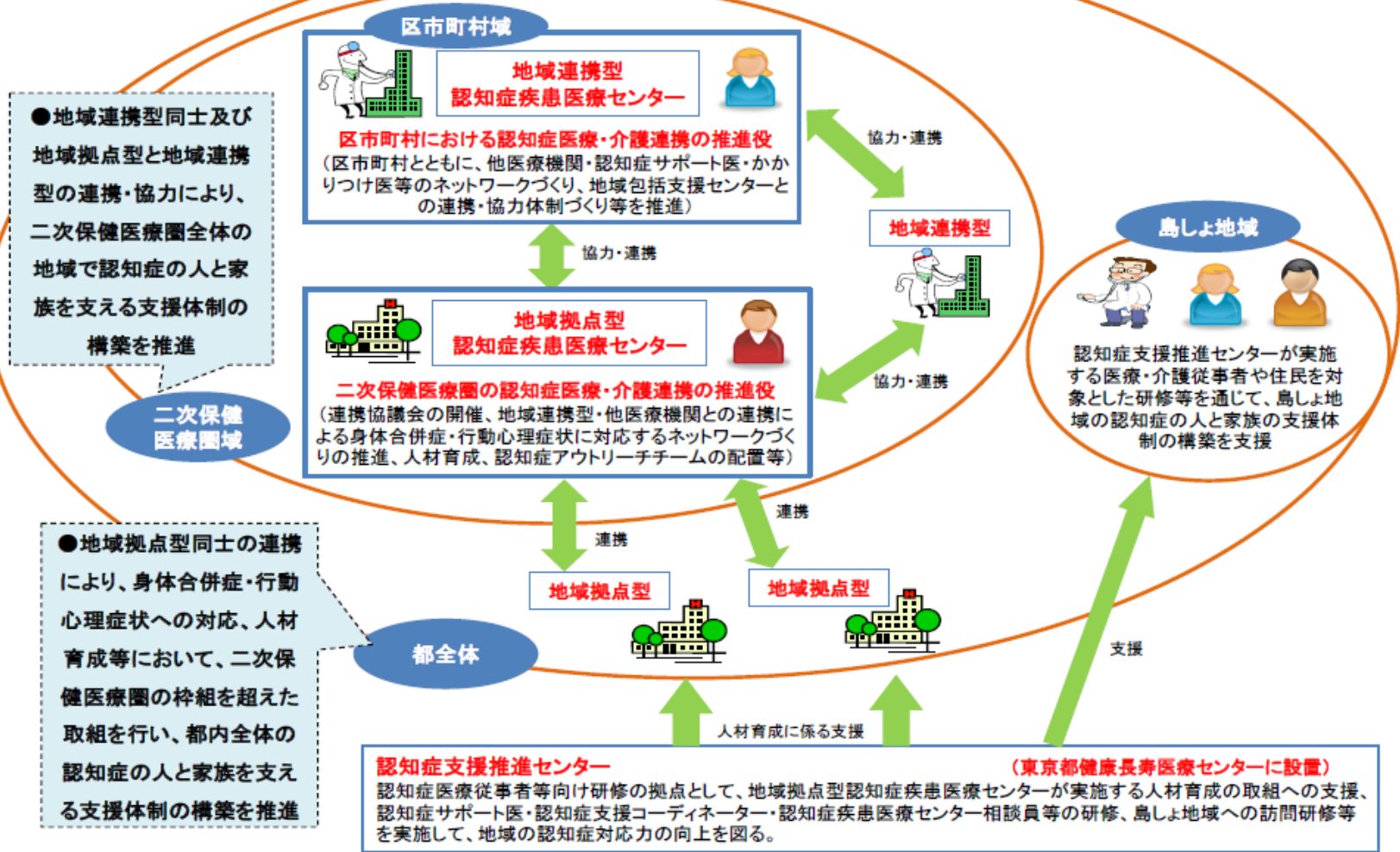
● 認知症疾患医療センターの指定状況（平成26年度末）



- | | | | |
|------|------------------------|-------|--------------------|
| 区中央部 | ① 順天堂大学医学部附属順天堂医院 | 区東部 | ⑦ 順天堂東京江東高齢者医療センター |
| 区南部 | ② 公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 | 西多摩 | ⑧ 青梅成木台病院 |
| 区西南部 | ③ 東京都立松沢病院 | 南多摩 | ⑨ 平川病院 |
| 区西部 | ④ 浴風会病院 | 北多摩西部 | ⑩ 国家公務員共済組合連合会立川病院 |
| 区西北部 | ⑤ 東京都健康長寿医療センター | 北多摩南部 | ⑪ 杏林大学医学部付属病院 |
| 区東北部 | ⑥ 大内病院 | 北多摩北部 | ⑫ 薫風会山田病院 |

