東京慈恵会医科大学 デジタル署名者：東京慈恵会医科大学
日付：2024.03.06 14:59:00 +09'00'

【記　事】

第 125 回成医会葛飾支部例会

日　時：2021 年 12 月 11 日（土）
会　場：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター
　　５階　講堂

【特別講演】

新しい３T-MRI 装置でできること

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター放射線部
◦辰野　　聡

2022年2月より東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）に導入される３TMR装置の概略を解説する．

・S/N，画質の向上
・Dot : 自動位置決めによる操作性改善
・オープンボアが70 cm径で被験者に優しい
・シミングの革新的技術
・呼吸センサ同期による安静呼吸下撮影
・Compresed sensingによる撮像時間短縮
・Resolve法による拡散強調像の画質改善
・Heart frreze法による心臓MRI ｎ革新
・これらの新技術をいかに当院に最適化するかについて述べる．

１．SARS-CoV-2肺炎軽快後に葉間胸膜間に限局した気胸を認めた症例

[1] 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター総合診療部
[2] 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター感染制御部
◦金子　志織[1]・筒井　健介[1]
代田　泰大[1]・山崎　泰範[1]
根本　昌実[1]・吉川　晃司[2]

症例：72歳男性．X−8日に発熱．X−6日にSARS−CoV−2 PCR陽性のため前医入院，中等症Ⅰであったが X−5日からデキサメタゾン（DX）6 mg/日を開始．一時解熱するも再度発熱，酸素化低下，肺炎像悪化のためＸ日に東京慈恵会医科大学葛飾医療センター転院．DXを中止し，レムデシビルの投与を開始した．一時増悪するも全身状態は改善しX+11日に退院．退院後は体力回復のためバットの素振りをしていた．X+32日の外来受診時の胸部Ｘ線で右中肺野の空洞影を認め，肺実質の空洞病変や葉間内に限局した気胸が鑑別となった．Ｘ+53日の胸部Ｘ線で病変はほぼ消退し限局した気胸と判断した．

考察：COVID−19患者の１％で気胸を認める．原因は炎症による肺実質の傷害で形成されたブラが胸腔内圧が上昇する機序により破綻することによるものと考えられている．男性に多く，喫煙や既往症に関係なく起こり，ステロイド投与歴があると肺組織の回復が遅れ気胸の誘因となる．呼吸困難で発症する事が多いが本症例のように無症状のこともある．本症例はステロイドの単独治療から病状が悪化し肺実質の傷害が進行，回復後素振りによる胸腔内圧上昇により気胸が生じたと考えた．退院後，治療経過や重症度によっては肺に負荷のかかる運動の回避と画像検索が必要であると考えられた．

２．孤立性小脳転移を契機に診断された直腸癌の１例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター外科
◦曾田　貴志・小寺　啓太
星野　真人・高橋　澄加
小郷　桃子・橋爪　良輔
今北　智則・石山　　守
小川　匡市

背景：結腸直腸癌の脳転移は0.4〜1.8％と頻度が低く，多くは他臓器転移を生じており，孤立性は稀であり，生存中央値は5.3カ月と極めて予後不良である．確立された治療アルゴリズムは無く，手術，化学療法，放射線治療による集学的治療が試みられている．

症例：50才男性．1ヵ月前からの頭痛とふらつきを主訴に東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

脳神経内科を受診した．精査目的で施行した頭部造影MRIで，右小脳半球に造影効果を伴う3 cm大の単発性腫瘤を認め，転移性脳腫瘍，high grade glioma等が鑑別となった．腫瘍は橋を圧迫し，第四脳室の狭小化を伴っており，軽度の水頭症，頭蓋内圧亢進が示唆された．原発巣精査目的で施行した胸腹部単純CTでは，直腸に不整な壁肥厚を認め，直腸癌が疑われた．症状の増悪を認めていたため早期に，除圧と正確な診断を目的に開頭腫瘍摘出術を施行した．術後経過は良好であり第13病日退院した．術後病理結果は，転移性脳腫瘍，組織型腸型中分化管状腺癌の診断であった．術後に施行した下部内視鏡検査で，直腸Ra（肛門縁8 cm）に2型進行癌を認め，生検結果は，脳腫瘍の摘出標本と一致する所見であった．術後1ヵ月目に施行した胸腹部造影CTでは明らかな遠隔転移巣を認めず，頭部造影MRIでは，再発所見は認めなかった．そのため，術後2ヵ月目，原発巣治癒切除目的で腹腔鏡下直腸低位前方切除術＋D3郭清を施行した．術後経過は良好であり第11病日退院した．術後病理最終診断は，直腸癌（中分化型腺癌）pT3N0M1a stage IVaの診断であった．治癒切除術後施行した，頭部造影MRI所見で，右小脳半球腫瘍摘出部位に局所再発所見を認めたため，現在γナイフにて治療中である．

結語：今回，我々は，孤立性小脳転移を契機に診断された直腸癌の稀な1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する．

３．MPO-ANCA関連肥厚性硬膜炎により片眼性に光覚消失しステロイドパルス療法により著明な視力改善が得られた高齢女性

[1]東京慈恵会医科大学葛飾医療センター眼科
[2]東京慈恵会医科大学葛飾医療センター腎臓・高血圧内科
[3]東京慈恵会医科大学眼科学講座
◦西島　麗美[1]・林　　孝彰[1]
倉重　眞大[2]・丹野　有道[2]
中野　　匡[3]

症例：82歳，女性．X年4月19日に右眼視力低下を主訴に近医眼科を受診．頭蓋内病変を疑われ近医神経内科を受診したが明らかな神経学的所見とは捉えられず，同年5月15日に東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）眼科へ紹介受診した．X−9年からMPO−ANCA陽性の顕微鏡的多発血管炎(MPA)のため当院腎臓高血圧内科に通院し，プレドニゾロン5 mg/日，シクロフォスファミド100 mg/日の治療が施行され安定していた．初診時視力は右光覚なし，左（1.2）で，右相対的瞳孔求心障害を認めたが眼球運動時痛は認めなかった．前眼部・中間透光体・眼底に異常所見はなかった．血液検査で白血球6700/μl，CRP　0.04 mg/dL，MPO−ANCA値は2.2 U/mLと基準値内であった．視力障害の原因がはっきりしなかったため頭部造影MRIを施行した．右前頭葉硬膜の肥厚・造影効果を認め，肥厚性硬膜炎による右眼窩先端部炎・視神経周囲炎と診断し，初診4日後からステロイドセミパルス療法を2クール施行し右視力は（0.06）に改善した．

初診から3ヵ月後に右視力は(0.4)に改善し，4ヵ月後には（0.7）にまで改善した．右眼の再発や左眼への発症は認めておらずMPO−ANCA値は眼科初診日から基準範囲内で推移している．

