

地域精神保健福祉活動における往診・訪問活動の意義の検討

A Study of the Significance of Home Visit and Outreach on Community Mental Health Activities

上 平 忠 一*

UWADAIRA Chuichi

目 次

- I はじめに
- II 対象と方法
- III 結果
- IV 症例の提示
 - 症例1 75歳、男性、統合失調症（妄想型）
F20.0
 - 症例2 59歳、女性、統合失調症（妄想型）
兼アルコール依存症 F20.0/F10.2
 - 症例3 75歳、女性、統合失調症（遅発型）
F20.8
 - 症例4 53歳、女性、統合失調症（残遺型）
F20.5
 - 症例5 51歳、女性、統合失調症（妄想型）
F20.0
 - 症例6 51歳、男性、統合失調症（緊張型）
F20.2
- V 考察
 - (1) 地域精神保健福祉における往診・訪問活動
について
 - (2) 往診・訪問活動の意義について
 - (3) 訪問看護および訪問指導との関連について
- VI おわりに
- I はじめに

最近の精神保健福祉施策をめぐる動向は非常に

動きが早く、多くの法律や制度が公布されている。そのなかで、2005（H17）年10月に成立した障害者自立支援法⁶⁾は、障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する視点から、これまで3障害が種別ごとに異なる法律に基づいて提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みに改めた法律であるが、精神保健福祉施策に大きな影響を与えている。具体的には、精神障害者通院医療費公費負担制度が廃止され、自立支援医療に移行し、地域生活支援事業が創設され、地域生活支援センターが地域活動支援センターI型になる。さらに、精神障害者居宅生活支援事業にかかる規程の削除、あるいは精神障害者社会復帰施設のかかる規程が2012（H24）年3月までに消滅するなど大きな改正が行われる。一方では、精神科医療が地域社会に出て行くための方向性が示され、具体的方法として家族支援、アウトリーチ、多彩な選択肢の提供できる場の3つが抽出されている⁴⁾。ここでは、アウトリーチについて説明する。伊藤⁴⁾によれば、アウトリーチ（訪問）とは家庭や利用者の生活圏に第3者が具体的に参加し、関係性のなかでコミュニケーションを豊かにし、彼らが今までとは異なる生活支援のあり方を実現することを支援しようとする方法である。その際に行うべきことは、①まず定期的に寄り添うように自宅を訪れることで、利用者本人や家族に受けいれ

*社会福祉学部教授

られる第3者になることである。②次に関わりのなかのアセスメントとして行なわれるべきは「何が問題か」ではなく、「このような状況でも何ができているか」であり、「症状の改善」よりは「本人／家族の強み」や「良いところを伸ばす」という姿勢である。③さらに本人の回復を妨げている要因にも目を向け、その妨害要因をいかに小さくしていくかである。④最後に必要なことは本人／家族とともに行動することである。また、ACT (Assertive Community Treatment) と呼ばれるケア・サービスが注目を集めている。ACTとは、①重い障害をもった精神疾患の人々に対して、②医療と福祉を同等に包括した24時間の生活支援を、③多職種チームで積極的に訪問を行うケア・サービスである¹⁰⁾。このように、地域精神保健福祉が積極的地域療法 (ACT) と呼ばれる方法によりクローズアップされている¹³⁾。

私たちはこれまで地域精神保健福祉活動における精神障害者リハビリテーションなどを研究してきた^{15)・18)}。今回、私たちは地域で生活を送っている精神障害者に対して往診や訪問活動が行われた症例を対象として、往診や訪問活動の実態およびその課題を探る目的で本研究を行い、これからの地域精神保健福祉における往診や訪問活動の向上に寄与できるものと考えている。

II 対象と方法

地域生活を送っている精神障害者のなかで、主に市町村の保健師からまたは家族から往診若しくは訪問を依頼され、精神科医である筆者が往診を実施することができた症例6例を対象とした。保健所の保健師からの依頼による自傷他害のおそれのある精神障害者の訪問は本調査の対象から除外している。調査の方法として、性別、年齢別、職業、病名、発病年齢、罹病期間、外来通院歴、入院歴、転帰、往診時様態、家族の協力などについて分析を行った。ここでいう往診とは、医師が患者に赴き診療を行うことを指し、訪問活動とは医師の指示のもとに保健師、看護師、精神保健福祉士または作業療法士が患者を訪問し、看護及び社会復帰指導等を行うことをいう。

III 結果

往診・訪問活動を行った6症例の統合失調症に対して調査検討した結果は表1に示した。

1. 性別・年齢別、職業

対象となった6例の男女比は男性：女性＝2：4と女性に多い結果となった。平均年齢は60.7歳で、50歳代が4例、70歳代が2例であった。

職業では主婦が3例、農業および左官業、無職が各1例であった。

2. 病名、発病年齢、罹病期間

病名 (ICD-10) は全例が統合失調症であり、症例2のみがアルコール依存症を合併していた。その病型分類は妄想型が6例中3例を占め、遅発型および残遺型、緊張型がそれぞれ1例であった。

平均発病年齢は41.5歳で、40歳代および30歳代の発病がそれぞれ2例であり、20歳代、60歳代の発病が各1例であった。

罹病期間の平均年数は19.2年であり、20年以上の長期にわたり罹病している症例が6例中3例を占め、残り3例中2例は10年未満であった。

3. 外来通院歴、入院歴、転帰

外来通院歴を有する症例は6例中4例であり、2例は初診であった。精神科入院歴を有する症例は6例中3例に認められ、入院回数はそれぞれ4回、3回、2回であった。

転帰は、外来通院を継続した症例が1例のみであり、入院および中断した症例がほぼ半数ずつであった。中断の2例はいずれも妄想型であり、入院の3例は残遺型と緊張型であった。

4. 往診時の様態

往診時の状態像は6例中半数において幻覚妄想状態が認められ、精神運動興奮状態および残遺状態がそれぞれ1例と2例に認められた。往診時期は春、夏、秋、冬と四季にわたっていた。往診場所は6例中5例が自宅を占めており、残り1例が喫茶店であった。

