

# 回復期リハビリテーションにおける園芸の可能性

## —セラピューティック・レクリエーションからの考察—

若野貴司<sup>1</sup>・末吉勝則<sup>1</sup>・松居 勉<sup>2</sup>・嶺井 毅<sup>3</sup>・藤岡真実<sup>4</sup>・石川 治<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 医療法人仁寿会石川病院 兵庫県姫路氏別所町別所 784

<sup>2</sup> セコムフォート (株) 神奈川県横浜市青葉区あざみ野 1-23-6

<sup>3</sup> 医療法人和泉会いずみ病院 沖縄県うるま市栄野比 1150

<sup>4</sup> 東京農業大学農学部バイオセラピー学科 神奈川県厚木市船子 1737

### Potential of Horticulture on Convalescence Rehabilitation From the View of Therapeutic Recreation

Takashi Wakano<sup>1</sup>, Katsunori Sueyoshi<sup>1</sup>, Tsutomu Matsui<sup>2</sup>, Tsuyoshi Minei<sup>3</sup>, Mami Fujioka<sup>4</sup> and Osamu Ishikawa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Ishikawa Hospital, 784 Bessho, Bessho-cho, Himeji-shi, Hyogo*

<sup>2</sup> *Comfort Garden Azamino, Secom Comfort Co., 1-23-4 Azamino, Aoba-ku, Yokohama-shi, Kanagawa*

<sup>3</sup> *Izumi Hospital, 1150 Enobi, Uruma-shi, Okinawa*

<sup>4</sup> *Faculty of Agriculture, Tokyo University of Agriculture, 1737 Funako, Atsugi-shi, Kanagawa*

**Keywords:** therapeutic recreation, horticulture, ICF, SOAP, FIM

**キーワード:** セラピューティック・レクリエーション, 園芸, ICF, SOAP, FIM

#### 要 旨

本論文では、脳梗塞による左麻痺と糖尿病による網膜症の視力低下によって、日常生活への意欲が著しく低下している症例Bを取り上げ、回復期リハビリテーション病院における、レクリエーション療法 (Therapeutic Recreation: TR) を紹介し、自然や植物を治療の媒体とする TR における園芸の可能性を探った。国際生活機能分類 (ICF) で評価された症例に、①生きる意欲の向上、②生きがい活動の認識と実践、③地域復帰 (社会復帰) への支援という三つのステージで TR を実施し、SOAP ノートや FIM (機能的自立度評価)、さらに独自の尺度で評価して自然や植物が活用できるかを探った。

#### Abstract

This paper will discuss the potential of horticultural therapy in convalescence rehabilitation as a therapeutic recreation (TR) program, using a case study of a 70-year-old male with left hemiplegia and diabetic retinopathy. The case was evaluated by International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), and the program's objectives were structured into three stages; 1) stimulating motivation to live, 2) recognizing and practicing activities which lead to meaning in life, and 3) returning to the community. The results were recorded by SOAP note, and Functional Independence Measure (FIM) was used to measure the improvements in abilities, and to investigate positive effects of nature and plants to the case.

#### はじめに

アメリカのリハビリテーション分野には、レクリエーションを介在させるセラピューティックレクリエーション (レクリエーション療法, 以下 TR) があり、理学療法、作業療法ともに医療保険対象と位置づけられている。近年、日本のリハビリテーションにおいても、個別

の運動機能や生活機能・社会適応能力等が偏重される傾向がある。レクリエーションを療法的に活用しているといわれているが、その多くは、施設での工作活動やゲーム、季節のイベントや誕生会など集団の形態をとるものが多い。したがって、個別に実施するものは少なく、入院患者や施設入所者の「気晴らし」として位置づけられている一時的・画一的なものが多く、連続性・計画性のあるものは少ない。

2010年5月受付。2010年8月7日受理。

日本園芸療法学会誌 2: 35-41. 2010. 短報.

