

光市医師会報

No.439

(平成30年 春号)



光市 光井

光市医師会

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/users/hikarishi/isikaihp/hikari.htm>

目 次

光市医師会報 №438 (平成30年新春号)

1. 表紙	
2. 学術講演会	
第8回学術講演会	1
第9回学術講演会	6
3. 合同症例検討会	14
4. 理事会報告	20
5. 月例会報告	26
6. 29年度会務分担表	26
7. 会員の異動	27
8. 1～3月の休日診療所	27
9. これからの行事予定	28
10. ゴルフコンペ	28
11. 編集後記	29

平成29年度 第8回 光市医師会学術講演会

平成30年1月23日(火)

18:50～20:00

光商工会館2階 大会議室

一般講演 19:00～20:00

「インフルエンザの感染対策について」

座長 光市立光総合病院

消化器内科部長 谷川 幸治先生



演者 光市立光総合病院医療関連感染対策室

垣内 真理子先生



本日の内容

- ・ 標準予防策と感染経路別予防策
- ・ インフルエンザについて
- ・ 感染対策の実際

初動が大切

- ・ 早期に地域の流行状況をキャッチ
県、周南の感染症情報
地域医療施設との情報交換
- ・ マニュアルに沿った対策の実践
- ・ 発症の早期発見
施設内の報告基準・報告窓口の周知

標準予防策の考え方

「全ての血液、体液、分泌物、汗を除く排泄物、損傷のある皮膚や粘膜は、感染性の病原体を含む可能性があると考えて取り扱う」

感染症の有無にかかわらず対策をちる

検査精度と限界、ウインドウ期、未知の感染症

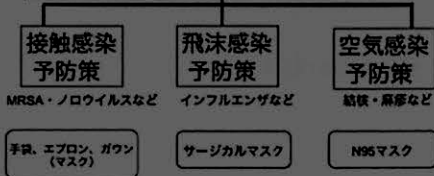
標準予防策の内容

- ・ 手指衛生
- ・ 個人防護具着用
- ・ 咳エチケット
- ・ ケア使用後器材の取扱い(洗浄・消毒・滅菌)
- ・ 環境の維持管理
- ・ 血液媒介病原体対策(労働安全)
- ・ 患者配置
- ・ リネン処理
- ・ 安全な注射手技
- ・ 腰椎処置時のサージカルマスク装着

感染対策の基本

標準予防策

感染経路別予防策



個人防護具着用・咳エチケット

・咳エチケット

- 咳が出る場合マスクをする (他人に向け発しない)
- 咳やくしゃみを手で覆った場合すぐ手を洗う
- マスクは口と鼻粘膜を完全にカバーするよう着用 (マスクの外側は汚染されている)
- ポスター表示などで教育



パンデミックと季節性

パンデミック (いわゆる新型)	エビデミック (季節性)
過去流行がない型 流行から時間が経過	パンデミック後
大部分のヒトが免疫なし	一定の割合で免疫あり
大流行	限定的流行

※これまでの新型インフルエンザ*

1918年	スペインかぜ (H1N1)
1967年	アジアかぜ (H2N2)
1968年	香港かぜ (H3N2)
2009年	H1N1新型インフルエンザ (H1N1)

患者配置

- ・ 病棟や施設入所環境であれば原則個室
- ・ 最低 1m の空間的距離
コホート、カーテンやパーティション
- ・ 外来診療での工夫
トリアージ
待機エリアの患者配置
時間的調整 など

感染対策

・ まずはワクチン接種

[一致度が高い場合]

65歳未満の成人で70~90% 予防
 高齢者では30~40% 予防
 →肺炎予防効果は50~60%
 死亡予防効果は80%

妊婦も接種可能 (催奇形性や関連流産なし)

感染経路②

ウイルスが好む条件下では
 環境で24~48時間感染性を保つ



感染経路①

- ・ 主にインフルエンザウイルスを含む咳・くしゃみ



飛沫距離	90~150cm
飛沫発生量 (会話)	0~210個
(咳)	0~3,500個
(くしゃみ)	4,500~1,000,000個

してはならないこと

- ・ 手指衛生をせず目・鼻・口をさわる
⇒ ウイルスの侵入



日本感染症学会教育ツールVer.3.2より

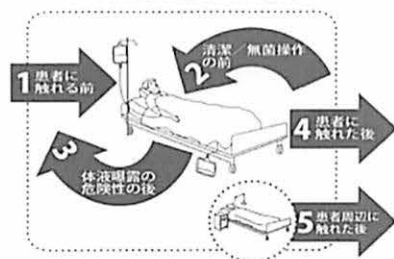
手指衛生の実践

- ・ 待ち合いエリアに手指消毒剤の設置
※品質管理、使用量のチェックも重要
- ・ 手洗い場にハンドソープ、ペーパータオル、廃棄容器 (フットペダル式など)
- ・ 適正な手技の方法を表示
- ・ 職員の実践宣言の掲示



WHO手指衛生の5つのタイミング

WHO: Your 5 Moments for Hand Hygiene



手洗い残しの多い箇所

濃い部分は特に注意 指先・指間・

親指



面積数 (1平方センチあた)
頭皮100万、腕高50万、髪部4万、前腕1万、手指3万9千~460万、
個

環境の維持管理 (清掃)

分類	場所	対応例・ポイント
高頻度接触部位	ドアノブ・手すり・ベッド欄 カウンター・テーブル・ ナースコール・リモコン スイッチ・蛇口など	・1日1回以上の日常清掃 ・ウイルスなど高度汚染の可 能性 時は1日1回以上の消毒推奨 (CDCガイドライン)
低頻度接触部位 (水平面)	床・天井など	・定期的な清掃、汚染時や 患者退院時の清掃 ・原則消毒は不要 ・埃を巻き上げない方法 ・モップは乾燥を徹底
低頻度接触部位 (垂直面)	壁・ブラインド・カーテ ンなど	・肉眼的汚染時または一定 期間ごとの清掃

ハンドソープを用いた手洗い効果

- ・ 15秒間の手洗いで菌数を1/4~1/12減少
- ・ 30秒間の手洗いで菌数を1/60~1/600減少
- ・ 肉眼的に汚染がある場合や
吐物・下痢等の対応では、
ハンドソープを用いて手洗いをする



嘔吐・下痢を起こす感染症は
アルコール消毒が効きにくいものがある

感染性廃棄物とは

医療機関等から生じ、人が感染し、若しくは
感染する
おそれのある病原体が含まれ、若しくは附着して
いる廃棄
物又はこれらのおそれのある廃棄物をいう



速乾性手指消毒剤の効果

- ・ 塗布30秒後菌数を1/3000に減少させる
- ・ 塗布60秒後菌数を1/10000~1/30000に
減少させる
- ・ 乾燥するまで擦り込む

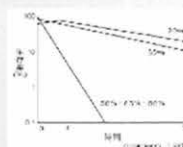


効果、速効性、持続性、効率性、
手荒れ予防の観点から推奨されている

インフルエンザウイルスの特徴

- ・ 低温・低湿度が得意
- ・ 湿度50%以上でウイルス生存率が
急激に低下
- ・ 気道からのウイルス排出能も保たれる
- ・ 暖かい環境で
- ・ 換気も効果的

→ 加湿器は管理を徹底



洗浄・消毒・滅菌

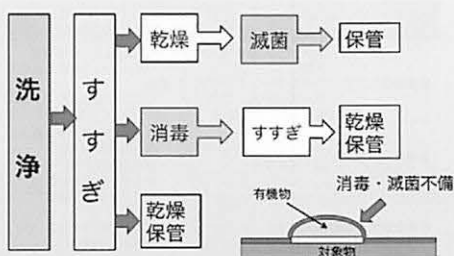
Spauldingの分類

分類	対象器材の例	処理方法	器材汚染時の感染危険度
クリティカル 無菌の組織・血管内に挿入されるもの	手術器材 観血的処置器材 インプラントなど	滅菌	芽胞を含む微生物に対しバリアが存在しないため、感染の危険性が高い
セミクリティカル 粘膜、創のある皮膚に接触するもの	呼吸器回路 消化器内視鏡 喉頭鏡プレート ネプライザー 哺乳瓶 乳首	高水準消毒 中水準消毒	正常粘膜は芽胞に対しバリアとなるが、その他の微生物については粘膜感染し得る
ノンクリティカル 損傷のない正常な皮膚と接触するもの	血圧計 聴診、茶杯 ガーグルベースン 尿器・便器	洗浄（低水準消毒）	損傷のない皮膚はほとんどの微生物に対しバリアとなるため無菌性は重大ではない

異常行動への注意喚起

- 罹患時は抗インフルエンザウイルス薬の処方の有無、種類にかかわらず対策が必要。
 - 少なくとも治療開始後2日間は小児・未成年者を一人にしない。
- 高層階の住居の場合
玄関や全ての部屋の窓の施錠を確実に
（内鍵、補助錠がある場合はその活用を含む）
ベランダに面していない部屋で寝かせる
窓に格子のある部屋で寝かせる（部屋がある場合）
 - 一戸建ての場合
（1）に加えてできる限り1階で寝かせる

使用器材の処理手順



異常行動の例

- 突然立ち上がって部屋から出ようとする
- 興奮状態となり、手を広げて部屋を駆け回り、意味の分からないことを言う
- 興奮して窓を開けてベランダに出ようとする
- 自宅から出て外を歩いていて、話しかけても反応しない
- 人に襲われる感覚を覚え、外に飛び出す
- 変なことを言いだし、泣きながら部屋の中を動き回る
- 突然笑い出し、階段を駆け上がろうとする

