



Dimension® clinical chemistry system
クレアチンキナーゼアインザイムキット

フレックスカートリッジ マスCKMB MMB

この添付文書をよく読んでから使用ください。

【 全般的な注意 】

- 本品は体外診断用医薬品ですので、それ以外の目的に使用しないでください。
- 本品の測定結果は、患者の治療歴、臨床症状その他関連する他の検査結果等を考慮して総合的に判断ください。
- 添付文書に記載されている以外の使用方法については保証しません。
- 使用する機器の添付文書及び取扱説明書をよく読んでから使用ください。

【 形状・構造等(キットの構成) 】

構成試薬名	ウェル ^a	形状	成分
第一試薬	1,2	液状	β-ガラクトシダーゼ標識抗ヒトCKMBマウスモノクローナル抗体
第二試薬 ^b	3,4	錠剤	抗ヒトCKMBマウスモノクローナル抗体結合二酸化クロム粒子
第三試薬 ^b	5,6	錠剤	クロロフェノールレッド-β-ガラクトピラノシド
第四試薬	7	液状	緩衝液
第五試薬	8	液状	クロム緩衝液

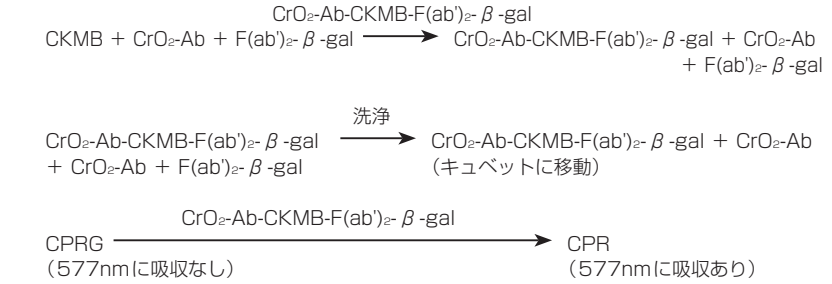
- a. 試薬封入部をウェルと呼び、カートリッジの幅の広い方より 1 から順番に番号付けしています。
b. 試薬には賦形剤、安定化剤、緩衝剤及び保存剤が含まれています。

【 使用目的 】

血清又は血漿中のCKアインザイム（CKMB）の測定

【 測定原理 】

本品は、サンドイッチ法に基づいたワンステップ酵素免疫測定法を用いて、マスCKMBを測定します。検体中のCKMBは、抗ヒトCKMBマウスモノクローナル抗体結合二酸化クロム粒子（CrO₂-Ab）*とβ-ガラクトシダーゼ標識抗ヒトCKMBマウスモノクローナル抗体（F(ab')₂-β-gal）*と反応し、粒子/CKMB/酵素標識抗体の複合体を形成します¹。未反応のF(ab')₂-β-galが磁性分離と洗浄により除去され、粒子/CKMB/酵素標識抗体の複合体が反応キュベットに移されます。複合体がクロロフェノールレッド-β-ガラクトピラノシド（CPRG）と反応し、加水分解により、577nmで吸収される色素（クロロフェノールレッド（CPR））を生成します。検体中のCKMB濃度は、CPRの生成に伴う577nmの吸光度変化量に比例します。この吸光度変化量が2波長（577及び700nm）でレート測定され、検体中に存在するCKアインザイム濃度（ng/mL）が求められます。
*米国特許No. Re. 33,405



【 操作上の注意 】

- ※※1. 測定試料の性質、採取法
- 血清又は血漿は、静脈穿刺による推奨方法で採血ください²。
 - 検体採取に用いる器具の使用及び操作については、使用説明書を参照ください³。
 - 遠心分離を行う前に完全に凝固させてください⁴。
 - 検体から浮遊物を取り除いてください。血清中にフィブリンが現れないようにするため、遠心分離を行う前に完全に凝固させてください。血栓融解又は抗凝固剤治療により凝固時間が長くなる場合、血漿検体を使用することにより速やかに検体処理ができ、浮遊物による影響を低減することができます。
 - 検体は室温で12時間、4℃で3日間、－20℃で1 ヶ月間安定です⁵。
 - 保存検体は室温に戻してから使用ください。
 - 抗凝固処理の不十分な凍結血漿検体は、クロム粒子を凝集させる可能性があるため使用しないでください。
 - EDTA、ヘパリンリチウム、ヘパリンナトリウムなどの抗凝固剤は本法に影響を与えません。
 - 採血に用いるシュウ酸塩はクロム粒子を凝集させる可能性があるため使用しないでください。
2. 妨害物質・妨害薬剤
- 黄疸（ビリルビン60 mg/dL）、溶血（ヘモグロビン1000 mg/dL）、乳び（トリグリセライド1500 mg/dL）は本法に影響を与えません。
 - 以下の物質が存在しても、記載の濃度までは本法を妨害しません。CKアインザイム5 ng/mLを含むブルー血清に添加するとき、これらの物質による系統誤差は10%未満です。