本来レクリエーションは、特に欧米において遊びの集合体として人生になくなくてはならないものと位置づけられ、その語源から、気晴らしに留まることなく、治療的な要素も含んでいる (Coyleら, 1991)。そのレクリエーションを扱う TR の目的は、対象者のレジャー・ライフスタイルの確立 (Stumbo・Peterson, 2004)、言い換えれば、「個人の希望に沿った適切な生きがい活動の表現、維持、発展」にある。したがって、TR を提供するセラピストは、ニーズが表出される前の患者の潜在的な希求においても、それを感じ取り、生きがいの具現化や支援を担うことが必要とされる。本論の目的は、リハビリテーション病院が TR を取り入れ、その治療媒体として園芸を介在させた事例を取り上げ、回復期リハビリテーション病院における園芸の可能性を報告することである。

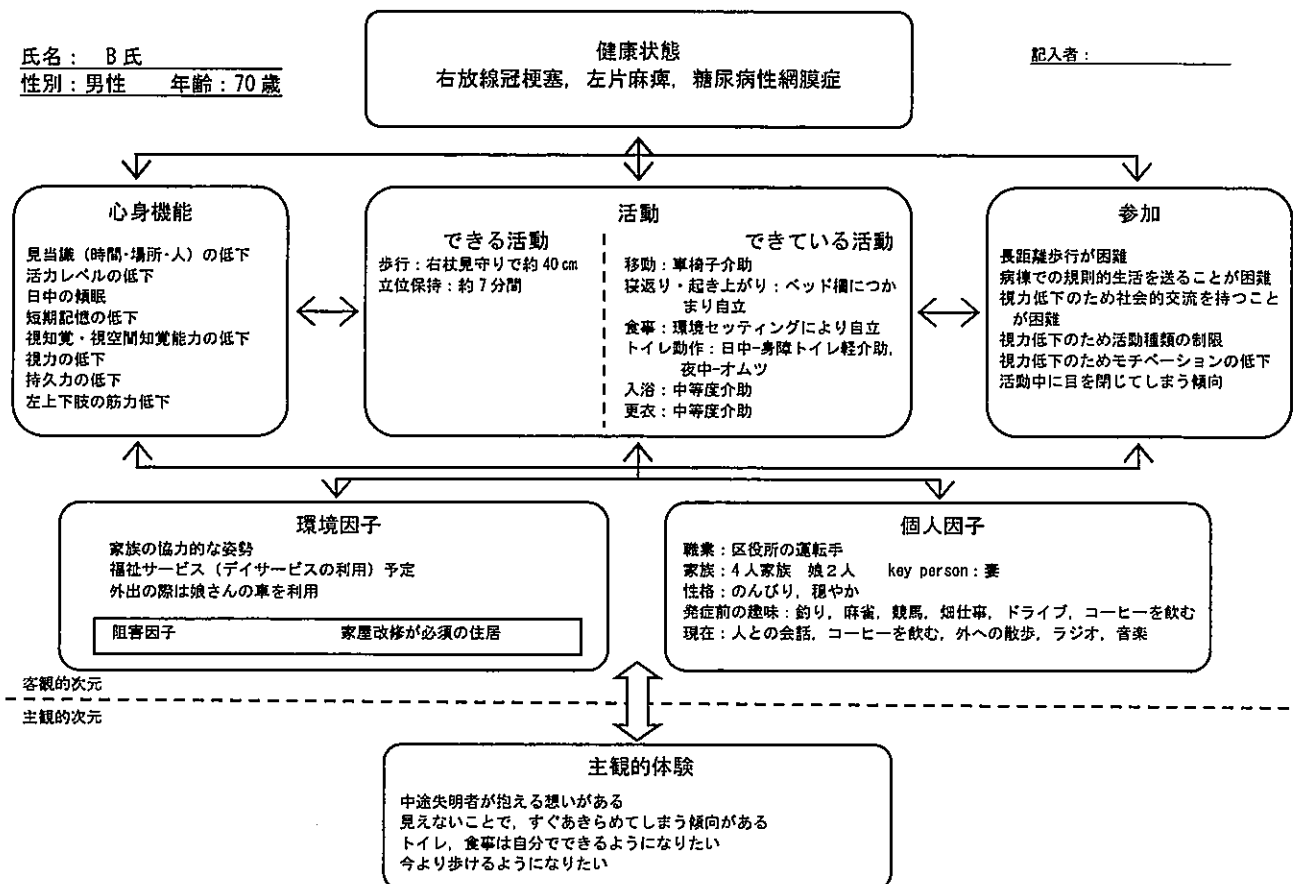
### 1. 背景

アメリカにおける TR には、サーティファイド・セラピューティック・レクリエーション・スペシャリスト (CTRS) という資格がある。この資格は、全米唯一の認定機関である The National Council for Therapeutic Recreation Certification (NCTRC) の認定規約をクリアし、試験に合格しなければ取得できない。筆者はアメリカでこの資格を取得後、日本に帰国し、回復期リハビリテーション病院においてレクリエーション療法士 (CTRS) として勤務している。

