

紹介患者さん診療・検査事前予約ご利用のご案内

医療機関用 外来診療・検査事前予約 FAX予約

待ち時間を短く患者さんが円滑に診療・検査を受けられるように、病院及び診療所の先生から『事前予約』をお受けしております。

●予約方法

①「紹介患者さん事前予約申込FAX用紙」に必要事項を記入し、地域連携室までFAXで送信してください。



②直ちに、予約をお取りし、「予約受付票」をFAXで送信します。ただし、受付時間外のFAXについては、翌営業日の朝にご連絡いたします。



③患者さんに以下をお渡しください。

- 予約受付票
- 診療情報提供書(紹介状)
- フィルム等



④ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただけます。

- 先生から受取ったもの
 - 予約受付票
 - 診療情報提供書(紹介状)
 - フィルム等
- 別に必要なもの
 - 健康保険証
 - お薬手帳又はお薬のわかるもの
 - 診察券



予約受付先

- 京都市立病院地域連携室
TEL (075)311-5311(代) (内線2113)
FAX **(075)311-9862(専用)**
- 事前予約医療機関専用電話
(075)311-6348

事前予約受付時間(土日祝日を除く)

平 日/8:30~19:00(木曜日は17:00まで)
FAXは、24時間お受けしています。

地域連携相談業務

平 日/8:30~17:00(月曜日~金曜日)

患者さん用 紹介患者さん事前予約センター 電話予約

先生からの紹介状があれば、患者さんからのお電話で、ご自身のスケジュールに合わせた予約をお取りいただくことができます。(※担当医師の指定、検査の予約はできません)

●予約方法

①お電話をされる前に、患者さんには以下をお手元にご用意いただけます。

- 事前予約申込票(必要事項記入済みのもの)
- 診療情報提供書(紹介状)
- 診察券 ※初診でもご予約可能です。



②患者さんから「事前予約センター」へお電話いただけます。

専用電話番号 **(075)311-6361**



受付時間/月~金(9:00~17:00)

※土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)を除く

●ご予約は前日17:00まで受付しております。

▶電話予約時に確認させていただく内容

- 患者さんのお名前(漢字・ヨミガナ)
- 生年月日・性別
- ご連絡先(電話番号等)
- 紹介元医療機関名・予約診療科



③ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただけます。

- 先生から受け取ったもの
 - 事前予約受付票(必要事項記入済みのもの)
 - 診療情報提供書(紹介状)
 - フィルム等
- 別に必要なもの
 - 健康保険証
 - お薬手帳又はお薬のわかるもの
 - 診察券

健康診断や人間ドック、各種検診で「要精密検査」となった場合でも、上記と同様の手続きで事前予約が可能です(初診でも予約可)。ぜひご利用ください。

※ただし、市立病院で人間ドックを受けられた場合は、健診センターでの予約となります。

専用の申込用紙は、京都市立病院のホームページからダウンロードが可能ですので、ぜひご利用ください。



京都市立病院
LINE公式アカウント
開設しました！

お友だち追加はこちらから！

QRコードからお友だち追加

右のQRコードを読み取り追加してください。

ID検索からお友だち追加

LINEアプリの「友だち追加」→「友だち検索」

→「ID/電話番号」より右のIDを入力し追加してください。▶ID: @433bwjxjh



当院のイベントに関する最新情報を月2~3回配信しています！



地方独立行政法人 京都市立病院機構
京都市立病院
地域連携室

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1-2
TEL 075-311-5311(内線2113) FAX 075-311-9862
事前予約医療機関専用電話(地域連携室直通) 075-311-6348
<https://www.kch-org.jp/>

京都市立病院

連携だより

vol.52
令和6年4月

- 院長のご挨拶
- 第37回 京都市立病院 地域医療フォーラム
- 最新機種ダヴィンチSP 関西初導入!!

