

園芸療法活動の現状比較と園芸療法士の方向性

小浦誠吾¹・押川武志¹・東 健太郎²・東 健爾³・稲垣智祐³

¹九州保健福祉大保健科学部 ²都城自動車学校 ³社会福祉法人莞爾会

Comparisons of Horticultural Therapy Activities and Future Application of Horticultural Therapist

Seigo KOURA¹, Takeshi OSHIKAWA¹, Kentaro HIGASHI²,
Kenji HIGASHI³ and Tomohiro INAGAKI³

¹ *Kyushu University of Health and Welfare*, ² *Miyakonojo Driving School*, ³ *Social Welfare Ministry Kanjikai*

Summary

Our horticultural therapeutic activities, applied at various welfare facilities and hospitals began in 1998. Different facilities and hospitals lead to dissimilar activity goals, due to varying evaluation methods, occupational diversity of responsible staff, categories of application and methodology of individual activities. We conducted a comparative study of the features of each facility or hospital that had applied this method and measured the role of horticultural therapy for the future in perspective of knowledge necessary for practical implementation. The main introduction purpose was 'improvement of the image of the different facilities' and 'creating an incentive giving patients something to live for as to raise QOL over all'. Chosen were only public- and outdoor facility and a greenhouse. The person in charge of each facility was a physical therapist, an occupational therapist, a gardner as well as a life guidance therapist. Other than the named staff in charge of the activities did hospital- or facility personnel participate in the activities. Experience showed that horticultural therapeutic activities have to be maintained continuously further on. It also became clear that, for specialized support, the presence of occupational therapists better meet the therapeutical goals than physical therapists. Generally, facilities where cliants of a heavy symptom existed did the horticultural activities as part of the medical treatment and the health care activity. And in facilities for the elderly peoples and the disability people that care level is low, the participation of the specialist of the medical treatment and the health was little. As to outline future development of horticultural therapy, the positive experiences so far demand a uniform national qualification system or optimize contribution to society.

Key words: Horticultural therapy, welfare facilities, horticultural therapist, occupational therapist, qualification system

園芸療法, 福祉施設, 園芸療法士, 作業療法, 資格制度

緒 言

アメリカの園芸療法は、第二次世界大戦後の1945年頃から本格化したとされているが、その後活動名にもさまざまな名称が使われるといったような統一性のない期間が続いた。30年以上を経て、1987年「アメリカ園芸療法協会 (American Horticultural Therapy Association)」が発足し、活動の正式名称がHorticultural Therapyにはほぼ一本化したとされている。園芸療法士の資格制度について

は、アメリカ園芸療法協会 (AHTA) の認定登録制度が1975年に整備された (松尾, 1998a)。

日本においては、日本における園芸療法を主題とする資料は1982年から発行されはじめた (松尾, 1998b)。本格的な導入は1991年からはじまり (松尾, 2005), 1998年には松尾が園芸療法の定義を日本ではじめて提唱した (松尾, 1998c)。近年では、園芸療法にかかわる研究報告が各種の福祉施設や病院などでなされるようになった (小浦ら, 2001; 安川ら, 1999)。また、資格制度の整備に関しては、兵庫県の公的資格や任意資格など様々なものがあり、統一性がない状態であるため、2005年人

2007年7月23日 受付. 2008年1月8日 受理.

間・植物関係学会が統一した制度を目標として学会認定の資格制度を発足させたところである。今後、アメリカと同様にすべての園芸療法士の資格制度が統合するためには、ある程度の時間が必要とされるであろう。一般的に療法士の資格制度は、診療報酬の対象になることで有資格者の立場や生活が安定することにつながるが、現状では園芸療法士単独の活動では診療報酬の対象になりにくいことも問題の一つである。

