

Trial of the Inpatient Daycare Center at the daycare of the Department of Psychiatry, Fukuoka University Hospital : A comparison between the daycare introduction via Inpatient daycare and that without it.

Shimpei TOMINAGA, Kiyoto HIRAKAWA, Yoko HONDA
and Ryoji NISHIMURA

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Fukuoka University

Abstract : Objective : As part of the psychiatric rehabilitation at the psychiatry ward of Fukuoka University Hospital, the inpatients who are about to be discharged and who are willing to be a member of the daycare soon after their discharge, are advised to start their daycare program before their discharge. This trial is called "the Inpatient Daycare." The comparison of such daycare introduction was performed between "the Inpatient Daycare" group and the outpatient group without experiencing "the Inpatient Daycare". The trial of "the Inpatient Daycare" is herein discussed. Patients and Methods : A total of 33 patients, who were introduced to daycare during the period from April 2007 to August 2008, were divided into two groups; the group of 10 Inpatient Daycare members and the group of 23 outpatients. These two groups were compared and analyzed regarding age, diagnosis, the individual who proposed of daycare, crisis age, BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), GAF (General Assessment of Function), antipsychotic dose, and the attendance record after a three-month period. Results : No statistically significant differences were detected between the two groups concerning age, diagnosis, crisis age, BPRS, GAF, antipsychotic dose, and the attendance record after the 3-month period. Conclusion : The doctors in charge of their inpatients were observed to recommend that the patients take part in the daycare program in "the Inpatient Daycare" group. The ratio of participation was also maintained at a high level in "the Inpatient Daycare" group.

Key words : Inpatient Daycare , Rehabilitation , Daycare , Ratio of participation

福岡大学病院精神科デイケアにおける院内デイケアの試み 院内デイケアからのデイケア導入と外来からのデイケア導入を比較して

富永 信平 平川 清人 本田 洋子
西村 良二

福岡大学医学部精神医学教室

要旨 : 目的 : 福岡大学病院精神科病棟で精神科リハビリテーションの一環として、退院を間近に予定しており、退院後の早期のデイケア通所を希望している入院患者に対し、入院期間中にデイケアの開始を行っている。この取り組みを当院では「院内デイケア」と呼んでいる。今回我々は、この院内デイケアからデイケアへ導入した群と外来からデイケアへ導入した群の2群に分けて比較を行い、院内デイケアにつ

いての取り組みについて考察する。方法：対象は2007年4月から2008年8月までに当院デイケアに導入された33名を院内デイケア群10名と外来デイケア群23名の2群に分けた。この2群について、年齢、診断、デイケア導入における提案者、発症年齢、BPRS（簡易精神症状評価尺度）、GAF（機能の全体的評価尺度）、抗精神病薬の投薬量、通所開始後3ヶ月の通所状況について比較分析した。結果：年齢、診断、発症年齢、BPRS、GAF、抗精神病薬の投薬量、通所開始後3ヶ月の通所状況において両群間の有意差は認められなかった。結論：デイケア導入における提案者では、院内デイケア群において有意に主治医が提案者となっていることが判明した。またデイケアへの定着率に関しても、院内デイケア群においても維持されていた。

キーワード：院内デイケア，リハビリテーション，デイケア，定着率

はじめに

統合失調症は精神疾患として代表的なものの一つであるが、安西¹⁾によると、この疾患に特徴的な精神症状が軽快した後も、人間関係がうまくいかず引きこもりに陥ったり、社会生活上の不器用さ（生活障害と呼ばれる）が残るために就労や社会参加が妨げられることが多く、社会適応を妨げるだけでなく、疾患の再発や悪化の要因にもなると指摘している。これらの生活障害に対して精神科的なリハビリテーションが必要となる。

具体的な精神科リハビリテーションの治療・技法として、生活技能訓練、心理教育、家族への支援プログラム、居住プログラム、職業プログラム、デイケア、共同作業所などが挙げられる（渡辺²⁾）。その中でも、デイケアはわが国で1950年代より導入され、診療報酬において1970年代より正式に保険内診療として認められるようになり、精神科リハビリテーションの柱としての役割を担ってきた。