迅速診断キット

- 個人防護具を着用し実施
- 12時間以内では陰性となる確率が高い
検体採取時は
鼻腔からゆっくりと鼻甲介まで挿入
綿棒で数回十分こする

→ 感染性廃棄物として処理



患者指導

- インフルエンザ感染対策について
外出時のマスク、帰宅後の手洗い・うがい
- 発症時の安静、水分・栄養補給、休息
- 周囲への対策
施設内では共同作業の一時停止、面会制限等
- 内服方法、副作用
吸入の場合は効果的な方法を指導

抗インフルエンザウイルス薬

異常行動と死亡症例の報告数

	2015/2016シーズン		2016/2017シーズン		2009～合計	
	全体	うち死亡	全体	うち死亡	全体	うち死亡
タミフル	25	0	38	0	238	3
うち 未成年	18	0	21	0	170	0
ゾレキサ	4	1	11	1	104	3
うち 未成年	2	1	11	1	98	3
ゾレキサ アラック	0	0	0	0	9	0
うち 未成年	0	0	0	0	5	0
イナビル	11	0	5	1	53	2
うち 未成年	8	0	5	1	44	2

タミフル予防効果に関する海外の成績

- 海外の成績では約70~90%の発症予防効果
- 統計学的には
RRR（相対危険度減少率）=89%
ARR（絶対危険度減少率）=6.5%
NNT（治療必要数）=16
→ 16人に投与して1人に効果あり

JAMA, February 14, 2001 - Vol 285, No. 6: 748-754

過剰な予防投与を避ける

- ワクチン接種を受けている健常者では、予防投与は原則不要
- ワクチンを受けた健常者での、予防投与の有効性のエビデンスはない
- 予防投与は、原則重症化リスクのある人のみ
- 職員間でアウトブレイクがみられる場合は、投与を検討することもある
- 感染制御室等がコントロールする必要あり
(新型コロナウイルスアウトブレイク時は別の対応)

平成28年度院内感染対策講習会 倉敷中央病院 石田 謙 呼吸器感染対策研修資料より

おわりに

- 標準予防策を日常から実践することが重要
- 1つの対策実践より、複数の対策をまとめて実践することが効果的
→ バンドルアプローチ
- 施設内での情報共有、患者・家族への情報公開、地域との連携（病診連携）が重要



平成29年度 第9回 光市医師会学術講演会

平成30年3月27日(火)

18:45～20:30

当市立総合会館2階 大会議室

情報提供 「骨粗鬆症治療薬 リクラスト
点滴静注液 5mg」

旭化成ファーマ株式会社

座長 光市立光総合病院 院長
整形外科 部長 桑田 憲幸先生



特別講演 1

「骨吸収抑制薬関連顎骨壊死に関する現状
と今後の課題」

演者 JCHO 徳山中央病院 歯科口腔外科
主任部長 村木 祐孝先生



歯科医師が不安(不満?)に思っていること

(注射剤)

- ・ゾレドロン酸やデノスマブの投与歴が判らない。
- ・患者さん(とくに高齢者が多いため)自身もあまり理解していなかったり。
- ・骨粗鬆症に対する注射剤も、患者さん自身から情報が得られにくい。

(内服薬)

- ・投与歴が長過ぎて経過が判らない。
- ・患者さん(とくに高齢者が多いため)自身もあまり理解していなかったり、
「覚えていない」とも多い。現社はヒマニジ製剤のみであっても、過去
には服用していたケース等。
- ・もっと服薬歴がわかり易いシステム作りが必要ではないか?
- ・BP製剤等を服用していても口腔環境の劣悪な患者さんが多過ぎる

処方医がどの程度口腔内のことを意識して下さっているのか?
心配する歯科医師も少なくない

Dentists and Oral Nurses, Tokuyama Central Hospital

当院、歯科口腔外科スタッフの印象

- ・当科では内服継続下でのARONJ発症は1例のみ。しかし、ARONJは起こり
得るし、発症率は当初発表されていた程度よりかなり高い印象。
- ・7～8年服用継続の症例もあり、4～5年服用してる患者でも今後休薬や薬剤
の変更は検討されないのか?
- ・今まで普通に抜歯していて、骨髄炎、骨壊死などの治癒不全を起こすことは
減多になかった。ドライソケットなどの経験はあるが適切な対応で早期に治
癒していた。
- ・ARONJは発症するとなかなか治癒しない!
- ・学会でも各施設からの報告で、100例越えも珍しくない。
- ・当科でのARONJ対応例は最近5年間で47例、内服薬が29例と過半数を占め
ていた。昨年11月は3例手術の対象となっている。

BP内服を止めると治癒不全症例も症状が軽減する印象。
休薬は本当に意味がないのか? 多少のリスク軽減には
繋がらないのか?

Dentists and Oral Nurses, Tokuyama Central Hospital

BP製剤投与患者における抜歯時の注意点

- ・投与期間が長いと治癒不全のリスクは高い
- ・レントゲン所見(骨硬化像には注意)の重要性
- ・リスク因子を知っておく必要がある
糖尿病、喫煙、ステロイド、抗癌剤治療 等
- ・手術侵襲とくに骨削除の有無も重要
- ・口腔環境、術前口腔衛生管理が可能か否か
- ・抜歯窩の縫合処置、血餅保持、ガーゼ圧迫
等々

Dentists and Oral Nurses, Tokuyama Central Hospital

ポジションペーパー改定の背景

- ・今回の改定の背景として、骨粗鬆症やがんの骨転移による骨病変の新たな
治療薬としてデノスマブが用いられるようになったという点がある。
- ・デノスマブはRANKL Receptor Activator of NF- κ B Ligandに対するヒト型
IgG2モノクローナル抗体製剤であり、ビスフォスフォネート(BP)製剤とは
異なる機序で破骨細胞による骨吸収を抑制する。
- ・デノスマブ製剤は2012年に「多発性骨髄腫による骨病変及び固形癌骨転移
による骨病変」の適応でランマーク皮下注[®]が国内にて発売された後、
2013年に「骨粗鬆症」の適応でフラリア皮下注[®]が発売された。

デノスマブ製剤一覧

- ・ランマーク[®]：悪性腫瘍用製剤
- ・フラリア[®]：骨粗鬆症

デノスマブ皮下注患者における歯科的対応は未だ確率されたものはない。

- ・ 少なくともデノスマブ投与後間もない時期での顎骨への侵襲的処置は避けるべきと考える。
- ・ 6か月製剤、12か月投与製剤であれば、時間が経過するほど安全性が増すと考える。
- ・ 確実なARONJ予防は難しいと考える。

骨吸収抑制薬関連顎骨壊死 顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2016

今回は医科の先生方にもしっかりと口の中に対する責任を持って頂くための文言が追加されている。
” 薬剤を投与開始する前から口腔環境に注目し、口腔衛生の重要性を説明して頂くよう明文化 ”

顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2016

【骨吸収抑制薬の投与と歯科治療】

- 骨吸収抑制薬の投与を受けている患者の侵襲的歯科治療
- 骨吸収抑制薬の休薬がONJ発生を予防するか否かは不明である。
- 骨に長期間残留するBPの物理化学的性質から推測すると、短期間のBP休薬がBRONJ発生予防に効果を示すか否かは不明である。
- 日本骨粗鬆症学会が行った調査結果では、骨粗鬆症患者においてBPを予防的に休薬してもONJ発生の減少は認められていない。
- BPの休薬により骨粗鬆症患者で症状悪化、骨密度低下および骨折の発生が増加する。
- 発生頻度に基づいた場合にBRONJ発生のリスクよりも骨折予防のベネフィット(有益な効果)がまっさらしている。

※ 科学的に明確な薬も休薬しない

重要なポイント

- ・ BP製剤投与のベネフィットがONJのリスクを大きく上回することは各種データより明らか。そこで我々歯科医師の立場としては、できる限り休薬なしで抜歯等の処置を行うよう協力する。
- ・ 歯科医側にはBP製剤投与開始の詳しい経緯(判断基準)がわからないことも多い。従って少なくとも患者さんやそのご家族、持参のお薬手帳等から投与歴や骨折リスク等を聞き取りながら適切な対応を図りたい。

顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2016

【ARONJの発生頻度】 ※ここではONJ国際タスクフォースの見解に準じる骨粗鬆症患者

- ・ 一般人口集団に見られる ONJ 発生頻度 0.001% とほぼ同様か、ごくわずかに高い程度と推定されている。
- 我が国におけるARONJ発生

【BRONJに関して】

日本口腔外科学会の調査結果

- ・ 2006年～2008年の全国調査では 263 例、4割が内服薬投与のみで発生。
- ・ 2011年～2013年の全国調査では 4797 例、半数が内服薬投与のみで発生

なんと、18.2倍

※なお発生頻度に関しては、BPの投与症例総数が不明なため算出できなかった。

医科の先生方にもお願いしたいこと

患者さんにとっては、主治医の意見がとてつ大きな影響力をもつ

- ・ BP服用開始前に口腔管理の重要性を必ずご説明頂けると有り難い!

