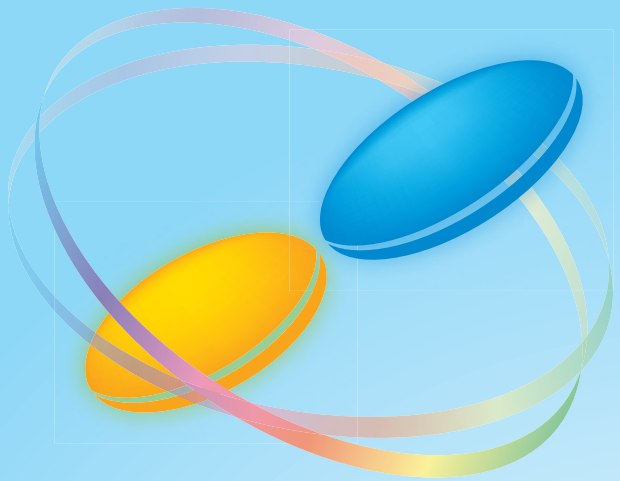


February 2012

No. 6

埼玉医科大学国際医療センター

地域医療連携News

Contents

第42回埼玉医科大学国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター …… 3

第43回埼玉医科大学国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター …… 12

第44回埼玉医科大学国際医療センター　地域医療連携懇話会　救命救急科 …… 16

国際医療センター受診までの流れ …… 23

国際医療センターアクセスマップ …… 24

埼玉医科大学国際医療センターは地域医療連携を積極的に推進しています …… 26

あいさつ

埼玉医科大学　国際医療センター
地域医療連携室長　棚橋　紀夫

埼玉医科大学国際医療センターは、2012年４月で開院6年目を迎えます。病床数も700床となります。本センターは、包括的がんセンター、心臓病センター、脳卒中を含む救急救命センターからなり、高度の医療を実践してまいりました。お陰様で地域の先生方にご支援いただき今日まで発展してまいりました。この間における地域医療連携（病病連携、病診連携）の重要性を痛感しております。毎月１回（第３水曜日）開催しております埼玉医科大学国際医療センター地域医療連携懇話会も40数回を迎えております。懇話会では、当院の各診療科の医療の現状をご紹介すると同時に、地域の先生方、医療関係者のご意見を伺うことができ連携を深めさせていただくことができました。当センターが今後益々、埼玉西部地域を中心とした地域住民の医療に貢献できるようより一層の努力をしてまいります。患者さん中心の医療の実践をテーマにしております。今後とも宜しくお願い申し上げます。

第42回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター　H23.5.19

がん患者の地域医療連携

埼玉県医師会 常任理事
とね川医院 院長　利根川洋二

我が国のがん対策については、「がん対策基本法」および同法の規定に基づく「がん対策推進基本計画」により総合的かつ計画的進められています。

がん診療連携拠点病院については、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化が目標とされています。

がん診療拠点病院には、都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院があります。都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県に1カ所で埼玉県では、上尾のがんセンターです。地域がん診療連携拠点病院は2次医療圏に1カ所となっており、埼玉医科大学国際医療センターおよび埼玉医科大学総合医療センターは地域がん診療連携拠点病院となっております。

がん診療連携拠点病院の指定要件に、我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）について、クリティカルパス（診療計画表）を整備することがあります。現在、県立がんセンターを中心に、埼玉医科大学国際医療センターの佐伯教授、埼玉医科大学病院の持田教授の協力のもと5大がんのクリティカルパスを作成し、試験的にがん診療連携拠点病院で運用中です。

平成22年の保険点数改定でがん治療連携計画策定料とがん治療連携指導料が算定できるようになりました。がん治療連携計画策定料は、がん診療連携拠点病院等が算定する点数で、クリティカルパスを用い、がんの地域連携診療計画を策定した時に、退院時に算定します。

がん治療連携指導料ですが、これはがん診療連携拠点病院から患者を引き継いだ医療機関が算定する点数で、治療計画に基づく診療を提供し、がん診療連携拠点病院に対して患者診療に関する情報提供をした際に、月に1回に限り算定します。

がん治療連携計画策定料およびがん治療連携指導料は、あらかじめ届け出が必要となります。

埼玉県医師会としましては、がん治療連携計画策定料およびがん治療連携指導料がスムーズに算定できるよう、埼玉県内において、がん診療拠点病院等との連携を希望する医療機関情報を事前に把握し、その情報を拠点病院へ提供し、届出を間違いないものにし、これらの算定を8月1日より実行したいと考えております。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

第42回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター　H23.5.19

がん患者の地域連携

医療法人菊一会鶴ヶ島池ノ台病院
理事長・院長　石井　俊昭

本邦における癌死は増加の一途であり、年間死亡総数の三分の一は癌死で、その数は30万人を超える。この様な状況下において、癌と云う複雑で困難な疾病治療に鑑み、基幹病院と地域医療機関との連携が如何にあるべきかを自験例を基に多少の考察を試みたので報告する。

当院より埼玉医科大学3病院への年間紹介患者数は、毎年500例を超えるが、その内“癌および癌疑い”症例は180例（35％）を超え、紹介症例の3分の1は癌症例である。（図―1、図―2）

平成22年4月以降、保険診療規則の変更により国際医療センターと当院の間で５癌治療連携施設届出書を既に提出しているが、基幹病院での治療終了後に地域連携癌治療計画策定書を持参し来院する外来患者は多く無い。　従って当院における癌治療連携指導料300点算定患者も極めて少ない。保険診療点数上の連携制度が創設されても連携実務が伴っていないのが現状であり、今後の課題である。（図―3）

一方、平成21年1月1日より平成23年3月31日までの27ヶ月間に当院にて看取った患者数は130名である。この130例中、埼玉医大3病院からの紹介看取り患者数は計66例。日高国際医療センターからは44症例の紹介があり、ほぼ全例が末期癌患者であった。（図―4）　当院にホスピス病棟は無いが、これら癌症例患者に対し全職員が誠意と慈悲の念をもって緩和医療（BSC）を行ったが、残念ながら平均入院日数（生存日数）は28.2日と短いものであった。（図―5、図―6）　人生の最後の1ヶ月間を癌患者とその家族と共に過ごした闘病生活の中で幾つかの問題点を感じたので率直に提示をしたい。（症例―1、2、3）

云い尽された言葉ではあるが、癌治療地域連携においては、特に基幹病院における癌治療連携計画策定書に関わる“説明と同意が絶対必要条件”である。

治療方針に対する丁寧な説明と同意を得る努力は、基幹病院担当医師の重要な責務であります。患者・家族の理解度・理解力、経済的背景や家族関係まで踏み込んだ情報提供が為されることが必要です。診療情報提供書のみならず「説明と同意書」のコピー添付が追加されれば、さらに連携が円滑になり意思疎通が良好になると思われる。また治療が複数科にまたがる症例では、責任診療科を明確にし、その診療科の責任において包括的治療方針に関し十分な説明と同意が得られていることが連携上大変重要です。その努力の積み重ねにより患者・家族の信頼を得ることとなり、互いに称え合える円滑な癌治療地域連携の構築が可能になるものと確信致します。（図―7）

図ー1

当院における患者紹介

【2010年1月1日～12月31日：(医)菊一会　鶴ヶ島池ノ台病院】

	2010年度	2009年度
1. 埼玉医科大学病院（毛呂）	260例	256例
2. 国際医療センター　（日高）	248例	239例
3. 川越総合医療センター	32例	36例
小　計	540例	531例
4. その他施設	186例	171例
総　計	726例	702例

図ー2

“癌”および“癌疑い”症例　患者紹介

(医)菊一会　鶴ヶ島池ノ台病院

	2010年度	2009年度
1. 国際医療センター（日高）	145例/248例 (58. 5%)	132例/239例 (55. 2%)
2. 埼玉医科大学病院	41例/260例 (15. 8%)	45例/256例 (17. 5%)
両病院への紹介総数	186例/508例 36. 6%	177例/495例 35. 8%

図ー3

外来通院におけるがん治療連携

がん治療連携指導料　：　300点/月

がん治療連携計画策定料は、がん治療連携拠点病院にて算定

【算定基準】

1. 施設基準：特になし　；地方厚生局に届け出た保険医療機関なら可
2. 外来通院患者（入院患者は除く）：患者の同意必要
3. “患者ごとに作成された治療計画”に基づく診療の提供
4. 計画策定病院に対し患者情報提供をした際に算定できる
5. 患者の状態変化により、計画策定病院に対し治療方針等につき相談・変更が必要になった際にも算定可。

図ー4

当院おける27ヶ月間の“看取り”患者総数と内訳

(2009年1月1日～2011年3月31日　現在)

(医)菊一会　鶴ヶ島池ノ台病院

		【日高】	【毛呂】	【川越】
1. 2009年	55名	17名	11名	1名
2. 2010年	49名	18名	5名	2名
3. 2011年	26名	9名	2名	1名
計	130名	44名 (33. 8%)	18名 (13. 8%)	4名 (3%)

図ー5

国際医療センターより紹介を受けた“看取り症例”44例

(2009年1月1日～2011年3月末までの27ケ月間)

	2009年	2010年	2011年	計44例
1. 腫瘍内科	4例	5例	2例	11例
2. 呼吸器センター	5例	5例	1例	11例
3. 泌尿器腫瘍科	3例	7例		10例
4. 消化器病センター	1例	1例	2例	4例
5. 婦人科腫瘍科	1例		1例	2例
6. 頭頸部腫瘍科			2例	2例
7. 乳腺腫瘍科			1例	1例
8. 脳脊髄腫瘍科	1例			1例
9. 造血腫瘍科	1例			1例
10. 救命救急	1例			1例

(医)菊一会鶴ヶ島池ノ台病院

図ー6

貴院より紹介戴いた末期癌患者と死亡までの平均入院日数

(2009年1月1日～2011年3月31日現在：27ヶ月間)

			平均在院日数
1.	肺がん	10例	30日
2.	食道・胃がん	6例	23日
3.	腎臓・尿道がん	5例	42日
4.	前立腺がん	3例	356日
5.	膵臓がん	3例	28日
6.	乳がん	2例	15日
7.	悪性リンパ腫	2例	47日
8.	胆嚢・胆管がん	2例	21日
9.	卵巣・子宮がん	3例	39日
10.	肝臓がん	2例	18日
11.	原発不明がん	2例	28日
12.	急性白血病	1例	71日
13.	大腸がん	1例	38日
14.	舌がん	1例	70日
15.	クモ膜下出血	1例	395日
		44例	28.2日

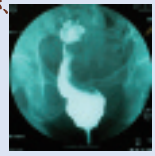
症例 1.

