

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、地域医療連携室まで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致します。



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きます。

■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

●京都市立病院地域医療連携室

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(日曜・祝日を除く)

平 日/8:30~20:00(木曜日は17:00まで)

土曜日/8:30~12:00

FAXは、24時間お受けしています。

地域医療連携相談業務

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きます。

- ・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』へお電話いただきます。

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きます。

■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、是非ご利用ください。



地方独立行政法人 京都市立病院機構

京都市立病院

地域医療連携室

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1-2

TEL 075-311-5311(内線2115) FAX 075-311-9862

事前予約医療機関専用電話(地域医療連携室直通) 075-311-6348

<http://www.kch-org.jp/>

京都市立病院

連携だより

vol.26

平成29年10月

- 第26回 京都市立病院 地域医療フォーラム
- 消化器外科のご紹介
- 紹介患者様診療・検査事前予約ご利用のご案内

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、心のこ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。

テーマ

地域包括ケアシステム ～今みえてきたもの～

第Ⅰ部

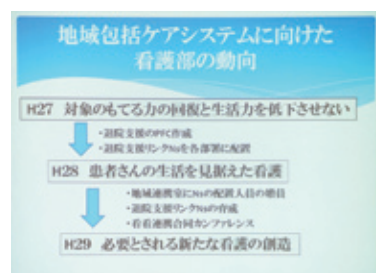
「地域包括ケアシステムにおける 現状と課題」～それぞれの立場からの報告～

座長

 副院長・
地域医療連携室長
森 一 樹

 京都市立病院 看護部 副看護師長
石田 寛人

当院看護部では2025年問題・地域包括ケアシステムに向けて患者さんの生活を見据えた適切な看護のために力を注いでいます。平成27年には「患者さんの持てる力の回復と生活力を低下させないこと」を目標に支援プロセスチャートを作成し、これに基づく支援を実施。平成28年には地域医療連携



室にもナースを配置するなど地域との連携を強化。現在、入院から退院までの支援を3段階に分けて行っています。第1段階では患者さんが病気や入院をど

のように捉えているのか、入院医療にどのような期待を抱いているのか、医師と患者さんが目指す状態に認識のズレがないのかなどをスクリーニング。第2段階では治療のための支援と自宅出来る医療・看護の方法をご家族と共に考え、自立を目指す支援をチームで実施。第3段階では社会保障制度や社会支援などの在宅環境を医療ソーシャルワーカーと調整しています。当病棟の病床数は45床。主な診療科は神経内科、糖尿病代謝内科、内分泌内科、呼吸器内科です。主な疾患はパーキンソン病、多発性硬化症、ALSなどの難病、それに伴う誤嚥性肺炎、糖尿病などの慢性疾患の患者さんが多く、入退院を繰り返す方が多い病棟です。

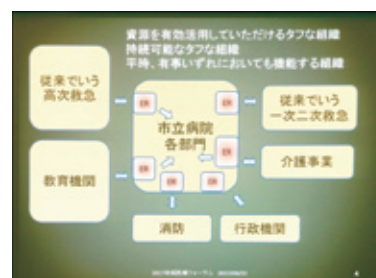
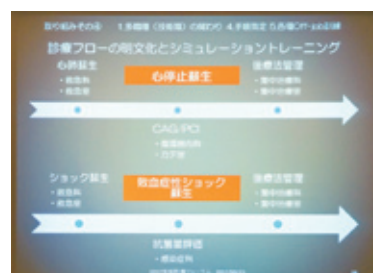


一例をあげると、ALSの患者さんで、日常生活自立度C2、同居の家族の介護は困難ですが、近所に住む子の援助がありました。今回は肺炎で入院され、肺炎は改善。しかし、病期・病態の進行がみられたため、家族・本人の意思確認のために

