

# Nara Women's University

## 高齢者福祉施設の音楽療法的活動に対する反応とその効果を高めるための空間的諸条件に関する研究

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2018-10-24 キーワード (Ja): 音楽療法的活動, 高齢社会対策問題, 高齢福祉施設, 特別養護老人ホーム キーワード (En): 作成者: 大江, 宮子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10935/5117">http://hdl.handle.net/10935/5117</a>

## <目次>

### 論文概要

<b>第1章 序論</b> -----	
1-1 研究の背景	1
1-2 研究の目的	10
1-3 研究の方法	11
1-4 既往研究の検討	12
1-4-1 音楽療法の効果に関するもの	12
1-4-2 音楽指導者に関するもの	13
1-4-3 音楽プログラムに関するもの	14
1-4-4 音楽療法空間に関するもの	15
1-5 本研究の位置づけ	15
1-6 本論文の構成と各章の概要	16
1-7 用語の定義	17
第1章の引用文献・資料	
<b>第2章 音楽療法について</b> -----	
2-1 音楽療法の実施状況	25
2-2 音楽療法の歴史	31
2-3 音楽療法の問題点	32
第2章の参考文献・資料・注釈	
<b>第3章 高齢福祉施設で行われる音楽療法的活動の現状と音楽指導者の評価</b> ---	
3-1 本章の目的	34
3-2 調査時期・対象	34
3-3 調査内容	34
3-4 結果	34
3-5 空間的特徴と利用方法	53
3-6 音楽指導者の満足度	54
3-7 結論	54
<b>第4章 特別養護老人ホームで行われる音楽療法的活動の評価と療法後の生活の変化</b>	
4-1 本章の目的	56
4-2 調査方法	56
4-3 結果	58
4-4 音楽反応の属性別傾向	65
4-5 生活の変化の属性別傾向	69
4-6 属性別総和得点の平均値	73

4-7	施設別傾向	74
4-8	音楽反応と生活の変化の統計的解析	75
4-9	結論	76

## 第5章 デイサービスで行われる音楽療法的活動の評価と療法後の生活の変化—

5-1	本章の目的	77
5-2	調査方法	77
5-3	結果	78
5-4	音楽反応の属性別傾向	86
5-5	生活の変化の属性別傾向	89
5-6	属性別総和得点の平均値	93
5-7	施設別傾向	93
5-8	音楽反応と生活の変化の統計的解析	95
5-9	結論	97

## 第6章 有料老人ホームで行われる音楽療法的活動の評価と療法後の生活の変化—

6-1	本章の目的	98
6-2	調査方法	98
6-3	結果	98
6-4	音楽反応の属性別傾向	108
6-5	生活の変化の属性別傾向	112
6-6	属性別総和得点の平均値	116
6-7	施設別傾向	116
6-8	音楽反応と生活の変化の統計的解析	117
6-9	結論	118

## 第7章 高齢者の音楽療法的活動の評価

### 特別養護老人ホーム・デイサービス・有料老人ホームを対象に—

7-1	本章の目的	119
7-2	結果	119
7-3	音楽指導者について	121
7-4	音楽プログラムについて	122
7-5	音楽療法空間について	122
7-6	結論	127

## 第8章 研究の総括と提言—

8-1	本章の目的	130
8-2	各章の要約	130
8-3	高齢福祉施設で実施されている音楽療法的活動についての提言	134
8-4	今後の課題	135

資料

---

1.	本論文に関する業績一覧	138
2.	学会発表論文	139
3.	謝辞	140

## 第1章 序論

### 1-1 研究の背景

#### 1-1-1 研究の背景

昨今、超高齢社会をめぐる様々な問題がクローズアップされている。「認知症」「高齢者介護」「高齢者虐待」「高齢者の一人暮らし」「高齢者を取り巻く事件」など高齢者問題は深刻である。1970年には当時の定義では、60歳以上の人口は739万人、総人口に占める割合（高齢化率）は7.1%であり1994年には14%と倍になり2000年には65歳以上の人口は2187万人、高齢化率は17.2%になった。2015年10月1日現在、1億2,711万人65歳以上の高齢者人口は3,392万人である。国立社会保障・人口問題研究所の推計<sup>1)</sup>65歳以上を男女別にみると、男性は1,466万人、女性は1,926万人で、性比（女性人口100人に対する男性人口）は76.1である。「65～74歳人口」（前期高齢者）は1,752万人、総人口に占める割合は13.8%。「75歳以上人口」（後期高齢者）は1,641万人、総人口に占める割合は、12.9%になった。総人口が減少するなかで、2017年には、高齢化率は上昇し27.3%を超え高齢者人口は、いわゆる「団塊の世代」（昭和22（1947）～24（1949）年に生まれた人）が65歳以上となる平成27（2015）年には3,392万人となり、その後も増加。2042年に3,878万人でピークを迎える。その後は減少に転じるが高齢化率は上昇すると推計される。平成72（2060）年には高齢化率は39.9%に達し、2.5人に1人が65歳以上。平成72（2060）年には75歳以上人口が総人口の26.9%となり4人に1人が75歳以上である（図1-1）。また、高齢者の要介護者等数は急速に増加しており、特に75歳以上で割合が高く、65歳以上の要介護者等認定者数は平成24（2012）年度末で545.7万人であり、平成13（2001）年度末から258.0万人増加している。75歳以上で要介護の認定を受けた人は75歳以上の被保険者のうち23.0%を占める。

また、諸外国と比較すると日本の老年人口の割合は、2050年にはイタリアについて第2位となり、ドイツ、フランス、スウェーデン、英国、韓国、中国の順と予測され高齢化の進行は世界的に共通するものである。先進諸国の高齢化率<sup>2)</sup>を比較してみると、我が国は1980年代までは下位、90年代にはほぼ中位であったが、平成17（2005）年には最も高い水準となり、今後も高水準を維持していくことが見込まれている。高齢化の速度について、高齢化率が7%を超えてからその倍の14%に達するまでの所要年数（倍加年数）によって比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、アメリカが72年、比較的短い英国が46年、ドイツが40年に対し、我が国は、昭和45（1970）年に7%を超えると、その24年後の平成6（1994）年には14%に達した。しかし、足元ではその伸び率は鈍化している。一方、アジア諸国に目を移すと、韓国が18年、シンガポールが20年、中国が23年など、今後、一部の国で、我が国を上回るスピードで高齢化が進むことが見込まれている（図1-2）。

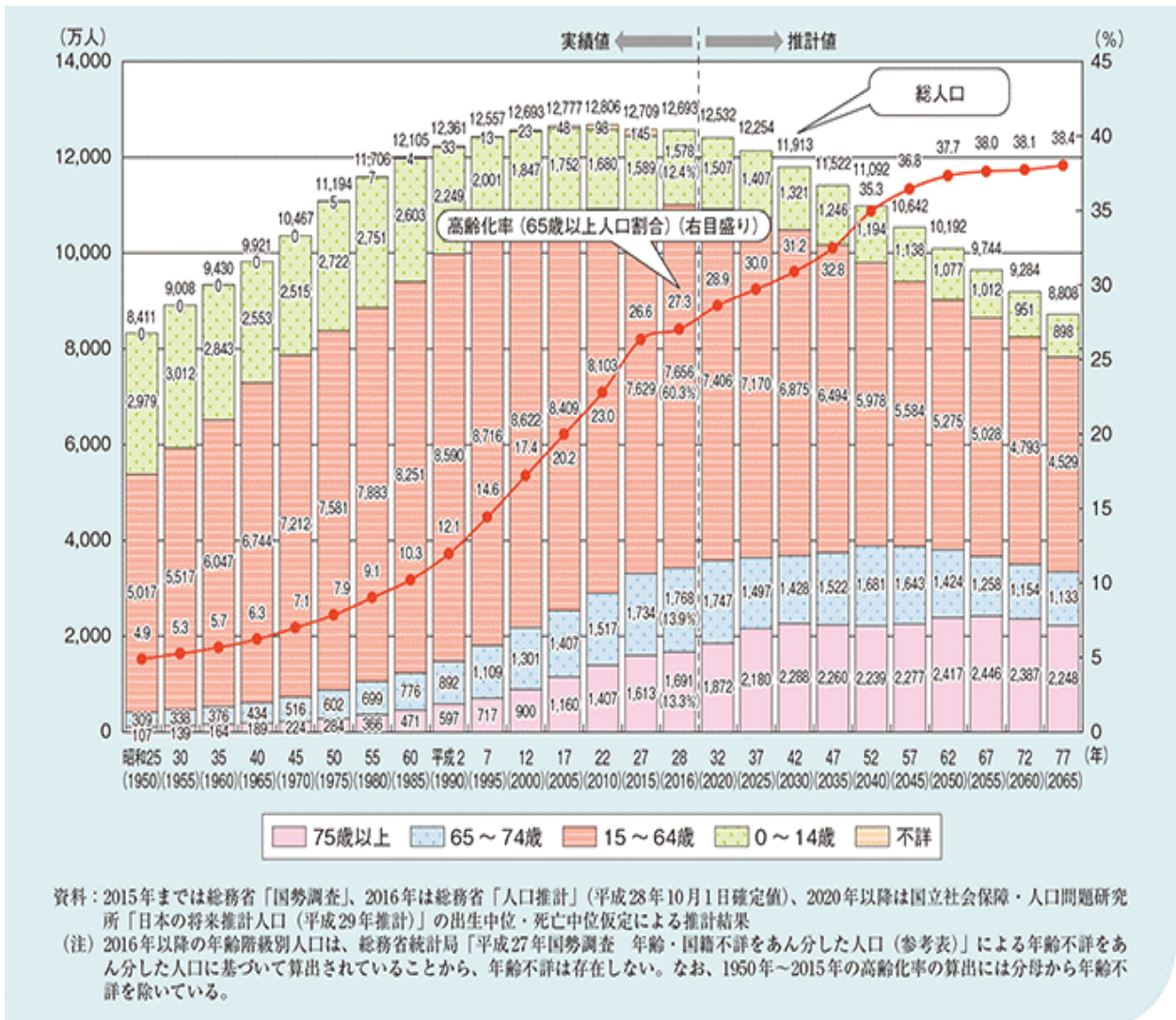


図 1-1 高齢化の推移と将来推計

出典：国立社会保障・人口問題研究所「高齢社会白書将来推計人口報告（2017年度版）<sup>1)</sup>より転載

また現実問題として、高齢化と共に、核家族化や少子化が進み、さらに、女性の社会進出や共働きの家族の増加（図 1-3）など、家庭環境が大きく変わろうとしている。核家族化や少子化により、多世代同居が定着していた時代のように、家族が祖父母を見る、また、祖父母が孫をサポートするのが、当たり前の生活は減少した。そのことにより、核家族化が定着した現代の社会は、高齢者の支援は社会が担う形に移行してきた。しかし、介護の現場では、賃金の割には労働力がきつく、介護職離れが深刻である。国も高齢者が安心して暮らせるように、様々な支援を考え取り組んでいるが、高齢者の孤立、高齢者を取り巻く事件があとを絶たない。高齢者が安心して暮らせるように支援する取り組みが早急に求められている。

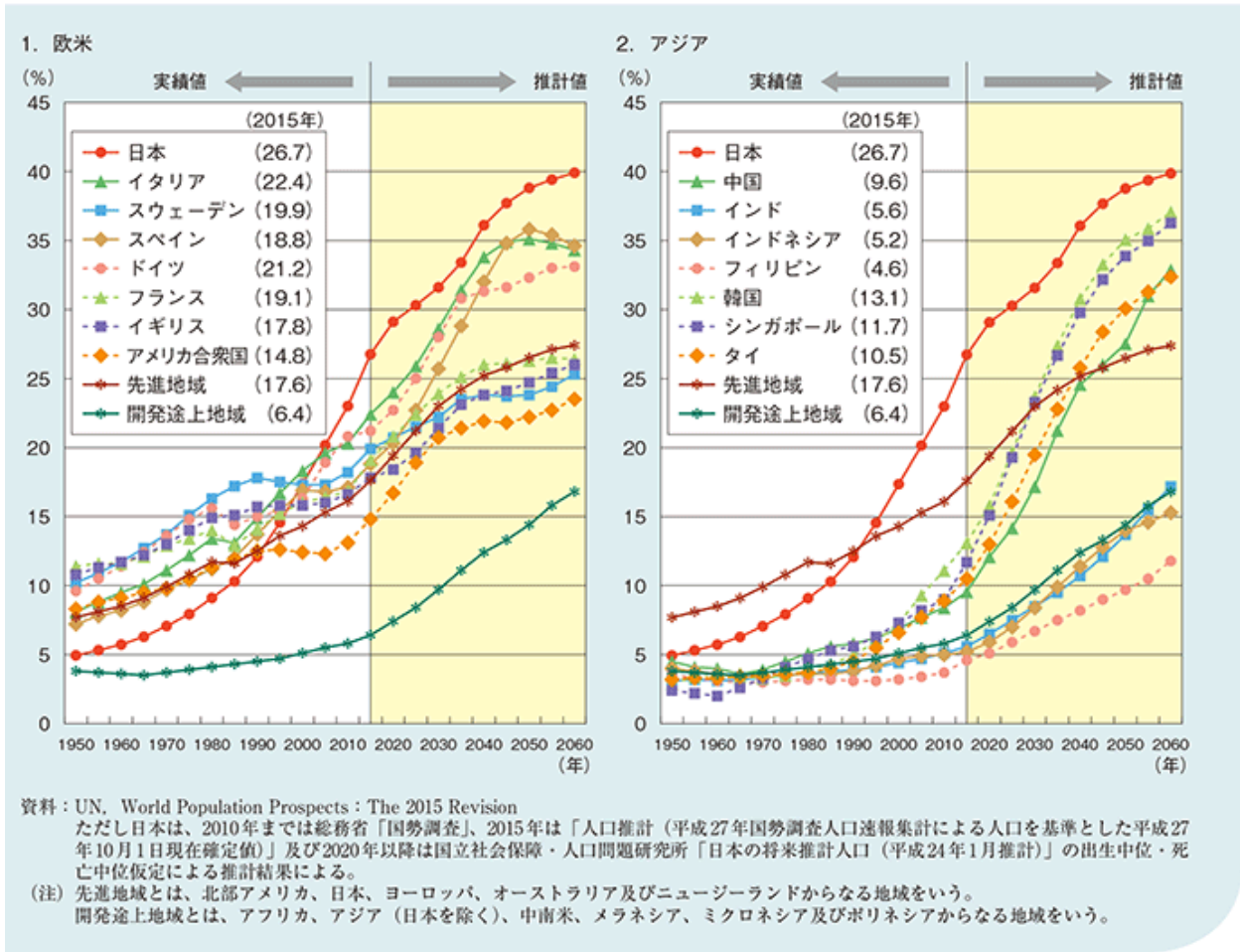


図 1-2 世界の高齢化率の推移

出典：内閣府「高齢社会白書（2017年度版）」<sup>2)</sup>より転載

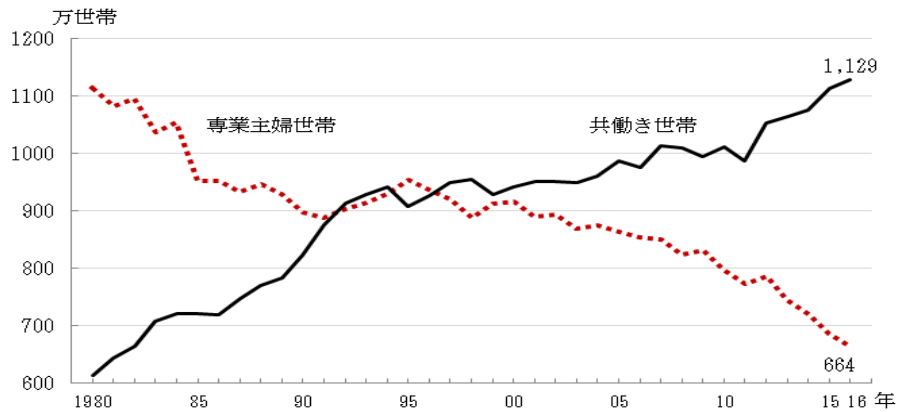


図 1-3 専業主婦世帯と共働き世帯

出典：厚生労働省「厚生労働白書（2017年度版）」<sup>3)</sup>より転載

花岡<sup>4)</sup> 岡田<sup>5)</sup> 林谷・田中<sup>6)</sup>らは、高齢者をめぐる問題が大きくなった背景や特徴をまとめています。その一つは、高齢者の環境や孤立化の進行で高齢者が社会との接触が減っていることで、地域社会との交流が乏しくなったことを挙げている。二つには、高齢者の貧困、生活の格差が広がっていることも挙げられている。三つ目として、核家族化が増え、認知症になった高齢者などは家で面倒を看られなくなったことなどである。さらに四つ目として、介護職離れで十分な介護ができないことが挙げられている。

そこで、高齢者に対する不安・負担、悩みを抱える家族に対して高齢者支援がもっと必要とされるのではないかと考える。今後、高齢者支援が施設にとり効果があるか注目されるところではないだろうか。また高齢者をめぐる問題に関わり、高齢者支援が困難な点からも基本となる高齢者支援低下が懸念される。

高齢者支援低下については、75歳以上の後期高齢者の増加であることも考えられる。2018年には前期高齢者を上回ると予想されている。そのような中、介護保険認定者数も増え続けている。特に75歳以上で割合が高く、65歳以上の要介護者等認定者数は平成24(2012)年度末で545.7万人であり、13(2001)年度末から258.0万人増加している。75歳以上で要介護の認定を受けた人は75歳以上の被保険者のうち23.0%を占める(図1-4)。しかし、2017年4月に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」が衆議院本会議において可決され、国会で成立する見通しになった。この成立により、2018年度介護保険制度改正の大枠が固まった。高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにすることを目的とする。そのことにより、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担率を3割に引き上げる。介護保険の第2号被保険者(40歳~64歳)の保険料については現在の負担方法である加入者に応じて負担する「加入者割」から段階的に報酬額(収入)に比例して負担する「総報酬割」に移行する。今回の改正案では、市町村の権限強化として、財政的インセンティブが新たに導入される。これは、自立支援や介護予防などで成果を上げている市町村やそれを支援する都道府県を評価し、国からの交付金を増額するものである。

医療と介護の連携の推進については、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設される。これは、現行の介護療養型医療施設(介護療養病床)が平成2018年3月末に廃止される措置への対応策である。また、共生型サービスも創設され地域共生社会を実現するものである。



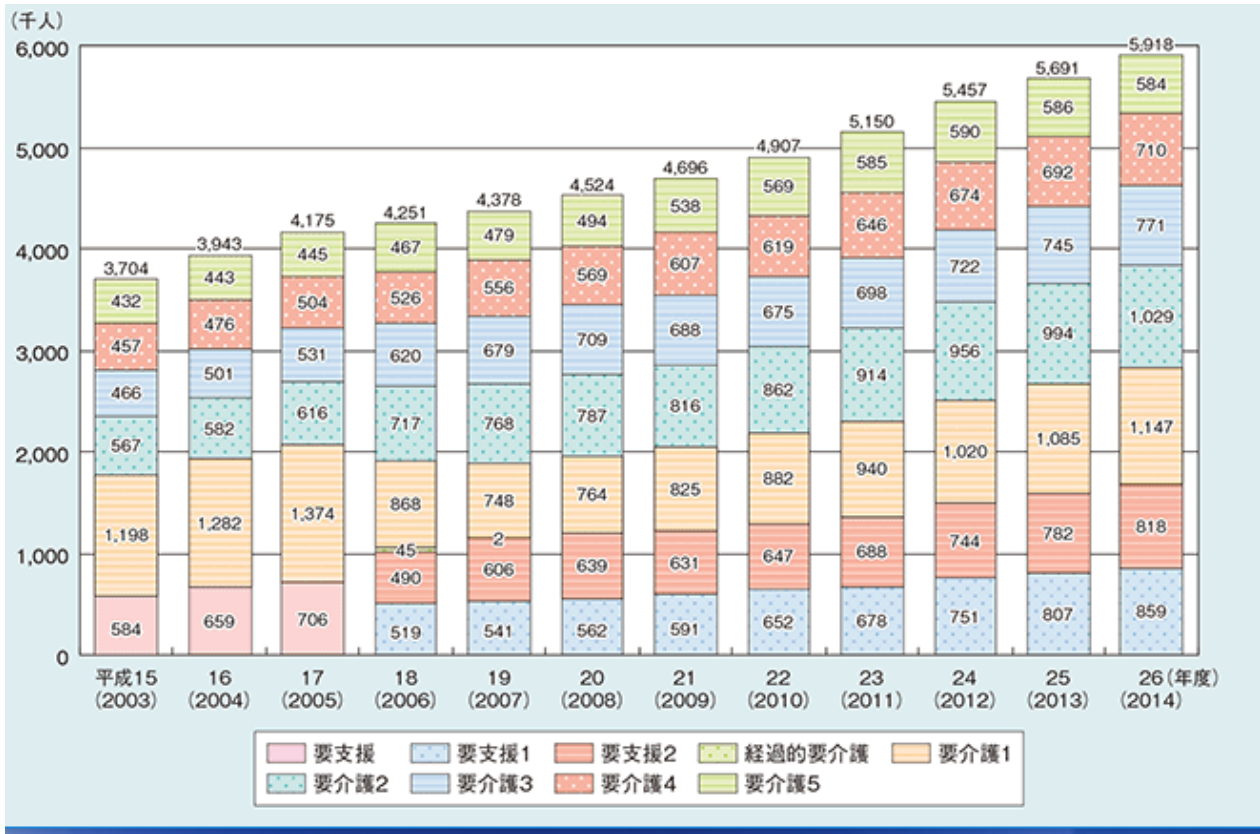


図 1-4 介護保険認定者数

出典：厚生労働省「厚生労働白書（2017年度版）」<sup>7)</sup>より転載  
 （第1号被保険者（65歳以上）の要介護保険別認定者数の推移）

以上のような超高齢社会を迎えた現代社会、高齢社会対策は2つに分けられる。1つは、自立した生活を送ることが困難になった要介護者の支援、もう1つは要介護状態に至る期間を長くして高齢期を長期間送るための支援である。

我が国の高齢社会対策の基本的枠組みは、「高齢社会対策基本法」<sup>8)</sup>（平成7年法律129号）に基づいている。同法は参議院国民生活に関する調査会の提案により、平成7年11月に衆参両院ともに、全会一致をもって成立し、同年12月から施行された。国が講ずべき高齢社会対策の基本的施策として、就業及び所得、健康及び福祉、学習及び社会参加、生活環境などの施策について以下のように明らかにしている。

### 1-1-2 高齢者対策<sup>8)</sup>

平成25年4月に開始した健康日本21（第二次）に基づき、企業、関係団体、地方公共団体などと連携し、健康づくりについて取組の普及啓発を推進する「スマート・ライフ・プロジェクト」を引き続き実施していく。さらに、健康な高齢期を送るためには、壮年期からの総合的な健康づくりが重要であるため、市町村が健康増進法に基づき実施している健康教育、健康診査、機能訓練、訪問指導等の健康増進事業について一層の推進を図る。要介護状態等になることを予防し、要介護状態等になった場合でもできるだけ地域において自立した日常生活を営むことができるよう市町村における地域の実情に応じた効果的・

効率的な介護予防の取組を推進する。平成 27 年度から開始された「介護予防・日常生活支援総合事業」は、多様な生活支援の充実、高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり、介護予防の推進等を図るものであり、引き続き地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村の取組を支援していく。

### 1-1-3 必要な介護サービスの確保<sup>8)</sup>

地域住民が可能な限り、住み慣れた地域で介護サービスを継続的・一体的に受けることのできる体制（地域包括ケアシステム）の実現を目指すため、訪問介護と訪問看護が密接に連携した「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能をあわせ持つ「看護小規模多機能型居宅介護」等の地域密着型サービスの充実、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者の住まいの整備、特定施設入居者生活介護事業所（有料老人ホーム等）を適切に運用するための支援を進める。あわせて、介護人材の確保のため、平成 28 年度に引き続き、地域医療介護総合確保基金の活用により、「参入促進」「労働環境の改善」「資質の向上」に向けた都道府県の取組を支援するとともに、離職した介護人材の再就職支援のため、介護職に 2 年間の勤務で返済を免除する再就職準備金の貸付、介護職を目指す学生に、介護職に 5 年間の勤務で返済を免除する学費貸付、ボランティアを行う中高年齢者への入門的研修・職場体験の実施等の取組を行っていく。加えて、29 年度に、臨時に介護報酬改定を行い、介護職員処遇改善加算を拡充し、介護職員一人あたり月額平均 1 万円相当の処遇改善を実施する。

### 1-1-4 認知症高齢者支援施策の推進<sup>9)</sup>

平成 27 年 1 月に策定した「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」<sup>9)</sup>では、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、若年性認知症施策の強化、認知症の人の介護者への支援、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、認知症の人やその家族の視点の重視として 7 つの柱を掲げており、これらに沿って総合的に推進していく。（厚生労働省）

7 つの柱とは、①認知症の理解を深めるための普及・啓発の推進②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護などの提供。③若年性認知症対策の強化④認知症の人の介護者への支援。⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進。⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進。⑦認知症の人やその家族の支援の重視。平成 28 年 3 月の認知症高齢者の列車事故における最高裁の判決を踏まえ、認知症の方による事件、事故に社会としてどのように備えていくのか、「認知症高齢者等におけるやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議」においてワーキンググループを開催し、トラブル・事故等の実態把握の方法などについて検討を行った。ワーキンググループにおける検討結果を踏まえ、事故等の未然防止・早期対応として、徘徊・見守りの体制整備について、都道府県が未実施市町村の支援や広域での体制整備を推進する。認知症サポーターが地域の見守り体制で活躍している事例などを広め、

より効果的に活動できる仕組みづくりなどを、また、起こりうる損害への備え・事故等が起こった場合の損害への対応として、民間保険の紹介・普及等を、今後進めていくこととしている。

#### 1-1-5 高齢者医療制度について<sup>8)</sup>

制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担を求める観点から、低所得者や急激な負担増となる方に配慮した上で、70歳以上の高齢者の高額療養費制度の算定基準額を平成29年8月から段階的に見直すとともに、後期高齢者医療制度発足時における激変緩和措置として実施されてきた保険料軽減措置を、29年度から段階的に本則に戻すこととしている。また、被用者保険者の後期高齢者支援金について、総報酬割部分（平成28年度は3分の2）を引き上げ、29年度から全面総報酬割とする。さらに、後期高齢者の特性に応じた専門職による訪問指導等のモデル事業を引き続き実施するとともに、事業の効果検証等を踏まえ、平成29年度に後期高齢者医療広域連合が実施するフレイル対策等の保健事業のためのガイドラインを策定し、30年度から全国展開を図ることとしている。基本報酬のサービス提供時間区分を原稿の2時間ごとから1時間に見直す。厚生省が示したデータによると、実際の提供時間は「3時間以上⑤時間未満」で3時間半未満が8割を超え、「7時間以上9時間未満」では7時間半未満が6割でありこうした実態を踏まえた見直しとしている。訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。訪問介護事業所における更なる人材確保の必要性を踏まえ、介護福祉士等は身体介護を中心に担うこととし、生活援助中心型については、人材の裾野を広げて担い手を確保しつつ、質を確保するため、現在の訪問介護員の要件である130時間以上の研修は求めないが、生活援助中心型のサービスに必要な知識等に対応した研修を修了した者が担うこととする。このため、新たに生活援助中心型のサービスに従事する者に必要な知識等に対応した研修課程を創設することとする。その際、研修のカリキュラムについては、初任者研修のカリキュラムも参考に、観察の視点や認知症高齢者に関する知識の習得を重点とする。（カリキュラムの具体的な内容は今年度中に決定する予定）【省令改正、告示改正、通知改正】また、訪問介護事業所ごとに訪問介護員を常勤換算方法で2.5以上置くこととされているが、上記の新しい研修修了者もこれに含めることとする。この場合、生活援助中心型サービスは介護福祉士等が提供する場合と新研修修了者が提供する場合とが生じるが、両者の報酬は同様とする。なお、この場合、訪問介護事業所には多様な人材が入ることとなるが、引き続き、利用者の状態等に応じて、身体介護、生活援助を総合的に提供していくこととする。介護の目指すべき姿は以下のような専門性の高い人材を確保する、富士山型であると指摘している。社保審参考資料1と介護報酬改定率を示す。

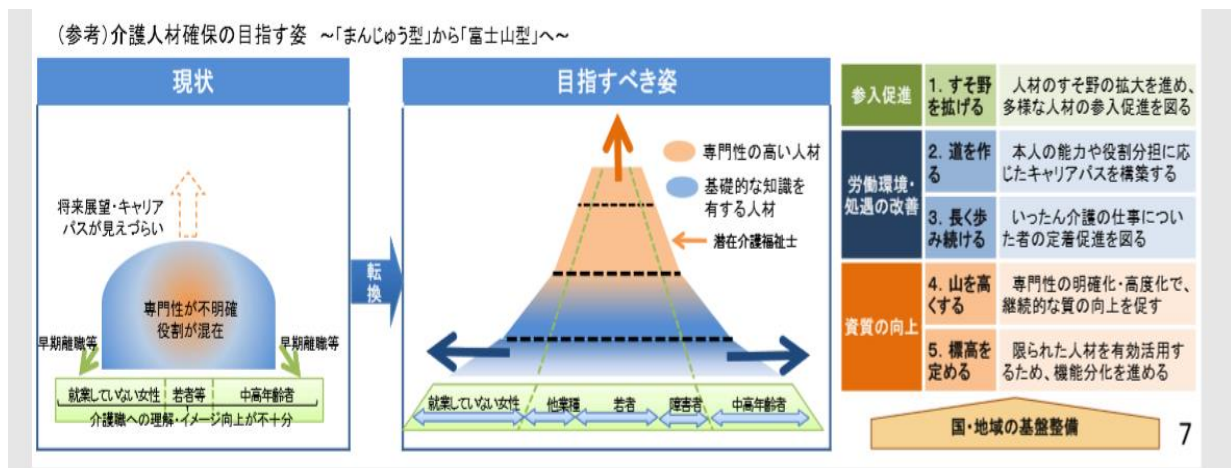


図 1-5 生活援助中心型の担い手の拡大

出典：厚生労働省「厚生労働白書(2018年版)」<sup>10)</sup>より転載

表 1-1 介護報酬の改定率

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立</li> <li>○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価</li> <li>○ 施設サービスの質の向上と適正化</li> </ul>	▲2.3%
平成17年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し</li> <li>○ 食費に関連する介護報酬の見直し</li> <li>○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し</li> </ul>	
平成18年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中重度者への支援強化</li> <li>○ 介護予防、リハビリテーションの推進</li> <li>○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立</li> <li>○ サービスの質の向上</li> <li>○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化</li> </ul>	▲0.5%[▲2.4%] ※[ ]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護従事者の人材確保・処遇改善</li> <li>○ 医療との連携や認知症ケアの充実</li> <li>○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証</li> </ul>	3.0%
平成24年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅サービスの充実と施設の重点化</li> <li>○ 自立支援型サービスの強化と重点化</li> <li>○ 医療と介護の連携・機能分担</li> <li>○ 介護人材の確保とサービスの質の評価</li> </ul>	1.2%
平成26年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 消費税の引き上げ(8%)への対応                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本単位数等の引き上げ</li> <li>・ 区分支給限度基準額の引き上げ</li> </ul> </li> </ul>	0.63%
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化</li> <li>○ 介護人材確保対策の推進</li> <li>○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築</li> </ul>	▲2.27%
平成29年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護人材の処遇改善</li> </ul>	1.14%
平成30年度改定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括ケアシステムの推進</li> <li>○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現</li> <li>○ 多様な人材の確保と生産性の向上</li> <li>○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保</li> </ul>	0.54%

出典：厚生労働省「厚生労働白書(2018年版)」<sup>11)</sup>より転載

このような状況の中で、国もただ眺めているのではなく、高齢者が元気に暮らすために、アンケート調査の実施やリーフレットの配布などがなされている。特に、内閣府が実施し

た「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」<sup>12)</sup>によれば、自主的なグループ活動への参加状況についてみると、60歳以上が61.0%（2013年）がなんらかのグループ活動に参加したことがあり、10年前と比べると、6.2ポイント、20年前から比べると18.7ポイント増加している具体的な活動は、「健康・スポーツ」（33.7%）、「趣味」（21.4%）「地域行事」（19.0%）となっている。グループ活動に参加してよかったことは、「新しい友人を得ることができた」（48.8%）生活に充実感ができた」（46.0%）、「体力に自信がついた」（44.4%）だった。生涯学習については、「音楽・美術・書道」24.9%、「料理・洋裁」が9.3%、「語学」は9.2%と芸術に関することに参加していた。また、高齢者の世代間交流については、6割の高齢者が若い世代と交流したいと回答している。この結果から健康に関心を持ち、新しい友人と交流を持つことが良かったと感じ、音楽など芸術に関することに興味をもち参加していることがわかる。

**表 1-2 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査**

活動	健康・スポーツ	33.7%
	趣味	21.1%
	地域行事	19.0%
良かったこと	新しい友人ができたこと	48.8%
	生活に充実感ができたこと	46.0%
	体力に自信がついたこと	44.4%
生涯学習	音楽・美術・書道	24.9%
	料理・洋裁	9.3%
	語学	9.2%

出典：内閣府「高齢者の地域への参加に関する意識調査」<sup>12)</sup>より転載

また、要介護状態に至る期間を長くして高齢期を長期間送るために、高齢者が集え楽しむ場といえば、デイサービスが挙げられる。デイサービスはただ一日を交流の場として過ごすのではなく、多種多様なサービスが期待されている。高齢者が、少しでも、健康な日常を送るためにどのような役割を果たすか大いに期待される場所である。また、自立した生活を送ることが困難になった要介護者は特別養護老人ホームやグループホームなど、様々な高齢者福祉施設がある（図 1-5）。

