

グループホームとその入居者である痴呆性高齢者を対象とした音楽療法に関する研究

高田 艶子

(本講座大学院博士課程後期在学)

はじめに

わが国では、今後、人口の高齢化が進む中で痴呆性高齢者の数が急激に増加するものと予想されている。専門家の推計によると、65歳以上の痴呆性高齢者は、平成37(2025)年には300万人を超えるものと予測されており、痴呆性高齢者やその家族が安心して生活を送ることができるよう、地域全体で支える地域ケア体制の整備が重要な社会的課題になっている¹⁾。

厚生労働省は、平成11(1999)年度で終了する「新ゴールドプラン」に引き続いて新たな政策を盛り込んだ5か年計画(2000～2004年)「ゴールドプラン21」を策定したが、注目すべき点は、「新ゴールドプラン」で設置目標がゼロであったグループホームを2004年度までに3200か所整備すると発表している点である。これは厚生労働省がグループホームの有用性を認めた結果であろうと推定できる。

今日、在宅での生活存続が困難になった痴呆性高齢者は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、あるいは介護療養型医療施設などの施設(表3参照)で生活しているが、さまざまな制約の中でストレスの多い状況に置かれているように見受けられる。筆者が実践している大規模な介護老人保健施設の音楽療法のセッション現場で多く目にするのは、無表情な顔付きや不安そうな様子で暮らす痴呆性高齢者の臨床像である。しかしながら、このセッションの現場がグループホームとなると、同じ痴呆性高齢者であっても様変わり印象、行動が見受けられるのは何故か。何よりもグループホーム入居者には、共通して生き生きとした眼差し、屈託のない笑顔があり、痴呆症とは思えない程である。さらにホーム全体には大規模施設に見られない家庭的な雰囲気が漂っている。これは筆者の限られたセッション経験による推論でなく、小宮²⁾を初めとする多くの先行研究にも記述されている。このような状況は、量的な整備を最優先とした従来の大規模施設と、質的に高いケアを追求するグループホームの運営理念の相違から生じたものであろう。したがって本稿では、第1に広範な先行研究の検討によってグループホームの特質を具体的に考察し、第2にそれを現在実践中のグループホームにおける痴呆性高齢者対象の音楽療法に関連させて、今後の在りかた、とくに評価に関する研究に新しい展開を図ることを目的としたい。

I グループホームに関する総合的考察

1 グループホームの理念

痴呆性高齢者を対象としたグループホームの考え方について、多くの研究者や実践者が言及している

が、これらを参考にグループホームの概念をまとめると、次のようになる。

痴呆性高齢者対応のグループホームとは、家庭的な雰囲気を保てるように設計された小規模の生活空間において、少人数の痴呆高齢入居者がワーカーのケアを受けながら共に暮らし、くつろぐことで現実的に可能な限りの自立生活の持続を目指す新しいケア形態である。

つまり、グループホームの基本は、「痴呆性高齢者が自宅で普通の生活を送ることができるような環境づくり」にある。入居者一人ひとりが日々小規模で落ち着いた家庭的な雰囲気の中で、思いおもいの暮らしを送ることにより、その人らしい生活を続けられることができるよう見守り、支援することがグループホームの理念であるといえる。

2 グループホームの特徴

a) 小規模な生活空間

今日、洋の東西を問わず、治療にふさわしい小規模な環境こそが痴呆性高齢者にとって最良のものとされている。グループホームは、その意味で非常に価値ある生活方法といえよう。24時間対応の温かい世話が受けられ、痴呆性高齢者は、それぞれ慣れ親しんだ気に入りの家具を自由に配置できる個室をもつ。グループホームは何よりもまず一つの共同体であり、大家族がともに生活しているこじんまりした住空間の趣がある。このこじんまりした生活空間が痴呆性高齢者にとって、なぜ大切なことなのか。

知覚・感覚障害によって、身体スキルの一貫性を保てない痴呆性高齢者は、自己尊厳を保つにはいつも変わらず存在する風景を手がかりに、自己の身体の動きと外面空間を一体化する必要がある。彼らはそこから得る情報にもとづいて、自らの実践体系をようやく構成することができる。それを援けられるのは小規模な生活空間のみである。

b) 家庭的雰囲気

一般に人は、わが家の家族と共に地域に住み、生活面で食事、排泄、整容、休息、睡眠などにおいて自身のセルフケアを日々欠かさず、また心身の健康を維持し、子どもを生み育て、高齢者や病人を介護し、学び、遊び、働くなどの暮らし全体で、あらゆる人間的感情を生起させつつ地域で生活を営んでいる。表1は、介護状況が生じた時点における「家（ウチ）」とグループホームをケアの観点から対比したものである。表に見られるように、グループホームの理想像を痴呆性高齢者が持つ「家（ウチ）」の視点と摺り合わせて、家庭的雰囲気をつくりだすには無理がある。

