

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 「SAKU洛連携」

Web予約

ご予約時には事前に利用登録が必要です。

【利用申し込み】 [Web予約システムについて] は下記ホームページをご確認ください。
(<https://www.kch-org.jp/medical/chiihirenkei>)

●予約方法

①Webページ上で予約を取得してください。

「SAKU洛連携」
(<https://www3.e-renkei.com/hospital/group-sakuraku/login.php>)

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)
- 画像データ等

④ご来院時、患者さんは以下をお持ちいただきます。

- 先生から受け取ったもの
 - 予約受付票
 - 診療情報提供書(紹介状)
 - 画像データ等
- 別に必要なもの
 - マイナ保険証又は健康保険証
 - 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

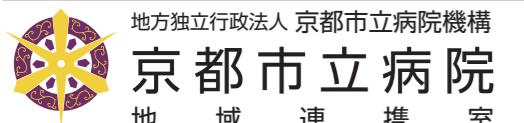
事前予約受付時間(土日祝日を除く)

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)

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。



〒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/>

②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)
- 画像データ等

③「診療情報提供書」を当日中にFAXで送信してください。

④患者さんに、以下をお持ちのうえ、予約受付票のご案内時間までにお越しのうえお伝えください。

■先生から受け取ったもの

- 予約受付票
- 診療情報提供書(紹介状)
- 画像データ等

■別に必要なもの

- マイナ保険証又は健康保険証
- お薬手帳又はお薬のわかるもの
- 診察券

京都市立病院

連携だより

vo.59
令和8年1月



- 第39回
「地域医療フォーラム」報告
 - 一般講演
「京都市立病院における
先進的がん治療」
 - 特別講演
「医療安全と臨床倫理からみた
医療者のプロフェッショナリズム」

「空の王者」
流水の上を飛ぶオオワシ。羅臼沖にて

撮影:糖尿病・代謝内科部長 小暮 彰典

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

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、心のこもった医療を提供します。

3 救急や災害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。

京都市立病院憲章



テーマ

最先端のがん治療と付随する注目すべき医療安全・倫理

1 一般講演

座長：京都市立病院 総合外科部長 秦 浩一郎

京都市立病院における先進的がん治療

消化器がんに対する 低侵襲で精密な最先端手術： 府内唯一の最新機種 「ダヴィンチSP」のご紹介

消化器外科 医長

錦織 達人



従来、手術に関しましては開腹・開胸手術が主な治療法でしたが、2000、10年代に腹腔鏡/胸腔鏡手術が普及してまいりました。この手術のメリットは傷が小さく、拡大して細かい操作ができるという点です。一方、デメリットは直接触ることができない、高度な技術を要するということです。そのために、専門の学会が高い技術を持つ医師を認定する制度を設けております。過去の手術のキャリアだけでなく、実施した手術のビデオを詳細に確認し、審査して認定しています。食道癌を対象にした内視鏡手術は、開胸手術と比較して3年生存率を10%以上改善させることができます、ランダム化比較試験で報告されています。



そのような中で新たに登場したのが手術支援ロボット「ダヴィンチ」です。現在は、保険診療で手術を実施できます。患者さんの身体の中の画像がコンソールへ転送され、術者はそれを覗き込みながら手術を行います。あたかも患者さんの体内に自分の頭を入れて手術を行っているような感じになります。ロボットアームの先端は1~2ミリ程度ですが、3D(3次元)で術野を大きく拡大し、細かい神経や血管を確かめながら手術を行うことができます。鉗子は人間の手首以上に指先の様に曲げることができます。手振れも補正され緻密な操作が行えます。また、腹腔鏡/胸腔鏡手術と異なり、助手の展開やスコピストは不要で、術者が切りたい場所を観察し切りやすいように展開することができます。なお、安全性を確保するために、行政や学会ではロボット支援手術を行う術者や施設の要件というものを定めています。さらに、最初の導入時にはプロクター(指導者)の指導が必須になっています。上部消化管領域のロボット手術の実施割合は全国ではまだ数割ですが、当院は9割以上となっています。

そして、今さらなる進歩が起きています。それが2023年に当院が関西初で導入した最新機種「ダヴィ

全国3施設目：SPによる食道切除術

新規高難度手術の導入プロセス

錦織 日外会誌 2021

- 他院の手術見学
- 診療科・多職種カンファ
- 病院としての導入の委員会
- 患者説明・同意文書作成
- シミュレーション
- プロクターの招聘



患者さんが「受けたよかったです」と思う先進的手術

ンチSP」です。この新世代ロボットは一つのポートからすべてのアームを体内に挿入することができます。また、カメラも曲げることができます。胃がん手術では痛みの少ない下腹部横切開からのアプローチを現在行っています。海外からもこの新規手術の安全性が報告されており、痛みが少なく、臍変型や瘢痕ヘルニアの発病も少ないと知られています。当院では全国でも先進的な胃がん、食道がんに対する低侵襲かつ精密な手術を積極的に推進すると共に、周術期の多職種支援も含め、総合的に患者さんの治療成績を向上させる体制を整えています。

