

医療連携 ニュースレター



2026年 9月 地域医療連携だより

医療関係者の方へ

やくばとで
WEB
紹介予約



やくばと医療連携を開始します。私たちはシームレスな医療連携を目指しています。

病院情報のメール配信をご利用ください

日本大学病院では、関連医療機関のみなさまへの情報提供の迅速化を目的に、各診療科の専門医による最新の医学情報や、病気の予防・治療に関する役立つ情報を定期的に配信しております。講演会・セミナーのご案内なども是非ご活用ください。



〔新規ご登録フォームはこちらのQRコードから〕

【メールマガジン登録方法】

URLまたはQRコードから登録できます

・登録用URL： <https://forms.gle/eQdtWSdjmnTesbSs6>

ご登録いただいたメールアドレスは、当院からのニュースレターの配信や講演会等のご案内にのみ使用し、当院にて適切に管理いたします。



9月のお知らせ

医療連携室 市民公開講座

9月 5 日(土) 13:30～ 参加費無料

循環器内科 『心臓と腎臓の意外な関係』

心臓血管外科 『そのむくみ“歳のせい”で片付けていませんか』

がん相談支援センター がんカフェ

9月 5 日(土) さくらカフェ 14:00～

食べることを支える ～がん治療中の栄養を学ぶ～

「がん治療中の栄養を学ぶ」をテーマに、歯科医師と管理栄養士によるレクチャー、
栄養補助食品の試食、ティータイムでの情報交換などを予定しております。

小児科 第35回ちよだ小児疾患検討会

10月7日(水)19時～ 日本大学病院5階大会議室

看護部 看護フェア

10月12日(月曜祝日)

「わたしと家族の健康ひろば&ピンクリボン乳がん啓発デー」

医療連携室

アナフィラキシー等の副作用発現に備えた

「緊急搬送先医療機関」として当院の登録を希望される

医療機関さまは、医療連携室までご連絡ください。

すでにご登録いただいている医療機関様には、新しい登録証をお届けします。



日本大学病院 がん相談支援センター

～がん治療中の栄養を学ぶ～

食べることを支える
さくらカフェ



2026.9.5(土)14:00～15:30



●開催場所：日本大学病院内 4階健診センター

●対象者：当院でがん治療中または治療後の患者様やご家族
(先着順・お付き添い様1名まで)

時間帯	内容
14:00～14:10	・スタッフ紹介・自己紹介（話せる範囲で）・本日の流れ説明
14:10～14:30	歯科医師によるミニレクチャー① 講師：日本大学歯学部摂食機能療法学講座 阿部 仁子 先生 放射線治療・化学療法による口腔粘膜炎への対応と食事内容、食事形態や摂取方法などについて、自宅で行う口腔ケアの方法の指導
14:30～15:00	管理栄養士によるミニレクチャー②【栄養補助食品の紹介と試食】 担当：日本大学病院 栄養管理室 金 管理栄養士、岡村 管理栄養士 がん治療中に起こりやすい食事の悩み、食欲低下時の工夫、栄養バランスの整え方
15:00～15:20	ティータイム・フリートーク ・お茶を飲みながら交流・日常生活の工夫やおすすめ商品の共有・相談
15:20～15:30	・アンケート記入・次回開催のご案内

ひとりで悩まず、一緒に食べる楽しみを見つけませんか？

募集期間：2026年7月13日(月)～8月22日(土)

申込方法：来院・電話による受付

申込場所：医療福祉相談室

受付時間：月～金 9:00～16:00(祝日を除く)

電話番号：03-5577-3439(直通)

消化器病センター

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

消化器病センター長 教授 三浦義正

【食道扁平上皮癌の存在診断】

食道扁平上皮癌のリスク因子は、① 喫煙、② 習慣性飲酒、③ 飲酒による顔面紅潮現象（フラッシャー現象）です。特に③がある方は、2型アルデヒド脱水素酵素（ALDH2）の活性が生まれつき弱いため、飲酒により発生したアセトアルデヒドが適切に処理されないことにより腫瘍発生につながります。治療対象となる患者の年齢は比較的高齢層が多く、フラッシャー現象をお持ちにもかかわらず仕事のお付き合いなどで無理に飲酒をされてきた方も多く、まさにバブル期の犠牲者と言っても過言ではないと思います。

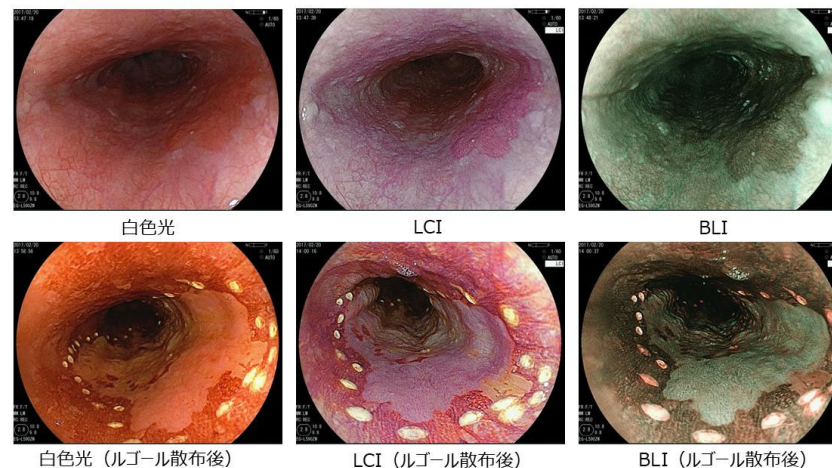
通常内視鏡でフラッシャーである方を見破るのは容易ではありませんが、食道全体の血管透過性が低下しているような症例では、すでにまだら食道と言われる腫瘍発生の母地ができつつある可能性があるため、「飲酒後に顔が赤くなりませんか」と問診すると良いと思います。しかしながらALDH2の活性が低い方でも、飲酒習慣と共に次第にフラッシャー現象が目立たなくなる方もいますので、正確には「若いころは飲酒後に顔が赤くなっていませんでしたか」と聞くのが正しいかもしれません。内視鏡検査前の問診事項にフラッシャーの有無を入れておき、その情報を内視鏡医に伝えることも早期の食道がん発見の契機になると思います。