考察：MPO−ANCA陽性のMPA経過中，肥厚性硬膜炎による片側性光覚消失を伴った1例を経験し，ステロイドパルス療法による視力改善が得られた．ANCA関連肥厚性硬膜炎はANCA値が基準値内であっても発症時のCRP陽性が指標になるとされている.本症例はステロイドおよび免疫抑制剤内服中であったことから白血球，CRP値が正常であったと考えられる．本症例を経験し，MPO−ANCA値が良好であっても，肥厚性硬膜炎を発症する可能性に留意し早期診断・治療をすることが重要と考えられた．

４．重症COVID-19肺炎に対し腹臥位療法を行い侵襲的換気療法を回避できた4例の報告

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター呼吸器内科
◦吉田　和史・小野寺葉子
馬場　優里・篠原和歌子
市川　晶博・栗田　裕輔
小林　賢司・柳澤　治彦
関　　好孝

新型コロナウイルス感染症（COVID−19）は世界的に拡大し，日本においても重症肺炎で集中管

理を受ける症例が合い継いだ．2020年から2021年にかけて，レムデシビルやバリシチニブなど新たな抗ウイルス薬，ワクチン，抗体カクテル療法などの開発に伴い重症者の割合，死亡率は低下し，第5波は収束を迎えたが，東京慈恵会医科大学（慈恵医大）葛飾医療センターの重症入院患者は今夏で最大の数に上った．

挿管及び侵襲的換気療法は，圧損傷や肺炎などの人工呼吸器関連合併症や，鎮静，床上安静に伴う筋力低下，せん妄など様々な合併症を起こすリスクがある．ネーザルハイフローなどの非侵襲的換気療法及び抗ウイルス薬の治療にて改善が得られるのであれば，侵襲的換気療法は可能な限り避けることが望ましい．また，腹臥位療法は「急性呼吸窮迫症候群（Acute respiratory distress syndrome : ARDS）診療ガイドライン2016」において，重篤な呼吸不全を呈する中等症および重症例のARDSに対する非侵襲的呼吸管理戦略のオプションとして提案されており，重症度の高いARDSの生命予後が改善することが報告されている．

呼吸器内科において重症COVID-19肺炎で集中治療室へ入室した症例のうち，抗ウイルス治療及び，ネーザルハイフロー，腹臥位療法で気管内挿管下の人工呼吸管理を回避でき回復できた4例の経過について報告する．本報告は，呼吸器内科医のみではなく集中治療室医師，看護師，臨床工学士，研修医など様々な職種が協力しあい達成できた慈恵医大葛飾医療センターの総力を示す報告である．

5．外傷を契機に発症した皮膚Mycobacteriun marinum感染症の2症例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター皮膚科
◦福田　浩孝・中野小百合
稲村　崇志・寄田　理紗
伊藤　寿啓

65歳女性．初診2カ月前にスライサーで右示指を受傷後，同部位が隆起し，右手背～前腕にかけて類似の病変が拡大し東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）受診．熱帯魚の飼育あり，組織培養にてM. marinum陽性．多剤抗菌薬併用療法で軽快した．74歳男性．初診6ヵ月前，釣り中に右手背を受傷後，同部位に紅斑が出現し当院受診．組織培養にてM. marinum陽性．抗菌薬2剤併用療法で軽快した．

6．小児COVID-19関連多系統炎症性症候群（MIS-C）の1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター小児科
◦福澤　志保・野竹慎之介
松本　　怜・岡部　史郎
村崎　　亘・久保田　淳
木下美沙子・齋藤　亮太
掘向　健太・髙畠　典子

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は小児の罹患率が低く，また重症化することは稀とされている．しかし欧米ではCOVID-19に罹患した2-6週間後に川崎病を疑わせるような多臓器にわたる炎症を起こす症候群である，小児COVID-19関連多系統炎症性症候群（MIS-C）が報告されるようになった．今回我々は，アジア圏では非常に稀であるとされていたMIS-Cの症例を経験したので報告する．

症例は生来健康な8歳男児で，COVID-19に罹患した4週間後に，発熱，右頸部リンパ節腫脹，両側眼球結膜充血，口唇発赤，嘔吐，下痢，下腹部痛を主訴に東京慈恵会医科大学葛飾医療センターを受診した．血液検査においては炎症反応上昇，凝固異常，肝機能障害，リンパ球低下，ナリウム利尿ペプチド上昇を認めた．臨床症状及び血液検査所見でWHOの診断基準を満たしたため，MIS-Cと診断した．血液検査から心機能障害も示唆されたため，入院当日から免疫グロブリン静注療法（intravenous immunoglobulin: IVIG），アスピリン内服およびプレドニゾロン投与で治療を開始した．しかしその後も解熱せず，入院3日目の超音波検査において冠動脈径拡大傾向および腹水貯留と腸管浮腫の所見が出現したため，同日IVIGの追加投与を行った．翌日には解熱し，その後徐々に消化器症状などの身体症状や血液検査所見，冠動脈径の拡大傾向も改善し，入院24日目に後遺症なく退院した．

元々アジア圏ではMIS-Cの報告はないとされていたが，最近は本邦を含むアジア圏での症例も

散見される．今後，本邦においても小児のCOVID-19感染が広まることでMIS-Cの発症数が増加していく可能性があり，文献的考察を含めて報告する．

７．重症筋無力症を背景に持つ尿管癌の患者にペムブロリヅマブを投与した1例

1 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター泌尿器科
2 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部
◦石川　美夢[1]・本田真理子[1]
吉田　春生[1]・瀧口　祐樹[1]
熱田　真人[1]・安江　圭史[1]
田代康次郎[1]・山田　裕紀[1]
清田　　浩[1]・野村　浩一[2]

症例は77才男性，肉眼的血尿を主訴に近医を受診し，精査加療目的に東京慈恵会医科大学葛飾医療センター紹介受診となった．腹部造影CTでは左尿管腫瘍，傍大動脈リンパ節転移，左鎖骨上窩リンパ節転移，多発肝転移，多発肺転移を認めた．膀胱内視鏡では膀胱頚部腫瘍を認め，経尿道的に切除し，病理結果は尿路上皮癌pT1, high grade, G2であった．まずGC（Gemcitabine, Cisplatin）療法を導入したがゲムシタビンによる薬疹を来し中断．次にMethotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, Cisplatin（MVAC）療法を合併症なく1コース施行したが，終了後の単純CTで，原発巣・既知の転移巣の増大を認めた．そこで原発巣に緩和的放射線照射を行った後，ペムブロリヅマブ導入の方針となった．投与前の採血検査で抗アセチルコリン受容体抗体高値を認め，過去に眼瞼下垂のエピソードがあったことから眼筋型重症筋無力症と診断され，重症筋無力症が悪化する可能性もあったが投与開始した．ペムブロリズマブ2コース施行後病勢進行による全身状態悪化で入院し，入院約3週間後に原病の進行により死亡した．

ペムブロリヅマブの免疫関連有害事象としての重症筋無力症は知られているものの，重症筋無力症が背景にありながらペムブロリヅマブを投与した報告は少ない．本症例においては，2コース重症筋無力症の症状悪化は認めなかった．

