

医療連携 ニュースレター



2026年 8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]

【配信ニューレター登録方法】

右上QRコードまたは下記URLよりご登録頂けると幸いです。

登録用URL : <https://forms.gle/eQdtWSdjmTsbSs6>

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。

救命救急センター
(ICU・CCU)
Emergency and Critical Care Center
ICU・CCU



病院長 大谷 直樹



副病院長 三浦 義正
医療連携担当

紹介重点医療機関としての役割を果たし、

地域医療に貢献する日本大学病院として高度医療で応える

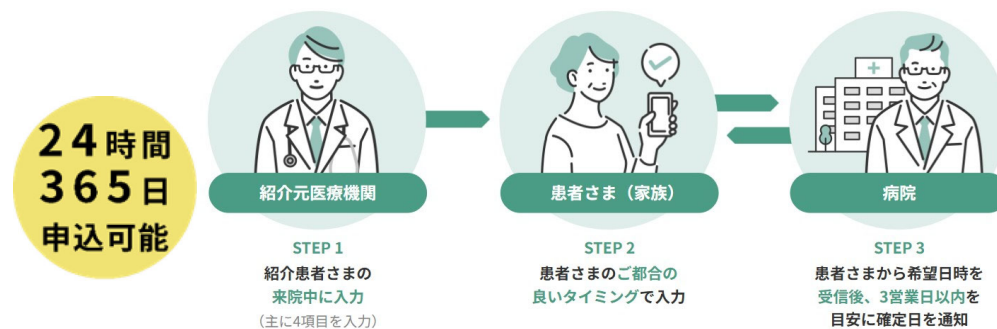
日本大学病院に患者さまをご紹介くださる先生方におかれましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。当院は、前身である駿河台日本大学病院が1926年11月に日本大学専門部医学科の附属病院として開院して以来、2026年度に創立100年を迎えます。1926年（昭和元年）から今日に至るまで、千代田区神田駿河台の地において、病める方々に寄り添う医療の実践と、次代を担う医療人の育成に努めてまいりました。当院はこれからも、生命の危機に直面する患者さまを支える急性期医療を重要な使命とし、24時間365日、高度救命救急センターを中心とした救急応需体制を整え、地域医療に貢献してまいります。

現代社会においてニーズの高い循環器病医療および脳神経外科領域では、超急性期から速やかに、切れ目なく介入できる診療体制を整えており、がん医療では東京都より「がん診療連携協力病院」の指定を受け、質の高いがん治療を提供すべく日々研鑽を重ねております。今後も「救急・循環器・脳神経外科・がん・急性期医療」の5つの柱を一層強化し、高度急性期機能を担う医療機関としての役割を果たしてまいります。

日本大学病院は、千代田区で唯一の三次救急を担い、先進的な医療設備を備えた大学病院であると同時に、利便性が高く、患者さまにとって受診しやすい、身近な総合病院です。医師と医師がつながる顔がわかる医療連携、人と人がつながる医療連携を大切に、先生方の大切な患者さまを安心してご紹介いただける病院でありたいと考えます。私たちは、ご紹介いただいた患者さまを責任をもってお引き受けし、急性期治療を終えた後には再び地域の先生方のもとへ円滑にお戻しいたします。一つ一つの連携を丁寧に、より確かなものとするのが、当院の目指す地域医療への貢献であると考えております。大学病院としての「教育・研究・診療」の責務を果たしながら、地域の先生方により一層信頼いただけるパートナーであり続けられるよう、職員一同、なお一層力を尽くしてまいります。今後とも変わらぬご指導とご支援を賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

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

10月 医学教育セミナー(救急隊向け連携教育セミナー：脳神経外科、救命科)

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))

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 教授 松本直也

【心不全治療について】

循環器疾患は死因の第2位を占める疾患であり、いろいろな病態の終末像である心不全を発症します。本邦において人口は減りつつありますが心不全の患者さんは増加傾向にあります。心不全の文字通り心駆出率の低下した状態(HFrEF)を表しますが、最近注目を浴びているのは心駆出率の保たれた心不全(HFpEF)です。HFpEFは高血圧症などの生活習慣病を基礎として発症することが多く高齢者や女性に多いという特徴があります。また疫学調査からはHFrEFと同じく予後が不良であることが分かっています。HFrEFの患者さんに対してはFantastic4と呼ばれ作用機序の異なるβ遮断薬、SGLT2阻害薬、ミネラルコルチコイド受容体遮断薬(MRA)、ARNI(サクビトリル・バルサルタン)を早期に導入することが有効とされていますが、HFpEFの患者さんに対するSGLT2阻害薬による予後改善効果はEMPEROR-Preserved試験*にて2021年に証明されました。心駆出率40%以上の患者さんにおいてプラセボ群と比較して心血管死または心不全による入院の複合エンドポイントが有意に減少していました。SGLT2阻害薬は糖尿病の治療薬としてリンゴの木の樹皮から開発されましたが、糖尿病の有無にかかわらずHFpEF患者において心血管死または心不全による入院の複合リスクを減少させました。心血管死亡や全死亡というエンドポイント単独では有意差が出ませんでした。性器感染症および尿路感染症という懸念がありましたがHFpEFに対する標準治療薬として使用されています。

ステロイド系MRAであるスピロラクトンは、心駆出率45%以上のHFpEF患者がエントリーしたTOPCAT試験**で心血管死、心停止からの蘇生、心不全入院の複合エンドポイントにおいてプラセボ群に対して有意差を示せませんでした。一方、非ステロイド系MRAであるフィネレノンはFINEARTS-HF試験*** (心駆出率40%以上の症候性心不全がエントリー)で心血管死、心不全の複合エンドポイントにおいてプラセボ群と比較して有意差を出しました(主に心不全関連のイベントを減らしました)。その理由としてフィネレノンによる抗線維化・抗炎症効果が発揮されたのかも知れません。

