【記　事】

第113回成医会第三支部例会

日　時：平成25年7月5日
会　場：ポスター発表　教職員ホール（教職員食堂）
　　特別講演　第三看護専門学校6階大講堂

【特別講演】
女性のライフコースと女性医療者支援：東京女子医大における取組を中心に

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
檜垣祐子

【ポスター発表】
1．頭部MRIで海馬の萎縮とleukoaraiosisを伴うレビー小体型認知症の77歳男性例

東京慈恵会医科大学附属第三病院神経内科
°豊田千純子　梅原　淳
岡　尚省

はじめに：レビー小体型認知症は我が国で3番目に多い認知症の原因だがその数は増加傾向にある．今回投薬調整が症状改善に有効だった症例を経験したので報告する．

症例：症例は77歳男性．2009年（74歳）頃から口数が減り物忘れが出現した．HDS-R 11/30で意欲低下も強く認知症の診断でdonepezilの内服が開始された．9月から前傾姿勢，筋固縮を伴うようになり12月に神経内科初診，パーキンソニズムの合併とMIBG心筋シンチグラフィーでのH/M低下からレビー小体型認知症と診断した．20XX年1月からL-DOPAの内服を開始したが転倒が頻回で意欲低下も進行した．20XX年にdonepezilからgalantamineへ変更したところ夜間不隠となりdonepezil10 mg/日へ変更した．6月からは自力歩行ができず臥床している事が多くなり投薬調整のため入院した．頭部MRIで海馬に強いびまん性の脳萎縮と深部白質病変を認め，脳血流SPECTでは後頭葉，後部帯状回で血流低下を認めた．L-DOPAを450 mg/日へ増量しnicergoline15 mg/日を開始した．リハビリを並行して行い日中の日常生活動作はほぼ自立まで改善した．

考察：大脳辺縁系において，レビー小体を有する神経細胞にタウ陽性の神経原線維変化が共存していることが明らかになっており，本例ではアルツハイマー型認知症の病理変化が強い可能性が示唆された．

結論：運動機能改善にL-DOPA増量が有効な例もあり試みる必要がある．認知機能改善や自発性低下などの周辺症状に対して，高用量のdonepezilやnicergolineなどの脳循環改善薬が有効なこともあり，とくに海馬萎縮が目立ちleukoaraiosisの強い症例では試みるべきである．

2．持続血糖モニタリング（CGM）にてさまざまな治療法を検討しえた胃切除後ダンピング症候群の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
°馬場ゆかり　林　毅
原興一郎　渡邊侑衣
金澤　康　森本　彩
森　豊

65歳時に左開胸開腹下部食道切除胃全摘（R-Y）と胆摘を施行した67歳の男性．手術直後から週に2回前後，食後2～3時間後にめまい，しびれ，冷汗などの低血糖症状を自覚していた．実際に症状のある時に血糖測定を行ったことはなく精査，加療目的で入院となった．75 gOGTTにて著明な高インスリン血症と，その後の低血糖を認めたため，反応性低血糖の診断に至った．胃切除後のダンピング症候群と考えられ，①グルセルナSR，グルセルナEx（高脂肪，低炭水化物調整の経管栄養剤）を用いた場合と，②αグルコシダーゼ阻害薬を用いた場合の2点について入院中に持続血糖測定（CGM）を用いて治療法を比較検討した．まず1,600 kcalの食事での血糖変動を測定し，つぎにグルセルナSR，グルセルナEXを食事

の一部に加え同じく1,600 kcalにコントロールした場合で比較した．グルセルナSRでは著明な食後高血糖とそれに伴う反応性低血糖が認められ，グルセルナEXではグルセルナSRと比べて食後高血糖は改善された．また，α-GI（セイブル（50）3T/3x）を各食前に内服し同じように1,600 kcalの食事にてCGMで血糖を比較したところ，食後の血糖の増加が緩やかになり，低血糖の時間帯も短いことが確認でき，α-GIを各食前に内服した場合がもっとも食後高血糖，反応性低血糖が軽減されるという結果になった．

グルセルナは脂質をおもにエネルギー源にすることで血糖の急激な上昇を抑えることができ，ダンピング症候群の治療として有用とされている．今回グルセルナEXでは食後の血糖上昇を抑えることができたが，グルセルナSRではEXに比べ糖質の量が多いため，食後高血糖，反応性低血糖を予防することは出来なかったと考えられる．またα-GIは過度な血糖上昇を抑制し，過剰なインスリン分泌を抑える作用があり，後期ダンピング症候群の治療において，各食前のα-GI内服は有効な選択肢の一つであると考えられた．腹部手術歴のある患者に対するα-GIの投与は本来禁忌であるが，ダンピング症候群を合併している場合には慎重投与することで，低GI経管栄養剤よりむしろ，良好な血糖コントロールを得られることが確認された．

3．東京慈恵会医科大学附属第三病院泌尿器科における50歳以上で発生した精巣腫瘍の臨床的検討

東京慈恵会医科大学附属第三病院泌尿器科
°大塚　則臣　相川　浩一
木村　章嗣　成岡　健人
林　典宏　古田　希

2007年4月から2012年7月まで東京慈恵会医科大学附属第三病院において50歳以上で精巣腫瘍と診断され手術を施行した14例（51-77歳）を対象とした．泌尿器科において精巣腫瘍と診断され手術を施行した人数は38人であったが年齢層別では0-20歳で5人，21-49歳で19人であった．50歳以上で14例のうちセミノーマは7例で非セミノーマは2例，悪性リンパ腫は5例であった．Stageはすべてstage Ⅰであった．

非胚細胞腫瘍は精巣腫瘍の5-13％と比較的稀ではあるが悪性リンパ腫・肉腫・転移性精巣腫瘍といった臨床上重要な疾患が含まれており，鑑別診断を含めて念頭に置く必要がある．非胚細胞腫瘍の好発年齢は胚細胞腫瘍に比べて高いが，セミノーマの最高齢は76歳，非セミノーマの最高齢は65歳と高齢発症も認められる．高齢症例でも胚細胞腫瘍との鑑別，とくにセミノーマと悪性リンパ腫の鑑別は必要である．進行したセミノーマ，非セミノーマの抗癌剤治療は高齢者にとって耐用度から減量することがあり生存率悪化につながった．我々の今回の症例は初期の段階で手術施行しており抗癌剤治療施行しておらず良好な生存率であった．精巣原発悪性リンパ腫はまれな疾患で全精巣腫瘍の約5％，節外性リンパ腫の約0.5％を占め，好発年齢は60歳以上である．体表面に近い臓器であり，発見時にはstage Ⅰ・Ⅱであることが多いが，浸潤傾向が強く中枢神経系に再発しやすいため（6-16．5％）他の節外性リンパ腫と比較して予後不良である．R-CHOP6-8コース＋全脳照射＋対側精巣照射＋MTX髄注により，予後も改善されるといった報告もあり，集学的治療が重要になる．

4．バラシクロビル投与により急性腎障害と精神神経症状をきたした1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科
°泉　祐子　近藤佐知子
木藤　悠子　髙木　奈緒
片山　宏賢　上出　良一