８．血栓との鑑別が困難であった左総腸骨静脈内腫瘍浸潤の１例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター循環器内科
◦滝澤　優果・塩見　怜子
平木　那奈・塚田　尚子
佐藤　秀範・野村　充希
長谷川　潤・谷川　真一
徳田　道史・関　　晋吾

症例は67歳男性．直腸癌術後のため東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）外科でフォローされていた．1ヵ月前から左下腿浮腫，左下肢痛が増強し近医を受診し，エコーにて大腿静脈の血流描出不良を認めたため，深部静脈血栓症の疑いで当院に紹介された．造影CTにて肺動脈，総腸骨静脈分岐部から左腸骨静脈内に造影不良域を認め，肺動脈血栓塞栓症，深部静脈血栓症の診断で循環器内科入院とした．アピキサバンによる抗凝固療法施行後，造影CTにて再評価した．肺動脈，総腸骨静脈分岐部から左腸骨静脈内の造影不良域の改善は乏しかったが，左下腿浮腫，左下肢痛は改善傾向であったため，第12病日に退院とし，抗凝固療法を継続した．退院1カ月後に外来で造影CTを施行したところ，総腸骨静脈分岐部から左腸骨静脈内の造影不良域は不変，肺動脈の造影不良域の増大を認め，血栓増悪と考え再入院とした．左総腸骨静脈の造影不良域付近に軟部濃度陰影があり，造影不領域は血栓以外の原因が考えられたため，造影MRIを施行した．左総腸骨静脈内腫瘍浸潤と診断され，直腸癌の再発病変と考えられた．腫瘍塞栓による肺病変の増悪を予防するため，下大静脈フィルターを挿入した．原疾患に対してはFOLFOX療法を施行中である．血栓との鑑別が困難であった左総腸骨静脈内腫瘍浸潤の一例を経験したため，ここに報告する．

9．著明な乳酸アシドーシスと循環不全を呈し，救命しえた重症褐色細胞腫クリーゼの1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科
°大澤　正享・末吉　　剛
春日　英里・大和　　梓
横田　太持

症例：40代，女性

主訴：発熱，嘔吐，血尿

現病歴：X−5日より39 ℃台の発熱を認めた．発熱は改善せず経過し，X−1日夕方から嘔吐，血尿も認めた．X日症状持続するため東京慈恵会医科大学葛飾医療センター内科初診を受診した．

現症：GCS E4V5M6，血圧143/108 mmHg，脈拍117 bpm・整．呼吸数40回/min．体温38.5℃．SpO2 96%（室内気）．身体一般所見に異常なし．

検査所見：＜尿一般・沈渣＞pH7.0，蛋白3+，糖2+，ケトン体−，潜血3+＜静脈血液ガス＞pH 6.900，$HCO3^-$ 8.6 mmol/L，AG29.4 mmol/，Lac 23.0 mmol/L．＜血液検査＞赤血球数473万/μl，白血球数11,300/μl，Neut. 81.2 %，血小板数43.6万/μl，PT61 %，APTT44.9秒，Fbg1152 mg/dl，Dダイマー 8.6 μg/ml＜生化学的検査＞UN15 mg/dl，Cre2.00 mg/dl，eGFR23 ml/分/1.73m²，Na141 mEq/l，K6.4 mEq/l，Cl95 mEq/l，CRP28.4 mg/dl，BNP1711.0 pg/ml，adrenaline336 pg/ml，noradrenaline 126090 pg/ml，Dopamine1241 pg/ml．

胸腹部CT：肺水腫，61×75×55 mm大の左副腎腫瘍を認める．

経過：諸検査にて炎症反応上昇と代謝性アシドーシス，肺水腫，左副腎腫瘍を認めた．CT撮像後より呼吸状態の悪化を認め気管内挿管を施行，人工呼吸器管理となった．心エコー及び左室造影でたこつぼ心筋症を認め急性心不全，肺水腫の原因と考えられた．後日判明した血液検査・尿検査にて血中および尿中カテコラミンの著明高値が確認され，入院時の諸症候は褐色細胞腫クリーゼによるたこつぼ心筋症とそれによる循環不全に起因すると考えられた．ICUにて循環管理を行うとともにα受容体遮断薬を併用し,徐々に全市状態は改善し第6病日抜管，第10病日ICUを退室した．腎機能改善を待ってチロシン水酸化酵素阻害薬メチロシンを開始しカテコールアミン分泌過剰状態の改善を図り，第37病日に左副腎腫瘍切除した．合併症なく経過し第46病日に自宅退院した．

考察：救命し得た重症褐色細胞腫クリーゼを経験した．本症例では褐色細胞腫を入院時より疑い，α受容体遮断薬を早期に開始できた．またチロシン水酸化酵素阻害薬メチロシンを用いたことで周術期も大きな合併症なく経過することができた．文献的考察を交えて報告する．

10．COVID-19入院中に重度の精神症状を初発した3例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター精神神経科
°森　　啓輔・西川　慈子
醍醐龍之介・山越　尚也
中村　咲美・山寺　　亘
伊藤　　洋・繁田　雅弘

背景：COVID−19感染による身体への影響の解明が進む一方で，感染後の精神症状の報告は限られており，未だ分かっていないことが多い．

目的：COVID−19感染による内科入院中に，重度の精神症状を初発したため精神神経科にコンサルトされた3例について報告する．

倫理的配慮：本発表は3例の症例報告であり，全例について本人及び家族から口頭で同意を得た．いずれの個人も特定されることのないよう，プライバシーの保護に配慮した．

症例1：18歳男性．精神疾患既往なし．1型糖尿病の基礎疾患あり，COVID−19発症後4日目に東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）入院．軽症のため薬剤投与なしで経過観察となっていた．入院第6病日に血糖コントロール不良による入院期間延長の可能性を伝えられた後より不穏となり，第7病日にモニターコードによる縊頸を図り，自殺企図のため精神神経科に緊急コンサルトとなった．診察時は無言・無動，拒絶，姿勢保持を認め，カタトニア疑いでホリゾン5 mg筋肉内投与したが改善認めなかった．自殺企図と亜混迷状態のため，精神科病院での治療が望ましいと説明したが，本人･両親ともに転院に同意されず，第8病日に自宅退院した．退院後は速やかに症状改善した．

症例2：58歳女性．精神疾患既往なし．COVID-19発症後16日目に当院入院．入院第1病日よりレムデシビル＋デキサート点滴と酸素投与が開始された．第4病日の起床後から無言・無動となり，精神神経科にコンサルトとなった．診察時は呼びかけや痛み刺激に反応なく，四肢筋緊張亢進しており，カタトニア疑いでホリゾン5 mg筋肉内投与したところ筋緊張は改善，疎通可能となった．その後も1週間に渡り，カタトニアと不穏を繰り返し，解離性混迷の診断にて適宜ホリゾン筋肉内投与にて対応とし，第12病日に自宅退院した．退院後は速やかに症状改善した．

