

# 埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携News



**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-centered)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

## 目 次

埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携懇話会

場所：国際医療センター C棟2階会議室

時間：18：45～20:30

### 第65回 平成26年12月17日（水）

進行：消化器内視鏡科 教授 良沢 昭銘

#### 「胆道がんの化学療法」

消化器腫瘍科 講師 権田 憲士 …………… P. 4

#### 「切除不能進行膵癌の化学療法の最近の動向 当科におけるFOLFIRINOXの経験」

消化器腫瘍科 助教 佐藤 雄 …………… P. 6

#### 「EUS-FNA ～診断から治療まで」

消化器内視鏡科 助教 田場 久美子…………… P. 8

#### 「切除不能悪性胆道狭窄に対する胆道ドレナージ術」

消化器内視鏡科 講師 岩野 博俊 …………… P. 10

#### 「連携医療機関からの報告」在宅での看取り

小林病院 院長 小林 良樹 …………… P. 13

### 第66回 平成27年3月18日（水）

進行：脳卒中内科 教授 棚橋 紀夫

#### 「Acute strokeに対する脳血管内治療 脳梗塞超急性期における再開通療法 最近の話題」

脳血管内治療科 助教 溝上 康治 …………… P. 14

#### 「神経内科・脳卒中内科紹介」

神経内科・脳卒中内科 教授 高尾 昌樹 …………… P. 16

#### 「脳卒中外科からの報告～脳虚血の外科治療を中心に～」

脳卒中外科 講師 吉川 雄一郎…………… P. 18

#### 「運動呼吸器リハビリテーション科からの報告」

運動呼吸器リハビリテーション科 教授 高橋 秀寿 …………… P. 20

その他のご案内

受診までの流れについて .....	P. 22
インターネットで初診患者さんの予約を受付しています .....	P. 23
当院は地域医療連携を積極的に推進しています .....	P. 24

## 胆道がんの化学療法



埼玉医科大学国際医療センター  
消化器腫瘍科  
権田 憲士



胆道癌（胆管癌、胆嚢癌、乳頭部癌）の化学療法について説明いたします。

胆道癌における化学療法は、1. 切除不能進行胆道癌、2. 切除後再発癌、に適応されていますが、残念ながら、胆道癌における標準的な化学療法は確立しているとは言えません。胆道癌に対する化学療法の治療成績が数多く報告されていますが、多くは臨床第II相試験相当の小規模な前向き試験か後ろ向き研究であり、高いエビデンスと言えるものは少ないのが現状です。ですから、化学療法の適応であるかどうかは慎重に考慮すべきであり、全身状態が悪い場合（PS2以上：身の回りのことが自分ではできず、1日の50%以上は横になって休んでいる）や減黄不良である場合は、化学療法の患者さんへの利益は少なく、むしろ、疼痛コントロール、閉塞性黄疸に対する胆管内ステントの留置などQOLの維持を目指した症状緩和治療を行うべきと考えられています（エビデンスに基づいた胆道癌診療ガイドライン 日本肝胆膵外科学会、胆道癌診療ガイドライン作成委員会編2014年10月27日改訂第2版 医学図書出版）。

切除不能進行胆道癌に対する化学療法は、5-FUのプロドラッグであるtegafurを基剤としたテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤（TS1）、または塩酸ゲムシタピン（GEM）の有用性が期待できる可能性があります。TS1

の臨床試験がわが国で行われ、第II相試験では40例において奏効率35%、ST 9.4ヵ月と良好な治療成績が報告されました。

GEM単独による臨床第II相試験では、1000 mg/m<sup>2</sup>/30分、3週連続投与後1週休薬、4週間1コースの標準用法用量により、奏効率17.5%、MST 7.6ヵ月と海外での報告とほぼ同等でした。毒性としては白血球減少など骨髄抑制、悪心・食欲不振などが主に認められましたが、高い忍容性が認められています。多剤併用療法は、標準治療として確立したものではありませんが、単剤に比べ奏効率が高く、生存期間も長い傾向がみられます。GEM + cisplatin療法では奏効率21~48%、MST4.6~11.0ヵ月と良好な成績が報告されています。術後補助化学療法についてはほとんど単一アームによる臨床試験で今後の術後補助療法の候補となりうるレジメンは認められていません。

## 一消化器腫瘍科より一

当科では胆道癌の進行・再発症例に対して化学療法（TS1、GEM、GEM+CDDP）を行います。化学療法後有害事象に対して適切な対応を心がけています。該当される患者さんがおられましたら消化器病センターまでご紹介ください。



# 切除不能胆道癌に対する化学療法

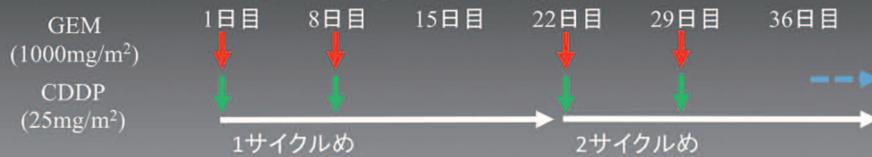
テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤 (TS1) 単独療法



塩酸ゲムシタビン (GEM : gemcitabine) 単独療法



GEM+シスプラチン (CDDP : cisplatin) 併用療法



胆道癌化学療法で注意すべき緊急有害事象

症状	考える原因
突然の腹部の激痛	外瘻内瘻ドレナージ抜去、消化管穿孔
吐血や下血	胆道出血、消化管出血
高熱、悪寒、シバリング	胆管炎、敗血症
呼吸困難、乾燥咳嗽、息切れ	間質性肺炎
嘔吐、下痢、食欲不振	腹水貯留、腹膜播種
発熱を伴う全身倦怠感	発熱性好中球減少症
皮下出血、歯肉出血、鼻出血	凝固異常

Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v4.0 – JCOG

## 切除不能進行膵癌の化学療法の最近の動向 当科におけるFOLFIRINOXの経験



埼玉医科大学国際医療センター  
消化器腫瘍科  
佐藤 雄



膵癌患者の進行度別の割合をみると、根治の可能性がある切除可能例は約20%しかありません。つまり膵癌患者の約80%は、診断時にすでに切除不能な状態で発見されるため、化学療法は膵癌治療において重要な役割を果たすこととなります。膵癌の化学療法の腫瘍縮小効果をみると、最近では30%を超え、生存期間も中央値が1年に迫り徐々に良くなっています。しかし、化学療法でがんを治癒することは極めて困難で、その目標は延命とQOLの改善であることに変わりはありません。

