

第 129 回成医会第三支部例会

日 時：2021 年 11 月 27 日（土）～ 12 月 3 日（金）

会 場：教職員ホール

1. 甲状腺髄様癌の治療方針に難渋した多発性内分泌腫瘍症 2 型 (MEN2) の 1 例

東京慈恵会医科大学附属第三病院糖尿病・代謝・内分泌内科

○中原 倫子・仲 千尋
湊 聡一郎・山田 昂
澤野 祥子・藤本 啓
西村 理明

症例：54 歳の女性

主訴：CEA 高値

家族歴：母；副腎腫瘍（詳細不明）・甲状腺癌，兄；MEN2（甲状腺髄様癌・褐色細胞腫），弟；RET 遺伝子変異

臨床経過：CEA 高値の精査目的で受診，家族歴より MEN2 を疑った．原発性副甲状腺機能亢進症は認めず，カルシトニン高値と甲状腺細胞診から甲状腺髄様癌と診断した．CT で左副腎に 8 mm 大の結節，MRI で両側副腎結節，123I-MIBG シンチで左右副腎（左優位）に集積を認めた．自由行動下血圧で血圧上昇を認めなかった．尿中・血中カテコラミンの上昇を認めず，褐色細胞腫の除外診断に苦慮した．患者に説明と同意を得て，RET 遺伝子解析を行い，Cys634Tyr 変異を認めた．これより MEN2A（甲状腺髄様癌 Stage I，両側褐色細胞腫疑い）と診断した．

考察：臨床症状がなく，カテコラミン過剰分泌を認めず，画像とシンチのみ褐色細胞腫の存在を示唆したが，生理的集積の可能性も考慮された．一方，シンチのみ陽性で褐色細胞腫と診断した報告もある．さらに，MEN2 の 60% に褐色細胞腫を認める事，コドン 634 の変異例ではより褐色細胞腫の合併率が高いことが，本症例での褐色細胞腫の鑑別を困難にした．生命予後は甲状腺髄様癌が規定すると判断し，早急な甲状腺摘出が望まれた．褐色細胞腫の診断的治療として副腎摘出を先行す

るべきか議論した．褐色細胞腫のカテコラミン分泌は腫瘍量と比例する事からコントロール出来ない高血圧クリーゼをきたす可能性は低く，副腎摘出に伴う QOL・生命予後の不利益が大きいと判断し，先行して甲状腺摘出する方針とした．X 年 9 月甲状腺髄様癌に対して甲状腺全摘術，リンパ節郭清術を施行し，術中高血圧クリーゼを示唆する症状なく経過した．

結語：褐色細胞腫の診断に苦慮し，診断的治療としての副腎摘出術を行わず，甲状腺摘出術の先行を選択した MEN2 の一例を経験したので報告する．

2. 運動後急性腎障害 (EIAKI) を契機に診断された腎性低尿酸血症 (RHUC) の 1 例

¹ 東京慈恵会医科大学附属第三病院腎臓・高血圧内科

² 東京薬科大学薬学部病態生理学教室

○宮崎 陽一¹・相澤 千晴¹
高橋 大輔¹・岡部 匡裕¹
渡邊 真央¹・寺嶋 理沙¹
上田 莉紗¹・吉岡 友基¹
勝馬 愛¹・木村 愛¹
市田 公美²・横尾 隆¹

症例：13 歳，男性．

主訴：食欲不振，腹痛，乏尿．

現病歴：サッカー部活動中に，嘔気，腹痛を自覚．帰宅後，発熱，左背部痛も認め，翌日に近医を受診．急性胃腸炎の診断で，整腸剤とロキソプロフェンを処方された．症状は緩和したが，尿量が減少，2 日後に近医を再受診した．血清 Cr 値が 8.16 mg/dl と高値で，同日に東京慈恵会医科大学附属第三病院へ紹介，急性腎障害 (AKI) の診断で入院した．脱水による腎前性 AKI，ミオグロビン尿性 AKI，薬剤性 AKI を鑑別に考えた．高度腎

