

## Ⅳ 長期入院者退院促進のために PSW は何をすべきか

生田病院 三橋良子・山田麻貴

### 1. 地域の特徴（特性・状況）

生田病院の位置する川崎市は東京に隣接した南北に細長い政令指定都市。人口約 130 万人で 14 万～20 万人程度の 7 つの行政区に分かれている。1969 年には 7 保健所全てに医療社会事業員・精神衛生相談員を配置し、1986 年からは全保健所で週 1 度のデイケア事業を実施してきた。2003 年の行政機構改革により保健所と福祉事務所が統合されて各区保健福祉センターとなり、保健福祉サービス課に 3 障害を統括した障害者支援担当の部署ができた。

精神科外来のある病院は 15 ケ所あるが、うち精神科病床をもつ医療機関は 8 ケ所（指定病院は 5 ケ所）。病床数は 1503 床で人口万単位 11～12 病床。日本では大阪市に次いで病床数が少ない都市である。クリニックは 25 ケ所、精神科デイケアを行う医療機関は 7 ケ所ある。（2004 年 4 月現在）

川崎市内の主な社会資源は、次のようになっている。

精神科単科病院	5	1302 床 指定病院 4
精神科病床をもつ総合病院	3	201 床 指定病院 1
精神科外来をもつ総合病院	7	
精神科診療所	25	
デイケアを行う医療機関	7	
(川崎市内) 保健福祉センター	7	各区・デイケアを週 1 回行っている。
精神保健福祉センター	1	
生活訓練施設	1	公設公営
グループホーム	17	各区に 1～5 ケ所。
共同作業所等	21	
地域生活支援センター	1	公設公営
救護施設	1	

17 ケ所あるグループホームは、入居者の居室と共有スペースが分離独立しているサテライト形式のものが多く、また、川崎市ではグループホームに入所すると、原則的にホームヘルパーが同時に使えないので、その方のニーズに合わせて利用を考えなくてはならない。

21 ケ所ある作業所は家族会や市民団体が設立したものである。設置運営母体を家族会から市民団体へ移し、組織として大きくなったところが法人化していくというのが、今の川崎の流れである。また、18 カ所が A ランク（A—a、A—b、A—c）となっている。A—a ランクは 23 人以上の登録者を必要とし、1480 万円の運営補助金の他、月額 108,000 円を上限とする家賃等賃借料補助金や指導員研修費補助金、設置移転補助金、通所者交通費補助金などが川崎市から出ている。

生田病院の位置する地域には市民団体の一つとして「たま・あさお精神保健福祉をすすめる会」がある。当院の各 PSW は市民団体活動に深く関与している。

川崎市は平成 2004 年度に退院促進支援事業を行なっている。市予算は約 40 万。自立支援員の役割を公務員が担う。市内 5 つの精神科単科の病院からそれぞれ 2 人ずつ、計 10 名の患者さんが対象となっている。また昨年はケアマネジメントのモデル事業を行なった。

## 2. 生田病院の歴史と現状

生田病院は、川崎市北部の多摩区の見晴らしの良い丘の上にあるが、敷地を出てすぐの道路を挟んで向こう側は、麻生区となっており、区の境目に位置している。

小田急線の最寄り駅からは徒歩 20 分、一般的には約 10 分おきに出る公共交通機関のバスを利用する。地域の人々にとって身近な医療機関として患者さんのニーズに合った精神科医療の実践を目指し、1960 年 9 月 21 日にベッド数 50 床で開設された単科の精神科病院である。

2 年後には 208 床、4 年後の 1964 年には開院時の 5 倍の 252 床へと増床。時代の流れに沿って、1980 年には 380 床まで増床。2004 年より全面改築工事が入り、届出許可病床は 304 床に削減された。これまでは男子閉鎖病棟 1、女子閉鎖病棟 1、男女混合閉鎖病棟 1、男子開放病棟 2、女子開放病棟 1 で病棟開放率 50%であったが、2004 年 11 月の新病棟開設に伴い、すべて男女混合・各 60 床の、閉鎖病棟 1、開放病棟 4 となり、病棟開放率は 80%となる。

