

# くろおばあ

## 地域医療連携センター始動！

看護師長 斎藤 百合枝

平成27年4月1日地域医療連携センターが一つのユニットとして開設されました。

平成25年2月に開設したTMHサポートセンターをより活性化するために院長直轄部署とし、スタッフも医師・看護師・精神保健福祉士・事務員も配置され、地域医療連携センターと名称も改めて編成された部署です。

### ＜機能と役割＞

#### ①地域医療連携機能

当院は、精神科の病院です。今までの医療連携の継続的な実施は基より、一般科の病院やクリニックなどとの連携を拡充することで精神疾患の治療につながるケースや入院を依頼したいケースの相談を受け、退院後には紹介元と情報交換を実施し顔の見える関係を構築していきたいと考えています。

当院は都市型の病院として、精神科救急・急性期を中心に入院受け入れをしています。その他に、認知症専門治療病棟があります。物忘れや認知症検査・診断と治療や認知症の症状が進行し、周辺症状が激しい方の入院や外来治療も行っていますのでもっと利用していただきたいです。

また手術を要しない程度の合併症の受け入れを行っていますので、ご相談ください。

現在外来で実施しています多職種による訪問で、安定した地域生活が送れるようになった患者さまを地域の事業所につなぐことや、地域移行支援プログラムに参入し5年以上入院している患者さまが退院するためのソーシャルワークも役割としていきます。



将来的には、入院相談から入院へ、退院調整から退院後の連携までを統括するように発展させていきたいと考えています。

#### ②患者相談窓口

地域医療連携センターには、医師・看護師・精神保健福祉士・事務員が配置されています。患者さまやご家族さまの相談を受け、相談内容により専門の職種担当者が対応いたします。

また、今後は薬剤師や管理栄養士・作業療法士などによる相談日を設けることも検討していきたいと考えています。

#### ③訪問活動

現在は外来が中心に行っている訪問活動ですが、先にも述べたように退院調整から退院後の連携までを考える上で、地域生活を支える手段として訪問は重要な役割を担っています。そのため需要が多く、外来のみで実施し続けるには限界があります。患者さまの病状によっては医師の訪問が必要になることも考えられます。外来と協働しながらどのような形が望ましいかを検討していく必要があります。

#### ④その他、外来予約や入院相談、セカン

ドオピニオン外来予約、保健所などの地域関係機関との交流会など、これまで行ってきたことはそのまま継続していきます。

以上述べてきましたことは、遡ればH.15年に先人たちの築き上げてこられた“地域医療連携室”の活動が前進であり、当院の機能を地域住民の皆さまに知っていただき“地域に開かれた病院”“地域に根ざす病院”を目指してきました。そしてその役割を担うため地域医療関係機関・関係社会資源との連携を強化しながら、地域の方々に対する健康増進に寄与する活動としては、健康教室の開催や予防教育活動（まちの保健室）、医療相談の実施と健診活動が行われていました。そこでこの10余年経過する中で、統合的・発展的に進められてこれなった現実を直視しつつ、私たちは気持ちも新たにメンバー一丸となってこれまで築かれてきたことを大事にしながら、当院の理念に沿い継続的に段階的に地域医療連携センターとしての役割を担っていきたいと思います。

どうぞ皆さまよろしくお願いたします。

# 展望

## 地域の中の病院の中の私 ～「地域医療連携センター」開設によせて～

第一診療部長 林 直樹



せっかく春で、新入職員もたくさん入ってきたところなので、当院の歴史を紐解くところから始めたい。また「歴史」の話かと思うかもしれないが、最近の私の役回りはだいたいそんな「語り部」的なところになってきているので、しょうがない。歴史と言っても、70周年で取り上げた大昔ではなく、私も見てきた「近現代史」なのだけれど。

