

民間精神科病院によるアウトリーチ支援

澤 温*

Key Words アウトリーチ (outreach service), 訪問看護 (nurse visit), 民間精神科病院 (private psychiatric hospital), 地域支援 (community support)

抄録：精神科領域のアウトリーチサービスは、地域で生活する精神障害者が入院中利用できたサービスはもとより、地域に出て新たに必要になった、必要を感じて生まれたサービスを、必要な時に必要なだけ地域で利用できるということにすぎない。実際のサービス利用にはお金がかかるが、それに対して診療報酬や介護報酬を使うと必要な自己負担のみで済むのはありがたいだろう。ただ利用者自身には、必要なアウトリーチサービスが保健か医療か福祉かわからないことが多い。そのために相談支援サービスなども作られているがこれも利用者にはわからない。主体はあくまでも障害を持った、しかもそれはときによって軽くなったり重くなったりするので、サービス調整者もサービス提供者もシステムに縛られすぎない柔軟な対応が必要となる。まず現場に行って、見て、提供する、ナポレオンの「我來たり見たり勝てり」に合わせて言うなら、「行ったり、見たり、提供したり」である。しかし「民間精神科病院でのアウトリーチサービス」に限定されると、費用対効果がないものには手が出せない実情がある。費用対効果がマイナスでも特定のアウトリーチサービスをするのは、他のサービスとの組み合わせでプラスになり、かつ精神保健医療福祉の進展に役立ち、安全で満足度の高い地域生活が見込まれる場合のみである。

はじめに

アウトリーチサービスについてはこれまでも数回依頼を受けて執筆してきた^{2,4,6,8)}。考え方が大きく変わるものではないので重複もあることを断っておく。必要なアウトリーチサービスが保健か医療か福祉かは利用者にはわからない。利用者は必要なサービスがあればよいだけである。提供者は何か必要かわかればそれを提供するだけのことである。まず、現場に行って、見て、提供する、ナポレオンの「我來たり見たり勝てり」に合わせて言うなら、行ったり、見

たり、提供したりである。

アウトリーチのコンセプト

生活者が困っているとき、その解決のため必要なものを手に入れようとするのは当然で、それを手に入れるために出かけて行くのが普通の姿であろう。出かけて行くことができないなら、必要なものを運んできてもらうのも当然と言える。高齢者の多い集落に昔なら荷車やリヤカーで、今なら軽トラックが必要と思われるものを搬送してきて消費者がそれを選んで買うのも自然な形である。ときには「こんなものはないの」

と聞いて「今度持ってきます」という会話から新しい売買が生まれる。最近では商品の実物は見ないが、画像を見て特徴も知った上で購入契約を結ぶネット販売も、消費者からみればアウトリーチともいえるだろう。

医療福祉の現場でのアウトリーチも、このサービスの一形態だと考えると、現在規定されているアウトリーチについての考えも自由になる。同時にこの売買が成立するかを考えることが大切で、特に今回のテーマが「民間精神科病院」であるので、サービスの収支とサービスの費用対効果を考える必要がある。

● 医療アウトリーチサービスの始まり⁸⁾

病院の起源は中世ヨーロッパ時代のキリスト教の慈善施設であり、貧困階層で生活の窮迫をきたした人々を、キリスト教の博愛の精神をもって収容、救護し看護した。また富裕者や教会がさまざまな博愛事業を行い、貧困病者を救護したものもあった。このような形態が病院の起源と言える。これらの施設の多くはホスピタル hospital,あるいはホスピス hospiceと呼ばれるようになった。

一方、11世紀に入って南イタリアのサレルノに医学校が開かれ、ここから聖職者とは別の専門の医者が生み出されるようになった。だから病院と医師は同時に発生したものではなく、初めは必要に応じて医師が病院を訪れて医療を提供していたのである。

日本では江戸時代に療養所があり患者が訪れるとともに、要請に応じて往診の形で患者を診る「かよい療治」が行われてきたが、費用がかさみ効率が悪いととらえられていたようである。しかしこの医療形態は、前記のアウトリーチのコンセプトからみれば、医療とのアクセスが必要なときの一つの形である。

