日本大学病院
NIHON UNIVERSITY HOSPITAL

医療連携 ニュースレター



2026年 10月 地域医療連携だより



やくばと医療連携をご利用ください。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、関連医療機関の皆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。

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

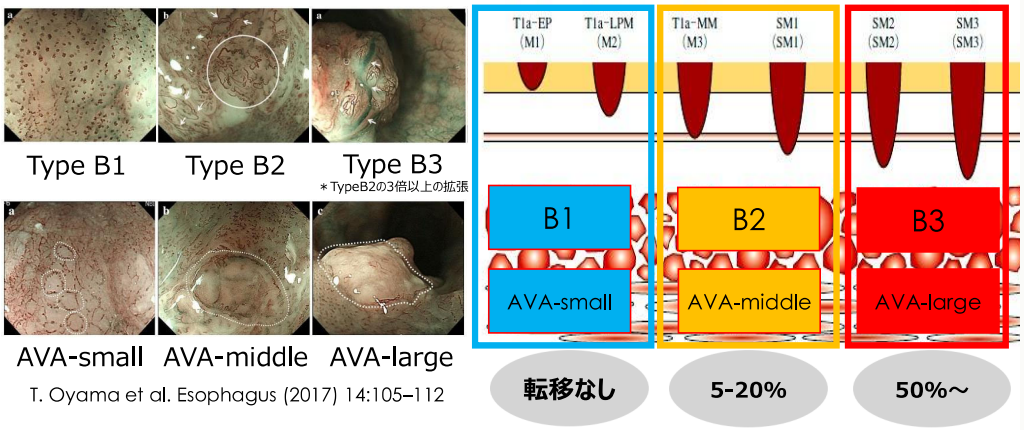
［食道扁平上皮癌の内視鏡治療］

悪性腫瘍の内視鏡治療の意義は、局所の完全切除とリンパ節転移の極めて低い病変の選別になります。内視鏡治療ではリンパ節廓清ができないので、これは全消化管における内視鏡治療の共通した大前提になります。中でも食道は長いトンネルのような臓器になるので、食道扁平上皮癌を治療するポイントは、前述したリンパ節転移リスクを想定した深達度診断と腫瘍のサイズ・周在性になります。

食道は深達度と相関する所見が拡大内視鏡で観察され、Intrapapillary capillary loop(IPCL)の腫瘍性の形態変化と無血管野（Avascular area：AVA）のサイズが深達度と相関するので、術前には拡大内視鏡検査が必須になります（図１）。リンパ節転移の極めて低い条件は深達度でEP（扁平上皮）とLPM（粘膜固有層）になります。TypeB2やAVAのmiddleになると、腫瘍が粘膜筋板（MM）まで到達していることが考えられます。食道扁平上皮癌では深達度がMMで脈管侵襲が陰性でも5%程度のリンパ節転移リスクがあることがわかっていますので、理想はEP/LPMと診断されるものを治療することです。ところが臨床的（内視鏡的）にMM/SM1と診断したものが、最終病理診断でMM/SM1となる正診率は57%しかなく、想定よりも深い（17%）こともあるのですが、想定よりも浅い（27%）こともあるわけです（図２）。よって、当院では内視鏡的にMM/SM1と診断したものはまずは内視鏡治療を行う方針としています。

もう一つは腫瘍の周在性の問題です。食道ESDの独特の合併症として、腫瘍の周在性が大きいと切除後に狭窄を起こします。食道の内視鏡治療を行うにはこの狭窄予防がとても重要になります。高容量のトリアムシノロン（ケナコルト®）を切除後の潰瘍底に局注すると狭窄形成をほぼ抑制することができます。3/4周以上の切除では必須となりますが、それ以下の周在性でも将来的な異時性異所性病変への対応を目的に狭窄予防を施すことはあります。また全周性の切除では両方併用することもあります。しかしながら安易に全周性の大型の腫瘍をESDして強固な狭窄を形成してしまうと、追加治療としての放射線治療という選択肢を患者から奪うことになるので、ガイドラインでは臨床的診断でEP/LPMなら５cm以下まで、MM/SM1では実はESDは勧められておりません。しかしながら狭窄コントロールを確実に行うことができるなら、内視鏡治療の侵襲性は低く、患者に与える恩恵はとても大きいものになります。また、当院の食道ESDの特徴はほぼ全例全身麻酔下で行なえることろです。患者にとっても内視鏡医にとってもストレスなく治療が行えています。

食道癌の治療は外科治療や化学放射線療法も重要な選択肢です。消化器内科と消化器外科だけでなく、cancer boardで放射線科とも協議して患者にベストな治療方針を決定していきます。



T. Oyama et al. Esophagus (2017) 14:105–112

図1. 日本食道学会拡大内視鏡分類

	病理学的 EP/LPM	病理学的 MM/SM1	病理学的 SM2
臨床的 EP/LPM	92.4%(661/715)	6.0%(43/715)	1.5%(11/715)
臨床的 MM/SM1	27.4%(58/212)	56.7%(118/212)	17.0%(36/212)
臨床的 SM2	0%(0/43)	9.3%(4/43)	90.7%(39/43)

Ryu Ishihara, et al. Dig Endosc. 2020 May;32(4):452-493.