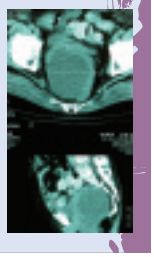
患者：59歳女性。夫婦共に聾唖者で手話通訳必要。
経過：2005年11月7日、腹満・腹痛、呼吸苦を主訴に当院初診。同日、卵巣がんと診断し埼玉医大紹介。同年、11月28日開腹するも試験開腹に終わる。病理診断は serous papillary adenocarcinoma FIGO分類stage Ⅲc その後、化学療法施行

2011年4月12日、便秘、腹痛および肛門部痛にて座位になれないとの訴えにて当院初診。 貴院外来通院治療中のため、通訳が10日程前より電話で患者症状を訴え診察を願で出るも、近くの消化器科受診勧められ聞き入れられずとのこと。（誰が電話で応対しかは不明）

患者の病状経過を聴取し、外来直腸診のみにて病態の診断は十分可能でした。

右に敢えて同日のX-Pを提示致しますが、詳細は申し上げる必要もありません。



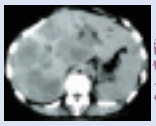


患者や病気に対する基本的配慮と医師として患者に対する慈悲の情が欠如して居ると云われも致し方ない症例でした。

症例 2.

患者：69歳女性、入間市在住、一人暮らし。
病歴：平成23年2月頃より臍周囲の鈍痛自覚。疼痛漸次増強のため4月8日近医受診。
肝臓機能異常を指摘され、埼玉医科大学（毛呂）紹介される。
大学受診後、癌疑いにて国際医療センターへ紹介受診。
4月13日採血、4月18日、CT検査施行され、手術および化学療法の適応なしとの診断にて、緩和医療を勧められた。
4月20日："結腸がん疑い、転移性肝腫瘍疑い、確定診断されておりませんが緩和医療お願いします。" との紹介状持参にて当院初診。
患者、家族共に急な出来事にて病状認識が希薄で十分に納得して居ない様子であった。

しかし、外来での直腸診，直腸鏡、Echo.等の簡単な検査で、手間は掛けずとも確定診断は十分可能な症例です。因みに原発巣は、RS部直腸がん（Well diff. adenocarcinoma）と直ぐに診断可能でした。
基幹病院の責務として、仮に治療不可能な症例であっても、丁寧な診断と説明、病状に対する患者・家族の同意・納得を得る努力と愛情・慈悲の心が必要でしょう。
基幹病院として確定診断も付けず、患者を捨てる様な行為は厳に慎むべきこと考えます。



症例 3. 幾つかの診療科にまたがる場合のお願い

患者：70歳女性
病歴： 1997年8月 食道がんにて右開胸食道全摘、胃管食道吻合。術後照射。
2008年5月 吻合部狭窄にて拡張術施行の際、下咽頭がん判明。
2008年6月 下咽頭がん内視鏡的切除、 50Gy術後照射
2009年5月 明海大学口腔外科より舌癌にて紹介され、
2009年6月 舌癌切除＋左頸部郭清＋腸瘻作成
2010年1月 左頸部への再発・転移にてサイバーナイフ治療後、退院
在宅療法を行っていたが、左頸部板状硬となり腫瘤増大傾向。
自宅にて経腸栄養を行うも漸次全身状態不良となり、
2010年11月29日、日高受診し明らかな再発なしとして消化器病センターより当院紹介入院となる。 来院時、患者、夫ともに緩和医療との認識はなし。
入院2週後の12月中旬には、左頸部腫瘍は更に増大。大学頭頸部腫瘍科受診を強く希望。 患者、家族の希望に従い、12月15日、27日、翌年1月5日と大学受診。
大学受診の予約を入れて戴いた事は有り難いことであった。当院の内視鏡検査では、頸部食道，胃管に腫瘍性変化なく最終診断は舌癌の頸部転移とのこと。
潰瘍形成、頸動脈浸潤による大出血の可能性も大であったが、H23年2月8日他界。

紹介出し診療科と責任病変診療科が異なる場合、患者側の理解と同意に齟齬が生じ紹介受け側の患者対応に大きな不信感や不安感を生じさせ、要らぬ労力を費やさなければ成らないことがしばしばあります。
主診療科を明確にし、その科における責任ある『説明と同意』を得ることを切にお願いしたいと思います。

図ー7

がん患者外来治療およびBSCのための地域連携

【説明と同意】 ： 絶対必要条件

1. 患者・家族が病状・病態、予後等に関し十分理解・納得し治療方針について同意が得られていることが絶対必要
   診断・治療に対する丁寧な説明と同意は基幹病院担当医師の責務

2. 患者・家族の理解能力、理解度、経済的背景や家族関係まで踏み込んだ情報提供が必要

3. 現在の情報提供書のみでは、 1. 2. が不十分で最低限基幹病院での≪説明と同意書コピー添付≫を戴きたい

4. 複数の治療科にまたがる症例は、責任診療科を明確にし、その科の責任において正に包括的な治療方針に付き十分な説明と同意を得ていることが 必要

第42回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター　H23.5.19

地域医療連携パス

埼玉医科大学　国際医療センター
小児心臓外科　鈴木　孝明

2010年の診療報酬改定で、地域医療連携クリティカルパスの適用が、がん疾患にまで拡大されました。地域連携診療計画、いわゆるがんパスです。2006年の第5次医療法改正により連携パス普及の方向性が打ち出され、2007年にはがん対策推進基本法により、がん診療連携拠点病院では5年以内に5大がんの地域医療連携クリティカルパスを整備することが義務化されました。

がんパスは急性期病院とかかりつけ医の間の双方向型、循環型の連携パスで、日常の健康管理と専門的診療の役割分担を進めるものであり、いわば主治医が二人に増えることになります。専門医は精密検査や増悪期の治療を担い、かかりつけ医が定期的な検査や投薬、併存疾患や他の病気の治療を行うことになります。このパスの有用性は効率的な情報提供により患者さんの治療内容や治療経過を医療施設同士で正確に把握することができ、患者さんも自分の治療計画を把握しやすく、患者さんにとってメリットの大きい地域完結型の医療ができることです。

しかし、現時点においてはまだまだ十分普及しているとは言えません。基幹病院においてはパスの作成や運用のサポート体制が不十分であり、また基幹病院ごとに異なる連携パスが使用されている状態です。埼玉県ではようやく5大がんの統一パスが使えるようになりました。これからの普及定着に期待がかかっています。

少子高齢化に伴い、生活習慣病を併発した高齢者のがん患者が増加することは明らかであり、二人主治医制ともいえるがんパスの普及定着は速やかに行うべき課題です。このためには専門病院の医師、かかりつけ医、および患者さん自身と家族の意識改革も必要です。医療連携パスを活用して、患者さんが住み慣れた地元で不安を感じることなく完結する医療を受けられるようにしていかなければなりません。

がんパスを運用することで、計画策定病院はがん治療連携計画策定料を、連携医療機関ではがん治療連携指導料を算定することができます。いずれも関東信越厚生局に届け出が必要です。算定には患者さんの同意書などいくつか留意事項がありますので、詳細については地域医療連携室にお問い合わせください。

埼玉医科大学国際医療センター地域医療連携懇話会（2011.5. 18）

地域医療連携パス

小児心臓外科教授・保険診療指導室長
鈴木　孝明

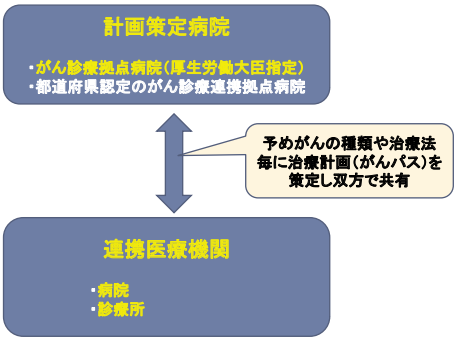
がんは“国民病”

- 生涯のうちがんに罹る可能性
  - 男性54%
  - 女性41%
    - 国立がんセンターがん対策情報センターの推計
- 今後、がんによる死亡者数、罹患者数はますます増加
  - 高齢化社会　→　がんが高齢者に多い疾患

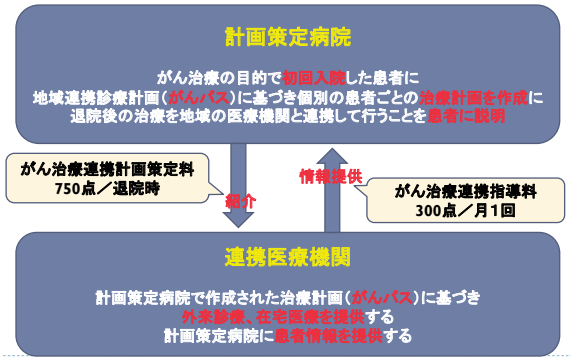
行政誘導の医療連携

- 2000年度診療報酬改正
  - 医療施設の機能分担と連携を促進する観点が盛り込まれた
    →今後、行政誘導で進展していく
- 2006年度診療報酬改正
  - 地域連携クリティカルパスの運用が初めてが評価
    - 地域連携診療計画管理料、地域診療計画退院時指導料
    - 大腿骨頸部骨折治療の連携パスのみ
- 2010年度診療報酬改正
  - がん地域医療連携クリティカルパスに初めて点数がついた
  - がん種を問わない→すべてのがんが対象

2010年診療報酬改正とがんパス



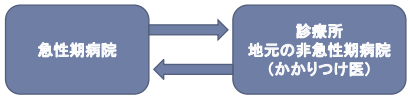
2010年診療報酬改正とがんパス



行政誘導の医療連携

- 2006年第五次医療法改正による医療計画の見直し
  - 疾病・事業別に地域の医療連携体制を構築し、連携パスの普及等を通じて、シームレスな医療を提供していく方向性
    - がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4疾病
    - 小児医療（小児救急含）、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療の5事業
    - 在宅医療（終末期医療含）
- 2007年がん対策推進基本法の施行
  - 5大がんの地域医療連携クリティカルパスを整備（5年以内）
    - 患者団体からの「がん患者の切れ目のない連携によって、がん難民をこれ以上出さないで欲しい」という切なる願いからがん対策推進基本計画に導入された

