

鹿児島医セン

連携室だより

鹿児島医療センター（循環器・がん専門施設）

2007.4 No.13

脳卒中センター・SCUがスタート

4月1日付けで当院SCU（Stroke Care Unit、脳卒中集中治療室）の施設基準が承認され、これを機会に「脳卒中センター」を発足させました。

よく知られているように、脳卒中病棟（脳卒中ユニット）で脳卒中患者を専門的に治療すれば、一般病棟で治療した場合よりも治療効果が高く、死亡は3%減り、自宅退院が3%増え、自立患者は6%増えるとされています。

このような観点から、SCUを持った脳卒中センターを立ち上げることが宿願でしたが、この度の病棟再編を機会に、5階東病棟にSCUを整備し、脳血管内科、脳神経外科、リハビリテーション科が協力して脳卒中を専門的に治療できるように、脳卒中センターを立ち上げることができました。県内で最初のSCUですが、脳卒中センターも多分県内第1号ではないかと思えます。

脳卒中センターのスタートにより、脳卒中の急性期治療に関しては、血栓溶解療法や血管内治療などの超急性期治療から亜急性期までの治療を当院で行い、その後も引き続いてリハビリテーションが必要な患者に関しては回復期リハビリテーション病院への橋渡しをする。クモ膜下出血などの緊急手術にも対応するほか、経過中に脳外科的手術が必要な症例にも迅速に対応する。さらには陈旧性脳卒中患者に関しても病型診断を確実にして適切な再発予防法を講じる。また頸動脈内膜剥離術など手術的治療が必要な患者には適切な手術を行う。早期からリハビリテーションを併用する、など各科が協力し一丸となって脳卒中を診る体制が整いました。

脳卒中当直など、脳卒中に対する病院を挙げての24時間診療体制は以前から確立されていましたが、この度の体制整備に伴い血栓溶解療法をはじめとした超急性期治療から急性期治療、亜急性期治療に至る流れが更にスムーズに行くものと期待しています。



脳卒中センター外来



SCUの内部

SCUは3床で、5階東病棟の一部を改造して作られました。3対1看護で、モニターなどの機器面ではICUとほぼ同程度の機能を持っています。しかし、脳卒中の急性期診療ではモニターには現れてこない、意識レベル、眼位、瞳孔、麻痺の程度などの観察が重要ですので、脳卒中に関して専門知識のある看護師による3対1看護によって、更にきめ細やかな治療が可能となりました。加えてSCUには理学療法士が1名常駐して急性期リハビリテーションを行いますので機能回復の面からも良い予後が期待されます。

脳卒中急性期の症例がございましたら是非ともご利用下さい。

脳血管内科部長 濱田 陸三

最新の治療法紹介

循環器疾患

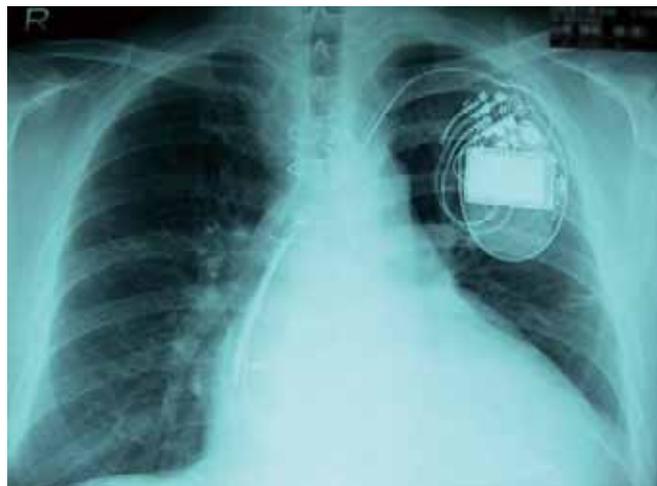
第二循環器科は心臓超音波、心筋シンチ、及び心臓カテーテル検査等を含む循環器疾患の諸検査を中心に最善の治療を選択しております。

冠動脈インターベンション(PCI: スtent、ロータブレード、DCAなど)、カテーテルアブレーション(電気的心筋焼灼術)、ペースメーカーなどの専門的治療を数多く施行しております。その他、末梢動脈硬化性疾患(PVD: 下肢動脈など)に対するカテーテル治療も施行しております。

不整脈の治療は抗不整脈薬による薬物治療が中心でした。1989年のCAST報告以来、抗不整脈薬の見直しがなされました。一方、非薬物療法の進歩は目覚ましく、患者さんのQOLと予後の改善をもたらしました。1990年代、不整脈に対してのカテーテルアブレーション、植え込み型除細動器(Implantable Cardioverter Defibrillator: ICD)は画期的な進歩をとげ、カテーテルを含めた材料の改良は目覚ましいものがあります。カテーテルアブレーションは多くの頻脈性不整脈の根治をもたらし、ICDは突然死予防に大きく貢献しました。

