

## V 長期入院者の退院支援 ～病院としてのとりくみから～

駒木野病院 山口多希代

### 1. 地域の特徴（特性・状況）

#### ①八王子市の特徴

八王子市は、東京西部に位置し、2005年5月1日現在の人口は、約53万6千人。面積18、631平方キロメートル。昔は、織物で栄えた街だが、現在は、21の大学を抱える学園都市として発展している。JR中央線と京王線が中央に走っているが、駅に出るまで路線バスで30分以上かかるような場所もあり、利便性は地域格差が大きい。

#### ②精神科・神経科等の医療状況

2003年10月現在、東京都内の精神科病床は25、558床。地域的には、多摩地区偏在傾向であり、中でも八王子市は19病院4、394床（約17%）、都内で一番精神科が集中している地域という特徴がある。

病院も交通の便が悪いところに建っていることが多く、通院者用のバスを用意するなどしている病院もあるが、半分以上の病院が入院中心といわざるをえない状況で、退院・地域生活支援や外来機能の充実等を積極的に考える病院とそうでない病院に二極化している。

八王子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	19	計4381床 訪問看護実施病院 3以上 デイケア実施病院 2（大） 1（小）
精神科病床をもつ総合病院	1	計14床
精神科外来をもつ総合病院	4	
精神科（併設）診療所	18	近隣地域にも増えている。
東京都八王子保健所	1	
生活訓練施設	2	（医療法人立のみ）
福祉ホーム	2	（医療法人立のみ）
グループホーム	3	社会福祉法人1団体
通所授産施設	0	
小規模通所授産施設	4	グループホームと同団体
共同作業所	6	
地域生活支援センター	1	

#### ③地域の社会資源・行政機関等の状況（取り組み等）

市内社会資源の多くは、わかき福祉会およびマインド八王子（わかき福祉会から社福法人となった）という団体が運営しているが、作業所では、別の団体が2ヶ所、当事者グループがつくった作業所が1ヶ所ある。数年前からセルフヘルプグループの活動も動きがでてきている。社会福祉協議会や地域生活支援センターなどで、精神保健福祉ボランティア講座を企画する中、地域で具体的なボランティア活動を始めているグループもある。ホ

ームヘルパーの派遣も 2004 年年 7 月からやっと実現した。

保健所は八王子市を担当地域とする都の保健所である。地域保健法施行以来、2 つの保健相談所が廃止された他、その活動は縮小されてきているが、退院支援・地域生活支援については、地域精神保健福祉協議会地区別会の下部組織である専門部会を中心に精神保健福祉講座を開催するなどしている。(ここ 2 年は、退院支援の力を引き出す目的で病院の看護者向け講座を開催)。ここには市役所障害福祉課も積極的にかかわっている。

また、地域生活支援センターや地域の関係団体が参加して市民向け連続講座を行ったり、病院職員向けの施設見学ツアーを実施している。また、精神保健福祉を考える市民の会ができたり、共同住居連絡会が発足し病院などで施設紹介や意見交換の場を開催できるようになるなどの動きもでてきている。

さらに、八王子地域では、20 年以上前から市内の病院 P S W の集まりが保健所で行なわれていたが、数年前からは作業所等の職員や近隣地域の M S W も参加するようになり、地域の中の研修、意見・情報交換等の場となっている。

その他、隣接する多摩市に設置されている都立の多摩総合精神保健福祉センター(多摩地域が対象区域。作業・デイケア・入所訓練他の機能あり)とのつながりも大きい。

## 2. 駒木野病院の歴史と現状

### ①病院の歴史

当院は 1927 年の診療所開設に始まった。1952 年に医療法人財団となり、精神科を含む、小児科、内科、産婦人科等を有する総合病院として大きくなっていったが、1969 年に経営陣の不祥事は社会問題ともなり、院長・理事長の交代で事態は収束した。これ以後、精神科単科の病院として運営される。社会問題ともなった事件には、患者様の人権問題が多く含まれていたことから新体制は開放的処遇、患者使役の禁止、福祉的配慮等、当時としては先進的医療を展開していった。多くの制約もあるが、患者中心の医療を実現するために、ハード・ソフト両面からの改善を重ねてきている。ソーシャルワーカー・心理士等コメディカルの採用も 1969 年以降のことである。

