



くろおばあ

地域医療連携センター便り

看護部 コレット 美喜

地域医療連携センターのコレットと申します。「コレット？日本の方？」とご確認をいただく日々ですが、生粋の日本人です。平成28年4月から外来との兼務で担当しております。同年7月からは、黄野副院長をセンター長として、精神保健福祉士2名、看護師1名、事務員1名体制で地域の関係機関やご本人、ご家族からの相談を承っております。

今回は最近の地域医療連携センターについて紹介させていただきます。平成24年から地域との連携強化を目的として「連携室」から「連携センター」と名称が変わりました。

入口の前方連携の主なものとしては、地域の病院や診療所、保健所・福祉事務所などの行政機関、当事者の方々からの入院・受診の相談があります。院内連携としては、病棟スタッフとの情報共有や関係者カンファレンスへの参加、退院前訪問、外来での継続看護の調整があります。後方連携としては、地域資源の調整、退院後の継続した面談を担っています。その他の業務としては、地域連携事業への参加、医療観察法関連の事業、機関誌の発行、訪問看護事業所との連携の会などを企画しています。

精神医療の基幹病院として当院の役割を現実的に捉えることを目的とし、昨年7月からデータの取り方を変更しました。①どのような機関から入院依頼があり、②ご依頼の受入れ状況、③致し方なくお断りした理由、④退院された後にどのような資源を活用して通院されている

かという点で、地域から病院そして再び地域へ戻る流れを「見える化」してきました。

平成28年7月から平成29年2月までの間で、入院依頼をいただいた機関は、多い順に一般科病院、行政機関、当事者、精神科診療所、精神科病院、福祉施設の順でした。今回は「一般科病院」、「行政機関」、「精神科診療所」からご依頼のあった方々の流れを中心にお話しさせていただきます。入院依頼と受入れ状況は、「一般科病院」からは、443件で内、166名(37.4%)が入院されました。「行政機関」は、321件で内、81名(25.2%)、「精神科診療所」は、154件で内、75名(48.7%)の受入れ結果になっていました。

次にお断りした理由は、「一般科病院」では、当院で対応困難な「重症合併症(血液内科、手術適応、重度の循環器疾患)」、「専門外の治療(身体的リハビリなど)」、「長期療養希望」の3つが主な理由でした。「行政機関」では、病状に対応した「個室・保護室がない」が最も多く、次いで「長期療養希望」、「同意者がいない」などの理由でした。精神保健福祉法による入院ですから、ご本人の同意が得られない場合は、同意者(ご兄弟や両親、配偶者)不在での入院は受け入れることができません。

こう見てみますと当院の対応可能な患者様の層と改善していかなければならない面が見えてきます。対応可能な患者層としては、一般科の診療がありますので、精神疾患と身体疾患が併せて診られるこ

とがあります。また、救急急性期病棟が4病棟ありますので衝動性が高い患者様への対応が得意かと思えます。一方で現在、長期療養の方々への依頼はお受け致しておりません。「長期療養希望」の方々の依頼を除いても「行政機関」からの応需が25.2%に留まっていることについては、当院の規模と歴史を考えると改善が必要な面だと考えます。

最後に退院後3か月を経過した時点の転帰です。「一般科病院」からの入院では、自宅退院に続き、43.6%が「転院」「死亡」「再入院」となっていました。「行政機関」からの入院では、受入れ割合が低く、傾向の把握ができる数にはなっていない現状です。「精神科診療所」からの入院では、退院3か月後も86.6%がご自宅で生活されています。また、措置入院で入院された59名の方々の内、29名は退院後3か月を経過した方々になっています。内、21名(72.4%)は他院の通院となっており、今後、措置入院患者の退院支援の在り方が変わってくることを考えると見直していくことが不可欠です。行政機関からの応需率ならびに措置入院患者の退院支援の変化を鑑みて、精神医療の基幹病院としての医療連携センターの在り方を考えていきたいと思えます。

日々、仕事をしていると色々なことがあります。そんな時こそ自分がどうして精神科の看護師になりこれまで続けてこられたのか、その時々に出会った患者さまやそのご家族のお顔を思い出しながら邁進していきたいと思えます。

精神科医療で展望といいますと、新しい向精神薬への期待、新しい心理社会的アプローチへの期待、地域ケアの発展への期待……さまざまなことが思い浮かびます。しかし今回は、もう少し身近な、日々目にしていること、向精神薬による肥満について取り上げ、その解決によってなにが期待されるかを展望してみたいと思います。

