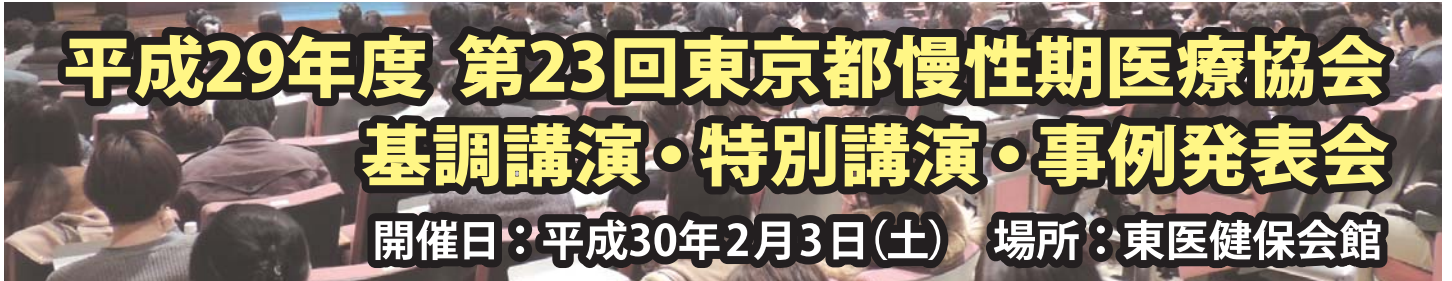


東京都
慢性期医療
協会 報告

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
〒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
[発行人] 進藤 晃



平成30年2月3日(土)、東医健保会館にて、第23回東京都慢性期医療協会 事例発表会が開催された。学会幹事は小平中央リハビリテーション病院院長・鳥巢良一氏が務め、司会は大久野病院の竹原氏が務めた。まず前会長で現在は衆議院議員の安藤高夫氏から新会長への期待を込めた紹介と挨拶があり、その後、新会長である大久野病院理事長の進藤晃氏から就任の報告と挨拶があった。



介護医療院への移行を 決断するなら今

次に基調講演が行われた。テーマは『「平成30年度診療・介護報酬同時改定からみた慢性期医療の近未来」～地域医療構想・地域包括ケアの推進を見据えた経営戦略とは～』。演者は医療法人池慶会池端病院理事長兼院長で日本慢性期医療協会副会長を務める池端幸彦先生を福井県からお招きした。池端先生はまず1990年の日本



の医療は60代までの若い世代の病気やケガを治すことや救うことが中心だったが、70～90代が激増する2050年の日本は、癒すこと、支えること、看取ることなどが中心となると指摘した。日本の人口は2010年の1億3000万人をピークに減少しており、2060年には8674万人まで激減すると推計されている。一方、高齢化の進展には地域差があり、2025年までの65歳以上の人口増加が深刻な都道府県は東京、大阪、神奈川、埼玉、愛知、千葉、北海道、兵庫、福岡などに限られる。地方では人口減が深刻な反面、高齢者の増加率はわずかであるを知ってほしいとのことだった。団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、政府が実現をめざす「地域包括ケアシステム」も地域の特性に応じて地域が主体的に作り上げる必要性をうたっている。今後は「QOL」ではなく「QOD(クオリティ・オブ・デス, Quality of Death)」、すなわちどのように看取するのか、どうやって人生の終わりを医療者や介護者がケアするのかが、新しいテーマだと池端先生は考えているそうだ。もう一つ、国が打ち出している「地域医療構想」は、「急性

期医療の天気予報のようなもの」と池端先生。国として2025年までに急性期病床は18万床カット、回復期病床は26.5万床プラス、慢性期病床は約10万床カット、在宅でケアする患者は30万人程度と推計している。特に慢性期医療については「ときどき在宅、ほとんど入院」から、「ときどき入院、ほとんど在宅」へと転換が迫られている。今までは病院の院長が病床の種類を決めていたが、今後は自分のやりたいことより、20～30年後を予測し、地域で何が求められるかを知り、準備しないと生き残れない時代になりそうだ、と指摘した。

