

実践報告 (Practical Research)

『なじみの音楽』が認知症高齢者に及ぼす改善効果¹⁾

—ナラティブを考慮した介入について—

坂下正幸

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

Positive Effect of “Familiar Music” on Demented Elderly

—Intervention Taking Account of Narrative—

SAKASHITA Masayuki

(Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences, Ritsumeikan University)

In this paper, we report a practical study on the importance of client-specific narrative from an expert's ethical viewpoint against the background that evidence of the efficacy of music therapy is being collected in order to establish the expertise for national qualification. We discuss interaction via music with demented elderly who played the harmonica, and point out the significance in the feedback of musical experience or narrative in the care process. Target client A was an 85-year old male who used to engage in the advertising display business and medical sales. He was in care need grade V. He has long enjoyed playing the harmonica. He even entertained soldiers by playing the harmonica during World War II. We report the process by which he recovered his confidence and self-fulfillment after a total of 108 sessions of music therapy. We also show how the interaction between the client and therapist changed the client's narrative through his “familiar music,” and how the care process was improved by taking account of the narrative.

Key words : music therapy, elderly dementia, familiar song, narrative, reminiscent elicitation

キーワード : 音楽療法, 認知症高齢者, なじみの音楽, ナラティブ, 回想の誘発

序論

筆者は大学院修士課程に在学中、高齢期の「生きがい」に関する研究に携わり、地域で暮らす独居の高齢者への生活実態調査を行ってきた。そのなかで筆者は「高齢者がより良い老後を過

ごし、望ましい老いを迎えるためには、その人に合ったライフ設計と心の準備を中年期あるいは前期高齢者の段階で行う必要がある」ことを示唆し、サクセスフル・エイジング²⁾の実現に向けた条件を提示した(坂下, 2003)。そして、独居高齢者とのかかわりにおいては、「なじみの音楽」が高齢者の回想を誘発し、彼らとのコミュニケーションをより深めるのではないかと考えたため、「音楽療法」に関心を持ち、介護

1) 本稿は天田城介准教授・立岩真也教授(立命館大学大学院先端総合学術研究科)の指導を受け執筆した。

職員として勤務しながら音楽療法を実践してきた。その後、5年間にわたり音楽療法士として高齢者への音楽療法を実践してきたのである。現在もB特別養護老人ホームやC病院で音楽療法を継続している。

音楽療法とは、「音楽のもつ生理的、心理的、社会的働きを用いて心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動変容などに向けて音楽を意図的、計画的に使用すること」³⁾である。

わが国の音楽療法は各地で多様なアプローチによって実践され、1990年代から少しずつ組織化が図られてきた。1997年、日本バイオミュージック学会⁴⁾と臨床音楽療法協会⁵⁾が母体となり全日本音楽療法連盟が発足し、音楽療法士の資格認定がスタートした。そして2001年には、全国組織である日本音楽療法学会が発足した。今日まで1307名⁶⁾の日本音楽療法学会認定音楽療法士⁷⁾が誕生している。表1は音楽療法士の年度別認定者数である。

これまで筆者は、音楽療法の臨床を経験するなかで、その問題点や課題を模索してきた。本論では筆者が臨床現場で感じてきた問題意識を発展させるとともにA氏の症例報告とナラティブを考慮した介入に限定して論を構成するが、筆者が以前から主張してきた音楽療法の根拠は、「対象者のための治療活動・援助活動」と

いう視点であった⁸⁾。

特に高齢者を対象にした音楽療法は、今後10数年で発展していく成長期にあると隣接領域からいわれている。そこでまずわが国の音楽療法の現況について記述することとする。

日本の高齢化率は、2006年に20.8%に達した。高齢者への音楽療法は1969年、田中多聞が国際老年学会で『脳卒中・痴呆症の音楽療法』(田中, 1996)を発表して以来、今日まで急速な高齢化の進展とともに特別養護老人ホームや病院等で実践されるようになった。そのなかで音楽療法関連学会においては、全国組織としての日本音楽療法学会が発足した2001年頃から認知症高齢者を対象にした「症例報告」を多く見かけるようになった。

近年、日本音楽療法学会では、音楽療法を普及させるための課題が議論され始めた。それは、具体的に国家資格化や専門性の確立、および科学的根拠に基づく治療効果の提示、治療者への教育環境の整備、そして対象者の倫理問題⁹⁾への配慮等である。

しかしわが国の音楽療法は、心療内科医や精神科医によってその基礎が構築されてきたため、EBMに基づく医学モデルが強調され、今日では特に音楽療法のEBMに注目が集まっているような印象を受ける。たとえば佐藤(2001)はBGM(バックグラウンドミュージック)がストレスによる免疫機能の低下を防止すると述べ(佐藤, 2001)その他、森(2002)『腹式呼吸と鎮静的音楽聴取に関するトーン・エントロピー法による自律神経活動の研究』や貫(2003)『ヒーリング・ミュージックのストレスホルモンへの効果』や福井(2005)『音楽聴取がホルモン変動に及ぼす影響についての研究』などから音楽聴取が人間のストレスを軽減し、緊張状態にある人間に対しては緊張感をほぐしNK細胞を増加させる効果があることが語られている。

