

精神科デイケアの有効性に関する日本と欧米の比較

ヨシマス ヨウイチ キヨハラチ カヨ
吉益 光一* 清原千香子2*

精神科デイケアに関して既に70年近い歴史を有し、豊富な研究結果が蓄積されている欧米に比べ、日本の研究はまだ少ない。しかし1980年代より日本においても統合失調症（精神分裂病）患者を対象とした、デイケアの有効性に関するいくつかの研究が報告されている。欧米では種々の精神疾患に対してデイケアが試みられており、総合的な精神機能の回復のみならず、感情障害や反社会的行為、薬物依存等に対する効果も報告されているが、日本では統合失調症における陰性症状（感情鈍麻や引きこもり）の改善が中心である。外来治療との比較においては、日本欧米ともに精神症状の改善に対するデイケアの優越性が示されているし、入院治療との比較でも欧米でほぼ同等の効果が報告されており入院の代替的機能を担うと考えられている。再入院率を効果の指標とした研究では、日本の研究を中心に有効性が指摘されているが、長期間の再入院防止効果の持続には否定的な報告も多い。これらは従来のデイケアの限界性を示しているともいえるが、陰性症状に有効とされる、新しい抗精神病薬が最近相次いで開発されており、これらの薬物との組み合わせによってデイケアの治療効果が今後増大する可能性があり、今後の研究成果が期待される。

Key words : デイケア, 治療効果, 再入院率, 統合失調症

I はじめに

デイケアとはその言葉通り昼間の一定時間特定の治療施設に通って、入院治療に匹敵するような十分な治療を受けるシステムである。なかでも精神科デイケア（以下デイケア）は、精神障害者の社会復帰の有効な手段として近年日本でも定着しつつある。日本の精神科医療はこれまで長く入院による薬物治療を主とする身体的治療中心であったが、医療の脱病院化や開放処遇の促進が推奨されるようになり、従来の入院治療と患者の社会復帰との間を結ぶ中間的な役割としてのデイケアの重要性が認識されるようになってきた。

精神科におけるデイケアは1930年代に旧ソ連において始まったとされているが、第二次大戦後それを今日のような形にまで発展させたのは英国のBiererとカナダのCameronである¹⁾。Cameron

の活動は退院患者を対象とした病院のデイ病棟の実践であったが、Biererは病院から独立した専門のデイケア施設による活動へと発展させた。これらの事跡を参考にしながら以後デイケア活動は欧米を中心に発展した。

一方日本におけるデイケアの歴史は比較的浅く、1960年代初頭に国立精神衛生研究所で先駆的に試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。

このように欧米と日本においてはデイケアの歴史そのものに差があり、前者においては臨床疫学的な研究において多くの結果が蓄積されているのに対し、日本における実践的な研究報告はまだ少ないのが現状である。しかしながら1999年6月現在日本においてもすでに947施設が承認を受けており¹⁾、1980年代以降デイケアの効果に関するいくつかの研究報告も出てきている。

本稿においては、すでに十分なエビデンスが蓄積されている欧米と日本との比較を通してデイケ

* 九州大学大学院医学研究院精神病態医学

2* 九州大学大学院医学研究院社会医学講座予防医学分野

連絡先：〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1 九州大学大学院医学研究院精神病態医学 吉益光一

アの効果を様々な側面から考察する。なお欧米の研究では様々な精神疾患の患者を対象として行われているものが多いが、日本のデイケアに関する研究はほとんど統合失調症(2002年6月, 日本精神神経学会より従来の精神分裂病からの病名変更が決定されたため, 本稿でもこれに準じる)患者を対象に行われている。この点に関しても詳述する。

II 方法

引用文献は欧米のものは1950年以降, 日本のものは1980年以降とし, Medline から検索を行った。キーワードは day care, day hospital, partial hospitalization とした。日本の文献については数が少ないため, 上記キーワードにより検索された文献に記載された引用文献からも抜粋した。引用した欧米の原著論文30編のうち, 19編が米国, 5編が英国, 3編がオランダ, 残りはアイルランド, カナダ, スイスが各々1編ずつである。すなわち87%は英語圏の国の研究である。

III デイケアの定義

冒頭で触れたように, デイケアとは住居を含む生活の本拠は家庭その他の一般社会の中に置いたままで, 昼間のみ特定の施設で, 一般外来治療では提供できないような医学的かつ心理社会的治療を包括的に受けることとされている⁴⁷⁾。これとは逆にナイトホスピタルという制度もあり, これは入院治療の一形態で, 昼間は職場や学校で過ごすなど一般の社会生活を行い, 夜は病院にとどまって治療や指導を受けるものである。米国ではこの両者を含めて部分入院 (partial hospitalization) と総称されているが, これは広義のデイケアと捉えられている⁴⁷⁾。本稿では, 日本の研究報告についてはナイトホスピタルを含まない狭義のデイケアに限っているが, 欧米の研究では広義のデイケアも含まれることを付記しておく。

