

認知症ケアのための芸術療法 - グループホームにおける周辺症状軽減事例についての一考察

著者	今井 真理
雑誌名	心の危機と臨床の知
巻	12
ページ	117-132
発行年	2011-02-28
URL	http://doi.org/10.14990/00002715

認知症ケアのための芸術療法

——グループホームにおける
周辺症状軽減事例についての一考察——

今井 真理

一、はじめに

厚生労働省の認知症老人推計によると、二〇二五（平三七）年には認知症高齢者は三〇〇万人を超えると推計されている。

認知症を患う人は六五歳以上の高齢者のおよそ六・七六%にあたり、八五歳をすぎると四人に一人の割合で認知症になるといわれている。認知症の高齢者は生活の自立が困難となり、病院や施設への入所を余議なくされる。

このような中、認知症高齢者のための非薬物療法として、音楽療法、回想法、バリデーション療法、アロマセラピーなどさまざまな研究がさかに行なわれるようになってきた。音楽療法については、音楽を媒体とする受動的・能動的方法など、今日の研究はさまざまな分類が見られるようになってきた。音楽療法分野の先行研究とされる貫（一九九六）の研究では、音楽

療法に参加した認知症高齢者の参加後の周辺症状の軽減が認められた⁽¹⁾。と報告されている。回想法については、アメリカのR・バターラー（Robert Butler, 1963）によって、高齢者が昔を思い出し回想するのは療法的な意味があることとして心理療法に位置づけられたのがはじまりである。

遠藤ら（二〇〇五）は軽度・中等度・重度と認知度別に分けて対象群とコントロール群をもうけ、回想法を実施した。その結果、認知機能の改善に有意な傾向が見られるか改訂長谷川式スケール（HDS-R）⁽²⁾を用いて評価したところ、軽度・中等度の認知症において、認知機能の改善がみられたと報告されている⁽³⁾。

このほか、芸術療法においては高江州（二〇〇四）⁽⁴⁾らの芸術体験による芸術療法の課程について述べられたものや、石崎（二〇〇一）のコラージュを用いた芸術療法を施行した結果、認知症高齢者の作品には人間の出現が少なく、また作品としてのレイアウトや空間認識の稚拙さがみられる⁽⁵⁾などを含め、さまざまな研究報告が行なわれてきた。

筆者は一九九九年より、老人保健施設等において認知症の芸術療法の実践研究に携わってきた。その結果、改訂長谷川式スケール（HDS-R）が〇点の異食行為等の周辺症状が多々見られ、またコミュニケーションが多く成立しない入所者において、自発性や創造性に有用性が確認された⁽⁶⁾。

本稿は、芸術療法が認知症の周辺症状や情緒的変化にとつて、どのような有用性があるのか、実践事例を通して述べることにする。

二、芸術療法とは

芸術療法という言葉が用いられるようになったのは、一九四二年にイギリスのエイドリアン・ヒル (Adrian Hill) という英国人の画家が、自身の身体疾患の回復が思わしくなく、人生に絶望感を抱き始めたころ、自身が画家であることを再確認し、主治医の目を盗み制作に没頭したところ、心身ともに回復したという体験がもとになっている⁽⁷⁾。

この体験をもとに、結核患者などの慢性疾患者への生き甲斐や生活療法の一環として絵画制作や絵画を活用したことによって、絵画と医療とのより積極的な関係が生まれたことに端を発する。最初は絵画および造形活動を中心に治療が行われていたが、現在では音楽、心理劇、詩歌(俳句・連句)、陶芸、ダンスなどの表現活動等、創造行為のあらゆる分野が総称として、「芸術療法 (Art Therapy)」と呼ばれている。

また、対象者は身体疾患を中心に大人に行われていたのに対し、現在では子どももその対象者として含まれるようになった。そして、統合失調症などの精神疾患や知的障害者等へと広い領

域において施術されている。

しかし、ヒル以前より西欧においては、治療芸術としての表現精神病理学 (psychopathologie de l'expression) が存在した。例えばミケランジェロやレオナルド・ダ・ビンチの芸術に触れて、芸術家の芸術表現には作者の心性が表現されており、カタルシスやコンプレックス、願望としての分析的解釈は今日では芸術療法の理論的支柱となっている。また、ユング (C.G. Jung) は独自の分析心理学的研究において、マンダラ表現、象徴性を始めとする独自の図象学的研究を報告している。これらのユング派的研究は、その後の箱庭療法等における芸術療法の中核に位置している⁽⁸⁾。

ナウムブルク (Margaret Naumburg) は、「力動指向的絵画療法 (Dynamically Oriented Art therapy)」を一九六六年に著して、分析理論に基づく独自の「なぐり描き法 (Scribble)」を開発した。心身疾患のある者の描くなぐり描きには疾患者の心の病理の投影があり、そのような心の表現を治療者が絵画から読み取り、絵画表現を支えていくことによって、言語的治療のみではとうてい到達できなかった心理の深層まで解明していく分析的理论と実践が報告されている⁽⁹⁾。

