精神科デイケアの通所一年後で悪化した統合失調症患者の開始時点における臨床特徴

稲富　宏之[1]・渡邉　幸恵[2]・永冨　康博[2]・御手洗和也[2]・大澤　理恵[2]・久寿米木清美[2]
島谷　隆男[2]・畠中　邦子[2]・廣池とよ子[2]・寺本　憲子[2]・宇都宮　浩[2]
衛藤　　龍[2]・田中　悟郎[1]・太田　保之[1]

要　旨　本研究の目的は，精神科デイケア（DC）の通所一年後で悪化した統合失調症患者の開始時点における臨床特徴について検討することである．対象はDC通所中の統合失調症患者36名である．対象者は，研究開始時点から一年後の転帰に従って悪化群13名と非悪化群23名に二分された．全ての対象者は，研究開始時点における属性や生活障害と精神症状に関して評価を受けた．さらに，両群の診療記録を比較して検討した．その結果，研究開始時点における悪化群は非悪化群よりも入院回数が多く，生活に関する技術的援助，及び精神症状に関する知識と対処行動を獲得するための個別の治療プログラムの必要性が示唆された．また，経過記録に基づけば本研究の悪化群の患者の中には必ずしも悪化の一途を辿ったとはいえない臨床特徴を併せ持つ対象者の存在が示唆された．DCで悪化するような統合失調症患者について，臨床観察を客観的評価尺度で補完しながら検証した本研究は，通所者の短期的な治療目標の設定と治療計画の実行に役立つと考えられた．

保健学研究 19(2): 43-50, 2007

Key Words　：　慢性統合失調症患者，精神科デイケア，社会適応，臨床効果

（2007年1月18日受付
2007年3月22日受理）

Ⅰ．はじめに

精神科デイケア（以下，DCと略記する）における通所者の社会適応を促進するためには，治療者が通所者に対するDCの適否を評価する必要性がある．

DCの適否については，社会的機能に関する治療者の評価と通所者の自己評価との相関が改善の目安であることを示唆する報告[13]がある．一方，頻回の入院歴，若年期の発症，及び遺伝的負因が関連する通所者は転帰不良であったとする報告[9]や，転帰不良例の精神症状の特徴は，感情的引きこもり，運動減退，不安などであることを示唆した報告[7]のようにDCで悪化する患者の臨床特徴も検証されてきた．

本邦においては，服薬コンプライアンスが悪い症例や，家族関係が症状と経過に影響している症例，及び就労に不安を感じる症例はDCでの治療効果が現れやすい[8]ことが示唆されているのに対して，脆弱性が高まる急性期の症例は治療効果が現れにくい[3]と示唆されている．

筆者らの報告によれば，DC通所者は一年後に日常生活や対人関係などの生活障害やいくつかの陰性症状は改善したが，悪化した評価項目も認めた[12]．この一年転帰における悪化要因が研究開始時点で予測できれば，DC通所者を悪化させない治療目標の設定と治療計画の実行に役立つと考えられた．

そこで本研究は，研究開始から一年後の転帰により通所者を二分し，研究開始時点における属性や生活障害と精神症状に関する評価尺度，及び両群の経過記録を比較することによってDCの通所一年後で悪化した統合失調症患者の開始時点における臨床特徴について検討することである．

Ⅱ．対象と方法

1．研究期間と対象者

本研究期間は，平成11年6月30日（研究開始時点）から平成12年6月30日（1年経過時点）の1年間である．対象者は，研究期間内を継続通所し，主治医がDSM-Ⅳ[1]の基準に従って統合失調症と診断した36名（男性25名と女性11名）である．

2．デイケアの運営概要

DCプログラムの種目は，調理や買い物などの日常生活関連技術の獲得，ドライブや外食などの気晴らしと余暇活動，スケッチ大会や集団で気楽に取り組めるスポーツなどのレクリエーション，地域住民との接触体験を促すボランティア活動，対人関係技能を獲得するための生活技能訓練，創作と手工芸などの芸術的活動と作業療法，及び集団精神療法などであった．これらの種目は，専門職が対象者の意見を採り入れて治療プログラムの偏りがないように構成した．

