

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
梶田町583-15 永生病院内
Tel : 042 (661) 4109
Fax : 042 (661) 4110

「療養病床一部廃止についてのアンケート調査」 集計結果報告などをふまえた提言

療養病床は介護保険が適用される「介護型」と医療保険が適用される「医療型」がある。「医療型」は患者25人に看護師1人を配置する「25対1」と患者20人に看護師1人を配置する「20対1」の2種類に分かれます。

厚生労働省案(図参照)では、比較的治療が必要な患者が多い医療型の「20対1」を存続させ、介護型と医療型の「25対1」は廃止し、医療機関や、その機能を持つ施設に併設にする方針です。(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)

当協会では、安藤会長発案のもと、介護療養病床・医療療養病床(25:1)に関するアンケート調査を全国的にも初めて行いました。平成28年8月5日より平成28年9月30日までの介護療養病床・医療療養病床(25:1)を有する会員病院施設のご利用者様を対象にアンケート調査を実施し、集計結

果をまとめ平成28年11月3日に公表しました。

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、東京都をはじめ国政に届けるとともに、引き続き療養病床のあり方について真剣に議論していく必要があると考えました。

平成30年3月末で療養病床の一部が廃止されることについては実施7施設(対象病床は962床)[医療療養病床(25対1)か介護療養病床を持つ会員病院]で実施し、629人から有効回答を得たうち全体の79%(497人/629人)の患者様が「知らない」と回答し、また実に91%(544人/601人)の方が「廃止に反対」と考えていることが分かりました。

現在の病態で退院して「自宅療養が不可能」だとした方の割合は9割近くに達しました。その理由としては、

「容態の急変時に対応できない」「自宅療養に必要な整備や用具が整っていない」「独居、または日中に介護出来る家族が不在」といった回答が多くありました。

自由記載でもたくさんの方から意見をいただき、国の政策を疑問視する声や、自宅療養になったときの大きな不安等を聞くことができました。(2ページから6ページ参照)

また、朝日新聞(2016年10月6日発行)全国版や複数のメディアに取り上げられ「療養病床一部廃止についてのアンケート結果」に対する関心の高さが感じられます。

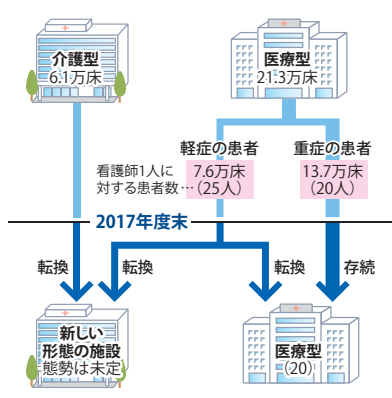
国が示している転換新類型3案に対して当協会としては、アンケートの結果と仮に療養病床が新類型に転換した場合の3種類の全国試算をしてみました。1案では現行の25対1の現在数のうち半数が20対1、半数がいわゆる医療外付型の住まいとすると約216億円減少し、介護療養型では強化型類型とそれ以外では年間の医療費総計で約90億円の減少となり、総額では306億円の削減になります。一方2案で



一般社団法人
東京都慢性期医療協会
会長 安藤 高夫

は25対1のうち6割が20対1に移行したとすると同試算で年間39億円しか減少せず、ほとんど不変なのであれば廃止期限を延長、ないしは存続を検討してもらいたいとするものです。更に3つ目の試算として、25:1の40%が外付けから内包型になったとの試算を行うと、なんと年間の医療費合計は347億円増加してしまいます。もしこうなってしまうともはや改革の意味はなくなり国も国民負担も共に増加してしまうという結果となります。この結果を踏まえ、今ある医療・介護の資源を大切に活用すべきではないのかと東京都をはじめ国政を担う方々へ提言しているところです。

療養病床の転換計画



〔療養病床一部廃止についてのアンケート調査〕

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います。

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。

介護療養病床・医療療養病床(25:1)に関するアンケート調査報告書

1. 調査目的

介護療養病床・医療療養病床(25:1)に関しては、平成30年3月末にて廃止される予定である。これを踏まえ、国や東京都の議論にて、当会会員病院に入院中の患者様やご家族の声を反映させるべく、緊急アンケート調査を実施するもの。

