

博士学位論文

認知症高齢者ケアにおける音楽療法の有用性に関する研究

—日独の音楽療法の取り組みを踏まえて—

鹿児島国際大学大学院

福祉社会学研究科 社会福祉学専攻

園田 和江

2014年3月

はじめに	1
第1節 問題の所在、研究課題及び研究方法	1
1. 問題の所在	1
2. 研究課題の設定	3
3. 研究の方法	4
第2節 本研究の特徴と構成	5
第1章 認知症ケアと音楽療法	7
第1節 認知症に関する基礎知識	7
1. 中核症状と周辺症状	7
2. 認知症の診断	8
3. 日本における認知症に関する施策	9
1) 認知症ケアパス	10
2) 認知症初期集中支援チーム	10
3) 認知症地域医療支援事業における研修事業	10
4) 認知症医療支援診療所(仮称)	11
5) 認知症地域支援推進員	11
第2節 認知症ケアをどう捉えるか	11
1. 認知症ケアの流れ	11
1) パーソンセンタードケア	13
2) バリデーシヨンの原則	15
2. 認知症ケアの原理	16
3. 認知症の当事者の思い	19
第3節 認知症ケアにおける音楽療法	21
1. 認知症ケアにおける音楽療法の役割	21
2. 回想法と音楽療法	23
第2章 音楽療法の原理的基礎と臨床的機能	25
第1節 音楽療法の定義	25
第2節 音楽療法の原理的基礎	27
1. 「私」の諸相	27

1) 音楽における「私」	27
2) 日本語における「私」	28
3) 哲学における「私」	30
4) 認知症ケアの“その人らしさ”における「私」	32
2. 「私」の自己表現・自己決定	33
1) aさんの事例	33
2) b君の事例	34
3) 考察	34
3. 「私」とエンパワメント	35
4. 「私」を引き出すノンバーバルコミュニケーションはコミュニティのエンパワメントへ	35

第3節 音楽療法の臨床的機能 38

1. 芸術療法としての音楽療法	38
2. 非薬物療法としての音楽療法	39
3. 統合医療としての音楽療法	40
4. リハビリテーションとしての音楽療法	41

第3章 音楽療法士の養成とドイツにおける音楽療法の社会的位置 43

第1節 音楽療法士の養成カリキュラム 43

1. 日本のカリキュラム	43
2. ドイツのカリキュラム	47
1) ベルリン芸術大学：募集要項	48
ベルリン芸術大学：講義内容	49
2) SRHハイデルベルク高等教育のカリキュラム：募集要項	50
SRHハイデルベルク高等教育のカリキュラム：特記事項	51
3) ビュルツブルク・シュバインフルト高等教育	52
3. 考察	53

第2節 社会保険と音楽療法 53

1. 医療保険と音楽療法	53
1) OPSによる医療保険コード表：芸術療法の一環	54
2) 病院での音楽療法の事例	57
(1) 小児病院：フィバンティス・クリニック	57
(2) ハイデルベルク大学病院	58
2. 民間保険と音楽療法	58
3. 州法と音楽療法	59

4. 社会保障法典の全体系における音楽療法の位置づけ	60
5. 介護保険の追加的給付と音楽療法	60
1) ドイツの認知症介護に対する「介護の質」	61
2) 「追加的給付」の内容 (SGBXI § 45a, b, c 項)	61
3) 音楽療法と SGBXI § 45a, b, c 項	63
第3節 ドイツにおける音楽療法の評価 (H. I. L. D Eより)	63
1. 認知症高齢者の QOL	63
1) 日本における認知症高齢者の QOL	64
2) 認知症高齢者における高い QOL の事例	64
2. ドイツの認知症に対する取り組み	65
1) 立法の動き	66
2) 各種報告書	66
3) H. I. L. D E方式の内容	70
4) 方法	71
5) 結果	72
6) 結論	73
(1) 能力別グループの評価	75
(2) H. I. L. D Eによる感情の指標	75
(3) 認知症の度合いによる感情の特徴	77
(4) アクティビティ	77
7) H. I. L. D E方式の発展のねらい	79
8) H. I. L. D E方式の総括	79
9) アルツハイマー認知症患者に関する更なる表情の研究	82
10) 考察	83
第4節 ドイツでのインタビュー	85
1. ドイツでの QOL に関するインタビュー結果	86
1) ハイデルベルク大学: ヨハネス・シュレーダー教授	86
2) ギーセンユーストリービッヒ大学: ライメル・グロネマイヤー教授	88
3) 認知症サポート団体代表: ペーター・ビスマン氏	90
4) 音楽療法士: スザンネ・ハウスマン氏	94
5) 高齢者施設職員: クラウディア・M・グライスベルガー氏	96
2. 考察	100
第4章 音楽療法の発展段階	102
第1節 音楽療法の専門職としての位置	102

1. 日本の音楽療法の現状	102
2. ドイツの音楽療法の現状	103
1) ダンスカフェの事例	103
第2節 クラインの4段階	105
1. レベル2の事例：Aさん	106
1) 考察	106
2. レベル2の事例：Bさん	107
1) 考察	108
3. レベル3の事例：Cさん	109
1) 考察	110
4. レベル3の事例：Dさん	111
1) 考察	113
5. レベル3の事例：Eさん	114
1) 考察	115
6. レベル4の事例：特別養護老人ホームでの演奏会	116
1) 目的	116
2) 方法	116
3) 結果	116
4) 考察	116
第3節 ドイツのEBQモデルによる比較	117
1. シューマッハとカルベットの8モード(EBQモデル)	118
1) モード0の事例：Fさんの事例	119
(1) 考察	120
2) モード1の事例	121
3) モード2の事例	121
4) モード3の事例	121
5) モード4の事例	121
6) モード5の事例	122
7) モード6の事例	122
2. 新たな段階：モード8の追加	123
第4節 日本におけるモード8の検証	123
1. 目的	124
2. 方法	125
1) 音楽療法のプログラム	125
2) 音楽療法の効果測定	125
(1) 生理的指標	125

(2) 心理的指標	1 2 6
(3) セッションに関するアンケート調査	1 2 6
3) 対象	1 2 7
(1) 事例1：高齢者中央大学の受講生のグループ	1 2 7
(2) 事例2：女性学級のグループ	1 2 7
(3) 事例3：保育士・幼稚園教諭のグループ	1 2 7
(4) 事例4：認知症高齢者と地域住民のグループ	1 2 7
4) 測定結果	1 2 8
(1) 事例1：高齢者中央大学の受講生のグループ	1 2 8
(2) 事例2：女性学級のグループ	1 3 0
(3) 事例3：保育士・幼稚園教諭のグループ	1 3 3
(4) 事例4：認知症高齢者と地域住民のグループ	1 3 8
5) 考察	1 4 3
6) 結論	1 4 4

第5章 コミュニティのケアとしての音楽療法 1 4 6

第1節 コミュニティと地域福祉計画 1 4 6

1. コミュニティの諸相 1 4 6
2. 地域福祉計画 1 4 7

第2節 コミュニティと音楽療法 1 4 7

1. 地域福祉計画と音楽療法 1 4 7
2. “コミュニティをつくるケア”としての音楽療法 1 4 9

第3節 ドイツの在宅音楽プロジェクト 1 4 9

おわりに 1 5 2

1. 仮説と結果 1 5 2
2. 今後の研究課題 1 5 4
3. 今後の展望 1 5 5

謝辞 1 5 5

引用文献 1 5 6

参考文献 1 6 7

資料 1～3 0

凡 例

本論文における資料の引用は以下によるものとし、脚注を同頁下に主要参考文献を巻末に示した。

1. 本論文においては、和書・洋書を問わず、本文の中で(著偏者名、出版年、頁)の順で示した。
2. 雑誌掲載文献についても、和書・洋書を問わず、(著者名、出版年、頁)の順で示した。
3. インターネットの参考に関しては、URL、当該情報のタイトル、アクセス年月日を示した。
4. 引用文中の省略は……で示した。

図表一覧

図 1-1	認知症症状の構造	7
図 1-2	認知症ケアにおける音楽療法のメリット	22
図 2-1	「我一人」「音楽」「認知症ケア」の関係図	33
図 2-2	「真の共同体」	37
図 2-3	「真の共同体」とエンパワメント	37
図 3-1	ビュルツブルク - シュバインフルト高等教育カリキュラム	52
図 3-2	H.I.L.DE の流れ(2006年時点)	70
図 3-3	AARS	72
図 3-4	H.I.L.DE の QOL の概念	74
図 3-5	生きてきた世界	75
図 3-6	日常生活での感情	76
図 3-7	感情の指標	76
図 3-8	認知症の度合いによるネガティブ・ポジティブ感情の頻度の特徴	77
図 3-9	H.I.L.DE 方式の発展のねらい	79
図 3-10	把握ノート表紙	80
図 3-11	把握ノートの「気分状況の特徴」の一例	80
図 3-12	喜びが可能になる活動への参加状況	81
図 3-13	個別の住民のプロフィール	82
図 4-1	測定フロー	127
図 4-2	元気な高齢者：唾液アミラーゼ活性値増減	129
図 4-3	元気な高齢者：POMS 前後比較	129
図 4-4	音楽療法に参加していかがでしたか？	130
図 4-5	音楽療法でストレスが解消できましたか？	130

図 4-6	音楽療法の参加中にストレスを忘れていましたか？	1 3 0
図 4-7	女性学級のグループ：唾液アミラーゼ活性値増減	1 3 1
図 4-8	女性学級のグループ：POMS 前後比較	1 3 2
図 4-9	音楽療法に参加していかがでしたか？	1 3 2
図 4-10	音楽療法でストレスが解消できましたか？	1 3 3
図 4-11	音楽療法の参加中にストレスを忘れていましたか？	1 3 3
図 4-12	音楽療法前後での自由意見	1 3 3
図 4-13	保育士・幼稚園教諭のグループ：唾液アミラーゼ活性値増減	1 3 4
図 4-14	保育士・幼稚園教諭のグループ：POMS 前後比較	1 3 5
図 4-15	音楽療法に参加して気持ちがすっきりしましたか？	1 3 5
図 4-16	音楽療法に参加して気持ちが明るくなった？	1 3 6
図 4-17	音楽療法に参加して気持ちが楽しくなった？	1 3 6
図 4-18	音楽療法に参加して身体を動かして運動になった？	1 3 6
図 4-19	音楽療法に参加して参加者とのコミュニケーションが取れた？	1 3 7
図 4-20	認知症高齢者と地域住民のグループ：唾液アミラーゼ活性値増減	1 3 9
図 4-21	認知症高齢者と地域住民のグループ：POMS 前後比較	1 4 0
図 4-22	音でコミュニケーションが取れることを知っていましたか？	1 4 0
図 4-23	音によるコミュニケーションでどのような方々と分かり合えるでしょうか？	1 4 1
図 4-24	地域の福祉施設で音・音楽の活動が開催される時に参加しようと思いますか？	1 4 1
図 4-25	今回の活動は、今までの音楽活動と何か違いましたか？	1 4 1
図 4-26	音楽療法に参加して気持ちがスッキリした？	1 4 2
図 4-27	音楽療法に参加して気持ちが明るくなった？	1 4 2
図 4-28	音楽療法に参加して気持ちが楽しくなった？	1 4 2
図 4-29	音楽療法に参加して身体を動かして運動になった？	1 4 3
図 4-30	音楽療法に参加して参加者とのコミュニケーションが取れた？	1 4 3
図 4-31	音楽療法で参加者との共同作業が楽しかった？	1 4 3
図 4-32	音によるコミュニケーションでどのような方々と分かり合えるでしょうか？	1 4 4
図 5-1	音楽療法の情報：「在宅音楽療法」	1 5 0

表 1-1	Kitwood の公式	7
表 1-2	認知症（アルツハイマー型認知症）の診断基準	8
表 1-3	認知症に関する施策	9
表 1-4	認知症ケアのこれまでの流れ	13
表 2-1	芸術療法の分類	39
表 3-1	名古屋音楽大学：音楽療法コース必修科目	44
表 3-2	ベルリン芸術音楽大学：募集要項	48
表 3-3	ベルリン芸術音楽大学：講義内容	49
表 3-4	SRH ハイデルベルク高等教育募集要項	50
表 3-5	SRH ハイデルベルク高等教育特記事項	51
表 3-6	介護保険の主要な改革	61
表 3-7	認知症追加給付認定のための 13 条件	62
表 3-8	認知症追加給付認定のための 13 条件の参考例	62
表 3-9	EM - FACS	72
表 3-10	H.I.L.DE - ES(H.I.L.DE 感情スケール)の詳細と評価	75～76
表 3-11	喜びが可能になる活動：住民の参加率	78
表 3-12	インタビュー比較表	102
表 4-1	Schumacher&Calvet による 8 段階のモード	119
表 4-2	音楽療法記録シートの抜粋：G さん	121
表 4-3	音楽療法のプログラム	126
表 4-4	モード 0～8 考察のまとめ	145
表 5-1	音楽療法は地域に貢献できるのか	148

はじめに

第1節 問題の所在、研究課題および研究方法

1. 問題の所在

認知症対策は各国における社会保障の重要課題であり、認知症の人とどのようにコミュニケーションを図り、ケアするかは、どこの国においても現実的で困難な課題である。

厚生労働省の2013年6月の資料¹によると、2010年の認知症高齢者の全国有病率推定値は15%で、2010年では認知症有病者数439万人、正常と認知症の間である人の有病率推定値が13%、有病者数は380万人と推計されている。

欧米ではアルツハイマー病の頻度が最も高いが、日本では血管性認知症が多く、男性54.7%、女性35.0%を占めるとされている。2025年には、団塊の世代全員が75歳以上になり、介護保険利用者が280万人から470万人に増加し、それ以外の人たちを加えると認知症高齢者は650万人か、それ以上となる(本間2013)。

国際アルツハイマー病協会²は、世界の認知症推定数を2010年に世界で3,560万人が認知症であると予測している。この推定数は20年毎に倍増することが予想され、2030年に6,570万人、2050年に1億1,540万人へと増加するとされている。

2013年1月に「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」が東京で開かれ、イギリス・フランス・オーストラリア・デンマーク・オランダが参加した。共通する理念として「認知症のひとの思いを尊重し、住み慣れた地域での生活の継続を目指すこと」、認知症の人の地域生活を可能とするための共通戦略の例として、行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、認知症に対する理解と意識の向上を図ることなどが挙げられている。

認知症の中核症状に対しては薬物療法の治療、BPSD³の緩和には非薬物療法に効果があるとされ、認知症の障害の緩和と認知症高齢者に楽しみや喜びをもたらすためには、積極的なアクティビティが有効であるとされている。しかし、我が国においては非薬物療法、また統合医療の一つである音楽療法の位置づけが明確にされていない。

¹厚生労働省 老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室「説明資料」
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rfx_1_1.pdf(2013年7月1日)

²「世界アルツハイマーレポート2009年概要版」
<http://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2010/07/42ad7783aa9f9fe3c7ea3b90b52a7a0e1.pdf>(2012年4月7日)

³BPSD(Behavior and Psychological Symptoms of Dementia)とは「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動障害」と定義(1995年国際老年医学会)されている。

周知のように、音楽療法の一つであるオルフ・ミュージックセラピーはドイツ発祥のメソッドである。例えば、オルフ・シュールベルクの提唱する音楽療法の即興モデルは、聴覚的・視覚的・触覚的・運動的・嗅覚的・味覚的感覚を刺激したり、訓練したりする可能性があるという点で多感覚的である。セラピストは治療目標を達成するために、セッションに参加する対象者の機能している感覚様式と、目標のために刺激や訓練の必要な感覚様式を見極めるために、慎重なアセスメントとプログラム作成が求められる。総合的な目標は、「クライアントが社会的・物理的世界の中で十分に自分自身を経験し、個人的・対人的アイデンティティを発達させ、創造性、遊戯性、自発性の質を高めることを援助することである。活動に含まれる様々なスキルそのものが、目標に向けての無数の可能性をもたらす。目標はまた、診断名による集団の臨床的な性格と、各クライアントの特殊な治療的ニーズに応じて設定される」(Kenneth E. Bruscia1987:342-343)ことである。

筆者は、その理念を取り入れた多感覚の音楽療法を鹿児島で実践して12年になる。その対象者は主として認知症高齢者であるが、特別養護老人ホーム・高齢者デイサービス・介護老人福祉施設・高齢者デイサービス・通所リハビリテーション・高齢者グループホームに出向いて行っている。音楽療法のセッションは1年間で140回を超え、1ヶ月の延べ人数は約350人にのぼる。その過程で、我が国の介護問題で最も大きな克服課題となっている認知症への対応に音楽療法が有効であるとの確信を持つに至った。

長期間にわたり継続している同じ対象者とのセッションの過程で、認知症になりゆく恐怖を語ったり、体力が弱まったり、また認知症の度合いが進むにつれてデイサービスから入所へと、本人の環境が変わると同時に心身の変化を目の当たりにしてきた。デイサービスからグループホームへ環境が変わった入居者は、毎日夕方になるとお互いに「今日はここに泊まる?」「私は家に帰る」「あなたはどうするの?泊まり?」「私は娘が迎えに来る」などと、2年ほどそのやり取りを繰り返しており、帰宅要求、寂しさを拭い去ることは非常に困難であることを示している。しかし、自分がどこにいるのか難しい状況になっても、筆者の行うセッションで他の利用者と音楽を楽しみ、非言語によるコミュニケーションを取り続け「その人らしさ」の自己表現がみられた。在宅で介護する家族にとっても、認知症の症状のある本人とコミュニケーションが取れるということは、お互いの生活の質に関わる重要なことである。この点、ドイツでは音楽療法が診療報酬の対象とされ広く浸透しているが、我が国においては、未だ音楽療法という技術体系の位置づけが不明確であるため、介護現場でそれが十分に展開されているとはいえない。

2. 研究課題の設定

本研究では音楽療法の定着しているドイツへ赴き、認知症の生活の質に関するプロジェクト研究を行っているハイデルベルク大学、認知症サポート団体の代表者、認知症の研究者、音楽療法士へのインタビュー、高齢者施設での現場視察（約3週間）を行い、ドイツでの認知症に対する取り組みと、文献で得られた知見を検証する。それが日本での音楽療法の取り組みに示唆を与えると考える。

そこで、以下の4つの仮説を研究課題とした。

<仮説 1>音楽療法が診療点数に反映され社会的認知の定着しているドイツにおいて、日本と異なる音楽療法士の養成や、認知症の人の QOL の維持・向上のために、アクティビティなどの取り組みが行われている。

<仮説 2>Martin Buber の「我—汝」の哲学を基礎とした「私」の諸相により、音楽療法における「私」の自己表現は、認知症の有無に関わらず保障され、認知症ケアにも有用である。

<仮説 3>音楽療法を継続的・定期的に行うことで、認知症が進行しても他者との社会的相互作用やコミュニケーションは存在する。

<仮説 4>音楽療法のセッションをエコロジカルアプローチの「適所」と捉え、そこに集まる人々が共に音楽療法を行うことで、認知症の理解の深まりと、それぞれのストレス軽減や気分に変化をもたらす。

ところで、音楽療法の対象者にとって「自己の表出」は困難なことである。対象者の目の前に置かれたタイコは、そのままそこに置かれているだけでは音は出ない。風鈴のように、風が吹いて揺れるだけで音が鳴る楽器ではない。「私」が「叩く」ことを「自己決定」をし、一打を振り下ろしたことによって音が出るのであり、「やめる」ことを「自己決定」するからこそ音が止むのである。その音は「私」そのものである。

この「私」について哲学的な基礎を Martin Buber⁴の哲学に遡って吟味し、音楽療法の

⁴Martin Buber は、1878年にオーストリアのウィーン生まれのユダヤ系宗教哲学者、社会学者。ウィーン、ベルリン等の大学で哲学、美術史、歴史を学びユダヤ教関係の雑誌編集や翻訳の仕事を行った。1923年にフランクフルト大学教授になるも1933年にナチスにより退職させられ、その後1938年にエルサレムのヘブライ大学教授となる。1963年にエラスムス賞(ヨーロッパの文化、社会、社会科学への貢献を評価して毎年授与される賞)を受賞。1965年にエルサレムで没。彼の哲学は“対話の哲学”として位置づけられ、

原理と認知症ケアにおける「パーソンセンタードケア」と関連付けて整理した。

ドイツには、音楽療法の専門職が医療及び介護現場でどのような位置づけになっているのかを測る評価レベル：Klein の 4 段階と、音楽療法の対象者にとっての“関係の質”の 8 モード：Schumacher&Calvet のモード 0～7 がある。この評価尺度に拠って、鹿児島での音楽療法の実践を基礎として分類し、検証した。この検証を基に「モード 8：音楽を介在させたコミュニティの第 3 者と出会う」を新たな段階として提言する。

また音楽療法は、心身において何かしらの障害がある、もしくは行動の変容を目指して行われることが多く、コミュニティで元気に就労している世代や元気な高齢者に行われることは少ない。そして、それらの世代と認知症高齢者が同等な立場で音楽療法を行うこと、更にセッションに参加した人々の音楽療法による効果を確かめる研究は見受けられない。

3. 研究の方法

第一に、ドイツにおける本調査に向けて予備調査は現地で行い、訪問先、インタビュー者、高齢者施設などは文献により選定し調整した。高齢者の施設では、住民の生活を多角的に把握するために、高齢者施設に宿泊し直接交流を図ることとした。具体的に認知症の生活の質に関するプロジェクト研究を行っているハイデルベルク大学や認知症の研究者や認知症サポート団体の代表へのインタビュー、高齢者施設での宿泊を伴う現場視察と研修(約 3 週間)を行った。音楽療法士の専門性については、日本とドイツの音楽療法士の養成カリキュラムを概観した。

第二に、音楽療法の原理的基礎としての「私」について、Buber の哲学に遡って吟味し、音楽、日本語、認知症ケアにおける「パーソンセンタードケア」と関連付けて整理した。

第三に、音楽療法士の医療・介護現場における専門職としての位置づけについては、ドイツの評価尺度である「Klein の 4 段階」、音楽療法の対象者の“関係の質”については、「Schumacher&Calvet の 0～7」に拠って、筆者の実践を分類し検証した。ここでは、鹿児島での実践を基礎としている。

第四に、地域で元気に暮らしている高齢者中央大学の受講生グループと女性学級のグル

我と汝の関係が根幹となっている。主な著書は『我と汝』Ich und Du(1922),『人間という問題』Das Problem des Menschen(1943)等。 <http://ja.wikipedia.org/wiki/>(2011 年 4 月 25 日)。「我一汝」の会話によって生きている意味が満たされた時が“汝との出会い”であり、“人間と共にある人間”が生き生きとした関わりにおいて“共生の構造が生まれる”としている。

ープ、働き盛りである壮年期の保育士・幼稚園教諭のグループ、認知症高齢者と地域住民のグループによる4つのグループの生理的指標・心理的指標、アンケートによって音楽療法介入前後での変化を検証した。それらの結果からコミュニティのケアとしての音楽療法の可能性と有用性を考える。

第2節 本研究の特徴と構成

本研究の特徴は以下の4点である。

1. 筆者が行った鹿児島での12年にわたる音楽療法の実践を踏まえ、ドイツの介護現場を訪問した。認知症の生活の質の研究を行っている研究者やサポート団体代表、音楽療法士、コミュニケーション支援担当の介護職員へのインタビューを現地で直接行い、ドイツの現状を多角的に把握した。
2. 音楽療法の原理的基礎である「私」を、対話の哲学である Martin Buber の「我一汝」において、音楽、日本語、認知症ケアにおける「私」の真の関係性を示した。
3. ドイツの音楽療法の「関係性の質」評価尺度によって、筆者の鹿児島の取り組みを検証したことにより、新しい段階として「モード8の追加」の提言へと発展した。
4. モード8：「音楽を介在させたコミュニティの第3者と出会う」を生理的・心理的指標により検証した結果、コミュニティのケアとしての音楽療法の可能性と有用性が、コミュニティの新たな再生についても可能性を含んでいることを示した。

本論文は6章構成になっており、第1章「認知症ケアと音楽療法」では、第1節で認知症に関する基礎知識、日本や諸外国における認知症施策の流れを概観し、第2節で認知症ケアの捉え方について、これまでの認知症ケアの流れと、認知症ケアの原理と認知症当事者の思いを踏まえ、第3節で認知症ケアにおける音楽療法の役割について考察する。

第2章「音楽療法の原理的基礎と臨床的機能」では、第1節で音楽療法の定義、第2節で音楽療法の原理的基礎となる原理を Buber の哲学に遡って、音楽・日本語・認知症ケアの真の関係性を考察する。第3節では、音楽療法の臨床的機能を芸術療法、非薬物療法、統合医療、リハビリテーションから概観する。

第3章「音楽療法士の養成とドイツにおける音楽療法の社会的位置」では、第1節で音楽療法士の養成カリキュラムを日本とドイツについて概観し、第2節では社会保険と音楽療法の関係性により、ドイツがどのように音楽療法の費用を負担しているかを把握する。第3節では、ドイツにおいて認知症に対する音楽療法の実践にあたり、連邦政府が音楽療法の実践家及び研究者によって構成される研究チームを形成し、詳細なマニュアルを編纂公

布している。H.I.L.D.Eといわれるこの研究の成果を要約紹介する。第4節では、H.I.L.D.Eのプロジェクトを主導したハイデルベルク大学、認知症の研究者、認知症サポート団体代表、音楽療法士、高齢者施設に独自配置されているコミュニケーション支援担当の介護職員に、主に QOL(生活の質)の視点からインタビューした結果をまとめている。筆者が2度にわたり、ドイツの音楽療法の現場及び教育研究機関を訪問した折に、QOL の維持・向上の視点から、幾つかの基本的な事項を質問してきた。その概要をまとめ、日本の音楽療法の現状に立ち帰って課題を考察する。

第4章「音楽療法の発展段階」では、第1節において音楽療法士の社会的位置を、日本においては会員のアンケート結果から、ドイツにおいては音楽療法士のリストによって現状を把握する。第2節では、音楽療法が他の専門職に対してどのような位置づけにあるのかをドイツの Klein の枠組みの4段階にしたがい、これを筆者の鹿児島の実践事例によって当てはめて考察する。第3節では、音楽療法の対象者である認知症の人の“関係性の質”について、Schumacher&Calvet の EBQ モデルの枠組みにより7つのモードに分類することで考察し、鹿児島の実践事例によって評価・点検したことにより、新たな段階である「音楽を介在させたコミュニティの第3者と出会う」というモード8を提言する。第4節では、それを受けて日本におけるモード8について、生理的・心理的指標から検証する。

第5章「コミュニティのケアとしての音楽療法」では、第1節でコミュニティと地域福祉計画、第2節で地域福祉計画と音楽療法、第3節でドイツの在宅音楽プロジェクト、第4節で“コミュニティをつくるケア”としての音楽療法について考察し、音楽療法とコミュニティへのかかわりを展望する。

おわりにでは、仮説の検証結果、今後の研究課題と展望について考察する。

第1章 認知症ケアと音楽療法

第1節 認知症に関する基礎知識

1. 中核症状と周辺症状

認知症の中核症状として、記憶や見当識、判断力や適切な行為遂行能力の低下がある。周辺症状は、行動・心理症状 (BPSD: Behavior and Psychological Symptoms of Dementia) と呼ばれ、感情的な変化や精神症状的な言動が病気の進行につれて様々に変化するが、その出現は、その人の生活環境・対人関係などの環境因子や、性格・能力・過去の経験などの個人因子も関係する(中山 2011)。

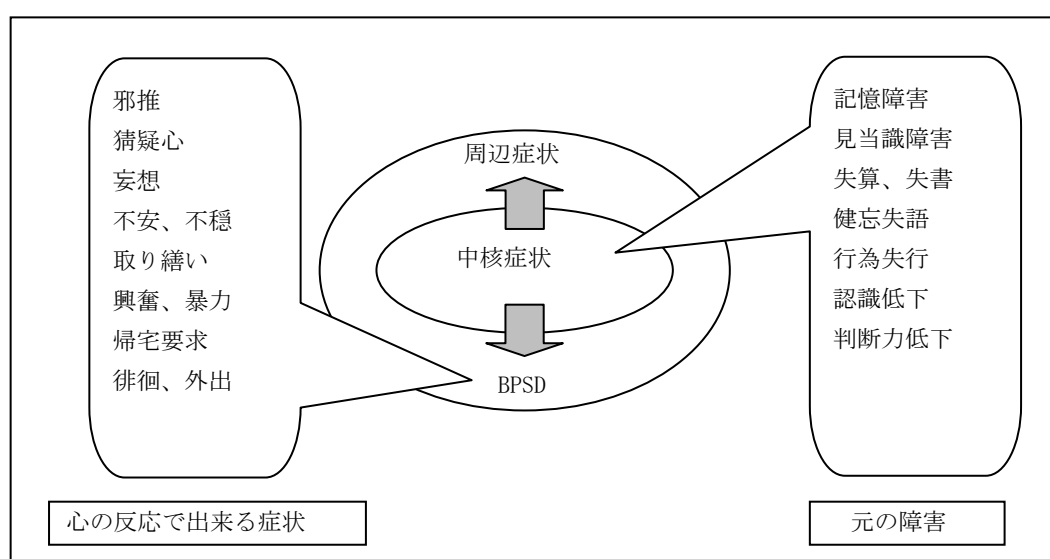


図 1-1 認知症症状の構造

出所：日本認知症ケア学会(2008)『認知症ケアの基礎知識』25頁。

図 1-1 のように、中核症状と BPSD が互いに関連しながら認知症は進行する。これらの複雑な認知症症状を端的に示したものとして、「Kitwood の公式」がある(上田ら 2011)。

表 1-1 Kitwood の公式

$$D=P \times B \times H \times NI \times SP$$

D;dementia 認知症症状

P;personality 性格

B;biography 生活史

H;physical health 身体の状態

NI;neurological impairment 神経学的障害

SP;social psychology 対人心理要因

2. 認知症の診断

認知症の診断に最も用いられる診断基準の一つが、アメリカ精神医学会による DSM-IV⁵である。

表 1-2 認知症(アルツハイマー型認知症)の診断基準(DSM-IV)

A	以下の二つによって明らかとなる様々な認知障害 ①記憶障害(新しいことの学習障害と以前に学んだ情報の想起障害) ②以下の認知障害のうち少なくとも1つ (a)失語(言語障害) (b)失行(運動機能が正常にもかかわらず運動活動を遂行することが出来ない) (c)失認(感覚機能が正常にもかかわらず物体を認知、同定することが出来ない) (d)実行機能の障害(計画・組織化・筋道を立てること・抽象化の障害)
B	緩徐な発症と持続的進行
C	認知障害による社会・職業上の働きの障害、また以前の社会・職業上の機能水準からの有意な低下
D	Aにみる認知障害は以下のものには因らない ①進行性の記憶や認知障害をきたす中枢神経系の状態(脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症) ②認知症をきたす身体状態(甲状腺機能低下症、ビタミン12や葉酸の欠乏症、ナイアシン欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症) ③物質惹起状態
E	この障害は、せん妄の間にのみ生じることは無い
F	他の1軸の障害によっては説明されない

日野原重明(監)(2005)『臨床老年医学入門』93頁. 一部改編

認知症の有無を短時間で判別し、対象者の知的レベルを測定する認知症スクリーニングスケールは、改訂長谷川式簡易知能評価スケール⁶、Mini-Mental State

⁵DSM-IVとは、アメリカ精神医学会の『精神障害の診断・統計マニュアル』(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)の第4版。DSM-IVは、5軸から生物・心理・社会的に評定を行う。

⁶改訂長谷川式簡易知能評価スケールは、記憶を中心とした大まかな認知機能障害の有無を測定し、質問項目は9問で満点が30点、20点以下に認知症が疑われる。実施時間は5~10分程度。

Examination(MMSE)⁷、国立精研式認知症スクリーニングテスト⁸などがある。これらは認知症診断の補助スケールであり、この結果と対象者の日常生活全体を照合することで、一時的な認知障害やうつ病などと認知症を区別することが重要である。このスケールには、日常生活や対人関係での支障は反映されていないからである。

3. 日本における認知症に関する施策

これまでの現状（第1章第1節）と政策を受けて、厚生労働省は「認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現に向けて「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）を策定した。

表 1-3 認知症に関する施策

1963年	老人福祉法制定(特別養護老人ホームの創設等)
1982年	老人保健法制定(疾病予防や健康づくり)
1984年	認知症ケアに関する研修事業開始
1987年	「厚生省痴呆性老人対策推進本部」報告書
1989年	老人性痴呆性疾患センター開始
1992年	認知症対応型デイサービスセンター開始
1994年	「痴呆性老人対策に関する検討会」報告書
1997年	認知症対応型グループホーム開始
2000年	介護保険法制定
2003年	「高齢者介護研究会」報告書発表
2004年	痴呆→認知症へ用語変更
2005年	認知症サポーター養成研修開始、認知症サポート医養成研修開始
2006年	かかりつけ医認知症対応力向上研修開始
2008年	「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書 老人性痴呆疾患センター廃止、認知症疾患医療センター開始
2012年	「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）策定

出所：本間(2013)「わが国の認知症施策をどうみるか」1015頁。一部改編

本間(2013)は、これまでの認知症対策は、顕在化した認知症の行動・心理症状（BPSD）などへの対応が主だったが、オレンジプランでは出来る限りBPSDが現れにくくするような、予防的な視点が取り入れられたこと、また、その概略と課題を報告している。

その中で本間はオレンジプランの特徴を5つ挙げ、その内容と課題を報告し、認知症対策には「関係者、家族、一般住民を含めていかに認知症ケアの理念を共有し、自分たちの

⁷Folstein, Folstein, & McHugh(1975)が作成。認知機能や記憶力を簡便に測定し、11の項目で満点が30点。24点未満の場合に認知症が疑われる。検査は、時と場所の見当識、記憶力および記憶再生、注意および計算、言語機能、動作性・図形模写など。

⁸大塚・下仲・北村・中里・丸山・谷口・佐藤・池田(1987)が作成。他の認知症スクリーニング検査より難度の高い設問を含む。質問項目は16で、満点は20点。10点以下の場合に認知症が疑われる。動作性の課題を含まず、実施時間は5～10分程度。

問題として認識できるかにかかっている。理念や目標を共有できれば、それを実現するための手段はそれほどむずかしくないはず」と述べている。以下は、本間(2013)の報告を基にオレンジプランを整理する。

1) 認知症ケアパス—認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れ。

〈内容〉平成 25 年～26 年度でケアパスを作成し、各市町村で 27 年度からの第 6 期介護保険事業計画に反映される。

機能するには、早期受診のための地域の意識、かかりつけ医の対応、BPSD への適切な対応、身体合併症出現時の対応が必要。

〈課題〉多職種間でコンセンサスが得られる、認知症のアセスメントツールの作成

2) 認知症初期集中支援チーム—複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的(おおむね 6 か月)に行い、自立生活のサポートを行うチーム。

〈内容〉配置場所：地域包括支援センター等

チームのメンバー：専門医を含む保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士など。

対象者：40 歳以上、在宅で生活し、かつ認知症が疑われる人、または認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人。

・医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人。

(ア)認知症疾患の臨床診断を受けていない人

(イ)継続的な医療サービスを受けていない人

(ウ)適切な介護保険サービスに結びついていない人

(エ)診断されたが介護サービスを中断している人

・医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している例。

3) 認知症地域医療支援事業における研修事業—かかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修、かかりつけ医をサポートする役割を担う認知症サポート医養成研修。

〈内容〉多職種によるチームアプローチの役割と、その重要性が必ずしも十分に示さ

れていなかったため、かかりつけ医が、認知症の診断および BPSD への対応などを含めた一定の役割を果たすこと、もう一方で参加者は多職種であること

が期待されている。

＜課題＞医療と介護の意思疎通の不十分さ。

4) 認知症医療支援診療所(仮称)―従来の地域型認知症疾患医療センターおよび基幹型を基本としつつ、65歳人口規模に応じて設置。

＜内容＞65歳以上人口60,000人以下の二次医療圏においては、「認知症医療支援診療所(仮称)」を優先して設置するという案が示されている。オレンジプランでは、地域型、基幹型と合わせて500か所整備(予定)認知症医療支援診療所は300か所強。

＜課題＞全国の二次医療件数は約350か所であり、その倍数の設置が望ましいと考えられるが、機能の検証が求められる。

5) 認知症地域支援推進員―市町村において医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割

＜内容＞当該推進員を中心として、医療と介護の連携強化や、地域における支援体制の構築を図ることが目的。

実施主体：認知症支援推進員を、地域包括支援センターや市町村本庁など、本事業を実施する適切な場所に配置し実施する。以下のいずれかを満たす者が一人以上配置される。

①認知症の介護や医療における専門的知識および経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士。

②上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識および経験を有するものとして市町村が認めた者(例：認知症介護指導者養成研修修了者等)

＜課題＞専門医の受診につながりにくく、認知症に関する地域の理解が乏しい。

第2節 認知症ケアをどう捉えるか

1. 認知症ケアの流れ

認知症のケアの発展について、Tom Kitwood(1997)の「認知症のパーソンセンタードケア」により概観する。

認知症は、損傷と苦痛というイメージに強く位置づけられ、否定的に考えられていたが、1950年代に前向きなケアの最初の試みとして、リアリティ・オリエンテーション⁹が導入

⁹リアリティ・オリエンテーション：Reality Orientation(RO)は、1950年代に Folsom らの提唱により、「時間」「場所」「季節」「人物」などの現実見当識の障害された認知症の人に対して見当識の訓練を行

された。高齢者に活力と希望を与え、感覚、人間関係、一般認識が含まれた。認知症の人々のその人らしさを認め、正常な生活へ向かうように努力することの価値について表明した。

1960年代初め、Naomi Feilがバリデーション・セラピーを開発した。これにより、気持ちや感情へ方向を向ける劇的な変化が起こった。その後、研究者により、共感とコミュニケーション、現在のニーズに応えることが強調された。1963年にR.N.Butlerにより回想法¹⁰が導入され、一次性認知症では認知能力の大きな損失があるが、しばしば長期記憶は比較的損なわれないことが証明された。回想法と並んで、人生歴をケアプランや実際のケアに組み込み、その人の好みや興味にあったアクティビティの提供について、家族との話し合いが始まった。このような実践から、認知症の人々の生活を豊かにする方法として、音楽、ダンス、劇、絵画、マッサージ、リラクゼーション、アロマセラピー、スヌーズレンなどの利用が始まった。

1970年代に、少数の研究者が心理的アプローチを開始し、認知症への悲観論と決定論に反対の立場を取った。個人的要因と認知症の関わりについて研究したパイオニアとして有名なのが、アメリカの精神科医デヴィッド・ロスチャイルドである。彼は、精神病理だけでは一時的認知症の症状を説明できないこと、心理的側面が常に関わっているという見方を示した。イギリスでは、1986年にキング財団が「よい老後を生きるために」を出版し、認知症の人々が他の人と同じ価値、同じニーズ、同じ権利をもつことを述べた。その後、マリー・マーシャルとクリストファー・ギラードの研究により、認知症の人の心理と実生活に注意を向けることがより容認されるようになった。

森本(2013)は、認知症ケアの流れを、ケアの発達段階・背景理念・実践に分類している(表1-4)。

い、その改善を通じ、心理的安定や生活の質の向上をめざすものである。生活の中で、自然に「季節」や「時間」などを感じる工夫をし、技法として突出しない形で行うことが望ましい(黒川 2008 : 35)。

¹⁰精神科医の Butler は「高齢者が人生を振り返るのは老年期に共通する内的経験あるいは心的過程である」と仮定した。そして「回想をボケの始まりなどと否定的にとらえるステレオタイプの見方を排し、高齢者に自然に起きる無意識・非選択的な心的過程である」として、「人は現在の課題や危機に促されて過去を思い出す傾向」があり、「危機は人にとって自らのアイデンティティや、自分の生き方を問い直す好機でもある」としている。そして、1974年までにライフレビューの概念を「老年期の全体としての健康感に関連させ、精神・社会・身体すべての要素が高齢者の well-being を構成している」とし、ライフレビューを正式に概念化し、療法として活用することを提示した。ライフレビューは、治療者の示す方向性より、患者自身の分析に深く傾聴するものであり、後悔や悲嘆を呼び起こすものであるが、人生の意味を見つけ罪悪感や罪責感と向き合い、自分自身の一生と折り合いをつける力を持っており、患者の周囲にサポートされる環境が整っている場合には、その折り合う力が増大するものである。

表 1-4 認知症ケアのこれまでの流れ

年代	ケアの発達段階	背景理念	実践
1970年	1 ケアなきケアの時代	理念や方法論は皆無	患者の行動制限、収容や隔離が行われる
	2 問題対処型ケアの時代	介護者にとっての問題行動	外見上の言動に対して表面的に対処 ex)無礼なくして徘徊する患者に対して鍵をつけて外に出られないようにする
	3 文脈探求型ケアの時代	患者の言動の背景や意味を探る	言動の意味付けに合わせた個別のケアが構築されるようになる
1980年	4 本人の可能性志向ケアの時代	・個別の可能性を志向 ・何らかの変化を志向	患者の残存能力やその人らしさを伸ばすケアが目指される 療法的集団アプローチを用いて、何らかの変化が目指される
	5 環境アプローチの時代	痴呆の特徴から、環境の重要性に着目	環境(建物・もの・人)づくりへの取り組み
1990年	6 ノーマライゼーション/人権擁護のケアの時代	ケアの前提として、患者の人権を尊重する	患者の人間としての人権を守りながら、支援することへの取り組み Ex)痴呆専門グループホームの登場
	7 全人的ケアの時代	統合されたケア	患者や家族のニーズに寄り添うケア Ex)チームアプローチ、アセスメントやケアプランの真の目的を考慮
2000年	8 共存の時代	専門的なケア関係からより一般的な支えあいへ	自然な共存の人間関係のなかで支えあいができる社会(我々が痴呆になる時)を目指す

出所：森本(2013)『アルツハイマー型痴呆患者と介護家族のQOLに関する心理学的研究』12頁。

最近の認知症ケアの新しい潮流として、フランス発の「ユマニチュード Humanitude」が注目されている。この言葉は、Human(人)と Attitude(態度)に由来する。ユマニチュードとは、フランス人のイヴ・ジネスト氏とロゼット・マレスコッティ氏の二人が34年前に作り上げ、知覚・感覚・言語による包括的コミュニケーションを軸としたメソッドである。その理論を実践するために、150を超える具体的な技術の開発を行った。昨年(2013)から日本でも研修が始まり、NHKでは2013年9月に「フランス発“魔法”のような認知症ケア」として取りあげ、研修の様子、その手法や事例について解説をした¹¹⁾。

今後の認知症ケアにおいては、Christine Bryden に代表されるように、認知症の人自身とその思いを語る時代となり、認知症当事者の思いから出発するケアの重要性が増すと考える。

1) パーソンセンタードケア

「その人らしさ(パーソンフッド)」が中心的概念であり、認知症を理解しようとする時、関係性によってその人らしさを考えることは本質的である。重度の認知障害がある人で

¹¹⁾<http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/700/167909.html>(2013年9月20日)

も、我—汝タイプの出会いや関係を作ることは可能である、と Buber の説を引用している(Buber とパーソンセンタードケアの関係性は、第 2 章で詳述する)。

認知症ケアを構成する「前向きな働きかけ(ポジティブ・パーソン・ワーク)」が、前向きな感情を強め、能力を育み、精神的な傷を癒し、その人らしさを高める。以下に 12 種類の相互行為を挙げる。これらは、認知症の人が社会的関係へ積極的に引き込まれ、ケアの一形態を表している。

【相互行為—具体的な方法と資源の豊かさ】

①**認めること**：かけがえのない存在として(認知症の人が)肯定されること。

→介護者は、認知症の人を固定観念でとらえたり、病人扱いする習慣を捨て、率直で偏見のない態度で、それぞれの独自性を認めて人として出会う。

②**交渉**：本人の好み、望み、ニーズを聞くこと。

→介護者は、認知症の人のすることはわかっていると思いつまず、あえて尋ね、相談し、聞く。

③**共同**：認知症の人の自発性と能力が関わる一つの過程として「一緒に仕事をする」。

→介護者は押しつけや強制などの力を意識して避けること。認知症の人が最後まで自分の行為をやり遂げられるように「自由裁量の余地」を残す。

④**遊び**：活動自体が目的、自己表現であり、それ自身価値をもつ経験として、この能力を伸ばせる。

→介護者は自由に子供のように創造的になることができる。

⑤**ティマレーション**：感覚的な相互行為であり、接触・安心・喜びを与えられ、認知障害が重い場合に特に効果的。

→認知症の人は直接感覚を通して喜びを得る。介護者は自責の念や不安の抑制に悩まされることなく、自分の全感覚を通してくつろぐことを意味する。

⑥**お祝い**：人生が本質的に喜びに充ちていると感じるあらゆるとき。

→負担や仕事の直接の要求を超えて介護者は素直に喜び、人生の恵みに感謝する。

⑦**リラクゼーション**：強度が弱く、ゆっくりとしたペースのもの。

→介護者はしばらく仕事の手を休め、つぎにすることを考えるのさえ止めて自由になる。多くの認知症の人びとがもつニーズを前向きにとらえる。ゆとりをもち、身体と心に休息を与える。

<以下は、より心理療法的>

⑧**バリデーション**：その人の情動や感情の現実を認め、感情の水準で応えること。

→介護者は、他人と共感するために、多くの心配や先入観とともに、自分自身の準拠枠を超える。認知は弱まり、感情と情緒に対する感受性が高められる。

⑨**抱えること(ホウルディング)**：抱えることとは、安全な心理的空間、「容器」を与えること。

→認知症の人が経験している苦痛がどんなものでも、落ち着いて、確実に、敏感に、そして、認知症の人自身の中で感情をかき乱すすべての残響に耐えることができるように、介護者は完全にそこに居続ける。

⑩**ファシリテーション**：失われた部分だけを援助し、援助がなければできなかったことをできるようにすること。

→繊細で思いやりのある想像力が活かされる。認知症の人が行う身振りに対応する準備ができていて、それに意味を強要せず、意味の想像を共有し、行為を引き出す。

<以下は、認知症の人から介護者に働きかけがあり、共感的に応える場合>

⑪**創造的行為(認知症の人による)**：社交的場面で何かを提供する(他人を誘っての歌や踊り)。

→認知症の人が始めた創造的行為をあるがままに見て、認める。介護者は、それを管理することなく応じる。

⑫**贈与(認知症の人から)**：我—汝に近い相互行為。認知症の人は関心、愛情、感謝を示す。

→介護者は、認知症の人が与えてくれるあらゆる親切や手助けといった贈り物を十分な気持ちで受け入れ、認知症の人自身のニーズを素直に理解する。施しや恩恵を与えるとか受けるといった考え方はふさわしくない。

2) バリデーションの原則

バリデーションは、以下の8項目を基本的な人間の価値観と信念を前提としている。

①すべての人はそれぞれユニーク(個性があり個別)な存在です。ですから、必ず一人ひとりに個別に対応しなければなりません。

②たとえ彼らが混乱した痴呆状態であったとしても、すべての人は人間として貴重な価値のある存在です。

③お年寄りの混乱した行動の裏には、必ず理由があります。

- ④お年寄りの行動は単に脳の構造上の機能変化だけでなく、加齢によって長い人生の中で起こる身体的、社会的そして精神・心理的变化を反映します。
- ⑤お年寄りの習慣となっている行動を強制的に変えることはできません。その人本人が変えようと思わない(希望しない)限り、変えることはできません。
- ⑥お年寄りは無条件で受容されなければなりません。どのような形であっても偏見をもつことは許されません。
- ⑦人はその人生の中で、さまざまな課題に突き当たりながら生きてきます。その課題を十分に解決できずに過ごしてきて、不幸にして高齢期に痴呆症になった時、そのことが心の中でやり残した課題として深く残っていて、それが問題行動として浮かび上がってきます。
- ⑧共感と受容は信頼を築き、心配を減らし、尊厳を取り戻します。痴呆症の人の状況を本当に心から理解すれば、その人に対する介護の心構えが強くなります。

藤沢・監(2001:52-53)『痴呆症の人との超コミュニケーション法 バリデーション』抜粋

2. 認知症ケアの原理

佐々木(2005)は、国内初の認知症老人専門病院での20年以上の実践を通して、認知症にとって医学の恩恵は少なく、アルツハイマー病の進行を抑える塩酸ドネペジル(アリセプト)でさえも進行を食い止めるのは最大でも2~3年であり、患者の全員に効くわけではないという認知症への医学の現状を述べている。そして、医学的な病理を研究することより、「ケアの充実を図る」ことが「認知症を研究する」ことであり、問題行動の全てはコミュニケーション不足から生まれていることを指摘している。その、認知症の人とのコミュニケーションの基本である「共感」について、Buberの「Ich und Du」を引合いにだし、芸術家がコミュニケーションの難しい認知症の人とすぐに意気投合した例を挙げている。

【日本認知症ケア学会】

ケアにおいての主人公は対象者であり、認知症が重度化して言葉や動作の理解が極めて困難になっても、人として尊重されるべきという理念が示されている。また、対象者のケアが円滑に行われるために、介護者の負担軽減のための支援も重要であると指摘している。

- ①高齢者の主体性の尊重
- ②高齢者の生活の継続性の保持

- ③自由と安全の保障
- ④権利侵害の排除
- ⑤社会的交流とプライバシーの尊重
- ⑥個別的対応
- ⑦環境の急激な変化の忌避
- ⑧その人の持っている能力に注目し、生きる意欲、希望の再発見を可能にするような自立支援
- ⑨人としての尊厳性の維持
- ⑩身体的に良好な状態の維持と合併症の防止

【室伏君士の説】

「その老人の生き方、すなわち態度を知って、その心、すなわち心理機序に沿って、その老人を少しでも知的に生きられるように、援助や指導をすること」

室伏(1990:128-129)

- ①老人の言動を受容して理解すること
- ②老人のペースに合わせること
- ③なじみの仲間をつくること
- ④理屈による説得より、感性的な納得をはかること
- ⑤その老人にふさわしい状況を考えること
- ⑥絶えず少しずつでもよい刺激を与えること
- ⑦孤独に放置しないこと
- ⑧その老人に重要なことを、簡単にパターン化して、目の前に示しながら繰り返して教えること
- ⑨その老人の良い点を認めて、よい付き合いをすること
- ⑩老人の「今」を大切にすること

室伏(1990 : 128-139)

【長谷川和夫の説】

「パーソン・センタード・ケア、その人を中心としたケア、その人の視点に立ったケア、その人の内的体験を理解するケア、その人らしさを尊重するケアを理念とすること」(長谷川 2013 : 146 抜粋)

- ①寄り添う心と絆—その人のありのままを受け入れると、認知症の人は新しい絆、関係性をつくっていくことが出来る。
- ②聴くことを第一に—心をつくして待つことが大切。
- ③目を見て話す。
- ④明るく楽しい気分、微笑をもって接すること—認知症では左脳に障害を持つことが多く、右脳は相対的に機能が高まる可能性があり、感情によるコミュニケーションの完成が高くなると考えられる。

【ユマニチュードのケア】

「“ケアをする人とは何か” “人とは何か” という基本命題が根底にある。」
 「医学・看護学・社会福祉学・心理学など臨床のかかわるあらゆる分野の人が学ぶものである。」 本田、伊藤(2013 : 910-926)

<ケアの3つの段階>

- ①回復を目指す。
- ②機能を保つ(悪化しないようにする)。
- ③ともにいる(亡くなるまで付き添う)。

<ユマニチュードの基本となる4つの柱>

- ①見つめること
- ②話しかけること
- ③ふれること
- ④立つこと

<優しさを伝える視線の技術>

- ①垂直ではなく水平に
- ②斜めからではなく正面から
- ③一瞬ではなくある程度の時間
- ④遠くからではなく近くから

上記のように、代表的な認知症ケアの原理を挙げたが、それぞれの原理が認知症の程度にかかわらず、認知症の当事者の人間の尊厳を守り、そして介護者にとっての負担を少しでも軽減し、お互いがパートナーとして寄り添い続けることを強く反映している。

3. 認知症の当事者の思い

2012年10月28日(日)に、Christine Bryden¹²の「私は私になっていく～認知症とともに生きる～」という講演会が東京で行われた。筆者は、修士論文で彼女の認知症の当事者として語るという意義について記述した。どうしても、彼女の言葉を直接聞きたいという強い思いがあり、その講演会に参加した。

彼女は、夫と共に壇上に現れた。講演をしている彼女の横に、夫はずっと座っていた。彼女は、言葉を選びながら丁寧に話をした。彼女の穏やかな口調から話される言葉、表情や声のトーンの一つ一つに、その思いが詰まっており、会場全体が引き込まれた。以下は、講演で話された彼女の言葉(抜粋)である。

「認知症の人の介護者は、介護パートナーとして一緒に生きてほしい。残された能力を最大限に引き出し、その人らしく生きることを“可能”にしてくれるイネブラー¹³(enabler)として。朝起きた時から、今日は何曜日？何をする日？と混乱するので、紅茶を淹れることで落ちつかせる。思考は、つかの間なので、繰り返し声に出して掲示板に走り出して書く。つかの間の思考は、跡形もなく、思い出すことは無い。伝えた言葉を、ポールがもう一度話してくれる。イメージが言葉に出来ない。混乱した時は、表情や身振りが手がかり。

認知症は、コミュニケーションの病気と言える。話す時にも、理解する時も“間”を十分にください。非言語は、観察力のある人に多くのことを伝える。行動の全てがコミュニケーションの合図。記憶は、人生の物語に意味を付与する。人生の物語を無くそうとしている。時折、何かを思い出す。それをポールが、イネブラーとして掬い上げ私の人生に意味を付与する。選択肢さえ覚えられない。ポールが選択肢を二つにしてくれる。“選ぶ”のは難しい。歩くときに、グラグラしたり、床の模様に凹凸があるようで躓いたりする。体の不安定感があり、周りのものが認識できない。歩幅の調節ができない。ストレスに対応する力は、自分にはあまりない。特に夕方はひどい。

¹²Christine Bryden は、オーストラリア政府の科学技術顧問として激務をこなす日々を送っていたが、46歳の時にアルツハイマー病と診断された。2001年、第17回国際アルツハイマー病協会国際会議で、認知症の人として初めて講演を行った。認知症と診断された後にポール・ブライデンと再婚し、以来夫のサポートを受けて講演活動や手記の出版などを、彼女のペースを守りながら精力的に行っている。

¹³英語の enable(可能にする)からきている。残された能力を最大限に引き出し、その人らしく生きることを“可能”にしてくれるパートナーのことをさす、Christine の言葉。(NPO シルバー研究所 2012 : 5)

コミュニケーションが取れなくても、私たちは一人の人間として存在している。大切なことは、これまでの進行や習慣を支えてほしい。音楽、自然、芸術を通して感じる人もいる。生きる意味を通して寄り添ってほしい。スピリチュアルな面も支援してください。病気で定義しないでください。医学モデルではなく、経験的モデルへシフトしてほしい。人の感情を敏感に察知する能力がある。コミュニケーションの恐怖があると、それが余計に不安にさせる。私は、やがて死にゆくことと苦闘している。表向きの裏に、大きなもがきがある。

社会の成熟度と人間性が必要となる。私たちこそが専門家。患者ではなく、認知症と共に生きる旅路を歩む一人の人間です。損傷していく脳を抱えて生きている。懸命に生きる私たちに寄り添ってください。」

彼女のメッセージは、認知症の当事者や家族、介護者、そして認知症ケアに携わるあらゆる人々の抱えている問題にストレートに届く。その活動は、世界中の認知症の人を動かしている。

Christine の講演後は、日本で語り始めた認知症の方々6人が登壇した。1組目は「地域を超えて、認知症がとりもつ縁で繋がった“オトコ3人仲間”」、2組目は「地元の本人同士の会でつながった3人の仲間からのメッセージ“ぼやき・つぶやき・元気になる会”」(福岡県大牟田市)であった。社会の偏見、職を失ってしまったこと、自動車運転を禁じられたことなど、それぞれの苦労や葛藤について語られた。認知症と向き合い、葛藤の末に受容し、前向きに捉えて、当事者の思いを訴え続けている姿に胸を打たれた。

彼らが訴えている、社会に向けての9つの要望を以下に挙げる(NPO シルバー研究所 2012 : 25)

「どういう社会になってほしいか」

- ①失敗してもすぐ苦情を言わず、笑ってすましてもらえるような成熟した余裕のある社会
- ②道で迷っている時など、「何かお困りですか」と声をかけてくれる、優しい社会
- ③お店や駅の窓口などで、支払いに時間がかかってもせかさされない社会。窓口が複数あるところでは、弱者の優先窓口を設けてほしい。
- ④認知症本人を、コミュニティの一員として認める社会。

- ⑤認知症の人にいろいろなチャンスを与えてくれる社会
- ⑥多様な価値観を認め、全ての人が等しく尊い存在であると認める社会
- ⑦作業に時間がかかるという理由で、作業から排除しない社会
- ⑧（障害）年金をもらっている人が、外に出て活動する自由のある社会
- ⑨認知症の人が笑って暮らせると信じていることができる社会

第3節 認知症ケアにおける音楽療法

1. 認知症ケアにおける音楽療法の役割

認知症に対して行われる音楽療法の目的は、現実に対するオリエンテーションの増進、コミュニケーションや社会的相互作用の増進、自己価値観・自己表現の促進、集団に対する感受性の増進などが挙げられる(Brucia1999 : 289).