図2. 拡大内視鏡による内視鏡診断MM-SM1診断精度

食道扁平上皮癌, cT1a-EP/LPM, 全周切除



全周性の食道癌、約6cm　　切除の潰瘍底　　切除検体　　8周後の潰瘍底

全身麻酔下ESD、切除時間96分
最終病理診断：Squamous cell carcinoma, pT1a-EP, 58㎜, ly0, v0, pHM0, pVM0
ケナコルト200mg注（ESD直後）、プレドニン16週内服、狭窄形成せず（バルーン拡張無し）

次号テーマ　大腸腫瘍の内視鏡治療

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

アイセンター長　診療教授　森 隆三郎

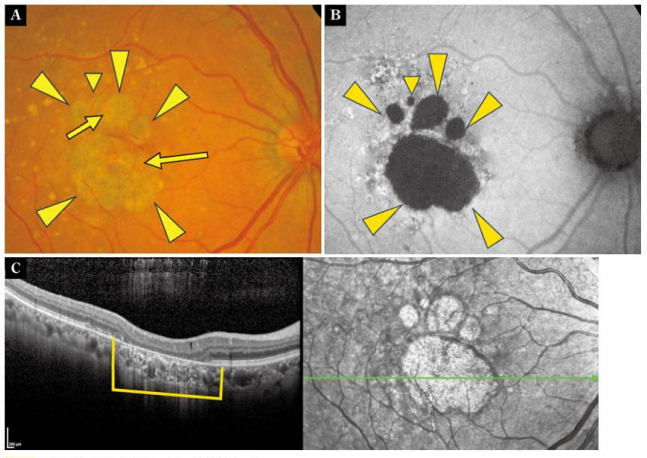
[萎縮型加齢黄斑変性の診断と治療]

― 地図状萎縮(GA)を早期に見つけ、進行を抑える時代へ ―

萎縮型加齢黄斑変性(AMD)は、網膜色素上皮(RPE)、視細胞、脈絡毛細血管板の変性・消失が徐々に進行し、境界明瞭な地図状萎縮(geographic atrophy:GA)を形成する疾患です。GAは時間とともに拡大し、中心窩に及ぶと著しい視機能低下につながります。これまで「治療法のないAMD」と考えられてきましたが、2025年に国内初のGA進行抑制薬アイザベイ®(一般名:アバシンカプタド ペゴルナトリウム)が承認され、診断後に進行リスクを評価し、適切な時期に治療介入を検討することが重要になりました。本号では、GAの診断と当院における治療の考え方をご紹介します。

1．地図状萎縮(GA)の診断:眼底・OCT・FAFを組み合わせて評価

眼底では黄斑部に境界明瞭な地図状または卵円形の萎縮巣を認め、RPEの脱色素により病巣内の脈絡膜中大血管が透見されます。OCTではRPEラインの菲薄化・消失、ellipsoid zoneや外顆粒層の消失、外境界膜の途絶、脈絡膜信号の増強が特徴です。眼底自発蛍光(FAF)ではGA部が境界明瞭な低蛍光となり、その周囲に不規則な過蛍光を認めることがあります。FAFはGA面積と拡大を追跡するうえで特に有用で、OCTと併せて中心窩への接近・進展を評価します。



眼底写真・FAF・OCTによるGAの評価(筆者提供資料より)

【鑑別で注意する病態】

Stargardt病、中心性輪紋状脈絡膜ジストロフィ、Best病、強度近視に伴う網脈絡膜萎縮、慢性中心性漿液性脈絡網膜症、外傷・光凝固瘢痕、RPE裂孔などでもGA様の萎縮を呈します。AMDに伴うGAであることを確認して治療適応を判断します。

2．GAは拡大する:中心窩に及ぶ前から進行を意識する

GAは一度形成されると自然に縮小する病変ではなく、年単位で拡大します。中心窩外にある時点では良好な中心視力が保たれていても、病変が中心窩へ近づくにつれて読書、顔の認識、薄暗い場所での見え方など日常生活への影響が増します。したがって視力値だけではなく、FAFでの病変面積・位置、OCTでの外網膜・RPE障害、経時的な拡大速度をみて将来の視機能低下リスクを評価することが重要です。

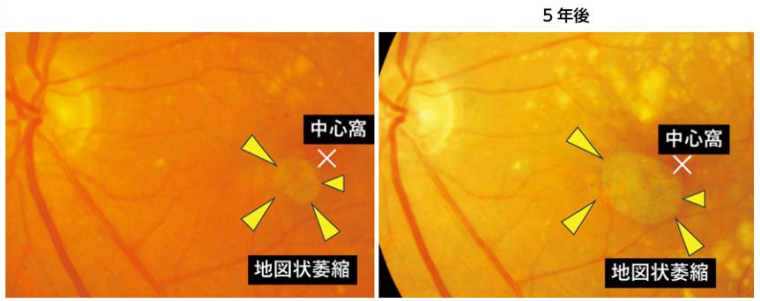


図1 萎縮型加齢黄斑変性における地図状萎縮の拡大

3．治療:補体C5阻害薬による「GAの進行抑制」

アイザベイ®は補体第5成分(C5)に結合し、C5aによる炎症反応とC5bを介した膜侵襲複合体(MAC)形成を抑制することで、GAの拡大を抑えることを目的とした硝子体内注射薬です。GATHER2試験では12か月時点でGAの平均成長速度がシャム群に比べ14.25%抑制され、24か月でも進行抑制効果が確認されています。重要なのは、すでに失われた網膜や視力を回復させる治療ではなく、今後の萎縮拡大を遅らせる治療である点です。