2. 調査実施場所

介護療養病床・医療療養病床(25:1)を有する、東京都慢性期医療協会会員7病院において実施した。

3. 調査期間

平成28年8月5日～平成28年9月30日

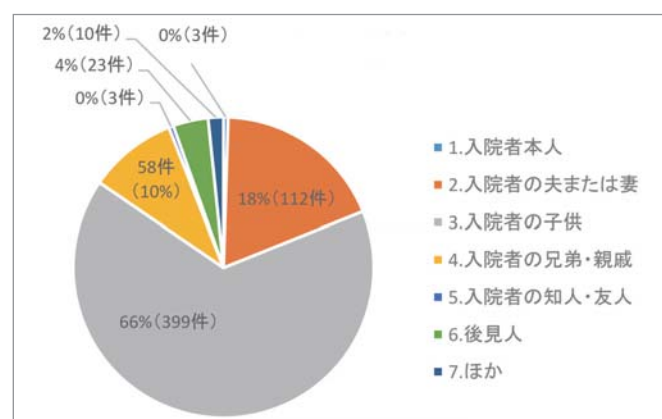
4. 回答数

有効回答数: 629件

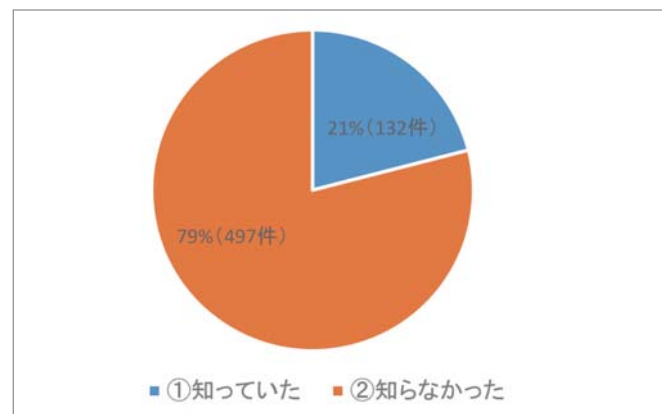
病床数に占める割合: 65.4%

5. 集計結果

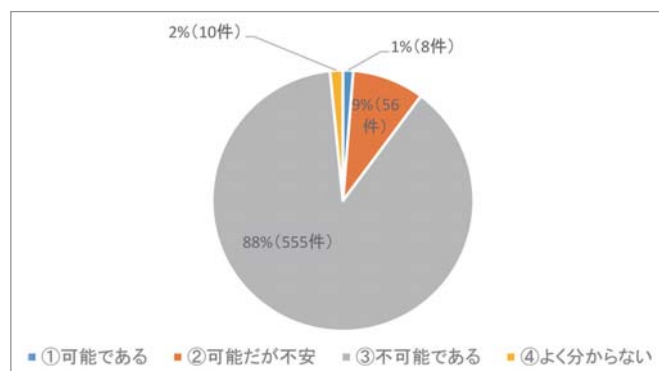
1) 回答者の続柄



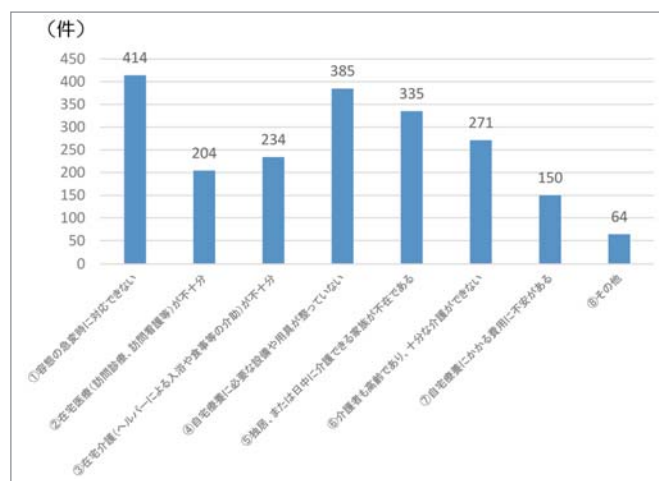
2) 質問1:「平成30年3月末に上記療養病床の多くが廃止される予定であることをご存知でしたか。」



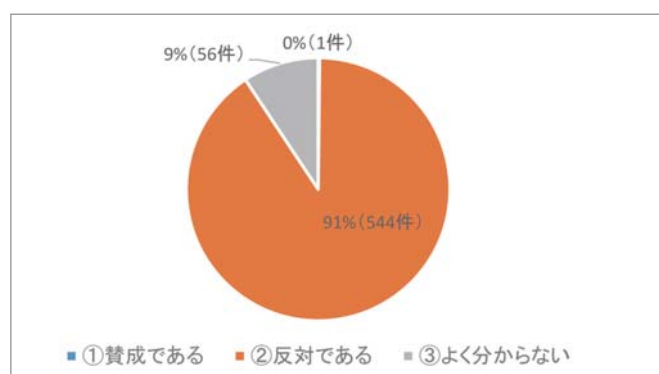
3) 質問2:「療養病床での入院が続けられなくなった場合、現在の病態で自宅療養することは可能ですか。」



4) 質問3:「質問3で②可能だが不安、③不可能である、を選択の方に伺います。その理由はなぜですか。」(複数回答可)



5) 質問4:「平成30年3月末に療養病床の多くが廃止されることについて、どのようにお考えですか。」



介護療養病床に関するアンケート

【その他自由記載欄のまとめ(順不同・原文のまま・下線のみ加筆)】 固有名称は〇〇表記としました

- 高額医療(手術や投薬等)の削減や高収入の人達の削減など可能な改定を行った上で、なるべく多くの人達が入所を継続できるように頑張ってほしい。
- 在宅になると家族の誰かが自然と押し付けられ、負担が増えるから不安だし反対です。
- 金額の面で大きな差があるから。
- 在宅医療出来ないから病院にお願いしているわけですので、何らかの方策を考えて頂きたい。

- 身内は全員働いている為、在宅介護は不可能です。仕事をやめたら介護どころか自分達(介護する側)の生活が成り立ちません。
- もし廃止となれば、自宅・老健(自宅看護が不可の利用は対象外となっている)特養いずれの内容も介護を必要とする人が入所可能となっていない今、医療の必要性の高い要介護者を国はどこに吸収するのか対策が見えてこない。介護離職者ゼロ等、掛け声ばかりで在宅介護という事になれば離職者は明らかに増えることになります。この現状を全く理解していないと思います。