双方向型（循環型）地域連携パス



日常の健康管理と専門的診療の役割分担
主治医が2人になる（増える）
専　門　医：精密検査、増悪期の治療
かかりつけ医：投薬、定期的な検査、併存疾患や他の病気の治療

がん、心臓病などの地域連携パス

地域連携パスのメリット

- 効率的な情報提供ができる
  - 急性期病院での治療内容や回復の程度が、連携先医療機関のスタッフが把握できる
  - 連携先医療機関の治療内容・計画を急性期病院のスタッフから説明できる
- 医療施設同士の話し合いができる
  - 連携パスの作成・運用について送り手側・受け手側のスタッフが直接話し合う機会が得られる　⇒本日もその1つの事例
- 転院・退院がスムーズになる
  - 急性期病院に入院中に連携先病院での治療も組み込んだ治療計画をたて、患者や家族に説明できる
- 地域完結型医療ができる

連携で主治医が増える

- 連携パスにより手術をした病院の主治医と“かかりつけ医”という主治医が増える ⇒患者のメリット
- かかりつけ医のメリット
  - 普段から生活環境・暮らしぶりをよく知る診療所の医師にちょくちょく体調チェックしてもらうほうが異常の発見が早く確実
  - 専門分野以外の病気や日常の軽い病気も幅広く診てもらえる
  - 必要に応じて専門病院での検査や治療が受けられるよう紹介してくれる

連携パス運用の温度差

- 基幹病院
  - パス作成・運用
    - 病院全体の活動になっていない
    - 現場の医師・看護師に任せっきり →サポート体制が機能してない
- 連携先の医療機関
  - 基幹病院ごとに異なる連携パスの運用
- 地域統一化の課題
  - 地域個々の特性や資源を反映したパスの作成・運用

統一パス（埼玉県医療連携手帳）

生まれたて！
これから普及

同じ医療圏で統一したパスが使える
受け手側の医療機関にとっては、送り手側の急性期病院によって異なる内容の連携パスを使用されては混乱する ⇒統一パスの活用

連携先の医師の不安？

- 専門外の病気、特にがん等の重大な病気のフォローを任されるのは責任重大だ！
- 患者の何を観察し、どのような検査をどのような間隔で行い、投薬はどうするのか？
- 異常を発見した際や、緊急時の対処や連絡窓口はどこなのか？

⇩

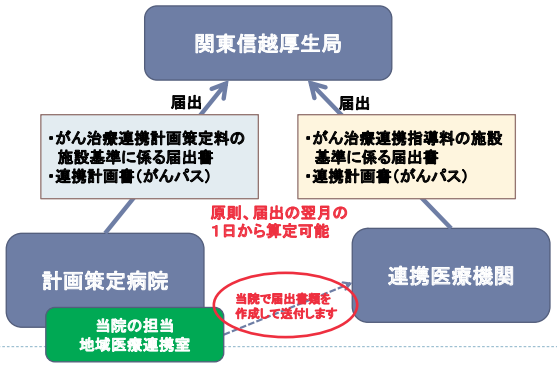
- これらが記載されているのが連携パス
  - 丁寧な診療情報提供とバックアップシステムの確保
  - がん相談支援センターや地域医療連携室など病院全体の協力体制

医療連携が目指すもの

- 住み慣れた地元で医療を受けられるための医療連携
  - 双方向型（循環型）パスを定着させ、がん患者（緩和を含む）を地域全体で支援する
- 疾病の発生予防と重症化防止につながる医療連携
  - 急性期医療や精密検査を病院で行い、専門医との連携の下で診療所の医師が日常診療を行う
    - ⇒日常診療スケジュールの策定＝医療連携パス
- 病院・診療所・患者の三者がハッピーになる医療連携

医療連携パスを活用して達成！！

がん治療連携指導料を算定するには



算定の留意事項

- がん治療連携計画策定料
  - 入院時に地域連携診療計画に沿って治療を行うことの患者の同意が必要
    - →同意書又は診療録に同意を得た旨を記載
  - 患者ごとの治療計画を作成し説明、患者、家族に文書で提供
    - →説明を受けた患者、家族の署名
    - →患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付

算定の留意事項

- がん治療連携指導料300点 ←連携病院の収入
  - 治療計画に基づく医療を提供
    - →診療録に診療内容を記載
  - 計画策定病院に患者の診療情報提供
    - 治療方針等の相談・変更の情報提供を含む
    - →診療情報提供書を診療録に貼付

第42回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター　H23.5.19

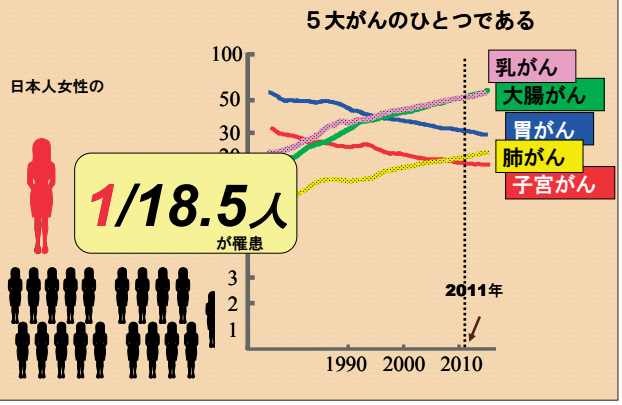
乳がん治療連携計画の実際

埼玉医科大学　国際医療センター
乳腺腫瘍科　藤内　伸子

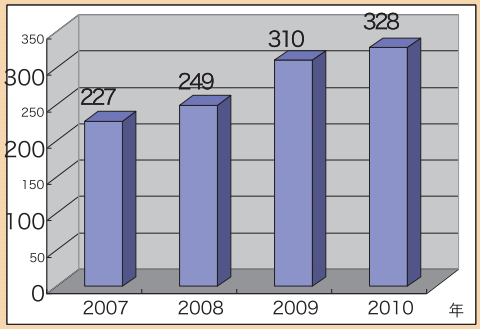
この度、がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の保険算定ができるようになりました。乳がんでは、内分泌療法薬の処方など治療連携していただくことが多いと思いますので、「乳がん」について少しお話させて下さい。

1. 近年、がん患者総数は増えていますが、特に乳がんの罹患率は上昇しています。
2. 当院での乳がん手術数も増え、全国ランキング20位内に位置するようになりました。たくさんの患者さんをご紹介くださる連携医療機関の先生方に、この場をお借りして感謝申し上げます。
3. 手術数が増えると、外来患者数も増えます。集中的治療が済み、内分泌療法薬処方のみの患者受診数が多くなると、治療前や集中的治療を行っている患者さんの診察時間を圧迫してしまいます。内分泌療法は５年間に及びますので、処方と経過観察について連携していただけると大変助かります。
4. 乳腺腫瘍科では、乳がん治療についての患者向け資材を活用しています。
5. 医療連携のことや、術後定期検査はマンモグラフィのみが推奨であり、遠隔転移を見つけるための検査はしないことを説明するページがあります。
6. 日本乳癌学会ガイドラインでも、遠隔転移検索は推奨グレードCになっています。
7. 実際の連携の流れは次の通りです。
   退院時に、連携先宛ての診療情報提供書と連携計画書を患者さんへ渡します。患者さんは連携先を受診します。病理結果未着でも適用する可能性のある連携計画書で作成し、病理判明後に個別の治療計画を策定することで保険算定可能です。そして当院で化学療法や放射線療法を行い、内分泌療法を開始します。その後、連携先で処方や経過観察を行い、当院へは６～１２ヶ月毎の受診とします。
8. 乳がん治療では、内分泌療法薬の長期投与が必要なことなどから、医療連携が必須です。乳がん治療連携計画にご協力いただけますようお願い申し上げます。

1、乳がんは増えている



2、当院の手術症例数



3、どこを治療連携するのか?

4、乳がん患者さん向け資材

5、患者さんへの説明

- 医療連携を行っています。
- 経過観察の検査や経口薬の処方などは地域医療機関で行います。

- 乳がん手術後の定期検査
  年１回のマンモグラフィ
  ＊遠隔転移を見つけるための検査は推奨されていません。

6、推奨される術後経過観察

- 初期治療後の定期的な検査を勧める十分な根拠はない。 推奨グレード C

（血液検査, 胸部Xp, CT, 肝US, 骨ｼﾝﾁ, PET etc.）

- 初期治療後、定期的なマンモグラフィは対側乳癌の早期発見のために強く勧められる。 推奨グレード A

日本乳癌学会/編 乳癌診療ガイドライン４検診・診断 2008年版

7、実際の流れ

乳腺腫瘍科：乳がん手術で入院、退院時に
連携先医療機関宛の診療情報提供書
地域連携診療計画
↓ （がん治療連携計画策定料　750点）

連携医療機関：外来医療提供
診療情報提供書
↓ （がん治療連携指導料　300点）月1回算定

乳腺腫瘍科：化学療法・放射線療法など施行後、
内分泌療法導入
↓
連携医療機関：内分泌療法薬処方、血液検査など
診療情報提供書
↓ （がん治療連携指導料　300点）

乳腺腫瘍科：6～12ヶ月毎　受診

8、乳がん診療における連携

- 定型的な治療計画が立てやすい。
- 内分泌療法など長期間の投薬が必要。
- 内分泌療法（アロマターゼ阻害剤）服用中の骨密度検査や骨粗鬆症管理が必要。

↓

ぜひ、がん治療連携にご協力ください。

第43回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター　H23.7.27

埼玉北部･西部地区前立腺癌患者状況～PSA病診連携パスを通じて

埼玉医科大学　国際医療センター
泌尿器腫瘍科　小山 政史

光力学的診断(PDD)および治療(PDT)が着目されるようになり100年以上の年月が過ぎた。光感受性物質としてはポルフィリン誘導体を主体に基礎ならびに臨床研究が進められてきたが，近年5-アミノレブリン酸（以下、ALA）の登場で再びPDD、PDTへの関心が高まっている。