痴呆性高齢者対応のグループホームは、休息と衣食住および余暇などの十分な生活時間と空間を一体化させ得る小さなサイズの「大型の家」である。グループホームの家庭的雰囲気とは、入居者にとって興味深く、しかもソフトな刺激の場面を日常的に演出して、「家（ウチ）」が各個人にもたらす癒しの効果を図ることと考えられよう。そのため、グループホームの生活空間は、従来の病院のように衛生面を最優先にした療養空間でなく、その人らしい生活を展開できるきっかけに満ちた家庭的な雰囲気が重要となる。

表1 ケアの視点からみた「家（ウチ）」とグループホームの対比

	家（ウチ）	グループホーム
考え方	加速を中心とした文化的統合体	複数個人の共同生活
機能	性、生殖、養育、経済、ケアなどの家族機能に政治・経済・宗教的機能を加えた小宇宙をつくる	経営・設営およびケアの理念が加わって小宇宙をつくる
成員間の関係	伝統的。キーパーソンや介護主担者等の条件により、家族の権力の配置は不安定	平等的。権力の配置はダイナミックワーカー（他者）のケアによって安定化
個人行動	独立的。許容範囲小	さまざま。許容範囲は大
持続性	観念的には永続	はかない
地域社会との関係	個々の成員は、地域社会の構成員でもある意識大	地域社会のきずなから比較的自由
代表性	・どちらかといえば地域から独立的・閉鎖的 ・どちらかといえば個人が家族全体の代表	・地域に開かれたフォーマルなハウスリビング ・入居者は家族を代表

（中島紀恵子（編著）『グループホームケア』日本介護出版会 2003、p. 51）

c) 自立生活のためのケア形態

グループホームのケアにおいて重要なことは、痴呆のために生じた生活のつまずき、たとえば物的、心的環境、人間関係、および社会関係上の生活障害の原因を取り除くことである。これを通じて「社会的な弱者」を演じさせず、あらゆる限りの実現可能なくつろぎの場を提供することが、痴呆高齢者対応のグループホームの主たる役割である。したがって、入居者は画一的な医療ケアを受けるのを待つだけでなく、自らが生活の主体として、個人に残された残存能力を最大限に活用できるケアを受ける。入居している痴呆性高齢者は、被介護者であるのみでなく生活主体者であり、スタッフは介護提供者であると同時に生活のパートナーとしての意識を共有することが必要である。このため、グループホームにおいては、

- ①ゆったりと自由な暮らし
- ②穏やかで安らぎのある暮らし
- ③自分でする喜びと達成感のある暮らし
- ④自分らしさと誇りを保てる暮らし

が実現できるケアが求められる。

つまり、日常の生活場面において、痴呆介護に関する一定の見識をもった少人数のスタッフが、いわば「プロの家族」として身近に寄り添い見守る中で、入居者である痴呆性高齢者が買い物や食事の用意、掃除、洗濯などを可能な限り共同で行うよう援助することにより、各個人の生活意欲を引き出し残存能力の維持に努めることがケアの基本とされている。

3 グループホームの対象者

グループホームの対象入居者を決定する際には、夫婦、兄弟、親子といった家族構成、男性、女性の性別、および痴呆症の程度それ自体もあまり問われない。しかし、グループホームというケア手法は、ある程度のADL(Activities of Daily Living = 日常生活動作)が保たれ、言語などのコミュニケーション能力が残存している痴呆性高齢者に対して大きな効果を発揮する。そのため、グループホーム数と福祉の予算が限られている今日では、中程度の痴呆性高齢者を主な利用者として展開しているのが現状である。