### ②当院の現状

最大 560 床だった許可病床も、各病棟のベット化・改築が進むに連れて徐々に減少し、2003 年 8 月以降の許可病床は 502 床となっている。

病棟は、アルコール(別館)・認知症(本 2)の治療専門病棟と、全個室病棟を含む 7 つの精神科病棟で構成されている。看護基準は、3:1、精神科医は常勤 18 名・非常勤 8 名が勤務している。PSW は、常勤 11 名、非常勤 2 名、そのうち病棟・外来・相談等を担当するソーシャルワーカー室勤務は 9 名となっている。(2004 年 10 月現在)デイケアは機能を分けて 2 単位運営され、作業療法の施設基準も取っている。訪問看護は看護者中心で実施されている。また、当院の特色にもなっている病院の

病棟		定床
南 2(治療)	男性	59
南 3(治療)	女性	59
南 4(開放)	女性	59
北 2(治療)	男性	66
北 3(療養)	男性	50
北 4(開放)	男女	59
別館※	男性	50
本 2※	男女	50
本 3(治療)	男女個室	48
合計		502

中の地域生活支援センターとでもいうべきサービスステーション駒木野（SSK）があり、当院利用者がより良い社会生活をおくる事ができるよう多職種協同で各種講座やオープンスペースの運営を始め、サービスの開発と提供を行なっている。

次に入院者の動向をみると、新規入院では、統合失調症の患者様の割合は減少しているが、在院者では7割近くを占めている（2004年6月30日現在）。

また、2003年6月末時点で62.5%を占めていた1年以上入院者は退院支援の成果もあって少しずつ減少しており、2004年10月1日現在では、57.6%となっている。この日現在の在院者は、472名だが、このうち1年以上の入院者は、273名で、その内訳は次の通りである。

**平成16年10月1日現在の在院者 1年以上の入院者 273名の状況は次の通り**

入院形態	任意	医保	措置
	137人	135人	1人
	50.2%	49.5%	0.4%

※ %は273人を100とする

入院期間	1年未満	1年以上 10年未満	10年以上
	199人	163人	110人
	42.2%	34.5%	23.3%

※ %は472人を100とする

年間の入退院者数は、1998年度以降600人前後で推移してきたが、2003年度からは急激に増えており2004年度の年間入退院者数は入院816名・退院827名となっている。また、2004年7月の外来患者実数は1,768名（うち新患数95名）という状況である。

入院者・外来者は八王子市を中心としながらも、多摩地域や神奈川県・山梨県の隣接地域が医療圏となっている。また、中央線・京王線高尾駅から徒歩圏という立地条件もあり、都内からの利用者も一定数ある。特に、できるだけいい環境のなかで、治療を受けてもらいたいという職員の願いで、1996年に開棟された全個室48床の治療病棟は遠方からの利用者も多い。

**3. 駒木野病院における退院支援のとりくみ状況**

PSWは、1969年の入職以来、いろいろな問題に取り組んできた。退院支援・地域生活支援というところでは、「一人一人の生活は地域が基本」を念頭に置きながら、グループワーク・ナイトホスピタル・生活保護を受給しての単身アパート生活・施設入所の申し込みなどの援助をおこなってきた。その時代状況をみながら、または地域づくりや院内の取り組みを他のスタッフと一緒に考えながら取り組んできている。

また、当院は社会復帰施設等をもたず、医療の果たすべき役割を考えながら、地域の関係機関と連携しながら、一人一人の退院や生活支援を考え続けている。

様々な取り組みをしてきているが、ここでは、3年前から病院全体で取り組んでいる退院支援についてとりあげることにした。

## 1 退院支援委員会の活動

2002年1月、まだ全国的に72,000人問題が取り上げられ、退院促進が叫ばれ始める少し前のことである。管理的立場にある人たちと病棟看護・ソーシャルワーカー等現場の人たちで構成された退院支援委員会ができた。委員会は、長期入院者の退院促進と地域生活支援・病院と地域の相互連携体制の更なる強化・病院経営の安定化を目指し、1年以上の入院者から年間20人位の退院者を出すことを目標にした。

委員会の活動は、大まかにいうと、社会復帰施設の利用等を含んだ一般的な退院支援と65歳以上の人の施設入所を検討していくという2本立てで進められている。退院支援委員会は、各病棟で選んだ候補者について、その進行状況の報告、必要な検討を行う。また、病院として解決すべき課題については管理会議で検討してもらいながら、各病棟の退院支援が進めやすいように院内外の調整、情報提供等を行なっている。さらに退院した人たちの近況を報告し合うこともある。特に、リハビリテーション利用窓口ともなっているサービスステーション駒木野の担当者からは、当院のデイケア・OT・訪問看護等を利用しながら生活している人たちの退院後の状況について定期的に報告してもらっている。

