

病院の理念
私たちは、
「全人的医療の希求」を
めざしています

Contents

- 小河一夫 元院長 逝去される一追悼の辞
- 小河一夫 元院長 論文「われわれの歩んだ道に確信を」
- 新病院急性期医療センター(仮称) 最新情報!
- 栄實栄子のまめ豆
- 小児科診療室だより「学校心臓検診」
- PT鈴木の聞き流してください
- 図書室から

追悼の辞 川合 一良

我々の病院の基礎を固め、将来への展望を築く上で最大の功労者であった小河一夫先生が、去る1月8日逝去されました。

先生は1930年9月24日、山口県萩で出生。古武士的な先生の気質は、この地に由来するのかもしれませんが。

先生は1960年4月、当時の「南病院(現在の第二南診療所)」に就職。木造二階建て45床の古い病院から出発して、現在地に'66年新しい病院を建設する上で中心的な役割を果たされました。その後、'78年1月には院長に就任され、「京都南病院」を京都市内での最大規模の民間病院に発展させ、また「三本の柱」に示される病院の理念を確立されました。大きな人柄で判断力、決断力にすぐれ、稀に見る

名院長でした。

ところが'84年12月28日、婦長会議の席上、先生は脳出血に襲われたのです。緊急手術により危機は脱したものの、重い後遺症が残りました。しかし先生はこれに屈することなくリハビリに励み、常に前向きの姿勢で一貫されていました。お元気なときは、ぬくもりの里や千本診療所の診察を、医師である節子夫人の協力の下、担当されていました。そのひたむきな姿は、多くの職員に胸にひびいたものでした。

次に掲載する論文は、小河先生が院長に就任されたときに執筆されたもので、先生の病院に対する思いがよく伝わってきます。熟読していただきたいと願います。



小河一夫元院長逝去される

われわれの歩んだ道に確信を 7代院長 小河 一夫

先程からの笹井外喜雄先生のお話のような次第でありまして、その責任の重く且、大きいことに身も心も緊きしめる思いであります。

私といたしましては今春この件について、笹井理事長からお話しをうかがって以来、いろいろと思ひあぐね、はなはだ消極的な気持が強かったのでありますが、永い間の笹井先生のご苦勞を思い、また第二南病院のことや、その他の事情もあって、結局病院組織の一員としてあり続ける以上は、組織の決定に従うべきであろうという心境に到達し、その旨を理事会に返答して今日に及んだのであります。

従いまして本日、この職員集会において皆様もまた、承認をなさるのであれば、最終的に決意をせねばならないと覚悟をきめて、ここに臨んだようなことであります。

さて来年(1978年)は午年ということでありまして、私事になるようではありますが、私の干支も午であります。どうも干支の一まわり12年というのは、たしかに人生の一つの節であるように思われ、又同時に我々の南病院の歴史をみても、この一まわりというのは大きな節をなしているように思えます。私が大学を卒業したのが、二まわり前。当院が新築をしてここに移り、笹井先生を院長に迎えて出発したのが一まわり前の午年のことであります。

二まわり昔というとき皆さんの中には、まだこの世に生をうけていなかった人達も少なくないのでありましようが、当時われわれの病院は、京都平和病院と称し、京都民医連のセンター病院たるべく発足していたのであります。

初期の十二年間

それより少し前、私は学生のころから同じく民医連の九条診療所を設立する手伝いをしており、卒業と同時にそこにつとめました。

医師とは名ばかりの駆け出しでも、たとえば、当時東九条界隈では頻発していた赤痢や、疫病の治療よりも患者さんの住んでいるアパート(みんなはパパートと呼んでいました)に共同水道を作ることが、又あふれている便所の始末をすることが、或いは多発していた結核患者に化学療法をすることもさることながら、生活保護をとって何かと栄養をとるようにし、ヒロポンをやめるよう援助し、ムシの駆除をすることが、より有効であるというような状況がたしかにあって、多忙をきわめ、その上、朝早くから「赤旗」を配り、政治カンパを集めるというようなことで、診療所の全員が走り廻っていたのであります。患者さんはいくらでも増え、夏の夜など終電車に乗りおくれることも少なくありませんでした。