「ダヴィンチSP」が拓く 泌尿器ロボット手術の新時代 ～後腹膜アプローチによる 低侵襲・高精度手術の可能性～

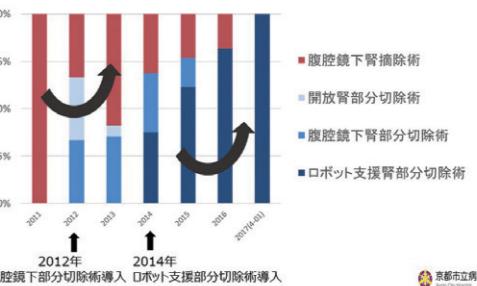
泌尿器科 医長

上山 裕樹



泌尿器科は別名、後腹膜外科とも呼ばれており、対象とする臓器は狭くて深い場所にあり、大きな静脈叢も存在します。のために、見えにくく、出血しやすい手術という課題がありました。開腹での腎や副腎摘除ではいずれも20~30cmに及ぶ大きな切開が必要であり、第9肋骨、第11肋骨も切除しなければならない場合もあります。前立腺や膀胱の全摘に関しても、15~20cmの切開を行い、出血は前立腺で約1L、膀胱の場合は約2Lでした。そこで登場したのが腹腔鏡手術です。欧米では1990年に世界初の腹腔鏡下腎摘除、日本でも1992年に世界初の腹腔鏡下副腎摘除が行われ、その後、2000年代から広く普及し、難しいとされた前立腺全摘や膀胱全摘も試みられるようになりました。一方、米国では早くも2003年に「ダヴィンチ」による前立腺全摘が承認され、5年後にはRARPがシェア

当院のT1a腎腫瘍(<4cm)
に対する術式の変遷(年次等、2011~2017)



京都市立病院

No1になります。日本でも2012年からロボット支援手術が開始され、約3年後にはロボット前立腺全摘がシェアNo1になり、現在では9割以上を占めています。また、泌尿器科のほぼ全てのロボット支援手術が保険適応になっています。当科では早い段階の2013年から行っており症例数も右肩上がりで推移しております。拡大視野で確認でき、気腹圧で静脈からの出血も防ぐことができ、より安全で精巧な手術が可能になりました。しかし、少しジレンマを感じるところもありました。腹腔鏡手術より侵襲が高いのではないかと感じることがあったからです。4本のアームを配置するためには20~25cmの幅が必要になります。しかし、後腹膜にはそのようなスペースがないために、経腹膜アプローチを探ることになっていました。ポート数が多くなり、合併症も時に起こりました。

そこで登場したのが「ダヴィンチSP」です。シングルポートから3本の鉗子とカメラの挿入が可能なので無理なく後腹膜アプローチができるようになり、低侵襲化、痛みの低減、美容性の向上も実現しました。テニスボール1個分、直径約6.5cmのサージカルワーキングスペースで手術ができます。「ダヴィンチSP」でしかできない方法として経膀胱アプローチも注目されています。直接、膀胱に入ることで余分な組織を全く壊すことなくくりぬくようななかたちで前立腺癌の手術が可能です。究極の機能温存手術といわれており、尿禁制、勃起機能に関しては非常に優れていると報告されています。従来よりも低侵襲、機能保存手術が可能になり、患者のQOLに貢献することができます。