表2 老人の知能障害の臨床的評価基準

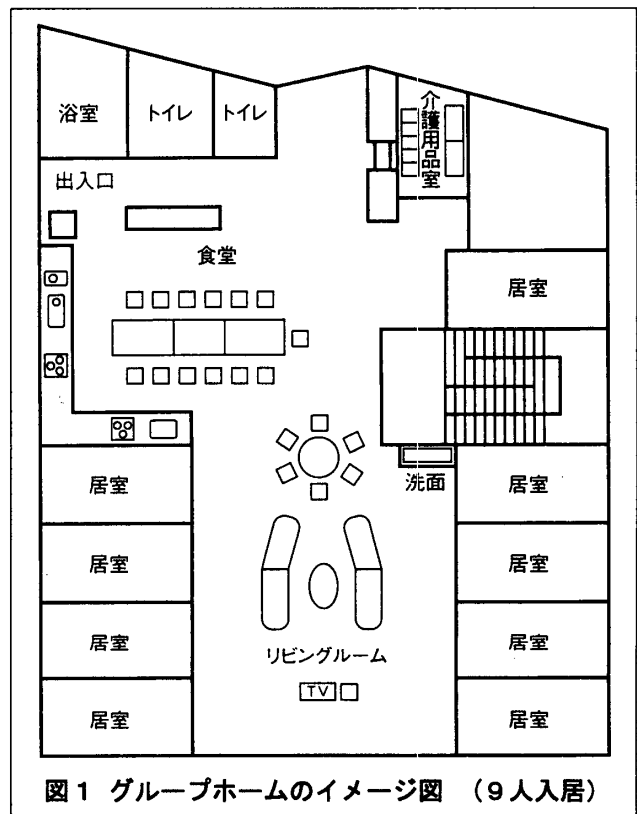
程 度	日常生活能力	日常会話、意思疎通	具体的例示
軽 度 (+1)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通常の家庭内での行動はほぼ自立 ・ 日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ほぼ普通 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会的な出来事への興味や関心が乏しい。 ・ 話題が乏しく、限られている ・ 同じことを繰り返し話す、尋ねる。 ・ いままでにできた作業(事務、家事、買物など)にミスまたは能率低下が目立つ。
中程度 (+2)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 知能低下のため、日常生活が1人ではちょっとおぼつかない。 ・ 助言や介助が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 簡単な日常会話はどうやら可能。 ・ 意思疎通は可能だが不十分、時間がかかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慣れない状況で場所を間違え、道に迷う。 ・ 同じものを何回も買い込む。 ・ 金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要。
高 度 (+3)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活が1人ではとても無理。 ・ 日常生活の多くに助言や介助が必要、あるいは失敗行為が多く目が離せない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 簡単な日常会話すらおぼつかない。 ・ 意思疎通が乏しく困難。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慣れた状況でも場所を間違え、道に迷う。 ・ さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる。
最高度 (+4)	同 上	同 上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の名前や出生地すら忘れる。 ・ 身近な家族と他人の区別もつかない。

(柄澤昭秀『新老人のぼけの臨床』医学書院 1999、p.90)

介護保険で定めるグループホームでは、痴呆性対象者であって介護保険の認定により「要介護」と認定されたものだけが入所対象者である。また痴呆性高齢者であっても、寝たきりや自分で生活自立ができない人は対象外となる。つまり食事、歩行、排泄、入浴などで自立していることが必要条件である。さらに痴呆のため、ひとりでは生活できないが、補助・援助してくれる介護者がいれば、暮らしを維持できる者は入居の対象者となる。しかし、重度の痴呆性高齢者にとっても、グループホームがもっとも快適な生活空間であることは変わらない。そのためには、重度の痴呆性高齢者も利用できるような人員配置や設備運営の見直し、およびグループホームの量的な拡充などを求められており、今後の課題となっている。

4 グループホームの必要な設備と間取り

介護保険法では、グループホームの設備は、居間、食堂および台所については、それぞれ共同生活住居とし、居室は個室で、居室の面積は7.43㎡（和室であれば4.5畳）以上とされている。この他、グループホームは生活の場であることを基本に、利用者の私物を置くことができる押入れなどの収納設備は、別途に十分な広さを確保するといった配慮が必要であるが、一般住宅の改築による運営には、床面積などの点で弾力的に取り扱うことができるとされている。しかし、バリアフリーを重視して、各スペースを広く取り過ぎると「ミニ施設」風となり、家庭的な雰囲気失われて、入居の痴呆性高齢者が落ち着かなくなることもある。



（山井和則『グループホームの基礎知識』リヨン社 2003、p. 31）

5 グループホームの形態

グループホームの形態には、多様なタイプがある。基本的にはグループホームだけが独立して存在する「単独型」と、病院や老人福祉施設に併設される「併設型」がほとんどであるが、その他にも、運営する業者側の事情や目的によってさまざまな形態が取り入れられている。その理由は、都市部、郊外部、山麓部、および島嶼部といったあらゆる地域でのグループホームの立地条件に対応するため、一定の枠にはまらない柔軟さが求められるからである。グループホームの形態を大別すると、次の3種に分けられる。

- ①「単独型」 病院や老人ホームに併設するのではなく、1戸建ての住居を新築したり、空家を改造して独立して運営する。市街地の中に立地しやすいのが最大のメリットである。
- ②「併設型」 建物を病院や施設の敷地内に新築するケースがほとんどである。このタイプでは病院や福祉施設のサービスをそのまま利用でき、緊急時のバックアップ体制が整いやすい。
- ③「合築型」 ビルやマンションのワンフロアを利用し開設するもの。出入りの利便性や安全性などの面から1階が好ましいが、ケア面でカバーできれば問題にならない。

似た形式のものに、「小規模多機能型（宅老所）」がある。事業主の意向や地域性、入居者の希望によって、どのタイプが理想的であるかは決定できない。また、グループホームは、5人から9人までの少人数を一つの単位（ユニット）として、入居者である痴呆性高齢者が共同生活を営むことができるように配慮された住宅であるが、現在、グループホームの上限は3ユニット（27人）まで認められている。ユニット数が多いと経営効率は高いが、反面、家庭的な雰囲気が失われる危険性があるため制限されている。

