

屋外自然空間を用いたレクリエーション療法4症例の効果

若野貴司・末吉勝則・石川 治

仁寿会 石川病院
e-mail : rehabili@ishikawa-hp.or.jp

Benefit of Outdoor Space Existing Nature on Convalescent Rehabilitation

Takashi WAKANO, Katsunori SUEYOSHI and Osamu ISHIKAWA

Ishikawa Hospital

Summary

The purpose of rehabilitation changes by stages of injuries : Acute stage, sub-acute stage, convalescence stage, and maintaining stage. In the US, occupational therapy and physical therapy are not only professions to support patients in these stages, but therapeutic recreation (TR) which use recreation as intervention of therapy, is widely used. This paper picked up four patients who participated TR programs using plants and nature in hospital A in Japan to study the effect of TR program which use plants on convalescence rehabilitation. Recognition of improvement by their utterance and behaviors in 1) physical functional use, 2) cognitive functional use, 3) psychological perspective, 4) social perspective and 5) ability to practice recreation were used for evaluation items. As the results, although the number of cases was limited, program provides more stimuli with existence of plants and integrated effects for both mental and physical are promised

Keywords : ability to practice recreation, physical and cognitive functions, psychological and social perspectives, therapeutic recreation

認知機能面, レクリエーション遂行能力, 精神機能面, セラピューティックレクリエーション, 身体機能面, 社会機能面

緒 言

リハビリテーションとは、人間にとってふさわしく(望ましく)ない状態におかれた時に、それを再び人間にふさわしい状態に戻すことを意味する全人的復権であり、単に機能回復訓練をさし示すものではない(上田, 1999)。しかしながら医療現場では、このようなミッションに基づいて遂行されることが少ないのが現状である。急性期・亜急性期をへて回復期、維持期へと、リハビリテーションはそのステージごとに目的が変化する。日本では、入院による医療費の拡大抑制と在宅復帰の促進のために、回復期リハビリテーションが2000年に制度化され、専門病棟が新設された。

アメリカとカナダでは、この期を支える専門職として作業療法(以下 OT)、理学療法(以下 PT)などに加

え、レクリエーションを媒体としたレクリエーション療法(セラピューティック・レクリエーション: Therapeutic Recreation 以下 TR)がある。国家資格と同等の認定レクリエーションスペシャリスト(Certified Therapeutic Recreation Specialist: 以下 CTRS)と呼ばれる有資格者が存在し、現在約 30000 人(NCTRC, 2009)が医療・福祉・教育等の様々な分野で TR プログラムを実践している。回復期リハビリテーションでは CTRS が行う TR プログラムは医療保険の診療報酬対象となっている。

アメリカのリハビリテーション病院が提供する TR プログラムの種類は多岐にわたり、多いところでは 100 種類を超えるところも珍しくない。患者は、屋内であればゲーム、トランプ、陶芸、絵画、音楽など、屋外であれば、散策、園芸、サイクリング、水泳、登山などを自分の趣味歴や好み・興味によって、多様なレクリエーションから選択することができる。CTRS

2010年6月28日受付, 2010年12月27日受理.

の仕事は、退院後も患者の生きがいができるようなレクリエーションプログラムをリハビリテーション開始と同時に提供し、心身両面の全人的なケアをすることである。

リハビリテーションではTRと近い領域であるOTがある。TR発祥地のアメリカにおいてもOTとTRの区別は現在も論議されている。日本のリハビリテーションにおいてOTとTRの異なる点は、プログラムに含まれる訓練的要素と楽しむ要素の比重の違いであろう。OTではレクリエーション的なプログラムを通して、多くの場合は立位、歩行等の基本動作や日常生活動作の獲得やその維持・向上を目指しているが、TRでは訓練的な要素は少なく、本人が楽しめることを重視し、それを趣味や生きがいにつなげていくことを目的としている。

具体例を挙げると、OTでは退院後の生活を考え調理訓練を実施する場合があるが、TRでは本人の意欲があれば、楽しみとして調理活動を実施する。その活動を通して意欲向上や自己実現を促し、趣味や生きがいにつながるよう支援していく。この二つの領域の境界線と協業は、これから日本でも論議されていくべき課題と考えられる。

