

第 102 回成医会青戸支部例会

日 時：平成 21 年 6 月 20 日

会 場：東京慈恵会医科大学附属青戸病院
第 2 別館 4 階会議室

【特別講座】

青戸病院におけるパーキンソン症候群への アプローチ

東京慈恵会医科大学附属青戸病院神経内科

鈴木 正彦

パーキンソン症候群とは、振戦、無動、運動緩慢、筋強剛、姿勢反射障害などのパーキンソン病に特徴的症候を共有する疾患をすべて含む症候群である。患者は、手足がふるえる、動作や歩くスピードが遅くなる、すり足になる、足がすくむ、突進してしまう、姿勢が前屈みになる、字を書くのが遅くなりだんだん小さくなる、動作が途中で止まってしまふ、体が硬くなる、便秘傾向である、などと極めて多彩な訴えで当科を受診する。背景疾患としてはパーキンソン病が約 60%と最も多いが、脳血管障害パーキンソンニズムや薬剤性パーキンソンニズムがあわせて約 30%、その他多系統萎縮症や進行性核上性麻痺あるいはレビー小体系認知症などの変性疾患が混在している。現状では de novo 患者が毎週 3-4 名外来を受診するがその鑑別診断に苦慮することが少なくない。パーキンソン症候群はある程度教科書的な神経症状が揃ってしまえば診断は難しくないが、発症初期における鑑別診断は臨床所見だけでは極めて困難なため MRI を初めとする形態学的なアプローチや SPECT などの核医学的手法を用いている。高齢化社会を迎えた本邦におけるパーキンソン症候群の患者数は年々急増し認知症とともに対応が迫られている重要な疾患である。なかでもパーキンソン病は完治させる治療法はないが、適切な治療法を続ければ健常者とほぼ同じレベルの社会生活を送ることが可能で・機能予後は制限を受けるものの生命予後は決して悲観するほど悪くなくほとんどの患者が天寿を全うできることを強調したい。

提案発言

東京慈恵会医科大学附属青戸病院手術部

黒田 徹

新病院建築は基本設計が完了し、実施設計の段階になり、いよいよ来年には竣工を迎えて、いままで約 3 年間にわたり、重点機能 WG では新病院の基本理念から設計に至る検討を重ねてきた。今回の青戸成医会メディカルカンファレンスは新病院の重点機能の中でも横断機能強化項目に取り上げられている ICU・CCU をテーマに取り上げていただいた。

ICU・CCU は各診療科先生方の理解、協力の下で運営しないと機能が発揮できないことは明らかである。そのためにもう一度我々 WG で検討してきた ICU・CCU の理念を理解していただき、運用面も含めた ICU・CCU 立ち上げプロジェクト kick off にしたいと思っている。今後来年には新病院の ICU・CCU の運用を見すえた HCU の立ち上げを予定している。運用上、一番問題となるのは医師の勤務体制である。どのような体制をとれば過重な業務が特定の個人あるいは特定の診療科にかからないか、皆で知恵を絞っていただきたいと思う。新病院にスムーズに移行できるように多くの方の前向きな意見、活発な討論を期待している。

ICU 設置のための指針

東京慈恵会医科大学附属青戸病院麻酔部

庄司 和広

現在の集中治療部設置基準は厚生労働省基準（施設基準）を満たすべく最低条件を規定したものであり、認可を受けるための最低条件である。これは 1973 年、日本麻酔学会と ICU 研究会が提案した基準に基づいて作成され、それ以降改訂さ

れていないため、その後の新しい治療法や医療機器の開発、大型化などの集中治療の進歩や変革に対応できる集中治療室を設計するためのガイドラインとしては古くなりすぎている。そこで、2002年、日本集中治療学会集中治療部設置基準検討委員会が新たな指針を発表した。

そこに挙げられている医療スタッフの配置、フロア構成、医療機器、必要諸室を中心に述べ、とくに、フロア構成・諸室については指針では全体的には余裕のあるものになっているが、すべてを満たすことは面積的に不可能であり、そのなかで患者の安全性・快適性を確保し、医療スタッフにとっても利用しやすく快適な環境を構築するための工夫についてお話をさせて頂く。

看護の立場から

東京慈恵会医科大学附属青戸病院看護部

萩尾 陽子

青戸病院の重症ユニットは10床よりスタートする。新ICU・CCUのキーワードは急性医療の集約化・効率化・安全性の向上である。

ICU・CCUは傷病の急性増悪を含む発症後、間もない患者または病状が不安定な患者に対して、充実した専門スタッフが一定期間、集中的に入院医療を提供することで、患者をできるだけ短期間に治癒あるいは安定した状態とするための病床である。

