

<研究資料>

アメリカの精神病棟における
セラピューティック・レクリエーションの実情について
～ Roanoke Memorial Hospital における事例 ～

芳 賀 健 治*

The Actual Situation of Therapeutic Recreation
at Mental Disease Rehabilitation Facilities in U.S.A.

- The Case of Roanoke Memorial Hospital -

Kenji HAGA

Abstract

I had a chance to stay in order to study about Therapeutic Recreation as a visiting scholar for a year at the Department of Recreation and Leisure Services, Radford University, Virginia. And I had a chance to attend a internship program at The Therapeutic Recreation Services in Roanoke Memorial Hospital for a month, 1993. This is a concrete report about the actual situation there.

The purpose of this case study is introducing of the actual situation at mental disease rehabilitation facilities in U.S.A.. Here in Japan, The field of Therapeutic Recreation has been attracting a great deal of attention for the last decade very rapidly from the viewpoint of Quality of Life.

I intend that this report would be useful for the people who work at medical clinical settings and social welfare settings. So I made up this report as concrete as possible I can. I report a meaning of Therapeutic Recreation at mental disease facilities, the role of Therapeutic Recreation Specialists and medical team, several real cases of Therapeutic Recreation Program there, and their Therapeutic Recreation Process.

Finally I point out the possibility of diffusing of this field in Japan.

* 東京家政学院大学

(Tokyo Kasei Gakuin University)

受 理 : 1995年 8月26日

序)

筆者は、1993年度、アメリカ、ヴァージニア州 Radford University, Department of Recreation and Leisure Services に Visiting Scholar として1年間にわたり、セラピューティック・レクリエーション(以下TRと省略する)について学ぶ機会を得た。アメリカの実情に触れるため、Dr.Gerald S O'Morrow の計らいで、研修生としてヴァージニア州ロアノーク市にある Roanoke Memorial Hospital 精神病棟内 Therapeutic Recreation Service で研修する機会を得た。他に3か所研修する機会を得たが、その概要については別に報告を作成した。³¹ 筆者の研修期間は、1993年11月16日より12月15日までの間、合計9日間であった。セラピューティック・レクリエーション専門家(以下TRSと省略する)2名(女性)のもとで、様々なプログラムに参加し、時には指導も行った。患者のカルテについての研究、カルテの省略記号の把握、精神病についての基礎知識など、かなりの準備が必要であったため、1週間に2日の実地研修となった。

セラピューティック・レクリエーションという用語は日本ではあまり聞き慣れない言葉である。医療の現場、特にリハビリテーションセンター(以下リハビリテーションをリハビリと省略する)における作業療法、理学療法の現場で、また、社会福祉の領域では肢体不自由児や精神遅滞児(者)、障害を持つ高齢者(痴呆症患者・寝たきり老人など)を対象とした施設や組織等において、楽しさを伴ったレクリエーションプログラムの必要性が急速に叫ばれるようになって以来、注目されるようになった傾城である。³² 字義どおりに翻訳すれば「療法的レクリエーション」と訳すことができる。しかしながら、日本では、財団法人・日本レクリエーション協会が主体となって「福祉レクリエーション」という用語を用い、TRに重なる領域を開発している。この「福祉レクリエーション」を専門家資格として「福祉レクリエーション・ワーカー」制度が1995年度春から開始された。³³ この事例に見られるように、日本では、TRの社会福祉的側面とリハビリの側面がやや遊離している感があるように思われる。

リハビリ的側面においては、日本ではここ1~2年「療法的レクリエーション」という用語が少しずつではあるが定着しつつある。

アメリカの場合、この傾城はTRSの専門領域として確立されている。日本では看養婦(士)や作業療法士、介護福祉士などがかけもちでレクリエーションプログラムを実践しているのが実情である。日本では、レクリエーションの専門家を配置している医療・福祉機関は極めてまれな状況である。

いずれにせよ、障害者や病気の療養のためにレクリエーションを取り入れようとする機運が非常に強く盛り上がって来ているのは事実である。特に、QOL(Quality of Life/生活の質の向上)の視点からレクリエーションが注目されて来ていることは、今後の高齢社会に対応する新たな方向性としてとらえて良いであろう。

