

図4 痴呆用愛媛式音楽療法評価表 (D-EMS) の下位項目平均値の推移

介護負担感尺度の変化

本研究では ZBI の下位項目のうち、第22項目「全体を通してみた介護負担感」についてのみの考察を行った。対象群では介護負担感尺度が1ランク以上の改善3名(18%)、不変11名(64%)、1ランク以上の増悪が3名(18%)であった。コントロール群では改善4名(28%)、不変8名(57%)、増悪2名(15%)であった。

脳血流画像への影響 (図5, 6)

図5は音楽療法に6ヶ月以上継続参加した軽症アルツハイマー型痴呆症5名に対し、音楽療法開始後6ヶ月後に統計学的に有意差をもって ( $P < 0.05$ ) 脳血流が増加した脳内の部位を Z-score で画像表示している。Z-score に従い赤色～黄色により表されている。同時期に行ったコントロール群 (アルツハイマー型痴呆患者4名) の血流増加部を Z-score により図6に示した。両図の比較により、音楽療法で特異的に脳血流が増加したと考えられた部位は療法群において黄色の Z-score で

示された視床、大脳基底核 (いずれも右側に広範囲) および両側視床下部、脳幹部であった。

考察

本研究では、ADL、うつ状態評価、MMSE では療法前後の有意な変化は認めなかった。しかしながら、より感度の高い心理検査 (SKT) では記銘力、注意力ともに療法後の有意な ( $P < 0.05$ ) 改善を示した。この SKT 値の有意な変化はコントロール群では認めず、軽症認知症患者に対しての能動的音楽療法が対象者の記銘力、注意力を改善したと考えられた。音楽療法のアルツハイマー型痴呆症の心理検査に及ぼす影響については、これまでに Silber<sup>3)</sup> の、同時期のコントロール群をおいた研究報告がある。この研究では背景音楽を用いた受動的音楽療法による MMSE 値の変動を検討したものであるが、対象群、コントロール群とも MMSE 値の有意な変動は認められなかった。本研究では能動的音楽療法であったが、今回の対象者が軽症認知症であったため、主に中等度

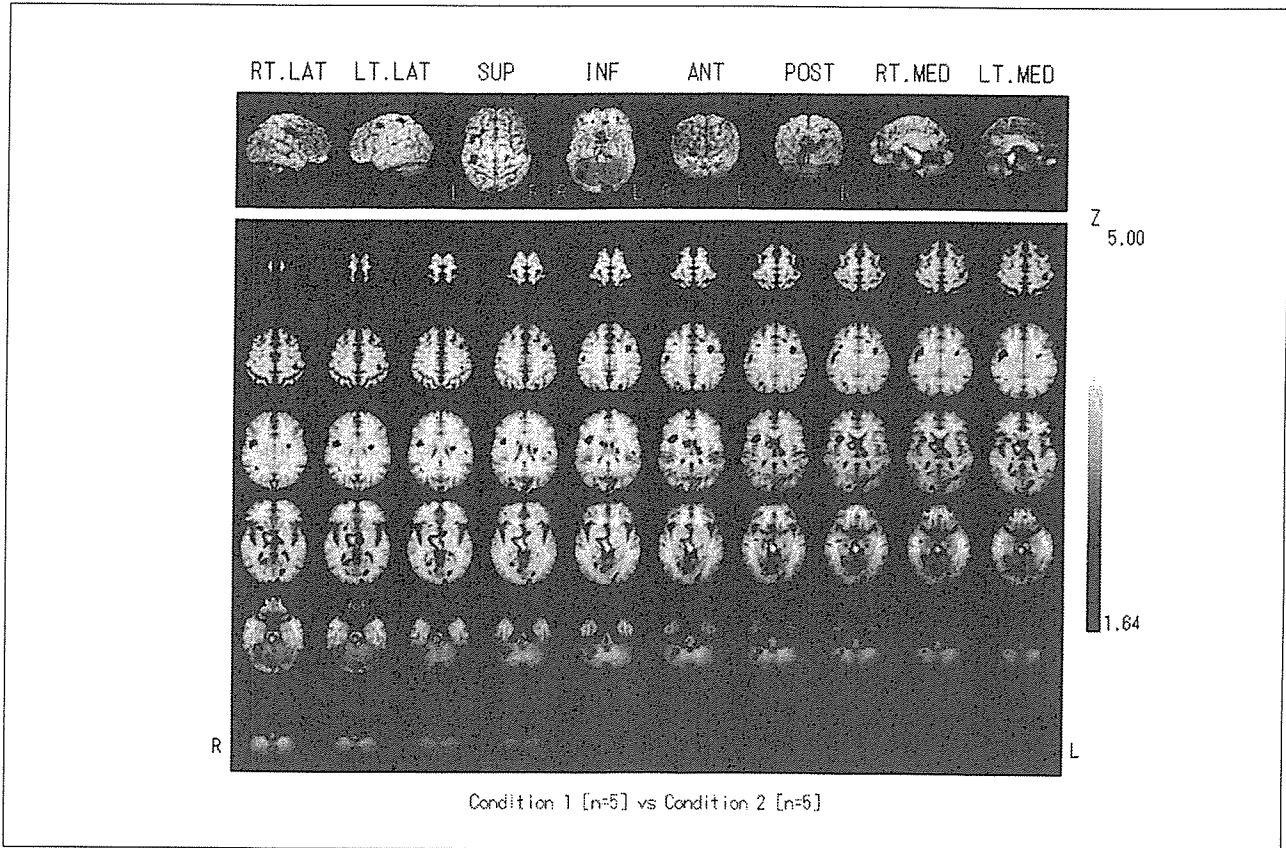


図5 対象群のアルツハイマー型痴呆患者5名の有意な脳血流増加領域

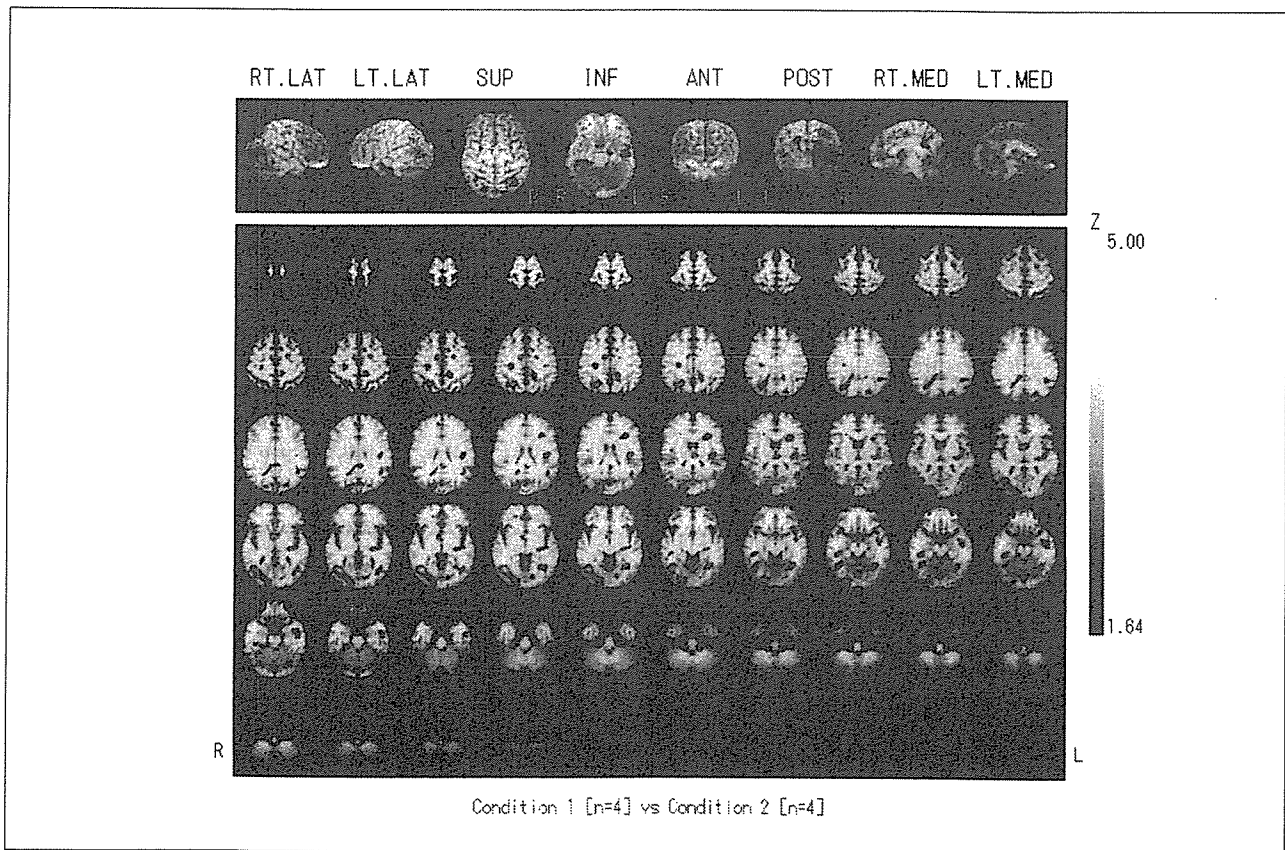


図6 コントロール群4名（いずれもアルツハイマー型痴呆）の脳血流増加領域

認知症のスクリーニング検査として用いられている MMSE では、感度の問題で変動を検出できなかったものと考えられた。音楽療法の長期効果についてはこれまで複数の論文で報告されている<sup>14-16)</sup>が、本研究で認められた記銘力、注意力に対するこの改善効果がどの程度の期間保持されるかはさらに長期的介入による検討が必要と考えられる。この認知機能の改善効果を長期に保持することにより認知症の進行遅延の可能性が開かれるものとなると考えられた。