認知症高齢者への音楽療法の研究として、「固有テンポ」の経年変化(佐治ら 2003)、音楽活動時の主観的 QOL(土屋 2003)、発話に及ぼす音楽療法の構造特性(藤本ら 2003)、脳血管性痴呆患者に対する音楽療法の効果(美原ら 2003)、アルツハイマー型痴呆患者の終末期音楽療法(佐治ら 2003)、音楽療法に関するシステマティックレビュー(渡辺ら 2005)、自律神経系に及ぼす効果(北川ら 2007)、行動学的予備研究(佐治ら 2008)、『なじみの音楽』が及ぼす改善効果(坂下 2008)、音楽療法に関する文献的検討(山口ら 2010)、長期記憶の想起に関する検討(片桐 2012)などがある。渡辺ら(2005)は、システマティックレビューにおいて、音楽療法による痴呆改善の効果は有意に向上することが示唆されたが、痴呆の重症度についての評価方法に統一性がなく音楽療法の効果を行うことは困難だと報告している。

佐々木ら(2009)は、認知症ケアにおける音楽療法について認知症と共に生きる人たちが、ありのままの姿で、より良く生きていくことを支援するものであると述べ、中核症状と BPSD との関係において、音楽療法の果たす役割を示した(図 1-2)。

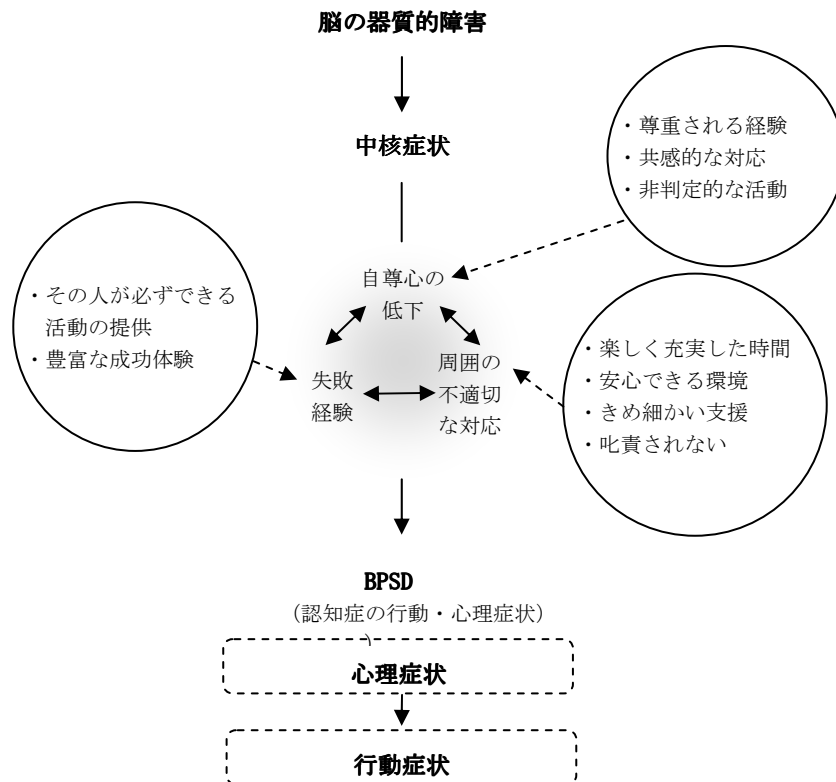


図 1-2 認知症ケアにおける音楽療法のメリット

出所：佐々木ら(2009)『認知症ケアと予防の音楽療法』60頁. 抜粋

音楽療法士に求められるセッションとは、対象者の人柄や生活歴を把握し、自己表現を引き出し、対象者が決して障害や病気のある弱い立場の人ではなく、その人の障害のない健全な部分と深く繋がって楽しみながら心身のリハビリテーションと生きる力を高めていくものだと考える。図 1-2 の通り、毎回のセッションは、対象者の抱えている問題を「今のあなたでいい」と、心身の障害を持った方々や高齢者の「生きる力」を高め、今を「生きづらく」している気持ちや行動の変容をもたらすために、今後益々その必要性が高まってくると考える。

こうした認知症の人の、言葉で伝えられない細やかな思いを、音楽療法士はノンバーバル(非言語)コミュニケーションからしっかりと受け止め、シンプルな音の提示と、対象者の目の前で大きな動作を行うことで活動の意味を伝え、ストレスが少しでも解消・発散され、自己表現と自由なコミュニケーションが出来る場を保障し、支え続けることが大切である。

2. 回想法と音楽療法

集団で行われる音楽療法の意義は、特に高齢者にとって、歌や曲による回想法が有効な手段の一つとなる。小林は、音楽が回想の量的・質的側面を決定する要因となり、音楽によって影響を受けた回想が、精神的健康へ影響するというメカニズムを示した(小林2008:176-177)。

筆者の行うセッションにおいても、回想場面が盛り込まれており、子供のころの歌：幼年期・学童期、人生で一番輝いていた時期(例えば、青春時代：青年期、子育て時代・働き盛りの時代：壮年期)の歌、などから、対象者同士がグループセッションという社会的交流の中で回想し、そのことを自由に発言し、他者の回想の内容を支持的・共感的に傾聴し、また更に自分の人生を振り返るといった心的過程を取りながら行っている。

そして、回想がスムーズに行われるために、歌以外の材料や道具も用意する。例えば、高齢者が子供のころに行った行事が写っている当時の写真、現在まで長年続いている地域のお祭りや氏神様が祀られている神社の写真(筆者は、その場に自ら出かけて行き、写真撮影したものを使用)、子供のころの玩具、昔の生活道具、季節の花、果物、木の実などである。

音楽療法での歌から思い出される回想は、自己受容をし、他者を認めながら共感し、お互いの相互作用を受けながら、自分の人生に折り合いをつけ、温かい人間関係を築くことが出来るものである。また、その中で、音楽を通して自己表現を継続することで、新しい目標を持ったり、自分の環境を変えていく力を獲得したりするきっかけになるものだと考えられ、そのためにセラピストは、高齢者が自分の回想や気持ちを安心して話せる場、温かい交流の出来る場と感じられるセッションを提供する重要性を認識しなければならない。柴田らも、高齢者が懐かしさを感じる曲を聴いたときに、自分の生い立ちや体験について回想した時に、過去の経験が想起されやすくポジティブな感情が高まりやすいことを報告している(2009:136)。

例えば、「初午祭」¹⁴は、年に1度の子ども心に待ちに待ったお祭りの日である。地域社

¹⁴初午祭とは、旧暦1月18日(現在はそれに近い日曜日)に鹿児島神宮初午祭に奉納される「鈴かけ馬踊り」のこと。地元では祭り日に因んで、「十八日の馬」と呼び、馬が太鼓・三味線・鉦の伴奏に合わせて首を振り、足でステップを踏みながら踊る。その後を人間の踊り連が、ハンヤ節に似たテンポの唄に合わせて踊りながら付き従う。室町時代に日秀上人、島津貴久、正八幡神官桑畑氏の3人が、一夜に馬頭観音のお告げを夢見て、馬頭観音堂を建てたことに由来するといわれている。牛馬守護・五穀豊穰・家内安全・厄除けなどを祈る伝統芸能である。

霧島市ホームページより <http://www.city-kirishima.jp/modules/page059/index.php?id=38>(2012年4月8日)

会より遠隔の地域から、数多くの珍しい品物や、生活や農業に必要な道具が露店の店先に並んだ。見ている(視覚)だけでも気持ちがワクワクし、手にとって(触覚)眺めたり買ったりしたことだろう。鹿児島神宮に近づくと、踊りのお囃子が聞こえ(聴覚)、露店から美味しい食べ物の匂いが辺りに漂い(嗅覚)、その食べ物を食べた(味覚)ことだろう。売られていたのは道具や食べ物ばかりではなく、果樹苗木や、野菜の苗もあった。

馬踊りが始まると、馬が、赤・青・黄・緑などの色彩豊かな大きな飾りをつけて足でステップを踏みながら踊る。太鼓・三味線・鉦の演奏をしながら伴奏を受け持つ人々が、馬の踊りと、祭りのために用意した着物を着て踊る人々のために演奏をしながら踊り連と共に移動する。

町中に響く楽器の音、歌、踊り、人々のざわめき、露天商の呼び込みをする声、匂い、子供の時に連れて行ってくれた親や兄弟、一緒に楽しんだ友達など、それらの全てを一瞬にして思い出させてくれるのが、初午祭の歌であり、鹿児島おはら節であった。これらの歌は、歌自体に対象者それぞれの、多感覚に彩られた数々の思い出・体験・経験を包含しており、文化の中にある「祭り」「歌」との「多感覚性」を一瞬にして具現化できる、大切なかけがえのない曲であった。したがって、この曲を、この時代を共有できる空間であった音楽療法の場面は対象者にとって、人生を振り返り、自己受容をし、懐かしみ、これからの生きる力となっていたのではないだろうか。

このように音楽療法は、「今」を生きている認知症の人に、自分自身の過去と繋がることで自分の像が立体的になり、安心感をもたらすかけがえのない場面をもたらすと考える。

第2章 音楽療法の概念と臨床的機能

第1節 音楽療法の定義

顕著な活躍の見られた音楽療法の研究者・実践者ら¹⁵によって、2001年4月に日本音楽療法学会が発足し(その前身は日本音楽療法連盟)、音楽療法を定義した。また、独自に音楽療法の定義を挙げている大学もある¹⁶。

日本音楽療法学会の定義

「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、行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること」

松井紀和の音楽療法の定義

「音楽の持っている様々な心理的、身体的、情緒的、社会的な働きを利用して行われる治療、リハビリテーション活動、保育活動、教育活動などを総括的に表した言葉であり非常に広い内容を含んでいる」(松井 1980 : 39)

岩田は、音楽療法について「人間の心理や生理や社会的活動に音楽が及ぼす影響を使って病気などの治療やリハビリテーションを行う活動」であり、社会的活動としてグループで行い、他者と楽しみを共有することは他の作業療法より音楽療法が一層効果的で本人の精神的安定に役立つとしている(2009 : 86-88)。山根は、「音楽を聴き、歌い、奏で、創り、

¹⁵第1世代の櫻林仁(東京芸術大学の心理学者であり、日本人初の音楽療法の著書「生活と芸術」を出版)・山松質文(自閉症児にトランポリンを使用した独自の音楽療法のアプローチを開発)・加賀谷哲郎(障がいを持つ子どもとその親がともに活動する集団音楽療法を確立)、第2世代の松井紀和(精神科医として院内に集団歌唱による音楽療法を導入)・村井靖児(精神科医、東京芸術大学で音楽学を修めた後、国立下総療養所で音楽療法の実践と研究)、第3世代の遠山文吉(養護学校で障害児教育と音楽療法に取り組む)・宇佐川浩(障害児臨床と障害児の音楽療法に影響を与えた)・栗林文雄(知的障害児の入所施設で「音感指導」という独自のアプローチを開発した(二俣 2007)。

¹⁶①同志社女子大学「音楽を活用することによって病気や障がいをもつ人びとのクオリティ・オブ・ライフ(QOL:人生・生命の質)を高めることを目指す一つの方法」

②聖徳大学「音楽による心理療法のこと。つまり、音楽の持つさまざまな特性を音楽活動の中に利用する治療・リハビリテーションまたは治療教育という活動全てを指す」

③東邦音楽大学「音楽療法は、対象者ごとに目標を立て、それが達成されることを目指してなされるものである。これらは、学会の定義を学生に分かりやすく説明した定義であるが、それぞれの大学の取り組みの重点がどこにあるのかが良く分かる。

楽しむことを中心に、音やリズム、音楽に関連する諸活動を通して、病めるところを癒し、身体や精神機能の維持・回復、生活の質の向上をはかること」と定義している(山根 2007)。

ドイツでは、1970年代に音楽療法の臨床経験のない研究者が、人間の病を身体的な関連から捉えるという前提で、“副作用のない薬”として治療効果を主に自然科学的な医学や音楽心理学の中で明らかにしようとしてきた。それが1980年代に入り臨床心理学的立場として独立した心理療法の一つであり、音楽療法士の興味は“内面的なもの”へ向かい、“医学的音楽療法”から“心理療法的音楽療法”への転換時期となった。そして、音楽の役割を心と音楽の関連として考え、音楽の演奏や受容の体験の意義について“体験の質”が問われ始めたと報告している(内田 2006 : 75-82)。

ドイツの音楽療法の定義については、「ソーシャルワークの専門事典：Fachlexikon der sozialen Arbeit」(2011:605)の記載を引用しながら、ドイツの状況を整理してみる。ここでも音楽療法を心理療法と位置付け、音楽療法は再生・原状の回復・維持・促進・精神的、身体的な予防を様々な療法的な観点から音楽を使用するものであるとしている。

ドイツ連邦音楽療法学会の“カッセル・テーゼ”の音楽療法の定義

「音楽療法は、密接な相互関係にある医学・社会学・心理学・音楽学・教育学という様々な概念を要約した実践指向の訓練体系である。方法は心理療法として位置づけられるが、病理学、身体的療法とは違う。音楽療法士は治療、リハビリテーション、予防、緩和ケアのアフターケア、施設とデイサービスの子供、青少年、成人と老人についての施設で行われる心理・精神医学的、心身の病気と精神病の精神療法、難しい問題、障がいと侵害を個別やグループで扱う。音楽療法の概念は、定義づけられた薬理的・物理学的な療法ではなく、異なった様々な音楽療法上の精神療法の本質を特徴づけた名称を要約したものである」

世界音楽療法連盟の音楽療法の定義

「音楽の応用、音楽と良質の音楽療法士によって行われる過程、コミュニケーションの手順はあらかじめ診断されたことによって行われる。その人の機能回復と可能性の促進が作られる。これまで、それぞれの実情に合わせた受容的、活動的、精神物理の音楽療法の応用に方向を指し示す。音楽を聴く、イメージーション、声と楽器による即興演奏、運動の介入と表情によるメディ

ア、並びに患者のために一緒に作曲すること。これらのノンバーバルコミュニケーションは精神状態を表明する道を切り開くもので、他にはない。現在、神経科学の研究において有益な体験である。」

ドイツ社会における音楽療法の定義(Astrid Söthe-Röck : 2009)

「音楽療法の精神的な維持と促進、体と精神の健康に良い回復としての治療上の観点という背景から、音楽を適切に使用するもの”で、音楽療法はある実践を指向した学問分野であり、それは、特に医学・社会学・心理学・音楽学・教育学と異なるところの狭い相互作用としての学問領域に位置づけられる。」

これらの定義は1994年、Jahreで開催された全ての音楽療法士の代表者によるKasseler会議で示されたものであるが、この会議での合意は音楽療法にとって重要な位置づけとなった。1998年、専門誌の「Musiktherapeutische Umschau」に、「音楽療法のKasseler会議綱領」が発表され、これにより音楽療法は構想と優れた実践をもつものとされ重みのあるものに落ち着いた。音楽療法における文脈は、音楽療法にはいつも音楽の厳正な研究が必要であり、個々の音楽の媒介変数において、音楽療法士はそれのふさわしい調停、記述、考慮をすることになる。

最近の潮流として、音楽療法の基本的前提は、音の言語という音楽は感覚上の統合的な手本となる特徴と時間の構造を与えるということである。話すという感覚、運動、知覚認知、感情的なレベルと同様である。音楽療法はニューロンの刺激を通して、精神的な消化と知覚過程の変化を統合させることが可能であるという。今日までの哲学論争に加え、精神と脳の問題について議論するようになった。養成専門教育においてそれぞれの学習者は特徴づけられる。音楽療法は職業政策と法的な措置、また取扱い方法を保障することを必要とする。音楽療法は、ドイツにおいて一般的な定評があるが、課題は音楽療法が知覚を鋭敏にしたその時、音楽的な手段と認知症の病状の特別な関係について研究することである。

第2節 音楽療法の原理的基礎

1. 「私」の諸相

1) 音楽における「私」

「私」が音を出すことは「私」が自己決定をした結果が外の世界へ現れた瞬間であり、ノンバーバルコミュニケーションの始まりである。それは音を出すことを「私と私」の内言により決め、どのタイミングで最初の一打の音を出し、どこまで音を出し続け、また止めるのかという自己決定である。例えば置かれているタイコはそのままでは決して鳴ることではなく「私」が関わることによつてのみ音が出る。

筆者はオーケストラの団員であり、指揮者の指揮棒が下りるその瞬間においても筆者はどこで息を吸って、どのような腹筋の状態、どの時点で音を出すかということに意識を集中させている。曲が始まり、それぞれのパートがお互いの役割を全うすることで一つの曲が完成される。そして、曲が演奏されている間も内言は繰り返されている。それぞれの楽器の音はその結果が表出された自己表現であり、お互いがそれぞれの音型を演奏しながら曲を作り上げていく。

オーケストラでは、演奏者はそれぞれの自己表現という役割を担っている。それと同時に全体の曲のイメージを完成させる過程においてソロの楽器を引き立たせるために他の楽器は音を抑えたり、大切なリズムを引き立たせるために、その箇所をより強く演奏したりする。交響曲において作曲者が意図しているイメージ、指揮者のイメージ、「私」が持っているイメージは始めから必ずしも一致しない。交響曲は作曲者によって全体のイメージが完成されているものだが、それが演奏される時代における解釈、また指揮者の解釈によつて曲のテンポや強弱も変化する。そして、演奏者自体の実力にもよるが、表現方法にもそれぞれの違いがある。また自分のイメージした表現や気持ちを演奏したつもりでも、それが客観的に伝わっていない時がある。その時は自分の主観的なイメージを自己表現するより、客観的なイメージに合わせて、より伝わる表現方法を模索する。演奏者は自分の気持ちをどのように表現するかということについて、いつも深く考えている。それは音の表現が演奏者同士のコミュニケーションに終わるのではなく、その音楽を受け取る側の観客に伝わる、双方向のコミュニケーションにならなければ意味がないからである。

これらのことからオーケストラの団員ひとりひとりの「私」による音の集まりがオーケストラ全体として演奏者同士の異なる音によるコミュニケーションとなり、それが演奏会に集まった他者としての観客をも巻き込んだコミュニケーションへと発展している。

2) 日本語における「私」

日本語において「私」という存在は主張されない「主語」である。宇津木によれば『私』を言わないまま、私を表出することができることは、たとえば日本語の感情形容詞のあり

方を見てもよく分かる。『嬉しい』『悲しい』『愛しい』『憎い』『うらやましい』を接尾辞や助動詞などを付けずに言い切りで用いた場合、主語と解されるのは『私』である。つまり、『嬉しい』と言えば、『私』が嬉しいことであり、対比や強調といった特別な理由がなければ、あえて『私は嬉しい』などとは言わない。また、『うらやましい』に関しても、『私はうらやましい』などと言わずともうらやましい思いを抱いているのは原表主体である『私』であると一般に解される」(宇津木 2005 : 17)としている。

また、日本語において主語が外の世界と混然一体となっている。「私」の言いたいことの多くは述語に含まれ、あえて「私」を言語化しなくても自己の表出を行ない、話し手と聞き手が一体化している。「私」と言わない「私」を上田は「私たちは日本語で言う場合に自然にたとえば『鐘の音が聞こえる』』といます。……英語でもドイツ語でもごく自然な言い方では『私は聞きます、鐘の音を』でしょう。……『私』が経験の優越した統一点になっているということだと解釈することが許されるでしょう。それに対して、私たちが直接の経験をそのまま日本語で言う時には、『鐘の音が聞こえます』。……このように言う経験は、『私は聞きます……』とはじめから言う経験の仕方とは少し違ったところがあると思います。まだ『私』と言わない意識に鐘の音が響いています。それが『鐘の音が聞こえます』ということです。……“私が”聞いているのではなくて、『鐘の音が聞こえている—それが“私で”ある』(述語的統一)、そういう『私』ということが出来ます。その際その『私』は最初から『私は……』とは言いません。鐘の音が響いている、そのことがそのままあらわになっている場所、意識としての『私』です。」(上田 1991 : 326-327)と述べている。

他方、金谷は『日本語は敬語があつて主語がない』の中で言語学者である池上の川端康成『雪国』の冒頭部分での考察を取り上げている。(金谷 2010 : 28)「国境の長いトンネルを抜けると雪国であった」という文を読んで日本人の読者が浮かべる情景は「“私”は車中に座っており、長いトンネルの暗闇を抜けると、そこには一面の銀世界が広がっていた」というように時間の経過と共に場面が変化していくものと捉えている。一方、英訳の「The train came out of the long tunnel into the snow country.」について、数人の英語話者が思い浮かべる情景を絵に描いた。英語話者らの「私」の視点は“汽車の外”にあり全員が「上方から見下ろしたトンネルの絵」であった。

このように、日本人は会話において「私」である主語の存在を無意識のうちに行い、その会話にある「場所」を重視しながら話を進めているにも関わらず、それでもお互いの意思疎通を図っているのである。ストレートな自己表現や自己主張が苦手な国民性は、日本

語自体の構造に因るものが大きい。また、心身に何らかの障害を抱えていると複雑な構造である日本語という言語を使用するコミュニケーションにおいて「私」の表出は難しく、自己表現の手段として困難さを伴う。

3) 哲学における「私」

この「私」という存在についてドイツの哲学者 Buber は『Ich und Du』(1983)の冒頭部分「Das eine Grundwort ist das Wortpaar Ich-Du. Das andre Grundwort ist das Wortpaar Ich-Es」(Buber 1983 : 4)において私たちの生きている世界での根幹にある言葉として「我—汝」「我—それ」を挙げている。これは「私」が「私」と対話を繰り返し自分自身を理解する「汝」(私が呼びかけている私の人格)ということ、また「私」の周りに存在する他者を自分と違うものとして認識しながら「それ」を「私」との関係性として捉えている。また、人と人との真の生きている相互関係について「.....daß sie alle zu einer lebendigen Mitte in lebendig gegenseitiger Beziehung stehen und daß sie untereinander in lebendig gegenseitiger Beziehung stehen. Das zweite entspringt aus dem ersten, ist aber noch nicht mit ihm allein gegeben. Lebendig gegenseitige Beziehung schließt Gefühle ein, aber sie stammt nicht von ihnen. Die Gemeinde baut sich aus der lebendig gegenseitigen Beziehung auf, aber der Baumeister ist die lebendige wirkende Mitte.」(Buber 1983 : 43)と述べている。これは生きている中心(汝)に対して相互関係を結びながら、他者との生きている相互関係を結ぶことが真実の共同体(Gemeinde)の姿だとしている。そして、共生の構造が生まれる場所を Buber は「間」の領域と述べている。「間」とは「ある存在者が他の存在者を、他者として、この特定の他の存在者とみなし、両者に共通の、しかし、両者の固有の領域を超えた領域において、他の存在者と交わることの中にそれ[人間世界の固有性]がある。稲村によれば、「人間としての人間の実存と共に措定され、しかも概念的にはまだ把握されていないこの領域を私は間の領域と名づける。.....なぜなら、間は個人の魂や周囲世界と違っていかなる単純な連続性も示さず、むしろ人間的出会いの程度にしたがって、その都度新しく構成されるためである。.....」(稲村 2006 : 2-3)ということである。また Buber の「間の領域」について稲村は「この間の国は、我と汝が関わる『真の現実』である。人間にとっては、主観内に構想された観念的世界も、また没意味的な物質的世界も共に真の現実と言えないことをわれわれは体験的に知っている。人間はそれらの世界を超えて、他者との対話的關係のなかへ出かけてゆくところに、自己の存在の確証を得てゆくのである。この間の領域に関与することによ

って人間は、現実性をおびてくるのであり、本来の人格性を得てゆくのである。この間の領域は空虚な幾何学的空間ではなく、人格的關係に満たされたいわば人間的空間と表現できよう。」(稲村 2006 : 3)と述べている。

これは毎回の音楽療法におけるセッションにおいて、対象者同士が新しい出会いをノンバーバルコミュニケーションによって繰り返し行っていることと合致する。「私」の音を出すことが決定されるまでの時間において「我と汝」の会話が行われ「私」が表出された瞬間に「間の領域」となり、「私」を受け止める他の参加者と「共生の構造」を取り、お互いが自己の存在の確証を得ながら人格的關係に満たされた「間」のコミュニケーションが存在している。

Rudy Garred(2004 : 33-34)は、Buber と音楽療法の関連性について詳しく述べている。Buber は、これまですでに音楽療法の文献でしばしば言及されてきた。最初に Buber を紹介したのはおそらく Ruud (1980)である。Ruud は、行動モデルが現在の音楽療法に果たしている強い役割について Buber を援用して批判した。Ansdell (1995) は、自分の著作に「音楽との出会い」という章を用意し、そこでは Buber の解釈を極めて重視している。その本の巻末では「音楽は人々の中にある。音楽は、人々を触れあいさせ、様々な思考と感情を伝えあい、人々を感動させる。創造的な音楽療法の核心は、音楽的な対話にある・・・」(Ansdell 1995、120-21)。さらに Ansdell は、Buber の「出会い」“meeting”という概念は、音楽療法における対話の質を考える際に最もふさわしい。Ruud (1998a)は、最近の著作で社会人類学の Victor Turner の理論に従って、ジャズや音楽療法に含まれる即興性について触れている。Ruud は、Turner が「コミュニタス」“communitas”と名付けて説明している音楽療法が作りだしている即興的で直接的な社会的相互関係を指摘している。Turner 自身の言葉でいえば、「これらの人々は一定の役割と地位で分けられるのではなく、彼らはまさに Buber のいう「我と汝」の状態にある」(Ruud 1998a : 132)。Buber のいう「出会い」という直接的な経験が、Turner の即興的で実存的な「コミュニタス」概念を生みだし、このことを Ruud はジャズや音楽療法にある即興性の本質を「主観—主観」関係として表現する最も適切な用語と考えた。

まだ汲みつくされていない「我と汝」の意義があり、Buber の著作は、対話的哲学の独創的で基礎的なものである。その後の再版、翻訳、議論、批評などの二次的文献が着実に増大してはいるが、Buber 自身の著作が依然として代表的な重要文献である。Buber の著作、とりわけ「我と汝」は、これからも豊かで示唆の多い著作として引き続き、引用・検

索されていくと述べている。

村井(1992)は Buber について、「人が世界と関係する仕方には 2 種類ある」とし、第一に「我—汝」の関係は相互性、直接性、現在性の強さに特徴づけられ、第二の「我—それ」は他人を経験し利用するという関係だと述べている。

4) 認知症ケアの「その人らしさ」における「私」

認知症ケアにおいて「その人らしさ」を考えるときに、「人」とは何を意味するのかという議論になる。その「人」について考えるときに Tom Kitwood(1997)は、Buber が重要だとし、最も有名な言葉として「All real living is meeting : 全て本当に生きるということ は出会いである」(Kitwood1997 : 11)を挙げている。この“出会い”とは、隠し立てしないこと、優しさ、平静、気遣いであり、人間の崇高さとこの出会いとして人間関係を描き、「人」の価値を強く強調している。関係性によって「その人らしさ」を考えることは本質的であり、重度の認知障害があっても「我—汝」タイプの出会いや関係を作ることはいずれも可能であるということは、音楽療法のセッションの場面においても同じである。「その人らしさ」を考えるときに、その人がどのような「私」であるかを考えることは同じである。認知症であっても対人関係の過程が存在し、人間のもっとも崇高な面が「我—汝」の深淵の中で出会うと、Kitwood は繰り返し述べている(Kitwood1997 : 69)¹⁷。

¹⁷トム・キットウッドは「医学モデル」に基づく認知症の見方を徹底的に再検討し、認知症の人の立場に立った「その人らしさ(パーソンフッド)」を尊重するパーソンセンタードケアの実践を理論的に明らかにした。また、この考えに基づいて認知症のケアを評価し組織的に改善する方法としてディメンシア・ケア・マッピング(DCM:本稿 90 ページ脚注 13 参照)の開発を行った。(Tom Kitwood1997)

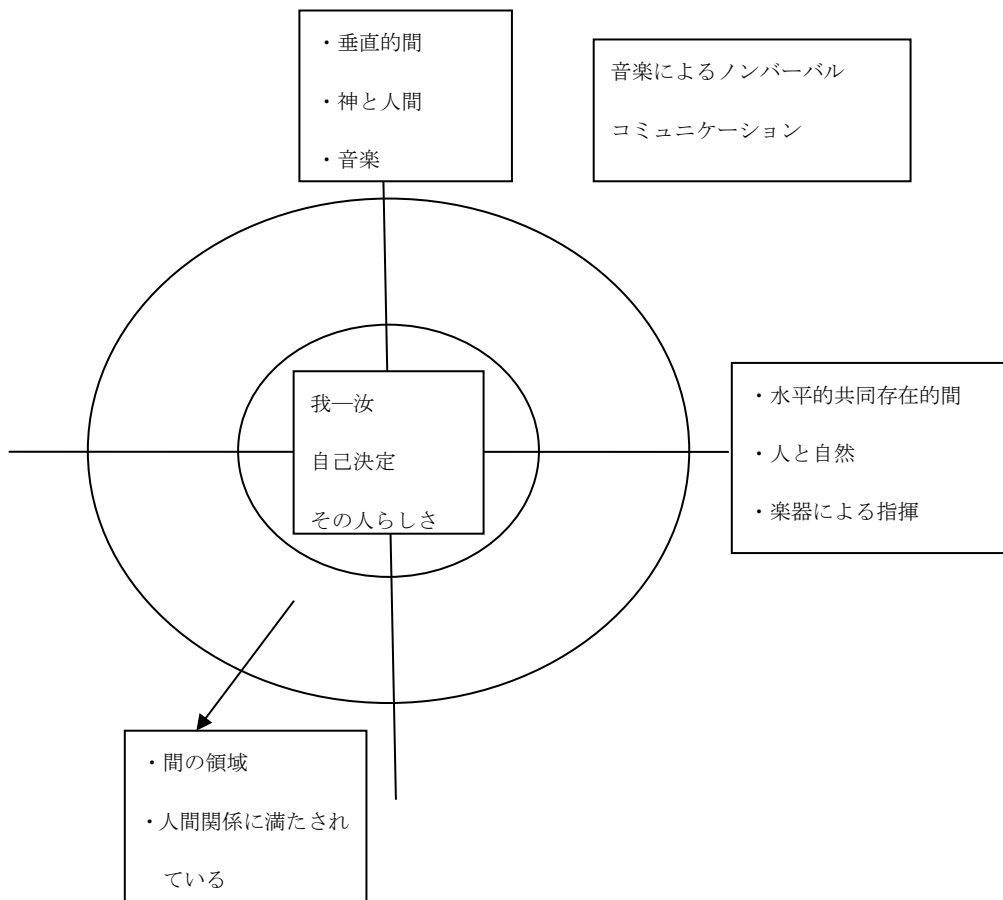


図 2-1 「我—汝」「音楽」「認知症ケア」の関係図
 出所：稲村(2006)「ブーバーの哲学的人間学における“共生”の構造」1-11 頁. 筆者改編
 Kitwood(1979) 『DEMENTIA RECONSIDERED the person comes first』69 頁. 筆者改編

2. 「私」の自己表現・自己決定

自己決定はいつも簡単に出来そうであるが、音を出すことは心身に何らかの障害があると 1 つの音を外の世界に表出することはとても困難である。「私」が音を出すことになるまでの過程を音楽療法士(以下 MT)である筆者のこれまでの実践の中から、本学社会福祉学部 児童相談センター(以下センター)での聴覚障害児、学習障害児、知的障害児、自閉症児のセッションから 2 つの事例を挙げる。

1) a さんの事例：普通学級に通学 13 歳／軽度の知的障害(園田ら 2008 : 16-19)

a さんは中学 1 年生で友達との会話についていけない、友達に強く言われたことに不本意ながら従ってしまうことなど学校生活に困難さが伴うためセンターを親子で訪れた。小学校時代の学校関係者から知的な遅れについて危ぶむ声があったが a さんの両親はそれに

ついて対応することはなかった。両親の期待に応えるために a さんは先生や友達に「私」を出さずに小学校時代を過ごした。中学校に入り勉強が難しくなり、また、思春期を迎え友達関係も複雑になってきた。

セッションにおいて a さんの得意なことは模倣の活動であり、苦手なことは 1 対 1 のコミュニケーションであった。MT に促されて a さんがフロアタム(低音で良く響く打楽器、サッカー場での応援等にも使われる)を叩き始めても MT とアイコンタクトは取れず、落ち着かない態度で上半身が大きく揺れた。a さんが実感を持って連打が出来ずにいたのは、自分が音を出すことで「私」が外の世界に明確化され自分自身が「私」に向き合うという「私一汝」の会話を繰り返すことになるからであった。今まで「私」を出さずに埋没化させることで周囲と合わせてきた a さんにとって、フロアタムを叩くという行為は一番避けたいものであった。また連打後に演奏の終結の合図である、最後の一打を叩くことも出来なかった。「私」が演奏を止めようと自己決定をしない限り音は鳴り止まない。a さんが困難さを抱えながら中学 1 年生まで特別支援教育を受けていない点から、1 対 1 のコミュニケーションが取れるまで時間が掛かることになる。

2) b 君の事例：特別支援学校に通学 6 歳／自閉症(園田ら 2010)

音楽療法を受けさせたいという両親の強い希望から b 君は幼稚園の年中時からセンターに通う。自閉症であり、初めての場所や人に慣れることが難しく当初は大学の入り口からセンターまで大声をあげて泣いていた。コミュニケーションのやり取りが言語では難しかったのでハンドドラムによる挨拶で「こん・にち・は」「さよ・う・なら」と 3 打で叩くことで言語に意味づけを行うことから始めた。両親のサポートがあったので自宅でも「いた・だき・ます」「ごち・そう・さま」と手を叩きながら行うことをアドバイスした。その後母親から「食事の前後に手を叩きながらはっきりと言葉を出すようになりました」と聞いた。言葉を発することに意味付けがあれば b 君は状況に応じた言葉を言えたのである。リズムを対応させた結果、発語に意味付けがされ挨拶だけではなく絵カードを見ながらリズム打ちと共に言葉が出て、今、何に注目するのかという落ち着いた態度と集中力が出てきた。

楽器演奏では楽器の配列通りに父親と一緒に演奏するが最後のフロアタムの連打が出来ずに、途中でマレットを置いてしまうので最後の終わりの合図である 1 打を叩くことがない。

3) 考察

a さんの例では「私」を埋没してきたことから「私」を明確化することが出来なかった

が、b 君の場合は「私」の音を出すことの意味が分からなかった。また、他者への興味が少なかったことと双方向のコミュニケーション体験が少なかったために自信を持って連打することが出来なかった。それでも b 君は、視覚的に特徴のある楽器が好きで演奏を嫌がることはなかった。毎回のセッションでは楽器配置と動きを一致させ視覚に訴えたことにより曲の進行を分かり演奏に自信が出てくる。1 年後には「もう一度する？」との MT の問いかけに b 君が手をあげて合図し「もう一度やりたい」という意思表示をする。楽器演奏の最後ではシンバルを大きく 1 回鳴らし「止める」という自己決定が出来るようになったことで「私」の意識が芽生えてきたのである。

3. 「私」と「エンパワメント」

筆者の考察によれば、生理的指標から捉えた高齢者デイサービス(男性 13 名、女性 22 名、平均年齢 80.9 歳)での音楽療法の効果をもたらした要因は、対象者同士のエンパワメントによる深いコミュニケーションであった。(園田 2010 : 39)(研究前後でのアンケート調査により“音楽療法ではコミュニケーションが取れる”という項目に有意差が見られた。) 対象者のエンパワメントを引き出したのは MT が毎回のセッションによりそれぞれのストレングスを強化していたことが要因の一つである。対象者が出した音や音楽を MT が「そのままのあなたで良い」「今のあなたで大丈夫」と、自己表現・意思表示として出された「私」そのものの音を受け止めて強化していた。この姿勢がノンバーバルコミュニケーションを通して対象者との確かなラポールを築き対象者を尊重していたことも伝わり、安心できる場として機能していた。セッションを対象者が信頼し、お互いを尊重しながら「私」を自己表現し自分の価値に気づき「私」の再認識・再構築を図り、それぞれの「生きる力」を高めたこともエンパワメントの基礎となっていた。

それは、対象者同士の即興演奏において如実に表れていた。地域の文化である初午祭の「鈴掛け馬踊りの歌」を歌ってくれる O さんに対して多くの方がリクエストし、それに合わせて P さんは踊り、Q さんは合いの手を入れ、それ以外の対象者は手踊りや楽器演奏で盛り上げた。多感覚な刺激である音楽療法を楽しみながら、それぞれの対象者に内在する過去の記憶＝多感覚性が共鳴していた。その一体感と達成感を感じながら対象者同士のエンパワメントが発揮されていた。セッション後には回想場面での思い出やお互いの歌や踊り、楽器の演奏について褒め合う姿が見られ活発なコミュニケーションがセッションの場面以外でも行われていた。

4. 「私」を引き出すノンバーバルコミュニケーションはコミュニティのエンパワメントへ

以上の検討に基づき音楽・日本語・哲学から捉えた「私」と、ノンバーバルコミュニケーションの果たす役割と、個人それぞれのエンパワメントについて次の3つの段階に従って考察する。

第1段階：「私」の肯定(個人レベル)

第2段階：「私」の明確化(グループレベル)

第3段階：「私」と「私」によるエンパワメント(コミュニティレベル)

日本人においては日本語の構造自体に「私」を明確化せずに「私」を表出させるため、ノンバーバルコミュニケーションである音楽療法において「我—汝」の会話を繰り返す活動は「私」を強化し、明確化させることになる。日本人は主語がないことを意識せずに日常の言語活動を行い「私」の言いたいことは述語に存在し、「私」を突出させずにその場の関係性において会話を行っている。そして、「私」が明確化されなくてもお互いの会話は成立するのである。しかし、心身に何らかの障害がある場合ノンバーバルコミュニケーションの1つである“音を出す”ことによって「私」を表現し、それを受け止める他者との双方向のコミュニケーションと成り得る。その音は「私」はここにいる、と自己決定された後に表出されるもので何にも代え難いものである。個人差はあるが心身機能が衰えていく高齢者にとっても十分に安全に行える活動である。音を出せない重度の障害がある場合においては、その場に居ること自体が「私」としての表現となっている。(耳の鼓膜は震えているが脳へ入力された刺激を出力することが出来ないために反応が見えていないからである)。

例えば、楽器での指揮はフロアタムを叩いている「私」が自己表現しながら他者を尊重し受け止めている。また、同時に指揮者役に合わせてリズムを一緒に叩いている「私」は指揮者との違いを認めながら「異質な他者を引き受け合う二人」(吉田 2007 : 174)となっている。そして、即興演奏(Oさんの歌・Pさんの踊り・Qさんの合いの手・それ以外の対象者全員での楽器演奏)では、お互いのエンパワメントによる「多彩な異多性の交響する共同性」(吉田 2007 : 176)が行われていると考える。吉田は Buber の 1956 年の論文「共同的なものに従うこと(Dem Gemeinschaftlichen folgen)」を引用し、これを解説している。

「共同的な存在の現実において、他者に対してまさに汝と語りかけることが根本的に意味するのは、他者が根源的に他者として異なっていることの肯定、私によって受け入れられ私によって愛される異なった他なる存在の肯定である。それは、この同一化によって価値を失い、その精神において無に帰されてしまう。」「同じところを共にする『共同性』では

なく、異質性(すなわち個性)を介して関わる「向かい合う二人」。他者と距離を取り、「他者の他者性」、他者の自己とは異なるところ、自他の異多性(個性)を介した関わり。」(吉田 2007 : 176-177)なのである。(図 2-2 参照)

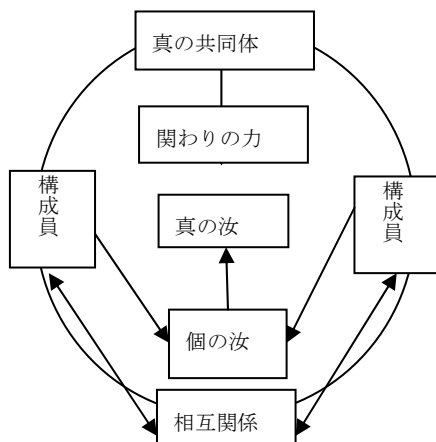


図 2-2 「真の共同体」

出所：稲村(2006)「ブーバーの哲学的人間学における“共生”の構造」1-11 頁. 筆者改編

つまり第 1 段階の「私」の肯定を行うことが第 2 段階の「私」を明確化し、第 3 段階の「私」とエンパワメントへと発展する。「個人レベル→グループレベル」へと進むことがエンパワメントの基礎となり、それが最終段階のコミュニティレベルに向かうことが「人間が社会的動物」であり人間が人間としての尊厳を保ちながら、真の「人間と共にある人間」として生涯を支え続けるものとなる。(図 2-3 参照)

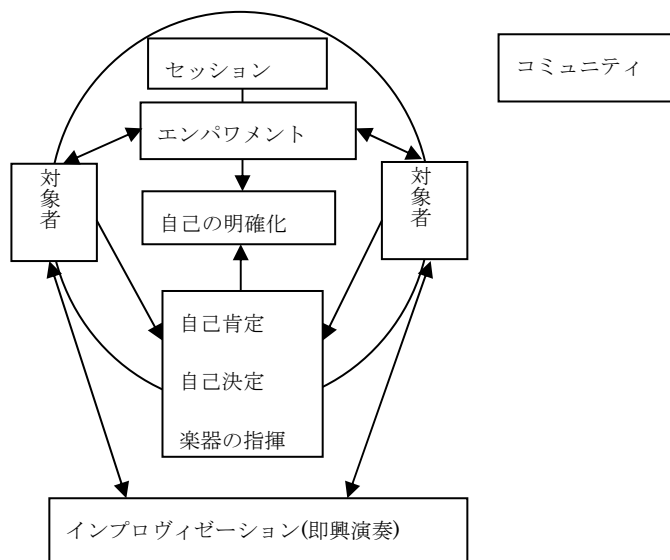


図 2-3 「真の共同体」とエンパワメント

出所：稲村(2006)「ブーバーの哲学的人間学における“共生”の構造」1-11 頁. 筆者改編

第3節 音楽療法の臨床的機能

1. 芸術療法としての音楽療法

音楽療法はドイツにおいて芸術療法として分類されている。健康保険の給付一覧の中で専門医師会のマニュアルでも芸術療法を含めている(Fachlexikon der sozialen Arbeit2011:606)。ドイツにおける芸術療法は「芸術的な療法」(音楽療法、ダンス療法、シアター療法と並んで)もしくは「創造的な療法」と呼ばれる(ドイツ芸術療法連盟)¹⁸。

このホームページによると、「芸術療法とは人の能力、感覚の注意を増大し環境に直接への理解を促進する。信頼に満ちた療法的な関係の基礎は、可視化した色と形の質に個人的な人生のモチーフと特有の体験を繋ぐ造形的な芸術のメディアを通した内的なプロセスとなる。自己の造形過程と同様、療法的な出来事の内部に発生された行為も“物の見方と広い検査”に役立つ、どちらの行動と考え方も観察する、そして、更に発展させ意義のある変化を引き受けることが出来る。芸術療法的な過程は、創造的な財源を新しく発見し自己治癒能力を再び動かし、並びに変化の過程を活発にすることが出来るようになる。芸術療法は様々な病気と危機を請け合う全ての人生の局面の発展、並びに心理社会的に関連している意義のある使用である。芸術療法的な別の深層心理学、行動療法的な、学習理論的なシステム的な人智学と全体的な人道主義的な評価を証明され方向づけられる。“造形療法”の概念は(ゲシュタルト療法と混同することは無い)特有の深層心理学の評価を臨床の芸術療法は使用するようになる。」としている。

したがって、芸術療法の可能性として「障害のために、病気の克服、治療のプロセス、自己と他者への認知、生きる喜び、クライアントと療法士の作り上げる過程の熟考し変化させて肯定的に変化させる共同作業に貢献」し、作品は「今の感情と目下の行動様式を個人的な歴史を鏡として発生させるようになる。クライアントは療法士の会話に障害や病気の発生のための条件の可能性を認識し、克服の戦略を発展させることが出来る。失われた信用される能力(財源)と自己の治癒能力は、新しく発展させ強化させるこれらの方法」ということが音楽療法に通じる点である。

Jean-Pierre Klein(2004)は「芸術療法は、芸術的媒体を用いた精神療法と定義できるであろう。…中略…治療に問いかけると同様に芸術にも問いかけ、芸術と治療が補完し合い、より豊かなものとなって共通の視点を探るのが芸術療法である。」としている。

¹⁸<http://www.kunsttherapie.de/start.html> (2012年6月1日)

また、芸術療法を4つのポジションに分類している。

表 2-1 芸術療法の分類

ポジション	内 容	例
I 人間の表現	作品が完成する瞬間に人と繋がり、すぐに作品と人は、離ればなれの存在になる。	造形芸術、写真、映画、ビデオ、文章、陶芸、粘土
II 表現に身をさらす人間	人間が作品とともに同じ場所に居続ける必要があり、そうでなければ芸術的作品が成立しない。	演劇、ドラマセラピー、テキスト、ダンス、ゲシュタルト、コント
III 人間と物とで創り上げるもの	芸術的枠組みの中で、そこに存在する人間と媒体が結合しなければならない。	マリオンネット、仮面、化粧、道化
IV 放射されるもの	人間が創り出す音がテーマとなるグループ。	音、楽器

出所：Klein(2004)『芸術療法』60-108 頁、一部改編

日本では、1969年に日本芸術療法学会が設立され「芸術療法の諸領域ならびに表現精神病理学における学術研究の進展と専門技術の普及を図ること」を目的としている。約1000人の会員数の内訳は、医系(精神・神経・作業療法・保健衛生内・看護)：約60%、心理系(心理・文・臨床心理)：約30%、その他：10%である(日本芸術療法学会ホームページ参照 <http://jspea.org/index.html>)。ちなみに、高山は、ドラマセラピーの10年間にわたる取り組み(岡山県の特別養護老人ホーム)を紹介し、問題行動の減少、行動の安定、生活動作の活性化、仲間意識の向上が見られたとしている(1998)。また、村井は、芸術療法の11の治療モデルの一つに音楽療法を分類している(1998)。

2. 非薬物療法としての音楽療法

主なものは回想法、リアリティオリエンテーション、音楽療法、理学療法、作業療法、園芸療法¹⁹などが挙げられる。

長田(2005)は、アルツハイマー型痴呆の治療、もしくは症状改善での非薬物的アプローチをエビデンスに基づく先行研究について検討を行った。その結果を3段階に分け、勧告の強さを分類した。

A：強く勧められるアプローチ

「記憶の訓練、リハビリテーション」「reality orientation therapy」

B：行うよう勧められるアプローチ

¹⁹園芸療法は、植物を育てることを中心に、植物が育つ自然環境や植物の利用に関するさまざまな要素を、人の身体や精神機能の維持・回復、生活の質の向上などに用いること。園芸療法として注目されるようになったのは1990年代である(山根 2004:869)。

「音楽療法および音楽の使用」

C：研究数が少ないアプローチ

「認知的リハビリテーション、介入、マネジメント、訓練」「memory aids」

「回想法」「動物介在療法²⁰」「光療法²¹」その他.

3. 統合医療としての音楽療法

1999年にWHOが健康の定義に、肉体的、精神的、社会的に健康な3つの状態に加えて「ホリスティック(全人的)」な健康の必要性を追加したことによって、医療現場において人間性の重視について新たな視点を求められている(中川 2010). また、医学の進歩にも治療力の限界や医療経済上の問題、救命・延命に加え、疾患と障害を管理しながらいかに望ましい状態で人生を過ごすのかという「生活の質と量(quantity and quality of life ;QOL)」についても、大きな課題である(山根 2004).

厚生労働省は平成22年に統合医療プロジェクトチームを設置した. 統合医療とは「従来の医療と、安全性と有効性について質の高いエビデンスが得られている“相補・代替医療(CAM)”を組み合わせたものである。」とアメリカ衛生研究所相補・代替医療センター(NCCAM : National Center for Complementary and Alternative Medicine)の定義を引用している.

日本統合医療学会は「近代西洋医学を中心として伝統医学や相補・代替医療を適宜合わせて行う医療のこと」と定義している²². その相補・代替医療の例として伝統医療：鍼灸・漢方など、食事療法：サプリメント・健康食品など、徒手療法：指圧、マッサージ・柔道整復など、エネルギー療法：ヨーガ・気功など、心理療法：カウンセリング・音楽療法など、その他：森林セラピーなどが挙げられている. また、「超高齢社会である現代社会において、要介護年齢を先延ばしにし、元気な高齢者の比率を高めることにも“統合医療”は役立つ」としている. 統合医療の目指すものとして以下の6つを挙げている.

①QOLの向上を目指し、患者一人ひとりに焦点をあてた患者中心の医療

②近代西洋医学及び伝統医学や相補・代替医療従事者による共同医療(真のチーム医療)

²⁰動物による癒し効果は、情緒の安定や意欲・活動性の向上、痛みの緩和などに応用されてきた. 医療で用いられたのは、作業療法の一環として家畜や小動物の世話をういたことに始まる. 日本では、1986年に日本動物病院福祉協会が初めてこの療法を紹介した(山根 2004:869).

²¹光療法は、生活の中に積極的に光を取り入れる療法. 人工的な光を使用することもあるが、欠かさずに日光浴を行うことだけでも十分である. 朝の目覚めと共に窓を開け放ち、光を十分に取り入れ、昼間の散歩を実行するだけで覚醒リズムが自然に作られ、効果がある(河合 2011:150-151).

²²日本統合医療学会ホームページ <http://imj.or.jp/>

- ③身体、精神のみならず、人間を包括的に診る全人的な医療
- ④治療だけでなく、疾病の予防や健康増進に寄与する医療
- ⑤生まれてから死ぬまで一生をケアする包括的な医療
- ⑥「尊厳ある死 (Death with Dignity)」と、患者だけでなく残された遺族も満足できる「良質な最期のとき (QOD : Quality of Dying and Death)」を迎えるための医療

「平成 22 年度厚生労働科学研究統合医療の情報発信等の在り方に関する調査研究」では、相補・代替医療の利用経験の多い順に、サプリメント・健康食品、各種マッサージ、整体などを挙げ、13 番目に「音楽療法」の記載がある²³。

補完代替医療の音楽療法について川嶋(2003:136)は、「音楽療法は音楽を用いて癒しを促し、幸福感を高める治療法である。広義には人間の作り出した音を使って心身の状態を改善しようとする音響療法(...サイマティック療法やソノパンクチャー、トーニングなどがその代表)もこれに含まれる」、岩永(2010 : 11)は「音楽を聴く、歌う、演奏することで健康の回復をはかって生きる喜びを得、集団療法で他の人と一体感ができて孤独感の解消につながる」としている(2003:136)。平墳(2008)らは、心的外傷からの回復または PTSD の治療に有効な補完代替医療のレビューを行い、その一つに音楽療法を挙げている。

4. リハビリテーションとしての音楽療法

東京都補装具研究所の高山らは、上肢切断児が片手だけで演奏できるソプラノ・アルトリコーダー等のリコーダー開発²⁴を行った(高山ら 1983:105-131)。これによって、上肢切断児らに音楽を奏でる喜びをどれだけ与えたか測り知れない。音楽の時間にハンディキャップを抱えた児童が、楽器演奏において一人だけ見学や違う楽器の担当にならずに、他の児童と同じ楽器のリコーダーを演奏できることは大きな喜びと生きる力を与えたと考える。この片手リコーダーを購入した児童 128 名の 68%は、運指を 1 週間以内に覚えていた。この結果からも、児童が夢中になって練習していたことが分かる。

更に、この楽器は児童だけでなく、成人や高齢者の片麻痺患者のリハビリテーションに応用できるものであり、今後の高齢化社会においても重要性が増す。また、同研究所の加

²³自由民主党の政策総合集に「生活の質 (QOL) を高める統合医療の推進」として「統合医療は、現代西洋医学に伝統医療や各種健康法を組み合わせることで、より効果的で安全性が高く、心のケアにも重点を置いた患者中心の医療を目指す」とある(自由民主党 2012:46)。

²⁴リコーダー開発は、1984 年に日本義肢装具学会飯田賞の奨励賞「片手笛・改良笛の開発と普及に対する貢献」を受賞した。この賞は 1981 年日本義肢装具学会に設けられ、義肢・装具・リハビリテーション工学の分野で優れた業績に対して授与される。http://www.jspo.jp/iida.html

倉井は、欧米の音楽療法にも触れ、音楽を通したレクレーションについて「単に楽しみの道標だけではなく、職場や社会生活においても主体性と協調は正に人間関係にハーモニーであり、リハビリテーション(社会により良く適応する…)の根幹…障害をもつ人こそ音楽を核としたハーモニートレーニングが必要であることを強調したい」としている(加倉井ら 1983 : 97-101).

第3章 音楽療法士の養成とドイツにおける音楽療法の社会的位置

日本において音楽療法士は国家資格でも公的資格でもないが、体系的にカリキュラムが組まれ、養成校が全国に24校ある。日本の音楽療法士は3つの認定資格が有り、①日本音楽療法学会認定音楽療法士②音楽療法士1種・2種(全国音楽療法士養成協議会認定)③自治体による認定資格(岐阜県・奈良県・兵庫県)であるが、まだその認知度は低い。

ドイツにおいても国家資格ではないが、「ディプロム音楽療法士」(公的資格)と「音楽療法士」があり、病院・学校・音楽学校・地区の社会福祉協議会・老人施設などに勤務している。その地位は作業療法士や理学療法士などと同じであり、セッション費用は音楽療法士に社会保険から支払われている。

第1節 音楽療法士の養成カリキュラム

1. 日本のカリキュラム

音楽療法士を目指すには、次の二つの取得方法がある。

①全国24の大学・短大・専門学校の音楽療法専攻で必要なカリキュラムを修了し、音楽療法士(補)の受験資格を取得する。

②認定校での履修が困難または不可能な場合、新認定制度である必修講習会(2年半)を全て受講し、その他の条件も全て満たし、学会認定音楽療法士(補)試験の受験資格を得る。ただし、この制度の参加条件は、Ⅰ.日本音楽療法学会正会員であること。Ⅱ.学校法人格を有する専門学校(2年以上)・高等専門学校・短期大学・大学いずれかの終了証を有すること。Ⅲ.臨床経験5年以上(音楽を利用した臨床経験2年を含む)を有すること(但し3年でスタートし必修講習会受講と並行して臨床経験を積み、合計5年となる場合も可)を満たさなければならない。

カリキュラムのシラバスを比較すると、音楽療法に関する基礎的な理論、児童・成人・高齢者領域などの各論、音楽療法を実践するための技法や技能、それらを総合的に学ぶ演習や実習について専門性を持って行えるための授業が系統的に組まれている。その点で大きな差異はないが、事例として取り上げる対象者の領域や、研究方法について特徴がある。

カリキュラムの一例として名古屋音楽大学の音楽療法コースを概観する。

表 3-1 名古屋音楽大学：音楽療法コース必修科目

	専門実技	専門演習	専門共通	共通実技
1年次 I期	音楽療法総論Ⅰ 音楽療法の技法			
1年次 II期	音楽療法総論 音楽療法の技能Ⅰ		ソルフェージュⅠ 合唱Ⅰ,作曲法Ⅰ, リコーダー合奏,西洋音楽 史,リトミックⅠ	ピアノ実技Ⅰ,声 楽実技Ⅰ, 管弦打楽器実習 Ⅰ
2年次 III期	音楽療法の技能 介護概論	フィールドワーク実 習Ⅰ	ソルフェージュⅡ,合唱Ⅱ, 作曲法Ⅱ, 音楽心理学,リトミックⅡ	ピアノ実技Ⅱ,声 楽実技Ⅱ,管弦打 楽器実習Ⅱ
2年次 IV期	音楽療法各論 音楽療法の技能Ⅲ	フィールドワーク実 習Ⅱ	ソルフェージュⅢ 合唱Ⅲ	
3年次 V期	音楽療法各論Ⅱ	フィールドワーク実 習Ⅲ,音楽療法演習Ⅰ	ソルフェージュⅣ 合唱Ⅳ	
3年次 VI期	音楽療法各論Ⅲ	フィールドワーク実 習Ⅳ,音楽療法演習Ⅱ	合奏,日本音楽の歴史	
4年次 VII期		フィールドワーク実 習Ⅴ,卒業論文		
4年次 VIII期		フィールドワーク実 習Ⅵ,卒業論文	指揮法Ⅰ	

出所：名古屋音楽大学「音楽療法コース必修科目」²⁵(ホームページ抜粋)

「認知症」のキーワードで概観すると、「高齢者領域」として扱う大学は多いが、認知症に特化している大学も幾つかある。札幌大谷大学「臨床医学」「介護概論」、東邦音楽大学「人間と医療Ⅰ」、東海大学「臨床医学各論Ⅱ」、国立音楽大学「専門ゼミⅠ」、武庫川女子大学「音楽療法各論Ⅲ」「臨床医学各論Ⅰ」、名古屋芸術大学「音楽療法各論Ⅲ」(認知症高齢者に特化)「臨床医学各論Ⅰ」「老年医学総論」,「臨床医学各論Ⅱ」(慢性疾患・リハビリテーション)がある。国立音楽大学「臨床医学論B」で“アルツハイマー型痴呆”、活水女子大学「音楽療法各論Ⅱ」で“脳血管障害を中心として”“アルツハイマーを中心として”、
「音楽療法各論Ⅲ」で“アルツハイマー病の音楽療法とプログラム”を扱っている。

今後、増加の一途をたどる認知症の患者数を考えると、「認知症」への介護予防、地域での取り組みについての音楽療法に関する科目の増加も望まれる。

また、ドイツで「芸術療法の一つとしての音楽療法」が診療報酬に取り上げられているので「芸術療法」のキーワードで概観する。国立音楽大学「臨床医学論A」「専門ゼミⅠ」「専門ゼミⅡ」に“芸術療法”、武庫川女子大学「臨床心理学Ⅰ」、名古屋芸術大学「音楽療法各論Ⅱ」、日本大学芸術学部「音楽療法研究Ⅲ」に“表現芸術療法”、東京国際音楽療法専門学院「芸術療法概論」の記載がある。

²⁵<http://www.meion.ac.jp/department/music-therapy.html>(2013年4月20日)

特徴的な科目として日本大学芸術学部「音楽療法演習Ⅱ」「音楽療法における対象者の家族への対応」、「音楽療法研究Ⅱ」「日本独自のアプローチ」（ミュージック・ケア、感覚と運動の高次化理論、集団歌唱療法）、「音楽療法研究Ⅲ」「音楽療法の哲学的背景Ⅰ・Ⅱ」「音楽療法特殊研究Ⅰ」「失明の恐ろしさを知る—失明に至る眼科疾患と中途失明者のリハビリテーションについて—」、東京国際音楽療法専門学院の「作業療法概論」「理学療法概論」「感覚統合概論」等がある。

“音楽療法における対象者の家族への対応”は児童領域を扱う場合、子どもの発達に関して特に保護者、家族との連携が必要不可欠であり、家庭や学校での子どもの様子を知ること重要である。若い学生にとって自分より年上の保護者に、セッションに映し出される子供の姿を伝えることは難しい点があると思われるので、自分の意見をしっかりと伝え、また保護者の意見を真摯に受け止めて多角的に児童をサポートするためにも良い訓練になると考える。

“失明の恐ろしさを知る”ことは、臨床においてとても大切なことである。高齢者施設の対象者の中に失明している方(事故や糖尿病の合併症による視力障害など)と出会う。人間にとって失明しているということは重大なハンディキャップであるが、その状況を受け入れて前向きに捉えるタイプと悲観的に捉えるタイプの二つに大きく分かれる。プログラムの中に視覚を使用せずに触覚で行える活動に対し、目が見えなくても音楽療法士や職員の声掛けにより想像して活動を意欲的に行う方と、全ての活動を拒否して自分の殻に閉じこもる方に分けられる。筆者の経験から、失明は他の障害に比べて、その心の壁の厚さに悪戦苦闘する。徐々に視力を失うか、ある日突然視力を失うかによっても、その障害受容は大きく異なる。それゆえに心のケアをしながらセッションを組み立て、また高齢者施設で多く行われている集団セッションの中で失明者にどれだけ配慮できるのかは音楽療法士の資質に関わっている。

音楽療法士を始めから目指していなくても、職場が児童や高齢者施設の介護職、あるいは医療現場の医療職が、現場において音楽が重要だと感じた事例に接した場合に、そこから音楽療法士を目指すケースも多いはずである。またその場合、自分の職場に特化した音楽療法の理論・実践・研究方法を必要としている。その時点から、今までピアノを習ったことがない、弾いたことがない希望者が音楽療法士を目指す時に、ピアノが弾けるか弾けないかという壁に当たる。対象者を音楽の作用によって行動の変容を目指すには、確かな音楽性が必要となる。それは基本的な条件として必要であるが、それをピアノではなく、

カリキュラムの中にあるピアノ以外のギターやハープシコード、あるいは和楽器でも良いはずである。その職場に限定し、対象者を見極めた上での楽器選択であったなら、ピアノ以外の楽器でも音楽療法士への道を開いても良いのではと考える。

専門的知識や技能を持って卒業しても、施設や病院で音楽療法を行う際に自分一人では出来ない、非常勤として働く場合は尚更である。良いプログラムを作っても職員との共同作業が重要である。そのために近接領域である、作業療法士や理学療法士の仕事についても知っている必要があり、東京国際音楽療法専門学院の「作業療法概論」「理学療法概論」「感覚統合論」は連携がスムーズにいくと思われる。

作業療法士、理学療法士、言語聴覚士の養成機関でも音楽療法の適用をシラバスに取り入れている。例えば、札幌医科大学の保険医療学部(看護学科・理学療法学科・作業療法学科)の3学科共通一般教育科目「芸術論(音楽)」では、音楽療法の流れやコミュニケーションとしての音楽、高齢者の好む音楽などについて講義や実技を行っている。神奈川県立福祉大学リハビリテーション学科(理学療法学)の「音楽療法」では、「音楽療法は、医療(成人)・保健福祉(高齢者)・教育(児童)の臨床場面で多く実践されている。本講義では音楽療法の現状を踏まえ、音楽療法理論・方法等を学び、関連領域との連携について概説する。」とし「音楽療法に関する理論と方法を学び、臨床現場に生かせる」ことが到達目標となっている。九州保健福祉大学では、保健科学部作業療法学科「園芸療法論」「精神障害作業療法Ⅰ」、社会福祉学部臨床福祉学科「東洋医学ストレス・ケア論」、子ども保育福祉学科「音楽療法」などがある。

青(2004)は、音楽療法コースの指導を行いながら、音楽だけではなく医療・福祉・心理・教育の各専門知識を学びながらでは4年間での習得は不可能であり、大学院水準レベルの6年間が必要だとしている。岡崎(2004)は、世界音楽療法連盟(WFMT)の音楽療法教育とトレーニングのガイドラインの内容から、大学院レベルでの音楽療法士養成が過半数を占めていること、そして、音楽療法士の専門性を明確にするために「多様性と専門性をバランスよく理解した指導者」が教育・トレーニングに従事することの重要性を述べている。

最後に、養成校ではないが熊本大学「芸術学実習」で“コミュニティ音楽療法実習”を行っている。「音楽演奏の技術は必ずしも必要ではないが観察力と対話力は必要」とし、地域のサテライトで音楽療法を週に1回、年に2回コンサートを行っている。キーワードとして“コミュニティ音楽療法、音楽療法、音楽と健康、コミュニティ、高齢者、疎外、インクルージョン、地域活性、Musicking”を挙げている。コミュニティと高齢者を繋ぐも

のとして音楽療法の効果を狙っている。このような新しい取り組みも始まっている。

2. ドイツのカリキュラム

ドイツでは職能団体として1973年にドイツ音楽療法連盟、1978年にドイツ音楽療法士職業連盟を経て、1999年に音楽療法士職業連盟が設立された。音楽療法士養成コースが大学に設立されたのは1978年である。「ドイツでは私的な教育施設と高等教育(大学の学士、修士)でカリキュラムが行われる研究科に入学する許可条件として、例えば社会教育学士を必要としている。学校を建てる時の許可条件は社会福祉委員会の中で内容を審査する。」(Fachlexikon der sozialen Arbeit2011 : 605)。

ドイツでは1979年以降、音楽療法に関する高等教育が行われている。学士レベルでは8ゼメスター、修士レベルでは継続した2ゼメスターあるいは非継続では4~6ゼメスターを必要としている。国家的な称号(学士または修士 : staatlich anerkanntem Diplom-,bachelor-oder Masterabschluss)を取得できる大学は以下の7大学である。

- ・ベルリン芸術大学
- ・フランクフルト専門高等教育
- ・ハンブルク音楽演劇高等教育
- ・SRHハイデルベルク高等教育
- ・ミュンスターヴェストファーレンヴィルヘルム大学
- ・アウグスブルク大学
- ・マクデブルクステンダル大学

1) ベルリン芸術大学

①募集要項

表 3-2 音楽療法コース：募集要項

内	容
修士課程(定時制)	※取得できる学位:音楽療法の修士
6学期・年間14人	
	<ul style="list-style-type: none"> ・9つの分野のいろいろな講義 ・卒業論文の分野を含む ・大学の勉強に加えてスーパービジョン、集団力動、を含む実習 ・臨床／芸術／養成教育の全体の構想 ・職業のある人も参加出来る。講義は週末(木曜～日曜)、集中講義も有る(月曜～日曜) ・期日についてはウェブサイト
	<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも大学での3年間の音楽、教育学、心理学あるいは医学の勉強(試験委員会が認めた場合は音楽をしていない人も参加出来る。) ・実習では他の人にスーパービジョンをしてもらう。精神療法の医者の下で音楽療法の経験のない人は10週間、経験のある人は6週間行う。 ・入学試験 ・ドイツ語と英語 ・音楽療法の仕事の経験は1年間以上必要
	<ul style="list-style-type: none"> ・入学試験は毎年6月に数日間のワークショップが行われる 受験料:無料 ・月額300ユーロ 総額10800ユーロ(スーパービジョン、実習含む) ※現在は特別な奨学金は出来ない。ドイツ政府からの奨学金貸与もしくは、勉強のために休職する人の給与保証の制度がある。
オリエンテーション:2月	・受験の申し込みの応募書類は3月15日～4月14日までに提出のこと ・オリエンテーションは2月 ・入学は10月より
	・「国際的な研究」という8番目の分野は英語で行う
	全ての受験者は数日間の数種類のワークショップに参加すること: ・2回の試験があり、精神療法の適性と演奏コミュニケーション能力 ・実習前に仕事の動機と個人的な発達についての2つの面接がある
	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽理論は必須 ・音楽療法で頻繁に使用する楽器演奏の適性能力(例えば打楽器・声・リコーダー・ピアノ・ギター) ・精神療法者の適性(心の強さ・人間関係能力・知覚能力・反射能力など) ・音楽を表現手段として使える能力、人間関係の協調に音楽を組み入れる能力
	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽理論学の試験、音楽理論全般の専門知識と明らかに良い音感 ・即興演奏の明らかな能力がある演奏家(楽器／声) ・これらの入学試験については地域の音楽学校で特別な準備クラスがあり、学校の音楽の先生になりたい人は同じような試験を受けなければならない。詳細はウェブサイト楽器の例などが掲載されている。 www.udk-berlin.de/musiktherapie
実習領域(音楽療法士の幾つかの仕事領域、並びに組織や公共的機関)、実習分野の臨時聴講(音楽療法士の設定に観察者としての役割で参加する)、音楽療法演習／プロジェクト(個別の音楽療法の会議を30スーパービジョン、特有の責任のグループの音楽療法の20スーパービジョンを行う)	
	音楽療法は色々な学問的・芸術的分野と関係がある。(それを統合すると大学を卒業してから仕事ができる。)音楽療法を専攻し、心因性の病気を治療する心理療法として今の制度で安定されている勉強は大学生に音楽療法の仕事を準備させる。重点は精神活動と発達心理学の職業である。音楽性が豊かで感情的な演奏の音楽療法士は基礎づけられた養成教育、芸術的能力が必要で効果がある。演奏技術は色々なパーカッション、コード、その他の楽器、声の扱いなどゼメスタープランに入っている。舞台に適した演奏のたくさんの響きのインプロは、全ての音楽療法士の能力を深めることになる。音楽の体験ではなく、セラピーの有効な要素は関係性であるのでグループの体験が中心となる。セラピーでの関係の質は、理論的に討議される。基本的な専門知識やセラピーの相互作用の体験は、乳幼児の発達心理学、すなわち関係の理論から得る。 現在、学習の計画は特に評価のための科学、関係の質と経験と病院の知識を討議する。その上体験は国際的な将来を見通した音楽療法の考えについて研究する。個人と公式な、友達や他の大学の先生、別の国の音楽療法士と一緒に未来の、もしかすると国際的な他の音楽療法士と結合することを可能にするかもしれない。結合に基づく刺激と提案のお互いの交換はもしかすると音楽療法の分野を構築することに貢献する。全て音楽療法の勉強は教育と研究と実践の結びつきを可能にする。授業と授業に間に、自分から積極的に契約責任と自己責任を要求する。

出所：Studien-und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2010:17-18 一部改編

②講義内容

表 3-3 音楽療法コース：講義内容

	科目	単位	内 容
M1	学問上の理論的な基礎	15	音楽療法の基礎、構想の展開、小さいころに習う音楽、発達心理学、ビデオ分析、職業観/倫理
M2	理論	14	パーカッション、声のインプロ、音の経験とインプロ、基本的な作曲、ピアノのインプロ、セラピー演奏の経験
M3	音楽療法の実践	17	音楽療法の比較、個人セラピーで発達障害を深く援助する、グループセラピー、舞台での演奏、グループセラピーから考える活動の視点、外来の音楽療法、治療方法の適用分野、神経学、老人医学と老年学、音楽療法と色々な創造的な方法
M4	自分のことを考える才能	15	音楽の歴史、グループのプロセスⅠ、Ⅱ、Ⅲ
M5	医学	14	精神分析の発達教育と子どもと青少年における精神障害の診断学、治療法を取り扱う基礎、精神病の病気、心理療法の医学と心理学/神経学
M6	心理療法の専門知識	8	心理療法の背景、取り扱い
M7	音楽療法の実習	18	ステップ1：公共機関の分野 ステップ2：聴講生として参加する分野 ステップ3：セラピー実習 スーパービジョン、記録の収集、予習復習が出来ていると良い成績が取れます。例えばセラピーの計画や記録、反省すること、
M8	ヨーロッパモデルの研究	3	ベルリンとLimerickの協働
M9	卒業論文	16	卒業論文について相談すること 実習分野、観察者として音楽療法の治療に参加すること 音楽療法は様々な学問的・芸術的分野と関係があり、それを統合すると大学を卒業してから仕事ができる。 音楽療法を専攻し、心因性の病気を治療する心理療法として現行の制度で安定している。 音楽療法の仕事の重点は精神活動と発達心理学の職業である。 音楽性が豊かで感情的な演奏の音楽療法士は基礎づけられた養成教育、芸術的能力が必要である。演奏技術は色々なパーカッション、コード、その他の楽器、声の扱いなどゼメスタープランに入っている。舞台に適した演奏のたくさんの響きのインプロは全ての音楽療法士の能力を深めることになる。 音楽の体験ではなく、セラピーの有効な要素は関係性だからグループの体験が中心である。 セラピーでの関係の質は、理論的に討議される。基本的な専門知識やセラピーの相互作用の体験は、乳幼児の発達心理学、すなわち関係性の理論から得る。 現在、学習の計画は特に評価のための科学、関係の質と経験と病院の知識を討議する。 さらに国際的な将来像を見通した音楽療法の考えについて研究する。

出所：Studien-und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2010:19 一部改編

3) SRH ハイデルベルク高等教育のカリキュラム

①募集要項

表 3-4 音楽療法コース：募集要項

項目	内容
養成方法	音楽療法士を育成する中等学校のために連続する全日制のマスター教育コース
期間	1年(2学期)
構成	2学期に大学での勉強を含み、60単位(合わせて少なくとも300単位で大学の学位のように終了)
入学許可条件	学位もしくは音楽療法のディプロム
入学試験	なし
入学試験料金	なし
学費	月額 520 ユーロ
教材費	なし
全体の学費	6240 ユーロ その中に含まれるもの： <ul style="list-style-type: none"> ・ 全ての授業(講義、セミナー、演習、補習授業) ・ パソコン講習会 ・ 楽器のレッスン(パーカッション、ピアノ、ギター、歌) ・ 国のソフトウェアの補習授業と質の確保のソフトウェア ・ 音楽療法研究のためのドイツセンターとの研究プロジェクトの協力の証明 ・ 奨学金のための融資の相談 ・ 有名な音楽家のワークショップに参加可能(例えばアメリカのカール・バーガー教授) ・ 音楽の舞台“マースの音楽”の際に協力(学期ごとに2回もしくは3回) ・ 毎週開催される“DZM-全学協議会”の参加(研究のテーマ、仕事の分野、適用の分野、実践の経験) ・ スターリングの応募(2学期の自由選択) ・ SRH ハイデルベルク高等教育の総研究に参加 ・ SRH ハイデルベルク大学合唱団もしくはSRH ハイデルベルク大学ビッグバンドに協力 ・ ドクターの学位を授与する準備のための専門の介護、もしくは別の仕事の展望(例えば認可の養成教育) ・ 外国の学生のためのドイツ語
連邦奨学金 資格	有る
終了の学位	音楽療法の芸術修士(より高いサービスの許可)
1年間の学生の定員	最大 15名
オリエンテーション	そのつどウェブで： www.fbmt.hf-heidelberg.de
届出期日	9月15日まで
入学日時	冬学期ごと
授業の言語	ドイツ語
実践	割り当てられる
療法的な方針	とりわけ特徴的なこれらの研究方法は、すでに音楽療法士の資格付与をしてから更に学問の資格を与える。 それゆえ更に指導的な知識と専門分野の能力を習得する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床の経験による研究方法 ・ 学術論文 ・ 学際的な照会先を知ることと行動の判断能力

出所：Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2010:31-32 一部改編

②特記事項

表 3-5 音楽療法コース：特記事項

はじめに	SRH ハイデルベルク高等教育において、大学と同様の資格付与を受けるために、これらの特別な教育課程では、音楽療法・心理療法・医学の統合による新たな学術的研究が重要になる。 その研究課程は、療法的に洗練された音楽療法アプローチへと広がっていく。
音楽療法課程	音楽療法系の修士課程は、以下の通り。 ・音楽療法の研究(統計・学問の理論と方法論・社会系諸科学の研究手法) ・音楽療法士のための自然心理学(音楽療法士のための抑制医学・音楽の神経認識・臨床心理学の最新のモデル) ・音楽活動の実践に統合をもたらすモデル(MA パーカッションとピアノの療法的な音楽の実践) ・音楽療法の学際的な実践(音楽療法 I、II の仕事の領域・理論と臨床の事例のスーパービジョンの手法・応用のエビデンスに基づいた音楽療法 I・II)の 修士論文である。
寮	勉強のための寮がバーデン-ヴェルテンブルクにある。仕事を見つけれられる卒業生の数が多い。
情報発信	教育(学部)、研究「MT の研究のためのドイツセンター」と実践(外来での音楽療法)、ウェブを見ること (www.fbmt.hf-heidelberg.de) 一定の期間、入学希望者への無料のイベント (www.fbmt.hf-heidelberg.de)や、初級者のために興味をもたらすためのイベントもある。
資格	“子どもと青少年心理学療法士”のための開業免許の可能性(www.hap.fh-heidelberg.de)がある。ドイツの音楽療法のための高等教育大学、SRH 高等教育ハイデルベルクだけドイツ工業規格 ISO9001 を取得。
博士号	2006 年からボローニャプロセス*に相応して AHPGS(Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich Gesundheit und Soziales : 健康と社会科学の研究プログラムの認定機関)を通して、履修課程を 3 年に変更(例えば 2 年の修士)し、これを AHPGS とドイツの学長会議が承認した。博士号取得の可能性がある。
設備	PC スタジオ、自習室、パーカッションと鍵盤楽器を使える。自宅には W-LAN、大学では学生カフェ、図書館、読書室、最新の講義の部屋、授業機器が使え、エレクトロのセラピービデオバンク、外来患者に教えるために全てのセラピーの部屋に、録音機器もある。様々な奨学金も豊富である。
演奏技術の重要性	音楽療法士にとって、楽器の演奏技術を身につけることは重要であり、それは音楽療法の学部においてアンサンブル、舞台、合唱、音楽関係の活動が多い。アンサンブルは定期的に音楽会での役割を変えながら行う。そして、ハイデルベルクマンハイムの地域に任意に生じるアース川の「Musik nach Maaß」や、広い大学に存続する合唱団に関与させる。音楽療法の学部は定期的な研究プロジェクトを続けている。音楽性が豊かで感情的な演奏の音楽療法士は基礎づけられた養成教育、芸術的能力が必要である。演奏技術は色々なパーカッション、コード、その他の楽器、声の扱いなどゼメスタープランに入っている。舞台に適した演奏のたくさん響きのインプロは、全ての音楽療法士の能力を深めることになる。
学習形態	DZM(Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung : ドイツ音楽療法センター)などと大学との共同、産業界共同の構想、目的の達成、を発表する。これに関して私達の特別な興味は最近のセラピー形成にあり、音楽療法士形成に評価がある。毎日の仕事と音楽療法の応用を目的とする。 その上、これらの関連する研究論文は音楽療法を実行する適応症を基礎づける。その他の情報はウェブで (www.dzm.fh-heidelberg.de)。大学生は、大学での勉強の間にプロジェクトに参加できる。ふさわしい適性と、気質に気付いた際に、しばらくの間、音楽療法研究のために DZM などのプロジェクトの一員として参加する。 ここの学習は、社会科学の典型的な研究方法、学部特有の音楽療法の重要な電気生理学の方法も学ぶことが出来る。更に、音楽療法の測定の方法研究を提供する。そして、最新の研究方法を閲覧することが出来る。広範囲にわたる再教育、及び博士号の取得も可能であり、それを統合すると大学を卒業してから仕事出来る。音楽療法を専攻し、心因性の病気を治療する心理療法として現行の制度で安定している。音楽療法の仕事の重点は精神活動と発達心理学の職業である。

※1999 年 6 月、大学発祥の地とされるイタリアのボローニャに、EU15 ヶ国を含むヨーロッパ 29 ヶ国の教育関係大臣が集まり、「ヨーロッパ高等教育圏」の構築をめざして 6 点の目標を達成することがその骨格となっている。

出所 : Studien-und Ausbildungslandschaft Musiktherapie 2010:32-33 一部改編

4) ビュルツブルク - シュバインフルト高等教育²⁶

体系的な音楽療法のカリキュラム
ブルツブルグ・シュバインフルト大学 修士課程

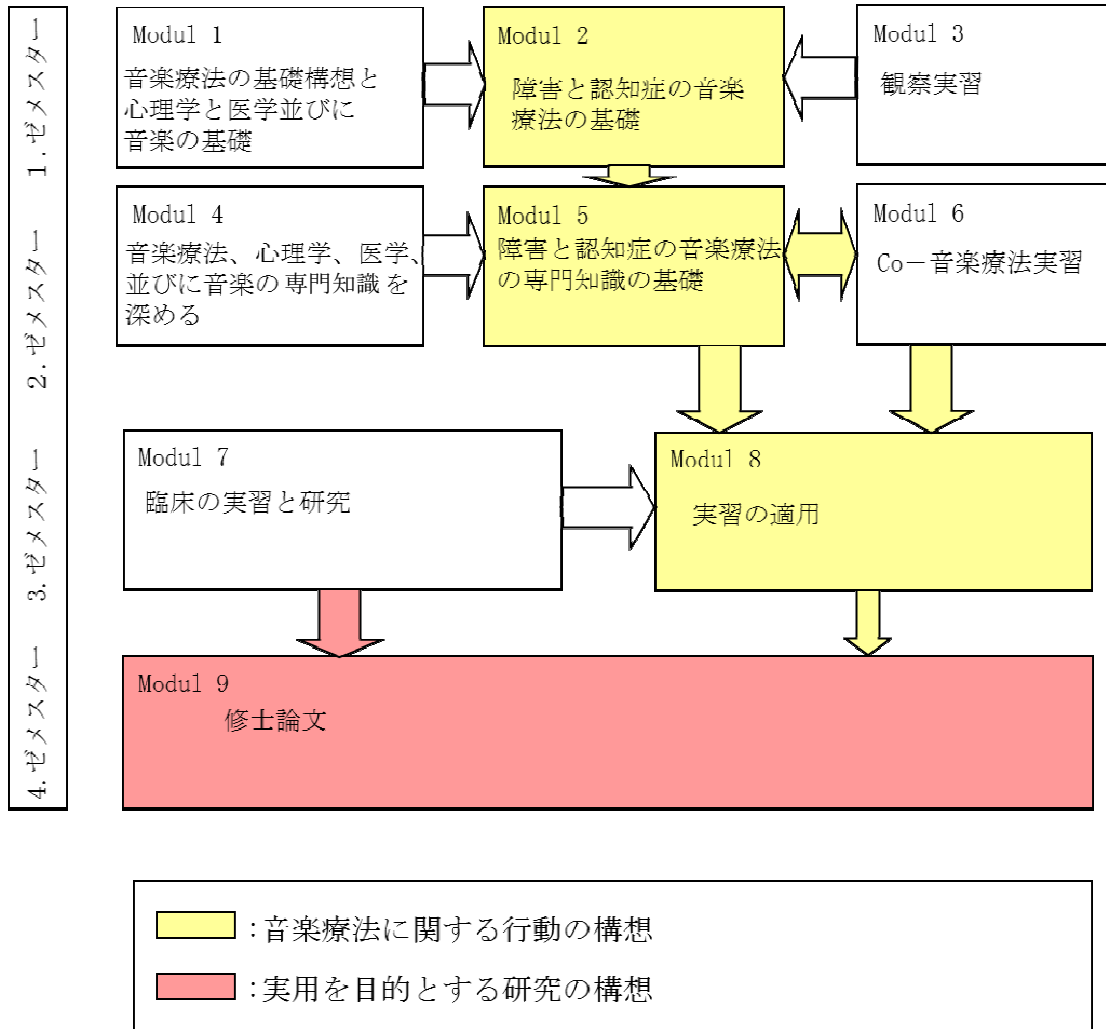


図 3-1 ビュルツブルク - シュバインフルト高等教育カリキュラム

出所 : Wosch(2010) 「Modulhandbuch des Master Musiktherapie bei Behinderung und Demenz」 2 頁.