認知症疾患医療センターの整備

地域拠点型・地域連携型認知症疾患医療センターによる地域連携のイメージ

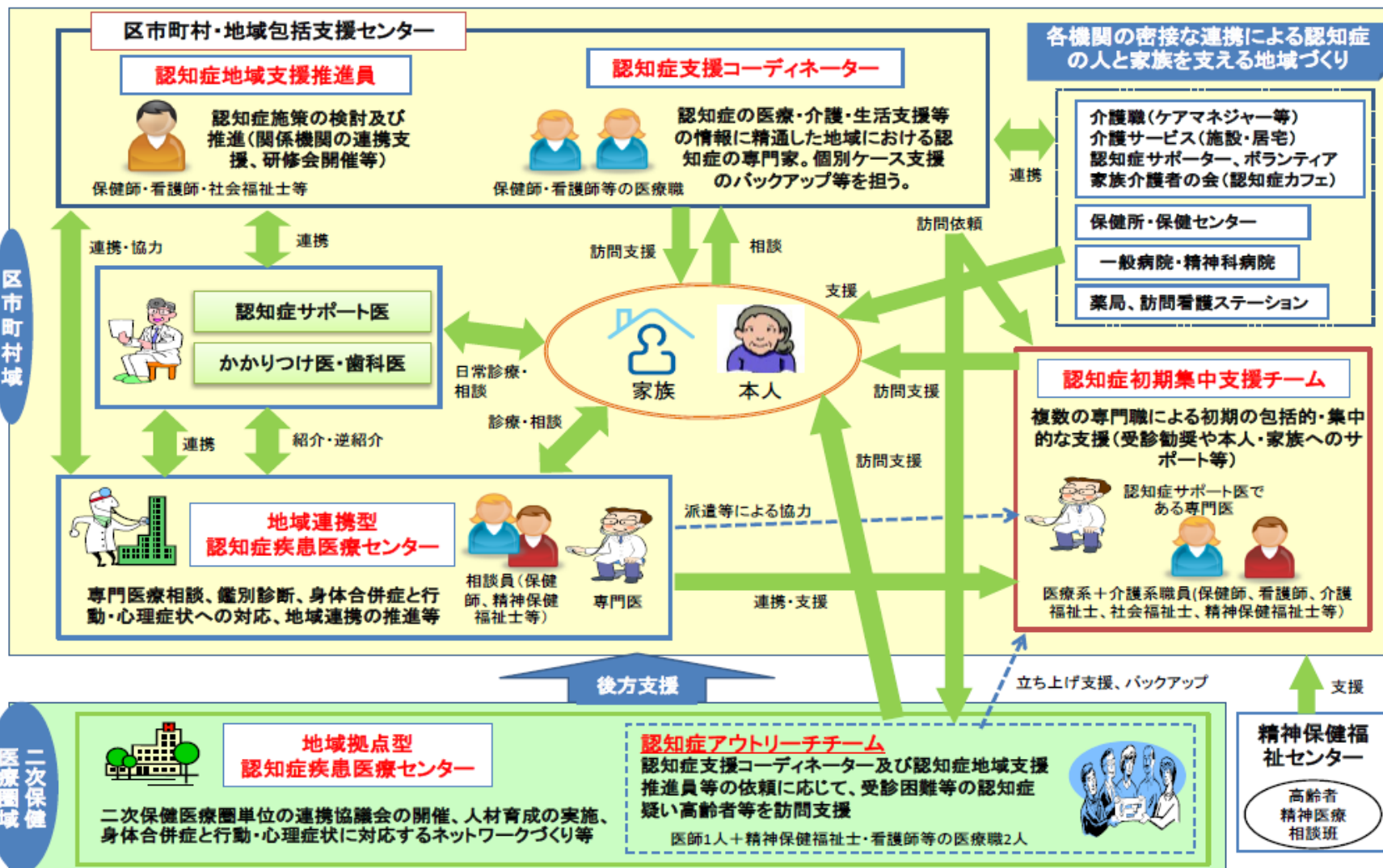


- 認知症の人と家族に対する地域における支援体制を構築するため、医療機関相互や医療と介護の連携の推進役である**認知症疾患医療センター**を島しょ地域を除く全区市町村に設置していく(地域拠点型12施設、地域連携型41施設)。