表1 年度別認定者数一覧表

認定	年度	人数
第1回	1996年	100名
第2回	1997年	71名
第3回	1998年	71名
第4回	1999年	96名
第5回	2000年	95名
第6回	2001年	145名
第7回	2002年	191名
第8回	2003年	174名
第9回	2004年	120名
第10回	2005年	122名
第11回	2006年	122名
合計		1,307名

だが治療効果を重視し、そのエビデンスを提示することのみが当面の課題ではないと考えられる。むしろ音楽療法に参加する対象者側の課題を明確化することも必要であり、援助者の自己満足ではない治療活動および医学モデルに収斂されない音楽療法士の専門性を追及していく必要がある。

そこで対象者理解の視点をより深く考慮し、対象者の生活史や音楽体験を治療活動に還元するため、ナラティブを考慮した実践的介入についての考察を試みることにした。そして対象者のナラティブを考慮するうえで『なじみの音楽』が認知症高齢者に及ぼす改善効果についての分析と考察を試みることにした。

1. 『なじみの』音楽とは

本研究はB特別養護老人ホームに入所するA氏の症例を報告するものであり、『なじみの音楽』が認知症高齢者に及ぼした改善効果について記述するものである。

『なじみの音楽』について筆者は、以下のように定義した。『なじみの音楽』とは、その対象者にとってなじみ深い音楽を意味し、対象者が聴き慣れた音楽、あるいは大切にしてきた音楽を意味する。これらを認知症高齢者に対する集団音楽療法のなかで用いて、彼らの改善効果とりわけ生活意欲や精神的資質の低下が認められる認知症高齢者にとって『なじみの音楽』が、彼らの社会性の維持、および自信の回復につながるのかを記述するものである。

『なじみの音楽』を用いた先行研究には高橋(1998)がある。高橋は、「なじみの歌を使用した『なじみの歌法』によって痴呆性(認知症)高齢者の消極行動の減少、直接的行動の増加が見られ、この増加が彼らの活動レベル向上に結びつくことが示された」と述べている(高橋, 1998)。しかしながらこの研究では「なじみの音楽」をどのような方法を用いて探るのかとい

うことが課題となり、特に意思表示ができない認知症高齢者の「なじみの音楽」を探ることは容易ではないと考えられる。

2. 認知症高齢者へのかかわり

まず「認知症」という病名の経過について述べるが、痴呆性高齢者は、平成17年に認知症高齢者と改名された(厚生労働省)。認知症とは、「後天的な原因による広範な脳障害のために生ずる持続性の認知機能(知的機能)の障害とそれに伴う精神症状である」(三好, 1999)。

痴呆(認知症)症状を示す要因となる疾患は、脳血管障害・脳の変性疾患・感染症等であるが、「主にアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆とで約70%を占めるといわれている」(十東, 1995)。

また脳血管性痴呆(認知症)は、脳梗塞によって起こることが多く、危険因子は高血圧、心疾患、高脂血症、糖尿病、喫煙などがあげられる。今日では、その原因と病態がある程度わかっているため予防が可能であるといえる。一方、アルツハイマー型痴呆(認知症)の病因は未だ不明である(篠田, 2000)。

認知症の症状としては、記憶障害、見当識障害があり、表情や仕草の減退、感情・意欲の障害、人格の変化、妄想、せん妄、徘徊、失禁、異性への過度の関心等があるといわれているが、進行の度合いや症状には個人差があり、診断には「HDS-R」¹⁰⁾(改訂)長谷川式知能評価スケールなどが使用される。

認知症者へのケア原則としては、心理面の把握と理解が非常に重要であり、安心できる環境づくりや仲間づくりが大きな意味を持つと考えられる。

近年、認知症高齢者に対する<かかわり方>をめぐっては小澤(2005)が『認知症とは何か』のなかで「周辺症状の成り立ちを解明するには、医学的説明によってではなく、認知症という病

表2 知的機能検査の基準

◆非痴呆 (認知症)	24.27 ± 3.91点
◆軽度	19.10 ± 5.04点
◆中度	15.43 ± 3.68点
◆やや重度	10.73 ± 5.40点
◆非常に重度 (大塚, 1991)	4.04 ± 2.62点

を生きる一人ひとりの生き方や生活史, あるいは現在の暮らしぶりが透けて見えるような見方が必要になる。そこには誰にも譲れない一人ひとりの固有の物語がある。ケアにはその物語を読み解く, というかわかりが求められる」と述べている (小澤, 2005)。