この大学は『*Musik und Alter in Therapie und Pflege*』(2011)の著者である Thomas Wosch 氏が教鞭を取っており、カリキュラムは認知症に特化している。Modul 2 ではオルフ・ミュージックセラピーを音楽療法のメソッドの一つとして取り上げ、Modul 7 では最近の潮流であるコミュニティ音楽療法を組み入れている。

²⁶http://mmt.fhws.de/uploads/media/Modulhandbuch_Master_Musiktherapie.pdf(2013 年 4 月 9 日)

3. 考察

ドイツの音楽療法士の養成課程では、心理療法の一つであり、現行制で安定していると明記されている。精神療法を行うものとしての適性(心の強さ・人間関係能力・知覚能力など)が求められている。他の大学や研究機関と活発に交流が行われ、様々な音楽・演奏の経験を積んでいる。スーパービジョンの量が、日本のカリキュラムより多く設定されている。

演奏技術はもちろん必要条件だが、音楽療法士としての資質を自分自身に問いかけながら、高いコミュニケーション能力を求められているのは、日本とドイツにおいても同じである。

第2節 社会保険と音楽療法

日本では社会保険及び公的介護保険において、いまだに音楽療法が単独の報酬項目としては特記されておらず、これが音楽療法の一般化を妨げている。ドイツにおける音楽療法の普及は、音楽療法が社会保険を含む社会保障システムに正面から組み込まれていること、民間保険の商品としても販路を拡大していることにより、日本に比べて高い社会的な認知を招来している。これによって、ドイツでは日本より進んでおり、日本ではごく一部でしか意識されていない「宅配音楽療法」といった革新的なものまで普及している。

本節では、福祉政策の具体的な所管である各州の法令の状況も合わせて、その詳細を明らかにする。

1. 医療保険と音楽療法

日本は1961年より「国民皆健康保険」の体制が整備されている。保険者は職域保険である全国健康保険協会管掌健康保険組合、健康保険組合、共済組合、国保組合や、地域保険である国民健康保険などである。ドイツにはこれに相当するものはなく、医療保険の強制被保険者は被用者を中心として、それに一部の自営業者等を加えて構成されている。また、年間労働報酬が保険加入額を超える高額所得者には公的医療保険と民間医療保険との選択権があるという点も特徴的である(松本 2003 : 2-3)。

ドイツでは、日本と同様に社会保険方式に基づく公的医療保険制度によって医療サービスが提供されている。保険者は、連邦、州、地方自治体とは独立した疾病金庫(Krankenkasse)である。医療保険の給付には疾病の予防のための給付、疾病の早期発見のための給付、疾病治療のための給付、リハビリテーションのための給付などがある。特徴的な点は、疾病の予防及び及び早期発見のための給付が法定給付とされている点である(松本 2003 : 3-6)。

日本と同様に医療費の支払いは、診療行為の積み上げによるいわゆる出来高払いによっているため、この診療報酬点数表における音楽療法の位置づけを比較考察する。

日本の場合には、厚生労働省の告示による診療報酬点数表に診療行為別の点数評価がされているが、この中に「音楽療法」の記述はない(診療点数早見表：2013)。しかし、精神科領域において精神科作業療法もしくは集団精神療法としての音楽療法については診療報酬が請求されている(市江 2006：28)。精神科作業療法において音楽療法士は、作業療法士の助手、集団精神療法において音楽療法士が臨床心理士もしくは精神保健福祉士の資格を合わせ持つ場合に医師の行う音楽療法の補助者という位置づけとなる。

中島ら(2011)は、医療職者に医療における音楽療法に対する認識や期待について研究を行い「医療としての音楽療法理論の確立、医療音楽療法の知識・技術・資質を持った音楽療法士の育成の必要性」を示唆した。市江(2006:28)は、「制度上の問題に加え医療職としての音楽療法士教育、医療としての音楽療法の位置づけ、医療関係者が納得する Evidence の提示など」の点を指摘したうえで、東北大学にて 2004 年から医学的な視点に立った音楽療法を実践している。

日本の音楽療法士の多くが非常勤で働いている現状を踏まえると、医療職とチームケアを行うにはまだまだ整備すべき問題が立ちまわっている。

ドイツにおいては、日本の診療点数表に対応するものが OPS(OPS とは **Operationen- und Prozedurenschlüssel** の略称)と言われるものであり、最近の改定によって音楽療法が組み入れられている。

1) OPS による医療保険コード表：芸術療法の一環

医療保険の医療保険コード表：OPS301 の 9-401.4(コード番号)に芸術療法の取り扱いについて記載がある。

ドイツ連邦政府が社会法典 SGBV の 108 条により許可した病院の 2274 のうち 2267 で芸術療法が行われている。2008 年の内訳は、34%に当たる 779 病院で芸術療法・クリエイティブ療法・シアター療法など、31%に当たる 699 病院で音楽療法、2%に当たる 43 病院で創作療法・ダンス療法などであった(Christian Hamberger ら 2011)。

AWMF(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften eV)の治療リストに入ることが勧められているのは、うつ病期か躁病期の一方だけのうつ病、人格障害のボーダーライン、拒食症、認知症、重度の精神病の人への療法などが挙げられている。その他に 8-974,8-975 にも音楽療法の記載がある。

・その他の慢性病における多数の様式上の複合治療：8-974

医療費に含まれるもの：複合治療、例えば肥満症・気管支喘息・リュウマチ・アトピー性皮膚炎・嚢胞性線維症と社会病理学の疾患

専門医の治療管理のチームの下で

- ・少なくとも3つの専門分野：理学療法／物理療法、作業療法、運動療法、言語療法、

芸術療法(芸術と音楽療法)、緩和療法、精神療法

- ・様々な組み合わせと様々な時間
- ・少なくとも7日間から多くても13日間の治療(8-974.0)
- ・少なくとも14日間から多くても20日間の治療(8-974.1)
- ・多くても21日間の治療(8-974.2)

自然療法と人智学と医学の複合治療：8-975

自然療法の複合治療(8-975.2)

- ・少なくとも1日に120分の臨床と自然療法の時間は、臨床と自然療法の専門医の管理の下で、少なくとも古典的な自然療法のやり方の専門分野を3年間体験していること。
- ・このチームは医師と専門知識に基づかなければならない。少なくとも次の3つの職能グループに所属している、少なくとも半年間の自然療法を体験している個人的な介護。理学療法士／患者の体操／スポーツトレーナー、作業療法士、心理学者など／栄養士、芸術療法士／**音楽療法士**
- ・特定の特有な自然療法の作成と、治療初頭の療法のコンセプト
- ・少なくとも週に2回、体に由来することを含むチームでミーティングの下、秩序の治療に関して、また患者教育のこれまでの治療結果を文書化した社会的な局面、そして、更なる治療目的
- ・自然療法は、専門的知識を持った個人的な介護を通して介護を広げる。

物理的な方法、理学療法、秩序の療法、運動療法、指導的な療法もしくは補足の方法(手の療法、鍼療法／中国風の医学、ホメオパシー、神経療法、**芸術的な療法(芸術療法と音楽療法)**)

同時に進展し続ける急性医学の診断学と別々にコード化された療法

少なくとも7日間から多くても13日間の治療ステージと、より少ない1680分の治療(8-975.22)

少なくとも14日間から多くても20日間の治療ステージと、より少ない2520分の治療

もしくは少なくとも 10 日間から多くても 13 日間の治療ステージと、より少ない 1680 分の治療(8-975.23)

少なくとも 21 の治療ステージもしくは少なくとも 14 の治療ステージと、少なくとも 2520 分の治療(8-975.24)

人智学と医学の複合治療 (8-975. 3)

- ・ 処置と入浴
- ・ マッサージ、塗擦と湿布
- ・ 運動療法
- ・ **芸術的な療法(芸術療法と音楽療法)**
- ・ サポートの療法と患者の教育

パーキンソン病と不定型のパーキンソン症候群における多数の様式上の複合治療 (8-97d)

- ・ 専門医の治療管理のチームの下で(神経学のための専門医)
- ・ 週ごとに文書化した今までの治療結果と更なる治療目的を毎週チームでミーティング
- ・ 少なくとも次のセラピー分野の存在：理学療法／物理療法／作業療法
- ・ 少なくとも 3 つのセラピー分野の使用(理学療法／物理療法／作業療法、運動療法、言語療法、**芸術的な療法(芸術療法と音楽療法)**週ごとに少なくとも 7.5 時間を様々な組み合わせで患者に適用し、そのうち 5 時間は個別セラピーを行わなければならない。セラピー分野として理学療法／物理療法もしくは作業療法が組み込まれていなければならない。
- ・ 少なくとも 7 日間から多くても 13 日間の治療(8-97d.0)
- ・ 少なくとも 14 日間から多くても 20 日間の治療(8-97d.1)
- ・ 多くても 21 日間の治療(8-97d.2)

芸術療法：9-401. 4

医療費に含まれるもの：芸術と音楽療法など

知覚と創作過程を含む療法的な措置、ならびに芸術の媒体の療法的な適用

- ・ 少なくとも 50 分から 2 時間まで(9-4-1.40)
- ・ 多くても 2 時間から 4 時間まで(9-401.41)
- ・ 多くても 4 時間まで(9-401.42)

社会小児科・神経小児科と心身症の小児科での療法：9-403

診断学と療法と人間関係の指導。多職種チームの管理の下で緊急性のある子供や青少

年の医師、もしくは明白な障害、発達障害と行動障害並びに精神的な障害。

療は、かかりつけの小児科学の専門分野の多次元診断学に応じて診断作成がなされる
／小児科学の精神身体医学。

療法の実施は、神経小児科学のそのつどの標準を、かかりつけ小児科協会もしくは小児科学の精神身体医学が方向づける。結果、療法グループはその時に治療計画を適用する：
医師、心理学者、作業療法、(健康)教育者、(健康)教育学者、芸術療法士、言語治療、**音楽療法士**、栄養士／栄養コンサルタント、理学療法(物理的な療法を含む)、子供と青少年の精神療法士、緩和療法、社会教育学。

そのつど療法形態は、支給されると同時にそのつどコード化される。各療法は、休暇期間中に該当の療法形式を交代にその最低給付を給付可能である。

多数の精神療法の関係業務の複合治療：9-412

関係業務の治療は精神医学の関連領域と精神療法もしくは心身医学の専門分野関連と精神療法もしくは内科の医師（もしくは他の診療科の専門医・皮膚科医・女性医学の専門家・整形外科医など）そして、精神療法もしくは心理学的な心理療法士。

既往病歴（伝記に関するもしくは基礎づけられた行動分析）

適用、もしくは開始は次の方法さまざまな組み合わせによる患者の適用：個別もしくはグループの精神療法 精神教育方法・緊張緩和もしくは空想力の方法・心理学的なテスト診断学・社会教育学の助言・作業療法・**芸術的な療法（芸術と音楽療法）**

相対的なチームで介入を支える／スーパービジョン

- ・ 2時間から 5時間まで(9-412.2)
- ・ 5時間から 10時間まで(9-412.3)
- ・ 多くても 10時間まで(9-412.4)

ドイツの医療保険に関しても、音楽療法が単独で行われることなく、全人的な医療として多職種との連携が前提とされている。

2) 病院での音楽療法の事例

筆者がドイツにて訪問調査した、2 病院の事例から音楽療法の実際を紹介する(園田：2012)。

(1) 小児病院：フィバンティス・クリニック(Vivantes Klinikum Neukölin.)

治療も各種の療法も、全て保険で賄われているため患者は医療や福祉の制度を直ちに享受できる。この結果、誰もが平等に治療の機会を与えられていると同時に早期に病気や障

害に関する治療が始められることで結果的に医療費が少なくなることに繋がっている。小児病院でも病院滞在時、退院後の定期診断も全て保険から支払われている。

子どもや児童への療法として理学療法・作業療法・言語療法・音楽療法があり、子どもが自分をどう意識しているのかを知りより良い方向に導くために行われ、それぞれのセラピー室が設置されている。子どもへの音楽療法の適用は医師のカルテに基づき、音楽療法士が30分のプレセッションを行って診断する。診断内容は、①人間関係 ②表現能力 ③その子ども自身の周囲への認知能力や感覚 ④楽器に向き合う姿勢と操作方法 ⑤メロディー・リズムに対する感覚である。特にその子どもがどの楽器を手にするのか注目する。適用出来る場合は音楽療法診断書を作成し同じチームのメンバー全員で共通理解を図り、その後セラピーが始まる。

小児病院では医療チームの中に音楽療法士が位置づけられ、多職種との連携が図られており一人の子どもに手厚いチームケアがなされている。言葉でコミュニケーションを取れない子どもにとって音楽療法は適している。

(2) ハイデルベルク大学病院(Universitätsklinikum Heidelberg)

病院のベッド数は180、2つの外来にそれぞれデイケア2つが併設されており特別な治療法として心理療法がある。治療の対象はうつ病、母子療法、産後精神不安、青少年、児童、老年層、メモリークリニック(記憶に関する障害を扱う部門)である。音楽療法室は大きな窓が幾つもあり明るくて広々とした部屋で、様々な種類の楽器が置かれていた。

ベルリン、ハイデルベルクで音楽療法は病院内の治療として位置づけられ日常的に行われている。一人の患者を他職種と連携しながらチームとして支えることによって多角的に病気や人格を捉えることが可能であり、同時に高い専門知識とコミュニケーション能力が求められる。

2. 民間保険と音楽療法

ドイツの医療保険制度と我が国の制度との大きな相違点として民間保険の位置づけがある。日本では「国民皆保険」になっており、民間保険は公的な医療保険の給付外のものを対象としているが、ドイツでは一定の所得以上のものは公的医療保険の対象とならず、民間医療保険の対象となっている。このため、民間医療保険の給付内容が豊富であり、音楽療法の分野では、民間保険会社がさまざまなサービス案を商品化している。以下に紹介するのは、実際に音楽療法を内容とする保険商品を紹介したホームページを要約している。民間保険(PKV: **P**riate **K**rankenversicherungen)の、“Vorsorge Vergleich24”という保

険会社が、他の保険会社との比較をしながら芸術療法修士（音楽療法）を推奨している。強制保険から民間保険への切り替えが出来るのは、2012年で総年収 50.850 ユーロの制限があり、民間保険に加入する場合には待機期間はなく、加入すると直ちに音楽療法が受けられ、自営業者やフリーランサーに対して音楽療法を有利な料金で提供できる。

- ・受給可能の人は、自営業か収入が一定額（保険料算定の際の上限額）以上の人。
- ・これまでは女性の音楽療法士の報酬が男性より低かったが EU の裁判所の決定により 2012 年 12 月 21 日より男女平等となった。
- ・PKV 報酬額は音楽療法の報酬ではなく受給者の生活状況に依存する。年齢、職業、健康状態などにより給付の提供者が決める。
- ・音楽療法については決められた料金表があり、給付が良くなれば料金が高くなる。

3. 州法と音楽療法

ドイツにおいては基本法(憲法)によって、連邦と各州の業務分担を定めており、日本との対比で言えば医療や福祉・介護に関する詳細規定は各州法に委ねられることが多い。筆者が訪問視察したバイエルン州の規定から、音楽療法の扱いをみてみたい。

<バイエルン州法>

補助金なしの精神療法の取り扱い方法として、以下の第 8 項に音楽療法の記載がある(抜粋)。

- ①家族療法 ②機能的な緊張緩和(フックス氏法) ③対話による精神療法(例えばロジャース) ④ゲシュタルト療法 ⑤肉体療法 ⑥集中運動療法 ⑦言語療法 ⑧**音楽療法**
⑨健康リズム体操 ⑩心理劇 ⑪呼吸の調整 ⑫交流分析(集団的心理療法の一つ)
⑬神経生理学の取り扱い

精神療法としての認知度がよく分かるが、補助金はない。筆者の訪問したバイエルン州の高齢者施設でも音楽療法士は配置されていなかった。しかし、バイエルン州は音楽教育においてカールオルフ²⁷の教育理念が組み込まれており、基幹学校(Hauptschule)の授業に音楽療法の言及がある。音楽を見る—絵を描く、音楽が何かを伝達する—対話の中の音楽、音楽の中の動きと静寂、無意識になる手段としての音楽などの項目があり、9 学年の学習内容として「治療に音楽を取り入れることに関する情報を集め活用すること(活動的、受動的な音楽療法)」や「可能なら実際の音楽療法士と話をすること」とある(川西ら 2005)。

²⁷カール・オルフ(Carl Orff)はドイツの作曲家であり、オルフ・シュールベルク(Orff-Schulwerk : オルフ教育法)を考案した。妻であるゲルトルート・オルフ(Gertrud Orff)が、それを基にオルフ・ミュージックセラピー(Orff-Musiktherapie : オルフ音楽療法)を確立した。

これらの文化的背景もあり、高齢者施設では音楽療法的な視点での音楽活動が日常的に行われていた。

4. 社会保障法典の全体系における音楽療法の位置づけ

ドイツの医療保険における音楽療法の位置づけを概観してきたが、医療保険以外の社会保障制度全体においても音楽療法に関する規定がある。

ドイツ音楽療法連盟の「施設における音楽療法の実践の推奨」では、社会保障法典全体を対象として1 在宅音楽療法の実施、2 場所、3 必要経費について、4 仕事の範囲、5 報酬などについて会員向けに解説している。

このうち、報酬について紹介する。音楽療法の費用については疾病金庫に学問的な方法として音楽療法は書かれていない。このため私的保険のチャンスが大きくなる。法的に統合されたものについては以下に対応する法律、特に SGB と各州法については音楽療法の費用が補填される可能性がある。法律の枠組みに費用の補償がある。とりわけ SGB V :

Gesetzliche Krankenversicherung 公的な健康保険、SGB VIII : Kinder- und Jugendhilfe 子供と青少年援助、SGB IX : Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen リハビリテーションと障害者の参加、SGB XII : Sozialhilfe 社会扶助、並びに地方の通達書)の取り扱いである。報酬額について自由な話し合いがある。仕事を実施する時の質は“音楽療法士連盟が公式に証明する”質を維持し、50 分の治療に 45 ユーロの報酬を下回ってはならない。これらの金額はハイルプラクティカー : heilpraktiker (医学部を卒業していないが公的に認められた療法士)の料金表があるので、それに準じる。私的な決済方法は適切な精神療法のためにその土地特有の報酬に依存する、となっている。

5. 介護保険の追加的給付と音楽療法

ドイツにおいて介護保険が介護保障制度の中心であり、在宅介護を優先的に支援することは介護政策の基本的方向である。2007 年時には 225 万人の要介護者のうち 154 万人 (68%)は在宅で、71 万人(32%)は入所施設で介護を受けながら生活している。その中で認知症の有無が要介護時間に影響を及ぼし、主たる家族介護者の 51%は介護開始前から就労せず、21%は介護のために就労を中止又は制限している(松本 2011 : 78-79)。

介護保険の被保険者は、基本的には医療保険の被保険者の範囲に準じたもので、保険者は介護金庫(Pflegekasse)である。介護金庫は「医療保険の屋根の下での介護保険」という考え方に沿って、医療保険の保険者である疾病金庫(Krankenkasse)に設けられ、その組織は疾病金庫の組織が兼ねている(松本 2011 : 77-90)。

1) ドイツの認知症介護に対する「介護の質」

ドイツ連邦政府は、介護保険制度創設以降も山積する問題を解決するために介護保険制度の改革を累次試みてきたが、斎藤(2012)によると3段階に分かれている。ドイツでは認知症への要介護認定での不十分な評価や介護不足もあり、まず最初の改正で介護保険に認知症追加給付が認められた。斎藤はその後の改革を第1次改革～第3次改革として分けて、介護保険の主要な改革を分類している。

表 3-6 介護保険の主要な改革

第1次改革 (2002. 2004年)	<ul style="list-style-type: none">・認知症追加給付導入・認知症追加給付導入質の監査強化・子なし加入者保険料引き上げ
第2次改革 (2008年)	<ul style="list-style-type: none">・保険料引き上げ・給付の段階的引き上げ・質の監査の整備強化・認知症追加給付積み増し・介護休暇創設
第3次改革 (2008年～検討中)	<ul style="list-style-type: none">・要介護認定の抜本的改革・保険料再引き上げ・補充積み立て制度の創設

出所：斎藤(2002)『ドイツと日本「介護」の力と危機』83頁。

2) 「追加的給付」の内容 (SGB XI § 45a, b, c 項)

ドイツでは認知症への要介護認定での不十分な評価や介護不足もあり介護保険に追加給付が認められた。それが2002年1月に施行された「介護保険給付補完法」(SGB XI § 45a 項, b 項)である。この制度では「精神障害や精神疾患を含め、認知症のように能力に障害がある人の場合、介護保険以上法以上の援助や介護ニーズがある場合が多い」(斎藤：2012)と介護保険給付のほかに1年に460ユーロ分の介護サービスを用意した。下記の表3-7のように、追加給付のための13条件の最低二つ、もしくは1～9の重度の条件の最低一つを満たすと追加給付が認定される。

表 3-7 認知症追加給付認定のための 13 条件

認定のための 13 条件	
1, 見境なく住居を離れてしまう	
2, 危険を誤認する、もしくは危険を引き起こす	
3, 危険な状態のものに適正に対処できない	
4, 状況を誤認して攻撃的になる	
5, 不適切な行動をとる	
6, 自分の欲求や感情をうまく認識できない	
7, 療法時に必要な協力ができない、もしくはうつ病になったり攻撃的になったりする	
8, 高次機能障害(記憶障害・判断力の低下)、社会的な判断能力がない	
9, 昼夜のリズム障害	
10, 日程管理が出来ない	
11, 誤認、適切でない反応	
12, 不安定な感情、もしくはコントロール出来ない行動	
13, 意気消沈、失意、孤立、もしくは絶望	

出所：斎藤(2012)『ドイツと日本「介護」の力と危機』94 頁. 一部改編

表 3-8 認知症追加給付認定のための 13 条件の参考例

参考例	
1, いつも子供や両親を探して外を歩き回る	8, 住居が分からない、お金が使えない
2, 道路を歩いて車や自転車を止めてしまう	9, 夜中に家族を起こす、夜に不穏になる
3, 腐ったものやタバコを食べてしまう	10, 規則的な食事や活動が出来ない
4, 物を壊す、理由なく他人を中傷する	11, 人がいないのに話しかける、幻覚
5, 部屋で大小便をする、理由なく叫ぶ	12, 突然泣く、他人への不信
6, 空腹が分からない、傷も分からない	13, 生きている意味がないと嘆く
7, 食事を拒否する、無気力に過ごす	

出所：斎藤(2012)『ドイツと日本「介護」の力と危機』94 頁. 一部改編

これらの認知症介護追加給付を 2008 年に大幅に拡充した。月額最大 100 ユーロ、もしくは重度の場合 200 ユーロとなり、年間に今までの 5 倍以上の最大 2400 ユーロとなった。更に SGBXI § 45c 項に関連して、施設入所の認知症などの人に“介護アシスタント：Betreuungskräfte”が 2008 年から付くことになった。(SGB87 § b : Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen) これは身体介護よりコミュニケーション支援のための職種である。斎藤はミュンヘンでの事例を挙げ、120 人の入所介護ホームでは介護アシスタント一人が平日 4 時間だけ働き、記憶力回復訓練の手伝いやグループ活動の補助、散歩への同行をしている。

筆者が研究を行ったオットブルンの高齢者施設：KWA ハンスサイデルハウスでは、具体的な事例をホームページで挙げている。

- 「・官庁に行くこと、医者への訪問への付き添い
- ・役所、介護金庫や疾病金庫、保険会社の対応の際の援助
- ・一日中のアシスタント(家事の切り盛り、ショッピング)
- ・朗読、散歩に行く、会話
- ・イベントへの同行と旅行

条件と価格は問い合わせてください。私たちは喜んで再融資の可能性を助言します。」

3) 音楽療法と SGBXI § 45a, b, c 項

ベルリンの高齢者施設 Schönholzer Heide GmbH では“SGBXI § 45a,b,c の法律は何を含むのか？”と、ホームページに追加給付の具体例を挙げて詳細に説明している。

特に認知症の人に供給状況の改良、介護給付補償法の追加の介護給付は、重大な認知症の人のために世間一般の監視と介護法 SGBXI § 45a,b,c で定める。これらの追加の介護給付は、介護を必要としている人のための素質を気につけ、使用可能な介護を提供し、介護を受けている人の可能性に免責を提供すべきである。

SGBXI § 45b とは：この職業と介護は、その都度その人の財源について方向性を定めなければならない。その中に重要な人生の特徴を、課題と活動に結び付ける。介護課題の性質は、それゆえ患者、家族、介護者で取り決める。それぞれの興味、財源、人生の背景とを考慮に入れて、個別性の介護の提供向けに作られた。この引用例は私たちが多様な介護を提供できるということを紹介する。これらのリストの内容についての要求と認識は益々広がるようになる。

①歌う：みんなで歌う・演奏する、あるいは馴染みの歌を聴くことは自分自身の子供時代や若いころの出来事や心情を助け、記憶を呼び覚まし、認知症の人に言葉で感情を押し付けることなしに与えることができる。②運動すること ③読む ④演奏：非言語でも言語でもコミュニケーション構造を促進させることが出来る。演奏は、特別な人生記録の仕事や記憶のトレーニングに適している。⑤ダンス：ダンスは多くの要素と良い統合をもたらす。リズムカルな介護、音楽による回想と肌に触れる体験を有効に結び付けるのは、ダンスでしかない局面である。

第3節 ドイツにおける音楽療法の評価（H. I. L. D Eより）

1. 認知症高齢者の QOL

1) 日本における認知症高齢者の QOL

認知症に対して「QOL」をどのように概念化し評価していくかを明確にした上で質的・量的に研究を行うことは重要であるが、困難さを伴っている。「認知症の中核症状には記憶力と認知機能の障害があり、QOL に関する主観的な判断と表現が難しく」(村上ら 2007)、「当事者自身による主観的評価は、本人が軽度の場合に自身の評価を楽観的に、中等度以上に進行すると判断自体が困難」(本間 2001)になり、「笑顔」がポジティブな評価に繋がる傾向があるが「それ自体が社会的強化によって形成された行動」(望月 2001)と考えられる場面もある。

田島(2010)は日本のリハビリテーション学における QOL 概念の生成と変容について、1 期：1984 年～1990 年「ADL から QOL へ」、2 期：1991 年～2000 年「QOL 向上のための ADL」、3 期：2001 年～2005 年「健康関連 QOL・“効用”へ」の 3 期間に分類し、各期の主要な思想的特徴を挙げている。1 期では上田(1984)の「自立概念の再考の促し」「自己決定権の重要性」、2 期では上田(1993)の QOL の構造化と、この期の二つの論調(QOL を主観的もしくは客観的に分節化しどちらかの重要性を主張、疾患や障害状況・作業活動などから QOL の視点を模索)、3 期では西森・福原(2001)の QOL の要素を身体機能、心の健康・メンタルヘルス、社会生活機能を報告している。今後の課題として田島ら(2010)は「主観的 QOL と客観的 QOL の対立状況の解決方法、意思表示が困難な対象者の代理可能性について述べている。

しかし、日本では周辺症状(BPSD)の「治療・対応について事例研究や介護職・家族へのインタビュー調査の結果を質的に分析した研究がほとんど」(加瀬ら 2012)という状況である。その BPSD は、認知症高齢者自身と介護者や家族にとって大きなストレスになり、QOL を大幅に低下させるものである。

2) 認知症高齢者における高い QOL の事例

Whitehouse, Peter J.(2008)²⁸⁾は、「ゆるやかな認知症の 88 人のうち、認知症と診断された 67%がとても良い、または、良い生活の質だと答えたが、15%の人は生活の質は悪いと答えた。前向きな良い生活の質だと答えた人々は、意味のある他者とのつながりを持っており、社会的状況にも効果的な意識を持っていた。生活の質について私達が全ての努力をしなければならない決定的な本質を、“認知症の人は恐ろしい苦痛を伴い、何の慰めもない

28) ケースウェスタンリザーブ大学の神経学の教授で医学博士・学術博士。精神医学、神経科学、心理学、看護学、組織行動、認知科学、生命倫理学も担当している。http://www.peterwhitehouse.com(2012 年 10 月 30 日)

病であるという仮説について何の立証も与えないこと”だと研究は指摘した。」と 2004 年の Cayton,H.による研究を紹介している。

また、高い生活の質を維持した例を挙げている。有名な物理学者でもあり進行性の認知症であった彼の患者は、脳の老化が進行する間も昔の同僚を訪ね続けた。同僚との安定した関係性から、帰属意識・専門的な業績のプライドを持続させ、精神的な自信を得ていたことから、後に世界的な法則として知られることになる「休みなく続けること」を発見したのである(Whitehouse,Peter J.2008:30)

2. ドイツの認知症に対する取り組み

ドイツでも認知症の研究が盛んに行われている中、「QOL」の概念化を明確にし質的・量的・継続的な研究が続けられている。特にハイデルベルク大学が主導して行った研究は、2003 年から今日まで施設と住民との絶え間ない交流を通して検証を重ねながら発展しマニュアル作成まで到達している。

本節では、以下の報告書から認知症の QOL、音楽療法や音楽による活動を概観する。

- ・「自立的な生活の可能性と限界：(MuG I～IV)」(1991 年～2007 年)

ドイツ連邦家庭省が 1991 年から継続的に調査を実施

- ・「最新の研究と認知症プロジェクト：Aktuell Forschung und Projekte zum Thema Demenz」(2006 年)

ドイツ連邦政府報告書

- ・「認知症患者の QOL のためのハイデルベルク方式(H.I.L.DE²⁹)」

ハイデルベルク大学老年学科と同大学病院老年精神医学科の主導による研究

また、ハイデルベルク大学に赴き H.I.L.DE プロジェクトを立ち上げた Johannes Schröder 教授にインタビューを行うことで全体像を捉え、認知症患者の QOL に関する考察を行う。

H.I.L.DE プロジェクトは 2003 年から始まり現在も継続中である。このうち本節では、マニュアル作成までの 2003 年～2006 年／7 月・11 月の報告書を取り上げる：H.I.L.DE I～H.I.L.DE III).

また補足資料としてベルン大学のステファニー・ベッカー教授が H.I.L.DE について発表した 2007 年「H.I.L.DE」、2010 年「Herausforderung Demenz」、2011 年 9 月「Das Konzept

²⁹ H.I.L.DE とは研究テーマのタイトルである **H**iedelberger **I**nstrument zur erfassung der **L**ebensqualität **D**emenzkranker **M**enschen の頭文字を取った略称。以下 H.I.L.DE と記載

H.I.L.D.E」を使用する。

1) 立法の動き

ドイツは、2040年までに60歳以上の人口が2770万人(総人口の35.2%)、介護保険の受給者は2040年に340万人、また認知症患者が2030年には170万人と予想されている。2008年には介護発展法(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)が施行され認知症に対して質の高いケアを求めている。

・1994年「公的介護保険：Soziale Pflegeversicherung」を制定、1995年施行。介護保険に給付対象者に年齢区分はなく要介護状態になれば子どもから高齢者までが対象となる。

ドイツでは介護度を3区分とし在宅介護・施設介護とも介護の頻度、介護時間等に基づき同じ基準である。要介護度1：中度/毎日1回以上、1日1.5時間以上の介助／要介護度2：重度/毎日3回以上、1日3時間以上の介助／要介護度3：最重度/夜間も含めて24時間体制、1日5時間以上の介助となり、この上に「特に過酷な場合」のランクがあるが要介護度3に含まれ例外的なケースである。また軽度の要介護者は給付対象外である(泉、2005)。

・2001年「介護の質保障法：Pflege-Qualitätssicherungsgesetz」を制定、2002年施行。(高齢化社会に伴い認知症ケアへの関心度も高い)

・2007年「自立的な生活の可能性と限界」：Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung」(ドイツ連邦家庭省の研究プロジェクトによって提出)

・2008年「ドイツ介護発展法：Pflege-Weiterentwicklungsgesetz」が制定施行。(認知症高齢者の身体的ケアから生活の質を高める認知症ケアに重点を置いたもの。介護給付増額、ケースマネジメントの導入、保険料率の引き上げ、認知症ケアの改善などの内容が盛り込まれた)

2) 各種報告書

「自立的な生活の可能性と限界：Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung」(通称：MuG)の概要

MuGは1991年に始まったドイツ連邦家庭省による研究であり2007年までに4回の報告が行われている。

①MuG I (1991年～1993年)「自立的な生活の可能性と限界、介助と要介護の扶助」

—自宅の状況— 無作為抽出検査により25736軒の自宅、住民2950人が対象。

②MuG II (1994年～1996年)「自立的な生活の可能性と限界、介助と要介護の扶助」

—施設入居者の状況— 無作為抽出検査により535のホーム、施設入居者3622人が対象。

③MuGⅢ(2002年～2005年)「自立的な生活の可能性と限界、介助と要介護の扶助」

—自宅状況の進展— 無作為抽出検査により 25095 軒の自宅、住民 57617 人が対象.

④MuGⅣ(2005年～2007年)「自立的な生活の可能性と限界、介助と要介護の扶助」

—老人ホーム状況の進展— 無作為抽出検査により 609 軒のホーム、施設入居者 4229 人が対象。(後述する H.I.L.DE についての記述有り)

上記の MuGⅢに初めて認知症が取り上げられ MuGⅣの報告書が出された後にドイツの介護保険法の改正案が成立しており、認知症ケアに影響を与えたと思われる。(荒牧 2011)

「最新の研究と認知症プロジェクト：Aktuell Forschung und Projekte zum Thema Demenz」(2006年)

・認知症プロジェクトの背景

ドイツ連邦共和国では、すでに 120 万人の人々が認知症で苦しんでいる。年配の人はアルツハイマー型の認知症が最も多い。彼らはふさわしくない扱いをされていることに気付かれる事がしばしば遅れる。援助が病気の進行を遅らせ軽減させる結果になることは僅かしか知られていない。認知症患者の最も多くは自宅で生活しているので介護者としての家族の悩みが大きく、しばしば介護者自身が病気になる。

1991 年以来ドイツ連邦労働省は、450 のプロジェクトを行ったが少なくとも 3 分の 1 のグループは認知症プロジェクトである。認知症になる人々のためにこそ介護の質と生活の質はより重要である。ドイツ連邦政府は認知症の人々の生活の質の把握と介護と看護の尺度と手段について強化し促進した。ドイツ連邦政府は、アルツハイマー協会と 2001 年に匿名でアルツハイマーについて相談できる電話によるホットラインを創設した。これまでに 6500 回の質問に答えている。

これらの現状を踏まえたこのプロジェクトは MuGⅢを総括し、政府のプログラムである“健康の研究”により連邦教育省が認知症専門家ネットを支援した。認知症専門家ネットは、ドイツ中の認知症研究の先端である大学の機関と合同で 14 からなるネットである。“精神的な健康のための中央研究所”があるマンハイム大学がコーディネーションし、以下の大学を統合して行われた。研究を行った大学は、ベルリン大学・ボン大学・デュッセルドルフ大学・エアランゲン大学・フランクフルト大学・フライブルク大学・ゲッティンゲン大学・ハンブルク大学・ハイデルベルク大学・ハンブルク大学・ライプツィヒ大学・ミュンヘン大学である。

この中に“認知症患者の QOL の把握”について研究しているハイデルベルク大学の報告が

ある。

「認知症患者の QOL のためのハイデルベルク方式(H.I.L.DE)」(2006 年)

①プロジェクト H. I. L. DE の概観

このプロジェクトは「特定、あるいは施設に居住している老年精神学上の患者の生活の質の把握についての手段の発展」について 2003 年 6 月から 2009 年までドイツ連邦家庭省の助成を受けてハイデルベルク大学の老年学研究所(指揮：Anderea Kruse 教授)とハイデルベルク大学病院の老年精神医学科(指揮：Johannes Schröder 教授)によって始まった(H.I.L.DE I ~ H.I.L.DE III)。

それ以降は「老年と痛み」研究会、ドイツ連邦全土の多くの高齢者施設、様々な学問分野(医学・看介護学・老年学)の代表者からなるプロジェクト審議会が共同で行っている(H.I.L.DE IV・H.I.L.DE V)。H.I.L.DE I ~ H.I.L.DE III で質的・量的な研究を行い H.I.L.DE IV・H.I.L.DE V でマニュアル化を確立しようとしている。

また認知症のレベルを実践の現場である施設と住民との絶え間ない交流の中で一貫した研究が行われている。

②プロジェクトの目的

自宅に住んでいる人の精神上の変化の生活の質の把握、認知症特有の患者で自宅に住んでいる人も把握も可能である。これらの手段は学問的に裏付けられたことと同様に自宅に住んでいる認知性の処置の実践と介護と看護にも最も大きな可能性を見つける。したがって、このプロジェクトの目的は、プロジェクト期間の終わる前に自宅に住んでいる認知症患者の生活の質の把握の手段を考慮に入れた。

③プロジェクトの審議会

H.I.L.DE のためにプロジェクトの審議会がプロジェクトの期間に全部で 3 回行われた。審議会は 2004 年 2 月、2005 年 2 月、2006 年 3 月にハイデルベルク(老年学の研究所)でその都度行われた。

審議会は以下のメンバーで構成されている。

- ・ハイデルベルク大学の分子生物学のためのセンター(ZMBH)
- ・ドイツ連邦健康省の長
- ・ドイツアルツハイマー協会事務局長、ベルリン
- ・KK トレーニング(継続教育の指導)、エッセン
- ・医学部の老人病学診療科の医長、エリザベス-克蘭ケンハウス-ハウスベルク、エ

ッセン

- ・精神医学と精神療法の診療科、フランクフルト大学
- ・疾病保険金庫中央組織事務局長、エッセン
- ・老人医学と早期リハビリテーションのための診療科医長、マリエン病院、ボーフムル
ール大学病院
- ・社会経済局長、KDA、ケルン
- ・ビーレフェルト大学の介護学研究所
- ・シュトゥッツガルトのリチャードバーガーハイムの施設長、ドイツ認知症看護の代表
者
- ・カトリック教の老人ホーム連盟事務局長、老人扶助の施設のドイツ協会、フライブル
ク
- ・精神的な健康のための精神老人医学の中央研究所、マンハイム
- ・州立介護精神科医長、ハンブルク

④H. I. L. DE の流れ

2006年から現在までの研究の方向性は「H.I.L.DEの構想」(Das Konzept H.I.L.D : 16)
が参考になる.

H.I.L.DE I : 内容と統計的把握と構想を練り上げる→構造と形式

H.I.L.DE II : 統計的把握の形式と適応

H.I.L.DE III : 使いやすさと実践への適性

H.I.L.DE IV : マニュアルの作成

H.I.L.DE V : マニュアルの評価

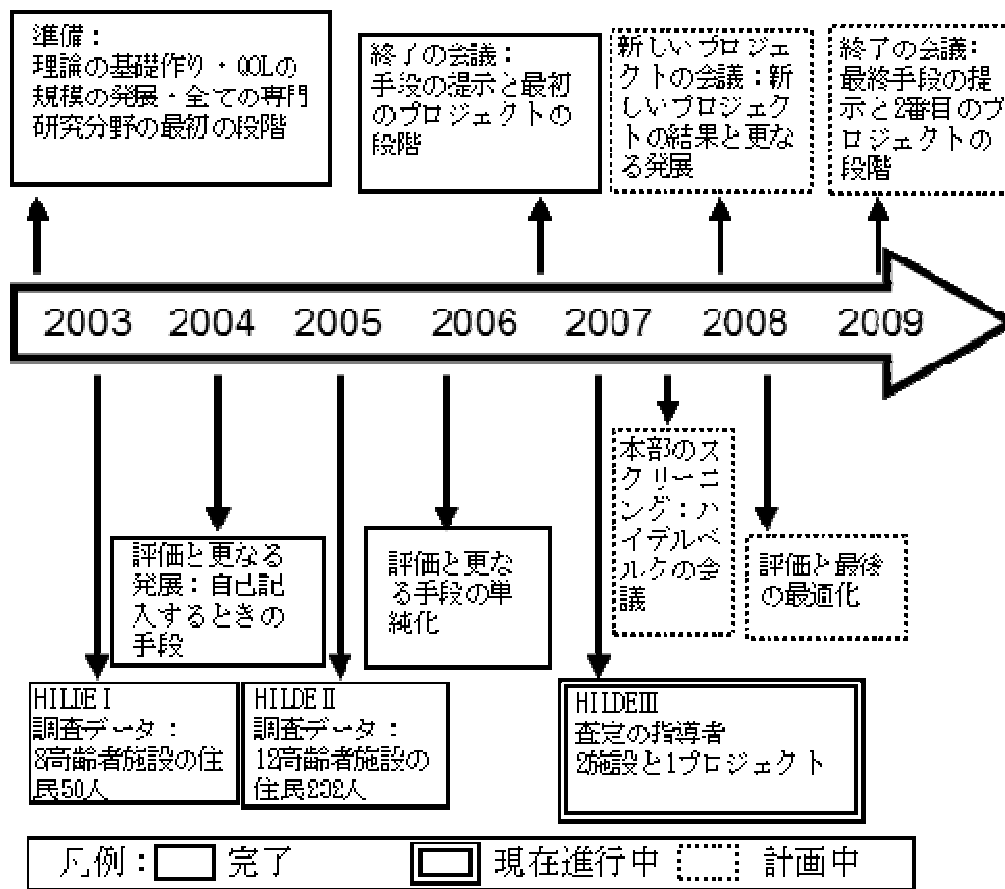


図 3-2 H. I. L. DE の流れ (2006 年時点)

出所：H. I. L. DE November 2006, 11 頁.

この図からプロジェクトが綿密に組み立てられ介護現場との密接な連携と検証を重ねながら進展してきた研究だということが分かる。

3) H. I. L. DE 方式の内容

H.I.L.DE プロジェクトの本質的な採択は、認知症患者に狙いを定めた働きかけの可能性のために重要な基礎となり、認知症患者の把握ができる。明白な認知不良については、認知症患者は医者・介護者・家族により多くの理解が必要であり普通の完全な相互作用はない。多くの新しい研究論文はそれについて教えている。

認知症患者は、進歩した段階に居て状況に反応して言葉を使わずに気持ちを表すことができる。それにより認知症患者の気持ちを理解することが出来る。

認知症患者の生活の質を把握する手段の意義としては次の 3 つがある。

- ① 状況に反応すると共に個別を理解し、介護者が貢献することは専門的知識に応じて行動することが必要である。
- ② 認知症患者の意識を高めるために介護者としての行動は H.I.L.DE プロジェクトが影響

を与える。H.I.L.DE プロジェクトは生活の質を把握し、介護者を援助することが出来る。
③介護者としての行動と要求する反応が今の認知症患者の精神上的状況を繰り返し、以前と比べオリエンテーリングをもっと増やすことで生活の質が高まったことが捉えられる。

4) 方法

施設に居住している 365 人の男女を精神的・生理学的に包括的に調査する。これらの基礎的調査は認知の状況、精神的病理学的兆候、生活の知識と感情的なものとは区別して評価し、無作為抽出検査を行う。

平均年齢は 85.4 歳、最小値は 59 歳、最大値は 103 歳。施設居住の平均値は 3.4 年、最小値は 1 ヶ月、最大値は 35.9 年。MMST³⁰の平均測定値は 11.9、基準値逸脱は 9.8、GDS³¹は 4.7、基準値逸脱は 1.8、ADL は 48.8/100、基準値逸脱は 28.2。

住民の男女の多くは精神病の症状が目立ち、明確な NPI³²が 87%。精神病理学的臨床診断画像は比較が可能になることをもたらす。頻繁なうつ状態が 52%、無関心 41%、興奮 38%、そして、手や頭を常同的に動かす行動が 34%であった。

H.I.L.DE プロジェクトは、施設に住んでいる介護者にインタビューした。これらのインタビューの発言は、住民の感情的な精神状態や環境を切り取って定義し、その上、施設の内外に好きな場所があり、そして、繋がりのある人が施設の外にいる。

インタビューで住民の痛みの状態の強弱、痛みの場所を特定したところを含め、痛みの強さが評価された。特別な手段を使って診断された身振りや表情、音を聞くことの基礎で特別に発展された手段である痛みの診断学が使われた。個々の状況と感情と環境の切り取りは FACS(Facial Action Coding Systems : Ekman, P. ら 1978:表 5-1)に基づいて行い、そして、AARS(Aparent Affekt Rating Scale : M.Powell Lawton ら 1999)で何かができる可能性があり、AARS はそれぞれの感情が極めて高い確率で理解でき分析できる。

³⁰ MMST とは認知症の診断に使われる Mini Mental State Examination のドイツ語訳で,Mini Mental State Test の略。

³¹GDS とは老年期うつ病評価尺度で Geriatric Depression Scale の略。
http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/review_geriatrics_48_5_431.pdf(2012年5月8日)

³² NPI とは Neuro Psychiatric Inventory の略.これは介護者への質問表であり,認知症患者の精神症候の評価尺度.前頭側頭型認知症を呈している患者の多くは各症状の発現を否定し,なおかつ認知機能も正常に見えることから実際に異常な点や生活上の問題は介護者にしかわからないケースが多いからである。
http://www.als.gr.jp/staff/sympo/14th_sympo/sympo14_02.html(2012年5月8日)

表 3-9 EM-FACS

em-facs 記号化の活動単位	
1	眉の内側を上げる
2	眉の外側を上げる
3(=50)	言葉による反応
4	眉を下げる
5	上まぶたを上げる
6	頬を上げる
7	まぶたを閉じる
8	唇を接近させる
9	鼻にしわを寄せる
10	上唇を上げる
em-facs 言葉の扱いの解釈	
0	辞書に無い
1	怒り
2	軽蔑
3	嫌悪感
4	悲しみ
5	驚き

出所 : Andreas Kruse, etc (2006) 「H. I. L. DE」 45 頁. 一部改編






		7	1	2	3	4	5
		Not in view	Never	Less than 16 sec.	16-59 sec.	1-5 min.	more than 5 min.
PLEASURE Signs: Laughing; singing; smiling; kissing; stroking or gently touching other; reaching out warmly to other; responding to music (only counts as pleasure if in combination with another sign).							
ANGER Signs: Physical aggression; yelling; cursing; berating; shaking fist; drawing eyebrows together; clenching teeth; pursing lips; narrowing eyes; making distancing gesture.							
ANXIETY/FEAR Signs: Shrieking; repetitive calling out; restlessness; wincing/grimacing; repeated or agitated movement; line between eyebrows; lines across forehead; hand wringing; tremor; leg jiggling; rapid breathing; eyes wide; tight facial muscles.							
SADNESS Signs: Crying; frowning; eyes drooping; moaning; sighing; head in hand; eyes/head turned down and face expressionless (only counts as sadness if paired with another sign).							
GENERAL ALERTNESS Signs: Participating in a task; maintaining eye contact; eyes following object or person; looking around room; responding by moving or saying something; turning body or moving toward person or object.							

図 3-3 AARS

出所: <http://www.abramsoncenter.org/pri/documents/observedemotion.pdf>

生活の質の基礎は、今の気持ちを感じる気持ちがあるということ、住民の定義した個々の状況において生まれる気持ちと切り取られた環境と安定した時間は興奮を抑える。住民が今満足しているかどうかという答えは、今感じている主観的な生活の質を表わす。

客観的な個々の生活の質の基礎は、生活の質と経済的基盤に関する環境と医学と介護者の質となる。

5) 結果

無作為抽出検査で4つの能力別グループに分けた。

- ・グループ 1 : 軽度の認知症/LD (日常生活に出来ることが残っている)
- ・グループ 2 : 中程度の認知症/ MD(日常生活に出来ることが少しだけ残っている、中程度の認知の喪失、認知と関係のない感情と行動)

- ・グループ3：身体的な症状のある重大な認知症/SD-S（日常生活の能力は低くなる、認知の程度が強く失われている、無感動）
- ・グループ4：精神病理学上の兆候のある重大な認知症/SD-P（日常生活の能力はさらに低く認知の障害でない障害もさらに増え、特にそう病とうつ病がある）

4つの異なる能力別グループにおける感情的な精神状態の特徴は違っている。感情的なバランスは、重い障害があれば明らかに困難さを抱える。

活動を分けると「社会的な活動」「運動を行う活動」「認知症特有の援助を含む活動」となる。特に社会的な活動が前向きな感情を引き起こすことが分かる。ただ、4つのグループの間には多くの違いがある。

また、前向きな感情を引き起こすこととして“大好きな場所”が住民にある。住民の71%には大好きな場所がある。同時に、比較的多くの割合で大好きな場所に行きたいと思っているが、これは同伴者の協力があって出来ることである。

施設の住民の42%に痛みのある状態がある(痛みの状態の強い人が9%、適度の痛みが29%、軽い痛みが4%)。

住民59%は、精神薬物学上の治療がうまくいっている。住民の23%は、薬の飲み合わせが良くない。住民7%は薬の量が足りないか、薬を全く飲まないほうが良い。

6) 結論

H.I.L.D.E プロジェクトは住民の活動を細かく理解できる。その活動は感情を伴っているということである。

H.I.L.D.E I の最善の目的は、今までの調査の方法と理論を単純にすること、今のH.I.L.D.E を調査するために日常の介護生活で使いやすさを調べることを意図してH.I.L.D.E II に発展した。

これ以上のテーマは、既にプロジェクトチームが状況を把握しており、施設の住民と個人的な世帯の生活の質を分析し応用することである。

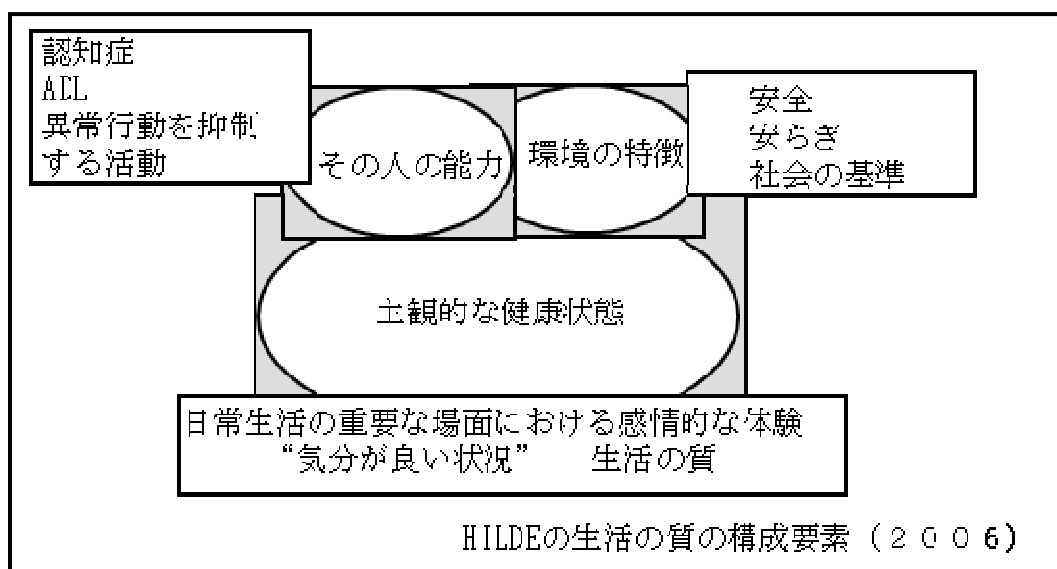


図3-4 H. I. L. DE の QOL の概念
 出典：H. I. L. DE November2006, 7頁.

H.I.L.DE において「QOL は概念のもとに肯定的・主観的満足度と合せて理解する。したがって、QOL はそれぞれの生活状況の集積、主観的な幸福感の内容によって決まる」としている(H.I.L.DE Juli 2007,11)。

この図から日本では認知症の人の QOL について様々な議論のある中、H.I.L.DE では QOL 概念を明確に打ち出してプロジェクトを進めており日本での研究に示唆を与える。QOL の土台となるものは”気分が良い”と感じる体験でありその人の感情について重要性を認めている。その上に「主観的な健康状態」「その人の能力」「環境の特徴」がある。その人の能力のために異常行動を抑制する“活動”と ADL、そして、安全・安らぎ・社会の基準が支えている。QOL の基礎となる”感情”をどのように評価していくかが大きな命題である。したがって、この報告書では感情の測定やその意味について詳しく書かれている。そして、認知症高齢者の生きてきた世界についても表している。

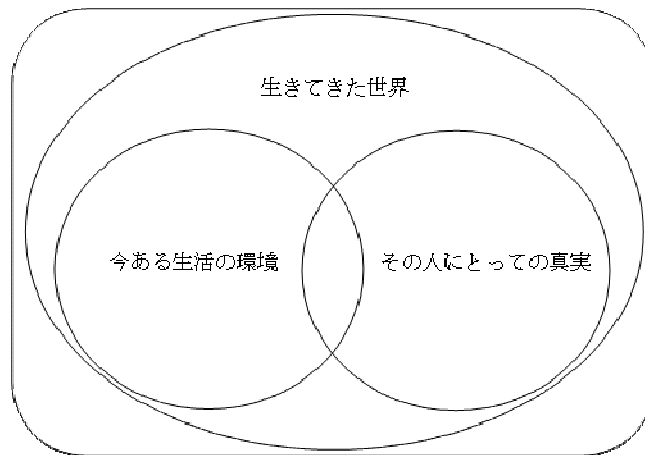


図 3-5 生きてきた世界

出所：H. I. L. DE Juli 2007, 12 頁.

また、報告書は生活の質のために特に重要な 5 つの専門分野を挙げている。

(1) 能力別グループの評価

A 痛みの体験と医学の処置 B 客観的・主観的な環境 C 活動

D 社会と繋がるシステム E 感情の体験と満足感

(2) H. I. L. DE による感情の指標

表 3-10 H. I. L. DE-ES (H. I. L. DE 感情スケール) の詳細と評価

身振り・仕草・表情		
ほほ笑み	目が輝く	表情がほぐれる
眉を寄せる	ふくれっ面・口を固く閉ざす	視線を落とす
驚きや恐怖でビクッとずる	額に横しわが出来る	緊張した表情
無表情	しかめっ面	うつむく
アイコンタクト	対象になる人を目で追う	過大に活動的に参加する

姿勢	
他人に優しく触る・なでる	優しく他の人を掴む
追い返す	積極的な行動
組んだ手をすり合わせることを続ける	覆える
頭に手をやる	ある人から離れるように体を反らす
何かに反応し、ずっと動いている	ある人の方向に体を向ける

音の表出		
歌う	音・聞き取れる笑い声	喜びについて言葉で表現
悪態をつく・罵る	怒って叫ぶ・喚く	怒りについて言葉で表現
素早い呼吸	突然叫ぶ・繰り返し叫ぶ	不安や心配について言葉で表現
呻く・ため息をつく・喚く	泣く	悲しみについて言葉で表現
何か物音に反応する	繰り返し質問する	興味関心について言葉で表現

出所：Andreas Kruse, etc (2006) 『H. I. L. DE』 53 頁.

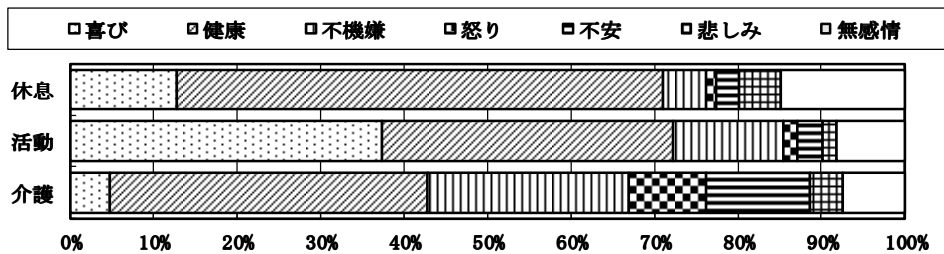


図 3-6 日常生活での感情

出所：H. I. L. DE November2006, 24 頁.