患者さんにもぜひご理解頂きたいことは・・・
自身の口腔環境も整い、全身的にも好ましいこと。
口腔に関心をもつ良い契機ともなる。

歯科受診することで、“辛い転じて...” “僕の功名”となれば... 幸い。

「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015版」

本邦における骨粗鬆症患者は推定で1300万人

その内治療を受けている患者が20%の260万人

BP製剤投与患者がその60%の156万人

2012年版ポジションペーパーの本邦における予測発生頻度
0.001 - 0.01%の通りであるならば、経口BP製剤によるBRONJ罹患者は年間約156人となり、日本口腔外科学会の実態調査結果(4797人/3年)と大きな隔たりが生じる。

骨吸収抑制薬(ビスホスホネート、デノスマブ)の投与中または投与後がある方への口腔外科処置に関する承認書

骨吸収抑制薬は、骨粗鬆症やがんの骨転移による症状に対して非常に有効なため、多くの方々の治療に用いられています。しかし、骨吸収抑制薬の投与がある患者さんには、急激な口の口腔外科処置を行うと術後が回復することがあり、顎骨壊死の発生リスクが懸念されています。 症状としては、歯肉腫脹、歯牙脱落、口腔粘膜潰瘍、骨腫痛、骨壊死、褥瘡、鼻出血、鼻閉等、注意喚起の場などがあります。

当科では、骨吸収抑制薬投与中または投与後のある方に対して、担当医(西医師)との連携の下、以下の方針で口腔外科処置を行います。

- 口腔外科処置前に抗感染の予防を行います。
- 口腔衛生が不十分な場合、口腔外科処置前に口腔清掃を行います。
- 骨吸収抑制薬を5年以上投与している患者さん。あるいはその他の危険因子を有する患者さんには、「経口骨吸収抑制薬(ビスホスホネート)」「骨吸収抑制薬の皮下注(デノスマブ)」の投与 cessation の必要を行う場合があります。
- 口腔外科処置終了後、術後の術後管理が適切で、骨吸収抑制薬の投与または代替薬へ変更する場合があります。

**BP製剤4年以上長期の服薬症例のBRONJ
有病率は0.21%になると記載されている。**

AAOMS ポジションペーパー: Ruggiero SL et al. 2014.

Ruggiero SL, Dodson TB, et al.: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw - 2014 Update. J Oral Maxillofac Surg. 72: 1938-1956, 2014.

Dentistry and Oral Surgery, Edwina Coates/Hunter

総括

処方する医師は、薬剤の高い有益性を根拠にする一方、ARONJをみる機会は少ない。また歯科医師はARONJの悲惨な症例に遭遇し日常の臨床に苦慮しているものの、骨吸収抑制薬等の臨床的、社会的な意義についての理解が十分であるとは言えない。このような問題が依然として医科・歯科の間にあるとするならば、それを解消し適切な医療を患者へ提供することが、我々医療従事者の責務と考える。

特別講演2

「骨粗鬆症治療の失敗を考える」

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

整形外科部長 馬渡 太郎先生



骨粗鬆症の治療が上手くいかない理由の一つは、背中が曲がったり痛みがあったりなどの症状が無いことが、少なくないということです。骨粗鬆症が進行した結果、骨折・要介護状態となる・健康寿命の短縮、などが起こります。骨粗鬆症で起こる骨折は脆弱性骨折と呼ばれ、「立った姿勢から

の転倒や、それ以下の外力で起こる骨折」と定義されています。起きやすい場所は肩や股関節、手首などがあげられ、日本人では図1の割合で骨折が起こります。世界的には50歳以降、生涯に女性50%、男性20%が骨折すると報告されています(図1)。

背骨が曲がるとまっすぐ立てない、上に向けない、腹部が圧迫されて逆流性食道炎を起こす、脊椎圧迫骨折を起こすなど各種の症状が出るがありますが、この骨折で困るのは、2/3の方が無症状なことです。骨粗鬆症のリスクファクターを示します(図2)。年齢が最も重要で、家族歴もよく知られています。内服薬ではステロイド剤が有名ですが、図2のような薬剤でも起こります。糖尿病、CKD、COPDなどでは高い骨密度でも折れることがあり、そのような患者さんに対する治療ガイドラインが無いのが現状です。40歳以上の骨粗鬆症の患者さんは1280万人と推定されていますが、その1/4は男性です(図3)。女性よりも発症年齢が高く、原因のあるものが半数以上とされています。また、検診の受診率が低い、女性の2倍近く予後が悪いことなどが特徴です。日本骨粗鬆症学会では5年毎に大腿骨近位部骨折の調査を行っており、ここ30年で女性では約4倍に増加しています。また、同部位の骨折では一般人口に比べて生命予後が悪化します(図4)。片側が折れますと対側は多い統計では5年間で20%に骨折が起こる、という報告があります。

我々の重要な仕事が次の骨折を防ぐことですが、なかなか難しいのが現状です。牛乳を飲んでおけば大丈夫なのでしょうか？

残念ながらカルシウム(Ca)の吸収率は加齢に伴い低下し、Ca剤はガイドライ

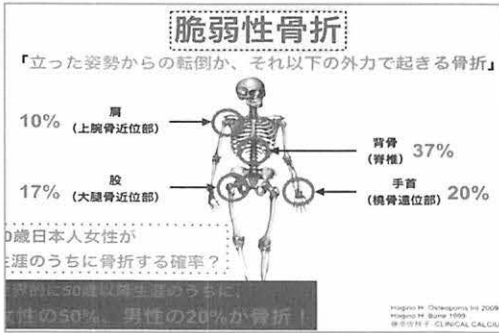


図 1

- ### 骨粗鬆症のリスク
- ▶ 高齢
 - ▶ やせ
 - ▶ 家族の大腿骨近位部骨折
 - ▶ 喫煙、過度のアルコール摂取
 - ▶ 内服薬 (ステロイド剤、抗うつ薬、抗てんかん薬、アロマトラーゼ阻害薬)
 - ▶ 関節リウマチ、内分泌疾患
 - ▶ 糖尿病、慢性腎不全、慢性呼吸器疾患

図 2

男性骨粗鬆症

有病者数 40歳以上：1280万人 (11)

ンでは推奨されていません。

次はビタミンD (V.D) 製剤です。V.D は 1919 年、鱈の肝油中から発見され、その後皮膚で生合成されることが判って現在ではホルモンに分類され、Ca の代謝調節に関与しており (図 5)、日光から 90% 以上が供給されています。食事からは 1 日 600 ~ 700IU の摂取が推奨されていますが、これは干し椎茸にしますと 50 枚分にもなりますので (V.D 含有量約 840IU/100g)、なかなか摂取するのは難しいと思います。V.D の検査は最近保険収載された 25 (OH) D が有用ですが、保険適応は「V.D 欠乏症」や「骨粗鬆症」ではダメで、「V.D 欠乏性くる病」および「骨軟化症」であれば、診断時に一回、その後は 3 月に 1 回を限度に算定できます。25 (OH) D は 20ng/ml 未満を V.D 欠乏、20 ~ 30ng/ml を V.D 不足とすることが世界的なコンセンサスとなっています (図 6)。

約 1500 人の日本人で 25 (OH) D を解析しますと、9 割の方が不足であることが判り (図 7)、またリセドロネートの治療効果は 25 (OH) D が充足されていないと効果が劣ることも判りました (図 8) (<http://ur0.link/JnnG>)。さらに、V.D は筋肉の調節機構に関連して転倒・骨折に関わること、また免疫や癌、循環器疾患やメンタルヘルスなど多方面に関連することが報告されています。約 5500 人を追跡したドイツの研究では、V.D が低い群は全死亡率、心血管死亡率、癌死亡率ともに死亡率が高いことが示されており、生命に関わるビタミンであると言えます、補充療法が有用と思います。ただし活性型 V.D 製剤は高 Ca 尿症から尿路結石を来すことがありますので漫然と投与せず、随時尿で「尿中 Ca/Crea 比 > 0.3」の場合、薬剤の減量の検討が必要です。V.D のまとめを示します (図 9)。

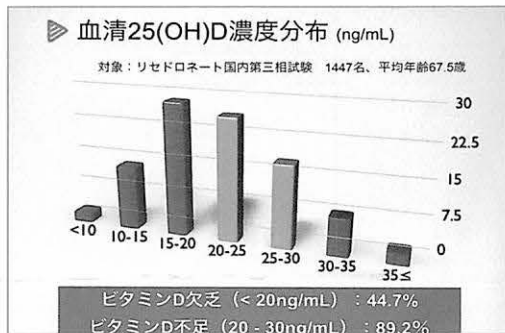


図 7

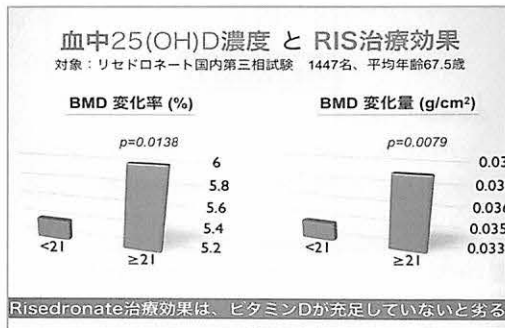


図 8

Vit. D

- ▶ Vit. D は 90% 以上の人で不足している。
- ▶ Vit. D 欠乏では、骨粗鬆症治療効果が減少。
- ▶ 全身への多面的効果の報告あり。

※ Vit. D 補充を考慮。

- Vit. D を含む食品摂取
- 日光にあたる
- 天然型 Vit. D 補充 (2,000IU/)
- 活性型 Vit. D 服薬

図 9

続いて骨粗鬆症治療薬のお話です。骨は生涯リモデリングを続けており、骨粗鬆症の治療は骨吸収を止めるか、骨形成を増やすかです。主な骨粗鬆症治療剤を示します (図 10)。図 10 は大きく図 11 の様に分けることができます。

骨粗鬆症治療薬物

2018/2/01 現在

Biphosphonate	テナロン/フォスマック (日・週1回製剤) テナネル/ベネット (日・週・月1回製剤 2013/12/25/承認) メテオ/リカルボン (日・月1回製剤 2011/7/1承認) テナロン/ゼリオン (週1回ゼリー製剤 2012/11/18/承認) ペンビバ (月1回製剤 2016/1/22/承認)	ボナロン静注製剤 (月1回静注製剤 2012/7/19/承認) ボンビバ (月1回静注製剤 2013/9/26/承認) リクラスト (年1回静注製剤 2016/9/28/承認) (ALN, RIS 日/週1回製剤後発品発売済)
ESR	Anti RANKL Ab / Denosumab ペンビバ フリリア皮下注 60mg (6月1回皮下注射 2013/3/25/承認)	
Teriparatide (h(1-34)PTH)	フォルテオ (毎日1回皮下注射 2010/7/23/承認) テリボン (週1回皮下注射 2011/9/26/承認)	Cathepsin K Inhibitor MSD Odanacatib (2016/9/2開発中止 1)
Abaloparatide (hPTHrP)	Anti-Sclerostin Ab Radius - 帯人ファーマ ITM-058 Amgen Romosozumab Eli Lilly Elsomzumab	

