Ⅳ．著　　書

1）郷田憲一，土橋　昭，田尻久雄．Ⅱ.研究会の主題から　1.咽頭・食道　2.Barrett 食道・Barrett 食道腺癌　①NBI 拡大内視鏡を用いた Barrett 食道腺癌の診断－超微小・扁平上皮下病変．工藤進英（昭和大），吉田茂昭（青森県立中央病院）監修．拡大内視鏡：極限に挑む．東京：日本メディカルセンター，2014．p.45-55.

2）斎藤彰一，田尻久雄，池上雅博．第3章：術前内視鏡診断　2）通常内視鏡診断　2.腫瘍・非腫瘍の鑑別．田中信治（広島大）編．大腸腫瘍診断：症例で身につける消化器内視鏡シリーズ．改訂版．東京：羊土社，2014．p.79-84.

3）斎藤彰一，田尻久雄，池上雅博．第5章：Case Study：Q & A　3.癌の深達度診断　Case②.田中信治（広島大）編．大腸腫瘍診断：症例で身につける消化器内視鏡シリーズ．改訂版．東京：羊土社，2014．p.214-7.

4）猪又寛子，田尻久雄，池上雅博．第5章：Case Study：Q & A　5.NBI 拡大観察　Case③.田中信治（広島大）編．大腸腫瘍診断：症例で身につける消化器内視鏡シリーズ．改訂版．東京：羊土社，2014．p.250-3.

5）斎藤彰一．3.消化器疾患　13.大腸癌（手術不能例・非治癒切除例）．富野康日己（順天堂大）監修．内科外来処方 navi．東京：中外医学社，2015．p.54-5.

Ⅴ．そ の 他

1）原田　篤，荒川廣志，小山誠太，安達　世，伊藤善翔，齋藤恵介，松本喜弘，高倉一樹，月永真太郎，小田原俊一，湯川豊一，梶原幹生，内山　幹，小井戸薫雄，大草敏史，田尻久雄．同時性多発早期胃癌の2例．Prog Dig Endosc 2014；84(1)：104-5.

感　染　制　御　科

教　授：	堀　　誠治	感染症，感染化学療法，薬物の安全性
准教授：	吉田　正樹（柏病院）	HIV 感染症，細菌感染症，抗菌化学療法
講　師：	竹田　　宏（第三病院）	感染症一般，呼吸器感染症（抗酸菌，真菌，細菌），感染管理
講　師：	吉川　晃司（葛飾医療センター）	HIV 感染症，細菌感染症，抗菌化学療法
講　師：	中澤　　靖	院内感染対策
講　師：	堀野　哲也	細菌感染症，HIV 感染症，抗菌化学療法

教育・研究概要

Ⅰ．Extended Spectrum β-Lactamase 産生大腸菌による菌血症症例の検討

基質特異性拡張型βラクタマーゼ（Extended Spectrum β-Lactamase：ESBL）は多くの抗菌薬に対して薬剤耐性を獲得し，初期治療の有効性が低下することが懸念される耐性機序であり，今回，ESBL 産生大腸菌による菌血症症例 19 例について検討した。年齢中央値は 61 歳で，菌血症の発症は市中が 16 例（84.2%）で，うち 15 例（93.8%）は入院歴，介護施設入所歴等を有する症例であった。感染巣は尿路・性器で最も多く 13 例（68.4%），次いで胆道系 2 例（10.5%）で，臓器障害や敗血症性ショックを併発した重症例は 6 例(31.6%)であった。初期治療薬の有効率はカルバペネム（Meropenem，Doripenem）が 100%で最も高く，次いで Tazobactam/Pipellacillin（TAZ/PIPC）85.7%，Cefmetazole（CMZ）75%であった。死亡例は 2 例（11.1%）でいずれも ESBL 産生大腸菌に無効な抗菌薬が初期投与された重症例であった。そのため，ESBL 産生大腸菌による菌血症の初期治療はこれまでの推奨と同様にカルバペネムが第一選択薬であると考えられた。一方，TAZ/PIPC や CMZ は臓器障害や敗血症性ショックを伴わない菌血症に対して代替薬として使用できる可能性も考えられ，さらに多くの症例での検討が必要と考えられた。