著者らと南九州大学園芸学部学生（以下‘学生’）らは、1998年から療養型病院（以下‘療養’）、特別養護老人ホーム（以下‘特養’）、介護老人保健施設（以下‘老保’）、デイケアセンター（以下‘DC’）、デイサービスセンター（以下‘DS’）、グループホーム、知的障害者授産施設（以下‘授産’）、知的障害者更生施設、精神科病院（以下‘精神’）で、園芸療法を目指した活動（以下‘活動’）の立ち上げおよび実践を支援してきた。これらの活動の開始に先立ち、著者らは施設・病院と松尾（1998b）の園芸療法の定義をもとに打ち合わせを行ったところ、施設、病院の形態や対象者の状況によって短期、中期および長期目標が大きく異なることや、施設、病院の経営理念に沿って活動内容を変化させる必要があることに直面した。具体的には、経営者の希望を取り入れながらプログラム、活動目標、評価方法などを施設・病院ごとに変化させた。さらに実践を通して、それぞれの施設・病院間で異なるのは、プログラム、活動目標、評価方法だけでなく、担当職員の職種や活動方法などにも相違点がみられるようになったのである。この点については、今後、園芸療法に関する資格制度が整備されていくにあたっては、活動の実態を改めて明らかにした上で、実態にそくした資格制度にしていくことが必要であろう。

ここでは、我々が携わった多様な活動実態をまとめ、その現状を基に施設・病院ごとの考え方・やり方の相違点を整理した。また、その結果に基づいて、園芸療法士とはどのような存在であるべきなのかを検討し、今後の資格制度整備のための若干の知見を得ようとした。

調査方法

我々が園芸活動の立ち上げ、実践などでこれまで関わりを持った七つの施設、病院の経営者、活動の担当責任者、活動に6か月または20回以上参加した学生に対して、直接聞き取る方法で1～5の調査項目に関するアンケート調査を実施し、全員から回答を得た。

なお、以下に記した内容は、調査以前からすでにわかっていたので、今回の質問項目には加えなかった。

1) いずれの施設も施設側からの依頼で活動を導入した、2) 実施形態は参加者を限定するクローズド参加、3) 活動の頻度は週1回、4) 実施担当者は、いずれも園芸療法士（著者、小浦）であり、園芸学部学生がボラ

ンティアとして活動を援助した。5) 対象者の参加人数は、療養（8～10人）、特養（5～9人）、老保（8～12人）、DC（8～12人）、DS（8～12人）、授産（5～10人）および精神（15～34人）であった。

なお、結果の集計にあたっては、老保とDCの回答はすべて一致したため、結果および考察はまとめて示した。

1. 各施設、病院における活動の導入目的

アンケート回答者：施設経営者または担当責任者。

評価項目は、事前の意見交換により示された、①施設のイメージアップ、②ADL（Activities of Daily Living：日常生活行為）の向上、③QOLの向上と生きがい創り、④対象者の社会性の向上（自立支援など）、⑤収益等による経営の安定の五つの項目とした。評価基準は、導入の主目的である（○）、導入の目的になる場合がある（△）、導入目的にならない（×）の3段階とし、項目ごとに回答してもらった。

2. 活動場所

アンケート回答者：活動の担当責任者（医療、保健または福祉の専門家）

評価項目は、①居室内、②施設・病院室内の共通スペース、③屋外専用施設・温室および④専用畑の四つを設け、主な活動場所（○）、時々使用した活動場所（△）および活動しなかった場所（×）を評価基準とした。

3. 必要とされる園芸栽培技術と収入の必要性

アンケート回答者：施設経営者または担当責任者

技術レベルの評価基準は、景観を美しくできプロの農家に準ずる生産物を期待できる技術（○）、景観を美しくでき施設内で生産物を食したり楽しんだりできる程度の技術（□）、景観はある程度美しくなるが生産物の品質の向上は特に期待しない程度の技術（△）とした。収入の必要性については、活動による収穫物や作品の一部を販売して施設の利益としての収入を得たい（必要）、利益は必要ないが販売して活動の資金に還元したい（あるとよい）および活動による収穫物や作品を販売して収入を得ることは考えていない（必要なし）を評価基準とした。評価基準の判断が難しい場合は基準間の中間も可とした。

4. おもな活動協力職員

アンケート回答者：著者および参加学生（大学側スタッフと呼ぶ）

大学側スタッフ以外の活動協力職員の職種は、施設の園芸担当者、介護職（ヘルパーを含む）、看護師、指導員（生活指導員）、理学療法士、作業療法士および医師であり、施設の園芸担当者以外の職員は医療、保健、福祉いずれかの国家資格有資格者であった。