退院前カンファレンスを開催。結果、在宅での継続療養を希望され調整。現在もレスパイト入院を経ながら在宅療養をされています。一例のように、ターニングポイントで生活を継続する意思決定支援を行うためには、私たちが病状や病態変化を理解し、患者さんご家族に情報提供することが必要です。その人が暮らしておられた地域で生活を継続し、その延長線上で生きることを実現するためには、在宅チームとの情報の共有と連携の強化が重要であり、今後の大きな課題となると考えています。

 京都市立病院 救急科 部長
國 嶋 憲


現在、日本全国での救急の搬送件数は右肩上がりに増加中です。歴史的には1970年頃に急増する交通外傷に即応するために救急体制がスタートしました。2000年頃から虚血性心疾患、脳卒中への対応が増加し、現在は内因疾患特に高齢者が約7割を占めており、高齢者搬送の増加が救急の懸案事項になっています。「救急要請から病院到着まで」の視点から見ると、統計によって誤差はありますが、京都の救急体制は日本の中でトップです。京都・乙訓医療圏の人口は約160万人、年間救急搬送は8万件、年1%の件数増加。圏内の救命センターは4機関、大学附属病院



は2機関、他に当院の位置する2次救急医療機関があり消防機関とともに病院前後救急医療体制を支えています。当院では24時間365日体制で①老若男女、内

因外因を問わない②身体起因、心因起因を問わない③社会資源を活用しながら最善を目指す全人的診療④重症傷病に対して的確に蘇生を目指していますが、これを可能にするためには、多職種参加型及びOn-job、Off-job訓練、手順の標準化によって多様な質的・量的ニーズに応える工夫が必要で多くの課題を抱えています。地域包括ケアシステムを構築することは従来型病院機能、救急医療（提供）体制からパラダイムシフトしていくことです。地域包括ケア機能を推進するためには、自己（一医療機関）完結型から地域循環型への転換を図らなければなりません。コミュニケーション力を高め、権限移譲も求められます。これらを前提に、当院ERは①持続性の高い2次救急診療②ソフトハードの活用③いかなるときも地域に適切に利用される、ことを目指していきます。



中京西部医師会 杉本医院 院長
杉本 英造 先生

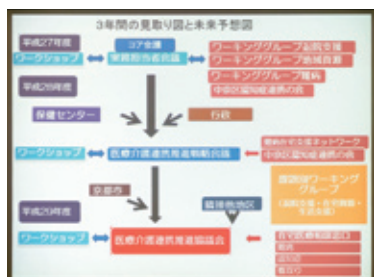
在宅ケアは患者さんとご家族を医療と介護・福祉・保健で支えることになります。重要なのは、この両輪が上手く回ることです。

平成27年度から京都府医師会から予算を得て、在宅医療・介護連携推進事業がスタートし、中京在宅医療センター内に在宅医療・介護連携推進事務局の機能を持つ「地域連携室」が設置され、コア（会議）メンバー（中京区在宅医療センター）と在宅医療連携実務担

実際に行ったこと、4つ

- ①在宅医療連携推進実務担当者会議（運営主体）を2ヶ月に1回開催（市立病院7階サロン）
- ②「ワークショップ（地域包括ケア時代の在宅医療連携を考える）」を2ヶ月に1回開催
- ③病状病態別に、「認知症」「難病」「看取り」など3つのワーキンググループでの協議
- ④コア会議 毎月第1水曜 20:00～22:00

当者会議メンバー（ワークショップメンバー）を確定しました。その役割は①在宅医療コーディネート相談窓口②地域の医療介護連携の仕組みづくりであり、在宅医療連携の課題の抽出とその解決実践の場の創出、専門職及び地域のその課題の共有（規範統合）を推進しています。具体的には、在宅医療連携推進実務担当者会議（2ヶ月に1回開催）、地域包括ケア時代の在宅医療連携を考えるワークショップ（2ヶ月に1回開催）、病状病態別に認知症・難病・看取りの3つのワーキンググループでの協議などを京都市立病院7階に提供していただいた会場で行っています。また、本年4月に「地域連携室」のホームページも立ち上げ、会議内



