

# 埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携News



奥志賀好天

**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行い、かつ最も高度の医療水準を維持するよう努めます。

**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します。

**基本方針：**上記の理念に従って患者中心主義(patient-oriented)を貫き、あらゆる面で“患者さんにとって便利”であることを主眼とし、患者さんひとりひとりにとって最も適切な医療を提供致します。

**患者さんの権利：**当センターは、全ての患者さんには、以下の権利があるものと考えます。これらを尊重した医療を行うことをめざします。  
(1)ひとりひとりが大切にされる権利 (2)安心で質の高い医療を受ける権利 (3)ご自身の希望を述べる権利  
(4)納得できるまで説明を聞く権利 (5)医療内容をご自身で決める権利 (6)プライバシーが守られる権利

## 脳卒中センターからの報告 脳卒中内科より



埼玉医科大学国際医療センター  
神経内科・脳卒中内科  
林 健



開院以来多くの先生方に支えられ、埼玉医科大学国際医療センター脳卒中センターは全国でもトップクラスの脳卒中診療施設になりました。うち脳卒中内科部門は、現在9名のスタッフで診療にあたっています。つねに神経内科医が当直しており、できる限り迅速に最善の医療を提供できるように努めております。

2012年の入院患者は564名でして、うち363名が脳卒中でした。他には、てんかん、めまい症、神経感染症、免疫性神経疾患の急性期もしくは急性増悪期、などが含まれています。脳卒中につきましても、心原性脳塞栓症が比較的多いのが当院の特徴です。これは、比較的重症の方が当院に搬入される傾向にあることを反映しているものと思われます。また、入院患者の80%以上は救急車で来院しております。

脳卒中の診療において、近年、一過性脳虚血発作患者の治療の緊急性が叫ばれています。約5%の患者がその後2日間のうちに脳梗塞を発症してしまうため、普通に紹介状をお持ちいただいて外来受診したのでは手遅れになる場合が珍しくないのです。当院においては、症状の消失してしまった一過性脳虚血発作患者におきましても、原則的に緊急入院とし、脳梗塞に準じた緊急治療と検査を行っております。地域連携にお力になってくださっている先生方におかれましては、一過性脳虚血発作患者が受診された際

には、すぐお電話いただき、できるだけ早く当院を受診するように手配いただければ幸いです。

一過性脳虚血発作患者を診させていただく中で、予後やそれに影響する因子もだんだんわかってきました。高齢であること、片麻痺を有する発作であること、陳旧性脳梗塞を有すること、大血管に病変のあること、などが、その後の脳梗塞発症の危険因子であるようです。多くの患者を紹介いただくことを通じて、さらに新しい知見を得て、世界に発信していきたいと考えております。

## ーコメントー

脳卒中が強く疑われる患者様はもちろんですが、他の神経症状に悩む患者様につきましてもお気軽にご紹介ください。できるだけ迅速に対応いたします。その際は貴院での検査結果などもお教えいただけると幸いです。

稀ではありますが、患者様や紹介される先生方が期待される検査と当院で施行する検査が異なる場合があります。例えば、両手のしびれに対して頭部MRIを患者様が期待するケースなどです。医学的に適切な検査を行うのが保険医療機関の務めですので、患者様には十分お話したうえで、こちらで検査項目を決めさせていただくことがあります。ご理解のほど、よろしくお願い申し上げます。



入院患者の内訳：2012.1.1～2012.12.31

入院患者数 564 例

脳血管障害：363 例 t-PA and/or 血管内治療症例 35例

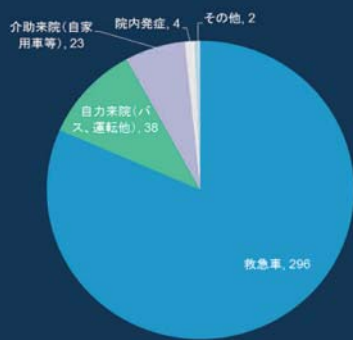
神経救急疾患：201例

- |         |             |
|---------|-------------|
| 症候性てんかん | 内科疾患による意識障害 |
| めまい     | 脳腫瘍         |
| 脳炎・髄膜炎  | 重症筋無力症      |
| 頭痛      | ギラン・バレー症候群  |
| 失神発作    | パーキンソン病     |

虚血性脳血管障害臨床的カテゴリ分類



入院患者の内訳 —入院経路—



脳梗塞・TIA患者の住所



一過性脳虚血発作患者の2年以内脳梗塞発症

(当院開院以来のTIA患者のうち2年間再発の有無を確認できた74例)

	Total (n=74)	No ischemic stroke (n=63)	Ischemic stroke (n=11)	P value
Age, mean ± SD	66.6 ± 11.0	65.7 ± 10.8	72.1 ± 10.3	.090
Male sex	44 (59.5%)	38 (60.3%)	6 (54.5%)	.719
Clinical features				
hemiparesis	55 (74.3%)	45 (71.4%)	10 (90.9%)	.172
dysarthria	32 (43.2%)	25 (39.7%)	7 (63.6%)	.139
Duration of symptoms				.696
< 10 minutes	23 (31.1%)	20 (31.7%)	3 (27.3%)	.767
10 - 60minutes	32 (43.2%)	26 (41.3%)	6 (54.5%)	.721
60 minutes - 24 hours	19 (25.7%)	17 (27.0%)	2 (18.2%)	.537
Imaging features				.400
asymptomatic infarction	39 (52.7%)	31 (49.2%)	8 (72.7%)	.149
large artery stenosis	25 (33.8%)	19 (30.2%)	6 (54.5%)	.115
Etiology				.147
cardioembolism	20 (27.0%)	19 (30.2%)	1 (9.1%)	.077
large artery atherosclerosis	18 (24.3%)	13 (20.6%)	5 (45.5%)	.692
small-vessel occlusion	24 (32.4%)	21 (33.3%)	3 (27.3%)	.897
two causes identified	6 (8.1%)	5 (7.9%)	1 (9.1%)	.897
undetermined	6 (8.1%)	5 (7.9%)	1 (9.1%)	.897
Risk factors				.767
hypertension	51 (68.9%)	43 (68.3%)	8 (72.7%)	.736
diabetesmellitus	9 (12.2%)	8 (12.7%)	1 (9.1%)	.380
dyslipidemia	29 (39.2%)	26 (41.3%)	3 (27.3%)	.274
current smoking	16 (21.6%)	15 (23.8%)	1 (9.1%)	

APO score

Age (65≤)	1
Paresis	1
Old cerebral infarction	1

当院開院以来のTIA患者のうち2年間再発の有無を確認できた74例

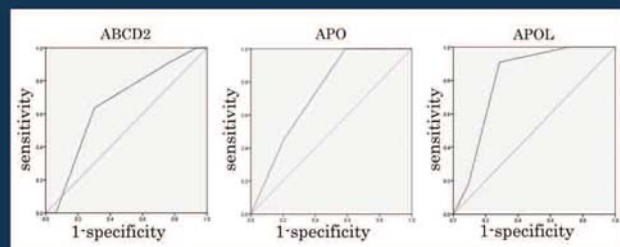
APO score	no ischemic stroke	ischemic stroke
0	1	0
1	25	0
2	24	6
3	13	5

APOL score

Age (65≤)	1
Paresis	1
Old cerebral infarction	1
Large artery disease	1

当院開院以来のTIA患者のうち2年間再発の有無を確認できた74例

APOL score	no ischemic stroke	ischemic stroke
0	1	0
1	17	0
2	27	1
3	12	8
4	6	2



AUC = .662

AUC = .737

AUC = .807



## 脳虚血性疾患の外科的治療について



埼玉医科大学国際医療センター  
脳卒中外科  
大井川 秀聡



医療レベルの発達に伴い、脳卒中で死亡される患者さんは年々減少傾向にありますが、後遺症に悩む患者さんはまだまだ多いのが現状であり、日常生活に支障を来すような大きな脳梗塞を予防することは誰もが望むところです。脳卒中の治療には、薬の内服や点滴等による内科的治療、カテーテルを用いた治療、そして開頭術による外科治療があります。当院脳卒中センターはそれらの治療をそれぞれ脳卒中内科、脳血管内治療科、そして脳卒中外科が担当しており、患者さんの病態に応じて、質の高い、最適の医療を提供できる体制をとっております。

脳卒中の中でも脳梗塞は最もおこりやすく、生活習慣病にも密接に結びついています。高血圧、糖尿病や高コレステロール血症等を早くからコントロールし動脈硬化性病変を予防する患者さんも増えてきましたが、食事の欧米化などにもとない、頭頸部血管が動脈硬化性変化をきたし、最終的に脳梗塞をきたしてしまうこともあります。脳梗塞に陥った脳組織を回復させることは、残念ながら今の医療では不可能ですが、脳梗塞に陥りそうな病状を外科的手術によって救える場合があります。内頸動脈狭窄症や内頸動脈閉塞症といった病気です。これらの病気は通常内科的治療が行われますが、病状が進行している場合には、外科的治療の方が、脳梗塞の発症をおさえることが知られており、そ

ういった患者さんには当科でも積極的に外科的治療を行い、脳梗塞予防に努めています。2012年は内頸動脈狭窄症に対する内膜剥離術を19名の患者さんに、内頸動脈閉塞症に対する頭蓋内外血管吻合術を30名の患者さんに実施し、良好な成績を治めました。

内頸動脈狭窄症や内頸動脈閉塞症といった脳虚血性疾患は頭頸部MRIや頸部エコーで簡単に確認できます。「隠れ脳梗塞」を指摘された方や軽度の脳梗塞を起こしたことのある方は、一度検査を行い、病状をしっかりと把握することが重要と考えており、地域の先生方とも密に病診連携をとりながら、脳卒中医療の向上に努めて参りたいと考えています。

Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

第53回 地域医療連携懇話会 2013年2月20日

**脳卒中外科より**  
脳虚血の外科的治療を中心に

埼玉医大国際医療センター 脳卒中外科  
大井川秀聡、竹田理々子、池田俊樹、中島弘之、吉川信一朗、大塚宗廣  
鈴木海馬、柳川太郎、佐藤大樹、柴田碧人、池田俊介、栗田浩樹



Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

## 脳卒中外科

2012.1.1~12.31

入院数 662 例 / 年

手術数 476 例 / 年 (後身入院含む)

- 脳出血 167 例
- くも膜下出血 68 例
- 未破裂脳動脈瘤 102 例
- その他 169 例

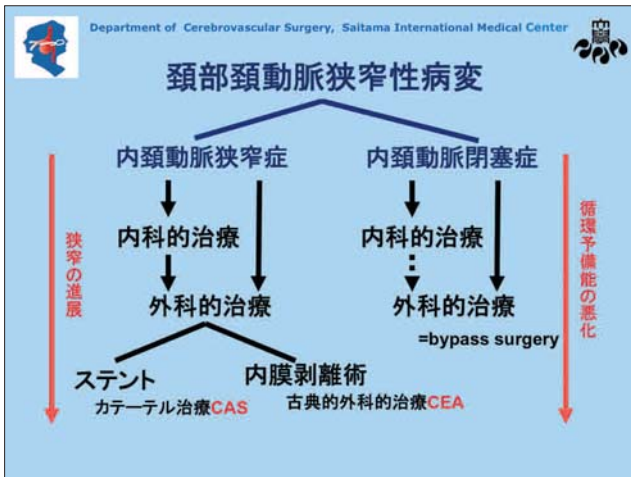
- 開頭クリッピング術 152 例  
破裂 57 未破裂 95
- 開頭AVM摘出術 15 例
- 開頭血腫除去術 71 例
- EC-ICバypass術 30 例
- CEA 19 例
- V-Pシャunt・脳室ドレナージ 45 例
- 穿頭血腫除去術 74 例
- その他 41 例

