HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	社会適応療法の考え方と実践 : 市立士別総合病院での経験から : その2. レクリェーション療法及び生活療法について
Author(s)	深沢, 孝克
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 2, 67-84
Issue Date	1989-11
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/37502
Type	departmental bulletin paper
File Information	2_67-84.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

社会適応療法の考え方と実践

市立士別総合病院での経験から
－その２－　レクリェーション療法及び生活療法について

深沢　孝克

The Idea and Practice of the Therapy of Psychiatric

Patient for Social Adaptation

－From the Experience in Shibetsu Municipal Hospital－
Part 2 : On the Recreational Therapy and the Life Therapy

Yoshikatsu Fukazawa

Summary

This is the second report on the use of social adaptation therapy with psychiatric patients which was performed in the Shibetsu Municipal Hospital. In this article the author describes recreational therapy (RT) and life therapy.

The program of RT is divided into two parts, emotional and gymnastic. The actual RT activities are performed by the same patients as those in the OT group.

In life therapy, the patients were guided to achive a normal hospital life according to their own usual life style. Many activities such as shopping, going out by oneself or in a group were included in this therapy.

Once a year, a Ward Festival is held in which the whole ward is opend to citizens who are invited to enable them to have a correct understanding of the psychiatric patient.

The author hopes that the psychiatric patient can carry on the same social life as ordinary people through this therapy system.

要　　旨

市立士別総合病院精神科で行われた社会適応療法のうちレクリェーション療法及び生活療法について報告した。レクリェーション活動は情緒を主にしたものと活動を主にしたものの二つにわかれるが，実際の活動はOTと同じグループによって行われる。

生活療法では個々の生活習慣にあわせて病棟内で規則正しい生活がおくれるよう指導がなされた。買物や単独及びグループ外出など，多くの活動がこれに含まれる。

北海道大学医療技術短期大学部作業療法学科
Department of Occupational Therapy, College of Medical Technology, Hokkaido University

年に1回は病棟祭が行われ，精神障害者の正しい理解をはかる場として全病棟が市民に開放された。

このような治療体系により，精神障害者が普通の人々と同じような社会生活をおくってもらうようになることが著者の願いである。

1．はじめに

市立士別総合病院精神科（以下，士別と略）において行われてきた社会適応療法の特徴の1つは，病院の各部門が一体となって患者の社会復帰に向けて，作業療法（Occupational therapy, OT），レクリェーション療法(Recreational therapy, RT)，生活指導及び社会療法を中心に総合的に働きかけることにあった。社会適応療法成立までの経過，実施体系，段階的作業療法などについては前号に報告したが[1]，今回はレクリェーション療法，生活指導や社会療法を実施している生活療法部門について報告する。

作業療法は，加藤，前田[2]らによって治療法としてはじめられてから長い歴史を持っているが，レクリェーション療法や生活指導が行われるようになったのは戦後からである。[3]それ以前のレクリェーションは慰安，余暇の利用として実施されてきたようであるが，小林[4]はそれまでの作業療法，レクリェーション療法，生活指導を総括して，昭和31年に生活療法として提案し，以後この動きは向精神薬の導入と相まって全国的に広まっていった。レクリェーションが治療の一環として導入されるようになったのはこの時期からである。

士別においても，遊びや気晴らしのレクリェーションから脱皮し，生活療法の影響を受けて，治療としてのレクリェーションが行われるようになったのは昭和35年頃からであり，西岡医長の指導と実践により治療体系としての形を整えてきたのは40年代に入ってからである。これによって今迄不潔，無為，荒廃状態にあった患者を対象に，洗面，歯磨などの日常生活の指導，床頭台や衣類の整理などの生活指導，社会資源の利用や買い物を通して，社会性を身につけ集団生活に適応できるように働きかけていった。その後，前報で述べたごとく，OTは当初はグループ受持ち制を実施していたが，その後RTや生活指導についても，OTと合流してグループ受け持ち制にすることを前提に準備を進め，RTとOTの合同実施を可能にすることが出来，その結果，図1に示すように病院OT部門，職場OT部門までを，RTとあわせてグループ受け持ち体制にすることが出来た。これらに生活療法部門と生活臨床部門が加わって社会適応療法の大きな柱となっている。

2．レクリェーション療法(Recreational therapy, RT)

士別においては従来，レクリェーションが一つの治療であることは意識されて実施されてきたが，当初は処方によらず，その日の勤務者によって，ある意味では恣意的に計画・実行され，全体の実施記録がなされるのみで，評価や個人記録はされない状態であった。40年代に入ってからは生活療法の一部として体系化がすすみ，図2のような種目別レクリェーション活動が行われるようになった。社会適応療法が成立したのちは，後述するようにRTもOTグループごとに行われるようになったが，RTの種目自体の内容からみた分類と治療上の意味づけは，図2に示される種目別分類と同じであるので，以下種目ごとにRTの概要をのべることとする。