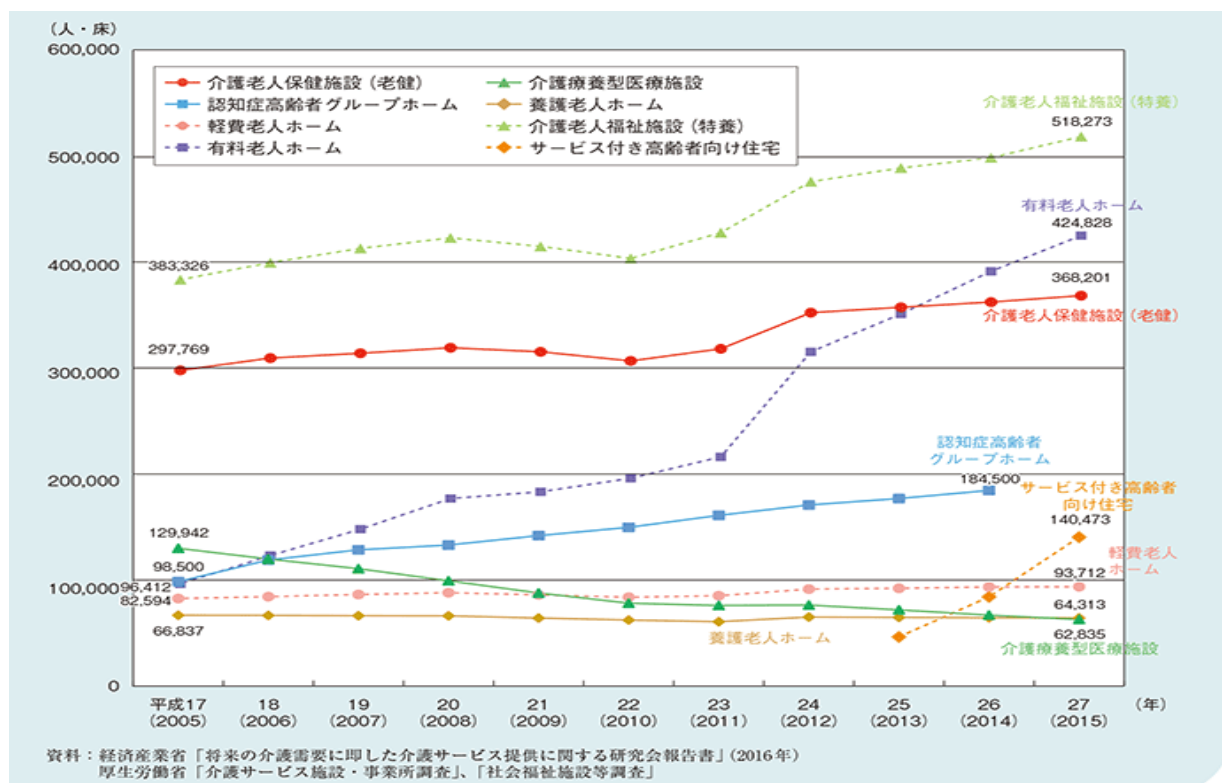


図 1-6 介護施設などの定員数（病床数の推移）

出典： 内閣府「高齢社会白書（2017年度版）」<sup>13)</sup>より転載

以上のようなことから、自立した生活を送ることが困難になった要介護者は高齢福祉施設の果たすべき役割への対応が求められ、一方で要介護状態に至る期間を長くして高齢期を長期間送るための支援は、デイサービスなどでの支援が拠点となり一層充実していく必要がある。そのような高齢者支援対策の一つに余暇活動として音楽療法が注目されている。全国の社会福祉協議会に、電話でのヒアリングを行ったところ社会福祉協議会が音楽療法を定期的に行っている施設を把握していたのは14施設にすぎなかった。指導者については、どこに依頼してよいか分からない、音楽療法士に指導してもらうのは、経済的な理由で依頼することが出来ず施設職員が行っているのが現状であった。また、比較的介護度の高い入居者がおられる特別養護老人ホームにおいては、認知症患者には音楽療法は必要ないと言われる施設もあった。厚生労働省によると、全国の介護予防サービスの事業書数<sup>14)</sup>は、介護予防訪問介護が33,060事業所、介護予防通所介護が39,383事業所、介護サービスの事業所数をみると、訪問介護が33,911事業所、通所介護が41,660事業所となっている。介護保険施設では、介護老人福祉施設が7,249施設、介護老人保健施設が4,096、介護療養型療養施設が1,520となっている。

## 1-2 研究の目的

本研究では、1-1で述べたような背景をうけて、加齢や身体能力低下やその他の理由でデイサービスや高齢福祉施設入居などで介護支援を受ける中で音楽療法を受け、その音楽に対する反応と施療後の生活の変化について知見を得ることを目的とする。さらに、その結果から高齢者にとって、音楽療法の指導者は音楽療法士が行うのか、それ以外のボラン

ティアや元教員などが適しているのか、さらに、音楽のプログラムは歌唱や楽器を使用して演奏するのか、また、脳トレーニングや発声練習をするのがよいのか、音楽空間については、屋内から見る事が出来ないドアやカーテンが閉じられた空間か、食堂やエントランスなど誰からもみることが出来る開放空間が適しているのか否かを検討する。

本研究では、前述した目的のために、施設に入居する高齢者やデイサービスに通う高齢者に余暇活動の一つとして、音楽療法の動向を述べ、音楽療法の実態把握など全国の社会福祉協議会の協力を得て多角的に分析を行う。特に、我が国は、認知症患者が急増し深刻な問題である。そのため音楽療法を先駆的に行い、かつ定期的に行っている高齢福祉施設の音楽療法に着目し音楽療法的活動が果たす役割に関する具体的な方策として音楽療法に対する高齢者の音楽の反応を見る。課題解決の方法として、高齢者にとって良い音楽指導者、音楽プログラム、音楽空間を提案し幅広い観点から考えていきたい。本研究の目的は、主として「高齢者の音楽療法に対する反応と療法後の生活の変化」であるが、研究に当たっては、以下の点を目的とした。

- ① 音楽療法的活動の現状について検討する。
- ② 高齢者の音楽療法的活動に対する反応を属性別、施設別に評価する。
- ③ 高齢者の音楽療法的活動後の生活の変化を明らかにする。
- ④ 高齢者の音楽療法的活動に対する反応を、指導者、音楽プログラム、空間別に検討する。
- ⑤ ①～④を踏まえて高齢者の音楽療法的活動を提案する。

### 1-3 研究の方法

本研究は、主に音楽療法の観察調査とアンケート調査から成り立っている。まず、音楽療法的活動の現状を把握することを目的に、高齢福祉施設を対象に、全国（北海道・東北地方は震災のため除く）の社会福祉協議会の協力を得て電話によりヒアリングを行った。社会福祉協議会が先駆的に高齢者福祉施設で音楽療法を行っている施設を把握していたのは京都府 9 施設、大阪府 2 施設、奈良県 1 施設、岐阜県 1 施設、鹿児島県 1 施設、計 14 施設だった。14 施設を対象に音楽療法の実態を知るため施設を訪問し施設職員と音楽指導者にヒアリング調査を実施した。（鹿児島においては電話でヒアリング調査を実施した）。天井の高さは筆者が測定し、音楽指導者に対するアンケート調査は（音楽の時間帯・ピアノの設置場所・楽器の数・部屋の広さ）など 11 項目に関しては後日郵送にて回収した。また、近畿地方の 17 施設を対象に音楽療法に対する反応と療法後の生活の変化について属性別、施設別に分析した。また、療法後の生活の変化を明らかにする。（療法後にアンケート調査を行うため、アンケートに答えられない認知症の方は対象外とした）。調査の概要に関しては、表 1-3 に簡単に示し、詳細については各章で論ずることとする。

表 1-3 調査概要

	調査概要	調査時期	関連章
1	調査1 調査内容：音楽療法が行われる空間・音楽指導者の満足度・音楽プログラムの取り組み 調査対象：高齢福祉施設で行う音楽療法14施設(全国から抽出、北海道・東北は震災のため除く) 調査方法：現地調査・音楽指導者にヒアリング・担当者への電話によるヒアリング 建物の調査(天井の高さ・防音・窓・壁などの設備) 平面図を施設より提供していただき筆者図面作成	2011年4月～2014年1月	3章
2	調査2 調査内容：音楽療法の観察調査・生活の変化について職員にアンケート 調査対象：特別養護老人ホーム(京都府2施設、京都市2施設、滋賀県1施設) 対象者28名 調査方法：音楽療法を3段階に得点化・職員にアンケート調査・音楽指導者へのヒアリング	2014年4月～2014年10月	4章
3	調査3 調査内容：音楽療法の観察調査・生活の変化について職員にアンケート 調査対象：デイサービス(京都府4施設、京都市1施設) 対象者29名 調査方法：音楽療法を3段階に得点化・職員にアンケート調査・音楽指導者へのヒアリング	2015年10月～2015年12月	5章
4	調査4 調査内容：音楽療法の観察調査・生活の変化について職員にアンケート 調査対象：有料老人ホーム(奈良県1施設、大阪府4施設、京都府2施設) 対象者45名 調査方法：音楽療法を3段階に得点化・職員にアンケート調査・音楽指導者へのヒアリング	2016年3月～2016年9月	6章
5	調査5 調査対象：特別養護老人ホーム1施設 音楽療法の現状見学	2018年4月	2章

#### 1-4 既往研究の検討

本研究に関する既往研究を「音楽療法に対する効果・生活の変化に関するもの」「音楽療法の指導者に関するもの」「音楽療法のプログラムに関するもの」「音楽療法空間に関するもの」とし、以下に述べる。

##### 1-4-1 音楽療法の効果に関するもの

関谷<sup>15)</sup>は、施設入居者と在宅高齢者に対する能動的音楽療法が感情面と認知機能に及ぼす有効性について調査した。結果、音楽療法の効果だけでなく、人間性を変化させることができ、また、徘徊が少しではあるが減少したなどの結果を得ている点は、本研究において参考になる結果である。また、関谷<sup>16)</sup>は、介護予防の音楽療法実践で使用した同様の指標を基に実践群と対照群に分けて比較した結果、有意な差はみられなかったが、実践群は感情とリラックス感が上昇し現状維持が可能になることが明らかになった。久保田<sup>17)</sup>は、精神科外来患者を対象に音楽療法の心身への変化を分析した結果、有意な差は認められないが、音楽療法前より不安が少し改善され、脈拍数も5%水準で有意に低かったと述べている。また、Takiko Takahasi<sup>18)</sup>は音楽療法を受けた高齢者は受けてない高齢者より、最大血圧は、かなり穏やかに上昇し、唾液のコルチゾールレベルや知能の評価のスコアは著しい違いは認められなかったと述べている。城森<sup>19)</sup>によれば嚙下運動の記録を表面電極を装置して記録し音楽療法終了まで測定した結果、嚙下運動は筋電図に続く徐波から成る波形として検出した。嚙下回数は、音楽療法前と比較し、被験者すべて音楽療法中に増加したと報告している。

佐治<sup>20)</sup>は、音楽療法実践中は他の患者さんと楽しげに会話ができ、歌唱時の声もよく出て、楽器演奏にも積極的に参加できたことなどから、音楽療法に継続参加している患者には、音楽療法実践が、精神的身体的支援に有効であることが示唆されたと報告している。

陰山<sup>21)</sup>は感情面を重視した心理的側面から、姿勢や手脚の動きや視線などが音楽療法により変化があるかどうかを7段階に評価して考察している。渡辺・西川・西川<sup>22)</sup>は音楽療法の午前中の集団活動の状態と音楽療法中の状態を評価し、認知力、発言、集中力、



表情の項目に有意差がみとめられ、参加意欲や社会性については、有意差はみとめられなかったと述べている。更に渡辺<sup>23)</sup>は、音楽療法評価の変化について、2ヶ月間調査した。その結果、2ヵ月では認められず、短期的には期待できると述べている。また、渡辺<sup>24)</sup>は統合失調症を対象に12ヵ月間音楽療法の効果を検討し、認知機能が改善され、長期間継続することで促された。しかし、発言の促進や表情の顕著な変化は認められないと述べている。渡辺・西川は師井<sup>25)</sup>は音楽療法実施中と実施後に効果に差があるか検討し、知的認知度、記憶力について明確な効果はみられないが、食事、睡眠に関しては効果が認められたことが明らかになったと述べていることは、本研究の参考になる結果である。坂東<sup>26)</sup>は生活状況について1~2週間以内の変化を評価している。その結果、日常の生活が明るくなり、自分から話しかけるようになったことが明らかになったことは参考となる点である。園田<sup>27)</sup>によれば、音楽療法を行うことで認知症が進行しても、他者との社会的相互作用やコミュニケーションは存在する。また、それぞれのストレス軽減や気分の変化をもたらすと述べている。

岡崎<sup>28)</sup>は、音楽療法の治療的意義とは、言語およびその他の媒体では引き出せない身体的、心理的、社会的変化を考察している。坂東<sup>29)</sup>らによれば、量的評価法は件数や頻度、生理、心理データや行動変化などを数値で表して、経時的変化を統計集計し、数値で表記されるため理解されやすい。しかし、療法のヒントが潜んでいる数値でとらえられない変容が黙殺される傾向がある。一方、質的評価法は、現象の性質や行動の特徴などを詳細に分析すると述べている。また、音楽療法学会プロジェクト研究において週1回3か月の音楽療法を実施し、クロスオーバー解析を行った結果、介護を必要としない高齢者に対して音楽療法は抗うつを軽減し、健康感を向上し、運動機能を改善することを明らかにしている。

松本<sup>30)</sup>らによれば、音楽療法で活用されている歌唱と鑑賞の2つの活動を運動と組み合わせ実践をした結果、音楽を取り入れずに運動やレクリエーションをしているグループに比べてそれぞれ有意な得点の上昇が見られた。音楽の根本的な要素であるリズムをしっかりと知覚することにより、この結果をもたらした可能性が考えられると述べている。

#### 1-4-2 音楽指導者に関するもの

水野<sup>31)</sup>は、和太鼓とスネアドラムの演奏に対する脳活動の比較をして音楽療法的精神生理学的効用を報告し、音楽療法士は立派なピアニストである必要はないが、歌って楽しいと感じさせる巧妙な伴奏技術が必要であり、指導者の伴奏により、高齢者の声量も表情も全く違うことが明らかになったと報告していることは、参考になる結果である。

また、高橋・高野<sup>32)</sup>によれば、Cont群（非音楽療法的カラオケによる統制群）とMT軍を比較した結果、半年間でMMSE値の低下が観測され、MT群（音楽療法群）は維持され、全体の演奏を聴取しながらベル譜の認知とベルを振る行動とを協調させていくことが認知機能の維持効果を生むのかもしれない。また、音楽療法士が実施する認知症予防プログラムの方が、認知機能効果が大きいと報告していることは、本研究のうえで参考になる結果である。

三川<sup>33)</sup>によれば、アメリカにおける看護・作業療法士・理学療法士が行う音楽療法は音楽療法士の専門性とどのような違いがあるかを検討した結果、医療現場においては音楽療

法は明確に認識されていない。看護領域においては、アルツハイマー患者に対する音楽の効用に関する先行研究の存在を知らず、自らが行った研究を音楽療法という言葉で論じている。理学療法は身体機能に着目するため、音楽は運動を促進させる BGM のようなものであると述べている。

佐藤<sup>34)</sup>によれば、音楽療法士は音楽大学の養成が主となるため医学的知識が十分でない。また、音楽療法士は自分たちは高いレベルのことをしていると信じているひとがいる。またやり方について何の疑問も抱かない、音楽療法の有効性を納得させるには、だれでもわかるデータで効果を示す必要があると指摘している。音楽療法士の中には、エビデンスは必要ないと思っている人がいるがエビデンスこそ必要でありその証明こそが国家資格につながる。また、病院などで音楽療法を行う場合、ナースにまかせず、数日でも終身時間まで病院にいて、音楽療法の有効性である証明を自分自身で確認すべきであると指摘している。

### 1-4-3 音楽プログラムに関するもの

森川<sup>35)</sup>は認知機能効果をプログラム別に分析している。その結果、口の運動、呼吸法、手遊び、楽器活動、歌を行っているが、重度に認知症が進むと、会話はできない、コミュニケーションはできない、自分からは話そうとしない、手首を使用する楽器は高齢者には難しいが歌だけは歌えたと報告している。

浅野<sup>36)</sup>は、慢性期統合失調症患者に対して、音楽療法の中で、多くの実践が行われている歌唱と合奏という異なる方法による介入の効果について、介入前後の比較と内容の違いによる効果を両者の面から検証した結果、歌唱では精神症状を刺激する可能性があるものの、発散的に次々と歌っていくことで気分を中心とした改善が得られ、合奏においては、現実的で他者との協調性を要する訓練的な活動により精神症状の改善が得られ、作業遂行の向上が得られたと報告している。結果は、本研究において参考になるものである。

片桐<sup>37)</sup>は、グループホームとデイサービスにおいて音楽療法を実施した結果、認知症高齢者のエピソード記憶の改善に効果のある曲として、人生歌、季節や自然に関する曲、対象者たちが好きな曲が抽出された。特に、季節や自然に関する曲は、含まれるキーワード（海、森などにより）記憶が想起される点に特徴があることを明らかにしている。本研究は音楽プログラムに対して検討しているので参考になる結果である。

山本<sup>38)</sup>は季節ごとの特徴を踏まえた 12 か月分の音楽プログラムをもとに、「各月のテーマ」「曲目の傾向」「回想を促す話題」という視点から考察を進めた結果、音楽による回想は認知面への刺激、発話量の増大、コミュニケーションの促進等、認知症の様々な症状を軽減することが期待されるとのべている。

関谷<sup>39)</sup>は音楽療法が認知機能と感情面に及ぼす効果について MMSE で測定している。実施群と対象軍の MMSE 全項目合計得点について反復測定分散分析で解析した結果、条件の主要因に有意差が認められ、実施前の MMSE の合計得点には、有意差は認められず、対象軍の MMSE 全項目合計得点に 1 4 回の実験前後で有意差は認められなかつた。項目別では、「音楽療法実施群の「計算注意」が有意であった。「見当識」「場所」「言語」「読解」などの項目は実施後も満点であった。これは参考になる結果である。

古瀬<sup>40)</sup>によれば、今後団塊の世代をはじめとする対象者が、多種の音楽ジャンルを体験

しており、選曲にあたっては、今までのものが通用しなくなっている。ビートルズやクラシックなども必要になる。ビートルズの音楽の癒しは歌詞の持つメッセージ性だけでなく、西洋古典和声から離れた「サブドミナント」の進行に根拠がありその優しい響きに包まれて現実に向かう力ができると述べている。筆者も今のままの音楽選曲には限界があると考えているため参考になる研究である。

#### 1-4-4 音楽療法空間に関するもの

西野<sup>41)</sup>によれば、デンマークとオーフス市の高齢者福祉制度を概観した。通所サービスは存在したが、そのシステムは日本のデイサービスとは異なり、食事・トレーニング・プログラム活動などのサービスが相互独立的に提供され、利用者が個々のニーズに合わせて選択できるものである。日本のデイサービスの空間の使用状況とは異なることが明らかになったと述べている。また、井上<sup>42)</sup>らによれば、音楽活動に対応した地域コミュニティ施設の利用実態を検討した結果、音楽活動に対応した配慮がなされていない、施設の整備が必要であり、特に防音・音響設備の満足度が低い。音楽サークル活動の部屋が無く、要求度が高い。また、高齢者が利用する施設は外部に対して「見られたくない」「聞かれたくない」といった閉鎖的な意識が高いことが明らかになった。この結果は本論文で参考となる点である。また、高坂・岩佐<sup>43)</sup>によれば、施設内の空間は大まかに4つのゾーンに分けることができる。集合ゾーン、独立ゾーン、交流ゾーン、休息ゾーンである。集合ゾーンは多くの時間をここで過ごす。ほとんどの高齢者がぼんやり同じ席に座り、時に眠ったりしている。独立ゾーンは新聞を読む、TVを見る、趣味などマイペースに過ごす、眠って過ごすである。交流ゾーンは、台所カウンターのところでスタッフと交流できるが、終日ここを利用したのは、一人だけである。休憩ゾーンの利用者は2人だけで徘徊する以外は一日中横になって寝ていた。居室に閉じこまらず、それぞれの空間を利用することがわかった。石飛<sup>44)</sup>は高齢者が、気兼ねなく自由に利用できる余暇活動効果施設がほとんどみられない。余暇活動空間は、仲間作りや健康などに与える影響は大きいと述べている。

以上上記に述べた研究は、特定の音楽療法の効果、評価、生活の変化を検討したものが大半であるが、音楽プログラムについては井上は、口の運動や呼吸法、楽器の使用は重度の認知症患者には出来ないと指摘している。また、指導者については、高橋・高野らは、音楽療法士が実施する認知症予防プログラムの方が認知機能に効果的だと指摘している。また、井上らは、音楽空間に関する設備状況を指摘しているが、近年の施設整備状況を指摘した研究は建築の分野は多いが音楽の分野は殆ど見られない。また、指導者、音楽プログラム、空間の差異に言及した研究は少なく高齢者の音楽に対する反応を把握し、それらを規定する要因を分析し考察することは、高齢者の音楽療法の基礎資料となりうるものであると考える。

#### 1-5 本研究の位置づけ

本研究の特色は、高齢者の音楽療法的活動に対する反応を見るため、先駆的にかつ定期的に高齢福祉施設で実施している音楽療法的活動の現状を取り上げたことである。音楽療法の研究は、音楽の効果に言及した物が大半であるが、本研究は、音楽療法に対する反応を1分間に限定し、項目別に得点化して、属性別に分析している点である。また、施設の音楽空間の設備状況が音楽に対する反応に関係があるか否か、職員と高齢者の配置との関

わりにも言及し分析している。高齢者にとって、どのような指導者、音楽プログラム、音楽療法空間が良いのか、音楽療法に対する高齢者の反応、療法後の生活の変化があるのか否かによって、どのような特徴をもっているのかを実態把握した上で考察するつもりである。

本研究の結果は、高齢福祉施設で実施されている音楽療法的活動に関し、音楽指導者が施設職員と連携・協力しながら、より充実した音楽療法的活動が実施でき、高齢福祉施設の充実や向上、対象者間のコミュニケーションや認知症対策につながる方向性を見出すことができると思う。

## 1-6 本論文の構成と各章の概要

本論文の構成は、図 1-7 に示した。本論文は 1 章から 8 章までの全 8 章から成り立っている。

第 1 章は序論とし、本研究の背景・目的・方法及び位置づけを示し既往研究を述べる。

第 2 章は音楽療法の現状を述べる。音楽の友社 HP

([www.ongakunotomo.co.jp/web\\_content/.../shisetsu.pdf](http://www.ongakunotomo.co.jp/web_content/.../shisetsu.pdf)) を利用して収集し、音楽療法を行っている現状を把握する。

第 3 章から、第 8 章は、本論である。第 3 章では、高齢福祉施設をめぐる音楽療法の現状に起因する問題点を明らかにする。全国の社会福祉協議会の協力を得て（北海道・東北は震災のため除く）先駆的かつ定期的に音楽療法を実施している 14 の高齢福祉施設の音楽療法の実態を把握する。

第 4 章は本研究の目的に沿って、特別養護老人ホームの音楽療法の現状、高齢者の音楽療法に対する反応と施療後の生活の変化について述べる。特別養護老人ホームに入居する高齢者 28 名を対象に音楽に対する反応を 3 段階に得点化した。また、療法後の生活についてアンケートを行い音楽後高齢者の変化を把握して高齢者の属性に起因する問題点を明らかにする。

第 5 章はデイサービスの音楽療法の現状、高齢者の音楽療法に対する反応と療法後の生活の変化について述べる。デイサービスに通う高齢者 29 名を対象に音楽に対する反応を 3 段階に得点化した。また、施療後の生活についてアンケートを行い分析し、音楽療法後の高齢者の変化を把握して高齢者の属性に起因する問題点を明らかにする。

第 6 章は有料老人ホームの音楽療法の現状、高齢者の音楽療法に対する反応と施療後の生活の変化について述べる。有料老人ホームに入居する高齢者 45 名を対象に音楽に対する反応を 3 段階に得点化した。また、療法後の生活についてアンケートを行い分析し、音楽療法後の高齢者の変化を把握して高齢者の属性に起因する問題点を明らかにする。

第 7 章は上記で調査した特別養護老人ホーム、デイサービス、有料老人ホームの高齢者 102 名を対象に音楽に対する反応と音楽療法後の生活の変化について、指導者、音楽プログラム、空間別に明らかにする。

第 8 章では、3 章から 7 章の結果を踏まえて今後音楽指導者が考案する音楽療法プログラムや指導者、音楽空間を検討し提言を行っている。

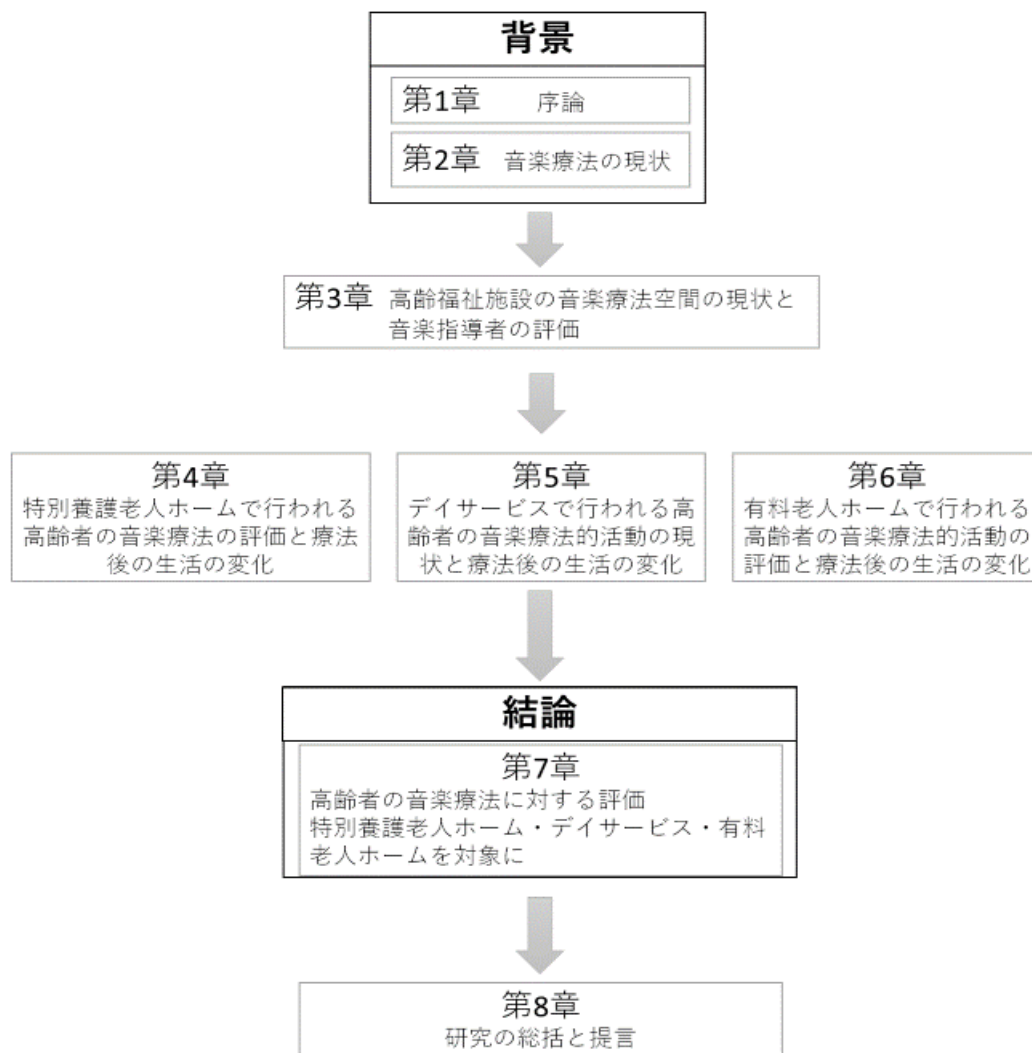


図 1-7 本論文の構成

## 1-7 用語の定義

本研究で用いる用語について、以下のように定義する

「音楽療法」の定義は種々あるが、BRUSCIA<sup>45)</sup>、その核になっているのは、「健康の回復、維持、促進を目的として音楽を体系的（構造的、）計画的、意識的など」に用いることが概念である。この概念は、欧米で始まった音楽臨床行為の理論化を発信元とするものであるが、広く世界各国に輸入・訳案されて、音楽療法領域のアイデンティティを社会に示す柱となっている（生野訳）。

### 1-7-1 日本音楽療法学会の定義

音楽療法の定義は、世界共通ではない。さらに、「音楽療法は、心理療法である」という人もいれば、医療行為と見る人もいる。あるいは、医療的・心理的な行動というように、幅を広げて解釈をする人もいるし、また、特に福祉の現場で音楽療法をする人の中には、

敢えて医療ということばを避けて、社会的な参画や QOL に焦点を当てようとする人もいる。だからこそ、誰もが、「自分にとって音楽療法とは何か？」という課題を、実践を通して考え、自分自身で掴み取ることが大切になる。音楽を人間の健康な在り方のために用いようとする臨床実践及び研究は時代を超えて世界各地に存在してきたが、今日使われているような音楽療法（music therapy）という枠組みの下で臨床の理論化や組織化が盛んになったのは、第二次世界大戦後のアメリカが始まりとされる。日本音楽療法学会は「音楽療法とは、音楽のもつ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行為の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること」と定義している。日本では、音楽は、生理的、心理的、社会的な働きを持ち、それを用いて、対象となる人、この場合は、心身の障害のある人の障害の回復や機能の維持と改善、低い生活の質をより高く、そして、不都合と思われる行為を好ましいように変容するように、意図的に計画的に使うということである。1995年にバイオミュージック学会（主として音楽が生体に及ぼす影響を客観的に評価する研究）と臨床音楽協会（主として臨床現場での音楽療法の技を研究）が統合して「日本音楽療法連盟」が設立され2001年4月1日には、同連盟を「日本音楽療法学会」に発展させた。音楽療法士の資格は国家資格ではないが、日本音楽療法学会の認定資格となっている。

## 1-7-2

### 「音楽療法的活動」

音楽療法は音楽療法士が行う場合は「治療的要素が含まれる」。音楽療法士以外が指導する音楽活動は治療的要素は含まれず、音楽効果に言及し、日本では一般的に音楽療法的活動と言われている。音楽療法での音楽の活用法と効果の理念に対しては同じだが、付随して体操やゲームなども取り入れて活動している場合が多い。

## 1-7-3 世界音楽療法連盟の定義(1996)

世界音楽療法連盟 World Federation of Music Therapy はその頭文字をとって、WFMT と略されている。WFMT はアメリカ合衆国の北カロリナ州の法律に基づき、1985年に設立された非営利団体である。音楽療法は音や音楽的要素を専門的に用いて医学的、教育的、日常的环境の中で、生活の質を改善したいと思っている個人やグループ、家族、そして地域の人々に介入し、コミュニケーション、人間関係、学習、動員、表現、組織化、その他の療法的な目標の促進を容易にしてゆく過程の中で、その資格をもつ音楽療法士が、個人のクライアントあるいはグループとともに、音、リズム、メロディーやハーモニーなどの音楽の要素を使うことである。音楽療法は、自己の内面や対人関係のそれぞれの統合がより良くなるように、個人の機能の回復や可能性の発達に目を向け、その結果、予防やリハビリテーションあるいは治療などによって、より高い生活の質（QOL）に到達することを目指すものである。

## 1-7-4 スウェーデンの音楽療法（ショーヴィーク国民高等学校の定義）

音楽療法は、教育を受けた音楽療法士が、個人あるいは集団に対し異なる方法を用いて、身体的、情緒的、精神的、社会的、認知的なニーズを満たすために、音楽や、あるいは音

樂的な活動を調和させて使うものであると定義づけられる。音楽療法士は、発達心理的な考えに立ち、音楽療法士としての能力と責任の中で、特別教育的な視点で、文化や余暇の分野で活動を行なう。

#### 1-7-5 ストックホルム王立音楽大学の定義

音楽療法は、教育を受けた音楽療法士が、個人あるいは集団に対し異なる方法を用いて、身体的、情緒的、精神的、社会的、認知的なニーズを満たすために、音楽や、あるいは音楽的な活動を調和させて使うものであると定義づけられる。音楽療法士は、精神力動的な考えに立ち、音楽療法士としての能力と責任の中で、音楽心理療法、特別教育、医療の分野で活動を行なう。

#### 1-7-6 ドイツの音楽療法の定義

ドイツでは、音楽療法は芸術療法として分類されている。健康保険の給付一覧の中で、専門医師会のマニュアルでも芸術療法を含めている。ドイツにおける芸術療法は、「芸術的な療法」と呼ばれている。芸術療法とは、人の能力、感覚の注意を増大し、環境に直接への理解を促進する。したがって、芸術療法の可能性として「障害のため、病気の克服、治療のプロセス、事故と他者への認知、生きる喜び、クライアントと療法士の作り上げる過程を変化させて、肯定的に変化させる共同作業に貢献する。(ドイツ芸術連盟)

#### 1-7-7 ノルウェーの音楽療法の定義

音楽療法を個人の治療にとどめず、もっと大きな範囲の、地域のコミュニティの活動として発展させた。経済の発展が優先され、科学技術が発達し、物質的な豊かさを持ちながらも疎外感や孤独感を感じるようになった現在では世界の様々な地域でこのような方法がとられるようになったが、ノルウェーではこの療法を25年前から実践してきたのである。

