

当科での関節リウマチに対する取り組み

リウマチ・膠原病内科 副医長 壺井 和 幸



いつも患者さんのご紹介やご支援を頂きありがとうございます。今回は、当科での関節リウマチに対する取り組みをメインにご紹介いたします。

関節超音波検査について

血液検査におけるCRPや赤沈は全身の炎症状態を反映しますが、個々の関節の滑膜炎に由来する炎症性変化を把握することは困難です。関節超音波検査は、正常では検出されない炎症に伴う病的な血管新生の促進による血流シグナルを捉えることで、リアルタイムに関節腔内の炎症状態を評価することができます。

当科では2基の超音波診断装置を用い、早期診断、治療効果判定に活用しております。(図1)

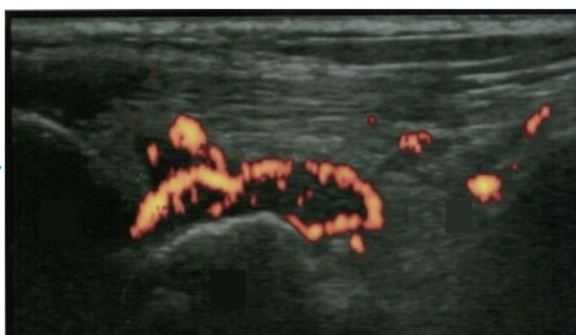


図1. 関節超音波検査

当科における関節リウマチ患者さんの特徴について ~高齢発症関節リウマチについて~

本邦における関節リウマチの患者数は82.5万人とされており、年齢別の割合では70-79歳が全体の28.6%を占めており、高齢者の関節リウマチが増加しております。高齢者の関節リウマチは若年発症関節リウマチ(YORA)と高齢発症関節リウマチ(EORA)に大きく分類され、特に後者では急性発症の中・大関節の滑膜炎によりADLが大きく低下するため、早急な治療介入が必要となります。また、高齢者の特徴である慢性腎障害などの合併症による薬剤代謝の低下や認知機能低下による服薬アドヒアランスの低下、転倒による骨折のリスクなどの背景を複数有する可能性が高く、可能な限り【シンプル】な治療が求められます。(図2)

当科でも高齢発症関節リウマチのご紹介が多く、後述します生物学的製剤やヤヌスキナーゼ(JAK)阻害薬の早期導入による【シンプル】な治療を心がけております。

疫学	症状
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 65歳以上で発症する ◆ RA患者の1/3を占める 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 急性発症 ◆ PMR様の関節症状 ◆ 中・大関節病変 ◆ アウトカムが悪い
高齢者の特徴	病態
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 各種合併症の存在 ◆ ポリファーマシー ◆ 薬物代謝に関わる臓器機能の低下 ◆ 認知機能低下 ◆ フレイル・サルコペニア ◆ 転倒・骨折 	<p>YORAに比して</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ IL-6が高値 ◆ TNF-αが低値 ◆ RF陽性が少ない ◆ CRP・ESRが高値

