

## 特別寄稿

## 昭和40年代後半からの勤務をふりかえる＋今後への期待

## Reflection

高塚 慶次

Keiji Takatsuka



当時いくつかの会合において、大学管理システムの変革や医局講座制度改革に対して辛口の意見を述べていました。医局講座制の歴史的な重みや複雑に絡んだ権力機構と小さな組織の意見は可能な限り無視するという組織の堅い守りにぶつかり、やや悶々とした大学医局生活を過ごしていた夏のことです。

しばらくの間、関西方面で小児泌尿器科学の修行でもと考え、具体的に選択を始めていたとき、電話のベルが鳴った。『大学医局を離れて、砂川市立病院泌尿器科に勤務してみないか？』と。電話の主は田宮高宏先生でありました。一晩考え「砂川に行きます」と返事をしました。当時、医局の人事を決めていた『教室員会議』なるもの了承をとり、主任教授に「砂川市立病院へ行きたい」と話しました。私は教授の覚えよろしからぬ医局員であったため、教授は「砂川の病院長にはよろしく頼んでおきましょう」と笑顔で了解してくれました。教授にとっては不良分子を一人放逐できたわけでありました。

当時、札幌から砂川へは準急行列車(準急行券100円)で1時間10分ほどかかりました。国道12号線は舗装されていましたが、275号線は砂利道でした。ちなみに私は自家用車を持っていませんでした＝新十津川村で殺人事件が発生し、自家用車族は絨毯爆撃的に聞き込みを受けたとのことであります。なお、その何年か後に犯人は捕まったと報道された。

砂川の街は人口3万弱、周辺の炭鉱は斜陽とはいえまだまだかなり採炭し、大学卒の若い技師たちと地下のBAR『泉』で語ることがありました。東洋高压でも1,500人以上働いていたのではないのでしょうか。夕方、柳通りや銀座通りにはかなりの人が出ていました。シャッターを降ろしている店は記憶していません。キャバレーもクラブもありました。国鉄砂川駅は歌市内線や上砂川分岐線もあり、石炭を積んだ貨物車輛がいつも並び、駅弁も販売されていました。当時の建物で今も変わらないのは、市役所と警察署とお寺です。花月への石狩川橋の幅は狭く、橋桁も低く、洪水時堤防から車が水中にダイビングした逸話があります。もともと、このダイビング事件後、55億円をかけ

現在の幅広い橋ができました。遊水池も洪水の贈りものです。砂川市は災を福＝地域整備に、効率良く利用しています。

病院は聳え建っていました。ただ、新館と現在の精神科病棟はなく、福寿園の位置に木造の精神科棟がありました。医師数は15～16人ほどで、内科と脳神経外科が忙しく、他はのんびりと仕事をしていました。内科の動脈撮影/サブトラクション画像は相当高く評価されていました。麻酔医が出張であったため時間外の手術にはいろいろと苦労していました。整形外科の吉田Dr. 内科の南須原Dr. 高堀Dr. 丸谷Dr. 外科の田口Dr. 小児科の吉岡Dr. 精神科の熊谷Dr. 脳外科竹田Dr. 放射線勝浦技師長、検査科砂田技師長、山本事務局長など、なかなかの侍たちがいました。病院長は外科の佐々木先生で小柄で細身でしたが、「芯」は相当強い感じがしました。病院長の昼食はいつも「ざる蕎麦」でした。「とても蕎麦が好きなのですね」とあるDr. に私が聞くと、「いや、食道癌の術後なので蕎麦しか食べられないのです」と答えられたのには驚きました。それから1年ほど後、佐々木病院長は亡くなりました。

南須原先生が次の病院長に就任されました。時代の追い風もあったのですが、先生の「上昇気流を読む速さ、人を使う巧みさ、広い人脈に基づいた情報収集と経営策」といった、適切な舵取りにより、砂川市立病院は飛躍的に発展しました。麻酔科医の固定、循環器科-心血管外科-形成外科など診療科増設、精神科病棟と新病棟を建て、看護学校を二科から現在の高等専門学校に格上げし、校舎も新築しました。CT-MRI-Linac-ESWLなど最新の診断治療器機を購入し、透析センターも開設し、地域センター病院の地位を不動のものとししました。

私は最初の5年間、田宮イズムに基づく『泌尿器科学』を叩き込まれました。次の10年間は宮本慎一Dr. を交え、道内トップレベルの泌尿器科を目指し働きました。日本泌尿器科学会総会、北海道地方会には必ず演題を出すようにしました。砂

川市の教育委員会にお願いして、5～15歳児の膀胱容量を計測し、学会雑誌に掲載できたことは良き思い出であります。田宮、宮本両Dr. が辞められた後、大学医局からの出張が1人であった時期が4～5年間続きました。この期間が最も辛いときで、手術中に狭心症様症状が出現することもあり＝平林Dr. の世話になりました。当時は、田宮先生が在職されていたときの診療内容を下回らないようにすることを目標としていました。南須原病院長からは、他の大学に応援を頼んでもよい、と云われましたが我慢しました。その後、札幌医大泌尿器科教室からの応援人数も2～3～4人と増え、現在は2年目研修医1人を入れると6人態勢＝昨年の手術件数587、道内でも5本の指に入る泌尿器科となっています。

南須原先生の退職後、小熊先生が院長職に就きました。初めは南須原イズムを継承されていましたが、最近はそのを発展させ、「癌拠点病院－産科小児科のセンター化－病院機能評価の認定－研修医指定病院」と矢継ぎ早にグレードを高め、平成22年「病院新築」に向かっています。その中で泌尿器科は、柳瀬雅裕Dr. を中心に『腎臓移植、腹腔鏡手術、前立腺癌の治療、透析医療など』時代と地域にマッチした診療がなされていくことでしょう。

## 要望として二点

高齢化社会、過疎地、という環境の中で、砂川市立病院が今後数十年さらに活力を維持するには、1) **人事についての『評価委員会』**を発足させ、思いつきや好きとか嫌いとかによる配置換えではなく、可能な限りの公平さを示めすことが大切です。数年後には勤務評価に基づく昇給と手当制度が導入されますから。2) **『患者様』**と呼ぶことは変だと気付くべきである。そもそも、最初にボタンを掛け違ったことから始まったのです。『様』をつけると丁寧だと勘違いをしたこと、お金がゆからなかったこと、であろう。それとも、唯々大衆に迎合したいどこかの政党の影響があったのでしょうか。『様』をつけることを「業務命令です」などと脅かした人がいたことは論外です。反対意見の根拠は、①『様』は、あまりなりたくない立場に置かれている人に対して使う敬称ではないこと ②言葉が丁寧でも受ける扱いがぞんざいだと、うわべだけの態度と感じてしまう、こと ③気持ち悪い、金ずるだとおもわれている……などであります。

このような、職員の生活基盤や診察診療にかかわる問題を改革しなければ、入れものを新築しても、内部＝目標や精神に乱れが生じ、瓦解する恐れが残ります。

最後に、文化と社会構造に関して、日本の一周も二周も先を走っている英国においては、田舎で花を植え、野菜を作り、鳥や動物を飼い、読書をすることが、定年後の究極の贅沢らしい。私はこの4月から、イギリス風「**田園生活**」を実行します。

## 特別寄稿

## 新医師臨床研修制度がもたらしたものの、もたらすもの

Those which the newly introduced post-graduated clinical training system  
for medical practitioners in japan brings and brought about

湊 正意

Masaaki Minato



平成16年に医師の卒後臨床研修が必修化されて2年が経過した。今年4月には第一期生が研修期間を終えそれぞれの研修病院において修了認定を受けたあと、卒後3年目からの後期研修へと新たなステップを踏み始めたこの時期に、この制度の発足に合わせて臨床研修医の受け入れを始めた一市中(市立)病院の臨床研修担当者として、この2年間に起きたことや今後起きるだろうことをまとめておくことは無駄なことではないであろう。研修医たちには、日々の研修の中で経験したこと、知ったこと、感じたことをポートフォリオという形で記録しておくように、そしてそれを振り返りの材料として生かしていくように、と常々指導している立場なのだから。

## 1、我が国の医療システムに・・・

初めから話が少し大き過ぎるかもしれない。しかし地域の一臨床研修病院で研修医たちに満足度の高い研修を提供するために試行錯誤を繰り返してきた“現場”からしか見えてこないこともあるのではないだろうか、と思ひ直し、的外れという批判を覚悟の上で感じたままを書いてみよう。

しかし、以下に書くことはすでに2年前初めて研修医を受け入れたその時点でほとんど直感的に確信していたことではあるのだが・・・

結論から言えば、この制度は自分が医師になってから過去30数年の中では起こり得なかった程の途方もなく大きな医療システムの変革の端緒になるだろう、ということである。難攻不落であり永遠に続くと思われていた“医局システム”の崩壊が始まるのではないかという予感、と端的に言い換えることもできる。

“医局”は法的に実体のない(課税の対象にならない)組織であるにもかかわらず、生涯に亘って医師の人生に大きな影響を与える巨大なシステムであり続けてきた——もちろん大学人として生きるか、勤務医の道を選ぶか、開業医となるかではそれぞれ影響に温度差があったことは当然のこととして——。そのシステムが大学病院内部での本来の機能(研究、教育、臨

床)はもとより、地域医療を支える役割を果たしてきたことは周知の事実であるが、またその同じシステムを維持する原動力の一つとなっていたのが医局すなわち教授に属していた“医師の人事権”であったことも知る人ぞ知る実態であった。そこに出現した新臨床研修制度(以下新制度)はその心臓部に切り込むことが避けられない制度変革であったのである。

話を判り易くするために、まず医学生—研修医側の視点からこの変革を見てみよう。これまでの医局システムのもとでは、①ごく一部の有名研修病院で専門性を身につけた後、望まれてどこかの病院に就職する、②一匹狼として定員の隙間を狙うか慢性的医師不足地域を渡り歩く、③海外に道を見つける、というルート以外はそれほど疑問を持つことなく医局という大きな傘の下に入ることを選択し、その専門科の医師としてのキャリアを一生全うすることがまぼ約束されてきた。ただそれと引き換えに、場合によっては医局人事という名の元の“望まぬ人事”に生活の場が規定され得ること(開業という逃げ道は担保されつつ)も暗黙のうちに了解していたのである。

しかし新制度では、医師としてのキャリアの中でも最も印象的な基盤形成期である卒後2年間の研修病院を自分の意思でそして“医局システム”の外で選べることになったため、医学生は他学部の学生のように自分の将来像を想定し、それに見合った研修病院を探すための就職活動(に近いこと)を行わざるを得なくなった。

そこで明らかになってきたことは、社会からの要請や情勢の変化を敏感に感じ取ったためなのか、あるいは元々そうしたいと望んでいたのに道が無かっただけなのか、彼らが意外に研究者(博士号や大学人を目指す)や専門馬鹿と言われる専門医志向ではなく、プライマリーケア志向を強く持っていたということであった。それに加えて生活基盤の安定も保障されたので、この制度変革は彼らの塞き止められていた意欲を解放つかのごとく作用し、自分の想定する医師像になるべく早く到達するためには“医局システム”に属することよりも、ありふれた疾患の症例数が多い施設での研修に価値観を置き始めたの

である。もちろん地域差や個人差は厳然として存在するのであるが(全体的に北海道の動向は本州の先進地域に較べて2年ほど遅れるものと感じていたが、昨今の情報社会ではそんなに悠長には動かないのかもしれない)、大学病院での研修でプライマリーケア能力が培われると信じている関係者はほとんど誰もいないのである。

その総体の結果として、大学病院で初期研修をする研修医の比率がマッチング導入前の7割から3年目で5割を切るという現実を生んだ。地域差・個人差の要因についてひとつ付け加えれば、現在の段階に至れば、市中研修病院を選ぶ学生・研修医の中では制度変革をチャンスと捉えて積極的に自己のキャリアアップを目指す意欲的な人たちが多数派で、生活を抱えて待遇の良さを第一条件として考える一団が少数派として存在する、そして大学病院にはいわゆるマイナー科を専攻する人たち(たすきがけ方式で一年次市中病院に出て二年次自分の専門科を選択して回れるというメリットが残る)や希望する市中病院の選択肢(や定員枠)が狭いため滑り止めの入るグループ、そしてごく少数派の研究者としての大学人を目指す一団が残るという構図が出来上がってきているのではないかと思われる。

しかし2年前の新制度発足当初は、卒後2年間のみに選択の自由が与えられただけでも大きな変革であり“医局システムの崩壊”といってもまだ端緒が見えただけ、巨大システムがもしかしたら蟻の一穴から崩れ落ちる可能性が出てきたという程度の認識であったし、一般的にそれほど現実感は無かったのである。ところが現状はどうであろう。

ここで視点を医局(≒大学病院:少し前までは大学病院は単に医局の集合体でしかなかったが、大学病院の中でも勝ち組となりつつある一部の病院では、強固だった医局の壁を突き破って“大学病院としての組織”を確立しようとしている)の側に変えてみることにしよう。彼らにとって2年間安価な病棟底辺労働者としての新卒研修医(一部は市中病院での研修のため外に出していたのだろうが)が全く入局してこないことは——実際にしわ寄せを受けたのは新制度に乗り遅れた卒後3年目以上の医員たちではあったにせよ——大変な事態だったに違いない。しかし、2年間我慢さえすれば研修医は以前のように医局に戻ってきてくれると信じて疑っていなかったふしがある。有名研修病院が目白押しの本州大都市圏であればもう少し危機感を持てたのだろうが、市中研修病院がそれほど育ってきていなかった北海道では特に、である。

しかし、時代の変化のスピードは彼らの想像の範囲を超えていたようだ。2年後には“入局”してくれるだろうと高を括っていたのだが、“入局”という言葉さえあつという間に死語化し“後期研修”という言葉に取って代わられつつあるのだから…。実際の一期生の動態は今の時点ではまだ確定的には伝わってきてはいないが、昨年行われたいくつかのアンケート結果から予想することはできそうである。いわく浜松の有名研修病院では他院からの流入組を含めて20名の後期研修医が決まっ

た、神戸の大市民病院では16名の2年次研修医のうち大学病院に戻るののは僅か2名である、元々卒後2年間の初期研修を市中病院で行うシステムを作り上げ今回の新制度のモデルとなったとも言われている名古屋大、東北大でさえ今年4月にどれだけ戻ってきてくれるか戦々恐々としている、などなど。北海道だけは“自分の周りの研修医はほとんど大学へ行くようです”というコメントも漏れてくるが、それでも各大学、各“医局・診療科”によって大きな格差が結果として表れる可能性がある。そしてその格差を生む時代的な要素としては“仕事がつまみ過ぎない”がキーワードである。進路を昨夏の段階で決めていなかった半数の2年次のうち大部分は“夜起こされない(当直の無い)科”を選ぶとアンケートに答えていたり、自分たちのQOL=QOML(Quality of my Life)という言葉が大手を振ってまかり通る時代では、ハードな職場の代名詞である産婦人科、小児科、移植外科などを中心とした“医局”は北海道でも厳しい状況が予想されている。初年度全国平均で6割であった大学病院での初期研修医比率を2年後の今年4月、大学の看板である専門研修を売りにできる後期研修に入ってもなお7割に戻せなかったら、変化のスピードや大きさは想像を超えたレベルになると考えておくべきだろう。ましてや6割を維持することすらできないとしたら…。

要するに、新制度の研修医が後期研修に入った後もすべての“医局”の経営が今まで通り成り立つという保障は全く無くなってしまったのである。そしてこのことの意味は我が国の医療システムにとって計り知れないほど大きい。“医局”には人事権を行使できる駒(人材)が少なくなり、“医局”に派遣を頼っていた地域の病院には医師が来なくなる。つまり、“医局”権力の源の一角が消失するとともに、我が国において病院への医師派遣を支えてきたシステムが根底から崩れ落ちるのである。

ところで厚生労働省がこの新制度を導入するに当たって、影響が単に医師の初期研修だけに留まると考えていたとは思われない。逆に、医師の派遣システムを“医局”から引き剥がしたい、と望んでいたようにさえ思える。他方、新制度の導入に際して、疑問を感じながらも加担してしまった大学人たち(および文部科学省)は、今さらのように「新制度を白紙に戻せ！」と遠吠えしているらしいが、これほどまでに事が急展開するとは読めていなかった(旧来のシステムの堅牢さを過信し過ぎた)先見性の無さこそが問題であったろう。ここに至って(平成17年度予算で)、文部科学省が大学病院の申請により「地域医療などの社会的ニーズに対応した医療人教育プログラム」なるものを20件選定し(北海道では北大と札幌医大が選定された)、1件当たり3~4千万円税金をつぎ込む事態はあまりに場当たり的かつばらまきの客観的に見てあまりうまく行きそうもない。

医学生・研修医側にとってみれば、自分の将来を自ら選べる代わりに大人としての自立精神が求められる訳であるが(それまでがぬるま湯過ぎたとも言えるが)、自由主義社会では遅きに失したと主張できないこともない。しかしその“自由”は不

可避的に偏在を生む。ただでさえ医師の地域偏在(大都市集中)・診療科偏在が社会問題となっている昨今、折角“自由”を手に入れたばかりの彼らをも納得させる偏在解消策などあるのだろうか？入学選抜時に地域枠や診療科枠を設ける、奨学金で釣る、きつい診療科の労働条件の改善を図るなどの誰でも思いつきそうな対策の効果は限定的であろう。そこで厚生労働省は、公立・公的病院に対して知事が僻地の医療機関への支援を命じる権限を与える医療法改正案を平成18年1月の国会に提出することを決めたと(平成18年1月4日付朝日新聞、その後関連情報は全く漏れてこないが)。罰則規定は無いので、インセンティブは補助金の増減だそうだが、いかにも後手を踏んでいる印象はぬぐい切れない。

しかし、この後“医局”の医師派遣システムに代わるものとしてイメージできるものがあるとすれば、医局が市中病院のレベルまで降りてきて対等な立場での地域ニーズに合った統合システムを構築するか、結局のところ今後研修医を含めた医師を多く集めることができる近未来の有名市中研修病院が地域センター病院機能を兼備し、日常医療圏内での医療機関ネットワークを通して命令されなくても医師を融通し合うという構図がもっとも現実的ではないかと思われる。

これが絵に描いた餅となるか、現実へ向かって行くかは、我々のような市中研修病院がどれくらい研修システムを充実させていけるか、“医局”または大学病院がどれだけ研修医に顔を向けた組織改革ができるか、そして医学生・研修医が7、8年後を見据えてキャリアアップを計る上で満足度の高い研修病院はどこなのか、に掛かっていると思われるのだが、“医局”の逆襲はあるのだろうか？いずれにしても、システムの移行期(あるいは混乱期)が発生してしまうことは避けられそうもない。

## 2、北海道の医療システムに・・・

北海道は広域に中小病院が散らばっているという特徴がありその功罪については議論の真最中である。しかも北海道開拓使以来、親方日の丸(公共事業または税金)で生活する習慣がこびりついてきた道民性は、医師派遣システムでもほぼ完全に医療界の親方である“医局”への依存体質を温存してきた。数年前にはこのシステムに絡んで“自治体から医局への寄付金”問題や“医師の名義貸し”問題が表面化し、道の肝いりで形の上では公的で透明性の高い協議会が設置されたが、それが実質的に機能しているかどうかはよく分からない。大体当事者である医局や地域の自治体のみならず、監督官庁である道や厚生労働省(大学病院の財政という意味では文部科学省も含め)が何十年にも亘って黙認してきた“丸く収まる”システムだったのだから、お金の問題は別にして、取って代わることでできる新しいシステムが一朝一夕に出来上がるとは信じられていなかったのである。最近地域の病院が民間の医師“手配師”に簡単に騙されてしまったという詐欺事件が報道されていたがこれも北海道の地域医療の一面なのであろう。

一方、新制度導入当初は、2年間は入局者がゼロになるため人的に余裕のない医局からは派遣病院からの引き上げ問題が発生するだろうが、いわゆる後期研修に入る時点で研修医が医局に戻ればほぼ元の医局経営に戻るだろうからそれほど大きな影響は無いだろうと考えられていた。北海道の研修医も道民体質を受け継いでいるだろうし、本州ほど医局離れは進まないであろう、実際医局に代わる受け入れ先となり得る研修病院も数えるほどしか育って来てはいなかったのだし・・・と。

それが、もしかしたら今年4月に本州の大都市圏で吹くかもしれない風が、想定より早く、例えば来年にでも北海道でも吹いてしまったら、市中研修病院が育っていないからなどと悠長なことを言っている間に研修医の道外流出を招いてしまうのが落ちであろう。

現実、北海道の医局の中でも飛び抜けて多くの過疎地域に医師を派遣し続けてきた大医局では——それに比例してかマスコミからの叩かれ方が尋常ではなかったが——今年4月に入る後期研修医がわずか2、3人だとの噂も耳にする。もちろん自助努力のあり方にも問題が無かったとは言えないだろうが、このままでは近い将来、自科の診療を維持することすら覚束なくなる訳であり医師派遣どころではなくなるのである。市中研修病院側の後期研修システム確立へ向けての努力とともに、医局側も入局10年後にどのようなキャリア達成の道があるのか、例えば博士号、研究者、大学人だけではなく、留学や専門医から臨床医としての就職への道まで、いくつかの可能性についてホームページ等で明確に指し示すことが危急の課題である。

前節最後に書いたような新たな医師派遣システムが北海道で確立するのは、実のところいつの事になるのかまだ想像も出来ない。全国自治体病院協議会が音頭を取り、それに厚生労働省や総務省も乗っかって北海道でも自治体病院機能の“分化と連携”政策が緩々ではあるが具体的に動き始めたが、医師が来なければ病院経営は成り立たないのであって、いわゆる地域ごとの病院ネットワーク化が強いられて進まざるを得ないかもしれない。またこのような状況下で医師確保の確実性の目途が立たないまま、建物だけ建て替えようと計画している自治体もあるかに聞かすが、明確な目算があつてのことなのだろうか？

## 3、砂川市立病院に・・・

30数年前、私が今の学生達とは比べものにならないほどの知識不足のまま外科医としての第一歩を踏み出した時、まず医局から派遣されたのは市中病院であった。つまり、医師として初めの2、3年は大学病院より市中病院の方がはるかに勉強になると、関係者の間では当然のように信じられていたのである。それがいつの頃からか、卒後1年目は医局の雰囲気慣れるため、基礎研修のためと称されて主に雑用係として大学病院で研修するようになっていった。

卒前臨床教育が不十分なまま医師免許を持たざるを得ない日本の医師にとって、そのキャリアの一年目をどこでどう過ごすかがその後の医師人生を規定してしまいかねない重みを持っている。ところが新制度はまずもって、たださえ日常業務で忙しい勤務医(市中研修病院の指導医層)に一年目の医師教育という荷の重い仕事が増えることを意味した。当院でそんなことが可能なのだろうか？研修医の指導を仕事の一部と考えてくれるのだろうか？というのが始まる前の感想であったが、情勢分析の中から急性期病院として生き残っていくためには「やる」のが唯一の選択肢であると院長は判断し、平成16年度新制度開始に合わせてとりあえず数人の中核メンバーが走り出したのである。