往診回数は大部分の症例が1回のみであり、症

表1 往診・訪問患者の概略

	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5	症例6
性別	男性	女性	女性	女性	女性	男性
年齢	75歳	59歳	75歳	53歳	51歳	51歳
職業	農業	無職	主婦	主婦	主婦	建設関連業
病名 (ICD-10)	統合失調症 (F20.0)	統合失調症兼アルコール依存症 (F20.0/F10.2)	統合失調症 (F20.8)	統合失調症 (F20.5)	統合失調症 (F20.0)	統合失調症 (F20.2)
病型	妄想型	妄想型	遅発型	残遺型	妄想型	緊張型
発病年齢	42歳	39歳	68歳	21歳	45歳	34歳
罹病期間	33年	20年	7年	32年	6年	17年
外来通院歴	有	無	有	有	無	有
入院歴	無	有(2回)	無	有(4回)	無	有(3回)
転帰	外来通院	中断	入院	入院	中断	入院
往診時状態像	幻覚妄想状態	残遺状態	幻覚妄想状態	精神運動興奮状態	幻覚妄想状態	残遺状態
往診時期	8月	4月	4月	2月	12月	12月
往診場所	自宅	自宅	自宅	自宅	喫茶店	自宅
往診回数	1回	1回	2回	1回	1回	1回
往診経路	保健師の依頼	保健師の依頼	保健師・民生委員	母親の依頼	夫の依頼	保健師の依頼
往診時職員数	4名	3名	4名	5名	2名	5名
往診時構成員	医師、PSW、保健師、看護師	医師、PSW、保健師	医師、PSW、保健師、民生委員	医師、PSW、看護師	医師、PSW	医師、PSW、保健師、看護師、市福祉担当者
保健師の関与	有	有	有	無	無	有
家族の協力	積極的	受動的	受動的	積極的	受動的	受動的
その他	断薬・怠業	離婚、別居生活	家庭内別居生活、断薬	急遽入院に至る		断薬、離婚

PSW：精神保健福祉士

例3のみが2回であった。

往診経路は大部分の症例が市町村の保健師の依頼に基づくものであり、そのほかは家族の依頼によるものであり、夫や母親の依頼もあった。

往診時の構成要員は基本的には精神科医と病院の精神保健福祉士のペアとなっており、それに地域の保健師が参加したパターンを形成した。必要に応じて、看護師や民生委員、市福祉職員が加わり、拡大パターンをとった。

5. 家族の協力

何らかの形で、家族が往診や訪問に関与していた。家族の関わり方には消極的、受動的で行政が主体的に関わるタイプと、積極的、主導的に関与

し、行政の関わりはどちらかというとなにかあるいは消極的なタイプに大別ができた。その結果、受動的なタイプを示した症例が4例であり、残り2例は積極的なタイプを示した。

6. その他

症例1では、往診の結果、外来通院に結びつけ、服薬のコンプライアンス^{8)(注1)}を高めることが可能となり、往診が良好な成果を生じさせた。

症例2では、離婚後も前夫の近くに自宅を建築して貰い、前夫の全面的な協力を得ながら、そこで生活を送っている。長男の結婚も本人には内緒であり、孤立した自閉的な生活が持続している。

症例3では、夫は近くの工場に寝泊りをしてお

り、家庭内別居の状況が長い期間に亘って続いていた。

症例4では、往診により家庭内環境の観察と本人の状態の把握を目的に実施されたが、思わぬ展開に発展し、急遽医療保護入院を余儀なくされた例である。

症例5は、喫茶店で診察を行った特異なケースであり、面接の成果が乏しかったといえる。

症例6では、離婚後、妻子とは全く没交渉の状況であり、保護者は弟が家庭裁判所から選任されている。

IV 症例の提示

ここに往診若しくは訪問活動を実施した症例をプライバシー保護に配慮しつつ、詳しく提示する。

症例1 75歳、男性、農業

〔診断〕 統合失調症（妄想型） F20.0

〔生活史〕 地方のある町に2人同胞の次男として出生した。戦後まもなく、戦死した兄の嫁と結婚した。兄夫婦には男子が1人いた。本人たち夫婦には2人の女兒を儲けた。これまで自宅近くの建設現場の仕事と農業を営み生計を立てていた。長男は結婚し、本人たちと同居している。長女は県外に嫁ぎ、次女は隣の町に嫁いでいる。現在、妻と長男夫婦と孫2人の6人家族で生活を送っている。

〔家族歴・既往歴〕 特記すべき事項はない。

〔現病歴〕 42歳の10月に、精神科を初診。この時の所見は、不眠、頭痛、不安など自律神経失調症状と周囲に対する過敏を認め、夜中に「誰かが来ている」と幻聴に左右され、家を飛び出すという異常行動が出現した。約半年間、抗精神病薬を服用しながら外来治療を実施した。

46歳の1月に、再び、不眠、幻聴、関係被害妄想が出現し、加療を受け、数ヵ月後に異常体験は消失した。

50歳の5月に、幻聴、関係被害妄想、迫害妄想が再燃し、4ヶ月間存続する。

65歳の3月に、幻聴、関係被害妄想が半年間持続する。その後も、半年に1回くらいの診察で、投薬のみが続いていた。

X年4月（73歳）に、精神症状が落ち着いているので、自宅近くの開業医（内科）に紹介した。その時の処方は、1日量で、クロルプロマジン50mg、レボメプロマジン50mg、ジアゼパム10mgであった。

X+1年8月に、次女が同医院から紹介状を持参し、相談に来る。それによると、2週間前頃から、関係被害妄想や迫害妄想が出現し、妻に対する嫉妬妄想が強く、長男の嫁は実家に避難している。本人は病識を欠き、受診を拒否している。この時のこちらの対応は、地区の保健師に相談するように訪問活動を指導する。

X+1年8月中旬に、地区の保健師から「他人の話に耳を傾けないので、保健師たちでは説得ができない」と往診の依頼がある。

X+1年8月11日に、精神科医と精神保健福祉士と看護師、および地区の保健師の4人で患者宅に往診する。

〔往診時状況〕 患者はこちらの往診に対し素直に応じ、往診して貰ったことを恐縮している感じが強く、ラポールはとりやすかった。こちら側の対応は、患者を刺激しないように、患者の話を十分に聞くという受容の態度で一貫して接した。

ここで、本人とのやり取りの一部を記述する。

「畑のトマトが盗まれた。とうもろこしも芋も盗まれた」と訴え、畑の写真を見せながら、「これが盗まれた証拠だ」とこちらに同意を求める。私たちが見れば、単なる野菜畑が写っているに過ぎない写真を何回も見せる。そして、「夜中に懐中電灯を点けて畑を見回している」と関係被害妄想や迫害妄想を一生懸命に訴える。