「地域連携」が、実に活発だった時代が当院にもあった。今から25年ほど前、社会復帰病棟あらためりハビリテーション・ユニットが多くの長期入院患者を地域に退院させようとして、そのために保健師や、作業所、宿泊施設、障害者職業センターなどの地域のスタッフが、多く病院を訪ね、あるいは当院のスタッフが地域に出て行って、「相乗り状態」で患者さんを支えていた時のこと。この頃はそうように地域を目指すと言うことが、他の慢性期病棟にも広がって、もう少し機能レベルの低い、なかなか地域での生活は難しいと思われる人たちの一部も退院して、病棟からの訪問やデイケア・ナイトケアで支えられていたものがある。なんだ ACT の走りではないか。

あるいはこの頃はそういう地域のスタッフだけではなくて、新聞記者とかテレビ局とかのスタッフが、患者や家族の取材に来ていた。その人たちを巻き込んで、「家族教室」などをやって、どうやったら患者・家族は社会にアピールするこ

とができるかなんてことを議論していた。

一方でこれはそれまでの閉鎖的な病院から、あまりにドラスティックな変革であったため、病院全体に気運が広がるというわけにはいかず、また病院を維持していくという経営的な事情もあったために、一定の成果を上げてその後病棟の機能としては終結を迎える。でもこんなふうに病院と地域とが確かに近づいたと思えた時期もあったのである。で、この時の「地域連携」とは、「地域医療連携」の「医療」に限った連携ではなく、医療も福祉もおせっかいも渾然一体となった、使えるものはなんでも使う的な連携であったと思う。なぜなら今のようにそうそう使える資源はなかったから。基本的にはない中から何とか使えるものをひねり出す作業であり、そのやりとりの中からそれぞれの地域資源の限界なども感じられて、スリリングでもあった。

その後当院は救急・急性期医療を看板にして、活発にそれらを行っている病院として地域にも認知されるようになる。そうなると、これまで医療なのか福祉なのかはてさておせっかいなのかわからなかった「連携」が、もう少しソフィスティケートされることになる。病院で扱うものは主に医療（主には入院医療）であり、外来関連、福祉的なこと、医療以外のことはできるだけ病院の外に求められるようになる。実際にそれに並行して、その受け皿となるような精神科クリニックや訪問看護ステーション、地域生活支援センターや就労移行支援施設が、この10数年で制度としても整い、かつまた質量共に充実してきた。だからこちらも患者さんを退院させるときに、あまり迷わずに、手続的にもよりスムーズに、クリ

ニックにつないだり、訪問看護をつけたり、作業所に紹介したりできるようになった。そしてそれは25年前より格段に多くの患者さんのニーズに対応していかなければいけない現在では、どうしても必要なことだ。加えて個人情報保護の問題や医療安全の問題も大きい。つまりアウトリーチできるところは積極的にそれを利用して、病院の機能としてはそれらにうまくつなげることがより求められるようになった。

だから25年前に戻れと言われても、もう戻ることはできないのだと思う。ああ、でも私には、病院の内と外があまりはっきりせずに、いろんな人が出入りして、もっと混沌としていた「地域連携」が懐かしい。若かった私の勝手な思い入れだと言われようと、やはり懐かしい。最近周辺地区の「地域医療連携」の会議に出ることがあるが、そこで議論されるのは、多くはいかに効率的に医療機関や行政から患者さんに発信して、あるいは患者さんを紹介・逆紹介して、「適切な」医療につなげられるかという話だったりする。それも大事な話だが、もっと何か足りない。地域とうまくつながっているという感じがしない。いろいろな人、モノ、機関につながって、地域の中で仕事をしているんだと実感できるような、そんな「地域連携」をまた体験できれば嬉しいと思う。

このたび「地域医療連携室」が「地域医療連携センター」に改組された。名前には引き続き「医療」と入れたが、気持ちの上では狭い「医療」とらわれることなく、もっと多角的に地域とつながれるような、そんなセンターにしていきたいと思う。

## 東京武蔵野病院デイケア、今年度のプラン

リハビリテーション部 藤野 浩之

当院のデイケアは7年前に大きな運営方法の変更をして現在のように様々な目的別に分かれたプログラムを利用者の方が選ぶことができるようになりました。それ以前は選択肢が少なかったため、デイケアの利用目的が明確に決まっていますご自分の状態に合わせてプログラムを変えて利用したい方々にとってはニーズに合致した運営となりました。