本研究は、TRの先進国であるアメリカの精神病院の現状を紹介することを目的として作成したものである。日本の医療現場においては、精神病院におけるTRの需要は、今後最も大きな可能性を持っていると思われる。できる限り具体的にアメリカの精神病院におけるTRの実情を紹介することが、日本で今後医療や福祉の現場でTRを実践しようとする人々の要求に応えることになると考えた。

1) アメリカの精神病棟におけるTRの意義

さて、TRは、①治療段階、②レジャー教育の段階、③レクリエーション参加の3段階に、概念的には区分されている。³⁴ 主として医療機関が①治療段階、②レジャー教育の段階を、自治体のレクリエーション担当部局(Parks and Recreation Department等)が③レクリエーション参加の段階を担当している。実際にはこのような区別は概念的な区別であり、各医療機関、社会福祉機関において柔軟な対応がなされている。

さて、精神病院・病棟は社会が抱える様々な問題を端的に示している場所ともいえる。研修先での症例では、アルコール依存、コカイン依存、うつ病、精神分裂病などが主たる診断名であった。ヴァージニア州の場合、長期入院が主の病院・病棟と比較的短期(1~6週間)の病院・病棟に大きく区分されていた。筆者の研修先は後者のタイプであった。このタイプの医療機関では比較的回復が早く、患者の症状が改善されていく過程を比較的良く観察することができた。精神分裂病がかなりの比率を占める長期入院施設では、この

過程を観察することは困難であることが多い。筆者は、ヴァージニア州立の精神病の長期入院施設 (Marion, Virginia) も1度見学し、つぶさにTRの様子を見せてもらうことができた。ここでは改善の見通しの立たない患者が多く、かつ重症患者が多く、TRも Roanoke Memorial Hospital とはかなり異なったプログラムが組まれていた。

筆者の研修期間中の入院患者の診断名の比率としては、薬物・アルコール依存 (特にコカイン)、軽度・中度のうつ病患者が多く、精神分裂病はむしろ少数であった。日本の場合、精神病に対する偏見から、なかなか精神科を受診しつづけない傾向があるのに対し、アメリカの場合、比較的気軽に精神科を受診している。恐らく日本でならば入院対象とならないような depression (気分の落ち込み、うつ状態) の患者が、最も大きな比率を占めていた。これら depression の患者は1～3週間程度入院期間である。

また、TDO (Temporary Detention Order) といって、老人ホーム等で暴れたり、混乱した場合、一時的保護措置として精神病棟で預かるシステムによって入院してくる高齢の患者も多い。

30歳以下の若い年齢層の入院患者の場合、大半が薬物依存 (drug abuse) である。アメリカの青年層の場合、精神的な悩みを薬物によって逃れようとする傾向が近年特に目立っている。薬物依存 (特にコカイン) の場合、通常は刑務所に収容されるが、初犯でしかも精神的な悩みを根ざした薬物の乱用と認められる場合は、このような精神病棟に収容される場合もある。彼等の悩みの大半は、両親の不仲や虐待によるものであった。この他、夫婦喧嘩のために錯乱し銃を乱射して収容された女性患者、妊娠6か月でコカインを乱用して収容された患者、夫が自分をかまってくれないという理由で身体中をナイフでめった突きにして自殺を計った主婦など、精神病棟は病めるアメリカの現実を象徴している場所であった。

TRの一般的な役割として、NTRS (National Therapeutic Recreation Society) のパンフレットでは次のように整理している。^(注5)

- ・身体的能力を高める
- ・自信を高める
- ・生活面における自助能力を改善する
- ・生活をより豊かにする

- ・ストレス管理
- ・心の通った交流関係に必要な技能 (interpersonal skills) を高める
- ・不安を和らげる
- ・責任感を持たせる
- ・目標 (Goal) の設定 (最善を尽くして何かに挑戦する)
- ・積極的・効果的な方法で感情を表現させる。
- ・活動を通じて学ぶ (患者の努力とその達成に対して評価する)
- ・肯定的にさせる
- ・昔やっていた余暇活動をできる限り独立して継続するための新たな方法を習得する
- ・新しい興味を開発する。
- ・余暇を有効に利用する (肯定的、建設的な活動に参加すると同時に生きがいともなり得る。)