このような患者さん達に政治プロバを押しつけているのではないだろうか、その信頼にふさわしい医療をもって応えているのだろうか。このような反省が、当時同じく吉祥院診療所におられた川合一良先生が大学へ、少しおくれて、私が京大の外科へ何年か勉強に行くことになったのが、平和病院を発展させ、やがて本院の新築となってきた一つの動機であったといつてもよいのかも知れません。どこか他の医療機関にわれわれの患者さんを送れば、それで安心できるという状況は、当時としては非常に少なかったのです。われわれは自ら完結する最終的医療機関であることをめざす意気込みでありました。

事実その頃、今の第二南診療所でのことでありますが、急性硬膜外血腫を緊急開頭し、低体温治療をし、大動脈瘤破裂を救命したり出来るような熱意と能力をもった市中病院は、京都にはなかったといつても言いすぎではなかったと思ひますし、また設備の面でも、新築した当院がレ線テレビをもち、全館冷暖房をそなえたというのも何年かを先んじていたのであります。周囲の一部の人達は、われわれが金融資本に身を売り渡したと非難し、民医連から追い出されたような形でありました。

皆さんはこのようない昔前の状況を、古い同僚や、若干の資料によって知ることが出来るでしょう。患者さんの立場にたつて、《みんなのかかりやすい病院》、《よりよい医療をめざす病院》、《社会の進歩に役立つ病院》という、われわれの所謂「三本の柱」の方針は、以上概略したようななかから確立され、一貫して実際の指針となってきたのであります。

新病院発足後の十二年間

昭和40年代はいわば高度経済成長と技術革新の、そしてそれにみあった種々の否定的側面をともなった、たしかに発展の時代であったといえるでしょう。他の医療機関の様相も大きな変貌をとげてきました。そのことは現在皆さんのよく承知されているとおりであります。

これから、医療技術の進歩、医療機器の重装備化、医学の一層の専門分化、医療機関の巨大化、組織の複雑化の方向、同時にプライマリ・ケアと云われるような、健康と疾病の管理も又必然の方向でありましよう。

しかしこれからの経済不況の時代において、一定の地域、若干の職域の基盤の上にたつた、わが南病院はどうあるべきか、どうありうるのか。すでにのべたように、「三本の柱」は今後とも重要な指針でありましよう。

病院は何れともあれ、患者さんのために存在するものです。そのために「三本の柱」は、いずれを強調しすぎることも、どれかをおろそかにも出来はしません。あくまでも三本で一体であります。単なる親切や、或いは技術をのみ強調することも、又政治的変革運動をすれば、それでよいとするはねあがりも、決して患者さんのためでないことを、私達は私達の歴史の上からよく知っています。

ただすでに申し上げたことと、一まわり、或いは二まわり前とは若干異なつた医療情勢がうまれています。その一つは疾病と生活、或いは環境とのかかわりは以上述べた程、端的ではないということ、また他の医療機関の状態や、医療の内容自体の変化からしても、以前の如くわれわれだけで自己完結的に何でもやるということは、必ずしも必要でないし、事実それは困難であるといつことが言えるでしょう。

更めて地域医療を見つめよう

その意味で地域医療が重要な課題となつてまいります。

地域の医療ニード、すべての医療機関をシステム化し、その中でわれわれの位置づけを明らかにし、そのことによつて地域の人達の、真の全人的医療を求めていこうとする方向であります。地域医療という言葉はどこでも多用されながら、その内容は不明確だし、現実のシステム案もいわば机上のものにすぎませんが、われわれは積極的に関与し、その具体化につとめて行くことが

必要であると思います。

他の医療機関との連携を積極的に強めること、又われわれの組織の母体である評議員会にも、地域住民の代表や、他医療機関のメンバーなど、より広範な参加をもとめ拡大再編してゆく必要があります。

法人の一層の公的化、或いは公立病院化の運動も更にすすめねばなりません。われわれはすでに公立病院よりもはるかに公的な仕事を遂行しており、尚かつ税金をとられているのであって、われわれには公的化されることによって失うものは何一つありません。