#### その他の用語の説明

##### ・「療育音楽」

療育音楽は歌や楽器演奏を楽しみながら、心と体の機能の衰えを防ぎ良い状態を保ち強化するだけでなく、グループコミュニケーションを目的とした音楽療法の一つである。

##### ・「医学的バックボーン」

医学的バックボーンとは、手と脳を活性化させ、呼吸機能を強化させ、リズム感を養成し健康な生活につなげることである。

##### ・MMSE (Mini-mental State Examination) 認知機能評価

信頼性・妥当性が確立されており、世界的に様々な医療機関や施設で使われている標準化された認知機能評価尺度である。

##### ・「介護予防通所介護」

老人デイサービスセンター等の施設に通って受ける入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練施設である。

##### ・「介護予防通所リハビリテーション」

介護老人保健施設、病院、診療所に通って受ける心身の機能の維持回復を図り、日常

生活の自立を助けるための理学療法、作業療法のリハビリテーション施設である。

- 「**介護予防短期入所生活介護、短期入所生活介護**」

特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設への短期入所で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練の施設である。

- 「**介護老人福祉施設**」

老人福祉法に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が 30 人以上であるものに限る）で、かつ、介護保険法による都道府県の指定をうけた施設であって、入所する要介護度者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び、療養上の世話を行うことを目的とする。

- 「**介護老人保健施設**」

介護保険法による都道府県の指定をうけた施設であって、入所する要介護度者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及びその他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び、療養上の世話を行うことを目的とする。

- 「**老人福祉施設**」

老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）の第 5 条の 3 に規定された「老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センター」のことをいう。

- 「**特別養護老人ホーム**」

65 歳以上の高齢者で、身体上又は精神上の著しい障害があるため、常時介護を必要としかつ在宅生活が困難な高齢者に対し、入浴・排せつ・食事等の日常生活の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行うことを目的とした施設である。また、特定疾病により介護を必要とする 40～64 歳までの方で要介護 3 以上の」方が入居判定会議などで緊急性が高いと判断された方が優先される。介護保険法上は、指定介護老人福祉施設とよばれ、要介護認定で要介護 1 以上と判定された方が利用できる。ただし、介護度 1・2 の方は特例で入居可能だが、市町村に申請し以下のことが認められれば入居可能となる。

- ① 認知症で日常生活に支障をきたすような症状が頻繁に見られる。
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状等が頻繁に見られる。
- ③ 深刻な虐待が疑われること等により心身の安全、安心の確保が困難な状態である。
- ④ 単身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービスなどの供給が不十分である。

特設養護老人ホームで提供されるサービスの内容は「基本方針並びに設備及び運営に関する基準」が厚生省令及び介護保険法、関連商令によって定められている。

- 「**養護老人ホーム**」

身体上又は精神上又は環境上の理由、及び経済的理由により、家庭での生活が困難な 65 歳以上の高齢者を入所させて、養護することを目的とする施設である。

平成 18 年度より入所理由から「身体上及び精神上」が除外されました。また、入所している方が介護保険サービスを利用する途が開かれた。

- 「**軽費老人ホーム**」



家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な高齢者が低額な料金で入所し、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を受けることができる施設である。食事サービスの提供があるA型と自炊のB型および次に掲げるケアハウスの3種がある。A型・B型において入所者が個別の介護等を必要とする状態になった場合は、外部の在宅福祉サービスを利用する。

- 「ケアハウス」

ケアハウスとは、軽費老人ホームの一種です。60歳以上の者（夫婦の場合、どちらか一方が60歳以上）で、かつ、身体機能の低下または高齢等のため独立して生活するには不安が認められる者で、家族による援助を受けることが困難な者が利用できる施設である。

自立した生活を継続できるよう構造・設備等の面で工夫されており、各種相談、食事サービスの提供、入浴サービスの提供のほか、緊急時の対応機能も備えています。入所者が要介護状態となった場合は、介護保険サービス等の利用によって対応する。

- 「老人デイサービスセンター」

日常生活を営むのに支障のある高齢者に対し、入浴、食事の提供、機能訓練、介護の方法や生活等に関する相談および助言、健康診査等のさまざまなサービスを日帰りで提供することを目的とする施設である。

介護保険法上は、指定通所介護事業所である。

- 「老人短期入所施設」

本人の心身の状況や、家族の病気・冠婚葬祭・出張等のため、又は家族の身体的・精神的な負担軽減等を図るために、居宅において介護を受けることが一時的に困難となった方が短期間入所し、介護や日常生活上の支援を受けることができる施設である。

介護保険法上は、指定短期入所生活介護施設である。

- 「老人福祉センター」

無料又は低額な料金で、地域の高齢者に対して各種の相談に応ずるとともに、健康の増進、教養の向上及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与することを目的とする施設である。

- 「老人介護支援センター」

老人福祉に関する専門的な情報提供、相談、指導や、居宅介護を受ける老人とその養護者などと老人福祉事業者と間の連絡調整、その他援助を総合的に行うことを目的とする施設である。

さらに、一般的に“老人ホーム”と呼ばれているものとしては、次のような施設等がある。

- 「老人保健施設」

介護老人保健施設は、病気や障害の症状が安定していて入院や加療の必要はないものの、家庭で過ごすには少し不安な心身状態の方に対し、リハビリを中心とする医療的ケアと日常的な看護・介護サービスを提供することにより、1日も早い家庭復帰を図ることを目的とした施設である。

- 「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」

要介護者であって認知症により家庭での生活が困難になった方が、9人程度を単位

として、介護を行う職員と共同生活を営む住居である。

家庭的で落ち着いた環境のもとで、食事の支度や掃除、洗濯などを利用者と介護職員が共同で行うことにより、認知症の進行を穏やかにし、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的とする。

● 「有料老人ホーム」

有料老人ホームとは、老人福祉法において「老人を入居させ、入浴、排せつ若しくは食事の介護、食事の提供又はその他の日常生活上必要な便宜であって厚生労働省令で定めるものの供与をする事業を行う施設であって、老人福祉施設、認知症対応型老人共同生活援助事業を行う住居その他厚生労働省令で定める施設ではないものとして位置付けられている施設である。

引用文献・資料

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所ウェブページ：日本の将来推計人口（2017年度版）  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html)（2018年2月参照）
- 2) 内閣府：高齢社会白書，世界の高齢化率の推移（2017年度版），  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html)（2018年2月参照）
- 3) 厚生労働省：厚生労働白書（2017年度版）[www.mhlw.go.jp/](http://www.mhlw.go.jp/)
- 4) 花岡智恵：2015「介護労働力不足はなぜ生じるか」日本労働研究雑誌 2015, No.658
- 5) 岡田裕之：2015 PET 技術によるがん・認知症の早期発見と高周波領域非可聴取による高齢者の脳活性化に関する研究 光創成大学院大学 博士論文
- 6) 林谷啓美・田中論：2014 認知症高齢者の行動・心理症状に対する支援のあり方。園田学園女子大学論文集 第48号
- 7) 厚生労働省：介護保険の事業書数(2017年度版) [www.mhlw.go.jp/](http://www.mhlw.go.jp/)
- 8) 内閣府：高齢社会基本法：  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html)（2018年2月参照）
- 9) 厚生労働省 新オレンジプラン（2017年度版）[www.mhlw.go.jp/](http://www.mhlw.go.jp/)
- 10) 厚生労働省「高齢者白書」より社保審－介護給付費分科会第158回（2018年1月26日）参考資料1
- 11) 厚生労働省 介護報酬の改定率(2017年度版) [www.mhlw.go.jp/2018年4月](http://www.mhlw.go.jp/2018年4月)
- 12) 内閣府：「高齢者の地域意識調査」（2015年度版）  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html)（2017年3月参照）
- 13) 内閣府：介護施設などの定員数（2017年度版）  
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2011/zenbun/23pdf_index.html)（2018年3月参照）
- 14) 厚生労働省：介護保険の事業書数(2017年度版) [www.mhlw.go.jp/](http://www.mhlw.go.jp/)（2018年3月参照）

- 15) 関谷正子：2000「特別養護老人ホームにおける音楽療法の効果」北海道女子大学短期大学部研究紀要. 第28号 pp.205-212.
- 16) 関谷正子：2014「高齢者に対する音楽療法の有効性について - デイサービスの利用者の実践からの報告」札幌大谷短期大学紀要. (44)pp.39 - 43.
- 17) 久保田牧子：2013「歌うことを用いた音楽療法による心身への影響-精神科外来患者の生理・心理指標の結果から」研究紀要第32号 pp47 - 56 昭和音楽大学
- 18) TakikoTakahasi: 2005「Long-Term Effects of Music Therapy on Eldely with Moderate Severe Dementia」順天堂大学 博士論文乙 第1871号
- 19) 城森泉：2009「音楽療法における嚙下回数の変化」日本音楽療法学会誌 Vol.9No.1 pp.88-93
- 20) 佐治順子：2004 痴呆性高齢者の音楽療法に関する基礎研究, 甲第9341号 東北大学博士論文
- 21) 陰山真美子：2006 音楽療法における評価 東京芸術大学博士論文 甲第264号
- 22) 渡辺恭子・西川志保・西川洋：2001「痴呆患者における音楽療法の効果について」, 精神医学第43巻第6号医学書院 pp.661 - 665
- 23) 渡辺恭子：2009「音楽療法による変化と抗精神病薬量に関する一考察」金城学院大学論集人文科学編5(2)pp.151 - 159
- 24) 渡辺恭子：2012 統合失調症患者に対する12ヵ月間継続した音楽療法の効果」日本音楽療法学会誌 Vol.12 pp132 - 139
- 25) 渡辺恭子：2000「慢性期統合失調症患者における音楽療法評価表の有用」臨床精神医学 第35巻 第12号 アーク
- 26) 坂東浩・佐治順子：2016 成人病と生活習慣病 46巻2号 pp.198-203
- 27) 園田和江：2014「認知症高齢者ケアにおける音楽療法の有用性に関する研究」一日独自の音楽療法の取り組みを踏まえて鹿児島国際大学 博士論文 甲福第9号
- 28) 岡崎香奈：2016「音楽療法の歴史と意義」成人病と生活習慣病：日本成人病学会準機関誌 成人病と生活習慣病編集委員会編 46.VOL.2 pp.534
- 29) 坂東浩・佐治順子：2016 成人病と生活習慣病 46巻2号 pp.198-203
- 30) 松本祐樹・本山貢・木場田昌宣：2013「高齢者の健康教育における音楽療法的活動とその有効性」和歌山大学教育学部教育実践センター紀要 No23
- 31) 水野恵里子：2010「音楽療法的効用に関する精神生理学的研究」奈良女子大学博士論文 甲第486号
- 32) 高橋多喜子・高野裕治：2010「認知症予防に関する音楽療法の効果ベール活動を中心として」日本音楽療法学会誌 Vol.10 NO.1
- 33) 三川美幸：2007 「異業種における音楽療法についての一考察～明け理科における論議を例に～」中国学園紀要6, pp.221-227
- 34) 佐藤正之：2011『音楽療法はどれだけ有効かー科学的根拠を検証する』科学同人
- 35) 森川晴美：2009「小規模デイサービス施設における音楽療法」. 広島文化短期大学紀要 36号 pp19 - 30.
- 36) 浅野雅子：2011「慢性期統合失調症患者に対する音楽療法介入の研究」九州大学博士論文甲第10360号

- 37) 片桐幹世：2012「音楽療法による認知症高齢者の長期記憶の想起に関する検討」．東京福祉大学紀・大学院紀要 第2巻 第2号 pp.191-96
- 38) 山本敦子：2011「高齢者を対象とした音楽療法の実践に関する一考察ープログラム例の分析を通してー高田短期大学紀要第29号 pp.141 - 152
- 39) 関谷正子：2007「高齢者の音楽療法が認知機能と感情面に及ぼす効果」札幌大谷大学短期大学紀要 37号 pp. 67 - 76
- 40) 古瀬徳雄：2011「高齢者対象の音楽療法におけるプログラムについて」関西福祉大学起用 Vol. pp14 - 2
- 41) 西野達也・長澤泰：2006「デンマーク・オーフス市の高齢者通所施設の空間の使われ方の特性について」日本建築学会：計画系論文集 第601号 pp.57 - 64
- 42) 井上洋之・田中直人・高田真美：2005 「寝屋川市における高齢者の音楽活動に対応した地域コミュニティ施設の利用実態と意識」日本建築学会学術講演梗概集9月
- 43) 高阪謙次・岩佐和代：2003 「デイサービスにおける利用者行動と空間的課題」-施設における予備的考察
- 44) 石飛知華：2005 「高齢者施設における余暇活動支援と施設整備に関する研究」奈良女子大学博士論文 甲第258号
- 45) ケネスブルシア（生野里花）訳：2001「音楽療法を定義する」東海大学出版会

## 第2章 音楽療法について

### 2-1 音楽療法の実施状況

#### 2-1-1 音楽療法の背景

介護保険施設の高齢者の支援の一つに音楽療法が注目されている。しかし、2017年に音楽の友社<sup>1)</sup>の公表（アンケートに回答した施設のみ）によると、53002施設のうち、音楽療法を実施している施設は、北海道・東北は8、北関東は9、近畿が4、中国が4、九州・沖縄が10、東京が4、南関東が5、北陸甲信越が3、東海が7計54施設だった。そのうち高齢者の音楽療法実施施設は34施設だった。病院においては、全国では北海道が3、東北は2、北関東が9、東京都14、南関東が6、北陸5、甲信越1、東海5、近畿21、中国9、四国3、九州・沖縄が9で計87病院だった。全国的に高齢者に対しての音楽療法が行われている現状は少ないことがわかる。高齢福祉施設で行われる音楽療法の見学は比較的認められていたが、病院で行われる音楽療法は、音楽療法士を目指す者しか見学は許可しないことも電話によるヒアリングでわかった。岡山県の特養で施設長（音楽療法士・ピアニスト）や音楽大学出身の音楽療法士が積極的かつ定期的に集団音楽療法や個別（個室ごと）に音楽療法を実施している施設を以下図2-1、写真2-1、写真2-2、写真2-3、写真2-4、写真2-5に示す。

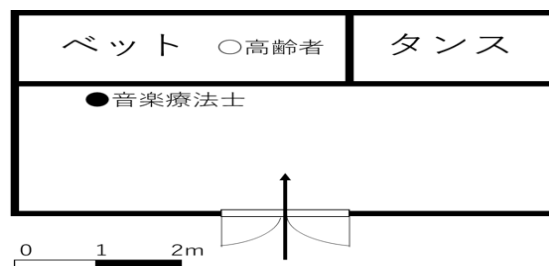


図2-1 個室での音楽療法（平面図 筆者作成）



写真2-1 個室での音楽療法（岡山県の特養）

（沖縄の楽器パークランク使用）



写真2-2 音楽療法士と利用者

（音楽療法士が「春がきた」を利用者と共に歌う）

2018年4月16日筆者撮影



写真 2-3 岡山県の特養における音楽療法的活動



写真 2-4 施設長の音楽療法指導の様子

(楽譜は施設長の考案)

2018年4月16日筆者撮影



写真 2-5 音楽療法的活動の様子

(施設長の指導で4分の4拍子のリズムを鈴でとらせる)

2018年4月16日筆者撮影

また、音楽療法的活動の背景に、音楽に運動を組み込んだプログラムがある。松本<sup>2)</sup>らは、介護予防の現場で運動と音楽療法を複合的に組み合わせて健康教育の一環や認知症予防した音楽療法的活動を歌唱と鑑賞の2つの活動を運動に組み合わせて行っている。その際、全体を通して音楽療法に最も重要で基本的な要素とされる、「リズム」をわかりやすく知覚できるように、選曲や、演奏に配慮し、運動のやり方に沿って活用することで、有効性を検証した。その運動前後での気分変化や認知症予防の効果について検証した結果、音楽を取り入れて運動したグループは有意な得点の上昇が見られた。音楽の根本的な要素である「リズム」をしっかり知覚することが要因である可能性が考えられると述べている。

また、秋山<sup>3)</sup>は、健常な高齢者への「療法的音楽活動」の実践による音楽的变化、またそれによる自意識の変化が心の健康度に対して検討した結果、音楽意欲が高いほど、自己閉鎖・人間不信感が低くなり、自己実現態度が高くなった。それらにより、家族との関係、人生に対する前向きな態度、至福感など心の健康度に影響があることが明らかになったと報告している。高齢者のための療法的音楽活用の著者であるアリシア・アン・クレア<sup>4)</sup> 広川<sup>5)</sup> 訳は「音楽を学び、音楽と関わりをもつことは、健康と疾病の予防に重点を置く高齢者にとって魅力ある活動である。それは、身体的、精神的に良好状態を維持するため、人間は音楽活動で成功感を味わうと、痛みや不快感より達成感と満足感が優勢になり、人は肯定的な情緒反応を経験する」と述べている。音楽を行うことで心の陽性感情を高く保ち、ストレスに柔軟に対処できるパワーが培われ、精神的にも身体的にもよりよい充実した生活を目指せると指摘している。

音楽療法は高齢者領域、障害者領域、子ども領域の分野が大半であるが松本<sup>6)</sup>は、音楽療法の研究では取り入れたことのない、少年受刑者の音楽療法について述べている。方法は受刑者A(35歳)は8名のグループ、受刑者B(23歳)は20人のグループで3か月間で計6回のセッション(1回90分)、また、受刑者E(18歳)と受刑者F(18歳)は同じグループで5か月間で計10回のセッションを行った。セッションは、即興演奏や「自身の大切な音楽」を受刑者に尋ね、その音楽を受刑者グループで聴き、その音楽(曲)に関する思いを受刑者に語ってもらうことである。そして、それへの感想を他の受刑者が述べるというセッションである。非行臨床の独自性をふまえた矯正教育のアプローチとして音楽療法を適用し、矯正教育における援助方法の一つのあり方として活用する妥当性を検討できたとのべている。受刑者に音楽療法をセッションした例はない。今後、刑務所内でも認知症高齢者への音楽療法が求められるのではないだろうか。

## 2-1-2 日本の音楽療法の動向

日本の音楽療法は1990年代から2000年初頭にかけて急速な展開を見せた。しかし、我が国での音楽療法の研究活動がいつ頃はじめられたのかは、不明である。日本では日野原<sup>注1)</sup>(音楽療法学会前理事長)が大きく貢献している。日野原は1967年に加賀谷<sup>注2)</sup>により日本音楽療法学会が組織され、その活動内容についてはあまり記録にのこっていない。しかし、日本で最初に全国的な組織を作ろうとしたのは彼の大きな業績である。次に1986年に日本バイオミュージック学会が組織された。会長は当時の聖路加看護大学学長であっ

た日野原重明である。この日本バイオミュージック学会は、医学関係者、研究者、演奏家、作曲家、音楽心理学者などの専門集団により構成された。1997年には全日本音楽療法連盟による認定音楽療法士が誕生している。2001年には全日本音楽療法連盟は「日本音楽療法学会」と改名され、それまで日本音楽療法連盟の下部組織として活動していた日本バイオミュージック学会と臨床音楽療法協会はそのまま吸収され解散となった。2003年には、認定音楽療法士の順資格として音楽療法士補の資格が制定された。その後、2012年より音楽療法士補の試験合格者は、その直後に行われる面接試験を経て学部卒業時に音楽療法士として認定された。伊藤<sup>7)</sup> 日本の音楽療法は、時流の勢いに乗って成長した時期がそろそろ終わり、さらなる発展のための重要な過渡期を迎えている。こうした中、日本の音楽療法士たちは、日本という文化土壌に向き合いながら生産的な議論を重ね、明確なビジョンを持つ必要に迫られている。

### 2-1-3 音楽療法士資格取得のカリキュラム

音楽療法士の認定は、日本音楽療法学会と全国音楽療法士養成協議会の2つの団体が行っている。日本音楽療法学会の認定資格を得るには、まず学会の認定校に入学し、音楽療法について体系的に学び、必要なカリキュラムを修了して学会認定音楽療法士（補）受験資格を得ることが必要である。具体的には、（補）資格審査（筆記試験）に合格して（補）資格取得後、学会認定音楽療法士資格審査（面接試験）に合格すると資格が得られる。また、指定校での履修が困難な人は、学会が主催する（補）資格試験受験のための必修講習会を受講し、（補）資格試験の受験資格を得る方法もある。この場合、

- ① 日本音楽療法学会の正会員である
- ② 大学、短大、高等専門学校、専門学校（2年以上）を卒業している
- ③ 臨床経験が5年以上ある

以上のことが要件になる。このほか、全国音楽療法士養成協議会には、音楽療法士養成課程をもつ全国の大学と短大が加盟しており、指定カリキュラムの履修により音楽療法士（1種、2種）の資格を得ることができる。

以下に日本の音楽療法士資格取得のためのカリキュラムとベルリン芸術大学の音楽コース（音楽療法）のカリキュラムを表2-1、表2-2に示す。

ベルリン芸術大学の音楽療法のカリキュラム114単位と日本のカリキュラム（名古屋音楽大学音楽療法コース）124単位とほぼ同じである。日本も海外も、単位取得にあたり、施設でフィールドワーク（音楽療法実習）が多く含まれていることがわかる。

高齢者の音楽療法の受け方を日本とに海外で比較する。海外は楽器を自ら行い（能動的）、日本は職員に促されて行っている（受動的）が多い。海外の音楽療法の様子では、楽器を使用する形が多い。写真2-5、写真2-6、写真2-7、写真2-8を示す。



表 2-1 音楽療法士（補）資格取得のためのカリキュラム（日本）

I 期（1年次前期）		II 期（1年次後期）	
専門実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽療法総論 I</li> <li>音楽療法の技法</li> </ul>	専門実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽療法総論 II</li> <li>音楽療法の技能 I</li> </ul>
専門演習		専門演習	
専門共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>ソルフエージュ I</li> <li>合唱 I</li> <li>作曲法 I</li> <li>リコーダー合奏</li> <li>西洋音楽史</li> <li>リトミック I</li> </ul>	専門共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>ソルフエージュ II</li> <li>合唱 II</li> <li>作曲法 II</li> <li>音楽心理学</li> <li>リトミック II</li> </ul>
共通実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>鍵盤楽器実技 I （ピアノに限る）</li> <li>声楽実技 I</li> <li>管・弦・打楽器実習 I</li> </ul>	共通実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>鍵盤楽器実技 II （ピアノに限る）</li> <li>声楽実技 II</li> <li>管・弦・打楽器実習 II</li> </ul>
III 期（2年次前期）		IV 期（2年次後期）	
専門実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽療法の技能 II</li> <li>介護概論</li> </ul>	専門実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽療法各論 I</li> <li>音楽療法の技能 III</li> </ul>
専門演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>フィールドワーク 実習 I</li> </ul>	専門演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>フィールドワーク 実習 II</li> </ul>
専門共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>ソルフエージュ III</li> <li>合唱 III</li> </ul>	専門共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>ソルフエージュ IV</li> <li>合唱 IV</li> </ul>
共通実技		共通実技	
V 期（3年次前期）		VI 期（3年次後期）	
専門実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽療法各論 II</li> </ul>	専門実技	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽療法各論 III</li> </ul>
専門演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>フィールドワーク 実習 III</li> <li>音楽療法演習 I</li> </ul>	専門演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>フィールドワーク 実習 IV</li> <li>音楽療法演習 II</li> </ul>
専門共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>合奏</li> <li>日本音楽の歴史</li> </ul>	専門共通	
共通実技		共通実技	
VII 期（4年次前期）		VIII 期（4年次後期）	
専門実技		専門実技	
専門演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>フィールドワーク 実習 V</li> <li>卒業論文</li> </ul>	専門演習	<ul style="list-style-type: none"> <li>フィールドワーク 実習 VI</li> <li>卒業論文</li> </ul>
専門共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>指揮法 I</li> </ul>	専門共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>指揮法 II</li> </ul>
共通実技		共通実技	

出典：名古屋音楽大学「音楽療法コース必修科目」2018年度<sup>8)</sup>より転載

表 2-2 ベルリン芸術大学の音楽コースのカリキュラム

	科目	単位	内容
M1	学問上の理論的な基礎	15	音楽療法の基礎、構想の展開、小さいころに歌う音楽、発達心理学、ビデオ分析、職業観/倫理
M2	理論	14	パーカッション・声のインプロ、音の経験とインプロ、基本的な作曲。ピアノのインプロ、セラピー演奏の経験
M3	音楽療法の実践	17	音楽療法の比較、個人セラピーで発達障害を深く援助する。グループセラピーで演奏する。活動の視点、外来の音楽療法治療方法の適用分析、神経学、老人医学と老年学
M4	自分のことを考える才能	15	音楽の歴史、グループのプロセス1・2・3
M5	心理療法の専門知識	8	精神分析の発達教育と子どもと青少年における精神障害の診断学、治療を取り扱う基礎、精神病の病気、心理療法の医学と神経学
M6	心理療法の専門知識	8	心理療法の背景、取り扱い
M7	音楽療法の実習	18	ステップ①公共機関の分野 ステップ②聴講生として参加する分野 ステップ③セラピー実習 スーパービジョン、記録の収集、セラピーの計画や記録の反省
M8	ヨーロッパモデルの研究	3	ベルリンとLimerikの協働
M9	卒業論文	16	卒業論文について相談 実習分野、観察者として音楽療法の治療に参加する 音楽療法は様々な学問的、芸術的分野と関係があり、それを統合すると大学卒業してから、仕事ができる。 音楽療法を専攻し、心因性の病気を治療すると心理療法として現行のインプロ、セラピー演奏の経験制度で安定している。

出典 Studien Ausdi Idungs Iandschaft Musik therapie 園田 2010<sup>9)</sup> 10) より転載



写真 2-5 ノルウェーの音楽療法の様子  
(能動的なスタイル)



写真 2-6 ドイツの音楽療法の様子  
(能動的なスタイル)

出典 : [http://saccess55.co.jp/hakoniwa/mental/detail/mental\\_ongaku2.html](http://saccess55.co.jp/hakoniwa/mental/detail/mental_ongaku2.html) 出典 : <https://www.gmtc-jp.com/auslandsstudium/>



**写真 2-7 H施設 岐阜県の音楽療法**

(受動的なスタイル)

(職員がスネアドラムを持ち楽器演奏を促す)

**2013年8月20日筆者撮影**



**写真 2-8 K施設 大阪市の音楽療法**

(楽譜を見ている)

**2013年8月5日筆者撮影**

## 2-2 音楽療法の歴史

古代、心身の病気をなおすために音楽が用いられた歴史は古い。原始社会 では、自然の音のみならず人間の歌声や叩いて出る音など、すべてが「神の声」として捉えられた。靈感のあるシャーマンが、悪霊に取りつかれ病気になった人々に「神の声」を伝え、精霊を振り払い、癒す役割を担っていた。これらが、いずれの民族でも 同様に行われたと、人間が病気になるのは、悪霊が住み着くから であるという考え方が続き、音楽を利用して体内に住む精霊を 追い払っていた。当時は呪術師、シャーマンたちが病に遭った人々の治療に活躍していたが、その治療手段として音楽を用いていた。

ギリシアでは、リズムカルでスイングな演奏を聴いたアレキサンダー大王が 非常に興奮して椅子から飛び上がり、剣を抜いて周りのものに とびかかった事例がある。またオルフェスは琴弾きであり、音楽のちからを介して病の治療に用いたとされている。さらに、旧約聖書によると、ユダヤの王サウルが心の病に苦しみ、これを羊飼いの若者であるダビ

デの奏でる ハープの音色に心を慰められ鬱病が良くなったという。古代エジプト人は「神の声」として音楽療法をとらえ、世界は音楽的媒体から造られると考えていたといわれている。この頃にはすでにどんな気分の時にどんな音楽やどんな楽器が効果的であるか、治療的方法が見いだされていた。これらを踏まえ理論的に構築したのが、3人の哲学者ピタゴラス・プラトン・アリストテレスである。彼らは、音楽を運動現象として捉え、それが聴く人の魂を動かすと考えた。ピタゴラスは医術と音楽を尊重。医術による身体の浄めとともに音楽による魂の浄め（カタルシス）を重要視した。アリストテレスは、美のカタルシス 効上でフルートを演奏し、直接患部に音楽の振動を与えて疼痛を軽減させる治療が行われていた。効果について唱え、音楽にそれを見いだそうとした。悲しいときは美しい音楽を用い、悲哀の気持ちに共鳴させ、吐き出させてから明るい音楽に移行することで精神のバランスがとれ、カタルシスが得られると理論的に展開した。同じである。

ルネサンスの時代になると、中世は宗教音楽として神への祈りや交流として音楽療法は支えられてきた。ルネサンスに入り音楽療法は分析的、実用的になり、リズム・振動・メロディー・ハーモニーが人間にある種の緊張や弛緩をもたらすことが研究された。

18世紀末から音楽の心理的効果が明らかにされ、実験医学的 実証的な考え方（プラグマティズム）が、音楽療法を医学的に大きく発展させた。同時に「内分泌学説」や「ホルモン」の発見が、精神と肉体のバランスの関わりに眼を向けさせ、数多くの音楽療法の研究が進んだ事例として、1) 精神病院の入院患者 1,400 人に 30 分間ピアノ演奏を聴かせたところ、全員がリズムに反応。2) 音楽の種類により脳内の血行が変化。3) 歌唱が心拍や血液循環、呼吸、消化に影響。4) 喘息患者が非発作時に歌うと、以後の発作が減少などが認められた。20世紀以降は国の音楽療法研究はジョージ・ワシントンの推奨で軍隊を中心にレクリエーションや職業治療の一環として行われた。第二次大戦後から、明確な目標を持って音楽療法が実施された。すなわち、医療における「補助的療法」として具体性が認められてきたのである。また、第二次世界大戦で帰還兵のための社会復帰に向けた取り組みの一環として音楽療法が注目された。帰還兵の心の痛手が病院に招かれ演奏家たちの音楽により癒されることが確かめられた。1940年代に入り音楽療法が一つの学問領域として体系づけられた。20世紀初頭には、ヴェセリウスが音楽療法は病人のもつ不調和な揺らぎを調和した揺らぎに戻すことこそその目的があると考え、発熱や不眠症などの病気の治療に関する詳細な治療の指示が残っている。

### 2-3 音楽療法の問題点

前述で述べたように音楽療法は進展をみせているが、まだまだ活発には行っていないのが現状である。水野<sup>11)</sup>はここ数年来、音楽療法を国家資格化することが、日本音楽療法学会の最大の懸念事項になっている。医療・福祉・教育機関などにおける専門職としての音楽療法士の地位が保障されない限り、報酬も保障されず、職業として成り立たない。学会内で組織された国家資格推進委員会が関係機関と多大な時間と労力を費やして議論を続けているが、解決にはまだまだ時間を要すると思われる。その原因の一つは、音楽療法の方法は音楽療法士の数だけあるという言葉に象徴されるような音楽療法の多様さ、曖昧さがあげられており、専門性を前提とした国家資格化を推進する一方で、岡崎<sup>12)</sup>は「音楽療法とは何か」、「音楽療法士の専門性とは何か」という根本を問う議論が続いていると

述べている。また、佐藤<sup>13)</sup>はデータを収集したエビデンスの研究が少ないことが、国家資格にならないことに影響している。データで分析して効果を立証することが必要ないという音楽療法士がいることが問題だと指摘している。

また、音楽療法が現代社会において注目され、効果が期待されているのも関わらず、施設では、認知症になってしまった患者には医学でもできないのに音楽療法でできるわけもないと音楽療法そのものを否定する施設があることが、ヒアリング調査で明らかになった。また、どのようにして、音楽療法士に依頼する方法が分からない、施設の経済的理由で音楽療法士には指導してもらえないなどの見解があることもわかった。

### 参考文献・参考資料・注釈

- 1) 音楽の友社 <https://www.ongakunotomo.co.jp/> 2018年4月
- 2) 松本祐樹・本山貢・木場田昌宣：2013「高齢者の健康教育における音楽療法的活動とその有効性」和歌山大学教育学部教育実践総合センター紀要 第23号
- 3) 秋山聖：2005 「療法的な音楽活動が高齢者の心の健康向上に及ぼす影響」第5回日本音楽療法学会学術大会
- 4) アリシア・アン・クレア・広川恵理 5) (翻訳)：2001『高齢者の療法的音楽活用』
- 6) 松本佳久子：2007「少年受刑者のグループカウンセリングにおける音楽療法・大切な音楽の自己語りにおける意味生成と変容」神戸大学博士論文 第359号
- 7) 伊藤麻友子：2012「ホスピス・緩和ケア領域における音楽療法-伴奏楽譜の違いがストレス緩和に及ぼす影響」金城学院 博士論文 甲53号
- 8) 名古屋音楽大学音楽療法カリキュラム [ja.wikipedia.org/wiki/](http://ja.wikipedia.org/wiki/)
- 9) ベルリン音楽大学の音楽療法のカリキュラム [ja.wikipedia.org/wiki/](http://ja.wikipedia.org/wiki/)
- 10) 園田和江：2014「認知症高齢者ケアにおける音楽療法の有用性に関する研究—日独の音楽療法の取り組みを踏まえて鹿児島国際大学 A 第29号 博士論文
- 11) 水野恵理子：2010「音楽の療法的効用に関する精神整理学的研究」奈良女子大学博士論文 甲第486号
- 12) 岡崎香奈：2004「音楽療法士の専門性を考える」日本音楽療法学会誌 4(1) pp21-25
- 13) 佐藤正之：2017「音楽療法はどれだけ有効か—科学的に根拠を検証する」株式会社科学同人