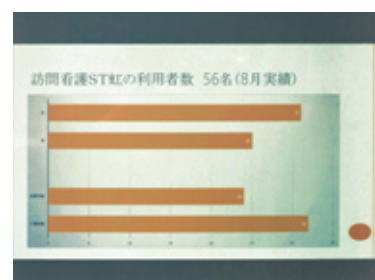
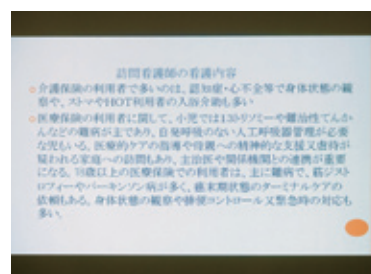
容などの情報をアップデート。これも次代に向けた「大きな財産」になると考えています。今後の課題は連携の広域化・地域（包括）化、在宅医療機関の確保（訪問診療医の増員等）です。そのために、現在必要な行政のガバナンスとして①場所とお金の問題②京都市内各地区との連携・協働の問題③地域協働の仕組みづくりをあげています。

訪問看護ステーション虹 管理者
西尾 希美重 様



私たちの施設は下京区に開設して今年で9年目になります。掲げている看護理念は「病氣や障がいを持っていても、地域の住み慣れた家で安心して療養できるように、ご本人やご家族の気持ちを大切に、0歳から120歳まで、責任を持って在宅での療養生活をご支援する」です。地域包括ケアシステムであれば、高齢者の方々だけでなく、0歳児から小児も対象にすべきだと考えています。

訪問看護ステーション虹の本年8月時点のご利用者数は56名（医療保険24名・介護保険32名）。医療保険の方が多いのが特徴です。年齢分布では一番多いのが80代の19名、15歳までが16名、最高年齢は102歳です。医療保険の利用者は小児では13トリソミーや難治性てんかんなどの難病が主で人工呼吸器管理が必要な方もおられます。18歳以上では筋ジストロフィー、パーキンソン病が多く、癌末期状態のターミナルケアの依頼もあります。介護保険の場合は認知症、心不全などで身体状態の観察やストマやHOT利用者の入浴介助



も多いです。出産後に髄膜炎を起こした新生児に障害が出るのではと危惧された母親を精神的に支えたケースもあります。このようなケースは当方も初めてのことであり、「このような看護でよいのか」と非常に苦悩しました。その後、カンファレンスを開いていただき、主治医や精神科の医師のご参加も得て、約1年後に障害が残らないと母親が認識できた時点で訪問看護を終了しました。直近では乳癌、肝癌、肝不全、肺気腫の末期の方々の看護を行い、ご自宅での最善の看取りをご支援しました。

その後、カンファレンスを開いていただき、主治医や精神科の医師のご参加も得て、約1年後に障害が残らないと母親が認識できた時点で訪問看護を終了しました。直近では乳癌、肝癌、肝不全、肺気腫の末期の方々の看護を行い、ご自宅での最善の看取りをご支援しました。

第Ⅱ部

特別講演

地域包括ケアシステムにおける急性期病院の役割について

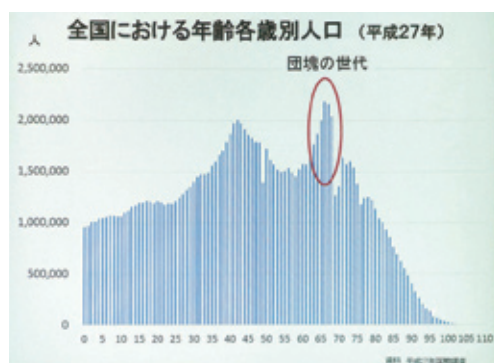
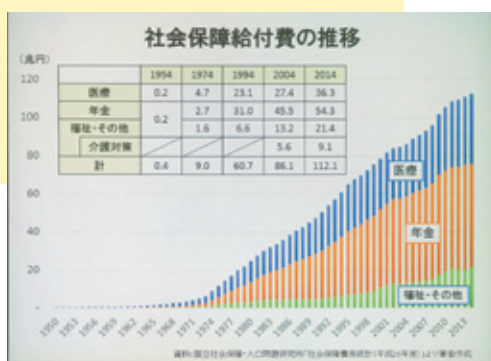
沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 医長 高山 義浩 先生

