

東京都  
慢性期医療  
協会 報告

# 都慢協レポート

[発行所]  
一般社団法人  
東京都慢性期医療協会  
[発行人]  
安藤高夫  
〒193-0942 東京都八王子市  
桐田町583-15 永生病院内  
Tel : 042(661)4109  
Fax : 042(661)4110

## 平成28年度 東京都慢性期医療協会 理事会・特別講演会・総会

開催日：平成28年5月28日(土) 場所：日本慢性期医療協会 東京研修センター

平成28年5月28日(土)、東京都慢性期医療協会の理事会(特別講演会・総会)が開催された。まず始めに理事会が行われ、続いて午後からは特別講演会および総会が行われた。

特別講演会の冒頭では安藤高夫会長が開会挨拶を行った。

まず、安藤会長は国が「地域包括ケア」と「地域医療構想」という2つの重要なテーマを掲げていると指摘。高度急性期、急性期、回復期、慢性期と、病床を4つの機能に分化する必要性が述べられているが、慢性期医療を提供する病院でも、非常に大きな課題だと語った。介護給付費分科会で実施された調査によれば、医療区分1の患者で、自宅や特養等へ移行できるのは、せいぜい20～40%と推測される。このことから、今後東京では慢性期の受け皿がますます必要となってくるという。一方、地方ではメディカルスタッフ等の人員配置基準が満たせないケースも出てきており、人員配置の緩やかな新類型という考え方はとても重要になる。これらを総括して、「東京では介護療養、医療療養も選択肢の一つとして、残しておくことが重要。東京都慢性期医療協会として、データに基づいた国への働きかけを行っていききたい」と語った。

そして東京都慢性期医療協会で、看護部会、リハビリテーション部会、MSW部会、合同の認知症勉強会など、様々なセミナー・交流会を行っていることを紹介。現在、月に1回程度の頻度で開催しており、今後も引き続き行っていく予定なので、ぜひ、周囲の人を誘っていただき、より多くの方々に

慢性期医療を考える機会を提供できれば、と呼びかけた。また会員施設様を増やし意見を統合することで、新たな政策提言へ繋がりたいという思いを表明した。

来る10月27・28日には日本慢性期医療協会の全国大会が石川県の金沢にて、また、第2回地域包括ケア病棟研究大会が7月10日愛媛県にて、また第6回の慢性期リハビリテーション大会が平成29年3月18、19日神奈川にて開催されることに触れ、会員の参加を呼びかけた。

続けて、特別講演Ⅰとして、安藤会長が「療養病床について」というテーマで登壇。「現在の日本の医療を、慢性期医療の観点から考えると、7:1病床における重症度、医療・看護必要度の基準引上げや平均在院日数の短縮化、在宅復帰率の要件見直し等を背景に、急性期病床からの患者増が予想される。その一方で国は、2025年の必要病床数に関して、介護療養病床や25:1医療療養病床の廃止を含め慢性期病床の削減を予定している。その方針の基となるデータについては、検討する委員会により見解が異なるという事実もあり、実際に介護給付費分科会の資料にあったデータを参考に、医療区分1の患者の20～40%が、自宅や特養等へ移行したと仮定してシミュレーションを行うと、2025年には慢性期の病床が5.4万床足りなくなるという、全く逆の結果になるのである。このように東京都の療養病床を取り巻く環境を見極めて、今後の療養病床の生き残り策を考えていく必要がある」と語った。

さらに、慢性期医療における診

療報酬改定について、永生病院における4月度実績による影響度と算定すべき診療報酬項目の説明があった。慢性期病床の機能を理解して、地域における自院の立ち位置を見極めるためにも、内部要因と外部要因を分析していくことが肝要。そして、「病院」にこだわるより、「医療」にこだわって生き残るという選択肢も念頭に置いて考える必要がある、という提言だった。

次に特別講演Ⅱとして、東京都医師会会長の尾崎治夫先生より、「2025年に向けて」というテーマで講演があった。東京都医師会が掲げる東京施策3つの柱、東京都における患者や利用者の流入の動向、そして予防医療の重要性について、たばこ対策とフレイル予防の観点からお話があった。また在宅医療専門診療所との連携とかかりつけ医機能の研修制度について説明があり、最後に地域包括ケア病棟の必要性、病院救急車を利用した高齢者搬送システム、新しい形での高齢者住宅・慢性期医療の形について、お話があった。