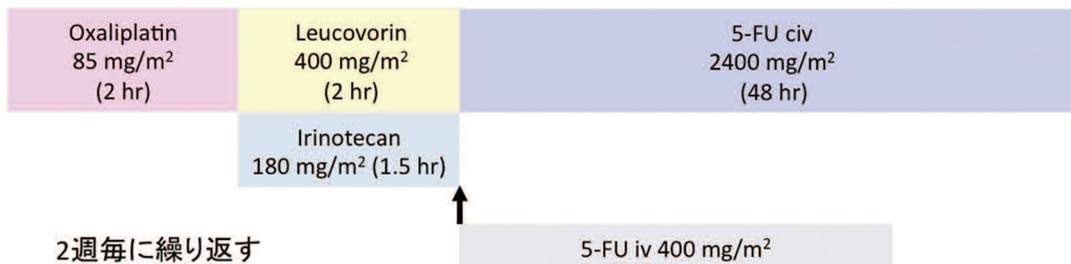
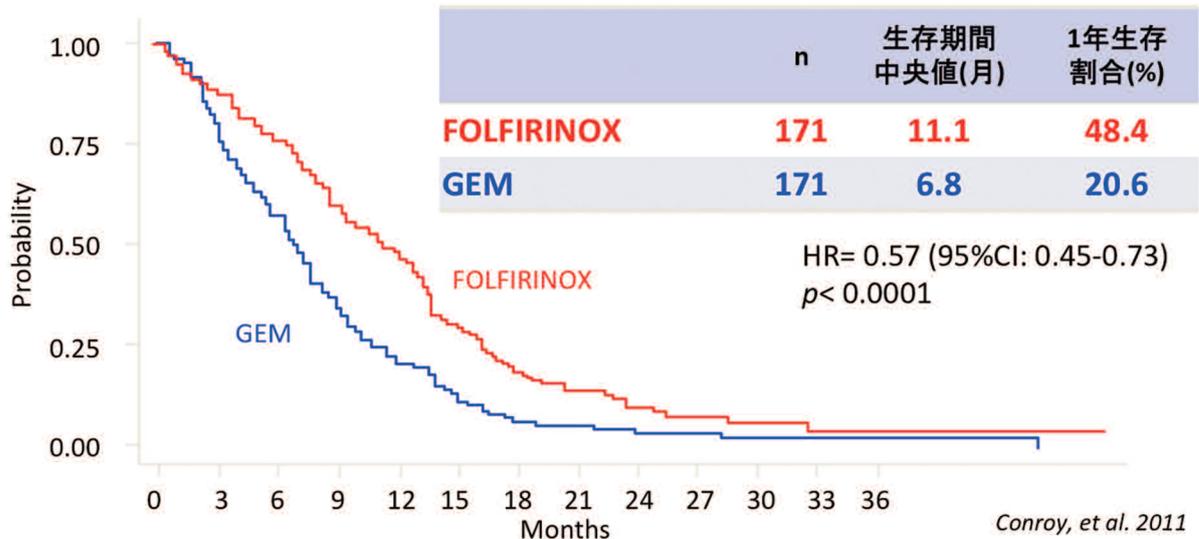
膵癌の化学療法の変遷をみると、GEMが登場する以前は5-FUが使用されていましたが、腫瘍縮小効果も延命効果も期待できず、膵癌患者の予後は厳しい状況でした。1997年に海外でGEMの有効性（生存期間中央値：GEM 5.7ヵ月 vs. 5-FU 4.4ヵ月）が証明され、日本では2001年にGEMが承認されました。それから2006年のS-1、2011年のGEM+Erlotinib療法の承認を経て、2011年にGEMを含まない多剤併用療法としてFOLFIRINOX療法のGEMに対する優越性（生存期間中央値：FOLFIRINOX 11.1ヵ月 vs. GEM 6.8ヵ月）が示されたことで、FOLFIRINOX療法がGEMに代わる新たな標準療法となりました。これにより膵癌の治療成績は大きく向上しましたが、一方で有害事象が高率に認め

られるなど、毒性が強いためすべての患者に適応となるわけではありません。最近では新たにGEM+nab-Paclitaxel療法の有効性も示され、2014年中に日本でも承認される予定です。

当科では膵癌患者のべ102症例に化学療法を行い、FOLFIRINOX療法を施行したのはそのうち2例（2%）です。ともにGrade 3の有害事象（悪心、好中球減少）を認め、いずれもPDとなり効果が確認できませんでした。しかし、もっとも有効性が高い治療であるのは示されており、今後FOLFIRINOX療法の治療例を増やすために、不適格となる黄疸や胆管炎を迅速にコントロールしながら、頻繁に起こる有害事象を的確にマネジメントし、場合によっては投与レジメンを工夫することも必要であると考えています。



## FOLFIRINOX療法



## 当科における膵癌の化学療法

GEM	S-1	FOLFIRINOX	Total
77例 (75%)	23例 (23%)	2例 (2%)	102例

2013/05-2014/12

•治療効果: PD 2例  
 •有害事象: Grade 3; 悪心 1例  
 好中球減少 1例  
 Grade 2; 下痢 2例

今後FOLFIRINOXの治療例を増やすために...

- 黄疸、胆管炎のコントロール
- 有害事象のマネジメント
- 投与レジメンの工夫

## EUS-FNA ～診断から治療まで



埼玉医科大学国際医療センター  
消化器内視鏡科  
田場 久美子



超音波内視鏡（endoscopic ultrasonography：EUS）は通常の内視鏡の先端に超音波プローベがついている内視鏡であり、食道・胃・直腸などから近傍の対象物を、腸管の空気などに邪魔されることなく詳細に観察できます。また、穿刺して組織採取し、診断を行うこともできます（EUS-guided fine needle aspiration: EUS-FNA）。現在は診断だけでなく、その有用性、安全性から治療へと応用されてきています。

診断については、膵腫瘍、消化管粘膜下腫瘍、縦隔・腹腔内リンパ節など、さまざまな対象物の穿刺が可能であり、当科での正診率は93.1%と良好な結果を得ています。

治療としては、胆管閉塞による閉塞性黄疸に対しては、通常、内視鏡を用いて十二指腸乳頭から胆管ステントを留置しています（ERCP：Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography）。しかし胃術後や十二指腸狭窄などERCPが行えなかった患者さんにおいては、経皮経肝胆道ドレナージという体外にチューブを出す方法しかありませんでした。これに対して代替手段としてEUS下胆道ドレナージが行われるようになってきました。EUSを用いて胃や十二指腸から胆管を穿刺し、ステントを留置する方法です。これにより体外にチューブが出ることなく、ドレナージができるようになりました。

また、癌の疼痛に対して、EUS下腹腔神経叢

（節）融解術も行っています。従来は手術やCTガイド下に行っていた方法ですが、EUSでは穿刺経路が近く、苦痛なく安全に施行できます。

このようにEUSの手技が開発され、より患者さんに苦痛のない治療が行えるようになってきました。まだ行える施設が限られており、個々の病状に対して対応してまいりますので、是非ご相談ください。