7. 今年から療養型の病院がある事を知り、利用させて頂いている。通常有料型老人ホームしかない(正規のホームは待機者が多い為)と考えられていたが、療養病床に入院させていただく事で、家族の介護に対する不安が解消されたばかりである。今後更に高齢化社会になって行くことを知りながら、国の姿勢には疑問を感じずにはいられない。
8. これまでの貴院の対応は家族にとって大いなる安心につながるものでした。介護される者ばかりでなく介護する側(家族)の安心は何にもかえがたいものと考えています。今後も貴院の様な安心できる介護を提供下さる施設は増加こそあれ減少はあり得ないものと信じています。貴院の継続が実現するためにその重要性、必要性を強く訴える動きに賛同します。
9. 共働きなので日中面倒が見られない。仕事をやめなくてはいけなくなる。このような福祉の切り捨ては本当にやめてほしい。この施設が廃止されたらこの先絶望的で不安しかない。とにかく継続してくれないと困る。
10. (一般論) 高齢者は長生きするなって事です。親の介護の為に仕事を辞めざるを得ない状態で、いざ親が他界して、さあ一人で生きて行かなければならない時に今度は仕事が無い。どうやって生きて行くのですか? 国からの保障は何もない。また老々介護で介護疲れによる“介護殺人”今の現状を何も把握していない。医療費抑制政策? 国は何を考えているのでしょうか?
11. 家族の状況として、在宅介護が不可能という理由で療養型の病院を探し、入院しました。家庭、家族の状況が変わらず、在宅介護が不可能なのに療養型病床廃止と言われても困惑するばかりです。訪問介護のヘルパー等の不足も深刻と言われる中なぜこのような決定がなされたのか。理解できません。
12. なぜ廃止にしないでほしいのか良く分からない。自宅で介護できないのでそちらの病院にお願いしているのになぜという不安があります。自宅で介護出来るくらいならやっています。出来ないの入院しているのです。
13. 高齢者かつ独居生活の方が多く中で、自宅療養を強いられまして、生活環境や介護サポートの不足等もあり非常に難しいのではないのでしょうか…。国としての公的な老人向けの生活施設(資金も高額にならないような)が増設され受け皿となる箇所が出来ないと療養病床の廃止など無理かと思われます。保育園の待機児童と同様に特別養護老人ホームの待機高齢者も多数いらっしゃる事ですし…。
14. 転院してきたばかりで、もっと長く入院させて頂けると思っていましたので残念な思いです。30年3月末以降についてもご相談させて頂きたいと思っています。
15. 骨折して入院させて頂き、寝たきりになると思っていた母も穏やかな生活を送れています。家で介護をしていた折は認知も出ていましたが、今現在の様な状態とは別人の様でした。高齢である母も残り少ない生活を穏やかに送ってもらいたいと思っています。家族にとって入院させて頂いて、本当に安心し、心穏やかに生活をさせて頂いています。介護療養型の病院が廃止になりません様に希望します。お願いします。
16. はじめて聞く事柄でとても困惑しています。本人は多々病気をもち、その重さを考えても万一には到底対応できず自宅療養は無理と考えられます。在宅医療、介護、療養は住宅事情も絡んできますので費用などを考えますと困難を極めます。御病院は日頃ドクターをはじめ看護師、介護士等々の方々がとても親切に対応して下さい安心してあります。どうぞこれからもご配慮の程よろしくお願い申し上げます。
17. 両親と別居している。同居スペースが無い。
18. 入院本人が独身で、今自宅には8歳も上の姉のお世話をしている為、とても不安です。
19. 今後、日本は独居高齢者が増えるのは確実です。在宅介護で対応できない要介護者の行く先はどうなるのでしょうか? 医療の必要な要介護者は在宅介護に限界を感じて療養型施設に入所しているのが現状です。さらなる介護難民を生むことになるこの病床廃止に断固反対です。現在入所、入院中の患者、家族に不安を与えるだけです。この様なニーズのある利用者救済の政策もきちんと示されていません。帰宅先が無い社会的入院とは別の問題です。医療の必要性のある要介護者の問題とは切り離して政策展開すべき内容です。
20. 脚が悪い、熱がすぐ出る、肺炎にすぐなるなどどうすればいいのか対応できない。
21. 介護難民、介護殺人が増加するでしょう。介護病床廃止を廃止すると聞いていましたので安心していました。ショックな事です。
22. 入院してから5年ほどですが、本人は日々穏やかに安心した生活を遅らせて頂いています。感謝です。これからの環境の変化に本人が適応できるとは考えられません。きつと心身ともに病んでしまいます。本人の家族の生活も一遍します…。考えられません。ぜひこのまま皆が今迄通り入院生活を続けられるようにお願い致します。
23. 特養等の受け皿が整備されない時に時期が早尚でしょう。
24. 国の医療費抑制が課題であることは理解できます。在宅医療に移る人の基準(医療必要度)があっても介護する側の様々な条件(受け入れられる基準)などで在宅に移る人、移らない人に不公平が生じないようにして欲しい。
25. 脳梗塞後の高機能脳障害のため自宅は日中不在の中不可能である(胃ろうも行っている)緊急時に誰も対応できないのは困る(肺炎を起こすことが多々あり緊急時に対応できる今の状況は助かる)
26. 現在片マヒ、失語、トイレ介助も必要な状況です。在宅介護となれば家の改修・ヘルパーの介助など必要になると思いますが、費用の負担は大きいでしょうし、介護の為に仕事を辞めざるを得なくなる事態が予想されます。
27. 意識が無い状態で自宅での介護が出来るのかわからない。
28. 現在の政府は在宅介護をとという方針だが、核家族化や高齢化社会という現実を理解しているとは思えない。消費税も社会保障にということで納税が始まったが、社会保障に使われているのか、信用できない。
29. 共働きの為、どちらかが仕事を辞めなければならない。一億総活躍などと安倍政権は言うが、離職しなければならない人が増えると思う。福祉にも少しは向き合ってほしい。
30. 介護離職ゼロと言っておきながら、施設を廃止されたら離職するしかなくなる。特養も申し込んでいるが500人待ちでいつ入所できるかわからない。
31. 少子高齢化の中、在宅医療、介護が不十分である現在、在宅に戻るという事は介護者の負担がより大きくなり、今以上に介護殺人等が増加すると思われる。政府の政策、介護離職ゼロはあり得ない。
32. なくなると困ってしまいます。とにかく在宅はありえないのでどこでもいいので入所できるところを。
33. 今後共入院を希望します。
34. 母親の介護費用捻出のため日々仕事を行っているので介護する自信がありません。何卒ご理解ください。
35. 在宅療養が困難な場合の受け皿があるのか不安である。転院できる施設があるのか不安である。
36. このまましばらく置いて頂けると助かります。何卒お願い致します。
37. 私も高齢の為何とか今の状態を保ってほしいです。ぜひお願い致します。
38. 今日に至るまで、6年間に在宅でみていて本当に心も体も疲れ果てました。前の病院からお世話になり本当に感謝しております。又、前の生活に戻るのには年齢的にも困難です。何卒現状のまままでいられるようお願い致します。
39. 以前今より要介護度が低い時ですら、介護保険でのサービスでは不足で、自費にてサービスを追加し何とか在宅生活を送っていました(日中介護者不在)現在は要介護度が上昇しており、肺炎、痙攣を繰り返す状況で24時間を通じて支援を頂かない限り療養はとても難しいと感じています。こういう患者も介護病床にしかいる事は出来ず(医療では無理と言われ…)お世話になっています。病床が全廃されたらどうすればいいのでしょうか。全廃可能と考える国の認識を信じられない気持ちを持って眺めています。あまりにも現実離れしていると思われます。再考をお願いしたいです。
40. 私共2人は高齢であり、今もまだ働いています。日中には介護できません。
41. 日々の生活に追われ、まったく知らなかったので、戸惑っております。どうしたらいいのか途方に暮れています。
42. 家で見るとは限界があり、ヘルパーを入れても昼夜365日出来ない。又家族に病人が増え、高齢者であれば入院患者になる。又は先に死ぬかも…。安易に患者を預けているのではなく(患者が病気があったり、勝手な行動があったりの状況)病院でみてもらう方が互いの為安心、安全で健全でいられるので感謝である。
43. 母は現在94才です。私達兄妹3人も安心して日常を送らせて頂いています。感謝しています。
44. 病院を廃止するのなら、それより先に議員を大幅削減すべき。医療費抑制政策とはどんなブラフなのでしょう。
45. 長く一人暮らしをしてきて、この度病院に入院しました。介護者の夫はおらず、子供も高齢で健康ではなく、無理です。
46. 介護度5、胃ろう、意識無など在宅対応はかなりキビシイ状況です。
47. 当局の言う事は解るが、これは金の問題で人の幸せの事を全く考えていない。財源は外に考えてもらいたい。
48. 以前から介護保険と医療保健を分けていることが問題で、医療保険を受けるときは施設を出て治療しなければならないし、治療中は施設に入所する事が出来ない事が問題。手続きの為に家族の負担は甚大すぎる!! 認知症の人を家で介護することは無理です。その為に預けているのに療養型の病院を廃止するという案には到底納得できない!!
49. 毎日看護することは無理がある。
50. 私も持病がありとても介護出来ない。
51. 自分たちも持病があり、先の事が心配でなりません。
52. 療養病床廃止後の受け入れ先など、全て整ってからの廃止にして欲しい。
53. 自宅において生活出来ないから入院している。それを出て行かせるのは理不尽。
54. 高齢者に限りますが、死人同然の者を生きさせるのはむごい。(家族が抱いて生活を共にするのは勝手)
55. 関節硬縮が進んでおります。以前に入院中にも骨折があり、今では高齢の為痰が多く吸引も必要になっており、自宅では介護がとても無理な状態であります。