RA：関節リウマチ、PMR：リウマチ性多発筋痛症

図2. 高齢発症関節リウマチの特徴

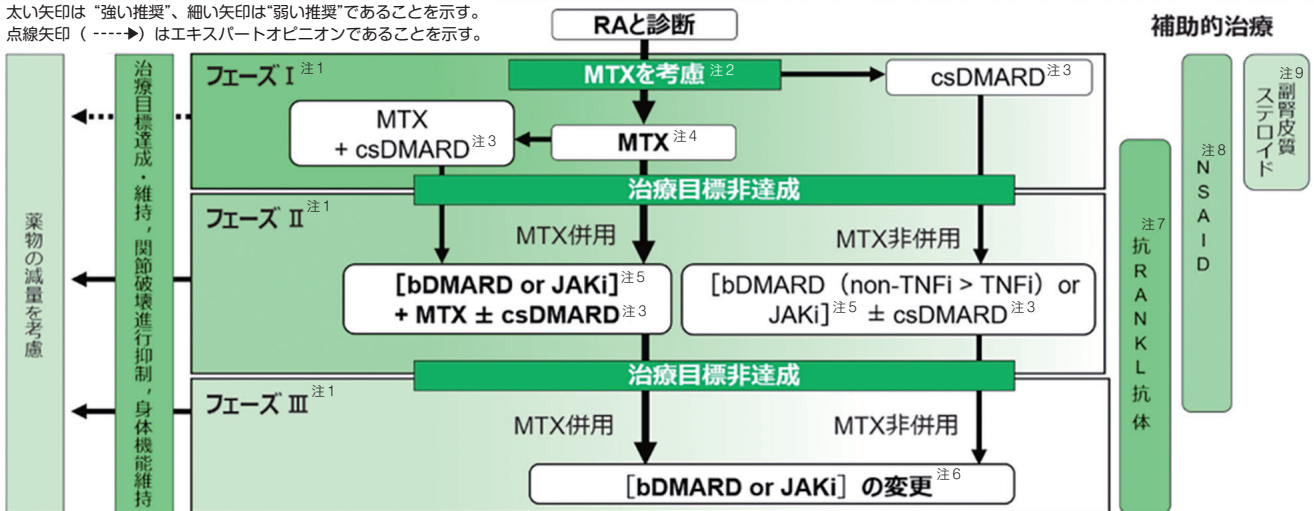
治療の実際（当科での治療実績も交えて）

関節リウマチの代表的な治療薬として、葉酸代謝拮抗薬であるメトトレキサートが挙げられ、最新の関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂においても、診断後、まずはメトトレキサートを投与することが推奨されています。（図3）しかし、高齢者の関節リウマチでは、慢性腎障害や間質性肺炎などの合併症を有するケースも多く、投与・継続が難しい症例も少なくありません。また、中・大関節炎に対して、速効性を期待して、副腎ステロイド剤を投与するケースがありますが、同薬では関節破壊を抑制することはできず、長期使用による様々な合併症も懸念されるため、使用しない、もしくは短期間の使用に留めるべきとされています。

そのため当科では、患者さんをご相談のうえで、必要であれば生物学的製剤や JAK 阻害薬を発症後ごく早期に導入し、早期の関節症状の寛解を目指しております。生物学的製剤や JAK 阻害薬の使用にあたっては、易感染性や骨髄抑制、悪性腫瘍などのリスクがあったり、また高額であるため患者さんの経済的な負担も無視できませんが、先述の通り【シンプル】な治療を行うことが可能となり、多剤併用による副作用や治療継続困難を抑制することができます。寛解達成後の減薬や休薬、高額療養費制度の利用による経済的負担の軽減を心がけております。

関節リウマチ診療ガイドライン 2024 改訂 薬物治療アルゴリズム

太い矢印は“強い推奨”、細い矢印は“弱い推奨”であることを示す。
点線矢印（----->）はエキスパートオピニオンであることを示す。



- 注1：原則として6か月以内に治療目標である「臨床的寛解もしくは低疾患活動性」が達成できない場合には、次のフェーズに進む。治療開始後3か月で改善がみられなければ治療を見直し、RF / ACPA陽性（特に高力価陽性）や早期からの骨びらんを有する症例は関節破壊が進みやすいため、より積極的な治療を考慮する。
 - 注2：禁忌事項のほかに、年齢、腎機能、肺合併症などを考慮して決定する。
 - 注3：MTX以外のcsDMARDを指す。
 - 注4：皮下注射投与は、内服よりも優れた有効性と同等以上の安全性が期待されるが、コスト面からMTX未投与患者ではまず内服を優先する。
 - 注5：短期的治療ではTNF阻害薬とJAK阻害薬の有用性はほぼ同等だが、長期安全性、医療経済の視点からbDMARDを優先する。JAK阻害薬使用時には、悪性腫瘍、心血管イベント、血栓イベントのリスク因子を考慮する。
 - 注6：TNF阻害薬で効果不十分な場合は、他のTNF阻害薬よりも非TNF阻害薬への切り替えを優先する。
 - 注7：疾患活動性が低下しても骨びらんの進行がある患者、特にRF / ACPA陽性患者で使用を考慮する。
 - 注8：疼痛緩和目的に必要な最小量で短期間が望ましい。
 - 注9：早期かつcsDMARD使用RAに必要な最小量を投与し、可能な限り短期間（数か月以内）で漸減中止する。再燃時などに使用する場合も同様である。
- RA（関節リウマチ）、MTX（メトトレキサート）、csDMARD（従来型合成疾患修飾（性）抗リウマチ薬）、bDMARD（生物学的疾患修飾（性）抗リウマチ薬）、JAKi（ヤヌスキナーゼ阻害薬）、TNFi（TNF阻害薬）、RANKL（receptor activator of NF-κB ligand）、NSAID（非ステロイド抗炎症薬）