6 介護保険とグループホーム

介護保険制度の理念は、「社会全体で高齢者の介護を行う」ことであり、原則として40歳以上の全国民が毎月保険料を支払い、介護の必要な高齢者を支えると共に、自らも将来、介護が必要になったとき、さまざまな介護サービスが受けられるというものである。介護保険では次のサービスが利用できる。

表3 介護保険で利用できるサービス

区分	サービス	サービスの内容
居宅サービス	居宅介護支援	居宅での要介護者等が、介護保険から給付されるサービスを適切に利用できるように、要介護者等の依頼を受けた専門機関により行われる介護サービス計画の作成、サービス事業者との利用調整や、介護保険施設への紹介等のケアマネジメントを行う。
	訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパー等が自宅を訪問して、入浴・排泄・食事等の介護・調理・洗濯・掃除等の家事に関する世話などを行う。
	訪問入浴介護	要介護者等の自宅を入浴車などで訪問し、浴槽を家庭に持ち込んで入浴の介護を行う。
	訪問介護	訪問介護ステーションや病院・診療所の看護職員が、自宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行う。
	訪問リハビリテーション	病院・診療所や訪問看護ステーションの理学療法士・作業療法士等が、自宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要なりハビリテーションを行う。
	通所介護 (デイサービス)	老人デイサービスセンターなどに通い、入浴・食事の介護、生活等についての相談、助言、健康状態の確認などの日常生活の世話と機能訓練を行う。
	通所リハビリテーション (デイケア)	介護老人保健施設や病院・診療所に通い、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるため、理学療法・作業療法等の必要なりハビリテーションを行う。
	居宅療養管理指導	病院・診療所・薬局の医師・歯科医師・薬剤師等が、療養上の管理および指導を行う。
	短期入所生活介護 (ショートステイ)	老人短期入所施設や特別養護老人ホームなどに短期間入所し、その施設で、入浴・排泄・食事の介護などの日常生活の世話や機能得訓練を受ける。
	痴呆対応型共同生活介護 (痴呆高齢者グループホーム)	比較的安定状態にある痴呆の要介護者が、少人数で共同生活を送る痴呆性高齢者のグループホームで、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練などを受ける。
特定施設入所者生活介護	有料老人ホームや軽費老人ホーム(ケアハウス)の入所者である要介護者等が、その施設で入浴・排泄・食事の介護、生活等に関する相談・助言や、機能訓練・療養上の世話などを受ける。	
施設サービス	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	常に介護が必要で、居宅での介護が困難な人が入所する。
	介護老人保健施設	病状が安定しており、家庭に戻れるように、リハビリや看護を中心とする医療や日常生活の世話を受ける人が入所する。
	介護療養型医療施設	病状が安定しており、医療の必要性が高いなどの理由で長期間にわたる療養が必要な人が入院する。

(広島県『ひろしま高齢者プラン(平成15～19年度)』広島県 2003、p.17)

厚生労働省は、平成13(2001)年4月からグループホームの適正な普及について、新しい方針を打ち出している。その内容は、「介護保険法に基づく指定居宅サービスの一つである指定痴呆対応型生活介護(痴呆性高齢者グループホーム)は、今後、急速に増加する痴呆性高齢者に対する支援対策の重要な柱であ

り、『ゴールドプラン21』においても整備を推進しているが、痴呆性高齢者グループホームは密室性が高く、利用者保護の体制整備がとくに求められること等から、『指定居宅サービス等の事業の人員、設備および運営に関する基準』の一部改正において、管理者は痴呆介護に関する専門的な知識および経験を有する者であること、計画作成担当者の配置を義務づけること、一定の居室面積を確保すること、市町村が行う調査に協力しなければならないこと等の内容を指定の要件に追加したところである」となっている。

グループホームの認定手続きは、従来都道府県で行い、市町村は関係のない立場であった。しかし、介護保険制度の発足以来、グループホーム運営に参入する法人・企業が増加し、都道府県のみでは十分監督ができないこと、福祉や介護に未経験の企業が参加し途中で運営を縮小するなどの不都合が生じた。したがって、上述の新方針は、日常の監督や指導などを都道府県のみでなく、グループホームの所在する市町村の役場と連携・連絡を密に取り、痴呆性高齢者グループホームとその入居者である痴呆性高齢者を守っていかうとする厚生労働省の決意の表れと考えられている。

7 グループホームの現状

グループホームは、1980年頃から、北欧のスウェーデンなどにおいて始まった痴呆性高齢者に対する新しいケア形態の一つである。90年代に入るとわが国でも、いくつかの地域で先駆的な事業者による取り組みが見られるようになった。厚生省（当時）もまた、痴呆性高齢者に対するグループホームの有用性に着目して、平成6(1994)年度から3か年にわたる調査研究事業を開始し、介護保険の施行を前提としてグループホームの整備拡充に努めてきた。平成12(2000)年度から介護保険法にもとづく指定居宅サービスの一つに位置づけられたため、今日グループホームは急速な増加を示している。介護保険法施行直前の平成12(2000)年3月末では、全国で266か所であったグループホームは、平成15(2003)年3月には2832か所に達している。介護保険施行からわずか3年の間にその数は10倍以上も増加を示したことになる。

