

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
梶田町583-15 永生病院内
Tel : 042 (661) 4109
Fax : 042 (661) 4110
[発行人] 進藤 晃

新年のご挨拶



東京都慢性期医療協会
会長
進藤 晃

新年明けましておめでとうございます。
2025年に向けて劇的な変化が起きている様に感じます。療養型の病床利用率が下がっていると感じていますが、皆様の病院では如何でしょうか？急性期病院からの依頼は重症化し、在宅・在宅系施設への退院は重症での受け入れが可能となり、その結果、在宅・在宅系施設から元々入院していた慢性期病院への直接受け入れ要請が増えていると思われま。以上の事から亡くなるか、在宅へ退院する方が増えたので平均在院日数が減少し病床利用率が低下していると考えています。医療提供体制の考え方を考える必要がある様に思います。総合診療医という制度が今後

発足する様ですが、急性期以外における総合診療医と急性期病院における総合診療医(救命救急科の医師を指すと思われる)は内容が全く異なるけれども呼称が一緒なので混乱しています。急性期以外における総合診療医は、広く浅く受診者の相談に何でも応じて紹介すべき場合は紹介するという医師を私はイメージしています。この総合診療医が高齢化社会では急性期病院においても中心になるべきだろうと思います。在宅で普段の生活から性格や考え方・家族の構成を知って人生に伴走して来た医師(自分が思う総合診療医)が様々な判断すべき時点でチームに加わって判断すべきではないかと思。長期間に渡って高血圧・心不全を診ていた方が心不全の増悪で救急を要請したい状態となった時にこれまでの様に医師は救急車を呼んで救急病院へ行ってくださいと指示するのが正しいのだろうか？救急病院に到着した

時点から人生に伴走していない医師が加療を始めます。急性期病院の医師も気の毒です、どこまで何を行えば良いのか分からず短時間で様々な事を提案しながら手探りでできる限りの医療を提供する。救急車を呼ぶ事は問題ありませんが、在宅で長年診て来た医師がその後の医療に何も携わらないのは、本人と全ての関係者にとって不幸な気がします。現場に向向かなくても構いませんが判断すべき時点におけるチームに入る事が本人を含む全ての人にとって幸せな気がします。この様な総合診療医による診療を中心とした医療体制となると在宅や施設在宅が中心となり、急性期医療が中心となっている現在の医療体制から変化する様に思われるが如何でしょうか、初夢です、ご一読頂きありがとうございます。本年も皆様と一緒に歩んで参りたいと思。どうぞよろしくお願い申し上げます。



東京都慢性期医療協会
副会長
竹川 勝治

今年は元号が変わります。そして、消費税引き上げ、参議院選挙が行われます。我々のような医療・介護を仕事としているものにとって、いかに消費税の増税分が社会保障にきちんと当てられるかが大切です。そして、これは政治に大きくかかわります。

つまり、医療・介護を理解した政治家が必要なのです。東京都慢性期医療協会の会員は地価・人件費・物価の高い東京において患者環境をより良くするため病床あたりの面積や居住空間を建築時から広くとり、都民のために運営してまいりました。多くの病院経営者が手を出さない東京都の慢性期医療が必要とされている現実を広くお知らせして「元気に生きるために必要な数ヶ月入院」また「時々入院・ほぼ在宅」を実践していきたいと考えます。



東京都慢性期医療協会
副会長
高野 研一郎

平成最後の年が始まりました。今年は何が私達を待ち受けているのでしょうか。未来は誰にも見えませんが一つ間違いなく言えること、日本の高齢者は今年も増加します。ニーズが増す慢性期医療の現場で力を合わせていきたいと思います。

東京都慢性期医療協会4部会合同講習会 第6回

平成30年9月16日(日) 場所: 東医健保会館

認知症治療最前線

～てんかんや身体合併症が原因で起こる認知症 — 復習 アルツハイマー・レビー・ピックを鑑別する —

医療法人社団京浜会京浜病院 院長 蒲田医師会前会長 熊谷 頼佳 先生



2018年9月16日(日)、東医健保会館にて、4部会合同講習会が開催された。司会は小平中央リハビリテーション病院の伊藤氏。講師は大田区にある京浜病院院長の熊谷頼佳先生。まず、リ

ハ部会会長を務める永生病院の柳川氏より挨拶があり、次に熊谷先生の講演があった。6回目を迎えた本講習会だが、毎回認知症についての理解を深められる充実した内容で好評を博している。今回は「てんかんや身体合併症が原因で起こる認知症」がテーマ。まずは今までの講習会の復習として、アルツハイマー、レビー、ピックの主要な症状と、それぞ