この様な役割を実現する上で、TRSは精神病棟では必要不可欠な存在となっている。作業療法士や心理療法士、看護婦、アートセラピストなどとの役割分担も明確である。筆者が後に研修した身体障害のリハビリ施設では、TRSと作業療法士との役割分担の不明確さが見られたが、ここではそのような事はなかった。この精神病棟の様々な職種のスタッフは、完全にTRの有効性を認識しているように思われた。担当医師とも話をする機会を得たが、「TRは精神病棟においては必要不可欠の存在である」と語っていた。

2) チームとしての支援体制

この精神病棟では、毎朝8:30から9:30まで1時間かけて、医師、当直看護婦、ソーシャルワーカー、TRS、アートセラピスト等が各入院患者ひとりひとりについて報告し、治療方針を決定する。最終的には医師が判断を下すが (order)、細かい点については各担当者に任されることが多く、医師がたびたび「I recommend ~」という表現をしていたのが印象的であった。ここでは、チームとして患者を援助する姿勢が見られた。これは、他の医療機関においてもまったく同様であった。他の医療機関でも、すべてこのような朝のスタッフミーティングが実施されている。中でも、ソーシャルワーカーからの情報は、TRSにとっては極めて貴重な情報源であるように思われた。TRSも、

昨日のプログラムで目立ったこと、たとえば「患者Aは散歩の途中背中痛みを訴えた」、「クラフトの時間の震えが止まらない」、「何も手に着かないほど落ち込んでいた」などといった極めて具体的な報告がなされていた。医師サイドにとってはこれらの具体的な情報は極めて貴重な資料となると語っていた。なぜなら、精神病は、同じ診断名であっても各患者それぞれにさまざまな症状のタイプがあるためである。

これらの各種のタイプはDSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition -Revised) という分厚い分類コードを示した本にまとめられている。^{#6)} 現在このバージョンIVが作成中であるとのことである。

この分類は、下記のような多軸診断を導入している。

- 第1軸 精神分裂病や感情障害などのいわゆる精神障害
- 第2軸 人格障害
- 第3軸 身体疾患
- 第4軸 社会心理的ストレスの強さの程度
- 第5軸 過去1年間の最高の適応状態^{#7)}

この診断法によれば、患者個人の症状だけでなく、身体疾患や周囲の環境も加味されているため、患者に対する処方とはひとつとして同じものはないと言っても過言ではない。

3) Roanoke Memorial Hospital のTR

部門の具体的な活動内容

次に、できるだけ具体的にこの精神病棟におけるTRの活動内容を紹介していきたい。

この病棟におけるTRの一般的な活動内容は、以下のように整理できる。

- 1対1の活動 (TR専門家と患者の1対1の活動)
具体的には、アセスメントに要する時間や入院初期の患者の混乱状態への対応などがこれに当たる。
- レジャー教育 (Leisure Education) (集団/個人)
- 病気克服のための技能習得講習 (Coping Skill)
呼吸法、軽い運動、ロールプレイングなど
- クラフト
- 社会復帰プログラム
- 運動
- Unstructured Recreation Participation (自由な余暇時間) -これにはTRSは関与しない。

• 高齢者社交グループ (Geriatric Group)

この精神病棟は嚴重な電磁式ロックで閉鎖病棟となっているが、患者によっては許可を得れば、カフェテリアへ食事しに行ったり、煙草を吸いに行くことができる。煙草は、ナースステーションで管理され、一日何本、1回につき2本までなど患者ごとに決められている。閉鎖病棟ではあるが、中での生活は比較的自由である。各患者ごとに、1日のスケジュールが決められているが、参加したくない場合にはそれも認められる。しかし、そのスケジュール以外することがないので、大部分の患者はTRやアートセラピー、心理療法 (ロールプレイング、バイオフィードバックなど) に参加する。

ここでのレジャー教育 (Leisure Education) は、治療という雰囲気ではなく、むしろ「成人学級」のような雰囲気である。TRSはその講師といった印象であった。

