



「池上梅園」撮影者：院長 杉山 政則

## CONTENTS

### 【東京労災病院診療科のご案内】

- ▶ 脳神経内科：認知症診療の新時代が到来しましたが...
- ▶ 放射線診断科：新しい血管造影装置「Azurion7」が導入されました
- ▶ 能登地震での東京労災病院DMAT活動について
- ▶ CT・MRI検査時の送迎サービスについて
- ▶ 放射線治療科：その「がん」、放射線治療がお役に立てるかもしれません！

### 当院は東京都災害拠点病院に指定されています

- 2024年1月12日～17日、当院のDMATが能登半島地震の災害医療のために出動しました。
- 2024年1月2日の羽田空港航空機事故の際に、一二次救急患者搬入に備えて臨時対策本部を設置しました。結果的には、幸い救急搬入はありませんでした。

東京労災病院は「東京都がん診療連携協力病院（肺がん）」の指定を受けています

当院は呼吸器センターとして、胸部、肺疾患の診断、集学的治療、手術、化学療法、放射線治療、治療後のフォローアップを一貫して行っております。

## 認知症診療の新時代が到来しましたが...



### はじめに

2

アルツハイマー病の薬物治療には、donepezil・galantamine・rivastigmineの3つが脳の働きを改善する薬剤です。介護への抵抗など、認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) に対しては、memantineや向精神薬・漢方薬を用いていました。このたび、アルツハイマー病患者の脳内に蓄積する異常タンパク、アミロイドβに対する抗体薬が誕生しました。多くの臨床試験で失敗続きでしたが<sup>1</sup>、ついにlecanemab<sup>2</sup>が本邦でも2023年8月に薬事承認されました。この薬剤は軽度認知障害 (mild cognitive impairment : MCI)<sup>3</sup>あるいは早期のアルツハイマー病が対象です。したがって、認知機能障害が軽症のうちに短期間で診断する必要があります。また、amyloid-related imaging abnormalities (ARIA)<sup>4</sup>と呼ばれる脳浮腫・脳出血が起こりえます。血栓溶解療法後の死亡例も報告されました<sup>5</sup>。発熱・頭痛などの注射反応<sup>2</sup>もあります。アルツハイマー病を完全に治療できるわけではありません<sup>2</sup>。これは現在審査中のdonanemab<sup>6</sup>でも同様です。ですから、これら薬剤、以前はアルツハイマー病根本治療薬と言われていましたが、最近では疾患修飾薬 (disease modifying therapy) と呼んでいます。この治療には、認知症診断能力・患者家族への利益と

危険性の説明・MRIでのフォローアップ・ARIAに対応する体制など、高度な医療体制が求められます<sup>7, 8</sup>。

本稿では、厚生労働省のガイドライン<sup>8</sup>を元に抗アミロイドβ抗体薬の実際について解説します。医薬品医療機器総合機構のサイト<sup>9</sup>よりPDFがダウンロードできますので、ご参照いただきながら本稿をお読みください。

なお、本稿は2024年2月に書かれたものです。常に最新のガイドラインの元にご診療ください。

### 無症候例では投与対象外

lecanemabの対象は「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の患者」(以下「早期アルツハイマー病」と書きます)と記述されています。まず、「無症候Aβ病理性を示唆する所見のみが確認できた者」には投与開始しないこと、とあります。つまり、認知機能障害が全くない人にアミロイドPETを実施し陽性だった場合は対象外です。そもそもアミロイドPETのガイドライン<sup>10</sup>でも無症候者に対するアルツハイマー病の発症前診断(検診など)は不適切な使用となっています。

### 神経心理学的検査での注意事項

「中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者には投与開始しないこと」とも記載されています。治験が早期アルツハイマー病を対象に行われたからです。具体的には、「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又は1」と記述されています。

Mini-Mental State Examination (MMSE)<sup>11</sup>は神経心理学的検査として世界中で使われています。MMSEはインテリジェンスが高い患者では認知症があっても高得点を取ることがあります(認知予備能と言います)。逆に、言語機能が落ちていると点数は低くなります<sup>12</sup>。今回ガイドライン<sup>8</sup>に書かれたということは、この検査は必須です。しかしMMSEは著作権があり

ます<sup>13</sup>。日本では、MMSEは日本文化科学社が出版するMMSE-Jが正規版で、これを購入する必要があります。MMSE-Jをお持ちではない先生方は、東京労災病院脳神経内科は購入済みですので、MMSEを実施せずにご紹介いただいても大丈夫です。