れの鑑別診断方法について説明があった。

アルツハイマー、レビー、 ピックの鑑別ポイントを復習

全体の6割と最も多いアルツハイマーについては、熊谷先生の提唱する三期分類が基本。混乱期、依存期、昼夢期があり、混乱期には微量の向精神薬、依存期には微量の抗てんかん

薬が有効で、昼夢期は投薬不要である。混乱期の睡眠薬、依存期の向精神薬は症状の悪化や重篤化を招く可能性があり、禁忌だという。レビー小体型認知症は認知症の16%を占める。もの忘れよりも不眠、うつなどが先行する、早い時期からふらつき、つまづきなどパーキン症状がある、合併症として脱水症状や低血圧があるなどが特徴。前頭側頭型認知症(ピック型)は単語が出てこない、会話の意味がわからないなど言葉に支障が出る。計算力や短期記憶は落ちないが「右手で左の耳を触って」など空間認知機能が落ちる。この3つは治療方針が異なるので、初期での鑑別は重要になる。

高齢者に多いてんかんの複雑部分発作を見逃すと危険

次に今回のメインテーマである「てんかんや

身体合併症が原因で起こる認知症」についての説明があった。てんかんについて、まず思いつく症状は全身けいれんだが、高齢者に多いのは複雑部分発作。一時的な意識障害で、ボーっとしている、問いかけても答えがない、口をもごもごする、何をしていたか覚えていないなどの無意識的に起こる動作があり、これを自動症という。原因は側頭葉の病巣である場合が多いものの、脳波から異常を見つけるのは難しく、見落とされる可能性が高い。また認知症と誤診されるケースも多いという。てんかん発作は治療されなければ悪化し「非けいれん性てんかん重積状態(以下NCSE)」になると、突然死の原因ともなる。レビー小体型認知症の患者はなぜかNCSEを合併しやすく、症状もレビーと似ていて鑑別しにくいので注意が必要。NCSEはベンゾジアゼピン系薬物投与により症状の劇的な改善がみられ鑑別の目安とな

るが、ベンゾジアゼピン系薬物はアルツハイマー型には禁忌なので要注意とのことだった。もうひとつ、認知症と間違えやすい病気に「遅発性統合失調症」がある。40歳以降に発症した統合失調症のことで、妄想や幻覚があるが記憶力などはあり、人格の崩れが目立たない。自立した生活が送れるので、社会から孤立した状態で見過ごされやすい。配偶者との死別など、何らかの喪失体験をきっかけに発症することもあり、60歳前後の女性に多いという。妄想は「屋根の上に悪霊がいる」「死んだ人が私を殺す会議をしている」など、オカルト、ホラーめいた内容が特徴とのこと。レビー小体型とも似ているので、どんな薬が効くかを試しながら、鑑別につなげていくのもひとつの方法。疑わしい症例には甲状腺検査やてんかん検査を行うなど、鑑別力を高める意識が必要とのことだった。



東京都慢性期医療協会 看護部会 研修会

■開催日 平成30年9月20日(木曜日) 受付 13時30分／開演 14時00分 ■場 所 東医健保会館 2階ホール

■講 演 地域で“食べる”を支えるということ ●講 師 日本歯科大学 口腔リハビリテーション 多摩クリニック 菊谷 武 先生
 —在宅支援から見てきたこと—

9月20日、東医健保会館で看護部会の研修会が開催された。司会は陵北病院の小倉氏。まず看護部会長である城山病院の山口氏から挨拶があり、次に日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニックの菊谷武先生より講演があった。同クリニックは6年前に開院。地元での在宅支援を中心に、高齢者をはじめ食べることに困難を抱える多くの人たちを支える活動を行っている。在宅療養の場合、認知症が原因で胃ろうになっている人も多いが、高齢の2人世帯で1人が食べられないと、食事がとても辛い時間になる。そんなある家庭に、とにかく毎回食事を準備して、本人の見えるところに置いておこうとアドバイス。すると一口、二口と食べ始めてくれて喜ばれたこともあるようだ。在宅の場合、食べるか食べないかは家族の努力次第という面もあると指摘した。

在宅やデイサービスの現場でペースト食の提供促進が必要

食べることを支えるためには3つのアプロー



チがある。1つ目は「治療的アプローチ」で嚥下反射促進訓練など訓練を行う方法。2つ目は「代償的アプローチ」で食形態の調整や姿勢の調整を行う。3つ目は「環境改善的アプローチ」で、調理技術の向上や地域支援の充実などを行う。菊谷先生はこのうちもっとも効果的なのは2つ目の代償的アプローチだという。その人の状態や能力に合った食事を用意し、ふさわしい姿勢、食べ方で食べれば、食べる力はよみがえる。老人保健施設などを訪問し、「ペースト食に代えてください」と伝えれば栄養士さんや看護師さんはすぐに実行してくれる。しかし在宅の場合、ペースト食を毎食用意するのは難しく、食べにくいものを無理やり食べている。これが原因で誤嚥、栄養不足などを起こして食べられないという判断をくだされてしまうことは多い。厚生省調べによると、介護老人保健施設対処者504人のうち、退所後3ヶ月の間に171人(約34%)が入院、再入所等をしており、

