



# 地域医療連携室報

◆ 発行責任者／渚上忠彦

◆ 編集／松山赤十字病院・地域医療連携室：〒790-8524 松山市文京町1番地 TEL089-926-9527 FAX089-926-9547



平成24年2月11日に、別紙要領にて連携室懇談会を開催しました。参加者は、院外から38施設73名、院内からは112名の計185名でした。土曜日でも祝日もかわらず多数のご参加をいただき有難うございました。

今回のテーマは「肺炎治療最前線」としました。日本の65歳以上の高齢者人口は2944万人（2010年末推計）で、総人口の23・1%を高齢者が占めています。急増する高齢者の医療で、最も重要となる疾患は「肺炎」で、肺炎による死亡率は年齢とともに上昇し、85-90歳の男性では肺炎が死因の第1位となっています。このような時代的背景があり今回のテーマを決めました。原畑看護師長は、救急入院してくる誤嚥性肺炎患者は口腔内汚染の程度が強く、口腔内ケアの重要性とそのやり方

## 第16回 地域医療連携室 懇談会を開催して

地域医療連携室室長（院長） 渚上忠彦



を動画を交えて発表してくれました。池添神経内科部長からは、嚥下のメカニズムに始まり、誤嚥性肺炎と神経疾患との関連、治療、予防の講演がありました。西山検査部技師長からは、口腔内細菌の定着の仕組み、誤嚥性肺炎の検出菌と感受性検査から推奨される薬剤が示されました。兼松呼吸器内科部長からは、肺炎の新しいカテゴリーである医療・介護関連肺炎（NHCAP）の講演がありました。NHCAPの予防と治療は、地域医療連携を円滑に行うためにはどの施設においても重点的に取り組まねばならない課題と改めて認識いたしました。それぞれの講演内容は本号に掲載していますので興味のある方はお読みください。

講演会終了後、当院職員食堂で意見交換会を開催しました。藏原一郎槐会会長の来賓挨拶があり、村上博松山市医師会会長の乾杯の音頭で開宴しました。あちこちのテーブルで会話が弾み、当院職員と多くの医療機関の皆様との懇親を深めることができました。

当院は、平成9年に地域完結型医療を推進するために愛媛県で初めて地域医療連携室を設置しましたが、当初15年が経過しました。当初に比べ、地域医療連携の質が格段に高くなり、範囲も広がり、円滑さが増しました。当院の基本理念は「人道、博愛、奉仕の赤十字精神に基づき、医療を通じて、地域社会に貢献します。」です。地域の住民に、利便性に応じた安心の医療を提供するには医療連携が最も重要と考えています。益々のご支援よろしくお願いたします。



槐会 院長  
藏原 一郎 様



松山市医師会 会長  
村上 博 様



## 第16回 松山赤十字病院地域医療連携室懇談会 開催要領

- 日 時 平成24年2月11日(土曜日※祝日) 18:00~21:00
- 場 所 (A) 講演会 当院 教育講堂  
(B) 意見交換会 当院 職員食堂
- 会 次 第
 

**A 講演会 18:00 ~**

**テーマ** 『肺炎治療最前線』  
 座長：副院長 横田 英介  
 看護副部長 渡邊 八重子

**講演**

**【演題1】「誤嚥性肺炎の予防と治療」**  
 ① 急性期における口腔内の衛生と食することへの支援  
 演者：看護師長 原畑 法子 [15分]  
 ② 神経疾患と誤嚥性肺炎  
 演者：神経内科部長 池添 浩二 [15分]

**【演題2】「口腔内細菌の特徴と抗菌剤」**  
 演者：検査部技師長 西山 政孝 [10分]

**【演題3】「肺炎の新しい考え方：医療・介護関連肺炎(NHCAP)」**  
 演者：呼吸器内科部長 兼松 貴則 [30分]

**【質疑応答】** [5分]

**B 意見交換会 19:30 ~**



## ①急性期における口腔内の衛生と食べることへの支援

松山赤十字病院 看護師長 原畑 法子



で、私は、循環動態をモニターしながらケアに取り組んでいます。

実際の急性期の患者様方への器質的口腔ケアを動画でご紹介します。ハミンググッドは、口腔内を傷つけることなく磨くことが出来、口腔内に挿入しやすいという利点があり、タングッドは、舌苔の除去に適しています。オーラルサクシオンチューブは、患者の開口状態に合わせて角度を自由に変え、口角にかける事が出来、効果的な吸引で、ケア時の誤嚥を防止できます。洗浄水の注入には、洗浄用と明記した20mlのシリンジを使用しています。口腔内に潰瘍形成があったり、乾燥が激しい時、う歯・動揺菌がある時等は、口腔外科にコンサルトし協力・アドバイスを受けています。

私の勤務する病棟は、救急病床を有し、内科系の救急入院患者の受け入れをしています。中でも、誤嚥性肺炎で入院される患者の口腔内は、吐物や分泌物で非常に汚染されており、重症化している場合が多くあります。

又患者の背景には、高齢・認知症・脱水・尿路感染・低栄養などがあり、その結果、免疫力の低下、口腔内細菌の増殖、嚥下機能の低下で肺炎を併発しています。誤嚥性肺炎の治療・看護は、初期にしっかりと吸引を行い、徹底した口腔ケアで口腔内細菌の増殖を抑えることが主体で、それに薬物療法を併用し、臨床症状が改善していきます。

重症化した患者は、症状に伴う苦痛や呼吸困難、意識障害、環境の変化による譫妄などが著しく、ケアの協力が得られないため、基本的な体位を維持することも困難

次に、食べることへの関わりについてお話しします。緊急入院された場合、患者・家族は大変動揺されています。私は、タイミングを計りながら、最近の患者のことを一番把握している方を見つ、情報収集をします。高齢化や独居、核家族化が進展している近年、それは家族とは限らず、施設の方や友人であることも少なくありません。患者の最近の日常生活状況、自立度、特に食べることに関しては詳しく話を聞きます。



図 1

のような物を・・・食べ物の種類、形状、量、食事回数などを、③どのような食べ方で・・・食べる時の姿勢、使用物品、自立度、ムセの有無等を具体的に聞きます。

これらの情報から、今の患者の状態が意味すること、いつ頃から誤嚥が始まっていたと考えられるか、また、今後予測できる回復度や状況について説明します。そして、○食べることは、生きるという事、○食べる力が有るということは、生きる力が有るという事、○食べる動作にはエネルギーが必要で、食べる力が衰えたという事は、口と喉のみの衰えではなく、全身の衰え、老衰の1つであること、○そして今後、家族が患者をどのくらい支えることができるのかなどについて話し、ご家族の協力をお願いします。

又、今回急性期を乗りきることが出来ても、経口摂取を続けると誤嚥性肺炎を繰り返す可能性があること。そして、家族で今後どうしたいのかを、話し合う時期が来ていることを付け加えます。経口摂取が開始できる場合は、耳鼻咽喉科が嚥下機能を評価し、言語聴覚士と連携して食事を進めます。

最後に、私は急性期の看護に携わりながら、特に救急の現場では、その時々での社会の縮図を見る思いをすることが多々あります。最近、石飛幸三先生ご執筆の、平穩死のすすめを読み、著者の思いにとっても共感致しました。その導入部分を抜粋してご紹介します。

「時代の変遷とともに死に対する事態も変化を遂げています。そのひとつが死の高齢化です。老衰の果ての死に対して、医療はどのようなに関わるべきかが、これからの大きな課題です。老衰の終末期にもかかわらず、医療により延命治療をされるべく、日本人の80%が病院で亡くなっています。多くのご家族は、高齢の親を、夫を、妻を抱えて、生活と介護の両立に苦しんでおられます。」



## ②神経内科疾患と誤嚥性肺炎

松山赤十字病院 神経内科部長 池添 浩二



することです。不顕性誤嚥が起こりやすくなり、誤嚥性肺炎になることが多くなります。

嚥下反射と咳反射は延髄にその中枢(感覚神経からの入力を受けて運動神経による出力を決定する部位)があります。したがって延髄に生じた脳梗塞(ワレンベルグ症候群)や延髄の運動神経核が障害される筋萎縮性側索硬化症(ALS)では高度の誤嚥を生じます。一方で両側大脳基底核の多発性脳梗塞(出血)やパーキンソン病でも誤嚥が起こりやすくなります。もちろん、これらの病態では咽頭周囲の筋力が低下したり、筋力自体は保たれていてもうまく動かさなかったり、動きが遅くなったりすることが誤嚥の原因となります。サプスタンスPという物質が減少していることも一因です。

誤嚥とは本来食道から胃へと送り込まれるべきものが、誤って気管から肺に入ってしまうことを言います。誤嚥には顕性誤嚥と不顕性誤嚥の2種類があり、前者は食事動作に起因する一目でわかる誤嚥、後者は主に夜間睡眠中に生じる一目ではわからない誤嚥で、口腔・咽頭(舌の後)・鼻腔の細菌が唾液等の分泌物と共に食道ではなく気管に流れ込むものです。そして誤嚥性肺炎の原因としてはむしろ不顕性誤嚥の方が多いことが知られています。

## ●嚥下反射とサプスタンスP……

神経内科疾患をお持ちの方では、咽頭まで運ばれた食物を食道に不随意に(自分で意識することなく)送り込む嚥下反射や、間違つて気管に入った食物や唾液を咳ですること排出する咳反射が低下

サプスタンスPは迷走神経(延髄から出る脳神経)が咽頭や気管に放出する物質で、嚥下反射や咳反射の調節に関与しています。サプスタンスPが減少すると、これらの反射が起こりにくくなることがわかっています。そしてサプスタンスPの合成はドーパミンが司っています。パーキンソン病はまさにこのドーパミンがでなくなる病気で、そのためサプスタンスPが減少します。また大脳基底核は中脳で作られたドーパミンが運ばれる場所です。そのためその部位の多発性脳梗塞(出血)でドーパミンは減少し、サプスタンスPも減少、そして誤嚥が起こりやすくなるというわけです。