まずここで大きく影響したのが国立保健医療科学院や全自治体主催の「臨床研修指導者講習会」への参加であった。この二泊三日の缶詰講習会は医師としてそれまで経験のなかったワークショップ形式が非常に新鮮だったうえ、教育学なるもののさわり部分を初めて知り、全国に同じ意欲と不安を持った同志が沢山いることに勇気付けられ、副産物として研修医教育に止まらない医療マネジメント領域全般への強い関心を指導医層(の一部)に喚起した。また、ちょうど病院機能評価の訪問審査を受審したばかりで職種間の連携意識が高まっていた時期であったことも幸いし、初年度5人の一年次研修医を迎えて早々、ほぼすべての職種が参加して二週間のオリエンテーションを敢行した。“敢行”は大げさかもしれないが、どこにもお手本の無い中、全病院職員が一丸となって研修医教育に当たることを具体的に示すため、よし悪しの結果を心配する前にまず行動してみることにしたのである。そして、救急急病センターでは今まで経験のなかった研修医とペアでの日当直、いずれも週1回であるが早起きしての日当直フィードバック、APCジャーナルクラブ抄読会と昼のミニレクチャー、月1回のポートフォリオ・フィードバックと指導医・上級医たちは不満が無いわけではないのであろうが全般的に非常に協力的であった。プライドの高い彼らが、誰かに言われたくらいでこんなに協力的になれるものなのか、懐疑主義者の私には訝しく思えるほどであった。

そうして今、2年が経過した時点で言えることは、1)目の前で成長していく研修医を見ることによる達成感や純粋に患者のため地域住民のためさらには国民のために教えるという“無償の行為”感覚の中で、基本的に指導医・上級医たちは“教えたがっていた”のではないかと、2)“教える場”を適度に提供することにより、彼らも向上せざるを得なかった、3)その患者にとって何が良い医療かを考え続け、自分の能力を高めつつ、充実感を感得出来る指導医は、“教えよう”と意識しなくても、そのまま研修医にとってのロールモデルになっていた、ということである。

忙しい指導医とは患者をたくさん診ている(患者が集まってくる)医師ということであるが、そういう指導医にこそ研修医は学びたいと思っている、そして彼らはますます忙しくなるという構

造的矛盾がある。それでもなお、研修医が集まると病院に活気と刺激が生まれ、お互いに勉強し合うという風土が根付いていくのであるから、いずれ、我々の病院で研修したことを誇りに思ってもらえるなら(そのことこそ我々が目指していることなのだが)今の忙しさは許容の範囲と思えなくもない、というあたりが現状微妙な指導医層の思いなのではないだろうか。ただ、一つだけ付け加えておけば、「研修医を予め戦力としては考えない」という大原則は守りつつ、「戦力となってしまった研修医を有難く思っている」診療科が存在することも事実である。

しかし、上記のことはひとり指導医層にのみ言えることではない。病院全体が、もちろんコメディカルを含めて極めて忙しい相対的人員不足の当院では、どの職種にとっても研修医が仕事を増やす存在となり得るのであるが、その忙しさ(単位職員あたりの仕事量)が研修医の研修密度(満足度)を増しているという表裏一体の関係にある。当初は仕事を増やす存在でも、的確に指導し実力をアップさせることにより大化けして仕事を軽くする存在になり得ること、そして彼ら自身戦力に数えられ当てにされることを大きなモチベーションとしていることを熟知した上で、全職員が寛容な精神で見守り、知っていることを惜しげもなく注ぎ込むことが病院にとっても重要なことなのである。

#### 4、これからのすべての医師に・・・

ともかくにも功罪ともごもの新制度は走り始めてしまった。大学病院関係者、特に潰れてしまうことさえ真剣に危惧している地方大学病院から悲痛な叫び声が聞こえてくる。しかし、この新制度に関して、指導医の85%が「評価」または「条件付評価」とし、研修医の52%が「満足」(「不満足」は14%)と答えている(じほう社アンケート、平成17年11月)事実も重く、既に決して後戻りできない状況となってきていることを自覚しなければならない。地域の医師不足の原因を一元的にこの新制度に帰するマスコミのワンパターンの論調に与することなく、少しずつ先を読みながら前に進む選択肢しかないのである。「希望格差社会」「下流社会」などの階層論、ましてや「勝ち組、負け組」という二元論には違和感を覚えるが、日本の医療界でかつてなかったほど急速で大きな変化が始まろうとしている今、この先“ただその場に止まっていること”自体が死を招き、「生き残り組と死に組」にくっきり分かれていってしまう予感さえある。何しろ厚生労働省は一般病床約90万床を半減させようと目論んでいる訳なのだから、病院がいくら潰れようと(本心では)高みの見物である。医療過疎地でさえ急性期病院は二次医療圏にひとつ、センター病院が残れば良いと考えている可能性だってある。ましてや大学病院は管轄外なのである。突然自由を与えられて戸惑いつつも徐々に自立歩行を始めようとしている医学生・研修医たち、彼らをこれまで突然受け入れることになったがやってみると意外にやりがいを感じている市中研修病院の指導医たち、新たに当事者となった者たちが前

向きに捉えている制度改革はおそらく正しい方向へ向かっているのだと思う。逆に後ろ向きに捉えざるを得ない者たちは、数十年続いた馴れ合い的、ぬるま湯的かつ不合理なシステムから既得権として当たり前のように恩恵を享受してきた、そして変化や改革に対応しきれない組織や医師たちだろう。我々は“やっていることが良いことだ”と実感できるからこそ、多少労働環境が厳しくても“さらに良い方向”へ努力を続けることができる。そして日々の積み重ねの結果が“生き残り組”として現れるなら、それに越したことはない。“死にそうな組”に対する“緩和ケア”はお役所に任せておけばよいのだから。

## 5. おわりに

当院における今後の課題を以下にまとめておこう。

- 1) どちらかという現場主義に傾きがちな研修内容に、できるだけ論理的・合理的で系統だった研修プログラムによる“形”を付け加えていくこと。
- 2) 研修医が研修に集中できる研修環境をさらに整備し、指導医の意識や熱意を含む総合力としての研修指導力を確固たるものにして、研修の“質”をさらに高めていくこと。
- 3) 指導医として熱意だけでは足りない部分、すなわち具体的な“教え方”を学ぶこと。
  - ・研修医の個別性や発展段階を把握した上での段階的指導
  - ・研修医の意欲を高める手法 など
- 4) 指導医の地位を経済的にも労働環境的にも確立していくこと。

平成18年1月15日 記

平成18年4月 8日 修正

## 6. 追記

平成18年1月20日提出締め切りで書いたこの原稿が平成18年6月にまだ最終校正の段階であるとは全く予想もしていなかったため、原稿の内容が世の中の動向に付いていっていない状況になってしまった。特に、平成18年4月新制度第一期生がどのように後期研修先を選択したかについての情報がいくつか集まってきているので追記しておきたい。

まず、全国の大学病院を後期研修先として選んだ研修医は、2年前に初期研修で大学病院を選んだ58.8%からさらに減少して51.2%となったことが明らかになり、本文中の私の予想の最悪の(大学病院にとって)パターンとなってしまった。一般的には(大学側の希望的観測でも)初期研修ではプライマリケアの修練を目指して大学から出ても専門研修が主体となる後期では少なくとも大学へ戻ってくる研修医の方が多いのではと考えられていただけに、逆に減ったとなると、地殻変動といっても良いような急激な変化(移動)が起きていると考えざるを得ない。また、大学病院間の格差も非常に拡大しており、2年前と較べて後期研修医数が4割以上減少した大学病院が10病院を数える(最大は某国立地方大学病院の62%減)。一方、最大の勝ち組といえる東京大学医学部附属病院では何と

約190人の後期研修医を採用したとのことだが、彼らの生の声を聞くと、大学病院内での研修だけが魅力的ではなく首都圏に数多く存在する東大の関連病院としての有名市中病院での研修に惹きつけられていることが見え隠れする。つまり結局のところ研修医の大都市圏有名病院志向が東大病院の数字となって表われているに過ぎないのかもしれない。しかし市中病院には、厳しい経営環境の中で採用できる医師数に自ずと限界がある。近い将来、それらの病院で大学病院(医局)派遣枠と病院独自での採用枠がシッピングし“椅子取りゲーム”になる可能性が高い。その場合、医局に所属しながら派遣医を続けることは、固定医枠が徐々に減少していくというリスクを背負うだろう。そうやって初めて、溢れ出た中堅医師が地域の病院へ拡散していくのだろうか？

北海道の状況はというと、出入りは当然あるにせよ、道内3大学病院合わせて2年前の初期研修医数とほぼ同数の後期研修医(215人＝道内の医学部入学定員の74.1%)を確保したという。やはり動き方は全国平均の1、2年遅れなのだろうか。しかし、今や津軽海峡など往ってないようなものである。道内の市中研修病院が後期研修の質・定員数ともに充実させていかなければ、後期研修以降でもさらに幅広いプライマリケア能力を基礎にしながら専門研修も修めたいと考える“非医局型”若手医師を道外に飛び出させるだけであろう。初期研修医でさえ、道内市中病院が彼らの非大学病院志向を受け止めきれず、道内全体の研修医数を今年度は前年比23人減らしているという現実があるのだから。

幸い当院は3年前ゼロから準備を始めたにも拘らず、学生に対する説明会での反応が年々良くなり、今年4月の道主催「臨床研修病院プレゼンテーション」の出口調査で“特によかった病院”の第一位となった。しかし、いくらマスコミが取材に来てくれ知名度がアップしても、一学年の定員は最大8名である。“医師を選ぶ”というこれまで考えることさえ出来なかった贅沢な悩みは“生まれいずる”ことになるかもしれないが、北海道全体のことを考えると、道内すべての研修病院、大学病院が力を合わせてそれぞれの研修内容の質を上げ、特に後期研修では何らかの連携システムを構築していかなければジリ貧となっていくだろうことは目に見えているのだが……。それにしても3大学病院のどれにも、本当の意味での危機感が感じられないのはどうしたことだろうか？

平成18年6月8日記

## 特別寄稿

# 砂川市立病院附属看護専門学校開設15周年

Sunagawa Medical Center Nursing School's 15th anniversary

—開設からの歩みと今後の課題について—

三浦美恵子

Mieko Miura



本校は、看護師として必要な知識、技術、態度を修得するとともに、豊かな人間性と見識を養い、地域医療の発展に貢献できる看護師を育成することを目的として、平成3年4月に開設された、3年課程の看護専門学校です。15年の節目に開設からの歩みと今後の課題について報告致します。

## I. 学校の沿革

### 1. 平成2年のカリキュラム改正

昭和43年に改正された後、20年が経過しました。この間日本の人口構成は急速に高齢化が進み国民の医療ニーズに対応できるように昭和62年4月の看護制度検討会報告書が出されました。改正の主旨は、(1)高齢化する人口構成(2)国民の健康への関心の高まり(3)医療の高度化に対応できる「判断能力」「応用能力」「問題解決能力」が身につくように考えたということでした。科目構成が「基礎科目」「専門基礎科目」「専門科目」となり、高齢化社会に対応できるよう「老人看護学」が新たに科目でたてられました。さらに成人、小児、母性の各看護学のなかに継続看護や在宅看護の授業内容が入りました。また、疾病予防、健康教育、リハビリテーション、ターミナルケアを含めた基礎的知識が重視されました。各看護学には、「概論」「保健」「臨床看護」の3つの構成となり「臨床看護学総論」で患者様の経過別看護に対する急性期、慢性期、リハビリテーション、ターミナルケアの理論を学び、それから主要症状別看護等、総論を教授し各看護学に連動させました。

### 2. 平成7年度卒業生から専門士の称号授与

平成7年1月、専修学校の専門課程の修了者に対する専門士の称号の付与に関する規定(文部省告示)に基づき、平成7年度卒業生より卒業証書とともに専門士(看護専門課程)の称号が授与されました。

### 3. 平成9年のカリキュラム改正

平成6年厚生大臣の諮問機関である、少子・高齢社会看護

問題検討会により、看護基礎教育の充実が報告されました。

#### 1) 大学等高等教育の充実

在宅医療、訪問看護、高度・専門医療に対応できる人材の育成の点から大学が看護職員養成の主流になるため大学・大学院の整備を要請するとともに、養成所卒業生が大学へ編入できる措置が提言されました。

#### 2) 養成所の魅力向上

養成所の施設、教員、実習施設等の充実として専任教員の配置基準を学級担任から専門領域の担当へと変更されました。

#### 3) カリキュラムの充実

時間制から単位制に変更され、教育内容の充実として在宅看護論・精神看護学が科目として独立しました。

この内容を受けて平成9年度のカリキュラム変更に伴い、卒業生の特性を明確にし、教員全員でカリキュラムを作成しました。主要概念「人間」「健康」「環境」「看護」「教育」を確認し各看護学の教科内容は、改正カリキュラムのねらいから内容精選をしました。

### 4. 平成10年学校教育法改正(大学編入)

それまで大学への編入は、短大卒業が条件でしたが、専門学校が単位制を導入したことで平成10年の学校教育法改正により、平成11年4月から専門学校生の大学編入の道が開かれました。当校の卒業生が天使大学看護栄養学部看護学科の3年編入試験を受け平成15年に入学しました。

## II. 教育理念(平成9年以降)

### 教育理念

現代の社会は、人間の尊厳と権利を尊重し、QOL(生活の質・生命の質)を重視した医療を求めている。

看護は、科学的思考と人間関係を基盤として、よりよい健康を目指し環境に適応するように生活に働きかける実践である。

看護師は、人間を理解し、その人の生活をふまえ、健康評価し、もてる力を最大限に発揮できるように安全な看護を実践する能力を身につけていなければならない。

本校は、広い視野にたつて社会に目を向け、看護学を探求し、自ら人間として成熟できる人の育成を目指している。

### 教育目的

豊かな人間性と倫理観を養い、看護を実践するための基礎的能力を修得し、専門職業人としての自ら成長し続け、地域医療の発展に貢献できる看護師を育成する。

### 教育目標

1. 対象をかたがえのない存在として理解し、生命を尊重する態度を養う。
2. 科学的思考に基づき、あらゆる対象によりよい健康を目指した看護が実践できる能力を養う。
3. 倫理観をもち、質の高い看護が実践できる。
4. 自己を理解し、他者を尊重したうえで、人間関係を発展させることができる。
5. 保健医療福祉チームの一員として、他職種との協働を理解し、責任ある態度を養う。
6. 自己の看護観を明らかにし、発展できる。
7. 主体的に学び続ける姿勢をもち、自己成長できる。

看護師教育の基本的考え方の(1)人間を身体的・精神的・社会的に統合された存在として、幅広く理解する能力を養う。(2)人々の健康を自然・社会・文化的環境とのダイナミックな相互作用及び心身相関の観点から理解する能力を養う。(3)人々の多様な価値観を認識し、専門職業人としての共感的態度及び倫理に基づいた行動ができる能力を養う。(4)人々の健康上の問題を解決するため、科学的根拠に基づいた看護を実践できる基礎的能力を養う。(5)健康の保持増進、疾病予防と治療、リハビリテーション、ターミナルケア等、健康の状態に応じた看護を実践するための基礎的能力を養う。(6)人々が社会資源を活用できるよう、保健医療福祉制度を統合的に理解し、それらを調整する能力を養う。これら5つの柱に基づき3年間の修業年限で修得すべき能力について検討し教育内容を精選いたしました。

### Ⅲ. ボランティア活動

本校は、母子通園センター親子合宿、老人スポーツ大会、健康まつり砂川市複合福祉祭、健康講座、身体障害者スポー

ツ大会、ふれあいフェスタ等1~3年生がボランティア活動を行っています。昨今ボランティアを行う場合活動内容や効果など、する側とそれを受ける側が、常に点検し、確認しながら進めて行くことが大切といわれています。今後も学生には、詳細に内容を伝えボランティア活動の最も大切な要件である自発的(主体的)に社会貢献しつづけるよう指導したいと考えております。

ここでは、1995年1月17日の死者5,500人を越える阪神淡路大震災のボランティア活動について紹介いたします。1995年1月17日は、冬季休暇が終わり始業の日でした。学生は自分たちにできることを模索しながら、結局義援金を送るという手段しか持ちあわせていませんでした。まして、学年末の講義や実習におわれる時期ですので学校を離れるわけにいきませんでした。そういったジレンマの中、春季休暇のボランティアを募ったところ13名の申し出がありました。3月10日に終業し3月12日専任教員3名と6日間Y小学校でボランティア活動を行いました。被災から2ヶ月が過ぎた現地では、物資はある程度充足し、電気や水も普及しておりました。被災者のニーズは、生命を守るためのものから、長引く避難所生活で蓄積された心身の苦痛に関するものに変化していました。そのような中、学生は、被災者の方とお話することで、最初は、自分たちが役に立っているのか自信がなかったと思います。ある日、被災者の方を訪問すると「今、少し頭が痛い」と訴える方がいました。その方と地震の話や北海道の話、神戸の話などして1時間くらい過ごしたあと「あなたたちと話をしていたら、頭が痛かったのがなくなったよ、やはり気の持ちようですね」といわれてから、訪問することに手ごたえを感じるようになりました。短い期間でしたが、なんとか役に立ちたいと関わった体験を通して一回り成長した姿を教員にみせてくれました。この体験は、1995年9月号の看護教育に牧野が投稿しています。

### Ⅳ. 特別講義からの学び

広い視野で看護を捉え、専門職としての意識を高めるという目的で1・2年と3年生を対象に講演会を年1回ずつ実施しております。ここでは、天使大学看護栄養学部 沢 禮子先生の「看護とは」の講演後の学生の感想を紹介いたします。

人間は、愛し合うものとして創られたということは、相手のことをケアするだけでなく、自分もケアされるという一方的でない、相互身体性の看護につながることを知り、人との関係について考えを深めることができました

「隣人をあなた自身のように愛せよ」については、周囲の人に配慮の気持ちを持つことであると改めて知り、そのためには、自分自身を愛することが必要だとわかりました。すなわち自分のよい面、悪い面を受け入れることが大切だと気づきました。自分を愛することで、他人を愛することが出来ることが今回の講演で理解することが出来ました・・・略

学生は、講演を通して人間の尊厳の意味を具体的に理解することができました。特別講演は、学生が看護について見識を深める機会につながっております。

さらに、平成17年度初めて、異文化理解というテーマで趙先生(中国語教師)に講演をしていただきましたが、講演後学生は世界に視野を広げていこうと考えるようになりました。今後も学生の視野が広がる機会を持ちたいと思います。

## V. 日本の文化

平成9年のカリキュラム改正に伴い日本の文化という科目を開講しました。茶道、日本舞踊、弓道、神輿、手打ちそばを学ぶことが出来ます。ここでは茶道について紹介いたします。学生は、最初先生がきれいに歩いている姿をみると、あんな歩き方をしてみたいという憧れとか、所作の美に感激します。特に、お辞儀については、先生はきちんと教えます。「真・行・草」のお辞儀について学びます。草は真ほどお辞儀の姿は、丁寧ではありませんが、心は「真」でなければならないということに看護との共通点を感じ取ります。日本の文化に対する愛着、愛情を持つということは、同時に他の文化の人達の自国に対して持っている愛着、愛情を理解することに繋がると思います。それが、他者理解になると考えます。学生は日本の文化を学ぶことで、いかに日本について理解していなかったか気づくと同時に日本の文化の共通するところは、礼節である事を感じとります。本校は、学校茶道に所属しており学生の作文が入選した実績をもっております。また、毎年学校茶道が開催される茶会でお点前を披露する機会があります。これからも講師の先生のご協力を戴きながら日本の文化を学生に伝えたいと思います。

## VI. 自治会活動について

自治会活動は、看護の日・スポーツ交流会・奈井江学園交流会・看護決意式があります。ここでは、看護決意式について紹介いたします。1年生が半年を経ちますと実習や講義を通して看護することの楽しさや難しさを実感してまいります。そういった時期に、個々が目指す看護師像に向かって新たに決意を固めるとともにお世話になった方々への感謝の気持ちをこめて決意式に臨みます。平成16年度までは看護決意式のみでしたが、平成17年度は御両親にベトナム・血圧測定・シーツ交換を見ていただきました。今回の企画は、学生のがんばりを見ることができいい機会になったと思います。看護決意式までのプロセスは1年生が成長するいい機会でありまた自治会の力量が試される場ともなっております。

## VII. 臨床指導委員会について

臨床指導委員会は3年課程開設に伴い、臨床と学校がお互いの立場を理解し、一貫した指導が行えるよう協力体制を整えることをねらいとして発足しました。委員会では指導業務について、各実習に共通するものを取り上げ、指導業務の目的

や留意点について検討を重ね「臨床指導の手引き」を作成し指導者の指導や学生理解の為に活用されてきました。さらに平成9年のカリキュラムの改正に伴い改訂をおこないました。内容は、実習の意義・指導者の役割・受け持ち患者様について・実習の物品について・連絡、調整・オリエンテーション・実習態度・実習記録・看護記録・カンファレンスについて見直し各部署で活用しております。月1回の臨床指導委員会は、臨床と学校の協力体制のもと実習説明会、実習反省会、臨床指導者研修会を実施しております。特に実習指導案についての研修会は継続されており教育的立場で学生の持っている力を引き出し成長させる指導技術の向上に繋がっております。平成17年は、教員・指導者が一緒に指導案作成・実施・評価まで行いました。今後も指導案についての研修は継続し教員・指導者の資質向上につなげたいと考えております。

## VIII. 市内高等学校との連携

看護系進学者への説明を行い進学者への動機づけに貢献してまいりましたが、平成16年は、実習反省会の発表の聴講の機会を設けました。さらに平成17年度は、沐浴、寝衣交換の見学、グループワークの見学と授業内容を体験できるようにいたしました。その結果進学者の動機が固まったのは言うまでもありません。また、性について講演する機会を与えていただき性についての認識の変化や正しい知識の理解につなげることが出来ました。平成18年度新たに高等学校の科目に看護学概論が加わるとのことで、看護師を目指す高校生の動機づけがさらに高められるよう協力したいと考えております。