86歳，女．右腹部から右背部にかけて紅暈を伴う水疱，浮腫性紅斑をみとめた．近医で帯状疱疹と診断され，バラシクロビル3000 mg/日を投与された．投与3日目より，嘔吐が出現し，投与4日目には歩行困難となり，呂律が回らなくなったため，東京慈恵会医科大学附属第三病院を受診した．初診時，JCS Ⅱ-20，歩行困難，対話困難，異常行動がみられ，髄膜刺激症状は認めなかった．血液検査において，Cr4.72 mg/dl，アシクロビル血中濃度は25.8 μg/mlと高値であった．画像検査では，MRIにおいてT2強調画像で大脳半球深部白質に高信号域を認めた．また，アシクロビルの

代謝に関連する二型アルデヒド脱水素酵素（ALDH2）の遺伝子タイプはG/A型であった．バラシクロビルと常用していた利尿薬を中止とし，緊急で透析を行い，アシクロビル血中濃度は徐々に低下し，腎機能，精神神経症状ともに改善した．バラシクロビルは，腎機能障害やアシクロビル脳症をきたしうる．腎機能低下時には減量が必要とされており，クレアチニンクリアランスに応じた投与量の調節が行われている．また，バラシクロビルは透析により除去可能な薬剤であるため，中毒時には透析を行うことで改善が期待される．

抗ウイルス薬の投与量に関しては，これまでに多くの警告がなされているが，過量投与により急性腎障害やアシクロビル脳症を発症するケースが少なくない．

高齢者の帯状疱疹を診た時には，クレアチニンクリアランスに応じて抗ウイルス薬の投与量を調節し，投与後は頻回に経過を観察することが重要である．

5．入院森田療法により軽快した広場恐怖を伴う神経因性頻尿の1症例

東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科

◦舘野　歩　谷井　一夫
川上　正憲　矢野　勝治
樋之口潤一郎　塩路理恵子
赤川　直子　今村　祐子
中村　敬

症例：20代男性．

主訴：「トイレが気になって仕方がない．電車に乗れない．」

起始および経過：X−8年，予備校の授業中にトイレへ行ってはならないと構えるようになってから頻尿が始まり精神科通院を開始した．電車でパニック発作が出現し，外出も出来なくなった．しかし精神科通院を継続し大学3年までは通学できた．大学4年生になり主訴が再燃し，登校できなくなった．同病院からフルボキサミン50 mg，ロフラゼプ酸エチル2 mg，アルプラゾラム（0.4）1T/不安時を処方され約1年間通院するも改善しないため東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科初診に至った．

初診時診立て：神経質性格を基盤にして頻尿へ症状への「とらわれ」の機制は明確だが，不安が漠としていて広場恐怖も合併していた．また頻尿と背後の対人恐怖心性との結びつきはなかった．登校できず生活に支障をきたしているため入院森田療法へ導入した．

入院後の経過：入院後約1ヵ月間は尿意を感じつつその時々の生活に必要な行動を優先してトイレへいかずに治療の場にいられる体験が出来た．

責任ある立場に立つと決断できず身体症状が出現した．ここで周りの患者へ気を使い優先順位がつけられなかったことがわかった．これは頻尿の対人恐怖心性と共通していることがわかった．退院間際で対人緊張を抱えつつ他者と相談して作業項目を決定できた．

退院後:大学卒業し，専門学校への入試の前に，頻尿が出たが緊張感と結びつけることができ，緊張しつつも試験を受け合格できた．専門学校卒業し就職試験の際は緊張せず頻尿もなく受けられた．

まとめ：入院中頻尿の背後にある対人恐怖心性を乗り越える体験が出来たため，退院後も良好な経過をたどったと考えられる．

6．自動視野計FDTスクリーナーの有用性

東京慈恵会医科大学附属第三病院眼科

◦塩谷　信卓　三戸岡克哉
田村　奈月　権藤　美紀
嶋崎　由実　角田かほる
岡野喜一朗　小笠原幹英

緑内障は，我が国における成人の中途失明原因の第1位を占めており，40歳以上の日本人における緑内障有病率は5.0％，つまり40歳以上の20人に1人は緑内障といわれている．しかし緑内障初期には自覚症状がなく，緑内障患者の約8割が未発見という結果が報告されており，早期発見・早期治療のために定期的な眼底検査，そして異常が認められた場合の精密視野検査が重要である．

東京慈恵会医科大学附属第三病院眼科では，Goldmann動的視野計，Humphrey自動視野計に加え，2012年より自動視野計FDTスクリーナー（以下FDT）が導入された．これはfrequency doubling illusion（FD illusion）という錯視現象を利用した視野計で，緑内障で早期に障害されやすい網膜神

経節細胞のMagno cellular系反応（M細胞系）の感度低下を検出することが可能である．

FDTは従来の視野計と比較し，早期視野異常を検出可能，操作が簡便，軽量・コンパクトで移動が容易，暗室ではなく通常の照明下で検査ができる，検査時間が両眼2～4分と短時間で検査できるため，通常の外来時間帯で当日検査ができる等の利点がある．以上の点から，FDTは緑内障早期発見のスクリーニングに有用と考えられる．

7．低濃度過酸化水素を用いた酵素標的・増感放射線療法KORTUCの初期治療経験

東京慈恵会医科大学附属第三病院放射線科
°宗像　浩司　関根　　広
渡辺　　憲　三枝　裕和
宝関　明子　成尾孝一郎
石井　元洋　松浦　博満
永井　　均　山川　仁憲

放射線抵抗性の進行悪性腫瘍に対する増感剤併用放射線療法KORTUCを数例に対し行ったので報告および検討する．

KORTUC療法（Kochi Oxidol-Radiation Therapy for Unresectable Carcinomas）は高知大学にて開発された新しい放射線増感剤を用いた放射線療法である．

KORTUC Ⅱは抗酸化酵素ペルオキシダーゼ/カタラーゼを失活させる約0.5％過酸化水素を含有する0.83％ヒアルロン酸ナトリウムを直視下ないし画像診断装置ガイド下に腫瘍内局注し，放射線療法を行うものである．放射線科において2013年1月に倫理委員会の承認を受け6月までに腎癌術後腸骨転移再発例，進行乳癌多発腋窩リンパ節・皮膚転移例，後腹膜脂肪肉腫腹壁転移症例の計3症例に対し本療法を実施した．施行した症例のうち2例は高容積の病変で，1例は放射線感受性の低い肉腫症例であり通常の低LET放射線治療では治療効果が限られると予測された．高容積病変では腫瘍内部の低酸素状態と抗酸化酵素の存在が治療抵抗性の原因と推測されるが本療法はこれらの腫瘍局所の状態の改善により放射線感受性を高める手法である．3症例のうち腎癌術後腸骨転移再発例，進行乳癌例においては良好な治療効果を認め，とくに乳癌症例では短期間で著明な縮小を認めた．3例とも，本療法に関連する大きな有害事象は認めなかった．東京慈恵会医科大学附属第三病院におけるKORTUCを行った3症例について方法，治療効果を含めて報告，検討をする．

8．寛骨臼回転骨切り術後の人工股関節全置換術の治療成績

東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科
°阿部　敏臣　杉山　　肇
羽山　哲生　勝又　壮一
大谷　卓也　斎藤　　充
木田　吉城　中村　陽介
白　　勝　前田　和洋
福宮　杏里　敦賀　　礼
丸毛　啓史