医療のしくみの中の矛盾

ここで病院の経済についてふれておかねばなりません。

われわれは、非常に明確な矛盾のなかにあります。

医療というのは、病気を予防し、早く発見し、上手に治す、というのが無難第一主義的な目標ですが、現在の医療費体系は全くその逆を志向しているようなものであります。

病人は多い程、病気は重くながびく程、また再発する程、また更に“下手な鉄砲も数打ちゃ当たる”式にあれこれの検査をやり、思いつくありとあらゆる薬を処方すればする程、医療報酬はふえるという仕組みであります。

医療従事者の待遇をよくし、余力をもって勉強し、優秀なスタッフをそろえ、更に充分な設備をもつことは、よい医療を供給していく上にぜひとも必要な条件であります。そのための財政的基盤は、先述の出来高を増やし、そのマージンを蓄積することによってのみ可能であるという、まことに馬鹿げた矛盾の中にわれわれはおかれたままになっているということでもあります。

所謂私的医療機関であるわれわれは、全ての財源をこの医療費収入から得ているのでありますから、この矛盾をもちにうけています。

今日、病院のあり方のむつかしさの大半は、ここにその根源があります。若しある地域で、病気を防ぎ、早くみつけ、安く上手に早く治し、またそのことによって職員の給与に回す余剰金がうまれる、というようなレースにわが南病院を参加させるとすれば、われわれの優勝は、まずまちがいのない所であろうと思います。

このような病院運営ができれば、楽な仕事だといってもよいでしょう。だが当面残念ながらこれは夢物語にすぎません。だからこそ国民と連帯した、国民のための医療体制を作る運動が必要なのであります。

われわれの歩んだ道に確信をもとう

最近、“病院の方針が変わった”“特殊医療を中心にして、何かを切りすてる”というような誤解をしている一部の人がいる由やにきいています。全人的な総合医療をなげすめて、部品修理屋になりさがろうとしているものは、一人としていないと私は確信します。

われわれが必死に維持している24時間の外来、病棟、集中治療室、手術場、放射線、検査などの医療体制、透析の内容、とくに夜間透析、特2看護基準を上回る病棟看護体制、医局の献身的な長時間勤務、往診医療、在宅患者の管理サービス、時間外或いは救急診療、いくつもの特殊外来、老人医療リハビリサービス、健康管理活動、

自労診療所における早朝診療、図書室の整備とサービス、思いつくままにあげてみて、どれをとってみても、かなりユニークで、そのものによっては先進的であり、少なくとも非難をうける内容では断じてないと信じます。

しかし、すでに述べたようにわれわれだけで何でも出来るはずはないのであって、われわれのようなスタイルの医療の環を拡げることが、又われわれの目指すような医療を可能にするシステムを作り上げる努力が必要であります。救急医療や休日、時間外診療のシステム作り運動や、薬剤センターの共同事業などは、そうしたものの具体例であります。

組織は人間の神経系のように

長くなりますので、最後に病院運営の問題についてふれておきます。

今日われわれの病院では、どの部門でも常識以上にギリギリに一生懸命がんばって仕事をしていると私は信じています。

しかし全体が他部門の、とくに必ずしも隔のあたらない部署で黙々とがんばっている同僚のこと、そしてその仕事の内容についてよく理解し、評価しあっているといえるかどうか、すべての人々が、全体の目指すものを(よい医療を行うことがその全てだが)よく了承し自らの仕事の意味を理解し、やり甲斐のあるそして活力のある病院であるよう、とくに管理の任にあたるものは努力すべきであります。たとえば検査部門で所与の資料を「正確、且迅速に」をモットーに結果を出しても、資料そのものが他人のものであったり、データの報告がスムーズに流れていなければ医療の場においては、何の役にも立たないばかりか、大変危険ですらありうるのであります。

まして一生懸命やっているものどうしが、ときにイガミ合わねばならないようでは困るのです。そのためにあらゆる情報の集中と、その流れを円滑化する、あたかも人体における神経系の如き制御機構、つまり組織の若干の再編も必要であるように思います。

