第22号　2014.5

あいざと会　機関情報誌

あいざと便り

発　　行：社会医療法人あいざと会
発 行 者：久保　一弘
住　　所：徳島県板野郡上板町
　　佐藤塚字東 288 番地 3
電　　話：088-694-5151
F　A　X：088-694-5321
ホームページ　あいざと　検索

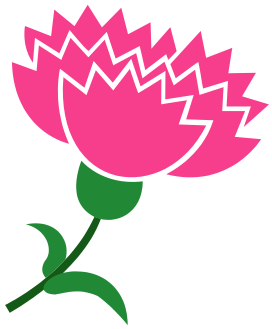
特集1／自殺対策

- 病院で自殺を防ぐということ
- 自殺予防委員会と研究活動

特集2／あいざとパティオクリニック

- 市街地のサテライトクリニックとして
- 外来看護と訪問看護
- クリニックの臨床心理

特集3／新入職員の紹介・挨拶



特集①　自殺対策

病院で自殺を防ぐということ

藍里病院　副院長　吉田　精次

一、はじめに

どの自殺対策でも自殺を図った人の最終の紹介先は精神科です。臨床の現場で求められるのは遠い将来に自殺が起きる危険ではなく、目の前にいる患者さんが四八時間以内という近い将来に自殺が起きるかどうかという現実的な危険性についての判断です。この極めて困難な課題に取り組まなければなりません。

人が自分で自分の命を絶つという行為は極めて個人的な行為です。同時にこれほど周囲の人に衝撃を与えるものはありません。自殺という行為を目前にすると、人が生きるということはどういうことなのか、死ぬということはどういうことなのか、家族とは、仕事とは、健康とは、…根源的な問いが次々に現れてきます。

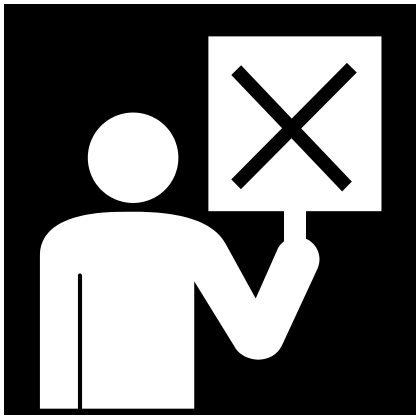
自殺を防ぎたい。では、なぜ防ぎたいのか?と自分に問うてみます。「自殺はいけないことだから」「防ぐのが当たり前だから」ではとてもではありませんが対応できません。自殺を防ごうとすることは、死を考えている相手の深い心に触れようとする行為です。自殺を防ぐにはこちらの本気度が問われます。本気度は相手のことをどこまで理解しようとしているかに関わります。そして、その理解度はいかに自分を深く見つめるかに関わっています。自殺を防ぐ活動とはそこから始まります。

精神科という臨床の場で私たちがどうやって自殺企図に対応するかについて、これまで院内外でやってきたことを報告します。

二、自殺予防と自殺観～死生観

自殺を予防するために自分に何ができるのかを真剣に考え始めたのは、3年前の東日本大震災が契機でした。対岸の火事ではない、必ず自分の住む場所でも同じことがいつか起きるという、

危機感とそうなる前に精神科医として今からできることがあるのではないかと考えるようになりました。その直後、神戸開催の日本トラウマティック・ストレス学会に参加しました。恥ずかしい話ですが、その時に初めて自分たちのいる職場（特に急性期精神科病棟）が実は最もストレスに満ちている職場の一つであるという事実を知ったのです。そういうストレスフルな現場なのに、果たしてそこで働く職員（自分も含めて）のストレスケアをどこまで考え実践してきたのか、職場での最大のストレス要因である自殺と暴力についてどれだけのエネルギーを注いで対策をしてきたのかを振り返ってみました。残念ながら、やってきたと思えることはほとんどありませんでした。これまで、自分の担当した患者さんが自殺で亡くなった経験を何度かしてきました。しかし、その時になぜ自殺が起きてしまったのかを関係者で話し合うこともしてきませんでしたし、関係者が受けた心理的ストレスについて話し合う場もつくってきませんでした。「自殺をタブー視する弊害」という一文をさまざまな自殺関連図書で見てはいても、実際自分がやってきたことがまさにその言葉通りのことだったということに初めて気が付きました。一般論ではなく、自分の足元から、自殺を防ぐために、なにか始めなくてはと考えるようになりました。しかも、精神科は自殺を図ったり考えたりする人がおそらくは最後に訪れる医療機関です。最も自殺のハイリスクの職場です。自殺を考えている人と直接接する仕事です。その立場にいるのだという事実をはっきり自覚したのがこの時でした。一人の自殺者も病院から出さない、そのために何をどうすればいいのかということが喫緊の課題になりました。