図3. 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂より

最後に / 逆紹介の受け入れのお願い

日頃より沢山の患者さんをご紹介いただき誠にありがとうございます。

現在当科は、常勤1人（壺井（越智（総合内科））、非常勤1人（田村）の体制であっておりますが、近隣医療機関やクリニックの閉院により、外来枠が逼迫しております。つきましては、関節症状が安定したり
ウマチ患者さんなどの逆紹介の受け入れをお願いさせて頂きたく存じます。

今後ともご指導・ご鞭撻のほど何卒宜しくお願い致します。



Alzheimer 病の抗アミロイド抗体医薬治療

認知症疾患医療部 部長 木原 武士

Alzheimer 病 (AD) の治療薬としてレカネマブ (レケンビ[®]) とドナネマブ (ケサンラ[®]) の2剤が上市され、当院でも投薬可能です。

1906年 Alois Alzheimer が、40歳代の頃から進行性の記憶障害や嫉妬妄想などを起こして死亡した女性の神経病理学的所見として神経細胞の減少、老人斑の多発、神経原線維変化の蓄積を報告しました。老人斑の構成成分であるアミロイド β (A β) 沈着が AD 病態で重要と考えられ、抗アミロイド抗体医薬はこの仮説に基づいて開発されました。

AD の脳内では、A β の産生とクリアランスの不均衡による A β 蓄積が起こっていると考えられています。A β は単量体 (モノマー)、小さな二量体および三量体からより大きなオリゴマーおよびプロトフィブリル (75-500Kd の A β のモノマーから線維に至る凝集過程の中間段階にあたる高分子オリゴマー) までの可溶性 A β 凝集体、不溶性のフィブリル、そして不溶性アミロイド斑 (A β プラーク: 老人斑と同義で用いられることが多いですが、老人斑はアミロイド斑を中心に変性神経突起等が取り囲む構造物である) にのみ存在すると考えられる N3pG A β (N 末端第3残基がピログルタミル化された A β) など、様々な形態で存在します。

レカネマブは、ヒト化抗ヒト可溶性アミロイド β 凝集体免疫グロブリン G1 (IgG1) モノクローナル抗体であります。A β のうち A β プロトフィブリルに選択的に結合し、ミクログリアによる貪食作用を介して脳内の A β プロトフィブリルおよび A β プラークを減少させます。

レカネマブの効能又は効果は「AD による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」です。投与開始後18ヵ月において、プラセボ群と比較して、主要評価項目 CDR-SB (Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes) を指標とした臨床症状の有意な悪化抑制が認められ、抑制率は27.1% です。

対象者は MMSE22点以上、CDR-GS (Clinical Dementia Rating Scale Global Score) 0.5または1となります。2週に1回、60分間の点滴静注で、投薬期間は原則18ヶ月間となります。点滴終了後も院内での待機時間が設定されており、初回3時間、2～7回目2時間、8回目以降30分となります。点滴に伴う反応、infusion reaction が26.1%、ARIA (amyloid-related imaging abnormality: アミロイド関連画像異常) は14.8%、内訳として ARIA-E として ARIA-浮腫 / 滲出液貯留 (12.6%)、ARIA-H として ARIA-微小出血

及びヘモジデリン沈着 (13.6%)、脳表ヘモジデリン沈着症 (5.2%)、脳出血 (0.4%) と添付文書に記載されています。ARIA を早期に検出するために、後述のドナネマブ共々頻回に MRI 撮像を行うことが決められています。

ドナネマブは、脳内の不溶性 A β プラークにのみ存在すると考えられる N3pG A β を標的とするヒト化免疫グロブリン G サブクラス 1 (IgG1) モノクローナル抗体であります。N3pG A β に結合し、同じくミクログリア貪食作用を介した A β プラーク除去を促進すると考えられています。

ドナネマブの効能又は効果は、レカネマブと同じく「AD による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制」です。ドナネマブでは、主要評価項目として認知機能と iADL をスコア化した iADRS のベースラインからの変化量で評価しており、投与開始後18ヵ月において全体集団での進行抑制率22.3%と記載されています。副次評価項目の CDR-SB でも有意な悪化抑制が認められ、抑制率は28.9%と記載されています。ただし、対象者選択基準、ベースラインが異なっており、CDR-SB のベースラインがレカネマブ実薬群で3.17、試験終了時との差1.21と記載されているのに対し、ドナネマブ実薬群のベースライン3.92と認知機能がレカネマブ実薬群よりも進行した群で実施しています (CDR-SB はスコアが高いほど障害が大きい)。ドナネマブの試験終了時スコアは5.25でベースラインとの平均値の差は1.33となります。ベースライン3.89のプラセボ群が終了時5.80であったのに比し有意に進行を抑制します。もちろん head-to head での比較はないため、いずれの薬剤がより有効であるという比較はできません。