「”不機嫌”に対して QOL のために促進が必要であり、日常生活で認知症の人は様々な気持ちを感じている。介護の状況は否定的な感情を伴っている」としている。(Das Konzept H.I.L.DE,11) また感情がどのような指標において観察されるのかということ調べている(図 3-7)。

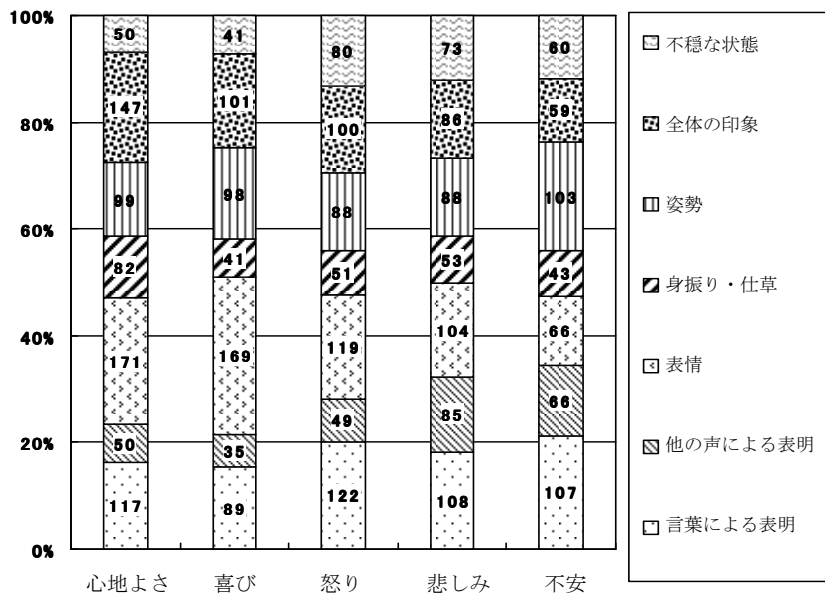


図 3-7 感情の指標

出所：H. I. L. DE November2006, 25 頁.

まず始めに住民の全体の印象から細かい感情を観察していく。観察している時間の中でも気分状況はしばしば変化するので、その時々気分状況を見分けることが介護や介護の介入プランに役立つことになる。H.I.L.DEの調査によって住民の表情や身ぶり、仕草が住民の感情的な体験を考慮するための評価基準となることは明らかである。

(3) 認知症の度合いによる感情の特徴

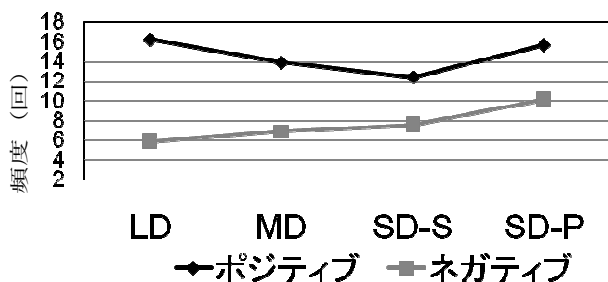


図 3-8 認知症の度合いによるネガティブ・ポジティブ感情の頻度の特徴
出所：H. I. L. DE Juli 2006, 113 頁.

認知症の度合いが重くなるにつれてネガティブな感情は増加するがポジティブな感情は減少の一途を辿らない。精神病理学上の兆候のある重大な認知症/SD-Pはポジティブ感情が減少しないのである。

(4) アクティビティ

アクティビティの選択はカテゴリーの異なった基準がある。社会的な活動(例えば歌を歌う、作業療法)、スポーツと運動(例えばエルゴセラピー、体操もしくは同伴者との散歩)、また認知症患者のための特別な(グループへの)提供(例えば記憶力トレーニングやトイレトレーニング)に区別する。カテゴリー選択も内容に関する評価を支えることも H.I.L.DE 方式であり、その際にカテゴリーに似た内容に関する共通の表題を要約することになる。

データは、研究に参加している 12 の施設が提供しているアクティビティを示している。特に社会的な活動の作業療法(参加率 67.9%)・歌うグループや合唱(71%)への参加が多く、認知症患者のために記憶のトレーニング(62.5%)も多い。施設の住民は 78%が定期的に少なくとも週に 1 度は活動に参加している。住民は 3 つか 4 つの活動の一部に参加するのが平均的で、活動の全体の実施回数は 9 日から 38 日、すなわち提供されている活動に毎日のように参加している。その際に作業療法の提供は平均して 1 週間に 2~3 回、認知症患者のための特別な提供とエルゴセラピーはほとんど毎日提供した。

介護施設はその時の住民に適切であったかという活動の程度を議論した。その活動が住

民にとって喜びをもたらす、喜びを感じる活動だったのかという住民の”気持ちのよさ”を明らかにした。一番多いのは「歌うこと・合唱」92.8%、次に「作業療法」(91.0%)、「同行者との散歩」(88.6%)であった。更に、その活動が”喜びの感情が可能になる活動”なのか調べた(表3-11)

表 3-11 喜びが可能になる活動：住民の参加率

単位(%)

活動性	参加率	喜びの感情になった活動	喜びの感情になる可能性
	%	%	%
社会的な活動			
作業療法	67.9	91.0	23.7
歌うこと・合唱	71	92.8	25.0
礼拝に行くこと	62.5	78.2	12.9
他の社会テーマのグループ	60	83.3	5.7
スポーツと体操			
患者のための体操	37.8	64.7	3.9
エルゴセラピー	36.4	87.5	6.1
体操	52.3	73.3	11.9
ダンスグループ	33.3	66.7	3.0
同伴者との散歩	70.7	88.6	26.7
認知症患者のための特別な(グループ)の提供			
記憶力のトレーニング	62.5	71.4	17.8
活動	68.5	80.0	13.2
特有のトレーニング(食べることやトイレトレーニング)	56.4	59.1	3.4
その他の提供	69.8	72.7	7.9

出所： H. I. L. DE Juli 2006, 93-95 頁. 一部改編

その際に作業療法、歌を歌う・合唱及び同行者との散歩が明らかに大多数の住民に喜びの気持ちをもたらしている。

結果は、少なくとも住民の活動ごとの背景を探り実状を一致させることが求められており、結果の感情の重要な状況の背景は、特に過大な要求により否定的な感情を頻繁に体験している重度の認知症患者について教えている。住民の活動の一部は喜びをもたらさず、環境資源と住民の欲求との間に環境面の誤りを解釈するようになる。

7) H. I. L. DE 方式の発展のねらい

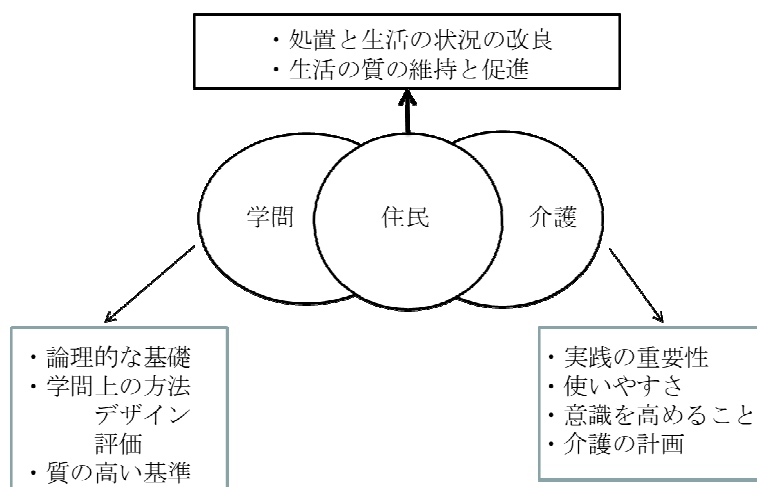


図 3-9 H. I. L. DE 方式の発展のねらい
出所 : Becker, S. (2011) 『Das Konzept H. I. L. DE』 14 頁.

この図から、QOL の維持と促進のために住民を支える両輪となっているのは学問と介護である。プロジェクトの審議会のメンバーを見ても分かるように、他職種がチームを組み、施設の住民との絶え間ない交流を通して進められたからこそ導かれた結果である。そして、そのデータを一部の人が使うものではなく、住民の QOL に関わる職種の人々が使いやすいものになるようにと研究が進められたことも意義深いことであると考えられる。

8) H. I. L. DE 方式の総括

H.I.L.DE の内容に関する構造は客観的、個人の能力の他に主観的・客観的な環境の特徴も含んでいる。この二つの局面は認知症患者の生活の水準に必要な資源であると理解出来る。そして、この尺度は 5 つの様々な分野に区分されることと見合っている。そういうわけで感情的な体験を観察することが日々の状況による感情を考えられる。それぞれ介入していく個々の住民の可能性に対して、介護したり世話をしたりプランを立てるには記録した数値と能力別に分けた基準を関連付ける必要がある。このように期待値が現実的に予測・測定・評価することができる。現実的に予測できるからサービスの与えすぎ、少なすぎを避けることが出来る。住民の QOL を適切に支援することが出来る。利用者の側から見れば介護と看護の体験したものがより良く保障されるようになると満足する。

プロジェクトに参加したメンバーに学び、それについて習熟することで可能になる。発展してきた段階では第三者か専門家が場所を問わず適用することが目標となり、他の人が使えるようになる。全ての利用者において同じように適用出来るためには二つの記録が必

要となる。

①把握ノート

一人の住民に対して全ての情報が入っており、それは 5 つの尺度の分野が記録されている。住民を観察したその時々把握した情報、それぞれの出来る価値を考慮した活動内容を全て書き留めた時に「把握ノート」となる。

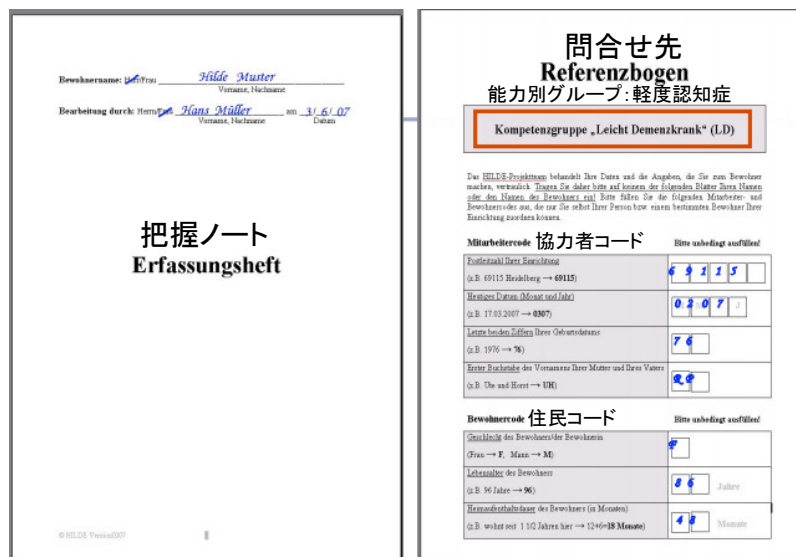


図 3-10 把握ノート表紙

出所 : Becker, S. (2007) 「Pflegeheim der 4. Generation-auch für Demenzkranke」 21 頁.

Erfassungsheft			Referenzbogen		
E1 Typische Stimmungslagen			E1 Typische Stimmungslagen		
E1.1 Positive Alltagssituationen	ja	nein	E1.1 Positive AS	0	1 2 3 4
...wenn Besuch kommt	✓	0	E1.2 Negative AS	0	1 2 3 4
...beim Essen	1	✓			
...	1	✓			
...bei Spaziergängen	1	✓			
E1.1 Gesamt	1				
E1.2. Negative Alltagssituationen			E1 Typische Stimmungslagen		
...bei Einsamkeit	✓	0		Bedarf	Ideen
...bei der Körperpflege	✓	0	E1.1 Positive AS	✓	Tochter nach Hobbies fragen
...	1	✓	E1.2 Negative AS	✓	Im Bett waschen
...in Transfersituationen	✓	0			
E1.2 Gesamt	3				

図 3-11 把握ノートの「気分状況の特徴」の一例

出所 : H. I. L. DE Juli 2007 , 23 頁.

この表から肯定的・否定的感情の有無についてチェックし、その値を基に介護プランへ

の必要性やアイデアを書き込んでいる。肯定的感情の促進のために「娘さんに趣味を質問する」、否定的感情を軽減するために「布団カバーを洗う」という具体的なことが記され、把握した感情から介護プランへと確実に繋がっていることが読み取れる。

Erfassungsheft	(1) Teilnahme		(2) An wie vielen Tagen in der Woche? (0-7)
	nein	ja	
Beschäftigungstherapie	0	1	
Singen/Chor	0	1	1
Kirchgang	0	1	
Aktivierung	0	1	
Gedächtnstraining	0	1	
Spezifische Trainings (z.B. Kontinenz)	0	1	
Gymnastik	0	1	
Spaziergang mit Begleitung	0	1	5
Sonstige Angebote:	0	1	
Sonstige Angebote:	0	1	
C1.1 Anzahl angeleitete Aktivitäten	2		6
C1.2 Gesamthäufigkeit angeleitete Aktivitäten (pro Woche)			

図 3-12 喜びが可能になる活動への参加状況
出所：Becker, S. (2011) 『Das Konzept H. I. L. DE』 22 頁.

作業療法、歌うこと・合唱、礼拝に行くことなどのそれぞれの項目について参加の有無を記入し、週に何回参加したかということも把握出来るようになっている。

②評価ノート

調査をした全ての尺度の値が書かれている。そこではそれぞれの QOL の総合点が書かれているのではなく表記されている QOL が書かれている。個々の住民の持っている環境は非常に違う。同じような能力で比べても生活環境が違うのでそれを比較して解釈できるようになっている。

マニュアルは目下の発段階において介入を必要とする対象の変化を調べるプランニングノートとなる。全ての住民の状態の把握ノートを書いている間は重要な評価である。

すでに詳しく表している感情の指標についての評価はそのつど行われ、所属しているグループは基準値を突き止めている。評価ノートは 4 つの異なった提示をし、そのつど基準値を見つけ、拡散すると目印をつけた以前の調査データから価値あるものを獲得する。

肯定的もしくは否定的な住民のそのつどの逸脱は、個々の活動内容を確認することで重要

な平均値として見つげられた。

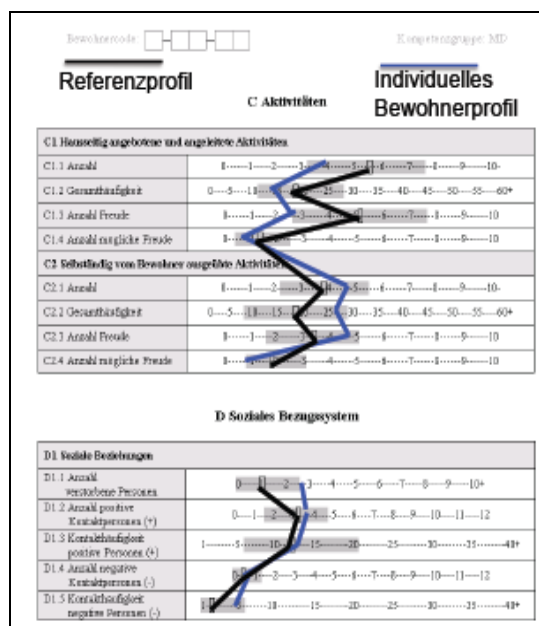


図 3-13 個別の住民のプロフィール
出所：Becker, S. (2011) 『Das Konzept H. I. L. DE』 37 頁.

把握ノートは介護チームでの協議のために住民個別の QOL プロフィールとして情報を役立て、必要な介護と住民の可能性を見分けるためにある。今の最善の状態や発展、これからの介護の修正や保障についても役立てられる。そして、住民自身が決めた表現による可能性も考慮に入れて介護を保障する。

9) アルツハイマー認知症患者に関する更なる表情の研究

ヨハネス・シュレーダー教授の研究グループは、アルツハイマー型認知症患者 47 人の表情分析について研究を行った(Ulrich Seidel ら 2012)。

表情の頻度としてポジティブな感情は「喜び」、ネガティブな感情として「怒り・悲しみ・嫌悪・軽蔑・恐れ・驚き」があり、「喜び」は表情全体の約 3 分の 1 の出現であった。

47 人にポジティブな感情とネガティブな感情をもたらす絵を見せたところ、ポジティブな感情の絵からポジティブな感情はネガティブな感情の 2 倍出現し、ネガティブな感情の絵からポジティブとネガティブな感情は殆ど同じ割合で出現しなかった。

これらのことから、アルツハイマー型認知症患者はネガティブな感情をもたらすものは無視し、ポジティブな感情をもたらすものに反応している。しかし、表情全体ではポジティブな感情である「喜び」の出現は少ないのである。

よって、喜びの感情に着目してきた H.I.L.DE の意義が更に重要性を増したことが裏付け

られる結果となっている。

10) 考察

H.I.L.DE 方式は、QOL の概念がドイツの研究者の中でも様々な議論がある中、認知症高齢者の QOL を明確に打ち出し、それに基づき誰もが評価を出来るように進められたプロジェクトである。そして、介護現場からの声も反映されるように、絶え間ない交流が図られている。どちらかが欠けたら住民の QOL は支えられない。認知症高齢者が意思表示に困難さを抱えている現状を、表情やアクティビティの状況などから的確に捉えて介護に反映できるように科学的に分析し、評価項目を決定している。まさに住民を支える両輪が学問と介護の分野である(図 3-9)。

H.I.L.DE 方式は認知症患者の「感情」を指標にしており、それが QOL を高めていくことと結びついている。QOL の基礎となる大きな土台が「感情」(図 3-4)である。それは認知症の人が自らの気持ちを言語で十分に伝えられなくても、その意思や気持ちを汲み取り、その中でも特に日常生活に喜びの感情をもたらすことが重要であるとしている。認知症高齢者それぞれの感情を捉え、「不機嫌」の感情をポジティブな感情に促進することを重要視していることは、不機嫌さがポジティブ感情に変わるかネガティブ感情に変わるかの分岐点となる感情だということだろう。その状況に即した、対象者それぞれに最適なアクティビティを提供し、その効果や影響を介護現場において的確に評価しながら、それをまたアクティビティへと繋げる循環を作り出すことが可能となる。それこそが H.I.L.DE 方式が目指しているものとする。

日本の現状を考えてみると、筆者が音楽療法で関わっている軽度認知症の人(高齢者デイサービスの利用者)は「私は言いたいことがあるけどすぐには出てこない。家族でさえ私が言いたいことを言うまで待ってくれない。言葉にしようとして頭で考えているけど口に出すことが難しい」と話す。認知症の人は、自分が認知症になっていくという混沌とした状況の中で不安や焦燥感を抱えており、その時点での「今、ここにいる」自分を感じていることが多い。このような事例を踏まえて「今、ここでの QOL」についてヨハネス・シュレーダー教授に質問したが、「QOL はこれから先の可能性の全部だからそれは無い」との答えだった。しかし、認知症高齢者の「今、ここでの QOL」を積み上げて未来への連続性としての QOL が存在すると筆者は考える。

なぜなら歌や曲によって、それ以前の自分の記憶を取り戻し、また他の参加者と共有することによって、点ではなく昔の自分と今の自分が繋がり、連続体としての安心感がもた

らされるものである。しかし、認知症高齢者の人が出番を待って歌ってもセッション後には自分が歌ったことを忘れ「今日は歌っていませんよ」と話す。しかし、歌う前後で明らかに表情が変わり、思いつめたような表情から明るい晴れやかな表情になる。認知症の人の「“今ここで”の QOL」が確かに存在したと思う場面である。それは確かに表情や姿勢に表れている。

また自分の歌う歌に合わせて他の利用者が歌ったりタイコを叩いて応援してくれたりすることを期待して歌い始める方もいる。そして、これらはグループで行うという活動だからこそフィードバック出来る「感情」となる。したがって、認知症高齢者の「今、ここで」の QOL」を積み上げて未来への連続性としての QOL が存在すると筆者は考える。

また H.I.L.DE 方式は、認知症が進んでもポジティブな感情は減少するどころか増加することを示している。これは介護者にとって勇気づけられることであり、日々の介護の可能性が大きく広がる根拠となる。これは介護者にとっても認知症の人を「介護される人」ではなく「人生の大先輩」としての姿を見出すこととなり、それが認知症の人の QOL を上げることにも繋がる。

H.I.L.DE 方式は活動の評価方法を確立しているが、それを評価できるためのスキルも必要とされる。介護者として認知症の人のこれまでの人生とそれぞれの感情の起伏を理解しその方の表情(全体的な表情に加え目・眉・口角等のそれぞれの細かい動き)の把握を行わなければならない。日本の具体的な例では、厚生労働省が出している通所介護サービスの職業能力評価シートの「通所介護サービスの実施(レクリエーション、アクティビティ)」がある。これにはレクリエーション、アクティビティの企画・準備・実施・介助・検証の項目があり①体力の維持・向上や運動の維持・改善を図るもの②生きがいを見出す、仲間を作る、社会参加の場を作る③おしゃべりやお茶を飲む等、くつろぎやゆとりを得られるものなどが挙げられている。しかし、「喜びをもたらす活動」とは書いていない。結果的に喜びの感情がもたらされるかもしれないが、“楽しさ”より、その活動に対して“喜び”の感情が伴う活動かどうかを考えた途端に実施する際のハードルが上がるはずである。なぜなら、そのためには対象者がどのような認知症症状を呈しており、また対象者それぞれの歩んできた人生、その方の興味・関心など事細かに把握していることが前提となる。そして、いつでもそれを介護者が引き出せる状態になっており、その活動の評価も表情・姿勢・不穏など言語以外の全体像を捉えなければいけないのである。また、その方の表情やしぐさはそれぞれ特徴があり無表情のようでも担当の介護者にはわずかな違いが把握できると思われ

る。そのわずかな変化を介護者が見落とさず、言語以外での評価を確実にするために、介護者もしくは評価者のスキルアップも望まれる。

H.I.L.DE 方式には実に細かく評価項目があり、対象者の実態を確実に把握できるが、可能であれば簡易版が作成されれば日本での導入も進むと思われる。また日本の現状に即した項目の検討も考えることが必要になるであろう。

日本においても認知症高齢者の QOL に関するエビデンスに基づく研究の積み上げが必要である。ドイツの H.I.L.DE 方式を参考に日本でも質的・量的研究を早急に行い、認知症高齢者の QOL 向上に更なる進展が求められる。

第4節 ドイツでのインタビュー

ドイツでの予備調査：2010年3月14日(火)～3月21日(水)を踏まえ、それぞれの研究者、音楽療法士にEメールで継続的に連絡を取り、田畑教授の正式な文書によりインタビューを打診し、先方より了解を得た。ドイツでのインタビューは、認知症高齢者の生活の質、コミュニケーションと音楽療法の取り組みなどに関する情報収集を目的に行った。

<認知症のQOLの評価についての情報収集>

- ・Johannes Schröder 教授の所属するハイデルベルク大学病院老年精神医学科では、認知症の QOL について独自の研究を長年行い、大学病院の外来で音楽療法を行っている。

<認知症の人の現状についての情報収集>

- ・ギーセンユーストリービッヒ大学の Reimer Gronemeyer 教授は認知症の QOL の研究を行うとともに、認知症サポーターの団体のチェアマンとして理論と実践を統合している。

<認知症患者の意思表示を尊重する事の重要性、コミュニケーション支援の職種の定着度についての情報収集>

- ・Peter Wißmann 氏は認知症サポート団体の代表であり、自らが認知症患者の意思表示を何よりも尊重し、その人の思いを社会に発信し続けている。

<高齢者施設での音楽療法の意義についての情報収集>

- ・Susanne Houssmann 氏は、音楽療法士として高齢者施設で常勤として勤務し、ダンス・カフェを定期的に行っている。

<コミュニケーション支援の重要性についての情報収集>

・Kludia Meltel-Griesberger は、認知症患者のためにコミュニケーション支援の職員配置を独自に行っている高齢者施設のコミュニケーション支援員であり、アクティビティ担当者である。

1. ドイツでのQOLに関するインタビュー結果

1) ハイデルベルク大学：Johannes Schröder 教授

ハイデルベルク大学病院老年精神医学科 Johannes Schröder 教授は、H.I.L.DE 方式のプロジェクト創設時の中心人物。ドイツ政府「最新の研究と認知症プロジェクト」の報告者の一人でもあり、アルツハイマーの認知症患者の研究を長年続けている。また音楽療法にも造詣が深く、音楽療法に関する論文の審査(例：Astrid Söthe-Röck 2009)を行っている。また、精神医学科では 60 歳以上を対象に、短いリズムを使用した音楽療法を実施。同じ研究棟では、他にも運動療法・エルゴセラピーも実施されている。

日にち：2012年7月4日(水)～7月5日(木)

場所：ハイデルベルク大学病院老年精神医学科研究棟 Schröder 教授研究室

Q 認知症高齢者の QOL について考えるきっかけ

A ドイツ国内で、認知症高齢者について何か問題が起きたわけではなく、障がい者も認知症高齢者も QOL を持っているので、研究者はそれについて取り組んだということ。

Q H. I. L. DE プロジェクトにおける QOL の概念

A 認知症高齢者に対する QOL の意見は色々あり、今も研究者によって色々な考えがある。私の考える QOL とは、認知症高齢者の今の状態ではなく、これから先のいつもできることの可能性のことである。

Q 喜びの感情に注目している理由

A 喜びの感情は、一般的な高齢者でも認知症高齢者であっても感じられるもの。例えば、認知症高齢者は昔の写真を見ることを喜ぶ。また、**音楽は喜びの感情だけではなく、思い出と共に記憶を引き出せるので認知症高齢者には必要**である。軽度の認知症高齢者は、**音楽によって簡単に思い出を呼び起こすことができる**。自分が、昔どの学校に通っていたかを思い出せない人が、音楽を聞くことによってその当時の気持ちを感じることができる。軽度の認知症高齢者も記憶はすぐに無くなるが、**感情の記憶は長い間残っている**。とても重度の認知症高齢者でピアノの上手な人がいる。音楽によっていつもと違う種類の記憶が出てくる。自分の住所を分からない人が上手にピアノを弾く。

<Schröder 教授のパソコン上のビデオによる事例の説明>

(1) 83 歳の男性 H 氏：無関心・記憶が無い・自分が誰だか分からない人。

彼が無表情で椅子に座っている映像がしばらく続き、その後ピアノを弾いている映像に変わる。彼は楽譜を見ずにピアノを演奏し、あまり間違えることなくメロディーを奏でている。

(2) 82 歳の女性 J 氏：あまり話さない人。彼女の夫はドイツで大変有名な画家だった。彼女が椅子に座り、夫の画集を黙って見つめている映像。暫くして彼女は、その絵がいつ、どこで描かれたかについて話し始める。彼女は詳しく覚えていないし、はっきりとした説明ではないが、それについて詳しく何かを話したかった。言葉は明瞭ではないが、何かを伝えようとする意思が強く感じられる表情であった。

(3) 82 歳の女性 B さん：重度の認知症(MMSE8 点)・無関心な人。

彼女の顔が大きく映し出されている映像。彼女に対しネガティブやポジティブな感情を持つと思われる絵を見せた。彼女は、普通の絵と悪い絵を無視した。良い絵、例えば美しい砂浜や赤ちゃんの絵を好み、長い間見つめていた。彼女は絵に興味を持っていたので、絵を見ることによって様々な表情の変化があった。表情分析のために、このビデオは作られた(ここで画像の説明が終わる)。

アルツハイマー型認知症だけでなく、高齢者は、ネガティブなことは無視して良いことを大切にする。記憶より感情が長い間残っている。だから音楽や絵や写真は認知症患者の介護、看護にとってとても必要である。

Q H. I. L. DE の評価頻度

A 評価は、1 年に 1 回行うが、評価する対象者によって違う。対象になる認知症の人が施設に慣れて、**評価者と関係が良くなってから 1 回目の評価**をする。最初の基準が大切だから仲良くなってから行う。

Q H. I. L. DE の評価シートの短縮版や簡易版について(Stefanie Becker ら 2011:26)

A 短縮版は作られていない。

Q H. I. L. DE の評価者の資格

A H.I.L.DE の目的は、誰でも簡単に認知症高齢者の評価が出来るための資料を作ることでしたから、評価者に資格は必要ありません。

Q 私は、“**今ここにある QOL**”が存在していると考えている。**音楽療法時に認知症高齢者のそれぞれの意思表示・自己表現・幸福感・満足感など、確かに本質の部分と繋が**

ったと思える時間がある。先生はそれについてどう思われますか？

A QOL は、これから先の可能性の全部を意味するので、それはないと思う。

また、Schröder 教授から、今後の音楽療法研究の対象として「音楽を、楽しい・悲しい・簡単・難しいという分類をし、どの音楽が認知症患者の反応を引き出せるかという研究に興味があります」とのお話があった。そして、H.I.L.DE は、前述の略称であるだけでなく、ドイツの女性に多くある名前にも因んで名づけられたということだった。

<インタビュー小括>

H.I.L.DE 方式では認知症患者の「感情」が指標であり、それが QOL を高めていくことと結びついている。QOL の基礎となる大きな土台が「感情」である。それは認知症の人が自らの気持ちを言語で十分に伝えられない状況でも、その意思や気持ちを汲み取り、特に日常生活に喜びの感情をもたらすことが重要であるとしている。認知症高齢者それぞれの感情を捉え、「不機嫌」の感情をポジティブな感情に促進することを重要視していることは、不機嫌さがポジティブ感情に変わるかネガティブ感情に変わるかの分岐点となる感情だということだろう。その状況に即した、対象者それぞれに最適なアクティビティを提供し、その効果や影響を介護現場において的確に評価しながら、それをまたアクティビティへと繋げる循環を作り出すことが可能となる。それこそが H.I.L.DE 方式が目指しているものと考えている。

Schröder 教授は、認知症の人にとって感情に働きかける音楽や絵画、写真について喜びをもたらす事例を示した上で、これからの研究として音楽の効果を期待している。

2) ギーセンユーストリービッヒ大学 : Reimer Gronemeyer 教授

ギーセン・ユーストゥス・リービッヒ大学社会科学部教授

認知症サポート団体 AktionDemenz e.V.の代表

ロバートボッシュ財団チェアマン

認知症に関する著書多数、認知症の QOL について取り組んでいる

日時：2012年7月19日(木)～20日(金) 13:30～15:00

場所：フランクフルト中央駅

Q ドイツにおける認知症患者の現状

A ドイツには 120 万人の認知症患者がいる。ドイツの患者のほとんどが、家族の下で生活し、若干数が施設にいる。しかし、両方に問題がある。家庭に認知症の人がい

る時は家族に介護疲れが有る。認知症患者に対しての法律が変わろうとしている。全ての人が介護保険に加入しているが度合いによって違う。今までの介護保険での介護は身体機能で立てない、一人で食事が取れないなどが必要な条件だった。認知症の人にそれは関係ないので要介護の対象にならなかった。しかし、認知症患者の増加により、介護の中に認知症患者を入れようとする流れ、認知症患者をもっている子ども、介護者の家族の労働時間を短縮する動きがある。

Q **Aktion Demenz e.V** の概要

A Aktion Demenz e.V は、シュトゥツガルトのロバートボッシュ財団基金で開設された。この基金は利益を目的としない公益団体であり、役員はドイツ中の認知症に関する団体の代表が務めている。ドイツではアルツハイマー協会が一番大切な認知症と家族のための団体で、この代表はヨーロッパ協会の役員も兼務している。基金は施設に入所している人が対象ではなく、一人で自宅に住んでいる人や認知症の人を在宅で介護している家族への援助である。

基金が創設された目的は、認知症の人と地域との関わりのためである。ボッシュ財団の120万ユーロというお金は、認知症の人と地域がどのように関われば認知症の人の手助けになるのかという資金であった。ボッシュ財団は、ドイツのあらゆる地域にパンフレットを配布し、15000ユーロの援助をするのでアイデアを出してほしいと呼びかけた。それに予想以上の200ほどの返事があった。これは5年間に3回パンフレットを配るというアクションだった。色んなアイデアが有り、例えば地域の中に暮らしている認知症の人に関わる人を探す、認知症の人の対応方法を学ぶ講習会の開催、認知症の人と楽しむ音楽やスポーツに関するものだった。私達も、これだけの反響があるとは思わなかった。それは、爆発するのではないかというくらいアイデアの数だった。

Q **認知症の人の QOL について**

A ドイツにおいて LQ (Lebens Qualität: 生活の質) は流行語になっているが、まだその言葉が使われてから時間が経っていない。一般的な LQ の考えと私の意見は異なる。個人的な意見だが、私は認知症の LQ は図ることが出来ないと思っている。日本も同じだと思うが、最近は誰もが LQ を口にする。ドイツ人が一般的に思う LQ とはどのようなものかという調査がある。例えば認知症の介護をしている家族、施設の職員、表情、認知症患者のための薬についての調査である。それに対して色々な調査方法がある。特に、音楽や絵画によって認知症の人の LQ についての取り組みがな

され、その報告書も多く出ている。認知症の人と絵を描いている音楽療法士もいる。認知症の人にとって何が正しいかは、彼らの気持ちが分からないからどのように調べたら良いのか。それに加え、色んなことが分からないまま彼らに人工的に延命治療をすべきかどうかの疑問が生まれる。LQについて医療的な研究が多く、社会的な研究が少ない。

Q 筆者の考える、認知症の人自身の自己決定と、自己表現で確かに繋がったという瞬間を積み重ねる“生活の質”について

A 私は、あなたの考えに同感する。LQは連続していないが、その時の彼女は幸福である。

<インタビュー小括>

Gronemeyer 教授は、認知症の人が自己決定に困難さを抱えている状況で、どのように本人の意思を捉えて日常の生活や介護に反映させるのかを重要視している。延命治療についても言及しているが、今後増々この国においても大きな問題となる。

認知症の人と地域の関わりについて、ドイツでもその取り組みが活発に行われている。

3) 認知症サポート団体代表 : Peter Wißmann 氏

Wißmann 氏は、認知症の人が地域社会の中で暮らせるように、様々な活動を積極的に行っている。

例：認知症の人ためにデモンストレーション

認知症の人の意思表示としての著書を、認知症の人と共同出版

QOL についての評価

認知症の人のための雑誌を毎月出版

日時：2012年7月24日(火)13時～15時

場所：シュトゥツガルト／認知症サポート団体シュトゥツガルト事務所

(ドイツ第2のサポート団体)

Q 組織の概要

A この団体は研究と実践を組み合わせで行っている。認知症の人のためにプロジェクトを計画し、認知症に関する専門誌を発行している。

医学的な研究ではなく、実際に認知症の人と行動することが重要である。まず始めに環境の改善を行い、その人の部屋、そして、その部屋がある建物全体である。

医者に認知症と診断された患者に面談し、何をしてほしいかを直接聞く。

また、アルツハイマー患者と私が協力して本を出版した。第三者だけではなく、患者本人が、活発に本の内容に参加したことが重要である。彼はうまく自分のことが話せないので、私は彼と長い時間を一緒に過ごしコミュニケーションを取り、何を考え、どう思っているかを把握した後に出版に向けて協力した。この取り組みは、他の認知症患者の役に立っている。また、世界で活躍した人たちにも認知症患者がいるので、その人たちに講演活動をお願いし、患者本人が思っていることを話してもらった。今、認知症初期の段階においてスポーツがいかに有効に治療のように使えるのか考えている。

Q 認知症の人に対する芸術療法や音楽療法の効果

A 具体的にはアトリエや音楽スタジオを作った。アトリエでは健康な人も認知症患者も一緒に絵を描くことや彫刻をするなど、一緒に活動を行っている。

認知症患者の中には、話すことはできないが絵を描く人がいる。今まで一言もしゃべらなかった人が「おじいさんのお葬式」という題で描いた。また、重度の認知症患者が、毎日の日記を絵で描いたもので「Tagebuch」というものがある。それは、ノートに書くという一般的にイメージする日記ではなく、とても大きなキャンバスに描かれた作品群である。

音楽スタジオでは、**歌うことや楽器の演奏で、認知症の有無に関わらず活動している。**

たくさんの楽器で、認知症の人同士、認知症のある人・無い人、それぞれの関係性の中でコミュニケーションが取れた。音楽のスタジオでは認知症のある人、ない人がそれぞれ6人ずつでグループを作った。お互いに音楽については素人だったので、お互いが平等で、他人を見下すことなく演奏活動を行うことが出来た。

Q 認知症の人のLQを担保する方法

A 一番大切なことは、**認知症の人たちを社会が受け入れて共存すること**である。何年か先に医学の進歩があっても認知症が無くなることは考えられない。音楽や美術を認知症の人と健康な人と一緒に活動することもLQのために大切である。**LQの向上で大切なことは、普通の生活をいかに実現させるか**ということである。私達の団体は大きい老人ホームの、全てをひとくくりにした介護に反対している。個人の家に認知症の人が数人入って暮らしている。勿論介護者も一緒にいるが、一緒に料理をしたり買い物をしたりする。その家は、へき地ではなく、町の中にある。認知症に対して偏

見はあるが、実際に生活の場があると、認知症に対して危惧をもっていた人たちが何の問題もないと分かる。認知症の人を見て、大丈夫だと各自が思う体験を積み重ねることが必要である。認知症の人たちを社会から隔離しないように、我々の生活の中に溶け込んで同じように生活できることが大切である。

Q LQの評価

A 認知症患者を実際に観察することと、介護者に聞くことで評価する。

DCM : Dementia Care Mapping(認知症ケアマッピング)³³も使用する。認知症の人たちは、十分に自分のことを伝えられないので、本人に聞くことだけでは不十分だが、介護者に聞くことだけでも不十分である。特定の認知症患者にスポットを当てて判断をする。例えば、この患者は音楽の時間に以前より頻繁に参加している、などである。認知症患者の研究のために8つの老人ホームに1週間～10日ほど泊まり込んで、ビデオであらゆる生活状況を記録した。ある患者は話すことが出来ないで「うー」と言う言葉を発している。彼にとっては、それが全ての言葉の代わりであり、十分に話していることと同じである。しかし、健康な人はそれをうるさいと感じ、ホームで働いている介護士も同じように思っている。それについて介護士がどのように感じ、対処しているのかというと「取り合わない」という態度だった。しかし、その態度に対処する方法がある。認知症の人たちには彼らなりのコミュニケーションがあるということをお教えること。認知症に関わる介護士たちを支援することも大切なことである。

Q 筆者の考える、認知症の人自身の自己決定と、自己表現で確かに繋がったという瞬間を積み重ねる“生活の質”について

A まったく同感である。医者は、いかにして患者たちが記憶を維持できるかについて重きを置くが、それは現実的に不可能である。医者でも、実際に音楽や美術をした人達が良くなったかどうかを聞くことがある。認知症の人が、ある瞬間楽しい時がある、表現できた時間があるという、それが良いことである。

健康な人(医者も含め)は、初期の認知症患者に対してかなり色々なことが出来るという認識で接する。それは、初期の段階の話だが、その態度で接し続けると本人の状況が悪くなる。周りが決め付けるのではなく、自己決定の可能性を与えることがLQに

³³認知症ケアマッピングとは、イギリスのブラッドフォード大学の認知症ケアグループが開発した介護サービスの評価・改善に取り組む手法。認知症ケアマッピングの背景にある思想はパーソン・センタード・ケアである。パーソン・センタード・ケアとは認知症という疾患に焦点をあて認知症の人を理解するだけでなく、その人の生活歴や個性をふまえて「その人らしさ」を理解し、ケアを行うという考え方。

繋がる。リチャード・テイラーも自分の体験として、家族の認知症に対する理解の大切さを話す。認知症と診断された直後から、全ての自己決定を自分で出来ない状況になることを避けてほしい、自己決定をする場面を取り上げないでほしいと言っている。

Q 介護アシスタント : Betreuungskräfte の概要

A 介護アシスタントは数年前に導入された職種だが、老人ホームに専属ではなく、1日2~3時間の勤務である。今まで失業していた人などに決められた講習会を受講してもらい、それを終了してから仕事に就いてもらう。しかし、同じ役割をするボランティアも相当数いる。ただお金をもらうために仕事をする人もいる。しかし、**認知症の人と接するにはモチベーションも必要になるため、この職種が機能しているとは思えない。**

Q 認知症の人と地域社会の関係

A 認知症に対する、地域社会からの偏見はドイツにもある。

健康な人は、健康な時にアルツハイマーや認知症を恐れている。それは、**社会から遮断されることだと思っている**からである。「私はアルツハイマーだ」と公言した Zimmermann 氏と共同出版した本³⁴を通して、認知症患者の意思表示を伝えている。彼の読書会に参加した人が「私は認知症に対して偏見を持っていた」と言った。その**偏見を取り除いていくことが必要**である。

<インタビュー小括>

ドイツにおいても、認知症の人に対する介護の質の向上、コミュニケーションの困難さが本人と介護者の生活の質に関わっていること、社会から偏見があること、などに向き合っ
てサポート団体が活動していた。BPSD の軽減と認知症の有無に関わらず、人々を繋ぐもの
として芸術療法(音楽や絵画)を行っていた。介護アシスタントの現状は、質の問題が浮上
してきている。それでも、コミュニケーション支援のサポートは必要である。特に、認知
症の人の意思表示、自己決定、その人の気持ちをどうやって汲み取り介護に反映させるか
に Wißmann 氏は重きを置いていた。非言語である芸術療法、音楽療法は、益々重要性を
増すと考える。

³⁾Christian Zimmermann/Peter Wißmann(2011)『Auf dem Weg mit Alzheimer』

は、自分が認知症であることを自ら公表したツィーマンとビスマン氏の共著。ビスマン氏が彼との生活を通し信頼関係を構築後に彼自身の意志を汲み取り、表情を読み取りながら一つ一つの事柄を丁寧に記述している。

4) 音楽療法士(高齢者施設職員) : Susanne Haussmann 氏

日時 : 2012年7月2日(月) 15:00~16:00

場所 : Elisabeth-Seniorenzentrum Dr.Hanisich Haus 1階ホール

Q 認知症の人の QOL の定義

A 慣れている環境に置いてあげること、負担のない生活をしてあげること、認知症患者の喜べる時間を作って、その時間を長くしてあげること。

作用していないのは脳の機能、本能や感情は故障していない。いろいろな感覚に訴えることが大切。食事のためのスープやコーヒーをご飯にかける。しかし、ダンスカフェに来ると普通に食事が取れる人がいる。

Q QOL の評価

A 音楽療法士として、入居者の体の動きや表情を見ている。痛みを言わないから表情で知ろうとする。呼吸の仕方も見ている。それらを見ることで評価をしている。評価をするために外部の人を招くにはコストがかかるので、QOL の評価は行っていない。

Q 高齢者施設での音楽療法士の配置

A 全ての高齢者施設に音楽療法士はいない。配置するかはトップの考えによる。この所長は音楽療法にウェイトを置いている。もう一人音楽療法士がいるが、今は休んでいる。施設の中だけではなく、幼稚園と連携して子供たちと歌う時間もある。音楽に関する仕事だけではなく、春祭りや朗読のプログラムも行う。入居者がお互いに朗読することで役割が出来る。そうすることで、あそこが痛い、ここが痛いと言うことが少なくなる。

Q 兵役免除 (zivildienst) の制度終了後の介護職員確保の現状

A 老人ホーム、病院、小児病院にとって大変大きな問題である。長期就業者がハローワークから斡旋されて勤める人がいるが、彼ら自身に心の問題を抱えている人がいる。介護は人と人との仕事だから、それがかえって問題となる。

スイスでは介護職員の給与水準が高く、スタッフに成りたい人が多い。認知症の人の排泄物の匂いや、亡くなる人の多い職場なので肉体的・精神的に大変である。ドイツで給与が低いことは理解できない。

Q ダンスカフェの導入

A 私が 2003 年に常勤として働き始め、2004 年にダンスカフェを導入した。2006 年には「認知症患者のダンス」とドキュメントとしてテレビ取材を受けた。

導入時に入居者全員を参加させようと所長が判断した。行事を行うなら対象は全員であり、帰りたいときには自室に戻れば良いとのことだった。介護職員から、強制的だ、行事を行うことに反対だ、等の意見は無かった。

ダンスカフェの雰囲気は毎回違う。導入時よりダンスをする人が減少しているのは、入居者の体も弱り、認知症のレベルも重度になってきていることが要因である。認知症の度合いが軽度で施設に入居できると良いのだが、それが出来ない現状である。地域にダンスカフェの日程を公には出さない。感染症などを考えれば、大人数が施設に一度に入ることには困る。ショートステイで利用した人の家族、知り合いなどに連絡をもらって来てもらう。しかし、地域住民でダンスカフェに興味を持ち、毎回訪れる人もいる。

Q 歌を披露していた男性について

A 先ほど歌を披露した男性は学もあるし、歌や詩について長けているが新しいことは覚えられない。間違っていて覚えている歌詞を直そうとしても出来ない。彼は社会主義という不自然な社会にいたので仮面を被って生活しており、その二面性が彼自身を苦しめていたと思われる。しかし、ダンスや歌になると楽しく参加している。

Q ダンスカフェの演奏者について

A ある一定の技術は必要だが、演奏技術よりも入居者のために演奏する、誰かのために演奏するという気持ちのある人をお願いしている。

Q 音楽療法で気をつけている点

A 私が行う音楽療法の目的は、入居者に安心感を与え、人生の良い面を味わってもらい、全ての感覚の面からその人に近づくこと。人間は皆、一生、安心感の獲得を求めている。静かで穏やかな時間、歌を歌うことに重点を置いている。共に歌うことは基本の形であり、メロディーは気分を換えさせ、歌詞の意味はスポット的に受け入れられている。グループで行うことは、お互いを思いやり、自分の価値を意識する。その中で眠る人もいるが、それは心地よい経験をしている。

認知症高齢者は、「ただ、今」を生きており、その過去に生きている訳ではない。どのように彼らと、出来るだけ長い時間を快適に過ごすのかということが大切。最近の研究テーマは子守唄である。子守歌は、安心感を与えられる。子守歌は1日の終わりであり生涯の終りに導くものと考える。

ベルリンのシャリテ大学病院³⁵では妊娠した麻薬中毒患者に、子守唄での音楽療法を行っている。子守唄を歌いことで胎内の毒素を出そうとしている。人間が一番ほっと出来るのは胎内にいる時である。子守唄のリズム、メロディーを聞いていると安心した状態になる。認知症の人も、死に向かう時期を迎え、母親の胎内にいる気持ちは必要だと考える。音楽が、セラピーとして効果があると感じるのは、対象者が歌を歌って涙を流した時である。どうして涙が出るのかを本人さえも分からないと言う。私は、その涙で感情が放出されたと考える。

<インタビュー小括>

Haussmann 氏も、認知症の人の「喜びの感情」に着目して音楽療法を行っている。常勤という安定した職場環境の中で、自分の研究テーマにも取り組んでいる。入居者の精神面を音楽療法士が担当し、一人一人抱えている心の問題に時間をかけてサポートすることが可能となっている。入居者、職員、音楽療法士との信頼関係の下に音楽療法がうまく機能している。

5) 高齢者施設職員 : Klaudia Meltel-Griesberger 氏

(コミュニケーション担当の介護職員で身体介護を行わない)

コミュニケーション担当介護職員

日時 : 2012 年 7 月 12 日(木)15:00~16:30

場所 : 1 階の談話室

Q コミュニケーション支援の就業期間

A この仕事を始めて 8 年になり、1 週間に 40 時間の勤務。介護士だが、この施設の中では**認知症の人にコミュニケーション支援の役割を担当**している。また、アクティビティを施設外で行う遠足や行事の前は、目的地までどれくらいかかき、トイレは何処にあるのかなどの下見にも行く。

Q この職種の人数

A コミュニケーション支援のための介護士は全部で 2 名。アクティビティに関する仕事は、他の職員 3 名と協力して行う。住民には一年中、心の問題を抱えている人がいる。友達や自分の子どもを亡くしている人もいる。

身体的ケアの介護士から、「○○さんの元気がない」と知らせを受けると、私とその

³⁵シャリテ大学病院 Charité - Universitätsmedizin Berlin : ヨーロッパで最大の大学病院の一つ
<http://www.charite.de/>

問題解決に当たる。「今日は忙しくてお茶を飲む時間がありません。ここで、ちょっとお茶を飲ませてもらって良いですか?」と、その住民の部屋を訪ねる。その人と世間話をしながら暫くお茶を飲んでいるうちに、自分の悲しいことについて住民が話し始める。それについて話しながら、ずっと傍らに寄り添い、その悲しみがどのようなものか、傾聴し対処する。その人が寝るまで話し合いをしたこともある。入居者の誰かに何か問題があったら、その解決のために話し合う。その話が長くなって、昼間のアクティビティに私が遅れても、私の仕事を住民は理解しているので、”そのうちクラウディアは来る”と皆は待っていている。勿論その間は、他の介護士が担当している。

Q アクティビティの時間

A 朝ごはんが 10 時までなので、それから個人的なアクティビティを行う。住民の元気を見て、好きなことをやってもらう。ある人は 11 時まで寝ていて、その後、昼まで朝ごはんを食べていたが、それは彼の望みだったので、その日の彼はゆっくりと午前中の時間を過ごした。

アルツハイマーの患者は、早期の段階で、入所は早ければ早いほうが良い。患者さんは大体 90 歳くらいでの入所が多い。その年齢から友達が出来ることは滅多に無い。

早期の段階から職員が関わる事が大切。しかし、老人ホームの料金は高いので、アルツハイマーの患者は家族と居ることが多い。老人は寂しい時間を過ごすことが多く、その状態でホームに来るので関わりが大変である。私の父は、仕事を引退した後、毎日テレビばかり見ていた。毎日同じことを繰り返しているのが、アルツハイマーの始まりである。ここでは**住民と新しいことをアクティビティで行い、新しい刺激を毎日インプットする。**

Q アクティビティの内容

A 身体的・精神的に色々な症状があるので、**その人に合った活動、そして、多くの感覚を刺激するものを提供する。**視覚を刺激する写真やカード、触覚、聴覚、嗅覚を刺激するもので、記憶に働きかける。具体的には、①世界で有名な観光地の建造物の写真・それ自体の名前・国名・都市名の書いてある 4 枚のカードを組み合わせる②昔の家庭生活で使われていた古い道具(タイプライター・電話機・計量器・カメラなど)の写真をたくさん並べて、同じ写真を 2 枚探す③果物を丸ごと取った写真と、二つに切った断面の写真を組み合わせる④昔の俳優の写真を見て名前を当てる、もし

くは名前から俳優の写真を探す⑤1～9までの数字が赤・青・黄・緑に色づけされ浮き出るように木の板に貼ってあり、それを見て並べたり、手だけで数字を当てたりする⑥動物と、その鳴き声を一致させる⑦嗅覚の刺激のために、小さい瓶にオレンジ・グローブ・ミント・レモン・それから仕事で使っていたオイルや石炭の匂いなどを入れて嗅いでもらい、それについて話をしてもらおう。

また、天気の良い日や暑い夏などは、湖に遠足に出かけたりアイスクリームを食べに出かけたりする。

スヌーズレンは、この施設の住民に合わせた方法で行っている。スヌーズレンはドイツでも人気があり、私も実習を受けたがアルツハイマーの患者にとって大変なこと、恐怖に思うことだと感じた。アルツハイマーの患者は、スヌーズレンのために、いつもと違う部屋に行くことを怖がる。しかし、色んな感覚を使うことは大切であり、スヌーズレンのために違う部屋に行くのではなく、住民の部屋に訪れて行えるもの考えた。小さな移動式の引き出し付きのテーブルを買って、それに色んな色の電気をつけ、音楽もかけられようにした。これは、個人的なプログラムをする時にとても人気がある。スヌーズレンとして使用するときの音楽は、水の流れる音や小鳥のさえずりのようなもの。あるアルツハイマーの患者は、自分の好きなワーグナーの曲をかけながら光を見て楽しんでいる。彼は20年くらいワーグナーのコンサートに出かけていたので、彼にとってとても大切な音楽である。スヌーズレンにしてもアクティビティ担当者は、型に囚われずに住民それぞれに対応した、個人を尊重した方法で行っている。

Q 飲み会について

A 参加者は、認知症の有無に関わらず参加したい人なら誰でも参加出来る。**認知症の人たちが、特別なグループにならないように、全体として一つのグループを形成することが職員の大切な役割。** どの活動においても「あの人は分からない人ね」「私はあの人より大丈夫」など、お互いの意識が二つに分かれないように、グループ形成に取り組むことをとても大切にしてきた。どうして日本では飲み会が行われませんか？人生において、お酒はつきもの。特にドイツ人にとってお酒は大切。自宅でお酒を飲むように、ここでも勿論お酒を飲み、普段の生活がここにはある。季節の果物を住民と収穫し、お酒(ドイツ語で Limes : イチゴやクランベリーで作る果実酒。アルコール度数がワインより高い)を造り、楽しむこともしている。

Q 音楽のアクティビティについて

A この老人ホームでは毎日必ず歌を歌う。体操の時間にも音楽を使用する。ある認知症の女性は「えーっと」や「ええ」という返事の代わりに必ず「お墓」と言うので、誰も彼女と話をしたからなくなった。しかし、彼女は、歌を歌うとメロディーを聞いて全ての歌詞について話すようになったので、歌うことは住民にとって大切である。**歌うことは、昔の思い出を呼び起こすだけではなく記憶のトレーニングになる。**歌詞を見れば言葉やスペルを思い出し、自分の忘れていた歌を取り戻すことが出来る。

Q 重度の認知症の人や寝たきりの人へのアクティビティ

A 寝たきりの患者さんの部屋に、清潔な小型犬を連れて行く。ここにいるチョコ(犬の名前)は、その患者さんの顔の近くに行ったりベッドの上にといたりする。私は、寝たきりの人の横に座って、昼食を取りながら日常生活の出来事などについて話しかける。介護士が食事介助を行っている側にいる。また、チョコの動く様子が可愛いから住民はチョコと散歩に行きたい気持ちになり、歩くことが誘発される。

また、ここでは、**入居の際に、自宅の動物を連れてくるのが可能**である。鳥、魚、金魚、犬、猫がいる。老人にとって、住み慣れた自宅からの引っ越しは大変な負担だから、**動物は大切な家族であり、話し相手**である。これについても、サイデルハウスでは重視している。

<インタビュー小括>

KWA ハンスサイデルハウスでは、コミュニケーション担当者を独自の基準で配置している。介護職員との連携も密に行われている。介護士を始めとした職員全てと、住民の信頼関係が築かれており、施設内は落ち着いた雰囲気にも包まれていた。

KWA 理念の 12 番目、そして、当施設の理念「限定された状況ではなく自立した毎日の日程を組みグループでの日中の介護を提供し、コミュニケーションとアクティビティを促進する」とある。アクティビティが、ごく自然に日常生活に溶け込む形で提供され、その一つ一つは住民それぞれの状態把握に基づいたものである。それを実現し続ける職員の質の高さと、それを教育する施設側との協力体制も見事である。飲み会については、あまり日本の特養で見受けられない行事である。これは Cure より Care の発想であり、高齢者が薬の飲み合わせを複数種類している中でのアルコールを、どのように捉えるかという問題になる。

また、ここでギターを演奏する住民が音楽療法士の役割を担っている。彼女は他の参加者の歌いたい歌を聞いて、その曲を演奏することが出来た。彼女自身は、この役割について「私のギターを皆さんが喜んでくれることが私の喜び」と語った。彼女にとっても自己効力感に繋がっていた。

この施設では、音楽療法士は配置されていないが、これはバイエルン州の制度にも関連していると思われる(精神療法の一つとして音楽療法の記述があるものの、補助金なし、となっている)。

2. 考察

施設入所の認知症患者に対して、在宅での日常生活になるべく近い形のアクティビティの提供や、きめ細かいサービスが提供され、生活の質の向上のための介護が行われていた。

- ・認知症の当事者が自己決定に困難さを抱えている状況を踏まえた上で、その意思をくみ取り社会全体で今までの日常生活が送れるようにサポート団体が活動していた。

- ・施設もサポート団体も認知症患者とのコミュニケーションを図ることを重視していた。

- ・音楽療法は医療保険から支払われる場合(青少年や子どもに対して)とそうでない場合がある。それらは各州法によって定められている。バイエルン州法にも精神療法の一つとして音楽療法の記載があり、音楽療法が広く社会に認知されている。

ドイツでは認知症高齢者の支援、リハビリテーションにおいて様々な活動が行われていた。音楽療法では、認知症高齢者の意思表示・自己決定を非言語(ノンバーバル)で、その時その時で捉えられる。インタビューの結果から、それらが積み重ねられることで連続した生活の質となり得ると考える。

これからの認知症対策では、認知症高齢者を支えることに音楽療法はその一役を担う。これらのことから音楽療法は認知症対策に有用である。

表 3-12 インタビュー比較表

インタビュー	QOLの定義について	QOLの評価について	音楽療法での“その人らしさと本人の意思表示”を積み重ねるQOLについて	文献との照合・確認	文献
ハイデルベルク大学 ヨハネス・シュレー ダー教授	QOLの土台となるものは“気分が良い”と感じる体験でありその人の感情について重要性を認めている。その上に「主観的な健康状態」そして「その人の能力」「環境の特徴」がある。その人の能力のために異常行動を抑制する“活動”とADL、そして安全・安らぎ・社会の基準が支えている。	HILDE方式	QOLとは現在を含む連続性のことだからそれは無い。	問：HILDE方式の評価方法の特色 答：HILDE方式に短縮版はありません。評価は1年に1回ですが、その時の事情により違います。その人と関係が取れてから1回目の評価を行います。	Becker, S., R. Kasper, and A. Kruse (2011). 『H.I.L.D.E.』 Bern:Verlag Hans Huber.
ギーゼン・ユースト リービヒ大学/認知 症団体代表 ライメル・グロネマイ ヤー教授	個人的な考え方がQOLは因ることは出来ない。本人の気持ちが変わらないから。	調べたい項目によって、どの評価法を使うかが分かれる。HILDE方式もある。	同感です。その時の本人は幸福です。しかし連続はしていない。	問：認知症患者のドイツでの現状と政策の動向 ドイツには120万人の認知症患者がいます。ドイツの患者のほとんどが、家族の下で生活していません。若干数が施設にいます。しかし両方に問題があります。家庭にいる時は家族に介護疲れが有ります。認知症患者に対しての法律が変わろうとしている。全ての人が介護保険に加入しているが度合いによって違います。今までの介護保険での介護は身体機能で立てない、一人で食事が取れないなどが必要な条件だった。認知症の人にそれは関係ないで要介護の対象にならなかった。しかし認知症患者の増加により、介護の中に認知症患者を入れようとする流れ、認知症患者をもっている子ども、介護者の家族の労働時間を短縮する動きがある。	Aktuell Forschung und Projekte zum Thema Demenz (2006)
認知症サポート団体代 表 ペーター・ビスマン氏	認知症の人が社会の中で普通の生活をする。医学が進歩しても認知症が何年か先に無くなることは考えられない。社会が受け入れて共存することが大切である。そのために美術や音楽をすることを認知症の有無に関わらず、一緒に行うことが大切。	認知症ケアマッピング	全く同感です。その瞬間、楽しい時があるということが良いこと。	問：コミュニケーション支援として作られた「Betreuungskräfte」の概要 答：2~3年前に導入されたが老人ホームに専属ではなく、1日2~3時間の勤務です。今まで失業していた人などに決められた講習会を受講してもらい、それを終了してから仕事に就く。しかし同じ役割をするボランティアも相当いる。ただお金をもらうために仕事をする人もいる。しかし認知症の人と接するにはモチベーションも必要になるため、機能しているとは思えない。	荒牧弥生 (2011). 「ドイツにおける認知症ケアの展開—2008年介護改革—」 『社会関係研究』 16 (2) :25-58.
ドクターハーニッシュ ハウス スザンネ・ハウスマン 音楽療法士	慣れている環境で心身に負担のない生活。認知症の人の喜ぶ時間を作ってあげること。	表情・体の動き・呼吸の仕方 外部の評価者を招いて行うことは可能だがコストがかかるので実施していない。	同感です。認知症の人の喜ぶ時間を作ってあげること。	問：高齢者施設において音楽療法士の現状 答：私は常勤ですが、高齢者施設に必ず音楽療法士がいるとは限りません。	Wosch Thomas (2007) There's Something New in Music Therapy in Germany. Voices: A World Forum for Music Therapy.
KWAハンスサイデルハ ウス コミュニケーション支 援担当クラウディア氏	QOLを少しずつ高めることが出来れば良いが入所してすぐに亡くなる人もいます。住民の自信を高めることが大切。自分のことを「ゴミなたい」と言うので「あなたは必要です」と言い続けることがQOLを高めるために必要。	評価をとることは特にしなない。今年が80点、去年は70点の意味はない。今はどうですか？今は大切であり、今日の一日を大切にしている。私のQOLが若い時に高かったとしても、今の私がそれをどう判断するかは別であり意味がない。ドイツでも評価法については多すぎる。	QOLを高めるには音楽は必要。認知症の人の気持ちとコミュニケーションが取れる。しかし、音楽でそれが出来てもトイレトレーニングには直接に繋がらない。音楽だけではなく、全てのことが必要です。音楽で繋がる時間、その時に少しでもQOLは高くなる。そのあとは忘れてる。「ちょうど、今」は大切。5分くらい、10分くらい高くなれば良いこと。すぐに亡くなる人もいます。ずっとずっと連続して上げていくことが問題ではない。将来のQOLは関係ない。	問：アクティビティの構造について教えてください。 答：毎日実施される時間帯：朝食～昼食、昼食～夕食までの間にそれぞれ1時間程度。 場所：アクティビティルーム(地下1階)・食堂(2階)・廊下にあるソファ(2階食堂前)・朝に集まる場所：Morgen Treff “という名前の部屋(1階)など。プログラムの内容や実施日の住民の状況に応じて、場所の変更もある。 1週間の予定：月曜～歌を歌う、火曜～体操(昼間)・飲み会(夜間)、水曜～記憶のトレーニング、木曜～料理もしくは歌・絵を描く、金曜～体操(住民の体調などによって変更は適宜有り)。アクティビティの担当者会議：毎日13時から30分～1時間ほど行われ、施設長も必ず参加する。担当者：コミュニケーション支援のための介護士(Demenzbetreuerもしくは、Sozial Betreuung)	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung IV

第4章 音楽療法の発展段階

第1節 音楽療法の専門職としての位置

1. 日本の音楽療法の現状

音楽療法の位置づけは、補完代替医療の心身に作用する療法の一つとして芸術療法にも含まれ、近年は他の療法と組み合わせられることもあり、その位置づけは多面的であり、更に広義には音楽健康法(対象者：健常者、レクレーション的に音楽を活用)、狭義には治療を目的とした療法(対象者：何らかの健康問題を有する患者、治療のための目的や目標についての観察・記録・評価が必要)に大別される(坂東ら 2009)。

日本音楽療法学会は 2011 年 12 月に 5252 人の会員にアンケート調査を行い、1574 人の回答があり回収率は 30%であった(日本音楽療法学会 2012)。

音楽療法を実施している施設は①高齢者施設 45.7% ②児童領域 28.2% ③成人領域 20.7% ④総合病院 4.6% ⑤ホスピス・緩和ケア 0.6% ⑥その他 0.3%である。セッション毎の対象者人数は、高齢者領域：個人セッションが 10.1%、30 人以上が 26.7%、10～19 人が 25.6%、20～29 人が 24.9%、児童領域：個人セッションが 42.4%、2～9 人が 36.6%、総合病院：個人セッションが 55.2%、ホスピス・緩和ケア：個人セッションが 23.3%、2～9 人が 34.9%、10～19 人が 25.6%であった。高齢者領域ではグループセッション、児童領域では個人セッションが多く、意外にもホスピス・緩和ケアでの個人セッションよりグループセッションが上回っていた。

高齢者領域を、実施数が多い順に小分類すると、デイサービス 10.3%、特別養護老人ホーム 8.6%、老人保健施設 7.3%、有料老人ホーム 4.0%、その他の公共施設 3.1%、デイケアセンター 2.9%、グループホーム 2.7%などであり(その他は 1%未満)であった。在宅(訪問)で 0.4%の実施があり、これからの高齢化社会の現状を踏まえると需要が高まると考えられる。

対象者属性毎のセッション件数は①知的発達障害(自閉症・学習障害を含む)29.1% ②認知症 18.0% ③健康な高齢者(介護予防・病気予防)8.5% ④認知症+脳血管障害後遺症 8.4% ⑤身体麻痺・失語症等の脳血管障害後遺症 5.1% ⑥統合失調症・躁鬱病・神経症等の精神疾患、および心身症 4.4% ⑦認知症+脳血管障害後遺症+パーキンソン等 3.4%などであった。介護予防として健康な高齢者に対して行われていることが、社会保障政策と関連する領域としてこれからも伸びることが考えられる。中村(2013)は、音楽療法士を医療・教育・福祉などの必要性に合わせてアプローチが出来る存在として位置づけ、今後

は地域が抱える様々な問題に対して「自治体主導の経済的支援による音楽療法」の展開を報告している。

2. ドイツの音楽療法の現状

音楽療法が社会に浸透するためには、音楽療法が医療・介護職の多職種群のなかで専門的療法として評価・位置づけられる程度がどのように高まっているかによって区分できる。本節では、ドイツの Klein の提案する4区分に従って分類し、音楽療法が多職種の一員として組み込まれていく段階を整理し、この枠組みにより筆者の鹿児島における実践事例をあてはめて現在の音楽療法の社会化の度合いを吟味したい。

Thomas Wosch(2011)は、認知症の人の複雑な音楽生活を探求すること、介護者が注意深く観察していることによって、音楽療法は極めて重要な情報を出来ることを著書で繰り返し強調している。また、Klein(2007)の論文が、音楽療法士の刺激と応答を観察することによって、一つの仕事をグループ(住居区域、それと共に全体のコミュニティ)でも行っていること、音楽療法士と複数の専門領域(介護スタッフ、社会教育学、養護教育)との連携について、また、そのレベルについて言及している点で重要だと述べている(Wosch2011 : 200-202)。

他の例として、介護しながら安心させようとするものの一つが歌であり、またはダンスカフェのように音楽療法士と介護職が一緒になって行うものを挙げている。更に、音楽療法士と介護職が一緒に行くことを最適化したものとして、音楽療法士の能力と知識は、直接介護スタッフに統合されられている。

まず始めに、実際のダンスカフェの事例を筆者が訪問調査したドイツの高齢者施設での取り組みを紹介する。

1) ダンスカフェの事例

日時：2012年6月28日(金)15:30～17:20

場所：エリザベスシニアセンター・ドクターハーニッシュハウス食堂

司会進行：Susanne Haussmann 常勤の音楽療法士が責任者

入居者の介助：介護職員

演奏者：4人(楽器は電子ピアノ・バイオリン・チェロ・フルート)

テーブルにはコーヒー・オレンジジュース・ケーキが用意され、食堂の奥にキッチンがありそれ以外の個人的なアルコールや食べ物の注文に応じる。

Haussmann 氏「コーヒーの来る前に歌を歌いましょう」

ピアノとバイオリンが伴奏し、配られている歌詞を見ながら参加者が3曲歌い始める。参加者は室内に30人で各テーブルに3人ずつで家族のいるテーブルが4つ、室外に6人ずつのテーブルに2グループで各テーブルに介護職員が1人ずついる。戸外から涼しい風が吹いてくる。

参加者の9割は開始前に集まっており、その他は開始後に入ってくる車椅子の人もいる。参加者は、歌う人の歌声を聞いていたり、おしゃべりをしたりしている。時間が経つにつれおしゃべりが増える。ゆっくりコーヒーカップを口に運びながら音楽を聞いている。

歌を3曲歌った後に、ピアノ・フルート・バイオリン・チェロで音楽を6曲演奏する。その後男性が参加し、ドイツの昔の歌を3曲披露する。彼は入居者で認知症があり、彼の仕事は旧東ドイツで政府の高官だった。当時の職場のストレスが原因でアルコール依存症となり、その後認知症となる。歌う姿は認知症を感じさせない姿で、陽気に大きなジェスチャーを交えての歌であった。参加者から拍手もあった。

10曲目から3拍子のワルツの演奏となり、2組の親子がダンスを始める。母と娘のダンスを行ううちに母親の足がふらつくが、娘がしっかり支えながらダンスが続く。

11曲目で3組目のダンスが始まる。その後もう1曲ワルツ。13曲目で Haussmann 氏が「次は日曜日にはヨットに乗ろうという曲ですよ。〇〇さんが船に乗った話をしていましたよね。」と紹介しながら歌う。

ここで参加者の一人が皿を落として割れてしまう。Haussmann 氏が「良いことが有りますね」とフォローする。(ドイツに「皿が割れると良いことがある」という諺があり、結婚式の時に要らない皿を割る習慣がある。)

14曲目で先ほどの男性が歌を歌う。その後2人の参加者が部屋へ帰る。テーブルに一緒にいた親子が肩を組んで、曲に合わせて体を左右に揺らしながら楽しんでいる。他の席では家族が父親の口にケーキを運び食べさせ、彼は笑顔で食べている。

ここで演奏者の休憩(30分)となり、室内にはCDでゆっくりとした音楽が流れる。

また演奏が始まり、途中で調理スタッフが参加者や家族にチョコレートを勧めて各席を周る。その後5曲の演奏が有り終了となった。

第2節 Kleinの4段階

Klein(2007)は、施設での音楽療法のレベルを4段階にランク付けをしている。

Kleinによる4段階

<レベル1>音楽療法士が、介護において音楽活動を行う。

歌うことや音楽を聴くこと、日常の介護日程の中に音楽療法が入居者のグループ、個別のグループに音楽療法が不定期に実施される。

<レベル2>音楽療法士が、介護現場に配置される。

非常勤の音楽療法士が、定期的に適切な介護を行い、音楽療法士と介護スタッフが双方で配置される。

<レベル3>音楽療法士が、事例研究与会議全体に関わる。

音楽療法士がアクティブに個別事例検討会に参加し、音楽療法士と介護スタッフが定期的に協同の事例を検討する。

<レベル4>音楽療法士が、施設と住民を繋ぐオープンな仕事を行う。

合唱・ダンスカフェなどを、介護力の一員として居住区域の「聴く」という環境において、介護職と音楽療法士が構成)の4段階である。ダンスカフェにおいては、高齢者施設の住民と地域住民との継続的な交流が図られている。

上記の4段階において、認知症高齢者が音楽療法に何を望み、どのような姿が音・音楽に反映されているのか、特徴的な事例を挙げて全体像を把握し考察する³⁶。

レベル1については、筆者が定期的に音楽療法を行っているために該当する施設は無い。各事例の分析は、セッションの記録により行う。セッションの記録とは毎回のセッション後に、介護職員とカンファレンスを行った結果と、筆者が考察を行ったものの記録である。施設に原本、筆者はそのコピーを所有。(本論文の事例については、資料に記録を記載している)。

³⁶個々の事例については鹿児島国際大学教育倫理審査委員会の承認を得た。

1. レベル2の事例：Aさん—入所者から音楽療法への要望

性別	男性
年齢	91歳
健康状態や介護度	要介護4(入所時). 平成14年に自宅でイスから転落し、頸髄を損傷しリハビリを行うも在宅困難となり入所. 既往歴：脳梗塞、糖尿病、狭心症など.
家族構成	4人兄弟の長男. 20代の頃結婚し一男一女をもうける.
生活歴	中学校は台湾、大学は日本. その後戦争で海軍の中尉となり予科練の教官を経験し終戦を迎え、帰国後病院の事務職.