巨大脳動脈瘤      脳動脈狭窄

Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

## 頸部頸動脈狭窄性病変

内頸動脈狭窄症      内頸動脈閉塞症



Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

## 内頸動脈狭窄症の治療

内頸動脈狭窄症

内科的治療: ステンント=CAS      血管成形術=CFA

外科的治療: =bypass surgery

どういふ症例を外科的に治療するのか？

Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

## 内頸動脈狭窄症

外科的治療を考慮するのは…

- ・症候性内頸動脈狭窄症においては狭窄率が50%を超える場合はCEA(外科的治療)を考慮。
- ・無症候性内頸動脈狭窄症においては狭窄率が60%を超える場合はCEA(外科的治療)を考慮。

おおよその狭窄率は頸部エコーで簡便に計測可能です！

Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

## 内頸動脈閉塞症の治療

内頸動脈閉塞症

内科的治療: ステンント=CAS      血管成形術=CFA

外科的治療: =bypass surgery

どういふ症例を外科的に治療するのか？

Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

## 頭蓋内外血管吻合術の適応

1. 厳格には、JET studyのinclusion criteria(内頸動脈もしくは中大脳動脈閉塞症をきたし、安静時血流が80%未満 acetazolamide反応性が10%未満の、73歳以下、mRS1もしくは2 など)等の条件を満たす方
2. 血流低下のない内頸動脈もしくは中大脳動脈閉塞症患者は適応外

Department of Cerebrovascular Surgery, Saitama International Medical Center

## 埼玉医大国際医療センター脳卒中外科

栗田浩樹 (科長)      大井川秀聡 (副科長)      竹田理々子 (医長)      池田俊樹 (医長)      中島弘行 (チーフ)      吉川信一朗 (助教)

大塚宗廣 (助教)      鈴木海馬 (後期研修医G4)      柳川太郎 (後期研修医G4)      佐藤大樹 (後期研修医G4)      柴田健人 (後期研修医G3)      池田俊介 (後期研修医G3)

今後も"顔の見える"病診連携を宜しくお願いします！

## 硬膜動静脈瘻の診断と治療



埼玉医科大学国際医療センター  
脳血管内治療科  
石原 秀章  
石原 正一郎



この地域に比較的多いですが、あまり知られていない病気の一つに、硬膜動静脈瘻があります。脳の静脈が集まる静脈洞に、硬膜血管が集簇しシャントを形成する病気であり、静脈の血栓性閉塞や静脈性高血圧が原因と考えられています。海綿静脈洞を例に挙げますと、眼静脈、S状静脈洞等とつながりますので、眼球症状、耳鳴り、脳出血等多彩な症状を呈します。そのため、当院紹介患者の過半数は、眼球結膜充血、耳鳴り、倦怠感等に対し、漫然と緩解しない治療を続けられ、症状が増悪してから紹介となっていました。

診断は、MRI、造影CT等で概ね可能であり、脳血管造影で確定診断します。

硬膜動静脈瘻の治療に関しては、脳血管内治療が低侵襲で、治療成績も優れており第一選択です。経静脈的塞栓術によりシャント部位を含めた流出路を閉塞すれば8割以上で治癒が期待されます。流出路閉塞等でアクセスが不可能な場合には、経動脈的塞栓術を施行します。

呈示した症例は、脳腫瘍疑いで当院紹介となっており、開頭手術前の血管造影検査で、硬膜動静脈瘻の診断に至りました。診断、治療の遅れが患者の不信感や病変の非可逆性を引き起こしますので、初期の診断を早期かつ確実に行うことが重要です。

こういった病気の知名度が、地域医療のレベ

ル、病診連携の強さを表す指標になると考えています。今後もこの地域で問題となっている疾患、転院調整上の問題等を発表、改善していきたいと思っておりますので、ご指導ご鞭撻の程よろしくお願いたします。

### ーコメントー

こんな症状を診たら注意して下さい！

(当院紹介時の症状一覧)

脳神経外科	30	頭痛、くも膜下出血、脳出血
眼科	10	眼球突出、充血、複視、視力低下
神経内科	10	歩行障害、感覚低下
耳鼻咽喉科	7	拍動性耳鳴り
内科	7	嘔気、倦怠感
精神科	2	統合失調症、舌痛
泌尿器科	1	尿失禁(脊髄症状)
整形外科	1	下肢のしびれ、麻痺(脊髄症状)





## 硬膜動静脈瘻の診断と治療

埼玉医科大学国際医療センター 脳血管内治療科

石原秀章、石原正一郎、新見淳、根木宏明、掛樋善明、吉原智之、嶋口英俊、神山信也、山根文孝、飯田優、宮澤彩花、日下部聡美



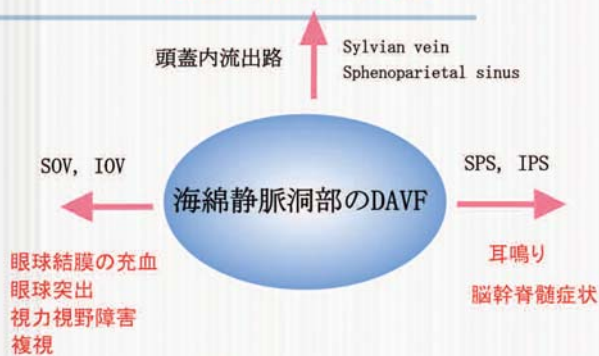
硬膜動静脈瘻とは、硬膜内にできる動静脈シャントである。その病因は不明な点が多いが、静脈側の血栓性閉塞や静脈性高血圧が関係していると考えられている。

部位(当院2007年以降の72症例 男:女=29:43 手術症例86件)

横静脈洞—S状静脈洞部	25
海綿静脈洞部	21
テント部	8
前頭蓋底	5
頭蓋頸椎移行部	4
脊髄	3
上矢状洞	3
他の部位(小脳等)	3

## 内頸動脈—海綿静脈洞瘻の病態

脳浮腫、脳出血、静脈性梗塞



多彩な症状を呈し、しばしば診断が遅れることがある。

脳神経外科	30:頭痛、くも膜下出血、脳出血
眼科	10:眼球突出、充血、複視、視力低下
神経内科	10:歩行障害、感覚低下
耳鼻咽喉科	7:拍動性耳鳴り
内科	7:嘔気、倦怠感
精神科	2:統合失調症、舌痛
泌尿器科	1:尿失禁(脊髄症状)
整形外科	1:下肢のしびれ、麻痺(脊髄症状)

## 硬膜動静脈瘻の治療

### 血管内治療

経動脈的塞栓術(治癒率6割以上)

経静脈的塞栓術(治癒率8割以上)

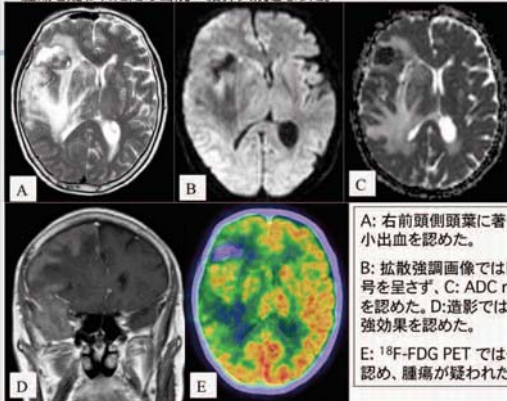
下錐体静脈洞、上眼静脈、顔面静脈等經由  
開頭による静脈の直接穿刺

### 開頭手術

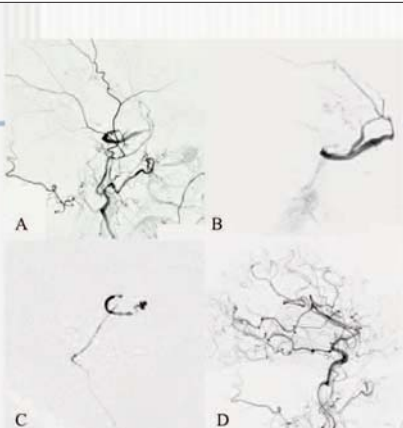
### 放射線療法

### 症例2 75歳 女性

主訴:進行する見当識障害と歩行障害を主訴に近医を受診し、MRIにて右前頭側頭葉部腫瘍を疑われたため当院へ紹介入院となった。



A: 右前頭側頭葉に著明な脳浮腫と小出血を認めた。  
B: 拡散強調画像では同部位は高信号を呈さず、C: ADC mapでは高信号を認めた。D: 造影では皮質に沿った増強効果を認めた。  
E: <sup>18</sup>F-FDG PET では一部集積像を認め、腫瘍が疑われた。



A: 主流入血管を右副硬膜動脈、右上行咽頭動脈とする硬膜動静脈瘻を認めた。左螺旋形頭頂静脈洞からシルビウス静脈へ逆流を認め、流出路が存在せず鬱滞していた。  
B,C,D: 右副硬膜動脈、右上行咽頭動脈にマイクロカテーテルをそれぞれ挿入し、前者を33%NBCA、後者を25%NBCAにて塞栓しシャントは消失した。

MR-SpectroscopyやSPECT、PETは補助診断に有用であるが、腫瘍の種類やグレードによる疑陽性が存在する。

症例1のような軽度の静脈鬱滞の場合には所見に乏しく、low grade gliomaとの鑑別が困難である。

症例2のような著明な浮腫を伴うものでは悪性腫瘍を鑑別に考えるが、出血、血液脳関門の破綻、局所脳血流増加などのために診断が困難である。

患者の不信感や病変の非可逆性を引き起こさないためにも、初期の診断を確実にすることが重要である。

## リハビリテーション科からの報告

埼玉医科大学国際医療センター  
リハビリテーション科  
前島 伸一郎  
大沢 愛子



脳卒中センターにおけるリハビリテーション（以下、リハビリ）と地域連携パスを用いた患者の現状を報告した。国際医療センター開設以来、脳卒中センターで診療したリハビリ患者は3696名で、発症から入院まで平均1.8日、入院からリハ介入まで2.3日、平均入院期間が28.5日であった（図1）。その内訳は脳梗塞が43%、脳出血28%、くも膜下出血13%であった。当院開設後1年は病床も少なく、連携パスも運用されてなかったため、一般病院への転院が多い傾向であったが、地域連携パスが運用された2008年からは、回復リハビリ病院へ行く患者が激増した（図2）。2008年6月から昨年末までで1210件のパスが発行されたが（図3）、今回は昨年秋までに返信された860名の連携パスを分析した。図4に連携病院におけるFIM効率と入院日数の年次推移を示す。FIM効率は1日あたりのADL得点の変化で、効率よいリハの指標に用いられる。当初は全国平均と比べ、入院日数がかなり長い傾向であったが、かなり短縮されてきたため、FIM効率は全国水準より高い値を示すようになった。第二次医療圏別に比較しても、当西部地域では効率の良いリハができていることが明らかとなった（図5）。図6は急性期病院退院時のmRSと連携病院を退院した後の転帰先を示す。在宅復帰できた患者数は、mRS3以上（急性期病院退院時に介助なしに歩行できる）