また、イギリスの小児科医ウィニコット (Winnicott, DW) は、診療の中からスクウイグル技法というユニークな治療法を見いだした。これは治療者と患者との間で、白い紙の上に交互

に「なぐり描き」をして、それが何に見えたかを相互に繰り返しながら何回か往復させ、心身疾患者の心の中にある表現を画像化させて解釈していく技法である¹⁰⁾。

芸術療法と一口に言っても、絵画を媒介にするものだけ提示してもこれだけ存在する。それでは次に、我が国における流れを少し述べることにする。

我が国における表現精神病理および芸術療法の研究者としては、徳田良仁による「精神分裂病絵画」についての考察、中川保孝の「精神病者の絵画の研究——附・絵画療法」等がある。

芸術療法学会も、徳田を中心として一九六九年第一回芸術療法研究会が発足され、ムンクやゴッホなどの画家についての病跡学的な分析や絵画療法、陶芸療法や箱庭療法、詩歌療法、サイコロラピー等の発表が行われるようになり、一九七三年から日本芸術療法学会と改組され、日本学術会議にも登録されて現在に至っている。また、今日では園芸療法やダンスセラピー等も加わって一層活発になってきているが、その反面名称のみが一人歩きしてしまい、研究としての実証性が未熟なものも少なくない。加えて、より広い適応と効果を考え薬物療法との併用も見られる¹¹⁾。

また、対象者は心身疾患を中心に大人に行われていたのに対し、現在では子どももその対象に含まれるようになった。そし

て統合失調症などへの精神疾患者や知的障害者、認知症の高齢者の芸術療法の研究においては、まだ、なお事例検討的な提示が多いのが現状である。

芸術療法の多くはイメージ認識やイメージ表現による治療手段であり、治療者と患者（クライアント）間の、ノンヴァーバル（非言語）コミュニケーションが療法の中において非常に重要な役割を担う。よって、筆者の経験からも言えることだが、患者とのラポール形成が成立するかどうかはその後の療法の効果に多大な影響力を及ぼすと言える。

芸術療法はその名称が指し示す通り、絵画を媒体にした精神療法である。セッション方法はマン・ツー・マンで行われる場合とグループで行う場合があり、その患者の特徴に合わせて行う。芸術療法は非言語的表現を特徴としているため、単なる言語表現では到底到達できない精神の深層部分を投影する役目があると考えられている。

実施概要

A県T保健施設に入所中の利用者より無作為に三七名（男性七名、女性三〇名、平均年齢八三・五歳）を選出した。対象者の基礎疾患は、入所時の医師の診断をもとにしている。疾患としては、アルツハイマー病、脳血管性認知症である。倫理的配慮として参加者は家族の同意書を得て改訂長谷川式スケール

(HDSR)が1.0～1.6点の軽度、1.5～1.1点の中度、1.0点以下の重度とし、利用者を認知度別に分け、芸術療法を実施した。

療法の方法としては一五名程度のクロード・グルーブにて週一回、各々の群別約二時間程度行い筆者のほかに作業療法士、看護師、介護福祉士等の施設職員が毎セッションに参加した。活動としては描画中心とし描画材料は市販の材料をグループの利用者で共同利用した。

各参加者のセッション時の様子の記録はセッションに参加した作業療法士、看護師、介護福祉士等の施設職員が行った。

三、芸術療法実践の流れ

療法実践のプロセスは以下の通りである。次項に示す事例はこの手順によるものである。

プロセスの詳細ついて、下記に順を追って記すことにする。

- ①誘導 ↓ ②プレミーティング（職員との打ち合わせ） ↓ ③参加者の受け入れ（約10分） ↓ ④開始（挨拶・曜日・本日のテーマ約10分） ↓ ⑤簡易体操（約10分） ↓ ⑥制作（約50分） ↓ ⑦観賞

①誘導

手洗い等は済ませておくことが望ましい。また、周辺症状が顕著に見られる高齢者を本日のセッションに使用するために準備されている描画材に触れないように注意しておく。異食行為が見られる利用者には特に注意する。

周辺症状が多く見られる利用者は、なるべく最後の方にセッション会場へお迎えすると良い。導入時セッションはまだ始まっていないと考える人が多いが、グループセッションの場合、利用者が対面する瞬間でもある。日頃相性の良くない利用者同士は対面に座らせないように気を配ることも大切である。従って、全員が集合するまでの間、なごやかな雰囲気を保てるように利用者と会話を楽しみ、穏やかな雰囲気の本GMを騒がしくない程度の音でかける等、和やかな雰囲気の方が維持できるように職員は努める必要がある。