1　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
2　医療法人 親和会　衛藤病院

本研究のDCに配置された専門職は，精神科医師が1名，看護師が2名，精神保健福祉士が3名の計6名であった．全ての対象者は主治医の診察でDCの目的と方法について説明を受け，治療上の必要性について同意した対象者がDCに参加した．本研究のDCでは診療情報をカルテに記録して後に参照すると共に種々の評価も併用しているが，これはDC効果判定に基づいて治療目標を設定するためであり，本報告はDC効果を検討するために治療上必要な範囲内で診療情報を扱った．

3．対象群の定義

本研究の対象者は，一年経過時点において ETODASの「理解力」，及びBPRSの「非協調性」と「精神運動性興奮」の3項目の平均得点だけが有意に悪化していた（全て，Wilcoxonの符号付き順位検定により$P<0.05$）．これら3項目の一年経過時点の平均得点において，ETODASの理解力は3.3点以下（理解力が悪いことを示す範囲），BPRSの非協調性は1.9点以上，精神運動性興奮は1.5点以上の各得点を基準として，2項目以上が該当する対象者を「悪化群」，それ以外の対象者を「非悪化群」と定義した．

筆者らは，この一年経過時点において悪化した3項目が生活刺激の豊かなDCを過ごすことによって状況依存的に変化する統合失調症の病理的側面に関連することを示唆した[12]．つまり，この3項目は本研究のDCで展開される諸活動の手順やルールに対する理解，または対人関係上の調和といった治療的な集団生活への適否に関連する基準と考えられる．

4．評価尺度

研究開始時点における対象者の属性として，「年齢」，「発病年齢」，「入院回数」，「入院期間」，「罹病期間」，「治療期間」，「デイケア利用期間」について調査した．

今回の研究で採用された生活障害に関する評価尺度は，精神障害者社会生活評価尺度（Life Assessment Scale for the Mentally Ill；LASMI）[5]と筆者らが新規に開発した衛藤病院DC評価尺度（Etoh Daycare Assessment Scale；ETODAS）[12]である．精神症状に関する評価尺度は，簡易精神症状評価尺度（Brief Psychiatric Rating Scale；BPRS）[6]と陰性症状評価尺度（Scale for the Assessment of Negative Symptoms；SANS）[2]である．生活障害と精神症状の評価は，研究開始時点と1年経過時点の2時点で実施した．各尺度の評価者は，LASMIが看護師と精神保健福祉士，ETODASがデイケア担当医，BPRSとSANSが主治医である．全ての評価は，評価者間であらかじめ一致度を確かめて信頼性を確保した．

なお，LASMI，及びBPRSとSANSは妥当性が検証された評価尺度であるが，ETODASはそのような手続きを済ませていない．ETODASは，対象者の生活障害を評価するだけでなく，DCプログラムやスタッフ配置を含む治療構造の影響が把握できる点においてLASMIとの違いをもつ．従って，本研究における治療構造の作用を検討するために本研究ではETODASを採用した．

4.1. 生活障害の評価

(a) LASMI

LASMI[5]は生活障害を幅広くとらえるために，1) 日常生活，2) 対人関係，3) 労働または課題の遂行，4) 持続性・安定性，5) 自己認識の5つの下位尺度が設定されており，各々複数の評価項目によって構成されている．

それぞれの評価項目は，「問題なし：0点」から「たいへん問題がある：4点」まで5段階の基準点が設けられている．評価項目の評点が低いほど社会生活能力の高さを示す．

各下位尺度に含まれる項目の合計点を項目数で除した平均点を下位尺度得点とした．

(b) ETODAS

ETODAS[12]は，精神科デイケア場面の過ごし方・取り組み方といった行動面を具体的に評価するために，「一般的評価」と「作業能力に対する評価」の2領域にわたっている．

「一般的評価」は身辺処理や対人関係，意欲や病的影響などの日常生活上の行動を評価する項目によって構成されている．

「作業能力に対する評価」では集団に対する本人の態度や行動，作業における集中力や持続力，認知的な理解力を評価する項目によって構成されている．

いずれの評価項目も1点から5点までの5段階評点であり，改善度は評点が高いほど良好である．

4.2. 精神症状評価

BPRS[6]は，18項目について評価し，すべての得点を単純加算した合計点を「BPRS総合得点」とした．

SANS[2]の5つの下位尺度は複数の評価項目によって構成されている．各下位尺度に含まれる項目の得点を単純加算した合計点を下位尺度得点とし，すべての項目の得点を単純加算した合計点をSANS総合得点とした．