急性期病床の機能分化・集約されることによりもたらすものと重症集中ケア看護師に必要な役割は以下の2つがあげられる。

1) 急性期医療のスキルアップ・スキルの蓄積

看護実践力を強化するために的確な患者アセスメントし迅速に対応する技を身に付けることである。そのために今年度は院内・外研修企画（専門知識・スキルアップ研修）をすすめている。

2) スムースな救急患者・重症患者の受け入れ

①円滑なベッドコントロール②重傷者の受け入れ体制を構築し医師・薬剤師・臨床工学技士・検査部門等多種類の専門性を発揮したチーム医療充実のコーディネーターとしての役割を發揮する。

今後のプランとしては、平成22年度HCU設置に向けてプロジェクトを立ち上げ（病床改修・

診療体制の構築・スタッフ構成・スタッフ育成について検討）すすめていく予定である。

今回のディスカッションを基に今後、新病院におけるICU・CCU機能を最大限に活かせる診療体制と看護体制を検討していきたい。

CCUについて

東京慈恵会医科大学附属青戸病院循環器内科

関 晋吾

青戸リニューアルに向けてCCUの位置づけを考察する。青戸病院のCCUは2003年に東京都CCUネットワークに加入し、年間220例の患者を収容している（東京都全体で2万例）。CCUの対象患者としては心筋梗塞、狭心症、心不全、大動脈解離、肺塞栓症、不整脈、来院時心肺停止などである。心筋梗塞の院内死亡率は東京都全体で6%であり、青戸病院でも6%前後である。近年高齢化により心不全の割合が高くなっている（青戸病院43%）。CCUの施設基準における最重要項目は、専任の医師の常駐に加えて専任看護師が患者2人に対して1人常駐することである。4床以上とし1床当たりの面積は20平方メートル以上、窓のある個室が推奨され、救急部、放射線部、手術部と近接していることが望まれる。情報システムとしてはCCU・血管撮影室・病棟・外来・医局を結ぶ回線が必要である。病院内におけるCCUの位置づけは、地域医療機関や救急隊との連携に加えて、院内救急部門との密な連携が最重要である。循環器内科では多方面との連携の強化により、安全を最優先課題としながらも症例数の増加を計っていききたい。そして新病院のコンセプトである救急医療と医学教育の充実のために努力を重ねる決意である。

意見提示

東京慈恵会医科大学附属青戸病院脳神経外科

宮崎 芳彰

新病院におけるICU・CCUの運営は救急診療や一般病棟の重症室運用とも関連し、病院運営に多大な影響がある。

今回、保険診療の側面から特定集中治療室（ICU・CCU）管理対象患者や施設基準について

再確認し、ICU・CCU 診療体制に関する現状と新病院における今後の課題について、私なりの視点で検討した。

ICU・CCU 入室患者は、重症度評価が毎日必要になる。このため、救急室・一般外来から ICU・CCU へ、ICU・CCU から一般病床へのスムーズな患者移動の流れができることが重要で、ICU・CCU の入退室および診療がスムーズでストレスなく行なえる体制の整備が重要である。

現在の ICU・CCU 診療体制は、各科管理運用が主体であるが、少人数の診療科では、連日の各科管理での ICU・CCU 運用は不可能に近い。新病院の ICU・CCU では病床数が増え、複数診療科が平行して診療することになり、保険診療上の規定では、専任の医師が常時配置されていて、さらに ICU・CCU 以外での業務を併せて行なってはならないこととなっている。

第三病院・柏病院での ICU・CCU 勤務の現状を参考に、新病院での勤務体制を検討すると、現在の医師数あるいは 1～2 名の増員で専任の ICU・CCU 日勤および当直体制を構成するには、病院全体の日勤・当直体制の見直しも視野に入れ

た検討が必要と思われる。

独立した日勤・当直体制が必要な診療科（小児科、産婦人科、循環器科など）は別として、現状での日勤以外の当直業務内容を集約すると、管理当直、外科系救急当直、外科系病棟当直、内科系病棟当直、内科系救急当直に大まかに分類できそうである。

新病院では ICU・CCU 専任当直も必要になることから、各科の範囲を超えた病院勤務医としての外科系救急当直、外科病棟当直、内科系病棟当直、内科系救急当直と各科の判断で行なう各科当直あるいは on call 体制の 2 本立ての当直体制も一案である。

いずれにしても、当直勤務が増加するだけの案では、賛同を得られるはずもなく、需要の少ない当直勤務は整理縮小し、当直明け勤務の軽減と on call 体制の整備も含め、当直勤務の再配置が必要であると思われる。

以上、私見を述べたが、新病院における ICU・CCU の円滑な運用のたたき台になれば幸いである。