本日のセッションが成功するかどうかの大切な鍵を握る短い瞬間と考えるべきであろう。

②開始

セッションリーダーが利用者に対して本日が何月何日の昼なのか夜なのか、季節も含めて利用者全員に確認する。その時、認知症の疾患から答えられない場合が多いが自尊心を傷つけないようにリーダーが上手にほめかすと良い。その後、利用者一人ひとりが声に出すようリーダーが促す。その後には本日のテ

マを簡単に説明する。この一連の作業と説明で不安を軽減して穏やかな状態で開始できる様に利用者の心の準備を整える。

認知症の疾患の程度によっては①、②あたりから不安を抱いて拒否的な態度や発言が見られる場合もある。そのような利用者に対して職員はいち早く対応することが場の雰囲気や環境を保持するためにも大切となる。この場合はリーダーが個人的に介入するのではなく、リーダーの説明を受けて職員が対応することが望ましい。リーダーは絶えず全体の流れを把握することが最も重要になる。

また、この時期に自発性を意識させセッションに参加される流れを作ることが効果的である。

③簡易体操

簡易体操には緊張を解きほぐす意味も含まれている。主に身体先端部分を用いる体操が多い。利用者は疾患や身体機能が低下しているため、思うように手足を動かすことができない場合がみられる。できるだけ、無理の無い範囲で行うことが大切である。

ベッドに寝ている時間が長い利用者は、セッションに参加する時の座位を取るのもかなり大変である。このような利用者に対しては無理をせず、他の利用者と同じプログラムではなく、臨機応変にごく簡単な体操に変えることが望ましい。簡易体操

により、職員も含めて明るい声が聞こえてくるとグループ間の意識を高め、利用者の心の不安が解消されることも考えられる。また、疾患の程度別にグループを作って行う方が良い。片麻痺の人とそうでない人を一緒に座らせると、「Aさんはあんなにできるのに私はこれだけしか手が動かん。恥ずかしいで、もう部屋に帰る」等の発言をし、セッションに入る前に頓挫する利用者も見られる。

このような否定的な発言が見られそうな利用者に対しては、リーダーではなく、職員が傍らでコミュニケーションを取りながら介助するなど配慮するように心がける。ここでもリーダーは全体の流れを把握して進行役に徹することが先決課題である。利用者によっては他の利用者に対する競争意識から、ここですべての力を出し切って疲れてしまい、傾眠状態になってしまう場合もある。そのためセッションに移行できなくなる場合もあるため、職員が注意深く見守ることが大切となってくる。

④制作

最初の導入時にも今日のセッションの内容を説明しているが、この頃には体操をすることにより、導入時とは異なるグループ間の連帯意識や自発性が芽生えている可能性がある。自発性を高める意味においても再度、各グループにて簡単に説明をするが良い。その際はリーダーではなく、各テーブルで利用者

の介助をしている職員等が行う方が賢明である。このときも同様にリーダーは全体の様子を把握することが最も重要となってくる。

認知症の程度によっては、また不安心が浮上する場合もあるため、個々の様子を見ながら適切に対応する。

描画材を使用するので、異食行為のある人や徘徊が見られる利用者は職員がそばで介助する方向が望ましい。しかし、異食行為が見られる利用者であっても、セッションに集中している間は利的那ではあるが異食行為が一時止まる場合も多いので、そのような状況になるまで職員が介助しながら見守ることが非常に重要である。

制作された物の完成度は個々の利用者によって異なるが、認知症の疾患に関わらず作品のできふできを気にする利用者も少なくないため、認知症の疾患の程度により、グループを構成した方が無難である。他の人の作品と自分の作品を比較して自分の作品の完成度が低いことを自ら認識してしまい、次回からのセッションに参加されなくなる例も見られる。

各個人により集中可能な時間が異なってくるため、利用者の様子を注意深く観察することも職員の大切な役割となる。重度認知症のグループセッションの際は常に職員が注意を払う必要がある。また、描画材の取り扱いや安全性には特に注意する。

⑤鑑賞と終了

鑑賞と終了のタイミングが難しいが、ここではこのセッションの思い出を残して終了することが大切になるため、再度利用者一人一人に対して働きかけをしていくことが重要である。職員が何らかの用事等で途中退出してしまう場合、再度どなたかにお手伝いいただくと、利用者一人一人に余裕を持って対応できるため、可能な限り職員への呼びかけを行うと良いだろう。

鑑賞の仕方も認知症の程度別疾患も影響するが、制作物が完成すると同時に他人の作品に興味をもつ人や全く興味を示さない人など、それぞれである。また、他人の作品と自分の作品を比較し、ネガティブな感情が生まれる人もあるため、場合によっては鑑賞を強制するのではなく、利用者と職員とのマンツーマンで行うことも推奨する。その人の作品を受け入れ、その本人を受容するというパーソンセンタードケアの考えが大切になってくる。