認知症の早期発見・診断・対応の推進

都における認知症の人と家族の生活を支える医療体制のイメージ図

※区市町村はこのイメージ図を参考に、各地域の実情に応じた体制のイメージ図を作成する。



●パンフレット「知って安心 認知症」の活用による普及啓発

認知症の人にやさしいまち 東京を目指して

知って安心 認知症



- ❶ 認知症は誰でもかかる可能性のある身近な病気です……………1 ページ
- ❷ 認知症とは？……………2 ページ
- ❸ 認知症の予防につながる習慣……………3 ページ
- ❹ 認知症に早く気づくことが大事！……………4 ページ
- ❺ 「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」をやってみましょう！…5 ページ
- ❻ 認知症になるとどのように感じるの？……………7 ページ
- ❼ 認知症の人を支えるために……………8 ページ
- ❽ こんな時はどこに相談したらいいの？……………9 ページ

東京都

6 認知症になると どのように感じるの？

… 不安を感じる場合があります …

自分がこれまでとは違うことに、最初に気づくのは本人です。もの忘れによる失敗が増えることにより、「なんだかおかしい。」と感じることがあります。



「自分は今どこにいるんだろう。」とか、「この先自分はどうなっていくんだろう。」「自分は家族に迷惑をかけているのではないか。」というような不安を感じるようになります。

… 気分が沈んでうつ状態になる場合があります …

もの忘れや失敗が増えて、自分がこれまでできたことができなくなってしまうので、気分が沈んでうつ状態になることがあります。



うつ状態になると意欲が低下するので、これまでやっていた趣味活動をやめてしまったり、人とのコミュニケーションも少なくなってしまう、不活発な生活になってしまいます。

… 怒りっぽくなる場合があります …

何か失敗をした時に、どうしていいかわからずにはっきりいえないしやすくなったり、不機嫌になったりすることがあります。



時には声をあげてしまったり、つい手を出してしまうことがあります。

7

■ 都民の認知症への理解と受診を促進するために作成したパンフレット「知って安心 認知症」を配布する等、区市町村と連携して、様々な媒体を活用した普及啓発の充実を図る。

認知症の人と家族を支える人材の育成

- 認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、これまでの生活との継続性の確保が必要であり、全ての介護サービス事業者が、認知症介護の基本を学ぶ必要がある。
- 認知症の人の急速な増加に伴い、認知症の医療に精通した医師や看護師の育成が急務となっている。加えて、地域包括支援センター、介護支援専門員等の認知症対応力の更なる強化が必要。

● 認知症介護従事者向け研修の実施

- ▶ 認知症介護実践者研修
- ▶ 認知症介護実践リーダー研修
- ▶ 認知症介護指導者養成研修
- ▶ 認知症対応型サービス事業開設者研修
- ▶ 認知症対応型サービス事業管理者研修
- ▶ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

● 認知症支援推進センターの設置

- ▶ 東京都健康長寿医療センターを、都内における認知症医療従事者等の研修の拠点と位置付け、各認知症疾患医療センターにおける人材育成の取組を支援するとともに、認知症サポート医フォローアップ研修(長期研修)、認知症疾患医療センター相談員研修、認知症支援コーディネーター研修、島しょ地域への訪問研修等を実施する。

● 認知症医療従事者向け研修の実施

- ▶ かかりつけ医認知症対応力向上研修
- ▶ 地域の病院勤務者(看護師)向けの研修
- ▶ 認知症多職種協働研修

認知症の人と家族を支える地域づくり

- 認知症の人と家族が安心して地域で暮らせるようにするためには、地域住民に認知症について正しく理解してもらい、地域全体で支えることが重要であり、地域の多様な人的資源・社会資源によりネットワークづくりを進めることや、孤立しやすい家族介護者を支援することが必要。