その他にも種々の原因で嚥下障害が生じます(図)。機能的要因(動的障害)に該当するものの大部分は神経内科疾患です。

●誤嚥性肺炎の治療………

実際の患者さんで誤嚥性肺炎を疑わせる所見としては、口腔内が不潔であること、食事中にむせたり咳がでること、のどが常にごろごろ鳴っていること、唾液を飲み込めず出していること、痰が汚く多いこと等が挙げられます。

誤嚥性肺炎の急性期の治療は通常の肺炎と同じく抗生物質が用いられますが、口腔咽頭の常在菌には嫌気性菌(酸素のない条件下で生育する細菌)が多いので、それらをカバーする抗生物質が必要となります。

また誤嚥性肺炎は不顕性誤嚥がある限り反復して生じる危険性がありますから、何らかの予防措置を講じる必要があります。まず口腔ケアをして口腔内を清潔に保つことが最も重要です。口腔

ケアは口腔内の細菌数を減少させると同時に、その刺激によりサブスタンスPの産生も増加させることが知られています。そして抗精神病薬のようにドパミンを抑える薬剤の中止ないし変更を検討します。またドパミンの放出を増加させるものとして塩酸アマニタジンが用いられます。サブスタンスPの分解を抑制するものとして降圧剤であるACE阻害薬もよく知られています。また脳梗塞の患者さんには脳梗塞の予防薬であるシロスタゾールも嚥下反射を改善する作用があります。他には漢方薬である半夏厚朴湯や、カプサイシンの有効性も報告されています。

さらに嚥下機能を強化するためのリハビリも必要です。しかしここに挙げた薬物による予防やリハビリをしても誤嚥性肺炎を繰り返してしまう患者さんでは、食道と気管を完全に分離してしまいうような手術が必要になることもあります。

ケアは口腔内の細菌数を減少させると同時に、その刺激によりサブスタンスPの産生も増加させることが知られています。そして抗精神病薬のようにドパミンを抑える薬剤の中止ないし変更を検討します。またドパミンの放出を増加させるものとして塩酸アマニタジンが用いられます。サブスタンスPの分解を抑制するものとして降圧剤であるACE阻害薬もよく知られています。また脳梗塞の患者さんには脳梗塞の予防薬であるシロスタゾールも嚥下反射を改善する作用があります。他には漢方薬である半夏厚朴湯や、カプサイシンの有効性も報告されています。

(図) 嚥下障害の原因

1. 器質的原因(静的障害)

咽頭周囲膿瘍、咽頭炎等の炎症、口腔・咽頭腫瘍

2. 機能的要因(動的障害)

先天性疾患、頭部外傷、脳腫瘍  
脳血管障害(多発性脳血管障害、延髄障害)  
神経疾患 (パーキンソン病、脊髄小脳変性症、多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、末梢神経障害等)、  
筋疾患(筋ジストロフィー、筋炎、重症筋無力症)  
薬剤(抗精神病薬、抗コリン剤、鎮静剤)

3. 心理的原因

神経性食思不振症、認知症、うつ

●終わりに……

神経内科疾患をお持ちでない高齢者でも、夜間睡眠中には嚥下反射や咳反射が低下する傾向にあり誤嚥性肺炎はやはり増加します。すなわちすべての高齢者は、程度の差こそあれ、誤嚥性肺炎になりやすい状態にあると言えます。口腔ケアに留意され、健康な老後を送っていただきたく存じます。

講演 2

口腔内細菌の特徴と抗菌剤

松山赤十字病院 検査部 西山 政孝



1. 口腔内細菌の定着過程……

口腔内細菌の特徴として初期定着細菌群と後期定着細菌群が存在します(図1)。まず、歯の表面を唾液成分で形成されるペリクルが被い、ペリクルに親和性のあるStreptococcus属が定着します(虫歯の原因菌Streptococcus mutansは糖分がなければ増殖できない)。続いて、そのStreptococcus属を利用してCapnocytophaga属、Veillonella属、Propionibacterium属等が定着して初期定着細菌群の形成が完了します。ここまでは菌周病などの原因菌が少なく、善玉菌とされています。

2. 口腔内細菌の分布と細菌量……

次に後期定着細菌群の中心的存在となるFusobacterium nucleatumが初期定着細菌群を利用して定着を果たします。このF. nucleatumを利用して肺に感染がみられる嫌気性菌を中心とした歯周病関連細菌(Porphyromonas gingivalis、Prevotella intermedia、Actinobacillus actinomycetemcomitans)が定着を果たし、後期定着細菌の形成が完了します。なお、後期定着細菌は口腔ケアを怠ると5〜7日で形成され、歯周病原因菌であることから悪玉菌とされます。

3. 誤嚥性肺炎の主な検出菌と薬剤感受性……

誤嚥性肺炎の主な検出菌(好気性菌)はStreptococcus属が72%と最も多く、Gemella属が11%となっています。一方、嫌気性菌ではPrevotella属が43%、Peptostreptococcus属が40%、Fusobacterium属が10%、Porphyromonas属が3%で、口腔内細菌のうち後期定着細菌群で主となっています。そして、誤嚥性肺炎への嫌気性菌の関与は33%〜80%と高くなっています。

検出菌と薬剤感受性……

Streptococcus属、Porphyromonas属、Fusobacterium属(マクロライドは自然耐性)はPIPC、ABPC、CTRX、MEPM、CLDMに良好な感受性を示します。しかし、Prevotella属ではβ-ラクタマーゼを約40%の株が産生していることから、PIPC、ABPCは耐性を示すものが多く、治療にはβ-ラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン薬剤(TAZ/PIPC、SBT/ABPC)の使用が推奨されています。

4. 終わりに……

寿命とは常在菌と共生できる期間である。この言葉どおり常在菌は人に対して有利にも不利にも働く、もろ刃の剣です。口腔内細菌においても増えすぎると歯周病や誤嚥性肺炎が起こり易くなり、インフルエンザウイルスの定着も容易になります。口腔ケアの実施により、後期定着細菌群の定着・増殖を防ぎ、一日でも長く健康で楽しい日々を送られますことをお祈りしています。

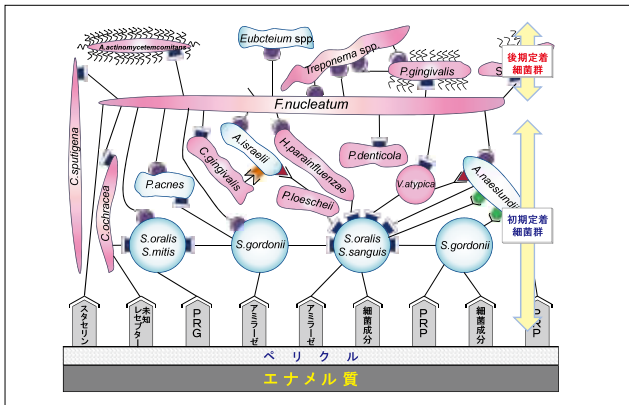


図1

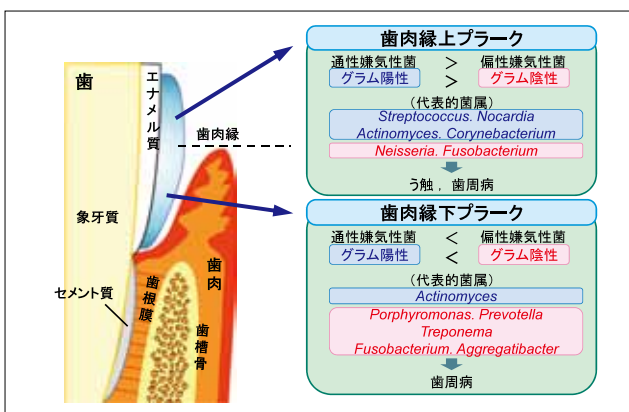


図2

| 菌種                       | TAZ/PIPC | PIPC | SBT/ABPC | ABPC | CTRX | MEPM | CLDM |
|--------------------------|----------|------|----------|------|------|------|------|
| Streptococcus spp        |          |      | ○        | ○    | ○    | ○    | ○    |
| Peptostreptococcus spp   | ○        | ○    | ○        | ○    | ○    | ○    | ○    |
| Prevotella spp           | ○        | ×    | ○        | ×    | ×    | ○    | ○    |
| Porphyromonas gingivalis | ○        | ○    | ○        | ○    | ○    | ○    | ○    |
| Fusobacterium spp        |          | ○    | ○        | ○    | ○    | ○    | ○    |

○:効果あり ○:一部を除き効果あり ×:一部を除き効果なし

図3

呼吸器内科部長 兼松 貴則



ために、米国で2005年に医療ケア関連肺炎ガイドラインが生まれました。米国では入院といえは急性期だけで、療養病床という概念がありませんから日本ではその概念をそのままは適用できないので、日本の実情(図2)に併せてちよつと広く、慢性期病床入院を含む医療・介護関連肺炎(NHCAP: nursing and healthcare-associated pneumonia)という名前を付けました。そして米国に遅れること6年、「医療・介護関連肺炎診療ガイドライン(図3)」が作成されました。ガイドラインにはまずその理念が延べられ、高齢者の肺炎の治療としてあるべき姿を医療者側に深く問う形になっています。