### 注釈

注1) 日野原重明 聖路加看護大学前学長

注2) 加賀谷哲也 日本音楽療法学会設立者

### 第3章 高齢福祉施設で行われる音楽療法的活動の現状と音楽指導者の評価

#### 3-1 本章の目的

第1章で取り上げたように、近年の全国的な高齢者対策の状況に対応すべく各地の高齢福祉施設では、施設の活性化や認知症対策に向けて様々な計画が進められている。厚生労働省では、高齢社会対策基本法が2015年に開始した健康日本21（第二次）に基づき健康づくりについて取り組みの普及啓発を推進する取り組みを実施している。高齢者施設でも認知症対策の取り組みに期待がかけられる。そのような高齢者支援対策のなか音楽療法に注目し、社会福祉協議会の協力を得て全国の高齢福祉施設において音楽療法を積極的かつ定期的に行っている14施設の音楽療法の現状を把握し問題点を明らかにする。

#### 3-2 調査時期・対象

本研究の調査時期は2011年4月～2014年1月にかけて行い47都道府県の社会福祉協議会の協力を得て、全国の高齢福祉施設において音楽療法を積極的に行っている14施設を抽出した。調査した施設は京都市が4施設、京都府が5施設、奈良県が1施設、大阪府が1施設、大阪市が1施設、岐阜県が1施設、鹿児島県が1施設、計14施設である。ただし、東北地方と北海道は、東日本大震災のため今回は調査対象から除いた。

#### 3-3 調査内容

使用した質問紙は音楽指導者の基本的属性、施設の概要、音楽療法が行われる部屋の空間、音楽指導者の満足度など以下の項目より構成された。

- ① 基本的属性は男女別や年代、音楽指導者の職種や交通手段。報酬、指導年数、職員の見守りなど7項目である。
- ② 施設の概要は開園年度や敷地面積、建物床面積、併設施設、入所定員など8項目である。
- ③ 施設の音楽が行われる部屋の空間の項目は、音楽が行われる時間帯、音響設備、天井の高さ・材料、窓の防音、部屋の防音、楽器の種類、音楽機材、歌詞カードなど全17項目である。
- ④ 音楽指導者の満足度については、音楽の時間帯や部屋の明るさ、部屋の広さ、天井の高さ、楽器の数、音楽機材、ピアノの位置についてなど11項目、「満足」「やや満足」「不満」として○を付けてもらった。
- ⑤ 施設で行われる音楽療法の空間については、平面図を提供していただき筆者が作成した。

#### 3-4 結果

##### 3-4-1 音楽指導者の属性

音楽指導者の性別は、男女は21名、女子は25名だった。（ボランティアの指導者はグループ内で交代で行っている）年齢は20代から90代と幅が広く平均41.1歳であった。職種は音楽療法士の資格のある指導者は3人、理学療法士1人、看護師1人、音楽講師3人、非常勤職員（作曲家）1人、学生のボランティア約48人、主婦のボランティア8人であった。音楽指導者が自宅から施設への交通手段は、徒歩や車、電車などの交通機関、飛行機などであった。報酬は3施設のみ有料で、9施設は無料、2施設は、施設の職員で給料に組み込まれていた。音楽の継続年数は半年から20年と幅が広く平均4.8年であった。

職員の見守りは 14 施設すべてに行っていて、4 施設は施設長が参加されていた。

表 3-1 音楽指導者の属性

施設名	性別	年代	職種	交通手段	報酬	年数	職員見守り
A	女(2名)	40代	理学療法士(職員)・病院(看護師)	—	職員	3年	3～5名
B	女(1名)	50代	音楽講師	車15分	無料	1年	3～5名・施設長
C	女(1名)	50代	音楽講師	車40分	無料	7年	2～3名
D	女(1名)	50代	音楽講師	車30分	無料	7年	2～3名
E	女(8名)	40代～50代	ボランティア	徒歩・自転車	無料	3年	3名
F	女(2名)	50代	音楽療法士(病院勤務)・ピアニスト	車10分	有料	半年	5名
G	男(1名)	50代	作曲家(施設非常勤)	車30分	職員	20年	3名・施設長
H	女(1名)	50代	県音楽療法士	車30分	有料	10年	2～3名
I	男(1名)	90代	音楽療法士(東京から)	飛行機・電車 6時間	有料	10年	4名
J	男女(8名)	20代	学生ボランティア	1時間30分	無料	2年	3～5名・施設長
K	男女(8名)	20代	学生ボランティア	2時間	無料	半年	2～3名
L	男女(10名)	20代	学生ボランティア	1時間30分	無料	半年	2～3名
M	男女(10名)	20代	学生ボランティア	1時間	無料	2年	3～5名・施設長
N	男女(10名)	20代	学生ボランティア	1時間	無料	1年	2～3名

### 3-4-2 施設の概要

調査した 14 施設の経営主体は社会福祉法人 11 施設、医療法人 1 施設、カトリック教会が 2 施設であった。構造は 13 施設が鉄筋コンクリートで 1 施設が木造(町屋造り)であった。併設されているのは、デイサービスが 7 施設、ショートステイが 7 施設、グループホームは 4 施設、ケアハウスが 4 施設、訪問介護居宅支援 5 施設、小規模多機能ホームが 1 施設、在宅介護が 3 施設を行っていて、2 施設のみ併設は行っていなかった。入所定員は 25 名から 170 人で幅が広く、平均 69. 2 名だった。短期入所定員は 0 名から 20 名で平均 11. 3 名であった。

表 3-2 施設概要

施設名	A	B	C	D	E	F	G
所在地	京都市	京都府	京都府	京都府	京都府	奈良県	大阪府
開園年	平成11年	昭和45年	平成15年	平成8年	昭和47年	平成8年	昭和38年
経営主体	社会福祉法人	社会福祉法人	社会福祉法人	社会福祉法人	京都司教区カリタス会	社会福祉法人	社会福祉法人
敷地面積	4,976, 27㎡	2,310,00㎡	10,474,55㎡	8,310,00㎡	8,111,00㎡	10,804,92㎡	1,282,54㎡
建築床面積	4,243,05㎡	15,421,28㎡	26,339,75㎡	4,517,03㎡	2,756,03㎡	4,573,52㎡	8,913,05㎡
構造	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート
入所定員	80名	170名	70名	50名	90名	54名	30名
短期入所定員	10名	6名	15名	20名	14名	16名	6名
併設	デイサービス・支援センター・介護居宅支援	デイサービス・ショートステイ・グループホーム	ショートステイ・ケアハウス・グループホーム	ショートステイ・デイサービス・ケアハウス・訪問介護居宅支援	ショートステイ・ケアハウス・デイサービス	ショートステイ・デイサービス・グループホーム	ショートステイ

施設名	H	I	J	K	L	M	N
所在地	岐阜県	鹿児島県	京都市	大阪市	京都市	京都府	京都市
開園年	平成15年	平成5年	平成17年	平成16年	平成22年	平成9年	平成13年
経営主体	社会福祉法人	社会福祉法人	社会福祉法人	社会福祉法人	医療法人	社会福祉法人	カトリック教会
敷地面積	4,249,01㎡	14,830,26㎡	1,633,05㎡	51,913985㎡	1,041,08㎡	5,442,77㎡	252,79㎡
建築床面積	6,466,18㎡	1,358,28㎡	947,37㎡	1,224,99㎡	624,56㎡	2272,98㎡	156,42㎡
構造	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート	鉄筋コンクリート
入所定員	80名	80名	100名	30名	60名	50名	25名
短期入所定員	29名	12名	8名	5名	7名	20名	0
併設	デイサービス・グループホーム・居宅介護支援	デイサービス・ケアハウス・支援センター・小規模多機能ホー	—	特養。在宅介護	訪問リハビリ	通所介護。経費老人ホーム。	—

### 3-4-3 音楽療法の行われる部屋の空間について

音楽が行われる部屋の空間について、

- ① 音楽療法が行われる時間帯は 13 施設が 14 時～15 時であり、2 施設のみ 10 時～11 時であった。高齢者の食後の排泄を考慮して 14 時からのスタートが多い。
- ② 音響設備はマイクとスピーカーのみであり、天井からのスピーカーは 1 施設だけであった。
- ③ 天井の高さは吹き抜けが 2 施設、12 施設は 2.25m から 3.5m であった。平均 3.13m であった。天井の色は白が 5 施設、アイボリー7 が施設、茶が 2 施設であった。壁の色は、白が 4 施設、アイボリーが 8 施設、白とベージュのストライプが 1 施設であり、材料はクロスが 5 施設、コンクリートが 9 施設、木製が 1 施設だった。
- ④ 窓は 2 枚から 18 枚と幅が広く、4 施設は窓がなく、窓の防音、部屋の防音設備は 14 施設すべて設置されてなかった。
- ⑤ 床仕上げは、木製が 2 施設、ビニールタイルが 2 施設、フローリングが 6 施設、絨毯が 1 施設、P タイルが 1 施設、畳が 1 施設だった。
- ⑥ 楽器の種類、音楽機材はキーボード、ギター、鈴、マラカス、タンバリン、鳴子、手作りリズム楽器、CD,LD レコーダーであった。
- ⑦ 音楽療法は 14 施設すべて、施設の催しとして組み込まれて、音楽の部屋の BGM は 14 施設すべて流されていなかった。
- ⑧ 歌詞カードは 5 施設が手作でスクリーンが 1 施設、6 施設は使用していなかった。

表 3-3 施設の音楽療法空間(A～G 施設)

施設名	A	B	C	D	E	F	G
所在地	京都市	京都府	京都府	京都府	京都府	奈良県	大阪府
時間帯	14:00～15:00	14:30～15:15	14:00～15:00	14:00～15:00	①10:00～11:00 ②14:00～15:30	14:00～15:00	14:00～15:00
音響設備	なし	スピーカー(天井) マイク	なし	なし	マイク・スピーカー	マイク	マイク
天井の高さ	3.5m	吹き抜け	吹き抜け	2.5m	2.8m	吹き抜け	2.25m
天井の色	白	白	白とガラス	アイボリー	アイボリー	白	茶
天井の材料	コンクリート	コンクリート	木製とガラス	コンクリート	石工ボード	コンクリート	木製
壁の色	白とベージュの ストライプ	白	白	アイボリー	アイボリー	白	アイボリー
壁の材料	コンクリート	クロス	コンクリート	コンクリート	クロス貼り	コンクリート	クロス貼り
窓の数	13枚	18枚	8枚	2枚	14枚	なし	13枚
窓の防音	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
部屋の防音	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
床仕上げ	木製	ビニールタイル貼り	フローリング	フローリング	ビニールタイル貼り	フローリング	コンクリート
楽器の種類	ギター・キーボード・鈴 鳴子・カスタネット タンバリン・マラカス	ピアノ	オルガン・ピアノ	キーボード(持ち込み)	ピアノ・オルガン 鈴・鳴子	グランドピアノ・鈴 鳴子・カスタネット タンバリン・マラカス	キーボード
音楽機材	CDラジカセ アコースティックギター エレキギター	CD・LDレコーダー	なし	なし	CDラジカセ	なし	なし
BGM	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
その日の催し	○	○	○	○	○	○	○
歌詞カード	コピー紙	手作り模造紙	なし	なし	布クリアファイル	模造紙をボードに貼る	手作りファイル



表 3-3 施設の音楽療法空間（H～M 施設）

施設名	H	I	J	K	L	M	N
所在地	岐阜県	鹿児島県	京都市	大阪市	京都市	京都府	京都市
時間帯	13:45～14:45	14:00～15:00	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	10:00～11:00	13:30～14:30
音響設備	マイク スピーカー（持ち込み）	なし	マイク 天井スピーカー	マイク	マイク	マイク	なし
天井の高さ	3m	6m	2.6m	2.5m	3m	2.6m	3.5m
天井の色	アイボリー	白	アイボリー	アイボリー	アイボリー	アイボリー	茶
天井の材料	クロス	コンクリート	コンクリート	コンクリート	コンクリート	コンクリート	木製
壁の色	アイボリー	白	アイボリー	茶	アイボリー	アイボリー	アイボリー
壁の材料	クロス貼り	クロス（鉄筋作り）	クロス貼り	クロス貼り	クロス	クロス	クロス
窓の数	なし	4枚	6枚	4枚	なし	なし	6枚
窓の防音	なし	なし	なし（二重窓）	なし	なし	なし	なし
部屋の防音	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
床仕上げ	木製（木目）	Pタイル仕上げ（鉄筋）	絨毯	フローリング	フローリング	フローリング	畳
楽器の種類	キーボード（持ち込み） 鈴・太鼓 タンバリン	ピアノ カスタネット タンバリン・鈴 手作りリズム楽器	ピアノ・エレクトーン	キーボード	キーボード・ギター	ピアノ・キーボード	オルガン
音楽機材	なし	ヤマハカラオケ君	AVワゴン	CD	CD	CD	CD
BGM	CD	CD	なし	CD	CD	なし	CD
その日の催し	○	○	○	○	○	○	○
歌詞カード	模造紙をボードに貼る	フロッピー（手作り）	スクリーン	なし	なし	なし	なし

### 3-4-4 音楽のプログラム

音楽の行われるプログラムは、約 1 時間で、14 施設で 28 種類が行われていた。1 施設、4～10 種類である。

プログラムは 5 種類に分類された。A) 身体行動、B) 歌、C) 脳トレ、D) 演奏、E) 交流、F) リズムである。

#### A, 身体行動について

初めに軽い「体操」を行っている施設が 3 施設（21%）その内の 1 施設は職員がホール内を動き、アニメ「となりのトトロ」の曲に合わせて手脚を動かさせ高齢者を誘導していた。脳の活性化のため 3 施設が手遊びや手脚を使って歌をうたっていた。1 施設は高齢者と共にミュージカル（桃太郎）を行っていた。踊りを取り入れた施設は 1 施設だった。「劇」を取り入れた施設は 3 施設で高齢者も参加していた。

#### B, 歌について

歌をうたっている施設は多く、14 施設すべてが「季節の歌」を取り入れていた。利用時間は 5 分～10 分であった。これは、施設内は一年中一定の温度に設定されているため季節が感じられないからであると考えられる。3 施設は高齢者の「なじみ歌」を取り入れ、2 施設は「発声練習」で横隔膜を鍛えていた。内容は滑舌と母音の発声、アイウエオを行っていた。また木滋作詞・中田喜直作曲（めだかの学校）を「はじまりの歌」として歌っていたのは 1 施設（7%）や「終わりの歌」を歌っていたのは 4 施設（29%）だった。曲は、高野辰之作詞・岡野貞一作曲（ふるさと）であった。「映画音楽」は、2 施設（7%）が行っていた。「コーラス」は、1 施設。「童謡」は、2 施設（7%）が歌っていた。「高齢者が一人で歌う」「独唱」は 1 施設（7%）であった。「演歌」は 3 施設（21%）時間は 10 分であっ

た。また、「リクエスト曲」は 1 施設 (7%) だけだった。「懐メロ」は 2 施設 (7%) が 10 分～15 分時間を取っていた。

#### C, 脳のトレーニングについて

プログラムの最初に「音楽指導者トーク」をする施設は 6 施設 (43%) であった。内容は、自己紹介や楽器の説明、季節についての説明や質問などである。「朗読」は 2 施設 (7%) が言葉の回想効果のために行っていて、高齢者にも反復させていた。クイズは民謡などを用いて「踊り」は、どこの国の民謡であるかなどの質問であった。料理は 1 施設 (7%) が脳トレのために行っていた。療育音楽は 1 施設 (7%) (医学的バックボーン) ①呼吸機能の強化②リズム感③手を使い脳の活性化を主体に音楽を進行していた。

#### D, 演奏について

「楽器」の使用は 4 施設 (29%) が行い、種類はタンバリン、マラカス、カスタネット、鈴、太鼓、手作り楽器 (シェイカー) などを使用していた。指導者の演奏が 5 施設 (38%)、歌は唱歌、ピアノ曲はロマン派のショパンやドビッシューが多かった。プロの音楽家を迎えての演奏は 1 施設 (7%) のみであった。演奏者は東京芸術大学卒の 80 歳の声楽科だった。入居者と年代が同じであるのに、ドレス姿でソプラノ演奏で職員も入居者も感動していた。

#### E, 交流について

「ティータイム」は 2 施設 (36%) が音楽療法後に 20 分間、高齢者とお茶やお菓子を食べながらおしゃべりをしていた。高齢者の側で時折手を取り握手をして時間を過ごした。丸いテーブルの施設は高齢者の隣に学生が座るようにしていた。施設は訪問者は週末が殆どのため、学生を孫のように喜び、鈴などの楽器を学生が回収しようとしても、高齢者は握りしめて返却しない高齢者もいた。

#### F, リズムについて

療育音楽を取り入れたリズム打ちを行っていた。また、指揮法は簡単な 4 拍子などを取り入れていた。呼吸法は 1 施設が必ず毎回、長母音で (ア～) 行っていたため職員より呼吸の長い方も多くいた。リズムは、歌と楽器や手拍子をするため、仲間と合わせる、協力する意識が働き緊張感があった。

表 3-4 音楽プログラムと音楽タイム (数字は分)

	施設名	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
身体行動	体操	5	3	5											
	手遊び			5							5	10			
	ミュージカル											15			
	踊り										10				
	手脚歌	5	10		10										
歌	劇										10	10	10		
	季節の歌	10	10	10	8	10	10	10	10	10	15	5	5	10	10
	なじみの歌	15	10	15											
	映画音楽		5		5										
	始まりの歌			3											
	終わりの歌		2	2	2					5					
	コーラス				10						10				
	童謡					5	5								
	独唱		5												
	発声練習										10		5		
	演歌		10		10	10									
脳トレ	懐メロ						15	10							
	リクエスト曲													10	
	クイズ														10
	料理														15
	療育音楽									10					
演奏	指導トーク							5	10		10	10	10		10
	朗読		5		5										5
	楽器	5				15	10			15					
	プロ演奏							10							
交流	講師演奏		2	5		15		15							8
	ティタイム												20	20	

### 3-4-5 施設で音楽療法が行われている部屋の配置図について

次に音楽療法が行われている部屋の配置図を見る。

#### A施設

A施設では、音楽の部屋は入居者のリ克雷ーションスペースであり2か所の居室から移動してくる。指導は理学療法士と看護師が行っている。時々高校生のボランティアが高齢者と一緒に歌ったり寄り添ったりする日もある。また、男性のギタリストもボランティアで時々訪問している。常時職員が行き来し、音楽の様子を見守っている。指導者のキーボードの位置は高齢者が指導者を囲むように設置されている。部屋の特徴は畳コーナーがあり、歩行困難な高齢者もベッドの中から催しに参加できる。また、14施設のうちA施設のみ防火予防のガラスが天井下に取り付けられている。高齢者一人の使用面積約10㎡。

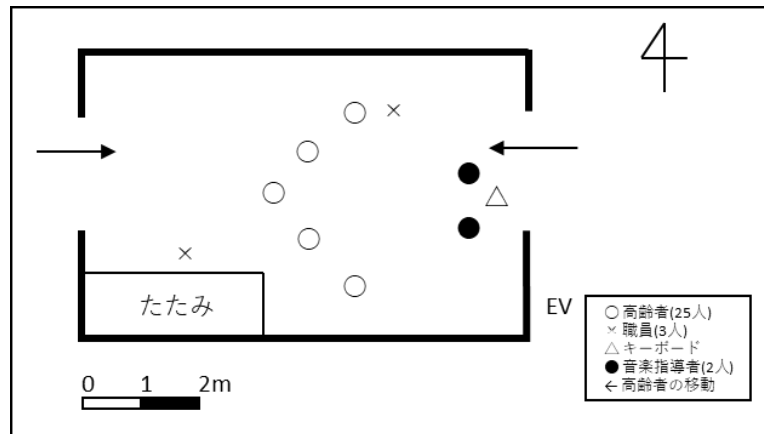


図 3-1 A施設の2F 平面図 (筆者作成)



写真 3-1 A 施設 音楽療法的活動の様子  
 (理学療法士と看護師の指導で軽い体操)  
 2012年9月26日 筆者撮影

### B 施設

高齢者の移動は施設の 2 か所の方から音楽療法の会場に移動してくる。居室からホールまで高齢者にとっては距離があるので、職員は 70 名の高齢者の移動手段に時間を費やしている。また、70 名を超える参加者であるため一人使用面積が、 $1.7 \text{ m}^2$ であっても車椅子同士が接触しそうになる。特徴は施設自慢の吹き抜けのエントランスルームで音楽が行われ、玄関を入ってすぐのスペースで来客からも見ることができ、ピアノの位置は高齢者の移動手段に邪魔にならないように隅に設置され高齢者には指導者の後ろ姿しか見えない。職員は毎回 5 名が高齢者を囲むように配置する。どんな曲にも対応できるように大量の歌詞カードを職員が作り用意されている。アルファベット順に整理され、高齢者のリクエストに即座に応え大きな模造紙の歌詞カードを出していた。高齢者一人の使用面積  $1.7 \text{ m}^2$ 。

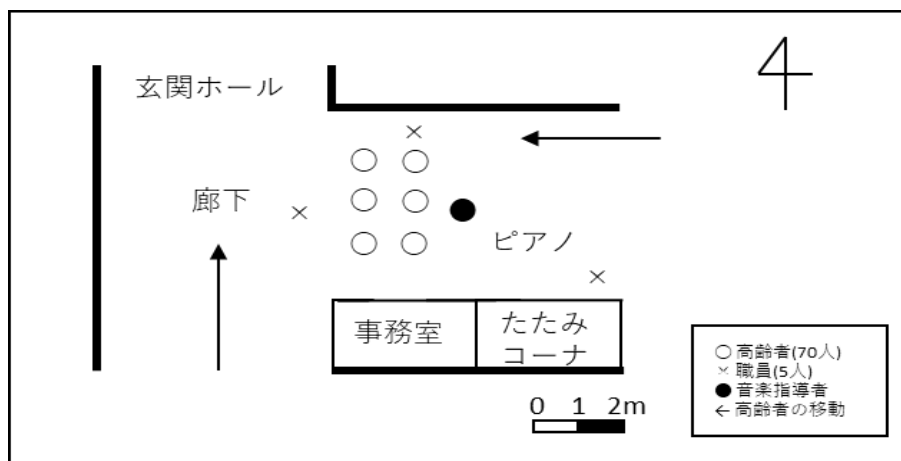


図 3-2 B 施設の 1F 平面図 (筆者作成)



写真 3-3 B 施設外観



写真 3-4 B 施設 入口

2018 年 4 月 20 日筆者撮影

### C 施設

食事やリクレーションルームとして使用されている。そのため常に高齢者はリクレーションルームでくつろいでいるので、音楽の時間を知らせなくてもすぐ音楽療法を始めることができる。特別養護老人ホームは、4 班に分かれているが指導者の声が聞こえたら個々に居室から移動して音楽に参加する。職員は音楽スペースを仕事のためにも使用して通過しているため、音楽の見守りは 2 名のみである。車椅子の方が殆どで職員が入居者の移動手段がスムーズに行くようにピアノは高齢者の後方に設置されている。そのため、指導者は高齢者と対面していない。高齢者一人の使用面積約 30 m<sup>2</sup>。

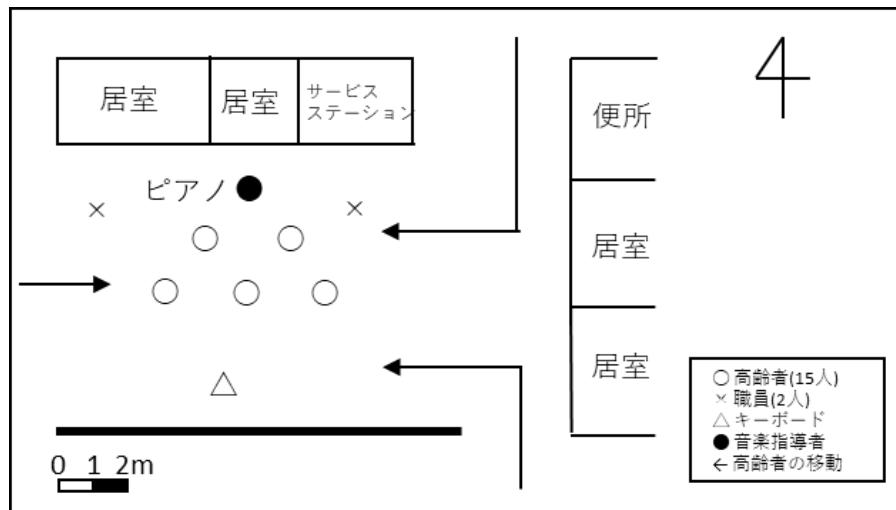


図 3-4 C 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 3-5 C施設外観

(玄関前にマットや便座が干されている)

2018年4月20日筆者撮影

#### D施設

高齢者は2か所からデイスペースに移動してくる。ホールと通路が隣接しており絶えず職員や入所者が音楽の時間に指導者の前を通過する。また、音楽の行われるスペースとエレベーターが隣接しているため、荷物などの出入りがあり職員が音楽空間を通過する。スペースが狭く、歌詞カードを張り付けるスペースがない。元気の良い表情豊かな高齢者はこぶしを上下に振りリズムをとる。控えめな高齢者は腹部のあたりで小さく手をリズムをとる。能動的な音楽療法と受動的な音楽療法の受け方が見てとれる。高齢者一人の使用面積約 5.6 m<sup>2</sup>。

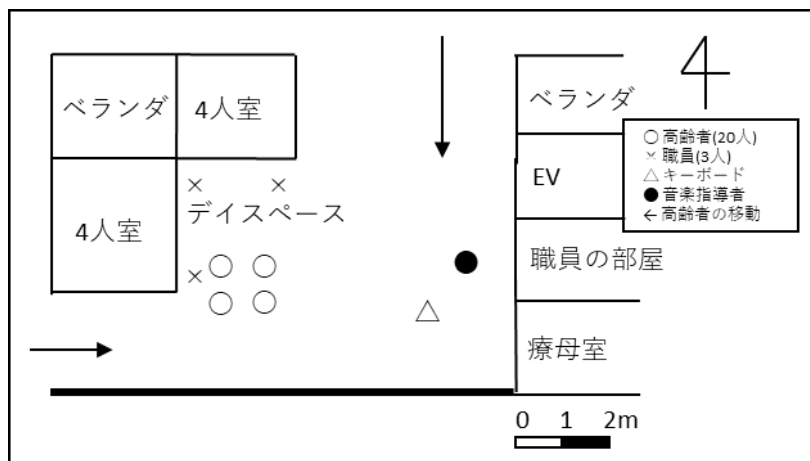


図 3-4 D施設 2F 平面図 (筆者作成)



写真 3-6 D施設 音楽療法的活動の様子

(大きくこぶしを上げリズムをとる高齢者・腹部前で小さく手拍子をする高齢者)

2011年11月25日筆者撮影

#### E施設

2方向から高齢者が移動してくる。ボランティアの人数が7~8人(全員近隣の主婦)と多いため高齢者の傍でリズムを一緒にとり、車椅子の傍にひざまずき全ての高齢者を囲むことができる。エントランスとホールが続いているためスペースは広い。ピアノの位置は高齢者の前方にあるが、ピアニストは絶えず後ろを振り返り指導者と息を合わせるように演奏している。音楽が終わってからもボランティアとの交流が続きおしゃべりスペースとして使用している。霊安室がすぐ隣接しているのも特徴である。高齢者の一人使用面積約9.1㎡。

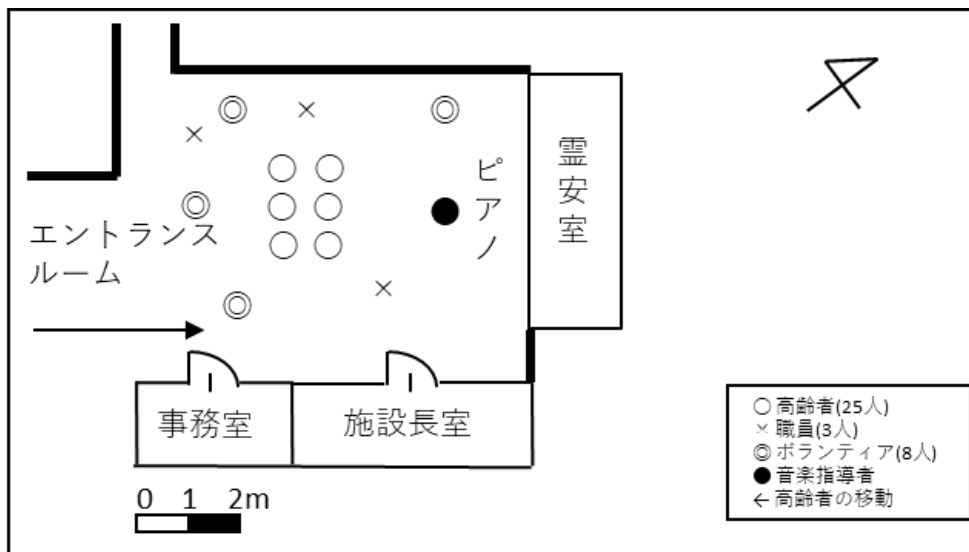


図 3-7 E施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 3-6 E 施設 ボランティアによる音楽療法的活動の様子  
 (歌詞カードはボランティアの手作り)  
 2011年10月21日 筆者撮影

### F 施設

高齢者の移動は 3 か所である。14 施設の内 F 施設のみグランドピアノが設置されている。スペースが広いので車椅子に乗れない入居者もベッドのまま参加されていて、職員が傍で歌い、楽器を鳴らし音楽を促がしている。ホール前方の中央に黒板が設置されている。歌詞カードも大きな文字で黒板に張り付けてあり見やすい。音楽ホールも広く、高齢者が途中にお手洗いに行く時も車椅子に接触することはない。天井が吹き抜けのため、2F から 1F を見下ろし入居者が音楽に参加されている。高齢者一人の使用面積約 20 m<sup>2</sup>

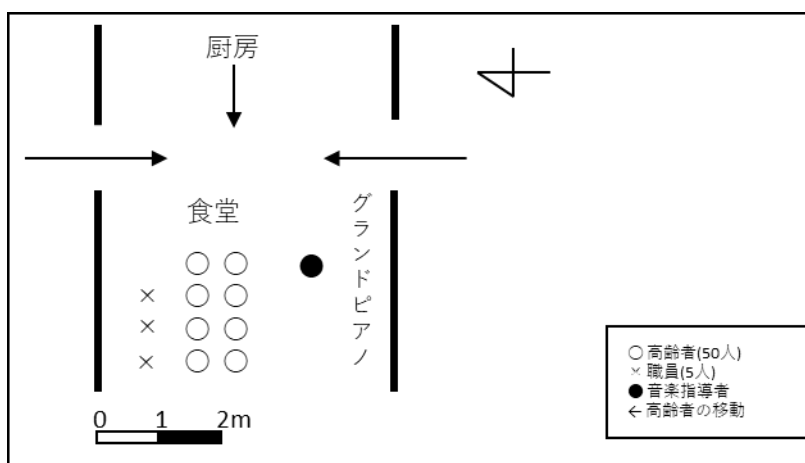


図 3-6 F 施設 1F 平面図 (筆者作成)





**写真 3-7 F 施設の音楽療法的活動の様子**  
(ピアニストは音楽療法士)  
(グランドピアノ設置はF施設だけである)  
**F 施設 2012年7月17日筆者撮影**



**写真 3-8 F 施設の音楽療法的活動の様子**  
(施設職員 後方で見守るだけで移動しない)  
**F 施設 2012年7月17日筆者撮影**

## G施設

高齢者は居室から1か所の方向から移動して来る。居室とホールが近いため移動時間は短い。施設長が必ず参加し高齢者を見舞っている。指導者は男性の作曲家であり、ピアノの演奏が多く披露されている。高齢者はうっとりした様子で聞き入っていた。また、歌は一人一人にマイクを渡し歌わせていた。中央で披露できる方は中央で一人で歌う。高齢者が転ばないように職員は傍で見守る。施設長は、ホールの中心に座り高齢者にマイクを向けて歌うように促している。高齢者は歌うことの役割を与えられとても嬉しそうな表情であった。食堂スペースのため、音楽の休憩タイムのお茶がスムーズに配られる。高齢者一人の使用面積約4.4㎡。

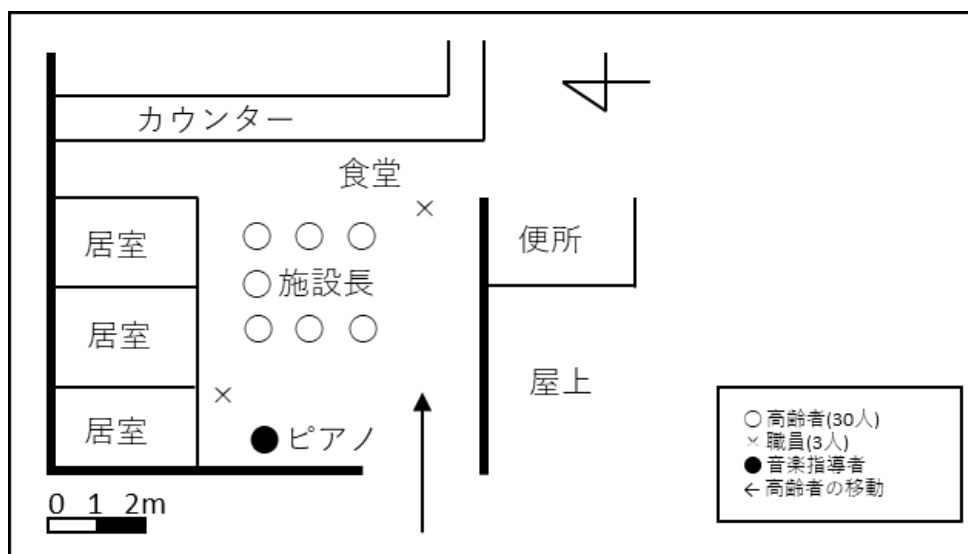


図 3-7 G施設 2F 平面図 (筆者作成)



