

セラピューティック・レクリエーションから考える植物介在療法

若野貴司

公益財団法人 そらぶちキッズキャンプ 滝川市江部乙町丸加高原 4264-1

On the Plan Assisted Therapy in Therapeutic Recreation

Takashi Wakano

Public Interest Incorporated Foundation Solaputi Kid's Camp 4264-1 Marukakogen Ebeotsu Takikawa-shi

Keywords: *Assessment Procedure, Medical Insurance Coverage, Natural Stimulus*

キーワード: 評価方法, 自然刺激, 医療保険対象

要旨

レクリエーションを介在手段とする療法をセラピューティック・レクリエーション (TR) という。これは第二次世界大戦以後にアメリカで確立されたセラピーであり, TR の専門資格である Certified Therapeutic Recreation Specialist(CTRS)が行うレクリエーションセラピーは医療保険対象ともなっている。植物介在療法は TR の一つと位置づけられる。とくに Assessment (評価), Plan (計画), Implementation (実施), and Evaluation (事後評価) からなる APIE プロセスと呼ばれる評価方法や継続的介入は, 植物介在療法にも重要な視点である。また植物介在療法は自然空間で実施されるために, 実施にあたっては自然刺激をうまく治療に活用する臨機応変さが求められる。

Abstract

Therapeutic Recreation is the therapy that utilizes recreation and other activity based intervention therapy. This is a therapy established in the United States after the World War II, and the recreational therapy practiced by Certified Therapeutic Recreation Specialist, a professional qualification of Therapeutic Recreation, is also subject to medical insurance. Horticultural Therapy is regarded as one of TR. Assessment procedure and continuous intervention, especially called APIE process, are essential aspects for the Horticultural Therapy. In particular, the Horticultural Therapy is implemented in natural space, so the therapy requires that the therapist acts flexibly for utilizing natural stimulus for the treatment.

はじめに

本稿では, アメリカで始まったセラピューティック・レクリエーション (Therapeutic Recreation: 以下 TR) について, その概念や職業としての現状, また筆者の経験から植物介在療法 (園芸療法) との類似点などについて論じて行きたい。

筆者は 10 余年前この分野を志し, 小学校教員を辞してセントラルミシガン大学院の Parks, Leisure, and Recreation 学部 TR 専攻に入学した。当時の日本には, この分野を学ぶ教育機関がなかったからである。卒業後に医療施設や自然体験施設で行われるインターンを経てアメリカの国際団体である National Council Therapeutic Recreation Certification (以下 NCTRC) が認証する TR の専門資格を取得した。現在は難病をもつ子どもや家族を対象とした医療ケア付きキャンプ場で,

プログラム・ディレクターとして勤務している。

筆者が本分野に興味を持ち始めたのは, 大学時代の「障がい児教育と遊び」の研究のために, 障がいのある子どもや医療者と共に, キャンプ・プログラムに参加したことに端を発する。自然豊かな場所で実施するキャンプでは, 社会交流が困難であった自閉スペクトラム症がある子どもが, 山登りが困難な子どもを手助けする場面や, 共に並んで食事をする様子が観察された。日常では見られないこれらの行為は, いったい何が要因となっているのだろうかと考え始めた。

本稿では, 植物を介在させて, 対象者の療法に活用することを植物介在療法と呼んだ。これは, 松尾 (1998) の述べるように, 植物および植物が生育する環境を多面的に活用することをも意味し, 単に植物を育てる行為のみをさしていないからである。また「自然空間」とは, そ

2017 年 10 月 1 日 受理。

のような植物が生育する緑豊かな自然環境である。

1. TR の発展と現状

1) アメリカにおける TR

(1) TR の歴史

アメリカは 20 世紀初頭、急速な都市化や産業が発展した。これに伴い、貧困・非衛生・道徳の退廃・青少年の非行・生活環境の悪化が深刻な社会問題となった。これらに対応して、子どもの正常な発達に欠かせないものとして、プレイランド(遊び場)の設置運動が広がり、余暇活動を通して反社会的活動の抑制や豊かな人間形成を目指そうとした(一村, 2006)。一方、病院や施設内で患者に提供されるレクリエーション・サービスは、看護師と工芸教師(後に作業療法士と呼ばれる)が担当した。

