＊日本の場合

一方、わが国では1960年代に、イギリスからジュリエット・アルヴァン女史が来日されたのをきっかけに、音楽療法に対する興味が急激に高まった。日本の音楽療法の歴史の先達とも言うべき、櫻林仁先生、松井紀和先生、村井靖児先生らのご努力も大きかった。

1980年代末には、わが国で初めての職能団体としての特色をもった東京音楽療法協会が設立され、実践経験のある会員を中心に、音楽療法の普及・確立に努めてきた。一方では、1986年に音楽の生物的効果の研究を中心に、日本バイオミュージック研究会（現在は学会）が設立され、次第にその活動の幅を広げてきた。その他にも全国各地に様々な研究会、団体があり、1995年春には、それらの多くが合流した全国的組織として、臨床音楽療法協会と全日本音楽療法連盟が誕生した。

資格認定が先か、実践の場の確保・増大が先か、はたまた音楽療法の効果の科学的研究と立証が先かということは、きわめて難しい問題であるが、願わくばこれからのバランスのとれた発展が望まれる。この時に一番地味で、声も小さい現場の人達の声を拾い、彼らの口を通して対象者のニーズを明確にし、各々の対象者やグループ、現場にあった音楽療法を確立していくことこそが、重要なのではないだろうか。

権威主義の強い日本において、一福祉施設や一病院のささやかな音楽療法の存在は、きわめて脆弱で地味なものでしかない。役所や社会へのパイプラインとして、社会的な地位も力をもった方達が、このような現場の立場を積極的に理解し、応援し、アピールしてくださると有難い。同時に現場にいる人達も、自分たちはまだまだ力がないと言うだけではなく、ここまでやっています、やれるようになりましたと、もっと声を大にしていく必要がある。

○高齢者

加齢（年をとること）とは明らかに目に見える現象だが、心理的・社会的な観点から理解しなくてはならない。加齢は、生理学的、心理的、社会的な様々な要素を含んだ、人の発達のプロセスなのである。

生理学的には、個人的な差はあるが、年をとるにつれてスタミナと体力が衰え、しわと白髪が増え、体重や姿勢に変化が現れる。総体的に健康のバランスを保つことが難しくなり、特に心肺、筋力、骨、神経、感覚等の諸機能が低下して

いく。慢性病にかかりやすくなり、いったんかかると治りにくいという特徴もある。

心理的な面では、自信の喪失、判断力の低下、優柔不断、頑固、自分や周囲に対する否定的な感情等が挙げられる。また、加齢は社会との関わりが減っていくことで、影響を受けるとされている。環境の変化（仕事、家族、社会での役割、経済的な面での変化、様々な喪失体験等）によって、高齢者は多くの問題を抱えるようになりがちである。変化に対応する能力も、若い頃に比べて低下していて、新しい人間関係を作ることが難しい。

単に高齢者といっても、一人一人の生き方、生活史、現在の環境、役割、健康、経済状況といった様々な条件によって、千差万別のものであり、決して十把ひとからげに片付けられるものではない。いつまでも心身共に元気な方、現役で活躍されている方も多い。

(1)施設で生活する高齢者との音楽療法

音楽療法に参加する高齢者の多くは、老人ホームや老人保健病棟等で生活する人達である。つまりいろいろな機能が低下して、地域での自立生活が不可能になり、さらに施設という制限を受けながら生活をしている。人との交流による刺激が少なくなり、受け身な生き方をしがちな方達である。音楽はいろいろな芸術様式の中で、最も社会性のある治療メディアだと言われるが、音楽は社会性の促進ばかりではなく、以下のようにいろいろな機能の促進・回復・維持につながる。

・体力の強化、移動能力、運動能力の改善
・人との交流の改善（特にグループにおいて）
・長期・短期記憶力への刺激（特に若い頃の記憶）
・認知能力の改善
・現実とのオリエンテーションの改善
・自己尊敬の回復（自分らしくいられること、自分に誇りをもつこと等）
・リラクゼーションの促進と不安やストレスの軽減
・言語能力の改善
・日常生活（衛生等）での改善
・感覚訓練の強化
・コミュニケーション能力の改善
・不適応な行動の減少
・思い出の掘り起こし

・死への準備

施設で暮らす高齢者との音楽療法には、各々の機能のレベルに合わせた、スモール・ステップによるアプローチが適している。特に病気が進行して機能レベルが低下していく対象者の場合、セラピーによる改善は望めないが、それでも生活の質において違いを生み出せる。機能の最も低い人にも音楽療法の提供が必要なのである。移動がほとんど不可能な人にとっては、音楽によって昔を思い出し、好きだった歌を聴いたり歌ったり、会話をすることで、元気な頃の自分を気持ちの上だけでも取り戻せる。音楽を通して時間や空間を自由にトリップすることが可能である。