56. 介護保険で利用できるヘルパーの業務内容が本人の病状と合わず、民間の自費ヘルパーをお願いしたりとても大変でした。また事業所によりヘルパーのレベルに差があり、家族の負担が増すなど問題ばかりでした。在宅に戻すならば、業務内容に見直し、拡大、ヘルパーの質の平均化、レベルアップの必要があると考えます。
57. 療養病床の廃止は非常に困ります。今後がとても不安です。
58. 急性期病院で自宅での介護は難しいとお話があり、御院にお願いすることに決めました。この様な事情、最近の母の状態などを考えますと、自宅での介護は非常に難しいと思っております。また現在介護士を増やすようにしていると思いますが、廃止となると介護士の方の職、雇用はどうなるのでしょうか。
59. 病院はどうなって行くのでしょうか？今のまま継続して欲しいです。
60. 全然知りませんでした。これからの事が不安です。
61. 介護をする者がうつ病だったり、足に障害がある為、自宅療養は不可能である。
62. 医療費抑制政策よりも先ず後期高齢者の増加を踏まえるべく、基本的な政策改善を為す事から取り組んで欲しいと願っています。
63. 今まで自宅介護してきて不可能になったので、この病院に入院出来て安心しておりました。しかし廃止というお話があり、とても不安と心配で、何をどうしていいのかわからないのが今の気持ちです。栄養管理(塩分調節や食事形態など)は自宅では不可能な事。身体面では病院の様にオムツ交換(定期的)が出来ず、精神的に本人の事を思うと介護もしてあげられないという気持ちで落ち着かず、安心できません。その点このような病院があるから家族としても精神的に安心して生活できるのです。自宅療養となると「共倒れ」になります！
64. 国の政策決定が、医療??の実態とかい離していることは、医療現場である皆様が一番ご承知のはずですから、患者の家族の思いを無視する方策は近い将来破たんします。医療機関が「反対」の声を強く打ち出されることを望みます。
65. 全く知らない事であり、驚くとともに、大いに反対です。今の世の中療養病床が少ないくらいではないのかと思い、国の政策に疑問を持ちます。当方では在宅では介護の対処が出来ない為に病院にお願いしている(こういう家は多いと思われる)ので何とか善処して下さい。
66. 患者の日常生活を在宅で支えるだけでも、介護者は手一杯で先の見えない介護に精神的不安、そして介護者の日常や睡眠の質の低下で追いつめられる人が増大していくと思います。在宅訪問介護も利用していても限界があると思います。
67. 患者や国の負担が低く抑えられるすぐれた制度を、どうして廃止しなければならないのか理解に苦しむ。もし、医療スタッフ不足が原因なら、患者の費用負担を上げてスタッフの給与をアップすれば良いと思う。
68. 国の方針はあまりに唐突で、周知不足で、一方的です。介護保険という税金を使用しているのに、議論や説明がまったく聞かえてきません。全面的に反対します。
69. 先行き大変不安に思っています。国の介護行政に怒りを感じています。
70. 今年に入って母がお世話になって居りますが、夫も80歳になり、これからの事が自分も含めてとても不安です。年金生活者ですので、私が苦労している事は、子供にはさせたくありません。
71. 家族内に他の介護者もいて、又、介護する側も高齢なので困っている。
72. 私は介護退職になります。
73. 長期に独居でくらしていたため、療養病床の廃止には反対です。本人がストーマの処置が出来ない。いつもお世話になり感謝してます。
74. 強く反対します。
75. 医師に療養病床へ移るよう指導され、住居を解約して入院したところなので、このアンケートにびっくりしています。今後、どうすれば良いのかとても不安です。
76. 母は現在(約1年になります)経鼻から経管栄養をしていただいております。この状態で療養病床がなくなり、自宅でみることはできませんし、施設も、設備が病院とは全く違い、医療行為もあまりのぞめず、不可能です。母に限らず、今後、介護するものが心身ともに疲れ、介護難民が増えることのないよう政治家は、よく考えて議論してほしいです。現状がわかっているのか、この考え方が理解できません。
77. 老老介護、少子化の為、今後自宅介護は増々困難になる事は目に見えている中、廃止というのでなく、国は現状をしっかりと見て頂き、看護師の待遇面等を良くし、これ以上減らさないでほしいです。減らすべきではないと思います。
78. 療養病床の削減は根本解決にはならない。むしろ逆だと思います。在宅医療や在宅介護が高齢者とその家族にとって効率の良いものではないと思います。専門の療養病床の方が効率が良いと考えます。日本全体の生産性を下げるようなことは、すべきではありません。
79. 療養病床の廃止は初めて知った。高齢化社会なのに困る人が沢山増えると思う。自宅療養と言われても限界があるので無理だと思う。国は患者や患者の家族に対して何かフォローしてくれるか不安だ。病院をたらい回しにされている状態なのに今後はどうしたらいいのか不安でたまらない。
80. 入院して生活するのにお金がいへんだが家族も介護するには不安だらけだ。もし廃止されると、どうすればいいかと思う。有料に入っても、うるさいとだされるし、急変して救急車呼んでも病院に入ってもらえないし年老は死ぬ

と言われているようだ。生きてる人もおいだすのは反対です。

81. 今後高齢者は益々増えると思います。廃止する事より、存続する事に付いて検討していただきたい。
82. 在宅療養の環境が整えば廃止の方向でも良いと思う。
83. 今は患者が介護5で私共も高齢でこの文章を読んだ時、真っ白になりました。このままの制度が続く事が切にお願いしたいです。
84. 非常に優れた制度にもかかわらず、国の方針で廃止されるのはいかなものか。
85. 利用者の長女は、自宅で殆んど寝たきり。介護が多く、配偶者が、土・日・祝に、まとめて洗濯、洗いの等、家事をしてくれるのも精一杯。(平日は、朝から夜まで仕事。当然、食事の支度は出来ないの、スーパーの見切り品購入かコンビニ弁当。長女は、朝も昼も殆んど食べれない。(食欲無し)
86. 国の事情は理解できるが、現実としては共だおれになってしまいます。現状をわかってほしいと思います。
87. 昨年の七月から特別養護老人ホームに五ヶ所、申し込んでいるが、順番が来ない。もし、廃止されて、特老も駄目なら、行く、住む場所もない。要介護3であるが、目が殆んど見えないので、一人で生活が出来ない。受け入れ先がないのに、介護病床を無くすというのは、無理だと思う。
88. 素人の私達では対応出来ない事柄が多いので、なにとぞ、よろしく願い致します。いつもお世話になりありがとうございます。いつも感謝して居ります。
89. みなさんにとても良いかいごをして頂き、ありがとうございます。
90. 母が介護療養型病棟に入院しております。定期的にMRI検査を受けさせていただいているおかげで、新たな脳梗塞の発見ができ、早期に治療していただきました。夜、突然酸素レベルが下がった時も、すぐに看護士さんに対応していただき、母の命を救っていただきました。普通の介護保険施設とは違って、きちんと看護士さんの配置があるからだと思います。本人に取って安全で、家族に取っても安心できる療養病床を廃止しないでください。
91. 何故、療養病床が廃止されるのか分かりません。それに替わるものが出来るのか？ そうでなければ自宅介護になるなんてキツすぎます。
92. 国は実態を的確には握しないで、いわば机上の論理で政策を強行しようとしている、としか思えません。国家予算全般について見直し、既得収益を是正すれば、福祉予算を削減しないで、むしろ充実できると思います。
93. 母親が大変お世話になっています。ありがとうございます。
94. すなおによの中のおにもつになって行く用にかんじられます。病気とか年寄は生きずらいの中になります。こんなことがおこればますます自殺者が増えると思います。
95. 在宅医療は訪問診療、看護の体制確立が先決です。在宅は患者本人にとって理想と思います。それに応える現実的システムを希望します。それが成立すれば、自然的に在宅になるのではないのでしょうか。「人は量の上で死にたい」のですから。
96. 療養病棟はとても大切な病棟です。命の終わり方は人それぞれさまざまです。病気や障害や老いのなかでも、安心して生活を送れる場所が必要です。今後も療養病棟が存続していくことを希望します。
97. 現場の父を在宅で介護するのは家族環境で問題があり、退職して介護に当ると金銭的な障害があります。この度の事は高齢化社会の一端として考え、今後高齢化に益々拍車が掛かり将来の自分達の時代にも心配があります。
98. 療養病床はこれから、もっと増やして欲しい病床なのに、廃止というのは納得できない。
99. 難病(脊髄小脳変性症)のため自宅療養はほとんど不可能です。今回は2階病棟が該当とあり、若し3階にまで及ぶようなことになると…一瞬びっくり致しました。引き続きよろしくお願い申し上げます。
100. 高齢者が多くなっている現状で自宅に帰されても、老老介護になり、増々悪化するのでは？ と思い、国の方針に納得できない。
101. これから、ますます老老介護が増えると思いますので、国の方針には納得できません。弱いものいじめとしか思えません。廃止予定の病床を何とか、現状維持になる様、お願いします。
102. 高齢者が毎年、増えて居るのにどうして病棟を減されるか、理解出来ません。もっと国が、老人が安心して介護を受けられる施設を作ってほしい。
103. 本人の精神状態が不安定であるため、身体拘束が必要な状況である、特養等に入ることができません。本当に困ります。
104. 急変時に病院がみつつかつのか分からない。
105. 今でさえ行き場のない老人が多勢いるのに、それを一段と増やすことになる。不幸な老人が増え、介護疲れの家族が増え、日本社会は悲惨な状況に陥る。何とか療養病床を存続させる途はないのでしょうか。
106. 政治に(国)に対していきどおりを感じる。
107. 国の政策は、まさに療養病床利用者の切り捨てであり、在宅介護で家族単位での負担の押しつけのように感じる。首相は「一億総活躍社会に」などと言っているが、まったく逆であり、介護施設が不足する現状では、介護離職が増え、社会は活力を失う。まったく矛盾した政策で見直していただきたい。
108. 介護者も体力なく現状で家に戻っても介護出来ない為、何としても継続入院をお願いしたいと思います。