当院における固体がんに対する がんゲノム医療の実情

腫瘍内科 部長

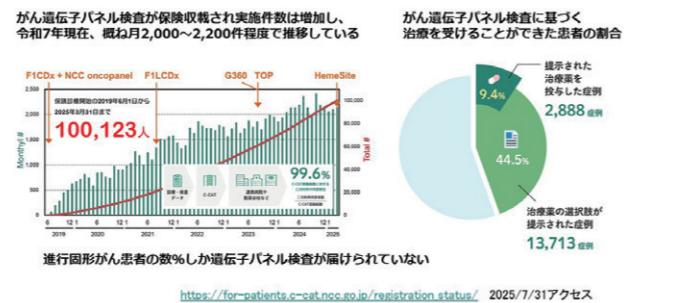
桐島 寿彦



精密医療（Precision Medicine）は2015年に米国のオバマ大統領がこの医療に国家予算を投入したことでも注目されました。精密医療ではまず遺伝子を網羅的に調べ、有効性が高い患者層を特定し、最適な患者層に投与しますので、最初から自分に適した治療が受けられる究極の個別化医療です。第4期がん対策推進基本計画（令和5年閣議決定）では全体目標として「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す」を掲げ、この中でがんゲノム医療は重点項目になっており、「全ゲノム解析等の新たな技術を含むさらなるがん研究の推進」を目指しています。がんは遺伝子の異常で起こる病気です。遺伝子異常にはドライバー遺伝子変異とパッセンジャー遺伝子変異があります。ドライバー遺伝子変異は、がんの増殖・生存が1つの遺伝子変異または変化に大きく依存する状態です。また、がんの発生には無関係な遺伝子にもランダムに変異が起こることが知られています。これがパッセンジャー遺伝子変異です。最近の薬剤の開発としては、臓器とは関係なく、遺伝子異常に基づいて薬剤の承認が行われています。これはNTRK融合遺伝子の事例です。臓器横断的な遺伝子異常ですが、治療薬は75%と驚異的な奏効割合を示しています。同じく臓器横断的な遺伝子異常のBRAF V600Eです。従来は肺がん、大腸がんなどに限定して用いられていましたが、他のがんにも効果があることが分かり、広く用いられるようになりました。DNAの複製の際に生じる塩基配列の間違いを修復するミスマッチ修復機能の低下によってマイクロサテライト反復配列が腫瘍において非腫瘍と異なる反復回数を示す現象を臓器横断的な遺伝子異常・マイクロサテライト不安定性と称しますが、これもペンブロリズマブ阻害剤が高い奏効を示すことが分かり、臓器に関係なく用いられるようになりました。

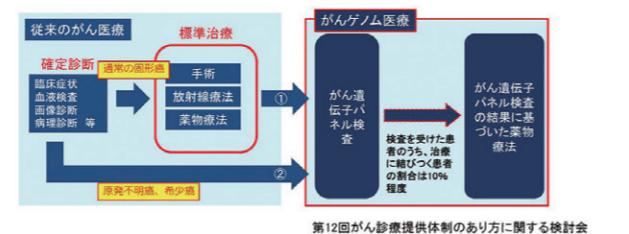
がん遺伝子パネル検査の実情ですが、国内では2019年からこの検査が開始され、今年の年度初頭で10万人を越えており、概ね月2000～2200件程度で推移しています。治療薬の選択肢が提示された症例が13,713症例（44.5%）、治療薬を投与したのは2,888症例（9.4%）です。がん遺伝子パネル検査の対

2. がん遺伝子パネル検査の実施件数



2. がん遺伝子パネル検査を用いたがん医療の流れ

がん遺伝子パネル検査の対象となる患者は、①または②を満たし、全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者
①局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固体がん（終了が見込まれる者を含む）
②標準治療がない固体がん患者



象となる患者は、①局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固体がん（見込まれるもの）を含む）、または②標準治療がない固体がんを満たし、全身状態及び臓器機能等から本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した患者となっています。がんゲノム医療の有用性ですが、奏効割合、無増悪生存期間、全生存期間のいずれにおいても有意に改善しています。当院における固体がんのがん遺伝子パネル検査ですが、今年6月までに結果が出ている症例数183例、年齢中央値64（25-89）、性別では男性91・女性92です。治療に結びつ

く遺伝子異常が見つかった割合30.1%、実際に薬剤を投与した割合14.8%、2次的所見が見つかった割合10.2%です。実際に治療を行った症例と薬剤到達経路は26例で保険診療19例、患者申出療養2例、企業治験3例、保険適応外2例でした。遺伝子変異にマッチした治療は、そうでない場合と比して生存期間は有意に長く、治療効果の向上が期待できます。がんゲノム医療は、今後ますます重要性を増し、より多くの患者さんに恩恵をもたらすと期待されています。

新しく始まる造血器腫瘍遺伝子パネル検査 [ヘムサイト]の臨床的意義

血液内科 部長

宮原 裕子



急性骨髄性白血病、骨髄異形成症候群などを例に、その診断治療において遺伝子がどのように重要であるかをご説明してまいります。血液検査をすると、その血液中に大きく分けて、白血球、赤血球、血小板という3種類の細胞があります。通常、赤血球は全身の筋肉に酸素を運び、白血球は感染から身を守り、血小板は怪我した時に止血します。その根本の幹細胞のレベルで異常が生じると急性白血病になります。また、白血病の手前にある前白血病状態が、骨髄異形成症候群（MDS）です。これらの疾患は近年遺伝子に基づいて、予後良好群、予後中間群、予後不良群に分類されています。白血病の診断には細胞の持つ遺伝子異常の確定が非常に重要です。