つまり、医療の原点はアウトリーチであったのであり、特別なものではないといえる。

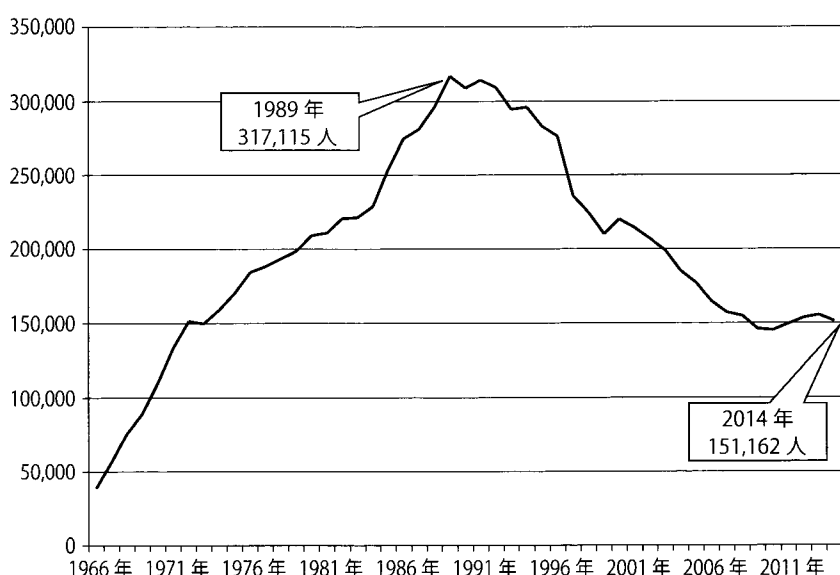
● 精神科医療におけるアウトリーチ⁶⁾

精神障害者の場合はその疾患特性から、身体の問題で医療機関へ通えないのではなく、治療の必要が理解できない、いわゆる病識欠如の人がいるためにアウトリーチが必要となってきた。また欧米では精神科病院の閉鎖に伴い、地域で医療を必要とする人に医療サービスを確実に提供するためのアウトリーチが重要となっていた。特に精神疾患をもつ人は治療中断により再燃すると入院が必要となる可能性が増すため、アウトリーチが特に必要である。同時に病院閉鎖により職を失った病院職員が、自分たちのためにも必要がありアウトリーチサービスを提供するようになった。

精神科の往診がいつから始まったかはわからないが、精神病院ラッシュの1955年以後は特に増えたのではないだろうか。それは地域医療の一つというより入院させるための手段として使われ、ときには「患者狩り」と言われた。

公的機関である保健所の活動の2本の柱である「訪問指導」、「相談事業」については、1950年の精神衛生法第42条に「都道府県知事は、…必要に応じ、当該吏員又は都道府県知事が指定した医師をしてその者を訪問し精神衛生に関する適当な指導をさせなければならない」とあり公的なアウトリーチが義務づけられたが、再発予防を考えながらも治安維持的な色彩が強い。この公的アウトリーチも図1に示すように、人員増加もなく相談業務に追われ、訪問指導に手が回らず増えるどころか大きく減ってきている。地域移行が叫ばれている中、地域で事故が取りざたされるたびにその必要性は強調されている。

民間機関である民間精神科病院では、入院病床が過剰なほど十分になる一方、医師一人あたりの受け持ち入院患者数が多く手が回らない状態であり、訪問に対する報酬も低く、ときには訪問時トラブルも起こり得るため、とてもアウトリーチを十分に行える状況ではなかったとい



下記資料より作成

平成 8(1996)年まで：保健所運営報告(各年 1 月～12 月)

平成 9(1997)年から平成 19(2007)年まで：地域保健・老人保健事業報告(各年 4 月～3 月)

平成 20(2008)年から：地域保健・健康増進事業報告(各年 4 月～3 月)

図 1 保健所が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員（延人数）

えるだろう。

アウトリーチが民間精神科病院でもできる地域医療のツールとして始まったのは精神科訪問看護で、1986年に医療機関から精神科訪問看護として、1994年からは訪問看護ステーションからも訪問看護が行えるようになった。診療報酬では1986年には月2回まで、1988年になって週2回、1994年になって週3回まで認められるようになり、同じ年に訪問看護ステーションからも訪問できるようになった。2008年には退院後3か月に限り、あるいは重症化したときに、2週間に限り週5回まで認められるようになった。この流れを逆からみると、規定された訪問回数でサポートできる人しか、入院させずに見ていくことができないということを意味している。

