

〈緊急特集増ページ号〉

特集 愛媛の精神科救急システム

【その問題点と私たちが取り組むべきこと】

皆さんは精神科救急についてどのようなものをイメージしていますか？「診療時間外でもいざというときには、診療や相談を受けられる。だから安心して生活できる？」あるいは、「緊急に治療が必要な人に対し入院を容易にできるためのシステム？」

1月21日、愛媛でも精神科救急システムがスタートしました。新聞、テレビでも報道されましたが、ご存知ない会員の方も多いのではないのでしょうか。ましてその内容はほとんど知られていません。その実施要綱を目にし、私たちはとても大きな疑問を感じ、今回の特集を組むことにしました。

精神科救急の当初の案は精神科救急医療情報センター（精神保健福祉センター内に設置）において、休日、夜間でも緊急時には医師、精神保健福祉士などによる診察、相談、カウンセリングを受けられることを中心としたいわゆる“ソフト救急”でした。入院選択の前に何ができるのか、という考え方であり、ごく最近までそうなるものと信じていました。ところが蓋を開けてみると残ったのは緊急入院の導入システムだけで、診療も、相談、カウンセリングも全て業務からはずされてしまいました。これでは安心して生活できる為のシステムではありません。相談員としての精神保健福祉士の名称も消え、看護婦、保健婦等と変わりました。

どのような経緯の中から愛媛の「精神科救急システム」が変貌してスタートしたのか？今回は、県内の関係者、およびソフト救急の必要性を唱え長年の実戦経験を持つ岡山県の10年間の試みを比較しながら、愛媛のシステムの考え方の変貌を検証し、私達が声を上げ、行動すべきことを真剣に考えてみたいと思います。

今回の特集は非常に長いものとなってしまいましたが、とても大切な特集です。必ずみなさんに読んで頂きたいと思います。

【特集担当より】

全国状況

精神科救急医療システム整備事業の実施について

今般、精神障害者等の休日、夜間等における緊急時の精神医療確保のために「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」を別紙のとおり定め、平成七年七月一日より実施することにしたので通知する。

従来、救急医療対策の中で精神科の救急医療は必ずしも十分でなかったことから、本事業は精神科救急医療の充実を図るために創設するものであり、実施に当たっては一般の救急医療体制との十分な連携調整を図るものとする。各都道府県においては、この趣旨を踏まえ、地域の実情に応じた精神科救急医療システムを構築し、精神障害者等の緊急時における精神医療が確保されるよう積極的に対応されたい。

なお、本事業の実施により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三三条の四の規定により都道府県知事が指定した応急入院指定病院に対する精神科救急医療施設運営費については、平成七年六月三十日をもって廃止する。

《上記の文は平成7年10月27日に厚生省保健医療局長より各都道府県知事あてに通知されたものである。》

そのような中、国は1995年からの4年間で、全国に精神科救急医療システムを整備するために「精神科救急医療システム整備事業（以下『厚生省指定事業』）に着手した。この事業を運営する自治体は、2001年7月現在、44都道府県に及び、今後数年内には、全国にあまねく普及する見通しとなっている。また、2001年度は全国の都道府県と政令指定都市の計59カ所に24時間対応の電話窓口を設置する方針を固め、約6億1千万円を来年度予算概算要求に盛り込んだ。

また、精神科医療の実情が地域によってあまりにもばらついているためか、都道府県の運用実態はまちまちであり、システム全体としては、いまだ総括的な評価を下すべき段階には至っていないのが実情である。

厚生省指定事業の実施要綱そのものがもつ問題点を以下にあげる。

- (1) 緊急措置入院ケースに関する規定がない。
- (2) 精神科救急医療施設のばらつきが大きい。
- (3) 経済給付が一般救急医療に比べて低すぎる。
- (4) 警察による搬送に触れないなど、搬送体制について不備がある。

…等が挙げられている。それぞれの都道府県が上記のような問題点を抱えながら行なっているのが現状であろう。愛媛県は全国の中でもほとんど最後のスタートであるが…これからの課題は山積みであろう。

「日本精神科救急学会：わが国における精神科救急医療システムについての提言」、「2001/08/29 産経新聞 東京夕刊」「資料：精神科救急医療システム整備事業実施状況」より

愛媛の現状

愛媛でも、平成10年度から機関レベルでの検討がされ、13年度から精神科救急のニーズの多い中予地域で導入されることとなった。愛媛県が実施主体となり、精神保健福祉センターに精神科救急医療情報センターを設置し、センター内に相談員が常駐する。休日（9時～17時）や夜間（17時～22時）における緊急に精神科の診療を必要とする者に対応するシステムであるが、適正な医療を提供するためにかかりつけ医療機関への連絡が前提となっている。

しかし、システムの基となっている国の精神科救急医療システム整備事業には、都道府県が指定した精神科救急医療施設が輪番制で対応することとなっており、精神科救急医療情報センターの設置とそれに伴う予算も確保されていないのが実情である。

このような中、システムの形が公表された時（13年8月）とスタート時（14年1月）では、システムの要ともいえる精神科救急医療情報センターにおける機能自体が全く変わり、相談員等職員の職種からは精神保健福祉士の名称が消えてしまった。

精神科救急医療情報センター

機 能	機 能
・相談 ・カウンセリング ・精神科医相談（診療） ・かかりつけ医療機関連絡 ・受入病院手配 ・緊急対応アドバイス・指示 ・緊急対応状況の情報収集 ・緊急対応状況の検証	・緊急対応の要否判断 ・保健所等関係機関の紹介 ・対象者の医療情報の収集 ・かかりつけ医療機関連絡 ・受入病院手配 ・緊急対応アドバイス・指示 ・緊急対応状況の情報収集 ・緊急対応状況の検証
職 員	職 員
・精神科コーディネーター 1名 県非常勤委託職員 ・相談員 1名 看護技師協会、精神保健福祉士協会、各精神病院から派遣 ・正規職員（精神保健福祉士）1名 ・精神保健指定医 1名 指定医の役割 必要時派遣され、相談、診療などを行なう。 （オンコール体制で将来は常時）	・相談員 2名 精神病院に派遣依頼 看護師・婦等の資格者 ・正規職員（保健婦等） 1名 ・精神保健指定医 1名 指定医の役割 救急対応の要否の判断 処遇についての判断 病院、医師への連絡 措置診察（第一次） （オンコール体制で将来は常時）
<13年8月時>	<14年1月時>

* 太字下線部は、機能、職員構成が変更になった部分

精神保健福祉センター内に精神科救急医療情報センターを設置し、窓口の役割を担うということで、当初、精神障害者や家族の不安に対応できるソフト救急をイメージしていたが、いざスタートしてみると、緊急対応中心のハード救急となっている。このシステムは、入院導入のシステムになりかねない危険性を持っている。「精神障害者が安心して生活できるシステム」となっていくことが必要であると思われる。

今回の精神科救急システムの成立の経過を探るために関係者（県精神保健福祉センター青木所長、P 協会県支部丸田支部長、前精神病院協会会長・真光園植田院長、松山中央保健所檜垣保健婦）との対談、インタビューを行いました。じっくり読んでみてください。

対談：精神保健福祉センター・青木所長 一味酒心療内科・谷本

H14. 1. 31 於精神保健福祉センター

—3ヶ月の間に中身が変わったわけ—

谷本：8月の時点で精神病院協会会員に医師会に集まってもらって説明会をしたでしょう？その時に救急システムの内容が公表されてその時点で要綱が配られていますよね。その8月の案と12月に出た案がこれだけ違うことを誰も知らなかった。

青木：どこの部分のところを…？

谷本：ソフト救急ですよ。とにかく相談、カウンセリング、診療が中心だったはずのものが、全部なくなってあの救急入院システムだけが残ってしまって、僕らの目から見ると似ても似つかぬ同じ制度だととても思えないようなものになってしまってるわけですよ。

青木：結局、そもそもはきちっとした検討会でその始まったからオープンに議論してきましたし、あるところでもう検討会をとじてしまっただけが…13年3月10日ですよ。そこでオープンな検討会には終わったわけですよ。そこからは県のほうといろんな先生との“調整”というかたちで中身が見えにくくなったという状況があったもんですから。その中で始めは確かにここ（情報センター）に人（相談者）が来るんだというふうに描かれとったんですけれども、これはね悪意でもなんでもなくてとにかくまあ県庁のほうも早くたちあげないといけな、何とかこの13年度予算を使って年度中に事業を始めなきゃならないというタイムスケジュールもあって、そんな中でとりあえずそのできるところからやろうやというふうに考えとったんで、多分直接相談を受けてもなかなか対応が…という話になって、オンコールの指定医がここへ来るという賛同者が中軸で70人中の30名だったりとかな。

谷本：それは県と精神病院協会との話ですか？

青木：私も相談をちらっと受けました。

谷本：まあ県というのはセンターも含めてのこと

ですよ。

青木：だけどそれがきちっとその会議みたいなもので検討委員会みたいなところじゃなくて、要するに説明会の中でその、こうですよというふうに、こういうふうになりましたというかたちで言ったものだから、十分議論、皆に公平になされたかどうかとするとあまり手続きはうまくなかったです。

谷本：もう本当に僕も含めてですけども、救急システムを頭に描いていたほとんどの人は8月のあのシステムのかたちでスタートすると思っていたわけで。夢にもこういうかたちに変更されるとは誰も思っていなかったわけですよ。議論があって、その中で理由があって、攻防がある中でこれはこういうふうにしよというのが出てきておれば、まだ止めようもあるやろうし、打開策も出せようし、なんですけども。これは誰がどこでどうやって決めたんか…？

青木：あの、とにかくひとつは今回の救急システムでその担保されていることというか条件がついていて、その一つが、実際ある程度やりながらもいろいろな制度上の不備もあるし、時々検証してまた必要であればシステムを変えていきたいと思いますというふうな、そういう条件はきちっとついていると思うんですよ。だからこれでええとは思ってないですよ。

—相談機能とは—

青木：この前消防署から、救急車で搬送してくれと依頼があったときにはお宅（救急センター）は面倒みてくれるのかという問い合わせがあったので、地域で問題となる人がおるんやったら、ご両人が早めに保健所に相談に行ってくださいと言ったのよ。でいざとなってもどうしても間に合わなければそういう入院手続きもうち（センター）を入口にして保健所とかなんとかで動かすこと

はできますけども、とは言ったんよ。ひとつはやっぱりかかりつけ医に自覚ができて、かかりつけ医につなぐものは今以上明確にできるようになるということ。だから輪番病院があってよりはっきりそこへ入院させられやすくなるという、これも事実やと思うんですよ。でもかかりつけ医の問題もあるし、それから後もう一つは今のこの電話機能の中でもやっぱり必要な社会資源にきちっと結びつけることができる一つの窓口やと思ってるんですよ。

谷本：それは相談機能ではないですね。

青木：相談機能なんです、それ。

谷本：相談機能はないわけでしょ？だから、だからそれはね緊急の、だってそうやって書いてありますよ。緊急を要するもの以外は対象外なわけじゃないですか。

青木：でも緊急を要しないという判断をまず救急センターでして、これは緊急を要しないからどこそこへ行きなさいと言ったのは立派な救急の入り口やし、相談機能じゃないですか。僕はそう思ってるよ。

谷本：いやだからね、それは相談員の資質にかかってくるわけじゃないですか。原則としてはうちの問題ではないと徹底をするときにですね、これはうちの範ちゅうではないということを使うわけですからそれは相談にのる必要ないわけでしょ？緊急でないですから。それともう一つ。助けを求めて例えば相談センターにまでせえとは言わないけどもね、患者さん当事者が救いを求めて電話がしてこられるような所になれるのかということなんですよ、一番は。

青木：そりゃわかっています。検証作業を前提にしてもらわないかんのやけどもそれは例えば5秒で切ったか、5分聞いたかいうことを検証したらいいと思うんよ。でそれをどこかに結びつけて紹介したとかね、いうふうにどこそこ行きなさいよと。その結び付け方の丁寧さだってあるわけでしょ？

谷本：だからそれを丁寧でありなさいよということだったら相談、相談業務なわけやないですか。

青木：僕は相談というのは当然その中で振り分けないかんわけやから絶対あると思ってる。

谷本：いやいや、それはだって相談、カウンセリングは業務ではないと書いてあるわけですから。業務ではないと書いてあるんですよ。

青木：“相談、カウンセリング等の依頼については必要に応じて保健所、関係機関を紹介するものとする”と書いてあるやん。

谷本：“…必要に応じて紹介する”ということは、結局はしないということでしょ。もう一つは入院導入システムのセンターにね、そういう相談も救急を要しない相談をしてこられるような待ち方ができますか？ということですよ。