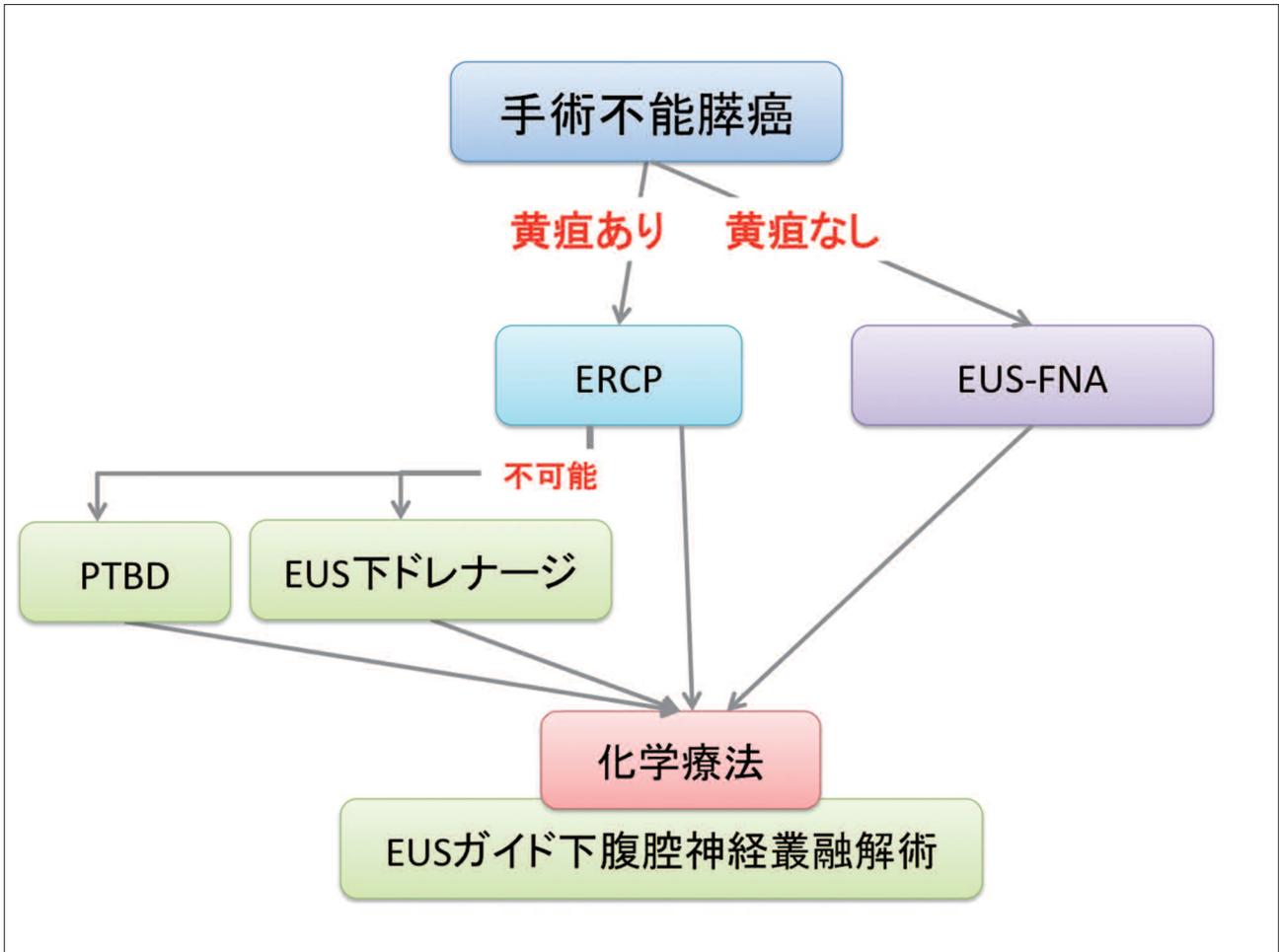
# EUS-FNAの主な適応病変

- 膵腫瘍
- 縦隔リンパ節
- 食道粘膜下腫瘍
- 胃・十二指腸粘膜下腫瘍
- 腹腔内腫瘍
- 腹腔内リンパ節
- (微量)腹水
- 転移性肝腫瘍
- 肛門周囲リンパ節・腫瘍

副腎腫瘍・  
嚢胞性腫瘍は  
原則禁忌

(良沢昭銘ら. 内科 107: 474-479, 2011)

Saitama Medical University International Medical Center



## 切除不能悪性胆道狭窄に対する胆道ドレナージ術



埼玉医科大学国際医療センター  
消化器内視鏡科  
岩野 博俊



黄疸は皮膚や目が黄色くなったり、褐色の尿がでたりすることで気づかれる病態で、肝臓の病気や、胆汁の流れが悪くなる病気が原因となります。閉塞性黄疸は、胆汁の流れが悪くなることで起こる黄疸で、胆管結石などの良性疾患や、膵臓癌、胆管癌、胆嚢癌などの悪性疾患で生じます。CT、MRI、超音波内視鏡検査などで、良性疾患か悪性疾患かの診断を行います。癌が疑われる場合は、細胞の検査で癌かどうかを調べながら、根治的な手術が可能かどうかを診断します。診断された時点では手術適応とならないほど進行していることもあり、その場合は抗癌剤治療の対象となります。いずれの治療を行う場合も、黄疸はできるだけ改善しておく必要があります。特に抗癌剤治療は黄疸が正常値付近まで改善しなければ、治療が開始できません。

私たちは、閉塞性黄疸に対する検査、診断を行うとほぼ同時に、閉塞性黄疸の治療として、内視鏡的胆道ドレナージ術を行います。癌に対する治療法が決定するまでは、細いストローのようなプラスチックステントを用いて胆汁の流れを確保します。しかし、ステントは長期間経過すると閉塞し、再び黄疸がでます。そのため、手術適応とならない場合には、できるだけ長持ちする太い金属ステントに交換します。

胃切除後などの手術で腸管再建が行われてい

る場合は、通常の方法では内視鏡的胆道ドレナージ術が困難な例もあります。一般的に、術後再建腸管で通常の治療が困難な場合には体外から直接ドレナージチューブを留置する経皮経肝胆道ドレナージ術が行われます。しかし、私たちは小腸用の長い特殊なシングルバルーン内視鏡を用いて胆道ドレナージを行うことで、治療期間の短縮とともに、治療後に体外にチューブがでない、より生理的で苦痛の少ない方法を第一選択としています。

そして、速やかに外科治療または抗癌剤治療へ移行できるように努めています。

### —消化器内視鏡科より—

当科では、術後再建腸管例にも小腸用バルーン内視鏡を用いた内視鏡的胆道ドレナージ術を積極的に行っています。高度泣き別れ症例や肝不全による黄疸などの減黄不能例や、全身状態が非常に悪い症例は適応外となりますが、減黄によってQOLの改善が見込める症例は内視鏡治療適応とします。そのほか、他院では内視鏡治療困難な良性疾患に対するERCPも行っています。閉塞性黄疸症例がございましたら当科へご紹介ください。