Clinical Dementia Rating (CDR)<sup>14</sup>は、症状から認知症の重症度を判定するスケールです。6つの項目について障害の軽い方から重い方へ順位付けし、重症度判定は3番目または4番目のレベルとします。3番目または4番目が異なる場合は記憶の障害度に近い方を選択します。その他にも例外があり、サイト<sup>15</sup>で計算することもできます。同居の家族からの情報が重要です。「独居者の場合は、患者の周囲の者、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカー等の協力を得て、独居者の日常生活の様子を聴取することにより客観的な評価」を行います<sup>8</sup>。

私たちは、特に認知機能障害が認知症レベルまで悪化していない方、つまりMCIの可能性がある方では、Montreal Cognitive Assessment (MoCA)<sup>16</sup>を使っています。各言語が用意され、マニュアルもあります。MMSEよりちょっと難しいです。最近のCOVID-19における認知機能障害の研究やパーキンソン病の認知症の評価にも使われています。lecanemabの適応ありと判断した場合は、投与開始前1か月以内にMMSEをやる必要はあります。

無症候は適応外ですから、MMSEで健常レベルの得点の場合に判断を迷います。主観的認知低下 (subjective cognitive decline : SCD)<sup>17</sup>という概念があります。記憶障害の訴えがあるが、客観的テストでは障害がない状態を指します。アルツハイマー病が始まって（アミロイドβが脳に溜まり始めても）当初は無症候、その後SCDに移行し、病気が進行するにつれて認知能力が低下、MCIとなって、その後アルツハイマー型認知症になるとストーリーが考えられていました。つまり、SCDはMCIの前段階として、より早期に治療開始できる病期として盛んに研究されました。しかし実際にはSCDから認知症に移行する症例は2%程度と報告されています<sup>18</sup>。SCDとMCIの区別が重要であり、私たちがMoCAを使用する理由の一つです。

日本では、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (Hasegawa's Dementia Scale : HDS-R)<sup>19</sup>よく使われています。HDS-Rは簡便で短時間で実施できます。

記憶に重点を置いていて、高齢者に不向きな動作課題・視覚課題は避けられています。老眼でメガネを忘れてきて字が見づらい状態でも可能です（5つの物品テストで視覚を使いますが、ちょっと字が見えづらいレベルなら物品は認識可能なことが多い）。無料で使用可能です。加藤伸司先生の原著<sup>19</sup>通りに実施することが重要です。例えば、100から7を引き続けるいわゆるセブンシリーズは、MMSE) やMoCAでは不正解でもやり続け、途中の引き算が正解ならカウントします。しかしHDS-Rでは不正解なら中断します。数字の逆唱も3桁で失敗したら4桁はやりません。語の流暢性を見る野菜の名前も、言葉が詰まり10秒経ったら打ち切ります。

## 家族・介護者の理解も必要

「患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されていること」と書かれています。ARIA・注射反応などの副作用、2週間ごとの点滴、定期的なMRI検査、月に約33万円の医療費（高額医療制度があるがそれでも6万円程度）をご理解いただく必要があります<sup>7, 10</sup>。脳梗塞を発症した場合に、治療選択の制限がありえます<sup>5, 20</sup>。最も多い誤解は、治療効果だと思います。これらの薬は脳内のアミロイドβを確実に減らしますが、アルツハイマー病を治せるわけではありません<sup>2, 6</sup>。徐々に徐々に認知機能障害は進行してしまいます。高額な治療なのに効果を実感できません。既存のアルツハイマー病の薬剤 (donepezil・galantamine・rivastigmine・memantine) との大きな違いです。

lecanemabの投与を開始したら、患者が「レケンビ治療カード」を常に携帯していただけます。抗血小板薬、抗凝固薬又は血栓溶解剤を投与されることになったら、「レケンビ治療カード」を提示して、処方医師及び薬剤師等の医療従事者に、本剤を投与している旨を伝えなければなりません。

## MRIができない患者には投与できない

他の薬剤同様、「本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者」は禁忌です。

今回の薬剤の特徴は、MRIが必須であることです。まず、「本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の

脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者も禁忌です。この画像診断を間違いなく実施するために、以下に書く医師の条件もあります。ペースメーカー・脳深部刺激術などで体内に金属がある患者はMRIが実施できないので禁忌になります。最近のペースメーカーはMRI対応型というのがあります。しかし注意しなければならないのは、いつでもMRIができるわけではありません。実施するには施設の認定が必要ですし、循環器医の事前事後のチェックも必要です。日中は可能でも夜間はできないかもしれません。したがって、MRI対応型の機器であっても、抗アミロイドβ抗体薬が禁忌になる可能性があります。認定施設であり、24時間ペースメーカー患者のMRIが可能であれば、実施できるかもしれません。