約20年前に精神科の医療現場に非定型抗精神病薬であるリスペリドン（リスパダール®）が登場しました。この薬は抗精神病薬としての優れた作用を持ちながら、患者を悩ませる錐体外路症状が少ないため、あっという間に統合失調症治療に対する標準薬の地位を勝ち取りました。しかし、その直後からこの薬による食欲亢進、体重増加が、それまでの定形抗精神病薬を上回るものであることが分かってきました。そして後年、オランザピン（ジプレキサ®）が用いられるようになると、それによる体重増加はさらに大きいものであることが分かり、製造販売会社そのものが体重増加防止のための患者教育プログラムを啓蒙するようになりました。なんとリスペリドンによる治療では、患者の体重は平均で3kg、オランザピンによる治療では平均6kgも増加することが明らかになったのです。6kgといえば平均的な日本人の体重の10%にあたりますから、健康への影響は甚大です。

肥満による健康への影響は、糖尿病、高血圧症、高脂血症や高尿酸血症のリスクを増大させるにとどまらず、腰椎圧迫骨折、変形性膝関節症などの運動器への悪影響を惹き起こしてADLを低下させます。その上腹圧の上昇によって、逆流性食道炎を発症、増悪させます。糖尿病などが心筋梗塞や脳卒中の発症を増加させるだけでなく、なんと最近は肥満ががんの発症をも増加させること、アルツハイマー型認知症の発症までも増加させる

ことが明らかになってきました。さらに肥満は上気道の狭窄を惹き起こし、閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS）を発症、悪化させます。OSASは高血圧症、糖尿病、逆流性食道炎を悪化させ、また、呼吸の停止、再開にともなう血圧の変動によって、直接的に心筋梗塞や脳卒中を惹き起こします。

ついでに申し添えますと、30年くらい前に、統合失調症の興奮を抑えるために用いられ始めた、もともと躁うつ病に適用されていた気分安定薬のなかでバルプロ酸（VPA; デバケン®）とリチウム（リーマス®）はやはり食欲を亢進させ、体重を増加させます。特に、VPAはそれ自体が空腹を感じさせる空腹物質である遊離脂肪酸ですから食欲亢進、体重増加作用は大きく、オランザピンに匹敵すると言われています。ですから、オランザピンとVPAを併用したときには、なんと平均で10kg以上の体重増加のリスクが想定されるのです。

実際に以上の結果と思われる健康被害のデータが出始めています。最近のある報告では、統合失調症の患者の平均寿命は対照と比較して10年程度短く、過剰な死亡の多くが肥満関連の合併症であることが示されています。

体重増加の悪影響は寿命に対してだけではありません。肥満によって睡眠時無呼吸が発症、増悪しますと、夜間に繰り返し呼吸が停止、再開を繰り返すことで熟眠と疲労回復が阻害されます。また、呼吸停止により低酸素血症となり、これがある程度以上になりますと延髄の呼吸中枢が低酸素に慣れてしまい、昼間起きているときにも低酸素血症症状が持続します。こうなると、頭痛がしたり、頭がスッキリしなくなったり、判断力が低下したりします。当然のことながら、これらは患者の回復への意欲を低下させ、患者は日中も寝ていることが多くなります。そして昼寝が睡眠時無呼吸による低酸素血

症状を悪化させるといった悪循環を惹き起こしてしまいます。

さて、重要なことは、上述したような非定型抗精神病薬やVPAによる体重増加にともなう生命予後の悪化や回復への意欲の低下は、われわれ医療者の介入によって改善可能であるということです。オランザピンの会社が初期に啓蒙していたような患者教育の強化、具体的には、患者に薬の食欲亢進作用と関連する疾患リスクについて理解させ、栄養指導や運動療法など全般的な肥満対策を充実させることが重要です。10年以上も前に、オランザピンの体重増加作用の危険性を認識した製薬販売会社が折角啓蒙した肥満対策は、残念ながら精神科医療の現場には十分広がりがありませんでした。今度こそ必要な対策を実行しようではありませんか。また、病院内での間食を含めた食品の提供のありかたも検討が必要ではないでしょうか。病棟内にはカロリーたっぷりの飲み物の自動販売機が設置されています。是非とも品目の再検討をお願いしたいものです。