座長

副院長・
地域医療連携室長
森 一 樹

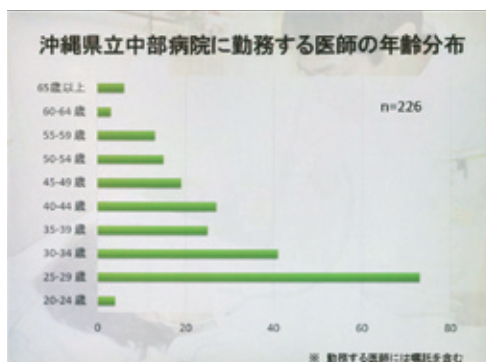


沖縄の豊かな文化の中で高齢者の方々は元気に歳を重ねておられます。お年寄りに「長生きしてくれてありがとう!」と心から思っている地域文化があります。地域包括ケアシステムと連携する医療者に求められるのは、このような気持ちを地域の人々と共有することだと思います。医療や介護が密接に連携するだけでなく、地域文化と一体化する時に本当の意味での地域包括ケアシステムが生きてくると考えます。2004年に日本の人口はピークを迎え、以後、急速に人口が縮減する社会になり、近い将来に1億人前後になる。しかも、この1億人は高度成長期と異なり、超高齢社会の1億人です。



ただし、この波はずっと続くわけではない。1つ目が団塊の世代、2つ目が第2次ベビーブームの波です。もう一つ、人口だけでは見えていない課題があります。生涯未婚率の急増です。例えば、1970年に男性の未婚率は1.7%でした。これが2015年には23.4%に達している。これを地域医療の観点で考えると、地域の支えがなければ暮らしていけない独居の人々が激増するということです。これにどのように対応するのかを今から考えておく必要があります。社会保障給付費の視点から推移を見ると、現在は約118兆円ですが、2025年には約30兆円増えて、約148兆円に達する見込みです。公共事業費(現在約6兆円)などを削減しても、とても対応できる金額ではありません。2025年に向けた課題を整理すると次のようになります。①人口構成比率が変化し、国民の高齢化が進展②世帯構成比率が変化し、高齢者のみの世帯が増加③高齢者の医療依存が高まり、在宅での療養に限界④現行の医療提供体制では変化に対応できない。

ここで、日本の医療制度の変遷をふり返ってみます。1948年に医療法が制定され、1961年に全国民が健康保険に加入する国民皆保険制度が完成します。経済成長によって医療費財源が確保できたことによって実現したのです。直近の医療法改正の特長は医療の役割分担を地域連携にまで広げ、病院完結型から地域完結型へ再構築しようとしている点です。平成26年の医療法改正には私も地域医療計画課で参画しました。その要点は次の5つです。①医療と介護の連携を強化する総合確保方針を厚生労働省が策定②消費税増収分を活用した新たな財政支援制度を設置③2025年をめざす地域医療構想を各都道府県が策定④地域医療構想を達成するため「協議の場」を地域ごとに設置⑤医療を適切に受けるように努め



るとした国民の責務を明示。特に⑥の「住民がどうあるべきか」を明記したことは非常に大きな変化です。「適切な医療の利用」の意味を事前に明確に確定しておく必要があります。

私が仕事をしている沖縄県立中部病院は「救急医療の病院」と認識されていますが、もう一つ重要なミッションがあります。沖縄県には有人離島が40余りあり、その中の20の島に診療所があります。このような状況の中で、離島で働くことのできる医師の育成を目指しています。当院には226名の医師がおり、約半数は34歳以下です。若手医師が活躍し、これを中堅・年配の医師がしっかりとサポートしています。当院の歴史は収容所の中に自発的につくられた診療所に遡ります。米軍払下げの兵舎を病室にして、同じく払下げの医療機器で住民に対する医療を開始しました。ですから、救急医療