京都市立病院機構理念

京都市立病院機構は

- 市民のいのちと健康を守ります
- 患者中心の最適な医療を提供します
- 地域と一体となって健康長寿のまちづくりに貢献します

京都市立病院憲章

- 1 質の高い安全な医療を提供するとともに、地域の医療水準の向上に貢献します。
- 2 患者の権利と尊厳を尊重し、心のかもった医療を提供します。
- 3 救急や災害時における地域に必要な医療を提供するとともに、地域住民の健康の維持・増進に貢献します。
- 4 病院運営に参画する事業者等とのパートナーシップを強め、健全な病院経営に努めます。
- 5 職員の育成に努め、職員が自信と誇りを持ち、全力で医療に従事できる職場環境を作ります。

院長のご挨拶

令和6年の元旦に起こりました、能登半島地震で亡くなられた方々に衷心よりお悔やみ申し上げますと共に、被災され、今も不自由な生活を余儀なくされている皆様の1日も早い復興をお祈り申し上げます。

足掛け4年になる新型コロナウイルス感染症の流行は、昨年末には収束していましたが、今年に入り新規感染者が右肩上がりに増加しています。幸い重症者の割合は少なく、入院診療が逼迫することはありませんが、新たな変異株JN.1は従来株よりも感染力が強いと言われており、まだまだ感染予防には十分な注意が必要と、職員一同気を引き締めています。

さて当院は、地域がん診療連携拠点病院としての責務を果たすため、日々安全で質の高いがん医療の提供を目指し、がん診療の充実、最新医療機器の導入など、先進的かつ高度な医療に取り組んでおります。その一環として、今まで手術治療においては、低侵襲性、機能性及び確実性（根治性）を図るため、ロボット支援手術を積極的に取り入れてまいりましたが、この度、現行のダヴィンチXiに加え、シングルポートで、より低侵襲かつ整容性に優れた手術を実現できる、ダヴィンチSPを導入しました。ダヴィンチSPの導入は、関西では初（国内6台目）となりますが、令和6年1月から関連設備や器材の準備、職員のトレーニングを行い、2月からダヴィンチXiとの2台体制でロボット支援手術を行っております。今後は、従来から実施している泌尿器科、消化器外科、呼吸器外科に加え、産婦人科への適応も視野に入れ、幅広い症例にしっかりと対応してまいります。また、がん診療を切れ目のないよう充実すべく、がん医療連携センターを中心に、健診等によるがんの発見から高度医療技術による治療、治療や病勢に伴うつらさの緩和等を一貫して行い、退院後も住み慣れた地域での生活に戻れるよう患者さんのサポートに努めています。

以前から進めてきた外来の紹介予約制については、昨年度から外科、眼科を追加しました。今後も順次他の診療科に広げていき、地域の皆様との二人主治医制をさらに推進していきたいと考えています。また一昨年より運用している医療機関専用診療相談電話ですが、小児科、腎臓内科、呼吸器外科に加え、脳神経内科、産婦人科でも運用を開始しましたのでご利用頂けましたら幸いです。

今後も病診連携、病病連携の更なる充実を目指してまいりますので、地域の皆様におかれましては益々のご支援、ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。



