

◆研究報告◆

精神科診療所におけるデイケアの
精神症状・日常生活能力に与える影響に関する研究北村 俊 則¹⁾ 小 材 美 沙 紀¹⁾ 谷 本 千 寿 子¹⁾
比 嘉 千 賀²⁾ 鈴 木 仁 史³⁾ 恵 智 彦⁴⁾

抄録：埼玉県の診療所デイケアに通う外来患者336名を対象に担当医への調査票(ICD-10診断, 日精協マスタープラン「精神症状」, 同「能力障害」, GAF)およびデイケア担当者への調査票(デイケア評価表)を配布し調査した。臨床重症度と日常生活能力を基準変数とし, 説明変数に, 参加頻度, 参加期間, 診断, 年齢を取り上げた。説明変数が重症度および日常生活能力に, 重症度が日常生活能力に, 年齢と診断が参加頻度と参加期間に影響し, 最後に参加期間が参加頻度に影響するというモデルを共分散構造分析で検証した。良好な適合度を有した改訂モデルでは(1)年齢が高く, 非精神病性障害のほうが日常生活能力が高く, (2)臨床重症度が高いほど日常生活能力が悪く, (3)参加頻度が多い, また参加期間が長いほど日常生活能力が向上することが示された。本研究の結果は, 医療としてのデイケアが精神科患者の日常生活能力を向上させることを示唆するものであると考えられた。

臨床精神医学37 : 405 ~ 413

Key words : 精神科デイケア (psychiatric day care), 精神症状 (psychiatric symptoms), 日常生活能力 (capacity of daily living), 共分散構造分析 (structured equation modelling)

(2007年11月8日受理)

1 はじめに

日本の精神科医療が施設収容のそれから地域での医療に重点を移行し, 入院中心の医療が外来中心の医療になってかなりの時間が経過した。そのなかで, 精神科診療所におけるデイケアが数量・内容ともに充実してきている。さらに, デイケアを利用する患者の病態も従来の精神病性障害からその他の疾患に拡張してきている¹⁾。

池淵はデイケアを在宅の慢性精神障害者に対し

て, 外来治療では十分提供できない医学的・心理社会的治療を, 週に数日, 1日に数時間以上包括的に実施する場と定義している。

日本におけるデイケアの歴史は欧米のそれに比べると比較的浅く, 1960年代初頭に国立精神衛生研究所で先駆的にみられた例はあるが, 1975年に病院施設におけるデイケアが作業療法とともに診療報酬に組み入れられ診療点数化されたことで, ようやく医療現場に普及するようになった。1987年からは保健所によるデイケア事業も始まっている。欧米に比較して日本のデイケアは浅い歴史で

The effects of psychiatric clinic day care on the psychiatric and living competency among outpatients

¹⁾ KITAMURA Toshinori, KOZAI Misaki and TANIMOTO Chizuko 熊本大学大学院医学薬学研究部臨床行動科学分野 (こころの診療科) [〒 860-8556 熊本市本荘 1-1-1]

²⁾ HIGA Chika ひがメンタルクリニック ³⁾ SUZUKI Hitoshi 医療法人社団こうぬま会こうぬまクリニック

⁴⁾ ISAO Tomohiko 医療法人社団智生会イサオクリニック

はあるとはいえ、すでにデイケアが始まって30年以上が経った。しかし、デイケアが普及しそのサービスの充実がみられるものの、その有効性を示すわが国での実証的研究はあまり多くない。病院デイケアによる症状の改善^{14,18,24~26)}、生活障害の改善¹⁹⁾、再入院の低下^{1,28,30,34)}などの報告がある一方で、精神科診療所におけるデイケアの有効性についての実証的研究はみられない。

医療費の増大が政治的問題になっている現在、各種治療法の有効性についての実証的調査が急務となっている。精神科診療所におけるデイケアもそのひとつである。そこで、本研究では「精神科デイケアは有効か」というリサーチクエスションに回答を与えるべく、埼玉県下の精神科診療所デイケアに参加している外来患者を対象に、6カ月の間隔をあけて3回行い、参加者の精神症状、日常生活能力、対人関係能力にデイケアの参加がどのように影響するかを調査した。この報告は、そのうち第1波のデータを解析したものである。なお、第2波および第3波については調査が進行中である。