次に池端先生は「次期診療報酬改定の行方」をテーマにお話された。療養病床の入院患者に占める75歳以上の割合は77.6%で、他の区分より明らかに多い。入院料ごとの平均在院日数も療養病床は250日前後と明らかに長い。今回の改定では入院基本料・入院料の評価体制を再編・統合が行われ、看護配置などに応じた【基本部分】と、重症患者割合などの実績に応じた【段階的評価部分】を組み合わせた入院料を新たに創設する考えが示された。今後「5対1」「7対1」などはなくなり、「10対1」が一般病床の基本となる予定。療養病床では今年4月以降「25対1」はなくなり、2年の経過措置を経て「20対1」が基本となる。また長期滞在型の老人保健施設は

なくなる方向性がはっきりしてきた。在宅復帰率についての改定ポイントは、急性期一般入院料算出の分子となる転出先として介護医療院が追加されたこと、地域包括ケア病棟入院料と、回復期リハビリテーション病棟入院料については転出先に療養病床は無くなり、有床診療所(介護サービスつき医療機関に限る)と介護医療院が追加されたことが大きい。「これによって病床を渡り歩くことはできなくなる」と指摘した。



今後の慢性期医療については、一般病床と療養病床の垣根の撤廃が加速すると池端先生。「療養病床だからこんな医療でよい」という考えは通用しない。病床として存続したいなら医療をしっかりと行う覚悟が必要。それが無理なら介護医療院になる道しかないという。3年の経過措置期間中に様々な優遇措置があるので、移行するならこの期間中に思い切って移行してしまったほうが良いとのこと。介護療養型病院と点数や人員基準は基本変わらないので、移行はしやすいし、連携評価や病床機能評価もかなり手厚いので、経営面でもゆとりをもって移行できるのではないか。ただし介護医療院は健

康な老人は入れないし、一度病床を手放せば、もう2度と取り戻せない可能性は高い。そのあたりのリスクの理解も必要。今後の慢性期医療に必要なものは、①在宅復帰・在宅医療支援機能、②リハビリテーション機能、③終末期医療機能(看取りを含む)の3つだという。これに在宅医療の3種の神器といわれる①信頼できるかかりつけ医、②リハビリテーション機能、③頼りになる地域包括支援センターがあれば、慢性期医療は充実するだろうとのことだった。

なんのためにどんな慢性期医療を提供するかを日々探求

次に新会長である大久野病院



理事長の進藤晃氏から特別講演があった。まず慢性期医療は歴史が浅く、それ以前は急性期医療のみだったことを指摘。第二次大戦後、脳卒中や心筋梗塞、ガン、難病などで亡くならない人が増え、長期間医療提供が必要な人に向けた慢性期医療という概念が生まれた。新しい医療なので、どう対処すべきか、何が正しいのか、実はわからないケースが多い。診療報酬も急性期の評価が高い。しかし良質な慢性期医療とは第一に「苦痛の除去」だと進藤先生。そして患者様や家族、さら




には医療従事者である私たちが満足することも大事だという。そこで考えたいのは「なぜ我々は医療を提供するのか?」。苦痛を取り除くだけでなく生活の質の改善を目指すために、人生の再設計を共に行うことが慢性期医療の使命だという。たとえば急性期医療終了後の回復期には「リハビリを頑張って何をしたいか?」、在宅医療を支えるなら「どんな希望をかなえるか?」を共に考

える態度が必要。ほかに「人生の最終段階を支えるには?」「長期療養を支えるには?」など、あらゆるシーンで苦痛の除去に加え、もう一歩進んだ支え方を慢性期医療の従事者が考え、提供することが患者様、家族、我々全員の満足につながる。そのための原動力として当協会が機能することが大切だ、と述べた。