対象群での療法中のアクティビティ評価では下位項目の歌唱、リズム、身体運動、表情、参加意欲に改善傾向を認めた。しかしながら、今回、対象者がより軽度の痴呆症患者であったため、アクティビティ評価として用いた D-EMS では参加者の 8 名では多くの項目で開始時にすでに最良値を示していた。このため、全体としての改善傾向としてはとらえることができたが、統計学的な有意性を評価することができなかった。これまでの同時期のコントロール群をおいた海外の研究では、認知症高齢者に対する能動的音楽療法が、会話の流暢性<sup>5)</sup>や覚醒度の改善<sup>2)</sup>、幸福感<sup>2)</sup>や過去の生活史の回想の増加<sup>2)</sup>をもたらすことが報告されており、軽症認知症患者への音楽療法の効果に対する、国内での評価スケールの開発が必要と考えられた。

今回音楽療法参加者の中には、3名(18%)の改善例とともに、同数で介護負担感がむしろ増した介護者がおられた。コントロール群でも12週間に介護負担感が改善した症例が4名(28%)あることなどを考慮すると、今回の研究を通じて対象群の介護者負担感は明らかには改善しなかったと考えられた。この理由としては、音楽療法に毎週通わなければならないことなどがあげられるが、今回の研究では、音楽療法中の対象者の様子をすべて家族にフィードバックしたわけではなく、今後ビデオ等で療法中の様子を撮り、介護者に見て頂く等の対応を加えることでこれまで以上にスタッフと家族とのコミュニケーションを増やすことで

介護負担感の軽減をもたらすことができるのではと考えられた。

アルツハイマー型痴呆症では、経過により視床や大脳基底核の血流障害を伴う<sup>17)</sup>ことや、視床の神経障害をきたす<sup>18)</sup>ことが報告されている。一方で視床は特に記銘力<sup>19)</sup>や注意力<sup>18)</sup>に関与していることが報告されている。認知症患者では初期に不安やうつ的になり、他の人との関わりを持たなくなり、このような閉じこもりの傾向がさらに認知症の中核症状を増悪させることが指摘されている。視床、大脳基底核の機能には、記銘力や感情と行動を統合する働きがあり、これらの部位の機能低下により不安やうつ状態、さらには記銘力の低下をきたす可能性がある。本研究での SKT の変化は軽症認知症高齢者での音楽療法が有意に記銘力や注意力の改善をもたらしたことを示しているが、対象群の SPECT 画像(図5)における視床、大脳基底核の血流増加の所見はこの認知機能の変化に関係している可能性が考えられた。一方、本研究で SPECT 画像評価を行ったコントロール群(図6)において、右後頭葉の一部など数カ所に Z-score が低値(赤色)ながらも脳血流増加の所見が認められた。この原因は明らかではないが、本研究では対象群、コントロール群ともに、倫理面を考慮して日常の介護サービス利用を禁止しておらず、コントロール群の認知症高齢者が受けていた日常のサービスが脳血流に影響を及ぼした可能性が考えられた。しかしながら、対象群における視床周囲の血流増加部の Z-score 値はコントロール群の増加部よりも明らかに高く(黄色)、音楽療法による確実かつ特異的な血流増加を現しているものと考えられた。今回の対象群の SPECT 画像(図5)ではまた、音楽療法による視床下部や脳幹部の血流増加が認められた。音楽療法の自律神経への作用<sup>20, 21)</sup>、覚醒度を高める作用<sup>2)</sup>の裏づけとなりうる可能性が示された。いずれの可能性も現時点では推察の域をでるものではないため、今後、今回の脳血流データの再現性も含め継続して検討すべき状況と考えられた。

今回の認知機能、脳血流改善効果は、音楽そのものの効果、音楽療法士が「人」であることの影響、集団療法の中での対象者同士の良好なコミュニケーションの効果（なじみの場の提供を含む）、音楽療法中の様子を介護者へフィードバックしたことによる介護環境や周りの理解の促進されたこと等多面的な要素が「結果として」効果を及ぼしたものと考えられた。また、本文では触れなかったが、本研究では対象者に対する個別的評価およびQOL評価の一環として、対象者、介護者の語り（ナラティブ）を聞き、自身の病気に対する考え方や音楽療法での心理的な変化につき個々に検討を加えた。音楽療法を通じて客観的データを蓄積する一方で、ナラティブアプローチを行い、対象者の語りを丹念に聞き、評価していく過程が、認知症に病む方の精神的サポートに重要であると考えられた<sup>22)</sup>。

#### 謝 辞

研究にあたりご指導をいただきました金城大学講師の渡辺恭子先生に深謝いたします。

#### 参考文献

- 1) 美原淑子、美原盤、穂積昭則 他：脳血管性痴呆に対する音楽療法の効果－音楽療法評価チェックリストと事象関連電位による検討－。日本バイオミュージック学会誌、18: 215－221, 2000.
- 2) Lord TR, Garner JE: Effects of music on Alzheimer patients. *Percept Mot Skills.*, 76 (2): 451－455, 1993.
- 3) Silber F: The Influence of Background Music on the Performance of the Mini Mental State Examination with Patients Diagnosed with Alzheimer's Disease. *J Music Ther.*, 36 (3): 196－206, 1999.
- 4) Gerdner LA: Effects of individualized versus classical “relaxation” music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *Int Psychogeriatr.*, 12 (1): 49－65, 2000.
- 5) Brotons M, Koger SM: The impact of music

- therapy on language functioning in dementia. *J Music Ther.*, 37 (3): 183－95, 2000.
- 6) 三浦久幸、遠藤英俊：痴呆症の早期診断と対策。医事新報、4173：1－9, 2004.
- 7) アルツハイマー型痴呆診断・治療マニュアル制作委員会編集：アルツハイマー型痴呆の診断・治療マニュアル。（日本老年精神医学会監修：日本老年精神医学会、東京、2001.）
- 8) 江藤文夫：ADLの評価法。高齢者の生活機能評価ガイド。（小澤利男他編：医師薬出版、東京、1999.）
- 9) 福西勇西：高齢者のうつ病及びうつ状態。現代のエスプリ、397 (8)：104－110, 2000.
- 10) 森悦郎、三谷洋子、山鳥重：神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性。神経心理学、1：82－90, 1985.
- 11) Lehfeld, H., Erzigkeit, H.: The-SKT-a short cognitive performance test for assessing deficits of memory and attention. *Int. Psychogeriatr.* 9 Supplement 1: 115－121, 1997.
- 12) 荒井由美子：介護負担度の評価。総合リハ、30 (11): 1005－1009, 2002.
- 13) 渡辺恭子、西川志保、西川洋、他：認知症患者における音楽療法の効果について、D-EMSを用いて。精神医学、43 (6)：661－665, 2001.
- 14) Kumar AM, Tims F, Cruess DG, et al.: Music therapy increases serum melatonin levels in patients with Alzheimer's disease. *Altern Ther Health Med.* 5: 49－57, 1999.
- 15) 高橋多喜子 他：痴呆高齢者への隔週グループセッションにおける「なじみの歌法」の効果、日本バイオミュージック学会誌、17：91－97, 1999.
- 16) 美原淑子他：脳血管性痴呆に対する音楽療法の効果 日本音楽療法学会誌 3：176－181, 2003
- 17) Kawamura J, Meyer JS, Terayama Y, et al.: Cerebral white matter perfusion in dementia of Alzheimer type. *Alzheimer Dis Assoc Discord.* 5: 231－239, 1991.
- 18) Paskavitz JF, Lippa CF, Hamos JE, et al.: Role of the dorsomedial nucleus of the thalamus in Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 8 (1): 32－7, 1995.
- 19) Forstl H, Sahakian B: Thalamic radiodensity

- and cognitive performance in mild and moderate dementia of the Alzheimer type. *J Psychiatry Neurosci.* 18 (1): 33-7, 1993.
- 20) Hirokawa E, Ohira H: The effects of music listening after a stressful task on immune functions, neuroendocrine responses, and emotional states in college students. *J Music Ther.* 40 (3): 189-211, 2003.
- 21) Umemura M, Honda K: Influence of music on heart rate variability and comfort - a consideration through comparison of music and noise. *J Hum Ergol (Tokyo).* 27 (1-2): 30-8, 1998.
- 22) 三浦久幸、有園陽子、遠藤英俊：高齢者のナラティブ・ベイスト・メディスン (NBM). *老年医学.* 42: 487-493, 2004.