ALAはもともと動植物の生体内に含まれるアミノ酸の一種であり，ヘム、ビタミンB12、クロロフィルなどのポルフィリン類の原料となる物質である。私たちが普段口にしているワイン、日本酒、ビール、酢といった発酵食品や加工飲料，生食品にも含まれている。ALAは脳腫瘍をはじめ多種の悪性腫瘍に対して特異的に集積をするが、泌尿器科がんの場合にも腎細胞がん、腎盂尿管がん、膀胱がんなどに特異的に集積をする。我々は当初、膀胱がんに対してALAを膀胱内注入することにより光力学的診断を行ってきたが、現在はALAを経口投与し膀胱がんのみならず腎細胞がん、腎盂尿管がんなどに対して臨床試験を行っている。本カンファレンスではALA経口投与における安全性を評価し、各泌尿器科がんに対するALA集積および蛍光強度の特徴を述べるとともに、実際の臨床に如何に光力学的診断を応用してゆくかを解説する。臨床応用の展望を一部紹介すると、腎細胞がんに対して腎部分切除術を施行する際にALA併用光力学的診断を用いることで術中リアルタイムなサージカルマージンの検出が可能となる。カンファレンス当日は腎細胞がん、腎盂尿管がん、膀胱がんにおけるALA併用光力学的診断の今後の展望について紹介する。

5-アミノレブリン酸併用光力学的診断 泌尿器科がんへの応用

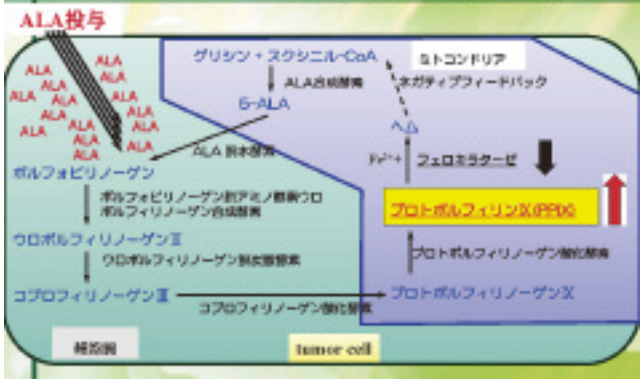
泌尿器腫瘍科　小山政史

1　2010/11/22

Photodynamics -ALA-の歴史

1987　ALA（第三世代）の開発　by Malik
1990　皮膚癌に対するALA局所投与-PDT　by Kennedy
1992　膀胱癌に対するALA膀胱内注入-PDD　by Kriegmair
1993　口腔癌に対するALA経口投与-PDT　by Bown
1996　ALAエステル化合物によるPDT　by Peng
1999　ALA：日光角化症のPDT が米国食品医薬品局(FDA)の認可
2005　Hexvix®（hexaminolevulinate: PhotoCure社）
　→欧州医薬品審査庁（EMEA）の認可。
2010　Hexvix®　→FDAも認可。

ALA-PDD/PDTのメカニズム
-ALA投与時の腫瘍細胞内におけるALA代謝経路-



前立腺癌への応用

2009年：多施設共同臨床Ⅱ相試験-SM検出率に関して-
前立腺全摘術患者に術前ALA経口投与

→後腹膜腔鏡下ope 24例　・・感度 75%，特異度 88%
→開放創ope　15例　・・感度 38%，特異度 100%

蛍光発色 -：28例・・・うち22例が本当にSM -
蛍光発色 +：11例・・・うち 9例が本当にSM +
●false negative→開放創opeに多い
●false positive →後腹膜腔鏡下opeに多い

将来，ALA-PDDによる術中SM診断が可能になる？！

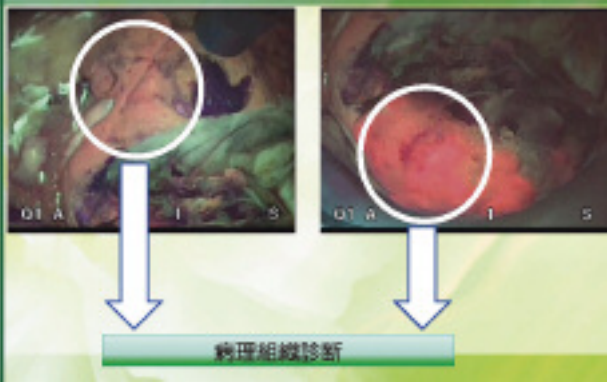
腎細胞癌への応用

2009年：臨床試験の報告

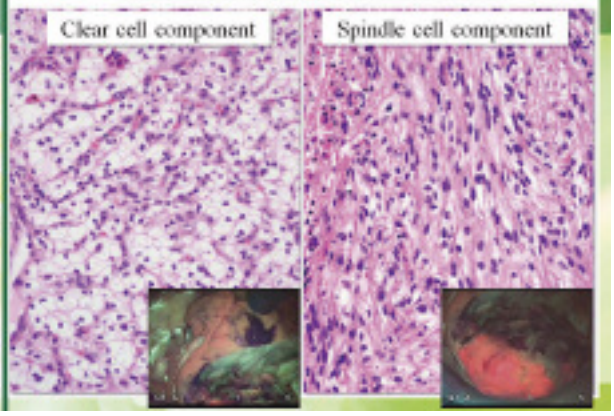
Laparoscopic Partial Nephrectomy患者に術前ALAを経口投与
→腎細胞癌68例中58例(95.1%)で腫瘍特異的蛍光発色
→2例においてSMが蛍光発色
●追加切除にて癌の存在が確認●

LAP-Pratial NxのALA-PDD精度
（感度　95%　特異度　94%）

腎細胞癌に対するALA-PDD



Clear cell carcinoma of the kidney



膀胱癌への応用

ALA-PDD vs 通常TUR-BTによる腫瘍検出率の臨床試験
- 膀胱癌875症例 -
→総生検数のうち23.7%がALA-PDDにより新たに発見。
→CISでは43.4%が通常の白色光下では視認できなかった。

EAUガイドラインでもCISが疑われる場合にはPDD下にての生検が推奨されている。　（推奨度C）

ALA-PDD vs 通常TUR-BTにおける膀胱癌非再発率の検討
-前向き無作為化臨床試験-

●8年非再発率　通常TUR-BT　：45%
　ALA-PDD-TUR-BT　：71%

第43回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　包括的がんセンター　H23.7.27

埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科の現況と将来展望

埼玉医科大学　国際医療センター
婦人科腫瘍科　藤原　恵一

2007年4月1日、国際医療センターの開院当時掲げた、婦人科腫瘍科の到達目標を振り返り、達成度を検証するとともに、今後の方向性を考えてみました。

婦人科腫瘍科の方針としてうち立てた目標はスライド1のとおりです。

このうち最も重要な、患者さん第一主義は浸透してきたと自負しております。次に患者満足度についてですが、患者さんを慈しむ心で接するためには、診療者の心のゆとりの確保が重要です。残念ながら現状では十分な人員確保が追いつかず、ぎりぎりで運営しているのが実情です。優秀な後進が育ってきていますが、さらに若い力を育成する努力が必要です。

地域連携施設との情報交換、共有は、地域の先生方のご尽力により良いレベルになってきました。今後とも力強いサポートをお願いいたします。

患者満足度世界一を目指すためには、他施設では行えない治療の開発が求められます。そのためには世界に先駆けた臨床試験の遂行が必須といえます。婦人科腫瘍科ではGOG Japanの本部として米国GOGとの共同試験を推進してきました。その結果、世界最先端の治療法の開発を目的とした、質の高い臨床試験の遂行は可能となってきましたが、さらに充実したシステム作りが必要です。高い質を保つためには、時間をかけて人材を養成する必要があります。我々は、臨床試験支援センターの協力と臨床試験グループの教育セミナーなどを活用し、婦人科腫瘍科の臨床試験をサポートするCRCを養成しております。今後は施設全体で支援を行えるような体制整備がのぞまれるところです。

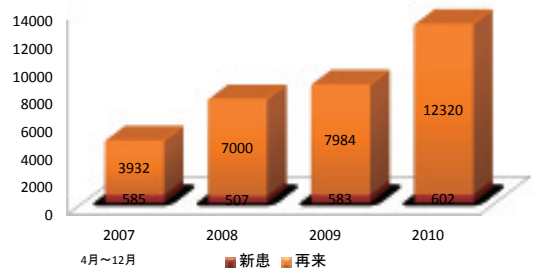
さらにトランスレーショナルリサーチを強化することにより、最新治療の開発も推進していきたいと考えております。

教育に関しては、埼玉医科大学病院産婦人科と連携を強化し、初期研修医、後期研修医の研修体制を充実させていくとともに、大学院生、留学生を受け入れ、リサーチマインドあふれる優秀な臨床医の育成に力を注いでいく方針です。

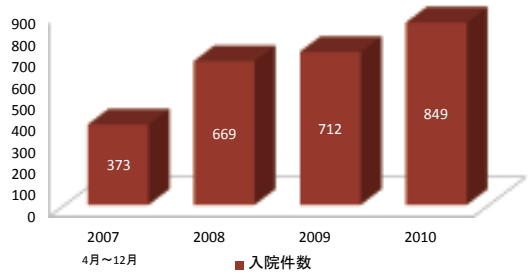
2007年から2010年の診療実績の推移の詳細については、添付のスライドをご参照ください。

- 診療方針
  - 病院の理念に基づき、患者さん第一主義を貫く
  - 治療成績、患者満足度世界一を目指す
    - 患者さんを敬う心で接する
      - ゆとりを持った診療体制
      - 優秀な後進の育成
    - 地域連携医療施設との情報交換の強化
    - 世界最先端の治療法の導入と開発
      - 質の高い臨床試験の遂行
- 患者満足度の向上のために
  - 来院から2週間以内に治療開始を目指す。
  - 最高峰の手術、放射線治療、化学療法を行う
  - 新しい治療法の開発

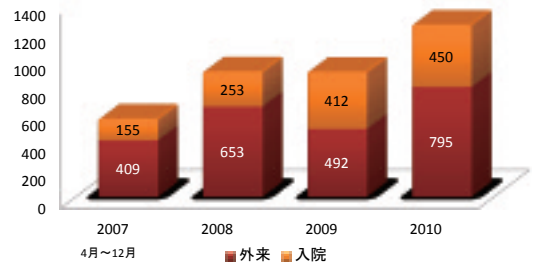
外来患者数の推移



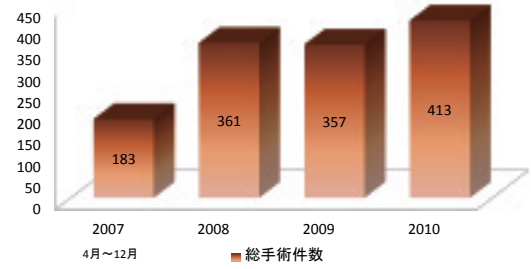
入院患者件数の推移



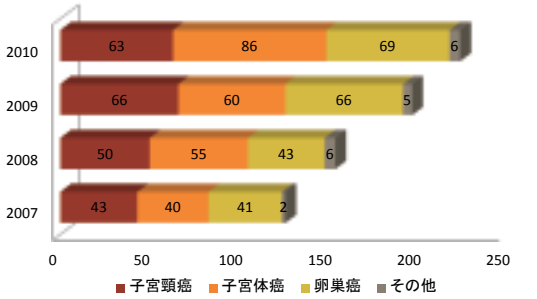
化学療法患者数の推移 処方数



オペ件数の推移



婦人科浸潤癌症例数の推移



2009年浸潤癌症例実績 全国ランキング(日産婦報告)