磁石の入ったものなど、歯のインプラントの一部も抗アミロイドβ抗体薬禁忌の判断になる可能性があります。MRI検査自体が安全にできたとしても、アーチファクトで脳の一部が画像化できないことがあります。閉所恐怖症でMRIができない方も抗アミロイドβ抗体薬が禁忌になりえます。

抗アミロイドβ抗体薬の5回目の投与前（投与開始後2か月までを目安）、7回目の投与前（投与開始後3か月までを目安）、14回目の投与前（投与開始後6か月までを目安）、以降6か月に1回、投与前に微小出血などを確認した同じMRI・同じ撮像条件で実施します。それ以外でも、ARIAが疑われれば迅速にMRIを実施します。

## 脳内アミロイドβの検査

上記を満たすことを確認した上で、「アミロイドPET又は脳脊髄液（CSF）検査を実施し、Aβ病理を示唆する所見が確認」する必要があります。アミロイドPETは東京労災病院にはありませんので、東邦大学医療センター大森病院などに依頼します。費用は約15万円、3割負担で約5万円、1割負担で約1.5万円です。髄液検査は東京労災病院でも可能です。背中から針を刺すため、抵抗がある人はPETをご希望する傾向があります。しかし専門医が手順通り実施すれば問題が起こらないことが多いです。髄液採取後の頭痛など事前に説明し、同意書をいただいています。実施後1時間ベッド上安静、その後帰宅できます。β-アミ

ロイド1-42/1-40比の検査料は約1.3万円、腰椎穿刺が約3千円、髄液一般検査も併用しますので、3割負担で約6千円、1割負担で約2千円です。

## 脳内アミロイドβが確認できれば投与OKというわけではない

脳内アミロイドβ陽性＝アルツハイマー病、と診断できるわけではありません<sup>10</sup>。健常者の2～4割で陽性と報告されています<sup>21, 22</sup>。レヴィ小体型認知症ではアルツハイマー病変を伴うcommon formがあり<sup>23</sup>、この型はアミロイドPETで陽性になります<sup>24, 25</sup>。前頭側頭葉変性症でも陽性例が報告されています<sup>26</sup>。そもそも高齢者では認知症の複合病理が少なくありません<sup>27</sup>。現時点では複合病理例では脳内アミロイドβ陽性でもこの薬は使用しないことが現時点でのコンセンサスです。

鑑別診断に病歴は重要です。まず、認知機能障害がいつから始まったか。昨日の14時頃など、日時がはっきりしている場合、脳卒中など救急疾患のことがあります（この場合は救急搬送を考慮ください）。服薬内容も重要です。睡眠導入剤などでせん妄や意識障害、ふらつきを生じることがあります。お薬手帳を必ずチェックします。

採血では、甲状腺機能低下症など治療可能な内科疾患を見つけます。頭部CT・MRIでは脳腫瘍・慢性硬膜下血腫など、脳神経外科疾患を見つけます。また、海馬の萎縮などを読影します。しかし、若年性アルツハイマー病は海馬の萎縮がありません。

そこで、私たちはSPECTを使います。脳血流は、脳血管障害がない場合は局所の脳の動きを反映します。疾患により低下部位が異なります。アルツハイマー病では後部帯状回や側頭頭頂葉、パーキンソン病やレヴィ小体型認知症では後頭葉、前頭側頭葉変性症は前頭葉や側頭葉が低下します<sup>28-31</sup>。嗜銀顆粒性認知症では側頭葉内側面や前頭葉の脳血流が低下しますが、アルツハイマー病で低下する後部帯状回は保たれます。正常圧水頭症では高位弁蓋部の集積が相対的に増加します。神経梅毒では虫食い状の集積低下が認められます。SPECTは1件約10万円の検査、3割負担で約3万円、1割負担で約1万円と高額です。しかし初期診断、特に若年者では有用です。私どもで患者・家族にご説明し、納得いただければ、予約いたします。SPECTは

ほとんどの大学病院で2~3ヶ月後の予約になりますが、東京労災病院1週間以内でも予約可能です。脳ドックのオプションも始めました。

こういった鑑別診断を軽度の認知症のうちに行う必要がありますが、容易ではありません。これら薬剤の治験の結果からもそれがうかがえます。治験に参加するくらいですから、エントリーする医師は有名な専門医ですが、7割近くが要件を満たさず薬の割り付けまで辿り着けませんでした<sup>2, 6</sup>。