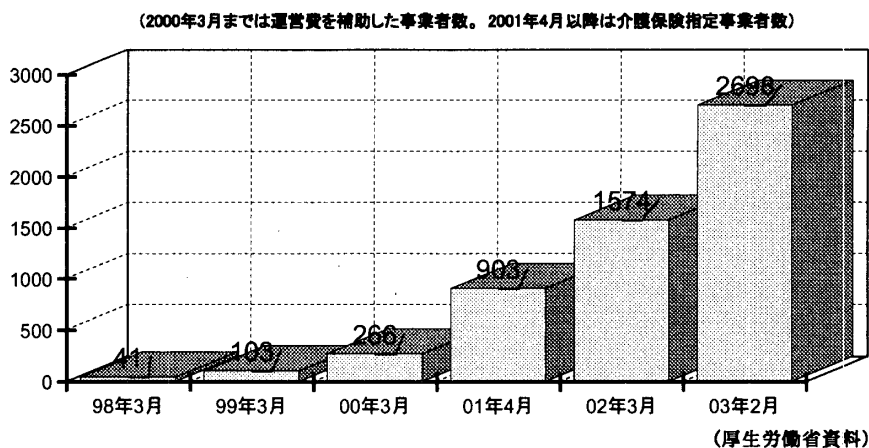


図2 痴呆性高齢者対応グループホーム数の推移³⁾

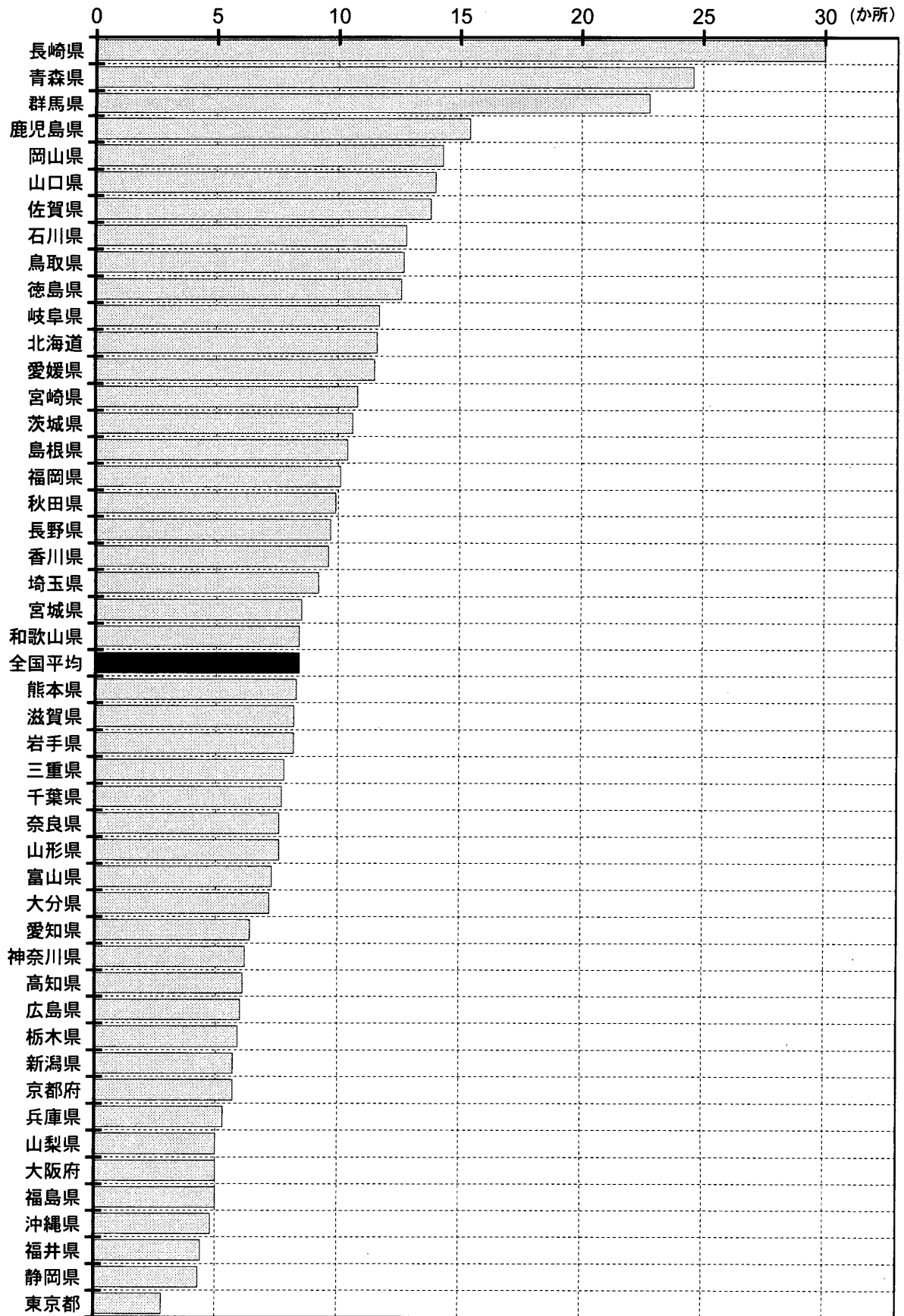


図3 要介護者1万人あたりのグループホーム数

(山井和則『グループホームの基礎知識』リヨン社 2003、p. 39)