心不全患者さんは入院を繰り返す度に予後が悪化するため心不全入院の回数を減らすことが何よりも重要です。当センターでは全外来医がガイドラインに沿った標準的治療を推進しています。

*N Engl J Med 2021;385:1451-1461

**N Engl J Med 2014;370:1383-92

***N Engl J Med 2024;391:1475-1485

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

心臓血管外科科長 病院教授 田岡 誠

【大動脈弁狭窄症に対する低侵襲心臓治療】

【一TAVIとMICSによる、生涯を見据えた治療選択一】

大動脈弁狭窄症は、加齢性変性を主体とし弁口面積が減少し、左室流出路に圧較差を生じる進行性の弁膜症です。進行すると労作時呼吸困難、胸痛、失神、心不全を呈し、薬物治療のみでは予後不良です。根治的治療には、外科的大動脈弁置換術(SAVR)と経カテーテル的大動脈弁留置術(TAVI)とがあります。



SAVR
人工心肺+心停止
手術時間：3-4時間
大きな傷、入院10-14日

TAVI
局所麻酔または全身麻酔
手術時間：1時間
穿刺のみ、入院3-7日

TAVIはカテーテル治療で早期離床、退院が期待できる治療です。一方、外科治療でも胸骨正中切開を行わず、右小開胸から施行する低侵襲心臓手術(MICS)が可能です。MICSは出血量、創部感染、術後疼痛の軽減に加え、早期退院や社会復帰につながる利点があります。



治療選択では初回手技の低侵襲性だけでなく、人工弁の耐久性、解剖学的要件、将来の再介入まで考慮する必要があります。SAVR、TAVI時に使用した人工弁が経年劣化した場合、追加治療を考慮します(TAV in SAV, TAV in TAV)。若年の小さな弁輪の場合、SAVR時に弁輪拡大術を併施し、将来のTAV in SAVを見据えて大きな人工弁を留置することも重要です。低左心機能、冠動脈疾患合併、上行大動脈拡大などでは、MICSより胸骨正中切開による手術が安全な場合もあります。当センターでは、循環器内科、心臓血管外科、麻酔科、画像診断部門によるHeart Teamで、患者背景、フレイル、解剖学的条件、生命予後を総合的に評価し、TAVI、SAVR(MICS、正中切開)の中から、生涯を見据えた最適な治療方針を提供しています。

ご家族から「激しいいびき」や「無呼吸」を指摘されている方、あるいは日常的に「日中の強い眠気」があり、BMIが27 kg/m²以上の肥満がある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。すでに高血圧や2型糖尿病などの合併症をお持ちの場合は、OSAS の治療を並行することで、基礎疾患のコントロール良好化や心血管リスクの軽減が期待できます。

ご紹介の時点で特別な睡眠検査が施行されていなくても、当センターにて初診時の身体所見評価から検査・診断まで一貫して対応いたします。

診療結果や今後の方針はご紹介元の先生方へ速やかに共有し、まずは密接な共同管理（連携診療）を継続させていただきます。専門治療によって病状が安定した段階で、速やかにご紹介元へ逆紹介とさせていただきますので、どうぞ安心してお気軽にご相談ください。

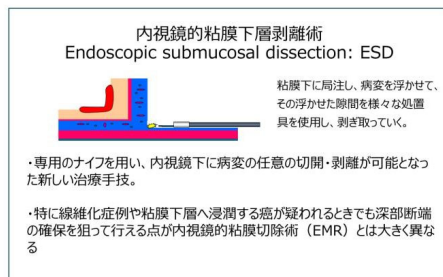
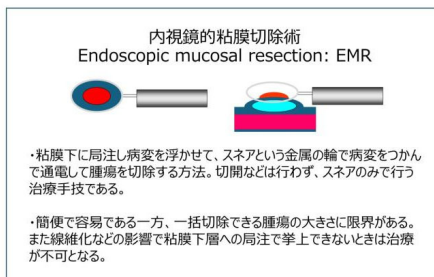
消化器病センター 消化器内科

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

消化器病センター長 教授 三浦義正

[早期胃癌の内視鏡治療]

外科切除が標準治療だった胃癌治療は、1990年後半から開発された内視鏡的粘膜下層剥離術 (Endoscopic submucosal dissection: ESD) の出現により大きく変わりました。ESD で胃癌の治療を行う目的は、腫瘍進展を見極めて任意に側方の切開範囲を選択するだけではなく、剥離深度を任意に調整できることにあります。すなわち高度の線維化症例(潰瘍合併症例)や粘膜下層への浸潤がある症例であっても深部断端を確保し、理論上 R0 で切除可能となったのです。この点が従来の内視鏡的粘膜切除術 (Endoscopic mucosal resection: EMR) とは一線を画す手技である理由です。



早期胃癌の内視鏡治療が成立するためには2つの側面をクリアしなければなりません。すなわち腫瘍に対する局所の完全切除と転移の可能性が極めて低い病変の選別ということになります。後者においてはリンパ節廓清を伴う外科手術の治療成績から、早期胃癌のリンパ節転移リスクが明らかになり、現在の適応や治療判定の礎になっています。現在の最新版の胃癌治療ガイドラインは第7版になり、我々は基本的にはこのガイドラインを遵守して診療をしていきます。eCuraA になりそうは段階で病変を発見していただけると患者様に与える利点は計り知れません。

しかしながら、胃癌治療ガイドライン第7版にも初めて記載されたように、ESD 治療適応は年齢では決めることができず、理解度や ADL、さらに患者個体の評価(健康寿命)を考慮して選択していかねばならない時代にきています。将来的にはリンパ節転移リスクの見込まれる腫瘍(相対適応)と診断された病変でも、外科手術で健康寿命などが損なわれる可能性があり、かつ患者がリスクを受け入れることができるのであれば、そのような病変が ESD の良い対象へとシフトしていく可能性もあると考えています。