2 対象と方法

1. 調査対象者

埼玉県の精神科診療所デイケア施設14カ所に通っている外来患者336名を対象とした。対象のデイケア施設は埼玉精神神経科診療所協会(社団法人日本精神神経科診療所協会埼玉支部)に所属しており、すべて医科診療報酬上の施設基準に基づく施設である。

2. 測定尺度

調査票は(1)担当医が記入するものと(2)デイケア担当の看護師・精神科ケースワーカー(PSW)などが記入するものを作成した。以下にそれぞれの調査票の内容を記す。

担当医への調査票

① International Classification of Diseases 10th Revision³³⁾に準拠した精神科診断をつける。

② 日本精神科病院協会(日精協)マスタープランの「精神症状」：現在の精神症状の重症度を7段階(0点「なんの症状もみられない」、6点「活発な精神

症状、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能または重大な自傷他害行為が予測される)」で評点する。

③ Global Assessment of Functioning (GAF: American Psychiatric Association)：日常生活能力の評価に用いる。GAFはDSM-IV第5軸の機能評価法で、1~100点の間の得点で患者の機能を採点する。高得点ほど良好な機能を表している。

④ 日本精神科病院協会(日精協)マスタープランの「能力障害」：日常生活能力を6段階(0点「精神障害を認めず、日常生活および社会生活が普通にできる」、5点「精神障害を認め、身の周りのことはほとんどできない)」で評点する。

デイケア担当者への調査票

① デイケア評価票¹⁶⁾：対人関係能力の評価に用いる。これは10項目(身だしなみ、生活リズム(参加状況)、疎通性(理解力)、自己表現(自己主張)、柔軟性、集中力と根気、常識的行動・マナー、デイケア外での対人交流、余暇・社会資源の利用、デイケア内での役割意識と行動)についての5段階評価によるデイケアにおける患者の適応評価法である。高得点ほど良好な能力を表現している。

3. 手続きと情報管理

担当医への調査票、デイケア担当者への調査票を1時点で施行した。アンケートを各診療所に配布し、各被検者の同意を得たうえで、担当医およびデイケア担当者が調査票を記入し、診療所ごとにまとめて筆者らのもとに返送した。調査票すべてにおいて氏名を記載せず番号のみ記入した。番号の照合は各クリニックで行い、データは熊本大学大学院臨床行動科学分野に送った。データ解析は、同分野で実施し、すべてのデータを入力後は、すべてシュレツグで裁断した。

なお、本研究は熊本大学大学院医学薬学研究部倫理委員会の審査を受け、その承認を得た。

4. 統計解析

解析に当たっては、まずデイケアに参加している患者の状態の評価基準として、臨床重症度と日常生活能力を設定した。われわれはこの両者が関連があるものの独立したものであろうと考えた。さらに、精神科における治療法のなかで薬物療法などは直接的に臨床症状に効果を発揮する

表1 対象患者の基礎情報

診療所名	n	女性 (%)	平均年齢 (標準偏差)	最終教育終了 (月数)	通算就労期間 (月数)	罹病期間 (月数)	通院期間 (月数)	入院回数 (標準偏差)
01 上尾の森診療所	32	46.9	32.9 (9.4)	151.8 (57.8)	22.0	75.5	65	1.2 (1.7)
02 川瀬クリニック	13	23.1	34.2 (10.1)	170.2 (67.6)	3.0	123.0	91	2.3 (2.5)
03 熊谷神経クリニック	50	60.0	35.2 (10.1)	157.4 (99.5)	51.5	151.0	131	0.9 (1.7)
04 イサオクリニック	30	46.7	39.5 (10.6)	165.3 (46.6)	43.0	145.4	165	2.3 (3.3)
05 大宮すずのきクリニック	19	36.8	38.0 (10.7)	142.9 (29.7)	51.5	145.2	60	0.9 (0.7)
06 こうぬまクリニック	22	54.5	47.8 (11.1)	153.3 (40.9)	82.2	140.0	167	0.6 (0.7)
07 小原クリニック	15	40.0	36.1 (9.7)	161.3 (31.6)	30.0	96.3	102	1.6 (1.5)
10 白峰クリニック	77	28.6	43.5 (12.9)	153.8 (68.4)	160.0	57.0	67	0.9 (1.5)
11 ひがみクリニック	31	38.7	37.5 (9.0)	171.6 (31.2)	69.5	104.8	101	1.6 (2.3)
12 式場クリニック	30	50.0	36.6 (11.2)	116.7 (66.6)	82.6	202.8	137	0.5 (0.5)
13 草加すずのきクリニック	20	40.0	37.9 (8.7)	148.2 (31.3)	140.0	77.6	66	1.0 (1.4)
14 深谷みづクリニック	13	46.2	30.8 (8.4)	177.9 (82.0)	24.0	116.0	120	1.2 (1.8)
合計	353	42.5	38.4 (11.5)	154.8 (64.7)	74.7	135.7	112	