本人は同居している嫁や息子に対してかなり攻撃的威圧的であるが、近くに住んではいるが時々しか顔をみせない次女には好意的で、彼女の言動には反発をほとんど示さない。

往診時の対応は、①外来通院の必要性を説き、キーパーソンである次女の協力により、精神科に通院することを約束させる。②抗精神病薬の服用の約束をする。

〔往診後の経過〕 2週間後、次女と一緒に外来を受診する。服薬により睡眠状態が改善し、妄想は口に出さなくなったと報告する。病識は不十分である。

その後、次女の送迎により月に1度の割合で外来通院をし、経過は順調である。

<症例の小括>

1. 75歳の農業を営む統合失調症の男性。
2. 42歳頃に、自律神経症状を伴う幻覚妄想状態にて発病し、30年以上の病歴を有している。46歳、50歳、65歳および74歳の時に数ヶ月から半年のシューブを経過している。社会生活の適応レベルは保たれていて、現在でも地区の老人会長や氏子総代を歴任している。
3. 往診時の所見は、幻覚妄想状態であり、家族の治療へ協力的であり、その後、外来通院を継続することができた。

症例2 59歳、女性、無職

〔診断〕 慢性統合失調症 F20.3 兼アルコール依存症 F10.2

〔生活史〕 地方のある村の3人同胞の次女として出生した。地元の中学校を卒業し、自宅の家事手伝いをしてきた。24歳の時に、農業を営む夫と見合い結婚をした。子どもを3人儲け、長男は前年に結婚し、A市に住んでいる。次男と三男はそれぞれ独身で会社の寮に住んでいる。

〔家族歴・既往歴〕 特記すべき事項はない。

〔現病歴〕 39歳頃に、自宅近くの下請工場にパートとして勤務していた頃に、精神変調が出現した。「会社の社長と私がいい仲になっていると自分のことが噂されている」とか、「夫が機械に手を挟まれた」といって、急いで家に帰ってきたり、「耳にテレバシーが入っている」と幻聴や妄想を訴えた。独語が見られた。この頃から不眠が頑固に続いていたので、夫が晩酌を薦め、次第に飲酒量が増加し、1回に4～5合を飲むようになった。

48歳頃に、依然として幻覚妄想状態が継続していたが、酒を断つということで、家族が強制的にアルコール専門病院に約3ヶ月間入院させた。退院約1ヵ月後、同病院に短期間の再入院をした。同病院退院後、通院せず、自宅の蚕室に一人で住み、近所との交際もなく孤立した生活を続け、夫が世話をしていた。子どもの養育は父親が一人でやっていた。

56歳の時に、協議離婚した。親族は本人の引取

りを拒否する。この時に、前夫の自宅近くに一戸建ての家を新築してもらい、そこに一人暮らしを始めた。しかし、その後新築の家の周りをビニールやぼろ布で囲ったり、鉈を袋に包み背負っているなど異常行動が顕著になったため、前夫が医療機関の受診を勧めるが、拒否された。前夫は対応が困難ということで、市町村の保健師に相談を持ちかけた。

57歳の11月に、H保健師と地元の民生委員が患者を訪問する。短時間の訪問であった。この頃の本人の生活状況は、前夫が患者本人の農協口座に入金をしているので、患者が自分で農協に電話注文を行い、自ら食事を作って摂っている。時おり前夫が本人の生活ぶりを見守っていた。

58歳の2月に、前夫より市福祉課に、患者の生活をみるのが経済的に困難のため、生活保護の申請を申し出る。この際、市から医療機関の受診を勧められた。

58歳の3月に、H保健師が患者に訪問活動をする。保健師が声をかけてもなかなか出てこない。保健師が諦めて帰ろうとすると、長靴を履き、頭に布を巻いた姿で現れるが、コミュニケーションがとれない。この頃、前夫から保健師に往診の依頼が入った。

X年4月のある日に、精神科医と精神保健福祉士、市保健師および前夫が患者の家に往診した。

〔往診時所見〕 家の周りには、板、ビニール、木などで乱雑に囲われており、家のなかの様子は外から窺えない。夫の手引きで、本人に会う。こちらの突然の訪問に驚きを示し、それぞれ落ちて着きなく緊張している。しかし、私たちが自室に導く。部屋の中は足の踏み場も無いくらい散らかっており、部屋の真ん中に竹竿が渡されていて、そこに衣類や蚊帳が無造作に掛けてある。両鬢に剃りを入れた短く刈った頭髪である。散髪は自分でやるという。

ここに、本人の陳述の一部を記載する。

「人がいないのに人の声が聞こえる」「鉈が御先祖様であるから、いつも背負っている」「離婚届けは出してあるが、まだ離婚していない」「長男はまだ結婚していない(家族は本人に内緒にしている)」「お父さんも子どももテレビを見ないし、テレビは人の手に渡っている、見ない」

と述べる。

気分変動、思考障害（連合弛緩）、幻聴体験、テレパシー体験、妄想気分、奇妙な妄想を認め、幻覚妄想状態である。さらに、自閉、病識欠如、社会的関心の低下、前夫に対する両価性感情を認める。

私たちの対応は、①本人の訴えを十分に聴くこと、②外来通院の必要なこと、③服薬（抗精神病薬）の必要なことを説明し、往診を実施した。

X年4月の2週間後に、前夫のみが来院する。「薬は飲まない」「以前とほとんど変わらない生活である」と報告する。しかし、前夫に詳細に質問すると、前夫は薬の管理等について治療者側の要請にほぼ応じていない。前夫の受診の理由は市役所から障害年金の診断書を記入してもらうように指導されたことによる。同日に、H保健師が患家を訪問するものの、玄関先で追い返される。

X年4月末、前夫が来院する。服薬も入院も拒否している。前夫は「このままでは自分が具合悪くなるので、先生、このまま様子を見させてほしい」と懇願していく。

こちらの対応は、①家族の協力が得られない以上、現在の状況で経過を観察する、②市保健師に上記のことを報告する。

<症例の小括>

1. 59歳の女性で、離婚後も前夫の協力が得られている慢性統合失調症兼アルコール依存症の診断である。
2. 39歳頃に関係被害妄想、幻聴で発症している。その後も治療を受けることなく、約10年が経過し、48歳頃に飲酒が問題となり精神科病院に2回入院する。その後も再び、治療を受けることなく10年を経ている。
3. 往診時の所見は残遺状態^(註2)であり、家族治療への協力は消極的であった。

症例3 75歳、主婦

【診断】 遅発性統合失調症^(註3) F20.8

【生活史】 大都会に生まれ、戦中に地方都市に疎開してくる。20歳代で見合い結婚をした。3歳年上の夫は市内にA製作所の下請け工場を営んでいた。50歳頃から、現在住んでいる借家に引越しをした。子どもは3人で、長女および次女は

