

くろおばあ

「在宅医療を知る」と言うテーマで勉強会を開催いたしました！

地域医療連携センター

2017年9月6日、医療法人社団ときわ 赤羽在宅クリニックと合同で東京武蔵野病院の医師、看護師、コメディカルの職員を対象に、「在宅医療を知る」というテーマで勉強会を開催いたしました。

医療法人社団ときわ 赤羽在宅クリニックの理事長/院長の小畑正孝先生の講演や質疑応答などを通じて、在宅医療とは何か、在宅医療専門クリニックと病院ではどのような連携ができるのかを考える機会となりました。勉強会の内容や様子を簡単にご紹介いたします。

・講演：【第1部】在宅医療で私たちができること（小畑正孝先生より）

在宅医療は近年、テレビや雑誌などで取り上げられることが増え、少しずつ知られてきている印象です。実際に、一般国民を対象に終末期をどこで過ごしたいかというアンケートを取ると、「自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したい」と回答した者の割合を合わせると、60%以上の方が「自宅で療養したい」と回答したという調査があります。一方、60%以上の方が最期まで自宅での療養は困難であるとも考えていると同調査で報告されました。つまり、多くの方が自宅で過ごしたいという希望を持ちながらも、それが叶わない環境にあるということなのです。私はこのような状況を受け、「在宅医療」が患者さんのQOL（生活の質）を高める一つの医療のあり方の選択肢となりうるよう、在宅医療の体制を整えたいと考えています。

在宅医療とは、通院が困難な患者さんの自宅、入居中の施設などへ医師を中心としたチームが定期的に（月1回または2回）訪問し診療をおこなうことをいいます。通院困難であることに明確な定義・条件はないため、患者さんの希望や状況に合わせてご相談いただくことが可能です。

赤羽在宅クリニックでは、24時間365日、休日・夜間の対応も行っており、医

師は総合診療科として患者さんの全身管理を責任持っておこなっています。

多くの方にご理解いただきたいのが、「状態が悪い＝高度な医療が必要」ではないということです。自宅でのお看取りの経験が十分ではないケアマネージャーの中には、具合が悪くなったら病院へ行くものと思っている方も少なくありません。しかし、老衰に伴う状態の悪化などは、高度な医療が必要にならないケースが多く、病院に駆け込んでも治療できることが少ない場合もあります。在宅医療では問題があっても大きくならないようにし、ご自宅での生活を継続させること、または悪化をコントロールしながら最期まで見守るといったことが目的となりますので、何かあったときは、まず担当の在宅医にご相談いただくのが良いと考えています。

・講演：【第2部】在宅でのお看取りについて（小畑正孝先生より）

私はこれまで多くの方の最期を見守るお手伝いをしてきましたが、その経験から言えることは、終末期に起こることはある程度事前に予測が可能であり、あらかじめ起こりうることを知っておくことで、慌てることなく、患者さんは穏やかな最期を迎えることができるということです。これは医師だけではなく、ご家族やケアマネージャーなどにも言えることです。

しかし実際のところ、医師の教育に関しては、すべての人が亡くなるはずであるにも関わらず、診断・治療が中心であり、亡くなることを前提としたケアについて学ぶ機会が少ないと私は考えています。また、がん患者さんの緩和ケア、ターミナル

ケアは比較的充実していますが、がんではない患者さん（老衰など）のターミナルケアは“医療”として行われていません。約3分の1の方はがんが理由で亡くなりますが、残りの約3分の2の方はがん以外の理由で亡くなるため、がん以外のターミナルケアについても当院では医師に対して教育していきたいと考えております。

・質疑応答

質疑応答では、このような状況の患者さんは在宅医療が可能なのか、在宅医療を開始しても定期的に病院に診察に来ても良いのか、精神疾患をお持ちの患者さんをどのように対応しているのかなど、医師、看護師、コメディカルのスタッフの方々から具体的な質問がありました。