こうした認知症高齢者にとって「音楽」はどんな存在であろうか。記憶障害や見当識障害のある認知症高齢者が音楽を通して何かを想起し, 何らかの語りを引き出すことができたとするならば, それらは意味深いことではないだろうか。精神的資質が失われつつある認知症高齢者にとって体験した事実が甦るだけでも意味深いことであろう。しかし認知症高齢者が音楽を介して何かを想起するだけでは不十分であると考えられる。それは過去の記憶や感情を回想するだけでは不十分ということであり, 過去から現在までの人生を「再評価」できるように周囲がかかわる必要があると考えられる。

3. ナラティブ・セラピーとは

小澤 (2005) が指摘したように<クライアント固有の物語>をケアのなかに読み解き, 問題を抱えるクライアントたちの持つドミナント・ストーリー (dominant story) を改め, 違った新しいストーリー, つまりオルタナティブ・ストーリー (alternative story) の創出をクライアントたちとともに目指す<ナラティブ・セラピー>という方法がある。ここでナラティブ・セラピーに関する先行研究から本研究の意義や目的を位置づける。

ナラティブ・セラピー (Narrative-therapy)

とは, 「ナラティブ (語り・物語)」という視点から現象に接近する方法であり, 野口 (2005) によれば「病いは物語のかたちで存在している。だとすれば, 治癒や回復といった事態もまた物語のなんらかの変更としてとらえられるはずである。こうした認識から出発するのがナラティブ・セラピーである。ナラティブ・セラピーは家族療法の領域で, 90年代以降, もっとも有力な流れとなりつつあるものであり, 社会構成主義をその理論的基礎としている。(McNamee & Gergen, 1992)。それは, 「セラピストとクライアントが共同で物語としての自己を構成していく実践」として特徴づけることができる」(野口, 2005) ののである。斉藤 (2005) はナラティブについて「ナラティブとは『物語り』『語り』のことで, このナラティブを医療に取り入れた『ナラティブ・ベースト・メディスン (Narrative Based Medicine : NBM : 物語りと対話に基づく医療)』」としている (斉藤, 2005)。これは, 対象者の語りに傾聴し, 人間的なアプローチをする医療の本質ともいえる。

これらは, その対象者の物語を想起し, 回想することであり, 回想法とも深く関連した概念である。野村 (1998) は「人生は過去の体験や出来事が縦糸や横糸となって織り成される1枚の織り物のようなものである。無数の織り目には, 楽しさやうれしさと同時に, つらさや悲しみも込められており, それには1枚として同じものはない。人は何かをきっかけとして, この1枚の織り物に織り込まれている過去の出来事, 出会った人々, 懐かしい場所や景色, 聞き覚えのある声や歌, 昔に味わった食べ物などを当時の様々な思いと共に回想する。特に高齢者には, それまでの人生を振り返り, 様々な過去の記憶や思い出に親しむ傾向が認められる」と述べている (野村, 1998)。

また音楽回想法としては音楽療法士の師井が次のように定義している。師井 (2006) によれ

ば「音楽回想法とは、生活の質を高めるために、又は維持するためにこれまで馴染んだ音楽（音）をはじめ、職業、趣味、特技など、その人の過去の生活体験を再利用し音楽活動を行い、回想を促す方法である。生活音を耳にした時その人の生活風景が語られ、音楽にあわせて軽く身体を動かす時その動作にその人の生活背景が表現される（師井，2006）」。しかし音楽が及ぼす心理的効果はさまざまであり、過去の出来事を回想することがその対象者をよい方向に導くとは限定できない。したがって音楽を用いたナラティブ・アプローチを試みるまでの慎重なアセスメントが不可欠となるであろう。

では、これより実践報告を行うこととする。

I. 研究目的

筆者は音楽療法士としてB特別養護老人ホームで集団音楽療法を実践してきた。冒頭で述べた通り、わが国の音楽療法は、医学的モデルが強調され、治療効果のEBMが注目されている。これにより対象者理解の視点が軽視されている印象を筆者は受ける。しかし音楽療法で重要となるのは利他的に治療効果を観察することではなく、その音楽が対象者の生活歴においてどのような意味を持ち、どのような役割を果たすのか、つまり音楽の「意味づけ」を適切に行うことである。そこで対象者の音楽療法に対する権利や要望を尊重し、対象者の視点に立った音楽療法を展開するためには、音楽を通して対象者とより深くコミュニケーションを図る必要があると考えられる。本研究では、対象者理解の視点から対象者の生活史や音楽体験を治療活動に還元するため、ナラティブを考慮した介入について考察することを目的とする。そして対象者A氏の症例を報告しながら、ナラティブを考慮するうえで『なじみの音楽』が認知症高齢者に及ぼす改善効果についての分析と考察を目的と