結婚し、同じ市内に住んでいる。長男は都会に出て生活をしている。

現在は夫と2人きりの生活を送っている。ときどき、娘たちが安否を気遣い、親たちを訪れている。

病前性格は自己顕示欲が強く、明朗、些細なことを気にしないタイプである。

【既往歴】 68歳頃に白内障の手術を行う。

【家族歴】 特記すべき事項はない。

【現病歴】 55歳頃から、夫婦がそれぞれ別居生活に近い生活を送り、夫は工場に寝泊りをし、たまにしか家に帰らなくなった。この頃から本人は孤立的・自閉的な生活が始まり、近所の人々の交流が少なくなった。68歳の春頃に、隣接した家に関する関係被害妄想、迫害妄想、幻聴が出現してくるが、日常生活に支障がなかったため、夫は放置して経過を観察していた。

X年夏頃（73歳）に、近所の人から夫に苦情が寄せられる。

X年10月に、不眠や日常生活に支障が出てくるようになり、脳外科にて診察を受けるが、異常を認めない。「買い物に行こうと思うが、怖くてダメだ。自動車で追いかける。殺される」と訴え、仕事をしている夫に電話を何回もかける。同月無理やりに夫が精神科を受診させる。

初診時所見は、疎通性は良好であるが、幻聴や関係被害妄想を認め、病識は欠如していた。遅発性統合失調症と診断し、抗精神病薬と睡眠薬を投与する。その後の外来通院は不規則であり、薬を飲むと下痢になるといって拒薬をしている。

X+1年1月に、夫と一緒に外来を受診する。その時の状態は、幻覚妄想が継続し、それらに支配された行動が頻発していた。

ここに、本人の訴えの一部を記述する。

「先日主治医の先生が隣の家に来て、夜通し私のお話をしていた」「先生にいろいろなことがあったが、皆さん知っているでしょう」という。さらに、毎晩のように夫を起こし、「大勢の人が喋る声が聞こえる。私を連れにくる」と訴えていた。

診察時、夫は「先生は隣の家に来たことは本当にはないですか？」と医師に向かって質問してくる。夫も、本人の言動を半信半疑で聴いている。少量の抗精神病薬（ハロペリドール）を投与し

て、経過を観察する。

その後の経過をみると、幻聴体験は存続しているが、落ち着きが見られ、行動化は沈静化されていた。

X+1年6月に、外来治療が中断する。

X+1年10月に、夫のみが外来に相談にみえる。この時の話によれば、幻覚妄想が強まり、行動化が著明になっているという。少量のハロペリドールの水液を約3ヶ月間投与する。その間、関係被害妄想は抑制されていた。

X+2年11月に、次女のみが外来に相談に見える。その間、再び外来治療は約1年間中断している。この時の問題行動は以下のようなものであった。①家の隣の人から娘のところに電話連絡があり、「被害的なことを言われ迷惑をしているので、善処してほしい」、②隣の家のポストに現金（9万円入りの封筒）を入れる行為がある、③本人が警察署に保護され、夫が引き取りに行っている。

しかし、その後家族から連絡がなかった。

X+2年1月に、C市高齢者対策課N保健師から連絡がこちらに入る。それによると、夫から「幻覚妄想が存続し、家庭介護が大変である」と民生委員に相談があり、そこから市に連絡があった。近所からの苦情が大家に届き、借家を明け渡すか否かの危機的状況が迫っていた。

X+2年4月に、精神科医と精神保健福祉士および市N保健師、民生委員と患家を往診する。本人と顔合わせをして、こちらの紹介に終わる。この時には、子どもたちを集めるように要請するも、都合により誰も来なかった。

X+2年5月に、前回と同じメンバーで自宅に往診する。依然として、幻覚妄想状態が継続していた。

「私は勲2等の勲章を授かった」「話し声が聞こえる。近くの工場から聞こえてくる」「私の父親は公務員で、勲3等を貰っている」と一生懸命に訴える。夫や娘たちの強い希望により、精神科病院に医療保護入院となった。

<症例の小括>

1. 73歳の主婦で、68歳頃から幻覚妄想（主として関係被害妄想、幻聴）で発症している遅発性統合失調症である。

2. 不規則な受動的な受診の仕方を呈した治療状況であり、家庭状況では夫が工場に宿泊をし、本人は一人暮らしに近い生活を送っていた。

3. 往診時状況は、近隣の人々から本人の問題行動に対して苦情が寄せられ、夫はその対応に苦慮していた。家族は治療の協力に消極的であり、キーパーソンが不在の状況である。

症例4 53歳 主婦

〔診断〕 残遺型統合失調症 F20.5

〔生活史〕 地方の小都市に1人子として出生した。父親は農業を営んでいた。地元の小・中学校を普通の成績で卒業した。40歳の時に、現在の夫と再婚した。父親は60歳代で心筋梗塞にて死亡する。現在、本人夫婦と母親の3人家族である。病前性格は内気、おとなしい、非社会的であり、統合失調気質である。

〔家族歴〕 特記すべき事項はない。

〔既往歴〕 49歳のときに、糖尿病にて入院加療をうける。

〔現病歴〕 21歳頃の不眠、頭重感を伴う幻覚妄想が出現し、A精神科病院に1年8ヶ月間入院する。その後、同病院に23歳ならびに30歳の時に約3年間および1年7ヶ月間の2回入院を繰り返した。

その後、自宅に戻り生活をしていた。51歳のときに私たちの医療機関を初診する。当時の精神症状は幻覚妄想を背景とする残遺状態であった。その後、精神科通院を不規則ながら行っていた。

X年11月（52歳）に、自殺目的で向精神薬を一度に大量服薬し、昏睡状態で発見され、すみやかに入院となった¹⁶⁾。約20日間在院し、身体的には軽快退院をした。その後は、1度も外来通院をしなかった。

X+1年2月に、母親のみが相談に来る。母親の話によれば、最近、夜も眠らず不穏であり、夫も面倒が見切れないと家出をしてしまった。服薬は「先生が治ったから飲まなくてもいい」と言って拒薬し、母親の言うことも聞かないので、困っている。母親は何とかしてほしいと懇願する。

〔往診時状況〕 そこで、数日後の午後、主治医と精神保健福祉士、看護師の3名にて、患者宅を

往診する。家には母親が待っていたが、夫はいなかった。

患者は二階の寝室に寝ていた。母親の誘導で、私たちが寝室に近づいて、自己紹介をすると、患者は部屋の入り口のガラス戸を内側からしっかり押さえていて、開けさせない。無理やり母親にガラス戸を開けさせてもらおうと、突然母親に対して暴力を振るい、私たちに対してファイティング・ポーズをとり、パンチを繰り出したり、足蹴りする。あるいは、一緒にいたケースワーカーは髪の毛を強くつかまれたりした。この時の本人の精神症状は母親に対して自分の子どもであるとか、看護師に対して自分の従兄弟だと訴え、家族否認妄想や人物誤認や病識欠如を認め、精神運動興奮状態であった。