27題の研究発表があり優秀者が表彰を受けた

午後から行われた事例発表会では2つの会場で27題の研究発表があり、それぞれの研究成果が示された。審査の結果、下記の方々が受賞し表彰された。

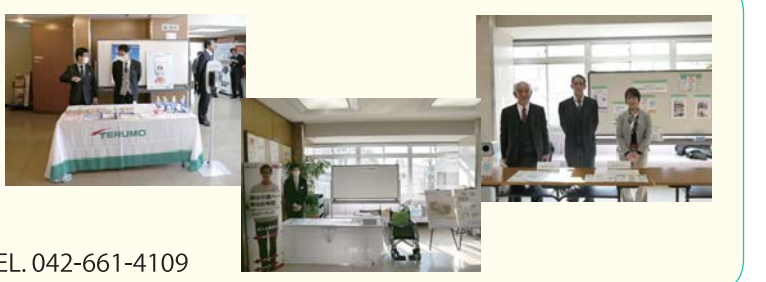
第一会場	● 1位 小平中央リハビリテーション病院 勝俣 紗穂子さん 演題：認知症対象者に対する集団作業療法の実践 ～『歌の会』11年の歩み～	● 2位 大久野病院 加藤 寿子さん 演題：「内服管理業務におけるアクセシビリティ防止のための業務カイズン」 ～ 病棟と薬剤科の連携強化～	● 同点3位 陵北病院 小滝 敦さん 演題：働きやすい職場をめざして～ 離職原因腰痛予防に 取り組んで～	● 同点3位 ロイヤル病院 堤 由紀さん 演題：A階病棟の災害対策に対する職員 の関心、意識向上への取り組み
	● 1位 京浜病院 佐藤 清美さん 演題：イオンドリンクの素シュガーレスの有用性 — 高齢者への電解質水分の補給 —	● 2位 新京浜病院 伊藤 武史さん 演題：介護実習モデル1体50万円が3体5千円で出来た	● 3位 城山病院 三輪 裕さん 演題：クロイツフェルト・ヤコブ病末期患者の呼吸管理へのアプローチ ～ スクイー징の導入を試みて～	

事例発表会にて



東京都慢性期医療協会 事例発表会 賛助会員 展示ブース

今回も 賛助会員 展示ブースを会場内に設置いたしました。
 ・展示ブースにご出展いただいた賛助会員(順不同)
 テルモ株式会社 様
 フランスベッド株式会社 様
 歯科医療サポートセンター株式会社 様(聖和会グループ)
 ※事例発表会における、ランチョンセミナー、展示ブース、配布物等に関するお問い合わせは
 東京都慢性期医療協会 事務局 尾藤まで TEL.042-661-4109



東京都慢性期医療協会 事例発表会 ランチョンセミナー 共催：東京都慢性期医療協会・テルモ株式会社

テーマ：「栄養足りてますか？ ～補助食品を利用した取り組み～」

第21回事例発表会から恒例となったテルモ株式会社様の共催によるランチョンセミナーが今年も行われた。講師は東京医科大学八王子医療センター栄養管理課NST専従管理栄養士の関徹也氏。座長は竹丘病院看護部長中村州子氏が務めた。関氏はあるデータによると、低栄養の人の割合は、入院患者の4割、在宅医療を受けている人の3割、来院患者の1割、健診受診者の0.7%と予想以上に多いことを紹介。またある病院でリハビリに取り組んでいる患者さんの5割が低栄養という事態もあり、リハビリ中は低栄養になりやすさへの理解を求めた。低栄養は放置しておけばやがて死に至る。予防するためにはまず必要なエネルギー量を正確に算出する必要がある。そのために用いるのが「ハリス-ベネディクトの式」という計算法。身長、体重、年齢、性別に加え、活動係数やストレス係数などを考慮し、必要量を計算する。いったん計算したら、それで終わりではなく、定期的にスクリーニングし、再評価することが不可欠。たとえば1週間に2%以上、1カ月に5%以上体重が減少したら、低栄養の可能性がある。体重

以外にも、筋肉量、筋力、サルコペニアの有無、排便の状況などをチェックし、問題があれば再評価するべきとのことだった。高齢者の場合、様々な理由で入院中に出された食事を食べ切ることができないケースは多い。そんなとき流動食、静脈栄養、胃ろうなどへと移行していく前に、試したいのが補助食品。補助食品は少ない量で高カロリーのものでおすすめ。たいていは甘い味付けですぐに食べ飽きてしまうのが難点なので、アイスクリームにかけたり、おかゆやパンがゆにまぜたりと食べやすく工夫する必要があるとのことだった。適正栄養のためには、個別の嗜好があるため、食事内容で調整するのは難しい。そこで補助食品を適宜使うことを心がけてほしい、と述べた。