【国内での投与方法】 2 mg/0.1 mLを、初回から12か月までは1か月に1回、その後は2か月に1回硝子体内投与します。

投与中はOCT・FAFでGAの中心窩への拡大を評価するとともに、眼内炎、眼圧上昇、眼内炎症など硝子体内注射に伴う有害事象に加え、黄斑部新生血管(MNV)の発症にも注意して経過をみます。治療負担もあるため、病変の位置・拡大速度、年齢、視機能、僚眼の状態などを総合して適応を判断します。

―先生方へのご案内(ご紹介・病診連携のお願い)―

- **眼底で境界明瞭な黄斑部萎縮を認め、GAが疑われる症例**
- 視力は比較的良好でも、FAF・OCTで中心窩外GAを認める症例
- 以前の写真と比較して萎縮巣の拡大が疑われる症例
- 萎縮型AMDか、近視・CSC・遺伝性黄斑疾患など他疾患による萎縮か判断に迷う症例
- アイザベイ®の治療適応について評価を希望される症例

上記のような患者さん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。当科で眼底写真、OCT、FAF等を用いて詳細に評価し、GAの診断、進行リスク、治療適応を検討いたします。治療方針が安定した後は、先生方と情報を共有しながら継続的な病診連携を進めてまいります。

萎縮型AMDは「治療できない疾患」から、「GAを早期に診断し、進行を抑えることを検討する疾患」へ変わりつつあります。視力が保たれている段階でも、黄斑部に境界明瞭な萎縮を認めたら、OCT・FAFによる評価をおすすめします。

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



糖尿病・肥満症治療センター長
准教授　藤城　緑

［肥満症に対する多様な治療戦略］

■ トピックス：患者背景や合併症に応じた肥満症の集学的・個別化治療

肥満症治療では、新規GLP-1受容体作動薬やGIP/GLP-1受容体作動薬の保険適用拡大、減量・代謝改善手術の進化により、患者さんの病態や合併症に応じた個別化治療が可能となりました。
今月は、主要な5つのアプローチの要点を整理して解説いたします。

① 標準治療【ウゴービ(セマグルチド) / ゼップバウンド(チルゼパチド)】

- **処方条件（病態）：** 2型糖尿病・高血圧・脂質異常症のうち1つ以上を合併する肥満症（BMI 35 kg/m²以上、またはBMI 27 kg/m²以上で2つ以上の肥満関連健康障害を有する例）
- **処方開始のタイミング：** 認定施設（当院）初診時から**「6か月以上」**の適切な生活習慣介入治療を行っても十分な減量効果が得られない場合。2か月毎の栄養指導が必要
- **最長投与期間： ウゴービ　最大68週間 ／ ゼップバウンド　最大72週間**

② OSAS（閉塞性睡眠時無呼吸症候群）合併例【ゼップバウンド】

- **処方条件（病態）：** CPAP適応のあるOSASを合併する肥満症（BMI 27 kg/m²以上）
- **処方開始のタイミング：** 当院初診時から**「3か月以上」**の生活習慣介入後、または肥満低換気症候群や心不全と診断後より処方可能。2か月毎の栄養指導が必要
- **特徴・投与期間：** 有意な体重減少を介して気道閉塞を根本改善（CPAP定着困難例にも有用）。**処方開始6～7か月時点でPSG検査**による効果判定が必要。**最長投与期間：52週間**

③ MASH（代謝異常関連脂肪肝炎）合併例【ウゴービ】

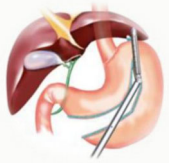
- **処方条件（病態）：** 肝線維化ステージF2またはF3のMASHを合併する肥満症（原則BMI 23 kg/m²以上）
- **処方開始のタイミング： 診断後、直ちに処方開始可能。**2か月毎の栄養指導は、管理栄養士だけでなく医師（肝臓専門医または消化器病専門医）でも可能
- **特徴・投与期間：** 体重減少と肝臓の炎症・脂質代謝・肝線維化の改善。**投与期間の制限なし**



出典：ノボ ノルディスク ファーマ（株）、日本イーライリリー（株）



当院の手術風景



出典：日本における高度肥満症に対する安全で卓越した外科治療のためのガイドライン(2013年)

