

ホスピス・緩和ケア病棟における園芸活動の現状 —園芸療法導入への課題—

岡 直子・三島孔明・岩崎 寛
千葉大学大学院 園芸学研究科 271-8510 松戸市松戸 648

Current State of Horticultural Activity at Hospice and Palliative Care Unit

—Tasks in Introducing the Horticultural Therapy—

Naoko Oka, Kohmei Mishima and Yutaka Iwasaki
Graduate School of Horticulture, Chiba University, Matsudo 648, Matsudo-city, Chiba

Keywords: complementary and alternative medicine, palliative care unit, horticultural activity, horticultural therapy, interdisciplinary activity,

キーワード: 補完代替医療, 緩和ケア病棟, 園芸活動, 園芸療法, 学際的活動

要 旨

超高齢社会に入った日本では補完代替医療が注目されてきている。ホスピス・緩和ケア病棟の園芸活動の現状を把握し、園芸療法導入への課題を検討するため全国のホスピス・緩和ケア病棟にアンケート、関東関西の各7施設へヒアリングを行った。その結果園芸療法導入施設は未だ少数であった。導入されない理由としては効果に関するエビデンスが少ないこと、園芸療法という言葉の認識が不十分であることが挙げられた。今後、園芸、医学、看護等の学際的取り組みにより、患者個々の状況に併せたプログラムの開発を行いながらエビデンスを積み重ねていくことが必要である。

Abstract

Complementary and alternative medicine has become noteworthy in Japan where is at aging society We have conducted nationwide survey, and interviews at 14 hospitals in both Kanto and Kansai areas to understand the current state of horticultural activity at hospice and palliative care unit, so as to introduce the horticultural therapy. The survey result shows that few have introduced the horticultural therapy. The main reason of not introducing the horticultural therapy is lack of evidence and the ambiguousness of the word, horticultural therapy. In order to further improvement, depending on the interdisciplinary activity such as horticulture, medicine and nursing, it is need to collect more data on the effect of the therapy developing to provide the individual program.

研究の背景と目的

1980年より、がんによる死亡が死因のトップであり、死亡率は現在でも右肩上がりに増加している。そのような中、2007年には「ガン対策基本法」が制定され2009

2009年10月14日受付。 2010年9月16日受理。

年からは国立がんセンターでの全研修医への緩和ケア研修の義務付けが始まるなど、数多くのガン対策が検討されている。

がん患者を受け入れるホスピス・緩和ケア病棟では、2002年度、診療報酬改定で緩和ケア診療加算が設定されたことを機に、一般病棟内で身体症状を担当する常勤

医師，精神症状を担当する精神科医，緩和ケアの経験を有する常勤看護師等からなるチーム医療（Palliative Care Team：PCT）が積極的に行われ始めた。また症状緩和のための投薬と並び，東洋医学をはじめとする伝統医学（渥美，2007），民族療法などの補完代替医療

（Complementary and alternative medicine：CAM，以下CAM）が取り入れられる機会が増えてきた。CAMとは，一般に大学の医学部で教育されている現代医学以外の医学を指し（今西，2009），古くから世界各国で行なわれている民族療法から最新の健康補助食品まで含まれる。

現代看護の祖といわれるナイチンゲールは看護覚え書の中で花について「その形や色彩は，いかなる議論や詮索にもまして，患者から苦悩をぬぐい去ってくれる」と述べ（1968，薄井訳），植物学者であり統合医療の専門家であるアリゾナ大学の医師 Andrew Weil は自己治癒力をひきだす一連のプログラムに，スピリチュアルの視点からは部屋に花をおくことを挙げている（上野訳 Weil，1995）。植物の保有するこのような療法的効果については，森林療法や園芸作業による効果も明らかになってきた。（齋藤・岩崎，2007；本田，2007；嵐田ら，2007；涌井ら，2005）。しかし，ホスピスや緩和ケア病棟での植物の療法的効果の視点から捉えた研究は殆んど見られない。がん患者の受け入れが多いホスピス・緩和ケア病棟においてはQOL（Quality of Life）の向上は特に重要であると考えられる。