目的：寛骨臼回転骨切り術（以下RAO）後に変形性股関節症が進行し，人工股関節全置換術（以下THA）を行った症例の治療成績を調査したので報告する．

対象と方法：症例は，RAO後にTHAを施行し，術後1年以上が経過した30例33関節で，男性1関節，女性32関節である．手術時年齢は平均58歳（38～71歳），術後経過観察期間は平均5年5ヵ月（1～11年）であった．また，RAOからTHAに至るまでの期間は，平均10年5ヵ月（3～26年）であった．これらの症例につき，手術時間，出血量，カップの再建法とサイズ，術前と最終調査時のJOAscore，可動域，単純X線像におけるLooseningの有無，周術期合併症について調査した．

結果：手術時間は平均104分（60～160分），出血量は平均343 ml（100～700 ml）であった．カップは，全例セメントレス固定でサイズは平均55 mm（48～60 mm）であった．JOA scoreは術前平均50点から，術後平均83点に改善していた．可動域は，屈曲角度が術前平均75°から術後平均95°，外転角度が術前平均16°から術後平均27°へと改善した．また，単純X線像では全例でLooseningを認めず，術後の感染，脱臼，神経麻痺などの合併症も見られなかった．

考察：RAOは寛骨臼を臼状に骨切りし，前外側方向に骨片を移動させる手術である．

そのため，一般的にRAO後の股関節では寛骨

臼の後方に骨欠損があり，移動骨片が骨硬化して人工臼蓋の固定性が危惧される．しかし，今回の調査では全例セメントレス人工臼蓋にて再建できており，骨移植を追加した症例もなかった．単純X線でも術後のLooseningは認めておらず，良好な成績が得られていた．可動域も比較的良好な改善を認めていたが，やや屈曲が少ない傾向にあり，RAO時のO'llier変法進入により前方要素の癒着が強いことがその原因と考えられた．

9．第三病院の専門的リハビリテーション充実事業（東京都）における東京高次脳機能障害協議会との連携について

[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] 東京高次脳機能障害協議会
◦渡邉　修[1]　角田　亘[1]
百崎　良[1]　持尾健二郎[1]
山田　尚基[1]　寶田　深峰[1]
安保　雅博[1]　細見　みゑ[2]

はじめに：脳卒中や脳外傷等の後天性脳疾患により，記憶障害，注意障害，遂行機能障害，社会的行動障害等の高次脳機能障害が発生することがある．東京都は，平成24年度に，第三病院に高次脳機能障害者支援事業を委託した．本事業は，第三病院が，地域（北多摩南部医療圏）の中核病院として，専門職に対し，高次脳機能障害に関する電話相談，研修会，症例検討会，六市合同検討会等を開催し，高次脳機能障害に関する拠点となることを期待された事業である．そこで，第三病院リハビリテーション科（リハ科）は，都内の25の患者・家族会を統合している東京高次脳機能障害協議会（TKK）との連携を進めた．

TKKからの高次脳機能障害者の紹介：リハ科では，高次脳機能障害専門外来を設けている．平成23年4月から平成24年3月の1年間に，高次脳機能障害がおもな問題となる患者はおおよそ150人であった．紹介患者のおもな受診目的は，高次脳機能障害の，①診断，②リハビリテーション，③就労・就学支援，④社会資源の紹介であった．

医療＆家族相談交流会：毎月，高次脳機能障害に関する患者家族からの相談を，第三病院医師およびTKKの理事が受け付け，話し合いの場を設けている．

高次脳機能障害相談支援室の設置：第三病院内に，TKKの理事が2名，火曜日と金曜日に常駐し，患者・家族の相談を受け付けている．高次脳機能障害者の対応，法的問題等，ピアカウンセリングとしての価値は大きい．

高次脳機能障害実践的アプローチ講習会：全国を対象に，高次脳機能障害に造詣の深い講師を呼び，1回4名で年間3回の講習会を実施している．

まとめ：高次脳機能障害を有する患者と家族の社会的不安感，介護負担感は尽きることなく，したがって，患者・家族会の存在は重要である．医療機関が患者・家族会と連携することで，当事者に寄り添うことの意義は大きく，今後とも，よりよい高次脳機能障害支援に尽力していきたいと考えている．

10．上顎洞内にみられた埋伏智歯の2例

東京慈恵医科大学附属第三病院歯科（歯科口腔外科）
◦鵜澤　陸　竹内　理華
秋山　浩之　髙山　岳志
入江　功　伊介　昭弘

緒言：埋伏智歯は，口腔外科領域で日常的に見られる症例であるが，上顎洞内に完全に埋伏した症例はまれである．今回われわれは，上顎洞内に埋伏した智歯の症例を2例経験したのでその概要について報告する．

症例1：患者は31歳，20XX年9月，左側顎関節部の開口時痛を主訴に歯科（当科）を受診した．顎関節症の診断の下，当科にて加療中であったが自己判断で中断，初診1ヵ月前から症状が再発した．パノラマX線写真にて，顎関節に器質的な異常は認めなかった．また，左側上顎洞内に埋伏智歯を認めた．CTにて，左側上顎洞内に嚢胞様病変と埋伏智歯を認めた．翌年2月，嚢胞摘出術・抜歯術を施行した．

症例2：患者は22歳，20XX年4月，右側頬部の腫脹，疼痛を主訴に当科を受診した．1年前より右側上顎洞内に埋伏智歯の存在を指摘されていたが，症状がないため経過観察となっていた．初診日の2日前より，上記主訴を自覚した．初診時，右側上顎第2大臼歯頬側歯肉に腫脹，発赤を認めた．パノラマX線写真にて右側上顎洞内に埋伏智歯を認めた．検査値は，WBC10,600/μl、Neutro

8,000/μl、CRP3.1 mg/dlであった．CTにて，右側上顎第2大臼歯頬側に骨欠損を認め，また，右側上顎洞内に埋伏智歯と嚢胞様病変を認めた．消炎を図ったのち，同年5月，嚢胞摘出術・抜歯術を施行した．

考察：智歯が上顎洞内に完全に埋伏した症例はまれである．パノラマX線写真にて，偶然発見され，嚢胞性病変を伴うことが多い．上顎洞内に埋伏智歯を認めた際には，症状を認めない場合でも嚢胞や腫瘍の有無を精査し，必要に応じて処置すべきと考えた．

11. ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）により出血性脳梗塞をきたした子宮体癌の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科
◦中島　恵子　鈴木啓太郎
山下　修位　大野田　晋
伊藤ひとみ　森川あすか
關　　壽之　柳田　　聡
礒西　成治

はじめに：抗凝固薬ヘパリンによりまれに血栓塞栓症を引き起こすことがある．その病態はおもに抗PF4-ヘパリン複合体抗体が関与しているといわれ，ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）として解明されつつある．今回我々は子宮体癌術後にHITを発症し，出血性脳梗塞により死亡した1例を経験したので報告する．

症例：59歳女性，高血圧症，高脂血症，2型糖尿病の既往歴あり．子宮体癌の診断のもと拡大子宮全摘出術＋両側付属器摘出＋骨盤内リンパ節郭清術を施行した．endometrioid adenocarcinoma Grade1，pT2N0M0，FIGO分II期と診断され，化学療法の予定であった．術後4日目よりエノキサパリンナトリウムを3日間投与．術後10日目に外泊先で左上下肢のしびれ，左口角下垂が出現し，緊急帰院となった．頭部CT，MRIにて右中大脳静脈領域の出血性梗塞と上矢状静脈洞血栓症が認められ，血小板数は2.4x104/μlと著しく低下，HIT抗体強陽性であり，HITと診断した．アルガトロバンの投与を開始し，集中治療室にて厳重管理としたが，脳ヘルニアの進行により発症5日目（エノキサパリンナトリウム投与12日目）に死亡した．