趣味は読書(雑誌や新聞の政治や医療に関すること)、テレビ視聴、ラジオを聴くこと、施設内外の散歩であった。行事への参加は積極的で発言も多く、ショートステイの利用者やスタッフと積極的に会話を楽しんでいた。日課について理解し、生活において大きな障害はなかったが被害妄想的発言や、気になりだすとしばらくは気分の浮き沈みが大きく見られる場面があった。

1) 考察

Aさんは、特養に入所していた皆さんとの日常生活を通して「もっと元気にしたい」「もっと声を出してほしい」と願っており、童謡に限らず皆さんの声が揃っていた時にはとても喜んでいました。そして、他入所者の様子を気にかけて励ましたり気遣ったりしながら、自分自身もセッションを楽しんでいた。その反面、自分自身が歩行困難となり入所したことで身体機能低下、慢性疾患、社会との関わりの希薄、孤独、などの現実と向き合い、それを受け入れると同時にストレスを抱えており、他入所者が元気であることは、自分自身の不安も軽減することに繋がっていたのではと考える。「高齢者にとってはサポートを受けるだけではなく、他者に対してサポートを提供することも、その人の QOL にとって重要」であり、「人との関わりが多く主観的健康観が高いにも関わらず、抑うつ状態の高齢者が多かった」(清水ら 1999)と入所高齢者についての報告の通り、Aさん自身がまるで他入所者の先生か保護者のようにサポートを行い、言葉で表現できない人に代わる代弁者であり、セッション時にうつ状態になることもたまにあったが、毎回の音楽療法の日時を気にかけて参加していた。特別養護老人ホームでのグループ活動では、メンバーは支持的な環境の中で経験を共有し社会関係を構築し、互いの特技や才能、知識などを認め合うことで自尊心を回復し、役割喪失に伴う孤立感や孤独感に対処し、様々な障害に関係なく各人のニーズに応じた新たな役割を得られるのである(北村 2007 : 27)。

Aさんの願いを裏付けるように、他入所者からも歌や声に関する要望があった。「音楽の時間があると声を思い切り出せるから、とても大切な時間です。大きい声を出すことをい

つも遠慮しがちなので、ここで歌を歌うとすっきりします。」(2011年4月)、「体が痛いから死にたい。その方が楽だ。」と看護師に言っていたが、歌が始まると気が紛れ「また来て下さいね。」(2003年5月)とMTに話したり、「部屋に帰る、連れて行って！」と繰り返していたが童謡が始まると歌い始めて「桃太郎」を気分よく歌ったりした(2005年10月)ことも記録にある。

集団で生活しながら他入所者への遠慮があるので、音楽療法の時間には思いっきり声を出し、また他の方々の元気な様子を見ることで安心するという心理が働いていたと考える。

2. レベル2の事例：Bさん—音楽療法で自分のエンパワメントを回復し、他者のエンパワメントを強めるために尽力する姿

性別	女性
年齢	87歳
心身の状況	要介護3(通所開始時)。寝返りは掴まればできる、起き上がりは一部介助、移乗は介助・装具使用、歩行は出来ない・車イス、食事は自主、排泄は布パンツに尿取りパット・失禁が時々、更衣は一部介助、入浴は全介助、認知面は少々の物忘れ。 病歴：脳出血後遺症(左足麻痺、左半側空間無視)
家族構成	一人暮らし。夫は7～8年前に他界。
生活歴	夫婦とも離島出身。夫の仕事のため鹿児島県内を転勤していたが、夫の他界により娘と同居。娘の病気を機に有料老人ホームへ入所。

本人は自分の家で暮らしたいが、長女は体調不良であり家に連れて帰ることはできない。援助方針は、①外出や外泊が安心して出来るように通所での機能訓練を続け、安定した動作が出来ると共に、本人の有する力を引き出しながら、自分の出来ることを増やす。②現在の生活の場で、顔なじみのスタッフや他利用者とのコミュニケーションなどを増やし、楽しみを作ることで意欲ある生活が送れることを目指す。③体調管理を行い、病状悪化を未然に防ぎ、安定した生活の維持を支援する。

<介護場面の姿>

介護職員によると、Bさんがホールの中で踊るようになってから、本人がそれまであまり参加しなかったレクリエーションにも参加するようになった。音楽療法以外の時間も「音楽療法は楽しみです」と言い、他利用者と輪を作りたいと持参したCDをかけて「あなたも来なさい」と近くにいた利用者に声をかけたが、それに応える人がいなかった。しかし、音楽療法時での踊りの場面で主役になっていることが自信になっており「誰かがやらんといかんのよねー。きっと誰かが出てくるはず。」と職員に話した。別の日に、自らが沖縄の曲をかけて踊りを2回踊った。しかし、他利用者の反応がなく、本人もすぐに止めてしまった。音楽療法を行う前の姿は、集団の中に埋もれて分からない面があった。しかし、踊

るようになってから意欲が増え、積極的になった。デイケアから自宅に帰る前の職員の挨拶を自ら引き受けて「皆様一、良いですかー。職員の皆様も良いですかー。今日も皆様、有難うございました。エイエイオー！エイエイオー！エイエイオー！」と大きな掛け声で締めくくようになっていく。最近では、体がきつくてベッドに横たわっていても、音楽療法の始まる直前だけは「私を起こして」と自ら職員に声をかけて起き上がるようになっていく。職員が「本人は右半分だけの視野しかない。食事中は鏡で、口元に食事を運ぶ様子を自分で確認しながら食べている。それなのに車イスの上で麻痺のない腕を大きく使い、滑らかな指使いで踊っていることは凄いことだ。」と話した。

セッション 10 回目の終了時に「皆を引っ張りだして、踊りのときは全員で踊るようにしましょうよ。心で動き、体を動かす。踊ることによって楽しいリハビリになる。家族も、踊ってきたんだね、と喜ぶことになる。音楽と心が合えば踊ることは難しくない。自然に手や足が動き、こんなに楽しいリハビリはない！ここではこんなに楽しいリハビリがあると皆がわかるようになる。」と熱心に話す。一番セッションの効果があったのは彼女である。(1 回目のセッション時にはベッドに横になっていた)。

1) 考察

彼女自身が音楽療法で大きく変わったのは、得意としていた踊りを曲に誘われてまた踊ってみようと思ったことであり、それを実現させる力を本人が持っていたということである。まさにエンパワメントが発揮された事例である。その力を引き出したのは、MT の選曲した踊りの曲である。彼女は離島出身者なので、即興的に踊ることに幼少時から慣れ親しんでいる。リズムがはっきりしているカチャーシーから、彼女の踊るテンポに合わせて選曲した。踊りによって他利用者が彼女本来の姿に気づき、始めは彼女の踊り誘いに応じることがなかったが、最近では彼女の踊る姿を期待し、一緒に楽しむようになっている。セッションという場面設定の中で行われる保障された空間、環境を他利用者は信頼し、その中で安心していることが分かる。その時は声をかけられて踊っても良いのだが、他の余暇の場面ではそれが出来なかったのである。

現在も彼女は、車イスの上で見事な踊りを披露し、ホールの中を移動しながら他利用者一人ずつに声をかけて「踊ろう」「出ておいで」と手を差し伸べている。彼女に他利用者を励ますという役割が出来たこと、誘われたことで踊ってみようという行動の変容が起こった他利用者との相乗効果となっている。

3. レベル3の事例：Cさん—スピリチュアルを求めた事例

性別	男性
年齢	90歳
健康状態や介護度	要支援1(通所開始時). 腰部脊柱管狭窄症・両変形性膝関節症・下肢閉塞性動脈硬化症.
家族構成	二男一女をもうけ、妻(アルツハイマー症・要介護1:通所開始時)と同じデイサービスに通う。子供たちは県外に在住。
生活歴	学校の国語教員をしていた。

本人は加齢と共に身体機能低下が現れ、膝に痛みがあり転倒しないように歩行に気をつけているが歩き始めにふらつくこともある。妻の物忘れがひどくなり、様々な日常生活のサポートが必要になっているため妻との生活が続けられるように現状維持を図りたい。

Cさんは、夫婦でデイサービスに通い子供は2男1女。Cさんの娘が子どもの時に、お気に入りの赤い靴を履いて、初めてのお使いに行った。Cさんは、ずっと後ろから見守っていた。というエピソードがあった。その後、成人した娘はアメリカ人と結婚し、披露宴では「赤い靴」が兄弟によって歌われた。何十年も経ってから、その娘が外国で癌の手術を受けることになった。その手術前にデイサービス職員から筆者に電話があり「妻が、娘が交通事故にあって入院した時に妻がベッドサイドで歌って励ましたように、音楽療法の時に遠い日本からだけ娘のために歌いたい。歌う事で、妻も記憶を取り戻し、その歌を歌うかもしれない。娘の手術の成功を祈りたい。希望をどのように叶えたら良いでしょうか。」とのことであった。

その後、Cさん本人と筆者はアセスメントを行った。Cさんは、娘の癌の手術成功を祈ると同時に、娘との思い出の曲を歌うことで妻にも記憶を取り戻すきっかけになり、一緒に歌を歌えれば、なお一層祈りが通じるのではないかと考えていた。思い出の曲は「赤い靴」「荒城の月」「花」であり、娘が学生時代に交通事故により入院した際に、妻が娘を励まそうと一緒に病室で歌っていたとのことであった。

それを受けて介護スタッフと筆者は検討を行い、通常の音楽療法のグループセッションを10分短くし、別室にてC夫妻の個別セッションを介護スタッフと共に行うこととした。伴奏は小型のオートハープを使用し、1曲目の「赤い靴」では幼少時代の娘の話、「荒城の月」「花」では、当時の母娘の病室での様子を詳細に話した。静かで落ち着いた口調ながら遠くにいる娘の手術に立ち会えずに心苦しく思い、妻が思い出して歌ってくれば、妻の祈りも届けられ、手術が成功するのではと思っていた。Cさんは、優しく妻に語りかけていた。Dさんが、歌う事は無かったが、皆の歌を静かに聞き、体を少し揺らしながら聞いて

ていた。

Cさんは1ヶ月後の通常のセッション終了後に、「祈りが通じました。娘にも皆さんと歌った事を話しました。園田さん(筆者)が“神様は乗り越えられない試練を、その人に与えない”と話してくれた事で私の気持ちが落ち着きました。祈りが遠くにいる娘に届きました。」と話してくれ、笑顔で娘婿の写真を見せてくれた。

<職員の看護日誌記録(抜粋)：200X年9月某日>

デイサービス全体での音楽療法終了後、別室で個別の音楽療法を行うことをお話し、ご本人の了解も得る。通常の音楽療法のセッションにもご夫妻は参加し、ある方からのリクエストという形で紹介し、皆さんで「浜辺の歌」を歌う。皆さんが大きな声で歌って下さったことに感謝し「実は勝手を申し上げたのは私です」とCさんが深々と頭を下げられる。その後デイサービスの隣の部屋に移動し、音楽療法士・ケアマネージャー・ケアワーカーと共に娘さんとの思い出の歌「赤い靴」を歌い、思いのたけを話される。Rさんは無表情で無反応であった。Cさんは、「感謝します」と落ち着かれ昼食を取る。

15:00「私の娘に対する思いは届くよね」と話す。

<職員の看護日誌記録：200X年10月某日>

Cさんが、昨日娘から電話があり手術が無事に済んで退院したと言っていたと喜んで話す。

1) 考察

1998年WHO第101回執行理事会にWHO憲章健康定義改正案「健康とは、完全な肉体的、精神的、スピリチュアル及び社会福祉の動的状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない」(Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.)が提案された。スピリチュアルの訳語と概念そのものが、明確に位置づけられていない現状があり、明確に定まっておらず(竹田ら2006)、このまま使われることが多い(石井2006)。

今回の事例に関して浜渦(2006:2)のスピリチュアル:「魂のケア」、岡本(2003)のスピリチュアルの定義:「人が生活上の課題に直面した時に、その困難な中においても生が肯定され、安らぎや希望が与えられるために、自己を超越したものへ結びつけ、また、存在の意味や生きる目的を見出させる活力である」が適していると考ええる。

看護日誌記録から、Cさんの自分自身と廻りの状況の変化に対して、受容、平安、満足を維持していきたい、という希望が満たされたことが分かる。「祈りたいと願っている人の気持ち、どの程度の活動的状態にあるのか、そしてその人の精神的な状態」(Clair 2001:239)を介護スタッフと共にMTが共有し、「精神状態に合った音楽と、おそらく祈りの目的に合った歌詞が祈りへの導入」(Clair 2001:239)が促された。

竹田ら(2006)の高齢者のスピリチュアリティ概念の構成要素に照合すると、Cさん家族には、嬉しい時、困難を迎えた時にも絆として「歌」(よりどころ)があり、「娘の癌の手術

の成功を祈る気持ち、癌への恐怖」(生きる意味・目的、死と死にゆくことへの態度)を、「信頼している音楽療法のセッション・音楽療法士・介護スタッフと共に歌う」(他者との調和)ことで、遠く離れた場所にいる娘を思って「祈ること」(自己超越)に、静かに気落ちを集中させて思いを届けたことによって「魂のケア」が行われ、娘と妻に対する思いと自分の感情を吐露する時間となった。

4. レベル3の事例：Dさん—**認知症高齢者とその家族(娘)が音楽療法を行った事例**

日 時	200X年7月5日 10:00~11:00
場 所	高齢者グループホーム事務所
インタビュー対象者	Dさんの娘さん(高齢者デイサービス職員)
Dさんの性別・年齢	男性。通所時は86歳、翌年に亡くなられる

Q 生活歴

A 尋常小学校を卒業後、満州開拓で農業をするつもりで満蒙開拓団として家族で満州へ渡る。その途中で戦争が始まり、召集され沖縄や南大東島の戦地に赴く。その後、終戦を迎えて日本に戻る。兄弟が多く、田舎にいても職がないので県外に出て製鉄所で働く。結婚し、家族で神戸、千葉、岡山に転勤があり岡山で定年を迎えて郷里に帰る。

Q 既往歴

A 当初は介護度2、その後介護度3になった。妻を亡くし、仕事をしている娘の帰りを待ちながら、2年間一人で日中を過ごしていた。ある日、妄想が始まり、あそこに誰かがいる、一緒に来た人が待たないで先に帰ってしまった、と時々言うようになって、ある日突然ろれつが回らなくなり、何を言っているか分からなくなる。それが何ヶ月かでだんだんひどくなった。几帳面な父が、自分と視線の焦点が合わず、病院を受診した。MRIに入らなければ検査できないのに、それさえ出来なかったもので、自分も一緒にMRIを受けた。ここではっきりと脳の委縮が認められた。しゃべれない、字も書けない、子供の顔も分からない、誰と間違っているのか、娘に対して憎々しいように睨みつける。しかし、デイサービスで、スタッフには嫌な態度は取らない。

両手引きでの歩行、車に乗っても降りない、抵抗するような行動、子供、自分の名前を忘れていた。認知症デイに通うようになるが、他のスタッフに、自分の親が認知症だと知られたくなかった。足腰が悪いただけなら気にしないが、認知症がひどかったので、少人数のデイサービスに入れたかった。主治医の判断もあり、少人数

の認知症対応デイサービスに入れた。自分の親と、他人の認知症のある人と関わることは違う。父のことでいろいろ言われるかもしれない、と思うことが自分のストレスだった。

Q 楽器や踊りの経験

A 父が、家で歌うことはなかった。楽器はしたことがない。戦争に行っていたので、軍歌や、田畑義雄の歌を聞いたりしていた。絵や写真は好きで、絵を描いたり、切り絵をしたりしていた。

Q コミュニケーションの方法や手段

A 父とコミュニケーションを取るどころではなかった。もう一人家族がいれば、負担も少なく余裕が出たのではないかな。今だったら、こうしたら良かった、優しくすれば良かったと思う。仕事と家族では違う。一人の家族としていっぱいいっぱいだった。自分の父親となると優しさが足りなかった。なんで、なんで、という気持ち。排泄、食事、着替えも出来なかった。シャワーに行く前に便失禁もあったが、それを止めることが出来ない。自分の仕事と父親のことでいっぱいいっぱい。父を起こすこと、寝させることも戦いだった。父は、テレビや本も見なくなった。自分で作った切り絵を他人にあげたりしていたが、それも一切しなくなり、手先を使うことも出来なくなった。急激に悪くなったので、対応が難しかった。

Q 音楽療法での変化について

A 音楽で、父の気持ちが高揚するとは思わなかった。父が涙目になった。正常な時だと有り得なかったこと。子供返りじゃないけど、逆行しているかと思った。楽器を叩くこともなかったけど、タイコを叩いていた。想像できなかった姿。表情が変わった。他の人と一緒に叩いたり楽器を使うことが意外だった。家の中で音楽が溢れていたわけではない。全く音楽に関係のない生活だった。認知症があるから、気持ちがストレートに出たのではないかな。

Q 在宅での音楽療法について

A 在宅で音楽療法があれば、受けてみようと思う。父は、私じゃない人、お客さんが来るのは拒まないしイヤな態度は取らない。音楽をいっしょにしてみたい。どのような変化があるのか知りたい。親の刺激になることが分かり、良いところを見れば、親に対する態度も変わったかもしれない。

Q 自宅近くで、グループの音楽療法があれば参加してみたいと思いますか

□A それを受けてみようとは思わない。近所の人、父のことを良いように取ってくれるわけではない。自宅からかけ離れたところで参加するのが良い。地元で知ってる人達がいるところには抵抗がある。恥ずかしいということではないが、地元での活動は人間関係が狭い。時間がかかっても、違う世界の人たちとの接し方でやってみたい。離れたところに積極的に行きたい。近くの人には隠したい。近所の人、薄々は感じていただろうけど、私は分からないように分からないようにしていた。変なプライドが自分にあった。地元には地元のやり方がある。このルールでやってくれという、閉鎖的なものに、父も母も反発する気持ちがあった。距離は関係ない。父の状態が良くなるのであれば、遠くでも出かける。地元、地元、という考えはない。

□Q **ご遺影の写真を音楽療法時の写真に選んだ理由**

□A 写真は、探せばどこかにはあるはずと思っていたが、最近の父の方がいいだろうということになった。それで、音楽療法時の父のスナップ写真を探した。セッション中の顔を大きく伸ばした。それはスタッフが作ってくれた。表情がとても良いので、その写真を研究に使ってもらって、皆さんにその表情を見てもらえば、見た人に分かってもらえる。音楽という刺激があって父は涙を流していた。認知症の症状が進んでから、そのような姿は見たことがなかった。父は前へ前へ出ていく性格ではなかった。しかし、音楽の時には、何の拒否もせずに活動していた。

□Q **音楽療法に望むこと**

□A フルートでリラックスする曲を聴かせてもらえば良い。リズムの激しいものより、音楽鑑賞のようにフルートの曲が多いのも癒されるのではないかな。フルートの曲をもう少し増やしたらどうか。認知症の人にも激しい音楽より、静かな音楽が落ち着くのではないかな。激しいものを好む人もいるかもしれないが、私はもっと曲を増やしてもらえればと思っていました。私が児童の施設に勤めていた頃、子供のお昼寝の時はゆったりした曲を小さな音量でかけていた。大人の認知症にも似たようなところがあるのでは。

1) 考察

認知症が進行した父親と介護者である娘は、音楽を通して「まだ損なわれていない技術と能力を活用することになり、愛する人との有意義な交流の機会を持つこと」(Clair2001 : 261)が出来た。そして「音楽は、介護者と被介護者に喪失の痛みを伴わない交流をもたらす…短期間であるものの将来に対する恐怖と懸念から解放された」(Clair2001 : 261)ので

ある。それは父親とコミュニケーションも取れず、介護で精一杯だった娘自身の想像を越えていた。セッションにおいて、今まで見たことのなかった父親の姿や表情に接し、認知症の人が音楽療法を行う意味への一助となるという強い確信に至った。

認知症の家族を抱えながら地域の中で生活するには、まだ認知症への理解が十分にされていないという現状も浮き彫りとなった。認知症を受け入れる社会があれば、近所に「隠したい」という思いにはならない。介護者である家族が様々なストレスを抱える中、今回のように親子でセッションに参加したことは、家族の癒しにも繋がる。「もう少しフルートの曲を増やしたらどうか」という発言は、その演奏を聴くことによって娘さん自身の束の間の癒しとなっていたと考える。

5. レベル3の事例：Eさん—音楽療法を楽しみに参加する百寿者の事例

日時	200X年6月19日 15:30~16:00
場所	高齢者デイケア併設病院の2階食堂ホール
性別・年齢	女性・100歳
インタビュー対象者	Eさんと娘さん

Q 楽器や踊りの経験

A 楽器を習ったことはなく、踊りは見よう見まねでやっていた。

Q 生活歴について

A 台湾から40代に引き揚げて帰ってきた。それから野菜や食料品の小売店をしていたので、忙しくて旅行にも行けなかった。町の商店街に居たので賑やかな所で生活していた。部落の婦人部の誘いもありゲートボールもしていた。75歳で店主を止めてから一泊旅行やデイサービスに行くようになった。

Q 音楽療法に参加した時期

A 自宅の階段から落ちて肩を強打して5年前に入院した時から音楽療法に参加している。

Q 参加のきっかけ

A 病棟の看護師さんが、母に参加を積極的に勧めた。母は、体は弱かったが頭はしっかりしているので、「脳を活性化して下さい」という配慮だったのではないのでしょうか。

Q 音楽療法での楽しみ

A 歌、楽器演奏、仲間との交流のようである。日曜日はNHKのど自慢が大好きで、テレビの一番前で見ている。ラジオで音楽をいつも聞いている。普段は誰かと交流することがとても少ない。エレベーター前でお風呂の順番を待っている時に、たまたま隣

にいた人と話すくらい。100歳を超えてから認知が斑になってきた。

Q 音楽療法の前後での変化

A あると思う。長年自宅で飼っていた犬が亡くなり、そのことを母に話さないようにしていたが、ある日つい話してしまった。それが音楽療法の始まる10分ほど前で、母は「可哀想に、可哀想に…」と何度も繰り返し、暗い表情だった。音楽療法に参加して帰ってきたときには、犬のことは忘れていたので助かった。

Q ご本人が音楽療法に望んでいること

A 楽しさと賑やかさだと思う。

Eさん「みんなと一緒にいるのが楽しい。男の人もみんないる。賑やかなのが良い。」

Q 家族として音楽療法に望むこと

A 誕生日プレゼントのように市や病院からの支援でできたら良いと思う。ここでは他の行事があるが、その先生が元気すぎて疲れてしまう。言葉ばかりで、それを分かる人には、あるレベルが必要となる。身体能力も、それを理解する人も段階が必要。大きい声で一方向的に話されるのが家族として嫌だ。

Q 今後、在宅での音楽療法の希望

A はい。誕生日プレゼントのように市や病院からの支援でできたら良いと思う。

Q 100歳の表彰を受けた時の様子

A 100歳のお祝いに訪れた市の担当者2名に、母は「これからも音楽療法を頑張ります」と話していた。

インタビュー終了後、病室に戻る時に「あの人(筆者)は、みんなを楽しませてくれる人だよ」とEさんが話していた、と娘さんに教えてもらう。MTに会うと、必ず「音楽療法は楽しいよ」と話す。

1) 考察

歩行に困難さはあるが活動に意欲があり、タイコを毎回選択して叩いている。調子の良い時はMTと一緒に車イスでホールの中で踊り、他利用者の目標となっている。意欲があって楽しんでいることが生活の質を高めており、長女が見舞いに来た際には「今日は音楽療法があるの？」と聞き、毎回楽しみにしている。外出や対人交流が少なくなっている百寿者(百歳以上の高齢者)に認知機能や身体機能の維持改善のために積極的な介入が有効とされている(稲垣ら2003)ので、音楽療法がその役割を担っていると考える。

6. レベル4の事例：特別養護老人ホームでの演奏会(園田 2013:99)

2012年12月9日(日)に、特別養護老人ホームにて小編成のオーケストラの演奏会を開催した。

1)目的：オーケストラの演奏会を音楽療法士と介護職が共に企画し、コミュニティの認知症の人への理解を深めること。

2)方法：高齢者施設とコミュニティ、コミュニティの住民と入居者の家族、オーケストラメンバーとコミュニティを繋ぐための演奏会を開催。

演奏会の打ち合わせ：音楽療法士と介護職が行い演奏会の全体像を共有した。

音楽療法士：集まった人々との交流のための楽器演奏や踊り、音楽を多感覚に体験するために映像で視覚の情報を提供。

介護職：施設の理事会をその日に合わせて開催、地区の民生委員と家族に演奏会の開催を知らせる手紙を郵送した。

演奏会終了時に参加者(地域住民や家族)にアンケート調査。

(アンケートについて事前説明を行い了承した方のみに行った。個人が特定されないよう倫理的配慮を行い、また匿名性の保持、個人情報流出防止について十分配慮した)。

3)結果：参加者は、施設の入居者96名、地域住民37名、家族43名、職員の家族6名であった。アンケートに答えたのは20名(平均年齢66.5歳：男性9名、女性11名)。

聴衆と演奏者のコミュニケーションが取れた19%、会場にいる人達と楽しめた15%、日頃のストレスが取れた13%、音楽が分かりやすい11%、家族と楽しめた10%であった。

自由回答では、家族：「主人が楽しんで、笑いのある顔でとっても喜んでいる様子」「入所者の方々と介護職員の方々が、手を取り、見て下さる事に感謝」「会場が一つになり、皆さまの癒しを感じられました」、民生委員：「生で聞く演奏は良かった。特に入所者との触れ合いが良かった」などがあった。

“在宅ケアに音楽を望みますか”の項目については、家族：「介護される人とする人の和みとなり、それぞれ変化が生まれる」「楽しみの共有が出来る」「癒される、在宅ケアで大きなストレスがあるから」「心が豊かになる」などの意見があった。

4)考察：アンケート結果により、演奏会をきっかけに初めて施設を訪れた地域住民、3世代交流が行われたことなどから音楽を通して集まった人々と“コミュニティをつくる”ことが分かった。音楽療法士と介護職の連携が、コミュニティの人々と認知症高齢者の交流により相互理解を深める場面を提供し、機能したことが分かった。家族が、入居者と介護職

員の介護の様子をありのままに見たことで、安心をもたらしていた。

このような活動を定期的、継続的に行うことが、認知症の人々への理解とコミュニティの繋がりが深まるために重要である。

第3節 ドイツの EBQ モデルによる比較（モード0からモード7の8モード）

EBQ(Evidence Based Qualität の略)は、音楽療法における「関係の質」の評価尺度であり、認知症高齢者に対するものとして適用される。EBQは個別セラピーのセッティングを発展させる。この尺度は、Schumacher & Calvet が開発した(Schumacher,K.&Calvet,C.2007)。認知症の人との音楽療法の仕事では、グループセッションの状況は頻繁にあるので、この評価尺度について Warme は、2005年に EBQ のグループ状況での適用を調査し、EBQは認知症の人のグループでも関係の質においても有用であることを証明した(Warme 2005)。

認知症が進行するにつれ、関係の質が失われてしまうことは、認知症高齢者自身と介護者との関係の質、それぞれの生活の質に影響を与える。そこで、鹿児島における認知症高齢者との音楽療法の関係の質を、EBQの評価尺度によって分類する。

1. Schumacher & Calvet の 8 モード (EBQ モデル)

表 4-1 Schumacher & Calvet による 8 段階のモード

モード	内容
モード 0: 振動と出会う	音の振動に反応する。
モード 1: 感覚のコンタクト	音楽療法士と対象者が音で短時間の出会いが出来る。
モード 2: 機能的なコンタクト	音楽療法士が、対象者の感情的な状態を活力へ適合させて、感情を調整する。音楽療法士が対象者の表現する要求を適切に受け止める。
モード 3: 自分自身とのコンタクト—自己意識	音楽療法士は表現の形について介入する。対象者が他者の音に埋もれず自分の音を表出し、自分の音・行動を認識することが可能になる。
モード 4: 主観的な他者とのコンタクト	対象者が音楽療法士と他者と一緒に、主観的に演奏している。音楽療法士の動機やアイデアを対象者が知り、関係の質を興味の中で体験することが出来る。
モード 5: 能動的な他者との関係	対象者が、音楽療法士・他者と音で意思疎通が自由に出来る。関係の質は相互のものとなり、イニシアティブを対象者が取る。対象者は音楽療法士の期待を受け取り、音楽的な会話(模倣やバリエーション)で特徴づけられる。
モード 6: 情緒的な出会い	対象者が、音楽療法士・他者と自由に即興演奏が出来る。音楽療法士の介入は対象者の空想力や遊びのアイデアを正しい方向に導く。楽しい情緒の様は、長期的な関係の質を安定させる。音楽の選択は、対象者の経験及び独自の感情と記憶が結びついていて、対象者の全ての過去の記憶に、関係の質は方向づけと確実性を提案する。
モード 7: 言葉による表現/熟考 (改善前)	音楽療法士は、感情的な経験と言葉を繋げること。歌詞は、回想、思考、想像と考えを言葉に割り当て、それらと相互に交換する。音楽療法士は、真剣な興味の会話のパートナーであり、彼らのコミュニケーションの自由な使用のパートナーである。音楽療法士は、患者の認知に関する能力、言葉による感情的な経験に介入に目を向ける。音楽療法士の話し方は、音の高さ、音響と強弱の音量と適合する。
モード 7': 言葉のスケール (改善後)	もし対象者が言葉で何か表現すれば、音楽療法士はその言葉の関係の質も、深く分析しなければならない。(言葉での表現も特有の Modus 1 から Modus 7 がある)。

Warme, B. (2005) 「 MusiktherapiealsGruppenpsychotherapiemit an Demenzerkrankten

Menschen-Darstellungrelevanter Interventionstechniken.」 61-71 頁. モード 1~7 : 一部改編

Schumacher et al. (2011) 『Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen』

77-78 頁. モード 7' (改善後) : 抜粋

上記の EBQ モデルに拠って 2006 年 4 月 12 日～2013 年 4 月 24 日までの高齢者施設：月に 5 回、総セッション数 500 回(4 月 24 日現在)の記録から分類する。

- 1) モード 0 : F さんの事例 2009 年 10 月 12 日～2010 年 6 月 21 日
- 2) モード 1 : 2006 年 4 月 12 日～2007 年 7 月 23 日
- 3) モード 2 : 2007 年 8 月 17 日～2008 年 2 月 19 日
- 4) モード 3 : 2008 年 4 月 18 日～2009 年 3 月 4 日
- 5) モード 4 : 2009 年 3 月 13 日～2009 年 10 月 13 日
- 6) モード 5 : 2009 年 10 月 21 日～2011 年 4 月 19 日
- 7) モード 6 : 2011 年 5 月 9 日～2013 年 3 月 27 日
- 8) モード 7・7' : 言葉による表現は、認知症高齢者にとって継続性・連続性に困難さがあるので、その時の「意思表示」として各モードに挙げた。

1) モード 0 の事例 : F さんの事例 200X 年 10 月 12 日～200X+1 年 6 月 21 日

性別	女性
年齢	89 歳
健康状態や介護度	要介護 5. 10 年前より徐々にアルツハイマー型認知症が進行、現在は重度. 着替え、排泄、入浴、食事は、日中を通し常に介護が必要、意思相通の困難、会話が出来ない状況. 緑内障でほぼ失明. 聴力に関してはどの程度か判断しにくい. 以前は介助歩行が出来ていたが、現在は足に力が入らず踏ん張ることも出来ない.
家族構成	夫と 3 人の子供をもうける.
生活歴	踊りや手芸を趣味としていた. 通所利用の 2 年前に夫が他界. 本人の認知症が分かった時点から娘と同居し、他の家族も協力的で平穏に生活を送っている.
家族の希望	今以上の回復は望まないが、出来る限り今の状態が維持できるようにリハビリをお願いしたい.

表 4-2 音楽療法記録シートの抜粋：F さん

	音楽療法時の反応
200X 年 10 月	ずっと目を閉じているので、ハンドドラムに拘縮した手を乗せてもらい、音楽療法が始まったことを振動と声掛けにより知らせる。
(月 2 回の参加が 続く)	視力、聴力がどの程度働いているかは分からないが、毎回のセッション時には職員の理解と協力があり参加。触覚刺激でコミュニケーションを取り続ける。
200X+1 年 9 月	職員に腕を支えてもらいバチを拘縮のない手で握ってもらい、フロアタムを叩いてもらう。骨伝導でしっかりとした刺激を入れてもらう。
10 月	今回も拘縮したままの手をハンドドラムに乗せて振動を伝える。目は閉じたままだが、口を開けて何か言いたそうな反応をする。
	終わりの挨拶時に、拘縮した指が少しずつ広がってくる。指が全部広がったところで指をぴたりとハンドドラムにつけて、刺激を受け入れる。
11 月	触覚刺激の素材が変わるたびに、声掛けをしながら触れてもらう。
12 月	目を開けている時間が数回ある。
200X+2 年 4 月	セッションの始まりに比べ、終了時に手の緊張が解けている。
6 月	途中で目を開けることがなかった。入院により通所利用が終了

職員の理解と協力により、月 2 回の音楽療法のセッションに F さんは毎回参加した。小規模デイサービスでの温かい家族的な雰囲気の中で 7 名が円形に座り、始めの挨拶はハンドドラムにてお一人ずつ名前を呼びかけながらリズムで応答する。言葉で表現できる方はリズムと言葉を交わし、それが困難な方はハンドドラムの面に手を乗せ、その周りに振動を与えながら指に何かしらの変化がないか注意しながら MT は話しかける。F さんのセッションは後者であった。

直接見えることはなかったが、職員の声掛けと、振動、そして、素材の触覚刺激のサポートがあった。 (素材とは、柔らかい布、突起のついたボール、金属製のスプーンや泡立て器、木のしゃもじ、たわしなど。)

(1) 考察

F さんにとって、他の利用者の歌声、笑い声、職員の声、様々な楽器の音などが聞こえ、フルートの音色を聴きながら柔らかい布の感覚刺激などを受けるという受動的な音楽療法となっていた。1 年後に拘縮した手が開いて、緊張が解けたことで、ご本人の聴力の程度について判断は出来ないが、確かに振動ではご本人と繋がる事が出来た事例であると考えられる。

Amengual JL ら(2013)は、脳梗塞患者 20 人に音楽療法を行い、神経生理学的に運動脳に関連し、脳の構造を改善したことで運動脳の改善に役立ったという報告を行っている。この結果のように、音楽療法によって F さんの運動脳の改善に繋がったことで緊張が解けたと考える。日常生活の場面で彼女の手の緊張が解けることはなかったのである。

2) モード1の事例：2006年4月12日～2007年7月23日※資料参照

音楽療法への感想をGさんは「毎回タイコを叩くのが何よりも楽しみ。次はいつだろうかと待ち遠しいです。H、Iさん「私は音楽の時間が一番好きです。タイコは始めのうちは出来ないと思いましたがやってみると出来ました。」と話す。対象者それぞれがセッションを楽しんでいるが、それはMTとの関係性において繋がっている。

3) モード2の事例：2007年8月15日～2008年2月19日※資料参照

音楽療法への感想をJさんは「フルート演奏が聴けて、それだけで今日は来た甲斐がありました。年を取ると芸術の分野で残るのは音楽です。だから上質の音楽を聴きたいと思います。“千の風になって”は心を打つ名曲です。楽器を皆でするのも良かったです。」、Kさんは「踊りもいい運動になりますね。家に一人でいるとこんなことはしないから。」と言いながら踊り、Lさんは「私は音楽の時間が大好きです。」、Mさんは「私はお風呂に入っていましたが良い音が聞こえたので、まだ顔は洗ってなかったけど出てきました。この曲を探してね。」と走り書きのメモを渡し、Nさんは「私はこんな音楽が出来て嬉しく思っています。」と話す。

MTと対象者の関係性から、キーパーソンであるOさんの音や歌を聞くようになり、MTの音に合わせて自分の音を調整するようになってきている。

4) モード3の事例：2008年7月7日～2009年3月4日※資料参照

音楽療法への感想をPさんは「先生は教室を開いていますか？私は何か習いたいです。家にいてテレビばかり見ているとボケるような気がします。体を動かして声を大きく出して、そんなことを沢山したいと思っています。私が歌ったり、踊ったりするのは出しゃばりではないですか？」と話す。

楽器指揮では、自分のところにフロアタムが回ってくるのを楽しみにするようになっていく。今までは、指名を受けても「他の人に回して」「私はタイコを叩いたことが無い」と遠慮する方が多かったが、自分なりの表現を行う方が増えてきた時期である。

5) モード4の事例：2009年3月13日～2009年10月13日※資料参照

音楽療法への感想を、OさんとQさんが「音楽の時間は1時間では足りないですね。もっとあればいいのに。」と話す。

楽器指揮で自己意識の高まりが行われ、誰かが遠慮したりためらったりしていると「出来るよ」「一緒にやってみようか？」など、お互いのエンパワメントを信じて励ます場面が増えている。

6) モード5の事例：2009年10月21日～2011年4月19日※資料参照

音楽療法への感想を、Rさんが「私は他の方が一生懸命にされている(合奏の)様子を見て感動しました。涙を止められませんでした。私もまだまだ頑張らなければいけないと励まされました。」と、合奏時に泣いた理由を話す。Sさんは「皆を遊ばせるのは大変だね。だけど楽しいから、これからも喜ばせてね。」と言う。

職員から「Tさんが音楽療法の時に使っているボンゴを欲しいと希望し、子供さんが誕生日プレゼントに買った。本人も喜んで自宅で叩いている。」と聞く。デイサービスでの音楽療法について家族に話していることが分かる。体に不自由さはあるものの、彼女の中には秘めた熱い闘志がある。

対象者同士のコミュニケーションが活発になっている。それは言語だけでなく、非言語でも活発に行われ、その関係の質は密になっていく(Angelika Gerhardt, al2011)。身体的機能の衰えにより見落とされがちであるが、その人らしさやモチベーションは保持されている場合も少なくない。「重度の認知障害がありながら感情は無傷のままである人…認知機能に障害があるように見えるが脳に器質的な変化があって障害が起こっているわけではない」(Magaret Healら1993:185)のである。その姿が映し出されるのがセッションの場面であると考える。

7) モード6の事例：2011年5月9日～2013年3月27日※資料参照

音楽療法への感想を、Uさんは「私は久しぶりのデイサービスで音楽療法の日に当たっていたからとても嬉しかった。いつも楽しくしてくれてありがとう。私は今日歌いました。踊りは無理だけど歌は好き。もう90歳になります。楽しい良い日でした。」とMTを探して玄関まで来る。Vさんは「音楽の時間はとても楽しい。私の楽しみです。青春のみなざるパワーをもらうことで、私も元気が出ます。楽しくて良かった。」、Wさんは「とても楽しかった。日頃のストレスをタイコで叩くことで解消できた。気分がすっきりした。」、Xさん「いつも音楽をすると元気が出る。」、Yさん「音楽の時間は楽しいです。踊りも好きなので今は手踊りだけです。楽しく踊りました。次も楽しみです。」と話す。

Oさんのタイコや歌は、祭りの風景と様々な感情が呼び起こされるので他利用者は毎回楽しみに期待しているが、ここまでのセッションの積み重ねで、それぞれが自由な自己表現を楽しみ、それが保障されている場だとセッションを信頼している。自分の表現を達成するためには誰とどのようにしたらいいのかを考えて、歌や踊りを行う場面も多々ある。また、その場で行われた歌やタイコに自由に参加し、お互いのエンパワメントで自由な即

興演奏(歌、踊り、合いの手、楽器演奏)が行われ、認知症高齢者の人の関係の質が失われることなく維持されるために音楽療法は有効と考える。

2. 新たな段階：モード8の追加

新たな段階として「モード8：音楽を介在させたコミュニティの第3者と出会う」を上記のモードに加えることを提言したい。上記のようにセッションの記録を分析した結果により、2006年から始まった認知症高齢者のグループセッションは、新しい参加者も巻き込みながら、セッションを信頼し自己表現が自由に行える場だと認識され、音・音楽を通して映し出される姿は「その人らしさ」の本質と繋がっている(第2章第2節参照)。しかし、この姿はコミュニティの人々、地域住民または家族と繋がっていない。家族会で一緒にセッションに参加する機会はあるかもしれないが、地域住民がセッションに参加することは通常のセッションにおいては無い。心身に何かしらの障害のある方との音楽療法は、クローズされた空間で行われていることが多いことも理由の一つである。

つまり、オープンにした空間で音楽療法を行うことは、人間と環境の相互作用としての「適所」が「音楽」であり、「音楽療法のセッション」に集う人々をコミュニティの構成メンバーとして考えることがモード8の視点である。

コミュニティにおいて障害の有無に関わらず子どもから高齢者までの発達段階においてそれぞれの問題があり、ストレスを抱えている。心身に何らかの障がいや病気のある人、虚弱高齢者や認知症などの本人とその家族、核家族などその形態も多様化している。それらの人々を繋ぐ「コミュニティをつくるケア」(広井：2007)としての音楽療法の果たす役割も担っていると考える。

第4節 日本におけるモード8の検証

これまで述べてきたように、コミュニティの中にある高齢者施設、その住民と地域住民を繋ぎ、“コミュニティをつくるケア”(広井：2000)としての音楽療法が重要と考える。

認知症に対する予防の取り組みについても、コミュニティは重要である。檜本(2012)が「それを受け入れる社会(地域コミュニティ)の問題と切り離して考えることができず、そうした社会があってこそはじめて予防対策は意味をもつ」のであり、「“知ること”“理解すること”がそのまま受け入れることにつながるかどうか、つまり“医学上のジレンマ”と同様に、“理解すること”が余計に、認知症に対する偏見を強化することにつながらないか注意が必要」と言うように、コミュニティと認知症の人の交流が活発に行われ、受け入れられているかと言われれば課題があると考えられる。認知症になった本人を家族は受け入れてい

でも、それを地域コミュニティに委ねる状況には、まだ困難さがある。(第4章 Eさんの事例を参照)

認知症高齢者だけでなく、コミュニティには心身に何かしらストレスを抱えながら生活している人も存在している。子育てや仕事を担う壮年期世代、地域で元気に暮らしている高齢者、また介護を仕事として障害のある方たちをサポートしている方を対象に音楽療法を行うことは滅多に無いことである。しかし、何らかのストレスを抱えながら生きており、音楽療法前後での心身の変化を知ることは、それぞれのメンタルヘルスケアにとっても有効なことである。

厚生労働省の「健康日本 21」³⁷では、最近1ヶ月にストレスを感じた人の減少を目指し、目標値としてストレスを感じた人の割合を49%以下に設定している(これは策定時の値に対して1割以下の減少である)。策定時の平成8年は54.6%、直近の実績値平成20年は61.3%であり、その結果を平成8年と平成20年を男女別に10歳ごとに層別化して比較すると男女とも全ての年齢階級においてストレスを自覚している人の割合が増加した。ストレスが「大いにある」と回答した人は男女とも全ての年齢階級で悪化し、男女ともに20歳代、30歳代、40歳代、50歳代の就労世代でストレスを自覚している人が多かった(厚生労働省健康日本21評価作業チーム2011:58)。

これらのことから音楽療法によって認知症の有無や障害に関わらず、またストレスを抱えた人にとっても良い変化が期待できるとの仮説により、音楽療法に参加した人々の心身の変化を検証する。

1. 目的

グループごとの音楽療法、認知症高齢者と地域の人々と合同の音楽療法を行い、それぞれの生理的・心理的指標から、コミュニティでの音楽療法の役割を生理的・心理的指標から考察することを目的とする。

³⁷健康日本21とは、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、平成12年に生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり運動として策定された。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200001r5gc-att/2r985200001r5np.pdf#search='%E7%AD%96%E5%AE%9A%E6%99%82%E3%81%AE%E5%B9%B3%E6%88%908%E5%B9%B4%E3%81%AF54.6%E5%BC%85%E3%80%81%E7%9B%B4%E8%BF%91%E3%81%AE%E5%AE%9F%E7%B8%BE%E5%80%A4%E5%B9%B3%E6%88%9020%E5%B9%B4%E3%81%AF61.3%E5%BC%85'>

2. 方法

1) 音楽療法のプログラム：各グループにおいて選曲やリズム、テンポは適宜変更有.

表 4-3 音楽療法のプログラム

音・音楽を多感覚に使用した音楽療法のプログラム	目的
1、挨拶／ハンドドラムでの挨拶	始まりの意識付けと、対象者のリズム・テンポによる心身・言語リズムと状態の確認.
2、歌唱・発声練習・回想	季節を感じながらの回想、嚥下機能の維持、自己発散.
3、多感覚（視覚・聴覚・触覚）のコミュニケーション活動	多感覚を使いながら楽しみ、対象者同士のコミュニケーションの向上.
4、身体運動／ダンス	イメージを膨らませながら自由な身体運動の誘発、廃用委縮の予防.
5、リラクセーションのための呼吸法	呼吸を整えてリラックス.
6、フルート演奏の鑑賞	感性に訴える音楽の提供.
7、フロアタム演奏による楽器による指揮	ノンバーバル(非言語)コミュニケーションで対象者一人一人のエンパワメントを引き出し、自己と他者の受容.
8、楽器演奏	ストレスの発散や表現力・コミュニケーション力の向上と役割分担による自信や満足感の体験.
9、挨拶／ハンドドラムでの挨拶	終わりの意識付けと、対象者のリズム・テンポによる心身・言語リズムと状態の確認

2) 音楽療法の効果測定

音楽療法介入前後に生理的・心理的測定とアンケート調査を行った.

(1)生理的指標：アミラーゼ活性値の変化によるストレスの測定(唾液アミラーゼモニター：ニプロ社製を使用)

唾液中のアミラーゼは食事の時に必要な消化酵素であると同時に「ストレス」を感じても活性化される。これは自己防衛反応として消化管内の毒物分解を促す各種消化酵素と共にアミラーゼも活性化し、交感神経系の視床下部を介して交感神経系の興奮を促す。

—唾液アミラーゼ測定の利点—

- ①心理社会的ストレスや身体的ストレスに敏感に反応するので短時間のストレス変化の把握
- ②唾液採取する際に侵襲が少なく、医師でなくても採取が可能
- ③随時性 ④即時性 ⑤簡便性・携帯性 ⑥経済性が挙げられる。(※データ分析はSPSS16.0を用いた).

(2) 心理的指標：POMS 心理検査横山らによる日本版(Profile of Mood States)

—POMS の特徴—

- ①対象者がおかれた条件によって変化する一時的な感情や気分の状態の測定
- ②精神医学・心療内科領域では病態把握や治療効果の評価、に応用され有用性が確立され 65 項目（短縮版は 30 項目）の質問に答えることにより 6 つの感情(緊張—不安、抑うつ—落ち込み、怒り—敵意、活気—疲労、混乱)の測定が可能。

(3) セッションに関するアンケート調査：セッション後に実施。(測定フローは図 6-3 を参照のこと)。

アンケート調査は、ストレスによるコーピングに個人差があるため、不快なストレスか快のストレスかを確認するために行った。

上記の(1)(2)を組み合わせた測定について、辻ら(2007)は鏡映描写課題を用いて簡易ストレス測定の妥当性を示し、三谷ら(2010)は光刺激(LED)によるリラクゼーション効果の検証、水野ら(2011)は音楽の拍子の違いが精神的ストレスに与える効果の比較、奥村ら(2011)はベビーマッサージの母子双方のストレス、石黒ら(2012)は運動療法の効果について報告している。倫理的配慮として説明書を作成し、全ての事例について主催者に趣旨を説明し了承された後に、研究対象者に説明を実施し個人名や団体名が出ることはないこと、また同意書を作成し、調査直前に調査の趣旨や方法などについて説明後、署名をして頂き最終的な同意を得た。

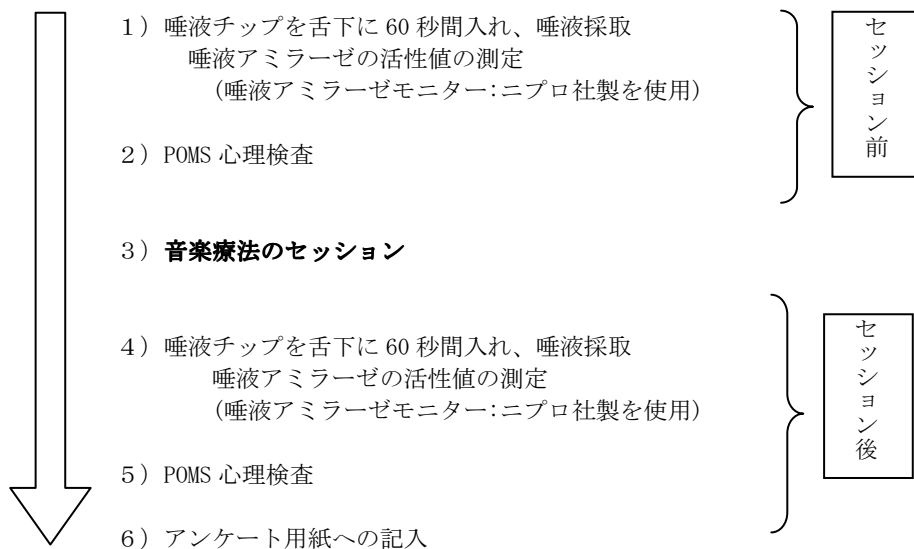


図 4-1 測定フロー

3) 対象

以下4つのグループを対象として、生理的・心理的指標の測定、アンケート調査を行った。

- (1) 高齢者中央大学の受講生 22 名のグループ(園田 2009 : 97) (男性 11 名、女性 11 名、平均年齢 68.6 歳).
 - ・自治体が企画した高齢者中央大学の受講生(県内に居住し、健康で地域活動に取り組む意欲がある 60 歳以上のグループ)であり、コミュニティで元気に暮らしている高齢期のグループ
- (2) 女性学級のグループ (女性 20 名、平均年齢 69.6 歳)
 - ・自治体が企画した女性学級講座に参加した女性
(女性学級とは、女性が自発的な学習意欲に基づき、豊かな人間性を培うとともに、その資質や能力の向上を図ることを目的としている).
- (3) 保育士・幼稚園教諭のグループ(園田 2011 : 185) (女性 39 名、平均年齢 28.8 歳)
 - ・公立幼稚園研修会に参加した幼稚園教諭・保育士、仕事の中で音楽と多く接していると思われる壮年期世代のグループ
- (4) 認知症高齢者と地域住民 11 名(男性 3 名、女性 8 名、平均年齢 47.2 歳)
 - ・高齢者グループホームの音楽療法に入居者と共に参加した地域住民
(民生委員・市の職員・家族・ボランティア・介護職員)

4) 測定結果

(1) 事例1：高齢者中央大学の受講生のグループ

日時：2009年7月3日 13:00～14:00

①唾液中アミラーゼの結果

(※数値は対象者により1ケタから3ケタとばらつきが多かったため4事例全てにおいて数値のlog変換を行った。)

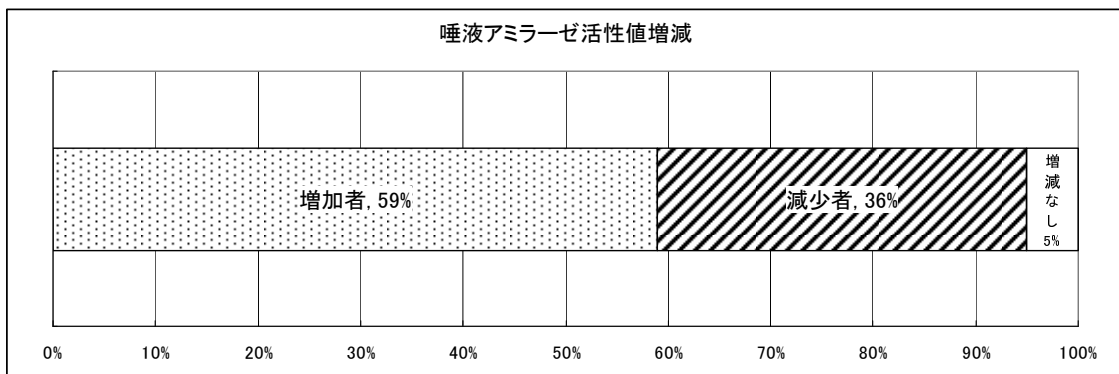


図 4-2 元気な高齢者 唾液アミラーゼ活性値増減

唾液アミラーゼ活性値の増加者は59%、減少者は36%、増減無しは5%であった。

全体では $t(21)=2.57, p<0.05$ となり5%水準で有意差が見られた。

男女比較では男性 $t(10)=0.62, p<0.549$ 、女性 $t(11)=3.26, p<0.01$ となり、女性が1%水準で有意差が見られた。

②POMSの結果

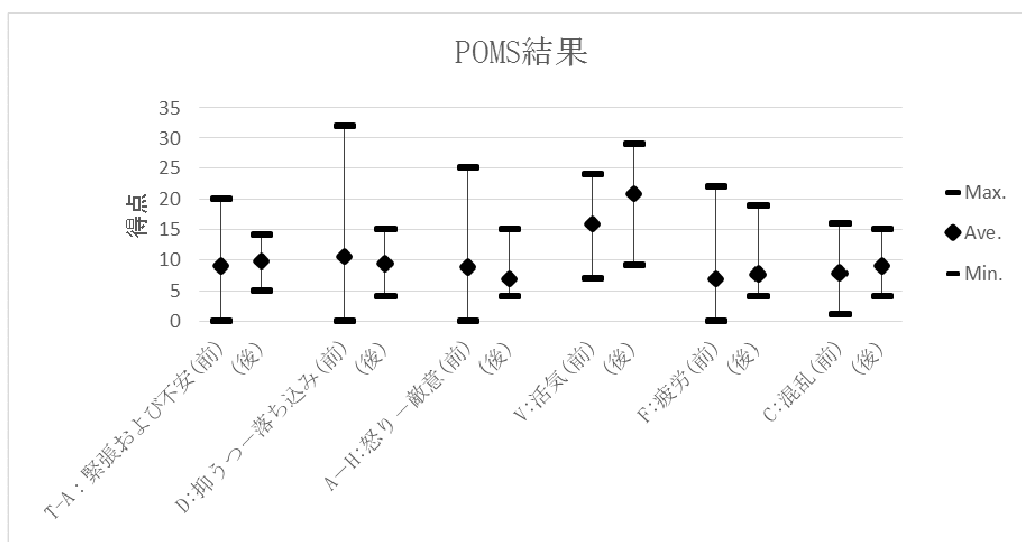


図 4-3 元気な高齢者 POMS 前後比較

緊張—不安 : $t(21)=2.93, p<.001$ 抑うつ—落ち込み : $t(21)=2.93, p<.001$

怒り—敵意 : $t(21)=4.20, p<.001$ 活気 : $t(21)=3.73, p<.001$

疲労 : $t(21)=3.86, p<.001$ 混乱 : $t(21)=3.41, p<.001$ の項目において 0.1%水準で有意差が見られた。

③セッションに関するアンケート調査結果

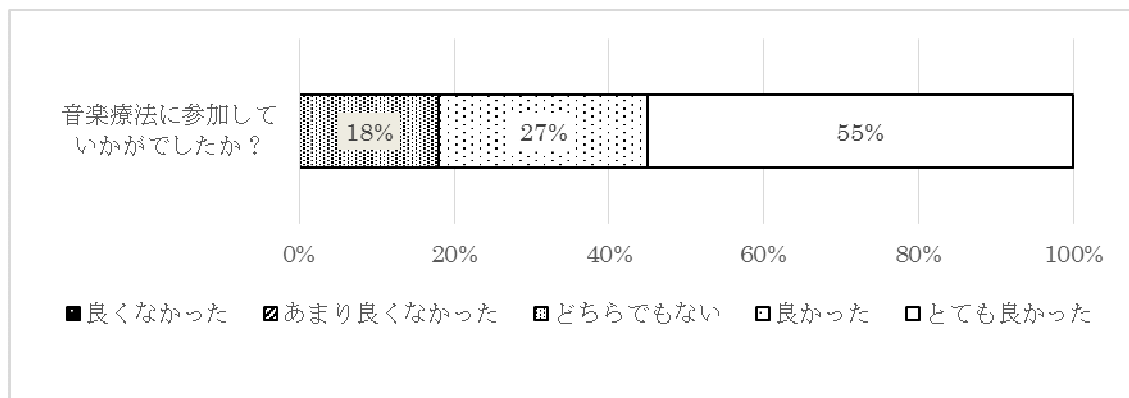


図 4-4 音楽療法に参加していかがでしたか？

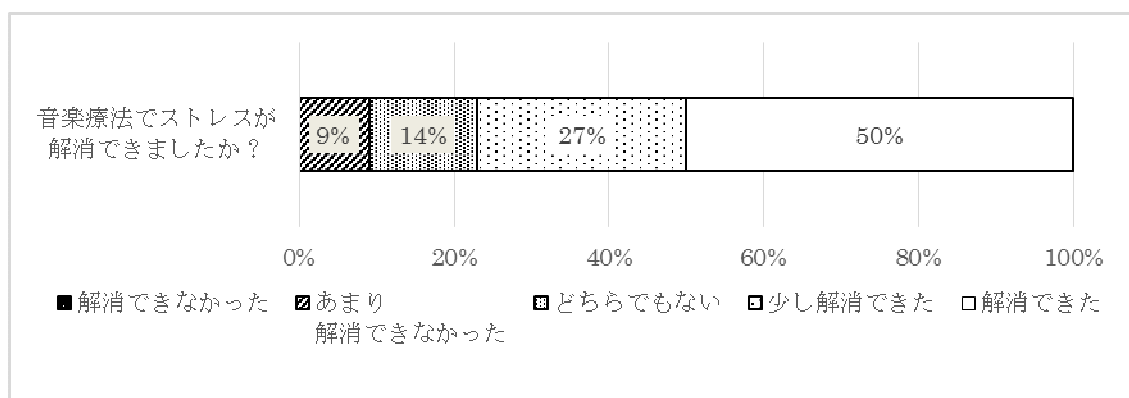


図 4-5 音楽療法でストレスが解消できましたか？

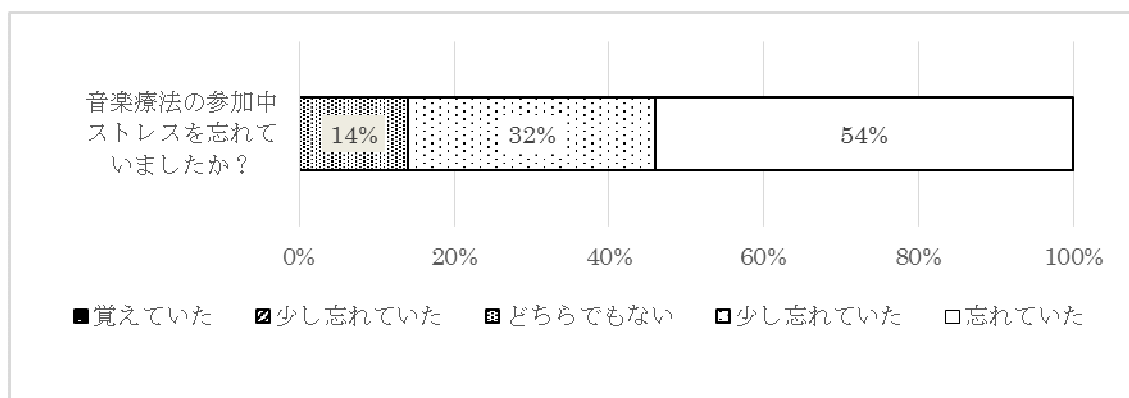


図 4-6 音楽療法の参加中にストレスを忘れていましたか？

④自由回答結果

- ・初めて経験した音楽療法でしたが、この方法だと認知症や高齢者だけでなく、働き盛りの年代の人達にもストレス解消法として大いに効果があると感じた。
- ・久しぶりに楽しかった。
- ・音楽に合わせて身体を動かして楽しかった。とても楽しい気分ですっきりした。グループ内の比較をしてみたい。
- ・音楽療法というのを初めて聞き受講しましたが、気持ちが明るくなり、仲間とコミュニケーションが取れた。
- ・初めての体験でしたが、とても楽しいでした。
- ・音楽は私の不得意とする中の一つでしたがうまく誘導して頂き、楽しい時間でした。
- ・とても楽しく元気になり、気持ちが晴ればれました。とてもリラックスできました。
- ・気分が若返ったようです。
- ・子供に戻ったような楽しい時を過ごしました。もっと音楽療法を取り入れて頂きたいと思います。
- ・歌うこと、音楽を聴くことは楽しいです。
- ・楽しい講座であった。
- ・音を聞く、奏でる、踊ることにより人との交流ができ、またその中で体全体、精神的影響の大きさと違いに、笑顔まで変わってくることに気づきました。

