

医療連携通信

2025
12

Contents

特集1

IBD の患者さんを一人にしない「共に歩む場」を目指しセンター設立

炎症性腸疾患センター 鈴木 秀和 教授

特集2

循環器疾患の地域ハブ医療機関として「ハートチーム」で包括的支援を

循環器疾患センター 伊苅 裕二 教授

特集3

関節と脊椎の最新型手術支援ロボット導入 安全・低侵襲な治療を安定的に提供

整形外科 酒井 大輔 教授



乳がんの啓発活動「ピンクリボンフェスティバル」の一環で付属病院をライトアップ（2025年10月）



東海大学医学部附属病院

IBDの患者さんを一人にしない 「共に歩む場」を目指しセンター設立

炎症性腸疾患センター長

鈴木 秀和 教授

県西部地域の「要」として 増加する IBD に対応

潰瘍性大腸炎（Ulcerative Colitis:UC）とクローン病（Crohn's Disease:CD）に代表される炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease:IBD）は、腸管の粘膜に炎症が生じる原因不明の疾患の総称で、UC と CD は難病に指定されています。

私が参画している国際研究団体「GIVES-21 コンソーシアム」が行った IBD に関する世界的な疫学データの分析結果では、IBD は 1900 年代半ばから北アメリカやヨーロッパを中心に広がり、日本でも 1990 年ごろから急増していることが明らかになっています。

難病の医療受給者証交付件数の推移をみても、1970 年代以降、増加の一面をたどり、2014 年には UC が約 17 万件、CD は約 4 万件と大幅に増えています。IBD はもはや希少疾患ではなく、日常診療で遭遇する一般的な疾患になったといえるでしょう。

神奈川県と都県における 2014 年の医療受給者証所持者数を比較すると、UC、CD とともに東京都（中等症・重症者で計 21,347 人）が最も多く、次の

で神奈川県となっています（同 16,507 人）。しかし、その差はそれほど大きくなく、人口比にすると神奈川県のほうがむしろ多い状況です。

一方で神奈川県内ではこれまで、医療機関の地理的な偏在が課題となっていました。IBD に対する専門的な診療を担う「日本炎症性腸疾患学会指導施設」の認定を受けた医療機関とその関連施設は、相模川を挟んで東側の横浜市や川崎市などに集中しており、西側の地域には存在しませんでした。こうした現状に加え、今後も IBD 患者さんの増加が見込まれることから、IBD に対する診断・治療のさらなる充実を目指して 2025 年 4 月、当院に「炎症性腸疾患センター」が設立されました。

診療科と多職種が連携し 患者の希望に応える

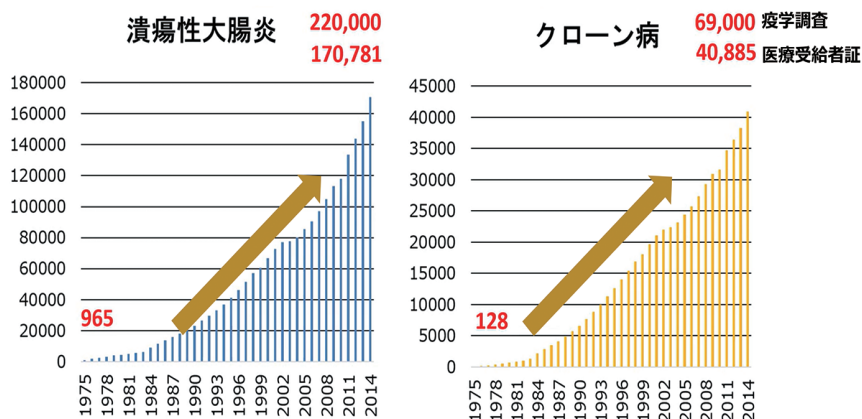
IBD は、腹痛や下痢、血便などの症状を呈し、寛解と再燃を繰り返す疾患で、現段階では完治は望めません。発症年齢のピークは、UC が 20~30 歳代、CD が 10~20 歳代で、受験や就職、結婚、出産といった大切なライフイベントが多

い若い年代に好発することも特徴です。つまり、患者さんは長い人生を、IBD と向き合って生きなければなりません。その間には、再燃への不安や、周囲の人に病気について理解してもらえないといったつらさから、悩んだり孤独を感じたりする方も多いのが実情です。