考察：抗凝固薬ヘパリンは手術症例やDIC，血栓塞栓症の治療薬，予防を目的として日常的に投与される薬剤である．HITのうち特に重篤化するTypeIIの頻度はヘパリン投与患者の2－3％で女性に多く，BMI高値，糖尿病既往，悪性腫瘍術後などがリスク因子とされており，ヘパリン投与の際には血小板値の推移に注意し，早期の対応が重要であるといえる．

12. 耳鼻咽喉科における頭頸部癌に対する化学放射線療法の現状

東京慈恵会医科大学附属第三病院耳鼻咽喉科
◦清水　雄太　鄭　　雅誠
澤井　理華　小泉　博美
若山　仁久　力武　正浩
波多野　篤

頭頸部癌に対する治療は，手術・化学療法・放射線療法の3法に分けられ，それぞれを単独，または，組み合わせて施行される．その内，化学療法と放射線療法を組み合わせた化学放射線療法（concurrent chemoradiation therapy: CCRT）が最近10年で，根治切除不能例や機能温存を目指した治療として，標準的治療の一つとなっている．今回，耳鼻咽喉科（当科）にて2007年から2013年までにCCRTを施行した頭頸部癌35例について検討した．対象は，男31例，女4例，平均年齢68.3歳，平均観察期間666日であった．組織型別では，下咽頭癌12例，中咽頭癌9例，喉頭癌8例，上咽頭癌4例，口腔癌2例であった．当科のCCRTでは，放射線量照射は2Gy/day x 5days/week x 6weeks，計60Gyを原則としている．ResumeはCDDP 80 mg/m^2 day1＋5FU400 mg/m^2 day1-5（FP）第1・5週投与を基本としているが，進行癌で患者が治療に耐えられそうであればFPにDOCを加えたTPFを施行している（CDDP60 mg/m^2 day1＋5FU600 mg/m^2 day1-5＋DOC50 mg/m^2 day1　第1・5週 投与）．また，早期癌や腎機能が低下している症例などではweekly DOC（10-20 mg/b 第1-6週投与）を施行している．対象を病期別に分類すると，Ⅱ期11例，Ⅲ期7例，ⅣA期11例，ⅣB期4例，ⅣC期2例であり，進行癌が約7割を占めていた．施行された化学療法のresumeの使用割合は，CDDP＋5FU（FP）18例，CDDP＋5FU＋DOC

（TPF）7例，weekly DOC7例，TS12例，CDDP1例であり，FPが約半数，TPFとweekly DOCがそれぞれ2割を占めていた．奏効率では，CR25例（内6例が後に再発），PR7例，SD2例，PD1例であり，CRを維持している症例は5割強を占めていた．予後は，非担癌生存19例，担癌生存3例，原病死12例，他病死1例であり，非担癌生存が約半数，原病死が約3割を占めていた．今回，過去6年間に当科にてCCRTを施行した症例を検討したが，平均観察期間は666日と短いため，さらに症例を蓄積するとともに，長期的予後を評価し，当科CCRTの更なる改善に努めたいと考える．

13. 「虐待」から患者さんを守るために私たちにできること：家庭内医療問題支援委員会の取り組み・第2報

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経外科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院小児科
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科
[4] 東京慈恵会医科大学附属第三病院救急部
[5] 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科
[6] 東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科
[7] 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部
[8] 東京慈恵会医科大学附属第三病院管理課
[9] 東京慈恵会医科大学附属第三病院ソーシャルワーカー室

◦家庭内医療問題支援委員会　海渡　信義[1]
赤司　賢一[2]　上出　良一[3]
大槻　穣治[4]　川上　正憲[5]
木田　吉城[6]　吉元久美子[7]
白崎　和美[7]　太田由美子[7]
古沢身佳子[7]　君島　美雪[7]
山崎　高司[8]　遠藤　雅幸[8]
鈴木亜都佐[9]　八城　直子[9]
井上　美貴[9]　渡辺ひさみ[9]

本委員会は，昨今の複雑な児童虐待疑い，高齢者虐待疑い，DVケースの増大を受け，組織的な判断を検討すること，診療において虐待等が見受けられた際の対応体制を整えることを目的として発足し，平成21年7月より定例化された．

ソーシャルワーカー（SW）による対応件数は，平成21年・68件（児童49件（内通告9件），高齢者9件，DV10件）．平成22年・53件（児童31件（内通告9件），高齢者14件，DV8件），平成23年・61件（児童34件（内通告7件），高齢者10件，DV17件）．平成24年・67件（児童34件（内通告14件），高齢者17件，DV16件）であった．

定例会議では，SWより新規ケースをプレゼンテーションし，オレンジチェック（カルテおよび業務課医事パソコンへのマーキング）の必要性の有無の組織的判断を行っている．また，早急な判断が必要な際には，臨時会議の招集・開催も行う．委員会発足後の取り組みとしては，①家庭内医療問題ソーシャルワーカー依頼票・チェックリストの運用（判断の根拠，通告のプロセスを明確化する検討シート），②外来カルテ（オレンジテープを貼る）および業務課医事パソコンへのマーキング，③DVカードの作成，女子トイレへ設置，④子どもの事故防止のための啓発リーフレットを主要科，6B病棟へ設置，⑤院内医療安全マニュアルに虐待対応フローチャートを掲載，⑥院内スタッフ向け勉強会の開催等，積極的に行った．

今後は，電子カルテ化に向けた検討や，他機関との連携方法の確立，虐待対応支援ファイルの配布等，さらに院内の体制を整備し，フォローアップできるように委員会運営をしてゆきたい．地域関係機関からも，このような取り組みを行い，患者を大切にしている第三病院と協働したいと，大きな期待が寄せられている．地域中核病院としての責任を果たせるよう，的確なアセスメントができるよう，院内スタッフ皆でアンテナを立て，力量アップを目指したい．判断に迷う時は，いつでも委員会にご一報頂ければ幸いである．

14. 東京慈恵会医科大学附属第三病院近隣の訪問看護ステーションに対する慢性腎臓病調査アンケート：その1

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院腎臓・高血圧内科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院血液浄化部
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院 9A 病棟

◦花岡　一成[1]　吉田　　啓[1]
吉澤　威勇[1]　末次　靖子[1]
田中　　舞[1]　岸田　杏子[1]
榎本　夕己[2]　小宮　園子[3]
小松　雅子[3]

背景：近年患者の高齢化に伴い訪問看護の利用が増加している．しかし慢性腎臓病（CKD）患者の在宅援助に訪問看護が有効に活用されている

事例は少ない．

目的と方法：多摩地区および世田谷区の訪問看護ステーション（訪看S）231施設を対象に，郵送ならびにFAXによるCKDに関する意識調査アンケートを実施し，在宅CKD看護の問題点を検討した．