した。

II. 研究方法

1. 対象者

A氏（85歳：男性）は、看板業および薬品セールスに従事してきた。要介護度：Ⅳ（2006年認定）。HDS-R：9点（2006年認定）。直腸がん（2000年）のため人工肛門使用。ADL状態は歩行不安のため、転倒をきっかけに車椅子を使用した。食事を除いて生活全般にわたり介助を要した。5年前、老人性認知症の発症により、物忘れが激しくなったことから自立生活が困難となり、B特別養護老人ホームに入所となった。入所後A氏は、他者とのコミュニケーションが希薄であり、ADL低下および認知症の進行が予期された。そこで、変化や刺激の少ない余暇生活を改善し、他者との交流のなかから社会性の維持につながるよう取り組んだ。A氏は長年、ハーモニカをたしなみ、かつて戦時中に慰問演奏をしたこともあった。そのためハーモニカ演奏がA氏の自己表現を誘発し、社会性の維持につながる可能性があった。

2. 実施期間

期間は2006年11月～2007年7月、頻度は週3回で、月曜日・水曜日・金曜日の14:00～15:00であり、合計108回実施した。セッションは45分間とした。第一期を1～24回目（ハーモニカ演奏の動機づけ）、第二期を25回～61回目（ハーモニカ演奏の確立）、第三期を62回～108回目（ハーモニカ演奏を通じた自己実現）とした。第一期～第三期に分けた理由は、実践を行う者としての筆者がA氏とのコミュニケーションを段階に応じて深めていこうと考えたためである。またA氏の治療目標のみならず、他の参加者への配慮もあってこのように分けて記述した。ただし第一期（1～24回目）・第二期（25

～61回目）・第三期（62～108回目）の明示的な区切りは終結後に実施した。なおA氏の目標達成においては、他参加者からハーモニカ演奏が認められ、交流のなかから社会性を維持することが重要となった。そのため、参加者約20名の集団音楽療法が適当であると考えられた。

3. 実施場所（MT：音楽療法士）

場所はB特別養護老人ホーム2階食堂である。参加者は約20名の集団音楽療法であり、スタッフはリーダー（筆者：MT）1名・伴奏者（MT）1名・アシスタント（介護職員）約5名。伴奏にはピアノを用いた。実践内容は、はじまりのあいさつ・深呼吸・リズム体操・歌唱活動・CD鑑賞・クールダウン・終わりのあいさつであった。

4. 目的および目標

A氏への音楽療法においては、ハーモニカ演奏を取り入れ、QOLの向上につながるよう取り組んだ。A氏に対する音楽療法の目標は、ハーモニカ演奏を通して気分転換を図る（短期目標）、ハーモニカ演奏を通して自己表現を誘発し、社会性の維持につとめる（長期目標）と設定した。なお、集団セッションを実施した理由はハーモニカ演奏を通して他者から認められ、A氏の自信を取り戻しながら満足感を高めたいと考えたためである。

5. 検査および評価

対象者はHDS-R：9点でやや重度の認知症高齢者である。A氏への音楽療法においては変化を客観的に考察するため評価チェックリストを用いて、表情・身体動作・歌唱・コミュニケーション・社会性・参加意欲の各項目にしたがい観察した（末尾資料参照）。評価は、各回ごと療法後に実施。一期～三期まで、それぞれの期ごとに評価者7名（MTスタッフ）の評価の

平均値を求めた。なお評価者は5点満点で変化に即して評価を実施した。

6. 契約

筆者は5年前からB特別養護老人ホームにおいて音楽療法を実践してきた。勤務形態は非常勤（有償）であり、当所の介護福祉士から依頼を受けて活動を開始した。

Ⅲ. 結果

以下では、セッションをS、セラピストをTh、クライアントをC1と略記する。

1. アセスメント

まず音楽療法を実践するにあたり、A氏がハーモニカを演奏していたという情報は、介護職員から得ていた。しかし介護職員には、A氏のハーモニカ演奏をサポートする時間がなく、人前でハーモニカを披露する機会は、ほとんどなかった。そのためA氏はハーモニカを吹くことを止めていた。しかも筆者が突然、ハーモニカ演奏を促しても練習不足や緊張感から演奏がA氏の精神的負担となる場合も推察された。このような配慮もあって筆者は集団セッションのなかで、まずは「なじみの音楽」を用いた歌唱活動を行いながら、徐々にハーモニカ演奏を取り入れて、かかわりを深めていこうとする実践計画を立てた。

2. 第一期（1～24回）

「ハーモニカ演奏」の動機づけ
 <1回目>

A氏は同じ部屋で生活するC氏とともに参加した。表情には、緊張感が見られた。『籠の鳥』では、前方の歌詞カードを見つめていた。しかし発声は確認できず、途中から居眠りをしていた。ハーモニカは持参しなかった。