2002年，WHOは「緩和ケアとは，生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して，疾患の初期より痛み，身体的問題，心理社会的問題，スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い，それが障害とならないように予防したり対処したりすることで，QOLを改善するためのアプローチである」（日本ホスピス緩和ケア協会訳）と定義している。自然療法の中でMind NaturopathyとHolistic Naturopathyの双方に分類される園芸療法は（渥美，2007）ホスピス・緩和ケア病棟におけるCAMの一つとしての役割が期待できると考えられる。

そこで本研究では，ホスピス・緩和ケア病棟の園芸活動の現状を把握し，CAMの一つとして園芸療法が確たる位置を占める為の可能性を検証する事を目的とした。

研究方法

ホスピス・緩和ケア病棟におけるCAMの現状を把握するために，アンケート調査およびヒアリングを行った。

1. アンケート調査

1) 調査対象施設

調査対象施設は2007年10月現在，全国のホスピス・緩和ケア協会に登録している入院料届出受理施設177施設，診療加算届出受理施設18施設，あわせて195施設

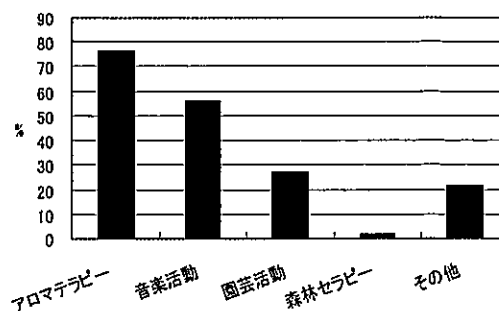


図1. 現在取り入れているCAM. n=55（複数回答）.

を対象とした。アンケートは2007年11月に送付，12月に回収し，105施設から回答があった（回収率54%）。

2) 調査項目

アンケートは，「CAMを現在実施している施設」「CAMを現在実施していない施設」の2種類の回答用紙を用意した。内容は以下の4つの項目である。

(1) CAMについて

導入の有無とその内容，導入のきっかけ，取り入れている施設における導入していない理由

(2) 園芸療法について

取り入れている施設へは，園芸療法に対する認識・活動内容・療法的効果，取り入れている施設へは，園芸療法についての認識・今後取り入れたいCAM

(3) ボランティアについて

属性，活動内容，活動時間，人数など

(4) 施設内の緑環境について

中庭・屋上庭園の有無など

2. ヒアリング調査

1) ヒアリング対象施設

ヒアリングはアンケートを実施した施設の中からヒアリング受け入れ承諾21施設のうち，関東圏の7施設（東京，千葉，神奈川，茨城）を2008年6月から9月にかけて，関西圏の7施設（兵庫，大阪，京都，滋賀）を2009年6月に対象として実施した。

2) 対象者

ヒアリングは実際に現場で患者に関わっている病院スタッフのうち，医師，看護師，ボランティアコーディネーターを対象に行った。

結果と考察

1. アンケート結果

1) CAMについて

アンケートの結果からCAMを取り入れている施設は57%の55施設であった。取り入れている内容はアロマセラピー，音楽療法が50%以上と，多く取り入れられていた（図1）。園芸活動を取り入れている施設は27%であった。一方CAMを取り入れているという施設は，43%の41施設であった。取り入れている理由では，

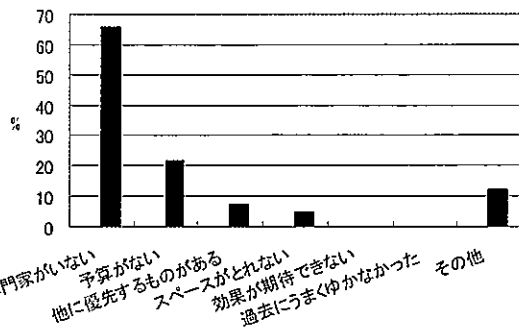


図2. CAMを導入していない理由. n=41 (複数回答).