Ⅱ．ノンテクニカルスキルの感染対策への応用

2013 年度に引き続き医療施設における手指衛生の遵守率の向上を図るため，ノンテクニカルスキルを応用した。具体的には附属病院において手指衛生

の遵守率を高めるため，アメリカで開発されたTeamSTEPPSの「クロスモニタリングとフィードバック」を病院スタッフに動画を用いて教育した。更に病棟毎に感染対策のコアチームを設立して，現場中心的な感染対策のメンタルモデルの確立を図るとともに，戦略の現場での理解と浸透を図った。2013年度のアルコール性手指消毒剤の消費量は23ml／患者日だったが，2014年度は更に増加し32ml／患者日に増加した。入院患者における新規MRSA発生率は0.21から0.12に減少した。感染対策の理論の教育のみならず，TeamSTEPPSは感染対策の向上に寄与することが示唆された。

Ⅲ．HIV感染症の診断の契機とCD4数との関連について

HIV感染症において早期診断は重要であり，当科に受診歴のある症例を対象にHIV感染症と診断された契機と診断時のCD4数との関連について調査した。対象となった459人のうち437人が男性で，年齢中央値は36歳であった。患者自身の意思で検査を受け診断された症例は177人（38.6%）と最も多く，次いでエイズ指標疾患を発症した際にHIV感染が判明した84人（18.3%），HIV感染症以外の性感染症を発症した際にHIV検査を受け診断された患者は53人（11.5%）であった。一方，発熱や発疹などの非特異的な症状や，血小板減少などの非特異的な検査所見の精査目的で診断された症例は95症例（20.7%）で，自発的にHIV検査を受けた症例では診断時のCD4数が有意に高く，高ガンマグロブリン血症や血小板減少などの非特異的な検査異常の精査目的で検査を受けた症例では診断時のCD4数が有意に低いことが示された。自発的なHIV検査を推奨することと非特異的な症状や検査所見がみられた場合，HIV感染症も鑑別診断のひとつとて念頭に置く必要があると考えられた。

Ⅳ．グラム陰性桿菌菌血症に対するICTラウンドの有用性

グラム陰性桿菌（Gram negative bacilli：GNB）菌血症に対するInfection Control Team（ICT）ラウンド結果を解析した。調査した3か月間にGNBが血液から検出されたのは36例（男性23例）で，年齢の中央値が71.6歳，そのうち18例が悪性腫瘍の患者であった。発症は市中22例，院内14例で，想定される侵入門戸は，胆道が16例（44.4%），消化管11例（30.6%），尿路8例（22.2%）であった。２菌種が同時に分離された3例を含む分離菌の内訳は*Escherichia coli*が最も多く19例（50%），次いで*Klebsiella pneumoniae* 12例（32%）であった。初期抗菌薬は，Sulbactam/Cefoperazoneが12例（33.3%），TAZ/PIPCが6例（16.7%），MEPMが5例（13.9%）だった。感受性判明後に15例（42%）では適切に抗菌薬が変更されたが，8例（22%）では適切なde-escalationを行えなかった。GNB菌血症に対するICTラウンドにより，抗菌薬適正使用の推進が可能であると考えられ，より精度を高めたICTの介入が今後の課題である。