109. 国としては充分議論し、国民の理解を得た上で決議すべきで、現状でこのことについて知らない人の方が多いのでは？
110. 高齢化に伴い増加する状況に、国の政策は削減する、という事に納得できません。
111. 私自身も持病が有るので、自宅での介護となった場合、夫婦共倒れとなってしまう。
112. 今、こちらの病院で受けている、24時間の介護は全て自宅では不可能と思われます。又、近い将来自分達が介護される身としても子供に頼める状態でもないし、廃止しないで欲しいと思います。
113. 介護療養型病院は、老健、特養より医療が充実していて、尚かつレクリエーション等、施設に近い部分もあり、必要な病院である。
114. 現在入院中の療養病院の存在はたいへん有難く、家族等にとって、とてもたいせつな施設です。家庭ではこのように行き届いた介護が不可能だと思いますので、是非療養病院は30年以降も引き続き継続していただきたいと思います。
115. 療養病床の廃止は絶対反対です。
116. 高齢化社会の到来が本格化する現状から鑑みて従来に増して、一般・長期療養にかかわらず病床への需要は必然的に増加傾向にあると思われます。医療費の抑制を目的にした強引な病床の削減は時代のニーズに逆行する政策ではないでしょうか。一般病床から退院、転院を余儀なくされている患者や家族にとって、療養病床の存在は“命の綱”であり、“望みの綱”となっております。その社会的役割、機能を十二分に果たしていると確信しております。患者の病状・症状あるいは家庭の事情により、自宅で看護、介護できないケースも種々あります。老老介護の問題、介護離職の問題等々から、様々な社会問題も発生し、悲劇も起こっております。人間らしく安全に安心して生活が送れるかが重要で、その受け皿、拠所として療養病院はなくてはならない存在と考えております。療養病床の廃止、削減には絶対反対します。
- ※最近では、メディカル・ケアを重視した老人ホームの設立が促進しているが、体制的、機能的にはまだまだ不十分と思います。
117. 国の高齢者対策が全く進んでいない中、とてもナンセンスな政策だと思う。もしこの案が通ってしまったのなら、(言葉は悪いのですが)生産性のある健常者の労働を奪い、増々「介護殺人」などの社会問題が増えると思う。本当に国がこの様な形に持って行きたいのなら、「尊厳死」や「安楽死」を認める法を作るべきだと思う。介護される側もつらいのだから。
118. 療養ベットが削減若しくは廃止になりますと、2、3、に(✓)マークをつけた様に自宅療養は困難です。特養などへの移行も考えますが、2年待ちの様な現状を聞きます。高齢者が増えている状況をふまえ政策の検討をのぞみます。
119. 国の医療費抑制政策には基本的に賛成ですが、療養病床のような優れた制度はできるだけ存続してほしいものです。特に老々介護世帯にとってはありがたい制度です。
120. 医療費抑制政策には賛成致します。しかしながら、家庭では絶対に無理と思われる介護5の叔母を私共は終日みることは、不可能です。相応の代金を支払いしかるべき病院にお願いするしかありません。
121. どの程度の人々が自宅療養になるのか、明確な基準が知りたい。また、自宅療養になった時の国からのサポートetc.
122. 国は医療費抑制と、費用面ばかり言っており、実体をわかっていない。独居で親族もいない。親族は戸籍上いても、50年以上接触がないなどのケースをいくつも知っている。廃止することで、実体、どうなのか冷静に考えてほしい。
123. 全く知らなかったの、驚きました。不安でいっぱいです。
124. 核家族化、高齢化社会の中で療養病床の重大な役割を社会保障の抑制という観点のみで犠牲にしてはいけなさと感じます。現場の状況等の感覚を大事にしなくてはならないと思います。
125. 我々夫婦共高齢者となり、子供も居ない為、夫婦共に持病が有り通院中で介護する事は出来ない。
126. 母は「要介護5」の為、お風呂・トイレ等、人の手が必要です。うちは「お寺」なので来客が多く、母が呼んだ時にすぐに行かれない事もあり、自宅で母を見るのは難しい状況です。
127. 自宅での老老介護の悲劇を助長する動きで絶対反対。
128. いつもありがとうございます。
今回のアンケートの内容(問題)をみておどろきました。家族で患者をみるのは理想ですが、それは家族の人数、年令など、近年では核家族化で、それは不可能です。そして〇〇病院の様な都心にある施設は私共にとってありがたい病院です。減少すると困るのは私共、家族だけではないと思っています。よろしく願い致します。
129. 療養を必要とする患者本人と家族の実態を詳しく把握した上での廃止決定なのか、疑問が残る。独居老人が増えているという、家族の形態から考えれば、そして年収(老人を養う人の)低下ということも合わせ、選択肢を減らして欲しくない。
130. 要介護者の子供達もそれぞれ高齢となり、深刻な持病もある。貴病院で手厚く介護していただき、子供達や孫達も安心して。今後ともよろしくお願い致します。