筆者が勤務する病院は 180 床の入院施設をもち、回復期の脳血管・運動器・呼吸器疾患および心大血管疾患を有する患者達に対し、65 名のリハビリテーションスタッフ (理学療法士: PT, 作業療法士: OT, 言語聴覚士: ST, 社会福祉士: SW, レクリエーション療法士: CTRS) をはじめ、医師、看護師、および介護福祉士が関わっている。回復期リハビリテーション病院でのリハビリテーション業務 (サービス) は、医師をチーム医療のコーディネーター役として、多職種の関わりの中で実施される。当院では、「レクリエーション」を、「生きがい活動」として位置づけている。これは、一般的な日本人、とくに平均年齢が 70 歳前後の本院患者は、「遊び」に対してマイナスのイメージをもっているようであるからである。当院では、TR を①生きる意欲の向上、②生きがい活動の認識と実践、③地域復帰 (社会復帰) への支援、の三つのステージに分類して実施している。

### 2. 事例

本論では、脳梗塞による左麻痺と糖尿病性網膜症による視力低下によって、日常生活への意欲が著しく低下している B 氏を取り上げた。自然や植物を治療の媒体とすることによって、一定の効果があつたと思われる事例を通して、回復期リハビリテーションに植物を介在させ、園芸活動へ誘うことへの効果の可能性を探った。



なお、当院のTR部門は、国際生活機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health (以下 ICF) (世界保健機関, 2002) を採用して評価している。初期評価は、ICF を基にした ICF 整理シート(上田, 2005) を一部修正して行った(図 1)。CTRS は、このシートを用いて患者を総体的に評価し、生きがい活動の達成に向けた問題点や活かせる残存能力を把握する。とくに TR の視点で重点的に評価する部分は、「参加」、「環境因子」、「個人因子」および「主観的体験」である。これらの評価因子は、TR 本来の目的である生きがい活動を達成する上で欠かせない要素でもある。

TR は、I 期(介入初期)、II 期(2 週目~3 週目)、III 期(4 週目~退院)に分けて行った。I 期の介入プログラムとしては、屋外の散歩、コーヒーの購入(自販機もしくは院内喫茶)、不安吐露の機会としてのフリートーキング、花壇での水遣りを実施し、リハビリに対する意欲を高め、患者との信頼関係の構築を図った。II 期には、フリートーキング、花壇での水遣りをプログラムとした。立位に適した花壇の高さを用い、身体活動能力の回復と同時に残存視力と上肢感覚による空間認知を促し、患者の視力低下に対する不安感軽減を目的にした。III 期は、II 期の活動に加え、フリートーキングを集団で行い、退院後の生きがい活動の継続のために家族への助言・伝達事項をまとめた。

日々の記録は、他の療法と同じく介入実施後に SOAP 形式によって記録し、その結果を元に、患者の変化を身体・心理評価として数値化した。SOAP とは、Subjective (患者の主観的な言動)、Objective (患者の客観的な言動)、Assessment (S, O に対する評価)、Plan (TR 実施の計画)の略である。この形式は、明確に問題の所在と対処法を示し、効率的にその効果を記録する方法として、アメリカで開発された。日本でも、医師、看護師をはじめ、リハビリの分野まで広く使われており、共通のフォーマットを活用して、患者に関わる各職種間の情報共有を容易にしている。

また、症例の経過を客観的に評価する方法として、一般的な自立度の尺度である、機能的自立度評価 (Functional Independence Measure : FIM) (FIM 講習会, 2010) を用いた。