### ・2002年1月から2003年9月まで

開放病棟3病棟に1年以上入院している人178名を対象に、一人一人の退院の可能性について各病棟で検討し、支援の対象者を28名に絞った。病院の借り上げアハートで、ケア体制を考えたかどうかというような意見もあったが、ここでは主に社会復帰施設の利用または、アハートでの生活を目標にした。一人一人の意向を聞きながら、地域生活実現に向けて必要な条件をクリアしていくことを基本に、職員が一緒に考え、行動していった。

基本的には援助計画に基づき担当看護師を中心に援助していくこととしながらも、個別性を十分配慮し、PSWや退院支援委員となっているナースとの役割分担、チームでの検討やかかわりをあわせて行なっていた。具体的支援は、個別の担当者・病棟で計画をたて進めていくが、対応困難な問題が出た時は退院支援委員会で検討し病院として対応していった。

例えば、一般の不動産屋では、アパート探しが困難かと思われる人に対しては、20年来、当院の活動を見て理解してくれている大家に交渉し、病院のデイケア・訪問看護等を利用しフォローしていくことを条件に部屋を貸してもらった。また、退院を進めるにあたって生活保護の移管などの問題や退院者が増えることに対して地元福祉事務所に理解と協力を得ていくことが必要不可欠となり、病院の方針を説明しながら意見交換をするなどして、個別の対応がスムーズにいくように調整をするということもあった。そのような経過の中で対象になった28名の内、2003年6月までに11名がアパート・グループホーム・福祉ホーム・援護寮に退院。また、対象に入らなかった人も同年3月までに14人が自宅・アパート・施設等に退院している。

2003年度に入ってから、その時点で1年以上入院している方のリストを各病棟ごとに作成し、新たな候補者をあげて（継続の人もある）、働きかけを行なっている。

#### ・2003年10月から2004年3月まで

今までの退院支援委員会を継続しながら、全病棟に退院支援を拡大する（拡大退院支援委員会と位置づける）ことにした。ここでは、この半年間に退院できそうな人を各病棟2～3名候補にあげ、より積極的・集中的な働きかけを行なっていくことにした。対象は、3年以上の入院者。施設入所や高齢で身体ケアが主となった患者様に対しては、内科の療養病棟をもつ病院への転院等も含めての働きかけとなった。その結果、退院が具体的に決まっている人を含めると2004年3月の時点で10名の人を退院させることができた。

2003年度、1年以上の入院で退院した人は43名。（退院支援の候補者となっていた方は、先の10名と年度始めから候補になっていた3名を合わせて13名。合併症での転院等は除く）だった。

ここでも、病院が今まで以上のケアを提供できるアパートを準備することはできないのかという意見がだされたが、現実的に病院として提供できるケアと退院していく人に求めたい条件（デイケア参加等）を付き合せていくうち、対象となる人がそれほどいなかったことから、ケア付きアパートの話はなくなった。ケア付きアパートの話はなくなったが、「病棟や院内の生活だとその人が抱える実生活上の問題点が見えにくい」、「本人も生活のイメージがつきにくい」、「練習用に使えるアパートがあればいい」という意見がでた。こちらは各病棟でも検討し患者様にとっても職員にとっても有効に利用できればということで、PSWが物件を探し、駅から3分、スーパー・コンビニにも近い鉄筋4階建てのワンルームマンションの一室を退院支援アパートとして利用していけるようにした。

また、市内に障害者でも保証人がいなくても生活保護の人でもケア体制がきちんとしていけば入居の相談に応じるということでアパートを建設した方がいて、そこに当院からも2名の入居をさせてもらえたり、昨今の住宅事情も手伝って不動産屋の理解や協力も得られるようになってきた。

#### ・2004年4月から現在

上記のことを通して、4月からは正式に閉鎖病棟と訪問看護からの委員も加え、さらに病院全体が退院支援について考えていく体制となった。

委員会は月1回行なわれ、対象者の選び方や進め方は今までとほぼ同じであった。

退院支援アパートも当初は使われる日が少なかったが、秋以降は徐々に外出・外泊に使われるようになり、今では、空いている日が無く予約が入れられないということも出てきたため、ルールの見直しをする状況になっている。そして、このアパートを利用して自信をつけ家族からの自立やアパート暮らしを始める人がでてきている。