予防を踏まえて、セルフコントロールをすることの重要性と病気になる時の受け皿としての必要病床数について言及があったことを受け、東京都における医療施策の進め方と理想的な仕組み作りに向けて、共に協働して進めていく重要性が示された。

特別講演Ⅲとして、厚生労働省保険局医療介護連携政策課長の城克文先生が「地域包括ケアシステム構築に向けて」というテーマで講演された。高齢化の現状について様々なデータをもとに説明があり、地域包括ケアシステムのポ



挨拶 安藤高夫 会長

イントとして、個別利用者、サービス提供者・事業者、地域、仕組みという観点から解説された。また、今後の療養病床の在り方について、診療報酬改定の内容と絡めて説明があり、療養病床のこれまでの経緯を振り返る良い機会となった。これからの慢性期医療の進め方について、質を担保したうえで、少数精鋭の取り組みと現在の医療・介護資源を活用した新しい仕組みを作っていくことが、今後ポイントとなってくることが示唆される講演となった。

特別講演の後、大久野病院理事長の進藤晃先生を議長に迎えて総会が行われた。まず、安藤会長から今後の慢性期医療の在り方について、国に対する提言のためにも、より多くの慢性期病院や施設の会員を集めることが重要との提案があり、「周りの医療機関への働きかけを皆で行っていきましょう」と開会の挨拶が行われた。続いて、平成27年度の事業報告、看護部会、リハビリテーション部会、MSW部会の各部会から活動報告があった。また、陵北病院事務長の村山正道監事より、平成27年度の決算報告があった。続いて、平成28年度の事業計画および収支予算書の説明があり、最後に高野病院院長の高野研一郎先生の役員追加議案に伴う挨拶があった。

一日に及んだ東京都慢性期医療協会の一大イベントの後は、関係者にて今後の慢性期医療の在り方を語り合う懇親の場も設けられ、無事終了した。

理事会・総会・特別講演会にて



高野病院院長・高野理事より就任のご挨拶



平成28年度5月28日(土)に開催された東京都慢性期医療協会の総会において理事になられた大田区にある高野病院の院長・高野先生より会員の皆様へ向けて理事就任のご挨拶をいただきました。

このたび図らずも東京都慢性期医療協会理事の末席を汚すことになりました、高野研一郎と申します。この場を借りてご挨拶申し上げます。私が院長を務める高野病院は、病床80床の医療保険適用の療養型病院です。病院は羽田空港そばの京浜急行大鳥居駅前に立地し、療養型病院では都内最南端に位置する病院となります。私が目指すのは、常に患者さんやそのご家族の立場に立って治療にあたることです。先進医療に『テーラードメイド療法』があるように、慢性期医療にも一人一人が望む『オーダーメイド医療』があるはずだ、と感じ、介入最低限の治療から濃厚な治療まで、ご本人あるいはご家族が最も望まれる診療方針に応じています。

高野病院は今年で開業80年。私は祖父、父から受け継いだ3代目の院長となります。小さな診療所としてスタートし、昭和の時代は救急病院としての役割を経て、医療を取り巻く環境や医療の流れを鑑み、15年ほど前に医療療養型病院に転換しました。入院患者さんの中には意識が定かなく、自分で体の向きを変えることもできないばかりか、声や表情ですら痛みや不快感を現すことができないまま10年以上経過する方もおられます。日々忙しくそんな患者さんに対応していると、どうしても自分の仕事のペースを優先し患者さんのことをおろそかにしてしまう事がないとも限りません。患者さんが自分自身であれば今どうするか？

『自分自身が受けたいと思う医療を提供すること』を病院理念に掲げ日々奮闘しております。

若輩である故、理事として職務に邁進するというよりは勉強させて頂くことの方が多いと思いますが、一日でも早く会長の安藤先生をはじめ、会員病院の皆様にも少しでもお役に立つことができるようになりたいと考えているところです。皆さまご指導ご鞭撻下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。