院長 黒田 啓史

令和6年4月

テーマ

地域全体で診る肺がん治療

第I部

一般講演

座長

がん医療連携センター長・呼吸器外科
部長 宮原 亮

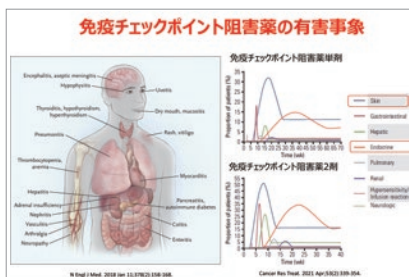
京都市立病院における肺がん治療

長期生存を目指した肺がん治療

呼吸器内科 医長
太田 登博

全がん腫のうち2021年における肺がんの死亡数は男性の1位、女性の2位、男女計の1位です。死亡数の推移は徐々に横這いになってきていますが、依然として予後不良ながん種の1つです。進行期肺がん治療には、従来から大きな役割を担っている殺細胞性抗がん剤と放射線治療の他、近年は分子標的薬や免疫療法が加わり様々な治療アプローチによって長期生存を望める患者さんが増えてきております。分子標的薬は主にドライバー遺伝子変異を標的にした薬です。ドライバー遺伝子変異とは、がん遺伝子変異とがん抑制遺伝子変異に大別されますが、肺がんでは主にがん遺伝子変異が関わっています。ドライバー遺伝子変異陽性肺がんに対して適切な分子標的薬投与を行うことによって予後が非常に改善されることが報告されております。以前は1つの遺伝子変異に対して1つの検査を実施していましたが、現在

は検査に必要な検体量の問題や検査時間短縮のためにマルチ遺伝子検査を実施しています。2022年1月から2023年12月までの2年間で当院呼吸器内科にてドライバー遺伝子検査を実施された患者数は116名で、9割以上がマルチ遺伝子検査で実施されてきました。シングルプレックス検査で解析不能となった1名を除いた115名中50名(43%)で何らかのドライバー遺伝子変異が検出されており検査成功割合は99%でした。検出された遺伝子変異はEGFR 33%、KRASとBRAFが3%、ALK 2%、RETとROS1が1%でした。当科では遺伝子検査成功割合を高めるために、仮想気管支鏡による事前のシミュレーションや生検時にその場でがん細胞の有無を確認するROSE (rapid on-site evaluation) を実施しております。次に免疫療法で主となる免疫チェックポイント阻害薬についてですが、これはがん細胞からの免疫チェックポイント分子を介した抑制シグナルを遮断し、抗免疫腫瘍応答を惹起する薬です。免疫チェックポイント

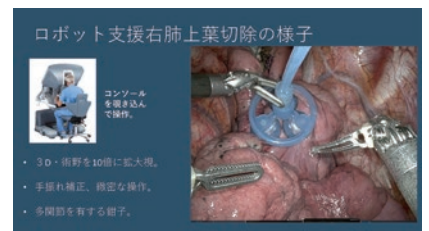


阻害薬により長期生存を期待できる患者さんがいらっしゃる一方、過剰な免疫応答により免疫関連有害事象という通常の殺細胞性抗がん剤治療などでは認められない副作用が出現することがあります。各臓器の有害事象の出現頻度は投与開始から5-6ヶ月程度でピークとなるものが多いですが、皮膚障害や内分泌障害に関しては長期にわたって一定の割合で出現する可能性があり、日常診療において注意が必要です。肺がん診療はゲノム医療の発達や免疫チェックポイント阻害薬の出現で治療成績が向上しております。組織診断や遺伝子検査の重要性が増しており、患者さんにとって有用と考えられる検査を適切に実施し治療につなげられるよう日々精進しております。最新の知見に基づき、地域の皆様と連携し最適な治療を進めてまいります。引き続き何卒よろしくお願い申し上げます。

低侵襲ロボット支援手術・最近の術後補助化学療法で浮上する地域連携の重要性について

呼吸器外科 医長
村西 佑介

肺癌の手術では胸腔鏡手術が一般的になり、最近では一つの手術創から行う単孔式胸腔鏡手術や、当院でも取り入れているロボット支援胸腔鏡手術が普及してきています。当院で使用しているロボットはダヴィンチXiという機種です。医師はコンソールと呼ばれる操作機器を覗き込んで、ロボットのアームについている鉗子やカメラを遠隔操作・手術をします。ロボット手術のメリットは、3D画像の術野を10倍にまでズームできること、多関節ロボットアームを用いて人の手以上の複雑な動作が術野で可能であること、手振れ補正されミリ単位の緻密な操作が可能になること等が挙げられます。これらのメリットにより手術の精度が高まり、出血量の減少、患者さんにとっての低侵襲につながると考え、当院ではロボット手術を積極的に取り入れています。また、ロボットを用いることで、今までは大きく開胸せざるを得なかった様な気管支形成術等の高難度手術も、