## 閉塞性黄疸（悪性胆道狭窄）

### 原因検索

（病歴聴取、理学所見、血液検査、X線、US、CT、MRI、EUS、ERCP、PTBDなど）

### ドレナージ

（EBD、ENBD or PTBDなど）

### 病理学的証明

（FNA、胆管・膵管生検、擦過細胞診、胆汁・膵液細胞診など）

### 手術適応の判断

（CT、EUS、MRI、ERCPなど）

悪性腫瘍

良性疾患

手術不能

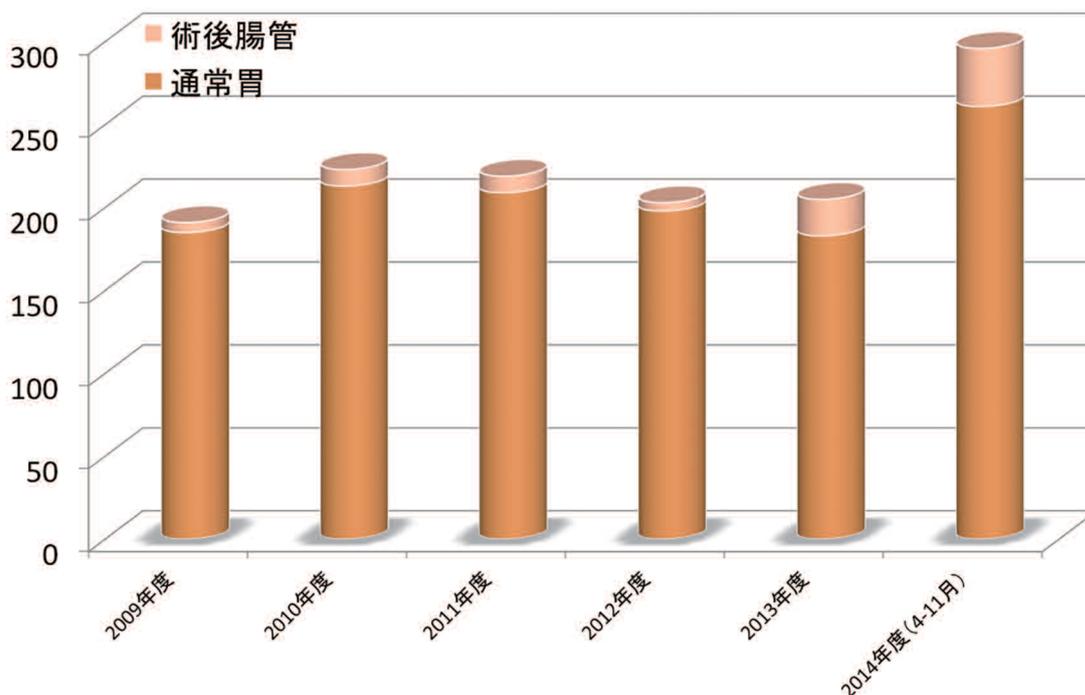
手術

個々の治療

内科的治療

（可能な限りドレナージ）

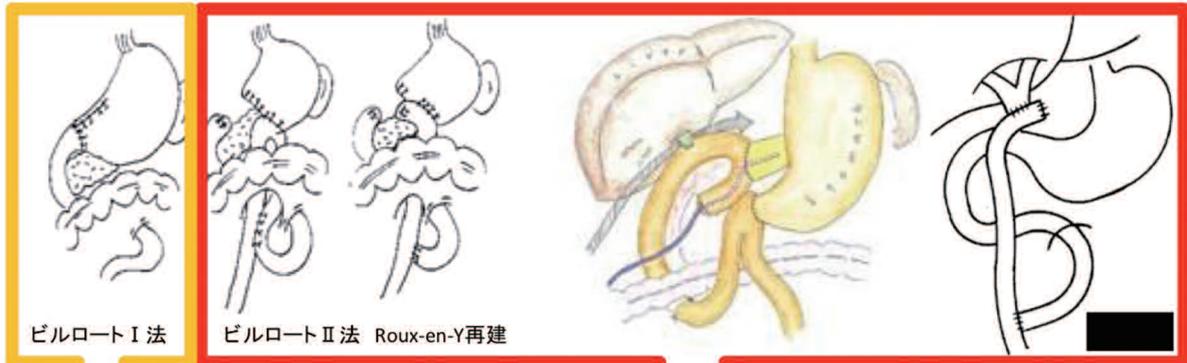
## 年度別ERCP件数推移



# 術後再建腸管

胃切除後

膵頭十二指腸切除後



側視鏡  
を用いた  
ERCP

シングルバルーン内視鏡  
を用いたERCP

## Roux-en-Y再建腸管への 金属ステント留置術



## 【連携医療機関からの報告】 在宅での看取り



小林病院  
院長  
小林 良樹



当院は、現在在宅医療に取り組んでいます。国際医療センターをはじめ大病院からの紹介を受け、長期医療の入院を受け入れることもあれば、訪問医療、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションなどのサービスを用いて在宅での看取りを行ってまいります。徐々に紹介数も増えて来ています。中小病院の将来の役割としては、入院医療と在宅医療サービスを合わせ持ち対応することが地域医療への貢献としても、経営の安定としても必要と考えています。在宅での看取りの中心としては、癌患者の終末期医療ではないかと考えています。そのために、訪問看護ステーションのより強化と複合サービスなどを利用することが大事だと思います。さらには、大病院と診療所の連携だけでなく、中小病院と診療所の連携も大事だと思います。



### —小林病院より—

当院は、入間市宮寺の地に昭和三年に開設いたしました。地域に根ざした医療をめざし、救急医療・病診連携・訪問診療・訪問看護ステーション・健診事業を強化してきました。

急性期の患者様や長期療養が必要な患者様から自宅療養を希望される患者様への在宅医療サービス提供まで広く受け入れを行っておりますので、ご相談いただければと思います。

尚、当院での受け入れが難しい場合でも可能な限り他院のご紹介もしております。



## Acute strokeに対する脳血管内治療 脳梗塞超急性期における再開通療法 最近の話題



埼玉医科大学国際医療センター  
脳血管内治療科  
溝上 康治



2005年以降、脳梗塞超急性期における再開通療法の第一選択はrt-PA静注療法であり、2012年には4.5時間以内へと適応が拡大され、その恩恵を受けられる患者数も増加した。ただ内頸動脈や中大脳動脈近位部、脳底動脈閉塞に対する再開通率は依然として低く、それら無効例あるいは適応外症例に対し、転帰を改善させるべく脳血管内治療が行われてきた。

しかし、2013年に報告された3つのRCT(IMS-III, SYNTHESIS Expansion, MR RESCUE)では、いずれも脳血管内治療の有効性を証明できなかった。その原因として、(1)治療前閉塞血管評価(症例選択)の問題、(2)血栓回収デバイス性能(再開通率)の問題、(3)再灌流のタイミング(発症から再灌流までの時間の遅延)の問題などが指摘され、それぞれの改善が図られた。2014年に国内承認されたステント型血栓回収デバイスであるSolitaire FR、Trevo ProVue Retrieverによって再開通率が飛躍的に向上し、また脳卒中の啓発活動や各施設における院内体制の整備など、時間短縮の為の努力がなされるようになった。

そんな中、2014年12月にMR CLEANが発表され、初めて脳血管内治療の有効性が示された。脳梗塞超急性期で前方循環近位部頭蓋内動脈閉塞が確認され、発症6時間以内に脳血管内治療が可能な患者を対象としたもので、rt-PA静

注療法を含む通常治療群とそれに脳血管内治療を追加した群とで90日後のmRSを比較した。mRS 0-2といった機能的に自立した患者は標準治療群19.1%に対し脳血管内治療群32.6%と有意に高く、機能予後を改善させることが証明された。

治療適応を吟味し、発症から再灌流までの時間を短縮させることで、脳血管内治療は虚血性脳卒中患者の機能予後改善に貢献できるものと信じている。

### —脳血管内治療科より—

当科には脳血管内治療指導医3名、専門医3名を含む計9名が勤務しており、各科と連携を図りながら常時救急対応できる体制を取っています。虚血性脳卒中においては、来院から再灌流までの時間を短縮すべく、最新デバイスの導入や院内整備を図り、少しでも多くの方々の機能予後改善に貢献できればと思っております。先生方からのご連絡が治療の第一歩です、共に脳卒中を征圧しましょう。



## - rt-PA静注療法国内承認後の医療環境の変化 -

2005	rt-PA静注療法の国内承認（発症3時間以内）
2010	機械的血栓回収デバイスMerci Retrieval systemの国内承認
2011	吸引型血栓回収デバイスPenumbra systemの国内承認
2012	rt-PA静注療法の適応拡大（発症4.5時間以内）
2014	ステント型血栓回収デバイスTrevo ProVue Retriever・Solitaire FRの国内承認

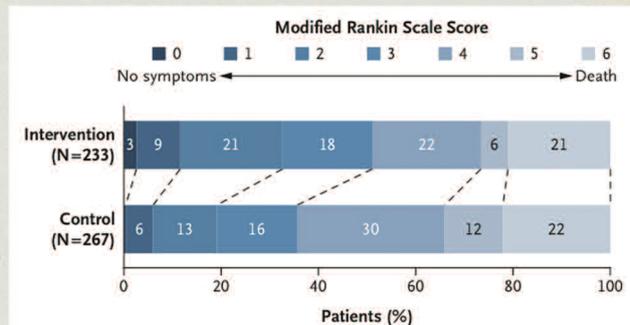
## Multicenter Randomized Clinical Trial of Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke in the Netherlands ( MR CLEAN)