外来部門では、精神科小規模デイケア、精神科訪問看護などを実施している。外来者数は 1 日平均 50 人。看護基準は 4 対 1、精神科常勤医 4 人 精神科非常勤医 8 名。PSW5 人など。

2004 年 10 月 1 日現在で 1 年以上の入院者は 262 人中 200 人 (76.3%)。

2004 年 10 月 1 日現在の在院者 1 年以上の入院者 200 名の状況は次の通り。

入院形態	任意	医保	措置
	153 人	46 人	1 人
	76.5%	23.0%	0.5%

※ %は 200 名を 100 とする

入院期間	1 年以上 2 年未満	2 年以上 3 年未満	3 年以上 10 年未満	10 年以上
	25 人	17 人	70 人	88 人
	9.5%	6.5%	27.0%	34.0%

※ %は 262 名を 100 とする

## 3. 生田病院における退院支援のとりくみ状況

### ①当院における PSW の役割

1975 年ごろには医療相談室へ 3 人の PSW が配置されていた。その頃から、入院者全員

のケース記録が作成されている。ケース記録には入院時に聴取した生活歴、家族歴、病歴などの他、本人との面接記録や、病棟看護から依頼されて、家族へ面会要請や衣類交換などを電話連絡する記録などが続いている。その他、院外作業や職親に関する記録もあり、当院の PSW は配置当初から、病院の内と外とをつなぐ役割、あるいは家族や他機関への連絡係として、他職種から期待されてきたことが伺える。

筆者は 1993 年の 12 月に 4 人目の PSW として入職した。入職当時、つぎはぎだらけの古い病棟は、現在地で立て替えられる予定なのだとされていたが、3 年後の 1996 年には他都市への病院移転計画が発表された。しかし 1999 年に病院移転計画は頓挫し、経営交代の話が浮上するなどして、病院全体が混乱した。この間、入院者数は激減し、看護のトップは 5 人交代するなど、落ち着かない状況が続いた。2002 年 4 月に経営交代が撤回されて、事態はようやく収束に向ったが、この 10 年間、病院方針の下に全職員が一丸となって退院支援に取り組むということは、はなはだ困難な状況であったと振り返らざるを得ない。

もしかしたら廃院となるかも知れないという危機感があった。その危機感が、一人でも多くの入院者に、退院して地域へ再定住してもらいたいという PSW らの願いを、より切実で明確なものにしたように思う。以下、1994 年 1 月から 2004 年 12 月までの 11 年間に、5 年以上の長期入院を経て軽快退院した人（死去と転院は除く）を整理し、合わせて PSW の退院支援に向けた動きを振り返ることとする。

## ②長期入院者への退院支援

表 1. 長期入院者の退院状況

	軽快退院者のうち		退院者総数に占める 5 年以上の長期入院者の割合	PSW の退院支援の動き
	1 年以上の長期入院者	5 年以上の長期入院者		
94 年	17	1	0.57%	
95 年	29	4	2.06%	院内無料法律相談会・すすめる会設立
96 年	26	10	4.83%	グループワーク開始・ボランティア導入
97 年	19	6	3.35%	SST・通院集団精神療法から
98 年	11	5	2.66%	小規模ケアへ・退院者体験発表会開始
99 年	14	4	2.96%	クラブ活動
00 年	20	3	2.61%	
01 年	19	3	2.50%	お試しプロジェクト
02 年	20	6	4.20%	川崎市居住支援制度協定締結
03 年	25	8	4.79%	ケアマネジメント試行事業・退院準備クラブ
04 年	12	8	5.37%	グループホーム 2、退院促進支援事業
合計	212	58	3.27%	

11 年間に 5 年以上の長期入院を経て軽快退院した人は 58 人で年平均 5.3 人である。年間退院者数に縮める割合は平均 3.27% で全国平均 2%（死去と転院を含まない 5 年以

上の長期入院の退院率(1999年)を上回る。1994年は、5年以上の長期入院者の退院者数はわずか1人であった。この年PSWの退職が続きPSW2人体制でつないだことが影響を与えたのではないと思われる。長期入院者の退院促進にPSWが寄与していると考えるのは、手前味噌というものだろうか？

