

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

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

京都市立病院

連携だより

vol.34
令和元年10月

- 新任部長のごあいさつ
- 「内分泌内科」のご紹介
- 第30回 京都市立病院 地域医療フォーラム
- 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。

新任部長のごあいさつ

集中治療科部長 小尾口 邦彦



この度、令和元年7月1日付で集中治療科部長を拝命しました小尾口（こおぐち）邦彦です。20年間、滋賀県の病院で働いていたのですが、ご縁があり京都市立病院で働くこととなりました。私事で恐縮ですが、京都市内に住んでいるので、車通勤から自転車通勤に代わりました。朝の路地を自転車で駆け抜けるのは気持ちよく、楽しんで通勤しています。

今後お世話になることが多いと思います。よろしくお願いします。

京都市立病院集中治療室は8床あり、ヘリポートに通じるエレベーター・中央手術室・カテーテルインターベンション室と連続するので円滑な患者受け入れが可能です。難易度の高い、あるいは侵襲度の高い手術が多くありそれら術後患者、あるいは、救急外来からも多くの重症患者が入室します。超高齢に加えて複数合併症を有する患者も少なくありません。

重症患者管理においては、原因疾患の治療のみならず、血管作動薬の管理、人工呼吸器の適切な設定、CHDFと呼ばれる人工腎臓の運用、血糖値の厳密管理などさまざまなファクターを適切に同時進行に行わなければなりません。例えば、人工呼吸器は重症患者の呼吸を支えるICUの重要アイテムです。時として重症患者の呼吸は大暴れするのですが、人工呼吸器をうまく同調させ適切な圧設定をしないと、むしろ人工呼吸器により肺傷害が引き起こされます。

集中治療は先に述べたようにさまざまなことを同時進行にもれなく行ったときに真価が発揮されます。私が本院へ赴任し感じたことは、多職種協働への意識が非常に強いことです。そして、ありがたく感じています。朝のベッドサイドカンファレンスは、集中治療医・主治医・看護師・薬剤師・臨床工学技士・理学療法士・医療ソーシャルワーカーが集まります。ICUバンドル（患者の意識・呼吸状態や人工呼吸器設定・鎮静薬の把握と調整・せん妄の評価・リハビリ・家族などの状況…を順番にチェックする項目）に沿って遺漏ないように行います。専門家集団が朝から患者の状態変化を把握しディスカッションできるのです。



今、集中治療室において最も重視していること

集中治療において今最も重視される病気は敗血症です。敗血症とは血液を通じて全身に菌が循環する非常に怖い病態です。かつては死亡率が70%、現在も30~40%あるともいわれます。が、先に述べたようにやるべきことをきちんとすれば、死亡することは極めて少なくなりました。本院における死亡率ははるかに低いものです。

今、問題になっているのはICU-AW (acquired weakness) です。意識すると「ICUのおかげで命は助かったけれどすごく弱くなった」です。今や、救命することがゴールではなく、患者の社会復帰を目指さなければな

りません。ところが、重症敗血症管理に注力しなんとか容態が安定したころには、全身の筋力が落ち、認知障害があり…といったことになりがちです。ICUにおける苦しい治療がPTSD(心的外傷)を引き起こすこともあります。

人工呼吸器など生命維持装置の管理に情熱を傾けてきた私にとって少し悔しいことがあります。ICU-AWを防ぐためにさまざまな試みがなされてきました。その中に人工呼吸器管理などもあったのですが…、もちろん原疾患の治療には必須なのですが…、ICU-AWを防ぐ効果があるのは、生命維持装置管理ではなくリハビリ・早期離床です。(図1・2)

今や患者の社会復帰のためには、理学療法士パワーを生かし、いかに早くリハビリを適切に行えるかが重大テーマです。挿管され人工呼吸管理されていても臆することなく開始します。ただし、早期離床を安全に効果的に行うためには、患者を適切に評価し、患者の鎮静薬の調整・生命維持装置の設定や取り回し・安全管理を行わなければなりません。看護師、薬剤師、臨床工学技士の役割が重要となります。医療ソーシャルワーカーによる退院後を見込んだ早期調整も重要です。