(2)地域で暮らす高齢者との音楽療法

公民館や福祉通所施設等でも音楽療法が行われている。地域で生活していても、実際には孤立した人が多い。外に出て他の人と交流をもつこと、余暇活動を積極的にする、生きがいをもつという意味で、音楽療法は貴重な役割を果たす。

将来は、施設で暮らす高齢者以外の人も、今まで以上に音楽療法の対象者になることが予想される。音楽療法のテクニックや理論も、それに合わせて変化・発展していかなくてはならない。慎重なリサーチと現場での実践の積み重ねが要求される。これからの高齢化社会を迎えるにあたって、高齢者との音楽療法のニーズはますます増えていくことだろう。

○神経障害

脳溢血や脳損傷等の後遺症のリハビリテーションとしての音楽療法は、わが国ではまだあまり知られていないが、将来ニーズが高まることが予想される。コロラド州で訪問したマイケル・H・タウト氏の著書（1992年）から、ポイントを絞ってまとめてみよう。

(1)脳溢血

アメリカでは毎年、45万人から50万人の人が脳溢血で倒れる。直接死に至る割合は、15％にしかすぎないが、生存者の50％に身体的、あるいは認知的な障害が後遺症として残り、回復は複雑な過程をたどる。発作直後に意識不明の時間が長い患者もあり、意識が回復しても混乱や記憶障害が残る。麻痺や、視覚・言語障害もある。急性期を越えると、回復の時期が数週間から数ヶ月続く。

(2)外傷性脳損傷

アメリカでは35歳以下の人の主要な死因が外傷性脳損傷で、他の疾病による

死因すべてを合わせた数よりも多い。約70万人の人が毎年脳損傷を受け、10％から15％の人は以前の状態には決して戻れない。

脳損傷の結果として、身体・言語・認知・社会性・情緒・行動の面で多くの複雑な後遺症が残り、本人のみならず周りの人やケアをする人にも大きな負担を与える。医学の進歩によって今日では少なくとも50％の人が生存できるようになった。しかし事故の後の生存者の生活の質は、非常に限られたものになる。

○認知機能不全と音楽療法

昏睡状態にある患者に歌や楽器演奏を聴かせることで、反応を引き出したり（感覚刺激）、患者がよく知っている音楽を使用して、不安と緊張状態を和らげることができる。また、日常生活の中での再学習において、音楽をＢＧＭとして使うことで注意力・集中力を高め、課題に取り組むための動機づけにする。

(1)記憶回復

言語による情報をメロディとリズムという要素を使って、患者が言葉を再学習するために援助する。例えばある歌の一部が、長いフレーズを思い出すきっかけとなり、言葉と文が回復する。また、私達が電話番号を覚える時に、数字の群を小さなグループに分けると覚えやすいということがあるが、言葉においても小さな群に分けることは記憶を訓練する上での援助になる。

(2)聴覚訓練

脳損傷によって聴覚にダメージがある場合、音楽療法士は音楽的な素材を使って、聴覚訓練をする。

(3)コミュニケーション不全と音楽療法

失語症の患者に歌を歌う機能が残されていることがよくある。患者の日常生活に必要な簡単な言葉や文を、自然な言葉の抑揚に近い歌にして行う訓練は、旋律的抑揚セラピーと呼ばれる。この方法は、失語症でありながら、聴覚機能が正常な患者に有益である。なお、日本における失語症の患者との音楽療法に関しては、古家和子氏の論文を参照されたい。

(4)身体機能不全と音楽療法

以下に続く実践の報告を参照されたい。

(5)社会的・情緒的機能不全と音楽療法

心地よく楽しい音楽体験はリラクゼーションにつながり、不安やうつを軽減し、気分を変える。

(6)新しいライフ・スタイルへの適応

後遺症のためにこれまでの生活が不可能になった患者が、新しい生活様式を受け入れるまでには、多くの苦しみ、怒り、悲嘆というプロセスを通る。

音楽療法士は、これらの感情を音楽を通して体験し昇華させながら、希望と動機づけにつなげていく。

(7)人との関わり

患者が回復期に援助的な集団に属するのは大切なことである。楽しく、気分が晴れるような集団での音楽活動を通して、患者は他の人達と積極的に関われてようになる。

4．その他

老年者のQOLプログラム：

○芸術療法（Dewdney）

＊３つの手続き

①観察からの描画と色づけ

参加者は可能な限り精密に実物を再生しようとするから、現実を維持することが困難な人にとっては特に適切である。老人は家庭用品よりむしろ葉や花を好む。対象は、その描画がそれほど困難ではないように形態上比較的単純なものがよい。