IV 精神症状の改善 (同一対象群での評価)

デイケアの効果を判定する上で重要な目安となるのが, 患者の精神症状の改善である。この点については主に2つの側面から研究が行われている。すなわち同一対象でのデイケアの効果の評価と一般の入院治療および外来治療との効果比較で

ある。前述したように欧米におけるデイケアに関する研究は早くから行われており, 1960年代から1970年代にかけてそのピークがみられている。デイケアの精神症状に対する効果について, 1970年代後半の欧米の主要な研究と日本における研究を表1に示す。

Davis ら²⁾は34施設における1,410人の精神障害者を対象に3か月間の治療で認知障害, 反社会的行動, 不潔性, 攻撃性などに有意な改善がみられたと報告している。また統合失調症患者は非統合失調症患者に比べ改善の度合いが少なかったとしている。Edwards ら³⁾は90人の精神障害者を対象に3か月間の治療を行い, 標準化された健康評価尺度 (General Well-Being Scale) と障害評価尺度を用いてそれぞれ患者と治療者双方に評価させている。患者自身の評価による総合的な健康度の改善 (61点から77.5点へ) と, 治療者の評価による障害度の減少 (5.1点から3.9点へ) が共に有意に認められた。前者の数値は地域住民の点数 (83.2点) と近くなっていたが, 社会的活動の乏しさが依然患者群においてみられるとしている。McDonnell ら⁴⁾は190人のデイケアを受けた患者の継続観察において, 患者の50-55%で精神症状の軽減がみられたと報告している。

日本においては欧米より約20年遅れて1980年代からデイケアに関する研究が始まっている。染矢ら⁵⁾や鈴木ら⁶⁾は統合失調症患者を対象とした研究において, デイケアによる感情鈍麻, 意欲の欠

表1 デイケアによる精神症状改善効果

報告者	対象疾患 (人数)	改善結果
Davis et al. (1978) ²⁾	精神障害 (n=1,410)	認知障害, 反社会的行為, 過度の飲酒, 感情障害, 対人関係
Edwards et al. (1979) ³⁾	精神障害 (n=90)	総合的な精神機能
McDonnell (1977) ⁴⁾	精神障害 (n=190)	精神症状の軽減, 向精神薬の減量
染矢ら (1986) ⁵⁾	統合失調症 (n=41)	陰性症状と効果の持続
鈴木ら (1984) ⁶⁾	精神障害(n=47, 39人が統合失調症)	引きこもり, 会話の量, 周囲への関心度
池内(1991) ⁷⁾	統合失調症 (n=34)	陰性症状

如あるいは社会的引きこもり等の陰性症状の改善を報告している。また慢性統合失調症患者を対象とした前向き研究においても同様の結果が報告されている⁷⁾。この研究においてはデイケアによる陽性症状(精神運動興奮, 幻覚, 妄想など)の改善がみられなかった理由として, デイケア開始時に薬物治療によって陽性症状が既に減弱していた可能性を挙げている。

V 精神症状の改善(他の治療群との比較)

次に精神症状の改善について, デイケアと入院治療の比較に関する研究を表2に示す。Herzら⁸⁾は入院群, デイケア群各々45人の対象患者を比較し, 精神症状の改善におけるデイケアの優越性を指摘している。さらに175人の患者を対象に標準入院群, (短期入院+外来)群, (短期入院+デイケア)群の3群で比較を行い, (短期入院+外来)または(短期入院+デイケア)群の治療効果が標準入院群よりも, 労働能力回復に優れていたと報告している⁹⁾。同様にデイケアの入院治療に対する優越性を指摘する報告はあるが, いずれも治療後2年以内に入院群との差はなくなるとしている^{10,11)}。最近の研究でも精神症状の改善においてデイケアと入院治療の間に有意差は報告されていない^{12,13)}。Michauxら¹⁴⁾は統合失調症患者の

治療については, 家族や地域社会からの干渉から保護されるという意味で, 入院治療の方が効果があるとしている。認知障害や自傷行為についてはデイケアの効果も報告しているが, 特に精神運動興奮や無秩序な過活動症状の改善効果については入院治療の優越性を指摘している。

