【総 説】

音楽療法における評価
Evaluation in the Music
Therapy板東 浩^{1,*}, 佐治順子²
Hiroshi BANDO^{1,*}, Nobuko SAJI²¹ 日本音楽療法学会評議員, 国際交流委員² 日本音楽療法学会理事, 国際交流委員長

【要 旨】

音楽療法は広義（音楽健康法）と狭義（治療目的）に大別でき、後者では実践を通じて経時的に観察し評価を行う。頻度が高い高齢者対象のセッションでは、長期目標として、健常者には心身の諸機能低下を予防して認知症を回避し、認知症や脳血管障害者には諸機能低下を改善および維持し、重篤な病態や緩和ケアの患者には QOL の向上を目指す。評価法として、板東法では感覚、行動、ADL/QOL など 20 項目を、佐治法では積極性、持続性、協調性、情緒性、知的機能、歌唱演奏、手の操作、歩行式、身体の円滑さ、返答など 10 項目を評価する。松井は音楽療法診断表（一般用）と音楽療法評価表（老人用）をまとめ、北本（卯辰山）式、岡崎・門間式、赤星式などもある。日本音楽療法学会認定の音楽療法士が増加し、2009 年 3 月には東京で第 1 回アジア音楽療法シンポジウムも開催された。音楽療法は補完代替医療の中で他の療法との併用も試みられ、さらに重要となりつつある。

【キーワード】

音楽療法, 評価, 音楽療法士, アジア音楽療法シンポジウム, 補完代替医療

はじめに

近年、音楽療法 (music therapy) は、補完代替医療の中でも重要な位置を占め注目されてきている。筆者らは、従来音楽療法の啓発や実践研究に携わっており¹⁻³⁾、板東は、2009 年 9 月に開催される第 9 回日本音楽療法学会学術大会⁴⁾で大会長を務めることとなった。音楽療法は、医療や福祉を主としながら、教育や芸術文化などにも密接に関わっており、今後の方向性を考慮する重要な時期にも差し掛かっている。そのため、補完代替医療に関与している方々にも、音楽療法により一層理解を深めていただきたいと考えている。

本稿では、まず本邦における音楽療法の位置づけや経緯に触れ、引き続き実践現場で重要な音楽療法効果に対する評価の問題を解説し、最後に佐治が委員長を務める日本音楽療法学会国際交流委員会が去る 2009 年 3 月に開催したアジア地区音楽療法シンポジウムなど最近の動向について報告したい。

1. 補完代替療法における音楽療法の位置づけ

音楽療法の位置づけは多面的である。補完代替医療の中における標準的な分類を表 1 に示した。この中で、音楽療法は心身の作用という範疇に入る。芸術療法の中に、音楽療法が含まれると考えても差し支えない。近年は、音楽療法と他の療法を組み合わせる傾向もみられる。

他に、音楽療法を広義（音楽健康法）、あるいは狭義（治療を目的とした療法）に捉えて、大別することもできる。前者は対象が健常者であり、音楽を楽しみレクリエーション的に音楽を活用するものである。特に、音楽の効

表 1 補完代替医療に含まれる療法

1. 代替医学システム (Alternative Medical Systems)
中国伝統医学, アーユルヴェーダ, ユナニ医学, 自然医学など
2. 心身の作用 (Mind-Body Interventions)
メンタルヒーリング, 芸術療法, ダンス療法, 音楽療法, カラー療法など
3. 生物学的療法 (Biologically Based Therapies)
食品・食物による栄養療法, ハーブ, ビタミン, サプリメント, アロマセラピーなど
4. 手技・身体療法 (Manipulative and Body-Based Methods)
オステオパシー, マッサージ療法など
5. エネルギー療法 (Energy Therapies)
セラピューティックタッチ, 温熱療法, 磁気治療など

受理日: 2009 年 4 月 30 日

* 〒770-0943 徳島市中昭和町 1-61 Tel: 090-3187-2485 E-mail: pianomed@bronze.ocn.ne.jp

URL: <http://hb8.seikyoku.ne.jp/home/pianomed/>

果を検討する必要はない。

一方、後者では、対象は何らかの健康問題を有する患者である。音楽は治療の一法として使用される。つまり、心身の改善・回復の目的や目標を設定して、音楽療法の実践（セッション）を行う。従って、音楽療法前後の症状を経時的に観察記録し、効果の程度をきちんと評価する必要がある。評価の詳細については後述する。