②絵画の完成

この課題は技術や創造性をより要求するような想像力をうまく用いることができる人に適切である。対象は、人物の姿を描くことは多くの老人にとっては強い緊張を引き起こすことになるため、図形のほうがよい。

③形と色

最小限の技術で十分であり、参加者が選んだように配列したさまざまな形（例えば円、四角）をただ単になぞり、それらに色を塗るだけでよい。この課題は、視力の弱い人には困難なものである。

④補足

記憶を刺激する芸術療法には、家系図を描く、参加者が住んでいる家やアパートを描く、さらに家や仕事にまつわり想起された事物を描くことなどが含まれている。

＊実施方法

①芸術療法の部屋は病室から離れていることが望ましい。（いつも過ごしている場所から、異なった場所へ出かけることによって刺激を受ける）

②それぞれのセッションは１時間とし、画材はクレヨン、明るい色のフェルトペンかナイロンペンを使用。

③個人の尊厳と成人としての地位を高めるために、常に正式な名前で挨拶を交わす。

④入所者はテーブルに向かって座るが、介助を求めたときか、あるいは明らかに困難に陥ったときには援助を受けることができる。

⑤個人が描いている間、治療者は病棟、身体的問題、あるいはその他のどんな

話題についても参加者が選んで、話し合うことにする。

⑥セッションの終わりには、参加者は絵にサインし、日付を書き入れる。それぞれの絵はグループによって評価を受け、展示のために入所者が病棟へ持っていく。

⑦入所者が帰る際には、治療者は、１人ひとりと握手し、正式な名前を用いて挨拶する。

＊描画活動を促進する（Crosson）

①チョークやクレヨンを使うように個人を励ます方法は、好きな色を尋ねてみたり、その色を選ばせてみたり、また、それを紙に塗らせてみたりする。それでも反応が得られなければ、もっとも単純な形の一つである丸を描くように言ってみる。反応が一度でも始まれば、それを続け一つの絵を描くようになるものである。

②活発な人を抑うつ的なあるいは防衛的な人の隣に座らせる。しばしば近くに絵を描いている誰か別の人がいれば、触発されて描こうとするものである。

＊重要な記憶の意義（Grosson）

老人が何度も繰り返す過去の物語を視覚的に描写するよう励まされると、彼らにとってとくに意義のある過去の重要な記憶を表現するのに役立つことになる。

＊芸術療法の効果

・社会になじむ経験

・老人における人生回顧プロセスを促進する

・過去の事象の再生を刺激するために芸術療法を用いることは、葛藤を解消し、パーソナリティを再統合する人生回顧の治療的効果を促進するものである。

○その他

①断行（主張）訓練	②態度療法	③行動療法	④読書療法
⑤ダンスと運動療法	⑥劇療法	⑦園芸療法	⑧環境療法
⑨音楽療法	⑩ペット療法		⑪写真撮影

⑫詩を用いた治療法　⑬あやつり人形
⑭現実見当識訓練（RO）
⑮回想と人生回顧　⑯再動機づけ　⑰感覚再訓練
⑱是認療法

○参考文献

1．アーロンＴベック著、認知療法、精神療法の新しい展開、岩崎学術出版社、東京、1998.
2．河合眞著、音楽療法、南山堂、東京、1998.
3．加藤美智子他著、音楽療法の実践、日米の比較から、星和書店、東京、1998.
4．野村豊子、回想法とライフレビュー、中央法規、東京、1999.
5．三好春樹、老人の生活リハビリ、医学書院、東京、1999.
6．キャロルボウルビィー著、痴呆性老人のユースフルアクティビティ、三輪書店、東京、1999.

痴呆症の診断・評価スケール：

NINCDS-ADRDA診断基準(Probable Alzheimer's Disease)
Hachinskiの脳虚血スコア
DSM-IV診断基準
NINDS-AIREN診断基準(Probable vascular dementia)
Clinical Dementia Rating (CDR)
Global Deterioration Scale (GDS)
Functional assessment staging (FAST)
Mini-Mental State Examaination (MMSE)
Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)
Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R)
MENFIS
Disability Assessment for Dementia (DAD)
Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (Behave-AD)
Activities of Daily Living Inventory
The Severe Impairment Battery
Neuropsychiatric Inventory (NPI)
Critchton の行動評価尺度

参考文献：

(1)遠藤英俊他：痴呆のリハビリテーション、今月の治療 8(4)、65－70、2000.
(2)来島修志：回想法の体験
(3)加藤伸司：アルツハイマー型痴呆患者のリハビリテーション、老年期痴呆 9(4)、1995.
(4)小川修：老人性痴呆症の非薬物的アプローチ、現代医学 46(2)、1998.
(5)Wolf D. Oswald ： Maintaining and Supporting Independent Living in Old Age、SIMA Spotlight、1997.
(6)Hideo Sakata Neural representation of three-demensinal features of manipulation objects with stereopsis、Exp Brain Res 128、160-169, 1999.
(7)村田哲、酒田英夫、サル頭頂連合野の手操作関連ニューロンの操作目標の相対