外来治療群との比較についても日本における研究も含め, 多くの研究結果が報告されている(表3)。統合失調症患者の精神症状や社会的機能の改善において, デイケア群が一般外来よりも優れていることを示す報告^{15,16,18)}がある。Marshallら¹⁹⁾は過去の主要な研究から不安障害や抑うつ障害, および他の重度精神障害患者に関する報告における相対危険度を総括し, 精神症状の改善については外来よりもデイケアが優れていると結論した。しかし一般外来の患者の方が病院で過ごす時間が少なく, 仕事をみつけるための時間的余裕がデイケア患者よりもあることから, 精神障害者の就労に関しては一般外来の方が有利であるとする報告もある²⁰⁾。

日本においても外来患者との比較においてデイケアが統合失調症患者の陰性症状の改善に優れていると報告されている²¹⁾。陰性症状とは具体的には引きこもりなどの社会的活動性の低下のことであるから, この点に関しては欧米の研究と一致している。大山ら²²⁾は対人関係障害や生活の持続・安定性障害における改善において, デイケアの優越性を指摘している。また岡ら²³⁾は統合失調症患者

表2 精神症状改善効果に関するデイケアと入院治療の比較

報告者	対象疾患(人数)	デイケアの効果
Herz et al. (1971) ⁸⁾	精神障害 (n=90)	優れている。
Herz et al. (1975) ⁹⁾	精神障害 (n=175)	労働能力の回復には優れている。 他の精神症状の改善には有意差無し。
Washburn et al. (1976) ¹⁰⁾	精神障害 (n=93)	治療開始後1年6か月の時点では優れているが2年以内に差はなくなる。
Herz et al. (1977) ¹¹⁾	精神障害 (n=175)	治療開始後1年では優れた効果があるが, 2年以内に差はなくなる。
Creed et al. (1990) ¹²⁾	精神障害 (n=89)	有意差はない。
Sledge et al. (1996) ¹³⁾	精神障害 (n=197)	総合的精神機能, 社会的機能の回復についてはわずかに優れている。

表3 精神症状改善効果に関するデイケアと外来治療の比較

報告者	対象疾患(人数)	デイケアの効果
Guy et al. (1969) ¹⁵⁾	精神障害 (n=137)	優れている。
Linn et al. (1979) ¹⁶⁾	統合失調症 (n=162)	社会的機能の改善に優れている。
Weldon et al. (1979) ¹⁸⁾	統合失調症 (n=30)	労働能力の改善に優れている。
Grizenko et al. (1993) ¹⁷⁾	小児行動障害 (n=30)	問題行動の改善に優れている。
高野ら(1995) ²¹⁾	統合失調症 (n=46)	陰性症状の改善に優れている。
大山ら(1997) ²²⁾	統合失調症 (n=35)	対人関係障害, 生活の安定性障害の改善に優れている。
岡ら(1999) ²³⁾	統合失調症 (n=61)	総合的な精神症状の改善に優れている。

者を対象とした多施設共同研究において、総合的な精神症状の改善が一般外来群よりもデイケア群で優位であったと報告している。ただし患者の家族による評価では両者に有意な差はなかったとしている。

VI デイケア患者の再入院率

デイケアを受けた患者の精神病院への再入院率はデイケアの効果を評価する上で非常に重要な指標と考えられている。デイケアが最終的に患者の社会復帰を目標とするものである以上、その対極に位置する入院生活への逆行を予防するものでなければならないからである。この背景には精神病院における慢性期の患者の長期間入院の問題があり、漫然とした長期入院からの脱脚と患者の自立の切り札としてデイケアが期待されているということでもある。

したがって再入院率を効果の指標とした研究は多く行われており、入院治療や外来治療、とりわけ薬物療法を主体とする一般外来治療との比較においてその効果が評価されている。再入院率を指標とした主な欧米と日本における研究を表4に示す。欧米の研究では外来あるいは入院患者とデイケア患者の比較において両者の再入院率に有意差を認めていない^{11,15,16)}。最近の総括的な報告でも急性期の精神障害では、入院治療との比較においてデイケアとの間に再入院率の差はないと考えられている¹⁹⁾。短期間の観察においては再入院率の低下を指摘した報告もあるが2年以内に差はなくなるとしている²⁴⁾。また Husted ら²⁵⁾は3年間の観察で、デイケアへの適応が良好な患者の再入院率はそうでない患者（デイケア脱落者）の1/10であったと報告しているが、これは患者の精神状態そのものの影響が考えられる。

日本では武田ら²⁶⁾が複数再入院経験のある統合失調症患者を対象とした研究において、デイケア利用前後の外来通院期間を比較し、デイケア利用後の再入院率の低下（外来期間の延長）を報告している。同様に浅野ら²⁷⁾は110人の精神障害者（統合失調症が94人）の2年半の追跡によりデイケア利用後の入院回数、入院期間の減少を報告している。これらは共に同一患者群を対象に行われたものである。