症例3：32歳女性．精神疾患既往なし．COVID-19発症11日目に当院入院．入院第1病日よりレムデシビル＋デキサート点滴と酸素投与を開始した．第2病日には呼吸状態の悪化のため更にオルミエント内服を開始，同日夜間より不穏となり，第3病日に精神神経科にコンサルトとなった．ステロイド誘発性精神障害の診断にて，対症的に不穏時クエチアピン25 mg頓服を開始したが，その後も情動不安定が続き，病棟対応に苦慮した．精神科病院での治療が望ましいと説明したが，本人・夫ともに転院に同意されず，第12病日に自宅退院した．二次性器質化肺炎に対して継続されていたステロイド内服は外来にて漸減予定であったが，退院後5日目に自宅で錯乱状態となり，近医精神科病院に措置入院となった．

結語：成医会発表当日は症例それぞれについて詳述し，考察を加える予定である．

11．外科的治療を要したサルモネラ感染による卵巣膿瘍を呈した1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科
°中河　西絵・鈴木　二郎
黒市　佳那・山本恵麗奈
大畑　里美・金　　里阿
大久保春菜・大西　純貴
山内貴志人・川口　惠子
津田　明奈・斎藤　元章

緒言：サルモネラ感染症は腸管内感染症の代表的疾患であるが，腸管外感染症は稀で，外科的治療で偶発的に発見されることがある．今回，保存的加療が奏功せず腹腔鏡手術を施行し，卵巣膿瘍よりサルモネラが検出された1例を経験したため報告する．

症例：症例は20歳，0妊．発熱と下腹部痛を主訴に前医を受診し，卵巣膿瘍および骨盤内感染症（PID）と診断された，セフトリアキソン（CTRX），ミノマイシン，メトロニダゾールによる保存的加療で症状の改善なく，外科的治療を目的に東京慈恵会医科大学葛飾医療センターへ転院した．来院時のバイタルサインは，脈拍114 bpm，血圧108/69 mmHg，体温36.9 ℃，呼吸数17 bpmで，軽度の右下腹部圧痛と内診痛を認めたが自発痛はなかった．血液検査で白血球10，200/μL，CRP 12.1 mg/dLと炎症反応高値を認め，骨盤造影MRIでは径10 cmの右卵巣子宮内膜症性嚢胞に膿瘍形成を認めたため，腹腔鏡下右卵巣嚢腫摘出術および膿瘍ドレナージを施行した．術中所見は，ダグラス窩に少量の淡血性腹水が貯留し，腫大した右卵巣腫瘍は周囲臓器に炎症性に癒着を認めた．腫瘍壁は肥厚しており脆弱で容易に破綻し，チョコレート様の内容物とともに灰白色の膿瘍貯留を認めた．術後2日目に膿瘍の原因微生物としてSallmonela sp（O-8群）が検出された．血液検査で炎症反応は速やかに軽快し，解熱していたことから術後5日目に退院した．病理組織診断は子宮内膜症性嚢胞で，炎症性肉芽を伴っていた．なお，症例に直近の海外渡航歴はなく，生肉や生卵の摂取，ペットの飼育や接触はなく感染原因は明らかではなかった．

結語：今回，感染原因が明らかでないサルモネラ感染による卵巣膿瘍の1例を経験した．卵巣膿瘍およびPIDにおいて，抗菌薬による保存的加療に奏功しない場合はサルモネラ感染を念頭に入れておく必要があり，外科的治療の選択を検討することが重要である．

12. 外傷後に生じた左尖足に対して創外固定器を用いて変形矯正を行なった１例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター整形外科
°金谷　孔明・窪田　　誠
井上　　雄・山元　　駿
山中　章貴・山下　　紀
玉川　明香・木佐森和樹

背景：下肢の外傷後に生じた尖足拘縮に対し，イリザロフ創外固定器を用いて，松下法により矯正を行なったので報告する．

症例：18歳，男性．オートバイの単独事故にて左大腿骨骨幹部骨折と脛骨骨幹部骨折を受傷し，前医で手術を受けた．術後早期より足関節の内反尖足変形を認め，受傷後約5ヵ月で東京慈恵会医科大学葛飾医療センターを受診した．初診時，左足部の内反尖足・凹足変形，claw toeを認めた．MRIではヒラメ筋や長母趾屈筋，後脛骨筋は萎縮していた．リハビリテーション継続のみでは大幅な拘縮改善は期待できないと判断し，創外固定器による矯正を図ることにした．手術は，まずアキレス腱をZ状に切離し，矯正に伴って延長されるようにした．長趾屈筋や足底腱膜は緊張が強く，切離した．続いてイリザロフ創外固定器を装着し，下腿にはリングを2つ，足部にはフットリングを設置した．リングの連結には，ヒンジを用いずに，松下法に準じて2本の延長器で接続した．緩徐に延長することで1.5ヵ月かけて尖足矯正を行い，さらに凹足の矯正を追加した後，しばらく矯正を維持し，創外固定を除去した．術後1年時には杖なしで歩行ができ，足底は自然に接地し，自動運動で背屈5°，底屈15°まで可能となっていた．

考察：尖足の手術療法には一期的矯正法と緩徐矯正法がある．一期的に矯正する場合は，速やかに矯正が得られる一方，広範囲に軟部組織解離術を行うため侵襲が大きく，神経や血管，皮膚などに過剰な牽引が生じることがある．創外固定器を用いた緩徐矯正法では，手術侵襲は比較的小さく，神経や血管の合併症を少なくすることができる．本症例では拘縮が生じてから半年以上経過しており，矯正する角度も大きいため，緩徐矯正法を選択した．また従来の創外固定器による矯正法では，足関節の回転中心にヒンジを設置していたが，回転中心がずれやすく，距骨の圧壊や足関節の前方亜脱臼などの合併症が報告されていた．一方松下法では，下腿に対して踵骨の後方部を後下方に押し下げることによって，足関節に牽引力がかかった状態で，距腿関節の自然な回転により尖足を矯正する．本症例では松下法に準じて創外固定器を設置して矯正を行い，血管や神経への合併症や足関節周囲の障害を認めることなく矯正を行うことができ，日常生活動作も大幅に改善したため，患者の満足度は高かった．

13. 梅毒に対する内服加療5年後に梅毒性脊髄炎を呈した27歳女性例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター脳神経内科
°藤田　由見・柴田友莉子
須田真千子・浅原　有揮
大本　周作・鈴木　正彦

症例は27歳女性．22歳時に第2期梅毒に罹患し，内服加療を受けた．その5年後に，両上肢と腹部・両下肢に間欠的な異常感覚が出現した．頸椎MRI上C3椎体レベル頸髄後索にT2WI高信号域を認めた．血液検査では血清TP・RPRが陽性であり，髄液検査では細胞数上昇とFTA-ABS (+)，およびITPA-index 3.41と高値，髄液RPR（+）より神経梅毒と診断した．治療前から異常感覚は改善傾向にあったが，ペニシリンG 14日間投与後異常感覚は消失し，画像所見も改善した．一般に梅毒性脊髄炎の病変は頸髄から胸髄にかけて数椎体分におよぶことが多いが，非典型例の報告も散見される．また梅毒では菌体の中枢神経浸潤により脊髄炎や髄膜・血管の炎症が起こるが，脊髄炎の一部は年余にわたって無症候に経過しその後症候性に移行しうると考えられている．しかしその病態的機序には不明な点も多い．本症例では，無症候性梅毒性髄膜炎の遷延により，髄膜や脊髄の血管障害が生じ脊髄の浮腫が生じたと考えられた．抗菌薬が普及している昨今において，不適切な梅毒の治療が神経梅毒のリスクを高めるとの報告もあり，本症例でも初感染時の抗菌薬加療が不十分であった可能性がある．脊髄病変の鑑別として神経梅毒を考慮し梅毒の既往と治療歴の確認をすることが重要と考えた．