的位置選択性、日大医誌　58(11)、1999.
(8)遠藤英俊、熊谷隆浩、吉田勝経、武田信也、下方浩史、井口昭久、専門医に聞く　高齢者薬物療法のポイント　高齢者におけるコンプライアンスを高める患者指導のポイント、GERONTOLOGY－NEW　HORIZON、メディカルビュー社、10,3,201-206,1998,7.
(9)遠藤英俊、痴呆の予防、高齢者総合治療、毎日ライフ、毎日新聞社、5.90.1998.
(10)遠藤英俊、超高齢化社会のパイオニア、超高齢化社会について、東海望楼、4,5-7,1998.
(11)遠藤英俊、かかりつけ医の意見書と介護支援専門院の役割、月刊総合ケア、医歯薬出版、8(7),41-46,1998,7.
(12)遠藤英俊、井口昭久、リハビリテーションと介護　介護保険とケアマネージャー、現代医学、46(1),125-129,1998,7.
(13)遠藤英俊、加知輝彦、長屋政博、井形昭弘、我が国における在宅医療の展望、在宅医療の進歩、メディカルビュー社、16,13-16,1998.
(14)遠藤英俊、長寿医療におけるデータベース作成に向けて、Geriatric Medicine（老年医学）、36(12),1747-1749,1998.
(15)遠藤英俊、田島稔久、益田雄一郎、伊苅弘之、井口昭久、特集－長寿科学研究の将来の展望　抗痴呆薬の未来、Geriatric Medicine（老年医学）、ライフサイエンス36(1),65-68,1998,1.
(16)遠藤英俊、井上豊子、長屋政博、加地輝彦、武田明夫、柳澤信夫、高齢者包括医療病棟－国立療養所中部病院での試み－、Geriatric Medicine（老年医学）、ライフサイエンス、36(12),1805-1809,1998,12.
(17)遠藤英俊、高齢者総合診療システム　長高齢社会に対応できる新しい医療システムの構築を目指して、Geriatric Medicine（老年医学）、ライフサイエンス、36(12) ,1731-1732,1998,12.
(18)遠藤英俊、田島稔久、益田雄一郎、桜井孝、特集－痴呆　老人性痴呆のケアマネジメント、現代医学、46,2,195-198,1998,11.
(19)遠藤英俊、飯島節、村上元康、松林公蔵、高齢者総合診療システムを考える、Geriatric Medicine（老年医学）、ライフサイエンス、

36(12),1811-1822,1998.
(20)遠藤英俊（共著）、介護保険標準テキスト、高齢者ケアサービス体制委員会編、長寿社会開発センター、東京、1998.
(21)遠藤英俊（監修）、ケアマネジメント用語集、日本総合研究所、名古屋、1998.
(22)遠藤英俊、各国の痴呆性老人に対する家族の態度　シンガポールにおける痴呆性老人に対する中国人家族のケア、老年精神医学雑誌、第９巻第２号、143-145,1998.2.
(23)遠藤英俊、在宅介護の問題点、第39回日本老年医学会学術集会記録＜シンポジウムⅡ：老人医療と介護保険をめぐる諸問題＞、日本老年医学会雑誌、34,12,987-989,1997,12.
(24)遠藤英俊、専門医に聞く　高齢者薬物療法のポイント、GERONTOLOGY－NEW HORIZON、1997.
(25)Endo H,Tajima T,Yamada H,Igata A,Yamamoto Y,
Tsuchida H,Nakashima Y,Suzuki Y,Ikari H,Iguchi A.
Pharmacokinetic study of aniracetam in elderly patients with cerebrovascular disease, Behavioral Brain Research、83,243-244,1997.
(26)遠藤英俊、青柳公夫、曽我幸子、丹羽典彦、森本和宏、鈴木俊夫、ケアマネジメントを共通言語とするために、介護保険とケアマネジメント－いま各職種はどう考えているか、医療'97、メヂカルフレンド社、13,5,1997,5.
(27)遠藤英俊、介護保険標準テキスト、高齢者ケアサービス体制委員会編、長寿開発センター、東京、1997.
(28)遠藤英俊、ケアマネジメント用語集、日本総合研究所、名古屋、1997.
(29)遠藤英俊、青柳公夫、阪口英夫、鈴木俊夫、中島俊朗、歯科訪問診療－キュアからケアへ－、株式会社ＧＣ、ＧＣ友の会№77、20-25、東京、1997.
(30)遠藤英俊、青柳公夫、糸田昌隆、栗崎吉博、阪口英夫、鈴木俊夫、東松信平、永長周一郎、中島俊朗、夏目長門、長谷川幸子、本杉照行、中山克巳、介護保険と口腔ケア－基礎から実践まで－、財団法人口腔保健協会、1997.東京