一般外来患者との比較においては塚原ら²⁸⁾が統

表4 デイケアの再入院防止効果

報告者	対象疾患 (人数)	比較対象 治療	デイケアの効果
Herz et al. (1977) ¹¹⁾	精神障害 (n=175)	入院	有意差なし。
Guy et al. (1969) ¹⁵⁾	精神障害 (n=137)	外来	有意差なし。
Linn et al. (1979) ¹⁶⁾	統合失調症 (n=162)	外来	有意差なし。
Ettlinger et al. (1972) ²⁴⁾	精神障害 (n=60)	入院	退院後8週目の時点では優れているが、2年以内に差がなくなる。
武田ら(1992) ²⁶⁾	統合失調症 (n=95)	同一群での比較	再入院防止効果あり(4年以上持続)。
浅野(1993) ²⁷⁾	精神障害 (n=110)	同一群での比較	再入院防止効果あり(2年6か月の追跡)。
塚原ら(1994) ²⁸⁾	統合失調症 (n=134)	外来	退院後2年以内では優れているが、3年後には差がなくなる。
吉益ら(2002) ²⁹⁾	統合失調症 (n=65)	外来	退院後2年以内ではわずかに優れている。

合失調症患者を対象として、デイケア利用群が一般外来群よりも再入院率が低かったことを指摘している。吉益ら²⁹⁾は年齢、性別、入院形態や投薬量等の交絡要因を補正した多変量解析において同様の結果を報告している。これら2つの研究の共通点はデイケアの再入院に対する防止効果が退院後2年以内には一般外来よりも優れているが、退院後3年目には両者の間に差がなくなることである。これらの結果は欧米の研究と合わせてデイケアの長期間の再入院防止効果に疑問を投げかけるものである。

VII デイケアの経済的評価

デイケアの費用効果比較 (cost effectiveness) に関する研究は、欧米においては活発に行われているが、デイケア自体の歴史が浅い日本ではこの分野の研究はまだない。しかし昨今の医療費増大やそれに伴う患者の負担増が問題となるなかで、経済的な自立度が必ずしも高いとはいえない精神障害者（吉益ら²⁹⁾の調査ではデイケア利用者のうち21%が生活保護受給者であった）にとっては切実な問題であろう。

Endicott ら³⁰⁾は標準入院群（28日）、短期入院群（8日）、（短期入院+デイケア）群で治療効果と医療費を比較しているが、治療効果はいずれの群もほぼ同等であったにもかかわらず、費用は標準入院群が他の群の2倍以上であった。Guillette ら³¹⁾はデイケア群と入院治療群の比較においてデ

イケア群の費用効果はるかに大きいと結論付けている。最近の入院治療との比較に関する研究においても、治療効果はデイケアも入院治療も差はないが、デイケアの方が施設の経営費が安くてすむことや治療者の負担が軽いことによる人件費の安さのために、デイケアの費用効果が優れていると報告されている^{32,33)}。また Wiersma ら³⁴⁾はデイケアと入院治療の間に、費用効果において差は認めないが、デイケアの方が患者や患者の家族の治療に対する満足度が高く、治療者の指示にもよく従うという点で利点があると述べている。

患者の負担比率などは各国の医療制度にも依るところが大きいので一概に比較はできないが、一般的に入院治療は病室の利用や薬物量の多さのため最も医療費がかかるし、デイケアの患者も薬物治療など外来治療を併用することが多いので、単純に考えれば医療費は一般外来<デイケア<入院治療の順に増大する。したがってこの問題を考えるにはさらなる外来治療、入院治療とデイケアの効果に関する比較検討が必要だろう。

VIII バイアス（偏り）の問題

日本と欧米のデイケアに関する研究において、共通に問題視されているのがデイケア患者の選別によって生起する偏りの影響である。これには治療する医師（あるいは医療スタッフ）の側の要因と患者側の要因がある。医療者側の要因として Fink ら³⁵⁾はデイケア施設に所属する医師は他の病院の医師よりも患者にデイケア治療を強く勧める傾向があり、公立病院に比べ個人の開業医にかかっている患者はデイケアを利用する傾向が少ないことを指摘している。これは治療する側にデイケアに関する知識や経験があるかどうかによりデイケアを利用する患者が選択されている可能性を意味する。この点について Parker ら³⁶⁾は1980年代以降米国でデイケアの普及が低迷している原因の一つとして、デイケアの専門知識を持つ精神科医が少ないことを挙げている。