肺炎とは、微生物が肺に進入して増殖することに対し、体内の好中球、リンパ球、マクロファージなどの細胞が局所(肺胞)に遊走して戦いをする(炎症)ことを指します。症状として発熱・咳・痰・胸痛などを呈します。肺炎は患者さんの免疫力(元気の程度)といつてもよいかもしれせん)や生活環境で、原因となる細菌が異なる(図1)ことが多いため、肺炎が起こった場所で大きく①市中肺炎(元気な人に起こる肺炎)と考えてよい)、②院内肺炎(病気の人が、病院でかかってしまう肺炎)に分けられていました。近年、入院はしていないがケアハウスなどに入所している高齢者などに市中肺炎とはいえない感染症を呈する一群が明らかになってきました。この「入院してはいないけど、ナーシングホームなどの施設にいて、入院中にもらうような不都合な菌で肺炎になった(ちよつと体力的に弱い)人たち」を上手に治療する



図1. 生活環境や免疫力で肺炎の起炎菌は変わってきます

図1

老衰の果てに生じた肺炎をいかに診るべきか、延命至上よりも重要な高齢者医療の倫理を持つて診療にあたる必要性が明記されています。NHCAPの定義は「肺炎の兆候があり、1.長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している、2.90日以内に病院を退院した、3.介護を必要とする高齢者・身障者、4.通院にて継続的に血管内治療・透析・抗がん剤・化学療法・免疫抑制剤等による治療を受けている、のいずれかを満たすもの」とされています。誤嚥性肺炎や、日和見感染症としての肺炎がNHCAPの中

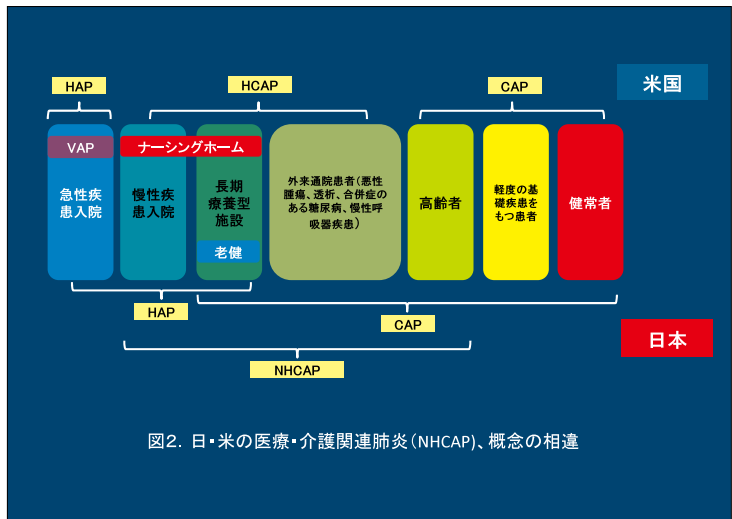


図2. 日・米の医療・介護関連肺炎(NHCAP)、概念の相違

図2

心となります。ガイドラインでは「治療区分」という概念(図4)で状況に応じた治療の場・抗菌薬の内容を提示しています。A群…外来治療でよい、比較的重症と考えられるグループについて、まず起炎菌を肺炎球菌・インフルエンザ菌の他にもマインコプラズマなど非定型菌や嫌気性菌まで考慮し、広範にカバーするため比較的広域スペクトルの内服薬使用を推奨しています。軽症だけだと薬が外れると重症化するかもしれない、若い人と同じようにはいかないというガイドラインの意図がうかがえます。

B群…入院治療を要するグループ、中でも耐性菌のリスクが少なく、市中肺炎とほぼ同じ原因菌と考えたいケースでは入院の場合は患者さんの状態の変化をすぐに察知することができ、治療開始時から非定型菌や嫌気性菌をカバーするということがはしません。緑膿菌もあえてスペクトルから外します。A群よりむしろ細菌にターゲットを絞った選択になっていますが、入院ですの当然注射薬が主体です。C群…入院治療を要するグループ、中でも胃ろう(経管栄養)や抗生剤使用歴のある耐性菌リスクがあるケースではB群同様最初から非定型菌をカバーしています。D群…入院治療、中でも集中治療を要するグループでは重症ですの、初回治療無効時死亡す

るリスクが極めて高いため非定型菌・嫌気性菌・耐性菌をすべてカバーします。すべての群で起炎菌判明時に抗生剤を狭域スペクトルに変更するよう推奨されています。その他、ガイドラインには高齢者における抗菌薬投与と全身管理について、特に腎機能低下時の用量調節について述べられていたり、誤嚥性肺炎の機序と対応についてリスク因子・治療・リハビリについて言及されています。またワクチン(季節性のインフルエンザワクチン・5年に一度の肺炎球菌ワクチン)についても積極的な接種を推奨しています。



図3. 医療・介護関連肺炎診療ガイドライン

図3

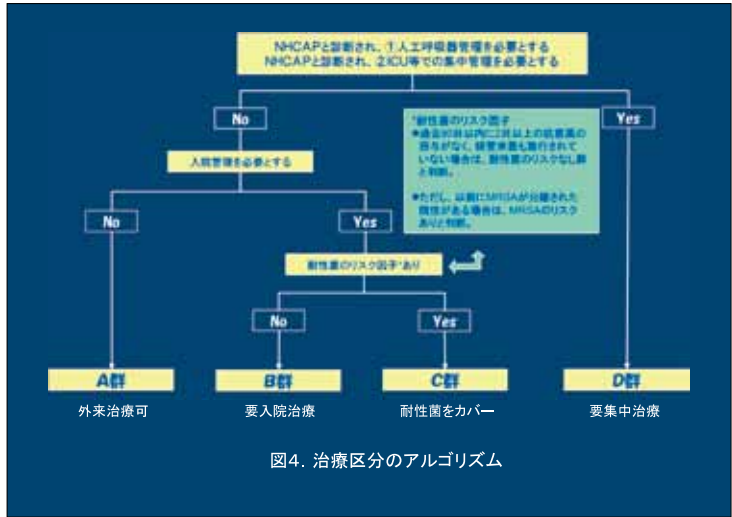


図4. 治療区分のアルゴリズム

図4





1. はじめに

新生児期から小児早期にかけてはその免疫学的、環境的因子からもっとも感染症に罹患しやすい年代といえます。実際当科に入院した小児の約6割は感染症によるものです。今回新生児、小児における主な感染症についてお話ししたいと思います。

2. 新生児の細菌感染症

新生児の細菌感染症は発症時期から早発型と遅発型に分けられますが、最近の報告でも早発型の起因菌はB群溶連菌が最も多く、大腸菌がそれに続いています。一方遅発型では、ハイリスク児におけるブドウ球菌による日和見感染が大部分を占めています(図1)。

厳密には細菌感染とはいえませんが、頻度が高く感染症に類似した症状が見られるものに新生児TSS様発疹症があります。黄色ブドウ球菌が放出するtoxin shock syndrome toxin によるもので、発熱、発疹、血小板減少を3主徴とします。他に黄疸の急増悪や早産児等においては無呼吸発作等の敗血症を思わせる症状が見られることもあります。基本的にはself-limitedな疾患です。1990年代から報告が散見され、日本人の研究者によりMRSAのTSS毒素によるTSS様の反応が新生児の免疫の特殊性から自然消退するものであることが明らかにされました。最近ではMRSAによるものの比率が増えているようです(図3)。

3. 新生児のウイルス感染症

新生児におけるウイルス感染症は乳児期以降と比べ重症化しやすい、図に示すようなウイルスの主に垂直感染が問題となります(図4)。各々のウイルスに対しワクチンや抗生物質、分娩方法、栄養方法などにより感染予防、軽症化が試みられています。

4. 当科における

小児感染症患者の入院状況

過去3年間における当科の入院患者は年平均約1800名ですが、このうち約60%が感染症によるものです。退院時診断名の内訳を示します(図5)。肺炎や小児喘息様気管支炎などの下気道炎が最も多く、上気道炎が続きます。これらに、RSウイルス感染症やインフルエンザなどを加えた気道感染が全体の約4分の3を占めています。気道感染による入院例にお

いて大部分がウイルス感染と考えられ、原因と考えられる細菌が検出されたものはそれぞれ約20%で、下気道炎では肺炎球菌、インフルエンザ桿菌が大部分を占めています。また上気道炎ではA群溶連菌とアデノウイルスが比較的多くみられています。年齢分布はいずれも2歳以下の乳幼児が中心ですが、上気道炎においてより低年齢の傾向があります。RSウイルス感染症では0歳児の入院が約70%を占めていますが、過去3年間は呼吸管理を必要とするような重症例は見られませんでした。一方インフルエンザ感染症では、死亡例は無いものの脳炎・脳症合併例が25%ありました。また2009年度の新型インフルエンザにおいては肺炎合併例が多数見られたことは記憶に新しいところです。

40%、サルモネラ属や腸管病原性大腸菌が約30%を占めます。やはり2歳以下の乳幼児が大部分を占めますが、細菌性腸炎は比較的年齢層が高く学童期にも見られています。

その他、重症細菌感染症として敗血症が8例、化膿性髄膜炎が4例この3年間に入院しています。いずれも後遺症なく治癒しています。

5. 最近の話題、動向

今年はムンプス、伝染性紅斑、手足口病、マイコプラズマ感染症が例年に比し流行しています。特に手足口病はこれまで原因として考えられていなかったコクサツキA6の大流行が見られました。

もう一つの大きな話題は新しいワクチンについてです。この3年間に、4種類の新しいワクチンが日本でも開始され今後も不活化ポ

新生児敗血症(早発型)の原因菌

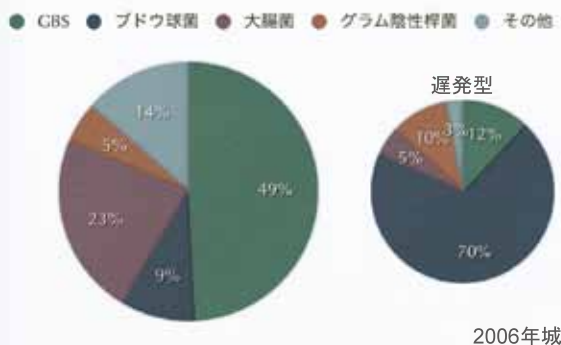


図1

過去十年間の感染症入院児(疑い含む)