その日に行ったセッションの楽しく有意義な思い出を心に残してもらうために、職員が利用者、個人個人について本日の良かった点の声かけを行う。その後、速やかに退場できるように職員は利用者を誘導する。また次回もセッションが行われることを利用者にしつかりと伝えておく等、リーダー、職員共々利用者一人一人と握手しながら別れる際にも丁寧な対応を心がける。軽度の利用者などは次回のセッションの有無を職員に尋ね

たり楽しみに待っていたりすることもあるため、終了時職員は導入時と同程度大切であることを職員自身が良く認識し、利用者に接することが特に重要と言える。

本稿では利用者を認知度別に分け芸術療法を実施したなかでの周辺症状軽減における一考察としてセッション毎のAさんおよびBさんの様子を逐次報告しながら考察することにする。

四、実践事例

本稿ではセッションに参加された中等度認知症のAさん及びBさんの事例を提示する。尚一二回のうちセッション途中にて終了したために医師の回診にてセッションに参加出来なかった回もある。

事例報告にあたっては倫理的配慮として、家族の同意書を得ているが、本人の人權に配慮し考察に差し障りない範囲で細部を変更して報告する。

【事例A】Aさん 〈性別〉女 〈年齢〉七六歳 〈病名〉認知症(中等度)

〈成育歴〉X県に生まれ、中学卒業後しばらくしてY県に移り郵便局に勤務する。

〈家族構成〉特記するべきことなし

〈セッションNo1〉

セッション場所へ移動するものの、「わからんでよ」、「何するの」、「こんなよう似た人ばかりよう集めてきたな」など否定的な言葉を発する。簡易体操を進めるも、「わからんで見とる」といい、参加されない。ときおり、他の参加者を見つめるものの、「よう似た人ばっか(ばかり)良く集めてきたな」と言うだけで全く興味を示さない。職員さんの言葉かけには答えるが、全く参加されることなくセッションは終了した。

〈セッションNo2、3〉

簡易体操中は始まると同時に「私は力ないで」、「肩が疲れるから」と発言しながら行い、「こんなこと、わしゃ(私は)、やったことないで」とAさんは繰り返し発言する。筆者が「綺麗に出来ましたね」と伝えてもあまり表情に変化が見られない。制作中は「ようこんな似た人ばっか(ばかり)集めてきたな」、「初めて見る顔だ」と繰り返し発言され、周囲が気になる様子であった。制作中は赤、青、黄色などの色の違いは理解可能であるが、周囲が気になり制作途中に「よう似た人ばっか(ばかり)だな」と怪訝そうに発言する。職員が「いつもAさんと一緒に暮らしている人ですよ」と伝えても「知らん人だわ」、「よ

う似た人ばっか(ばかり)だな」、「ようこんな似た人ばっか(ばかり)どこから集めてきたかな」と同じフレーズを繰り返して呪文のように繰り返すため、そのたびに職員はAさんの既知であることを助言した。

制作中は終始職員の助言を必要として、少し制作してはすぐに中断してしまい「もう、やめた」と発言されるのでスタッフが「Aさん、もう少し頑張ろう」と声をかけると「こんなことやったことないで」、「もう、やめだ」、「ようこんな似た人ばっか(ばかり)集めてきたな」と何度となく繰り返し発言される。



図1 AさんのセッションNo4の樹木の作品

制作中はほとんどこれらの言葉を繰り返すのみで、職員の声かけにより何とか少し制作するもの、職員の声かけがないとすぐに中断してしまふ。常に周囲の人が気になる様子でセッション中は落ち着きがなく、制作は進まずセッション半ばにてNo2、No3は終了した。

〈セッションNo4〉

「頭が痛い」、「風邪を引いた」と不調を訴え積極的な活動は見られないが、職員の助言によって簡易体操を行う。制作中は「どうやるの、分からん、まあいいわ」と言われながら制作意欲は見られないものの、制作について丁寧に何度も説明すると、セッションNo1、No3のような否定的な発言の繰り返しは見られなくなった。自発性は見られないが職員の声かけにより、セッション中は終了時まで制作を途中でやめたいという否定的な意思決定は見られなくなった。また、グループホームにおける日常生活でも多弁であり、入所者に対してたえず指をさし、「あの人は誰かな」、「見たことがない」との発言を繰り返し言うことが多いが、職員がそのたびに既知であることを説明すると、大きな声で「あの人はみたことがない」、「あの人は誰かな」との発言は独り言のような眩きになった。

