

老人デイケアからみた地域ケアシステム

——実態調査結果から——

齋 藤 和 子

I 序 論

今日中年以降の者のだれもが考えていることは寝たきりにもならず、痴呆にもならず、周囲の者に負担をかけずに老後の生活を送り、天寿を全うしたいということであろう。

現実には大部分の人は、寝たきりでも痴呆でもない状態で不帰の旅へと旅立っていく。では何故皆が皆心配するのであろうか。理由の第1は自分はそうならないという保証はどこにもないからであり、第2は寝たきりや痴呆になると自立的生活はしだいに不可能となり、最終的には生活行動のすべて、寝ることから起きること、食べることから排泄まで人手にかからねばなることである。そして第3に、その人手なるものも家族のなかにも他人のなかにも得られるかどうか、もうこれからはわからないからである。

痴呆性老人対策は一個人の自助努力、一家族のやりくりで収拾のつく問題ではなく、人間生活の普遍的な課題として取り組まれねばならない問題である。このような理由のもとに地域における対策がすすめられている。

II 痴呆性老人の数と出現率

平成2年(1990年)に、11自治体における実態調査結果をもとに、老人性痴呆疾患患者は65歳以上で在宅、病院・施設等合わせて99万4,000人、65歳未満では在宅群は把握されておらず、病院群で2万8,000人と推計された。ここで重要なこと

は、99万4,000人のうち病院および施設に入院、入所は25万5,000人、在宅が73万9,000人であるということである。つまり痴呆性老人の約4分の3は在宅であり、家族等の介護に委ねられているのである。

このような状況で、国は1986年に痴呆性老人対策推進本部を設け、痴呆性老人対策専門委員会を発足させた。この委員会は、1987年には痴呆性老人対策専門家会議となり、1988年に提言がなされた。現在の国の痴呆性老人対策はほぼこの提言に沿ったかたちで実施されており、平成元年(1989年)には高齢者保健福祉推進十か年戦略(高齢者福祉ゴールドプラン)が発表された。そこでは在宅痴呆性老人対策として、老人保健法下での老人デイケアと老人福祉法下でのデイサービスが共に大きな柱となっている。

これらに加えて、平成3年の老人保健法の改正では老人訪問看護制度が創設され、在宅の寝たきり等の状態にある老人への支援体制が一段と強化された。

III 老人デイケア創設から現在まで

「デイケア」というのはことばの意味からいえば、入院や入所が24時間を通して治療や介護が行われるのに対して、日中のみだけ世話をすることである。精神医療の成熟の過程で、社会復帰援助のための事業として登場してきたものだから医療領域でよく使われる。病院と社会、あるいは病院と家庭との中間に位置づけられるところから中間施設のひとつということができる。類似

の事業を福祉領域ではデイサービスあるいはデイホームと称している。

わが国の精神医療において、デイケアが実施されたのは戦後のことである。はじめて2、3の精神病院で試みられ、昭和38年から国立精神衛生研究所、現在の国立精神・神経センター精神保健研究所で試験研究事業として実施された。そしてこれらの業績が評価されて昭和49年に社会保険診療報酬に「精神科デイケア」料が新設された。診療体系のなかではじめてデイケアが外来診療の一形態として認識され位置づけられたのである。

この「精神科デイケア」が老人を排除するものではないが、誕生の歴史からもわかるように、ここでの最終目標は精神分裂病などの精神障害者の社会復帰、つまり就労あるいは就学ということであり、対象者は当然ながら若年層が主流を占めることとなった。

老人のためのデイケアは、老人保健法まで待たねばならなかった。すなわち、昭和57年の老人保健法制定に伴い、そのなかで痴呆等精神障害をもつ老人を対象として「老人デイケア」料が診療報酬に認められるようになった。これは昭和58年同法施行の段階では精神科を標榜する医療機関のみに認められたが、昭和59年の改正で神経科もしくは神経内科を標榜する医療機関にも認められるようになった。

また、昭和61年の老人保健法改正で老人保健施設が創設され昭和63年4月から実施に移されたが、ここに通所部門としてデイケアが認められている。

次に精神医療からの老人精神保健対策として、昭和63年には老人性痴呆疾患治療病棟の整備が開始され、ここにデイケア施設が併設されることになった。平成3年には老人性痴呆疾患療養病棟の整備が開始され、治療病棟と合わせて老人性痴呆疾患専門病棟と呼ばれている。