14. 急性咽頭炎の鑑別を要したCOVID-19関連多系統炎症性症候群の1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター耳鼻咽喉・頭頸部外科
◦武山　慧・渡邉　菜月
柳原　太一・高津南美子
尾田　丈明・菊地　瞬
原山　幸久・飯田　誠

今回，急性咽頭炎の診断にて入院加療としたが治療に難渋し，経過中の身体所見より小児COVID-19関連多系統炎症性症候群の診断に至った症例を経験したので報告する．東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）受診2ヵ月前に発熱を認めCOVID-19VirusPCR検査が陽性であった．症状改善し隔離解除となった．当院受診4日前から発熱および咽頭痛，下痢を認め当院受診となった．急性咽頭炎の診断にて経口摂取不良のため輸液および抗生剤点滴目的で入院とした．入院後も発熱，咽頭痛の改善乏しく治療に難渋していた．経過中に眼球結膜充血・イチゴ舌など川崎病に類似した所見を認め，COVID-19関連多系統炎症性症候群の診断に至った．γグロブリン治療開始し，速やかに解熱を認めた．若干の文献的考察を加えて症例報告とする．

15. 東京慈恵会医科大学葛飾医療センターにおける腹膜透析腹膜炎の発症率に接続方法が与える影響の検討

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター腎臓高血圧内科
◦増田　直仁・丹野　有道
古谷麻衣子・本田　康介
倉重　眞大・横手　伸也
丸山　之雄・横尾　隆

背景：腹膜透析（PD）関連腹膜炎はPD腹膜炎離脱原因の主要原因である．PDバックの交換手技はマニュアル接続とデバイス接続があるが，デバイス接続が普及しているのは本邦を中心としたアジアの一部である．デバイス接続がマニュアル接続と比してPD腹膜炎罹患リスクを減らす可能性が報告されているが，小規模の単施設の学会報告のみで，詳細に検討した報告はない．

目的：デバイス接続とマニュアル接続のPDの腹膜炎の発症率を比較検討した．

方法：2012年4月1日から2019年3月31日までの間に東京慈恵会医科大学葛飾医療センターでPDを導入した149例について電子カルテで2年間の追跡調査を行った．評価項目はPD導入後2年以内の初回PD腹膜炎までの期間とした．統計学的手法は傾向スコアマッチングを用い，傾向スコアはロジスティクス回帰分析で計算し，共変量は年齢，性別，APDの使用，合併症（糖尿病，高血圧，脂質異常症）の有無，BMI>30，介護度，採血データとした．PD腹膜炎累積発生率はカプランマイヤー法で推定，ログランク法で検定し，逆確率安定化重み付け法（IPTW）で再評価した．$P<0.05$を有意とした．

結果：PD導入した149例のうち24例が除外され125例が研究対象となった．マニュアル接続とデバイス接続を比較すると，年齢と介護度で有意差を認めた．傾向スコアマッチング法にて調整を実施し，傾向スコアに基づいて最近傍法1：1マッチングを行った．未調整で有意差を認めていた年齢，介護度を含め，2群間のベースラインに有意差を認めなかった．ログランク検定で調整前，調整後ともに有意差を認めず，IPTW法でも同様に有意差を認めなかった

考察：マニュアル接続において，規定の手技に準拠した患者に比して，非準拠患者ではPD関連腹膜炎の相対リスクが有意に高いと報告されている．我が国のPDガイドラインでは適切な交換手技を行えていない患者に対する再教育が重要としており，PD関連腹膜炎予防にバック交換手技が重要であるとガイドラインでも示されている．バック交換手技の可否を踏まえた選択バイアスが残存している可能性は否定できないが，少なくとも主治医がマニュアルの選択を許可した例においては，デバイスに劣らないことが示唆された．

結語：PD関連腹膜炎の発症率に関して，マニュアル接続は，デバイス接続に劣らない可能性が示唆された．

16. 慈恵大学8施設協働新人看護師・助産師移行期支援プロジェクトの紹介－附属病院看護管理者・看護教員を対象としたアンケート結果より－

[1] 東京慈恵会医科大学医学部看護学科
[2] 慈恵柏看護専門学校
[3] 東京慈恵会医科大学教育センター看護キャリアサポート部門
[4] 東京慈恵会医科大学附属病院看護部
[5] 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部
[6] 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部
[7] 東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部
[8] 慈恵看護専門学校
[9] 慈恵第三看護専門学校

◦高橋　　衣[1]・中尾みさ子[2]
佐藤　紀子[1]・髙橋　則子[3]
玉上　淳子[4]・福田美和子[1]
山下真裕子[1]・小嶌　順子[4]
鈴木　由香[5]・朝倉真奈美[6]
高橋　明子[6]・和田　美恵[7]
佐藤千恵子[8]・那須　詠子[9]
高橋　真喜[2]

2021年4月～6月にかけて慈恵大学8施設協働新人看護師・助産師移行期支援を実施した．附属病院・葛飾医療センター・第三病院・柏病院の4つの附属病院に配属された新人看護師・助産師を対象に，看護学科と3つの看護専門学校教員が各附属病院看護部と連携して，外来・手術室・病棟のラウンドと集団面談を行った．ラウンドをする際には，精神看護学教員から提案された「新人看護師/助産師病棟ラウンド時の5カ条」と研究的に明らかとなっている「新人看護師/助産師病棟リフレクション支援5カ条」をプロジェクトメンバーとラウンドする教員間で共有し，アサーティブな面談を心掛け開始した．面談記録は，対面した新人看護師・助産師に了解を得た上で，対応した教員がGoogle driveに記録しメンバーで共有した．記録内容によって必要と判断した際には，個別支援・グループ支援をタイムリーに実施した．

支援プロジェクト終了後，支援を実施した4つの附属病院看護管理者・看護教員を対象にアンケート調査を実施した．今回，2021年度慈恵大学8施設協働新人看護師・助産師移行期支援プロジェクトの実施内容と支援者側を対象にアンケート調査内容を質的に分析したので報告する．

17. 急性期病院における高齢者施設からの入院時褥瘡保有患者の特性

[1]東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部
[2]東京慈恵会医科大学医学部看護学科
[3]東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部
[4]東京慈恵会医科大学附属病院看護部
[5]東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部

◦相磯美弥子[1]・永野みどり[2]
二宮　友子[3]・江川安紀子[4]
坂本　真紀[5]・小林　雅代[3]