● 認知症の人を支える地域づくりへの支援

- ▶ 区市町村が主体となり、認知症サポーター等、認知症の人を支援する人材の活用、又は認知症の人が地域において社会的な活動ができる場の確保や提供に係る検討・試行や独自の取組を支援する。

● 若年性認知症総合支援センターの設置

- ▶ 若年性認知症の人に必要な多様な支援をひとつの相談窓口でコーディネートするとともに、地域包括支援センターなどの関係機関と連携し、地域での生活を支援する。

● 認知症の人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業

- ▶ 医療機関周辺等に認知症介護者支援の拠点を設け、医療機関の専門職と連携した介護者支援のための講座や交流会を開催し、介護者の孤立化防止等を図る区市町村の取組を支援する。

● 認知症高齢者の行方不明・身元不明対策

- ▶ 区市町村が自ら行方不明高齢者等の情報を更新し、いつでも最新情報を閲覧できる都独自の関係機関向けの情報共有サイトを構築し、認知症の人を地域で見守る取組を推進する。

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)

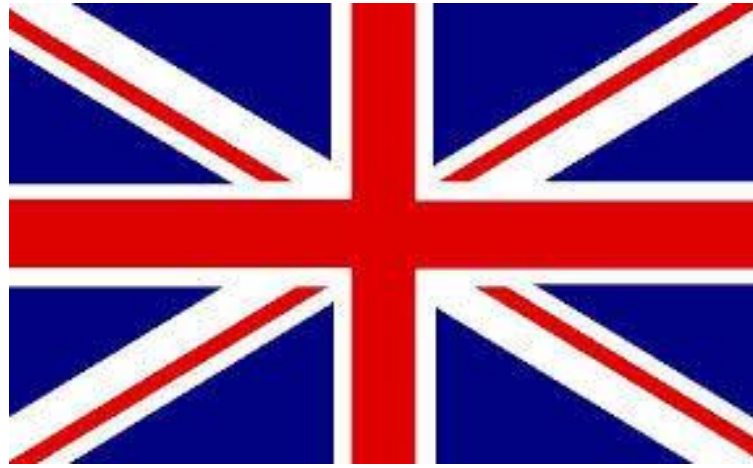


2012年 400万人 → 目標(2017年) 600万人

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

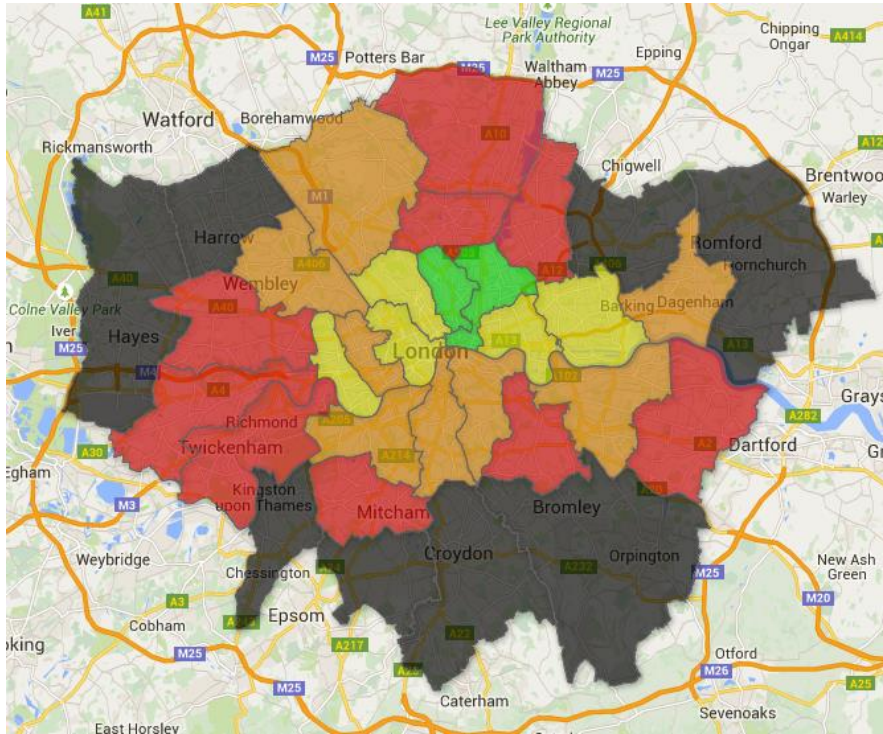
- ・ **認知症国家戦略**
 - ・ 認知症の診断率向上
 - ・ 抗精神薬の低減
 - ・ 早期介入とQOL
 - ・ ケアラー支援