障害を呈していたが、血清尿酸値は6.8 mg/dl、尿酸クリアランスは10.8 ml/minと正常域で、尿酸排泄率（FEUA）は62%と尿中排泄が亢進していた。補液治療で、血清尿酸値は0.9 mg/dlまで低下、低尿酸血症が顕在化した。遺伝子診断の結果、URAT1における既報告の複合ヘテロ接合性変異が認められた。

考察：EIAKIは、約半数以上にRHUC合併を認める。発症機序に不明な点が多いが、腎虚血の関与が示唆されており、NSAIDs使用例に多い。本例のように、発症前の尿酸値が不明である場合は、鑑別に苦慮する場合も多い。運動後にAKIを呈する若年例は、RHUCに伴うEIAKIの可能性も考慮し、尿酸排泄能の評価が重要である。

3. 精巣腫瘍を契機に原発不明神経内分泌癌と診断された1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院消化器・肝臓内科

野口 正朗・木下 晃吉
松平 浩・小林 剛
板垣 宗徳・日高 章寿
萩原 雅子・三浦由起子
鹿野 智裕・佐藤 優子
光吉 優貴・大澤 顕之
小池 和彦

症例：61歳男性。X年5月に左辜丸腫大を主訴に東京慈恵会医科大学附属第三病院泌尿器科を受診した。精巣腫瘍を疑いX年6月に左精巣高位除辜術を施行した。病理所見ではN/C比が高い高度異型細胞が胞巣状に増殖し、免疫組織化学染色ではSynaptophysin(+), ChromograninA(+), CD56(+)と神経内分泌マーカーが陽性であり、Ki-67指数は80%であった。以上より、Poorly Differentiated Neuroendocrine Carcinoma (PD-NEC)と診断された。腫瘍マーカーはCEA 28.7 ng/ml, NSE 43.9 ng/ml, ProGRP 257 pg/mlと上昇を認めた。造影CTでは、膀胱部、頭部、体尾部に多発腫瘍と主膀胱拡張、両側副腎腫大、右腋窩、胃周囲、腹腔内に多発するリンパ節腫大を認めた。上部消化管内視鏡検査では粘膜下腫瘍様の多発潰瘍性病変を認め、生検病理では精巣と同様の病理所見が得られた。頭部MRIでは全脳に15個を越える多発腫

瘍を認めた。精巣原発のPD-NECの報告は極めて稀であり、原発不明神経内分泌癌、精巣転移、多発膀胱転移、多発胃転移、多発リンパ節転移、多発脳転移と診断した。X年8月よりEP (Etoposide + Cisplatin) 療法を開始した。EP療法1コース後に多発脳転移に対して定位放射線治療を行った。EP療法2コース後のCTでは、病変は縮小傾向のあるSDの評価であった。今後もEP療法を継続する方針である。

結語：精巣腫瘍を契機に原発不明神経内分泌癌と診断された極めて稀な症例を経験した。

4. 重症牛乳アレルギー児への少量経口免疫療法の検討

¹東京慈恵会医科大学附属第三病院小児科

²東京慈恵会医科大学附属第三病院栄養部

鈴木 亮平¹・佐古 周平¹
加嶋奈々子¹・成瀬 隼人¹
持田 純¹・相良 長俊¹
和田 美穂¹・赤司 賢一¹
勝沼 俊雄¹・大沼 未奈²
佐藤 厚²・狩野 路也²

食物アレルギーの基本治療は原因食物の除去である。近年、原因食物を摂取可能とする根治療法として経口免疫療法 (Oral immunotherapy; OIT) に期待が集まるが、重症なアレルギー反応であるアナフィラキシーを伴うことから標準的治療には至っていない。我々は過去に、重症牛乳アレルギー児を対象にOITのランダム化比較試験 (ORIMA study) を実施し、OIT (牛乳100 mLを1年間連日摂取) の有効性を確認できた。しかし、その一方で安全性に関する課題が残った。