こういった努力の結果期待されるものは大きいのです。肥満の結果としてリスクが増す心筋梗塞、脳卒中、がんが減少すれば、患者の寿命、健康寿命が延びます。それだけでなく、OSASやそれによって惹き起こされる低酸素血症、頭痛や逆流性食道炎が改善すれば、昼寝している患者が減り、回復への意欲が増し、機能的予後も改善することが期待されます。そのために必要とされるもの、栄養指導、運動療法や生活指導のスキルはどれをとっても既にわれわれの病院が持っているものばかりです。ただ、精神疾患患者の肥満対策の意義を認識して、積極的に持てるスキルを活用するだけで、患者の生命予後、機能予後を改善できるのです。患者、家族、医療者みんなで、この問題を考えてみませんか。きっとその成果は大きいと思いますよ。

「脳」や「こころの病気」のサイエンスはここまで進んでいる!!

第1診療部 西原 浩司

こんにちは。急性期（E4）病棟を担当しております、西原です。

まず、簡単な自己紹介ですが、私は長崎で7年間精神科臨床に携わった後、三十の手習いで少し遅い研究生生活を始め、昨年度より当院で常勤として臨床復帰しました。現在、「iPS細胞技術を使った統合失調症研究」を行っている関係で、今回は「脳」や「こころの病気」に関する世界の基礎研究がどのように進んでいるか、少しお話ししたいと思います。

近年の神経科学（※私は「脳科学」といった俗的な表現を使う科学者をあまり信用しません（笑））を含めたサイエンスの発展は幅広いものになっていますので、いくつかのトピックについてオムニバス形式で書きます。

・iPS細胞技術を使って、人工的に脳みそを作れるようになった！

iPS細胞とは、お皿の上で培養できる多能性細胞ですが、まずこれについて説明しましょう。人間の体は、受精卵の状態から皮膚・神経・血液など様々な組織に分化する、そしてその流れは逆戻りすることはない、と言われていたのですが、その定説を覆したのが2006年に山中教授（写真1）が発表したiPS細胞です。つまり、「受精卵に近い状態でのみ発現しているいくつかの因子」を使えば、一旦分化してしまった皮膚細胞などが受精卵（に近い状態）へ逆戻りできるという発見になります。



写真1) 山中教授（ノーベル賞受賞前）と筆者

この技術により、患者さんから頂いた皮膚や血液に「いくつかの因子」をふりかけると、その患者さんの遺伝情報を持ったiPS細胞を作ることができ、（受精卵に近い性質なので）このiPS細胞から人体を構成するほとんどの組織を作り出すことができます（胎盤などは作れないので、「万能」ではなく「多能」です）。iPS細胞から様々な組織や臓器を作る方法もこの数年で飛躍的に進歩し、今では「お皿の上の神経細胞（写真2）」のみならず「立体的な脳みそ」まで作ることが可能です。生きた人の頭の中を調べるこ

とはできませんが、iPS細胞技術を使って作られた人工の脳や神経の働きをお皿の上で調べることで、患者さんの頭の中で起こっている現象を解析できるようになってきました。

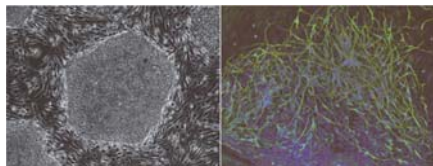


写真2) 筆者が作製したiPS細胞（左）とiPS細胞から作った神経細胞（右）

・腸内細菌が自閉症の原因だった!?

人間の腸内環境では、100兆個もの多種多様な細菌がお花畑（フローラ）のように共存しており、それをもじって腸内細菌は「腸内フローラ」とも言われます。

腸内環境や食事が、肥満や糖尿病などのリスクに関わることはなんとなく予想できていましたが、この腸内フローラがメンタルにまで影響することが、2013年にCell誌（基礎研究雑誌のビッグ3、「CNS（Cell, Nature, Science）」の一つです）に報告されました。この発表では、①自閉症に似た症状を持つネズミの腸内環境を調べたところ、健常のネズミとは腸内細菌の構成が全く異なっていたこと、②この自閉症ネズミの腸に常在菌を「便移植」したところ、自閉症の症状が改善したこと、が明らかになりました。