＜2回目＞

A氏はハーモニカを持参し、緊張した表情を見せながら後列に着席した。Thが「こんにちは」と声をかけた。A氏は「こんにちは」と返答した。『旅の夜風』を用いて旋律を強調しながら歌唱を促した。A氏は所々口ずさんだが無表情で途中で早退した。表情には疲労が見られた。

＜5回目＞

クリスマス会でのハーモニカ演奏をThが依頼した。A氏は『『荒城の月』は演奏できます』といった。ゆっくりとしたテンポに合わせて『荒城の月』の演奏を促した。A氏はかすかに聞こえる音で演奏した。Thが「これから少しずつ練習しますか」とたずねると「はい」と返答した。

＜6回目＞

集団歌唱の後にA氏に『荒城の月』のハーモニカ演奏を促した。A氏は前回より大きな音で演奏した。他のC1が「とても素敵なお音ですね」というと、A氏は笑顔を浮かべた。その後、「恥ずかしい」と語っていた。Thが「Aさんはどんな曲がお好きですか」というと「荒城の月が好きです」と語った。

3. 第二期 (25回～61回)

「ハーモニカ演奏」の確立

＜27回目＞

A氏は、ハーモニカ3本を手にしていて。Thが「そのハーモニカはどうしたのですか」とたずねると、「家族が持ってきました」と返答した。その時のA氏の表情は、今まで見たことがないほどの笑顔であった。

＜45回目＞

Thが『浜千鳥』の演奏を促すと、首でリズムを取りながら演奏した。第一期に比べて音色に力強さが出てきた。

Thが「ハーモニカの音色が力強くなりましたね」というと「最近では体調がよい」と語った。

しかし、会話は聞き取りにくい声であった。『北国の春』のリズム体操では、Thが上半身の動作を促したが、まったく動かさなかった。

＜57回目＞

『旅姿三人男』の集団歌唱を実施した。Thが「清水港の名物は～」と歌い出すとA氏に演奏を促していないのに伴奏に合わせて演奏した。途中で演奏が止まったが、音を探りながら演奏しようとしていた。

＜60回目＞

『アルプス一万尺』を用いたリズム体操を実施した。A氏は、また演奏しようとしたがテンポが速く、演奏することができなかった。Thの「色々な曲をご存知ですね」に対して「若い頃、商店街に借り出されて、何でも唄いました。『柳ヶ瀬ブルース』、『王将』が好きでした」と語った。A氏の発語は聞き取りにくいですが歌は比較的是っきりとした声で歌唱していた。

4. 第三期 (62回～108回)

「ハーモニカ演奏」を通じた自己実現

＜64回目＞

Thが「Aさんハーモニカをはじめて何年ぐらいになりますか」というとA氏は「ハーモニカ歴が60年あり、戦時中にはじめた」と語った。そして「ハーモニカを吹くのが楽しくていつも練習していた」と語った。

＜76回目＞

Thが『『浜千鳥』をお願いできますか』とA氏に演奏を依頼した。A氏は『浜千鳥』をアレンジして演奏する技術を披露した。A氏は自らを「ハーモニカの神様」と称し、他C1からもそう呼ばれるようになった。

＜101回目＞

『故郷』の演奏を他の女性C1から依頼され、てれながら演奏した。他C1が「本当に上手ですね。素敵です。聴き惚れました」というと、A氏は笑顔でうなずいていた。

5. 評価チェックリストの値の変化

介護職員5名による6つの軸上の評価を時期ごとに集計したところ図1のようになり、全てにおいて改善が見られた。

IV. 考察

A氏へのハーモニカ演奏を介したかかわりは、発語や歌唱など自己表現を誘発し、A氏は他の参加者の前で演奏することができるようになった。表情や発語からハーモニカ演奏がA氏の気分転換につながり、満足感を高めるきっかけを作ったのではないかと推察できる。A氏は入所後、比較的穏やかな生活を営んだが、他者とのコミュニケーションが希薄であり、ADL低下、および認知症の進行を招く可能性があった。しかしハーモニカとの再会が生活意欲を高め、ほぼ毎回のセッションに参加して演奏するようになった。

介護職員からは以前に比べて表情が明るくなり、夜間も良眠しているという報告を受けた。また介護職員5名で実施した評価では、参加意欲や社会性など精神面での効果が得られた。今後、こうした変化を日常生活に還元し、「音楽

の生活化」に向けてA氏の生活に寄り添っていききたい。

さて、やや重度の老人性認知症であるA氏は、『なじみの音楽』を通したかかわりにおいてどのような出来事を回想したのであろうか。A氏は(S60)で「若い頃、商店街に借り出されて、何でも唄いました」と語り、(S64)では「ハーモニカ歴が60年あり、戦時中にはじめた」と語った。これらはA氏の青年期に体験したと思われる出来事であった。

