

専門医のための

眼科診療クオリファイ

◆シリーズ総編集

大鹿哲郎 筑波大学

大橋裕一 愛媛大学

15

メディカルオブサルモロロジー 眼薬物治療のすべて

◆編集

村田敏規 信州大学



中山書店

シリーズ刊行にあたって

21世紀は quality of life（生活の質）の時代といわれるが、生活の質を維持するためには、感覚器を健康に保つことが非常に重要である。なかでも、人間は外界の情報の80%を視覚から得ているとされるし、ゲーテは「視覚は最も高尚な感覚である」（ゲーテ格言集）との言葉を残している。視覚を通じての情報収集の重要性は、現代文明社会・情報社会においてますます大きくなっている。

眼科学は最も早くに専門分化した医学領域の一つであるが、近年、そのなかでも専門領域がさらに細分化し、新しいサブスペシャリティを加えてより多様化している。一方で、この数年間でもメディカル・エンジニアリング（医用工学）や眼光学・眼生理学・眼生化学研究の発展に伴って、新しい診断・測定器機や手術装置が次々に開発されたり、種々のレーザー治療、再生医療、分子標的療法など最新の技術を生かした治療法が導入されたりしている。まさにさまざまな叡智が結集してこそ、いまの眼科診療が成り立つといえる。

こういった背景を踏まえて、眼科診療を担うこれからの医師のために、新シリーズ『専門医のための眼科診療クオリファイ』を企画した。増え続ける眼科学の知識を効率よく整理し、実際の日常診療に役立ててもらうことを目的としている。眼科専門医が知っておくべき知識をベースとして解説し、さらに関連した日本眼科学会専門医認定試験の過去問題を“カコモン読解”で解説している。専門医を目指す諸君には学習ツールとして、専門医や指導医には知識の確認とブラッシュアップのために、活用いただきたい。

大鹿 哲郎

大橋 裕一

序

眼科疾患の薬物療法の最新の情報を、ここにお届けする。本来、診断と治療は、十分な検査、同僚や指導医とのカンファレンスを経て、視能訓練士、看護師とのチームで提供していくべきものである。しかし、眼科医が極端に不足している昨今、たとえば角膜潰瘍、眼内炎など、すぐに治療を開始しなければ良好な視力が残せないリスクがある症例を、一人で診察しなければならない眼科医も多い。そんなときに、この本は、同僚となり指導医となって診断治療の道筋を示してくれる。企画の当初から、これ一冊で、診断を導き治療を開始するのに最低限必要な内容を網羅することを目指した。

眼科を志して間もない後期研修医は、患者さまの医療面接を終えたら、大急ぎでこの本を参考に所見をまとめて診断をつけ、自分なりの治療方針をたてた後に指導医にプレゼンしてほしい。実際の診察では、メモをとるよりも指導医の診察を食い入るように見つめて、文章や写真では表せない診断のコツや最善の治療を、患者さまと指導医から学んでもらいたい。病棟外来の仕事が終わった夜には、この本をきっかけに、さらに洋書を含めた多くの書籍を手にとり学んでほしい。また、指導する立場になった先生にも、本書はご自分の知識をアップデートし整理するのに最適な一冊となる。

開業医や地域の病院で、一人で眼科外来を担当する医師にとっては、相談できる同僚も指示を仰ぐ指導医も不在の環境でも、疾患の特徴と処方を簡潔にまとめたこの本が、頼もしい味方になってくれるはず。

そういう理想をもって編集された本巻だが、記載された典型処方例は、必ずしもすべての患者さまに適切なものとは限らない。それぞれの患者さまの年齢、病歴、全身疾患の有無など総合的に判断して薬剤を選択する必要がある。また、本巻では処方例には一般名ではなく、あえて商品名を主体として記載した。これはその薬剤が、ほかの薬剤よりも優れているということを示すものではなく、一般名から商品名を調べるわずかな時間でも省略できることが、忙しい外来ではとても貴重だと考えるからである。実際の薬剤の選択は、総合的な判断のもとに行っていただけるようお願いする。