2. 我が国における音楽療法の経緯

本邦における音楽療法の経緯について、簡単に触れておく。欧米と比較して、日本の音楽療法の発展は著しく遅れた。その一因として、日本の音楽界では音楽の技能を磨き、その成果を競い合う重要性が強調されてきたことが挙げられる。音楽を愉しむよりも、むしろ高度な演奏レベルや芸術性の習得が重要視された。その例として、環境音楽 BGM が導入された際には、仕事に音楽を聴く態度が問題で、音楽とは精神を集中して聴くべきものだと言われた。実際、我が国の産業界でも、音楽を聴きつつ仕事を行なうのは不適切との見解もあった。つまり、日本の音楽療法の発展には、このような音楽に対する文化的背景が少なからず影響していると考えられる。

我が国で音楽療法が認識されたきっかけとして、戦後米国で出版されたランディンとボドルスキー⁵⁾の著書が挙げられる。また、1960年代に世界的音楽療法界の権威ジュリエット・アルバン女史の来日で、音楽療法の実践的效果が注目されるようになった。1969年には芸術療法研究会（現芸術療法学会）が、1986年には日本バイオミュージック研究会（後の日本バイオミュージック学会）、1994年には臨床音楽療法協会が設立された。

我が国における資格認定音楽療法士の育成や音楽療法のさらなる展開のため、後二者の学会が1995年に合併して日本音楽療法連盟（日野原重明理事長）が発足し、2001年に日本音楽療法学会と改名され、全国組織として現在に至っている。2002年より毎年1回全国学術大会時に総会が開催され、3年に1回評議員・理事役員選挙も実施されている。他に各支部大会、研修・講習会なども開催され、2009年3月現在、同学会会員はすでに6000人を超え、飛躍的発展がみられる。

3. 高齢者に対するセッション

音楽療法を受ける対象者は、クライアントと呼ばれる。本邦でのクライアントは、高齢者（健常者、認知症患者、脳卒中患者等）から若年者（知的障害児、心身の疾病患者等）まで多岐にわたる。特に、心理的精神的な疾病を

有する患者の場合は、福祉や行政関係などの支援も含まれる。これらの中でセッション頻度が最も高いのは、さまざまな施設に入所している高齢者である。

高齢者に対するセッションの場合、症状の改善に適した目標を設定した上で臨むことが、肝要である（表2）。また、緩和ケアも含めた高齢者においては、生活の質（QOL）の向上も重要な目標となる（表3）。

2008年版の高齢者白書によると⁶⁾、総人口が減少する中、高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、2013年には4人に1人が、2035年には3人に1人が65歳以上の高齢者になると推計されている。一方、後期高齢者人口は増加を続け、2017年には前期高齢者を上回り、その後も増加傾向が続くものと見込まれている。そして加齢と共に認知症有病率が上昇し、「65歳以上の高齢者人口の認知症有病率は、2001年で7.3%だったが、2021年には、9.3%になるであろう」とされる⁷⁾。

加齢とともに心身の諸機能低下は、不可逆的現象である。そこで、認知症を回避しつつまでも元気で過ごすため、高齢者のセッションでは、次の三つの長期目標の中から選択する。そして、その目標を実現するために、さらに短期目標を設定する。

長期目標の第一は、主に健常高齢者に対して与えられるもので、心身の諸機能低下を「予防」し、認知症にならないようにする。第二は、主に中軽度認知症あるいは脳血管障害者などに対するもので、諸機能低下を「改善・維持」する。第三は、終末期の重度認知症高齢者または

表2 高齢者に対する音楽療法の目標

身体	運動能力の維持・向上・感覚訓練 不適応行動の減少
精神	長期記憶や回想への刺激 短期記憶や認知力の向上 言語能力の向上 心身両面の発散
心理	リラクゼーションの促進 ストレスの軽減 自己尊厳の回復 痛みや悩みから気分転換
対人	他者との交流への援助 楽しさ、遊び、ユーモアの場の提供 余暇活動における援助 コミュニケーション能力の向上