1）種目別レクリェーション療法

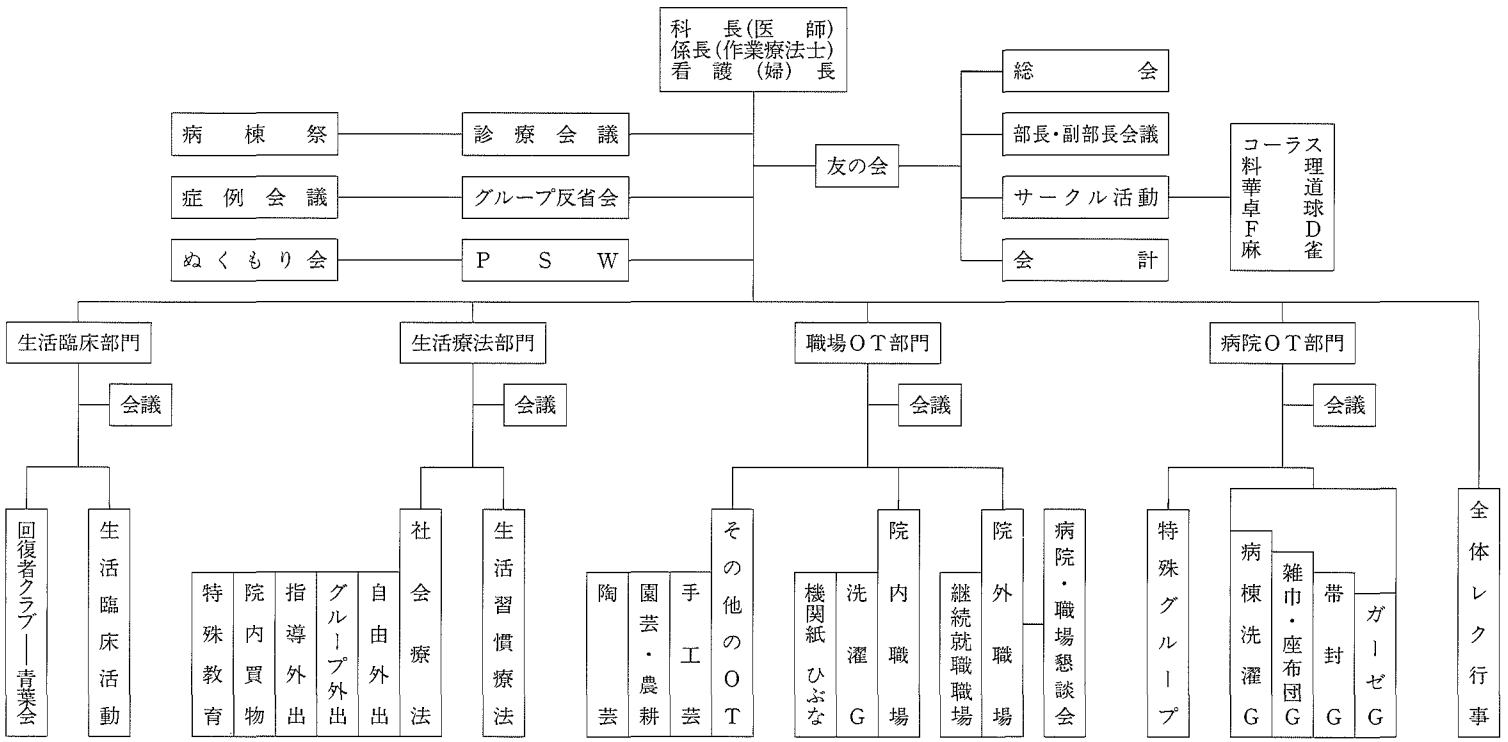
A）情緒を主としたレクリェーション療法

情緒的RTには美術部，音楽部，手芸部，文芸部があり，患者に情緒的な働きかけをして，集団適応性を高めながら情緒面の改善を図ることを主な目的としている。

a）美術部

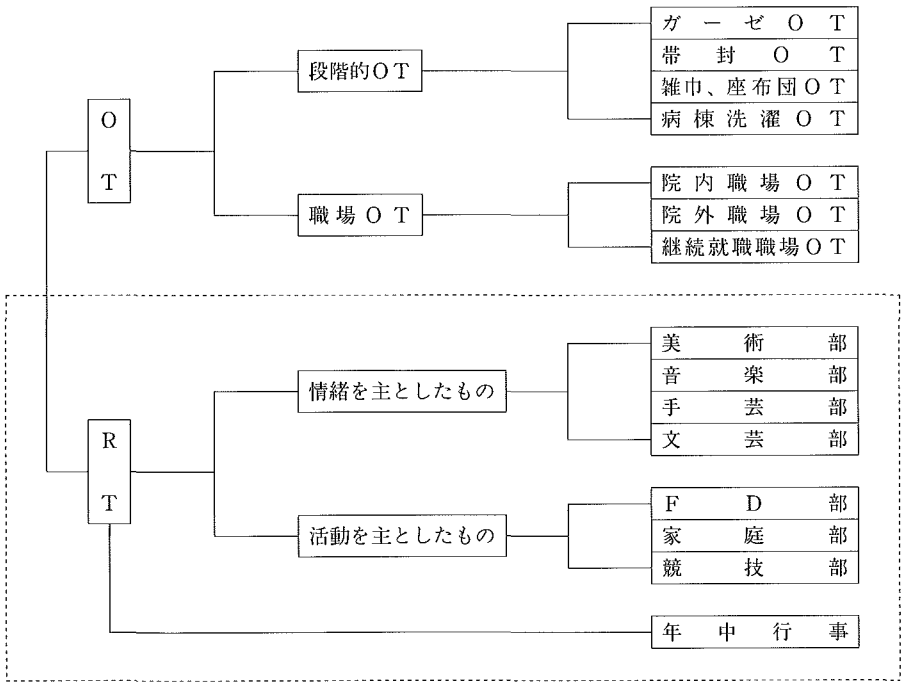
美術部は絵画，書道，貼り絵などを利用して

図1　社会適応療法実施体系表



成立した社会適応療法の実施体系を示す。この体系の中でレクリエーション療法は職場ＯＴ部門、病院ＯＴ部門の各グループが、そのままのグループで各レクシェーションを行うことになるため、具体的な形としては表示されない。

図2　社会適応療法成立以前の治療体制



昭和40年代における治療体制、レクリエーション部門は破線でかこまれる部分である。社会適応療法後も原則として、情緒性と活動性の配分を考慮して行われる。

活動するが，ここでは行動性，集中性，情緒性の改善をはかり，人間的情緒と対人接触面の改善をはかる。静物画，人物画など，個人制作の絵画では，出来上がった絵を見せながら自分の意図を説明し，皆からの感想を聞かせてもらいながら交流の場を作っていく。また協同画（一枚の絵を数個所に分けて各自が一区分を描くようにする）や協同貼り絵などでは，お互いが連携を保ちながら形や色を合わせていくことになり，他の患者との協調性が養成される。この場合，時にはスタッフが意図的に患者間の力動を利用できるようなグループを作ることもある。完成後は感想や作製中に自分が感じたことを話合い，互いに理解しあうようにまとめてゆく。

b）音楽部

音楽部では全体の雰囲気を治療的ムードにしてゆく方向を大切にしながら，ギターなどの楽器を利用し，歌詞やメロディーによる情緒的な働きかけにより，患者の感受性，情緒性の改善をめざす。大きな声を出すことや動作を伴うゲームを採り入れたりして，感情の表現化や仲間意識，対人関係の改善をめざす。

c）文芸部

文芸部では自分の考えや行動を文章化し，仲間との語らい，直面する問題や他から提示された問題のデイスカッションを通して解決能力の向上をはかり，社会適応力の改善を期待するものである。自分の感情や心の動きを，文章中にいかに表現して「生きた文」にできるかということや，文章に適したタイトルを付けることを学び，自分の文章を発表することのみでなく，他の発表を聞き，意見交換ができるようにする。題を指定して文章を書かせることにより，その題を自分の問題として考えていく姿勢を持てる

ようにする。語らいの場では身近な問題，興味あるテーマを中心に，自由に，積極的に語ってもらう。結論をだす必要はなく，互いに語りあうことがいかに大切であるかをわかってもらう。看護者も積極的に参加をして，患者の発言を引き出すようにするが，決して相手に決定的な影響を与えることのないようにすることが大切である。

d）手芸部

手芸部では女性を対象として，手芸に集まった仲間との人間関係の改善をはかろうとする。楽しい雰囲気で行えるよう全体のムードを大切にして情緒的改善に主体をおき，協同作製などを通して仲間意識やグループ意識を高め，人間的接触の輪を拡げようとする点で，OTと異なっている。作品に対する責任はあまり強調せず，各人の能力にあった役割，作品を受け持つようにして，一つのものを完成するという喜びを皆で味わえるように配慮する。完成後は作品を囲んで語らいの場をつくり，完成させることがどんなにすばらしいかを話題の中心にした和やかな楽しいムードになるよう工夫する。また作品は説明を付けて展示し，皆に見てもらうようにする。