上田(2009)は、「人間は、疾患や障害をもったとしても、自己の人生の専門家であり、自己決定権を行使しなければならない。」と述べているが、日本に限らずアメリカでも、人は疾患や障害を被った時点で、生きる意欲を失うのが現実である。しかしアメリカでは、その期間をできるかぎり短くし、再び生きがいを見出すためにレクリエーションを活用している(ピーターソン・ガン, 1996)。この視点から、TRは重要なリハビリテーション介入方法であるが、日本ではレクリエーション療法という言葉を使わずむしろ“生きがいづくり”を目的とした“生きがい療法”と意識したほうが、欧米でのTRサービスの意味に近い。

本報では、屋外空間(ここでは植物が存在する空間)に出て、個別TR介入を実施した4症例を取り上げ、回復期リハビリテーションをになうA病院での個別TRプログラムが患者にどのような効果を及ぼすかを解析したものである。

調査の方法

1. 調査の対象

A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に手術後のリハビリテーションを実施している。在院日数は平均約3~6か月であり、自宅復帰率が75%という亜急性期・回復期リハビリテーション病院である。

A病院のリハビリテーション室では、個別TRプログラムとして屋内レクリエーションも屋外レクリエ-

ーションも行っているが、本調査では、病院花壇や病院近郊の公園等の植物が存在する屋外空間でTRを実施した事例4名を選んだ(A群 a, b, c, d)。

2. 評価の基準と調査方法

アメリカにおいて、TRを実施する目的の一つは、レクリエーション活動を通して心身機能を回復し、各人が可能な限り自立して生きがいや趣味活動を達成するための技術、知識、情報、態度、環境設定の支援である(Peterson・Stumbo, 2004)。そのために①身体機能の回復、②認知機能の向上、③精神的安定、④社会性の向上の視点からレクリエーションプログラムの評価が必要であるとしている(Carterら, 2003; Peterson・Stumbo, 2004; 吉田・茅野, 2007)。

Coyleら(1991)による文献調査では、多様な分野にわたるTRプログラムの効果を示し、それらのエビデンスを「身体機能回復・健康維持」「認知機能の回復・向上」「心理社会的機能の回復」「人間成長と発達の促進」「人生の満足感の向上」「医療福祉サービスの適切な利用と依存傾向の減少」に分類している。これらの分類項目は、TRの目標達成に向けて、人を四つの観点から評価する上記の①~④のそれぞれに対応しているといえる。

前述のようにTRの最終目的が趣味活動・生きがいの達成であることから、患者の日々の記録を四つの視点を通して総合的に評価することが必要と考えた。そこでTRの目的とされる①身体機能向上、②認知機能向上、③精神機能向上、④社会機能向上を、そのまま評価項目とし、⑤レクリエーション遂行能力の向上を

Table 1. Five aspects of recreation therapy².
第1表. 患者の観察記録(SOAP)を分類した五つの評価軸².

評価の側面	内容
①身体機能	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, 左右上肢の後敏性, 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, 補助具を使用する移動動作, 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
②認知機能	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)
③精神機能	抑うつ状態, 苦悩・不安, 緊張状態, 睡眠障害, 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
④社会機能	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)
⑤レクリエーション遂行能力	地域社会資源の認知, 地域での移動能力, レクリエーション活動への態度・知識・基本的動作能力, 金銭管理能力, 安全管理能力, 年齢に適したレクリエーション活動能力, 自由裁量時間の有効活用

² Robert Parker による評価法 Comprehensive Evaluation in Recreation Therapy-Physical Disabilities (Parker, 2002)に補足し、改定したものである。

新たに加えた。レクリエーション遂行能力とは、”趣味活動や生きがいの具現化”のために必要となる具体的な技術・知識・情報の取得と行為と言いかえることができる。

この⑤を加えた理由は次のとおりである。回復期リハビリテーションでのTR介入ではしばしばレクリエーション遂行能力の向上を目指したTR介入が実施される。それは次の維持期の福祉施設・自宅復帰等のステージを考え、患者によっては回復期の入院中から継続的な趣味活動や生きがいの実現に向けての技術・知識・情報の取得と行為が必要だからである。具体的には、園芸の播種・収穫・水やり・間引き・肥料のやり方等の実際園芸で使う技術を獲得可能であったかをレクリエーション療法士が判断し、評価している。