図2

新生児TSS様発疹症について

- 1990年代以降全国に蔓延
- 黄色ブドウ球菌外毒素(TSST-1)がスーパー抗原として働き特異的T細胞が増幅活性化され発症
- 正期産児では発熱、発疹、無呼吸、黄疸の急性増悪などがみられ、早産児では時に重症化

- 原因不明の発疹
- 以下の、3項目のうち一つ以上合併
  - 発熱(直腸温38℃以上)
  - 血小板減少(15万/mm<sup>3</sup>以下)
  - 既知の疾患をのぞく
- 以上の3項目をすべて満たす

図3

新生児のウイルス感染症

- サイトメガロウイルス
- 単純ヘルペスウイルス
- 風疹、ヒトパルボB19、トキソプラズマ(原虫)
- 水痘他
- 肝炎ウイルス、HTLV-I 他

図4



図5

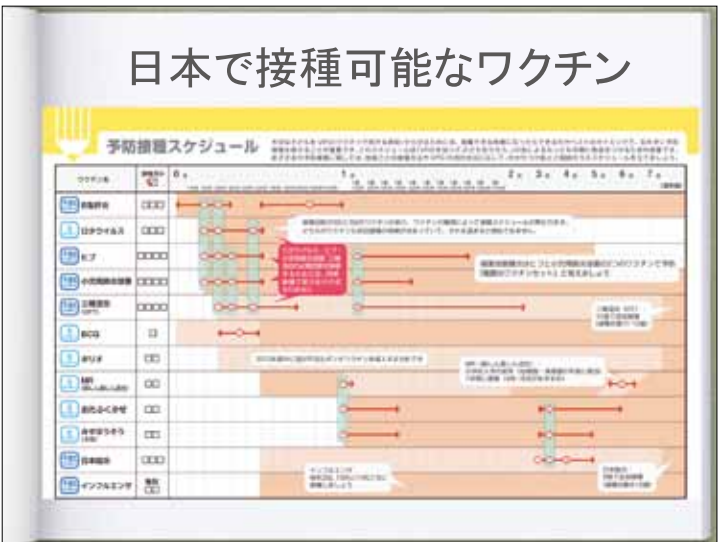


図6

リオの導入が予定されています。図に小児を対象とした現在接種可能なワクチンを示します。乳児期早期からの確実な接種のためには同時接種が必要で、負担軽減のためにも混合ワクチンの開発が期待されます。これら新しいワクチン導入後の感染症発症数へのインパクトが期待される一方、諸外国と比較した場合の任意接種の接種率の低さ、追加接種の必要性ははじめ多くの課題が山積しているのも事実です。

## 6. おわりに

新生児、小児によく見られる感染症を当科での経験を交えお話ししました。克服されたかに見えるものがある一方、新しいウィルスの出現や旧知のウィルスでも様々な新しい側面が解明されつつあります。今後の研究が進み、ワクチンの開発などにより感染症を制御する未来がくることを期待しています。

第7回  
10月27日

## 感染症各論

### 『皮膚感染症の診断と治療』

皮膚科部長 南 満芳



#### 皮膚細菌感染症

##### 伝染性膿痂疹 (impetigo)

黄色ブドウ球菌により水疱を形成する水疱性膿痂疹と、A群β溶血性連鎖球菌の感染により膿痂疹を形成する痂皮性膿痂疹に分類される。水疱性膿痂疹は、小児に多く、掻破部、虫刺されなどから黄色ブドウ球菌が侵入・増殖し、膿疱・水疱・びらんを形成する。病変は黄色ブドウ球菌が産生する表皮剥

し、その毒素が血中に流入し、全身皮膚に散布されることにより発症する。SSSSや黄色ブドウ球菌性膿痂疹の治療において問題となっているのは、MRSAの増加であり、近年の報告では、黄色ブドウ球菌性膿痂疹の20～30%がMRSAによるものとされている。セフェム系抗生物質投与で反応が悪く、MRSAが検出された場合、ホスホマイシン、ミノマイシン、バンコマイシンなど比較的感受性が保たれている抗生剤に変更する。

#### 丹毒

主にA群β溶血性レンサ球菌によることが多い。突然発熱し、顔面、下腿に境界明瞭な浮腫性紅斑が出現する。治療はペニシリン系抗生物質が第一選択である。同一部位に繰り返し発症することがあり(習慣性丹毒)、この場合は抗生物質を一か月程度継続する。

#### 蜂巣炎

真皮深層から皮下組織に及ぶ、急性あるいは慢性的びまん性の化膿性炎症を指す。主に黄色ブドウ球菌が主体であるが、レンサ球菌、インフルエンザ菌なども原因となる。最近、イヌ・ネコ咬症によるPasteurella multocida感染も増加している。四肢(特に下肢)に好発し、境界不明瞭な発赤、腫脹、熱感として始まり、発熱、悪寒、関節痛などの全身症状を伴う。治療は局所を安静に保ち、セフェム系抗生物質の投与を行う。

#### 壊死性筋膜炎

皮下組織、浅在性筋膜炎を炎症の首座とする重症皮膚軟部組織感染症である。局所性の発赤、腫脹から始まるが、急速に拡大し、紫斑、水疱、血疱、壊死、潰瘍となる。

全身症状は極めて強く、高熱、関節痛、筋肉痛、ショック症状から多臓器不全に至る。起因菌はA群β溶血連鎖球菌や黄色ブドウ球菌が主体である。治療は、早期に外科的に壊死組織をデブリードマンすることが重要で、その後感受性のある抗生剤を大量投与する。

#### ガス壊疽

主に嫌気性菌によって発症するが、クロストリジウム性ガス壊疽と非クロストリジウム性ガス壊疽に分けられる。クロストリジウム性は外傷を契機に発症し、急速に筋自体を侵し、壊死させる。非クロストリジウム性は、糖尿病、悪性腫瘍、肝硬変などの基礎疾患を持つ患者に多く、筋膜、皮下組織が標的になる。局所の発赤腫脹からはじまり、急速に拡大し、圧迫すると雪を握ったような感触(握雪感)がある。CT撮影を行えば、ガス像の有無が容易に判定できる。治療は壊死性筋膜炎と同様、壊死組織を早期にデブリードマンし、ペニシリンGやセフェム系抗生物質を大量に投与する。

#### 皮膚真菌感染症

##### 白癬症

皮膚糸状菌が皮膚の角層や皮膚付属器に寄生して生じる疾患である。

- 足白癬: 原因菌は主にTrichophyton rubrum、Trichophyton mentagrophytesである。臨床像から趾間型、小水疱汗疱型、角質増殖型に分類される。
- 頭部白癬: 病変部には乾燥性で枇糠様鱗屑と短く切断された毛髪を認める。
- 体部白癬: 躯幹・四肢に環状で辺縁に鱗屑を付着する紅斑を認める。
- 股部白癬: 陰股部・臀部に生じる環状で辺縁に鱗屑を付着する紅斑。陰嚢は侵されにくい。
- 爪白癬: 爪の先端から肥厚・白濁し、次第に爪母側に進行する。

治療は抗真菌剤の外用が主体となるが、頭部白癬、爪白癬、角質増殖型手足白癬などでは内服療法が必要でありイトラコナゾールやテルビナフィンを用いる。

#### カンジダ症

主にCandida albicansによる感染症。Candida albicansは健常者の口腔、皮膚、膣、糞便から分離されるヒトの常在菌であるが個体の全身的、局所的抵抗力減弱や高温多湿環境に乗じて病原性を示す。

- カンジダ性間擦疹: 間擦部(陰股部、腋窩、乳房下)に辺縁に鱗屑をつける紅斑を認める。膿疱を伴うこともある。
- カンジダ性指間びらん: 中指と環指の間に紅色のびらん面を生じ、辺縁を白色に浸軟した表皮が囲む。水仕事従事者に多い。
- カンジダ性爪囲爪炎: 手指の爪周囲に発赤腫脹を生じ、爪根部より変形を来すこともある。
- 爪カンジダ症: 爪組織にカンジダが寄生し、爪甲下角質増殖、爪変形を来す。
- 口腔カンジダ症: 口腔粘膜、舌に白色の白苔が付着し、潮紅を伴う。

治療はイミダゾール系の抗真菌剤外用、含嗽を行う。爪カンジダ症は、イトラコナゾールなどの内服療法を検討する。

#### 格闘技者に蔓延する

##### Trichophyton tonsurans

##### 感染症について

2001年頃より柔道・レスリングを中心とした格闘技者に集団発生する白癬症として注目されている。臨床像は体部白癬、頭部白癬として発症するが、炎症反応が乏しく白癬特有の環状紅斑がはっきりしない場合もある。当感染症で最も問題となるのは無症候性



キャリアの存在である。頭部のブラシ法を用いた真菌培養を集団全体で行い、無症候性キャリアをみつめて加療しないといけない。治療はイトラコナゾール、テルビナフィンの内服療法が推奨されている。

## ウイルス感染症

### 単純疱疹

単純疱疹ウイルス (herpes simplex virus:HSV) の感染により皮膚・粘膜に水疱をつくる疾患。HSVには1型と2型があり、1型は口唇ヘルペス、ヘルペス性歯肉口内炎、2型は陰部ヘルペスを引き起こすとされている。しかし、女性の性器ヘルペスの約40%はHSV-1が原因であり、1型と2型の棲み分けが乱れてきている。