## 初回投与~6か月までの投与施設

以上のように、患者の選択の困難さ、ARIAなど副作用の対処など、ハードルが高い治療であるため、この治療を開始する施設も限定されます。日本神経学会・日本老年医学会・日本精神神経学会・日本脳神経外科学会いずれかの専門医資格を持ち、「10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断などの専門医療を主たる業務とした臨床経験を有している」ことが医師の条件です。これらの専門医のうち、ARIAに関するMRI読影の研修と、日本認知症学会・日本老年精神医学会合同講習会のweb研修「アルツハイマー病における抗アミロイドβ抗体薬の投与にあたり必要な事項」を受講し合格した専門医が、2名以上常勤している場合に、初回投与の開始ができます。東京労災病院では、脳神経内科部長の三品と副部長の藤澤がすでに資格を得ており、放射線科・脳神経外科・検査部・薬剤部・看護部など関係部署との連携もできています。重度のARIAが起こった場合の治療、中止の判断も初回投与の施設が責任を持ちます。投与後18ヶ月で、この治療を継続するか終了するかを判断するのも初回投与施設です。

## 6か月以降の投与施設

投与6ヶ月以降は、上記医師条件を満たす常勤専門医1名がいれば、クリニックでも投与可能です。ただし、その場合も定期的なMRIは初回投与施設が担当します。初回施設との情報共有が重要です。

## 認知症の医療連携

以上のように、抗アミロイドβ抗体薬は非常に難しい治療です。ただ、専門医だけでは治療にありつけない

い患者が増えます。大田区においても、認知症疾患医療センターである東京都立荏原病院を中心とした認知症の医療連携体制が重要と考えています。私たちが数例経験したのち、大田区・品川区の先生にご参集いただき、勉強会を計画しています。まずは、疑わしい患者さんは気軽にご紹介いただければと存じます。HDS-Rなど実施前でも結構です。

### 【部長の紹介】

#### 三品 雅洋（みしな・まさひろ）

- 平成2年日本医科大学卒 医学博士
- 経歴

平成2年	日本医科大学第二内科 研修医
平成8年	東京都老人総合研究所ポジトロン医学研究部門 客員研究員
平成19年	新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター 非常勤講師
平成19年	日本医科大学千葉北総病院脳神経センター 副センター長
平成20年	日本医科大学千葉北総病院内科 講師
平成25年	日本医科大学大学院医学研究科 神経内科学分野 准教授
平成26年	日本医科大学大学院医学研究科 脳病態画像解析学講座 寄附講座教授
平成27年	日本医科大学武蔵小杉病院 神経内科部長 兼務
平成28年	日本医科大学武蔵小杉病院 認知症センター部長 兼務
令和3年	4月 独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院 脳神経内科部長

- 専門医：日本神経学会、日本脳卒中学会、日本老年精神医学会 日本内科学会認定内科医、日本核医学会 PET核医学認定医

- 指導医：日本神経学会、日本脳卒中学会、日本老年精神医学会、日本内科学会

- その他：日本医師会認定産業医、身体障害者福祉法第15条指定医、難病指定医、長時間労働医師への面接指導実施医師、脳卒中療養相談士、アルツハイマー病における抗アミロイドβ抗体の投与にあたり必要な事項に関する講習会 受講、アミロイド関連画像異常(ARIA)の概要と対策 受講、アミロイドPET読影講習会Florbetapir読影コース修了、アミロイドPET読影講習会Flutemetamol読影コース修了