(31)遠藤英俊、高齢者ケアチームのための口腔ケアプラン、厚生科学研究所、東京、1997.
(32)遠藤英俊、高齢者の総合診療・尿失禁（心とからだの相談室）、毎日ライフ10、101-102、1997.
(33)遠藤英俊、高齢者の病気・脳血管障害（高齢者のかかりやすい病気）、毎日ライフ5、36-38、1997.
(34)遠藤英俊、ケアマネジメントにおけるパソコンの活用、日経メディカル11,36-38,1997.
(35)遠藤英俊、高齢者の脳血管障害、毎日ライフ(5)、毎日新聞社36-38,1997.
(36)遠藤英俊、在宅死の条件、幸せな死のために、文芸春秋臨時増刊号、93-94,1997.
(37)遠藤英俊、痴呆の危険因子と知的機能低下度による早期診断の検討、老年期痴呆研究会誌9,121-132,1996.
(38)遠藤英俊、田畑　治、星野和実、佐藤朗子、坪井さとみ、橋本　剛、青年期における孫・祖父母関係評価尺度の作成、心理学研究67(5),375-381,1996.
(39)遠藤英俊、下方浩史、井口昭久、生物学的年齢の評価と指標、第38回日本老年医学会学術集会記録、＜シンポジウムⅢ：老化の評価と指標＞、日本老年医学界雑誌、33,11,806-810,1996,11.
(40)遠藤英俊、下方浩史、葛谷文男、老化に関する縦断研究マニュアル（葛谷文男、下方浩史編）、診断と治療社、東京、1996.
(41)遠藤英俊、田島稔久、熊谷隆浩、山田英雄、村上宣之、木村昌之、伊藤いづみ、東山隆志、井形昭弘、牛田等、細川武彦、進藤和明、名倉英一、須藤賢一、高須良之、等浸透圧X線ヨード造影剤イオジキサノールの高齢者における薬物動態ならびに有用性の検討、ライフサイエンス出版、23.12.277(3421)-289(3433),1995,12.
(42)遠藤英俊、名倉英一、木村昌之、細川武彦、大石和美、山田英雄、井形昭弘、高齢患者の医療意識の検討、日本老年医学会雑誌、31,11,889-898,1994,11.

199900166A

以降 P.59～64は雑誌／図書として出版されております。内容については下記の資料をご覧下さい。

遠藤俊英他：痴呆のリハビリテーション、今月の治療 8(4)、65-70、2000

回想法の体験

～老人性痴呆疾患治療病棟＆重度痴呆デイケア＆
老健痴呆棟＆特養における作業療法・回想法の経験から～

日本福祉大学高浜専門学校
来島修志（作業療法士）

☆まずは障害の理解から

(1)問題行動（＝サイン）の意味を読み解き、修正、予防

(2)健康な部分（残存機能）でお付き合い（転換）

→作業療法の治療構造：「活動」「集団」「人」という工夫

→認知障害を踏まえた環境設定、コンタクト手段の工夫

(3)周囲への配慮・啓発

→集団内の他者、職員、介護者、家族、地域社会（行政含む）への働きかけ

→ノーマライゼーション

☆グループ回想法の効果

①「回想」それ自体

：長期記憶の活用→昔取った杵柄、自慢、共感→安心、自信

②「集団」

：フォーマル・クローズドグループ→社会性・個性発揮、学び合い、共感→安心
集団力動→グループの成長→安心できる集団環境（ユニット）形成

③「治療者」自身

：情緒的交流→特別な関係強化→問題行動修正・予防、安心

☆グループ回想法の適応

①施設内で目立たない交流の乏しい孤立老人に対し仲間づくりの機会として

②身体活動の乏しい方に対し精神活動による満足体験の機会として

③情緒不安定な方に対し支持的環境設定による情緒安定の機会として

④デイケアグループのグループ活動のメニューとして

⑤施設全体の取り組みとして→ユニットケアのケアメニューとして

⑥職員、家族、介護者の学習・啓発の機会として

☆効果測定について

Reminiscence　『回想法』の紹介

担当：来島修志

あったかいものが何とも言えない、
おばあちゃんっていいな～、おじいちゃんっていいな～、
そんな思いを伝えたい

1．模擬「グループ回想法」

2．「回想法」とは？

☆ロバート・バトラー：回想「過去に生きる」従来の否定的捉え方⇨肯定的に再検討，
人生回顧（Life Review）の重要性を提唱（1968年）

☆「回想」：自己の人生の再評価，アイデンティティの強化を促す
エリクソンの『自我発達理論』を一つの背景に始まっている
～「老年期の自我発達課題」：自らの人生の集大成として、過去を振り返り、他から受け入れられ、愛され、喜ばれることによって、自らの人生に意味を見い出し自分を受け入れていく：統合