これは少し時間をかけて論議してみたいと思います。

おわりに

いろいろの意味でわれわれの前途は決して平坦ではありませんが、全体が和をもって進むことが出来れば、われわれの未来は明るいものと信じます。雷同のことを云っているではありません。

論争は活発で、徹底的であることが望まれますが、とにかく病院は、われわれの患者さんのためにのみ存在していることを忘れてはならないと思うのであります。

本日は一般的なことをのみ述べてみました。

これから全体の論議をへて、具体的に更なる前進の一步をふみ出したいと思います。

どうぞ、充分に私を利用していただくことをお願いして挨拶といたします。

1977年12月22日

※「病院報」特集号(1983)より転載



建物の概要などを数回に分けて紹介していきます。詳細はホームページや新病院案内パンフレットで掲載いたします。今回は、病棟部分の紹介をさせていただきます。

新病院建設準備室 森 一郎

《病棟》

2階、3階、4階は、各32ベッドの病棟で、構造的にも同じつくりとなっています。



▲病棟平面図

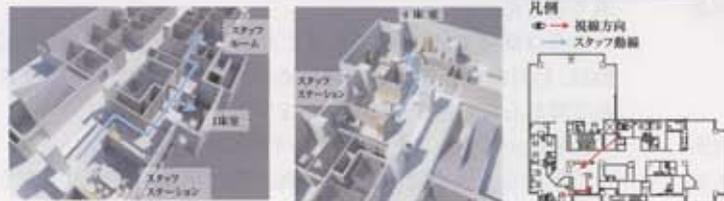
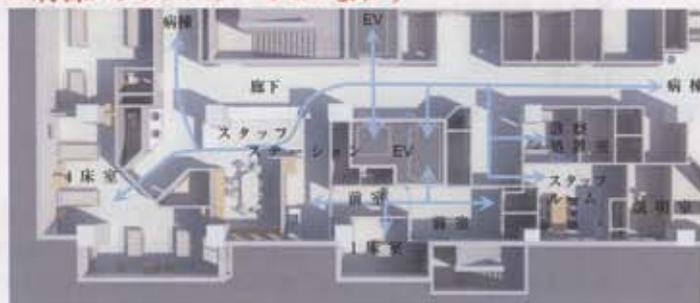
クラスター型病棟

クラスターとは、花やブドウなどの房を意味し、病室群を房状に構成することにより、急性期病棟における診療、看護の濃密化傾向に対応し[看護活動の効率化]と[療養環境の向上]の両立を目指します。

【クラスター型病棟の特徴】

- ◎看護動線短縮⇒全病室はスタッフステーション(SS)から20m以内となるように配置しています。
- ◎病室管理単位⇒クラスター単位で科別等の管理が可能です。
- ◎観察上の特質⇒一望することで概略の様態を把握できます。
- ◎空間の文節化⇒小規模の家庭的なスケールは適度な安心感を醸成します。
- ◎看護拠点の分散化⇒スタッフコーナー(SC)を病棟の両端に配置することで、患者さんに対する安心感と看護活動の効率化を図ります。

■病棟スタッフステーションまわり



▲4床室内部(イメージ)

【個の領域に配慮した個室的な病室】

- ◎ベッドごとの環境格差がなく、固有の窓を持ち、採光・通風を採り入れた、個別性の高い療養環境を形成しています。なお、1ベッドあたり8㎡以上を確保しています。
- ◎看護面から、入口から各ベッドが一望でき、各ベッドへのアクセスも容易です。

※今号で予定しておりました“新病院の名称”は、次号の広報誌「みなみ」およびホームページ上で発表の予定です。

栄養栄子のまめ豆

広報誌の著休め

鯖寿司レシピ



鯖寿司は、元々、海から遠く隔てた山間の地で、貴重な海のたんぱく質源を、もっと美味しく、大切に摂取するために、先人の知恵と工夫により生まれ育まれてきた食文化です。塩鯖にて鮮度を保持し、甘さを加減して酢を使い、竹の皮に湿度を持たせて鮓を室温で保存するなど、冷蔵庫のない時代の工夫だったのでしょう。