11年を振り替えれば、1996年に10人が軽快退院しているのが突出している(5年以上の長期入院者の退院割合は4.8%)。4月に病院移転・病床削減計画が正式発表された年だった。このような病院都合からであったとしても、「退院させる」という明確な病院方針があれば、長期入院者の退院は可能となることが分かる。また、2002年4月に経営交代が撤回されて、病院が再建に向けて動き始めてからは長期入院者の退院者数は増加傾向にある(2004年の5年以上長期入院者の退院割合5.6%)。長期入院者の退院促進のためには、明確な病院方針が必要であるといえよう。

なお、5年以上の長期入院を経て軽快退院した人の男女比は男性37人女性21人。入院期間別では5年以上10年未満27人、10年以上15年未満16人、15年以上20年未満5人、20年以上30年未満8人、30年以上2人。退院時年齢は20代1人、30代4人、40代14人、50代16人、60代14人、70代8人、80代1人。退院先は家庭復帰15人、単身アパート25人、高齢者施設7人、知的障害者施設3人、救護施設3人、グループホーム5人であった。

1年以上の長期入院者の各年度退院者数は表1の通りである。

### ③PSWの退院支援に向けた動き

表1に示したPSWの退院支援に向けた動きは、次の3つの活動にまとめられる。

#### 1、社会の風を招き入れる。

院内無料法律相談会開催、ボランティア導入、川崎市居住支援制度協定締結、ケアマネジメント試行事業・退院促進支援事業の導入などは、本人の力を引き出すために、社会の風を院内へ招き入れる活動だった。また院内システムの見直しを提言し、社会的支援を導入した。

長期入院者の中に経済的問題での権利侵害事例が複数存在することが把握されたため、精神障害分野に関心のある弁護士に病院見学がてらボランティアで来院してもらい「経済的問題を抱える人の院内無料法律相談会」を開催することとなった。その結果、これら権利侵害事例の内、5年以上の長期入院者3人を含む合計5人が退院した注1)。

また、法律相談と平行してこれら権利侵害事例のカンファレンスを重ねて、それまで入院者の全員に実施していた小遣い預かり金システムを選択的に切り替えた。保護室入室時には一切の金銭所持が許されず、判断能力の変動する精神障害者に対しては回復過程に応じたきめ細かい自立支援・権利擁護システムが必要になると思われた。

そのため、入院者がより自立的な日常的な金銭管理を行うために、銀行へ同行するガイドボランティアを導入したり、在宅福祉公社や地域福祉権利擁護事業などの社会的支援を活用するようになった2)。

家族以外の方が病棟へ入ったり、入院者と一緒に銀行へ外出したり、金銭管理を行うことに対して、このような社会的な支援を導入し始めた当初は、スタッフ側に戸惑いもみられた。現在でも、事務預かり金のない完全自己管理者は入院者全体の1割程度でしかないが、社会的支援に対するスタッフ側の警戒心や抵抗感は、このよう

な事例を重ねることで少しずつ薄らいでいるように思われる。ちなみに地域福祉権利擁護事業を入院中から利用した人は 12 人で、そのうち 9 人は退院した<sup>3)</sup>。また、ボランティアは、クラブ活動などの講師ボランティアや、病院行事における大規模な交流ボランティア（2002 年には年間約 100 人参加）につながっていった。

このように、社会の風を院内に招き入れる活動を積み重ねることで、川崎市居住支援制度協定締結<sup>4)</sup>をはじめ、昨今のケアマネジメント試行事業・退院促進支援事業など、地域社会からの働きかけを受け入れる院内の基盤づくりができたと考えられる。

## 2、グループワークを充実する

病棟グループワーク、SST、通院集団精神療法、精神科小規模デイケア、退院者体験発表会、クラブ活動、退院準備クラブなどのグループワークを実施した。

長期入院者の多くは孤独な殻に閉じこもり、それぞれが共通の体験を持っているにもかかわらず、相互交流なく日々をつないでいるようにみえる。そこで女性開放病棟の全員を小グループに分けて、2 週間に一度のペースで 6 回から 7 回のクローズドのグループワークを順次実施した。この 2 年間にわたるグループワークを通じて、ケースワークの対象として名前の挙がらないような、病棟に埋もれた入院者と PSW の関係も深まったと感じられた。以後、希望者を対象とした SST を行ったり、退院者の外来グループ作り（通院集団精神療法）を行い、それはやがてデイケアへと発展していった。