### 《Study Design》

- 急性期虚血性脳卒中中で画像にて前方循環の近位部頭蓋内動脈閉塞が確認された患者を対象とし、アルテプラゼ静注療法を含む通常治療群とそれに脳血管内治療を追加した群とに割り付けし、90日後のmRSを比較。

### 《Result》

- 機能的自立であるmRS 0-2の割合は通常治療群19.1%に対し血管内治療群**32.6%**と有意に高かった。
- 脳血管内治療群のほとんどでステント型血栓回収デバイスが使用され**(81.5%)**、TICI 2b以上の有効再開通率は**58.7%**に得られた。



### 《Conclusion》

- 前方循環近位部主幹動脈閉塞による急性期脳梗塞において**発症6時間以内の脳血管内治療**は機能回復に有益である。

## 神経内科・脳卒中内科紹介



埼玉医科大学国際医療センター  
神経内科・脳卒中内科  
高尾 昌樹



我々の科は、棚橋教授をはじめ、総勢13名（4月から15名）で（図1）、診療を行っております。2013年の入院患者数は、図2に示すとおり600名を超えております。脳血管疾患を中心として、内科という性格上、多種多様な神経疾患の患者の治療を行っております。脳血管疾患においては、虚血性脳疾患である、脳梗塞や一過性脳虚血発作の患者が多く、急性期のtPA治療から亜急性期、慢性期までと様々なステージでの対応を行っています。また、脳神経外科や脳血管内治療科とも協力をして、患者様が最適な治療を受けられるように努力しております。一方、脳血管疾患以外の神経疾患においても、幅広く対応できる体制が構築されています。特に我々の科を受診される患者様は、高齢の方が多く増えておりますが、こういった方々は一つの疾患だけを有するわけではありません。心疾患や糖尿病といった疾患の合併だけでなく、ほかの神経疾患を基礎に有する場合も珍しくありません。たとえば、アルツハイマー病などを背景とする認知機能障害を有する方が、脳血管疾患で搬送されることも珍しくないのです。こういった状況においては、入院中の治療過程において、患者様が様々な反応を示されることもあり、総合的な治療を行い、リハビリや在宅へと次のステップへ結びつけることが重要です。そのためには、個々の患者様の脳に生じている病

理学的変化を理解した上での検査や投薬などの治療が今後重要になると考えております。国際医療センターにおける脳卒中治療が、患者様にとってよいものとなるためには、当院に所属する内科医や外科医や多くのスタッフだけではなく、各地域において最初に診察・診断をされ、またリハビリなどを含めた回復期や慢性期の治療までを担われる多くの先生方との共同的医療によって成立するものです。今後も、皆様とともに疾患克服を目指してまいりたいと考えております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

### ー神経内科・脳卒中内科よりー

いつも大変お世話になりありがとうございます。当科では、脳卒中の救急や慢性期治療、関連する検査はもちろんのこと、どのような神経疾患でも幅広く対応できるスタッフが揃っています。診断過程において必要な検査のご希望（脳画像、遺伝子検査の紹介、電計生理学的検査、筋生検、末梢神経生検など）などあれば、ご指示くだされば診察の上、対応させていただきます。また診断困難例や治療困難例の場合なども、お気軽にご連絡をくださればと存じます。先生方と相談させていただきながら検討いたします。また、神経疾患は他の内科的疾患の一部分症候として出現することも珍しくありません。そういった場合も含め、必要に応じて、専門の施設への紹介や検査依頼が必要な場合も責任を持って対応します。なにか、ご質問などあればいつでもご連絡くだされば幸いです。



図1

## メンバー

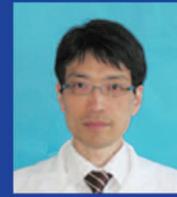
高尾  
(教授)



棚橋  
(教授)



林  
(准教授)



加藤  
(講師)



福岡  
(講師)



出口  
(講師)



丸山  
(講師)



堀内  
(助教)



佐野  
(助教)



長嶺  
(助教)



水野  
(助教)



図2

## 神経内科：脳卒中内科 入院患者内訳

- 入院患者数 655例
  - － 脳血管疾患 393例
  - － 神経救急疾患 234例
- 症候性てんかん
- 内科疾患による意識障害
- 髄膜脳炎
- パーキンソン病, MSA
- ALS
- ギランバレー症候群
- 末梢神経疾患
- 頭痛
- 脳腫瘍
- 失神
- 多発性硬化症

## 脳卒中外科からの報告～脳虚血の外科治療を中心に～



埼玉医科大学国際医療センター  
脳卒中外科  
吉川 雄一郎



昨年一年間の当科の入院数は608名で、そのうち半数以上は脳内出血、くも膜下出血、未破裂脳動脈瘤が占めています。年間総手術件数は561件で、2008年以降漸増を続けています。そのうち脳動脈瘤開頭手術件数は年間167件に達し、3年連続で年間150件以上の手術件数を維持しています。これは全国でも有数の脳動脈瘤開頭手術件数であり、脳血管内治療科でのコイル塞栓術件数を加えると全国トップの脳動脈瘤治療数です。

さて、脳卒中外科における虚血性脳疾患に対する外科治療は年間50例前後を推移しており、30例強の頭蓋外頭蓋内バイパス術と20例弱の頸動脈血栓内膜剥離術がその内訳です。脳卒中の中でも脳梗塞は最もおこりやすく、生活習慣病と密接に結びついています。高血圧、糖尿病、高コレステロール血症を早期からコントロールし、動脈硬化性病変を予防することが大切なことは世の中にもだいぶ広まっていますが、一方で、食生活の欧米化に伴い頭頸部血管が動脈硬化を来し、最終的に脳梗塞に至るリスクも高まっています。

脳梗塞に陥った脳組織を回復させることは現在の医学では不可能ですが、脳梗塞に陥りそうな病態を外科的に救える場合もあります。内頸動脈狭窄症、内頸動脈閉塞症といった病気です。これらの疾患に対しては通常内科的治療が

試みられますが、病状が進行する場合には外科的治療の方が脳梗塞発症を低く抑えることができることが知られており、そうした患者さんには当科でも積極的に外科治療を行っています。

内頸動脈狭窄症、内頸動脈閉塞症といった脳虚血疾患は、頭頸部MRI、MRAや頸部血管エコーで簡便に確認することができます。「隠れ脳梗塞」を指摘されたことがある方や、軽い脳梗塞を発症したことがある方に対しては、是非一度検査を行い、病状をしっかりと把握しておくことが重要であると考えており、地域の先生方とも密接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おります。

## —脳卒中内外科より—

日頃より多くの患者様をご紹介頂き心より感謝申し上げます。また術後患者様の診療・リハビリテーションにおいても多大なるご支援を頂き、非常に円滑に脳卒中医療の病診連携が機能していることに重ねて御礼申し上げます。重症脳卒中患者様が多い中、多くの方がお元気な姿で当科の外来に再来していただけるのも、ひとえに地域の先生方のご支援のお陰です。今後も当科では「決して断らない」脳卒中医療を実践して参りたいと思います。