そして平成3年の老人保健法の改正によって老人訪問看護制度が創設され、「老人訪問看護ステーション」の開設が可能になった。

平成4年の改正では「老人デイケア」に従来のI型のほかに、送迎つきのII型が新設された。小規模老人デイケアも新設され、ここにもI型、

表1 老人デイケアの種類と費用——平成4年

	時間	診療点数
精神科・神経科・神経内科		
老人デイケア(I)	4	460
老人デイケア(II)	4	660 (新設)
小規模老人デイケア(I)	4	460 (新設)
小規模老人デイケア(II)	4	660 (新設)
老人性痴呆疾患治療病棟		
重症痴呆患者デイケア(I)	4～6 未満	540
〃	6時間以上	740
重症痴呆患者デイケア(II)	4～6 未満	740 (新設)
〃	6時間以上	940 (新設)
ただし(I)は送迎なし、(II)は送迎つき		
老人保健施設		
デイケア施設療養費	6,700円/日	
特別デイケア施設療養費	8,900円/日	

II型がある。また重度痴呆患者のデイケア拡充のために加算されることになり、基準としての4時間を超えて、4時間以上6時間未満と、6時間以上にそれぞれ加算がされることになった。

以上の老人保健、医療領域における老人デイケアの種類と平成4年度における診療報酬は表1の通りである。

初老期痴呆については、平成3年の老人保健法の改正で、当分の間、初老期痴呆の状態にある者については、老人保健施設を利用できることとした。

また平成4年9月には「初老期における痴呆対策検討委員会」を設置させている。

IV 老人デイケアの実施状況

次に、平成3年度厚生省長寿科学総合研究費の助成を受けて実施した調査結果から実施状況を概観することとする。

調査対象は、平成3年10月現在の全国の老人デイケア承認施設で80ヵ所である。すべてI型で、II型および小規模は存在しなかった。

医療機関ごとに調査票が郵送された。調査票は①実施状況調査、②主治医による通所者の診断および痴呆のレベル評価、③通所者家族へのアンケートからなっている。調査期間は平成3年11月1

表 2 老人デイケア開設数 (平成 3 年 10 月現在)

都道府県名	数	都道府県名	数
北海道	1	大 阪	7
秋 田	1	兵 庫	2
山 形	2	和歌山	1
福 島	2	鳥 取	2
茨 城	1	島 根	2
群 馬	1	岡 山	7
埼 玉	2	広 島	3
千 葉	2	山 口	2
東 京	2	徳 島	1
神奈川	1	愛 媛	2
新 潟	3	高 知	1
石 川	3	福 岡	3
福 井	2	佐 賀	1
山 梨	1	熊 本	2
長 野	6	大 分	1
愛 知	3	宮 崎	1
三 重	1	鹿 児 島	1
滋 賀	1	沖 縄	2
京 都	4		
計		80	

日～同12月15日である。

対象80医療機関のうち回答のあったものは62カ所、通所者家族433人であった。

以下が結果の要約である。

1. 実施状況

都道府県ごとの承認医療機関数および回答数は表2の通りである。東北、北海道に少なく、関西、中国地区に多い。大阪府7、岡山県7が際立っている。

表 3 医療機関の種類別数

医療機関の種類	総 数	調査済数
精神科単科		
20床以上	7	5*
19床以下	1	0
無床	2	2
精神科プラス他科		
20床以上	7	6
19床以下	0	0
無床	2	2
精神科を除く他科		
20床以上	38	37**
19床以下	8	8
無床	2	2
不 明	13	
計	80	62

注：* 準備中1を含む。

** 老健施設へ移行1を含む。

2. 医療機関の種類別

医療機関の種類別は診療科目により精神科のみ、精神科プラス他科、精神科を除く他科のみに分けられ、病床数により20床以上、19床以下、無床となっている。これらの組み合わせごとの承認数および回答数は表3の通りである。他科のみがほぼ8割を占めている。

3. 実施頻度および対象者

実施頻度および対象者は表4の通りである。

実施頻度は月2回から週6日に及び、無床の医療機関において最も頻度が高い。対象者数は登録者数および1単位の平均参加者数で表してある。登録者は当該医療機関におけるいわば全対象者で