なぜ、こんな個人的なことから書き始めたのかというと、これが自殺予防の出発点だからです。自殺を防ぐということは一体どういうことなのかについて考え始めて分かったことの一つに、自殺について、人の生と死について、実際のところ自分がどう考えているのかをしっかり見つめることからしか自殺予防は始まらないということでした。現実に自殺ということに向き合った時に、嫌でも最後に突き当たるのが自分自身の死生観と自殺観です。自殺を考える人と向き合うためにどうしても必要な作業がまずそれを見直すことであるということが、後述する研究会活動の中でも明らかになりました。死ぬことを考えている人が「自殺などとんでもないことだ」と考えている人に心を開くとは思えません。自殺がどんな行為なのか、死にたいという気持ちとは一体どういう気持ちなのかについて深く理解するためには、まず自分が自殺についてどう考えているのかを調べる必要がありました。これは不可欠な重要ポイントでした。

三、院内での自殺予防研究会と自殺予防委員会の発足

病院から一人の自殺者も出さないという目的を達成するために、まず院内で自殺予防研究会を立ち上げました。有志の集まりでした。活動の基本的なコンセプトは「自殺を防ぐためにそれぞれが出来ることはなんでもやってみる」「やらないで悔いるよりも思いつくことは全部やる」「その時気が付いた微かな事でも必ず他のメンバーに伝えて、複数の目で事象を検討する」でした。関心の高いスタッフが集まりました。高橋祥友先生の『自殺のサインを読み取る』の読み合わせと、各自が自殺リスクの高いと感じた事例についての報告と意見交換を行いました。病院の電子カルテのメールを活用して、自殺リスクを感じたときにはすぐに報告のメールを出すということも始まりました。自殺に関わる情報を自分一人にとどめておかないことの行動化です。『自殺のサインを読み取る』の読み合わせを通して自殺についての一般的な理解を深め（自殺については誤解や勘違い思い込みが実はたくさんあります。

例えば「自殺のことを聞くとかえって自殺の衝動を高めてしまう」という誤った思い込みからほとんどのスタッフがこれまで自殺の話題を避けてきたり、相手に自殺のことについて聞くことを躊躇してきたということも判明しました)、臨床現場で感じたことを出し合って検討することを繰り返しながら、一人一人が自殺予防に必要な感度を磨いていっている段階です。

この研究会で出てきた大きな問題の一つについて問題提起したいと思います。看護スタッフから出てきたことです。統合失調症で幻聴がある患者さんへの看護として学校では「幻聴の内容を根ほり葉ほり聞かない」と教わった、そのため、幻聴を患者さんが訴えたときに話を逸らしたり、話題を変えたりしてきたと言うのです。その時点で最も自殺リスクが高いと判断する3大要素の一つに「命令形式の幻聴、しかも『死ね』『殺す』などの直接的な内容が活発な状態」というのがあり、こういう状態の患者さんには自殺の警戒度をマックスにまであげて対応しなければなりません。しかし、「幻聴を根ほり葉ほり聞いてはならない＝幻聴について触れてはいけない」と思い込んでいる看護スタッフは「どんな声が聴こえてきて苦しいの?」と患者さんに聞くことをしないでしょう。幻聴で苦しい気持ちをケアしてくれているという気持ちにはならないでしょう。そういう対応をされた患者さんはどう感じるでしょうか?「聴こえていることを話したらいけないんだな」「話せないんだな」と思わないでしょうか。そうなったときには患者さんの孤立感をさらに高めてしまう結果になりかねません。自殺予防のための人的環境整備を考えるうえで重要な問題だと考え、院内で自殺についてのアンケート調査を昨年十一月に実施した際、質問の一つに「患者さんが幻覚妄想を訴えてきた場合、どのような対応をしますか?」を入れました。答えはA:内容を詳しく聞く、B:診察や服薬を促すだけで内容は聞かない、C:その話には触れない、D:話を逸らす、の四択としました。B~Dを選んだ割合は看護部が二五%でした。医師も十七%がB~Dを選んでおり、今後院内での自殺予防教育で議論を深めていかなければならないテーマです。

研究会ではこういった現場の感覚や経験を点検しながら行っています。この活動が自殺予防に不可欠な人材の育成に直結していると思っています。そして、何よりもこの研究会の大きな意義は、自殺のことについてオープンに話し合う機会が院内にできたということです。