日本では白血病発症の患者さんの40～50%が75歳以上です。強力化学療法ができない方や臓器障害のある症例には、治療強度を減弱した抗がん剤などを用いてきましたが予後が悪く新規治療薬が待たれていました。これに応えて、2020年内服抗がん剤ベネトクラクスが保険適応になり、ベネトクラクス＋アザシチジン併用療法が可能になりました。実に40年

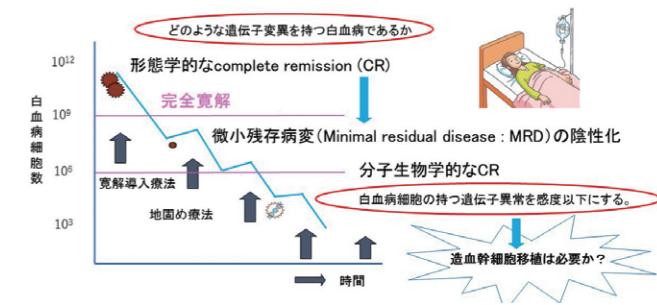
ぶりの朗報でした。現在、最初の診断時にどのような遺伝子変異を持つ白血病であるか、また治療後に寛解となった後、微小残存病変が陰性化しているかなど白血病細胞の持つ遺伝子異常を感度以下にすることが重要な位置を占めます。このような経過の中で、2025年に日本初の造血器腫瘍遺伝子パネル検査[ヘムサイト]が保険適応になりました。その意義として

新しく始まる造血器腫瘍遺伝子パネル検査



は初診時から遺伝子異常の分類を的確に行えること、治療法選択として現時点で使える分子標的薬の選択ができ、予後や治療反応性を予測し、造血幹細胞移植の判断が的確になることです。特に白血病においては、遺伝子変異を加えたリスク分類や微小残存病変の確認が必須であり、現在実臨床において急速に浸透しています。当科はこれまで京都大学の研究に参加し、すでに研究レベルでの遺伝子検査を180例以上解析しています。今回がん遺伝子パネル検査が保険適応となり、診断や治療法の選択、予後予測、移植適応までを判断する指標として期待されています。ただし、遺伝性白血病など胚細胞の遺伝子異常を認めた場合などの開示については課題があり、遺伝カウンセリングを含め慎重な対応が必要と考えられます。

白血病治療における治療目標の変化





2 特別講演

座長：京都市立病院 副院長・がん医療連携センター長 宮原亮

「医療安全と臨床倫理からみた 医療者のプロフェッショナリズム」

順天堂大学医学部
心臓血管外科学・病院管理学
客員准教授

川崎 志保理 先生



皆様、医学の学びの場で、最初に学ばれたのが、ご提示しております「ヒポクラテスの誓い」だったと思います。1949年に世界医師会総会で採択された「ジュネーヴ宣言」はこの現代版といえます。また、「里斯ボン宣言」では患者の権利を11項目掲げました。本日は特に医療安全を中心にお話させていただきます。まず、医療事故と医療過誤。前者の定義は「病院の敷地内で医療の全過程において発生する全ての人身事故。医療従事者の過誤、過失の有無は問わない」、後者は「医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り(過失)、これによって患者に障害を及ぼした場合」となっています。医療事故という言葉を患者さんやご家族がお聞きになると「ミスがあった」と考えることが多いので、説明の際には、言葉使いに注意していただきたいと思います。医療過誤ですが、人がミスを犯す時とは、どのような時なのか。①余裕がない時、②自信がない時、③予想外のことが起きた時、④具合が悪い時、⑤環境が悪い時…などです。



たとえば、予想外のことが起きた時。一人で緊急対応をする時には気合を入れ、チェックすべきことに全ての意識を集中させる。これで防げる確率が大幅に増します。非常時に普段の意識でいるとミスが出やすくなります。次にミスを犯してしまったら、どうすればよいのか。全員でリカバリーをすることです。最も良くないのが、ミスの隠蔽です。これは最悪の結果を招きます。まずミスを咎めないという体制を構築すること。これが起きた時は200%で臨むことが重要です。リスクマネジメントにおける私の座右の銘は「人に任せない-Don't believe anybody」。全て自分の目で確認できれば、ミスは起きないと確信しています。