結局、多職種協働が重要であるという原点に帰るのです。

図1 ICU-AW予防・回復に効果的でなかった介入

さまざまな努力がなされたがICU-AWへの効果はなかった。

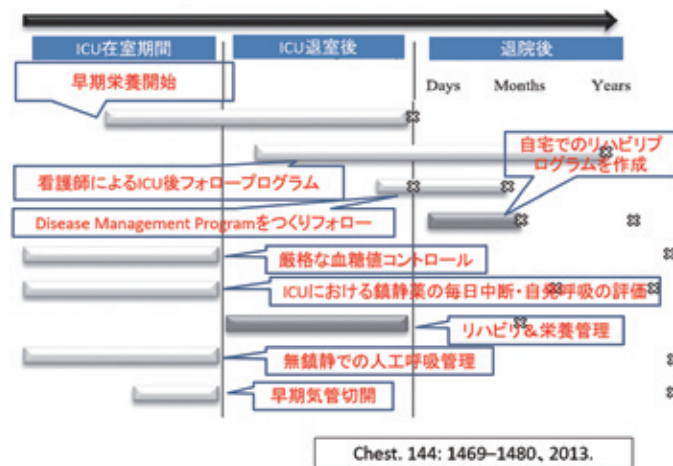
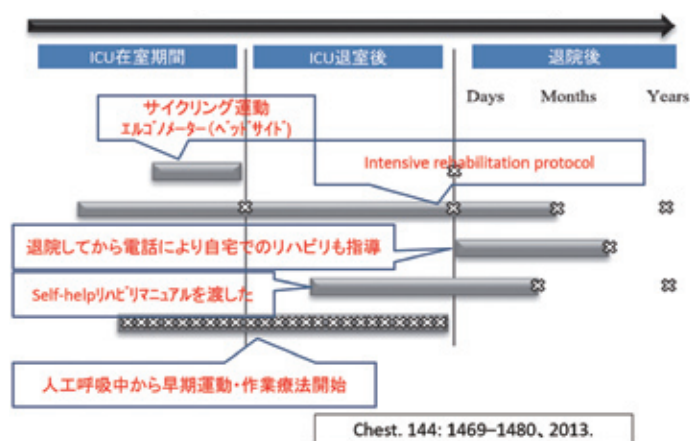


図2 ICU-AW予防・回復に効果的であった介入

なんと！全てリハビリに関連するものであった。



略歴

1993年	京都府立医科大学医学部卒業、京都府立医科大学附属病院研修医
1994年	京都第一赤十字病院研修医
1999年	京都府立医科大学大学院卒業
1999年	大津市民病院救急診療科・集中治療部医員
2011年	大津市民病院救急診療科診療部長・集中治療部医員
2019年2月	大津市民病院救急診療科診療部長・集中治療部診療部長
2019年7月	京都市立病院集中治療科部長

専門 敗血症管理・ARDS管理

所属学会 日本集中治療医学会、日本麻酔科学会、日本救急医学会

資格 日本集中治療医学会専門医、日本麻酔科学会指導医、麻酔標榜医、日本救急医学会専門医、DMAT 隊員(統括DMAT登録者)、日本救急医学会ICLSコースコースディレクター、FCCSインストラクター

「内分泌内科」のご紹介



内分泌内科部長

小松 弥郷

はじめに

わたしたち内分泌内科は病床6床を担当し、外来は1日平均41人の患者さんが来院されます。内分泌内科が独立した診療科として運営されている病院は全国でも東京の虎ノ門病院や岡山の倉敷中央病院などめずらしく、当院の特徴として専門性の維持向上に努めています。

基本診療方針

1. 間脳下垂体、甲状腺、副甲状腺、副腎、性腺など内分泌疾患の多彩な分野に対し高度で最新の診断と治療を実践。
2. 体内の恒常性の維持そのものに関わる内分泌代謝学領域の特性を生かし、内科学の本来の姿である、患者を全身的に捉えてその病態を総合的に評価できる、有能で人間性豊かな医師の育成を目指す。
3. 地域の中核施設として先進の医療を実践する。
4. 人権尊重を基盤として情報公開とインフォームドコンセントを推進し、わかりやすい診療を心がける。

診療体制

部長1名、医長1名、日本内分泌学会専門医指導医、日本内科学会研修指導医、日本高血圧学会専門医指導医、日本骨粗鬆症学会認定医

診療内容

当科の扱う疾患は具体的には以下のように多岐に渡ります。

内分泌疾患 ▶ 間脳下垂体疾患（下垂体機能低下症、下垂体性小人症、先端巨大症、プロラクチン産生腫瘍、クッシング病、尿崩症、SIADH）、甲状腺疾患（バセドウ病、バセドウ眼症、慢性甲状腺炎、亜急性甲状腺炎、無痛性甲状腺炎、良性腫瘍、甲状腺癌）、副甲状腺疾患（原発性副甲状腺機能亢進症、二次性副甲状腺機能亢進症、特発性副甲状腺機能低下症、腎性骨異常栄養症、腫瘍随伴性骨軟化症）、副腎疾患（副腎皮質機能低下症、原発性アルドステロン症、クッシング症候群、褐色細胞腫、偽性アルドステロン症）、膵内分泌腫瘍（インスリノーマ、グルカゴノーマなど）、性腺機能低下症（特発性、クラインフェルター症候群、カルマン症候群、多嚢胞性卵胞症候群など）、骨代謝疾患（骨粗鬆症、骨軟化症、骨形成不全症）、その他（多発性内分泌腫瘍症、自己免疫性多内分泌腺症候群、神経線維腫症、ジッターマン症候群、シルバーラッセル症候群など）