一年前からは正式に院内に自殺予防委員会が発足しました。人材の育成と同時に院内での自殺予防に不可欠なのは自殺が図りにくい物的環境の整備です。そのために当院が開設してから現在までの自殺企図についての記録をすべて見直しました。そして、自殺の起きやすいホットスポットの特定、予防策が十分であるかなどについての検討を継続して行っています。そういった予防活動と同時に、この委員会にはこれまで手つかずだった事後対応を行うという重要な役割があります。どうしても無言の責任追及の空気を感じて(誰からもそういうことを言われないとしても、自殺に関わったスタッフが自責の念からそう感じることがどうしても起きてしまいます)「なぜ自殺がおきてしまったのか」を可能な限り客観的にそして十分に検討する機会が生まれてこなかったことの弊害は極めて大きいです。かつて自殺率が高かったフィンランドにおいて国を挙げて行われた自殺の心理学的剖検の成果を見れば、そのことの重要性は明らかです。この委員会ではその点を大きく変えて行かなくてはなりません。自殺と関わったスタッフへのケアを行うことも重要課題です。これらについてはまだやり始めたばかりです。

※患者さんが自殺企図で入院をした場合に医師が最低限行うべき評価と判断について委員会で検討しまとめたものです。当院では当面のスタンダードとして使っています。

《自殺企図で入院した人に対する入院当日の医師対応指針》

□自殺の危険についての評価
一、自殺念慮・企図についての情報（本人からと家族他の関係者から）収集を行う
二、アルコール・薬物の影響の判断（離脱の影響の査定）を行う
三、どれくらいの切迫性があるかの判断を行う
四、以上を総合して、病棟での警戒度を決定する。
最大警戒～警戒～観察の三段階

□スタッフ全員の情報交換と意思統一を行う
一、入院に関わった全員のスタッフで行う
二、各自の得た情報とそれぞれの判断を交換する
三、基本方針を全員で確認する
四、この指針のフォームに沿って、引き継ぎを必ず行う

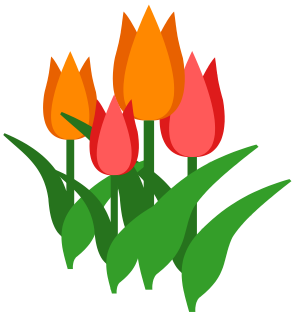
□どの病室で受け入れるかの判断を行う
※巡視間隔の決定も同時に行う

□家族付き添いについての判断をする

□入院後の対応の基本線を決めておく
一、服薬についてどうするかについて
二、本人の希望をどこまで受け入れるかについて

四、自殺予防面接技法研究会の発足

精神科は自殺を考えている人と直接かかわる現場です。自殺を図った人が最後に紹介されて来るのが精神科です。では「自殺を防ぐ」とは一体どのような医療行為なのでしょうか？（入院すれば自殺予防ができるという安直な考えは非現実的で通用しません）臨床現場でなにをどうすることが「自殺を防ぐ」ことになるのでしょうか？自殺を予防するような面接は可能なのでしょうか？可能だとしたら、その面接技法とは具体的にどんなものなのでしょうか？それは実際にどうやって身に付ければいいのでしょうか？そのために知っておかなければならないことは何なのでしょうか？「相手に寄り添う」と言うがそれは実際にどんな行動でどんな態度なのでしょうか？…疑問は山のようにありました。これらの答えを求めて、本を読み、自殺対策の研修や講演にも出てみました。しかし、残念ながら満足のいく答えは見つかりませんでした。自殺を考えている人を目の前にしてどういう面接が有効なのかということが精神科医である私にとっては喫緊の課題でした。そういう時にショーン・シア著『自殺リスクの理解と対応～「死にたい」気持ちにどう向き合うか～』の存在を知りました。全米各地で自殺学の専門書として、また臨床家の実践的教本として高い評価を受け、自殺学・死生学講座の必読教科書として採用されている本です。この本との出会いが自殺予防面接技法研究会を生みました。県精神保健福祉センター所長の石元先生のご協力を得て、毎月センターで開催することになりました。発足呼びかけの文章です。



自殺予防面接技法研究会　開催のお知らせ

自殺を考える人、あるいは自殺未遂者が訪れる相談機関や医療機関などの場は、自殺に対する予防介入の最後のチャンスの場と言ってもいいかと思います。その相談や面接の場で、はたして自殺を思いとどまってもらうことは可能なことなのでしょうか？可能だとしたら、それは一体どんな方法で可能になるのでしょうか？これがこの研究会を開催しようと考えた動機です。