B）活動を主としたレクリェーション療法

活動的RTにはフォークダンス部，家庭部，競技部がある。ここでは活動性や積極性の改善，集団適応性の改善を主な目的にしている。

a）フォークダンス部（FD部）

分裂病に限らず広い患者を対象としており，全体的に活動的なムードの盛り上がりを大切にする。活動性の改善は重要であるが，集団の中で他と没交渉（孤立化）してしまう点に注意して，他患との交流，接触の増大をはかり，仲間的な触れ合いの輪が広がるようにする。皆で手を叩く，歌うなどしながら，楽しい雰囲気，活動的なムードをつくり上げ，その中で表情の動き，情緒の表出などをみちびくようにしている。グループ活動ではいろいろな形のグループ編成によって各自の役割や配置を考えることを通して自分の問題に対処させるようにしている。

b）家庭部

分裂病の女性を対象に，「料理する」，「食べる」という行為を利用して社会性の改善をはかる。働きかけとしては料理完成までの流れ，過程（料理の各段階）を大切にし，また出来上った料理を治療的な素材として活用しながら「試食」，「話合い」によって，効果を上げている。さらに行動面の実際的，実用的な改善と同時に，協調性，自主性，積極性を養い，合わせて女性的な感情，情緒性の改善，育成をはかっている。活動中には計画立案→講習・実習→買物計画・買物→実習→完成料理の治療的活用（試食，反省，語らい）→後片付けという流れを充分理解させ，現在自分がどの段階にあるか，実際にどの程度できるのかを理解させる。また料理を実習している者以外にも「何のために」，「誰のために」，「どのような」活動をしているのかを明確にして，「ただ食べるだけ」という印象を与えぬようにしている。

料理には「家事仕事」の一つという，いわばOT的側面があり，上述した中にも多少そうした面が存在していることは事実であるが，「仕事」としてでなく，「創造」，「楽しみ」，「料理を通じての語らい」といった側面に重点をおくといった意味で，社会適応療法では料理をRTとして捉えている。

c）競技部

分裂病者を主体とし，競技を利用して，身体を動かすこと，活動性を高めることを目標とするが，身体の一部でなく全身を動かすことに主眼をおく。目的を持った仲間同志の競技の中での交流を通して人間的接触の増大，改善をはかり，競技を媒介として自閉のからを打ち破り，社会的活動能力の回復を期待する。患者同志の心理的関係，相撲のような直接的なふれ合いやボールなどの競技物体を介したふれ合い，競技に要する人数的な配慮などを考え，患者にあっ

た方法をとりいれながら人間関係を増大させていく。活動性の低い患者に対しては，ただそれを高めることのみを考えるのでなく，患者の意欲を引き出すことの方を重視する。対抗的な競技を利用する場合は，一人一人の努力が何らかのかたちで勝敗に影響するように配慮するが，逆に一人のプレーがチームの勝負に決定的な影響を与えるようなことがないようにも配慮している。あまりルールにこだわらず，治療効果の方をより重視して，必要に応じて競技のルールを変更していくことも大切である。

以上RT活動の内容を種目別に説明してきたが，各活動に共通していることは次のような点である。

①個人への働きかけを中心にし，行動観察，記録をする。②手芸部，家庭部は女性に限られるが，それ以外は担当者が対象者を決める。従って対象者が一定しないが，病状により分けたり，作業部門のグループを利用したりすることにより，グループに多様性をもたせる。③各部とも年中行事への参加は大切にし，連携を密にしていく。たとえば炊事遠足では，コーラスを音楽部，ゲームはフォークダンス部や競技部が担当したり，時には絵画部が写生を担当したりする。

2）グループ別レクリエーション療法

A）種目別活動からグループ受け持ち制へ

RTが開始されてからしばらくは種目別にRTが行われる時代が続いた。しかし，OTがグループ別の活動として定着したことに加えて，次のような問題が次第に明らかになってきた。

①活動の参加者が毎回違うので，一人の患者の経過を時間を追って見ていくことが出来ない。社会に目を向け，働こうという意欲を持つように，患者に働きかけるためには，一人一人の問題点をみきわめ，それにたいして個別に対応しなければならない。その為には個人の活動の経過観察が大切であり，それを参考にしながら，その個人への特有な対応方法を検討し，働きかけていくことが必要になる。

②種目別活動では，種目の技術的な上達にどうしても意識が集中しやすい。即ちスタッフはいつも同じ種目を担当するために，その種目に対する知識や技術が向上し，より高い技術を求める傾向がでる。こうしたスタッフや他患の影響をうけ，初心の患者は自分のレベルアップに意欲的になるという問題がある。

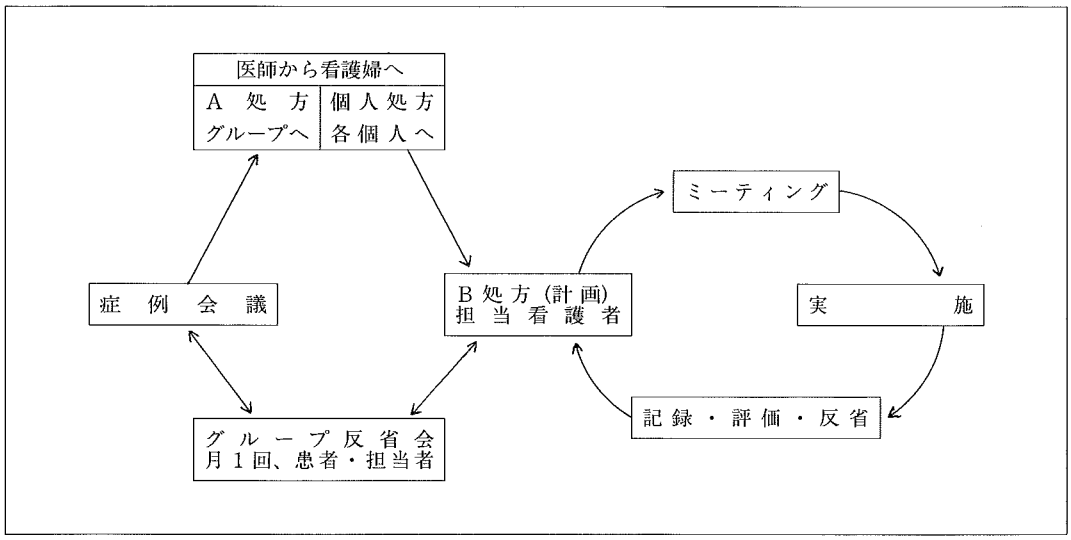
③担当者は，種目は決まっていても，参加者がそのつど違うために，活動の進行・運営の予測がたてにくい。

④患者を継続的にみていないため，種目に対する知識・技量の向上がたとえみられても，それが真に患者にとって治療効果になっているかどうかが見えにくい。その結果担当者が意欲を持ちにくくなる。

以上のような理由からRT部門もOT部門と同じくグループとして活動する方向へ変更していくことになった。RT活動自体としては，喜びや悲しみなどの感性に働きかけ，その結果あらわれてきた感情に共感し，さらにそうした感情も自分で表現できるようにみちびいてゆく情緒的なRT，仲間と共に体を動かし，楽しみながら行動性の改善を計ろうとする活動的なRTの2つを通して，他患や職員との接触を多くし，人間的な交わりの増加と協力性・責任性などの改善・向上をめざして一つ一つの活動が計画・実行されていくという点にかわりはない。しかし，種目別活動と違うのは種目の選択や運用等について，患者と看護者が互いに希望や意見を出し，話し合うことによって患者の自発性・自主性・積極性が伸ばされ，自分の発言や行動に責任を持つようになることが期待される。看護者もこのような点が治療効果として有効であることを考え，活動に柔軟性を持たせながら運営することが重要となってくる。