写真 3-9 G施設の音楽療法的活動の様子  
(施設長中央でマイクもち高齢者に歌わせる)

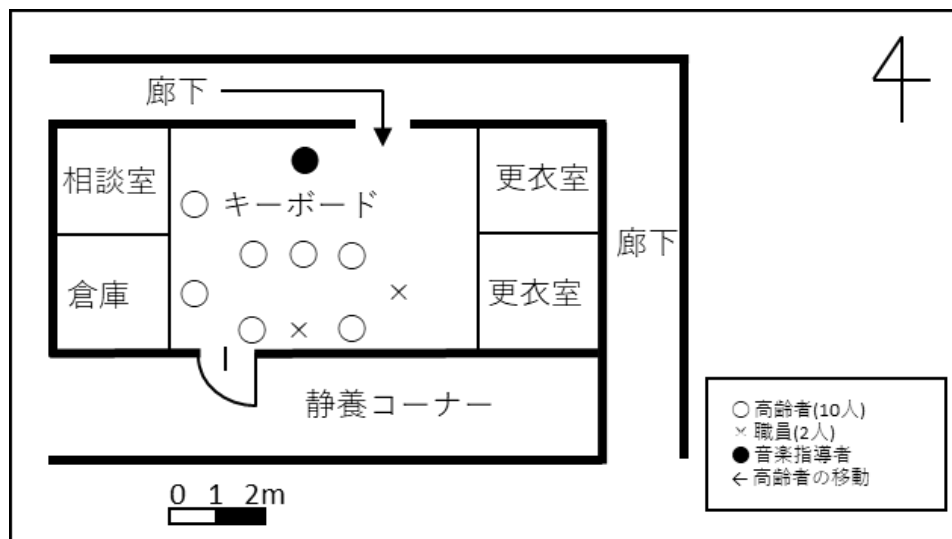
2012年8月10日 筆者撮影



**写真 3-10 G 施設の音楽療法的活動の様子**  
 (入居者が中央で歌いながら踊る職員中央で見守る)  
 2012年8月10日 筆者撮影

#### H 施設

14 施設の内 13 施設が開放されたスペースで音楽を行っているが、H施設のみ、音楽の部屋は個室のため入室する時にドアがあるため職員が車椅子を押していた。狭い窓のない閉鎖されたスペースである。また、静養室が隣接された部屋が音楽室の隣室に設定されていた。職員が高齢者を囲むようなスタイルで、介護度の高い高齢者には肩を抱くようにして見守っている指導者は岐阜県認定の音楽療法士である。オルガンや太鼓、スピーカーなど、機材はすべて音楽療法士が持参していた。高齢者一人の使用面積 7.1 m<sup>2</sup>。



**図 3-8 H 施設 2F 平面図 (筆者作成)**



写真 3-11 H施設 岐阜県の音楽療法的活動の様子

(キーボードは音楽療法士)

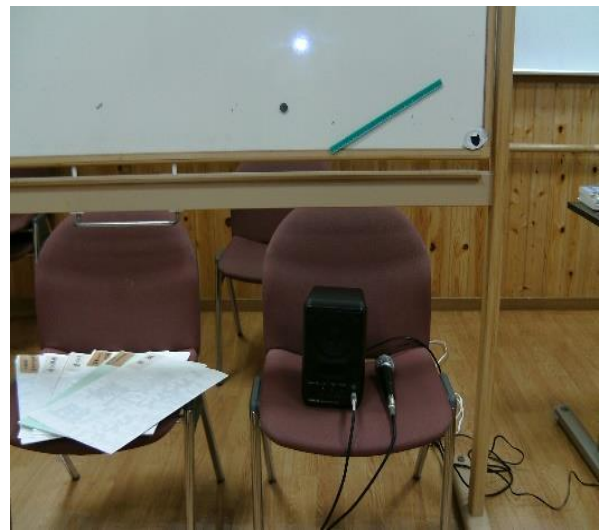


写真 3-12 H施設の音楽療法的活動の様子

(音楽機材は音楽療法士の持ち込み)

H施設 2011年8月3日筆者撮影

### I施設

九州の南端の施設である。鹿児島空港から電車で3時間の場所である。高齢(90歳)の音楽療法士が東京から指導に来ている。聞き取り調査は職員に電話により行った。療育音楽(手と脳の活性化、呼吸器を強化、リズム感を養成)を取り入れ①呼吸機能の強化②リズム感③手を使い脳の活性化を主体に音楽を進めている。必ず最初に呼吸法を行い唱歌、リズム楽器を使用して合奏を行う。高齢者の一人使用面積 11 m<sup>2</sup>。

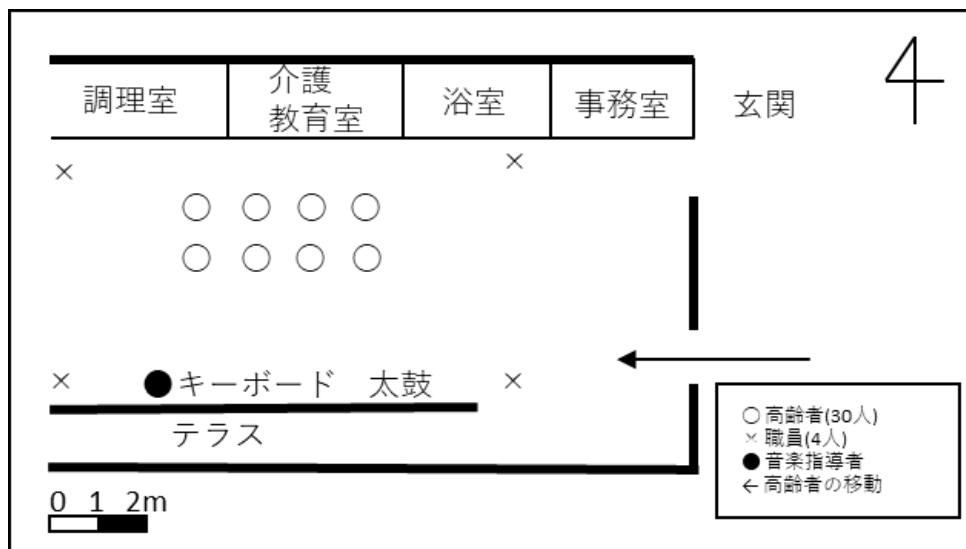


図 3-9 I施設 1F 平面図 (筆者作成)

### J 施設

入り口は一か所である。移動はエレベーターを使用しているため入り口で混雑し渋滞する。施設長が必ずホールの後方、中央で見守られる。学生は、入り口スペースで録音と映像を撮っている。学生は低い姿勢で一人ひとりと始まりと終わりのご挨拶で握手をして高齢者は身を乗り出して喜ばれていた。部屋の横には庭園があり京都の景観が一望できる。高齢者の一人使用面積 6.6 m<sup>2</sup>。

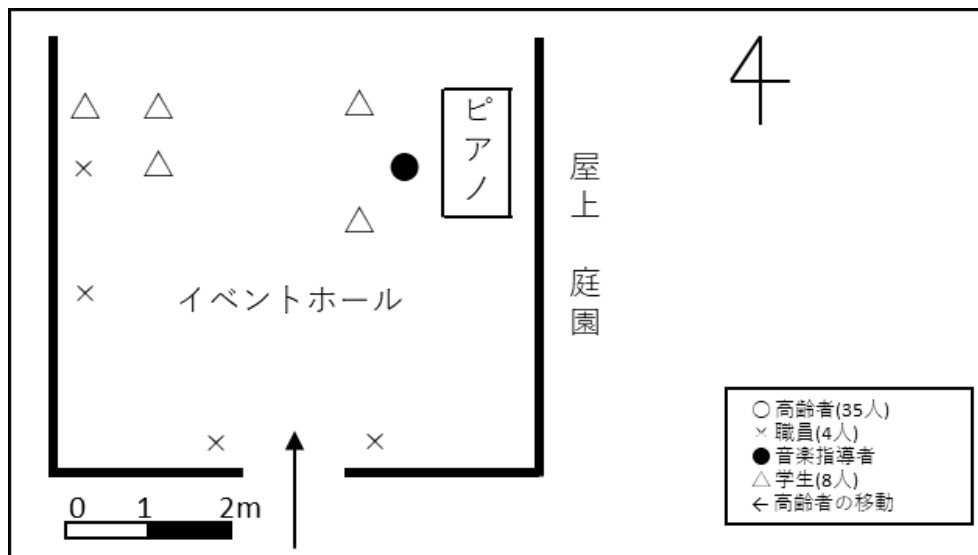


図 3-10 J 施設 3F 平面図 (筆者作成)



写真 3-13 J 施設の音楽療法的活動の様子  
(学生が一人ひとりと始まりと終わりに握手する)

2012 年 10 月 28 日筆者撮影

### K 施設

高齢者は席が決まっているため、丸いテーブルには、名前が書かれ毎回同じ席に座る。隣接するスペースに喫茶室があり高齢者は自由に行き来できる。また、音楽のホールは食堂であるため、高齢者と指導者である学生と一緒に料理も作って食事をして交流している。職員は喫茶室、事務室と食堂スペースが一行になっているため、常に移動しながら音楽を見守っている。高齢者一人の使用面積 8.8 m<sup>2</sup>。

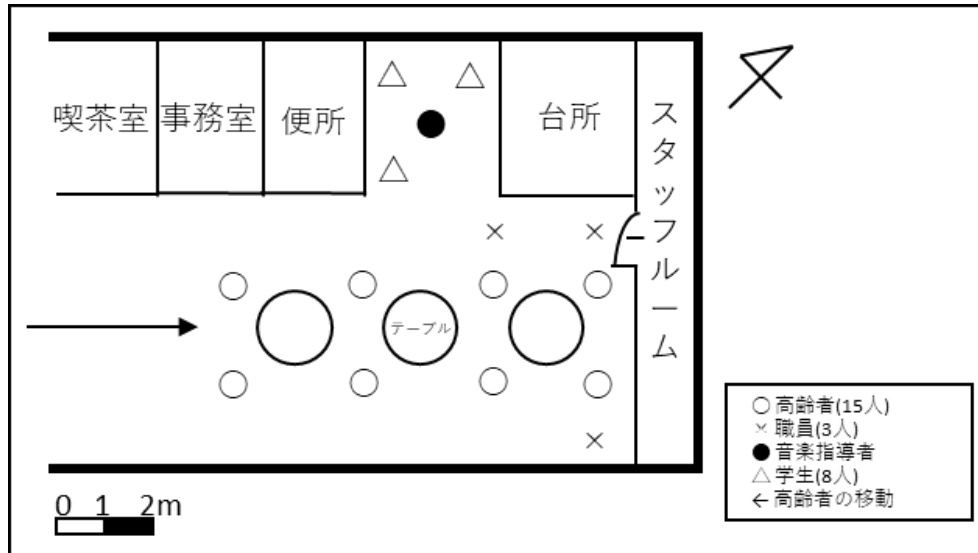


図 3-11 K 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 3-11 K 施設の音楽療法的活動の様子  
(丸いテーブルは 高齢者の席が決められている)

K 施設 2018 年 4 月 16 日筆者撮影

## L 施設

移動は 1 か所である。音楽の部屋は交流スペースで居室からすぐ移動できる。高齢者は音楽が聞こえたら居室から移動してくる。また、事務室も隣接されていて職員が常に見守っている。学生と入居者はミュージカルを行っていて元気な方は椅子から立ち上がり動作を表現されていた。高齢者一人の使用面積 2.9 m<sup>2</sup>。

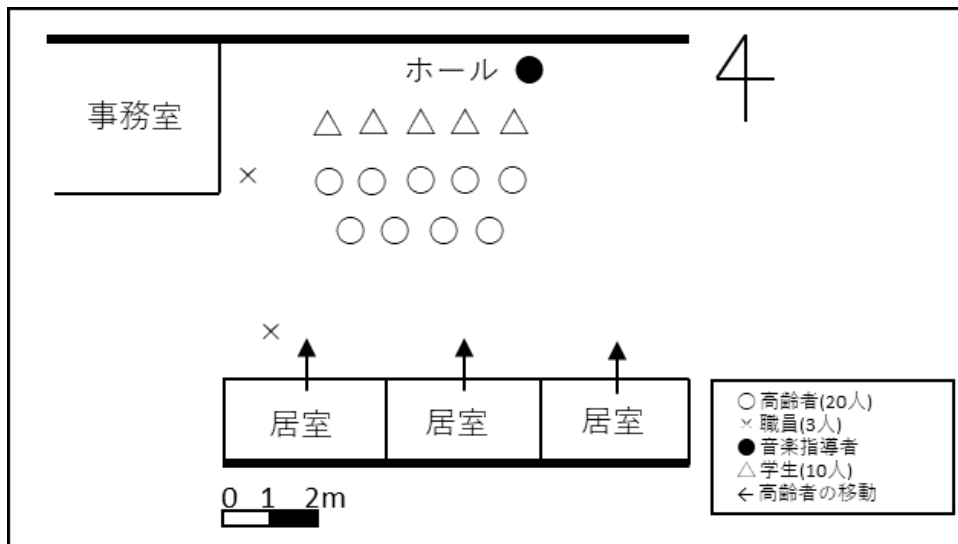


図 3-12 L 施設 2F 平面図 (筆者作成)



写真 3-12 L 施設の音楽療法的活動の様子

(歌と踊りを取り入れている)

2011 年 10 月 23 日 筆者撮影

### M施設

移動手段は 1 か所である。ピアノは高齢者の移動の妨げにならないように隅に設置され高齢者とは対面していない。音楽は食堂スペースで行われ、事務室も隣接し職員が見守っている。学生が実習で参加しており、高齢者は楽しそうだった。高齢者一人の使用面積 8.9 m<sup>2</sup>。

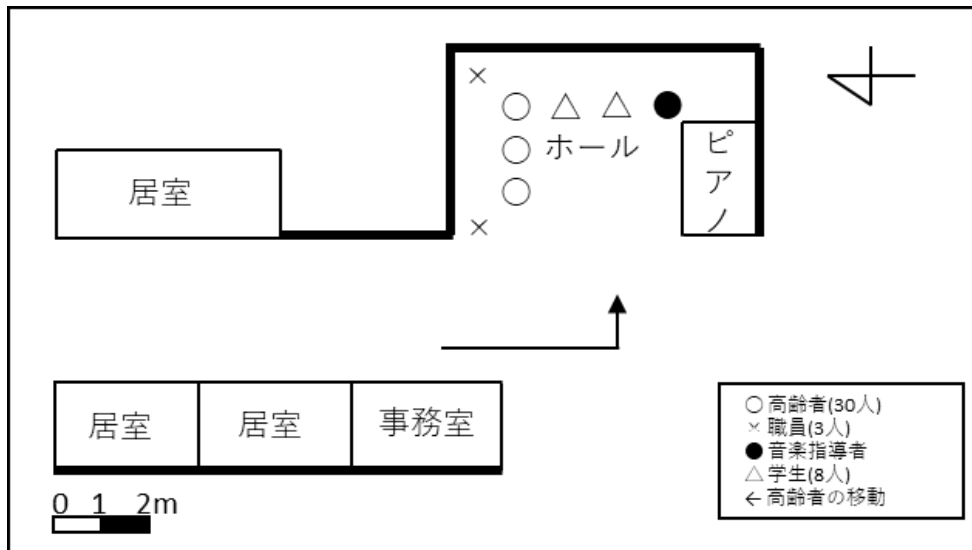


図 3-13 M施設 平面図 (筆者作成)



写真 3-13 M施設外観

(庭が広いので高齢者の散歩スペースになっている)

2018年4月16日筆者撮影

#### N施設

移動手段は1か所である。14施設の中で唯一、木造建築(町屋)である。屋内は台所以外は畳である。トイレや台所等がバリアフリーに改造されている。隣接の台所で高齢者と学生が共に料理を作り、畳スペースに配膳して一緒に食べる。10畳と6畳の部屋で比較的狭いスペースにベッドが隅に設置されており、97歳の方は、職員に見守られ時々歌われている。職員は正座である。狭い畳のスペースのため、ギターやキーボードの伴奏で語るように歌うことが喜ばれ、大きな声で歌うことは喜ばれなかった。

高齢者一人の使用面積 2.6 m<sup>2</sup>。



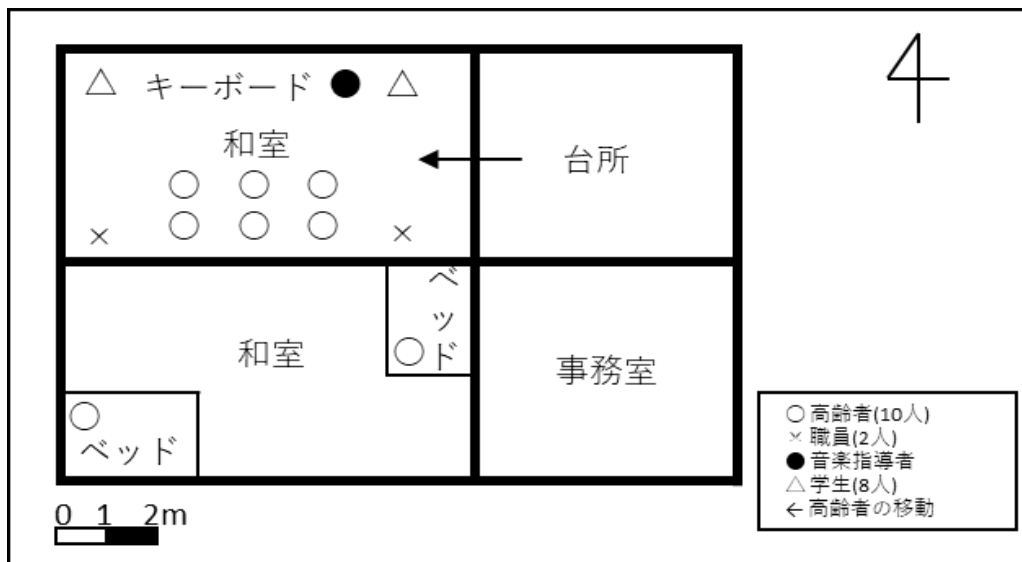


図 3-14 N施設 平面図 (筆者作成)



写真 3-14 N施設の音楽療法的活動の様子  
(中央奥は音楽指導者・後方で職員正座で見守る)  
2016年11月2日 筆者撮影

### 3-5 空間的特徴と利用方法 (A～N施設)

音楽の行われる部屋は、車椅子の移動手段に都合の良い、開架されたホールやエントランスホール、食堂の空間で12施設が行われ、2施設だけ閉架された個室で行っていた。部屋に入り口があるのは2施設だけだった。その内1施設は和室の引き戸でありほとんど開いていた。窓については、10施設が2枚から18枚で4施設は窓がなく暗く外を見ることが出来ず、季節感を感じる事ができない。天井に防火窓が設置されているのは1施設だけだった。

14施設すべて、指導者と職員は高齢者を囲むスタイルで音楽を行っており、介護度の高い高齢者やベッドで参加の方には職員が傍で見守り、施設長の見守りの位置は部屋の中央

だった。食堂で音楽を行う施設はティータイムを組み入れていて高齢者もお茶を飲み嬉しそう表情であった。

### 3-6 音楽指導者の満足度

音楽の行われる時間帯はすべての指導者が満足と回答した。14時は食後の排泄後、余暇時間として都合がよいと考える。ピアノの位置は36%が「不満」と回答した。高齢者の移動手段のため、ピアノが隅に配置されていて高齢者と対面できないからである。部屋の位置、音楽の頻度は「満足」「やや満足」をあわせて79%だった。部屋の広さは「満足」「やや満足」をあわせて86%だった。「部屋の明るさ」「天井の高さ」は「満足」「やや満足」をあわせて93%だった。

「楽器の数」は施設により異なるが、「不満」が5%だった。「音楽機材」は「不満」が43%だった。「窓の防音」と「部屋の防音」については、36%が「不満」と回答した。

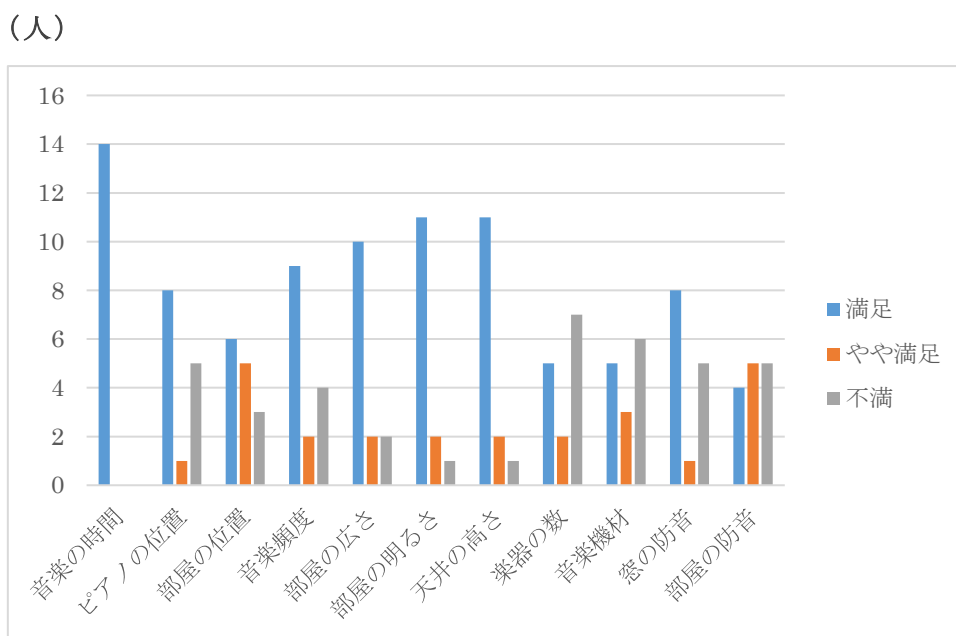


図 3-15 音楽指導者の満足度

### 3-7 結論

調査から以下のことがわかった。

#### ① 音楽療法が行われている空間について

音楽療法が行われている部屋は、ホールや食堂、個室などのため防音設備は整っていない。殆どの施設が開架された空間で音楽療法を行っており、職員も仕事をしながら高齢者を見守ることができる。また、訪問された家族も一緒に参加することができる。窓のない閉架スペースの個室は1施設のみで、この施設は部屋に入らなければ音楽療法を見ることができない。

音楽に必要な歌詞カードが準備されている施設は3か所だけだった。歌詞カードが黒板に大きな文字で書かれてある施設は、歌唱もスムーズであった。

窓の防音で、二重窓が設置されている施設は1施設だけであったが、隣室や外部の騒音などで、音楽を阻まれることはなかった。防火窓が天井から設置されている施設は1施設のみだった。ピアノの設置場所は高齢者の移動手段のため、部屋の隅に設置されているが、音楽の時間には高齢者と指導者が対面し顔が見える形にする工夫が必要と考える。

## ② 音楽のプログラムとタイムスケジュールについて

14施設すべてが「季節の歌」を取り入れている。施設は、一年中一定の温度に設定されているため、高齢者に季節を感じさせるため、「指導者のトーク」も春夏秋冬を感じるように「桜」「ひまわり」「すすき」などを持参し、冬はサンタクロースの衣装で登場していた施設もあった。また、音楽を提供するだけでなく、劇やミュージカル、踊りなど参加型のプログラムに工夫されていた。タイムスケジュールは飽きさせないように、一つのテーマを3分、5分、10分間と区切っていた。

音楽の行われる時間帯は排せつの関係で昼食後の14時から15時だった。集中力を考慮して、所要時間も1時間が殆どだった。学生が行う音楽療法はとても喜ばれ、認知症で日常はとめどなく喋り、外に飛び出そうとする高齢者もじっとしていた。施設職員がとても助かると話していた。

音楽療法の効果は認知症の方にとっては、音楽終了後約10分と施設職員から伺った。ティータイムは高齢者が喜ばれる交流のため比較的長い20分間だった。

## ③ 指導者の評価について

音楽が行われる時間帯は14施設すべて「満足」と回答していた。

部屋の位置、部屋の広さ、天井の高さは満足度が高かった。音楽機材や楽器の種類、楽器の数については満足度が低い。ピアノの位置は、指導者が高齢者を見渡せる場所に設置するのが良いが、高齢者の移動手段の妨げになるため部屋の隅に設置していた。殆どの施設は音楽機材や音響、防音設備が整っていなかった。

## 第4章 特別養護老人ホームで行われる高齢者の音楽療法的活動の評価と療法後の生活の変化

### 4-1 本章の目的

本章では、研究の背景として、特別養護老人ホームで行われる音楽療法の取り組みの現状について把握する。

調査1では、音楽療法の現状に関する観察調査について、高齢者の音楽療法に対する反応を1m離れた距離から、1曲につき1項目を1分間観察して3段階で得点化した（得点の高い方を3点とする）。調査2では、音楽療法後の生活の変化に関するアンケート調査を行った。内容は音楽療法後、高齢者の生活を翌日の10時まで各項目に対して3段階「減った」「いつもと同じ」「増えた」としアンケートを行った。調査3では、音楽療法の実施内容に関するヒアリング調査を音楽指導者に行った。施設入所者の性別、介護度、年齢等によって音楽療法への反応がどう違うのか、生活面での変化に差があるのか否かを検討した。さらに、調査1と調査2については、 $\chi^2$ 二乗検定を行い分析した。また、開放空間と閉ざされた空間で行われる音楽療法の得点の差異についても言及した。以下5章、6章の論文についても、調査1、調査2、調査3は同じ方法で行った。

### 4-2 調査方法

#### 4-2-1 調査時期・対象

調査は2014年4月から2014年10月にかけて行った。京都府、京都市、滋賀県の社会福祉協議会の協力を得て特別養護老人ホームで音楽療法を積極的にかつ定期的に行っている5施設を抽出した。調査した施設は京都府が2施設、京都市が2施設、滋賀県が1施設である。以下3つの調査を行った。参加者は1施設4名~8名で5施設合わせて28名である。施設の概要は表4-1のとおりである。

表 4-1 施設概要

施設名	A	B	C	D	E
所在地	滋賀県	京都府	京都市	京都市	京都府
開園年	1986年	1990年	1983年	1991年	1997年
経営主体	社会福祉法人	医療法人	カトリック教会	医療法人	社会福祉法人
入所定員	100名	100名	50名	100名	50名
短期入所定員	16名	15名	6名	20名	20名
併設	グループホーム デイサービス	デイサービス	デイサービス	グループホーム	経費老人ホーム

#### 調査1「観察調査」

筆者がストップウォッチで時間を測定し、高齢者の音楽療法に対する反応を観察し3段階で得点をつけた。対象者は前列に座ってもらった。内容は高齢者の様子を筆者が1m離れた距離から、1項目（声の音量・リズム感等）につき1分間観察して3段階で得点化した。得点の付け方は音楽療法開始から20秒までに声の音量は筆者に聞こえたか、リズム感は正確にとれていただかなど各項目に対して、できた者を3点、40秒までにできた者を2

点、それ以外を1点とした。

① 声の音量・リズム感・音程・速度について

音楽開始から20秒までに筆者に聴こえる音量、フォルテ(大きく)で正確な歌詞で歌えた者は3点、40秒までにメゾフォルテ(少し大きく)で聴こえる音量で歌えた者は2点、それ以外ピアノシモ(とても小さい)を1点とした。

② 理解度・笑うこと・隣と喋ることについて

指導者の行っていることが20秒までに理解でき正しく歌い、無表情ではなく隣と笑顔で合槌するなど喋った者を3点、40秒までに理解できたものを2点、それ以外を1点とした。

③ 怒る・泣く・眠る・立ち歩く・叫ぶについて

音楽開始から20秒までに怒った者、泣いた者、立ち歩いた者、叫んだ者を1点とした。40秒までに怒った者、泣いた者、眠った者、叫んだ者を2点とし、それ以外を3点とした。

音楽療法の評価方法は痴呆用評価式が主流であるが、坂東・佐治<sup>1)</sup>らは独自の評価方法を用いている。筆者は、痴呆用愛媛式音楽療法評価表(D-EMS)を参考にしたが評価は5段階と詳細なため得点化は難しく3段階で評価した。愛媛式とは、歌唱、リズム、認知面、発言、集中力、表情、参加意欲、社会性など9項目を1点~5点で得点化している。歌唱については、1、全く歌えない。2、口唇の動きが曲の一部に見られる。3、口唇の動きがある特定の曲に見られる。4、音高は不正確であるが、ほぼ歌うことができる。5、声の大きさ、歌詞、リズム、温厚すべて問題なく正確に歌う事ができると5段階に得点化している。

佐治式音楽療法の評価法は、歌唱については、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。4、一人で正確にできる。と4段階に評価している。

④ 音楽療法が実施されている空間について

音楽療法が実施された空間を調べた。図1~図5に示す。面積以外に開放か閉ざされた空間かを調べた。開放された空間とは、部屋が外から見える空間、閉ざされた空間とは、ドアが閉められ外から見えない部屋のことである。また音楽療法中の指導者、職員、参加者の位置を調べた。

## 調査2「アンケート調査」

生活の変化については職員にアンケートを行った。音楽療法後、高齢者の生活を翌日の10時まで観察して各項目、怒ること、泣くこと、徘徊などに対して「減った」「いつもと同じ」「増えた」を判断してもらった。(観察は「睡眠」「徘徊」の項目があるため翌日の10時までとする。)睡眠、食欲、笑うこと、会話、体調、部屋の移動については、「増えた」は3点、「いつもと同じ」は2点、「減った」を1点とした。怒ること、泣くこと、徘徊については、「減った」が3点、「いつもと同じ」が2点、「増えた」を1点とした。部屋の移動は、入居者の友人の部屋を訪ねることである。

## 調査3「ヒアリング調査」

音楽指導者には音楽プログラムや音楽施療頻度などについてヒアリング調査を行った。音楽プログラムについては、身体行動や歌、脳トレーニング、楽器の使用時間、リズム打ち、トークなど、それぞれの時間を測定した。身体行動は手脚を動かせるか、歌については、「季節の歌」、「なじみの歌」、「終わりの歌」は何分間歌うのか、脳トレーニングや楽器、指導者のトークについてなどである。

### 4-3 結果

#### 4-3-1 入居者の属性

男性は6名、女性は22名計28名であった。年齢は60代・70代が6名、80代が17名、90代が5名、介護度は介護度1・2が4名、介護度3が11名、介護度4・5が13名であった。対象者の属性は表4-2のとおりである。

表 4-2 対象者の属性

		n = 28 (%)
① 性別	男性	6 (21)
	女性	22 (79)
② 年齢	60代・70代	6 (21)
	80代	17 (61)
	90代	5 (18)
③ 介護度	1・2	4 (15)
	3	11 (39)
	4・5	13 (46)

#### 4-3-2 音楽療法への反応（調査1）

前項において得点が高かった3点の項目をみると、「叫ぶ」96%、「眠る」93%、「怒る」89%、「立ち歩く」86%だった。最も得点の低い1点の項目は「隣と喋る」が68%で無表情の者が多かった。また、「速度」が75%で即座にどのような速度で歌うのか理解できなかった。「理解度」は2点が比較的多く46%だった。観察調査の得点は、表4-3のとおりである。

表 4-3 観察調査得点（人数）

n=28

		3点	2点	1点
音楽面	声の音量	4	7	17
	リズム感	3	8	17
	音程	3	10	15
	速度	2	5	21
	理解度	6	13	9
	笑うこと	5	8	15
	隣と喋ること	2	7	19
	怒ること	25	2	1
	泣くこと	23	2	3
	眠ること	26	1	1
	立ち歩き	24	2	2
	叫ぶこと	27	1	0

#### 4-3-3 生活面の変化（調査2）

得点の高かった3点の項目をみると「笑う」は29%「睡眠」は18%だった。2点はすべての項目で得点が高く71%から93%だった。1点はすべての項目が0%だった。アンケート調査の得点は表4-4のとおりである。

表 4-4 アンケート調査得点（人数）

		n = 28		
		3点	2点	1点
音楽後	睡眠	5	23	0
	食欲	4	24	0
	笑うこと	8	20	0
	怒ること	2	26	0
	泣くこと	2	24	2
	部屋の移動	2	26	0
	会話	4	24	0
	体調	3	25	0
	徘徊	3	25	0

#### 4-3-4 音楽指導者の属性（調査3）

音楽指導者は3施設が音楽療法士、2施設は無資格だった。指導年は6年~22年、平均11.8年だった。音楽施療頻度は週1回~月1回と定期的に行われていた。時間帯は1施設が13:30~14:30、4施設が14:00~15:00だった。昼食後、排泄を考慮した時間帯だった。性別はすべて女性だった。年齢は2施設が40代、2施設が50代、1施設は80代だった。平均は52歳だった。音楽指導者の属性は表4-5のとおりである。

表 4-5 音楽指導者の属性

施設名	A	B	C	D	E
指導者	無資格2名	音楽療法士1名	無資格1名	音楽療法士2名	音楽療法士1名
指導年	22年	10年	10年	6年	11年
頻度	月1回	週1回	週1回	月1回	月1回
音楽施療の時間帯	14:00~15:00	14:00~15:00	13:30~14:30	14:00~15:00	14:00~15:00
報酬	なし	あり	職員の給料に含む	なし	なし
性別	女	女	女	女	女
年齢	80代(2名)	40代	40代	50代(2名)	50代