表 4 医療機関別 実施状況

医療機関	実施頻度 (週)	平均登録者数	平均1単位対象者
精神科単科			
20床以上	4	18	11
無床	5	28	13
精神科プラス他科			
20床以上	4	20	11
無床	4	60	19
精神科を除く他科			
20床以上	4	37	13
19床以下	4	57	14
無床	5	134	22

ある。1単位対象者は、ほとんどの医療機関が1日1単位、1グループを実施しているので1日当りの対象者数と考えてよい。

登録者数は精神科のみでは3から35、精神科プラス他科では11から60、他科のみでは1から222に及んでいる。1単位対象者は同様に3から25、6から20、1から50に及んでいる。ともにバラツキが大きい。また無床の医療機関において、登録者数、1単位当たり対象者ともに最も多くなっている。

4. 自己負担金の有無

全体では60機関中34機関、57%で自己負担金を徴収しているが、精神科を除く他科の20床以上の病院では自己負担のないところの方が多く、36機関中19機関、53%で徴収していない。

自己負担金の額は1日当りおやつ代で50円から100円、昼食費500円、これらに手芸材料費、入浴代を加えて1,000円程度である。

5. 送迎の有無

全体では60機関中39機関、65%が送迎をしている。特に精神科を除く他科で高率であるが、なかでも19床以下の機関では8機関中7機関、87%で実施している。

送迎に要する費用は全体では39機関中10機関、25%で自己負担があるが、精神科を除く他科の20床以上の機関では自己負担率は少なく23機関中2機関で、10%に満たない。

6. 対象者

60機関中47機関から寄せられた対象者の総数は433名で、その医療機関の種類別、性別内訳は表5の通りである。精神科単科は46名で11%、精神科プラス他科は55名で13%、精神科を除く他科は332名で76%である。精神科を除く他科が4分の3を占めることになった。また男性160名で37%、女性273名で63%で、男性1に対して女性約2の割合である。

表5 医療機関の種類別対象者

医療機関種別	男	女	計	百分比
精神科単科				
20床以上	6	21	27	} 11
無床	4	15	19	
精神科プラス他科				
20床以上	16	29	45	} 13
無床	2	8	10	
精神科を除く他科				
20床以上	115	165	280	} 76
19床以下	11	23	34	
無床	6	12	18	
計	160	273	433	100

7. 対象者の診断

診断名は主治医によって記入された。医療機関の種類別診断別数および百分率は表6の通りである。

精神科単科では老年期および初老期痴呆が最も多く60%を占め、次いで脳血管障害、脳梗塞等で13%である。ここではうつ病、うつ状態が11%、神経症が7%あり注目される。

精神科プラス他科では最も多いのは老年期および初老期痴呆であるが、比率は精神科単科より少なく56%であり、次は精神科単科と同じく脳血管障害、脳梗塞等であるが比率は21%である。

精神科を除く他科では最も多いのは脳血管障害、脳梗塞等で47%を占めている。次いで老年期および初老期痴呆で26%である。

この群で注目されることは、これら2大グループのほかに、パーキンソン病、水頭症等があり、骨・関節の障害や心臓・冠動脈障害もかなりあり、そのうえに頭部外傷後遺症、アルコール依存症、精神発達遅滞等も含まれており、多様な障害のものを対象としていることである。

また、脳血管障害、脳梗塞等ではそのほとんどに両側または片側麻痺、歩行障害、失語症等の記載があり、次項で述べるように全体の3分の1は中等度以上の痴呆症状を示しており、多様でしかも二重、三重の重複障害者も多いことをうかがわせている。

8. 対象者の痴呆の程度

診断の如何を問わず、主治医により柄澤のほけ

表 6 医療機関、診断別通所者一百分率

() 内は%

診 断 分 類	精神科のみ	精神科プラス他科	精神科を除く他科
老年期および初老期痴呆	27(59)	31(56)	85(26)
パーキンソン、水頭症等	1(2)	2(4)	22(7)
脳血管障害、脳梗塞、高血圧	6(13)	12(21)	157(47)
老年期精神病	2(4)	2(4)	
うつ病、うつ状態	5(11)	1(2)	5(1)
神経症	3(7)	1(2)	
頭部外傷後遺症			3(1)
アルコール依存症		1(2)	4(1)
精神発達遅滞			2(…)
心臓・冠動脈障害	1(2)		12(4)
骨・関節の障害		1(2)	23(7)
他の身体疾患および障害	1(2)	4(7)	17(5)
疾患なし			1(…)
記載なし			1(…)
計	46(100)	55(100)	332(100)