療養病床一部廃止についてのアンケート調査実施について

当会ではこの度、安藤会長発案のもと、療養病床25対1及び介護療養型病床を有する会員の幹事病院のご利用者様を対象にアンケート調査を実施いたします。これは平成30年度末をもって介護療養型の全ての病床と医療療養病床(25対1)が廃止される予定(廃止予定の療養病床がどうなるかはこれからの社保審での議論)のため、実際に入院されているご本人をはじめご家族等のご意見を聞き、東京都をはじめ国に対して提言していきたいと思っております。

質問項目(一部抜粋)は以下の4点に加え自由記載となっております。  
 1、平成30年3月末に療養病床の一部が廃止される予定であることをご存知でしたか。  
 2、療養病床での入院が続けられなくなった場合、現状の病態で自宅療養することは可能ですか。  
 3、2で②③を選択した方にお伺

いたします。その理由はなぜですか。  
 4、平成30年3月末に療養病床の一部が廃止されることについて、どのようにお考えですか。  
 陵北病院ではこのアンケート用紙を玄関先に掲示したところすぐに20枚程の用紙が回収できました。  
 このような形でのアンケート調査は初めてであり、逆に不安を駆り立てる結果にならないければい

いと思いましたが、ご家族の皆様、それぞれご意見をお持ちでありとても参考となっております。時間的な問題もあり特定の病院のみとなりましたアンケート調査ですが、会員病院の方々には事情を拝察頂きますよう宜しくお願い致します。  
 次号においてアンケート集計結果を公表できると思っております。



監事 村山

## 東京都慢性期医療協会3部会合同講習会 第2回 平成28年6月19日(日) 場所: 東医健保会館

## 「まずは治せるBPSDから治療開始、そしてやめ時は？」

## 「いつから認知症は始まっていたのか？ 早期発見の手掛かりとは」

医療法人社団京浜会京浜病院 理事長 蒲田医師会会長 熊谷 頼佳 先生



当会初となる看護部会、リハビリテーション部会、MSW部会急・慢連携ワーキングチームの3部会合同による講習会(全3回)の2回目が行われた。司会進行は前回同様ベトレハムの園病院の山本が務め、開会の挨拶はリハビリテーション部会部会長田原(小平中央リハビリテーション病院)が務め「前回より50名ほど受講者が増え、それほど認知症治療への関心が高いと実感しました」と語った。

前回に引き続き、講師は認知症治療の第一人者で「熊谷式3期分類」を提唱している京浜病院理事長の熊谷頼佳先生。前回は高齢化によっておこる認知症と認知障害の違いについて説明して下さったが、今回はアルツハイマー型認知症にみられる周辺症状(以下BPSD)と治療法などがテーマ。まず、日本における認知症の60%を占めるアルツハイマー型認知症とはどんなものか、はっきり識別する必要がある。30~40%は「レビー小体型」など違う種類の認知症で、ひとくくりには語れないことに注意が必要とのことだった。

もの忘れ、見当識障害、記憶障害など認知症の中核症状は、残念ながら治療方法は見つからない。だからといって認知症の人が普通の生活を送ることはできる。それを阻むのはBPSDに対する周囲の理解不足だという。熊谷先生は3期分類に沿って対応すれば必ず改善がみられるという。

## アルツハイマー型認知症の3期分類

まず3期分類について改めて解説された。

【混乱期】意識障害によるせん妄、不安・混乱が特徴。脳が過剰に興奮しているため、感覚機能が落ちて人の顔、話、様子を間違えて認識する。介護を暴力のように感じ、払いのける、襲い掛かるなどの正当防衛に出る。夜中に逃げようとして、転落事故などにつながる。昼間寝てしまい夜寝られないので、ますますせん妄が強まる悪循環が起こる。十分な睡眠をとり、向精神薬を服用することなどで落ち着く。

【依存期】忍耐力の低下による怒りっぽさ、幼児化による甘え、執着、しつこさが特徴。大声を出す、活発で目がすわっている、力が強いなどの状況から、混乱期より状態は悪くなったと判断して向精神薬を与え続けると、身体機能が急激に落ちて、嚥下障害、傾眠などを引き起こすので要注意。暴言暴力は思い通りにならないことへの苛立ち。人を呼ぶ、大きな音を立てる、騒ぐのは人がいないと寂しいから。周囲が状況を理解し、適切に対応するだけで多くの問題は解決する。