Ⅴ．HIV感染症の薬剤耐性

HIV感染症は日和見疾患を併発し死亡に至る致死的な疾患として考えられてきたが，現在では，コントロール可能な慢性感染症に位置づけられている。これには抗HIV薬の進歩が大きく関与しているが，最近では抗ウイルス作用の有効性だけにとどまらず，副作用の軽減，内服する錠数・服薬回数の減少，ウイルスの遺伝子変異による薬剤耐性獲得へのバリアの高さなど，さまざまな点で抗HIV薬の改良が施され，多くの症例で抗HIV療法が奏功するようになった。しかし，ときに薬剤耐性HIVの出現が問題となることがあり，服薬アドヒアランスがその原因のひとつとして大きく関わっている。薬剤耐性HIV感染症患者の治療は，初回治療に比べて錠数や服薬回数が増加するなど，服薬を継続するための条件が悪化することが多く，遺伝子変異の有無や副作用，相互作用だけでなく，服薬アドヒアランスに注目して抗HIV薬の組み合わせを選択することが非常に重要である。当院での薬剤耐性変異株はM184変異により核酸系逆転写酵素阻害剤であるラミブジンやエムトリシタビンに対して耐性を獲得したHIVだけでなく，非核酸系逆転写酵素阻害剤やインテグラーゼ阻害剤に対する薬剤耐性HIVに感染した症例もみられた。これらの症例に対する薬剤の組み合わせに定型的なものは無く，今後も症例ごとに有効な検討していく必要がある。また，服薬アドヒアランスの向上のために医師だけではなく，看護師や薬剤師，メディカルソーシャルワーカーやカウンセラーなど，さまざまな職種の積極的な介入が重要であると考えられた。

Ⅵ．*Clostridium difficile*による腸管外感染症について

*Clostridium difficile*は一部の健常者の腸管内に定着し，抗菌薬などにより腸管内の常在細菌叢が撹乱されると腸炎を発症することが知られている。ま

た，院内感染の原因となる病原体であり，感染対策という点でも注目すべき細菌である。我々は左足アキレス腱断裂の縫合術後に *C. difficile* による創部感染を発症した症例を経験した。その症例は71歳女性でX年5月中旬に転倒後アキレス腱断裂を起こし，入院の上，アキレス腱縫合術を行なった。周術期はcefmetazoleを4日間投与したが，手術2週間後創部離開を認め，創培養提出後cefazolin投与を開始。当初は創部培養陰性だったが，再度1週間毎に3回創部培養を提出したところ繰り返して *C. difficile* が分離された。経過中下痢症状は無く，便培養も陰性であり，病棟内にも *C. difficile* 関連腸炎患者は認めなかった。本症例は *C. difficile* に対する抗菌薬投与より改善したが，*C. difficile* が腸管外感染症を引き起こすことを示唆する非常に重要な症例である。今後も *C. difficile* による腸管外感染症について注目し，既に報告されている *C. difficile* による骨髄炎や菌血症の症例と合わせて，共通する患者背景や菌の病原性についてさらなる検討が必要である。

Ⅶ．血液培養で分離されたメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）の病原因子解析

黄色ブドウ球菌による血流感染症では，感染性心内膜炎や敗血症性肺塞栓症，腸腰筋膿瘍の形成など，重篤な播種性感染から致死的な病態に至る症例が少なくない。以前に我々はメチシリン感受性黄色ブドウ球菌（Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*：MSSA）菌血症における播種性感染の予測因子を検討し，適切な抗菌薬投与の48時間以上の遅れ，72時間以上の発熱の持続，抗菌薬投与開始2週間でのCRP 3mg/dL以上の3つが宿主側の独立予測因子であることを明らかにした。今回，MSSAと同様にメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*：MRSA）の播種性感染の予測因子を解析するために，2013年度に血液培養から分離されたMRSA 10検体に対し，微量液体希釈法により最小発育阻止濃度（Minimum Inhibitory Concentration：MIC）を測定した。対象10検体において，vancomycin，teicoplanin，linezolid，daptomycin，arbekacinのMICは何れもClinical and Laboratory Standards Instituteのカテゴリー判定基準で感受性を示しており，実臨床でも適切な抗菌薬が選択されていたことを示唆していた。今後も薬剤感受性の動向に注目し，発症初期から有効な抗菌薬を投与できるよう研究を継続する必要があると考えられる。