鏡視下手術での完遂が可能になってきています。

本年2月からは、さらに低侵襲な最新型ロボットダヴィンチSPという機種が当院に導入され、従来のダヴィンチXiと合わせて2台体制となっております。Xiでは複数個所に鉗子を挿入するポートを作成する必要がありましたが、SPでは一か所のポート創より4つのアームを挿入することが出来ます。現在、泌尿器外科と消化器外科で導入しており、呼吸器外科でも今後導入予定です。

肺癌手術後補助化学療法においては、この数年で大きな変化が起きました。EGFR遺伝子変異陽性の患者さんにはEGFR-TKI(Osimertinib:タグリッソ)が、PD-L1発現強陽性の患者さんには免疫チェックポイント阻害剤(Atezolizumab:テセントリク)がそれぞれ使用可能になったことです。それぞれ、従来の補助化学療法に上乗せすることにより、無病生存期間、全生存期間の延長が見込めます。

手術後の患者さんに上記薬剤を投与する機会が増えるので、副作用が生じる患者さんも出てくると考えます。特に免疫チェックポイント阻害剤による免疫関連有害事象(irAE)は、従来の細胞性抗癌剤の副作用とは大きく異なります。大腸炎、内分泌疾患、神経障害、間質性肺疾患が多いとされていますが、全身の臓器に発症する可能性があります。ステロイドにて多くのirAEをコントロールすることは可能ですが、重症例や死亡例も報告されてます。irAEの早期発見・対処には、地域における医療施設間の連携で、患者さんを切れ目なくフォローすることが重要と考えます。

肺がん化学療法における薬剤師の地域連携の取組

薬剤科 薬剤長
本多 伸二



薬剤科のスタッフは薬剤師31名、薬剤助手6名、SPD5名です。特筆すべき業務として手術センターの薬剤管理があります。2015年に開始し、業務時間は朝夕1時間×2名、業務内容は①手術に使用する麻薬等の準備、受払い、②使用簿を用いた出納管理、残液処理、③発注、納品作業、④緊急

手術時用の麻薬等の準備などです。今年4月から薬剤師6名を新規採用し、救急室にも常駐する予定です。手術室内で術後の疼痛管理のための麻薬の調製も実施しており、一カ月の実績は52件(2023/10)です。外来化学療法センターは2007年に開設、リクライニングシート12台、ベッド4床、スタッフは医師2名、看護師6名、薬剤師4名(調製業務・常駐業務)です。薬剤師は前日までに薬歴・投与量などを確認します。当日、医師の診察で投与が決定すると投与量・検査値・前処置薬を確認し、抗がん剤の投与時に副作用の説明・確認を行います。必要に応じて医師への支持療法の処方提案、PBPMを実施しています。PBPM(Protocol Based Pharmacotherapy Management)とは医師・薬剤師等が事前に作成・合意したプロトコルに基づき、薬剤師が薬剤的知識・技能の活用により、医師等と薬物治療を遂行することです。当院においてがん関連で行っているPBPMは①免疫チェックポイント阻害薬の検査項目、②抗VEGF剤の尿蛋白定性、③一部の抗EGFR剤の血清Mgの検査オーダー入力などです。

当院は、外来化学療法レジメンをホームページで公開しています。外来化学療法センターのページから確認ができ、お薬手帳の下部にもURLを記載しています。また、保険薬局からの「フォローアップシート」を活用したがん薬物療法に関する服薬状況や副作用の報告、処方提案を応需し、医師に確認を促しています。高齢者機能評価カン