## IX. 2000年－2005年の看護・看護教育の動向と教育内容について

21世紀を迎え、看護医療福祉の状況はめまぐるしく変化してまいりました。超高齢・小児化社会への対応、生活習慣病の増加に対する予防法、医療技術の高度化に伴う教育、情報化社会に伴うプライバシーの保護、多様化する国民のニーズに対応する看護体制の整備など、早急に対処しなければならない課題をかかえております。その様な中現在の医療現場では高度・複雑な医療が展開されており、看護基礎教育を終了した学生は卒業後早い時期から診療の補助技術を実践することが求められています。2002年9月に厚生労働省から出された「看護師等による静脈注射の実施について」では、看護師による静脈注射の実施は「診療の補助行為の範疇として取り扱うもの」と行政解釈が変更されました。そこで静脈注射の技術を段階的につけられるように、学生、指導者、教員が技術項目を共有化しております。さらに、厚生労働省から出されました技術水準を基に学生が卒業まで到達できるよう教育内容を変更しております。厚生労働省は、2002年の医療安全対策検討会報告書をもとに安全対策を推進しております。本校におきましては、患者の権利宣言、看護師の倫理綱領、ハットしたりドキドキした場面の振り返りを基にリスク感性が高まるよう教授

しております。2005年4月から個人情報保護法が全面実施されましたが、学校の取り組みと致しましては、専門職として個人情報適切に取扱いよう教育してまいりました。5年間の間に看護医療福祉の状況は、利用者を中心としたサービスへと変換しております。今後も利用者・家族が看護を選択、決定する為の情報提供、安全で安心できる看護を提供できる人材の育成の為教育内容を充実させたいと考えます。

#### X.今後の課題

2003年7月、厚生労働省より「看護師養成所の教育活動等に関する自己評価指針」が出されました。この指針を基に看護教育の場で、教育の自己点検・自己評価の取り組みが広がっております。自己点検・自己評価への取り組みは、まず「取り組み始めること」「試行錯誤しながら進めること」に意義があるといわれています。本校におきましても平成17年から教育活動等の自己評価を実施している段階です。今後は結果を教育活動に活かして教育の質を向上させたいと思います。

#### おわりに

本校は、砂川市立病院の関係各位及び砂川市民の協力によって発展してまいりました。特に病院及び市内の施設関係者に支えられ学生は日々成長しております。この場をかりて厚く御礼申し上げます。学生の資質も年々変化しておりますが、学生の可能性が発揮できるとともに社会のニーズに応えられる学生を育てていきたいと思っております。

今回、投稿の機会をいただいた岩木先生に感謝申し上げます。振り返ることで今後の課題を明らかにすることが出来ました。投稿に当たりご協力いただいた関係各位および専任教員の皆様に深く感謝いたします。

#### 砂川市立病院附属看護専門学校卒業生

卒業年	回生	卒業生数	砂川市立病院就職	病院就職等	進学
平成6年	1	34	34	0	
平成7年	2	32	32	0	
平成8年	3	34	34	0	
平成9年	4	35	28	6	1
平成10年	5	38	30	7	1
平成11年	6	34	29	3	2
平成12年	7	31	15	15	1
平成13年	8	31	17	13	1
平成14年	9	29	17	11	1
平成15年	10	32	16	14	2
平成16年	11	35	19	14	2
平成17年	12	25	12	12	1

#### 平成18年1月1日在籍数(112名)

回生	在籍数
13期生	37名
14期生	41名
15期生	34名

▼看護決意式



▼看護決意式前両親に学習成果披露



# キャッチ

Smile

Universe

Never give up

Active

Gentle

Assertive

Warm attitude

Amenity

高校生の学校見学・沐浴演習▼



# フリーズ

すてきな笑顔

宇宙的な視野

決してあきらめない

積極性

優しい対応

さわやかな自己主張

あたたかい態度

快適な環境づくり



▲スポーツ交流会・大縄とび



▲看護の日・市民に看護の日アピール

▼高校生の学校見学



## 症 例

# 巨大嚢胞を呈した膵管内乳頭粘液性腺癌の1例

A case of intraductal papillary-mucinous carcinoma of the pancreas with large cysts

本間 理央

Rio Honma

廣海 弘光

Hiromitsu Hiroumi

吉田 行範

Yukinori Yoshida

渡部 直己

Naomi Watanabe

岸澤 有華

Yuka Kishizawa

日下 大隆

Hiroataka Kusaka

鈴木 誉也

Takaya Suzuki

小熊 豊

Yutaka Oguma

新崎 人士

Hitoshi Shinzaki

## 要 旨

膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMT)は画像診断法の進歩によって主膵管の拡張や膵嚢胞として偶然に発見されることが増えており、その中には過形成病変から浸潤癌までもが含まれているため、どのような方針で治療すべきなのか問題となることが多い。今回我々は巨大嚢胞を呈した膵管内乳頭粘液性腺癌を経験したので報告する。

Key words : intraductal papillary-mucinous tumor、IPMT、EUS、ERCP、IDUS

## はじめに

膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMT)は1996年のWHO、1997年のAFIPによって提唱された疾患名であり、わが国では2002年の『膵癌取扱い規約(第5版)』によって膵管内腫瘍のなかに分類されて用いられるようになった。IPMTは画像診断法の進歩によって主膵管の拡張や膵嚢胞として偶然に発見されることが増えており、どのような方針で治療すべきなのか問題となることが多い。我々は巨大嚢胞を呈した膵管内乳頭粘液性腫瘍の1例を経験したので報告する。

## 症 例

【患者】78歳男性

【主訴】胃痛、食欲低下、体重減少

【現病歴】2005年4月ごろより胃痛、食欲低下を認め、近医を受診したが改善しないため5月23日に当科初診となった。

【既往歴】特記事項なし。膵疾患の既往もなし。

【生活歴】飲酒歴：機会飲酒。喫煙歴：なし。

【家族歴】母が子宮癌。

【入院時現症】身長159cm、体重47kg(最近3ヶ月で3kgの減少)、眼瞼結膜に貧血なし。眼球結膜に黄疸なし。胸部異常なし。肝脾は触知せず。表在リンパ節腫脹なし。神経学的異常なし。左季肋部に縦横5横指の腫瘍を触知した。

【検査所見】

WBC  $5.5 \times 10^3 / \mu\text{l}$ 、RBC  $3.76 \times 10^6 / \mu\text{l}$ 、Hb 11.5g/dl、Plt

$23.1 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 、TP 7.9g/dl、Alb 4.1g/dl、T-Bil 0.8mg/dl、D-Bil 0.1mg/dl、GOT 30IU/l、GPT 20IU/l、LDH 396IU/l、ALP 325IU/l、 $\gamma$ -GTP 48IU/l、ChE 220IU/l、CPK 57IU/l、AMY 117IU/l、T-Cho 198mg/dl、TG 51mg/dl、Glu 117mg/dl、BUN 17mg/dl、Cr 0.9mg/dl、Na 140mEq/l、K 4.1mEq/l、Cl 104mEq/l、CRP 3.8mg/dl

腫瘍マーカー：CEA 38.5ng/ml、CA19-9 343.8U/ml、DU-PAN-2 16000<U/ml、SPAN-1 543.5U/ml

【画像所見】

【腹部超音波検査(図1)】

肝内に腫瘍なし。胆嚢内に11×8mmの胆石を認めた。膵体部から膵尾部にかけて54×66mm、40×27mmの連続する巨大嚢胞を認め、内部には不整形でやや高エコーな42×27mmの結節状隆起を認めた。



図1 巨大嚢胞内部に不整形の結節状隆起

**[磁気共鳴胆管膵管造影検査(MRCP)(図2)]**

明らかな主膵管の拡張は認めなかったが、嚢胞による膵の下方への圧排所見を認めた。嚢胞内には、結節状隆起に伴う欠損像を認めた。



図2 MRCP

**[腹部CT(図3・4)]**

膵尾部に約15cm大の多房性嚢胞を認め、内部に乳頭状の充実性部分を認めた。前額断でも横断断でも同様に乳頭状にみえた。CTにおいても明らかな主膵管拡張はなく膵体尾部は下方へ圧排されている。脾動静脈は同定できず浸潤と考えた。また肝S8に低吸収域を認め、前額断では肝外(横隔膜)にあるようにもみえたため肝転移・横隔膜転移を疑った。

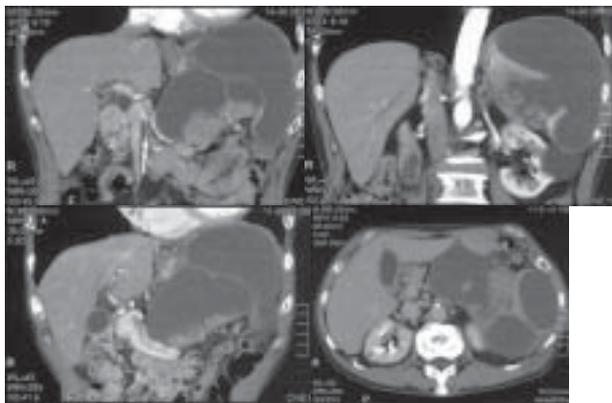


図3 腹部CT

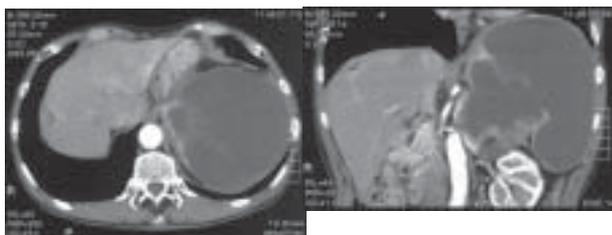


図4 肝S8にlow density areaを認める

**[上部消化管内視鏡検査(図5)]**

体上部後壁が巨大嚢胞により外方より圧排されている所見を認めた。他に胃痛の原因のなるような病変は認めなかった。

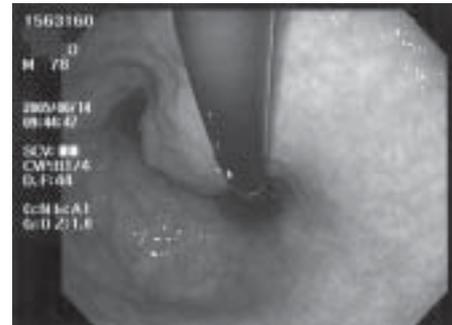


図5 体上部後壁が外方より圧排されている

**[胃X線検査(図6)]**

巨大嚢胞によると考えられる約9cm(4椎体)にわたる胃の壁外性圧排像を認めた。

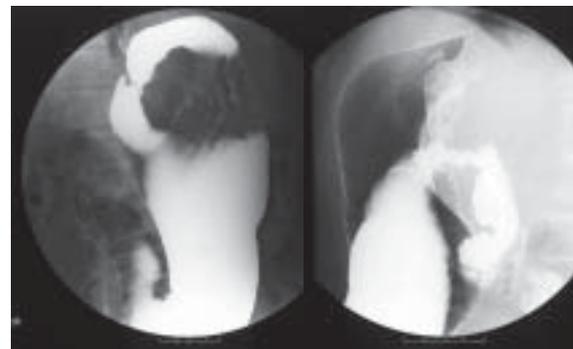


図6

**[超音波内視鏡検査(EUS)(図7)]**

膵尾部は圧排されていて評価困難であったが、膵頭部から体部までの膵実質および主膵管には異常は認めなかった。隔壁を伴う嚢胞性病変を認め、内部にぶどうの房のように乳頭状増殖を示す充実性部分を認めた。

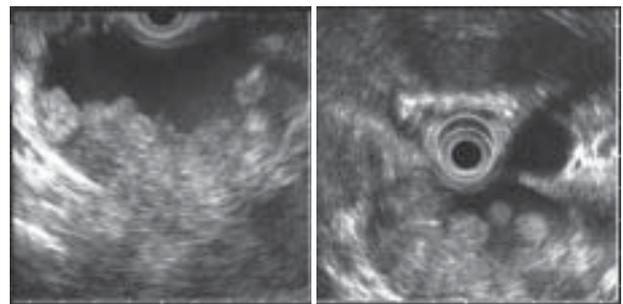


図7

頭部～体部までの膵実質、主膵管は異常なし。  
隔壁を伴う嚢胞性病変で、内部に乳頭状増殖を示す充実性部分を認める。

**経 過**

5月23日の当科初診後、外来および入院により施行した以上の各種検査より、膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMT)と診断し、巨大嚢胞内に大きな充実性の結節状隆起を有することから、悪性の可能性が高く手術を考慮しなければならないことをご本

人・ご家族に説明したところ、手術および追加の検査を旭川医科大学で行うこととなり、6月27日に旭川医科大学病院に入院となった。

内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査(ERCP)では、内視鏡にてIPMTに特徴的な乳頭の開口部開大と粘液の排出所見を認めた。ERCPにて主膵管の下方への圧排所見および膵尾部での嚢胞と膵管との交通を認めた(図8)。心窩部から左季肋部にかけて巨大嚢胞性病変を認め、内部に乳頭状の充実性部分があり、画像上は分枝型の膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMT)と診断した。肝転移や横隔膜転移を疑う所見も認めたため、根治術は困難と考えたが、巨大嚢胞が原因と考えられる腹痛および食欲不振の訴えが強いため、Mass-reduction目的に外科切除を行うこととなった。開腹所見では、すでに血性腹水(細胞診Class V)を伴う癌性腹膜炎が進行しており、腹膜に2~3mmの灰白色腫瘍(adenocarcinomaと診断)が散在し、巨大嚢胞摘出が術後のQOL改善に必ずしも寄与しないと判断しそのまま閉腹した。CTで認めた肝S8の病変は触診上肝外病変であった。

術後、時折の腹痛に対してはNSAID内服でコントロールでき経口摂取も可能な状態となった。ご本人・ご家族に予後不良である病状を説明し、化学療法についても説明したが、その実施を希望されなかった。在宅療養することを強く希望され、8月20日に同院を退院した。その後、在宅療養され、現在当科外来で経過観察としている。

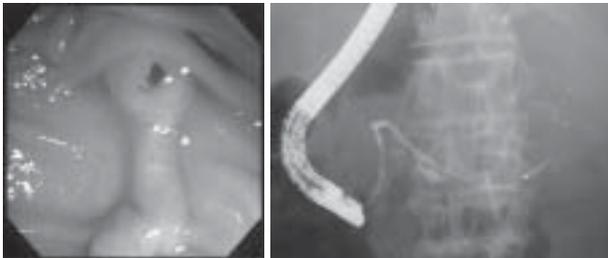


図8

乳頭の内視鏡所見：開口部開大、粘液排出所見。  
主膵管の下方への圧排所見を認める。  
膵尾部で膵管と嚢胞との交通あり。

## 考 察

本症例はIPMT由来の浸潤癌と診断した。術後診断は、Pt, TS4, 嚢胞型, CH(-), DU(-), S(-), RP(+), PV(-), A(-), PL(-), OO(-); T3, N0, M1(PER), StageIVbとなった。

IPMT由来の浸潤癌では膵外への進展として、リンパ節転移、肝転移、消化管・胆管瘻孔形成や直接浸潤、腹膜播種することが知られている<sup>2)</sup>。IPMT由来の浸潤癌の予後が通常浸潤性膵管癌より良好か否かは現在も議論されている。IPMTは画像診断法の進歩によって、主膵管の拡張や嚢胞として偶然に発見されることが増えており、どのような方針で治療すべきなのか問題となることが多くなっている。

IPMTは膵管内に粘液産生性上皮が乳頭状に増殖する疾患であり、主膵管型と分枝型に分類される。この分類は単なる

局在分類ではなく本腫瘍の生物学的悪性度も反映するため、画像診断によって主膵管型か分枝型かを診断することは治療方針の決定に際して重要である。本腫瘍では多くが高齢者に発生し緩徐に進展すること、腺癌や腺腫のほか過形成病変が多いこと、同時性または異時性多発例が存在すること、分子生物学的に多中心性発生が示唆されることなどの特徴があり<sup>3)</sup>、治療方針にはこれらの点も考慮することが必要である。治療方針は、主膵管型では原則として外科切除、分枝型では拡張分枝径や主膵管径、結節状隆起高を重要な指標として外科切除か経過観察かを決定する。<sup>4,5)</sup>(図9)。結節状隆起は腺癌の存在を反映する重要な指標と考えられており、腺癌症例を見落とさないためには結節状隆起の有無や隆起高を的確に診断することが必要で、超音波内視鏡(EUS)や膵管内超音波検査(IDUS)が診断にきわめて有効である。

一方、最近になりIPMTには他臓器癌や膵癌を合併する頻度が高いとの報告がなされており<sup>6)</sup>、他臓器癌や他疾患が生命予後を左右することも少なくない。IPMTの診断・治療にあたっては、浸潤を有するIPMTを見逃さないことに加え、他臓器疾患とくに悪性腫瘍の合併をつねに念頭におき、膵全体に加え全身的な検索を要することを認識する必要がある。治療方針の決定に際しては、患者の全身状態、併存疾患の予後など十分に検討したうえで決定すべきである。

## IPMTの治療方針フローチャート

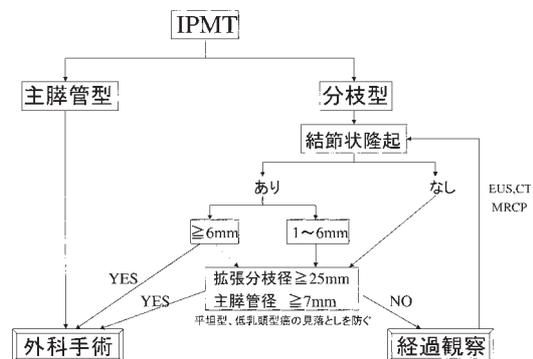


図9

## 文 献

- 1) 日本膵臓学会(編):膵癌取り扱い規約, 第5版. 金原出版, 2002.
- 2) 山雄健次 他:IPMT由来浸潤癌の画像所見の特徴. 消化器画像6(1):29-34, 2004.
- 3) Chari, S. T. et al.:Study of recurrence after surgical resection of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. Gastroenterology, 123:1500-1507, 2002.
- 4) Salvia, R. et al.:Main-duct intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas:clinical predictors of malignancy and long-term survival following resection. Ann.Surg., 239: 678-685, 2004.
- 5) 丹野誠志 他:IPMTの治療方針一切除か経過観察か. 医学のあゆみ214(4):247-249, 2005.
- 6) 小山内学 他:膵管内乳頭腫瘍における他臓器癌合併例の検討一切除例と経過観察例を含む148例の検討. 膵臓18:565-569, 2003.

## 症 例

## 閉塞性黄疸で発症しステロイド治療が奏効した自己免疫性膵炎の1例

A case of Autoimmune pancreatitis with obstructive jaundice successful treated by steroid therapy

本間 理央 Rio Honma	鈴木 誉也 Takaya Suzuki	岸澤 有華 Yuka Kishizawa	新崎 人士 Hitoshi Shinzaki	廣海 弘光 Hiromitsu Hiroumi
吉田 行範 Yukinori Yoshida	渡部 直己 Naomi Watanabe	日下 大隆 Hirohata Kusaka	小熊 豊 Yutaka Oguma	

## 要 旨

自己免疫性膵炎は、発症に自己免疫の機序が関与する膵炎として近年注目されている。画像所見上、膵腫大と膵管狭細像を認め、高 $\gamma$ グロブリン血症、高IgG血症、自己抗体のいずれかを認めるか、病理組織学的に膵にリンパ球と形質細胞を主とする細胞浸潤と線維化を認めた場合、本症と診断される。我々は、閉塞性黄疸で発症し、ステロイド治療が奏効した自己免疫性膵炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

Key words : Autoimmune pancreatitis, AIP、IgG4、PSL

## はじめに

近年、発症機序に何らかの自己免疫現象の関与が示唆される膵炎の存在が明らかとなり、自己免疫性膵炎として注目されている。本邦では、1992年にびまん性に膵管が狭細像を呈する膵管狭細型慢性膵炎の概念が提唱され、その多くが自己免疫現象を伴いステロイド治療が奏効することより、自己免疫性膵炎との関連性が検討された。自己免疫性膵炎は新しい疾患概念であり、その病因や病態は解明されておらず発症機序は不明である。しかし症例の集積に伴い、日本膵臓学会より自己免疫性膵炎診断基準2002が発表された。我々は、この診断基準を満たしステロイド治療が奏効した自己免疫性膵炎の1例を経験したので報告する。

## 症 例

【患者】56歳女性

【主訴】全身倦怠感、尿の黄染

【現病歴】2004年秋ごろより全身倦怠感が出現し、2005年1月8日ごろより尿の黄染を自覚したため近医を受診した。血液検査にて閉塞性黄疸を疑われ、精査加療目的で1月18日に当科紹介入院となった。

【既往歴】特記事項なし。

【生活歴】飲酒歴：なし。喫煙歴：15本/日×36年間(B.I.=540)。

【家族歴】特記事項なし。

【入院時現症】眼瞼結膜に貧血なし。眼球結膜および全身皮膚に黄疸を認めた。胸腹部異常なし。肝脾は触知せず。右季肋部に重苦感を認めた。表在リンパ節腫脹なし。神経学的異常なし。

【検査所見】

WBC  $4.7 \times 10^3 / \mu\text{l}$ , RBC  $3.47 \times 10^6 / \mu\text{l}$ , Hb 11.1g/dl, Plt  $20.5 \times 10^4 / \mu\text{l}$ , TP 7.6g/dl, Alb 3.7g/dl, T-Bil 8.2mg/dl, D-Bil 5.5mg/dl, GOT 208IU/l, GPT 270IU/l, LDH 226IU/l, ALP 1198IU/l,  $\gamma$ -GTP 1090IU/l, ChE 234IU/l, CPK 35IU/l, AMY 49 IU/l, T-Cho 203mg/dl, TG 109mg/dl, Glu 124mg/dl, BUN 7mg/dl, Cr 0.5mg/dl, Na 137mEq/l, K 4.2mEq/l, Cl 104mEq/l, CRP 0.3mg/dl, IgG 2734mg/dl  
腫瘍マーカー：CEA 9.7ng/ml, CA19-9 159.9U/ml