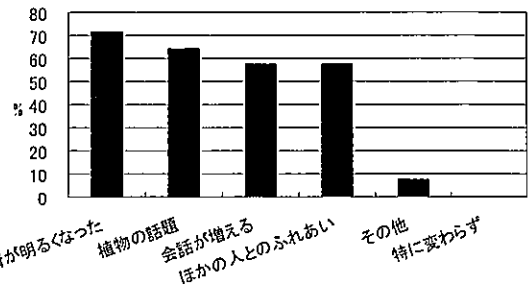


図4. 園芸活動による患者の変化. n=14 (複数回答).

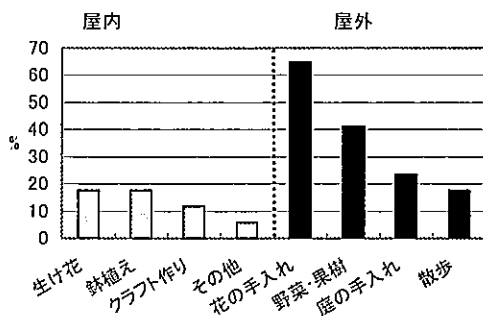


図3. 園芸療法の活動内容. n=17 (複数回答).

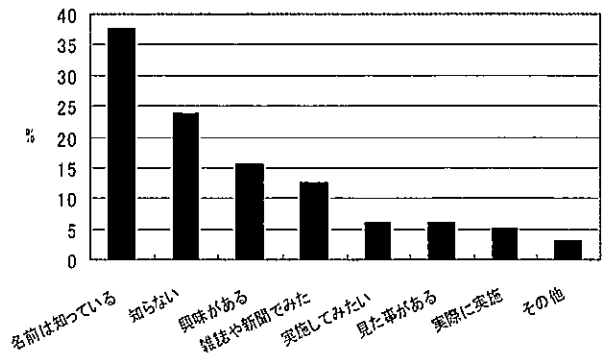


図5. 園芸療法の認識. n=96 (複数回答).

専門家がいないが66%と最も多く、次に予算が無いが22%という結果であった(図2)。これらのことから、CAMを取り入れない背景としては、CAMが不必要という認識からではなく、人材として専門家がいないことが大きく影響していると考えられた。また、今後取り入れたいCAMについて聞いたところ、アロマセラピーが54%で最も多く、次いで音楽活動が41%、園芸活動が27%という結果であった。

このように、アロマセラピーが多く取り入れられている、また取り入れたいと考えられている理由としては、一般的に認知度が高く、宮内らの報告(宮内, 2002)からもCAMの一つとして定着し始めている事が理由と考えられた。

2) 園芸療法について

(1) 活動内容

CAMの一つとして園芸療法を取り入れている施設でのボランティアの活動内容を屋内活動と屋外活動に分け、図3に示した。屋内での園芸作業である生け花、鉢植え造りは20%以下であった。屋外での活動である花の手入れは約64%以上を占め、続いて野菜や果樹の手入れ、庭の手入れの順であった。これらのことから、実際に実施されている園芸活動は屋外を中心に行われていることがわかった。園芸活動の多くが屋外で実施されていることは、他のCAMであるアロマセラピーや音楽活動が屋内で行われるのと異なり、屋外の空気に触れ、四季を感じることができる園芸ならではの特徴であると考えられた。

(2) 園芸活動による効果

図4に園芸活動を実施したことによる患者の変化を示した。その結果、特に変わらずという回答は見られず、表情が明るくなった、植物の話題があがる、会話が増えた、など何らかの効果が見られた。生活の自立度が高くなく、安定した時期を過ごすことが難しい療養状況であるホスピス・緩和ケア病棟の患者にとって、「人とのふれあいが増える」などの園芸活動による効果から、植物がコミュニケーションツールとなっていることが確かめられた。宮崎が「自然と触れ合ったとき、人間としてのあるべき姿に近づきリラックスする」と述べているように園芸活動はより積極的な快適性(宮崎, 2009)をもたらすことができる一つの活動と考えられた。