2004年度の1年以上入院していた退院者は44名（身体合併症での転院を除く）となっている。

また、2004年度は、活動報告会以外に八王子市内の援護寮・グループホーム・福祉ホームを多くの職員に知ってもらい利用しやすくしていこうということで、院内研修の機会を設けたりもした。

2005年度に入った現在は、この時点で1年以上入院している人の中から新たな候補者の検討をし、働きかけを進めていくことになっている。

## ②退院支援を進める中で感じる院内の変化

入院者の間では、病気がある程度落ち着けば退院しそれぞれの生活を考えていくものだという意識が広がりつつある。職員も退院援助の体験を通して、一人一人の力を改めて実感し、自分たちの意識を変えることが大切なんだということと援助していくための力量を高めていく必要性を感じている。

退院支援を積極的におこなう開放病棟では、病棟入院者を対象にしていた「公開講座」(病気や薬・制度等の学習の場)に全病棟からの参加ができるようにしたり、退院していった人たちの体験を聞く会や施設見学の機会を今まで以上に作っている。また、援助をしていく上での必要性から、職員が地域の資源についての学習をし、実際の見学を通してさらに理解を深めようと計画的に研修を実施している。さらに各病棟でも地域の施設見学ツアーや研修会にいろんな職員が参加するようになり、入院期間に関わらず「退院」を意識した働きかけが行われるようになってきている。

この他にも、地域のピアサポートグループで長期入院者の退院支援にかかわっていきたいというグループとつながりを持ったり、通院者のなかから、入院中の人たちに自分たちの体験を伝え参考にしてもらえれば・・・という声があがり、入院者と通院者の話し合いの場が定期的にできたりしている。

このような動きも含め、職員が一緒に考える・支援するという姿勢を貫くことで、本人・家族のみならず、地域の中にも信頼感・安心感が広がってきていることを実感している。

## 4. 精神医療委員会の病院見学・意見交換

第8回精神医療委員会を駒木野病院で実施した。

日 時：2004年11月13日(土)13時00分～17時00分

参加者：精神医療委員会5名

院長・副院長・事務長・看護副部長・PSW2名が討論に加わった。

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：駒木野病院を見学し、退院支援委員会の活動を中心に実践報告を受ける

まず、副院長から病院の説明と退院支援の報告を受け、院内見学の後、討論。

### 退院支援に関連しての質疑応答

Q. 病院全体で退院の促進に取り組むと決めたのはどうしてですか？

A. 3年くらい前に、病院が満床となり、具合の悪くなった外来の患者さんの入院受け入れができなくなった。2002年1月に病院で退院支援委員会というのを立ち上げ、開放病棟から20人くらい退院できそうな患者さんを選んで、皆でその人達がどのような退院生活ができるのかを考えた。例えば、テイク・訪問その他色々なものを使って・・・。退院の雰囲気が出てくると、他の患者さんも触発されて、自分も退院したいと言うようになってきた。

また、年に2回ずつ65歳以上の人をピックアップして、介護施設の適応の人は入所申請手続きなども行なうようにした。

Q. 退院支援で患者さんを押し出すと、逆に、ベッドが埋まらないことはなかったか？

A. その為に、ベッドコントロール室がある。恒常的な部屋があるわけではないが、その担当は医事課長、副院長、看護部長、ソーシャルワーカー室長で成り立っていて、ベッドコントロールを行なう順番が決まっている。

入院相談があった時点で空床があれば、主治医がいなくても、患者さんを移動（転棟）させ、適切なベッドを空ける。（現在はここまでの調整はほとんどいない）

Q. 相談医の制度とは？

A. 院長、副院長、診療部長から成る。

即日入院の場合（医療機関・保健所・福祉事務所等、地域の関係機関から）は、上記の誰かが、相談を受け、診察医・受け入れ病棟を決める。ニーズに応じていくために作ったシステム。

Q. 連携室とは？

A. 診療部長、経営企画部長（連携室長）、看護副部長、ソーシャルワーカー室長、各病棟の看護スタッフから成る。

1週間に1回、病院外の地域へ出て、病院の対応などに対する意見、苦情などを聞いてまわる。そういうことを繰り返し行い、信頼できる所（クリニックなど）には、ベッド状況なども報告し、新たな患者さんを獲得する。