【昼夢期】自分の一番幸せだった時期に戻ろうとする時期。男性は幼少期、女性は10代の頃が多い。この時期になると薬は不要。リハビリとよい看護、よい介護、環境改善だけでよい。大きな鏡に映る自分の姿を見て「あっちいけー」と言う患者に、「あれはあなたですよ」と伝えると「違うわよ、私はパン屋の娘よ」となる。「ここは自分の家ではない」という違和感が起こり「家に帰る」と夜中に逃げ出そう

とするなどの症状がぶりかえす。「大丈夫ですよ、今から帰りましょう」など、適切な対応をすることで症状が安定する。

## 依存期に入ったら抗精神薬から抗てんかん薬へ移行

次に治療法について説明があった。認知症と診断されたらまずはアルツハイマー型と仮診断する。アルツハイマー型認知症の場合、最初に治療すべきはBPSDであり、BPSDが鎮静するまで中核症状治療薬は投与しない。混乱期のBPSDで最も多いのが夜間せん妄、黄昏症候群、被害妄想だが、その原因として多いのが「ベンゾジアゼピン系睡眠薬」。昼夜逆転、夜間不眠による慢性的睡眠不足の場合、安易にこの睡眠薬を使うとかわって症状が悪化するので、少量の抗精神薬がよい。被害妄想に対して抗精神薬が有効だが、万が一レビー小体型認知症に投与すると過剰鎮静、ひどい場合はショック状態に陥るので要注意。また依存期に抗精神薬を投与すると、傾眠、嚥下不良、誤嚥を起こすので投与はすべきではない。依存期は原則として抗てんかん薬が有効、とのことだった。

抗精神薬、抗うつ薬、抗てんかん薬が効果を示し、脳が鎮静化している間に病気が進行すると、やがて薬による過剰鎮静が起きる。第一段階は傾眠、不活発、第二段階は痰がらみ、誤嚥、食欲不振、第三段階は微熱、手指の震え。過剰な薬物療法をいつまでも続けると、病気の経過のスピードを早めてしまう。過剰な薬物療法を適正な量に戻すか、中止すれば本来の症状に回復する。

## 周辺症状への対処法と新呼称

BPSDについては、周囲の接し方が重要。本人が理解できな

いことや記憶障害が増えても、自分は正しいという思いが常にある。でもうまくいかず、イライラして他人のせいにする。それを周囲が正そうとするから被害妄想になる。たとえば財布をどこにしまったか忘れ見つからない。このため「誰かが隠した、盗んだ」と騒ぐ。すると周囲から否定され、被害妄想がますます強まる。本人の訴えを否定してはいけない。「わかりました」「そうですね」と受け止める。それだけで落ち着くそうだと。

中核症状は認知症全員に共通して必ず発症するのに対し、BPSD(精神心理症状・行動障害)はその人の生活歴やもとの性格、生活、環境、介護する側の態度によって引き起こされる。熊谷先生はBPSDを「P&B」として分類することを考えているという。Pは意識レベルの低下・混濁によるせん妄の症状、もしくは意識はあるが不安、焦燥、不眠、うつ状態、幻覚・妄想、易怒性爆発などの心理症状がある状態で、抗うつ薬、催眠薬、抗てんかん薬などが必要。Bとは排せつ、清潔、食事、金銭管理などにかかわる本人が困る行動障害、もしくは暴言・暴力・大声・徘徊・車の運転、踏切事故などの周囲が困る行動障害がある状態。基本的には認知症リハビリテーションが必要だが、生命に危険が及ぶ恐れがある場合、抗精神薬や抗てんかん薬も使う。認知症はその症状からして、「神経認知機能障害」、認知症周辺症状(BPSD)は「神経認知機能障害に伴う精神心理症状および行動障害(P&B)」とすべきだと熊谷先生は語った。