これらの職員を、いずれも20回以上の活動において、担当責任者となっていた職員（◎：担当責任者）、原則

として毎回参加していた職員（○：毎回参加）、20回中数回参加した職員（△：時々参加）、活動に参加しないが指示を与えた職員（□：指示）およびまったく参加しなかった職員（×：参加なし）の五つのカテゴリーに分類した。また、該当する職業の職員がいない場合は、職員なし（-）とした。

5. 医療・保健・福祉の専門家の関わり的重要性

アンケート回答者：担当責任者

担当責任者に「園芸活動は、園芸療法士の他にどんな専門職員がいると効果的だと思うか」と質問し、以下のように回答してもらった。

評価項目は、これまで活動に参加した職種を中心として、①介護福祉の専門家（介護福祉士、社会福祉士、ヘルパー職）、医療保健の専門家として②医師、③看護師、④作業療法士、⑤理学療法士とした。評価基準は、関わり的重要性が大きい（◎）、関わりがあると良い（○）、関わる必要性は小さい（△）、職員として勤務していない（×）とした。ただし、事故等の処置の際に看護師がかかわることは活動の前提であり、看護師の場合は活動自体に常にかかわる必要性のみを評価させた。また、医師に関しては、常に活動に参加し関わりを保つことは困難であるため、指示のみの関わり的重要性も含むこととした。

結果および考察

1. 各施設、病院における活動の導入目的

導入目的に関するアンケート調査結果を第1表に示した。①施設のイメージアップおよび③QOLの向上と生きがい創りは、全ての施設、病院で主目的となっていたのに対し、身体のリハビリテーション効果を期待する②ADLの向上を主目的としたのは、老保、DCのみであった。

大川（1996）によると、ADLには「できるADL」と「しているADL」のレベルがあるが、患者の中にはリハビリテーションの訓練時や診察時にはできるものの病棟や自宅の実生活では実行していない「できるADL」の状態である者が少なくない。このような状態は、“本来はできるはずなのに、患者の意欲がないためにできな

い”とされる場合が多いことから、「できるADL」を「しているADL」のレベルに向上することは、患者の生活を重視するリハビリテーション医学では重要なこととされている。

さて、著者らの活動では、対象者が園芸活動やその雰囲気に興味・関心をもった結果、潜在能力を無理なく発揮し、いわゆる「しているADL」への向上ができたケースがよくみられたため、施設の担当責任者から「期待していなかった効果もあった」と言われることが多かった。このことから、園芸を利用した療法活動は、QOLの質の向上を目指すことができるだけでなく、対象者が興味関心を持ちやすい活動であることから、対象者の潜在能力の発揮にも有効と思われるので、「しているADL」の向上も期待できることを示唆していると考えられた。

一方、授産施設の主目的をみると、①、③に④対象者の社会性の向上（自立支援など）、⑤収益等による経営の安定が加わり4項目にもなっており、他の施設・病院と比べ活動の導入に対して大きな期待をよせていることが判明した。また授産施設では、実際の活動においても、活動の対象者のコミュニケーション力のレベルアップにともなう社会性の向上がみられたため、施設経営者や担当者は活動に高い評価をしていた。

2. 活動場所

第2表に示すように、療養、特養およびDSは、施設・病院室内の共通スペースを主な活動場所としており、主な活動内容も室内でできる軽作業（押し花関係、ハイドロカルチャー、室内用寄せ植え作成、コケ玉づくり、室内植物への水やり、クラフト各種など）であった。なお、これらの施設の共通スペースはいずれも庭に面していた。

老保、DC、授産および精神は、屋外専用施設・温室を主な活動スペースとしていた。これらの施設・病院では、日常においても頻繁に居室から屋外に出て活動することを対象者に勧めており、園芸においても著者らの活動を導入する前から積極的に取り入れていたことが特徴の一つである。特に精神では、本格的な活動を行いたいという対象者の意見を受けて、施設外に農場を借りて園芸活動（土起こし、肥料まき、せん定、間引き、畑での

Table 1. The introduction purpose on horticultural therapy of each facilities and hospital.

第1表. 各施設・病院の園芸療法の導入目的.