この7年間の間にも年に数回、プログラム内容の振り返りや評価を行いマイナーチェンジを繰り返して、より利用者のニーズに合った内容を模索してきました。これらの工夫をしてもなお、デイケアを継続利用していただけなかった方も多くいらっしゃいます。

例を挙げると「デイケアを始めてみたが何をしたらよいかかわからない」という方。ご自分の将来の目標はおぼろげながらイメージできてその実現のために今何に取り組むべきなのかを自分で考えて、その方法としてどのプログラムを利

用すればよいかかわかるというのは障害を抱えておられる方たちにとってはなかなか難しいことなのかもしれません。

このような方々にはこれまでも担当者がご本人の相談に乗り、参加するプログラムやデイケアでの過ごし方について一緒に考えてきましたが、各プログラムには様々な回復状態の方が混在して参加しているため充分には導入期の方に関わりきれないこともあります。この部分に関しては今年度デイケアで整備する必要があるのではないかと考えています。

デイケアを継続して利用していただいている方からは「自分の生活をより充実させたい、そのために自分が苦手とすることを改善したい、だから〇〇という専門療法を受けてみたい、デイケアではプログラムとしてできないのでしょうか」という意見も多数ありました。

デイケアでは疾病心理教育プログラム、SSTプログラム、就労支援プログラム、WRAPプログラムなど多くの専

門的な知識や技術を獲得するためのプログラムを整備してきましたが特定の疾患や症状に対する専門的なスキルトレーニングを行うプログラムの更なる導入は喫緊の課題と言えるかもしれません。

加えて検討しなければならないと考えていることとして、生活のしづらさを感じながらも地域で適切な社会資源を見つけれない、もしくはそのような資源がないことで困っている方々のために新しい「場」を作っていくことです。これは地域の中で求められていることが何かを把握しなければならず難しいことですが社会情勢や近隣の資源が行っていること、手薄なことを調査した上で決まってくることもありません。

今年度のプランと題して述べてきたには具体的な内容には全く触れずに申し訳ありませんが下半期には「こんな新しい取り組みを始めました!」とご報告できるように準備を進めてまいりますのでよろしくお願いいたします。



# みんなのための精神医学講座 第1回（不定期連載）

## ソリューション・フォーカスト・アプローチ

### Solution Focused Approach(解決志向アプローチ、解決構築アプローチ)

第一診療部長 林 直樹

面接をしていて、患者さんに困っていることを尋ねると、いろいろな問題が出てくるのだが、なかなか解決が難しいことも多い。それに対して、どうにか対応策を提案するが、そもそも苦し紛れであって、こっちも上手くいかないような気がしているし、患者さんも輪をかけて納得していなくて、面接が煮詰まってしまうことが、ままある。他の人はどうか知らないが、私にはままある。

そんなつたない面接を臆面もなく長年続けてきたけれど、何年か前にソリューション・フォーカスト・アプローチというのに出会ってびっくりした。ソリューション・フォーカスト・アプローチ（以下ソリューション）とは日本語では解決志向アプローチだとか、最近では解決構築（Building）アプローチと言ったり、アプローチでなくセラピーと言ったりするけれど、そもそもはアメリカのステイブ・ドゥ・シェイザー Steve de Shazer とインスー・キム・バーグ Insoo Kim Berg の夫婦のセラピストが、開発したもの。もともとはグレゴリー・ベイトソンがいたMRIや、催眠療法家で天才的な心理療法家だったミルトン・エリクソンの流れを組んで、社会構成主義の考え方がベースにはあるんだろうけれど、それは知らなくても大丈夫。普通の心理療法は、先に何か理論があって、その実践という形をとることが多いのだろうと思う。その過程では患者さん（クライアント）側の抵抗だとかいろいろあって、思うように進まないことも多い。そういうのを理論や経験で解きほぐしながら進めていく。その点ソリューションは全く違う。ステイブとインスーの2人が、何例もの「うまくいった」面接ケースを研究して、「うまくいく」やり方を「帰納的に」見つけ出したのがこの方法だ。つまり解決に向けて、問題を1つずつ片づけていくのではなくて、ケツから始めて「解決」を作り出すのだ。何と大胆な。多くの心理療法では、その人にとって何が問題かを、詳しく聞いていくのが最初のステップになることが多いが、ソ