このまま引き下がるかあるいは入院させるかについて家族と協議すると、現在の精神症状および母親の強い希望により、入院をさせる方針をとりその結果、病棟の2名の男性看護師の応援を得て、イソミタール注射とアナテンゾールデポー剤を注射し、医療保護入院になった。

〔入院後の経過〕 入院時の拒絶症状を示す強い精神運動興奮状態が継続し、隔離室を使用することが頻回であった。抗精神病薬の服用により、2週間後に落ち着いてくる。病識は出ないが、陽性症状は消退する。しかし、感情鈍麻、思考障害（連合弛緩）、自閉症状などの陰性症状が残遺症状として残存したまま1ヶ月に自宅に退院した。

その後、現在まで不規則ながらも外来通院している。

<症例の小括>

1. 53歳の残遺型統合失調症の主婦
2. 21歳頃に自律神経失調症状と幻覚妄想症状にて発病し、精神科病院に数回入院した。私たちのところには、51歳の時に、初診となり、52歳の時に、急性薬物中毒にて1回目入院に至るが、その後、外来通院は中断していた。
3. 往診への契機は母親が病院に相談のため来院し、その数日後に往診となった。往診時の主な意図は、患者の状況を観察することであったが、思わぬ展開に至り、医療保護入院に至った。

症例5 51歳、主婦

〔診断〕 統合失調症（妄想型） F20.0

〔生活史〕 地方の農村に2人同胞の長女として出生する。関西で地方公務員をしていた父親は戦争のためにA県に疎開し、会社員として働いていた。本人が26歳のときに、父親が病死した。本人が27歳のときに、高校の1年先輩の男性と結婚し、2人の男子を儲けた。夫は医薬品関係の会社に勤務している。夫は県内を始め、近県まで営業活動をしており、家を開けることが多く、土帰月来の生活であった。夫婦仲は円満であった。10年前に、現住所に土地を購入し新築をした。隣に住むN宅は古くからその地域で居を構え、地元の名家であった。

〔家族歴・既往歴〕 特記すべき事項はない。

〔現病歴〕 X-5年10月（45歳）に、隣のN宅の駐車場に止めてあった車のタイヤがすべてパンクしている事件があった。夫がこの事件を隣に住むNさんから聞かされているところを、本人は二階のベランダで洗濯物を干しながら見ていた。

X-5年11月頃（45歳）から、自宅にいたずら電話があった。NTTに調べてもらうが、異常がないといわれ、電話番号を5-6回変更してみるものの、いたずら電話が約2年間続いた。この頃から、電話を盗聴されているといい始めた。

「NTTの内部に盗聴する人がいる。Nさんがパンクの件で逆恨みをしている」と被害的なことを言い出した。その後、電話を盗聴されているという盗聴妄想は、現在まで継続している。

X年春（50歳）「電波を飛ばして、パチンパチンと故意にやっている。隣のNさんが、私を困らせるためにやっている」と関係被害妄想を訴えた。

X年11月末（51歳）、「変な電波が飛んできて、自分の下腹部を痛くされる」「電波が飛んでくると、心臓や体を痛くされ、おかしくなる」「家のなかを盗聴されている」と強く訴え、12月初旬に内科病院を受診し、そこから精神科を紹介され転院となった。

転院時には、夫が紹介状を持参して夫のみが受診している。夫の話や紹介状によれば、家事もやっけていて、日常生活はほぼ普通にやっている。本人は受診の意思がないので、夫は是非とも往診をしてほしいと希望する。治療者側は、本人の状

態や家庭環境の把握を目的として、12月中旬に往診の約束をする。

〔往診時所見〕 X年12月に、精神科医と精神保健福祉士が患家を往診する。

チャイムを鳴らして、玄関を入ると、笑顔の本人と夫が出迎える。本人はすぐに「家のなかには電波が飛んできて、盗聴されるので、近くの喫茶店でやりましょう」と別の場所でのインタビューを希望したので、自宅近くの喫茶店に車で移動した。そこで、本人と夫、私たちが30-40分間インタビューを行った。そのインタビューのなかで、本人は私たちを電波に詳しく、自分に危害を加える電波を除去してくれる先生と思っていることが判明した。しかし、インタビューを続けるうちにそうではないことに本人が気付くと急にそわそわして落ち着かなくなった。

電波体験以外の会話には、疎通性がとれ、人格の崩れは認められない。しかし、電波体験については病識を欠き、辛そうに語り、一方的な会話となる。関係被害妄想、体感幻覚、幻聴が認められる。

ここに、本人の供述の一部を記載してみる。

「電波でやられている。3つの電波があって、小さいものはたいしたことはないが、大きいのは冷や汗が出たりし、こらえ切れない。それで膀胱をやられると頻尿になり、お腹をやらせると下痢になる」「今、トイレに行ったが、そこでパチンと音がしたのは、インターネットかなんかで私を監視している」「電波で腹を痛くさせられる。NTTと隣の人が私をいじめていて、やっている」「ここにいても、電波でやられている。早くこのお店を出しましょう」

夫の態度は本人が言うままに従い、電波体験を肯定も否定もせず、むしろ本人の言動を助長している印象がある。

このインタビューで私たちのとった対応は以下の通りである。

(1)今後、夫と連絡をとって、治療ルートの乗せる努力をする。(2)服薬を勧める。しかし、本人は拒否をしている。(3)家族の同意を得て、保健師の協力を得る。

<症例の小括>

1. 51歳の統合失調症の主婦。

2. 現在症は、関係被害妄想、体感幻覚、幻聴を認め、病識を欠いている。

3. 発病は45歳頃に、近所との些細なトラブルを契機として、盗聴妄想が出現し、その後約5年間、関係被害妄想や幻聴が継続している。しかし、それまで一応社会生活を営み、医療機関を受診することはなかった。今回、他科の医師から勧められ精神科を初診している。

4. 往診の場所は喫茶店であった。

症例6 51歳、男性、建設関連の仕事

〔診断〕 統合失調症(緊張型) F20.2

〔生活史〕 地方都市に同胞3人の第2子、次男として出生する。父親は運送業に従事していた。父親は本人が小学5年生のときに、愛人を作り家出をしてしまい、母親が子供たちを苦勞して養育した。温和で、内向的な性格であった。地元の高等小学校を中くらいの学業成績で卒業後、上京し、B精機に約5年間勤務した。敗戦後、帰郷し、農業の手伝いをしていた。31歳の5月に、C子と結婚し、男子を儲けた。その後、A市内のG保育園に雑役として、47歳頃まで約8年間勤めた後、知人の建設業で数年勤務していた。