参加された多くの方が、実際の患者さんを思い浮かべながら、どのようにしたらより良い生活を送ってもらえるか真剣に考えている表れだと感じました。

質疑応答ののち、勉強会はお開きとなりました。終了後のアンケートでは、在宅医療の実際を知ることができて有意義だったという意見が多く、勉強会のテーマ通り、「在宅医療を知る」機会になったのではないのでしょうか。

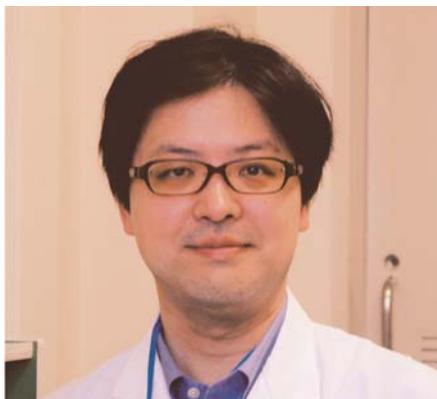
今後も地域医療を担う病院と在宅医療専門クリニックとの連携を深めていくための活動を続けて参ります。



展望

海外で患者になって考えたこと

第一診療部 風野 春樹



休暇中に骨折をしてしまい、ご迷惑をおかけしています（特に外来のみなさん）。

旅行中に20キロ以上あるスーツケースを持って階段を降りていたところ、ちょうど雨で濡れていたこともあって、つるつと滑って手をつき、左手首をひねってしまったのです。

最初はねんざかと思って湿布を貼ったり痛み止めを飲んだりしていたのですが、どんどん腫れてきたし痛みも引きません。第一、左手がまったく使えず、着替えや食事もままなりません。日本ならまだしも、海外旅行中なので不安は高まるばかり。トランジットのバンコクで一泊してからブータンに向かう予定なのですが、これから行くブータンの医療レベルはあまり水準が高いような気がしません。

これはなんとしてでも、ブータンに行く前に診てもらわなければ。タイの医療水準がどの程度かは知りませんが、少なくともブータンよりはましでしょう。バンコクの空港でメディカルセンターに行ってみたのですが、あいにく土曜の午後、医者もいないしX線機器もないといひます。途方に暮れていると、ここの病院に行ってみてください、と名刺サイズのチラシをもらいました。空港のメディカルセンターは、この病院のサテライトのようなクリニックのようです。

とりあえず一泊する予定だった空港直結ホテルに荷物を置いた時点で、土曜日

の午後四時過ぎ。受付時間外なんじゃ、と半分疑いつつタクシーに乗り、運転手さんにチラシを見せ、空港から15分くらいのところにあるサミティヴェート・シーナカリン病院というところに行ってみました。

着いてみて驚きました。その病院のエントランスは吹き抜けでまるでホテルみたいな豪華さ。受付に行ってみたところ、慣れた様子でパスポートを見せてください、と英語で言われ、「日本語の通訳を呼びましようか、時間はかかりますが」とまで言ってくれました。

整形外科の待合室に案内され、しばらく待っていたら診察室に通されました。流ちょうな英語を話す医師は、私の左手首を見て、何ヶ所か触って痛みを確かめると、ひとこと「折れてますね」と言いました。

そのあとレントゲンを撮ることになったのですが、びっくりしたのは、レントゲン室までスタッフが車椅子に乗せて運んでくれること。別に足が悪いわけではないので「歩けますから」と言ってみたのですが、乗ってください、というのです。

診断は、左橈骨遠位端骨折。モニター上でレントゲン写真を見ると、なるほどぼっきりと折れています。折れたのは一ヶ所だけでなく骨片が数個あるとのことでした。

これからブータンに向かう予定だと言ったら、医師は顔を曇らせ、この状態で行くのは安全じゃない、といひます。この医師の言葉で私は旅行の中止を決断、帰国することにしました。

「とても痛いから覚悟して」と言われたとおり、麻酔なしの整復は今まで経験したことのないほど痛かったけれど、日本に帰ってからかかった整形外科でも、うまく整復してあると太鼓判を押されたので、腕は確かだったのでしよう。