これら一連のグループ活動を通じて、同じ体験をした仲間の存在が、長期入院者の自信を回復させ、退院しようとする勇気を抱かせるのだと痛感した。また毎年、長期入院を経て退院した人たち複数による「体験発表会」を院内で実施するようになった。以後、現在実施されている退院準備クラブまで、いろいろな名称でのグループワークを継続している。

## 3、地域連携を深め、社会資源を作り出す。

地域の団体・個人からなる任意の精神保健福祉団体として「たま・あさお精神保健福祉をすすめる会」を設立し、グループホームを 2 カ所立ち上げ、お試しプロジェクト（作業場）を実施するなど、地域連携を深め、社会資源を作り出す活動を継続している。

川崎市内に精神科病床を持つ単科民間精神科病院は 5 カ所あるが、市内に医療法人立の社会福祉施設は 1 カ所もない。1969 年に市内全保健所に医療社会事業員が配置され、先進的に地域精神保健活動を展開し牽引してきたこと、あるいは収容精神医療のアンチテーゼとして 1972 年に公立の精神障害者社会復帰センターが設立されたことなどが影響していると思われる。市内の民間病院に勤務する PSW は、地域の市民団体に深く関与しつつ行政とも連携して、社会資源立ち上げを積極的に推進してきた。

「たま・あさお精神保健福祉をすすめる会」は 1995 年に設立以降、精神障害者の地域生活を支援するためのネットワークづくりや、グループホームや作業所などの生活や活動の場作り、シンポジウムや映画祭を開催して広く市民へ啓発する活動を展開してきた。2005 年には 3 カ所の作業所と 2 カ所のグループホーム、無認可の共同住居事業を行なう NPO 法人となる。精神科病院が社会資源を抱え込むのではなく、精神科病院が社会資源の一つとなるために、PSW は地域連携を深め、所属を超えた地域活動を行って、社会資源の開発に努めてきた。

#### 4. 精神医療委員会の病院見学・意見交換

第6回精神医療委員会を生田病院で実施した。

日時：2004年7月17日（土）13時00分～17時00分

参加者：精神医療委員会7名

討論には生田病院院長とPSW3名が加わった。

目的：社会的入院者の退院促進のために、PSWは何をすべきか。

実践現場を視察し、実践の効果と限界について討論し、長期社会的入院者の退院促進のためのポイントを整理する。

内容：①平成16年4月開設のグループホーム「ふらっと」を見学し、

川崎市内の社会資源（資料IV-2）と地域連携の状況説明

②ケアマネジメントモデル事業と退院準備クラブの報告（資料IV-1）

③5年以上の長期入院を経て退院した人の報告④

④生田病院見学

⑤討論

#### 病棟見学後の討論の内容

##### ①病棟の感想

- ・自分が入職した20年前は、保護室のトイレの間仕切りがなかったり、ベッド周りのカーテンがなかったりと、単科民間精神病院でこういう病棟が当たり前だったかもしれない。うちの病院でも色々議論した結果、ベッド周りのカーテンを取り付けたが、結果的には自殺等の事故はない。
- ・病室の戸口が狭く、安全（確保）管理体制が気になった。
- ・病棟については昔ながらの病棟との印象を受けた。そこから色々付け足すとこういう病棟になる。
- ・見学していてすごくドキドキしたし、ショックだった。閉鎖病棟は部屋だけが生活空間のようで、狭さや鉄格子はすごく閉じ込められた雰囲気がある。こういう病院もまだ多いのだろうか。ここで治療してくださいと言われたら、本人も家族も不安や抵抗があると思う。
- ・自分の病院との関係性を考えると、うちの病院は病床数が多い地域だが、それに比べて、地域資源はすごく少ない。川崎はその逆なので、いいなあと思った。だけど、病院のスペースの問題はやっぱり目に付いた。うちの病院では保護室のトイレは見えないようになっているし、天井はもっと高い。しかし、多いところで8つ保護室が並んでいて、保護室間の声はどうしても聞こえてしまう。そこは一般病室からも入れるようになっている。保護室を個室として使うこともある。