主な導入目的	活動でかかわった施設・病院の種類 ²					
	療養	特養	老保、DC	DS	授産	精神
①施設のイメージアップ	○ ^Y	○	○	○	○	○
②ADLの向上	△	△	○	△	×	×
③QOL向上と生きがい創り	○	○	○	○	○	○
④対象者の社会性の向上	△	×	△	△	○	○
⑤収益等による経営安定	×	×	×	×	○	×

²療養：療養型病院、特養：特別養護老人ホーム、老保、DC：老人保健施設、デイケアセンター、DS：デイサービスセンター、授産：知的障害者授産施設、精神：精神科病院。

^Y○：導入の主目的である、△：導入目的となる場合がある、×：導入目的となることがない。

Table 2. Activity place of the activity in each facilities and hospital.
第2表. 各施設・病院の活動場所.

活動スペース	活動でかかわった施設・病院 ^Z					
	療養	特養	老保, DC	DS	授産	精神
①居室内	△ ^Y	△	×	△	×	×
②施設・病院室内の共通スペース	○	○	△	△	×	△
③屋外専用施設・温室	△	×	○	○	○	○
④専用畑	△	×	△	×	△	△

^Z: 第1表参照.

^Y○: 主な活動場所, △: 時々使用した活動場所, ×: 活動しなかった場所.

Table 3. Necessity of gardening cultivation technology and income in each facilities and hospital.
第3表. 各施設・病院で必要とされる園芸栽培技術と収入.

質問事項	活動でかかわった施設・病院 ^Z					
	療養	特養	老保, DC	DS	授産	精神
必要な園芸栽培技術レベル	△ ^Y	△	□~○	□~○	○	□~○
活動に伴う収入の必要性	必要なし ^X	必要なし	あるとよい	あるとよい	必要	あるとよい

^Z: 第1表参照.

^Y○: 景観が美しくプロの農家に準ずる技術が望ましい, □: 景観を美しくでき身内で生産物を食したり楽しんだりできる程度の技術,

△: 景観はある程度美しくなり生産物の品質の向上を特に期待しない程度の技術.

^X: 活動による収穫物や作品の一部を販売して施設の利益としての収入を得たい(必要なし), 利益は必要ないが販売して活動の資金に還元したい(あるとよい) および活動による収穫物や作品の販売や収入は考えていない(必要なし).

水やり, 畑での収穫など)を実施するなど, 対象者および職員ともに積極性が高かった。

以上より, 老保, DC, 精神においては屋外で「育てる」行為を取り入れることが容易であると判断されたが, 療養, 特養およびDSに関しては, 室内の安全で目の行き届きやすい場所での軽作業中心の活動になりがちであった。この理由としては, 療養, 特養およびDSでは, 日頃から安全性を重視し室内の共通スペースで様々な行事や活動が行われており, 屋外での活動が日常の行動になっていないことがあげられる。しかし, 著者らの活動では, 対象者が自らの意思で共通スペースから庭に出て植物や土と接するケースが多々対象者もみられた。そこで, 療養, 特養およびDSにおいては, 安全性を確保することと, 園芸療法活動ならではの効用を見出すことを両立するために, クラフト作業中心の活動の中に, 庭や花壇に興味・関心を持たせるような活動を取り入れるなどの創意工夫により, 自然に季節や生命を意識させる必要があることが示唆された。

3. 必要とされる園芸栽培技術と収入の必要性

本来, 園芸療法士はある程度の栽培技術を有しているが, その栽培技術をどの程度活用するかに関しては, 対象者の状況に合わせる事が最優先である。しかしながら, 著者らの活動の中では, 施設側から生産物の品質に関する要求もたびたびあったため, 各施設・病院がのぞむ園芸技術レベルと活動に伴う収入の必要性を比較した(第3表)。必要とする技術レベルは, 療養および特養では低く, 老保, DC, DSおよび精神は中程度であり, 授産では高かった。

活動に伴う収入の必要性については, 療養および特養

は「必要なし」であり, 老保, DC, DSおよび精神では「あるとよい」, そして高い栽培技術レベルを要求した授産では「必要」であった。つまり, 必要な園芸栽培技術レベルが高い施設ほど活動に伴う収入を期待する傾向があった。