現在、病気の人の腸に健常者の便を移植する「便移植」は潰瘍性大腸炎への臨床応用が始まっていますが、将来的には「こころの病気」への応用もある…かもしれません。

・光の力で細胞を自在に操る「オプトジェネティクス（光遺伝学）」

みなさんは、クラミドモナス（緑藻）という微生物を小中学校で習いましたか？この生物は、光刺激を電気信号に変換する「チャネルロドプシン」という、動物にはないタンパク質を持っています。これを2006年に初めて動物の脳神経研究に応用したのが、米国スタンフォード大の天才精神科医カール・ダイセロスです。動物の神経細胞を遺伝子操作して、この光に反応するタンパク質を植え付けると、「光を当てる→神経細胞の働きがONになる」「光を消す→神経細胞の働きがOFFになる」という風に、光刺激によって特定の神経の働きを自由自在に操ることができます。

この技術によって、ネズミの脳の未解明な領域の働きをLEDライトで「ON/OFF」と操作し、例えば「ONで餌を食

べ、OFFで食べなくなる」となれば、「この脳の領域は、摂食行動を担当しているんだ」という発見が得られます。

最新（2017年4月）のScience姉妹誌では、オプトジェネティクスがさらに応用され、「スマホで糖尿病を克服する」という記事が出ています。糖尿病ネズミの体内に「光刺激でインスリンを分泌する人工細胞」と「LEDライト」を入れておき、簡易血糖値を入力したスマホによってLEDライトの強さを遠隔操作すると、血糖値が正常化された、という画期的な研究です。今後は、iPS細胞から作った人工細胞とLEDライトを体内に埋め込み、光によって神経伝達物質やホルモンを自在に操作するというハイブリッド精神科治療がどんどん登場するかもしれません。

…と書いている間に、字数制限に達してしまいました（研究にご興味の出た方は、E4病棟までお越しください！）。

- ・アメリカ発「ブレイン・イニシアチブ」で、脳の全貌が明らかに!?
 - ・アルツハイマー病の中でも、DHA（魚油）が効く人はこういうタイプだ!
 - ・微生物やウイルスが人間の行動をコントロールする!?
 - ・アメリカで莫大な予算が投じられた、最新の慢性疲労症候群の研究!
- など、他の話題は次回に持ち越します。

「こころの病気」というのは未解明で漠然としているだけにスティグマ（偏見）を持たれやすく、患者さんは「病気を抱える」のみならず「スティグマ」という二重の苦しみを持つことが多いです（これは、かつて偏見や差別に苦しまれたハンセン病の患者さんと共通の部分かもしれません）。この二重苦を克服するためには、基礎と臨床が結束し、「One for All」の精神で病気の解明に注力するしかありません。

敷島の 大和心を 人間はば
朝日に匂ふ 山桜花（本居宣長）

日本人（というか私）の心を打つこの歌のように、人の命は桜花の如く儚きもので、人生の中で何を残せるかはわかりませんが、日々新しい知識を求め、目の前の患者さんにとってベストな治療を追い求めていくことが、目指すべき「あはれなる」医療者像だと思います。

ここまで読んで頂いた方、ありがとうございました。

1月14日(土) E6会議室で第12回市民公開セミナーが開催されました。

当日は強い寒気の影響で日中も体の芯より凍える寒さでしたが、外部より71名、院内職員と合わせると計91名の方に足を運んでいただき盛況のうちに終えることが出来ました。

第12回目となる今回は、病院敷地内禁煙化10周年を記念し、当院の禁煙支援活動の実際を紹介するとともに、呼吸器内科専門医として予防医学の実践に力を入れておられ、特に禁煙治療に関して全国でご講演、執筆活動を行っている村松弘康先生をお招きし、喫煙による健康被害と当院の禁煙の取組を、地域の多くの方々に知っていただく目的で開催されました。

第一部 精神科における卒煙支援 講師：泉正樹副院長、佐藤看護師(CNS)

第二部 吸わない私は大丈夫? ホントは怖いタバコの真実 講師：村松弘康先生(中央内科クリニック院長・東京慈恵会医科大学非常勤講師)



(左から3人目 村松弘康先生)

第一部「精神科における卒煙支援」では、泉医師より当院の禁煙外来の実績とニコチン依存症の恐ろしさなど、金魚を題材に分かり易く解説していただきました。また、佐藤看護師より病院敷地内禁煙化に向けての当院の10年間の取り組み等を話していただきました。

敷地内禁煙と禁煙外来の歩み

2005年：東京武蔵野病院禁煙推進チーム結成

まずはDCから禁煙化を進め、様々なグループに対する講演を行い、2006年から徐々に徐々に病院内喫煙所を閉鎖。

2007年：1月9日すべての喫煙所を撤廃して敷地内全面禁煙化を達成。

なぜ精神科病院で喫煙対策が重要か?