続けて理不尽な言い分の対応についてお話しします。医師法第19条第一項に医師と患者の関係が記されています。「診療に従事する医師は、診療・治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければこれを拒むことはではない」。医師が不在、医師自身が病気でない限り診療は拒否できないのです。また、患者が医療機関を受診し、診療行為を受ける場合は、患者と医療機関の間に「診療契約」が成立したと理解されます。これは「準委任契約」です。民法656条で「委任契約」は両当事者(患者と医師)との間での信頼関係を基礎とした契約。信頼関係が無くなれば、当事者はその契約を解除できます。ちなみに、診察した結果、治療するか否かを決定するのは、医師本人の判断に任されています。

クレーム対応にも心構えが大切です。よくある事例でご説明します。A:「どうしてこうなったか分かってるんだろう！」⇒「わかりません(非があれば認める)」/あせって答えなくてよい。時間をかけて相手の言い分を聞く。B:「どないするんや！」⇒「そうですか、お気の毒ですね。〇〇さんがあまり大きな声でおっしゃられるので、怖くて頭が真っ白です」

／「怖い」といつていい。クレーマーは脅迫行為になるのでこの言い方を恐れる。C:「すぐに答えを出せ！」⇒「〇〇さんだけ特別扱いにはできません。私が聞いた上で必要と判断すれば、病院側と協議して後ほどお返事します」。D:「院長を出せ！」⇒「できません。私が担当者です」。E:「どうして出来ないんだ！」⇒『当院の方針です。病院の決定事項です』/単独でなく、必ず組織で対応する。F:「責任を取り！誠意を見せろ！」⇒「どういう意味なのかわかりません。具体的にはどういうことですか。」/金を出せというと恐喝(強要罪)になるので、それを逆手に取って質問する。G:「ネットで流すぞ！」⇒「ネットですか、最終的には〇〇さんのお考えですから、私どもはどうこう言える立場ではありません。」この他にモノなどを投げつけられたら、器物破損罪または暴行罪で2年以下の懲役または30万円以下の罰金。罵声を発したり、執拗に質問を繰り返し、長時間の時間外労働を強いる、といったケースは強要罪となり、3年以下の懲役です。これらを参考にして極力冷静に対応してください。

コミュニケーションの倫理のお話です。症状を各専門医が診断すれば、それぞれの見方が生じます。その時、相互の情報交換がなければ、総合的な視点に立った判断ができません。また、患者さんとトラブルになった時は、上手な説明の仕方で9割が決まります。ですから、説明する人をポジショ

ンだけで選ぶのは最悪です。そして説明義務違反を回避するための注意点。日々の診察業務における姿勢が何より大切です。つねに説明すべき要点を把握し、それを記録に残すようにしてください。事故発生時の病状説明の注意点です。第一報は事実(患者の病状、今後の治療内容)のみを伝えるようにします(ハーバード・マニュアル)。インシデント発生についての事実だけを伝え、どのようにしてなぜその結果が生じたのか、自分が信じていることなどは伝えないようにします。また、詳細な説明に関しては担当医師単独では行わない。専門職種などの同席によって多角的な視点・説明を行い、説明義務違反の回避を図ります。また、インシデントレポートの適切な報告により、個人ではなく病院としての対応が可能になります。報告側(現場)は①24時間以内の入力、②ミスがなくても患者さんに不具合が生じた場合も報告する(合併症など)、報告受理側(病院)は①犯人捜しをせず、再発防止に従事する、②報告しやすい報告書のひな型を用いる。なお、再発防止策の記述は不要です。最後に急性期疾患に対する意思決定の対応ですが、患者さん・ご家族に深く寄り添い、一步踏み込んだ対話で、その心の願いを的確に捉えた、本当に優しい医療を提供すること。私が何よりも大切しているのは「謙虚に生きる」です。

編集後記

あけましておめでとうございます。

今号の表紙は、お正月ということで、縁起の良い「鷹」を選びました。表紙の写真は、皆様に親しみを持っていただけれどと思い、昨年度より当院の小暮医師(糖尿病代謝内科部長)が撮影したものを探用しています。いかがでしょうか。

さて、当院がWeb予約(SAKU洛連携)を開始して半年が経過しました。ご利用いただいている医療機関からは好評を得ています。まだご利用いただいている先生方には、まずはお試しでも使っていただければと存じます。

また、CT・MRIの検査予約についても対応できるよう鋭意準備中ですので、今しばらくお待ちください。

今年も市民の命と健康を守るために、地域の医療機関の皆様としっかりと連携をしていく所存です。

本年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

患者支援センター 地域連携室 井関