5．分析方法

悪化群と非悪化群の研究開始時点における属性，及び各評価尺度の比較は，Mann-WhitneyのU検定で分析した．有意水準は5％未満とした．

さらに，悪化群と非悪化群から事例を提示し，経過記録に基づいて質的な比較を行った．本研究において，統計による検証可能なデータと事例による記述データを併用することは，統計的データ解析では抜け落ちる情報を記述データによって補うためである．

Ⅲ．結　果

1．対象者の属性，生活障害，精神症状

対象群の定義に従って，対象者は悪化群13名と非悪化群23名に分けられた．属性の結果は表1に示すとおりで

ある．悪化群と非悪化群は，共に「罹病期間」がほぼ18年を超え，10年以上の治療歴をもつ慢性統合失調症患者であった．そして，悪化群の「入院回数」は非悪化群よりも有意に多かった．

LASMIの結果は表２，ETODASの一般的評価と作業能力の結果は表３と表４に示した．LASMIでは，悪化群の「日常生活」は非悪化群に比べて有意に援助を必要としていた．ETODASの一般的評価と作業能力では，いずれの評価項目でも悪化群と非悪化群の間に有意差を認めなかった．

BPRSの結果は表５，SANSの結果は表６に示した．BPRSでは，悪化群の「思考解体」と「思考内容の異常」は非悪化群に比べて有意に重症度が高かった．SANSでは，悪化群の「意欲欠如」は非悪化群に比べて有意に重症度が高かった．

表１． 属性における悪化群と非悪化群の比較

	悪化群（13名）	非悪化群（23名）
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）
年　齢（歳）	42.0（ 32.5－ 50.0）	44.0（ 33.0－ 55.0）
発病年齢（歳）	19.0（ 17.5－ 31.5）	26.0（ 18.0－ 29.0）
入院回数（回）	3.0（ 2.0－ 5.5）*	2.0（ 0.0－ 3.0）
入院期間（月）	11.0（ 4.0－ 27.0）	4.0（ 0.0－ 23.0）
罹病期間（月）	178.0（158.5－324.0）	192.0（105.0－294.0）
治療期間（月）	146.0（ 73.5－228.0）	84.0（ 48.0－164.0）
デイケア利用期間（月）	39.0（ 17.0－ 44.0）	27.0（ 15.0－ 43.0）

Mann-Whitney U test：*P<0.05

表２． LASMIにおける悪化群と非悪化群の比較

	悪化群	非悪化群
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）
日常生活	1.8（1.1－2.2）*	1.0（0.4－1.4）
対人関係	1.6（1.2－2.0）	1.2（0.8－1.8）
労働または課題の遂行	2.0（1.2－2.4）	1.3（1.2－1.7）
持続性・安定性	3.0（2.8－3.0）	3.0（3.0－3.0）
自己認識	1.3（1.0－2.9）	1.0（0.7－2.0）

Mann-Whitney U test：*P<0.05

表３． ETODASの「一般的評価」における悪化群と非悪化群の比較

	悪化群	非悪化群
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）
表情	3.0（3.0－4.0）	3.0（3.0－4.0）
服装	4.0（3.5－4.0）	4.0（4.0－4.0）
会話	3.0（2.0－4.0）	3.0（3.0－4.0）
病的影響	3.0（2.0－3.0）	3.0（3.0－4.0）
自発性	3.0（2.5－4.0）	4.0（3.0－4.0）
意欲	3.0（3.0－3.5）	3.0（3.0－4.0）
疎通性	4.0（3.0－4.0）	4.0（3.0－4.0）
身辺処理	4.0（3.0－4.0）	4.0（3.0－4.0）

表4．ETODASの「作業能力」における悪化群と非悪化群の比較

	悪化群	非悪化群
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）
ＯＴに対して	4.0（2.0−4.0）	4.0（3.0−4.0）
集団での態度	3.0（3.0−3.0）	3.0（3.0−3.0）
集中力	3.0（2.5−4.0）	4.0（3.0−4.0）
持続力	3.0（2.0−4.0）	4.0（3.0−4.0）
理解力	4.0（3.0−4.0）	4.0（3.0−4.0）
分担能力	3.0（3.0−4.0）	4.0（3.0−4.0）