タバコの煙に含まれるニコチンと言う物質は神経を興奮させる作用があります

が、精神科の薬剤は逆に神経を鎮める薬が多く、まったく真逆な成分。そのため、せっかく飲んでいる薬が効かないといったことや、糖尿病、不整脈、痛み止め等に使用される薬の効果も弱まってしまうそうです。また禁煙することにより精神科薬を減らせる方がいらっしゃるということです。

喫煙のサイクルとして

喫煙→頭がスッキリ→しかしすぐにスッキリ感は減少(ニコチンの血中濃度が4/1に落ちる)→イライラすることから精神症状の悪化→精神科薬の増加→副作用で眠気、だるさが強まる→スッキリさせたい為また喫煙→頭がスッキリ といった悪循環に陥るのだそうです。

第二部「吸わない私は大丈夫? ホントは怖いタバコの真実」では村松先生より、喫煙者より受動喫煙させられている禁煙者の方がよほど体に悪影響があることを、映像やデータを交えてとてもわかり易く解説していただきました。先生は石原軍団を卒煙に導いた先生でもあり、NHKの「今日の健康」にも出演されています。

先生曰く、タバコはストレスで喫いたくなるのではなく、ニコチンという物質が切れて喫いたくなるとのこと。また半分は習慣で一日のスケジュールに喫煙が組み込まれてしまっているとのことでした。

禁煙者と比べて喫煙者はパニック障害が4倍、不眠も2.3倍、自殺のリスクは4倍とのこと。また最近ではうつ病も発症することがわかってきたそうです。

タバコの煙には、わかっているだけで70種以上の発がん性物質が含まれており、代表的なのは、ヒ素やダイオキシン、ホルムアルデヒド、シアン化合物、窒素化合物、活性化酸素等、単純に考えても肺に吸い込んで良いわけですね。

肺がんだけではなく、煙を口に含むので、喉頭がんの死亡率も32倍と高く、口の中にこびり付いた発がん性物質をツバと一緒に飲み込むことで食道がんも多く、そのような物質は肺から吸収されて全身に流れていくので全身のがんも多いとのこと。また血管収縮作用もあるので心筋梗塞、狭心症の心臓の病気も増え、脳卒中はもちろんのこと、脳の血流障害で脳細胞に栄養が行かないので早く認知症にもなりやすいとのことでした。

日本人は圧倒的にタバコと高血圧で命を落としており、日本人の四大死因、肺がん、心筋梗塞、脳梗塞やくも膜下出血、

肺炎 その他22の病気で確実にタバコとの因果関係があるそうです。

タバコの煙はすぐ見えなくなりますが、これは粒子が離れていって小さくなり見ずらくなっているだけで、決して無くなる訳ではないそうです。小さな粒子で最近有名になったのが中国の北京で問題となっているPM2.5です。小さすぎてまったく見えないので、知らないうちに、肺の中や血管の中にはいついつに、非常に危険な物質だそうです。

PM2.5の環境基準は1㎡あたり35μ以下で、北京のPM2.5の平均は350μ。しかし喫煙可能なお店に行けば、わざわざ北京に行かなくても、同じ量又はそれ以上のPM2.5を喫えるとのこと、更に締め切った車の中での喫煙はなんと3000μ以上とか…。

また主流煙はタバコの先端が1000度と高温になるので発がん性物質もほとんど破壊され尚且つフィルターを通して喫っているのが本人が喫っている煙は案外マイルドな煙。一方、吸わずにいる時に出てくる煙(副流煙)は燃焼温度が低いので発がん性物質が残っており、更にフィルターも掛けていないため、かなりハードな煙で、主流煙の発がん性物質を1とした場合、副流煙の発がん性物質は129倍。129倍の空気中で薄めてやっと吸っている人と同じになるそうです。

ソファ、絨毯、カーテンに降り積もった有害物質は、子供が動き回れば埃と一緒に舞います。舞った有害物質を子供が喫う。

世界で年間600万人がタバコが原因で亡くなっているそうです。また60万人が受動喫煙で亡くなっており、そのうち14万人が子供であるとのこと。体が小さい子供の方が影響が強くなるということ。私達は知らなければならないし、大変危険だと言うことを理解しなければなりません。