#### 4-3-5 音楽のプログラム（調査3）

音楽の行われるプログラムは45分から1時間である。プログラムは身体行動、歌、脳トレーニング、楽器、リズム感、クイズ、指導者とのトークであった。身体行動は身体の不自由な参加者が多いため、少しでも身体や手足を動かせるように無理のない程度に促していた。歌は、5施設が「季節の歌」を10分から15分歌い、クイズを交えながら質問し季節の話題を行っていた。タンバリンやシェーカーは脳の活性化や心の浄化効果が期待されるため2施設が行っていた。音楽プログラムは表4-6のとおりである。

表 4-6 音楽プログラム（数字は分）

施設名		A	B	C	D	E
身体行動	体操		1		3	5
	手遊び		3		3	3
歌	始まりの歌	5	1	5	2	
	季節歌	15	5	15	10	10
	なじみ歌	5	2	5	5	
	終わりの歌	3			5	2
	童謡	3	5		10	3
	懐しのメロディ	10	5	10	5	8
	脳トレ	クイズ	5	0.5	5	5
楽器	タンバリン・シエカー		5		10	
リズム感	手や足をたたく		1			5
トーク	季節の話	5	11	5	5	5

#### 4-3-6 音楽療法施療空間（調査1）

開放された空間の面積は 78.5 m<sup>2</sup>~88.3 m<sup>2</sup>、閉ざされた空間の面積は 33.3 m<sup>2</sup>~99.3 m<sup>2</sup>だった。職員の見守りは 1 施設が不参加で、2 施設が 2 名、1 施設が 3 名。施設長の参加は 3 施設が不参加で 2 施設が参加していた。音楽療法の実施状況は表 4-7 のとおりである。

表 4-7 音楽療法の実施状況

施設名	A	B	C	D	E
音楽の部屋	開放	閉鎖	閉鎖	閉鎖	開放
音楽の部屋(m <sup>2</sup> )	78.5	33.3	99.3	33.6	88.3
参加者	7名	4名	8名	5名	4名
職員の参加	3名	なし	1名	2名	2名
施設長の参加	あり	なし	なし	なし	あり

#### A 施設

開放された空間で行われている。職員の見守りは 3 人であり、認知症の参加者は横で見守り、図 1 に示す。施設長も参加、学生の教育実習生も参加していた。滋賀県の施設で前方に琵琶湖、後方は畑で景色が良く 2 名の 80 代の女性が 22 年間、同じプログラムで音楽療法を行っていて入居者を知り尽くし、人間関係は良好である。高齢者一人当たり使用面積 8.7 m<sup>2</sup>。



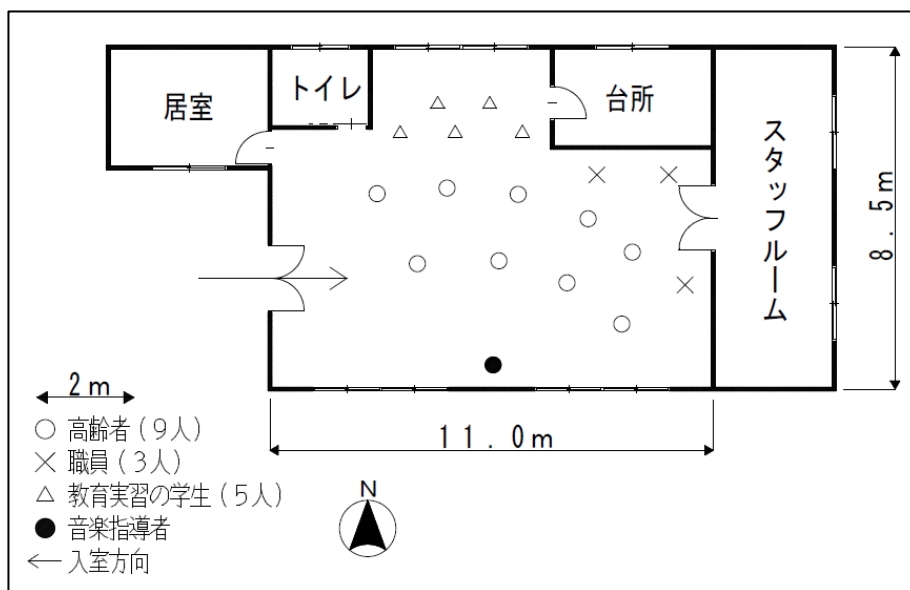


図 4-1 A 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 4-1 A 施設外観 2014 年 8 月 3 日筆者撮影

## B 施設

部屋には窓があるが、厚い白のカーテンを閉めて外が見えないようにしてあり、ドアも閉められてどこからも中の様子はみることができない。図 2 に示す。指導者だけで職員の見守りはない。狭い部屋のため指導者の部屋の移動は殆どなく中央である。B 施設の対象者は職員が認知症の進行が進みつつある者を選出していた。高齢者一人当たり使用面積 5.6 m<sup>2</sup>。

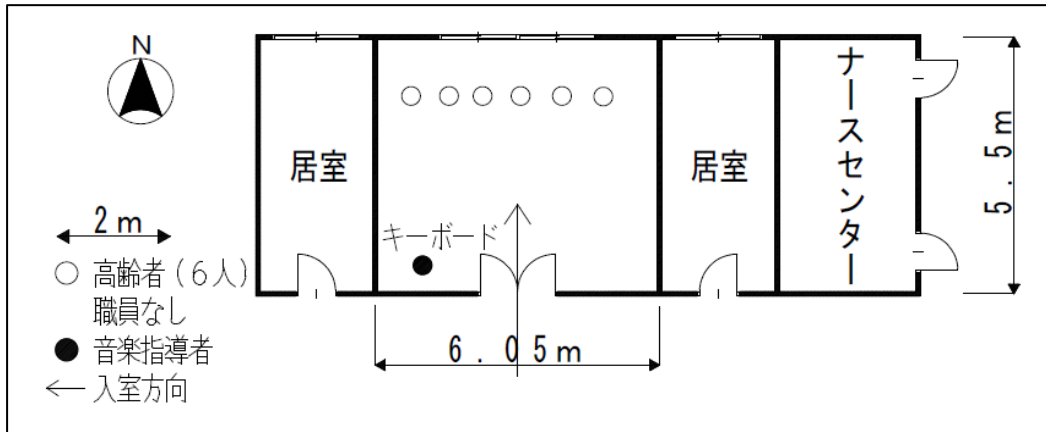


図 4-2 B 施設 2F 平面図 (筆者作成)



写真 4-2 B 施設外観 2014 年 8 月 3 日 筆者撮影

### C 施設

閉ざされた空間、広いスペースで行われている。図 3 に示す。音楽指導者（職員）が、すべて音楽プログラムを作成して行っている。指導者は部屋を動き回り参加者全員に声をかけながら行っている。扉を閉めると中の様子は見えないが、隣接の食堂の窓からは見ることができる。施設高齢者一人当たり使用面積 12.4 m<sup>2</sup>。

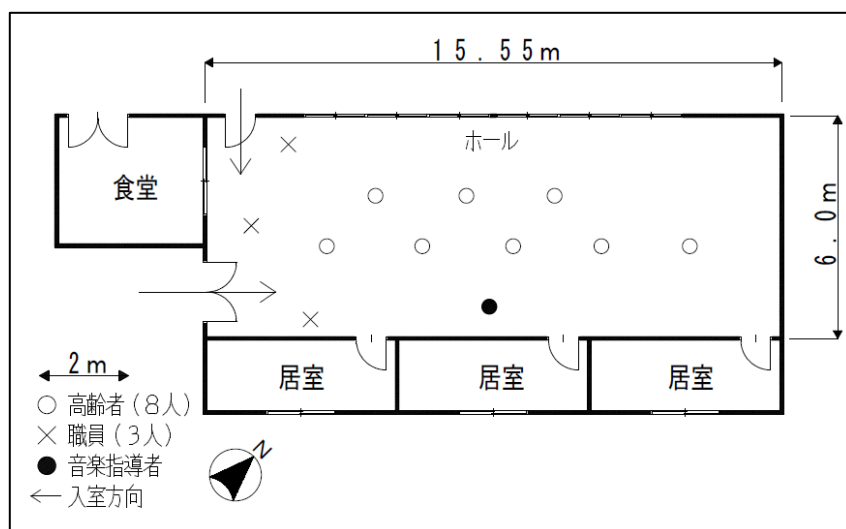


図 4-3 C 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 4-3 C 施設外観

(1F はデイサービスと事務所 2F からは特養の居室でマンションを改装したもの)

2018 年 4 月 25 日筆者撮影

#### D 施設

閉ざされた空間で行っている。図 4 に示す。でドアを閉めればどこからも見ることができない。指導の音楽療法士は部屋を絶えず移動して参加高齢者に接触しながら進行している。ピアニストの音楽療法士は伴奏に徹し指導は行わない。狭い部屋であるが職員 2 名が見守っている。音楽プログラムは、新聞紙を筒にして刀のように参加者に作らせ、指導者と斬り合いをしたり、スリッパを蹴飛ばして天気を占い、参加者の笑い声が絶えない。高齢者一人当たりの使用面積 4.2 m<sup>2</sup>。

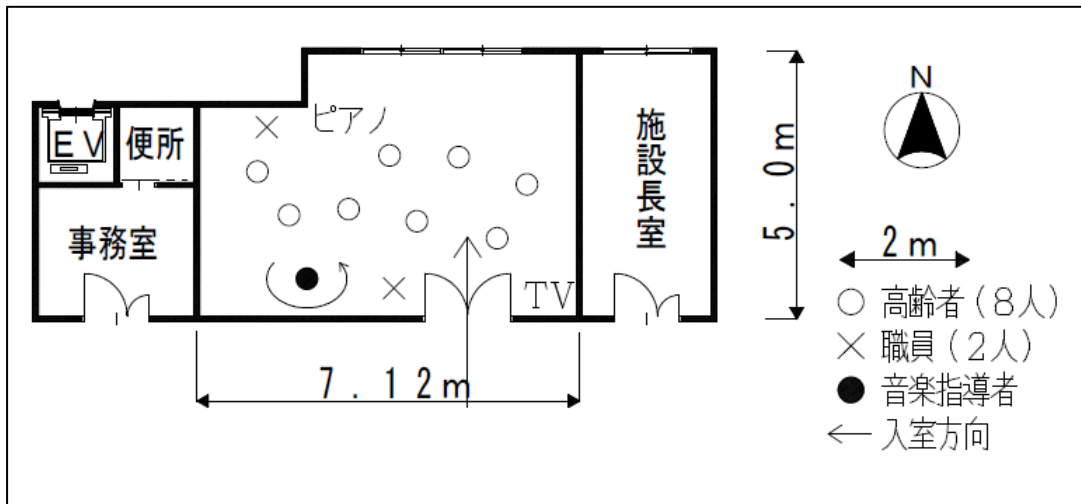


図 4-4 D 施設平面図 (筆者作成)



写真 4-4 D 施設 正面玄関



写真 4-5 外観 側面から

2018 年 4 月 24 日 筆者撮影

#### E 施設

開放されたホールで行われ、だれでも参加することができる図 5 に示す。施設長も毎回参加し、ゲームなども独自で考案、実践し入居者を楽しませている。音楽指導者とデュエットをし、団扇に大きく歌詞を貼り付け参加者に示し言葉の回想効果を促している高齢者一人当たり使用面積 12.6 m<sup>2</sup>。写真 2-6 外観 写真 2-7 は高齢者が園芸 花やキュウリの苗が植えてある。元気のよい高齢者しかできない。

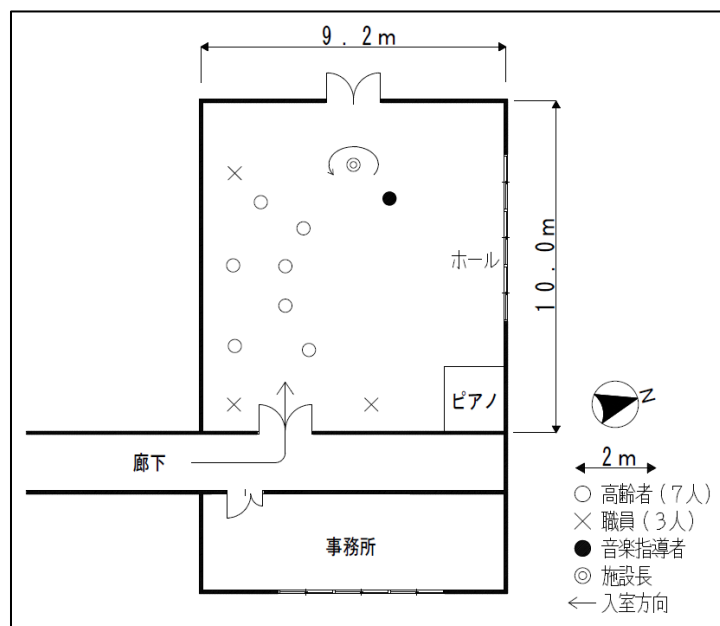


図 4-5 E 施設平面図 (筆者作成)



写真 4-6 E 施設外観

2018 年 4 月 24 日筆者撮影



写真 4-7 E 施設 庭園

( 1F 庭園で高齢者は園芸をする)

2018 年 5 月 24 日 筆者撮影

#### 4-4 音楽反応の属性別傾向

##### 4-4-1 男女別傾向

男女別に図 4-6、図 4-7 に示す。「声の音量」「リズム感」「音程」「速度」「理解度」で 3 点の割合を見ると男性は全項目共 17%、女性は「声の音量」が 14%「リズム感」「音程」が 9%、「速度」が 5%「理解度」が 23%だった。「叫ぶ」については、2 点が、男性は 33%で、女性は 3 点が 100%と「叫ばない」ことが分かった。男女別の平均値は男性が高かった。

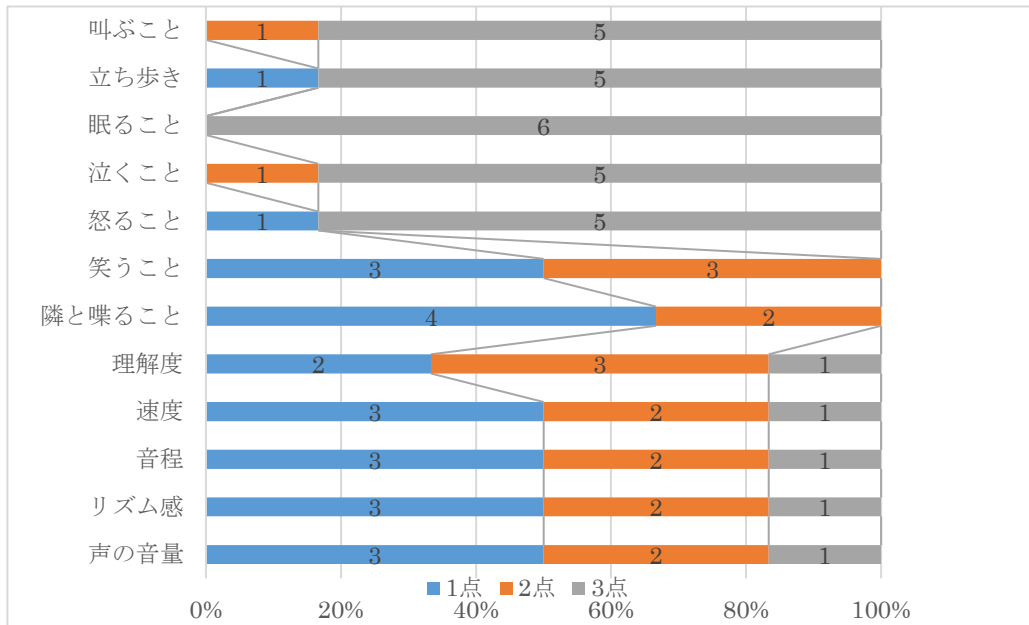


図 4-6 観察調査 男 (数字は人数)

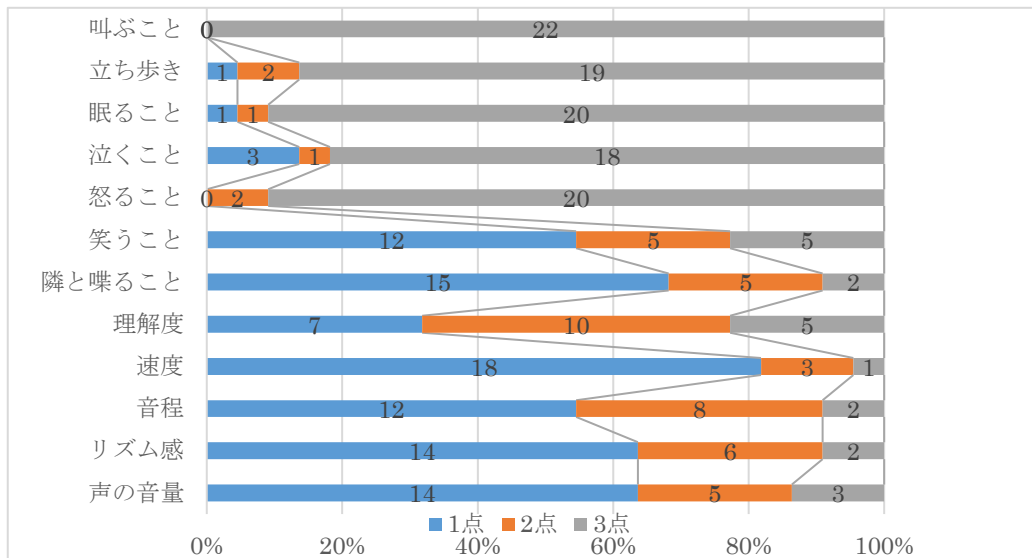


図 4-7 観察調査 女 (数字は人数)

#### 4-4-2 介護度別傾向

介護度別に図 4-8、図 4-9、図 4-10 に示す。介護度 1・2 の 3 点の項目は「叫ぶ」が 100%、「眠る」が 92%と高かった。1 点の項目は「速度」77%、「笑う」「隣と喋る」が 69%と高く、笑ったり、隣と喋らないことが分かる。介護度 3 は、3 点の項目は「怒る」「眠る」「立ち歩き」「叫ぶ」が 91%と高く、介護度 4・5 も 100%だった。3 点の項目で「音程」「リズム」「笑う」「隣と喋る」の得点を見ると介護度 3 が高く、平均値は介護度 3 が高かった。

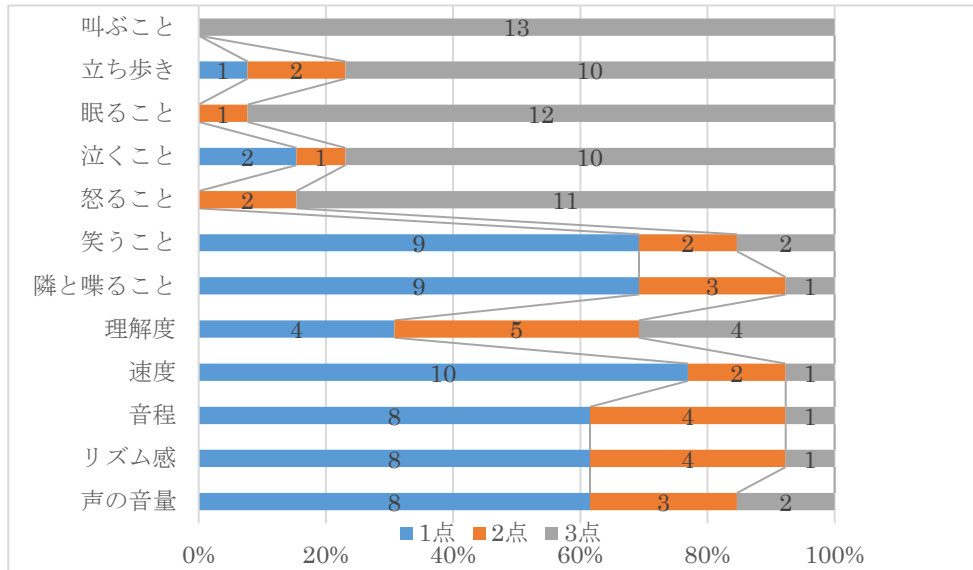


図 4-8 観察調査 介護度 1・2

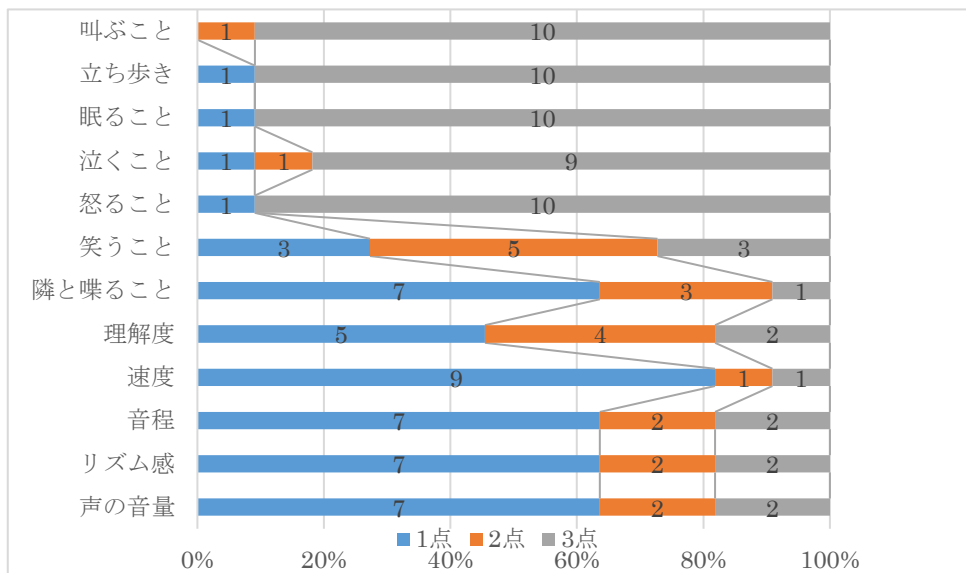


図 4-9 観察調査 介護度 3

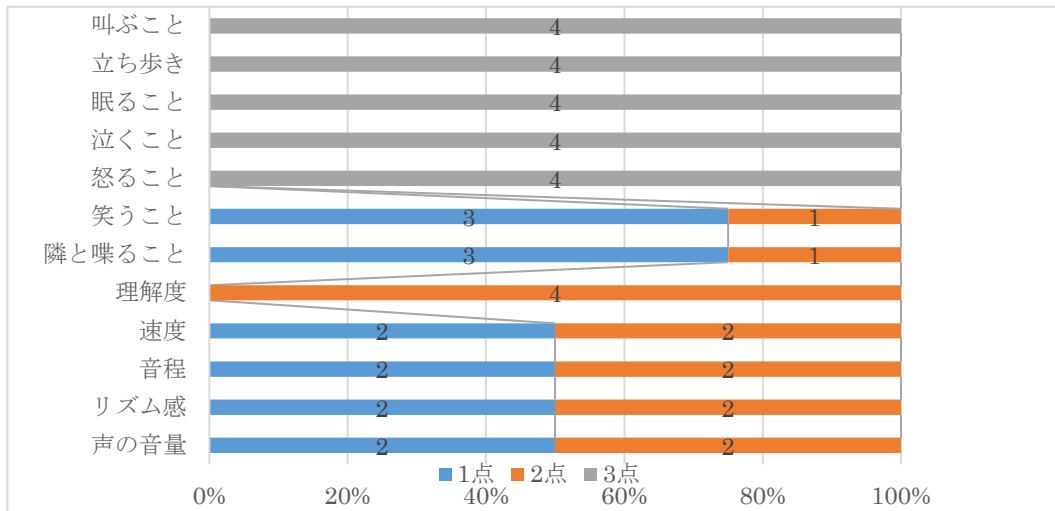


図 4-10 観察調査 介護度 4・5

#### 4-4-3 年齢別傾向

年代別に図 4-11、図 4-12、図 4-13 に示す。60代 70代 90代は「声の音量」「リズム」「音程」「笑う」「隣と喋る」は3点が0%だった。80代は「声の音量」24%、「リズム」「音程」は18%、「速度」「隣と喋る」は12%、「笑う」29%、60・70代は1点が17%で「怒る」ことが分かった。90代は「叫ばない」「立ち歩かない」「眠らない」「怒らない」の項目は全員が3点で年齢別の平均値は90代が高かった。

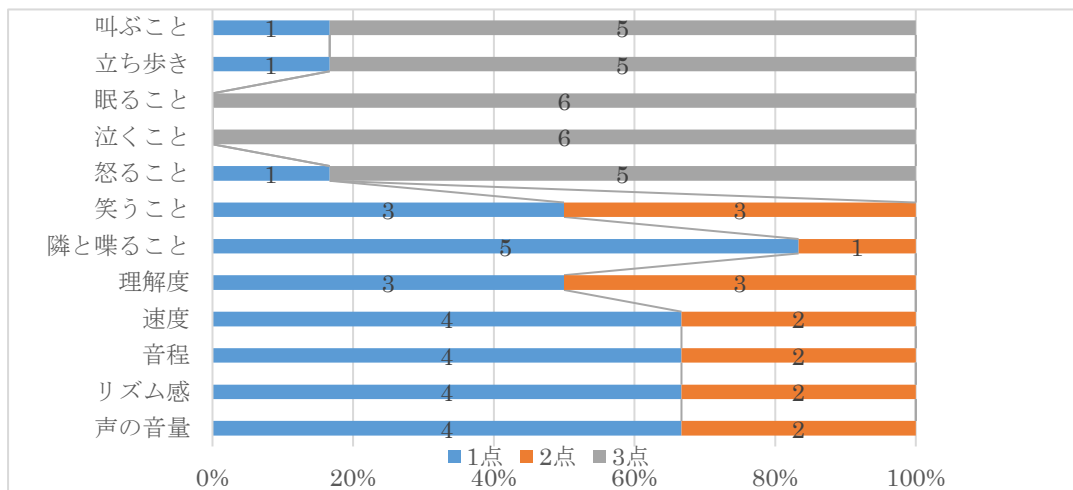


図 4-11 観察調査 60・70代



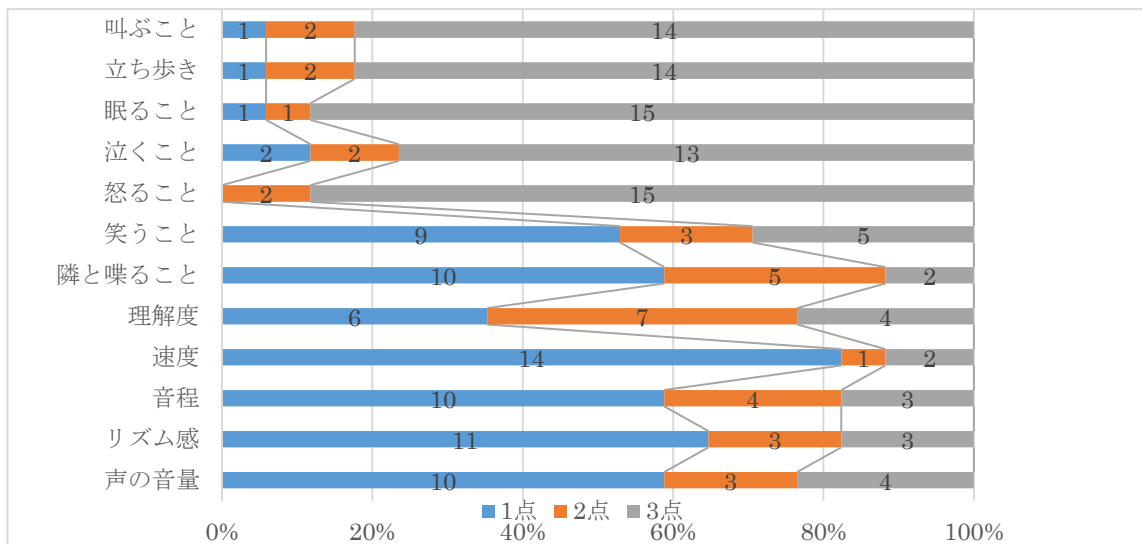


図 4-12 観察調査 80代

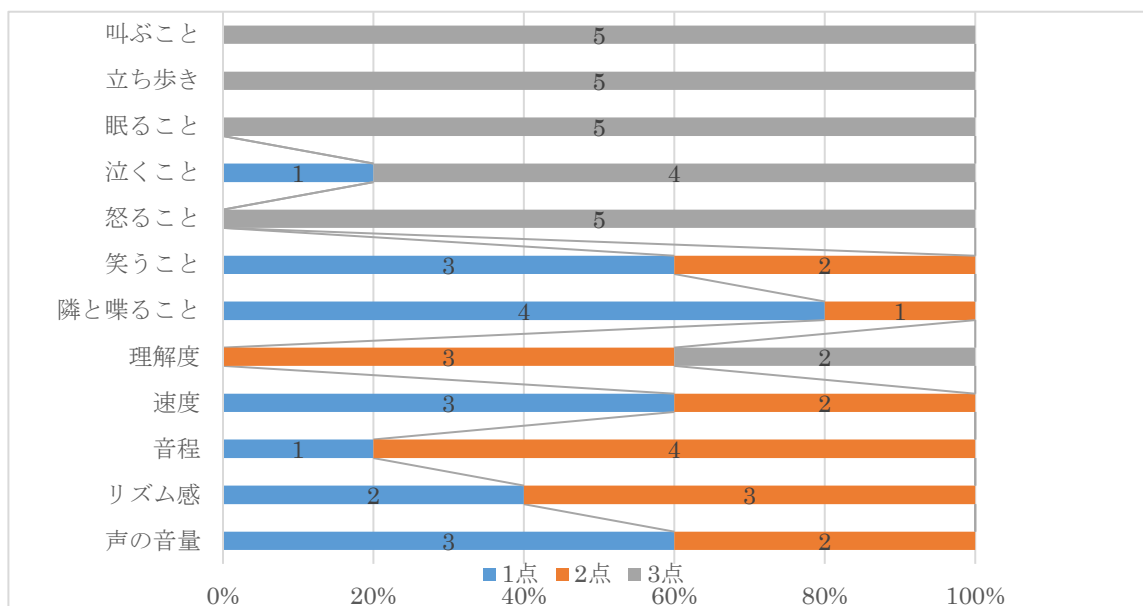


図 4-13 観察調査 90代

#### 4-5 生活の変化の属性別傾向

##### 4-5-1 男女別傾向

音楽施療後の結果を、図 4-14、図 4-15 に示す。男性は 3 点の項目の「睡眠」が増えたが 83%「笑う」が 67%だった。女性の「泣く」9%を除いて男女共すべての項目で 1 点は 0%だった。女性は 3 点の項目の「睡眠」は 100%で音楽療法後の睡眠に効果があった。男女共「徘徊」が減った。男性は「部屋の移動」「会話」「体調」「怒る」「泣く」の 3 点の項目が女性より高く、平均値は男性が高かった。図 4-14、図 4-15 のとおりである。

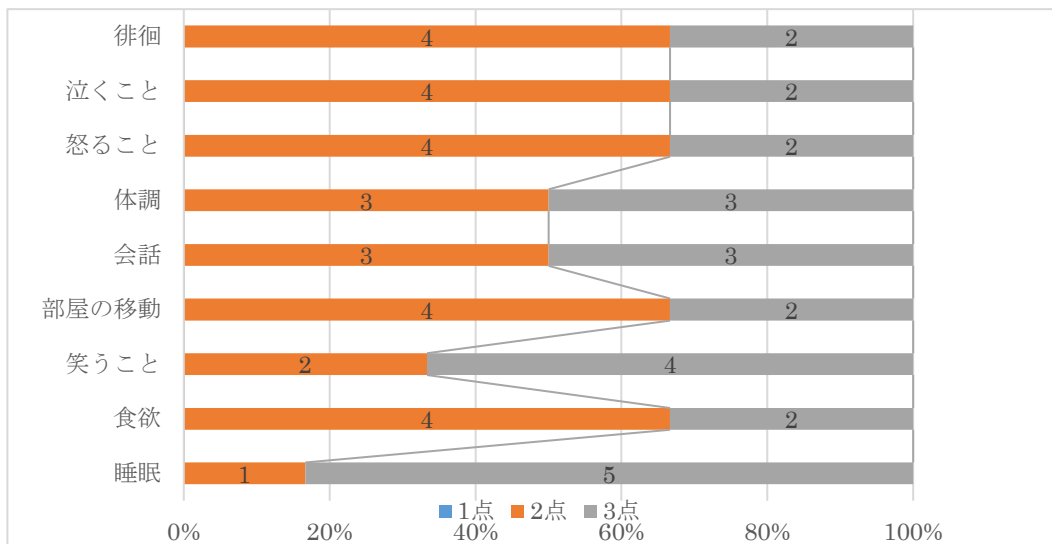


図 4-14 アンケート調査 男

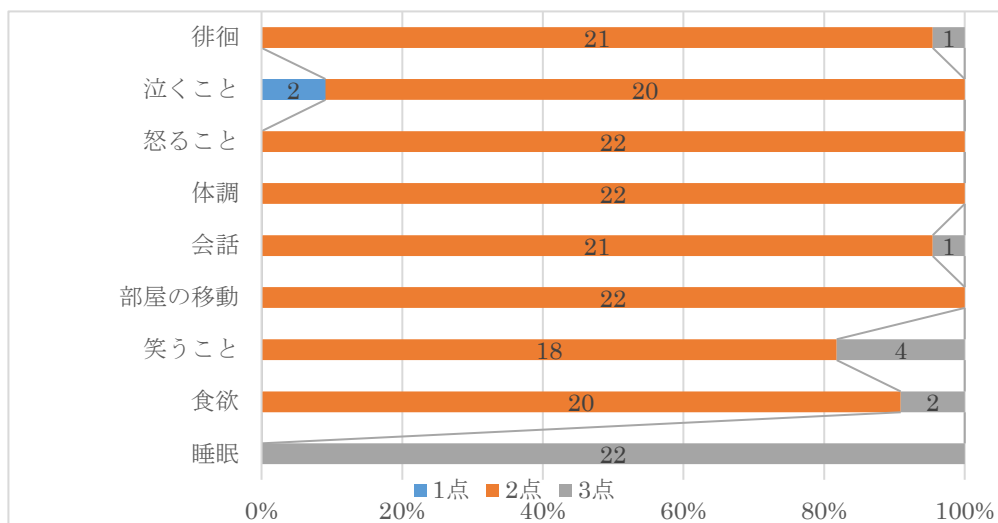


図 4-15 アンケート調査 女

#### 4-5-2 介護度別傾向

すべての介護度で1点は介護度4・5の「泣く」を除いて0%だった。図4-16、図4-17、図4-18に示す。

介護度1・2については3点「増えた」が「笑う」だけだった。介護度3は、介護度1・2と4・5を比較すると3点の項目が多かった。音楽後の効果が示唆された。介護度4・5は3点の項目「笑う」「会話」が「増えた」が25%だった。平均値は介護度3が高かった。