青木：それはね正直言うとこれからの検証作業だし…。

谷本：だから（当事者、患者さんが）電話がかけられるようなセンターになりたいと思ってるんですか？

青木：思ってます。

谷本：思ってるんやったらやっぱり相当業務内容は変えていかないかんし。

青木：だけど直接相談、直接診療は当面できんと思いますよ。

谷本：違いますよ。必要だができないというのと、必要ないというのは全然違うでしょう。

青木：必要…必要ないなんていってないじゃないですか。

谷本：いやいや、センターの機能としては必要ないということをおね、だからソフト救急を救急ではないということは、それはいらないということやないんですか？

青木：ちょっと待って。前提が間違ってるって。この情報センターにも即入院をせないかん人がハードやとするけど、入院は必要ないけど、という人からも当然（電話が）かかってきて、それは受けるのが仕事やと僕は思っているんです。

谷本：いやそしたら“ソフト救急は救急システムではない”（相談員打ち合わせ会の時の青木所長の発言）というのはどういう意味なんですか？

青木：それは岡山の話のことで、その一つは代表するようにリピーターの問題とかね。ここに書かれとった内容なんやけども。寂しいからかけてきて、例えば岡山の人たちもそれはうちで受けるべきものなのか、生活支援センターの相談窓口に送ったほうがいいんやろうかと、こう言ってるんやないですか。

谷本：そうですね。それはせないかんこと。だからそれは相談員がそうせないかんこと。

青木：でも岡山はそれでもずるずると夜間休日相

談センターの中で、やっぱりまあ受けていこうや、という形でやってるんだけど。到底僕はね今の感じですけども、するするなっていくようなものをね、救急で受け取ったらこれはもうすごい範囲も広がるし、そこまではやりすぎなんやないかと思ってらんですよ。だから単発は原則っていう、それが合っているかかどうかわからんけども、そう僕は思ってる。

谷本：だからその日その日の単発は原則でしょ。けども、それが単発が連続するっていうことはもうしょうがないじゃないですか。あり得るわけじゃないですか。

青木：それはどこに振り分けられるかとか考えないかんじゃろうね。で社会資源がなければやっぱり作っていかないかんという話に結びつくかもしれんよ。でもやっぱり救急っていうのはその時にどう答えてあげているかっていうことよね。。

谷本：今のね救急システムですすね、電話だけの救急システムでその自傷他害があるかどうか、緊急に入院が必要かどうかということ相談員が（電話だけで）受けて、相談員から指定医に（又聞き電話で）連絡が行くだけで、本当に適切な判断ができると思います？電話だけですすよ。

青木：うん。だけど、情報センターが入院が必要やないかと言ったときに、保健所が今度粘っていくわけでしょ。情報センターを作ったっていったときに、私は保健所が忙しくなるようなシステムやなといったんですが、そこでもう1回チェックは入るじゃないですか。懸念しているのは、センターが電話で聞いてそしたら入院ねといったらパーっとそのルートでいってしまうというふうに思ってるんでしょう？

一かかりつけ医の役目とは一

青木：かかりつけ医を大事にするということが良かったと思ってるんですよ。それもなかったらどんどんレールに乗せるだけ（入院）ということになったと思ってるんですがね。私は救急にはソフトとハードがあると思っています。理想論からいうとその両方に応えていくべきだと思ってるんですが、今の体制では難しいからできることからやっていこうと…。

谷本：ソフトとハードと両方はできんから、と

りあえずハードをやっておこうと。

青木：僕にはハードだけっていう感じはないんですよ。かかりつけ医につないだということだけでも意味があるんじゃないかと。

谷本：かかりつけ医のことですが、主治医がいる場合は、主治医が責任持って訪問、往診をすればよいと思うのですが。

青木：しかし今の風潮からいって病院だけが出ていって注射でも打って連れて帰るということは…。

谷本：注射をうつとは言ってないでしょう。

青木：まあまあじゃ注射抜きでも連れて帰るっていうことになんかブレーキが効いていますからね。それはいいことでもあるんですよ。それじゃそんなときは34条（移送制度）を使えって言うことなのかな？

谷本：僕は移送制度は要らないと思っているんですが、移送制度を使うためには2人の医師が必要なんでしょう？それがそろえられないから実際は使えないということでしょう？

青木：そういう意味ではね。全国的にも移送制度ができるときには何でそんな制度を作るんだという反対がありましたね。でもできてしまっただけ。なるべく使うまいっていう流れになっていると思うんですよ。県も34条はあまりやりたくないと思っていると思いますよ。一方でそんな議論がありながら保健所の移送ではない搬送がそれはそれで問題になるのかもしれないけど。

谷本：だからそれはやめないといかんと思いますよ。

青木：だから余分な入院させたらいいという搬送をやめなさいと。必要な場合をきっちりやって地域できっちり見るということをして…。

谷本：医師がもっと動いてくれないといけないと思います。

青木：どこの医者はどう動くんですか？

谷本：どこの医者もですよ、たとえば依頼があったら訪問診察をしたり、往診に行ったりできるような考え方を持っていかないと。だって病院にいて連れてきたら診ますよというわけでしょう？連れていけんわけでしょう。普通の病気で寝とる人がおって連れていけんということであれば往診に行きますよね？一般科であればいきますよ。

青木：んんん。

谷本：入院をさせるためじゃなくて診察をするた

めの訪問診察をもっと責任をもってやらんといかんし、ましてかかりつけ医であったらするのが当たり前でしょう？それができてないのが問題なんでしょう？

青木：そうそう、それはそう。

谷本：今回の救急の中でかかりつけ医に責任を持たせたことが重要やったんですよ、といわれていましたが、かかりつけ医に連絡をとって“わかりました。それでは訪問診察に行きましょう”ということにはならないでしょう？

青木：でも一応連絡はとる。それで連絡のとりようがなかった、とかね。

谷本：実際病院、自宅、携帯は全部控えられているんですか？

青木：んん。教えてくれているのがこれだけ。

谷本：えっ、ということはオンコール当番医に登録されていない先生はわからないわけですか？しかしそれは別モンでしょう、“オンコールの当番をする”ということと“かかりつけ医の責任”ということとは。

青木：別モンなんよ。

谷本：別モンやから、それは確認しておくべきでしょう。だから僕は相談員の打ち合わせ会するとき、かかりつけ医の連絡先をきちんと把握できているんですかと質問したでしょう。そしたら大丈夫ですと県の人はいましたよね。だから僕はきちんとできているんだなと思っていましたよ。

青木：オンコール医師の連絡先のことといっしょになっているのじゃないのかな？

谷本：オンコールの医師の連絡先がわかっているのは当たり前じゃないですか。

青木：じゃ、これからかかりつけ医と連絡がとれんじゃないですか、それをきちんとしましょう、ということが検証作業の中で出てきたらいいと僕は思っているんよ。病院にはこれだけつながった、けど診療所にはこれだけつながらなかったということが出てくればいいと思っているんよ。そういう意味で検証作業をまじめにやりますよと言っているんです。

ー検証作業についてー

谷本：その検証作業をいつやるのかということをやちゃんとしておかないと。1ヶ月のデータが集まったらまず1回やるべきだと思うんです。1年経ってからじゃいかんのです。

青木：それはない。4月までにやれるかどうかはわからないけど。

谷本：3月までは不完全な形でやるけど、4月から本格スタートをしようと思うのなら、3月までに検証作業をしないといかんでしょう。2月の末にはしないと間に合わないと思うんですよ。このシステムについて作る時にみんなが集まって作ってスタートして、検証するのだったらまだかまんと思うんですが。

青木：まじめに取りくむつもりやけど、データがたまっていけないとできない。

谷本：1ヶ月分あったらできますよ。電話がかからないということもデータですよ。当事者や患者さんに頼りにされていないシステムだということが検証されるわけです。

青木：だからこの制度をどれだけ広報していくのかということも話し合われるんだろーと思っていますよ。

谷本：4月からスタートするのであればどんなことがあっても3月までには検証作業をやってもらわんと。4月からは相談員を募集してやるんでしょう？となるとこういう体制でやりますから協力して下さいと思えないと思うんですよ。

青木：うん、わかった。3月までにやらないかんということはわかった。

谷本：少なくともそのメンバーは登録している人は出席できるのは当たり前ですね？

青木：うん。

谷本：P県支部としてもこれから取り組んでいくというのが実態ですからきちんとわかってもらうようにします。3月までにはやることだけは。

青木：正論でしょうね。4月から任意で集めるということからすると3月までには1回は締めのをやっとかないといかんやろなというのは筋論そのとおりだと思う。ただ気になったのはこれだけかかりつけ医につながらなかったのということをや想定で出してもいかなんと、いろんなデータを出した上でやらんと。まあ件数がなかったということもデータとして生かすのであればね。

インタビュー：松山中央保健所・松垣保健婦・松記H・前原

H14. 1. 30 於松山記念病院

① 今までの（救急始まる前）保健所の救急の対応・体制はどのようになっていたのですか？

夜間は地方局の守衛さんから係の者に電話で連絡がつくようになっていまして、係長と以下係の保健婦 3 人で上から順番に連絡がいくようになっていました。

土曜日の対応については主と副に分けて当番制にしていました。主（係の 4 人が順番につく）は携帯を持って連絡がつくようにしていて、副の人は保健所の男性職員に協力してもらうようにしています。だけど、保健所の男性職員に対応してもらうことはほとんどなく、係のうち主の 2 人で対応することが実際は多かったです。

夜間土日も判断（措置診察＝精神症状によって自傷他害のおそれ強い方かどうかの判断）しないといけないので 1 人だけで判断しないで、できるだけ複数で本人には会って判断したいなということで、できるだけ 2 人で動いています。

警察も夜間に保護されているケースについては自傷他害のおそれが少なければ、一晩保護して、次の日に連絡してくる事が多かった。今年は自傷の強い人は連絡があってすぐの対応も何件ありました。

リ：松山市の場合はどうされていたのですか？

松山市は直接保健婦から連絡があることが多かった。また松山市の場合は、はじめに市のほうに連絡がいきますので、そちらである程度情報整理をして中央保健所にかけてくる場合が多かったと思います。こちらが本質のことを同じように理解するまでに時間がかかり手間になっていましたね。もう少しこちらに任せてもらってもいいのかなと思うことがありました。

リ：どこからの相談連絡が多かったのですか？

やはり、警察からの連絡が主でした。それと家族や住民の方からも連絡がありました。特に、住民の方々からは迷惑行為を受けているということでの連絡が多いですね。だけど、すぐ自傷他害のケースということで動くということはありませんでした。強制的な入院にはならないけれども話を十分聞くことで気持ちを和らげたり、本人のところに訪問することで状況を見たり、入院ではなく関わっていく姿勢を見せていこうとはしています。

② システム開始後、保健所の救急の対応・体制はどのように変わりましたか？

今の精神保健係も 4 人体制で万全ではないであろうし、マンパワーも充分ではないのでそういう現状を踏まえて保健所の体制を上司の人達に検討していただいて、所内の保健婦と支所と全保健婦の協力と男性職員の協力を得られることにはなっています。全保健婦 15 名（管理職等除外あり）、男性職員は 17 名で平日・土日とに分けて輪番でしています。主が保健婦、副が男性のペアということになっています。

やっぱり 1 人より 2 人のほうがいいですし、現在は警察の人が警察の車両で搬送することが多いのですが、これについてもこれから保健所の車で搬送しないといけないことがあるかもしれないことを想定しているんです。男性職員が協力して、保健所の車で搬送することを一応想定はしているみたいです。

リ：職員に対して精神の方々の知識やシステム理解について等どう取り組まれているのですか？

保健所内での「こういうシステムがはじまります。」ということの説明会は 1 月に入ってからお話しはしているんです。体制については 3 月ぐらいに、再度検討するようになっていきます。男性の職員から

「自分達はどういう役割をしたらいいのですか？」という意見も出ていましたが、上からの職務命令ということで了解してもらいました。副査は主査の保健婦の指示に従って対応するという事にはなっています。

でも今の体制が良い体制とは思っていないし、“専門職を増やして欲しい”ということは県のほうに予算も含めて要求していくべきとは言っています。

リ：専門職の必要性についてはどう思われますか？

今のところは保健婦という職名でしか配置はされていません。人権擁護の役割をもつ専門職ということで主は保健婦でなければならないという建て前ではありますが、保健婦でなければならないことではないと思います。私は保健婦じゃなくて人権擁護のこととかも含めて精神保健福祉士の倫理綱領の中でも Y 問題のことや本人の尊厳のことを大事に思っている精神保健福祉士のほうが必要だと思います。課長も精神保健福祉士は必要だと前から言っている方だから、これから精神保健福祉士の要望はしていけないといけないということを言っていました。けどなかなか体制にしていくことは難しいですよ。この間県のほうに要請をしてきた時に精神保健福祉相談員として精神保健福祉士の資格を持っている保健婦を配置するという事は可能なのではないだろうかと言うことは出ていました。なんとか精神保健福祉相談員の配置もして欲しいと思っています。

③ 保健所の役割をどう考えますか、その体制が今の職員で組めるのでしょうか？

本人に会わずに判断してしまうことだけはしたくないと思っています。本人と面接せず相談員の段階だけで判断してしまい、保健所は病院で診察と立会だけになってしまわないようにしていきたいと思っています。しかしそうになってしまうのではないかなと不安はあります。組めるかといったら組めない現実がありますし…。