④ 手術療法（腹腔鏡下スリーブ状胃切除術等）

適応条件（病態）： BMI 35 kg/m²以上で糖尿病や高血圧症等を１つ以上合併する、またはBMI 32 kg/m²以上で重症糖尿病等を2つ以上合併する肥満症

手術実施のタイミング： 「6か月以上」の内科的治療（生活習慣指導・薬物療法等）で十分な減量効果が得られない場合

特徴： 内科的治療と比較して明確で持続的な体重減少効果が得られ、糖尿病や高血圧等の合併症の長期的寛解（治癒に近い状態）が期待可能

⑤ 内服療法【サノレックス / リベルサス】

サノレックス（マジンドール）： 高度肥満症（BMI 35 kg/m²以上）に対する経口食欲抑制薬。初期治療の導入時に有用。最長投与期間：3か月

リベルサス（経口セマグルチド）： 2型糖尿病を合併する肥満例において、注射剤に抵抗感がある場合に有用。血糖管理と体重管理を両立

■ 当センターの診療・検査・治療体制

当院は「最適使用推進ガイドライン」に準拠した肥満症治療薬の保険診療認定施設であり、腹腔鏡下スリーブ状胃切除術も保険診療で実施しております。

多職種チームによるサポート： 医師・看護師・管理栄養士・理学療法士・薬剤師が連携し、行動変容と治療継続を多角的にバックアップします。

合併症の包括的評価： 睡眠時無呼吸（簡易検査・PSG検査）、MASH（肝機能・線維化評価）、代謝異常、循環器疾患等をスクリーニングし、最適方針を決定します。

集学的アプローチ： 内服・注射薬物療法から外科的手術、メンタルヘルスケアまで、患者さん一人ひとりの病態・ライフスタイルに合わせた個別化医療を提供します。

■ 地域の先生方へのメッセージ ＆ ご紹介のポイント

食事・運動療法のみでは減量が難しくお困りの患者さんや、OSAS・MASH・2型糖尿病などの合併症をお持ちの肥満患者さんがいらっしゃいましたら、ぜひ当センターへご紹介ください。

「将来的に薬物療法を考慮したい」とお考えの段階で、ぜひ早めにご紹介ください。

ガイドライン上、薬物療法の要件である「生活習慣介入期間（6か月間または3か月間）」は、当院（認定施設）を受診されてからの期間としてカウントされます。早期にご紹介いただくことで、当院での生活指導をスムーズに開始し、条件を満たした段階でタイムリーに薬物療法や手術へステップアップすることが可能です。

病状や体重コントロールが安定した段階で、速やかにご紹介元の先生方へ逆紹介（連携診療）をさせていただきます。

どうぞお気軽にご相談いただけますようお願い申し上げます。

循環器病センター

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



循環器病センター長　循環器内科
教授　松本直也

［心不全マネージメントアップデート］

欧州心臓病学会による心不全の管理ガイドラインが8月に改定されました。臨床医にとって最も大きな変化は、心駆出率による心不全の分類が変更され軽度度心不全（HFmrEF）が無くなったことです。これまで心駆出率の保たれた心不全（HFpEF：EF≥50%）、HFmrEF：EF41-49%、心駆出率の低下した心不全（HFrEF：≤40%）の3つに分類されていましたが、軽度心不全は無くなり心駆出率50%未満の症例は一律HFrEFに分類されることになりました（ちなみに本邦ではまだそのような動きは無いと思われます）。

本ガイドラインでは従来の 急性心不全（acute HF） は decompensated HF（DHF） という名称に変更され、心不全ステージであるA-Dも正式に採用されました。治療の内訳もこれまでのファンタスティック4からFMT（foundational medical therapy）、AMT（additional medical therapy）、GDIT（guideline-directed interventional therapy） という新しい枠組みに整理されました。

前々回のニュースレターにてHFpEFとHFmrEFに対する保険適応を取得しているフィネレノンの話をしましたが、フィネレノンは非ステロイド骨格を持つミネラルコルチコイド受容体阻害薬（nsMRA）です。新しいガイドラインではMRA（HFrEFの場合はsMRA、HFpEFの場合はsMRA/nsMRA）は、左室駆出率に関わらず症候性心不全患者において、心不全による入院または心血管死のリスクを低減するためにクラスI、レベル Aで推奨されました。したがって2026 ESCガイドラインでは、SGLT2阻害薬（HFpEFに対するエビデンスのあるお薬です）＋MRAがEFをまたいだ心不全治療の中心という考え方がかなり鮮明になっています。

An MRA (sMRA for HFrEF and sMRA/nsMRA for HFpEF) is recommended in patients with symptomatic HF independent of LVEF to reduce the risk of HFH or CV death.	I	A

FMTについては、1-2週ごとにup-titrationしてRCTで有効性が示された至適用量を目指すことがクラス I。EFが改善して無症候になっても、最大耐容量でFMTを継続することがクラス Iとなっています。

Uptitration of FMT at least every 1-2 weeks in patients with HF, guided by symptoms, vital signs, and laboratory findings, to achieve optimal target doses shown to be efficacious in RCTs is recommended to reduce the risk of HFH or death.	I	C

また症候性のHFpEFでACE-I/ARB/ARNIをHF入院低減目的に考慮してよい（クラスIIbレベルC） が新たな推奨です。

ACE-I/ARB/ARNI may be considered in patients with symptomatic HFpEF to reduce the risk of HFH.	IIb	C

我々は常に諸外国のガイドラインも参考にしつつ患者さんの治療にあたっています。

出典：European Heart Journal (2026) 00, 1-112　https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehag100

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　助手　白石　紘子

［母指CM関節症］

診療中の会話で、瓶やペットボトルの蓋が開けられない、雑巾が絞れない、包丁やフライパンが握れないなどの症状の訴えを聞くことはありませんでしょうか。「歳だから、しょうがない」という一言で流さず、それは母指CM関節症からくる症状の可能性があります。