そこで、安全性を最優先に考え、従来法に対する少量OITの非劣性の検証を目的に研究計画を作成した。すなわち、ORIMA studyの介入群と観察群をヒストリカル・コントロールに設定し、少量OIT (牛乳1 mLを1年間連日摂取) の非劣性を検証する。

本研究は現在進行中であり、結果の解析にはまだ至っていない。今回は、ORIMA studyの結果、ORIMA studyの課題、そして本研究の着想から研究開始に至るまでを報告する。

5. 新型コロナウイルス抗原定量検査の活用について

¹ 東京慈恵会医科大学附属第三病院中央検査部

² 東京慈恵会医科大学附属第三病院感染制御部

◦中田 瞳美¹・八木 道隆¹

安藤 隆¹・俵木 美幸¹

横山 雄介¹・阿部 正樹¹

中田 浩二¹・竹田 宏²

目的：新型コロナウイルス抗原定量検査の導入と有用性の検証

方法：抗原定量値とTRC(院内実施)との比較

期間：2021年3月10日～2021年9月30日
使用機器：ルミパルスL2400（富士レピオ株式会社）

検体：鼻咽頭から採取した2611検体

判定基準：陰性（0.00～1.33 pg/mL）

陽性（1.34 pg/mL～最終値）

判定保留域（1.00～10.00 pg/mL）

※判定保留域の場合はTRCによる確認が規定されている

結果：2法間で乖離した検体は11検体であり、全体の0.4%であった。その内、抗原定量（+）、TRC（-）は5検体、抗原定量（-）、TRC（+）は6検体であった。抗原定量（+）、TRC（-）の5検体は、再検査や臨床症状から全て偽陽性の可能性が大きい。抗原定量（-）、TRC（+）の6検体のうち、3検体は数週間前に既に感染し、抗原を産生していない時期と考えられた。他の3検体は新規感染であったが、うち2検体は1.10 pg/mLと1.27 pg/mLで判定保留域（ポスターでは土と表示）であり、規定に従いTRCによる確認が施行され、結果は（+）であった。1検体は、0.60未満でTRC検査結果は（+）であったが、新規感染における完全な乖離例は1検体のみであった。

結論：抗原定量検査は、TRC等の核酸増幅検査と比較して感度が低いために、偽陰性による見逃しの懸念がある。しかし、今回の比較結果から、判定保留の2検体は除き、感度の限界により捉えられなかった検体は1例のみでありTRC陽性検体の1.44%であった。本検査と同様の機器・試薬は、昨年11月から日本全国計8カ所の空港検疫所や2020年東京オリンピックの選手村等で活用され

ており、水際対策強化として多大な貢献をしている。このような実績と院内TRCとの比較結果から、抗原定量検査を利用することにより、感染対策に有効な結果が得られると考えられた。

6. エトレチナート内服により両股関節に異所性骨化が生じた1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科

◦雨宮えりか・川口 泰彦

原田 直毅・大谷 卓也

はじめに：乾癬、魚鱗癬などの皮膚疾患に投与される合成レチノイドであるエトレチナートは、未分化間葉系細胞から骨芽細胞への分化を促進することで骨形成促進に関わると考えられている。今回、本剤投与が原因と思われる股関節周囲の旺盛な異所性骨化により人工股関節置換術（以下THA）に至った1例を経験したので報告する。