ファレンスでは外来化学療法センターで新規に治療を受ける70歳以上の患者さんに対してG8(8つの質問)でスクリーニングを実施し、14点以下(満点は17点)の患者さんを対象に多職種カンファレンスを行っています。最後に情報の共有ですが、院内では電子カルテの確認やカンファレンスを通じて共有できていると思います。保険薬局ともある程度は行えていると感じていますが、診療所との連携はまだ十分とは言えず地域全体で閲覧できる電子カルテの普及に期待しています。

第II部

特別講演

座長

がん医療連携センター長・呼吸器外科部長 宮原 亮

がん患者に対する包括的な地域連携を考える

北里大学医学部新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部門臨床腫瘍学 教授 佐々木 治一郎 先生



本日はがん患者さんの地域連携に関する国および都道府県の考え方を総論としてご案内した後、経過観察、がん治療、緩和ケアの連携、その人材とシステムについてお話します。まず、がんサバイバーとがんサバイバーシップ。前者

は広義ではがん患者とがんを克服した経験者、これに深く関わる家族・介護者。狭義ではがん治療の有無に関わらず病状が安定した状態、または治癒した状態にあるがん体験者のことです。がんサバイバーシップは人生を揺るがすような出来事に遭遇した後、日々を生きていくプロセス全体のことを指

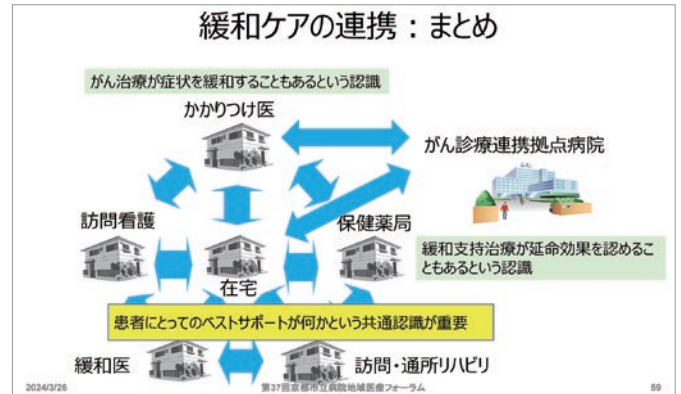
します。がんサバイバーシップは1985年に医師でがんサバイバーのMullan先生による学会雑誌での提唱を契機に注目されるようになりました。がんサバイバーは急性期(診断から治療が一通り終了するまでの時期)、延長期(維持療法や経過観察を受けたりしながら安定期につながる時期)、安定期(治癒したといえる時期)という各時期を常に再発のリスクを抱えながら生きています。これらの時期の境目で様々な問題が起きており、すべての局面で担当者・支援者の連携が不可欠なのです。2005年以前、がん診療に関しては診断の連携はあっても、治療の連携はほとんどない状態でした。2007年のがん対策推進基本計画(厚労省原案)が示され、各都道府県が2次医療圏に拠点病院の設置すること、がんの地域連携クリティカルパスを整備することが明記されました。さらに、第4期がん対策推進基本計画(2023)ではがんサバイバーシップ支援が明記されました。安定期のケアが進んでおらず、次のがんのリスクが未罹患者よりも高いからです。

次に経過観察の連携。これは私の故郷である熊本県の医師を対象とした地域医療連携アンケート(2009)です。「地域連携パスを使って連携可能な患者は?」という問いに「状態の良い術後フォローのみの患者」(64.0%)、「状態の良い術後補助化学療法患者」(47.2%)が圧倒的に多数でした。また、地域連携パスだけでなく、付随情報を表記した熊本県版「私のカルテ」も独自に立ち上げました。薬剤師会に依頼して「お薬手帳」も統一しました。熊本県では積極的に活用され、普及しました。神奈川県には「神奈川県医療連携手帳」がありましたが、これは上手くいきませんでした。地域やがん腫、拠点病院と連携医療機関の関係性などにより、その活用に差が生じました。進行期のがん患者さんでも治療法の進歩によって安定期に近い状態が長期間継続する場合があります。このケースにはピアサポートの紹介など心理的サポートを行うことで、エンパワーメント(患者力)が向上する場合があります。ピアサポートの役割は①ヘルス・リテラシーの向上、②体験の共有、③情報の提供です。活動の形態はグループで行う患者会、医療者と共同で行うがんサロン、個別で対応するピアサポート外来、治療体験の語り手(相談支援センター)などがあります。ピアサポートは国の主導で養成研修が行われ、普及啓発とその利用が推奨されています。