が、そのことが日常生活能力の向上に直結してはいないであろう一方、精神科デイケアは、症状の改善というよりも日常生活能力の向上に資することが期待できる。そこで、臨床重症度と日常生活能力を基準変数と設定した。臨床症状の指標として日本精神科病院協会(日精協)マスタープランの「精神症状」と同じく日精協の「能力障害」を取り上げた。両者の相関は非常に強かった($r = .82, p < .001$)。次に、日常生活能力の指標として Global Assessment of Functioning (GAF)とデイケア評価表における適応能力を取り上げた。

上記の指標に影響を与える変数として、デイケア参加頻度とデイケア参加期間(月数)を取り上げた。デイケアに参加している期間が長いほど、また週当たりの頻度が多いほど患者の状態が良好になるというのが作業仮説である。さらに、診断と年齢の補正を行なった。

解析手法として、使用した各変数の平均値、標準偏差を求め、さらに相互の相関係数を計算した。そのうえで、共分散構造分析 structural equation modeling (SEM)による仮説モデルを作成し、その改善を行い、各因子間の相互関係を解明した。モデルの適合度は χ^2 乗値、goodness of fit index (GFI), adjusted goodness of fit index (AGI), comparative fit index (CFI), root mean square error of approximation (RMSEA) で求めた。

良好な適合度を、 $\chi^2/df < 2.0$, GFI $> .95$, AGFI $> .90$, CFI $> .97$, RMSEA $< .05$ とし、許容できる適合度を、 $\chi^2/2 < 3.0$, GFI $> .90$, AGFI $> .85$, CFI $> .95$, RMSEA $< .08$ とした。さらに有意でないパスを削除することでモデルの改良を行い、Akaike Information Criteriaに複数のモデルの良悪を比較した²⁰⁾。

3 結果

1. 対象患者の特徴

参加患者の年齢は診療所によってばらつきがある。全体の平均年齢は38.4歳であった(表1)。女性が4割、男性が6割であった。教育歴、通算就労期間、罹患期間、通院期間、これまでの入院回数は表1に示すとおりである。

2. 症状の重症度と日常生活能力の規定要因

参加患者の臨床重症度(日精協「精神症状」と「能力障害」)および日常生活能力(GAFとデイケア評価表の適応)と他の変数の相関係数を見ると(表2)、臨床重症度は精神障害の方がその他の診断名に比べ重症であり、日常生活能力も同様に精神障害の方がその他の診断名に比べ低い値を示した。さらに、デイケア参加頻度が多いほど日常生活能力が良好な関係が認められた。

表2 使用した変数の平均, 標準偏差, 相関

	1	2	3	4	5	6	7
1: 日精協：精神症状	-						
2: 日精協：能力障害	.82 ***	-					
3: GAF	-.49 ***	.45 ***	-				
4: アイケア評価表による適応	-.43 ***	-.43 ***	.35 ***	-			
5: アイケア参加頻度	-.04	-.05	.16 **	.19 ***	-		
6: アイケア参加期間 (月数)	.03	.05	.04	.09	-.04	-	
7: 診断 (精神病性障害: 1; その他: 0)	.21 ***	.19 ***	-.35 ***	.24 ***	-.20 ***	.10	-
8: 年齢	.02	-.02	.15 **	.13 *	.17 **	.15 **	-.13 *
n	351	351	339	350	352	349	353
平均	3.1	2.5	48.6	33.0	3.1	38.3	0.5
標準偏差	1.0	.08	17.5	7.2	1.6	41.2	0.5