患者側の要因としては、日本の研究でも指摘されているが治療者と良い治療関係を結べる患者、言い換えれば治療者の指示によく従う優等的な患者のみがデイケアの対象者として選別される可能性があるということである²⁶⁾。つまり本来デイケアをしなくても、一般の治療だけでも十分回復

可能な患者が選ばれているのでその場合デイケアの効果は過大評価されることになる。デイケアで実践される生活療法とは、調理作業や音楽鑑賞などのレクリエーションも含めて集団での和が重視される傾向にあり、その場の雰囲気や行動面での特性は数値で評価することは難しいが、経済力や家族の支援など他の社会的要因にもデイケア利用者に偏りが生じている可能性がある。

このような偏りの問題を解決してデイケアの効果を判定するには、研究デザインとして無作為割り当て試験 (randomized controlled trial, RCT) が必要であることは言うまでもない。事実欧米の主要な研究は RCT によって行われているものが多い。Lennon ら⁴⁰⁾は研究デザイン別にデイケアと入院治療の比較について総説でまとめている。RCT, Matched design, 他の観察研究の3種に分類された主要な研究が示されているが、いずれの研究においても、精神症状の改善、社会的機能の向上について、デイケアと入院治療に差はみられなかったと報告されている。しかし、90年代以降の主な研究ではデイケアの優越性を示したのみみられる (表5)。ただし実際の臨床現場では RCT の実施は容易でないことが多い。

IX 日本と欧米の違い

これまでの日本と欧米の研究結果を総合すると、デイケアの精神障害者に対する治療効果は明らかであるし、一般の入院治療や外来治療と比較しても同等もしくはそれ以上の効果が報告されている。しかし冒頭でも触れたように、日本におけるデイケアの研究は統合失調症患者に偏っている。これには以下の理由が考えられる。

まず欧米の研究報告と日本におけるそれとでは約20年の開きがあることである。先の問題点の項でも触れたが、デイケアのプログラムの曖昧さや医療過誤の問題、あるいは保険医療機関による診療報酬などの問題がからみ、デイケアに積極的に取組もうとする精神科医が増えない結果、1980年代以降米国では partial hospitalization の利用率が低い水準を保っており³⁶⁾、それに伴いデイケアに関する研究も減少してきた。それに対し日本では1980年代から本格的な研究が始まったわけであ

表5 研究デザイン別にみたデイケアと他の治療の比較

報告者 (研究デザイン)	対象疾患 (人数)	比較対象 治療	デイケアの効果
RCT			
Kluiter et al. (1992) ⁵⁰⁾	精神障害 (n=160)	入院	外泊の回数が多い。
Davidson et al. (1996) ⁵¹⁾	精神障害 (n=197)	入院	患者の精神機能、活動性、日常生活技能の向上に優れている。
Bateman et al. (1999) ⁵²⁾	境界型人格障害 (n=38)	入院	抑うつ気分、自殺企図、自傷行為の改善、社会性、対人関係能力の向上に優れている。
Bateman et al. (2001) ⁵³⁾	境界型人格障害 (n=44)	入院	自殺・自傷行為、不安抑うつ感、対人関係能力、社会適応力の持続的改善に優れている。
Matched design			
Droes et al. (2000) ⁵⁴⁾	痴呆(n=56)	家族への支援の有無	問題行動、活動性の低下の改善が、家族への支援が有る群で優れている。
観察研究			
Borth et al. (1999) ⁵⁵⁾	産後うつ病 (n=60)	外来・入院治療	抑うつ改善に優れている。

る。先駆者たる欧米の研究報告が必ずしもデイケアの統合失調症に対する、他の精神障害に対してよりも優れた有効性を報告しているわけではないにもかかわらず³⁷⁾、日本のデイケアが統合失調症中心になったのは、欧米における試行錯誤を通してデイケアの方法論がより洗練化されたことで、そのプログラムの実践が人間関係や適応機能に障害を持つ統合失調症患者の機能回復(社会復帰)に有効であると判断されたためと考えられる。生活技能訓練(social skills training, SST)³⁸⁾の導入などはその典型例であろう。同時に1970年代、80年代にかけて統合失調症に有効とされる新しい抗精神病薬が相次いで開発されたことによる薬物療法の進歩とも無縁ではないだろう。しかし最近の欧米における研究³⁹⁾では、認知行動療法(SST)のデイケアへの導入が、抑うつ、摂食障害、人格障害など異なった種々の精神疾患の患者に対して有効であることが示されており、今後の日本における発展も期待されるところである。

次に、研究対象患者を統合失調症という単一疾患に限定することで、他の治療法との効果比較において、疾患による予後の違いによる影響を除去できる点で研究上のメリットがあることである。