続けてがん治療の連携。北里大学病院は1,135床(一般病棟1,093床、精神病棟42床)。通院治療室は60床(リクライニングチェア40床、ベッド20床)、専任医師1名、専任医師1名、薬剤師3名、がん専門薬剤師1名、看護師15名、がん化学療法看護認定看護師1名。2022年度の通院治療室治療実施数は20,511件、1日平均治療件数85件(火水木は150件前後)で稼働率は141.2%。患者さんに必ず通院治療室の看護師が問診を行い、必要であれば薬剤師も加わる。ここが50床以上ある通院治療室ではあまり例のないシステムになっています。通院がん薬物療法の地域連携の課題は内服薬管理に尽きると思います。事例として処方担当医が休薬期

間を把握しておらず、保健薬局のチェックもなかったケース、患者さんが難聴であることを外来主治医が知らず、内服薬を自己中止し、問題が起きたケースなどがあります。休薬期間のある内服抗がん剤の管理については、病院と保険薬局との連携、病院薬局と保険薬局の連携が重要です。薬物相互作用を含む抗がん剤以外の管理も大切です。また、病薬連携・薬薬連携に加えて患者教育も進める必要があります。

4つ目は緩和ケアの連携。がん治療が究極の緩和ケアになりうる事例をご紹介します。77歳の女性が突然、呼吸困難になり、救急搬送されてきました。進行非小細胞肺がんで、ペムプロリズマブ治療開始と在宅酸素療法(HOT)導入する



も、治療1コースにてPS3-4に増悪したために緩和ケア病棟へ転院。その後、PS改善により在宅緩和ケアに移行。HOT離脱し、PS改善。近くのスーパーに毎日買い物に行くまでに回復し、在宅緩和ケアによる説得で当院に再受診されました。経過観察を行いながら腫瘍増大傾向がある場合は、ペムプロリズマブの再投与を行う予定です。生まれてこの方、病院に行ったことがないという極めて元気なおばあちゃんですが、ホスピスへ行った時点で死を覚悟していたそうです。この事例で関わった医師は救急医、入院治療担当医、病理医、内分泌内科医、緩和ケア病棟担当医、在宅緩和ケア担当医、通院治療担当医と実に多数です。患者にとってのベストサポートが何かを考えると、そのことをスタッフ間で共有することの重要性を再認識させてくれた事例です。

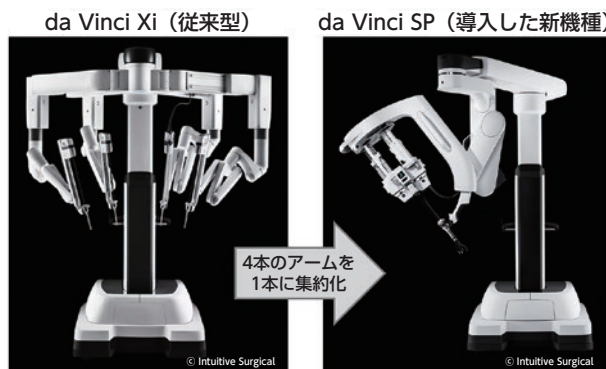
最後に人材とシステム。介護施設や訪問ステーションなどにアンケートを実施した結果、連携の未整備、国のがん施策が届かずに孤立している地域の医療・介護領域の施設・従事者の存在、実際に困っている患者さんやご家族が多いことなどが浮き彫りになりました。私が所属している日本癌治療学会では、がん医療ネットワークナビゲーター制度を2014年に立ち上げました。E-learning受講で主に情報の収集・発信を行うナビゲーターを認定し、さらにコミュニケーションスキルトレーニングと拠点病院での実地見学を修了することで、相談や連携に携わるシニアナビゲーターを養成しています。2022年末までにナビゲーター681名、シニアナビゲーター97名を認定しました。がん専門相談員、ナビゲーター、ピアサポーターが連携し協働することでフルライフステージでの緻密な支援が実現すると考えています。