☆母指CM関節症とは

母指CM関節は母指中手骨基部と大菱形骨からなる関節です。この関節の摩耗や老化によって関節軟骨の変性、背側亜脱臼をきすことで発症するのが「母指CM関節症」です。

同部位の疼痛、変形を認め、握力・ピンチ力の低下が認められます。

年齢が上がるとともに有病率も増加し、女性の方が多い傾向があります。

☆当院での治療法

発症後初期は、サポーターによる保存加療を行い、半年経過しても改善がない場合は、注射や手術加療の介入を提案することが多いです。

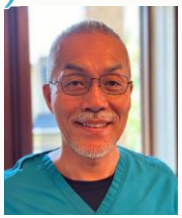
炎症、疼痛を抑える目的での関節内注射や手術加療（関節形成術、関節固定術、骨切り術など）があり、症状や画像所見によって、最適な治療を選択させていただきます。

具体的には、注射は外来でエコー下に施行し、手術加療は基本的に数日の入院にて施行しております。年齢、職業、性別や画像所見による病期によって、手術方法を選択しております。どの術式も、数週間の外固定期間の後、リハビリを開始し、約半年程度で生活動作が獲得できることが多いです。

歳だと思って諦めていた痛みを改善できる可能性がありますので、母指CM関節症と思われる患者様がいらっしゃいましたら、ぜひ当科手の外科専門外来へご紹介いただけますと幸いです。（母指CM関節周囲の疼痛は、ばね指やドケルバン症候群なども鑑別としてあり、“母指周囲の痛み”としての受診でも構いません。）

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

[血痰 -「少量だから様子見」でよいですか？-]

血痰は日常診療で比較的よく遭遇する症状ですが、その原因は気道感染症や気管支拡張症から、肺癌をはじめとする悪性疾患まで多岐にわたります。特に、血痰の量が少ないことは、重篤な疾患を否定する根拠にはなりません。 血痰を繰り返す、持続する、原因が明らかでない、あるいは喫煙歴など肺癌のリスクを有する患者さんでは、早期の呼吸器専門診療が重要です。

1，まず、ここまで確認できれば十分

項目	紹介前の確認・検査
症状	発症時期、頻度、持続期間、血痰の量・性状
随伴症状	咳、発熱、呼吸困難、胸痛、体重減少など
背景	喫煙歴、肺疾患・肺癌の既往、抗凝固薬・抗血小板薬の使用
検査	胸部X線、可能であれば血算・CRP、胸部CT

すべての検査を地域で完了していただく必要はありません。 胸部X線のみ、あるいは画像検査前でもご紹介ください。必要な精査は当科で引き継ぎます。

2，血痰の紹介基準 ― 4段階で考える

緊急度	患者さんの状態	対応
① 緊急	多量の喀血、呼吸困難、低酸素血症、循環動態不安定など	緊急対応・至急相談
② 早期	肺癌を疑う結節・腫瘤などの画像異常、血痰＋強い肺癌リスク、原因不明の血痰が反復・増悪	早期に紹介
③ 積極的	少量でも血痰が持続する、繰り返す、胸部X線で原因が明らかでない、肺炎治療後も血痰が残る	積極的に紹介
④ 経過観察	原因が明確で、治療により速やかに改善し、再発がない	地域で経過観察

ポイントは、「③積極的に紹介」の患者さんをためらわずご紹介いただくことです。
肺癌を否定できない血痰はもちろん、原因がはっきりしない血痰についても、当科で精査をお引き受けします。

3，日本大学病院 呼吸器内科で、原因精査から治療まで対応します

当科では、血痰を契機にご紹介いただいた患者さんについて、胸部CTによる詳細な評価を行い、必要に応じて気管支鏡検査、超音波内視鏡による病変・リンパ節の評価、組織採取へ進みます。末梢肺病変などではCTガイド下生検や呼吸器外科との連携も活用し、肺癌が疑われる場合にはPET-CTなどを組み合わせて、診断から病期評価、治療方針決定まで一貫して対応します。
「血痰だけで紹介してよいのだろうか」と迷われる必要はありません。
初期評価が十分でない場合でも、現時点で得られている情報をもとに当科で精査を引き継ぎます。地域の先生方には初期診療を担っていただき、専門的な検査・治療が必要な患者さんは当科が積極的に受け入れます。診断結果や治療方針は速やかに共有し、治療後は逆紹介・共同診療につなげてまいります。

4，今月の連携メッセージ

●血痰は、肺癌を含む呼吸器疾患を発見する重要なサインです。
●「少量だから」「一度だけだから」と判断するのではなく、持続・反復する血痰、原因不明の血痰、肺癌リスクを有する血痰は、ぜひ当科へご紹介ください。
●血痰の原因検索から気管支鏡・組織診断・治療まで日本大学病院呼吸器内科が積極的に対応します。

5，次号予告：　中葉症候群

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・頭蓋底センター長　教授　大谷直樹

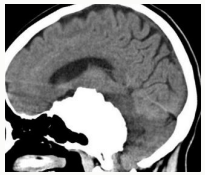
［見逃されやすい初期症状から見つける頭蓋底疾患］

頭蓋底疾患や脳腫瘍は、頭痛などの典型的な神経症状だけでなく、視力・視野障害、複視、聴力低下、嗅覚低下など、眼科・耳鼻咽喉科領域の症状を契機に発見されることが多くあります。症状が片側性、進行性、複数の脳神経領域に及ぶ場合には、頭蓋内病変を念頭に置いた評価が重要です。