## 参考文献

- 1) Mullard A: Alzheimer amyloid hypothesis lives on. *Nat Rev Drug Discov* 16 (1), 3-5 (2016)
- 2) van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, Bateman RJ, et al.: Lecanemab in Early Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 388 (1), 9-21 (2023)
- 3) Petersen RC: Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 364 (23), 2227-2234 (2011)
- 4) Doran SJ, Sawyer RP: Risk factors in developing amyloid related imaging abnormalities (ARIA) and clinical implications. *Front Neurosci* 18 1326784 (2024)
- 5) Reish NJ, Jamshidi P, Stamm B, Flanagan ME, et al.: Multiple Cerebral Hemorrhages in a Patient Receiving Lecanemab and Treated with t-PA for Stroke. *N Engl J Med* 388 (5), 478-479 (2023)
- 6) Sims JR, Zimmer JA, Evans CD, Lu M, et al.: Donanemab in Early Symptomatic Alzheimer Disease: The TRAILBLAZER-ALZ 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 330 (6), 512-527 (2023)
- 7) Cummings J, Apostolova L, Rabinovici GD, Atri A, et al.: Lecanemab: Appropriate Use Recommendations. *J Prev Alzheimers Dis* 10 (3), 362-377 (2023)
- 8) 厚生労働省. 最適使用推進ガイドライン レカネマブ (遺伝子組換え). 2023
- 9) <https://www.pmda.go.jp/review-services/drug-reviews/review-information/p-drugs/0028.html>
- 10) 「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」ワーキンググループ. アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン改訂第3版. 2023:19
- 11) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12 (3), 189-198 (1975)
- 12) Mishina M, Ishii K, Kitamura S, Suzuki M, et al.: Correlation between each task of the Mini-Mental State Examination and regional glucose hypometabolism in at-rest Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int* 7 (2), 124-130 (2007)
- 13) 杉下守弘, 腰塚洋介, 須藤慎治, 杉下和行, et al.: MMSE-J (精神状態短時間検査 - 日本版) 原法の妥当性と信頼性. *認知神経科学* 20 (2), 91-110 (2018)
- 14) Morris JC: The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* 43 (11), 2412-2414 (1993)
- 15) <https://naccddata.org/data-collection/tools-calculators/cdr>
- 16) <https://mocacognition.com/>
- 17) Avila-Villanueva M, Fernandez-Blazquez MA: Subjective Cognitive Decline as a Preclinical Marker for Alzheimer's Disease: The Challenge of Stability Over Time. *Front Aging Neurosci* 9 377 (2017)
- 18) Mitchell AJ, Beaumont H, Ferguson D, Yadegarfar M, Stubbs B: Risk of dementia and mild cognitive impairment in older people with subjective memory complaints: meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 130 (6), 439-451 (2014)
- 19) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志, 植田宏樹, et al.: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. *老年精神医学雑誌* 2 (11), 1339-1347 (1991)
- 20) 日本脳卒中学会 脳卒中医療向上・社会保険委員会 静注血栓溶解療法指針改訂PT. 静注血栓溶解 (rt-PA) 療法適正治療指針第三版2023年9月追補. 2023:11
- 21) Aizenstein HJ, Nebes RD, Saxton JA, Price JC, et al.: Frequent amyloid deposition without significant cognitive impairment among the elderly. *Arch Neurol* 65 (11), 1509-1517 (2008)
- 22) Iwatsubo T, Iwata A, Suzuki K, Ihara R, et al.: Japanese and North American Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative studies: Harmonization for international trials. *Alzheimers Dement* 14 (8), 1077-1087 (2018)
- 23) Kosaka K: Diffuse Lewy body disease in Japan. *J Neurol* 237 (3), 197-204 (1990)
- 24) Bacskai BJ, Frosch MP, Freeman SH, Raymond SB, et al.: Molecular imaging with Pittsburgh Compound B confirmed at autopsy: a case report. *Arch Neurol* 64 (3), 431-434 (2007)
- 25) Rowe CC, Ng S, Ackermann U, Gong SJ, et al.: Imaging beta-amyloid burden in aging and dementia. *Neurology* 68 (20), 1718-1725 (2007)
- 26) Engler H, Santillo AF, Wang SX, Lindau M, et al.: In vivo amyloid imaging with PET in frontotemporal dementia. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 35 (1), 100-106 (2008)
- 27) Saito Y, Murayama S: Neuropathology of mild cognitive impairment. *Neuropathology* 27 (6), 578-584 (2007)
- 28) Mishina M: Positron emission tomography for brain research. *Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi* 75 (2), 68-76 (2008)
- 29) 三品雅洋: 【脳神経・頭頸部update 2013】神経疾患における大脳基底核PETイメージング. *臨床放射線* 58 (10), 1319-1324 (2013)
- 30) 三品雅洋: 【パーキンソンニズムの画像update】パーキンソンニズムとPET. *神経内科* 82 (2), 135-141 (2015)
- 31) 三品雅洋: 脳卒中と認知症の脳PET画像. *CI研究* 42 (3-4), 147-152 (2021)

## ▶放射線診断科（中央放射線部）

（放射線診断科部長 長瀬 雅則／中央放射線部長 若林 一成）

2023年9月より新しい血管撮影装置『Azurion 7』が導入されました。

当院に導入されたAzurion 7 F20というタイプは床置き式のシングルプレーンタイプの装置となっており、対角20インチの大口径FPDを搭載しています。Cアームのベース部を左右どちらの方向にも90度回転することが可能であり、頭部から末梢まであらゆる手技にフレキシブルに対応することが可能となっています。