こうした背景もあって、当センターは単に治療を受ける場所ではなく、「患者さんを一人にせず、共に歩む場」となることを目指しています。

そのために、消化器内科、消化器外科はもちろん、小児科や小児外科、産婦人科などのさまざまな診療科をはじめ、看護師、薬剤師、栄養士といった多職種がそれぞれの専門性を生かして協働し、患者さん一人ひとりの病態や希望に合った治療法を導き出す体制を構築しています。児童期に発症した場合には、小児医療から成人への移行医療（トランジション）が必要ですが、こうした体制により、切れ目のない適切な医療サポートを図っています。

診療科・多職種連携によって、IBD の患者さんの妊娠・出産に対応した症例を紹介しましょう。16 歳で小腸大腸型クローン病を発症した患者さんが、10 年後に妊娠され、妊娠 8 週で当院に紹介されてきました。当初は寛解を維持し、母子ともに異常はなかったのですが、29 週目に嘔気・嘔吐が激しくなり、小腸イレウスを合併して入院。産科と消化器外科などと連携し、いざという時の治療体制を整えたうえで、成分栄養を行いながら、じっくりと腸の状態を改善させました。半消化態栄養剤とペースト食が可能になった段階で患者さんは退院し、その後、無事に経膈分娩できました。妊娠中に免疫抑制薬を服用していたことから、出産後に小児科が介入し、新生児の予防接種の間隔



炎症性腸疾患の患者数推移

<https://www.nanbyou.or.jp/entry/1356#p09>
Muraikami Y, et al. J Gastroenterol. 54:1070-7, 2019

を調整するなどの対応を取りました。

こうした診療科の垣根を超えた対応は当院の強みの一つであり、センター化によって、患者さん一人ひとりの状態にあわせて対応できる体制をさらに充実させたいと考えています。

「Shared Decision Making」 希望に沿って治療を選択

IBD の治療の中心は薬物療法です。病型や重症度、病期によって使用する薬剤は異なりますが、基本的には、5-アミノサリチル酸 (5-ASA) を寛解導入および寛解維持に、ステロイド薬を寛解導入に用います。強い炎症作用のあるステロイド薬は長期間使用すると骨粗鬆症やミネラル吸収不良といった副作用のリスクが高まります。そのため使用は3カ月程度までにとどめ、他の薬剤に変更します。2010年以降は、生物学的製剤や低分子化合物も含めたさまざまな新薬が開発され、治療の選択肢が広がっています。それらをうまく活用しながら患者さんの環境や状態にあった治療法を提案することも重要になってきています。

当センターでは薬剤を選択する場合、処方する薬剤の剤型も考慮しています。例えば、生物学的製剤の抗TNF- α 抗体製剤にインフリキシマブ、アダリムマブ、ゴリムマブがありますが、インフリキシマブは点滴なので、定期的な来院が必要です。一方、他の2剤は皮下注射で注入するため、患者さんが自分で注射することも可能です。そのため患者さんのライフスタイルやお仕事の都合についてヒアリングをしながら薬を処方しています。

病状の進行により外科治療が必要になった場合には、外科医と緊密に連携し、性別や年齢も含めて手術のタイミングを見極め、大腸全摘や回腸囊肛門吻合などを行います。特にCDで小腸の切除が必要になる場合、若年であるほどできる限り栄養吸収機能を残す必要があるため、切除部分を最小限に抑える必要があると考えています。いず

れの場合にも患者さんや家族の希望を聞きながら最適な治療法を選択する「Shared Decision Making (SDM)」を重視しており、この姿勢は患者さんとの信頼関係の構築にもつながっています。

正確な診断と早期治療が鍵 生体情報モニタリングにも注力

IBD と似た症状を呈する病気は多いため、初期診断は大変重要です。IBD の疑いがあるとして紹介されてきた患者さんでも、内視鏡検査や血液検査、便の細菌学的・寄生虫学的検査などを行ったところ、IBD ではなく、腸結核だったり、サイトメガロウイルス腸炎であったりするケースもあります。こうした感染性腸炎にステロイド薬を投与すると、感染がひどくなったり、穿孔性腹膜炎などを起こす危険性があるため注意が必要です。

当センターではさまざまな専門的検査を組み合わせて、専門医らが議論しながら慎重に診断しています。IBD が疑われる場合や診断に迷う場合には、まずは当院にご相談いただきたいと思います。