セッション中は多弁ではなく正常に近い発言で制作をした。

〈セッションNo5〉

簡易体操中は「疲れた」と言いながら少し中断するが、体操は最後まで行う。制作中は職員による声かけがたえず必要であり、それにより制作をするが、自己による意思決定が見られないため、スタッフの方から制作物に対する色や形に対する提案は必要である。しかし、自分の意思が決まれば制作をスムーズ

に行い、色の配色は自分で考え配置される。周囲の人が気になるようで、時々「あれはだれだ」とグループホームに入所している人を指して発言されることもあった。

制作中の単純な作業（糊をはったり、線を引いたり、同色を塗ったりすること）はスタッフの声かけは必要がなく見守りだけで行うことが可能であった。

〈セッション No 6〉

簡易体操のときに「もうやめた」との発言が見られたが、そして隣に座ったCさんを見て「ハゲだ」と繰り返し大きな声で発言したため、スタッフがAさんとCさんの席を離して着席してもらった状態でセッションを行なうことにした。

職員が助言を行うと何とか最後まで体を動かすことが出来た。「どうやってやるんだ」、「色はどこに塗る」、との発言があったため、「ここに重ねて貼っていいですよ」と職員が声をかけると、「いかん（駄目だ）、ここは、この場所はいかん（駄目だ）」と言われて自分自身で空いている空間を探して貼った。他者の制作した作品を見て「きれいだね」と言われる。

〈セッション No 7〉

簡易体操のときはセッション No 1～No 6までのときとは異なり、声かけはあまり必要なく積極的に体操する。更に導入部分

から職員の声かけも必要なく制作する。セッション No 7では制作中は他者と笑顔でコミュニケーションが成立する場面も見られた。

〈セッション No 8〉

「あの人はどこの人か」とセッション No 1～No 3に見られたAさんの発言があったので、周辺症状の一つと思ったがグループホームに来訪されたお客さんをAさんがいち早く見つけて指を指しながらの発言であった。制作中は自発性を持って制作されていた。職員の助言や助けに対して「ありがとう」との発言も見られた。

〈セッション No 9〉

簡易体操中、Aさんはいつになくしつかりと体操されたものの、その直後すぐに「もう、いい。やめた、疲れた」と発言する。その後、他者がまだ体操をしているのを知ると「立ってすると疲れるので座って頑張る」との発言が見られた。

制作は時々他者が気になる様子で、「あの人は知らん人だ、誰だ」と同施設に入所している既知の人をじっと見つめながら発言される。制作は最初の導入は少し臆するものの、その後は自発的に行なう様子であり、制作途中に職員に助言を求めたり冗談を言う場面も見られた。

〈セッションNo10〉

簡易体操時は「もう疲れた」と風邪の症状のためか否定的な発言があるものの、中断することなく継続して体操を行なう。写真を見て「これは男か女か」と聞く。最初はスムーズに色を塗るが写真の人物が誰であるのかが気になり、途中何度もスタッフに尋ねる。その後「うちのDさんか」との発語があり、あの子はよう近所の川へ行行って来て遊んだげなな（あの子はよく近所の川へ行行って来て遊んでいたみたいですねえ）。そうか、うちのDさんか」とDさんについての回想を嬉しそうな顔でスタッフと微笑みながら回想を行なう。そのたびに制作を中

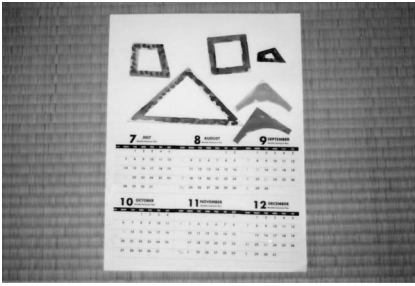


図2 AさんのセッションNo11のカレンダー作品

断するものの、スタッフの声かけにより最後まで制作を行なう。

〈セッションNo11〉

簡易体操中は立ったり座ったりしながらも、自発的に自分なりの体操を考えながら行なう。制作途中で手が止まったので職員が助言すると、少し沈黙した後「ちょっと考えとった。そんなに急ぐならあなたがやりなさい」と笑顔で言われ、スタ

ッフとのやりとりの中に冗談を言われる場面も見られた。

〈セッションNo12〉

医師回診により参加出来ず。

【事例B】Bさん 〈性別〉女 〈年齢〉七七歳 〈病名〉躁鬱病を伴う軽度認知症

〈成育歴〉Z県のサラリーマン家庭に生まれる。高校卒業後、しばらく会社勤めをして、その後、結婚をして子どもにも恵まれた。専業主婦として家事に従事し子どもが独立した頃に躁鬱病となる。精神科に通院しつつ、ご主人と共に農業を営みながら暮らしていたが、夫が死亡（享年七九歳）した頃に認知症を発病する。

