




千燈照院

長崎医療センター座談会



長崎医療センター

NEWS

発行所
独立行政法人国立病院機構
長崎医療センター
〒856-8562
長崎県大村市久原2丁目1001-1
TEL 0957-52-3121
FAX 0957-54-0292



病院長
江崎 宏典(えざき ひろのり)
平成24年より現職

脳卒中ホットライン

長崎医療センターの新しい取り組みを、病院内外の地域の皆さんに紹介するという趣旨で、本年から広報紙に「千燈照院(長崎医療センター座談会)」というコーナーを新設することとなりました。

今回は第二回目として、昨年末より脳外科の堤部長を中心として開始されている「脳卒中ホットライン」を取り上げました。この取り組みが地域医療、特に脳卒中診療にどのようなインパクトがあるのかということを中心に教えて頂ければいいなと思っております。

千燈照院とは…

長崎医療センター千人の職員が力を合せて高度医療の実現にまい進する姿勢を表す言葉。

理念

高い水準の知識と技術を培い
さわやかな笑顔と真心で
患者さん一人一人の人格を尊重し
高度医療の提供をめざします。



脳神経外科部長
堤 圭介(つつまい けいすけ)
平成23年より現職

院長：それではまず堤先生から脳卒中ホットラインのご紹介についてご紹介ください。

堤医師：急性期脳卒中とくに脳梗塞の診療に関しては、時間が勝負という側面があります。閉塞した脳血管を超早期に再開通させることができれば、後遺症を軽くする、あるいは、完全になくすることも可能だからです。急性期の経静脈的な血栓溶解療法(t-PA静注療法)は以前から行われておりましたが、残念ながら当院では全国的にも症例数が少ないという印象を持っています。その理由のひとつに救急隊や近隣のご施設から当院に到着されるまでの時間的なロスがあります。このような背景から、今回救急隊のコールから当院到着までの時間をより短縮しようという目的で、救急隊からの脳卒中を疑うコールが直接救命救急センター医師に入るかたちの脳卒中ホットラインを企画させていただきました。これは脳外科や神経内科のみでできる事ではなく、中道先生をはじめ救命の先生方が非常に積極的にご協力いただけたというベースがあつてはじめて実現したものです。中道先生には

運営方針

- 安全で質の高い医療を追求し、患者さんに満足していただける病院を目指す。
- 地域の医療機関と密接な連携をとり、地域に根ざした高度医療の提供を行う。
- 高度総合医療施設として、肝疾患、成育医療など二十四分野の政策医療を推進する。
- 臨床研究センターを中心として臨床研究を推進し、広く世の中に情報発信を行う。
- 医療従事者の研修・教育に力を注ぎ、医療人の育成において指導的役割を果たす。
- 患者さんが安心して診療を受けられるように、経営基盤の安定を図る。
- 救命救急センターを中心として、集団災害など救急医療を積極的にい、社会に貢献する。
- 国際医療協力を推進し、世界に貢献する。

院長：このシステムによって、病院に来るまでと、来院後実際の治療までの時間を短縮しようという意思統一ができるということですね。実際には結局救命センターが受け皿となるわけですが、どのような利点が期待できますか？

中道医師：導入前までは、いろいろな条件がそろわないとt-PAになかなかたどり着けないことがありました。たとえば、病院前であれば救急隊がどうしてもかかりつけに運んでしまうという問題がありましたし、病院についた後でも画像検査のタイミングが合わなかったり、種々の段階で時間的ロスが発生し、t-PAまで行けないことも経験しています。今回救急隊の電話からスタートしてt-PAに向けて同じベクトルで動いている印象があり、われわれとしては非常に対応しやすくなりました。





救命救急センター副センター長
中道 親昭(なかもち ちかあき)
平成23年より現職

院長：救命の先生がたにとつては非常に負担も大きくなるのでは心配していますが、そのあたりはいかがでしょう？

中道医師：時間外の脳卒中を直接救命センターがファーストタッチで全面的に対応するという部分では確かに負担が増えましたが、実はこれまでそれ以外の連絡調整など実際の診療以外で我々がマネージしないといけない部分が多く、時間ロスが起る要因でもありました。そこが省略されたという意味で、救急科の中では非常にやりやすくなったという声が大きいです。