であれば9割であったが、mRS4（急性期病院退院時に歩行に介助が必要）で7割、mRS5で半数となった。このような現状を周知した上で、急性期から患者の方向づけを行っていくべきであろう。





2007年4月1日～2012年3月31日に受診した患者3696名

年齢 67.9±13.7歳 (5~99歳)  
 性別 男性2181名 女性1515名  
 診療科 脳卒中内科 1778名  
 脳卒中外科 1004名  
 脳血管内治療科 914名

発症～入院 1.8±6.4日(1~221日)  
 入院～リハ開始 2.3±5.0日(1~115日)  
 平均入院期間 28.5±19.9日(1-287日)

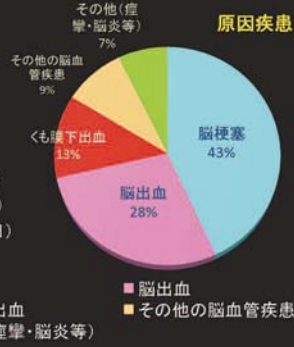


図1 脳卒中センターにおけるリハビリテーション

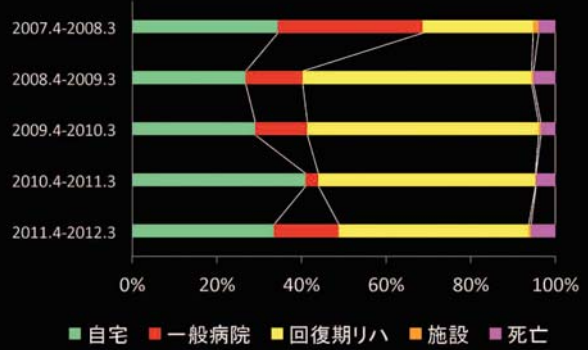


図2 転帰先別の推移

埼玉医科大学国際医療センター

2008年6月～2012年12月:1210件



図3 脳卒中地域連携パスの発行件数

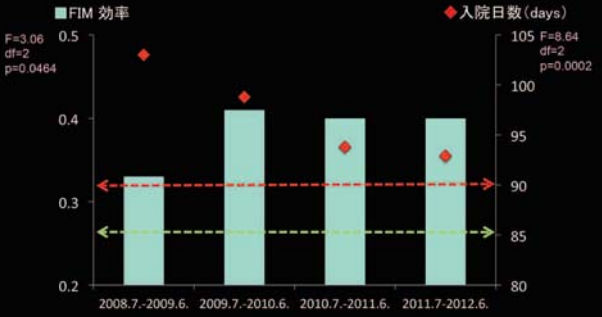


図4 連携病院における治療成績の年次推移

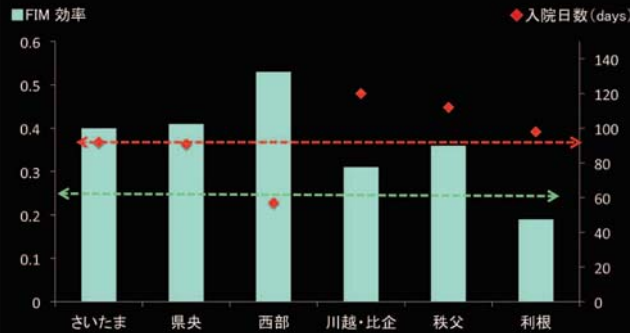


図5 二次医療圏別にみた連携病院における治療成績

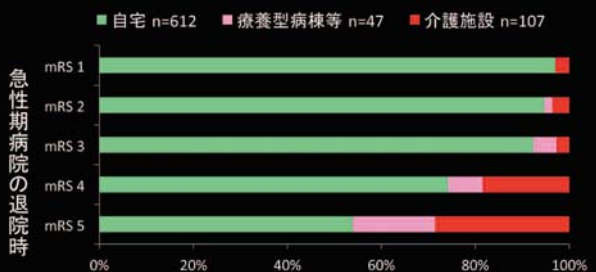


図6 急性期病院退院時のmRSと最終転帰先

## これからの重症心不全の外科治療



埼玉医科大学国際医療センター  
心臓血管外科  
井口 篤志



内科的な心不全の管理では、循環動態を維持できない重症心不全の患者に対して、国立循環器病センター（NCVC）では1978年から開発研究が始まり、1982年に臨床応用されました。この人工心臓は急性心不全の治療目的で開発されましたが、その後、拡張型心筋症などの慢性心不全の治療に使用されるようになり、最近まで心臓移植を待機している間の循環補助手段として重要な役割を果たしていました。しかし、NCVC式補助人工心臓は装着した後、心臓移植まで入院していなければならず、それが患者にとって大きな負担でした。

心臓移植の待機をしている間、退院することを目標とした植込み型補助人工心臓として、本邦に最初に導入されたのはWorld Heart社のNavacorでした。Navacorは本邦でも2004年から限られた施設で使用されましたが、29例に使用されたのみで本邦から撤退してしまいました。Thoratec社のHeartMate VEも臨床治験は行われ、製造販売承認されたものの本邦では使用されずに製造中止になりました。これらの植込み型補助人工心臓はサイズも大きく、本邦では限られた使用であったこと、治験から承認まで長い年月がたってしまったことなどが重症心不全の治療として定着しなかった原因と考えられました。

本邦で開発されたDuraHeartとEVAHEARTが

保険償還されたのは2011年4月です。これらの植込み型補助人工心臓は体表面積が1.4 m<sup>2</sup>あれば植込む事が可能です。さらに2013年4月からはHeartMate IIが保険償還され、体表面積が1.3 m<sup>2</sup>以上あれば安全に植込む事ができるようになりました。植込み型補助人工心臓を装着した患者は手術後、約2ヵ月で退院することができ、自宅で心臓移植を待機することができるようになりました。今後は更に小型で耐久性にすぐれ、安全な人工心臓が開発されるでしょう。



NCVC Nipro (Toyobo) LVAS



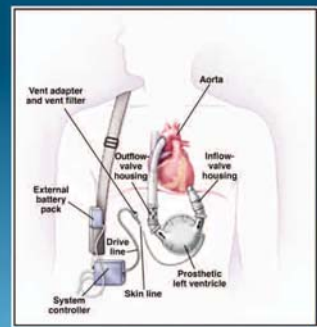
NCVC式補助人工心臓 モバートによる  
リハビリテーション



Novacor World Heart 社



HeartMate TCI/Thoratec 社



HeartMate IP

HeartMate XVE

EVAHEART Sun Medical 社

2005年 治験開始  
2010年12月 薬事承認を取得  
2011年3月 保険償還



EVAHEART Sun Medical 社 退院プログラム



DuraHeart Terumo 社

2008年 本邦で治験開始  
2010年12月 薬事承認を取得  
2011年4月 保険償還



HeartMate II





## カテーテル外科治療

## 外科手術とカテーテル治療を組み合わせたハイブリッド手術



埼玉医科大学国際医療センター  
心臓血管外科  
小池 裕之



当院当科では、観血的な外科治療を行う従来の手術室の機能に加え、経皮的な内科治療を行うための画像診断機器などの機能を組み合わせて、超低侵襲治療を実現することを目的とするハイブリッド手術を備えている。ここで大動脈瘤の手術であるステントグラフト（SG）治療、大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVRあるいはTAVI）治療（治験中）を行っておりこれを簡単に紹介する。

大動脈瘤に対する手術として、より侵襲の少ない方法として経カテーテル治療としてのSG治療の症例数は年々増加傾向にある。理由として、平均寿命の高齢化や疾患比率の増加、解剖学的適応（instruction for use; IFU）内症例の治療成績が良好で、必ずしもIFU内でもなくとも高齢やOpen surgery（OS）ハイリスクなどの理由によりSG治療の適応を拡大している。当科でも、2008年より企業製造デバイスを用いたSG治療EVAR（腹部大動脈瘤に対する治療）、TEVAR（胸部大動脈瘤に対する治療）を開始、ともに増加傾向である。今後SG治療の展望として、弓部大動脈瘤、胸腹部大動脈瘤への適応拡大が見込まれる。

カテーテル外科治療としての大動脈弁置換術であるTAVRが日本で開始、当院でも2012年よりCorevalve system®の治験が開始された。大動脈弁狭窄症で人工心肺を使用するopenでの手

術リスクが非常に高い症例が対象である。TAVR開始以前までの当院の成人開心術は増加を続けており、2012年は500例を超えている。特に大動脈弁狭窄症の弁置換術は、高齢化に伴い今後ますます増加が予想され、TAVRの適応患者も増加が予想される。

外科手術とカテーテル治療が組み合わさった低侵襲であるハイブリッド手術は、外科手技やカテーテル手技の応用により、今後ますます対象疾患、適応とも拡大され、心臓血管外科領域での重要度も増すと考えられる。

## ーコメントー

2013年10月1日より、SAPIEN XT®(Edwards社)経カテーテル的大動脈弁置換術の保険償還が開始されました。当科でも10月よりTAVRの保険償還での治療を開始しております。ご高齢で、合併症をお持ちの患者様でも、大動脈弁置換できる可能性があります。まずは当科の外来にご紹介ください。



March, 27, 2013

## カテーテル外科治療

外科手術とカテーテル治療を組み合わせたハイブリッド手術

埼玉医科大学国際医療センター

心臓血管外科

小池 裕之,  
井口 篤志, 朝倉 利久, 中嶋 博之, 上部 一彦,  
森田 耕三, 神戸 将, 高橋 研, 道本 智,  
岡田 至弘, 林 祐次郎, 新浪 博

地域医療連携懇話会2013年 March, 27, 2013

### STENT GRAFT

	2008	2009	2010	2011	2012
EVAR	17 (1)	38 (1)	62 (0)	62 (0)	54(0)
TEVAR	10 (1)	27 (3)	43 (1)	22 (0)	42(0)
	27 (2)	65 (4)	105 (1)	84 (0)	96(0)

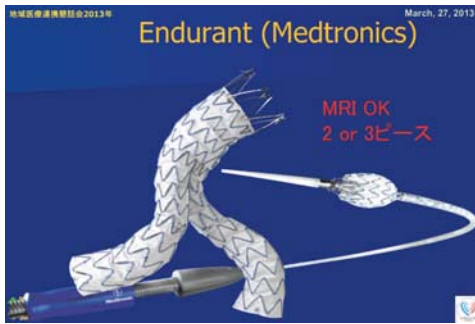
(Hospital death)