福岡大学病院精神科デイケア（以下当院デイケア）について

当院デイケアは、1974年2月、国内第1号の大学病院デイケアとして厚生省（現、厚生労働省）からの認可を

得て発足した。施設としては全国4番目であった。治療の対象は統合失調症を中心に生物・心理・社会的な観点に基づき集団力動を考えた精神療法的接近を加味したりリハビリテーションアプローチが行われてきた。また、デイケアのプログラムとして、通常の活動だけでなく、精神科リハビリテーションの観点より社会生活技能訓練（Social Skills Training：SST）や心理教育といったプログラムも並行して行ってきた。

当院デイケアの特徴の特徴としては

- 1 デイケアの運営としては、野田³⁾のいうデイブ

表1 導入グループの1週間のスケジュール

	火	金
午前		
午後		全体討議 デイケア棟内 清掃

室内活動（創作、カードゲーム、音楽鑑賞、ビデオ鑑賞）カラオケ、軽スポーツ（卓球、バドミントン等）

表2 チーム活動グループの1週間のスケジュール

	月	火	木	金
午前	クラフト	スポーツ活動	スポーツ活動 or 調理	スポーツ活動
午後	セミナー (心理教育)		スポーツ活動 or 調理	SST

室内活動（創作、カードゲーム、音楽鑑賞、ビデオ鑑賞）カラオケ、軽スポーツ（卓球、バドミントン等）

プログラム型デイ・ケア（就労・就学などの目的を持ち、目的達成型のプログラムで運営）を目指している。

- 2 通所者のほとんどが若い統合失調症である。
- 3 家族もまだ若く、精神障害への回復への期待が高い。
- 4 通所者は就学、就労を目的としている。
- 5 家族を含めた定期的な面接を行っている。

リハビリテーションの方向性や理念としては、人格的レベルの内的な成熟をはかり、障害の受容を促し、社会参加を目指すリハビリテーションとしている。

実際の福岡大学病院精神科デイケアの治療構造は現在3段階+の構造を持っている。第1段階から始め、第2段階へ進み、第3段階を経て社会参加を達成しデイケアを終了する。具体的には

1：（第1段階：導入グループと呼ぶ）（表1）

週2日、2ヶ月間の限定であり、デイ・ケアに慣れる、親しむことを目標とする。またデイケアの通所者の多くは、対人的な緊張が強いこともあり、5～8名ぐらいの少人数のグループである。

2：（第2段階：チーム活動グループと呼ぶ）（表2）

当院デイ・ケアの主体をなす20名前後の大きな集団で週3～4回、活動を楽しむ、仲間体験をするといったこ

表3 サロングループの1週間のスケジュール

	水
午前	
午後	

室内活動（創作、カードゲーム、音楽鑑賞、ビデオ鑑賞）カラオケ、軽スポーツ（卓球、バドミントン等）

とを目的としている。

3：（第2段階+：サロングループと呼ぶ）（表3）

導入グループから人数の多いチーム活動グループへの移行が難しいと思われるような、大集団での適応に支障をきたす通所者のための少人数のグループ

4：（第3段階：ワークトレーニンググループと呼ぶ）（表4）

週5回通所し、就労を目的として擬似的な社会的役割の経験、社会性の獲得といった社会参加に向けたグループ。以上3+の治療構造である。

それぞれの段階での治療スタッフの接し方は、導入グループでは支持的接近を行い保護的な受容に心がけている。次にチーム活動グループでは兄弟や仲間あるいは先輩、後輩的な接し方で楽しみを共有し、時に指導する立場で接している。最後にワークトレーニンググループでは同僚や上司として社会の中でのルールの体験や指示を行っている。この基本的な3段階に沿って上がれず、特にチーム活動の大集団に圧倒され脱落する一群が存在し、この受け皿として+としてのサロン活動グループが存在している。

登録者状況を示すと、平成20年10月現在では、登録者数約60名、平均年齢30歳前後、診断内訳はICD-10⁴におけるF2統合失調症圏内（但しF7精神遅滞合併を含む）が約8割でその他は、気分障害や神経症圏内である。

現在デイケア棟は病院の隣地に位置しており、プログラムに応じて、デイケア棟内において活動をし、場合によっては畑や大学内のグラウンドなどを使用することもある。スタッフは医師3名、看護師1名、臨床心理士1名、作業療法士1名、臨床体育士1名の合計7名である。