第二次大戦中は、赤十字職員や有志者らが、市民を対象としたレクリエーション・サービスを担当し、病院や再調整施設(リハビリテーション施設)では、レクリエーションに関心をもつ軍隊職員や教育・体育関係が担当した。第二次大戦後は、傷ついた退役軍人のためのレクリエーション活動が広がりを見せていった。(芳賀, 1998)。

セラピューティック・レクリエーションという言葉が文献に登場したのは 1950 年代の後半であるが(池田ら, 1989), 1961 年には、全米医師会が「レクリエーション活動は、障がいの軽減、健康の回復・維持増進させる治療に役立つ活動である」と言明した。

その後、レクリエーションの治療的効果を、医療対象者のみならず「万人の福祉」という分野までを包括し、全米レクリエーション公園協会(National Recreation and Park Association:以下 NRPA)が誕生したのは 1965 年のことである。さらに支部組織である全米セラピューティック・レクリエーション協会(National Therapeutic Recreation Society:以下 NTRS)の中に、全米セラピューティック・レクリエーション資格委員会(National Council for Therapeutic Recreation Certification 以下 NCTRC)が設置され(鈴木, 1994), 1981 年には NCTRC は TR の質保証を意味する専門資格を整備し、医療現場で行う TR はこれ以降、医療保険対象となった。

(2) TR の概念

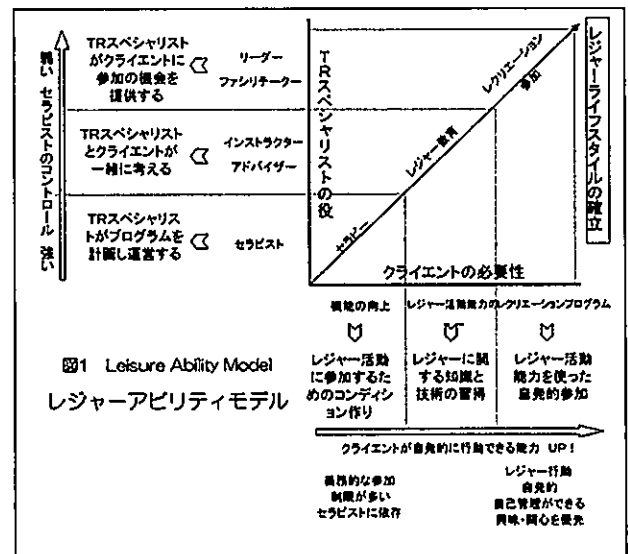
ピーターソン(1996)は TR の概念について、「レクリエーション・サービスを用いて、身体的、情緒的、または社会的な行動に望ましい変化や、個人の成長と発展を促進するために、目的にかなったかかわりをするプロセスである。」と述べた。Recreation という言葉には、治療や回復、食べることによる回復という語源が示すように、レクリエーションは本来的に治療的効果が内包される。

このレクリエーションを介在させ、身体的・認知的・

精神的・社会的な分野の治療的効果を目指し、その統合的効果として生活の質を向上させる一連の行為が TR である。TR の最終目的は「対象者が、自分なりの趣味・生きがい活動の自己実現を可能とする」(Stumbo, 2004) ことである。

もう少し具体的に言うと、交通事故で下肢に障がいを受けたとしよう。術後の退院に至る数週間から数ヶ月は障がい受容期の第一段階である。退院し日常生活に戻るが、下肢麻痺による車椅子生活を余儀なくされ、新しい生活が開始する。これが第二段階である。やがて、車椅子とともにある生活になれ、その中でのレジャー・レクリエーション・スタイルが確立されていく、これが第三段階である。

これらを、段階別にまとめたものが、レジャーアビリティモデル(図 1)である。



出典 ピーターソン・ガン, 1996.