物質	濃度	物質	濃度
アセトアミノフェン	20 mg/dL	エタノール	350 mg/dL
アミカシン	15 mg/dL	エトスクシミド	30 mg/dL
アンピシリン	5 mg/dL	フロセミド	2 mg/dL
アスコルビン酸	3 mg/dL	ゲンタマイシン	12 mg/dL
カフェイン	10 mg/dL	ヘパリンナトリウム	8 U/mL
カルバマゼピン	12 mg/dL	イブプロフェン	40 mg/dL
クロラムフェニコール	25 mg/dL	リドカイン	6 mg/dL
クロルジアゼポキンド	2 mg/dL	リチウム	3.5 mg/dL
クロルプロマジン	5 mg/dL	ニコチン	2 mg/dL
コレステロール	500 mg/dL	ペニシリンG	25 U/mL
シメチジン	10 mg/dL	ベントリルビタール	10 mg/dL
クレアチニン	30 mg/dL	フェノバルビタール	15 mg/dL
デキストラン75	1250 mg/dL	フェニトイン	10 mg/dL
ジアゼパム	2 mg/dL	プリミドン	10 mg/dL
ジゴキシン	5 ng/mL	ヒト免疫グロブリンG	3 g/dL
エリスロマイシン	20 mg/dL	プロボキシフェン	0.4 mg/dL

物質	濃度	物質	濃度
サリチル酸	50 mg/dL	尿酸	20 mg/dL
テオフィリン	25 mg/dL	パルブロ酸	50 mg/dL
尿素	500 mg/dL		

3. その他
本品はディメンション シリーズの専用試薬です。

【 用法・用量 】

1. 試薬の調製法
試薬の溶解、希釈及び混合は、ディメンション シリーズによって自動的に行われます。
- ※※2. 必要な器具・器材・試料等
- ディスクリート方式臨床化学自動分析装置 ディメンション シリーズ
 - MMB 標準液（品目コード：RC420）
- ※・反応ベッセル（品目コード：RXV1A）
- ウォッシュバッファー（品目コード：RD701）
- その他の必要な器具・器材等についてはディメンション オペレーターマニュアルを参照ください。
3. 測定法
- (1)本品をディメンション シリーズの所定位置に装填します。
- (2)患者ID及び検査項目を入力します。検体（血清、血漿及び標準液）を指定された位置に装填し、操作ボタンを押します。本装置により自動的に分析が下記の手順で行われます。
- (3)第二試薬及び第五試薬の混合液（50μL）、第一試薬（50μL）及び検体（60μL）が反応ベッセルに分注混和され42℃*で8分間インキュベーションされます。
- ＊ディメンション EXL LMを使用した場合の反応温度は37℃です。
- (4)インキュベーション後、反応しなかった試薬及び検体が磁性分離と洗浄により除去されます。
- (5)(4)の反応液（40μL）、第三試薬及び第四試薬の混合液（91μL）及び精製水（279μL）が反応キュベットに分注混和され、37℃で4分間インキュベーションされます。
- (6)反応液の吸光度が2波長（577及び700nm）でレート測定され、検体中のマスCKMB濃度（ng/mL）に変換されます。
- (7)測定結果がプリントアウトされます。
- ※※4. 校正（キャリブレーション）
- 一般的な校正手順はディメンション オペレーターマニュアルに記載されています。本法の校正を行う場合、以下を考慮の上実施ください。
- 校正物質：MMB 標準液を使用ください。
- 校正物質濃度：0.0、10.0、50.0、150.0、330.0（ng/mL）
注意）当社標準液を使用の際は、該当製品の添付文書に記載されている数値を使用ください。
- 測定回数：レベル1、2、4：3重測定
レベル3、5：2重測定
- 校正頻度：試薬カートリッジのロット変更時或いは同一ロットにおいても60日ごとに必ず校正を行ってください。
- 校正が必要な場合：・試薬カートリッジのロットを変更する場合
・点検又は修理後の精度管理の結果により必要と思われる場合
・各施設における精度管理方法に基づき必要とされる場合
・行政により求められた場合
- 指定係数：C₀：－130
C₁：1800
C₂：－3.7
C₃：750
C₄：0.5
5. 精度管理
既知濃度の精度管理物質を少なくとも1日1回、2濃度測定ください。測定結果が許容範囲外の場合は、各施設の手順に従い対処ください。
5重測定の再現性の結果が以下のようであれば、何らかの異常の可能性があります。

