

Ⅱ 長期入院者の退院支援への取り組み

都立松沢病院 山田恭子

1. 地域の特徴（特性・状況）

都立松沢病院は、東京都世田谷区の北西部の、杉並区と隣接した地域に位置する。

世田谷区の人口はおよそ 80 万人、約 40 万 8500 世帯（2004 年 11 月 1 日現在）である。高齢者の比率は 16. 8%。外国人登録者数は 15, 000 人を超えている。戦前は農業地や雑木林であったのが、戦後になって宅地化が進み、住宅が密集している。

世田谷区内の精神科病床数は、6 病院 2, 156 床である。このうち 3 病院は小児精神科専門病院や職域病院として対象を限定しており、さらに都立中部総合精神保健福祉センターの社会復帰病室も病院に含まれるため、いわゆる一般の精神科病院として機能しているのは都立松沢病院を含めて 2 病院である。

精神科診療所数は 41 ケ所で、このうちデイケアを実施しているところは 5 ケ所である。

世田谷区内の主な社会資源は、次のようになっている。

精神科病床をもつ病院	6	2,156 床
精神科診療所	41	うちデイケア実施機関 5 ケ所
世田谷区保健福祉センター	5	
都立総合精神保健福祉センター	1	
生活訓練施設	1	
福祉ホーム	1	
グループホーム	7	
通所授産施設	1	
小規模授産施設	6	
共同作業所	15	
地域生活支援センター	3	

古くから二つの大規模な精神病院や社会復帰施設が存在していたことから、早くから世田谷区の取り組みが得られ、多くの施設が作られてきた。

区の保健福祉センターの管轄地域ごとに 5 つの地域ネットワークが組織されている。参加団体の中から持ち回りで世話人が決められ、この世話人が中心となってイベントの開催など具体的な活動を行い、この活動を通じて連携が図られている。保健福祉センターは事務局の役割を担い、毎月連絡会議を開催するためのバックアップをしている。

二つの地域生活支援センターの活動内容にも特色があり、オープンスペースは持たず、相談業務や情報提供に力を入れ、コーディネーター的な役割を果たしている。一方の地域生活支援センターは、3 つのサテライトを持ち、それぞれが独自のサービスを行なっている。一例を挙げると、共同作業所や小規模授産施設の利用希望者を対象に、バスで見学して回る「作業所見学ツアー」を主催すると同時に、作業所間の移籍や授産施設への移行の仲介

をはたすなど、関係機関の連携のみならず、効率的な社会資源の利用に貢献している。もう一方の地域生活支援センターでは、後述する退院促進支援事業の中核を担っている。

また、世田谷区精神障害者包括的就労支援事業として、精神障害者就労支援センターが作られ、「しごとねっと」のサービスが始まっている。このセンターを中心に、保健福祉センター、地域生活支援センター、授産施設、作業所、ハローワークなどさまざまな機関がつながり、相談から就労準備支援、ジョブコーチの派遣・コーディネート、事業所の開拓など包括的な就労支援を行なっている。

2004年度より小平市が先行して東京都の退院促進支援事業のモデル事業を開始していたが、世田谷区もこれに続いて2004年12月よりモデル事業を開始している。2005年3月までは準備期間として「地域支援ケア会議」の運営方法や「コーディネーター（チーフ・サブ）」、「サポーター」と呼ばれる実務者の役割の確認などがなされ、現在は対象者が確定して支援が始まったところである。

2. 都立松沢病院の歴史と現状

1872年に作られた東京都養育院に収容された者のなかで精神疾患を持つ者を収容する施設として、1879年に東京癲狂院が作られた。当時は治療もなく、隔離収容が主な任務であった。その後2度の移転を経て、1889年に東京帝国大学に委託され、欧州留学で精神医学を学んだ榊教授が院長に就任し、東京府巢鴨病院と改称し、病院の近代化の第一歩を踏み出した。