平成二十四年八月に見直しが行われた自殺総合対策大綱では、全体的介入、選択的介入、個別的予防介入の三つを効果的に組み合わせる視点が導入されました。特に三番目の個別的予防介入は精神保健医療の果たすべき役割ではないかと考えます。そして、その中でも私たち精神保健医療に携わる者は、自殺念慮をもった人に対して自殺を防ぐための効果的な支援を行う、いわば最後の砦的な位置にいるのではないかと思います。その人の自殺のリスク要因を洗い出し、現在の自殺念慮の評価を行い、再企図の予測をしていくことは（簡単な事ではありませんが）不可欠なことですが、そのうえで相手の「死にたい」気持ちにどう向き合うかが求められていると思います。

自殺という行動をどう理解していくか、自殺企図者への面接技法をどう築き上げていくかについて研究を深める場が必要だと痛感し、この研究会を始めようと考えました。

医療機関の医師や看護師や心理カウンセラーだけでなく、相談機関や地域で支援されている精神保健福祉士や保健師など、関心のある方々にご参加頂き、一緒に研鑽を深めていければと思います。

自殺を防ぐための面接技法を研究するという極めて狭い領域に限定した研究会ですが、自殺予防には不可欠で重要な分野です。基本的に毎月第二水曜日の午後七時～九時に開催しています。前半一時間を事例検討、後半一時間を参考図書の読み合わせと意見交換、最後に感想発表という構成です。

平成二十五年五月から始め、この3月で前記した『自殺リスクの理解と対応』を参考図書にした第1クールが終了しました。参加職種は精神科医、臨床心理士、看護師、保健師、電話相談の活動をしている人、学生など様々で、それぞれの現場での話を聞くことができることもこの研究会の特徴です。自分の職場を他職種の目から見ることもでき、貴重な意見交換の場になっています。約一年のこの研究会の活動を通して、自殺予防について学んだことが数多くあります。いくつか挙げると

- 自殺と衝動性について（特に境界型パーソナリティ障害、アルコール・薬物依存～乱用における衝動的自殺の高い危険性）
- 精神疾患による自殺の危険の特徴の違い（うつ病と統合失調症の自殺行動の違い）

●自殺にまつわる数々の神話・誤解
●患者側の偏見と不安、治療者の偏見と不安
●自殺念慮を引き出すスキル（話しにくい秘密を明かしてもらうための方法として①行動イベントの同定②恥の希釈化③優しい・穏やかな想定④症状の増幅⑤具体的な事柄の否定⑥正常化という六つのスキルがあります）
●上のスキルを駆使して行うCASEアプローチ（自殺イベントの時系列的アセスメント）

などです。詳細は紙面の都合で書ききれませんので省略します。

四月からはジョン・A・チャイルズ、カーク・D・ストローサル著『自殺予防臨床マニュアル』を輪読書として第2クールを開始します。興味のある方は当院か県精神保健福祉センターに是非ご連絡ください。

五、おわりに

自殺対策には予防、危機介入、事後対応の三つの要素があります。事後対応をしっかり行うことが自殺予防につながり、その経験が危機介入に活かされるという密接なつながりがあります。今、やれることをやっていく、それを続けて行くことが大切で、それがどこかで必ず自殺対策の循環につながっていくと考えています。

現実の危機介入にはマニュアルが役に立ちません。こういうときにはこうすればよいという決まった方程式もありません。常に目の前の事象に臨機応変に対応することを肝に銘じなければなりません。同じ人であっても今回はこれまでと違うのではないかという考えをもって臨まなければなりません。知識、経験、スタッフ間の連携などすべてを総動員して対応しなければなりません。自殺予防は医療の分野だけでどうにかなる問題ではありませんが、少なくとも自分の立場で出来得る限りのことをやってくことが大事だと思っています。できない事を言い合うのではなく、それぞれが出来ることを足し合っていく、そんなことができていければいいと思います。

自殺予防委員会と自殺予防研究会の活動について

臨床心理士　小西　友

私は、自殺予防研究会に発足当初から参加し始め、一年半後に院内の正式な委員会として発足した自殺予防委員会の委員となりました。十数年間、精神科で勤務してきた中では、自殺念慮を持つ方や、自殺未遂をされた方と接する機会も多く、自殺で亡くなられた方もいました。にもかかわらず、自殺予防研究会が始まった当初は、「自殺」ということを大々的に話題にしてもいいのかといったいわゆるタブー視が、恥ずかしい話ですが自分の中にあったように思います。そして、研究会でどんな話をしていくのか、自分にどんな取り組みができるというのか、どきどきした記憶があります。また当初は「自殺＝止めなければ」という考えがあり、しかし、では具体的にどう防ぐのかとなると、ぼんやりした感覚になってしまう状況だったように思います。