この本が、眼科医の診察の助けとなり、その結果として一人でも多くの患者さまを眼疾患による視力障害から救うことができれば、これに勝る喜びはないと考える。

2012年11月

信州大学医学部眼科学教室／教授
村田敏規

15 ■ メディカルオプサルモロジー 眼薬物治療のすべて 目次

1 結膜

細菌性結膜炎	カコモン読解	21一般27 21一般34 22一般31 23一般35	秦野 寛	2
ウイルス性結膜炎	カコモン読解	18一般25 22一般18	内尾英一	10
STD 関連角結膜炎	カコモン読解	18臨床9 19一般29 20一般30	大熊博子, 杉原紀子, 松原正男	14
アレルギー性結膜炎, 花粉症	カコモン読解	22一般28	内尾英一	20
アトピー性角結膜炎			海老原伸行	23
フリクテン性角結膜炎, 瞼裂斑炎			内尾英一	25
春季カタル	カコモン読解	19一般30 21臨床14	庄司 純	27
巨大乳頭結膜炎			藤島 浩	32
Stevens-Johnson 症候群			斎藤禎子	35
眼類天疱瘡			斎藤禎子	38
結膜弛緩症			横井則彦	40
上輪部角結膜炎	カコモン読解	19臨床11	堀 裕一	43
ドライアイ (乾燥性角結膜炎, Sjögren 症候群)	カコモン読解	20一般24	堀 裕一	49
CQ 自己血清点眼について教えてください			堀 裕一	55
結膜乳頭腫			吉田紀子	59
新生児眼炎			後藤美和子	62

2 角膜疾患

細菌性角膜炎, カタル性角膜潰瘍	カコモン読解	18臨床16 21一般34 23臨床17	宇野敏彦	66
CQ MRSA/MRSE について教えてください	カコモン読解	18一般28 19一般28	宇野敏彦	71
角膜真菌症			井上幸次	75

カコモン読解 過去の日本眼科学会専門医認定試験から、項目に関連した問題を抽出し解説する“カコモン読解”がついています。(凡例：21 臨床30→第21回臨床実地問題30問, 19一般73→第19回一般問題73問)
試験問題は、日本眼科学会の許諾を得て引用転載しています。本書に掲載された模範解答は、実際の認定試験において正解とされたものとは異なる場合があります。ご了承ください。

CQ “クリニカル・クエスチョン”は、診断や治療を進めていくうえでの疑問や悩みについて、解決や決断に至るまでの考え方、アドバイスを解説する項目です。

単純ヘルペス角膜炎, 帯状ヘルペス角膜炎	カコモン読解	18 一般 30 18 臨床 14 19 一般 35	井上幸次	77
アcantアメラ角膜炎	カコモン読解	21 臨床 16 22 臨床 15	加治優一	83
蚕食性角膜潰瘍 (Mooren 潰瘍)	カコモン読解	21 臨床 15	村松隆次	88
Thygeson 点状表層角膜炎	カコモン読解	18 一般 29	渡辺 仁	91
反復性角膜上皮びらん			渡辺 仁	93
糸状角膜炎	カコモン読解	23 一般 33	海老原伸行	95
神経麻痺性角膜症, 兔眼性角膜症			鈴木 崇	97
角膜化学外傷			加治優一	100
角膜変性 (角膜脂肪変性, Terrien 辺縁角膜変性)			海老原伸行	103
角膜移植後拒絶反応	カコモン読解	18 臨床 12 22 臨床 45	島崎 潤	106
CQ 円錐角膜のコラーゲンクロスリンクングについて教えてください	カコモン読解	18 臨床 11	島崎 潤	110

3 強膜疾患

上強膜炎, 前部強膜炎, 後部強膜炎	カコモン読解	21 一般 36	朱さゆり	114
--------------------	--------	----------	------	-----

4 水晶体疾患

白内障	カコモン読解	21 一般 40 21 一般 95	茨木信博	122
CQ IFIS について教えてください	カコモン読解	19 一般 70 20 臨床 43 22 一般 89	黒坂次郎	126

5 緑内障

原発開放隅角緑内障, 高眼圧症	カコモン読解	19 一般 6 19 一般 78 20 一般 81 22 一般 77 23 一般 81	相原 一	130
CQ 緑内障点眼薬の配合薬の使用方法について教えてください			相原 一	144
原発閉塞隅角症	カコモン読解	20 一般 82 21 一般 79	宮原照良	147
落屑緑内障			溝上志朗	154
ぶどう膜炎に伴う続発緑内障, Posner-Schlossman 症候群	カコモン読解	22 一般 80	澤田 有	157
悪性緑内障	カコモン読解	20 一般 99 22 一般 78	宮原照良	160
血管新生緑内障			山川良治	163
濾過胞感染症			久保田敏昭	166