日本大学病院消化器病センターでは、消化器内科と消化器外科が密に連絡を取り、月 2 回の

cancer board を開き、当院で発見された症例や御紹介いただいた症例に関わらず、全ての胃癌症例をお互いに提示し、適切な治療選択を行うようにしています。内視鏡治療で行うのか、外科治療が適切なのかというのは、患者本人の意思、家族の思い、術後の変化、併存症の有無などを考慮して決めていく時代になっており、迷われる症例であるときは適切に対処いたしますので、どうぞ日本大学病院消化器内科または消化器外科にご相談いただければと思います。

早期胃癌ESD後の治療判定

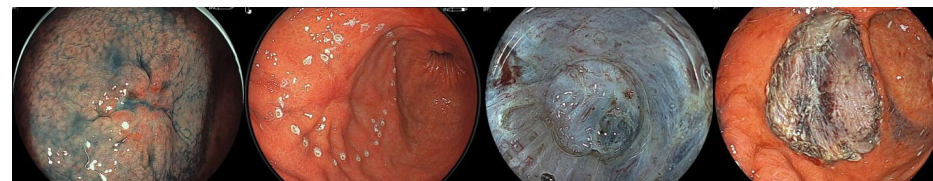
胃癌治療ガイドライン第7版 (2025)

深達度	潰瘍の有無	分化型癌 (分化型有意癌)		未分化癌 (未分化型優位癌)	
		≤2cm	> 2cm	≤2cm	> 2cm
粘膜癌 (M)	UL0				
	UL1				
粘膜下層癌 (SM1) (500μm以内の浸潤)		≤3cm	> 3cm		
粘膜下層癌 (SM2)					

eCuraA eCuraB eCuraC

早期胃癌、82歳男性、肝硬変合併 (Child-pugh分類 A (6点))

術前診断：分化型癌、cT1b(SM2), 40mm, UL1：相対適応



最終病理診断：
tub1>tub2>por2, 35mm, pT1b2(SM2, 2100μm), UL0, Ly1, V1, pHM0, pVM0
eCuraC-2、6点、転移リスク27.3%

消化器病センター 消化器内科

次号予告

表在性食道癌(扁平上皮癌)

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

【頭蓋底腫瘍】

【頭蓋底腫瘍の早期診断と、機能温存を目指す集学的治療】

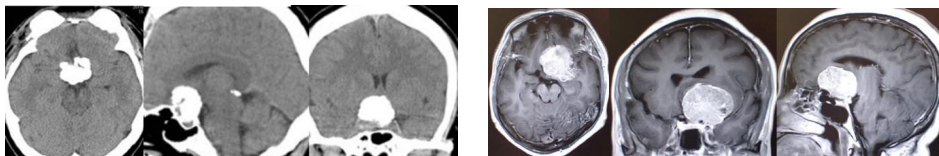
日常臨床において先生方が遭遇する「長引くめまい」「片側の耳鳴り」「眼科的には異常のない視力低下」。これらの一見ありふれた主訴の背後に、脳の最深部に潜む頭蓋底腫瘍 (Skull Base Tumors) が隠れていることがあります。近年の手術機器の進化と集学的治療の確立により、現代の頭蓋底腫瘍治療は「いかに大きく切るか」から「いかに神経機能を温存し、患者の生活の質 (QOL) を守るか」へと治療パラダイムが大きくシフトしています。頭蓋底領域は、生命維持を司る脳幹や主要血管、そして CN I~XII の脳神経が極めて高密度に密集する「解剖学的要衝」です。先生方の外来で「原因の特定しきれない脳神経症状」を認めた際は、腫瘍が巨大化して不可逆的な神経障害を惹起する前に早期アクセスにお役立てください。

【外来で見逃せない「初期脳神経症状」のチェックポイント】

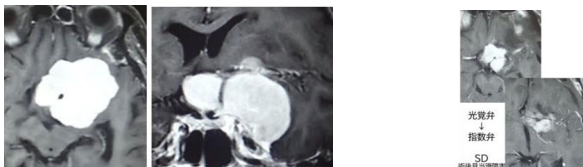
頭蓋底腫瘍は緩徐に進行することが多く、初期段階では頭蓋内圧亢進症状（激しい頭痛や嘔吐）が出現しないのが特徴です。以下の局所脳神経症状が単一、あるいは複合して持続・進行する場合は、本疾患を念頭に置いた高精度画像検査（造影 MRI 推奨）がすすめられます。



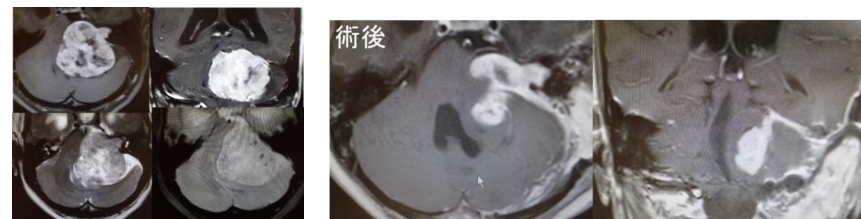
- 視機能異常 (CN II, III, IV, VI 領域)：眼科的検査で原因が特定できない片眼性の視力障害、視野欠損（耳側半盲など）、または「物が二重に見える」という複視の訴え。



- 顔面の違和感 (CN V 領域)：片側の顔面に生じる非対称的なしびれ、痛みを伴う感覚鈍麻。時に典型的な三叉神経痛と誤認されるケースもあります。



- 聴覚・平衡機能障害 (CN VII, VIII 領域)：突発性難聴と診断されたものの改善が乏しい片側性の感音難聴、持続する耳鳴り、フワフワとした浮動性めまい。



- 下位脳神経症状 (CN IX, X, XI, XII 領域)：声がかすれる（嗄声）、食事で頻繁にむせる（誤嚥）、進行性の嚥下障害など、斜台下部や頸静脈孔付近の病変を示唆するサイン。



頭蓋底腫瘍の初期症状は一見、日常臨床でよく遭遇する非特異的な愁訴（頭痛、めまいなど）として現れます。以下の症状が持続・進行する場合は、速やかに脳神経外科への画像検査（造影 MRI 推奨）を伴うご紹介をご検討ください。