- ・口唇ヘルペス：大部分がHSV-1の再活性化。口唇およびその周辺に中心臍窩を伴う小水疱が集簇する。
- ・ヘルペス性歯肉口内炎：乳幼児のHSV-1の初感染で生じる。高熱とともに、口腔内、舌、口唇に小水疱、ビランが多発する。
- ・陰部ヘルペス：男性では亀頭、包皮、女性では陰唇に小水疱、小潰瘍が多発し、疼痛を伴う。

単純疱疹の治療は、バラシクロビル1000mg/day内服、ビタラビン軟膏外用が用いられる。再発性陰部ヘルペスでは、バラシクロビル500mg連日内服による再発抑制療法が保険適応となっている。

### 水痘

水痘・带状疱疹ウイルス (varicella-zoster virus:VZV) の初感染で起こる。発熱と同時に全身に小紅斑が出現し、個疹は水疱、膿疱となり痂皮化して治癒する。Reye症候群の発症を避けるためアスピリンは使用しない。

### 带状疱疹

VZVの再活性化により生じる。ある一定の神経支配領域に带状に小水疱が集簇し、神経痛様の強い疼痛を伴う。早期の抗ウイルス剤投与（アシクロビル、バラシクロビル、ファムシクロビル）が重要である。带状疱疹後神経痛に対しては、プレガバリン、アミトリピン内服やソフトレーザー照射、神経ブロックを使用する。

### 尋常性疣贅

主にヒト乳頭腫ウイルス (HPV) 2型感染による。いわゆる「いぼ」で指趾、手足背に好発し、自覚症状はほとんどない。治療は液体窒素冷凍療法、炭酸ガスレーザーなどが用いられる。

### 尖圭コンジローム

HPV6型、11型などによって、外陰部に乳頭状の丘疹、結節を形成する。

治療は液体窒素冷凍療法、メス・レーザーによる外科的切除、イミキモド外用を行う。

### 伝染性軟属腫

いわゆる「みずいぼ」。伝染性軟属腫ウイルス感染により、2〜10mmのドーム状小結節を形成する。掻きでつまみとるのが一番確実であるが、液体窒素冷凍凝固、40%硝酸銀塗布を行うこともある。

### 麻疹

麻疹ウイルスによる感染症。いわゆる「はしか」。2週間前後の潜伏期を経て、発熱と風邪様症状で初発する（カタル期）。いったん解熱し口腔粘膜に白色斑 (koplik 斑) を見る。再度発熱し、

カタル症状とともに全身に紅斑が出現し融合傾向を認める（発疹期）。3〜4日で急に解熱し、皮疹は落屑、色素沈着を残して治癒する（回復期）。

### 風疹

風疹ウイルスによる感染症。いわゆる「三日ばしか」。発疹と熱発は同時にみられ、軽い痒みを伴う丘疹性紅斑が顔面から全身に拡大する。癒合せず、落屑、色素沈着を残さずに治癒する。妊娠早期に妊婦が罹患すると、児に先天性風疹症候群を起こすことがある。

### 突発性発疹

ヒトヘルペスウイルスの6型、7型による感染症。乳幼児に好発し、突然の高熱が3〜4日持続後、解熱とともに全身に麻疹様発疹が出現する。

### 伝染性紅斑

ヒトパルボウイルスB19による発疹症。いわゆる「りんご病」。頬部の平手打ち様紅斑、上下肢のレース状紅斑が特徴である。1週間程度で、落屑や色素沈着を残さずに治癒する。妊婦が感染すると胎児水腫を起こす危険がある。

### 2009年に松山市近郊で みられた手足口病後の爪変形、 爪脱落の集団発生について

手足口病は、コクサッキーウイルスA16型やエンテロウイルス71型などによる発疹症である。主として手掌、足底に米粒大ほどの小水疱がみられ4〜7日で消失する。口腔内では疼痛を伴うアフタを生じる。これまで本邦では手足口病で爪病変が生じることは知られていなかったが、2009年、松山市近郊の皮膚科で手足口病後

に爪甲変形、爪甲脱落を来した症例が多数経験された。報告によると、手足口病発症後8週までに爪甲の横線、剥離、脱落が生じることが多く、ウイルス抗体価を測定しえた症例の全例でコクサッキーウイルスA6型 (CVA6) の抗体価が陽性であった (渡部裕子ほか：日皮会誌：121(5)：863-867, 2011)。2011年も手足口病は大流行したが、その

臨床的特徴として、発症初期に高熱を発し、皮疹は四肢末端に限局せずに、広範囲に比較的大きな水疱を形成することが挙げられている。また、発症後爪甲変形を来した症例も報告されている。本年、手足口病患者から分離されたウイルスの55%がCVA6であり、手足口病後の爪変形とCVA6感染との関連が推測される。

い感染力を有するこの細菌は、今なお社会を脅かす疾患の一因であり続ける。

肺結核は労咳と呼ばれ古くから日本に多くみられる病気の一つであった。特に明治時代には国民病といわれるまでに罹患率の多い疾病であったため近代以降の文化史に強い影響を与えている (図1)。この病で命を落とす若者が少なくなかったこと、熱のため頬が赤く、目が大きく潤み、痩せて肌は白くなるため日本人の美的感覚によく合う。

結核の罹患率は西高東低で人口10万人に対し約20人、都市部に集中する (図2)。発症者の大半は高齢の既感染者の再燃であることが多く、さらに現代の若者は結核菌に触れる機会がほばないため気付かぬうちに感染し、集団の中で排菌するケースがまれではない。また排菌者から感染するリスクは医療従事者や他職種に比し4倍と高率であることも問題となっている。

第8回  
11月24日

## 感染症各論

### 『結核と非結核性抗酸菌症』

呼吸器内科部長

兼松

貴則



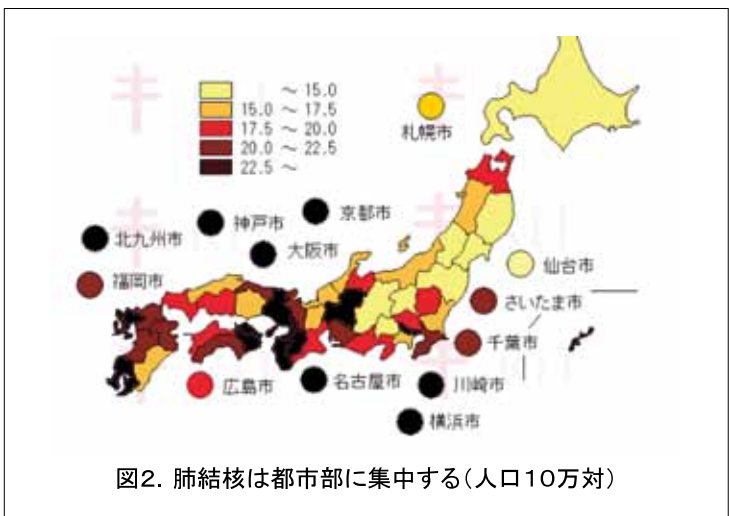
図1. 肺結核に倒れた文人たち

図1



図2. 肺結核は都市部に集中する (人口10万対)

図2





細菌学的に結核菌体は長さ1～4μmの好気性桿菌で大腸菌やブドウ球菌など一般的な細菌に比べ発育が遅い。抗酸菌と呼ばれる名のごとく酸性条件下でも発育し胃液中(pH1.5～2)でも死滅しない。乾燥に強く紫外線には弱い(図3)。結核菌がヒトに感染するさい、くしゃみ等のしぶきが飛び散ってうつるのではなく空气中に漂う微粒子を吸い込むことで感染が成立する(飛沫核感染)。感染の予防には防護マスク(N95マスク)の着用・換気が最も重要になる。医療被曝を予防するために検査室の空気の入れ替えの程度(ACH:Air Change per Hour)を測定し、十分な換気効率を確保する必要がある。

検査で、チールネルゼン染色で喀痰を染めてガフキー号数・排菌量の程度を判定する。これは感染力とも関連するため患者隔離の要否を判定する基準にもなる。ラジナミドが臨床で汎用されるようになり、短期間の入院隔離で菌陰性化を実現できるようになった。治療率向上、および耐性菌出現リスクを減らすためにDOTS(監視下服薬管理)が重要とされる。