自殺予防研究会では、「自殺のサインを読みとる」「病院内の自殺対策のすすめ方」「自殺リスクの理解と対応」を輪読し、自殺についての基本的な認識を深めることから始まり、自殺にかかわる専門職として、自殺リスクをどう評価し、自殺をどう理解し、どう対応するかといったことを

学んでいます。また研究会では、参加者それぞれが、今かかわっている自殺リスクのある患者さんや、気になっていることなどを報告しています。一人で抱えこむのではなく、共有してもらえること、複数の視点で自分の感じたことをみてもらえることでの安心感が得られていると感じます。

　また自殺予防委員会では、研究会で勉強する中で見えてきた取り組むべき課題について、具体的な対策や活動を行っています。委員会の概要、活動内容は以下のとおりです。

委員：医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士

目的：藍里病院における自殺予防対策、自殺事故発生時のストレスケアの実施、自殺予防について啓蒙活動及びスタッフ研修等を行う。

これまでの取り組み：

①自殺の危険性についての情報共有の体制作り
②過去の自殺事故の事例検討
③院内の自殺ホットスポット対策
④自殺予防についての院内研修
⑤自殺事故後の対応、アフターケアについて

　委員会ではこうした整備や研修といったハード、ソフト面ともに具体的な活動を実践し、研究会の時間は、死にたい気持ちを持つ人にどうかかわるか、どう理解するかを、考え、向き合う時間となっています。

　こうした取り組みを続ける中で、私自身、自殺に対してあるいは自殺念慮を持つ方に対しての理解の仕方、かかわり方はかなり変化しました。何よりも相手を理解すること、これが当たり前のようですが原点で、その上で、できることは全部すること、これがモットーです。自殺念慮を持つ方にどうすれば一番いいのか、結局答えがあるわけではありませんが、目の前の死にたい気持ちに苦しむ人を理解すること、理解しようとすること(そのためにはしっかりと話を聞くこと)というのが、今現在の私の中の答えであり、できることです。「死」という人間の根源的で深い思いを、率直に話してくれること自体が、実はとてつもなく貴重だということに改めて気づき、本音を本気で語ってくれる人に、こちらも本気で向き合うということが、一番基本的な大切なことだと感じています。カウンセリングではいつも、安心して話せる場や関係性の構築が最も大切だと感じていますが、死にたい気持ちを持つ方に対しても、「死にたい」と言える関係性こそが、自殺予防の第一歩という意識を持ち、少しでも自殺を防ぐことの助力となればと思っています。

特集②「あいざとパティオクリニック」

市街地のサテライトクリニックとして

あいさとパティオクリニック　院長　吉田　成良

あいざとパティオクリニックはJR蔵本駅前のパティオ蔵本の二階にある藍里病院の徳島市における外来診療部門です。

パティオ蔵本にはイタリア料理店、居酒屋、事務所などが入っていますが、昼間はそれほど騒がしくはありません。国道を挟んで南側にある徳島県立中央病院の屋上から飛び立つドクターヘリの音がやかましいくらいです。そして診療が終わる夕方頃より人も多くなり賑わしくなるところです。

当クリニックは私を含め数名の医師で診療しており、完全ではありませんが二診制です。昨今、病院でも三人の医師確保に困っているのに、数人もの医師での診療体制は非常に恵まれており、サテライトクリニックだからこそできるものだと思っています。そして専門外来も可能になり、以前からストレス、うつ病、アルコール依存症、睡眠障害の専門外来をしています。特にアルコール依存症の専門外来は予約がなかなかとれないほどです。また女性医師二人による診療は、特に若い女性患者さんに好評です。私自身もこの二年間で女性医師にかわった患者さんが何人かいます。紹介患者さんで私が初診し、母から二回目診察時からは女性医師にかわって欲しいと言われた女子高校生。最近も私が診ていた若い女性患者さんに、男性には相談しにくいので、女性の医師に担当医をかわってくれませんかと言われ、女性医師にバトンタッチをしました。最近、若い女性患者さんには女性医師を希望することが多く、そのため女性の初診患者さんには予約の段階でなるべくご希望を聞くようにしています。これも当クリニックは女性医師も複数いて医師数が多いからできることだと思います。

最近はカウンセリングの希望者も多く、主として午前中に臨床心理士さんにしてもらっています。二年前から訪問看護もはじめ、徳島市周辺と、それ以南の地域が対象で、訪問件数は少しずつ増えています。そして当クリニックに通院している県西部の患者さんはあいざと山川クリニックから、県北部の患者さんには藍里病院からの訪問看護を受けています。当クリニックではデイケアはしておらず、藍里病院でのデイケアを利用しバスで送迎しています。