実施手順として、病室にCTRSが対象患者を迎えに行き、その後、植物のある屋外空間での散策、花壇の水やり、播種、収穫を実施した。基本的に週5回、1回1時間を一度のセッションとした。各々のセッションにおいて項目①～⑤の効果を狙ったプログラムが可能であったかを、第1表の項目内容を参考にした筆者らの観察をもとに評価した。

第1表は、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TRプログラム評価分類と項目を参考にしたものである。デトロイトの病院では、患者のカルテにセッションの様子を記載すると共に、その内容からどの分野で効果が認められたかを検証するために使用している。

毎回のカルテ記載は各患者に応じてレクリエーションによる関与を実施し、観察記録にもとづき解析を行った。観察記録はSOAP形式とした。SOAPとは、Subjective (患者自らが発する言葉や言動)、Objective (患者の言動から客観的に判断される事象)、Assessment (上記に対する評価)、Plan (実施前と実施後の計画)からなる記録方法である。

この形式は、明確に問題対処を示し、効率的にその効果を記録し、次のセッションにつなげる方法として、アメリカでの医療現場で浸透している記録方法である(Kettenback, 1995)。日本の臨床現場でも医師、看護師をはじめ、リハビリテーションの分野まで広く使われ、観察記録に共通の視点をを用いることで各職種が情報共有をやすくしている(岩崎ら, 2005)。

評価は、各セッションにおいてSOAPの記載をもとに第1表評価項目と照らし合わせ、評価①～⑤の5項目それぞれに関連する発話・行動が認められた回数を数え、セッション全体数に対する割合(%)で表示した。たとえば症例cの場合、21回のTRセッションのすべての回に身体機能面に関わる行動が認められているので、効果あり21回÷セッション回数21回×100=100%となっている(第1図)。

結果および考察

1. 効果の多面化と総合的リハビリテーション

身体・認知機能のみならず、精神的・社会的、さらにレクリエーション遂行能力の評価項目を満たすカルテ記載が全ての症例a, b, c, dに認められた(第1図)。これらの効果はTRプログラムのみならず、PT, OT,

症例説明	TR介入理由と介入開始時期	場所		TR内容とセッションの回数	FIMスコア		項目別効果 (言動が認められたセッション回数/各セッション総数の割合)
		屋内	屋外		入院時	退院時	
a 男性 70 歳 脳梗塞による 左方麻痺 網膜症による 視力低下	離床の促し 精神活動の賦活 TR 介入時期 発症から 4 か月後	○	○	花壇の手入れ, 水やり, フリー・ トーキング 週 5 回 計 21 回	67/126 運動項目 43/91 認知項目 24/35	68/126 運動項目 45/91 認知項目 23/35	
b 女性 59 歳 脳梗塞による 左片麻痺	病棟生活の充実化 他者との関わり TR 介入時期 発症から 3 か月後	○	○	花壇の手入れ, 野菜や果物の 栽培 週 5 回 計 21 回	96/126 運動項目 64/91 認知項目 32/35	105/126 運動項目 73/91 認知項目 32/35	
c 女性 83 歳 左脛骨骨髄 炎増悪による 歩行障害	離床の促し 精神活動の賦活 TR 介入時期 発症から 1 か月後	○	○	色塗り, 屋外散歩 週 5 回 計 21 回	47/126 運動項目 24/91 認知項目 23/35	50/126 運動項目 27/91 認知項目 23/35	
d 女性 79 歳 脳梗塞による 左片麻痺	離床の促し 身体レベルの維持 精神活動の賦活 TR 介入時期 発症から 10 か月後	○	○	釣りゲーム, 風 船ゲーム, 花の 植え替え, 水やり, 屋外散歩 週 5 回 計 21 回	44/126 運動項目 18/91 認知項目 26/35	46/126 運動項目 20/91 認知項目 26/35	

Fig. 1. Case details and TR program contents.
第1図. 症例の詳細とTRプログラム内容・効果.

Table 2. Indoor and outdoor utterance of case a, b, c, d.
第2表. 症例 a, b, c, d にみる屋内と屋外の発語概要.