従来から稼働しているバイプレーン装置との2台体制となったことで、より幅広く迅速な運用が可能となりました。

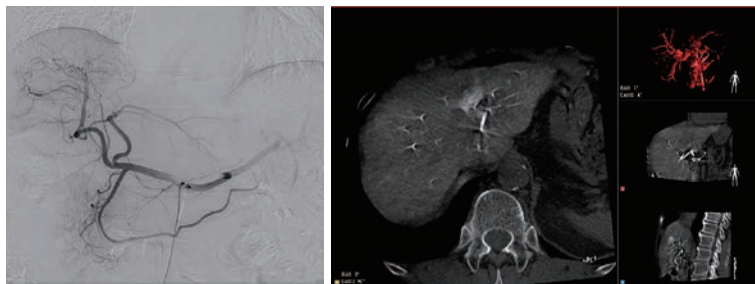
### 【Azurion7の大きな特徴】

- 手技のワークフロー改善を支える『Instant parallel working』
- 検査室用大画面モニタ&マルチビューイングシステム『FlexVision』
- DoseWiseソリューションを使用することにより線量の効果的な管理が可能
- 画像処理技術ClarityIQ搭載により、超低線量X線で卓越した視認性を実現（被ばく低減）

### 【主な検査・治療】

#### ●体幹部領域

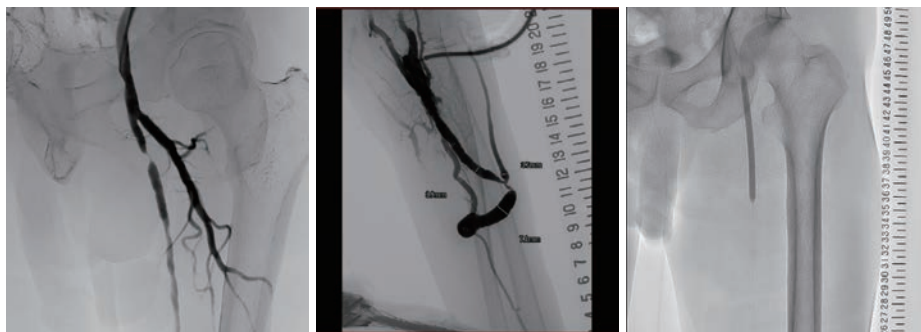
主に肝細胞癌に対する動脈化学塞栓術（TACE）を行います。肝臓以外にも、腎臓、脾臓、脾臓、消化管さらには胸部領域の血管病変の診断・治療、さらにはCVポート留置、PICCカテーテル挿入なども行っています。



#### ●四肢領域

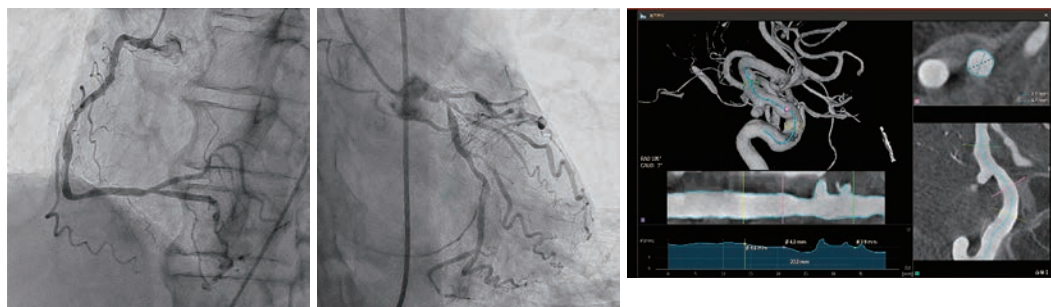
主に閉塞性動脈硬化症に対するカテーテル治療（EVT）を行います。

閉塞や狭窄してしまった透析シャントに対するPTAも可能となっています。



#### ●その他の血管領域

本来はバイプレーン装置で行う脳血管領域や冠動脈領域の診断・治療も実施が可能で、緊急検査などにも柔軟に対応することができます。



# 能登地震での東京労災病院DMAT活動について (R6.1.11～17)

**【当院は東京都災害拠点病院に指定されております】**



**1 2 3 4** 私たちが主に活動した石川県輪島市の孤立地区（町野町）の状況です。倒壊している家屋も多く、地震規模の大きさがわかる写真です。



**5** 避難所の状況です。**6** トイレの水も十分ではなく、仮設トイレを使用しています。

**7** 自衛隊が沢山の援助物資などを届けていました。



**8** 避難所では身体の具合が悪くなる住民の方がいます。私たちDMAT隊が問診をして状態を確認しています。



**9** 治療が必要な住民の方々を輪島市の大きな病院へ搬送しています。こちらも私たちDMAT隊の非常に重要な役目となっています。

**10** 昼過ぎに町の避難所を出て、病院到着が夕方遅くになってしまいます。（搬送途中の道が悪路のため）



# CT・MRI検査の患者様送迎について

東京労災病院では、医院・クリニックの先生方からご依頼をいただいたCT・MRI検査を必要とする患者様をご自宅または医院・クリニックまで送迎いたします。  
送迎可能な方については、下記注意事項をご確認頂きますようお願いいたします。