(2) 事例2：女性学級のグループ

日時：2010年1月25日(月) 10:00～11:00 場所：公民館

①唾液アミラーゼの結果

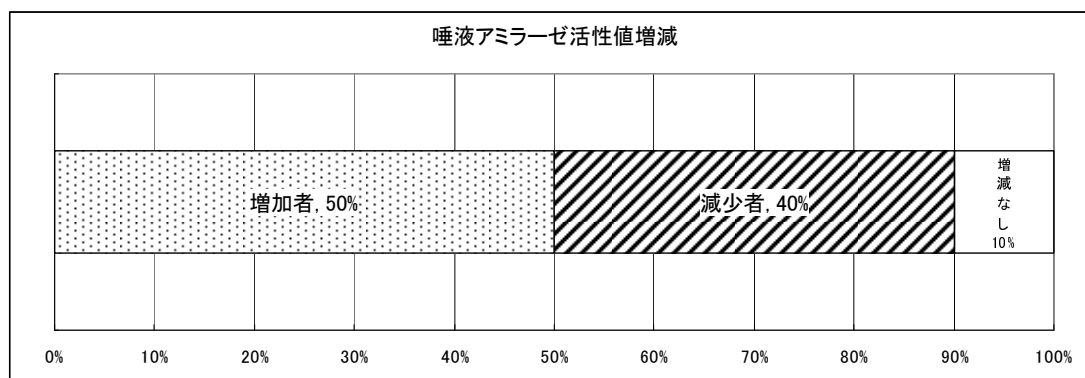


図 4-7 女性学級のグループ 唾液アミラーゼ活性値増減

唾液アミラーゼ活性値の増加者は50%、減少者は40%、増減無しが10%であった。
統計処理では、ストレスの増減について有意差が見られなかった。

②POMSの結果

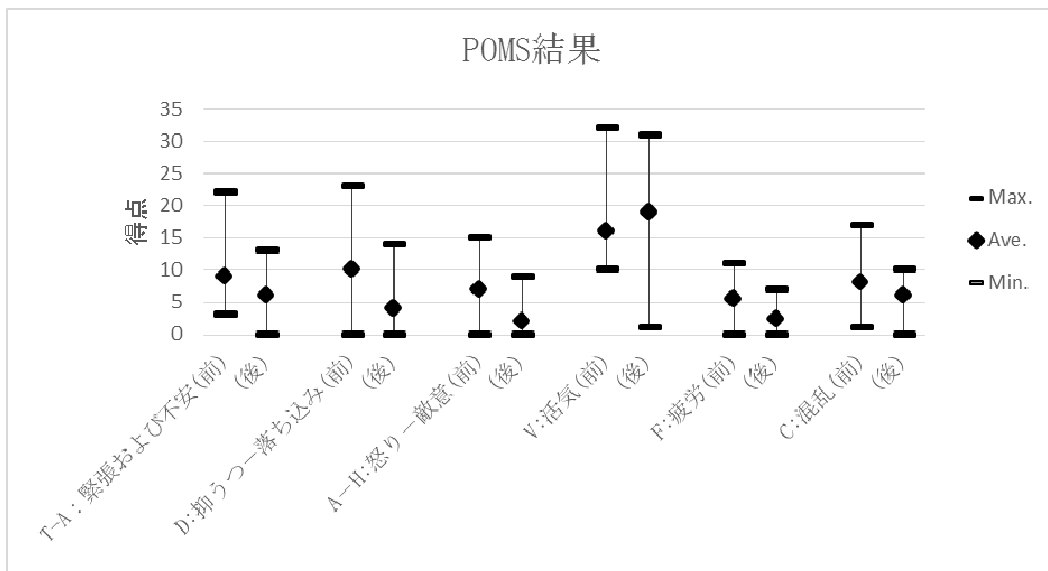


図 4-8 女性学級のグループ POMS 前後比較

緊張—不安 : $t(13)=3.15, p<.01$ 抑うつ—落ち込み : $t(13)=3.56, p<.01$

怒り—敵意 : $t(13)=5.20, p<.001$ 活気 : $t(13)=0.82$ 疲労 : $t(13)=3.24, p<.01$

混乱 : $t(13)=2.36, 0.05 < p \leq 0.1$

③セッションに関するアンケート調査結果

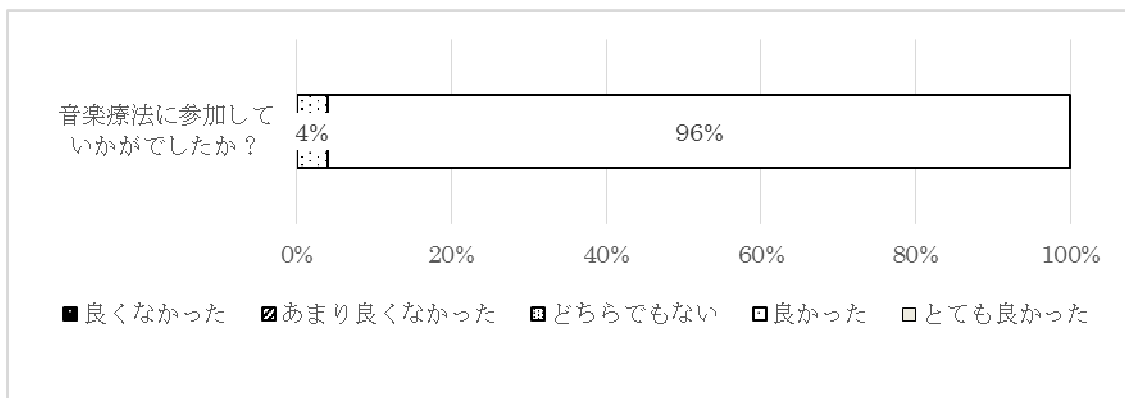


図 4-9 音楽療法に参加していかがでしたか？

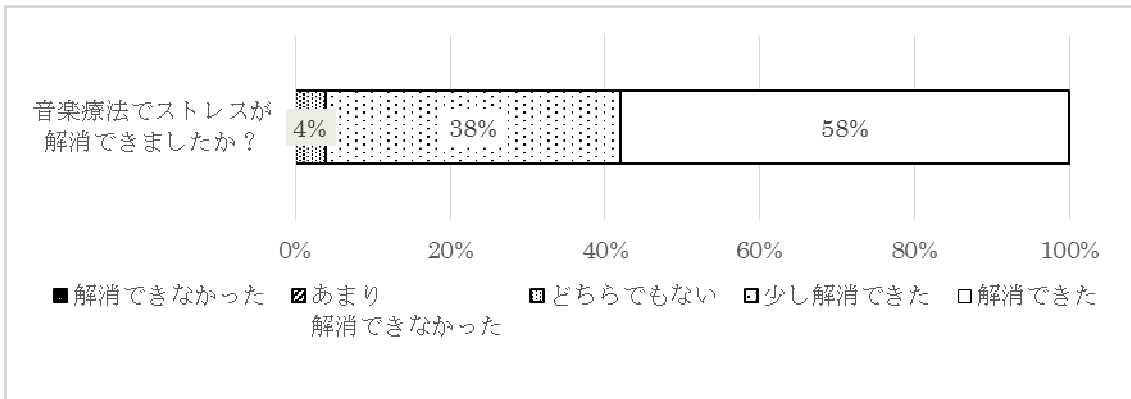


図 4-10 音楽療法でストレスが解消できましたか？

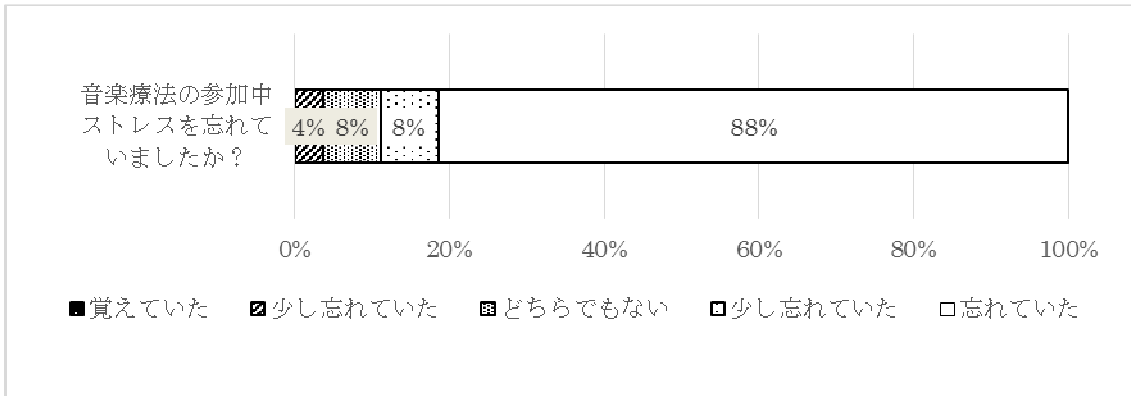


図 4-11 音楽療法の参加中にストレスを忘れていましたか？

【音楽療法の前後での自由意見(複数回答)】

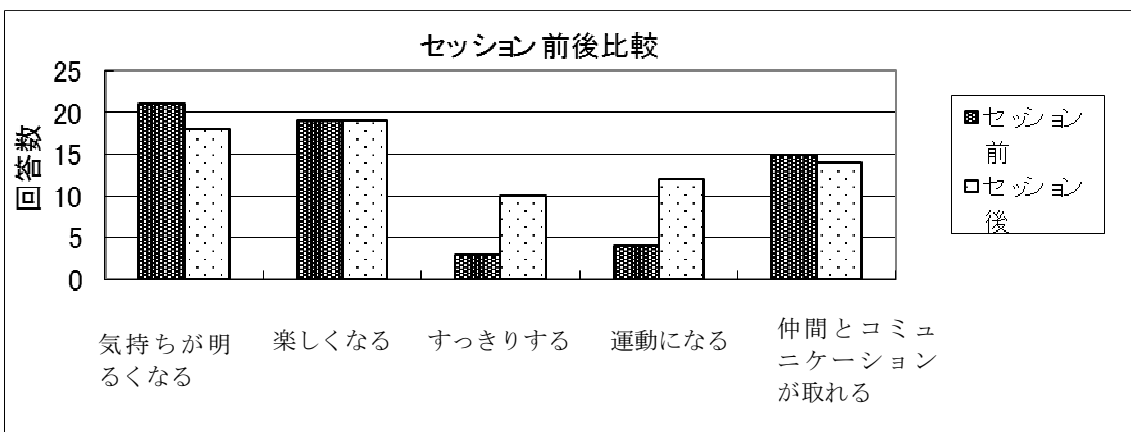


図 4-12 音楽療法前後での自由意見

音楽療法の前後での自由意見の差は、統計的に見ると大きな差は見られなかった。

④自由回答結果

- ・音楽でストレス解消ができた.
- ・曲を聴くことは本当に体のためになり、気分もすっきりする.
- ・楽しいひと時を過ごせて明るくなった.
- ・初めての経験で気分的に楽しかった.

(3) 事例3：保育士・幼稚園教諭のグループ(園田 2011：185)

日時：2011年7月28日(木)13:00～14:00 場所：教育総合センター

①唾液アミラーゼ結果

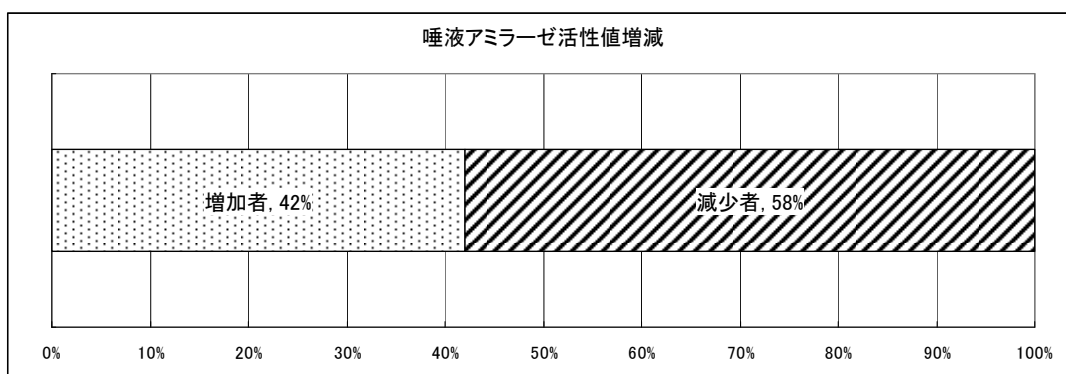


図 4-13 保育士・幼稚園教諭のグループ 唾液アミラーゼ活性値増減

唾液アミラーゼ活性値の増加者は 42%、減少者は 58%であった。

ストレス無し 22 名(唾液アミラーゼの活性値 0～30) $t(21)=0.85$, ストレス有り 9 名(唾液アミラーゼの活性値 31 以上) $t(8)=3.65, p<0.01$ となり 1%水準で有意差が見られた。セッション前にストレス無しのグループはセッション後に変化は見られず、セッション前にストレス有りのグループはセッション後にストレスが有意に減少した。

②POMS 結果

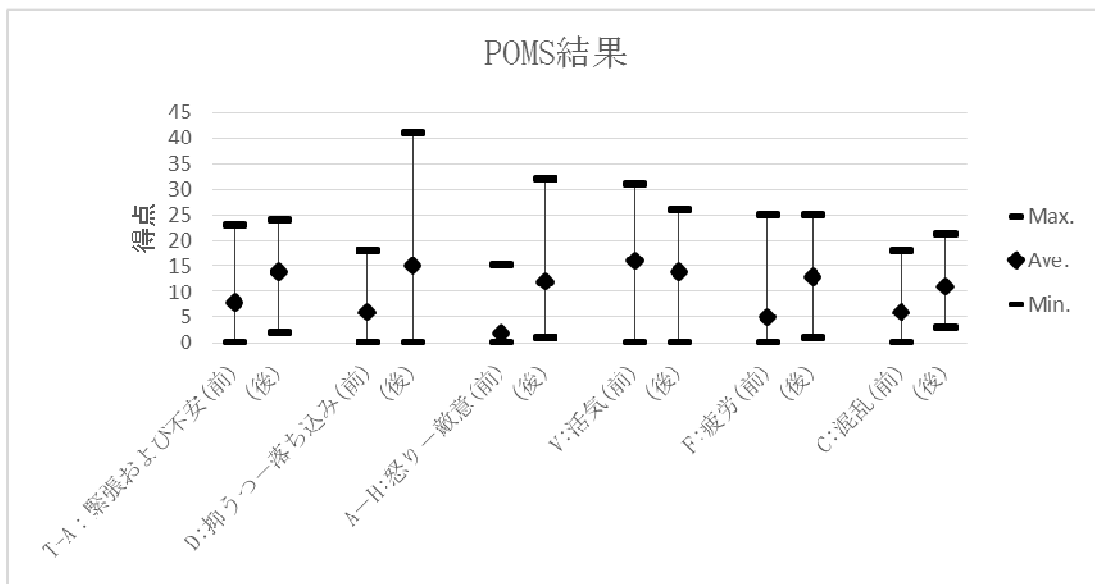


図 4-14 保育士・幼稚園教諭のグループ POMS 前後比較

緊張-不安 : $t(38) = 8.35, p < .0001$ 抑うつ-落ち込み : $t(38) = 8.60, p < .001$

怒り-敵意 : $t(38) = 8.89, p < .001$ 活気 : $t(38) = 3.03, p < .001$

疲労 : $t(38) = 8.73, p < .001$ 混乱 : $t(38) = 5.98, p < .001$

※すべての項目において 0.1%水準で有意差が見られた。

③セッションに関するアンケート調査結果

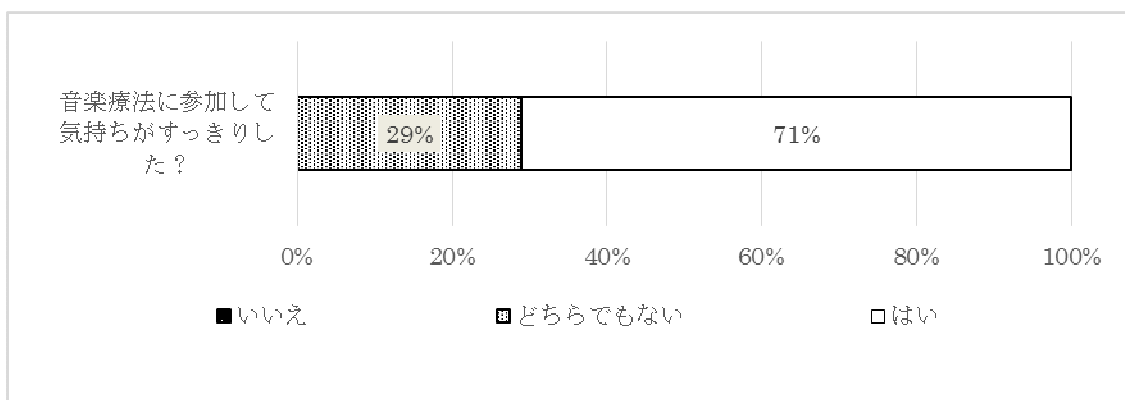


図 4-15 音楽療法に参加して気持ちがすっきりしましたか?

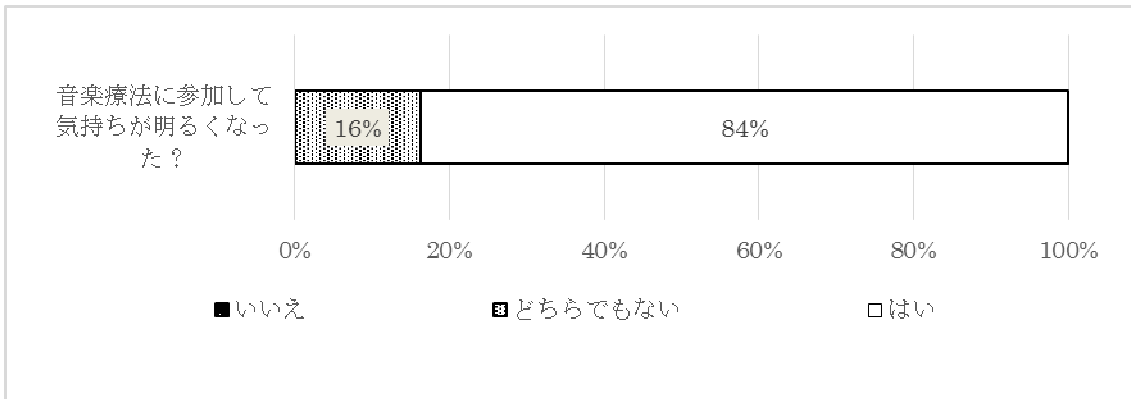


図 4-16 音楽療法に参加して気持ちが明るくなった？

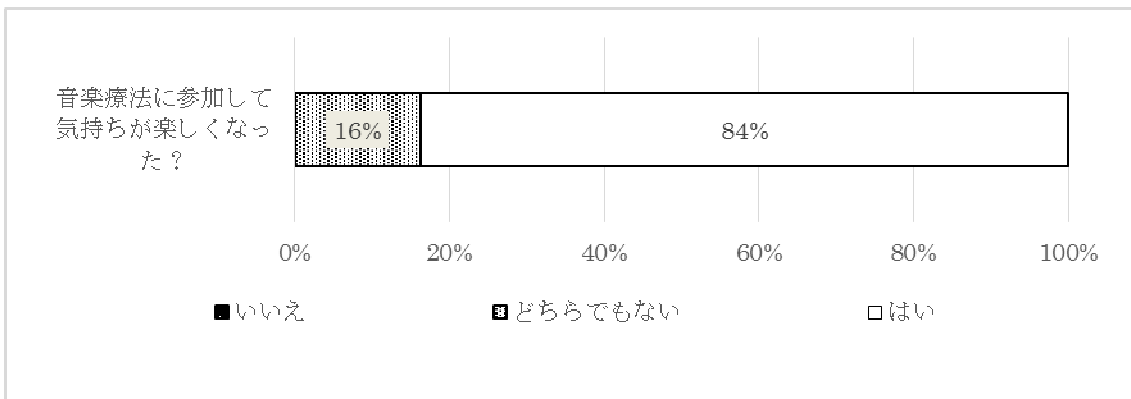


図 4-17 音楽療法に参加して気持ちが楽しくなった？

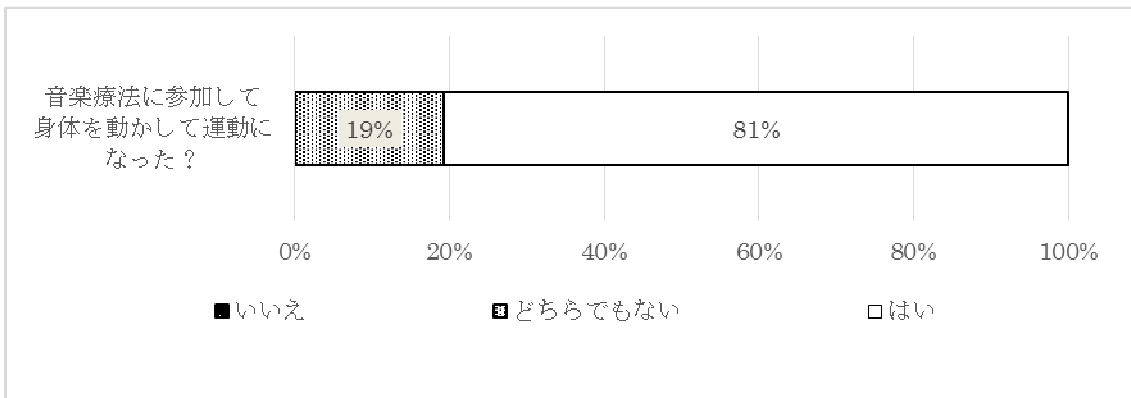


図 4-18 音楽療法に参加して身体を動かして運動になった？

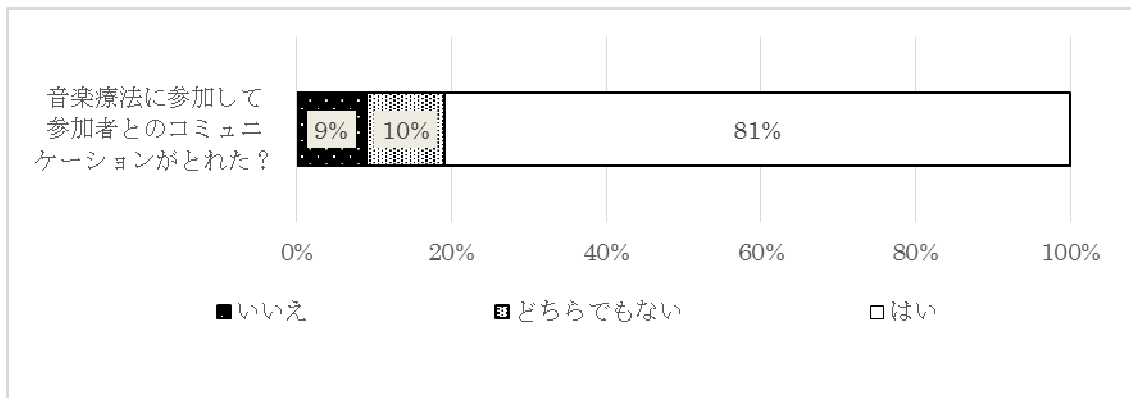


図 4-19 音楽療法に参加して参加者とのコミュニケーションがとれた？

④自由回答結果：今までの音楽活動と今回の音楽療法の活動に違いがありますか？

<キーワード：自由>

- ・決められたものを奏でるのではなく、自由に奏でることが新鮮であり難しい。
- ・自由な感じ、楽譜がない。
- ・楽器の叩き方もリズムも自由。
- ・自由に色々な楽器を鳴らしたり即興演奏したりという経験は無かった。
- ・今まで自由な感じのものは取り入れていない。
- ・曲によって自分の気持ちに変化があり、心の動きがわかった。
- ・適当なリズムでも演奏になっていたのが素晴らしいと思った。
- ・いろいろなリズム、音に触れることができた。
- ・体をいっぱい動かすものだと思っていたがそうではなく、リラックスしたり楽しくなったり色々な気分で音楽に触れることが出来た。
- ・珍しい楽器に触れた。
- ・触れたことのない多くの楽器が使用されていた。
- ・音を周りに人に渡すこと。

<キーワード：楽しい>

- ・「音楽療法」という言葉は聞いたことがあったが体験したのは初めてだった。最初は自分自身、恥ずかしさがあったがリズムに合わせていくうちに楽しさが増していった。
- ・自分が色々な体験をしながらたくさんの発見と楽しさを感じることが出来て良かった。
- ・とても楽しかったので、また学びたい。
- ・活動に参加して体も心もスッキリした。楽しかった。
- ・音楽ってやっぱり楽しい！合奏ってすばらしい！

- ・初対面の人ともすぐに打ち解けることが出来た。楽器の音を出したり曲に合わせて叩いたり合奏したりとても楽しかった。心がスッキリした。
- ・すごく楽しくてスッキリした気分になった。
- ・音楽を通して自由に体を動かし、初対面の方とも自然にコミュニケーションが取れたのでとても楽しかった。
- ・とっても楽しかった。子供たちにも自由に楽器に触れる機会を作ってあげたい。
- ・楽器を演奏するだけでも心が変わってくるのだと思った

<その他>

- ・音を出すことが自己を表すことであり勇気が必要な場合もあると知り、保育での取り入れ方を工夫しようと思った。
- ・気持ちを音で伝えることは簡単なようで難しく、積極的に伝えたり自己表現が苦手な人には苦痛に感じるのかと思ったが、少しでも壁が取れると楽しくなることが分かった。ステキな方法だと思う。
- ・自分自身が多感覚を鍛えていかなければならないと思った。
- ・もっともっと知りたいと思った。保育にも取り入れていけるものを学びたい。
- ・楽器を演奏するだけでも心が変わってくるのだと思った。
- ・音楽を聴くことは好きですが自分自身苦手意識があるので子供たちと楽しめずにいる自分がいます。でも色々な楽器を触って色々な遊びが出来ると学びました。音楽を聴く、体を動かすなど自分がスッキリした気持ちになれたので、子供たちにも経験させてあげたいです。

(4) 事例4：認知症高齢者と地域住民(民生委員・市の職員・家族・ボランティア・介護職員)

日時：2013年7月29日(月) 14:00～15:00

場所：高齢者グループホームの食堂ホール

①唾液アミラーゼ結果

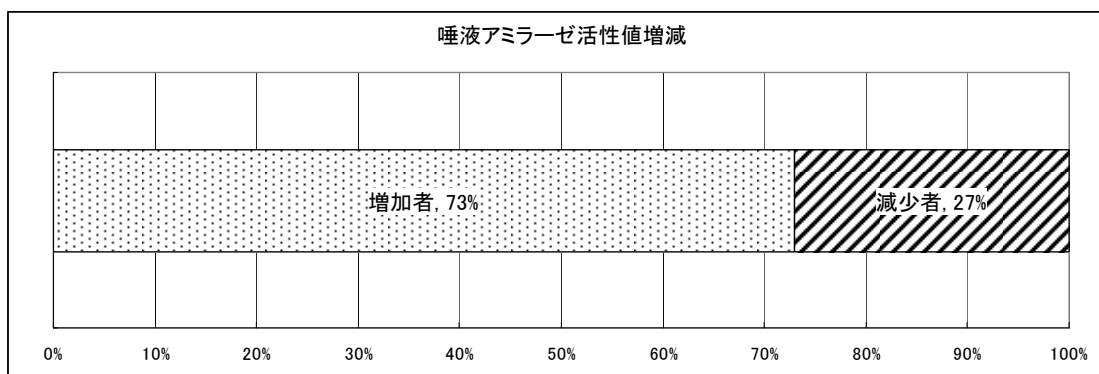


図4-20 認知症高齢者と地域住民のグループ 唾液アミラーゼ活性値増減

唾液アミラーゼ活性値の増加者は73%、減少者は27%であった。統計処理では、ストレスの増減について有意差が見られなかった。

ストレスの度合いを唾液アミラーゼ活性値の低い順から0～30KU/L、31～60KU/L、61KU/L以上の3段階に分けると増加者8名のうち6名のセッション後の値は31～60KU/L、2名が61KU/L以上となる。個別に見ると61KU/L以上になった1名は認知症高齢者の家族で、セッションの間に自分の家族の出来ること出来ないことを他の入居者と比較していたり、自分がタイコを叩くときに迷いながら叩いたりしていた。もう1名は、認知症高齢者と接することが2回目のボランティアであり、今回初めて同じ円形の席で同じ活動を行った。減少者の1名は12KU/Lが11KU/L、2名は61KU/L以上あった活性値がマイナス45KU/L、マイナス124KU/Lになった。

②POMS 結果

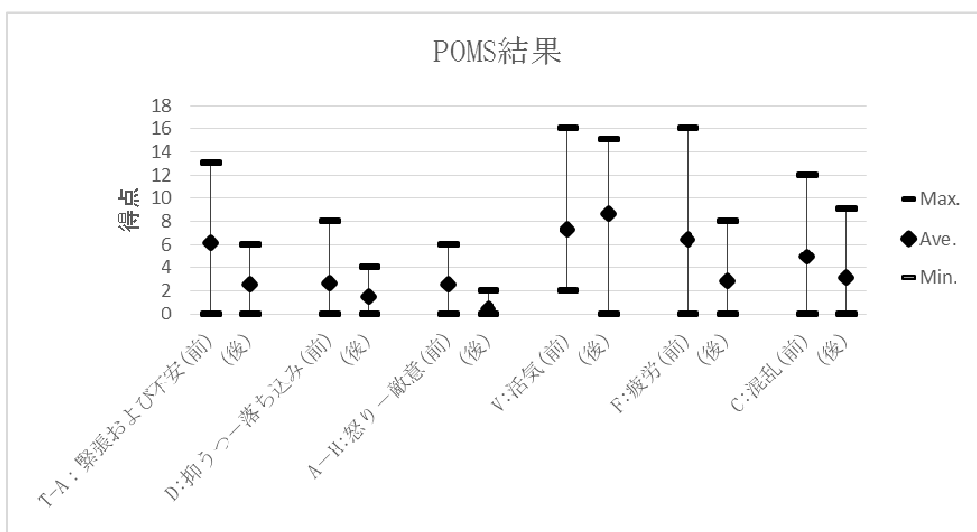


図 4-21 認知症高齢者と地域住民のグループ POMS 前後比較

緊張-不安 : $t(10) = 3.47, p < .01$ 抑うつ-落ち込み : $t(10) = 1.88, 0.05 < p \leq 0.1$

怒り-敵意 : $t(10) = 3.07, p < .05$ 活気 : $t(10) = 3.51, p < .01$

疲労 : $t(10) = 1.86, 0.05 < p \leq 0.1$ 混乱 : $t(10) = 2.13, 0.05 < p \leq 0.1$

緊張 - 不安、怒り - 敵意、活気には有意差が見られ、抑うつ-落ち込み、疲労、混乱は有意傾向にあった。

③セッションに関するアンケート結果

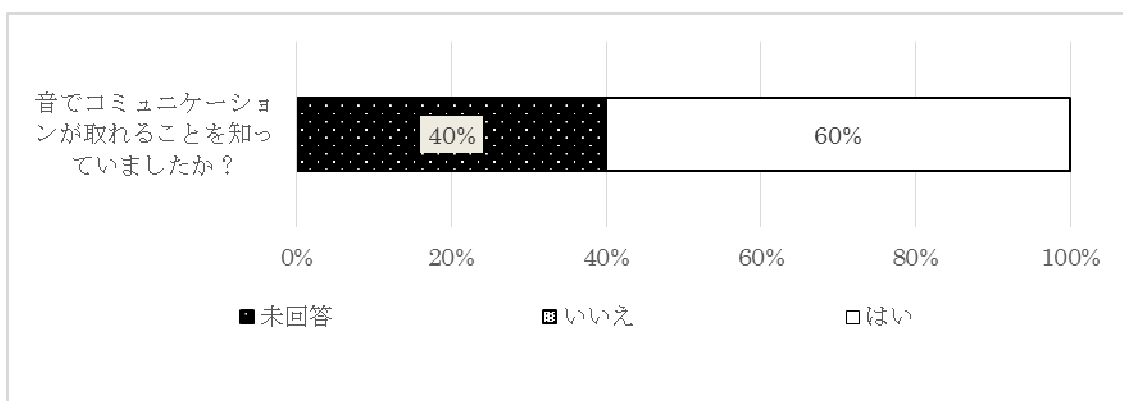


図 4-22 音でコミュニケーションが取れることを知っていましたか？

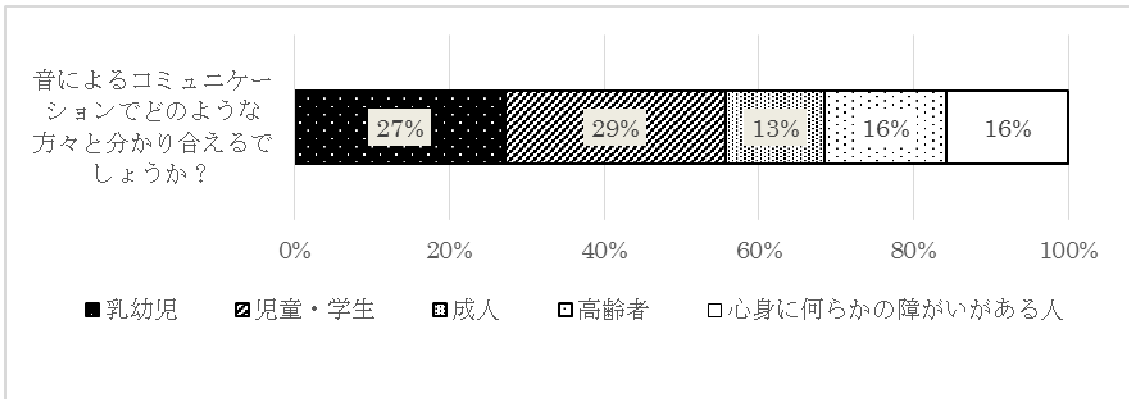


図 4-23 音によるコミュニケーションでどのような方々と分かり合えるでしょうか？

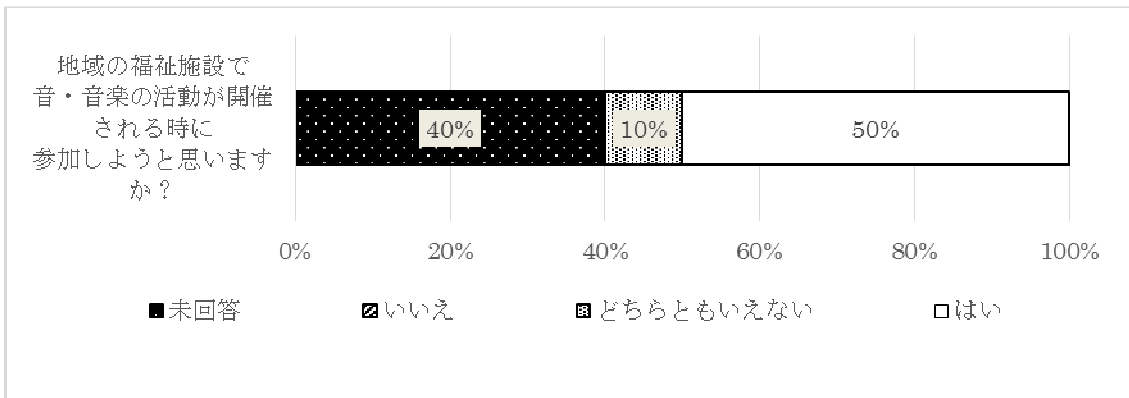


図 4-24 地域の福祉施設で音・音楽の活動が開催される時に参加しようと思えますか？

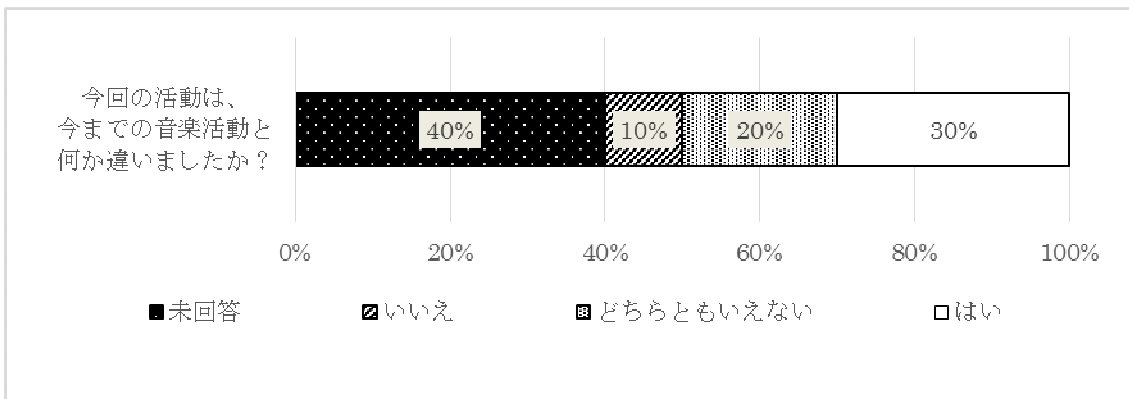


図 4-25 今回の活動は、今までの音楽活動と何か違いましたか？

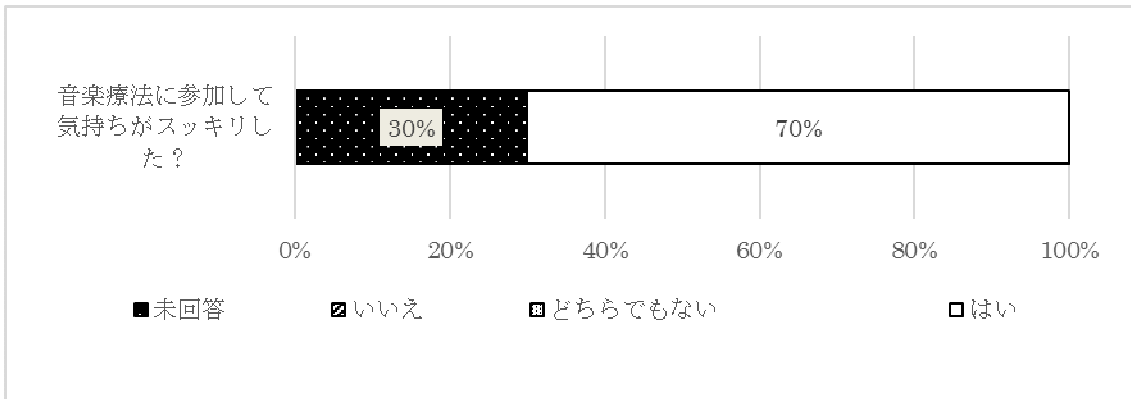


図 4-26 音楽療法に参加して気持ちがスッキリした？

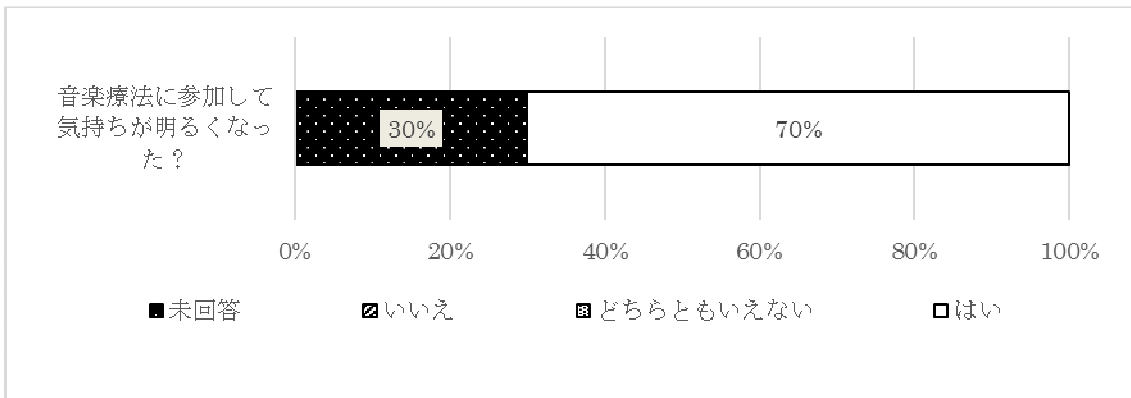


図 4-27 音楽療法に参加して気持ちが明るくなった？

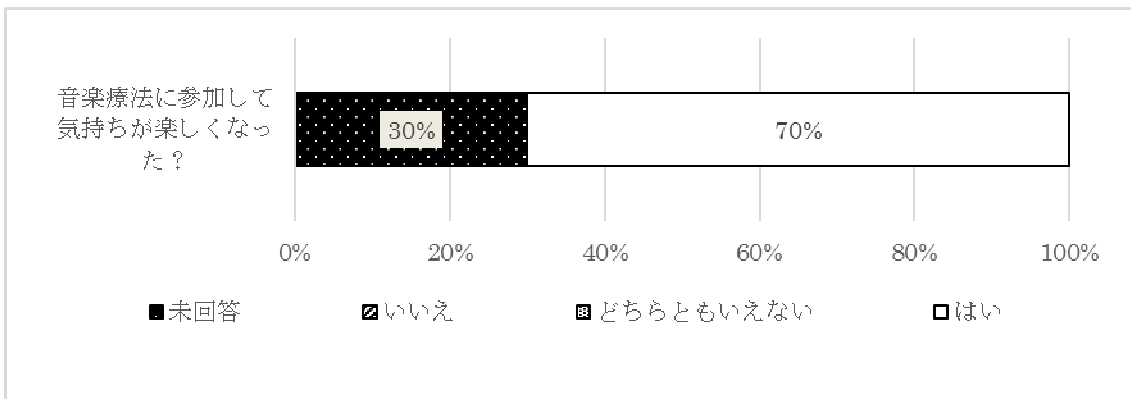


図 4-28 音楽療法に参加して気持ちが楽しくなった？

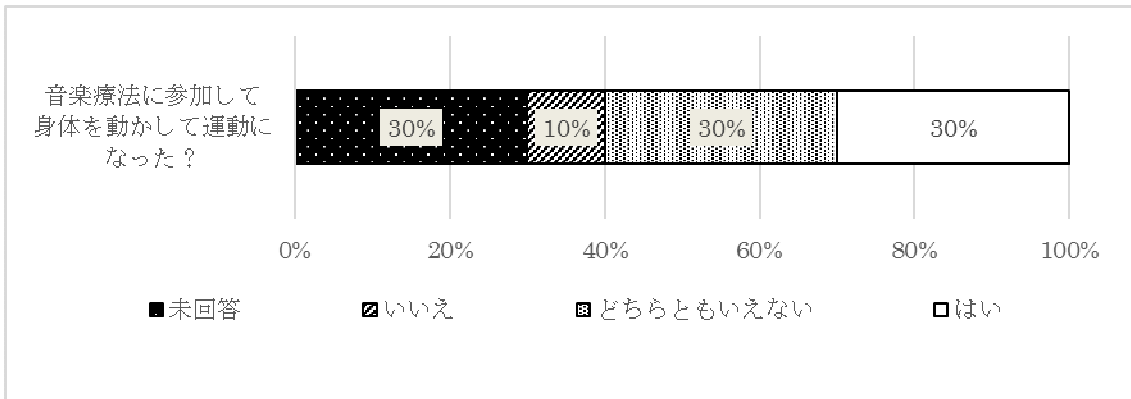


図 4-29 音楽療法に参加して身体を動かして運動になった？

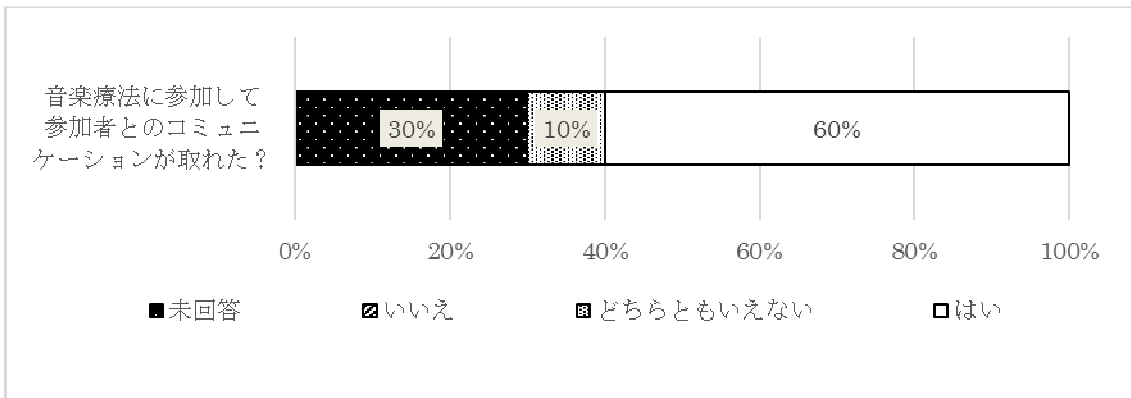


図 4-30 音楽療法に参加して参加者とのコミュニケーションが取れた？

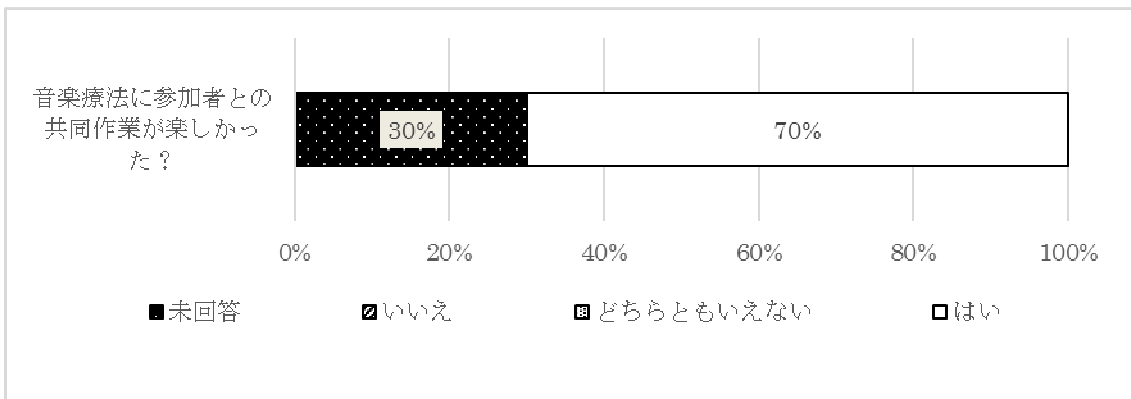


図 4-31 音楽療法に参加者との共同作業が楽しかった？

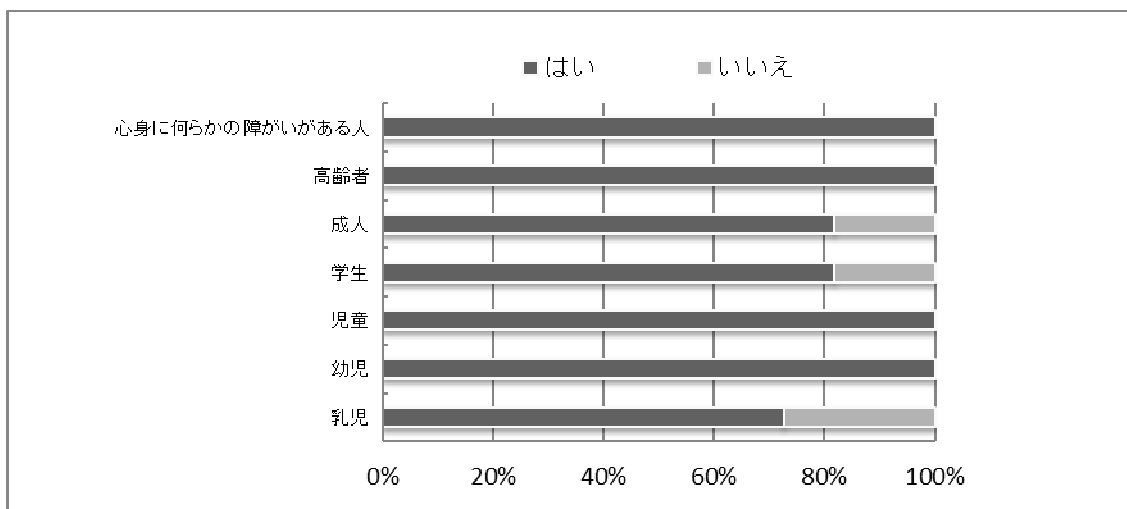


図 4-32 音によるコミュニケーションでどのような方々と分かり合えるでしょうか？

④自由回答結果

- ・音と行動の繋がりについて改めて感じた。
- ・童心に戻ったような、無になってやれることが素晴らしいと思った。

5) 考察

高齢者中央大学の受講生は、初めての音楽療法の緊張、ルールの中での音楽、音楽への構え、頑張りたい・失敗したくないなどの気持ちが無意識的・意識的ストレスにあったが、多感覚の刺激・相互作用を受けて楽しみ、コミュニケーションが深まったと考えられる。

これらのことから快適なストレス(eustress)を感じる音楽療法を楽しむことで心身の活性化が進んだ。

女性学級のグループは、ストレスに関して有意差が見られず、初めての音楽療法に緊張や不安があったり、苦手だと思ふことをしたり、恥ずかしくないようにやりたい、音楽が好きだから張り切ってやりたい、など様々な感情もあったと思われる。ストレスに対しては、心の持ちようとして課題への対処の方法であるコーピングの差がある。「活気」については女性学級に参加している対象者であり、日頃から様々なことに興味を持ちながら張りのある生活を送っているため、もともと活気の気分のレベルが高く、変化が特に表れなかったと思われる。初めての音楽療法の緊張、ルールの中での音楽、音楽への構え、頑張りたい、失敗したくないなどの気持ちが無意識的・意識的ストレスにあったが、多感覚の刺激・相互作用を受けて楽しみ、コミュニケーションが深まったと考えられる。これらのことから快適なストレス(eustress)を感じる音楽療法を楽しむことで心身の活性化が進んだ。

保育士・幼稚園教諭のグループは、唾液アミラーゼ活性値が有意に減少したのでストレスが減少し、POMSの結果により快感情や活気が上がり陰性の気分が消えていた。無意識的・意識的ストレスに、初めての音楽療法の緊張、楽譜の無い自由な即興演奏、自由な自己表現があり、気分は多感覚の刺激、相互作用を受けて楽しみコミュニケーションが深まった。これらのことを考え合わせ、枠にとらわれない自由な即興演奏などを楽しみながら体験したことによりストレスが昇華した。

認知症高齢者と地域住民のグループは、唾液アミラーゼ活性値の有意差が見られなかった無かったことから、初参加の住民にとって認知症高齢者との音楽療法はストレスには成らず、サポートしながらいつも参加している介護職員の値は+8KU/L、+14KU/Lであった。POMSとアンケートの結果も考え合わせると、初参加の地域住民、ボランティア、家族にとって楽しみながら快ストレスにより活性化し、いつも対象者をサポートしながらセッションに参加している職員には継続的な刺激である音楽療法によりストレスも減少している、もしくは少しの増加であった。これらのことから、同等な立場でのセッションが認知症高齢者と地域住民を繋ぎ、初参加で行う人にも良い結果がもたらされる活動だと言える。

6) 結論

第3節と第4節の考察のまとめを、表4-4に示した。

音楽療法を行うことによって子育てや仕事を担う20代～壮年期世代、地域で元気に暮らしている高齢者、また介護の仕事や、ボランティアにとって音楽療法前後でのストレスの減少や気分に変化があることが分かった。音楽療法、もしくは音楽療法の手法を取り入れた音楽に集う人々(子供から高齢者まで、障害や認知症の有無に関わらず、音楽が繋ぐ人々が“コミュニティをつくるケア”を作りあげる構成員となる。地域に住む人々が施設に足を運び、同等の立場で活動を行うには音楽は適しており、そこに集まった人々が音楽で繋がってコミュニティを継続的に形成することが期待できる。今後の課題として就労世代の男性との症例を重ねること、地域住民とのセッションを継続的に行い、その際には十分に活動の出来る環境を設定することが必要である。

以上のことから、モード0～8は実際の事例と合致し、モード8は新たな段階と成り得る。

表 4-4 モード 0~8 考察のまとめ

モード	内容	筆者の事例の考察
モード 0： 振動と出会う	音の振動に反応する。	要介護度 5 の G さんが、受動的音楽療法の 1 年間後に固縮していた掌が開いて緊張が解け、ハンドドラムの振動に反応した。
モード 1： 感覚の コンタクト	音楽療法士と対象者が音で短時間の出会いが出来る。	対象者同士の繋がりは少なく、音楽療法士の出した音とそれぞれの対象者の音で短時間の繋がりととなる。対象者の過去と現在を繋ぐ音楽を提供する。
モード 2： 機能的な コンタクト	音楽療法士が、対象者の感情的な状態を活力へ適合させて、感情を調整する。音楽療法士が対象者の表現する要求を適切に受け止める。	対象者の感情表出が言語・非言語のどちらに適しているか、それを実現させるためのメディアを選定する。音楽療法士が「鹿児島小原良節」「鈴かけ馬踊りの歌」に対象者が強い愛着を持っていることを把握する。「そのままのあなたで良い」と音楽療法士が対象者の表現を受容し、自己効力感を後押ししている。
モード 3： 自分自身との コンタクト —自己意識	音楽療法士は表現の形について介入する。対象者が他者の音に埋もれず自分の音を表出し、自分の音・行動を認識することが可能になる。	楽器による指揮を行うことで、自己の音が明確になる。自己の表出を遠慮やためらわずに行えるようになる。
モード 4： 主観的な他者との コンタクト	対象者が音楽療法士と他者と一緒に、主観的に演奏している。音楽療法士の動機やアイデアを対象者が知り、関係の質を興味の中で体験することが出来る。	楽器による指揮で、本人は主観的に演奏しているが、他の対象者の声、楽器の音やリズム、踊りに気づくようになる。
モード 5： 能動的な 他者との関係	対象者が、音楽療法士・他者と音で意思疎通が自由に出来る。関係の質は相互のものとなり、イニシアティブを対象者が取る。対象者は音楽療法士の期待を受け取り、音楽的な会話(模倣やバリエーション)で特徴づけられる。	Q さんの歌を音楽療法士が合奏時にも取り入れたことで、対象者同士が同じ歌を歌ったり、それを聞きながら他の歌を思い出すきっかけになる。その歌で踊り、手拍子、合いの手やリズムをそれぞれが自由に行っている。言葉がすぐに出来ない対象者も、しっかりした音を返している。お互いを励ましあったり、褒め合ったりしている。
モード 6： 情緒的な出会い	対象者が、音楽療法士・他者と自由に即興演奏が出来る。音楽療法士の介入は対象者の空想力や遊びのアイデアを正しい方向に導く。楽しい情緒の様は、長期的な関係の質を安定させる。音楽の選択は、対象者の経験及び独自の感情と記憶が結びついている。対象者の全ての過去の記憶に、関係の質は方向づけと確実性を提案する。	「鹿児島小原良節」「鈴かけ馬踊りの歌」は、多感覚に記憶を呼び起こす重要な曲として対象者に作用する。三味線、歌、踊り、リズムが対象者の即興で行われる。過去と現在が繋がりと、自分の存在を強固なものとし、長期的な関係の質となる。リズムムーブメント時も、対象者がそれぞれ「歌おう」「踊ろう」と決めている。また誰に演奏してほしいかも考えている。それはインプロまで繋がりと「私はタイコを叩くからあの人に歌を歌わせて」など。楽器が手元に来たらすぐに歌や演奏が始まり、お互いに楽しみたいと思っている。それが実現することを十分に理解している。エンパワメントの相乗効果により、関係の質は安定性と確実性がある。
モード 7：言葉による表現/熟考 7(改善前)：言葉のスケール(改善後)	もし対象者が言葉で何か表現すれば、音楽療法士はその言葉の関係の質も、深く分析しなければならない。(言葉での表現も特有の Modus 1 から Modus 7 がある)。	対象者が言葉で関係の質について表現することはあるが、認知症の進行により様々である。言葉の表現は個人差が大きく、連続性や継続性に繋がることに困難さがあるので、本研究においては、対象者の発言を「意思表示」として挙げた。
<新しい視点> モード 8： 音楽を介在させた コミュニティの第 3 者と 出会う	オープンにした空間で音楽療法を行い、人間と環境の相互作用としての「適所」が「音楽」であり、「音楽療法のセッション」に集う人々をコミュニティの構成メンバーと考える。障害の有無に関わらずコミュニティケアとしての役割を担い、コミュニティの再編の可能性を含む。	認知症高齢者のグループセッションは、新しい参加者も巻き込みながら、セッションを信頼し自己表現が自由に行える場だと認識され、音・音楽を通して映し出される姿は「その人らしさ」の本質と繋がっている。同等の立場で相互作用を受けながら、他者理解を深めることになり、今後の継続的な取り組みが課題となる。

第5章 コミュニティのケアとしての音楽療法

第1節 コミュニティと地域福祉計画

1. コミュニティの諸相

「コミュニティ」の定義を社会学者 G・ヒラリーが集めたところ 94 通りあった(日端 2008:230). 都市社会学者中村によると、日常用語の「コミュニティ」は 6 つの類型に整理され、

- (a)一定範囲の場所
- (b)一定範囲の場所に住む人の集まり
- (c)共通の事物、つながり、相互関連性を持つ人々の集まり
- (d)共通のつながり自体
- (e)共通の事物、つながり、相互関連性を持つ人間以外の動植物の集まり
- (f)諸個人の間期待されている望ましい一体感、相互関係であり、(f)には人間の相互関係に関する期待感も含まれている(日端 2008:230-231).

日本では、安梅(2005:4)がコミュニティを「目的、関心、価値、感情などを共有する社会的な空間に参加意識を持ち、主体的に相互作用を行っている場または集団である」とし、その特徴として①目的・関心・価値・感情などの共有 ②帰属意識 ③自主的な運営 ④相互作用を挙げている。

日本におけるコミュニティの「原型」は(広井 2009:76-78)、(a)1871年(明治4年)戸籍法制定 (b)1878年(明治11年)新戸籍法制定(郡区町村編成法) (c)1889年(明治22年)市制・町村制 (d)1906年(明治39年)神社合祀、そして、第2次世界大戦後の「昭和の大合併」(1953年～61年)、「平成の大合併」に進み、2009年度末で自治体は1760となる。しかし、近年の少子高齢化という人口構造の変化、核家族化、独居老人の増加など行政区としてのコミュニティの機能は大きな変貌を遂げている。

「地域コミュニティ政策に関するアンケート調査」(広井 2009:71-73)では「コミュニティの中心」として特に重要な場所について、1位:学校、2位:福祉・医療関連施設、3位:自然関係、4位:商店街、5位:神社・お寺等であった。「今後急激に増えていく“高齢者”に対応するのが“福祉・医療関連施設」ともいえ…“かつて地域において学校が果たしていたような役割を今後は福祉・医療関連施設が担うという側面」があり、「“コミュニティの拠点”的な機能が求められて」いる。

その「福祉・医療関連施設」は、“病い”や“障害”という、ある種の“非日常性”(しかし、人間にとって避けて通れないもの)という意味での“外部”との接点」であり、コミ

ユニティの「内部と外部との動的な相互作用が、コミュニティそして人間の“創造性”ということと重なっている」(広井 2009 : 92)のである。

安梅(2012)は、20年間の追跡調査と介入研究により「当事者共創型コミュニティ・エンパワメントプログラム」を作成し、有効性を確認している。コミュニティ・エンパワメントの要件として、(1)関係性を楽しむ (2)価値に焦点を当てる (3)つねに発展に向かう (4)柔軟な参加形式 (5)親近感と刺激感 (6)評価の視点 (7)リズムをつくる、の7点を挙げている。

2. 地域福祉計画³⁸

1951年「社会福祉事業法」(50年間において変更が無く“社会福祉基礎構造改革”への制定から、2000年6月「社会福祉法」(第4条に“地域福祉の推進”の記載)、2003年4月「市町村地域福祉計画」(第107条)において、①地域における福祉サービスの適切な利用の推進に関する事項 ②地域における社会福祉を目的とする事業の健全な発達に関する事項 ③地域福祉に関する活動への住民の参加に関する事項が加わり、2007年「市町村地域福祉計画の策定について」(通知)では、日頃から要援護者の情報を適切に把握するため「民生委員児童委員等の関係機関等との共有」「災害時などの緊急事態に迅速かつ的確な支援」となった。

市町村地域福祉計画策定状況等調査(2010年7月31日現在)の結果、計画内容で最も多いのは、「地域住民に対する相談支援体制の整備」であり、次いで「地域住民、ボランティア団体、NPO法人等の社会福祉活動の支援」、「地域福祉を推進する人材の養成」の順となっている。

第2節 コミュニティと音楽療法

1. 地域福祉計画と音楽療法

渡邊ら(2006)は、奈良市社会福祉協議会が主催する、障がい子育てサロンによる音楽療法とコミュニティワークの協働について、「①音楽療法の非言語コミュニケーションと言う利点を地域サロンの中心的活動を採り入れたこと ②互いに市社協のスタッフである音楽療法士とコミュニティワーカーが地域福祉活動計画通じて連携を深めた ③関係機関同

³⁸地域福祉計画は、平成12年6月の社会福祉事業法等の改正により、社会福祉法に新たに規定された事項であり、市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画からなる。地域福祉計画の策定は、各地方自治体が主体的に取り組むこととなっている。地域福祉計画は、地域住民の皆様の意見を十分に反映させながら策定する計画であり、今後の地域福祉を総合的に推進する上で大きな柱となる。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/c-fukushi/index.html

士のサポート体制を整えてきたこと」が変化をもたらした原因と報告している。このように自治体が主体となって音楽療法と地域を結ぶことは、日本においては稀な事例である。

園田(2011)は、特別養護老人ホームの職員(職種：副園長、生活相談員、社会福祉士、看護師、介護福祉士、介護職員)に、地域福祉計画と音楽療法・施設・地域の役割についてアンケートと個別のインタビューを実施した(抜粋)。

表 5-1 音楽療法は地域に貢献できるのか

	はい	いいえ	どちらとも言えない	わからない
音楽療法は地域に貢献できるのか	6人	0人	0人	1人
	「はい」と答えた理由			
生活相談員	地域の方にすぐに理解して頂けるか分からないが、近年はコミュニケーションの取り方が分からない児童も多くいるため、体験することで良い刺激になると思う。			
生活相談員	音楽は好きか嫌いかわでは、好きと答える方が多いと思う。実際、音楽嫌いな方はいないと思うので体験などを通して理解して頂けることで地域に貢献できるのではと思う。			
看護師	音楽は、地域・性別・障害等に関係なく全ての人々に通じるものであるから。			
社会福祉士	昔ながらの音楽は多くの人々が楽しめるもの、それを共感することで、人と人がより身近に感じられる。地域に広く出るための一つとして、音楽療法は適している。			
介護福祉士	地域住民の方のコミュニケーションの場として良い環境であると思う。			
介護員	人との和を作ることにに関して、親しみやすく対象者にとっても分かりやすいと思う。			
	「わからない」と答えた理由			
副園長	「地域」は広い。音楽療法は誰でも指導が出来るそうであるが、専門的なものだから誰にでも出来るわけではない。その両方から考えると広い地域に貢献するにはものすごく時間と労力が掛かる。理解も必要である。			

「地域の範囲について」の質問では、「どこまでの範囲を“地域”と捉えるかということで取り組みが変わってくる」「地域とは校区のこと」「地域は広いので、労力と時間がかかる」、「地域住民と施設の繋がり」の質問では、「今までは施設からの声かけが多かったが、地域住民の団塊の世代から認知症について学びたい、知りたいという要望が増えている」「若い職員と高齢者を繋ぐ 50代～60代くらいの方々に来てほしい」「幼稚園児との触れ合いが少ないので、もっと世代間交流を図りたい」であった。

今回の個別インタビューを通して得られた職員の地域連携の認識は、「地域との取り組みはこれから、まだ始まったばかり」「地域に求められる施設になりたい」「発信するパイプが細いのでネットワークを太くしたい」「施設への見学者が増えてきているので、これを地域連携に繋げたい」であった。

また、インタビューを通して、認知症や高齢者の問題だけでなく、職員が地域に目を向ける時に音楽と住民のあらゆる層の人々(子供から高齢者、また障害や性別に関して)との関係も捉えていることが分かった。

地域の文化・風土を踏まえ、音楽療法士は対象者・地域住民のニーズ、多感覚を呼び起こす活動と選曲を行い、地域住民は福祉施設をサポートするための資源であり、その両者

を繋ぐのも福祉施設である。新しい視点として、職員が地域の資源に改めて気づき地域住民と施設をマッチング出来る活動を見出した。これらのことから音楽療法・施設・地域の共通理解のコミュニケーションを深める場の設定も重要である。

音楽療法において、Pavilicevic と Ansdell は新しい概念として「コミュニティ音楽療法 (Community Music therapy)」を提唱し、イングランド、ノルウェー、イスラエルなどで行われた地域社会との様々な報告を紹介している (Mercedes Pavilicevic et.al 2004)。しかし、「クライアントの音楽の価値観をどのように捉えて実践していくべきかという音楽を中心とした議論は不十分」(沼田 2006:11)という段階であるが、議論が盛んに行われる理由として「従来の音楽療法の議論ではあまり重要視されてこなかった社会・文化的側面や政治的側面の重要性」が挙げられている(沼田 2010 : 102)。

2. “コミュニティをつくるケア”としての音楽療法

これまで述べてきたように、コミュニティの中にある高齢者施設、その住民と地域住民を繋ぎ、“コミュニティをつくるケア” (広井 : 2000)としての音楽療法が重要と考える。

認知症に対する予防の取り組みについても、コミュニティは重要である。樫本(2012)が「それを受け入れる社会(地域コミュニティ)の問題と切り離して考えることができず、そうした社会があってこそはじめて予防対策は意味をもつ」のであり、「“知ること”“理解すること”がそのまま受け入れることにつながるかどうか、つまり“医学上のジレンマ”と同様に、“理解すること”が余計に、認知症に対する偏見を強化することにつながらないか注意が必要」と言うように、コミュニティと認知症の人の交流が活発に行われ、受け入れられているかと言われれば課題があると考えられる。認知症になった本人を家族は受け入れていても、それを地域コミュニティに委ねる状況には、まだ困難さがある(第4章 Eさんの事例を参照)。

第3節 ドイツの在宅音楽プロジェクト

Dorothea Muthesius(2011)は、在宅音楽モデルプロジェクトを報告している。音楽療法士とベルリンアルツハイマー協会の協力によって、在宅介護に有益な音楽の潜在能力をもたらすものとして始まった。このモデルプロジェクトは 2007 年 5 月から 3 年間、ベルリン州内を対象に実施し、ドイツ救援組織基金、ソフトウェア AG 財団並びにヴェオラ財団の助成を受けた。音楽もしくは音楽療法は、認知症の人を高く受容し供給する仕事であり、施設の供給もしくは共同生活の全てにおいて価値がある。

認知症の大部分は家庭での介護になるが、在宅で暮らす認知症の人は、同じように施設

での音楽療法は家庭的なことが少ないために音楽療法は応用できなかった。この在宅での音楽は、いまや多くの介護する家族を含み、これまでの経験を示し、今ではよく手入れされ、介護するときに良い状態にすることとなっている。介護に関係する、介護者と本人のどちらのストレスも外に出し、それはお互いにとってとても良い研究だということを証明している。

在宅音楽療法(Ambulante Musiktherapie)とは、ミュンスター大学のケラーの2003年の修士論文のタイトル「宅配音楽療法—外来の高齢者と患者介護の音楽療法—」と同じ名前の企業を、4人の修士号取得者が設立したことに緒を發する。1年経った頃、ミュンスターの介護社会に定着した。6年後にそのメンバーが全ドイツ的に活動し、その中で20人の音楽療法士が14の都市で仕事をしている。これらの傾向はその後も強まっている(Wosch:2011)。ドイツ音楽療法連盟(ベルリン)では、インターネットに在宅音楽療法を実践している音楽療法士のリスト:Adressenliste Ambulante Musiktherapie を掲載している。そのリストは25ページに亘り173人の音楽療法士の名前・住所・電話番号・音楽療法士の開設しているホームページのアドレス・音楽療法士の方針・特有の体験・特徴・追記の資格・費用などの記載がある。

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. Berlin Gegründet 1987, 1990 www.dmtg.de		Ambulante Musiktherapie		
Einrichtung Kontakt	Therapeut/Therapeutin	Musiktherapeutische Ausbildung Spezifische Erfahrungen	Besonderheiten Zusatzqualifikationen	Formen Betriebs-/Hilfsformen Kostensituation
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">施設・コンタクト</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">音楽療法士</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">音楽療法士の方針など</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">特徴・追記の資格</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">費用の引き受けなど</div>

図 5-1 音楽療法の情報：「在宅音楽療法」
出所：Informationenzur Musiktherapie (2013) 2 頁.