地域医療連携懇話会2013年 March, 27, 2013

### AAA

	2008	2009	2010	2011	2012	M.R.
EVAR	17(1)	38(1)	62(0)	62(0)	54(0)	0%
OPEN	30(0)	26(2)	40(2)	43(2)	58(3)	5%
elective	26(0)	20(0)	32(1)	29(1)	45(0)	0%
emergent	4(0)	6(2)	8(1)	14(1)	13(3)	23%
	47(1)	64(3)	102(2)	105(2)	112(3)	3%

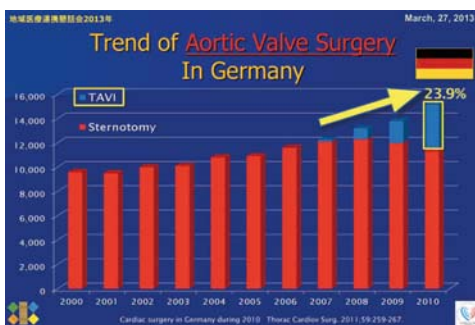
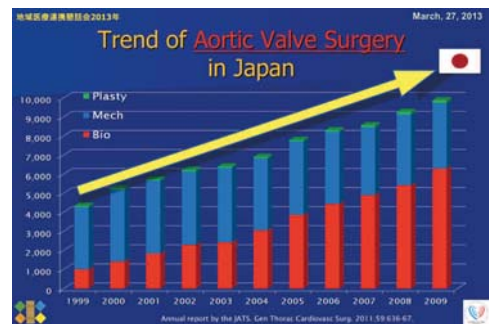
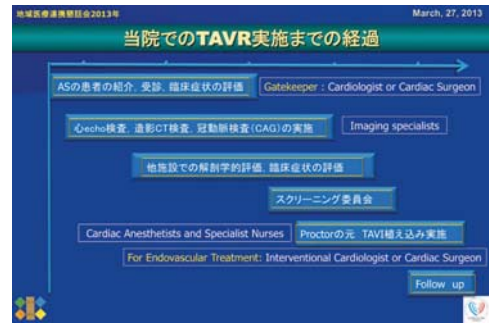
(Hospital death)



地域医療連携懇話会2013年 March, 27, 2013

### TAVR(TAVI)

- 経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVR)治験が日本で開始
  - 2010年4月よりSAPIENを用いた60例の臨床治験が開始。今後の薬事承認に向けての準備が進む
  - 2011年10月よりCoreValve systemの臨床治験も開始
- 当院でも2012年よりCoreValve systemの治験が開始



## Heart Teamの概念と血行再建術



所沢ハートセンター  
循環器科  
江崎 裕敬



近年、欧州ガイドライン(ESC/EACTS 2010)の中で“Heart Team approach”が初めて提唱された。その後、米国(ACCF/AHA/SCAI 2011)および我が国のガイドライン(日本循環器学会 2011年改訂版)でもHeart Team approachが推奨されている。簡潔に述べれば、ある冠動脈病変を持つ患者に対し、内科と外科がteamで医療を行い、最適な治療を患者の意思決定の下に提供するといった方法論である。しかし、内科外科カンファレンスなどで治療法に対する議論は何十年も前から行われており、一見すると「今更感」が拭えない。事の発端は「薬剤溶出性ステントの登場によってインターベンション医が外科医に相談することなく治療を行うようになったことへの危機感」であるらしい。一方我が国では、自施設の外科治療成績に不信感を持った内科医が、何とかインターベンションで治療を行おうとする施設も0ではないと考えられる。このように根底にはお互いの不信感が存在するが、冠血行再建の治療においてはバイパス手術(CABG)にしてもカテーテル治療(PCI)にしても技量が問題となるからである。数多くの施設でCABG、PCIを行なっている日本では施設間の手技の差が大きい。すなわち施設間で成績が異なるのが実情である。よってEBMの示す数値だけを捉えず、実際問題患者の治療をどのように行うのが最善かをチームで議論する必要が

ある。この際、お互いの技能、成績を双方が把握した上で、治療法が自然と決まってくるチームが望ましい。当院は19床のいわゆる「カテクリニック」であるが、新浪教授率いる埼玉医大国際医療センター心臓血管外科と密に連携を取らせていただいている。当方の思い過ごしかもしれないが、緊急時のやり取りや、心臓外科手術依頼等に関しても殆ど「つうかあの仲」に達しているのではないかと考えている。このようにしてお互い切磋琢磨しあうことが、究極的には患者のため、また、地域の循環器医療の向上につながっていくと信じている。





# Heart Teamの概念と冠血行再建術

所沢ハートセンター  
循環器科 江崎 裕敬



## What's THC

- 平成23年度 冠動脈造影 1254件
- 平成23年度 カテーテル治療 1039件
- 平成23年度 心臓 917件 その他 122件
- 平成23年度 ペースメーカー植込 64件
- 平成23年度 冠動脈CT 1617件



## Heart Team approachとは

- ESC/EACTS 2010  
Multidisciplinary decision making (Heart Team)  
↓
- ACCF/AHA/SCAI 2011
- 安定冠動脈疾患における待機的PCIのガイドライン 2011年改訂版
- 虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン 2011年改訂版

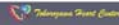


### 2.1. Heart Team Approach to Revascularization Decisions: Recommendations

**CLASS I**  
1. A Heart Team approach to revascularization is recommended in patients with unprotected left main or complex CAD (14-16). (Level of Evidence: C)

**CLASS IIIa**  
1. Calculation of the Society of Thoracic Surgeons (STS) and SYNTAX scores is reasonable in patients with unprotected left main and complex CAD (13,14,17-22). (Level of Evidence: B)

JACC Vol. 58, No. 24, 2011 Dec. 6, 2011 e44-122



## ガイドラインによると

- 非保護左主幹部および複雑病変における冠血行再建において
- 循環器インターベンション医と心臓外科医で構成された「Heart Team」により治療法を検討する



## ガイドラインによると

- 患者の医学的状況と冠動脈の解剖学的状態を再検討
- PCIまたはCABGのどちらが技術的に適しており、また理にかなっているか
- ハイブリッド治療の選択
- 治療戦略を決定する前に患者に情報を提供し治療法について話し合う



- これまで何年も当然行われてきたはずの議論のように思われるが...
- なぜ今わざわざ明文化する必要があるのか

⇒歴史的考察が必要

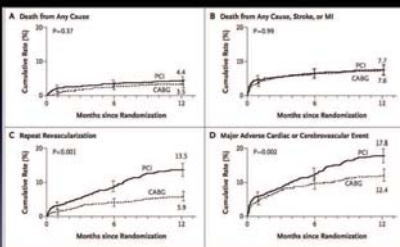


4. 冠血行再建術選択に際しては、冠動脈の解剖学的状態と患者の医学的状況を再検討する必要がある。冠動脈の解剖学的状態と患者の医学的状況を再検討する必要がある。冠動脈の解剖学的状態と患者の医学的状況を再検討する必要がある。

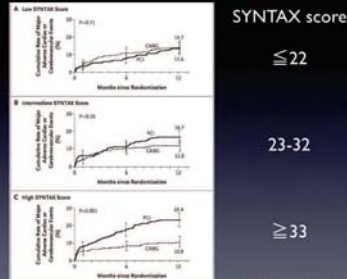
冠血行再建術選択に際しては、冠動脈の解剖学的状態と患者の医学的状況を再検討する必要がある。冠動脈の解剖学的状態と患者の医学的状況を再検討する必要がある。冠動脈の解剖学的状態と患者の医学的状況を再検討する必要がある。

- 「DESの出現によってインターベンション医が心臓外科医と適応の話をすることなく治療を行ってしまうようになった」ことに対する危機感

外科と内科のお互いに対する不信任が生む根深い問題



NEJM MARCH 5, 2009 Vol. 360 No. 10

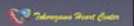


NEJM MARCH 5, 2009 Vol. 360 No. 10

SYNTAX score  
≤22  
23-32  
≥33

最新の例を紹介しましょう。胸骨を開かず、傷もほとんどない。完全血行再建が動脈グラフトのみで可能で、入院は1-2日。死亡率はほぼ0%。こんなことができる外科医がいる施設では、内科医は喜ぶまでPCIをしなくなるのではないのでしょうか。仮りに入院は1か月以上、バイパスグラフトは話さず、死亡率10%。だったら？内科医はハートチームでカンファレンスをせず、全例無理にでもPCIをするでしょう。無論すれば手術適応はそうやって決まってしまうと思います。

J Jpn Coron Assoc 2012; 18: 136



- 科学で割り切れない問題→技能
- 名医、ゴッドハンドという言葉で「患者さん」が信奉している以上、科学的説明が通用しない患者もいる（医者もいる）。



- チームとして
- お互いの技能の把握（科学的数字で言えば、成功率、合併症の率...）
- 長期予後を論じるのであればアフターケアの問題



- とくに循環器内科単科施設においては近隣の心臓外科チームとの密な連携が必要。



## 咽頭がんの治療-up date-



埼玉医科大学国際医療センター  
頭頸部腫瘍科・耳鼻咽喉科  
菅澤 正



咽頭癌の最近のトピックスについてお話しします。のど：鼻の奥から食道の入り口まで、は咽頭と呼ばれ、上中下に分けられます。近接した部位ですが、それぞれ特徴的な臨床像を示します。

上咽頭がんはEBウイルス感染が原因であり、中国南部で多発することが知られています。手術は解剖学的に困難で、化学療法、放射線療法が行われます。診察困難な部位ですので、症状が進行してから受診することが多く、その結果治療成績も不良です。初発症状が三叉神経痛や外転神経麻痺のことも稀では無く、このような患者を診察するとき、頭の片隅に、上咽頭がんの可能性を入れておいてください。

中咽頭がんは扁桃や舌根の癌です。禁煙の普及と共に頭頸部癌では減少傾向を示す部位が多いのですが、この癌は若年者を中心に急増しております。この増加はパピローマウイルスが原因であることが明らかになりました。欧米では70-80%、埼玉医大でも50%がパピローマウイルス関連癌です。オーラルセックスの普及による、性感染症です。転移をきたしやすく、進行癌が多いのですが、幸い、放射線照射、抗がん剤に感受性が高く、治療成績は良好です。ワクチンによる予防が期待できる癌の一つです。病理検査で簡単にチェック出来ますので、感染の有無で治療計画の変更も考慮されます。

下咽頭がんは飲酒、喫煙が原因です。そのため食道がんなどの重複癌の頻度が高く30-50%に達します。化学療法の積極的導入、空腸移植など再建法の進歩で治療成績は向上しておりますが、進行癌では限界があり、治療成績の向上、音声などの機能保存には早期発見が重要です。最近、NBI など内視鏡の進歩で、早期がんが発見されるようになりました。上部消化管内視鏡の際は、中下咽頭を必ずNBIにて観察するようお願いしたいと思います。

このように、頭頸部癌患者は、初発症状出現時は内科を受診することも多いので、鑑別の一つに頭頸部癌を入れておくようお願いします。

### ーコメントー

当科は鎖骨上の腫瘍（含む、甲状腺、副甲状腺）は、全て対象ですので、悪性あるいは手術適応と思われる方は気軽にご紹介ください。気道緊急等で、早期受診必要と判断された方は、ご一報いただければ、対応いたします。