##### ②処遇について

- ・感想としては、ライターが印象的。ライター使用料（105円/月）という貼り紙があった。開放病棟ということなのに、どうにかならないものか。夜間など時間で管理するということが良く聞けるが、管理すること自体必要なのか疑問だ。

- ・ライターの持ち込みに制限はないのか？
- ・そう、うちの病院では 24 時間本人が所持している。それで大きな事故はなかった。
- ・うちの病院では閉鎖病棟のトイレで、衣類を燃やしたというポヤ騒ぎがあった。
- ・どうしてそういうことをするのか、病棟できちんと話し合っているのだろうか？
- ・そこが大切だと思う。
- ・精神保健福祉法上では、指定医が病院管理者に処遇の改善を求めることができるという項目がある。だから、自分は指定医と処遇の改善について積極的に意見交換するようにしている。
- ・自分は PSW としての考えも述べるが、看護師に、「看護師としてはどう思うのか？」と必ず聞くようにしている。
- ・大部屋のベッド上での拘束があった。信じられない。皆がいる所で拘束されていることは、うちの病院ではない。行動制限最小化委員会があるし、体幹抑制は観察室で行うことになっている。
- ・絶対やらない。と決めないと、できない理由なんていくらでも出てくる。
- ・介護病棟のスタッフ数は多い。入院者対スタッフは 2：1 くらいになっている（ヘルパーも含むが）。開放化できるのではないかと思われるが、介護病棟とはいえ、中には ADL は自立しているものの判断能力の不十分な知的障害の人もいて、今のところ開放化は無理だとされている。面会に来る家族も少ない病棟では、外の人が入ってこない、どんどん抑制や制限が増えてしまう危険性を感じている。
- ・どうしても看護スタッフは危険性を考えてしまう。けれども、うちの病院では、エコノミークラス症候群が続いたことがあって、逆に、拘束があるとこういう危険性があるということで、考え直した。

### ③チーム医療について

- ・看護師だけの会議が多すぎるのではないかと思う。
- ・看護師だけの会議はない。
- ・うちの病院でもやっぱり看護師だけの会議は多いけれど、病院のことを考える時は他職種合同でやっている。PSW が求めたいものとは違うものが出てくることがある。
- ・うちの病院もカーテンがなかなかつかなかった。安全性の問題でかなりの抵抗があったが、機能評価を利用したり、事務長や院長の力を利用して、カーテンをつけたら、今度は医師がカーテンは日中できるだけ開けておいて欲しいと言い出した。結局、それは、本人の問題で本人がどうするかには任せるしかない。
- ・病棟入り口の名札も同じで、本人の問題。開放病棟は病室入り口に名札がついていない。だからスタッフは詰め所で名前と病室を確認して、病棟に入る。同じ病院で同じように伝えたのだけれど、病棟によって違う結果になってしまう。(閉鎖病棟は名札もついている)。病棟によって同じことを意志をもって行うというのは難しい。当たり前のことを皆で共有するということは、すごく難しい。
- ・看護師の力がついてくると、全部自分達でできる、というふうになってしまって、PSW が入り込めなくなる。難しい事務手続きなどの一部を PSW に任せて・・・というふうになってしまって、「一緒に」とはなかなかいかない。

- ・うちの病院も看護師の問題が大きな課題である。看護師のトップとは本音で話ができるが、大所帯の現場に伝わるか・・・
- ・結局、どういう理念で医療をやっていくか、が大切。
- ・精神科の敷居が低くなってきている。うちの病院では3年後の建て替えを期に、アメニティーを一般の病院に近づけないといけないという課題がある。こちらも自信をもって外部の人を受け入れられるようにソフトを充実させていかねばならない。

## 5. まとめ

当日の議論を振り返ると、PSW が目指すものや実践報告と「現実」との落差があらわで冷や汗が出てくる。「現実」とは、劣悪な療養環境であり改善せねばならない処遇である。劣悪な療養環境は PSW の力ではいかんともしがたいことだが、処遇については他職種ともっと議論せねばならないと、突きつけられたように思う。隠したくなるような劣悪な療養環境であるが故に、外部からの見学を積極的に受け入れていこうと病院としても努力してきたのだが、当日の率直な意見交換を肝に銘じ、今後処遇の見直しを行なっていかなければならないと思った。