新たな検査方法などの研究も積極的に行っています。内視鏡検査は身体的な苦痛のリスクがあることから、低侵襲、安全、簡便で正確に鑑別できる診断法も積極的に取り入れています。その一つがバイオマーカーで、すでに便中カルプロテクチン (Fcal) や尿中プロスタグランジンE 主要代謝物 (PGE-MUM) などによる検査が保険収載されています。当センターでは、これらに加えて、新たなバイオマーカーの探索を進めているところです。

このほか、スマートウォッチを活用して腸の状態を常時把握する手法の研究も実施しています。腸は心拍と同様に自律神経と関係しており、下痢などの腸症状は自律神経の乱れを伴います。そこで、スマートウォッチで腸の自律神経の活動度を心拍変動に反映させる「生体情報モニタリング」を開発中です。臨床現場でこれを使用できるよう

になれば、患者さんが常時、自分の体調変化を把握できるので、IBD の再燃を早期に把握して医療介入できると考えています。

また、IBD に関する正しい知識を一般の方に知っていただくための情報発信にも力を入れています。IBD という疾患に関する理解不足のため、周囲の人が患者さんの心身の状態に気づいたり適切に対応したりできず、患者さんのQOL (生活の質) が低下するケースがしばしばみられます。また、社会全体の理解不足により差別に苦しむ患者さんもいらっしゃいます。そうした状況の改善にむけた施策の一つとして、近隣の方を対象とした市民公開講座を実施するなどの普及啓発活動を開始しました。今後も定期的に開催するとともに、患者さん同士が情報を交換したり、交流したりできる「患者会」を立ち上げたいと考えています。

さらに、専門医をはじめとするスタッフの育成にも力を注いでいます。ますます進展する医療DXを見据え、臨床データを蓄積・分析して医療に生かす研究も展開する計画です。引き続き、地域の医療機関の皆さまとの連携を深めながら一つひとつの取り組みのさらなる充実を図り、よりよい医療の提供に努めていきます。



慶應義塾大学卒。東海大学医学部医学科内科学系消化器内科学領域教授。博士(医学)。慶應義塾大学医学部教授などを経て、2025年4月より現職。専門は消化器内科。日本ヘリコバクター学会理事長、日本微小循環学会理事長、日本神経消化器病学会副理事長、日本消化管学会理事、日本自律神経学会理事などを務める

循環器疾患の地域ハブ医療機関として「ハートチーム」で包括的支援を

循環器疾患センター長

伊苅 裕二 教授

死因上位を占める循環器疾患 国も本腰を入れて対策

循環器疾患は日本人の死因のうち、悪性新生物（がん）に次いで2位を占めるなど多くの国民の生命にかかわる疾患となっています。そうした状況を受けて、2018年に脳卒中・循環器病対策基本法が成立し、都道府県や地域と連携して循環器病の患者や家族に対する情報提供や相談支援などを行う、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」の設置が進められています。

当院も国の採択を受け、2023年から2年間「モデル事業」として同センターを設置・運営し、循環器病の患者さんらに対する包括的な支援に取り組んできました。その経験を踏まえ、急性期の対応や先端医療の提供をはじめ、各診療科と多職種連携による包括的な支援を目的として2025年4月に誕生したのが循環器疾患センターです。

人口減少下にあっても循環器疾患の患者数は増加傾向にあり、今後も減少することはないと言われています。特に高血圧や糖尿病などの生活習慣病に罹患している高齢者の場合、狭心症、心筋梗塞、脳卒中、閉塞性動脈硬化症

などを併発する人が増えています。

一方で、治療やリハビリテーションの常識も大きく変わっています。かつては療養期には安静が第一だと考えられてきましたが、運動療法を採り入れながら心臓リハビリを積極的に行うことが重要であることがわかっています。そのため、時代の要請と医療の進歩に対応しうる体制が必要となったのです。

診療科と多職種が連携「ハートチーム」で患者を支援

当センターでは、循環器内科と心臓血管外科の専門医が診療科の垣根を越え、高い専門性を持つ医療スタッフと緊密に連携を取り合いながら、「ハートチーム」として多様な循環器疾患に対応しています。神奈川県西部における地域医療・急性期医療の「最後の砦」として高度救命救急センターと協力し、24時間365日、救急患者に対応する体制を整えています。

また、栄養士、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの医療スタッフとの多職種連携もしっかり機能しているのが特徴です。脳卒中・心臓病等総合支援センターの活動を通して、循