表5．BPRSにおける悪化群と非悪化群の比較

	悪化群	非悪化群
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）
ＢＰＲＳ総合得点	44.0（28.0−48.5）	29.0（25.0−43.0）
心気的訴え	2.0（2.0−4.0）	2.0（2.0−3.0）
不安	3.0（2.0−3.0）	2.0（2.0−3.0）
引きこもり	3.0（1.5−4.5）	2.0（1.0−3.0）
思考解体	2.0（2.0−4.5） *	2.0（1.0−2.0）
罪業感	1.0（1.0−1.0）	1.0（1.0−2.0）
緊張	2.0（1.0−4.0）	2.0（1.0−3.0）
衒気的な行動や姿勢	2.0（1.0−3.0）	1.0（1.0−2.0）
誇大性	1.0（1.0−3.5）	1.0（1.0−2.0）
抑うつ気分	2.0（1.5−2.0）	2.0（1.0−2.0）
敵意	1.0（1.0−2.0）	1.0（1.0−2.0）
疑惑	2.0（1.0−4.0）	1.0（1.0−3.0）
幻覚	2.0（1.0−3.5）	1.0（1.0−2.0）
運動減退	1.0（1.0−2.5）	1.0（1.0−2.0）
非協調性	1.0（1.0−2.0）	1.0（1.0−2.0）
思考内容の異常	3.0（1.5−5.0） *	2.0（1.0−2.0）
情動鈍麻	3.0（2.0−4.5）	3.0（2.0−3.0）
高揚気分	1.0（1.0−4.5）	1.0（1.0−2.0）
精神運動性興奮	1.0（1.0−1.0）	1.0（1.0−1.0）

Mann-Whitney U test：*P<0.05

表6．SANSにおける悪化群と非悪化群の比較

	悪化群	非悪化群
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）
ＳＡＮＳ総合得点	47.0（19.0−57.5）	26.0（19.0−35.0）
情動の平板化	11.0（4.5−17.5）	8.0（5.0−11.0）
思考の貧困	6.0（3.5−10.0）	4.0（0.0−7.0）
意欲欠如	10.0（5.5−12.5） *	6.0（4.0−8.0）
快感消失	10.0（5.0−17.0）	6.0（3.0−11.0）
注意の障害	11.0（3.5−13.5）	5.0（4.0−8.0）

Mann-Whitney U test：*P<0.05

2．事例比較

2.1. 悪化群

事例1：33歳，男性.

3人同胞の第1子として生まれた．地元の私立高校に進学したが2年で中退し，職業訓練校へ転校した.

事例は，両親や祖父母と同居しており，特に，祖父を厳しく怖い存在として捉えている．事例の障害に対する家族の理解は低い.

18歳の頃に妄想，幻聴などの陽性症状が現れて当院に受診した．いったん軽快したが，服薬が維持できずに入院と退院を3回繰り返した.

研究開始時点ではDC参加が不規則で，多弁と多動のために作業課題に対して持続して取り組めていなかった．そして，周期的に服薬が不規則となり，陽性症状を伴って増悪を繰り返していた．陽性症状が増悪するとDC参加回数が減少していた．もともと若い異性に対する関心が強いので，陽性症状が増悪すれば，必要以上に勤務中の若い異性の病院職員のもとに出向くか，頻繁に電話する行動が現れた．こうして，定期的なDC通所が困難であった．こうした経過は，研究期間中を通して改善がみられなかった.

研究開始時点におけるETODASの「理解力」は3点，及びBPRSの「非協調性」は1点，「精神運動性興奮」は5点であった．1年経過時点における「非協調性」の得点は変わりなかったが，「理解力」は2点へと悪化し，BPRSの「精神運動性興奮」は4点と悪化したままであった.

事例2：29歳，男性.

同胞2名の第1子として生まれ，両親と暮らしていた．事例が高校1年生のとき，幻聴と妄想が現れたので当院を受診した．高校3年生の時に初回の入院となった．その後事例は，度重なる受験の末に地元の大学へ入学したにもかかわらず中退した．この間，6回の入院を繰り返す.

厳格な父親は事例を叱ることが頻繁にあった．事例は父の意見を「必ずそうしなければならない」ととらえる傾向にあった．このような家族関係の下で，当院のDCに通所することになった.

研究開始時点では，メンバーとスタッフに対しては近寄りがたい雰囲気を醸し出していた．治療プログラムに楽しんで参加するというよりは，「集団行動をしなければならない」「身体にとってスポーツは必要だからしなければならい」などという考えに縛られていた．このように融通が利かず，生真面目な態度が続いてDCに馴染むまで時間を費やした．こうした融通の利かない態度は研究期間を通して認められた.