以下に紹介する事例は、いずれも筆者がその場に立ち会って実際に観察・聞き取りを行ったものである。

a) レジャー教育 (Leisure Education) の事例 1

参加者6名

患者Cは長年のアルコール常飲により、51才には見えないほど、老けて見える。60~65才くらいの風貌である。飲酒中に倒れ、足腰が立たなくなって入院。診断名は痴呆症 (Dementia)。アセスメントによれば彼の長年の趣味は釣り。自分でボートも持っている。

レジャー教育として、TRS (女性) は患者に対してレジャーカウンセリング的な手法で、患者の趣味である釣りとは今後の余暇生活の改善についてアドバイスしていた。釣りがこの患者にとっては症状の緩和に役立つこと、社会参加が促進されることなどを具体的に指導していた。

b) レジャー教育 (Leisure Education) の事例 2

参加者7名

比較的若い年齢層の場合のレジャー教育の事例として「余暇時間の配分」についての講習の様子を紹介したい。

まず、TRSが紙と鉛筆を患者に渡し、紙に二つの大きな円を描かせる。これを円グラフにして、「仕事」

「家族」、「遊び／スポーツ」、「友人と過ごす」、「休養／睡眠」、「その他」の6項目の配分比率を主観的に割り当てる。ひとつは、①現実の自分の1日の時間配分比、もうひとつは、②自分が理想とする1日の時間配分比である。この違いについて患者一人一人に意見を述べさせ、自分の問題点を発見させるのがねらいである。最後に、③退院後の自分自身の生活について具体的な目標 (Goal for yourself) を書かせて講習の終了となった。

c) 病気回復のための技術講習

(Coping Skill Class) の事例

参加者10名

比較的若い年齢層が対象である。このクラスでは、呼吸法の紹介や、精神病にいかに対処・共存していくかについて、参加者全員が意見を出し合いながら講習を進めていく。

TRSが質問事項を予め用意しておき、それに対して各患者一人一人が全員の前で質問に答えていく形式で進められた。質問事項としては、「一番幸せな時は何時ですか?」、「70歳になった時のことを想像してみてください」、「自分が今一番感謝したいものを3つ挙げて下さい」、「最高の妻とはどんなタイプですか?」といったものでありメンバー構成によって質問事項は適宜変更される。

このようなやり取りは、精神病患者が他人にあまり触れられたくない部分について、勇気を出して皆の前で話をするという目標のもとに実践されている。この病気克服技術の講習では、離婚、家族間の対立など病んだアメリカ社会の一面を見せつけられることが多かった。

d) 高齢者社交グループ (Geriatric Group) の事例

本施設の場合、痴呆症に関しては境界域の患者が多く、高齢者の場合、ここで進行が食い止められなければ、患者は特別養護老人ホームや長期療養施設 (州立／私立) へ移ることになっている。

このような立場にあるため、TRSの職務は、医師の診断および薬物療法中心の処方と並んで極めて重要な役割を担っている。特別養護老人ホームや長期療養施設のように大きな症状の改善が見られない施設と違い、劇的な変化を観察できることも多く、やりがいの

ある職務であるように思われた。筆者はこの高齢者グループに5回ほど同席したが、毎回内容が変えられていた。具体的な活動内容としていくつか紹介する。

① 見当識を改善・維持するための会話

「今日は何月何日ですか?」「何曜日ですか?」「ここはどこですか?」といった質問を患者に話しかける。ここでの患者の反応は、翌日のスタッフミーティングに報告される。

研修期間中、痴呆症になりかかった老婦人が入院してきた。彼女の場合、当初この会話・社交クラスではまったく自分から話をすることもなく、TRSに促されてやっと自分の名前を言うだけだった。ところが、2週間後、電気ショック療法の後、急激に症状が改善し、この会話・社交クラスでも積極的に話をするようになっていた。このケースでは、この会話・社交が、医師による処方と補完する大きな役割を担っていたことが分かる。