## Abstract

# Effect and Significance of Music Therapy on Elderly Persons with Mild Dementia

— Influence on Activities of Daily Living, Cognitive Function, Care Burden Degree, and Brain Imaging —

Hisayuki Miura<sup>1)</sup>, Yumiko Kanayama<sup>1,2)</sup>, Nanaka Mogi<sup>1,3)</sup>, Hidetoshi Endo<sup>4)</sup>

1) Division of General Outpatient Services, National Center for Geriatrics and Gerontology

2) Okazaki Higashi Hospital

3) Department of Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine

4) Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology

In this study, we evaluated how active music therapy influences activities of daily living(ADL), cognitive functioning, and the care burden degree of patients with mild dementia, compared with a control group during the same period. We evaluated the activities of daily living(BI), depressive state(GDS), cognitive function test(MMSE, SKT), care burden degree evaluation(ZBI), and brain imaging(SPECT)after obtaining informed consent from 31 mild dementia patients(consisting of 17 subjects and a group of 14 controls)older than 65 years old receiving outpatient services at the National Center for Geriatrics and Gerontology. The music therapy(MT)subjects received active music therapy once a week as one course with 8-10 sessions. At every MT session, we evaluated activity using the Ehime Music Therapy Scale for Dementia(D-EMS). One week after the end of each course, we re-evaluated each scale of the BI, the GDS, the MMSE and the SKT. In the group of controls with mild dementia without MT, each scale of the BI, the GDS, the MMSE and the SKT was evaluated like those of the MT group 12 weeks later, and a statistical comparison was conducted. We recognized a tendency towards improvement in each D-EMS item of a song, rhythm, exertion, an expression, and participation will by MT. However, it was not possible to conduct an indication evaluation because they already showed the best value at a start with eight participants. Significant alterations after therapy were not shown in the BI, the GDS and the MMSE values, but attention and immediate memory on the SKT examination of higher sensibility significantly improved ( $P<0.05$ ). In the control group, no alterations on any scales were shown. The change in the scale of the ZBI did not show an overt difference between the control subjects and MT subjects. We reviewed comparison of the subject group and control group with image analysis using iNeurostat for brain image evaluation with SPECT. Cerebral blood flow was thought to specifically increase in the MT subjects in the bilateral thalamus, basal ganglia(a higher increase on the right side)and hypothalamus, and in the brainstem pars. In elderly persons with mild dementia receiving active MT, improvement was possibly indicated in the cognitive function test by the increase in the intracerebral blood flow, mainly in the thalamus and basal ganglia.

(Japanese Journal of Music Therapy, 5 : 48~57, 2005)

## 研究論文

# 高齢者に対する ナラティブ・ベイスト・メディシンの実践

—軽度認知機能障害 (MCI) と診断された女性の事例を通して考える

有園陽子\*, 三浦久幸\*, 遠藤英俊\*, 藤田千絵\*

**高**齢者に対するナラティブ・ベイスト・メディシン (NBM) を老年内科医と臨床心理士が共同で行った。本稿では主体となる患者が病いとどのようにかかわっているかという「病いの体験」を語り (ナラティブ) を通して理解しつつ, 医療を提供することの重要性と, そこでの対話によってもたらされる新しいナラティブの生成の意義について考察した。NBM を実践する際の臨床心理士の基本的態度と医療スタッフとの連携の実際などを, 軽度認知機能障害と告知された後の患者の事例を通して報告する。

## Keyword

ナラティブ・ベイスト・メディシン, 基盤となるナラティブ, 病いの体験  
narrative based medicine, narrative as the basis, experience of illness

## I はじめに

ナラティブ・ベイスト・メディシン (narrative based medicine : 以下 NBM) は臨床疫学の成果に基づいたエビデンス・ベイスト・メディシン (evidence based medicine : 以下 EBM) を補完する活動として誕生し, 現在精神神経疾患の患者のみではなく, 医療の多くの分野で取り入れられようとしている。NBM は総合医療の立場から, 全人的医療や, 病い (illness) と疾患 (disease) について論じた Arthur Kleinman の医療人類学 (medical anthropology) などの流れをくみ, そ

の後 Greenhalgh 等によって深められていったものである。ナラティブにはさまざまな流れや立場があるが, その一つに患者にはそれぞれ固有の社会や文化を背景としたナラティブ (「語り」) があり, ナラティブを通じて世界を認識しているという社会構成主義 (social constructionism) という考え方が存在する。

本稿は NBM の実践を目指す老年内科医とその元で患者とかかわる臨床心理士 (以下 CP) が, 病いの体験を患者のナラティブを通じて理解し, 医療を提供しようとして共同で研究したものである。我々の立場は医療スタッフの疾患概念や治療法も

受理日 2005年5月31日

The Practice of Narrative Based Medicine for Elderly People — The case of a woman with mild cognitive impairment —

\* 国立長寿医療センター病院, Yoko Arizono, Hisayuki Miura, Hidetoshi Endo, Chie Fujita : National Hospital for Geriatric Medicine

ひとつのナラティブとし、語り手である患者のナラティブを尊重しながら、お互いが対話の中ですり合わせ (negotiation) する中で、基盤となるナラティブが変容し、患者にとって望ましい新しいナラティブが生起することを重要視している。この臨床的ケアのプロセスそのものを実践としてのNBMだと考えている。必ずしも患者のナラティブを唯一かつ究極の目的としたものではなく、医師のナラティブの変容や、医師とCPの連携がとれただけでも意味があるという理念に立っている。こういう立場だからこそ、現行のEBMと共存していけるのではないかと考えている。CPは面接の中で患者とそこで語られる物語に出会い、ナラティブのすり合わせを行い、新しい物語の浮上を援助した。その報告を受ける医師は診察場面で物語る患者と「病い」の治療に取り組み、さらに家族や入所機関へ環境調整をアドバイスした。今回はこのNBMの実践的な取り組みと研究を、軽度認知機能障害 (Mild Cognitive Impairment: 以下MCI) の診断を受けた女性の事例を交えて報告したい。

## II 方法

### 1. 対象

今回NBMを行ったのは老年内科医5名とCP2名であった。1年間に35ケースのNBMの取り組みが行われた。対象は軽度のアルツハイマー型痴呆症 (Alzheimer's disease: 以下AD)、パーキンソン病、糖尿病、MCI、その他うつ症状、食欲不振を訴える高齢者などであった。言語的なやり取りが可能である方を対象の目安とした。

### 2. NBMの流れ

医師がCPに患者との面接依頼を出す際は、現在症、NBMの適応を考えた理由と目的などを明らかにした。主治医が患者にCPを紹介し、NBMを行うことの理解と同意を得た。CPとの面接内容は他の医療スタッフに報告されること、面接の内容の中でCPに秘密を保持してほしい部分があればそれを尊重するという説明を行い同意

を得た。多くのケースは入院期間中に初回面接が設定され、依頼を受けたCPは、患者の状態に合わせて面接場所を設定し実施した。対象者が高齢であるため立位歩行困難がある場合などは、病室で行った。時間は対象者によって異なるが、30～60分程度に設定した。面接後CPは報告書 (表1) をカルテに残し、医療スタッフがチームで情報を共有しNBMを行うことができるようにした。

## III NBMにおける基本的態度

NBMの対象となった高齢者の方々は、「病名」にまつわる気持ち、自身の生き立ちや、今後の生き方について話が及ぶことが多かった。NBMにおけるCPは、相手がどのような生き方や考え方の持ち主か興味をもち関心を注ぎ続ける姿勢が重要であると考えている。また医療スタッフが用いた言葉を相手がどのように受けとめたか留意することも必要である。インフォームド・コンセントが医師と患者の間で繰り返し行われていたとしても、医師が用いた「言葉」を患者が理解し受け取る意味内容は必ずしも医師と同じではない。つまりNBMで行われる治療とは、医師が説明した「疾患名」という疾病分類をこえて、より個人的な臨床的視点として、患者側の生活や人生と密着した「病い」という体験を、ナラティブを通じて理解し、主体となる患者が自分の病いをどのように定義し関わっていくかを尊重する取り組みなのである。