症例：71歳男性。以前より股関節深屈曲時の違和感など軽度のfemoroacetabular impingement (FAI) 症状を自覚していた。67歳時より紅皮症に対してエトレチナートの内服が開始され、その3年後頃から両股関節痛と可動域制限の増悪を自覚した。整形外科初診時、股関節に強い運動時痛を認め、可動域（右/左）は屈曲45°/60°、伸展-10°/-10°、外転10°/20°、内旋5°/5°、外旋5°/10°、JOA scoreは52/55点であった。単純X線およびCT所見では、両股関節周囲にエトレチナート投与以前には存在しなかった旺盛な異所性骨化を認めた。67歳時のCTで認めていた大腿骨頸部前面のインピンジメント部分に骨化の増大を認め、寛骨臼側でも臼縁に沿って全周性に骨化巣が広がっていた。全身骨シンチグラムでは両股関節に集積を認めた。股関節機能の改善を目的として左THAを施行した。手術は後側方進入で行ったが、前方の骨化巣切除には同皮切から前外側進入路の展開も必要とした。病理所見では骨化病変は骨芽細胞を含む幼若な類骨様の骨が形成されていた。

考察：エトレチナート長期投与による異所性骨化は比較的高頻度に発生するとされ、その多くは無症状であり、好発部位は脊椎、踵骨、骨盤などとされる。股関節の異所性骨化に対する手術治

療の報告は比較的まれであるが、骨切除術、THAなどの報告がある。自験例では、軽度のmixed type FAIの病態に薬剤による骨形成促進作用が加わり、高度な股関節障害へと発展してTHAに至ったものと考えられた。今後、右THAの必要性も検討しつつ慎重に経過観察を行う予定である。

7. 西洋の古典的神経衰弱治療と森田療法

東京慈恵会医科大学精神医学講座

○島崎 勇人・金子 咲
赤川 直子・久保田幹子
市川 光・半田 航平
谷井 一夫・矢野 勝治
布村 明彦・中村 敬
繁田 雅弘

序論：Silas Weir Mitchellは米国の神経学者であり、神経衰弱に対する治療法を開発した。森田正馬は精神療法講義の中で、MitchellのRest cureを安静療法の参考に挙げている(森田, 1922)。一方、Mitchellは神経衰弱治療としてWest cureも開発したが、West cureに対する森田の言及はない。本研究ではWest cureを文献的に調査し、森田療法との関連性を考察する。

本論：神経衰弱はGeorge Miller Beardが提唱した疾患であり(Beard, 1869)、米国の中上流階級の者に認められた頭痛や倦怠感、消化器症状、病的恐怖などの症状から定義された(McGuire, 2008)。米国では産業革命後に男性の領域(公的世界)と女性の領域(家庭)という社会的性差が確立された(飯田, 2016)。Mitchellは当時の社会的背景から、女性には家庭に留まることを目的としたRest cureを、男性には社会的成功を目的とした米国西部でのWest cureを開発した(Stiles, 2012)。Rest cureは臥褥、隔離、食事、マッサージ及び電気治療の5つの要素からなり、治療期間は6~8週で座位や読み書きは禁止された(Poirier, 1983, Pearce 2002)。他方、West cureは牛のローピングや狩猟などの自然環境下での活動を通じて患者同士の絆を結ばせ、活動の経験を客観的に日記に記すことによって患者を再活性化させた(Stiles, 2012, Will, 1998)。

考察：本研究から、West cureは作業や鍛錬などが主な内容であり、森田の精神療法の区分では訓練療法に分類されると示唆された。

結論：Mitchellの神経衰弱治療と森田療法は、Rest cureの隔離と臥褥及びWest cureの作業と日記開始時期などの点について、共通性を有すると示唆された。

8. 東京慈恵会医科大学附属第三病院における胃消化管間質腫瘍症例の検討

東京慈恵会医科大学附属第三病院外科

○仲吉 朋子・松本 晶
黒河内喬範・山下 麗香
岡本 友好

はじめに：消化管間質腫瘍(GIST)は10万人に1~2人程の発症頻度の稀な腫瘍であり、その臨床病理像はいまだ不明な点が多い。今回、我々は東京慈恵会医科大学附属第三病院で施行したGIST手術症例に対する切除術の結果について検討し報告する。