認知症診断率＝
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

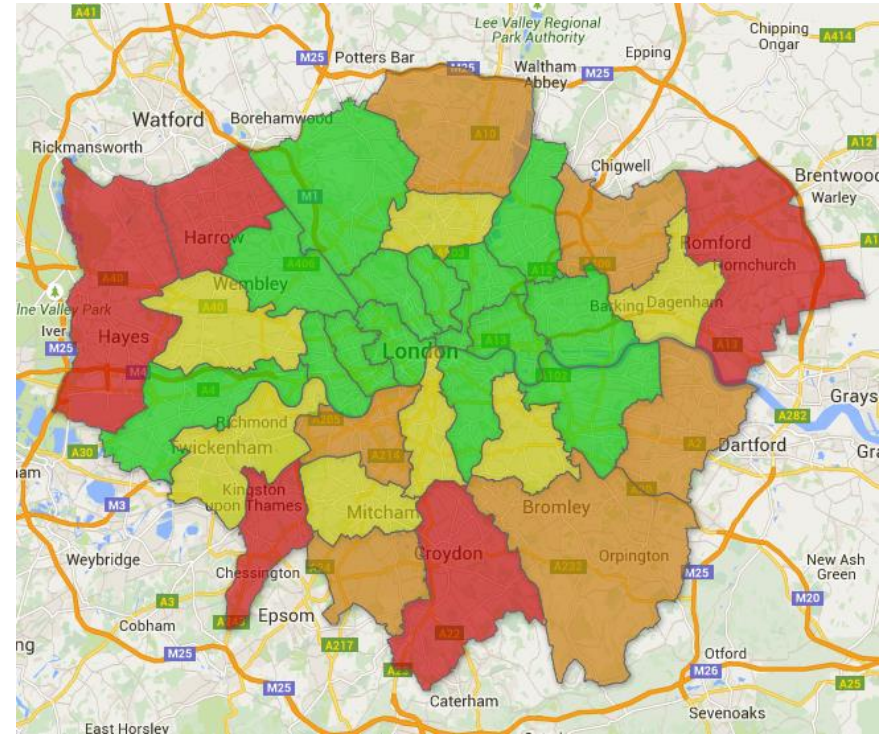


ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

- September 2014



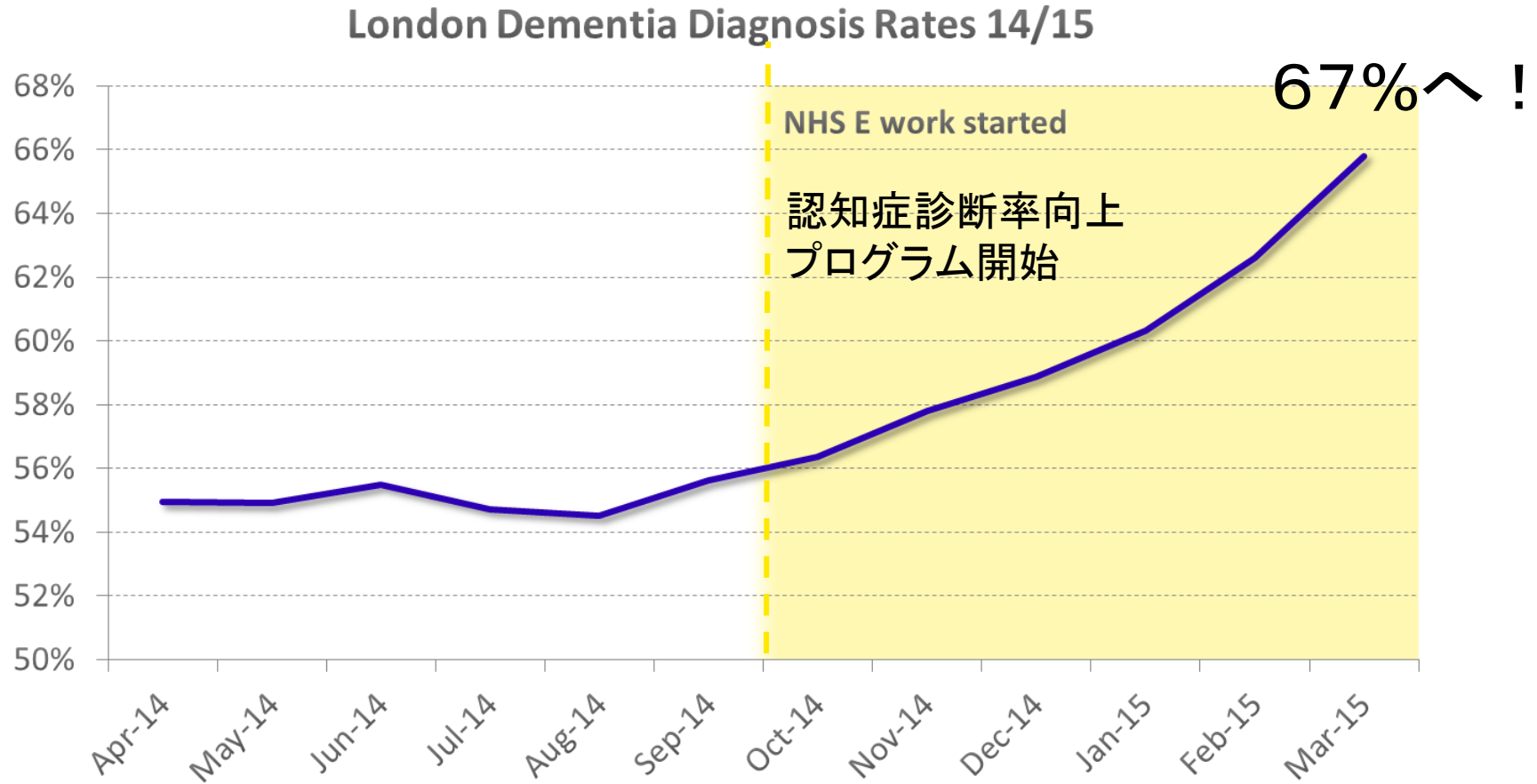