院内デイケアについて

当院においては、外来通院中の統合失調症などの患者は社会参加や社会復帰を目標として、主にデイケア通所という形で精神科リハビリテーションが行われている。

福岡大学病院精神科病棟における精神科リハビリテ

表4 ワークトレーニンググループの1週間のスケジュール

	月	火	水	木	金
午前	クラフト	にこにこ亭 （弁当作り）	アグリ （農作業）	スポーツ活動 or 調理	O. A. （パソコン）
午後	セミナー （心理教育）	S. R.	アスレ （スポーツ）	スポーツ活動 or 室内清掃	SST

Social Resources：社会資源の利用を学ぶ

ションの取り組みとして、退院を予定しており、また退院後デイケアの通所を予定している入院の患者に対し、「院内デイケア」のサービスを行っている。具体的な取り組みとして、入院中に退院の時期が大まかに決まっている患者に対し、病棟内で行われている作業療法に加え、週2回、火曜、金曜のデイケアの導入グループに参加する。「院内デイケア」の通所期間は1カ月以内としている。期間を限定しているのは、わが国の保険診療において通常デイケアは外来治療の一環であるため、入院中のデイケアを行っても、診療費を請求することはできないからである。そのため、「院内デイケア」は通常の入院プログラムではないが、症状が改善し外来リハビリテーションとしてのデイケアに早期の導入をプランし、患者や家族の退院後の生活に対する不安を軽減することを目的とした患者に限定して、当院では「院内デイケア」という取り組みを行っている。

今回我々は、福岡大学病院精神科において、「院内デイケア」を通してデイケアへ導入された患者と、通常の外來通院によりデイケアへ導入された患者との2群に分け、そしてその両群を比較して、それぞれの患者の特徴を明らかにするとともに、デイケア通所開始後3ヶ月の通所状況（以後デイケアへの定着率）の観点から、精神科リハビリテーションの1つとしての「院内デイケア」について若干の考察を加えた。

対象と方法

1. 対象

対象は2007年4月から2008年8月までにデイケア通所を希望し、導入されたすべての患者33名である。この対象者を入院中よりデイケアを開始した10名を院内デイケア群、外来よりデイケアを開始した23名を外來デイケア群として2群に分けた。

2. 評価尺度と調査方法

この2群について、デイケア導入時に主治医が記入したデイケア導入指示箋及び診療録を基に、性別、年齢、診断、デイケア導入の導入における提案者、発症年齢、BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale: 簡易精神症状評価尺度; 以下, BPRS), GAF (Global Assessment of Functioning: 機能の全体的評価尺度; 以下, GAF¹⁾), 抗精神病薬の投薬量、デイケアへの定着率について後方視的に調査した。

BPRS は、精神症状を18項目抽出しており、統合失調症やうつ病を中心とする症状を簡易に評価できるため実際の診療場面でも頻繁に用いられている。各項目は1～7点の7段階で評価し、重症である程スコアが高くなる。

GAF は精神症状の重症度または社会的適応を評価する尺度である。スコアが高いほど、症状レベルにおいては、精神症状が軽症あるいは、社会的適応が良好であると言える。このスコアをつけるにあたっての留意点は、精神症状の重症度と社会的適応のどちらかの低いスコアを優先してつけることが挙げられる。

また、デイケア開始後の評価として、BPRS, GAF などの評価尺度を用いることも考慮したが、精神科リハビリテーションにおける期間としては、1～5年あるいはそれ以上の期間を要することが一般的であり、本研究ではそこまでの長期追跡はしていない。BPRS, GAF などの指標に関しては3ヵ月後において導入時と比較しあまりスコアの変化がないことが考えられたため、今回調査を行っていない。

抗精神病薬量に関しては、使用薬については chlorpromazine の等価換算を用いた。

3. 統計方法

両群の比較は Mann-Whitney のU検定、²⁾ 検定を適宜用いた。

全てのデータ解析には SPSS for windows ver.16 用いた。統計的有意差は $p < 0.05$ とした。

結 果 (表5)

1. 年齢

デイケア導入時における平均年齢は、院内デイケア群が 28.0 ± 8.6 歳、外來デイケア群が 27.6 ± 6.7 歳であり、両群間に有意差を認めなかった ($P = 0.814$)。

2. 診断

診断が統合失調症圏内 (ICD-10 にて F2) である割合は、院内デイケア群が10名中5名 (50%)、外來デイケア群が23名中18名 (78.3%) であり、両群間に有意差を認めなかった ($P = 0.104$)。