### 各部位の特徴

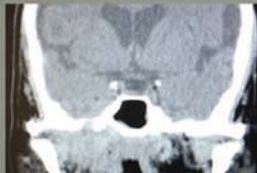
部位	病因	治療	5生率
上咽頭	EB virus	化学放射線療法	35-50%
中咽頭	アルコール →papilloma virus	再建手術 →CCRT 内視鏡手術	60%
下咽頭	アルコール、喫煙、貧血	再建手術 →CCRT 内視鏡手術	50%

### 上咽頭癌

- ヒトで初めてvirus 発がんが確認
- 手術は行われない
- 多彩な症状
  - 難聴、鼻閉、鼻出血、三叉神経痛、複視、頸部腫瘍
  - 早期診断が重要
- 放射線療法が主体
- 抗がん剤の併用
  - PF (CDDP、5FU)による維持化学療法
  - 遠隔転移頻度高い
    - TPFによる導入化学療法も

68歳 女性 主訴：顔面痛、難聴  
2年前より、難聴出現後、近耳鼻咽喉科にて、滲出性中耳炎の診断で通院。  
1年半前より、顔面痛、頭痛出現し、脳外科にてCT,MRIを3回ほど撮影するも異常所見なく、三叉神経痛の治療を受けていた。  
最近、鼻出血、複視出現し、当科紹介となった。  
既往歴：糖尿病

診断の遅延



6ヶ月前のCT

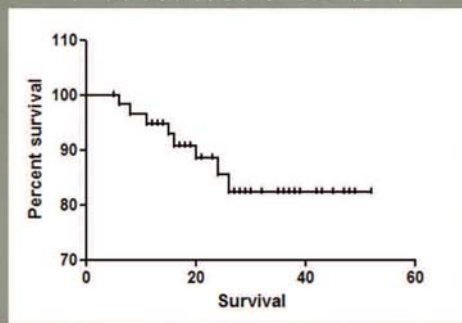


初診時の上咽頭所見

### 中咽頭

- 酒たばこ-重複癌
- Papilloma virusの関与増加
  - 当科症例で60%弱-北欧では90%
- 急増-若年層に
- 治療方針の転換
  - 縮小治療へ
- 予防
  - ワクチン
- 当科の治療成績

### 中咽頭癌特異的生存率



疾患特異的3年生存率=82.2% (Stage IV : 76%)

### 下咽頭

- 酒たばこ
- 重複癌
- 早期診断困難
- NBIの普及-他科での早期発見例増加
- 内視鏡治療の可能性
- 化学療法の進歩
  - TPF (CDDP、タキソテール、5FU)導入化学療法
- 喉頭保存の試み

症例2: 59歳男性 左PS原発 cT4aN3M0  
stageIVB



治療前

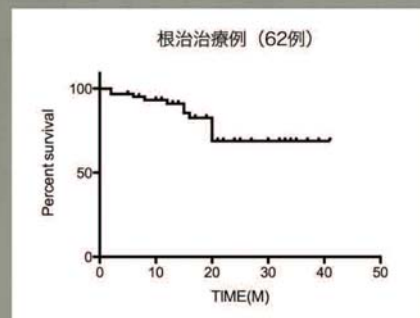


3クール後

原発巣 CR

頸部リンパ節 CR

### 根治治療群 (62例)





## Unplanned Surgeryに対する治療結果



埼玉医科大学国際医療センター  
骨軟部組織腫瘍科・整形外科  
矢澤 康男



今回はご紹介頂いた症例からunplanned surgery例の治療結果をご報告申し上げます。

### Unplanned surgeryとは

日本語では適切な言葉がありませんが、肉腫の手術で診断・切除計画のなかった手術を指します。具体的には「良く分からないので、切除してみたら肉腫だった。」という計画性のない手術に当たります。

### 何が問題か

肉腫の手術は「広範切除術」といい、腫瘍を健常組織で包みこむようにして切除するのが妥当です(図1)。切除範囲は画像検査で決定しますが、前回治療があるとその切除範囲決定が困難となります。特に前回治療が腫瘍に触れるような場合、腫瘍細胞は術野に播種します。この播種の範囲を画像で同定するのは困難です。したがって「広範切除術」が出来なくなり、結果、患者さんは局所再発で苦しむこととなります。局所再発は患者さんの予後に悪影響を及ぼします(図2)。

### Unplanned surgeryに対する治療結果

次項に当科の治療結果をお示しします。全例28例で部位は四肢体幹に亘ります(図3)。ご紹介科は整形外科、外科が多いようです(図4)。

組織診断はいわゆる悪性線維性組織球腫(今年のWHO改訂でこの診断名はなくなりました)が多いです(図5)。これらに追加広範切除、放射線、抗癌剤治療を行いました(図6)。通常広範切除術の局所制御率は90%前後とされています(図7)が、今回のunplanned surgery例では60%の局所制御率でした(図8)。あまり良いものではありません。この値を改善するのも我々の責務ですが、地域の先生方にも是非御協力して頂きたく、この場をかりて申し上げます。

### どうすれば良いか

「肉腫かな?」と思ったら、生検も切除もせずご紹介頂けたらと思います。あまり遠慮することはありません。肉腫を考えるべき所見として European Society of Medical Oncology (ESMO)の項目が役に立ちます。

- 1) 増大するもの
- 2) 5cm以上のもの
- 3) 筋膜より深層にあるもの
- 4) 痛むもの

これらの中で最も重要な事項は「増大するもの」であり、浅層発生でも要注意です!

皆様にはいつもお世話になるばかりで、ご無理を申し上げているかも知れませんが、少しでもご理解頂きますようお願いいたします。



## 広範切除

正常組織で包みこむように切除する

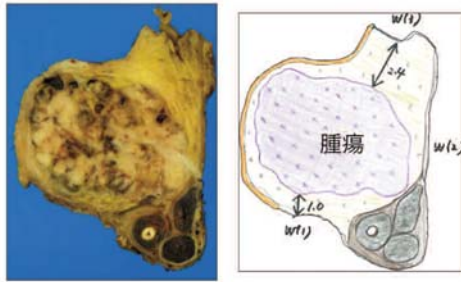


図1

日本整形外科学会

## 軟部腫瘍診療ガイドライン2012

局所再発の危険因子は

Grade A

腫瘍の大きさと切除縁は、非円形細胞肉腫非転移例において局所再発の危険因子である。

追加広範切除術の意義は

Grade B

計画的に行われなかった手術後は腫瘍の残存による再発の可能性があるため、原則として追加広範切除術が必要である。

予後因子は

Grade B

非円形細胞肉腫非転移例においては、腫瘍の発生部位、大きさ、深さ、悪性度、組織型、初診時の年齢、切除縁、局所再発は予後因子である。

局所再発例の手術治療は

Grade B

再発症例では初回手術より術後再発率が高いため、切断も含めた根治的な手術治療を考慮すべきである。

図2

## 当科を訪れたUnplanned Surgery例

2009.02.13~2013.02.26 28例 軟部腫瘍

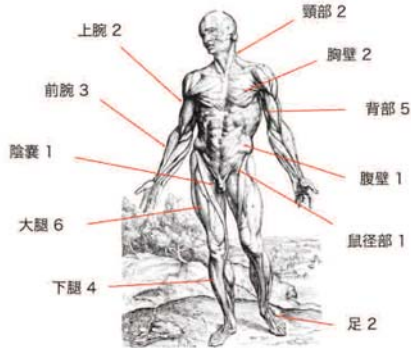


図3

## 初回治療科

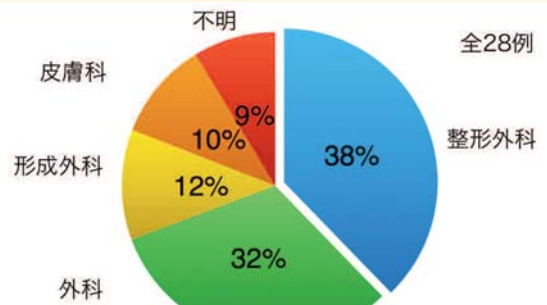


図4

## 組織診断

悪性線維性組織球腫	7	滑膜肉腫	1
高分化型脂肪肉腫	4	孤立性線維腫	1
脱分化型脂肪肉腫	3	PEComa	1
皮膚隆起性線維肉腫	3	低悪性筋線維芽細胞肉腫	1
粘液線維肉腫	3	炎症性筋線維芽細胞肉腫	1
悪性末梢神経鞘腫	2	明細胞肉腫	1

図5

## 当科での追加治療

21例

手術 17  
手術+放射線 3  
手術+抗癌剤 1

7例

無治療（転院、本人の希望）

図6

## 1cm以上の距離が必要

栃木県立がんセンター 185件 肉腫手術

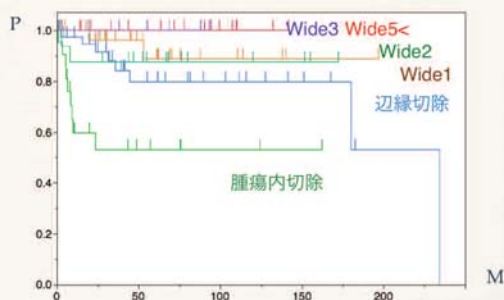
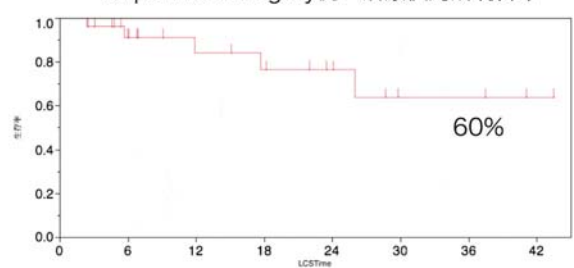


図7

## 埼玉医科大学国際医療センター

Unplanned Surgery例 治療後局所制御率



全21例

図8

## 皮膚悪性腫瘍に対する治療の現況



埼玉医科大学国際医療センター  
皮膚腫瘍科・皮膚科  
山本 明史



当科は全国に先駆けて皮膚腫瘍科を掲げた診療科であり、紹介患者さまの90%以上は皮膚腫瘍で、開院以来の年間初診患者数は図2のごとくです。悪性黒色腫(MM)は本邦では年間人口10万人あたり約1人の発生率と推定され、通常の大学病院では年間10例程度であります。当科では年間約30~40例と多く、下記のような先進的診療も施行しています。ダーモスコピー検査では、たとえば足底の色素斑を観察したとき色素沈着が皮丘に優位である場合(図3)、MMの早期病変であり、色素沈着が皮溝に優位である場合(図4)、良性の色素性母斑と臨床的診断が容易にできます。図5のように原発巣の腫瘍細胞がリンパ管に入った場合、ほとんど腫瘍細胞が最初に出会う所属リンパ節(センチネルリンパ節SNという)に転移をきたすと推測されています。よって、センチネルリンパ節生検(SNB)を施行することにより、SNの転移が判明すれば、さらに根治的リンパ節郭清術を行い、SNの転移が陰性であればリンパ節郭清術を回避し、手術による後遺症をできるだけ少なくすることができるといことになります。当院では、このSNの位置を術前に知るために、SPECTを利用することによってSNの位置を正確に同定することができています(図6)。