の臨床判定基準に従って評価を行った。結果は表 7 の通りである。

精神科単科では中等度以上（より重篤方向へ）が48%でほぼ半数である。精神科プラス他科では中等度以上が70%となっている。精神科を除く他科では痴呆なしおよび境界が合わせて50%であるが、中等度以上が30%あり注目される。前項でもふれたように、脳血管障害、脳梗塞等に伴う麻痺等の身体障害に加え、知的障害を併せもつ脳血管性痴呆の多数がここに含まれていると考えられる。

9. 地域のケアシステム

いわゆる地域ケアシステムについては、定義など示さずにその有無をたずねた。

結果は全体で60機関中29機関、50%で有りと答えている。医療機関の種類別では精神科単科では「有り」「無し」が同数、精神科プラス他科および

精神科を除く他科では20床以上の病院ではほぼ6割が「有り」と答えている。

そこで具体的内容であるが、ケアシステムを、「老人の医療・保健・福祉を統合したいわゆるケアという複数の異なる種類の機関あるいは事業活動が、共通の目的のために有機的連携をもって機能する総体」と考えると現時点では充実したものは少ない。

現状では市町村が老人福祉事業として行うデイサービスやショートステイ、在宅介護支援センターの存在、訪問看護等を個別に列挙するものが多い。しかし、在宅ケアネットワークの会、保健振興会等すでに形を整え名称をもつものもある。また関係者交流会、社協のふれあいまちづくり、医師会主催による在宅ケア連絡協議会の活動等もあり今後が期待される。

したがって事業主体は市町村、社会福祉協議会、

表 7 医療機関別 痴呆のレベル（柄澤）一百分率

() 内は%

痴呆のレベル	精神科のみ	精神科プラス他科	精神科を除く他科
痴呆なし	2(4)	3(5)	65(20)
境界	10(22)	9(16)	96(29)
軽度痴呆	12(26)	5(9)	61(18)
中等度痴呆	10(22)	8(15)	44(13)
高度痴呆	6(13)	24(44)	37(11)
最高度痴呆	6(13)	6(11)	18(6)
記載なし			11(3)
計	46(100)	55(100)	332(100)

保健所、老健施設、特別養護老人ホーム、医療法人等であり、活動の中心は市町村担当課、保健センター、老人福祉センター、特別養護老人ホーム、介護支援センター、当該医療機関等である。

10. 地域における連携

ケアシステムに固執せずに単純に地域における他の老人医療、保健、福祉事業とどのような連携があるかたずねたが、精神科単科では「有り」は6機関中2、精神科プラス他科では8機関中3と少ないが、精神科を除く他科では46機関中29、63%で「有り」と答えている。

連携の内容としてあげているものは多彩である。大きく分類すると、①市町村、保健所主催の定期的連絡会、協議会等参加、②市町村・社会福祉協議会、保健所、特別養護老人ホーム、介護支援センター等の事業への協力で助言、講演等、③特養デイサービス、保健所、保健センター、福祉担当、老健施設等と相互に患者紹介、④要訪問退院者の経過要約を市町村保健婦へ送付、⑤訪問看護婦あるいは地区保健婦と同行訪問、⑥ボランティア実習受け入れ、⑦ショートステイ利用券発行依頼、⑧老人会活動参加、等があげられている。

積極的に「有り」と答えていないところでも個々に患者を通して、そのつど連絡を取り合っているようである。しかし、わずかではあるが連携、協力ができないと答えるところもある。また、地域の老人保健事業の中核になってほしいとの行政側からの要望で開設はしたものの何の支援もなく、時期尚早であったと反省しているところもある。また老人デイケアは診療科目としてうたうこともできず、対象者の紹介ルートがないと口コミに頼るか、外来受診者のなかからさがさねばならないと訴えるところもある。

11. 老健施設の通所サービスとの差

老人保健施設の通所サービスとの差については医療機関で実施するデイケアの利点としてあげられていることは、①検査、投薬が容易、②基礎疾患への対応、合併症への対応、リハビリテーション治療、訪問看護等、総合的疾患管理、健康管理