2014年の診療報酬改定で「精神科重症患者早期集中支援管理料」が新設され、長期入院患者や入退院を繰り返す患者などに対するチームによる在宅医療が評価されるようになった(表1)

が、この規定の対象についてどのような患者のどのような状況なのかをイメージすることは難しいと思われる。

また最近では「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」の一事業として、認知症の患者ができる限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう、早期から患者や家族に関わる「認知症初期集中支援チーム」が配置されることになった(表2)。筆者の法人でも市からこの事業を受託し2016年7月1日よりチームで活動している。

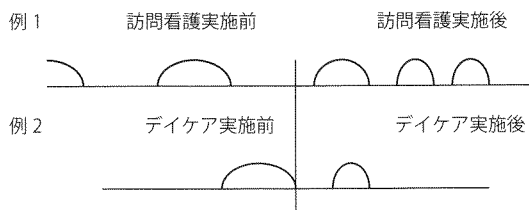
もう一点、これは病院からではなく行政と関連したアウトリーチである移送について述べておきたい。精神保健福祉法の1999年改正で新設され翌年施行された移送制度(34条)とは「①直ちに入院させなければ医療及び保護を図る上で著しく支障がある、②家族等が説得の努力を尽くしても本人の理解が得られない場合に限り緊急避難的に行うものであるため、事前調査を十分に行うこと」(平成12年3月28日障第208

表 1 精神科重症患者早期集中支援管理料

時 期	2014 年（診療報酬改定時に新設）	
精神科専門 療法	1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
	イ 同一建物居住者以外の場合 1,800 点	イ 同一建物居住者以外の場合 1,480 点
	ロ 同一建物居住者の場合 （1）特定施設等に入居する者の場合 900 点 （2）（1）以外の場合 450 点	ロ 同一建物居住者の場合 （1）特定施設等に入居する者の場合 740 点 （2）（1）以外の場合 370 点
算定要件	訪問診療を月 1 回以上及び精神科訪問看護を週 2 回以上（うち月 1 回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問）実施している患者に対し、退院した日から起算して 6 月以内の期間に限り算定する。	
対象患者	以下①～④のすべてを満たす者 ① 1 年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者 ② 統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時の GAF が 40 以下の者 ③ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者 ④ 障害福祉サービスを利用していない者	
施設基準	① 常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の 4 名から構成される専任のチームが設置されていること（いずれか 1 人は専従） ② 上記 4 人を含む多職種会議を週 1 回以上開催（月 1 回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同）すること ③ 24 時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること ④ 地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること	

表 2 認知症初期集中支援チーム

時 期	「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」平成 25（2013）年度～29（2017）年度の一事業	
	2012 年度 モデル事業開始（全国 3 市町村）	
	2013 年度 モデル事業（全国 14 市町村）	
	2014 年度 地域支援事業の任意事業となる	
	2015 年度 地域支援事業の包括的支援事業となる	
	2018 年度にはすべての市区町村で実施することとなった	
チーム員の 構成	下記①を満たす専門職 2 名以上、②を満たす専門医 1 名の計 3 名以上の専門職にて編成する	
	①以下の要件をすべて満たす者 2 名以上 ・「保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者 ・認知症ケア実務経験 3 年以上又は在宅ケア実務経験 3 年以上を有する者 ・国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講した者	
	②日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師 1 名とする	
チーム員の 役割	チーム員に専門職が 2 名必要としているのは、「初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ 1 名以上の計 2 名以上で訪問することとする」と定められているからであり、その条件および開設時間を満たすことができる体制であれば、専従兼務の別および人数の常勤換算は問わない	
	専門職のチーム員は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。 医師は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言・指導等を行う。	



調査2の調査方法

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間（2か月以内の空白は連続とみなした）と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回あたりの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回あたりの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた（ただし実施後入院のなかった患者については1回当りの入院期間を0日とした）。