表3 音楽療法によるQOLの向上

心理的变化	孤独感、自信、動機づけ、充足感
身体的変化	身体機能の維持、リハビリテーション
生理的变化	ストレス発散、情緒安定、痛みの緩和
社会的変化	対人関係、社会との交流
哲学的変化	霊的(spiritual)、受容、明日への希望

緩和ケア患者に対し、もはや諸機能低下は免れないが、「QOLの向上」を目指すものである。

また、音楽療法には、個人セッションと集団セッションがあり、その選択は音楽療法士によって判断される。一般に集団になじめず、個別対応が必要な場合は、個人セッションが推奨される。特に高齢者の場合、最終的には集団セッションの中でもコミュニケーションが成立で

表4 セッションで目的に応じて活用できる曲目の例（文献8より一部抜粋）

リバイバル&カバー 世代幅が広く、人気があります	君恋し コーヒー・ルンバ 恋のバカンス 上を向いて歩こう 見上げてごらん夜の星を 明日があるさ 亜麻色の髪乙女 ブルー・ライト・ヨコハマ 学園天国 心の旅 まちぶせ ハロー・グッバイ ベッツァー・警部 ルビーの指輪 勝手にしやがれ 氷雨 元気を出して 飾りじゃないのよ涙は きよしのズンドコ節 大きな古時計 夏祭り 島唄
異国情緒 日本語以外の言葉は、ラララで歌いましょう。	月の沙漠 埴生の宿 赤いくつ 青い目の人形 憧れのハワイ航路 蘇州夜曲 コーヒー・ルンバ 東京ブギウギ 月影のナポリ テネシーワルツ 魅せられて 異邦人 ガンダーラ 飛んでイスタンブール 2億4千万の瞳 浪漫飛行 アジアの純真 ケセラセラ 雨に歌えば 虹の彼方に 女心の唄（リゴレット） イエスタディ 聖者の行進 WAになっておどろろ フニクリフニクラ（オニのパンツ）

き、社会性が維持されることが目標となる。

実際のセッションでよく使用される楽曲は、高齢者の場合ほとんどが若い頃、あるいは若い頃よく聞いたり歌ったりしたことのある童謡、唱歌、歌謡曲である⁸⁾。機能別の楽曲例として、表4をあげておこう。既に記憶の中にある楽曲を介して、クライアントの脳活動を活発にし、自発的発現を促す方法は回想療法と呼ばれ、高齢者のセッションでよく用いられる。この継続的介入は有効な脳刺激となり、クライアントを自発的な発語や歌唱・演奏意欲、生きがいへ導くとされる^{3,9)}。

4. 評価が重要ポイント

クライアントの症状改善、あるいはQOL向上という目標を持つ狭義の音楽療法では、クライアントに対する査定（アセスメント）に基づいたセッション目標に対して、どの程度達成されたのか、きちんとした評価が必要となる。その理解のため、頻度が高い高齢者の例を示す。

症 例：72歳、男性

主 訴：生活意欲の低下と不安定なQOL/ADL

現病歴：生来健康で著疾はなかった。70歳ごろから生活に対する意欲がやや低下し始め、72歳で高齢者施設へ入所。2ヵ月後ごろから、次第に生活意欲の低下や不安定なQOL/ADLがみられ、4ヵ月後に増悪してきた。

家族歴：特筆すべきことはない

表5 音楽介護評価表（板東作成）

1. 食事	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
2. 排泄	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
3. 着脱	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
4. 入浴	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
5. 歩行	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
6. 移動	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
7. ベッド上動作	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
8. 個人衛生	☐ 自立	☐ 観察誘導	☐ 一部介助	☐ 広範介助	☐ 全面介助
9. 視力	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
10. 聴力	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
11. 言語・会話	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
12. 理解・痴呆	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
13. 異常行動	☐ なし	☐ 既往あり	☐ 軽度あり	☐ 中等度	☐ 高度あり
14. 不潔行動	☐ なし	☐ 既往あり	☐ 軽度あり	☐ 中等度	☐ 高度あり
15. 不穏・興奮	☐ なし	☐ 既往あり	☐ 軽度あり	☐ 中等度	☐ 高度あり
16. 生活の意欲	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
17. レクと運動	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
18. 職員との交流	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
19. 患者間との交流	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害
20. 医師との交流	☐ 正常	☐ 十分	☐ 軽度障害	☐ 中等度	☐ 高度障害