② 会話

その季節や当日のメンバーに応じて話題を出して、TRSが中心になって患者に話をさせる。日本における「回想法 (思い出めぐり)」とほぼ同じ内容である。

ここでは、ごく普通の会話がなされているが、それぞれの患者が痴呆症、精神分裂病などの障害を抱えており、ごく当たり前のことを当たり前のように運営することがTRSには要求される。これは簡単なようで非常に高度な技能を必要としている。なぜなら、一人一人の患者の病気の症状を正確に把握しながら質問を当てる相手を選んだり、自由に話をさせる機会を与えたり、あるいは途中で話題を切り替えたりするタイミングなどを決めていくからである。質問をして患者が答えることができないと、逆に自信を失って症状を悪化させてしまうケースもあり得るからである。

③ ことわざクイズ、謎など、クイズなど

ことわざクイズの例では、TRSが「犬も歩けば～」と言うと患者が「棒に当たる」という形式で進行する。筆者が立ち会ったケースでは、痴呆症がかなり進行して見当識不全という報告がなされた老婦人が、このときばかりは全問正解でひとりですべての答えを答えてしまった。彼女の元の職業は教師であった。他愛のないようなことをしているように見えるが、実はこの様な遊びを通じて、脳の残存能力を働かせる貴重なチャ

ンスが与えられているのである。この老婦人については、謎なぞクイズをきっかけにして痴呆症の進行を食い止める可能性が見いだされたわけである。この様なクイズは高齢者社交グループだけでなく、若い年齢層対象のクラスでも行われていた。

④ TRSのピアノ伴奏による合唱
クリスマスソングを歌う。

e) 運動 (Exercise) プログラムの事例

この病棟は閉鎖病棟であるが、この時間だけはTRSとともに外出して散歩を行う。散歩をしながら、運動することが、身体的にも精神的にも極めて重要であることなどを説明していた。散歩の他、室内のトレーニングルームで運動を行うこともあるが、いずれにせよ、実際のところ患者たちはあまり身体を積極的に動かしたがるなかった。

ここのTRSと相談の上、筆者にも東洋の伝統的な健身法や呼吸法を紹介するチャンスを与えてもらった。患者たちとの会話でわかったことは、トレーニングのような「頑張る」タイプの運動は嫌だけれども、筆者が紹介したスワイショウ（中国の導引法のひとつ）や操体法（日本で開発された医療体術のひとつ）などのように力を込めないでリラックスして行う軽度の体操等についてはやってみたいという返事が多かった。ここでの講習の際、筆者は軽い体操によって身体全体の血液循環を大幅に改善できることを主として患者に解説した。ここでの講習を通じて、アメリカのTRSにおいて、東洋の伝統的な体操法や呼吸法などが大いに活用できる下地ができていたことを実感した。

実際、1993年度のNRPA（全米公園・レクリエーション連盟）の大会でも東洋の呼吸法の講習プログラムがTRS向けに開催されていた。アメリカ人にとって神秘的と思われていた東洋の伝統的な体操法の意義を科学的に解説してやれば、非常にスムーズにTRSの現場に取り入れられる可能性が高いのではないかと思われた。

4) 精神病棟におけるアセスメントと評価

a) アセスメントと計画作成

TRは、一般的に、① アセスメント、② 計画作成、③ 実践、④ 評価の4つのプロセスとして構成されている。この一連のプロセスをTRプロセスと呼んでい

る。このプロセスは、循環的であり、必要ならば再びアセスメントを行い、目標を設定し直して、実践・評価というプロセスを繰り返す。このプロセスはTRの本質的な部分であり、このようなプロセスを持たないTRは存在しないと言っても良い程である。²⁸⁾ これは、理論的な概念であり、現場では、様々にアレンジされてプロセスが利用されている。

Roanoke Memorial Hospital では、このプロセスをアレンジして、A-アセスメント (Assessment)、P-問題 (Problem)、I-介護/処置 (Intervention)、E-評価 (Evaluation) として、カルテに記入されていた。TRが実施されているすべての医療機関は、このようなプロセスを採用している。これら一連の経過は、カルテの中の経過報告書 (Progress Note) として記入されている。このような患者の経過報告が無い場合、医療保険の適用が受けられないため、必ず以上のプロセスについての報告がカルテに記入される。