症例	屋内	屋外	
a	- 「ここどこや. 家内や娘にここにいることを知らせなあかんな。」	- 自発的に過去の思い出を語る 「昔はな, 目が見えている時はよく海に行ったもんやサザエやハマグリをとって網焼きしたんや。」	
	- 「こんなに眠いのになんで起きなあかんの。」	- 散策において釣りや, 畑の話を自ら発する. 「ぎょうさん野菜作ってな. 近所にあげとったんやで 持ってきたらうか。」	
	- 「あんたが代わりにしてくれへんか。」	- 「このトマトには肥料やったん. 家からもってこさそうか。」 「冷たい水でトマト冷やしてな, よう食べたわ. うまいで。」 「昔これでも畑よう耕してたんやで仕事やめてから, 土地借りてな, ようやったわ。」	
	- 「水やりに行かなあかん 今日, もう水やりしたんか。」	- 「この赤い花きれいやな, よう咲いとるな, ほんまやね. 今日は, よう見えるわ。」 - 肥料のやり方を積極的に説明. 「この苗, 種から育てたん. りっぱやな, キーンと冷えたトマトはおいしいで, ほんまに。」 - 「そうやろ, トマトだけに水をやってもな, 他がかわいそうやから。」 - 「いや, あんたに水かけるのはええけど(笑う), 他の人にかけるのはまづいやろ。」	
b	- 他のリハビリでも園芸の話をして, 楽しみにしている様子	- 「ここやったら, 色んなもん植えられるな 葱やエンドウを植えたらわ。」	
	- 「言語の先生, イチゴ狙ってたで。」	- 園芸についての自発的な会話があり, 人に何かを教えるということについて喜びを感じている様子. 「水はな, 朝・夕にやったらええんよ。」	
	- 屋内で, エンドウ豆のツルのための道具を提案し, セラピストに説明.	- プランターにビニールを被せることを自発的に提案. 「冬で寒いから何か被せてやったらわ。」	
	- 「その柵ちようどええやん. 紐で伝っていき。」	- 水やりのタイミングや肥料の作り方, 肥料を加える時期を説明し, 今後の花壇での作業工程について自発的に語る. 「[もうこんだけ大きになったら, そないに水やらんでええな. 3日にいっぺんぐらいでええわ. あと花がついたら肥料もっかいやりな.]」	
	- 「私が風邪ひいてても, 水やりするんやで。」	- 季節によって適切な野菜や植えるときの注意点を説明.	
	- 自宅での畑仕事について自発的に回想, ネギの苗について同室の患者と交流 「この人な, 葱ほしいみたいよ. 連れて行ってあげて。」	- 週末の不安を話す, 豆の発芽で声を上げて喜ぶ. 「この病院退院になったら, どうなるんやろ.」 「わあでた, でたな。」 - 収穫時期であることを知らせ, 野菜を使った料理の話をする. - 「やった, ええのが獲れたね.」 「ネギは細葱やから, こんなもんやろ, 心配なくてええよ。」 - 花屋の店員と話す機会があり, 普段ないような言葉の使い方や野菜の話, 笑顔が認められた 「これ, 今の時期でも育つん. 知らなかったな.」 - 肥料を播く時期や実がなる時期を説明. - 苗を植える場所とその間隔, 石灰の混ぜ具合等をセラピストに説明. 「石灰はちょっと前に混ぜて土を作とかなあかんで.」 「それじゃ, 近すぎやわ. もう少し話して植えな.」 - 自身がしていることを夫に積極的に説明. 「今な, この先生, 実エンドウ買って植えとんねん. もう遅いかな.」	
	c	- 「はよどっかに連れてってえな。」	- 手をたたいて喜ぶ姿, 積極的な発言が認められた. 「楽しいな. 生きてるって感じがするわ.」
		- 「外のほうが好きや, ここで色んな人に会うから嫌いやねん.」	- 家族のことを思い出して肯定的な会話. 「家族でな祭りにでかけて, あの頃はほんまに楽しかったわ.」
		- 「またここかいな, もう歩かへんで.」	- 散歩中に積極的に花を指差し, 賞賛する発言. - 「やっぱり, ここへ来るとほんまに気持ちええな.」 - カレンダーと季節感から季節感を考慮した発言. 「もう秋やな. 過ごしやすい季節は好きや.」 - 冗談や昔の思い出話. 「外にでられることが幸せ.」 - いつもと比べて大きな声で積極的な発言. - 自発的な発言があり, 屋外散歩を楽しむ. 「あつ, すずめがおるな. かわいいなあ.」 「私は秋の空が大好きや. すすがしいな.」
		- 「外に連れてってくれるの.」	- 屋外に出ると自発話が増加傾向. 「あれ電車かいな.」 「あれはスピッツって犬やな.」
d	- 「外は寒いか, 日和か.」	- 釣った魚の料理を説明, 自分の地域の魚の名前を紹介花や野菜に対して感想を言い, 時折, 笑顔が認められた. 「こんなに寒いのによう咲いとるな.」	
	- 「どこかに連れてってと発言.」	- 花壇と屋外の両方に行きたいと発言があり, 屋内よりも会話が自発的.	
	- 「(トマトが枯れて)楽しみがなくなった.」	- 花や電車等の周りの環境への自発的な会話. - 作業中は自発的な会話が増え, 花のことを質問. - 野菜の観察で, 自発的に質問. 「これ何植えてんの. 今の時期育つか.」 - 屋外では自発話が増加, 顔を上げていろいろなものに反応しコメントする. 「(アロエの花が)きれいに咲いてきているな.」 - 屋外散歩では自発話が多く, 花や車を指で指す. 「車がようさん止まるとる.」 - 正月の門松を見ながら竹や南天の実に対して感想を述べる. 「きれいな, りっぱな門松やん.」 「この竹どうしたん. 採ってきたんか.」 - 花壇では, ネギやエンドウを指差し, よく成長していることを指摘. 「よう伸びとるやんか. たいしたもんや.」	