経過：本例に対して、代替療法の一つである音楽療法セッションを実施した。対象者は本例を加えた同施設に入所している高齢者 20 例である。方法は集団的音楽療法セッションであり、頻度は週に 1 回 1 時間。内容は音楽や言葉によるコミュニケーションに加え、受動的な聴取療法や、能動的な歌唱や打楽器を用いた演奏療法なども含まれる。効果の判定はセッション前と実施後 3 カ月後の時点で、QOL/ADL に対して、板東らが提唱した「音楽評価表」による評価を 5 段階で行った（表 5）¹⁰⁾。その結果、セッション前に比して後には、着脱、入浴、歩行、移動、聴力、言語・会話、理解、生活意欲、レクと運動、職員・患者・医師との交流などのファクターに改善が認められた（図 1）。

なお、この評価表の項目と領域については、1～8) は ADL を、9～12) は感覚を、13～15) は行動を、16～20) は QOL の評価を示している。さらに、対象者が回答できる場合は長谷川式スケールを用いる。30 点満点で、21 点以上が非痴呆、20 点以下が痴呆である。回答できない場合には N 式老年者用精神状態尺度（NM スケール）を用いる。患者の身辺整理、意欲、会話、記憶、見当識についてスタッフが 10 点ずつ評価し、正常（50～48 点）、境界（47～43 点）、軽度痴呆（42～31 点）、中等度痴呆（30～17

点）、重症痴呆（16～0 点）と評価する。

5. 音楽療法の分野における評価法

ひきつづき、音楽療法の領域における特質を加味した評価法について記す。

佐治は、音楽療法セッションに参加した約 70 名の施設入居者（平均 82.1±3.3 歳）のセッション前後の行動査定と観察記録を通して、高齢者の音楽療法分野における評価を、次の 10 項目で 4 段階評価を「佐治音楽療法評価表」として提唱した（表 6）¹¹⁾。その項目は、積極性、持続性、協調性、情緒性、知的機能、歌唱演奏、手の操作、歩行、身体の手滑さ、返答である。

松井¹²⁾は従来の音楽療法研究での評価を、音楽療法診断表（一般用）と音楽療法評価表（老人用）としてまとめているが、佐治は後者の音楽療法評価表（老人用）を、自ら改訂版として新たに作成し、セッション評価の一指針として使用した³⁾。他に高齢者の音楽療法評価表に、北本（卯辰山式）評価法¹³⁾や岡崎・門間音楽療法評価表¹⁴⁾、赤星養育評価法¹⁵⁾などがある。

佐治音楽療法評価法では、対象者の中に重度認知症高齢者が含まれるため、できるだけ小さな行動変化までも汲みとる必要があるための改訂である。主な変更点は以下の通りである。

- 1) 簡潔な表現とした：たとえば A. 積極性 1. 「指示されても回避的」を、「回避的」に短縮した。
- 2) 特記すべき行動を拾いあげるために、新たな項目を追加した：これは症状が悪化しても、セッションの経過とともに、たとえば「歌唱・演奏」や「自分の名前に返答する」に変化がみられたので追加項目にした。特に音楽発現が見えない、とらえ難い重度認知症高齢者でも、自分の名前には反応できた。この返答時の表情が当日のクライアントの症状を察知する上で重要であった。
- 3) 表現方法を変えた：たとえば A. 積極性 2. 「消極的であるが、支持された活動はやろうとする」を、「参加しないが、関心を示す（目で追う）」と変更した。「目で追う」行動は、まだ「活動はやろうとする」ところまでいかない中間的発現行動であるが、次のやろうとする活動に発展する可能性の高い前行動として、認知症高齢者にとって注目すべき変化であるからである。