このようにリスクファクターから対象を絞り込むことが重要になります。白色光観察では淡い発赤領域や血管透過性の低下した領域などで気づくことがありますが、白色光観察のみで「内視鏡治療で治癒する食道癌」を発見することは容易ではありません。よって食道のスクリーニングでは画像強調内視鏡（NBI、BLI）を用いることが必須と言っても過言ではありません。発見の契機はbrownish areaといわれる色調変化の存在になります。画像強調内視鏡で領域性を持ったbrownish areaがあるときに、近接観察でdot状の血管変化が目立てば生検の対象になります。このdot状所見はloopの保たれたIntrapapillary capillary loop(IPCL)という食道粘膜の上皮下乳頭内のループ状の毛細血管の腫瘍性変化を反映しています。IPCLのloopが保たれている時は食道癌のEP(上皮)/LPM(粘膜固有層)の浅い深達度にとどまりますので、絶対的な内視鏡治療の適応になります。また食道は長いトンネルのような臓器ですので、パンパンにガスを入れた状態では接戦方向での観察になります。特に内視鏡抜去時の食道観察では少し虚脱させて観察することが、よりbrownish areaが見えやすくなるコツになります。

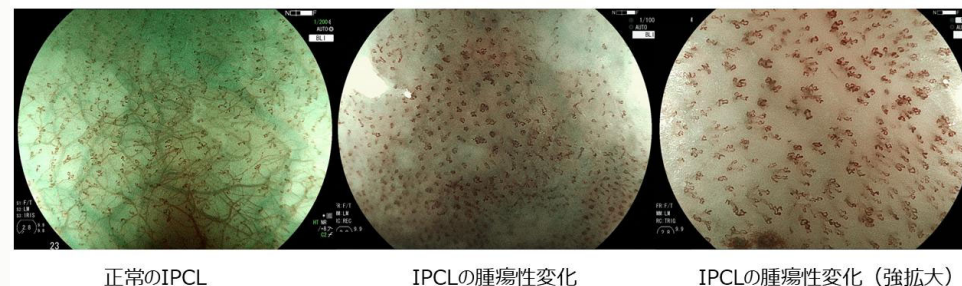
当院では富士フィルム社製の内視鏡システムを採用しています。富士フィルム社ではCAD EYEというAI診断も実臨床では使用可能となっています。AIにおいても白色光では食道癌の感度が低かったので、LCIとBLIでAI診断を用いることができるよう設計されており、当院でも診断の補助に使用しています。

食道扁平上皮腫瘍はグリコーゲンが枯渇しており、ルゴールを散布するとこのbrownish areaは不染になり、さらに3分間程度経過すると淡い桃色に変色(pink color sign)します。これは治療対象である扁平上皮腫瘍であることを示しています。しかしルゴールは刺激性があり、検診やスクリーニングで全例ルゴールを撒くのは検査時間の延長の観点からも現実的ではないので、まずはbrownish areaが観察された時は、生検を行うと良いと思います。SIN(Squamous intraepithelial neoplasia)以上が検出されるようなら、拡大内視鏡での精密検査へと進みますので、消化器内科へご紹介ください。

食道扁平上皮癌の各モダリティーでの見え方の違い



IPCL



次号テーマ

食道扁平上皮癌の拡大診断と内視鏡治療

整形外科センター

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

整形外科センター 助教 駿河 誠



【“No More ACL Reinjury” 再断裂リスクの高い前十字靭帯損傷に対する新たな治療戦略 — 外側補強術(LEAP)の役割 —】

☆ 外側補強術(LEAP)とは

前十字靭帯(ACL)再建術は手術手技やリハビリテーションの進歩により、多くの症例で競技復帰が可能となっています。一方で、術後再断裂率は5~20%と報告されており、若年スポーツ選手を中心に依然として重要な課題です。

近年、ACL再建術にLEAPを併用することで再断裂率を低減できることが複数の研究で報告され、海外を中心に広く普及しつつあります。当科でも、再断裂リスクの高い症例に対して積極的にLEAPを併用しています。

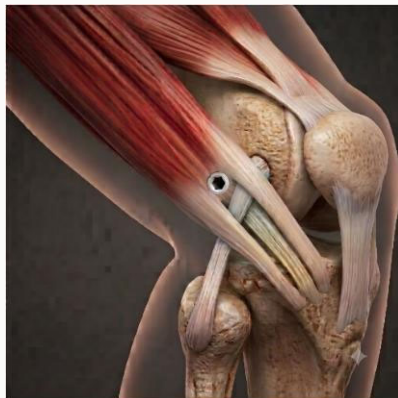
LEAPには様々な種類の手術がありますが、広く普及している手術は腸脛靭帯を使用する前外側腱固定術(Lateral extra-articular tenodesis: LET)、そしてハムストリング腱を使用する前外側靭帯(Antero-lateral ligament: ALL)再建術です。当院では症例に応じてどちらの手術も対応しておりますが、LETを基本術式としております。

☆ LEAPを検討する主な症例

以下のような症例ではACL再建後の再断裂リスクが高いことが知られています。

- ・ 若年者
- ・ ピボット動作の多い競技
(サッカー、バスケットボール、ラグビーなど)
- ・ 膝関節過伸展
- ・ 高活動レベルのアスリート
- ・ 全身関節弛緩性を有する症例 など

これらの症例では、LEAPを追加することで再断裂率や残存回旋不安定性を有意に減少させることが報告されています。



LETの術式
腸脛靭帯を約1cm幅で切離し、
外側側副靭帯の下を通して固定します

☆LEAPの報告

2026年American Journal of Sports Medicineに掲載されたsystematic review / meta-analysis では、エリートアスリートにおいてACL再建術にLEAP(LET/ALL再建)を追加することで、再断裂率は14.0%から5.0%へ低下し、再断裂リスクは65%減少したと報告されています。

D'Ambrosi R, et al. Am J Sports Med. 2026

☆当科の取り組み

当科では、腸脛靭帯を用いたLETを独自に改良した術式で施行しています。膝関節外側に約8cmの皮膚切開を加えて、腸脛靭帯を外側側副靭帯の下に通して、腱固定用のスクリューにて固定をしております。本術式はArthroscopy Techniques誌に採択されており、近日中に公開予定です。

Suruga M, et al, Arthroscopy Techniques, 2026 in press

LET導入以降、当科におけるACL再建後の再断裂率は5%未満で推移しています。

ACL損傷に対しては、年齢やスポーツ活動性、関節弛緩性などを総合的に評価し、グラフト選択やLET併用の適応を個別に判断しています。

☆LEAPの術後リハビリテーション

退院後の通院リハビリテーションはご紹介いただいた先生のクリニックにて行っていただいております。LEAPを追加した場合のリハビリや復帰時期に関しては、ACL再建単独と変わりありません。リハビリテーションにおける注意点として、手術直後は膝関節外側に若干のかたさを自覚することがありますが、通常は適切なリハビリテーションを行うことで、経過とともに徐々に軽減していきます(※効果や経過には個人差があります)。