濃度	SD
0ng/mL	> 1.0ng/mL
10ng/mL	> 1.1ng/mL
300ng/mL	> 20.0ng/mL

【 測定結果の判定法 】

1. 基準範囲：0.0 ～ 3.6 ng/mL
- 正常人におけるCKMB値は低値又は検知不能です。基準範囲は健常成人の血清（19 ～ 75歳の男性115名、女性142名、計257名）から得られました。
平均値1.03 ng/mL、SD 1.06 ng/mLで、ノンパラメトリック法（95パーセンタイル）より算出しました。
各施設でディメンション シリーズによる基準範囲を設定ください。
診断判定基準

	マスCKMB(ng/mL)	比例指数 (RI)*
非AMI	≤ 5	—
保留	> 5	≤ 4
AMI	> 5	> 4

- * RI＝マスCKMB/CK × 100
- WHO(World Health Organization)によるAMIの診断は、胸痛、心電図(ECG)変化、心筋酵素異常、この3つのうち2つの存在を判定基準にしています^{6,7}。CKMBは心筋酵素として最も信頼のおける血清マーカーです。
- 再灌流の無いAMIの場合、一般的にCKMBは発作後4 ～ 8時間で血中に出現します。またAMI後、12 ～ 24時間でピークとなり、48 ～ 72時間で正常に戻ります。CKMBの増加は、AMI以外の障害や疾患でもありえますが、単独の測定では診断しません^{8,9}。経時的に測定結果を得ることによりCKMBの定型的な増減を調べることができます^{8,10,11}。採血は入院時、入院後8 ～ 12時間、24時間後に行います^{12,13}。MIの早期検出には、短時間(2時間)ごとの測定が提案されています¹⁴。心筋組織の障害を最小限にするために、一般には発作後4時間以内に血栓溶解療法を施します¹⁵。
- 再灌流した患者はCK及びCKMBアインザイムはより早期にピークとなり酵素活性値も増加します¹⁶。採血は入院時、血栓溶解療法時、及び治療の3、6、12時間後に行います。再灌流の成功を示唆するCKMBの急激な増加及び早期のピークを記録するために、AMIの臨床診断には経時を追った採血を推奨しています¹⁷。
- カットオフ値が>5ng/mL及び>4RIの場合はAMIの疑いがあることを示します。非AMI及びAMIの母集団の測定結果は重なり合っているためカットオフの選択により結果の判断や予測値は変わるかもしれません。診断感度及び特異性を考慮し、予測値、感度及び特異性は母集団に依存するので、それぞれの施設でカットオフ値を決めなければなりません。
- 総CK及びCKMBが増加する場合、比例指数(RI)は通常、CKMBの増加の原因がAMIであるのか骨格筋の損傷によるものを区別します。
- カットオフ値が<1.5 RIの場合は骨格筋の損傷の可能性があります¹⁸。
2. 判定上の注意
- 検体中にヘテロフィリック抗体が存在すると、免疫反応に正又は負の誤差を与える可能性があります。そのため、本法は検体中のヘテロフィリック抗体の影響を最小にする工夫がされています¹⁹。しかし、すべての患者検体からこの影響を取り除くことはできませんので、