実際に当評価表を適用した事例を、パーキンソン病高齢者の音楽療法のセッション効果（図 2）¹⁶⁾で示そう。

症 例：3 名の PD 患者：対象者 a は 75 歳女性、ヤール I 段階、罹病約 6 年。対象者 b は 75 歳女性、ヤール II 段階、罹病約 5 年。対象者 c は 66 歳男性、ヤール

図 1 音楽療法前後における検討例

表 6 佐治音楽療法評価表

項目	評価（4段階）
A) 積極性	1. 回避的で、まったく参加しない。 2. 参加しないが、関心を示す（目でおう）。 3. 側に行くと口を動かし参加する。 4. 積極的で、喜んでとりくむ。
B) 持続性	1. まったくできない。 2. 短時間なら持続できるが、途中で場を離れる。 3. 比較的集中して持続できるが、ときに疲れてしまう。 4. 最初から最後まで集中して持続できる。
C) 協調性	1. まったくマイペースである。 2. 他者と協調しようとするが、うまくできない。 3. 受身的であるが、ときどき協調性が認められる。 4. 協力的で、ときにリーダーシップもとる。
D) 情緒性	1. 情緒表現がまったく認められない。 2. 微かに表現される（目が動くなど）。 3. 働きかければ情緒表現がある。 4. 感情の表現能力が豊かである。
E) 知的機能	1. 痴呆症状が顕著である。 2. 記憶力に問題があるが、ときどき歌詞がでてくる。 3. 学習がある程度可能であるが、維持されがたい。 4. 記憶力がよく、学習も可能である。
F) 歌唱・演奏	1. まったくできない。 2. 目や耳で聴き、身体が微かに動く。 3. みんなと一緒にであればできる。 4. 一人で正確にできる。
G) 手の操作	1. 把握力がなく、日常生活に支障がある。 2. 微かに手を動かすことができる。 3. 把握力はあるが最後まで続かない。 4. しっかり動かし、リズムに合わせることができる。
H) 歩行	1. 歩行や移動がまったく不可能である。 2. 車椅子を使用するが、すこし動ける。 3. 軽い支持が必要であるが、移動可能である。 4. 一人で歩行、移動できる。
I) 体や動作の円滑さ	1. 体は固く、姿勢の変化もできない。 2. 物をもち上げたり、運んだりすることは難しく、方向転換にも時間がかかる。 3. 体のバランスはややとれるが、早い動作は困難。 4. 体操等はほぼ正確にでき、早足、駆足もある程度できる。
J) 名前に返答する	1. まったく反応しない。 2. 名前を呼ばれたことがわかり、目が動く。 3. 名前に行動反応を示す（笑顔など）。 4. 声を出して、はっきりと反応する。

佐治順子。「認知症高齢者の音楽療法」、『認知症のリハビリテーション実践マニュアル』、全日本病院出版社、66-79、2005。
表中の F), J) は、松井評価表と大きく変更、および新たに追加した項目である。

ル III 段階、罹病約 15 年である。

主 訴：次第に薬剤量が多くなることへの不安、生活上でもすくみ現象が見られてきたことから外出や人と話すことが減少した。声がかすれてきたことから、声が出なくなることへの不安がある。

現病歴：対象者 3 名とも、PD 患者特有の振戦、姿勢保持障害、うつ傾向が認められた。特に罹病年の長い対象者 c は、既に早口で言葉が聞き取れない構音障害を有していた。

家族歴：特筆すべきことはない。

経 過：神経難病疾患の一つであるパーキンソン病疾患であるため、5 年間の経過の中で、振戦、筋肉の硬直、すくみ現象など（評価表では、手の操作、歩行、体の円滑さの項目）は、維持あるいは緩やかな低下がみられたのに対して、他の項目は評価 4 で維持された。

図 2 に示した音楽療法評価表の評価結果は、複数の音楽セッション関係者（音楽療法士らとセッション参加協力の看護師）らによる平均評価値（少数以下は四捨五入）であるが、音楽は時間芸術の一つであり、また個人によっ