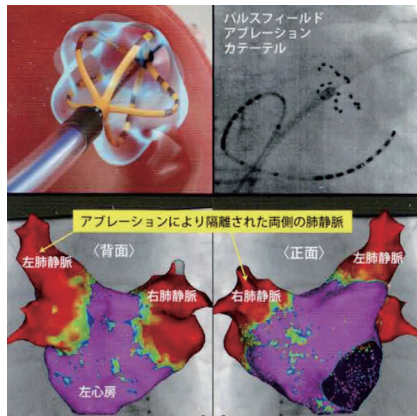
環器疾患の患者さんやご家族には転院先や受診先、治療費など経済的な問題、治療と仕事の両立といったさまざまな不安や悩みを抱えるケースが多いことがわかっています。当院では患者支援センターとも連携しながら、急性期から回復期にいたるまで、患者さんと家族が安心して治療に専念できるようサポートしています。

大学病院ならではの最先端医療を提供

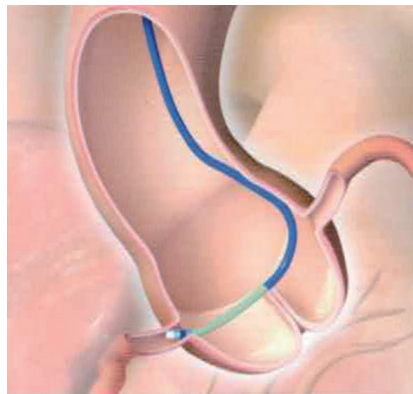
先端医療の研究成果や知見に基づいた高度かつ多様な検査と治療法の中から、患者さんにとって最適な方法を提供できるのも当院の強みです。

冠動脈疾患の診断においてはCT、PET-CT、MRIばかりではなく、2022年にアジアで最初に当院に導入されたPhoton-counting CTによる高精細画像での診断や、冠動脈CT画像をスーパーコンピュータで解析するFFR-CRにより、短時間でかつ高精度、低侵襲な検査が可能となっています。従来は入院を伴う心臓カテーテル検査が必要だったことから比べると、患者さんの負担も格段に軽減されました。

急性心筋梗塞や狭心症の治療では、発症から冠動脈を開通させるまでの時間を短縮することが重要です。冠動脈インターベンション（PCI）は年間300症例ほど実施しているほか、1995年に私が開発し、すでに世界で広く使われているIKARI Curveによる撓骨動脈アプローチでの心臓カテーテル検査や治療も行っています。これらの術式はカテーテルを用いるため、多臓器疾患を抱えた高齢者など、冠動脈バイパス術などに耐えられない患者さんにも対応できるメリットがあります。

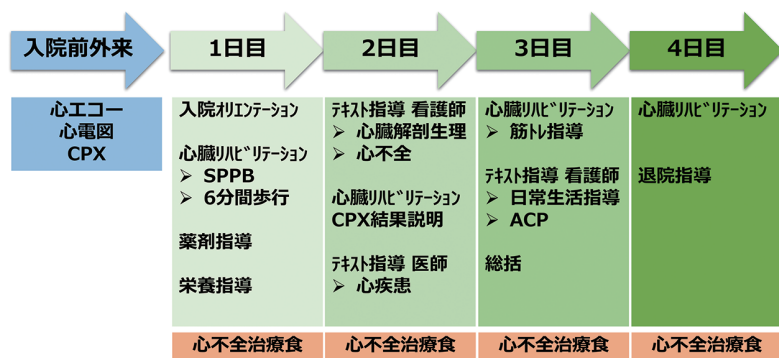


カテーテル治療として最新のパルスフィールドアブレーションにも対応



伊苅教授が開発したIKARI Curveの模式図

心不全教育入院プログラムの概要



CPX：心肺運動負荷試験 SPPB：簡易身体機能検査 ACP：アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）

そのほか致死性不整脈に対してはカテーテルアブレーション治療や植え込み型除細動器（ICD）を用いた治療のほか、カテーテルアブレーションが困難な難治性致死性心室不整脈に対しては体外放射線（X線）照射による低侵襲不整脈治療も実施しており、当院はこの治療が行える国内でも数少ない施設となっています。

また大動脈弁狭窄症に対しては経皮的動脈弁置換術（TAVI）を国内でもトップクラスの年間220症例ほど実施しているほか、重症心不全に対しては、経皮的肺補助（PCPS）や経皮的左室補助装置（Impella）などの補助循環装置を用いた集中治療も日常的に行っています。