院長：なるほど。そこに集中できるからですね。岩永先生のところは神経内科で、脳卒中とくに脳梗塞を扱われることが多いのですが、このシステムをどのようにお考えでしょうか。

岩永医師：少し忙しくなるかなと心配していましたが、逆に助かっている面も多くて。堤先生からもお話しがありましたけれど、昨年までt-PAってほとんどとされていなかったんです。リスクな症例は避けていたこともあるのですが、到着までの時間のみではなくその

他の問題もありました。たとえば内科当直医が診察し、t-PA間に合いますので、という電話が私に掛かってきます。それからやらせてきて、いろいろと指示を出してから始まるので、検査開始までの段階で結構時間がかかってしまうことが多かったんです。今回のシステムが始まってから、特に救命医の方々が初療の際に色々して下さって大変助かっています。

院長：そういうのが短縮できると、岩永医師：そうですね、圧倒的に短縮されますね、もう最短五分くらいでCT撮りにいってというのもありましたからね。

院長：t-PAというのは血栓を溶かすお薬、注射薬ですよ。これを投与できる時間は限られていると、岩永医師：発症してから四時間半までに注射を開始しないといけません。

院長：それを過ぎると適応がないという事ですね。岩永医師：発症時間がわからない場合は、最後に健康な状態が確認されてからということになります。

救急診療全般の質向上
という波及効果

院長：そういう治療があるにもかかわらず、今まで時間的な遅れなどで使えなかったという人たちにとつてはすごく大きな福音になる

ということですね。代表例も含めて紹介してくれませんか。

堤医師：十月十一月の二か月間で十八例。また、つい最近も入りましたので計十九例中t-PA投与

二例、くも膜出血で手術に至った例が二件、t-PA使用以外の脳梗塞が六例、TIA一例というところで、だいたい半分以下、60%くらいが脳卒中ですね(注：二〇一四年十月一日～二〇一五年一月現在では約70%が脳卒中例)。もちろん脳卒中じゃない例も含まれるのですが、これらの症例に対する診療が非常にスムーズです。実をいうとこの点が今回のシステムの目玉とも思っています。私たち脳卒中を専門とする医師だけが脳卒中ホットラインを担当すると、どうしても「頭」中心になつてしまつて、全身状態の把握や診療は不得手です。そこに救命の先生方が入つてファーストタッチをしてくださることによって、脳卒中のみでなく、実際には脳卒中ではなかった症例に関しての治療・診療の質も非常に上がるということが、一般の施設にはない優れた特性だと思つています。

院長：結局、残りの四割は脳卒中に似ているけど実際は脳卒中じゃなかった。

院長：アナフィラキシーショックとかですね。

院長：そういう人たちにとつては、このシステムでより診断がうまくできて、恩恵を被ることができると。

院長：質の高い総合的な初療とそれに継続する専門診療が、救命医師団を核としてシームレスに展開できるということです。

院長：つまり長崎医療センターの総合的な力、特に救命センターの高い能力とパワーをそういうところに発揮できる。

院長：t-PAによる血栓溶解療法がこの二か月で二例ということですが、以前に比べると恩恵を受ける人が増えている感じですか？

院長：t-PAによる血栓溶解療法がこの二か月で二例ということですが、以前に比べると恩恵を受ける人が増えている感じですか？

院長：従来毎年五例以下ですが、今年四月からすでに十一例になつていますので、このシステムができることによってさらにチャンスが増えるかと思つています。

院長：そうですね。シンシナティの脳卒中スケールというのがベースになつていますが、それがヒットすれば脳卒中を疑つて、該当する医療機関に運びますという意識はもとも高かつたんです。ただ、実際の病院のドアをノックすればいいのかが、まだ統一化されていなかったわけですね。そこ