II グループホーム入居者の痴呆性高齢者を対象とした音楽療法

前章の「グループホームに関する総合的考察」から、グループホームの特質は小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら少人数の痴呆性高齢者がグループを保ち、ケアを受けつつできるだけ自立的な生活をするケア形態であることが認識できた。

さらに、グループホームのもっとも重要な役割として外山⁴⁾は、次のことを挙げている。

(1) 認知障害に伴う問題行動の緩和

入居者である痴呆高齢者を認知障害者として捉えることがポイントであり、振るまいやすい居住空間と少人数の人間関係を彼らに提供できれば、生活行動障害や問題行動は緩和され、認知障害者の陥りやすい混乱を最小限に抑えることが可能である。

(2) 安心感と意欲の増進

グループホームという少人数の継続的な生活の場の中で、個性を尊重されているという実感は安心感につながる。高齢者は、集団の中で自らの役割を見いだすことで生きる意欲を引き出され、痴呆性高齢者にありがちな無気力な生活から抜け出せ、「人間的に普通に生活する」と言う最大の目的を達成し得る。

(3) 生活の継続性・主体性・自己決定の原則の尊重

痴呆症であるために全く異なる場に隔離されるのではなく、継続性が尊重され自分のなれ親しんだ生活スタイルを続けることは、生活の主体性確保を意味する。そのことで本人の満足度は高まり、痴呆性高齢者が陥りがちな混乱を最小限に留めることができる。

したがって、このようなグループホームの特質およびもっとも重要な役割を前提として、入居者である痴呆性高齢者を対象とした音楽療法のあり方を集約すると、求められる要件は次のものと考えられる。

1 高度なコミュニケーション・スキルの確保

“音楽セッションの現場は入居者の人間模様を映し出す鏡の機能をもつ”と河合⁸⁾は述べている。大規模な施設と同じく、グループホームにおいても音楽療法のセッションは自由参加となっているが、自発性が低下している痴呆性高齢者の場合は、多くの人の参加が望めないので、セッションを開始する前にスタッフが積極的に勧誘する。自分の個室やその他の場所でくつろいでいたクライアントたちが、音楽療法のセッションが行われるリビングルームに集まってくる訳であるが、セラピストにとって、初めは単に雑然とした雰囲気しか映らないこのようなセッションの空間が、回数を重ねるうちにそれが単なる物理的な存在でなく、ケア担当者とクライアントである痴呆性高齢者との関係、あるいは痴呆性高齢者相互の関係を包み込んだ心理的な空間であることに気付く。

グループホームで音楽療法のセッションを担当するセラピストは、セッションの実践面のみの検討に終始せず、各関与者間、つまりクライアントである痴呆性高齢者、介護スタッフ、およびセラピストとの間にある全方向的な人間関係の心理的条件を常に快適なものに維持する高度なスキルをもつ必要がある。

表4は、グループホームにおけるスタッフの態度に関するものである。痴呆性高齢者はストレスに弱く、

その心の安定は、物理的環境とおなじく関連する人的環境の影響に大きな影響を受ける。そのため、セラピストはグループホームで音楽療法のセッションを実践するときは、表4に準じた「快適なコミュニケーションづくり」のための態度や姿勢、および言動のあり方などで関与者、とくに入居している痴呆性高齢者の心の扉を開くコミュニケーション・スキルが重要な要件となろう。

表4 グループホームに向いているスタッフの態度

グループホームに向く人	グループホームに向かない人
<ul style="list-style-type: none"> ・ ゆったりとしたペースの静かな生活を心地よいと感じられる。 ・ おっとりとしていて、動きが緩やか。 ・ 中等音の穏やかな声でゆっくり話す。 ・ 謙虚であり人の話や動きを穏やかに待てる。 ・ じっくりと相手のペースに添える。 ・ 痴呆でも一人の年長者として尊敬できる。 ・ 一人ひとりの人間性を大切にする。 ・ 明るく前向き、良い点を見つけるのがうまい。 ・ 辛抱強く、やさしい眼差しと観察力をもつ。 ・ 常識や従来のケアのあり方に固執しない。 ・ 探求心があり、プロ意識をもって痴呆性高齢者のケアの向上に挑戦する。 ・ 痴呆性高齢者の人権の守り手としての意識が高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゆったりとしたペースが居心地悪く静かな生活が物足りない。 ・ 気が短く、動きがせかせか、感情をすぐ表に出す。 ・ キンキン声で早口に話す。 ・ 言葉や動きを先取りしてしまう、世話をやきすぎ。 ・ 相手の意に添わず自分の考えやペースで動く。 ・ 痴呆や高齢者に偏見や画一的な見方をもつ。 ・ 一人ひとりの人間性に関心をもたない。 ・ 否定的、欠点や悪い方を強調する。 ・ 冷たい眼差し、本人をみない。 ・ 常識や従来のケアに固執。 ・ 痴呆性高齢者のケアを向上させることに関心がなく機械的に仕事をこなす。 ・ 痴呆性高齢者の人権に関して無頓着。