☆当科では以下のような患者様にLEAPを検討しております

- ・ 若年アスリートのACL損傷
- ・ ACL再断裂例
- ・ ピボットスポーツ復帰を強く希望する症例
- ・ 関節弛緩性や膝過伸展を伴うACL損傷
- ・ 再断裂リスクを考慮した手術適応について相談したい症例

患者さんの背景に応じた最適な術式を選択し、安全な競技復帰と再断裂予防を目指して診療を行っています。

☆お知らせ・次号予告

次号は、上肢グループ(手外科)が担当いたします。

アイセンター

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

アイセンター 助教 町田 弓美子

【糖尿病網膜症に対する当院の治療戦略】

— 抗VEGF治療・網膜光凝固術・小切開硝子体手術 —

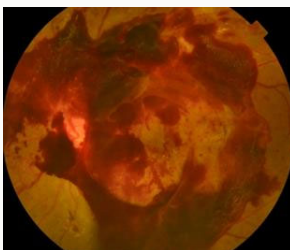
糖尿病網膜症に対する治療は、病期と病態に応じて治療を組み合わせる時代になっています。日本大学病院アイセンターでは、非増殖糖尿病網膜症(NPDR)から増殖糖尿病網膜症(PDR)まで、抗Vascular Endothelial Growth Factor(VEGF)薬治療、汎網膜光凝固(PRPP)を含む網膜光凝固術、小切開硝子体手術(MIVS)を組み合わせ治療戦略を立てています。本号では、糖尿病網膜症の病態分類ごとの最新治療アプローチや、大学病院としての特色ある集学的医療体制、さらに現在国内外で注目の集まる「黄斑浮腫(DME)を伴わないNPDRに対する早期介入・治験動向」についてご紹介いたします。

1. NPDR・PDRにおける病期・病態別治療

糖尿病網膜症は、網膜微小循環障害の進行度と新生血管の有無により非増殖糖尿病網膜症(NPDR)と増殖糖尿病網膜症(PDR)に大別されます。病期ごとの治療目標は明確に分かれますが、失明予防にとどまらず、「良好な視機能(QOV)の維持」を実現するため、当科では以下のアプローチを実践しています。

① NPDRに対する低侵襲治療とDME治療

従来の網膜光凝固術に起因するatrophic creepや視野狭窄を最小限に抑えるため、パターンスキャンレーザーを導入しています。また、DMEに対しては抗VEGF薬硝子体内注射を第一選択として早期導入します。薬剤選択(アイリーア®8mg、バビースモ®、ベオビュ®等の長作用型含む)や投与プロトコルの最適化を個別に行います。



重症増殖糖尿病網膜症

② PDR難症例に対するMIVS

PDRでは、新生血管の活動性、網膜虚血、硝子体出血、線維血管増殖膜、牽引性網膜剥離、黄斑浮腫などを評価し、抗VEGF治療、PRPP、硝子体手術の適切な組み合わせとタイミングを検討します。当院ではPDRに伴う難治性の硝子体出血や増殖膜による牽引性網膜剥離に対し、25G/27G MIVSを行っています。広角観察システムと手術前の抗VEGF薬硝子体内注射を組み合わせることで、術中・術後出血のリスクを減らし、低侵襲・短期入院を可能にしています。



増殖膜処理の様子

2. 大学病院ならではの強み:学内集学的医療体制

糖尿病網膜症は「全身性血管病変」の一相です。当科では糖尿病内科・腎臓内科・循環器内科等と情報共有を行い、リスク管理を厳重に行っております。特に血糖コントロール不良の方には1週間ほど早め入院していただき、糖尿病内科と併診、厳格な血糖コントロールを行いながら手術施行の方針としております。

3. 注目される最新動向:DMEを伴わないNPDRへの予防的介入と治験

従来、DMEを伴わないNPDRでは、血糖・血圧などの全身管理と定期的な経過観察を基本とし、網膜症が進行した場合に治療を行うことが標準とされてきました。一方、近年では、視力低下や失明に至る前に網膜症の進行を抑制する早期薬物介入が注目されています。PANORAMA試験では、黄斑浮腫を伴わない重症NPDRに対する予防的抗VEGF治療により、PDRへの進展や視力を脅かすCI-DMEなどの合併症が有意に減少しました。しかし、Protocol Wでは、こうした進行抑制が4年間の視力改善にはつながらないことが示されました。

そのため、すべての重症NPDR患者に一律に予防的抗VEGF治療を行うのではなく、進行リスクの高い患者を選択して早期介入する、より個別化された予防戦略が重要です。今後は、注射や通院・医療費の負担を抑えながら、持続的に進行を抑制できる低侵襲な予防法の確立が求められています。

【当科での先進的取り組み】—最新の治験への取り組み—

上記のような臨床課題を受け、現在当科ではNPDRを対象とした最新の臨床試験を推進・実施しております。DMEを伴わない中等度～重度のNPDR患者を対象としたファリシマブの有効性および安全性を検討する臨床試験であり、糖尿病コントロール良好、増殖組織を伴わず、眼底写真で網膜内細小血管異常を認める患者様がいらっしゃいましたらぜひご相談いただけますと幸いです。本治験・研究を通じて、将来の視力障害リスクが高いNPDR患者様に対して、早期段階から安全かつ先進的な選択肢を提供することを目指しております。

—先生方へのご案内(ご紹介・病診連携のお願い)—

- 「最新の臨床試験」適応の可能性があるNPDR症例
- 視力が良好でも、眼底所見上NPDRが進行している症例
- 新生血管を認める、またはPDRへの進行が懸念される症例
- PRPPの導入時期や抗VEGF治療の併用について判断に迷う症例
- 硝子体出血、増殖膜、牽引性変化を認め、外科的治療の検討が必要な症例



アイセンター 手術風景

上記患者様がいらっしゃいましたらぜひご紹介いただけますと幸いです。当科で詳細な検査・評価および治療(治験エントリー含む)を行い、病状が安定しましたら速やかに先生方のもとへ逆紹介させていただく、双方向の連携を深めてまいります。

連携メッセージ

糖尿病網膜症を「進行してから手術する疾患」としてだけでなく、NPDRからPDRまで連続した病態として捉え、抗VEGF治療・PRPP・硝子体手術、さらに治験を含む選択肢の中から、患者さんごとに治療戦略を立てています。

糖尿病・肥満症治療センター

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

センター長 准教授 藤城 緑



【診療報酬改定と1型糖尿病の医療費助成】

■ トピックス: 令和8年6月診療報酬改定による算定ルール変更と、患者さんの負担を軽減する各種助成制度の最新動向

1型糖尿病先進医療の継続と負担軽減に向けて

1型糖尿病治療では、インスリンポンプ(CSII/AID)や持続血糖測定器(CGM)などの先進的医療機器の普及に伴い、患者さんの血糖コントロールやQOLは飛躍的に向上しました。