(3) 園芸療法の認識

園芸療法に対する認識について聞いた結果を図5に示した。園芸療法という「名前を知っている」と答えた施設は約40%であり、「知らない」という施設が25%であったことから、ホスピス・緩和ケア病棟における園芸療法についての認識度は十分とは言えない状態であることがわかった。筆者がここ3年ほどかかわっている高齢者施設での園芸活動では、関連高齢者施設に共通していることの一つとして、「療法」という名前でポスターや呼びかけをすると、「自分は特に治すような悪い所はないから療法は受けない」という意識が高齢者には多く見られ、園芸クラブ、園芸の時間、などのタイトルに変えて呼びかけるようにしている現状がある。

園芸療法に類似する用語の多様さと解釈の拡大傾向

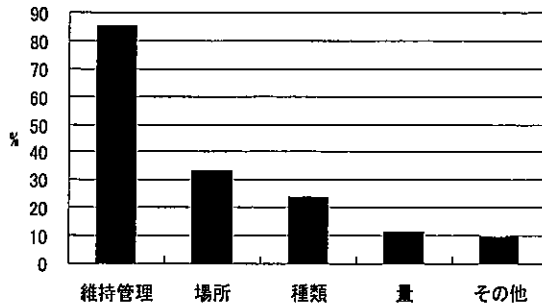


図6. 植物を置く際の留意点. n=96 (複数回答).

が園芸療法とは何かがよくつかめない印象を与えている(松尾, 2002)ことも、園芸療法認識に関するアンケート結果に表れているのではないかと考えられた。

(4) 施設内における植物を置く際の留意事項

図6に施設内に植物を置く際の留意点を示した。その結果、最も多かった回答は「植物の維持管理」であり、約85%の施設からこの回答が得られた。「場所」や「種類」、「量」といった回答は半分以下であったことから、置き場所や植物種に関する問題よりも、どのように植物を維持管理していくかが、現場での大きな問題であることがわかった。このように、植物を取り入れることへの負担が大きいという印象を持っていることが、園芸療法がCAMとして取り入れづらいと考えられている理由の一つと考えられた。

3) ボランティアについて

ボランティアについてのアンケート結果から、ボランティアに参加される方の年齢層は50歳代が最も多く約29%であった。続いて60歳代の約27%であった。表1にボランティアの活動内容を示した。表から、園芸が58%と最も多く、ボランティア活動の中心的活動であるといえた。

わが国の余暇活動の参加実態を調査するレジャー白書によれば、園芸活動は第13位に(レジャー白書2009)位置していること、「家庭での趣味として多くの家庭で行われている(進士・吉長, 2007)」ことから、一般的に参加しやすく、取り組みやすい活動であることが原因であると考えられた。また園芸はその人に応じて色々な役割を果たせることが、活動に関わる年配者が多い現況につながっていると考えられた。

緩和ケア病棟におけるボランティア活動は密室化された病院・病棟と、自宅での生活、日常的な社会生活との間に入って、患者・家族に生きること、生きていることの大切さや新鮮なよろこびを、自然にもたらしてくれる(2006, 野沢)大事な役割をもつ。又病院という非日常生活に、白衣を着た医師や看護師とは異なり、家庭の雰囲気を持ってくる存在のボランティアを含む緩和ケアチームの重要性も挙げられている(杉本ら, 2003)。

4) 施設周辺のみどり環境について

図7に施設周辺のみどり環境について聞いた結果を

表1. ボランティアの活動内容. n=76 (複数回答).

活動内容	件	%
園芸	44	58
茶菓サービス	36	47
会話・傾聴	35	46
行事手伝い	27	36
清掃・片付け	21	28
音楽	21	28
散歩	14	18

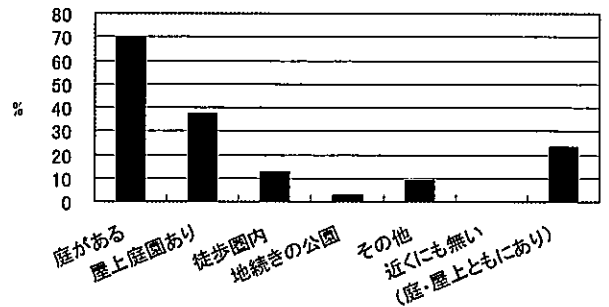


図7. 施設周辺のみどり環境. n=96 (複数回答).