測定結果が患者の臨床所見や治療歴と異なる場合には、注意して診断ください²⁰。

- ワンステップのサンドイッチ免疫測定法は、一つの抗原に抗体と酵素標識抗体が同時に結合するため、抗原過剰状態では抗原抗体反応が妨害され、高濃度ではフック現象を起こり易くなります²⁾。高濃度検体は、結果報告前に希釈再検を行ってください(希釈方法を参照ください)。本法は、2000 ng/mLまではフック現象を認めません。
3. 測定限界
- 結 果 : 300 ng/mLを超えた場合には検体を希釈ください。
 - 希釈方法 : SD plus用検体希釈液を用いて、測定範囲内に結果が収まるように希釈ください。検体属性入力時に希釈係数を入力ください。次いで再測定ください。結果は希釈係数で補正されます。
 - 自動希釈法 : ディメンション オペレーターマニュアルを参照ください。
 - 結果が0.5 ng/mL未満の場合、"0.5 ng/mL未満"と報告されます。
4. エラーメッセージ
- エラーメッセージが表示された場合は、メッセージの内容が解決されるまでプリントアウトされた報告書を破棄しないでください。メッセージの解決方法の詳細はディメンション オペレーターマニュアルを参照ください。

【臨床的意義】

CKMBは主に心筋組織に存在し、わずかに骨格筋に存在します²²。CKMBの定量は心筋バネルの1つとして測定され、急性心筋梗塞(AMI)の診断に有用です²³。典型的なAMIの場合、CKMB濃度は胸痛発症後4～8時間で上昇し、12～24時間でピークとなり、48時間までに正常に戻ります。マスCKMBは胸痛発生後48時間の心筋梗塞の生化学マーカーであり²⁰、AMI及びその後の再灌流の程度を評価することが出来ます^{19,25,26}。マスCKMBの診断上の感度、特異性、効率性は電気泳動によるCKMBの測定より優れています^{27,28}。

【性能】

- | | |
|----------|--|
| 1. 性能 | |
| (1)感 度 | CKMB 濃度 0 ng/mL と 330 ng/mL の標準液を測定するときの吸光度の差は 400 mAU 以上です。 |
| (2)正確性 | 異なる 3 濃度の管理用検体を測定するとき、その測定値は表示値の $\pm 20\%$ です。 |
| (3)同時再現性 | 異なる 2 濃度の検体を同時に 3 回測定するとき、変動係数 (CV) は 10% 以下です。 |
| (4)測定範囲 | 0.5 ~ 300.0 ng/mL
これは、検体を直接測定した時の濃度範囲です。希釈や通常操作にない前処理はしていません。 |

- ## 2. 精密性^{c,d,e}

試料	平均値 (ng/mL)	標準偏差 (CV%)	
		Within-run (同時再現性)	Total (再現性)
ブール血清			
レベル1	1.27	0.29 (23.0)	0.29 (23.0)
レベル2	7.76	0.27 (3.5)	0.69 (8.8)
レベル3	13.07	0.32 (2.4)	0.57 (4.4)
Dade CK-MB/Myoglobin Immunoassay Control			
レベル1	3.58	0.24 (6.7)	0.35 (9.7)
レベル2	16.69	0.43 (2.6)	1.10 (6.6)
レベル3	46.05	0.64 (1.4)	1.86 (4.0)

- c. すべての性能試験は、通常の機器精度管理チェックの実施後に行いました(ディメンションオペレーターマニュアルを参照ください)。
- d. 再現性試験は、NCCLS Tentative Guideline for User Evaluation of Precision Performance of Clinical Chemistry Devices (EP5-T2, 1992)に従って実施しました。
- e. 各レベルの検体は20日間2重測定をしました。同時再現性と全体の標準偏差 (SD) は分散分析により算出しました。
3. 相関性^{c,f}
- | 比較法 | 傾き | 切片
(ng/mL) | 相関係数 | n |
|-----------------|------|---------------|-------|------------------|
| ストラタス CS CKMB | 1.28 | - 1.85 | 0.994 | 88 ^g |
| 他社製品機種A (EIA 法) | 0.85 | 0.52 | 0.998 | 132 ^h |
| 他社製品機種B (EIA 法) | 0.80 | - 0.60 | 0.999 | 102 ⁱ |
- f. 回帰統計のためのモデル方程式：
[ディメンションの結果] = 傾き × [比較法の結果] + 切片
- g. 母集団の範囲：0.5 ~ 118.2 ng/mL
- h. 母集団の範囲：0.5 ~ 283.4 ng/mL
- i. 母集団の範囲：0.5 ~ 190.8 ng/mL

- ※4. 回収率
CKMB既知濃度の添加検体とCKMB濃度0.1～0.5 ng/mLの血清検体を混合しました。その回収率は94.2～104%で、その平均回収率は98%でした。

$$\text{回収率 (\%)} = \frac{\text{測定値}}{(\text{高濃度検体} + \text{低濃度検体}) / 2} \times 100$$