最初の心臓ペースメーカーは1931年に体外式ペースメーカーとして作製され、2年後には持ち運びができる大きさに改良された。1960年に完全植え込み型のペースメーカーが初めて施行された。1969年に初めてデマンド型ペースメーカーが植え込まれた。1983年よりステロイド溶出リードが開発された。

当科においてのペースメーカーは、ほとんどが橈骨皮静脈を剥離してリードを挿入するか、鎖骨下穿刺にてリードを挿入していました。最近は胸郭外鎖骨下穿刺法を全症例で施行しております。鎖骨下静脈は第一肋骨の上縁で胸郭外にでて、第一肋骨の下縁で腋窩静脈になる。そのため、第一肋骨上が胸郭外鎖骨下静脈である。この部位で静脈を穿刺すれば、気胸などの危険もなく、また、リードは鎖骨下筋などによるストレスからも解放される利点があります。リードの位置に関しては最近では心房に関しては右心耳でなく、心房中隔、心室に関しては心室中隔でのペーシングがQRS幅も狭くなり心機能低下例には良いとされています。心室中隔での植え込



(図1)

みは、右室心尖部に比べ穿孔の危険も少ないようです。当科でも最近積極的に右室中隔ペーシングを取り入れております。

心不全は近年増加の傾向にあり、その原因の一つに食生活の欧米化や高齢化があります。当科においても繰り返す心不全患者さんが増えてきているのが現状です。心不全の治療としては薬物療法が中心でしたが、両室ペーシングというペースメーカーを応用した治療法が開発され、重症心不全に対する心臓再同期療法(Cardiac Resynchronization Therapy: CRT)という新たな分野が開かれました。本邦では、CRT-Pが2004年4月に、致死性心室性不整脈に対する除細動機能(ICD機能)を有するCRTであるCRT-Dが2006年8月に保険償還の承認がなされました。ペースメーカー植え込み術と同様に局所麻酔により植え込みが行われます。当科では2006年11月7日に第1例目のCRT-Dの植え込みを施行し、患者さんは外来での通院が可能になっています(図1)。

ペースメーカー、ICD、CRT等の適応患者さんがおられましたらご紹介をお願いします。また、心不全、不整脈および急性心筋梗塞などの急性期の心疾患は24時間体制で積極的に治療を行っております。これからも日々努力していきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

第二循環器科医長 園田 正浩

心臓リハビリテーション(総論)

リハビリテーション科 鶴川俊洋 (リハ科専門医)

心臓リハビリテーション(以下、心リハ)は、かつては急性心筋梗塞後の離床とデコンディショニング予防が主たる目的であったが、再灌流療法やCCUの普及、冠動脈バイパス術の進歩により、早期離床・退院が可能となった。そのため、冠危険因子是正による二次予防(再発予防)へとその目的が変わってきている。心リハの定義は、米国公衆衛生局によると、「医学的な評価、処方された運動、冠危険因子の是正、教育、カウンセリングからなる長期にわたる包括的なプログラムからなり、突然死や再梗塞のリスクを是正し、動脈硬化の過程を抑制させ、心理的社会的ならびに職業的状况を改善することを目的とする」とある。すなわち心リハは運動療法のみでなく、食事療法や禁煙指導を含めた包括的リハであり、この目的達成のためには、医師に加えて、看護師、理学・作業療法士、管理栄養士、薬剤師、検査・放射線技師、医療ソーシャルワーカーなどがチームを形成して心リハに関わる必要がある。また今後は高齢の多疾患有病者が確実に



に増えてくるものと予想され、心リハスタッフには循環器に関する知識のみならず、リハ医学の知識が必要となってくる。わが国では残念ながら心リハが広く普及するまでには至っていないが、今後は専門施設から地域コミュニティまで、そして心疾患発症前の1次予防への取り組みへというように、急性期や回復期のみならず維持期を含めたシステム構築が必要となるであろう。

リハ新体制について

平成17年4月に理学療法士の増員が認められ、専任の医師1名、理学療法士3名体制になり、リハビリ部門の対応改善が図られてきたところです。さらに本年度4月より、心大血管疾患リハビリテーションの専任の医師1名、理学療法士2名、看護師1名が増員されました。新体制では、リハビリテーションの専任の医師が2名、理学療法士5名、看護師1名となりリハビリテーション科の充実が図られることになりました。

