

管増生と出血の混在する組織を確認。後頭蓋窩病変で延髄に接した腫瘍形成もあったが、平衡障害もなく79才で富士山登頂も達成している。

症例1のように、高齢者では全脳照射を避けて、新規病変出現時に追加照射すれば、正常脳の機能障害を防ぐことができる。症例2～4のように放射線壊死、嚢胞形成、出血などは長期経過するほど経験されるが、症例3のように自然経過で反応が再び安定することも多い。症例2や4のように、臨床症状により適切な時期に手術で対応すれば、このような反応を含めてもGKは有用である。

17 汎下垂体機能低下と尿崩症を残すも体外受精で妊娠した suprasellar germinoma の1例

田村 哲郎・富川 勝・阿部 英明
網谷 肇・大島 隆文*

県立中央病院脳神経外科
大島クリニック*

18 ITを用いた地域医療連携の試み

斎藤 隆史・倉島 昭彦・土屋 尚人
本橋 邦夫・温城 太郎

長野赤十字病院脳神経外科

【はじめに】当院ではITを用いて同意の得られた患者さんの医療情報を地域の医療機関に公開するシステムを立ち上げたので紹介する。

【NPO法人の設立】ITを用いた地域連携を行うに当たり、長野県内で賛同を得られた医療機関を中心にNPO法人「信州メディカルネット」を立ち上げた。個人、団体、賛助会員を募り、役員は医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係、県関係から選出した。入会金と年会費をそれぞれ会員別に設定、事務局は信州大学内に置いた。利用者は個人情報保護のため講習会を受講した後、IDとパスワードを付与され常時利用可能となる。

【運用】情報公開医療機関は入会金五千円、年

会費五千円、中継サーバー利用料月額一万円を負担する。電子カルテサーバーとは別に連携サーバーを設置し、高速専用回線にて信州大学内に設置された中継サーバーに接続情報を公開する。情報参照医療機関はパソコンとインターネット環境を用意し、入会金五千円、年会費五千円を負担する。インターネットのVPN回線で中継サーバーに接続し情報を得る。情報公開項目および期間の設定と変更は各科毎にいつでも可能で、当院では取り敢えず各科共通に検査、画像、処方内容、サマリーを3ヶ月間公開する設定とした。

【脳卒中地域連携パスの運用】脳卒中地域連携パスもこのシステムを利用して運用開始した。患者さんの同意を得た後、急性期病院、回復期リハビリ病院、維持期の診療所は患者さんの動きに合わせて各フェーズでパスの記載が可能となる。各医療機関はサーバーに接続することでいつでもパスの進捗状況が把握可能である。

【今後の試み】参加医療機関を増やすと共にモバイル化を行い、訪問診療先における参照や院内の拘束番医師による利用も検討している。また災害時事業継続の観点から診療情報のミニマムセットを作りバックアップとして各医療機関で持ち合う計画を立てている。

19 上衣腫の治療成績と今後の展望

吉村 淳一・佐野 正和・青木 洋
小林 勉・西山 健一・斉藤 明彦
福多 真史・藤井 幸彦

新潟大学脳研究所脳神経外科

【目的】上衣腫の長期治療成績を明らかにし、今後の課題について考察する。

【方法】1982年以降治療した18歳未満の小児上衣腫15例と18歳以上の成人上衣腫19例の計34例が対象。小児例は0-14歳（中央値4歳）、テント上7例、テント下8例。成人例は18-68歳（中央値44歳）、テント上14例、テント下5例。これらの症例について、組織型（Grade：GIIかIII）、摘出率（広汎全摘＝脳葉切除や周囲白質の

廓清を伴った全摘, 単純全摘= Gd 増強病変の全摘や nearly total removal, 非全摘= 亜全摘以下の摘出率に分類), 照射の効果, 生存率 (OS, PFS) を検討した。

【結果】全体の解析では, テント上の全摘率 81% は, テント下の 46% と比べ有意に高かった。有意な予後良好因子は, 摘出率 (広汎全摘 5y-PFS 80.0% : 単純全摘 5y-PFS 45.2% : 非全摘 5y-PFS 29.6%), 組織型 (G II 5y-OS 79.4% : G III 5y-OS 56.6%), 部位 (テント上 5y-PFS 50.9% : テント下 5y-PFS 36.9%) であった。また単純全摘/亜全摘+照射の 5y-PFS は 58.4% で, 単純全摘/亜全摘のみの 20.0% と比べ有意に良好であった。小児と成人との比較では, 発生部位, 組織型, 摘出率, 予後, 照射の効果

のいずれにおいても有意差はなかった。小児例 11 例 (1-11 歳時) において経過中に照射を行っているが観察期間内に放射線障害は認めなかった。再発時の治療内容は再摘出, ガンマナイフ, 化学療法 (CARE 療法, テモゾロミド) の組み合わせであったが, テント下病変では寛解は得られておらず, 特にテント下 G III 腫瘍では生存例は存在しなかった。

【結論】小児上衣腫の臨床像は成人例と違いはなく, テント上 G II 腫瘍では広汎全摘にて後療法なく長期寛解が得られる。広汎全摘が不可能な場合は術後照射が必要である。テント下 G III 腫瘍の予後は極めて不良であり新たな治療戦略が必要である。