6 ぶどう膜疾患

ぶどう膜炎の診断の進め方	杉田 直	170
急性前部ぶどう膜炎 カコモン読解 22 一般 46	橋田徳康, 大黒伸行	176
ヘルペスウイルスによる前部ぶどう膜炎	冲永貴美子, 蕪城俊克	181
Fuchs 虹彩異色性虹彩毛様体炎	脇岡邦明	183
Behçet 病 カコモン読解 20 臨床 22	川野庸一	186
サルコイドーシス カコモン読解 22 臨床 49	朱さゆり	193
CQ トリアムシノロン Tenon 嚢下注射の方法と注意点を 教えてください	橋田徳康, 大黒伸行	199
Vogt-小柳-原田病, 交感性眼炎 カコモン読解 18 臨床 33	園田康平	202
CQ ステロイド全身投与方法と, その副作用予防方法について 教えてください	園田康平	207
急性網膜壊死	武田篤信	209
進行性網膜外層壊死	上甲武志	212
サイトメガロウイルス網膜炎 カコモン読解 21 一般 49	松田順子, 沼賀二郎	215
梅毒性ぶどう膜炎 カコモン読解 20 一般 47	中尾新太郎, 江内田 寛	219
結核性ぶどう膜炎	毛塚剛司	222
猫ひっかき病 (neuroretinitis)	兒玉達夫	225
中間部ぶどう膜炎	川口龍史, 岩崎優子	229
水晶体起因性ぶどう膜炎	川村雅英, 小池 彩, 雑喉正泰	232
小児のぶどう膜炎 (若年性特発性関節炎, 間質性腎炎)	吉村 武	235
真菌性眼内炎 カコモン読解 23 臨床 29	中尾新太郎, 武田篤信	239
術後眼内炎 カコモン読解 20 一般 50 21 一般 86 21 一般 90 21 一般 92 21 臨床 44	坂東 肇	243
悪性リンパ腫 カコモン読解 21 一般 48	吉川 洋	252
地図状脈絡膜炎	伊東崇子	258
眼底に白点が見られる疾患 (APMPPE, PIC, MCP, MEWDS)	大島裕司	261
CQ AZOOR について教えてください	白神千恵子	267
脈絡膜剥離, uveal effusion	丸子一朗, 飯田知弘	272
トキソプラズマ症 カコモン読解 20 臨床 24 22 臨床 27	時光元温	275
トキソカラ症 カコモン読解 19 一般 45	佐藤孝樹	278

7 網膜疾患

網膜動脈閉塞症	大越貴志子	284
網膜静脈閉塞症 カコモン読解 21 一般 43	崎元 晋, 瓶井資弘	287

高血圧網膜症	齋藤理幸, 石田 晋	292
糖尿病黄斑浮腫 カコモン読解	19 臨床 44 22 臨床 48	村田敏規 296
黄斑浮腫 (糖尿病, 網膜静脈閉塞症以外)	家里康弘	301
中心性漿液性脈絡網膜症	北橋正康, 山本修一	304
加齢黄斑変性/薬物単独治療 カコモン読解	22 一般 38	鈴木三保子, 五味 文 308
CQ 硝子体内注射の方法と注意点について教えてください		
カコモン読解	22 一般 100	吉田紀子 315
加齢黄斑変性/PDT と薬物療法などの併用療法		
カコモン読解	19 一般 48 20 一般 39 21 一般 100 22 一般 40 22 一般 42	佐藤 拓 317
近視性脈絡膜血管新生, 特発性脈絡膜血管新生	森山無価	324
癌関連網膜症 カコモン読解	21 一般 45	黒川 徹 326
網膜色素変性 カコモン読解	18 一般 41	池田康博 329
網膜振盪症, Purtscher 外傷性網膜症 (遠達外傷性網膜症)	鈴木浩之, 池田恒彦	333
網膜芽細胞腫	鈴木茂伸	336

8 視神経・視路疾患

典型的視神経炎, 球後視神経炎 カコモン読解	22 一般 68 22 一般 69	大平明弘 340
虚血性視神経症	有田量一, 江内田 寛, 石橋達朗	346
栄養欠乏性視神経症, 中毒性視神経症 カコモン読解	21 一般 69	宮本和明 351
外傷性視神経症 カコモン読解	18 一般 51 20 臨床 6	西 智, 緒方奈保子 355
Leber 遺伝性視神経症	中村 誠	359