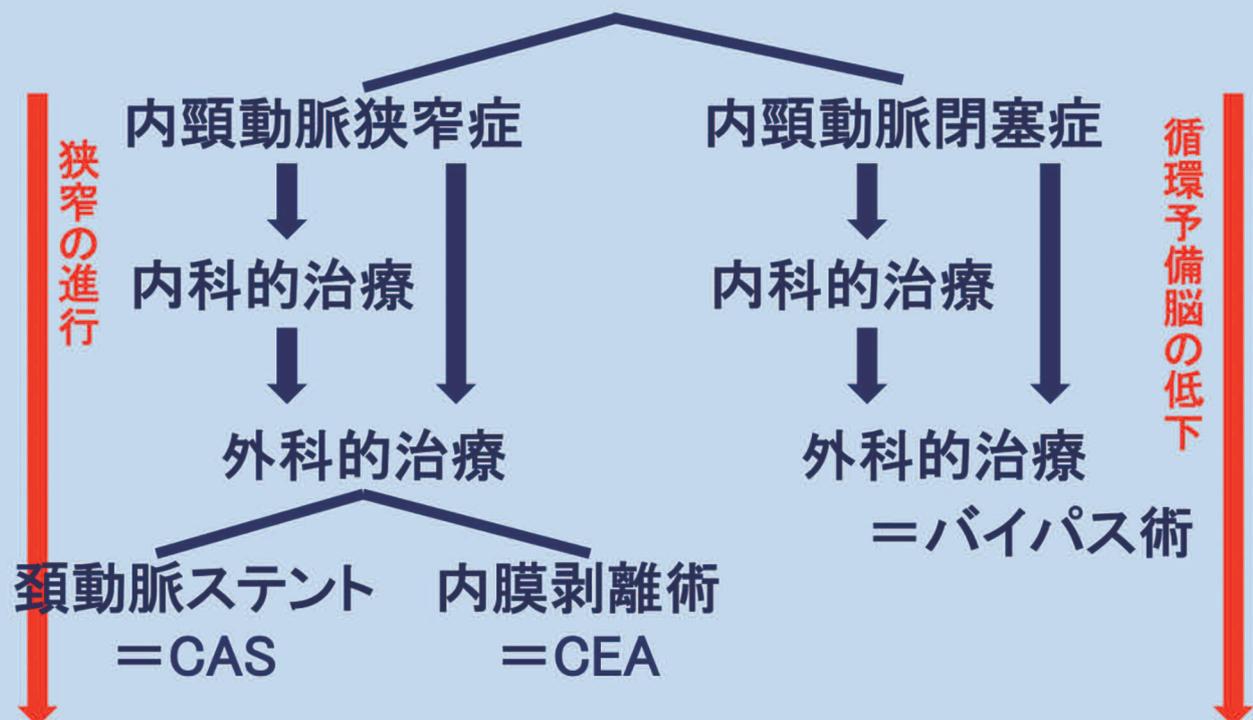
## 脳卒中外科(2014.1.1~12.31)

### 手術数 561件/年

- ・開頭クリッピング術 167  
破裂 73, 未破裂 94
- ・開頭AVM摘出術 26
- ・開頭血腫除去術 91
- ・EC-ICバイパス術 38
- ・内頸動脈内膜剥離術 17
- ・VPシャント、ドレナージ 40
- ・穿頭血腫除去術 80
- ・その他 101



## 頸部頸動脈狭窄性病変



## 運動呼吸器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  
運動呼吸器リハビリテーション科  
高橋 秀寿



Langhorne らは、「有効な脳卒中ユニットを構成する鍵となる要素」として、評価手順の確立(医師、看護師、セラピストによる評価)、早期管理法(早期離床、尿道カテーテルの回避、低酸素血症、高血糖、感染症、血圧への対応)、そして、リハの同時進行(組織化された多職種連携、退院へ向けた早期からの評価)を挙げています。当センターリハビリテーション科も、脳卒中患者の早期リハ介入、特に口腔ケアに重点をおいた嚥下介入と、安全性を担保した上での早期離床に力を入れております。2014年には1077名の脳卒中患者のリハビリを行いました(表1)。しかし、脳卒中患者数が毎年、増加傾向にあるため、リハスタッフの増員が追いつかない状況です。早期リハビリを提供するに当たって、当科では、臨床指標として、“入院からリハ介入までの日数”を2013年4月から導入しました。目標は2日以内に設定しました。結果は、2013年4月から2015年3月までの月毎の平均は、0.7~1.6日で、ほぼ目標を達成し、2013年平均は1.87日、2014年平均は1.29日でした。

一方、脳卒中連携パスを利用して、近隣の回復期リハ病院から情報提供していただいた181名のデータを元に、その後のFIMを用いたアウトカムについて調査した結果を図1に示します。結果は、当センター入院からリハ開始まで

の日数は平均1.3日、入院時FIMは平均29.5、退院時FIMは平均58.5、当センターの在院日数は平均36.3日でした。また、回復期リハビリ病院の退院時FIMは平均82.6で、在院日数は平均118日でした。また、当センター入院時、退院時および回復期退院時のFIMがこれまでの報告と比較して低かったのは、当センターと連携している近隣の回復期病院が、かなり重症例についても積極的に入院を早期に受け入れて下さっていることが大きな要因と考えます。

## 一運動呼吸器リハビリテーション科より

多くの脳卒中患者様を受け入れて頂き、ありがとうございます。また、最近は、重症例についても、早く、早期に受け入れていただき、感謝しております。当センターリハビリ科も、できるだけ廃用症候群を排除し、重症例についても少しでも可能性があるならば、積極的に早期介入を行って参ります。しかし、何よりも密接な地域医療連携がなければ脳卒中患者様は救われません。今後とも、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

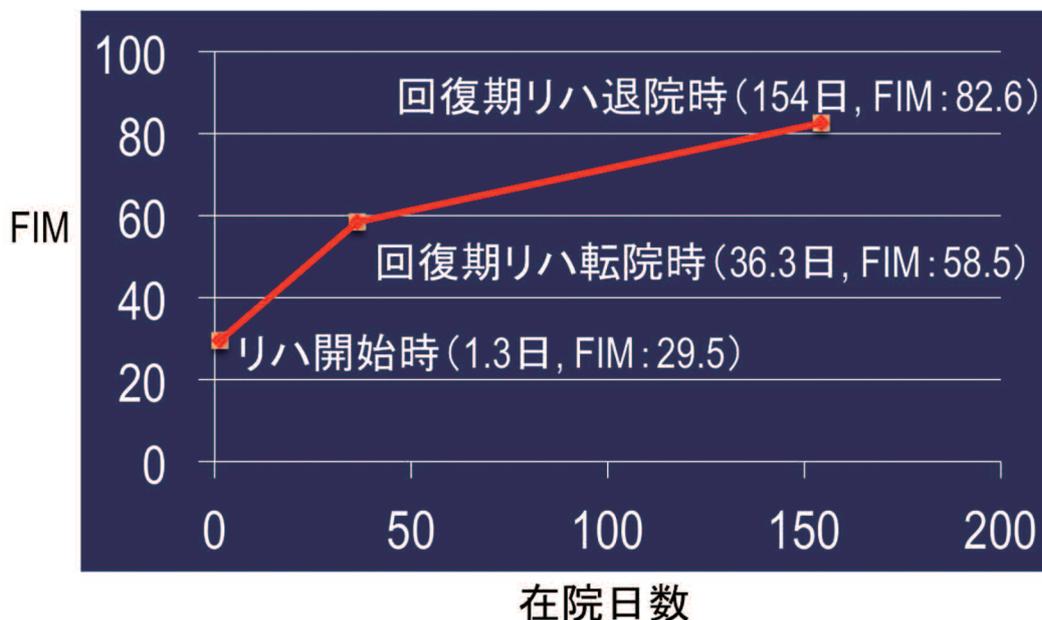


表1.脳卒中センターのリハビリテーション患者内訳

		2013年	2014年
実施患者数		943	1077
年齢		中央値72歳	中央値72歳
原因疾患	脳梗塞	372	392
	脳出血	204	207
	くも膜下出血	109	123
	その他のCVA	75	141
	その他	183	214
診療科	脳卒中内科	449	479
	脳卒中外科	292	369
	脳血管内治療科	202	229
発症～入院まで日数		1.90	1.30
入院～リハ開始まで日数		1.87	1.29
平均在院日数		28.7	36.3