131. 今回、突然の相談にもかかわらず入院させていただいて、有難いです。高齢で耳も遠く、認知症も進行しているので介護も負担が更にかかると思うと不安です。介護者の私も高齢者の仲間入りしてる現状で入院出来る所が無くなるなんて、考えたくありません。
132. 国の医療抑制もとても大切な事というのはよくわかります。しかし金銭的に不安がある場合、だれかが仕事をやめて家庭に入らなければならなくなります。将来的に人口減少は決まっている事なのに、それでは経済がどんどん弱まり国としても立ちいかなくなります。女性の社会進出と言いながら、自宅療養は逆行していると思います。
133. 在宅になると云う事は、いつ頃、家族に通知されるのでしょうか？家のバリアフリー化とか、準備が必要です。
134. 今よりお金がかかっても今の部屋に在ることを希望します。
135. 国の医療費抑制政策は間違っていると思います。社会保障を国の根幹にしないとは、国自体が衰退します。国民総活躍を目指している事と矛盾します。無駄使いは、し放しなのですから、その予算を廻すべきです。
136. いつも大変お世話になっております。
療養病床廃止についてですが、とても心配です。みんなそれぞれ理由があって療養病床のお世話になっているわけで(その背後にある理由など国はかんがえないでしょうが)医療費抑制のために、医療の必要性の低い人は在宅に移ることは反対です。廃止されることによって、患者だけでなく、その家族にも影響が及びます。特に患者の介護ができる家族に限られている者など、最悪仕事を辞めざるを得ないことさえあります。介護保険も万全ではありません。不自由なく使おうとすれば、それだけ負担がかかり、在宅でできる限界もあるのです。療養病床があることで、どれだけの人が助かり、必要としているかを、どうか国に対して強く訴えていただきたくよろしくお願い致します。
137. 医療や介護の費用を削るべきどころか増やして、現行世代は働きやすく、老後世代は安心してくらするようすべきだ。反対である。
138. 脳死の状態での介護等の人は早く死ねという事か。あまりにも生命の尊厳を軽視している。更に介護疲れで殺される。世の中をもっとゆとりのある生活をさせてあげたいのではないか。今後更に増えると思う。
139. 自宅で現在ですが、長男と2人です。長男は独身で(45才)長男は勤めておりますが、介護できません。私は88才でけいけいが悪く病院通いで妻の介護は出来ません。なんとか病院が頼ります。
140. 介護者も高齢である。私は90才です。
141. 病名がたくさんあり(疾患)患者を昼夜365日診ることは出来ない。ヘルパーを利用したとしても夜は診ることにし寝ることもままならず気が休まらず、診る側も心労で倒れ先立つかも…。患者にもよるが、頭が半分はしっかりして色々指示されたり言われたりには対応できない。だから病院施設で療養してもらおうと安心である。互いに健全でいられる事に感謝します。
142. 国の政策の理解…。現実には弱者はこれからどうなるのでしょうか？
143. 3人家族ですが夫が恩方病院でお世話になってありがとうございます。また祖母は91才で老人保健施設でお世話になっているので私は仕事をしなくては生活が成り立たないので家では介護が出来ません。
144. 医療費の増大は極めて大きな問題ですが、社会生活の安心を支える基本が医療体制の安定です。税金使途に極めて問題が多い今日の行政の現実を思うと削減を考えるべき分野は他に多くあります。教育、医療。介護は最優先に守られるべきだと思います。
145. 日頃からの十分な治療、介護のご対応をありがたく思っております。宜しくお願い申し上げます。
146. 同居となる家族が脳梗塞で入院中。本人の為の援助が出来ないと思われ、家族が共倒れになってしまう事を心配しております。
147. 私も74才家で倒れ血圧も170日常148位あり00クリニックで薬を飲む様にすすめられ今は飲んでます。今年4月22日00病院の帰りのバスに乗り、00まであと少しと思っていましたがマンションのエレベーターの前で倒れ管理人さんが救急車を呼んで000記念病院に行ってきました。00大病院、救急車で主人を連れて行ったときに先生に1か月お世話になり家でお世話するのは無理とはっきり言って下さり男の人2人はいると…。私はわかっておりますと先生がケイタイで相談室にお電話して00病院に決めました。私の健康も心配。1人では74才ですので出来ないと思っております。よろしく願い致します。
148. 介護者が救急入院をしている為在宅介護が不可能で、廃止される事に対しては本当に反対です。今のところ退院の見通しがついていません。
149. 自宅療養の準備や方法が不明確のため、相談できる人を紹介して欲しいです。
150. 介護者も高齢、介護ができるか不安です。
151. 私は精神科通院中で精神障害者2級なので介護する自信がありません。
152. 在宅と入院との介護で今の状態にすごく満足しています。助けて頂いています。これが廃止されると思うと本当に困ります。助けて貰えるところがなくなってしまうのでしょうか。
153. 廃止になって幸せになる人はいないと思います。国の方針は間違っていると思います。絶対反対です。

154. 仕事との両立ができるか不安。
155. 特養が充実し、ある程度の待機期間で入れるのなら療養病床は不要かも知れないが、現状であれば、自宅介護から特養へのつなぎ期間に療養病床、老健は必要と考えます。
156. 私と妹も父のお見舞いに行くのですが、少し体を移動させるのも大変で、看護師さんや介護師の皆さんには本当に感謝の気持ちです。国は寝たきりになっている患者の介護がいかに大変なものなのか全く理解していないと思います。あまり必要と思われる道路や建物の方に多額の税金を使い、国民が本当に必要としているところに税金が使われていないと感じるのは私だけではないでしょう。
157. まず、国は何を言っているのか!です。老々介護、介護離職が増えるということでしょうか? 家族に対して(介護している)外出もせず、はま切りでいることを強いているのでしょうか? 各家庭に対する見回りや、買物などを行ってくれる人を配置してもらえるのでしょうか? 病気になるかもしれません。どんな怪我をするかもしれません。私も介護離職をしました。60才迄の年金を払う義務も生じました。国は後先(アトサキ)の決め方を分っていません。私たちがどれほど助かっているかを分らせたいものです。私の未来は独居です。スパイナードも派遣してもらえるのでしょうか? 158. 私の父は要介護5で寝たきりになってしまい、療養型の病院でお世話になっており、本当にありがたく思っています。一緒に住んでいる母も高齢で、とても自宅での介護は無理です。