4. おもな活動協力職員

活動の担当責任者となったのは, 療養および特養では理学療法士, 老保, DCおよび精神では作業療法士, DSでは施設の園芸担当者, 授産では生活指導員であった。担当責任者以外についてみると, 毎回参加した職員の職種は, 療養, 特養および精神では看護師, 老保およびDCでは施設の園芸担当者と理学療法士, DSでは介護職と看護師, 授産では施設の園芸担当者であった。

この結果を職種別にみた場合, 担当責任者となることが最も多いのは作業療法士と理学療法士であった。また, 最も多くの施設, 病院で毎回参加していたのは看護師であった。これは施設, 病院における職員数が多いことも一因と考えられるが, 活動中の怪我など非常事態の対策としても参加していたものと推察される。次に介護職であるが, 著者らはこの職種が最も参加しやすいと予想していたが, 結果をみると, 介護職が担当責任者となることはなく, 毎回参加したのはDSのみであった。この理由の一つとして, 時々参加の療養, 特養および精神における介護職員は, 活動に参加しない患者や施設利用者を介護する役目も担っていたことがあげられる。

以上の結果を総合すると, 療法として活動を取り入れている施設, 病院では, 医療・保健の専門家である療法士と看護師が中心になって活動することが多いものと推察された。しかしながら, それらの施設, 病院で集団療

法活動を行う場合も、全ての対象となる患者または施設利用者が参加する訳ではないので、全看護師が参加することは困難である。そこで、介護職の職員やボランティアなどにもある程度活動を任せる必要があることから、活動を任される側も医療・保健的な知識を身につけることが必要となってくるはずである。

第4表の結果からは、すべての施設・病院において担当責任者以外の職種の職員が毎回参加しており、著者らの活動における施設、病院側の協力体制が整っていたことが示された。このように多くの職員を参加させることができた背景には、1) もし施設、病院側の協力が不十分な場合は、活動に伴うトラブルの原因となりかねないため、活動立ち上げまでに経営者および担当者との十分な打ち合わせを行ったのはもちろんのこと、2) 活動に参加した対象者が、QOLの向上および日常生活の安定化や自己の尊厳を保つことができ、生き生きとしている様子をまのあたりにした職員や経営者が効果を実感することで、開始当初の1～2回は担当外であった職員からも理解と支援を得ることができたことがあげられる。

5. 医療・保健・福祉の専門家の関わり方の必要性

施設、病院の担当責任者に対して行った医療・保健・福祉の専門家の関わり方の必要性に関するアンケート調査結果を第5表に示した。介護福祉の専門家は全ての施

設で「◎」または「○～◎」であった。看護師は、授産のみ「△」であり、それ以外の施設では「◎」または「○～◎」であった。このことは、授産施設は生活指導員が活動全体をみるのが可能であるが、その他の施設、病院では介護福祉の専門家と看護師の両方の関わりが不可欠と考えられていることを示している。

次に療法士についてであるが、理学療法士は、全ての施設で「△」または「×」であったのに対して、作業療法士と医師を「◎」と判断していた施設は、療養、特養、老保、DCおよび精神と多かった。

園芸作業の効用としては、心理的な癒しや回復に効果があることはすでに報告されている (Ulrich, 1984; Relf et. al, 1992)。また、ハーブ苗移植などの作業にリラクセーション効果があることも判明している (古橋ら, 2006)。さらに、精神面の効果に加えて、負荷の異なる道具を利用することや、如雨露に入れる水の量を変化させることで、作業の負荷を自由に調節できるので、身体機能回復の効果ものぞめることがこの活動の特徴と言える。

しかしながら、今回のアンケート結果では、理学療法士が担当責任者であった療養および特養であっても、理学療法士よりもむしろ作業療法士の関わりが必要と判断していたのは特筆すべきことである。このことは、活動を実践してきた理学療法士は、身体機能の回復に重点を置く理学療法よりもむしろ、生活全体を考慮する回復期

Table 4. Occupational category of employee who took charge of activity of gardening in each facilities and hospital.

第4表. 各施設・病院において活動の担当をした職員の職種.

主な活動参加者の職種	活動でかかわった施設・病院の種類 ^Z					
	療養	特養	老保, DC	DS	授産	精神
施設の園芸担当者	- ^Y	-	○	◎	○	-
介護職 (ホームヘルパー含む)	△	△	×	○	×	△
看護師	○	○	△	○	△	○
指導員 (生活指導員)	-	-	-	-	◎	-
理学療法士	◎	◎	○	-	-	×
作業療法士	×	×	◎	-	□	◎
医師 (指示のみも含む)	□	□	□	-	-	△, □

Z: 第1表参照.