- March 2015



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

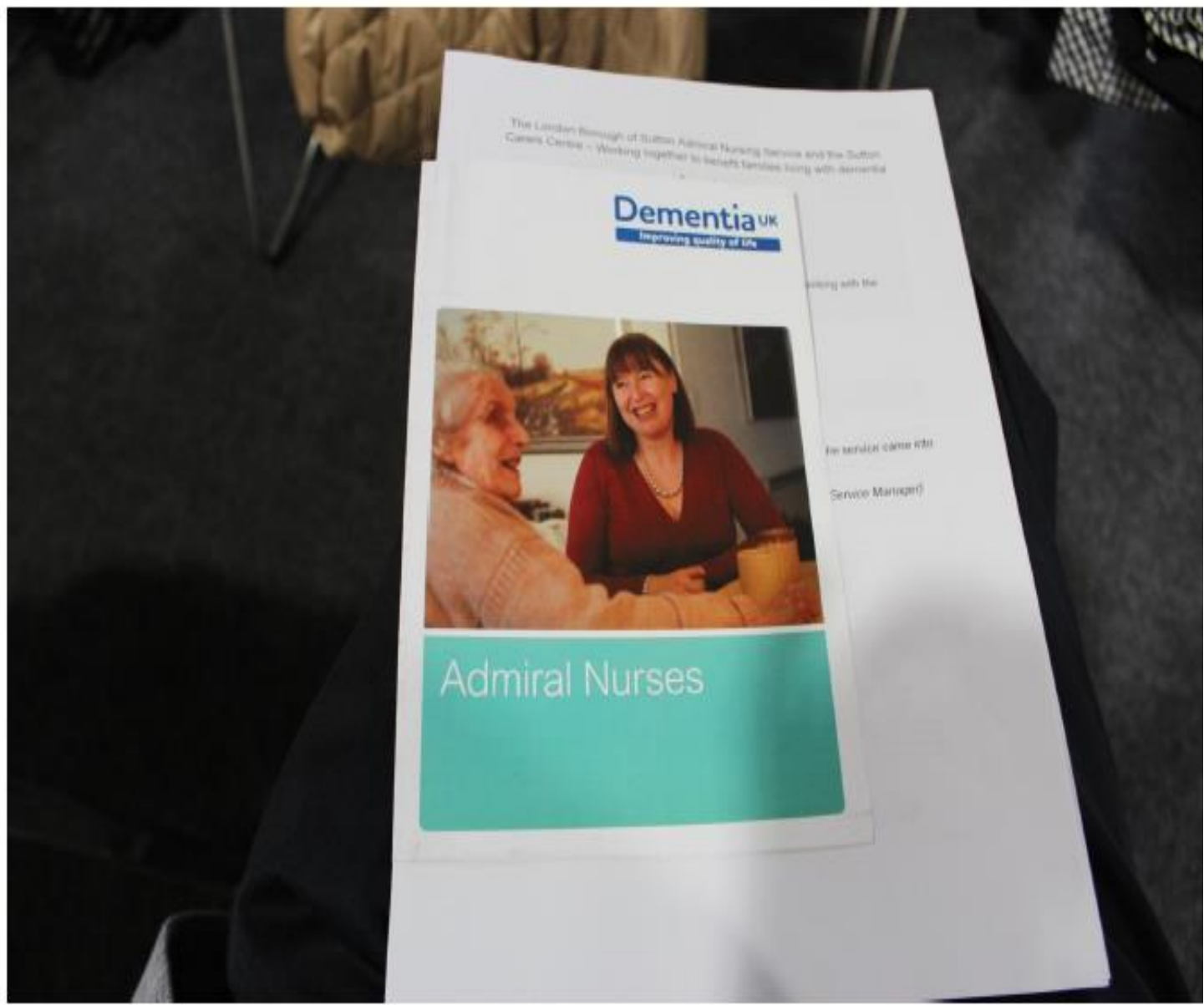
- Vice Director
- Admiral Nurse
Clinical Leader
- Service Manager
(Social Worker)
- Carer(家族介護者)