〔家族歴〕 特記すべき事項はない。

〔既往歴〕 30歳時、左顔面神経麻痺。

〔現病歴〕 34歳の夏頃から、不眠、幻聴、関係被害妄想、精神運動性興奮、独語などの精神変調が出現し、35歳の2月初旬にE病院精神科に第1回目入院、電気ショック療法16回試行し、軽快し同年3月初旬に退院した。しかし、すぐに再発し、同年3月中旬に同病院に第2回目入院。入院後すぐに無断離院をして、その足でF総合病院精神科に転院し、39歳の12月に同病院を退院した。50歳の11月頃まで、服薬を継続していた。その間、春と秋の年2回決まって、精神状態が悪化し、仕事を休むことが多かった。51歳の2月頃から、無為、自閉が出現し、家の入り口や窓を釘で打ちとめて、外界との接触をしない生活をし、妻子とは別居生活が始まり、同年の9月に協議離婚をした。51歳の12月に、筆者である主治医と市の保健師、市の福祉担当者、精神保健福祉士、看護師による患家の往診が行われE病院精神科に第3回目の医療保護入院となった。

往診時の所見は、陽性症状を認めず、感情鈍麻、無為、自閉、思考の障害など陰性症状が認められ、人格の水準の低下、残遺状態を呈していた。

入院後経過では、入院3年目頃から、徐々に症状が改善し、院内の作業や農作業などの作業やレクリエーションに参加し、院内寛解状態に達し、現在に至る。

<症例の小括>

1. 51歳の統合失調症（緊張型）の男性、無職、入院中。
2. 現病歴： 34歳頃に、不眠、幻聴、関係被害妄想、精神運動性興奮、独語などの精神変調が出現し、35歳の2月にE病院精神科に第1回目入院、約1ヵ月後に退院したものの、その直後に再発し、F病院に転院し、同病院に4年間在院していた。その後、約8年間A市内の保育園に雑役として、勤務していた。その間も精神症状が年に2回くらい悪化し、仕事を休むことが多かった。
3. 往診時の所見は残遺状態であり、家族の治療への協力は消極的であった。

V 考察

(1) 各症例の考察

症例1について

今回の往診に至った経路は、近くの開業医では治療がうまくいかず、地域の保健師の要請により実施したものである。往診後の経過は良好であった。その理由のひとつに、往診により治療同盟が築かれたことが指摘できる。本例の往診の意義は、外来通院の援助への糸口となる場合をあげることができる。

症例2について

今回、市保健師が医療機関受診のため相談を受け、関与し、精神科治療機関の往診となった。しかし、家族の要望（診断書の要求）と医療機関の対応が必ずしも一致せず、不本意な結果となった。課題として、家族の治療に対する協力が得にくい場合、どのような医療保健アプローチが模索できるかがクローズアップされた。その解決のために、信頼関係の樹立を目指し、治療者側が頻回の訪問活動を行い、本人や家族のニーズをしっかりと把握することが重要である。

症例3について

今回の往診の仕方は、夫から地区の民生委員¹⁷⁾に相談が寄せられ、保健師に連絡がとられ、そこから医療機関に往診の依頼が入っている。高齢であるため、老人性認知症との鑑別診断が課題となる。入院後の診察により、記憶障害や健忘がみられないことから、老人性認知症とは鑑別が可能であった。

症例4について

本例の往診の課題は、次のように多くの点を指摘できる。

① 往診の準備不足があげられる。長期間通院が途絶えた患者の往診にはもう少し慎重さが要求された。

② ①と関連するが、社会資源の活用がなかった。県や市の保健師の応援や援助を求めたほうがよかった。

③ 家族の治療に対する協力への働きかけが不足していた。夫の往診への協力が得られなかった。

④ 往診時の不測の事態への対応が不十分であった。往診時に相手を興奮させてしまった点は今後の課題として残る。往診時に興奮した場合には、十分なマンパワーが必要である。往診時の不測の事態に対する院内各部署の連携が必ずしも十分でなかった。

⑤ 往診時に、患者・職員ともに事故のない様に実施しなければならないことを再確認した。

などが指摘できた。

症例5について

診察が喫茶店という尋常とは異なる場所で行われ、患者には幻覚妄想状態が認められた。本症例の課題として、以下のようなものが指摘できた。

① 喫茶店における面接の妥当性の有無が指摘できる。本人の言うとおりに、面接場所を設定したが、面接をスムーズに進行されることにはプラスに作用した。しかし、面接の途中から中断したことは面接場所が適当でなかったことを示唆している。

② 保健所などの社会資源の活用を図らなかった理由は何かという疑問がある。これに対しては、今回、家人の相談ということで来院し、早急に対応を迫られていたので、保健所や市役所の保

健師のネットワークを活用しなかった。今後、地域の精神保健福祉のネットワークの支援を活用することが課題として指摘できる。

③ 家族に面接のことに、もっと細かく指導をしておく必要があった。例えば、本人にこちらの身分や所属をどのように本人に伝えるか、面接場所の件など細かく指導をしておくことが大切である。

症例6について

51歳の12月に往診を受けた。その時の所見は感情鈍麻、無為、自閉、思考障害などの陰性症状が認められ、人格水準の低下および統合失調症残遺状態を呈し、精神科に医療保護入院に至った。本事例では外来通院の可能性は乏しかったため、往診が入院に直結した事例であった。

(2) 地域精神保健福祉における往診・訪問活動について

大辞林によれば、往診とは医者が病人の家に往って診察することを意味する。その反対の語彙は宅診と呼ばれ、医者が、自宅で患者を診察することをいう。一般に患者の求めに応じて患者に赴き診療を行うことを往診という²¹⁾。しかし、精神科の臨床においては、患者の病態により患者自ら診察を希望しないことがしばしば認められる。

ここでは、地域精神保健福祉における往診や訪問活動について検討する。

往診が要求される場合の多くは、精神科を受診することを拒否する人々が対象となっている。患者自らが病院や診療所を訪れることを嫌がっているが、受診を嫌がる理由がその背景に存在している。その背景を分析した渡辺²⁰⁾は次のような7項目をあげている。

- (1) 「外に出ると人に見られ、とかく言われる」という幻覚妄想から外出を嫌がる場合
- (2) 小心翼翼とし、極度の劣等感から人に会うのを嫌がる場合
- (3) 家族が患者に小言を言い、叱り咎め、そのため患者は家族を信頼せず、反発し拒否的になっている場合
- (4) 以前に強制入院の経験があり、そのことによりいたく自尊心を傷つけられていたり、あるいは入院中の処遇が不適切だったために、