調査2結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数／回
デイケア	128	0.67±0.19 *	0.55±0.08 **	0.48±0.13 **
訪問看護	113	0.17±0.06 **	0.32±0.06 **	0.14±0.04 **

* p<0.05 ** p<0.01 Mean±SEM

澤 温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討。精神経誌 93：1042-1052, 1991

図2 訪問看護とデイケアの社会復帰への効果

号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)という条件のもと、緊急に入院が必要な精神障害者を、本人の同意が得られない場合でも指定された精神保健指定医の診察の結果、都道府県知事の責任で応急入院指定病院へ移送することができる制度である(当時の法では家族等の同意があれば医療保護入院、ない場合には応急入院となる)。

精神症状を発している人は病識が欠如していることがあり医療にアクセスしないため、医療がアクセスする⁸⁾というのは当然である。それが限界に達し、外来治療での地域生活は不可能で任意の同意が得られず、医療保護入院ないし応急入院にして医療を提供しないと無理だという場合に移送すると考えていいのだろう。それなのに34条ができた途端、厚生労働省は往診による入院は違法となる、病院の入口まで車で家族が連れてきても降りてこない場合に、そこまで精神保健指定医が行って話をして入院と判

断し医療保護入院とするのも違法だと言った。後に厚生労働省はこれを原則ではなくなお主張しつつも認めたが、初診でのケースはまだ違法とした。家族が何度も精神保健福祉相談に来てその結果往診したが、入院と判断することは違法となるから、自分では何もできないから保健所に行ってくれと言うのでは、筆者が医療に不可欠と述べてきた「迅速性」、「責任性」、「継続性」¹¹⁾が損なわれると言わざるをえない⁵⁾。

● アウトリーチサービスの効果

アウトリーチサービスで(再)入院阻止力が最も強いのは、往診(訪問診療)と訪問看護である。特に訪問看護の阻止力は強い。訪問看護やデイケアによって入院期間・入院日数を減少させることが想定されるが、筆者はそのことを以前に調査した⁹⁾(図2)。

訪問看護に限っていうと、入院期間は全入院期間で17%、1回の入院期間で14%まで減少し、

入院回数は32%まで減少した。再発・再入院の大きな原因は怠業であると言われているが、訪問して服薬指導し、ときには管理し、再発徴候もいち早く見つけられることから再入院を減らせるのは当然と言える。入院日数の減少については詳細な調査がないが、重症化しないうちに入院させることができること、また退院後のケアが行われることで、服薬管理も確かであれば入院期間が短くなるのも当然だろう。また往診や訪問診療は、当然のことながら、現場で処方や注射の必要性を判断し、施行できるという強みを持っている。入院回数については触れていないが、入院日数の減少に対する精神科訪問看護の効果については、萱間らも同様であったと述べている⁹⁾。

● 精神障害者が地域生活を送るための4つの要素

筆者は精神障害者が地域生活を送るためには4つの要素が必須であると言ってきた¹⁰⁾。すなわち、社会復帰施設、グループホーム、アパートなどの「住まう場」、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、就労移行支援事業、就労継続支援事業などの「活動する場とプログラム」、専門家、ボランティアなど「サポートする人々とその連携」そして「地域の人々の理解と受容」である。アウトリーチサービスは「サポートする人々とその連携」にあたる。ちなみに「地域の人々の理解と受容」が地域生活を継続させる意味で最も重要であるが、近隣への対応の必要性についていち早くキャッチするために大きな役割を演じるのは、訪問看護をするアウトリーチのスタッフである。

● さわ病院のアウトリーチサービス

筆者のさわ病院ではアウトリーチはシステムにはなっていない。医療が必要なのに医療にアクセスしてこない患者がいて、依頼があれば医療がアクセスするという考えのみである。医療

圏やキャッチメントは重視しない。当院がある大阪府豊中市は兵庫県に隣接しているので、時には兵庫県下の隣市の要請にも応じている。継続的なアウトリーチに限らなければ、かなり遠方にも出かけて医療を提供しに行く。特にそれまで継続的に関わっていた人が遠方(これまでの経験では山形、東京、徳島など)で具合が悪くなり、家族からの要請があればそこまで行って医療を提供している。この場合の多くは入院を前提にしたものになる。また住所が遠方である人が大阪で具合が悪くなり当院に入院した場合に、一人であるいは家族とだけで帰郷させて地元の医療機関に繋げるのがまだ困難と考えられる時も、通常のアウトリーチとは異なるが、当院より転院先へ搬送したこともあった。