(外山 義 (編著) 『グループホーム読本』 ミネルヴァ書房 2000、p. 32)

2 グループホームに適した音楽療法セッション・プログラムの開発

音楽療法としてはもちろんのこと、単なる音楽活動としても音楽を計画的に用いることで、痴呆性高齢者の生活の質 (QOL) は確かに向上する。筆者は、平成 15 (2003) 年 10 月から平成 16 (2004) 年 2 月まで、週 1 回 60 分程度の音楽療法のセッションを広島県豊田郡のグループホームで継続的に実施している。

その音楽療法のセッション現場では、耳慣れた美しい旋律を聴いたとき、ほとんどのクライアントが落ち

表5 音楽療法セッション・プログラム

(基本プログラム)	
1	はじめの歌 (挨拶・年月日の確認・季節の話題・当日の天候)
2	今月の歌 (月毎に選択・懐かしく歌いやすい季節感のある曲)
3	季節の歌 (季節に関わりのある歌を選曲、練習曲とする)
4	流行の歌 (昔よく歌った馴染みの歌・その時代の話題)
5	好みの歌 (1 時間の流れを振り返って、締めくくりの挨拶)
6	リラックスの歌 (歌いやすく全員がくつろげる曲)
7	おわりの歌 (固定の曲でセッション終了の暗示)

着きを取り戻し、また軽快な音楽では、自ら身体を自然に動かしたり、手拍子を打ったりして楽しんでいる。痴呆性高齢者を対象とした音楽療法のセッションは、大規模施設、グループホームいずれにおいても、表5の基本プログラムに準拠して実施するが、使用曲への反応は、両者にかかなりの相違が見られる。

たとえば、音楽療法のセッションでクライアントが楽しそうに熱中して歌う曲、また歌ったあと満足感に溢れた笑顔を見せる曲を好みのものと考えてピックアップすると、次のようになる。

表6 喜ばれる曲目の比較

	介護老人保健施設	グループホーム
童謡・唱歌	<ul style="list-style-type: none"> ・ 赤とんぼ ・ 夕焼け小焼け ・ ふるさと ・ もみじ ・ 七つの子 ・ 案山子 ・ お正月 ・ 雪 ・ 春よこい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 赤とんぼ ・ 夕焼け小焼け ・ みかんの花咲く丘 ・ 証城寺の狸ばやし ・ 虫の声 ・ どんぐりころころ ・ 村祭り ・ 雪 ・ 春の小川
歌謡曲	<ul style="list-style-type: none"> ・ 北国の春 ・ 星影のワルツ ・ 月がとっても青いから ・ お座敷小唄 ・ リンゴの唄 ・ 南国土佐を後にして ・ 幸せなら手を叩こう ・ 瀬戸の花嫁 ・ 君といつまでも 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 北国の春 ・ お座敷小唄 ・ 星影のワルツ ・ リンゴの唄 ・ 月がとっても青いから ・ 幸せなら手を叩こう ・ 瀬戸の花嫁 ・ バラが咲いた ・ いい湯だな
民謡	<ul style="list-style-type: none"> ・ 炭坑節 ・ 草津節 ・ 東京音頭 ・ 鹿児島小原節 ・ 木曾節 ・ 真室川音頭 ・ ソーラン節 ・ 花笠音頭 ・ 串本節 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 東京音頭 ・ 鹿児島小原節 ・ 草津節 ・ 炭坑節 ・ ドンパン節 ・ 真室川音頭 ・ 木曾節 ・ ソーラン節 ・ 串本節

注) 実践した音楽療法のセッションの時期は秋冬。そのため曲目も同季節関連のみである。

一般に、痴呆性高齢者の場合、幼時に覚えた童謡や唱歌、成人期によく歌った歌謡曲、および民謡などは不完全ながら記憶に残存しており、音楽療法のセッションで努力なく歌えるので、クライアントに受け入れられやすい。また曲調としては、・旋律の美しいもの ・明るく陽気なもの ・リズムの激しいもの ・音域の広くないもの ・フレーズの滑らかなもの ・歌詞の理解しやすいもの といった性格の曲が好