一方で、長期にわたる高度医療機器の使用は治療費の負担増という課題を伴います。今月は、**令和8年6月診療報酬改定**での「3か月分算定ルール」の拡充と、**障害厚生年金(3級)**や東京都を含む最新の**公的医療費助成制度**の活用法を詳しく解説いたします。

【改定の要点】

在宅療養指導管理材料加算が3月分算定可能に！

これまで、原則月1回(一部2月に2回)の算定に制限されていた各種機器の材料加算が、令和8年6月より「**3月に3回に限り算定可能**」へと見直されました。

▶対象機器

AID・CSII・CGM関連加算(携帯型ディスプレイザブル注入ポンプ加算、持続血糖測定器加算など)



出典: Diabetes Farma



出典: 日刊工業新聞

出典: 日本メトロニック(株)



出典: テルモ(株)



【改定による診療・患者さんのメリット】

▶通院スケジュールの柔軟化

学業や仕事で頻繁な通院が難しい1型糖尿病患者さんにおいて、3か月サイクルでの処方算定が可能となることで、ライフスタイルに合わせた継続的治療がより容易になります。

▶高額療養費制度とのスムーズな連動

先進機器のセンサーやリザーバー等の材料費を3か月分取りまとめて受診する際、高額療養費制度の「自己負担上限額」を活用しやすくなり、実際の年間医療費の抑制につながります。

【東京都独自の先進的な医療費助成策】

▶1型糖尿病妊婦への機器費用助成

東京都では**2026年7月**より、妊娠中の1型糖尿病患者さんに対し、インスリンポンプやCGMの自己負担分の加算助成を開始しました。

- ・シリンジポンプ加算助成: 月額最大 8,000円
- ・持続血糖測定器加算助成: 月額最大 18,000円



出典: 糖尿病リソースガイド

▶マル乳・マル子・マル青 / マル障害

高校生世代までの医療費無償化・低額化(マル青等)に加え、併発した障害手帳(腎臓等)保有者への「マル障害」により、都内住民の負担軽減が手厚く図られています。

【その他の公的助成】

▶障害厚生年金(3級)

初診時に厚生年金加入の方が対象です。内因性インスリン分泌枯渇(血清Cペプチド<0.3ng/mL等)かつ、コントロール難渋等の条件を満たすと障害3級認定の対象となります。

▶高額療養費制度

毎月の医療費が自己負担上限額を超えた場合、超過分が払い戻されます。「限度額適用認定証」の事前取得により、窓口での支払いをあらかじめ上限額までに抑えることが可能です。

【制度の重層的組み合わせで実現する実質的負担軽減】

「在宅療養指導管理材料加算」が3月に3回分まとめて算定できるようになったことで、「**高額療養費制度**」の限度額判定を最大限に活用できる月を作ることが可能となりました。さらに、自治体や東京都の独自助成(妊婦向け助成・小慢・マル障害等)や**障害厚生年金(3級)**などの経済支援を組み合わせることで、1型糖尿病患者さんの経済的ストレスを大幅に抑えた治療を継続可能です。

■ 当センターにおける包括的サポート体制

▶**最新機器の導入と導入後フォロー**: AID(自動インスリン投与)やリアルタイムCGMの適切な機種導入および日常の血糖解析・処方調整を行います。

▶**多職種連携チーム(医師・看護師・MSW・管理栄養士)**: 治療だけでなく、使える助成制度や申請手続きについて医療ソーシャルワーカー(MSW)が直接ご相談に応じます。

▶**かかりつけ医の先生方との密接な逆紹介連携**: 病状が安定し、助成制度や機器運用が定着した段階で、速やかにご紹介元の先生方へ共同管理のご案内・逆紹介を行います。

■ 地域の先生方へのメッセージ & ご紹介のポイント

1型糖尿病治療や高度機器導入、公的助成制度の活用について、お気軽にご相談ください。

小児科

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

小児科 准教授 鈴木潤一

[小児の低身長・成長障害]

低身長は小児期に比較的良好とみられる相談内容ですが、その背景には家族性低身長や体質性思春期遅発症など生理的なものから、成長ホルモン分泌不全症、甲状腺機能低下症、Small for Gestational Age(SGA)性低身長症、染色体異常、骨系統疾患、慢性疾患など治療介入が必要な疾患まで幅広い原因があります。成長障害は早期診断・早期治療が最も重要であり、地元かかりつけの先生方との連携が不可欠です。

連携診療で共有したいポイント

診療では、身長のみでなく、成長曲線の推移、年間身長増加速度(成長率)、出生時体格(SGAの有無)、両親の身長、思春期発来状況、慢性疾患や内服歴、家族歴などを確認することが重要です。成長曲線上で身長が-2SD未満、あるいはSDラインを横切るように低下する場合は、病的低身長・成長障害を疑います。

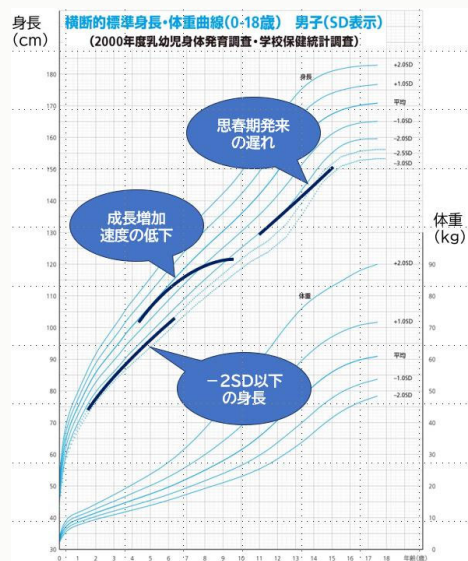
紹介前に実施いただける検査として、血算、生化学検査(肝・腎機能など)、甲状腺機能(TSH・FT4)、ソマトメジンC(IGF-1)、尿検査などをご確認いただくことで診療が円滑になります。ただし、成長曲線から病的低身長が疑われる場合には、検査前でも早期の紹介をご検討ください。

早期紹介を検討したいサイン

以下のような場合には早期紹介をお願いいたします。

- 身長<-2SD
- 身長増加速度の低下
- 思春期遅発
- 特徴的身体所見(外反肘、翼状頸、四肢短縮など)
- SGA出生で3歳以降も低身長
- 慢性疾患を伴う低身長