さわ病院で2015年1月～12月の1年間に行ったアウトリーチサービスは、往診12件、訪問診療12件、訪問看護7,316件であった。訪問薬剤指導、訪問栄養指導は年に数件であった。これは(再)入院阻止というより、在宅生活の質の向上にあたるといえる。このようなアウトリーチサービスで(再)入院を阻止し、入院回数のみでなく入院日数も下げ、病院全体の平均在院日数を下げ、病床をより有効に利用し、患者の地域生活をできるだけ長く、レベルの高いものにすることが可能となる。

入院日数を下げるもう1つのツールは、入院早期から開始する退院前訪問看護である。スタッフと患者自身が退院したときについて共通のイメージを認識することで早期退院がスムーズになると考えており、隔離室を出たら早期に行うようにしている。これに対して「短期で退院する人に退院前訪問看護をなぜするのか」と、原因と結果を取り違えて解釈するなど国の理解は乏しいと言わざるを得ない。

さわ病院の往診の状況(1997年9月～2015年12月、220か月)を図3に示した。注目すべきはいずれの時間帯も、入院を目的としたものより地域生活の維持のための往診が多いことである。

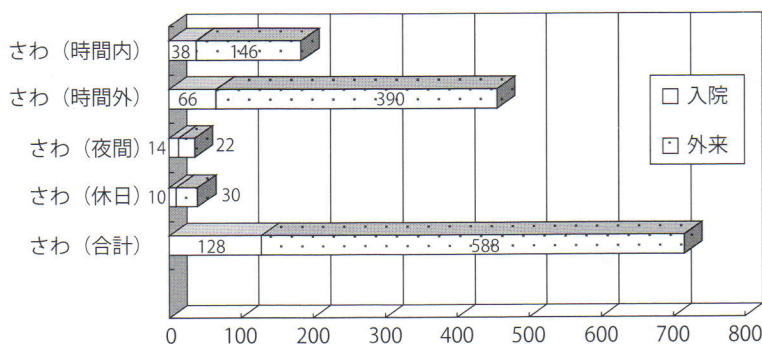


図3 さわ病院の往診の状況 (1997年9月～2015年12月220か月)