④ 自傷他害のおそれがあるのかということと今の情報センターの相談員で責任を持って判断できると思いますか？

責任を持って判断できると思うか思わないかで言ったら、思わないですね。いろんな経験がなかったらなかなか判断は難しいと思うし私達もいろんな情報を聞きそれだけで判断してしまうということは今まででなかったし、それだけで判断するということは責任をもてないですよ。本人にお会いしてその上で判断ができることが多いかなと思います。電話でいろいろと相談を受ける場合は、“こういう人なんかな？ああいう人なんかな？”と考えイメージしながら話を聞いていく訳ですよ。だからその人その人によって捉え方も多分違って来るであろし、聞いただけの情報で判断するのは難しいだろうと思います。

⑤ 早急な医療が必要な場合の休日・夜間の診察についてはどうなっているのでしょうか？

休日とか夜間の場合は診てもらえないこともありますよね。病院がない場合は順番にこまめにあたります。ベットを探す時もそうなのですが、空いていない病院が大半なので病院探しに時間がかかることが頻回にありましたね。

リ：輪番制になり、これから夜間・休日の病院探しこれからスムーズになっていくのですかね。

そうですね。そこだけがスムーズになるのかなって思いますね。保健所が今まで苦勞してきた部分が削除されるのかなって感じる部分と、普通に入院につなげてしまうのかなって思う不安との2つがあります。私は、入院がスムーズにいけば良いとは思わないですから…。実際今まで件数的には、土日が多く夜間は少ないです。夜間の場合は警察に保護してもらい、翌日に対応するってことが多いです。この体制になったから急に件数が増えるってことにはならないと思いますけどね。たとえ措置診察であっても時間がかかっても本人の了解が得られればいいことだから…本人の了解をもらいたいし…丁寧にすすめていきたいとは思っています。

《リ＝リポーター前原》

H14. 1. 29 於真光園

—8月から12月の間に何が変わった—

森：今回の精神科救急システムができていく過程に、支部長として丸田さんはどういう形で関わってこられたのですか？で、当初の案とだいぶ違った形での実施になったと思います。その過程の中で問題点とかは感じませんでしたか？

丸田：県支部としては、平成10年頃から、「地域で生活している障害者の方達が、夜間や休日に気軽に相談できる場がないといかん。」というような思いがありました。そして、国のほうで、精神科救急システム整備事業というのを出したけど、愛媛県は一番最後まで残ってしまいましたよね。その間にうちの院長（当時、日精協支部長）も、なんかいい方法はないかということで最初に取り組んだのが、日精看と県支部で何人かずつ出したらどうかというような案だったんですよ。去年の3月ぐらいの時点からは、日精看と県支部に、有償でお願いをしていくという県の課長とかうちの院長も含めて検討会みたいなのがあったと思う。その中で、そういう人らは全て医療機関、病院とかクリニックとかにおる人間だから、そこ（医療機関）の了承を得られないままにそれをやるわけにはいかんというようなことになったらしくて、病院にお願いをしていくという形になったんですよ。その時には（相談員の職種としても）ちゃんと看護婦、精神保健福祉士というようになっていた。8月に文書で来た時は確かに「このシステムは措置、緊急性を要する措置入院を主目的とはしない。」と書かれており、精神障害者やその家族が地域で安心して生活ができるためのシステムとなっていたんですよ。その機能として診療、相談およびカウンセリングなどが入

ってたんですよ。だから「あっ、カウンセリングや相談が受けられるような体制が情報センターの中にはあるんだな。」と僕は思っていました。で、1月にその相談員の打ち合わせ会ということで各7つの病院から出て言って説明を受けてみたら全く変わっていたんよ。システムはとにかく緊急で精神科診療を必要とする患者に対しての入院システムに変わってしまった。8月の時点では相談、カウンセリングというのがあったのに、そういうのは一切すっ飛ばされてね。僕自身も「何でやる。」という気持ちがあった。8月20日に病院側から県に対しての質問項目を出しているけど、その中では情報センターの機能のことについては病院側からは一切触れていないんですよ。機能を入院だけにせいとか、そういうようなことは一切言ってないのになんで変わったんやろかなってという疑問が僕の中にはひとつあります。

谷本：分かんのですか？

丸田：全く分かん。で、考えられるのは、精神保健福祉センターが情報センターとしての機能をセンターの職員ではまかないきれない、ってことがひとつ。もうひとつは、相談、カウンセリングになると指定医をそこまで呼び込めない。市内には60何名の指定医が居ると聞いているけど、その時にOKが取れたのが約半数ぐらいと聞いている。で、まだまだOKを取っていかんといかんというようなこと言っていたから、その指定医の問題、そのへんがうまくいなくて、おそらく県が勝手に病院に説明をしたことから縮小してポンと出してきたというのが実態じゃないかな、と。そういうようなことで、たまげているんやけど、たまげとっていいかん。これでは患

者さん、障害者の人が夜、電話したら入院させられると思って絶対電話せんよね。まあ、家族と消防、警察からは電話がかかってくると思う。でも、この救急がどういうことか分からずに電話をかけてきて、それに相談員がきちっと相談にのってくれたらまだいいけれど、そうじゃなくて病状のことばかりに走ってしまって入院という形になってしまったら大変なシステムになってしまうという危険はある。

ーソフト救急と精神保健福祉士ー

谷本：ソフト救急の機能がなくなったことについては絶対いかんわけですね？

丸田：救急はソフト救急がないと、ソフト救急があって初めてハードがあるべきだと思うし、そのへんは間違いないと思うんだけどね。我々の相談業務だって同じだと思うし、なんでも一緒だと思う。そうしないとハードばかりボンボンできてきたら、障害者の人ら、病気の人が、それに乗せられてしまうということがあって非常に怖い。それとさっき精神保健福祉士が8月の時点では明記されていたのに、3月の分では保健婦、看護婦等になっていたということは、僕が推測するには県にそういう職種がないから。

谷本：だから、青木先生もそういうふうにいわれていたけど、そっちのほう（県職としての精神保健福祉士が雇用されていないこと）が問題なわけやから。

丸田：保健婦としては雇われとるけれども、精神保健福祉士としては自分の資格として取っていると。だから、そこへ精神保健福祉士と書いてもらっては困る。だからこそ、県に精神保健福祉士を置いてくれ。といった人がいると。

谷本：そういう話だろうね。

丸田：そういう話をしてみたい。で、我々としてもこの救急とは別に、来年から始まる市町村

への機能移管のこととか、保健所の機能の問題とかということで県に対しても精神保健福祉士をちゃんと職名で置いてくれという要望を県知事宛に出して、部長とも話をしたけれど、ちゃんとこれも根拠にしたかったんですよ、救急のこと絡めてね。「県はこういうふう（相談員として精神保健福祉士の名称を使っていること）にしているんだからちゃんと置いてくれと。」いうのも要望したんですよ。ところがこういうふうになっちゃって。これはまた役員会を通じて、もういっぺんこれを会員に知ってほしいと思う。おそらくみんなこれ分かってないけんね。

谷本：わからんやろね。

丸田：だから役員会の中でもちゃんと分かってもらって、その上で我々の立場を明確にしてね、で、このことに関してもセンターにも言わんといかんと思うし、県に対しても再度活動せないかんと考えている。

森：（現在の）相談員の中に精神保健福祉士が少ないことについては？

丸田：我々が一番身近に相談業務をしている。病院から指名されるからどうしても看護婦の方に行ってしまうんかもしれないけど、結局それは病院の中で精神保健福祉士たる者がどういう者であるかということが認知されてない部分があるんだな、と思います。それではいかなので、実際に相談業務には我々がまずということにもっていくべきとは思っています。実際、相談員打ち合わせ会当日には80何名来られていましたが、その後すぐ三木課長には「こういうばらばらばらした体制の中でやってもおそらく統一した相談にはのれないと思いますよ。以前お話していたように日精看と県支部で輪番を組んで有償ボランティアを各団体をとおして募集するべきです。それぞれの施設に対しては県のほうから“有償ボランティアで派遣してほしい”とお願いして、ローテをまわしましょう。」と「そい

うやり方にしていきたいと思います。」「県支部はそれに対して協力するから。」と。「今後1月から3月まではしかたがない。でも4月からはちゃんとした相談にのれる体制を整えるためにそういう形を取りましょう。相談員に対する研修も日精看と県支部とで、県が組んでやりましょう。」と。「そういうシステム作りをしないとうまくいかない。」ということも言いました。で、その中でソフト救急をどうするかということもあるから、あの1月から3月までのことで、電話であがってきたことや件数は、全部日誌に控えてもらうように質問したし、検証作業がしっかりとされないといけないということを伝えた。その検証作業は“中予精神科救急関係連絡会”でと県が答えているから、そこに支部もいれるようにいうことをいっていいこうと思っています。

谷本：支部も入らんといかんと思うけど、それは相談員として参加している人は誰でも出られるようオープンにしないといかんよ。

丸田：うん。今の体制の中ではね。

谷本：相談員の質というのも検討委員会の懸案にもなるよね。岡山でもいろいろのようだから。それともうひとつは今の体制のままで人選だけを進めても、何にもならんと思う。今の形（緊急入院導入のシステム）のままで精神保健福祉士ががんばってやってもだめなんよ。

丸田：うん。だからそれは当然元の8月の案にどうやって戻すかという議論をしないといかんはずで、そのためにはやっぱ上がってくるケースを…。

谷本：でもね、上がってくるケースというのはソフト救急のセンターやったらかかってくるもんが、今のシステムではかかってこないわけや。

丸田：うんかかってこない。けどかかってくる場合もあるでしょ。だからそのかかってきたケースの相談というのが大切なんだというのを実際に相談を受けた人から出してもらわないといけないと思う。

谷本：それはね。

丸田：だからハードな救急も必要かも知れんけど、ソフトがあつてのハードだっていう話に持ていかない。

谷本：ソフトがあつてのハードなんだけど、例えば、岡山では5年間で700人くらい来所があり1万何千件電話があつて、入院に至ったケースが4件ですよ。僕もそういうことやから、空の救急システムは電話もかかってこんし、入院もなくてすむし、まあ、やっとなるだけの救急がしばらくは進むのだろうなと思っていたんよ。でも、1週間に2件あったわけでしょう？これはあつという間にシステム化されるよ。これこのまま1ヶ月たったらえらいことになるよ。1ヶ月で5件や6件はかるくしとるわ。救急システムの中に入院システムを安易にのせたらいかんよ。

丸田：うん。それはいかんと僕も思いますよ。

—岡山と愛媛のちがいは—

森：岡山県のソフト救急を中心とした精神科救急システムについてどう思いますか？愛媛県の精神科救急システムと岡山県の精神科救急システムとの違いはどのようなところだと思いますか？

丸田：愛媛のはまず「入院ありき」よね。だから障害者、病気の人が入院させてくださいと電話をしてくることはない、家族とか消防とか警察、周囲が困ってるという相談でしょう？本人は、電話したら入院させられると思ったら、絶対かけんよね。そうじゃなくて岡山のはそういう相談に、夜の不安とか薬の不安とか1人で居ることの寂しさとか、そういうことにのってくれる救急。その違いは全然大きいよね。

森：どう考えても、当事者のためのシステムではないですね。

丸田：周囲のためのシステムやね。

—これから私たちが取り組むべきこと—

森：今後、県支部として、先ほどまでソフト救急の大切さみたいなことがでていましたが、そういうことを整えていくために、適切な形で救急システムが実施されているかどうかを検証していくためにはどういう形で働きかけていくのか？岡山県の場合は精神保健福祉士協会だけではなく、他にも広く関連職種との連携をとって運営されている状態になっていますが、そういう状態に近づけていくために県支部としてできることというのはどんなことがあるのか。ということとか聞かせてください。

丸田：ひとつは今の救急システムの使われ方にもちゃんと問題提起しないといけない。入院のためのシステムやのに34条については一切触れてないんよね。移送についても。家族の協力が可能であって連れていけない場合にはどうするのかとかね。実際にその人がどういう状態にあるのかとか。診察もなしで連れて行かれてしまう、措置の場合も一緒でしょう。その人が精神障害の疑いがあるかどうかも分からんままに連れて行かれるわけですよ。それはすごい矛盾があるよね。だから、往診とかの問題がひとつ。それと応急指定病院の問題。応急指定病院は中予には松山記念病院しかない。それだけ医者が少ないということ。だから、医者のあり方、医者に対しても提言していかないといかん。

谷本：そうやね。

丸田：病院としてきちんと往診体制というのを作るべき。それがあったら移送についてもきちんと判断できる場合もあるし、そういう今の入院形態のなかで起こりうる問題っていうのをちゃんと整理をしていくべきというのがひとつ。あとはソフト救急にどうやって結び付けていくかということだけど、岡山の場合は運営委員会方式ですよ。いろいろな団体が入った運営委員会になっているけど、愛媛の

場合は運営委員会じゃなくて情報交換会みたいなんですよ。結局、病院ありき、あくまでも病院ありきなんよね。

谷本：(岡山は)精神科医会と県がリードしている。だからそういう診療体制が組めるけども、岡山だって当番で出ている医者は30何人しかおらんわけやから人数的な問題ではないわけと思うよ。