が受けられる、緊急時入院等の対応もすみやかであること、③外来、入院、退院後指導と一貫性のある適切な医療を継続して受けられる、④したがって安心感が得られる、等である。

したがって対象者は医療依存度の高い者、より重症の者、病状不安定な者、合併症のある者、退院後継続治療の必要な者、リハビリテーション治療の必要な者、身体障害重度で老健不適の者等というのが大多数の見解である。

しかし少数意見として、ともに医療機関であるから差はないという意見、現状では通院者は利用しやすいところを利用するという見方もある。

V 考 察

老人デイケアは、昭和58年老人保健法施行と同時に外来診療の一部として診療報酬が認められたが、当初主たる対象は痴呆性老人であり、したがって実施機関も精神科を標榜する医療機関ということであった。しかし早くも昭和59年には改正され、実施機関は内科、神経内科を標榜する医療機関に広げられた。このために対象者の構成も変化し、ほぼ10年を経た現在では単なる痴呆性老人よりも、脳卒中後遺症等身体的障害をもつ者の方が多くなっており、このことは今調査結果にもあらわれている。

また、老人デイケアは、地域における医療・保健・福祉サービスが整備されていくにつれ、また利用者のニーズが多様化するにつれ実施医療機関単位で独立完結するものではなく、いわゆるケアシステムの1パートを担うものという認識が一般に普及してきている。このような背景のもとに調査を行ったのであるが、以下に結果につき考察を加える。

(1) 老人デイケアは精神科以外の一般科系で進展がめざましいという結果について。

その理由は、①精神科は医療機関の数そのものが少ない、あっても特に大病院などは市街地から離れ、通院には不便なところが多い、②同じ精神疾患でも痴呆などでは当初から精神科を受診することは少ない、③反面、基礎疾患等治療のため、

一般科への通院は日常的となっていること、④単純な痴呆性老人より脳卒中後遺症のため機能回復訓練を必要とする者が多く、しかも患者本人にデイケア通院への意欲のある者が多い、⑤一般科系では送迎を行うところが多いこと等が考えられる。

ここでの問題点は、一般科の対象者のなかに中等度以上の痴呆症状を示す者がかなりあることで、これらの人への対応がどのようなものであるかはこの調査結果からは明らかではない。

(2) 精神科系医療機関での開設数が鈍化してきていることについて、また開設はしたものの期待したほど対象者が集まらないということについて。

この理由としては、前項の一般科系での進展理由が反転して理由となっていると思われるが、精神科自体の問題も大きいと考えられる。

痴呆性老人はその75%が地域社会のなかで生活しており、介護する家族も含めて地域社会のなかのいわば日常的な存在である。このような地域社会の普通の人々からは、精神科は遠い存在である。精神科はまだ日常的な存在ではないのである。

精神科自体が、長期入院患者をかかえて患者と一体となって地域社会から自ら隔離したような状況を脱し、一般精神障害者の社会復帰指導や援助に積極的に取り組み、地域の精神保健推進に参画する等を通して住民の身近な存在となっておくことが必要と思われる。

(3) ここで問われるのは、老人デイケアが登場するにあたっての動機の重要な部分を占めていたと理解される在宅の、単純な痴呆性老人はどのようなことになるかということである。

単純なという意味は、運動機能等身体的機能にはほとんど障害がなく、痴呆が主要な障害となって日常生活の自立が困難な者ということであるが、このような老人では日頃医療機関に通院している者は少ない。したがってデイケアがあるからといって、現実一般科系で、たとえば理学療法科、リハビリテーション科、整形外科、内科、神経内科等に属し、機能回復訓練が主たる目標であるようなデイケアにこの目的のためだけで通えるものかどうか、またスムーズに適應していけるかどうか

か危ぶまれる。

これらの痴呆性老人は、老人福祉対策のなかでのデイサービスで受け入れられてきている。新たに痴呆性老人を対象としたプログラムを別個に開始するところもある。今後この方向は、患者や家族のデイケア増設の要望の高まりや、それに最先端で対応しなければならなくなった市町村の老人対策の必要性から一層強くなっていくものと思われる。