第 1 図. レジャーアビリティモデル

- ① セラピー段階(機能的回復段階): 本人が望むレクリエーションを達成するために必要な基本的身体・認知・精神・社会機能を回復させることが主目的。この段階は受傷した直後や手術した直後であることが多く、プログラム内容も多くがセラピストに依存され、入院初期に行われる。
- ② レジャー教育段階: 本人がどのようなレクリエーション活動を望むか、実行するためにどんな知識・技術が必要なのかを体験していく。可能な限り自立して自分の望むレクリエーション活動に参加するために、「余暇活動への認識」「態度の向上」「対人関係力の向上」「余暇活動技能の向上」「余暇資源の情報収集」を目指す。
- ③ レクリエーション参加段階: 社会資源や人的サポートを通して、自分なりのレクリエーションのライフスタイルを確立していく段階である。

この段階に基づき、TRの有資格者は、各段階に応じたサポートを実施してゆく。これがTRの仕事である。

(3) CTRSの教育と働く場

TRはアメリカで認められたセラピーであり、適正資格保持者はCTRS (Certified Therapeutic Recreation Specialist)とよぶ。CTRSの資格を取得するためには、以下のような教育を受け、臨床経験を経て試験に合格しなければならない。

- ① 必要学位：4年大学、大学院等のセラピューティック・レクリエーション学科、または専分野を卒業していること。
- ② 必要取得科目：TRのプログラムデザイン、TRの傾向と課題、TRと身体障害・精神障害・発達障害・物質依存・認知症、発達心理学、生理学、異常心理学、レクリエーション学、リスクマネジメント等
- ③ インターン時間：最少480時間(継続的な12週間)必須

これらの条件の満たすものが受験し合格した場合に、NCTRCから資格が付与される。合格者は、資格は毎年更新しなければならず、5年ごとにNCTRCに活動歴を報告する義務がある。

CTRSは、理学療法(Physical Therapy)、作業療法(Occupational Therapy)、言語聴覚療法(Speech Pathology Therapy)と共にリハビリテーションスタッフの一員として医療分野で活動を行う者が多い。一方、地域社会においては、公園レクリエーション区(州ごとに定められた、公園エリア)において、レジャー施設に勤務する者や、キャンプ場やスポーツ施設で障がい者へのレクリエーションに対応をする者もいる。

NCTRCが、2014年に全てのCTRSに対して行った調査によれば、約16000人のCTRSが有資格者としてNCTRCに登録しており、毎年約1200人のCTRSがNCTRCの求める基準をクリアして増え続けている。約60%のCTRSは、療法士(Therapist)の立場で勤務しており、CTRS全体の80%近くがTRサービスを主とした業務内容で雇用されている。職場は、病院が38%、福祉施設が19%と多く、次いで民間のレクリエーション活動提供団体や教育施設での勤務が多い。CTRS有資格者の年収は平均が\$48,417(≒¥5,280,000)で、病院、学校、そして更生施設の順で給与が高い(NCTRC, 2014)。

(4) TRサービスと医療制度

CTRSが実施したレクリエーションセラピーを医療保険対象と承認するのは、リハビリテーション科・精神科・高齢者分野等など、の各医療機関で異なるが、対象者に医療的行為が必要であると判断された際、医師から処方があり、個別にセッションが行われるケースをいう。この記録は医療保険機関(Center of Medicare and Medicaid Services 以下CMSと表記)に当てはまる医療

コードを用いて申請される(Schilling, 2014)。

アメリカには、医療機関認可団体であるCARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities)とJC (Joint Commission)がある。JCのガイドラインには「CTRSはリハビリテーションのチームスタッフの一員として、医師、看護師、PT、OT、STと同じように、必要不可欠な存在」とされている。またCARFは、「入院施設を持つリハビリテーション病棟もしくは病院は、最低1名のCTRSを持つ」ように指定されている。