1901年に第5代院長として呉秀三が就任し、拘束器具の使用と安易な保護室の利用を禁止、作業療法を開始し、わが国の精神科医療の基礎を作り上げた。

1919年に現在地（当時の荏原郡松沢村）に移転し、東京府立松沢病院と改称した。

建物の老朽化のため、1962年から病棟や管理診療棟の全面改築が始まり、民間精神病院の増加を受けて公立病院としての機能の検討も行われた。1978年より精神科救急医療を、1986年より身体合併症医療を開始した。1988年にアルコール精神疾患専門病棟を開設、1989年より認知症高齢者専門病棟を開設した。1991年にはリハビリテーション棟、体育館、プールが完成し、院内に分散していた精神障害および身体障害の作業療法・理学療法・デイケアの各部門を集中させ、その充実を図った。

2003年に東京都病院経営本部によって都立病院改革実行プログラムが策定された。これにより松沢病院は2009年度を目標に、病棟規模を縮小して全面改築し、精神医療センターとして特化された病院に生まれ変わる事となった。これを受けて医療相談室・訪問看護室・医療連携係の3係が統合されて社会復帰支援室という組織となり、退院促進により力をいれる事となった。2004年からはさらにデイケア部門も社会復帰支援室に統合され第2デイケアを開設した。また、一部の病棟を精神科病床から一般病床に変更し、東京都の身体合併症救急医療事業に参画している。

診療規模 入院 医療法許可病床数 1,368床 予算定床数 1,111床
外来 1日あたり370人

診療科目 精神科、内科、神経内科、外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、歯科、(耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、泌尿器科、婦人科は外来のみ)

職員定数 681名

(内訳) 医師 51名、看護師 487名、臨床検査技師 7名、診療放射線技師 7名、
薬剤師 12名、理学療法士 5名、作業療法士 14名、栄養士 5名、
心理 6名、福祉指導 12名、福祉技術 1名、事務 33名、その他 41名

患者の年齢構成 (2003年10月15日実施のワンデー調査結果) (単位:人)

区分	20歳未満	20～39歳	40～64歳	65歳以上	合計
入院患者	5 (0.5%)	173 (18.7%)	456 (49.2%)	292 (31.5%)	926 (100%)
外来患者	2 (0.5%)	107 (28.0%)	186 (48.7%)	87 (22.8%)	382 (100%)

地域別取扱患者数 (2003年10月15日実施のワンデー調査結果) (単位:人)

区分		入院	外来	区分	入院	外来
区 部	世田谷区	257 (27.8%)	172(45.0%)	多摩地区	119(12.9%)	43 (11.3%)
	杉並区	84 (9.1%)	50 (13.1%)	東京都(島しょ)	9 (1.0%)	0 (0%)
	大田区	46 (5.0%)	12 (3.1%)	道府県	99 (10.7%)	37 (9.7%)
	その他	312 (33.7%)	68 (17.8%)			
	小計	699 (75.5%)	302 (79.1%)	合計	926 (100%)	382 (100%)

[1年以上の長期入院者の状況]

2004年10月1日現在の入院患者数917名のうち、入院期間が1年を超える者は425名(46.3%)であった。入院形態は医療保護入院が303名、任意入院が107名、措置入院が13名、一般(精神保健福祉法適用外)2名であった。

2004年10月1日現在の在院者 1年以上の入院者425名の状況は次の通り。

入院形態	任意	医療	措置	一般
	107人	303人	13人	2人
	25.2%	71.3%	3.1%	0.5%

※ %が425人を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 20年未満	20年以上 30年未満	30年以上 40年未満	40年以上 50年未満	50年以上
71人	17人	149人	88人	44人	18人	14人	18人
7.7%	1.9%	16.2%	9.6%	4.8%	2.0%	1.5%	2.0%