最初はクリニックを中心にまわっていたが、一番多かった意見としては、「午後の入院を受け入れてもらえない」ということだった。また、「入院相談をしても受け入れの要否が出るまでの時間がかかりすぎる」という意見も多かった。

そういった意見を院内で話し合い、できるだけ入院を受けていける体制を考えていった。もちろん、地域の優先度はある。当院に通院している患者さんは土日でも受け入れる。夜間帯でも診察する。当院外のクリニックなどに通院している患者さんは、夜間帯であれば東京都の救急窓口を案内する。どんなことでも、時間がかかっても、話し合いで解決していくようにしている。

## 病棟見学後の意見交換会

委員：各病棟にある電話ボックスが良かったですね。きちんとプライバシーが守られている。あと、全室個室の病棟があるのもめずらしいですね。

A：最近はそのような病院が増えていますよね。新しく建てる病院はほとんどそうなんじゃないですか？ 全室個室の病棟はあまりないですね。病棟の入院日数はだいたい70日ちょっとですね。最初は、部屋に閉じこもってしまって、外にでてこないのでは？という心配もあったけれども、思ったより、みんな外にでています。

委員：アルコールの病棟にも統合失調症の方が入院されているということでしたが、そのことでの弊害みたいなものはありますか？

A：もちろん、望ましいわけではないけれども、病床が埋まらない（入院者が少ない）というのも病院にとっては大きな問題で……。アルコールは2つの病棟に分かれていますので対応できる。アルコールリハビリプログラム（ARP）、コルサコフリハビリプログラム（KRP）、一般の精神科対応の3つに分かれています。

委員：退院促進の中で、OTが入っていないのはどうしてですか？

A : 支援メンバーとしては入っていない。中心とはなっていないが、一緒にプログラムを考えたり援助したりはしている。OT の入れ替わりがかなり激しくて、定着していないという事情もあります。

委員：社会的入院とは何か？と議論すればなかなかまとまらず、結局、今回は 1 年以上の長期入院者の退院促進でまとめることになった。この病院の取り組みでは看護の方もかなり積極的に関わっているようですが・・・。

A : 今まで外へ出て行くのは、PSW の仕事なんだという認識が職員相互にあったが、連携室などの仕事を通してその認識が変わってきた。

ここ数年、国の施策として、療養なのか、治療なのかははっきりしろ、というふうになってきた。病院としては、もちろん治療の場であるため、入院患者の見直しをして、全体としてなんとかしていかなくては・・・と考えた。

A : 1995 年に外来患者さん全員を対象に実態調査を行なった。この時の一つのテーマは「訪問看護」だった。この調査を受けて、SSK（サービスステーション駒木野）を立ち上げたのが 1996 年。これ以前の外来者調査は、PSW だけでおこなったが、この時は多職種が関わった。

委員：看護が外に出て行けるようになったのはどうしてですか？

A : 看護基準の問題はあるが、病棟から研修という形で週 1 回位出てくる。出てくることで、入院と生活の違う視点に気づく。そしてそれを病棟に持ち帰り、共有する。訪問看護も積極的に対応している。訪問は 130～140 件／月。専属の看護師は 1 人。しかし、実際に関わっているスタッフはワーカーも入れて 7 人くらい。専従は 1 人でも関わっている人数は多い。デイケアなどもそう・・・。リハビリ部門としていろんな職種の職員がかかわっていて、今は 52 人位。

A : 訪問は個別性と継続性を重視しながら、case by case で関わる。病棟スタッフがしばらく続けて訪問担当部署に移行することもある。看護の仕事は病棟内だけに限定しないことが大切。

委員：職員の意識を変えていくということが重要ということですか？

A : これだけ色々なことをしていると、矛盾ももちろん出てくる。毎週火曜日の 17 時以降に、管理者会議で色々な矛盾を議論して解決していく。

委員：今後更に長期入院者退院促進をするためには、どうしたらいいと思われますか？

A : 看護としては、我々があきらめたら、そこで終わってしまうと思っています。数%でも可能性があれば、関わり続けていく。あきらめない。あくまでも最終ゴールは退院。積極的に話をします。チーム医療が大切ですね。毎週他職種で病棟カンファレンスを行ないケースの対応についても話し合っています。

A : この患者さんが退院なんてできるのかしら？という人が、新薬を使うことで、退院支援に名前が挙がった。薬の影響は時に大きいものがある。その時、看護はすごく感動したが、その感動に意味があると思う。