Dementia UK の「Admiral Nurse」



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



会場検診



診察



検査



家庭訪問



施設訪問



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！



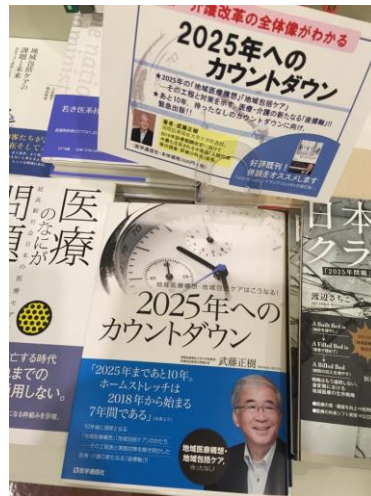
2025年へのカウントダウン

～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 達也

「ジェネリック医薬品の 新たなロードマップ」

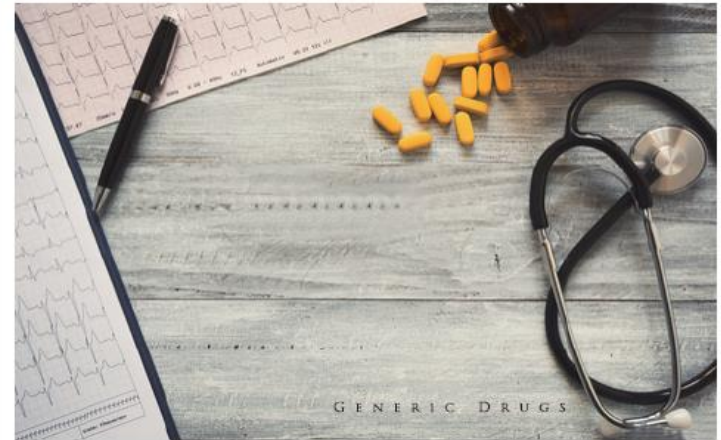
007
5403

- 武藤正樹

- なぜ後発医薬品の使用が推進され、いかに普及が図られているか？
- なぜ医師や薬剤師は不信を抱き、いかにその不信を払拭するか？
- 2020年、ジェネリック医薬品80%時代へナビゲートする！

- 2016年7月1日に

医学通信社より発刊(1200円)



ジェネリック医薬品の 新たなロードマップ

2020年、ジェネリック医薬品80%時代に向けて

京都府立医科大学 教授
日本ジェネリック医薬品学会 代表理事 武藤正樹 MASAKI MUTO

医学通信社

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