結果：231施設中の117施設より回答を得た（回答率51％）．CKDの概念は認識されているが（88％）詳細について理解している訪看Sは約50％であった．また90％以上で血液透析（HD）または腹膜透析（PD）患者の訪問経験があった．実際の訪問時の対応としてはHDのシャント観察，PDの出口部観察のみならずバック交換を行う施設がある一方，情報不足や経験不足という理由で保存期CKD，HD，PD患者の受け入れが困難であるという回答もあった．さらにCKD患者の在宅推進に何が必要かという質問にはHD，PDなどの基礎的概念，手技などのほか，基幹病院との情報交換，緊急時の対応・入院受入れが必要であるという回答が多く見られた．

結論：訪看SのスタッフにCKDの概念は浸透し，CKD患者訪問歴のある施設は多いが，実際の対応に苦慮するケースが多いことが明らかになった．今後，東京都下でPDを含めたCKDの在宅治療を進めるためには医療連携を進めると同時に，訪看Sに対して実践的な講習の機会を提供する必要がある．

15. 心不全で発症し皮膚転移を来した心臓原発悪性リンパ腫の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部
°北川楠奈子　吉川　哲矢
泉　　祐介　中村　文昭
関　　正康　山田　高広
平本　　淳

症例：84歳，女性

主訴：発熱，腰部・大腿部の皮下腫瘤

現病歴：約2年前から38℃前後の発熱を反復していた．8ヵ月前うっ血性心不全で入院し利尿剤投与で軽快退院したが，心筋シンチで中隔から下壁の心筋虚血を摘されていた．2ヵ月前左視力低下が出現し東京慈恵会医科大学附属第三病院眼科で非動脈炎性の虚血性視神経症の診断となり，発熱精査目的に総合診療部紹介となった．初診時腰部・大腿部の有痛性皮下腫瘤を認め，生検でびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された．肺結核の既往があるため化学療法導入前に精査のため入院，肺結核疑いとして抗結核療法を開始した．その後労作時呼吸困難が急速に増悪，左優位の大量胸水と心エコー上心嚢水，心筋・心膜の結節が指摘された．化学療法は困難となり緩和中心の加療を継続したが，入院第35病日に心不全の増悪で死亡した．剖検上全身のリンパ節には腫瘍細胞の浸潤を認めず，右心房壁，右心室壁，心室中隔，心外膜に高度の腫瘍細胞浸潤を認めた．なお冠動脈に動脈硬化性病変は認めなかった．

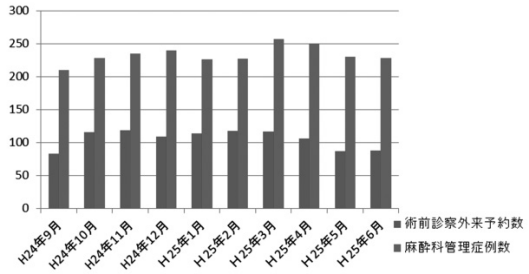
考察：本症例ではリンパ腫の原発巣として心筋または皮膚の鑑別を要した．冠動脈病変を欠く心筋虚血所見から，心不全発症当初から心筋内の腫瘍細胞浸潤をきたしていたと推察され，その他病変の臨床経過や剖検所見を含め本症例は心臓原発悪性リンパ腫と考えた．本症の皮膚転移例は報告が少なく，文献的考察を含め報告する．

16. 東京慈恵会医科大学附属第三病院における麻酔部診察の意義と今後について：周術期管理チームを目指して

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院麻酔部
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院在宅入退院支援室
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院手術部
◦鈴木　菜穂[1]　近江　禎子[1]
深尾　敏恵[2]　関　久美子[3]
猪俣　英子[2]　久保田敬乃[1]
内海　功[1]　柴　綾子[1]
八反丸善康[1]　外薗　英彬[1]
岡本　友好[3]

平成24年9月～平成25年6月の東京慈恵会医科大学附属第三病院（当院）麻酔科での術前診察外来の有用性と今後の展望について考察した．

結果：



	外科	整形外科	形成外科	婦人科	泌尿器科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	眼科	皮膚科	歯科
H24年9月	24	20	5	19	6	3	2	1	1	2
H24年10月	29	24	19	23	9	3	1	3	0	5
H24年11月	41	27	6	27	7	3	0	0	0	8
H24年12月	30	15	13	32	11	1	1	1	1	4
H25年1月	37	19	13	30	5	0	3	0	1	8
H25年2月	34	11	19	29	12	2	3	2	0	6
H25年3月	33	22	8	25	14	0	8	0	0	7
H25年4月	32	16	10	24	13	1	6	0	0	4
H25年5月	30	9	7	18	6	5	6	0	0	6
H25年6月	22	11	4	24	6	4	12	1	0	4

考察：

・術前診察外来を行うメリットは，①入院前に麻酔科医によるスクリーニングができる，②在院日数の短縮，③対面で診察と麻酔の説明ができるため患者が麻酔についての認識ができる，等が挙がる．

・術前診察外来の症例数が増加し麻酔科秘書のみでは対応できず，現在入退院支援センターより午前中のみスタッフが加わり運営している．さらに依頼が増え，各科から午後枠も増設するよう要望をいただいているが，麻酔科医が少なく午後の外来枠設置は現在できない．将来的には各課の要望に応えていきたいと考えている．

・麻酔科学会では周術期管理チーム構想があり，平成27年度より要件を満たした施設には保険点数が加算されることが決まっている．現在，要件の検討とともにチームに加わる看護師の資格についても検討中である．

・現在緩和医療，呼吸サポートチーム，NST等多職種によるチーム医療が医療の質の向上に貢献していることは明らかである．当院においても看護スタッフが加わることにより術前診察の質の向上を感じている．

・本院では術後鎮痛を担うJPOPS（Jikei Post-Operative Pain Service）というチームを設けている．当院ではリハビリテーション科があるので，術前から呼吸器リハビリテーションに介入していただき，術後も呼吸器リハビリテーションを行うことで早期の呼吸器の回復を促し合併症を軽減することができる．これにより第三病院ならではの早期離床を計り，より質の高い周術期管理を行いたいと考えている．さらに，ERAS（Enhanced Recovery After Surgery）プロトコールも積極的に取り入れ質の高い周術期管理と提供し在院日数を短縮したいと考えている．

・今後の課題としては入退院支援センターの情報と手術部の術前訪問情報と麻酔部診察の情報が電子カルテ化により一元化される事により，患者情報を各部門で共有する事で効率よく質の改善ができると考えている．

17. 平成24年度スタットコール報告と今後の課題

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院救急室
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院集中治療室
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院麻酔科
[4] 東京慈恵会医科大学附属第三病院救急部
◦古沢身佳子[1]　萩野　裕夏[2]
近江　禎子[3]　大槻　穣治[4]

目的：2012年度スタットコール症例を分析し，院内における蘇生率の向上を図るための課題を明らかにする．

方法：期間；2012年4月1日～ 2013年3月31日

方法；スタットコール30症例の報告書・カル

テからの分析とした．倫理的配慮は，個人が特定できないように番号化した．

結果：対象症例は30例．平均年齢72.7歳　発生場所は，病棟21例，外来5例，その他4例であった．状態は心肺停止47％，意識消失30％，気道閉塞17％，その他6％であった．心肺停止14例中自己心拍再開は4例，非自己心拍再開は10例であった．