東京都慢性期医療協会 4部会合同講習会

平成30年3月11日(日) 場所：東医健保会館

認知症最前線「レビー小体型認知症の診断と治療法」

医療法人社団京浜会京浜病院 院長 蒲田医師会会長 熊谷 頼佳 先生



2018年3月11日(日)、東医健保会館にて4部会合同講習会が行われた。司会は小平中央リハビリテーション病院の理学療法士である伊藤氏が務め、まず7年前に起こった東日本大震災の被災者の方々への哀悼の意を含め、全員で黙とうを行った。次に永生病院の理学療法士で、当協会リハ部会の部会長を務める柳川氏より挨拶があった。講師は大田区にある京浜病院の院長で日慢協の常任理事、都慢協の理事なども務める熊谷頼佳先生。昨年も認知症をテーマにした連続講演で好評を博し、今年も昨年に引き続いで登壇となった。

今回のテーマは「レビー小体型認知症(レビー型)の診断と治療法」。まず日本の認知症患者の6割はアルツハイマー型で

あるが、熊谷先生の提唱する混乱期、依存期、昼夢期の3期分類にした症状進行がみられない、アルツハイマー型を想定した介護治療が効果をあげない、などのときは、それ以外の認知症を疑う必要があるとのこと。今日、解説するレビー小体型認知症はアルツハイマー型の次に多く、全体の25%を占める。4人に1人という高い割合で、決して珍しい病気ではない。レビー小体は今から100年以上前に発見され、当時はパーキンソン病の所見とされていた。それから60年以上経て、小阪憲司先生が認知症患者から発見し、レビー小体型認知症として世界で初めて報告された。レビー小体が脳皮質にあれば認知症、脳幹・小脳にあればパーキンソン病、脊髄にあれば自律神経調整障害となる。このためレビー小体型認知症の人は、パーキンソン病や自律神経系の障害をすでに発症しているケースも多い。

中核症状は認知変動、幻視、睡眠時行動異常、パーキンソン

レビー小体型認知症の診断基

準の中核症状は「注意や明晰さに著名な変化を伴う認知変動」「幻視」「レム睡眠時の行動異常」「パーキンソン症状」の大きく4つ。「注意や明晰さに著名な変化を伴う認知行動」とは、頭がしっかりした日と障害が激しい日に明らかな波があり、日内変動もある。このため医師、看護師、介護士の評価は観察者によって結果がバラバラになることがある。幻視については見えないものが見えると言え、幻視で見えるものは症状が進むにしたがって侵入者など怖いものから、子どもなど無害なものへ変化していく。レム睡眠時の行動異常とは、はっきりしたセリフのような寝言。足をじたばたさせる、なぐりかかるなど同じパターンの悪夢を見て同じ動作を繰り返す。てんかんの発作と解釈する医師もいる。パーキンソン症状は動作が緩慢になったり静止したりする。筋肉が硬直し、無表情になる。パーキンソン症状が先行し、治療を受けている場合、薬物過敏でレビー小体型認知症の治療効果が上がらないことが多いので注意が必要とのこと。

そのほかの症状としては抗精神病薬に対する重篤な過敏性がある。アルツハイマー型とレビー型を誤診し、レビー型にリスペリドンなどの抗精神病薬を少量投与しても、過剰鎮静になり誤嚥性肺炎などの重篤な合併症を引き起こす。このような場合、ただちに抗精神病薬を中止し、アルツハイマーの診断を見直すべきとのことだった。そのほかにも前屈・前傾姿勢によるつまづき、失神、一過性の無反応、死に至るほどひどい便秘、起立性低血圧、尿失禁などがある。過敏性膀胱のため、尿意を催すが、動作が緩慢で間に合わず失敗する。すると我慢するようになり、膀胱炎や腎盂腎炎を合併しやすい。慢性的な脱水症である場合が多く、本人はのどの渇きを訴えないので注意が必要とのことだった。また嗅覚が鈍くなったり、体系化された妄想にさいなまれる。無関心、不安、うつなどがおこりやすく、うつ病や不安神経症と診断されることも多い。この場合、抗うつ剤や抗不安薬を投与しすぎると、パーキンソン症状の副作用が出てしまうという。

3つの病態があり 時期や症状に応じた治療が必要

次に熊谷先生はレビー小体型認知症の病態変化について説明した。病態は恐怖期、不安期、安定期の3段階で変化する。最初の恐怖期は、レビー型特有のせん妄が激しい時期。恐怖、不安、焦燥感を訴え、激しくおびえる。怖い、助けて、を連発し、奇声をあげ、意味不明な言動をする。アルツハイマー型のように行動的、攻撃的ではなく、その場に立ちすくむ、しゃがみこむ。不眠状態で昼夜を問わず熟睡できない。この時期を過ぎると不安期となる。レビー型特有の依存がみられる時期で、常に助けを求め続けるが、対象者