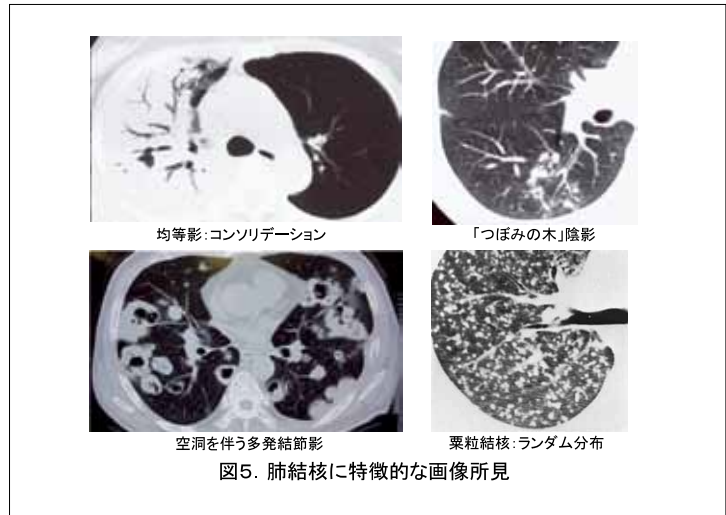


図5

肺結核の治療について活動休止気にある菌を除菌するために以前は1年以上の長期治療を余儀なくされていたが、近年網内系細胞内菌体まで殺菌することが可能なピロリ菌



図3

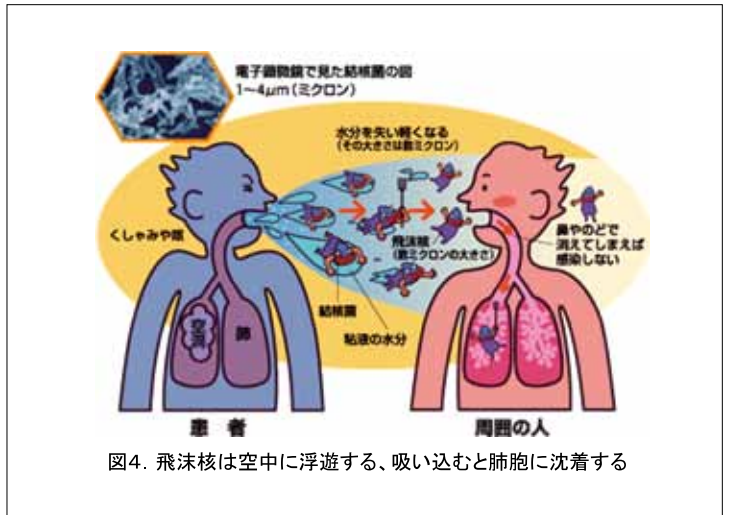


図4

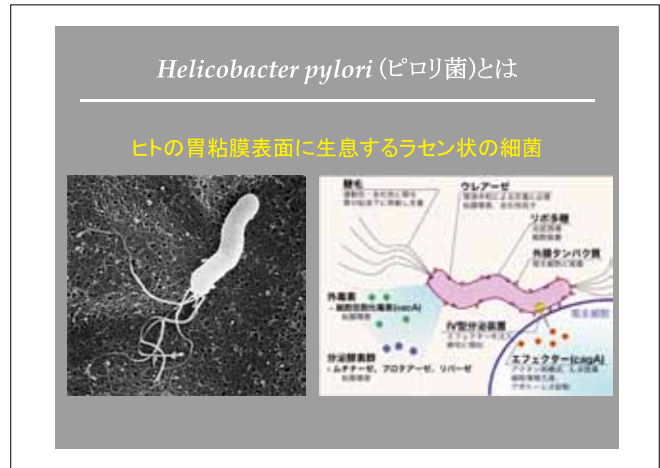


図1



図2

**第9回**  
**12月22日**

**感染症各論**  
**『ヘリコバクター・ピロリ菌感染症』**

消化器内科部長 **蔵原 晃一**

病気を生じない。種々の要因(主に宿主の免疫力低下、繰り返し気道感染等)が重なると感染が成り立ちNTM症を生じる、結核との相違はヒトからヒトに感染しないこと、および治療困難なことである。肺結核の既往歴がある高齢者や中年女性の中葉舌区に発症することが多い。治療で重要なことはクラリスロマイシンがkey Drugであり、その単剤内服は耐性誘導の危険性があるため避けること、多くのNTMはisoniazid耐性であること、治療期間は原則的に排菌陰性から1年を目安にすること等が挙げられる。

留まる。その感染経路は必ずしも明らかではないが、衛生状態の劣悪な環境で感染率が高いとされ、本邦でも昭和30年頃までは下水道の未整備などによる水系感染が主であったが、現在ではピロリ菌に感染した母親、もしくは祖母からの経口感染によると考えられている。現在、本邦では約550万人がピロリ菌に感染しているとされているが、昭和30年生まれ以前の高齢者の感染率が70～80%以上であるのに対して、50歳代前半以下の若年では急速な感染率の低下が指摘され、現在、18歳未満の感染率は約5%と報告されている(図2)。

### ピロリ菌感染症と除菌療法

ピロリ菌感染によって惹起される疾患・病態をピロリ菌感染症と称する。ピロリ菌は胃粘膜に持続感染すると必ず慢性胃炎を引き起こし、時に消化性潰瘍(胃十二指腸潰瘍)、胃過形成ポリープ、胃MALTリンパ腫、胃癌を惹起する。これらの上部消化管疾患に加えて、特発性血小板減少性紫斑病(ITP)、鉄

### はじめに

Helicobacter pylori(ピロリ菌)は「ヒトの胃・幽門・前庭部(pylori)」に生息する、らせん状(helico)の細菌(bacter)である(図1)。以前には強酸を呈する胃内に細菌は生息しえないと信じられていたが、ピロリ菌はウレアーゼ活性を有し胃酸を中和することで胃内に生息、持続感染している。1984年、オーストラリアの病理医ウォーレンと内科医マールシャルにより初めてヒトの胃粘膜から分離・培養されたピロリ菌は今日までに様々な上部消化管疾患や全

### ピロリ菌の感染経路と自然史

ピロリ菌は免疫能の発達が不十分な乳幼児期(5歳まで)のヒト胃粘膜に感染し、一旦、感染が成立すると、原則として終生、胃内に



欠乏性貧血、慢性蕁麻疹など胃外性疾患との関連性が証明され、ピロリ菌感染症は胃粘膜のみならず全身の疾患であると認識されるに至っている(図3)。

これらのピロリ菌感染症は除菌療法によって軽快治癒ないし予防されることが今日までに明らかとなり、日本ヘリコバクター学会は2009年改訂のガイドラインで「全てのピロリ菌感染症に除菌療法を推奨」している。一方、実際の保険診療では、現在、「胃十二指腸潰瘍」「胃MALTリンパ腫」「特発性血小板減少性紫斑病」と「早期胃癌内視鏡治療後」の4疾患のみがピロリ菌感染診断の適応であり、その感染診断においてピロリ菌陽性症例が除菌療法の適応となる。除菌療法として、プロトンポンプ阻害剤(PPI)と抗菌薬2剤からなる二種類の除菌法(一次除菌法と二次除菌法)が認可されている。

### ピロリ菌除菌成功率

当センター(2008年～現在)の除菌成功率は、一次除菌が78・

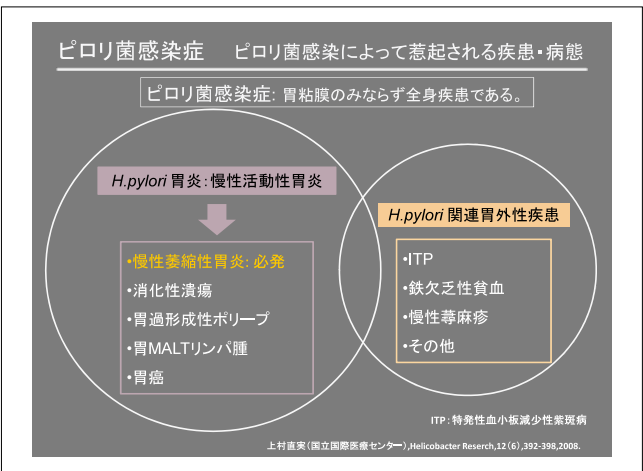


図3

| 松山赤十字病院胃腸センターのピロリ菌除菌成績<br>(2008年1月～2011年8月) |              |                     |
|---------------------------------------------|--------------|---------------------|
|                                             | 除菌レジメ        | 除菌成功率               |
| 一次除菌                                        | RPZ+AMPC+CAM | 78.0%<br>(820/1051) |
| 二次除菌                                        | RPZ+AMPC+MNZ | 88.1%<br>(236/268)  |

図4

| HP除菌療法の副作用 (アンケート調査による)   |             |            |
|---------------------------|-------------|------------|
| 松山赤十字病院胃腸センター:2011年6月-12月 |             |            |
| 副作用                       | 一次除菌 (118例) | 二次除菌 (26例) |
| 下痢, 軟便                    | 23.1%       | 7.7%       |
| アレルギー症状(皮疹など)             | 7.9%        | 3.8%       |
| 味覚異常                      | 8.5%        | 0.0%       |
| GERD 症状(胸やけなど)            | 10.2%       | 7.7%       |

図6

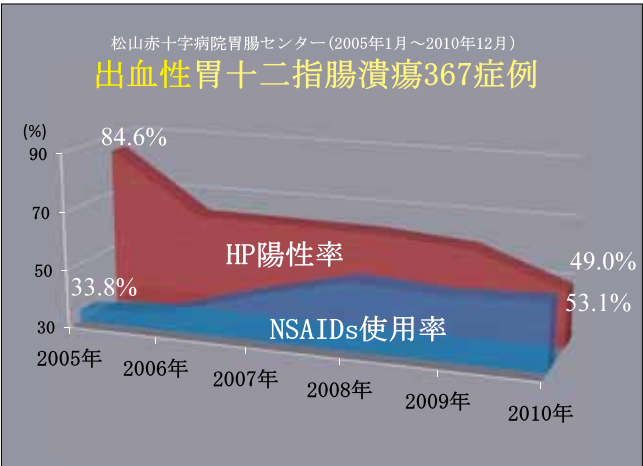


図8

ピロリ菌感染症について述べた。ピロリ菌の発見以降、同感染症の観点から、特に上部消化管疾患の診療が大きく見直されており、予防の観点からも、今後更に新たな展開が予想されている。胃腸センター(消化器内科)ではピロリ菌診療に関するデータを蓄積し学会発表、論文化を続けてきたが、今後も得られたデータを全国に発信するとともに日常診療にフィードバックし、最新かつ高度な診療を提供することにより地域医療に貢献したいと考えています。今後とも胃腸センターをよろしく願います。

0%(820例/1051例)、二次除菌が88・1%(236例/268例)で(図4)、一次除菌と二次除菌を併せると約98%である。近年、耐性菌の増加による除菌成功率の低下が懸念されているが、図5に示すように、当センターの年度別除菌率は横ばいであり低下傾向にない。また、除菌療法の副作用をアンケート(2011年6月以降の144例)に基づいて集計すると、下痢などの副作用を一定頻度認めているがいずれも軽症で除菌療法中止例はなく、また、治療を要する合併症を認めていない(図6)。これらの当センターのピロリ菌除菌成績は全国の専門的施設の成績と比較して遜色なく良好であると言える。

