

＜シンポジウム (2)—8—2＞脳卒中を診る神経内科医の育て方

脳卒中を診る神経内科医の育て方

～脳神経外科からの提言～

宮本 享

(臨床神経 2012;52:1120-1122)

Key words : 脳卒中内科医

1. はじめに

本邦において脳卒中を診る神経内科医の数は十分であるとは到底いえない。第53回日本神経学会学術大会においておこなわれたシンポジウム「脳卒中を診る神経内科医の育て方」は現状の課題と今後の展望を考えるうえで、きわめて意義深い企画であった。本稿では筆者が同シンポジウムにおいておこなった「脳神経外科からの提言」の要旨を紹介する。

2. 脳卒中を診る神経内科医の寡少と偏在

脳卒中を診る内科医数には偏在がある。Fig.1は2009年における日本脳卒中学会の専門医を地方別・基本診療科別に示したものである。内科医として分類されている医師の大半は神経内科医であると思われ、この図は「脳卒中を診る神経内科医」の地域分布を示しているものと考えることができる。地方により脳卒中専門医に占める内科医の割合はかなりことなる。関東・九州で比較的内科医の割合は高いが、北海道では内科医は少ない。またFig.2に示すようにこの割合は同じ地方であっても県別でもかなりことなる。これら地方格差・地方内地域格差という現実には、これまで「脳卒中を診る神経内科医」を育成する施設が限られていたことを示している。

かつて日本における死因として第1位であった脳卒中は、予防・治療の発展および高齢化の影響にともない、現在は、がん・心臓病・肺炎につぐ死因としては第4位となったが、現在においても罹患する患者数をもっとも多い疾患であり、寝たきり要介護の原因となる第1位の疾患である国民病といえる。脳神経外科において脳血管障害は花形ともいえる主要な対象領域のひとつである。しかし、神経内科医にとってはどうか。本講演の依頼を受けて届いた学会プログラムをみて驚いた。その企画の斬新さを感じ入っていた筆者はてっきりメインホールなどで開催される大きなシンポジウムだと思いついて、会場の大小とシンポジウムの内容の重要さは必ずしも比例しないが、本シンポジウムは神経内科学会学術大会において聴衆集約力としては第5会場レベルで扱われ

る程度のものであったことになる。これは、「脳卒中を診る神経内科医」以外の一般神経内科医にとって、脳卒中は傍流のテーマのひとつと捉えられていることを示している。

「脳卒中を診る神経内科医」の数が少ない地方あるいは地域における医育機関は、結果的には「脳卒中を診ない神経内科医」をより多く育ててきたことになる。総論的には神経内科においても脳卒中は重要な疾患のひとつであると考えていても、「脳卒中を診る神経内科医」を積極的に育てようとしてこなかったという現実には「脳卒中に対して無関心であった」と結果的に同じである。しかし、その姿勢を外から批判しても何の効果もない。stroke unit (SU) には脳卒中の予後改善効果があり、それを整備することがガイドラインで推奨されている。脳卒中は国民病であり、脳卒中を専門的に診療できる医師を患者も第一線病院も渴望している。これらの社会的ニーズに応えるためには、医育機関において脳神経外科医と神経内科医が協調して脳卒中診療にあたる診療・教育体制を整備する必要がある。これまで「脳卒中を診る神経内科医」の養成にあまり積極的ではなかった神経内科教授におかれてはぜひ一層のご尽力をいただきたい。そしていまだ脳卒中診療についての院内協力をえられない脳神経外科医には、社会的需要や診療収益の面から院内世論を味方につけてまずはSUやStroke Care Unit (SCU) を開設し、これまで「脳卒中を診ること」に積極的ではなかった神経内科までもが参加せざるをえないような環境を創る努力をしていただきたい。すなわち抵抗勢力を引きずりながら前進してトライするラグーマンのような強さが求められるのである。

3. チーム医療と業務分担

脳卒中がチーム医療であると認識されるようになって久しいが、診断以外にもカテーテル・内視鏡などの治療を内科医が専らおこない、外科医が主に観血的手術を担当するという業務分担になっている心臓・呼吸器・消化管疾患などと、脳卒中医療における内科・外科の連携関係はことなっている。