私が勤務しだしてから二年が過ぎ、ようやく慣れて大体のことがわかるようになってきました。初診患者さんはクリニックなので当然かもしれませんが、軽症の患者さんが多いように思います。特に症状が出現してすぐに受診する人や中学、高校生も多くなっており、かかりつけ医のような感覚で精神科クリニックを受診するようになって敷居が低くなったと感じています。そして一、二回の診察で受診しなくなる人も多いのが街中のクリニックの特徴かと思われます。すなわち本院である藍里病院に入院していた患者さんの外来部門と軽症患者さんの診療部門を持ち合わせたクリニックの役割をしていると思います。

あいざとパティオクリニック「外来・訪問看護」

主任看護師　河野順子　訪問看護師　吉本憲子

あいざとパティオクリニックは、平成十三年七月に藍里病院の分院として開院し、今年で十三年目の年となりました。最近では、インターネットで検索して来院される方や一度受診して良かったと口コミで知人に紹介されたと言っていただいて来院されることもあります。専門外来も充実し、依存症、ストレス、不眠をはじめ最近では認知症や発達障害の方々が多く訪れています。

パティオクリニックに去年の四月から異動してきました。今までは病棟勤務一筋で知らないことばかりで外来での業務ができるのか不安でたまりませんでした。周りのスタッフに助けてもらいながら、一年が過ぎやっと外来業務がこなせるようになってきたように思います。これからも、スタッフと共に地域に親しまれるクリニックを目指し日々がんばっていきたいと思います。

それでは、訪問看護にバトンタッチします。

平成二十四年五月にパティオクリニックでの訪問看護が開設されました。徳島市を中心に、神山町、佐那河内村、小松島市などを担当しています。住み慣れた地域やご家庭で、安心してその人らしく生活が送れるよう、定期的に訪問し、生活支援を行っています。具体的には

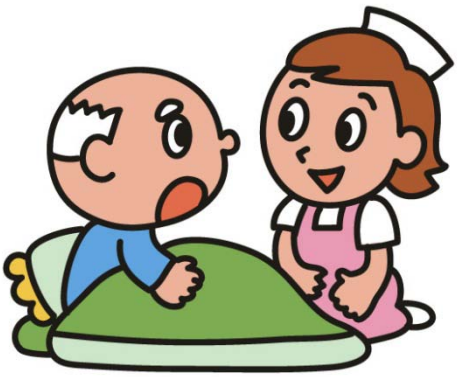
① ご利用者、ご家族の心配なこと、不安なこと、希望することについての相談

② 健康状態や病状、治療の状況、服薬や介護の状況、生活環境などを見ながら指導したり

③ 精神保健福祉士や作業療法士、地域の保健師などと連携しながら、福祉サービスの提供を促したりしています。

そのためには、ご利用者本人と共に、支援計画を考え、将来の目標を決め、共に歩んで行けるような関係であるよう心がけています。生活を送る上で、不得意なこと、病気によって出来なかったことがあったとしても、サポートしてくれる人は沢山います。その中で、訪問看護というサービスも利用してみませんか。

まずは主治医にご相談ください。



あいざとパティオクリニックの臨床心理

臨床心理士　喜枝　直美

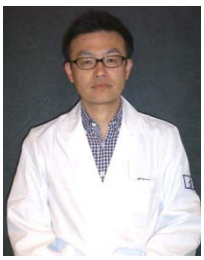
あいざとパティオクリニックに、平成十八年より臨床心理士が配置され、八年となりました。クリニックに着任した当初は、自然豊かな本院の環境との違い、特に車の多さに戸惑いました。しかし今では、徳島市の蔵本駅から歩いて二～三分という距離は患者様にとって大変便利な所だと感じています。

クリニックでの臨床心理士は、外来受診された患者様へのインテーク、必要に応じた心理面接、心理検査、また障がい者総合支援事業の利用の制度などの説明、制度申請時に必要な書類作成などを行っています。

本院では「地域生活を送るためには何が必要か」について患者様と一緒に悩むことが多かったのですが、今では「今の生活をよりよくしていくには」「再発を防ぐためには」などについて患者様と一緒に悩み、考えることが多くなりました(今の時代の流れもあるのですが)。そこで、再発を防ぎ、より良い生活を送るために、病気についての正しい知識や適切な対処法について勉強する『心理教育』や、思考パターンを見直す方法としての『認知療法』、ストレスの過緊張状態をリラックスさせる方法としての『自律訓練法』など、個々方々の必要に応じて実施しています。