とりわけ急性期において、循環器の治療に一人の医師で対応することは困難になっており、循環器内科と心臓血管外科の専門医が、それぞれが持つ治療技術と知見を共有するチーム医療が重要となっています。本院では、手術中にも随時連絡を取り合って相談するなど、患者さんの容態の急変や高難易度の治療にも安全かつ迅速に対応できる体制を構築しています。

「心不全教育入院」導入 生活習慣の自己管理法を指導

また心不全においては、肥満や過度な飲酒、喫煙、運動不足といった生活習慣が改善できず、再発を繰り返す患者さんも多いのが現状です。そこで、

予防や術後の自己管理の徹底につなげる取り組みとして2020年に当院が全国的に先駆けて始めたのが、3泊4日の「心不全教育入院」です。

このプログラムは基礎心疾患のある方や心不全の治療を受けている方が対象で、看護師や薬剤師、栄養士、理学療法士から心臓リハビリの進め方や服薬・栄養指導を受けられます。適切な自己管理方法を学べると患者さんからも大変好評で、生活の質の維持や再発防止に役立てていただいています。

当センターを拠点に 長期的・多角的な支援体制構築

循環器疾患の患者さんに対し、治療のステージに合わせた適切な医療を提供するためには、地域の医療機関などと緊密に連携し、長期間にわたってサポートする体制づくりも不可欠です。当院では、難治症例などに関する情報交換の場として年2回程度「西湘循環器カンファレンス」を開催しており、2025年度には40回目を迎えます。地域の先生方に当院での手術の様子を見学してもらうこともあり、情報やイメージを共有することで、患者さんをスムーズに紹介していただくなど、好循環につながっています。

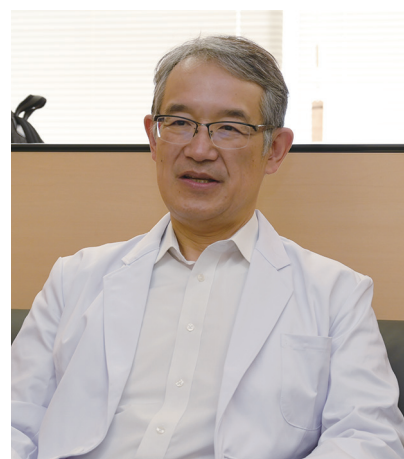
また、心臓リハビリに関する新たな情報共有の場として、心臓リハビリ連携の会を2025年度中には開催する予定です。ぜひ多くの先生方にご参加いただけると幸いです。

通院が困難な終末期の患者さんに対する訪問診療についても、厚木市内のクリニックと連携して展開しています。クリニックには本院のスタッフやかつて在籍していた医師が勤務しており、ペースメーカーの定期的なチェックなどの医療行為が在宅でできる先駆的な取り組みです。患者さんのニーズも高いため、今後も連携医療機関を増やしながらいち層充実させていきたいと考えています。

さらに、「市民公開講座」を開催するなど、患者さんや地域の方に、心疾患に関する最新の情報を発信する活動も行っています。

常に意識しているのは、日々の診療の際に患者さんの声に真摯に耳を傾け、それを医療に生かす努力を続けることです。今後も医療現場におけるアンメットニーズを把握し、よりよい医療に向けた研究開発に取り組むと考えています。

最先端の医療を適切な形で提供し、患者さんに「この病院で治療できて幸せだった」と思ってもらえることが、私たちの何よりのやりがいです。地域の医療機関の皆さまと連携しながら循環器医療のハブとしての役割を引き続き担ってまいりたいと考えています。



名古屋大学医学部卒業。三井記念病院、東京大学医学部附属病院、米国ワシントン大学留学などを経て、2005年から東海大学医学部附属病院循環器内科教授。専門は循環器疾患全般、虚血性心疾患（狭心症・心筋梗塞）、心血管インターベンション（カテーテル治療）。日本内科学会認定医・指導医・総合内科専門医、日本循環器学会専門医、日本心血管インターベンション治療学会名誉専門医・指導医