### 1) B 氏の概要

B 氏は、70 歳の男性である。X 年 5 月、右放線冠梗塞により左麻痺発症、H 循環器病センターに救急入院し、点滴治療を受ける。左麻痺が残存したため、ADL (Activities of daily living: 日常生活動作) の拡大に向けて、同年 6 月 25 日、A 病院に転院となる。既往症としては、約 20 年前に糖尿病と診断され、内服治療が始まった。5 年前に腹部大動脈瘤の手術、3 年前、糖尿病性網膜症を発症、また緑内障のレーザー治療を受けている。1 年前に、約 4 ヶ月間、入退院を繰り返しながら糖尿病の教育入院を行ったが、網膜症が進行し、視力はほとん

ど無い。光を感じ、対象物をぼんやりと確認できるようで、身障トイレでは、ナースコールを押すことができ、ペーパータオルを捨てることができている。今回の右放線冠梗塞発症により視力は更に悪化した。現在の要介護度は 4 である。

## 2) ゴール設定と評価

### (1) ゴール設定

TR のメインゴールは、ICF 整理シートを参考に、視力に対する不安やストレスの軽減、全身の身体機能の向上とし、それを達成するためのサブゴールを、散歩(ストレス発散と不安吐露の機会)、花壇の水遣り(行動のきっかけづくりと身体機能の向上)と設定した。これらの活動は、発症前、畑仕事を趣味としていたことから、屋外花壇を活用して、退院後に自宅でも花が育てられることを目指した。屋内では自分でコーヒーを入れることが出来るように生活訓練を始めた。

TR は、TR の処方が承認され、患者が退院するまでの約一カ月間、OT, PT の治療に加えて実施した。TR プログラムの介入頻度は 1 日 60 分とし、実施場所はリハビリテーション室、屋外公園、病院花壇であった。

### (2) 評価基準の策定

身体評価は CTRS が、前日(あるいは前回)のセッションと当該日の TR のセッション中の変化を比較して、数値化し、「立位保持時間」「歩行距離」「水遣り動作の範囲」の 3 つの動作カテゴリーを合計したものである。心理評価は、患者の「発話」や「表情、笑い、ため息等の感情を示す動作」を CTRS が身体評価と同様に前回のセッションと比較して総合的に評価し、その合計を示した。評価基準の詳細を表 1 に示す。

表 1. B 氏の身体・心理評価の変化の評価基準

	点数	評価基準
身体評価: 前回セッションと比較評価		
立位保持時間	+2	1 分以上の延長
	+1	30 秒~1 分未満の延長
	0	30 秒未満の延長、もしくは同じ
	-1	30 秒~1 分未満の短縮
	-2	1 分以上の短縮
歩行距離(横 広い歩行含 む)	+2	10m 以上の延長
	+1	5m 以上の延長
	0	5m 未満、もしくは同じ
	-1	5m 以上の短縮
	-2	10m 以上の短縮
水遣り動作の 範囲	+2	左右合わせて 4m 以上の範囲拡大
	+1	左右合わせて 2m 以上の範囲拡大
	0	左右合わせて 1m 未満、もしくは同じ範囲
	-1	左右の一方だけの水遣りに留まる
	-2	上肢の内旋・外旋動作が伴わず、一定の水遣りの範囲に留まる
心理評価: その日の様子を評価		
発話	+2	積極的、肯定的な内容が多い
	+1	積極的、肯定的な内容に、否定的、消極的なものも少し含まれる
	0	積極的、肯定的な内容、否定的、消極的な内容が同程度
	-1	発話は少なく否定的、消極的な内容
	-2	発話もなく、問いかけにも返事がない
感情を示す動 作	+2	笑顔や笑いが多い
	+1	笑顔や笑いがある
	0	笑顔や笑い、ため息や悲憤な表情も
	-1	ため息や悲憤な表情のみ少し表出
	-2	ため息や悲憤な表情が多く表出

### 3) TR 介入の経過と結果

#### (1) 実施の詳細

実施内容と、評価基準に基づく身体・心理評価を表 2 に示した。

表 2. 実施内容と身体・心理評価の結果.