このなかには一般の医療機関ではほとんど診療することのない希少疾患も含まれていますが、当科では豊富な経験に基づいた高い診察力によって全身倦怠感や体重減少、易疲労感といったありふれた症状の中から特徴的な所見を見逃さず正確な診断に結びつけています。

厚生労働省が公表する資料によると全国に1,700余りあるDPC病院のうち当院が上位を占める疾患は当院の得意分野ということができると思いますが、上位70位以内に入る22疾患のうち当科が携わる疾患が4つランキングされました（表1）。

地域連携

地域からの紹介患者数は年250名を超え毎年10%ほど増えています。紹介率は87.5%と院内で毎年上位にあ

ります。これは当科の他の病院にはない、特殊性、専門性を活かして診断を行い、治療方針が決まれば元の「かかりつけ医」にお返しするという基本方針をご評価いただいているおかげと考えています。最近も紹介された患者さんの中から偽性アルドステロン症*、褐色細胞腫、

神経線維腫症1型、クッシング症候群、先端巨大症（アクロメガリー）などの珍しい疾患が偶然見つかりました。日常的に診療している患者さんのなかで具体的な病名が思い当たらなくても「何か変だな?」「何か病気が隠れているのでは?」と思われたら是非一度当科へご相談ください。

疾患一口メモ

偽性アルドステロン症

高血圧、低カリウム血症による四肢脱力、筋力低下、全身倦怠感などが出現する。原発性アルドステロン症と同様の所見を呈するが、血中のアルドステロンは低値。漢方薬に含まれる甘草が副腎皮質ホルモンを不活化する11β-ヒドロキシステロイド脱水酸化酵素2型(11β-HSD2)を抑制するためにおこる。原因となる薬剤を中止しても回復には数週間以上要することが多い。

2018年度診療実績 ●●●●●●●●●●

- ・新入院患者数 130名(平均在院日数10.2日)
- ・紹介患者数 274名(紹介率87.5%)
- ・甲状腺エコー 1,082件
- ・甲状腺針細胞診 116件
- ・甲状腺シンチグラフィ 63件

表1 「平成29年度京都市立病院上位ランキング疾患」 平成31年2月中医協資料より

全国順位	母数	DPC病名	二次医療圏内シェア	都道府県内シェア	患者数
20	1482	急性膿皮症	14.4	10.6	109
25	188	自立神経系の障害	100	68.6	24
25	218	痛風、関節の障害	15.3	10.2	19
27	843	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	16.1	11.4	58
27	93	呼吸器系の良性腫瘍	41.2	41.2	14
28	448	詳細不明の損傷等	47.8	26.7	55
29	658	その他の感染症(真菌を除く)	26.5	16.1	63
32	48	麻疹、蕁麻疹	100	100	11
33	505	男性生殖器疾患	19.8	15.9	41
37	98	甲状腺機能亢進症	29.6	29.6	16
39	84	脊椎感染(感染を含む)	100	100	11
43	145	糖尿病足病変	19.5	11.1	17
44	182	その他の悪性腫瘍	70.6	70.6	24
48	52	原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍	100	100	10
57	679	脳脊髄の感染を伴う炎症	16.4	12.7	49
59	138	精神作用物質による精神および行動の障害	16.9	13.2	14
59	115	薬疹、中毒疹	38.2	38.2	13
64	419	甲状腺の悪性腫瘍	17.2	15.6	65
65	728	その他の消化管の障害	11.2	8.8	29
65	522	肺。縦隔の感染、膿瘍形成	24.2	22.6	33
67	110	呼吸器のアスペルギルス症	52.4	52.4	11
70	92	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	47.6	47.6	10