最新機種ダヴィンチ ～外科、泌尿器科をサポート

最新手術支援ロボットダヴィンチSP サージカルシステム(単孔式)の導入

総合外科部長 秦 浩一郎

ダヴィンチSPは、手術支援ロボットであるダヴィンチ・サージカルシステムの最新機種で、従来の手術支援ロボットが複数のアームを用いて手術を行うマルチポート型(多孔式)であるのに対し、アームが1本のシングルポート型(単孔式)であるのが特徴です(下図)。



da Vinci (ダヴィンチ)SP



アームには直径2.5cmの筒の中に、3Dカメラ(内視鏡)と3本の鉗子(外科医の手に相当。通電可能な電気メスなども含む)が集約されており、これを体腔内に挿入して手術を行います。最少で お臍の傷(2.7cm)だけで手術ができ、痛みが減り負担も少ない低侵襲手術が可能になります(腫瘍の大きさや部位によっては、安全確保のため1~2つのポート孔

を追加する場合があります)。

消化器外科領域では、炭酸ガスでお腹を膨らませる気腹圧により出血量が少なく済むこと、術後の消化管(腸)蠕動の回復も早く、癒着も少ない、といった従来の鏡視下手術の利点はそのままだけでなく、ダヴィンチSPによる手術創の最小化(最少化)によって、整容性の向上のみならず、入院期間の更なる短縮と、より早期の社会復帰、日常生活への復帰が期待できます。

更に、手術アームを1本に集約化したことで、体腔内の奥深くかつ狭い術野へのアクセスが有利になった点もSPの利点です。高解像度カメラによる拡大視(実際の10~15倍)+立体視(3D)効果により、細かい神経や血管まで捉えて正確で精密な操作が行えます。その結果、がんの根治性が向上するだけでなく、神経機能の温存による術後のQOL(生活の質)の向上が期待できます。

当科では、2013年のロボット支援下消化器がん手術導入以降、10年以上に渡る豊富な手術経験を有しています。食道がん、胃がん、大腸がん、直腸がん、肝がん、胆道がん、膵がん等に対し、各領域の専門医が、ロボット支援下(Xi & SP)、腹腔鏡下から開腹手術に至るまで、安全性・根治性・低侵襲性のバランスが取れた適切な外科治療を提供してまいります。

今後とも、変わらぬ御指導・御支援の程、宜しくお願ひ申し上げます。

SP 関西初導入!!