また、鯖寿司は、京料理の一つでもあり、京都の庶民生活の中で、祭りや四季の催し物で食されるご馳走です。

鮮魚が豊富な現代でも、この食文化は受け継がれています。

この七条地域においても、毎年、4月20日以後の最初の日曜日には、神幸祭(おいで)、21日目の日曜日には還幸祭(おかえり)と、松尾祭が行われ、鯖寿司を食べる風習があります。各家庭で作られることも少なくはないとお聞きします。

血栓予防効果のある鯖を使っの、家庭でできる鯖寿司作りに、一度、チャレンジしてみませんか。好みに合った味に出会えるかも…。

鯖寿司の作り方

材料(2本分)

◎塩鯖:30~40cm程度のもの1尾 ◎米酢:適宜

<寿司飯の材料>

◎米:2.5合(米の量は鯖の大きさによって加減する)

◎水:480cc(新米を使う場合、水加減は少なめにする) ◎米酢:50cc

◎砂糖:18g(小さじ2杯) ◎塩:9g(小さじ1杯半) ◎昆布:8cm角1枚



<鯖寿司1本あたり>	
エネルギー	814kcal
たんぱく質	46.4g
脂質	32g
塩分	7.4g

1



塩鯖を3枚におろす。

2

塩鯖を酢につける。

鯖の片面がつかかる程度の米酢に3時間つける。裏返して、さらに3時間つける。砂糖は好みで適宜入れる。酢につける時間も好みで調整する。長持ちさせたい場合、長時間つける。

3



身が崩れないように注意しながら、腹骨、小骨を骨抜きで丁寧に取る。

4



鯖の表面の薄皮をむく。

5



寿司飯を作る。

昆布を入れてお米を炊く。分量の酢と塩、砂糖を混ぜた合わせ酢をしゃもじにかけながらご飯に合わせる。

6



鯖寿司を作る。

鯖の背側の身の厚いところを包丁でそぎ取る。(尾の身の少ない部分に付け足すため)ラップを敷き、鯖を載せる。そぎ取った身は尾に近い部分に添える。寿司飯を鯖の形に合わせた棒のように少し軽く握り、鯖の上に乗せる。ラップで包み、鯖とご飯が密着するよう、しっかりと押さえる。形は巻きずし、なければ布巾を巻いて整えてもOK。



あわてず、手を手前に引いてゆっくりむいていきましょう。

作って直ぐより、数時間置くと美味しくなります。3、4日保存するには、冷蔵庫へ入れなければなりません。

硬くなった場合、オーブントースターで少し温めると美味しく食べられます。

1/2本が1人分の目安となります。食べ過ぎると、カロリーオーバーや塩分過剰摂取となりますのでご注意ください…。

栄養科 吉津 久美子



小児科診察室だより 20

学校心臓検診



毎年春の新学期が始まると小学校、中学校、高等学校の新1年生全員を対象に心臓検診が行われます。

心臓検診の目的のひとつは突然死をきたす可能性がある潜在性の心疾患を発見し、専門医による治療と生活管理指導を行うことで突然死を未然に防ぐことにあります。京都府では一次検診として心臓病調査票・心電図・胸部X線検査・学校医診察が行われます。その結果を京都府医師会心臓検診委員会が集約して、専門医による二次・三次の要検診者を抽出するシステムになっています。そこで今回は学校心臓検診で比較的良好に見られる心疾患について解説します。

●聴診(心雑音)

先天性心疾患の多くは、心雑音、チアノーゼ、体重増加不良(哺乳困難)や呼吸困難などの症状を契機に心疾患を疑われ、心エコー検査などで乳児期前半までに確定診断されています。一般に「心雑音がある＝心臓病である」と思われがちですが、発育に問題のない元気な小児の聴診で聴かれる心雑音は機能性(無害性)雑音であることも多く、心雑音＝心臓病とは限りません。心雑音を指摘されても専門医による聴診(二次検診)で機能性心雑音と診断されればその心雑音は全く心配りません。しかし心疾患の中には学童期になって徐々に心雑音が明らかになるものがあり、この代表的疾患が心房中隔欠損症(ASD)です。心房中隔欠損症は小児期無症状に経過しても、成人期以降に肺高血圧症を合併して心不全や不整脈を呈する例もあります。その他にも弁の狭窄症・閉鎖不全症などが学校心臓検診を契機に発見されます。機能性心雑音でない心雑音の場合は三次検診機関で専門医による診察と心電図・心エコー検査などで、心雑音の診断と評価を受けます。