### ピロリ菌と胃十二指腸潰瘍

胃十二指腸潰瘍はHP除菌療法によってその再発率が有意に低下することが確立されており、ピロリ菌除菌療法の一歩のターゲットとされてきた。その一方、近年、ピロリ菌と並ぶ二大発症要因の一つである非ステロイド性抗

炎症薬(NSAIDs)に関連した潰瘍(NSAIDs潰瘍)症例の増加が指摘されている。当センターで最近6年間に診断した活動性胃十二指腸潰瘍1419例のピロリ菌感染率は70・3%、NSAIDs使用率は34・3%であるが、年度別に解析すると、ピロリ菌陽性率は低下傾向であるのに対して、NSAIDs使用率は増加傾向にある(図7)。さらに出血性潰瘍例に限って年度別に解析すると、その傾向はさらに顕著であり、2010年には両者の関係が逆転し、NSAIDs使用率がピロリ菌陽性率を上回るに至っている(図8)。

### ピロリ菌と胃癌

ピロリ菌感染が慢性萎縮性胃

した発症因子であり、ピロリ菌除菌によってもNSAIDs潰瘍は予防できないことから、本症の予防においてはピロリ菌除菌療法のみならず、PPIによるNSAIDs潰瘍の予防の重要性が増しつつある。

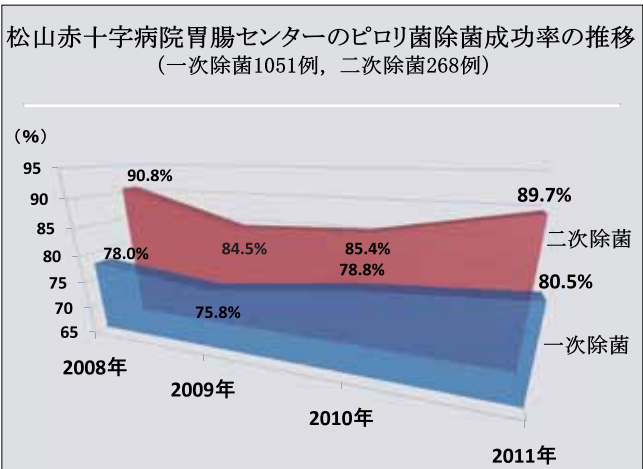


図5

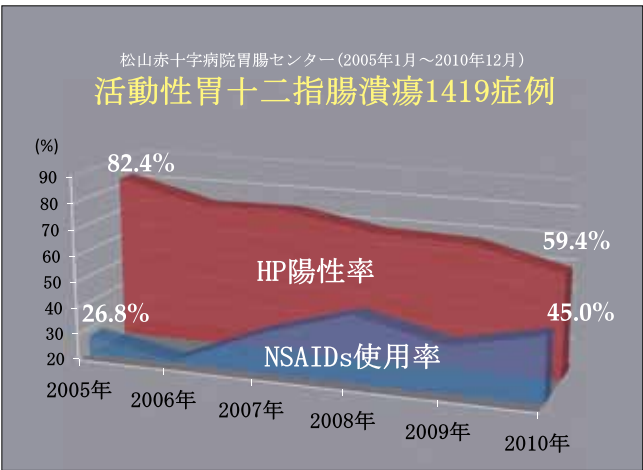


図7

炎を惹起し胃癌の発生母地を形成することが指摘されている。ピロリ菌と胃癌との関連については疫学的な検討により1994年にはWHOのIARCがピロリ菌を胃癌発生の「class1」発癌物質と認定し胃癌とピロリ菌感染との間の非常に強い因果関係を公式に認めたほか、スナネズミを

用いた動物実験における胃癌の発生、ヒトにおけるピロリ菌感染群からの胃癌発症の前向き検討などから明白な事実となってきた。さらに近年、内視鏡的胃癌切除患者を対象とした除菌療法の前向き試験において除菌群で胃癌再発が有意に抑制されたことが報告され、胃癌の二次予防に除菌療法が保険収載された。胃癌大国と言われてきた本邦においても、今後、ピロリ菌感染者の急激な減少が予測されており、胃癌撲滅に向けた新たな予防策(除菌療法)や間接X線造影検査に代わる新たな検診システムの構築が模索、提唱されている。特に、現在、ピロリ菌感染と胃粘膜萎縮の有無を血液検査で把握し検査方法や検査間隔に反映させる方法(ABC法)が一部の地域検診や企業検診に導入されはじめており、同方法に対するエビデンスに基づいた評価が待たれる。胃癌の一次予防を目的とした除菌療法の有用性についても更なる検討が望まれる。

### 終わりに



# 外来診療担当医表

最新情報はホームページ上で随時更新しております。  
<http://www.matsuyama.jrc.or.jp/>

H24.4.1 現在

| 診療科目                                 |                                                | 月                             |                       | 火                            | 水                        | 木                    | 金             |
|--------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------|
| 内科                                   | 総合内科                                           | 上田陽子<br>馬越洋宜                  |                       | 村上哲晋<br>坂本愛子                 | 藤 崎 田<br>上               | 上 田 眞希<br>芝          | 岡 田 田<br>池    |
|                                      | 糖尿病                                            | 岡田貴典<br>松下由美                  |                       | 近藤しおり<br>馬 越                 | 岡 田 藤<br>近               | 近 藤 越<br>馬           | 松 下 芝         |
|                                      | 高血圧                                            |                               |                       | 福岡富和                         | 福 岡                      |                      | 福 岡           |
|                                      | 血液                                             | 藤崎智明<br>奥 誠道                  |                       | 上 田 崎<br>(予約のみ)              | 波呂 卓<br>池田祐一             | 藤 崎 奥                | 上 田 呂<br>波    |
|                                      | 糖尿病教室                                          | 毎週水・金曜日 10:00~12:00 (岡田・近藤)   |                       |                              |                          |                      |               |
| 肝胆膵センター                              | 午 前                                            | 佐々木由子<br>武智俊治<br>上甲康二<br>山上隆司 |                       | 横田智行<br>上 甲 大久保智恵            | 三宅康之<br>武 智 田中孝明         | 矢野 誠<br>横 田 忽那 茂     | 横 田 甲 上<br>上  |
|                                      | 午 後                                            | 佐々木 武 智                       |                       | 上 甲 大久保                      | (予約・緊急のみ)<br>田 中         | (予約・緊急のみ)<br>忽 那     | 横 田 甲 上<br>上  |
| 胃腸センター<br>(消化器内科)                    | 外来部門                                           | 新 患                           | 藏原晃一                  | 川崎啓祐                         | 藏 原                      | 藏 原                  | 藏 原           |
|                                      |                                                | 予 約                           | 永田 豊                  | 藏 原                          | 岡本康治                     | 川 崎                  | 尾石義謙          |
|                                      | 検査部門                                           | 新 患                           | 河内修司                  |                              | 河 内                      |                      | 河 内           |
|                                      |                                                | 予 約                           | 阿部洋文                  | 徳本真矢                         | 永 田                      | 岡本康治                 | 尾 石           |
|                                      | 検査部門                                           | 午 前                           | 上部消化管内視鏡および造影検査       |                              |                          |                      |               |
| 循環器センター                              | 循環器内科                                          | 新 患                           | 堺 浩二                  | 久保俊彦                         | 堀 本                      | 松坂英徳                 | 芦 原           |
|                                      |                                                | 予 約                           | 堀本弘伸                  | 芦原俊昭                         | 芦 原                      | 小河清寛                 | 久 保           |
|                                      | 心外                                             | 午 前                           | 梅末正芳                  |                              | 松井完治                     |                      |               |
| 呼吸器センター                              | 呼吸器内科                                          |                               | 兼松貴則<br>梶原浩太郎         | 濱口直彦<br>(再診)<br>濱田千鶴<br>(再診) | 兼 松 濱 田                  | 梶 原                  | 兼 松<br>(再診のみ) |
|                                      |                                                | 午前中のみ                         |                       |                              |                          |                      | 濱口(再診)        |
|                                      | 呼吸器外科                                          |                               |                       | 伊藤謙作                         |                          | 横山秀樹<br>三浦奈央子        | 横 山           |
|                                      | 検査・手術                                          | 手術                            | 気管支ファイバー              | 手術                           |                          | 気管支ファイバー             |               |
| ※呼吸器内科：紹介状をお持ちの患者様のみ診察いたします。(月・水・木)。 |                                                |                               |                       |                              |                          |                      |               |
| 腎センター                                |                                                |                               | 原田篤実<br>上村太郎          | 原 田                          | 原 田                      | 上 村                  | 岡 英明          |
| 脳卒中・<br>脳神経センター                      | 神経内科                                           |                               | 池添浩二<br>志田憲彦          | 池 添 田                        | 池 添 田                    | 池 添 田                | 池 添 田         |
|                                      | 脳神経外科                                          |                               | 梶原佳則<br>瀨山 剛          | 武智昭彦                         | 曾我部貴士<br>瀨山 剛            | 梶 原                  | 曾我部 武 智       |
| 小児科                                  | 午 前                                            |                               | 小谷信行<br>片岡京子          | 近藤陽一<br>高岩正典<br>米澤早知子        | 小 谷 片岡優子<br>西崎眞理<br>山本浩継 | 片岡(京)<br>吉川知伸<br>米 澤 | 近 藤 高 岩       |
|                                      |                                                | 神 経 循環器                       | 眞庭 聡<br>堀川定儀          | 眞 庭                          | 中野広輔                     | 眞 庭                  | 中 野 堀 川       |
|                                      | 午 後                                            |                               | 血 液                   | 乳児健診                         | アレルギー                    | 内分泌                  | 未熟児<br>発達外来   |
| 産婦人科                                 | 午 前                                            |                               | 蜂須賀信孝<br>南 千尋<br>妹尾大作 | 河本裕子<br>田中麗子<br>本田直利         | 河 本 田中義弘<br>妹 尾          | 田中(麗)<br>南 横山幹文      | 横 山 蜂須賀 本 田   |
|                                      | 午 後                                            |                               | 妹 尾                   |                              | 本 田 田中(義)<br>妹 尾         |                      | 本 田           |
| 外科                                   | 午 前                                            |                               | 藤中良彦<br>姉川 剛          | 白石 猛<br>丸山晴司<br>砂川秀樹         | 高橋郁雄<br>西田康二郎            | 西崎 隆<br>黒田陽介<br>白 石  | 高 橋 西 田       |
|                                      |                                                | 午 後                           | 緩和ケア                  | ストーマ外来                       | 外来手術<br>白 石              |                      |               |
|                                      | ※緩和ケア外来は、毎週水曜日14:00~17:00(完全予約制:原則として1日最大3名まで) |                               |                       |                              |                          |                      |               |
| 乳腺外科                                 | 午 前                                            |                               | 川口英俊<br>(再診)          | 川 口                          | 川 口                      |                      | 川 口           |
| 血管外科                                 | 午 前                                            |                               | 山岡輝年<br>(再診)          |                              |                          | 山岡(新患)               |               |
|                                      |                                                |                               | 大峰高広<br>(新患)          |                              |                          | 大峰(再診)               |               |