☆「回想法」に関する基本的概念，方法の外観

①「回想」の機能や役割は未だ明確にはなっていない
～シャラン・メリアム：回想の機能の不明確さを指摘，実証研究に基づいた臨床、臨床の成果を反映した実証研究の重要性
・回想すること自体がよい刺激となる
・過去にやり残したことや若い時期の葛藤を解決する働きもある
⇨自分の人生への新しい意味づけを体験できる

②多職種の人がそれぞれの専門性を基礎にして「回想法」を応用している
～ＳＷ，ＣＰ，精神科Dr，ＭＴ，ＯＴ，ＡＷ，ボランティア，
家庭での高齢者介護に応用

③用い方は多彩
～個人への回想法（１対１）：カウンセリング・心理療法の一つ
グループ回想法：心理社会的療法の一つ
～高齢うつ病患者への集団療法にも活用
～カロライン・オズボーン「レミニッセンス・ワークへの実践的ガイド」
（1990年）☞回想法を応用したアクティビティ７タイプ

3．「グループ回想法」の実際～進め方

○実施方法

a．グループの目的
b．対象者
c．施行期間および頻度
d．施行場所
e．プログラム内容
f．使用用具
g．担当者
h．観察・記録の方法
i．効果評価の方法

○指導のポイント

1．メンバー相互交流のファシリテーター
　→発言の乏しい人に発言を求める役
　→情緒的な発言や表情（ノンバーバルコミュニケーション）を適確に伝える役
　→暴走や攻撃的な発言に対しての緩衝，ブレーキ役
2．1を遂行するために集団の雰囲気をキャッチする
3．物を，自分自身をサブスタッフを、うまく使う

○実施上の留意点

・対象者の選択と情報収集，構成員の数
・対象者へのオリエンテーション
・生活場面担当者との連携
・実施場所の物理的環境
・一回の時間（実施時間），頻度，回数
・担当者の数と連携，スーパーバイズの機会
・リーダーの役割
　～受容と励まし、支持、明確化，雰囲気の察知
　～グループの力によって回想内容の豊富さを意図的に促す
　～メンバーの相互交流を促す
　～集団の成長に合わせて（発達的視点）
　　<タックマンの説>
　　1）形成期　2）嵐の時期　3）静の時期　4）再形成期　5）終結期
・コ・リーダーの役割と座る位置
・開いた質問，閉じた質問
・アクション，スキンシップによるフォロー
・テーマの展開方法（時系列的回想法）
・回想を促す「使用用具」の使い方
・繰り返し同じ回想
　☞話される内容でなく話し手聞き手の充分な感情の通じ合いに焦点

・特定メンバーの話題独占
☞まず充分に聞く，共通部分一般化できる部分に焦点をあて他の方に回していく
・誘導（送り迎え）と生活場面の担当者との情報交換
・最終回の工夫と終了後のフォローアップ

○観察・記録・効果評価の方法～集団の見方　☞資料

4．「グループ回想法」の実践を通してその効果を考える
①「回想」それ自体～共通の話題となり集団の情緒的雰囲気を作る、昔取った杵柄
②「集団」～formal group,closed groupで社会性、個性を発揮、学び合い、共感
集団の成長過程による効果、生活集団の雰囲気やそこでの集団行動に波及
（悪影響もありうる）☞生活場面担当者との連携・協力
③「治療者」自身～特別な関係、情緒的交流の機会となり対象者が生き生きとする

＜適応＞
・施設内の目立たない交流の乏しい孤立老人に対して仲間作りを図る
・身体活動が乏しいW/C患者に対して精神活動による満足を図る
・情緒不安定な老人に対して支持的環境設定により情緒的安定を図る
・デイケアグループに対して
・老人とどう接したらいいか悩んでる介護者を巻き込んで⇨大きな発見がある
・施設全体の取り組みとして

＜感想＞
セラピスト側の『学びの姿勢・態度・心』が、対象者の心を開き、メンバー相互および進行役であるセラピストに対する『愛着』を生んだのではないか。またそれは、メンバー個々が元々もっている能力が花開いた、つまり『発達』が遂げられた、と考えていいのではないか。個人の静的な「回想」によってエリクソンの言う『老年期の自我発達課題』：「自らの人生の集大成として、過去を振り返り、他から受け入れられ、愛され、喜ばれることによって、自らの人生に意味を見い出し自分を受け入れていく」が達成されるためには、回想グループを通しての「仲間（集団）」や「特別な人（治療者）」とのダイナミックな情緒的交流体験そのものが、意味をもってくると考える。