3. デイケア導入における提案者

主治医がデイケア導入を勧めた割合は、院内デイケア群が10名中10名 (100%)、外來デイケア群が23名中9名 (39.1%) であり、両群間に有意差を認めた ($P = 0.001$)。

4. 発症年齢

発症年齢の平均は、院内デイケア群が 21.5 ± 8.6 歳、外來デイケア群が 20.3 ± 6.3 歳であり、両群間に有意差を認めなかった ($P = 0.665$)。

5. BPRS

BPRS の平均スコアは、院内デイケア群が 33.6 ± 7.0 、

表5 両群間における調査項目の結果

	院内デイケア群（10名）	外来デイケア群（23名）	P 値
年齢	28.0 ± 8.6	27.6 ± 6.7	0.814
診断（統合失調症の占める割合）	5/10（50.0%）	18/23（78.3%）	0.104
主治医が提案した割合	10/10（100%）	9/23（39.1%）	0.001
発症年齢	21.5 ± 8.6	20.3 ± 6.3	0.665
BPRS	33.6 ± 7.0	36.7 ± 10.5	0.555
GAF	44.5 ± 5.7	48.0 ± 6.4	0.129
薬量	397.0 ± 285.8	417.5 ± 427.8	0.694
デイケアへの定着率	3/10（30%）	10/23（43.5%）	0.466

p < 0.05

外来デイケア群が36.7 ± 10.5であり、両群間に有意差を認めなかった（P = 0.555）。

6. GAF

GAFの平均値は、院内デイケア群が44.5 ± 5.7、外来デイケア群が48.0 ± 6.4であり、両群間に有意差を認めなかった（P = 0.129）。

7. 抗精神病薬の投与量

抗精神病薬の投与量（chlorpromazine 換算量）は、院内デイケア群が397.0 ± 285.8mg、外来デイケア群が417.5 ± 427.8mgであり、両群間に有意差を認めなかった（P = 0.694）。

8. デイケアへの定着率

デイケアへの定着率は、院内デイケア群が10名中3名（30.0%）、外来デイケア群が23名中10名（43.5%）であり、両群間に有意差を認めなかった（P = 0.466）。

考 察

1) 年齢と発症年齢

院内デイケア群、外来デイケア群の両群間に有意差を認められなかった。デイケア導入時の平均年齢は両群とも27～28歳と比較的若く、発症年齢は平均20歳前後で平均の罹病期間はおよそ7年となる。このデイケア導入時の平均年齢が20歳代と若いのは大学病院のデイケアに特徴的であり、他の大学病院デイケアでも平均年齢が25～28歳と報告されている^{6)・8)}。20歳代という年齢層の患者

の導入が多いので、当院のデイケアは就学や就労を目的としたデイプログラム型となっている。

2) 診断

従来の精神科デイケアの対象は統合失調症の患者であった。近年デイケアの対象疾患は拡がりをみせており、統合失調症・うつ病・アルコール依存・薬物中毒・思春期問題・老人性認知症などさまざまな疾患を抱えた患者が、ライフスタイルや状況に合わせて利用できるようになってきている。最近では、当院においても発達障害やうつ病など統合失調症でない患者のデイケア導入も多く認めるようになってきた。今回の調査では、診断が統合失調症の患者の割合は院内デイケア群10名中5名（50%）、外来デイケア群23名中18名（78.3%）であり、両群とも統合失調症以外の患者も増加している。今回の結果からは統計学的に両群間に有意差を認めなかった。

3) デイケア導入における提案者

デイケア導入における提案者に関しては院内デイケア群と外来デイケア群の両群間に有意差を認めなかった。精神障害者に対するリハビリテーションの流れとして、患者の急性期の精神症状が入院治療によって、回復してきたら、再燃を防止しつつ、ゆっくりとその人らしい社会生活が再開されることを支援する。回復期にはスタッフはこれまでの病歴や面接などを通して情報を収集し、精神医学的診断とともに機能評価を行い、精神科リハビリテーションの一環としてデイケアのプログラムを立てる。その際には、その患者がどのような問題、障害を抱えているか、どのようなことを目標としていくか患者の