院長：脳卒中の徴候を救急隊員は熟知しているけれど、今までそういう知識がなかなか活用できなかったというところがあるんじゃないでしょうか。

院長：脳卒中の徴候を救急隊員は熟知しているけれど、今までそういう知識がなかなか活用できなかったというところがあるんじゃないでしょうか。

院長：脳卒中の徴候を救急隊員は熟知しているけれど、今までそういう知識がなかなか活用できなかったというところがあるんじゃないでしょうか。

院長：脳卒中の徴候を救急隊員は熟知しているけれど、今までそういう知識がなかなか活用できなかったというところがあるんじゃないでしょうか。

院長：脳卒中の徴候を救急隊員は熟知しているけれど、今までそういう知識がなかなか活用できなかったというところがあるんじゃないでしょうか。

院長：脳卒中の徴候を救急隊員は熟知しているけれど、今までそういう知識がなかなか活用できなかったというところがあるんじゃないでしょうか。

院長：脳卒中の徴候を救急隊員は熟知しているけれど、今までそういう知識がなかなか活用できなかったというところがあるんじゃないでしょうか。

院長：神経内科の方では、うまくいっているという話ばかりでなく、なにか改善したほうが良いかな、という点はありませんか？

院長：マンパワーの問題ですかね。例えば神経内科医の二人は二日に一回病院宿舎に止まっている状態です。実際脳的主幹動脈が詰まっている場合、t-PAを流しながら脳外科の先生を呼ぶわけですね。再開通がまだなければ、そこで脳外科や放射線科の血管内治療専門医で再開通を試みるという形になるんですけど、脳外科の先生方は脳梗塞だけじゃなくて脳出血やくも膜下出血がきても頭部外傷がきても診るわけですから事実上かなりオーバーワークになつているかな、というのはあります。うちと脳外科と増員の方向で動いて頂けたら大変助かるのですが。

院長：確かにこういうシステムがあると、患者数が増えてくるでしょうし、そうするとやはり人的な問題がでてきますね。

院長：t-PAしたら血管内治療がないわけじゃなくて、しながら同時並行で血管内治療の可能性にチャレンジするということ

院長：t-PAしたら血管内治療がないわけじゃなくて、しながら同時並行で血管内治療の可能性にチャレンジするということ

院長：t-PAしたら血管内治療がないわけじゃなくて、しながら同時並行で血管内治療の可能性にチャレンジするということ

院長：t-PAしたら血管内治療がないわけじゃなくて、しながら同時並行で血管内治療の可能性にチャレンジするということ

院長：t-PAしたら血管内治療がないわけじゃなくて、しながら同時並行で血管内治療の可能性にチャレンジするということ

院長：t-PAしたら血管内治療がないわけじゃなくて、しながら同時並行で血管内治療の可能性にチャレンジするということ

院長：t-PAしたら血管内治療がないわけじゃなくて、しながら同時並行で血管内治療の可能性にチャレンジするということ



神経内科医長
岩永 洋(いわたが ひろし)
平成25年より現職

ターンの最新の治療法で、とくに最近多くなつていきますからね。

院長：脳卒中の急性期治療として、血管内治療は具体的にどのよう

な形なんですか？

院長：発症後八時間までは可能な、血栓回収療法があります。大腿部の動脈から閉塞した脳血管までマイクロカテーテルを進め、新しいデバイスを使って直接血栓を吸引したりからめ捕つたりする方法です。t-PAのみでは無効であった場合や、四・五時間を超えてt-PAが使用できない症例が適応になります。

院長：脳卒中の急性期の治療としてt-PAもやれるし、緊急で血管内治療も併用できる点は大きな強みですね。

院長：それ以外にも、t-PAの合併症発生時には、頭部であれば脳外科医、全身的問題であれば救命医、全身血管系の場合は心臓血管外科医や循環器科医などによる高レベルの緊急対応が可能です。

院長：かなりレベルが高い初療ができるようですね。こまめのお話で、脳卒中ホットラインがなぜ必要なのかよくわかりました。また単に連れてくるだけではなく、当院にあるシステムの・人的資源を有効に活用できるという大きなメリットがあつて、仮に脳卒中ではなかった症例にも高度な救急医療を提供できるということも理解できます。他に、脳卒中分野で強調しておきたいトピックがありますか？

院長：かなりレベルが高い初療ができるようですね。こまめのお話で、脳卒中ホットラインがなぜ必要なのかよくわかりました。また単に連れてくるだけではなく、当院にあるシステムの・人的資源を有効に活用できるという大きなメリットがあつて、仮に脳卒中ではなかった症例にも高度な救急医療を提供できるということも理解できます。他に、脳卒中分野で強調しておきたいトピックがありますか？

院長：かなりレベルが高い初療ができるようですね。こまめのお話で、脳卒中ホットラインがなぜ必要なのかよくわかりました。また単に連れてくるだけではなく、当院にあるシステムの・人的資源を有効に活用できるという大きなメリットがあつて、仮に脳卒中ではなかった症例にも高度な救急医療を提供できるということも理解できます。他に、脳卒中分野で強調しておきたいトピックがありますか？