5．「グループ回想法」の実際～事例を通して　☞資料

参考・引用文献：「回想法への招待」野村豊子　黒川由紀子　（企画）矢部久美子
発行：スピーチ・バルーン　発売：筒井書房

回想法グループ記録<まとめ>

	日付	参加メンバー	担当スタッフ	プログラム内容	使用用具	回想内容	全体の雰囲気	グループの特徴
1回	H.8 11/14 図書室	7～6名	来島　西川 戸堀　川村	自己紹介（出生地） 会の名前を決める	なし	国定忠治　浅間山噴火　線香代 富山の薬売　浅草の活動写真　関東大震災　桑名の石取り祭	どんな話をするのか待ち構えている 緊張感あり	緊張感がほぐれ、メンバー同士の関心・交流が生まれるようになっていった時期
2回	11/21	8～7名	来島　西川 戸堀　井田	名前の由来紹介 季節の物	柿 蕎麦の実	個々の名前の由来 四日市公設市場　蕎麦挽き 修身の話～子供の教育について	メンバー間の関心が薄く、集中力に欠ける	
3回	12/5	7～6名	来島　西川 川村	子供の頃の思い出 お手伝い	一升升	お蚕さん　四日市祭　鶏鳥の飼育 海苔採り　焼芋　米びつの「米」の字　一升升の赤鉄・印	グループに関心が向き始め、メンバー間の交流あり	
4回	12/12	6名	西川　坂本 川村　竹内	昔の遊び	お手玉	お手玉（おんじゃく）魚採り竹筒の仕掛　竹馬　初穂の手伝い四日市大入道　たがね餅　手鞠	メンバー間の交流あるも、独り突っ走ることが目立つ	個々のメンバーが同時に話し、まとまりのつかない時期を経て、メンバーの話したい話題展開となり、和やかな雰囲気が感じられる様になった
5回	12/19	6～7名	来島　西川 戸堀　内田	小学校時代の一番の思い出	高等小学「地理」 実業「修身」教本	石版・石筆　水車小屋　カキ餅 教育勅語　皆勤賞　弁当～ジャガイモ、さつまいも、かぼちゃ	メンバー間の配慮が見受けられ、聴く態度ができる	
6回	H.9 1/9	5名	西川　川村 菱田	正月の遊び	百人一首	絣の着物　お年玉二銭　ポックリ 甘酒　ぼた餅　手作り羽子板 もちつき　かるた　おせち	突っ走る者や混乱する者があり、まとまりに欠ける	
7回	1/16	4名	来島　西川 戸堀　川村	子供の頃のおやつ，お菓子	丸おこし，金平糖 あんこ玉，兵六餅 ボンタンアメ	二銭　りんご　ﾄﾝｶﾁ飴　ﾎﾞｯｶﾝあられ　かき餅　ｱｲｽｷｬﾝﾃﾞｨｰ売り氷棒 正月外泊時風呂入った	メンバーから自然に会話が始まり、話題が展開する	
8回	1/30 会議室	5名	来島　西川 戸堀　坂本 川村	戦争当時の思い出	兵隊の写真 学童疎開の写真	食料不足～母心　「折れた針」空襲　兵隊検査　疎開　泣きながら歩いて百姓に同情された	共通体験が話題で共感、同調が多く見られる，穏やか	辛く重たい共通体験である「戦争」というテーマから出された回想を、お互い共感し合う機会を経て、交流が進展し、最終回では、グループを維持しようとする気持ちが一つにまとまった
9回	2/6	4名	来島　西川 戸堀　川村	戦後の生活 会が12回で終結することを伝える	「りんごの唄」の曲の音楽テープ	食料不足～物物交換　マッカーサーの慈悲　玉音放送　ヤミ市 「りんごの唄」は平和の証拠	メンバー間の交流が増えてきている明るい	
10回	2/13	4名	西川　川村	結婚当時の思い出	天皇御成婚の写真 結婚の写真	三日間夫の顔見れず　結婚式～黒い留め袖　親の言いなり　女は男に従うだけ　人力車嫁迎え	静かな雰囲気 淡々と話が進んでいく	
11回	2/20	4名	西川　川村	自由会話 祭りの話	諏祭りの写真	鯉登り　柏餅　兵隊の夫と駅で子供連れて面会　近衛兵　大入道鯨船　芸者が踊る屋台曳き	静かで穏やか 沈黙あるもリラックスした雰囲気	
12回	2/27	4名	来島　西川 川村　菱田 早川　今村	最終回～全体を振り替えって，「会」の感想 茶話会（自由形式）	お茶，お菓子	息子への仕送り「子は親を見て育つ」「もっと楽に考えやないかん」　大入道の首は鯨の骨	会を楽しみにしている，維持しようという思いを共有	