【画像所見】

【腹部超音波検査(図1)】

肝内胆管はやや拡張していた。膵頭部から膵尾部にかけて全体に低エコーの著明な腫大像を認めたが、膵に腫瘍像および主膵管の拡張は認めなかった。胆嚢・腎臓は異常なし。

【腹部CT(図2)】

軽度の肝内胆管拡張を認めた。肝内に明らかな腫瘍はなし。びまん性の膵腫大を認めたが、主膵管の拡張は認めなかった。膵周囲のリンパ節腫大を認めた。

**[磁気共鳴胆管膵管造影検査(MRCP)(図3)]**

主膵管の狭細像および下部胆管における狭窄を認めた。腫瘍性病変は認めなかった。



図1

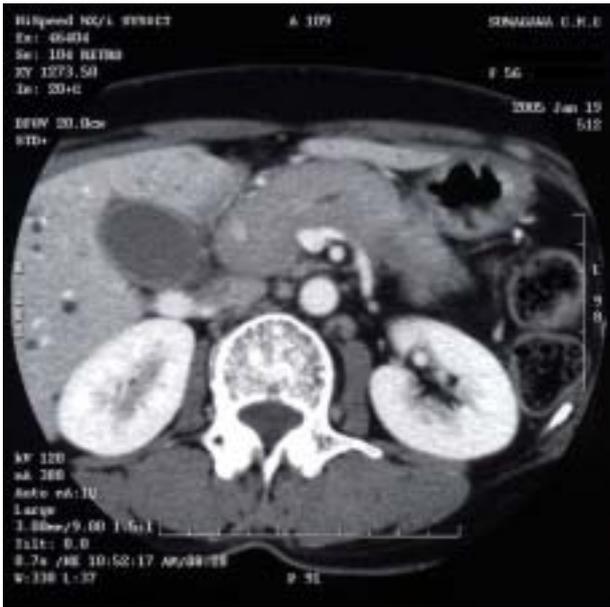


図2

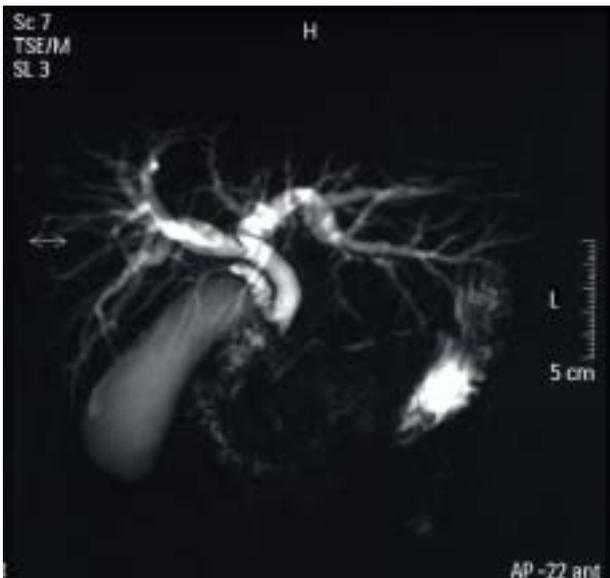


図3

**経 過**

入院時T-Bil 8.2mg/dl、D-Bil 5.5mg/dlと高値を示し、また肝胆道系酵素の上昇、画像上、肝内胆管の拡張と下部胆管における狭窄を認めたため閉塞性黄疸と診断し、1月25日に経皮経管胆管ドレナージ(PTCD)にて減黄処置を行った。膵癌や胆管癌の可能性を考えたが、画像所見では明らかな腫瘍像は認めなかった。膵癌や胆管癌などの腫瘍性病変が否定的であり、主膵管の拡張のないびまん性の膵腫大を認めたことから、自己免疫性膵炎を考えた。日本膵臓学会が2002年に発表した自己免疫性膵炎の診断基準は表1の通りである<sup>1)</sup>。本症例では、血液検査にて血清 $\gamma$ グロブリン2.44g/dl(正常2g/dl以下)、IgG2734mg/dl(正常870~1700mg/dl)といずれも高値を認めた。また抗核抗体は陰性であったが、リウマチ因子は78.6u/mlと陽性所見を認め、画像所見とあわせ自己免疫性膵炎の診断基準を満たした。膵生検も考慮したが危険性を伴うため患者および家族にインフォームドコンセントを行い、診断的治療として2月8日よりプレドニゾロン(PSL)30mg/日の内服を開始することとなった。

ステロイド治療開始前の腹部MRI(図4A)と治療開始1か月後の腹部MRI(図4B)を比較すると膵臓の腫大は著明に改善した。またIgG値も正常化し、リウマチ因子も減少したため、ステロイドは漸減した(表2)。4月19日よりPSL20mg/日としたが膵臓は腫大を認めず経過良好なため、4月30日当科退院となり、現在外来でPSL7.5mg/日にて治療継続中である。

表1

**自己免疫性膵炎の診断基準**

- 1 膵画像検査によって得られた膵管像で特徴的な主膵管狭細像を膵全体の1/3以上の範囲で認め、さらに膵腫大を認める。
- 2 血液検査で高 $\gamma$ グロブリン血症、高IgG血症、自己抗体のいずれかを認める。
- 3 病理組織学的所見として膵にリンパ球、形質細胞を主とする著明な細胞浸潤と線維化を認める。

上記の1を含んで2項目以上満たす症例を自己免疫性膵炎と診断する。

(日本膵臓学会 2002)

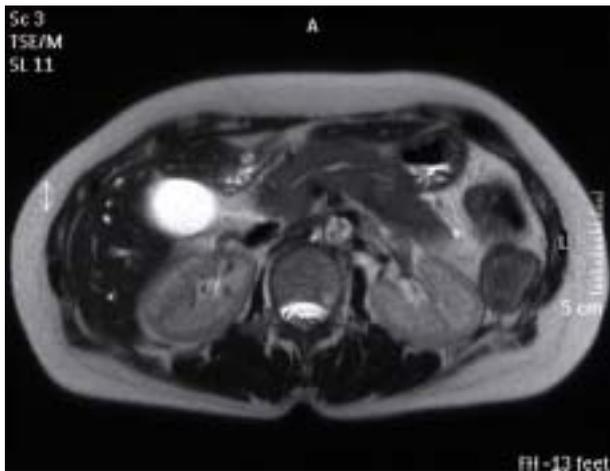
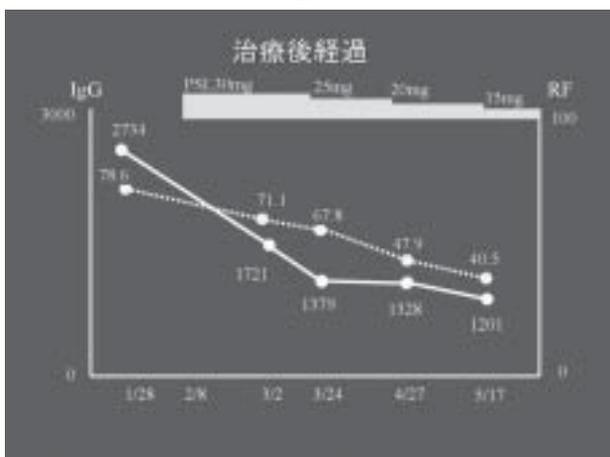


図4A



図4B

表2



## 考 察

本症は、腹痛や背部痛などの膵炎症状を呈する例もあるが、多くは軽度である。無症状で、糖尿病の発症や増悪にて発見されることもある<sup>2)</sup>。糖尿病の合併を43%に、膵外分泌機能の低下を90%の症例で認めるが、脂肪便を呈するほどの著しい膵外分泌機能低下はみられない。ステロイド治療により、インスリンの分泌能は良くなり、約半数の例で膵外分泌機能が改善する<sup>3)</sup>。本症例でもステロイド治療が奏効し、臨床症状、画像所見、検査所見ともに改善がみられた。

自己免疫性膵炎は、高齢の男性に好発し、閉塞性黄疸を高率に認め、膵腫大と膵管狭窄が認められ、CA19-9も約半数の症例で上昇することより、しばしば膵癌との鑑別が困難な場合がある。この診断基準を中心に臨床的特徴を理解すれば、不必要な開腹術や膵切除術を回避することができる。また病態にIgGサブクラスのIgG4が関与していることが特徴で、約90%の症例で上昇を認め、ほかの疾患ではほとんど上昇を認めず特異性に優れているため、これも膵癌との鑑別に有用である<sup>4,5)</sup>。IgG4値は本症の活動性を反映しステロイド治療後に劇的に低下することがわかっている。本症例ではIgG4は未測定であったが、本症はステロイド治療後も20%が再燃するとの報告もあり、治療効果の判定、再燃の予測マーカーとしてもIgG4値の測定を今後有効に活用すべきであると考えた。本症のより有用な診断法や治療法の確立のためにも、今後症例を積み重ねて検討していく必要がある。

## 文 献

- 1) 日本膵臓学会自己免疫性膵炎検討委員会: 自己免疫性膵炎診断基準(日本膵臓学会2002年). 膵臓 17:2002.
- 2) 神澤輝実 他: 膵管狭細型慢性膵炎の臨床病理学的検討. 日消誌 98:15-24, 2001.
- 3) Kamisawa T, et al: Pancreatic endocrine and exocrine, and salivary gland functions in patients with autoimmune pancreatitis—before and after steroid therapy—. Pancreas 27: 235-238, 2003.
- 4) 川 茂幸 他: 自己免疫性膵炎診断基準の解説2. 血清学的診断. 膵臓 17:607-610, 2002.
- 5) Kamisawa T, et al: A new clinicopathological entity of IgG4-related autoimmune disease. J Gastroenterol 38:982-984, 2003.

## 症 例

## 減圧PEGの一例

A case report of PEG for gastrointestinal decompression

中積 宏之 Hiroshi Nakatsumi	渡部 直己 Naomi Watanabe	岸澤 有華 Yuka Kishizawa	鈴木 誉也 Takaya Suzuki	新崎 人士 Hitoshi Shinzaki
廣海 弘光 Hiromitsu Hiroumi	吉田 行範 Yukinori Yoshida	日下 大隆 Hiroataka Kusaka	小熊 豊 Yutaka Oguma	

## 要 旨

今回当院ではじめて末期癌による閉塞性イレウスに対する緩和目的に減圧PEGを施行したので若干の文献的考察を加え報告する。

Key words : percutaneous endoscopic gastrostomy, palliative care

## はじめに

当院ではこれまでも散発的に内視鏡的胃瘻造設術(percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG)を施行して来たが、平成16年10月より本格的に経腸栄養アクセスとしてPEGをスタートさせ、以来現在までに約80例の症例に対してPEGを行ってきた。その中で、今回当院としては初めて末期癌によるイレウスに対する緩和目的の減圧PEG症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## 症 例

患者:73歳女性。

主訴:腹痛、嘔吐。

現病歴:平成17年3月7日から4月7日まで、腓体尾部の嚢胞性膵癌および肝、肺、骨転移に対して当科入院の上放射線照射、塩酸ゲムシタビン単剤化学療法を施行された。退院後は外来にて塩酸ゲムシタビン単剤の化学療法を7月26日まで施行されていた。7月28日より食後すぐに嘔吐するようになり、腹部全体の疼痛が出現したため8月4日に当科受診。上部消化管閉塞によるイレウスを認めため、加療目的に当科入院となった。

入院時検査所見:WBC 6300/ $\mu$ l, RBC 275 $\times$ 104/ $\mu$ l, Hb 7.6g/dl, Ht 23.9%, MCV 86.9fl, MCH 27.6pg, MCHC 31.8%, RDW 22.2%, Plt 20.6 $\times$ 104/ $\mu$ l, APTT 25.9sec, PT 14.4sec, PT-% 82%, PT-INR 1.16, Fbg 233mg/dl, TP 6.4g/dl, Alb

3.8g/dl, T-bil 1.10mg/dl, D-bil 0.19mg/dl, CRP 0.4mg/dl, AST 24IU/l, ALT 17IU/l, LDH 259IU/l,  $\gamma$ -GTP 164IU/l, ALP 1070IU/l, ChE 118IU/l, CPK 64IU/l, AMY 36IU/l, Glu 138mg/dl, UA 5.7mg/dl, CRE 0.5mg/dl, UN 11.0mg/dl, T-chol 232mg/dl, TG 77mg/dl, Na 139mEq/l, K 3.1mEq/l, Cl 98mEq/l, Ca 8.5mg/dl, P 3.0mg/dl

## 入院時画像検査

腹部単純Xp立位像(図1):胃管挿入後撮影した。胃管より1000ml以上の排液を認めたが、niveauを認め、消化管減圧は不十分と考えられた。

腹部単純CT(図2):腓体尾部に嚢胞状の腫瘤影があり、多発肝転移巣が認められた。膵癌による上部消化管閉塞を認め、胃内には貯留物を多量に認めた。

胃管からのガストロ造影(図3):十二指腸水平脚からのガストログラフィンの流れは不良であった。

## 入院後経過

イレウスによる腹痛、嘔吐に対して、緩和医療として塩酸オクトレオチドと塩酸モルヒネの持続皮下注を開始した。患者は胃管挿入下でも栄養剤を経口摂取するなど、経口摂取の要求が強かった。胃管による消化管の減圧は不十分と考えられ、胃管の完全抜去は無理と判断したため、第7病日に減圧目的のPEGを挿入した(図4)。PEG挿入後の腹部単純Xp立位像(図5)では、PEGにより消化管ドレナージは順調に行われ、腸管ガスは減少し、niveauも認めなくなった。PEG挿入後、第38病日前後には一時的に排便を認め、胃からの排液量も減った

(表1)。経口による栄養剤摂取は再び可能となった。流動食の経口摂取も開始された。第46病日ころより消化管出血を認め、PEGからの排液も血性となったが、吐血は認められなかった。第53病日(PEG導入から46日目)に出血性ショックのため死亡した。



図1



図2



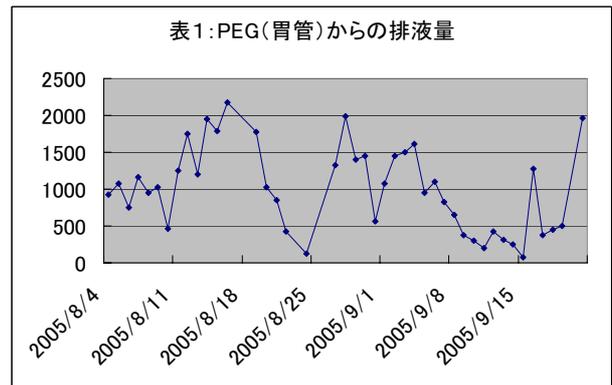
図3



図4



図5



### 考 察

内視鏡的胃瘻造設術(percutaneous endoscopic gastrostomy: PEG)は、外科的胃瘻造設術や経鼻胃管に比べ、1)短時間で施行でき、2)低侵襲性であり、3)施行場所を選ばず、4)経済性に優れ、5)管理も比較的簡単であるなどの利点を有する。PEGの目的・適応は、①嚥下障害、摂食障害、食道・胃噴門部の狭窄例などに対する経腸栄養アクセスとして、②経鼻胃

管留置に伴う誤嚥性肺炎を繰り返す症例、③末期癌によるイレウス症例などに対する減圧ドレナージ目的、である<sup>2)</sup>。当科では、経腸栄養のアクセスとして、また誤嚥性肺炎を繰り返す例に対してPEG透視を施行されてきたが、今回当科では初めて、末期癌におけるイレウスに対する減圧ドレナージ目的でPEGを造設した。

減圧PEG療法は、表2に示すように、末期癌の癌性腹膜炎症例で、イレウス管留置が2週間以上に及ぶと予想され、経口摂取の欲求がある患者に対して適応があるといわれている。一方、通常の内視鏡検査が出来ない状態、改善不能な出血傾向、大量腹水、胃全摘術後、スキルス胃癌などの胃瘻留置場所がないような状態では除外となっている<sup>2)</sup>。

減圧PEGは、経鼻胃管とくらべ、鼻咽頭の苦痛や誤嚥性肺炎のリスクを回避する、減圧ドレナージによって苦痛を除去し、経口摂取を可能にし、のどごしを楽しませることで末期癌患者のQOL向上を図るというメリットがある。実際本症例においても、減圧PEGによるドレナージによって経鼻胃管の長期留置による苦痛から開放され、一時的だが流動食の経口摂取が可能となり、QOLが向上したと考えられる。

合併症として、瘻孔周囲炎が3.6%、瘻孔周囲よりの腹水流量が3.6%、重症合併症なしとの報告がある<sup>2)</sup>が、本症例ではこれらの合併症はなく経過した。

表2：減圧PEG療法の適応基準、除外基準

\* 適応基準

- 外科的治療困難あるいは不能と判定された癌性腹膜炎症例で
- ・イレウス管留置が2週間以上に及ぶと予想される症例
  - ・飲水や食事摂取の欲求があるもの

\* 除外基準

- ・通常の内視鏡検査が出来ない状態
- ・改善不能な出血傾向
- ・軽減不能な大量腹水(多少の腹水は可能)
- ・胃全摘術後
- ・胃瘻留置場所がないような胃癌(胃全体に及ぶスキルス癌など)

## 結 語

末期癌患者のイレウスに対し、当科では初めて減圧PEGを施行した。減圧PEGにより一時的に経口摂取ができるようになるなど、患者のQOL向上に寄与できた。

## 文 献

- 1)長谷川博一 他:経内視鏡的胃瘻造設術. 日医大誌 66(3): 191-194, 1999.
- 2)嶋尾仁 疾患別にみたPEG－末期癌、鈴木裕(編):胃ろう(PEG)と栄養、第1版. 78-79、PEGドクターズネットワーク、東京、2004.

## 症 例

## 小腸大量出血の1例

A case of massive hemorrhage from small intestine

長谷徹太郎 <sup>1)</sup> Hase Tetsutarou	吉田 行範 <sup>1)</sup> Yukinori Yoshida	本間 理央 <sup>1)</sup> Honma Rio	岸澤 有華 <sup>1)</sup> Kishizawa Yuka	鈴木 誉也 <sup>1)</sup> Takaya Suzuki
新崎 人士 <sup>1)</sup> Hitoshi Shinzaki	廣海 弘光 <sup>1)</sup> Hiromitsu Hiroumi	渡部 直己 <sup>1)</sup> Naomi Watanabe	日下 大隆 <sup>1)</sup> Hirotaka Kusaka	小熊 豊 <sup>1)</sup> Yutaka Oguma
斉藤 仁志 <sup>2)</sup> Hitoshi Saito	林 俊治 <sup>2)</sup> Shunji Hayasi	松久 忠史 <sup>2)</sup> Tadashi Matsuhisa	田口 宏一 <sup>2)</sup> Kouichi Taguchi	湊 正意 <sup>2)</sup> Masaoki Minato

## 要 旨

下部消化管出血の原因としては稀な非特異的な小腸潰瘍からの大量出血を経験した。今回の症例について若干の文献的考察を加え報告する。

Key words : gastrointestinal hemorrhage , ulcer of small intestine

## はじめに

下部消化管からの出血の原因としては炎症・潰瘍、循環障害、形態異常、位置異常、全身性疾患、血管疾患、腫瘍があげられる。中でも、炎症・潰瘍に伴う出血は多岐に及ぶ。感染性腸炎、薬剤性腸炎、Crohn病、潰瘍性大腸炎、単純潰瘍(消化性潰瘍、薬剤による腸潰瘍、放射線潰瘍、Zollinger-Ellison症候群)、非特異性多発性小腸潰瘍(岡部)、憩室炎、アフタ性大腸炎、孤立性直腸潰瘍憩室症などである。今回、下部消化管出血の原因としては稀な非特異的な小腸潰瘍からの大量出血を経験したので報告する。

## 症 例

【患者】56歳男性

【主訴】下血、立ちくらみ

【現病歴】2005年8月19日より下痢と下腹部痛があった。8月22日、他院を受診し、止痢剤を処方されていた。その後、下痢・腹痛は改善していた。

8月30日、自動車運転中に臍上部に刺すような腹痛が出現した。眼前暗黒感も出現してきた。帰宅後500ml程の下血があり、一時的な意識消失があった。その後腹痛は治まったが、救急車にて救急外来受診した。

【既往歴】

糖尿病(2003年に指摘、無治療)

【内服薬】なし

【身体所見】

体温36.0°C 血圧90/63mmHg JCS 0 冷汗あり lung clear heart no murmur  
腹部所見 平坦・軟 圧痛(+) 反跳痛(-) デファンス(-)  
bowel sounds weak

【検査所見】

Hb 12.1g/dlと貧血は特に目立ったものではなかった。CRP 4.6mg/dlと軽度上昇が見られた。BUN/Creも16.2/0.8と慢性的な消化管出血を疑わせる上昇は見られなかった。

【画像所見】

[腹部X線] 異常な腸管ガス像を認めない

[上部消化管内視鏡所見](9月6日)特記すべき所見無し

[下部消化管内視鏡所見] 回腸末端に2/3週の潰瘍(画像1、2)

[大腸X線検査] 瘻孔と潰瘍像を認める(画像3)

[腹部エコー] (9月2日)

cecum・ileumの背側に7x10mmのhypoechoic lesionとterminal ileumに不整形なhigh echo

[造影CT](9月3日) 回腸末端周囲にenhanceされるmass様の所見あり(画像4)

[病理所見](9月2日提出、7日報告) follicular lymphoma of ileum疑い

1) 砂川市立病院内科  
Division of Internal Medicine, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.  
2) 砂川市立病院外科  
Division of Surgery, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

**【入院後経過】**

入院後絶食とし末梢からの栄養にて経過観察を行った。回腸末端の潰瘍の出血は内科的に止血が困難であり、再度出血しうる可能性も高いと判断し、悪性新生物の疑いにて当院外科転科、9月12日、回盲部切除術D2、回腸合併切除(150cm)が行われた。

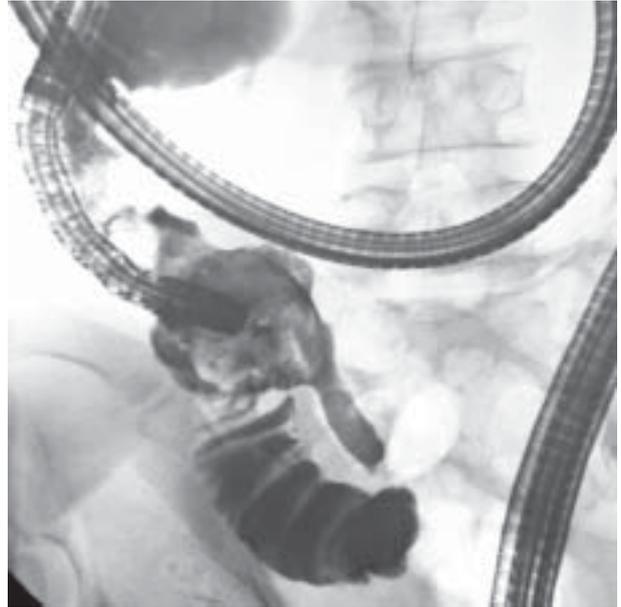
**【手術所見】**

回腸末端部に炎症があり虫垂・回腸が癒着・交通していた。

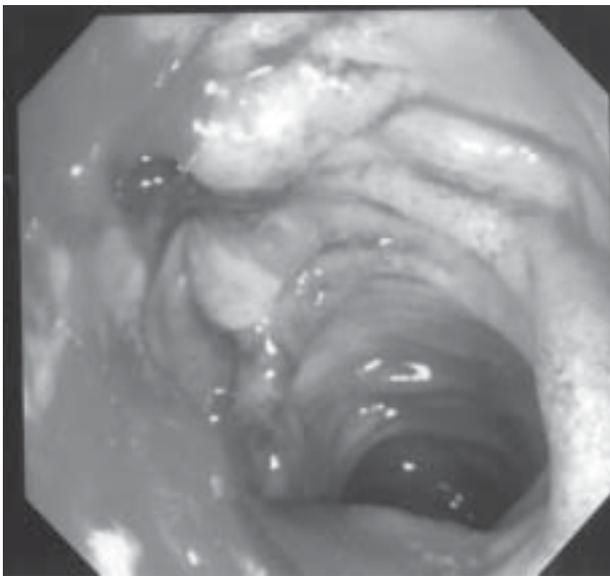
**【画像5】**

**【病理診断】**

非特異的盲腸・回腸炎。CD20(+), bcl2(+ )だがCD10(-)であり lymphomaは否定的であった。典型的なクローン病、潰瘍性大腸炎の所見も認められなかった。