が重視されたのです。地域包括ケアシステムへ舵を切る時、何よりも大切なのは「住民から支持される医療を提供し続けることが出来るか」だと考えています。

現在、地域連携を推進するうえで、当院として重視していることは次の3点が挙げられます。まず、

①退院後の療養を支援するフォローアップ。例えば、感染症で入院された80代の女性。症状は改善されましたが、歩行は不安定でした。しかし、「自宅でやってける!」と主張されます。そこで、同行し、確認しました。そうすると、「勝手知ったる我が家」なので、動き

はスムーズになっていきました。すべて把握しているので、病棟の廊下は怖くても、自宅なら大丈夫なのです。このような生き生きとした動きを医師たちが実感することも大切なのです。次に、②地域包括ケアシステムとの密接な連携。例えば、診療所の先生方と一緒に訪問診療に行く。夜間の救急の往診に対応する。育児をしている女性医師は、夜間は外に出られない。そこで「分かりました。夜間の緊急については私たちがサポートします。日中は主治医としてお願いします」といった具合に、看取りの近い患者さんに対応するケースもあります。3つ目は③希望する終末期患者への在宅緩和ケア。私たちは、現在、年間約40件の在宅での看取りを行っています。基本的には診療所の先生にご紹介していますが、「沖縄県立中部病院で最後まで対応して欲しい」というケースは引き受けています。小児から高齢者まで年齢も多様です。最後にあ



る事例をご紹介して講演を終わりたいと思います。97歳の独居の女性で、脳腫瘍の終末期でした。「自宅で最後まで過ごしたい!」と強く希望されたので、

かなり悩みましたが、「駄目なら連れて帰れば良い」と判断し、帰宅を許可しました。近隣の方々に集まっていただいて「この方が戦後70年間暮らしてきたこの家で最後まで過ごしたいとおっしゃっているのですが、皆さんのサポートがあれば、可能かもしれない。私たちもしっかりやりますので、どうでしょうか」とご提案すると、「いいよ、いいよ、私たちが看るさ」と快く引き受けていただきました。それから2カ月後に私が最後の看取りをさせていただきました。いわゆる独居死ではありますが、決して孤独ではなかった。独居の方々が増えていますが、皆で支え合うというネットワークがあれば、状況は大きく変わります。それが地域づくりの核になる可能性すらあると考えています。



消化器外科のご紹介

はじめに

いつも患者さんのご紹介をいただきありがとうございます。消化器外科では胃癌・肝癌などの悪性疾患から急性虫垂炎・胆嚢炎など幅広い疾患を取り扱っています。高齢化し併存疾患を持つ患者さんが急激に増加する中で、より安全で精度の高い外科治療を行うために日々努力しています。

基本診療方針

1. 診療ガイドラインに準拠しつつ、先進医療を含む幅広い選択肢から最適の治療方法を提示します。
2. 安全性・確実性を担保しながら、できるかぎり低侵襲でQOLを重視した治療方法を選択します。
3. 高度急性期病院の外科としていつでも緊急手術に対応できるよう休日夜間待機態勢を維持します。
4. 頻回で綿密な情報共有を行い、主治医/担当医制とスタッフ全員の目による診療体制を両立します。
5. 消化器病診療にあたっては、「消化器センター」として消化器内科と統一した方針の下に行います。
6. 多診療科・多職種でのカンファレンスやクリニカルパスを通じて質の高いチーム医療を実践します。
7. 個々の患者さんが住み慣れた地域で暮らし続けられるよう病院からのシームレスな移行に努めます。