院長：かなりレベルが高い初療ができるようですね。こまめのお話で、脳卒中ホットラインがなぜ必要なのかよくわかりました。また単に連れてくるだけではなく、当院にあるシステムの・人的資源を有効に活用できるという大きなメリットがあつて、仮に脳卒中ではなかった症例にも高度な救急医療を提供できるということも理解できます。他に、脳卒中分野で強調しておきたいトピックがありますか？

院長：かなりレベルが高い初療ができるようですね。こまめのお話で、脳卒中ホットラインがなぜ必要なのかよくわかりました。また単に連れてくるだけではなく、当院にあるシステムの・人的資源を有効に活用できるという大きなメリットがあつて、仮に脳卒中ではなかった症例にも高度な救急医療を提供できるということも理解できます。他に、脳卒中分野で強調しておきたいトピックがありますか？

離島・へき地 脳卒中診療に与えるインパクト

院長：かなりレベルが高い初療ができるようですね。こまめのお話で、脳卒中ホットラインがなぜ必要なのかよくわかりました。また単に連れてくるだけではなく、当院にあるシステムの・人的資源を有効に活用できるという大きなメリットがあつて、仮に脳卒中ではなかった症例にも高度な救急医療を提供できるということも理解できます。他に、脳卒中分野で強調しておきたいトピックがありますか？

堤医師：当院にはCTやMRIの画像転送とヘリ搬送による遠隔診療システムが運用されてきた三十年以上の長い歴史があります。近年、この経験を活用して、離島から転送された画像から適応を判断した後、先方の施設で一刻も早くt-PA投与を開始していただきながらドクターヘリで搬送し、当院到着後の検査で閉塞血管の再開通がなければそのまま血管内治療を行うシステム…ドリップ&シップ&リトリーブアプローチを積極的に行っていきます。ドリップはt-PAを投与すること、シップは患者さんを運ぶこと、リトリーブは血栓を直接回収することです。最近、精緻な画像読影が可能な高解像力を有する新しい転送システムが設置されたこともあり、より正確な適応判断も可能となりました。

t-PAの合併症として最も緊急性を要する脳出血の専門的治療には脳神経外科が必要です。その意味からもt-PA投与後の施設間緊急搬送ができる既存のシステムが有効に活用できると思います。日本では今のところあまり多くの施設でやられていない方法なので、この分野でも当院の特性が出せると考えています。

院長：当院の強みである画像転送やヘリ搬送を組み合わせ、離島やへき地など遠隔地の発症であっても最先端の脳卒中治療が提供できる。

堤医師：医療資源の乏しい離島を多く抱える長崎県において、この「Tele-stroke system」は極めて有用で、全国的にも注目されています。今後、県央の他施設や離島施設にNMC-SHOTナンバーを開放

した際にも救急隊と同様に受け入れ窓口が一本化されて垣根が下がるので、コールしやすくなると思います。へき地や遠隔地のみではなく、脳神経外科のない近隣他施設でt-PAを開始していただいてから当院へドクターヘリや救急車で搬送するようなシステム（注：一次～二次救急施設からのドリップ&シップ アプローチも可能ですので、密接な地域救急連携という意味からも、今回の試みや診療体系は今後さらに活用・活性化されて行くのではないかと考えています。

中道医師：当院でNMC-SHOTを経験している研修医が巣立っていくことも、同様のコンセプトで離島・遠隔地脳卒中診療に寄与していくものと思われれます。なおかつFace to Faceの仲なので、とても非常に大きいと考えています。

院長：一度当院のような施設で経験し、先生たちと顔見知りです話ができる。そういう先生たちが離島に赴任されて新しい知識や情報を広めてくれるし、症例の相談や紹介もしやすいということですね。

堤医師：神経内科・脳外科・救命救急科を回って頂いた研修医の先生たちが、高度の脳卒中急性期診療を経験して行くことが非常に大きいと思っています。

院長：脳卒中は日本人の死因の四番目で、非常に重篤な後遺障害も残り得ます。そういう患者さんたちに、如何に超早期にいい治療をして少しでも後遺障害を残さないようにするかということが非常に大きな課題だと思いますので、そういう点では非常に良い取り組みではないかと思えます。