図 10

骨粗鬆症治療薬物

2018/2/01 現在

Biphosphonate	テナロン/フォスマック (日・週1回製剤) テナネル/ベネット (日・週・月1回製剤 2013/12/25/承認) メテオ/リカルボン (日・月1回製剤 2011/7/1承認) テナロン/ゼリオン (週1回ゼリー製剤 2012/11/18/承認) ペンビバ (月1回製剤 2016/1/22/承認)	ボナロン静注製剤 (月1回静注製剤 2012/7/19/承認) ボンビバ (月1回静注製剤 2013/9/26/承認) リクラスト (年1回静注製剤 2016/9/28/承認) (ALN, RIS 日/週1回製剤後発品発売済)
ESR	Anti RANKL Ab / Denosumab ペンビバ フリリア皮下注 80mg (6月1回皮下注射 2013/3/25/承認)	
Teriparatide (h(1-34)PTH)	フォルテオ (毎日1回皮下注射 2010/7/23/承認)	骨吸収抑制
Abaloparatide (hPTHrP)	Radius - 帯人ファーマ ITM-058	骨形成促進

骨リモデリング抑制

骨リモデリング促進

図 11

骨吸収抑制剤のうち、ビスフォスフォネート製剤は骨の表面に吸着し、それを破骨細胞が食べることによって破骨細胞はアポトーシスを起こし死んでしまいます。デ

ノスマブは RANKL (Receptor Activator of NF- κ Bligand : <http://urqlink.jp/>)

に結合することで破骨細胞へのシグナル伝達を抑制し骨吸収抑制作用を来します。米国では 1995 年にビスホスフォネート (BP) 製剤が承認された後、大腿部頸部骨折が減少していますが、日本では依然増えているのが現状です。骨粗鬆症治療を始めても、残念ながら半分近い人が 1 年くらいで治療をやめてしまうという報告があります。継続できない理由を挙げてみました (図 12)。BP 製剤で気をつけないといけないのは、生物学的利用能 (bioavailability : BA) が低いことです。他の薬剤、例えば鎮痛剤のジクロフェナクやアルツハイマー病治療薬の塩酸ドネペジルがほぼ 100% 血中へ移行するのに比べて BP 製剤は 0.60% に過ぎず、ほとんどが排泄されてしまいます。しかし一旦体循環に入ると代謝は受けず、約 50% が骨表面に吸着します。吸収に影響を与える要因を示します (図 13)。添付文書通りに飲まないと効果は乏しくなります。また、継続率は 2 年間で連日内服製剤は 10% まで、週一回製剤で 30%、月一回製剤でも 50% 前後まで低下するとの報告があり、当然ですが、服薬遵守率が悪いと骨折は増加します。近年、年一回の静注製剤、ゾレドロネートが登場し、椎体骨折を 70%、大腿骨近位部骨折を 41% 抑制し、死亡率も低下させると報告されています。ただし内服製剤と異なり、急性期反応、筋肉痛などの症状が出ることには注意が必要です。ここで骨粗鬆症性骨折と他の稀なイベントのリスクを比較しますと、顎骨壊死は落雷で死亡する率と同等で、交通事故死やペニシリンによるショックなどに比べてリスクは低く (図 14)、稀な合併症を恐れて骨折治療のチャンスを失ってしま

ビスホスホネートが継続できないわけ？

- 治療を重要視していない、他の薬が多い。
- Vit. D 剤, SERM での対応 (大腿骨近位部骨折への効果乏しい)
- 起床時服薬管理困難
- 注射剤は無理
- 治療効果がわからない (数年経過後の骨密度あがらない)
- 副作用が怖い (顎骨壊死 / 大腿骨非定型骨折)
- 歯科からの休薬以来
- 患者の拒否 / 患者説明が面倒
- 患者が認知症
- 処方医の骨折治療遅延化の危惧

図 12

ビスホスフォネートの吸収に影響を与える要因

- 朝食前 2 時間に、水で服用 BA: 0.76%
- 朝食前 30~60 分に服用 BA: 0.46% (40%減)
- 食事と同時か、食後 2 時間で服用 BA: 0.11% (85%減)
- 牛乳は Ca²⁺, Mg²⁺ が薬剤と不溶性複合体形成
- ブラックコーヒーで服用 BA: 0.30% (60%減)
- オレンジジュースで服用 BA: 0.30% (60%減)

図 13

骨粗鬆症性骨折と”他のまれなイベント”のリスク比較

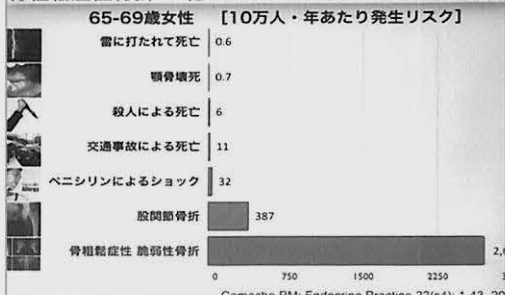


図 14

顎骨壊死を考える上で

- ☑ 悪性腫瘍治療と、骨粗鬆症治療を分けて考える。
- ☑ 骨吸収抑制剤中止後、何をを使うか？ (ビタミンD単剤、SERMに大腿骨近位部骨折抑制効果なし)
- ☑ 骨粗鬆症治療を中止し、骨密度が低下した場合は増加。
- ☑ ただし、骨密度上昇は限界があり、効果が見えにくい。
- ☑ 抜歯において、予防的抗菌剤投与を検討。
- ☑ 抜歯手技において、骨膜が被覆するなどの創傷処理の注意を検討。
- ☑ 早期から歯科側へ相談を！

図 15

う問題点が指摘されています。顎骨壊死を
考える上で、先ほどの村木先生のご講演を
お聞きしながら私見を考えてみました(図
15)。

閉経後のエストロゲン減少による骨
吸収の亢進に対して、SERM (Selective
Estrogen Receptor Modulator：選択的エ
ストロゲン受容体調節薬) は骨のエストロ
ゲン受容体を選択的に作用し骨量の減少を
抑制します。1日一回、いつ内服しても良
いので一包化も可能でコンプライアンスは
良好ですが、当然、適応は女性のみで、寝
たきりの方などでは深部静脈血栓症に注意
が必要です(図16)。

テリパラチドは骨芽細胞の分化を促進、
アポトーシスを抑制して骨量を増やしま
す。残念ながら治療期間は2年間で、高
価です。

デノスマブは半年に一回の皮下注射製剤
です。頻度は多くはありませんが低Ca血
症に注意が必要で、投与前後で血清Ca値
の確認が必要です(図17)。また、半年後
に治療を継続しないと骨吸収が急速に進行
してしまいますので、治療継続か薬剤変更
が必須ですので、カルテ等で注意喚起が必要
です。注意点を示します(図18)。

図19は学会が作成した薬剤のレベルで
す。私自身の使い分けを図20に示します。

Selective Estrogen Receptor Modulator

骨格筋および脂質代謝に対し、**エストロゲン作用薬**として作用
乳房組織、子宮内膜組織に対しては、エストロゲンの好ましくな
用を示さない

ラロキシフェン(エビスタ)、パゼドキシフェン(ビビアント)
が国内承認済みSERM

1日1回いつ内服しても可能、服薬コンプライアンス良い

肝代謝であり、腎機能への影響なし

有意なBMD(腰椎+2.2%、大腿骨近位部+2.4%)の上昇効果、
有意な骨折抑制効果(椎体-42%、非椎体-50%)

顎骨壊死、大腿骨非定型骨折の報告なし

男性に適応なし、深部静脈血栓症、肺塞栓症症例、長期不動状態
患者、妊婦授乳婦では禁忌

図16

DMABと血清Ca

血清Ca正常値：8.5 - 10.2
プラリア投与後 数日~1週間で、約0.5mg/dL低下する

投与前と、投与後1週での血清Ca値の確認が必要
投与前：
もし8.5未満だったら、プラリア投与せず、Vit.D(天然型or 活性型)
投与で経過観察
もし10.2以上だったら、プラリア使用時 Vit.D投与不要
投与後1週で、Vit.D補充している場合：
もし8.5未満だったら、活性型Vit.Dへの切り替えを検討

図17

DENOSUMABで留意すること

- 低Ca血症に気をつける
- Vit.D補充(確実な効果発現と副作用防止)
- 顎骨壊死のリスクあり、侵襲的歯科治療は、可能なら
DMAB投与半年後に。
- 大腿骨非定型骨折は頻度不明ながら、報告あり。
- 骨折治癒への影響は心配しなくていいという報告あり。
- 投与半年後の打ち忘れをどう防ぐか?
- 一生運打てるのか?