ここで最も重要なことは、活動の選択および実践に際して可能な限り具体的でピンポイントな表現をすることが要求されるという点である。

例えば、「他人との社交態度を改善する」という目標は曖昧な表現だとされる。より具体的に「会話を自分から開始する、維持する」、「会話中のアイコンタクト（目線の交わり方）を改善する」といった表現が求められる。さらに具体的な活動内容 (Objective) になると、「TR社交技術クラスで適切なアイコンタクトを維持しながら5分間会話する」、「仲間との会話を自分から開始する」、「会話を5分間維持する」というように、計測可能であることが要求される。ここで計測されたことがそのまま患者のカルテに記入されるわけである。²⁹⁾

この精神病棟では、アセスメントにおいては一部 Peterson & Gunn が提唱したSOAPと呼ばれるアセスメントの方法を採用していた。これは、以下の4つの構成要素からなる。

S (Subjective Data)

主観的データ

患者が何を言ったか?

O (Objective Data)

客観的データ

スタッフが観察した患者の行動、
徴候など

A (Assessment)
アセスメント

患者の問題についての主観的・
客観的データに基づいた結論

P (Plan)

計画

現在および将来どのように処置す
れば良いか計画作成する。

この例として Peterson & Gunn の著作の中の事例
を紹介する。

S : TRS に対して「自分の部屋に居たい」「一人に
させてくれ！」

O : 「患者は夕方のグループ活動参加を拒む」
「同室の16歳の患者とともに10分位談笑する」
「自分の好きなテレビ番組のことで他の部屋の患
者と話をする」

A : 「グループ活動参加を拒否したが、16歳としては
適切な会話能力が認められる」

1 : 1 の仲間との会話では適切に社交できる」

P : 1. TRS は集団活動に関する会話技能および態
度の再アセスメントのため、患者と2回にわたる
30分のセッションを予定。

2. 患者を5週間にわたる Leisure Planning
Class に参加させる。

仲間との関わりの機会を増やすため。

83/7/10開始^{注10)}

筆者の研修先のアセスメント用紙は、表1の通りで
ある。このアセスメントは、個人面談によって行われ
る。これに基づいて、目標 (Goal) と活動内容 (Ob-
jectives) が TRS の判断によって作成される。ここ
が TRS の能力の有無が最も問われる部分であるよう
に思われた。

表-1 TRアセスメントの実事例 (Roanoke Memorial Hospital 精神病棟の事例)

Roanoke Memorial Hospitals
Psychiatric Services Therapeutic Recreation Assessment
1993/1 Version

名前 入院日 診断病名

I 患者のレジャーへの関心 (何に興味があるのか?)

1. 一人で _____
2. 家族で _____
3. 友人と _____
4. 週末 _____

・やってみたい新しいレジャー活動は? _____

・得意な分野 _____
・あなたのレジャー参加を阻害する制約、障害は? _____

・レジャー活動に関する知識: _____ 十分、_____ 教育の必要性あり

II 患者に関する情報

・入院理由 _____

・観察された問題行動

抑うつ _____	心理的混乱 _____	自分で対処 _____
幻覚・妄想 _____	異常に活発 _____	燥 _____
精神異常 _____	怒り _____	自殺傾向 _____
攻撃性 _____	衝動的行動 _____	その他 _____

・組織的活動への参加の必要性: 常時 _____ 時々 _____ 最小限 _____ 必要なし _____

III 臨床での所見 (要約): _____

IV 目標/介護処置: _____

1対1の活動 (TRS専門家) _____	レジャー教育 (グループ/1対1) _____
病気に対する克服技能 _____	セラピューティック・クラフト _____
日常生活活動 _____	社会復帰のための活動 _____
自由時間の遊び _____	TRS 専門家の指導によるグループ活動 _____
運動 _____	

V 退院計画/要約: _____

TR 専門家署名 _____ 日付 _____

b) 実践 (implementation/intervention) と
評価 (Evaluation)

表1にも示したように、ここでの実践はアセスメントから導き出された目標 (Goal) に基づき、処置/介護 (treatment/interventions) として実施される。この実践の経過は経過報告書に逐一記録される。この経過報告書は、記入時間を省くために省略記号を