Y◎: 施設・病院の担当責任者, ○: 毎回参加, △: 時々参加, □: 指示した, ×: 参加なし, -: 職員なし.

Table 5. Necessity of engagement of specialist of medical treatment, health, and welfare.

第5表. 医療・保健・福祉の専門家の関わり方の必要性.

職種と関わり方の必要性	活動でかかわった施設・病院の種類 ^Z					
	療養	特養	老保, DC	DS	授産	精神
介護福祉の専門家 ^Y	○～◎ ^X	◎	◎	◎	◎	○～◎
看護師	◎	◎	○～◎	○～◎	△	◎
理学療法士	△	△	△	△	×	△
作業療法士	◎	◎	◎	○	○ ^W	◎
医師 (指示のみも含む)	◎	◎	◎	×	×	◎

Z: 第1表参照.

Y: 介護福祉士, ホームヘルパー, ガイドヘルパーおよび生活指導員を含む.

X◎: 関わり方の必要性が大きい, ○: 関わりがあると良い, △: 関わる必要性は小さい, ×: 職員として採用していない.

W: 常勤職員ではなく, 定期的に指導に来る職員.

から維持期の作業療法にこの活動を取り入れるのが望ましいと判断したことを示しており、一般に言われる「園芸作業による身体機能回復の効用」は活動現場では必ずしも主要な効用にはならないものと推察された。

医療・保健行為として考えている療養、特養、老保、DCおよび精神では、一般的に園芸療法士だけでなく、作業療法士を中心とした看護師、介護福祉の専門家といったスタッフとともに活動を行うことが必要とみられている。これは、単独の園芸療法では、診療報酬を受け取ることができないことも一因と推察されるが、園芸療法士のレベルが必ずしも十分なものではないとみなされていることの流れかもしれない。もし、園芸療法士のレベルの向上を図ることができれば、個人療法なら園芸療法士一人での活動も可能となるし、また集団療法の場合も最小限の協力者数のもとで活動できるようになるので、施設としてのメリットが大きいはずである。そこで、今後園芸療法士の技術、知識および対人援助技術のレベルアップが早急に必要となると考えられる。

一方、DSおよび授産の担当責任者の意識は、他の施設、病院と異なり、園芸療法士以外の医療・保健分野の専門家の介入を必ずしも必要としていなかった。これは、施設独自の介護技術や授産技術として園芸活動を取り入れているためである。つまりDSと授産は、「園芸療法」というよりもむしろ「園芸福祉」活動であっても施設として導入することにメリットがあると判断して、活動を導入することがあることが明らかとなった。

6. アンケート結果のまとめ

アンケート結果をまとめた。全ての施設の活動の導入の主目的は、①施設のイメージアップと③QOLの向上と生きがい創りであった。主な活動場所は、療養、特養およびDSは、施設・病院室内の共通スペースであり、老保、DC、授産および精神は、屋外専用施設・温室であった。必要とする園芸栽培技術レベルは、療養および特養では低く、老保、DC、DSおよび精神は中程度であり、授産では高く、必要な園芸栽培技術レベルが高い授産は生産物収入を期待していた。活動の担当責任者は、療養および特養では理学療法士、老保、DCおよび精神では作業療法士、DSでは施設の園芸担当者、授産では生活指導員であり、担当責任者となることが最も多いのは療法士であった。医療・保健・福祉の専門家の関わり方の必要性に関しては、介護福祉の専門家、看護師、作業療法士および医師のかかわりを必要とする施設が多かった。

医療・保健的な視点で活動している特養・療養・老保DCおよび精神では、作業療法士をはじめとする複数の医療・保健の専門家の継続的な協力によって、園芸活動が行なわれていた。また、これらの施設では、あくまで医療・保健活動の一環とされているため、対象者の重度化が進行している場合、活動場所は室内となることが多