●心電図検査

1995年の学校保健法施行規則の改正で、小学、中学、高校の新1年生全員の心電図検査が義務化されました。心電図検査では、不整脈、心肥大、突然死を起こしやすい心疾患の有無などについてスクリーニングされます。

■心室性期外収縮(PVC)

学童の不整脈では最も普通に見られる不整脈です。運動を負荷して心拍数を150前後に上げると消失する場合や1分間に1～2回程度と発生頻度が少ない場合は心配りありません。同じ波形で数が多い例や2連発する例などは経過観察となりますが、この場合でも運動で消失ないし数が減少すれば、普通は運動制限不要です。ただし同じ心室性期外収縮(PVC)という診断名であっても、波形が異なるPVC(多形性)が多発している場合やR on TといわれるタイプのPVCは心室性頻拍、心室細動などの危険な不整脈を誘発することがあるため専門医による管理指導が必要です。

■房室ブロック(AVB)

心臓のペースメーカーの刺激が心房・心室間でうまく伝わらない不整脈です。房室ブロックは、その程度により1度から3度に分けられています。脈が1つとんで不整になるのは2度房室ブロックですが、この場合も運動負荷で1度に軽快するか正常化すれば、特に運動制限の必要はありません。一方、心房・心室間で電気刺激が全く伝わらない3度房室ブロック(完全房室ブロック)は、脈拍が極端に減少して脳の血流低下による意識喪失発作を来すことがあり、専門的治療管理が必要です。

■QT延長症候群と心筋症

心電図の計測値のひとつであるQT時間が基準値以上に延長しています。これまでに意識喪失で倒れたことがある場合や近視者に突然死(心臓死)がある場合はQT延長症候群が疑われます。また心電図で異常Q波やST-T異常を指摘された場合は心筋疾患(肥大型心筋症など)の疑いがあります。ともに突然死の危険がある疾患ですので、三次医療機関に至急受診して精密検査を受ける必要があります。これらの心疾患は京都府でも毎年数名ずつ発見されています。

●学校生活管理指導表

学校検診で見つかる心疾患・不整脈は上記以外にも非常にたくさんの種類があります。従って三次検診機関での検査結果については専門医からよく説明を受けてください。その後の学校生活に関しては学校生活管理指導表に従うことになります。生活管理指導表には小学生用と中学・高校生用の2種類があり、各々に具体的な活動内容が一覧表で書かれています。運動強度別にA、B、C、D、E(運動部可と不可)の6つの区分があり、どれに該当するか判定されます。精密検査の結果に異常がなければ経過観察は不要と判定されます。三次検診で問題のない場合は学童に無用の運動制限を課さないよう、逆に突然死の危険がある心筋症のような病気が発見された場合は、自覚症状がないからといって運動制限の指示を無視して不幸の転帰とならないようにすることがなにより大切です。

小児科 中院 秀和

PT鈴木の 聞き流してください

次は4年後

僕はウィンタースポーツをする趣味がないくせに、何故か冬季オリンピックは子供の頃から楽しみにしているイベントでした。自動車レースが好きな僕にとっては、アルペンスキーやスピードスケート、ボブスレーといったスピード系の競技をたくさん観られることで、毎回満足させてもらっています。今年のバンクーバー五輪では、残念ながら日本の金メダルはありませんでしたが、大変盛り上がりました。誰もがにわか仕立ての解説者となり、テレビの前で勝手な事を言いながら盛り上げられることが、スポーツの持つ魅力だと思います。