リューションでは、「解決」に重きを置かれるので、「問題」が何かということとはあまり重要視されない。関係作りのために、「問題」はほどほどには聞くが、詳しくは聞かない。それより現実的に達成可能で、本人からやる気を引き出せるようなどんな目標（ウェルフォームド・ゴール）が立てられるかを、本人と一緒に話し合っていく。「問題」を乗り越えようとする本人の努力を労い、賞賛を常に返しつつ（コンプリメント）、ここで使われるのが、ソリューションに特徴的なくつかの質問である。「そんな大変な中を、どうやってやっているんですか？」（コーピング・クエスチョン）、「今日は少しは楽だなというときはありますか？それはどんなときですか？」（例外の質問）、「最悪のときを0、何とかやっているときを10としたら、ここに来たときにはいくつでしたか？そして今は？」（スケーリング・クエスチョン）、そして有名な(?)ミラクル・クエスチョンである。ミラクル・クエスチョンは定型的には以下の通り。

「今晚、あなたが眠っている間に奇跡が起きて、あなたがここにご相談に来られた問題が全て解決したとします。でも、あなたは眠っているのですそのことを知りません。明日の朝、目を覚まして、どんな違いから奇跡が起きて問題が解決したということに気付くでしょうか？」

どうです？すごいでしょ。「問題」が何かということは全くすっ飛ばして、解決した状態についてだけ尋ねて、それをできるだけ細かく聞いて、どんどん膨らませていく。熟練したソリューションのセラピストは、ミラクル・クエスチョンだけで最低30分は話ができると言う。そうしてあり得る解決の姿をできるだけクライアントから引き出した上で、ソリューションではだいたい最後に宿題が出る。「今日話し合った中で、あなたができそうだと思うことを少しでもやってみてください」と。

ここで徹底しているのは、解決は周りの誰かが教えるものではなくて、本人が

一番知っているのだということ、本人の「問題」の一番の専門家は本人自身だという思想である。しかも解決に向けた変化は、本人が気付かないだけで常に起こっているのだから、援助者は少しを手助けしてあげればよいという信念である。そうしてクライアントが、解決（ソリューション）の視点から現実を再構成して、違う見方で日常を生きていけるようになることを促すのだ。これによりクライアントは、今の困難な状態と解決は決して分断されているのではなく、ずっと地続きになっているということを知るのだ。

こんな考え方があると思うと、怪しい精神科医として生計を立てていることになんかやましさを感じている私も、少し気持ちが楽になる。実際にはソリューションを使いこなすには、日々の発想の転換というものが必要で、ソリューション的な生き方に自分を持って行く必要があるようだが（これは分析でも森田でも内観でも同じだろうが）、でも少しでもその発想を取り入れることは日々の臨床を重層的にしてくれるように思う。

ステイブもインスーも既に亡くなって何年か経つが、インスーは晩年しばしば来日していたらしく、直接教えを受けた人たちが日本にも何人もいます。ソリューションは精神科/心理臨床だけでなく、福祉の現場や学校、企業でもいろいろ行われているらしい。興味があったら、本でも何でも少し目を通して見て欲しい。

(参考図書)

「家族支援ハンドブック」インスー・キム・バーグ著、磯貝希久子監訳、金剛出版（1997年）

「精神科医のための解決構築アプローチ」藤岡耕太郎著、金剛出版（2010年）

（この連載は、スタッフ、患者さん、あるいはご家族の、誰が読んでも少し役に立つような、そんなトピックスを持ち回りで担当していこうというものです）

～2015年3月9日（月）19:00～20:30開催

基調講演「我が国の精神科病院における統合失調症入院患者の肥満と低体重に関する調査報告」

新潟医療福祉大学健康栄養学科教授 稲村 雪子先生～

当院ではNST（栄養サポートチーム（Nutrition Support Team））が活動しています。

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、作業療法士、歯科衛生士等の多職種の集団（チーム）で栄養サポートを行っています。栄養サポートとは、基本的医療の一つである栄養管理を、症例個々に応じて適切に実践する事です。