先行する欧米の研究が、入院治療や一般外来治療との効果比較に重点を置いていたため、特に入院から社会への復帰が重要とされる統合失調症に疾患を統一することで、この点を明確にしようと企図したのであろう。

第三にはバイアスの項でも述べたように、患者の選別過程において集団の和を乱す可能性の高い患者、すなわち性格障害者や覚醒剤などの薬物乱用患者が治療者側の意図により、デイケアの対象から外された可能性は否めない。また逆に対人恐怖症などの神経症の患者はデイケアの雰囲気にも馴染めず、自らの意志により参加を拒んだということも考えられるだろう。実際にはデイケアの利用者は統合失調症以外の患者も少なくないが、施設によっては対象患者を統合失調症のみに限定している場合もあり⁴⁹⁾、デイケアグループという共同体の和にうまく適応できる人だけが選別されている可能性は否定できない。実際アルコール依存症の患者はデイケアに通所している患者もいるが、断酒会など他の社会資源を活用する方法もあり、病院のケースワーカーや医師からデイケアよりも断酒会を勧められることもある。

しかし、集団生活に適応できない患者をデイケア非適応疾患として除外することによって、デイケアの治療上の効果が上がるのであればその措置は臨床的に妥当なものであり、この問題に関してはいわゆる村社会的な集団の和を重視する日本と個人の権利を重んじる欧米の、文化の違いに関する考察も必要だろう。

全体的にみると欧米においては、デイケアの定義や方法論の確立と統一化、費用効果の厳正な評価、さらにはデイケアの効果を判定する尺度の一つとして精神症状の改善や再入院率の他に、患者や家族の満足度を加えるなど精神科医療におけるデイケアの普遍化に向けての取り組みが唱えられており⁴⁰⁾、研究の焦点もそれらに移りつつある。

一方日本では統合失調症患者を対象とした、比較的小規模な観察的研究が繰り返されているに過ぎず、それらによってある程度の有効性は実証されているものの、まだまだ欧米に遅れをとっているのも事実である。統合失調症以外の患者に対する有効性や医療経済的な問題なども含めて欧米の研究結果を鵜呑みにするのではなく、日本独自の研究成果が待たれるところである。

X 将来への展望

1990年代後半から、いわゆる非定型抗精神病薬が日本においても統合失調症に対する薬物療法の主流になってきている。これらの薬物群の最大の特徴は幻覚妄想等の陽性症状のみならず、従来の抗精神病薬では有効性が乏しいとされてきた陰性症状に対しても効果があることである^{41~44)}。陰性症状は慢性期の統合失調症の症状の中核をなすもので、いわば患者の社会復帰に対する最大の障壁とも言える。

当然のことながら精神障害の治療とは何かを単独で行うものではなく、薬物療法、精神療法、そしてデイケア等の社会復帰療法の組み合わせによって行われるものである。新しい薬物とデイケアの組み合わせにより陰性症状の飛躍的な改善が期待される。立山ら⁴⁵⁾は統合失調症の陰性症状に対する効果的な治療として、非定型抗精神病薬とデイケアを挙げた上で、前者は陰性症状全般の改善に効果をもたらすが、デイケアの効果は陰性症状そのものというよりも、そこから派生した能力障害 (disability) や社会的不利 (handicap) のレベルにおいて明らかになると述べている。欧米の研究でも日本の研究でも、デイケアの長期間に及ぶ有効性に関しては否定的な報告が多く、入院治療との比較においても最近の米国では否定的な見方が台頭しつつある⁴⁰⁾。それが従来のデイケアの限界であるとすれば、これら新しい薬物との組み合わせにより生じる相互作用 (interaction) がその壁を突破する糸口になるかもしれない⁴⁶⁾。しかし、この分野に関する研究はまだ行われておらず、今後の研究成果が期待されるところである。

XI まとめ

池淵ら⁴⁷⁾は日本におけるデイケア発展のための今後の課題として以下の4点を挙げている。すなわち、デイケアの治療理論の発展、デイケア治療技術論の整備 (治療ガイドラインの設定)、デイケアの機能の明確化、生活障害の評価方法の整備である。これらは要するに、現在各病院施設において、ある程度独自の裁量で決められているデイケアの定義と方法論の統一標準化を意味するもので、欧米で提唱されていることと共通している。陰性症状の改善を例にとっても使用される尺度に

よって結果が異なること⁴⁸⁾や、客観的指標としての陰性症状の改善と患者自身の満足度が一致していないこと⁴⁵⁾が指摘されている。これらを踏まえて、デイケア自体のプログラムや定義に関しても、確固たる客観的指標に裏付けされた更なる改良が必要であろう。