精神的資質が失われつつある認知症高齢者が呼び起こす記憶は、人間のライフステージにおいてどの時期であろうか。西村(2007)は次のように述べている。「重度の認知症高齢者への音楽療法の実践において、学童期及び青年期に聴いたと思われる音楽を媒体とした時に変容が多いと筆者は感じているが、その音楽の思い出について語ることは困難な現状である。そこで、認知機能が遂行されている60歳代～90歳代の114名を対象に「思い出深い音楽」とその時期及びその内容に関するアンケート調査を自由再生法として実施した。総数341曲に関してライフステージによる分析をした結果、学際的な先行研究で既に示されている青年期をピークとした自伝的曲線(レミニセンス・バンプ)と極めて類似していることが明らかになった」(西村, 2007)。

つまり、これらの先行研究から学童期から青年期に聴いたと思われる音楽が、精神的資質が失われつつある認知症高齢者の記憶を呼び戻し、彼らの語りを引き出す可能性があることが示唆された。これらの意味においては年齢や性別への配慮をした上で学童期から青年期にかけての楽曲を認知症高齢者に提供することにより、彼らとのより深いコミュニケーションが図れるのではないだろうか。日野原(2002)は、「EBM的アプローチとNarrative Based Medicine的アプローチとが共存して音楽療法

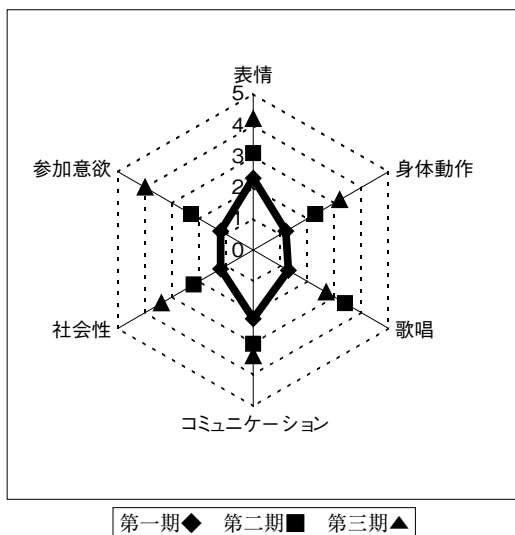


図1 評価チェックリスト

がこれから先発展していくものでないかと私は予想している」と述べている (日野原, 2002)。

しかしわが国の音楽療法は医学モデルが強調されている。前述した通り今日では治療効果やEBMに注目が集まっているといえるであろう。日野原が指摘するように<EBM>のみならず<NBIM>つまり、対象者のナラティブを治療活動に還元していくことが重要ではなからうか。

また音楽療法士も治療的側面からのみ対象者をコントロールするのではなく対象者のナラティブを深く知り、音楽を用いることの意味を深く問うていく必要がある。

だが「ナラティブ」を治療活動に反映することが本当によいことであろうか。対象者のプライバシーにもかかわり、そもそも対象者がそれを望まない場合も想定できる。またナラティブを考慮したかかわりが対象者の否定的な感情をも呼び戻し、対象者の生活意欲を低下させる可能性もあるため、対象者のナラティブを用いる場合には慎重なかかわりが必要となる。これらを示唆して本研究を終了する。

野口(2005)は、「ナラティブ・アプローチは、現実の成り立ちを読み解くだけではなく、それをオルタナティブな現実へと変換する力をもっている」と述べた (野口, 2005)。今後A氏らしさを再発見しながらオルタナティブな方向性を模索し、人生の受容に向けた取り組みを継続していきたい。

V. まとめ

1) 「なじみの音楽」で生まれた語りと発展性

「なじみの音楽」を用いた歌唱活動や「昔あった杵柄としてのハーモニカ演奏」はA氏にとって青年期の出来事を回想するものであり、それらを語ることがA氏の自己肯定感を高めるだけでなく、老人性認知症の進行とともに喪失

していた自信を回復する作業に発展したのではないかと考えられる。特に「ハーモニカ歴が60年ある」や自らを「ハーモニカの神様」と称したことは、ハーモニカ演奏に対する自信のあらわれであり、それらを他参加者から認められることがA氏の自己実現に発展していく要素を含んでいると思われる。つまり「なじみの音楽」は認知症高齢者に回想をもたらすだけではなく、<語る>ことが自信の回復につながると思われる。しかし「なじみの音楽」は誰にでも共通して存在するものではなく、語りそのものが対象者の自信の喪失に導く可能性もあるため慎重なかかわりが求められている。