今後も患者様のより良い生活を考えていけるよう、一緒に歩んでいきたいと思っています。

特集③ 新入職員紹介・挨拶



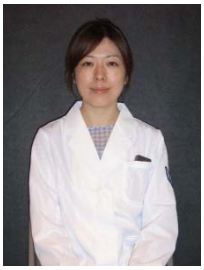
医師
岡部　浩道

平成七年に徳島大学を卒業し、いくつかの病院勤務を経て四月から藍里病院に勤務しています。新しい環境に不安や緊張を感じていましたが、温かく迎えていただき安堵しています。

前職場は紙ベースでの運用であり、電子カルテに不安を感じていました。システムを理解する大変さは予想通りですが、習慣から抜け出せないことに苦労しています。処方を入力するとプリンターが動き出すまで待ってしまう。診察時にカルテが積まれていないと不安になるといった具合です。他にも方向音痴のため行きたい場所にたどり着けない悩みとか、精神保健福祉法や診療報酬の改定に理解が追いつかないなど課題が山積みの状況です。なにかとご迷惑をおかけすると思いますが、今後ともよろしくお願いいたします。

医師
生越　剛司

四月からお世話になっています、生越剛司（おごせたけし）です。大学卒業後十六年目になりますが、他の診療科に従事していました。精神科のキャリアは一年しかなく、まだまだ分からないことだらけです。皆様に出来るだけご迷惑をおかけしないよう、肝に銘じて頑張りたいと思います。御指導、御鞭撻の程、宜しくお願い申し上げます。



医師
森垣　洋子

はじめまして。森垣洋子と申します。

徳島大学医学部を卒業し、精神科へ入局しました。

香川小児病院と徳島大学病院で診療の経験があります。

ずっと藍里病院で働きたかったのですが、この度希望がかなって、

こちらでお世話になる事になりました。

至らないところが多いと思います。どうぞご指導下さい。

人権を尊重し、協働と共生を目指した良質な医療サービスを提供していきたいです。

看護補助者　佐藤　奨

小児科、消化器・循環器内科を数年経験し、精神科勤務は今年で二十一年目になります。現在、師長業務を滞りなくできるよう、皆さんにご指導していただきながら頑張っております。ご迷惑をおかけすることもあるかと思いますがよろしくお願い致します。

看護師　前田　和美

精神科勤務は初めてです。至らない点が多いと思います。ご指導宜しくお願いいたします。

看護師　本田　忍

昨年の九月よりパン工房で働いております。日々努力してまいりますので、どうぞよろしくお願いします。

支援員　岡　裕恵

昨年の十月より、地域活動支援センターことじで勤務しています。まだまだ知識、経験共に未熟ですが、いつも笑顔を忘れず頑張ります。宜しくお願い致します。

支援員　中尾　明日香

昨年の十月より受付業務をさせて頂いております。慣れない事ばかりで御迷惑をお掛けする事もあると思いますが、いつも思いやりと笑顔を忘れず患者さんにも皆様にも信頼して頂ける様に頑張りたいと思いますので、宜しくお願い致します。

事務　竹中　幸子

去年の十一月からこちらに勤務し、お世話になっております。精神科で働くのは初めてなので分からないことも多々ありますが、ご指導の程宜しくお願い致します。

看護補助者　鈴木　美沙希

去年から栄養の調理でパート職員として働いている國友です。皆さんにおいしいと思ってもらえる料理を提供できるよう頑張ります。

調理員　國友　理絵

人生我以外皆我師の気持ちを常に持って頑張ります。

支援員　中島　眞紀

藍里病院が世界一の病院になるように頑張ります。

看護補助者　板東　信浩

一月二十一日に入職した岡人美です。まだまだ解らない事がたくさんありますが一生懸命に頑張っていこうと思っています。よろしくお願いします。

看護師　岡　人美

一月二十八日から薬剤補助をしております。よろしくお願いします。

薬剤補助者　小原　みやび

経験は少ないですが皆さんに指導して頂き、一つ一つ習得していきたいと思います。よろしくお願いします。

看護補助者　難波　和代

ヘルパー2級を持っているので介護の観点から助手業務が出来ると思います。よろしくお願いします。

看護補助者　西浦　晃彦

四月からことじに配属になった繪内です。見慣れない漢字ですが「えない」と読みます。よく「えなり」と間違われますが「かずき」ではありません。ものまねもできません。よろしくお願いします。