* P < .05; ** P < .01; *** P < .001

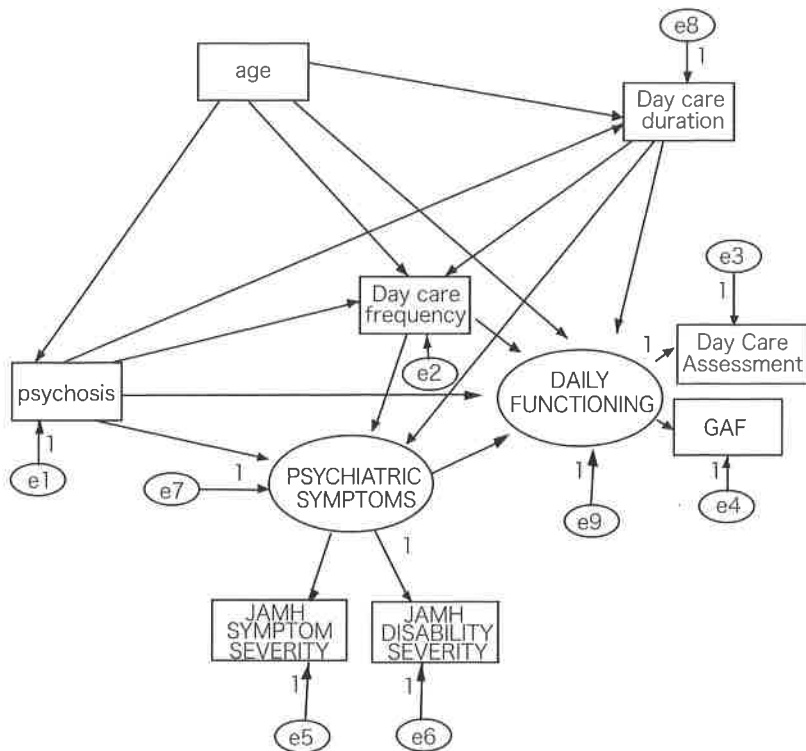


図1 初期モデル(x2/s=4.61, GFI=.993, AGFI=.976, CFI=1.000, RMSEA=.000)

Psychosis, 1=精神病性障害, 2=その他; psychiatric symptom severity, 臨床重症度: daily functioning, 日常生活能力; JAMH symptom severity, 日本精神科病院協会(日精協)マスタープランの「精神症状」; JAMH disability severity, 日本精神科病院協会(日精協)マスタープランの「能力障害」; day care assessment, デイケア評価表における適応能力