非喫煙者にとってタバコの煙りを、有無を言わず吸わされることは、決して愉快なことではありません。喫煙者はタバコの煙が非喫煙者にとっていかに危険かということを理解し、どうかルールを守って喫煙して下さい。



DC 通信

リハビリテーション部 デイケア科

「認知症デイケア すみれ」は開所し
1 年を迎えました。

【目的】

- ・ 認知症による精神症状や問題行動がみられる方が、日中に安心して過ごせる場所で、人との交流や活動を楽しみながら、精神症状や問題行動等の軽快、改善をめざします。
- ・ それぞれの方の希望や状態に応じて、体操などの機能回復訓練や、散歩・園芸・手工芸などの軽作業、音楽療法や茶話会など、さまざまな活動を行います。

【活動日時】・月曜日～土曜日 8：45～15：30

【スタッフ】・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・医師

【費用】

- ・ 各種医療保険により医療費の一部負担金でご利用いただけます。自立支援医療制度等による医療費の給付を受けることも可能です。（介護保険との併用も可能です。但し同一日の通所サービスとは併用いただけません。）

【対象】

- ・ 認知症の診断があれば、重症度・要介護度には関わらずご利用いただける可能性があります。詳細は以下をご参照ください。

デイケア すみれ」は重度認知症デイケア（医療保険適用）です。「重度認知症デイケア」とは、「精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、患者1人当たり1日につき6時間以上行った場合に算定する」デイケアです。認知症自体が重度ということではなく、何らかの認知症を有し、かつ「著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする（せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等）」場合がランク M になります。（「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号）厚生省老人保健福祉局長通知より）

※現在送迎は行っておりませんので、ご自身で、またはどなたかと一緒に来院できる方が対象となります

喫茶すみれ紹介

5 月に「喫茶すみれ」がオープンしました。

参加者とスタッフで注文から接客までを行っています。写真にも載せてあるカップ、マドラー、コースターなどはすべて参加いただいている皆さんの手作りで、実際に使用しています。

喫茶すみれではコーヒー豆をミルで挽いた「挽き立てコーヒー」とティーサーバーで蒸らした「入れたて紅茶」をお出ししています。一緒にのんびりしませんか？



すみれでは

精神症状等の軽快や、心身機能の回復、維持を図るため利用者ごとに応じたプログラムを提供しています。



例えば、こんなことで困ってませんか？

- 家から出かけて人と会いたいが、デイサービスが一週間に2回までしか利用できない・・・
 - 体が動きづらくなってきたけれど、まだまだ介護サービスまでは必要じゃない・・・
- もしよろしければ、まずはお電話からでも、お話を聞かせてください。

ご相談お待ちしております。

すみれ



夏バテ予防対策

栄養科 萩原容子

今年の夏も暑くなりそうですね。

夏になると、疲れやすく体がだるい、食欲がない、無気力、といった夏バテの症状に苦しむ方も多くなってきます。夏バテの原因には、自律神経の不調（室内外の温度差）、ミネラル不足、胃腸の動きの悪化（消化機能の低下、栄養不足）などがあげられます。