関節と脊椎の最新型手術支援ロボット導入 安全・低侵襲な治療を安定的に提供

整形外科診療科長

酒井 大輔 教授

増える運動器疾患 要支援・要介護の原因に

当院整形外科では 2025 年初頭に、人工関節置換術用の手術支援ロボット「Mako（メイコー）システム」と、脊椎固定術に対応したロボットシステム「Mazor X（マゾール エックス）Stealth Edition」を導入しました。

背景にあるのは、高齢化社会の進展による運動器疾患の増加です。厚生労働省の 2022 年「国民生活基礎調査」によると、要支援・要介護となる原因の 26.3% が関節や脊椎の疾患、転倒による骨折といった運動器疾患となっており、大きな社会問題になっています。変形性股関節症、変形性膝関節症に代表される関節疾患や、腰部脊柱管狭窄症、腰椎変性すべり症などの脊椎疾患の患者が増えており、神奈川県西部地域でも同様の傾向が見られます。

手術支援ロボットといえば、消化器や泌尿器などのがん切除に用いられる「ダヴィンチ」や「hinotori™（ヒノトリ）」が普及しています。しかし、こうした腹腔鏡を用いるロボット手術は整形外科領域の疾患への適用が難しいため、新たなアプローチによるロボットの開発が進められてきました。その中で最も早く導入が進んだのが、人工関節置換術の手術支援ロボットです。

正確に人工関節を置換 脱臼や再置換を抑制

日本人工関節学会の調査によると、人工股関節全置換術（THA）と人工膝関節全置換術（TKA）の症例数は右肩上がりが増加しており、2023 年度はいずれも 8 万件を超えています。

股関節や膝関節の人工関節置換術に

おいては、患者さんの CT 画像から病態や骨格に合わせた術前計画をコンピューターが作成し、三次元画像で確認できる機器が以前から用いられてきました。しかし、骨の切除や人工関節の設置は人が行う必要があり、医師の経験や技術に結果が左右されることが課題となっていました。これを改善したのが手術支援ロボットです。

「Mako」は、三次元の術前計画作成はもちろん、骨の切除や人工関節の設置アシストも可能で、現在、国内で用いられている人工関節手術支援ロボットの中では最も高性能なシステムです。

神経や血管、軟部組織の損傷を抑制するなど低侵襲で、脱臼などの合併症を減らせるほか、脚の長さの補正や靱帯のバランス調整といった機能も備えています。

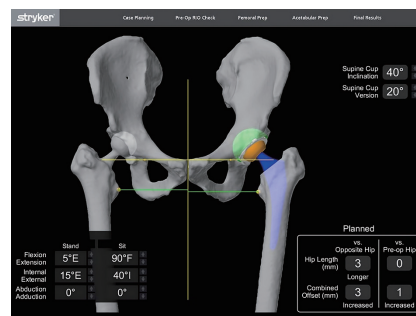
THA においてロボット非使用（1724 例）とロボット使用（523 例）を比較した結果、使用した場合の脱臼率は 0.6%（非使用では 2.5%）で、脱臼による再手術と再置換手術はゼロとの研究報告もあります。日本でも 2024 年の「変形性膝関節症診療ガイドライン」で推奨されるなど、人工関節置換術におけるロボット支援手術の有用性が高く評価されるようになっていきます。

脊椎スクリューの逸脱を減少 オーダーメイド・ロッドは国内初

一方、脊柱管狭窄症やすべり症、側弯症などに適用される脊椎固定術は、変性や変形のある脊椎に挿入したスクリューをロッドでつないで固定し、脊椎の安定性を高める手術です。日本整形外科学会の診療情報データベース（JOANR）の集計によると、「脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術」を合わ



Mako システム



Mako システムによる術前シミュレーションの例

せた関連手術は、国内で年間約 7 万例に達しています。

この術式においては、スクリューの正確な挿入が手術成功の要となります。術前に設定した位置に、正しい角度・深さで挿入できなければ、周囲の血管や神経を傷つけ、重篤な合併症を引き起こしかねません。この手術においても、執刀医の経験や勘に依存せず、正確かつ安全に行うためのナビゲーション技術やロボット支援技術の開発が進められてきました。

2015 年ごろに普及し始めたのは、「O-arm イメージングシステム」などの X 線による三次元画像撮影装置で、17 年には三次元画像にナビゲーションシステムを組み合わせた手術が行われるようになりました。さらにロボット技術が加えられたのが「Mazor X」で、国内で同様の機器を導入している医療機関は、まだ 20 施設程度です。