当院のNSTは2006年から活動を開始し、年2回程度のセミナーを継続的に行っています。今回は第23回、外部に向けた公開セミナーとしては初となります。当日は生憎の雨にも関わらず、院外から14の病院、1つの大学から21名にご参加頂き、院内34名と合わせ合計55名の方に足を運んで頂きました。職種としては医師4名、看護師25名、管理栄養士・栄養士21名、薬剤師3名、作業療法士1名、歯科衛生士1名と幅広い職種の参加があり、NSTならではの思いです。

今回の講師である稲村先生は、全国精神科栄養士協議会相談役学術顧問でもあります。統合失調症患者の食事における肥満研究の他、「自炊のしおり」「野菜のしおり～野菜が体に良いわけを管理栄養士がお答えします～」「糖尿病食事療法のしおり」という患者さま目線に立った分かり易い教材の開発に関わり、その教材は当院の栄養指導でも活用しています。

基調講演は、47都道府県の精神科病院統合失調症入院患者、14,591名（男性7,645名、女性6,946名）の肥満と低体重の割合を明らかにし、その関連因子を検討することを目的とした調査です。統合失調症患者は一般に比べ肥満の頻度が高い傾向にあると多くの研究で報告され

ています。しかし調査結果は、肥満の割合は一般成人26.1%に対し患者21.9%と少なく、低体重の割合は、一般成人に比べ2.8倍多いことが明らかになりました。

年代別の特徴として、男女とも、肥満は年齢が高くなると減少し、低体重は年齢が高くなると増加しています。

肥満割合が低いことは、平成18年4月より新設された栄養管理実施加算での栄養管理が行き届いたことを要因の一つとしています。低体重の割合が高いことは、「抗精神病薬の長期服薬による消化吸収率の低下」、「精神状態の悪化による食事に対する関心の低下」の可能性を考察されています。

肥満には、「入院期間3か月未満」、「抗精神病薬の多剤服用」、「開放病棟」などが関連し、逆に低体重には、「入院3か月以上」、「抗精神病薬の定型単剤」、「非定型単剤の服用」、「閉鎖病棟」などが関連していることが示唆されたことと報告しています。また、Chuら（Chu et al.2011）は咀嚼機能や嚥下機能の障害が食事摂取量の低下を引き起こすことから、「統合失調症入院患者の口腔ケアの不十分」さも要因と示しています。

入院期間が短いほど在宅時の肥満が影響しており、病棟別で「開放病棟の生活の自由度」が肥満の関連因子と考察されています。抗精神病薬については多くの研究と異なる結果ですが、研究方法の違い、非定型抗精神病薬の負の関連が因果の逆転を示している可能性も考えられると考察されています。

（原著：精神神経学雑誌 第115巻 第1号 10-21頁）

その他、全国精神科栄養士協議会の第9回NNPセミナー内容から、アウトリーチ事業の課題等も含めおよそ1時間

お話し頂きました。因みにNNPとは、Nutritional Needs in Psychiatryで訳すと「精神科疾患患者のニーズ」というところでしょうか、全国精神科栄養士協議会のロゴマークとなっています。

その後、質疑とディスカッションを行い、時間を少し超過し閉会しました。

アンケート回収は55名中47名 85%ですが、とても良かった27名（57%）良かった20名（43%）と大変好評でした。

ご意見としては、

- ・心当たりがある調査結果だと思いました。
- ・高齢統合失調症入院患者のやせの実態を詳細に知ることができた。各病院、各職種の方から、現在の課題を話してもらったことも参考になった。
- ・グループに分かれて意見交換などできるとよいかと思いました。
- ・土曜日に2時間