見逃されやすい初期症状・診察所見

特に要注意：片側性・進行性症状、複数脳神経障害、説明困難な再発症状、局在性神経所見を認める場合

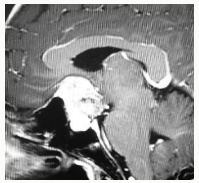
疾患群	疑う手掛かり	評価のポイント
頭蓋底腫瘍	視機能・眼球運動・聴覚・平衡感覚・顔面知覚など、脳神経に沿った症状	症状から障害脳神経と病変部位を推定。造影MRIを基本に、骨変化が疑われる場合はCTも検討
脳腫瘍	けいれん、片麻痺、失語、認知・性格変化、進行性頭痛、悪心・嘔吐	発症様式、進行速度、局在性神経所見を確認 造影MRIを中心に評価



ふらつき、
自発性低下、
複視



歩行障害、
痙攣、
認知機能低下



歩行障害、
痙攣、
認知機能低下

疾患別の着眼点

受診領域	主な症状	診察の着眼点
眼科	片眼の視力低下、視野欠損、複視、眼球突出	視野・眼球運動・瞳孔不同。症状と眼局所所見が一致しない場合
耳鼻咽喉科	片側性難聴、耳鳴、嗅覚低下、顔面のしびれ、嗄声・嚥下障害	左右差、進行性、複数の脳神経症状。反復・遷延する場合
一般診療・神経領域	新規・増悪する頭痛、けいれん、認知・性格変化、歩行障害、麻痺	局在性神経所見、意識状態、乳頭浮腫。時間経過の変化

眼科・耳鼻咽喉科からの気づきが早期診断につながります。

眼や耳鼻咽喉科領域の局所疾患だけでは説明しにくい症状、左右差や進行性がある症状では、脳神経外科を含む横断的な評価をご検討ください。

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

科長　教授　大谷 直樹

［めまいの外科―治療可能な病態を見逃さないために］

めまいの多くは保存的に治療されますが、反復・難治例や器質的疾患では外科治療が選択肢となります。末梢性に見える症例にも中枢性病変や小脳橋角部病変が隠れるため、発症様式、眼振、聴覚症状、神経所見を組み合わせた評価が重要です。三叉神経痛や顔面痙攣を生じる機序と同様に、蝸牛・前庭神経に対する脳血管圧迫によって難治性耳鳴りやめまいを引き起こすことがあります。

初診で押さえる症状・診察所見

レッドフラッグ：脳神経症状、片麻痺・感覚障害、激しい頭痛、起立不能、意識変容を伴う場合は、中枢性めまいを優先して評価します。

確認項目	主な着眼点	注意すべき所見
発症・経過	急性／反復性／持続性、頭位との関連、発作時間	突然発症、進行性、従来と異なる発作
眼振・平衡	方向、注視による変化、頭位での誘発、起立・歩行	純垂直性・方向交代性眼振、著明な体幹失調
随伴症状	難聴、耳鳴、耳閉感、頭痛、複視、構音・嚥下障害	新規の神経症状、片側性進行性難聴、顔面知覚障害

外科治療を検討する主な病態

病態	疑う手掛かり	専門診療での検討
難治性メニエール病	反復する回転性めまいと変動する難聴。保存治療でも生活障害が強い	病期・聴力・生活への影響を踏まえ、段階的治療や手術適応を評価
外リンパ瘻・上半規管裂隙症候群	圧変化や強大音で誘発、耳閉感、自声強聴、伝音成分を伴う聴力異常	誘発検査、聴覚・前庭機能検査、高分解能CT等により手術適応を検討
前庭神経鞘腫など	片側性進行性難聴、左右差のある語音明瞭度、耳鳴、平衡障害	造影MRIで評価し、経過観察・放射線治療・手術を個別に選択
神経血管圧迫・その他	短時間の発作を高頻度に反復、薬物抵抗性、器質的病変を疑う所見	画像・機能検査と治療反応を総合し、外科的介入の妥当性を評価

長期間に渡って、頻繁な耳鳴りと回転性めまいに悩んでいる患者さまはおられませんか？

- 標準的な保存治療を行っても発作が反復し、就労・運転・日常生活への影響が大きいとき
- 片側性または進行性の聴力低下、脳神経症状、非典型的な眼振を伴うとき

耳鼻咽喉科と脳神経外科・神経内科の連携が重要です。外科治療の適否は、聴力温存、発作頻度、併存疾患、生活背景を含めて判断します。診断確定前でも難治例・非典型例はご相談ください。

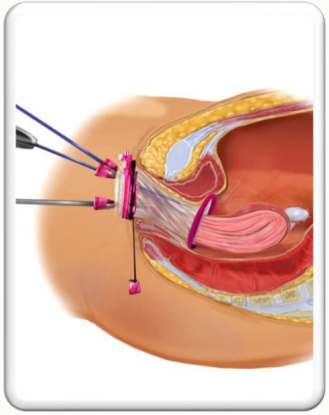
産婦人科

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

産婦人科科長　准教授(研究所)　永石匡司

[経腟的内視鏡手術vNOTES]