障害部位・神経	特徴的な臨床症状・サイン
視神経・動眼神経系	片眼性の視力低下、耳側半盲、原因不明の複視（物が二重に見える）
三叉神経	顔面の非対称的なしびれ、痛みを伴う感覚鈍麻（三叉神経痛様症状）
顔面・内耳神経	進行性の片側性難聴（特に感音難聴）、耳鳴、一側性の顔面神経麻痺
尾側脳神経 (IX~XII)	嗄声（声のかすれ）、繰り返す誤嚥、嚥下障害、舌の偏位・萎縮

頭蓋底腫瘍の治療成績を左右する最大の要因は、「不可逆的な神経脱落症状が出現する前の早期発見」です。外来受診の段階で少しでも本疾患の疑い (Red Flags) が頭をよぎりましたら、まずは診断の確定や治療方針のディスカッションを含め、専門的な高精度画像診断設備と集学的治療体制を整えた専門施設へファーストアクセスをお勧めします。

可及的に摘出後を最大化する一方、機能温存を重視しています。ゆえに、血管や脳神経、ならびに穿通枝などと癒着している場合には、無理な摘出に拘泥することなく、意図的に残存させます。画像フォロー上、漸増するようであれば、ガンマナイフや ZAPX などの追加照射が有効である場合もあります。

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

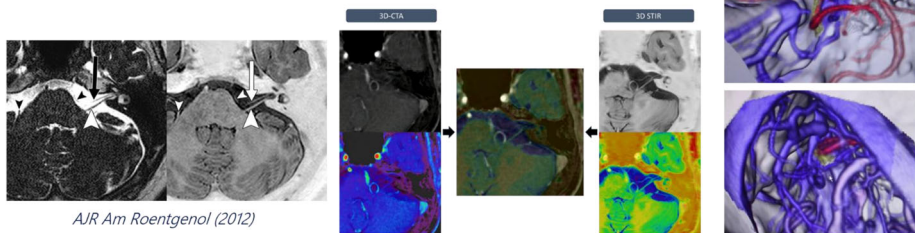
脳神経外科教授 大谷直樹

【三叉神経痛】

脳の動脈が脳神経(顔面神経や三叉神経、舌咽神経)を圧迫することによってきたす疾患では、圧迫している動脈を神経から離して減圧する手術「神経減圧術(MVD)」が有効です。日本脳神経減圧術学会では「脳神経減圧術に関する専門的な知識と手技を有し、満足する結果を患者に与える適切な治療を行う医師を『認定医師』とする」登録が始まりました。東京都内では 2026 年 現在 7 名の脳外科医が認定されています。<https://japanmvd.jp/registration/kanto/>

【MRI での診断】

(術前) 3D STIR (short time intervention recovery)と高精度3CTA-Vのfusion simulation画像



片側の顔面に発作的に電気が走るような激しい電撃痛(びりびり)が生じるようになり、1回の痛みの持続時間は数秒から長くても数十秒程度で痛みがない時には何の症状もないのが特徴です。そうした発作性の痛みが1日に何度も繰り返されます。虫歯や歯周病ではないかとまずはお近くの歯科医を受診することがほとんどですが、痛みがある箇所の歯牙には何の異常も見当たりません。

【三叉神経痛外来(MVD 外来)を開設しています】

患者さまをご紹介いただいた場合でも、すぐに手術を選択することにはなりません。日大病院では、隣接した歯学部病院と三叉神経痛のトータルケアに取り組んでおり、診断を含め、内科的治療や手術など患者さんにとっての最適をご提案します。日本大学病院 脳神経外科は三叉神経痛治療の「根本的な治療(手術)を検討する窓口」ではなく、「三叉神経痛治療の入り口」として機能しています。

MVD 外来（三叉神経痛 & 顔面けいれん & 舌咽神経痛 & めまいの外科 専門治療外来）							
微小血管減圧術（Microvascular Decompression）MVDは、脳神経外科で行われる手術です。脳神経と血管の圧迫を取り除くことで、症状の改善を目指すものです。特に三叉神経痛の手術は経験と専門知識、技術を必要とします。							
		月	火	水	木	金	土
MVD外来	午前 初診					大谷 直樹	
		脳神経外科	脳神経外科	脳神経外科	脳神経外科	脳神経外科	脳神経外科
		飯田 良司		飯田 良司		飯田 良司	
	午後 初診	麻酔科 ペイン外来		麻酔科 ペイン外来		麻酔科 ペイン外来	
				小川 克彦	小川 克彦		
				内科 ボトックス外来	内科 ボトックス外来		
隣接する歯学部病院の口腔内科（内科療法）と連携し診療を行っています。							

微小血管減圧術の中でも、三叉神経痛の手術は技術と経験が必要とされます。血管の圧迫で起こるのが約 90%ですが、腫瘍によるものが約 10%程度ありますので、治療する施設選びも慎重になります。日本大学病院では、頭蓋底外科など難症例の手術をはじめ、腫瘍の位置などで手術アプローチが難しいとされる場合でも対応しています。

【三叉神経痛のトリガーポイント】

鑑別診断早見表			
項目	三叉神経痛	顔面神経痛	顔面神経麻痺(ベル麻痺など)
原因神経	三叉神経(第 5 脳神経:知覚)	不明、または精神的要因など	顔面神経(第 7 脳神経:運動)
痛みの性質	電撃・激痛(刺す、走る)	鈍痛、ジワジワ、重い違和感	原則として痛みはない
痛み持続時間	数秒〜2 分程度(発作的)	数時間〜1 日中、持続する	痛みなし(耳の後ろが痛む程度)
痛みの部位	頬、顎、額(原則として片側)	顔全体、場所が移動することも ある	痛みなし
引き金(誘発)	洗顔、歯磨き、食事で激痛	触れても変化が少ない	なし
見た目の変化	なし(痛くない時は完全に正常)	なし	目が閉じない、口角が下がる
薬物治療	カルバマゼピン(テグレトール)	抗うつ薬、プレガバリンなど	ステロイド薬
手術	腫瘍との鑑別診断が必要 ややテクニックを必要とする	神経減圧術	×