示した。図より、多くの施設(約70%)で庭を所有していることがわかった。また、屋上庭園も約40%の施設で所有していた。自らの施設にみどり環境がない場合は、徒歩圏内に緑地がある、または地続きで公園があると回答しており、ほとんどの施設が何らかの形で緑環境を確保していることがわかった。

庭は園芸活動を取り入れやすい環境であり、屋上庭園もベッドや車椅子でそのまま利用することができることから、現在、園芸活動を取り入れていない施設でも、このような緑地環境を活かすことで、園芸療法を進めることができると考えられた。

2. ヒアリング結果

1) CAMと園芸活動の現状

ヒアリングを行った関東関西の各7施設での概要を表2に示した。関東の7施設(A-G)は、施設Bを除いてアンケートで「CAMは取り入れている」が、「園芸療法は取り入れている」という回答であった。また関西の7施設の中では、施設Jを除いて「CAMは取り入れている」が、「園芸療法は取り入れている」という回答であった。しかしヒアリングの結果、関東・関西に共通していることは、植物の維持管理について、園芸活動の現況などの質問から、実際はボランティア・看護師を中心とした園芸活動が行われていた。例えば、患者の希望でトマト・キュウリと一緒に育てた事例がある。種は患者からの寄付で、一緒には収穫することが出来なかったが看護師さんに託したという事例、行事を担当するボラ

ンティアが、ハーブを育てハーブティーをティールームで提供する事例などは、園芸療法士により、医療チームとの連携のもとしかるべき手続き（松尾，1998）が行われ、更にそれが単発的に終わることなく計画的、継続的に行われたならばそれがホスピス・緩和ケアでの、園芸療法と呼べるものではないかと考えられた。

前述の事例から、施設で行っている園芸活動は本来の園芸療法が目指す姿が不完全な状態で実施されている活動ではないかと思われた。このことは、施設や活動者の園芸療法に対する知識や認識が不十分であることが原因のひとつであると推察された。

知識・認識を持ってもらうには施設の方針を指揮する立場の人へ広めること、園芸の文化を日常の生活に広げてゆくための地域への普及が共に必要と思われる。

施設 E では、花の好きな患者の自宅から家族が花の咲いた鉢を持ってきたところ、横になっていた患者が起き上がり、嬉しそうに話題にはいつてきたという事例がある。ホスピスは「CAM や家族の安泰により精神安定をさせる」（渥美・廣瀬，2001）場所であり、「人間の生きがいを感じる CAM」を取り入れる場として合っている。CAM としての園芸療法で取り扱う植物はその役割を担うのに適していると思われる。

園芸活動を実施している施設 B へのヒアリングの結果から、園芸活動が活発に行われている理由はボランティアの数が 100 人と多いことだけが理由ではなく、園芸にかかわる専門家が、常時手をかけ、植物の維持管理を継続してきたことが大きな理由であった。その結果、病床数は他の施設とほぼ同じである 22 床という環境の中で、四季を通してホスピスにふさわしい園芸活動を行っていた。また、関東の 7 施設へのヒアリングの結果から、多くの施設で園芸や植物の専門家が必要という意見が

聞かれた。関西の 7 施設へのヒアリング結果から、維持管理についてコストの問題もあるが、専門家の指導を希望する施設は 2 施設であり、既に職員が学び始めている施設は 2 施設あった。又表 2 から、ボランティアの数と CAM としての活動の関係をみると、ボランティアの数と CAM としての活動には相関がみられず、ボランティアの数が少なくても専門家の存在があれば園芸活動を含む CAM は実施できるということがわかった。

兵庫県は 1995 年の震災後、花や緑が、被災者にとって心の支えとなったことから、人を癒す力をもつ園芸療法士を育成するため、淡路景観園芸学校を設立した。卒業生が今後病院施設での園芸活動のリーダーとして活躍の場を得、その後の園芸療法の発展が期待されている。