### 1. 患者に興味を持ち開かれた質問をする

NBMでは、会話がどの方向に進むか主体となる患者が決められるように配慮しながら、患者に対し、「はい、いいえ」のみの返答を導く質問ではなく、「どのように」「どうして」等の開かれた質問によって、できればこちらが答えを知らない問いかけをすることが重要になっている。またお互いの言葉に内包されている意味の違いに気づき、共有できる言葉を模索していくような緻密で丹念な会話が基盤となる。

### 2. 患者の病いの体験を医師に伝えること

報告書 (表1) はアセスメントシートとしての





のストーリーを会話の中に探しだし、興味を持って質問をささやくことでNBMは展開していく。しだいに過去の解釈に変化が現れ、いままでスポットを当てていなかったことに目を向け出すことで、物語の再構成が始まる。しかし、NBMでは一人の患者の中にも同時に複数のストーリーが存在し、矛盾や曖昧さを含んでいることばかりである。それに対し聞き手は「わたしはあなたの話をこのように理解したのですがあっていませんか？」という内容の確認が重要になってくる。特に高齢者の場合には、丁寧に、そして注意深く頻繁に行うことが必要である。

#### IV 事例

##### —— MCI と診断された女性との NBM

###### 1. 軽度認知機能障害 (MCI) とは

現在 AD の根本的な治療はなく、一般に薬物治療において、認知機能障害の進行をゆるやかにすると考えられている治療薬が用いられている。ところがワクチン療法の研究が進む中で、痴呆症の早期発見や早期治療が現実的な課題となり、痴呆症の前駆状態が注目され始めた。その一つに MCI がある。すなわち、①記憶障害の自覚があり、家族からそれが確認されること、②日常生活能力は比較的保たれていること、③記憶以外の認知機能が保たれていること、④標準化された検査により記憶障害が認められること、⑤痴呆ではないこと、を満たせば MCI となる。疫学的には一般高齢者のおよそ 5% が該当すると言われ、追跡調査では 1 年以内で 10 ~ 15%、4 年で約半数が AD などの痴呆症へと進行する。しかしこれは操作的な診断基準であり、教育年数や年齢にかかわらず、一定の条件を満たせば前駆期にあると判断されるわけである。進行に対する効果的な対処方法が少なく AD が不治の病とされている現在、MCI の告知の必要性については賛否両論である。診断されるということは、本来は、自らの持っていた不快感や苦痛に病名という形が与えられ、それがある種の異物と意識されることで、治療対象

として距離をとり向き合うきっかけになるものである。早期に告知されることで自分の人生を自己決定できるという主張も納得できる。家族の側も患者の介護について準備する期間ができる。しかし AD などの痴呆症については、進行するという絶望感や認知機能障害に加え、進行に伴い礼節が乱れ、自己中心的、猜疑的、脱抑制などの人格の変化が現れる可能性があり、私が私でなくなるかのような喪失感や強烈的な恐怖を体験することもある。また物忘れの症状に対し、家族が無理に自己流の訓練を患者に強いたりすることで家庭の中で心理的苦痛を患者が感じていることはよくあることである。大きな告知であればあるほど、それに見合うだけの精神的なサポートが必要になるだろう。患者がこの先の人生を決定するということは、「自分が人生の主人公である」という能動性や主体性をもって、人生を語るなかでたち現れてくるものである。NBM は病いと向き合う姿勢や方法を、語りの中で医療スタッフと患者が決定していく作業である。

###### 2. 事例 Aさん

今回とりあげた事例は家系に AD の父親や祖父を持ち、父親の介護に取り組むさなか、MCI と診断された女性 (50 代、大学卒) である。物忘れを主訴に夫とともに受診。受診前より知人の顔が浮かんでも名前が思い出せないという症状が出現。「毎日疲れた感じが残り、今日が何日だったか思い出せなくなってきた」「夫の物忘れがひどくなったので、自分もついでに受診した」ことを強調された方である。

###### [1] 検査所見

**身体所見、血液検査** (血中ビタミン濃度、甲状腺機能含む) : 特記すべき所見なし、明らかなうつ症状なし。

**画像検査** : H-MRI 両側頭頂葉軽度萎縮。H-SPECT (3D-SSP) 明らかな血流低下は認めず。

###### [2] 心理検査

MMSE 30. SKT 3. Raven's Colored Progressive Matrices 36/36. Benton Visual Retention Test 正

解数 7 誤謬数 4。ADAS-J-cog 4.4/70。WMS-R : verbal memory index 74, visual memory index 108, general memory index 82, attention/concentration 74, delayed memory index 67, 論理的記憶 I = 13, 論理的記憶 II = 8。

Aさんは治療開始当初は主治医に「早くほけて死にたい」と繰り返し、治療に意欲的になれない状態であった。そのようなことから老年内科医からNBMをしていきたいとCPに声がかかった。Aさんは2カ月に1回主治医と面接、CPとは1カ月に1回の面接を行うという形でNBMがスタートした。本稿では主治医の告知後、「どうにでもなれ」と言っていたAさんがNBMの中で本人の気づきや解釈をへて、ナラティブが変化し、治療を受ける意欲が出てくるまでのCPとの6回の面接を中心に取り上げ考察した。

### 3. 事例の経過

#### [1] 主治医による「軽度認知機能障害 (MCI) の告知」

告知は以下のように伝えられた。「現在痴呆症ではなく、痴呆症を支持するような脳の形態的变化や脳の血流の変化は認めません。しかし複数回にわたり詳しく調べた心理検査では、年齢や学歴を考慮すると記憶力の低下や注意力の低下を認めます。現在この状態は軽度認知機能障害 (MCI) と呼ばれ、ごく早期のADになる危険性が高い方と認識されています。一般には翌年に痴呆症になられる方は1%ほどですが、このMCIの方では10人に1人が翌年に痴呆症に移行するといわれています。このMCIと診断された方ではその後の経過にかなりのばらつきがあり、中には痴呆症にならずに物忘れも治ってしまう方もおられます。このように曖昧な診断なのですが、痴呆症にならないようにビタミンEなどの予防の薬を飲んだり、他の方との関わりの中で刺激を受けて、閉じこもるような生活になるのを避けた方がよいと思います」

#### [2] CPとの面接

#1 「正直、ADになったらどうしようという気持

ちはあるけれど、それはたいしたことではなく、むしろ迷惑をかけないようにすぐ老人ホームを探さなくてはいけないと思っています」「父がADだからどんな状態かは知っている」と語り始めた。続いて自分の父への不満を語った。Aさんが若いときから母親に父と離婚するように勧めてきたこと、母は父につくしてきたこと、父が発病してからは看病している母親がますますかわいそうだと語る。Aさん自身も「幼い頃から母親に何でも助けてもらい、すべて母にかばってもらい生きてきた、結婚して娘ができてからも、自分の母親に娘の養育をまかせてきた。母親に娘を育ててもらったようなものだと思う」等と語り、父親のことで家族が苦しんできたと思っている話や、母親に頼って生きてきたという自分の人生を振り返る。そして自分が最近娘に母親の介護疲れのことを相談したり、娘に父の介護を手伝わせるうちに、娘が精神的に不安定になり自傷行為があったことを振り返る。「娘があんなったのも、母親がすぐに介護サービスを使わなかったからだと思う。そう思うことも(問題を)避けていること」「私は問題をこれまで避ける生き方をしてきた、他に転嫁することでやり過ごしてきた」「天秤にかけたとき、私は娘への思い入れができない。娘と母親が熱をだしたら母親の方に行く」と話す。そして「自分の病気がまだそれとして考えられないのです。ADになったらどうしようというよりも、私は母親として娘にしっかりできていない、そんな娘に私が病気になって世話をかけられないということだけははっきりしている」「母親のことで頭がいっぱい。だから自分の病気に対する気持ちはまだ分からない」「いつも誰かが答えをくれたから、今日のカウンセリングも答えをくれると思ってきた」という。CPは「家族の歴史、性格、親子関係をふまえたうえで、これからどのような生き方をするのか、MCIとどのようにつきあうかは自分で考えて決断していかなければなりません。その手伝いはできると思います。自分の避けるという行為に自責ばかりしていますが節目でよく考えて行動してきましたね。今は母親と娘のことばかり気にかかり、自分の状態そのものを考えられないのはよく分かったので、急がなくてよいからゆっくり一緒に考えていきましょう」と声をかけた。

#2 前回の面接について「ちょっとしゃべりすぎちゃった気がして、人と交流するのは得意でないし、ああやって人に1時間も話すことなんてないし、勝手に好きなことを話してしまった気がして後悔している気持ちもあるのです」と感想を述べられた。