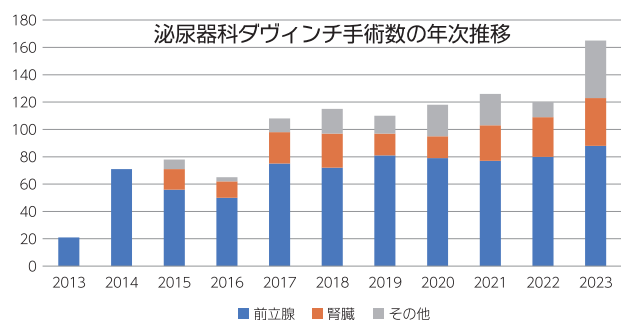
するダヴィンチSPを知る～

ダヴィンチSPがもたらす泌尿器科の進化

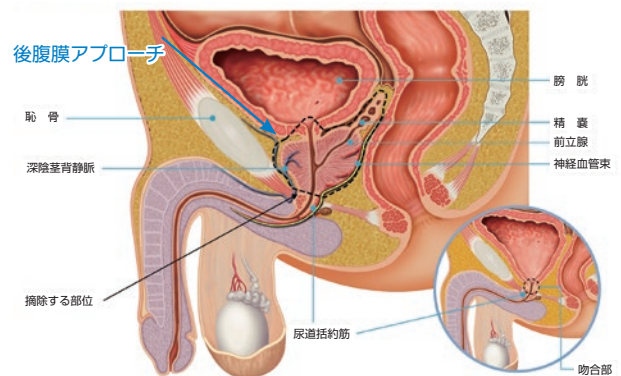
泌尿器科部長 ^{せがわ} 清川 岳彦

私の連携だよりへの寄稿は今回が3回目となります。1回目は当院に初めてダヴィンチ手術が導入された2013年9月。市内で先駆けロボット支援手術にける意気込みを熱く語りました。2回目はその5年後。ダヴィンチ手術の普及で、泌尿器科領域においてはダヴィンチ手術がもはや「最先端医療」ではなく「標準療法」へと変わってきたこと、標準療法だからこそ今まで積み重ねてきた実績がものを言うという我々の自負を語っています。この記事「今、当院泌尿器科に求められるもの」が記載された2019年4月号は現在でもホームページ「連携だより」の既刊記事でご覧いただけます、内容は全く色褪せていませんので、ぜひこの機会にご参照ください。そして、今回の3回目、2023年12月当院に導入されたダヴィンチの最新機種SPの特集号。SPはSingle Portの略で、一つの穴からロボット支援手術が可能となった旨、この特集記事でも強調しています。私はここで、Single Portだけではない泌尿器科領域でのダヴィンチSPの有用性、将来性に焦点を当てたいと思います。少々技術的な話になりますが、お付き合いください。従来、泌尿器科は別名「後腹膜外科」とも呼ばれ、腎臓や前立腺などの後腹膜に存在する臓器を取り扱う診療科です。開腹手術の時代には、消化管を見ることなくダイレクトに後腹膜を展開する後腹膜アプローチが一般的でした。しかし、ダヴィンチ手術の普及に伴い、一旦は腹腔内に入り、腸管を避け、再度腹膜を切開したうえで後腹膜臓器に到達する経腹膜アプローチ中心に変化しました。従来の後腹膜アプローチは泌尿器科医にとっては理想的であり、消化器合併症の軽減など多くの利点がありましたが、比較的広い操作腔を必要とするダヴィンチはこれにやや苦手意識を抱えていたのです。その苦手な点をダヴィンチSPは解消してくれます。ダヴィンチSP手術では、テニスボール大の「腔」を後腹膜で作成し、その狭いエリアで

手術を完遂することが可能です。外からは見えない体内においても「低侵襲」の真髄が発揮され、余計な剥離なく、ダイレクトに後腹膜の目的臓器に到達し手術をすることが可能なのです。ダヴィンチSPは本来の「後腹膜外科」としての泌尿器科を強力にサポートしてくれます。もちろん従来からのダヴィンチXiにはその長い歴史に培われた安定性という強みがあります。ダヴィンチXi、ダヴィンチSPという二つの特長ある機種を自由に駆使できるというアドバンテージを最大限に活用して、紹介いただいた患者様に今まで以上に高度な医療を提供してまいりたいと存じます。引き続きよろしくお願い申し上げます。



ダヴィンチSPによるロボット支援根治的前立腺全摘除術



後腹膜アプローチ：内視鏡カメラ及び3本の鉗子（計4本）が後腹膜に作成した前立腺周囲のテニスボール大の「腔」に直接到達し、前立腺精嚢の摘出および膀胱尿道吻合を遂行