しかし，DCを通して「そうでなくてもよい」という態度へと徐々に軟化していった．その頃からスポーツや創作に関して楽しさを見つけることができるようになった．同年代の仲の良いメンバーとの交流が保てるようになってから，デイケアに通所すること自体に楽しみを見出してきた.

研究開始時点におけるETODASの「理解力」は4点，及びBPRSの「非協調性」は1点，「精神運動性興奮」は1点であった．1年経過時点における「精神運動性興奮」の得点は変わりなかったが，「理解力」は3点，「非協調性」は2点と悪化していた.

2.2. 非悪化群

事例3：24歳，女性.

同胞は2名で，双子の第1子として生まれた．12歳で自殺企図があり，摂食行動の異常も認めたが，精神科初診は高校在学中であった．将来の仕事は看護職を志したので，故郷を離れて進学した．20歳になって，体重減少と拒食のために入院した．この時期に2回の自殺企図があった．看護職養成校を卒業してさらに進学したが，教員とのトラブルを理由に退学して実家に帰郷した．その後，「母はユダヤ人，父はイスラム教徒で私はプロテスタント」「この体験を文章化して作家になりたい，その前に女優になりたい」などの誇大的な発言や幻聴，幻視の訴えがあり当院を受診した．そして，主治医の勧めでDCに一週間に一回だけ参加するようになった.

研究開始時点では，強迫症状のために集団行動がとれないこともあったが，間もなく改善された．DCでは，同年代のメンバーとの交流を楽しんでいた．また調理や創作などの治療プログラムには積極的に参加していた．惣菜屋のアルバイトが決まった頃から二週間に一度の参加になった.

やがて就労に意欲を示し始め，髪型や服装などの身なりに気配りができるようになった．その後，看護助手として勤務することになった．結局，入院歴は無く，当院外来受診のみで経過している.

研究開始時点におけるETODASの「理解力」は4点，及びBPRSの「非協調性」は1点，「精神運動性興奮」は1点であった．1年経過時点における「理解力」は5点，及び「非協調性」は1点，「精神運動性興奮」は1点というように，それぞれの得点は悪化することなく経過していた.

2.3. 事例比較のまとめ

悪化群と非悪化群における経過記録の比較から，悪化群は①DC通所を継続していくことの困難さ，②生活上の新たな課題に直面していたこと，③精神症状に関する知識と対処行動が不足していたことが示唆された．そして，研究開始時点におけるETODASの「理解力」，BPRSの「非協調性」と「精神運動性興奮」の3項目は，悪化群と非悪化群との間で差はなかった.

Ⅳ．考　察

1．対象者の属性について

本研究の悪化群の研究開始時点における「入院回数」は非悪化群に比べて有意に多かった.

経過記録によれば，悪化群の事例１は服薬が維持できずに精神症状の悪化に伴い，一年間のDC通所が困難であった．悪化群の事例２は良好な人間関係を構築する兆しはあったが，それまでは生真面目な態度と融通の利かない態度のためにDCに馴染みにくい時期が優勢であった．このような経過を示した悪化群の入院回数は，前者が３回，後者が６回であった．DCで悪化する患者の特徴の一つとして入院回数の多さが指摘されている[9]ことからも，入院回数の多さとDC通所を継続していくことの困難さが関連していることを示唆しているかも知れない．

２．生活障害の評価について

研究開始時点における悪化群のLASMIの「日常生活」は，非悪化群に比べて有意に援助を必要としていた．

LASMIの「日常生活」の評価項目は，臺によって提唱された「生活のしづらさ」[10,11]の概念における生活技術の不得手に対応している．このため，悪化群は研究開始時点において生活に関連した技術の獲得と適切な遂行について非悪化群よりも援助を必要とする対象者であったといえる．

経過記録によれば，非悪化群の事例３はアルバイト開始から就職へとDCに馴染むにつれて生活上の新たな課題に次々に対応することができるようになっていた．それに対して悪化群の事例２はDCに馴染むことはできたが，事例３ほど社会的役割の獲得や円満な家族関係の構築などの新たな生活上の課題が広がっていたとはいえない．さらに悪化群の事例１は入院治療からDCに至る過程でデイケアの場で繰り広げられる活動や人間関係といった新たな生活課題を乗り越えることができずにいた．これは，研究開始時点では対象者にふりかかる新たな生活課題を支援していく個別的なプログラムの必要性を示唆していると考えられる．