〈家族構成〉特記事項なし

〈セッションNo1〉

不安そうな顔をしつつ、他者の様子を伺いながら芸術療法に参加する。職員に時折「難しいことは分からん。年寄りでも出来るか」等の否定的な発言があった。「おしりが痛い」、「帰りたい」との発言が見られ、自室に戻りたいと職員に訴える。何度も訴えが続いたため、療法途中で退場した。

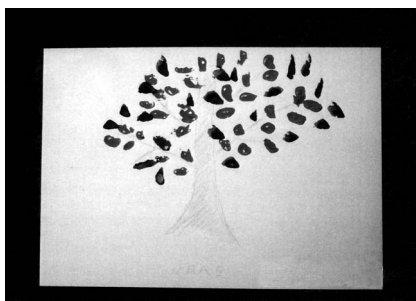


図3 セッションNo4のBさんの樹木の作品

〈セッションNo2〉

簡易体操の後に制作活動をするものの「おしりが痛い」、「帰りたい」と発言し、職員に何度も訴えるため、セッションNo1同様に療法途中で退場した。

〈セッションNo3〉

簡易体操のときは笑顔が見られたが、制作時は真剣な表情で制作を行う。二色の色のみに限定して使用し、「あまりいろいろな色は使いたくない」と発言する。完成作品に満足し、他の利用者の作品を見て「いい色」と笑顔で話し、完成した作品を見ながら「もう少し紫が入っていると言うことない」と言われた。

〈セッションNo4〉

簡易体操のときは時折手を休めるが、一生懸命行う。制作時は少し描くものの、すぐに手を止める。他の利用者には見られたくないのか、すぐに作品を隠してしまう。セッション終了後、自身の作品に納得がいかないのか表情が硬

く、俯きがちである。療法の最中も終始表情が硬い

〈セッションNo5、6、7〉

簡易体操は時折不安げな表情を見せながら、職員の声かけに對して自信なさそうに職員の間を見ながら体操を行う。制作中は「次、どうするの」、「これでいいか」など職員にたえず確認を取りながら制作を行う。職員がBさんの傍らでたえず助言しなければ制作する手を止めてしまう。また、制作中に不安そうな顔で「おしりが痛い」との発言が見られたものの、最後まで療法に参加された。

〈セッションNo8、9〉

制作中は「つぎ、どうするの」、「これでいいか」など職員にたえず確認を取りながら制作される。職員がBさんの傍らについていないときに描画材に手を伸ばし自らの意思で好きな色を選んで制作する場面も見られた。療法中は笑顔は見られないものの、終始表情は明るく、療法終了後に「ありがとう」と言われる。

〈セッションNo10、11、12〉

セッションが始まる前に職員と目が合うと笑顔を見せる。「今日は何やるの」と小さな声で職員に聞き、職員が説明する

と「私は何も出来んで」と発言する。制作導入時に職員が介助すると、「ピンクが欲しい」、「筆を取って欲しい」、「色を変えて欲しい」などの自発的な発言が見られる。職員がBさんの臀部について気遣うと、「痛い、今はいい」と発言し制作に集中する。

完成した作品を見て「もう少し紫が使いたかった。ピンクもこの辺にあると良かった」と時折笑顔で感想を述べた。完成した作品について「これどうするの」と聞かれ、職員が「Bさんのお部屋に飾りますか」と尋ねると、嬉しそうに「そうしたい。もう少しピンクつけてから」と柔らかい表情で発言した。

五、考察

最初に事例Aについて考察する。Aさんは七六歳の中等度の認知症である。X県に生まれ、中学卒業後、しばらくしてY県に移り、郵便局に勤務されていた。グループホームにおける生活においても他者のことばかり気になり、「あいつは誰だ」、「あいつは見たことがない」、「よう似た人ばっかだな」と怪訝そうに発語する。職員が「いつもAさんと一緒に暮らしている人ですよ」と伝えても「知らん人だわ」、「よう似た人ばっか(ばかり)だな」、「ようこんな似た人ばっか(ばかり)どこから集めてきたかな」と同じフレーズを繰り返し呪文のように繰

り返すため、そのたびに職員はAさんの既知であることを助言した。

また、以前からグループホームに入所している利用者の一人を指さしては、一日のうちに何度も同じ発言を繰り返していた。また、体調には何も問題がないにもかかわらず、「頭が痛い」、「もうやめだ」、「分かんらん」などと、施設における生活での否定的な発言ばかりが目立って、他の利用者に対して「あいつは誰だ」と大きな声で発言するため、利用者とのトラブルが絶えず、職員は困惑していた。

セッションNo1からセッションNo3ではAさんの施設における様子である認知症特有の周辺症状が日常生活の如く如実に表出したため、ほとんど制作されることなく終了した。