父親がADになっている様子を母親が「病気でないようで、こちらを馬鹿にしてばけたふりをしている、家族をだまして詐欺師のようだ」と言っていたことを、まるで自分の感情であるかのように語気を荒げて語る。自分自身については「娘に愛情がもてない。母親以外の人のことをあまり考えられないのです」「自分は父に似ている」「自分勝手なところ。人に嫌われても気にしない、人の誘いを断るのも平気、人に執着がない。娘のことも育てて守るとか、保護するとかそういう気持ちになったことがない。だから与えてもいないのに、(介護を) もらうことなんてできない」「MCIで最後は父のようになるなら死んだ方がまし」「自殺志向というかコンプレックスの固まりです。この気持ちを早く形にしたい」と話す。〈それはどういう意味ですか〉「ああいうふうになる前に、早く癌にでもなって死にたい」「老人ホームを買いたいというのも、過ごす場所を決めるというよりは死に場所を選ぶということが中心」「父のようになりたくないという気持ちもあるが、MCIといわれて能力が落ちないように努力もしたくないという勝手な気持ちで、なんでも面倒くさいのです。どうにでもなれという感じ」と語る。また、5年くらい前から部屋や台所を片づけられなくなったこと、手紙や請求書も面倒で見ずに部屋の隅に投げてしまうこと等を話してくれる。前回に比べ、家事や病気に対する取り組みについて投げやりで面倒くさいと語り、早く死にたいと繰り返す。

#3 前回よりも話題が飛びやすく「あれ、なんの話だっけ?」とまとまりのなくなる場面は多かったが、意欲的にたくさん話をされた。

「自分に対しては情けないという気持ちが大い。父親を見ながら自分はこうなっていくんだなあと考えたりしている」「最近急に母親が弱音を吐くようになり、いざ母親に頼られると腹立たしさや苛立ちを感じてしまうと気づいた」と話す。CPがくなんでもできる頼りがいがある強い母親はいとおしく思っていたけれど、弱い母親を見ると苛立ちや腹立たしさを感じる?と聞くと「はい。だから自分のことが考えられない、母親のことばかり考えていて、自分のことは後回し、どうにでもなれって思っている。おかしいことだなと思うけど」と言う。最近テレビドラマの登場人物の関係がつかめないこと、料理の手順が悪くなっていることを話される。「そういう行動をやっているので、頭ではADになると確信している気がする。でもカウンセリングで語っていると一方で大丈夫だろうとか、なんとかできるのではないかという心の本音もある

ような気がする。自分の本心が分からないような気分です」と語る。そしてこの回、医師から処方されている薬を本当は飲んでいないと告白された。

「祖父とも父とも性格が私はそっくり」「AD発症に性格が関係すると思う」「なんでも怒れてきて、自分の理解力のなさやコミュニケーションの不器用さが原因かもしれないことでも、人が問題とと思っている。ずるさが自分にもある。だからMCIの症状のことも症状自体は自覚するけど、感情的には人が悪いってなってしまう」。帰り際、「MCIの診断を受けた後、いろいろよくしてもらっているのに、面倒くさくて努力したくないなんて語って凶々しいような気もしているけど、正直な気持ちが話せているのには驚いているし、感謝している」と語る。CPはく主治医の先生が、病気ではなく、病いと共に生きる患者さんと向き合いたいと考えているから、こういう場(NBM)を用いて治療意欲や不安を理解した上で治療を行っているのです」と伝えた。

#4 面接終了後主治医の診察を受ける予定となっていたが、当日30分遅刻するという連絡があった。到着後「スケジュール表が上手に使えず、予定が管理できなくなった」ということを話された。「カウンセリングを受けていて、以前はほけてもいいやと思っていたけど、今の自分は情けないなあ、進行しているのかもしれないなあと感じている。どうでもいいやと言いながら、本当はどこかで気にしていると気づいた」「頭の中に浮かんでいることを口に出すと違う言葉を使うことがある。例えば椅子をイメージしているのに、ヤカンといたりする」「調味料がどこの引き出しか分かっているけど、実際には違うところを開けてしまい、あれ?何をしようとしていたかなと考えてしまったりする」等と最近出てきた症状や日常生活での不具合について語る。「このままいったらどうなるのだろうか考えるようになってきた」「自分の考え方や今までやってきたことが病気には反映する気がする。今までMCIもどうでもいいやで過ごしてきた。でも本当は自分は進行や症状を気にして過ごしているのだなと気づいた」「きつともし自分がADになったらじたばたするんじゃないかな」と苦笑いを浮かべる。また娘と二人で早起きするように頑張る約束をしたとのこと。

帰り際、CPが家事の不都合があるなら、車の運転はどうかと尋ねると、アクセルとブレーキを踏み間違えることがあり、「自分でも運転してもいいのかという不安があるけれど、運転が若いころからの気分転換だったのでできなくなると残念」と話す。

#5 CPと会うと、院内喫茶店の辺りで主治医にあったことを嬉しそうに語る。最近、父親を初めてショートステイに連れて行ったことを報告する中で「父が家に戻ってきたときにすごく穏和な表情をして穏やかだったから、本当に病人だったのだな、老いたのだなと、初めてかわいそうだなという感情がわいてきたんです」と語る。しかし、すぐに「父は勝手にひどい人だった。ああいう性格の人は病気になって当然だと思ってきた」「でも私は父親の性格と似ている」「かわいそうとは思えなかった、介護なんてしたくない。でも私もそうなる可能性がある」「あんなになっても人は生きていかなければいけないなんて、何てことだろう。私だったらあんなつらとととと死んでしまいたいと思うのに!」「このままいざれ私が介護しなくてはと思うと、どうしてよいか分からない。母親が弱ってきて、身勝手な話ですが、だんだん腹が立ってくるのです。私には愛情がないのかもしれない。私は情けない駄目な母親です。娘に関しても母親に任せきりで……(むせび泣く)その上このまま私もほけていくなら生きていたくないと思います」と語る。CPがく今まで頼ってきた母親が介護疲れで弱って、憎んできた父親ももはや怒りをぶつけられるほど強い人ではなく、むしろ介護が必要になってきた。親に頼らずこれからどうやって生きていこうか、そういう悩みを語られている気がします。娘として、母親として両方の立場を今MCIの状態でありながら受け入れなければいけない危機に直面しているのでしょうか。そういう不安についてAさんは「生きていたくない」と表現されているのではないですか。死にたいのではなく、生き方が分からないと心細く思っているのでは……」と声をかける。「はい。そうなんです。いま先生が『不安』という言葉が使われて、つい即答で『はい』と言ったのですが、不安なのでしょうね。私は考え事をしようにも、拡散してまともになくなって、まるで自分が自分でないみたいで、私はここにいないみたいで、自分で話して自分で話している実感がなくなるときがあるのです。私は存在自体が薄くなっているかのような……そんなむなしさにつぶれそうになるのです」「主治医の先生が遺伝はしないとされたけど、私はだんだん頭が薄くなっているというか、身体がここにはない感じというか、どんどんほけていっているのが自分でもわかるのです」と泣きながら不安について語られた。続けて最近風呂が面倒で週1になっているが、家族には入ったと嘘をついていること、好きだったプロ野球の新聞記事を読んでも、理解できず頭に入っていないこと等を話

された。CPがく主治医の先生が基本的には遺伝はしないとされたことをよく覚えていらっしやいましたね。大事なことですよ」と声をかけ、日常生活で家族の協力を得るよう提案するが、「娘にはMCIのことは言えていないのです」「もしADにならなくても、今のMCIの状態に年齢相応の物忘れが積み重なっていくと考えると、どうしよう情けないなと涙がでてくる」と語られた。帰り際、「ここで話すとだんだんリラックスしていることが分かってきて、帰りに気持ちが軽くなるというか、すっきりするんです。私はほけていっている気がしますけど、ここで先生に話しているとほっとしてくるんです」「主治医の先生も私のために本当によくしてくださってありがたい」と語られた。

#6 「前はMCIの治療に積極的に参加しようという気持ちはなくて、できることなら周りから隔離されて一人になりたいという思いがあった」「父親が入院して母親が本格的に弱ってきた。私もほけているし、疲れているし、だんだん自分の疲れをアピールするようになって、母に気を使わせたくなくて早く寝たりしている。娘が精神的に不安定なのも、母親のせいだとも思えてくる」「結局私の考えていることって本当は全部人のせいにしたい。そういう人間なんです。人のせいにしたい」<どうしてですかね>「私自身こんな状態なのに、ほけているのに、母親に介護疲れで早死にするなんて言われちゃ困る。私が死にたいくらいです。今の自分は母親に冷たい。母親のことを考えているのに突き放したい」<今のAさんのあり方は本当にAさんが望んだ姿なのでしょうか>「(泣きながら)私は早く一人になりたかったんです。根が深いんです。ずっと本当は子どもの頃から母親から離れたかった。ずっと一人で生きていきたいという思いがあった。子どもが生まれてからも母親に預けて何もやりたくなかった、自由になりたかった。家族とかそういうものから離れたかった」「早くADになってちゃんと何もできない自分になりたかった。介護なんてしたくない。両親の介護なんて私だってほけているのに、母親から私は『今の時代ほけるが勝ちだよ』と言われた」<つまり早くADになって介護の役割から自由になりたかった?>「はい」<何もできない自分になって解放されたい……?>「はい! そうです、そうです! だから早死にしたかった。こんな中途半端な……」と静かに泣かれた。「母親にも私のMCIのことを伝えていない。主人も私がMCIの診断を受けたことを忘れていたのでは」と話された。その後、Aさんができる限り母親を援助してきたことに対し、CPがねぎらいの言