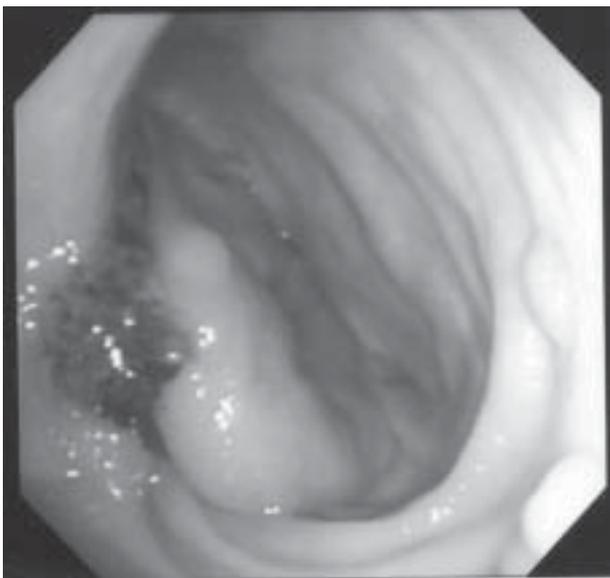
画像3



画像1



画像4



画像2



画像5

## 考 察

小腸に潰瘍を来すものとして原因の明らかな疾患としては、薬剤性(KCl腸溶錠、NSAIDsなど)、虚血性変化、放射線によるもの、憩室炎によるもの、炎症性腸疾患(クローン病、ベーチェット病)、腸結核等がある。これらの他に非特異的な潰瘍をきたす疾患として、単純性腸潰瘍、非特異性多発性小腸潰瘍があげられる。

単純性腸潰瘍は、その原因として薬剤との関連も考えられているが詳細は不明である。年齢は30～50歳代に多い。回盲部に最も頻度が高く、ほかに小腸・結腸などに発生する1個ないし数個の円形～楕円形の慢性潰瘍である。臨床症状としては疝痛、発熱、吐き気などを示し、局所的炎症や閉塞症状も伴う。病理では非特異的炎症所見が潰瘍周囲に認められる。<sup>1),2)</sup>

非特異的小腸潰瘍は、主として若年者に発生し、腸管からの長期にわたる潜出血と続発性貧血を主病像とし、低蛋白血症、発育障害、主腫の程度の腹痛を伴う小腸潰瘍である。原因は不明であるが、遺伝的素因や免疫学的異常も考えられている。好発部位は回腸であるが、回腸末端部には少ない。肉眼的に潰瘍は横走または斜走する長方形や不整形の浅いもので、数個から多発する。種々の程度の多発性狭窄を形成するが、炎症性ポリープや敷石状外観は認めない。病的にはUI-I～IIの浅いものが大部分であり、Crohn病、腸結核のような異常は認められない。<sup>1),2)</sup>

本例は、急性発症である点、年齢、単発であった点、潰瘍の深達度から単純性潰瘍であったと考えられる。

単純性腸潰瘍の治療法としては保存的治療法としては完全静脈栄養が行われている。副腎皮質ステロイドが著効した症例もあるようだが作用機序は不明である。外科的療法としては慢性腸潰瘍に伴うイレウス、出血、穿孔などの合併症のため、腸切除が行われている。<sup>1),3),4),5)</sup>

我々は、末梢より静脈栄養を行い、腸管に刺激を与えない状態で出血のコントロールが内科的に可能かどうか観察を行った。しかしながら、潰瘍の部位が回盲部にあり、下部消化管内視鏡では観察が限界の位置であり内視鏡的止血処置が不可能であったこと、絶食後も腹部症状が再燃し、また造影CTでも腸管壁の肥厚が認められ、腫瘍の関与も疑われたことから外科的治療を行った。

外科にて回盲部及び回腸部分切除術が行われた。回腸末端潰瘍に伴う炎症で、回腸が癒着しており、回腸と虫垂の一部が交通していた。この癒着が造影CT上腫瘍と考えられた所見であると思われる。病理所見では非特異的回腸炎の穿通が疑われるということであった。

術後経過は良好であり、その後、内科にて糖尿病の治療を行っているが、下血の再発は認められていない。

## 文 献

- 1) 勝又伴栄 非特異的腸管潰瘍 今日診療プレミアム. 医学書院, 東京, 2003
- 2) 崎村正弘: 非特異性多発小腸潰瘍症の臨床的研究—限局性腸炎との異同を中心として. 福岡医誌 61:318, 1970
- 3) 内山哲之 他: 小腸大量出血の2例. 日本腹部救急医学会雑誌 24(6):1079-1083, 2004
- 4) 石井芳正 他: 非特異性小腸潰瘍の2例. 日本臨床外科学会雑誌 63(12):2967-2970, 2002
- 5) 鈴木修 他: 高齢で発症し大量下血をきたした分類困難な非特異性小腸潰瘍の1例. 日本臨床外科学会雑誌 63(5):1212-1215, 2002

## 研究

# “もの忘れ専門外来”の2年間の活動報告

Report of memory clinic over the last two years

内海久美子 <sup>1)</sup> Kumiko Utsumi	館農 勝 <sup>1)</sup> Masaru Tateno	小林 清樹 <sup>1)</sup> Seiju Kobayasi	寺岡 政敏 <sup>1)</sup> Masatoshi Teraoka	高橋 明 <sup>2)</sup> Akira Takahashi
齊藤 正樹 <sup>2)</sup> Masaki Saitou	森井 秀俊 <sup>3)</sup> Hidetoshi Morii	藤井 一輝 <sup>3)</sup> Kazuki Fujii	大辻 誠司 <sup>4)</sup> Seiji Ootuji	

## 要 旨

当院ではH16年1月より“もの忘れ専門外来”を開設した。当外来の特徴としては、精神科、神経内科、脳神経外科の三科が協働で診療にあたり認知症の早期診断・早期治療を目指すこと、地域の医療機関および保健・介護に従事する関係者とのネットワークを築き地域全体で認知症高齢者とその家族を支えることを目標とした。この専門外来を核として“中空知・地域で認知症を支える会”を発足させ、地域住民への啓蒙活動、介護関係者のスキルアップのための研修会などを開催している。開設してから2年間経過しその活動および診断統計について報告する。

Key words : 認知症・もの忘れ専門外来・地域ネットワーク・病診連携

## 1. はじめに

わが国では近年これまでに経験したことのないほどの少子高齢化社会が急速に進んでいる。昨年の人口統計では、65歳以上の高齢者人口は20%となり、かつ出生率は低下して戦後始めて人口が減少した。当院は北海道の中央に位置する中空知地区の中核病院としての役割を担っているが、この現象は旧産炭地域を抱える中空知地区では更に顕著である。すなわちこの中空知地域は5市5町からなり(人口約13万人)高齢化率は30%を軒並み超える市町が大半で、少子高齢化社会の先端を走っている。当然高齢者が多くなるに比例して、認知症の患者数は増加の一途を辿っている。いまや認知症は、全国で200万人とも推計されており、すでにcommon diseaseとなっている。認知症の中でもアルツハイマー病が多くなり、その治療薬である塩酸ドネペジルが発売されたことによって、臨床の現場ではいかに早期に発見して適切な治療をするかが求められるようになった。

当院では地域の実状とニーズを考え、“もの忘れ専門外来”をH16年1月から開設した。これまで認知症の症状が観察された

場合、どの科に受診したらよいのか患者・家族は迷うことが多く、実際の受診行動は精神科や神経内科・脳外科の3科にまたがっていた。“もの忘れ専門外来”を開設することにより窓口を明確にして、かつその名称により受診への抵抗感を弱めることは、早期発見・早期治療に寄与すると思われる。当院の外来の最大の特徴は、精神科・神経内科・脳外科の3科が協働して診療にあたることと、この外来を核として医療・保健・介護・福祉のネットワークを形成することである。認知症の診断は、最近の医療技術の進歩により画像診断はその重要性を増し、神経学的所見も鑑別診断には必須であることを考慮したとき、脳外科医や神経内科医の見解は欠かすことができず、精神症状を評価する精神科医との連携が、より正確で適切な診断・治療を可能にする。この3科が協働した“もの忘れ専門外来”は、筆者が調べた限りでは本邦では初の試みである。また認知症は、医療だけでは患者・家族の不安や不利益を軽減していくことは困難であり、行政や介護・保健に携わる専門職との連携が必須であり、かかりつけ医とケアマネジャーを核としたネットワークを構築した。開設して2年を経過して、これまでの2年間の活動をまとめ今後の展望と課題について報告する。

1) 砂川市立病院精神神経科

Division of Neuropsychiatry, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

2) 砂川市立病院脳神経センター脳神経外科

Center of Neurosurgery and Neurology, Department of Medicine, Sunagawa City Medical Center

3) 砂川市立病院放射線科

Division of Radiology, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

4) 砂川市立病院地域医療連携室

Division of Community medicine Cooperation room, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

## 2. 地域との連携

当外来は、基本的にかかりつけ医からの紹介を原則としてかつ診断後の診療を担当してもらう病診・病病連携のシステムをとっている。患者・家族のより身近な相談機関としての機能をかかりつけ医が担うことは、認知症の専門医以外の医師に認知症高齢者への関心・認知症に関する知識の普及につながる。そのためまずは地元の空知医師会と連携して、もの忘れ専門外来への紹介医リストを作成した。12医療機関が賛同・参画していただいた(表1)。

また医師や保健・介護・福祉の関係者から構成された“中空知・地域で認知症を支える会”を発足して、市民への啓発・広報活動を行っている。毎年1回、市民フォーラムを開催。1回目はH16年6月愛媛大学精神科助教授 池田学先生の「痴呆の正しい理解」の講演、2回目はH17年7月埼玉医科大学総合医療センター精神科教授 深津亮先生による「認知症とともに」の講演で、いずれも約300名近い参加者があり、その関心の高さが窺われた。さらに介護・福祉に携わる関係者の知識・技術の向上を目的に、“空知ケアスタッフ研修会”を開催。第1回目は平成16年10月「グループホームの痴呆ケア」について特定非営利法人NPO社会福祉振興会理事長 田代和也氏による講演では、参加者 約120名、第2回目は平成17年2月「各痴呆性疾患の施設内ケアのポイント」について愛媛大学精神科助教授 池田学先生に講演していただき参加者約90名といずれも多数の参加者であった。その他にも、ケアマネジャーによる勉強会や症例検討会を開催して実際の現場での報告や直面している問題について話し合っている。ケアマネジャーやヘルパーなど現実的に直接関わっている介護・福祉の関係者は、燃え尽きてしまわないためにもネットワークを形成して相互に助け合っていく場が必要であろう。

また当外来との直接的な連携としては、受診後認知症と診断されかつ担当するケアマネジャーがいる高齢者のケースでは、当院のソーシャルワーカーが窓口となって、診療結果と今後の支援についてケアマネジャーに診療情報を提供し、かつケアマネジャーに当外来とかかりつけ医に3ヶ月ごとの状況変化の情報を提供してもらう情報の相互共有を行っている。認知症は短時間の診察場面では正しく症状や生活状況を判断することは不可能であり、ケアマネジャーからの情報は診断治療のためには必須であり、かつケアマネジャーにとっても正しい医療情報はケアプラン作成に有用である。また認知症状や問題行動などの周辺症状の急速な悪化による危機介入にもこのネットワークは有用と考える。

表1. もの忘れ相談医リスト(空知医師会)

砂川市:小泉医院 小林産婦人科 砂川慈恵会病院 明円医院 村山内科医院
歌志内市:勤医協神威診療所
奈井江町:方波見医院 武市内科 奈井江町立国保病院
上砂川町:上砂川町立病院 勤医協上砂川診療所
新十津川町:花月クリニック

## 3. 外来診療のプロセス

当院の“もの忘れ専門外来”の受診希望者は、まず現在のかかりつけ医に診療情報提供書を作成してもらうか、かかりつけ医がいないケースについては紹介医リストの医療機関を紹介して受診してもらう。かかりつけ医療機関では、当外来が作成した問診表をもとに認知症の具体的な症状について診察を受け、血液検査(一般検査に加えて甲状腺機能を含む)や心電図・胸部レントゲン写真など基本的な検査を実施、その結果の診療情報提供書を診察当日に持参してもらう。すべて予約制になっており、患者もしくは家族が当院の地域医療連携室に電話などで予約してもらう。当専門外来は毎週木曜日の午後におこなわれ、新規患者は2名の枠しかとれず、一時は予約待ちが半年後となるなど、受診希望者がかかりつけ医療機関には多大な迷惑をかけていたことがあるが、最近は予約待ち時間短縮のための対策により1～2ヶ月間の予約待ちとなっている。

地域医療連携室から受診前に自宅に、既往歴や介護認定の有無などの基本情報についての問診表を送付。記載して受診時に持参してもらう。これは診察の効率化に有用である。診察は、精神科医がまず同伴した家族から認知症の発症時期と初発症状、その後の病状経過について聴取する。概ね20分ほどの時間を要する。次に家族同席のもと、本人に入室してもらい、病識の有無や日常生活能力、家族から得た情報に基づいて最近の出来事の記憶の正確さなど認知症状や他の精神症状について診察する。改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)やMini-Mental State Examination(MMSE)の2種類のスクリーニングテストを精神科医自ら実施する。このスクリーニングテストだけでは、認知症の有無の判断が困難なケースでは、後日臨床心理士によるウェクスラー記憶検査改訂版(WMS-R)など詳しい記憶検査を実施している。精神科医の診察が終了すると、つぎに神経内科医が神経学的検査(歩行障害、感覚障害、反射、パーキンソン症状など)を実施。高齢者では変形性腰椎症など整形外科的疾患を有しているものが少なく、必要時には脊椎のレントゲン写真も実施する。

画像検査としては、頭部MRIと頭部SPECTを翌週に実施。この結果について専門の放射線科技師が詳細なケースレポートを作成。また脳波検査は必要と判断したケースにおいてのみ実施。以上のすべての結果が揃ったら、カンファレンスを開催。カンファレンスには、精神科医、神経内科医、脳外科医、放射線科技師が参加して、各部門からの専門的判断のプレ

ゼンテーションを行い、頭部MRI画像を脳外科医が中心となって検討。認知症の有無、鑑別診断、今後の治療方針について討議する。認知症と診断された症例については、半年から1年後に再診してもらう。

初診となってから3~4週目に、検査結果および今後の治療指針について患者・家族に説明する。認知症と診断されたケースについては、薬物治療や家族の対応についてパンフレットを用いて説明。ソーシャルワーカーからは、患者、家族への側面的な社会福祉援助（諸制度の紹介・入所施設の紹介・在宅サービスの紹介）を行う。

診断結果についての詳細な情報提供書と画像検査ケースレポート、心理検査結果用紙、認知症重症度判定表（Clinical Dementia Rating:CDR）などをかかりつけ医と担当するケアマネジャーに送付して今後の診療とケアプランに役立ててもらい、ケアマネジャーには当院のソーシャルワーカーから、約3ヶ月に1回ケースの病状について当科が作成した報告書に記載してもらい、当外来とかかりつけ医に送付してもらうようお願いする。

このシステムのシエマを図1に示す。このようにして医療だけではなく地域全体で認知症の高齢者や家族を支援していくことが、少しでも長く住み慣れた地域で生活していくことを可能にすると考える。

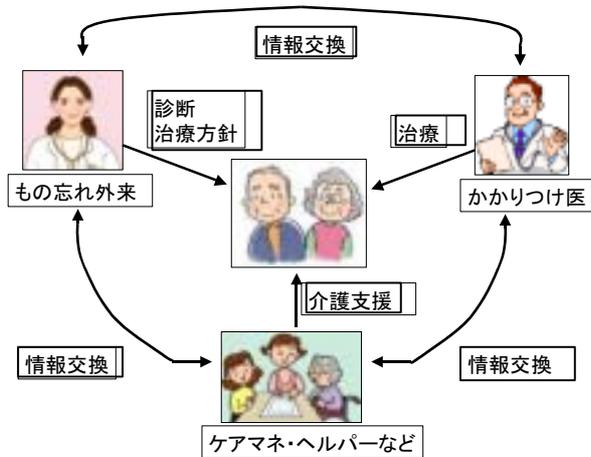


図1. 医療・保健・福祉のネットワーク

#### 4. もの忘れ専門外来受診者の統計

”もの忘れ専門外来”開設のH16年1月からH18年1月までの2年間の受診者数および鑑別診断などの統計をまとめたのでここに紹介する。

総受診者数は139例のうち診断確定した132例について分析した。年齢構成は図2に示すように75歳から84歳の年齢層が6割を占める。女性が男性の約2倍と圧倒的に女性が多い。これらの傾向はいずれのもの忘れ外来の受診動向<sup>2)3)4)6)</sup>と類似している。

132例のうち認知症なしと判断された例は23例であり、これらの例を除いた109例の鑑別診断の割合を図3に示す。アルツハイマー病(+血管障害も含む)が58%と最も多かった。最

近報告された各もの忘れ外来<sup>1)2)3)4)5)6)</sup>においても最も多い疾患はアルツハイマー病であるが、その割合は45%から82%と大きな幅がある。次に多い疾患としては、前頭側頭型認知症(FTD)で14例と12.8%を占めており、レビー小体型認知症、血管性認知症はいずれも6例で5.5%であった。最近提唱されている軽度認知障害(mild cognitive impairment:MCI)は7例(6.4%)。図4は疾患別に重症度分類(Clinical Dementia Rating:CDRにより分類)した図であるが、アルツハイマー病ではCDR0.5から1の軽度は約半数であった。前頭側頭型認知症(FTD)はCDR0.5から3まで重症度は多様であり、一方レビー小体型認知症6例ではCDR3の重度が5例と進行した例が多かった。

重症度とスクリーニングテストの相関を見てみると(図5)、認知症なしと判断されたケースでは、MMSE、HDS-Rとも平均が25点以上であったのに対して、CDR0.5群では前者が23.5点、後者が21.3点といずれも認知症と正常のcut off値よりは上ではあったがほぼその境界領域であった。CDR1群はそれぞれ22点と18点、CDR2群では16.8点と12.8点、CDR3群の重度群では11.6点と7.2点で、いずれもMMSEとHDS-Rとでは約4点の差異が認められた。CDRとHDS-Rの相関については真田ら<sup>3)</sup>の報告でもほぼ類似した結果が得られている。

受診時の要介護度と重症度(46例)を見てみると(図6)、重症度が上がるほど要介護度も上がるが、注目すべきは中等度であっても要支援と判定されていたり、重度でも介護度1と判定されているなど、現在の介護認定では従来から言われているように認知症状が適切に判定されていないことが明らかである。また受診時に中等度以上の認知症があると診断された症例でも介護保険の申請をしていない例が多数見受けられたのは(図7)、まだこの制度が一般市民にとっても浸透されていない可能性や介護サービスに対する抵抗感があるのではないかと推測される。

また当外来がおこなっているケアマネジャーとの情報交換による連携については、認知症と診断されて3ヶ月以上経過、かつ要介護認定を受けており担当ケアマネジャーとの情報交換が必要と判断した36例について調べてみると25例(69%)にとどまっており、まだ充分な連携がとれているとはいえない実態で今後も対策を考えていかなければならない。

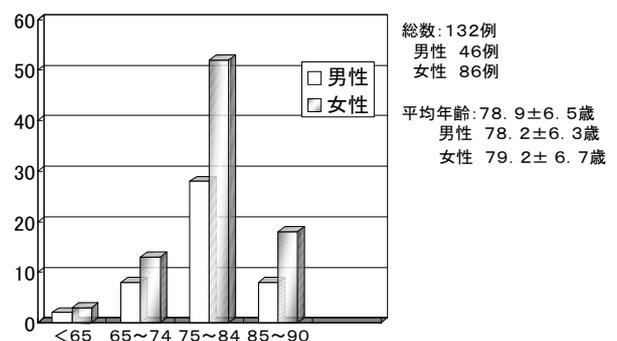


図2. 全受診者の年齢構成

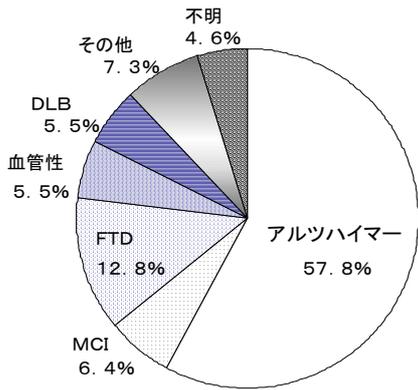


図3. 認知症関連疾患(132例)の診断分類

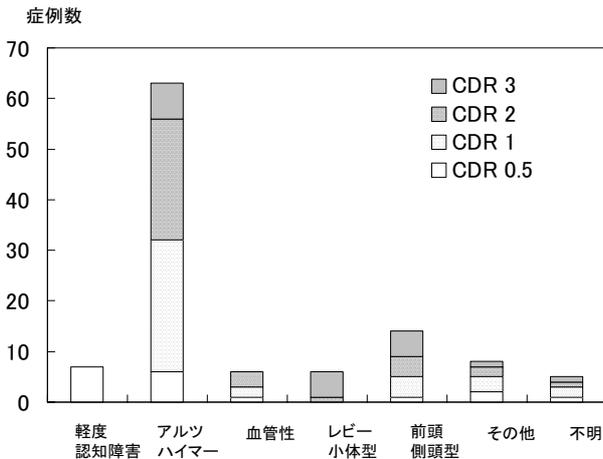


図4. 認知症の鑑別診断と重症度(109例)