考察：心肺停止のうち心原性ショックは22％に過ぎず，CPR+AEDのみならずさまざまな病態に対する知識・技術が必要である．自己心拍再開症例と非自己心拍再開例で見るとバスタンダーCPRがなされている症例の蘇生率が高い．BLS講習会の開催は，CPRの重要性やスタットコールへの認識が高まると考えられる．心肺停止症例のうちDNARオーダーがすでに出されていた症例が50％を占めていた．DNARの有無を速やかに共有できるシステムの構築が必要である．報告書の記載に「患者の状態把握・予測が不十分であった」とあり，心肺停止に至る前に対処ができたのではないかという症例も散見した．

結語：1）多種多様な病態に対する知識・技術が必要である．2）平素からの患者情報の共有と有効コミュニケーションが重要である．3）状態が不安定な患者を心肺停止に至らしめないために，予測性をもった対処が必要である．

18. 集団生活におけるアナフィラキシー対応の現状と取り組み：地域との連携強化の試みに関する報告

東京慈恵会医科大学附属第三病院小児科
◦鈴木　亮平　赤司　賢一
所　　陽香　三輪　沙織
本木　隆規　山内　裕子
田村英一郎　渡辺　雅子
中村　綾子　中村　浩章
勝沼　俊雄

アナフィラキシー（An）とはアレルギー症状が2臓器以上に出現した状態を言い，アナフィラキシーショックとは，その状態がさらに血圧低下や意識消失にまで至った状態を言う．つまり，アナフィラキシーショックは生命にかかわる状態と考えられる．

目的は小児An患者にたいして有効な予防対策を検討するため，受診時の状況を把握した．

方法は2008年7月～2012年3月まで小児科を受診した外来患者数は76,982人であり，そのうちAn患者47例（男：女＝29：18，平均年齢　4.0歳）を対象に受診時の状況を後方視的に検討した．

患者背景は，患者数は47例，平均年齢は4歳，アレルギー疾患の既往は40例に認められた．アレルギー疾患の内訳だが，アナフィラキシー12例，蕁麻疹25例，食物アレルギー32例，アトピー14例，気管支喘息12例，アレルギー性鼻炎8例だった．食物アレルギーが32例と最多である．

年齢分布と原因は，年齢は生後6ヵ月から14歳まで分布していた．1歳以下が12人と最多であり，1歳以下の原因物質は全て食物だった．

原因への暴露から症状出現までの時間は，直後に症状が出現したものは49％，30分以内は20％，2時間以内は28％，2時間以上は3％だった．

症状出現から来院までの時間だが，30分以内は9％，1時間以内は34％，2時間以内は30％，2時間以上は28％だった．

原因は，もっとも多かったものは卵で30％だった．ついで乳製品が15％，ピーナッツが11％，いくら7％，小麦4％，エビ2％，カカオ2％だった．

初発症状は皮膚症状が73％で最多であり，次いで呼吸器症状で21％だった．

出現症状は最多症状が皮膚症状が96％，つぎに呼吸器症状69％だった．

症状出現状況は，出現時間と出現場所の2つに分けてまとめた．出現時間は，8時～16時が56％と最多で，16時～0時が次いで39％であった．出現場所は自宅が68％と最多で，保育園や幼稚園，学校等の集団生活の場から受診したAn患者は13％（6例）だった．この6例のうち，受診までの時間が30分以内が1例，1時間以内が2例（エピネフリン使用2例），2時間以内が3例（エピネフリン使用1例）だった．

An症状出現から30分以内のエピネフリン投与が推奨されているが，30分以内に医療機関を受診した患者は8％であった．

An初発の患者は75％であり，とくにAn既往のない食物アレルギーを有する患者に対してもAn出現時の対応について広く啓蒙する必要があると

考えられた．

集団生活の場より受診された患者の半数以上が症状出現より1時間以上経過してから受診しており，より迅速な対応をするためのトレーニングが必要と思われた．

そして，2013年5月21日に狛江市の教職員向けにアナフィラキシーに関する講演とロールプレイを使った現場での対応ついてのレクチャーを行った．双方ともに好評を頂き，講習会の数を増やして欲しいとの声が多かった．

19. 東京慈恵会医科大学附属第三病院における頸部内頚動脈狭窄病変に対する取り組み

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経外科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院放射線科
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院放射線部

◦武井　淳[1]　加藤　正高[1]
鈴木　雄太[1]　海渡　信義[1]
三枝　裕和[2]　關根　広[2]
北川　久[3]　稲川　天志[3]
安藤　勝巳[3]　松浦　博満[3]

はじめに：頚部内頚動脈の狭窄病変は慢性的に脳血流が低下（血行力学的脳虚血），あるいは狭窄部の血栓が頭蓋内動脈に散布（脳塞栓症）し，脳梗塞を来す．高齢化に伴い疾患数が増加している中，症候化する前に発見することが重要であるとされる．

目的：脳神経外科で行っている頚部内頚動脈狭窄症に対する画像検査および外科的治療を自験例を交えて紹介する．

方法：我々は侵襲のない非造影のMRIを積極的に運用し頚動脈狭窄症の診断を行っている．従来用いられているTime of FlightおよびMPRAGEだけでなく，Native true FISP，3D-fast spin echo MRI（SPACE）という新しい撮像方法を併用し，検証を行っている．また画像診断をもとに頚動脈内膜剥離術（CEA）の適応・手術方法を検討している．

頚動脈狭窄症のスクリーニングとしてTime of Flightが，プラーク性状診断にMPRAGEが良く用いられる．それぞれNATIVE，SPACEを用いるとどのように描出が異なるかを検証する．また中等度～高度狭窄病変に対して施行するCEAへの応用を概説する．

考察：自験例では，NATIVEでは狭窄病変が強調されすぎている可能性がある．またSPACEではプラークの遠位端が良く描出されており，CEAにおけるプラーク摘出の一助となる可能性がある．

結語：NATIVE，SPACEを用いた新しい頚動脈狭窄病変の画像評価を報告した．またSPACEによるプラーク診断は頚動脈内膜剥離術（CEA）の術前評価として有用である可能性があり，今後症例数を増やし，術中所見との比較が必要である．

20. 門脈圧亢進症を伴った骨髄線維症の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院消化器・肝臓内科

◦間嶋　志保　石井　彩子
今井　那美　岩久　章
大石　睦実　小林　剛
田中　賢　木下　晃吉
小林　裕彦　伏谷　直
坂部　俊一　木島　洋征
小野田　泰　宮川　佳也
小池　和彦　西野　博一

症例：78歳男性

主訴：腹部膨満感

既往歴：1996年；糖尿病

生活歴：アルコール：機械飲酒

現病歴：20XX年3月中旬より腹部膨満感を認めたため近医を受診した．腹水貯留を指摘されたため消化器・肝臓内科外来を紹介受診し，3月下旬に精査入院となった．

入院後経過：腹部CTにて多量の腹水貯留と著明な脾腫および脾静脈拡張を認めたため，門脈圧亢進症が疑われた．上部消化管内視鏡検査では食道静脈瘤（LmF2CbRc2-Lg(-)）が認められた．血液検査でHb7.6 g/dlと貧血を認め，LDH462 U/Lと上昇，末梢血血液像にて骨髄芽球と涙滴状赤血球の出現が見られた．骨髄線維症が疑われたため，骨髄穿刺・骨髄シンチグラム・肝生検・腹部血管造影を施行した．骨髄穿刺は著明な過形成骨髄・巨核球の増加が認められた．骨髄シンチグラムでは体幹部骨髄への集積低下と肝脾での集積増加を認めた．肝生検は赤芽球系・顆粒球系・骨髄巨核球系の細胞が見られ髄外造血所見を呈していた．