今年の夏も元気に過ごせるよう、夏バテ予防のポイントをご紹介します。

◆夏バテ予防の生活ポイント◆

①規則正しい食生活、こまめな水分補給を。

1日3回バランスの良い食事を心がけましょう。
マイボトルなど持参し、仕事でも水分補給を忘れずに。

②適度な運動をしましょう。

休日にも適度な運動で積極的な休息を取りましょう。
自律神経の動きを整え、ストレス発散、食欲増進効果もあります。

③ぬるめの温度での入浴を心がけましょう。

38～41℃くらいのぬるめの入浴が血行を促進し、自律神経の動きを整え、心身ともにリラックスさせる効果があります。



◆夏バテ予防にお勧めの栄養素と効能◆

ビタミンB1：疲労回復効果

豚肉・うなぎ・大豆・玄米

アリシン：ビタミンB1の吸収を高める

にら・玉葱・ねぎ

リコピン：抗酸化作用

トマト、すいか

クエン酸、ビタミンC：疲労回復効果、食欲増進効果

酢酸・レモンなどの柑橘類・梅干



◆夏バテ予防にお勧めの食材と効能◆

香味野菜：ビタミンB1の吸収を良くし、香りが食欲を高める

しょうが・にんにく・しそ・みょうが・玉葱・にら

ねばねば食材：粘着物質の「ムチン」や「フコイダン」が胃粘膜を

保護し弱った胃腸を守り、免疫力を高める

オクラ・めかぶ・納豆・山芋・モロヘイヤ

酸味のある食材：疲労回復効果、食欲増進効果

柑橘類、梅・酢の物など酢で調理したもの

◆夏バテを予防する栄養科で提供しているおすすめレシピ◆

・タコライス

〈材料1人分〉

ご飯…1杯分
レタス…1枚
アボカド…1/2個
トマト…1/2個
チーズ…お好みの量
豚ひき肉…70g
玉葱…1/4個
にんにくチューブ…1cmくらい
ウスターソース…大さじ2杯
ケチャップ…大さじ2杯
塩、こしょう…少々



①

作り方

- ① アボカド、トマトは小さい角切りに、レタスは1cm幅の千切り、玉葱はみじん切りにする。
- ② Aの材料を耐熱容器に入れて混ぜたら、ふんわりとラップをかけ、500wの電子レンジで4分加熱する。
- ③ ②を取り出しラップを外して500wで3分加熱し、挽肉に火が通ったかを確認する。
- ④ 皿にご飯、チーズ、③の肉、レタス、トマト散らして完成。

患者さまにも職員にも人気がある、夏のメニューです。火を使わず電子レンジでの作り方へアレンジしました。
トマトのリコピンと豚肉のビタミンB1、硫化アリルが含まれる一品です。
お好みでタバスコを使用すると食欲を刺激します。

・もずくとトマトの和え物

〈材料1人分〉

味付けもずく…40g
胡瓜…10g
トマト…20g



作り方

- ① 胡瓜は輪切りにし、トマトへたを取り除き薄いちょう切りに切る。
- ② もずくと①を和えて、冷蔵庫で冷やし器に盛り付け完成。

野菜を切って和えるだけのお手軽料理です。食欲のない時も酢が食欲を回復させ、もずくのフコイダンは胃の粘膜を修復し、免疫力向上の力ギとなるナチュラルキラー細胞を活性化させるなどの効果があります。
夏野菜の胡瓜は体を冷やす効果も期待できます。

・おくら入り梅そうめん

〈材料1人分〉

そうめん…1束
おくら…50g
練り梅…5g
めんつゆ（濃縮タイプ）…20cc
水…180cc



①

- ① 麺を規定時間茹で、水にさらしてよく冷やす。
 - ② おくらを茹でて冷まし、薄い輪切りに切る。
 - ③ そうめんを器に盛り、練り梅、切ったおくらを乗せてAを回しかける。
- ※お好みで茹でた鶏ささみやゆで卵、納豆などたんぱく質をトッピングすると、バランスの良い一品になります。

このそうめんは七夕のメニューです。
おくらを星の形に見立てて、さっぱりとした梅味で減退した食欲を呼び起こします。
おくらにはβ-カロテンが豊富な上、ムチンが含まれます。

外来のご案内

初診の方へ

精神科外来、もの忘れ外来、禁煙外来は予約制です。
(その他の一般科外来は予約不要です。午前11時まで直接ご来院ください)

当日の予約も空きがあれば可能です。

初診当日に入院ができない場合もありますので、ご了承ください。

・精神科初診受付専用ダイヤル：03-5986-3188

・もの忘れ外来・禁煙外来初診受付：03-5986-3111

(受付時間：午前9時より午後4時30分まで)

ご準備いただくもの

70歳未満の方	健康保険証
70歳以上の方	健康保険証 + 高齢受給者証
75歳以上の方	後期高齢者受給者証

※その他各種医療証・限度額認定証をお持ちの方はご用意ください。

受付窓口について

精神科はA館1階(精神科)、それ以外の科はB館1階(一般科)となります。

その他

・ご本人が他の病院等に入院されるなどしてご来院できない場合は、医師相談もしくはソーシャルワーカー相談となり、保険証はご利用になれません。(料金は自費扱いになります)