Mazor X を用いた手術風景

このシステムにより、個々の椎骨だけでなく背骨全体のバランスを考慮した高精度な手術計画の作成や、術前のシミュレーションが可能になりました。術中は、ロボットアームがスクリューを挿入する場所に正確に手術器具を誘導します。挿入位置や挿入状況がリアルタイムに術者のゴーグルに映し出されるため、医師が手技に集中できるのも特長です。

CT 画像とナビゲーションを用いて術者が手作業で行う場合のスクリューの逸脱率は 7.5% ですが、O-arm とナビゲーションを併用した場合には 4.6% に減少し、ロボットを用いると 1.6% まで減少するとの研究報告があるなど、挿入精度が各段に向上することが確認されています。手術中に何度も X 線画像を撮影する必要がないため、放射線被曝が大幅に低減することも重要な長所です。

また当院では、脊椎手術においては国内で初めて、個々の患者さんに適合させたオーダーメイド・ロッドの使用も開始しました。従来、医師が手作業で加工してたロッドをオーダーメイドにすることで、患者さんの脊椎によりフィットし、金属疲労による破損や強度低下のリスクも低減できるようになりました。

患者の早期回復に貢献 教育面や効率化の効果も

これまでに、「Mako システム」を

用いた人工関節置換術を約 60 例、「Mazor X」による脊椎固定術を約 50 例実施しましたが、いずれも合併症や大きな問題はなく、患者さんは順調に回復しています。

真に役立つ医療機器を見極めて導入していくのが当院の方針であり、2 機のロボット導入により、より質の高い手術を安定的に提供できると考えています。手術時間も短縮できるため、患者さんの回復を早め、リハビリへの移行をスムーズにできるというメリットもあります。

また、術前から術後までを三次元で把握できるシステムにより、若手医師が関節や脊椎の全体状態や、適正な骨の切除、スクリューの挿入位置などを自身の頭の中にイメージできるようになり、次世代の医師の育成にも役立ちます。術前のプランニング機能などを使うことで医師の労力が削減され、医療全体の効率化につながるという利点もあります。

手術支援ロボットを最大限活用しつつ、術式の開発などを通して整形外科領域のさらなる発展にも貢献していきたいと考えています。

リハビリ病院との連携強化 地域で患者を支える体制を

手術支援ロボットの導入・運用には、医師をはじめ看護師や臨床工学技士といった高い知識と技術を持ったスペシャリストによる多職種連携が不可欠であり、整形外科では導入前からワーキンググループを設けて準備を行ってきました。現在も、随時細かな修正を加えながら、より安全かつ適切なオペレーションを実践できるよう努めています。

さらに重要だと考えているのが、地域の医療機関との連携です。患者さんが最終的に求めているのは、手術の先にある速やかな社会復帰です。そのためには、当院での手術後、地域の病院等におけるリハビリテーションを経て自宅に戻るまでの一連の過程を、ス

ムーズに行うことが大切です。

当院の整形外科では、看護師が複数の近隣医療機関の看護師やソーシャルワーカーと密接に連携し、患者さんや家族のニーズに合った病院に、タイムリーに転院できるシステムを構築しています。患者さんは社会復帰までの全体像を術前からイメージできるので、安心して治療に臨めます。今後も病院間の連携をさらに広げたいと考えていますので、ぜひ、お声がけいただきたいと思います。

また、疾患によっては長期のリハビリが必要となるため、厚木市にある神奈川リハビリテーション病院と定期的に情報共有の場を設けるといった取り組みも進めています。

運動器疾患は、日常生活動作（ADL）や生活の質（QOL）を低下させる大きな要因となっています。ロボットを用いた手術は、低侵襲で高齢者にも適用の可能性が高いため、健康寿命延伸などの観点からも、さらに需要が高まると考えます。引き続き地域の医療従事者の皆さまと連携し、患者さんや家族を地域で支える体制を整えていきたいと考えています。



2005 年 3 月東海大学大学院医学研究科先端医科学専攻修了。博士（医学）。医学部付属病院を経て 2013 年 4 月カリフォルニア大学サンディエゴ校、レイディ小児病院に留学。14 年に付属病院に復職。24 年 4 月から整形外科診療科長、医学部医学科教授。25 年 4 月医学科整形外科領域主任に就任。培養した他家椎間板髄核細胞を用いた椎間板再生医療にも取り組む。日本整形外科学会腰痛診療ガイドライン委員会委員、国際腰椎学会正会員。専門は脊椎脊髄外科、脊柱側弯症