A : 統合失調症の人はいつでも退院に向け、ある意味、圧力をかけることが大切。やりすぎでは途中でころんでしまうが、後戻りしないようにと押していくことを心がけている。医師でも看護師でも、成功する喜びを持つことが大切だと思う。自分自身が目で見て体験すること。

委員：医師の言葉はすごく影響力があると思うんです。入院治療は終わっていると医師が患者に伝えることが大切ではないでしょうか。

A：退院支援は人手と支援がすごくかかりますよね。1年以上の退院率は15%くらい、国は29%と言っているが。転院して退院というのはダメだと思っている。本当に職員が、あなたの退院を考えているのよというのが伝わると、患者さんも変わる。スタッフも実感することが大切だと思う。方針があいまいな時は何をやってもダメ。支援するんだ、空床がでたら、経営側が責任をとるということを明確にする。

委員：統合失調症の人の最初の10年は嵐のような激動で、入退院を繰り返すが、長期入院を経て退院した患者さんの再発率、再入院率は低いと思う。長期入院者の退院を促進するために、そういうデータを示せば良いと思ったりします。

## 5. まとめ

「長期・社会的入院者の退院促進にあたってソーシャルワーカーは何をすべきか、何ができるか」ということを退院支援委員会と開放病棟の担当PSWとして関わってきた中から考えてみる。

とても当たり前のことになってしまうが、たとえ病状や障害があっても一人一人の人生や生活を考え、その人なりの生活を実現していくためのかわりと必要な援助を継続していくということではないかと思う。当院のように年一回、あるいは半年に一回リストを作成し直して、入院している方一人一人の状況や、条件、可能性等々を定期的に見ていくことも大事ではないか考える。そうすることで、埋もれてしまいそうな人をそのままにすることがないように、チャンスやタイミングを逃すことがないようにしていけるのではないかと。

長期入院になってしまっている人達は、意欲を引き出したり、退院してからの生活イメージをもてるまでに時間がかかる、家族の理解なども含めて必要な準備にまた時間がかかることも多い。そのために、本人のペースや状況をみながら、継続的に時間をかけて取り組んでいくということが必要になってくる。PSWだけががんばってもだめで、方針を共有しチームでかかわれる状況をつくっていくことが必要だと思う。

退院支援の活動を通して、看護も入院中のことだけでなく、退院の可能性やその後の生活を見通した援助を行うようになってきている。こうなっていくプロセスのなかで、PSWはPSWとして生活を見ていく時の視点を伝えたり、活用できる諸制度・地域の社会資源等々の情報提供を行うことで、看護者がそれらを活用して本人を援助できるようになっていった。家族や関係者との連絡、施設見学や申し込み、アパート探し、福祉事務所との調整や諸手続きなど一緒にやっていくことで力をつけていった。それでも複雑なケースはPSWが担当する。様々な場面で、ケースワーク援助だけに留まらず、マネジメント機能・専門性を発揮しての知識・技術の提供やコーディネーターとしての役割が求められている。PSWはますます忙しい。

また、当院では退院支援のみに重点をおくのではなく、当院の利用者や地域の人たちが、必要な時に受診・入院治療が受けられ、できるだけ速やかにそれぞれの生活に戻っていけるような体制・地域づくりをすすめている。相談窓口のソーシャルワーカー室を始め、ベ

ットコントロール室・即日入院の対応をする相談医体制・地域連携室・退院支援委員会と各部署（病棟）が有機的に機能することによってこれを実現してきている。以前にも増して、医療機関としての役割を果たしながら、地域の関係者との相互理解や連携が必要だということを認識しながら職員が地域にでていく機会を増やしている。これらの活動を継続する中で、入退院者数の増加・平均在院日数の短縮化・1年以上入院者の減少や外来者数の増加等の効果を生み出している。このような取り組みから社会的入院者の退院促進をすすめるためには、個々のスタッフやPSWの対応だけでは限界があり、病院の方針として取り組むということが重要と考える。

最後に、長期・社会的入院者の問題は、精神医療の歴史の産物といえるのかもしれないし、地域や社会・行政の問題としても大なるものがあるが、まず、生活を抱え込みすぎってしまった病院（スタッフ）が、必要な治療がおこなわれ、ある程度落ち着いた方は退院する、それぞれの生活を病院以外の場所で考えていくということを”あたりまえ”と思えるようになることも大事ではないだろうか。