当院では、婦人科良性疾患の90%以上を内視鏡手術(腹腔鏡、子宮鏡)で行っています。
ここでは以前からお伝えしている経腟的腹腔鏡手術vNOTESに関してご説明いたします。
(vNOTES: transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery)
この手術は管腔臓器を用いた内視鏡手術のことをいい、婦人科領域では腟を使って行う内視鏡手術となります。腹部に創をつけずに行いますので、より低侵襲な手術になります。最初のアプローチは前後腟円蓋部に穴をあけ、そこから通常の腹腔鏡手術と同様に炭酸ガスを送り込んで腹腔を膨らませて手術を行います。それぞれの靱帯や血管はその都度、縫合結紮やエネルギーデバイス(凝固切開装置)を用いて凝固止血切開を進めます。これにより通常の腹腔鏡手術以上に術後の痛みは少なくなり、また腹部に創もなく、術後約3日で退院となり、社会復帰も早まります。このようにメリットは大きい手術術式です。手術時間は一般に約1時間ですが、出産経験がない、手術既往がある、癒着があるなどの場合には延長することがあります。もしもこの手術が困難な場合には、通常の腹腔鏡手術に切り替えます。
当院では経産婦人に限らず未産婦人や帝王切開既往の場合でもvNOTESを第一選択にします。この手術が不向きな方は腹腔内癒着が強い方や性交未経験の方、子宮が臍の高さを超えている方ですが、手術既往や性交未経験の方でもこの手術を考慮いたします。通常の腹腔鏡手術による子宮全摘術(TLH: total laparoscopic hysterectomy)は減少傾向になっています。さらに、子宮脱に対してもこの術式で仙骨子宮靭帯を吊り上げる手術術式(Shull法)を行っています。さらに膀胱瘤、直腸瘤が強ければ、膀胱底形成(+Kelly-Kenedy法等)、肛門挙筋縫合を併施します。
私はvNOTES Certificateを2021年に東日本でいち早く取得してこの手術方法を院内に導入し、さらにこの手術手技を医局員に伝承しております。
今後ともよろしくお願い申し上げます。



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 (月曜分は金曜)	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。

がん相談支援センター

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

オンコロジーセンター　センター長（呼吸器内科助教）飯田由子
がん相談支援センター看護師　宮腰千鶴

［がん患者さま同士がつながるさくらカフェ］



日本大学病院は「東京都がん診療連携協力病院」に認定されており、専門的ながん診療に取り組んでおります。また、患者さまとご家族お一人おひとりが不安なく治療や日常生活を継続していけるよう、「がん相談支援センター」を設置して包括的なケアに取り組んでおります。
がん相談支援センターでは、専門職による情報提供と、がん治療中の患者さまやご家族が安心して交流できる場として、がんカフェ「さくらカフェ」を定期的に開催しています。
9月5日（土）に開催いたしました「さくらカフェ」の様子をお届けします。

第２回 さくらカフェ開催報告 ―― テーマ：「食べることを支える」

2026年9月5日（土）14:00～15:30、4階健診センターにて「さくらカフェ」を開催いたしました。
がん患者さま皆様にお集まりいただき、最初は緊張した様子が見られましたが、同じ悩みを抱えている患者さま同士お話を聞く中で少しずつ笑い声も聞かれるようになりました。
今回は「食べる」をテーマに、専門の先生方をお招きして2つのミニレクチャーを行いました。

①自宅で行う口腔ケア

講師：日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 阿部仁子 先生

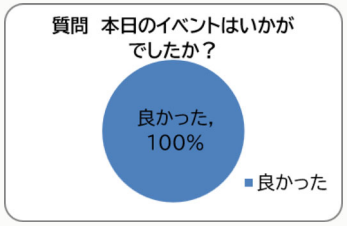
- 放射線治療や化学療法による口腔粘膜炎への対応、食事の工夫についてお話しいただきました。今日から自宅で実践できる正しい口腔ケアの方法を分かりやすくご指導いただき、皆さん熱心に耳を傾けていました。
- お食事前の新習慣：『唾液でお口を潤す３つのマッサージ』と飲み込み（摂食嚥下）を支えるトレーニング『パタカラ体操』を参加者、スタッフ全員で実践しました。
- がん治療中の食事の悩みや、食欲低下時の工夫、栄養バランスの整え方を学びました。実際に栄養補助食品の試食も行い、参加者からは**「栄養補助食品は重いイメージがあったけれど、意外とすっきり飲めておいしい！」**と**「自分にも飲めそうなものがあるかも」**との声が上がりました。

ティータイム・フリートーク

レクチャーの後は、お茶を飲みながら、患者さま・ご家族・スタッフで交流時間を設けました。日頃の日常生活の工夫や管理栄養士による栄養補助食品の紹介、先生方へのちょっとした相談など、和やかな雰囲気で、同じ立場だからこそ共感できる話題で大いに盛り上がりました。

・患者さま　**「歯がガタガタになったように感じるのは化学療法の影響なのか」**
→講師　**「食事量や噛む回数が減ること、痛み等辛い症状による食いしばりが生じることで歯並びに影響が出ていることが考えられる。唾液の減少も原因。」**
・患者さま　**「治療の影響で食べられなくなり、体重が減った。やっと少し食べられるようになり食べているが元の体重にも戻らない。１日何カロリー食べれば戻っていくのか。」**
→講師　**「飲み込みやすいものを足したり、1日3食以外に補食を取り入れたりしてみてはどうか。治療の影響もあり、すぐには体重が戻らないこともあり、焦らず少しずつやっていきましょう」**

参加された方の声（アンケートより）



患者さま
- **自分ではわからないことが聞けた（６０代男性）**
- **自分の疑問について質問し、答えてもらえた（６０代男性）**
- **質問時間等に余裕があった（６０代男性）**