| 診療科目                                  |                                                  |   | 月                     | 火                          | 水                      | 木                      | 金                   |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------|---|-----------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| 小児外科                                  | 午                                                | 後 | 野口伸一                  |                            | 野 口                    |                        | 野 口                 |
| 整形外科                                  |                                                  |   | 中城二郎<br>梶原了治<br>岡本賢和  | 山本 進(手)<br>野田慎之(脊)<br>増田哲夫 | 山 本<br>小林孝明<br>大前博路(肩) | 中城(股)<br>小林(膝)<br>金光宗一 | 野 田<br>梶原(手)<br>大 前 |
|                                       | ※(手):手の外科、(脊):脊椎外科、(膝):膝関節外科、(肩):肩関節外科、(股):股関節外科 |   |                       |                            |                        |                        |                     |
| リハビリテーション科                            |                                                  |   | 田口浩之                  | 田 口                        |                        |                        | 田 口                 |
| リウマチ<br>膠原病<br>センター                   | リウマチ科                                            |   | 水木伸一<br>鎌田一億          | 水 木<br>鎌田一億                | 手 術                    | 水 木<br>鎌 田             | 鎌 田                 |
|                                       | 内 科                                              |   | 押領司健介                 | 横田英介                       | 押領司                    | 押領司                    | 横 田                 |
| 泌尿器科                                  | 午                                                | 前 | 藤井元廣<br>田丁貴俊          | 藤 井<br>田 丁<br>矢野 明<br>尾澤 彰 | 藤 井<br>尾 澤             | 藤 井<br>田 矢<br>野        | 矢 野<br>尾 澤          |
|                                       | 午                                                | 後 |                       | 予約検査                       |                        | 予約検査                   | 第1・3<br>ストーマ外来      |
| ※月・水・金曜日は手術日につき、上記の診療担当医が変更することがあります。 |                                                  |   |                       |                            |                        |                        |                     |
| 耳鼻咽喉科                                 | 午                                                | 前 | 有友 宏<br>眞田朋昌<br>小川日出夫 | 篠森裕介<br>眞 田<br>小 川         | 担当医                    | 篠 森<br>小 川<br>有 友      | 担当医                 |
|                                       |                                                  |   | 手 術                   |                            | 手 術                    |                        | 手 術                 |
|                                       | 午                                                | 後 |                       | 検査(透視)                     | 手 術                    | 検査(透視)                 | 手 術                 |
| ※水・金曜日は、新患のみ診察いたします。                  |                                                  |   |                       |                            |                        |                        |                     |
| 眼 科                                   | 午                                                | 前 | 児玉俊夫<br>堀内良紀<br>竹澤由起  | 山本康明<br>堀 内                | 山西茂喜<br>吉岡龍治<br>木村 徹   | 児 玉<br>吉 岡<br>依光明生     | 山 西<br>山 本<br>竹 澤   |
|                                       | 午                                                | 後 | 児 玉<br>堀 内<br>竹 澤     | 手 術                        | 山 西<br>吉 岡<br>木 村      | 手 術                    | 山 西<br>山 本<br>竹 澤   |
| 皮膚科                                   |                                                  |   | 南 満芳                  | 南                          | 福井眺万                   | 南                      | 南                   |
| 形成外科                                  |                                                  |   | 庄野佳孝                  | 庄 野                        | 手 術                    | 庄 野                    | 庄 野                 |
| ※水曜日は手術日につき外来診療はありません。                |                                                  |   |                       |                            |                        |                        |                     |
| 麻酔科                                   |                                                  |   | 安部俊吾                  |                            | 森田美由紀                  |                        | 安 部                 |
| 心療内科・精神科<br>※当面の間、外来診療については休診いたします。   |                                                  |   |                       |                            |                        |                        |                     |
| 放射線科                                  | 新 患                                              |   | 村田繁利                  | 村 田                        | 村 田                    | 村 田                    | 村 田                 |
|                                       | 予 約                                              |   | 吉岡真二                  | 吉 岡                        | 吉 岡                    | 吉 岡                    | 吉 岡                 |
|                                       | 放 射 線 治 療                                        |   | 浦島雄介                  | 浦 島                        | 浦 島                    | 浦 島                    | 浦 島                 |
| 歯 科<br>口腔外科                           | 口 腔 外 科                                          |   | 寺門永顕                  | 寺 門                        | 寺 門                    | 寺 門                    | 寺 門                 |
|                                       | 歯 科                                              |   | 中川雅博<br>兵頭正秀          | 中 川<br>兵 頭                 | 中 川<br>兵 頭             | 中 川<br>兵 頭             | 中 川<br>兵 頭          |

紹介状のある患者にかかる診療受付時間 (土曜・日曜・祝祭日・創立記念日(5月1日)を除く)

午後3時まで受付可能な診療科 (毎日)

|               |           |             |     |
|---------------|-----------|-------------|-----|
| 内 科           | 脳 神 経 外 科 | 循 環 器 内 科   | 外 科 |
| 肝 胆 膵 セ ン タ ー | 小 児 科     | 歯 科 口 腔 外 科 |     |
| 消 化 器 内 科     | 放 射 線 科   | 腎 臓 内 科     |     |

午後3時まで受付可能な診療科 (曜日限定)

|           |   |   |             |   |   |
|-----------|---|---|-------------|---|---|
| 血 管 外 科   | 月 | 木 | 泌 尿 器 科     | 火 | 木 |
| 整 形 外 科   | 火 | 木 | リウマチ科       | 火 | 木 |
| 耳 鼻 咽 喉 科 | 月 | 火 | 呼 吸 器 外 科   | 火 | 木 |
| 眼 科       | 月 | 水 | 小 児 外 科     | 月 | 水 |
| 皮 膚 科     | 月 | 火 | 心 臓 血 管 外 科 | 月 | 水 |

注：いずれの診療科も緊急を要し地域医療連携室を通した患者に限ります。

緊急を要しない患者の受付は従来通り午前11時までです。

午前11時までの診療科

|             |               |                   |
|-------------|---------------|-------------------|
| 乳腺外科(火・水・金) | 形成外科(月・火・木・金) | リハビリテーション科(火・水・金) |
| 麻酔科(月・水・金)  | 呼吸器内科(月・水・木)  | 産 婦 人 科           |
| 神 経 内 科     |               |                   |

## 地域医療連携室からのお知らせ ~紹介患者予約受付について~

当院では、患者のご紹介をFAXで頂いた際、診療科によって確認方法が異なっております。その中で一部の診療科(消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・外科等)については、スムーズな診察に繋げるため、頂いた診療情報提供書を担当の医師や看護師が必ず目を通し内容を確認をするため、お返事までに時間を要することがございます。上記の診療科に限らず、お返事に時間を要することが明らかな場合には、一度その旨をご連絡させていただきます。

## お 知 ら せ

### 松山赤十字病院登録医制度について

平成24年3月1日現在、当院の登録施設は361、登録医は517名です。  
今後も随時、受付けておりますので当院地域医療連携室までお問い合わせください。  
TEL(089)926-9516

### FAXによる受診予約について

地域医療連携室では、従来より地域のかかりつけ医の先生方からFAXによる紹介患者の受診予約を承っております。これによって紹介初診患者を、来院日には待たせることなく、受診される診療科へご案内することが可能になり、好評です。

是非、FAXによる受診予約をご利用頂きますようお願い申し上げます。

FAX(089)926-9547(24時間受付)  
TEL(089)926-9527(平日8:30~17:10)

### 診療の予約について

再診の場合：全科予約制となっております。

初診の場合：小児科・産婦人科のみ電話による予約制をとっております。

※予約受付時間 午後2時~4時(時間厳守願います。)

・小児科 外来 TEL 089-926-9884 (直通)  
・産婦人科 外来 TEL 089-926-9885 (直通)

### ~「紹介状」をお持ちください~

当院では医療の役割分担(病院と診療所の連携)を進めるとい国々の医療制度に則り、地域医療の充実に貢献する方針で地域の診療所と緊密に連携し、役割に応じた質の高い安全な医療をご提供したいと考えております。

この場合、診療所と当院を結ぶのが診療所の先生(かかりつけ医)がお書きくださる「紹介状」です。この紹介状によって患者に、よりスムーズに当院での検査や入院治療を受けていただくことができます。

お手数ですが「紹介状」をお持ちください。お持ちいただかない場合でも診療を受けられますが、その場合は初診にかかる「保険外併用療養費」として診療料金の他に、別途3,150円(消費税込)をお支払いいただくことになります。

※各診療日の担当医師につきましては、学会等により代診、休診とさせていただきますのでご了承ください。