音楽療法士の適用分野と実施数は、うつ病・バーンアウト：Depression/Burnout:104、深層心理学・精神力動:tiefenpsychologisch/psychodynamisch:90、心身医学:PsychosomatischeMedizin:89、治療教育:Heilpädagogik:52、痛みの緩和:Schmerz:51、老人医学・認知症:Geriatric/Demenz:65、ホスピス Hospiz:5、腫瘍学:Onkologie:51、包括的な手法の音楽療法:methodenübergreifende MT:102、子供と青少年の精神医学:Kinder-/Jugend-Psychiatrie:42、神経学的リハビリテーショ

ン:Neurologische Reha:63 など. 妊娠中の母子 : Mutter-Kind-Bindung や人生の危機:Lebenskrisen に対する音楽療法も行われていた. 音楽療法の費用について公的保険の適用を行っている音楽療法士もいる. 社会法典 SGBXI § 45 の承認により公的保険 : GKV 適用 2 件、民間保険:PKV 適用 57 件、公的保険と民間保険の適用 7 件となっている. 音楽療法士の使う言語として、英語・フランス語・イタリア語・ロシア語・トルコ語・日本語(ドイツ在住の日本人)・スペイン語・グルジア語が挙げられている.

おわりに

1. 仮説と結果

<仮説 1> 音楽療法が診療点数に反映され社会的認知の定着しているドイツにおいて、日本と異なる音楽療法士の養成や、認知症の人の QOL の維持・向上のために、アクティビティなどの取り組みが行われている。

検証結果： 音楽療法は芸術療法の一つとして認められ、医療保険だけでなく、民間保険の給付もある。介護保険では、認知症の追加的給付として個別の介護として音楽療法が認められている。

音楽療法士の養成は、ドイツではスーパービジョンの実施を重視している。募集要項に、心理療法として現行制度で安定していると明記され、精神療法を行う者としての適性(心の強さ・人間関係能力・知覚能力など)を求めている。認知症に特化した音楽療法コースを立ち上げた養成校もある。

QOL の維持・向上のために、研究者や認知症サポート団体が活発に取り組み、地域住民とのダンスカフェが行われ、その人らしさの引き出すための「喜びをもたらす活動」として、様々な感覚を刺激し、きめ細かいアクティビティが行われている。アクティビティの時間が設定されるのではなく、その時の住民に適切なものが提供されている。コミュニケーション支援担当の職種を独自に配置している高齢者施設もある。

<仮説 2> Buber の「我—汝」の哲学を基礎とした「私」の諸相により、音楽療法における「私」の自己表現は、認知症の有無に関わらず保障され、認知症ケアにも有用である。

検証結果： 「私」が音を出すことは「私」が自己決定をした結果が外の世界へ現れた瞬間である。その音は「私」はここにいる、と自己決定された後に表出されるもので何にも代え難いものである。

「私」の音を出すことが決定されるまでの時間において「我と汝」の会話が行われ、「私」が表出された瞬間に「間の領域」となり、「私」を受け止める他者と「共生の構造」を取り、お互いが自己の存在の確証を得ながら人格的關係に満たされた「間」のコミュニケーションが存在している。

日本人においては、日本語の構造自体に「私」を明確化せずに「私」を表出

させるため、ノンバーバルコミュニケーションである音楽療法において「我
一汝」の会話を繰り返す活動は「私」を強化し、明確化させることになる。

認知症であっても対人関係の過程が存在し、人間のもっとも崇高な面は「我
一汝」の深淵の中で出会うと Kitwood が繰り返し述べていることから、認
知症ケアにとっても有用である。

<仮説 3>音楽療法を継続的・定期的に行うことで、認知症が進行しても他者との社会的
相互作用やコミュニケーションは存在する。

検証結果： ある高齢者デイサービスにおける、7年間で総セッション数 500 回の記録を
分析した。軽度・中度認知症高齢者は、デイサービスでの音楽療法を継続的・定
期的に行うことで対象者同士の相互作用により関係の質が深まり、重度認知症
高齢者においては、振動により音楽療法士とコミュニケーションが取れた。

セッションの積み重ねにより、対象者それぞれが自由な自己表現を楽しみ、
それが保障されている場だとセッションを信頼している。

関係の質においては、「音楽を介在させたコミュニティの第 3 者と出会う」
という新しいモードの視点が必要であり、施設における音楽療法のセッション
がコミュニティとのオープンな場での設定が求められる。

オープンにした空間で音楽療法を行うことは、エコロジカルアプローチにおけ
る人間と環境の相互作用としての「適所」が「音楽」であり、「音楽療法のセ
ッション」に集う人々をコミュニティの構成メンバーとして考えることが新し
い視点となる。

<仮説 4>音楽療法のセッションをエコロジカルアプローチの「適所」と捉え、そこに集
まる人々が共に音楽療法を行うことで、認知症の理解の深まりと、それぞれの
ストレス軽減や気分に変化をもたらす。

検証結果： オープンにした空間で音楽療法を行うことは、エコロジカルアプローチにお
ける人間と環境の相互作用としての「適所」が「音楽」であり、「音楽療法の
セッション」に集う人々をコミュニティの構成メンバーとして考えることが新
しい視点となる。

音楽療法を行うことによって子育てや仕事を担う 20 代～壮年期世代、地域で

元気に暮らしている高齢者、また介護の仕事や、ボランティアにとって音楽療法前後でのストレスの減少や気分に変化があることが分かった。音楽療法、もしくは音楽療法の手法を取り入れた音楽に集う人々(子供から高齢者まで、障害や認知症の有無に関わらず、音楽が繋ぐ人々が“コミュニティをつくるケア”を作りあげる構成員となる。地域に住む人々が施設に足を運び、同等の立場で活動を行うには音楽は適しており、そこに集まった人々が音楽で繋がってコミュニティを継続的に形成することが期待できる。今後の課題として就労世代の男性との症例を重ねること、地域住民とのセッションを継続的に行い、その際には十分に活動の出来る環境を設定することが必要である。

2. 今後の研究課題

音楽療法の意義に関して、特に認知症への対応として効果があり、応用がきくという知見をより普及させる必要がある、音楽療法士がエビデンスに裏付けられた社会的な発言を行っていくことが求められる。音楽一般と音楽療法との相違についても依然として不透明な段階を脱していない。そのために音楽療法を行う専門家を国家資格として認定する方法を探る必要がある。

保健医療系及び福祉介護系の国家資格が法定されており、音楽療法士に少なくとも名称独占を付与する法制が望ましい。これらを推進するに当たっては、本稿でドイツの事情を紹介したように、社会保障システムの中に音楽療法を組み込む工夫を重ねるべきである。理学療法、作業療法、言語療法などに準じて、社会保険診療報酬及び介護保険報酬の算定基準に音楽療法の評価を盛り込むよう具体的な提案が待たれる。

原点に帰って認知症への対応は、その人個々人の人柄・人生に向き合うことが不可欠であり、定形的な給付の提供になじまない要素があるとも考えられる。そこで、ドイツの事例のように民間保険の商品化の一環として、各種療法を自由化することが検討されることが望まれる。ドイツの概念のように、音楽療法を「芸術療法」として把握すること、統合医療の一つとしての音楽療法を包括する枠組みも検討したい。

コミュニティケアとしての有用性を確立するには、就労世代の男性との症例を重ねること、地域住民とのセッションを継続的に行い、その際には十分に活動の出来る環境を設定することが必要である。

3. 今後の展望

音楽療法を実施する場所は、それぞれの施設や病院により様々である。その間取り・対象者の年齢・人数・実施頻度・実施時間・使用する楽器・参加するスタッフの人数などが異なる中で、どのように音楽療法の効果を維持向上させていくかが課題である。

しかし、音楽療法のセッションにおいて、認知症高齢者の「その人らしさ」の本質部分と繋がり、「今、ここにある QOL」を積み上げていくことが可能である。それは、障害の有無に関わらず、音楽療法のセッションを「適所」として集まったコミュニティの人々との即興演奏によって、同等の立場で相互作用を受けながら他者理解を深め、認知症の人々がコミュニティの一員として生きていく手がかりとコミュニティ全体への再編への道が展望される。

今後とも対象者一人一人と真剣に向き合い、その結果、それが認知症高齢者、ひいてはコミュニティのあらゆる人々とのケアに寄与できるように邁進することが、筆者の使命と考える。

謝辞

本研究を執筆するにあたって、多くの方から温かい指導と支援を頂いた。とくに指導教授の田畑洋一教授をはじめ、論文を執筆する機会を与えて下さった鹿児島国際大学福祉社会学研究科の諸先生方に、この場を借りてお礼を申し上げたい。

また、研究において深い理解とご協力を頂いた、日本とドイツの対象者さまお一人お一人とご家族様、高齢者施設の理事長様、介護職員の方々、支えて下さった全ての方々に深く感謝申し上げたい。さらに、日常的に研究上のご指導とご助言を賜り、多くの示唆を与えて下さった鹿児島国際大学大学院の高山忠雄教授、蓑毛良助教授に改めてお礼を申し上げたい。

引用文献

- 青 拓美(2004)「音楽療法士の専門性について」日本音楽療法学会誌 4(1),13-20.
- 浅香淳(編)(1977).『新音楽事典 楽語』東京：音楽之友社.
- 荒牧弥生(2011).「ドイツにおける認知症ケアの展開—2008年介護改革—」『社会関係研究』 16(2):25-58.
- 安梅勅江(2012)「科学的根拠に基づく当事者共創型コミュニティ・エンパワメントプログラム開発評価研究」筑波大学科学研究費助成事業(科学研究費補助金)研究成果報告書.
- 安梅勅江(2013)「エンパワメント科学入門」筑波大学エンパワメント科学研究室.
<http://square.umin.ac.jp/anme/EmScience.pdf>
- 安梅勅江(2005)『コミュニティ・エンパワメント—当事者主体の新しいシステムづくり—』医歯薬出版.
- 安梅勅江(2004)『エンパワメントのケア科学—当事者主体チームワーク・ケアの技法』医歯薬出版.
- 泉真樹子(2005).『少子化・高齢化とその対策—総合調査報告書—』東京：国立国会図書館調査及び立法考査局.
- 稲垣宏樹・権藤恭之(2003)「百寿者のバイオメカニズム—機能的側面とサクセスフルエイジング—」バイオメカニズム学会誌 27(1),18-22.
- 稲村秀一(2006).「ブーバーの哲学的人間学における“共生”の構造」岡山大学大学院文化科学研究科,『文化共生学研究』4: 1-14.
- 岩田 誠(2009)『臨床医が語る認知症の脳科学』日本評論社,86-88.
- 上田閑照(1991).『西田幾多郎を読む』岩波書店.
- 上田敏(1993)「ADLとQOLを考える—特集にあたって—」総合リハビリテーション 22(11),915-916.
- 上田敏(1994)「高次脳機能障害とADL—QOL向上のためのADLの視点から—」総合リハビリテーション 22(2),97-103.
- 内田博美(2006)「ドイツの心理療法的音楽療法について—研究方法に関する一考察—」日本音楽療法学会誌 6(1),75-82
- 宇津木愛子(2005).『日本語の中の「私」—国語学と哲学の接点を求めて—』創元社.
- 宇野正威(2010).『認知症読本』星和書店.
- 大内尉義・秋山弘子(2010).『新老年学〔第3版〕』東京大学出版会,1205

- 岡崎香奈(2004)「音楽療法士の専門性を考える」日本音楽療法学会誌 4(1),20-25.
- 奥村ゆかり・松尾博哉(2011)「ベビーマッサージが母子双方のストレス反応に及ぼす効果に関する研究」日本母子衛生学会,51(4),545-556.
- 長田久雄(2005).「非薬物療法ガイドライン」『老年精神医学雑誌』16(1):92-109.
- 長田久雄・今井幸充・岡田進一・白澤政和・堀内ふき・本間昭(2008)『認知症ケアの基礎知識』日本認知症ケア学会.
- 加倉井周一・高山忠雄「上肢切断者と音楽」日本義肢装具研究会会報 97-101.
- 檜本直樹(2012)「認知症を予防することと受け入れること—MCI(軽度認知症障害)という概念を手がかりに—」医療・生命と倫理・社会 11,66-72 大阪大学大学院医学系研究科・医の倫理学教室.
- 門間陽子(2000)「地方自治体が独自に行った音楽療法研修事業の内容報告と考察」音楽療法研究 5,19-29.
- 金谷武洋(2010).『日本語は敬語があって主語がない—「地上の視点」の日本文化論—』光文社.
- 川嶋朗(2003)「透析医療における補完・代替医療」全日本鍼灸学会雑誌 53(2),128-140.
- 川西孝依・奥忍(2005).「ドイツ、バイエルン州基幹学校の教授プラン(音楽)」岡山大学教育実践総合センター紀要 5,69-85.
- 北川美歩・高世秀仁・桑名 斉(2007)「第3回プロジェクト研究論文音楽療法が認知症高齢者の自律神経系に及ぼす効果についての生理学的評価」日本音楽療法学会誌 7(2), 130-137.
- 北村育子(2007)「特別養護老人ホームにおけるソーシャルワーク視点によるグループ活動の意義—認知症高齢者を中心に—」日本福祉大学社会福祉論集 116,23-36.
- 黒川由紀子(2008)『認知症と回想法』金剛出版.
- 厚生労働省「平成22年7月31日現在地域福祉計画策定状況等について」
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/c-fukushi/jyoukyou_h2207.html
- 厚生労働省健康日本21評価作業チーム(2011)「健康日本21最終評価」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf#search='%E7%AD%96%E5%AE%9A%E6%99%82%E3%81%AE%E5%B9%B3%E6%88%90%E5%B9%B4%E3%81%AF54.6%EF%BC%85%E3%80%81%E7%9B%B4%E8%BF%91%E3%81%AE%E5%AE%9F%E7%B8%BE%E5%80%A4%E5%B9%B3%E6%88%90'>

020%E5%B9%B4%E3%81%AF61.3%EF%BC%85'

- 小林麻美(2008)「音楽を手がかりとした回想と高齢者の精神的健康に関する研究」
日本音楽療法学会誌 8(2),176-177.
- 斎藤義彦(2012).『ドイツと日本「介護」の力と危機』ミネルヴァ書房.
- 佐々木和佳・伊志嶺理沙・二俣泉(2009)『認知症ケアと予防の音楽療法』春秋社.
- 清水祐子・佐藤みつ子・森 千鶴・大下静香(1999)「在宅高齢者と施設入所（入院）
高齢者の QOL に関する研究」山梨医科大学紀要 16,23-27.
- 杉本恵伸(2013).『診療点数早見表』東京:医学通信社.
- 鈴木達也・野呂瀬準・須田(二見)章子・関水憲一ほか(2010).「認知症の周辺症状(BPSD)への
対応」日本医科大学 6(3):135-139.
- 鈴木みずえ・金森雅夫・グライナー智恵子・伊藤 薫・大城 一(2006)「日本語版 Dementia
Quality of Life Instrument(DQol-Japanese Version)を用いた認知症高齢者の主観的
Quality of Life に関する縦断評価」日本老年医学会雑誌 43(4),485-491.
- 鈴木 実(1983)「東京都補装具研究所」人工臓器 12(5),949-950.
- 住吉義光・「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班(2006)「がんの補完
代替医療ガイドブック」http://www.jcam-net.jp/topics/data/cam_guide.pdf(2013年8月
30日).
- 瀬川睦子・大久保仁司・脇田満里子・吉田百合子・近藤清彦(2010)「在宅 ALS 患者の
スピリチュアリティを支える音楽療法」奈良看護大学紀要 6,6-14.
- 園田和江(2009)「元気な高齢者の音楽療法によるストレスと気分変化の関連性調査」
第 25 回日本ストレス学会学術総会抄録集 24(2),97.
- 園田和江(2010).「高齢者に対する音楽療法の生理的指標からの一考察—心身の活性化と
ストレスの緩和を中心として—」鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科.
- 園田和江(2011)「“地域福祉計画”における音楽療法・施設・地域の現状と課題」
日本音楽療法学会学術大会要旨集,91.
- 園田和江(2011)「音楽療法による幼稚園教諭・保育士のストレスと気分変化の関連性調査」
第 27 回日本ストレス学会学術総会抄録集 26(2),185.
- 園田和江(2012)「ドイツにおける認知症患者の生活の質向上に関する一考察—ハイレルベ
ルク方式によるアクティビティを中心として—」鹿児島国際大学大学院学術論集
4,49-61.

- 園田和江(2012).「ベルリン,ハイデルベルクのドイツ音楽療法研修報告」九州社会福祉学年報,(3):46-52.
- 園田和江(2013)「ドイツにおける認知症高齢者への支援とリハビリテーションの現状—高齢者施設の音楽とアクティビティの取り組みを中心として—」九州社会福祉学年報 4,15-24.
- 園田和江(2013)「“コミュニティをつくるケア”としての音楽療法—オーケストラの試み—」第21回日本介護福祉学会大会発表報告要旨集,99.
- 園田和江・蓑毛良助(2008).「児童相談センターでの音楽療法の取り組み」鹿児島国際大学福祉社会学部児童相談センター年報 21 : 16-19.
- 園田和江・蓑毛良助(2010).「児童相談センターでの音楽療法の取り組み」鹿児島国際大学福祉社会学部児童相談センター年報 23 : 13-16.
- 高山忠雄(1998)「痴呆の対策と在宅リハ・介護支援」リハビリテーション医学 35(1),35-38.
- 高山忠雄・加倉井周一・中野康子(1983)「上肢切断児に対するリコーダー(たて笛)の開発」日本義肢装具研究会会報 105-131.
- 竹田恵子・太湯好子(2006)「日本人高齢者のスピリチュアリティ概念構造の検討」川崎医療福祉学会誌 16(1),53-66.
- 田島明子(2010)「日本のリハビリテーション学における QOL 概念の生成と変容」立命館人間科学研究 21,133-145.
- 田島明子・岩田美幸・藪脇健司・小林隆司(2010).「認知症高齢者の“QOL”の概念化・尺度化・援助設定をめぐる論点の整理」吉備国際大学研究紀要 20:63-70.
- 田畑洋一・門田光司・高木邦明・鬼崎信好ほか(2013).『21世紀の現代社会福祉用語辞典』学文社.
- 辻 弘美・川上正浩(2007)「アミラーゼ活性に基づく簡易ストレス測定器を用いたストレス測定と主観的ストレス反応測定との関連性の検討」大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要,6,63-73.
- 徳田良仁・村井靖児(1988).『アートセラピー』東京:日本文化科学社.
- 中川雅夫(2010)「我国の医療の課題と展望」明治国際医療大学誌 3,1-6.
- 中島淑恵・高谷真由美・林明人・菓子嘉美・青木きよ子(2011)「医療における音楽療法の発展と課題に関する研究」順天堂大学医療看護研究 8,8-15.
- 中村京子(2013)「自治体による統合医療としての音楽療法の新たな展開」週刊社会保障

2736,48-53.

日本音楽療法学会国家資格推進委員会(2012)『音楽療法の実施施設と対象者の広がり及び
職能成長の鍵になるスーパービジョンの現状 2011年度会員アンケート結果の報告』

27-31.

沼田里衣(2006)「音楽療法における創造的活動について：セラピストとクライアントの共
働による音楽」神戸大学.

能見昭彦・美原淑子・美原恵里(2005).「事例研究音楽療法により behavioral and
psychological symptoms of dementia(BPSD)が軽減した認知症高齢者の2例」日本音楽
療法学会誌 5(2), 207-213.

野村豊子(2004)「リアリティ・オリエンテーションと回想法」総合リハビリテーション
32(10),967-973.

橋本 衛(2010)「BPSD の治療」日本老年医学会雑誌,294-297.

長谷川和夫(2010)『認知症ケアの心ーぬくもりの絆を創る』中央法規.

長谷川和夫(2013)「認知症医療はだれのためなのか」老年精神医学雑誌 24 - I ,144-17.

浜渦辰二(2006)「魂のケアについて：仏独・ホスピスとスピリチュアル・ケア研修報告」
静岡大学人文論集 56(2),1-23.

坂東 浩・佐治順子(2009)「音楽療法における評価」補完代替医療学会誌 6(2),59-67.

日野原重明(監)(2005)『臨床老年学入門』医学書院.

平墳昭一・元村直靖(2008)「心的外傷からの回復と補完代替医療」大阪教育大学紀要
56(2),61-76.

広井良典(2000)『ケア学 越境するケアへ』医学書院.

広井良典(2009)『コミュニティを問い直す』ちくま新書.

二俣泉(2007)「日本の音楽療法の歴史～神話から日本音楽療法学会成立まで～」東邦音楽
大学・東邦音楽短期大学紀要 17,1-6.

本間 昭(2013)「わが国の認知症施策をどうみるか」老年精神医学雑誌 24,1014-1022.

本間昭(2001)「痴呆性高齢者の QOL を考える」老年社会学 23(2),17-24.

松本勝明(2003)『ドイツ社会保障論 Iー医療保険ー』新山社.

水野眞佐夫・近藤 悠・室橋春光・大塚吉則(2011)「音楽の拍子の違いが精神的ストレス
からの回復に与える効果の比較」北海道大学大学院教育学研究院紀要,114,123-135.

三谷明美・田中マキ子(2010)「光刺激(LED)によるリラクセーション効果の検証」山口県立

- 大学学術情報,3,33-38.
- 三谷嘉明・古屋健(2006)「高齢期におけるスピリチュアリティの発達」名古屋女子大学紀要人文・社会編 52,1-13.
- 村井靖児(1995)『音楽療法の基礎』音楽之友社.
- 村井靖児(2000)「日本における音楽療法士養成の現状と課題点」音楽療法研究 5,2-5.
- 村上勝俊・望月昭「認知症高齢者の行動的 QOL の拡大をもたらす援助設定—選択機会設定による活動性の増加の検討—」立命館人間科学研究 15,9-24.
- 望月昭(2001)「行動的 QOL:“行動的健康”へのプロアクティブな援助」行動医学研究 6,8-17.
- 森本美奈子(2003)「アルツハイマー型痴呆患者と介護家族の QOL に関する心理学的研究」大阪大学博士学位論文 <http://ir.library.osaka-u.ac.jp/dspace/handle/11094/750>
- 山口晴保(編)(2005).『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』協同医書.
- 山口理恵・河野直子・梅垣宏行(2010)「認知症高齢者を対象とした音楽療法に関する文献的検討 介入頻度と効果の関係」日本認知症ケア学会誌 9(1),89-96.
- 山根 寛(2004)「芸術療法、音楽療法、園芸療法、動物介在療法」総合リハビリテーション 32(9),867-871.
- 山根 寛(2007)『人と音・音楽—療法として音楽を使う』青海社,2-12.
- 吉田敦彦(2007).『ブーバー対話論とホリスティック教育—他者・呼びかけ・応答—』勁草書房.
- 渡邊静穂・松本佳久子・仲島徳巳(2006)「音楽療法とコミュニティワークの協働が生み出す社協活動の新たな可能性—障がい児子育てサロンの事例をとおして—」日本の地域福祉 20,121-130.
- 渡辺智之・福田博美・宮尾 克・水野 裕・小長谷陽子・柴山漠人・志村ゆず・三浦久幸・遠藤英俊(2005)「痴呆性高齢者に対する音楽療法に関するシステマティックレビュー」愛知教育大学研究報告 54,57-61.
- Alicia Ann Clair(2001)Therapeutic Uses of Music with Older Adults.HealthProfessions,Baltimore,Maryland:USA(=廣川恵理訳(2001)『高齢者のための療法的音楽活用』一麦出版社)
- Amengual JL,Rojo N,Veciana de Las Heras M,Marco-Pallarés J,Grau-Sánchez J,Schneider S,Vaquero L,Juncadella M,Montero J,Mohammadi B,Rubio F,Rueda N,Duarte E,Grau C,Altenmüller E,Münste TF,Rodríguez-Fornells A.(2013)

- 「Sensorimotor plasticity after music-supported therapy in chronic stroke patients revealed by transcranial magnetic stimulation.」 PLoS One,17;8(4).
- Ansdell,Gary(1995)*Music for life:Aspects of Creative Music Therapy with Adult Clients*.London:Jessica Kingsley Publishers.
- Becker,S. (2007) H.I.L.DE-Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker-München.Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.<http://www.urbanes-wohnen.de/fachtag-wla/doku/ft4/pdf/becker.pdf> (2012年5月2日).
- Becker,S. (2007) .Pflegeheim der 4.Generation-auch für Demenzkranke. München.http://www.muenchen.info/soz/pub/pdf/276_fachtag_2007-07-11_Pflegeheime_der_4_Generation.pdf (2012年4月17日).
- Becker,S.(2011) Das Konzept H.I.L.DE .: Erfassung der Fachtagung.Hannover.
http://www.diakonie-hannovers.de/meta_downloads/33976/2011_09_06__vortrag_hilde_prof._dr._stefanie_becker.pdf (2012年4月17日).
- Buber,M.(1983).*Ich und Du*.Stuttgart : Reclam.
- Bundesministerium für Familie,Senioren,Frauen und Jugend. (2006). Aktuell Forschung und Projekte zum Thema Demenz.Berlin:DruckVogt GmbH.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/demenz-deutsch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>(2012年4月17日).
- ChristianHamberger,TitusD.Hamdorf,JohannesJunker,UlrichElbing,JörgOster.(2013) BerufsgruppenanalyseKünstlerTherapeutinnenundTherapeuten(BgA-KT)Musiktherapeutische Umschau.34,1,S.46-58.Göttingen:Vandenhoeck&Ruprecht GmbH & Co.KG.
- Ekman P. and Friesen W.V. (1978).Facial Action Coding System (FACS): Manual. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Florence Nightingale.(1860)*Notes on Nursing:What it is,and what it is not.*(=湯槇ます・薄井坦子・小玉香津子・訳(1983) 『看護覚え書—看護であること・看護でないこと』現代社,102-103).
- Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ,Aktuell Forschung und Projekte zum Thema Demenz(2006)
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=93300.html>

Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung IV (2008), Berlin.

<http://www.gesetze-bayern.de/jportal/portal/page/bsbayprod.psml?doc.id=jlr-BhVBYV5P13&st=lr&showdoccase=1¶mfromHL=true#focuspoint>

Hamberger, C., Hamdorf, T.D., Junker, J., Elbing, U., et al. (2013). Berufsgruppenanalyse Künstlere, Therapeutinnen und Therapeuten (BgA-KT) Musiktherapeutische Umschau. 34, 1, S. 46-58. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. (2013年3月7日)

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg & Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universität Heidelberg. (Juni 2006). Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“ .: Heidelberg.

http://www.uni-heidelberg.de/imperia/md/content/fakultaeten/vekw/ifg/forschung/hildekongress/hilde_abschlussbericht_erste_foerderung.pdf (2012年4月17日).

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. (November 2006). Projekt „Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“. Heidelberg.

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-projektphase-hilde,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> (2012年4月19日).

Jean-Pierre Klein (2002), *L'art-thérapie Universitaires* (=阿部恵一郎・高江洲義英・訳 (2004) 『芸術療法』 白水社).

Johannes Schröder. and Pantel J. (2011). Die leichte cognitive Beeinträchtigung-klinik, Diagnostik, Therapie und Prävention im Volfeld der Alzheimer Demenz. Stuttgart : Schattauer.

Karin Schumacher, Claudine Calvet, Silke Reimer (2013) Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen 77-78.

(2012年4月17日).

Kenneth E. Brucia(1987)*Improvisation Models of Music Therapy*. CHARLES C THOMAS(=林 庸二『即興音楽療法の諸理論[上]』生野里花・岡崎香奈・八重田美衣訳(1999)人間と歴史社 284-347.

Klein,S.(2007)*Musiktherapeutisches Handeln in der personenzentrierten Pflege von Menschen mit Demenz*. Unveröffentlichte Diplomarbeit Hochschule Magdeburg-Stendal(FH)

M.Powell Lawton, Kimberly Van Haitsma, Jenifer Klapper(1999). Observed Emotion Rating Scale. USA: Formerly the Philadelphia Geriatric Center .

<http://www.abramsoncenter.org/pri/documents/observedemotion.pdf>(2012年5月18日).

Magaret Heal・Tony Wigram(1993)*Music Therapy in Healthy and Education*. 村井靖児 監訳

Mecklenbeck, F., Anne Katrin Behr.(2010). *Studien- und Ausbildungslandschaft Musiktherapie*. DGMT: Berlin.

Pantel J., Schröder J. (2006). Zelebrale Korrelate klinischer und neuropsychologischer Veränderungen bei der Alzheimer-Demenz und ihrer Verlaufsstadien.

Untersuchungen mit der quantitativen Magnetresonanztomographie.: Darmstadt.

Rudy Garred(2004)*Dimension of Dialoge – An Inquiry into the Role of Music and of Words in Creative Music Therapy –*, AALBORG UNIVERSITY

Ruud, Even(1980)*Music Therapy and Its relationship to Current Treatment Theories*. Saint Louis: MMB Music, Inc.

Seidel, U., U. Lueken, P. A. Thomann, A. Kruse and J. Schröder.(2012). Facial Expression in Alzheimer's Disease: Impact of Cognitive Deficits and Neuropsychiatric Symptoms. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* ,27(2):100-106.

London: SAGE.

Stefanie Becker. (Juli 2007) .Pflegeheim der 4. Generation-auch für

Demenzkranke. :München. http://www.muenchen.info/soz/pub/pdf/276_fachtag_2007-07-11_Pflegeheime_der_4_Generation.pdf(2012年4月17日).

Stefanie Becker. (Juli 2007) H.I.L.DE-Heidelberger Instrument zur Lebensqualität DEmenzkranker-München: Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.

<http://www.urbanes-wohnen.de/fachtag-wla/doku/ft4/pdf/becker.pdf>(2012年5月2日).
 Stefanie Becker. and Roman Kasper. and Andreas Kruse(2011)*H.I.L.DE*. Bern:Verlag
 Hans Huber.

Stefanie Becker.(September 2011) Das Konzept H.I.L.DE .: Erfassung der
 Fachtagung. :Hannover.

http://www.diakonie-hannovers.de/meta_downloads/33976/2011_09_06__vortrag_hilde_prof_dr_stefanie_becker.pdf(2012年4月17日).

Thomas Wosch(2003)Music Therapy in Germany.
http://www.voices.no/country/monthgermany_march2003.html(2012年4月17日).

Tom Kitwood(1997)*DEMENTIA RECONSIDERED the person comes first*,OPEN
 UNIVERSITY PRESS:UK.

Ulrich Schneekloth. and Hans Werner Wahl (2007).Möglichkeiten und Grenzen
 selbständiger Lebensführung . :München.Bundesministerium für
 Familie,Senioren,Frauen und Jugend .München.

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=109690.html>(2012年4月17日).

Ulrich Seidel. and Ulrike Lueken. and Philipp A.Thomann. and Andreas Kruse and
 Johannes Schröder. (2012).Facial Expression in Alzheimer's Disease:Impact of
 Cognitive Deficits and Neuropsychiatric Symotoms. American Journal of Alzheimer's
 Disease.

Warme,B.(2005)MusiktherapiealsGruppenpsychotherapiemit an Demenzerkrankten
 Menschen-DarstellungrelevanterInterventionstechniken.DiplomarbeitUnivesität der
 Künste.Berlin.

http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/warme_eschen-06.pdf(2012年4月17日).

Whitehouse,Peter J.and Daniel George(2008)*The myth of Alzheimer,s*:what you aren't
 being told about today's most dreaded diagnosis,New York.

エリザベスシニアセンター・ドクターハーニッシュハウスのホームページ
<http://www.elisabeth-diakonie.de/de/index.html>(2012年4月17日).

音楽療法士の報酬について
http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/mitgliederbereich/downlo

ads/Empfehlung-Arbeit_Praxis.pdf(2013年3月7日)

高齢者施設のホームページによる介護保険の解説

<http://www.pflegedienst-schoenholzer-heide.de/de/betreuung/zusaetzliche-betreuungsl-eistungen/> (2013年4月12日)

社会法典XI§45 <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45a.html> (2013年4月12日).

社会法典XI§87 <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/87b.html> (2013年4月12日).

ハイデルベルク大学病院ホームページ

<http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Musiktherapie.2135.0.html>(2012年4月17日).

フィバンティス・クリニックのホームページ <http://www.vivantes.de>(2012年4月17日).

民間保険会社ホームページ

http://www.vorsorgevergleich24.de/krankenversicherung/private_krankenversicherung/berufswahl/berufe-mit-m/master_of_arts_-fh_-musiktherapie.html(2013年4月26日).

KWA ハンス・サイデルハウス介護理念 <http://www.kwa.de/pflege/konzept/> (2012年9月30日)

KWA ハンスサイデルハウスのホームページ

<http://www.kwa.de/standorte/ottobrunn/kwa-hanns-seidel-haus/kwa-hanns-seidel-haus/> (2012年9月30日)

KWA 介護理念 <http://www.kwa.de/unternehmen/philosophie/leitbild/> (2012年9月30日)

参考文献

- 赤星建彦・赤星多賀子(2006)『認知症の予防と改善 音楽療法プログラムの実践と効果』音楽之友社.
- 安梅勅江(2012)「科学的根拠に基づく当事者共創型コミュニティ・エンパワメントプログラム開発評価研究」筑波大学科学研究費助成事業(科学研究費補助金)研究成果報告書.
- 安梅勅江(2013)「エンパワメント科学入門」筑波大学エンパワメント科学研究室
<http://square.umin.ac.jp/anme/EmScience.pdf>(2013年4月27日)
- 安梅勅江(2005)『コミュニティ・エンパワメント—当事者主体の新しいシステムづくり—』医歯薬出版.
- 安梅勅江(2004)『エンパワメントのケア科学—当事者主体チームワーク・ケアの技法』医歯薬出版.
- 生野里花(1998)『音楽療法士のしごと』春秋社.
- 岩佐 一(2012)「認知症の人の QOL をどう評価するか」老年精神医学雑 23(12),1406-1415.
- 井澤修平,城月健太郎,菅谷 渚,他(2007)「唾液を用いたストレス評価—採取及び測定手順と各唾液物質の特徴—」日本補完代替医療学会誌 4(3),91-101.
- 岩井怜美・森田信一(2010)「富山県における高齢者入所施設の音楽活動の現状」富山大学人間発達科学部紀要 4(2),151-168.
- 内田博美(2012)「心を鳴らす、耳を聞く、音を視る—ドイツの深層心理的音楽療法における即興音楽の役割—」日本音楽療法学会誌 12(1),5-10.
- 大塚俊男・本間昭(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
- 長田久雄(2008)『心ふれあう「傾聴」のすすめ 高齢社会でのコミュニケーション・スキル』河出書房新社.
- 落合慈之(2011)『リハビリテーションビジュアルブック』学研メディカル秀潤社
- 片桐幹世(2012)「音楽療法による認知症高齢者の長期記憶の想起に関する検討」東京福祉大学大学院紀要 2(2),191-196.
- 加藤美知子・新倉晶子・奥村知子(2000)『音楽療法の実践 高齢者/緩和ケアの現場から』春秋社.
- 河合 眞(2011)『音楽療法でもうつ、認知症にさせない』青萌堂.
- 北川美歩・高世秀仁・桑名 斉(2007)「音楽療法が認知症高齢者の自律神経系に及ぼす効果についての生理学的評価」日本音楽療法学会誌 7(2),130-137.

- 北本福美(2002)『老いのこころと向き合う音楽療法』音楽之友社.
- 北本福美・佐々木和佳(2008)「芸術療法としての音楽療法の可能性」老年精神医学雑誌 19(9),1017-1022.
- 京極高宣監修,小田兼三・桑原洋子・高山忠雄他(1993)『現代福祉学レキシコン』雄山閣出版.
- 草野修輔(2004)「高齢者のリハビリテーション」理学療法科学 19(3),175-181.
- 坂下正幸(2008)「『なじみの音楽』が認知症高齢者に及ぼす改善効果—ナラティブを考慮した介入について」立命館人間科学研究 16,69-79.
- 坂下正幸(2007)「音楽療法における専門性と資格化をめぐる言説—音楽療法界において何が語られてきたのか—」Core Ethics3,165-181.
- 佐々木 健(2005)『新 ボケても心は生きている』創元社.
- 佐治順子・菅井邦明(2003)「アルツハイマー型痴呆患者の終末期音楽療法」日本音楽療法学会誌 3(2),183-194.
- 佐治順子・菅井邦明・佐治量哉(2003)「痴呆性高齢者への音楽療法効果に関する一考察—“固有テンポ”の経年変化を通して」日本音楽療法学会誌 1(3),46-53.
- 滝浦孝之(2007)「認知症スクリーニング検査」広島修道大学論集 48(1),347-379.
- 田島明子(2010)「認知症高齢者の作業療法における言説・研究の変容・編制過程—1980・1990年代のリハビリテーション雑誌の検討—」Core Ethics6,265-276.
- 田中安平(2005)『介護の本質』インデックス出版.
- 谷口泰史(2003)『エコロジカル・ソーシャルワークの理論と実践』ミネルヴァ書房.
- 田畑洋一(2005)「ドイツ“ハルツIV”調査報告書—失業扶助と社会扶助の統合—」マルティン・ルター大学社会人類学研究所,鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科.
- 田畑洋一(2011)『ドイツの最低生活保障 制度の仕組みと運用』学文社.
- 土屋景子(2003)「痴呆高齢者における音楽活動時の主観的 QOL—感情を指標として—」日本音楽療法学会誌 3(2),157-164.
- 中河 豊(2002)「社会政策と音楽療法—ドイツにおける社会政策と心理療法的な音楽療法の展開」日本音楽療法学会誌 2(2),209-216.
- 中島恵子・山下恵子(2002)『音と人をつなぐコ・ミュージックセラピー』春秋社.
- 永田久美子・監(2012)『扉を開く人—認知症の本人が語るということ—クリスティーン・ブライデン』クリエイツかもがわ.

- 中村成信(2011)『ぼくが前を向いて歩く理由 事件、ピック病を超えて、いまを生きる』中央法規.
- 貫 行子(2009)『新訂 高齢者の音楽療法』音楽之友社.
- 野村豊子(1998)『回想法とライフ・レビューーその理論と技法ー』中央法規.
- 林 明人・大越教夫(2004)「パーキンソン病における歩行とリズムー音リズム刺激の臨床応用ー」総合リハビリテーション 32(9),847-851.
- 坂東 浩(2008)「総説 音楽療法の現状」日本補完代替医療学会誌,5(1),27-36.
- 藤本禮子・中山晶世(2003)「痴呆性高齢者の発話に及ぼす音楽療法の構造特性ー“日常場面”と“音楽療法場面”の発話分析とエピソード分析ー」日本音楽療法学会誌 3(2),166-175.
- 藤本禮子(2012)『高齢者の音楽療法 楽器演奏のすすめ 心をつなぐ合奏曲 38』春秋社
- 古瀬徳雄(2011)「高齢者対象の音楽療法におけるプログラムについて」関西福祉大学社会福祉学部研究紀要 14(2),11-19.
- 松井紀和(1978)『精神科作業療法の手引 診断から治療まで』牧野出版.
- 松井紀和(1980)『音楽療法の手引』牧野出版.
- 松下正明(2013)「わが国の認知症国家戦略はどうあるべきか」老年精神医学 24,1023-1034.
- 松田 修(2012)「認知症の人の日常生活支援と QOL」老年精神医学 23(12)1423-1435.
- 松本勝明(2011)『ヨーロッパの介護政策ードイツ・オーストリア・スイスの比較分析ー』ミネルヴァ書房.
- 美原淑子・美原 盤・藤本幹雄・久保 仁(2003)「脳血管性痴呆患者に対する音楽療法の効果ー事象関連電位 P300 と血清中メラトニン値の変動による検討」日本音楽療法学会誌 3(2),176-182.
- 宮森孝史(2010)「老年期認知症の心のケアを目指して ～神経心理学的視点から～」老年期痴呆研究会誌 15,56-58.
- 村井靖児(2001)『精神治療における音楽療法をめぐって』音楽之友社.
- 師井和子(1999)『理論と実践 心にとどく高齢者の音楽療法』ドレミ楽譜出版社.
- 山口昌樹(2007)「唾液マーカーでストレスを測る」日薬理誌 129,80-84.
- 若尾 裕(1990)『モア・ザン・ミュージック』勁草書房.
- 若尾 裕(2006)『音楽療法を考える』音楽之友社.
- 涌水理恵(2008)「在宅療養患者とその家族を対象とした音楽療法介入の試みー患者の QOL の向上に焦点を当ててー」医療と社会 18(3),361-376.

- Astrid Söthe-Röck. (2009) *Musik im Alter und mit Alzheimerdemenz. Fähigkeit im Umgang mit kurzen musikalischen Rhythmen.* Universität Paderborn, Paderborn. Cerebrospinal fluid tau levels in Alzheimer's disease are elevated when compared with vascular dementia but do not correlate with measures of cerebral atrophy.
- Becker, S., R. Kasper. and A. Kruse (2011). *H.I.L.D.E* Bern: Verlag Hans Huber.
- Brynjulf Stige (2002) *CULTURE-CENTURED MUSIC THERAPY*. Barcelona
- Clive Robbins. (2005) *A JOURNEY INTO CREATIVE MUSIC THERAPY*. Barcelona (= 生花 (2007) 『音楽する人間－ノードフ・ロビンズ創造的音楽療法への遙かな旅』 春秋社)
- Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck (2004). *NURSING RESEARCH: Principles and Methods*, Seventh edition. (= 近藤潤子・監 (2010) 『看護研究 原理と方法』 医学書院)
- Elizabeth Mackinlay, Corinne Trevitt. *facilitating spiritual reminiscence for older people with dementia a learning package* (= 永田久美子・監、遠藤英俊・木之下徹・馬籠久美子 『認知症のスピリチュアルケア こころのワークブック』 新興医学出版社)
- Felix P. Biestek, S.J. (1961) *The Casework Relationship*. George Allen & Unwin: London
- Gertrud Orff (1974) *The Orff Music Therapy*. Active furthering of the development of the child. Kindler Verlag GmbH, München.
- Gertrud Orff (1989) *Key Concepts in the Orff Music Therapy*. Shott, London
- Judith Phillips, Mo Ray, and Mary Marshall (2006) *SOCIAL WORK WITH OLDER PEOPLE, 4th edition*. (= 杉本敏夫 (2008) 『高齢者ソーシャルワーク』 晃洋書房)
- Leslie Bunt・Sarah Hoskyns (2002) *Handbook of Music therapy*. Brunner-Routledge.
- Mercedes Pavlicevic., Gary Ansdell (2004). *Community Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers: London. (= 佐治順子・高橋真喜子 (2002) 『音楽療法の意味 心のかけ橋としての音楽』 本の森)
- Michel H. Thaut (2005) *RHYTHM, MUSIC, AND THE BRAIN: Scientific Foundations and Clinical Applications*. Taylor & Francis Group (= 三好恒明・伊藤 智・柿崎次子・粕谷由香・柴田麻美 (2006) 『リズム, 音楽, 脳 神経学的音楽療法の科学的根拠と臨床応用』 協同医書出版)
- Söthe-Röck, A. (2009) *Musik im Alter und mit Alzheimerdemenz. Fähigkeit im Umgang mit kurzen musikalischen Rhythmen.* Paderborn: Universität

Paderborn. Cerebrospinal fluid tau levels in Alzheimer's disease are elevated when compared with vascular dementia but do not correlate with measures of cerebral atrophy.

Thomas Wosch (2011) *Musik und Alter in Therapie und Pflege*. W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

資料

1,本研究までのプロセス

1)ドイツでの予備調査：2010年3月14日(火)～3月21日(水)

訪問地・訪問先

<ベルリン>

①ベルリン芸術大学音楽療法センター(Universität der Künste Berlin) :

カリン・シューマッハー教授の講義

②フィバンティス・クリニック(VivantesKlinikumNeukölin) :

小児・思春期・精神医学病院の音楽療法士(常勤)と外来副院長による講義

③エリザベトシニアセンター・ドクターハーニッシュハウス

(Elisabeth-Seniorenenrum Dr.Hanisch Haus) : 高齢者施設

音楽療法士ズアンネ・ハウスマン(Susanne Haussmann)によるセッションの見学と体験

<ハイデルベルク>

④ハイデルベルク大学病院(Universitätsklinikum Heidelberg) :

ヨハネス・シュレーダー教授の講義と音楽療法士によるセッションの体験

⑤プリンツホルン・コレクション(Museum SammlungPrinzhorn) :

世界中の精神病患者の優れた作品を収蔵

↓

① : シューマッハ教授は音楽療法の評価尺度「EBQ」を研究.

③ : 音楽療法士が高齢者施設に常勤.

④ : 教授は認知症を研究し、音楽療法にも造詣が深い.

同大学病院で音楽療法が行われている.

→筆者の研究について協力をお願いし、eメールにて連絡を続ける.

→田畑先生の正式な依頼文書送付

2)本研究期間：2012年6月27日(水)～7月27日(金)

①ベルリン：2012年6月28日(水)～7月3日(水)

・エリザベスシニアセンター・ドクターハーニッシュハウス/ダンス・カフェの見学、音楽療法士(Susanne Haussmann)と筆者はドイツと日本の音楽にてセッションを入居者に対して行う.

②ハイデルベルク：2012年7月4～5日(木・金)

・ハイデルベルク大学病院精神医学科教授ヨハネス・シュレーダー氏へのインタビュー.(ハイデルベルク大学は認知症患者の生活の質について評価方法を確立している：H. I. L. DE 方式).

- ③オットブルン：2012年7月6日(金)～2012年7月26日(木)※19・20・24・25日
除く
- ・KWA ハンスサイデルハウス (Hans Seidel-Haus)：高齢者施設にて宿泊研修。施設入居者の実際の生活を把握する。
- ④フランクフルト：2012年7月19～20日(木・金)
- 認知症サポート団体 Aktion Demenz e.V チェアマンでありギーセン・ユーストウス・リービッヒ大学社会科学部教授グロネマイヤー・ライメル氏へのインタビュー。(認知症の人が地域で暮らすためのアイデアを市民に募り、それを具体化させる活動などを行っている)。
- ⑤シュトゥットガルト：2012年7月24日(火)
- 認知症サポート団体シュトゥットガルト代表ピーター・ビスマン氏へのインタビュー。(認知症当事者の意思表示・意思確認の必要性や、生活の質向上のために活動している)。
- ⑥ミュンヘン：2012年7月24日(火)
- ・カールオルフ研究所訪問



2, ヨハネス・シュレーダー教授への正式な依頼文書

Kagoshima, 28.06.2011

Professor. Dr. Johannes Schröder

Sehr geehrter Herr Professor Schröder, mein Name ist Yoichi Tabata.

Ich bin Professor für Sozial Sicherheit an der International University of Kagoshima.

Von September 2004 bis August 2005 forschte ich an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit Schwerpunkt HartzIV.

Auf der Basis dieser Forschung erlangte ich an der Tohoku University meinen Dokortitel.

Eine meiner Studentinnen, Frau Kazue Sonoda, traf Sie im März dieses Jahres in Heidelberg. Für ihre Arbeit als Musiktherapeutin wäre Ihre Dissertation "Musik im Alter und mit Alzheimerdemenz. Fähigkeiten im Umgang mit kurzen musikalischen Rhythmen." und "Cerebrospinal fluid tau levels in Alzheimer's disease are elevated when compared with vascular dementia but do not correlate with measures of cerebral atrophy." von großem Interesse. Sie erforschte für ihre Magisterarbeit den Einfluss von Musiktherapie auf Reaktionsfähigkeit und Speichelzusammensetzung der an Demenz erkrankten Probanden.

Wäre es eventuell möglich, ein Exemplar Ihrer Dissertation auszuleihen, damit sie mit ihrer mit Demenz in Zusammenhang stehenden Forschung fortfahren kann?

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Mailadresse: ytabata@soc.iuk.ac.jp

3,ダンスカフェ①②③、多感覚を刺激するアクティビティ④⑤⑥⑦⑧



①ダンスカフェの様子.音楽の生演奏を聴きながら、コーヒーとケーキをゆっくりと口に運び音楽を楽しむ.家族と地域住民も参加している.



②音楽療法士(キーボード)がプログラムを作成し、介護職員と協同で運営している.趣旨に賛同した演奏者が協力している.



③ダンスカフェの屋外の様子.室内と屋外のどちらで楽しむかは住民が決定する.



④「飲み会と歌」毎週火曜日の夜に開かれる.認知症の有無に関わらず楽しんでいる.



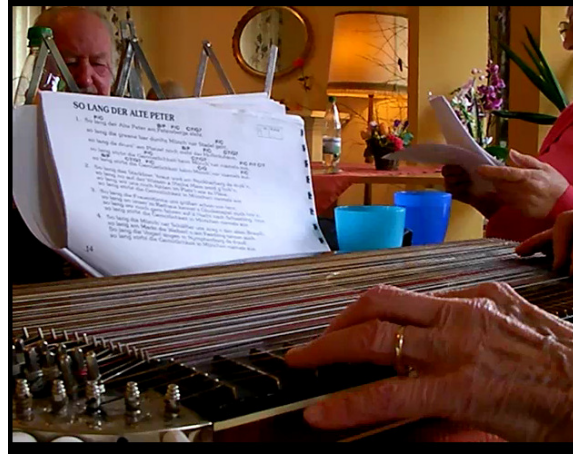
⑤高齢者が若い頃に楽しんでいたボーリング場を併設.



⑥嗅覚の刺激により、回想を促すための小瓶.



⑦色とりどりの布を使ってワルツに合わせて体を動かしている。



⑧チターを弾く住民の伴奏に合わせて、歌詞集を見ながら午後のお茶の時間に歌っている様子。



Eさんのセッションでの表情。ノンバーバルコミュニケーションで他者と繋がり、何かを思い出したような表情で目が潤んでいる。インプロビゼーション時に撮影。ご遺影になった貴重な写真を、娘さんのご意志により掲載。

4,セッションの記録

1、Aさんの事例

	音楽療法時の反応
2003年1月	自分の前に机を置いて、手帳やペンなどを沢山広げて置いている。声掛けをしてもその位置を動かない。「夕焼け小焼け」で手を繋ぐことを拒否。何かに対して「不快感」をあからさまに出す。
8月	タイコをお願いすると曲の間中ずっと叩いている。規則正しく叩き、最後のドン!と大きく叩くところもタイミングが合う。どんなリズムが良いか考えながら叩いている。
9月	今回は元気がない。足が痛いとのこと。 リズムを取るテンポが曲と合うようになる。MTの手を下ろす時にぴったり合う。 セッション後に「みんなが揃ってとても良かった。元気が出たよ。」と言う。
10月	歌を歌っているが、フレーズがずれてくる。 運動会に向けてとても楽しみな様子が伺える。終了前に「運動会の歌を歌いたい。」とリクエストし「天神様に願かけて おみくじひいてもらったら いつも白組 勝った勝った 勝った」と歌い、「この歌を皆で練習したい。」と言う。
11月	向かい側に座っている人が頭にタオルを巻いていたのを見て、急に真似をする。自分の頭に何回かタオルを巻き直しながら、頭に乗せる。 晴れやかな表情でタイコを叩く。他の参加者の歩く姿を楽しそうに見ている。
12月	「同期の桜」より「ラバウル小唄」が良い、と言う。 今回は同期の桜を歌いたいと言い「マイクをこっちに持ってきて」と職員に声を掛ける。セッション後に自室に有った海軍14期会の写真をMTに見せる。MTが「この歌でお仲間の顔が浮かびますね」と言うと「そうなんだよ」と嬉しそうな笑顔になり、当時の話をする。 大きな声が出るようになり、皆さんをリードして歌うようになる。他の人が叩くタイコの音を聞いていて「上手になったね」と褒める。
2004年1月	式典の話で「紅白まんじゅうをもらったけど、あんまり嬉しくなかったよ」と言う。 隣に置いてあったタイコのバチを取り、ひとしきり叩く。その後、自分のチリ紙をたたみ始める。
2月	「日の丸の旗」の歌詞が違うと言う。「白地に赤く 日の丸おいて、じゃなくて 日の丸そめて だよ!」と大きな声で言う。歌詞は、そめて、の歌詞で皆さんと歌っているが、それが聞こえていないのか。最近とても機嫌が悪い。 久しぶりのタイコをご機嫌よく叩く。隣の人が演奏を止めると「叩かんね」と励ます。 歌をしっかりと音程で歌う。隣の人が途中から叩かなくなったタイコを叩き始める。
3月	音楽の時間を気にしていたので、職員が「今日は11時からですよ」と話していた。しかし新聞を読んでいて参加が遅れる。セッション中は向かい側に座っている人を気にかけて「頑張れ、頑張れ」と励ます。 セッション中に他の入所者をよく見ている。〇〇さんには「彼女の歌が聞こえてきたね」、〇〇さんには「このタイコを渡してあげて」と気を配る。自分は歌を勝手な歌詞で歌ってしまう。
4月	歌ったり歌わなかったりする。途中で何回も時計をジーッと見て、集中が続かない。「蘇州夜曲」では「これは戦争前の歌だよ」と言う。 「みんなもっと大きな声を出して」と皆さんを励ますために言う。その通りで、今回は皆さんの声がいつもより出していない。 今月はタイコを何回も叩いているので、隣の方に渡す。しかし途中でその方が止めるので、また自分に戻してタイコを叩く。

4月	隣のユニットで参加する.皆さんの様子を見て、よく観察している.
5月	「今からまだ雨が降るから、“雨降り”をみんなで歌おうよ」と終了前にリクエストする. 「今日も楽しかったね.でも雨降りお月さんは歌わなかったね。」と言う.
12月	生き生きとタイコを叩く.他の楽器には目もくれず、タイコを叩くことに集中している.
2005年2月	タイコのタイミングを、曲のリズムに合わせてしっかり取る.リズムのリード役になる.
3月	タイコをリズムに合わせてしっかり叩く.
4月	導入の童謡で、皆さんが声を揃えて歌うのを良く聞いている.終了後に「皆が歌えてとても良かった.みんなの声が良く出ていたね。」と笑顔で言う.
7月	開始前に「元気がないから歌に出られないよ。」と弱々しい声で話していたが、最後まで参加する.「たくさん歌えてよかった.部屋にも帰らずに出来た.我は海の子の作詞者は鹿児島の人だよ.今度みんなに話してね。」と言う.
11月	鹿児島小原節の職員の踊りを見ていて「花(お金のこと)を出さんならいかんね」と楽しそうに話す. タイコの演奏で合奏を盛り上げる. 「みんなで歌える歌を、元気が出る歌、揃って歌える歌が良い」とリクエストする.
2006年3月	開始前に「今日は天気がいいので散歩して、新聞も読んだ.時間は早かったけど音楽があるので一番に来た.今日もあなたの元気な声でみんなを明るくして下さい。」と言う.
5月	「隣にいる人が、いつもうめき声を出している人だよ.その人がスズを鳴らしているよ.驚いた。」と言う.
7月	「かたつむり」の歌から「私は鹿児島でかたつむりを食べました.美味しいですよ.昔はよだれの出る人にかたつむりを食べさせなさい、というものでした。」
8月	ホールに入ってきたらすぐに「今日は音楽の日だね.待ってましたよ、久しぶり。」と言う.
12月	セッションの途中で寝てしまう.10分ほどして起きる.その後歌を歌うが声量がない.
2007年8月	隣の人に「この人は音をうるさいというが、本当はタイコを好きな人だよ。」と言う.言葉通りに、一定のリズムで叩き続ける.
2008年6月	「皆の元気が出て良かった.次もまた元気になるようにお願いしますよ。」と言う.
2009年2月	終了後に「もっと腹の底から笑いたいです.皆もそう思っているはず.大きな声で笑いましょう、という声掛けで笑い声大会みたいなことは出来ませんか?あなたが笑うと、こっちまで明るい気持ちになりますよ。」と言う.
3月	リクエストを受けて笑い声大会を行う.提案したAさんは「お腹が空いたよ、アッハッハー！」とセリフ付きで大きな声を出す.これに他入所者も笑う.本人もとても嬉しく笑っている.

2、Bさんの事例

	音楽療法時の反応
2011年2月	デイケアのホール内にあるベッドで寝ている.皆さんの様子を気にしているようだが起き上がることは無い.
3月	眠いような、体がきついような感じ.しかし踊りの場面では手首の関節を上手に使い、とても上手な手踊りをその場で披露する.しかし視線は下向きのまま.
4月	ずっと座って眠っていたBさんが、踊りの場面で自ら車イスを前に出してデイルームの中で踊る.丁度踊りの曲が終わるときだったので、急きょもう1曲増やす.手の関節を上手に使うので、他利用者から拍手が起こる.「上手だね」と声も掛けられる. ホールの中を車イスで移動しながら踊り、他の利用者の真正面で車イスを止めて踊りを披露したり、職員と新しい動きで踊ったりと踊り方のバリエーションが広がっている.
5月	「先生」として張り切って踊り、「弟子」に見立てた職員と向かい合って掛け合いの踊りを踊る.デイルームの中が賑やかで明るい雰囲気に包まれる.踊りの後に本人が「もう一つの手も動いたらもっと踊りやすくなるのだけど.でもリハビリにはなるのよね.」それを聞いていた〇〇さんが「あなたが踊るとみんなが元気になるから踊って良かったよ」と言う.
6月	上手な踊りを披露する.ホールの中を移動し、他利用者から拍手が起こる.職員と向かい合い、掛け合いの踊りを見事に行う.
7月	終了時に「皆を引っ張りだして、踊りのときは全員で踊るようにしましょうよ.心で動き、体を動かさず.踊ることによって楽しいリハビリになる.家族も、踊ってきたんだね、と喜ぶことになる.音楽と心が合えば踊ることは難しくない.自然に手や足が動き、こんなに楽しいリハビリはない!ここではこんなに楽しいリハビリがあると皆がわかるようになる.」と熱心に話す.一番セッションの効果があつたのは彼女である.(1回目のセッション時にはベッドに横になっていた.)
8月	踊りを苦手としている方に合いの手のために太鼓をお願いしたので、〇〇さんがBさんに合わせてタイコを叩いて応援する.終了時に「踊りの曲でわくわくさせて“心のリハビリ”を皆でやりましょう.家族も喜び、リハビリに来る人が増えるともっと良いです.暗い気持ちはやめて、楽しくなるようにまた次回もやりましょうね.」と言う.
9月	すぐにホールの中で踊り始め、率先して自分の役割を果たし、自分も楽しんでいる.「まだ踊り足りないよ.」ともう1曲リクエストをする.その曲で笑顔が出る.職員が「あまり笑顔の出ない方ですが、踊りのときは出ましたね.」と言う.ご本人の動きの速さと運動量に、他の利用者が驚いている.
10月	セッション終了後にBさんが「この人も楽しかったと言っているよ.音楽が聞こえると体が動き出すようになる.一人ずつそうやって踊れるようになれば楽しい.次は一緒に踊ろうと誘ったから、きっとこの人も踊るようになるよ.」と他利用者を思いやり、また出来ることを信じている.
11月	踊りながら移動し、一人ずつに声をかけ「踊りましょうよ.」と言う. Bさんが「踊りましょうよ.」と一人ずつ声をかける.「楽しいから踊ろう.」「リハビリになるから.」「1回踊れば楽しいことが分かるから.」「笑顔が出るから踊りましょう.」と言う.それに応えて、今回ホールの中ではじめて踊る方が3名出る.笑顔が出て踊る方を見ていて、Bさんが「私はあの人に笑顔を出させたかった.」と言う.
12月	すぐにホールの中に出て踊り始める.いつものように一人ずつに声をかけ、踊りの手をかざしながら「一緒に踊りましょうよ.」と誘う.今回は誰も出なかったが、声を掛けられることを皆さんは喜んでいる.本人は諦めきれない気持ちか、踊り足りないのか、呼吸法でのゆったりとした音楽にも合わせて踊っている.