その他、有棘細胞癌(SCC)は、主に日光角化症、熱傷瘢痕、放射線皮膚炎などの皮膚から発

生することが多く、図7は下腿の熱傷瘢痕部から発生したSCC(潰瘍病変)であり、広範囲切除し分層メッシュ植皮した症例です。また、基底細胞癌(BCC)は90%以上顔面などの露出部に発生し、最も発生数が多いものの転移することがきわめて稀であるため、完全に切除し、整容的にきれいに手術することが重要です。図8は左下眼瞼部にできたBCCで、整容的にむずかしい手術ですが、術後眼瞼のひきつれもなく、再発もなく、きわめて順調に治癒した症例です。

### ーコメントー

- ・当院における主な医療技術紹介：
  - 1) 色素斑の診断におけるダーモスコピー検査。
  - 2) SPECTを利用したメラノーマのセンチネルリンパ節生検術。
- ・医療連携機関の皆様へ：
 

患者様をご紹介いただく場合、患者様に「まず病院に電話して、予約を取ってから受診するように」とお伝えいただければ幸いです。予約を取ってから受診していただかないと、待ち時間が長くなったり、初診医がご指定医師と異なることがあります。







**年間初診患者数**

平成	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
メラノーマ	40例	42	38	30	38	30
SCC	31	30	27	29	28	16
BCC	17	28	25	25	36	26
乳房外Paget	17	9	9	7	5	4
Bowen病	3	9	8	9	15	6
日光角化症	3	9	7	12	5	9
転移性皮膚癌	8	6	18	5	1	4
血管肉腫	2	0	1	3	2	0
その他(悪性)	12	8	12	10	14	5
計	113	141	145	130	144	100
手術件数	93	170	157	152	161	163件

図2



図3



図4

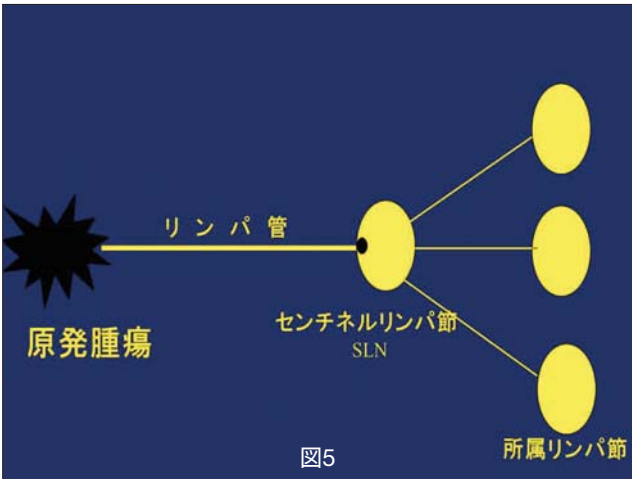


図5

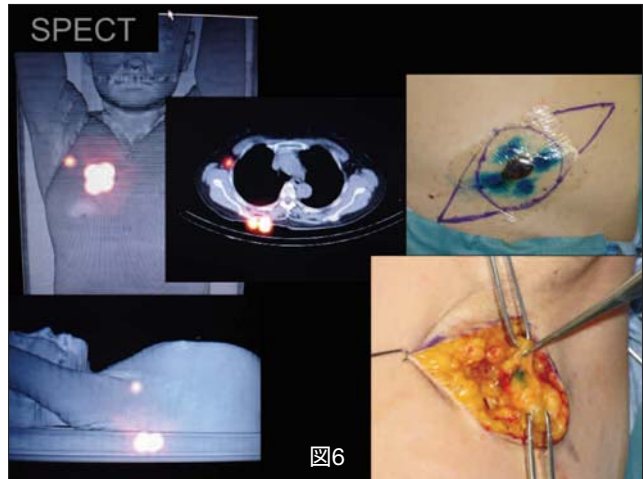


図6



図7

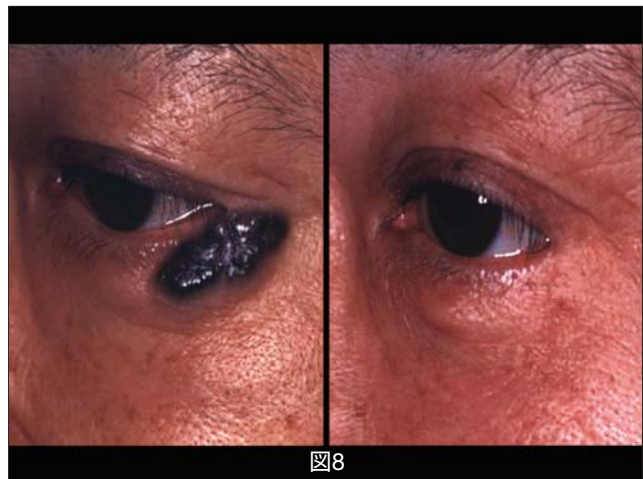


図8

## 地域へつなぐ乳がん看護 ～看護専門外来の現状と連携～



埼玉医科大学国際医療センター  
看護部 乳がん看護認定看護師  
小島 真奈美



日本における乳がん患者の特徴は40歳代後半の壮年期に多く、結婚、出産、育児、介護などの問題を抱え社会的に大きな影響を与えているといわれています。さらに、乳がんの治療が発展し治療の選択肢が多く患者や家族を悩ませます。このような状況の中、乳がん看護認定看護師は、患者や家族を全般的に支援していく役割と患者がどの場所においても手厚い支援が受けられるために支援方法を多くの看護師へ広め、連携していく役割があります。この2つの役割について説明いたします。

### 【外来における乳がん患者および家族への支援】

外来では、診察の介助をする診療担当看護師と患者、家族の支援を主に行う支援看護師、看護専門外来(認定看護師)の3つの担当者が連携して支援をしています。診療担当看護師は、診察時に患者や家族の問題を抽出し、支援看護師や看護専門外来へ連携します。支援看護師は、診療担当看護師から情報を受け、告知後の心理的サポートや症状コントロール、ホルモン剤の副作用のケアなどを行っています。また、看護専門外来では、リンパ浮腫ケア外来、乳がん看護外来の2つの外来を行っています。リンパ浮腫ケア外来では、主にリンパ浮腫を発症した患者へのケアを行っています。また、乳がん看護外来は治療選択のサポート、妊孕性の相談などに対応しています。

### 【乳がん患者と家族の支援方法を広め、連携する】

乳がん患者の初期治療後のフォローは10年以上続き、治療が終了しても再発や転移の不安、がんサバ

イバーとして社会で生活していくことでの問題があります。そこで、がん診療連携拠点病院と地域の医療機関が連携し、患者や家族を支援していく必要があります。患者や家族を途切れなく支援していくためには、看護師の知識の向上や情報共有場の設定、そして連携システムの構築が必要と考えます。また、2012年には、認定看護師と訪問看護師が共に在宅で過ごす患者へケアを提供する在宅患者訪問看護・指導料が新設されました。ぜひ、さまざま場面で乳がん患者に関わる看護師が協働しながら、患者や家族を支援していければ良いと考えます。

## 看護外来をご活用下さい！

乳がん看護認定看護師が、皆様のご相談に応じます。

相談内容例：治療選択に悩んでいる。病気のことを詳しく知りたい！手術後の生活方法は？いつも不安ばかり・・  
子供や家族との接し方は？腕が浮腫んできた。治療中に気をつけることは？副作用が辛い。など

### <外来日程>

乳がん看護外来：第1・3火曜日(予約制)  
リンパ浮腫ケア外来：第2・4金曜日(予約制)

14:00~17:00 個別相談(1人30分程度)

包括的がんセンター内

(施設外の患者さん、ご家族の相談も可能です)

包括的がんセンター外来 小島・岡部

H25年2月





## 地域へつなぐ乳がん看護 ～看護外来の現状と連携～

埼玉医科大学国際医療センター看護部  
乳がん看護認定看護師 小島 真奈美




2013.08.18 3月地域医療連携懇話会 1


### 認定看護師の役割と 乳がん看護認定看護師へ期待される能力

＜認定看護師の3つの役割＞

- ・熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する(実践)
- ・看護実践を通して看護職者に対し指導を行う(指導)
- ・看護職者に対しコンサルテーションを行う(相談)

＜乳がん看護認定看護師へ期待する能力＞


- ・乳がん患者に対する適切なアセスメントを行い、乳がんの集学的ケアとセルフケア確立に向けた指導・相談ができる能力をもつ。
- ・乳がんの早期発見と乳がん患者・家族への看護に必要な専門的知識・技術を修得し、専門性の高い看護実践を提供できる能力をもつ。



2013.08.18 フォッター 2

### 乳がん患者の特徴

- ・乳がん罹患率は、女性のがんの中で第1位
- ・罹患年齢は、40代後半の壮年期
- ・30歳代の若年者の罹患者もいる
- ・社会に大きな影響を与える  
(結婚、出産、育児、養育、仕事など・・・)
- ・治療が複雑で、選択肢が多い
- ・治療が長期にわたる
- ・治療によりボディイメージの変容をきたしやすい
- ・治療費が高額であり経済的な問題が生じやすい



乳がん看護認定看護師教育課程 鈴木久美 資料より引用、改変

### 乳がん患者の経過とケア

受診・検査：検査時のケア

診断時：診断(告知)時のケア

治療方針：術式・治療選択のケア


各治療：手術・化学療法・放射線療法  
内分泌療法の副作用のセルフケア

再発・転移：将来の不安・家族ケア  
・緩和ケア

療養：患者会サポート・地域との連携

・ボディイメージ変化のケア

- ・リンパ浮腫予防のケア
- ・セクシュアリティのサポート



2013.08.18

### 外来における乳がん患者および家族への支援

＜診療担当看護師＞


- ・診察の同席
- ・モニタリング
- ・患者、家族の問題の抽出
- ・看護ケアの連携

＜看護専門外来＞

- ・リンパ浮腫ケア外来(リンパ浮腫予防指導、発症後のセルフケアなど)
- ・乳がん看護外来(病状や治療の補足、治療選択の支援など)

＜支援看護師＞

- ・告知後の心理的サポート
- ・治療のオリエンテーション
- ・症状コントロール
- ・補整方法の支援
- ・リンパ浮腫予防指導



2013.08.18 フォッター 5

### 乳がん患者と家族の支援方法を広め、連携する

- 乳がん患者・家族の特徴を理解
- 乳がん患者・家族の問題や看護ケアを話し合える場の設定
- 看護支援が途切れないシステムの構築
- 乳がん患者に関わる看護師の協働

- 勉強会、セミナーなどで乳がん患者・家族を理解し、支援方法を習得する。
- カンファレンスを開催する。
- 情報共有が出来るツールを活用する。
- がん関連の認定看護師を活用する。