図18

有効性の評価 updated	商品名	BMD	椎体 骨折	非椎体 骨折	大腿骨 近位部骨折
ルファカルシドール	ワンアルファアルファロール	B	B	B	C
ルシカルシドール	エディロール	A	A	B	C
ナテレノン	グラケ	B	B	B	C
ラロキシフェン	エビスタ	A	A	B	C
パゼドキシフェン	ビビアント	A	A	B	C
アレンドロネート	ボナロン/フォサマック	A	A	A	A
ゼドロネート	アクトネル/ベネット	A	A	A	A
ゼノドロネート	リカルボン/ボネテオ	A	A	C	C
パンドロネート	ボンピバ	A	A	B	C
ゾドロネート	リクラスト	A	A	A	A
デノスマブ	プラリア	A	A	A	A
テリパラチド(連日)	フォルテオ	A	A	A	C
テリパラチド(週1回)	テリボン	A	A	C	C

図19

有効性の評価 updated	商品名	BMD	椎体 骨折	非椎体 骨折	大腿骨 近位部骨折
ルファカルシドール	ワンアルファアルファロール				
ルシカルシドール	エディロール				
ナテレノン	グラケ				
ラロキシフェン	エビスタ				
パゼドキシフェン	ビビアント				
アレンドロネート	ボナロン/フォサマック				
ゼドロネート	アクトネル/ベネット				
ゼノドロネート	リカルボン/ボネテオ				
パンドロネート	ボンピバ				
ゾドロネート	リクラスト				
デノスマブ	プラリア				
テリパラチド(連日)	フォルテオ				
テリパラチド(週1回)	テリボン				

図20

最後に、今回の表題の治療の失敗を考慮することについてお話しします。治療の評価はどのように行えば良いのでしょうか？治療の効果は治験などでは統計学的な骨折リスク低下で示されます。リスクの低下、治療効果とは、骨吸収抑制剤の場合は①骨密度の上昇、②骨代謝系マーカーの低下として理解されると思いますが、それぞれ低下、あるいは上昇したことは治療が失敗したことになるのでしょうか？

治療失敗後の対応,,,

- 弱い骨吸収抑制剤は、より強力な骨吸収抑制剤に変更する。
- 内服の骨吸収抑制剤は、注射製剤に変更する。
- 強力な骨吸収抑制剤は、骨形成促進剤に変更する。

Diez-Perez A: POSITION PAPER in Osteoporos Int. 201

図 21

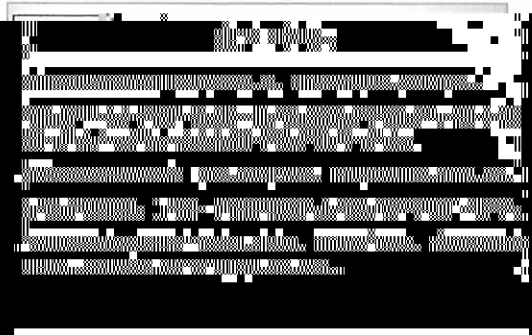
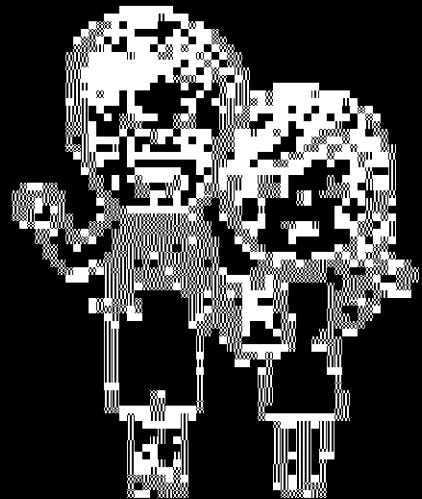


図 21



第 25 回光市医師会・光市立病院 合同症例検討会

日時 平成30年3月6日(火) 19:00～

会場 光市立大和総合病院 6階大会議室

(1) 80歳以上の高齢者に対する

大腸癌手術症例の検討

光市立光総合病院 外科 河村 大智



80歳以上の高齢者は年々増加し大腸癌症例も増えていますが、高齢者はPerformance statusの低下や臓器機能低下、認知症などの併存疾患を有する例が多く、手術を躊躇することも少なくありません。80歳以上の高齢者大腸癌の手術成績と安全性を検討しました。2012年(平成24年)4月から2017年(平成29年)3月の5年間で84～94歳の35例(男性16例、女性19例、平均年齢84.7歳)に手術を施行しました(図1)。診断の契機は出血が最多で20例、狭窄症状が10例、5例に術前減圧処置を行いました。35例中33例で切除手術を施行し、腫瘍の部位は上行結腸が15例、ついでS状結腸が9例、他は図2の部位でした。壁深達度、リンパ節転移は図3の通りです。術後合併症は5例(創感染2例、創離解・腸閉塞・乳び腹水各1例)で、創離解の1例に再手術を施行し、手術関連死亡はありませんでした。遠隔期死亡は9例で、癌死は2例、他病死は図4に挙げた7例です。耐術可能と判断した患者さんが対象となっている偏りはありますが、術前

に十分な評価を行うことで高齢者においても安全に手術は可能であり、手術合併症も許容範囲内と考え、出血や狭窄などの症状を改善することで高齢者のQOLの改善に寄与できたと考えました。

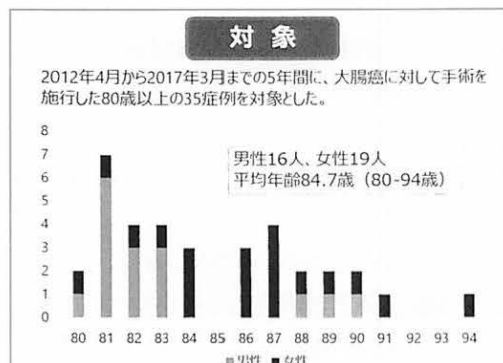


図 1

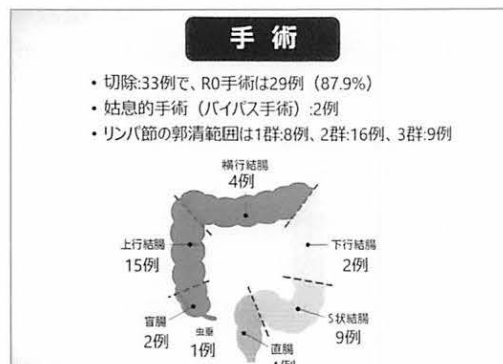


図 2

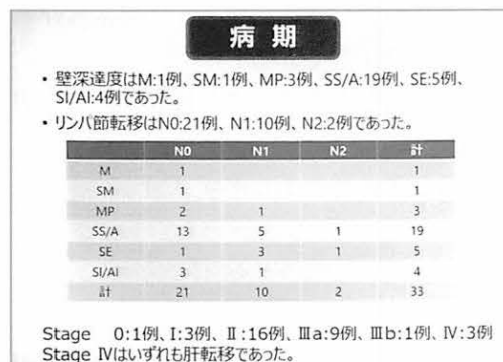


図 3

症例 2 1歳4ヶ月女児 主訴:発熱と咳嗽

【12/04 11:31 看護師問診】 体温:38.2度 体重:9kg
38.2度の発熱に来院時気付いた。前日から湿性咳嗽と透明の鼻汁が出始め、夜間自覚で寝つきが悪く睡眠時泣きそう。食欲はあるが、機嫌は悪い。
【12/04 12:31 医師記録】
一般状態:良好。心・肺:異常なし。咽頭:炎症ほとんどなし。鼻汁は水様。鼻粘膜より臭味。(この日毎日薬塗布) 3日後再診
【12/07 11:37 看護師問診】 体温:38.4度
4日受診後も38~39度台の熱が続く。鼻汁は黄色になり、湿性咳嗽も悪化した。夜間は咳き込み眠れず、6日と7日には1度ずつ咳き込み嘔吐した。
【12/07 12:43 医師記録】
一般状態:あまり良好ではない。咳がひどい。心・肺:呼吸音が断続的。右下肺野に気管支雑音。咽頭:炎症なし。吸引鼻汁:半透明鼻汁少量。中耳:軽度発赤があるが中耳炎ではない。胸部レントゲン:正常。肺炎なし。

図 6

症例5 6ヶ月27日男児

主訴:発熱・咳嗽
【1/21 11:10 看護師問診】 体温:37.7度 体重:8844g
前夜38.2度の発熱があり、湿性咳嗽も出始めた。痰が稀むため、今朝ミルク摂取後1回嘔吐した。睡眠状態・機嫌はよく、食欲もある。3週間前に姉がマイコプラズマにかかった為、検査希望。
【11:16 医師記録】
一般状態:良好。心・肺:異常なし。腹部:異常なし。咽頭:炎症ほとんどなし。中耳炎なし。

【12/21 11:16 医師記録】
高熱は下がってしまっているが、咳がまだひどい。呼吸音は悪い。
【12/07 12:43 医師記録】
一般状態:あまり良好ではない。咳がひどい。心・肺:呼吸音が断続的。右下肺野に気管支雑音。咽頭:炎症なし。吸引鼻汁:半透明鼻汁少量。中耳:軽度発赤があるが中耳炎ではない。胸部レントゲン:正常。肺炎なし。

図 9

症例3 11ヶ月男児 主訴:高熱

【1/19 15:28 看護師問診】 体温:38.0度 体重:9.5kg 主訴:高熱
病歴:17日午後38.7度の発熱があり手持ちの薬内服。坐薬使用し18日朝には37.0度に解熱。午後になって、最高38.9度の発熱があり、湿性の咳、黄色い鼻水がでたため、自覚ことも00受診。
インフルエンザ検査は陰性。
19日午前中は37度台だったが、午後になって38.7度あったため来院。食欲はあり機嫌も良い。排便もある。この日の印象は突発性発疹疑い。

【1/21 12:13 看護師問診】 体温:37.1度
19日受診後、20日には39度台の熱が続いていたが来院時測定すると37.1度だった。昨夜は咳き込み目覚めたが食欲はある
【01/21 12:27 上田 一博】
水瀉、咳もある。一般状態:良好。心・肺:異常なし。咽頭:炎症発赤後壁に少し。中耳炎なし。
弛張熱が17日以来4日ある。午前中は下がり午後から熱が上がる日々。
検査: マイコプラズマ抗原(免疫クロマト法):陰性
血算、CRP:0.1mg/L。 WBC:19100。 H:25.5%、L:64.4%。 HGB:12.1g。