葉をかける。CPは主治医の協力を得て家族に対し「Aさんはいろいろとご主人らの理解や援助が必要である」と話してもらおうと提案した。

### 〔3〕主治医との面接

(CPとの面接 #6以降に行われた内容)

「先生にいただいたビタミンEは先生がCPの人から聞いていると思いますが、飲んでいませんでした。それはMCIとか中途半端なものではなくて早く痴呆症になって楽になりたいと思ったからです。痴呆症の父が母を苦しめている姿を見て自分は父のようにはなりたくないと思ったからです。でも最近子どもが大学院を受験するということもあり、もっと自分が頑張っていかなければならないな、ともらったビタミンEを少しずつ飲み始めています。自分でもちょっと考え方が変わってきたかなとは思っています」

上記の面接内容をふまえ、主治医からCPに、Aさんが少しずつ治療意欲を見せるようになったと報告があった。

## V 考 察

### 1. ありのままのナラティブを受け入れること

面接の中ではさまざまな話題がAさん主導で語られている。記憶障害のためAさん本人さえも「何を話していましたっけ?」と分からなくなるような話の展開に、CPが必死でついていくことも多かった。また面接で特に話題に関係しないと思えるようなエピソードや登場人物がまとまりのないまま、急に話題に挿入されることもあった。CPはAさんのナラティブの流れになんとか添い続けたいと向き合ったが、簡単なことではなかった。途中で主語がさまざまに変化していたり、怒った原因を説明されていたはずが、MCIの症状の訴えになっていたりすることもあり、まるでCPがなにか重大なつなぎ言葉を聞き逃したかのような、ナラティブの流れに空白ができていたかのような不安定感を感じたものである。この「わからなさ」をどれだけCPが心や頭にそのまま留めておけるかということにとっても苦労した。また、Aさんが語る家族関係、病いへの思いや取り組み方をCPが聞くうちに、Aさんの言動や関係

づけを頭の中で思わず専門用語に置き換えようとしていたり、解釈しながらとらえようという動きを自ら感じることも多かった。NBMの提唱者の一人であるGreenhalgh (2001)は、ナラティブの特徴として「わくわくするほどおもしろいもので、聞き手をひきつけ聞き手は今聞いたばかりの話はどうしても解釈したくなる」と説明している。しかし聞き手が話し手の語ることにすぐに飛びついて、解釈し理解したつもりストーリーは、語り手のナラティブとは厳密には相容れないものになってしまう。なぜなら聞き手自身が持つ基盤としてのナラティブによって、本来の語りが歪められたり、ある事柄は大きく取り上げられるが、いくつかは省略されてしまう可能性があるからである。それは少なからず聞き手の質問内容、仕草、確認等の行為によって語り手に影響を与える。語り手と聞き手の相互関係においてナラティブは生起するものである。痴呆症のように、記憶障害や言語障害等の認知機能障害を伴う語り手との会話は不整合な点が多く、会話が上手く成り立たないことがしばしばある。面接のその場ではさして重要でない事柄と思えたり、あるいは明瞭な因果関係があるのではないかと解釈できそうなことでも、語り手の真のナラティブは、「私とあなた」の関係性の中であるがままの語り手を尊重することが治療的に働き、NBMをすすめるなかで自然に生起してくるものではないだろうか。そういう問題意識を念頭におき、聞き手は「わからなさ」を抱えつつ、ありのままで全体を理解しようという姿勢で面接に臨む必要がある。今回NBMをCPと行った内科医の三浦は、NBMが与えてくれるものは「登場人物を通して生きる体験であり、単なる登場人物についての知識ではない」(2004)と述べている。

### 2. 基盤となるナラティブ

NBMでは、語り手がストーリーを物語る時に使われる、「基盤となるナラティブ(基本的な姿勢)」を把握することが医療判断・治療に重要な要素となる。#1においてAさんはすべて母親に

かばってもらって生きてきたことや、母親のことで頭がいっぱいであること、母親と娘を天秤にかける話題を出したりしながら、「母親として娘にしっかりできていない、そんな娘に私が病気になって世話をかけられないということははっきりしている」と話した。NBMのアプローチにおいては、「十分な養育をしなければ、自分が将来介護を受けることはできない」という考えの論理性を早急に追求したり、認知のゆがみとしてとらえるのではなく、語り手の生活史の中で作り上げられてきた「基盤となるナラティブ」が存在し、唯一の正しいナラティブというものは存在しないと考える。Aさんの基盤となるナラティブは「与えてもないのに、もらうことはできない(#2)」という形で再び登場している。これをCPが共感し、医療スタッフと共有することで、「今後介護を受ける可能性のある自分の病いを受け入れることが困難であり、治療に積極的になれない」というAさんの「ありよう」を理解し、Aさんの気持ちをふまえた上での医療の提供が可能になってくる。もしCPが「認知機能障害が進んだときの、介護を受ける必要性」をここで説明し、早急に無理やりナラティブの書き換えを迫ったとしたら、Aさんはそれ以上を語らなかつたかもしれない。あるいは、「はい、そうですね」とその場は受け入れたような態度を見せるかもしれない。斎藤(2003)はこれを「みせかけの変化」と言い、「真に変化するときには、主体にとって『自身がその中で生きているところの世界の崩壊と変容』として感じられるような実存的な体験となる」としている。

### 3. ナラティブの書き換え

AさんがMCIという自分の状態に向き合うことが困難であった背景に、「AD発症に性格が関係すると思う(#3)」「(父のような)性格の人は病気(AD)になって当然だと思っていた(#5)」という、基盤としてのナラティブが関与していたと思われる。面接開始当初に「自分の病気がまだそれとして考えられない(#1)」「どうにでもなれという感じ(#2)」と話していたAさんは、#4

の頃には「どうでもいいなんていいながら、本当は進行を気にしているのかもしれない」「本当にADになったらじたばたするのではないかと語るようになり、これまで基盤となっていたナラティブに隠れて「注目してこなかった事象」にも目を向けるようになった。「父親に苦しめられた」「あんな性格の人はADになってもしょうがない」と認知機能障害やADのことを切り捨て嫌悪していたのが、自分がそれを体験することになるかもしれないと主体的に考え、次第に問題を内在化しMCIに直面し始めたと考えられる。Aさんは父親について「勝手にひどい人、どうして生きているのか、私だったら真っ先に死にたいと思う(#5)」と言い、一方で「介護なんてしたくない、でも私もそうなる可能性がある」と語っていた。父を嫌悪し、父のような人はADになって当然だ、絶対に父のようになりたくないと思いながら生きてきたというナラティブに加えて、自分もADになる可能性があるというナラティブを意識化していくが、この基盤としてのナラティブが同時にそのまま成立することは難しい。いままで、Aさんの中で基盤となっていたナラティブが揺らぐ一種の危機をAさんとCPは共に体験し、そこでナラティブの書き換えの必要が生まれてきたのだと思われる。Aさんは面接#5や#6の頃には父親に初めてかわいそうだという感情がわいてきたこと、自分だって弱っているのに、両親の介護なんてできないと思うこと、それなら中途半端なMCIではなく、ADになったほうが良いと考えていたという気づきを得た。そして#6以降に主治医との面接で少しずつ薬を飲み始めたこと、私がしっかりしなくてはという気持ちになったと語っている。

ナラティブの書き換えは患者と聞き手の関係性の中で自然に生じるのが望ましい。対話の中で生じた気づきや語り直しによって、今まで注目されてこなかった出来事がストーリーに影響を与えるようになり、新たなナラティブが構築されていくものである。

#### 4. EBM を補完する存在としてのナラティブ

医療の現場において、患者の考えが正しいかどうか必要な情報を与えることは、大切なことである。例えばAさんはナラティブを重ねるうちに、家事の困難さや運転中のミスについて語っている。「与えてもいないのにもらえない」という基盤としてのナラティブが固定化している場合、医療スタッフはそれによってもたらされる結果についての検討と注意という段階をふまえ、タイミングをみて病いやその対処行動に関する知識や指示を提供しなければならない。CPがAさんに夫や家族に家事を手伝ってもらおう（#5, 6）と提案したのは、CPと主治医がAさんの家族関係についての情報交換を行い、また面接5回目にAさんが「(どうでもいいなんていいながら、本当は心の中で) 進行や症状を気にしている」と気づき語った後のことである。これは「自分の病いをどう定義し、それにどう対応し、それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を最大限に重要視する」(Greenhalgh, 2001) というNBMの基本姿勢に立ったものである。