グループ活動を優先させることによって，個人に皺寄せがきたり，犠牲になったりせず，個

図3　グループによるレクリェーション活動の流れ



人への対応を中心にしながらもグループ活動がスムーズに運営され，又グループ相互の連携や合同活動が円滑に行える利点がある。しかし，一つの活動が全ての患者に治療効果を発揮するということは中々あることではない。いかにすればより多くの患者にたいして効果的な活動となるか，スタッフとしての技量が問われることになる。そこでスタッフは終了後の反省，患者を含めたグループ反省会，担当者によるグループの症例会議，RT部門の会議等を通してグループ活動のあり方について検討をしていくことがくりかえされた。

B）グループ制によるレクリェーション療法の流れ

a）RT活動

RT活動は各々のグループ別の活動ばかりでなく，いくつかのグループの合同RT活動がある。実際の活動に当っては図3に示す流れに添って進められる。まず年度始めに，前年度の活動が検討されて，医師から看護婦へ各グループに対して「A処方」が出される。この各グループに対してだされるものとは別に，グループ内の個人一人一人を対象に個人処方も出される（図4，図5にこのA処方と個人処方の実例を示す）。

次に担当看護者によってB処方が作製される。これはA処方に基づいて患者との話合いを参考にしながら作られる活動種目と大まかな活動内容である。実際の具体的なプログラムは，実施の1週間前に，その日の担当看護者によって，患者個人個人に対する働きかけに重点をおいて立案され，B処方2号として提出される。このB処方2号に対して医師から意見要望を受けたのち，OTRとの間で具体的な検討がなされ，実際の活動へと移される。個々の患者に対する働きかけがより有効に行われるよう，また運営をスムーズに進めるために，実施前にミーティングが行われる。実施後には，話合いをしながら評価・観察記録を記載し，その後グループ全体及び個々の患者に対する看護者の働きかけの反省などをして終了する。評価表は安達[5]らのものを改善したもので表1に示す。情緒的

図4　A処方の文例－西岡による

① 退院に向かっての治療的流れの第二段階にあることを職員は勿論のこと、患者自身にレクリェーション活動の折りに触れ、この点を充分認識させ、更に次のステップに進む努力をすること。
② 第一段階のグループよりは比較的病状は安定し、集団の仲間的活動がより可能となっている反面、なお異常体験の出没による思わぬ衝動的な異常言動や自閉の殻に閉じこもりがちとなり、特に協調性、情緒的反応に問題のあるケースが多いことを念頭にいれておく必要がある。
③ ＲＴ活動を通して、集団適応面、特に協調性など協力活動、他者との触れ合いでの自然な情緒の動きの改善を期待したい。従ってチームによるＲＴ、協力的ＲＴ、グループ仲間間での情緒的ゆさぶりを考慮したＲＴが好ましい。
④ 更に、このグループの作業は肉体労働ではない。次のステップに進むと、即体力を必要とする職場ＯＴであることから体力面にも活動上配慮し、体力増進もかねた、動かすＲＴも取り入れることが望ましい。
⑤ 男性のみのグループであるため、異性との交流の場、環境を通しての情緒反応の改善の可能性や意欲面に対するマイナスの影響も否定できない。看護婦は職員として治療者であると共に女性である特権を有効に活用し、情緒面での好影響も考える必要もある。又、病棟洗濯グループなどの女性のみのグループとの一部合同のＲＴを考えてもよい。

帯封グループに出されたＡ処方の実例である。グループ全体の現状をふまえて年度はじめに医師より、看護婦に出される。

図5　個人処方の文例－西岡による

1　病状の概略・ＯＴ目標
院内職場グループである洗濯場で努力していたが、①時に作為体験、被害妄想あり。②欠陥状態による自分中心の考えが強く、相手の言うことを聞かない。③その為、集団適応面で問題が多い。④最近異常な精神昂揚がみられ、飛びはねたり、走り回ったり、口論したり病棟生活上でも問題多く、開放病棟から治療病棟へ移った。
上記症状改善のため、再度病院ＯＴ第一段階から始める。
2　注意事項・指示事項
①異常体験が疑われるときは、具体的に記録のこと。②協調性なく、トラブルを生じやすい。③できるだけステップを上がるよう、励まし働きかけるよう。④グループ活動上支障になるような異常な言動があるかもしれない。自尊心を傷つけないよう上手に働きかけ、仲間に引き入れるよう。

ガーゼグループに移行する一患者へ出された個人処方の例。
精神症状がやや増悪した症例である。

表1

グループＲＴ（　　）個人行動評定表

氏名	殿　　才

市立士別総合病院精神々経科

昭和　　年　　月分

グループＲＴ経過

	自　年　月　日 至　年　月　日		自　年　月　日 至　年　月　日
	自　年　月　日 至　年　月　日		自　年　月　日 至　年　月　日
	自　年　月　日 至　年　月　日		自　年　月　日 至　年　月　日

		第1週					第2週					第3週					第4週					第5週				
	活動性(情緒)度数	2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5	
	職員の働きかけに対し																									
	意欲																									
活動性(情緒)	活動性(楽しみの表現)																									
	機敏さ(表情の動き)																									
	集団適応度数	D	C	B	A		D	C	B	A		D	C	B	A		D	C	B	A		D	C	B	A	
集団適応性	積極性																									
	協調性																									
	コミュニケーション																									
	総合評価																									

・活動性機敏さ→競技・ＦＤなど
・（楽しみの表現）（表情の動き）→美術・音楽など

1回目活動（青）	・	・	・	・	・
2回目活動（赤）	・	・	・	・	・
3回目活動（みどり）	・	・	・	・	・
4回目活動（　　）	・	・	・	・	・

備考

ＲＴ個人行動評定観察記録簿（２号用紙）

RTと活動的RTの両方で使えるようになっている。また記録には担当者によって記録される全体記録と，参加した看護者によって書かれる個人記録とがあり，個人処方の3号紙に記録される。

b）グループ反省会と症例会議

グループ反省会は月1度，担当看護者，医師，OTRが入り，1ヶ月間のRT活動を基にして患者と共にディスカッションをする場である。患者自身がどの程度社会復帰を目指して努力したか，良かった点や悪かった点を語り合う。できるだけ気軽に話せるような雰囲気作りに配慮し，ささやかではあるがお菓子やジュースをだしたり，グループによってはラーメンやジンギスカンを出したりする。病棟生活でのこと，活動時に感じたこと，時間を経てはじめて話せるようになったことなどを楽しい雰囲気の中で話合い，次の月にどのようにRT活動を行うか意見を集約する。職場グループの反省会も毎月行われるが，そのうち年に1回は近くのキャンプ場を利用して治療キャンプの形で行われる。キャンプの計画から実施などを看護者と共に行い，炊事の準備やレクリェーションなどを含めた総合的な経験をする。こうした各グループの反省会はそれ自体が非常によい治療効果を有している。