丸田：だから、オンコールの当番の協力している医師が今30何人ぐらいいるのなら、協力してもらって、病院とか関係なしに運営委員会方式みたいな方がいいのかもしれない。そこに支部として入るとか、日精看として入るとかいうようなことと、あと相談員の現場の声をどうやって吸い上げるか。というようなシステムを作るべきだと思う。でも今すぐというのは難しいだろうから、当面はそれよりもまずこの救急について支部会員に理解してもらわないといかん。それが一番大きい。

谷本：県支部としてどういう問題点を見出して、どういう見解をもち、どういう方向で働きかける動きをするのかということをはっきり取り組むべきだ。支部としての意見をちゃんと県にも出して、センターにもぶつけないといかんと思う。

丸田：うん。

谷本：そのためにはやっぱり、早急にきちっと勉強会をして、まとめて。どのワーカーが聞いても、聞けば聞くほど「絶対いかん。」と思うはずやろ。10人が聞いて10人ともこれはいかんと思うはずよ。(当初の案と現在実施されている案とを)比べて出してみれば、「いや、今のほうがいいんじゃないですか。」という会員はおらんやろ。

丸田：おったら悲しいね。

谷本：とにかく、県支部としてはこのシステムは当初のものとはうって変わって似ても似つかぬとんでもないシステムだと。

丸田：うん。

谷本：もうこれを許しておくわけにはいかんから、
県支部はきちんと、毅然と戦うつもりがある。
ということでいいですね？

丸田：県に対してきちんとすべきだと思う。ただ、それをいっていく前段階には、会員が（二重拘束の問題になるが）、精神病院協会にはいたり、日精看にはいたりいろいろな立場の人がいる。その中でちゃんと話ができるだけの知識を持ってもらって、我々の立場はこうですよって言うことが言えるようにならないといけないと思う。けど、こういうことを会員それぞれに伝えていくことがむずかしいよね。

谷本：ほんとにこの辺のことはきちっとわかってもらわんとね。ぼくやったら（このシステムのことを）書けば書くほどに怒りが込み上げてきて文章がとんがっていくんだけど、「なんで、そこまできつい文章になってしまうのか

ってということが伝わってないんよね。

丸田：分かんやろうね、なかなか。

谷本：なかなか実感としてないんよね。

丸田：ないやろね。

谷本：入院をさせるということが自分の居る場所からずっと遠いとこやから。わからんよね。
例えば暴れる患者さんを抑える現場を経験している人もあまりおらんのやから。

丸田：おらんよね。

谷本：おらん。にこにこしてありがとうございますという患者さんしか知らんわけやけん。

丸田：ワーカー様さまになるけんね。

谷本：そうそう。先生といってくる人ばかりが患者さんやと思っている。障害者が地域社会にとけこんでいう話をしているけど、それは自分の言うことを聞いてくれる患者さんの話をしているだけで。

丸田：まあ、なかなか分かってもらいにくいよね。

真光園・植田院長コメント

日時場所・同上

丸田：（相談員の説明会で）ひどいことをしていたな。センターの場所も教えない、何故教えないのかといったら、ここには危険なものがいっぱいあるから来てもらったら困ると。

谷本：場所はずっと伏せておきます、鍵は全部キッチンと掛けて誰も入れないようにしますから安心して下さいっていうんですよ

植田：それは鍵を掛けて閉鎖されたようなもんだね。

谷本：ええ、閉鎖病棟です。

植田：閉鎖病棟、閉鎖相談室だ。

丸田：そうそう。

谷本：で相談員が電話に出るじゃないですか、匿名ということでやりますから大丈夫です、安心してセンターにきてくださいと。何か危険なことをさせられるんじゃないかというような。

植田：そうそうそうそう、なんか勘違いしているわけよ。結局ね、名前を出してやるとね、ストーカーみたいなね、そう思っていたら大変ですよ。勘違いしてるんです。だからそういう意味から

言ってもね、もうちょっと事実を集積してね、こうじゃないかと、こういうもんですよ、こうしなさいよというやり方もひとつある。

丸田：3月まで決まっていますからそれまでの状況を見ながら。

植田：3月の中旬か遅くても中旬に集まって大体の方向を話し合わないといけないな。まあ私もちょっとよく調べてみます。

谷本：何とか元の形に。

植田：何とかかなと思いますよ、いろいろやったら。最初から私は「いろいろな情報が入ってくる、相談なんかかなり多いようだ、それなら情報センターを作りなさい。ずっと見渡すところそういう場所は精神保健福祉センターしかありえない、そこに作りなさい」と、言ったんだけどな。

精神科救急システムの問題点の一部を挙げてみました

- * 14. 1 現在オンコール当番に登録指定医
中予地域の精神保健指定医総数：61名
うち登録者は
 - 精神病院 18名
 - 精神科診療所 8名
 - その他 4名
(センター、大学、総合病院など)計 30名となっている。
- * かかりつけ医を優先重視するというのがこのシステムの重要点といわれているが、現在、実際には県はオンコール登録をしていない半数の医師の連絡先(携帯等)を把握できておらず、了解も得られていない。
- * 精神科救急情報センターの設備は、基本的に電話回線が2本、そこに当番相談員が3名待機しており、そのうえにオンコール(電話待機)の当番指定医が1名の計4名体制である。公表されているのは、電話番号のみであとは何も公表対象とはならない。これだけの人数で1本の電話を待つ必要があるのか。
- * オンコールの医師は電話だけの判断で要措置診察と判断された時だけ警察か病院に出向き、措置鑑定(一次)を行なう。それ以外は全て電話対応のみ。
- * 今までの実績でいえば平日夜間はほとんど電話はない。日祭日に時々はいる模様。
- * 相談員の研修などは現在のところ全く考えられていない。対応についての簡単なマニュアルがあるのみ。相談等を業務とするなら当然必要になってくると思われる。
- * 相談員マニュアル(P11)精神科救急判断基準における問題点の一部を列記してみた。
 - ①自傷他害の恐れがある場合→保健所、当番指定医へオンコール、当番医療機関連絡
(問題点：かかりつけ医への連絡が抜けている、判断する前にまず意見を聞くべき。措置入院の第一次鑑定についても主治医を優先するべきである。)
 - ②速やかな精神科受診が必要な場合→かかりつけ医または、当番医療機関紹介
(問題点：かかりつけ医に診療を依頼するところまでできるのか、連絡がつかない場合、当番病院に対する県の依頼は指定医への連絡と一床以上の空床確保のみで入院対象の対応だけなのか、應急的診療も含むのか)
 - ③速やかな精神科受診が必要ない場合→相談、助言
(問題点：システムの説明(P1)では救急対応を要さない相談等については必要に応じて保健所、関係機関に紹介する、とある。相談助言とは、紹介のみを指すのか)
 - ④精神科救急の対象とならない場合→相談機関紹介
(問題点：アルコール飲酒時、薬物中毒の症状のあるものは、対象外となっている。救急に対象外などあるのだろうか。それはどこが担当するのだろうか。保健所にゆだねるということか?)
 - ⑤身体疾患の治療を優先させる場合→一般救急紹介
(一般科に紹介するのはよいが、精神科についてのサポートはどこがするのか、それをコーディネートするのがセンターの役目ではないのか?)

ソフト救急の実践と重要性

～『精神科夜間・休日センターおかやま』の試み～

〈資料：雑誌『精神医療』1999年17号・25P～36P〉

岡山県では、1992年度からの県施設の土曜閉庁を契機とし、精神保健福祉センター内部で「医療が週2日空白になること」について議論が起こり、「入院主体のシステムではない地域精神保健活動の要となるような精神科救急」の必要性を提案した。その考え方は精神科救急を一般医療のプライマリーケアにできるだけ接近させ、精神医療の敷居を低くして患者・家族の生活の場との距離を近づけることである。その提案に対し、精神科医会、看護協会、心理、OT、P県支部、M県支部などの職能団体などが協力して、運営委員会形式で準備し、1994年1月8日よりソフトな対応を前面に出す意図も含めて「精神科休日相談センターおかやま」として実際の相談・診療業務を開始した。

休日センターは県総合福祉会館の1階に開設され、事務室兼電話応答の為のやや広いスペースを中心に待合室、診察室、相談室が設けられている。診療・相談業務に当たるのは県下の精神医療保健機関の中から自発的意思により登録されたメンバーで構成され、事務局が、勤務希望をもとに日程調整して依頼している。一勤務帯につき精神科医1名にコメディカルスタッフ2名の計3名が当たる。99年2月の時点で登録スタッフは、医師37名、研修医9名(研修医はコメディカルスタッフ扱い)臨床心理士29名、保健婦29名、看護婦22名、作業療法士12名、ソーシャルワーカー12名、そして事務スタッフ4名である。業務時間は最初は休日のみ(10時～17時)であったが、現在は平日18時～22時、休日10時～22時までと365日体制がとられている。スタッフは有償ボランティアとして活動

しており、その報酬は、一単位(夜間、休日を問わず1回の勤務)医師2・5万円、スタッフ1万円。ただし精神科救急の予算の都合上、現在は医師の報酬を2万円にカットさせてもらっているとのこと。(『ずいぶん安いので恥ずかしいのですが・・・』と答えられたが、愛媛は相談員1単位8210円である。)

センターの業務内容は、電話相談・来所の相談と外来診療に応じ、必要時には訪問診察を行なう。相談・診療内容は精神科関連であれば選択せずに応じる。原則として応急的な対応や処置(短期間の薬処方と紹介・連絡業務が中心)にとどめるが、未治療の場合、必要があると考えられれば治療導入に受療中の場合、現在の治療継続に最大限配慮する。

94年～98年の5年間の活動実績を見ると、電話相談のうち89、3%が「当事者患者本人のみ」で「家族から」7、8%であり、来所も「当事者・患者本人のみ」が64、4%、「家族のみ」が18、9%である。治療状況で見ると、治療歴なしと治療中断中をあわせると52、1%となる。患者本人の単独来所率は高く、休日センターへの当事者の抵抗感の少なさを表わしている。未治療・治療中断中のうち、「精神科を紹介」している場合が43、3%、「助言・アドバイス」で終結しているものが30、1%となる。その中で入院に直結した事例は4件のみである。

ほとんどの事例がセンターの機能で解決している。ハードな面では県立病院といくつかの民間病院が輪番で当番病院となり、警察、消防、センターよりの入院受け入れ態勢を取っているが、措置率(97)は0、4%で全国5番目の少なさである。

～ソフト救急は救急システムではなく別のものだと思われる方もいるようだが、岡山の
実践、考え方を検証するとその考えは間違いだと気づくはずである～

「座談会より」（岡山で救急に携わっている方々のコメント）

- ・ 電話相談の中で、「話し相手」という項目に意味がある。精神障害者は日常的に関わりを持てる人が少ないことが多く、そのことが容易に危機状況を招くと理解すべき。
- ・ 最近は電話相談の内、取りとめのない話を聞くということは救急になじまないとの対応が見られ特に医療の側からそうした電話は早く切り上げるのが「専門性」と見られているようだが、「疎外・孤立」ということに焦点を当てれば、簡単に切り捨てるべきではない。
- ・ 熱心な医者ほど「これが救急だろうか」という思いがある。ソフトな救急がハードな救急への発展を予防するという精神科救急の根本が伝わっていない。
- ・ 症状と付き合うことだけが救急ではない。どう生きるかという中身と向き合うことから症状が出てくるわけだから、その生きるということを取り扱うことが救急と関わりがないはずがない。
- ・ (センターの)スタッフが多職種、多施設から構成されているというのも他では見られない。多くの人が自由に交流していることで、相談サイドの教育的効果なども大きいと思う。
- ・ 電話がかかるということは役に立っているからだと思いたい。当事者が同等な立場で意見が言

える(電話であればいやなら切ればよい)とすれば素晴らしいことだと思う。ハードとソフトを対極で考えるならハードでは絶対に起こらない部分である。

どれをとってもすごい言葉ばかりで、ソフト救急が、救急の根本であることがよく判る。実践の中で証明されている。しかし相当なマンパワーが必要であり、特に医師の絶大な協力なしには実行できないし、県が核となってそれをまとめ上げることができるのもなかなか真似できないだろう。しかし、愛媛で考えられていた当初の案はこれに近いものであった。愛媛県の前任担当課長は、岡山のこのシステムを自ら見学に行き、当初の案を練ったという。今の救急システムは絶対考え直すべきであり、少なくとも私たちは、ワーカーとして当事者の立場にたったものの考え方をしようとするのなら、この考え方を支持すべきである。

岡山ではその他にも精神医療審査会における退院請求審査件数は全国で4番目に多く(愛媛では0?)、社会資源も多く存在する。精神医療において入院中心主義から距離を取り、地域医療を志向し、地域社会の中での患者の存在を支える視点が維持されるよう努力が続いている。私たちもそれを目指しているはずである。