認知症の多くはセッションに参加する回数を重ねても自発的に参加することは不可能である。

セッションNo4、5では制作に対して決して意欲的ではないものの、この頃からセッションNo3までに見られた否定的な発言の執拗なまでの繰り返し陰をひそめ、職員の声かけによって最後までセッションに参加された。また、セッションNo6では導入時には「もうやめた」とAさんの口ぐせである否定的な発言が見られたが、後半での制作に対しては自発的な発言が見られた。さらにセッションNo7では導入部分から職員の声かけも必要なく、制作途中には他者と笑顔でコミュニケーションが

成立する場面も見られた。

セッションNo8は「あの人はどこの人か」と発言があったため、周辺症状の一つと思われたが、実はグループホームに来たお客さんをAさんがいち早く見つけて指さした発言であり、その発言に対して職員が皆で微笑するという、ほほえましい場面も見られた。

また、セッションNo6が終了した頃より、少しずつ周辺症状が軽減して、日常生活においても自発性や落ち着きが見られるようになった。セッションNo8では「ありがとう」との発言が見られた。

セッションNo10では写真を見て「これは男か女か」と聞かれて最初はスムーズに色を塗るものの、写真の人物が気になり、途中何度もスタツフに尋ねる。その後突然に「うちのDさんか」との発語があり、「あの子はよう近所の川へ行って来て遊んだげなな（あの子はよく近所の川へ行って来て遊んでいたみたいですねえ）。そうか、うちのDさんか」と、Dさんについての回想を行なう。芸術療法時の回想への誘いは、写真を基にAさんが自発的に行ったものである。

また、Aさんが「こ」で行なった回想は、Beaton（一九八〇）の言う回想の種類強迫的回想(obsessive)・不定的回想(negative)・統合的回想(integrative)の中の肯定的回想(affirming)である⁽¹²⁾。

この様に、回想法の中でも「肯定的回想(affirming)」を基軸として、「総合的回想」へと、認知症の高齢者が芸術療法を通して回想を行ない、過去の若かりし栄光や楽しかった日々の思い出を心の中で再構成することが可能となる。グループホームと言う特別な空間の中で、活動範囲に制限があるAさんが認知症の疾患や特別な空間に置かれた自分の現在の状態を利那的ではあるが忘却している状態の中で、コミュニケーションを媒介として第三者（ここではスタツフ）に受容されるため、そこには自ら心地よい自尊心が生まれる。また、Aさんとスタツフとの会話を通して、スタツフもAさん自身のプライベートな人生の回想（歴史）を再認識することにより、新たな対人関係を育むに至るだろう。また、セッションNo11ではセッション中に笑顔や冗談を言われる場面も見られた。

以上、Aさんのセッションについて考察してきた。Aさんは認知症の周辺症状の中でも特に罵声が多く、他の利用者とのトラブルが絶えなかった。また、人や物事に対して好き嫌いが多いため、療法への参加を促しても拒否されることが多く興味をなかなか示されなかったが、セッションNo5の頃より変化が見られるようになった。

次にBさんであるが、Bさんは躁鬱病と認知症の合併があるため、身体機能面・言語面には特に何も問題がないにもかかわらず常に「おしりが痛い」との訴えが頻繁に見られ、座位を極

端に拒否される傾向にあった。自室にこもり、職員がさまざまな療法や行事等に参加を促しても頑なに拒むことが多かった。

そしてたとえ療法や行事に参加しても、座位の保持が出来ないとの理由から職員が会場まで誘導しても、導入の段階で途中退場したいと常に訴えた。しかし、芸術療法では初回からセッション No.3 までは座位を拒否して途中退場が見られるものの、セッション No.4 からは座位を拒否することなく最後まで療法に参加された。「おしりが痛い」、「帰りたい」との訴えにおいても療法参加時は鎮静化した。そして、自室に引きこもりがちであった B さんだが、「ピンク色に塗ったやつのはいつするの」と日々の生活の中で自発的な発言も多くなっていった。

事例 B のケースからはランガー (S. Langer, 1995) ⁽¹⁸⁾ の言う芸術が感情と強く結びつき、制作活動することにより、心の深層部分を表出することが可能となり、それが B さんの行動の変化を誘引したと考えられる。

本稿は認知症高齢者の周辺症状が軽減された事例を紹介したものである。認知症高齢者に見られる症候の多くは人としての精神的な知能、感情、人格等の働きの影響を受けるための、認知症高齢者特有の周辺症状となって現れる。そして、さまざまな合併症に加えて性格や行動面での変化等といったいわゆる心身機能の低下 (impairment) があるため医療の継続性が求められる ⁽¹⁴⁾。

さらにこうした症状に加え、日によってめまぐるしく変化する精神状態により、創作意欲も随時減少するため、絵の内容と症状の投影を関連させることが困難であるとの見方もある。

したがって、芸術療法を非薬物療法の一つとして実施する場合においても医療面での支えも必要であり、これらは共にケアという立場によって認知症高齢者に対して実施していく必要がある。