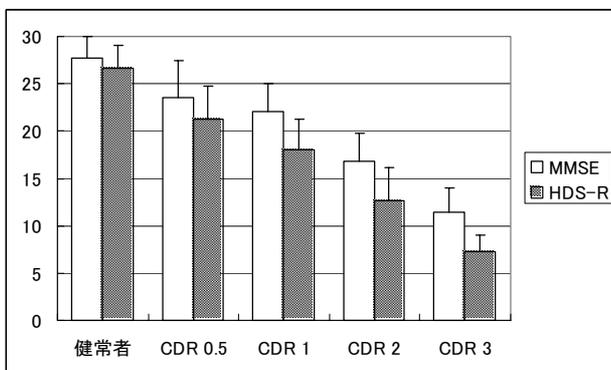


図5. 重症度とスクリーニングテストの相関

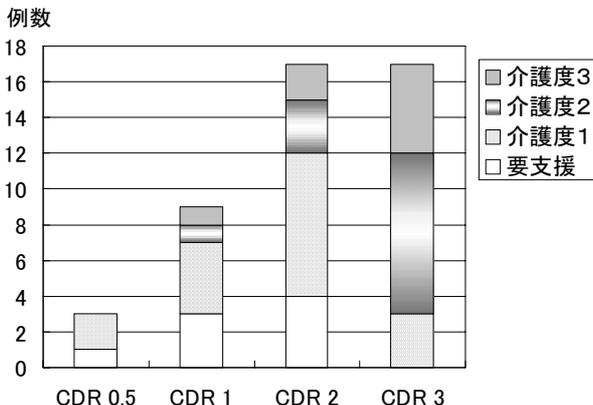


図6. 受診時の要介護度と重症度(46例)の関係

例数

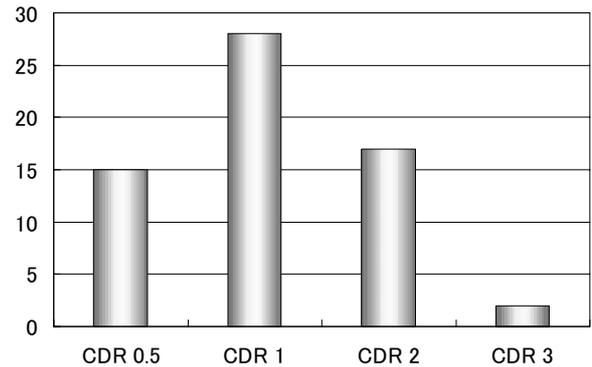


図7. 受診時の介護未申請者数(62例)における重症度の関係

### 5. 今後の展望と課題

“もの忘れ専門外来開設”と“中空知・地域で認知症を支える会”の活動は、かかりつけ医の認知症に対する知識関心の啓発、および地域住民や介護・保健に携わる関係者への啓蒙である。これらの活動は、認知症の早期発見・早期治療(リハビリテーションを含め)に結びつき、それが患者・家族の生活の質の向上や満足につながる大きな役割を果たしていると自負するが、しかし充分と言えるものではない。

軽度の認知症と診断された例では、介護サービスの導入(デイサービスなど)を勧めても「まだ早い」と消極的であり自宅内に閉居したまま活動性に乏しい例が多くみられること。または要介護度の認定を申請しても非該当になり介護保険との狭間にいる認知症高齢者に対しては、今春改定される介護保険制度のもとで新たに予防給付の活動が計画されており期待されることであるが各市町村の現状はまだ準備不十分のようである。

また各市町村ごとにある認知症の家族会はどこも会員の減少の波にさらされているのが実態である。その背景には、参加したくとも認知症高齢者を自宅に置いたまま参加することができないからである。この解消のためには、家族会の組織化・連合化が必要であり行政のバックアップは不可欠である。さらには地域ぐるみの対応としてボランティアの育成と活用が、期待されることである。

### 文 献

- 1) 早原敏之, 土岐弘美, 渡辺朋之:もの忘れ外来の現況;地方都市近郊の精神科病院. 老年精神医学雑誌,.16(12): 1366-1367(2005)
- 2) 川崎清嗣 佐藤 岳 脇川貴臣:もの忘れ外来の現況;大都市のクリニック. 老年精神医学雑誌,.16(12): 1372-1378 (2005)
- 3) 真田順子 北村ゆり 石丸美和子:もの忘れ外来の現況;地方都市近郊のクリニック. 老年精神医学雑誌,.16(12): 1379-1384 (2005)
- 4) 澤 温, 藤本理恵子:もの忘れ外来の現況;大都市の精神科病院. 老年精神医学雑誌,.16(12): 1357-1365 (2005)
- 5) 上村直人, 掛田恭子, 井上新平:“もの忘れ外来”の進め方;治療導入(薬物療法と非薬物療法)時の課題と対応. 精神科治療学, 17(3):293-298(2002)
- 6) 山本泰司, 前田 潔:もの忘れ外来の現況;大都市の大学病院. 老年精神医学雑誌,.16(12): 1344-1350(2005)

## 症 例

# 当院での Cypher stent の初期成績

## Long-term Outcome of Cypher stent implantation

清水 紀宏<sup>1)</sup>  
Toshihiro Shimizu

佐々木 基<sup>1)</sup>  
Motoi Sasaki

平林 高之<sup>1)</sup>  
Takayuki Hirabayashi

伊藤 文博<sup>2)</sup>  
Fumihiro Itou

### 要 旨

背景:虚血性心疾患の治療として、薬物治療、経皮的冠動脈形成術、冠動脈バイパス術がある。Balloon拡張術の弱点として急性冠閉塞と慢性期の高い再狭窄率(30~50%)があった。急性冠閉塞はステントを使用することでほぼ克服することができたが、再狭窄率は減少したものの依然と20~30%と高かった。2004年6月に承認された薬剤溶出性ステントはラパマイシンをコーティングしたステントであり、再狭窄率を5~9%まで低下させるといわれている。方法と結果:2004年6月15日から2005年10月30日までに薬剤溶出性ステントを留置した144症例163病変と以前に留置した通常のステントを比較検討した。初期成功率はともに96.9%と差を認めなかった。再狭窄率は32.6%vs2.7%と薬剤溶出性ステントで有意に低かった。結語:薬剤溶出性ステントで有意の高い安全性と低い再狭窄率が示唆された。

Key words : Cypher stent, restenosis

### 背 景

経皮的冠動脈形成術は1977年にGreutzigにより初めてballoon形成術が施行された。Balloonによる血管形成術は非侵襲的に冠動脈治療を行え、画期的であった。その効果も高く、薬物治療よりも予後の悪い多枝病変例で冠動脈バイパス術(CABG)または経皮的冠動脈形成術(PCI)を比較したRCT1の結果では死亡率は両群で差を認めないとするものであった。しかし、心事故は有意にPCI群で多く、原因は30~40%に上る再狭窄によるものであった。この再狭窄の機序としては一度拡張した血管が再度収縮するelastic recoilとnegative remodelingというMechanical factorと平滑筋細胞の増殖と新生内膜増殖というBiological factorが考えられている。そこで再狭窄を抑制すべく1993年にPalmaZ-Schatz stentが使用されるようになり、再狭窄率はballoon形成術に比較して低下した。その機序はMechanical factorによる再狭窄が減少したためと思われる。しかし、stentを使用してもbiological factorによる再狭窄は減少しないため、20~30%のstent再狭窄が問題とされてきた。アンジオテンシンII受容体拮抗薬、トラニラスト、シロスタゾール、スタチン製剤などの薬剤や、放射線治療など検討され

たがいずれも否定的な報告が多い。2002年、RAVEL study<sup>2)</sup>において再狭窄率0%という衝撃的な報告がなされた。このRAVEL studyで使用されたstentはラパマイシンをポリマーコーティングしたstent(Cypher stent)であった。ラパマイシンとはcell cycleのG1期を抑制し、平滑筋細胞の増殖と遊走を抑制する薬剤である。このラパマイシンでbiological factorを、stentでmechanical factorをblockできたため、再狭窄を著明に抑制できたものと考えられる。本邦でも2004年9月から保険召還され、一般に使用されるようになり、当院でもその使用が増加傾向にある。

### 目 的

当科におけるCypher stentの初期成功率、再狭窄率をラパマイシンコーティングのないBx stentと比較検討する。

### 方 法

対象は2004年6月15日から2005年10月30日までにCypher stentを留置した144症例163病変である(Cypher群)。比較対照として2004年6月15日までに留置したBx stentの連続163病変とした(Bx群)。Initial success は術者の判断とした。確認造影

1) 砂川市立病院循環器科  
Division of Cardiology, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

2) 奈井江町立病院内科  
Division of Internal Medicine, Department of Clinical Medicine, Naie City Medical Center.

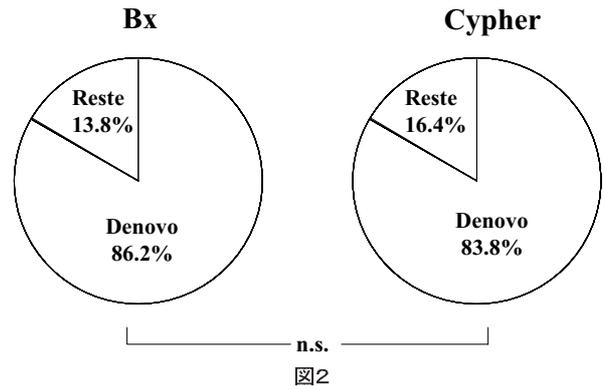
は8ヶ月後に行い、75%以上を再狭窄とした。Target Lesion revascularizationは再狭窄を認め、臨床的にanginaを認めるもの、または虚血の証明されたものに行った。

検定はt検定、またはMann-Whitney's U testを用い適切な方で行った。

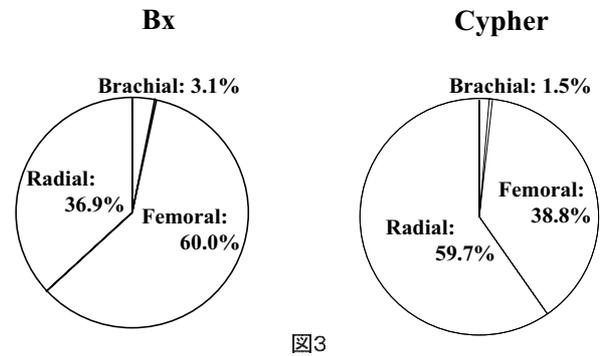
**結 果**

患者背景はCypher群で男性64.6%,平均年齢65.1±10.4才、Bx群で男性77.6%,平均年齢67.8±11.2才でともに有意差を認めなかった(図1)。病変としてはCypher群で83.8%が、Bx群で86.2%がdenovo lesionであり、両群間に有意差を認めなかった(図2)。アプローチはCypher群でFemoral 38.8%, Radial 59.7%, brachial 1.5%、Bx群ではFemoral 60.0%, Radial 36.9%, brachial 3.1%と有意にCypher群でtransfemoral approachがすくなかった(図3)。Target vesselはCypher群でLAD 47.8%, Cx 10.4%, RCA 38.2%, LMT 1.5%, SVG 1.5%, Bx群ではLAD 50.8%, Cx 21.5%, RCA 26.2%, LMT 1.5%であり、両群に差を認めなかった(図4)。Initial success rateはCypher群、Bx群ともに96.9%であった。期間中のCypher群での全stent中のCypher使用率は51.2%, Bx群ではBx使用率53.6%であった(図5)。Stent sizeはCypher群で3.0±0.4mm, Bx群で3.1±0.5mmと両群間で有意差を認めなかった(図6)。Stent長はCypher群で28.3±11.6mm, Bx群で20.5±8.9mmと有意にCypher群で長く病変をstentでcoverしていた(p<0.0001)(図7)。使用したstent数はCypher群で1.4±0.5本、Bx群で1.1±0.4本とCypher群で有意に多くのstentを使用していた(p<0.05)(図8)。stentの拡張期圧はCypher群で15.4±2.0atm, Bx群で14.6±2.4atmと有意にCypher群で高圧拡張を行っていた(p<0.05)(図9)。follow up rateはCypher群で41.8%, Bx群で35.4%と有意差を認めなかった。再狭窄率はCypher群で2.7%, Bx群で32.6%と有意にCypher群で低かった(p<0.001)(図10)。Target Lesion revascularization rateはCypher群で2.7%、Bx群で23.3%とCypher群で有意に低かった(p<0.001)(図11)。

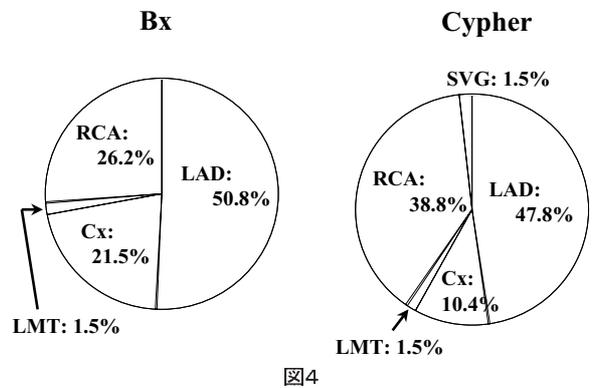
**Lesion characteristic**



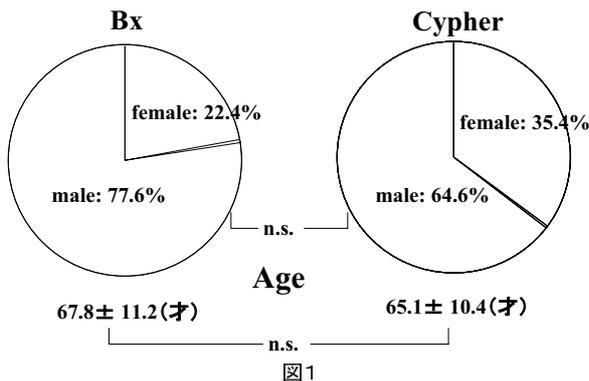
**approach**



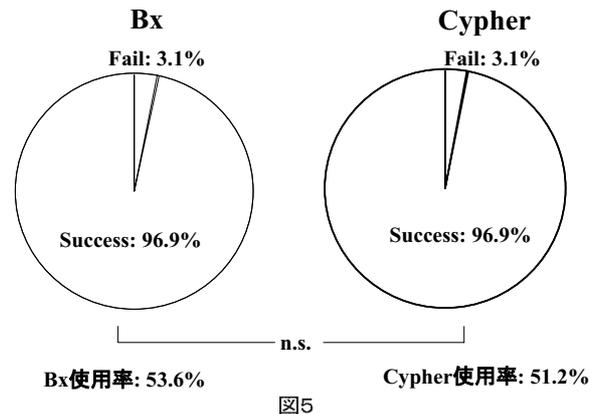
**Target vessel**



**Patient's characteristics**



**Initial success rate**



### Stent size

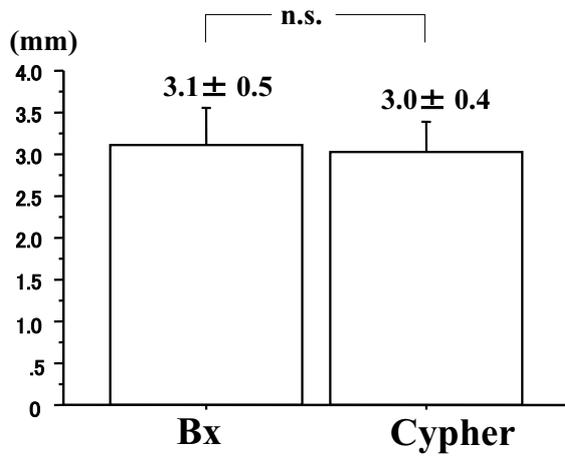


図6

### Inflation pressure

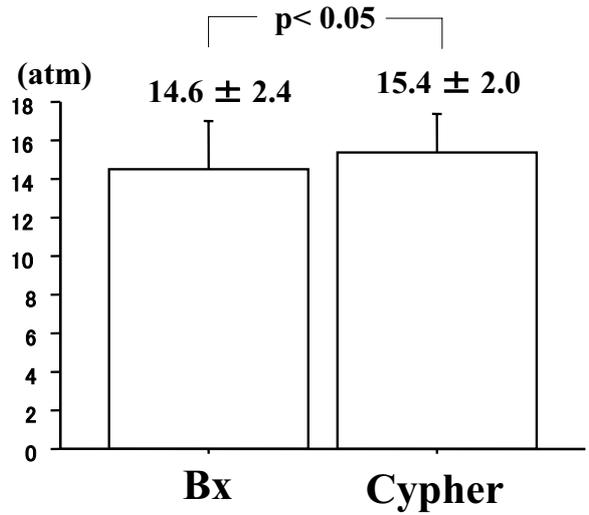


図9

### Stent length

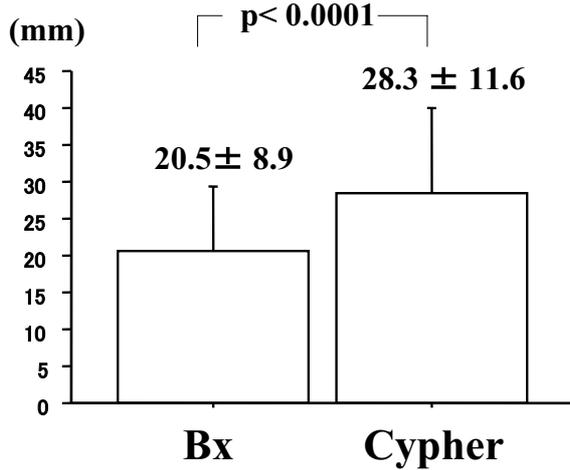


図7

### Restenosis rate

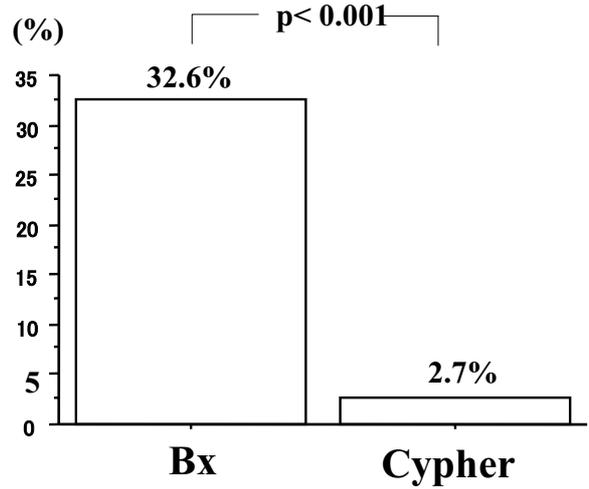


図10

### Stent number

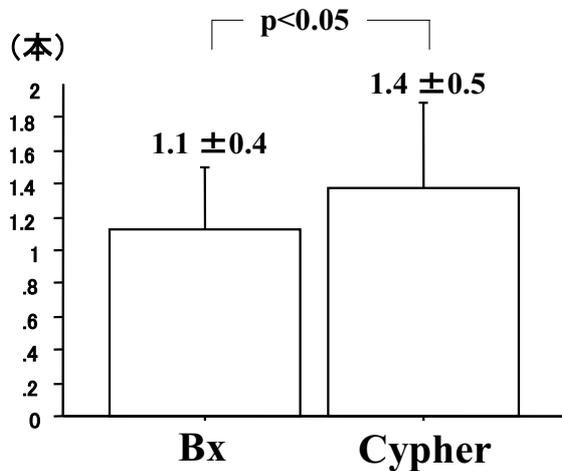


図8

### TLR rate

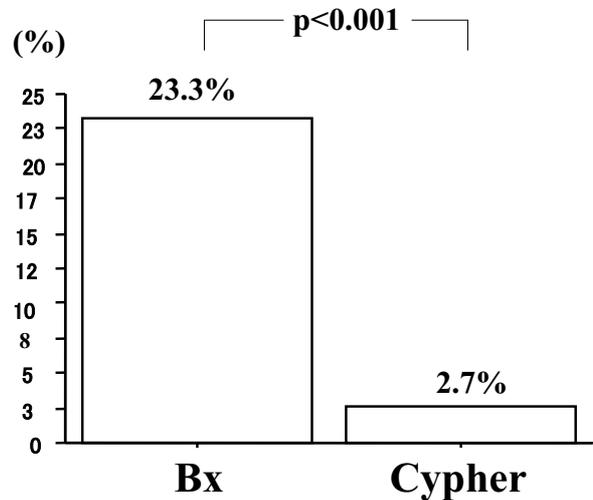


図11

## 考 察

### ① 植え込み手技について

Cypher stentはBx stentをプラットフォームとして、ラパマイシンをポリマーコーティングしたものであり、もともとのstent designは同じである。Bx stentはrigidでradial forceが強いものの、conformability、trackerbilityは低いという特徴をもつstentである。拡がりにくいいため十分な高圧拡張が推奨されている。植え込み時にCypher stentは有意にBx stentよりも高圧で留置されていた。通常、Bx stentのようなbare metal stent(BMS)は約一ヶ月でstentが新生内膜で覆われ、急性閉塞を起こす(sub acute thrombosis)ことはきわめて稀になるとされている。しかし、Cypher stentは新生内膜ができづらいため一ヶ月以降も急性閉塞を起こしうるとされる。このsub acute thrombosisを起こさないよう、十分にstentを拡張し、血管壁に密着させることが重要である。このためCypher stent使用に当たったの講習会で高圧拡張の重要性が強調された結果、術者がより高圧を意識したものと推測される。

### ② longer is better

使用したstentの長さ、本数ともにCypher stentで有意に多くなっている。BMSは留置後、新生内膜ができてくるので、植え込み時により大きく広げておくことで多少新生内膜ができて再狭窄とならないと考えられ、bigger is betterといわれてきた。ところが、Cypher stentはほとんど新生内膜ができないので、植え込み時に無理に大きくstentを広げる必要はない。むしろ、正常な血管部分から正常な部分までプラーク全体をstentで覆うことが再狭窄予防に重要であるとされlonger is betterといわれるようになった。そのため、stentの長さも長くなり、一症例に使用するstentの本数も増加したものと考えられる。それでも、実際今回経験したCypher stentの再狭窄はすべてがstentのedge部分であり、Cypher stentを使用する上でどの部分からどの部分までstentで覆うかが重要であると考えられる。

## 結 語

Cypher stentの当院における初期成績ではBx stentと同様の高い初期成功率を認め、有意に低い再狭窄率を認めた。

## 文 献

- 1) Berger PB, Velianou JL, Aslanidou Vlachos H: Survival following coronary angioplasty versus coronary artery bypass surgery in anatomic subsets in which coronary artery bypass surgery improves survival compared with medical therapy. Results from the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). J Am Coll Cardiol. 2001 Nov 1;38(5):1440-9.
- 2) RAVEL study Group: A randomized comparison of a sirolimus-eluting stent with a standard stent for coronary revascularization. N Engl J Med. 2002 Jun 6; 346(23):1773-80.