ニーズに沿った形でプランをたてていく⁹⁾。

院内デイケア群は基本的に入院治療中のデイケア導入である。当科においては、基本的に症状の改善を目的とした入院が大半であり、デイケア導入を目的とした入院はほとんどないのが現状である。院内デイケア群 特に統合失調症患者の場合 は、 症状の急性期から回復後も患者の病識に乏しいこと、また家族も病気の受容が十分でないことがよくみられる。そのためリハビリテーションの必要性を自覚できないことや、「障害」における受容が困難であったりするためにデイケアへの導入を提案されない場合。急性期の症状回復後も自閉や意欲の低下といった統合失調症の陰性症状は残存することが多く、症状によりデイケア導入を自発的に提案することができない場合。初回入院などでは意欲や病識にかかわらず、精神科リハビリテーションに対する知識そのものがない場合。以上の理由により主治医が「院内デイケア」の提案者となることが多いと考えられた。

一方、外来デイケア群では、主治医が提案する形でのデイケア導入だけでなく、ある程度症状が回復して本人や家族がデイケア通所を希望する場合や他院からのデイケア導入のために紹介受診される場合もある。そのため外来デイケア群は主治医以外が提案者となりうるが多いと考えられた。

以上の点より、院内デイケア群では外来デイケア群の患者と比較し、患者側の精神科における治療全般 特に関心としてリハビリテーションとしてのデイケア に関する情報が乏しく、あるいは治療法を把握していても患者の意欲や病識が低い場合が多く、結果として本人及び家族がデイケア導入を希望することはまれであると推測された。

4) BPRS GAF 抗精神病薬の投与量

BPRS の平均スコア、GAF の平均値、抗精神病薬の投与量において両群間では有意差を認めなかった。BPRS は急性期においては精神科薬物療法により症状が改善するとともに劇的なスコアの改善が認められる。急性期から回復期そして安定期の時期に入ると、対人関係、生活技能そして社会的スキルに関しては障害が残存するも、精神症状のレベルにおいては改善されていることが多い。そのため、院内デイケア群においても症状レベルの回復が図られていたため、BPRS のスコアが低く、外来デイケア群のスコアと有意差を認めない結果となったのではないかと考えられた。

GAF は精神症状の重症度または社会的適応を評価する尺度である。スコアが高いほど、症状レベルにおいては、軽症あるいは、社会的適応が良好であると言える。院内デイケア群では入院中であり、就学・就労といった社会復帰できるレベルではなく、外来デイケア群においても、外来で治療を受けているが、社会復帰出来ていな

い状況下である。そのため両群間とも社会的適応レベルに大きな差はないものと考えられ、精神症状の重症度や社会的適応を評価する GAF のスコアにおいて両群間に有意差を認めない結果となったものと推測された。

5) 院内デイケアについて (デイケア通所開始後3ヶ月の通所状況をふまえて)

デイケアの導入に関して池淵⁹⁾ は、デイケアの治療を導入してから集団に慣れるまでの時期を導入期として定義しており、この導入期は約1~3ヶ月と個人差が大きいと報告している。またデイケアからの脱落率が高い時期であり、特に本人や家族の不安をくみ、絶えず現実的なプランを提供し、そして疲れすぎや期待しすぎからくる焦りや失望感を防止することが重要であると論じている。

今回、院内デイケア群と外来デイケア群では BPRS 平均スコア、GAF の平均値などでは、有意差を認めず、また両群間において、デイケアへの定着率に関して統計学的な有意差を認めなかった。

現在デイケアでは、両群の患者とも1つのプログラムでリハビリテーションを行っている。もし両群間において、症状や適応度に違いがあれば、同じ1つの集団でリハビリテーションを行うことは治療的とは言えないであろう。この結果をふまえ、両群を現在の1つのプログラムでリハビリテーションを行っていくことに支障はないと考えられる。

また、院内デイケア群は、入院治療により急性期から回復期へと症状の改善を認めている。しかし、BPRS 平均スコアや GAF の平均値は同等の値を示しているとはいえ、入院という保護的環境の下での値であることを忘れてはならない。ストレスに対する脆弱性や環境への適応する能力などの問題を勘案すると、外来デイケア群よりも症状の再燃や再発などのリスクが高いことが推測される。今回の結果からは、院内デイケア群においても、外来デイケア群と同様の定着率を維持しているという積極的評価ができよう。デイケアへの定着率に関して院内デイケア群が外来デイケア群と同様であるという結果より、院内デイケアの取り組みが一定の効果があるものと推測された。