用いることが多い。この省略記号は大学の養成課程で指導されている。これは、メモのような形式を取る場合が多く、患者によって記入の方法が若干異なっていた。入院当初の段階では、表2の例のようにごく簡略に記入される。

ある程度情報がまとまり、医師の診断および処方も確定してきた段階で、保険請求用として表3のような整理された形式の一覧表が作成される。TRSの職務として1日あたり、60~90分のカルテ記入の時間が取られていた。表2、表3は、微妙なニュアンスの違いを日本語では表現できないためあえて翻訳せず、英文のまま記載した。

また、この病院では独自に、患者に対して個人面談で、彼等医療チームの処遇が適切であったかどうかをアンケート調査していた。

精神病棟におけるTRSの職務は、様々なプログラムの実践、アセスメント、経過報告書の記入、TR専攻学生の見学・研修指導など極めてハードなものである。このため、バーンアウト (燃え尽き症候群) やうつ病に陥る人が多いということをこのTRSは語っていた。

表-2 プレグレスノートの記入例

Goal and Objectives	
Problem: Disoriented	
Related to: Dementia	
Goal	
2.1 Pt. will be oriented to place, time,	
2.2 Pt. will receive positive reinforcement for appropriate behavior.	
2.3 Pt. will be compliant all medications and appropriate for medical needs.	
Intervention	注(objectives に相当)
1.11 Geriatric Group	
1.21 Nursing Contact	
1.31 Care Manager contact	
1.41 Nursing contact	
2.11 Nursing contact	
2.21 TR	
2.31 Nursing contact	

表-3 Roanoke Memorial Hospital TR Section のカルテ記入の一例

事例1 60歳、男性、痴呆症初期、
*Objective (Specific, Time Flame, Realistic, and Measurable)
*Wording ("Patient will" followed by action verb.)

Date	Problem	Objectives	Target Date	Intervention
12/13	1, Confusion related to confusion as evidenced by disorientation, memory problem	1.1, Pt. will attempt to re-orient self to person, place, time, and situation 1.2, Pt. will participate a OL's (見当識改善のためのクラス) 1.3, Pt. will be complicant on	12/25	1.1 Monitor by daily nursing 1.2 Monitoring by nursing
	2, Self-Care deficit related to Dementia as evidenced by : not grooming self, not eating, not sleeping	2.1, Pt. will bath, groom, and dress appropriately with supervision. And then independently also to eat meals 2.2, Pt. will attend approximately scheduled therapeutic activities		2.1 Monitored by group leader & nursing staff

5) 日本の精神病棟におけるTR普及の可能性

日本の精神病棟においてレクリエーションは、広く取り入れられているようである。しかしながら、その位置づけはいまだに確定的ではなく、院長や看護スタッフの考え方に大きく依存している。一般的に精神科リハビリにおけるレクリエーションの存在意義は認められていると言える。注¹¹⁾しかしながら、レクリエーションが健康保険の適用外であるため、病院の経営上の問題等からレクリエーションの実践については様々な障壁が存在している。

西村は、日本の精神病棟におけるレクリエーションの実施状況について詳しく報告している。西村によれば、病院スタッフのレクリエーションに対する見方は、大別すると二つに分けられるという。ひとつは、治療に直接関わる「集団精神療法」としてレクリエーションをとらえる視点である。もうひとつは「広義の精神療法としての生活療法」ととらえる視点である。⁽¹²⁾アメリカでは、このどちらの視点も取り入れられており、TRというひとつのまとまった領域が確立されている。

さらに、西村は日本における問題点として以下のように整理している。⁽¹³⁾

- 1) 経済的な問題—人手不足、レクリエーション専任が欲しい、レクリエーションが不採算部門であるので、保険で収益が上がるようにしてほしい。
- 2) スタッフ（医師）の理解、認識不足。
- 3) レクリエーション療法の体系化の不足—患者の病理性に基づいたレクリエーション体系、レクリエーション理論を確立する必要がある。