見学会から4ヵ月後の2004年11月ようやく新病棟が開設されて、見学会当日に委員会のメンバーを驚愕させた旧病棟は取り壊された。病棟が新しくなって、療養環境が改善されたことで、処遇は一見向上したかに見える。入退院数は倍増し、新規入院者は短期間で退院する。介護病棟は開放化され、開放率は50%から80%へ上昇した。ベッドサイドに鍵つきタンスが整備され、事務への小遣い預かり金が減少し、入院者が看護室へ薬を取りに来るのではなく、看護師がベッドサイドへ薬を運ぶようになった。病棟が新しくなって、環境が処遇を規定する側面があるのだと知る一方、介護を要する人への行動制限などは思うようには減少していない。

この間、看護のトップが交替し、筆者が入職して以来6人目となる看護部長が就任した。新看護部長は、医療相談室での1週間研修を行い、新人看護職員に対しても医療相談室やデイケア室での研修が行われるようになった。当日話題となったチーム医療については、少しずつ職種間のコミュニケーションが深まりつつある。

言うまでもないが、他職種の業務を理解し、チームとして連携するのは、利用者に対してより良いサービスを提供するためである。コミュニケーションを深め、率直な議論を重ねていかねば、決して処遇は改善されないだろう。「あれっ」と思うこと、疑問に思うことを一つ見過ごせば、やがてそれがルールになるのだと自分を戒めたい。世間の偏見は私たち自身の偏見でもある。患者、家族、医療スタッフ自身に内在する精神障害に対する偏見・差別を解消していかなければならない。処遇を改善するためには、自分の感受性を磨き続けること、そしてそれを言葉にするエネルギーを持ち続けることが大切なのだと思う。一人ひとりが精神障害をどう理解するのか、どのような理念で実践を行うのかが問われることでもある。

長期入院者への PSW の退院支援は、見学会後も継続している。その後のトピックスとしては、今年2005年2月に、「たま・あさお精神保健福祉をすすめる会」が立ち上げた共同住居へ、5名の方が退院したことである。5名は生田病院の入院者で、単身アパー



ト生活は困難と見込まれた超長期入院者も数名いる。共同住居は賄いつきの下宿屋のイメージで、すすめる会が大家さんから物件を借り受け、それを本人達へ又貸しするもので、補助金は一切ない。

補助金が無くとも賄いつきで運営できるかどうかのポイントは、戸建住宅へ入居する 5 人を同一世帯とみなすのではなく、各々を個別単身世帯として生活保護に認定してもらうことだった。個々にケアプランを作成し、ホームヘルプサービスなども導入した。補助金を当てにしないこのような事業が成功すれば、退院後の住まいの獲得は飛躍的に伸びるのではないかと思われた。

川崎市から個別単身 5 世帯として認められ、ほっとしていた矢先、精神障害者の住居であることが住民に知られ、近隣住民から電話が相次ぎ、対応に追われることになった。「事前説明会を行なわなかったのはけしからん」という意見や、「刃物沙汰と火事騒ぎが心配」という声など、まさに市民が精神障害者に対して抱いているイメージに直面することになった。いろいろ調整して、見守っていただくところまでこぎつけたが、長期入院者の退院や社会参加を阻むものは、何より人の心のバリアーであると痛感した。そのバリアーを一番感じているのは、精神障害を抱え持つ本人たちだろう。目下のテーマは近隣住民との交流をどう深めていくかである。

しかし、ここで筆者は改めて自問自答している。「刃物沙汰と家事騒ぎが心配」という精神障害者イメージは、果たして市民だけのものなのか？精神科病院の職員に市民の心のバリアーを嘆く資格はあるのか。私物制限や様々な行動制限を行う精神科病院の職員の、意識の底に潜むものは何か？精神科病院に勤務する職員の心にこそバリアーがあるのではないか。その心のバリアーを解くために、私たちは何をすべきなのだろうか。