症例会議は，担当看護者，OTR，必要に応じて医師も参加し，グループの中の患者一人一人の現状，変化の有無，その時々の対応について検討し，今後の方針を考えると同時に，グループ全体の活動についても検討される。医師からの要望や反省会での患者の意見も重視され，次の月の活動に生かされるようにしていく。新しい看護者に社会適応療法を理解してもらうための良い機会でもある。

c）全体レクリェーション

病棟全体として行うレクリェーションであるが，単に精神科のみでなく病院全体の協力が必要で，運営には気配りが大切である。実施されてるプログラムは花見，運動会，盆踊り，演芸会，炊事遠足，雪中運動会などである。これは以前は年中行事として看護者が計画・準備・運営をし，入院生活に潤いをもたせるという慰安的な要素が強かったが，より積極的に治療として活用するために，患者の意見を反映させ，グループ別に活動ができるようにしていった。

例えば盆踊りでは，各グループごとに話合い，仮装の計画，準備をグループRTの活動時間を利用しながら進めていく。準備をする人，仮装して踊る人，いろいろなアイディアを考える人など，各自の能力にあわせて役割を担っていくのである。もちろん担当看護者も一緒に参加するので，活動過程に治療的配慮がなされることになる。このような活動体制を，従来の年中行事という名称から，「全体レクリェーション療法」という名称に変更して位置付けした。実際には各グループの中で話合いを持ち，意見をだしてもらい，全体レクリェーション係がそれらを集約して，各行事の計画・運営にいかしていく。こうして演芸会，味覚祭，盆踊りなどの全体レクリェーションの場は各グループの発表の場となり，グループ間の競いあいが効果的にいかせていくことになった。

3）症例

次にこのようなRT活動により症状の改善が見られた症例をあげる。

第1例，男性

高校時代に発病し，慢性期に入った精神分裂病の患者。自閉的で暇があればベッドに横臥する状態が続き，ガーゼグループ，帯封グループをいったりきたりしていた。ある時RT活動で他の病院と野球の試合があり，彼はひかえとしてベンチにはいっていた。彼はいつもは消極的で，練習でも道具を片付けたり，球ひろいをしたりするだけで，選手になろうとする意志を全くみせなかった。この時もはじめはいつものように参加に消極的であったが，勝っている試合

が逆転されそうになったとき，突如「これでは駄目だから，僕をだして下さい。」と申し出たのである。結果的には彼の活躍する場面はなかったが，勝利へ向けた彼の意欲は，他の患者や観客に大きく影響した。このような彼の一面を見たスタッフは，働きかけの仕方を検討しなおし，①本人に自信を持たせるように，②他患にも彼の実力が認められるように，活動時の役割に配慮がしなおされ，1年後には，予想もしなかった職場OTに進めるほどになった。

第2例，男性

就職してまもなく発病し，現在慢性期に入った精神分裂病の患者。自分のプライドを大事にしているらしく，活動にはほとんど参加せず，一人でできる「文集ひぶな」の筆耕だけをしていた。そのうち全体レクリェーションの一つである盆踊りに，職場グループと一緒になって参加することになった。彼はこのような全体レクリェーションが大嫌いで，それまで一度も参加したことが無かったが，次第にグループの中に入りだし，仮装の制作に協力するようになっていった。ある年，彼のアイディアが採用されることがあり，自ら制作の中心になって頑張りだし，踊りの当日になると仮装して自ら盆踊りに参加したのである。このことが契機になり，行動に柔らかみが出てきて，他患との会話や外出などの行動を共にすることができるようになり，社会復帰を具体的に考えることができるようになった。

3．生活療法部門

この部門には，患者が退院したのち，日常生活をしてゆく上に必要でかつ好ましいと考えられる行為を身につけてもらおうとする生活習慣療法，実際に社会の中で生活をする場合に，地域社会との関わりで必要となる行為を個々人にあわせて指導をしていく社会療法の二つがある。

1）生活習慣療法

入院中は，閉鎖された環境の中で生活は不自由である。特に精神分裂病では日常生活が不規則になって，次第に不潔で無為・自閉的な荒廃した生活になっていくことが多い。長期療養になる人も多く，家族とは疎遠になりがちで，社会へ帰ろうとする意欲もうすれ，病院生活に甘んじてしまう患者も多く，いわゆるホスピタリゼーションの問題も起こってくる。また入院中は種々の制約のため社会との接触が少なくなり，社会の動きにうとくなりがちで，集団行動や社会人としての適応力もしだいに失われてくる。このように社会適応を失った患者に対して，病院内に治療的環境を作り，好ましい人間関係を育て，社会適応を助ける生活習慣を身につけさせようとする活動が生活習慣療法である。

以前行われていた生活指導では，このような基本的な行動の低下に対して，まず動かすことやしつけ的働きかけが主となっていた。しかし，行動改善にばかり目が奪われて，日常生活上必要な生活行動を，一律にしかも一方的に決め，押しつけることになり，病者の生活を外面的にチエックし，管理していくもので，患者の自主性が失われるという批判があった。このような方法は社会適応に向けた治療活動とはいえず，せいぜい病院内の生活に適応しているという域をでないことになる。しかし，日常生活の中にこうした生活習慣を自然な形で取り入れていくことは，必ずしも容易なことではない。こうした中から7年間かけて模索し，出来上がったのが「病棟生活十ヶ条」を利用した生活習慣療法である。

a）病棟生活十ヶ条とその特徴

病棟生活十ヶ条は表2に示すように，日常生活における身の廻りに関する項目（二，四，五，六，七，八，九）を中心にし，他患や看護者との触れ合いを通して，日常生活の改善がなされるように考案されている。こうした方向がはっきりみられるのは一，三，十の人間関係に関す

表2

生活習慣療法　病棟生活十ヶ条

一、起床・就床
イ、朝六時三十分起床時間です。おたがいに起こしあいましょう。
ロ、夜九時　就床時間です。おたがいに寝るよう声をかけあいましょう。
ハ、夕方七時　布団を敷き就床準備をしましょう。

二、寝具整理整頓
イ、寝具及びネマキはきちんとたたみ整理整頓しましょう。
ロ、ベットの下、及び周りには、不必要なものは置かないようにしましょう。

三、挨　拶
イ、患者さん同志、職員とは進んで〝おはよう、こんにちは、こんばんは、おやすみ〟等の挨拶を交わしましょう。

四、掃　除
イ、当番の人は、決められた時間内に責任を持って掃除をしましょう。
ロ、当番に関係なくても病棟内が汚れている時、積極的に掃除するよう心がけましょう。

五、洗　濯
イ、下着、その他小さなものは自分で洗濯するよう心がけましょう。
ロ、その他のものは進んで洗濯に提出しましょう。

六、床　頭　台
イ、床頭台の中は時々拭き、常に整理整頓し、不必要なもの入れないようにしましょう。
ロ、オヤツなど腐敗しやすいものを、長い間入れないようにしましょう。

