

長崎県の救急医療の機能を強化

急性期の医療を担う長崎大学病院は救急医療の機能を強化しています。10月には救命救急センター内に脳卒中センターと外傷センターを開設しました。患者さんの命とともに体の機能を救うことを目指しています。

先端の技術で命と身体機能を救う

河野氏 昨年4月に開設した救命救急センターは今年新たに田崎修教授を迎えて機能も充実し、本院の救急医療への体制は徐々に整いつつあります。脳卒中センターでは辻野先生を中心に、神経内科の川上純教授と脳外科の永田泉教授の全面的な協力を得て、さらに診療の質を上げようとしています。センター開設の背景をお願いします。

辻野氏 脳卒中は死因の第3位ですし、寝たきりの第1位の原因となっております。そういう中、最近では血栓溶解療法というのが3時間以内に認可されたこともありますし、昨年は8時間以内に脳血管内治療として血栓除去療法が認可されました。急性期に最先端の治療をおこなわないといけない状況になりました。マンパワーや設備の整った大学病院で取り組むのは当然だということで、センター開設にいたしました。

河野氏 もともと大学病院の救命救急センターは2次救急の後半から3次救急にかけて扱っていますので、外傷になりますと、ある意味、1次救急から扱う必要がありました。これから高齢化社会を迎えるにあたって、ご年配の方の骨折を含めて対処するケースが増えてきます。日本全体の外傷の救命率が低く十分な体制が整っていないことも、宮本先生から伺いましたので、大学病院として強化する必要があると思いました。宮本先生、外傷センター開設の経緯をお願いします。

宮本氏 長崎県は離島を多く抱えていますし、南北

に長く、多発外傷の患者さんが発生した場合の救命率が高くないといえます。長崎市の救命救急白書によると、6割が亡くなっています。これはドイツなどに比べるとはるかに高い数字です。私は個人の医療技術の問題ではなく、システムの問題ととらえまして、何とか改善できないかと考えてきました。

また最近では高齢化に伴い、骨粗鬆症を基盤として高齢の方が転倒などで、信じられないような軽い力

脳卒中センター

辻野 彰氏



Tsujino Akira

つじの・あきら

1965年生まれ。

宮崎医科大学卒。

専門は脳卒中学、
神経内科学。

Mayo Clinic 留学を

経て、長崎大学病院

勤務へ。救命救急セン

ター准教授。2011年

10月より現職

で骨折する場合があります。それが介護につながっています。長崎の介護率は全国でもトップにあり、これらに対して整形外科が何らかのアクションをおこなわないといけないと、外傷センターの開設を働き掛けた経緯があります。

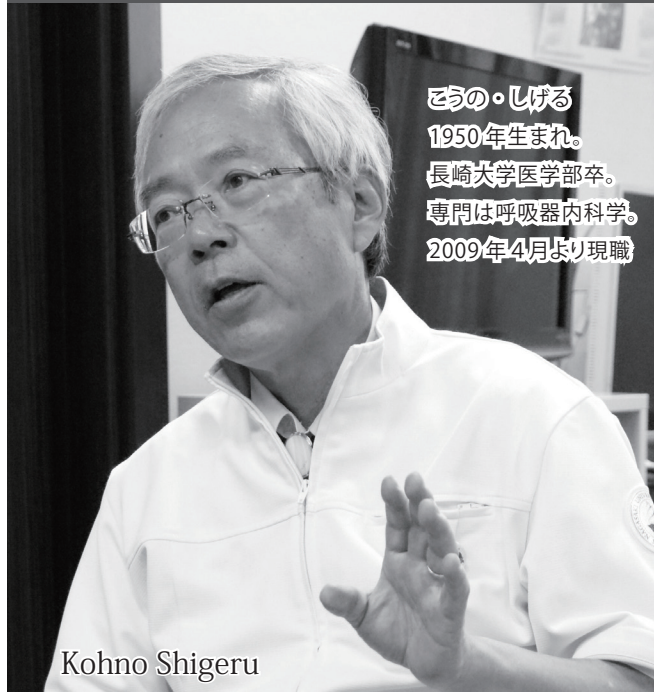
河野氏 それぞれのセンターはどのような人員体制で取組まれますか？

辻野氏 脳卒中センターの人員は内科系の医師計3人と外科の先生1人が兼任します。当直体制では脳外科の先生方の全面バックアップをいただいております。

実際の運営は本院の9階東病棟にあるストロークケアユニット（SCU）6床で対応し、24時間365日のホットライン（090-3078-5992）で専門医に直接つながるしくみになっています。

病院長

河野 茂氏



Kohno Shigeru

河野氏 外傷センターはいかがですか？

宮本氏 外傷センターの人員体制は整形外科3人、形成外科1人の計4人でスタートしました。救命救急センターと直結して、外傷患者さんが運ばれてきた場合、救命救急センターでは命を救う処置をしていただいて、その後に機能を救うことがわれわれ外傷センターの役割だと思っています。11階西にある救命救急センターの病床に重症患者さんを、軽症の患者さんは一般病床に入院していただいています。今年12月に国際医療センターが完成して救命救急センターの病床が充実したら、もっと多くの重症患者さんに対応できると思います。