2013.08.18

### がん関連の認定看護師を活用する

◆在宅患者訪問看護・指導料

う～ん、どうすれば治るかしら



リンパ浮腫が治りません

- ・家事負担の軽減
- ・リンパドレナージ
- ・圧迫による軽減

② 同一日に訪問


③ 共にケア方法を計画

① ケア方法の相談依頼





2013.08.18 7


### 乳がん患者・家族を支える環境




往診医  
医院・クリニック




地域包括支援センター




患者会



病院



ケアマネジャー



訪問看護ステーション

2013.08.18 8



## 乳がんの地域連携パスの現状と問題点



埼玉医科大学国際医療センター  
乳腺腫瘍科  
大崎 昭彦



乳がんは5大がんのひとつで日本人女性の16人に1人が生涯のうち乳がん罹患すると推定されています。当院においても原発性乳がんの手術症例数は開院以来増え続け、2012年は376例の手術を行いました。乳がんの治療法は多くのエビデンスをもとに標準治療が確立しており、術後のフォローアップについても定期的な特殊検査は必要なく年1度のマンモグラフィが推奨されているのみです。従って、当院と地域の先生方との連携が最も行いやすいがん種のひとつといえます。がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料とは当院のような手術・化学療法・放射線療法などの専門的治療を行うがん診療連携拠点病院と定期的な診療・検査を行う地域の医療機関との連携計画書（がんパス）を利用した連携による治療を評価した点数です。連携にあたっては、当院から退院時または退院から30日以内に、診療情報提供書（紹介状）と連携計画書（がんパス）を患者さんに渡し、予め届出をしている地域のレー計医療機関に持参して受診していただくことが必要です。そうすることで当院はがん治療連携計画策定料1として750点、地域の連携先医療機関は月1回回度でもがん治療連携指導料が算定できるしくみです。届出は関東信越厚生局に、①がん治療連携計画策定料・がん診療連携指導料の施設基準に係る届出書、②連携計画書（がんパス）を提出

します。以前は①の書類を地域の医療機関が提出する必要がありましたが、現在は当院が届けられるように変更されました。現在、当院とがんパスを共有し届出済みの連携医療機関は乳がんでは174施設ですが、決して順調に進んでいるとはいえません。当科ではがんパスを含めた全ての書類を「私のカルテ」というファイルに入れて患者さんにいつも携帯してもらうシステムを考案し医療連携を推進させる試みを始めました。今後もがんパスを定着させ。がん患者さんを地域全体で支援していく努力をしていきたいと考えております。

### ーコメントー

当科での新しい医療技術を紹介します。それは可視光や近赤外光を利用した拡散光スペクトロスコピー（Diffuse Optic Spevtrospectroscopy ; DOS）という新しい医療機器です。DOSは無侵襲で、腫瘍の酸素化ヘモグロビンおよび酸素飽和濃度を画像化することができ、ホルモン療法や化学療法における治療効果や早期治療効果予測に役立つと考えられ、現在、IRBの承認を受け臨床試験という形で検証しています。





### Follow-up

## 術後に特殊な検査は不要

○ 初期治療後フォローアップとして以下は勧められるか。

問診・視触診	B	胸腹部CT	C2
マンモグラフィ	A	肝臓超音波検査	C2
再発兆候に関する患者教育	C1	骨シンチグラフィ	C2
婦人科検診	C2	MRI	C2
血液検査	C2	FDG-PET	C2
胸部X線	C2	腫瘍マーカー	C2

C2: 科学的根拠は十分とはいえず、実践することは基本的に勧められない

○ 初期治療後、定期的なマンモグラフィは対側・同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2版学・診断編 2011年版

### 地域連携パス

## がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料とは？

がんパスって？

- 手術・化学療法・放射線治療などの
- 専門的治療を行うがん診療連携拠点病院等と定期的な診察・検査を行う地域の医療機関との
- 連携計画書(がんパス)を利用した連携によるがん治療を評価した点数です。

### 地域連携パス

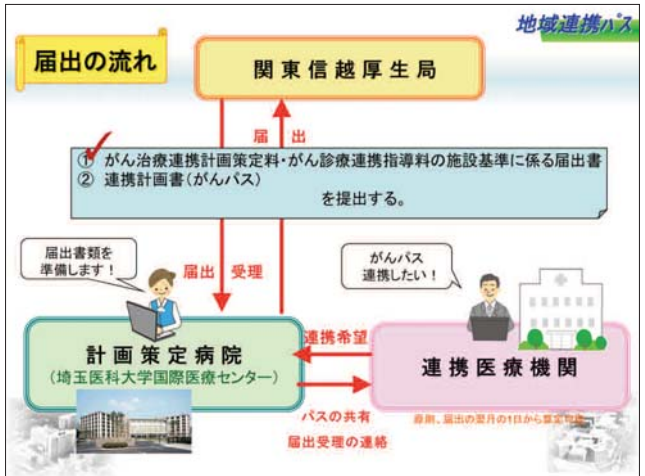
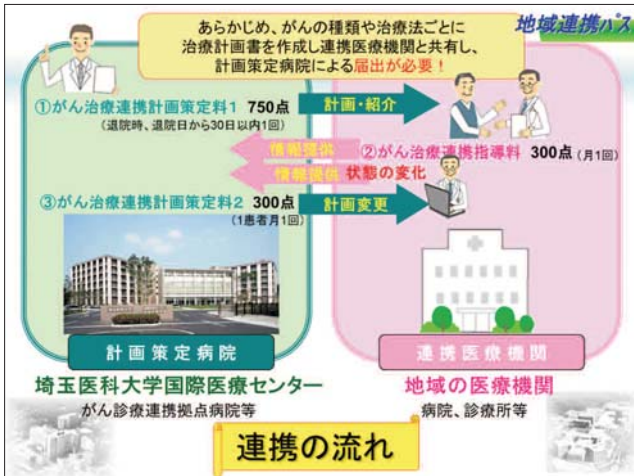
## 連携のスタートは？

計画策定病院(国際医療センター)から退院時または退院から30日以内に、診療情報提供書(紹介状)+連携計画書(がんパス)を患者さんに渡し、予め届出をしている地域の連携医療機関に持参して受診してもらうことから始まります！

あらかじめ、がんの種類や治療法ごとに治療計画書を作成し連携医療機関と共有

そのためには計画策定病院からの届出が必要です！

診療情報提供書(紹介状) + 連携計画書(がんパス)



### 乳がん連携計画書

計画策定病院: 埼玉医科大学国際医療センター 所在地: さいたま市 連携先: 〇〇病院

患者氏名: 〇〇〇〇 性別: 〇 年齢: 〇歳

病期: 〇

治療方針: 〇

連携項目	1か月		2か月		3か月		4か月		5か月		6か月	
	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
問診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マンモ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨シンチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

乳がんの連携計画書(がんパス)