159. すごく不安でこんなことがあるのかと、とても心配です。
160. 栄養管理、部屋の温度管理等介護度の高い人の自宅介護は無理です。病院が併用している特老は待ち人数が多くて入所できる可能性はなく療養型病院は必要と思います。
161. 〇〇病院様には、いつもきめ細かい介護をしていただき、心から感謝しております。特養の数が不十分な現在、まず療養の廃止を先にすることに納得がいきません。政治家の皆さんは現状を全く理解していないと思います。
162. 自宅介護の介護者側の肉体的、精神的負担の軽減のための施設によるショートステイ制度は是非必須であります。制度上のご配慮を要望いたします。
163. 介護者の仕事等や家族の面倒等であって、時間もなく、手が足りないののでこのままお世話になりたいと切に願っております。
164. 年々入院病床の数が増加していると想定されている現状にも関わらず、廃止に持っていきなんて、全くを持って反対です。そういう事をすれば、介護にあたらないで得なくなり、職を失う人々も沢山出ると思います。国も落ち込むだけでなく、子供がいる家庭等は食べしていけなくなったりして、国の経済支援を逆に受け介護費も同様になると思います。国民全員が介護費をきちんと用意しているとは限らず、その家族全体も国のお世話になってしまうと思うので、決して良い政策とは思いません。考え直して欲しいです。

以上

東京都慢性期医療協会3部会合同講習会 第3回 平成28年9月18日(日) 場所: 東医健保会館

「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」

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



看護部会、リハビリテーション部会、MSW部会の3部会合同による講習会(全3回)も、今回が最後となる。まずはリハビリテーション部会代表で、小平中央リハビリテーション病院の田原氏より挨拶があった。「今回240名あまりの方にご参加いただき、3回とも出席くださった方も50名以上おられる嬉しい結果となりました。東京都内だけでなく、神奈川や埼玉からお越しの方もおられます。今回の講習会が慢性期医療の質の底上げに少しでも貢献できればと思います。来年度も熊谷先生を講演などでお招きしたい予定ですので、ご期待ください」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院長の熊谷頼佳先生。第1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、第2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)と治療法について説明されたが、第3回の今回は、アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭型の鑑別方法をテーマにお話くださった。

まずはアルツハイマー型認知症の特徴をおさらい

認知症の6割近くを占めるアルツハイマー型認知症については、過去2回の講演で詳しく紹介してくださったが、熊谷先生が独自に提唱している「興奮・混乱期」、「依存期」、「昼夢期」という3期分類の経過を順当にたどっているかどうかを注意して見てほしいと改めてお話された。「もうひとつ覚えておきたいこととして、アルツハイマー型の特徴には、取り繕う反応があります」と熊谷先生。取り繕いの代表的な反応としては「物忘れはしますか?」と質問され「年だから多少はしますが、別に困っていません」と答えたり、「今日は何日ですか?」と質問され「今日はたまたま新聞を読んでこなかったから。この年になったら何日だろうが関係ないですし」などもっともらしい答えを言ってごまかそうとしたりする態度を指す。これはアルツハイマー型にだけ見られる

典型的な反応だという。「アルツハイマー型認知症は総じて社会的で愛想が良いケースが多い。これから紹介するレビー小体型などと鑑別する際のひとつの目安になると思います。」

レビー小体型認知症の診断と治療法

レビー小体型認知症は認知症全体の約15～20%を占める。脳の病理組織の中にレビー小体という特殊な物質が出現し、神経細胞の働きが阻害されることで認知障害が起こる。「レビー小体は今から100年ほど前に発見され、パーキンソン病に特徴的な所見とみなされていました。しかし1976年に横浜市立大学の小阪憲司先生が、認知症患者の脳からレビー小体を発見し、世界で初めてレビー小体型認知症として報告しました。それから40年、レビー小体型認知症は少しずつ知られてきました」と熊谷先生。

レビー小体型の病因は α シヌクレインというタンパク質の神経細胞内への沈着だとされる。このタンパク質の沈着が、大脳皮質から始まると認知症、脳幹・小脳から始まるとパーキンソン病、脊髄から始まると自律神経調整障害となる。これらの病気がすべて合併することもよくあるそうだ。

レビー小体型認知症(以下DLB)によくみられる先行症状や合併症は、1)パーキンソン病、パーキンソン症候群、2)自律神経失調症(常習性便秘、不眠、抑うつ、低血圧、めまい、立ちくらみ)、3)うつ病・うつ状態、4)転倒・骨折の既往、5)非社会的、几帳面な性格などがある。「常習性の便秘や抑うつは特徴的な症状といえます。アルツハイマー型は社会的なので、反対の特徴を見せているときは、レビー小体型を疑ったほうがよいでしょう」と熊谷先生は語る。

DLBの中核症状は、1)幻視・幻覚・錯視、2)大きな寝言、寝たまま動く、3)薬剤過敏性の既往(薬の効きすぎ、薬が抜けない)、4)不眠、5)不安などがある。また脱水症になりやすく、慢性的で本人もののどの渴きを訴えないので注意が必要だそうだ。

「DLBは恐怖期、不安期、安定期と病態が変化します」と熊谷先生。まず起こるのは激しい恐怖・不安・焦燥感。周囲に怖い人がたくさんいるという幻視、誰かに攻撃されるという妄想、不安でいっぱいになり、その場に立ちすくんだり、しゃがみこんだりする。アルツハイマー型のように行動的・攻撃的にはならない。次に不安期に移行すると、不安感が強く、常に助けを求め続けるものの、自分の味方に

なってくれる人だけに頼るようになる。他の患者との交流を嫌い、自宅にこもりきりになったりする。不安期は「誰か知らない人がある」「こっちを見ている」などの幻視や妄想はあるが、恐怖期のように取り乱しはしなくなる。さらに安定期に入ると、幻視は続くが、死んだ両親、祖父母、子犬、子猫、赤ちゃんなど恐怖を伴わない親しみのあるものが見える。楽しそうに誰かと話しているが、意識ははっきりしており、話しかければすぐ返事をするという状況だ。このようにDLBの場合、病状が変化していても、一貫して幻視・妄想が続いているのが大きな特徴。医療機関が、DLBをアルツハイマー型の混乱期と診断し、抗精神薬を投与すると、過剰鎮静、傾眠、誤嚥、パーキンソニズムの悪化などにつながり危険な状態になってしまうこともある。このため「ほかの患者との交流を嫌う」「取り繕いが無い」「物忘れが目立たない」「抑うつ傾向」「転倒しやすい」などのDLBの特徴が読み取れたら、治療の切り替えが必要。少量の抗認知症薬と、抑肝散という気分を落ち着ける漢方薬を使用し、パーキンソニズムに対しては抗パーキンソン剤を使うなどして対処してほしいとのことだった。

前頭側頭型認知症(ピック型)の診断と治療法

最後に全体の数%を占める前頭側頭型認知症(以下ピック型)

についての説明があった。ピック型の特徴としては、1)突然大声を出したり、ぷいっと横を向くが、顔に怒りの表情がなく、むしろ無表情、2)計算や数語の単語記憶はできるが、「右の指で左の耳たぶをつまんでください」など左右の空間認識が必要な質問には答えられず、別の答えを繰り返す、3)唇をそっと触ると、かすかに突き出す、4)目に入るものをやたらと触りたがり、スツと自分のポケットに入れる(盗癖)、5)一度した質問の答えを、次の質問になっても繰り返すなどがみられる。熊谷先生の病院でも最初の受診時に「なんで診てもらわなきゃならないんだ」「イヤだ」と大声を出したり、横柄な態度をとったりする人が多いという。また走り回ったり人をたたいたりするなど、身体能力は高い。文句を言っている割には一人にされるとみんなのいるところに戻ってきたりするという。