- 子宮頸癌 (66)　15 位
- 子宮体癌 (60)　14 位
- 卵巣癌　(66)　2 位

疾患別症例数(浸潤癌)　2010年

- 婦人科浸潤癌　234　例
  - 子宮頸癌　70*
  - 子宮頸部癌肉腫　1
  - 子宮体癌　78*　**
  - 子宮癌肉腫　7
  - 子宮肉腫　1
  - 卵巣癌　61**
  - 腹膜癌　4
  - 卵管癌　2
  - 腟癌　2
  - 外陰癌　4
- 重複癌　8例
  - 頸癌＋体癌　1*
  - 頸癌＋乳癌　1
  - 頸部癌肉腫＋乳癌　1
  - 体癌＋卵巣癌　2**
  - 体癌＋乳癌　1
  - 卵巣癌＋大腸癌　1
  - 卵巣癌＋腎癌　1
- その他の癌
  - 転移性卵巣癌
    - 大腸癌　3
    - 胃癌　2
    - 虫垂　1
    - 子宮肉腫　1
  - 後腹膜癌　1
  - 原発不明癌　1

リサーチプロジェクト On-going or Closed

- 臨床試験
  - Genome解析を伴ったDose-Dense TCip療法　II
  - iPocc試験 (GOTIC-oo1/JGOG3019) III 高
  - GOG213試験　III 国際　高
  - 子宮頸がんに対する新規がん抗原ペプチドを利用したがんワクチン I
  - TAP療法　II
  - DC 頸部非扁平上皮がん　II
  - Doxil Supportive Care II
- 新薬開発治験
  - GOG218 III 国際 医師主導
  - S-I (頸癌) III 国際
  - MORAb-003 (卵巣癌) I
  - MORAb-003 (卵巣癌) III　国際
  - AMG386 (卵巣癌) III 国際
  - Ombrabulin (婦人科癌他) I 国際
- Translational Research
  - 卵巣癌におけるFARの検討

第44回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　救命救急センター　H23.9.21

外傷センターの整備に向けて

埼玉医科大学　国際医療センター
救命救急科　根本　学

日本における外傷による死亡は若年者の死亡原因の第1位であり、この世代の死亡が多いことは社会的損失と言わざるを得ません。悪性疾患や急性冠症候群、脳血管障害（いわゆる生活習慣病）に対しては国民の関心が高いため、各センターが整備され、内科・外科の枠を超えた医療チームにより質の高い診療が可能となってきました。一方、高い死亡率が予測される重症外傷患者の診療は救命救急センターが担うとされながら、外傷診療を専門とする医師の圧倒的な少なさや、医療機関内の理解、協力体制の不備等から、多くの救命救急センターで質の高い外傷診療が提供されているとはいえない現状にあり、外傷は「現代社会における無視されている疾患」と言わざるを得ません。

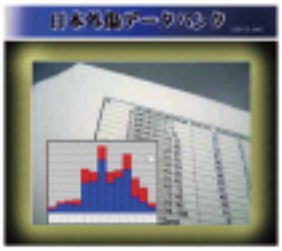
1960年代後半、米国における「防ぎ得た外傷死」の発生率は26～52%と驚愕に値する結果が報告され、これを受けてシステムを見直し、外傷チームによる質の高い外傷診療を提供する外傷センターが整備され、1980年代には、その発生率を1～20%にまで改善することができました。しかし、日本では21世紀の今日ですら、その発生率は40%と極めて高く、早急な対策が必要と考えられています。その一つとして、日本外傷学会は2010年に外傷専門医制度ならびに外傷専門医研修施設認定制度を発足させました。主たる目的は、重症外傷患者の診療に責任を持つ基幹的医療施設（外傷センター）を設置し、広域医療圏において外傷患者を集約することで医療機関の外傷診療体制の成熟と外傷外科医の技術向上や育成を進めることで、生活習慣病対策から取り残された外傷診療を同じレベルにまで引き上げ、社会的損失を抑えることにあります。

埼玉医科大学国際医療センターは、開設時から救命救急科医師を中心に外傷診療を展開し、2010年11月に外傷専門医研修施設に認定されましたが、同年における「防ぎ得た外傷死」発生率は16.1%と決して満足できる数値ではありません。この死亡症例全てが当院医療圏外で受傷され、当院搬入まで100分以上を有していたことを考えると、広域救急医療圏における新たな戦略が必要となります。関連施設の先生方や各消防本部と更なる連携強化を図り、一人でも多くの外傷患者診療に取り組んでいく所存ですので、ご理解ご協力賜りますようお願い申し上げます。

参考資料

特定非営利活動法人　愛知万博記念災害・救急医療研究会：21世紀日本の救急医療政策提言101，救急医療創国．2011.

外傷専門医研修施設認定の報告



埼玉医科大学国際医療センター
救命救急科
根本　学

年齢別死亡統計（厚生労働省2008）

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
総数	悪性新生物	心疾患	脳血管障害	肺炎	不慮の事故
0歳	先天奇形等	呼吸障害等	SIDS	不慮の事故	出血性障害
1～4歳	不慮の事故	先天奇形等	悪性新生物	肺炎	心疾患
5～9歳	不慮の事故	悪性新生物	不明確な新生物	肺炎	新生物
10～14歳	不慮の事故	悪性新生物	自殺	心疾患	不明確な新生物
15～19歳	自殺	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	先天奇形等
20～24歳	自殺	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	脳血管障害
25～29歳	自殺	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	脳血管障害
30～34歳	自殺	悪性新生物	不慮の事故	心疾患	脳血管障害
35～39歳	自殺	悪性新生物	心疾患	不慮の事故	脳血管障害
40～44歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管障害	不慮の事故
45～49歳	悪性新生物	自殺	心疾患	脳血管障害	不慮の事故
50～54歳	悪性新生物	心疾患	自殺	脳血管障害	不慮の事故
55～59歳	悪性新生物	心疾患	脳血管障害	自殺	不慮の事故
60～64歳	悪性新生物	心疾患	脳血管障害	自殺	不慮の事故
65～69歳	悪性新生物	心疾患	脳血管障害	肺炎	不慮の事故
70～74歳	悪性新生物	心疾患	脳血管障害	肺炎	不慮の事故
75～79歳	悪性新生物	心疾患	脳血管障害	肺炎	不慮の事故
80～84歳	悪性新生物	心疾患	脳血管障害	肺炎	不慮の事故
85～89歳	心疾患	脳血管障害	悪性新生物	肺炎	老衰
90歳以上	心疾患	肺炎	脳血管障害	悪性新生物	老衰

防ぎ得た外傷死（米国での対応）

25.6～51.5%　1960年後半

↓ システムの見直しと整備

外傷センターの設立

0.9～20.7%* 1980年後半

*West JG: Arch Surg 1975; 114:495, Baker CC: Am J Surg 1980;140:144,
West JG: Arch Surg 1983; 118:740, Shackford SR: J Trauma 1987;27:986,
Gass DA: Ann Emerg Med 1989;18:1041, Davis JW: J Trauma 1992;32:658

平成12年度厚生科学研究費補助金事業
救命救急センターにおける重症外傷患者への対応の充実に向けた研究

Accidental Death and Disability
The Neglected Disease of Modern Society

不慮の事故死と後遺症

「現代社会における無視されている疾患」

National Academy of Sciences-National Research Council: Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society. National Academy Press, Washington DC, 1966.

防ぎ得た外傷死（日本では？）

防ぎ得た外傷死
具体例を挙げれば枚挙にいとまがない

2001年

その数すら不明である

↓

米国　2002年

1970年前半 25.6～51.5%　＝　**38.9%が防ぎ得た外傷死の可能性**

平成13年度厚生科学研究費補助金事業
救命救急センターにおける重症外傷患者への対応の充実に向けた研究

10月11日　夕刊

適切な治療していれば…

「外傷死の4割救えたはず」

全国の救急センター調査

救命率,施設で大差

外傷専門医および研修施設認定の背景

- 日本における外傷による死亡は若年者の死亡原因の第1位であり、この世代の死亡例が多いことは社会的損失と言わざるを得ない。
- 悪性疾患や急性冠症候群、脳血管障害については国民の関心も高く、多くの医療機関において専門医が常勤し、質の高い診療が可能となっている。
- 一方で、死に至る可能性のある重症外傷症例の診療は救命救急センターが担うとされていながら、外傷診療を専門とする医師の圧倒的な不足により、多くの救命救急センターで質の高い外傷診療が提供されているとはいえない現状にある。

外傷専門医研修施設認定の目的

- 重症外傷（あるいはその可能性のある）患者の診療に責任を持つ基幹的な医療機関として位置づけ、地域の二次医療圏、三次医療圏の枠を超えた広域救急医療圏において外傷患者を集約し、医療機関の外傷診療体制の成熟、外傷外科医の技術向上や育成をすすめ、生活習慣病対策から取り残された外傷診療を同レベルに向上させること。

外傷センター整備に向けた骨格の基本

外傷専門医認定の条件

1. 以下のいずれかの学会が定める専門医であること。
   日本外科学会　日本救急医学会　日本脳神経外科学会　日本整形外科学会など13学会
2. 学会が認定した専門医研修施設等で専門医の指導のもとに5年以上の勤務を有すること。
3. ISS 16以上の症例を診療担当医として80症例以上経験すること。
   (ISS : Injury Severity Score)
4. 学術活動
   ① 学術論文：外傷診療に関する内容であり、査読により採用された筆頭論文が1編以上あること。
   ② 学会発表：外傷診療に関するものであり、筆頭者として3題以上あること。なお、その内1題以上は日本外傷学会で発表したものとする。
5. 災害医療活動への参加、あるいは災害訓練・研修コースの開催や参加経験のあること。