は特定の人。自分の味方になってくれる人だけに頼り、他の患者や看護してくれない人に助けを求めることはない。他の患者との交流を嫌い、自宅や自室にこもりきりになる。その後訪れる安定期には、レビー型特有の幻視が起こる。幻視は死んだ両親、祖父母、子犬、子猫、赤ちゃん、子どもなど恐怖を伴わない親しみのあるものが見える。楽しそうに幻視の相手と話す、意識ははっきりしており、話しかければすぐに返事をする。レビー型の治療方針としては、興奮、混乱期は少量の抗認知症薬と抑肝散という漢方薬、依存期も引き続き抑肝散を投与。パーキンソン症に対しては抗パーキンソン剤を投与するが

パーキンソン病と比べると適正量の見極めが難しいので、細心の注意が必要とのこと。保険適用となる薬はアリセプトのみだが、熊谷先生はアリセプトにはなんの効果も実感できないため、使わないようにしているとのことだった。治療する際は、抗精神薬で過剰鎮静しやすく、薬剤過敏性が高いので、悪化する場合がある点に注意が必要とのことだった。また認知症のなかでもレビー型を早期に鑑別するポイントはレビーサインといわれる錯視の有無のチェックが有効とのこと。だまし絵で木の枝の中に隠れた著名人の顔を見つけるトリックアートを受検してもらうと、レビー型の人にはまったく顔に見え

ない木の枝を顔と認識してしまう人が多い。この錯視が早期発見、鑑別診断に有用とのことだった。医療現場ではまだまだ認知症と言えばアルツハイマー型という診断が多く、誤診による治療のミスが症状の悪化や重篤化を進めてしまうことも少なくない。医師をはじめ、看護師、介護士、PT、ST、OTなど医療介護の現場にいるすべての関係者が、レビー小体型認知症の特色や症状をよく理解し、誤診を防ぎ、適切な治療を行うことが大切とのことだった。質疑応答の時間では、現場での具体的な事例への対応策など多数の質問があり、熊谷先生からのアドバイスがあった。



4部会合同講習会「認知症最前線」開催のご案内

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30年6月17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て記入の上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、慶應義塾大学医学部卒業後、東京大学脳神経外科教室入局。東京警察病院、都立荏原病院、東京大学医学部付属病院、自衛隊中央病院などを経て、1985年、新浜病院院長、1992年、京浜病院院長に就任。脳神経外科専門医でありながら、慢性医療に専念し、認知症治療に特化。膨大な診療経験から、独自の認知症の3段階ケアを編み出す。2014年より、蒲田医師会会長に就任。著書に、『認知症予防と上手な介護のポイント』（日本医療企画）、『熊谷式3段階認知症治療介護ガイドBOOK』（国際商業出版）、『すぐ実践できる介護・看護スタッフの3期分類を活用した新・認知症ケア』（第一法規）、『カラー図解介護現場ですぐに役立つ! タイプ別対応でよくわかる認知症ケア』（ナツメ社）などがある

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 ～基礎編～」開催のお知らせ

- 対象：介護職・看護職・リハビリスタッフ・その他医療職
- 日時：平成30年5月13日(日) 10:00~16:00(受付開始 9:30~)
- 場所：東京医療学院大学
- 参加費：会員病院の方 3,000円 非会員病院の方 4,000円
- 先着：50名
- 申し込み：別途申し込み用紙にて記入の上、FAXにてお申し込みください。
 ※申し込み締切り：平成30年5月3日(木)まで
 ※定員になり次第申し込み終了となります。
 ※申し込み多数の場合は各施設の人数を限らせていただく場合もございます。予めご了承下さい。

平成30年度 東京都慢性期医療協会 理事会・特別講演会・総会のお知らせ

理事会・特別講演会・総会を平成30年5月19日(土)、東医健保会館にて開催します。

- 受付：12:00~
- 時間：13:20~16:30



一般社団法人
東京都慢性期医療協会 事務局

〒193-0942 東京都八王子市栢田町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/>