腹部血管造影は腹腔動脈造影で脾動静脈の著明な拡張は認められたが，遠肝性血流はなく門脈血流も保たれていた．肝静脈造影は正常であった．以上より骨髄線維症と診断した．腹水は利尿剤（フロセミド・スピノロラクトン）投与にて徐々に減少し（体重は 55 kgから46 kg まで低下），食道静脈瘤に対しては内視鏡的静脈瘤結紮術を施行した．その後，貧血はHb11.1 g/dlと自然軽快したため，第62病日に退院となった．

結語：多量の腹水と食道静脈瘤を認めた門脈圧亢進症合併の骨髄線維症の症例を経験した．背景肝に明らかな原因を認めない脾腫を認めた時は，骨髄線維症も念頭におく必要がある．

21. 乳房再建の適応と選択

東京慈恵会医科大学附属第三病院形成外科
°田中　誠児　二ノ宮邦稔
堀　まゆ子　吉田　拓磨

乳房は女性の象徴であり，女性のアイデンティティーに大きく関与している．乳房再建は患者が乳癌を受け入れ，治療を乗り切るための精神的な支えとなりうる存在であると考える．近年，乳癌の根治性と乳房の整容性を両立する治療法として，乳房切除術後の乳房再建が普及してきた．東京慈恵会医科大学附属病院，同柏病院，同葛飾医療センター，富士市立中央病院では2010年8月から2013年4月の間にシリコンインプラントによる再建48例，広背筋皮弁による再建56例，腹直筋皮弁による再建34例，合計138例の乳房再建術を施行している．乳房再建術は手術時期によって，乳癌手術と同時に施行する一次再建と，乳癌治療後に施行する二次再建とに大別される．また，再建方法としてシリコンインプラントや各種の皮弁移植術があり，術式は多岐にわたる．術式の選択は患者自身が行うべきであり，患者の希望，乳房の形態，体型，年齢，既往歴，乳癌の状態，仕事や趣味，入院日数，退院後の通院頻度，社会復帰までの期間などから，それぞれの症例で検討し患者と相談する必要がある．今回は一次再建と二次再建の比較を行うとともに，第三病院で施行しているシリコンインプラント，広背筋皮弁移植，腹直筋皮弁移植のそれぞれについて，特徴や治療期間，費用を解説する．

22. 東京慈恵会医科大学附属第三病院におけるノロウイルスの検出状況

[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
°渡邊　優子[1]　石井　健二[1]
兼本　園美[1]　平田　龍三[1]
大西　明弘[1]　盛田　真弓[2]
松澤真由子[2]　竹田　宏[2]

はじめに：ノロウイルスは12～3月をピークに流行する冬期急性胃腸炎の原因ウイルスの一つである．培養法が確立されていないため，核酸増幅法による遺伝子検査が，ゴールド・スタンダードとして用いられている．今回，新たに保険収載されたイムノクロマト法によるノロウイルス抗原迅速キットを東京慈恵会医科大学附属第三病院（当院）でも平成24年12月より開始したので，遺伝子検査法（TRC法）および迅速キット法の検出状況について報告する．

対象：平成18～24年度に当検査室に依頼があった検体418件を対象とした．

測定方法：平成18～23年度は附属病院にてTRC法における遺伝子検査を実施し，平成24年度は当院にてイムノクロマト法における迅速キットを実施した．

結果および考察：陽性率は平成18～23年度のTRC法では平均40.7％（87/214），平成24年度の迅速キット法のみでは6.1％（12/196）であった．平成24年度における入院，外来別陽性率は外来（8.1％）が入院（5.7％）に比べ高かった．病棟別では，3A・8Aからの依頼が多く，3Aでは術後の患者からの依頼が多かったため，抗菌薬関連下痢症との鑑別が主な目的と考えられた．8Aでは同時期に患者および看護師から陽性者が出ており，院内感染の可能性が示唆されたため，依頼が増えたと考えられた．外来診療科別では，救急室からの依頼が多かった．全国の陽性件数は，11～12月にかけてピークを迎えたが，当院では導入時期が12月上旬だったため，それ以降の依頼件数が急増していた．同一検体においては，迅速キット法で陰性，TRC法では陽性となったのが4件あり，検出感度の差が示唆された．

まとめ：ノロウイルス迅速検査は，保険適応の条件が厳しく，当院においてはほとんど病院負担

となっているが，院内の二次感染防止に有効であったと思われた．イムノクロマト法による迅速キットは，簡便である半面，十分な検出感度が得られていない．TRC法と比較し，検体量（ウイルス量）が少ないと偽陰性になる確率が高く，臨床症状と合わせた総合的な判断が必要である．

23. リハビリテーションにおけるパーキンソン病患者の症状の捉え方

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
°藤田　裕子　来住野健二
三小田健洋　中山　恭秀
渡邉　　修

パーキンソン病（以下PD）患者は神経疾患の中で脳卒中についで多く，症状は4大徴候を主として多種多様である．治療方法としては薬物療法と運動療法を併用することが望ましいとされている．東京慈恵会医科大学附属第三病院（当院）リハビリテーション科に依頼のあるPD患者の入院期間は2週間前後と短期間であるため，リハビリテーションを介入する際では症状を把握するために動作や姿勢反射障害の評価が重要となる．PD患者の評価方法ではUnified Parkinson's Rating ScaleやHoehn＆Yahrの重症度分類は有名であるが，短期間のリハビリテーションの介入において，これらの評価表では動作障害や姿勢反射障害を把握しきれないと感じる．そのため，当院リハビリテーション科での取り組みとしてPD患者を対象としたオリジナルの評価表を作成し運用している．PD患者の歩行障害は歩行開始時や方向転換時にみられ，下肢の協調性低下や姿勢反射障害が原因であると言われており，介入方法では障害物をまたぐ等の視覚刺激が有効とされている．そこで，評価項目を選択するにあたり，歩行障害を捉える項目として杖をまたぐ動作であるバランス評価項目のFour Square Step Test（以下FSST）を提案し検討している．先行研究ではPD患者を対象とした検討は見当たらないが，実際に評価表を通じてFSSTは姿勢反射障害を呈していても，歩行が可能であれば遂行可能であることが示されている．また，FSSTの動作解析ではまたぎ動作に着目し障害物の有無における下肢機能の相違について検討を行ったが，杖をまたぐ動作の方がテープをまたぐ動作より下肢の協調性が必要であると示された．今後はPD患者を対象として，FSSTがPD患者の協調性について評価し，歩行障害を捉える一項目に値するかについて検討していきたいと考える．

24. 左室中部に圧較差を認めたたこつぼ型心筋症の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院循環器内科
°佐藤　伸孝　銭谷　　大
村嶋　英達　岩渕　秀大
野田　一臣　小野田　学
森　　力　芝田　貴裕
谷口　郁夫　吉村　道博

症例：87歳女性

主訴：胸部不快感

現病歴：70歳時より，非定型抗酸菌症で在宅酸素療法をおこなっていた．1週間前から便通異常あり，排便時にいきむと胸部不快感が出現していたが，症状軽く，自然軽快するため様子をみていた．20XX年12月12日，午前7時頃，排便時より胸部不快感が出現し，症状が改善しないため，同日救急搬送された．