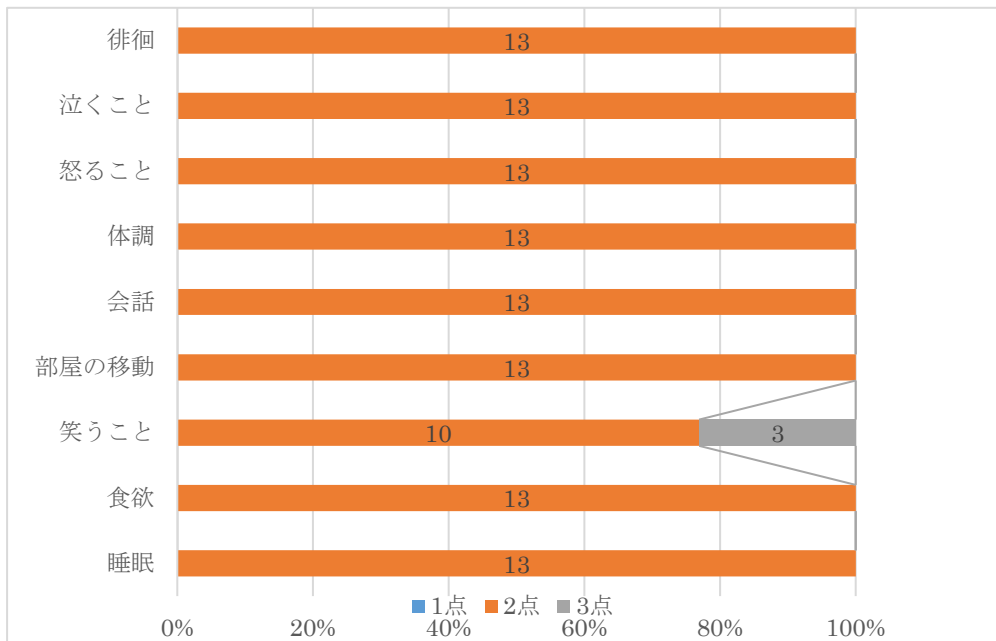


図 4-16 アンケート調査 介護度 1・2

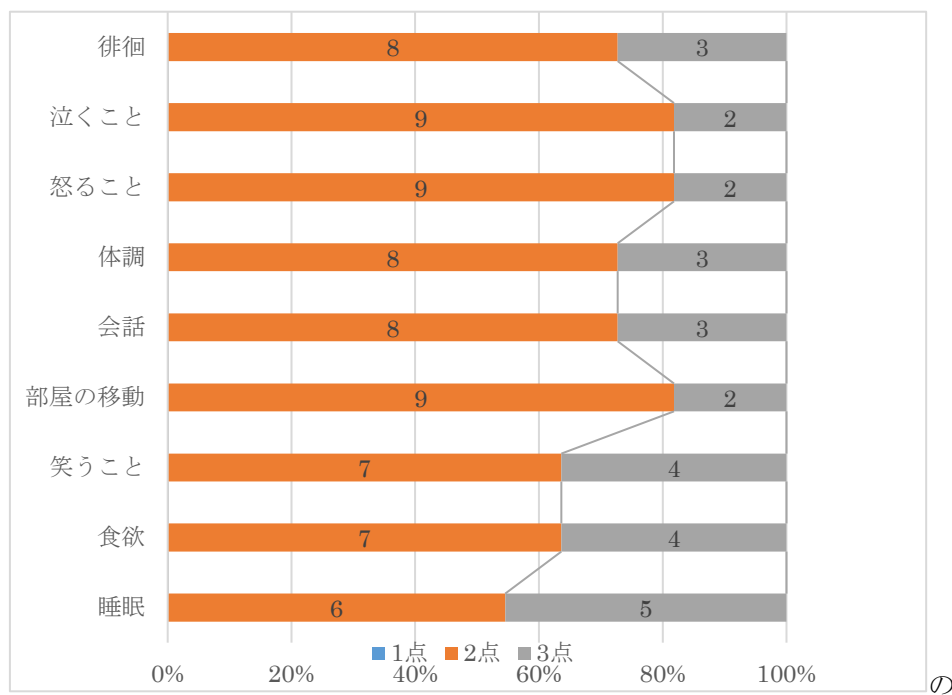


図 4-17 アンケート調査 介護度 3

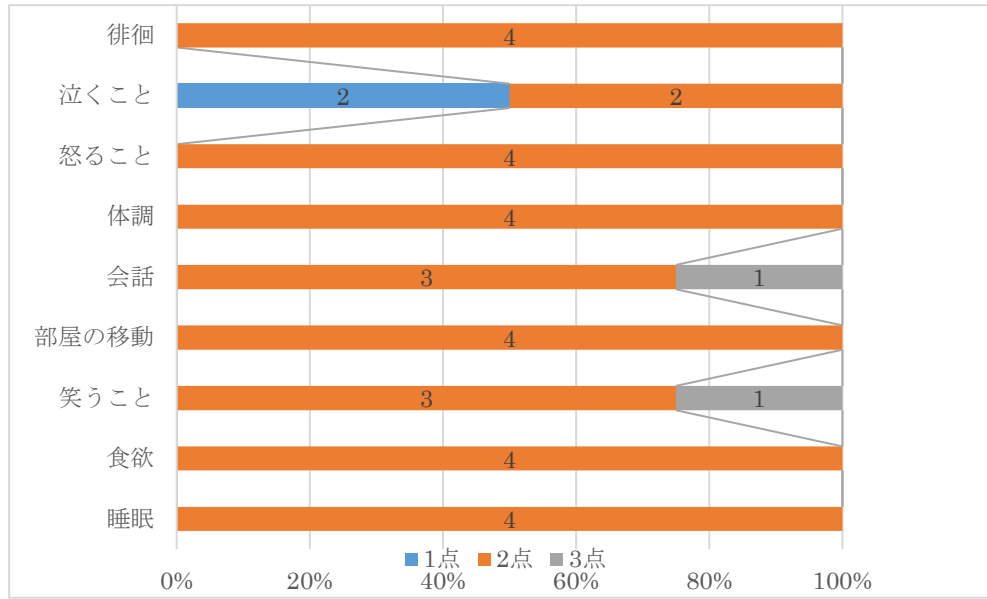


図 4-18 アンケート調査 介護度 4・5

#### 4-5-3 年齢別傾向

すべての年代の項目で「いつもと同じ」2点が高かった。図 4-19、図 4-20、図 4-21 に示す。1点はすべての項目で 0%だった。90代は「笑う」40%、「部屋の移動」20%、その他の項目では3点は0%だった。80代は3点の項目は「笑う」18%その他の項目は低かった。60・70代は3点の項目で「睡眠」「笑う」「会話」が50%、1点の項目では「泣く」が34%で「増えた」ことがわかった。60代・70代は3点の項目が80代・90代と比較すると高く年齢別の平均値は、60・70代の平均値が高かった。

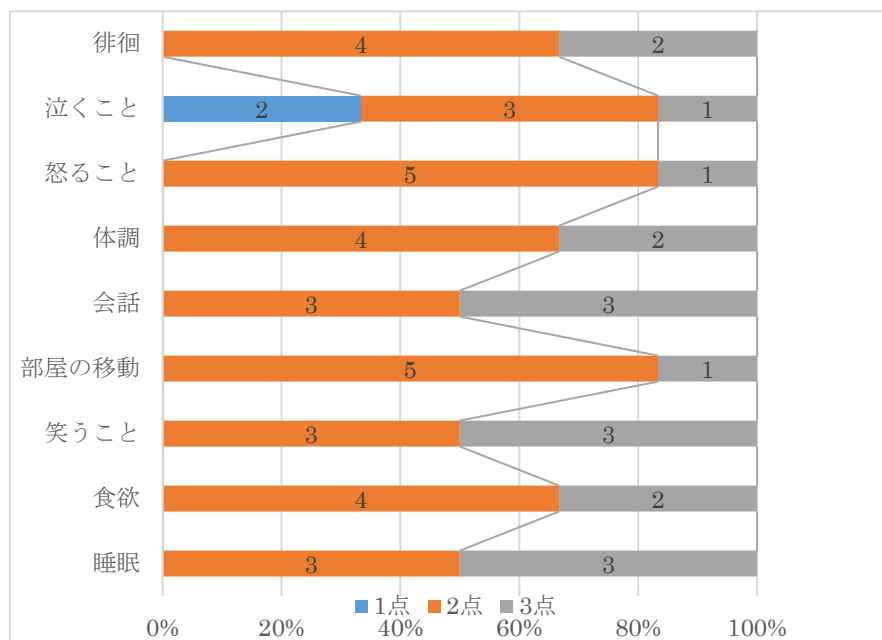


図 4-19 アンケート調査 60代・70代

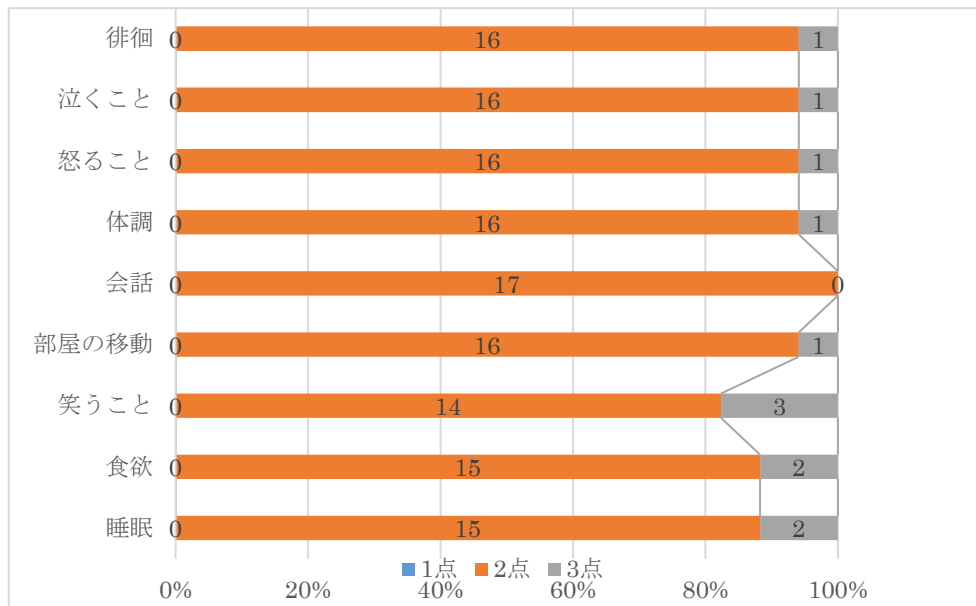


図 4-20 アンケート調査 80代

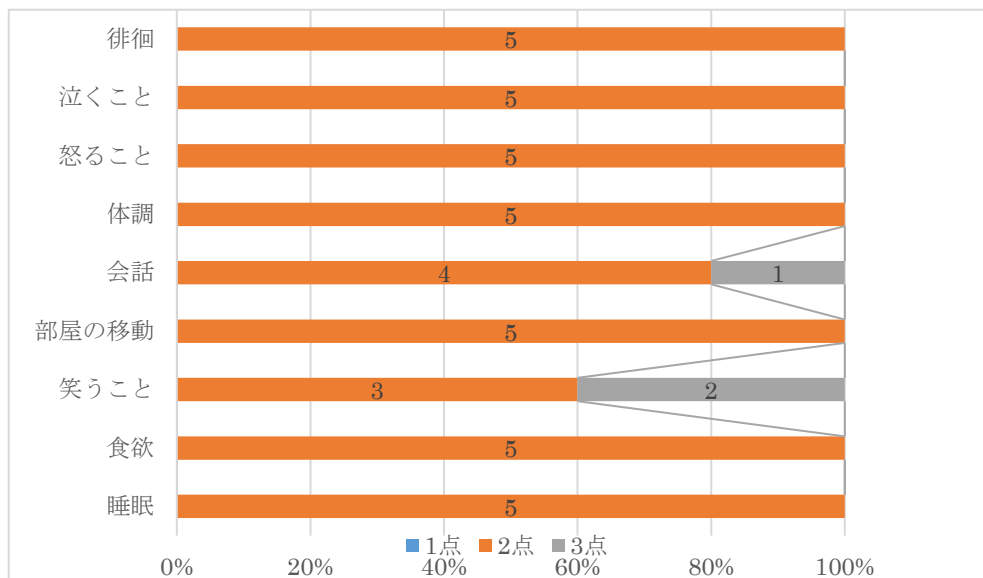


図 4-21 アンケート調査 90代

#### 4-6 属性別総和得点の平均値

男女別、介護度別、年代別に見る。男女別、介護度別、年代別を比較すると、総和得点の平均値は殆ど変わらなかった。

表 4-8 属性別まとめ

特養		総和得点平均値	
		調査 1	調査 2
	男	25.5	21.5
	女	24.3	17.9
介護度	1.2	24.3	17.5
	3	24.6	20.5
	4.5	24.3	17.4
年代	60・70	24.0	20.7
	80	24.5	18.7
	90	25.0	18.2

## 4-7 施設別傾向

### 4-7-1 施設別点数

調査 1 は、音楽療法士の指導で、参加者は少ない B 施設、調査 2 は、音楽療法士の指導で、参加者の少ない E 施設の得点が高かった。調査 1 の平均は 24.6、調査 2 の平均値は 19.4 だった。施設別の得点は表 4-8 のとおりである。

表 4-9 施設別得点

		平均値	平均値
		調査1	調査2
A施設	無資格・職員見守り・部屋開放・参加7名	25.4	18.0
B施設	音楽療法士・職員見守りなし・部屋閉鎖・参加4名	26.0	18.8
C施設	無資格・職員見守り・部屋閉鎖・参加8名	23.0	18.0
D施設	音楽療法士・職員見守り・部屋閉鎖・参加5名	25.4	18.4
E施設	音楽療法士・職員見守り・部屋開放・参加4名	23.0	24.0

### 4-7-2 音楽指導者について

無資格の指導者 A 施設の得点は 25.4、指導年数は 22 年で長いがプログラムの工夫がなかった。B 施設は 26.0 で音楽プログラムは参加者の反応がみられない時はすぐに変更していた。C 施設は 23.0、指導者の声が小さく参加者が聞きとれていない様だった。D 施設の得点は 25.4、指導者は参加者の名前を呼び全員のことを把握していた。E 施設の得点は 23.0 と低いですが調査 2 は平均値より高く 24.0 で指導者と施設長との共演が参加者を楽しませていた。カリキュラムはすべて指導者独自のプログラムであった。

### 4-7-3 空間について

A 施設と E 施設は開放された空間で外から誰でも見ることができ、参加者は落ち着きがなかった。B 施設の窓はカーテンが閉められ、狭く閉ざされた空間で音楽療法を行っていた得点は 26.0 と高かった。C 施設はドアが閉められているが、常に職員の出入りや隣接する厨房の窓ガラスから見ることができ、部屋も広く落ち着きがなかった。D 施設の窓はカーテンを閉め、ドアも閉められ外から見ることができない。得点は 25.4 と高く音楽に集中していた。

### 4-7-4 参加人数について

音楽療法士が指導し、閉ざされた空間で参加人数の少ない B 施設は得点が最も高かったが、生活の変化はみられなかった。音楽療法士の指導で開放された空間で参加人数が 4 名の E 施設は音楽後の生活の変化が全員確認できた。A 施設 7 名、C 施設 8 名と参加人数が比較的多く個人別に把握できていなかった。

### 4-7-5 職員の見守りについて

職員が参加しない B 施設は調査 1 の得点が高く音楽療法に集中していた。

#### 4-8 音楽反応と生活の変化の統計的解析

調査 1、調査 2 を JMP で  $\chi^2$  二乗検定を行い、二変量の関係について分析した。統計的水準は  $p < 0.05$  とした。

観察調査は男女別、年代別、介護度別に有意差は認められなかった。生活の変化は「睡眠」「食欲」「笑うこと」「泣くこと」「体調」「徘徊」の項目に有意差が認められた。観察調査は表 4-9、生活の変化は、表 4-10 の通りである。

##### 4-8-1 調査 1、観察調査(男女別)

男女別では、有意な結果が見られなかった。男性は「叫ぶ」が 2 点で 8.3% だった。女性は叫ばなかった。

##### 4-8-2 調査 1、観察調査(年代別)

年代別では、有意な結果が見られなかった。80 代が「立ち歩き」は 8.5% だった。60・70 代、90 代は立ち歩かなかった。

##### 4-8-3 調査 1、観察調査(介護度別)

介護度別は有意な結果が見られなかった。「立ち歩き」は介護度 4・5 は 2 点が 15%、介護度 3 は 1 点が 8% だった。

##### 4-8-4 調査 2、生活の変化(男女別)

男女別は「睡眠」  $p < 0.003$  「笑うこと」  $p < 0.025$  「怒ること」  $p < 0.009$  「部屋の移動」  $p < 0.009$  「会話」  $p < 0.001$  「体調」  $p < 0.001$  について有意な結果が見られた。

##### 4-8-5 調査 2、生活の変化(年代別)

年代別は、「会話」  $p < 0.008$  に有意な結果が見られた。

##### 4-8-6 調査 2、生活の変化(介護度別)

介護度別では「睡眠」  $p < 0.004$  「食欲」  $p < 0.014$  「泣くこと」  $p < 0.014$  「体調」  $p < 0.046$  「徘徊」  $p < 0.046$  に有意な結果が見られた。

表 4-10 観察調査 (音楽の反応)

	声の音量		リズム感		音程		速度		理解度		隣と喋る		笑う		怒ること		泣くこと		眠ること		立ち歩き		叫ぶこと													
	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点										
男	3	2	1	3	2	1	3	2	1	2	3	1	4	2	0	3	3	0	1	0	5	0	1	5	0	1	5									
女	14	5	3	14	6	2	12	8	2	18	3	1	7	10	5	15	5	2	12	5	5	0	2	20	3	1	18	1	1	20	1	2	19	0	0	22
p値	0.828		0.804		0.880		0.306		0.947		0.559		0.174		0.130		0.327		0.605		0.415		0.073													
60・70歳代	4	2	0	4	2	0	4	2	0	3	3	0	5	1	0	3	3	0	1	0	5	0	0	6	0	0	6	1	0	5	0	1	5			
80歳代	10	3	4	11	3	3	10	4	3	14	1	2	6	7	4	10	5	2	9	3	5	0	2	15	2	2	13	1	1	15	1	2	14	0	0	17
90歳代	3	2	0	2	3	0	1	4	0	3	2	0	0	3	2	4	1	0	3	2	0	0	0	5	1	0	4	0	0	5	0	0	5	0	0	5
p値	0.290		0.227		0.113		0.212		0.120		0.578		0.144		0.271		0.419		0.718		0.487		0.200													
介護度1,2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	4	0	3	1	0	3	1	0	0	0	4	0	0	4	0	0	4	0	0	4	0	0	4			
介護度3	7	2	2	7	2	2	7	2	2	9	1	1	5	4	2	7	3	1	3	5	3	1	0	10	1	1	9	1	0	10	1	0	10	0	1	10
介護度4,5	8	3	2	8	4	1	6	6	1	10	2	1	4	5	4	9	3	1	9	2	2	0	2	11	2	1	10	0	1	12	1	2	10	0	0	13
p値	0.667		0.632		0.475		0.517		0.105		0.947		0.169		0.285		0.747		0.489		0.414		0.382													

表 4-11 療法後の生活の変化

	睡眠			食欲			笑うこと			怒ること			泣くこと			部屋の移動			会話			体調			徘徊					
	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点			
男	0	3	3	0	4	2	0	2	4	0	4	2	0	4	2	0	4	2	0	3	3	0	3	3	0	4	2	0	4	2
女	0	20	2	0	20	2	0	18	4	0	22	0	2	20	0	0	22	0	0	21	1	0	22	0	0	21	1	0	21	1
p値	0.033**			0.165			0.025**			0.009**			0.024**			0.009**			0.011**			0.001**			0.700					
60-70歳代	0	3	3	0	4	2	0	3	3	0	5	1	2	3	1	0	5	1	0	3	3	0	4	2	0	4	2	0	4	2
80歳代	0	15	2	0	15	2	0	14	3	0	16	1	0	16	1	0	16	1	0	17	0	0	16	1	0	16	1	0	16	1
90歳代	0	5	0	0	5	0	0	3	2	0	5	0	0	5	0	0	5	0	0	4	1	0	5	0	0	5	0	0	5	0
p値	0.060			0.222			0.271			0.500			0.067			0.500			0.008**			0.148			0.148					
介護度1.2	0	4	0	0	4	0	0	3	1	0	4	0	2	0	0	0	4	0	0	3	1	0	4	0	0	4	0	0	4	0
介護度3	0	6	5	0	7	4	0	7	4	0	9	2	0	9	2	0	9	2	0	8	3	0	8	3	0	8	3	0	8	3
介護度4.5	0	13	0	0	13	0	0	10	3	0	13	0	0	13	0	0	13	0	0	13	0	0	13	0	0	13	0	0	13	0
p値	0.004**			0.014**			0.764			0.137			0.014**			0.137			0.062			0.046**			0.046**					

\*\*p<0.05

#### 4-9 結論

##### ① 音楽療法の反応

観察調査では、男性、年代別は 90 代、介護度別は要介護 3 の反応が高いことが分かった。項目別に見ると、「リズム感」「声の音量」「笑うこと」「隣と喋ること」「理解度」「立ち歩き」については得点が低く施設入居者にとって歌う事、リズムをとる事、音楽を理解する事が難しく、また、音楽療法中、入居者間で喋ることや笑うことをしないことがわかった。

##### ② 音楽療法後の生活の変化

音楽療法後の生活の変化は、4 施設はみられなかったが、E 施設は参加者全員の平均値が上昇し、生活の変化が示唆された。E 施設は開放された空間で音楽療法を行い、施設長が参加し歌を歌い、指導者との共演を行って高齢者を楽しませていた。スタッフではなく、E 施設の施設長の協力が、他の 4 施設より生活の変化が幅広く上昇した要因の一つではないかと考える。また、職員が音楽療法中に高齢者に話しかけたり、立ち上がろうとする高齢者を静止させたりしない方が高齢者は音楽に集中できるのではないかと考える。

D 施設の女性 2 名は「泣く」ことが「増えた」が 7%だったが「体調」が悪くなる、「徘徊」が増えた、「会話」や「部屋の移動」が「減った」は 0%で音楽の反応によって悪くなることはなかった。

##### ③ 音楽療法空間について

全体的に見ると、閉ざされた空間で音楽療法士が指導し、職員の見守りはなく、参加者は少ない方が音楽の得点が高くなることが示唆された



## 第5章 デイサービス行われる高齢者の音楽療法的活動の評価と療法後の生活の変化

### 5-1 本章の目的

本章では、研究の背景として、デイサービスで行われる音楽療法の取り組みの現状について把握する。

調査1では、音楽療法の現状に関する観察調査について、高齢者の音楽療法に対する反応を1m離れた距離から、1曲につき1項目を1分間観察して3段階で得点化した。調査2では、音楽療法後の生活の変化に関するアンケート調査を行った。内容は音楽療法後、高齢者の生活を翌日の10時まで各項目に対して3段階「減った」「いつもと同じ」「増えた」としてアンケートを行った。調査3では、音楽療法の実施内容に関するヒアリング調査を音楽指導者に行った。施設入所者の性別、介護度、年齢等によって音楽療法への反応がどう違うのか、生活面での変化に差があるのか否かを検討した。さらに、調査1と調査2は $\chi^2$ 二乗検定を行い分析した。また、開放空間と閉ざされた空間で行われる音楽療法の得点の差異についても言及した。

### 5-2 調査方法

#### 5-2-1 調査時期・対象

調査は、2015年10月から2015年12月にかけて行った。京都府の社会福祉協議会の協力を得て社会福祉士に電話でヒアリングを行い、デイサービスで音楽指導者は音楽療法学会の定義に基づき、音楽の持つ生理的、心理的社会的働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに向けて音楽を意図的、計画的に使用して、歌唱や手遊び、脳トレーニングを積極的にかつ定期的に行っている5施設を抽出した。調査した施設は京都府が5施設である。以下3つの調査を行った。参加者は1施設4名～8名で5施設合わせて29名である。倫理的配慮として各施設の職員に本研究の趣旨を説明して、聞き取り調査を依頼し協力を得た。そして観察調査、アンケート調査に協力できる高齢者を抽出し了解を得た方を被験者として、各施設の施設長に承諾を得た。施設の概要は表5-1のとおりである。

表 5-1 施設概要

デイサービス	F	G	H	I	J
所在地	京都府	京都府	京都府	京都府	京都府
開園年	2000年	2002年	1983年	2002年	2000年
経営主体	社会福祉法人	株式会社	カトリック教会	社会福祉法人	社会福祉法人
利用定員	35名	30名	25名	25名	35名
短期入所定員	10名	0名	0名	10名	10名
併 設	特別養護老人ホーム	なし	ショートステイ	グループホーム	特別養護老人ホーム
	ショートステイ			ショートステイ	ショートステイ
	ケアハウス				ケアハウス
	ホームヘルプステーション				ホームヘルプステーション

### 5-3 結果

#### 5-3-1 入居者の属性

男性は11名、女性は18名計29名であった。年齢は60代・70代が10名、80代が12名、90代が7名、介護度は要介護度1・2が11名、要介護度3が10名、要介護度4・5が8名であった。対象者の属性は表5-2のとおりである。

表 5-2 対象者の属性

対象者の属性		n=29 (%)
①性別	男性	11 (38)
	女性	18 (62)
②年齢	60代・70代	10 (34)
	80代	12 (41)
	90代	7 (25)
③介護度	1・2	11 (38)
	3	10 (34)
	4・5	8 (28)

#### 5-3-2 音楽療法への反応（調査1）

前項において得点が低かった1点の項目をみると、「怒ること」「眠ること」は0%、「叫ぶこと」が3%だった。得点の高い3点の項目は「叫ぶこと」「眠ること」「怒ること」が97%だった。観察調査の得点は、表5-3のとおりである。

表 5-3 観察調査得点 数字は人数 (%) N=29

	3点(%)	2点(%)	1点(%)
叫ぶこと	28(97)	0(0)	1(3)
立ち歩き	27(93)	0(0)	2(7)
眠ること	28(97)	1(3)	0(0)
泣くこと	26(90)	0(0)	3(10)
怒ること	28(97)	1(3)	0(0)
隣と喋ること	14(48)	0(0)	15(52)
笑うこと	19(66)	0(0)	10(34)
理解度	21(72)	2(7)	6(21)
速度	12(41)	6(21)	11(38)
音程	9(31)	7(24)	13(45)
リズム感	12(41)	3(10)	14(48)
声の音量	13(45)	1(3)	15(52)

#### 5-3-3 生活面の変化（調査2）

得点の高かった3点の項目をみると「笑うこと」は45%だった。2点はすべての項目で得点が高く52%から93%だった。1点の項目の「会話」については34%で、その他の項目は低かった。アンケート調査の得点は表5-4のとおりである。

表 5-4 アンケート調査得点 数字は人数 (%) N=29

	3点(%)	2点(%)	1点(%)
トイレに行くこと	2(7)	27(93)	0(0)
不安になること	5(17)	22(76)	2(7)
怒ること	4(14)	24(83)	1(4)
体調	6(21)	22(76)	1(4)
会話	10(34)	18(62)	1(3)
行動	4(14)	22(76)	3(10)
笑うこと	13(45)	15(52)	1(4)
食欲	6(21)	23(79)	0(0)
睡眠	6(21)	23(79)	0(0)

#### 5-3-4 音楽指導者の属性 (調査 3)

音楽指導者にヒアリング調査を行った結果、職種は 2 施設が音楽療法士、3 施設は元音楽教員と音楽講師だった。指導年は半年～6 年、平均 2.4 年だった。音楽施療頻度は月 1 回～2 か月に 1 回と定期的に行われていた。時間帯は 1 施設が 13:30～14:30、4 施設が 14:00～15:00 だった。昼食後、排泄を考慮した時間帯だった。性別は男性 1 名女性 4 名だった。年齢は 1 施設が 40 代、2 施設が 50 代、2 施設が 60 代だった。指導者の属性は、表 5-5 のとおりである。

表 5-5 音楽指導者の属性

施設名	F	G	H	I	J
指導者	元中学校音楽教員1名	音楽療法士1名	音楽療法士1名	元音楽教員1名	音楽講師1名
指導年	6年	半年	4年	半年	1年
頻度	月2回	月1回	月1回	月1回	2か月1回
音楽施療の時間帯	13:30～14:30	14:00～15:00	14:00～15:00	14:00～15:00	14:00～15:00
報酬	あり	あり	あり	なし	あり
性別	男	女	女	女	女
年齢	50代	60代	40代	60代	50代

#### 5-3-5 音楽のプログラム (調査 3)

音楽プログラムは 1 時間で内容は身体行動、歌、脳トレーニング、楽器、リズム感、クイズ、指導者とのトークであった。身体行動は身体の不自由な方も参加のため、曲目に合わせて手脚を動かせるかどうかを観察した。例として文部省唱歌「茶摘み」の歌に合わせて手遊びが正しくできるか、楽器の鈴を拍子に合わせているかなどである。歌は、5 施設が「季節の歌」を 10 分から 15 分歌い、季節を認識しているかクイズを交えながら質問して季節にまつわる歌を歌っていた。脳トレーニングは 5 施設すべて行っていた。歌にまつわる漢字当てクイズやジャンケンの後出しで高齢者が指導者に勝つことを繰り返し行っていた。できない参加者も多いが繰り返し行うことで考える力を促していた。指導者のトークは参加者が内容を理解しているかを見た。音楽プログラムは表 5-6 のとおりである。

表 5-6 音楽プログラムの項目ごとの実施時間（数字は分）

	施設名	F	G	H	I	J
身体行動	体操		5	1	1	5
	手遊び	2	3	1	1	3
歌	始まりの歌	5	1		2	
	季節歌	15	8	15	10	10
	なじみ歌	5	2	5		
	終わりの歌	3	2		5	2
	童謡		5	5	10	3
	懐しのメロディー	10	5		5	8
脳トレ	クイズ	5	3	5	5	10
楽器	トーンチャイム・太鼓	5		10		
リズム感	手や足をたたく・マラカス		5	2	3	5
トーク	季節の話	5	5	5	6	5

### 5-3-6 音楽療法空間（調査 1）

閉ざされた空間の面積は 16.0 m<sup>2</sup>、開放された空間の面積は 85.0 m<sup>2</sup>～170.0 m<sup>2</sup>だった。本研究の被験者は 4名から 8名だった。全体の参加者は 12名から 30名で平均 21名だった。職員の見守りは 2名から 8名だった。施設長の参加はなかった。音楽療法の実施状況は表 5-7 のとおりである。

表 5-7 音楽療法の実施状況

施設名	F	G	H	I	J
音楽の部屋	開放	開放	閉鎖	開放	開放
音楽の部屋m <sup>2</sup>	120	170	16	60	85
被験者	4名	4名	7名	8名	6名
職員の参加	2名	8名	2名	4名とボランティア1名	4名
施設長の参加	なし	なし	なし	なし	なし
参加者(全体)	22名	30名	12名	25名	18名

#### F 施設

開放された空間で行われている。図 1 に示す。窓のカーテンはすべて開けられていて田んぼや畑が見え景色の良い明るい空間で行っている。職員の見守りは 2人である。指導者は音楽開始時間の 2時間前から控室で発声練習とキーボードの音域調整を行い、曲ごとに高齢者の音域に合わせてキーボード弾いていた。どの音域にも対応できるように、詳細なメモが用意されている。高齢者一人当たりの使用面積は 5.5 m<sup>2</sup>である。

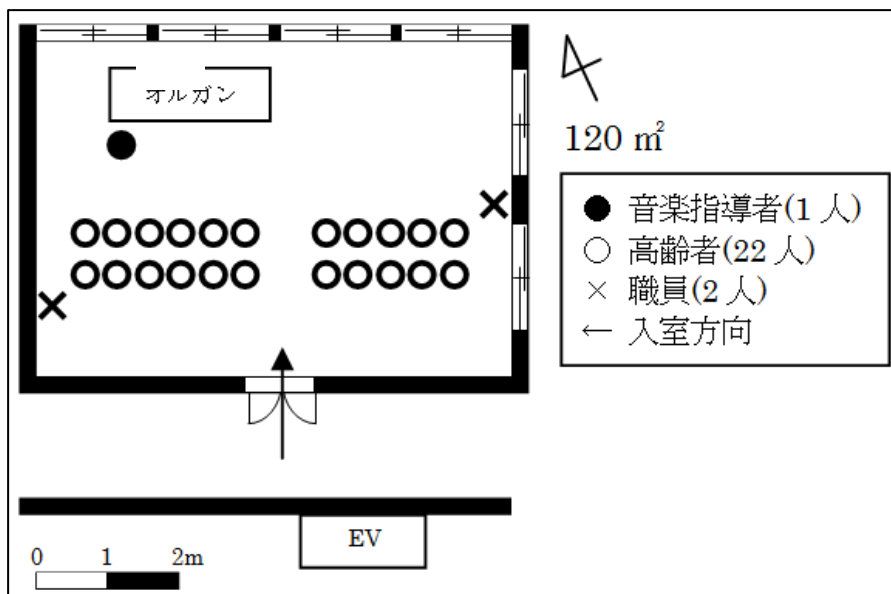


図 5-1 F 施設 2F 平面図 (筆者作成)