河野氏 今回の取り組みにあたって、院内の多くの先生方の協力なしには難しかったと思っています。脳卒中センターを設立するにあたって、神経内科の川上純教授と脳外科の永田教授のバックアップがあって実現しました。また、外傷センターも整形外科の尾崎誠教授と形成外科の平野明喜教授に支援いただきました。整形外科では膝や股関節など専門領域の慢性期疾患が中心でしたが、今回急性期を取

り入れたいと、宮本先生が海外で研修も受けてくれましたね。また、従来、大学病院は手術室が十分ではなく、がんの患者さんも多いので待機手術を中心にやって、外傷などの救急の患者さんの手術は時間外の手術で対応していただくが多かったと思います。10月から手術室2室を増設しましたので、手術室を管理する永安武教授にも力強い支援をいただいています。

地域の病院をフォローする

河野氏 脳卒中センターでは実際に搬送される患者さんの数をどのくらい予測されていますか？

辻野氏 長崎医療圏の人口が50万人としたら、脳卒中の発生率は10万人対300人ぐらいです。年間1500人はいるはずです。昨年度、長崎大学病院に搬送された患者さんは266人でした。本院がマンパワー的にも施設の面でも24時間365日整っていますので、患者さんの集約化ができればと願っております。

河野氏 私が心配しているのは、実はマンパワーの問題です。患者さんが増えて先生方が疲弊しないかと懸念しています。

辻野氏 SCUなどの脳卒中の分野では医療チームの教育をしっかりして、効率的に医療に取り組むことで、マンパワーを補っています。実際、SCUのナースは熟練しているといわれています。患者さんをしっかり診ていますし、技師も、コメディカルも教育がゆき届いていると思っています。そういうマンパワーを利用して、脳卒中医療チームとして搬送される数に対応したいと思っています。

河野氏 外傷センターは市内のニーズはいかがでしょう？

宮本氏 長崎地域の救命救急白書によりますと、10年前には年間1000人の患者さんを輪番病院が診ていましたが、今では40%以上増えて、1400人を超える患者さんが発生しています。しかし、この10年間で輪番病院は増えていません。それぞれの輪番病院の負担が増えている現状があります。これから患者数は右肩上がりになることは統計上明らかですので、それぞれの輪番病院で対応できない

座談会

患者さんの数は年間 200 人出てくると思われます。その分を外傷センターで対応できるようにしていきたいと思っています。

もう一つは重症患者さんの転院率が 20% 弱あります。現場から病院に運ばれても処置できずに高次の病院へと回されるケースです。外傷患者さんにとって、最初の 1 時間が非常に重要です。その貴重な時間をできるだけ節約できるように、救急隊が重症と判断した場合、直接外傷センターに運べるようなシステムをつくりたいと思っています。

河野氏 長崎には 2 次輪番病院の制度があります。ある意味、患者さんの”取り合い“にならないかと懸念されると思いますが。

辻野氏 血管内治療や血栓溶解療法などでの対応のほか、重症な合併症を持った患者さんは大学病院で対応せざるをえない状況があります。スムーズに送っていただけるよう、シームレスにできないか現在模索しています。

宮本氏 外傷について、2 次輪番病院では毎日どこかの病院で救急に対応できるように体制を組んでいるわけですが、それぞれの病院に毎日整形外科医が当直しているわけではありません。いくつかの病院をあたって整形外科医がいないため、長崎大学病院に回されるケースもあります。そのときは躊躇なく受け入れております。大学病院がすべてを治療するのではなく、2 次輪番病院で対応できなかったところを補うスタンスでいきたいと思っています。2 次輪番の先生もわれわれも疲れない体制をとることが大切です。

河野氏 現場の救急隊との連携はいかがでしょうか？

辻野氏 年に数回、救命救急士と勉強会を開いています。北は西彼杵半島の西海市、南は長崎半島の野母崎まで、長崎は南北に長く、しかも長崎市内の 7 割は斜面地域です。救急隊の方はどの病院に運べばいいかという判断は難しいと思います。地域をまんべんなく網羅するためには大学病院だけでなく、中核病院と連携を取る必要があると思っています。脳に関して輪番病院はありませんので、ルールやシステムづくりを救急隊の方とつくっていかねばな

外傷センター

宮本 俊之氏



Miyamoto Takashi

みやもと・たかし
1971 年生まれ。
鹿児島大学医学部卒。
専門は整形外傷外科。
医療教育開発センター
助教。
2008 年 10 月より現職

らないと感じています。

宮本氏 外傷に関しては的確にケースを分けてくれています。救命隊の現場での直感や判断を支持していきたいと思っています。今後、救命に時間がかかりそうな場合にはドクターカーの導入も検討されているので、われわれも現場に行き、必要な場合には外傷センターもしくは近くの輪番病院への搬送などもあります。今後ともコラボレーションして円滑な救命救急医療に取り組んでいきたいと思っています。