州によって若干異なるが、1単位=15分で計算され、亜急性期・回復期の患者は1日12単位のリハビリを受ける権利が保険により保障され、CTRSが行うTRには医療診療報酬が加算されている(ATRA, 2017)。

2) 日本におけるTR

(1) 日本におけるTRの歴史と現状

セラピューティック・レクリエーションが日本でも関心がもたれるようになったのは、1970年代に入ってからである。その背景は、日本の高齢化にある。財団法人日本レクリエーション協会は、福祉分野におけるレクリエーション指導者養成として、高齢者レクリエーションワーカー養成セミナー(1974)を開始し、1994年より福祉レクリエーションワーカーの資格制度を発足させた(一村, 2005)。

しかし福祉分野におけるレクリエーション活動の提供は介護福祉士や看護師、作業療法士などの職能で行われ、一過性の集団レクリエーション活動が発展してきたものの、アメリカのようにレクリエーション活動に医療診療報酬が適用されるわけではなく、医師からの直接処方による1対1での療法としての実践は、日本にはまだほとんどない。

(2) 日本におけるCTRS

現在、日本に在住のCTRSの有資格者は8名であり、大学教員、福祉施設、高齢者施設と職場は様々である。医療分野では、2011年から2016年まで、2名のCTRSが(内1名は筆者)、兵庫県の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部門を立ち上げ、医師からの直接処方によってTRを実施していた。医療制度上、TR単独では医療診療報酬の対象にはできなかったものの、TR単独で個別のTRサービスを行っていた唯一の医療機関であった。まさにアメリカの医療機関でのTRと同じように、電子カルテによる記録、入院から退院までの個別対応、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士と共に協力して患者の機能回復を目指し、対象となった患者の生きがいを実現できるよう実践され、日本のTRの魁となった。

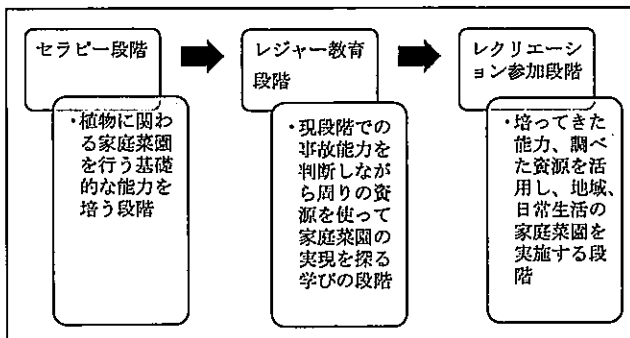
2. TR と植物介在療法

レクリエーションは趣味や好み、生きてきた背景等、個人因子が強く関係するものである。したがって、療法的手段としてレクリエーションを活用する場合は、個別の対応が必要不可欠である。植物介在療法も同様で、植物を通して何らかの効果を目的とする場合、そこには身体面のみではなく、心理面や社会面の様々な因子が大きく影響する。もちろん植物介在療法には様々な内容があり（松尾，2009）、利用する環境、扱う植物、集団のか個人か、そして継続期間も重要な視点となるであろう。

1) TR モデルにおける植物介在療法

先に述べたレジャーアビリティモデルに植物介在療法の実践を重ねてみた。対象者が植物を通して自己実現ができるプロセスである。

筆者が兵庫県での医療施設で遭遇した事例を紹介したい。脳卒中で入院した A 氏の趣味は家庭園芸であった。①セラピー段階では、家庭菜園で行う動作に必要な身体的能力の回復を目指し、②レジャー教育段階では、自宅や施設に入る際に自分の身体面・知的面・精神面・社会面を評価し、どのようなサポートや道具を使って家庭菜園を実現していくのかを、A 氏が学ぶ段階である。そして最後の③レクリエーション参加の段階では、A 氏の残存能力で実際に家庭菜園を実施する段階である（図 2）。できれば療法士が、退院後の自宅菜園の場所等の確認も行い、A 氏が一人で菜園での自己実現を目指す設定を行う。