9 眼瞼・涙器疾患

麦粒腫, 霰粒腫 カコモン読解	22 臨床 12	小幡博人 364
眼瞼縁炎, マイボーム腺炎, 脂漏性眼瞼炎	有田玲子	369
ヘルペス性眼瞼結膜炎 カコモン読解	20 臨床 9	檜垣史郎 373
眼瞼けいれん, 片側顔面けいれん, 開瞼失行 カコモン読解	20 一般 90 21 一般 89	三村 治 376
涙嚢炎, 涙小管炎	岩崎明美	381

10 眼窩・眼筋疾患

眼窩蜂巣炎	千葉 大	386
特発性眼窩炎症 (眼窩炎性偽腫瘍)	高村 浩	389
Wegener 肉芽腫	鳥山佑一	392

Tolosa-Hunt 症候群	カコモン読解	21 一般 24	吉田茂生	395
甲状腺眼症			三村 治	398
外眼筋麻痺	カコモン読解	19 臨床 29	若林真澄	401
重症筋無力症	カコモン読解	20 一般 68 21 臨床 35	北澤憲孝	404

11 屈折・瞳孔・調節異常

CQ	調節緊張症，調節けいれんの実情について教えてください	吉富健志	410
瞳孔異常	カコモン読解 18 一般 58 19 一般 71 20 一般 74 21 一般 74	後関利明	411
斜視，弱視	カコモン読解 18 臨床 32 20 臨床 27	下條裕史	418

12 中枢性，心身症，その他

頭痛，片頭痛		今井 章	424
眼精疲労		平野隆雄	427

13 全身薬の副作用

角膜障害 (TS-1 [®] ，アミオダロン)	カコモン読解	18 一般 89	細谷友雅	432
インターフェロン網膜症	カコモン読解	18 一般 83 19 一般 86 20 一般 45	今井弘毅	436
CQ 眼科局所麻酔手術中の薬の使いかたについて教えてください				
	カコモン読解	19 一般 83 22 一般 88	家久来啓吾，池田恒彦	439

14 眼科治療の副作用

眼科治療薬による副作用				
	カコモン読解	18 一般 82 18 臨床 10 19 臨床 32 20 一般 83 21 一般 87 23 一般 86	京本敏行	446
CQ 副作用の少ない点眼薬処方のポイントを教えてください				
	カコモン読解	21 一般 88 22 一般 17	近間泰一郎	454
CQ LASIK 術後の合併症の原因と予防，対処法について教えてください			渡辺 仁	459
CQ 眼底血管造影のショックの対処方法について教えてください			湯澤美都子	464

文献* 469

索引 487

* “文献” は，各項目でとりあげられる引用文献，参考文献の一覧です。

ウイルス性結膜炎

！ 診断と処方のポイント

- 1. ウイルス性結膜炎の診断法には、イムノクロマト法と PCR 法が広く行われている。イムノクロマト法は簡便であるが、感度がやや低い。PCR 法は高感度だが、コストが高い。
- 2. 流行性角結膜炎と咽頭結膜熱は、臨床症状の違いによる区別である。後者は全身症状がよくみられ、夏季にプール熱として小児の間に流行を生じる。
- 3. 治療は抗ウイルス点眼薬がないので、抗菌点眼薬を用い、重症例では偽膜や角膜合併症が強いので、ステロイド点眼薬を併用することは可である。

文献は p.469 参照。

検査と診断

検査：大別してウイルス抗原検査とウイルス血清抗体検査とがある（表 1）。分離・同定法は 15～40 日と長期間を要し、その結果は疫学上あるいは公衆衛生学的な価値しかないのが問題である。PCR（polymerase chain reaction）法を用いた検査法は、特異性は 100% であり、感度も中和法による分離・同定より高い。迅速診断キットはすべてイムノクロマト法^{*1}であり、多数のキットが市販されているが結果もほぼ類似している。陽性の場合にはアデノウイルス（AdV）感染と診断できるが、陰性の場合には必ずしも否定できない。ウイルス血清抗体検査は AdV 感染が過去にあったことを示すが、感染して