## 患者様送迎に関する注意事項

### 〈送迎が可能な方〉

- ※当院のCT・MRI検査をご依頼いただく患者様が対象となります
- ※路線バスなどの公共輸送機関の使用が不便な場所にお住まいの方
- ※患者様ご自身で送迎車両に乗り降りができる方

### 〈送迎が出来ない方〉

- ※車椅子、杖等をご使用の方で、他の者の援助が無いと車の乗車が出来ない方  
(当院の運転手が手を添える程度の補助でご乗車いただける方は可能です)
- ※認知症があり、常に見守りが必要な患者様

その他、送迎に関してご相談がありましたら地域医療連携室へご一報ください

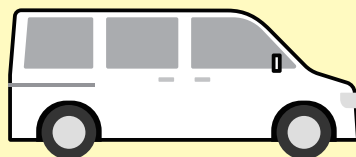
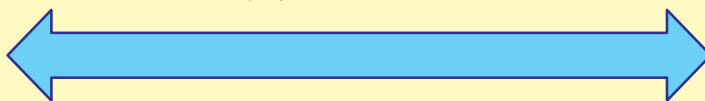
医院・クリニック



患者様ご自宅

病院送迎車にて

患者様ご自宅や医院・クリニックまで  
送迎いたします



東京労災病院



## CT・MRI検査の患者様送迎のお問い合わせ先

東京労災病院「地域医療連携室」にて承ります

電話番号：03-3742-7129 (直通)

受付時間：平日(月～金曜日) 8:15～17:00

## ○ 放射線治療のご紹介をお待ちしております

その「がん」、放射線治療が  
お役に立てるかもしれません！

## 【特徴】

がんを正確に狙い撃ちし、体への負担が少ない“切らない”がん治療です。  
平日1日1回、通院で働きながらの治療が可能です（※抗がん剤併用を除く）。  
**根治治療**だけでなく**症状緩和**、一部**良性腫瘍**にも役立ちます。

## 【目的】

## 放射線療法目的別名称と目標

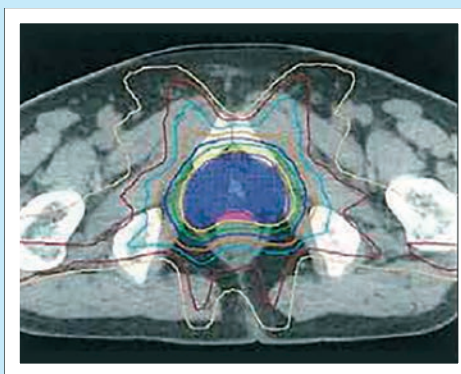
- **根治的放射線療法**：  
目的：がんの治癒・明らかな長期生存を目指す  
目標：大量の放射線を、高い位置精度で照射する
- **緩和的放射線療法**：  
目的：がんによる苦痛を低減し、QOLを維持する  
目標：必要最小限の放射線を、可及的早く照射する
- **緊急放射線療法**：  
目的：急速に悪化する重篤な症状や生命に関わる危機を回避する  
目標：24～72時間以内に緩和的放射線療法を行う  
公益社団法人 日本放射線腫瘍学会作成資料より

## 【具体的には・・・】

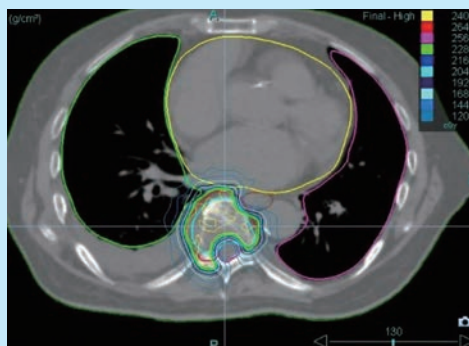
- ① **ほとんどの固形がん**  
脳腫瘍、頭頸部がん、肺がん、乳がん、食道がん、  
肝臓がん、膵臓がん、前立腺がん、子宮がん etc…  
→ 照射回数 25～35回（定位照射では1～8回）
- ② **緩和治療**  
がんに伴う痛み、気道狭窄、通過障害、出血、上大  
静脈症候群、脊椎転移による脊髄障害 etc…  
→ 5～15回（定位照射では2回）
- ③ **良性腫瘍**  
ケロイド、甲状腺眼症、動静脈奇形、髄膜腫、聴神  
経腫瘍 etc…