コメント

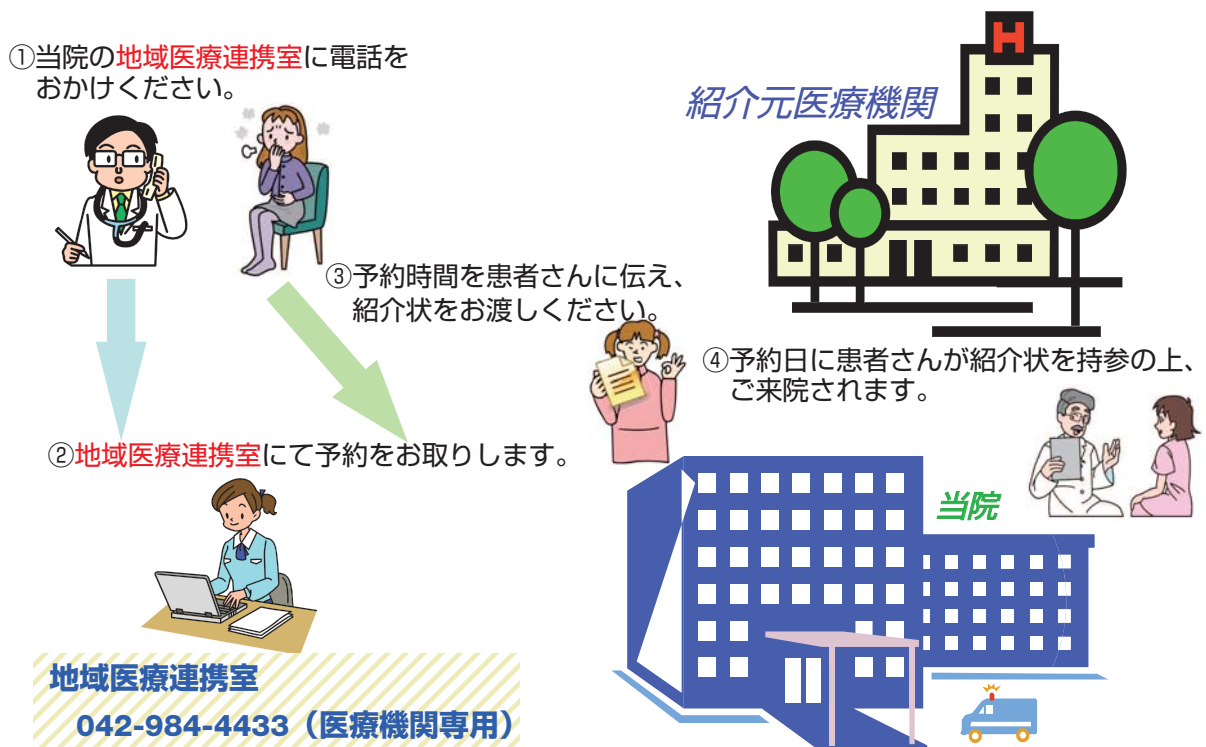
## 決めては私のカルテ

がんパスを含めた全ての書類を入れていつも携帯してもらう

## 受診までの流れ（患者さんからの予約の取り方）



## 受診までの流れ（医療機関からの予約の取り方）

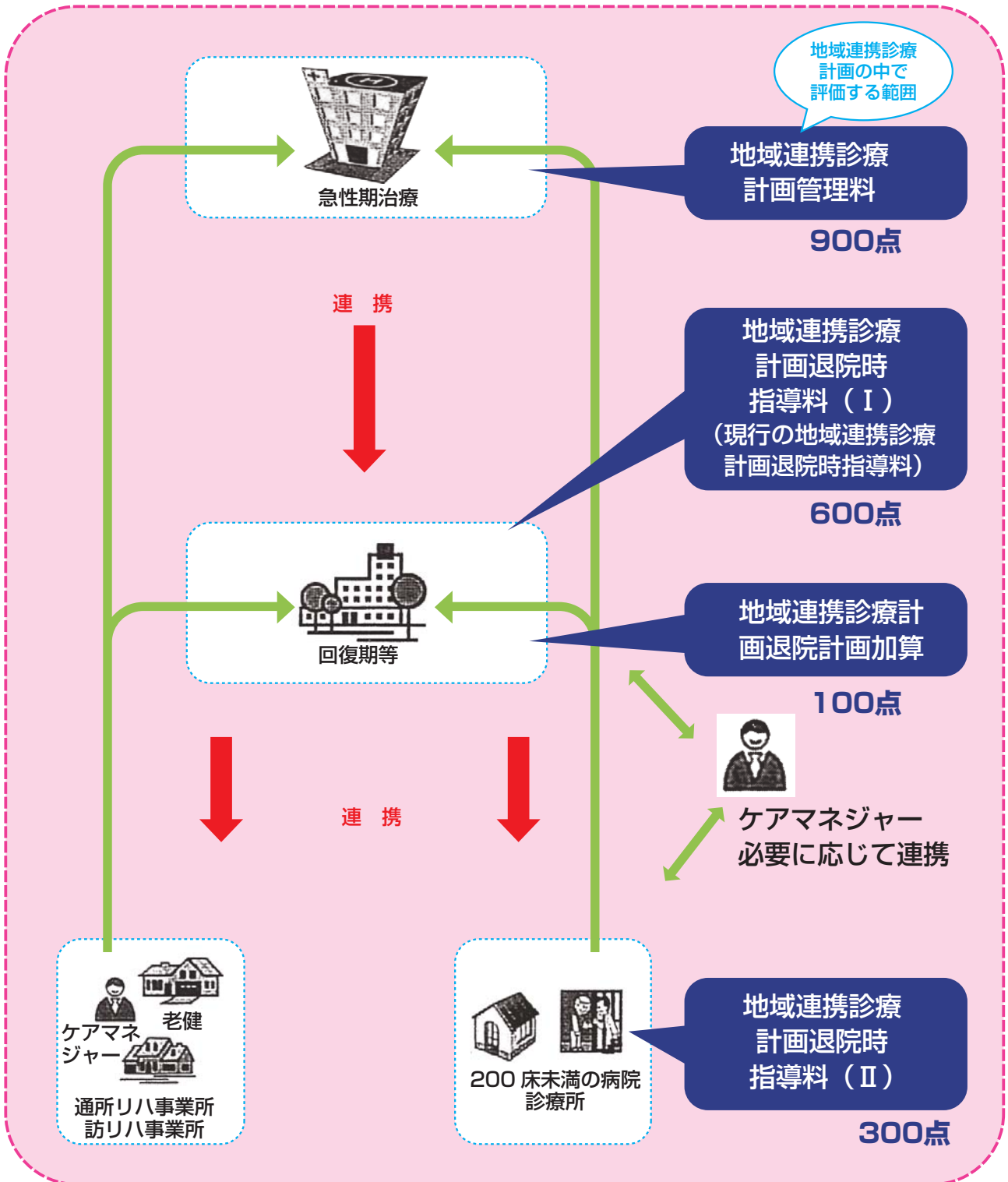




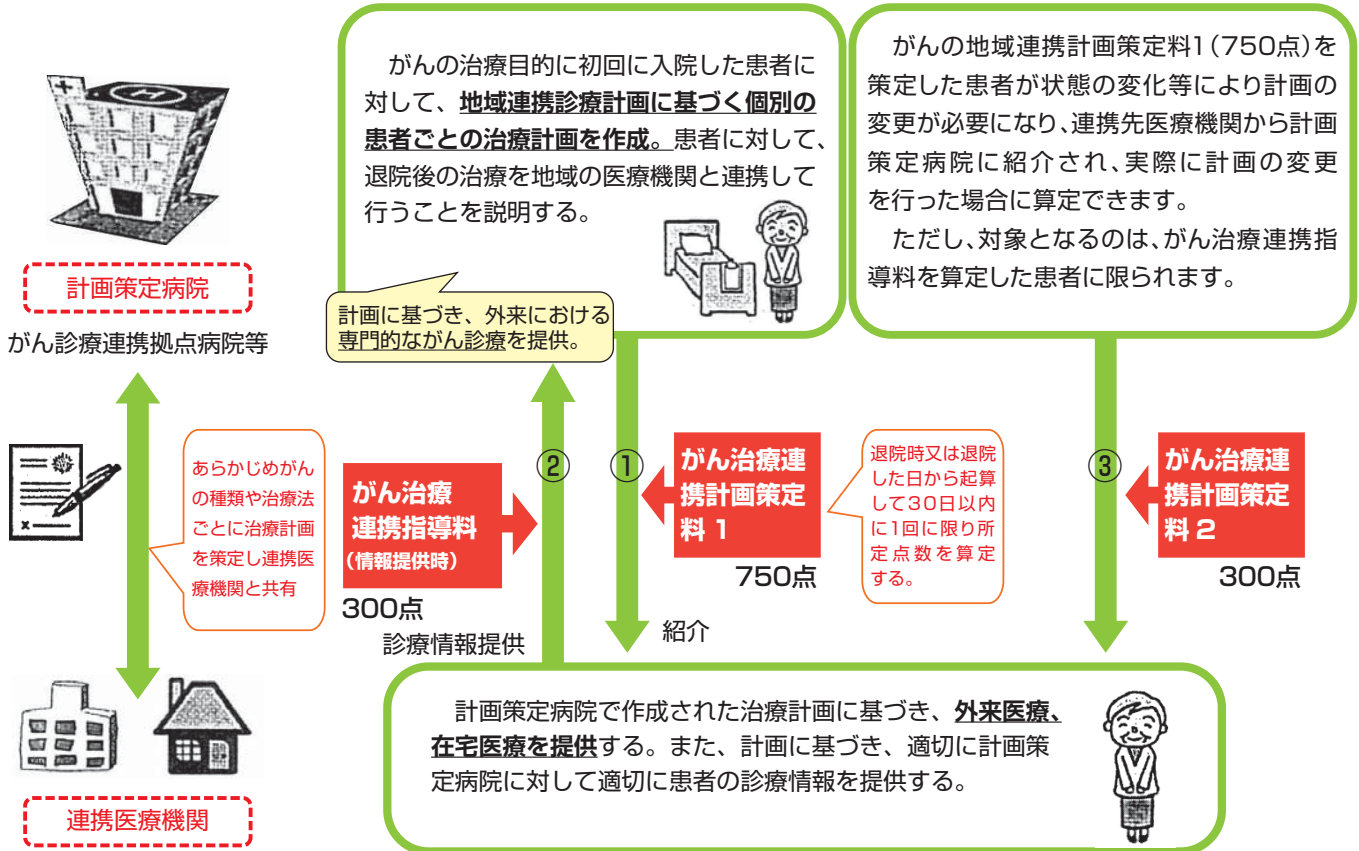
# 埼玉医科大学国際医療センターは地域医療連携を積極的に推進しています

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。

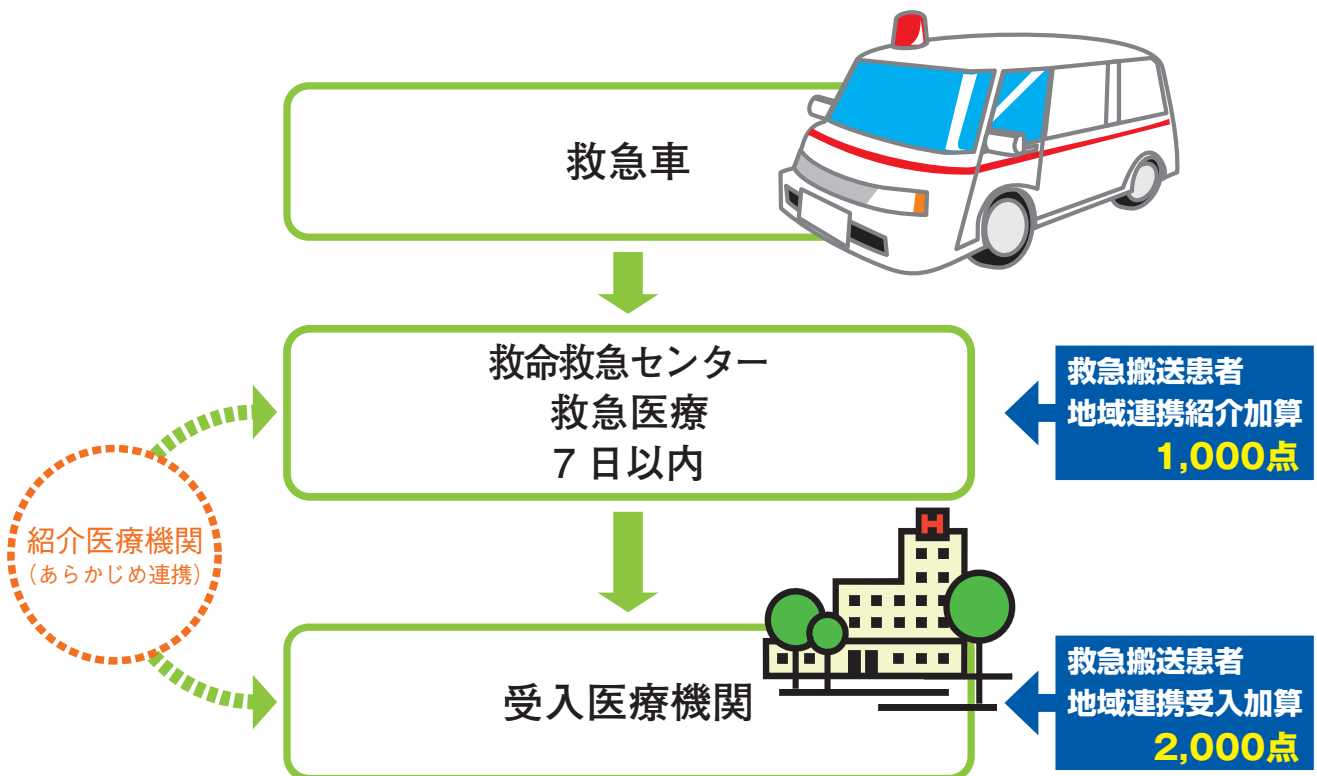
## 脳卒中地域医療連携



## がん診療連携拠点病院等を中心とした連携



## 救急搬送患者受入の連携



## がん診療についてインターネットでの予約受付を開始しました！



平成25年4月1日より、当院ホームページからがん診療についてインターネットでの予約を開始致しました。医療機関からはもちろん、患者さんや御家族がご自宅から予約可能となります。ご活用ください！

### 予約の流れ



### インターネットでの予約がご利用頂ける方

- ① がんの診断を受けていて、これから治療を予定されている方
- ② 外来受診予約の方
- ③ 初診の方

※ 紹介状をお持ちでない方は、初診料の他に別途3,150円(税込)をご負担頂きます。ご了承下さい。

### 次の方は、ご利用頂けません

- ① メールアドレスのない方
  - ② がん以外の疾患で受診の方
  - ③ 再診の方
- 患者さん → ☎ 042-984-0474、0475 (予約センター)  
医療機関 → ☎ 042-984-4433 (地域医療連携室) でお受けします。

- ④ セカンドオピニオン予約の方 → ☎ 042-984-4108 (地域医療連携室) でお受けします。

詳しくは、埼玉医科大学国際医療センターHPをご覧ください。

<https://www2.saitama-med.ac.jp/simc/yoyaku/index.php>

埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携室

〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1 ☎042-984-4433





地域医療連携懇話会と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。

ご多忙中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の上、ご参加くださいますよう宜しくお願い致します。

## 地域医療連携懇話会 開催のご案内

原則：毎月第3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。

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くと幸いです。

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10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

発行日：平成25年12月1日

ホームページ：<http://www.saitama-med.ac.jp/kokusai/>