来院時，心電図でⅡ・Ⅲ・aVf，V2−V6のST上昇認め，精査加療目的に入院となった．CK，CK−MBの上昇は認められなかったものの，トロポニンT迅速，H−FABP迅速ともに陽性で急性心筋梗塞が否定できず，緊急で心臓カテーテル検査を行った．結果，冠動脈に有意狭窄を認めず，左室造影で心尖部の無収縮と心基部の過収縮を認め，たこつぼ型心筋症と診断した．僧帽弁閉鎖不全（MR）はSeller's Ⅰであった．引き続き行った左室内圧測定では，心尖部から心基部にかけて最大60 mmHgの圧較差を認めた．心基部から大動脈間には圧較差は認めなかった．

以上より，左室中部に圧較差を認めるたこつぼ型心筋症であったが，心不全兆候なく，バイタルサイン，症状ともに落ち着いていたため，安静，補液のみで保存的に経過をみた．入院1週間後の心エコーでは，心尖部の壁運動も改善し，心室内の圧較差も消失した．

考察：Tsuchihashiらの報告によると，急性期に30 mmHg以上の左室内圧較差を生じたたこつぼ

型心筋症の症例は，18％（13例/72例）であり，Feferらの報告によれば，左室流出路狭窄を伴うたこつぼ型心筋症は，全例で僧帽弁前尖収縮期前方運動（SAM）と重度のMRを伴っていた．また，Migliorеらは，左室流出路狭窄のある症例では，低血圧，急性心不全，心原性ショックなどを呈する可能性があること，エビデンスはないもののβブロッカーの有効性について報告している．本症例では，流出路ではなく左室中部に圧較差を認め，高度なMRは呈しておらず，βブロッカーなど使用せず，保存的加療のみで改善した．これは左室内の狭窄の部位により病態や重症度が異なることに起因している可能性があり，今後さらに詳細な検討が必要と思われた．

25. 統合実習における看護技術の経験に関する報告

慈恵第三看護専門学校
◦荒谷　美香　加辺　隆子
加藤紀代美

はじめに：本研究は，統合実習における学生の看護技術の経験状況，および1人で実施する上で学生が感じたことを把握し，今後の指導のあり方について考察することを目的とする．

研究方法：1)．対象学生；3年生，50名，2) 調査内容；看護技術の経験状況は「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度」の内，卒業時到達度Ⅰ・Ⅱまたは慈恵基準Aの項目を抜粋し，学生に「1人で実施した」，「看護師と一緒に実施した」，「見学した」，「見学も実施もしていない」，の4段階で答えてもらった．また学生1人で看護技術を提供して感じたことを自由記載とした．3）分析方法：単純集計の記述統計，自由記載は意味別に分類した．4）倫理的配慮；学生に口頭で研究の目的と方法，参加不参加の自由，データの個人が特定されないような配慮，研究会での発表以外で口外しないことを説明し，同意を得た．

結果及び考察：

1）看護技術の経験状況；卒業時到達度Ⅰ慈恵基準A34項目の「1人で実施した」割合の平均は，74．1％であった．

(1) 学生が1人で実施した看護技術；卒業時到達度Ⅰ慈恵基準Aの34項目の内，「1人で実施した」と答えた学生が40人（80％）以上の項目は19項目（55.9％）で，卒業時到達度Ⅱ慈恵基準Aの45項目の内，「1人で実施した」と答えた学生が40人（80％）以上の項目は9項目（20.0％）であった．卒業時到達度Ⅰ慈恵基準Aの項目は，学生は積極的に1人で実施しており，1人で経験していた割合が高い項目は，領域別実習において経験を積み重ねてきている技術であった．また安全管理の技術も積極的に経験できた．これは自己の看護技術の力量や課題を明確にして臨めるようにしたことや臨床の学生個々に合せた指導体制の成果である．

(2) 看護師と一緒に実施した看護技術；看護師と一緒に実施した項目は，輸液ラインが入っている患者の寝衣交換22人（44％）ともっとも多く，ついで臥床患者の体位変換19人（38％），ストレッチャー移送18人（36％），ベッドからストレッチャーへの移乗15人（30％），経口薬の服薬後の観察14人（28％），酸素吸入13人（26％）であった．これらは1人ではできないと判断したものや患者の安全安楽の視点から一緒に行った項目である．臨床の看護師が学生をチームの一員として巻き込んでもらえた結果である．

2）学生1人で看護技術を提供して感じたこと；学生は，「自分自身への責任の重み」，「患者に負担をかけるのではという不安」，「看護技術の未熟さ」，「連絡・報告・相談の大切さ」，「1人で行うからこそ得られるもの」を感じていた．他の患者さんのケアに間に合うかという「できるのかという不安」があるからこそ，「自分自身への責任の重み」があり，学生は，慎重に具体的に計画を立てていた．また実際にケアを提供することで「看護技術の未熟さを実感」し，自分自身の力量に合せ「連絡・報告・相談の大切さ」を感じていた．そして患者からの感謝を頂き，楽しさや充実感などの「1人で行うからこそ得られるもの」があった．

まとめ：統合実習前に看護技術の自己の力量を評価し，1人で行うことを前提に実習に臨ませることが学生の成長につながる．そして1人の学生に関心をもった臨床の指導力がその成長を助長するといえる．今後も学生の学びの質を高め，後継者の育成のために，基礎教育における臨床との連

携と協働に努力していきたい．

26. 急性期膿胸における局所麻酔下胸腔鏡手術

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院外科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院呼吸器内科
◦矢部　三男[1]　宮澤　知行[1]
関根　速子[1]　江藤誠一郎[1]
隈本　智卓[1]　佐藤　修二[1]
岡本　友好[1]　金子　有吾[2]
木下　　陽[2]　齋藤　桂介[2]

東京慈恵会医科大学附属第三病院外科では急性膿胸に対して局所麻酔下胸腔鏡による掻爬・ドレナージ術を導入しており，その手技について報告する．手術室で行い，体位は患側を上にした側臥位，超音波検査で穿刺部位を決定してポートを作成する．カメラは5 mmの軟性鏡を用い，気管支鏡検査用の生検鉗子や胸腔鏡手術用のコットンボールで醸膿膜の剥離，掻爬を行って膿胸腔を開放した後に胸腔ドレーンを留置し閉創する．2008年6月から2011年2月の間に13例の急性膿胸に局所麻酔下胸腔鏡掻爬･ドレナージ術を施行した．12例は1ポート，1例は2ポートで行った．平均年齢は60.3歳（27-81歳），男女比12：1，入院から手術までの平均日数は8.9日（1-47日），手術から退院までの平均日数は41.8日（8-102日），平均手術時間は81.2分（52-175分）であった．基礎疾患として高血圧3例，糖尿病2例，脳梗塞後2例，甲状腺機能低下症1例，右不全麻痺1例，前立腺癌1例を認めた．1例は局所麻酔下胸腔鏡掻爬・ドレナージ術で改善を認めず，後日に全身麻酔下胸腔鏡手術を必要とした．残り12例では合併症を認めず軽快退院した．膿胸腔が多房性の場合では胸腔ドレーン留置のみでの加療は困難なことが多い．それらの中には局所麻酔下胸腔鏡掻爬・ドレナージ術が有用な症例が含まれることが示唆される．また，その低侵襲性から全身状態が不良な症例に対しても施行が可能であると考える．