- ◆ 鼻のわきや口元などに触れると電撃痛が誘発されることも多く、トリガーポイントと言われます。
- ◆ 食事、髭剃り、歯磨きや洗顔などでも生じる様になると生活もままならなくなってきます。
- ◆ 市販の鎮痛剤(ロキソニン、カロナールなど)ではほとんど効果がありません。
- ◆ 原因の多くは、屈曲蛇行してきた脳血管が三叉神経を圧迫することで三叉神経繊維の損傷が増悪することで生じます。
- ◆ 神経繊維の損傷箇所においてテグレトール(カルバマゼピン)による損傷繊維からの異常発火が抑制されるために電撃痛が抑制されることが特徴です。

呼吸器病センター

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

呼吸器病センター長
呼吸器内科 診療教授 辻野一郎



【胸部異常陰影について】

胸部異常陰影（中葉症候群含む）は、健康診断や他疾患の経過観察中に偶然発見されることも多く、肺癌、感染症、間質性肺疾患、難治性肺病変など、さまざまな疾患が含まれます。また、中葉症候群のように反復する無気肺や感染を契機に発見される症例では、気管支狭窄や閉塞性病変などの鑑別も重要となります。

ご紹介の際には、咳嗽や血痰、発熱、呼吸困難などの症状の有無や経過に加え、喫煙歴、既往歴、画像所見の経時的変化などをご共有いただけますと、診療を円滑に進めることができます。紹介前に胸部 X 線や胸部 CT が施行されている場合には、画像データをご提供いただくことで重複検査を減らし、迅速な診断につながります。

陰影の増大傾向がみられる場合や、原因不明の無気肺、治療に反応しない肺炎像、中葉症候群を繰り返す症例、悪性疾患が否定できない画像所見を認める場合には、早期の専門医受診をご検討ください。

日本大学病院で提供できる診療・検査・治療

胸部異常陰影は、健診で偶然発見される早期肺癌から感染症、間質性肺疾患まで多岐にわたります。当センターでは、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線診断部門が連携し、画像評価から気管支鏡検査、病理診断、治療方針の決定まで一貫した診療を行っています。

胸部異常陰影の診断や対応に迷われる症例につきましても、お気軽にご紹介・ご相談ください。治療方針決定後は地域の先生方との病診連携を通じて継続診療を進めてまいります。

画像所見のみでもお気軽にご紹介・ご相談ください。地域医療機関との密接な連携により、患者さんに最適な医療を提供してまいります。

場面	地域での評価	紹介・連携の目安
初期評価	健診異常陰影の指摘あり	浸潤影が認められるが、無症状
フォロー中	陰影改善に乏しい	浸潤影の持続・増悪が疑われる場合
退院・逆紹介後	陰影が再度出現	再燃の懸念が有る場合はご紹介を

メッセージ

胸部異常陰影を認めた患者さんにつきましては、ぜひ日本大学病院 呼吸器病センターへご紹介ください。当センターでは、肺がんをはじめ、間質性肺疾患、肺 MAC 症、肺炎症性疾患など幅広い呼吸器疾患に対応し、胸部画像診断、気管支鏡検査、病理診断を含めた迅速かつ的確な診断・治療を提供しております。「肺がんが疑われる」「経過観察でよいか判断に迷う」「小結節やすりガラス陰影の評価を依頼したい」など、診断にお悩みの症例につきましても、お気軽にご相談ください。地域の先生方との医療連携を大切にし、診断・専門治療後は速やかにご紹介元へ逆紹介させていただきます。患者さんにとって最適な医療を提供できるよう、今後とも連携のほどよろしくお願い申し上げます。

放射線科・放射線治療・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

放射線科科长 准教授 小橋 優子

[アミロイド PET でアルツハイマー型認知症の治療前診断が出来ます]

認知症の原因の約 7 割を占めるのがアルツハイマー型認知症です。その主な原因は、脳内に「アミロイド β 」という原因蛋白(たんぱく)が沈着するためだと考えられています。

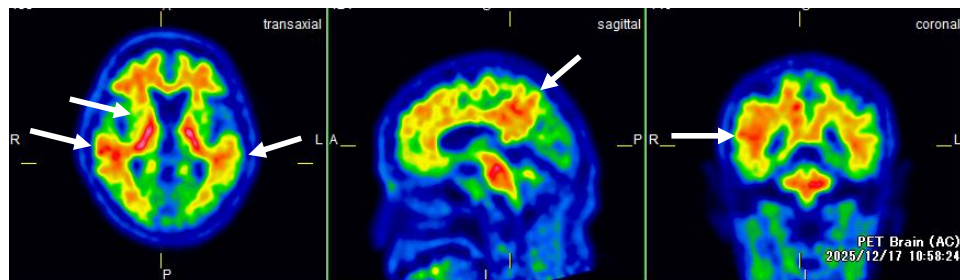
日本では 2023 年以降、軽度認知障害(MCI)や軽度のアルツハイマー型認知症を対象に、この蓄積したアミロイド β を除去する新しい治療薬(レカネマブやドナネマブなど)が使用できるようになりました。この治療を行うためには、事前に脳内にアミロイド β が存在しているかどうかを確実に確かめる必要があります。

従来は、脳脊髄液を採取して有無を確認していましたが、現在は PET 検査によって患者さんに痛みの負担を与えることなく、脳内のアミロイド β を可視化できるようになりました(図 1)。

図 1. アミロイド PET(フルメタモル PET) アミロイド β 蛋白陽性例

(矢印の所はアミロイド β 蛋白付着部です)