3. 共分散構造分析による症状の重症度と日常生活能力の規定要因

これらの結果を基に因果関係を調べるため, 因果関係のモデルを作成し共分散構造分析を行った

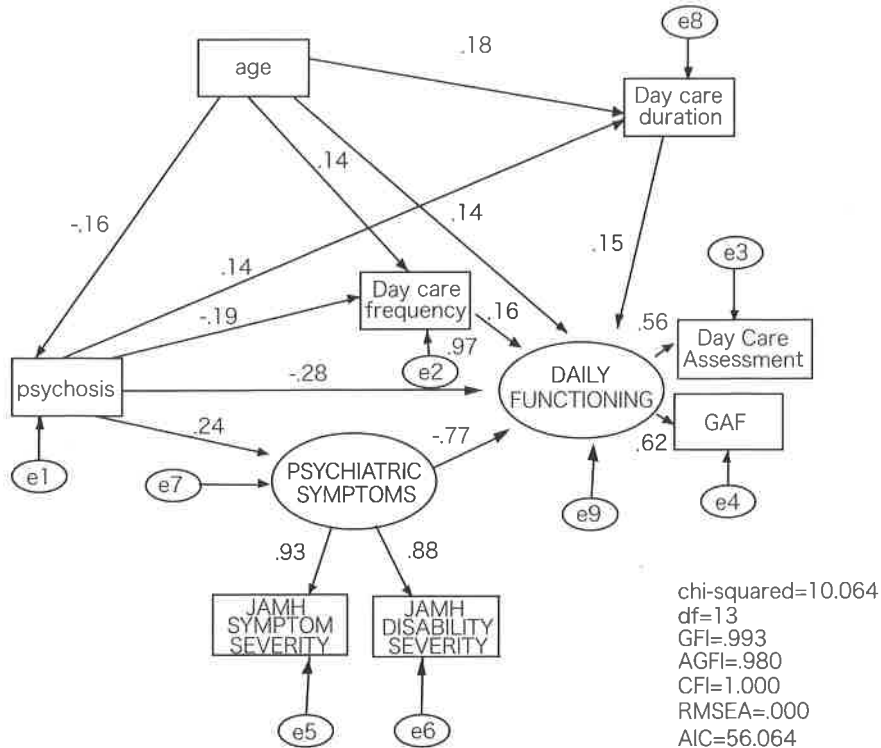


図2 改変モデル($\chi^2/s=5.03$, GFI=.993, AGFI=.980, CFI=1.000, RMSEA=.000)

Psychosis, 1=精神病性障害, 2=その他; psychiatric symptom severity, 臨床重症度; daily functioning, 日常生活能力; JAMH symptom severity, 日本精神科病院協会(日精協)マスタープランの「精神症状」; JAMH disability severity, 日本精神科病院協会(日精協)マスタープランの「能力障害」; day care assessment, デイケア評価表における適応能力

(図1)。当初のモデルでは、精神症状の重症なほど日常生活能力が低く、この両者に診断、年齢、デイケア参加頻度、デイケア参加期間が影響を与えているという想定を行った。初期モデルの適合度は $\chi^2/df = 4.61$, GFI = .993, AGFI = .976, CFI = 1.000, RMSEA = .000であり、良好な適合度を得た。AICは61.2であった。

そこでさらにモデルの改良をするために、有意でないパスの削除を行い改変モデルを作成した(図2)。このモデルの適合度は $\chi^2/df = 5.03$, GFI = .993, AGFI = .980, CFI = 1.000, RMSEA = .000であり、これも良好な適合度を得た。さらにAICが56.1と当初モデルよりさらに低くなったことから、改変モデルのほうがより実際のデータを表しているモデルであると判断した。

このモデルでは、精神病性障害はデイケア参加期間を上昇させ、デイケア参加頻度を下げ、臨床

症状および日常生活能力を悪化させる方向で有意に影響していた。年齢は精神病性障害の頻度を下げ、デイケア参加期間を長期にし、デイケア参加頻度を多くしていた。こうした影響を統制してもなお、デイケア参加頻度とデイケア参加期間から日常生活能力へ有意な正のパスが示された。

また、精神症状や日常生活能力がデイケア参加機関やデイケア参加頻度に影響しているというパスを設定すると、 $\chi^2/df=3.12$, GFI=.960, AGFI=.924, CFI=.938, RMSEA=.080, AIC=93.4とかつて適合度は低下し、さらに精神症状・日常生活能力からデイケア参加期間・デイケア参加頻度への標準化係数が有意のもでなくなった。したがって、図2の改変モデルが最も事実を表現したモデルであると考えられる。