（一般社団法人日本外傷学会専門医制度規則および同施行細則より引用）

施設認定の条件

1. 日本外傷学会専門医制度　規則第7章　第23条
   1) 外傷診療活動の実績を有していること。
   2) 外傷診療に関する教育指導体制がとられていること。
   3) 外傷診療に必要な診療機器などが整備されていること。
2. 日本外傷学会専門医制度　細則第7章　第20条
   1) 外傷専門医が1人以上常勤として勤務していること。
   2) 日本外傷データバンクの施設会員であり、AIS 3以上の症例を年間50例以上、3年以上継続して登録していること。
   3) ISS 16以上の症例を年間25例以上診療していること。
   (AIS : Abbreviated Injury Scale)

（一般社団法人日本外傷学会専門医制度規則および同施行細則より引用）

外傷専門医ならびに研修施設数

- 外傷専門医数：157名
- 外傷専門医研修施設数：46施設

（2011年4月1日現在）

救命救急センター数：234施設

（2010年10月1日現在）

日本救急医学会救急科専門医数：3,219名
日本救急医学会指導医数：509名

（2011年1月1日現在）

外傷センターの要件（案）

1. 責任医師はJATECプロバイダーであること
2. 救急医、外科医、脳神経外科医が24時間体制で院内に常駐し、緊急コールから5分以内に参集できること
3. 整形外科医、形成外科医、心臓血管外科医、麻酔科医、放射線科医、産婦人科医が常駐またはオンコール体制により30分以内に初療室に参集でき、決断から30分以内に緊急手術や動脈塞栓術などを開始できる体制があること
4. 病院全部門において、外傷患者を年間1200例以上診療していること
5. ISS 15以上の重症患者を年間150例以上診療していること
6. 日本外傷データバンクにすべての入院外傷患者を登録し、日本外傷学会が定める室の評価指標を開示していること
7. 消防からの要請に応じて、医師を現場へ派遣する体制が確保されていること
8. 外傷診療に関わる医療従事者に対する外傷教育を継続的に実施していること
9. 救急隊に対するオンラインメディカルコントロールが、24時間体制で対応可能なこと
10. 専従医の2名以上が外傷専門医資格を有し、日本外傷学会専門医研修施設であること

（一般社団法人日本外傷学会「日本における外傷センター整備のあり方に関する提言」より抜粋）

外傷治療成績向上に必要な課題

- 防ぎ得た外傷死発生率の調査
- 外傷センターの整備
- 既存の救命救急センターとの関係調節
- 補助金制度の見直し
- 医療圏の整備
- 外傷患者集約に必要な広域搬送体制の整備

第44回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　救命救急センター　H23.9.21

小児の交通事故の現状と対策　　臨床の現場から

埼玉医科大学　国際医療センター
小児救命救急科　森野　正明

はじめに

小児の外傷の中で交通事故による受傷は、頻度も多く、生命危機や重篤な後遺症を伴う例も稀でないため、ぜひとも減らさなければなりません。事故から小児を守るためには予防が重要です。事故を皆無にすることは困難でも、事故を減少させ、損傷を軽症化することはできます。小児の交通事故の現状を紹介することで、より有効な予防策や注意喚起が行われることを願います。

今回の検討で、小児の交通事故では①頭部打撲が特に多いこと、②車同乗中のシートベルト着用と自転車乗用中のヘルメット着用が、頭部打撲を避けるために重要であることを再確認しました。以下にその概略を報告します。

方法：交通外傷で救急搬送ないし来院した小児（15歳以下）を対象とし、受傷機転や受傷部位を解析した。

結果：

①小児の交通外傷の半分が自転車乗用中の事故によるもので、車に同乗中の受傷が25%、歩行者の受傷が約20%であった。（図１）

②車に同乗中に受傷し入院した小児は、シートベルトを着用していない例が多く、またシートベルトを着用しない小児では、頭部外傷が多かった。

③自転車事故では、車と衝突と、転倒転落の二つの受傷形態があった。（図2）。

④自転車事故では、頭部外傷が多く、次いで四肢骨折であった。（図3）。
特に8-9歳の男児で頭部外傷が多い。

⑤歩行者事故の入院例では、体幹四肢骨折が多く、次いで頭部外傷、多発外傷であった。

まとめと提言

①全国統計でも、小児では自転車事故・自動車乗用中の事故が多い（図4）。

②車同乗中の事故も、自転車事故のどちらも、小児は頭部外傷が多い。

③予防のため、自転車乗用中のヘルメット着用と、車同乗中のシートベルトの着用は重要で、それにより多くの頭部外傷を防ぐことができる。

④現在、自転車では13歳未満の小児のヘルメット着用、車では全席シートベルト着用が交通法規で義務化されており、これを遵守することが大切である。

①小児の交通外傷受傷機転

（15歳以下）

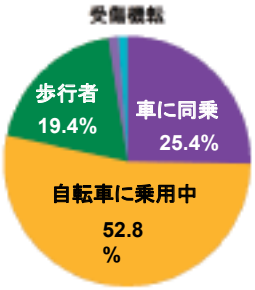


図1

②自転車事故の受傷機転（頻度）

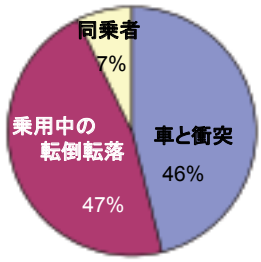
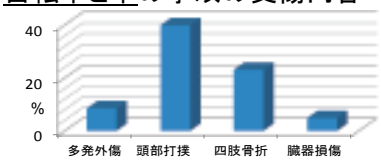


図2

③ 自転車と車の事故の受傷内容



自転車の転倒・転落事故の受傷内容

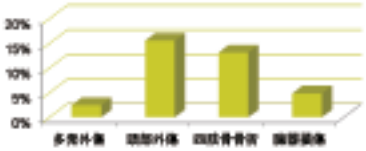
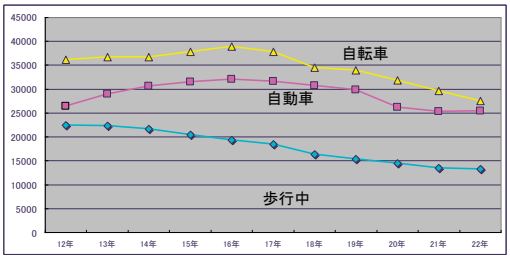


図3

④

全国統計
小児の交通事故死傷者数年次推移



（15歳以下）　警察庁

図4

自転車事故外傷の予防として ヘルメットを着用しましょう

車と自転車の衝突事故で、亀裂の入ったヘルメット。事故児童はほぼ無傷で済んだ。

1

着用しよう！ シートベルトとヘルメット

① 車では全席シートベルトの着用
② 自転車では 13 歳未満の子どもの
ヘルメット着用
が義務となっています。
(平成 20 年から)

警視庁のサイトから

第44回　埼玉医科大学 国際医療センター　地域医療連携懇話会　救命救急センター　H23.9.21

平成23年広域医療搬送訓練参加報告

埼玉医科大学　国際医療センター
救命救急科　**中村　一郎**

埼玉医科大学国際医療センターは平成21年1月に災害拠点病院、平成22年12月には埼玉DMAT隊員（災害派遣医療チーム　Disaster Medical Assistance Team　）として登録され、平成23年3月11日に発生した東日本大震災の被災地に派遣を実施しました。

今回、厚生労働省医政局主催平成23年広域医療搬送訓練に災害拠点病院として参加しましたので御報告いたします。平成23年9月1日午前8時、東京都北部を震源とする直下型Ｍ７．３の地震が発生、被災地内の医療機関は機能停止、多くの被災傷病者受け入れ困難となり、入間基地に傷病者を集積する想定で実施された。入間基地には四国、新潟方面から40チームのDMAT隊が参集しSCUでトリアージを実施、広域、域内搬送をコントロールすることとなった。国際医療センターは被災地外の災害拠点病院として防衛医科大学病院と伴にDMAT本部より広域搬送適応外の患者受け入れを依頼された。この訓練想定背景は東日本大震災において花巻空港にDMATが参集SCUを立ち上げ4日間で136人の患者が集まりました。しかし広域搬送された患者は、そのうち、16例で、残りの120例は近隣の盛岡市内の病院へ搬送され、花巻空港SCUが患者集積場所のような役割を担い、このようなSCUの活動を花巻モデルと呼んでいます。

結果この訓練で当院に搬送された患者は10名、全て陸路搬送（救急車）された、仮想ERを設置して当院DMAT隊員が受け入れを対応、トリアージ、患者情報一覧表作成、DMAT本部への報告等を実施、概ね良好な受け入れが出来たと思われます。しかしシステム上の問題点も見つかり、広域搬送用カルテとトリアージタッグの整合性に問題が有り傷病者搬入時において、身元不明等多数発生した場合、罹災傷病者を特定のフラグで電子カルテ管理が出来るよう体制を検討する必要性が浮き彫りになりました。30年以内にＭ７以上の首都直下型地震発生隔離が70％あると言われる中、災害拠点病院としての更なる充実を図りたいと考えます。

訓練目的①

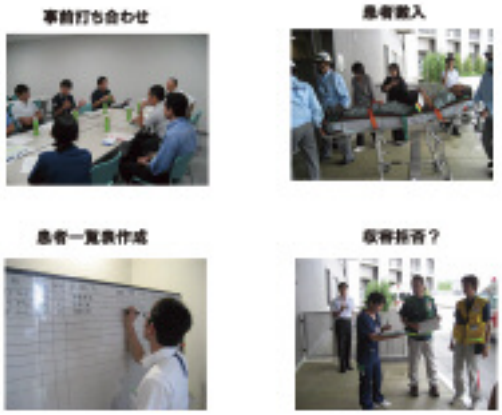
- 平成23年度政府主催の総合防災訓練において、埼玉県を首都直下地震の被災地に想定し、患者の被災地内搬送及び被災地内搬送拠点から被災地外搬送拠点への実働搬送を行い、広域医療搬送体制の改善に反映することを目的とした実働訓練を実施する。

訓練目的②

- 東日本大震災では、花巻空港を例にとれば、4日間で136人の患者がSCUに集まつたが、広域搬送されたものは、そのうち、16例で、残りの120例は近隣の盛岡市内の病院へ搬送された。花巻SCUが患者集積場所のような役割を担いました。このようなSCUの活動を花巻モデルと呼んでいますが、今回の9・1訓練ではこの花巻モデルを検証する。