これらは成長ホルモン治療など専門的治療の適応となる可能性があります。



当院で提供できる診療

当院小児科では、内分泌専門外来による低身長診療を行っています。

対応可能な診療内容 低身長・成長障害の精密検査および治療

- 成長ホルモン分泌刺激試験
- 骨年齢評価
- 染色体検査
- 遺伝学的検査
- MRI等画像検査
- 成長ホルモン治療の導入
- ターナー症候群・ヌーナン症候群・低リン血症くる病・軟骨無形成症などの専門診療

診断後は診療情報を速やかに共有し、専門的治療が不要であっても継続フォローが必要な場合は、かかりつけ医との共同管理・逆紹介を積極的に行っています。

紹介のタイミングのポイント

かかりつけ医での評価		紹介の目安
学校健診	低身長を指摘	成長曲線で-2SD以下または成長速度低下
外来フォロー	身長増加量の低下	半年~1年でSDラインを下回る
乳幼児健診	SGA出生児	3歳時点でキャッチアップが不十分
思春期	二次性徴遅延	成長促進(スパート)開始の遅れ

今月の連携メッセージ

低身長の診療では、「現在の身長」だけではなく、「どのような成長をしているか」を評価することが極めて重要です。成長障害は早期に診断することで治療効果が大きく改善する疾患が少なくありません。地域の先生方には成長曲線を積極的にご活用いただき、病的低身長が疑われる症例は早めにご紹介いただければ幸いです。当院では診断から治療、治療後の地域連携まで一貫した診療体制を整え、先生方とともに子どもたちの健やかな成長を支えてまいります。

お知らせ・次号予告

次号テーマ(予定)：気管支喘息

関連セミナー：第35回ちよだ小児疾患検討会 10月7日(水)19時~ 日本大学病院5階大会議室

循環器病センター(心臓血管外科)

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

循環器病センター 心臓血管外科
助教 曾川 正和



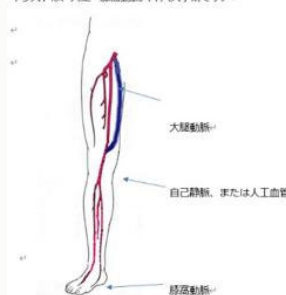
【閉塞性動脈硬化症と下肢静脈瘤】

血管の病気は、胸部大動脈瘤、腹部大動脈瘤といった大血管治療も行っていますが、末梢血管の治療も行っています。さらに、末梢血管の病気としては、発症6時間以内に治療が必要な急性動脈閉塞症、閉塞性動脈硬化症、末梢動脈瘤などの動脈疾患、重症になると命に関わる深部静脈血栓症、非常に罹患率が高い下肢静脈瘤などの静脈疾患、慢性的に足がむくむリンパ浮腫などのリンパ系疾患があります。

閉塞性動脈硬化症の治療について

閉塞性動脈硬化症は、下肢の動脈が動脈硬化により狭くなったり、詰まったりする状態です。それより先に血液が十分に行かないため、歩いていると足が痛くなったりします。よく足が悪くなったと整形外科を受診する方が多いのですが、血管の病気です。治療法は、カテーテル治療とバイパス手術の2つがあります。カテーテル治療は、狭くなった動脈にガイドワイヤーという細い針金を通し、そのガイドワイヤーに沿って風船(バルーン)を進め、狭いところで広げてやる治療です。手術は、狭くなった血管の部位を挟んで人工血管や自分の静脈を用いてつなげてやることにより血流を迂回(バイパス)させ、血液不足の部分に血液を流してやる手術です。特に、足の皮膚潰瘍や壊疽を生じている患者さんは、緊急対応が必要です。

イラストは、大腿-腓骨動脈バイパス手術です。



下肢静脈瘤手術について

「立った状態で足に太い静脈が浮き出ている。」といった症状は、下肢静脈瘤です。足の静脈にある弁が壊れ血液が逆流すると、静脈に圧がかかりこぶ状にふくらみ下肢静脈瘤ができます。症状としては、足がつる、重い、疲れやすい、痛いなどがあります。現在、下肢静脈瘤の治療は、血管内治療が主流です。日本大学病院心臓血管外科では、血管内焼灼術(しょうしゃくじゅつ)を行っています。静脈瘤の原因となっている静脈をレーザーまたは高周波で焼いて潰します。「血管内焼灼術」は、局所麻酔をかけて、静脈内に専用のカテーテルを挿入して、静脈を焼きながらカテーテルを抜いてきます。最近では、血管内塞栓術といって、静脈瘤内を糊で固める治療も行っています。以前から静脈瘤と気づいていてもどこで治療してもらえるかわからず、放置されていることも多い疾患です。



脳神経外科

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

脳神経外科 准教授 児玉 智信

【頸動脈狭窄症】

血行再建術の2大選択肢

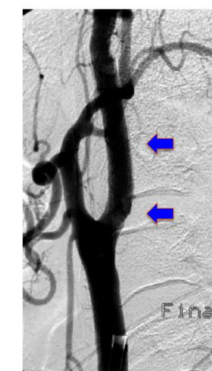
- ◆ CEA(頸動脈内膜剥離術):直視下、プラークを除去。解剖学的リスク(高位病変など)がない症例に優位。
- ◆ CAS(頸動脈ステント留置術):カテーテルでステントを留置。低侵襲で、高齢者や心疾患などの全身合併症リスクが高い症例(CEA high-risk)

生活習慣病のコントロール中、あるいは心血管疾患を合併している患者さまで、頸部の血管雑音(bruit)を聴取したり、一過性の神経症状を訴えたりした場合は、頸動脈エコーをご考慮ください。

下記の基準を満たす場合は脳神経外科に相談をお勧めします。



治療前



治療後

CAS治療前後

紹介・血行再建術の適応基準

- 症候性(過去6ヶ月以内にTIAまたは脳梗塞の発症あり)
 - ・狭窄率 50%以上:血行再建術(CEA/CAS)の適応(早期の治療介入を推奨)
 - ・狭窄率 50%未満:強力な内科的治療(BMT)による経過観察
- 無症候性(検診や他疾患の精査などで偶然発見)
 - ・狭窄率 60~70%以上:プラークの脆弱性、期待できる余命期間、対側病変等を考慮し血行再建術を検討
 - ・狭窄率 60%未満 :強力な内科的治療(BMT)による経過観察

※ 強力な内科的治療(Best Medical Therapy: BMT)抗血小板薬の投与、高用量スタチンによる脂質管理(LDL強力低下)、厳格な降圧・血糖管理、禁煙指導

循環器病センター(循環器内科)

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

循環器病センター長 循環器内科
教授 松本直也



[心疾患と心臓画像診断について]