#5には、Aさんが主治医にADは遺伝しないといわれたことを思い出して語り、CPは「よく思い出しましたね」と声をかけるやり取りがある。斎藤(2003)は「NBMの実践において、医療従事者がエビデンスを重視する立場を採用することには何の矛盾もない」、エビデンスを重視することは、NBMにおいて「不適切な物語が一人歩きすることに対する強力な歯止めになる」と説明している。初めは「発症と性格が関係する」「自分は父親と性格が似ている」と父親からの遺伝を疑い、過剰にMCIからADになると心配していたAさんが、MCIと向き合っていくことができたのも、主治医が示したエビデンスが支えになったのではないかと考えられる。この「(主治医が) 遺伝しないといってくれた」と思い出した場面は一つのナラティブ変容のチャンスであった。聞き手は本人の基盤となるナラティブとは違う出来事や考え、行為などが語られたとき、それを敏

感に察知し興味関心をそそいで質問を投げかけることが大切である。その際、聞き手だけがある事柄を重要視して無理やり注目してもらうのではなく、語り手自身にもそれが特別なものなのだと感じて理解してもらうことも必要である。このチャンスが生かせるかどうかは聞き手にかかっていると思われる。よほど注意して耳を傾けていなければ、語り手の早口や話題の転換にかき消されすぐに基盤としてのナラティブに埋もれてしまうからである。

#### 5. 病いの体験を理解するための共通言語

面接#5では、Aさんが「生きていたくない」と言った言葉について、CPが確認を取ろうとしている場面がある。聞き手がAさんのナラティブをどのように感じとりみたてたのか、今度はこちらが開示している。娘と母親の両方の立場をMCIでありながら受け入れていかなければならない危機に直面したときの不安について「死にたいのではなく、生き方が分からないと心細く思っているのでは」と問いかけている。Aさんの「死にたい」という言葉をナラティブの文脈の中から、どのような感覚なのかCPが共感し感じとったものをここで表現し確認したものである。しかし、その返答としてAさんは「不安」について「話していても実感のない、存在自体が薄くなっているかのような、むなしさでつぶれそう」という、もっと根源的な自己の存在自体が脅かされるものなのだと、その意味の翻訳を行っているのが分かる。ここで展開された今ここでの翻訳のくりかえしによって、「生きること」「私と病い」というテーマについて変化が現れ、「不安」という共通言語をもとにNBMが展開していくことになった。

## VI 終わりに

心理検査法や画像診断法等の向上により、ADの発症リスクが高い病態としてMCI患者が同定されるようになってきた。この一方で、MCIの診断基準は病因を考慮せず、顕在化した記憶障害



のみを対象としているため、予後についてはっきりとした説明はできず、あいまいな状況での告知が行われていることもある。さらに告知を受けた人の中に将来に悲観的・絶望的になるケースが見られるが、これらの方への精神的サポート方は確立されているとは言えない。MCI告知における「痴呆症ではない」あるいは「物忘れが必ずしも進行するものではない」という言葉はMCI患者自身にとっての慰みにはならず、告知をしたのみで人間的な関わりを持たないままの通院(観察)により患者への精神的な苦痛をもたらす可能性がある。患者への告知後の精神的サポートの一つの方法として、医師とCPが共同してNBMに取り組むことで、患者に添った医療を行うことが可能

となるだろう。

#### 文 献

- Greenhalgh T, Hurwitz B (eds.) (1998) Narrative Based Medicine : Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books, London. (斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史監訳 (2001) ナラティブ・ベイスト・メディシン—臨床における物語と対話. 金剛出版.)
- 三浦久幸, 有園陽子, 遠藤英俊 (2004) 高齢者のナラティブ・ベイスト・メディシン (NBM). 老年医学, 42-4 ; 487-493.
- 斎藤清二, 岸本寛史 (2003) ナラティブ・ベイスト・メディシンの実践. 金剛出版.
- 谷向知, 三浦利奈, 有園陽子 (2003) 痴呆症における認知障害〈精神疾患と認知機能〉. In : 松下正明編: 認知の科学と臨床〈新世紀の精神科治療 第6巻〉. 中山書店, pp.103-115.

## The Practice of Narrative Based Medicine for Elderly People

— The case of a woman with mild cognitive impairment —

Yoko Arizono\*, Hisayuki Miura\*, Hidetoshi Endo\*, Chie Fujita\*

\*National Hospital for Geriatric Medicine

This study, conducted by two clinical psychologists and gerontologists, investigated narrative based medicine (NBM) for elderly people. In this study, the importance of gaining an understanding of the patient's experience of illness through narrative when giving medical treatment, and the meaning of the new

narrative generated by the dialogue with patients, was investigated. The case of a woman with mild cognitive impairment was used to demonstrate one clinical psychologist's approach, and that psychologist's manner of collaborating with medical staff.

Japanese Journal of Clinical Psychology Vol.5 No.6 ; 827-837

# 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

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\*\*\*\*\*

\*高齢者痴呆介護研究・研修大府センター

\*\*養護教育講座

\*\*\*名古屋大学情報連携基盤センター

\*\*\*\*長野看護大学

\*\*\*\*\*国立長寿医療センター

## Effects of music therapy for dementia: A systematic review

Tomoyuki WATANABE\*, Hiromi FUKUDA\*\*, Masaru MIYAO\*\*\*,  
Yutaka MIZUNO\*, Yoko KONAGAYA\*, Hiroto SHIBAYAMA\*,  
Yuzu SHIMURA\*\*\*\*, Hisayuki MIURA\*\*\*\*\* and Hidetoshi ENDO\*\*\*\*\*

\*Obu Dementia Care Research and Training Center, Obu 474-0037, Japan

\*\*Department of School Nursing and Health Education, Aichi University of Education,  
Kariya, 448-8542, Japan

\*\*\*Information Technology Center, Nagoya University, Nagoya 464-8601, Japan

\*\*\*\*Nagano College of Nursing, Komagane 399-4117, Japan

\*\*\*\*\*National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu 474-8511, Japan

痴呆性高齢者に対する非薬物療法による介入治療の有効性を示した報告は多い。しかし、再現性が高く、妥当性が確認された評価法を用いた研究が乏しく、いまだ普遍化されたプログラムを確立するに至っていない。本研究では痴呆性高齢者に対する音楽療法に関する論文を対象にシステマティックレビューを行った。まず、オンラインデータベース (PubMed, PsycINFO) を用いて、1982年から2002年までの20年間に掲載されているすべての論文について、“music and dementia”, “music and Alzheimer” をキーワードとして検索した。次に、これらの検索結果に対して、総説、症例報告、メタアナリシス、方法や評価が不明確であるものを除いた論文について3人の独立した研究者が論文を5段階 (I~V: Iが論文の質が最も高い) で評価した。レベルがIII以上である論文をシステマティックレビューの対象とした結果、対象となった論文は6件であった。本研究では、痴呆が軽度であるほど値が高いスケール (positive scale) と痴呆が重度であるほど値が高いスケール (negative scale) の2つの場合について、それぞれ effect size を算出した。その結果、Positive scale, negative scale の effect size [95% C.I.] は、それぞれ0.25 [0.15, 0.36], -1.06 [-1.19, -0.93] と有意に音楽療法による効果が高いことが示された。しかし、本研究で音楽療法に関する RCT による研究は少なく、質的にも高くないことが明らかになった。また、痴呆患者に対する認知機能、行動障害、うつや情動などの評価方法に統一性がなく、それぞれの研究で異なるスコアを用いていることも明らかになった。音楽療法が多数の痴呆患者に有効であることを示すためには、質的に優れた RCT の実施と適切な痴呆レベルの評価法の統一化が重要な課題である。

### はじめに

痴呆性高齢者に対する研究や診断技術の向上にはめざましいものがあるが、症例によっては薬物治療だけでは効果が低い場合もある。そこで、薬物以外の介入

治療が必要となるが、その中でも音楽療法の有効性を示した報告は多くある。Kydd の症例報告では、アルツハイマー型痴呆症 (AD) の患者に対して音楽療法を行い、QOL の向上や対人関係の改善を述べている<sup>1)</sup>。また、Clark らは AD 患者に対して、入浴中に音楽を流

した場合、対照群と比較して攻撃的行動が有意に減少したと報告している<sup>2)</sup>。Brotons は AD 患者を対象に、WAB (Western Aphasia Battery) を用いて音楽療法と言語療法を実施し、効果を比較した結果、会話および自発語の長さや頻度に関して、音楽療法グループのスコアが有意に高いと報告している<sup>3)</sup>。また、Gerdner らは AD 患者に音楽療法を行ったところ、興奮といった情緒不安定状態が改善したと報告している<sup>4)</sup>。他の研究者の報告においても痴呆性高齢者に対して音楽介入が持続している間は問題行動が減少したと報告している<sup>5)-7)</sup>。