七、衣類の整理及び管理
イ、普段着るものは床頭台にきちんとたたんで入れましょう。
ロ、その他の衣類は整理し、ロッカーに入れましょう。

八、清　潔
イ、入　浴……入浴日には必ず入浴し、洗髪、衣類の交換もしましょう。
ロ、着替え……入浴日以外でも衣類の汚れた際は、着替えをするよう心がけましょう。
ハ、爪切り……手足の爪は常に短く切っておきましょう。
ニ、洗　面……起床後は洗面、歯みがきをし、清潔につとめ洗面道具は足りないもののないようにそろえておきましょう。またタオルはきれいなものを使いましょう。

九、身だしなみ
イ、整髪・ひげそり
男性……毎朝ひげをそり、髪もきちんと整えましょう。
女性……髪はクシをいれて整えましょう。また長い髪はまとめるなりして、感じのよい髪型にしましょう。うす化粧をして常に美しくしましょう。
ロ、服装……常に感じのよい服装をし、またアイロンがけの必要な衣類は自分でかけるか、洗濯ＯＴへ提出しましょう。

十、対人関係
イ、患者さん同志いつも仲良く励ましあい、トラブルのないよう楽しく過ごすよう心がけましょう。
ロ、他人の衣類や食物等には手をつけないようにしましょう。
ハ、病棟内での活動には積極的に参加するよう心がけましょう。

る項目である。病棟生活十ヶ条による生活習慣療法の特徴は次の２点に集約される。

第１は患者同志の和やかな触れ合いの中で，自然な形で，しかも自分の努力によって対人関係を考え，社会適応に必要な生活習慣が身につくようにすることを重視していることである。生活上，何らかの問題点があっても，看護者がすぐ注意をするのではなく，同室の患者を交えながら話し合いをし，他患がどのように感じているか，自分がどのように考えているのかを他患に話しながら，どうしたらよいかを一緒に考えていくようにする。特に対人関係に関する項目を入れたのは，分裂病に特有の対人接触の不器用さについて，入院中から意識して考えてもらうためで，生活の中で他人とのかかわり方を意識してもらい，トラブルを起こさない人間関係のあり方を考えてもらうのである。

第２は入院前の習慣や日常生活に対する患者の意見を尊重するということである。患者は環境によって，一人一人異なった生活習慣を身につけている。従って看護者の価値観にもとづく画一的な判断で指導することはなるべくさけるようにする。この療法では患者に充分理解してもらうことが大切なので，患者の意見を充分に聞きながら話合いをし，患者が納得し，改善に向けて努力する意志をもってもらうようにすることが重要である。

例えば，夏でもシャツを１週間もとりかえないでいる患者がいる場合，一般的な考え方をもとに，２～３日で洗濯をするようにすぐ注意するのではなく，その患者がどうして１週間もの間シャツを着ているかについて話しあうことが

まず必要となる。たとえばその患者は飯場生活が長く，シャツは１～２週間に１度洗えばいいほうで，それも汚れてひどい状態にならないと取替えないといった習慣が身についてしまえば，病院生活で１週間着たぐらいではそんなに汚れた気がせず，２週間ぐらい着ていてもあたりまえということになる。むしろ病院だからということで，１週間で取替えるようにしていることはこの患者にとっては積極的な意味を持つと考えた方がいいことになる。

b）病棟生活十ヶ条の評価

この病棟生活十ヶ条によって１ヶ月の生活行動を評価することになるわけであるが，１ヶ月間の病棟での行動を担当者だけが評価できるほどに十分見るということは現実には出来ない。たとえば身だしなみや対人関係などの項目はOT・RTとも関係がある。従って担当者のみた範囲内だけで評価することは無理と言わなければならない。

また上記の例のように，患者が日常生活についてどのように考えているか，１ヶ月の間，どのように努力してきたかを理解していくことも重要で，評価をする前に，患者と十分話しあって，互いに理解を深めあうようにしている。例えば挨拶の際には声をかけることが一般的には望ましいが，「自分は，声を出す必要がない」という考えをある患者がかたくなに持っている場合，それが一般社会にも通用すると思っている場合と，社会的には通用しなくても，今はこの考え方で行動するという場合とでは，意味が異なってくる。このような例でもわかる通り，ある考え方を「良い」「悪い」という通りいっぺんの判断でかたずけるのではなく，お互いに理解しあうという方向で進めていくことが重要である。

以上のように自分で考え，納得をしてから行動に移すように指導し，１ヶ月毎に評価する。その結果，悪かった項目から，次の月に改善をしようとする点を担当者と話合って決め，次の１ヶ月の目標として床頭台に貼り，忘れないように努力していくことになる。患者と看護者の話合いは，まず評価前に１回行われ，その評価結果をもとに医師と話合い，治療的配慮がなされてから，患者と再び話合いがなされる。この話合いは多くは個人的に行われるが，数人を対象に行われることもある。このように看護者と患者が共通の方向を認識しあい，努力していくことが大切となる。

２）社会療法

個人的な生活習慣だけでなく，日常生活の中で社会性を身につけてゆくことは，社会復帰していく上できわめて重要である。例えばお金の計算，買物，電話の掛け方，交通機関や公的機関の利用など，いろいろな問題を克服していく必要がある。それらの問題に対処していこうとするのが社会療法で，自由外出，グループ外出，指導外出，院内買物，特殊教育の五つに分けられている。

a）自由外出とグループ外出

患者が一人で外出して，映画を見たり，散歩をしたり，知人を訪問したりして，自分の時間を自由に使うことで社会性を身につけさせようとするのが自由外出である。ここでは一人の人間として，責任持った行動が要求される。入院期間の長かった患者にとっては非常に勇気のいることである。看護者は患者を励まし，自信を持つように援助していくことになる。

一人で外出することに不安がある場合には，患者同志がグループを作り，行動予定や必要な金額などを自分たちで計画し，外出票をだして外出する。これをグループ外出という。食事，買物，映画鑑賞，公園の散歩など，グループで作られた計画に添って行動する。時には外出後に計画を変更することもできる。大きく変わる場合には電話で連絡してきて了解をとり，小さなことは帰ってから報告する。

いずれの場合も，看護者は聞かれたらアドバ

イスをし，帰ってきたときには感想を聞いて，今後の外出に対する指導をする。長期入院の患者にとっては外出は億劫でなかなか出ようとしない。従って看護者の働きかけが必要で，グループ反省会や活動の時に働きかけ，リーダーシップをとれる患者からも誘ってもらうようにする。

b）指導外出と院内買物

患者のみで外出させ，買物を実施させるにはまだ不安が残っている場合には，看護者が一緒に外出して買物の指導をする。これを指導外出とよぶ。商店も昔と変ってスーパー形式になっていたりして，経験のない患者には慣れるまでに長い時間を要する場合がある。背広，着物，コートなど高価な買物の場合にも患者の希望によって一緒に買物をすることがある。

通帳を利用して，病院内にある売店で買物をするのが院内買物である。看護者がついて指導をすることがあるが，患者との応対を店員にまかせ，二人の会話を見守り，患者がどのようにして品物を選択するか，店員との会話がどうか，店員からのアドバイスをどのように受け止めるかなどをみてゆくことである。患者にとっては社会への一歩として効果がある。

c）特殊教育

買物や外出以前の問題として，交通機関の利用のしかた，お金の計算，電話の使い方など心配な問題が沢山ある。これらの問題にたいして，個人的またはグループで指導して外出できるようにしていかなければならない。また社会復帰をする患者のなかには，自由外出は出来ても料理やガスコンロ，掃除機，洗濯機などの使い方を知らない人達がいる。このような患者に対して個人的に指導し，社会復帰へ向けた総合的な調節を行っているのが特殊教育である。