図 7

症例6 6ヶ月18日男児

【6/30 11:05 看護師問診】
6ヶ月18日 体温:39.4度 体重:7.6kg
前日昼から39.5度発熱し、坐薬2回使用し(最終坐薬使用2日23時)今朝は38.9度だった。発熱した頃から顔の充血、黄色鼻汁と空咳も出始めた。食欲や活気あり、夜間眠れている。
【6/30 11:07 医師記録】
一般状態:良好。心・肺:異常なし。腹部:異常なし。咽頭:炎症なし。突発性の発疹の疑いあり。眼結膜充血あり。眼瞼発赤も軽微。呼吸音は良好。咳が少しありが眼結膜充血は普通。
4日後再診
【7/04 10:16 看護師問診】 体温:38.0度 体重:7.6kg
30日に受診後も38~39度台の熱が続く。坐薬は使用していない。
4日前受診後、帰宅してから背中と下肢に発疹ができ、BCG接種痕が赤く腫れ、その日は一番活気なくぐったりしていた。顔の充血あり、眼瞼も少し出ていた。発疹やBCG痕の腫れは徐々に治まった。
時々空咳が出る。機嫌や母乳の飲み方は良い。

図 10

症例4 1歳4ヶ月女児 高熱・咳嗽

【01/26 10:49 看護師問診】
体温:38.4度 体重:9.2kg
1月23日23時頃38.9度の発熱があった。24日朝も38.1度あり、周南ことも00受診。インフルエンザ検査受けたが、陰性で風邪だろうといわれた。25日も38度台で経過し湿性の咳がひどくなり、咳込んで嘔吐することもある。

【12:10 医師診察録】
高熱持続4日目。
食欲は低下。飲水は十分。一般状態:良好。
心・肺:異常なし。咽頭:炎症ほとんどなし。
吸引鼻汁:取れない。

図 8

症例6 続き

【7/04 10:51 医師記録】
(0):熱あるが一般状態それほど悪くはない。心・肺:異常なし。咽頭:炎症発赤中等度。軽度の扁桃急性腫大。溶菌菌感染様。目の縁に僅き腫、特に左。球結膜軽度発赤(毛細血管拡張)。眼結膜充血は軽度。口唇、舌の発赤はない。皮膚、手足に発疹・浮腫はない。全身にも紅斑などない。BCG痕は平癒している。
血算:WBC:14300。 H:69.8%。 L:12.8%。 M:12.7%。 E:3.7%。 Hgb:10.5g。 MCV:79.9。 CRP:6.0mg/L。
(A):高熱が6月29日より5日間、今日で6日目。咽頭、眼結膜所見は増悪している。CRPが高い。一時的にBCG痕の発赤があったが、川崎病のようなひどい反応ではなかった。しかし、川崎病の不全形は除外できない。
(P):徳山中央病院に緊急紹介。

【07/24 10:46 退院時報告書より】
経過:7月4日徳山中央病院へ紹介入院。入院時は川崎病診断基準の5/6が揃っていた。大量γグロブリン、アスピリンで治療し、経過は良好で心冠動脈合併症無く、7月21日に退院した(入院18日間)

図 11

(3) 頬部外歯瘻の一例

光市立大和総合病院

歯科口腔外科 野田 健人



外歯瘻は根尖性歯周組織炎が慢性化して顔面皮膚との間に瘻管を形成し排膿する疾患です。症例は86歳女性、主訴は頬部からの排膿です。病歴、既往歴、外見を示します(図12,13)。頬部病巣からガターパーチャポイントを入して造影CTを撮りますと、先端が右上3番の根の先に到達していました(図14)。外歯瘻と診断し、局麻下に右上1、2、3番を抜歯し、3番抜歯窩根尖部を搔爬し肉芽組織を摘出しました。術後の経過は良好でした。考察を示します(図15)。



症例

- 患者：86歳 女性
- 初診：2018年○月○日
- 主訴：右側頬部からの排膿
- 既往歴：認知症、高血圧症、高脂血症、逆流性食道炎
- 家族歴：特記事項なし
- 現病歴：2017年11月より右側頬部膿性皮疹を主訴に、某病院外科を受診。経過観察行われていたが、腫瘍様変化を認めたため、開業皮膚科診療所を紹介受診し、外歯瘻の疑いがあるとのことで、某病院外科より精査加療目的に当院紹介となる。

図 12

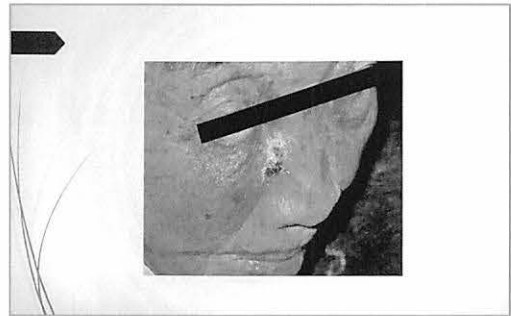


図 13

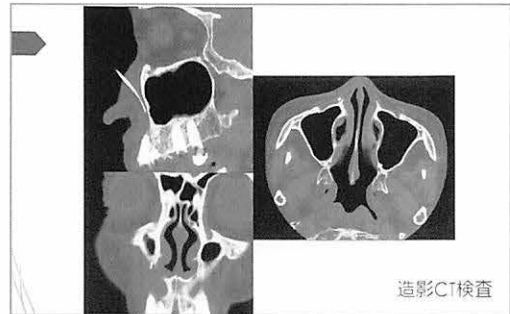


図 14

考察

- 顔面皮膚に排膿を認める病変を認めた場合、菌性感染症から生じる外歯瘻の可能性を考慮する必要がある。菌性感染症の検索を歯科口腔外科で行うことにより、容易に診断可能である。治療は、原因歯の保存的治療が第一であるが、保存できない場合は抜歯、骨髄炎部位の搔爬など外科的治療が必要である。
- 本症例では、保存困難な残根であったため抜歯を行った。
- 高齢者では、まれではあるが、菌性感染症により敗血症や不明熱など医科的疾患を生じることがあり、保存不可能な感染源となる残根等は積極的に抜歯することが推奨される。

図 15

(4) ある疾患の急性発症について

光市立光総合病院

消化器科 谷川 幸治



病歴と Labo Data を 5 例提示します (図 16 ~ 20)。これは一体何の疾患でしょう？ 5 例とも肝炎ウイルスは陰性で、肝機能検査の著明な上昇を認めました (図 21)。精査にて全例抗核抗体の上昇を認め (図 22)、自己免疫性肝炎と診断しました。疾患のまとめと診断スコアを示します (図 23 ~ 25)。(図 15)。

症例 3

症例: 70歳, 女性
 主訴: 採血にて肝機能異常
 現病歴:
 特定検診でAST111, ALT151, γ -GTP50と軽度の肝機能異常を認めたため、3週間後に再検を行ったところ、AST337, ALT503, γ -GTP50と肝障害の増悪を認め、当科紹介となった。
 既往歴: 椎間板ヘルニア、骨粗鬆症、手根管症候群で内服加療中
 家族歴: 特記事項なし
 輸血歴なし、針治療歴なし、アルコール: social drinker、生力キ、生貝摂食なし

図 18

症例 4

症例: 56歳, 男性
 主訴: 全身倦怠感、食欲不振
 現病歴:
 数日前から全身倦怠感、食欲不振を認め、かかりつけ医を受診。皮膚黄染を指摘され、T-Bil2.8, AST1124, ALT1774と肝障害を認め、当科紹介となった。
 既往歴: 高血圧症、高脂血症で3ヶ月前から内服加療中
 家族歴: 特記事項なし
 輸血歴なし、針治療歴なし、アルコール: ビール1.5-2L/日(量は以前から変化なし)、生力キ、生貝摂食なし

図 19

症例 1

症例: 73歳, 女性
 主訴: 尿濃染
 現病歴:
 半年前から全身倦怠感を認めることがあった。1ヶ月前から、尿濃染に気づき、近医を受診。眼結膜の黄染を認めるため、同院で採血を施行され、AST1003, ALT1218, ALP1640, γ -GTP617, T-Bil3.3, D-Bil2.1と肝障害を認め、当科紹介となった。
 既往歴: 11年前に原因不明の下血、家族歴: 特記事項なし
 内服薬なし、11年前に輸血あり、針治療歴なし、アルコール: social drinker、生力キ、生貝摂食なし

図 16

症例 5

症例: 54歳, 女性
 主訴: 全身倦怠感、食欲不振
 現病歴:
 3週間前から全身倦怠感を認めていた。皮膚黄染に気づき近医を受診。採血にてT-Bil7.4, AST1155, ALT1718と肝障害を認め、当科紹介となった。
 既往歴: 20歳時急性虫垂炎手術
 家族歴: 兄が急性ウイルス性肝炎(詳細は不明)
 輸血歴なし、針治療歴なし、アルコールなし、生力キ、生貝摂食なし

図 20

症例 2

症例: 63歳, 女性
 主訴: 全身倦怠感
 現病歴:
 1週間前から全身倦怠感、食欲不振を認め、近医を受診。皮膚黄染を認めるため、同院で採血を施行され、AST1000以上、ALT1000以上と肝障害を認め、当科紹介となった。
 既往歴: 特記事項なし、家族歴: 特記事項なし
 内服薬なし、輸血歴なし、針治療歴なし、アルコールなし、生力キ、生貝摂食なし

図 17

全症例の生化学検査 (当院初診時)