その理由としては吉浜¹⁰⁾ が指摘している。入院中にデイケアスタッフとなじみの関係でき、安心・安全と感じられる環境を広げる事ができる事。病棟主治医が本人及び家族に疾患やデイケアを含めた治療について十分に説明できる事。デイケアという居場所に慣れる事によって、デイケア通所の継続性を高める事などが挙げられよう。病棟内にて主治医が患者本人及び家族に接する時間が多く、精神症状、社会機能や作業能力などを詳細に評価できることやデイケアのプログラムやデイケ

アを行っていく上で生じてくる不安や戸惑いなどの話し合いの場を十分にもてることなども、その理由として考えられる。

このように「院内デイケア」の取り組みはデイケアへの定着率において部分的には効果があるといえよう。一方、「院内デイケア」におけるデメリットもあることは、言及しておかなければならない。まず、第1にわが国の保険診療において、デイケアは外来治療の一環であるため、「院内デイケア」という医療的サービスを行っても診療費を請求することはできないこと、第2に院内デイケアの利用者を受け入れていくことで、デイケアの通所者が増加することにつながり、デイケアスタッフにおけるマンパワー的な問題が生じることなどが挙げられる。

このような問題は、「院内デイケア」という医療的サービスを継続していく上で常に念頭におきながら、行政等への働きかけを行っていくことも大切なことではなかろうか。

6) 本研究の限界と意義

評価時期が両群とも導入時期における後方視的な評価のため本研究の限界がある。しかし、医学中央雑誌の文献検索において「院内デイケア」、「病棟内デイケア」に該当する報告はなく、類似の治療形態としての「体験デイケア」という題名にて、2件の報告を認めるのみである。よって今回の院内デイケアという取り組みを精神科リハビリテーションの1つの治療形態として報告を行ったことは一定の価値を有するものと考えられる。

ま と め

今回われわれは院内デイケア群と外来デイケア群における特徴について後方視的に調査を行った。

精神科の治療として、デイケアなどの精神科リハビリテーションは疾患の症状のみならず、コミュニケーションの技能の向上や社会的な障害の改善に部分的には貢献しているといえよう。

当院における「院内デイケア」という取り組みは、デイケア通所における継続性に関して、外来群と同様の定

着率であった。「院内デイケア」においては、導入時期における患者の不安や戸惑いなどの心理的問題、あるいはデイケアを脱落しやすいという問題などを、病棟の主治医や担当看護師などのスタッフが汲みとって、患者と共にその問題に取り組み、そして患者を支えることで、デイケアにおける定着率を維持できるといえよう。患者が精神科リハビリテーションを継続していくことは、障害のケアに役立つ。当院における「院内デイケア」の取り組みは、精神科リハビリテーションにおける1つの治療的なあり方として有用である事が示唆された。

文 献

- 1) 安西信雄：精神科デイケアの役割と効果。精神科リハビリテーション雑誌 7(2): 139-144, 2003.
- 2) 渡辺俊之：統合失調症の精神科リハビリテーションと社会復帰。医学と薬学 51(3): 413-420, 2004.
- 3) 野田文隆：デイ・ケアのいくつかのモデルとその適応。精神科デイ・ケア研究ふくおか 18: 35-45, 2000.
- 4) World Health Organization: The ICD-10 International Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines, 1992.
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994.
- 6) 納戸昌子, 池淵恵美：大学病院におけるデイケアの経験。最新精神医学 8(5): 441-448, 2003.
- 7) 北川信樹, 賀古勇輝, 上野武治：大学病院におけるデイケアの役割と課題。精神科臨床サービス 7(3): 355-360, 2007.
- 8) 古川俊一, 藤枝由美子, 山崎修道, 石橋 綾, 浅井久栄, 笠井清登：東大病院リハビリテーション部精神科デイホスピタルとその役割。精神科臨床サービス 7(3): 367-371, 2007.
- 9) 池淵恵美：デイケア。臨床精神医学 増刊号: 301-305, 2000.
- 10) 吉浜スミエ, 浜崎浩子, 外富昌江, 徳嶺義春, 吉浜文洋：急性期病棟における「体験デイケア」の意義。急性期の看護から生活支援への移行。日本精神科看護学会誌 4(2): 274-278, 2005.

(平成20.10.10受付, 20.12.11受理)