

## 脳卒中センター

### 1. スタッフ（平成24年4月1日現在）

センター長（兼）神経内科准教授 池口 邦彦

#### 神経内科

教授（兼）中野 今治  
 准教授（兼）藤本 健一  
 特命教授（兼）村松 慎一  
 講師（兼）川上 忠孝  
                   森田 光哉  
                   嶋崎 晴雄  
                   滑川 道人  
 病院助教（兼）澤田 幹雄  
                   安藤 喜仁  
                   中村 優子  
                   浅利 さやか  
                   亀田 知明  
 シニアレジデント 3人

#### 脳神経外科

教授（兼）渡辺 英寿  
                   五味 玲  
 准教授（兼）小黒 恵司  
                   益子 敏弘  
 講師（兼）横田 英典  
                   山口 崇  
 助教（兼）中島 剛  
 病院助教（兼）河村 洋介  
 シニアレジデント 7人

#### 血管内治療部

准教授（兼）難波 克成

#### 放射線科

教授（兼）杉本 英治  
 講師（兼）中田 学  
                   藤田 晃史  
                   篠崎 健史  
 助教（兼）歌野 健一  
 病院助教（兼）小林 茂

#### リハビリテーションセンター

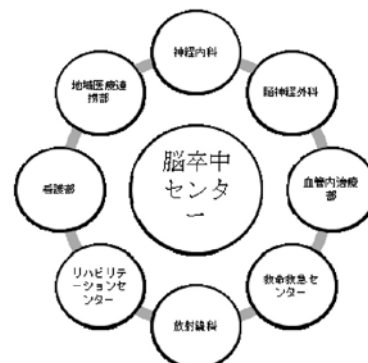
准教授（兼）関矢 仁

### 2. 脳卒中センターの特徴

自治医科大学脳卒中センターは、2008年4月に開設され、積極的に急性期治療を行うとともに、地域医療連携の中心として活動し、今年度で5年目を迎える。

当センターは、既存の施設内での効率的なネットワークで構成されており、構成する部門は神経内科、脳神経外科、血管内治療部、救急救命センター、放射線科、リハビリテーションセンター、看護部、地域医療連携部である。これらの各部門が効率よく連携して脳卒中診療に取り組むことで、総合的に脳卒中の診療ができる体制となった。対象疾患は、急性期の脳血管障害である脳卒中（くも膜下出血、脳出血、脳梗塞、一過性脳虚血発作）や脳卒中の原因となる脳動脈瘤、脳動静脈奇形、もやもや病、その他の脳血管奇形、脳梗塞の原因となる閉塞性脳血管障害（頭蓋内血管の閉塞、狭窄、頸部内頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈の閉塞、狭窄）、脊髄のくも膜下出血、脊髄梗塞、脊髄の血管奇形、小児脳脊髄血管障害（動脈瘤、血管奇形、もやもや病、炎症性）などがある。自治医大は栃木県の脳卒中専門医療機関として認定を受け、24時間体制で脳卒中診療を行っている。実際に、搬送された患者は救命救急センターでの初期評価の後に、出血性脳卒中は脳神経外科、脳梗塞は神経内科が主に担当する。連携がスムーズになったことで、急性期治療としての血栓溶解療法、外科的手術、脳血管内治療を適格にかつ迅速に施行することが可能となった。またMRIを含む24時間の画像診断、早期からのリハビリテーションも実現された。さらに近隣の急性期病院や回復期病院、慢性期施設などと連携して「脳卒中診療ネットワーク薬師寺」を設立し、「脳卒中地域連携パス」を作成して、急性期終了後の転院やリハビリテーション、および再発予防の治療を円滑にかつ効率的に進められる体制を整備している。脳卒中センターは、このネットワークの中心となって、脳卒中の急性期だけでなく、脳卒中地域医療連携の中心となって活動している。

#### 組織図



### ・認定施設

日本脳卒中学会認定施設  
 日本脳神経外科学会認定施設  
 日本神経学会認定施設  
 日本脳神経血管内治療学会認定施設

### ・認定医

日本脳卒中学会専門医 亀田 知明  
 日本脳神経外科学会専門医 渡辺 英寿 他12名  
 日本神経学会専門医 中野 今治 他12名  
 日本脳神経血管内治療学会専門医 難波 克成  
 日本リハビリテーション医学会専門医 森田 光哉

## 3. 実績・クリニカルインディケータ

### A) 脳卒中入院患者数

	2008年	2009年	2010年	2011年
脳梗塞	266	278	309	285
脳出血	96	120	122	146
くも膜下出血	58	84	87	76
合計	420	482	518	507

### B) 血栓溶解療法の施行数

2008年（1－12月）：10例  
 2009年（1－12月）：16例  
 2010年（1－12月）：15例  
 2011年（1－12月）：17例

### C) 手術症例数

	2008年	2009年	2010年	2011年
脳動脈瘤（クリッピング、コイル塞栓術）	78	69	71	57
開頭血腫除去	13	26	11	14
脳脊髄血管奇形摘出術・血管内手術	23	31	45	11
脳血管バイパス術	15	10	14	4
頸動脈ステント術・血管形成術	38	49	30	17
合計	167	185	171	103

### D) 主な検査

脳血管造影 頭部MRI/MRA 頭部CT  
 頭頸部3D-CTA 頸動脈超音波 SPECT  
 光トポグラフィー

### E) 脳卒中医療連携

2011年2月現在、脳卒中地域診療ネットワーク薬師寺への参加施設は50施設（栃木県、福島県、茨城県の急性期、回復期、維持期、療養型、診療所を含む）。3ヶ月に一度、ネットワーク参加施設の担当者会議を開催し、運営方法および医療連携での問題点などを検討している。連携パスを用いて転院した患者の回復期以降の経

過についても、地域医療連携部が管理している。

## 4. 事業計画・来年の目標等

かつて脳卒中は「病気の中のシンデレラ」と言われ、関心も薄く、「治らない病気」の代表であった。しかし近年、専門病棟における医療チームでの診療、いわゆる「脳卒中ユニット」での治療が予後を改善させることが証明され、さらに脳梗塞超急性期の血栓溶解療法の普及、血管内治療の進歩などにより、脳卒中は「治る病気」へと変わりつつある。一方で、依然として死因の第3位、要介護原因の第1位を占め、加えて栃木県の脳卒中死亡率は全国トップレベルであり、当センターに求められている役割は非常に大きい。脳卒中の救急医療および一次予防、二次予防をさらに充実するために、脳神経外科、神経内科、救急、放射線科、リハビリ科との協体制度をこれまで以上に整えて、脳卒中に対する集学的な治療管理を行い、脳卒中の医療水準の向上を図りたい。

脳卒中ガイドライン2009には脳卒中の救急医療体制について「脳卒中急性期の症例は、専門医療スタッフがモニター監視下で、濃厚な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行う脳卒中専門病棟であるStroke unit (SU) で治療をすることにより、死亡率の低下、在院期間の短縮、自宅退院率の増加、長期的なADLとQuality of Life (QOL) の改善を図ることができる（グレードA）」と記載されている。集学的な治療、管理を行うためにストロークユニットの開設は急務である。