日	計画(Plan)	評価	
		身体	心理
8/27	花壇での立位保持、立位動作	0	-1
8/28	屋外散歩(車椅子)、院内喫茶にてコーヒー購入	0	0
8/29	花の水遣り	2	-1
8/31	屋外散歩、花壇立位動作と保持強化、水遣り、横伝い歩き練習	2	2
9/1	花壇での立位保持、立位動作	0	-1
9/3	伝い歩き 3m、右杖歩行 5mを目標	0	2
9/5	花壇での水遣り活動 右つたえ歩行一約 3m 右杖歩行一約 5m	2	2
9/7	花壇での水遣り活動 右つたえ歩行一約 3m 右杖歩行一約 5m	3	2
9/10	花壇での伝え歩き、立位保持、水遣り	4	2
9/11	花壇での伝え歩き、立位保持、水遣り	0	0
9/14	花壇での水遣り、ホースの扱い方	1	2
9/15	花壇の植物に触れる、伝え歩き、水遣り	0	2
9/16	花壇での伝え歩き、水遣り	1	0
9/17	花壇で植物に触れる、除草、水遣り	2	1
9/18	左右上肢にての水遣り	2	0
9/19	水遣りのテクニックの検討と実施	2	2
9/21	効率的な水遣りの実施	0	2
9/22	花壇で水遣りと花壇植栽の色彩の確認	2	2
9/23	花壇で水遣りと除草	-1	0
9/24	花壇で水遣りと除草	1	2
9/28	花壇で水遣りと除草	0	0
9/29	花壇で水遣りの一連の更衣の実施(散水栓を開めるまで)	2	1

#### (2) ステージ別の結果

約 1 ヶ月にわたる TR 介入期間の観察記録を、実施後に記録した SOAP ノートをもとに、それぞれの期に分け、表 3 にまとめた。

観察記録から、以下のようなことが考察された。I 期(介入初期):患者は、真に障害を受容しておらず、リハビリの意味を見出せなかった。コーヒーを飲みながら、徐々に CTRS との信頼関係が構築されはじめた。その結果、趣味だった花壇の水遣りに前向きになり始めた。II 期(2 週目~3 週目):依然として、倦怠感や視力低下による喪失感を示す言動が認められるが、見えやすい物や環境を説明することで、自身が達成できた水遣り動作を肯定的にフィードバックするようになった。その結果、照れながら CTRS をからかう発言、笑顔の回数が増加した。III 期(4 週目~退院):自発的に水遣りをするようになった。これは退院後の日常生活における生きがいとして、今後も活動を続けていくための素地ができたことを示していると考えられる。以上を踏まえ、退院後の生活に関する家族への助言・伝達事項として、「花壇での水遣り活動は軽介助で可能となった。しかし畑の凸凹状態から自宅の畑の水遣り活動はまだ勧められず、まずは、庭もしくはプランターで花の栽培、および畑で採れたものに触る、匂いを嗅ぐ等の活動が望ましい」とした。また、現在の視力状態で何かの活動を行う時には、できるだけ明るい場所を選び、コントラストの強いテープや色を目印にするように勧めた。

表 3. 症例 B 氏の観察記録の抜粋.

TR 介入期	観察結果
I 期(介入初期)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臥床傾向が強く、昼夜逆転に近い状態であったため、リハビリに対する意欲が低く、「コーヒーを飲みに行きましょう」と誘わなければ、リハビリには参加しない</li> <li>リハビリから帰ってきた時の場所の見当識が明確でなく、「ここはどこや、娘に自分の居場所を知らせなあかん」「船(ベッド)から降りなあかんねん、ちょっと電話してくれるか」等の発言がある</li> <li>「見えへんようになったら何もでけへんしな」と消極的な発言が多く認められた</li> <li>CTRS との信頼関係を築くうち、視力に関して「いい眼科があったら、行って治してもらいたいな」と発言があり、回復への希望が伺えた</li> <li>身体的活動について、花壇での水遣りでは、立位保持時間が約 2 分から約 4 分へと延びた。</li> </ul>
II 期(2 週目~3 週目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>B 氏が家族に TR プログラムでの実施内容を自発的に報告し、家族が TR 介入に肯定的になり始めたことから、B 氏と CTRS との信頼関係の構築が進んできたことと判断された</li> <li>視力低下による他者依存傾向は相変わらず強く、現状のレベルでは「何もできない」という諦めの気持ちが強いままである</li> <li>花壇での水遣り動作は、立位保持時間が約 4 分から最大約 6 分まで延びた。静止して行う水遣りだけではなく、右杖支持と左上肢でホースを持ちながら横伝い歩行の水遣りが軽介助で可能となった</li> <li>視力に関しては、屋内より明るい屋外の方が見えているものが多く、水遣りの途中に、病院花壇の前を通った自転車に水がかからないよう、水を止める配慮があった</li> <li>野菜(特にトマト)をきっかけに、「冷えたトマトはおいしい」、「家でとれた野菜はおいしい」、「家からもってきたらか」等の発言があった。</li> <li>色の濃い花や花壇の黒と白の電灯も見えている時があり、明るい環境下での活動と色彩のコントラストが強いものは見えやすいと判断できた</li> </ul>
III 期(4 週目~退院)	<ul style="list-style-type: none"> <li>花壇の水遣りでは、コーヒーを飲んでいる時から「花壇の水遣りをせんといかん」と役割を自覚しているような発言がでるようになった</li> <li>実際の活動中は、以前認められなかった上肢を内旋・外旋運動し、ホースも麻痺側から非麻痺側へ持ちかえるというように、できるだけ広範囲に水をやるとうする姿勢が伺え、それに伴い立位保持時間も延び、結果的に約 7 分間の水遣り活動が立位で可能になった</li> <li>歩行距離は右手支持で約 60m の歩行が可能となった</li> </ul>