治療を受けるまでは、正直なところタイの病院の医療レベルを少し疑って

いた私は反省したのでした。医師の説明もとても丁寧だし、なんと24時間年中無休とのこと。入口のガラス扉には、「WORLD'S BEST HOSPITAL」と誇らしげに表示してありました。

医療の質についてはちょっと処置を受けただけなので判断はできませんが、少なくともサービスの面では、日本のほとんどの病院はこの病院に後れをとっているように思います。

もっとも、タイの医療がすべてこのレベルというわけではなく、この病院は自由診療の病院で、普通のタイ人が気軽にかかれるような病院ではないでしょう。玄関前にはBMWなどの高級車が停まっています。保険診療が基本の日本の病院と単純に比べるのは難しいかもしれませんが（ちなみに、海外旅行保険に入っていたので治療費は無料でした）。

あとで知ったのですが、この病院の本院にあたるサミティヴェート・スクミビット病院は日本人の患者も多く、日本語スタッフも充実しているとのこと。外国人患者も積極的に受け入れていて、グループ全体では半数以上の患者さんがタイ人以外だといひます。

タイはメディカル・ツーリズムが盛んな国で、アメリカや日本に留学した医師も多く、医療の質も決して日本にひけをとらないとのこと。ほんの少しだけではありますが、メディカル・ツーリズム先進国であるタイの病院を体験したわけでした。

さて当院を訪れる患者さんも、必ずしも日本人ばかりではありません。言葉も充分にわからない異国で病院にかかる不安感は、今回身をもって体験したのでよくわかります。自分はこれまで、言葉も分からない異国で入院することになった患者さんに安心を与えてあげられていたのだろうか、と反省しました。日本の病院も、日本人の患者さんだけを相手にしていればいい時代ではなくなっているのかもしれない。

先日の8月30日 看護部と中央教育委員会共催の上記講演会の演者を頼まれ講演したのでその要旨を記載する。

【静脈血栓症とは】 深部静脈血栓症とは静脈内に血栓が形成される病態。下肢の深部静脈に血栓が出来るのが深部静脈血栓症 (DVT:Deep Vein Thrombosis)。深部静脈に形成された血栓が飛んで肺動脈を閉塞する重篤な病態が肺血栓塞栓症 (PTE:Pulmonary Thromboembolism)。PTEの原因の殆んどがDVTで予防が大切。DVTやPTEを含め静脈血栓塞栓症 (VTE:Venous Thromboembolism)と称する。いわゆる長時間飛行機に乗り動かないでいて発生する「エコノミー症候群」もその病態である。DVTの頻度の多い発生部位は下肢ヒラメ静脈。下肢の筋肉は足の伸屈により、筋肉の中を走っている深部静脈をポンプのように拡張と収縮を繰り返し血液を中枢側に流す。そのため動かないでいるとDVTのリスクの上昇につながる。

【DVTの誘引】 Virchowが提唱した①血液内皮障害②血液凝固亢進③血液の停滞である。頻度は欧米では1.2～1.5人/1000人程度の報告だが、近年日本でも増加傾向あり。周術期の各種疾患ではVTEリスクが上昇する。その他災害時の避難所の避難民、抗精神科薬使用患者、がん患者などでもVTEのリスク上昇を認める。予防にはリスク分類し下肢深部静脈の淀み改善のための足関節の伸屈(背底屈運動)、足あげ、弾性ストッキング、抗凝固剤を含めた薬物療法などを行う。

【当院の取り組みと当院のVTE予防ガイドライン】 当院では2006年行動最小化委員会主導で肺塞栓症により死亡と考えられる症例を契機に、四肢拘束者に弾性ストッキングを履かせる取り組みが始まっている。2007年当院初版のVTEガイドラインを発刊。以降版を重ね最新版は、今年3月20日に発刊の第5版となっている。実際の予防は①入院時静脈血栓塞栓症リスクチェックシート(図1)により1項目でもチェックが付いた場合は静脈血栓塞栓症リスクスクリーニングシートでリスクレベルの査定を行う。リスク査定は★基本リスクによる採点が1～3点に増強リスクの1～2点が加算され総点数により低リスク1点～中リスク2点、高リスク3点～最高リスク4～5