テーマ

アドバンス・ケア・プランニング ～地域の中で思いをつなぐ～

座長

副院長・地域医療連携室長
森 一 樹



第Ⅰ部

「アドバンス・ケア・プランニングの実践と課題」

京都市中京西部医師会

川口医院 院長 川 口 毅 先生



依存傾向の強い症例にACP(アドバンス・ケア・プランニング)導入を試みた症例を提示します。患者さんは50歳台女性。2週間ほど軟便が続き、気分が優れないとの訴えで受診されました。本人はベンゾジアゼピン系の抗不安薬であるエチゾラムの処方だけを強く要望しました(17年前から不安、耳鳴り、めまいの症状があり、同薬を処方されていました)。ハミルトン抑うつ症状尺度は12/30でした。抗不安薬の減量を目指して選択的セロトニン再取り込み障害薬(SSRI)の投与を開始しましたが、消化器症状のために服薬を拒否し、再びエチゾラムの使用頻度が増加しました。2週間に1度の受診でしたが、骨折後の歩行障害を理由に中断、娘さんが処方箋を取りに来るようになりました。

約6か月後、突然京都市立病院からアルコール性肝硬変で入院されたと連絡を受けました。

ベンゾジアゼピン系薬剤の抗不安作用は脳細胞に直接作用するので効果発現が極めて速く、依存形成しやすいのが特徴です。筋肉にも受容体があるために、筋力低下して転倒に繋がりが易く、アルコールを併用すると作用が強化されます。肝臓の代謝酵素に影響を与え、肝機能障害が引き起こされることもあります。従って、ベンゾジアゼピン系薬剤は不安障害の第一選択薬とせず、選択的セロトニン再取り込み障害薬(SSRI)の補助薬剤として短期間の使用にとどめるべきと考えられています。

アルコール依存・薬物依存の患者さんで、ベンゾジアゼピン系薬剤からSSRI系の薬剤への移行を試みたのですが、うまくいかず肝硬変にまで進展した症例です。薬物依存、患者さんの性格などからご本人・ご家族と良好なコミュニケーションを築けなかったことが大きな反省点です。



京都市立病院

救急科 部長 國 嶋 憲

救急搬送は年々増加しています。この傾向は今後20年前後続くと予測されています。搬送傷病者の60%は65歳以上、半分以上だった内因性疾患は約70%に達しています。この「高齢」と「内因性疾患」の掛け合わせが増加の主要因です。これまでに、急性期・救急医療は目覚ましい進歩を遂げてきました。たとえば、「京都地域の1カ月

後の社会復帰率」も、2010年前後は近畿圏で一番低かったのですが、この10年で他府県並以上になりました。脳卒中も短期間死亡は大幅に減り、心疾患も同様。がんの罹患患者数は増えていますが、60歳代までということで見れば、死亡者数は減少しています。「命を救う」ということについては着実に進歩していると言えます。川口毅先生が取り上げられた患者さんの場合、「自宅に帰りたい」というのが、来院当日ご本人の意思表示であり、娘さんも「母親の意向を大切に…」というものでした。救急室で5時間をかけることに賛否はありますが、多くの職員が聴き取ることで、尊重される意思と理解しました。急性期病院として、Jonsen4分割表(医学的適応・患者の選好・QOL・周囲の状況)のうち、特に「医学的適応」に私たちは真摯に取り組んでいます。指導者としてACPに関わるようになって思うのは「救急室や外来でどこまで対応できるか」ということです。特に「若い医療者が迷い過ぎないように…」注視しています。



訪問看護ステーション ワトレイ

統括責任者 西 田 文 世 看護師

訪問看護の視点から「患者さんご家族の思い」を述べさせていただきます。S氏は72歳で胃がん・口腔がん・中咽頭がん末期でした。経口摂取は困難な状態で入院中は絶食の指示が出ていました。「家に帰りたい!」というご本人の意思をご家族(妻・息子2人)も尊重し、退院されました。「今までと同じ生活がしたい!」。これがS氏の願いであり、ご家族も「お父さんの思い通りにしてあげたい」、「頑固やから何を言ってもきかへん」とおっしゃっていました。経口摂取のリスクは何度も説明し、外出するときは「飲食しないこと・訪問看護の名刺を携帯すること」の約束をしました。散髪・ゲームセンター・遠出の琵琶湖など、いつもと変わらぬ日々を送られていました。ご自身の願いをひとつひとつ叶え1年が経過、退院時には「二度と入院はしない!」と断言していたのに1年で4回の入院を繰り返されました。このように日々の生活の中で対話を繰り返し、互いに心を知ることが訪問看護のACPだと考えます。また、その決定事項は特に人生の終わりに近づくと「揺れ動く」ものです。病院チームと地域チームが連携を取り、患者の揺れ動く願いをサポートしていくことが今後の課題であると考えます。最後にS氏は病院で永眠されました。後日、奥様から「お父さんの財布から名刺出てきた、肌身離さず持ってたみたい」と聞きました。出逢えたことに感謝します。