### (3) FIMの結果と身体・心理評価

症例BのFIMの変化を表4に示す。初日(6月25日)と最終日(10月15日)を比較すると、合計点数に若干の向上があったものの、FIMデータ上では、ほとんど変化はない。一つには、FIMの採点方法に起因していると推測される。FIMでは「できるADL動作(訓練等で可能になった動作能力)ではなく「しているADL動作(病棟での日常生活における動作能力)で採点し、採点者によって異なる場合は低いほうの点数を採用する(FIM講習会講習会資料, 2010)。A病院では、患者の病棟生活に最も関わる看護師がFIMの点数を採点することから、水遣りでの身体的動作が見えにくいこと、日による変化がある心理的部分も、リハビリの様子と病棟生活での様子と比べて、環境や周りの人の変化とともに相関関係が小さいことが挙げられる。そこで、TRセッション中の症例Bの身体・心理変化を、表1に示すように独自の評価基準によって評価することを試み、それをグラフ化した(図2)。

表4. FIMの結果.

	6月25日	7月25日	8月26日	10月15日
理解	5	4	4	5
表出	6	4	4	6
社会交流	3	3	3	3
問題解決	4	4	4	4
記憶	6	4	4	4
合計	67	62	62	68

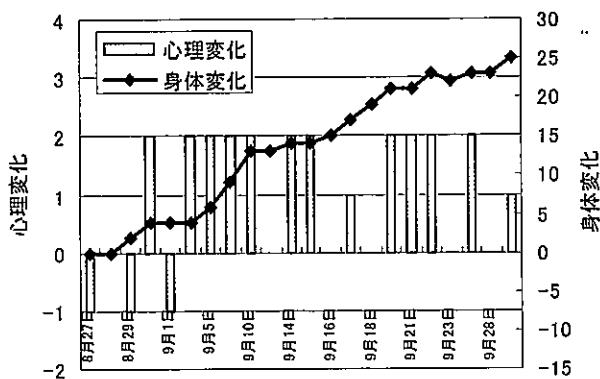


図2. 身体・心理評価の変化.

身体評価は、日々の立位保持時間、歩行距離、水遣り動作の範囲の増減を数値化したものを足して、折れ線グラフとし、心理評価は、精神状態が日々変化することに留意し、その日の精神状態を棒グラフで示した。

グラフが示す通り、身体変化は上昇し、心理変化はマイナスからプラスに転じ、最後まで続いた。これを表3の観察記録と照らし合わせると、「花壇での水遣り活動にふくまれる三つの動作能力の向上」、「活動中の発話内

容や表情に積極性が認められるようになってきた」ことに反映されていると考えられる。ただし、活動中の発話内容が肯定的であっても、ため息や表情が暗い場合があり、そのような状態から数値も±0となることがあったことから、視力低下の受容という視点からは、まだ時間を要することがうかがえた。心理評価と身体評価の相関関係は強くなかった。