(4) それでは精神科系での老人デイケアの今後はどのようなのであろうか。

ここで注目されることは精神科系デイケアの対象者には抑うつ、うつ状態あるいは神経症等が多いということである。

近年精神科外来受診者のうち、中・高年者では抑うつ等が3分の1を占めるという報告もある。これらの人には短時間の外来診療では本来充分な対応は困難である。従来内因性疾患としてのうつ病では集団精神療法が適用されることはなかったが、中・高年者の状況因に基づくような抑うつ等では、経過のなかでは、デイケアなどの集団活動も筆者の経験からは有効と考えられる。集団療法に個別の精神療法を組み合わせることの可能な精神科におけるデイケアはこの群の人にもっと利用されてよいと考えられる。

(5) ケアシステム

痴呆性老人のケアシステムの充実度にはバラツキがある。

ケアシステムのタイプには3つが考えられる。つまり、①医療機関主導型、②行政主導型、③共同推進型、である。

①は実施機関である医療機関が意欲的、積極的に地域医療に取り組み、行政を巻き込むかたちでシステムを形成していく例である。具体的には訪問看護を実施していたり、地区保健婦や民生委員等と連携し、指導的役割を果たし、地域内の関連領域にも積極的に助言などを行う等を通して、しだいに行政との有機的な関係ができあがっていったものである。

②は自治体が保健行政の必要性から地域内の医療機関に働きかけるのであるが、医療機関側に認

識が充分でなかったり、人を得ないと進展は困難である。また先述したようにせつかく呼応して意欲を示し、スタートする医療機関があっても、これを育てる努力がなくては失望させるだけに終わってしまう。

③は医療機関が先鞭をつけたにしても、市町村が行政ニードから主導的に動き出したにしても、協調してすすめることが事業の充実のためにも効率上も最良であることを認識し、共同推進していく場合で、長期的にはこのタイプに成熟していくことが理想であろう。

いずれにしても市町村としては地域内に1人でも、1機関でも有意の医療専門家（必ずしも医師とは限らない）や医療機関を発掘し、これを育成し、ここを核にして周辺に事業をつなげていくことが必要である。それには市町村は自らケアシステムのビジョンをもち、各種事業や活動の役割を明確化、評価して位置づけ、全体として統合されるよう連絡、調整していくことが必要であろう。

なお、平成5年5月現在、老人デイケアの承認施設はⅠ型69、Ⅱ型60で合計129ヵ所となっている。

また平成5年6月19～20日には岡山市において日本精神神経科診療所医会第20回総会が開催され、「老人デイケア」がシンポジウムのテーマとして

選ばれ、活発な討議が行われた。

今後地域のケアシステムにおいて重要な役割を担っていくものと期待される。

参考資料

- 〔1〕 前田大作「老人のデイ・ケア」『Geriatric Medicine』Vol. 14, No. 4, ライフサイエンス, 1976年。
- 〔2〕 室伏君士「老年期脳障害の臨床・発生機序・治療に関する研究」『昭和54年度研究成果報告書, 厚生省神経疾患研究委託費, 班長室伏君士』, 1980年。
- 〔3〕 矢内伸夫「老人デイケア・センターでの集団療法」『季刊精神療法』10, 1984年, 306-313頁。
- 〔4〕 浅野 仁「老人ホームにおけるグループワーク」『季刊精神療法』10, 1984年, 314-322頁。
- 〔5〕 齋藤和子「老人デイ・ケア・クラブの活動」『AGING』, 1985年, 24-27頁。
- 〔6〕 高沢 淑『踊りでリハビリ』, ばるん舎, 1985年。
- 〔7〕 齋藤和子「老人デイ・ケアの運営に関する研究」『精神衛生研究』33, 1986年, 121-127頁。
- 〔8〕 一原浩也「痴呆患者を対象としたデイケアの試み」『精神医学』29, 1986年, 1021-1025頁。
- 〔9〕 長谷川和夫編『痴呆性老人の看護とデイ・ケア』, 医学書院, 1986年。
- 〔10〕 齋藤和子「老年期痴呆老人のデイ・ケアの運営に関する研究」『笹川医学医療研究財団研究業績年報』第3巻1号, 笹川医学医療研究財団, 1987年, 96-100頁。
- 〔11〕 下仲順子他「痴呆性老人のグループワークとその評価」『臨床精神医学』17, 1988年, 101-109頁。
- 〔12〕 齋藤和子「国立精神・神経センター精神保健研究所における痴呆老人デイケア」『社会精神医学』第14巻4号, 1991年, 289-295頁。

(さいとう・かずこ 千葉大学教授)