訓練想定

- 発災日時　平成23年9月1日　午前8時
- 首都直下型地震
  （東京都北部を震源M7.3の地震発生）
- 被災地　　埼玉県川口市（川口市内で震度6強）
- 道路状況　全線通行可
- 通信手段　不通:携帯電話、一般電話、
  災害優先電話
  通信可能:パケット通信、衛星通信



タッグ＆広域医療搬送カルテ

まとめ

- 通信手段（衛星電話）の購入が早期に必要。
- 広域搬送用カルテとトリアージタッグの整合性に問題有り。
- 傷病者搬入時において、身元不明等多数発生した場合、罹災傷病者を特定のフラグで電子カルテ管理が出来るよう体制を検討する。
- 当院は地震等の災害に対して設備面での充実度は高く、ソフト面での充実を病院全体で図る必要がある。

受診までの流れ（患者さん専用）

①紹介状を患者さんにお渡しください。

②患者さん、又はそのご家族が当院の予約センターに電話をおかけください。

③予約センターにて予約をお取りします。

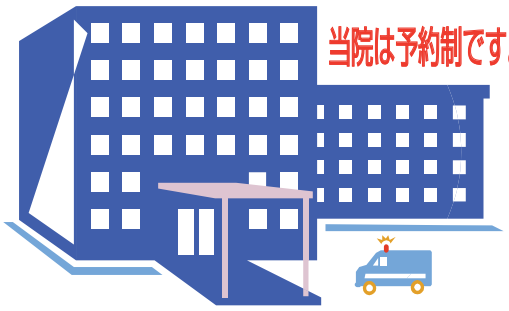
予約センター（心臓病・脳卒中センター）
042-984-0474

予約センター　包括的がんセンター
042-984-0475

紹介元医療機関

④予約日に患者さんが紹介状を持参の上、ご来院されます。

当院



当院は予約制です。

受診までの流れ（医療機関専用）

①当院の地域医療連携室に電話をおかけください。

②地域医療連携室にて予約をお取りします。

地域医療連携室
042-984-4433（医療機関専用）

紹介元医療機関

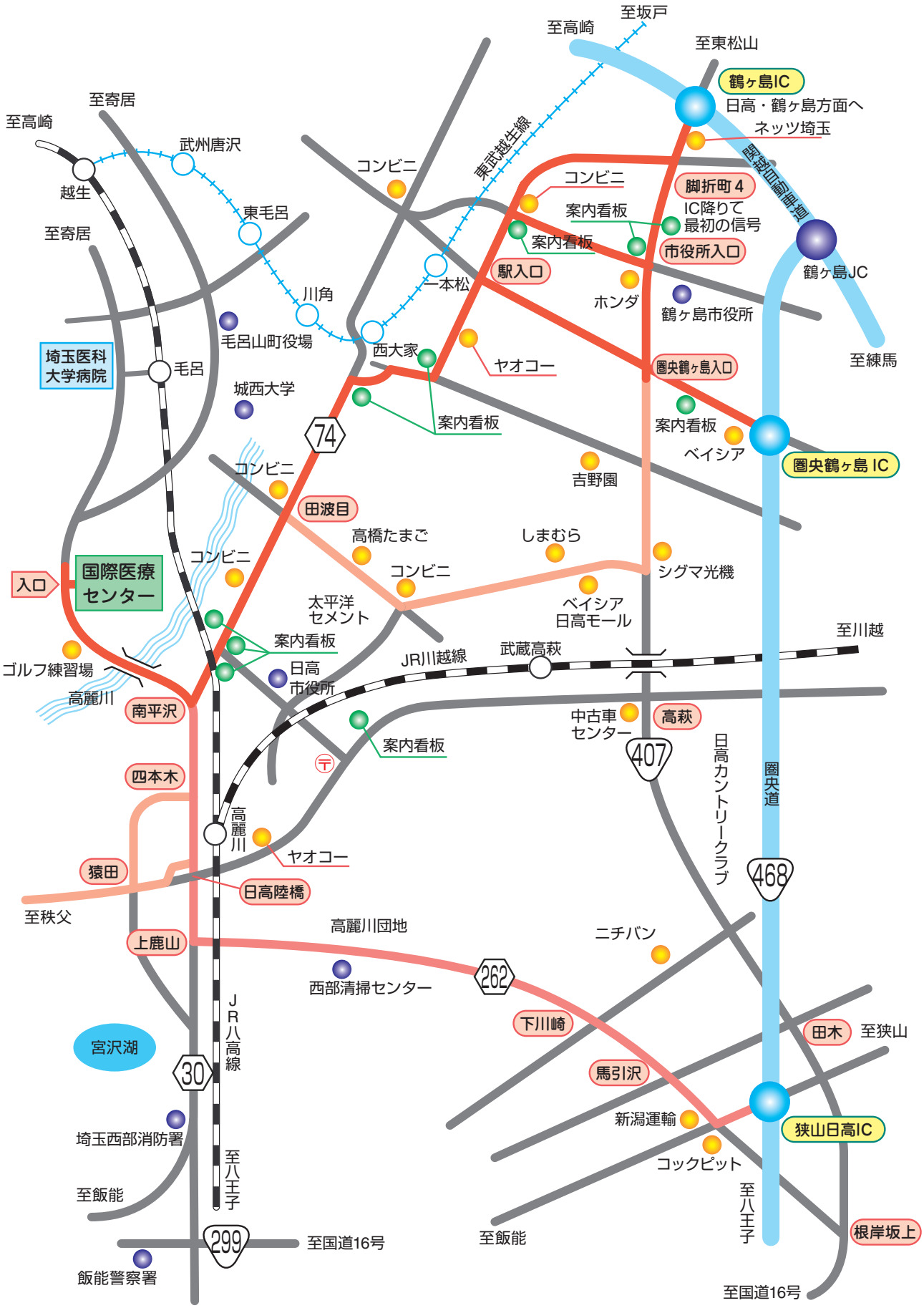
③予約時間を患者さんに伝え、紹介状をお渡しください。

④予約日に患者さんが紹介状を持参の上、ご来院されます。

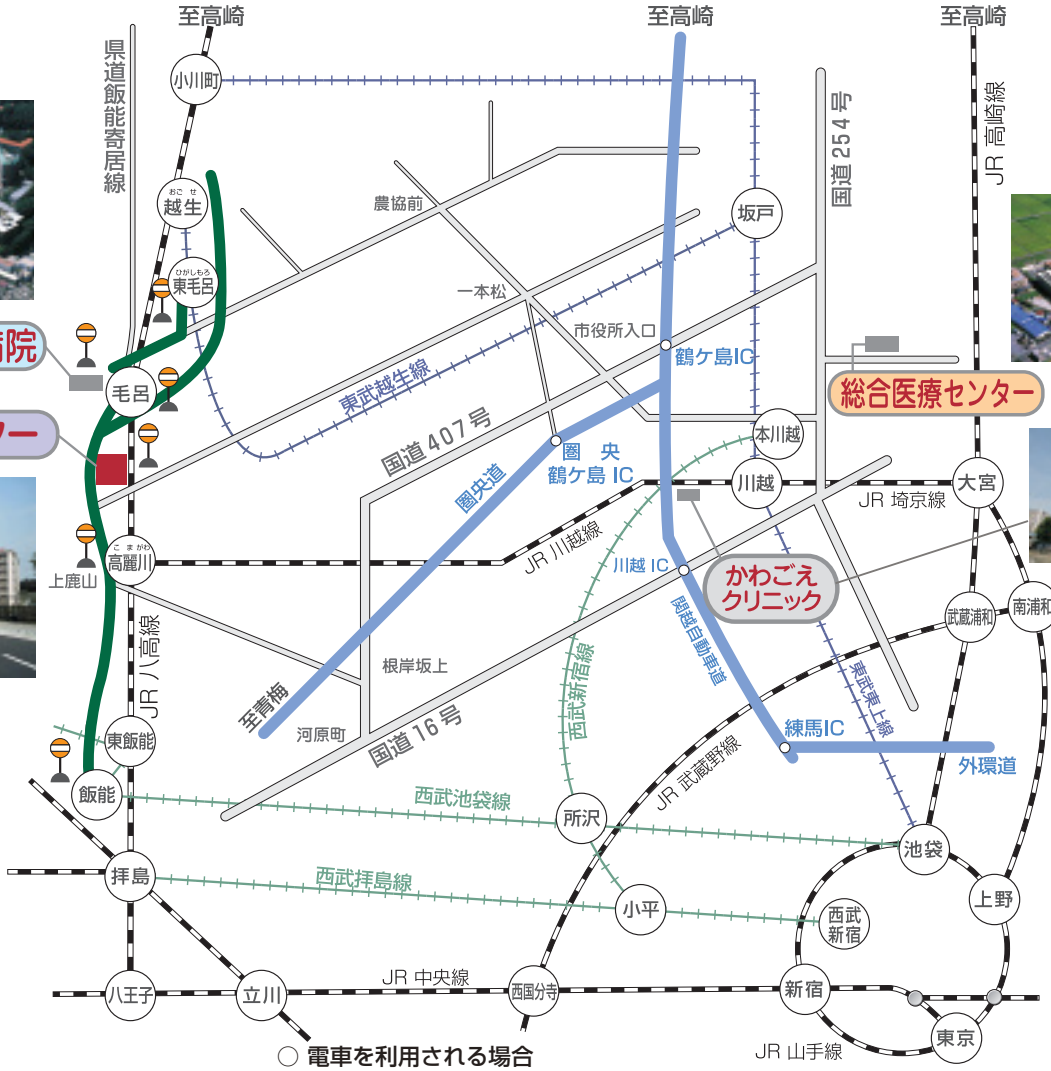
当院

当院は予約制です。

国際医療センター周辺道路マップ



交通アクセス

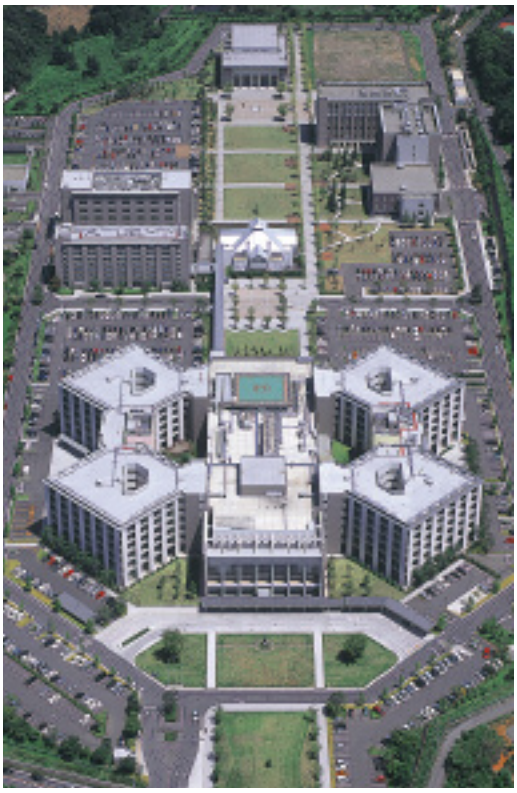


○ 電車を利用される場合

池袋駅（東武東上線43分）坂戸駅（東武越生線13分）東毛呂駅（路線バス約15分）
池袋駅（東武東上線30分）川越駅（JR川越線25分）高麗川駅（路線バス約10分）
大宮駅（JR埼京線17分）川越駅（JR川越線25分）高麗川駅（路線バス約10分）
八王子駅（JR八高線13分）拝島駅（JR八高線30分）高麗川駅（路線バス約10分）