2) 園芸活動から園芸療法導入への課題

これまでの結果から、ホスピス・緩和ケア病棟において、園芸活動を実施していくには、ボランティアの数を増やすことだけではなく、園芸知識や園芸活動に対する専門家の存在が重要であると考えられた。園芸の専門家の養成の 1 例として千葉大学園芸学部では、地域貢献活動の一つとして園芸技術の専門家育成と、園芸文化の向上を目的とした「環境園芸士」（仮称）構想が 2011 年秋から始動する。環境園芸士資格を得た人材が地域や施設で園芸を通して植物の療法的効果を普及させてゆくことが期待される。また、ホスピス・緩和ケアという場所であることから、園芸の専門家と医療や看護、福祉の専門家が連携して、活動を進めていく必要がある。園芸療法士の存在はまさにここにあつて、多分野の知識や技術をもちながら、人と関わる点で豊かな人間性が求められる。特に農学、園芸学と医学、看護双方の技術や情報を共有することが肝要と思われる。

具体的にはホスピス・緩和ケア病棟での対象者である

表 2. 関東・関西ヒアリング結果概要表.

訪問施設	床数/全床数	ボランティア数	植物維持管理者	補完代替医療としての活動	園芸活動の現況と要望	
関東	A	27/874	2~5	看・ボラ	和紙絵・お茶・談笑	ボランティアによる月 1 回の草取り
	B	22/22	約 100	ボラ・業	アロマ・音楽・園芸	専任のボランティアによる多彩な活動
	C	20/199	30	看・ボラ	アロマ・音楽	ガーデン係・看護師による活動・専門家の指導を希望
	D	28/665	40	ボラ	アロマ・音楽・リフレ	専門家を受け入れたい
	E	20/651	3	看・ボラ	アロマ・リフレ	看護師・患者家族による活動
	F	20/900	0	なし	アロマ・氣功・鍼灸イメージ療法	実績があれば専門家を受け入れたい
	G	5/836	1	ボラ・業	和漢・鍼灸	緑に興味があり専門家に相談したい
関西	H	20/541	2(18)	医・看・ボラ	アロマ・音楽・リフレ・カラー・折り紙・ビーズ	維持管理ボランティア・専門家導入はコストによる
	I	12/360	2(24)	患・家・看・ボラ	音楽	維持管理ボランティア・患者・家族・看護師・医師も活用
	J	50/50	6~7(46)	看師・患・家・ボラ	音楽・手芸・フラワー・庭	看護師長・助手の園芸への理解で患者家族も参加
	K	21/166	1~2(20)	看・患・ボラ	アロマ・音楽・アート	1~2名のボランティアが中心・看護師も水遣り手入れ
	L	22/424	1	看・患・ボラ	アロマ・音楽・傾聴	看護師長・ボランティアが中心・みどりへの要望有り
	M	21/178	2(40)	ボラ	アロマ・音楽	園芸専門の男性ボランティアが四季を通し整えている
	N	21/116	5(15)	看師・看助・ボラ	アロマ・音楽・傾聴・マッサージ	看護師長・看護助手・ボランティアとで花壇や野菜作り

植物維持管理者 医:医師、看師:看護師長、看:看護師、看助:看護助手、患:患者、家:家族、ボラ:ボランティア、業:業者の略

患者・家族の背景や病状、その日の体調により、屋外での活動が可能な場合とベッドの上で安静を保つ活動に限定される場合等個々の対象者のためのきめ細かいプログラム準備と工夫が必要と考えられた。これを通したエビデンスの積み重ねが基本となる。

園芸療法導入の入り口として、専門家の養成と相まって求められるのが、園芸療法士の活躍の場としての出口の開拓である。前述の兵庫県の例にみられるように、行政と大学のような人材育成の機関が連携することは重要なことである。今後の園芸療法推進のためには専門家の養成という入り口の面とその人材の活躍の場としてのまずは地方行政への働きかけという出口の両面からのアプローチが大きな要素となってくる。