病棟生活等の様々な要因が背景にあると考えられる。ただ、効果の種類に着目すると TR プログラムが園芸活動や屋外散歩等の植物が存在する自然空間を介在させることによって身体的な機能レベルに固執することなく多面的で総合的なプログラムが提供可能なことを第1図は示唆している。

具体的に、症例 a では全ての項目での言動が認められ、特に屋外花壇での水やり活動では立位保持時間の延長が認められると同時に、現状の視力と立位バランス能力で可能な限り自立した水やり技術を獲得した。それが身体機能面とレクリエーション遂行面に表れている。

症例 b でも同様に五つの項目に関わる言動が認められ、特にプログラム中に野菜を育て、セラピストに育て方を教える役割への意識が向上し、結果的に片麻痺でも紐を結ぶ方法、種袋を開ける方法等を習得した。

症例 c では、a, b と比較するとレクリエーション遂行面が低いものの、複数の項目で効果がみられた。これは他のリハビリを拒否していたため、TR プログラムが趣味活動というよりも退院後の生活を考え、身体面に重点を置いたプログラムメニューを優先的に提供していたからと考える。

症例 d は、レクリエーション遂行能力での言動が認められなかったが、その他の項目では認められた。こ

の症例はレクリエーションに関する技術を獲得したいというわけではなく、屋外に出て野菜や花を観賞したいということにとっても意欲を示しており、屋内でのゲームよりも屋外での環境刺激を受け、発話の増加が認められた例である。

上田・鶴見(2003)は、リハビリテーションとは、単なる機能回復ではなく、受傷後の新しく創ってゆかなければならない人生の具体像を示すことでなければならないと述べ、心と体の両方が、ともに活性化し、生きがいをもって活動できなければ、真のリハビリテーションにはならないことを述べている。

この考え方はTRの最終目標である趣味や生きがいを達成することと共通している。すなわち、身体・認知・精神・社会・レクリエーション遂行能力の項目を基本として、自分のしたい趣味や生きがいを達成することがTRの最終目標であり、それは受傷後の生活を創っていく重要な一部分になるからである。

その支援を患者のニーズを考えながら、上記の5項目どの部分の効果も望めるようなTRプログラムをPT、OT、STやリハビリテーションに関わるコメディカルスタッフとともに提供が必要なのである。そして、自然環境を活用するプログラム(ここでは屋外散歩や園芸活動)は、そのような全人的なTRプログラムを提供するのに有効な環境だといえる。

Table 3. Ratio of effects by TR five aspects and the transition of effects.