4 考察

今回の調査では日常生活能力をデイケア中に観察された対人適応と担当医の評価したGAFで測定した。すなわち、ここでいう日常生活能力とは対人関係能力や社会的活動、家庭生活を維持する能力といった、日々生活するうえで必要な能力全般である。本調査では、デイケアへの参加頻度が多いほど日常生活能力が良好である、という結果が得られたが、この結果はLinnら¹⁵⁾のデイケアが社会的機能の改善に優れているという研究結果や、大山ら¹⁹⁾の対人関係障害、生活の持続・安定性障害における改善においてデイケアの優位性を指摘した研究やその他の先攻研究^{11,29)}の結果と合致している。主として重症の神経症患者を対象としたSimsらの研究においては、デイケアによって症状の改善があると報告しているが、数カ月の遅れで対人関係の改善も見られると報告している。デイケアで行うサービスが社会技能訓練(social skill training; SST)や就労支援、ストレスとの付き合い方などの心理教育など、利用者の社会適応の向上やそれに伴う社会復帰を目指したものが多く取り入れられていることがこのような結果に影響したものと考えられる。精神科デイケアはあらかじめ決められた1日の予定にそって、集団がほぼ同じ活動を行う。しかし学校や職場などとは違い、その参加は個人に委ねられており、強制されるものではない。また集団内での対人関係においても、デイケアスタッフの適切な援助によって、参加者にあった対人関係が持てるように工夫されている。このように精神科デイケアはその形態から社会と病院を繋ぐ中間の位置にあり、社会復帰に際しての準備の場としてデイケアが有効に機能していることが、今回の結果からは示された。

今回の調査では各施設のデイケアプログラムの内容を統一していない。デイケアに参加する頻度が増えることによって日常生活能力が向上するという結果は、既述のデイケアでのプログラムが影響していることと、集団で活動することそれ自体の影響が考えられる。デイケアプログラムはレクリエーション活動を利用した各種社会技能の学習

を目的としたものが多いが、集団で活動することによって、モデリングや代理強化が行われ、これらの学習の効果がより高められるのではないだろうか。仮にデイケアの利用者がプログラムへの参加を何らかの理由で拒否したとしても、他のメンバーの活動を頻回に観察することによって、同じような学習効果が期待できる。また対人技能についても、参加者同士のやり取りや、スタッフと参加者のやり取りを観察すること事態が、コミュニケーションスキルの向上に寄与していると考えられる。

本調査から得られたモデルはこれまで報告されているような、デイケアによって症状を改善するよりもむしろ病状の安定化や社会機能の改善にサービスの主体が置かれ、その効果が示されていることを支持するものとなった。武田²⁷⁾はデイケアの主体は症状改善よりも、再燃や再入院の抑止となるように、再燃を防ぐ知識、再燃を早く発見する技能、必要にして十分な休息と治療への配慮、そしてそれに利用者が取り組める環境、これらが利用者とその周囲に十分に学習されることがデイケア効果の主体となる、と述べている。本調査や先行研究の知見から、デイケアによって日常生活能力が向上し、そのことによって社会復帰への準備ができたり、社会復帰とまでいかずとも、「デイケア」という居場所で仲間やデイケアスタッフとプログラムを挟んで交流することが利用者のストレスマネジメントの一環となり、再発や再入院の予防となることが予想される。

今回の調査の限界についても述べなければならない。第1に、今回はある一時点でのデイケア参加者の情報から解析を行なった。因果関係について言及するには慎重でなければならない。例えば、当初にわれわれは、デイケアの参加「濃度」が濃くなることで患者の状態が良くなる想定した。しかし、患者の状態が良いからこそ、デイケアに経常的に参加できるという可能性もある。そこでわれわれは、共分散構造分析のモデル図をそうした仮説に沿って変更し、その適合度を見た。結果、われわれの当初モデル—参加頻度が上がるほど患者の状態が良くなる—の方が現実に即したものであることが確認できたのである。しかし、今後は

前方視的追跡調査^{3,4,17)}が必要であり、今回の対象患者について6カ月間隔の追跡を行なっている。

第2に、今回調査の対象となったデイケアの内容分析を行っていない。デイケアという包括的医療サービスのどの部分が特に有効であるかについて本研究では言及できない。今後は、デイケアの構成部分を組み込んだ調査が必要であろう。同様に、患者の診断群ごとに、必要なデイケア・メニューとその効果は異なるであろう。これも、被検者数をさらに増やしたうえでの大規模研究が将来的に必要である。さらに、精神科デイケアが日常生活能力向上に有効だとしても、その効果発現の機構についてはさらなる研究が必要であろう。例えば Gelleard⁷⁾は老人デイケアによって家族の心理的負担が軽減することを報告しているが、家族の負担軽減が患者に好影響を与えることも考慮しなければならない。デイケアの有用性を考えるには、デイケア患者と入院患者の比較^{2,10~12,22,23,31)}、デイケア患者と外来患者の比較^{8,9,15,32)}、デイケアの再入院防止効果^{5,9,11,15)}も見なければいけない。