診療体制

スタッフは院長をはじめとして、部長2名（外科・小児外科、消化器外科）、副部長2名（消化管担当、肝胆膵担当）、医長6名、専攻医3名の合計14名で、小児外科に関しては週に1度京都大学肝胆膵移植外科からの応援を受けています。



院外・院内での連携の強化

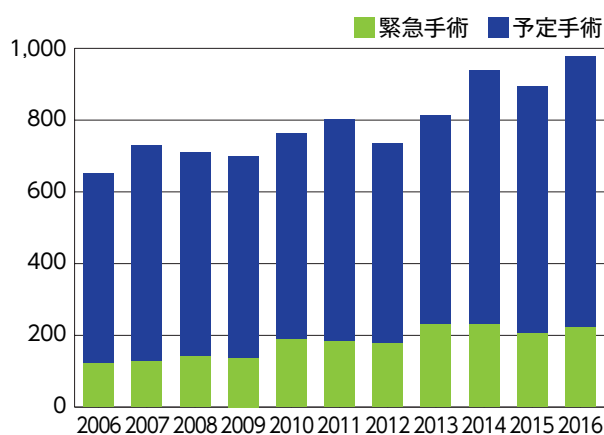
2013年に外来が再編され、消化器内科・消化器外科・乳腺外科が同じ2Aブロックで外来診療を行うようになりました。物理的な距離も近くなり、消化器内科とより一層密な連携をとって診療することが可能になりました。消化器内科・外科どちらに紹介するか迷われる場合もあると思いますが、消化器内科・消化器外科いずれでも結構ですのでひとまずご紹介ください。各科と連携し適切な治療を行います。消化器内科・放射線科・病理診断科・看護部を交えた週2回のCBM（Cancer Board Meeting）を開催しており、悪性疾患については基本的に全例提示して治療方針を決定しています。その結果をふまえ、症例によっ



では消化器内科とともにLECS（腹腔鏡・内視鏡合同手術：Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery）などの低侵襲な治療を行い、術前術後の（放射線）化学療法を併用することで治療成績の向上を図っています。また緊急手術を行う際にも原則複数で治療方針を決定するようにしています。おかげさまで2016年度の手術症例977のうち588例（60%）が皆様からご紹介いただいた患者さんでした。がんの方については地域連携パスも適用し積極的に皆様と連携した術後のフォローアップを行っています。

良性疾患に対する迅速・低侵襲な対応をめざして

当院では麻酔科も当直しており緊急手術が夜間でも行える体制となっています。急性虫垂炎・胆嚢炎・上部消化管穿孔に加え、最近では食道破裂に対する手術も原則として鏡視下に行い患者さんの早期の回復を目指しています。外傷性肝損傷などの場合には放射線科とも連携しIVRと手術を組み合わせることで救命を図っています。また、鼠径ヘルニアについても7割程度を腹腔鏡下に修復しています。



悪性疾患に対する精度の高い手術をめざして

患者さんへの侵襲を軽減する方針のもと、積極的に

鏡視下手術を行っています。胃癌ではほぼ全例、大腸癌では約85%を腹腔鏡下に施行し出血量の減少や入院期間の短縮を実現しています。食道癌については腹臥位での胸腔鏡下食道切除術を導入し、早期離床が可能となり呼吸器合併症などが軽減しました。胃癌では2014年2月にロボット支援手術を導入しこれまでに34例を施行、今後の保険収載を見据え現在は臨床試験の形で実績を積んでいます。肝胆膵領域でも安全性に十分考慮し、症例を選びながら鏡視下での切除を進めています。また、より安全に手術を行うために術前にCT画像の3D再構築を行い、血管や腫瘍の位置などの把握に努めています。



消化器外科の目指すもの

患者さんの病態・社会背景はどんどん複雑化しており単独の診療科・医療機関で解決するのは困難になりつつあります。紹介や連携を通して皆様からご指導をいただくことによって、それぞれの患者さんに合わせたより良い医療を提供していきたいと考えています。今後ともよろしくお願い申し上げます。