第3表. TR 5評価軸による各TRセッション項目別効果の推移と言動が認められた割合(%)².

評価軸	I期	II期	III期	全体
	言動があった割合(%)	言動があった割合(%)	言動があった割合(%)	言動があった割合(%)
a				
身体機能	86	100	100	95
認知機能	71	43	57	67
精神機能	43	71	71	62
社会機能	43	43	43	43
レクリエーション遂行	86	100	100	95
全体	66	71	75	
b				
身体機能	71	57	86	76
認知機能	57	29	71	57
精神機能	100	100	100	100
社会機能	71	71	71	71
レクリエーション遂行	100	100	100	100
全体	83	71	89	
c				
身体機能	100	100	100	100
認知機能	71	29	0	33
精神機能	71	57	57	67
社会機能	43	43	14	33
レクリエーション遂行	14	29	14	19
全体	60	51	63	
d				
身体機能	100	100	100	100
認知機能	43	86	57	62
精神機能	71	86	71	76
社会機能	29	43	43	38
レクリエーション遂行	0	0	0	0
全体	49	63	54	

² 第1表の評価①～⑤の5項目それぞれに関連する発話・行動が認められた回数/セッションの回数(1期7回)×100と計算した。

屋外でのTRプログラムを実施したA病院は、自然環境を介在させることによって、患者の基本的動作やADL(日常生活動作)を促進するだけでなく、園芸活動や屋外散歩での様々な自然環境刺激を通して患者の身体・認知・精神・社会・レクリエーション遂行能力面に働きかけていることを少なくとも4症例から示唆している。総合的に働きかけている屋外でのTR介入は、上田(1999)のいう全人的な統合的リハビリテーション実践につながる可能性があることを示している。

評価5項目の効果の表れ方に、何らかの傾向があるかどうかについて検討した(第3表)。毎回TRセッション後に記載したSOAPをもとに第1表の五つの評価軸と照らし合わせて、①～⑤に関連する言動が一つでも患者に認められた場合を数え、TR介入の実施時期と効果の関係性について、初期、中期、後期に分けて検討した。

効果の表れ方に顕著な傾向はみられなかったが、わずかながら中期は効果の表れが減減している。これは、患者およびセラピストが初期と比べ屋外から受ける刺激が少なくなっている(慣れてくる)ためと考えられる。一方、後期は時間経過によって、植えた植物が育つことや、季節が変化することが視覚的に確認できるので、それが新しい刺激となって、効果を押し上げていくものとみられる。

2. 屋外での発話の増加

浅野・高江洲(2008)は、風景の中に人間を癒す力があることを論じている。また松尾(2005)は、人間と植物のかかわり方には、五感を使う感覚体験と、体や頭を使う動作体験があると述べ、園芸にはこの双方の行為が含まれ、人間らしい創造性と本能の両方を満たす行為であるという。

本症例らは、すべて回復期リハビリテーションというステージで治療を受けるので、まず中途疾病や障害と向き合いながら、訓練にも前向きに取りくまなければならない。「受傷後も人生は、何一つ変化しない」ということを示し、「今までと同じようにレクリエーションができる」ことを、患者に提示することこそが、回復期リハビリテーションの重要な精神的サポートである。しかしすべての人間が、受傷後すぐに気持ちを切り替え強く生きることはむずかしいと考えるのが妥当であろう。

患者の発話を調査すると、屋外での患者の発話は自発性にとみ、またその発話内容は屋外花壇での植物や野菜、病院近郊での天候・草花等の環境刺激に関するものである。また屋外の発話に消極的な内容は少なく、上記の刺激を通して患者の積極的な姿勢や話す機会も時間も多かった(第2表)。それに対し、屋内での発話は消極的な内容、もしくは屋外へと出て行きたい願望が伺えた。発話の回数と内容に関しては、屋外での発