・3ヶ月以上ご来院がない場合は、初診扱いとなります。保険証をご用意ください。

再診の方へ

- ・全科予約制です。
- ・受付窓口で診察券をお出しください。
- ・健康保険証は毎回ご提示ください。

入院のご案内

入院のご案内

入院をご希望の場合は、外来受診の際、かかりつけの医師にご相談ください。

初診の方は、お電話にて地域医療連携室へご相談ください。

入院の手続きについて

入院手続きは外来で診察を受けてからになりますので、外来受付で診察手続きをしてお待ち下さい。入院手続きの詳細につきましては当日ご説明いたします。

ー入院手続きに必要なものー

- (1)健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、その他医療証(高齢受給者証、心身障害者医療受給者証、限度額認定証 など)
- (2)印鑑(ご本人と、保証人の方の印鑑が必要です(シャチハタは不可))
- (3)保証金：使用されている保険証によって金額が異なりますので事前にご確認ください
- (4)診察券(初診の場合は必要ありません)

*精神科で医療保護入院になる場合は、別途書類が必要になりますので事前に医療保護入院になるとお分かりになる場合は医療相談室・地域医療連携室にお問い合わせください。

室料差額について

個室・二人部屋もありますので、希望される方は入退院窓口にお申し出ください。

敷地内禁煙と禁煙推進の取り組みについて

当院は、みなさまの健康増進と受動喫煙の防止のため、敷地内完全禁煙とさせていただきます。

喫煙所はございませんのでご了承ください。

❖院内での携帯電話のご利用について❖

病院内での携帯電話(PHS含む)のご利用に際しては、院内の規程をお守りいただき、決められた場所でご使用下さい。

くろおばあプラス編集後記

今月号も最後まで読んでいただきありがとうございます。

今年度から「くろおばあ」の編集委員になりました。皆様楽しんで読んでいただけるよう精一杯頑張りますのでよろしくお願いします！

またくろおばあに載せたい記事等、ご意見・ご感想がありましたらくろおばあ編集部ご連絡を！お待ちしております！(編集部:あめ)

診療のご案内

精神科外来診察表

祝日・年末年始を除く

初 診	(予約制)診療受付時間 8:45～12:00 診療時間 9:00～14:00 【初診予約専用ダイヤル(9:00～16:30) 03-5986-3188】											
	月		火		水		木		金		土	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
初診	○	-	○	-	○	-	○	-	○	-	○	-

再 診	(予約制)診療受付時間 8:45～15:00 診療時間 9:00～16:30											
	月		火		水		木		金		土	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
1診	江口	-	竹内	-	黄野	黄野	-	原	江口	江口	石川	石川
2診	-	-	風野	風野	風野	野崎	-	-	藤田(観)	-	西本	西本
3診	井上	井上	林	林	八島	八島	石垣	-	藤田(基)	藤田(基)	大越	大越
5診	竹内	-	西原	西原	田中	田中	山森	-	須佐	須佐	林	林
6診	野崎	野崎 (もの忘れ外来)	藤田(観)	-	竹内	竹内	丹家	丹家	北畑	-	-	-
7診	竹花	竹花	白濱	白濱	-	-	落	落	-	-	-	-
8診	-	仁王	-	-	-	-	山下	山下	大橋	大橋	野津	野津
10診	-	-	-	-	浅井	浅井	-	-	山口	-	原	-
12診	-	-	伊藤	伊藤	-	-	-	-	-	-	原田	原田
精神科セカンド オピニオン外来	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	原 (第1、4週)

(2017年5月22日現在)

※外来診療スケジュール・担当医は都合により変更となる場合もありますので、あらかじめご了承ください。

一般科外来診察表

祝日・年末年始を除く

初診・再診受付時間
(予約のない方) 8:45～11:00

診療時間 9:00～16:30

以下の外来についてはお時間が異なります。

歯科外来・初診・再診受付 8:45～12:30/14:00～16:00

歯科外来診療時間 9:00～13:00/14:00～16:30

	月	火	水	木	金	土
内科	泉(正)	牟田(AM)	泉(佑)	牟田	本田(AM)	泉(正)
	本田	福本(AM)	竹越	坂庭		越智
脳神経外科	宮崎	大谷	宮崎	大谷(AM)	宮崎(AM/第2・3・4)	大谷(AM)
整形外科				担当医(AM)		担当医(AM)
皮膚科	担当医(AM)					
歯科・ 歯科口腔外科	加藤	加藤	加藤	眞宮	加藤	
禁煙外来※				泉(AM),原(PM)	宮崎(AM/第2・3・4)	

(2017年4月1日現在)

※禁煙外来は予約制です。

※外来診療スケジュール・担当医は都合により変更となる場合もありますので、あらかじめご了承ください。