対象者は、MMSE20点以上28点以下で、レカネマブ対象よりも低い得点でも対象となります。CDR-GS は0.5または1となります。4週に1回、少なくとも30分かけての点滴静注となります。また、レカネマブ用量が体重1 kg あたり10mg であるのに対し、ドナネマブでは3回目まで700mg、以後1400mg と用量に個人差はありません。終了後待機時間は少なくとも30分と短いです。また、12ヶ月後にアミロイドの再検査を行う必要があり、十分な減少が認められたら投薬完了が可能です。infusion reaction は8.3%。ARIA は36.8%、脳出血0.4%、ARIA-E は24.0%、ARIA-H は31.4% であります。

いずれの薬剤も「患者本人及び家族・介護者の安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されていること」がガイドラインで規定されています。そのため、ご紹介いただいてから治療意思確認後に検査を実施します。認知機能テストやアミロイド等の条件を満たしていることを確認後に再度意思確認を行ってから治療開始となります。そのため、ご紹介いただいたらすぐに開始できるという治療ではありません。

以上のように、抗アミロイド抗体医薬の登場とともにバイオマーカーを用いた病理診断に近い診断手法も可能となり、診断・治療いずれにおいても変化が起こりつつあります。



令和6年度 第1回在宅療養カンファレンス開催報告

テーマ：意思疎通困難な患者と揺れ動く家族への支援 ～家族が覚悟を決めるまで～

日時：令和6年10月17日（木）16：30～18：00

場所：当院北館3階講義室（現地開催）

参加者：40名（院外27名、院内13名）

高次脳機能障害により意思疎通困難な患者と病状悪化を受け入れることが難しかった家族に対する支援についてグループワークを行いました。

患者の意思を確認することが難しい場合、すぐに結果を求めてしまい家族が代理意思決定者となることも少なくありません。

グループワーク・全体討議の中で、「どんなに意思疎通の困難な患者であっても、その方の理解される内容の範囲内で患者自身の思いをできるだけ聞こうとすることが大切だと思う」「家族や関わりのある周囲の人から、日頃の患者の生活やこれまでの生き方を聞くことでそれをもとに意思確認のできない患者の思いや希望を描くことができるのではないか」との意見がありました。また「病状や今後の方針に対し家族の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、それぞれの立場で支援し共有していくことの大切さを感じた」との感想もありました。院内では「どの時期に退院したらいいのか迷った」との意見に対し、院外から「方向性が決定せず、揺れ動いている段階でもいつでも在宅に帰って来てもらって大丈夫ですよ」との声をいただき、すごく力強く感じた、これからも迷った時は地域の担当者と積極的に相談していきたいとの感想が多くありました。



令和6年度 第2回在宅療養カンファレンス開催報告

テーマ：認知症の母と同居中のストマ造設となった統合失調症の患者の退院支援

日時：令和7年1月16日（木）16：30～18：00

場所：当院北館3階講義室（現地開催）

参加者：27名（院外13名、院内14名）

患者と母親ともに病状の理解が難しくストマケアを含め退院後の生活が困らないように病棟と地域のサービス担当者・訪問看護師とが連携をとった事例です。退院支援・退院後の生活を振り返りどのような支援が良かったのか、グループに分かれて話し合いました。入院中のストマケアについては、病棟看護師が患者のセルフケア状況をみながら、焦らず確実に繰り返し指導を行っていました。そして、退院前カンファレンスを複数回開催し、病院と地域の関係者が密に連携、情報共有できたことで、本人・母親の具体的支援も整えられたように感じます。

グループワークの中で出た意見としては、「入院前の生活状況を知ることの重要性を改めて感じた」「（退

院後入院中と同じようにケアできるかどうか気になっていただけれども) 患者・家族の生活の力を信じる必要がある」等の意見が出ました。ほかに「患者・家族のライフスタイルに沿った支援をしていくために何ができるかを探していきたい」「在宅療養に無理なことはないと思えたのであきらめずに支援したい」「自分たちのケアが本当に良かったのか気になっていたが、参加者である他職種から承認をもらい参加してよかった」などの意見もありました。今回の事例を通し、手術決定直後、院内外の中でも在宅生活は困難ではないかとの思いがありましたが、“自宅に帰ってみて何か問題が起こったらそこでまた考えていこう”と受け入れて頂いた地域皆様のパワーがあったからこそ自宅退院が実現したと思います。