## 【治療例】

## ① 前立腺がん



## ② 骨転移



定位照射など高精度治療も行っております

◎ 診療を希望される際は、事前に**地域医療連携室**にご連絡をお願いいたします。

緊急の場合は**当日でも対応いたします**。お電話でご相談ください。

その他、適応のご相談だけでも構いません。

※ **当院救急車等によるお迎えや、入院での治療も可能です。**

# 東京労災病院放射線治療科では 定位放射線治療を実施しております

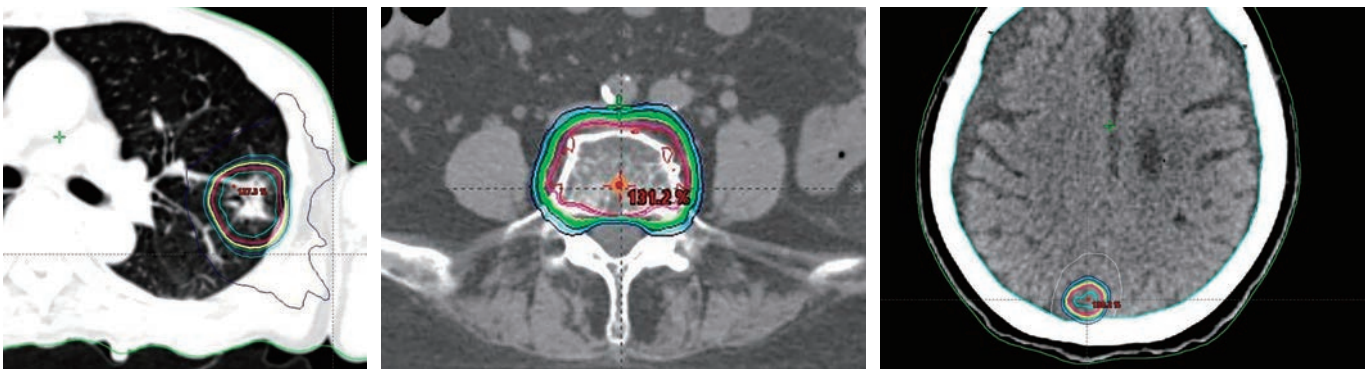
## 定位放射線治療の特徴

1. 「切らない」がん治療
2. 通院で、短期間で治療できる
3. 病変への高い線量集中性

### 【当院で治療可能な疾患】

- 原発性肺がん（長径5cm以内かつ転移のないもの）
- 転移性肺がん（長径5cm以内かつ3個以内、他病巣のないもの）
- 転移性脳腫瘍（長径3cm程度まで、1～2個、良好な全身状態）
- 原発性肝細胞がん（長径5cm以内かつ転移のないもの）
- 転移性肝腫瘍（長径5cm以内かつ3個以内、他病巣のないもの）
- 転移性脊椎腫瘍（長径5cm以内）

（今後、前立腺がんへの照射を予定しております）



### 【具体的には…】

- 治療回数：3～5回程度（病変の部位や大きさなどによって異なります）
- 通院可能 ※入院をご希望される場合は事前にご相談ください
- 照射範囲のずれを5mm以内にする技術を複数使用

### 【放射線治療科 医師の紹介】

西村 恵美（にしむら えみ）

- 専門医・認定医等：  
放射線治療専門医



## 【ご紹介について】

◎事前のご予約をお勧めいたします◎

### 診察のご予約

「地域医療連携室」にて電話予約を承ります。

電話番号：**03-3742-7129**（直通）

受付時間：月曜日～金曜日 8：15～17：00

\* ご予約は、受診希望日の前日 15：00 までとなります。

\* 令和6年4月より「眼科」は診療体制が変わります。  
水・木曜日 8：15～11：00 の間に直接ご来院頂くようお願いいたします。

### 診察予約が無い場合

受付時間：月曜日～金曜日 8：15～11：00

受付時間内に総合受付①番窓口へお越しください。

### 救急のご依頼

「地域医療連携室」へご連絡ください。

電話番号：**03-3742-7129**（直通）

夜間・休日は救急受付にて対応いたします。