

点満点に回復していた。RPLSの異常信号は通常後頭葉～頭頂葉に出現し、異所性に出現することは15%程度と稀である。またRPLSに脳内出血を合併する頻度も15%前後と稀な病態であり、1例報告した。

13 再手術を行った再発三叉神経痛の2例

川口 正・鈴木 健司・渡部 正俊
本橋 邦夫・福多 真史*・大石 誠*
長岡赤十字病院脳神経外科
新潟大学脳研究所脳神経外科*

三叉神経痛(TN)の初回MVDにおいて圧迫血管である上小脳動脈(SCA)をtranspositionし症状は軽快したが、数年後に再発した2症例を報告する。

〔症例1〕45才、男性。左V3>2>1枝領域のTN。2007/3 MVDを施行。Lt. SCAをテントへtransposition。軸偏位も矯正した。術後症状は軽快。2008/12 V1領域のTNが出現。MR volume rendering画像による仮想神経内視鏡(MR-VE)にて静脈の圧迫と軸偏位が判明。2009/2再手術を施行した。肥厚したクモ膜とtransversepontine vein(TPV)の強い癒着を認めた。肥厚したくも膜を十分剥離し静脈は凝固切断した。術後症状は軽快した。

〔症例2〕62才、女性。右V2枝領域のTN。2002/1 MVDを施行。Rt. SCAをテントへtransposition。軸偏位も矯正した。術後症状は軽快。2009/5同様のTNが再燃。MR-VEにて静脈の圧迫が疑われた。2009/6再手術を施行した。TPVの癒着を認めたため凝固切断した。術後症状は軽快した。

三叉神経痛の再発の原因としては挿入したprosthesisに関連したtroubleが多いとされている。本2例は責任動脈をtranspositionしたにもかかわらず数年後に再燃した。いずれもクモ膜の肥厚と隣接する静脈の癒着が原因と考えられた。MVDの再手術は初回手術に比べ困難なことが多い。術前検査としてMR-VEは診断、術前シミュレーションとしてきわめて有用であった。

15 脳神経外科開業医は暇で儲かるのか？

～開業医としての2年10ヶ月を振り返って～

本田 吉穂

本田脳神経外科クリニック

平成21年11月に行われた事業仕分け内で財務省の提示した医療予算に関する資料では、ここ10年の診療報酬の減少率は公務員給与や物価の減少率より低く、現時点での診療報酬本体の引き上げは国民の理解が得られないとされ、平均勤務時間・時間外勤務の少ない開業医の収入が病院勤務医の1.7倍であり、これが勤務医不足・勤務医の激務の原因と言っている。

小泉改革による医療費の削減、新臨床研修医制度の導入などにより、数年前に地域医療が崩壊し、自治体病院に勤務していた私は開業を余儀なくされた。

開業にあたっては、開業地の確保、高額な医療機器の導入、スタッフの確保が必要であり、非常に高額な予算が必要になる。

開業医の収入は、診療報酬と窓口現金がほぼ全てであり、この診療報酬は年々厳しく査定されているため、近年の開業は決して楽ではなく、常に倒産の危険性をはらんでいる。

特定疾患指導料の理不尽な査定、医療における消費税の損税問題、在宅支援診療所以外での一般診療所における在宅医療の不当な評価が、ますます診療所の経営を圧迫している。

開業医になると言うことは経営者になる事であり、勤務医と異なり多くのリスクを負っている。得られる収入がすべて医師の収入とはならず、多くの職員を雇用し、ソフト面でもハード面でも医院を維持していかなければならない。

患者一人あたりの診療で得られる報酬が非常に低いため、多くの患者を診ることで収入を得ているのが現状であり、「暇で儲かるという」言葉とはかけ離れた厳しい勤務をしている。

開業医と勤務医は、同じ医師とはいえ、その実態は全く異なり、単純な給与比較は意味が無いし、財務省の提示した内容が勤務医の激務を招いたとは考えられない。開業医に対する診療報酬の削減、病院の診療報酬増大は、今度は開業医の崩壊をも