点までに分類され、そのリスクに応じ予防策すなわち弾性ストッキング～間欠的空気圧迫装置～薬物療法(未分画ヘパリン、ワーファリン)などの対策を行うことになる。

入院時肺血栓塞栓症リスクチェック	
<ul style="list-style-type: none"> □ 入院前に24時間以上の臥床生活をしてきた □ 70歳以上で点滴の必要あり □ 自力で立位をとることができない □ 身体拘束開始の必要あり □ 以下の既往歴あり <ul style="list-style-type: none"> ・静脈血栓塞栓症(現在もワーファリンなどを服用中) ・骨髄増殖性疾患 ・心筋梗塞 ・直近での骨折 	<ul style="list-style-type: none"> □ 以下の疾患に罹患している <ul style="list-style-type: none"> ・進行がん ・炎症性腸疾患 ・ネフローゼ症候群 ・緊張病 ・悪性症候群 □ 以下のような経過・状態 <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠あるいは産褥期 ・中心静脈カテーテルの挿入 ・下肢麻痺 ・麻痺を伴う脳卒中 ・血栓性素因(凝固因子異常)

図1

【薬物療法】 当院ガイドラインの高リスク以上の場合に使用する薬物療法の説明をする。

基本的には未分画ヘパリンを使用。12時間毎に5000単位の皮下注射を行う。ヘパリンの使用が長期間(1週～2週以上)になればワーファリンに切り替える。高リスクと判定されたり、拘束解除の際には基本的にはDVTの確認にD-dimerをチェック。D-dimerの上昇は血管内に血栓が出来ている可能性を示唆する。(D-dimerは血栓の成分のフィブリンのプラスミンによる分解産物)。当院の検査室で行った2010年12月～2011年11月までの連続D-dimer検査症例の下肢静脈エコー施行例に於ける検討では、 $3\mu\text{g/ml}$ 以上の症例はエコー上血栓を確認しているためD-dimerの値が3以上なら下肢静脈エコーにて血栓を確認する必要がある。DVTは膝窩静脈を含む中枢側に出来たものをリスク大の中枢型あるいは近位型、膝窩静脈より末梢側に出来たものを末梢型あるいは遠位型という。末梢型の場合は弾性ストッキングを付け歩行も可としている。血栓確認後は予防でなく血栓症治療となる。治療は予防投与と同様の未分画ヘパリンとワーファリンを併用で開始。未分画ヘパリンは12時間毎に5000単位の皮下注射を行うと共にワーファリンを内服投与開始。PT-INRが1.5を越えた時点で未分画ヘパリンを終了する(図2)。ワーファリンの平均投与量は2mg程度が多いとされているが個人差が多くPT-INRの平均週一回程度の測定が必要な事が多い。血栓発生時のワーファリン投与期間は再発予防に最低でも3ヶ月が推奨されている。

る。がん患者や特発性、先天性素因によるものはそれ以上の投与期間が必要である。

【新規経口抗凝固剤(DOAC:Direct Oral Anti-Coagulant)】 2011年より心房細動患者における心原性脳梗塞予防に経口の抗凝固剤が発売になり、ワーファリンに替わり使用される事も増えてきた。DOACはワーファリンに比べ抗凝固に関する個人差の違いが少なく、ビタミンKを有する食事制限もなく、頻回のPT-INRの検査も必要なし。出血リスクも少ないと言われている。最近ではDVTのみならずPTEに対してもヘパリンも使用せずDOACのみの治療も可能となり入院せず、在宅での治療も行われる症例もある。当院でもDVTに対してもDOAC使用が望ましいとも考える。しかし最近Fushimi AF Registryという日本のリアルワールドでの心房細動に対するワーファリンとDOACの脳卒中/全身塞栓症および大出血アウトカムと比較が発表されたが、2剤の差は無かったとの結果であり、評価は今後も見守る必要があると考える。