医療不信に陥り、精神科医療に対して憎しみさえもっている場合

- (5) 精神科のもつ暗いイメージと、何をされるか分からないという不安・恐怖をもつ場合
- (6) 精神科受診で精神病とされ、結婚、就職をはじめ人生に悪影響があると考える場合
- (7) その他の場合

これらの背景を踏まえて、受診を嫌がる原因が把握できれば、それを解消する方向で訪問することが肝要であると強調している。

私たちの研究結果をみれば、全例が統合失調患者であり、その病型では妄想型が半数を占めていた。従来¹⁹⁾の先行研究でも、同様の報告がされており、服薬が最も困難な患者は、自分の精神力で自分の精神的弱点を克服できるという信念をもっていたり、人生の困難を何度も乗り越えてきた中年以上の妄想型統合失調症が多く、精神的苦悩を精神主義で解決しようと考えている人たちである。さらに、半数の事例に精神科入院既往が認められており、あるいは精神科外来通院歴を有す事例が過半数に認められ、精神科の治療歴のない事例は6例中1例のみであった。このことは多くの症例において、病状が不安定、あるいは再発、再入院を繰り返していて服薬や外来治療の中断のおそれの強い人を指摘し、医療的精神保健的関与の重要性を示唆している。

さて、本研究にみられた往診時の様態をみると、その時の状態像の半数は幻覚妄想状態であり、この状態では同時に病識欠如を伴うことが多く、医療を受ける態度を見出すことを困難にしている。病識とは、自分の病気や故障を医学の所見と合うように判断していることを言い、さらに自己の精神的機能や行動の障害に適切な態度をとることをいう⁹⁾。その結果、受診を放棄、あるいは拒否する行動につながっていると考えられる。往診の経路をみると、市町村の保健師からの依頼に基づくものが大部分であり、往診の契機として保健師の依頼が重要な位置を占めていることが判明する。一方、保健所長からの依頼により、保健師等と一緒に訪問が別の形態としてある。それらは、精神保健福祉法に基づくものであり、医療及び保護のために入院させなければ自傷他害のおそれがあると認められる精神障害者を訪問する場合

である。この場合は、精神科救急医療の要素が濃厚であり、いわばハード救急（後述）となり、精神保健指定の診察が必要となる。本研究でいう往診や訪問とは異なっている。すなわち、患者は受診を嫌がり、受診意思のないことが確認されているが、精神病状や状態像により自傷他害のおそれを有していない事例が研究対象となっている。

(3) 往診・訪問活動の意義について

往診を求められる場面は、精神科受診を嫌がるか拒否をしている場合が圧倒的に多く、表1で示したように、保健師や家族からの依頼によるものが多数を占めている。この際に、精神科救急が関係している。精神科救急を考える場合、本人の受診意思の程度によってハード救急とソフト救急に分類することが行われ¹¹⁾、ハード救急とは、精神科救急において二分される救急形態のひとつであって、行政的救急であり、警察経由で特に自傷他害のおそれの鑑定を要する患者を対象とした救急である。一方、ソフト救急は本人の受診意思に基づく救急である。

ここで、往診・訪問活動の意義について考えてみたい。往診や訪問活動の目的は医師や医療関係者が患家へ赴き診療を行い、治療することを目的としている。同時に、在宅診療を行う大きな理由のひとつに、患家に行き本人や家族の不安を解消することがあげられる。統合失調症への訪問・往診に関する渡辺らの報告¹⁰⁾によれば、患者が拒否すれば、無理やり治療に導こうとせず、次回の訪問を告げあっさりとして帰途につくことで、その後根気よく訪問を繰り返すことが提案されている。そして、この空振りの訪問に大きな意義を見出し、往診・訪問それ自体に治療的意味合いが含まれていると主張している。

精神科救急を受診意思の有無および自傷・他害の可能性の観点から分析した報告³⁾によれば、①本人の受診意思に基づくもの、②受診意思は確認されないが自傷・他害の可能性は低いもの、③受診意思は確認されず自傷可能性が高いが、他害可能性は低いもの、④受診意思は確認されず他害可能性が高いものの4タイプに分類し、このうち①から③までをソフトな救急と定義し、④をハードな救急と定義している。②の主なもの、受診意

思の確認できないもので、状態像としては昏迷、せん妄、幻覚妄想状態であり、家族の要請により救急車で受診するものが多く、疾患としては内因性精神病・症状精神病・器質性精神病が多い。一瀬ら³⁾の分類に私たちの症例を適合させようとする、どの分類にも属さないソフト救急といえる。その理由を考えると、次のようになる。まず、一瀬らの報告と本報告では研究対象が異なっている点が指摘できる。一瀬ら³⁾の対象者は、外来に救急車で受診している。一方、本研究の対象者は患家を訪問する事例が対象となっている。また、前者では受診意思の確認ができないものが対象であるが、本研究では受診意思は確認され、受診を拒否している事例であり、自傷・他害の可能性が低いものである。したがって、ハード救急患者とソフト救急患者では分類できないその中間に位置する症例が研究対象となっている点に本研究の意義があり、精神科救急のソフト救急の分類を補充しているといえる。

(4) 訪問看護および訪問指導との関連について

まず、訪問看護との関連について述べる^{11), 12), 14)}。

医療機関における生活支援プログラムのひとつとして、精神科訪問看護は、主治医の指示のもとに精神障害をもちながら地域で生活している人やその家族の同意を得てそれらの人を訪問し、生活や療養における困難さに対して、必要な援助を提供する援助法である。

精神科訪問看護の対象は次のようである。

- ① 長期入院により、社会性が低下し、退院後も継続して生活するための援助が必要な人。
- ② 単身生活などで、家族からの十分な支援が得られず、訪問による支援が必要な人。
- ③ 病状が不安定、あるいは再発、再入院を繰り返していて服薬や外来治療の中断のおそれの強い人。
- ④ 病院へ行く以外は、外へ出ないなどの自閉傾向の強い人。

精神科訪問看護の目的として、次の4つがあげられる。

- ①病状悪化の早期発見、早期対応。②継続治療の支援。③対人関係の援助。④社会活動参加への支援。

このように、精神科訪問看護は精神科治療のなかでは、アウトリーチとして位置づけられる生活支援プログラムのひとつである。

ここで、医師の訪問である往診との関連を述べると、両者には共通する部分が非常に多く認められ、上記に挙げた対象者のうち②～④が一致し、目的ではほぼ一致している。ここでは、差異点をあげるとすると、医師の往診は受診を拒否する患者に対する初回訪問の時あるいは臨機応変に行われ、医療、保健、福祉への導入や維持の役割が期待されている点である。したがって、往診と精神科訪問看護がともに協力して、地域精神保健福祉の向上に寄与することができる。