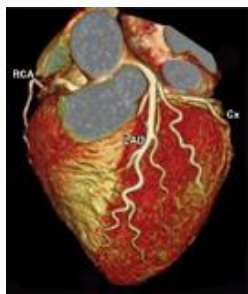
循環器疾患においても低侵襲治療を希望される患者さんが本質的に多いです。治療だけでなく診断においてもエコーや放射線機器を初めとして低侵襲な診断法が全盛となっています。

心疾患の鑑別診断の入り口は、虚血性または非虚血性であるかということになります。いわゆる冠動脈に起こる動脈硬化が元で起こる虚血性心疾患を診断するためには、冠動脈造影CTまたは負荷心筋シンチグラフィ検査が必要です。前者はヨード造影剤を使用するためCKD G3bの患者さんへの使用は慎重投与となっております。当院では320列CTを使用しガントリ1回転で極めて短時間に心臓の撮影を行うことが可能で造影剤量も少なくできます。また冠動脈石灰化の強い場合または疾患の推定存在確率が高い場合には負荷心筋シンチグラフィ検査が選ばれ、アイソトープを使用し心筋血流を可視化します。当院ではSpectrum Dynamics Medical社製のD-SPECTという心臓専用ガンマカメラを使用しており、従来装置よりも高感度であることから鮮明でアイソトープの減量が可能です。本検査を読影する松本直也と鈴木康之は米国心臓核医学会認定医(CBNC)を米国留学時に取得し現在も継続保持しています。

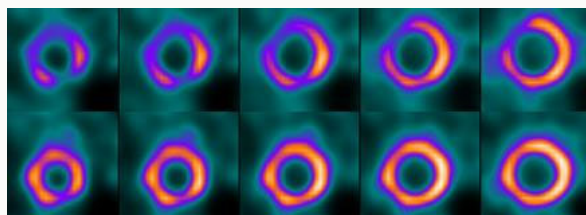
これらの検査が陰性であれば非虚血性心疾患と考えられるため造影MRI検査が必要になりますがCTと同様にCKD患者さんではガドリニウム造影剤が使用できません。1次性・2次性心筋症では心筋の線維化が心機能低下の原因になっていることが多く、心臓MRI検査ではこの心筋の線維化を映像化可能です。心臓のMRI検査が得意ではない施設もありますが当院では1.5TのMRIにて実施しています。心サルコイドーシスは心筋の炎症性疾患ですが診断・治療効果判定にはFDGというアイソトープを使用したPET/CT検査が必要ですが当院では実施可能です。

当科では心疾患のetiologyを検索する際に他院に紹介することは無くすべて当院で完結できます。

冠動脈造影CT



負荷心筋シンチグラフィ検査(LAD領域の虚血心筋)



日本大学病院 PET-CT検査 予約・依頼のご案内

他施設からのPET-CT検査予約を円滑に進めるため、手順、必要書類の記載事項、および検査別の制限事項を正確に伝えるガイドです。事前の電話確認と正確な情報が記載された診療情報提供書の送付が必須です。

① PET-CT検査専用ダイヤルへ お電話ください



03-5577-3541

(PET-CT検査室受付)。
受付時間：月～金 8:30-16:00 /
土 8:30-12:00。まずは電話での
枠確保がスタートです。

② 空き状況の確認



オペレーターと相談し、
希望日または最短で取得
可能な日程を決定してく
ださい。

③ 診療情報提供書の作成 (必須項目の確認)



- ・医師の確認サイン
- ・ADL自立または介助の有無
- ・患者体重

以下の3点は記載漏れが多いため、必ず
記入してください。

④ 医療連携室へFAX送付



03-3293-1742

日時決定後、速やかに送信してください。

検査別ルール一覧表

検査の種類	予約締切 (12:00まで)	食事制限	キャンセル料 (薬剤名)
FDG-PET	前日 (月曜日は金曜)	5時間前から絶食(水は可)	40,000円 (FDG)
認知症-PET	前日	制限なし	175,000円 (ビザミル)
GBM-PET	金曜 (※火曜のみ実施)	制限なし	330,000円 (アキュミン)
検診PET-CT	10日前	5時間前から絶食(水は可)	40,000円 (FDG)

重要事項・注意事項

当日キャンセル不可・前日12:00までの連絡徹底

高額な薬剤を事前発注するため、当日キャンセルは薬剤料が全額負担
となります。入院等で変更がある場合は速やかにご連絡ください。



FDG-PETの食事制限について

検査5時間前から絶食(インスリン注射も制限対象)です。糖分のない水
のみ摂取可能です。

内科(神経内科)

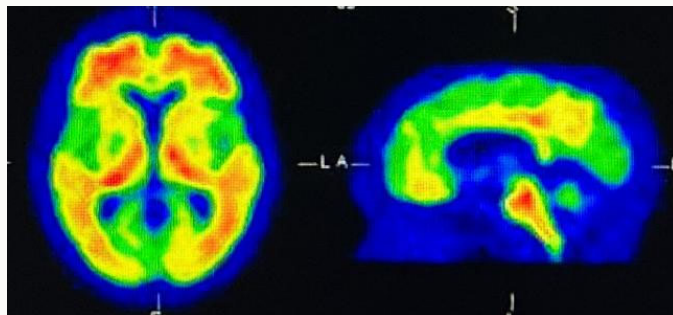
先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

内科科長 診療教授 小川克彦

【軽度認知機能低下患者の治療】

軽度認知障害(MCI/mild cognitive impairment)

MCIとは、正常と認知症の間の状態で、物忘れが出てきてはいるが日常生活は自立している状態を指します。訴えとしては、先程言ったことを忘れるという近時記憶低下が多くみられ、軽度ですが生活や仕事に支障が生じています。進行するとアルツハイマー病に移行します。従って、MCIの状態を確認して早期からの治療を行うことにより、アルツハイマー病への移行を遅らせることにつながります。最近、「物忘れをするようになった」という症状で受診した患者さんに対しては、簡易的な知能試験(当院では MMSEJ:MMSE の日本版)とMRI検査を行います。PET検査と呼ばれる画像診断を行うことが当院でも可能になり、検査数も徐々に増えてきています。PET検査では、アルツハイマー病の原因物質の一つであるアミロイドβ(ベータ)を検出することができます(図)。MCIの段階において、アミロイドβが神経細胞の周囲に沈着して情報伝達を阻害します。さらに数年ほど経過すると神経細胞内ではタウという毒性のタンパク質が蓄積し、アルツハイマー病の発症につながります。つまりアミロイドβの沈着はアルツハイマー病が発症する数年前から発生し、MCIの発症と関係していると考えられています。このような病態の解明から、治療としてアミロイドβを除去する抗アミロイドβ薬の投与が近年行われるようになり、当院でも施行可能になりました。当院では、認知症の診断・PET検査を含む画像検査・抗アミロイドβ薬の点滴投与まで行うことが可能です。また、認知症に至っている患者にも従来の加療を行なっています。物忘れ症状を単なる「年のせい」ではなく「一疾患」として考え、治療に臨む姿勢が大切です。物忘れ症状が以前に較べ進んできた際には「年のせい」として経過をみるのではなく、一度受診して頂き検査を受けて頂くことをお勧めいたします。当院での神経内科は内科でのご予約になり、様々な神経疾患を診断加療しております。以前に較べ物忘れが出てきたを訴えている患者様がおりましたら、ご気軽に紹介ください。