今後も関係機関の皆様と実際に関わったケースを通して意見交換をしながら、共に切磋琢磨していきたいと思います。

令和6年度 兵庫県看護協会主催「看看連携研修報告会」開催報告

日 時：令和7年1月9日(木) 15:30~17:30
場 所：当院北館3階講義室(ハイブリット開催)
参加者：34名(院外10名、院内24名)

毎年人気のある研修ではありますが、今年はこれまでで最高の13名の院内看護師が参加しました。13名の現在の配属は病棟勤務者8名、中央部門5名(透析室1名、外来3名、地域医療在宅支援室1名)、今回行かせていただいた研修先は、訪問看護ステーション11名、看護小規模多機能1名、老人保健施設・緩和ケア病棟1名でした。

自院以外の施設や病院、訪問看護ステーションでの実践現場を見学し学んだこと・これから各々職場でどう患者ケアにいかしたいかについて整理し発表していただきました。発表の一部を紹介します。

【発表の中に出てきた意見】

- ・入院中に患者へどのように病状説明がされているのか、患者はどのように理解しているのか、ACPがどこまで進んでいるのか、患者家族のこれからの生活への思いを情報収集して看護サマリーに表記したり、退院前カンファレンスで伝えていきたい。
- ・緩和ケア病棟、老健施設、看護小規模多機能など施設の特徴がよくわかった。今後、療養の場で患者・家族への支援に生かしたい。
- ・自宅での生活をイメージして、できるだけ必要となる医療的処置を減らしたり、指導も単に手技だけを伝えるのではなく、自宅にある物で代替できそうな物品を伝えるなど実際に在宅で実施することを想定し、工夫しながら指導をすすめていきたい。



研修先の皆様、温かいご指導をありがとうございました。この場をおかりいたしまして、心より感謝申し上げます。

令和6年度 院内外多職種交流会開催報告

テーマ：身寄りのない方への支援 ～医療と介護連携～

日時：令和6年12月12日（木）17時30分～19時30分

場所：当院北館3階講義室

参加者：79名（院外53名、院内26名）

シンポジスト

- はまの医院 院長 濱野聖二先生
- 神戸訪問看護ステーション管理者 二宮園美氏
- 長田区役所生活支援課 課長 宮本昌典氏
- 新長田あんしんすこやかセンター 管理者 永田智子氏
- 西市民病院地域医療在宅支援室 係長 岩路かをり

昨今病院・在宅の現場において身寄りのない方に対し、治療方針や療養の場の選択・お金の問題等困難な問題に日々どのような支援をして多職種連携をやっていけばいいのかと迷うことが多くなったように感じます。それを反映しているかのように様々な現場のカンファレンスや研修にテーマとして取り上げられ目にする機会も増えました。

今年の交流会では、職種の違う5名のシンポジストから各々の立場から実情と課題についてお話しいただき、その後シンポジストの話を踏まえ『思ったこと、多職種連携で何ができるか、できそうか』について参加者全員グループに分かれて意見交換を行いました。

【グループからの意見の一部】

- ・身寄りのない方への制度が追い付いていない。
例：成年後見人制度の手続きに時間がかかる、銀行の手続き、他国籍の住民はどうする？
- ・身寄りがないだけでなく誰かの介入ができれば違うが、地域からの介入を拒否する難しいケースもあり、相手の状況をみながら時間をかけて信頼関係を築くようにしている。
- ・担当者一人で抱えないように、多職種と関係を持ち周囲と相談するようにしている。結果、八方塞がりだった問題にも解決の糸口が見つかることもある。
- ・患者（利用者）の生活や思いを尊重すること、患者（利用者）が主体性を持てること、患者（利用者）自身が困っていることに介入することが大切である。
- ・時には担当者や担当事業所を変えることにより、違った視点や新たな気づきがあった。
- ・周囲の人間関係に振り回されることが多い。
- ・生活保護のケースワーカーの役割がわかった。一人の担当者数の多いことに驚いた。