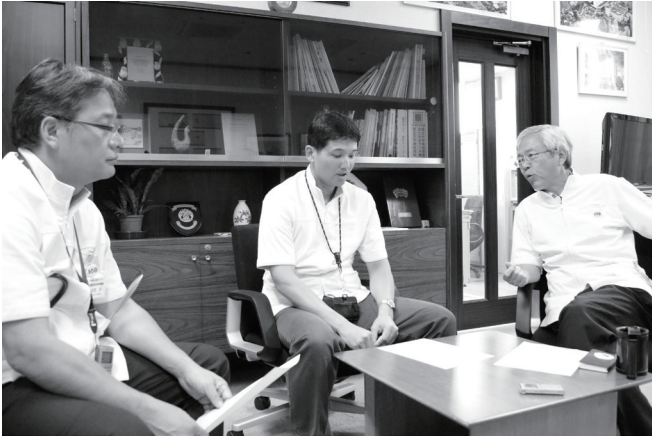
リハビリへとつなぐ後方連携

河野氏 大学病院は急性期に対応した病院ですので、慢性期のリハビリなど周辺の病院への後方連携が重要になってきます。連携をうまくやらないと、辻野先生が期待されるような脳卒中の先端の機能を維持できません。先生方が期待されている機能を地域の関連病院につないでいけるのが重要になってきますね。

辻野氏 脳卒中については数年前から回復期リハビリ病院が増えており、本院からの後方連携はスムーズです。在院日数も 20 日を切っている状況です。

河野氏 外傷センターも後方連携はいかがですか？

宮本氏 整形外科を抱える病院の多くは 2 次輪番になっておりますし、その中には 2 次輪番をしながら



リハビリ病床を持っている病院もあります。ただどこも満床という場合もあります。これからの連携をより深めていかないといけないと思います。大学病院でしかできない治療を大学病院で、後方病院でできる治療は後方病院でというシステムを強固につくっていかないといけないと思っています。

河野氏 例えば、自殺などで外傷に来られるケースがあるとします。命を救って外傷の治療をした後、もともとの精神科系の基礎疾患を持っている場合もあります。その場合、院内での診療科間の協力も必要ですし、外部の精神科系の病院との連携も必要になるとは思います。

宮本氏 昨年、院内で自殺予防ワーキンググループを立ち上げました。自殺予防マニュアルを院内のイントラネットに掲載しています。自殺で救命救急センターに運ばれた患者さんはファーストタッチから精神科の先生たちの全面的なバックアップで診察を受けられる体制になっています。入院当初から積極的に関わっていただいておりますので、今後とも親密な関係を続けたいと思っています。現状では転院先が一番問題になっていますので、精神科の先生と相談しながら、地域の病院で受け入れてもらえるところがないか探していきたいと思っています。

河野氏 互いのスタンスや役割を理解した上で、この辺りを構築していただきたいですね。

研修医の教育の場として期待

河野氏 大学病院は教育を担っています。特に若手医師や研修医の育成に対して、救急の場での教育体制を充実させることも大切な役割です。脳卒中や外

傷のセンターをつくった理由の一つに、研修医には救命救急を学びたいというニーズがあると聞いたからです。大学病院では原則的に3次救急に対応しますので、1次救急を対象としていません。そうなったときに脳卒中や外傷に絞った救急医療の現場は研修医の教育にふさわしいと思いました。

現在、研修医の救急教育は3カ月間義務化されています。昨年度からは長崎市内の病院に週1回、準夜で勤務して診療するという研修を進めています。しかし、最近では希望者が減っているという話も聞こえてきました。ニーズに応えようと取り組んでいるこちらの思いに呼応していないので、残念な気がしています。教育研修について、2つのセンターがどんな役割を果たせるとは思いますか？

辻野氏 今の若い研修医が求めているものは、ジェネラルフィジシャン（総合臨床医）の要素が大きいと思います。大学病院の3次救急医療のレベルではありません。そういう中で脳卒中の患者さんは大概心臓病などの循環器形の疾患や肺炎、糖尿病を合併していることがあります。脳卒中センターではいろんな診療科にまたがって全身を診ないといけない、教育にはいい場を提供できていると思っています。救命救急という枠の中で一つの脳卒中を含めた内科的テリトリーを教育できればと思います。

宮本氏 若い医師たちは何か学ぶことが明確であれば、苦勞はいとわらないはずです。教育する側にも教育の仕方を身につけておかないといけません。

研修医たちに大学病院で学んでほしいのは、最も重症な患者さんを治療することによって、慌てることなくシステムチックに治療を進めるということです。JATECというプロトコルに添って、どんな患者さんが来ても理路整然とこなしていく状況を学んでほしいと願っています。数をこなすのは、数年経って関連病院に出たときに経験を積んでいただきたいと思っています。

河野氏 大学病院としては、研修医には是非いろんなことを学ぶ機会をつくっていきたくは思っています。両センターが地域の先生方とうまく連携して、地域全体の救急医療を向上させる一助になればと願ってやみません。よろしくお願ひします。