※ %は917人を100とする

3年以上の入院者(337名)でみていくと、平均入院期間は16年11ヶ月、最長は60年10ヶ月であった。男女別では男性186名、女性151名であった。平均年齢は58.9歳だが、男女別に見ると、男性の平均年齢は53.3歳、女性は63.2歳であった。男性は40～50歳代が多く、女性は50～60歳代が多い。最年少は男性の26歳、最高齢は女性の97歳である。疾患別では「統合失調症」が最も多く262名(77.7%)であり、ついで「その他の精神病」41名、「精神発達遅滞」22名、となっている。入院形態別では「医療保護入院」が最も多く238名(70.6%)、「任意入院」87名(25.8%)、「措置入院」12名(3.6%)であった。

3年以上の長期入院患者の中には、重度の行為障害をとまなう知的障害者や、いまだに重篤な精神症状を呈する統合失調症患者などがおり、彼らは日常的に保護室を使用し、特別な配慮を必要としている。こうした患者群が約2割程度いると考えられる。また、高齢化も進んでおり、約半数が介護を必要としている状況である。ある長期入院病棟をとりあげてみると、65歳以上が4分の3を占め、平均年齢が70.9歳であった。患者の3分の2が要介護認定を受けており、「要介護4」が最も多かった。

3. 都立松沢病院における退院支援のとりくみ状況

(1) 社会復帰支援室発足までの経緯

2002年度までは入院患者1200人・30病棟に対してPSWの配置は8名という状況であり、デイケア・救急病棟・認知症病棟・アルコール病棟などの専従的配置が必要な部門もあり、どう工夫してもマンパワー不足であった。したがって新入院病棟からの退院援助に力点を置いて、新たな長期入院者を作らないよう努めることが精一杯で、長期入院病棟からの退院援助にはほとんど手をつけられていなかった。長期入院病棟では患者・家族側も病棟スタッフも「ずっとこのまま入院」という意識が強く、広大な病院の敷地の中ではそれなりにストレスを発散させることもでき、「松沢村の住人」として安住してしまっていた。

2002年度の半ば、建物の老朽化による防災上の理由から、長期入院病棟の中の2病棟の閉鎖を余儀なくされることとなった。さらに、2003年1月に前述した都立病院改革実行プログラムが策定され、病院の全面改築が決定したため、建築予定地にかかっている病棟のたて壊しに備える必要が生じた。こうして2003年度から3年計画で病床の削減と病棟の再編成を行うことになった。このため院内の組織を改正しPSWが12名に増員され、長期入院病棟の退院促進に本腰が入れられることとなった。

(2) 社会復帰支援室の1年目の活動について

長期入院病棟の患者の多くは、高齢化してADLが低下しており、あるいはロボトミーや電気けいれん療法の後遺症や、薬剤抵抗性が強く統合失調症の荒廃状態にあるなど、病状は落ち着いていても病院外の生活は困難という状況であった。家族のほとんども「一生松沢病院に入院、やっとここにたどりついた」と思っているという状況であった。

退院促進にあたり、患者・家族に対し、院長名で文書を差し上げて方針を説明し、理解と協力を求めた。医師、PSW、医療連携係の職員でチームを作り、都内の精神病院を訪ね、それぞれの病院の状況を伺うとともに、転院の受け入れに対し理解と協力を求め、受け入れ可能な患者の条件を伺った。転院だけでなく、施設入所への援助も行なった。

2003年度にPSWが関与した長期入院病棟患者の退院先は概ね以下のとおりである。

精神病院への転院	48名	およそ4分の3の方が転院し、残りの半数が家庭復帰、もう半数が施設入所となっている。
家庭復帰	7名	
介護保険施設	5名	
グループホーム	2名	
援護寮	1名	
合 計	63名	※2003年4月～2004年2月までのデータ (後述の病院見学での説明資料より抜粋)