精神医療関係比較表

(H12 年)	愛媛県	岡山県	(H13 年 6 月末)	愛媛県	岡山県
精神病床数	5088 床	5882 床	措置入院者数	80 人	25 人
人口万対	33.9 床	30.2 床	措置入院率(%)	1.70%	0.40%
在院患者数	4648.5 人	5402 人	医療保護入院者数	1858 人	1701 人
病床者数	91.40%	91.80%	率(%)	39.70%	30.90%
平均在院日数	408.0 日	311.9 日	任意入院者数	2739 人	3619 人
措置入院者数	82 人	26 人	率(%)	58.60%	65.70%
人口万対	0.5	0.13%	その他入院者数	0 人	164 人
措置率	1.80%	0.48%	率(%)	0%	0.30%
			在院患者数	4677 人	5509 人

* 岡山と愛媛の違いを見てみると、規模は岡山が若干大きいだけでそう差はない、しかし平均在院日数は岡山が100日近く少なく、措置率、措置人数とも愛媛の三分の1以下である。その差が何故出来ているのかを検証してみれば、愛媛の精神医療、地域のバックアップに何が足りないのかが見えてくるのでは？

2月15日の支部役員会において、広報出版部の提言により「精神科救急についてプロジェクトチーム」を立ち上げ、支部として問題に取り組むこととなった。最初の活動として、2月18日、谷本、丸田2名により、今後の検証会のあり方について、県庁との交渉に入った。約2時間半にわたり、下記の県支部としての意見を基に協議した結果、3月1日に検証会が開かれることとなった。2回目は2月26日、浜口（久米）、村上（明星会）、森（GHあさひ）、丸田（支部長）、谷本（味酒）5名により、精神保健福祉センター青木所長に対する申し入れを行う。

精神科救急システム検討会要望案

精神保健福祉士協会愛媛県支部

第1回

《召集窓口》・各オンコール登録医師（登録者で希望者）・各病院→相談員（登録者で希望者）

・P協会県支部→会員（現在登録していないが登録希望者も含む）

・日精看県支部→会員（現在登録していないが登録希望者も含む）

広く呼びかけ参加意思のある人のみ自主参加で

《会議内容》

1月21日～2月20日の1ヶ月間の実績検証作業

- ・相談件数（各曜日）・相談内容（区分別）・事例検討（入院依頼、入院に至ったケース）（下記に例）
相談から結論に至った経過を一つの資料としてまとめ、検証する。問題点を抽出し、4月以降のシステムの考え方を探る。

今後の窓口を検討

（県、センター、精神科医会？診療所医会？P協会県支部、日精看県支部）

各団体の代表者による運営委員会方式で検証検討を継続

第2回

運営委員会を発足させて検証作業の結果を踏まえて今後（4月以降）の方針を出す。

各団体各3～5名程度、計15名から20名程度で

内容 4月以降の相談員の募集方法、役割、研修方法

センターの役割オンコール医師、当番病院、かかりつけ医の役割の明確化。

*その後の運営、役割についても運営委員会にゆだねることとする。

事例報告記載例

1月 25日	相談依頼相手	訴え	判断経過（誰がどうい う経過で）	判断結果	処遇
	松山東署生活 安全課〇〇氏 より。	通行人に暴行を働 き保護された。取 り調べにも幻覚状 態で支離滅裂であ る。	相談員〇〇が対応、相 談員〇〇、〇〇と協議 の結果、オンコール医 師〇〇に連絡。保健所 当番〇〇にも連絡同 行し、オンコール医師 が警察に出向き、措置 診察。自傷他害の恐れ ありと判断。	当番病院〇〇 に連絡。指定医 〇〇に待機し てもらい、警察 車両にて搬送、 2次鑑定。自傷 他害の恐れあ りと判断した。	措置入院の 手続きとな る。
時間	20:45		21:20	22:40	23:30

ま と め

16号の企画を立てる少し前に精神科救急が1月21日からスタートすることが発表された。これまでの経過をあまりご存知ない方もおられると思うが、8月に精神病院協会の会員を集めて説明会が行なわれてから、表では何の話題にも上らなかったところに突然の話だった。各病院に説明があったのは12月18日のことであり、各病院が手配した相談員の説明会が開かれたのは1月10日、スタートの10日前である。

この実施内容を見て経過を知っておられる方は“えっ”と思われたはずである。知らない間に内容ががらっと変わっていたからである。「病」者の人が病院が閉まっている夜間休日でも安心して医療や相談を受けられるようなシステムであったものが緊急入院の導入システムにすりかわっていたのである。医療や相談の保証により孤独や疎外に追い詰められることを防ぎ、急変にも対応できる。そのことにより救急を要する入院を減らすことができる、これは岡山の10年間のシステムで実証されているのである。愛媛の当初の案はそういう考え方だったから“救急システムなどいらない”と思いつつ、容認できたのである。

今回、特集で是非この救急システムのことを取り上げなくてはと思い、提案しスタートしたが、最初は担当者皆、何もわからず勉強するところから始まった。何故皆が知らない間に誰がどうして中身をそれだけ変えたのかを検証するに従い、これはただ特集を組んで読んでもらえばよいことではない、県支部として取り組み、会員は自分の問題として捉え、働きかけていくことが不可欠であると確信した。現在の支部会員90数名の中で、当事者本人の意に添わない入院場面を経験した人が何人いるだろう。地域のワーカーの中には病院の中にも足を踏み入れたことがない人もいるであろう。そういう時代であるし、病院から地域へといわれている時代でもある。しかし、私たちの原点は、「病」者が“医療”と出会ったところにある。いくら奇麗事を並べてもそこから目をそむけては私たちの存在はない。この制度はスタートしてしまった。私たちはこのことを遠い世界のものと思わず、元の救急の考え方のシステムに戻すことを自分たちでやらなければいけない。会員自身の希望で相談員としてこのシステムに参加し実態を知ること、実際の現場でワーカーの考え方を他の相談員に伝えること、そして検証作業に参加しワーカーとして意見を述べること。これは私たちの責務と考える。県もこれがベストと思っているわけではなく、いい方向に変わっていくことについてはやぶさかではないはずである。

広報出版部としてはこのことについてプロジェクトチームを作ることを役員会に提案し、了承してもらった。メンバーは、丸田（真光園）谷本（味酒）森（GHあさひ）村上（明星会）浜口（久米H）大北（真網代くじらH）高須賀（西条道前H）の7名である。まず2月18日に県庁の保健環境部健康増進課との折衝を行い、3月1日にシステムをスタートさせてから1ヶ月分の実践の検証作業をすることとなった。検証会を前にして2月26日センター青木所長との折衝も行う。今後も県支部として継続的に取り組んでいくことと会員一人一人が自分たちの問題として考え、取り組んでいくことを提案する。

編集部特集担当一同・文責 谷本

突撃ルポー泊研修部会

一支部の部会活動を問う！！

日本精神保健福祉士協会愛媛県支部では「一人一役」を掲げており、みなさん支部会員の方々は各部会に籍を置き、活動されていることと思います。部会では職場を離れて様々な立場の人たちと会い、話し合います。思いのやりとりについつい熱が入り、会議が深夜まで続くことや休日返上になることもあります。「なぜそこまでして・・・」と考える方もいらっしゃるかもしれませんが、その「なぜ」が部会活動をする上で大切な要素となります。

そこで部会活動について、一泊研修部と広報出版部の部員が座談会を行い話し合うことで、その「なぜ」に迫ってみたいと思います。これを読むことでもう一度「部会って何だろう？」と考えることが出来たらと思っています。

今年度の一泊研修会は・・・

平成13年度一泊研修は国立大洲青年の家にて「P SWを考える～ホームヘルプにおけるP SWの役割」というテーマで平成13年12月1日～2日にわたって行われた。参加者は部会員10名を含む36人。2日間にわたってひたすらグループワークを行うという濃厚なプログラムであった。

《プログラム》

1日目 12月1日(土)	2日目 12月2日(日)
13時～14時 受付・会計	7時 起床
14時～14時半 オリエンテーション	7時半 朝の集い
研修内容説明	7時45分～8時 清掃
部長挨拶	8時～9時半 朝食
14時半～15時50分	9時半～11時半 <u>グループワーク③</u>
話題提供「ホームヘルプ事業について」	11時半～12時 役員会報告
松山市保健所 岡本紀子氏	12時 解散
16時～17時20分 <u>グループワーク①</u>	
17時20分～19時 夕食・休憩	
19時～20時 <u>グループワーク②</u>	
20時半～ 懇親会	

一泊研修部会は南予地区が担当し、6月23日から12月1日まで延べ12回の部会を開催。
14名の会員の皆様お疲れさまでした！

寒風吹きすさぶ2月8日、12月に一泊研修を終え、やっと一息ついた一泊研修部会の5名の方に
お忙しい中双岩病院のデイケアセンター「でんでけ」に集まっていただき座談会を行いました。

部会について話しをしていたのに、つい実際の部会のように「PSWって・・・」という話になり、
盛り上がり予定を大幅に超えた1時間半。

とても全ては紙面の都合で掲載できませんのでこれからその一部を掲載いたします。この日語られ
た思いが幾分でも皆さんに伝わればと思っています。それではお楽しみください。

一泊研修部会から座談会に参加してくれたメンバー



部長 双岩病院
黒田徳明（本文中：黒）



副部長 平成病院
徳本 恵（本文中：徳）



担当役員 平成病院
中村玉季（本文中：中）



副部長 宇和島病院
青嶋由貴（本文中：青）



担当役員 真網代くじら
リハビリテーション病院
大北有理（本文中：大）

《 座 談 会 》

《終わらんのよねえ～：黒田》

盛：そしたら、まあ始めてみますか。

テーマがテーマだけに、企画会議自体も大変や
ったと思うんです。

黒：部長と、副部長を2人っていう形をとっ
てしてたんで、部長居なくても宇和島の
時は青嶋さんにやってもらいこっちでや
る時は徳本さんにやってもらい・・・僕
は助かりました（笑）。

盛：副部長システムは多分、ここだけや思う
んですよ。まあ、いろんな部会いっぱい
ありますけど・・・、なんでまた副部長シス



テムなんていう・・・？

徳：きっかけは一番最初に総会があった時に集
まって、とりあえず部長を決めましょと

言う話をした時に（大笑）、部長は部長で、そのいろいろな・・・例えば、説明なり、講師を依頼するとかそういう、すごくたくさん役割が待ってるんで、あの～（笑）、あるその～ベテランワーカーさんが大洲から御荘までの部員が集まるのに部長一人では大変なので、南予は南予のもっと南の方でまとめる人みたいな感じで、二人ぐらい副部長をつくった方がピラミッド型じゃないけどまとまっていくんじゃないかなと言うように、うまい具合にこう～、もっていかれて（笑）。

一泊研修部：（爆笑）

中：もっていかれた。Aさんに（笑）??！

徳：部長は皆いや～ということで。

一同：（爆笑）

徳：んなら副部長ならまあまあということで。それじゃ部長は黒田さんをお願いということで（笑）。

青：お願いしますって形で。部長嫌ならって話で。

後は年令順と言うことで・・・。



中：ベテランが副部長をする事になる。

徳：経験がね、あるというだけで副部長（笑）。

盛：かっこよく言えば、部長の負担を軽くする為に据えた副部長、でも、ひっくり返すと、部長は嫌だから、という、部長だけはごめんなさい、じゃ、で、副部長をやってごらんといわれたら、実は大変やったですか？

徳：はああ～（ため息）。

一同：（爆笑）

中：相談しながらできるけん楽やったやないかな？

黒：一人ではね、抱え込まんでね、ええですからね。

青：みなさんに協力してもらいましたけどね。

徳：ただとりまとめただけでねえ。副部長とはいってまですけど、他の部員さんたちも皆同じ感じで協力してくれた。ただ日程調整とかの電話だけ中心にかけただけ。

和：もともとあのスケジュールとかを決めて考えられとったけん1回1回を大事にされとるような感じなんですけど、その分持ち帰りというか宿題というか・・・っていうのも結構あったんじゃないですか？

徳：あのこの一泊研修をするのに計10回集まってるんですけど、私にとっては1回1回が命がけ（笑）。仕事が終わった後にねえ7時半とか7時とかっていう感じに集まるんですけど、集まってここで話すまで「今日はどんなことで話さんといかんのやろうな」と思いながら前回の自分が分からなかったこととか自分の反省とか・・・もおなんか仕事のことで大変なのにその後ね、う～ん・・・でも大事なことなんだなとも思ってます。

中：何かしら宿題があったよね？

大：毎回宿題あった。

中：なんかを考えてきてそれを・・・。

黒：「誰々発表してくれ」とか・・・。

青：先に送っとかないけんかったり。

中：あ、そうそうそう。先に送っとく。ここに持ってくるんじゃないくて。何日か前にもう送っとく。そのみんなの考えをまとめたものをまたみんなのところに送って・・・それをこう前の日に読んどって。で、ここで話しあう内容を考えてくる。ははは（笑）。

徳：も、ホント寿命がね（笑）。もう相当私はふけたと思う（笑）。この1年ホントにね。

大：（笑）ふけるんかい。

徳：でもなんかこう、刻み込まれましたよね。それはまた・・・別な話ですけど。私の体験としていい体験をしたなと。今振り返ればそう思いますけど、その時は・・・。

黒：なんかこの10回の部会を凝縮させたのが、一泊研修やったような感じがあって、で自分達がその、未消化だったのを消化していったその部会の過程を、ま、その一泊研修に取り入れていったようなところありますんで・・・。