「点検・評価」

感染症の予後を改善するためには，迅速に診断し，速やかに適切な治療を開始することが非常に重要である。HIV感染症では免疫能が低下する前に診断することが重要であるが，初期症状の発熱やリンパ節腫脹などは全例でみられるわけではなく，非特異的な症状でもあるため，急性期に診断に至らないことも少なくない。そのため，自発的な検査や非特異的な所見からHIV感染症を疑い検査することが重要である。当院で行われた研究は自発的な検査が免疫能低下前の診断に貢献することを示し，さらに高ガンマグロブリン血症や血小板減少の出現が免疫能低下を示唆することを示しており，HIV感染症の迅速な診断を促す重要な結果を提示している。また，抗HIV薬の進展によりHIV感染症の予後は飛躍的に改善したが，他の病原体と同様に薬剤耐性の問題が大きくなっている。当院でも遺伝子変異により耐性を獲得したHIVに感染した症例がみられ，個々の症例と遺伝子の変異部位を考慮した薬剤の組み合わせを検討する必要がある。また，服薬アドヒアランスの向上のために，当院でもさまざまな職種のさらなる積極的な介入が必要であることが示唆された。

グラム陰性菌の代表的な耐性機序であるESBL産生大腸菌による菌血症についてまとめた研究では，この薬剤耐性菌に菌血症が市中でも発症すること，さらに薬剤感受性試験の結果と臨床経過を比較検討し，カルバペネム系薬が第一選択薬として推奨されることを示した。しかし，近年，カルバペネム耐性腸内細菌科の出現が報告され，その拡大が懸念されており，研究者が述べているようにCMZやTAZ/PIPCなどのカルバペネム系薬以外の抗菌薬の有効性についての調査を引き続き行う必要があり，その研究結果が期待される。また，ICTの積極的な介入が，特に広域スペクトルをもつ抗菌薬の不必要な投与を抑制し，適正投与が遵守されることで耐性菌の出現を阻止することが期待され，GNB菌血症に限らず，他の感染症についても積極的な介入とその有用性についての検討が必要である。一方，グラム陽性菌の耐性菌では依然としてMRSAが問題となっており，MRSAに対するvancomycinの最小発育阻止濃度が上昇傾向にあるという，MIC creepとよばれる現象についての報告が散見される。本研究によって当院で分離されMRSAではMIC creepを示唆する結果はみられていないが，今後も継続して監視して行かなければならない。また，MRSA菌血症について宿主と病原体の両面から検討するこ

とによって，新たな知見が生まれることを期待したい。

C. difficile による腸炎は抗菌薬の投与に関連することが多く，難治性となることもある感染症であり，近年，この感染症に対するさまざまな治療方法が報告されている。一方，*C. difficile* による腸管外感染症は非常に稀な病態であり，既報告では菌血症や骨髄炎の報告はあるが，創部感染は今まで報告がない。*C. difficile* が院内感染という点でも注目されている病原体であることを考慮すると，本症例のような腸管感染症以外の病態に注意することは *C. difficile* の感染対策という点においても非常に重要なことである。

感染拡大を防御するためには効果が得られた対策を確実に継続しなければならない。そのためには職員全体にその必要性を理解してもらうこと，さらにその感染対策が臨床現場で適切に行われているかを確認することが必要である。「クロスモニタリングとフィードバック」を用いて教育し，病棟毎の感染対策コアチームによって，現場中心的な感染対策のメンタルモデルの確立，理解が進んだ結果が，アルコール性手指消毒剤の消費量の増加と新規 MRSA 発生率の低下につながったものと考えられ，感染対策を徹底する方法として有用であることが示されている。

2014年度の当科の研究は，今までの研究を継続し，さらに発展させたものが多かったように思われる。これらの研究を広い視野をもちつつ，より深く，さらに進展させることによって，医学・医療に貢献する結果が得られることが期待される。

研　究　業　績

Ⅰ．原著論文

1）堀　誠治，内納和浩[1)]，松本卓之[1)]，山口広貴[1)]，高橋周美[1)]，濱島里子[1)]，温井香織[1)]，江田久乃[1)]，椎名晶子[1)]，瀧田　厚[1)]，山之内直樹[1)]，水野正巳[1)]，奥谷幸裕[1)]（[1]第一三共）. 使用実態下における sitafloxacin 100mg 1日1回投与の安全性・有効性．Jpn J Antibiot 2014；67(3)：175-91.