く、また重度化が進行するほど栽培技術や生産物による収入も必要視しない傾向にあることが判明した。

一方、要介護度の低い高齢者を対象としているDSでは、医療・保健の専門家による園芸活動への関与は少なかった。また、園芸を医療・保健活動の一環ではなく、レクリエーション活動のための介護手法として活用し、対象者のQOLの向上や社会性の向上を目指していることもDSの特徴であった。

次に、比較的軽度の障がい者が対象である授産施設に関しては、DS同様に医療・保健の専門家の関与は少なく、活動場所や栽培技術・生産物収入の必要性については他施設と異なる傾向があった。これは、園芸を自立支援のための授産技術と位置づけていることによるものであろう。

以上のことから、その施設が園芸活動をどのように位置づけているのか、およびその施設における対象者がどのような状態か、によって園芸活動の内容や園芸療法に対する認識は種々に変化するということが本調査によって明らかとなった。

7. アンケート結果と活動実践からみた今後の園芸療法士のありかた

著者らの全ての活動は、園芸療法士が準備段階から関わり、準備期間中も対象者との交流を持つなど、用意周到の状態で行った。活動中は、対象者が植物に囲まれた環境の中で無理なく潜在能力を発揮する場面がよくみられた。すると、対象者の変化に誘発された施設職員の協力も得られるようになり、活動を通じて施設側も活動自体や副次的な効用を認めるようになった。この結果、活動を行った全ての施設・病院から、強い継続の要望を受けた。また、活動を知った他の施設・病院から新しく導入を希望されるケースも増加している。これは、園芸療法の現状は直接診療報酬の対象にならないなど問題点があっても、関わる多くの人々が園芸療法の価値を認めていることを示している。

しかしその一方で、活動の実践およびアンケートを通じて以下のような課題点もクローズアップされた。

1) 著者らの活動の成果を認識している施設であっても、「園芸療法士または園芸の専門家の正規雇用には積極的になれない」とのコメントが寄せられた。その理由の一つとして、支援費制度から2006年4月施行の障害者自立支援法へと移行し、人件費のゆとりがさらになくなっていく現状があげられる。そこで、今後は活動に関心を示し導入しようとしている施設が、経済的に無理なく園芸療法士と共に活動を開始できるような環境を整えていく必要がある。二つ目の理由としては、現在の資格制度では、診療報酬を得るような活動の場合、園芸療法士は有資格者の下で活動しなければならないことがある。この対策としては、国家資格制度を整備することが急務であろう。

2) 重度化が進行している施設では、園芸療法活動を医療・保健活動と捉えているのに対して、介護度や障がい程度の軽い施設では栽培技術と生産物収入を必要視していた。このことは、園芸療法士には、医療・保健・福祉から栽培・販売までにわたる幅広い要求に応えるだけの知識と経験を有する必要があることを示している。

以上の課題点およびアンケート調査の結果を考慮すると、今後の園芸療法士の役割に関する方向性は、①医療・保健現場で診療報酬を受け取ることのできる国家資格制度またはそれに準ずる資格を確立する方向と、従来の園芸療法の定義(松尾, 1998b)の範疇から逸脱する部分があるものの、②園芸療法を通じて社会に広く貢献する方向性があるものと考えた。

まず、国家資格制度またはそれに準ずる資格を確立するためには、園芸の持つ「育てる行為」、「季節感があり五感を刺激しやすい」および「おだやかな生命を感じながら楽しく活動できる」などの特徴が、医療・保健・介護・福祉の場面への適用性が高いことを関わる全ての人間に感じてもらうことが先決である。さらに、園芸療法が医療・保健行為としてみなされるためには、それを担う園芸療法士が作業療法士の資格制度に準ずる医療・保健の知識を身につけていることを、多くの医療・保健の専門家に理解されなければならない。そのためには、園芸療法士を育成する教育カリキュラムの整備が不可欠となる。具体的には、医療・保健・福祉・園芸技術に関する講義に加えて、対人援助技術やボランティア教育といった社会性に関わる講義も必要となるだろう。