(受付 2002. 2. 5)
(採用 2003. 3. 24)

文 献

- 1) 清水順三郎. 地域におけるリハビリテーション・サービス. 精神看護学②. 東京: メヂカルフレンド社, 2000; 258-263.
- 2) Davis JE, Lorei TW, Caffery EM. An evaluation of the Veterans Administration day hospital program. Hosp Community Psychiatry 1978; 29: 297-302.
- 3) Edwards D, Yavis R, Mueller D. Evidence for efficacy of partial hospitalization: Data from two studies. Hosp Community Psychiatry 1979; 30: 97-101.
- 4) McDonnell D. An evaluation of day center care. Int J Soc Psychiatry 1977; 23: 110-119.
- 5) 染谷俊幸, 安西信雄, 池淵恵美, 他. 精神分裂病の陰性症状と社会適応経過. 精神医学 1986; 28: 1229-1236.
- 6) 鈴木敦子, 大沼祐子, 藤井由美子, 他. デイケア患者の改善度評価の試み. 社会精神医学 1984; 7: 67-73.
- 7) 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 1991; 93: 515-526.
- 8) Herz MI, Endicott J, Spitzer RL, et al. Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. Am J Psychiatry 1971; 127: 1371-1382.
- 9) Herz MI, Endicott J, Spitzer RL. Brief hospitalization of patients with their families: Initial results. Am J Psychiatry 1975; 132: 413-418.
- 10) Washburn S, Vannicelli M, Longabaugh R, et al. A controlled comparison of day treatment and inpatient hospitalization. J Consult Clin Psychol 1976; 44: 665-675.
- 11) Herz MI, Endicott J, Spitzer RL. Brief hospitalization: A two year follow up. Am J Psychiatry 1977; 134: 502-507.
- 12) Creed F, Black D, Anthony P, et al. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. BMJ 1990; 300: 1033-1037.
- 13) Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J, et al. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part1: Clinical outcomes. Am J Psychiatry 1996; 153: 1065-1073.
- 14) Michaux M, Chelst M, Foster S, et al. A controlled

- comparison of psychiatric day center treatment with full time hospitalization: An interim report. *Curr Ther Res* 1970; 12: 627-638.
- 15) Guy W, Gross M, Hogarty GE, et al. A controlled evaluation of day hospital effectiveness. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 329-338.
 - 16) Linn MW, Caffey EM, Klett CJ, et al. Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1055-1066.
 - 17) Grizenko N, Papineau D, Sayegh L. A comparison of Day treatment and outpatient treatment for children with disruptive behavior problems. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 432-435.
 - 18) Weldon E, Clarkin JE, Hennesy JJ, et al. Day hospital versus outpatient treatment: A controlled study. *Psychiatric Quarterly* 1979; 51: 144-150.
 - 19) Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, et al. Systemic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-75.
 - 20) Vitale JH, Steinbach M. The prevention of relapse of chronic mental patients. *Int J Social Psychiatry* 1965; 10: 85-95.
 - 21) 高野佳也, 加藤元一郎, 塚原敏正, 他. 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* 1995; 37: 369-376.
 - 22) 大山博史, 小泉 毅, 永長昌之, 他. 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* 1997; 26: 907-917.
 - 23) 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 and Clinical Neurosciences* 1999; 53: 505-510.
 - 24) Ettlinger R, Beigel A, Feder S. The partial hospital as a transition from inpatient treatment: A controlled follow-up study. *Mt Sinai J Med* 1972; 39: 251-257.
 - 25) Husted J, Wentler SA. The effectiveness of day treatment with persistently mentally ill in rural areas. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22: 423-426.
 - 26) 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* 1992; 94: 350-362.
 - 27) 浅野弘毅. デイケアの効果と評価—再入院防止効果を中心に—. *臨床精神医学* 1993; 22: 61-67.
 - 28) 塚原敏正, 加藤元一郎, 笠原友幸, 他. 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* 1994; 9: 1371-1377.
 - 29) Yoshimasu K, Kiyohara C, Ohkuma K. Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: a comparison between outpatients with and without day care treatment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2002; 56: 397-401.
 - 30) Endicott J, Herz MI, Gibbon M. Brief vs standard hospitalization: The differential costs. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 707-712.
 - 31) Guillette W, Crowley B, Savitz SA, et al. Day hospitalization as a cost effective alternative to inpatient care: A pilot study. *Hosp Community Psychiatry* 1978; 29: 525-527.
 - 32) 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* 1996; 153: 1074-1083.
 - 33) Creed F, Mbaya P, Lancashire S, et al. Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomized controlled trial. *BMJ* 1997; 314: 1381-1385.
 - 34) Wiersma D, Kluiter H, Nienhuis FJ, et al. Cost and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1995; 27: 52-59.
 - 35) Fink E, Heckerman C, McNeill D. An examination of clinical biases in patient referrals to partial hospital settings. *Hosp Community Psychiatry* 1979; 30: 631-632.
 - 36) Paker S, Knoll JL III. Partial hospitalization: An update. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 156-160.
 - 37) Mason JC, Louks JL, Burmer JC, et al. The efficacy of partial hospitalization: A review of recent literature. *International Journal of Partial Hospitalization* 1982; 1: 251-269.
 - 38) 大熊輝雄. *現代臨床精神医学*. 東京: 金原出版株式会社, 2000; 356-357.
 - 39) Reisch T, Thommen M, Tschacher W, et al. Outcomes of cognitive-behavioral day treatment program for a heterogeneous patient group. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 970-972.
 - 40) Horvitz-Lennon M, Normand ST, Gaccione P, et al. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997). *Am J Psychiatry* 2001; 158: 676-685.
 - 41) Beasley CM, Tollefson G, Tran P, et al. Olanzapine versus placebo and haloperidol. *Neuropsychopharmacology* 1996; 14: 111-123.
 - 42) Tollefson G, Sanger TM. Negative symptoms: A path analytic approach to a double-blind, placebo-and haloperidol-controlled clinical trial with olanzapine. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 466-474.
 - 43) Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, et al. Double-

- blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17: 407-418.
- 44) Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Research* 1999; 35: 51-68.
- 45) 立山萬里, 鈴木健文. 分裂病の陰性症状の治療と社会復帰. *臨床精神薬理* 2001; 4: 351-359.
- 46) 丹羽真一. 分裂病の認知・生活障害の治療とSST. *九州神経精神医学* 2001; 47: 100-105.
- 47) 池淵恵美, 安西信雄. デイケア治療論の今日的課題. *精神医学* 1995; 37: 908-919.
- 48) 大山博史. 精神分裂病の陽性症状群と陰性症状群に及ぼすデイケアの効果. *精神医学* 1999; 41: 635-642.
- 49) 下野正健, 伊藤智美, 深町伊久子, 他. デイケアの溢路と解決策—福岡県精神保健福祉センターのデイケアのあり方—. *精神科デイケア研究ふくおか* 2002; 20: 85-88.
- 50) Kluiters H, Giel R, Nienhuis FJ, et al. Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient psychiatric treatment: results of a randomized trial. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1199-1205.
- 51) Davidson L, Tebes JK, Rakfeldt J, et al. Differences in social environment between inpatient and day hospital-crisis respite settings. *Psychiatric Serv* 1996; 47: 714-720.
- 52) Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569.
- 53) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
- 54) Drees RM, Breebaart E, Ettema TP, et al. Effect of integrated family support versus day care only on behavior and mood of patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2000; 12: 99-115.
- 55) Boath E, Cox J, Lewis M, et al. When the cradle falls: the treatment of postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. *J Affect Disord* 1999; 53: 143-151.
-

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF PSYCHIATRIC DAY CARE TREATMENT BETWEEN JAPAN AND WESTERN COUNTRIES: A REVIEW

Kouichi YOSHIMASU* and Chikako KIYOHARA^{2*}

Key words : psychiatric day care treatment, effectiveness, readmission rate, schizophrenia

Over the last two decades, day care (DC) treatment for mentally ill patients has come into wide use in Japan, following the precedents set in Western countries providing evidence of effectiveness. Several studies to examine the efficacy of DC treatment have already been performed in Japan. However, they were limited to chronic schizophrenic patients as subjects, and therefore the findings showed only improvement of the negative symptoms of schizophrenia. In contrast, Western studies have included heterogeneous mental disorders, and some showed DC was effective not only for treatment of global mental dysfunction but also for that of antisocial or violent behavior, drug dependence, emotional distress, and other characteristic disorders.

Several Japanese and Western studies have shown DC treatment to be superior to outpatient treatment for relieving psychiatric symptoms. Regarding reduction of readmission rate, the Western studies were not supportive, but some Japanese studies showed that DC treatment was preventive against readmission as long as the follow up period was brief (within two or two and a half years).

These findings suggested that the effectiveness of DC treatment may be limited. However, recently, medication against negative symptoms of schizophrenia has been revolutionarily changing, offering the possibility that the combination of DC treatment and appropriate drug therapy may overcome the great obstacle of rehabilitating mentally ill patients in society. It is also very important that an evidence-based, standardized methodology of DC treatment should be immediately established in Japan.

* Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

^{2*} Department of Preventive Medicine, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University