対象と方法：2012年1月から2021年11月の間に手術治療を行い病理組織検査でGISTと診断された50例中、胃GIST患者45例を対象とした臨床的背景・治療内容・予後について後方的に解析した。

結果：患者の平均年齢は69.2(49-88)才で男：女は22：23だった。腫瘍径は2 cm以下、2-5 cm, 5-10 cm, 10 cm以上はそれぞれ6, 28, 8, 3例で核分裂像数(/50HPFs)は5以下、5-10, 10以上はそれぞれ39, 2, 4例、総合した再発リスク分類は超低、低、中、高は8, 27, 6, 4例であった。術式は局所切除、噴門側胃切除、幽門側胃切除、胃全摘でそれぞれ40, 2, 1, 2例、手術アプローチは腹腔鏡、LECS、開腹で20, 11, 14例であった。術後補助療法は高リスク症例4例中3例で行い、中リスク以下の症例では行わず経過観察された。

術後再発は2例。中リスクと高リスクで1例ずつ認め、いずれも肝転移が再発部位であり腫瘍径5 cm以上で胃全摘術を施行していた。高齢のため術後補助療法は施行しなかった。中リスクの1例では術後17ヵ月で肝転移と診断され、イマチ

ニブ投与と2度の肝切除で再発巣も完全切除となり胃切除から7年後の現在はその後の再発を認めず経過観察している。高リスクの症例は術後24ヵ月に肝転移が出現、イマチニブによる治療を開始し34ヵ月後の現在も治療を継続している。

考察とまとめ：再発低リスク以下の症例は再発を認めず、良好な成績であった。術後再発症例はいずれも腫瘍径5 cm以上の巨大腫瘍に対して胃全摘を要し、術後補助療法を断念した症例だった。再発リスクが高い患者では高齢であっても積極的に補助療法を行うことが再発予防の観点から重要である事が示唆された。

9. 患者・地域のニーズに応える外来化学療法室の取り組み

¹ 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部

² 東京慈恵会医科大学附属第三病院外来化学療法室

³ 東京慈恵会医科大学附属第三病院腫瘍・血液内科

○青木 祥子^{1,2}・川口 利子^{1,2}

青塚 志保^{1,2}・熊野 麻美^{1,2}

諸星真梨絵^{1,2}・朝倉真奈美^{1,2}

土橋 史明^{2,3}

目的：外来化学療法室の取り組みをドナベディアンモデルの構造（ストラクチャ）・過程（プロセス）・結果（アウトカム）の3つの側面から医療の質を評価し、今後の課題を明らかにする。

方法：2019年度から2021年10月までの約3年間の経営指標を分析した。プロセスについては、がん患者の診断から治療選択・抗がん剤治療という一連の治療経過に沿った看護師による支援とそれによる患者の反応を振り返った。

結果：外来化学療法室の利用状況は年々増加している。外来化学療法加算算定件数は2019年3,046件、2020年3,736件、2021年度4～10月2,560件であった。2021年9月には12床（ベッド10、リクライニングチェア2）から14床へ増床した。

診療科別件数の推移をみると、外科（乳腺・大腸・胃）、血液腫瘍内科、消化器内科（大腸・胃・肝胆膵）呼吸器内科が多かった。がん stageはⅡ～Ⅳ、がん以外に自己免疫疾患（クローン病、潰瘍性大腸炎、膠原病）の患者も利用している。

がん看護専門看護師・がん化学療法看護認定の

配置については、利用件数増加に応じて3名から5名へ増加した。スペシャリストも増え、教育課程進学者もおり、がん看護の中核となる人材育成を強化している。

外来化学療法室の利用患者は60歳以上高齢者の割合が約7割と高く、看護師による患者の個別性をとらえたオリエンテーションを実施するために、外来・外来化学療法室・病棟の連携が重要であった。