○ 車を利用される場合

関越自動車道鶴ヶ島インター・圏央道圏央鶴ヶ島インターより10Km、約15分
県道30号（飯能寄居線）沿い

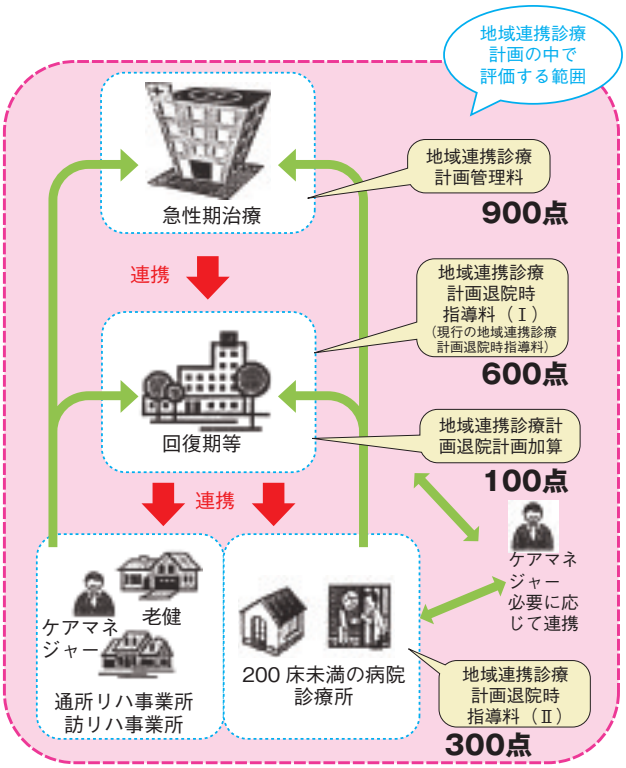


愛・希望・祈り

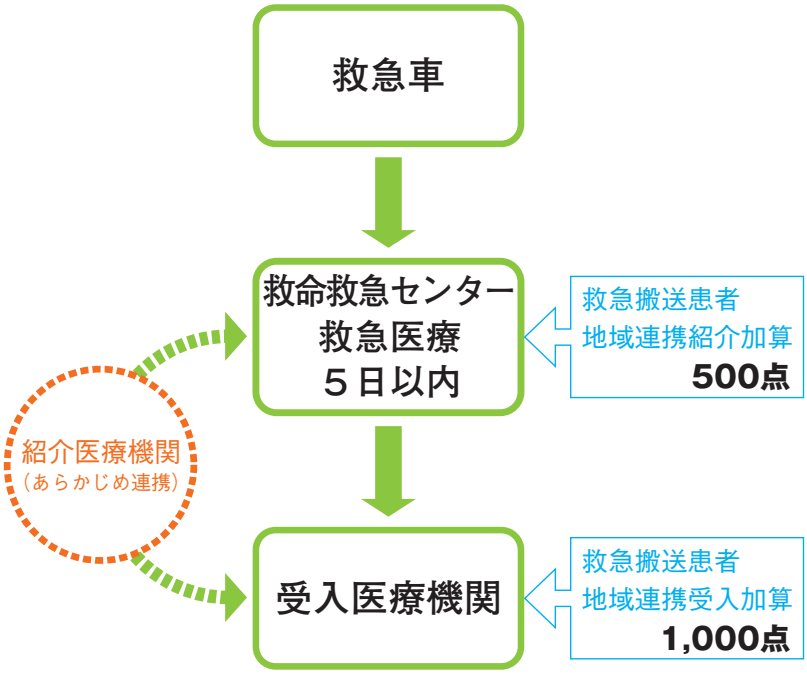
埼玉医科大学国際医療センターは地域医療連携を積極的に推進しています

連携に関するお問い合わせは地域医療連携室（電話042-984-4433）にお願いします。

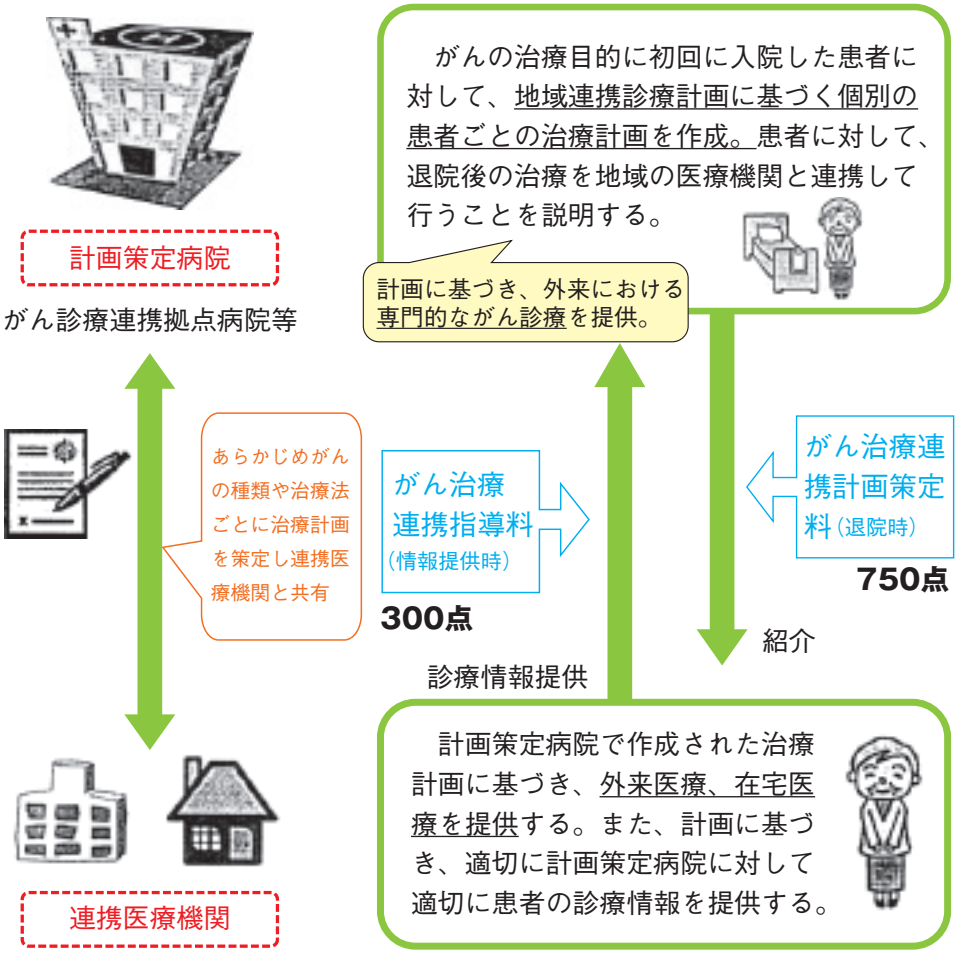
脳卒中地域医療連携



救急搬送患者受入の連携



がん診療連携拠点病院等を中心とした連携



※平成24年診療報酬改定により改正されますので通知等をご確認ください。

基本理念

患者中心主義のもと安心で安全な満足度の高い医療の提供をし、かつ最も高度の医療水準を維持する。

使　　命

当センターは、埼玉県全域を範囲とし、がん、心臓病に対する高度専門特殊医療に特化し、かつ高度の救命救急医療を提供する。

基本方針

患者中心主義（patient-oriented）を貫き、あらゆる面で“患者にとって便利”であることを主眼とし、患者ひとりひとりにとって最も適切な医療を提供する。

地域医療連携懇話会　開催のご案内

原　則：毎月第４週水曜日
時　間：１８：４５～２０：３０
場　所：埼玉医科大学国際医療センター　C棟２階会議室
内　容：地域医療連携懇話会は地域がん診療拠点病院の認定項目であり、地域の病院との情報交換の場で毎月（第3水曜日）定期的に同一会場にて開催しています。

地域医療連携懇話会のご案内を申し上げます。ご多忙の事とは存じますが、医師、コメディカルおよび、連携室の皆様方お誘い合わせの上、ご参加くださいますよう宜しくお願い致します。
参加についてのお問い合わせは、地域医療連携室（電話：042-984-4433）で受け賜ります。

包括的がんセンター教育カンファレンス　開催のご案内

原　則：毎月第４週月曜日
時　間：１８：００～１９：００
場　所：埼玉医科大学国際医療センター　C棟２階会議室
内　容：包括的がんセンター教育カンファレンスは、包括的がんセンターの各診療科が持ち回りで担当し、毎月第4月曜日18：00–19：00に開催しております。対象は、医師および看護師、薬剤師で、各診療科の疾患および研究について教育的な講演を行っていますので、地域の先生方もぜひご参加いただけると幸いです。

包括的がんセンター教育カンファレンスのご案内を申し上げます。ご多忙の事とは存じますが医師・コメディカル・および連携室の皆様方お誘い合わせの上、ご参加くださいますよう宜しくお願い致します。
参加についてのお問い合わせは教育カンファレンス事務局（電話042-984-4233）で受け賜ります。

埼玉医科大学国際医療センター
地域医療連携News（第6号）
編集・発行　埼玉医科大学国際医療センター
地域医療連携室
編集責任者：　棚橋紀夫
発行責任者：　小山　勇
住所　：〒350-1298　埼玉県日高市山根1397-1
TEL　：０４２－９８４－４４３３
FAX　：０４２－９８４－４４４０
ホームページ：http://www.saitama-med.ac.jp/kokusai/
発行日：平成24年2月1日