脳腫瘍・頭蓋底センター

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

脳腫瘍・頭蓋底センター 教授 大谷直樹

【見逃されやすい初期症状から見つける頭蓋底疾患】

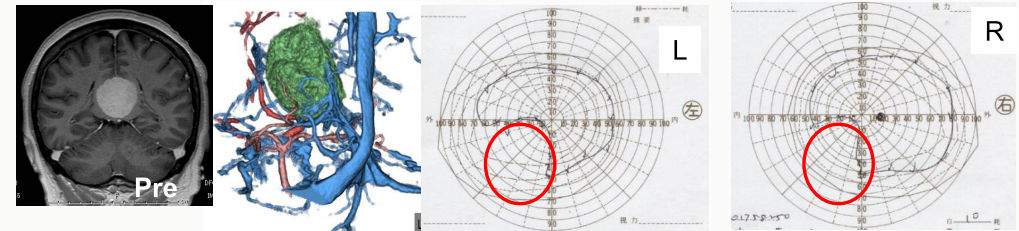
「老眼・白内障」に隠れた視野欠損

両耳側半盲:両目の外側(耳側)の視野が欠ける。

患者自身は「最近よく物にぶつかる」「横から来る車や歩行者に気づきにくい」と訴えることが多いです。

緩徐な視力低下:メガネを新調しても一向に視力が合わない。

眼科的検査で眼球自体(白内障や緑内障など)に明確な原因がない視力・視野障害がある場合、速やかに脳神経外科に相談をお勧めします。



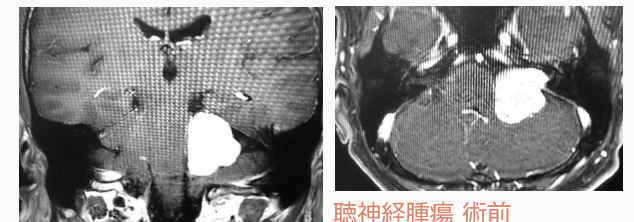
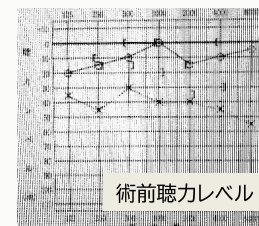
突発性難聴・加齢性難聴とされがちな「片側の違和感」

片側性の進行性難聴:数ヶ月～数年かけて、じわじわと片方の耳だけ聞こえが悪くなる。「電話の声をどちらの耳で聞いているか」の間診が有効です。

片側性の耳鳴り:キーンという高音の耳鳴りが片側だけ持続する。

軽度のふらつき・浮動感:ぐるぐる回る回転性めまいではなく、「歩くとフワフワする」「なんとなく足元がおぼつかない」という緩徐な症状が特徴です。

片側性の耳鳴り・難聴が持続する場合や、一般的なめまい薬で改善しない浮動感がある場合は、聴力検査の有無にかかわらず、MRI精査で頭蓋内評価を行います。



放射線治療・放射線科・放射線部

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

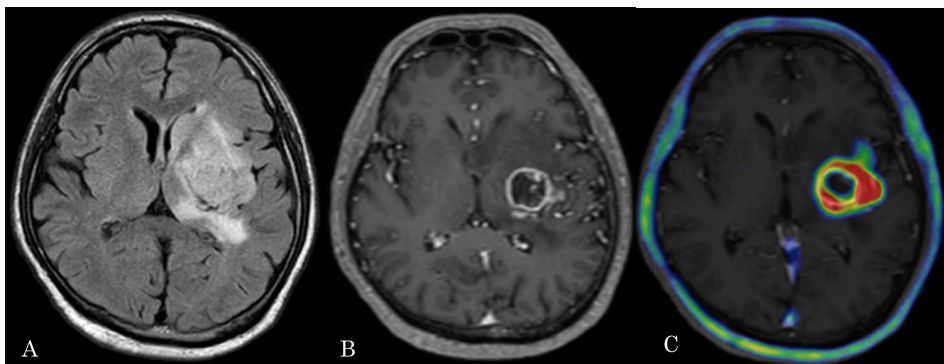
放射線科科長 准教授 小橋 優子

【悪性神経膠腫の術前にフルシクロビンPET】

悪性神経膠腫は年間10万人あたりおよそ2-3人発症する非常にまれな腫瘍ですが、原発性悪性脳腫瘍の中では最も高頻度ながんです。フルシクロビンPETは悪性神経膠腫が疑われる患者における腫瘍の可視化を行います。フルシクロビンPETはMRIと共に腫瘍摘出術のための切除範囲決定のために行われる重要な検査になります。

フルシクロビンPETは脳内のアミノ酸代謝を画像化した検査です。フルシクロビンは代謝を受けない非天然型アミノ酸に18Fを標識した薬剤で、脳内のアミノ酸トランスポーターを介して細胞内に入ります。腫瘍細胞の場合は正常の脳細胞よりアミノ酸代謝が亢進しているため、高集積となります。

フルシクロビンPET(アキュミンPET)



* Glioblastomaを強く疑われ、切除範囲決定のためにフルシクロビンPET施行
FLAIR画像(A)では腫瘍の周囲に浮腫性変化が広がっており、腫瘍の浸潤がどこまであるか判断と
しません。造影MRI(B)でリング状に造影されている範囲は腫瘍細胞が存在していると分かります。
フルシクロビンPET(C)ではリング状の造影効果の周囲にも厚く集積が認められ、実際の腫瘍の広
がりはいくらか大きいことが分かります。

フルシクロビンPETを保険適応で行う場合は以下の条件があります

- ・ 初発の悪性神経膠腫を強く疑う症例であること。
- ・ 腫瘍摘出術が予定されていること。
- ・ 磁気共鳴コンピューター断層撮影検査(MRI)による腫瘍摘出計画時における、腫瘍摘出範囲の決定の補助のために行うこと。
- ・ 手術でどこまで安全に切除できるかを正確に評価するために、アミノ酸代謝の指標(腫瘍の可視化)として用いること。