はじめに：2018年の日本褥瘡学会の調査報告によると，日本において入院している褥瘡患者の約半数は，入院時に褥瘡を保有している患者である．高齢化に伴って，高齢者施設からの入院も少なくないが，その実態や高齢者施設と急性期病院との連携に関する報告は極めて少ない．そこで，本研究の目的は，病院における高齢者施設と連携した褥瘡予防及びケアの向上のために，高齢者施設からの入院時褥瘡保有の特性を記述することである．

方法：対象は，大都市中心部及び通勤圏にある4つの急性期病院（計2689床）に2018年11月～2019年4月に入院・退院した入院時褥瘡保有患者の診療記録である．

結果：対象となった261名の入院時褥瘡保有患者のうち，高齢者施設からの入院患者は，男性14名女性22名の36名で，全体の13.8％であった．年齢の中央値は87.5歳であった．入院期間の中央値は27.5日であった．褥瘡の部位は仙骨部が64％と一番多く，深さはd2が42％で，他の入院時褥瘡保有患者と同じ傾向であった．自宅等からの入院時褥瘡保有患者と有意（$p<0.05$）に相違する項目として，「生活自立度Ｂ以上」「高度な低栄養」「JCSⅡ以上」「認知症診断」「肺炎」「尿路感染」「入院理由が急性期・初発症状」「大転子部が少ない」であった．

考察：高齢者施設の褥瘡有病率0.05～0.09%は，一般病院0.35％の4～7分の１の低さ（JSPU, 2016）であるが，背景には全身状態が悪化して褥瘡のリスクが高まった際に急性期病院に入院していることが推察できた．また，高齢者施設では，栄養状態や意識状態の悪化，肺炎や尿路感染症等の予防とアセスメント並びにその際の褥瘡予防が特に重

要であることが示唆された．

18. RSウイルス大流行下におけるチーム医療の実践－小児科チームとしてどう乗り越えたか－

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部 6B 病棟小児科
◦岡安　知美・及川　顕子
久保田　淳・高畠　典子

はじめに：小児病棟では，昨年度からの新型コロナウイルス感染症への対応の中，今年度の夏，季節外れのRSウイルス（RSV）感染症大流行という局面に立たされた．RSVは気管支炎や肺炎などの呼吸器感染症を引き起こし，月齢の低い乳児では重症化しやすい．日々患者数が増加する中，葛飾医療センター小児科チームとして，地域の子供たちの命を守ることを使命とし，受け入れ態勢を整えるための取り組みと成果を報告する．

方法：①流行状況の把握②RSV患児受け入れのための病床管理③医師と看護師による患者の重症度とベッド状況の共有④面会制限中での，家族との関わり⑤他部署への協力依頼

結果：RSV感染のピークとなった7，8月の2カ月間で，病棟全体として169件の緊急入院のうち，RSV患児は74件（44 %）を占めた．チームとしても，医師・看護師・保育士ともに互いの専門性を認めながら，患者にとっての最善を考え協働することができ，チーム力強化につながった．

まとめ：連日のようにRSV患児が来院し，病床数にも限りがある中で入院が必要な患児を速やかに受け入れるために，小児科チームが一丸となり協働することができた．その結果，新病院開院以来最高の稼働率と急患応需数を達成した．医師・看護師・保育士・看護補助者がそれぞれの役割を果たし，児にとってベストな環境を整えることの大切さを改めて実感した．

19. 抗菌薬適正使用支援チーム（Antimicrobial Stewardship Team：AST）ラウンドにおけるテンプレート導入について

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター感染対策・抗菌薬適正使用支援チーム
◦新井　由希・出雲　正治
鮎川　英明・坂本　和美
松澤真由子・青木　寛明
吉川　晃司

背景：抗菌薬の適正使用は，耐性菌の抑制において極めて重要であり，特に広域抗菌薬の投与は薬剤耐性化の要因の一つとして挙げられている．東京慈恵会医科大学葛飾医療センターでは2018年度から抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を立ち上げ，抗菌薬使用に関する調査，評価を行っている．今回ASTラウンドにおけるテンプレート導入について報告する．

ASTラウンドの取り組み：ASTラウンドでは，広域抗菌薬の長期投与例に対して，治療経過，継続使用理由，培養提出状況，検査値などを確認し，継続投与の適正可否の判断，培養の再検査の依頼，感染巣の再検索の依頼など抗菌薬の適正使用に向けた管理，支援をしている．これまでASTラウンド時に，カルテより感染症治療に関連した患者情報を確認し治療方針の評価を行い，ラウンド後の記録は，医師が直接カルテに記載していたが，ラウンド時間内に記録ができず，医師の負担が大きかった．そこで2020年4月より，「感染制御部＿ASTラウンド」テンプレートを導入した．テンプレートは，感染症名，抗菌薬投与歴，培養結果をASTラウンド前に薬剤師が記録し，感染症治療に関連した情報をまとめて確認できるようにした．ASTラウンドの推奨事項の80 %は抗菌薬中止を含むde-escalationとなっているため，評価コメントは，すぐに中止が必要な症例，全身状態改善時に抗菌薬の再評価が必要な症例，現状は広域抗菌薬の使用が必要であるが，投与継続2週間を目安に抗菌薬の再評価が必要な症例と分け，使用期間や再評価のタイミングを明確にするとともに，チェック式で記録できるようにし記録時間の短縮を図った．

考察：テンプレートの導入により，ASTラウンド中に感染症治療に関連した情報をまとめて確認

できるようになり，1患者に対する時間を約5分程度削減でき，年間約200件の介入件数があるASTラウンド時間の削減につながった．また，推奨内容が明確になり，病棟薬剤師が主治医とASTとの橋渡し役を担うことで，ASTラウンド後の抗菌薬使用の適正化につながっている．今後も，ASTラウンドを継続して実施し，推奨内容をより明確にしていくことで，感染症診療の質の向上に貢献していきたい．広域抗菌薬を投与している患者においては，ASTラウンドの推奨事項をテンプレート上にわかりやすくまとめてありますので，ご活用ください．

20．寒冷凝集素症患者における正確な赤血球測定

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター中央検査部
°神田　　俊・森川　征一
近藤　敏江・玉井　　唯
五十嵐敦裕・荒木麻衣子
歳川　伸一・河野　修三
越智　小枝・杉本　健一

要旨：冷式抗体である抗I抗体により赤血球凝集が引き起こされる寒冷凝集素症患者での血球測定においてはかねてより，孵卵器などで37 ℃ 15分程度検体を加温し測定することで，正確な赤血球数が算出出来た．今回我々が経験した症例はこのような従来法では凝集が乖離せず測定に苦慮し，種々の方法を組み合わせる事で正確な測定結果を導くことが出来たので報告する．

対象：患者は79歳女性，胃癌の術前検査

対応前結果：術前採血の結果は，RBC0.29×106/μL，Hb11.2 g/dL，Ht3.3 %，MCV113.8 fL，MCH386.2 pg，MCHC339.4 %，PLT253×104/μLと異常値であった．機器上でRBC Agglutination?（赤血球凝集?）の異常メッセージ出現もあり寒冷凝集の影響が示唆された．その後，37 ℃ 30分孵卵器にて加温後に測定したが著しい改善は見られなかった．後日測定した寒冷凝集素価は32768倍（基準値：0～255倍）と異常高値であり寒冷凝集素症と診断された．