### 3) 結果の考察

本症例のリハビリテーション基本方針は、「臥床傾向の減少・下肢の筋力強化・歩行能力の向上・ADL動作の介助量軽減」であった。この基本方針は、週一度のカンファレンスで設定される。このカンファレンスには主治医、病棟看護師、担当のPT、OT、ST、TR、ソーシャルワーカーが参加し、担当患者のリハビリ進捗具合や病棟生活の様子、退院後の生活予定等を話し合う。本症例は病棟生活で昼夜逆転しており、リハビリの途中でも傾眠状態にあり、意欲も低下していた。そのため、PT、OT、TRと病棟スタッフも協力し、リハビリを午前と午後それぞれに振り分け、リハビリがない時間の場合にはナースステーション前で音楽を聞く等の活動を取り入れ、臥床時間の減少と昼夜逆転の改善を目指した。特にリハビリスタッフ間では、日差がある気分や意欲の変化を会話から把握し、昨日の睡眠状態等の情報を共有した。そうすることで、PT、OT、TRのリハビリ順序をどのように組めばBが意欲を保ち続けプログラムメニューに取り組みやすいか配慮しながら時間調整を実施した。

この症例はOTから意欲向上を目指し、TRに依頼があった例である。回復期リハビリでは、医療保険の診療報酬の制約から身体・認知機能回復を重点的に実施される傾向があるが、一方で診療報酬に捉われないTRプログラムは、身体・認知面の他に精神・社会面の機能回復を目指した統合的なアプローチが可能なのである。つまり、本人のリハビリへの意欲を引き出すために、自発性を持って楽しみながらできる活動とその時間の確保だけに専念が可能であった。

中途失明により「見えへんようになったら何もできへんしな」という消極的な思考・発言が顕著に認められ、リハビリに対しての意欲低下が認められたため、そのような精神状態に対して、まず患者の不安を吐露できる環境、その不安に共感できる時間や空間の共有を、屋外散歩によって提供していった。このような精神面に対するアプローチだけではなく、畑仕事を趣味としていた経歴から現存レベルで可能な花壇での水遣りを実施し、その達成感を味わうと共にその活動が役割と移行していく社会面に対するアプローチも可能であった。

リハビリに関わるTRプログラムの特徴として上記のような内容の柔軟性だけではなく、時間的制約も捉われない。具体的には、本症例ではTRが屋外散歩を実施し、外の風に当たり気分転換をしながら、その日の想いを語り終えた後、OTを実施する。そのOTの直

後にTRが水遣りを実施し、一日の活動を終えるというようにTRプログラムを細分化し、本人に適した時間調整が可能なのもTRプログラムの特徴として本症例から伺えた。

そして、屋外の自然が存在する空間や目の前にある植物はTRプログラムの内容や時間を柔軟にするのに有効な媒介要素であり、さらに本人の精神面・社会面という捉えにくいものへのアプローチの媒介となり、セラピストとの仲介となって患者へ刺激を与える可能性が見出された。

Bは入院期間中に播種や育苗などの活動は行っており、「花壇の伝い歩き」などは、園芸と言えない。しかし、花壇に近づくことをきっかけに、視力低下による不安から消極的になりがちな患者が、水遣り、野菜に触れる、花柄をつむ等の自発的な行為を促すことができた。それは、園芸活動が個々の心身のレベルに合わせた多様性と適応性を備えているからであろう。

Bは、そのような行為を通して、かつて「畑で野菜を育てていた健康な自分」をイメージすることで、将来の自分にポジティブなイメージを持ち、水遣りや花壇での活動が心地よいものとなったと推測できる。その快い刺激が目的を伴った身体動作を促し、その動作能力が園芸活動の中でさらに向上していった。

園芸療法は、「医療や福祉の領域で支援を必要とする人たち（療法的かかわりを要する人々）の幸福を、園芸を通して支援する活動」と定義されるが（日本園芸療法学会、2009）、少なくともその視点から、本プログラムは「園芸療法」と評価できると考える。

### 3. 回復期リハビリテーション病院における園芸の可能性

一般に脳梗塞などの脳血管疾患患者への回復期リハビリテーションにおいて、急性期医療施設から回復期リハビリテーション施設に転院した場合の平均在院日数は、障害の種類によって異なるものの、45～90日間が一般的である。したがって、植物を育てる時間があるなら、もっとリハビリテーションに精を出したほうが良いという風潮があることは否めない。筆者も「花を育てるより、もっとリハビリをしたい」という希望をよく聞くが、このような患者は、すでに障害受容ができ、退院後の生活イメージを持っている場合が多いようである。

