

**「音楽運動療法理論の実践と応用」**  
**- パーキンソン病患者及び痴呆症患者、老人病への応用実践 -**

**研究年度・期間**：平成6年度～平成8年度

**平成6年度**

**研究代表者**：山田 幸平

(文芸学科 教授)

**研究ディレクター**：野田 燎

(芸術計画学科 助教授)

**共同研究者**：七ツ矢博資

(音楽学科 教授)

吉仲 正直

(芸術計画学科 教授)

上原 和夫

(音楽工学学科 助教授)

**研究助言者**：前田 行雄

(兵庫医科大学 脳神経外科 教授)

水野 美邦

(順天堂大学 脳神経内科 教授)

養老 孟司

(東京大学 解剖学 教授)

紙屋 克子

(札幌麻生脳神経外科 看護部 部長)

**研究補助者**：頼田すず子

(芦屋市立浜岡小学校 みどり学級 教諭)

中川 修明

(芸術計画学科 副手)

**平成7年度**

**研究代表者**：山田 幸平

(文芸学科 教授)

**研究ディレクター**：野田 燎

(芸術計画学科 助教授)

**共同研究者**：七ツ矢博資

(音楽学科 教授)

吉仲 正直

(芸術計画学科 教授)

上原 和夫

(音楽工学学科 助教授)

芹澤 秀近

(芸術計画学科 講師)

**研究助言者**：水野 美邦

(順天堂大学 医学部 教授)

養老 孟司

(東京大学 医学部 教授)

立花 久大

(兵庫医科大学 医学部 助教授)

前田 行雄

(兵庫医科大学 医学部 講師)

紙屋 克子

(札幌麻生脳神経外科 看護部 部長)

**研究補助者**：頼田すず子

(芦屋市立浜岡小学校 みどり学級 教諭)

西川 恵理

(ヤマハ音楽教室 YMS 講師)

島袋 直美

(ヤマハポピュラースクール YMS 講師)

**平成8年度**

**研究代表者**：山田 幸平

(文芸学科 教授)

**研究ディレクター**：野田 燎

(芸術計画学科 助教授)

**共同研究者**：七ツ矢博資

(音楽学科 教授)

吉仲 正直

(芸術計画学科 教授)

上原 和夫

(音楽工学学科 助教授)

芹澤 秀近

(芸術計画学科 講師)

**研究助言者**：紙屋 克子

(筑波大学 医科学研究科 教授)

水野 美邦

(順天堂大学 医学部 教授)

養老 孟司

(元 東京大学 医学部 教授)

立花 久大

(兵庫医科大学 医学部 助教授)

前田 行雄

(兵庫医科大学 医学部 講師)

川島みどり

(医療法人健和会 臨床看護学研究所 所長)

鈴木 篤

(医療法人健和会 柳原病院 院長)

**研究補助者**：頼田すず子

(芦屋市立浜岡小学校 みどり学級 教諭)

柳生 敏子

(甲南病院 看護部 部長)

島袋 直美

(芸術計画学科 副手)

西川 恵理

(芸術計画学科 研究生)

## 研究経過の概要

本研究は東京足立区の柳原病院の協力のもと、健和会臨床看護研究所長川島みどり及び病院長鈴木篤以下神経内科医、看護部と大阪芸術大学からのスタッフ（野田燎、ピアノ岩高直美、ビデオ録画西川恵理3名）が5月から8月まで毎週一回、一人20分、合計12回を対象患者5名に実施した。

患者選定にあたっては、柳原病院の神経内科受療中のパーキンソン病患者の中から、今までの実例を示すビデオ上映と口答説明により、音楽運動療法のアプローチについて予備知識を得た患者の中から、研究への協力を承諾した患者5名そして水頭症、小脳変性症、多発性硬化症意識障害、ミオクロヌス患者が療法を受けた。毎週一回行われるプログラムは個別の事前評価から当院のセッション並びに事後評価まで1名につき約20分の内容である。その間のデータとチームメンバー（音楽療法家、看護婦、記録係）による評価会議と記録ビデオフィルムの再生、各事例ごとに生活行動の側面と患者自身の精神、心理面の変化にフォーカスして分析記述する。あわせて、神経内科医の評価も参考にした。対象とした患者は在宅のパーキンソン病患者で高齢である為、パーキンソン病の状態だけでなく、さまざまな病歴を経て、他の疾患を合わせ持つ場合が殆どである。痴呆、アルツハイマー、等はもちろん、糖尿病、喘息、がんも併発していた者もいた。そうした患者を対象にした療法の展開は学術的意味からのパーキンソン病そのものだけについての研究にはなりえず、老人病及び人間が何を生きがいとして生きてゆくのかを考えずには進められなかった。

## 研究成果について

在宅のパーキンソン病患者の場合、神経内科への月1回レベルの受診により、対症的な薬物治療が中心で数種類以上の服薬をしている。しかし、その薬によって副作用が強く、幻覚、幻聴があり、患者の不安をつのらせる。家族にとってもそれらの言動に際し何の手だてもなく、いきおい寝たきりにしておく事で安心したりする。この状態を続けることがますます運動機能を低下させ、まったく生きる意欲や力さえも失っていくこととなる。このような患者に音楽運動療法を実施すると患者は新たな人間の出会いと新しい空間で楽しい時間を過ごすことになり、閉差的な状況から脱し、音楽に合わせてのトランポリンによる運動が機能の改善、回復に役立った。この活動によって身体だけでなく、心を癒し、リラクゼーションのひとつときをも創り出し、人間関係が良く保てるようになった。例えばO夫人（72才）は、本療法に参加する前は、1日の大半を寝たきりで過ごしていた。かつて大腿骨骨折の既往を持つため、主たる介護者の夫（75才）は危険を避ける意味から彼女を起こそうとはしなかった。療法に対しても当初から義理で通うような態度がみられた。ところが、夫の介添えで車椅子で来院していた夫人の変化は目覚ましく、開始2~3週間目で両手を振って玄関まで歩き、スタッフを驚かせた。現在は、表情もはっきりとし、伏し目がちの目がぱっちりとして、声を上げて笑い、行動範囲がさらに広がっている。現在夫人の目標は、1人で買い物に行き調理することである。O夫人の場合、

神経内科医の評価でも開始前と1月後では、進歩の様子が評価された。これらの成果を示す記録ビデオは福井医科大学で開かれた第15回日本蘇生学会や本学教員研究発表会、大阪芸術大学紀要にも発表している。

## 研究の反省

当初、予定していた生体検査や自律神経系の活動等の有無を調べる方法は、経費と労力、そしてなによりもそれらのデータが科学的に療法の効果を示すものか否かが判明していない現状では証明できない。まして、血液検査にしても医師の指示がなければ採血できず、院長の許可があっても各医師の患者への権限を無視してまでは科学的データをとることはできない。今後、その方式を選ぶ場合は主治医自身が積極的に参加し、検査費用を準備し、デリケートな数値変動も調制しつつ、その分野の専門家の協力を得なければならない。この方法を行えるのは相当な研究所、機関との共同研究が必要であり、新たな生化学的検査研究を実施する意義とその必要性を示さなければならない。それによってはじめてこの療法の有効性を科学的に証明されると思う。しかし、ここで考えておかなければならないことがある。それらのデータが人間の状態を全て示すものとは限らない事、日常の生活行動の拡大やQOLの質を高めることが、人間として生き生きと生きてゆくエネルギーであり、人と人が関り合う事による。精神的、心理的、そして身体的活性化を日常生活の中での変化と多数の変数ぐるみで評価する方法も忘れてはならない。