内容的には、脳卒中ケアユニット(SCU)において理学療法士1名を専任として超急性期でのリハビリを担当し、より急性期での対応が可能となります。また、心大血管疾患リハビリテーション1の施設基準を取得します。専任の医師1名および専従の理学療法士・看護師それぞれ1名が配置され、循環器科・心臓血管疾患の術後の患者様に対し、より積極的にリハビリテーションの提供が可能となります。トレーニングルームは現在あるリハビリテーション室内に45㎡超の専用ルームを確保しました。城山・黎

明館・岩崎谷・鹿児島市街地を望む景観の良いところです。トレーニングする患者様の気分転換になり、よい環境を提供できることと思います。また、4月中は準備段階で、施設認可や本稼動は5月以降になると思います。

このSCUおよび心大血管疾患リハビリ担当以外の理学療法士3名は、現在までと同様にSCU以外の脳血管疾患、各疾患の術後の呼吸器疾患や癌患者の廃用機能低下等の防止・改善を担当していきます。このようにスタッフに専門性を持たせて分担することで、内容的にもより重点的に個々の患者様へのリハビリの提供が可能となります。

今後のリハビリテーション科の課題としては、より質の高いよりよい医療提供のために、急性期脳卒中の作業療法や言語聴覚療法の専門スタッフの配置すること。さらに診療の充実が図られる脳卒中、心大血管のリハビリの急性期から回復期のリハビリのための医療連携を図っていくことが重要と考えています。運動療法運動療法主任 末原 秀昭

本年11月に日本医療マネジメント学会 第6回九州・山口連合大会を開催します

日本医療マネジメント学会第6回九州・山口連合大会を当センター中村一彦院長が会長として開催させていただくことになりました。期日は平成19年11月23日～24日でかごしま県民交流センターとかごしま市民福祉プラザの両会場を予定しております。

日本医療マネジメント学会は、クリティカルパス研究会から発展し平成11年に設立されております。医療の質の向上を求めてクリティカルパスへの取り組みに始まり、リスクマネジメント、チーム医療、医療の効率化、医療連携、診療情報管理・電子化、機能評価、個人情報保護、人事考課にまで及ぶ幅広い医療界の課題に取り組み成果をあげており、昨今の医療界を取り巻く情勢を反映し、年々発展しています。昨年の全国大会は横浜市で開催され4800名を超える参加がありました。また、第5回九州・山口連合大会は別府市で開催され1300名が参加し、盛会に行われております。学会の特徴は、参加者の最も多い職種は看護師ですが、他のコメディカル、事務部門まで多職種が参加し、発表討論する学会であるということかと思えます。もっと多くの医師の積極的参加が望まれるところではあります。

さて、今回の大会は、メインテーマを「医療制度改革の嵐の中で - 良質な医療の提供を目指して」と致しました。県内医療機関の16名の院長、看護部長等の方々に実行委員として参加していただき、学会内容を検討していただいているところです。現在決定している内容としては、教育講演を元鹿児島市立病院院長で現在川崎市病院事業管理者の武弘道先生、東京大学医療安全管理学講座助教授の前田正一先生、宮崎大学生命・医療倫理学分野助

教授の板井孝彦先生の名にお願いしております。シンポジウムは、「クリティカルパス」「医療安全」「医療の地域格差」「感染コントロールチーム」の4テーマを予定しております。他に、医療安全講習会、クリティカルパス実践セミナーも企画中です。

また、特別講演を尚古集成館館長の田村省三先生にお願いしております。来年のNHK大河ドラマに決定しています「篤姫」にまつわる話や鹿児島島の歴史に関する話をお伺いできるものと思います。

その他、一般演題、クリティカルパス展示もあります。演題申し込みは、本年6月から予定しており、近くホームページで案内する予定です。鹿児島医療センターでの取り組みにつきましても多くの演題を発表し、いろいろご意見を伺いたいと思っておりますが、鹿児島の多くの医療機関の多職種の皆様も演題発表、学会参加していただき、昨今の医療制度改革の中で良質な医療を提供していくにはどのような方法があるか、何が求められているかを一緒に考えていただけたらと願いながら事務局として準備を進めているところです。

日本医療マネジメント学会
第6回九州・山口連合大会事務局長
耳鼻咽喉科医長 松崎 勉

登録医医療機関紹介の コーナーを始めました

掲載希望の医療機関は
ご連絡下さい。

お問い合わせ先

独立行政法人
国立病院機構

鹿児島医療センター（循環器・がん専門施設）

〒892-0853 鹿児島市城山町8番1号
(代)TEL 099 (223) 1151 FAX 099 (226) 9246
<http://www.kagomc.jp>
脳卒中ホットライン ▶▶ 090-3327-5765

(地域医療連携室) 濱田、大渡、平田、中島、田添、池上、善福
直通電話 ▶▶ 099-223-4425
フリーダイヤル専用FAX ▶▶ 0120-334-476
※休日・時間外は当直者で対応します。