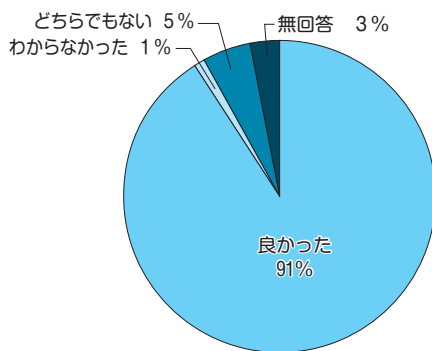
- ・病院ではよく、治療の同意を「生活保護のケースワーカー」や「ケアマネジャー」に聞いてくるケースがある。ケースワーカーやケアマネジャーには、そのような責任は担えない。
- ・これは誰の役割？とはっきりしていない、本来なら家族等が支援してくれるような相談内容を、実際に身寄りのないケースでは誰かが担わないといけない現状がある。



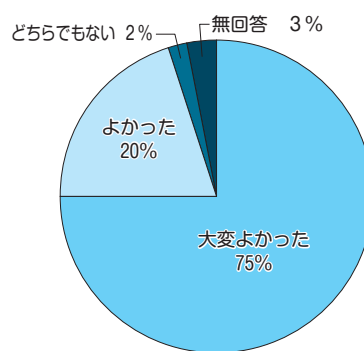
参加者の目は
真剣そのもの
グループワークの
時間が足りない
ほどでした

【参加者からのアンケート結果】

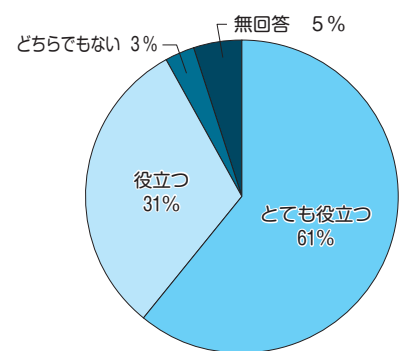
A 交流会の内容について



B グループワークについて



C 実践に役立つか



参加者の多くの方から、グループワークも含め交流会に関して満足との回答を頂きました。今回のテーマは、この先さらに複雑で多様化するテーマだったように思います。

交流会を通して、これをやればいいんだという答えが得られたわけでもありません。

しかし、実状に目を向け、考え、地域全体の課題として相談し続けていくことが大切だと今回の交流会で再認識することができました。

令和6年度 「ソーシャルワーカーオープンカンファレンス」開催報告

テーマ：身寄りの無い人の支援 事例検討会

日時：令和7年2月13日（木）18：00～19：30

場所：当院北館3階講義室（現地開催）

参加者：31名（院外26名、院内5名）

地域医療在宅支援室ソーシャルワーカーのオープンカンファレンスを開催しました。

「身寄りの無い人の支援」をテーマとして、主に神戸市内の病院のMSWやあんしんすこやかセンターと事例紹介のあとにグループワークにて意見交換を行いました。グループワークでは積極的な意見交換が行われました。現実の困り事の共有や行政をはじめ様々な関係機関に協力を得ながら備えていくことも重要だと再認識しました。今後も、地域での課題を皆で共有しながら取り組んでいきたいと考えています。

【アンケート意見】

- ・ 普段連携している方々と顔の見える関係になれるため対面での開催方法がよい。
- ・ 他院の経験豊富な MSW の方々と交流を通して、自分だけではないということを感じることができて大変励まされた。
- ・ 実際に支援された方の葛藤なども見え隠れして、自身の葛藤もあっていいんだな、自分だけではないんだなど安心したり、また話してみたいなと思った。
- ・ 入院中に身寄りなしで身元保証人を見つける課題は個人レベルだけではなく、地域レベルの課題であると感じた。また、身寄りなしで住み慣れた自宅で最期を迎える難しさを感じた。