僕はここで理学療法士という職業を利用し、更にオリンピックを楽しみました。理学療法士は動作のプロですから、競技中の選手の動作を観察・分析しながら観るといえることができます。「この競技では後方にバランスを崩しそうになるから、足関節が固定されている状況で重心位置をできるだけ前方にキープする事がポイントかな」「ターン時のスピードを落とさないために、スキー板がバタつかないように外側の脚での踏ん張りが・・・」などと勝手に分析し、全ての要素を高いレベルで揃えているアスリートであるオリンピック選手というのは、やっぱりすごい！と勝手に感動したりします。観ているうちに色々分かかってきた気がして、「この選手は股関節周囲の筋力をアップさせないとアカンな」とか、コーチでもないのに、偉そうに指導したりしています(テレビに向かっ

て)。怪しい。

リハビリのスタッフ同士で、前日にテレビで観たスポーツ番組について話すとき、やはり動作について意見を交換することが多いように思います。仕事のクセが出てしまうようです。動作観察なり運動持久性の推測なり、評価をしながら競技を観てしまうようなところがあります。こうした視点というのはスポーツ番組に限ったことではなく、ドラマなどでも同じような観かたをすることが多いです。病院を舞台にしたドラマは結構多く、皆さんも目にされる機会が多いと思います。こういうドラマでも、「この患者さんにはどのように接したら良いだろう」「自分が担当セラピストなら、こういうアプローチで進めていく」というように、まさに仕事と同じような感覚で観ています。ドラマでは主役扱いとなる医師や看護師の皆さんは、特にこういった観かたをしていると思います。ある意味、家庭に仕事を持ちこんでいるという事ですが、僕らには日々の鍛錬が必要ですから。実際には、純粋に面白いから観てるだけなんですけどね。

ドラマに出てくるような、美男美女ばかりが揃った病院があるとしましょう。僕には就職用の履歴書を出す勇気はありません。

理学療法士(PT) 鈴木 英嗣

図書室へどうぞ!

新しく入った本を紹介します。

文学[小説・随筆・ドキュメント他]

翻訳家列伝101(小谷野 敦 著)
京都の大正文学(河野 仁昭 著)
ファミリーツリー(小川 糸 著)
ひまわり事件(荻原 浩 著)
恋細工(西條 奈加 著)
贖罪(湊 かなえ 著)
新参者(東野 圭吾 著)
まねき通り 十二景(山本 一力 著)
遥かなる水の音(村山 由佳 著)
廃墟に乞う(佐々木 譲 著)
ほかならぬ人へ(白石 一文 著)
楊令伝(北方 謙三 著)
懐かしき友への手紙(三木 卓 著)
キケン(有川 浩 著)
カッコウの卵は誰のもの(東野 圭吾 著)
火の闇(北 重人 著)
花世の立春(平岩 弓枝 著)
海猫ツリーハウス(木村 祐介 著)
つくも神さん、お茶ください(畠中 恵 著)

言葉ふる森

神の器 上・下(申 翰均 著)
ロスト・シンボル 上・下(ダン・ブラウン 著)
「罪と罰」ノート(亀山 郁夫 著)
ドストエフスキー共苦する力(亀山 郁夫 著)
【わかりやすい医学の本】
免疫・膠原病・感染症・病気がみえる Va.6
メディックブック第1部 2010年版・患者さんによくわかる薬の説明
心とからだの健康教室-ストレスと病気のガイドブック
メンタルサポート教室-ストレス病の予防と治療のためのアプローチ
お母さんに伝えたい 子どもの病気ホームケアガイド第3版
生活習慣病の予防-健康づくりへのアプローチ第4版
【闘病記】
ほんわか介護(城戸 真亜子 著)
新・がん50人の勇気(柳田 邦男 著)

場所は南棟地階1階(眼科外来の奥)にあります。ご利用時間は

【月～金曜日】9:00～18:00 【土曜日】9:00～17:00

お気軽にお越しください。

※日曜日・祝日は、お休みです。

【その他】

ミシュランガイド京都・大阪2010 日本語版
宇治の今昔
インバラの朝
社会福祉六法 平成22年版
オスカー
カレルチャベック紅茶店のレシピ
朝日新聞報道写真集2009
朝日新聞報道写真集2010
時事ニュースワード2010