図1.回復期リハビリ病院に転院した脳卒中患者のFIM合計点の推移

(連携パスにより判明した2014年181名)



## 受診までの流れ

### 患者さんからの予約の取り方



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させていただきます。



心臓病・脳卒中センター  
042-984-0474  
包括的がんセンター  
042-984-0475

④ 予約日に紹介状を持参の上  
ご来院ください。



国際医療センター

### 医療機関からの予約の取り方



① 紹介状を患者さんにお渡しください。

② 当院の地域医療連携室に電話をおかけください。



③ 地域医療連携室にて予約させていただきます。



地域医療連携室  
042-984-4433 (医療機関専用)

④ 患者さんに予約日時を伝え、  
予約日に紹介状を持参の上  
来院されるよう  
ご説明ください。

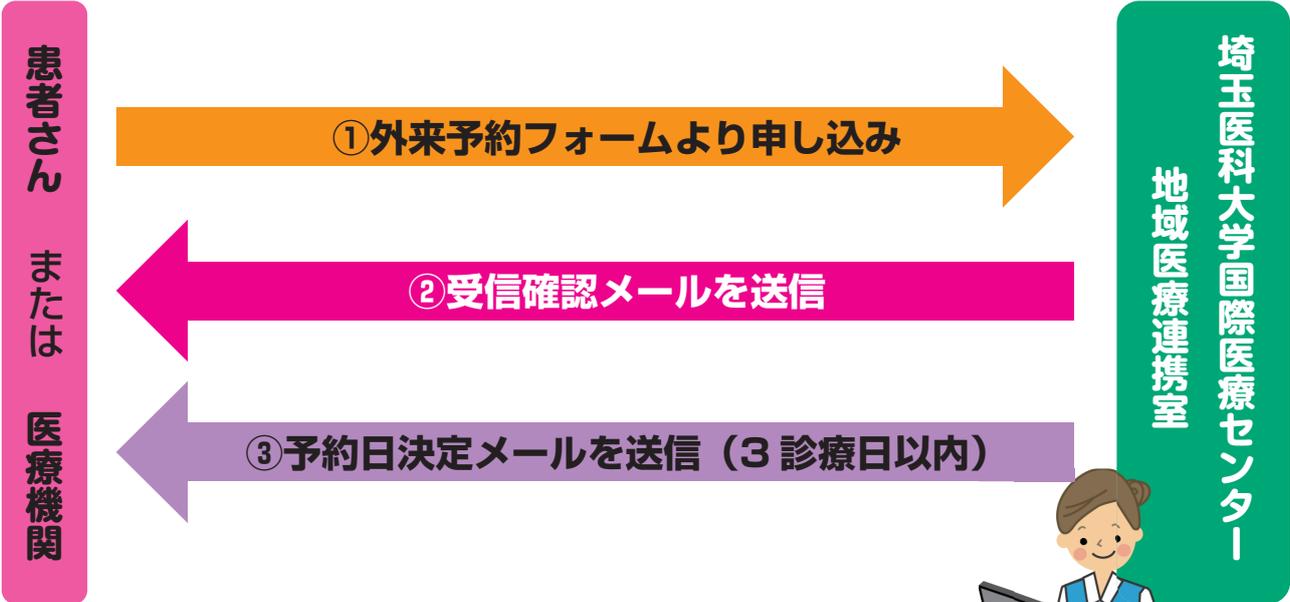


**インターネットで初診患者さんの予約を受付しています**



当院ホームページからがん・心臓病・脳卒中に関する受診を希望される方についてインターネットでの予約を受付しています。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です。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、心臓病・脳卒中に関する受診を希望される方
- 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4,320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・心臓病・脳卒中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。

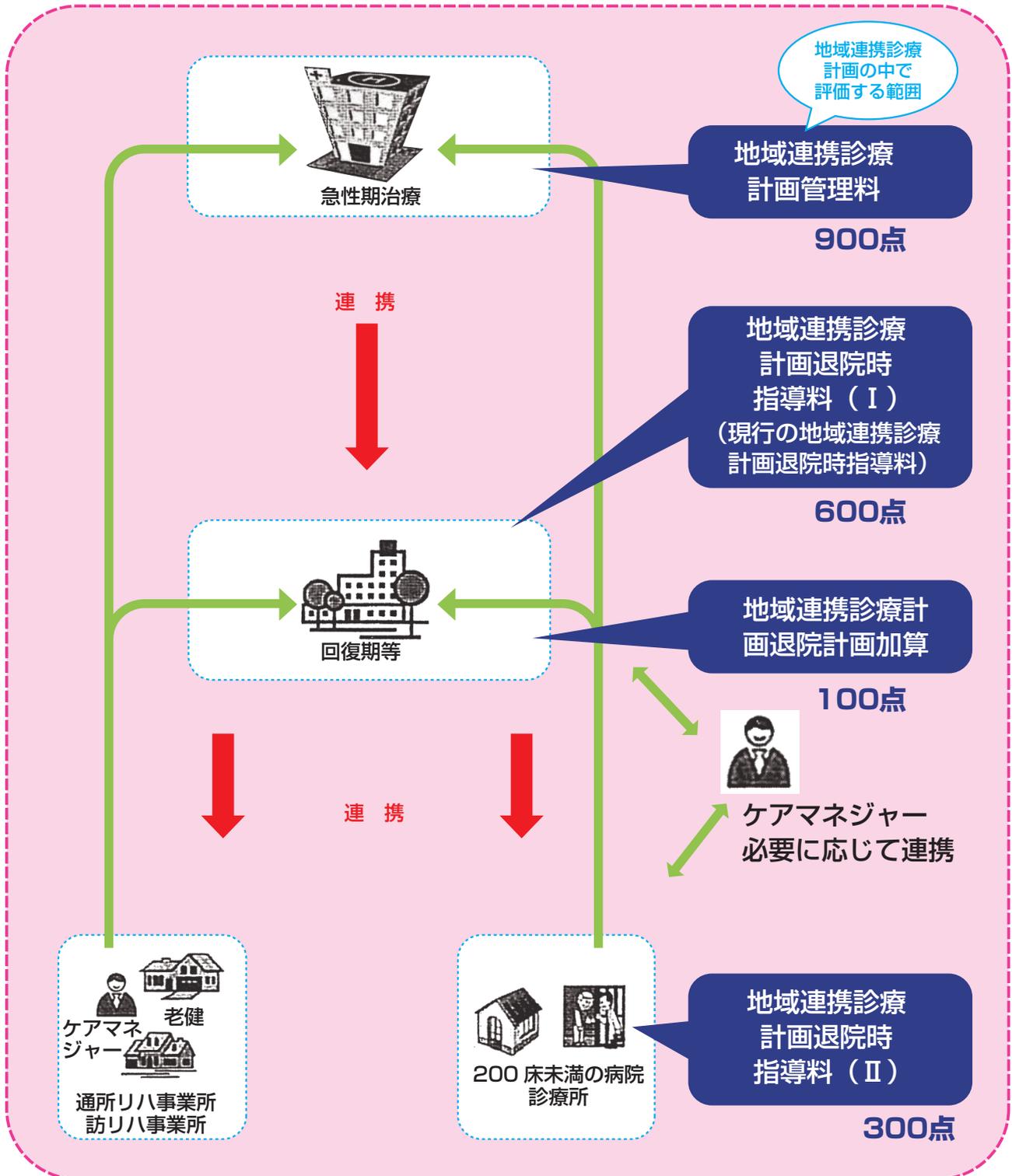
④ セカンドオピニオン予約の方 → ☎ 042-984-4108 (地域医療連携室) でお受けします。