***1** 院内感染の際にウイルス分離用培地をすぐに用意できない場合、イムノクロマト法の残液でも、PCR 法によって血清型の同定はできる。法律的問題が発生した場合に、院内感染かどうかの判断や感染ルートの推測が系統解析により可能になる。

表 1 主要なウイルス学的検査法の特徴

	分離・同定法	イムノクロマト法	PCR 法
時間	2 週～	10 分	1～3 日
コスト	3 万円	210 点	2.5 万円
感度	75 %	65 %	90 %
型判定	○	×	○

コストは臨床検査会社に依頼した場合の平均的なもの。



図1 流行性角結膜炎の結膜所見

急性濾胞性結膜炎を呈し、さらに細部をみると瞼縁に点状出血がみられる。



図2 咽頭結膜熱の結膜所見

中等度から軽度の結膜炎を呈する小児例である。そのため軽度の偽膜がみられた。

も抗体価上昇がない場合などもあり、その診断的意義は限定的である。エンテロウイルス結膜炎についても同様であるが、エンテロウイルスがRNAウイルスであるため、RT (reverse transcription)-PCR法を行う必要がある。原因ウイルスはエンテロウイルス70 (EV70) とコクサッキー A24 変異株 (CA24v) の二種類がある^{*2}。

症状：アデノウイルス結膜炎は、潜伏期が7～10日で発症する。急性濾胞性結膜炎 (図1)、角膜上皮混濁、耳前リンパ節腫脹がみられ三主徴である。流行性角結膜炎 (epidemic keratoconjunctivitis; EKC)、咽頭結膜熱 (pharyngoconjunctival fever; PCF) に共通している。EKCでは結膜の炎症所見や自覚症状が強く、両眼例が多いのに対し、PCFは発熱を伴う急性咽頭炎として小児科ないし耳鼻咽喉科を受診することが多く、片眼例が多い (図2)。点状表層角膜症や耳前リンパ節腫脹などはEKCよりも少ない傾向があり、発症後に出現する角膜上皮混濁も頻度は少ない。PCFは夏季に流行することが多く、プール熱と呼ばれる。プールでの感染は、結膜からウイルスが伝播するのではなく、小児では治癒後も相当期間ウイルスが腸管から放出されることによるものによって起きる。EKCとPCFはアデノウイルスの型^{*3}による違いもあるが、年齢、免疫状態などによっても症状は異なる。エンテロウイルス結膜炎は急性出血性結膜炎 (acute hemorrhagic conjunctivitis; AHC) であり、潜伏期が1日と非常に短く、ほとんどが両眼例である。結膜出血をきたすのが特徴である。国内では沖縄でのみ大流行を繰り返しており、2011年にもCA24vによる大流行があった。感染性は非常に強く、児童生徒を通して大規模な感染を生じやすい。

鑑別：これらと臨床的に鑑別の対象となる感染性の急性濾胞性結膜炎には、クラミジアと単純ヘルペスウイルス (HSV) によるものが

***2** 臨床所見では区別できないが、CA24vはウイルス分離が可能なのに対し、EV70は1980年代以降ウイルス分離ができなくなっており、RT-PCR法が唯一の抗原検査である。

***3** PCR法による同定法が今世紀に入って広く行われるようになり、新しい型が次々と報告されている。従来の中和法と異なり、ゲノムの変異率にもとづいて分類するため、血清型とは呼ばないことになった。少なくとも64型まで報告されているが、本来の新型のほかに中間型や組み替え型なども多数含まれ、その扱いは国際的にまだ一致していない。