2) ナラティブの考慮がケアの過程にどのような影響を及ぼしたのか

A氏への音楽的かかわりにおいて固有のナラティブを考慮することは、自己肯定感を高め、自信を回復することにつながった。A氏はB特別養護老人ホームに入所した当時、自閉的で他者との交流がほとんど見られなかった。しかしクライアントとセラピストの相互作用の中で自己肯定感を高め、A氏にとって<サポートする環境>を提供することが社会性の維持につながり、最終的には自己実現のプロセスを踏んだのではないかと考えられる。

注

- 2) サクセスフル・エイジングとは、賀戸一郎 (2001) が『サクセスフル・エイジングのための福祉』でより良い加齢と定義し高齢者が健康で明るく老いることを意味している。
- 3) 日本音楽療法学会公式定義。日本音楽療法学会。<http://www.jmta.jp/>
- 4) 日本バイオミュージック学会。わが国の音楽療法は、1960年代からそれぞれの領域で実践されてきたが、それらの成果は科学性が十分でなかった。そのため1986年に日野原重明・篠田知璋が中心となり、バイオミュージック研究会を設立すること

で音楽療法の成果を科学的に実証する動向が見られた。その後、日本バイオミュージック学会へと改称された。

- 5) 臨床音楽療法協会。1994年、精神科医である松井紀和・村井靖児によって発足したものである。
- 6) 認定者数：1307名。資格認定は1996年度よりスタートした。以下、日本音楽療法学会ニュース第13号より転載する。なお本図は、学会ニュースの図を筆者が部分的に再構成したものである。
- 7) 日本音楽療法学会認定音楽療法士。音楽療法士資格認定制度。以下、資格審査細則を抜粋する。第1項（音楽療法の知識）もしくは第2項（講習会履修）、さらに第3項（臨床経験）、第4項（研究発表および症例（事例）報告）の3項目を必ず含んで合計で1000ポイント以上の場合を資格審査該当者としている。
- 8) これらを前提に音楽療法のあるべき姿を模索し、音楽療法を「モデル化」する作業は、博士論文で別途報告することとする。
- 9) 倫理問題。音楽療法における倫理問題とは、音楽療法場面における対象者の主体性や自己決定および対象者と援助者の権力関係等を意味する。高齢者領域の音楽療法においては、集団セッションが主流であるため、それぞれの対象者の音楽療法への思いが表面化し、しばしばこの倫理問題を問う瞬間がある。たとえば心身の活動レベルの異なる対象者への音楽療法において基準をどこに置くのか、あるいは楽曲をどのように選択するかは集団治療の方向性を左右する大きな課題であると考えられる。
- 10) HDS-R。改訂長谷川式簡易知能評価スケール。1974年に長谷川和夫（聖マリアンナ医科大学学長）によって開発された。HDS-Rは30点満点で、21点以上を非痴呆（認知症）、20点以下を痴呆（認知症）としている。知的機能検査の基準は表2を参照されたい。

謝 辞

当研究の実施に際して立命館大学大学院先端総合学術研究科の天田城介先生・立岩真也先生に多大な指導を得た。また音楽療法の研究を実践するに際し、当研究に協力していただいた対象者、および家族また施設関係者に記して感謝

の意を表します。

引用文献

- 天田城介（2003）「〈古い衰えゆくこと〉の社会学」。多賀出版。
- 天田城介（2004）「古い衰えゆく自己の／と自由—高齢者ケアの社会的実践論・当事者論」。ハーベスト社。
- Alvin, J. 櫻林仁・貫行子訳（1969）「音楽療法」。音楽之友社。
- Carolyn B. Kenny（2006）「フィールド・オブ・プレイ」。春秋社。
- 日野原重明（1996）「音楽の癒しのちから」。春秋社。
- 日野原重明・篠田知璋編（2001）「新しい音楽療法」。音楽之共社。
- 日野原重明（2002）第1回学術大会大会長講演。日本音楽療法学会誌、2（1）、3-8。
- 堀越清（2002）「実践音楽レクリエーション」。健甞社。
- 福井一（2005）音楽聴取がホルモン変動に及ぼす影響—嗜好経時変化を中心に—。日本音楽療法学会誌、5（1）、39-47。
- 伊藤哲司・能智正博・田中共子編（2005）「動きながら識る、関わりながら考える」。ナカニシヤ出版。
- 賀戸一郎（2001）「サクセスフル・エイジングのための福祉」。勁草書房。
- 北本福美（2002）「老いの心と向き合う音楽療法」。音楽之友社。
- 鯨岡峻（2005）「エピソード記述入門—実践と質的研究のために」。東京大学出版会。
- 呉竹英一・浅田庚子編（1999）「元気のでる音楽療法」。ドレミ楽譜出版社。
- 呉竹英一・浅田庚子（2002）「音楽療法ハンドブック」。ドレミ楽譜出版社。
- 黒川由紀子編（1998）「老いの臨床心理」。日本評論社。
- 松井紀和（1980）「音楽療法の手引—音楽療法家のために」。牧野出版。
- 三好功峰（1999）痴呆とは—概念と原因疾患—。増刊精神科治療学痴呆のガイドライン、星和書店。14. 17-21
- 森忠三（2002）腹式呼吸と鎮静的音楽聴取に関するトーン・エントロピー法による自律神経活動の研究。日本音楽療法学会誌、2（2）、173-180。
- 師井和子（1999）「心にとどく高齢者の音楽療法」。ドレミ楽譜出版社。

師井和子 (2006) 「心をつなぐ音楽回想法」. ドレミ楽譜出版社.