以上が生活療法部門であるが，これらの活動はRTのB処方のような計画書を作り，医師やOTRの助言を得て実施し，記録・評価がなされる。患者自身が意欲的，積極的に行動するように働きかけていくためにもOT，RTなどとの連携を密にしながら，進めて行くことが必要である。

4．その他の諸活動

これまで社会適応に向けた治療活動として，医師，看護者，OTRなどの治療チームの活動を述べてきたが，この他にも社会適応にむけた活動がいくつかある。

1）患者の自治活動：「友の会」

「友の会」は患者の自主的な活動で活発に行われている。

中心となっているのはサークル活動である。これは患者同志が集まって，自分たちで計画・運営していくグループで，職員は顧問として参加し時々相談に応じる。「コーラス」，「麻雀」，「華道」，「卓球」，「料理」，「フォークダンス」などがある。

このサークルの活動は患者の自由時間である平日の午後5時以後，土曜の午後，日曜日や祭日といった職員の休みの日に行われている。「料理」以外は，看護者が入らず患者だけで行われる。仲間意識が育ち，お互いに励まし助け合いながら楽しい時間を過ごすことになる。年に一回は「サークル週間」を計画し，サークル以外の患者に活動を見せて勧誘する。また部員の退院が決まると，サークルの仲間がお小遣いをだしあって茶話会を催して，寄せ書きや歌などで退院者を励まし，よいムードが生まれている。

サークル活動以外には，友の会の総会や役員会と月に1回の誕生会もある。これも患者の自主的運営に任されているが，看護者が一人は顧問として出席するようにしている。役員の選出などで，苦しむ時もあるが，全体としては非常に楽しく，活き活き活動していて，大きな自信につながっている。

2）病棟祭

社会適応療法が実績をあげていくためには，なににもまして地域社会の理解と協力が必要である。そこで社会適応に向けた一連の治療活動を理解してもらうことに加え，精神医療の啓蒙・普及活動の一環として，「病棟祭」という行事を行ってきた。

病棟祭の特色は，年に一日全病棟を一般市民に解放し，社会適応療法の各部門の治療活動を写真展として発表し，どのような治療活動が行われているか，そのためには市民の協力がいかに必要かを啓蒙することである。さらに患者による演芸会，喫茶店，軽食堂などの開設などによって，精神病棟をより身じかなものとしてもらい，市民の理解を高め，精神障害者に対する偏見の打破に努めてきた。こうした努力の結果，精神病の早期発見，退院後の職場開拓に成果が見られている。

5．考　　察

社会適応療法は前報でのべたごとく病棟および病院全体が協力し，地域社会を治療の場として活用して行われるところに特徴と意義がある。病棟全体が治療的雰囲気を大切にし，看護者一人一人が，患者との日常的な接触を通して，社会適応療法の方針にそって働きかけが行われる。対象は精神分裂病が中心で，しかも長い入院生活をしている慢性患者が多いが，「治療行為」として一方的に押しつけるのではなく，入院生活を通じて社会に出て活動するような方向でなければならない。前報ではこの社会適応療法の体制と作業療法について報告したが，今回報告したレクリェーション療法と生活療法部門もまた上述のような基本的な考えの上にたって行われていることはいうまでもない。

1）精神科医療におけるレクリェーション

レクリェーションには，もともと単なる「遊び」や「娯楽」と違ったより能動的な意味があり，心身の健康がその最終目的である。しかし，山崎[6]が「"あそび"とか"たのしみ"という一般的な要素を前提に，精神医療では同時にその場面を通して人間関係や心理状態の改善を期待する"治療"としての背景が求められる。したがって"レクリェーション療法"という表現についても，どこまであそびでどこまでが治療か，無理に分けること自体が問題であり……」と言うように，精神科におけるレクリェーションは治療的側面がその本質ではあるが，実際には遊びや娯楽も含んでおり，むしろ楽しみを失わないようにしながら患者の自発性や協調性を養い，生活範囲を拡げ，社会性を身につけていくことに重点がある。もちろん患者がレクリェーション活動を通して，ある種目が上手になったり，楽しんでさえいれば良いということではない。しかし，たとえ一定の時間内に，看護者が設定したプログラム通りに行うレクリェーションであっても，そこにはやはり参加した患者が，明るく楽しい雰囲気をあじわうことのできるようにしなければならない。レクリェーションという解放的な雰囲気が心身の緊張をとき，自己表現や活動性の向上を引き出すことが大切だからである。さらに田中[7]が「私達がレクリェーション療法を行うことは，つまりはレクリェーション療法の対象者が余暇を主体的に活用できるようになってもらうことではないか。」と言うように，社会復帰した患者が入院中おぼえたレクリェーションを利用して，職場や家庭でのストレスを発散させることができるようになって欲しいというのも我々の願いである。

2）レクリェーションの治療効果

レクリェーションの治療効果としては，次の3点が考えられる。

①　活動性の増大

分裂病者は慢性期に入ると無為・自閉的になり，自分の殻に閉じ込ってしまう場合が多いが，このような患者でも積極的に色々と働きかける

ことによって改善が見られる。田村[8]が言うように，自発的にレクリェーションに出てくるのを待つのではなく，出てくるよう，あるいは出てこれるように誘導し，最初は患者が選択したり判断したりしなければならないような場を少なくして，目的にものをもって走る，ボールを目標にむかって蹴るなどといった一人で単純にできる活動が良く，徐々に慣れてきて，自発性が出てきた時に，より行動的なものへ誘導していくことが効果的である。このように少しずつ行動範囲を拡げていったり，選択，判断の多い種目を活用していくなど，内容を患者の変化にあわせていく必要がある。たとえなれてきた時期であっても誘導するときには強制的にならないように注意しなければならない。自発性が出てくるまで，患者との人間関係を大切にして，根気よく働きかけることが重要である。

② コミュニケーションの増大

レクリェーションは非言語的な表現の場であり，コミュニケーションをはかる場でもある。P.ホーン[9]は「レクリェーションには，治療の効果を高めるという重要性がひそんでいる。レクリェーションそのものには治療作用はないが，よりよい治療環境を作るということだ。つまり，レクリェーション・サービスは，患者の自信や楽観的な気持ちを活性させ，病気や障害の不快感を受け入れる能力を開発する。そしてその作用によって患者の望ましい精神状態をつくっている」と述べている。レクリェーション療法は広い意味の精神療法に入ると言われており，レクリェーションを手段として患者の精神面を理解したり，患者の自己表現の場として活用することができる。絵画，陶芸，音楽，舞踊などは患者の心理が直接作品や行動に反映されることがあり，そこに表現されたものを通して，より深い対人関係を発展させたり，自分を見つめることができたりして，患者の精神的成長に効果的である。