	正常値	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5
BUN	8-20	12.9	11.0	22.9	7.4	11.4
Cr	0.4-1.2	0.5	0.6	0.6	0.7	0.6
ALB	3.5-5.3	4.2	4.2	4.5	4.1	4.3
TP	6.7-8.3	7.7	8.1	8.2	6.8	8.0
AST	12-33	117.9	168.3	452	114.0	1202
ALT	5-35	140.6	164.9	845	1702	1736
γ -GTP	6-46	602	702	236	1163	279
ALP	104-338	1637	1139	594	462	630
LDH	106-211	487	739	366	455	501
T-Bil	0.2-1.0	4.7	7.3	7.3	15.0	8.6
CRP	-0.3	1.0	1.0	0.5	2.2	0.4
WBC	4000-10000	4700	4400	6100	8700	4800
RBC	400-450	443	461	450	542	384
Hb	12-16	13.2	11.6	13.8	16.8	12.6
PLT	15-40	18.4	15.9	15.0	13.9	15.8
PT	80-120	90.3	86.2	84.9	80.9	72.8

図 21

全症例の採血結果（当院初診時）

全例で、HBs抗原、HCV抗体、IgM-HA抗体、IgM-HBc抗体は陰性であった。

抗体抗体	正常値	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5
抗核抗体	40倍未満	100	20	20	400	100
IgG	870-1700	1371	727	1107	1417	2003
IgA	110-410	277	285	145	347	291
IgM	48-280	77	37	47	54	177

図 22

自己免疫性肝炎

- ・ 中年以降の女性に好発し、慢性に経過する肝炎である
- ・ 肝細胞障害の成立に自己免疫機序が想定されている
- ・ 検査所見で高ガンマグロブリン血症、抗核抗体をはじめとする自己抗体の陽性所見が特徴的である
- ・ 組織学的には、門脈域への炎症細胞浸潤が、門脈橋には炎症細胞が多い、多数の星状細胞死、帯状、梁橋形成性肝壊死がしばしばみられ、また肝細胞ロゼット形成も少なからずみられる
- ・ 自己免疫性肝炎の国際診断基準（スコアリングシステム）を参考に診断する
- ・ 免疫抑制剤、特に副腎皮質ステロイドが薬効を奏する。軽症例ではウルソデオキシコール酸を投与することがある
- ・ 自己免疫性肝炎患者の3-5%に肝細胞癌を合併する

図 23

自己免疫性肝炎の診断

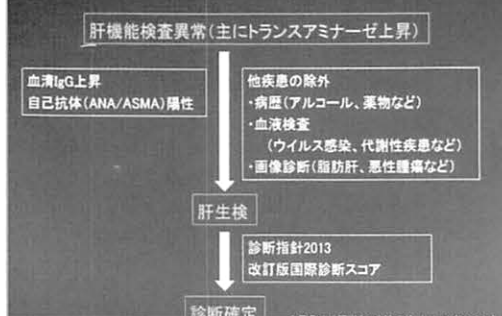


図 24

改訂版国際診断スコア

項目	点数	説明
血清IgG上昇	+2	血清IgG濃度が正常範囲の2倍以上であること
自己抗体(ANA/ASMA)陽性	+2	ANAまたはASMAが陽性であること
肝生検	+1	肝生検所見が自己免疫性肝炎の診断に有用であること
他疾患の除外	+1	病歴(アルコール、薬物など)や血液検査(ウイルス感染、代謝性疾患など)や画像診断(脂肪肝、悪性腫瘍など)で他疾患を除外していること
診断指針2013 改訂版国際診断スコア	+1	診断指針2013改訂版国際診断スコアが2点以上であること
診断確定	+1	診断指針2013改訂版国際診断スコアが3点以上であること

図 25



理事会報告

平成 30 年 1 月光市医師会定例理事会

日時 平成 30 年 1 月 9 日（火）午後 7 時より午後 9 時 30 分

場所 小蜂

出席 竹中博昭会長、藤田敏明副会長、広田修理事、多田良和理事、
谷川幸治理事、北川博之理事、守友康則理事、井上祐介理事、
平岡博監事 丸岩昌文監事

欠席 前田一彦理事

I 協議、承認事項

1 田中眼科院長交代に関して （竹中会長）

- ・ 田中眼科院長交代に際し、休日診療所外科系の出務回数について協議
年間 6 回→3 回程度とし、外科系医師でカバーすることを原案通り承認
- ・ 学校健診出務については確認することとした

以上を協議・承認した。

平成 30 年 2 月光市医師会定例理事会

日時 平成 30 年 2 月 13 日（火）午後 7 時より午後 8 時 45 分

場所 光市医師会事務局

出席 竹中博昭会長 藤田敏明副会長 谷川幸治理事 広田修理事
北川博之理事 井上祐介理事 守友康則理事
平岡博監事 丸岩昌文監事

欠席 多田良和理事 前田一彦理事

議題

I 平成 30 年度光市医療関係事業説明（光市担当部署）

II 報告事項

1 平成 29 年度第 3 回地域協議会（12/13） （竹中会長、広田理事）

地域医療介護連携システム構築に関する会議

- 1) 介護事業所からの委員の追加
- 2) システム構築の見積もりについて

1 億 9 千万円～3 億 3 千 4 百万円 要求内容の見直しで前回見積より上昇

- 3) さどひまわりネット視察報告

- ・病院、診療所、薬局、介護事業所の双方向のデータ共有を実現している
- ・住民の25%がデータ提供に同意、医療機関、介護事業所の加入率60%
- ・事務局に職員3人を配置、構築費用9億5千万円、年間予算4千万円

4) 新機能の追加について

- ・従来の基幹病院から情報発信する機能に加え、診療所や調剤薬局、介護事業所等からも情報発信し、双方向で情報を共有する機能につきプレゼン有

5) その他

- ・運営費、更新費について
医師会、利用施設、行政の分担費用案が提示され、持ち帰り協議となった
- ・管理業務について
パスワード、IDなどの業務管理をどこで行うか
- ・山口・防府、柳井医療圏と協調し、コストダウンを図る方向で検討
- ・休日診療所やこどもQQなど一次救急、及び救急搬送時の情報取得などのツールとして活用可能かどうか検討

2 医療関係団体新年互礼会 (1/6) (竹中会長、藤田副会長)

3 徳山医師会新年会 (1/12) (竹中会長)

4 平成29年度第2回地域医療構想調整会議 (1/18) (竹中会長)

1) 平成29年度第2回病床機能検討部会 (H.29/12/7) 概要

- ・山口県医師会療養病床及び地域包括ケア病床に関する報告
県医師会から、療養病床における入院患者の医学的ケアの現状や、在宅及び介護施設等での受け入れの可能性を把握するために実施した調査の結果について説明
- ・公的医療機関等2025プラン及び新公立病院改革プランについて
両プランの策定対象医療機関から概要について説明
- ・療養病床転換意向調査(第2回)の結果について
介護医療院と介護療養病床の違いは何か
介護医療院は、生活の場を重視した施設形態と示されているが、詳細は細かい要件確定後に明確となる見込み
- ・地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について
事務局から、非稼働病棟を有する医療機関の取り扱いについて説明した後、圏域内で該当する2医療機関の状況を報告
- ・周南圏域回復機能に関するアンケートの結果について説明後意見を求めた
現状で院内で不足感は無いが、対応できる患者の幅が広がれば状況が変わるかもしれない

5 平成29年度第2回周南地域医療対策協議会 (1/18) (竹中会長)

- ・第7次山口県保健医療計画 素案提示
- ・平成30年度～35年度までの6年間の医療計画を提示
- ・詳細は事務局へ

6 平成29年度第1回周南地区救急医療対策協議会 (1/25) (竹中会長)

1) 平成 28 年度の受診者状況について 詳細は事務局へ

2) 平成 28 年度歳入歳出決算の認定

3) 平成 30 年度の予算について

4) 平成 28 年度時間外救急搬送の現況

・周南地区全体 6015 件 うち光総合病院 642 件 (10.7%)

光中央病院 75 件 (1.2%)

大和総合病院 18 件 (0.2%)

・光地区消防 1925 件 うち光総合病院 623 件 (32.4%)

光中央病院 73 件 (3.4%)

大和総合病院 18 件 (0.9%)

5) 地域での災害医療訓練について (徳山中央病院 山下先生)

災害次には保健所を中心とした二次医療圏単位での医療対応が必要となる。徳山中央病院は災害拠点病院として地域の医療機関、行政、保健所と連携して訓練を開始したいとのことで、協力のお願いがあった。

7 光地域ジェネリック医薬品安心使用促進連絡協議会 (1/25) (竹中会長)

1) ジェネリック医薬品の使用状況 H.29.3 月

	数量ベース	薬剤量ベース
全国	68.6%	16.1%
山口県	71.3%	17.0%
光市	76.8%	

2) 光市国民健康保険の取り組み

ジェネリック医薬品利用差額通知の送付

ジェネリック医薬品希望シールの配布

市のホームページを使用した啓発

3) 各団体の取り組み

光市医師会、光市歯科医師会：特別な活動はしていない

光市薬剤師会：市内薬局にアンケート。患者さんにジェネリック医薬品への切り替えを勧めても断られることが多い

光総合病院薬剤部：AGFの採用によりジェネリックの使用は徐々に増加している

8 光市三師会講演会 (竹中会長)

講師：JCHO 九州病院 薬剤部長 末光 文博先生

演題：医師との協働を実現した薬剤部業務とポリファーマシー対策

9 郡市医師会地域包括ケア担当理事会議 (2/8) (藤田副会長)

県長寿社会課：第六次やまぐち高齢者プランについて

県医療政策課：今後の在宅医療提供体制充実に向けた支援及び実施方法について

県医師会：県医師会在宅医療推進事業及び地域包括ケア推進事業について

詳細は事務局へ

以上を報告した。

Ⅲ 承認事項

1 会員の異動について

前田昇一 A 会員 → B 会員

前田一彦 B 会員 → A 会員

以上を協議・承認した。

平成 30 年 3 月光市医師会定例理事会

日時 平成 30 年 3 月 13 日 (火) 午後 7 時より午後 8 時 20 分

場所 光市医師会事務局

出席 竹中博昭会長 藤田敏明副会長 広田修理事 谷川幸治理事
多田良和理事 守友康則理事 井上祐介理事 前田一彦理事
平岡博監事 丸岩昌文監事

欠席 北川博之理事

議題

I 報告事項

1 平成 29 年度第 2 回医師国保通常組合会 (2/15) (竹中会長)