ご家族さま
- **自分のやっていることの自信がついた（50代女性）**

次回のお知らせ

開催内容は当院ホームページ等でご案内しています
当院に通院されていない患者さまもご参加可能です。
ご興味のある患者さま・ご家族がいらっしゃいましたら、ぜひご紹介ください

- **日時：** 2027年３月　開催予定
- **場所：** 日本大学病院内 4階健診センター
- **お申し込み・お問い合わせ：** がん相談支援センター
（電話：０３－５９７７－３４３９/ 平日［9:00～16:00］）

臨床検査科

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

臨床検査科　主任教授　中山智祥

［遺伝に関するご相談には遺伝カウンセリングを］

1. 連携診療で共有したいポイント

遺伝子診断（遺伝学的検査といいます）の前後では遺伝相談（遺伝カウンセリング）を行うことが推奨されております。また、遺伝に関するご相談に対して遺伝カウンセリングを行うことで、患者さんや依頼者（クライエント）さんのご要望に応えることができます。

遺伝相談（遺伝カウンセリング）では小児から成人まであらゆる遺伝、遺伝病に関するお悩み、ご相談、ご質問にお応え致します。予約制で1回1-2時間程度11,000円となっております。医事課職員にお問い合わせください。

遺伝カウンセリングの他、遺伝病などの遺伝学的検査は医療者からのご依頼以外に患者さんやクライエントさんからのご依頼も受け付けております。あらゆる単一遺伝子疾患の遺伝学的検査を受け付けています。かかる費用や実施システムについては中山智祥までご連絡下さい（nakayama.tomohiro@nihon-u.ac.jp）。ただし医療に関係のない遺伝子分析や親子鑑定は行っておりません。

遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）の遺伝学的検査としてBRCA1遺伝子とBRCA2遺伝子の検査があります。これらは保険診療となっており、遺伝カウンセリングも保険診療内で行います。



2. 大学病院で提供できる診療・検査・治療

遺伝学的検査や遺伝カウンセリングは、慣れない業務であるとお思いの方もいらっしゃるかと思います。大学病院などで行われることが多くなっています。ぜひご紹介ください。

本業務は日本大学医学部および日本大学医学部附属板橋病院との連携で実施しています。尚、親子鑑定、医療に関係のない興味本位での遺伝子分析、現代の医学ではあやふやな結果しか出ないもの、まだまだ研究段階での遺伝子分析は行っておりません。

病理検査科

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

病理検査科　診療准教授　　野嵜　史

［病理診断の再確認で、紹介後の診療をより確かなものに］

病理診断は、がん診療をはじめとする多くの疾患の診断や治療方針の決定において重要な役割を担っています。しかし、日本における病理医数は全医師の1%未満（約2,600人）と少なく、すべての医療機関に病理医が配置されているわけではありません。400床以上の一般病院においても約3割で常勤病理医が不在とされており、さらに常勤病理医が在籍する施設でも約4割が病理医1名体制です。

当院は約300床の病院ですが、常勤病理医2名によるダブルチェック体制を行い、術中迅速病理診断にも対応しています。また、日本大学医学部附属板橋病院病理部と密接に連携しており、診断困難例や希少症例については、コンサルテーションを行うことで、より質の高い病理診断を提供しています。

【ご紹介いただく患者さんの病理診断について】

地域の先生方からご紹介いただいた患者さんの病理標本および病理診断報告書は、各診療科での確認に加え、病理診断科においても再鏡検を行い、病理診断報告書を作成しています。

病理診断は治療方針の根拠となる重要な情報です。当院では病理学的所見を改めて確認し、必要に応じて追加検討を行うことで診断の質を担保し、適切な診療につなげています。

【地域医療機関との連携】

今後も地域の先生方との連携を大切にし、継続的な地域医療連携に取り組んでまいります。

医療連携室からのお知らせ

日本大学病院医療連携室では、患者さまのご紹介を頂く場合、従来の電話でのご紹介に加え、やくばと病診連携をご利用いただけるようになりました。これからも連携　医療機関様と患者さまに便利に気軽にご利用いただけるように進化してまいります。



参加の詳細は病院HPをご確認ください。（）内は市民向け講座となります。

8月は、がん関連セミナーが8月20日に開催されます。

2026年度に予定されている病院主催のセミナー

4月 日本大学病院 地域医療連携講演会(同窓会)
5月 （市民講座（呼吸器内科、呼吸器外科））
6月 医学教育セミナー（医科・歯科連携教育セミナー：脳神経外科、歯学部）
7月 がん関連セミナー（放射線科・呼吸器内科）
8月 がん関連セミナー（がん看護専門看護師、乳腺外科）
9月 （市民講座（循環器内科、心臓血管外科））
9月 （がんカフェ（さくらカフェ））
10月 日本大学病院　拡大医療連携の会
11月 医学教育セミナー（救急隊向け連携教育セミナー）
12月 （市民講座（皮膚科、足外来看護師））
1月 医学教育セミナー（眼科、循環器内科）
2月 がん関連セミナー（消化器内科、消化器外科）
3月 （がんカフェ（さくらカフェ））

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】


医療連携協力機関
認　定　証
○○○○○○○○○ 殿
貴院は当院と医療連携の推進を図り、地域医療の充実と向上のための協力医療機関であることを証します。
令和８年○月○日
日本大学病院

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。