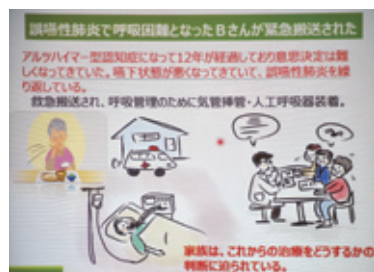
第Ⅱ部

特別講演

その人らしい生きかたを支えるために ～アドバンス・ケア・プランニングを実践する～

佛教大学 保健医療技術学部 看護学科 准教授 濱吉 美穂 先生

ACPの実践は欧米で始まりました。しかし、これをそのまま日本に持ち込んで上手いきません。文化などの点で馴染まない部分があるからです。これから皆様と共に「日本版」あるいは「京都の地域包括版」を創り上げていく必要があると実感しています。私自身も臨床やケアマネの時代の看取りの場で「本当にこれで良かったのかな…」という思いがありました。私事で恐縮ですが、私の祖母の場合は認知症が進み、



転倒を繰り返し、在宅独居が困難になり、施設に入りました。その後、誤嚥性肺炎を発症し、主治医から胃ろうを勧められました。でも、甘いものが大好きな祖母はアンパンの餡を少し食べるだけで嬉しそうな表情を見せる。悩んだ末に「少しでも食べられるという時間を大切にすること」を選択しました。最後は皆に看取られながら枯れるように亡くなりました。それから1年半後に本人の遺言書が見つかり、「延命治療は如何なる場合も止めてください…」と記されていました。意思にそえた安堵感と「なぜ、生前に向き合い話せなかったのか…」という思いが込み上げてきました。これが、私の現在の活動の原動力になっています。祖母に背中を押されているような気がします。

医療の同意権は本人のみが有する「一身専属権」です。ただし、「緊急時には、同意がなくても医療行為が行い得る、また同意が得られない場合でも、推定的承認が認められる場合は同意は不要とされる」、「医療行為の同意能力の程度や内容には未だ明確な基準はない」と日本弁護士連合会法律大綱(2011)に示されています。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018年度版)で特に重要なポイントは①本人の人生観や価値観等を出来る限り把握する、②本人や家族と十分に話し合うこと、③話し合った内容を文章にまとめて共有するという3点です。また、この改訂版で注視すべきポイントは「ACPの概念を盛り込み…」の「ACP」の追記、「家族等の信頼できる者も含めて事前に繰り返し話し合う…」という文言に「家族等」と「等」が加えられたこと、「医療だけでなく介護従

事者が…」と表記され、介護従事者も意思決定プロセスの役割を担うように促している点です。

人生の最終段階を支えるために「エンド・オブ・ライフケア(EOL)」という考え方も非常に重要です。これは終末期ケア・緩和ケアの代替用語ではなく、個々の死生観や文化を考えた上で、その人らしい生き方を尊重したケアのことです。これを実現するために役立つのが、自分の「望む医療・望まない医療」を考えて書面化し、自分の思いを代弁してもらう「代理意思決定者」を決定しておく「事前指示書(アドバンス・ディレクティブ:AD)」です。しかし、巻頭でお話した祖母の事例を含めて様々な課題が残っています。これらを払拭するために推進すべきなのが本日のテーマであるACP(愛称:人生会議)です。日本老年医学会では、これを「本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するためのプロセス」と定義しています。その人にとっての「最善」について個別化した判断を患者・家族と医療チームが情報共有することが根幹となります。ACPを徹底することによって①患者の自己コントロール感や自律性が高まる、②代理意思決定者と医師とのコミュニケーションが深化する、③患者と家族の満足度の向上、遺族の不安や抑うつ減少といったメリットがあります。ACP実践において重要なのは①意思確認を繰り返し行うこと、②その時の話し合いのゴール設定・共有、③適切な機会・場面の設定、④発言内容の記録です。ACPの実施に当たっては「本人にとって受け入れがたいこと、とても辛く感じることは何か」という点から掘り下げていくのが良いのではと考えています。これに続けて「暮らしの中で最優先したいこと」、「医療や介護に何を期待しているのか」などを確認していきます。また、ご本人の意思が確認できない場合に「家族の思い」ではなく、「ご本人の立場」から推定することが大切です。さらに、ACPの基本姿勢としては「その治療を受けた後の生活を予測し、想定するゴールを含めた全体像を明確化して共有すること」。そして何よりも大切なのは細やかな対話を繰り返し、揺れる心に寄り添い、その人らしい最善の生き方を最大限に結実させることです。