MMSE 22 点 CDR-GS 0.5



*当院ではカラーイメージでアミロイド β 蛋白を描出しております。

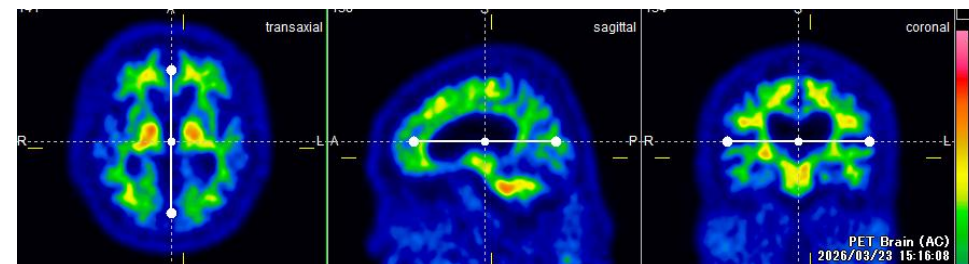
*アミロイド β 蛋白は赤く表示されます。

アミロイド PET でアミロイド β 蛋白陰性例であっても、その他の検査を重ねることによって認知症をより深く診断することが出来ます(図 2)。

具体的にはレビー小体認知症やパーキンソン病、進行性核上麻痺の診断のためのドパミントランスポーターシンチ(DAT-scan)や心臓交感神経シンチグラフィーなどです。

図 2. アミロイド PET アミロイド β 蛋白陰性例

MMSE 26 点 CDR-GS 0.5



*脳表にアミロイド β 蛋白を示唆する赤い表示が無く全体的に青く描出されています。

アミロイド PET を保険適応で行う場合は以下の条件があります

- レカネマブ・ドナネマブ治療可能施設からの依頼であること。
- 脳脊髄液検査におけるアミロイド β 42/20 比測定を行っていないこと(検査の重複を防ぐため)
- 厚生労働省の定める「レカネマブ(遺伝子組換え)の最適使用推進ガイドライン」における投与対象となる患者に該当すること(以下 1-4)。
 - 患者本人および家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえレカネマブによる治療意思が確認されていること。
 - レカネマブ・ドナネマブの禁忌に該当しないこと。
 - MRI 検査(1.5 テスラ以上)が実施可能であること。
 - 認知機能の低下および臨床症状の重症度範囲が以下の(a)および(b)の両方を満たすこと が、投与開始前 1 か月以内の期間を目安に確認されていること。
 - 認知機能評価 MMSE スコア 22 点以上
 - 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア 0.5 または 1

各施設での総合的な診断や治療が困難な場合は、日本大学病院のメモリーセンター外来、脳神経外科外来、精神科外来などでも対応が可能です。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「アミロイド 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。



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

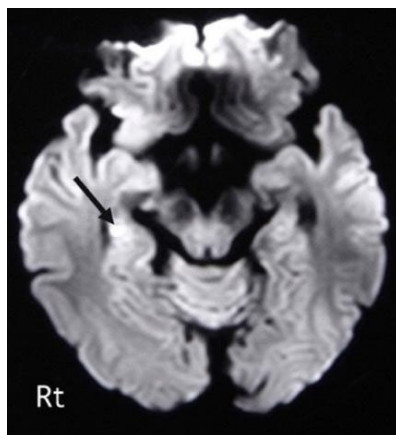
科長 診療教授 小川克彦

【一過性全健忘症】

急に同じことを言って話を理解できなくなる「一過性全健忘症」という病気があります。この一過性全健忘症を紹介させていただきます。一過性全健忘症は、前行性・逆行性の健忘症状が急性に発症し、24時間以内に消失することを特徴とする疾患で、健忘は前行性健忘の方がより目立ちます。発熱などの炎症所見は伴わず、健忘以外の神経学的異常はみられません。特徴としては、以下の項目があります。すなわち、1) 急性発症の健忘である、2) 時間・場所の失見当識が目立つ、3) 何度も同じ質問をする、4) 意識障害はない、5) 健忘以外の神経学的異常はない、6) 24時間以内に改善する、の6項目があります。一過性全健忘症の主な原因にはこれまでに、虚血・片頭痛・てんかん・静脈性うっ血・精神的要因が知られていますが、代謝面で見ると、海馬領域の「グルタミン酸介在性のカルシウム流入」に起因する神経細胞の機能障害が重要視されています。発症前には、精神的・肉体的ストレス・恐怖体験が多くみられ、精神的・肉体的ストレスがつよい状態では、前述した持続的なグルタミン酸の過剰放出が起こり、健忘が生じると考えられています。一過性全健忘症ではMRIで海馬に異常高信号域がみられることがあります(図)。この異常高信号域は主に拡散強調画像で検出され、比較的小さな病変として検出されます。この異常高信号域は発症よりも遅発性に出現することが特徴的で、発症後24～48時間後、即ち健忘症状が改善してから検出され、検出される期間は7～10日です。急性の健忘状態を呈する場合は一過性全健忘症の可能性があり、症状改善後のMRI検査が有用になります。

【メッセージ】

当院神経内科は内科に配属されており、様々な神経疾患を診断治療しております。健忘症状が疑われる患者様がいましたら、お気軽に紹介いただくと幸いです。



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。

泌尿器科

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

泌尿器科科長 診療教授 山口 健哉

〔前立腺肥大症に対する新しい低侵襲手術〕

2025 年 1 月から日本大学病院泌尿器科で前立腺肥大症にたいする新しい低侵襲手術を始めました。現在まで当科ではレーザー前立腺核出術などの低侵襲手術を手がけて参りましたが、今回導入した Rezūm (レージュム) システムはさらに侵襲度が低く、10 分程度の手術時間で完遂いたします。概要は、内視鏡を用いて尿道から入り(経尿道的)、高温水蒸気を利用して前立腺肥大症を治療する医療機器です。高温水蒸気が肥大した組織内に蔓延して細胞を壊し体内に自然に吸収されていくことで症状を緩和します。