結論：今後も外来化学療法室の利用患者数は増加が見込まれる。2026年新病院リニューアルに向けて、外来化学療法室が取り組むべき課題は、医師・薬剤師・栄養士らとの連携をさらに強化し、患者・家族を支援していくことである。また、患者・家族の治療参画とセルフケア能力の維持のためには、看護師が主体となって教育を促進するシステムが構築され、患者・地域のニーズに応え続けるため円滑なベッドコントロールに取り組む必要がある。

10. 一般病棟における生命維持管理装置の電源管理

¹ 東京慈恵会医科大学附属第三病院臨床工学部

² 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部

³ 東京慈恵会医科大学附属第三病院管理課

○安孫子 進¹・黒田 祐規¹

天童 大介¹・萩野 裕夏²

佐々木朝麻²・中隣 稔³

内藤 靖之³・曾根田明弘³

目的・方法：医療の発展にとめない、電源を必要とする医療機器が多くなっている。生命維持管理装置は、電源供給の停止が患者の生命に大きな影響を与えるため、避けなければならない現象である。COVID-19の感染拡大により、集中治療室で生命維持管理装置を装着した患者の治療が継続困難となる可能性を受け、集中治療室で最も重症と考える状態での医療機器の必要電源と一般病棟の電源供給環境を調査し、安全性の検討を行う。

結果：重症患者を想定した、生命維持管理装置および関連医療機器の必要電源は、人工呼吸器、IABP、輸液ポンプ、シリンジポンプ、ベッドサイドモニター、心拍出量計で、総計13Aで、非常

電源1系統の供給電源20 A以内であった。IABPは、単独の電源が必要なため室内において2系統の非常電源が必要である。

8A病棟の電源調査結果。801号室では、他の部屋と共有している電源を制限することで、生命維持管理装置の使用は可能と判断した。802および803号室は、非常電源を隣室と共有しており、電源を2系統単独で確保できないため、IABPは使用できない。

3A病棟の電源調査結果。312号室は、315号室と電源を共有しているが、使用制限をかけることで、人工呼吸器の使用は可能である。ただし、302号室は他9室と電源を共有しているため、人工呼吸器は用できない。

考察：生命維持管理装置を使用する場合、電源供給が必要量確保できるか事前に調査する必要がある。今回の調査検討は、2病棟のみであるが、全病棟における電源調査と管理を行っていく必要を感じた。また、一般病棟の個室は集中治療室に比べ面積が狭いため、医療機器が床面積を占拠し、看護および治療が阻害される。生命維持管理装置を使用する可能性のある病棟では、実機を使用したシミュレーションを医師、看護師、臨床工学技士の3者で行い、安全に治療が行えるか検討する必要があると考えた。

結語：一般病棟で生命時管理装置を使用する際、非常電源配置図を使用し、臨床工学技士が電源管理を行なうことで、電氣的安全が確保できる。

11. 生殖補助医療により早期に妊娠が成立した低AMHを伴う重症子宮内膜症の1例

東京慈恵会医科大学産婦人科学講座

山本 瑠伊・重政 孝典
水之江裕子・武田 理沙
福島 蒼太・加藤さや子
平山 佳奈・堀川 真吾
島形 晶子・嘉屋 隆介
森本 恵爾・飯倉 絵理
田知本里恵・山田 恭輔