5. 分析感度
本法の0 ng/mLと有意差の認められる最小濃度は0.5 ng/mLです。感度は、MMB標準液の0 ng/mLレベルの平均値(n=20) + 2SDより求めました。
6. 較正用の基準物質(標準物質)
社内標準品

【使用上又は取扱い上の注意】

1. 取扱い上 (危険防止) の注意
 - 試料 (検体) はHIV、HBV、HCV等の感染の恐れがあるものとして取り扱ってください。検査にあたっては感染の危険を避けるため使い捨て手袋を着用し、また口によるピettingsを行わないでください。
 - サンプルカップ及び使用済みキューベットは体液成分が含まれているため、直接触れたり口には含んだりしないように十分に注意ください。
 - 本品の危険有害性情報、注意書きを以下に示します。

※ ・本品の危険有害性情報、注意書きを以下に示します。

	H317 P280, P272, P302+P352, P333+P313, P501
	警告：皮膚アレルギーを引き起こす可能性があります。
	保護手袋、保護衣、保護用眼鏡及び顔防護マスクを着用ください。汚染された作業衣は作業場から出さないでください。皮膚に付着した場合は、石鹸と大量の水で洗い流してください。皮膚刺激又は発疹が生じた場合、医師の診断、手当てを受けてください。内容及び容器は、国及び地域の規則に従い廃棄ください。
	含有：5-クロロ-2-メチル-3 (2h)-イソチアゾン及び2-メチル-3 (2h)-イソチアゾン

- ## ※※2 使用上の注意

- 本品は凍結を避け、貯蔵方法に従い保存ください。
- 使用期限を過ぎた試薬は使用しないでください。
- 未開封の各試薬カートリッジの使用期限は容器に記載されています。装置に試薬カートリッ

ジを装填しシールが未開封の状態では30日間安定です。一度開封された状態では、第一試薬、第二試薬及び第三試薬は3日間、第四試薬及び第五試薬は10日間安定です。

- 試薬の注ぎ足しは行わないでください。
- 廃棄上の注意：－ 試料（検体）中にはHIV、HBV、HCV等の感染性のものが存在する場合がありますので、廃液、使用済み器具などは適切な消毒処理あるいは滅菌処理を行ってください。
- － 残った試薬や検体を廃棄する場合には、医療廃棄物に関する規定に従って、医療廃棄物又は産業廃棄物等区別して処理ください。
- － 試薬類や廃液などが飛散した場合には、拭き取りと消毒を行ってください。

【貯蔵方法・有効期間】

貯藏方法 2~8℃

有効期間 12 ヶ月（使用期限は外箱に表示）

【包装单位】

160テスト(40テスト/カートリッジ×4)