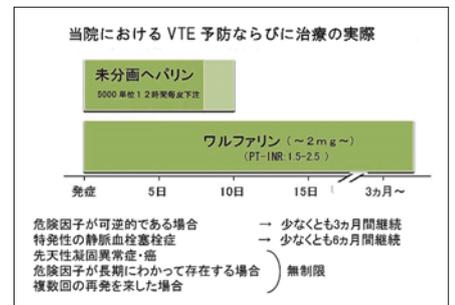


図2

【まとめ】 以上DVTの講演内容を簡単にまとめてみた。

2006年当院がVTE予防策を開始する以前には、毎年数例突然死…臥床していた患者が歩き出した途端に原因不明の突然死…を経験していたが、DVTの予防開始以降は同様の経験がなくなったのは確かであり、予防がなされていると実感される。折りしも最近、日本で唯一の医療事故調査・支援センターである医療安全調査機構は8月29日、2回目の「医療事故の再発防止に向けた提言」として「急性肺血栓塞栓症に係る死亡の分析」を公表し、注意喚起を行っている。

今後もDVTそれにつながるPTE予防を目指し日々の実践をお願いする。

やや物騒なタイトルになります。社会が暴力を容認することはないとお考えの方もいらっしゃるかもしれませんが、現代の視点で過去を振り返ると社会が暴力に対して寛容であった時期がところどころに見られます。我々の日常生活に潜む暴力について、社会との関係やその変遷を限定的な範囲ですが例示し、最後無理やり医療と絡めてみようと思います。

ところで皆さんは生まれてから今までに、他人から暴力を振るわれたことがありますか。多くの方は殴られたり蹴られたりすることを暴力と思われているかもしれませんが、当院では暴力を以下の通りに定義しています。

①身体的暴力

- ・平手でたたく、殴る、蹴る、噛みつく、ひっかく、つまむといった身体的接触を伴う行為
- ・ペンで刺す、椅子で殴る等の物を武器として使用した身体的接触を伴う行為

②攻撃行為

- ・唾を吐きかける、手を振り上げて叩こうとする、ファイティングポーズなど、自身の身体を用いるが身体接触を伴わない行為

③言語的暴力

- ・個人の尊厳や価値を言葉によって傷つけたり、おとしめたり（罵声）、敬意の欠如を示す行為（中傷）、直接的な言語的強迫や間接的な言語的強迫、身体接触を伴わない行為

④性的暴力

- ・意に添わない性的誘いかけや好意的態度の要求、身体に触れる等、性的ないやがらせ行為

この定義で考えると幅広い行為が暴力に当たることになり、かなり多くの人がいままで暴力を受けたことがあると言えるのではないのでしょうか。ただしこれはあくまでも当院での定義であり、個人、地域社会、特定の集団、司法などにより暴力の定義が異なってくることは想像に難くありません。一方、時代の時間軸でみていくと、以前は寛容であった暴力に対して社会が徐々に許容しなくなるとい

う流れがしばしばみられます（その逆もありですが）。

たとえば公権力で容認された暴力でいうと、やや時代をさかのぼりますが江戸時代初期における江戸の司法制度では、取り調べにおいて水責、火責、水牢、木馬責、石抱、むち打ち、海老責、釣責などバラエティーに富んだ暴力的な拷問が行われていました。ただそれら拷問方法の多くは非人道的であるとの見地から、八代将軍徳川吉宗の時代になると刑罰の基準を示した「公事方御定書（1742年）」により四種類（むち打ち⇒石抱⇒海老責⇒釣責の順に行われる）に減らされ、拷問に際し医師の陪席がスタンダードになっています。泰平の世になり江戸時代であっても時代の流れとともに人権意識が芽生えてきた（?）、という点で非常に興味深いところですが。近代では明治から戦時中にかけての主に思想犯を取り締まる特別高等警察（特高）の取り調べは過酷なことが有名で、拘留中の死亡者が多数出ています。当時から被疑者への暴行は禁止されており（刑法（1907年）195条、196条）、特高内部でも違法性は認識されていました。しかし国家体制を維持する視点から暴力が黙認されていました。戦後の警察捜査では戦前と比較すると取り調べにおける極端な人権侵害は少なくなりましたが、2008年には「被疑者取り調べ適正化のための監督に関する規則」が定められ、暴力的な取り調べなどに対する警察内部での監視制度が導入されました。また2016年に警察の取り調べ可視化に関する法改正が行われたのも社会的な要請によるものが理由の一つと言えます。