- ・ 国からの療養給付等補助金の補助率が平成 29 年度は従来分 20.6%、新規分 13%と減額。平成 28 年度から 5 年かけて従来分、新規分とも 13%に
- ・ 療養費の高騰と被保険者数の減少に伴う保険料収入減、国庫補助率の削減により、平成 29 年度は単年度赤字となる
- ・ それに伴い、特別積立金より取り崩しを行うことを議決
- ・ 平成 30 年度歳入歳出予算が議決
詳細は医師会事務局へ

2 平成 29 年度第 3 回医師連盟執行委員会 (2/15) (竹中会長)

- ・ 第 48 回衆議院選挙 (H.29.10.22)、県知事選挙 (H.30.2.4) の報告

3 平成 29 年度第 2 回郡市医師会会長会議 (2/15) (竹中会長)

- (1) 都道府県医師会会長協議会について 詳細は日医ニュース No.1355 に掲載
山口県医師会からは小規模入院施設の今後について日医に質問を提出
- (2) 地域医療構想調整会議について

地域必要な医療提供体制を構築していくための方向性の共有、各医療機関の担うべき役割の明確化と医療機能の分化・連携を推進するため、地域全体の合意形成を行う「全体会議」と個別問題の検討を行う「検討部会」を構想区域（8 医療圏）に設置

最近の動向

- ① 公的医療機関等に自院の 2025 年プランを策定するよう通知
 - ② 地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について厚労省より通知
 - ③ 非稼働病床を有する医療機関の協議について
対象医療機関に対し地域医療構想会議に出席し、病棟を稼働していない理由、今後の運用見通しに関する計画を説明するよう求める
- (3) 今後の在宅医療提供体制充実に向けた支援及び実施方法について
- (4) ICT の活用と遠隔診療について
・平成 30 年度診療報酬改定でオンライン診療等、遠隔診療に関与する項目が新設
- (5) 山口県専門医制度協議会について
山口県内の専門研修プログラム：募集 161 件に対して採用は 44 件
- (6) 郡市医師会からの意見、要望
「病診連携」について

4 平成 29 年度地域ケア全体会議 (2/16) (竹中会長)

平成 30 年 2 月 16 日 (金) あいぱーく光

(1) 地域医療介護連携システムについて説明

目的：地域の医療・介護資源の効率的運用、地域住民の利便性の向上

背景：国策として医療・介護分野における ICT 化を推進する

整備事業：導入費用は全額補助金で整備、H.31 年 3 月までに稼働予定

(2) 在宅医療・介護連携等実施調査結果報告 地域ケア担当室

病診連携：グループ診療は 7 件、在宅患者の入院先は「その都度探す」が多い

病院・診療所でのケアマネージャーの把握は半数

医療介護連携シートの認知度が低い。内容改善の意見あり

(3) グループワーク

「他職種連携を推進するために他職種に知って & 教えて欲しい事」を医師や薬剤師など、業種毎でディスカッション後、まとめを発表

(1) ~ (3) の詳細及び資料は医師会事務局へ

5 光市糖尿病市民公開講座 (2/25)

(竹中会長)

平成 30 年 2 月 25 日 (日) 光市民ホール

1) 講演 1 「糖尿病と上手に付き合うために」

座長：いのうえ内科クリニック 院長 井上 祐介 先生

講師：山口県糖尿病協会事務局長

山口大学大学教育機構保健管理センター所長

奥谷 茂 先生

2) 講演 2 「合併症予防のための食事療法」

座長：山口労災病院糖尿病内分泌内科 部長 松原 淳 先生

講師：山口大学医学部附属病院栄養治療部 副部長

有富 早苗 先生

〇 〇〇市医事紛争・診療情報担当理事協議会（378）

（藤田副会長）

詳細は平成30年4月月例会で報告予定

以上を報告した

II 協議、承認事項

1 平成30年度予算（案）について

2 平成30年度事業計画（案）について

3 臨時総会について

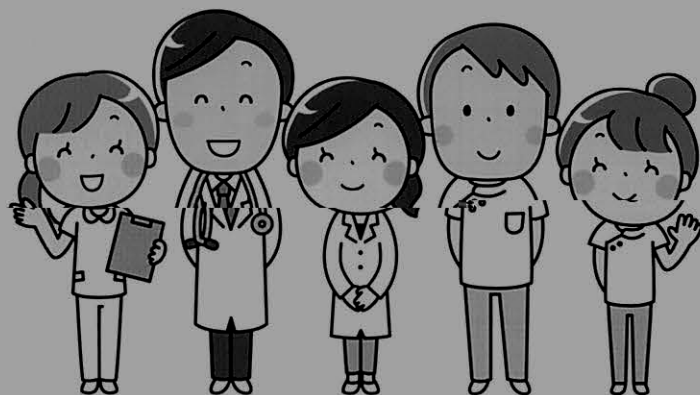
平成30年4月3日（火）19時～ 光商工会館2階大会議室

4 予防接種「三種混合」単価の追加について

平成30年1月29日からの販売再開に伴う措置

定期接種に使用可能

以上を協議・承認した。



月例報告会

平成 30 年 1 月 23 日 (火)

1. 臨時総会及び定時総会の日程について

平成 29 年 11 月 28 日 (火)

1. 平成 30 年度光市関連事業についての説明会
2. 地域医療介護連携システムについて

平成 30 年 3 月 27 日 (火)

1. 地域医療介護連携システムの進捗状況について

平成 29 年度会務分担表

	業務区分	担当理事	担当補佐
1	総務	竹中博昭	藤田敏明
2	庶務・会計	藤田敏明	竹中博昭
3	広報	廣田 修	佃 邦夫、高橋秀児
4	生涯教育	谷川幸治	平岡 博、井上祐介
5	医療情報システム	廣田 修	佃 邦夫、河内山敬二
6	医療保険	守友康則	多田良和、前田一彦
7	介護保険	守友康則	丸岩昌文、横山 宏、市川淳二
8	労災・自賠責保険	守友康則	多田良和、田中博幸
9	医事紛争・診療情報	藤田敏明	清水敏昭、前田一彦
10	麻薬	北川博之	秋吉宏規、河内山敬二
11	地域医療	藤田敏明	丸岩昌文、田村健司
12	救急医療	多田良和	丸岩昌文、田村健司
13	小児救急医療	廣田 修	松島 寛、山手智夫
14	妊産婦・乳幼児保健	北川博之	廣田 修、松島 寛、山手智夫
15	学校保健	廣田 修	松島 寛、山手智夫
16	成人高齢者保健・特定健診	井上祐介	多田良和、吉村将之
17	産業保健	多田良和	守友康則、吉村将之
18	医業経営 (労務・税制)	前田一彦	村田雅子、五嶋武
19	医療廃棄物	前田一彦	守友康則、河内山敬二
20	会員福祉	井上祐介	清水敏昭、藤山純一

☆ これからの行事予定 ☆

4月	3日(火)	臨時総会
	10日(火)	理事会
	24日(火)	月例会
5月	8日(火)	理事会
	22日(火)	月例会・学術講演会
	24日(木)	定時総会
6月	12日(火)	理事会
	26日(火)	月例会・学術講演会

緑友会ゴルフコンペ成績

平成30年3月4日
周南カントリークラブ

順位	名前	OUT	IN	GR	HDCP	NET
優勝	小田 達郎	52	48	100	18	82
準優勝	宮本 寿太郎	51	48	99	14	85
3	田中 博幸	43	51	94	7	87
4	横山 宏	46	44	90	0	90
5	南 典文	51	53	104	14	90
6	佃 浩一郎	60	54	114	24	90
7	守田 忠正	45	49	94	3	91
8	前田 昇一	50	49	99	8	91
9	森本 博士	41	46	87	-6	93
10	丸岩 昌文	56	57	113	20	93
11	平田 万三志	47	55	102	6	96
12	諏訪 高志	52	54	106	8	98
13	國近 豊	54	52	106	6	100

DC ⑧宮本 ⑮森本
NP ②田中 ⑥⑰宮本 ⑬前田
ドラ短 前田



編集後記

春といえば桜

桜、さくら、サクラ、SAKURA、ナエリー、いろんな表記がありますがそれらかタイトルに付く歌曲はさらっと調べただけで60曲以上あり、さだまさしさんだけで11曲ありました。歌詞の中まで探ると、風に舞う花びらのごとくたくさんの歌に用いられていることでしょう。

サクラは観賞用、食用として、古くから利用されています。平安時代から多くの品種が作られ、現在では600種類以上が確認されています。もっとも植樹されているのはソメイヨシノで、サクラといえばこの品種を思い浮かべる方も多いでしょう。開花宣言にも大体ソメイヨシノが用いられ、山口県は下関地方気象台構内のサクラで観測されています。平成30年は3月23日に開花、29日に満開と発表されました。

光市内には多くのサクラの名所があります。島田川河畔や象鼻ヶ岬、西河原には桜並木があり、浅江小学校校庭のしだれ桜（シダレヒガン）は、「光市名木100選」に指定されています。

山口県内にも多くの名木があり、こちら (<http://u0u0.net/JzB9>) で紹介されています。全てのサクラの満開を見ようとしたら、一体何年かかるのでしょうかね。

(広田 修)

「光市名木100選」 <http://u0u0.net/JzB6>

<http://u0u0.net/JzBi>



発行所 光市医師会
TEL (0833) 72-2234
発行日 平成 30 年 4 月 30 日
発行者 竹中 博昭
編集者 広田 修
印刷所 光市光井一丁目 15 番 20 号
中村印刷株式会社