緒言：子宮内膜症は疼痛と不妊を主訴とする疾患であるが、実臨床では妊娠や流産を契機に発見されることがある。子宮内膜症による不妊の発生

機序には不明な点があることから、腫瘍と生殖を両立させた治療方針は確立されているとは言えない。今回我々は、両側子宮内膜症性嚢胞を伴い抗ミュラー管ホルモン（AMH）が低値を示し、妊娠に向けた治療方針決定に苦慮した一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症例：34歳，1妊0産，6年前より月経痛を自覚し，半年前から性交痛，排便痛を含め骨盤痛の増悪を認めていた。自然妊娠が成立し産婦人科へ紹介受診したが，妊娠6週で自然流産に至った。治療方針選択のために骨盤MRI検査を施行し両側子宮内膜症性嚢胞（最大径11 cm）を認め，血中AMH値は0.55 ng/mlであった。両側性で嚢胞径が大きく骨盤痛を伴うため，GnRHアゴニスト療法を施行後に開腹術を予定し，妊娠を目指す方針とした。両側卵巣嚢腫摘出術を施行した。開腹所見は，いわゆるkissing ovaryの状態を呈し骨盤内に強固な癒着を認め，R-ASRM分類IV期と診断した。若年で自然妊娠歴があったが，子宮内膜症再発リスク・AMH低値より，早期の妊娠が望ましいと考え生殖補助医療を選択し，術後3ヵ月で顕微授精・胚移植により妊娠成立した。

考察：子宮内膜症不妊患者のアルゴリズムは一定の見解が示されているとしても，本症例のように不妊には該当しない症例に対しては，妊娠成立を目指した治療方針の提案がより求められると考えられた。

12. 栄養をテラーメイド!! 病棟と厨房をつないで

東京慈恵会医科大学附属第三病院栄養部

酒井恵美・栄養士・調理師

目的：入院患者の栄養状態改善のために，患者ごとの病態や嗜好等に合わせた個別対応食を提供するための取り組みについて報告する。

方法：入院患者は看護師による簡易栄養状態評価表（MNA）による栄養スクリーニングで栄養評価を行っている。それをふまえて，管理栄養士が栄養管理計画書作成し，栄養管理に問題のある患者を抽出し病棟訪問に繋げている。個別対応食が必要な場合は，厨房対応が標準化できるよう部

内の調整を十分に行う。さらに患者背景や訴えを共有し、気持ちのこもった食事が提供できるように栄養士調理師含めてミーティング等で周知を行っている。

結果：2021年4月から9月までの介入患者は220人、延べ797件の介入を行った。介入患者のMNA評価は全入院患者の評価より低栄養の割合が高く、また在院日数も長期化している。喫食状況の悪い患者の訴えを直接伺い、食事内容の調整を行うことで喫食量の改善につなげた。

結論：病院食は治療の一環であるが、患者の楽しみや癒しにもなる。食べられない患者が食べられるように、患者個人に合わせた栄養をテラーメイドすることが栄養部の使命である。

13. 東京慈恵会医科大学附属第三病院における放射線従事者線量管理体制について

東京慈恵会医科大学附属第三病院放射線部

〇瀬尾 真世・池部 翔子
五十畑菜都子・谷口 千晶
樋口 壮典・野口 景司
飯高 晃治・馬場 康史

背景：令和3年4月1日より改正された医療法において、眼の水晶体の線量限度が引き下げとなり、従事者線量管理が厳格化した。この背景には、従来8 Gy以上の被ばくで発症するとされてきた白内障の閾線量が0.5 Gyでも発症するという報告がなされたことが大きく影響しており、新たな線量限度を東京慈恵会医科大学附属第三病院(当院)における過去5年の従事者線量にあてはめて算出した場合、数名の医師が線量限度を超過した被ばくを受けている結果であった。

目的：当院における従事者被ばく線量低減と管理体制を整備することを目的とし、防護具による線量低減効果を検証すること。

方法：血管撮影(IVR)中に術者の線量低減効果を検証するために、当院で保有する防護衝立、防護眼鏡を用いた場合と、用いない場合とで散乱線量を比較する。人体等価ファントムを被写体として同一線量で撮影し、防護具の有無による線量の変化と、距離を2倍した際の線量変化を計測し

比較した。

結果：被写体からの距離50 cmの結果において、防護具を用いた際の撮影線量は用いない場合と比較して約33%に低減されていた。また、距離100 cmの結果においては、22%に低減されていた。