六、おわりに

本稿は認知症 (中等度) の A および B さんについて、周辺症状が軽減された事例をまとめたものである。介護現場においては認知症に見られる独特の疾患である周辺症状にばかりスポットがあたるのは否めないのが実情である。しかし、誰も老いを迎えるにあたり人間らしくありたいと考えるのは当然のことである。

芸術療法が人間らしさを取り戻し、人としての貴重なひとときを過ごすことに果敢に働きかけることが可能であるとするならば、有効な療法の一つとして認識出来よう。

本研究は断片的ではあるが、認知症高齢者の周辺症状が軽減されたケースである。今後は更に研究を進め、本研究の長期的効果についても視野に入れ、質的研究ばかりではなく、非薬物

療法の隣接領域の音楽療法、回想法のように認知機能の面においても客観的数値を提示した研究も早急にすべきであると考えられる。本考察から芸術療法というものが認知症高齢者（中等度）の周辺症状軽減に有効であると言えなからうか。しかしながら今後増加されると予測されている認知症の高齢者に対して認知機能の改善に有効であると断言するには今後の検討が更に必要となってくるだろう。

また、今回は報告出来なかった他の一三名、並びに軽度、重度別傾向についても、その結果について更なる研究を邁進すべきであると実感している。

謝辞

本稿を終えるにあたりお世話になりました国立長寿医療センター包括診療部長である遠藤英俊先生、グループホームの職員の方々ならびに入所者の方々に感謝申し上げます。

本研究は厚生労働省の研究費の援助を受けており、その学術調査の一環として研究を実施したものである。

註

(1) 貫行子「認知症のための音楽療法効果と尺度」『日本バイオミュージック学会誌』一一二、一九九四年五八―六五頁。

(2) 改訂長谷川式スケール (HDS-R) は我が国の認知症のスクリーニングとして最も歴史があり、また利便性の良さから介護現場で良く利用されている。テスト形式としては質問形式であり、合計点数によって認知度の判別をする。HDS-R についての詳細は以下を参照されたい。加藤伸司他『改訂長谷川式スケール (HDS-R) の作成』老年医学雑誌二、一九九一年、一三三九―一四四七頁。

(3) 徳田良仁『芸術療法』岩崎学術出版、二〇〇〇年、一五頁。

(4) 高江州義英『芸術療法の現在——精神のエコロジーとしての視点』心と社会九九、二〇〇一年、五二―五七頁。

(5) 石崎淳一「痴呆のコラージュ療法——アルツハイマー病患者のコーラージュ表現 芸術療法と表現病理」『臨床精神医学』、二〇〇一年、一〇三―一〇九頁。

(6) 拙稿「重度痴呆性高齢者の芸術療法 老人保健施設における考察」『大学美術 教育学会誌』第三六号、二〇〇四年、四九―五五頁。

(7) 中川保孝『芸術療法』牧野出版、一九九三年。

(8) 徳田良仁他『芸術療法——理論編』岩崎学術出版社一九九八年。

(9) マーガレットナウムブルグ著 内藤あかね訳『力動指向的芸術療法』金剛出版、一九九五年。

(10) 高江州義英『絵画療法の展開と実践』臨床精神医学、二〇〇一年、四三―四六頁。

(11) 高江州義英、大森健一他『表現病理学と芸術療法講座三』星野書店、一九八九年。

- (12) Beaton, S. R. "Reminiscence in old age", *Nursing Forum* 19, 1980, pp. 271-283. (いまい まり／芸術療法)
- (13) Langer, S. K. *The cultural Importance of the Art The Journal of Aesthetic Education, vol. 1, 1996.*
- (14) 齋藤正彦『痴呆の心理療法』金剛出版、一九九三年、一五八—一六八頁。
- (15) 前掲註(7)。
- (16) 前掲註(10)。
- (17) 拙著『芸術療法と美術教育』大学教育出版、二〇〇六年。
- (18) 拙稿「老人保健施設における芸術療法——痴呆が進行する高齢者の問題行動軽減について」『西日本芸術療法学会誌』第三二号、二〇〇六年、七五—七七頁。
- (19) 拙稿「認知症の高齢者における芸術療法——周辺症状軽減について——」『大学美術教育学会誌』第三八号、二〇〇六年、九—五五頁。
- (20) 拙稿「認知症の芸術療法」日本美術教育学会『美術教育』第二八九号、二〇〇六年、二四—二七頁。
- (21) 拙著『芸術療法の理論と実践——美術教育との関わりから』晃洋書房、二〇〇七年。
- (22) 拙著『高齢者の芸術療法——認知症介護予防プログラム』弘文堂、二〇〇七年。
- (23) 拙著『介護・福祉・医療に関わる人のためのアートセラピー入門』ひかりのくに、二〇〇七年。