話回数が屋内よりも多く、その内容も症例の回想や具体的な技術等が認められ、屋内の発話よりも多様な発言が伺えた。

症例らは、まず病室から出て、散策をし、花壇や病院近郊の公園に出かけた。五感から五感へと刺激を受け、やがて車椅子から手を出し、花摘みや水やり、播種という動作体験へと行為が移行していった。これらのことは、次の言葉からも伺うことができる。「(昔は)ぎょうさん野菜を作ってたな、近所にあげとった。」(a)と、過去を想起し、これらの過程の中で障害という現実には少しづつ目を向けた発話や「やった、ええのが採れたね。」(b)という発言に、自己の肯定感や新たな生きがいの可能性をわずかに見出している。「楽しいな、生きていって感じがするわ。」(c)という中に、疾患や障害を、やっと前向きにとらえようとする姿勢が生じてもいる。さらに自然の移ろいに対する繊細な感情の変化は、「きれいに咲いてきているな。」(d)からも伺える。またこの発話内容の背景には『患者とセラピスト』との関係のみではなく、『自然からの刺激(環境刺激)を患者とセラピストが受ける』という関係が成立すると考えられる。それらの環境刺激を患者とセラピストが共有できることにより、屋内では認められない発話の多様化、そこから生まれるセラピストとの会話が精神的賦活、社会性の促進、レクリエーション遂行能力の向上、特にここでは園芸に関わる技術の獲得につながる事が第2表より伺える。そして、患者がTRプログラムに向かう姿勢は、上田・鶴見(2003)の否定する「一昔前の辛い”訓練としてのリハビリテーション”ではなく、患者の自発的なリハビリテーション、すなわち”内発的リハビリテーション”となっていることがわかる。

まとめ

リハビリテーションは、患者個々のために目的を設定し、セラピストが関与し、それが刺激となって患者の行為や感情を誘発することである。本調査は植物が存在する屋外空間でのTRプログラムが、どれだけリハビリテーションとして多面的な効果があったかを検証しようとするものであった。

TRは受傷後の患者の生きがいを引き出す一つの手段としてその実現への道をつなぐリハビリテーションであると説明したが、プログラムによって、その効果には差異があることがわかった。A病院での植物が存在する屋外空間での刺激には、自然や植物を基本とし、時間・天候・季節、その場に居合す他者など多様な要素が含まれていて、CTRSのみでは創り出すことができないほど多くの種類と量であった。

これらが、患者の心身に働きかける統合的な刺激となり、その結果、症例らの言葉の中に、多くの自己肯

定感、他者への配慮などがみられ、自発的行動を誘発することはもとより、“精神性”や“社会性”を向上させる結果となったといえる。たとえば、セラピストに対し冗談を交え、「あなたに水かけるのはええけど、他の人にかけるのはまずいやろ。」(a)という配慮の言葉や、育った植物に対し「冬で寒いから、なんか被せてやったらええわ。」(b)と、自分のことだけでなく、植物への気遣いをみせる言葉に、精神性や社会性が確認できる。

人間は、その進化の段階から自然に抱かれ、自然からの多様な刺激を統合的に感受しながら、ヒトから人になるプロセスを進んできた。立ち上がり、二足歩行を始め、言語を獲得した。自然の移ろいの中から、時間の存在に気づいた。また他者がいることで、自己を認識し、その他者のために食物を分ける利他性という社会性も目覚めた(ポパー・エクルス, 1986)。そこには自然による多様な刺激が存在したのである。

人が緑の中に安らぎを感じるのは、人間の進化が、緑の中で進められたことに起因する(Lewis, 1996)が、このことはcの事例にもみることができる。すなわち、cはTR以外のリハビリテーションをすべて否定していたが、車椅子で外に出られ、緑を身近に感じられることの幸せを「やっぱり、ここへ来ると、ほんまに気持ちええ。」と言った。

またbでは他者に何かを伝えたいという欲求は、高次脳機能障害があっても衰えることはなく、園芸活動の説明や石灰の混ぜ方などを「もうこんだけおおきなったら、そない水やらんでええな。三日に、いっぺんぐらいでええわ。あと花がついたら肥料ももっかい(もう一度)やりな。」(b)と、きちんと言葉を使って説明しようとする。季節変化を五感で感じとり「もう秋やな、過ごしやすい季節は好きや。」(c)と、時間の推移を計る言葉もつぶやかれる。