(3) 社会復帰支援室 2 年目の活動と今後について

2004 年度は、長期入院病棟からの転退院の促進に加え、以下の取り組みを行った。

ひとつめは、病棟の再編成である。それまで新入院を受け入れられる病棟は 2 つであったが、3 つに増やして入院をスムーズに受けられるようにした。さらに急性期加算を取る病棟を 3 つに増やし、経営面からも入院期間の短縮を促進するようにした。

こうした動きと平行して、地域への退院を促進するための試みとして退院前訪問指導に力を入れた。退院の方針が出るとケア会議を開いて支援計画を立て、退院前訪問指導を軸にしながら住居探しから外泊練習にいたるまでを、訪問看護係と PSW が協働して援助することにし、マンパワーを効率よく機能させることにした。こうした援助活動は、退院支援会議を毎週開催して関係部署が互いに情報を共有するようにした。

2004 年度の退院患者のうち、PSW が関与した患者は 703 名で、そのうち 101 名が 1 年以上の長期入院者であった。この 101 名のうち、長期入院病棟からの退院者は 70 名であった。退院先の内訳は「自宅・社会復帰施設」15 名、「転院」41 名、「高齢者施設」7 名、「知的障害者施設」1 名、「その他」6 名であった。

また、地域の関係機関との連携にも力を入れ、中部総合精神保健福祉センターとの共催で、区内の精神保健福祉関係機関の方々をお招きして施設見学と意見交流会の会を設けた。地域のグループホームを支援する試みとして、都内のグループホーム利用者に対し、「休息入院」という事業を開始した。頑張りすぎて疲労がたまってしまった場合などに、1 ヶ月以内での任意入院という条件でご利用いただいている。

2005 年度以降もしばらくは病棟閉鎖に向けた取り組みが続く。2005 年度はこれまでの取り組みに加えて、将来の「入院中心」から「外来中心・地域中心」医療への転換を視野に入れ、アウトリーチ型サービスの拡充に力を入れる方針となっている。松沢版 ACT の確立をめざすことになっている。

4. 精神医療委員会の病院見学・意見交換

第 4 回精神医療委員会を都立松沢病院で実施した。

日 時：2004 年 2 月 28 日（土）

参加者：精神医療委員会 7 名

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松沢病院の概要、都立病院改革実行プログラムについての説明（山田）
②資料館の見学（明治期からの日本の精神医療の変遷に関する資料を展示）
③病棟の見学（広すぎるため病院全体のおよそ 3 分の 1 に限定）
④討論

病院見学後の討論の内容

①転院の功罪

・ 社会的入院は、やはり病院が作り上げてきたと思う。病状が悪くて長期入院しているの

- と、社会的入院にはやはり違いがある。なかには退院するタイミングを逃してしまった人もいる。「どのタイミングで関わるか」ということの重要性が感じられた。
- ・ 話からすると、どちらかという元気な人を転院させた、ということだけれども、その人たちはどうして退院にはならなかったのか？
 - ・ まず、転院の協力を得るために他の病院にあいさつ回りをしたときにいろいろと条件を提示された。「車椅子の人はだめ」「何歳以上はだめ」そういった条件に当てはまる方を選んで、さらにそこから家族探しをして、話し合いをした。病棟では適応できているから転院しても大丈夫かという微妙なところで、環境が変わってしまうと適応できなくなる方もいて、簡単に決められない。それに、「ずっと病院で看るので大丈夫ですよ」と家族に言ってきてしまっているのも、なかなか同意が得られなかったりする。
 - ・ 環境が変わって適応できなくなる人も勿論いるけれど、逆にプラスに変化する人もいると思う。当院でもプラスに変化するケースがあった。他のところで20年以上入院していて、問題行動等があり、見放されて転院してきたが、逆に当院の環境では問題の部分が薄まった。環境が変わればその人も変わるから、先入観を持ってしまってはだめだと思う。
 - ・ うちでは、そういうことを考えて、期限付きで受け入れることもある。
 - ・ だけど、たらい回しになってしまう危険もあるので、そうなるのは駄目だし、歯止めが大事。
 - ・ それは個別のケースについての話だけれども、松沢病院はどうか？
 - ・ 病院の都合（病棟閉鎖）で、いつまでに出てもらおうという期限があった。無理やり納得してもらおう人もいれば、転院を楽しみにしていた人もいた。転院も多かったが、転院援助に反発して施設への退院援助を頑張ったPSWもいた。退院先のグループホームには今でもフォローに行っている。今年度は7つある長期入院病棟から63名が退院した。このきっかけがなければ1年に2~3人しか動きのない病棟だった。63名のうち、転院を除くと軽快退院は15名。退院した方々は入院期間が10年以上の方が多く、半数以上が60歳以上の高齢者だった。