次に、活動を通じて社会に広く貢献する方向性を確立するためには、園芸療法活動の付加的な価値として、活動に関わる全ての人間の社会性の向上および意識、感情の向上または成長の効用(小浦ら, 2002; 小浦ら, 2006; 小浦ら, 2007)が期待できることを一般社会が認識し、活用することが必要であると考えられた。例として、福祉施設や病院のイメージアップだけでなく地域のイメージアップ、子供の教育分野および社員教育・研修など人材育成にも適用できる可能性がある。ただし、このような社会に広く貢献することを主目的とした活動は、園芸福祉の範疇に入る活動であることに注意する必要がある。つまり、この分野を園芸療法士の職業として成立させることは困難なので、活動においては一定の専門教育を受けた園芸福祉士との連携が求められることを認識しておくことが重要である。

以上の考察が、今後の園芸療法および園芸療法士の資格制度の方向性の一助になることを希望する。

謝 辞

本活動遂行にあたり、協力いただいた全ての学生に敬意を表すと共に、本アンケート調査に協力いただいた施

設経営者および施設担当者に深謝の意を表します。

摘 要

著者と学生らは、1998年から園芸療法を目指した活動を様々な施設・病院で行っている。それぞれの施設・病院の形態ごとに活動目標、評価方法および担当職員の職種や活動方法などに相違点がみられるようになった。そこで、活動を行った施設、病院ごとの特徴を比較検討し、今後の園芸療法士の役割や必要な知識についての考察も同時に行った。主な導入目的は、「施設のイメージアップ」および「QOLの向上および生きがい創り」であり、活動場所は、共通スペースや屋外専用施設・温室であった。施設の担当責任者は、理学療法士、作業療法士、施設園芸担当者および生活指導員であった。すべての施設、病院において担当責任者以外の職種の職員が毎回参加しており、この活動が施設、病院側の協力が不可欠であることが示された。専門家の関わりに関しては、理学療法士よりもむしろ作業療法士の関わりが必要とされた。総じて、対象者が重度化している施設は、園芸活動を医療・保健活動の一環として行っており、要介護度の低い高齢者や障がい者を対象とする施設では、医療・保健の専門家の関与は少なかった。今後の園芸療法士の方向性は、国家資格制度を確立する方向と、社会に広く貢献する方向があるものと期待される。

引用文献

- 古橋 卓・平田 眞・田中絵利子・角田英男・鈴木 卓・大澤勝次. 2006. 園芸作業に伴う人の快適性の心拍変動性に基づく評価 - 播種およびハーブ苗移植の事例 -. 人間・植物関係学会誌 6 (1) : 29-34.
- 小浦誠吾・内山晶代・野村二郎・牧野 明・土屋利紀. 2001. 高齢の脳梗塞患者への園芸療法の実践事例. 人間・植物関係学会誌 1 (1) : 25-27.
- 小浦誠吾・古川千栄子・山岸主門・野村二郎. 2002. 老人保健施設において園芸療法を用いたボランティア活動に参加した大学生の意識調査. 人間・植物関係学会誌 2 (1) : 29-33.
- 小浦誠吾・長江嗣朗・原 隆志. 2006. 園芸実習および園芸療法実習前後の学生の感情変化に関する研究. 南九州大学研究報告 36(A) : 21-30.
- 小浦誠吾・長江嗣朗・山岸主門. 2007. 五感と視覚障がいに対する園芸学部学生の意識変化 - 園芸療法活動の経験と視覚遮断下のブルーベリー収穫体験から -. 日農教誌. 38(1) : 19-26.
- 松尾英輔. 1998a. 園芸療法を探る. pp.101-102, 117. グリーン情報. 名古屋.
- 松尾英輔. 1998b. 園芸療法を探る. p.171. グリーン情報. 名古屋.

松尾英輔. 1998c. 園芸療法を探る. p.42. グリーン情報. 名古屋.
松尾英輔. 2005. 「園芸福祉」の誕生と発展. 農業および園芸 80(1) : 3-6.
大川弥生. 1996. 「できるADL」と「しているADL」. リハビリテーション研究 85 : 51.
Relf, D., A.R. McDaniel and B. Butterfield. 1992. Attitudes toward plants and gardening. HortTechnology 2(2):

201-204.

Ulrich, R.S. 1984. View through a window may influence recovery from surgery. Science 224 : 420-421.
安川 緑・岩元 純・原 等子・松尾英輔・吉川敏一. 1999. 園芸療法による高齢者の心身機能の変化とHealing効果に関する研究. (財)木村看護教育振興財団 平成11年度看護研究助成事業 看護研究収録 8 : 77-87.