

# 知って得するワンポイントアドバイス

## 一次脳卒中センターと総合脳卒中センターの違い

九州大学大学院医学研究院脳神経外科, 同 教授\*

黒木 愛 飯原 弘二\*

Ai KUROKI

Koji IHHARA

### 知って得 はじめに

わが国の脳卒中患者の年間死亡数はおよそ13万人で、その6割は脳梗塞が原因とされている。脳血管疾患による死亡は全死因の第4位であり、要介護の原因疾患として最も大きい割合を占めている<sup>1)</sup>。超高齢社会を迎えた日本において、脳卒中医療の質のさらなる向上が望まれている。

脳卒中の救急医療は、急性期脳梗塞の治療として組織プラスミノゲンアクチベータ (rt-PA) 静注療法の認可に加えて、rt-PA無効例や非適応例に対して血管内治療による再開通療法が認可され、さらに近年では5つの多施設無作為化比較試験 (RCT)<sup>2)・6)</sup>でその有効性が示され、特に虚血性脳卒中治療は急速な変貌を遂げつつある。その変化に併せて脳卒中治療システムも再構築していく必要があるが、本稿では特にそれらのシステムにおいて重要な役割を担う一次脳卒中センター (primary stroke center : PSC) と総合脳卒中センター (包括的脳卒中センター, comprehensive stroke center : CSC) の各々の施設の違いを中心に、脳卒中診療の医療システムに関して、米国およびわが国における取り組みについて概説する。

### 知って得 米国における脳卒中診療

米国では、1995年にRCTにより急性期虚血性脳血管障害症例に対する3時間以内のrt-PA投与の有効性が証明され、1996年に食品医薬品局によりrt-PA静注療法が認可された。その普及整備を目的としてPSC

の要件が2000年に設けられ、施設認証は非営利団体であるJoint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)が行い、2003年から認証を開始し、近年では1,000を超える施設が認定されており、これは急性期病院全体の約25%にあたる<sup>7)</sup>。

さらに、虚血性脳卒中に対する再開通療法や、出血性脳卒中に対する外科および血管内治療などのより高度な脳卒中医療を常時提供する施設の必要性が高まり、2005年にCSCの要件が設けられ、2012年から施設認証が開始、現在で約100施設が認証を受けている<sup>8)</sup>。

2015年からはrt-PA静注療法を行い、PSCやCSCに転送する機能をもつacute stroke ready hospital (ASRH)の認証が開始されている<sup>9)</sup>。

### 知って得 米国におけるPSC, CSCの違い (表1)

PSCは脳卒中専門病床 (stroke unit : SU) を有しており、必要な検査が24時間可能で、rt-PA投与などの治療が常に施行できることが大きな特徴である。一方、CSCではPSCの要項に加えて、専門の医師 (神経放射線科医や脳血管内治療医) や救急隊と連携する救急スタッフ、stroke教育を受けた看護師などの充実と、それらの教育要件などが細かく規定されている。また、可能な検査および治療可能疾患もさらに広がっていることがわかる。また、CSCでは常時複雑な病態の脳卒中患者に対応できるように、neuro intensive care病床が整備されている。