③ 人間関係の学習

レクリェーション療法ではグループ内の集団力動を体験することにより，対人接触の持ち方を自分なりに修得し，社会に向けて自信を深めることができるという側面がある。分裂病の患者では対人接触に問題を持っている人が多い。従ってレクリェーションのプログラムでは人間関係の改善を期待するよう考える必要がある。台[10]は，指導員と患者と種目との関係から，小林[11]は，人間関係の複雑さの程度から分類してレクリェーションにおける対人関係のあり方を提示している。また浜田[10]は陳旧性分裂病を対象とした遊びの経験から，ボーリングやピンポンなどより鬼ごっこやかくれんぼといった，より複雑な人間関係で構成されている遊びの方が難しいと指摘している。人間関係の改善を目標にレクリェーション活動を行っていくためには，患者個々人を充分に理解していなければならない。またレクリェーション自体のもつ機能の他に，グループ制でRTを行っていくためには対人関係を考慮した計画を立てていかなければならないが，こうした中からリーダーシップ，チームの組みかたなどを利用して，患者に自分の好きなタイプ，嫌いなタイプとの接し方を考えていけるように指導することができる。

3）レクリェーション療法，生活療法の要点

レクリェーション療法の効果を充分に発揮していくためには，一つにはレクリェーションそのものの活動分析がなされなければならない。活動種目の持つ特徴を，疲労度，集中度，人間関係がどの程度要求されるか，巧緻性や参加者の興味などと関連して把握しておく必要がある。第2は看護者が患者と信頼関係を持つことである。患者に対して理解的態度，即ち裏表のない真実性をもち，たとえ無関心や拒否的態度をとる患者であっても，信頼し受容的な接し方をとることが大切である。さらに患者によっては，小林[12]の言うように支持的対応と抑制的な

対応で対処していくことが必要な場合もある。支持的対応とは患者の欲求をかなえてやったり，精神的な安定を維持するように配慮して，自発性や意欲の向上をはかることであり，抑制的対応とは他患と協調し，調和のとれた接し方ができ，自己の衝動，感情や行動を抑制することを自然な形で身につけることが出きるようにレクリェーション活動に活かしていくことである。

分裂病患者の特徴の一つに生活上の対応のぎこちなさがある。小坂[13]が「分裂病の患者さんは，生活技術の拙劣さがあるから，生活上の新場面，事件，あるいは生活の拡大，そういう場面でつまずき，動揺し，混乱し，破綻し，その結果症状を再発させていく……」と述べているように，慣れた状況から新しい状況への変化にたいし消極的であったり，不安をいだき挫折しやすいので，特にこうしたことに対して具体的な指導が必要になってくる。どのような状態の時に，どのような動揺や混乱をきたすのかを患者ごとに見極めていかなければならない。また指導していく際には，明確に，具体的に，タイミングよく，反復して繰り返していくことが必要と言われているが，看護者と患者が問題点を確認しあって，具体的な行動を組み立て，要領を覚えるまで指導していくことが必要と思われる。台[14]は分裂病者の問題点を「生活のしずらさ」として，生活の仕方の問題，対人関係の問題，職場での要領の悪さなど，生活全体の問題としてあげている。このように生活のあり方を考えていくためには，病院内の生活だけでなく家族や環境を含めて総合的に考えてゆくことが必要である。この点は精神科ソーシャル・ワーカー（PSW）が，看護者と連携を取りながら指導していき，退院後には外来治療の範囲で生活臨床へとつなげていっている。

6．おわりに

市立士別総合病院精神科において行われた社会適応療法について，前報につづいてレクリェーション療法，生活療法を中心に報告した。本療法では障害者の社会復帰に向けて病棟全体の環境を治療的にし，グループ活動を中心にしながらも，患者個人への働きかけを基本とし，社会適応にむけて全ての活動が組織されている。しかし，社会情勢の変化によって患者の処遇も随時変わって行かざるを得ず，特に職場OTに関しては一病院だけではどうすることもできないものがある。社会の実情にあわせて看護者が工夫して行くときに直面する種々の困難を考えるとき，精神障害者に対する政策の貧困を痛感する。新しく精神保健法が成立し，精神障害者への福祉的な対策が加えられたといわれているが，障害者やその家族に対して十分な安心を与えるというものではなく，今後，この新法を中心として精神障害者対策が大いに発展して行くことを期待したい。

謝　辞

前報にひきつづき本論文を御校閲下さいました元市立士別総合病院精神科医長西岡信博先生（現千歳病院院長）に感謝いたします。また多くの困難にたいして共に努力された多くの同僚スタッフの方々に深謝申し上げます。

文　献

1）深沢孝克：社会適応療法の考え方と実践，その1－治療体制及び作業療法について，北海道大学医療技術短期大学部紀要，第1号，13－25，1988
2）浦野シマ：大正時代，日本精神科看護史，牧野出版，81－112，1982
3）岡庭武：レクリェーション療法，江副勉編，精神科看護の研究，医学書院，190－203，1959
4）小林八郎：生活療法，江副勉他編，精神科看護の研究，医学書院，174－190，1959
5）安達克己：精神分裂病の作業療法（広義）場面における行動評定表の一試案，精神衛生センター年報第2号，北海道精神衛生センター，76－78，1970

6）山崎達二：生活療法，現代精神医学体系，10 A 2，中山書店，東京，129－154，1980
7）田中怜子：レクリェーション療法，山口隆他編，やさしい集団精神療法入門，星和書店，234－252，1987
8）田村岳夫：慢性分裂病のレクリェーション療法に関する一考察－男子患者のプレイセラピーについて－，病院精神医学，第13集，病院精神医学懇話会，41－50，1966
9）G. S オモロウ著，今井毅訳：セラピューティック・レクリェーション，セラピューティック・レクリェーション入門，不味堂出版，96－118，1981
10）蜂谷英彦：レクリェーション療法，小林八郎他編，精神科作業療法，医学書院，153－172，1970
11）小林八郎，小林清男：レクリェーション療法，病院精神医学，6，213－230，1963
12）小林八郎：レクリェーション療法と体育理論（上，下），看護技術，13，5（96－108），6（138－145），1967
13）小坂英世：実生活指導，岡田靖雄，小坂英雄著，市民の精神衛生，勁草書房，175－236，1970
14）台弘：生活療法の復権，精神医学，Vo 1．26，No. 8，803－814，1984
15）佐々木勇之進：精神病院への「世間の関心」と現実とのくいちがい，暮らしのせいしんえいせい，福間病院，39号，1971
16）中垣美代子：生活習慣療法における病棟生活十ヶ条の歩み－その治療的効果の検討－，ひまわり，49号，1975
17）西岡信博：地域医療と社会適応療法，ひまわり，41－42号，1974
18）西岡信博：患者を持つ家族の悩み・家族の治療参加，ひまわり，69号，1977
19）西岡信博：社会復帰の事例を通して考える，ひまわり，100－102号，1980
20）西岡信博：自立への援助，看護研究，日本精神科看護技術協会，25，87－116，1982
21）日本レクリェーション協会：レクリェーションの原理，レクリェーションの指導の理論，日本レクリェーション協会，1982
22）深沢孝克：閉鎖病棟における自由外出の試み，看護研究，日本精神科看護技術協会，7，217－222，1964
23）蜂谷英彦：精神分裂病の治療と社会復帰，金剛出版，1977