Rezūm システムは図 1 です。このうち、デリバリーデバイスという細長い筒状の部分が体内に入る部分になります。腰椎麻酔や全身麻酔など必要に応じた麻酔の方法が麻酔科の先生方の判断により考慮されます。抗凝固薬はいまのところ中止またはヘパリン置換で行っています。麻酔後碎石位でデリバリーデバイスを尿道より入れ、先端から水蒸気を送り出す針を出し、肥大組織に直接差し込み水蒸気を注入します。水蒸気は前立腺組織の間質を伝って充滿します。約 103℃ですが、前立腺は体温と同じですの水蒸気治療を行った部分が約 70℃になります。この過程で治療部分の前立腺細胞は破壊され、その後約 1〜3 か月かけて自然に体内に吸収されていきます。こうして、肥大していた前立腺が小さくなり、前立腺肥大症からくる下部尿路症状が緩和されます。治療方法を簡単に示すと図 2 になります。この治療は、側葉肥大に対しても中葉肥大に対しても行うことができます。

治療後尿道浮腫が起こるので、尿閉にならないために治療後一定期間、膀胱カテーテルを留置します。留置期間の平均は 3.4 日間で範囲は 1.0 - 30.9 日間です。術前から膀胱カテーテルが留置されている場合はこれより長くなります。合併症には排尿障害の残存、肉眼的血尿、血精液症、頻尿、尿意切迫などがあります。軽度なものまで含めても、排尿障害が約 17%、血尿が約 11%、それ以外は 10%以下で、保存療法で回復するものがほとんどです。



レディースセンター(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 永石匡司

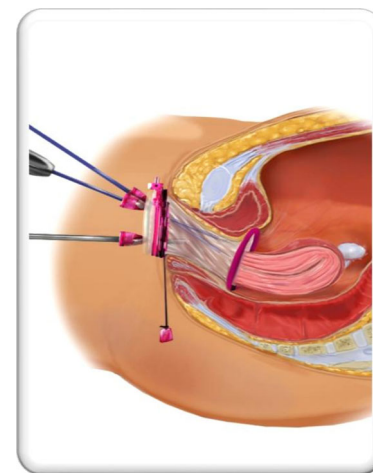
〔経腔的内視鏡手術 vNOTES〕

当院では、婦人科良性疾患の90%以上を内視鏡手術で行っています。

〔vNOTES: transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery〕

この手術は宫腔臓器を用いた内視鏡手術のことをいい、婦人科領域では腔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腔円蓋部に穴をあけ、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。これまで臍高を超える1kg以上の子宮全摘も問題なく遂行して、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。

日本大学病院 産婦人科では 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。



臨床検査科・臨床検査部

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

臨床検査科科长 輸血室室長 志方 えりさ

【ドラツマブ投与患者の輸血検査における「偽陽性」への対応について】

当院臨床検査部(輸血室)では、検体・生理検査を担い、認定技師を含む専属スタッフが 24 時間体制で輸血検査や緊急の交差適合試験に対応しています。昨今、多発性骨髄腫治療薬「ドラツマブ(抗 CD38 モノクローナル抗体)」の普及に伴い、輸血前検査が全面陽性(偽陽性)となる事例が増加しています。当院ではこのトラブルを回避する検査体制を整備いたしました。

【臨床事例と偽陽性のメカニズム】

先日、緊急入院された患者様の交差適合試験がすべて陽性となる事例が発生しました。不規則抗体の特定が困難を極めましたが、過去のカルテ精査により他院での骨髄腫診断とドラツマブ投与の事実が判明しました。ドラツマブは赤血球表面に微量に発現している CD38 にも結合します。そのため、検査時に赤血球上の CD38 と血漿中の抗 CD38 薬剤が結合してしまい、不規則抗体スクリーニングや交差適合試験がすべて陽性(偽陽性)と判定されてしまいます。これが輸血製剤の確保を遅らせる大きな要因となります。

【当院の対応体制とご紹介時のお願い】

この経験を踏まえ、当院ではドラツマブ投与患者様でも正確に輸血前検査が行えるよう、「DTT(ジチオスレイトール)処理」によるマスキング解除体制を構築いたしました。これにより、薬剤の影響を排除した迅速な不規則抗体スクリーニングや交差適合試験が可能です。近隣の先生方におかれましては、ドラツマブ投与中の患者様を当院へご紹介いただく際、または緊急搬送される際には、診療情報提供書等にその旨をご記載いただけますと幸いです。また、輸血検査でお困りの際やご不明な点がございましたら、いつでも当院輸血室まで事前にご相談ください。緊急時も迅速に連携し、安全な輸血医療をサポートいたします。

手術部・手術室看護

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

手術室看護師長補佐 麦島貴子

【術前から患者さんを支える周術期のチーム連携】

当院の手術室が実践している「患者さんを中心とした安心・安全な手術医療」への取り組みをご紹介します。今回のテーマは、私たちが大切にしている「術前から始まる周術期のチーム連携」です。

【実施率 100%の「術前訪問」で不安を安心へ】

手術という非日常の体験に対し、患者さんは計り知れない不安を抱えていらっしゃると思います。当院では、当日緊急手術を除く全身麻酔の全症例において、術前訪問を実施しています。手術室看護師が 事前に病室へ伺い、「何に一番不安を感じているか」を丁寧にすくい上げ、ここで得た情報をチーム全体で共有することで、当日の安全な個別的な看護へと直結させています。

【状態に合わせて実践する「術後の継続看護」】

手術看護は、手術室の中で完結するわけではありません。全症例で行う術前訪問で得た情報や手術中の状況は、病棟へ引き継がれ日々の看護に活かされています。

その上で、患者さんの状態に応じた直接的な術後支援も行っております。術後も継続して観察が必要な患者さんには、手術を担当した看護師が病室を訪問し、術中の状況を踏まえて状態を確認し、必要に応じて病棟看護師へ看護の引継ぎを行います。