青：一泊研修で取り上げた内容はここでみんな同じ
こと考えて進めていったというか・・・。

盛：一泊研修10回やったのと同じようなものでは
ね(笑)。

大：毎回ぐちゃぐちゃになって帰りよったような気が
する。

和：刻み込まれたっていう・・・(笑)。

大：命を削って泡吹くの泡を。もおなにも考えられ
ん、もう飽和状態や～っていう感じになって帰
りよった。

中：鼻血が出よった(笑)。

盛：あのおスケジュールの組み方にしても、ま、こ



こは一工夫して副部長システムを作ったりとか
してますけど、うちもその、今ここにきてます
けど、9人の部員なんです。で、5対4で分
けてこっちがその、特集外。あのしびしび通信
って見たら分かりますけど、特集って奴とそれ
以外のページで構成されてるじゃないですか。
でそれで2部に分けてそれぞれにリーダー据え
て最終責任は谷本さんが持つけど、それぞれの
リーダーでもうやれという形でやって、そこに
至るまでは昨年度からの積み重ねはあるんです
が・・・まあ結局脳がわくってというのは同じで
すわ。

和：部会が終わって、でまた次自分で宿題をして、
でまた次自分の考えを持って会議に出席して
の・・・繰り返しがすごく早くって・・・。

盛：また話しよったら2時間で終わる話が3時間にな
ったり、ついノッてしもたり。

青：ノッて話ができるような・・・(笑)。

盛：そんな雰囲気じゃなかったんですか(笑)。

中：やることが一杯あるんやけど、どういう風に進

めていくかわからんし、もおみんなあたふたし
とったよ。

徳：部会が始まった頃は整理できてないだけで、
こう、だんだんいろんな人の話を聞いて最後30分
くらいになって「はっ！！」って・・・。

和：この、10回分が、こう、凝縮されてグループ
ワークとかに反映されたような感じ・・・です？

中：グループワークだけじゃなくって、やっぱり
自分の仕事にすごい役にはたつとるみたい。

徳：一番でもそれ大事ですよ。仕事、精神障
害者の方に接する仕事するのに私たち精
神保健福祉士、PSWがどう考えていかな
いのかっていうことが、まあ、目的の
一つやったって言うか。

中：研修をするためじゃなくって、自分の仕事する
為にがんばったってだけやけん。

徳：でも、あの～、こんなに考えないかんとは思わ
んかったんですよ(笑)。安易に考えとったんで
すよ、私たち(笑)・・・もう一泊の研修でこ
～んなに苦しめられるとは思ってなかった！！

一同：ふぉはっはっはっ！！

中：あっ、ほーなん(笑)？

黒：おまけにあの～、終わった後、定例会で取り上
げられ、広報で取り上げられ・・・。終わらん
のよねえ・・・。

《再び一同爆笑！！》

《未だにアイデンティティーを

ゆうのか・・・五領田》

眞：あの～、私の立場ってゆうか、他職種というの
はおもしろい存在みたいで(笑)。おもしろがら
れてます。私は真面目にやっているつもり・・・
なんですけど。

私はね、一番最初にね、会ったときに他職種を
あの他(ほか)の他職種を表現してるからね。
他職種、その他っていうのじゃなくって多いと
いう多職種っていうふうに受け取って、ひょっ
としたらこれは間違いではないか、っていう発
言をしました。で、そこらへんからやっぱりち
ょとしたズレがあるなあっていうことを感じま
した。今回の・・・、ゆっていいんですかね??

盛：(笑) ああ、どうぞ・・・。

眞：あの～、今回のプログラムの中に6回目かなんかにあの～、アイデンティティーがなんとかって言う部分がありましたよね？

それで未だにアイデンティティーをゆうのかということをやった時に、大森さんが『ええ～っ』ゆうて言われて。そうゆうところがやっぱり、他職種というか、あの～、普通の、普通のって言ったらおかしいけど、まあ私看護婦やってますけど、看護婦だったら4年も5年もアイデンティティーアイデンティティーは言わん。もうすぐに業務の実務の中に入っていったって討論しないだろうと、ゆうふうなことを言いました。だから、あの～その中で私が思ったことは、未だにアイデンティティーは何、アイデンティティーを確認する為に、とかっていうのは、やっぱり新しい仕事っていうことで切り開いていかないかん仕事やから、まっ、自分の職場もきっちと何とかって、で周りにも認めてもらわなあかんという、そういう立場がある、立場の時期であるっていうことを非常に感じました。

だからそこんところ、アイデンティティーっていうのはこうだよってとこを大きく取り上げるんだらうなって。やっぱりあの～、歴史が浅い分実務経験が少ないってところがあるから、そうゆうところで揺れ動くところがあるからしっかりおさえとかないかんとかがあるっていうことと、他職種を意識しなっくっちゃいけないというところは、一つの専門職を重ねて持つわけですから。もう一つの専門職にもう一つを重ねて利用すれば非常に枠が広がって良いんだけど、精神保健福祉っていう部分の中心点が揺らぐ可能性が非常にある。だからそれで非常に他職種って言うのを意識するんじゃないか、ゆうふうに解釈しています。

だからアイデンティティーとか何をせなあかんか、とかいうのを、あの～、常に話し合って、自分の中に、それこそ刻み込んでいかないかんのだろうな、というのを感じました。

どんなですか？こんな考え方？

中：あの～、その通りやと思いますね。他の～、その、まだ何十年ってやられとるワーカーさんみ

たいに、ちゃんと全然してないんやけど、一生懸命その福祉の部分っていうのをいろいろ考えてきたんやと思うんですよ。で、でも別にワーカーじゃなくってもいろんな同じ事、いろんなことをできるから他職種の人がいっぱい入ってきて、そのワーカーはこうなんだというものが目に見えない、じゃないですか・・・？医療行為をするわけでもなく。揺らぐんじゃないかという、怖いのはすごいありますね。

だから、揺らいじゃいけない、いけんっていう思いですごい自分の中でも、こうせんといけんっていうものを、こう自分でちゃんと理解してそれも訴えられるようにならんといけんあっていう気持ちもあるし、で、新しい新人さん、いろんなワーカーさんが入ってきて、きちんと説明もできんといけんし、その人らが入ったときに、ワーカーっていうものはこうゆうものじゃないんかっていうのははっきりしてないと、新人さんも先輩らがはっきりしてないのに、新しい人がはっきりするわけでもないし・・・なんか大変なことになっちゃったよ？！！

一同：(笑)

中：よく説明できなくてごめんなさい！

眞：いやあ～だから私ね、いつも会話をね、横道にそらすんです。

中：いやっ、でも多分、皆がきちんと分かっとなんやろなあとは思ってますよ。

そうゆう話からこの一泊研修部会も、入っていったんよね。PSWってなあに？PSWゆうの



はどういうもんなんやろうか、っていう自分の思いみたいなもんからとりあえず、一泊研修をするのに、内容を決める時に、「それぞれのPSW

としての思いみたいなことを皆で言っていこう！」っていうことを皆で言っていた時に、それが自分ではっきりこうこうで、って言えた人が殆ど、殆どっていうか全員おらんかって、それじゃいけないよなってことから入っていった

じゃん・・・やったっけ??

徳：3回目か4回目の時、そうです。最初は、ほやけん「何が知りたい？」ってところから始まったんですけど、知りたいところよりも、3回目か4回目の時によやくね、この、何だっけ・・・。「ソーシャルワーカーさんとか精神保健福祉士さんて何する人なん？」って誰かに聞かれたら、どう説明するの?っていうのが、全然言葉に出来ないっていう、恥をかいたところから始まって・・・。

中：何か・・・何かこれだけはできるんやけど、なんかそれぞれは持っとなやけど、きちんと説明はできない。でも説明できなかったら、何言われても仕方が無いじゃない?「分かってないやろ?」って言われたら、それまでじゃないですか。う〜ん、その辺からこのテーマも始まっていて。絞り込んで絞り込んで絞り込んで絞り込んでこうなった。

徳：何かねえ、言うこと言うこと全部ね、問い掛けてくるんですよね? こうなんですよって、こっちがうまく説明できたと思ったら、ねえ。「生活者は地域で生活する・・・」って言ったら「地域で生活するって何??」みたいな・・・。一言一言すごいね、質問攻めにあって。突っ込みが・・・(笑)。

盛：でもそうやって、こうまあ、突付くって言うたら何ですけど、その中で考えの整理が・・・?

中：やけん自分では分かっとるつもりやったところが、こう、いろんな人からこう、突付かれると、実は分かっていたなかったっていうんが、そういう質問の中で自分が分かて行く。

徳：それが分かてなかったら、自分が何をする人か自分で言えないのに、他のいろんなこと知りたいって言っても、自分の業務とか自分の仕事を話せないのに、立場とかしか話せないのに・・・何か、知りたいこと最初にいっぱい出てきたのを語れないでしょ、っていうところで、“あっ、そうなんだ”って。技術論とかね方法論とかって最初にいっぱい出たんですよ。どういところで自分たちが知りたいっていうところを出たのに、技術論とかよりももっと、基本的なところを考えないといけないということで、

テーマがそこでぐっと一気に絞れたんです。

《身になる=傷：徳本》

和：あの・・・部会に行くというのはすごくいい時間なんですよ。職場で、私はワーカーは一人で、元々流されやすい性格だし、病院の中でフラッと流されてしまう部分があるよな〜って思っているときに、それを部会のときにポロッと言った時に、答えがなんとなく返ってきて、「あっ、これは違ってたんだ。」とかそういう気づきの部分がいろいろあって、部会が終わって帰るときには、すっきりしたみたいな感じで帰る部分もあり、宿題も片手にあるんですけど、そういうところで、「部会って、ああ、いいな」って思っているんです。どんな感じですか?部会って・・・。

徳：すごく大変だとは思いますが・・・その過程で、あの・・・すごく得るところがあるのと、自分が分かってないところも分かるし、もっとあるだろうし、こう、いろんな方のお話とか聞いていく中で、気付きもすごくあるんで・・・。

青：それが、「なぜそこまでするの」っていうところへんに、ちょっと繋がるんかなっていう感じもしますよね。

徳：すごいプレッシャーの中で部会に来るのも、「ああ、今からや」とか、こう、覚悟を決めて行かないかんかったのが(笑)、帰るころには、なんか終わって、ホッとしたみたいな感じが・・・。

全員：(笑)

青：ああ、なんか、うん、すごく整理されて・・・よかったなっていうふうに思っちゃう。うん・・・全部今終わって、ねえ、一泊研修も無事終わったから・・・そう思えるのかなって思ったり・・・。

盛：僕だって楽じゃないじゃないですか、行く帰るだけで往復3時間、で、着いてみりゃあ、5時間から6時間にわたる会議が待ってて、で、まあ、当然仕事にも・・・くいこみますわい。こう・・・ルポの間みてガァーッと宿題やらないかんし・・・。今回のこういうんにしても、すごい緊張しとっとじゃないですか。(笑)

やけん、やっぱプレッシャーかかりますし……。でもなんか得るものが、なんかなけりゃあ……。で、何もないんなら、しんどいだけですからね。なんでやっているのか言うたら、楽しいからとしか俺も言えんのですけどね、今……。

全員：(笑)

盛：今、今は……。

中：楽しかなかったよ。

盛：じゃあ、なんで……。

全員：(笑)

盛：何でやっているのかというところですよ。

徳：なぜそこまでのって感じですよ、そういうのね……感じですかね、わかんない……。

(笑)

青：やっぱり、一人じゃなかなか考えられることでもないし、自分の話をしたりとか、彼女の言っている話を聞いたりすることで……うん、どんどん整理はされていくっていうか、仕事の面でも……うん……多少生かせたらいいなって、(笑) 思ったり……。

一つの病院の中に何人かワーカーさんいても、そんなにゆっくり話す時間とかもあまりないし、病院の中やったら、みんながその病院の業務とか規則に流されてしまってるっていうか、そうやって、他の病院の人たちと話し合う時間っていうのも、すごく……ねえ、あまりないと思いますし……。

大：結局は自分自身のためだとは思ってるんですよね。その当事者とどういふ風に一緒にあゆんでいくか、その人があたりまえに生活していくことっていうのは、簡単にゆうけれども、難しいことじゃないですか。そういうのを一緒に目線でどういふ風にやっていけるかというのを考えていくのって、この支部の中でも、とことん詰め込んで話できる機会って、人数が増えてきたら、そうそうないんですよね。だからこの一泊研修……今年担当した人にとって、おそらく、すごい宝物になったと思うんですよね。同じような視点でね、考え方を共通できるっていう部としては、すごいいい、組織なんじゃないんかなっていうのは思

った。部会っていうのはね、そういうところでその人にとってはスーパーバイズの場合もあるかもしれない。私自身も、それまでの過程で、みんなに、こう、バイズされたような気持ちがあるんですよ。それがあから、付加価値があるというか、私にとってはすごく大事。もちろん一泊研修もやし、支部も大事やなってるのがあるんですよ。