ヒトから人への進化の重要項目である身体発達、言語認知機能、自己認識および社会性は、TRがリハビリテーションの中で目標とする効果と一致する。すなわち疾病や事故によって失った機能の再獲得や代替機能を求めるリハビリテーションとは、人間の進化の中で得た機能の再獲得作業であるといえる。ヒトの進化が自然からの刺激の中で進んでいったように、自然からの刺激によってリハビリテーションがより促進されることは、想像に難くない。それは上記のA病院の事例にも見られる。

事例は少ないが、植物が存在する屋外空間の介在によってプログラムの刺激が多様になり、心身への統合的な効果が期待できることを検証できた。今後は、植物を介在するレクリエーションが、回復期リハビリテーションに、有効であることについてさらに検証をすすめてゆきたい。

摘 要

急性期・亜急性期をへて回復期、維持期へとリハビリテーションはそのステージごとに目的が変化する。アメリカでは、この期を支える専門職として作業療法、理学療法などに加え、レクリエーションを媒体としたレクリエーション療法(セラピューティック・レクリエーション: Therapeutic Recreation 以下 TR)がある。植物が存在する屋外空間でTRを実施したA病院(4名)を取りあげ、患者のリハビリテーションにどのような影響を及ぼすかを解析した。①身体機能向上、②認知機能向上、③精神機能向上、④社会機能向上、⑤レクリエーション遂行能力の向上を評価項目に設定した。事例は少ないが、屋外での自然環境による刺激によりプログラムの刺激が多様になり、心身への総合的効果が期待できることを検証できた。

引用文献

- 浅野房世・高江洲義英. 2008. 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. 人文書院. 京都.
- Carter, M.J., G.E. Van Andel and G.M. Robb. 2003. Therapeutic recreation : A practical approach, 3rd ed. Waveland Press. Illinois, USA.
- Coyle, C.P., W.B. Kinney and J.W. Shank. 1991. A summary of benefits common to therapeutic recreation. pp.353-378. In : C.P. Coyle, W.B. Kinney, B. Railey and J.W. Shank (eds.). Benefits of therapeutic recreation : A consensus view. Idyll Arbor, Washington State, USA.
- 岩崎テル子・小川恵子・小林夏子・福田恵美子・松房利憲(編), 2005. 標準作業療法学・専門分野・作業療法評価学. 医学書院. 東京.
- Kettenback, G. 1995. Writing SOAP note, 2nd ed. F.A. Davis, Co. Philadelphia, USA.
- Lewis, C.A. 1996. Green nature human nature : The meaning of plants in our lives. University of Illinois Press. Illinois, USA.
- 松尾英輔. 2005. 園芸にみる人間らしさとは何か. 人間・植物関係学会雑誌 4 (1・2) : 3-8.
- NCTRC official web site. 2009. CTRS brochure, National Council for Therapeutic Recreation Certification, <http://www.nctrc.org/documents/CTRSProfile09-FINAL081809.pdf>, 2010. 6. 19.
- Parker, R. 2002. Comprehensive evaluation in recreation therapy - physical disabilities, pp.342-352. In : J. Burlingame and T. Blaschko (Eds.). Assessment tools for recreational therapy and related fields (3rd ed.). Idyll Arbor, Inc. Washington, USA
- ピーターソン, C.A.・S.L. ガン(谷 紀子・水上和子・師岡文男訳). 1996. 障害者・高齢者のレクリエーション活動:セラピューティック・レクリエーション・プログラムのつくり方・基本と応用. 学苑社. 東京.
- Peterson, C.A. and N.J. Stumbo. 2004. Therapeutic recreation program design : principles and procedures. Peason Education. California, USA.
- ポパー, C.R.・J.C. エクルス(大西 裕・西脇与作訳). 1986. 自我と脳(下). 思索社. 東京.
- 上田 敏. 1999. リハビリテーション. メディカ出版. 大阪.
- 上田 敏. 2009. ICF の理解と活用. pp.31. ぎょうざれん. 東京.
- 上田 敏・鶴見和子. 2003. 鶴見和子・対話まんだら(上田 敏の巻):患者学のすすめ-“内発的”リハビリテーション. 藤原書店. 東京.
- 吉田圭一・茅野宏明. 2007. レクリエーション活動援助法. ミルヴァ書房. 京都.