次にもう少し我々に身近な暴力として、学校教育での体罰を取り上げてみます。古代奈良時代には官吏養成学校で定期試験に落第すると、学生に対してむち打ちの体罰が与えられたとの記録が残っています。江戸時代の藩校の中には少数ですが体罰禁止を規定している学校も見られ、当時の思想家の中でも体罰が人格形成のプラスにならないとの考えを持つ者は多かったようです（ただしこれらは当時幅広く教育現場で体罰が行われていたことの裏返しかもしれません）。近代

では明治時代の教育令（1879年）で体罰は暴力としてすでに法律上は禁止されていたにもかかわらず、往々に体罰は行われていました。この教育令の制定は同時期のフランスにおける体罰を禁止する法律制定より早いのですが実態として運用が伴っておらず、とりあえず文明国家としての体裁を整えることも目的であったことがうかがえます。戦後の学校教育法（1947年）でも体罰は違法でしたが、日常的にそこそこ体罰が行われていた子供の頃の記憶が皆さんの中にもあるかもしれません。この体罰に対しても年々世間の目は厳しくなり、現在は体罰を行ったことが新聞報道になるくらい社会は容赦しなくなってきました。

医療の現場ではどうでしょうか。精神科医療で医療者の患者に対する暴力などの人権侵害は「宇都宮病院事件」をはじめ1980年代に大きな問題となりました。その後、各都道府県に精神医療審査会が設置され、制度上は第三者が患者の処遇に関して限定的ではありますが監視することが可能になりました。一方、患者から医療者への暴力は、私が十数年前に医師になったときは特に精神科医療で「精神科医は患者に殴られてなんぼ」みたいな空気が流れていたように思います。今は病院機能評価項目に院内暴力対策が明記されているように、もはや許容できるものでもなくなりつつあります。当院でも先に述べた定義に基づき、医療者から患者、患者から医療者、医療者同士、患者同士などあらゆる暴力を容認しません。当院の医療安全管理委員会は暴力防止プログラム会議という組織を傘下に持ち、院内の各部門より多職種のスタッフが参加して暴力の対策に当たっています。このように病院として暴力に取り組むことは患者、医療者双方の人権を守ることになり、結果質の良い医療を提供する土台となります。

以上ざっくりまとめると「以前は暴力と認識されていなかった行為が、現在は暴力とみなされるので医療者、患者に関わらず気を付けましょう」ということですね。

デイケア「俳句の会」活動紹介

DC科 那須聖史

デイケアでは参加メンバーが自主的に行う活動「グループ活動」があります。今回は「俳句の会」について紹介させていただきます。

「俳句の会」は月に1回水曜日の午前中に活動を行っています。季節や生活の瞬間に生まれた思いを大切にきりとり、一句読んでいます。今年の秋空察にも出典した作品をいくつか紹介させていただきます。

晴れわたる 空や若草 澄みし朝

木村

美しき 若草を見て 青春か

H

夏シャツや 掛け声かけて ストレッチ 菊池

若草の 朝の光に にほいけり

呉

残暑をば 逃れて 部屋に籠りけり

N

雨上がり 残暑の日差しに 火照る顔

U

縁側で 友と語らふ 冷奴

M

腰痛き 母を見舞いに 終戦日

I

テレビつけ 携帯横目に 終戦日

K



ホスピタリティ向上委員会

経理課 高橋 正樹

ホスピタリティ向上委員会について

ホスピタリティ向上委員会は、TQM委員会の任務から、特に病院全体として、提供する医療サービスの質を継続的に向上させ、安全・安心で満足できる質の高い医療サービスの実現を図ることに目的を特化して、本年度新たに設けられた委員会です。