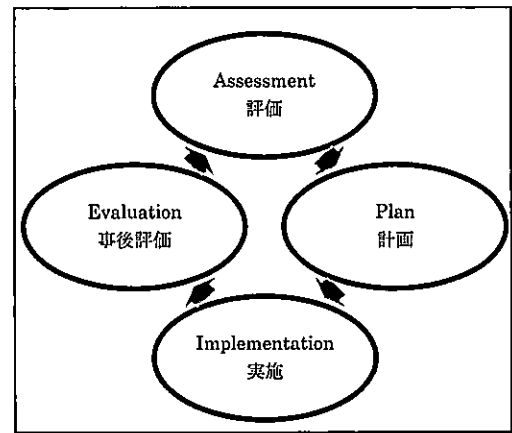
第 2 図. A 氏のレジャーアビリティモデル

2) TR の APIE プロセスと植物介在療法

このようなレジャーアビリティモデルは、3 段階を示しているが、セラピストは各段階において、評価を行い、次のプログラム内容を検討しなければならない。これが APIE プロセス（図 3）と呼ばれるものであり、TR には欠かせない介入プロセスである。APIE とは、Assessment（評価）、Plan（計画）、Implementation（実施）、Evaluation（事後評価）の略であり、より効果的な TR を行うために 3 段階はもとより各 TR セッションにおいても繰り返されなければならない。

先の例に倣えば、脳卒中の対象者が野菜の苗を植える

という目標を短期目標として挙げた時に、活動にかかる集中力や認知力を判断し、苗を植えるという動作を分析して、身体的、認知的、精神的、社会的に可能かどうか「評価」を行う。「計画」段階では、必要な道具、場所、時間、対象者の心理的な動き等も加味しながら TR セッションの準備をする。「実施」段階では、苗を植える動作を行い、「事後評価」では、再度身体的、認知的、精神的、社会的な面でどのような支援が必要か、どのような動作の練習が必要か等の評価を行い、次の TR セッションに繋げていく。



第 3 図. APIE プロセス

このサイクルは、TR が単なるレクリエーション活動か治療的なレクリエーションとなりうるかを分ける。この APIE プロセスは植物介在療法においても同様であり、このプロセスが園芸レクリエーションか療法かを分けることになる。

評価詳細（表 1）は、身体障害をもつ人への TR プログラムの評価ツール『Comprehensive Evaluation in Recreation Therapy-Physical Disabilities』（Parker, 2002）とアメリカミシガン州デトロイトの亜急性期・回復期リハビリテーション病院において使用している評価分類を参考にして筆者が実践現場で必要となった視点を加えたものである。

- ①身体的機能：体を動かす機能、視覚や聴覚などの感覚機能。
- ②認知的機能：視覚や聴覚など感覚器による認識、言語および判断する力、達成感など精神状態不安や抑うつ、あるいは感情失禁などはかる。
- ③精神的機能：不安、緊張、リラックス。
- ④社会的機能：交流、対人関係、協調などの社会性。
- ⑤レクリエーション遂行能力：地域に戻ったときに、自分らしく生きて行くための「生きがい」を育てる、すなわち自己実現準備である。