12月	今回はBさんが欠席.利用者同士で「Bさんがいないから踊りが弾まないね.寂しいね.」と話している.彼女の存在が認識されている.
2012年1月	Bさんは欠席だが、他の利用者は手や足を動かして曲に乗っている.
2月	曲は「あの曲をかけてよ.」と型の決まっていない曲をリクエストする.一人ずつに声をかけ踊りに出るように誘っている.
4月	一人ずつに声をかけて握手をして励ます.皆さんも手を伸ばし、笑顔で握手をするのでお互いがとても嬉しく、Bさんは握手の度に元気が出るようにと力を込めて握っている.
	Bさんは一人ずつにアイコンタクトを取りながら、声をかけ、手を握る.それに応えようとほかの利用者も手を伸ばす.〇〇さんとペアのように、二人とも上半身を大きく動かして、掛け合いのように踊る時間がある.職員との踊りも掛け合いのようでとても面白く、皆さんから拍手が起こる.
5月	自ら立ち上がろうと滅多にしない〇〇さんが、Bさんの踊りを見て立って踊り始める.職員のサポートを受けてホールの中央まで踊りながら移動する.それを見ていた方に「上手だ!」と声を掛けられたので満面の笑み.
	一人ずつに声をかけて握手をして励ます.皆さんも喜んで手を伸ばし、笑顔で握手をする.
8月	踊る方が一人いたので、それを見られたことが嬉しく、彼女をときどき見ながら踊っている.
11月	Bさんの踊りに誘われて二人が踊りに加わる.それを着席して見ているご利用者が「上手だね」と言ったり、持っている布を振って見せたりするので、それも嬉しく、照れたように笑いながら踊り続ける.
2013年1月	Bさんが誘ったので〇〇さんがホールの中で踊る.照れ隠しのよう視線は下向きだが、笑顔で踊っている.2人.
2月	初参加の〇〇さんの前に止まって手踊りをしてアイコンタクトを取る.それが嬉しく頬が紅潮している.
3月	Bさんが声をかけて、〇〇さん、〇〇さんがホールの中で踊る.〇〇さんは「足が痛いよ.」と足を気にしたが、車イスのまま出ることがわかって安心し、歌いながら手首を上手に使って見事な手踊りを披露する.

◆レベル4の事例

2012年12月9日特別養護老人ホームでのコンサート

1)当日のポスター

社会福祉法人 [redacted]
 Christmas Concert 2012.12.9
 Asahigaokaen...
 Blumenstrauß-Orchestra

☆Christmas Concert☆

1) そりすべり 作曲 ルロイ・アンダーソン / 編曲 中川大
 2) シンコペーティッドクロック 作曲 ルロイ・アンダーソン / 編曲 中川大

3) 主よ人の望みの喜びよ 作曲 バッハ / 編曲 中川大
 4) 小フーガト短調 作曲 バッハ / 編曲 中川大
 5) ヴァイオリンソナタ第4番 G線上のアリア 作曲 ヘンデル / 編曲 中川大

☆☆旭ヶ丘園の皆さまによるハンドベル演奏☆☆

6) もろびとこぞりて 讃美歌
 7) ジングルベル 作曲 ジェームズ・ピアポント / 編曲 中川大
 8) カルメン 第3幕への間奏曲 作曲 ビゼー / 編曲 中川大
 9) カノン 作曲 パッヘルベル / 編曲 中川大

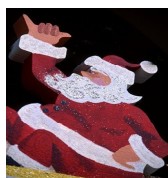
指揮者: 中川 大
 チェロ: 田畑 範明
 ピオラ: 釘宮 俊介
 コンサートマスター: 西村 勇也
 代表: 田中フ ムイベルガ
 パーカッション: 伊原 桂子
 フルート: 和田 隆宏
 フルート: 園田 和江
 アルトサクソ: 眞津 雄太

Blumenstrauß-Orchester (ブルーメンシュトラウス オーケストラ)
 ブルーメンシュトラウスとはドイツ語で花束
 花束は贈る相手をイメージしてプレゼントします。
 私達の花束には、音楽とコミュニケーションの花が入っています。
 社会貢献を重視し、音楽を必要とする人に音楽の花束を届けます。

2)演奏会を多感覚に楽しむための視覚情報の提供—抜粋



- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1) そりすべり | 作曲 ルロイ・アンダーソン / 編曲 中川大 |
| 2) シンコペーティッドクロック | 作曲 ルロイ・アンダーソン / 編曲 中川大 |
| 3) 主よ人の望みの喜びよ | 作曲 バッハ / 編曲 中川大 |
| 4) 小フーガト短調 | 作曲 バッハ / 編曲 中川大 |
| 5) ヴァイオリンソナタ第4番
G線上のアリア | 作曲 ヘンデル
作曲 バッハ / 編曲 中川大 |
| ☆☆旭ヶ丘園の皆さまによるハンドベル演奏☆☆ | |
| 6) もろびとこぞりて | 讚美歌 |
| 7) ジングルベル | 作曲 ジェームズ・ピアポント / 編曲 中川大 |
| 8) カルメン 第3幕への間奏曲 | 作曲 ビゼー / 編曲 中川大 |
| 9) カノン | 作曲 パッヘルベル / 編曲 中川大 |



3) 主よ人の望みの喜びよ

作曲 バッハ / 編曲 中川大

3)入居者さま、ご家族、地域住民、職員、オーケストラの合同演奏と踊り



4)演奏会に関する新聞記事

南日本新聞 2012年12月12日付 21面に掲載



◆モード8の事例

2013年7月29日認知症高齢者と地域住民のセッション



〇〇〇〇 様

鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科
研究指導者 教授 田畑 洋一

鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科
日本音楽療法学会認定音楽療法士
臨床発達心理士
園田 和江

〇〇様におかれましては、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、私は現在、鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士後期課程3年に所属し「認知症高齢者への音楽尺度」というテーマにて研究をしております。

増加の一途を辿る認知症高齢者をサポートするためには、施設と地域が連携し、地域住民も認知症高齢者を理解し受け止めなければならない現状です。そして認知症の有無に関わらず音楽療法のセッションや音楽を介在させ、そこに集う人々の関係の質が同等な場面において、お互いにコミュニケーションを取り続けることが重要であると考えます。これらのことから“コミュニティをつくるケア”(広井良典「ケア学」)として音楽療法の果たす役割があり、「音楽を介在させたコミュニティの第3者と出会う」という視点が必要になります。

それを研究するために施設での音楽療法の記録を基に、〇〇様の音楽に映し出された姿を検証したいと考えております。

倫理的配慮から匿名性の保持、個人情報流出防止について十分配慮し、個人名や施設名が出ることはございません。さらに今回の分析結果は後日改めましてご報告させていただきますことをお約束いたします。

今回の研究が実りあるものとなるよう精一杯努力をし、精進する所存でございます。突然のお願いで大変恐縮でございますが、何卒、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願いいたします。

上記のことにご理解・ご協力を頂ける際は、下記の同意書に署名をお願い致します。

お問い合わせ：園田 和江

携帯番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

同意書

「認知症高齢者への音楽尺度」の研究について、十分な説明を受け納得しましたので協力することに同意します。

平成 25 年 月 日

氏名 _____

社会福祉法人〇〇会(もしくは医療法人〇〇会)

特別養護老人ホーム〇〇〇園理事長 〇〇〇〇 様

鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科
研究指導者 教授 田畑 洋一

鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科
日本音楽療法学会認定音楽療法士
臨床発達心理士
園田 和江

皆様、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、私は現在、鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士後期課程3年に所属し「認知症高齢者への音楽尺度」というテーマにて研究をしております。

増加の一途を辿る認知症高齢者をサポートするためには、施設と地域が連携し、地域住民も認知症高齢者を理解し受け止めなければならない現状です。そして認知症の有無に関わらず音楽療法のセッションや音楽を介在させ、そこに集う人々の関係の質が同等な場面において、お互いにコミュニケーションを取り続けることが重要であると考えます。これらのことから“コミュニティをつくるケア”(広井良典「ケア学」)として音楽療法の果たす役割があり、「音楽を介在させたコミュニティの第3者と出会う」という視点が必要になります。

それを研究するために、貴施設での音楽療法の記録を基に認知症高齢者の音楽に映し出される姿を検証したいと考えております。

倫理的配慮から匿名性の保持、個人情報流出防止について十分配慮し個人名や施設名が出ることはございません。さらに今回の分析結果は後日改めましてご報告させていただきますことをお約束いたします。

今回の研究が実りあるものとなるよう精一杯努力をし、精進する所存でございます。突然のお願いで大変恐縮でございますが、何卒、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますよう重ねてお願いいたします。

上記のことにご理解・ご協力を頂ける際は、下記の同意書に署名をお願い致します。

お問い合わせ先：園田 和江
携帯番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

同意書

「認知症高齢者への音楽尺度」の研究について、十分な説明を受け納得しましたので協力することに同意します。

平成 25 年 月 日

施設名 _____

氏名 _____

〇〇〇〇〇〇の皆様へのお願い

鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科
研究指導者 教授 田畑 洋一

鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士後期課程
日本音楽療法学会認定音楽療法士
臨床発達心理士
園田 和江

皆様、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、私は現在、鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科博士後期課程3年に所属し「認知症高齢者への音楽尺度」というテーマにて研究をしております。

増加の一途を辿る認知症高齢者をサポートするためには、施設と地域が連携し、地域住民も認知症高齢者を理解し受け止めなければならない現状です。そして認知症の有無に関わらず音楽療法のセッションや音楽を介在させ、そこに集う人々の関係の質が同等な場面において、お互いにコミュニケーションを取り続けることが重要であると考えます。これらのことから“コミュニティをつくるケア”（広井良典「ケア学」：医学書院）として音楽療法の果たす役割があり「音楽を介在させたコミュニティの第3者と出会う」という視点が必要になります。

音・音楽の活動を楽しみながら行うことがストレスの増減と気分の好転に影響を及ぼし、自己肯定によるエンパワメント(その人自身が本来持っている力)の強化に繋がっているのではという仮説を考えております。

このような中、研究の一環として御参加の皆様の音楽療法の効果を検証するために簡単な検査と調査のための測定をお願いしたいと思います。内容としましては唾液によるストレスの測定と、質問紙による気分の変化を把握する日本版 POMS により測定します。測定はグループセッションの前後に合計2回行います。

各測定におきましては個人名や団体名が出ることはなく、個人にご迷惑がかかることはございません。更に、今回集まりましたデータを分析した結果は後日改めてご報告させていただきますことをお約束致します。

今回の研究が実りあるものとなるよう精一杯努力をし、精進する所存でございます。突然のお願いで大変恐縮でございますが何卒、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますよう重ねてお願い致します。

上記のことにご理解・ご協力を頂ける方は、下記の同意書に署名をお願い致します。

お問い合わせ：園田 和江
携帯番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

同意書

「認知症高齢者への音楽尺度」の研究について十分な説明を受け納得しましたので、協力し、実施することについて同意します。

平成 25 年 7 月 29 日

氏名 _____

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2005/1/12			音楽療法が施設に導入されて1回目。対象者は緊張していたが、時間の経過につれ表情が柔らかくなり、笑顔や笑い声が出る。筆者は歌による回想法で、それぞれの話を引き出す。また、楽器の使い方に戸惑っている方に説明する。〇〇さんが「私は童謡や懐かしい歌を歌いたかった。それが叶った。」と話す。	1
2005/1/21			男性の参加者が多かったので、筆者は男性に馴染みのある曲「ラバウル小唄」「若鷹の歌」の選曲に了解を得て変える。泣いている方も数名いる。歌い始めると、あまり表情は変わらないが、何かを思い出しているように一点を見つめて歌う姿や、リズムは合っていないが楽器を叩くことに集中している。	1
2005/1/31			ほとんど視力のない〇〇さんが「リンゴの唄」では、大きい声で歌っていた。〇〇さんが「歌はすごいですね。歌い始めると忘れていた歌詞が出てきます。楽しいです。」と話す。	1
2005/2/17			終了後に〇〇さんが筆者に「私は病気をしてから声が出なくなったのよ。こんな声ではなかったのに。」と話す。「少しずつこれから声を出して練習していきましょうね。」と答えると涙ぐんでいる。歌を歌いながら足でリズムを取っている人、歌っているが表情があまり変わらない人、など。	1
2005/2/18			対象者の「紀元節」の歌によって思い出された回想が次から次へと出る。全ての話を聞き取れないほど。〇〇さんが隣にいた職員に「色々な療法があるけど、音楽療法は右脳を鍛えるから良いのよね。」と話す。対象者の知的レベルは高かったが、それぞれの音や音楽による積極性は出なかった。	1
2005/2/22			リズムは全体で合わないが、それぞれが自分の楽しみとして楽器を鳴らしている。〇〇さんが「今日は楽しかったです。家にいるとあんまり運動しません。自分もまだこんなことが出来ると思います。」〇〇さんは重度の認知症だが、歌が始まると歌い出す。	1
2005/2/23			〇〇さんが「私は山小屋の灯という歌は知りません。」と話す。歌が始まると歌っている。〇〇さんはタイコを叩くときに、力のコントロールが難しいが、良い音を出そうとする意欲が見られる。対象者の数が増えてきたので、職員に難聴の方への座席配置についてお願いをする。(なるべくキーボードやスピーカーの近く、また楽器は骨伝導の良いタイコの演奏)	1
2005/2/28			職員が「いつも声を出さない〇〇さんがこの曲(花嫁人形)で何回か口を開いた。声を出しているという仕草が見られた。」と話す。	1
2005/3/3			〇〇さんが「私はここに来て歌うようになり、自信が持てました。声を出すことに臆病だったので歌わなかった。まだこれだけのことが自分で出来ると思いが湧きました。大勢でやるのも良いことですね。気持ちに張りが出ます。」と話す。	1
2005/3/8			〇〇さんが皆さんの歌を聞きながら、指揮者のように右手を動かし、足ではリズムを取っている。	1
2005/3/14			終了後に〇〇さんが「私はどうしても声が昔のように出せません。毎回発声練習をしてもらえませんか。」と話す。歌うことで発声練習としていたが、プログラムの一つとして取り入れることにする。	1
2005/3/16			聴覚障害者の方が今回から参加。骨伝導の良いタイコを叩いてもらう。始めは戸惑っているようだったが、叩いているうちに笑顔が出てくる。積極的に叩きだすと同時に、その音が力強い音へと変わる。〇〇さんの歌声は声量もあり、しっかりと歌えるが、合奏になるとタイミングがずれてしまう。	1
2005/4/15	デイサービスの体験で音楽療法に参加。自分なりに楽しくタイコを叩いている。		〇〇さんと〇〇さんの歌声はとても小さく、楽器の振りの小さいが集中力が続いている。自分の出来ることを精一杯している。	1

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2005/4/25			〇〇さんがハーモニカを準備していたので、皆さんに披露して頂く。「小学生以来、初めて吹きます。」と言ってから演奏する。皆さんの拍手を浴びて、満足感・達成感のある表情になる。〇〇さんから「おはら節を踊りたい。」とリクエスト。〇〇さん本人と他の利用者2名、職員3名と一緒にデイルームの中を踊る。他の方は、それを見ながら手踊りをしたり一緒に歌っている。	1
2005/5/4			声を出しづらいと悩んでいる方が多い。本人が気にして、とても遠慮がちに歌っている。筆者が「歌は健康のために歌います。上手下手では有りません。声を出さなくなると、もっと出にくくなりますから、小さい声で構わないので歌いましょう。」と声をかける。安心したように歌い始め、全体の声が出るようになる。	1
2005/5/19			始まる前から〇〇さんの落ち着きがない。歌が始まると歌うが、歌が終わると興味が他にすぐ移る。タイコのバチをなかなか握らなかつたが「これで叩けば音がするんだね。」と納得してから、ずっと叩いている。	1
2005/6/1			物理療法をしていた〇〇さんが「夕やけこやけ」の時に、皆さんの輪の中に入り、手を繋いで歌っている。	1
2005/7/1			〇〇さんが「里の秋」を最後に歌いたいと言っていると、セッションの途中で職員から筆者はメモを渡される。その場面を作ると「今日が主人の命日です。死んだ時には里の秋を歌ってくれとのことでした。皆さん、一緒に歌って下さい。」と話す。ご主人が亡くなった時に引き出しに封筒があり、その中に書かれていたとのこと。ご利用者、職員全員で「里の秋」を大切に歌う。それを聞きながらご本人が涙を流し、ずっと涙を拭いている。その様子を見て泣いている方も数名いる。	1
2005/7/12			今回は初参加の方が4名いたが、他利用者の流れに乗ってスムーズに活動に参加している。	1
2005/7/19			〇〇さんに「タイコをしてみませんか？」と声をかけると「私は右手が麻痺しているのよ。左手だけでも良いの？」と少し戸惑った表情。合奏を繰り返しているうちに、その右手にもバチを握って叩いている。筆者が合奏直後に「どうでしたか？右手は痛くないですか？」と聞くと「いつの間にか右手に握って叩いていたのよ！自分でも驚いた。」と話す。	1
2005/8/30			〇〇さんが「私に“広瀬中佐”の歌を教えて下さい。私の友達が右も左も分からず呆けてしまったのに、この歌だけは1番から最後まで間違わずに歌っていました。私も歌を覚えたいです。」と話す。筆者はセッションでも歌い、歌詞を持参することを約束する。	1
2005/9/20	9月からQさんが久しぶりに参加。休んでいた間に、入院や妻が亡くなるなど転機があった。		リクエストのあった「広瀬中佐」を歌う。〇〇さんの表情がパッと明るくなり、歌い終わった後に隣の人に「この歌は友達がね・・・」とききりに話している。	1
2005/10/6			物理療法をしていた方々も「夕やけこやけ」の時にセッションの座席近くへ移動し、皆で手を繋いで歌を歌う。ご利用者、職員全てが一体感を味わう。	1
2005/11/2	筆者や職員の声かけに対して、うまく返事が返せない。しかし、タイコは力強く叩き、一定のリズムで続けられる。			1
2005/12/19			男性の〇〇さんは、いつも男性陣の中の座席位置だったが、今回はキーボードの真横に着席し、機嫌が良い。近くにあるタイコを何度も見ているので、合奏時より早くお願いする。リズムが安定して、向かい側に着席している人を意識しながら叩く。「私は音痴だからうまくできないけど。」と楽しそうに笑いながら話す。	1

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2006/1/26			終了時に「楽しかった」「音楽は良いですね」「また次も来てね」「今月は休みがちだったけど、今日来て良かった。」と大きな声で筆者に向かって声をかける対象者が多い。セッション時の歌による回想(正月の遊び、映画)についての発言数が多かったのが要因と考える。	1
2006/2/6			〇〇さんが「私は2月11日の紀元節の歌をリクエストします。今は健康記念日になっているけど、やっぱりこの歌を歌いたいです。」と話す。毎年2月にはこの歌を歌っているが、この発言から行事にまつわる歌が高齢者にとってどれだけ大切かが再認識される。	1
2006/3/28			対象者の感想。「懐かしい歌は良いですね。その時その時の自分に戻り、卒業式での様子や思い出に涙が出そうになり、春の歌を歌えば明るい晴れやかな気持ちになりました。」「私は声が小さくて歌うのは苦手だけど、懐かしい歌を聞くことができるとても良かった。」対象者同士で、楽器の使い方についてアドバイスをしている。	1
2006/4/12	声は小さいが口をしっかり動かして歌っている。スムーズに流れに乗って参加し「夕焼け小焼け」では隣の方と手を繋いで歌っている。			2
2006/5/1	リズムを取りながら「大漁歌い込み」「おはら節」を聞いているうちに初午祭を思い出したようだ。「夕焼け小焼け」で大きく声が出ていたので「良かったですよ」と声をかけると「もうすぐ初午祭だ」と馬踊りの歌を大きい声で歌う。	初午祭の歌を横で聞いていた利用者が拍手をする。ご本人も満足した笑顔になる。		2
2006/5/31	笑顔で歌い、時々隣の方に声をかけている。			2
2006/6/14	ハンドドラムを気に入って、好きな民謡のリズムを叩き、掛け声を入れて自分で歌う。終了後も歌い続け、その歌を隣の方に聞いてもらっている。			2
2006/6/26	プログラムの流れは良く分かっていないが、楽しく参加している。			2
2006/7/7	今回初めての楽器指揮の活動。皆さん遠慮されて、なかなか候補者が出ない。Qさんが1番目を快く引き受け、マレットを次の方に渡しに行く。4人の方が行うことになる。			2
2006/8/4	タイコでリズムを叩きながら民謡を次々に思い出し、笑顔で3曲披露する。			2
2006/10/2	タイコを渡した途端に「もう叩いていいの?」と聞いて、すぐに叩き始める。得意な歌を歌いながら1曲歌いきる。笑顔のいい表情。			2
2006/10/11	タイコを叩きながら「運動会の歌」を一気に歌う。	Qさんの歌を聞いて近くに座っていた利用者が「あー、あれは運動会の歌だね」と言っている。		2
2006/12/29	楽器指揮で337拍子をたたき続けているうちに昔歌っていた「運動会の歌」を歌い始めて、一番をすべて歌う。そして最後のドン!を大きい動作で叩き、きっちり終わらせる。ご自分も達成感があり、真似をして叩いている他の利用者にもとても分かりやすい合図で、全員がピタッと合う。			2
2007/3/28	曲に乗って自由に体を動かしている。			2
2007/4/9		Qさんの隣の方が、その軽快な動きに誘われて、いつもより大きく腕を振って足踏みをしている。		2

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2007/6/22	タイコを叩いたとたんに歌が出る。「これは馬踊りの歌よー」とにこやかに答える。はっきりしたリズムの繰り返しの曲なので(MTが皆さんに声掛けをして)急きょ楽器指揮の指揮者役になってもらう。本人も快諾し、歌を最後まで歌う。			2
2007/8/15		〇〇さんのタイコのリズムが一定しており、その皆さんが合せて同質のリズムを叩く。それに乗せてQさんが歌い始めて、ごく自然な形での歌と演奏となる。		3
2007/8/17	Qさんの席が初めて中心に移動する。			3
2007/8/20	初午祭の歌を歌う。	Qさんの歌に感心していて「あの方は上手ねー」と何回も言う。		3
2007/9/12	セッション終了直前に、Qさんが張りのある声で馬踊りの歌を歌い始める。	Qさんの歌を聞いて手拍子が始まり、〇〇さんが踊り始めてデイルームの中を真ん中で披露する。Qさんがリクエストに応じて歌っている間、踊りも続く。歌が終わった時に稲満さんがQさんに投げキスをする。		3
2007/9/17	タイコを叩きながら馬踊りの曲を歌う。それに合わせて皆さんがリズムを叩く。リクエストに応じて「もう1回歌うか?」ともっと大きい声で歌い、それにつれて皆さんの楽器の音も大きくなる。	Qさんの歌に刺激を受けて、遠慮がちに参加していた〇〇さんの声が大きくなり、二人で歌の担当の形になる。		3
2007/10/16	今回もタイコ渡した途端に歌とタイコが始まる。曲名は「18日の馬」	誰ともなく、それぞれの持っている楽器を鳴らし始め、それが全体に広がる。合いの手を大きな声で入れる女性もいる。曲を2回繰り返す。		3
2007/10/18	タイコが渡されると歌い始める。それが皆さんにも浸透しており、すぐにそれに合わせて伴奏を始める。			3
2007/10/29			〇〇さんの叩き始めは弱かったが、だんだん音が強くなりこの音だと思った時から、どこからこんな力が出るんだろうと思うほどとても強くしっかりした音で叩き続ける。	3
2007/11/29	終了直後に「良か祝い(よかいえ)じゃった」と隣同士で話している。			3
2007/12/5	タイコを叩きたい方が多いので、一つのタイコを二人で叩いてもらう。Qさんも二人で叩く。			3
2007/12/28	おはら節で歌を披露する。			3
2008/2/19	「今日も良か祝い(よかいえ)じゃった。」と、おてもやん、での合奏が賑やかだったことを喜んでいる。			3
2008/4/21	「戦友」の1番を歌う。			3
2008/5/15	「運動会の歌」を歌う。	〇〇さんと〇〇さんも「その歌を知っています」と一緒に歌っている。		3
2008/5/26	「どら、また1曲歌わんなら」と笑顔で答え、運動会の歌を歌う。			3
2008/5/28	今回は「戦友」を歌う。			3
2008/6/5	3番目に指揮者役			3
2008/6/16	〇〇さんの指名を受けてQさんが初午祭の歌を歌う。			3
2008/6/18	2番目に指揮者役			3

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2008/6/24	リズムムーブメント時の「炭坑節」を歌う方が多いので、マイクをお願いする。Qさんも歌う。			3
2008/7/3	1番に楽器指揮「殿様うた」をうたいながら叩く。			3
2008/7/7	Qさんの歌とタイコを聞いて、それに応える形で他の参加者が引き継いで歌っていく。	歌い手がQさん→〇〇さん→Qさん→〇〇さん→Qさん→〇〇さんとなる。他の方々は楽器演奏や合いの手を入れ、場が一体感に包まれる。歌い手も、曲が止まらないように考えて歌を歌っている。		4
2008/7/9	8番目に指揮者役			4
2008/7/15	2番目に指揮者役			4
2008/8/18	3番目に指揮者役		楽器指揮でお目当てのQさんの歌が始まると、それに合わせて踊ろうと決めている人が多い。歌に踊りが加わり、その次は皆さんの楽器の音がお囃子となって盛り上げる。音楽はそれぞれの自己表現と全体を巻き込んだコミュニケーションとなり、ご利用者共有の音楽として成立している。	4
2008/8/27	楽器を配った時点で、Qさんの歌とタイコに合わせて自然発生的に即興演奏が始まる。初午祭の歌を15番目に歌う。			4
2008/8/29	初午祭の歌を12番目に歌う。			4
2008/9/4	Qさんが楽器を配り終わったところを見計らって、自分がリード役になりタイコと歌で皆さんを引っ張る。皆さんもすぐにそれに合わせて楽器を演奏する。その日の楽器指揮では8番目にまた歌とタイコを披露する。			4
2008/9/8	3番目に初午祭の歌を歌う。			4
2008/9/10	Qさんの一つ前の指揮者が初午祭の歌を歌う。それに刺激され、Qさんが別の歌を披露する。			4
2008/9/19	初午祭の歌を歌う。Qさんが楽器を配り終わったところを見計らって、自分がリード役になりタイコと歌で皆さんを引っ張る。	他の対象者もとても喜び、楽しんでその歌に合わせて叩き、合いの手を入れる方も出てくる。		4
2008/10/13	〇〇さんの「Qさんに歌わせて、あの人は上手だから」というリクエストを受けて初午祭の歌を歌う。	〇〇さんの「Qさんに歌わせて、あの人は上手だから」というリクエストを受けてQさんが初午祭の歌を歌う。		4
2008/10/16	初午祭の歌を歌う。			4
2008/10/28	初午祭の歌を歌う。			4
2008/10/29	初午祭の歌を歌う。初めてQさんが踊りを踊る。		楽器指揮をした3人が全て歌ったので、それに合わせて踊る方が増えていく。それを見ながら、指揮者が歌を続けたので相乗効果となり、場の雰囲気華やかで明るくなる。その誘われて物理療法をしていた小規模デイサービスのご利用者が飛び入りで踊りの輪に飛び入りで加わる。笑い声が絶えず、おなかを抱えて全員が笑う。	4
2008/11/11	初午祭の歌を歌う。			4
2008/11/14	初午祭の歌を歌う。			4
2008/11/19	初午祭の歌を歌う。			4
2008/11/27	初午祭の歌を歌う。			4

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2008/12/3	初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが鈴を持って、歌に合わせて踊る。	楽器指揮ではご利用者同士のエンパワメントで、演奏者・踊り手・合いの手が瞬時に行われ、即興で創り出される。それを受けて〇〇さん、〇〇さんの自由な自己表現を引き出す。	4
2008/12/12	初午祭の歌を歌う。			4
2008/12/18	「地つき歌」(家を造る際に石を置くために土を固める時に何10人もが丸太に結んだロープを、それぞれの方向から引っ張りあげ、その丸太を落とす作業のときに歌う歌)を披露する。	「地つき歌」を聞きながら、他の参加者が「そうだった、そうだった。昔はそうやって家を造った。」と頷いている。		4
2009/1/5	初午祭の歌を歌う。満面の笑み。			4
2009/1/6	初午祭の歌を歌う。			4
2009/1/7	初午祭の歌を歌う。	歌に合わせて踊ろうと、歌声を聴いたとたんに〇〇さんが車いすを動かして前に出てくる。		4
2009/1/12	初午祭の歌を歌う。			4
2009/1/15	初午祭の歌を歌う。〇〇さんがタイコと歌に合わせて踊る。			4
2009/1/30	自分の歌が待ちきれずに、マイクが来る前に歌いだす。			4
2009/2/11	初午祭の歌を歌う。〇〇さんがそれに合わせてホールの中を移動しながら踊る。	〇〇さんが歌に合わせてホールの中を移動しながら踊る。リズムムーブメント時はペアになって踊る方が初めて出る。		4
2009/2/12			〇〇さんがモールス信号をタイコのリズムを表現した。	4
2009/2/16	初午祭の歌を歌う。皆さんのリクエストを受けて1番に楽器指揮を行うが、皆さんの踊りを受けて、もう一度初午祭の歌を歌う。			4
2009/2/20	リクエストを受けて初午祭の歌を歌う。	〇〇さんと〇〇さんが「Qさんが上手いからマイクを渡して」と言う。		4
2009/3/4	初午祭の歌を歌う。			4
2009/3/13		今までは人気のあったおはら節(決まった形のある踊り)だが、今では自由に誰とでも踊れ、やり取りのできるリズム感のある曲が望まれている。		5
2009/3/23	今回は「戦友」を歌う。「次は良かおごじよへ」と〇〇さんを指名。			5
2009/3/31	今回はおはら節を歌う。	Qさんの歌に合わせて〇〇さんが合いの手を入れ、歌が終わったあとに「バンザイ！バンザイ！」と右手を大きく上げる。		5
2009/4/4	初午祭の歌を歌う。	立って踊りを踊る。		5
2009/4/8		参加者同士で、楽器指揮の方を応援し、盛り上げようとしたのでその気持ちは音や声となって表現されそれに後押しされて指揮者が自分の能力・自己表現を思う存分に出す。	「次はQさんが良い」と皆さんからリクエストが出る。初午祭の歌で〇〇さんが出てきて踊るので「歌を続けてもらえますか？」と筆者が話しかけると次の曲を歌い始める。今度は〇〇さんが車いすを降りて、床に座りながら上手な踊りを披露する。	5

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2009/4/9	初午祭の歌を歌う。Qさんに歌とタイコを皆さんが楽しみにしている。			5
2009/4/17	「歌っみろかい」とご機嫌で歌う。	〇〇さんが「ヨイヤサー、ヨイヤサー」と合いの手を入れている。		5
2009/4/27	「歌っみろかい」とご機嫌で歌う。			5
2009/5/4	「マイクを持ってきてよ」と、いつものように楽しく歌う。	「次はQさんへ」と〇〇さんから指名。	Gに対しての意欲が高まっており、「どうしよう」「出来るかな」と言う方には他の人が励ますという形が増えている。	5
2009/5/5	今日も上機嫌で6番目に初午祭の歌を歌う。			5
2009/5/21	3番目に初午祭の歌。			5
2009/6/3	「歌を歌わんなら」と、マイクが来るのを待って初午祭の歌を歌う。			5
2009/6/9	「歌っみろかい」とご機嫌で歌う。			5
2009/6/18	「歌っみろかい」とご機嫌で歌う。			5
2009/6/22	Qさんは「民謡って何を歌えば良いかな？初午祭でも良い？」と聞き初午祭の歌を歌う。	〇〇さんに「次は民謡をQさんに歌ってほしい」と言う。		5
2009/7/14	初午祭の歌を歌う。	〇〇さんがリクエストをする。		5
2009/7/15	2曲歌う。	Qさんの歌に刺激を受けて「初午祭の歌を歌う」と〇〇さんが皆さんの前で初めて歌う。		5
2009/7/20	「歌っみろかい」とご機嫌で歌う。			5
2009/7/30	〇〇さんのリクエストに応じて初午祭の歌を歌う。			5
2009/8/4	初午祭の歌を歌う。	Qさんの歌を聞いて〇〇さん、〇〇さんも同じ曲を口ずさんでいる。	〇〇さんがあまりにも上手に踊るので皆さんが興味を持ってその姿を見ている。	5
2009/8/5	手元にタイコが来たらずぐに叩き始めていた。今日は2曲披露する。			5
2009/8/10	「1曲歌わんなら。マイクを貸して」と得意な歌を披露。			5
2009/8/27	「マイクを持ってきてよ」と、いつものように楽しく歌う。			5
2009/9/3	今回もご機嫌よく歌う。	〇〇さんから、すぐに「Qさんにしてほしい」と声がかかる。		5
2009/9/7	皆さんが「Qさんに歌ってもらうのが良い」とリクエストが出るので、1番にお願いする。			5
2009/9/16	今日も上機嫌で初午祭の歌を歌う。			5
2009/9/22	「マイクを持ってきてよ」と、いつものように楽しく歌う。			5
2009/10/12	「1曲歌わんなら。マイクを貸して」と得意な歌を披露。			5

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2009/10/13	「今日もやっみろかい」と初午祭の歌と「祝い唄」を楽しく歌う。	目を閉じていた〇〇さんが、急に大きな声でQさんのいる方向に向かって「ありがとー、ありがとー」と万歳をしながら声を掛ける。		5
2009/10/21	初午祭の歌を歌う。		Qさんの歌で合奏が出来るように、Qさんの歌を取り入れる。他の方が前奏・伴奏して、そのリズムに歌が乗れるのか心配したが、初の試みを皆さんが柔軟に受け入れた。リズムが合うようになり参加者同士の演奏が成立。	6
2009/10/29	「マイクを持ってきて」と今回も張り切って歌う。			6
2009/11/16			セッションの時間に、自由に自己表現が出来て、それを安心して出せる時間だということ、そして参加者も表現の場を欲していることが良く分かる場面だった。	6
2009/11/17	「初午祭の歌を歌います」といつものように張り切って歌う。			6
2009/11/25	〇〇さんからリクエストがあり、今回は1番目に楽器指揮を行う。張り切って歌う。			6
2009/12/1	「ベテランさんをお願いします」と楽器指揮の前の方から指名を受ける。それが嬉しく、今回はメドレーのように次から次へと歌う。		今回は回想場面での発言もある。「錦江湾でよく泳いでいた。ポーッと波に浮かんでいたら桜島の小島まで流されていた。自分でもびっくりしたよ。」	6
2009/12/16	「今日もやっみろかい」と初午祭の歌を楽しく歌う。			6
2009/12/24	前回時間がなく順番が回らなかったため、今回は一番をお願いします。今回も張り切って歌いながらタイコを叩く。			6
2010/1/27	今回もリクエストに応じて馬踊りの歌を機嫌よく歌う。			6
2010/2/3	久しぶりの参加。初午祭の歌を今回も歌い、それを聞いていた初参加の利用者が、歌に合わせてデイルームの中を端から端まで踊る。			6
2010/2/9	5番目に初午祭の歌を歌う。	初参加の〇〇さんがデイルームの中を端から端まで踊る。	RM6人。G7人。	6
2010/2/15	今回もリクエストに応じて馬踊りの歌を歌う。とても楽しそうに歌っている。			6
2010/3/5	〇〇さんのリクエストに応じて馬踊りの歌を歌う。			6
2010/3/18	今回もリクエストに応じて馬踊りの歌を歌う。			6
2010/3/23	今回もリクエストに応じて馬踊りの歌を歌う。気持ちよく歌っている。			6
2010/4/12	「歌わんならねー」とマイクを受け取り、初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが歌に合わせて踊る。	〇〇さんは〇〇さんと一緒に歌いながらGをする。RM4人。立って踊る人はお互い踊りに誘い、〇〇さんが自分の布を振って声援を送る。	6
2010/4/15	「歌っみろかい」初午祭の歌を歌う。		〇〇さんの怒りに似たイライラした感情がストレートに出る。入浴後にホールに戻ったとたんに〇〇さんが踊りの輪の中に入る。RM2人。G7人。	6
2010/5/5	皆さんの期待に応じて1番目に張り切って歌う。	「始まってすぐにご利用者の方から「今日はQさんが来ている。」「前回はなくて寂しかったよね。」と音楽療法の中での役割を期待していることが分かる。本人もそれを聞いてとても喜ぶ。		6
2010/5/13	「歌っみろかい」初午祭の歌を歌う。Qさんの歌を聞いて満足している。		小ブレイ時に隣の方を励ましながら行う。「あの人にタイコを叩かせてあげて」と他の人を気遣う。RM3人。G8人。	6
2010/5/17	1番目の〇〇さんが寸劇のようにGをしたことで刺激を受けたようである。2番目に「ここは祝いの席～」と新しい歌を披露する。		〇〇さんが自分の順番を待ちきれないほど。マイクを持ったとたんにおはら節を歌う。曲の終わりに真樹さんがそれに合わせて踊る。周りのリクエストに応じて二人の歌と踊りの掛け合いは行われ、見ている方は声援や拍手を送る。	6

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2010/6/8	8番目に自分でマイクを持って初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが歌に合わせて踊る。	RM6人。G8人。	6
2010/6/11	8番目に初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが歌に合わせて踊る。	G9人。	6
2010/6/16	皆さんの期待に応えて張り切って歌う。		Gで〇〇さんが「雨降り」を歌いながらタイコを叩く。数年前に「私は喉の手術をしてから歌うことが苦手になった」と言っていた頃と比べると、今は自信に満ち溢れている。RM8人。G8人。	6
2010/6/21	8番目に初午祭の歌を歌う。歌声に少し元気がない。		RM9人。G8人。それぞれが自己表現があり、それを実現させている。ペアで〇〇さんと〇〇さんが踊る。	6
2010/7/2	11番目に初午祭の歌を歌う。今回も見事な歌とタイコ。		〇〇さんがタイコを叩けるのかを心配している人が多い中、しっかりと叩く。RM6人。G12人。リズムを全員で合わせていく。だんだん音がまとまって、リズムが一致してくることが楽しい。最後の1打が全員で決まると、皆さんから笑い声が出る。ペアで〇〇さん、〇〇さんが踊る。東京プギウギの合奏時に「ヘイ！」の掛け声を数名言っている。	6
2010/7/12	5番目に初午祭の歌を歌う。	隣の〇〇さんが同じ歌詞で歌う。	RM8人。G7人。〇〇さんが「♪夏が来た、夏が来た、どこに来た～、ハワイに行った、楽しかった～」と♪春が来た、の替え歌を披露。	6
2010/7/15	4番目に初午祭の歌を歌う。	〇〇さんと〇〇さんが歌に合わせて踊る。	〇〇さんが〇〇さんに刺激され、立ち上がって踊る回数が増えている。遠慮がちな〇〇さんだが、隣の〇〇さんに励まされてGを行う。〇〇さんが終始落ち着いて着席している。	6
2010/7/27	7番目に初午祭の歌を3番まで歌う。	Qさんと一緒に〇〇さんが歌う。	レイを首にかけたお互いの様子を見て褒め合って「似合っているよ」と言っている。G9人。RM8人。	6
2010/8/10	「マイクを持ってきて」と9番目に初午祭の歌を歌う。	「Qさんの歌を聞いて、もう一度歌いたくなった」と〇〇さんが「マイクを貸して」と本日2回目のG。	〇〇さんは入浴後の参加だが「私がやる！」と手をあげてアピールする。4番目にGを行い満面の笑顔でタイコを叩く。G11人。	6
2010/8/12	「マイクを持ってきて」と10番目に初午祭の歌を歌う。			6
2010/8/25	指名を受けて2番目に初午祭の歌をすぐに歌う。		〇〇さんの楽器選択の幅が広がってきている。今回はシンバルを希望し、タイミングを合わせようと集中する。	6
2010/8/27			挨拶の歌は大きな声で歌って皆さんのリード役が出来るが、セッション途中で離席し「私のカバンはどこ？」と探し始めて落ち着きがない。RM8人。G10人。〇〇さんがタイコを叩き終わったとたんに「あー気持ち良かった」と言う。ストレス発散になったのでは。	6
2010/9/2	6番目に初午祭の歌を歌う。	歌い始めたらすぐに〇〇さん、〇〇さん、〇〇さんが踊り始める。リクエストに応じて長く歌い続ける。	〇〇さんが「私はGの最後をしたい」と言うのでトリをお願いする。立って踊る方が着席している方に声を掛けて、踊りに出るように誘っている。	6
2010/9/14	回想時に「秋と言えば稲刈り」と答えている。今回は珍しく自分から手をあげて2番目にG。	Qさんの歌を聞いてから、ずっとおはら節を歌っている。	〇〇さんが全体的に落ち着いている。活動に戸惑うことなく受け答えも出来る。	6
2010/9/15	9番目に初午祭の歌を歌う。		〇〇さんは初参加。受け答えは覚束ないが、しっかりした音でタイコを叩く。誰かが歌ったりタイコを叩いたりすると、それに合わせて踊る方が増えている。〇〇さん、〇〇さんがホールの中を立って踊り、着席している方を誘おうと声掛けをしている。	6
2010/9/28	3番目に歌う。	「Qさんに歌わせて」と〇〇さんがリクエスト、本人もとても喜んでいる。	〇〇さんの踊りが単調になっている。今まではパターンを変えて自由に踊っていた。〇〇さんが職員と手を繋いで踊った後に号泣する。踊れたことが嬉しく泣いたのでは。G8人。	6
2010/10/8			ラジオ体操第1をみなさんが良く覚えている。RM3人。	6
2010/10/11	運動会の歌を、Qさんと職員(同じ地区の出身)が歌う。途中のフレーズがどうしても思い出せない。		小プレイの玉入れで、勝敗の行方を目で追いながら、勝ったと分かるたびに「バンザイ！」と言う方が多い。体の不自由な方を手伝い、代わって入れている。	6

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2010/10/26	7番目に初午祭の歌を歌う。		〇〇さんが合奏時に、自分の演奏に感激している様子で涙を流す。イスからすぐに立ち上がり離席する初期の頃から考えると出来ることが著しく増えている。〇〇さんが楽器を配る前から「タイコをしたい」と意思表示する。RM6人。	6
2010/10/27	「ぜひQさんに」と言われて4番目に歌う。それがとても嬉しくいつもより長く歌う。	一緒に〇〇さんが歌う。	G7番目の〇〇さん、〇〇さんがタイコと歌を分担して演奏する。このスタイルは初。これを真似して次も二人で行う。	6
2010/11/1			RM7人。〇〇さんの「鳩ぽっぽ」Mに合わせて〇〇さんが歌い、それに合わせて2人が歌う。	6
2010/11/16	今回は1番目をお願いする。		G4番目の〇〇さんが「65年ぶりに機節を歌った。尋常小学校の時に洋服を仕立てることになりお金を貯めることになった。機節を歌う人の後ろで傘を持っていてお金を貯めた」この歌を聴いていた3人が「懐かしい、この歌を歌えるなんて」と言う。	6
2010/11/19	2番目に初午祭の歌を歌う。	その歌に合わせて皆さんが楽器を鳴らす。	〇〇さんがGで炭坑節とおはら節を歌う。隣にいた〇〇さんが「良かった！」と頭を数回撫でる。RM6人、G5人。	6
2010/11/24	2番目に初午祭の歌を歌う。RM時も「あのの人に歌ってもらって」と言われて本日2回目の歌の披露。		〇〇さん「ハト、マメ、マス、ミノ～。子供の頃に帰れる音楽の時間は大好きです。ありがとう！」とGでいう。5番目の〇〇さんが「誰かに歌ってほしい」と言うので、それを〇〇さんが引き受ける。	6
2010/12/6	〇〇さんの指名で2番目に「♪祝いの座敷は～」と今迄に歌ったことのない歌詞を思い出して歌う。		RM3人。G6人。〇〇さんが両隣の人に声をかけて励ましながら活動している。	6
2010/12/7	7番目に初午祭の歌を歌う。		G8人。〇〇さんは指名を待っており、自分から手をあげている。〇〇さんの状態がとても良くなっている。始めのうちは離席が頻繁で奥さんを探して、姿が見えないと不安だったが今回は離席が減る。「秋の夜風」では音程がしっかりしている。笑顔で歌っている。発声練習時には、誰が一番長く息を続けられるかという競争になるほど皆さんが声を出す。最後の一人には拍手が起こる。	6
2010/12/10	8番目に初午祭の歌を歌う。	Qさんの前にGをした〇〇さんがおはら節を長く歌ったので、それに刺激を受けていつも出ない歌詞を思い出して歌う。	Gをやりたいと3人の方がリクエストする。	6
2011/1/11	Qさんは不参加。		G3人。RM6人。隣の人におはら節を教えている。「踊りを踊りますよ」のMTの声掛けに「おはら節は出るのかしら？」の声が聞こえてくる。	6
2011/1/12	Qさんは不参加。		G10人。〇〇さんの歌や踊りがGの流れを繋いでいく。それぞれがお互いを盛り上げ、グループの集団力動が生まれいつも歌わない人も流れに乗って個性を発揮することになった。	6
2011/1/28			G9人。RM7人。〇〇さんは「田原坂を歌います」と披露する。〇〇さんは自分がハンドドラムを持っていることを忘れてしまう。MTが近くで合図を出すとその刺激を受けて、自分の楽器を鳴らし始める。	6
2011/1/31	RM時にリクエストを受けて初午祭の歌を歌う。	〇〇さんの三味線に合わせて〇〇さんがおはら節を歌う。次にQさんへとリクエストが出る。それに合わせて踊ったのは7人。皆さんのエンパワメントを発揮し場を作っている。		6
2011/2/9	8番目に初午祭の歌を歌う。	Qさんの歌、〇〇さんの三味線、〇〇さんや〇〇さんの踊りという、皆さんのエンパワメントによる場面が自然に発生する。		6
2011/2/15	10番目に初午祭の歌を歌う。	「最後はQさん」と皆さんからのリクエストがあり、とてもそれが嬉しくいつもより長く歌う。	RM7人。踊りを見ながら着席している方々が、合いの手を入れたり応援する掛け声を入れたりするので場がまとまってくる。	6
2011/2/18	4番目に初午祭の歌を歌う。		RM5人。	6
2011/2/21	2番目に初午祭の歌を歌う。「何を今日は歌おうか。馬踊りかねー」		RM時に〇〇さん、〇〇さん、〇〇さんが歌い、踊り手が5人、その他の方は手拍子や合いの手。ホール中がインプロとして機能している。	6
2011/3/1	6番目に初午祭の歌を歌う。		RM8人。〇〇さんが赤い布を頭に被りMTと踊る。それを見ていた物理療法の方々から拍手が起こる。本人も嬉しく、いつもより長く踊っている。〇〇さんは「ソーラン節」に合わせて、タイコのバチを船の櫂に見立てて横に握り、大きく上下に動かしながら船頭の様子を表現している。	6

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2011/3/7	「歌っみろかい」初午祭の歌を歌う。「踊り手が出ましたよ」と声掛けをすると歌を2回歌う。	Qさんの歌、〇〇さんの三味線、〇〇さんの踊り。	RMでは〇〇さんの三味線、〇〇さんの歌、〇〇さんの踊りが皆さんをリードする。	6
2011/3/9	初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが三味線を弾きながら「Qさんに歌を頼んで！」と言う。それに応えてQさんが歌い始める。それを待っていましたとばかりに踊りの人がホールの中に出る。	〇〇さんが職員に支えられながら踊っているうちに動きがスムーズになり、支えられている手を握りながらその場で1回転するので職員も驚く。〇〇さんは一人で踊って1往復する。皆さんから拍手が起こる。〇〇さんは隣の方の肩や腕をさすりながら応援する。	6
2011/3/25	9番目に初午祭の歌を歌う。		RM9人。〇〇さんの状態が良く、言葉でのコミュニケーションも取れ、離席もない。初めてのGではバチを受け取る。しっかりと握ることはできないが、バラバラのリズムながら一人で叩ける。	6
2011/4/13	2番目に初午祭の歌を歌う。		G9人。〇〇さんがリズムよく叩くので、二人の方がそれに合わせて歌う。しかし〇〇さんは自分のタイコのみが良かったようで、少し不機嫌の様子。〇〇さんは「今日も楽しい時間を有難う。皆で賑やかにやりましょう！」と口上をつけてから始める。	6
2011/4/19	「どら、歌わんならねー」と初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが合いの手を入れる。	RMで6人。〇〇さんがGでおはら節→遊女の物語→歌→赤穂浪士討ち入りの講談へと一人芝居となる。流暢に吉良邸討ち入りの様子を再現。あまりの見事に皆さんも驚く。彼の講談に合わせてご利用者同士で作り上げる劇が出来る	6
2011/5/9	初午祭の歌を歌う。	Qさんの歌、〇〇さんの三味線、〇〇さんと〇〇さん、〇〇さんの踊りで構成。	〇〇さんの三味線に誘われて歌う人が増える。CD曲は不必要となり、エンパワメントの高まりが場を包む。G6人。	6
2011/5/18	4番目に初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが踊りをする。		6
2011/6/13	今回は久しぶりのセッション。歌を繰り返し歌う。全て違う歌詞。		Gで自分の後を頼む指名だけではなく、「あの人が良い！」と声をかける人が出てくる。役割分担をしてGをする人が出る。G6人。	6
2011/6/29	初午祭の歌を歌う。	Qさんの歌、〇〇さんの三味線、〇〇さんの踊りと言う形が出来上がる。お互いの即興で行われる中、他の参加者は拍手で合いの手を入れる。お互いのエンパワメントにより場の一体感、達成感が高まる。	〇〇さんは楽器指揮で披露するために、替え歌を自分で作り、書いたものを持参している。	6
2011/7/13	おはら節の歌を歌う。		RMで自分は歌おう、踊ろうと決めている人が多く、また誰に演奏してほしいかを考えている。それはインプロまで繋がり「私はタイコを叩くからあの人に歌を歌わせて」など。楽器が手元に来たらすぐに歌や演奏が始まり、お互いに楽しみたいと思い、それが実現することを十分に理解している。エンパワメントの相乗効果により、皆さんのエネルギーは止まらないほど。	6
2011/7/27	初午祭の歌を歌う。	その歌に〇〇さんが三味線、筆者がハンドドラム、踊りは立って踊る方、着席している方は合いの手を入れ、場がまとまる。	〇〇さんが「着物があると良いけど」と言うので、MTが法被を職員に用意してもらい。それを見ていた〇〇さんが後ろからついて真似して踊る。コツをつかんだ後は自分の動きにプラスして新たな踊を作る。それを見ていた〇〇さんが「私も歌いたい」と「王将」をリクエストする。	6
2011/8/9	初午祭の歌を歌う。		G10人。〇〇さんの元気がない。バチを握る力も弱く、リズムが乱れている。	6
2011/8/17	今回はMTが準備をしている時にQさんが歌を歌い始める。すぐに〇〇さん、〇〇さんが間の手を入れる。珍しく青年時代の話もする。「友達と戸板の節から良かおじょがないかと夜に出かけていた」この話が面白かったので皆さんが大笑いする。ここでスポットライトを浴び、地つき歌・初午祭の歌、バナナの叩き売りの3曲を歌う。	〇〇さんが歌に合わせてホールの中を踊りながら、一人一人に声掛けをし、アイコンタクトを取って移動する。	歌を希望する方が多いので、希望の方にマイクを渡す。	6
2011/8/22	「初午祭をやっみろかい」と初午祭と地つき歌を歌う。		〇〇さんがホールの中を3往復して踊る。RM5人。	6
2011/9/15	「初午祭をやっみろかい」と歌を歌う。		G8人。〇〇さんがキーボードの興味を持つ。「私はピアノを弾いていました。今は多くの機能が付いていますね。」	6
2011/9/21	Qさんご家族の要望で、歌っているところをビデオ撮影する。初午祭の歌、地つき歌、バナナの叩き売り。	歌に合わせて、踊る方が趣向を凝らして踊る。タオルを頭に巻いた〇〇さん、三味線の〇〇さん、踊りをリードする〇〇さん、〇〇さん。自分の楽しみとして自己表現の方法を知っている。	RM5人	6
2011/9/23			RMで8人が踊る。声のボールでスポットライトを浴びた〇〇さんが初めての楽器指揮でも自信を持って行う。G6人。	6

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2011/10/19	Qさんご家族の要望で、歌っているところをビデオを撮影する。初午祭の歌と地つき歌。	Qさんが歌う様子を見て、他の方が「私も歌いたい」と言う。〇〇さん、〇〇さんはお互いの役割を決めて(三味線と踊り)実現する。それを見ながら〇〇さんが涙ぐんでいる。(ご主人と別々に通うようになった初日。本人も久しぶりの参加で色々な思いがある。	RMで8人が踊る。	6
2011/10/27	初午祭の歌を歌う。	歌に誘われて物理療法をしていた〇〇さんが飛び入り参加。タイコとシンバルを鳴らして皆さんの歌と踊りを盛り上げる。	ボールを回すことで横の繋がりが意識され、音のリレーでも機能する。	6
2011/10/31	Qさんご家族の要望で、歌っているところをビデオを撮影する。バナナの叩き売り、と運動会の歌。バナナでは有村さんと歌詞の覚えていないところを思い出しながら、補って歌を最後まで披露。	運動会の歌が懐かしいので皆さんが聞き入っている、そしてそれを覚えて歌っているQさんに驚いている。歌に合わせて〇〇さん、〇〇さんが踊る。	〇〇さんが向かい側に座っている〇〇さんがスズを振っていないことを気にかける。席を移動し「こんなにして振るのよ」と手を取って一緒に鳴らす。二人は送迎バスが一緒。	6
2011/11/17	初午祭の歌を歌う。今回は踊り手が出なかったので少し寂しそう。歌を1番のみで短く歌う。		今回は皆さんが声を出すまでに時間がかかる。ベアになって踊った〇〇さんと〇〇さんは、お互いの頭をトントンと叩き、笑い合いながら踊る。	6
2011/11/23	初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが手拭いを頭に被り、Qさんの歌で踊る。	踊りは2組がベアになる。	6
2011/11/28	初午祭の歌を歌う。		ご利用者の歌や三味線に合わせて踊る方が増えている。今回6人。Mさんが隣の人のマイクをパッと取り「二人は若い」を大きな声で歌う。とても自信がある。	6
2011/12/15			RM7人。	6
2011/12/19	初午祭の歌を歌う。		〇〇さん、〇〇さんがベアになって踊る。	6
2011/12/27	初午祭の歌を歌う。		踊り始めるまでに時間がかかるが「私も踊りたい」と言う気持ちに変化し、声を掛け合ったり拍手をしたりしながらのプロセス。水戸黄門の寸劇から「私は詩吟を歌いたい。脇に刀を抱えて勇敢な詩吟、戦時中に竹槍を持って歌っていた。70年前。」	6
2011/12/28	初午祭の歌を歌う。	「Qさんが90歳近いのにあれだけ歌える」「素晴らしいことだ」とQさんの歌を聴きながら他のご利用所が話している。皆さんの目標となっている。水戸黄門の劇では、職員とチャンバラを成りきって行う。セリフを朗々と言う。	〇〇さんと〇〇さんが披露するおちえ節は踊りの型が決まっている。それと全く同じ型で手踊りをしている方が多い。	6
2012/1/25	リクエストがあり 初午祭の歌を歌う。	歌に合わせて〇〇さん、〇〇さんが踊る。		6
2012/1/31			楽器指揮7人。〇〇さんが「何10年ぶりの鉢巻を用意しました。特攻隊の人たちを見送るときに着けていた。今日は戦時中の歌を歌います。」と言って歌	6
2012/2/10	初午祭の歌を歌う。		合奏時に〇〇さんが踊り始め、自分たちの演奏で踊ってくれるので皆さんがとても喜ぶ。4人。	6
2012/2/22	初午祭の歌を歌う。		〇〇さんが自分の衣装を持参し、おちえ節を踊る。〇〇さんと打ち合わせている。いつもは一人で踊って楽しむ方が、今回はベアになりお互いをほめながら踊っている。	6
2012/2/28	初午祭の歌を歌う。楽器指揮7番目。		〇〇さんが教育勅語を覚えており、何も見ずに最後まで言える。「80年前の事を思い出すことが出来た。勅語を読ませてくれて有難う。」と言う。	6
2012/3/15	初午祭の歌を歌う。		終わった頃に〇〇さんが「もう終わったの？今からおはら節だと思った」と大きな声で歌い始める。〇〇さんが初めてホールの中を端から端まで踊り、拍手をもらう。	6
2012/3/21	初午祭の歌を歌う。		ご利用者それぞれが自分の行いたいことを考え、それを実現するために準備をして実現している。お互いに相乗効果。	6
2012/3/26	初午祭の歌を歌う。	〇〇さんが「久しぶりに歌を聴きたい」とQさんのリクエストする。	私は歌いたいから、誰かタイコを叩いてほしい」と頼む。	6
2012/4/13	初午祭の歌を歌う。	隣の方が「歌が上手ねー」と驚いている。		6
2012/4/19	初午祭の歌を歌う。		〇〇さんは楽しく踊るが他の方に余計なことを言って不愉快にさせてしまう。〇〇さんの歌で、また立って踊る。楽器指揮に備えて、その直前に毎回トイレに行き、準備をする方がいる。	6

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2012/4/25	初午祭の歌を歌う。	RMで〇〇さんが楽しい衣装をして登場する。	ホールの中を7人の利用者が踊り、サポートする職員も入りとても賑やかで番ポ一体感がある。それを見ている方々も声をかけたり拍手をしたりと一緒に楽しんでいる。ずっと続くかのような一体感。	6
2012/5/17	初午祭の歌を歌う。	踊り、楽器演奏、歌と全てご利用者のエンパワメントで成立するという素晴らしい即興演奏となる。皆さんに一体感、達成感が生まれた重要な場面。	皆さんのリズムが鳴り始めたときに〇〇さんが立って踊り始める。リズムのみに合わせて踊る。RMで8人。Mさんが「一緒に踊りましょうよ」と声をかける。	6
2012/5/23	初午祭の歌を歌う。		お互いのエンパワメントが発揮され、歌ってくれる人、踊ってくれる人をそれぞれが期待している。「誰か歌って」「誰か踊って」と声を掛け合いながらインプロが行われている。	6
2012/5/28		RMでキーボードのとご利用者の歌と踊り、ご利用者同士の歌と踊りになる。	ジェスチャーで、草取り・裁縫・茶碗洗い・ゲートボール・畑の鍬入れ、の表現が出る。	6
2012/6/13			RM時に〇〇さんが笠を被り、手拭いを首に巻いて登場。〇〇さんの歌に合わせて〇〇さんが歌う。〇〇さんは自分の衣装を用意して踊りを踊る。	6
2012/6/18	初午祭の歌を歌う。	Qさんの歌を聞いて皆さんから拍手が起こる。	6人の楽器指揮。〇〇さんが「あの人に踊ってもらおう」と〇〇さんに踊りをリクエストする。	6
2012/6/22	初午祭の歌を歌う。		終了時に〇〇さんが「私が歌って〇〇さんに歌ってほしい」と要望が出る。お二人はホールの中央に進み、少し遠慮しながらも自信を持って堂々と二人の表現を出し切る。皆さんから大きな拍手が起こる。RMで7人。	6
2012/8/9			インプロ時に、楽器を手にした順に音を出す。色々なリズムがあるが、お互いの音をよく聞いており、同質になってくる。回想時に、〇〇さんが自分の職業について話しスポットライトが当たる。RMで「立って踊る。ばちを持って、杖もついで踊りたい。」と立ち上がろうとする。職員のサポートを受け、自分の表現を実現させた。	6
2012/8/14	回想場面でQさんが「私は広瀬の出身です。広瀬の海岸の歌と地つき歌を歌います。柱が倒れないように支える柱を立てる時の歌です。」と歌を披露する。	この歌を聞いて多くの方が「懐かしい」と言って合いの手を入れる。	〇〇さんが立って踊りながら、自分の友達の席まで行って「踊ろうよ」と誘うが、その方は立つことはなかった。しかし、二人で掛け合いの手踊りを楽しんでいる。	6
2012/8/29		Qさんの歌を皆さんが熱望しており、踊りが始まると、誰ともなく「Qさんにマイクをあげて」「おじちゃんに歌ってもらって」と言う。本人もそれがとても嬉しく、張り切って歌う。それに合わせて他の利用者が喜んで踊りだす。お互いのエンパワメントによって一体感があり、それぞれの良さが十分に発揮される場面となる。	〇〇さんが上手な踊りを披露する。今回は足の痛みのことを言わずにホールの中を踊りながら1周する。	6
2012/9/6	Qさんが回想場面で「初午祭の馬を生産していた。初午祭の馬は踊るから花(お金)をもらうからそれが青年団や部落の収入になった。」		踊りの場面になるとすぐに立ち上がって踊る人が多くなる。合奏時も〇〇さんが踊る。〇〇さんは楽器の選択時に、音を確かめながら選んでいる。	6
2012/9/14			職員が「〇〇さんは自分から手を伸ばして積極的に反応しない。今日は新しい面が見えました。」入院していた〇〇さんが「私は踊り方を忘れた」と考え込んでいるのでMTが目の前で踊ってそれを見てもらう。「そうだったね」と答えて今までのように踊り始める。9人踊る。	6
2012/9/24	初午祭の歌を歌う。		〇〇さんが自分の不自由な体を考えると自由に踊れないため、自分の代わりに〇〇さんへ思いを託す。自分の帽子を〇〇さんに被せ「踊ってきて」と言う。言われた〇〇さんも喜び、その帽子を被って踊り続ける。入浴していた方々が他の参加者のレベルに追い付こうと活動に積極的に関わる。それが相乗効果になる。11人踊る。	6
2012/10/12			それぞれが楽しんでおり、その姿を見ることで他の人も刺激を受け活発なコミュニケーションとなる。おはら節が始まったときに〇〇さんが踊り、自分の振り付けでバリエーションも豊富。9人、〇〇さんも踊りながらホールの中を移動。	6

年月日	Qさんの反応	Qさんとの関係性	全体の関係性	モード
2012/10/15	楽器指揮3番目に初午祭の歌を歌う。		〇〇さんがシンバルを気に入り、リズムを合わせたり、自分の音がよく目立つように効果的に鳴らして工夫がある。〇〇さんが「火事だ火事だ、火事はどこじゃ。」のセリフから始まりタイコを叩き「これで鎮火しました！」というセリフと共に演奏が終わる。	6
2012/10/24	初午祭の歌を歌う。	楽器を配ったとたんに皆さんが楽器を鳴らし始めてインプロになる。そのリズムに合わせて今村さんがカウベルで演奏しながらホールの中を踊る。	〇〇さんはリズムと踊りを創作しながら、パターンを変えて移動する。Qさんの歌にも〇〇さんがリズムを合わせて合奏になる。本日2回目となり皆さんの一体感・達成感となる。	6
2012/11/15	途中参加だったのでインプロ時に歌ってもらう。		ジェスチャーの活動で、〇〇さんに「先生」の動作をお願いする。筆者は〇〇さんが英語の先生だったと知っていたの〇〇さんは「起立！礼！」から始まり英単語を次々に話す。「complete」「smile」「bring」「exercise」(始めは同じ単語だけ繰り返していたが、2番目の単語が出てからはスラスラと出てくる。	6
2012/11/21	まず始めにQさんに歌をお願いする。		ジェスチャーの問題を〇〇さん・大掃除、〇〇さん・お手玉、を出して皆さんに当ててもらう。	6
2012/11/26			「大阪おちえ節」を踊りたいと、〇〇さん、〇〇さんからリクエスト。踊りやすいように、筆者が職員に法被を用意してもらう。この時間でとても満足され、いつもは自分からやりたいと言わない〇〇さんが「詩吟をしたい」と話すが、時間の都合上次回にお願いする。	6
2012/12/3	リクエストに応じていつもより長く初午祭の歌を歌う。本人はまだ歌う足りないくらい。		皆さんから踊りをたくさん踊りたいとのアピールがあり、いつもより長くおはら節を演奏して踊ってもらう。	6
2012/12/6			〇〇さんが「私はクリスチャンだから聖この夜を歌いたい」とリクエストする。	6
2012/12/12	初午祭の歌を歌う。	歌に合わせて〇〇さんと〇〇さんが踊る	〇〇さんがアゴゴをテンポを一定させて鳴らすので、即興のリズムメーカーになる。	6
2013/1/21			開始時に好きな席に着席しながら、近くの方と「今日は踊らんならねー」と話しているのが聞こえる。それに応じて筆者は踊りの場面に時間を多めに取る。話していたように踊ったのは〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん。踊りのために歌ったのは〇〇さん、〇〇さん、〇〇さん。	6
2013/2/21	おはら節の歌詞を初午祭のメロディーで歌う。1番のみ。			6
2013/3/13	小ブレイ時に「バナナのたたき売り」を披露してもらう。	ご機嫌よく歌い、その懐かしい歌に皆さんが聞き入っている。終了時に拍手が起こる。		6
2013/3/22	初午祭の歌をお願いする。			6
2013/3/27	小ブレイ時に「バナナのたたき売り」を披露してもらう。	名調子なのでそれを聞いていた方々から、「上手ね」「うまいね」と感心している。	三味線(90代の女性)・歌・踊りをすべてご利用者主体で構成する。	6

G: 楽器指揮、RM: リズムムーブメント(中島ら2002)