2）吉川晃司，佐藤文哉，竹田　宏，吉田正樹，児島　章，堀　誠治．潜在性結核感染症治療を行ったが TNF（tumor necrosis factor）阻害薬投与中に活動性結核を発症した3例．日化療会誌 2014；62(6)：681-6.

3）Horino T, Sato F, Hosaka Y, Hoshina T, Tamura K, Nakaharai K, Kato T, Nakazawa Y, Yoshida M, Hori S. Predictive factors for metastatic infection in patients with bacteremia caused by methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*. Am J Med Sci 2015；349(1)：24-8.

4）沖野慎治，中村晃士，小野和哉，中山和彦，堀野哲也，吉田正樹，堀　誠治．HIV 感染患者における精神症状と心理的ストレスに関する研究．心身医 2015；55(2)：156-62.

5）木津純子[1)]，高木　奏[1)]，黒田裕子[1)]，前澤佳代子[1)]，松元一明[1)]（[1]慶應義塾大），堀　誠治．複合型塩素系除菌・洗浄用製剤の安定性と色調の変化．日環境感染会誌 2014；29(6)：411-6.

6）前澤佳代子[1)]，寺島朝子[1)]，黒田裕子[1)]，堀　誠治，木津純子[1)]（[1]慶應義塾大）．診療報酬改定による医療施設の感染防止対策の変化．日環境感染会誌 2014；29(6)：429-36.

Ⅱ．総　　説

1）堀　誠治，内納和浩[1)]，山口広貴[1)]，横溝亜紀[1)]，高橋周美[1)]，濱島里子[1)]，温井香織[1)]，江田久乃[1)]，椎名晶子[1)]，小林史明[1)]，山之内直樹[1)]，水野正巳[1)]，奥谷幸裕[1)]（[1]第一三共）. Levofloxacin 注射剤 500mg 1日1回投与の安全性・有効性日化療会誌 2014；62(6)：687-702.

Ⅲ．学会発表

1）堀　誠治．（シンポジウム 11：抗菌化学療法の更なる充実のために～薬剤師が今なすべきことは～）感染症治療・感染対策において薬剤師に望むこと．第63回日本感染症学会東日本地方会総会学術集会・第61回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会．東京，10月.

2）堀　誠治，内納和浩[1)]，横溝亜紀[1)]，高橋周美[1)]，濱島里子[1)]（[1]第一三共）．感染症患者における炎症マーカーの年代間比較．第63回日本感染症学会東日本地方会総会学術集会・第61回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会．東京，10月.

3）吉田正樹．（シンポジウム 3：感染対策：すべての道はサーベイランスに通ず）療養型施設，老健施設におけるサーベイランス．第30回日本環境感染学会総会・学術集会．神戸，2月.

4）吉田正樹．（ベーシックレクチャー 3）性感染症の検査のタイミングと診断．第26回日本臨床微生物学会総会・学術集会．東京，1月.

5）吉田正樹．（シンポジウム 7：HIV 感染症／AIDS update）HIV 感染者の高齢化と長期治療の問題点．第88回日本感染症学会学術講演会・第62回日本化学療法学会総会合同学会．福岡，6月.

6）吉川晃司，森武　潤，鈴木　鑑，吉良慎一郎，小出晴久，清田　浩，堀　誠治．尿路由来 ESBL 産生大腸菌の検出状況および薬剤感受性の検討（第2報）．第

88 回日本感染症学会学術講演会・第 62 回日本化学療法学会総会合同学会．福岡，6 月．

7）吉川晃司，坂本和美，永島敬子，長谷部恵子，清田浩．MDRP 感染症治療におけるブレイクポイント・チェッカーボード・プレート法の有用性．第 30 回日本環境感染学会総会・学術集会．神戸，2 月．

8）吉川晃司，安藤　隆，坂本和美，吉良慎一郎，小出晴久，清田　浩．セフトリアキソン投与後も核酸増幅法検査が持続的に陽性を示した淋菌咽頭感染の症例．日本性感染症学会第 27 回学術大会．神戸，12 月．