また、当委員会の任務として、提供する医療サービスの質の継続的な改善・向上を図ることや医療サービスの質に関する課題の解決と、継続的な改善の仕組みを構築し実践すること。さらに、患者・ご家族、院外の関係機関、職員を含む関係者のニーズを把握し、その改善を通し、トータルな満足度の向上を図ります。

具体的な活動内容としては、ふれあい箱に投函されたご意見について検討し、特に病院全体にかかる内容は「ふれあい

通信」を発行し回答しています。

委員は診療部、看護部、医療相談部、作業療法科、デイケア科、薬剤部、臨床心理科、栄養部、事務管理部よりそれぞれ1名が選出されており、委員長は黄野副院長が務めています。

ふれあい箱、ふれあい通信について

当院では、患者さまやご家族の皆さまから広くご意見をいただき、より良い病院づくりに生かしていくため『ふれあい箱』を設置しております。お気づきの点がございましたら、遠慮なく「ご意見用紙」にご記入いただき、ご投函ください。ふれあい箱は、各病棟、外来、デイケア、入退院受付に設置しております。

皆さまからお寄せいただきましたご意見、ご提案につきましては院内各部署と協議し、サービスや療養環境の改善につ

ながるように努めてまいります。また、いただいたご意見に対する回答は、「ふれあい通信」と題しまして精神科・一般科外来に掲示しております。



旬の食材で健康作り

栄養科 萩原容子

秋も日増しに深まり、朝夕はめっきり冷え込む季節になりました。
季節の変わり目で空気も乾燥し、体調を崩しやすい時期でもあります。
これから来る冬に備え健康に過ごせるよう、旬の食材の栄養効果を利用して健康作りに役立ててみませんか？

◆旬の食材◆

鮭



鮭は9～11月が産卵シーズンであり、産卵直前の鮭は脂が1年中でも最ものっておいしいと言われていました。
消化・吸収の良いたんぱく質とさんまと同様に **DHA** や **EPA** も豊富に含まれますが、鮭の栄養効果とし特筆すべきなのが、**高い抗酸化作用**です。
赤い色素の**アスタキサンチン**は**体内の活性酸素を除去する働き**があります。
さらに**皮膚や鼻、喉、消化器官などの粘膜を正常に保ち、ビタミンA**も豊富に含まれています。

大根



からみの成分は、**イソチオシアネート**と呼ばれる物質。
大根おろしにすることで産生され、**血液サラサラ効果、殺菌作用、消化促進効果**があります。
また、酵素の**ジアスターゼ**は**でんぷんの消化**を助けます。
葉は**鼻やのどの粘膜を守り、修復する効果のあるビタミンA**が、根は**疲労回復、老化防止、また白血球の免疫力を高め、風邪予防に効果があるビタミンC**が豊富です。

蓮根



蓮根はほぼ通年出荷されていますが、蓮根の旬である晩秋からお正月までのものは粘りが出て甘みも増します。
蓮根に含まれる粘り成分の**ムチン**は、**胃壁を保護し胃炎や胃潰瘍予防効果があり、ポリフェノールの一種タンニン**は**粘膜を守るとともに、消炎止血作用**があります。
また豊富な**ビタミンC**は、加熱しても壊れにくく**疲労回復、美肌効果、風邪の予防、発ガン物質の抑制**などの効果が期待できます。

きのこ類



低カロリーで、**ミネラルやビタミン、食物繊維**が豊富なきのこ類！
これから旬を迎え、たっぷりと摂りたい食材の一つです。
きのこは総じて、**抗ウイルス、抗ガン作用**に優れ、**カルシウムの吸収を助け、骨粗鬆症予防効果のあるビタミンD**と**コレステロールを下げ、動脈硬化、高血圧を予防する食物繊維**など豊富に含まれます。