さらに、硬膜外麻酔や静脈内 PCA(患者自己調節鎮痛法)を使用される患者さんには、「術後疼痛管理チーム」が病室を訪し、患者さんとの対話やしぐさから発せられるメッセージを丁寧にくみ取ることを心がけています。その情報を踏まえて、医学的な根拠に基づいて PCA 設定の調整を行うとともに、患者さん自身が安心して疼痛管理できるよう、適切な使い方について丁寧な指導・支援を行うことで、痛みを最小限に抑えたスムーズな早期離床へとつなげています。

先生方からご紹介いただいた大切な患者さんが、少しでも安心して手術に臨み、笑顔で地域へお戻りいただけるよう、今後も質の高い周術期医療を提供してまいります。



【中央手術部の紹介】

- ・手術室8室
ハイブリッド手術室1室、BCR1室
内視鏡手術室2室、眼科専用1室
- ・血管造影室2室
- ・看護スタッフ43名
看護師長補佐1名、看護主任2名、看護師39名
看護補助者1名

看護部

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

がん看護専門看護師 山本恵子

【地域とともに支えるがん相談支援センター】

～患者さんの治療と生活をつなぐ相談支援～

【地域の先生方とともに、患者さんの「治療」と「生活」を支えます】

がん医療では、診断時から治療、療養生活に至るまで、患者さんやご家族は治療に関する悩みだけでなく、仕事や生活、経済面、家族との関わりなど、さまざまな課題に直面します。

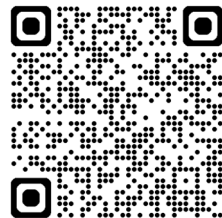
日本大学病院がん相談支援センターでは、こうした不安や困りごとに対し、がん相談員をはじめ、がん看護専門看護師、認定看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなど多職種が連携し、患者さんが安心して治療を継続し、その人らしい生活を送れるよう支援しています。

また、がん相談支援センターを入口として、患者さんの状況に応じて、がん看護外来やリンパ浮腫ケア外来、薬剤師外来などの専門外来・専門職へつなぎ、継続した支援を行っています。

【このような患者さんをご紹介します】

- 治療内容について理解や整理が難しい
- 治療選択に迷いがある
- 就労や仕事との両立について相談したい
- 医療費や生活費への不安がある
- ご家族への支援が必要
- リンパ浮腫や外見の変化で困っている
- 緩和ケアや ACP について相談したい

当院のがん相談支援センターのお知らせは
下記 QR コードよりご覧いただけます。



【がん相談支援センター】

相談時間：月～金 9:00～16:00(祝日を除く)

連絡先：医療福祉相談室 03-5577-3439(直通)

【相談は患者さんの安心につながります】

がん相談支援センターは、当院に通院中の方だけではなく、当院に通院していない患者さんやご家族もご利用いただけます。

【日本大学病院の相談支援体制】

患者さん一人ひとりに寄り添うため、多職種がそれぞれの専門性を生かしながら支援しています。

【顔が見える相談支援チーム】



私たちがお手伝いします

- ・がん相談員(看護師)
- ・がん看護専門看護師
- ・がん薬物療法看護認定看護師
- ・医療ソーシャルワーカー
- ・薬剤師
- ・医師

【がん患者さん同士がつながるさくらカフェ】

日本大学病院では、がん治療中の患者さんやご家族が安心して交流できる場として、「さくらカフェ」を開催しています。

さくらカフェは、専門職による情報提供と、患者さん同士が支え合うピアサポートを組み合わせた交流の場です。

直近の開催では、「自分らしさを取り戻す～アピアランスケアを学ぶがんカフェ～」をテーマに開催しました。

がん治療に伴う脱毛や皮膚・爪の変化などについて、看護師によるミニレクチャーに加え、アピアランスケア専門スタッフによる実演を行い、参加者にはウィッグや頭皮ケア用品、ネイルケアなどを実際に体験していただきました。

交流の時間では、お茶を飲みながら、参加者同士が治療中の悩みや日常生活での工夫について自由に語り合いました。参加者からは、「相談できる場があってよかった」「同じ立場の方と話すことで勇気をもらえた」といった声が寄せられ、全員が「参加してよかった」と回答するなど、次回開催への期待も寄せられました。

【さくらカフェのご案内】

- 春・秋に開催
- 開催内容は当院ホームページ等でご案内しています
- ご興味のある患者さん・ご家族がいらっしゃいましたら、ぜひご紹介ください

※開催内容により当院通院中の患者さんを対象とする場合があります。詳細はがん相談支援センターまでお問い合わせください。

乳がんアピアランスケア 医療連携セミナー

日時 2026年8月20日（木）19:00～20:15

会場 TKPガーデンシティ御茶ノ水2F カンファレンスルーム2C
東京都千代田区神田駿河台3-11-1 三井住友海上駿河台新館 2階

参加登録 会場へのご参加、Zoomによるweb配信のいずれも下記URLまたは二次元コードより事前登録をお願いいたします。
<https://x.gd/kSYCu>



開会挨拶 三浦 義正 先生 日本大学病院 消化器内科 教授

司会 小山 祐未 先生 日本大学病院 乳腺・内分泌外科

Lecture1 19:00～19:15

「外見の変化と心に寄り添うリンパ浮腫ケア」 —乳がん患者への包括的支援を目指して—

山本 恵子先生 日本大学病院 がん看護専門看護師 リンパ浮腫セラピスト

Lecture2 19:15～20:15

「乳がん治療におけるアピアランスケア」 ～外見のケアは心も救う～

小関 淳 先生 日本大学病院 乳腺・内分泌外科 科長

個人情報保護法に基づき、ご記入いただきました情報は、医療情報・学術情報の提供・収集、医薬品および医療機器の使用実態や使用者ニーズなどの調査・分析のために使用し、他の目的のためには一切使用致しません。中外製薬株式会社は、ご入力いただきました個人情報を「個人情報の取り扱いのご案内」に従い取り扱います。<https://www.chugai-pharm.co.jp/rule/Privacy/index.html>

共催：日本大学病院・中外製薬株式会社

医療連携室からのお知らせ

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。