Fig.1をみると日本脳卒中学会の専門医の約半数は脳神経外科医である。脳神経外科医は必ずしも脳卒中学会の専門医

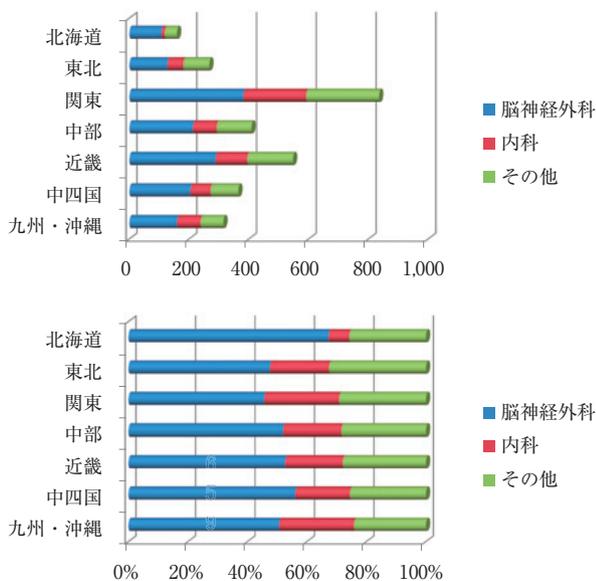


Fig. 1

を目指してはいないので、脳卒中医療に携わっている脳外科医の実際の contribution はもっと大きいと思われる。「脳卒中を診る神経内科医」が偏在しているということは、脳神経外科医が脳卒中の診療をほとんど担っている地域があることを示している。しかし、超音波診断法や薬物治療には最近めざましい進歩があり、外科的介入を主な職種とする脳神経外科医がこれらの最先端に keep up することは決して容易くない。外科医単独のあり方では将来的に無理がある。

かつては、急性期脳卒中においては、それほど有効な介入手段をそれほど持たなかった内科医に比べ、外科的介入手段を持つ脳神経外科医が主役であり、内科医の仕事は主に再発予防であった。しかし、t-PA の導入は脳卒中内科医を急性期脳卒中におけるもう一人の主役として舞台に引き出した。脳卒中チーム医療がうまく機能している施設においては、急性期脳卒中搬入時の 1st call は今や脳卒中内科医である。他方、チーム医療が未だ根付いていない、あるいは「脳卒中を診る神経内科医」が寡少な地域では、あいかわらず黒(梗塞)は内科・白(出血)は外科という古い感性で業務分担している。

脳神経外科医は外科手術だけでなくカテーテルインターベンションの大多数を担当してきた。日本脳神経血管内治療学会の専門医の 93.3% は脳神経外科医である。tPA の保険収載以後、頸動脈ステントさらには Merci/Penumbra などの血栓回収デバイスをもちいたカテーテルインターベンションをおこなう内科医もすこしずつ増えてきている。従来、内科医は外科医の行き過ぎに警鐘を鳴らす制御装置の役割を果たしてき

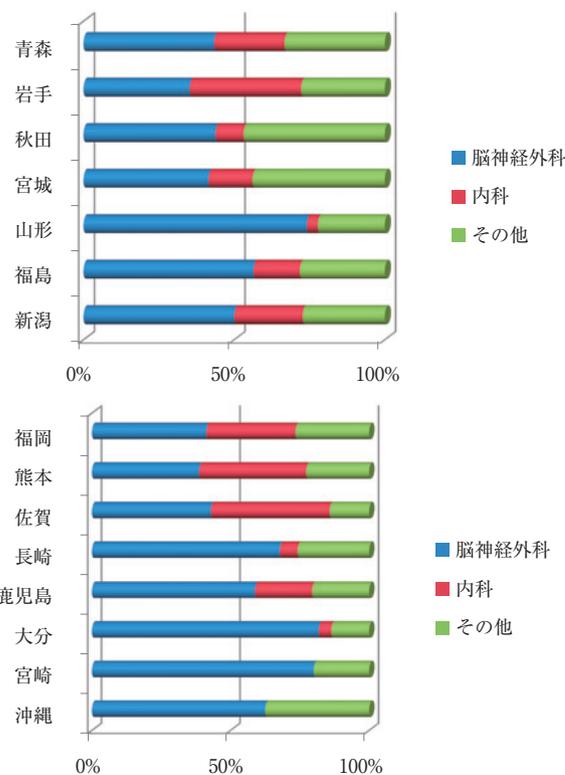


Fig. 2

た。ところが、自ら武器を持つと自己制御は難しいのか、外科医からみても激しすぎて心配になるような内科医も皆無ではない。技術文化には揺籃期・成長期・成熟期など各発展段階があり、前者では冒険心に基づいた挑戦がおこなわれるが合併症率が高い。後者に近づくほど反省力や俯瞰力に基づく合併症率の低減化が求められる。脳血管内治療は機器の改良と共に発展しながらすでに成熟期に入りつつあると思われる。はじめて介入武器を手にしたからといって自己抑制のない無謀な冒険は許される段階ではすでにない。内科医単独の適応決定や治療選択にも限界がある。頸動脈内膜剝離術や脳動脈瘤クリッピングの手術を数多くみてこそ、カテーテルインターベンションのリスクについての評価が実感でき、結果的に妥当な治療選択や安全な治療ができるからである。脳卒中専門医を育てるためには、SCU チームを編成して脳を知る内科医と外科医が同一目線で参画し、互いを学ぶ環境づくりが必須である。

※本論文に関連し、開示すべき COI 状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。

Abstract**Training stroke neurologists~A proposal from a neurosurgeon~**

Susumu Miyamoto, M.D., Ph.D.

Department of Neurosurgery, Kyoto University Graduate School of Medicine

There is a significant difference in the number of stroke neurologist between the prefectures in Japan. The fact suggests that some departments of neurology have been not so positive for the training stroke neurologist. Stroke is one of the most common diseases in Japan. The people are eager to be cared by the physicians who are specialized for stroke prevention and treatment. To respond to the social needs, neurologists and neurosurgeons should join to make a stroke team to study each other and to bring along the stroke neurologists.

(Clin Neurol 2012;52:1120-1122)

Key words: stroke neurologist