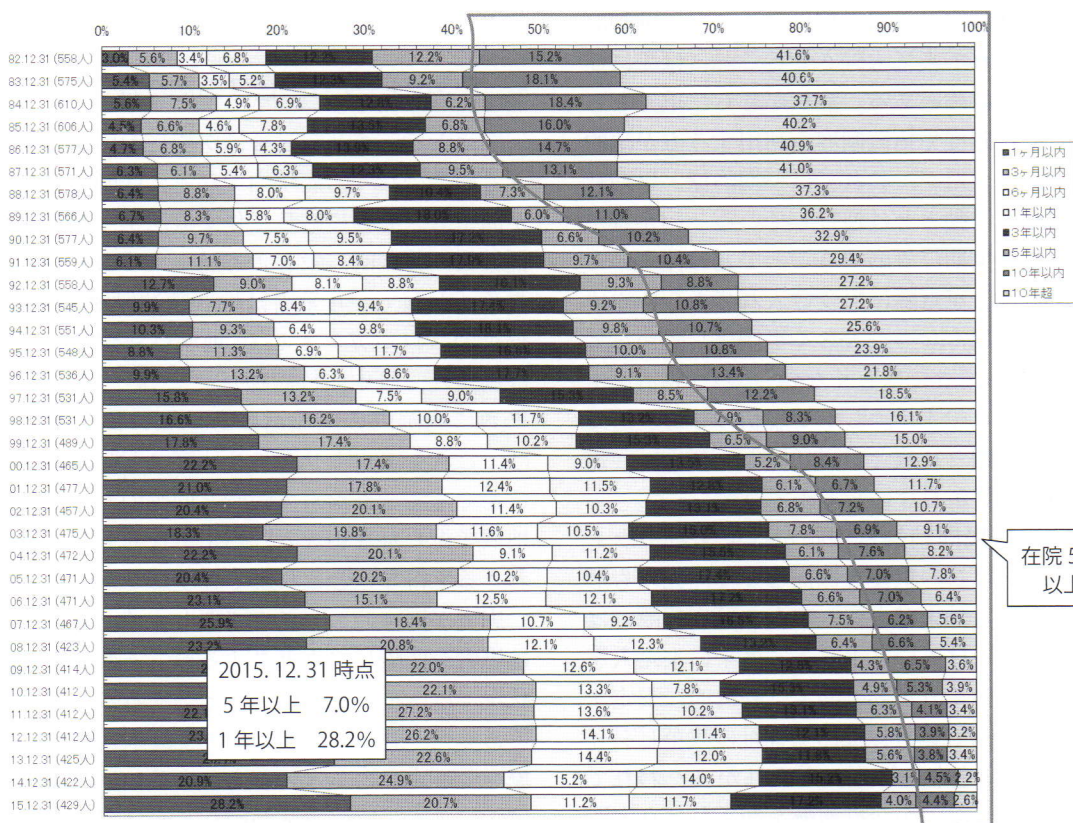


図4 さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移 (%)

これらの活動を通じて入院回数と入院日数を下げたことで、さわ病院では2015年12月31日時点の在院患者のうち、5年以上入院している人の割合は全体の7.0%に下がっている(図4)。

民間病院がアウトリーチを行う場合の強みは、きちんとした方針を立ててあれば上意下達

がスムーズなので、もちろん危機管理をきっちり行った上で、個々の状況に応じたさまざまな対応ができることであろう。

● 民間精神科病院のアウトリーチサービスの問題点

現在の制度において民間精神科病院が提供するアウトリーチサービスの限界は、サービスは契約に基づいて提供するものであるため、契約がなければ、精神や行動に問題があったという情報を得てもすぐに訪問することができないことである。家族が相談に来て治療の必要があると考えられる場合にも、たとえ精神保健指定医が往診して診断を行ったとしても、拒否している患者に強制的に治療を提供すること、強制的に病院へ連れて来て入院させることには先に述べたように議論がある。症状がさらに重くなってから移送制度や措置制度を利用する方が法的にはよいようだが、これでは早期治療・早期社会復帰を促す動きとは逆行しているといえるだろう。また早期に対応することで元の住まいで生活することを近隣にも受け入れてもらいやすくなるが、遅くなって大きく事例化してからでは「もう戻ってきてほしくない」という感情を生むことになりやすい。しかし現状のシステムでは、医療機関と行政とが責任のなすりあい、逃げ合いになりかねないと考えている。

もう一つ民間精神科病院が提供するアウトリーチサービスの重要な側面として、先にも触れたが費用対効果がある。現在の診療報酬では往診など出かけていくよりも、外来に来院した人を順番に診ていく方が効率的で、経営的に安定するだろう。国の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」やACTでも在宅医療の重要性がうたわれており、もちろん国が診療報酬を変えれば在宅医療を行う方が経営的に有利にもなりうる。しかし重症者を退院させると入院医療費より在宅医療費の方が高くなるだろうから、国が方針を変えるのはよほどの力が働いたときだろう。

精神障害者の地域移行への取り組みの一環として、国は2011年度に「精神障害者アウトリーチ推進事業」を実施するとした。しかし国からの補助は最初だけであとは「はしご」をはずす仕

組みで、はずしたら都道府県の負担になるから都道府県もやりたくないのが本音であった。大阪でも最初に筆者の病院へ参加するかと打診があり、前向きの返事をしたのだが、実情を知った府の方から辞めてほしいと言われたという経緯もあった。

このように民間病院にとってのアウトリーチサービスは「ミッション性」以外にやりたいと思わせるインセンティブに全く乏しい状況である。また報酬がまるめ(包括)なのか出来高なのかでスタッフの意欲が変わることは否めないだろう。