村井靖晃 (2002a) 学術・研究の立場から. 日本音楽療法学会誌, 2 (1), 23-27.

西村ひとみ (2007) 認知症高齢者への音楽療法に関する展望—「思い出深い音楽」と自伝的記憶に関する比較研究を通して—. 近畿音楽療法学会誌, 6, 98-103.

野口裕二 (2005) 「ナラティブの臨床社会学」. 勁草書房.

野村豊子 (1998) 「回想法とライフレビュー」. 中央法規.

貫行子 (1996) 「高齢者の音楽療法」. 音楽之友社.

貫行子 (2002) 「音楽療法研究と論文のまとめ方」. 音楽之友社.

貫行子 (2003) ヒーリング・ミュージックのストレスホルモンへの効果—心理学的調査と内分泌学的実験を通して—. 日本音楽療法学会誌, 3 (1), 64-70.

岡村清子編 (1998) 「エイジングの社会学」. 日本評論社.

大塚俊男・本間昭監修 (1991) 「高齢者のための知的機能検査の手引き」. ワールドプランニング.

小澤勲 (2005) 「認知症とは何か」. 岩波新書.

斉藤清二・岸本寛史 (2005) 「ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践」. 金剛出版.

斉藤清二・山本和利 (2002) 「ナラティブ・ベイスト・メディスン臨床における物語と対話」. 金剛出版.

坂下正幸 (2003) 音楽療法における高齢者の反応と効果. 立命館大学大学院社会学研究科修士論文, 20-29.

坂下正幸 (2004) 音楽療法の課題に関する研究. 立命館大学大学院先端総合学術研究科博士予備論文, 18-34.

坂下正幸 (2006a) 音楽療法における倫理的課題の一考察. 近畿音楽療法学会誌, 5, 76-82.

坂下正幸 (2006b) 脳梗塞後遺症A氏に対する個別音楽療法の試み—A氏の自己表現を誘発した「祇園小唄」の意味—. 音楽療法JMT. 日本臨床心理研究所, 17, 75-80.

坂下正幸 (2006c) 認知症高齢者への回想的効果の調査報告. 音楽療法研究年報. 音楽心理学音楽療法懇話会, 35, 93-99.

佐藤正之 (2001) BGMはストレスによる免疫機能の低下を防止する—NK細胞活性性を指標とした研究—. 日本音楽療法学会誌, 1 (2), 116-120.

篠田知璋・高橋多喜子編 (2000) 「高齢者のための実践音楽療法」. 中央法規出版.

高橋多喜子・萩谷みどり (1998) 「なじみの歌法」のグループセッションへの適用. 音楽療法研究, (3), 89-100.

田中多聞 (1996) 老人性痴呆患者の音楽療法. 音楽療法研究, 音楽之友社, 210-232.

十束支朗 (1995) 「高齢期の痴呆症」. 医学出版.

山松質文 (1966) 「ミュージックセラピー」. 岩崎学術出版社.

資料. A氏への音楽療法における評価尺度

	評価尺度	点数
表情	まったく変化が見られない	1点
	少し変化が見られる	2点
	変化が見られる	3点
	よく変化が見られる	4点
	とても変化が見られる	5点
身体動作	まったく身体動作が見られない	1点
	少し身体動作が見られる	2点
	身体動作が見られる	3点
	よく身体動作が見られる	4点
	とても身体動作が見られる	5点
歌唱	まったく歌唱活動に参加しない	1点
	少し口ずさんだ	2点
	口ずさんでいる	3点
	発声を確認できる	4点
	大きな声で歌っていた	5点
コミュニケーション	まったく変化が見られない	1点
	少し変化が見られる	2点
	変化が見られる	3点
	よく変化が見られる	4点
	とても変化が見られる	5点
社会性	まったく社会性が見られない	1点
	少し社会性が見られる	2点
	社会性が見られる	3点
	よく社会性が見られる	4点
	とても社会性が見られる	5点
参加意欲	まったく参加意欲が見られない	1点
	少し参加意欲が見られる	2点
	参加意欲を感じることができる	3点
	意欲的に参加している	4点
	他者と比較しても参加意欲が見られる	5点

(2007. 9. 27. 受稿) (2007. 12. 21. 受理)