音楽療法評価表の評価

図2 ステージの異なるパーキンソン患者3名の音楽療法効果¹⁶⁾

対象者 a, b, c とも 02-06 年まで図 A-F, J (積極・協調・情緒性など) は評価 4 を維持できたが, G-H (身体的機能) は経年的に評価が低下。特に対象者 b, c は I (体の円滑さ) が 5 年目に評価 2 に低下した。健常対照群は, 10 項目全て評価 4 であった。従って, 継続的音楽療法は, うつ症状や閉じこもり傾向にある PD 患者に, 情緒の安定, 協調性, 参加の楽しみや積極性など, 精神面に有効な効果が認められる。

て嗜好も全く異なるものである。そして抗生物質やステロイド薬とは異なり, 治療前後の比較を数字で明確に表すのは難しい。従って, 科学性, 普遍性, 妥当性などにも自ずと限界がある。

近年はエビデンスに基づく医療が叫ばれ, 音楽療法の領域でも報告が増えてきた。内分泌的には, 音楽聴取でストレスの際にみられるコルチゾル上昇が抑制されたり, 生演奏音楽や好みの音楽の聴取はストレスを軽減させるが, 一方で嫌いな音楽の聴取はストレスを増加させるという¹⁷⁾。また, テストステロン (T) は短時間のストレスで上昇し, 長期のストレスで減少し, 音楽の聴取に対する T 濃度の変化は男性では低下するが, 女性では上昇するとされる¹⁸⁾。心理面では, 音楽に対する影響は, 音楽経験の有無によることが報告されている¹⁹⁾。

音楽療法と認知症のキーワードでシステムティックレビューが行われ, 20 年間のオンラインデータベース (PubMed, PsycINFO) を検索し, 313 件から質の高い 74 件が評価された²⁰⁾。RCT による研究が期待されており, 不眠の改善²¹⁾ や放射線治療²²⁾ や外科手術での不安の軽減などにも, 音楽療法の効果の実証されている。

6. 音楽療法士と最近の動向

現在, 本邦で補完代替医療にかかわる職種には, 音楽療法士 (MT, music therapist), 理学療法士 (PT), 言語療法

アジア音楽療法シンポジウム
2009 (東京)

日時: 2009年3月8日(日) 12:45 ~ 16:30

場所: 日本教育会館 一ツ橋ホール

テーマ: アジアにおける音楽療法の実践と教育

パネリスト:

- 1) ヒョン・ジュ・チョン氏 (韓国) : 梨花女子大学准教授・音楽療法コース主任 (PhD)
- 2) ブッサコーン・サムロントーン氏 (タイ) : チュラロンコン大学准教授・応用美術学部長 (PhD)
- 3) スマティ・スダール氏 (インド) : ナダ音楽療法センター名誉会長 (PhD)
- 4) ティアン・ガオ氏 (中国) : 音楽療法研究センター准教授・センター長 (PhD)
- 5) パツィ・タン氏 (シンガポール) : シンガポール総合病院音楽療法士 (PhD)
- 6) 佐治 順子氏 (日本) : 宮城大学看護学部教授 (PhD)

会場:

〒100-0003
東京都千代田区一ツ橋 2-6-2
日本教育会館 一ツ橋ホール
<http://www.jec.or.jp>
<http://www.jec.or.jp/koutuu>

最寄の地下鉄駅:

半蔵門線・神保町駅 (A1)
東西線・竹橋駅 (1b)
東西線・九段下駅 (出口 6) より徒歩数分

連絡先:

日本音楽療法学会 (JMTA) <http://www.jmta.jp>
国際交流委員会委員長 佐治 順子 <sajin@myu.ac.jp>

図3 アジア音楽療法シンポジウムのポスター (日本語版)

士 (SP), 作業療法士 (OT) などがある。MT は医学, 医療, 音楽, 教育・福祉, 臨床実践の十分な知識と経験を有している。かつて, 聖路加国際病院の日野原重明氏の尽力により, 理学療法士は学会認定から国家資格となった。氏が理事長を務める日本音楽療法学会では, 音楽療法士の国家資格化に向けて活動を継続している。

近年, 音楽療法への関心や期待が高まり, 音楽療法士を志す人が増えている。日本音楽療法学会認定の音楽療法士は現在 1631 名 (2009 年 3 月) までになった。ほかに, 全国音楽療法士養成協議会による 1 種, 2 種の音楽療法士や, 地方自治体が独自に認定した音楽療法士なども誕生している。