最後になりましたが、2024年度（令和6年度）当院の企画した研修やカンファレンスに多くの方々にご参加いただき誠にありがとうございました。

次年度も実りのある企画を計画いたしますので、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

病児保育室たんぽぽのご案内

～地域の皆さまもご利用ください～

施設概要

西市民病院 病児保育室 たんぽぽ

住所：神戸市長田区一番町2丁目1

※西市民病院の裏（南側）にある赤い屋根の建物

電話/FAX 番号：078-521-9311



対象児童

①神戸市内に居住している生後6ヶ月から小学校6年生までの児童

②市外居住で、神戸市内の保育所（園）・幼稚園・認定こども園・地域型保育事業所・小学校に通う児童

③市外居住で、神戸市内に勤務する保護者の小学校6年生までの児童

定員数

5名 ※ただし、お子様の疾患の種類によっては、定員内であってもご利用頂けない場合がございます。

※現在、コロナウイルス感染予防のため2組までの受入とさせていただきます。

利用時間

月曜日～金曜日 8：00～18：00まで（土・日・祝日は利用不可）

※受入れ可能な時間帯は原則8：00～11：00までとなります。

※必ず18：00までにお迎えに来てください。

利用料

保育料：2,000円

※給食代・おやつ代は別途500円

申込方法等

当院ホームページ（QRコード参照）をご確認ください。



病児保育室たんぽぽ申込方法
（西市民病院 HP）
<https://nishi.kcho.jp/byouji>

診療科/診療室	月		火		水		木		金		備考		
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後			
内 科	呼吸器内科	2診	富岡	—	富岡	富岡	網本	網本	横田	横田	医師交替制	—	
		4診	—	—	—	—	—	禁煙外来 富岡/松岡	—	—	—	—	
		9診	松岡	松岡	—	小林	金子	金子	瀧口(純)	瀧口(純)	金子	—	火 午後 富岡医師(専門外来 間質性肺炎) 気管支鏡 火 午前、金 午前(予約制) 禁煙外来 水 午後4診
		11診	李	李	藤井	藤井	岩林	岩林	—	—	—	—	
	消化器内科	3診	清水	清水	★高田	★高田	住友	住友	清水	清水	山田	山田	
		7診	中村(真)	中村(真)	—	—	—	—	—	—	—	—	
		8診	—	—	★山口	★山口	—	—	—	—	—	—	
		10診	今村	今村	加藤	加藤	星	星	渡邊(賢)	渡邊(賢)	★細見	★細見	
		13診	—	—	—	—	★高橋(梨)	★高橋(梨)	坂田	坂田	中川	中川	
	循環器内科	4診	高橋(明)	—	吉野	—	高橋(明)	—	★田畑	—	永野	—	
		8診	—	—	—	—	—	—	※第2週 小堀	—	—	—	
	糖尿病・内分泌内科	1診	—	—	—	★深澤	—	—	—	—	—	高山	
		4診	—	—	—	—	—	—	★武部	—	—	—	
		5診	中村(武)	中村(武)	倉本	倉本	★武部	★武部	※1 深澤 高山	中村(武)	中村(武)	※2 中村(武)	
		8診	—	倉本	—	—	—	—	—	—	—	—	
リウマチ膠原病科	4診	—	壺井	—	壺井	—	—	—	—	—	—		
	8診	—	—	—	—	—	—	田村/壺井	—	—	—		
	11診	—	—	—	—	—	—	—	壺井	壺井	—		
血液内科	12診	—	—	★坂井	—	—	—	倉田	倉田	—	—		
	4診	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
腎臓内科	7診	—	—	安積	安積	隈元	隈元	渡邊(周)	渡邊(周)	★浦山	★浦山		
	12診	★瀧口(梨)	★瀧口(梨)	—	—	—	—	—	—	—	—		
脳神経内科	6診	菅生	菅生	—	—	医師交替制	—	—	—	菅生	菅生		
	1診	★西尾	—	王	—	濱崎	—	越智	—	★西尾	—		
総合内科	8診	王	—	—	—	★西尾	—	—	—	濱崎	—		
	9診	—	—	★西尾	—	—	—	—	—	—	—		
	11診	—	—	—	—	—	—	王	—	—	—		
放射線科	11診	—	—	—	—	—	—	—	馬屋原	—	—		
脳神経外科	11診	—	—	足立	足立	—	—	足立	足立	—	—		