その原因の1番が食事で、「ペースト食以下の食形態」「うがいのできない口腔ケア全介助」の人だったという。在宅では普通食が刻むくらいしかできない。またペースト食を出すサービスは全国で2割くらいしかない。もっと嚥下障害患者を受け入れられるサービスがあるといいと菊谷先生は考えている。

在宅でも咀嚼力を正しく評価し適切な食事を提供することを徹底

咀嚼力の評価方法はいろいろあるが、市販の咀嚼訓練食品を用いた咀嚼能力評価は有効。造影剤を使った検査もあるが、これは嚥下力の検査で咀嚼力はわからない。普段の食事観察が何よりも有効だという。ガイドラインとしては2013年嚥下調整食学会による「求められる咀嚼機能と評価法」がおすすめ。このガイドラインによると咀嚼とは、飲む力、送り込む力、まとめる力、押しつぶす力、すりつぶす力の5つに分解される。すりつぶす力はあってもまとめる力がなければ食べこぼすなど、どの要素が欠けているかも評価しやす

という。ちなみに脳障害によって原始反射が起これば舌を活発に動かす様子を見て、かむ力と間違えてしまうことがしばしばあるの

で注意が必要とのこと。食べる力を正確に評価し、その人に合った食事を用意し、その人にあった姿勢、介助を行う。こうした基本的な

ケア・サポートを行うことで、口から食べることを支えてほしいとのことだった。

看護部会 研修会にて



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～

■開催日 平成30年12月2日(日曜日)

■場 所 あいクリニック

■情報提供 大塚製薬工場

当日は基礎知識講座、情報提供、嚥下体操、食事介助講演&実習、口腔ケア講演&実習と5部門からなる盛りだくさんの内容。司会は小平中央リハビリテーション病院の高野氏が務めた。まず永生病院の理学療法士で当部会長の柳川氏より挨拶があった。次に聖和会歯科医師の野末先生より「摂食嚥下障害の基礎」と題した講演があった。平成26年度の厚労省の統計で死亡原因の1位はがん、2位は心疾患、3位は肺炎。肺炎のなかには誤嚥性肺炎の占める割合が多いと推測でき、今や誤嚥性肺炎は死因の上位に入るほどになっている。摂食とは「食事をとること」、嚥下とは「飲み込むこと」。摂食嚥下には先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期と5期に分類され、どの段階で問題が起きてもうまく食べられない。なかでも怖いのは誤嚥。食べ物が気管に入り、肺が炎症を起こす。むせることで食べ物を外に出そうとするのでむせるのは正常な反応だが、むせない「不顕性誤嚥」もある

ので要注意とのこと。誤嚥性肺炎を防ぐには嚥下造影検査：VFや嚥下内視鏡検査：VEを行うほか、3mlの水を飲むなど実際の呑み込みのテストなどを行う。対策としては口腔ケア、姿勢調整、食形態の調整などがあるとのことだった。最後に参加者の一人がモデルとなり、内視鏡検査の様子をモニターで確認する一幕もあった。次に大久野病院の高鳥俊介氏より嚥下体操の実技講習があった。なかでも「パタカラ」と発声する体操は、各音を作る口唇・舌の動き方と位置が嚥下と密接に対応しているとのことだった。「食事介助の基本」と題する講演は、小平中央リハビリテーション病院の川本規恵氏と鈴木貴之氏が担当。介助食は適度なトロミづけが肝心。自力で摂食しにくい場合、座って食べるより、ベッドでのリクライニングのほうが、が食事の送り込みがしやすく、口からこぼれにくく、誤嚥をしにくいとのことだった。また寝ていても座っていても体が左右どちらかに

傾いている場合、むせやすく、誤嚥しやすい。腰の位置を修正したり、クッションを使って傾きをなおしてあげることが大事などの説明があった。その後、実際にゼリーを使って、参加者がペアになって介助を実践しながら注意点を学んだ。「さあ、お食事ですよ」などの声かけの大切さ、視線を合わせる、適切な一口量を知る、飲み込んだことを確認するなど具体的なアドバイスがあった。最後となる「口腔ケア」の講習はあいクリニックの田中仁士さんが講師を務めた。口から食べていない人ほど、口内環境が悪いため、誤嚥性肺炎のリスクが高まるので、口腔ケアが必要であること、ベッド上では30度のリクライニングで足も上げ、枕を入れて顎を引き、横向きの状態で行うと安全性が高いとのこと。やり方の説明を受けた後、ペアになって互いの口に張り付いたオブラードを取る実習を行い、毎日の口腔ケアの大切さを身をもって体験することができた。充実した講習会は4時間の長丁場ではあったが、好評のうちに無事終了した。