DCの導入期における治療的な工夫[4]として，事例や家族の不安を汲み，過度な期待と疲れから生じる焦りと失望を防ぎながら，個別の作業療法や少人数グループを用いた生活上の課題に直面しないプログラムの併用が適しているとされている．

つまり，DC導入期には生活上の課題を棚上げしながら頻回の個人面接を併用する個別のプログラムが必要であると考えられた．

３．精神症状評価について

研究開始時点における悪化群は，BPRSの「思考解体」と「思考内容の異常」，及びSANSの「意欲欠如」が非悪化群に比べて有意に重症度が高かった．

DCにおける転帰不良例の精神症状として，BPRSで評価された感情的引きこもり，運動減退，不安が他の精神症状よりも有意に重症であったことを示唆する報告がある[7]．

こうした先行研究で示唆された精神症状群は，DCで悪化する患者の特異的な精神症状として一般化できるかどうかは実証的研究によって今後も検証していかねばならない．

本研究の研究開始時点で示された悪化群の精神症状は単にDCで治療効果が現れにくい精神症状というより，精神症状に関する知識と対処行動の不足を背景にもつ通所者であった可能性が経過記録から示唆された．

精神症状に対する適切な知識，及び精神症状改善のための服薬コンプライアンスの低さと再発の前駆症状への対処方法の不足が悪化群の事例１に顕著であった．

つまり，DC導入時点において思考過程や意欲の欠如などの精神症状が存在する通所者は，精神症状に関する知識の獲得，及び対処行動を促進する生活技能訓練や心理教育などの治療プログラムの必要性が示唆された．

４．研究方法における今後の課題

本研究の研究開始時点におけるETODASの「理解力」，BPRSの「非協調性」と「精神運動性興奮」の３項目は，悪化群と非悪化群との間で差がなかった．

研究開始時点において，悪化群の定義を必ずしも満たしてはいなかった．これは，一年経過時点の悪化項目を基準にしてDC適否を検討することの限界を示唆している．

DCにおける筆者らの観察によれば，図１に示すようにA時点の評価よりB時点の評価が悪化していても，長

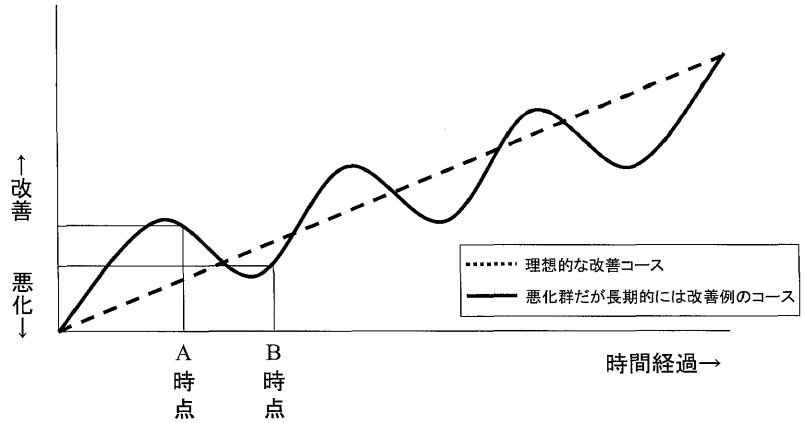

図１． 悪化群だが長期的にみると改善している事例の臨床経過モデル

期的な時間経過では改善した臨床経過をたどるタイプの通所者が存在すると考えられた．

例えば，悪化群と定義されたが，経過記録に基づけば改善の兆しが現れたと判定してよい事例2のような通所者の存在である．もちろん，悪化群と定義された事例1のような通所者が，その後も悪化の経過をたどる可能性はあり得る．

いずれにしても，研究開始時点と比べた一年後の評価が悪化の判定であっても，長期的な臨床経過の良否は明確に定まらない．つまり，本研究で定義された悪化群は必ずしもDCによって転帰不良となる事例とはいえない．

しかし，吉益ら[14]が示唆するように治療効果を上げるためにDCの適否を検討していくことは臨床的に妥当な試みといえるので，臨床観察を客観的評価尺度で補完しながらDCで悪化する統合失調症患者を可能な限り明確に検証していく本研究は，通所者の短期的な治療目標の設定と治療計画の実行に役立つと考えられた．今後は，一年以上の臨床経過において本研究の悪化群の臨床特徴を吟味しながらDCの適否について再検証していく必要がある．

V．文　献

1）American Psychiatric Association : Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-Ⅳ, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994（高橋三郎，大野　裕，染矢俊幸訳：DSM-Ⅳ精神疾患の分類と診断の手引き．医学書院，東京，1995）．

2）Andreasen, N.C. : The scale for the assessment of negative symptoms, Univ. of Iowa. Iowa City, 1984.