表 3 ウイルス性結膜炎への典型処方とその評価

典型処方例	経過の評価と注意点
軽症例 クラビット® 1.5% あるいはベストロン® 0.5% を 1 日 4 回点眼。ステロイド点眼薬は使用せずに経過を観察する。1 週間後には症状は軽快し、回数を減らして 2 週間後には投与終了とする。	アデノウイルス性結膜炎は患者の年齢やアトピー性皮膚炎などの全身、局所の免疫状態によって臨床症状が異なることが多い。発症早期にはしばしば点状表層角膜症を生じ、時に結膜偽膜、結膜下出血や瞼球癒着のみられる重症例もある。臨床症状は発症後 5～8 日頃に最も強くなり、以後軽快する。感染性は血清中和抗体価が上昇する発症 10 日頃までと考えてよい。 角膜上皮下混濁（図 3）による羞明が長期間持続することもある。乳児や若年幼児では細菌感染を併発し、角膜混濁や角膜穿孔などをまれに合併することがあるので、注意深い経過観察とともにステロイド点眼薬の使用には十分な注意を払う必要がある。
重症例 結膜偽膜や広い角膜上皮障害を生じているような症例は眼痛、眼脂が著しい。ベガモックス® 0.5% を 1 日 4～6 回に加えて、オルガドロン® 0.1% を同回数併用。症状の推移をみて点眼回数を減らし、約 1 か月をめどに治療を終了とする。角膜上皮下混濁の強い症例では、フルメトロン® 0.1% に変更のうえ、さらに数か月眼圧に注意してステロイド点眼薬のみを継続する。	イムノクロマト法によるアデノウイルス診断キットは、感染性消失の指針となる。発症から経過するほど陽性率は低下するが、7 日以降にも陽性例がまれにみられる。



図 3 流行性角結膜炎の角膜上皮下混濁
発症後およそ 2 週間経過後から生じ、多発性にみられる。

ある。前者は片眼性の急性結膜炎症状が 2 週間以上続き、その後濾胞性結膜炎が慢性化する。慢性尿道炎、子宮頸部炎などの病歴を有することが特徴である。HSV 結膜炎は小児と成人ともに片眼性の急性濾胞性結膜炎の臨床像をとり、アデノウイルス結膜炎と鑑別は困難である。PCR 法による病因診断に頼らざるをえない。なお、小児の感染性結膜炎には年齢的な特徴があり、その取り扱いには特に注意を要する（表 2）。

治療

アデノウイルスおよびエンテロウイルスに対する特異的な抗ウイルス薬で保険適応となっているものはないので、通常は重複感染予防の目的で抗菌点眼薬を用いる。重症例に対しては、自覚症状の軽減や偽膜の抑制などの目的にステロイド点眼薬を用いることもある。自然経過としては中和抗体価が上昇して治癒するため、ステロイド点眼治療が治癒を有意に遅延させるとは言い切れず、日常生活を送るために使用することも許容されると考える。典型処方例とその評価を表 3 にまとめる。

表 2 小児ウイルス性結膜炎の臨床的特徴

角結膜所見よりも全身症状が強く出やすい。
乳児では角膜合併症が重症化しやすい。
上皮構造の未熟性により、偽膜を生じやすい。
低年齢児のアレルギー性結膜炎はまれである。
小児ではウイルス感染により、結膜炎がほとんど必発する。

カコモン読解 第18回 一般問題 25

アデノウイルスの消毒に有効なのはどれか。3つ選べ。

- a ポビドンヨード b 塩化ベンザルコニウム
c 次亜塩素酸ナトリウム d イソプロピルアルコール
e グルコン酸クロルヘキシジン

解説 アデノウイルスに対しては、塩化ベンザルコニウムやグルコン酸クロルヘキシジンなどは無効である。イソプロピルアルコールのアデノウイルスに対する効果はエタノールと同様であり、80%であれば十分使用できる。ポビドンヨードは有効で、0.2%などの低濃度のほうが有効濃度が高い半面、安定性が低く使用のたびに用意する必要がある。次亜塩素酸ナトリウムもアデノウイルスに有効だが、金属腐食性があるので、非金属性器具にしか使用できない。

模範解答 a, c, d

カコモン読解 第22回 一般問題 18

アデノウイルス結膜炎患者に触れた場合、最適な手指の消毒薬はどれか。

- a ホウ酸 b 過酸化水素水 c ポビドンヨード
d ベンザルコニウム塩化物 e クロルヘキシジングルコン酸塩

解説 アデノウイルスは脂質を含まない小型 DNA ウイルスなので、消毒には中等度以上の薬剤が必要である。一般の診療器具の消毒にはホルムアルデヒド、グルタルアルデヒドやフェノールが最も有効であるが、しかし、ガラス面や接着剤などを用いている器具の場合にはこれらの薬剤では器具を傷めることがあり、手指には使用できない。80%以上のエタノールかポビドンヨードが望ましい。診療スタッフについては手指を介して感染が広がることが多いので、薬剤ではポビドンヨードが適当である。しかし、その前提として流水による手洗いが最も重要である。

模範解答 c

(内尾英一)