回想法について

《実施頻度》　平成１１年６月２３日(水)～　毎週１回１時間・その後１時間程度の反省会
（１クール・１２回）

《場所》　会議室（８人入れば一杯の狭い部屋）／机なし、椅子のみ

《対象者》　ＨＤＳ－Ｒで１０点前後の認知機能低下を示す痴呆患者で、意欲・自発性の低下が認められる方。難聴等 input の問題が少なく、ある程度の output 能力が保たれていること。現在５名。スタッフのみ半固定の semiclosed のグループ。

氏名	性別	年齢	主な診断名	ＭＭＳ	HDS-R	パラチェック	DMAS	主な痴呆症状
Ｙ・Ｉ	男	８５	脳梗塞，アルツハイマー型老年痴呆	１４	１３	２６	４４	失見当，記憶力低下，発動性低下
Ｔ・Ｋ	女	８７	大腿骨頸部骨折，脳梗塞	１５	９	４０	２４	記憶力低下
Ｔ・Ｉ	女	８５	視床出血，閉塞性動脈硬化症	１４	１９	２２	６２	自己評価の低下，身体的訴えの多さ
Ｋ・Ｍ	女							
Ｙ・Ｇ	女	７５	脳梗塞	１３	１０	３５	４０	失見当，記憶力低下，妄想

《目的》　集団⇨集団の成長（凝集性の向上）
個人⇨集団力動による対象者の気分の改善・情緒の安定，
他者との交流の増加等　☞他の生活場面への汎化

《スタッフ》　来島先生(日本福祉大講師・月２回)＋ＯＴＲ２名＋α(ＯＴＳ等)／私服

《効果判定》

(1)評価法

a. ＭＭＳ と ＨＤＳ－Ｒ

b. ＤＭＡＳ（痴呆患者の気分評価スケール）

c. パラチェック老人行動評定尺度（日本・病院版）

(2)評価者

リハ担当者と病棟 Ns. で、意見を調整して評価

(3)評価時期

開始１カ月毎に評価

(4)評価に当たっての注意事項

◇薬物療法の影響を押さえる（投薬状況のチェック）

◇家族関係の変化，入院期間からの時間的経過による影響を押さえておく

◇評価者による点数の誤差 ⇨ 変化があったかなかったか、がわかれば問題ない

《効果の仮説》

◇痴呆の重症度や行動評定尺度は点数変化しないが、気分評価スケールの点数上昇が見込めるのでは。

《毎回の流れ(案)》

①リアリティ・オリエンテーション（日付・季節的なこと など）

②主題の導入（現実から過去へ気分を移すよう、言葉掛け）

③主題について（司会者の回想 → 一人ずつ発言を促す → 自由会話）

④主題に関する物品の提示，それについての回想

⑤　　〃　　歌の斉唱（歌についてのトピックス／時代，作曲のいわれ など）

⑥リアリティ・オリエンテーション

（過去から現実へ気分を戻すよう言葉掛け／最近の話題に結びつけて／今までの会話は過去の回想をしていたんだと自覚させる）

⑦次回の予定

《毎回の必要事項》

◇入場時はＢＧＭを流し、ゆったりとした雰囲気作りを行なう。

◇前回の一人一人についてのトピックス（回想内容）を再提示

（こんなことを言っていましたね，確か○○が得意だったんですよね など）

◇労働等、その人が生き生きしていた出来事の回想を促し、一人一人にスポットを当てる。

◇物品の提示，歌を歌うことにより、様々な面から記憶想起を促す。

◇参加者側からテーマの提案があれば、会の雰囲気に支障がない限り、柔軟に対応する。

◇物品は、各会の最後（残り１０～１５分）に提示する

◇お茶を会の終了後に出す。

◇必ず次回のテーマを提案して終了する。

《テーマ》

回数	日付	テーマ	使用物品
1	6／23	会の説明，自己紹介（名前の由来，出生地）	お茶の葉
2	6／30	会の名称決め，小学校の思い出	いろはかるた，お手玉
3	7／7	子供時代（遊び，勉強，行事 等）	教科書
4	7／14	〃　（お手伝い，家での仕事）	一升枡
5	7／21	青年期（学校，習い事 等）	裁縫セット(くけ台など)
6	7／28	青年期（服装，娯楽，流行 等）	
7	8／4	年中行事・村祭り	
8	8／11	戦争の思い出	
9	8／18	結婚	
１０	8／25	出産・子育て	
１１	9／1	仕事・定年	
１２	9／8	会の感想	