この他、精神科におけるレクリエーションの事例報告はいくつかあるが、西村の指摘する3つの問題点を解決する段階には達していない。これらの問題点の根本は、精神科におけるレクリエーション活動が健康保険の適用外となっているために、経済的・法律的な裏付けが無いことである。アメリカにおいて、レクリエーションの療法的意義が医療の現場で最初に認められたのは精神科の領域である。

精神科におけるレクリエーションプログラムは、日本において今後、レクリエーションが医療保険適用の対象となる可能性の最も高い領域であると思われる。また、精神疾患の多くが、遊びの問題と本質的な関わり

を持っていることを町沢は指摘している。⁽¹⁵⁾

精神分裂病ばかりでなく、うつ病や痴呆症などの治療・リハビリにレクリエーションは必須のものであるとの認識は、医療関係者の中で、すでにある程度定着していると考えられる。⁽¹⁶⁾ 今後、レクリエーションが精神科の医療現場で、医療保険の適用が一刻も早く受けられるよう祈りつつ本報告を終える。

引用文献

- 注1) 芳賀 健治 アメリカにおけるセラピューティックレクリエーション・スペシャリストの養成 作業療法ジャーナル Vol. 28, No.11, pp 1082~1087 1994
- 注2) ・竹内孝仁、稲川利光、三好春樹、村上重紀、遊びリテーション～障害老人の遊び・ゲームの処方集、医学書院、1989
- ・吉田圭一、茅野宏明編、セミナー介護福祉・レクリエーション指導法、ミネルヴァ書房、1990
- ・茅野宏明、わが国におけるセラピューティック・レクリエーションの現状と今後の展開への提言、自由時間研究, No.8, 1990
- 注3) ・浮田千枝子 日本におけるレクリエーション・ワーカーの養成 作業療法ジャーナル Vol. 28, No.11, pp1088~1092 1994
- ・日本レクリエーション協会編 福祉レクリエーションの実践 ぎょうせい, 1989
- ・日本レクリエーション協会編 福祉レクリエーションの援助 中央法規, 1994
- 注4) Carol A.Peterson, Scout L.Gunn, Therapeutic Recreation Program Design -Principle and Procedures- 2'd Edition, pp11~52, Prentice Hall, 1984
- 注5) National Therapeutic Recreation Society, About Therapeutic Recreation, pp8~11, 1989
- 注6) American Psychiatric Association, Dyagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Thirid Edition-Revised), American Psychiatric Association, Washington DC, 1987
- 注7) 大野 裕 精神障害の診断・統計マニュアル

- DSM-Ⅲ, Ⅲ- R e v i s e d, Ⅳ, 作業療法ジャーナル Vol.27, No.3, pp188, 1993
- 注8) Gerald S. O'Morrow, Ronald P. Reynolds. Therapeutic Recreation - A Helping Profession - 3'd Edition, pp131~158, Prentice Hall, 1989
- 注9) 前掲3) pp234~235
- 注10) 前掲3) pp227
- 注11) ・西村 登美子 精神病棟におけるレクリエーション療法の実態 自由時間研究 No.8 pp54~63 レジャー・レクリエーション研究所 1990
- ・大原健士郎 うつ病の時代 pp154~155, 講談社 1981
- ・宮本忠雄 精神分裂病の世界, p13, 紀伊国屋書店, 1977
- ・町沢静夫 遊びの精神医学的意義, 遊びと精神医学 pp3~64, 創元社, 1986
- 注12) 前掲10) 西村, p58
- 注13) 前掲10) 西村, p58
- 注14) 前掲8) O'Morrow, Reynolds, p90
- 注15) 前掲10) 町沢 pp3~64
- 注16) ・濱上 幸司 地域リハビリテーションにおけるレクリエーション活動/5. 精神科デイケア 作業療法ジャーナル Vol.28, No.11, pp1072~1075, 1994
- ・早川 昭 疾患・障害別にみた治療的レクリエーション活動/8. 精神分裂病 作業療法ジャーナル Vol.28, No.11, 1025~1028 1994
- ・森田 三佳子 疾患・障害別にみた治療的レクリエーション活動/12. 痴呆 作業療法ジャーナル Vol.28, No.11, 1041~1045, 1994