9）吉川晃司．小児ウイルス感染症の成人発症（麻疹，風疹，流行性耳下腺炎，水痘）．第 63 回日本感染症学会東日本地方会総会学術集会・第 61 回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会．東京，10 月．

10）吉川晃司，安藤　隆，坂本和美，出雲正治，長谷部恵子，山崎泰佑，内田善久，村上雅哉，吉良慎一郎，小出晴久，清田　浩，堀　誠治．当院における ESBL 産生大腸菌による菌血症症例の検討．第 63 回日本感染症学会東日本地方会総会学術集会・第 61 回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会．東京，10 月．

11）中澤　靖．（国際委員会と APIC のジョイントプログラム：チームで行う感染対策強化のための戦略的ツール：米国と日本の実践から学ぶこと）感染対策における「Team STEPPS」の実践について．第 30 回日本環境感染学会総会・学術集会．神戸，2 月．

12）中澤　靖，美澤さやか，美島路恵，北村好伸，田村卓．病棟主体的感染対策活動とクロスモニタリングによる感染対策向上の試み．第 9 回医療の質・安全学会学術集会 & International Forum on Quality and Safety in Healthcare, Japan 2014. 千葉，11 月．

13）堀野哲也，保科斉生，田村久美，清水昭宏，保阪由美子，佐藤文哉，中澤　靖，加藤哲朗，吉川晃司，吉田正樹，堀　誠治．HIV 感染症と診断された契機について．第 88 回日本感染症学会学術講演会・第 62 回日本化学療法学会総会合同学会．福岡，6 月．

14）佐藤文哉．（シンポジウム 5：特殊病態下の感染症）肝硬変と感染症．第 63 回日本感染症学会東日本地方会総会学術集会・第 61 回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会．東京，10 月．

15）加藤哲朗．（シンポジウム 14：（臨床）認定講習会（医師）：HIV 感染症の薬剤耐性～基礎と臨床のクロストーク～）HIV 感染症の薬剤耐性－症例提示－．第 28 回日本エイズ学会学術集会・総会．大阪，12 月．

16）保科斉生．（シンポジウム 1：HIV 感染者における日和見疾患の治療）トキソプラズマ症．第 63 回日本感染症学会東日本地方会総会学術集会・第 61 回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会．東京，10 月．

17）保科斉生，田村久美，清水昭宏，保阪由美子，加藤哲朗，佐藤文哉，堀野哲也，中澤　靖，堀　誠治．腹腔リンパ節生検で播種性 *Mycobacterium genavense* 症と診断した AIDS 患者の一例．第 88 回日本感染症学会学術講演会・第 62 回日本化学療法学会総会合同学会．福岡，6 月．

18）保科斉生，田村久美，保阪由美子，清水昭宏，佐藤文哉，堀野哲也，中澤　靖，堀　誠治．無料匿名検査に併せて施行したアンケート調査に見る受検者の背景と今後の課題第 28 回日本エイズ学会学術集会・総会．大阪，12 月．

19）李　広烈，清水昭宏，中拂一彦，保科斉生，河野真二，保阪由美子，佐藤文哉，堀野哲也，中澤　靖，熊谷正広，堀　誠治．台湾での感染が疑われた輸入症例としてのアジア条虫症の 1 例．第 63 回日本感染症学会東日本地方会総会学術集会・第 61 回日本化学療法学会東日本支部総会合同学会．東京，10 月．

Ⅳ．著　　書

1）公益社団法人日本化学療法学会・一般社団法人日本感染症学会 MRSA 感染症の治療ガイドライン作成委員会（二木芳人（昭和大），青木信樹（信楽園病院），岩田　敏（慶應義塾大），岸田修二（初石病院），小林昌宏[1)]，佐藤淳子（医薬品医療機器総合機構），砂川慶介[1)]，高橋　聡（札幌医科大），竹末芳生（兵庫医科大），朝野和典（大阪大），花木秀明[1)]（[1]北里大），堀　誠治，松下和彦（川崎市立多摩病院），松本哲哉（東京医科大），三鴨廣繁（愛知医科大），光武耕太郎，吉田耕一郎（埼玉医科大），柳原克紀（長崎大），渡辺晋一（帝京大），大村雅之（MSD），竹村卓哉（塩野義製薬），齋藤京二郎（ファイザー），新井田昌志（Meiji Seika ファルマ），牧野直典（サノフィ））．MRSA 感染症の治療ガイドライン．2014 年改訂版．東京：公益社団法人日本化学療法学会・一般社団法人日本感染症学会，2014.