リハビリテーション介助技術講習会にて



東京都慢性期医療協会 MSW部会

第7回 医療・福祉連携会 東京都慢性期医療協会合同会議

■ 開催日 平成30年11月30日(金曜日) ■ 場所 たましん ISURUホール(立川市民会館)第1会議室 ■ 内容 グループワーク

司会は老健アルカディアの田中氏。まずMSW部長である陵北病院の佐藤氏が介護医療院の状況について10分ほど解説。9月30日現在で全国63施設が開設したが、東京都は今のところゼロ。ヒアリングも始まっていない状況である。仮に年始からヒアリング等がスタートするとすれば、2019年秋頃には移行が始まるのではないと思われる。次に数人に分かれたグループワークを実施。当日は慢性期病院・施設に限らず、急性期、回復期、療養・包括ケア病棟、老人保健施設など様々な施設のMSWが集まり、異なる種類の施設同士の情報交換ができるよう、振り分けされた。テーマは「医療・介護報酬同時改定の影響」「改定後、退院援助

で困っていること」など。検討内容発表の時には下記のような発言があった。「地域包括ケア病棟から老健への移動が在宅復帰扱いにならなくなったため、老健との連携が難しくなった」「老健への移動ができないと身寄りのない人は行き場がない」「急性期から老健まで多種多様な施設との連携が増え、書類のやりとりをしたことがない施設との連携に手間取る。日頃の顔を合わせての付き合いが大事」「リハビリのニーズが高く、老健で対応できない場合、障がい者病棟ならリハビリが継続できる」など。MSW部会では今後もスムーズな連携のため、同様の情報交換の機会を定期的に設定する予定。



東京都慢性期医療協会 マネジメント(事務)部会

■ 開催日 平成30年11月20日(火曜日) ■ 場所 たましん ISURUホール(立川市民会館)地下1階サブホール
 ■ 内容 テーマ1 慢性期病院におけるデータ提出加算の実務 講師 佐藤乃美(陵北病院 医事課長)
 テーマ2 未収金回収について法律家の立場から 講師 貫井雄太先生(司法書士)

司会は陵北病院の井上氏が努めた。1つ目の講演では、データ提出加算の実務について解説があった。陵北病院では一般病棟を地域包括ケア病棟に移行する際に取得が必須だった。平成28年2月に試行データ作成を開始し、4月には2・3月分を提出、5月には承認の連絡を受け、6月に加算を届出した。必要なデータは数種類あり、ソフトウェアの購入も必要。年4回、再提出も含めると年8回以上提出が必要で、年度中3回遅延すると辞退後の再届け出が必要となるため遅れが許されない。ソフトウェアの再インストール頻度が高く、作業が止まることもあったり、入院基本料変更の場合、転棟扱い

の処理になると気づかなかつたりなど、予想外の出来事が多く、対応は大変だったが、患者の状態にあわせた運用で業務の効率化を進めたいとのことだった。2つ目の講演では未収医療費回収のポイントを解説。債権の消滅時効期間が通常より短く3年だが、請求書を送って6ヶ月までに裁判の手続きをすれば時効にはならない。未収医療費債権件数の98%は100万円未満の小口債権なので事務方が延滞情報を的確に把握し、スピーディにもれなく回収活動を行うことが欠かせないなどの話があった。最後に当部会長である陵北病院の村山事務長より挨拶があった。アンケートでは「勉強になっ

た」「また参加したい」などの声があった。詳細はホームページ参照のこと。



第5回 慢性期医療セミナー

● 開催日：平成30年11月7日(水曜日) 主催：株式会社大塚製薬工場
 ● 場所：AP西新宿 5F Cホール 後援：東京都慢性期医療協会



第5回慢性期医療セミナーが平成30年11月7日に開催された。2つの特別講演があり、医療連携のあり方、ひいては今後の慢性期医療のあり方についての先進的な提言が行われた。会場に入りきれず急ぎよ別会場を用意する大盛況ぶりだった。

- 特別講演1** 座長 医療法人社団 青葉会 小平中央リハビリテーション病院 院長 鳥巢 良一 先生
 「これからの医療連携 一急性期病院の立場から」
 演者 国立国際医療研究センター 緩和ケア科 医長 徳原 真 先生
- 特別講演2** 座長 医療法人財団 利定会 大久野病院 理事長 進藤 晃 先生
 「脱水・低栄養を甘く見てはならない
 ～今後の療養病棟・介護医療院の在り方について考える～」
 演者 日本慢性期医療協会 会長 武久 洋三 先生



一般社団法人
東京都慢性期医療協会 事務局

〒193-0942 東京都八王子市栞田町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>