②入院形態について

- ・ ある病棟では45人入院中、医療保護入院36名、任意入院9名。しかし、単独外出許可が出ているのは36名もいる。松沢病院ではあまり任意入院にしないのか？
- ・ 閉鎖病棟では医療保護入院が前提という暗黙の了解がある。医療保護から任意に切り替えることに無頓着なところがあるかもしれない。
- ・ 面会やお小遣いの掲示は結構目にしたけれど、入院形態などの掲示は病棟では見当たらなかった。前回見学した沼津中央病院には結構あったけど・・・
- ・ 入院形態については医師と議論することもある。「同意入院」の時代は、本人の自己決定や、本人へのインフォームド・コンセントができていなかったが、法改正はできるだけ本人に説明し、理解を得て入院するというのが目的だったのではないか。閉鎖病棟にいるから医療保護という考えはおかしいと思う。
- ・ 病院は入り口を強化することにだけ重きを置いて、その後のことにあまり関心がない。通常なら看護と医師とのやり取りがあるはずだが、入院形態にまで結びつかないのか？

- ・ 松沢病院は 28 病棟中、開放病棟は 4 つなんて、絶対的に閉鎖病棟が多すぎると思う。

③他職種との連携・情報の共有化・役割分担について

- ・ 松沢病院はあまりにも広いが、PSW はどのように動いているのか？ どうやって情報を共有し、連携しているのか？
- ・ もととは 30 病棟あって、1997 年度まで PSW は 6 名だった。その頃は最初に相談を受けた人が担当になった。1998 年度から PSW が 8 名になり、病棟ごとに担当を決めた（PSW1 人で 4～5 病棟を担当）。病棟からの依頼はいつも同じ PSW が受けるようになり、病棟と PSW の関係が作れるようになった。基本的には担当医から相談室に「社会復帰支援室 依頼用紙（3 枚複写：診療録控・支援室控・他）」（資料Ⅱ-1）を出してもらい、これを受けて担当 PSW が関わりを開始する。連絡事項は適宜、病棟に行って口頭で伝えたり、「PSW 連絡用紙（2 枚複写）」（資料Ⅱ-2）を使って書面で報告したりする。場合によっては看護記録のなかの情報連絡のページに書いてしまうこともある。今年度からは PSW が 12 名に増え、担当病棟数が 2～3 に減って動きやすくなった。
- ・ フォーカスチャータリングは、看護はいいけど他職種は見づらい。
- ・ 統合診療録は情報共有しやすいが、すぐにいっぱいになり、古いものから移されていく。
- ・ うちでは、カルテ、看護記録、PSW 用（相談室の誰も見られる。担当 PSW は不在でもそれなりの対応ができるように）の 3 つの記録がある。なかでも共有したいものは看護記録に記入するようにしている。
- ・ PSW のケース記録、看護記録、カルテがある。ケース記録は相談室に置いてある。
- ・ PSW のファイル・記録はない。病棟の朝の CC、引継ぎに顔を出すようにしている。そこには医者も OT も顔を出している。必要なことは MC（モーニング・カンファレンス）ノートに記入するようになっていく。病棟は 3 つあり、PSW は 4、5 人。個別担当制を敷いている。MC にはローテーションを組んで参加している。
- ・ うちでも病棟担当制を一応とっているが、個別にも担当しているので、なかなか難しい。
- ・ 個別担当にすると、ずっと関わっているのが、病棟から転院の付き添いや、買い物の付き添い、なんでもかんでもオーダーが入ってきてしまうという弊害もあるのでは？
- ・ それはきっと個別担当が問題なのではなく、ルールの問題だと思う。うちでも、そういうことがあったが、ルールを決めた。
- ・ うちではそういった住み分けはしていない。相手との関係性で全てが決まると思うから。家族も同じ。看護師に信頼をおけるのであれば、それでいいと思う。誰でもいいと思う。
- ・ システムとしてはどうしたらいいのか。看護は大勢いて、いろいろな人がいる。夜勤も入って情報がつながっていかない面があり、日勤でつないでいる PSW に情報が集まる傾向があるのではないかと。相手との関係性で決まるためには看護力が必要だと思う。