3）畑　哲信：デイケア．精神科臨床サービス，3：39-42, 2003.

4）池淵恵美，安西信雄：精神科デイケア治療論の今日的課題．精神医学，37：908-919, 1995.

5）岩崎晋也，宮内　勝，大島　巌：精神障害者社会生活評価尺度の開発－信頼性の検討（第1報）．精神医学，36：1139-1151, 1994.

6）北村俊則，町澤静夫，丸山　晋：オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale（BPRS）の再試験信頼度－国立精神衛生研究所主催他施設共同研究の予備調査．精神衛生研究，32：1-15, 1985.

7）Linn M, Caffey E, Klett J: Day treatment and psychotropic drugs in the after-care of schizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry, 36: 1055-1066, 1979.

8）武田俊彦，羽原俊明：デイケア．精神科臨床サービス，1：550-554, 2001.

9）Thompson CM : Characteristics associated with outcome in a community mental health partial hospitalization program. Community Ment Health J, 21 : 179-88, 1985.

10）臺　　弘：リハビリテーションプログラムとその効果，精神疾患．医学のあゆみ，116：538-544, 1981.

11）臺　　弘：生活療法の復権．精神医学，26：803-841, 1984.

12）渡邉幸恵，永冨康博，御手洗和也，大澤理恵，久寿米木清美，島谷隆男，畠中邦子，廣池とよ子，寺本憲子，衛藤　龍，稲富宏之，田中悟郎，太田保之：デイケアに通所した精神分裂病患者における一年間の治療効果．精神科治療学，17：451-458, 2002.

13）Sullivan CW, Grubea JM : Who Dose Well In A Day Treatment Program? ; Following Patients Through 6 Months of Treatment. Int J Partial Hosp, 7 : 101-7, 1991.

14）吉益光一，清原千香子：精神科デイケアの有効性に関する日本と欧米の比較．日本公衛誌，50：485-494, 2003.

Clinical characteristics in the base line of aggravated cases among patient with schizophrenia under one year later psychiatric daycare treatment

Hiroyuki INADOMI[1], Sachie WATANABE[2], Yasuhiro NAGATOMI[2], Kazuya MITARAI[2], Rie OHSAWA[2], Kiyomi KUSUMEKI[2], Takao SHIMATANI[2], Kuniko HATANAKA[2], Toyoko HIROIKE[2], Kazuko TERAMOTO[2], Hiroshi UTSUNOMIYA[2], Ryu ETOH[2], Goro TANAKA[1], Yasuyuki OHTA[1]

1 Department of Occupational Therapy, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University
2 Etoh Hospital

Received 18 January 2007
Accepted 22 March 2007

Abstract The purpose of the present study was to investigate the clinical characteristics in base line of aggravated cases among patient with schizophrenia under one year later psychiatric daycare treatment. Subjects consisted of 36 patients with schizophrenia who were receiving daycare treatment. The subjects were divided into two groups, an aggravation group with 13 subjects and a non-aggravation group with 23 subjects, according to the outcomes one year after the initiation of the study. All subjects were evaluated in terms of attributes, difficulties in daily living, and psychiatric symptoms at the beginning of the study. Clinical records were compared between subjects in the aggravation group and those in the non-aggravation group. The results showed that the number of hospitalizations was higher in the aggravation group than in the non-aggravation group at the beginning of the study; thus, it was suggested that the provision of technical support for daily living and the installation of individual therapeutic programs for acquisition of knowledge and coping behaviors for psychiatric symptoms were necessary. Subjects in the aggravated group in the present study also presented clinical characteristics that were not necessarily identified as those of aggravated cases in daycare based on progress records. Investigation of aggravated cases in daycare following complementing clinical observations with an objective evaluation scale, which was conducted in the present study, appears to be useful for short-term therapeutic goal setting and treatment plan execution for patients with schizophrenia under psychiatric daycare treatment.

Health Science Research 19(2): 43-50, 2007

Key Words : chronic schizophrenia, day care treatment, social adaptation, clinical effect