まれる。グループホームの入居者である痴呆性高齢者のクライアントは、表6に見られるように、メロディが美しく陽気な曲、しかもリズムカルでいわゆるノリのいい曲をとくに好む傾向が窺われる。これはグループホームの小規模な生活空間、家庭的な雰囲気、および馴染みやすい人間関係などが入居者であるクライアントの安心感を育て、音楽の癒しの効果を吸収する受容能力を高めていと思われる。

また、グループホームの音楽療法のセッションで毎回民謡を歌うとき、筆者がパドルドラム (Paddle Drum= グリップつきドラム) を手にして、半円形に座っている16名のクライアントの前を巡り、マレットを持つクライアント全員に、曲の強拍部で順番に打ってもらう。このときセッションは最高に盛りあがる。このようなドラミングに対する際だった反応も、グループホームにおける音楽療法のセッションに顕著な現象であり、今後の研究課題となり得るのではあるまいか。

現在は、継続的な音楽療法の間段階であり研究結果として断定できないが、要するに、グループホームに入居している痴呆性高齢者の音楽療法のセッションに対する反応は、他の大規模施設のクライアントと異なっている。したがって、グループホームの音楽療法を意義あらしめるには、グループホームに適した音楽療法のセッション・プログラムの開発が肝要と考える。

おわりに

これまでに得た知見をまとめると、次のようになる。

- 1) グループホームは、家庭的な雰囲気を持つ小規模の空間で、少人数の痴呆性高齢者が24時間中ワーカーのケアを受けながら、可能な限り自立生活の持続を目指す新しいケア形態である。
- 2) グループホームの最大の目的は、認知障害を持つ入居者が混乱なく生活できるかを支援することである。つまり、痴呆性高齢者が「人間的に普通に生活」することを目標としている。
- 3) グループホームの入居者は全員が痴呆性高齢者である。そのため、身体障害者の介護が「身体」の機能を中心とするのに対して、痴呆介護は「頭と心」の機能に関する問題が基軸となる。
- 4) グループホームは、限られた小空間に、限られた少人数の痴呆性高齢者が暮らす、ある種の密室社会である。そのため、音楽療法を実践するセッションにおいてセラピストは、入居者である痴呆性高齢者を中心に、介護者を含む全関与者間の人間関係を快適に保つ高度のコミュニケーション・スキルが求められる。
- 5) グループホームの入居者は、音楽の癒しの効果を吸収する心的受容性が大きい特質がある。音楽療法セッション・プログラムをそれに対応させ得なければ、音楽療法の優れた効果は期待しにくい。

本稿を通じて見えてきたものは、厚生労働省が積極的に推進するグループホームの全体像である。将来的な課題は残されているものの、グループホームは、わが国の痴呆性高齢者ケアの新しい介護ケアの形態であるように思われる。しかし、多くの先行文献を含めてグループホームの入居者である痴呆性高齢者を対象とした音楽療法の研究がきわめて数少ないことは残念である。わが国でのグループホームの普及が、平成13(2001)年から本格化してきた事実を前提とすれば当然かも知れないが、グループホームの音楽療

法に関する研究を今日的な視点から検討する時期が来ていると考察する。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省老健局計画課『痴呆性高齢者グループホームの現状と課題／社会保障読本 2003 年版』
(週) 社会保障 Vol. 57 No. 2246 pp. 114～117
- 2) 小宮英美『痴呆性高齢者ケア』中央公論新社 1999 pp. i～v
- 3) 山井和則『グループホームの基礎知識』リヨン社 2003、p. 37
- 4) 外山 義 (編著)『グループホーム読本』ミネルヴァ書房 2000、p. 5
- 5) 河合 眞『痴呆症に効くやさしい音楽療法』小林出版 1998、p. 106

その他の参考文献

- ・赤星建彦他『高齢者／痴呆性老人のための療育・音楽療法プログラム』音楽之友社 1999
- ・小澤 勲『痴呆を生きるということ』岩波書店 2003
- ・加藤美知子他『音楽療法の実践』春秋社 2000
- ・十束支朗 (編著)『高齢期の痴呆症』医学出版社 1995
- ・河合 眞『音楽療法』南山堂 2001
- ・河合 眞『高齢者のメンタルケア』南山堂 2001
- ・河合 眞『痴呆症に効くやさしい音楽療法』小林出版 1998
- ・中嶋寿一『グループホーム／その仕組みと運営』日本地域社会研究所 2002
- ・中島紀恵子 (編著)『グループホームケア』日本介護協会出版会 2001
- ・日野原重明 (監修)『標準音楽療法入門 (上) 理論編』春秋社 1998
- ・日野原重明 (監修)『標準音楽療法入門 (下) 実践編』春秋社 1998
- ・広島県『しろしま高齢者プラン (平成 15～19 年度)』広島県 2003
- ・松井則和『音楽療法の手引き』牧野出版 2002
- ・室井和子『心にとどく高齢者の音楽療法』ドレミ出版社 1999
- ・室伏君士 (編)『痴呆老人の理解とケア』金剛出版 1985
- ・山井和則『世界の高齢者福祉』岩波新書 2001