結論：防護具の使用と可能な限り距離をとることで線量低減が可能であり、手技中の室内の散乱線分布を参考にすることでさらなる低減が可能であると考えられる。今後、従事者の線量報告体制を綿密に実施し、線量超過を防止する対策として、超過する危険のある従事者に水晶体専用測定器を装着してもらう等の対策を講じ、適正な従事者線量管理を実施する。

14. 強直股に対する両側人工関節置換術(THA)および右大腿骨転子下短縮骨切り術後の日常生活動作(ADL)再獲得難渋例〜リハビリ科病棟を経由し自宅退院を目指すために取り組んだこと〜

¹ 東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科

² 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部

³ 東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科

〇大沼 雄海¹・大熊 諒¹
中村智恵子¹・岡道 綾¹
三小田桃子¹・久保田智之¹
吉田 啓晃¹・高橋 仁¹
橋本弦太郎¹・伊藤 志保²
大谷 卓也³・渡邊 修¹

目的：今回、強直股を呈し入院中に右人工股関節全置換術および大腿骨転子下短縮骨切り術と左人工股関節全置換術を二期的に施行した症例のリハビリテーション(リハビリ)を経験した。その経過を報告する。

症例：70歳代女性/日中独居/主婦/要介護1

診断名：両変形性股関節症

現病歴：小児期より股関節脱臼があり、30歳代より股関節痛が出現。近医を受診し両変形性股関節症と診断。自宅では訪問看護・ヘルパー・福祉用具貸与を利用。両膝痛増悪あり、東京慈恵会医科大学附属第三病院(当院)紹介されX-1日に手術目的で入院。

既往歴：糖尿病・蜂窩織炎

経過：X-1日術前理学療法（PT）評価を施行。両股関節は屈曲20°内転5°位で強直。端座位保持は困難，椅子座位は著明な不良姿勢であった。屋内短距離は両T字杖歩行が可能だが転倒リスクが高い状況であった。X日右人工股関節全置換術/転子下短縮骨切り術/内転筋切腱術を施行。後療法は翌日より車椅子乗車可，ROMex可，術後3週より部分荷重歩行開始。PTはX+2日より開始。起居動作は全介助を要しリクライニング車椅子移乗には2人以上の介助を要した。X+21日平行棒内立位施行。X+30日左人工股関節置換術/内転筋切腱術施行。後療法は左下肢の荷重制限はなく，術翌日より車椅子乗車，術後1週より平行棒立位，術後2週より平行棒歩行，術後3週より歩行器歩行可。PTはX+31日に再開し車椅子移乗全介助。X+40日に平行棒立位を開始するも立ち上がり重度介助。X+44日平行棒内歩行開始。X+57日リハビリ科病棟に転床。作業療法介入開始。X+71日ピックアップ歩行器および両側4点杖歩行練習を開始。両股関節の可動域改善により端座位は手すりを使用して保持可能となり，椅子座位姿勢も改善した。関節自由度が増した反面，股関節周囲筋の筋力低下が著明であり，構造的脚長差も影響し下肢支持性は乏しくT字杖歩行は困難であった。回復期病院への転院も検討したが，症例の希望である早期自宅退院を実現するためにリハビリ科病棟にてADLの改善を図り，短期的に獲得可能な動作とそうではない動作の見極めを行った。X+99日に患者同行の上，退院前家屋評価を施行し自宅内における歩行補助具の適正と安全な導線の確認を行った。入院前の介護保険サービスに加え訪問リハビリ開始を提案しX+107日に退院となった。

結論：通常THA症例とは異なり，強直股の術後経過では関節可動域の改善とともに動作形態が大きく変化する場合があるが，本症例は罹患期間も長く，回復に長期間を要することが予測された。最終的なゴールを待たずして自宅退院を実現するには安全に生活できる環境設定や時期を判断し地域リハビリにつなげる役割が我々に求められた。急性期病院でリハビリ科病棟を有する当院の利点を生かした症例であった。