「長期入院者の退院促進のため、PSW は何をすべきか」という課題は、こうして、次々と出てくる。

#### 注) 拙論

- 1) 三橋良子：築根俊明：院内無料法律相談会から学んだこと、病院・地域精神医学 Vol.43 / No.3
- 2) 三橋良子：第三者機関による財産保全・管理サービス、精神保健福祉 Vol.31/No.4/通巻 44 号
- 3) 三橋良子：「地域福祉権利擁護事業」を入院中も利用しよう、精神科看護 Vol.32/通巻 152 号
- 4) 三橋良子：「公的保証人—川崎市居住支援制度」を利用して退院した人たち」、精神保健福祉 Vol.34/No.1 /通巻 53 号
- 5) 三橋良子：長期入院者の退院促進と公的保証人発展の可能性について、病院・地域精神医学第 45 巻 4 号（通巻 150 号）

資料Ⅳ-1：山田麻貴：退院準備クラブ・企画書

資料Ⅳ-2：川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課 かわさき・イラストマップ

## 企画書

平成 15 年 7 月 10 日 生活療法会議

医療相談室 山田

新設クラブの名称：「退院準備クラブ」

ねらい：小グループによる一連の活動を通して、仲間と共に地域生活のイメージを膨らませ、退院へのモチベーションを高めることを目的とする。

## 内容

1. 日常生活に関すること（外出・調理実習）
2. 社会生活に関すること（地域関連施設を知る）
3. 病気に関すること  
（薬の効果と副作用を知り、病気との付き合い方を学ぶ）

上記 3 点を活動の柱とし、以下のプログラム実施を以ってその実践とする。

- ① 外出・・・公共交通機関を利用し、スーパー・コンビニなどを活用してみる。  
（どんなものがあるのか、値段はいくらなのか等知る）
- ②調理実習・・・1 人でもできる簡単な料理
- ③地域ネットワーク・・・地域の利用できる施設  
（保健所、福祉事務所等の役所、作業所等）を見学し、知る。
- ④病気と薬・・・医師からのレクチャー形式

基本的な実施方法：ミーティングと実践を交互に組み込む。

（グループ及び各自の目標を立て、  
前回の行動の振り返り及び次回行動の計画をたてる）

構成メンバー：10 名弱の少人数制（7 月中に医師より検討）  
看護（開放病棟から・7 月中に検討）  
長谷川さん・PSW（山田）

日時：2 週間に 1 回、1 クール 6 回（約 3 ヶ月）、第 1・3 水曜日  
1 回 60 分～120 分（プログラムにより変更）

場所：基本的には学院 2 階  
プログラム内容等に合わせ外出を盛り込むこととする。

参加の手順：各クラブ活動の申し込み方法と同じ

開始時期：平成 15 年 9 月 3 日（水）



幸 区

■作業所	
1 みゆき作業所	511-5001
2 軽食喫茶ふれあい	549-0470
3 断酒会吉村作業所	555-5251
4 コミュニティ・プラザみゆき	548-0189
5 ショップふれあい	556-6299
■グループホーム	
6 ヒューネット幸	599-8280
7 パオ幸	587-8763
8 シャローム幸	533-2119
■ピア・サポートセンター	
9 ピア・サポートセンターかわさき	555-0016
■精神科デイケア	
10 栗田病院	599-2441

川 崎 区

■作業所	
11 川崎みなみ作業所	276-5049
12 サボン草作業所	333-4210
13 川崎マックアルコールケアセンター	266-6708
14 アダージオ	200-9349
■グループホーム	
15 アイリス	355-0414
16 つくし	344-0368
■救護施設	
17 ノーマ・ヴィラー・ジュ聖風苑	287-2235
■精神科デイケア	
18 川崎メンタルクリニック	246-0075

●精神科病床をもつ医療機関	8ヶ所
●精神科外来のある 医療機関	(病院) 8ヶ所 (クリニック) 25ヶ所
■精神科デイケア	7ヶ所
■老人性痴呆疾患デイケア	3ヶ所
■地域作業所	21ヶ所
■グループホーム	17ヶ所
●保健所(保健福祉センター)	7ヶ所
■その他の施設	3ヶ所



イラストマップ

(H16. 4. 1現在)