表1. 評価詳細

評価の側面	内容
身体機能面	頸部動作, 体幹動作, 左右上肢動作とその耐久性, 左右上肢の巧緻性, 左右上肢の協調性, 左右上肢の俊敏性, 左右下肢動作とその耐久性, 視覚・聴覚・味覚・触覚動作, 歩行動作, 補助具を使用している移動動作, 走る・跳ぶ等の高レベルな運動, 日常生活の規則化, 疼痛の軽減, 全身の持久力, 食欲
認知機能面	判断力, 自己決定力, 構成力, 問題解決力, 空間認知力, 注意持続力, 注意配分力, 注意転換力, 短期・長期記憶, コミュニケーション力, 左右識別能力, 学習能力, 環境への適応力(時間・人・場所の見当識)
精神機能面	抑うつ状態, 苦悩・不安, 緊張状態, 睡眠阻害, 消極的思考, 幻覚言動, 感情失禁(不適切な笑い声, 泣く), 身体イメージ認識, 疾患・障害への態度, 自己効力感・自己達成感, ストレスに対する耐性, リラックス, 楽しむ経験, 意欲, 自発性
社会機能面	対人交流力, 協調性, アイコンタクト, 集団環境での対応, 孤立化防止, コミュニケーション機会, 他者への関心(共感・理解)
レクリエーション 遂行面	地域社会資源の認知, 地域での移動能力, レジャー活動への態度・知識・基本的動作能力, 金銭管理能力, 安全管理能力, 年齢に適したレジャー活動能力, 自由裁量時間の有効活用

注: Parker, R. 1990. を参考に若野が作成

3. 自然からの刺激とリハビリテーション

レクリエーション活動を、ボウリングやビリヤードと想定すると、セッションが終了した時点で、TRプログラムが終了すると考えがちである。しかし先に述べたように、TRプログラムは継続である。継続する経験の積み重ねによって、対象者の自己実現を可能としていく療法である。この点から見ると、植物介在療法は、植物の育ちや変化を体感し、その中に楽しみや喜びを見出すレクリエーション活動であり、継続性が重要な基盤となっている。では、繰り返される毎回のセッションの変化はどうか。

障がい児療育を実践している野村(1999)は、「子どもの遊びを見ていると、その季節によって、その天気によって、遊び方が違うことに気づきます。光や風、土、水、虫、そういった自然が、その時々違った様子を見せ、その微妙な変化をうまくとらえ、自分たちの遊びにしてゆくのです。自分に持ち合わせている様々な感覚機能や運動機能を総動員して、環境との接点を見つけ、体ごと馴染んでいく様子を見ていると、遊びとは非常に高度な環境とのかかわりであることがわかります。」と述べている。

浅野・高江洲(2008)は、自然空間をミリューとよび、人間が自然空間に感応し、それによってセラピーが発展することをミリュー(Milieur: 風土、環境)セラピーと呼び、自然空間であるからこそ治療が可能であることを論じている。

浅野らも野村も、毎回同じような畑仕事や散歩であっても、そのつど空間が変化し、多様な刺激があるという。「思いがけず受けた刺激」に「とっさ」に反応する行為が、頭では「できない」と思っていたことの可能性を開く「きっかけ」となり、リハビリテーション推進の重要な引き金となり、それによって生きる力が賦活すると考えている。

浅野ら(2008)は、植物を介在させる療法には感じる緑と関わる緑があり、自然空間には、このように多様な刺激が存在すると述べている。それらの刺激が患者の潜在的あるいは残存機能の引き出しに寄与するのである。

ボウリングやビリヤードと植物介在療法が異なる点は、この刺激の量である(若野, 2011)。ボウリングやビリヤードには、スコアが異なるという刺激はあるものの、環境そのものは平準化されているからこそ、スコアが競えるのである。反対に、自然空間では、予期せぬ刺激があり、それを乗り越えなければ行為が続かない。この自然の刺激こそが、セラピストがAPIEでは準備しきれないものである。

4. まとめ

TRの概念、教育、TRの評価方法を記述してきた。このように考えていくと、植物介在療法は、TRの範疇といえる。アメリカのリハビリテーション病院では、多いところでは100種類以上のTRプログラムが用意されている。この中には、園芸も散歩も含まれている。病院によっては、CTRSがAHTA(アメリカ園芸療法協会)に登録している園芸療法士を依頼する場合もある。