しかし、働き盛りに脳梗塞を発症したり、老後を日々楽しんでいる中での転倒等の場合、麻痺した半身への絶望感、身体機能回復の可能性への疑い、疼痛を絶えず伴う心身のストレス等が日常生活に与える影響は大きい。それらを払拭し、障害の現実を認め、前向きに生きようと気持ちを転換することは、そう容易ではない。絶望の淵にある患者が光のあるほうに這い上がるには、多くの時間、安心・安全な環境に心許せる人が必要である。したがって、回復期リハビリテーションのTRは障害を受

容させるというよりは、障害と向き合うことに寄り添い、日々変動する心身状態からくるストレスに共感することから始まる。

浅野・高江洲（2008）は、ストレスを感じたときに癒されると感じる空間について調査した結果、80%が、植物のある空間であることを明らかにし、その空間が「癒しの空間」であると述べた。また、松尾（1998）は、園芸には動作体験と感覚体験の二つがあると述べ、その二つの行為が人間らしい創造性をはぐくむとした。また園芸に関わる動作体験と感覚体験のどちらか一方でも、園芸への導入（きっかけ）に繋がってゆくと記述している。

B氏にとって、野菜や花のある空間で実施するTRそのものが癒しの行為であった。と、同時に、行為が記憶に働きかけ、ポジティブな言葉を誘発し、さらに前に踏み出す動作を生むきっかけになっていった。すなわち松尾のいう動作体験が感覚体験を誘発し、さらなる動作体験に拡大していったといえる。また、B氏がトマトの色や大きさの変化（時間性）に興味を示し、それについて発言したように、園芸は「育てる行為」の内包する時間が、最も重要な療法の媒体である（松尾、2005）。

本症例にもあるように、花や緑を活用する活動は、患者が自然の中でいのちが芽生えてゆくことを感じ、勇気づけられるなどを通して、自発的な意志や活動を促進でき、それが身体動作向上の促進につながり、結果として、生きがい活動への支援につながっていった。

患者が、今、切に願うことを支援し、プログラムを計画できるということは、TRの原点である。この視点から、患者に寄り添い、生きがいを獲得するために「植物を介在させる」ことは、多様な可能性を拡充させる。それは「ベッドサイドで一輪の花を眺めながら会話をすること」からも、「窓から風景を眺める」や、「玄関前の小さな花壇に散歩に行く」ことにも、TRの視点と意図があり、患者のニーズに合せてさえいけば、今すぐにTRのプログラムとして実施できる。

今後も、回復期リハビリテーションにおいて、一人でも多くの患者が、今、目の前の風景や、草花から生きる可能性を見出し、新たな園芸の行為を誘発し、心身のリハビリが拡充でき、地域に戻れるように支援してゆきたいと考える。

#### 引用文献

- 浅野房世・高江洲義英：生きられる癒しの風景—園芸療法からミリューセラピーへ。pp.50-58. 人文書院。2008.
- Coyle C, Kinney WB, Riley B and Shank J: Benefits of Therapeutic Recreation: A Consensus View. p.354. Idyll Arbor Inc. 1991.
- FIM 講習会：講習会資料。p.9. 川崎医科大学付属病院リハビリテーション科。2010.
- Kettenbach G: Writing SOAP Notes 2<sup>nd</sup> ed. FA Davis

Company. 1995.

松尾英輔：園芸療法を探る－癒しと人間らしさを求めて－。pp.47-66. グリーン情報. 1998.

松尾英輔：総説. 人間・植物関係学会雑誌 4(1・2): 3 - 8. 2005.

日本園芸療法学会：日本園芸療法学会設立のねらい. 日本園芸療法学会誌 1:1. 2009.

世界保健機関（WHO）：国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－. 中央法規. 2002.

Stumbo NJ and Peterson CA: Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures 4<sup>th</sup> ed. pp. 38 - 39. Benjamin Cummings. 2004.

上田敏：ICF の理解と活用. p.59. 萌文社. 2005.