さつまいも



さつまいもの旬は9月～11月ですが、さつまいもは収穫の後2ヶ月ほど貯蔵して、水分を飛ばすと甘さが増して、さらにおいしくなります。すんぐりと太く、皮につやがあって色が濃く、実のよくしまったものが良質です。
さつまいもには、「**食物繊維**」のほか、「**ビタミンC**」などの栄養が多く含まれます。
「**食物繊維**」には**便秘改善効果**があり、「**ビタミンC**」は**免疫力を高めるため、風邪予防に効果**があります。ただし、糖分も含まれるため、食べすぎには注意しましょう。

◆武蔵野病院おすすめレシピ◆

<鮭きのこソースかけ>

材料

鮭…切り身2枚(80g×2枚)

酒…2g
みりん…2g
醤油…6g

①



舞茸…26g
エリンギ…30g
しめじ…20g
サラダ油…4g
醤油…6g
バター…4g
万能ねぎ…10g

作り方

- ①鮭の切り身にAの調味料で漬け込む。
 - ②エリンギは半分の長さに切り、薄切りにする。しめじは石づきを切り落として子房にわけ、舞茸も下の固い部分を切り、食べやすい大きさにほぐす。万能ねぎを小口切りにする。
 - ③フライパンにサラダ油温め、両面を焦がさないよう焼き、器に盛る。
 - ④フライパンにバターを熱し、きのこ類を炒める。しんなりしたら醤油で味付けし、盛り付けた鮭の上に②をかける。最後に万能ねぎを散らして完成。
- ※鮭を鶏肉や鱈に変えるとバリエーションも広がります。

<ウィンナーとレンズ豆の煮物>

材料(2人分)

ウィンナー…4本(約60g)
玉ねぎ…100g
レンズ豆(ヒヨコ豆、大豆水煮でも可)…60g
トマト…1個(トマトホール缶でも可)
おろしにんにく…1g
水…g
コンソメ…2g
塩、黒コショウ…適宜
サラダ油…1g
とろけるチーズ…適宜
乾燥パセリ…適宜



作り方

- ①ウィンナーは5mmに斜め切り、玉ねぎは5mmにスライスする。トマトは湯むきし、くし切りにする。
 - ②鍋を温めサラダ油を熱し、①を炒める。玉ねぎが透き通ってきたらにんにくを加え、豆、水を入れて煮込む。
 - ③コンソメ、塩、黒コショウで味付けし、仕上げにとろけるチーズを入れて少し煮込む。器に盛り付けてパセリをふりかけ、できあがり。
- ※ソーセージをチョリソーに変えると、スパイシーで体も温まるメニューになります。

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
までに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、まず、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センターへ
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。

—入院手続きに必要なもの—

- (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
療連携センター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。タバコ、ライター類の持ちこみもご遠慮いた
だいております。

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

ハロウィンが日本にも浸透ってきて、お店が賑やかになってきましたね。コスプレまでする勇氣はありませんが、私がかぼちゃの置物とチョコレートを飾ってみました。ここ数日は時期外れの台風もせまっております、急に寒くなりましたね。風邪も多くなってくる季節ですので、皆様もお身体に気を付けてください。< K >

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 8:45～11:00 診療時間 9:00～12:00 【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	山本	山本	風野	風野	風野	-	丹家	丹家	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	須佐	-	須佐	須佐	林	林
6診	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7診	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8診	仁王	仁王	黄野	-	竹内	竹内	山下	山下	北畑	-	野津	野津
10診	(もの忘れ)	-	藤田(観)	-	浅井	浅井	-	-	-	-	原	-
12診	伊藤	伊藤	-	-	-	-	-	-	-	-	原田	原田
もの忘れ外来	須佐 (第2、4週)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
精神科セカンド オピニオン外来	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	原 (第1、4週)

(2017年11月現在)

※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がありますので、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	牟田	坂庭	本田(AM)	泉
	本田	福本(AM) 泉(佑)(PM)	竹越	泉(佑)(AM)	-	越智
脳神経外科	-	大谷	-	大谷(AM)	-	大谷
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)		

(2017年11月現在)

※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がありますので、あらかじめご了承ください。