## 症 例

# 消化管吻合術におけるドレーンの必要性の検討

Gastrointestinal surgery does not require routine abdominal drainage

松久 忠史 安念 和哉 林 俊治 田口 宏一 湊 正意  
Tadashi Matuhisa Kazuya Annen Shunji Hayashi Kouichi Taguchi Masaki Minato

## 要 旨

胃腫瘍と大腸腫瘍手術における合併症について、ドレーン留置例と非留置例を比較検討しドレーンを非留置とすることの妥当性について検討した。手術時に留置したドレーンはいずれも非留置とすることが可能で、消化管吻合術において原則的にドレーンを非留置とする方針は妥当と考えられた。

Key words : Drain, Gastrointestinal, Surgery

## はじめに

消化管手術におけるドレーンは、腹腔内貯留液のドレナージや術後の出血や縫合不全におけるインフォメーションとしての役割から原則として留置するべきものとされてきた。しかし合併症が生じることなく経過した場合には、術後の離床時期、体動制限、入院期間などの面からドレーンが有用性を示さずに抜去されることになり、あるいは合併症が生じてドレーンが必ずしも有用ではない場合もある。したがって、どのような場合にドレーンを留置するべきかを検討することは非常に重要である。現在、我々は汚染を伴わない消化管吻合を伴う待機手術においてドレーンを原則として留置しない方針としているが、その妥当性について検討し、留置基準をより明確にすることを目的とした。

## 対象と方法

胃腫瘍・大腸腫瘍に対して原発巣の切除および再建を施行した手術症例369例(胃腫瘍162例、大腸腫瘍207例)を対象とした。腹膜炎などの緊急手術は除外した。ドレーン留置を原則としていた平成13年1月から平成15年1月までを前期とし、非留置を原則とした平成15年2月から平成17年6月を後期とした。胃腫瘍・大腸腫瘍の各々において前期と後期におけるドレーン留置率、合併症発生症例におけるドレーンの有用性、後期の留置症例・非留置症例における合併症発生率を比較検討した。

## 症例の背景と術式

胃腫瘍162例(胃癌160例、GIST2例)は、前期66例(男性47例、女性19例、平均年齢67歳)、後期96例(男性62例、女性34例、平均年齢68歳)であった。大腸腫瘍207例(大腸癌204例、その他3例)は、前期98例(男性59例、女性39例、平均年齢70歳)、後期109例(男性59例、女性50例、平均年齢70歳)であった。(Fig.1)胃腫瘍における術式は前期においては胃全摘術17例(25.8%)、幽門側胃切除術47例(71.2%)で、後期においてはそれぞれ43例(44.8%)、48例(50.0%)であった。大腸腫瘍における術式は前期においては結腸切除術75例(76.5%)、低位前方切除術23例(23.5%)で、後期においてはそれぞれ91例(83.5%)、18例(16.5%)であった。(Fig.2)

## 結 果

胃腫瘍におけるドレーン留置率は、前期66例(100%)、後期20例(20.8%)で、大腸腫瘍においては、前期96例(98%)、後期25例(22.9%)であった。胃腫瘍における合併症は、前期10例(15.2%)、後期10例(10.4%)であり、大腸腫瘍においては、前期10例(10.2%)、後期5例(4.6%)であった。(Fig.3)胃腫瘍における前期、後期をあわせた合併症発生症例20例のうちドレーン留置は15例、非留置は5例であった。縫合不全のうち、吻合部の造影において棘状もしくは細い線状の影が吻合部から突出するものをマイナーリークとし、これを越える量の漏出像を認めるものをメジャーリークとするならば、留置

例におけるマイナーリークは7例であったがドレーンの汚染をきたしたものは無く、ドレーン追加を必要とした1例を含めて全例が再手術を施行することなく治癒した。腹腔内膿瘍をきたした4例のうちドレーン汚染を認めた2例は追加処置をすることなく治癒し、ドレーン汚染を認めなかった2例はドレーンを追加し治癒した。また、非留置例に生じたマイナーリークは追加処置をすることなく治癒した。(Fig.4)

大腸腫瘍における合併症発生症例15例のうちドレーン留置は12例、非留置は3例であった。マイナーリーク、メジャーリークの症例は全例が直腸低位前方切除術施行症例であった。留置例においてはマイナーリークが5例、メジャーリークが3例で全例にドレーン汚染をみとめた。メジャーリークの全例にストーマ造設術を追加施行した。マイナーリークは1例にドレーンを追加し、他の4例は追加処置をすることなく治癒した。腹腔内膿瘍をきたした2例のうちドレーン汚染を認めた1例は追加処置をすることなく治癒し、ドレーン汚染を認めなかった1例はドレーンを追加し治癒した。非留置例に生じたメジャーリークにはストーマ造設術を追加施行し、マイナーリークと腹腔内膿瘍は追加処置をすることなく治癒した。(Fig.5)

後期においてドレーン留置例における合併症の発生数は、胃腫瘍で5/20例(25%)、大腸腫瘍で3/25例(12%)であり、ドレーン非留置症例における合併症発生数は、胃腫瘍で5/76例(6.6%)、大腸腫瘍で3/84例(3.6%)であった。(Fig.6)

前期・後期の比較		
胃腫瘍		
	ドレーン留置率	合併症
【前期】	66/66例 (100%)	10/66例 (15.2%)
【後期】	20/96例 (20.8%)	10/96例 (10.4%)
大腸腫瘍		
【前期】	96/98例 (98.0%)	10/98例 (10.2%)
【後期】	25/109例 (22.9%)	5/109例 (4.6%)

Fig.3

合併症症例(胃):20例		
ドレーンあり15例		
合併症	ドレーン	処置
minorリーク 7	汚染 0	ドレーン追加 1
出血 2	出血 2	再手術 1
膿瘍 4	汚染 2	ドレーン追加 2
ドレーン感染 2		
ドレーンなし5例		
minorリーク 4		
出血 1		

Fig.4

症例背景	
胃腫瘍 162例(胃癌160 GIST 2)	
【前期】 66 (男47 女19)	平均年齢 67
【後期】 96 (男62 女34)	平均年齢 68
大腸腫瘍 207例(大腸癌204 その他 3)	
【前期】 98 (男59 女39)	平均年齢 70
【後期】 109 (男59 女50)	平均年齢 70

合併症症例(大腸):15例		
ドレーンあり12例		
合併症	ドレーン	処置
minorリーク 5	汚染 8	ドレーン追加 1
Majorリーク 3		再手術 3
出血 1	出血 1	再手術 1
膿瘍 2	汚染 1	ドレーン追加 1
ドレーン感染 1		
ドレーンなし3例		
minorリーク 1		
Majorリーク 1		再手術 1
膿瘍 1		

Fig.5

術式		
胃腫瘍症例		
	前期	後期
胃全摘	17/66 (25.8%)	43/96 (44.8%)
幽門側	47/66 (71.2%)	48/96 (50.0%)
噴門側	2/66 (3.0%)	5/96 (5.2%)
大腸腫瘍症例		
	前期	後期
結腸切除	75/98 (76.5%)	91/109 (83.5%)
低位前方	23/98 (23.5%)	18/109 (16.5%)

Fig.2

後期の合併症(胃)	
留置合併症	非留置合併症
5/20例 (25%)	5/76例 (6.6%)
後期の合併症(大腸)	
留置合併症	非留置合併症
3/25例 (12%)	3/84例 (3.6%)

Fig.6

## 考 察

消化器領域の手術におけるドレーンは、術後合併症に備えてほぼルーチンに留置される傾向があったが留置に関する基準が見直されるようになってきており、現在当科においても多くの手術において原則として留置しない方針としている。その結果、今回の検討において胃腫瘍と大腸腫瘍の手術ではルーチンに留置していた期間と比べて留置率が約1/5となった。ドレーン留置に関する諸家の検討からは、ルーチンな留置は必要ではないとする報告が散見される<sup>1-3)</sup>。しかしその一方で侵襲が大きく合併症が致命的となる食道の手術においては、ドレーンの有用性を示唆する報告もある<sup>3)</sup>。

今回の我々の検討において、胃腫瘍ではマイナーリークをきたしてもドレーンの汚染は無く、必要に応じてドレーンを追加することで全例が治癒した。膿瘍にはドレーンの追加で対処可能であり、出血には臨床所見、血液検査、CTで評価、対処が可能であった。したがって手術時に留置したドレーンはいずれも非留置とすることが可能と考えられた。

大腸腫瘍ではマイナーリークにおいて多くの場合ドレーン汚染を認めたが、非留置のマイナーリークがドレーンを追加することなく治癒した例があった。腹腔内膿瘍に対し、留置例においてはドレーン汚染を認めなかったものには追加留置を必要としたが、非留置でも追加留置をせずに治癒した例があった。以上のことから、マイナーリークが生じてドレーンが非留置の状況で追加処置をすることなく治癒する可能性があり、その経過中に膿瘍が形成されても同様に追加処置をすることなく治癒する可能性がある。したがって、非留置であっても、術後経過で必要に応じてドレーンの追加留置を行うことで対処できると考えられるので、手術時に留置したドレーンはいずれも非留置とすることが可能と考えられた。

大腸腫瘍のメジャーリークは、腹膜炎への移行の危険性から全例にストーマ造設術が施行された。ドレーン非留置としても臨床所見から速やかにCTや消化管造影を施行し吻合部と腹腔内の評価をすることで迅速に対処可能であった。これらのメジャーリーク4例のうち3例は低位前方切除術における吻合部が他の症例よりも肛門に近かった。以上のことから、吻合部が低位になるとメジャーリークの危険性が高くなる可能性があり、今回の検討では手術時に留置したドレーンは必ずしも必要ではなかったが、再手術までの腹腔内の汚染を可能な限り少なくするためにも初回手術時におけるドレーンの留置対象として良いと考える。

留置例における合併症発生率が非留置例のそれよりも高い現状ではあるが、今後はさらにドレーン留置基準を明確にし、症例を限定して留置をして行く方針である。

## 結 語

消化管吻合術において原則的にドレーン非留置とする方針は妥当と考えられた。

## 文 献

- 1) Kim J. et al: Gastric cancer surgery without drains: A prospective randomized trial. *J Gastrointest Surg.* 8(6): 727-732, 2004.
- 2) Merad F. et al: Prophylactic abdominal drainage after elective colonic resection and suprapromontory anastomosis. *Arch Surg.* 133: 309-314, 1998.
- 3) Petrowsky H. et al: Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery. *Ann Surg.* 240(6): 1074-1085, 2004.

## 症 例

## 腹壁に発生した Chronic Expanding Hematoma の一例

The case of chronic expanding hematoma in abdominal

須田 徹也<sup>1)</sup> 小松 磨史<sup>1)</sup> 四ッ柳 高敏<sup>2)</sup>  
 Tetuya Suda Kiyoshi Komatu Takatoshi Yotsuyanagi

## 要 旨

今回我々は、比較的めずらしいとされる、Chronic Expanding Hematomaの一例を経験したのでここに報告する。

Key words : Chronic Expanding Hematoma MRI echo

## はじめに

Chronic Expanding Hematomaとは、1968年にFriedlander<sup>1)</sup>により初めて、報告された。その後、1980年のReid<sup>2)</sup>らによって以下の様な特徴を持つ疾患であると定義された。発症より一ヶ月以上の経過で持続し増大する血腫、最初の出血が外傷を契機に発症する、腫瘤の構造は中心部で血液塊が存在し肉芽組織で覆われ周辺には緻密な線維性皮膜を認める。今回我々は、Chronic Expanding Hematomaと思われた、腹壁の血腫を経験したので、ここで報告する。

症例: 80歳女性

主訴: 右腹壁皮下腫瘤

既往歴: DM、Af、MR、

現病歴: H17年3月頃より感冒様症状出現し、近医受診したところ、経過観察とされていたが、発熱継続、右腹壁の皮下腫瘤に気づき3月20日当院救急外来受診後、当院外科で入院となった。入院時所見は、右下腹部に鶏卵大の皮下弾性腫瘤を触知、圧痛を認めた(図1)、入院時検査データにて、WBC18400/ $\mu$ l、CRP19.8mg/dl、入院後、抗生剤投与開始(CTM1g $\times$ 2)したが、炎症増悪し、他の抗生剤(MEPM 0.5g $\times$ 2)へ変更した。CTの結果(図2)、皮下軟部悪性腫瘍疑いで、H17年3月25日、手術目的で外科より当科転科となった。MRI検査では(図3)右腹部にT1 Low T2 Highで多房

性の嚢胞性病変を認められ、内容は液体と考えられた。Echo検査にて(図4)、陳旧性の血腫を疑われた。

H17年4月2日、腫瘤の増大と疼痛の増強があり、皮膚が菲薄化したため、局所麻酔にて切開を行ったところ(図5)多量の高血、膿が認められた。臨床経過、画像所見、切開時血性内容物流出、以上より、本症例の腹部腫瘤は、Chronic Expanding Hematomaと診断した。切開後貧血が進行、MAPを開始したが、入院時よりあった心不全が悪化し、当院循環器科転科となる。転科後、連日洗浄、軟膏処置を継続し肉芽良好となった(図6)。その後心不全は改善し、手術目的にて当科転科となる。H17年5月13日全身麻酔にて、デブリードマン、局所皮弁にて再建を行う、(図7)術後経過良好の為、H17年6月17日転院となる。その後現在まで再貯留は認められていない。(図8)

## 考 察

Chronic Expanding Hematomaは、血腫のうち吸収されずに徐々にサイズの増大をみるものであり、最初の出血は外傷、手術を契機に発症する。腫瘤の中心部に血液塊が存在し、肉芽組織の壁で覆われ周囲に緻密な線維性皮膜を認めるものとされている。発症の原因としては、血液および血液の分解成分が刺激となり、肉芽組織内の毛細血管からの反復した血液漏出が引き起こされるために血腫の増大を認めると報告されている。原因の類似する疾患としては、慢性硬膜下血腫とされ

1) 砂川市立病院形成外科

Division of Surgery, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

2) 札幌医科大学形成外科

Division of Pathology, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

ている。自験例において外傷の契機は無かったが、高齢のため記憶が曖昧の可能性もある。

診断においては、Chronic Expanding Hematomaを画像診断と所見で確定診断するのは難しいと言う報告も多く<sup>3)</sup>、特に軟部悪性腫瘍と診断されている場合も多い。実際、自験例でも軟部悪性腫瘍を疑われ当科紹介となっている。CT、MRI、エコー、臨床経過、内容物の血性等を考慮し、Chronic Expanding Hematomaを疑ったが、当科では病理を提出していない為、病理による確定診断には、至らなかった。

治療に関しては、穿刺ドレナージ、手術による全摘出が行われていると報告がされている。しかし、自験例では、腫脹が強くなり、皮膚菲薄化したため緊急で切開し、連日血腫内腔を生食にて洗浄を行っている間に、血液の流出が少なくなり、完全に血腫は縮小してしまった。更に、軟膏処置を継続し肉芽が良好となったため、創閉鎖も可能であると判断し、手術を行った。術前よりあった、皮膚の欠損に対しては、その部位の単純閉鎖が難しく局所皮弁を採用した。



図1 初診時



図2 入院時CT

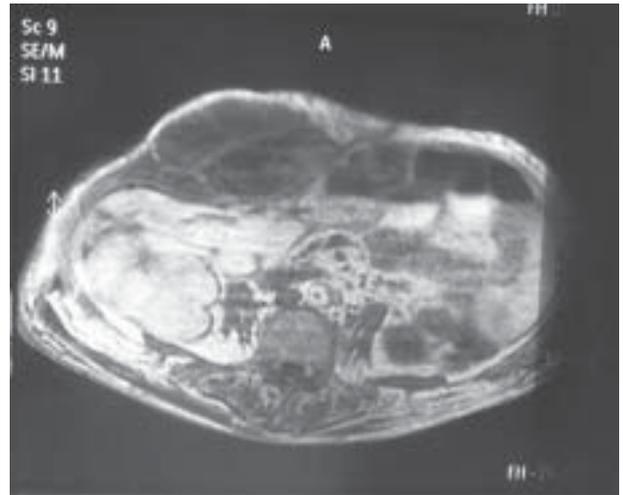


図3 MRI T1



図3 MRI T2



図4 Echo



図5 切開前

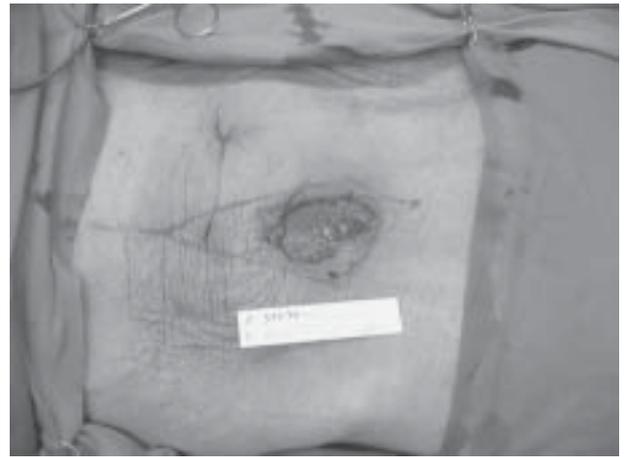


図7 術前1



図5 切開後

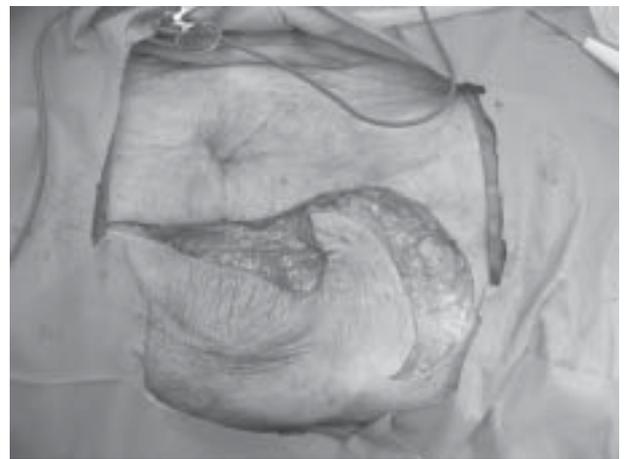


図7 皮弁掌上時



図6 切開後 肉芽良好時



図7 術後 完成



図8 術後14日目

## 結 語

比較的稀とされる、Chronic Expanding Hematoma (腹壁)の一例を経験した。軟部悪性腫瘍との鑑別は難しく、CT、MRI、エコーと臨床経過から総合的判断をする必要があると考えられた。本症例においては腫瘍の除去は切開、内容物の圧出で充分であったと考えられたが、皮膚欠損があり、局所皮弁を用いた再建が必要であった。

## 文 献

- 1)Friedlander、H.L.et al:Chronic Expanding Hematoma of the Calf;J.Bone Joint Surg.,50A:1237～1241,1968.
- 2)Reid,J.D.et.al :Chronic Expanding Hematoma A Clinico-pathologic Entity,JAMA,244:2441～2442,1980.
- 3)渡部功一 他:感染を生じた下腿部巨大Chronic Expanding Hematomaの治療経験.日本形成外科学会誌 25(9):296～302、2005.

症 例

# 3 D-CT Angiography の工夫

New method of 3D-CT Angiography

柴田 和則<sup>1)</sup>  
Kazunori Shibata

高橋 明<sup>1)</sup>  
Akira Takahashi

齊藤 正樹<sup>1)</sup>  
Masaki Saitoh

本間 敏美<sup>1)</sup>  
Toshimi Honma

恩田 敏之<sup>1)</sup>  
Toshiyuki Onda

茅野 伸吾<sup>2)</sup>  
Shingo Kayano

## 要 旨

3dimensional-CT angiography(以下3D-CTA)はMRAや脳血管撮影と異なり、動脈瘤だけではなく、その関係する静脈や脳、頭蓋骨などの構造物も同時に描出出来る。さらに撮像法や画像処理を工夫をすることで、他の血管の検査よりも実際の手術に近いシミュレーションが可能であり、脳動脈瘤手術の術前検査として有用であった。

Key wards : vein, 3D-CT Angiography, operation, aneurysm

表1 従来法<sup>2)</sup>と新方法との比較

	従来法	新方法
使用機種	東芝Aquilion16	
造影剤	非イオン性造影剤75ccを毎秒4ccで注入	
撮像タイミング	動脈相の撮像後	
インターバル	6秒後	6秒後
スキャン法	Go and go	Go and return

## はじめに

我々は3D-CTAで通常の脳動脈瘤をより安全に手術するためにさまざまな工夫をし、脳動脈瘤の描出、脳静脈の描出<sup>1)</sup>、穿通枝の描出<sup>2)</sup>に関して報告してきた。今回は脳静脈の描出法をさらに工夫して、より明瞭になるように撮像を行った。その方法を紹介し、利点と欠点を報告する。

## 対 象

砂川市立病院において精査のため3D-CTAを施行した未破裂脳動脈瘤。

## 方 法

使用機種は東芝Aquilion16。右正中肘静脈から非イオン性造影剤75ccを毎秒4ccで注入する。椎骨動脈の頭蓋入行部(撮像開始部位)のレベルをモニターし、椎骨動脈に造影剤が目視できた瞬間(開始時間は平均18, 3秒)から動脈相を撮像する(8秒間)。その後生食30ccで後押ししながら6秒間のインターバルを置き、静脈相を撮像した。従来法は寝台を撮像開始部位まで戻し Go and goで、新方法は寝台を戻さず Go and return(9, 8秒間)で撮像した。

従来法と新方法との比較を示す。(表1)

## 目 的

術野に関係する静脈の解剖を診断する。(表2)

表2 抽出する静脈

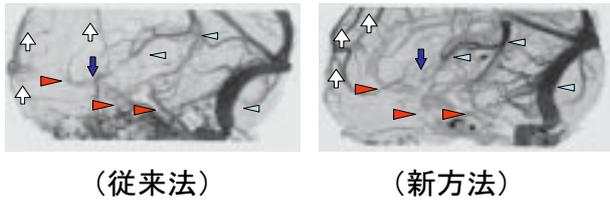
浅中脳静脈(シルビウス静脈)
浅中脳静脈が海綿静脈洞、蝶形頭頂静脈洞に入るもの
深中脳静脈や前頭蓋底の静脈が海綿静脈洞、蝶形頭頂静脈洞に入るもの
前頭蓋底から脳底静脈への灌流静脈
脳動脈瘤に接している静脈

1) 砂川市立病院脳神経センター脳神経外科  
Center of Neurosurgery and Neurology, Department of Medicine, Sunagawa City Medical Center

2) 砂川市立病院放射線科  
Deivision of Radiology, Department of Medicine, Sunagawa City Medical Center

結 果

従来法<sup>2)</sup>との比較(図1)、新方法のステレオ画像(図2)を示す。



従来法と新方法の比較をすると、動脈(赤矢頭大)よりも静脈(その他の矢印、矢頭)の描出が鮮明になっている。浅中大脳静脈(青矢印太)よりも上矢状静脈洞、皮質静脈、(白矢印細)、深部静脈や静脈洞がより濃く描出されている。