盛：やっぱ、普段考えないことを……例えば移送問題なんて普段考えないじゃないですか。普段のデイケアなり、病棟なり、訪問看護なりの活動をしよる中で、「うーん、移送問題っていかが



なものか」みたいなことを考えるきっかけとして、考える癖がつくとゆうか。まあ、刻み込まれたってゆうやつですよ。

徳：体にも脳みそにも刻み込まれましたよね。

青：傷なってね(笑)。

中：磨かれて……(笑)。

盛：相当刻まれた気分もしますんで。

眞：あの、刻み込まれた体験ってゆう、具体的な気持ちっていうのは、なんなんですかね。刻み込まれて傷になっている……。

全員：(笑)

徳：うーん、重なるところはあるんですよ、なんかね、今回、研修自体をこう、一泊研修を終わればいいやって、企画して終わればいいやじゃなくて、その間の集まってきて、そこで話したことのほうが……。一泊二日は終わってしまえば、もう、それはそれで。当日バタバタしたんですけど、それは結果的にもうほとんど、今、私の中には残ってなくて。もう時間が足りない中で、それでもいろんな事業が始まるし、そしたら、当事者のことを、

自分達は福祉の立場で、一緒にやっていかななくちゃいけないのに。自分のこととかをね、言葉でいってなくて・・・「思いはあれど、文章にならず。」ってゆうところが一番ショックで、気付かしてもらったのは、すごくいい体験だった。それを体験して、ああ、そうやって、気付いただけじゃあ、またいけないってゆうのも気付かされたんですよ。じゃあ、言葉にしていけないかんということで。していくことの難しさって、難しいなって、悩んだだけでも、まだ駄目だってことも、次の部会で気付かされて・・・で、それをもう文章にして、みんなで見て、読んで、自分の書いた文章をみんなに回して読まれるとゆうことの恐怖はねえ・・・。

全員：(笑)

徳：云った言葉を、いい、悪いってことはゆわれな
いんですよ。それに対して、またつっこまれて、それを自分が説明できるか、できないかってゆうところが大事だしーっとか・・・多分、今までは、気付いても、地域部会とか定例会と

か出ても、あの・・・その問題に、ああ、ほんと、それじゃあいかなんとか、視点はこうじゃないといかんって、思いはしながらも、言葉にできなかったのが、この部会の中で、出る度に自分自身、こう・・・なんかなー・・・基礎が少しずつ身になってゆくのが分かったの。
うん・・・身になる＝傷なんですけどね・・・分かります？

全員：(笑)

盛：最後に一つ聞きたいのが、もう一回一泊やれって言われたらどうですか？

黒：何でもやりますよ(笑)。

一同：(爆笑、そして拍手)

黒：来年はもうちょっと・・・マジメに。毎年思うんですけどね(笑)。

盛：ほしたら、大変時間を取りまして、まことに本日はありがとうございました。

一同：有難うございました。

黒：気をつけてお帰りください(笑)。

一同：(笑)

一泊研修に参加して

花工房 安達 友貴

今年度の一泊研修は南予の方が担当との事で、日頃なかなか行くことのない大洲まで車を走らせ参加させていただきました。今回のメインテーマは「PSW を考える」としてホームヘルプ事業を軸に2日間研修させていただきました。正直に言うと、ホームヘルプに関し、新居浜ではまだ日常業務の中で耳にすることが少なく、今一歩、はっきりとイメージできていない部分がありました。中予、岡本氏の話では松山での試行的事業の中で精神保健福祉士としての具体的関わりがあ

り、こんな時は使える、こんな時は難しい等と、今の自分の業務と照らし合わせて考えながら聞いていました。また、3回に分けてのグループトークでは少人数で、一人一人の話を聞きながらなぜワーカーが必要なのか、ワーカーとは何なのかといった根本的な問題から整理していきました。医療も含めた地域で生活する精神障害者の方々がどのようなニーズを持っているのか、そしてどういった関わりを持てばいいのか、又、その家族、ボランティア、その他の市民とどんな関係をもっ

ていくべきなのか等、日頃もやややしているものを吐き出しながら他の地域の方と言い合えた事はとても貴重な体験だったように思います。まあ考えてばかりでもいけないので、少しでも日常業務に反映させられるように努力していきたいと思います。懇親会ではざっくばらんに飲み、歌い、騒ぎながらストレスも解消でき、さっぱりして家路につきました。一泊研修部会の皆さん、ありがとうございました。

特派員報告



広報出版部 in 南予ということで行われた座談会。いやぁ緊張したぁ……。さて座談会は部会について話していたはずが、本当の「部会」のような話に展開したりして楽しい一時でした。(笑)の多さがその証。部会活動はしんどいけど、結局自分の為にやるもんだなぁと再確認。誰かの為ではなく、いかに自分の考えをまとめていくかが大切……。それを体感しました。本当に忙しい中一泊研修部の皆さん集まっていたいただき有難うございました。

くじら病院 大森裕志(本文中:盛)



南予の皆様、有難うございました。

初対面の人たちとPSWという資格を持つという共通点での話し合い。出会いの不思議さを感じつつ、真夜中の高速道路を走りました。高速道路の運転は初めてで乗ってる方も怖かった!!

丸山荘 五領田眞理子(本文中:眞)

“私にとって部会って何だろう…”,と考える機会となった今回の座談会。話す、という部会の場だから実感(痛感)できたり気付くことがあって、言葉にしないと分からないことってあるよなぁ…ということを思いました。部会で開催・発行されるものが目的ではなく、その過程にたくさんのヒントがあるということを改めて感じました。

一泊研修部会のみなさま、中予の3人が遅れたにもかかわらず、気長にお付き合いしてくださり、ありがとうございました!!他の部会の方々と部会活動について話す機会を得られ、また南予へ出張できたことはラッキーでした!

(余談:Mさん、初高速の運転本当にお疲れ様でした。行きはけっこう…怖かったです!)

黒田病院 和田早織(本文中:和)



僕は、今年度から広報出版部の活動に参加し始めて、他の県支部の部会活動がどんなことをしているか何も知らなかったのが、今回のルポでは一泊職員研修部の方達の話を変に興味深く聞くことができました。部会活動で得られるものの大きさ等再確認することができてよかったと思います。

知的障害者更生訓練校 森脇信介(本文中:森)

私の中のフライバシー

精神保健福祉士はその職業上、個人情報を取り扱うことが多く、また様々な場面で個人の情報を伝えたい聞きたいすることがあります。その為情報のやりとりには細心の注意が要求されています。そこで現場で起こりがちな場面をいくつか想定してみました。このような経験はありませんか？

《例1》

家族教室終了後、出席していた保健婦と家族会会員より最近作業所で窃盗、恐喝など問題行動の多い方の受診状況やDCでの様子などを尋ねられる。ワーカーは病院には定期的に通院し、DCでの問題行動などを事前に調べていたためそれを口頭にて伝える（本人の了承なし）。

《例2》

他の病院に転院したクライアントについて今通院している病院の職員より情報提供の依頼があった。ワーカーはそのクライアントの診療録に病識がないという記載があったため、本人の了承を得ているのか確認。病識のなさから拒否していたが家族の了承は得たとのこと。よってワーカーは口頭にて大まかに経過を伝える。

《例3》

警察より「Aさんという人が暴力を振るったので保護している。そちらに通院していると本人は言っているが、そちらの通院状況を教えてください」と連絡があった。ワーカーは受診頻度など伝える。

《例4》

他の病院に通院歴のあるクライアントが受診される。紹介状など持っておらず、インテーク面接時も通院状況や入院歴などがわかりにくかったため、面接終了後、ワーカーは以前の病院のワーカーに通院状況などの情報を尋ねる。

《例5》

顔見知りの関係スタッフからケースの事で電話があった。内容はその方を知る近所の方から「ゴミを出していないのか、凄い臭いがする。どうしたんやろ」という電話がスタッフへあったらしい。ワーカーはその方が前回の通院予定日に受診されてないことやどちらかというと几帳面な方なので珍しい…等話した。結局ワーカーがクライアントにアプローチしてみるということで電話を切った。

《例6》

医療保護入院となったクライアント。保護者の選任は、以前入院したことのある病院でしていた。しかし、保護者の方が言われるには、原本の行方がどうしてもわからない。そのため、保護者了承のうえ、入院歴のある病院へコピーを頂きたいと依頼すると、折り返し電話をくれた後、すぐにFAXをしてくれた。

このようなことは恐らく皆さんよく経験されているかと思います。しかし、「そうじゃないと業務にならないから・・・」と片付けてしまって、本当にいいのでしょうか？そのことを出発点に、ここにプライバシー擁護について取り上げたいと思います。実践を振り返り、もう一度精神保健福祉士が守るべきプライバシーについて検討しましょう。

私の中のプライバシー

松山記念病院 福田 祐子

プライバシーという言葉と始めて向き合ったのは、今振り返ると恐ろしく、思い返したくない出来事から始まる。

PSWになって半年。私は病院の近くではないアパートを患者さんが希望したことから、間取りと場所を患者さんの希望する、条件のあったところを見に行くことになった。

私は松山という土地をあまり知らなかったし、車もあまり運転したことがなく、きちんと辿り着けるか、そのことを思い、患者さんと一緒に見に行くことに不安を持っていた。そんな時、たまたま前日に友達とドライブに行く約束があり、「行きたいところがあるんだけど、行ってみてもいい？」と軽はずみに言ってしまった。何かあるというわけでもないその地名を聞いて、友達が、なぜそこに行きたいのか、しつこく聞いてきた。私が軽いつもりで理由を話すと、友達が、「ソーシャルワーカーがそんなこととして構んの？」と怒り始めた。

今思えば、友達の言うことが当然であるが、当時私は「まだそこに住むと決まっていないのに」と言ったと思う。心の中では、その患者さんの名前を言ったわけでもないのに・・・とも思っていた。「そういう問題ではない！」と怒られ、「ソーシャルワーカーってそういうところを大事にせんと。そういう仕事やないん？」と言われて、ハッとしたこと、友達が「こんなこと絶対したらイカン」とずっと後も言っていたこと、私はいまだにその日のことを鮮明に思い出す

ことがある。自分がいかにスマートにアパートを見に行きたいがために考えたこの行動に、プライバシーについて何も考えていなかったこと、患者さんの“生活”について一度も考え触れずにいたこと、ソーシャルワーカーとして恥ずかしかった。

私自身の生活の中にもあるプライバシーは生活の中の当たり前の大きな権利としてなければならないと思う。自分の性別や年齢に合った電話や郵便での小さな勧誘も自分が生活していても時々“気持ち悪く”感じることもある。知らない誰かから自分のことが分かっていると思うと、心地よいものではない。

例にも拳がっていたが、当然患者さんが医療にかかっていることを精神保健福祉士は生活の一部として考え、すぐく身近に慎重に向き合っている筈だが、その人の生活の一部を伝えてしまうことがある。ある時は自分が聞いていたりする。同じ精神保健福祉士ならなおさら『その辺のことは解っているから』という思いもあって、患者さんへの了解よりも先に状況を伝えてしまうことはないだろうか。例えばAさんが医療機関を変え、デイケアを変わり、作業所を変わり、そうしたことは精神保健福祉士として生活の中の医療を選択し、作業所を選択する自由を権利として当たり前だと言うだろう。だけどAさんが利用していた医療機関、作業所の精神保健福祉士に「A

さん、そちらの病院に通院されていたんですよね。」「Aさんは作業所ではどのように過ごされていましたか。」とAさんの状況を共有し、精神保健福祉士がAさん像を作り上げてしまったことはなかっただろうか。

先日倫理綱領プロジェクトの中で、私は倫理綱領について深く読み起こす機会があった。プライバシー擁護について『本人の了解のないまま情報を漏らしてはならない。秘密を保持しなければならない。』とあるが、これを“当たり前”だと読んだ。当然このことを患者さんの大切な一権利として関わっているつもりでいるからだ。しかし私自身も、例に挙げられた個人情報、患者さ

んとの関わりの中で知り得た情報を伝えてしまったことがある。一患者さんにとってはつながりのない人に、私個人のつながりで伝えてしまっているのだ。このことを患者さんが知った時、私自身が感じたことのある“気持ち悪さ”を感じてしまうであろう。生活の中で守りたい自分の領域を自分自身で守れない辛さは、私自身にもある。だからこそ信頼関係とは、そこを共感することから始まるのではないかと思う。

私の中の『プライバシー擁護』とは、信頼される精神保健福祉士に繋がること、今日もまた一つ大きな課題が出来たことを深く受け止め、忙しさのあまりの業務にならないように、自分自身を見つめたいと思う。

懺悔の値打ち

松前町社会福祉協議会 渡邊 桂子

プライバシーの擁護について、しつこく通信の原稿依頼が入った時、基本的には断れないと覚悟したものの、内心はもっと書き易いテーマだったら良かったのにも思った。一方でだからこそ書く必要があるのかもしれないとも考えた。

歳を重ねている分、懺悔や後悔の出来事がたくさんあるだろうとの判断から依頼がきたのかもしれないあと、広報出版部から送られてきた事例を読みながら改めて考えさせられた。