支援員　繪内　尚

社会医療法人 あいざと会～診察予定～

藍里病院

精神科・心療内科・内科

精神科デイ・ケア
精神科訪問看護
精神保健相談

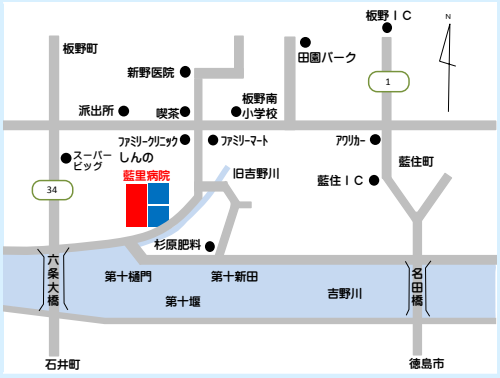
受付
（午前）月～金曜日　午前9：00～11：30
（午後）月～水・金　午後1：00～ 4：00

診療
（午前）月～金曜日　午前9：30～12：30
（午後）月～水・金　午後1：30～ 4：30

休診日
土曜日、日曜日、祝祭日、木曜午後

外来	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土・日	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
新患	新患の場合は、担当医が順次診察を行います。										休診日	
再来	久保	久保	山下	吉田成	中木	藤本	山下		生越	岡部	休日・時間外の救急診察を受付致します	
	吉田精		元木		久保	守本24	鬼原		吉田精	森垣		
					守本24	大学2	吉田精		大学1	大学1		
	城福☆↓				大学2							
専門外来	城福：児童思春				大木：禁煙外来	大木：禁煙外来	藤本：老年期		吉田精：依存症			
							吉田精：依存症					

〒771-1342
徳島県板野郡上板町佐藤塚字東288番地3
TEL 088-694-5151 FAX 088-694-5321



交通案内

●徳島バスご利用の場合
北岸廻り/徳島～鴨島線（一条経由）第十新田又は第十樋門下車-徒歩10分

●JR・タクシーご利用の場合
蔵本駅より-車で約15分
板野駅より-車で約10分
石井駅より-車で約12分

●自動車道ご利用の場合
高松板野道ICより-約10分　徳島道藍住ICより-約7分

あいざと・こころの医療福祉相談センター 24時間365日受付 TEL 088-694-5151
「精神科救急・一般的精神医療相談・生活相談」等の時間外相談に対応

あいざとパティオクリニック

心療内科・精神科

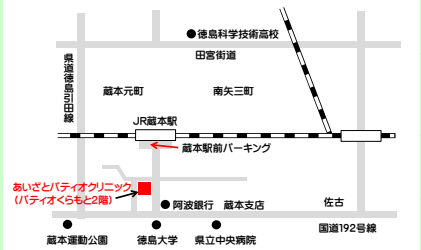
（精神科訪問看護、地域連携、精神保健相談実施）

受付　（午前）月～水・金・土　午前9：00～12：00
　　（午後）月～水・金　午後1：30～ 6：00
　　土曜日　午後1：30～ 5：30

診療　（午前）月～水・金・土　午前9：30～12：30
　　（午後）月～水・金　午後2：00～ 6：30
　　土曜日　午後2：00～ 6：00

休診日　日曜日・祝祭日・木曜日

外来	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土曜日	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
新患・再来	山下 吉田成	元木 吉田成	森垣 吉田成	中木	吉田精 吉田成	山下 吉田精	休診日		藤本	藤本	山下 吉田成24	藤本135 吉田成24
専門外来	山下 ストレス				吉田精 :依存症	吉田精 :依存症				藤本 うつ病	山下 不眠	



交通案内

●バスご利用の場合
県立中央病院・大学病院前下車-徒歩3分

●JRご利用の場合
蔵本駅より-徒歩約3分

●駐車場=蔵本駅前パーキングを利用して下さい
受診時は無料になります。

770-0042　徳島県徳島市蔵本本町2丁目30番地1パティオくらもと2階
TEL　088-634-1881　FAX088-634-1880

あいざと山川クリニック

心療内科・精神科

（デイ・ケア、精神科訪問看護、地域連携、精神保健相談実施）

受付　（午前）月～水・金・土　午前9：00～12：00
　　（午後）月・水・金　午後2：00～ 4：00

診療　（午前）月～水・金・土　午前9：30～12：30
　　（午後）月・水・金　午後2：30～ 5：00

休診日　日曜日・祝祭日・木曜日

外来	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前	鬼原	久保 ※	鬼原	休診日	鬼原	鬼原 135 中木2 元木4
午後		※				

交通案内

●JRご利用の場合
阿波山川駅より　徒歩8分

●駐車場＝クリニック内及び　表示場所

※6月～1日診療担当は岡部医師

779-3403　徳島県吉野川市山川町前川200番地2
TEL　0883-42-8811　FAX　0883-42-8812