図1 従来法との比較

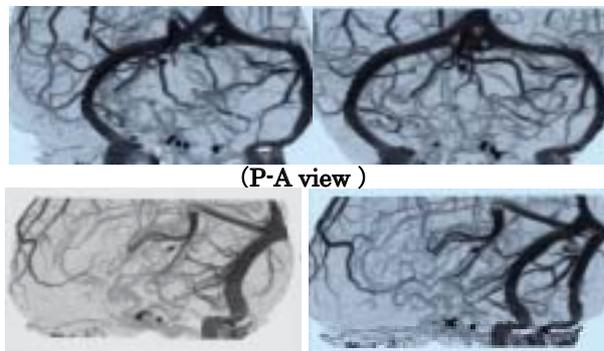


図2 新方法のステレオ画像

考 察

新方法では従来法と比べて動脈は淡くなり静脈がより強調され明瞭になった。また浅中大脳静脈や上矢状静脈洞へ灌流する皮質静脈の発達もわかったが、深中大脳静脈や脳底静脈、動脈瘤周辺の静脈の同定が困難であった。多くの血管情報が得られる反面、その読影に慣れが必要だった。血管の形はわかるが、血流の方向や、循環時間など血行動態はわからなかった(表3)。

CTは時間分解能の低さが指摘されてきたが、装置の進歩と撮像法の工夫によって時間的なファクターも取り入れることが可能となり、かつては脳血管撮影に頼らざるを得なかった脳静脈の描出においてもCTが使われるようになった。またCTはMRAや脳血管撮影と異なり、動脈瘤とその周辺静脈、また脳や頭蓋骨などの構造物も同時に描出できる<sup>3)4)</sup>ので、実際の手術に近いシミュレーションが可能である。

われわれは低侵襲でより安全な治療を目標に、未破裂脳動脈瘤の手術をCTAngiographyで行ってきた。その際には動脈瘤や関連動脈だけではなく、静脈の情報を得る事が重要だった<sup>2)</sup>。今回の新方法では従来法よりも動脈が淡くなり静脈がより強調され明瞭になった点良かった。関係静脈として表2に示した静脈などに注目したが、浅中大脳静脈や動脈瘤周辺静脈よりも内大脳静脈やガレン静脈や静脈洞などが鮮明に描出

された(図2)。造影剤が多く流れるより太い静脈の方が濃く染まるためと考えるが、造影剤の投与方法や撮像タイミングなどをさらに工夫をすることで、3D-CTAは脳動脈瘤の術前検査として最良の方法に成り得ると思われた。

表3 新方法の撮像結果

利点	欠点
①3D-CTでは動脈と静脈が同時に描出されるが、従来よりも動脈は淡くなり静脈がより強調され明瞭になった。 ②上矢状静脈洞へ灌流する皮質静脈の発達はよくわかった。 ③浅中大脳静脈の発達もわかった。 ④多くの血管の情報が一度の撮像で得られた。	①多くの血管情報が得られる反面、その読影に慣れが必要だった。 ②血流の方向が分からない。 ③深中大脳静脈や脳底静脈、動脈瘤周辺の静脈の同定が困難な症例もあった。 ④循環時間が分からない。

文 献

- 1) 茅野伸吾 他: 頭部3D-CTAによる穿通枝描出能の検討- 2DAS type MDCTと16DAS type MDCTとの比較- . 砂医誌 2004; 145~148, 2004
- 2) 茅野伸吾 他: Dual Power Injectorを用いた生食ボラスによる頭部4D-CT Angiography・CT Venography . 砂医誌 2003; 141-146, 2003
- 3) 松本正人 他: 3D-CTAにおける動脈相と静脈相の分離- Multi-detector row CT(MDCT)の新たな可能性について- . CI 研究25(3): 159-165, 2003
- 4) 鈴木泰篤 他: 浅中大脳静脈、脳底静脈のvariation-3D-CTAによる検討-. 脳卒中の外科29. 96-103, 2001

## 症 例

## 卵円孔開存による脳塞栓症の2例

Patent foramen ovale in 2 patient with cerebral infarction

本間 敏美  
Toshimi Honma齊藤 正樹  
Masaki Saitoh柴田 和則  
Kazunori Shibata高橋 明  
Akira Takahashi

## 要 旨

心原性脳塞栓症は大梗塞に陥ることが多く重篤な転帰をたどることが多い。卵円孔開存は心原性脳塞栓症の原因として最近注目されている。卵円孔開存の診断には経食道エコーが優れており、循環器科との協力が必要であると考えられた。

Key words : stroke, foramen ovale

## はじめに

近年の報告によれば心原性脳塞栓症は全脳梗塞の約26%と以前の報告より多く報告されている。<sup>1)</sup>心原性脳塞栓症は側副血行路による閉塞領域への血流は一般的には期待できないので再開通がなければ短時間のうちに脳梗塞におちいってしまい、しばしば大梗塞に至り、予後不良となることが少なくない。近年、脳塞栓症の原因として、卵円孔開存による奇異性脳塞栓症が注目されている。当科で2例経験したので文献考察を加えて報告する。

**症例1** 71歳男性 腰椎椎間板切除術後リハビリテーション中に右麻痺にて発症し、脳塞栓症(図1)と診断し、低用量へパリン持続投与を施行後、再発予防目的にワーファリン内服を行い退院した。しかし、1週間後再度右麻痺が出現し、MRI(図1)で新しい病変認め再入院となった。循環器科にて経食道エコーを施行し、卵円孔開存がみられた。前回入院時同様、低用量へパリン持続投与を施行後、再発予防目的にワーファリン内服を行ったが梗塞の再発を繰り返し、意識障害の悪化、肺炎合併し死亡した。

**症例2** 76歳男性 本日午前3時、家族が歩行障害、倒れているところを発見し当院外来受診し、画像診断(図2)、狭心症の既往より脳塞栓症と考え、へパリン投与とした。

経食道エコーにて卵円孔開存みとめられ、心原性脳塞栓症と診断し、再発予防にワーファリンを投与した。再発なく経過し、リハビリテーション目的に他院転院となった。

## 考 察

わが国の従来の報告では心原性脳塞栓症は全脳梗塞の約26%と報告されていた。近年、神経放射線学的手法の進歩、高齢者の増加によって非弁膜症性心房細動の増加することにより、心原性脳塞栓症がさらに増加することが予想される。<sup>1)</sup>従来の報告によれば、心原性脳塞栓症の原因として表1のように挙げられる。

卵円孔開存は成人の10~20%に見られる胎生期の生理的シャント孔である。しかし、卵円孔開存は右房側から押すと開くが通常は右房圧より高い左房圧で押されていて閉じているので血行動態上異常がなく、心雑音もないことより、心房中隔欠損と違い臨床問題にならず見落とされる場合が多い。肺梗塞発症時やValsalva負荷様の運動(腹圧をかけた時、しゃがみこんだり)を解除した時、右房圧が左房圧をこえて右左シャントが容易に起こる。<sup>2)</sup>経口避妊薬、手術、脱水、下肢長期圧迫などの静脈系塞栓症が卵円孔開存を通過し、脳塞栓症となることが考えられる。

最近、卵円孔開存を介する奇異性塞栓症が脳卒中の原因として注目され、経食道エコーを用いた検討では原因不明の脳塞栓症の26.8~40%は卵円孔開存による奇異性脳塞栓症との報告もあり、考えられたよりも多いと思われる。<sup>3)4)</sup>

卵円孔開存は経胸壁エコーで検出されることはほとんどなく、経食道エコーで検出されることが多いが、経食道エコーの侵襲を考えればスクリーニング検査として適さない。しかし、

脳塞栓症の原因として奇異性脳塞栓症の頻度が無視できないので、脳塞栓の原因検索においてコントラスト経食道エコーは重要と考えられる。また、Valsala負荷を行い、氷冷させた生理的食塩水(9ml)と空気(1ml)を急激に攪拌し肘静脈より急速静注し、TCD(Trans-cranial Dopplar)で中大脳動脈のドプラ波形よりHITSを測定し、奇異性塞栓症を検出する方法もあるが、侵襲が大きいことより一般的ではない。<sup>5)</sup>

症例1は手術による長期臥床、症例2は脱水が血栓形成の原因と考えられ、血栓が卵円孔開損を通過して脳塞栓となったと考えられる。

治療は卵円孔開存による脳塞栓症の治療は外科的卵円孔閉鎖術を行うこと、抗血小板薬、抗凝固薬の投与が考えられる。外科的卵円孔閉鎖術とワーファリン投与(Pt-INR1.4~2.8)は同等との報告があり<sup>6)</sup>、卵円孔開存および心房中隔瘤の合併例の脳梗塞の再発予防ではアスピリンは有効ではなく、禁忌でない限りワーファリン投与が選択されるべきと考えられる。<sup>7)</sup>脳塞栓症は2週間以内に12%再発する報告もあり早期ワ?ファリゼーションを行う。<sup>8)</sup>しかし、症例1のように何度も脳塞栓症をくり返し、予後不良な症例もある。

最後に今回我々は卵円孔開存が原因と考えられる脳塞栓症を2例経験した。脳塞栓症の原因検索に従来のホルター心電図、経胸壁エコーの他に、経食道エコーは重要と考えられた。

表1 塞栓源となりうる心・大動脈疾患

不整脈	心房細動 洞不全症候群
器質的心疾患	
1. 弁疾患	リウマチ性心臓病(特に僧房弁狭窄症) 人工弁 感染性心内膜炎 非感染性心内膜炎 僧房弁逸脱症候群 石灰化による大動脈弁狭窄 僧房弁の粘液腫様変化 僧房弁輪石灰化 僧房弁strand
2. 虚血性心疾患	急性心筋梗塞 左心室無収縮、心室瘤を伴う陳急性心筋梗塞
3. 非虚血性心筋症	拡張型心筋症 その他の心筋症
4. 心臓腫瘍	心房粘液腫 その他の心臓腫瘍
5. 左右短絡性心疾患	心房中隔欠損症 卵円孔開存 心室中隔欠損症 肺動静脈瘻
6. その他	心房中隔瘤
大動脈疾患	大動脈粥腫 大動脈瘤 大動脈解離

## 文 献

- 1) 峰松一男; 脳卒中診療ハンドブック 69 中外医学社, 東京, 1998
- 2) 杉本恒明ら; 内科学 578 朝倉書店, 東京, 1995
- 3) 神田直昭ら; 虚血性脳血管障害における右左シャント及び心房中隔瘤の意義. コントラスト経食道エコー図による検討. 臨床神経学 1998;38:213-218
- 4) petty GW et al; patient foramen ovale in patient with cerebral infarction. A transesophageal echocardiographic study. Arch Neurol 54:819-822
- 5) 峰松一男; 脳卒中診療ハンドブック157 中外医学社, 東京, 1998
- 6) Orgera et al; secondary prevention of cerebral ischemia in patient foramen ovale: systemic review and meta-analysis. South med J 2001;94:699-703
- 7) Mas JL et al; recurrent cerebrovascular events associated with patent foramen ovale, atrial septal aneurysm, or both.; N Engl J Med 2001;345:1740-1746
- 8) 太田富雄; 脳神経外科第9版 692 金芳堂, 京都, 2004

## Ca拮抗剤による乾癬型薬疹

Psoriasiform drug eruption due to Ca antagonists

高塚 紀子

Noriko Takatsuka

Key words : Psoriasiform drug eruption, Ca antagonists

### 症例 1

75歳、女。5年前から高血圧に対しコニール(Ca拮抗剤)、フルイトラン、アルダクトン内服。6か月前から手掌、足蹠に過角化、鱗屑を生じそう痒を伴う。増悪傾向あり踵では亀裂も加わってきた(図1)。コニール中止、ディオバンに変更して3か月後皮疹は消失した(図2)。尋常性乾癬の既往はない。



図1 コニール開始5年



図2 コニール中止3か月

## 症 例 2

72歳、男。3年前から高血圧に対しバイミカード(Ca拮抗剤)内服。半年前から手掌中央部、指尖に過角化、鱗屑を生じた(図3)。そう痒はない。バイミカード中止、ゼストリルに変更して5か月後皮疹は消失した(図4)。尋常性乾癬の既往はない。



図3 バイミカード開始3年



図4 バイミカード中止5か月

## 解 説

乾癬型薬疹は薬剤の内服により、既存の尋常性乾癬が増悪したり、新たに乾癬様の皮疹が生ずるものである。Ca拮抗剤、β遮断剤、ACE阻害剤などの降圧剤で発症頻度が高い<sup>1)</sup>。薬剤投与から皮疹出現までは4日間～10年、平均2年である。乾癬型薬疹の特徴として手掌、足趾に過角化を伴うことが多い。原因薬剤の中止後数か月で軽快する。発症機序は薬剤の薬理作用による表皮細胞代謝への影響と免疫変調および薬剤アレルギーなどが考えられる<sup>2)</sup>。

## 文 献

- 1) 福田栄三: 薬疹情報第11版, 166—205, 福田皮膚科クリニック, 福岡, 2005
- 2) 大沼すみ 他: 乾癬型薬疹. 日皮会誌 109(10): 1451—1460, 1999

## 症 例

# 当院における腹膜透析の現状

Clinical outcome of peritoneal dialysis in a single institution

久末 伸一<sup>1)</sup>

Shin-ichi Hisasue

宮本慎太郎<sup>1)</sup>

Shintaro Miyamoto

高塚 慶次<sup>1)</sup>

Keiji Takatsuka

加藤 秀一<sup>1)</sup>

Shuichi Kato

柳瀬 雅裕<sup>1)</sup>

Masahiro Yanase

島 正樹<sup>1)</sup>

Masaki Shima

福多 史昌<sup>2)</sup>

Fumimasa Fukuta

西田 幸代<sup>1)</sup>

Sachiyo Nishida

## 要 旨

【目的】腹膜透析(PD)の有用性について当科におけるPD症例をもとに検討を行なった。

【対象・方法】対象は当科において慢性腎不全の診断で1993年10月から2005年3月までにPDを導入した33例である。PD療法の継続率について診療録をもとにKaplan-Meier法を用い検討を行なった。

【結果】年齢中央値は59歳、性別は男性24名、女性9名であった。慢性腎不全の原因疾患は糖尿病性腎症14例、慢性糸球体腎炎13例、腎硬化症5例、アミロイド腎症1例、多発性嚢胞腎1例であった。推定PD継続率は1年93.1%、3年70.9%、5年39.0%であった。

【結語】PD療法には血液透析療法とは違った有利な点があると思われ、また、うまく管理すれば、長期継続も可能である。今後も血液透析と並び第一選択の治療になると考えられた。

Key words : Peritoneal dialysis, Technical survival, Multivariate analysis

## はじめに

腹膜透析の継続率は成人において約4割と報告されており、また、透析継続率に影響を与える因子として糖尿病、年齢、導入契機、低アルブミン血症などが挙げられている<sup>1)</sup>。今回我々は当科における腹膜透析の継続期間、また離脱の予測因子について検討を行ったので報告する。

## 対象と方法

対象は当科を受診し、慢性腎不全の診断で1993年から2005年までに腹膜透析を導入した33例である。腹膜透析の継続率について診療録をもとにretrospectiveに検討を行った。継続率に寄与した因子については、年齢、性、BMI、喫煙、糖尿病、高血圧、虚血性心疾患、脳血管障害、アルブミン値、24時間クレアチニンクリアランス、導入契機、腎不全原因、経過中の乏尿・無尿の中から単変量解析にて抽出し、さらに、その中から多変量解析にて有意なものを検討した。

## 結 果

導入時の年齢中央値は59歳(36-85歳)、性別は男性24名、女性9名、観察期間中央値は23ヶ月(1.4-76.3ヶ月)であった。腎不全原因疾患は糖尿病性腎症が最も多く14例(43%)、続いて慢性糸球体腎炎13例(39%)、腎硬化症4例(12%)、アミロイド腎症1例(3%)、多発性嚢胞腎1例(3%)であった。期間中の離脱は19例に認めた。内訳は腹膜炎がもっとも多く13例(68%)で、離脱理由としては繰り返す再発が8例、重症で継続困難であったのが5例であった。重症例のうち死亡を1例に認めた。他は除水不良2例(11%)、横隔膜交通症1例(5%)、血圧低下1例(5%)、また死亡によるものが2例(11%)でそれぞれ脳梗塞と脳出血が原因であった。

Kaplan-Meier法を用いた腹膜透析の推定継続率では1年ごとに約10%ずつ減少し、5年で約4割の継続率であった(図1A)。

次に腹膜透析離脱の予測因子について、前述のパラメータから単変量で有意であったものを抽出し、多変量解析にかけた結果を表1に示す。単変量解析で有意であったものはポ

1) 砂川市立病院泌尿器科

Division of Clinical Urology, Department of Clinical Medicine, Sunagawa City Medical Center.

2) 札幌医科大学泌尿器科

Division of Clinical Urology, Department of Clinical Medicine, Sapporo Medical University.

ジティブ・セレクション、ネガティブ・セレクションの導入契機、虚血性心疾患の有無、年齢、糖尿病の有無であった。アルブミン値について有意差は認めなかったが、これまでの検討で多くあげられていたため検討に加えた。その結果、導入契機と糖尿病の有無のみが有意な結果となった。これらを用いて腹膜透析継続率を群間比較したものを図1B,Cに示す。ポジティブ・セレクションでは3年で80.1%、5年で44.1%であったが、ネガティブ・セレクションでは2年以内に全例離脱している。また、糖尿病がない群では継続率は比較的良好で3年で87.2%、5年で49.0%であったが、糖尿病群では3年で46.8%、5年で23.4%という結果であった。

考 察

これまでに腹膜透析の5年継続率は約4割と報告されており、今回の我々の結果と同様であった<sup>1)</sup>。腹膜透析の継続期間には限界があり、ある程度の離脱は避けられないと考えられるが、できるだけ、長期継続が可能となるような努力が今後も必要と考えられる。

そこで腹膜透析患者の継続率、生存率に寄与する因子が重要と考えられるが、今回の検討において、PD離脱の原因として最も多かったのはPD関連腹膜炎であった。やはり、PD継続には低栄養状態や糖尿病などの易感染状態が問題となるこ

表1 腹膜透析離脱の予測因子

変数	単変量解析	多変量解析		
	(Log rank)	危険度	95%信頼区間	P値
導入契機(消極的vs積極的)	<0.001	31.51	3.68-269.81	0.004
虚血性心疾患(ありvsなし)	0.004	6.41	1.11- 36.94	0.124
年齢(60歳以上vs未満)	0.014	2.16	0.41- 11.49	0.187
糖尿病(ありvsなし)	0.045	6.57	1.74- 24.85	0.009
アルブミン(3.5以下vs未満)	0.078	1.94	0.38- 9.95	0.951

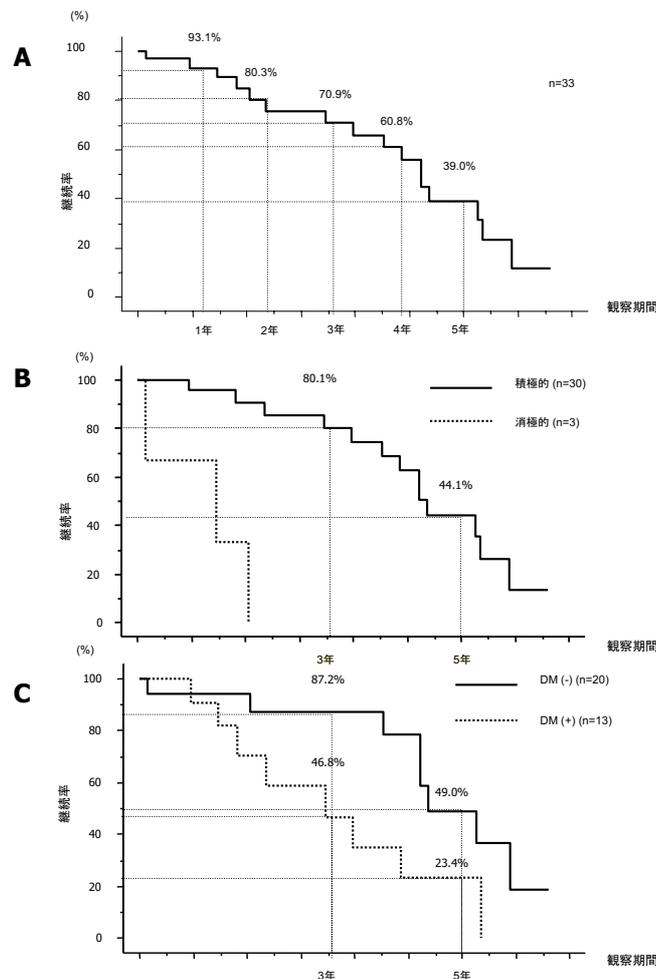


図1 腹膜透析継続率(Kaplan-Meier法)  
A ; 全体、B; 導入契機(Log-rank p<0.05)、C; 糖尿病の有無(Log-rank p<0.05)

とが予想される。これまでの報告からも、予後予測因子として糖尿病を含めた導入時の全身病変、年齢、ヘモグロビン値、血清アルブミン値、D/P比、BMI、クレアチニンクリアランス、残存腎機能などが挙げられている<sup>2-5)</sup>。今回の我々の多変量解析による検討で有意な予測因子として挙げられたのは糖尿病と血液透析が行えない重度の血管病変を有するネガティブ・セレクション症例であった。導入契機の比較ではネガティブ・セレクション症例が極端に少ない(n=3)ため、単純な比較は難しいが、全身状態の低下した集団であることからPD継続も難しいものと考えられた。また、糖尿病に関しては糖尿病がある群では3年で約2分の1の継続率であり、有意に継続率が低下していた。糖尿病患者においては血液透析でも継続率が低下するため、PDにおいて継続率低下が特異的であるわけではない。しかし、今後も増えるであろう糖尿病性腎症の患者にPDを導入する際は、離脱の危険が高いこと、腹膜透析関連感染の予防に留意することなどをあらかじめ患者に十分に説明する必要があると思われた。今後、これらの患者において継続率を伸ばす努力が必要と考える。

## 結 語

当科における腹膜透析継続率は1年で90%、5年で40%であった。腹膜透析離脱に関与している因子は糖尿病と導入契機であった。これらの患者には治療開始前に予後などについて十分な説明を行うことがPD firstを推し進めていく上で重要と考えられた。

## 文 献

- 1)川口良人, 石崎允, 今田聡雄他: 腹膜透析離脱理由に関する調査報告. 腎と透析53巻別冊 腹膜透析2002: 9, 2002
- 2)Gamba, G., Mejia, J. L., Saldivar, S. et al.: Death risk in CAPD patients. The predictive value of the initial clinical and laboratory variables. *Nephron*, 65: 23, 1993
- 3)Struijk, D. G., Krediet, R. T., Koomen, G. C. et al.: The effect of serum albumin at the start of continuous ambulatory peritoneal dialysis treatment on patient survival. *Perit Dial Int*, 14: 121, 1994
- 4)Johnson, D. W., Herzig, K. A., Purdie, D. M. et al.: Is obesity a favorable prognostic factor in peritoneal dialysis patients? *Perit Dial Int*, 20: 715, 2000
- 5)Holland, D. C., Meers, C., Lawlor, M. E. et al.: Serial prealbumin levels as predictors of outcomes in a retrospective cohort of peritoneal and hemodialysis patients. *J Ren Nutr*, 11: 129, 2001