④地域連携について

- ・ 社会的入院者の退院援助のためには地域の掘り起こしをすることも大切。PSW として外の会議とかに出ることはあるか？
- ・ うちではない。市や地域の集まりには出ているけれど、今度 NPO 法人化するところがやっている作業所には顔は出している。

- ・ 長期の人たちは病院のそばに住みたがる。松沢病院も、地域の人たちとずっと話ができたらよかったのではないか。
- ・ 市の連絡部会や隣の市の連絡部会、作業所や福祉会やグループホームをやっているところにも顔を出している。当事者が参加しているスポーツのイベントにはいろいろなところに顔を出している。仕事・医療以外の顔での付き合いは大切。お願いしやすい。
- ・ 病院でグループホームを立ち上げていて、院長などが地域に出向いて説明会を行ったりしている。地域によって反応はさまざまだが、間違いなく浸透してきていると思う。本当なら、一人で生活していけるのが一番いいのだけれど。

5. まとめ

松沢病院の改革が始まって2年半が過ぎた。2002年の秋に病院改革の内容が発表になったときは、そんなことできるわけがない、対外的にも松沢病院が長期入院病棟を閉鎖するなんて許されるわけがないと思っていた。そして長期入院病棟の患者さんを思い浮かべては、先達がやりきれなかったことを今からできるだろうかと、とても気が重かった。ただ、病棟閉鎖のタイムスケジュールが先に決まっており、老朽化した建物を考えれば改築に向けて前進していくしかなかった。現実的には、病棟内では適応できていても地域生活は困難と思われる方が多く、転院が中心になった。これに発奮してなんとか家庭や施設に退院させようと頑張ったPSWもいた。プロジェクトチームを立ち上げて病院全体で取り組んだところ、結果としては予定通りの病棟閉鎖を行うことができた。転院が退院者の7割を越えたが、その他は家庭や施設に退院できた。ふたを開けてみたら予想以上の成果だった。

○月○日までに○人退院という目標設定されたこともあるが、周囲の精神病院の状況も過渡期を迎えて変わりつつあったから達成できたのではないかと思う。都市型の病院では、早くから社会復帰に取り組んでいたので慢性期病棟に空床ができていたところもあった。また、郊外に立地しているところから急性期から慢性期を主体に病院の体制を変えているところもあった。こうした状況を考えて追いついていくこともいえる。が、このような動きはこの時期だけのことでなく、精神医療センターになって長期入院病棟を持たなくなったら恒常化すると推測される。転院によって入院期間がリセットしまった、見えない長期入院者も増えていくのだろう。

病院の進むべきビジョンが明確に示され、それを実行するための組織改正や人員増を受けて、現場が大きく変わったことを実感している。それまで別々だった執務室を一緒にするという物理的な変化だけでも、他部門の仕事ぶりが良く見え、風通しが良くなった。協働して取り組むことが日常的になった。前述したように、入院期間2年以上3年未満の患者が激減しているのも、新しい長期入院者をつくらぬようPSWと訪問看護係、リハ科が取り組んだ成果であろう。