ピック型には「攻撃期」と「脱攻撃期」の2つの時期があると熊谷先生は言う。攻撃期は24時間一睡もしないで大声を出し騒ぎ続ける、疲れたら眠り、目が覚めると騒ぎ出すということを延々と繰り返す。表情は無表情で目は完全に開き切らず半眼になっている。同じ言葉、同じ動作を延々と繰り返す、音を立てることを好み、大声を出すとか物をたたくことを繰り返すなどの症状がみられる。ピック型の攻撃期がおさまると、脱攻撃期

となる。この時期の特徴としては自分のことしか考えない自分勝手な態度。周囲がどんな状況だろうとお構いなしで自分の要求を続ける、周囲の空気が読めないのが、他の患者とけんかになり打ち解けない、他の患者にちょっかいをだして嫌われたり怒られたりするが、本人は全く意に介さないなどの症状がみられる。入院していない場合、人間関係が築けず、地域社会の中で孤立してしまっていることが多い。一人暮らしの場合は、ゴミを平気で道に捨てる、夜中に音を立てる、大声を出して歩くなどのルールを守らない生活をしていることが多いという。

治療としては攻撃期には向精神薬、脱攻撃期は抗うつ薬、抗てんかん薬が有効となる。DLBで効果のある抗認知症薬や抑肝散は無効になるので注意が必要だとのことだった。

3つのどれかを見極め適切な治療を

熊谷先生が理事長を務める京浜病院では、様々な認知症患者さんが受診に訪れる。そのなかには、意識が混濁して立つこともできなかつたり、看取り目的だったりと、かなり重症なケースが少なくない。そして、多くの場合は抗うつ剤をはじめとする大量の薬を服用しているという。熊谷先生はこうした患者さんに対し、まずは段階的に薬をやめていくことから始める。す

べての薬をいったんやめると認知症の3タイプのいずれかの特徴が現れてくる。それにあわせて薬の処方や治療を行うと、意識不明だった人がすっかり元気になって退院したり、介護施設に帰ったりと驚くほど状況が改善するケースを数多く見てきたそうだ。

認知症の場合、アルツハイマー型、レビー小体型、ピック型の誤診や、病態の変化によって変えるべき薬を変えない、鎮静目的で薬を過剰投与するなどにより、重症化してしまうことが多いのが現実にはまだまだあるという。まずは認知症の種類を正しく見極め、型に合った適切な治療をすることが大前提。そして患者の症状を理解し、医療従事者も介護者も家族も適切な対応、声かけをすること。これだけで、患者のQOL(クオリティ・オブ・ライフ)の向上に大きく貢献できる可能性があることを示唆され、講演は終了した。

その後、質疑応答の時間には認知症患者の型によるリハビリなどの対応の仕方、認知症患者の耳鳴り・めまいについてなどについて、質疑応答がなされた。

盛況のうちに無事終了となった3部会合同講習会だが、熊谷先生を招いての講演は好評につき、今後も継続して開催される予定。事前に告知を行うので、奮ってのご参加をお願いしたい。



〈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)、「認知症はなつても〇、防げば◎」(マキノ出版)などがある。



くまが い よりよし
熊谷 頼佳 先生

東京都慢性期医療協会 リハビリテーション部会

リハビリテーション介助技術講習会 摂食・嚥下の入門編 ～基礎を中心に～

日時：2016年10月2日(日) 13:00～17:00 場所：永生病院併設 介護老人保健施設イマジン1F

今回より、主催：東京都慢性期医療協会 共催：歯科医療サポートセンター株式会社(聖和会グループ)・株式会社大塚製薬工場でリハビリテーション介助技術講習会・嚥下の入門編を開催いたしました。



- 主催：東京都慢性期医療協会
- 共催：歯科医療サポートセンター株式会社(聖和会グループ)
株式会社 大塚製薬工場

日本慢性期医療学会 in 金沢

2016年10月27日(木)～28日(金)
石川県立音楽堂・ホテル日航金沢

慢性期医療と創る未来 — 医療・介護とまち・ひと・しごと —

北陸新幹線の乗り入れした金沢で、日本慢性期医療学会が初めて開催された。

当協会のリハビリテーション部会次期会長の柳川竜一(永生病院)が、北陸金沢の地で「東京都慢性期医療協会 リハビリテーション部会活動報告 ～慢性期医療の質の向上に向けた取り組み～」を発表した。リハビリテーション介助技術講習会、看護・介護職向けリハビリテーション介助技術講習会など活動報告を行った。活動の中でも看護部会会長 山口和子(城山病院)リハビリテーション部会現会長 田原慎吾(小平中央リハビリテーション病院)MSW部会会長

佐藤 政一(陵北病院)の三部会で取り組んだ、熊谷頼佳 先生(医療法人社団京浜会理事長・京浜病院院長)を講師にお招きして行った『認知症治療最前線～介護からリハビリテーションまで～』(全3回)3部会合同講習会など新たな取り組みも紹介した。リハビリテーション部会次期会長の柳川竜一(永生病院)はリハビリテーション部会今後の展望として「慢性期医療の質」とはどういうものなのかリハビリの視点からどのように貢献したか講義の満足度では測れない部分をしっかりと評価し「他の道府県慢性期医療協会との連携」も視野に入れて慢性期医

療に貢献できるよう活動していきたいと満場の会場で語り演題を終了した。



東京都慢性期医療協会が後援で

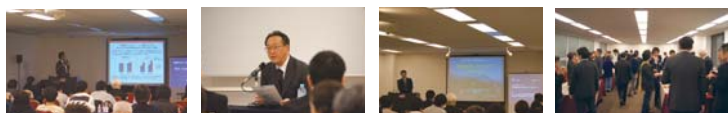
第3回 慢性期医療セミナー

が開かれました。

- ・日時：2016年11月2日(水) 19:00～20:55(受付18:30～)
- ・場所：TKP新宿カンファレンスセンター
- ・情報提供：「TPNエルネオパ」株式会社大塚製薬工場

- ・主催：株式会社大塚製薬工場
- ・後援：一般社団法人東京都慢性期医療協会

- ・座長：高野 研一郎 先生(高野病院 院長・東京都慢性期医療協会 理事)
- 特別講演1 「慢性期安定期における経腸栄養の医療経済メリットとは？」
- ・演者：水野 英彰 先生(目白第二病院 副院長)
- ・座長：進藤 晃 先生(利定会 理事長・東京都慢性期医療協会 副会長)
- 特別講演2 「排尿障害に対するケアのポイント」
- ・演者：高橋 悟 先生(学校法人 日本大学 日本大学医学部付属板橋病院 泌尿器科学系泌尿器科学分野 主任教授)



第22回 事例発表会のお知らせ

毎年恒例の都慢協事例発表会、特別講演会を平成29年1月28日(土)、東医健保会館にて開催します。皆様ふるってご参加ください。
参加申し込み等の詳細は都慢協HPをご覧ください。



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/>