しかし、このように多くの報告がなされているにもかかわらず、いまだ普遍化されたプログラムを確立するに至っていない。その大きな要因は、高い再現性、妥当性が認められた評価法を用いた研究が乏しいことが考えられる。そこで、本研究では全世界で過去20年間に発表された痴呆性高齢者に対する音楽療法に関する論文を検索し、原著論文を主な対象にシステマ

ティックレビューを行うことによって、音楽療法の有用性を検討することを目的とする。

## 方 法

非薬物療法の中で一般的と思われる介入療法の一つである音楽療法の有用性を検討した。

## 先 行 研 究

ここでまず、音楽治療に関するメタアナリシスがこれまでに実施されているかどうかをオンラインデータベース The Cochrane Database of Systematic Reviews および PubMed を用いて検索した。キーワードは“music and dementia” および “music and Alzheimer” とした。その結果、Koger らが報告した痴呆患者に音楽療法を行った21論文についてのシステマティックレビュー<sup>8)</sup>があるが、対象論文がランダム化比較試験 (Randomized controlled trial: RCT) ではない。この報告では、音楽療法は痴呆患者の認知機

表1 システマティックレビューに用いた論文一覧

著者, 年代	対象期間	対象者 (診断/年齢)	介入方法 (音楽療法群/対照群)	評価スケール
Brotons, 2000 <sup>1</sup>	At least 3 months	Alzheimer's and related disorders/ elderly adults (mean 81)	Music/ Conversation	WAB <sup>11</sup> (spontaneous speech and auditory comprehension)
Gerdner, 2000 <sup>2</sup>	18 weeks	Alzheimer's disease and related disorders (GDS <sup>8</sup> : range 3-7)/ elderly adults (range 70-99)	Individualized and Classical music/ Baseline	MCMAI <sup>12</sup> (individualized and classical music)
Groene, 1993 <sup>3</sup>	15 weeks	late moderate to severe stages of dementia (GDS: range 6-7)/ elderly adults (range 60-91)	Music/ Reading	Seating/ proximity Times <sup>13</sup> , Wandering Behavior <sup>14</sup> and MMSE <sup>15</sup> (difference means)
Lord, 1993 <sup>4</sup>	6 months	Alzheimer's diseases/ elderly adults (range 72-103)	Music/ Puzzle-play activities <sup>9</sup>	Scores on recall, social interaction, and mood questionnaire (Scores on recall) <sup>16</sup>
Remington, 2002 <sup>5</sup>	NS <sup>7</sup>	Alzheimer's disease, multi-infarct dementia, or senile dementia/ elderly adults (range 62-99)	Calming music/ No experimental intervention	CMAI <sup>17</sup>
Silber, 1999 <sup>6</sup>	8 weeks	the second stage of Alzheimer's disease/ elderly adults (range 63-84)	Background music/ Without background music <sup>10</sup>	MMSE

1 Brotons M, Koger SM. The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy* 2000; 37 (3): 183-195.

2 Gerdner LA. Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics* 2000; 12 (1): 49-65.

3 Groene II RW. Effectiveness of music therapy 1: 1 intervention with individuals having Senile Dementia of the Alzheimer's Type. *Journal of Music Therapy* 1993; 30 (3): 138-157.

4 Lord TR, Garner JE. Effects of music on Alzheimer patients. *Perceptual and Motor Skills* 1993; 76 (2): 451-455.

5 Remington R. Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research* 2002; 51 (5): 317-323.

6 Silber F. The Influence of Background Music on the Performance of the Mini Mental State Examination with Patients Diagnosed with Alzheimer's Disease. *Journal of Music Therapy* 1999; 36 (3): 196-206.

7 NS: Not specified.

8 GDS: Global Deterioration Scale

9 Puzzle-play activities: i.e. cardboard jigsaw cutouts and pegboard puzzles.

10 The first test, called "pretest", was performed without background music (Control). The second test called "posttest" was performed with background music (Music).

11 WAB: Western Aphasia Battery.

12 MCMAI: Modified version of Cohen-Mansfield Agitation Inventory.

13 Seating / proximity behavior was defined as the amount of time a participant was actually either seated or in the session room during the 15 minute session.

14 A "wanderer" was defined as a cognitively impaired individual with the ability to ambulate on foot or by wheelchair without assistance.

15 MMSE: Mini-Mental State Examination.

16 This questionnaire was developed by the facility's chief therapist, nursing director, and one researcher.

17 CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory.

能や問題行動等の改善に効果があることを示唆している。

### 文献検索

本研究では、オンラインデータベース (PubMed, PsycINFO) を用いて、1982年から2002年までの20年間に掲載されているすべての文献について、“music and dementia”, “music and Alzheimer” をキーワードとして検索した。次に、これらの検索結果に対して、総説、症例報告、メタアナリシス、明らかに主旨が異なるもの、評価方法が明らかでないものを除外した論文を対象とした。

### 評価基準

以下の論文は、今回のシステマティックレビューから除外した：(a) 総説、(b) 症例報告、(c) メタアナリシス、(d) 方法や評価が不明確であるもの。また、3人の独立した研究者が論文を評価し、以下の5段階に分類した：I. 大規模のRCTで結果が明らかなもの、II. 小規模のRCTで結果が明らかなもの、III. 無作為割付けによらない同時期の対照群を有するもの、IV. 無作為割付けによらない過去の対照群を有するもの、及

び専門家の意見が加わったもの、V. 症例集積研究(対照群のないもの)、及び専門家の意見が加わったもの。なお、これらの基準はI. になるほど論文のレベルが高いことを表している。本研究では、レベルがIII. 以上である論文をシステマティックレビューの対象とした。

音楽療法に関して PubMed による検索では、“music and dementia” で124件、“music and Alzheimer” で62件が検索され、PsycINFO では、それぞれ107件、20件が検索された。その中から、総説、症例報告、メタアナリシス、主旨が異なるもの、方法の再現性が明らかでないもの、評価方法が明らかでないものなどを除いた、74件が評価の対象となった。これらの論文について独立した3名が、それぞれ質的評価を行ったところ、レベルIII以上の評価を得た論文は6件のみであった<sup>9)-14)</sup>(表1)。また、これらの論文の数量的合成の手法は effect size を用いた<sup>15),16)</sup>。本研究では、以下の2つの場合に分けてそれぞれの effect size を算出した：(1) スケールの値が高いほど痴呆が軽度である時 (positive scales), 音楽療法群に効果がみられる場合 effect size は正の値を示す。(2) スケールの値が高いほど痴呆が重度である時 (negative scales),

図1 対照群に対する音楽療法の効果 (Positive scale)

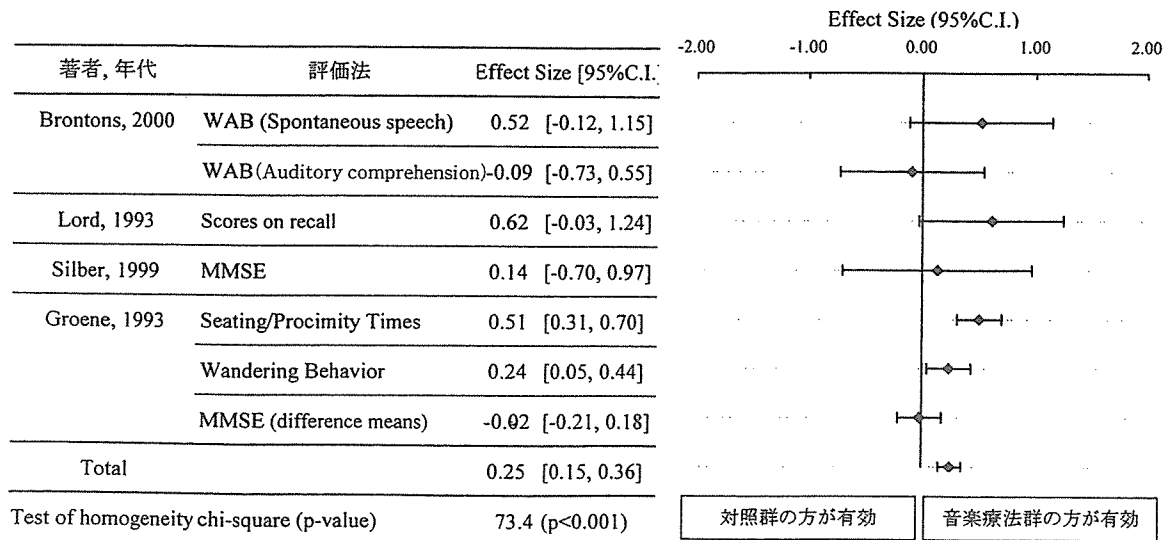


図2 対照群に対する音楽療法の効果 (Negative scale)