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。

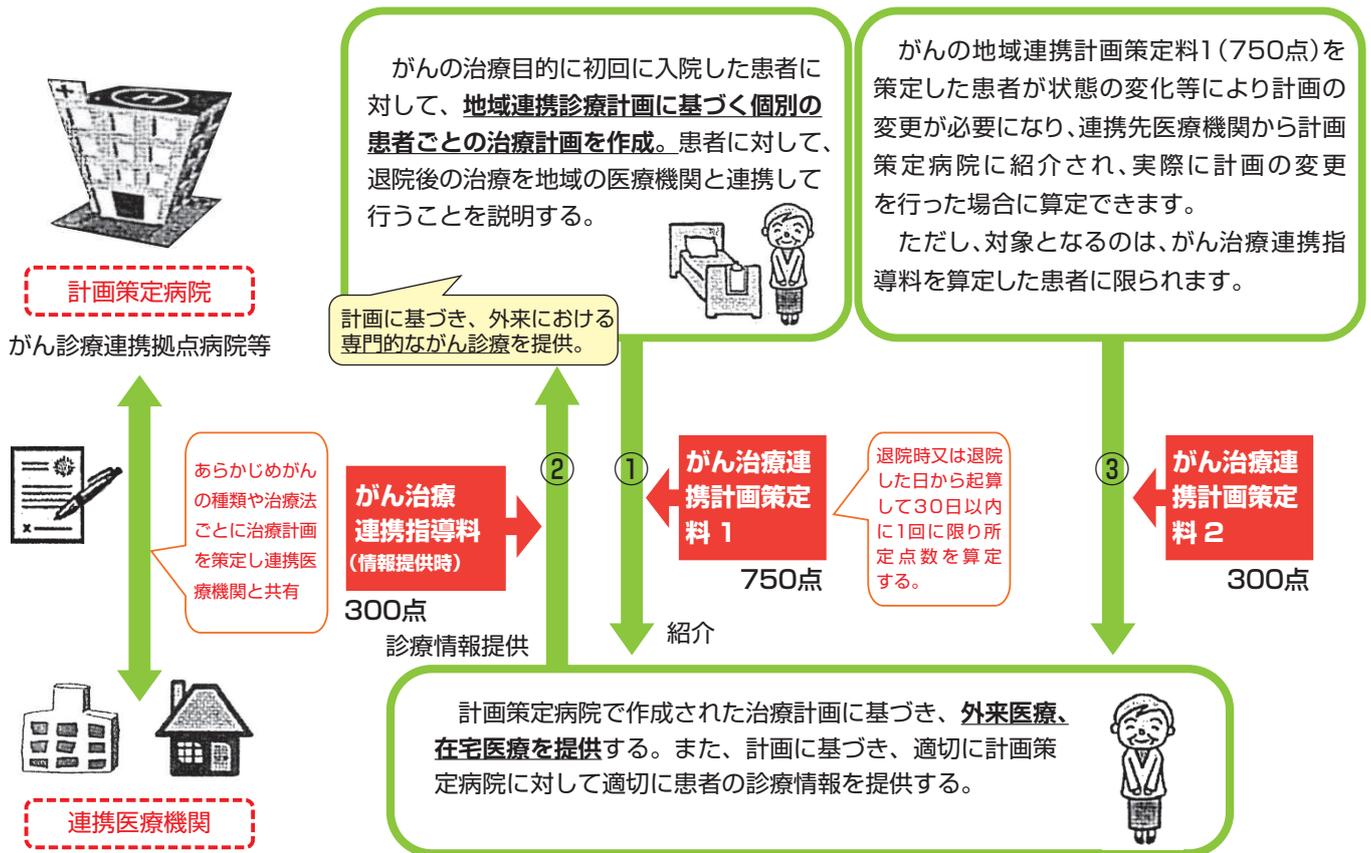
# 埼玉医科大学国際医療センターは地域医療連携を積極的に推進しています

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。

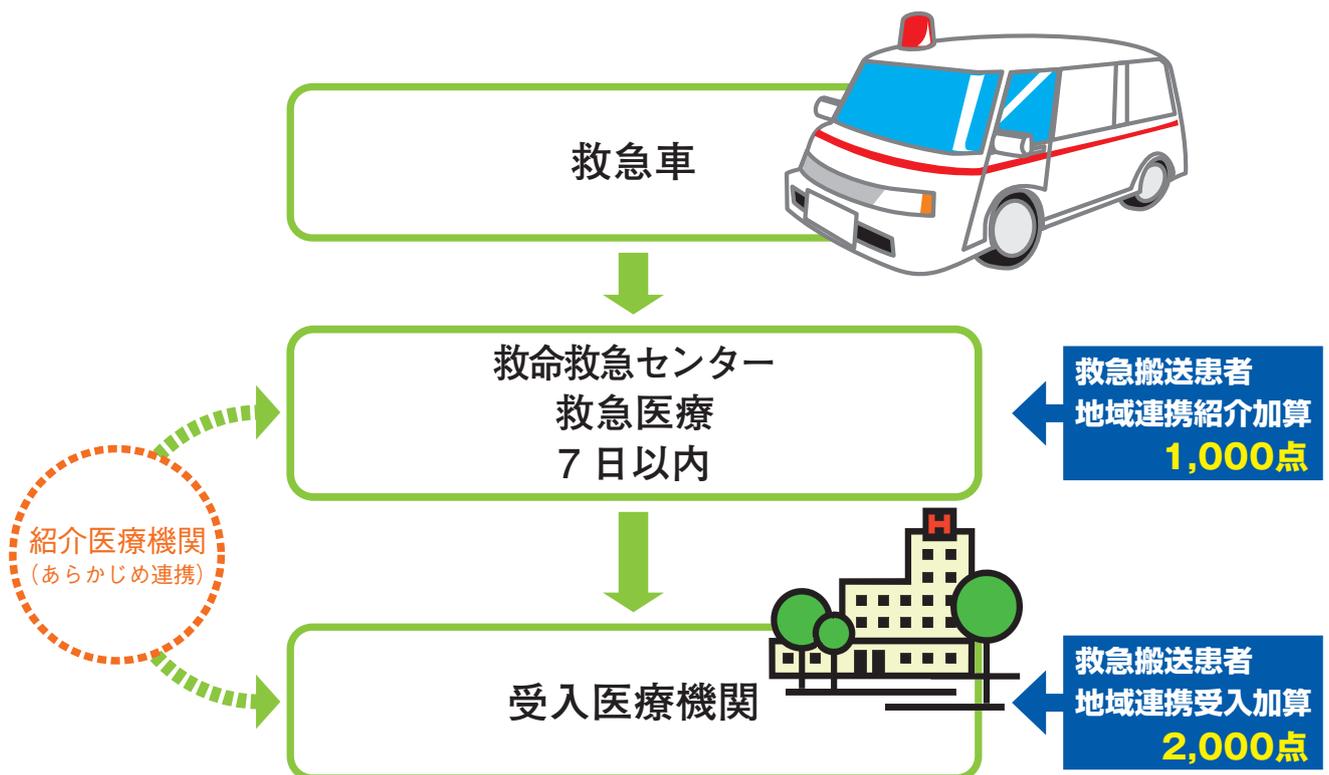
## 脳卒中地域医療連携



## 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



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

- 日 時：原則毎月第3週水曜日  
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

- 日 時：毎月第4週月曜日  
18:30~19:30
- 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：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18:30~19:30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13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：古屋大典  
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27年7月15日

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