少し時代は遡るが、10年ほど前私は作業所の指導員をしていた。その頃の作業所の指導員は家族会の役員さんが無給か安い給与で指導員になっているケースが大半で、いわゆるその事を生業とする指導員の数は驚くほど少なかった。もちろん一人の職場で、指導員連絡会という組織も無かった為、PSW研修会に出かけて行って情報交換をしたり、数人の同業者同士が声掛け合って集まりあうというのがささやかな楽しみであり、息抜きであった。集まれば職場での

悩み事や仕事のやり方、近頃の話などで座が盛り上がり、時には夜更けまで話が続く事も。そうした中ほんの軽い相談の形で利用者の人の話題を持ち出す事も多々あったと記憶している。

日頃から気がかりなケースの事を信頼する仲間にそっと打ち明けて、判断やアドバイスを仰ぎたいという心持から発した事ではあったが、事例検討というフィルターを通さずに出してしまった情報は、今思うとプライバシーの侵害そのものであったのだと、強く懺悔している。

思えばこのように自分にとって身近な存在の人に（それは例えば利用者の通っている病院のケースワーカーであったり、保健所の保健婦さんであったり・・・）、利用者の人の個人情報を本人の了解も得ずに、何気なしに知らせた経験は一度や二度ではなかった。

何故その事をあの当時、何のひっかかりも拘りも持たずに為していたのか。それを考えると己の弱さに思い至る。自分の中で

抱えきれない不安やこれで良いのだろうかという気持ちの方が先行して、プライバシー擁護という大事な視点があのころの私には希薄であったと思うのだ。そしてその事を検証しないままに生き、仕事をしてきた年月の長さは、そのまま負の遺産となって私に張り付き、今でも希薄な（プライバシー擁護）意識しか形成しえていないのではないかと危惧もしている。

秘密保持という時、積極的に情報を出さないという形だけではなく、求められても不必要な情報を漏らさないという言わば守りの形も含まれている。どんな時にも利用者の権利を守りきる強さを持つためには、援助者である私自身が強い心を持っていないと駄目なのだと思う。或いは自らの弱さを自覚しておく必要があるのだと思う。

4年前第1回の資格試験を受けて精神保健福祉士となった私は、現在社会福祉協議

会という場所でその資格を名乗って仕事をしている。福祉の分野にはまだ馴染みの浅い資格であるだけに、逆に私の一挙手・一投足がその資格者故の行為であり判断であると解釈される立場にある。これは名誉なことであると同時にとても恐ろしいことだ。

何をもって精神保健福祉士の判断は正当化されるのか。自己決定の尊重、プライバシー擁護、秘密保持。書き連ねていくとそれは日本精神保健福祉士協会の倫理綱領へとたどり着く。こんな時代だからこそ、こんな私だからこそ、自らを律する言葉を（言霊を）何度も繰り返し言い聞かす必要があるのだ。

今回のしぶしぶ通信の原稿依頼は、私の頭の中をぐちゃぐちゃにして、自分の弱さのほんの一部を垣間見せてくれたけど、同時に精神のありどころをきちんと教えてもらって、有り難かったと感謝している。

一 ま と め

先日、支部より送られてきた「クライアントのプライバシー保護のためのガイドラインの要約」を読んでいたところ、これを守りながら仕事をすると何もできないという感じを受けたが、何度も読み返してみると「最大限に～」という言葉に気がついた。この言葉に違和感を感じた。なぜなら「最大限」という言葉は極めて曖昧であり、その尺度は個人に委ねられることになるからだ。

先にあげた事例についても編集部内でも意見が分かれた。「何でいカんの？」「だっておかしいやないですかあ」とこのような具合である。しかし、このようなばらつきは精神保健福祉士間で話し合ったときに本来あってはならない。なぜならプライバシー擁護というのは我々精神保健福祉士の専門性の一つであるからだ。専門職であるならば、専門性の部分で個人差があってはならないのではないかな。

今までは精神保健福祉士の個人の価値観や所属する職場の状況に基づくものから、今後はクライアントの側に立ったプライバシー擁護に移行されていかねばならないのではないかな。

特集外編集部一同

スーパーバイズ悲喜交々

一人の新米ワーカーが日頃思い悩むことを先輩ワーカーへ相談できる場として、県支部で実施しているスーパーバイズがあります。教育制度の一つではありますが、バイザーからバイジーへ、或いはバイジーからバイザーへと、様々な思いが行き来しています。

スーパーバイズというフリートークの中で、心のぼやきから叫びまでを声にした貴重な時間を語っていただき、今後バイザー・バイジーになる方々の参考にしていただけたらと思います。

バイザーとして

明星会 井上治美

回転の鈍くなった頭をフル稼働させ、「やれやれ…」と思ったのも束の間、また原稿依頼。いつものように締め切り直前になって慌てふためいて書き始めました。

正直なところ、「もう一年経ってしまったのか」という感じです。

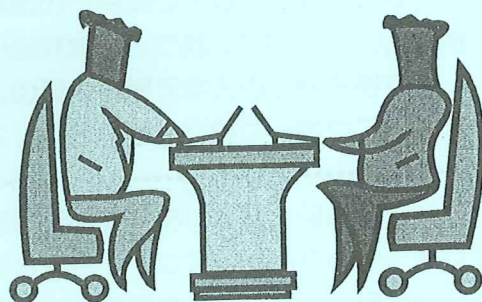
「あの…」で始まる電話を受け、日程を調整したのですが、結局は数回しか実施出来ませんでした。申し訳なかったと反省しています。おまけに、救護施設のことはまったく知らない状態でどんなスーパーバイズができるのか、正直不安でした。年をくっていても慣れないことをするときには不安が付きまとうのです。

職場の中の少ない職種として存在し、「ここで何をすればいいんだろう」「何が出来るんだろう」という思いを抱きながら仕事をしている姿に触れることができて、よかったなあとと思っています。話を聞きながら、施設に共通する問題がたくさん

あることを確認することが出来たし、昔の自分を思い出したり、元気をもらったり…。

十分なことは出来ませんでした。私にとって得るものが多かったと思います。地域のワーカーとしては駆け出しの私にとって、バイザーをやらせてもらったことはいろいろな意味で貴重な経験だったと思っています。私の方がバイジーだったのかもしれないなあ。

山田さん、どうもありがとうございました。



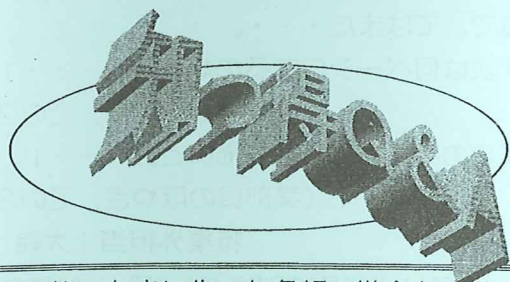
バイザーとして

救護施設 山田 努

私は、救護施設で精神保健福祉士としてではなく、指導員として働き始めました。だからスーパーバイズというよりも県支部の存在も知りませんでした。そんな中、入所者の方と関わりを持っていくにつれて、「どうして」という疑問にぶつかりました。私の担当ケースの処遇について、それはおかしいと言われたとき、何がおかしいのか納得できなかったり、入所者の関わりでこうした方がいいと言われても、どうしてそんなことをしないといけないのか分かりませんでした。でもそういう疑問やおかしさを持ちながらも、それ言うことなく従いました。自分に自信がなかったからかも知れませんが、その時の気持ち、悔しさは、当時は誰にも言えませんでした。どうして自分は救護施設を選んだのかを思い出して、なんとか元気を出そうとしましたが、しんどかったです。そんな時、同じ職場の人から県支部の存在を教えてもらい、入会し、スーパーバイズを受けることができました。私は、もともと人に自分の気持ちを伝えることが苦手だったので、本当にスーパーバイズをやってもらってよかったのか不安でし

た。でも、私のバイザーは井上さんで、定例会でも一緒だったので、不安はなくなりました。うまく言葉になっていたかは分かりませんが、疑問やおかしさを感じながらも従い、自分の気持ちすら言えなかった悔しさや、入所者の方との関わりあいで、私の苛立った気持ちなど言うことができたと思います。いつも一人で何でなんだとぶつぶつ言っていたことや自分の苛立った気持ちなどを人に話すことは、時間がかかるけど、すっきりしたし、嬉しかった。すっきりすると、井上さんが言ってくれたことをやってみようかなという気になれました。それで、ちょっとした変化でもあった時は本当に嬉しくなりました。

私は、スーパーバイズを受けることができて、本当によかったなあと思っています。もしスーパーバイズを受けていなかったら、疑問に思ったこと、悔しかったことなどしょうがないこととして、終わっていたかもしれません。同じように施設などで仕事をされている人ならば、ぜひスーパーバイズを受けた方がいいのではと思います。



のコーナー（その参）

Q：躁状態のときに作った多額の借金を返せず、困っているとの相談を受けました。自己破産を考えていますが、認められますか？

A：この場合に自己破産が認められるためには、債務者が「支払不能」の状態になっていることが必要です。「支払不能」というのは、その人の資産や信用、労力などの点からみて、すぐに返済しなければならない債務が継続的、一般的に返済できない状態が客観的に認められることをいいます。

質問の場合、一概には言えませんが、借金が本人の年収を超える額であったり、借金を3年間月賦にしてもらっても月々の返済額が支払えないような状態ですと、自己破産が認められることになると思われます。

編集後記

今回の特集でいろいろ話を聞く前は、ただ「ふーん、精神科救急が始まるんだあ。またひとつ当事者の人たちが利用できるモンができたんだあ。良かった、良かった。」と思っていました。そんな認識だったので、部長が「精神科救急」に対してなぜそんなに怒っているのか、今ひとつ理解できずにいました。しかし、いざ特集に取り組み、少しずつ精神科救急というものが見えてくるにしたがって、「これって誰のための救急なん?」、「なんでこんなに変わってしまうん?」、「ほんとにこのままでええんやろか?」という疑問を感じました。恥ずかしい話ですが、僕は「精神科救急」を「県がやることだし…。」とか「もう決まってしまったことだし…。」と「自分には関係ないこと」のように捉えていたのだと思います。

僕のように医療機関以外で仕事をしている人間にとって「入院」(というか「医療との出会い」というか…?)という出来事はどこか少し違う場所での出来事に感じているのかも知れません。もしかしたら医療機関で仕事をしている人たち*にとっても、毎日繰り返されるよくある出来事のひとつなのかも知れません。でも実際に入院する人たちにとって、それはとても大きな出来事ではないでしょうか。そういうことに気付かずに、気付いていても目を向けずに「当事者の立場で。」と奇麗事で話をしてしまっているように思いました。現在、精神保健福祉士の働く場所は広がってきていると思います。そんな中で当事者の方たちが医療と出会う現場では仕事をしていない精神保健福祉士は少なくないと思います(自分も含めて)。でも、だからといってそのことを考えなくても良いということではないように思います。

県が緊急入院の導入のために救急を実施していて、地域で生活している当事者の方たちが周囲の都合で入院させられてしまうという現実。そんな現実は何の働きかけもせず、「当事者の方たちが地域で普通に生活できるように…」と日頃の業務をしている精神保健福祉士(自分)。

こんな人って僕だけでしょうか?

特集担当: 森

三寒四温とはよく言ったもので、暖かくなったり寒くなったりする今日この頃、皆さん風邪などひいていませんか?しゅしゅ通信第16号が花粉とともに皆様のもとにやってまいりました。見て分かりますとおり今回はまたまた大增ページ。史上最大のしゅしゅ通信となり、非常に盛りだくさんの内容となっております。読み応えありすぎです!皆さんに読んでいただけたのなら我々広報部員一同、頑張った甲斐があったというものです。

さて特集外のことですが、本当に忙しい中、原稿を執筆していただいた方々、座談会に参加していただいた方々に深く感謝します。誠にありがとうございました。

座談会はいかがでしたか?楽しんでいただけましたか?無修正版を載せたいくらいですが、ページ数という制約が一応あるため、涙をのんでカットしました(それでも多いんですけどね)。ホントに残念です。無修正版の閲覧を希望される方は、最寄の広報部員までお申し出ください。その他の意見も同時に受け付けております。以下の電話番号かメールアドレスにご連絡ください。お待ちしております。

次のしゅしゅ通信は端午の節句の頃に皆様の下に現れるでしょう。それまでどうか皆さんお元気で。ではまた……。

「次は何ページになるのだろうか……」

(某部員のぼやき、その2)

「夜の高速がこんなに怖いとは……」

(某部員のぼやき、その3)

特集外担当: 大森

今号は“緊急特別増ページ”と銘打ち、膨大なしゅしゅ通信となりました。

P協会中四国大会を迎えるにあたって、他県の方々にも読んでいただきたいと大会にお持ちすることとしました。

まだまだ伝えたりませんが、この号についてのご意見ご感想をお待ちしております。

～連絡先～

TEL 味酒心療内科: 谷本 089-932-2768

E-mail= keigo-t@ma.newweb.ne.jp