小児科	1診	江口	乳児健診 14:00～ 15:30	—	★田中 (アレルギー)	★渡邊(備)	★渡邊(備)	—	小児神経外来 ★老川	★小柴	乳児健診 14:00～ 15:30	小児神経外来 水 午後 小児循環器外来 第1・3・4 金 午後 初診はFAX予約必要 シナス外来は完全予約制です 詳しくはホームページをご覧ください	
	2診	★小柴	—	江口	★田中 (アレルギー)	★田中 (アレルギー)	★渡邊(備)	—	江口	—	—	—	
	3診	★田中 (アレルギー)	★田中	—	★小柴	—	★小柴	—	★吉野 (アレルギー・ スケア)	★渡邊(備)	第1・3・4週 小児循環器 ★武	—	
齒科 口腔外科	1診	西田	西田	西田	日帰り麻酔 (手術)	インフラント 外来手術	西田 (手術)	西田	西田 (手術)	西田	西田 (手術)	火 11:00受付終了	
	2診	★向仲	★向仲 (手術)	★向仲	医師交替制 (手術)	★向仲	★向仲 (手術)	★向仲	★向仲 (手術)	★向仲	★向仲 (手術)	インプラント・外来手術 水 午前	
	3診	★廣瀬	★廣瀬	★廣瀬	—	★廣瀬	★廣瀬	★廣瀬	★廣瀬	★廣瀬	★廣瀬	—	
消化器外科	1診	★中嶋	—	鈴木(貴)	鈴木(貴)	姜	緩和ケア外来	—	—	本間	—		
	2診	—	—	—	—	細川	—	村上	村上	口分田	—		
	3診	—	—	★石川	—	—	—	村上	—	—	—		
呼吸器外科	1診	—	—	—	—	—	—	大越	—	—	—		
	2診	—	—	竹尾	竹尾	—	—	—	—	—	—		
乳腺外科	2診	—	★大久保	—	—	—	—	—	—	—	—		
	3診	三瀬	三瀬	—	矢田	★大久保	—	—	三瀬	三瀬	三瀬	月・水・金 午前診は11:00受付終了 予約患者優先となります 月・木・金 午後は予約のみ	
整形外科	1診	※西口	西口	小田	小田	藤原(弘)	藤原(弘)	※山根 (脊椎)	—	布施 (関節外来)	布施	※月・木 午前 予約外患者の診察は1・3診の 2人体制で担当	
	2診	山根	山根	藤原(弘)	藤原(弘)	西口	西口	橋村	橋村	小田	小田	—	
	3診	※橋村	橋村	—	—	布施	布施	※中本	中本	中本	中本	—	
眼科	1診	医師交替制 (予約検査)	(予約検査)	(予約検査)	(予約検査)	医師交替制 (予約検査)	(予約検査)	1・3・5週 平岡 尾崎	(予約検査)	★高井	(予約検査)	10:30受付終了(火 休診)	
産婦人科	1診	市田	市田	新谷	新谷 (妊婦検診)	施	施 (妊婦検診)	★杉野	—	森島	森島	火・木は手術日 火 午後・木 午後 産後外来 検診ワクチン・NIPT遺伝カウンセリング外来は 完全予約制です	
	2診	★小嶋 (妊婦検診)	★小嶋 (妊婦検診)	施 (妊婦検診)	—	森島 (妊婦検診)	森島 (妊婦検診)	新谷 (妊婦検診)	新谷	★杉野 (妊婦検診)	★杉野 (妊婦検診)	—	
	3診	検診ワクチン	NIPT 遺伝 カウンセリング 外来	—	—	検診ワクチン	検診ワクチン	—	NIPT 遺伝 カウンセリング 外来	新谷 検診ワクチン	新谷 検診ワクチン	※火・木 助産師外来は5階病棟 2階4番診察受付にお立ち寄りください (9:00～12:00、13:00～16:00 予約制)	
	5階 病棟	—	—	※助産師 外来	※助産師 外来	—	—	—	※助産師 外来	—	—	—	
	1診	中村(一)	医師 交替制	吉井	吉井	吉井	医師 交替制	神野	神野	神野	神野	—	
泌尿器科	2診	村田	—	戸田	戸田	★高木	—	村田	村田	戸田	—		
	3診	—	—	※中村(一) ★高木	—	—	—	吉井	—	—	—		
耳鼻咽喉科	1診	木戸上 (予約検査)	—	後藤 (検査・手術)	—	医師 交替制	—	後藤 (予約検査)	—	医師 交替制	—		
	2診	※後藤	—	※木戸上	—	—	—	※木戸上	—	—	—		
認知症疾患 医療センター	1診	木原 (認知症鑑別)	木原 (認知症鑑別)	木原 (認知症鑑別)	木原 (認知症鑑別)	木原 (認知症鑑別)	木原 (認知症鑑別)	木原 (認知症鑑別)	木原 (認知症鑑別)	—	—		
精神・神経科	1診	—	—	大塚	—	竹村	—	岡田	—	—	—		
	3診	(心理判定)	—	—	—	(心理判定)	—	(心理判定)	(心理判定)	—	—		
遺伝カウンセ リング外来	1診	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
皮膚科	1診	★谷川	—	★谷川 (手術)	—	★谷川	—	★谷川 (手術)	—	八木田	—		
	2診	八木田	—	千原	—	八木田	—	千原	—	千原	—		