【主要文献】

1. Birkmeyer R C, Diaco R, Huison DK, et al. Applications of Novel Chromium dioxide Magnetic Particles to Immunoassay Development. Clin Chem 1987;33:1543-1547.
2. Clinical and Laboratory Standards Institute/NCCLS. *Procedures for the collection of Diagnostic Blood Specimens by Venipuncture; Approved Standard – Fifth Edition*. CLSI/NCCLS document H3-A5 [ISBN 1-56238-515-1]. CLSI, 940 West Valley Road, Suite 1400, Wayne, PA 19087-1898 USA, 2003.
3. Clinical and Laboratory Standards Institute/NCCLS. *Tubes and Additives for Venous Blood Specimen Collection; Approved Standard – Fifth Edition*. CLSI/NCCLS document H1-A5 [ISBN 1-56238-519-4]. CLSI, 940 West Valley Road, Suite 1400, Wayne, PA 19087-1898 USA, 2003.
4. Clinical and Laboratory Standards Institute/NCCLS. *Procedures for the Handling and Processing of Blood Specimens; Approved Guideline – Third Edition*. CLSI/NCCLS document H18-A3 [ISBN 1-56238-555-0]. CLSI, 940 West Valley Road, Suite 1400, Wayne, PA 19087-1898 USA, 2004.
5. Tietz NW. Textbook of Clinical Chemistry, 3rd ed. Carl A. Burtis, Edward R. Ashwood, W.B. Saunders Co., Philadelphia, PA 1999:662.
6. World Health Organization criteria for the diagnosis of acute myocardial infarction. Proposal for the multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease. Geneva Cardiovascular Disease Unit of World Health Organization; 1981.
7. Wyngaarden JB, Smith LH. Cecil Textbook of Medicine. W. B. Saunders Co., Philadelphia, PA 1988:330-332.
8. Henry JB. Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods. W. B. Saunders Co., Philadelphia, PA 1991:273-274.
9. Sasse EA, Madiedo G, Kopinski W. Evaluation of Abbott IMx CKMB Immunoassay. Clin Chem 1990;36:1858-1859.
10. Chan KM, Ladenson JH, Pierce GF. Increased Creatine Kinase MB in the Absence of Acute Myocardial Infarction. Clin Chem 1986;32:2044-2051.
11. Lee TH, et al. Evaluation of Creatine Kinase and Creatine Kinase-MB for Diagnosing Myocardial Infarction. Clinical Impact in the Emergency Room. Arch Intern Med 1987;147:115-120.
12. Koumanhakis G, Radcliff FJ. Diagnostic sensitivity and specificity of serum enzymes and isoenzymes: optimization for the diagnosis of myocardial infarction. Aust J of Med Lab Sci 1986;7:114-121.
13. Moerman J, Nellens P, Beckers F, Sierens L. Diagnostic value of an immunoenzymetric assay compared with an enzymic immuno-inhibition procedure for creatine kinase isoenzyme MB. Clin Chim Acta 1986;160:313-317.
14. Marin MM, Teichman S L. Use of rapid serial sampling of creatine kinase MB for very early detection of myocardial infarction in patients with acute chest pain. Am Heart J 1992;123:354-361.
15. Sharkey SW, Brunette DD, Ruiz E, Hession WT et al. An Analysis of Time Delays Preceding Thrombolysis for Acute Myocardial Infarction. J Am Med Assoc 1989;262:3171-3174.
16. Apple FS, Sharkey SW, Werdick M, Elsperger KJ, Tilbury RT. Analysis of Creatine Kinase Isoenzymes and Isoforms in Serum to Detect Reperfusion after Acute Myocardial Infarction. Clin Chem 1987;33:507-511.
17. Apple FS. Creatine Kinase-MB. Lab Med 1992;23:298-302.
18. Skogen W, Osborne D, Price G. Guidelines for Interpreting the CK-MB Relative Index Value. Clin Chem 1991;37:916.
19. Vaidya HC, Beatty BG. Eliminating Interference from Heterophilic Antibodies in a Two-Site Immunoassay for Creatine Kinase MB by using F(ab')₂ Conjugate and Polyclonal Mouse IgG. Clin Chem 1992;38:1737-1742.
20. Kricka LJ. Human Anti-Animal Antibody Interferences in Immunological Assays. Clin Chem 1999; 45:7,942-956.
21. Ryall RG, Story CJ, Turner DR. Reappraisal of the causes of the "hook effect" in two-site immunoradiometric assays. Anal Biochem 1982;127:308.
22. Tsung SH. Creatine Kinase Isoenzyme Patterns in Human Tissue Obtained at Surgery. Clin Chem 1976;22:173-175.
23. Lott JA. Serum Enzyme Determinations in the Diagnosis of Acute Myocardial Infarction: An Update. Hum Pathol 1984;15:706-716.
24. Gulbis B. Mass Concentration of Creatine Kinase MB Isoenzyme and Lactate Dehydrogenase Isoenzyme 1 in Diagnosis of Perioperative Myocardial Infarction after Coronary Bypass Surgery. Clin Chem 1990;36:1784-1788.
25. Galen RS, Gambino SR. Isoenzymes of CPK and LDH in Myocardial Infarction and Certain Other Diseases. Pathobiol Ann 1975;5:283-315.
26. Vaidya HC, Maynard Y, Dietzler DN, Ladenson JH. Direct Measurement of Creatine Kinase-MB Activity in Serum After Extraction with a Monoclonal Antibody Specific to the MB Isoenzyme. Clin Chem 1986;32:657-663.
27. Ryan F, Scott D, Gregory M, Turner M. Measurement of Creatine Kinase MB by the Baxter Stratus® Fluorometric Analyzer. Clin Chem 1989;35:1123.
28. Lee K, Kyridakis G. Evaluation of the Stratus® CK-MB Assay in a Community Hospital. Clin Chem 1990;36:1-133.

※※【 問い合わせ先 】

シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社
カスタマーケアセンター
TEL : 03-3493-8400

製造販売元

シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社

※※東京都品川区大崎1-11-1
ゲートシティ大崎ウエストタワー