最近の動向として, アジア地区の音楽療法シンポジウムが開催されたので簡潔に紹介したい。日本音楽療法学

会国際交流委員会がアジア 23 か国中の 6 カ国からパネリストらを迎えて, 2009 年 3 月に東京で開催し, 成功裏に終えた (図 3, 4)。本シンポジウムで各国から発表された音楽療法士の実践事情や, 音楽療法士育成のための教

図 4 アジア音楽療法シンポジウム (第二部)

表 7 アジア 6 カ国の音楽療法実践

国名	学会・協会	認定制度	MT 数
1 韓国	韓国音楽療法学会 韓国音楽療法教育学会 音楽療法臨床応用学会	学会発行 大学発行 生涯教育発行	693 名
2 タイ	×	×	2 又は 3 名
3 インド	ナーダ音楽療法センター (25 名) 音楽療法トラスト (10 名)	×	50 名 (海外認定 2 名)
4 中国	1989 年 中国専門療法協会 (200 名) 2007 年 香港音楽療法協会 (12 名) 1996 年 台湾音楽療法協会 (24 名)	2006 年 台南芸術大学	2008 年 80 名 香港 (12 名) 台湾 (24 名)
5 シンガポール	シンガポール音楽療法学会 (13 名)	×	13 名
6 日本	日本音楽療法学会	学会 自治体・協議会	1631 名

佐治順子. アジア音楽療法シンポジウム, 発表資料, 2009.

表 8 アジア 6 カ国における音楽療法教育

国名	教育機関	ガイドライン	
1 韓国	修士 (9 校) 学士 (1 校)	○	
2 タイ	Rangsit 大学	△	サブガイドライン
3 インド	修士・ディプロマ (センター, トラスト) 学士 (2 病院, 1 センター)	×	
4 中国	中央音楽学院 学士・修士 5 校 (2/5 大学 MT 教師)	テンプル大学方式 500 名学生	1989 中国音楽学院創設 1990 年代 失速 閉鎖 2007 中国専門音楽療法 士協会設立
5 シンガポール	2 校の芸術大学	×	
6 日本	大学・短大・専門学校 (26) 校・大学院	○	JMTA 資格認定校 26

佐治順子. アジア音楽療法シンポジウム, 発表資料, 2009.

育環境などを比較対照し、日本代表のパネリスト佐治が提示したので、参考にされたい(表7, 8)。一方、世界の音楽療法を概観すると、臨床実践や教育・研究においても米国や欧州がリードし、オーストラリアや日本などはスタートが遅れた。しかし、本集会でも明らかになったが²³⁾、アジア地域では、日本や韓国が今後も指導的役割を演じていくことになるであろう。

おわりに

本稿では、最新の音楽療法の現状に加え、療法効果に対する評価についても概説した。以上のように、音楽療法における評価法は、補完代替医療の他領域にも適用することができ、役立つであろう。つまり、適切な目標の設定、観察しうるマーカーの同定と測定方法、結果の入手法、考察の切り口、将来に対する方向性の設定などを考慮しなければいけない。