こうした研究方法論上の限界を勘案し、今回の調査はデイケアの効果についてモデルを示すことができた。現在の日本の精神科医療の中でデイケアの貢献を実証的に示すことができたと思われる。

謝辞：本調査にあたり埼玉精神神経科診療所協会（社団法人日本精神神経科診療所協会埼玉支部）の協力を得た。研究参加施設とその責任者は以下の通りである。

医療法人社団順風会上尾の森診療所 佐藤順恒，医療法人社団智生会イサオクリニック 恵 智彦，医療法人大壮会大宮すずのきクリニック 野中和俊，医療法人社団明悠会小原クリニック 小原基郎，医療法人社団双里会川瀬クリニック 川瀬典夫，医療法人社団弥生会熊谷神経クリニック 奥野洋子，医療法人社団こうぬま会こうぬまクリニック 鈴木仁史，医療法人社団式場会式場クリニック 式場 律，医療法人社団ユーアイエメリー会草加すずのきクリニック 近藤威史，医療法人社団秀山会白峰クリニック 山崎茂樹，ひがメンタルクリニック 比嘉千賀，深谷メンタルクリニック 島上 實，（敬称略，五十音順）。

文献

- 1) 浅野弘毅：デイケアの効果と評価：再入院抑止効果を中心に。臨床精神医学 22：61-67，1993
- 2) Creed F, Black D, Anthony P et al : Randomised controlled trial of ay patient versus inpatient psychiatric treatment. Brit Med J 300 : 1033-1037, 1990
- 3) Davis JE, Lorei TW, Caffey EM : An evaluation of the Veterans Administration day hospital program. Hosp Comm Psychiat 29 : 297-302, 1978
- 4) Edwards DW, Yarvis RM, Mueller DP : Evidence for efficacy of partial hospitalization: Data from two Studies. Hosp Comm Psychiat 29 : 97-101, 1979
- 5) Endicott J, Herz MI, Gibbon M : Brief versus standard hospitalization: The differential costs. Am J Psychaitry 135 : 707-712, 1978
- 6) Ettinger RA, Beigel A, Feder SL : The partial hospital as a transition from inpatient treatment: A controlled follow-up study. Mt Sinai J Med 39 : 251-257, 1972
- 7) Gilleard CJ : Influence of emotional distress among supporters on the outcome of psychogeriatric day care. Br J Psychiatry 150 : 219-223, 1987
- 8) Grizenko N, Papineau D, Sayegh L : A comparison of day treatment and outpatient treatment for children with disruptive behaviour problems. Can J Psychiatry 38 : 432-435, 1993
- 9) Guy W, Gross M, Hogarty GE et al : A controlled evaluation of day hospital effectiveness. Arch Gen Psychiatry 20 : 329-338, 1969
- 10) Herz MI, Endicott J, Spitzer RL : Brief hospitalization of patients with families: Initial results. Am J Psychiatry 132 : 413-418, 1975
- 11) Herz MI, Endicott J, Spitzer RL : Brief hospitalization. A two year follow up. Am J Psychaitry 134 : 502-507, 1977
- 12) Herz MI, Endicott J, Spitzer RL et al : Day versus inpatient hospitalization: A controlled study. Am J Psychiatry 127 : 1371-1383, 1971
- 13) 池淵恵美：デイケアの歴史と現在。臨床精神医学 30 : 105-110, 2001
- 14) 池内慶公：慢性精神分裂病の臨床症状に対するデイケアの効果。精神神経学雑誌 93 : 515-526, 1991
- 15) Linn MW, Caffey Jr EM, Klett CJ et al : Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenia patients. Arch Gen Psychiatry 36 : 1055-1066, 1979