等、好評意見の他、課題も頂きました。

講師の稲村先生からは、「土曜日等でもっと時間が有ると良かったわね。」とのお言葉も有りました。事務局としても、折角多くの病院からの参加が有りましたので、ディスカッション時間がもっと長くとれたら良かったと感じましたので、次の機会に役立てたいと思います。

最後に、ご講演頂きました稲村先生、ご参加頂きました皆様、セミナー開催にご協力頂きました職員の皆様に感謝申し上げます。





## 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)

**精神科初診受付専用ダイヤル：03-5986-3188**

(受付時間：午前9時より午後4時30分まで)

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)

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。

### ご準備いただくもの

**健康保険証**：必ず保険証をご用意ください。(コピーは不可)

**健康保険証以外の各種医療証(お持ちの方)**：70歳以上の方はお持ちの高齢受給者証などをあわせてご用意ください。

**診療情報提供書(紹介状・お持ちの方)**：他の医療

機関で発行された紹介状をお持ちの方は受付にお出しください。

### 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。

・受付窓口にて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。

#### —入院手続きに必要なもの—

- (1)健康保険証、その他医療証(高齢受給者証、心身障害者医療受給者証など)
- (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

この時期の私の楽しみは、見ごろを迎えている新緑や草花、ではなくアマガエルです。朝、玄関先に5,6匹あちらこちらを向いてじっと佇んでいますので、踏まないように気をつ

けながら外へでます。植木に水をまくと、葉っぱや苔にいたカエルたちがびよんびよん逃げていきます。色はきれいなグリーンで、小さめ。なぜかいつも一匹だけジョウロの中にいます。声をかけても出てきません

ので、水を思い切りいれます。そうすると、驚いて飛び出すか、たまった水の中で一生懸命カエル泳ぎをしています。その姿がなんともかわいらしく、ほほえましいのです。

(海)

# 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	受付時間 8:45~11:00 診療時間 AM9:00~12:30											
	初診のご予約は専用ダイヤル03-5986-3188まで、 ご予約の受付時間は月~土(日祭日を除く)9:00~16:30です。											
	月		火		水		木		金		土	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
○	-	○	-	○	-	○	-	○	-	○	-	

再診	(予約制) 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	-	原	-	-	-	江口	江口	石川	石川
2診	原	-	風野	風野	風野	-	北畑	-	伊藤	伊藤	柴田	-
3診	林	-	林	林	八島	八島	大土	大土	李	李	原	原
5診	竹内	-	西原	西原	梅田	梅田	大井	-	須佐	須佐	林	林
6診	野崎	野崎	関	関	竹内	竹内	上野	上野	吉田	吉田	木崎	-
7診	木崎	-	-	-	関口	布施	-	-	-	-	岩永	高橋
8診	竹花	仁王	野崎	野崎	大岡	大岡	山下	山下	大橋	大橋	石垣	石垣
10診	小栗	小栗	水野	-	木崎	木崎	-	-	山口	-	-	-
精神科セカンド オピニオン外来	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	原 (第1,4週)

(2015年5月1日現在)

※精神科外来はすべて予約制です。

※認知症で診察を希望される方は、精神科初診で対応いたします。

※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。

## 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	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。

乳腺外来受付時間	12:30~14:00	乳腺外来診療時間	13:00~15:00
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

内科	月	火	水	木	金	土
	泉	本多	本多	坂庭	本田 (AM)	泉
脳神経外科	本田		竹越	外丸		本多
	宮崎	大谷	宮崎	大谷 (AM)	宮崎 (第2,3,4AM)	大谷 (AM)
外科	横田		横田		横田 (第1,5AM)	横田
整形外科			担当医			担当医
皮膚科	担当医 (AM)					
歯科・歯科口腔外科	石原	藤原	石川	相澤	田村	
禁煙外来				泉 (AM)、原 (PM)	横田、宮崎 (AM)	
乳腺外来				横田 (PM)		
もの忘れ外来 (脳神経外科)				大谷 (PM)		

(2015年4月1日現在)

※禁煙外来、もの忘れ外来は予約制です。

※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。