以上に示した各種の評価法により、音楽療法の領域でも、補完代替医療の各種の療法においても、エビデンスを重ねていくことができるものと考えられる。

参 考 文 献

- 1) Bando H. Music Therapy and Internal Medicine. Asian Journal of Med 2001; 44(1): 30-35.
- 2) 板東 浩. Dr. 板東の音楽療法シリーズ. 入門編. 東京. メディカル情報サービス. 2009.
- 3) 佐治順子. 認知性高齢者の音楽療法に関する基礎的研究, 平成17年度科研費補助金(研究経過公開促進費). 風間書房. 2006.
- 4) <http://www.jmta.jp/>
- 5) Podolsky E. Music Therapy. New York. Philosophical Library. 1954.
- 6) 内閣府. 平成20年版高齢社会白書. 1 高齢化の現状と将来像. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/20index.html>
- 7) 大塚俊男. 日本における痴呆性老人数の将来推計. 日精協誌. 2001; 20(6): 65-69.
- 8) 森岡由紀. 実際に使える曲目集. 第7章音楽療法音楽技術歌唱全般. 笠嶋道子・吉川武彦監修. 音楽療法. クオリティケア. 2009; 187-190.
- 9) 川島隆太. 高次機能のブレイン・イメージ. 神経心理学コレクション. 医学書院. 2002.
- 10) 板東 浩. 癒しの音楽を考える. 日野原重明, 篠田知璋編. 新しい音楽療法. 音楽之友社. 2001; 77-93.
- 11) 佐治順子. 認知性高齢者の音楽療法. 認知症のリハビリテーション実践マニュアル. 全日本病院出版社. 2005; :66-79.
- 12) 松井紀和. 方法と評価. 桜林仁監修. 音楽療法研究第一線からの報告. 音楽の友社. 1996; 41-80.
- 13) 北本福美. 老いの心と向き合う音楽療法. 音楽の友社. 2002; 104-115.
- 14) 岡崎香奈, 門間陽子. 記録と評価を考える—高齢者集団音楽療法モデル評価表—. 東京音楽療法協会第4回音楽療法講習会資料. 1993; 13-18.
- 15) 赤星建彦, 赤星多賀子, 加藤みゆき. 痴呆老人に対する療育音楽評価表と機能評価. 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. 1996; 11-28.
- 16) 佐治順子他. パーキンソン病患者の音楽療法効果. 日本神経治療学会学術大会. 2007.
- 17) 佐治順子, 佐治量哉. 認知症高齢者の音楽療法. Monthly book medical rehabilitation. 2005; 54: 66-79.
- 18) 福井 一, 豊島久美子. 音源及び音楽嗜好が内分泌変化に及ぼす影響. 日本音楽療法学会誌. 2004; 4(2): 168-180.
- 19) 吉岡明代, 板東 浩, 吉岡稔人. 音楽経験がエゴグラムの改善に与える影響. 日本音楽療法学会誌. 2004; 4(2): 191-197.
- 20) 渡辺智行, 福田博美, 宮尾 克. 痴呆性高齢者に対する音楽療法に関するシステムティックレビュー. 愛知教育大学研究報告. 2005; 54: 57-61.
- 21) Lai HL, Good M. Music improves sleep quality in older adults. J Adv Nurs 2005; 49(3): 234-244.
- 22) Clark M, Isaacks-Downton G, Wells N, et al. Use of preferred music to reduce emotional distress and symptom activity during radiation therapy. J Music Ther 2006; 43(3): 247-265.
- 23) アジア音楽療法・シンポジウム(東京) in 2009. 2008年度日本音楽療法学会主催研修講習会資料. 日本音楽療法学会. 2009.

ABSTRACT

Evaluation in the Music Therapy

Hiroshi BANDO¹, Nobuko SAJI²

¹ *Japanese Music Therapy Association, representative, the member of the International Committee*

² *Japanese Music Therapy Association, executive board, the chairman of the International Committee*

Music therapy(MT) is generally classified into recreational MT in broad sense and therapeutic MT in the narrow meaning. In the latter cases, observing and evaluating the case is necessary. The MT sessions are held rather common for the aged people. We must set a long-term goal in response to the cases; to prevent the reducing mental/physical function and to avoid dementia for the healthy people, to maintain/improve the various functions for the patients with dementia and cerebral vascular accident (CVA), to aim the advancement of QOL for the patients with severe status or in the palliative care. Various evaluating methods are seen: Bando proposed 20 items including sensation, behavior and ADL/QOL; Saji proposed 10 items including activity, persistence, cooperation, emotion, intelligence, singing/playing, handling, walking, smooth action, verbal response. Matsui summarized general MT diagnostic table and MT evaluation table for the aged, and other methods by Kitamoto (Utatsuyama), Okazaki/ Monma, and Akaboshi are seen. The number of the music therapists registered by Japanese Music Therapy Association is increasing, and 1st Asian International Symposium of Music Therapy was held in March 2009. Thus, MT has become more important in Complementary and Alternative Medicine (CAM).

Key words: music therapy, evaluation, music therapist, Asian International Symposium, Complementary and Alternative Medicine (CAM)