- 16) 長瀬輝誼：精神科デイケア・デイナーケアの治療的機能と機能分担に関する研究. 長瀬輝誼編：厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）総括・分担研究報告書「病態像に応じた精神科リハビリテーション療法に関する研究」平成12・13年度厚生科学研究報告書, 2002
- 17) McDonnell D : An evaluation of day centre care. *Int J Soc Psychiatry* 23 : 110-119, 1977
- 18) Oka K, Maeda M, Hirano T et al : Multicenter study on the effect of day care therapy on schizophrenia: A comparison of day care patients with outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci* 53 : 505-510, 1999
- 19) 大山博史, 小泉 毅, 永井昌之ほか：精神分裂病の生活障害に及ぼすデイケアの効果. *臨床精神医学* 26 : 907-917, 1997
- 20) Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H : Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *MPR Online* 8 : 23-74, 2003
- 21) Sims ACP, Heard DH, Rowe CE et al : 'Neurosis' and the personal social environment: The effects of a time-limited course of intensive day care. *Br J Psychiatry* 162 : 369-374, 1993
- 22) Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J et al : Day hospital/crisis respite care versus inpatient care Part I: Clinical outcomes. *Am J Psychiatry* 153 : 1065-1073, 1996
- 23) Sledge WH, Tebes J, Wolff N et al : Day hospital/crisis respite care versus inpatient care Part II: Service utilization and costs. *Am J Psychiatry* 153 : 1074-1083, 1996
- 24) 染矢俊幸, 安西信雄, 池淵恵美ほか：精神分裂病の陰性症状と社会適応経過. *精神医学* 28 : 1229-1236, 1986
- 25) 鈴木敦子, 大沼祐子, 藤井由美子ほか：デイケア患者の改善度評価の試み：Wingの評価尺度を用いて. *社会精神医学* 7 : 67-73, 1984
- 26) 高野佳也, 加藤元一郎, 塚原敏正ほか：デイケアに通所した精神分裂病例の精神症状の改善について. *精神医学* 37 : 369-376, 1995
- 27) 武田俊彦：病院附属の精神科デイケアの現状と課題. *精神経誌* 108 : 1306-1316, 2006
- 28) 武田俊彦, 大森文太郎：慢性精神分裂病患者に対するデイケアの再入院防止効果. *精神神経学雑誌* 94 : 350-362, 1992
- 29) 竹島 正：精神科デイケア—今日的課題と将来像—. *精神経誌* 108 : 1295-1300, 2006
- 30) 塚原敏正, 加藤元一郎, 笠原友幸ほか：デイケアの有効性に関する検討：再入院率を指標として. *精神科治療学* 9 : 1371-1377, 1994
- 31) Washburn S, Vannicelli M, Longabaugh R et al : A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *J Consul Clin Psychol* 44 : 665-675, 1976
- 32) Weldon E, Clarkin JE, Hennesy JJ et al : Day hospital versus outpatient treatment: A control study. *Psychiatr Q* 51 : 144-150, 1979
- 33) World Health Organization : International Classification of Diseases (10th Revision). Geneva: WHO, 1992
- 34) Yoshimura K, Kiyohara C, Ohkuma K : Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: A comparison between out-patients with and without day care treatment. *Psychiat Clin Neurosci* 56 : 397-401, 2002

Summary

The Effects of Psychiatric Clinic Day Care on the Psychiatric and Living Competency among Outpatients

KITAMURA Toshinori et al

A total of 336 put-patients attending the day care programme of psychiatric clinics were studied in terms of (1) ICD-10 diagnosis, (2) severity of psychiatric symptoms, (3) severity of functional disability, (4) Global Assessment of Functioning, and (5) capacity of daily living together with demographic variables and frequency and duration of day care attendance. A path model was examined by a structural equation modelling. Two dependent unobservable variables were created: clinical severity (severity of psychiatric symptoms and severity

of functional disability) and living capacity (Global Assessment of Functioning and capacity of daily living). A revised model suggested that (1) higher age and non-psychotic diagnosis predicted better living capacity, (2) clinical severity predicted lower living capacity, and (3) frequency and duration of day care attendance predicted better living capacity. The frequency and duration of day care attendance failed to predict the clinical severity. These results suggest that medical day care in psychiatric clinics is effective in ameliorating the patients' living capacity.

*

*

*