Ⅴ．そ の 他

1）吉田正樹．【もう迷わない，困らない　外来診療の正しい抗菌薬の選び方】市中感染症の予防はどう考え，どのように取り組むべきか　ワクチン接種を含めた，市中感染症の最新予防対策．感染と抗菌薬 2014；17(2)：179-83.

2）竹田　宏【あなたも名医！どうするの，結核は!! 結核を見逃さないためにどうしても知っておいてほしいこと】（6 章）結核の種類はいろいろ　これだけは注意！難しい高齢者の結核性肺炎．jmed mook 2015；36：106-11.

3）堀野哲也．【高齢者の感染症はこう診る－外来・病棟から在宅まで】 高齢者で頻度の高い感染症　診断と治療各論尿路感染症．内科 2014；114(5)：765-8.

4）保阪由美子．【総合診療医のための結核診療 Up-

date】 結核へのアプローチガフキー陽性，その後，主治医はどのように行動すべきか？ JIM 2014；24(12)：1092-6.
5) 保科斉生，田村久美，河野真二，加藤哲朗，佐藤文哉，堀野哲也，中澤 靖，吉川晃司，吉田正樹，熊谷正広，堀 誠治．オクタロニー法が診断に有用であったウェステルマン肺吸虫症の中国人家族内発症例．感染症誌 2014；88(6)：866-70.

歯　　科

教　授：林　　勝彦　　口腔外科学，口腔病理学
教　授：伊介　昭弘　　口腔外科学，口腔解剖学
講　師：鈴木　　茂　　口腔外科学
（さいたま北部医療センター）

教育・研究概要

Ⅰ．顎関節症の臨床研究

顎関節症のスクリーニング法やQOL評価法について研究を継続している。特に顎関節症の背景因子や治療効果に関する臨床研究を実施し，実際の顎関節症治療へ応用している。

1．東京都内一般歯科診療所受診者におけるパソコン時間と顎関節症患者背景因子の検討

我々は顎関節症スクリーニングテストを開発し，2011年に顎関節症発症とパソコン時間との関連性について報告した。今回，さらに新しいデータを追加し，パソコン時間と顎関節症発症の関連性について検討した。東京都歯科医師会との調査は2007年から2013年の7年間に計4回実施した。これは東京都8020運動推進特別事業（新しい成人歯科検診の検討）の一環で，A群256名（2007年180名，2009年76名），B群382名（2012年69名および2013年313名）を対象とした。その結果，顎関節症有病者率はA群18.0%，B群19.4%で，平均年齢はそれぞれA群34.3歳，B群35.3歳，平均パソコン使用時間はA群4.2h，B群7.3hであった。A群と比較しB群でパソコン時間は増加していることから，顎関節症有病者率も増加すると考えられたが，その関連性は見られなかった。一方，睡眠時間や就寝までの時間にも有意差は見られず，通勤時間は延長していた。顎関節症の有病率とパソコン時間や睡眠時間の関連は見られなかったことは，VDT作業ガイドラインが遵守され，また睡眠状況も改善されてきているのではないかと想像された。今後はパソコン環境すなわちVDT作業環境や睡眠状況も含めて調査する必要性があると考えられた。

2．顎関節症患者における日常生活障害度質問票による治療効果の評価

有痛顎関節症患者に対して我々が作成した日常生活障害度質問票（LDF-TMDQ）は10項目の質問と，開口制限，日常生活制限および睡眠制限の3つの構成概念からなっており，これまでに各種妥当性等について報告してきた。今回我々は，顎関節症患者の治療前と治療後における疼痛に起因した日常生活障