次に、訪問指導について述べる⁷⁾。

精神保健福祉法第46条は地域精神保健福祉施策の一環として、都道府県および市町村に、精神障害についての正しい知識の普及に努めるよう定めた規定である。精神保健法第47条は精神障害に係る相談指導等に関する規定である。なお保健所および市町村における業務については、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」（平成12年3月31日障第251号 厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）により定められている。そこに、保健所における業務の実施項目が記載されており、それは企画調整、普及啓発、研修、組織育成、相談、訪問指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び通院医療関係事務、ケース記録の整理及び秘密の保持等、市町村への協力及び連携の10項目である。同時に、市町村における業務の実施項目も記載されており、それは企画調整、普及啓発、相談指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び通院医療費関係事務、ケース記録の整理及び秘密の保持、その他の7項目である。ここでは、本論と関連する保健所の相談および訪問指導、市町村の相談指導を取り上げて記述する。保健所の相談は面接相談あるいは電話相談の形で行い、相談の内容は心の健康相談から、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、認知症等の相談など保健、医療、福祉の広範にわたっている。訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。また、訪問指導は、医療の継続又は受

診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やひきこもりの相談その他の家族がかかえる問題等についての相談指導を行う。一方、市町村の相談指導は、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業、精神障害者社会適応訓練事業の利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談を行うとされている。これらの相談や指導は、保健所等へ来所を受けて、あるいは自宅等を訪問して、あるいは電話で行われる。上述のように、行政機関における精神保健福祉相談指導体制は保健所と市町村の二重構造となっている。

最近、栗原⁵⁾は精神保健福祉業務における保健所と市町村の業務分担について、住民サービスの視点から検討し、行政機関における相談援助体制の二層化問題を見直し、一元化したモデルを提案している。

今回、報告した事例においては保健所の関与した相談指導事例は少なく、市町村の関与した事例が圧倒的な多数を占めていた。実務者レベルで行われる実践は栗原が指摘のように相談援助指導体制の二重化あるいは矛盾点として反映されており、それらの改善は今後の課題である。

VI おわりに

私たちは、地域で生活を送っている精神障害者に対して往診や訪問が行なわれた6症例を取り上げて、性別、年齢、職業、病名（ICD-10）、発病年齢、罹病期間、外来通院歴、入院歴、転帰、往診時様態、家族の協力などについて分析を行った。私たちは、地域精神保健福祉における往診や訪問活動について検討を加え、考察を行った。

注

注1) コンプライアンスとは、服薬遵守 drug compliance のことを呼び、医師の指示通りに服薬する時に、服薬コンプライアンスがよい、と評価する。最近では、この言葉に代わり、アドヒアランス adherence と呼ぶことがあり、患者が服薬意義を理解し主体的に服薬し、医療関係者はそれを維持していくための手助けと援助をしていくという意味が含まれている。

注2) 残遺状態とは、統合失調症の急性期症状が消退

し、感情の平板化（感情鈍麻）、思考のまとまりの悪さ（連合弛緩）、活動性の鈍さ（意欲低下）、快感消失・非社交性などの陰性症状が持続する状態をいう。

注3）遅発性統合失調症（late onset schizophrenia）は、臨床的には統合失調症と区別できないが、45歳以後に発症する。この状態は、女性により多く、また、妄想症状が優位であるという特徴をもつ。予後は良好で、患者は通常、抗精神病薬によく反応する。

文献

1. 有馬千代子「高齢者の看護・介護の基本—よいサービスを提供する—」日本精神衛生会編『高齢者の心身ケア』精神保健シリーズ9、日本精神衛生会、東京、1996年、117-137頁
2. 藤本百代「精神科訪問看護」精神医学講座担当学会監修『専門医をめざす人の精神医学 第2版』医学書院、東京、2004年、669-671頁
3. 一瀬邦弘、土井永史、中村満ほか『総合病院精神科の急性期医療—ソフト救急と地域医療連携を中心に—』精神経誌 99(11)、1997年、847-880頁
4. 伊藤順一郎「「ひきこもり」に必要な支援は何か」精神経誌 109(2)、2007年、130-135頁
5. 栗原浩之「住民サービスを重視した相談援助体制の検討」長野大学紀要 29(1)、2007年、11-17頁
6. 日本精神保健福祉士協会編『障害者自立支援法—地域生活支援の今後と精神保健福祉士の実践課題—』へるす出版、東京、2006年
7. 大島巖「生活支援プログラム」佐藤光源、井上新平編『統合失調症治療ガイドライン』医学書院、東京、2004年、252-260頁
8. 尾鷲登志美「向精神薬処方における心理的側面・2—コンプライアンスからアドヒアランスへ向けて—」上島国利編著『現場で役立つ精神科薬物療法入門』金剛出版、東京、2005年、46-56頁
9. 西丸四方編『臨床精神医学辞典』南山堂、東京、1974年
10. 西尾雅明『ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—』金剛出版、東京、2004年
11. 酒井明夫「精神科救急」精神医学講座担当学会監修『専門医をめざす人の精神医学 第2版』医学書院、東京、2004年、515-523頁
12. 坂田三充「訪問看護」浅井昌弘編『精神科リハビリテーション・地域精神医療』臨床精神医学講座 20巻、中山書店、東京、1999年、139-150頁
13. 高木俊介「精神障害者の「ひきこもり」に対する包括的地域生活支援」精神経誌 109(2)、2007年、136-139頁
14. 外口玉子：人と場をつなぐケア。—こころ病みつづきることへ—。医学書院、東京、1988
15. 上平忠一、小林充枝「地域精神保健福祉ネットワークの形成に関する研究—感応精神病（フォリア・ドゥ）への支援—」長野大学紀要 23(3)、2001年、303-312頁
16. 上平忠一「アルファー昏睡を呈した急性薬物中毒の1症例」臨床脳波 38(10)、1996年、725-729頁
17. 上平忠一「地域精神保健福祉における民生委員の役割について—統合失調症者の精神科リハビリテーション・生活支援をめぐる—」長野大学紀要 26(4)、2005年、361-371頁
18. 上平忠一、端田篤人「職場のメンタルヘルスと精神障害者の就労支援—精神障害者の院外作業を通じて—」長野大学紀要 29(2)、2007年、103-116頁
19. 渡辺博、三上昭広「訪問・往診—受診拒否患者の治療への導入—」日精協雑誌6(3)、1987年、166-171頁
20. 渡辺博『アマリリスは咲いても—精神科医その生と死—』NOVA出版、東京、1991年
21. 矢嶋嶺『武石村往診日記』KKベストセラーズ、東京、1995年