たらし、さらなる医療崩壊が起きることになると思われる。

16 高度認知症症例における新潟県中越地震の認知について

今井 邦英・瀬尾 弘志

ペイシアガーデンクリニック

新潟県中越地震は同地域を中心として、県内各地に甚大な被害をもたらした。

われわれは、高度認知症症例 120 名（男性 40 名、女性 80 名、平均年齢 80.32 ± 8.71 歳）に対し、この大規模な地震を認識しうる基準についての検討を試みた。これらの症例を、地震を認識できた A 群、認識できなかった B 群に分類し、各症例において、magnetic resonance imaging MRI) を用いて、尾状核、基底核、視床、被殻における微小脳梗塞の数を算出、Student's t-test によって、統計学的解析を行った。その結果、いずれも $p < 0.01$ の有意差を持って、B 群においてこれらの増多を認めた。したがって、上記解剖学構築における微小脳梗塞は、有意に患者の認知機能を低下させると考えられた。

17 頭蓋内硬膜転移症例について

高橋 英明・吉田 誠一

県立がんセンター新潟病院脳神経外科

【目的】 癌の硬膜転移は頭蓋骨転移からの直接浸潤および血行転移によるとされ、予後不良である。硬膜転移症例の臨床像につき検討した。

【対象】 この 2 年間で当科入院にて加療した硬膜転移症例 9 例である。男性 1 例女性 8 例である。年齢は 54-74 歳（平均 62 歳）であった。原発巣は、乳癌 6 例、肺癌 2 例、大腸癌 1 例である。多発脳転移に併発した硬膜転移もしくは硬膜に接する病変は除外した。9 例の神経症状および CT 所見、MRI 所見を検討した。

【結果】 症状は、無症候 1 例、脳浮腫による神経症候 3 例、脳神経麻痺 5 例であった。画像上、限局性硬膜転移は 5 例、び漫性硬膜肥厚は 4 例であ

った。硬膜下血腫合併は認められなかった。治療はノバルスによる定位放射線治療 3 例、全脳照射 5 例であった。死亡は 3 例、残り 5 例は経過観察中である。

【結語】 硬膜転移症例には無症候のものや軽症脳神経麻痺のことがあり、診断に注意が必要である。また、び漫性硬膜肥厚を示すだけの場合もあり、治療のタイミングが重要である。

18 転移性脳腫瘍に対する標準治療と個別化医療

佐藤 光弥・森井 研・長谷川顕士

北日本脳神経外科病院

当院でガンマナイフ治療を開始して 12 年が経過し、平成 21 年 10 月 13 日までのべ 3,000 例を治療した。そのうち転移性脳腫瘍は 2,039 例で 68 % を占めていた。

一方、がん治療認定医や日本臨床腫瘍学会専門医の試験前講義のなかでは、「現在の転移性脳腫瘍の標準治療は全脳照射を組み合わせたものであり、定位放射線治療単独で多発例を治療することは標準治療ではない」とされている。ガンマナイフ治療が保険適応となり 13 年経過し、その効果が多数報告されているにもかかわらず、EBM が強調される現在の医療状況では、前向き多施設共同研究で成績を示さないと、標準治療として受け入れてもらえない。そこで平成 21 年 3 月から全国のガンマナイフ施設で「転移性脳腫瘍に対するガンマナイフ単独治療成績前向き多施設共同研究」が開始された。2 年で有用性が証明できる予定である。

標準治療は重要な概念だが、それにしばられては個人に対する最良の治療にはならない。また、各種の調査で、医者の提供する情報や治療方針などと患者の気持ちは異なることが多いと言われている。個人の遺伝子情報を利用して医薬品や治療法を選ぶ時代（テーラーメイド医療）になっているが、古くから患者個人の特性に応じた医療（個別化医療）は提供されていたはずで、特に癌の脳転移の場合、すでにその状況は個別化しており、数や大きさだけで標準治療をあてはめることは不