● アウトリーチサービスのあり方

アウトリーチサービスは医療においては特別なものではなく、病院内で病室に医師や看護師が訪室し、必要に応じて作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師、栄養士も訪室するのと同じである。かねてから筆者は地域精神保健・医療・福祉のスローガンとして「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」³⁾と言ってきたが、まさに病院内の医療活動を地域に出して行けば、これをアウトリーチサービスと呼ぶだけのことである。だから入院時と同等のサービスが地域で得られないなら、不十分なサービスと言わざるを得ないとこれまでも述べてきた⁷⁾。

患者が医療サービスを必要とするとき、通常は患者が医療にアクセスするが、それが困難な状況では医療が患者へアクセスすることは当然である⁸⁾。精神障害者においては本人が自ら医療を受けようとしないうち、あるいは医療を受けていても実際の生活が破綻しかけているときに、アウトリーチで生活場面を見守ることで早期に再発を予知し、再入院の予防や問題行動の阻止するために大きく役立っている。

アウトリーチでは、実際に行って見て、引き続き地域でみられるか、あるいは医療福祉施設でみるべきかを考えればよい。サービスには医療サービスと福祉サービスとがあるが、まずは医療サービスを必要とすることが多いだろう。

両方を把握している者が患者のもとへ行き、必要なサービスを判断し組み合わせ、提供し、達成の度合いをチェックしていくことが、いわゆるケアマネジメントである。そして医療サービスが必要とされる場合は、在宅でも入院と同等のサービスが提供されるべきであると考えている。

● 最後に

アウトリーチ支援は新しいものでも、特別なものでもない。国は精神障害者の地域移行を進めるとしているが、より重症な人も地域でみていくためにはアウトリーチはますます重要である。

アウトリーチの重要性は2015年の淡路島の事件や2016年7月の相模原の事件の際にも議論された。措置入院患者の入院の経緯、自傷他害のおそれが消失したこと、引き続き訪問支援が必要であることなどは、入院した医療機関から「措置入院患者の症状消退届」をもって地元保健所を通じ都道府県へ報告される。しかし本人の住所が他の市であった場合、都道府県は「個人情報であるため本人の同意がない場合、本人住所の当該保健所へは情報提供しない」のである。これは都道府県が厚労省へ問い合わせた結果、このような回答だったという。当然、経由機関である地元保健所から直接当該保健所に連絡することもできない。

今後も悲慘な事件を起こさないためには、単に地域に出ていくというアウトリーチのみでなく、行政機関の壁の外(アウト)へ手を伸ばす(リーチ)ことができるシステムを検討する必要がある。地域移行が叫ばれても全く進んでいない現在、迅速で責任をもって継続的にフォローする¹¹⁾、「硬い基準に縛られた」ものでないアウ

トリーチをもっと進めなくては、患者の満足な地域生活も、地域住民の安心も保証されず、ひいては悲慘な事件も防ぐことはできないだろう。

文献

- 1) 萱間真美, 宮本有紀: 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究—精神科訪問看護と急性期病棟における看護業務—, 平成16年度厚生労働科学研究補助金医療技術総合評価研究事業報告書, 2005
- 2) 澤 温: ACTとアウトリーチサービス, 臨床精神医学 37: 1015-1020, 2008
- 3) 澤 温: 外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか, 日本外来精神医療学会誌 3: 7-16, 2003
- 4) 澤 温: 医療機関におけるアウトリーチーどのような制度を利用し, 始め, 進めるか, 精神科臨床サービス 11: 37-41, 2011
- 5) 澤 温: 移送と移動精神科救急サービス, 精神科 1: 331-335, 2002
- 6) 澤 温: 民間精神科病院のアウトリーチ支援への取組, 精神経誌 115: SS589-597, 2013
- 7) 澤 温: 入院必要性の判断, 水野雅文編: 外来で診る統合失調症, 医学書院, 東京, pp138-144, 2015
- 8) 澤 温, 澤 潔: 精神科アウトリーチサービス—往診を中心に—その歴史, 意味, 機能—, 日精協誌 23: 1068-1073, 2004
- 9) 澤 温: 社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討, 精神経誌 93: 1042-1052, 1991
- 10) 澤 温: 社会復帰施設と福祉, 日精協誌 14: 24-29, 1995
- 11) 澤 温: 社会的ニーズに対応する精神科病院, 乾正, 瀧本優子編: 変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解と援助, 医学書林, 奈良, pp98-120, 1999

*

*

*