対応方法：自動血球計数器XE-5000ではRET（網状赤血球）測定部においてRBC-O（光学法）として赤血球数を予測する機能がある．RET試薬温度が約40 ℃に加温されており，RET測定専用の希釈液中に界面活性剤を含んでいることなどから寒冷凝集を乖離させることで，通常測定時に採用されるRBC-I（電気抵抗法）とほぼ同様の赤血球数を算出することが出来ると予想した．実際にRBC-I（電気抵抗法）とRBC-O（光学法）において通常検体97件で相関を取り，y=1.003x-0.1058 r=0.994と良好な相関関係であることを事前に確認した．Htは予め37 ℃で加温した毛細管を使用したミクロヘマトクリット法を実施することで正確な結果を算出することが出来た．Hbは赤血球を溶血させ遊離したヘモグロビンを測定することで，寒冷凝集の影響を受けないため機器結果をそのまま採用した．

対応後結果：入院前の再検査においてRBC0.64×106/μL→3.31×106/μL，Hb10.6 g/dL，Ht5.4 %→33.0 %，MCV117.4 fL→99.7 fL，MCH230.4 pg→32.0 pg，MCHC196.3 %→32.1 %となった．本方法での測定によりその後の入院中の経過においても患者状態を正確に反映した検査結果を導き出すことが出来た．

結語：今回我々が実施した方法は過去の文献などでも見つけることは出来ず，寒冷凝集の強い患者に対して非常に有用な方法として確立することが出来た．

21．簡易懸濁法導入へ向けた取り組みについて

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター薬剤部
°成田　　瞳・中川はる奈
篠原　梨沙・藤谷麻里子
松尾　　拓・四方　公亮
簗瀬　雅代・井上　由紀
佐藤　香織・勝俣はるみ

目的：簡易懸濁法とは，錠剤の粉砕やカプセル剤の開封をせずに，錠剤・カプセル剤をそのまま温湯に入れ崩壊・懸濁させて経管投与する方法である．メリットとしては，①投与時の経管栄養チューブ閉塞等を回避することができる ②光や湿度の影響を受けやすい粉砕不可な薬品でも投与可能なものがあり投与可能薬の増加が図れる ③直前に投与量が変更された場合にも対応が容易であり，誤薬のリスク回避，破棄薬剤（経済的ロス）

の削減や調剤時間の短縮につながるなどが挙げられる．そのため，以前より現場から簡易懸濁導入を希望する声が多く上がっていた．

今回，簡易懸濁法導入に向けての取り組みを行ったので報告する．

方法：導入に当たり，院内採用の全ての内服薬について簡易懸濁の可否を調べた．調べた簡易懸濁可否結果を調剤支援システム（部門システム）に入力し，調剤時や病棟で薬剤溶解方法が一目でわかるように設定した．また，簡易懸濁の指示は電子カルテより医師が行えるようにした．薬剤部および看護部向けのマニュアルは，NSTと連携して作成した．

結果：内服薬の懸濁可否，条件について調べ，部門マスターに登録した．懸濁条件には，錠剤をそのまま55 ℃の温湯で懸濁する他，錠剤を破砕してから懸濁する方法や，その他個別の条件が設定された．システム構築においては，医師が処方オーダー画面で該当薬剤の下に「簡易懸濁」のコメントを挿入することで，薬品ごとの懸濁条件を薬袋に印字できるよう反映させた．また，簡易懸濁法の概要に関するマニュアルと，簡易懸濁手技について看護部向けの簡易懸濁フローを作成した．病棟で錠剤を破砕する際に乳棒が必要となるため，医療安全とも連携し，乳棒の適切な使用方法を定めた上での設置を検討した．

考察：簡易懸濁の運用開始に向けて，11月から看護部および薬剤部を対象にした説明会を開催する．また，簡易懸濁の可否や溶解時の留意点をまとめた資料は電子カルテ上の薬剤部オンラインヘルプに掲載する予定である．簡易懸濁法導入により治療薬の選択肢が広がり，より患者のニーズにあった医療を提供できるよう役立てていきたい．

22．臨床工学部におけるTeam STEPPSの使用状況調査

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター臨床工学部
°勝田　岳彦・今泉　糸乃
林　　恭平・奥田　晃久
石井　宣大

背景・目的：臨床工学部（当部）では業務の効率化を図るために部門を越えた業務支援を行っている．2018年度から業務支援を行う上で起こる情報共有不足等の対策としてTeam STEPPSを活用してきた．

前回，当部におけるTeam STEPPSの継続的評価を実施した．今回，Team STEPPSツールが当部において慣例化し日常的に使用できているかを確認することを目的として，Team STEPPSツールの使用頻度，及び具体的な使用状況を調査したので報告する．

方法：部員10名を対象にGoogleフォームを用いたアンケートを2021年9月27日より10月4日，7項目数について実施した．

結果：業務支援（複数回答含む）は，中央管理業務80 %，血液浄化業務70 %，心血管カテーテル業務60 %，OP-ICU業務50 %で行われていた．

使用頻度の高いTeam STEPPSツール（複数回答含む）は，ブリーフィング70 %とチェックバック50 %であった．Team STEPPSを使用してインシデントを防げたかの問いはYes 5件，No 3件であった．Team STEPPSを使用して防げたインシデントは主にチェックバックであった．今年度，新たに取り組むTeam STEPPSツールについては，SBAR 55 %，CUS 44 %であった．

考察：当部の業務支援は部員間では均等に行われており，Team STEPPSツールの使用頻度からも情報共有を目的としたブリーフィングやチェックバックが意識的に行われていた．インシデントを防止できた一例としてチェックバックを行い，指示の誤った実施を未然に防ぐことができたと回答があった．一方で，インシデントを防止できなかった例として，ハンドオフ，ブリーフィングが挙げられたが，ハンドオフ，ブリーフィングは情報供給方法として書面で運用しており，発信者の記載方法がインシデントの要因となった．以上から，正確な情報伝達のため情報の発信，受領，再確認を決まりとして行うチェックバックは，円滑なコミュニケーションを図るために最も重要なツールであると考える．また，新たに取り組むツールとしてSBARが選ばれたのは，普段の業務において他者への情報伝達の難しさを認識していたためと考える．

結語：当部におけるTeam STEPPSツールの使用頻度，及び具体的な使用状況を調査したことで，Team STEPPSが慣例化され日常的に使用できていることを確認できた．

23. 東京慈恵会医科大学葛飾医療センターにおける4D-CBCTを用いた肺癌の高精度放射線治療について

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター放射線部
◦北島　里奈・末永　良太
鈴木　宏明・櫻井　智生
辰野　　聡