筆者はCTRSではあるが園芸療法士ではない。筆者はCTRSと園芸療法士を比べると、療法場に対する臨機応変なスキルは、園芸療法士のほうが、より高く求められていると考える。園芸療法士は、療法場で遭遇する多くの刺激を、リハビリテーションの課題として臨機応変に設定しなおし、対象者とともに乗り越える能力が必要である。

筆者が最初に述べた、自閉スペクトラム症をもつ子どもが、山登りが困難な子どもに手を貸して岩場を登った要因は、その空間に、彼らが乗り越えなければならない物理的な崖があったからである。そして、その崖を越えた達成感が、二人を近づけ、関わりを誘発したのである。筆者が、山登りが困難な障がいのある子どもの前に崖をしつらえたわけではなく、ましてや自閉スペクトラム症がある子どもとチームを組ませたわけでもない。ゆっくり歩くうちに、そのような状況が生まれた結果である。

先に述べたように筆者は、大学卒業後に本専門分野を学び実践もしてきた。リハビリテーションや自己実現についても学んだ。それでもなお、自然空間は机の上で学ぶ以上の魔法を筆者に教えてくれる。自然空間が刺激を含み、それゆえに、対象者のリハビリテーションが促進され、生きることに前向きになることに、日々助けられていると感じている。

これからも、自然と刺激と対象者の自己実現について研究を重ねていきたい。

引用文献

浅野房世・高江洲義英：生きられる癒しの風景。pp128-130. 人文書院. 2008.

American Therapeutic Recreation Association: Faq about RT/TR How are RT/TR services recognized?, <https://www.atra-online.com/what/FAQ>. 2017年更新. 2017.10.20

芳賀健治：医療・福祉領域におけるレクリエーションのアセスメントと評価に関する研究-日本の医療・福祉現場への適用について-。東京家政学院大学紀要 38:1. 1998.

池田 勝・永吉宏英・西野 仁・原田宗彦：レクリエーションの基礎理論。pp141-154. 杏林書院. 1989.

一村小百合：社会福祉におけるレクリエーション援助・活動の意義について。関西福祉科学大学紀 8:157-166. 2005.

一村小百合：アメリカにおけるレクリエーション運動の発展について。関西福祉科学大学紀要 10:163-173. 2007.

松尾英輔：園芸療法を探る-癒しと人間らしさを求めて-。pp. 81-85. グリーン情報. 1998.

松尾英輔：園芸から人と植物とのかかわりへ-松下幸之助花の万博記念賞の受賞を機に省みる研究の軌跡-。人間・植物関係学会雑誌 9(1)：1-12. 20. 2009.

National Council for Therapeutic Recreation Certification: CTRS Professional Profile. pp. 1-2. 2014.

野村寿子：遊びを育てる-出会いと動きがひらく子どもの世界。pp6. 協同医書出版社. 1999.

ピーターソン, C. A. ・S. L. ガン (谷 紀子・水上和子・師岡文男訳)：障害者・高齢者のレクリエーション活動。pp4. 学苑社. 1996.

鈴木秀雄：セラピューティック・レクリエーション-その理解と普及の視点-。レジャー・レクリエーション研究. 27:21-28. 1994.

Stumbo, NJ. and C. A. Peterson : Therapeutic Recreation Program Design Principles and Procedures. 4thed. pp15-19. Benjamin/Cummings. Publishing, San Francisco. 2004.

Schilling, M. L. Coverage and Recreation Therapy Services. MTRA coverage presentation. Michigan. pp23-25, 2014.

Parker, R. Comprehensive Evaluation in Recreational Therapy (CERT-Physical Disabilities). Idyll Arbor. Washington. pp1. 1990.

若野貴司：長期加療を要する患児に対する緑空間のリハビリテーション効果とその評価。pp148-150. 東京農業大学. 2011.