* すでに治療を開始している場合の効果判定や、手術後の経過観察目的での検査は、保険適用外(自費診療)となります。

フルシクロビンPETの検査前の注意

1. 検査前の食事制限はありません。
2. 当日は水・お茶のみを飲用して下さい(アミノ酸を含む飲物は控えて下さい)。
3. 検査は来院後1～2時間で終了です。

各施設での総合的な診断や治療が困難な場合は、日本大学病院の脳神経外科外来で対応が可能です。
まずは当院の医療連携室までご連絡(またはご相談)ください。

医療連携室 : <https://www.nihon-u.ac.jp/hospital/relation/cooperate>

* 日本大学病院で使用している「フルメタモルPET診療情報提供書」は、下記のQRコードより取得いただけます。



呼吸器病センター(呼吸器内科)

先生方とともに、患者さんへ切れ目のない医療を届けるために

呼吸器病センター長 呼吸器内科
診療教授 辻野一郎



「呼吸困難をどう診る？ —見逃してはいけない疾患と専門医への紹介のタイミング—」

連携診療で共有したいポイント

- いつから？：急性・亜急性・慢性
- どんな時に苦しい？：労作時、安静時、臥位、夜間など
- 呼吸器症状だけか？：咳、痰、喘鳴、胸痛、発熱
- 循環器疾患を疑う所見は？：浮腫、起坐呼吸、動悸など
- SpO₂、呼吸数、脈拍などの基本評価

胸部X線、血液検査、心電図など、地域の先生方をお願いしたい初期評価での注意点は、

「呼吸困難＝呼吸器疾患のことが多いのは実際ですが、呼吸器疾患ではないことも念頭に」です。

日本大学病院 呼吸器内科でできること

呼吸困難の原因として、気管支喘息、COPD、間質性肺疾患、肺炎、肺癌などの呼吸器疾患だけでなく、心不全などの循環器疾患や血栓塞栓症など、さまざまな疾患を当初から念頭に置いて診療します。

そして、「呼吸器に関しては、肺機能検査・胸部CT → 気管支鏡・超音波内視鏡 → CTガイド下生検 → 必要に応じてPET-CT、また、必要に応じて呼吸器外科による外科的生検へ」、また、「状況に応じて循環器内科等のしかるべき当該科へ依頼・疾患受渡しも考慮」。

この様に「原因不明の呼吸困難を、段階的に精査できる体制」を整備しております。

特に、呼吸器の場合には、

- 超音波内視鏡
- CTガイド下生検
- 呼吸器外科との連携による外科的生検
- 院内PET-CT

は、「診断を早く、確実につけるための体制」としての当院呼吸器病センターの強みです。

症例から学ぶ：紹介のタイミング

場面	地域での評価	紹介を考える目安
初診時	SpO ₂ 、胸部X線、血液検査など	原因不明、低酸素血症、画像異常
治療中	症状・SpO ₂ ・画像の推移	改善しない、増悪する
慢性経過	肺機能、画像、治療反応	診断困難、治療抵抗性

今月の連携メッセージ

「呼吸困難はありふれた症状ですが、その原因は多岐にわたります。まず危険な疾患を見逃さず、必要に応じて専門的な精査につなげることが重要です。」

症状 → 初期評価 → 紹介のタイミング → 日本大学病院での精密診断 → 治療 → 地域へ逆紹介・共同管理流れの中でも、日本大学病院呼吸器病センターでは、単に「最新治療をする」だけでなく、「診断力」の強みがあります。「呼吸困難の原因を見極め、必要な検査を迅速に組み合わせ、診断から治療までつなげる」ということをモットーとしております。

お知らせ・次号予告

次号テーマ：「血痰」を予定しております。

日本大学病院 看護フェア

わたしと家族の健康広場 & ピンクリボン乳がん啓発デイ

令和8年10月12日(月・祝) 10:00~14:00

イベントの開催日時です。祝日の日中に開催されます。

場所 日本大学病院 1階ロビー

対象 地域住民の方々、外来利用者、ご家族

プログラム内容



健康チェックと 看護師への相談

血圧・血管年齢・体組成測定や、
看護師への相談を
お受けします。



乳がん啓発

「ブレスト・アウェアネス」

4つのポイント(知る・気をつける・すぐ受診・
2年に1回検診)をお伝えします。



知る



気をつける



すぐ受診



2年に1回
検診

健康啓発とキッズコーナー

スキンケア、感染予防、骨盤底筋体操、生活習慣病予防、一次救命処置など、
生活に役立つ健康づくりの情報をお届けします。

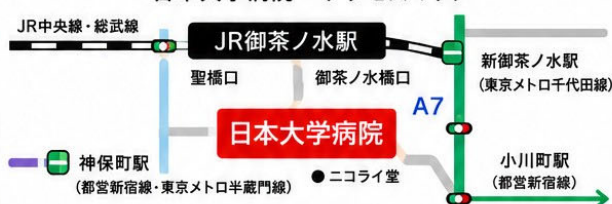
お子様向け「キッズユニフォーム体験スポット」もあります。



〒101-8309
東京都千代田区神田駿河台1-6
地下鉄/神保町・小川町駅 徒歩5分
JR/御茶ノ水駅 徒歩8分

主催 日本大学病院 看護部
看護の質向上委員会
後援 千代田区

日本大学病院 アクセスマップ



医療連携登録医師へのご登録をお願いしております。



当院では地域医療の発展のため、登録医の先生方を募集しております。特典の詳細やお手続き方法(WEB申請など)については、右記のQRコード、または当院ホームページの「医療関係者の方へ」よりご確認ください。

医療連携協力機関へのご登録はいかがですか。

日本大学病院医療連携室では、地域医療機関の皆様との病診連携の強化と更なる充実を図るため、「医療連携協力機関登録制度」を設けております。登録等の詳細につきましては、当院医療連携室までお気軽にご連絡ください。平日は夜19時まで受け付けておりますのでお気軽にお問い合わせください。

【医療機関協力機関認定証】



ご意見・ご要望:今後取り上げてほしいテーマがございましたら、医療連携室までお寄せください。

紹介患者さまの予約・お問い合わせ

外来予約センター:TEL 03-5577-3448

受付時間: [平 日] 9:00~16:20 / [土曜日] 9:00~11:00

医療連携室: TEL 03-3293-1741

受付時間: [平日] 9:00~19:00 / [土曜日] 9:00~13:00

日本大学病院 HP <http://www.nihon-u.ac.jp/hospital/>

ニュースレターは、医療関係者の皆さまに向けて、
診療連携に役立つ医学教育的情報をお届けします。

過去号および各診療センターのニュースレターは、
HP「医療関係者の方へ」よりご確認いただけます。