改めて、どうして社会的入院に至ってしまったのか考えてみたい。精神保健法改正以降、さまざまな社会資源がつくられ、「チーム医療」と「関係機関との連携」をいつも論じてきて、それでも社会的入院を解消できなかったのはなぜなのだろうか。入院が長期化した事情は人それぞれで一概に言えないし、何も努力してこなかったわけでもない。ただ、退院後の生活環境を整えるのにいくつもの壁があって、打ち破れた場合とできなかった場

合の違いで今に至っているにすぎないのではないか。時間が解決してくれることもあるが、この壁は時間がたてば立つほど、高く・厚くなりがちである。

壁を打ち破れなかったのは、マンパワー不足で関わりが足りなかったこともあるかもしれないが、PSW個人の力量ではどうにもならなかったこともあるのかもしれない。医療機関という組織は、多くの専門職が治療という目標のもとに協働しているが、別の視点で見れば分業化されていて、それぞれの専門領域には立ち入らないという暗黙の了解があるのが現実である。ともすれば「ワーカーさん、あとはよろしく」といった具合に、孤立してしまうこともある。いくらPSWの力量があったとしても個人の力では乗り越えられないこともある。職種間の支えあいをもっとあればと感じることが多々ある。

また、そもそも入院というのは生活場面から切り離して治療に専念してもらうための場であり、だからこそ病院が必要以上に生活全般を抱え込んでしまうリスクを孕んでいる。生活支援のメニューが院外に用意されていても、それにアクセスして利用にいたるにはきめ細かな情報提供と援助が必要となってしまうのだが、そのためのマンパワーやスタッフの力量が「充分足りている」とはなかなかいえない現実がある。

多くの医療機関が自前の社会資源を作って退院促進を行ってきているが、その一方で、新たな試みとしてACTや退院促進支援事業が行われてきている。限られた社会資源、人的資源を有効に、有機的に使えるようにするのに、従来の機関同士の連携だけでは不足であり、そこからさらに一歩進めた形が必要だからといえよう。

「アウトリーチ」というと、サービス利用者の住居に出向くことを想定してしまうが、見方を変えれば、「退院促進支援事業」はそれぞれの関係機関が互いに「アウトリーチ」して、その機関の中に入ってサービス提供していくことと捉えることができる。ここに現状を打ち破るカギがあるのだろうと思う。従来のソーシャルワークでは打ち破れなかった壁も、これによって崩せるところがあるかもしれない。

松沢病院でも、今年度の新しい目標に「アウトリーチ」を掲げている。どのような実践が生まれてくるのか、これを書いている時点ではまだ見当がつかない。社会的入院の解消について、即効性のある提案をすることは難しい。つまるところ、現状のままで終わらせない、あきらめないという一言に凝縮されてしまうのだろうか。

社会復帰支援室 依頼用紙

診療録控

依頼日 年 月 日 科 外来・入院 病棟 依頼者

患者氏名 男・女 歳 患者番号

住 所 電話番号

〔依頼内容〕 必要なところに○印をつけてください

1. 退 院 問 題 (転院・施設入所・住宅 他)
2. 経 済 問 題 (医療費・年金・小遣い金・生活費・生活保護 他)
3. 家 族 問 題 (家族関係調整・保護者選任・家族探し 他)
4. 生 活 問 題 (住宅・日常生活援助・近隣関係調整 他)
5. 社会資源の活用 (各種手帳申請・介護保険・通所施設・ヘルパー・成年後見 他)
6. 訪 問 看 護
7. そ の 他 ()

〔経過・必要情報等〕 診断名 合併症

〔家族・保護者・関係機関〕 ※状況や連絡先、担当者名など