背景・目的：肺癌の孤立性腫瘍に対する放射線治療では，呼吸による病変の変位（以下，呼吸性移動）の把握が重要であり，照射範囲の設定や治療成績に大きく寄与する．東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）ではリニアック付属のX線撮影装置で4次元ConeBeam-CT（以下，4D-CBCT）撮影が可能であるため，照射直前の呼吸性移動を考慮したうえで照射位置の微調整が可能である．そこで今回，4D-CBCTを用いた高精度放射線治療の有用性について検討したので報告する．

方法：2017年6月～2021年10月までに放射線治療を実施した患者のうち，孤立性肺腫瘍に対する照射を実施した15症例を対象とした．照射直前に撮影した4D-CBCTで，自由呼吸下での3軸（頭尾，前後，左右方向）の呼吸性移動量を計測した．また，経過を追うことができた患者（9名）について放射線治療後に発生した有害事象を調査した．

結果・考察：自由呼吸下での3軸合成の病変移動量は最大16.19 mm，最小2.34 mm，中央値4.78 mmとなり，呼吸性移動量は中・下肺野で有意に大きく，上肺野や縦隔に接している病変では小さかった．3軸合成の病変移動量が6 mm以上では呼吸停止での照射が行われていた．有害事象は，経過を追えた9名中，8名（89 %）がグレード1の肺臓炎か，肺臓炎なしであった．照射直前の4D-CBCTが撮影できることで必要最低限の照射野設定がなされ，正常肺への影響も少なくすることができたと考えられる．

結論：当院の孤立性肺腫瘍に対する放射線治療において，照射直前の4D-CBCT撮影で呼吸性移動を把握する事により，照射位置を微修正することで病変に対して高精度に照射が行えていた．

24. 嚥下障害を疑う東京慈恵会医科大学葛飾医療センター入院患者に対し，経口摂取を支援する為に必要なこと－KTバランスチャートを用いた調査―

東京慈恵会医科大学葛飾医療センターリハビリテーション科
◦若井真紀子・梅森　拓磨
藤田　吾郎・中村　高良
團野　　俊・塩田美智子
町田　　武・緒方　雄介
福田　明子・臼井　友一
片木　真子・竹川　　徹
小林　一成

背景と目的：2021年上半期，入院患者に対する言語聴覚療法（ST）依頼の内，嚥下機能評価訓練は73.2%と多くを占めた．経口摂取を進めるには包括的な支援が必用であり，STが嚥下評価，食形態，摂取方法等の一側面に介入しても不十分である．そこで，東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）院患者に対し必要な支援を考えるべく，嚥下評価訓練依頼がある入院患者の傾向を調査した．

方法：対象は2021年7月1日～31日にSTで嚥下評価訓練を開始した18名（男性14名，女性4名．平均年齢79.4歳．平均介入期間11.9日）．まず嚥下機能を13項目から包括的に評価するKTバランスチャート（以下，KTBC）を用い，ST開始時と終了時を評価した．次にST介入時における肺炎の発症有無により患者を2群に割付け（肺炎群7名，平均年齢81.3歳．非肺炎群11名，平均年齢78.3歳），ST開始時と終了時のKTBC各項目の平均値を算出し，二元配置分散分析を行った．

結果：KTBC各項目の平均値は，ST開始時には，姿勢・耐久性/活動が低値（3未満）だった．かつ肺炎群は摂食状況レベル/食物形態/栄養状態も低値だった．ST終了時には，活動が低値だった．かつ肺炎群は栄養状態も低値だった．二元配置分散分析の結果は，全身状態/呼吸状態/口腔状態/

食事動作/嚥下/ 姿勢耐久性/活動/摂食状況レベル/食物形態の9項目で，肺炎の有無にかかわらず，ST終了時には有意に改善した．栄養状態は，非肺炎群に比し肺炎群では有意に低かった．

考察：本調査から分かったことは3つある．1つは，ST終了時にはKTBCの9項目（全身状態，口腔状態，摂食状況レベル等）が有意に改善したことである．これは原疾患治療，看護ケア，リハの効果と考える．2つ目は，KTBC低値項目（3未満）から，そもそも身体機能が低いことである．低身体機能は，嚥下機能低下を引き起こす．また咳嗽力が弱ければ，嚥下訓練時に誤嚥物喀出ができず，誤嚥性肺炎リスクは増え，嚥下訓練も進まない．PT・OT介入，病棟での離床支援等が大切である．3つ目は，肺炎群は栄養状態が悪いことである．STは嚥下機能評価訓練を支援するが，栄養状態改善迄は困難である．早期から栄養支援（必要ならNST）が大切である．当院で経口摂取を支援するには，包括的で多面的なチームアプローチが大切である．

25．身寄りのない患者の特性と支援について

東京慈恵会医科大学葛飾医療センターソーシャルワーカー室

°石井　和也・柴野　紀子
平塚文美江・林　　莉子

医療ソーシャルワーカー（MSW）は日々様々なソーシャルリスクを抱えた患者の支援を行っている．その中でも身寄りのない患者についてはキーパーソン不在等の社会背景から退院支援に難渋し，時には外出同行，金銭管理，遺留金品の整理等死後対応まで行わざるを得ないケースもある． 今 回2018年4月1日～2021年6月1日 ま で MSWが介入した身寄りのない患者全77名を対象に，患者の特性や支援の動向を改めて検証することとした．「身寄りがない」に明確な定義は存在しないが，ここでは「親族が全くいない」「家族・親族はいるが何らかの理由で支援が得られない」の大きく２つに分類した．

結果:患者の性別は男性68（88％),女性9名（12％)．平均年齢69歳（24-85歳)．居住地は葛飾区が63名（82％）と最多．経済状況では生活保護受給者は37名（48％）と約半数で，他3名は無保険，約5人に1人は生活保護申請を要する状態であった．46名（60％）が「親族が全くいない」状態であり，それ以外は家族・親族が所在・連絡先不明，関係不良等の理由で支援が得られない状態であった．入院63名（82％）のうち91％は緊急入院．主病名は悪性腫瘍が35名（45％）と約半数で，脳血管疾患や循環器疾患も多い傾向にあった．依頼後多くは退院支援看護師と協働で病状や経済面等生活上のアセスメントを行い，今後の療養先や支援の方向性を協議．治療後は病状進行やキーパーソンの不在等の社会背景から約半数はMSWが転院調整を行い，平均入院期間（死亡退院を除く）は37.2日であった．転院援助の内10名が施設・宿泊所の転帰となっており，退院後の生活場所の変更まで要する状態であった．死亡退院のうち生活保護でない3名は墓地埋葬法に基づく火葬･遺留金品整理等の死後対応を行った．これらの結果から，多くは緊急入院後発覚した経済問題や療養先に関する方向性検討をきっかけに介入し,元々の生活基盤自体脆弱である状況から，生活保護申請や新たな住まいの支援等まで及んでいる傾向が改めて明らかになった．転院援助は生活保護受給者以外の実績は僅かで，転院先の支払いメドがたたず入院継続のまま死亡退院となった事例もあった.入院後の介入は病状変化も踏まえ，早期の問題予測を行い，他部署と日々連携して対応しなければ対処できない．今後は外来通院における関わりについても検討していきたい．