2025年4月より、超音波検査サービスの提供を開始しました

■**お申し込み方法** 医療連携室にFAX(0463-93-1125)にてお申し込みください。内容を確認のうえ、当院より予約票をFAXいたします。届いた書類(予約票、検査注意事項)は患者さんへお渡しください。

■**検査結果のご連絡** 検査結果は1週間以内に郵送いたします。なお、画像データはCD-Rで提供いたします。

■**メリット** 当院の生理検査室は「国際規格ISO 15189」の認定を受けており、高い臨床検査品質と能力を有しております。また超音波検査士28名が、最新かつ高性能な装置を使用し、検査を実施しています。検査結果は、日本超音波医学会認定専門医・指導医の資格を持つ医師が判読しています。また患者さんをご紹介いただいた際には、専門治療に円滑に移行できます。



■ご依頼時の注意点

検査部位について、下表からいずれか1つを選択してください。

	上腹部(肝・胆・膵・脾)	上腹部+腎	腎のみ
腹部領域	腎臓ドブラ	下腹部(膀胱+前立腺または子宮・卵巣)	腎+下腹部
表在領域	乳腺	甲状腺	その他表在
血管領域	頸動脈	下肢静脈	下肢動脈
	その他血管		

※「その他表在」と「その他血管」をご希望の場合には、部位の記載をお願いいたします。なお、心臓超音波検査は対応いたしません。

■患者さんにお伝えいただきたいこと

予約当日は、1階の「紹介・初診窓口」にお越し頂くようお願いください。検査は専用枠を設けており、待ち時間なく受けられます。

各部位の実施時間と曜日は以下のとおりです。

■腹部：14：00(月～金) ■表在：15：00(月～金)

■血管：14：30(火、木、金のみ)

紹介患者さんのご予約方法

■お申し込み方法

検査や受診などで患者さんをご紹介いただく際にはお電話にてご連絡ください。その後、「診療情報提供書(紹介状)」と「予約申込書」を医療連携室までFAXでお送りください。

受領確認後、「予約票」をFAXにてお送りいたします。検査によってはご案内とあわせて同意書を送付する場合がございます。同意書の内容を患者さんにご説明のうえ、署名・捺印後、速やかに送付ください。原本は患者さんにお渡しいただき、検査当日に持参するようお願いください。

・診療情報提供書(紹介状)



https://www.fuzoku-hosp.tokai.ac.jp/institution/appointment/pdf/shinryou_teikyoku.pdf

・予約申込書



https://www.fuzoku-hosp.tokai.ac.jp/institution/appointment/pdf/shinryou_yoyaku.pdf

診療情報提供書は、貴院書式でも結構です。その際には、患者さんに関する下記の項目を記載ください。

氏名(フリガナ)	電話番号
生年月日	来院希望日
性別	ご住所
当院受診歴の有無	受診希望の診療科(医師を指定する際は医師名も記載)

■ご予約受付時間

平日(月～金) 8時～18時

土曜(第1・3・5) 8時～15時

※休診日(日曜日・祝日・土曜日(第2・4)・12月29日～

1月3日(年末年始))を除く

※受付時間外にFAX頂いた際には、翌診療日の対応となります。診療科によっては、お申込み当日中にお返事できない場合があります。

■検査結果について

検査終了後1週間程度で各医療機関に郵送いたします。画像データはCD-Rで提供いたします。

■予約可能な項目

一般外来	初診	再診
	単純CT	造影CT
	冠動脈CT	MRI
各種検査	MRA	MRCP
	造影MRI	核医学検査
	筋電図検査	超音波検査

※検査によって紹介状に記載頂きたい事項が異なります。また、同意書の事前取得が必要となる検査もありますので、必ず当院HPをご確認ください。

■患者さんにお伝えいただきたいこと

予約当日は以下のものを持参のうえ、1階の「紹介・初診窓口」にお越し頂くようお願いください。

保険証(各医療証)またはマイナンバーカード	
当院診療カード*	診療情報提供書(紹介状)
お薬手帳(薬の説明書)*	予約票
画像データ(DICOM形式)	検査結果等*
医療連携手帳	母子手帳*

※はお持ちの方のみ

お申し込み・お問い合わせ

医学部付属病院 医療連携室

TEL: 0463-93-8495 (直通)

FAX: 0463-93-1125