まとめ

ホスピス・緩和ケア病棟におけるみどりと人とのかわりを調査したところ、アンケート調査の結果からは、他の CAM と比べ園芸療法の導入は低いと思われた。CAM の中で園芸療法は、アロマセラピーや音楽療法と異なり、「生きた」生命を持つ植物を扱う点が特徴である。植物は日常から離れた病院で、みどりに触れ合い季節感や時の流れを感じ、その生命力は元気や安らぎを与える力を持っていると推察される。今回対象としたホスピスや緩和ケア病棟では植物と触れ合う園芸活動が、特に重要な意味を持つと考えられた。

アンケートの結果及びヒアリングの結果から CAM を取り上げない理由の 1 位に挙げられている「専門家がいない」点については園芸療法士の育成が待たれるところである。また、CAM としてのアロマや音楽の定着性の基になっている、一般市民への名前と内容の認識を高めることが重要と考えられる。そのためには現場での理解を得て、園芸と医療、福祉が情報や技術を共有しながらプログラムや活動内容の工夫を繰り返し、エビデンスを積み重ねてゆくことが肝要であると思われる。

専門家の育成、輩出と同時に、活躍の場としての出口を地方行政へ働きかけていくことも大事な課題となる。

今後医療機関の協力を得ながらホスピス・緩和ケアの現場で園芸活動の研究事例を重ね、さらにその効果を検証していくことが、CAM の一つとしての園芸療法の推進・発展のために必要と考えられた。

謝辞

本研究をすすめるにあたり、ご多忙中、ホスピス・緩和ケア科スタッフの方々にご協力いただきました。厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 嵐田絵美・塚越寛・野田勝二・喜多敏明・大釜敏正・小宮山政敏・池上文雄：心理的ならびに生理的指標による主としてハーブを用いた園芸作業の療法的効果の検証。園芸学会誌 6：pp. 491-496, 2007.
- 渥美和彦・廣瀬輝夫：代替医療のすすめ。pp.84-85. 日本医療企画。2001.
- 渥美和彦編：統合医療 臨床編。p.2, pp.77-79. 日本統合医療学会。2007.
- 本田ともみ：回復期の精神障害者における園芸作業の効果に関する研究。人間植物関係学会雑誌 7：pp. 28-29. 2007.
- 今西二郎編：医療従事者のための補完・代替医療。pp. 2-4. 金芳堂。2009.
- 厚生統計協会編：国民衛生の動向。厚生統計協会。2005
- 松尾英輔：園芸療法を探る。pp.43-44. グリーン情報。1998.
- 松尾英輔：日本における園芸療法の実際。p.15. グリーン情報。2002.
- 宮内貴子・小原弘之・末広洋子：終末期がん患者の倦怠感に対するアロマセラピーの有効性の検討—足浴とリフレクソロジーを実施して—。ターミナルケア 12：pp.526-530. 2002.
- 宮崎良文・平野秀樹・香川隆英：森林セラピー。pp.15-16. 朝日新聞社。2009.
- Nightingale, F: (薄井垣子訳)：看護覚え書。p.108. 現代社。1968.
- 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケアの定義。日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ
<<http://www.hpcj.org/>>, 2010.10.30 更新。
- (財) 日本生産性本部：レジャー白書。p.21. 2009.
- 野沢一馬：いま患者が求めるホスピス緩和ケア。p.184. ぱる出版。2006.
- 齋藤洋平・岩崎寛：関節リウマチ患者に対する園芸療法の生理心理的効果に関する研究。日本生理人類学会誌 12：pp.125-130. 2007.
- 進士五十八・吉長成恭監修：園芸福祉入門。p.34. 創森社。2007.
- 杉本正子・高石純子・荒賀直子・リボヴィッツ志村よし子・河原加代子：在宅ホスピスケアシステムにおけるホスピス・緩和ケア病棟の役割 - 全国ホスピス・緩和ケア病棟への調査から。順天堂医学 49：pp.78-88. 2003.
- Weil, A. 上野圭一訳：癒す心 治る力。pp.291-292, 295-304. 角川書店。1995.