## 前兆を早めに察知し対策を

次にアルツハイマー型認知症は発症するかなり前から特徴

的な症状がみられることを紹介。たとえば年を取ると新しい人間関係や環境の変化を嫌い、子ども時代を懐かしむようになる。これは普通のことのようにだが変化への対応力が低下した証拠なので、注意が必要。携帯電話やパソコンを使いたがらない、自分のやり方を押し通し、人のやり方を受け入れられないというのも同じ。またいきなり宗教の信者になる、アルコール、ギャンブル、買い物、不倫浮気などに依存するなどは忍耐力、

対人能力の低下を意味する。今までである程度きれい好きだったのに、掃除や片付けができなくなる、似たようなものをいくつも買うなどの変化は空間認知力の低下を疑う。外出しても目的地以外は立ち寄りず一直線に帰宅する、団体旅行で集合時刻を守れないなどは計画性の低下、立体空間認知力の低下。このような前触れに対して、セルフチェックや家族による気づきがあれば、早めに対策を始める必要があるという。

**最近のトピックス**

アルツハイマー病については、脳内にアミロイドβが蓄積して起こるもので、発症してからの治療は困難となる。予防のために、無症候段階から根本治療が必要だと考えられている。運動はアルツハイマー型認知症の進行を防ぐ効果がある。睡眠不足はアミロイドβが増加し慢性的蓄積につながるの、良質で十分な睡眠をとることが予防になる。命令や禁止などが多い環境ではストレスが強

くなり、脳が疲れて感覚異常、行動障害、病気が引き起こされやすくなることがわかっていることだった。講演終了後、質疑応答の時間には現場の具体的な事例に対する解決策についてなど、活発な意見交換が交わされた。

次回第3回は9月18日(日)実施予定。テーマは「アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型を鑑別しよう」。1・2回目に参加していなくても理解できる内容なので、ぜひふるってご参加願いたい。



**3部会合同講習会 開催のご案内**

**第3回『アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型を鑑別しよう』**

講師：医療法人社団京浜会理事長・京浜病院院長 熊谷 頼佳 先生  
 日時：平成28年9月18日(日) 14:00~16:00(受付：13:30~)  
 場所：東医健保会館 大ホール  
 対象：看護職・リハビリテーション専門職・介護職・医療従事者  
 参加費：1,500円 定員：先着150名

**お申し込み**

別途申し込み用紙にご記入の上FAXにてお申し込みください。

東京都慢性期医療協会 事務局 TEL.042-661-4109  
 永生病院 尾藤 宛 FAX.042-661-4110



くまがい よりよし 熊谷 頼佳 先生

**〈熊谷先生 略歴〉**

1977年慶応義塾大学医学部卒業、東京警察病院、東京大学医学部、東京都立荏原病院勤務などを経て、1992年京浜病院院長に就任、現在に至る。2012年より医療法人京浜会理事長。専門分野は脳神経外科。京浜病院では認知症治療を積極的に推進し、「熊谷式」と呼ばれる認知症の3期分類を提唱し、大きな反響を得る。著書に「誰でもわかる熊谷式3段階認知症治療介護ガイドBOOK」(国際商業出版)、「認知症はなっても〇、防げば◎」(マキノ出版)などがある。

**第1回 MSW部会研修会報告**

テーマ：『平成28年度診療報酬改定の概要』  
 ~慢性期病院に関する事項を中心に~

日時：平成28年7月8日(金) 18:30~20:00

場所：東医健保会館 第4会議室



講師：伊藤 正一 氏  
 医療法人社団利定会大久野病院  
 地域連携課課長



司会・挨拶：  
 東京都慢性期医療協会  
 MSW部会 会長  
 陵北病院 佐藤 政一

東京都慢性期医療協会  
 進藤副会長より  
 提供の水



当会で初めてとなるMSW部会研修会が去る7月8日に開催された。まず司会を務めるMSW部会会長で陵北病院の佐藤氏が挨拶。次に講師である大久野病院の伊藤正一氏が登壇し、平成28年度診療報酬改定について解説された。今後もMSW部会の研修会は定期的開催される予定。



一般社団法人  
**東京都慢性期医療協会 事務局**

〒193-0942 東京都八王子市桐田町583-15  
 TEL.042-661-4109 FAX.042-661-4110

都慢協レポートの  
 バックナンバーはホームページよりご覧いただけます。

PC・スマートフォン・タブレット用バーコードです。→  
<http://tmik.or.jp/>