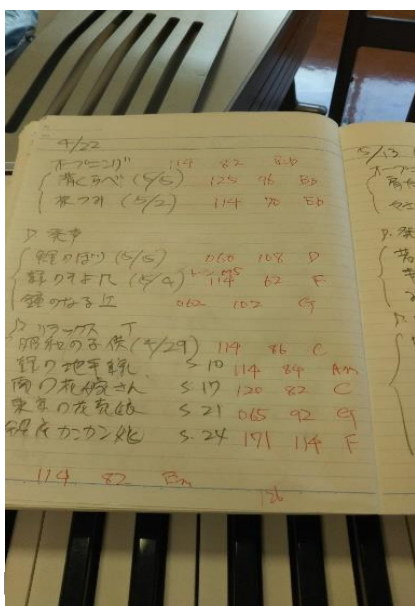


写真 5-1

(音楽指導者のキーボードメモ)



法的活動

(男性の音楽指導者  
視線を対象者と合わせるように腰をかがめる)

2018年4月25日 筆者撮影

### G 施設

建物はデイサービスだけの空間であり、隣接はすぐ道路である。大きなキッチンがあり、すぐに飲み物が出せるようにされている。職員全員が音楽療法に参加している。高齢者一人当たりの使用面積は 5.7 m<sup>2</sup>である。

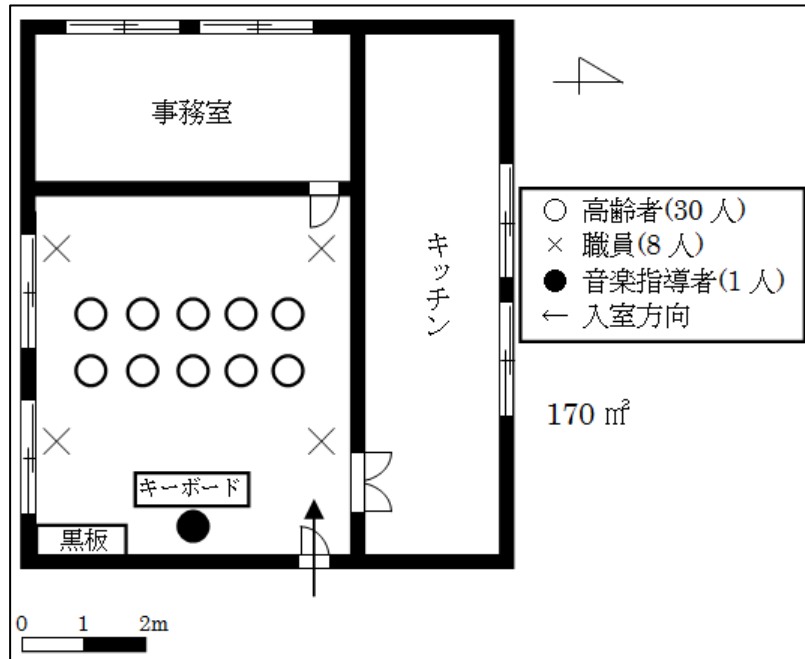


図 5-2 G 施設 1F 平面図(筆者作成)



写真 5-3 G 施設玄関  
(道路から中の様子が見える)



写真 5-4 G 施設 音楽療法的活動  
(職員と共に軽い体操をする)

2018年4月25日筆者撮影

## H 施設

京都の町屋を改造した、閉ざされた狭い和室で行われている。図 3 に示す。音楽指導者は狭い部屋を動き回り参加者全員に声をかけながら行っている。扉を閉めると中の様子は見えない。ベッドが 3 床設置され、起きることができない方もベッドの中で参加し(被験者ではない)、また、眠っていた方も職員の介助を受け立ち上がり、ソファーに座って眠って

いた視覚障害(全盲)の方(被験者ではない)も起き上がり参加していた。高齢者一人当たりの使用面積は 1.3 m<sup>2</sup>である。

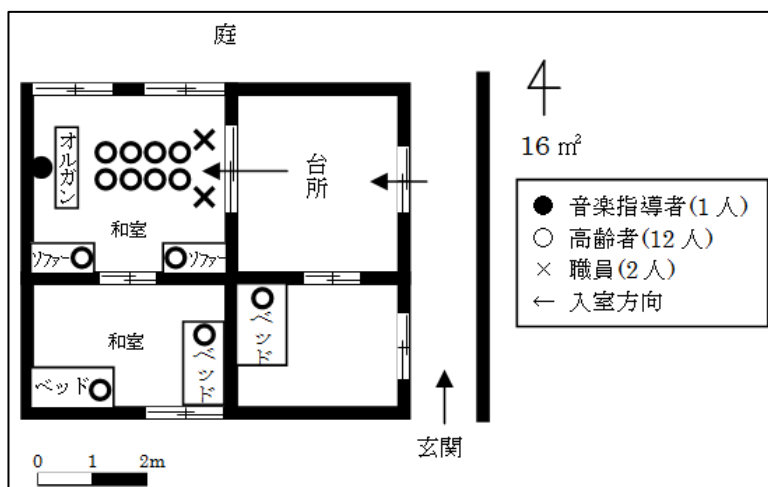


図 5-4 H 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 5-3 H 施設 外観

(町家を改装 外観からは施設だと分からない建物)

2016 年 11 月 2 日筆者撮影

## I 施設

開放された空間で行っている。図 4 に示す。隣室はショートステイの部屋であるが、音楽の声に反応して一緒に参加される高齢者も多くいた。グループホームの建物は別棟にある。認知症の進行した高齢者(ただし、本調査は認知症が認められない方を被験者としているため、認知症の進行した方は調査対象としていない)にはボランティアスタッフの男性が付き添っていた。音楽指導者は高齢者の表情を見ながら部屋全体を移動しながら行っていた。昭和初期の映画、「旅の夜風」の光景を指導者が話し出すと、職員がその当時の映画の様子を即興劇で行った。普段は、表情の硬い高齢者も笑顔で一杯になり表情の変化が見られた。高齢者一人当たりの使用面積は 4.2 m<sup>2</sup>である。

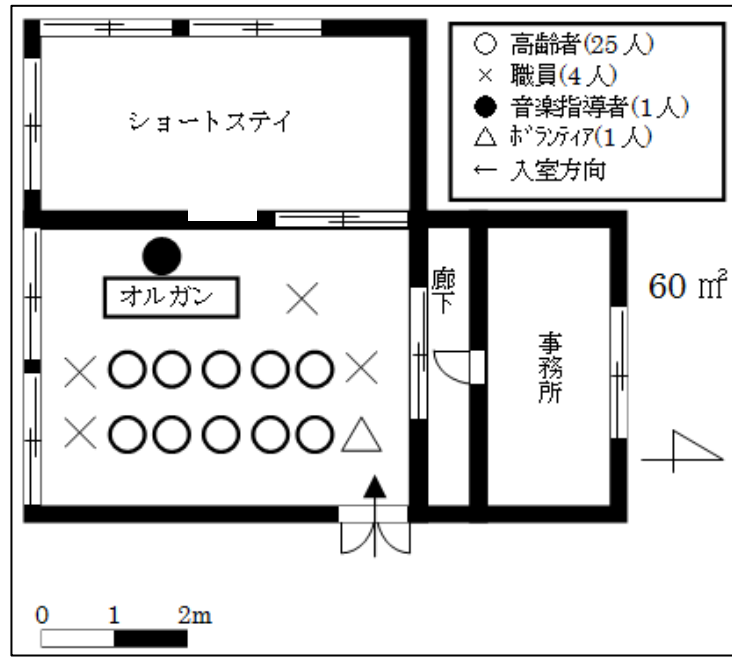


図 5-4 I 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 5-4 I 施設入口



写真 5-5 I 施設 運動器具  
 (マシントレーニング)

2018 年 4 月 25 日 筆者撮影



## J施設

開放されたホールで行われ、だれでも参加することができる。図5に示す。部屋は細長く、テーブルが設置され、高齢者の座る場所が決められている。音楽指導者は高齢者と対面していないので3つのテーブル席を移動して参加者の顔を観察している。テーブルは高齢者同士の身体が接触しないように設置してある。高齢者一人当たりの使用面積は4.7㎡である。

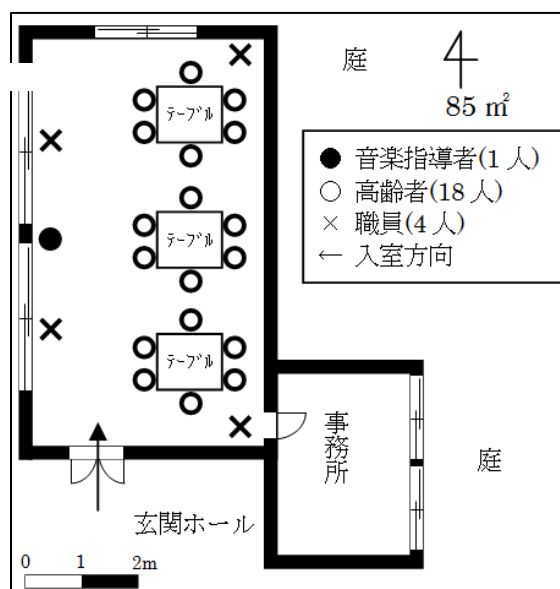


図5-5 J施設1F 平面図 (筆者作成)



写真5-6 J施設 遊具の設置

(音楽の部屋の前にパチンコ台が設置されている)

2018年4月25日筆者撮影

## 5-4 音楽反応の属性別傾向

### 5-4-1 男女別傾向

男女別に図 5-6、図 5-7 に示す。男女別に「叫ぶこと」「立ち歩き」「怒ること」で 3 点の割合を見ると男性は 100%、女性は「叫ぶこと」「怒ること」が 94%だった。男性は「声の音量」については 1 点が 91%、女性は「隣と喋ること」が 50%だった。男女別の各被験者の得点の合計点の平均値は男性が 26.5、女性が 30.3 で女性の方が反応が良かった。

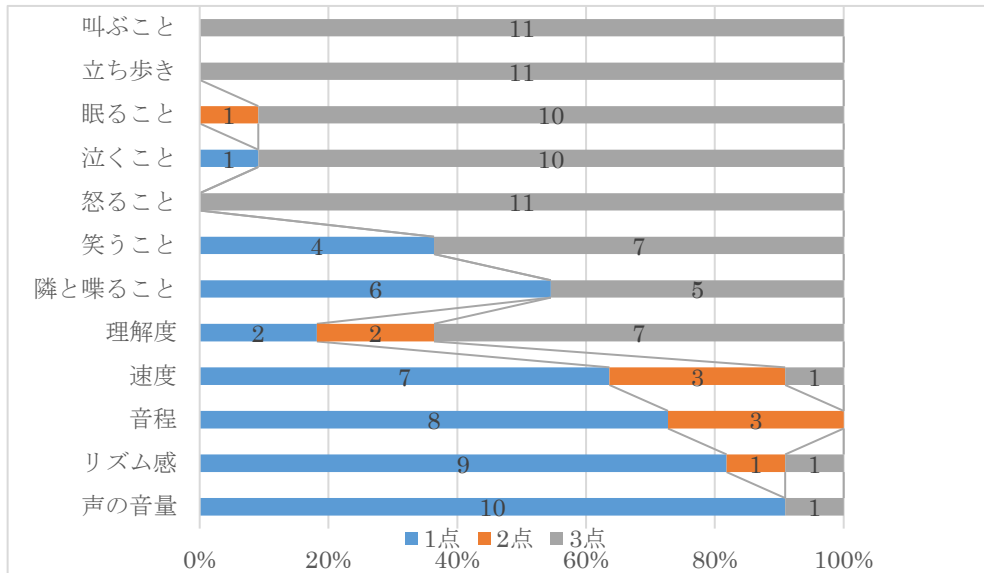


図 5-6 観察調査 男（数字は人数）

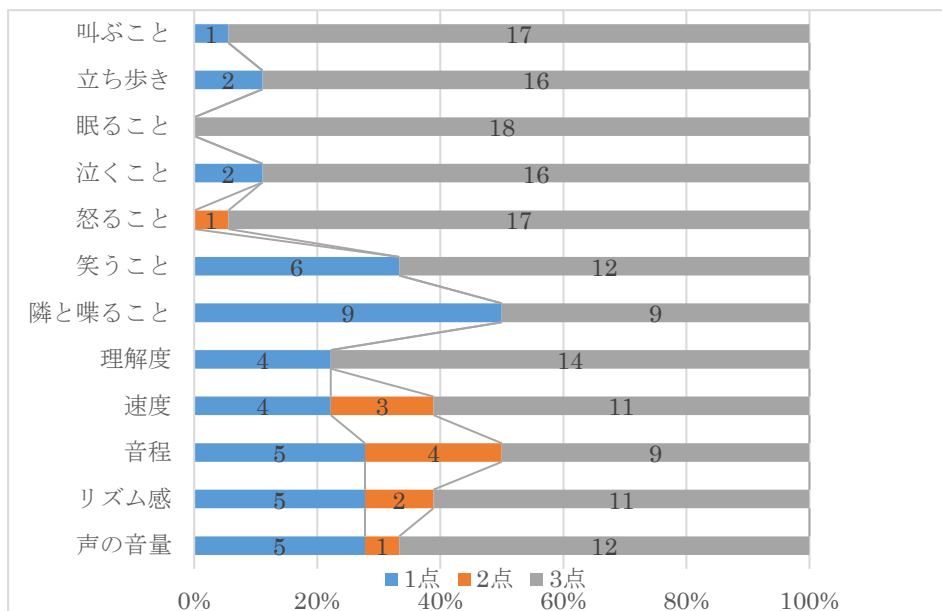


図 5-7 観察調査 女（数字は人数）

### 5-4-2 介護度別傾向

介護度別に図 5-8、図 5-9、図 5-10 に示す。介護度 1・2 の 3 点の項目は「怒ること」「泣くこと」「眠ること」「立ち歩き」「叫ぶこと」が 100%で怒らない、泣かない、眠らない、立ち歩かなかった。介護度 3 は、「眠ること」については 2 点が 10%だった。介護度 4・5 は「立ち歩き」については 1 点が 25%だった。各被験者の得点の合計点の平均値は介護度 1・2 が 30.2 だった

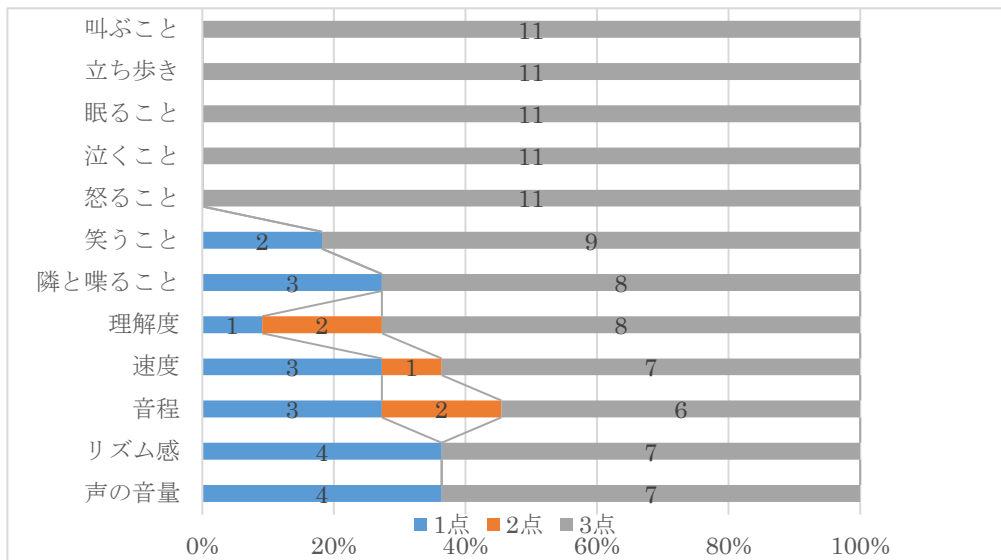


図 5-8 介護度 1・2

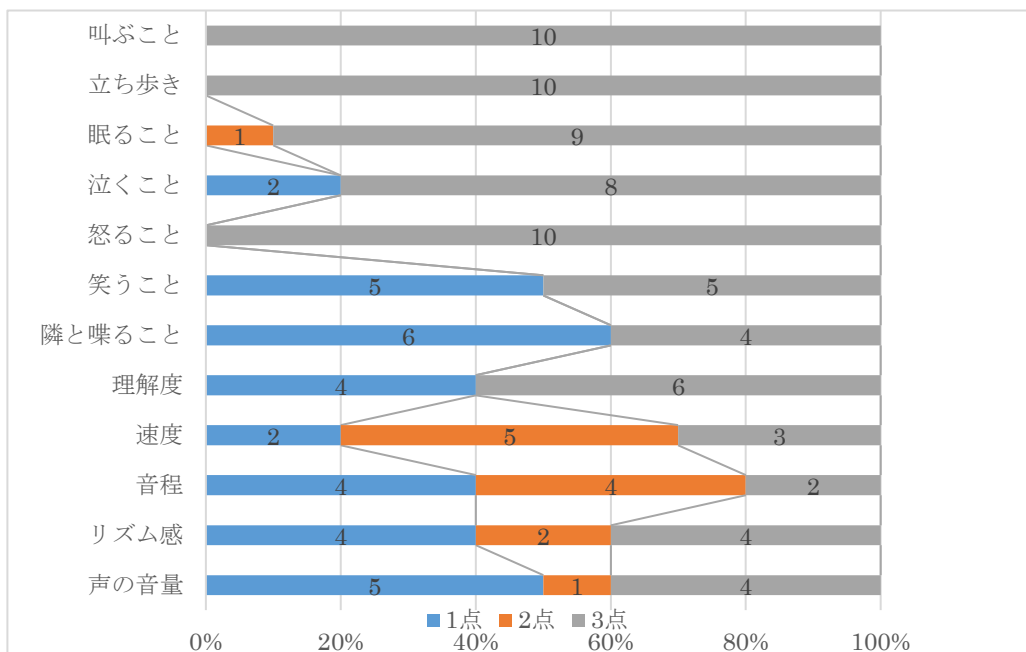


図 5-9 観察調査 介護度 3

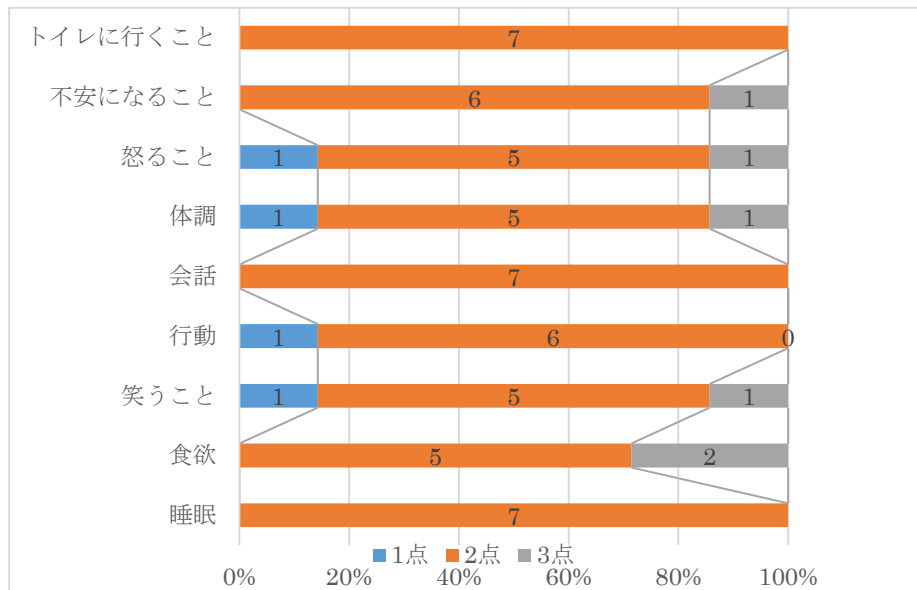


図 5-10 観察調査 介護度 4・5

### 5-4-3 年齢別傾向

年代別に図 11、図 12、図 13 に示す。60 代 70 代は「声の音量」「リズム感」「音程」は 3 点が 30% だった。80 代は「声の音量」「理解度」は 3 点が 82%、また、1 点の「立ち歩き」「叫ぶこと」が 9% だった。90 代は 1 点、「怒ること」「泣くこと」「眠ること」「立ち歩き」「叫ぶこと」の項目は 0% だった。年齢別の各被験者の得点の合計点の平均値は 80 代の反応が良かった。

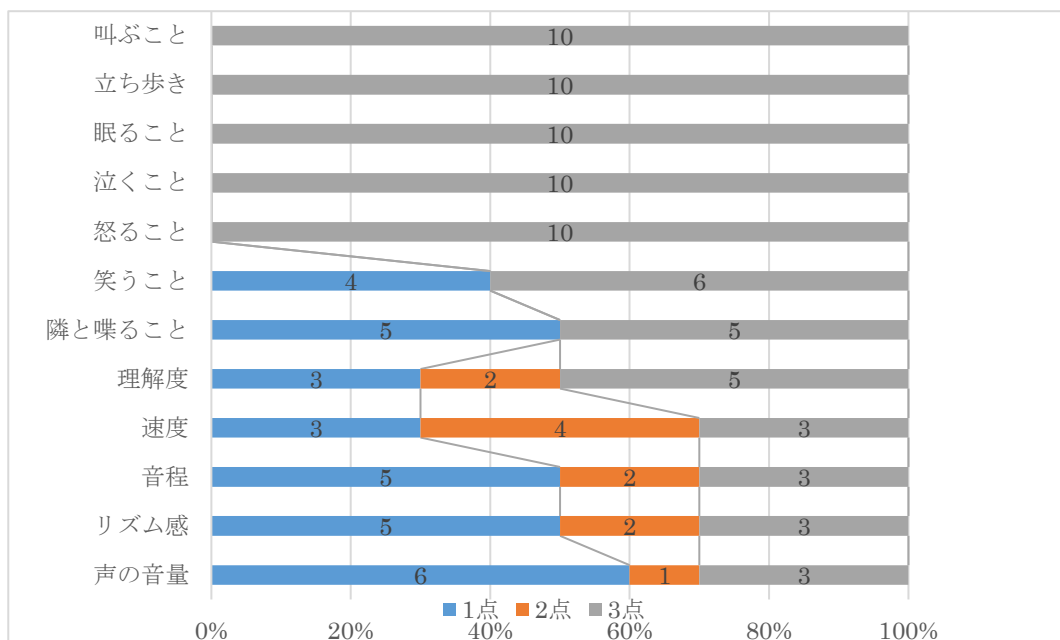


図 5-11 観察調査 60・70 代

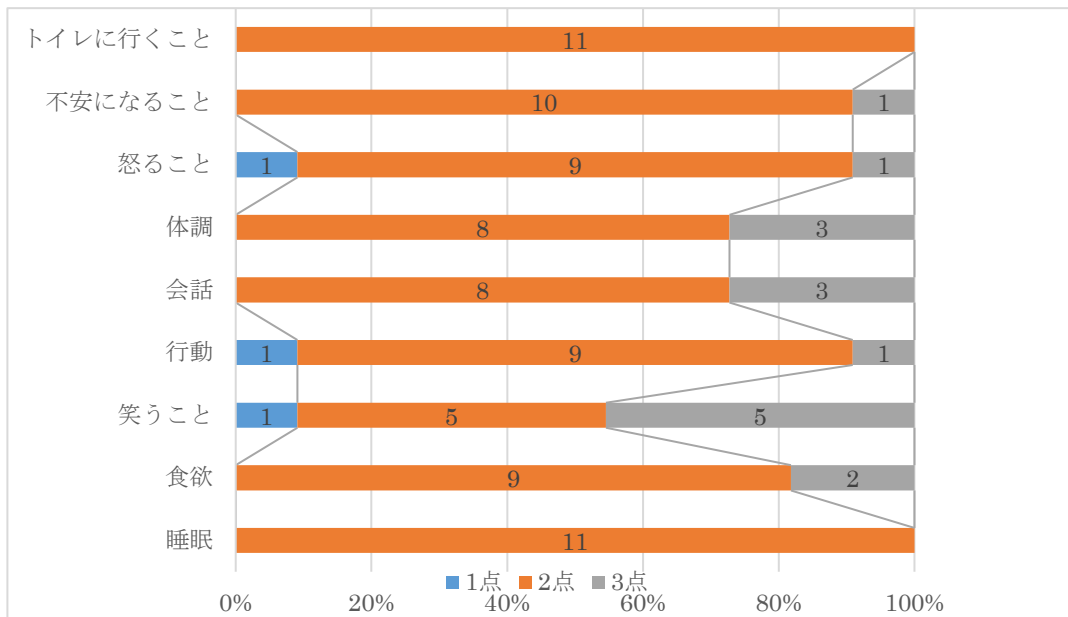


図 5-12 観察調査 80代

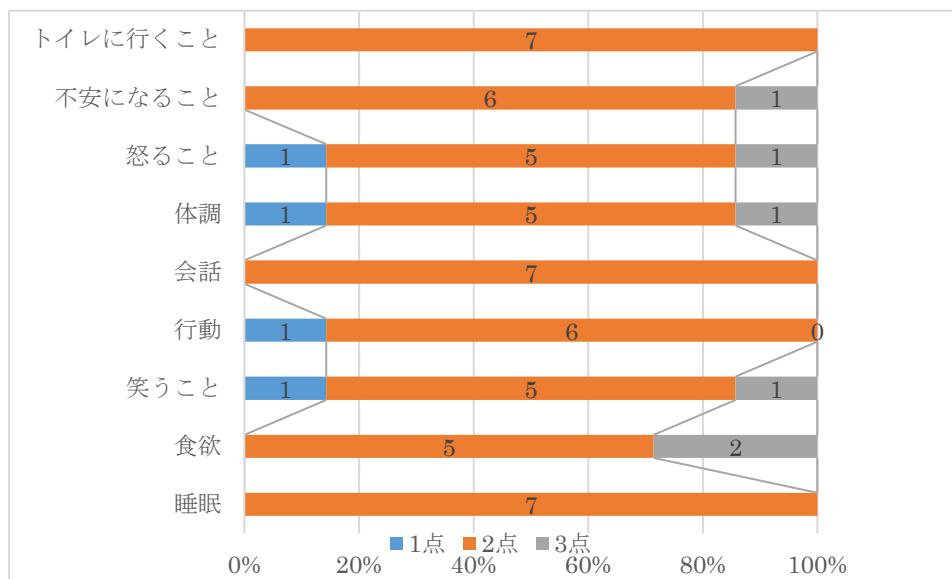


図 5-13 観察調査 90代

## 5-5 生活の変化の属性別傾向

### 5-5-1 男女別傾向

音楽施療後の変化について図 5-14、図 5-15 に示す。音楽後、男性は 3 点の項目の「笑うこと」が増えたが 45%だった。「怒ること」が「減った」3 点は 28%だった。女性は「笑うこと」が「増えた」3 点は 44%だった。「会話」が「増えた」が 3 点 39%だった。各被験者の得点の合計点の平均値は男性が 19.5、女性が 19.7 であった。

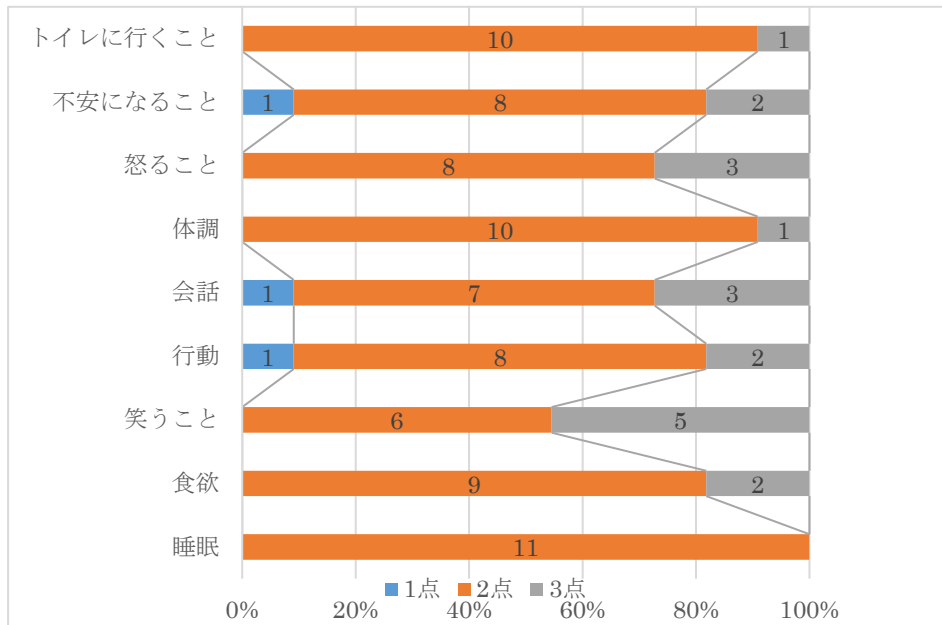


図 5-14 アンケート調査 男

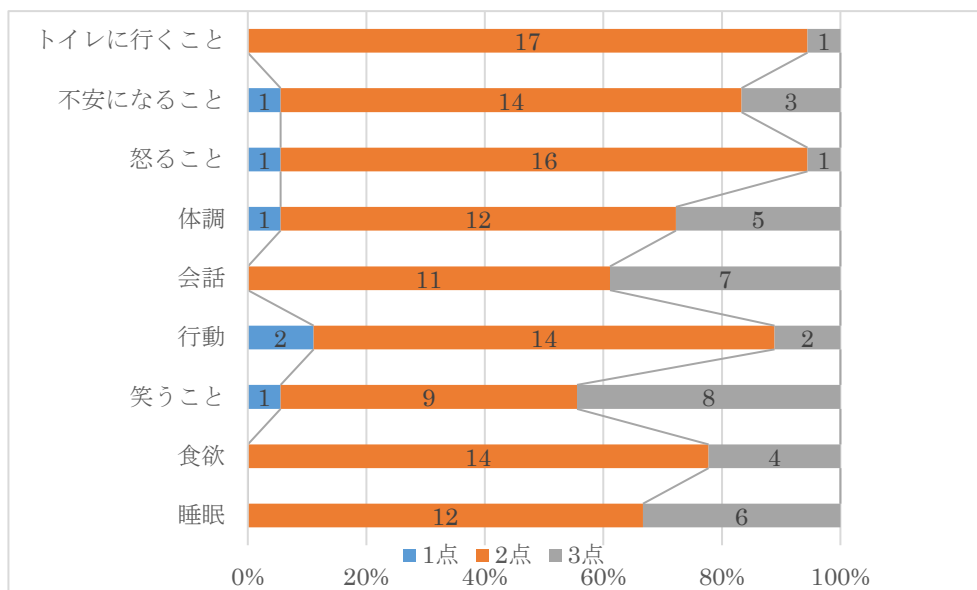


図 5-15 アンケート調査 女

### 5-5-2 介護度別傾向

介護度別は、図 5-16、図 5-17、図 5-18 に示す。介護度 1・2 については 3 点「笑うこと」が「増えた」が 45%、介護度 3 については、「トイレに行くこと」「怒ること」が「減った」3 点が 20% だった。介護度 4・5 については、1 点の項目「不安になること」が「増えた」、が 10% だった。各被験者の得点の総和の平均値は介護度 1・2 が 19.2 と高く介護度 3 は 12.4、介護度 4・5 は 18.0 だった。

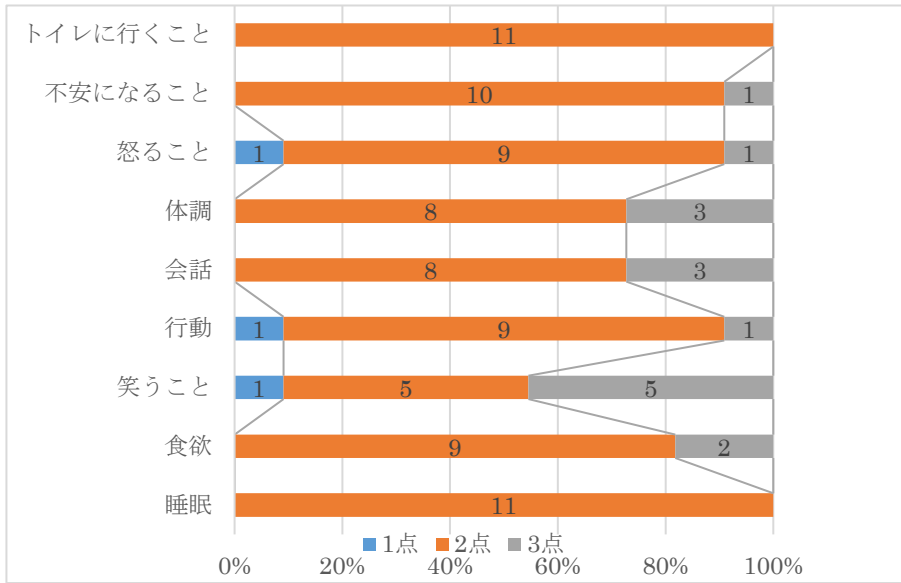


図 5-16 アンケート調査 介護度 1・2

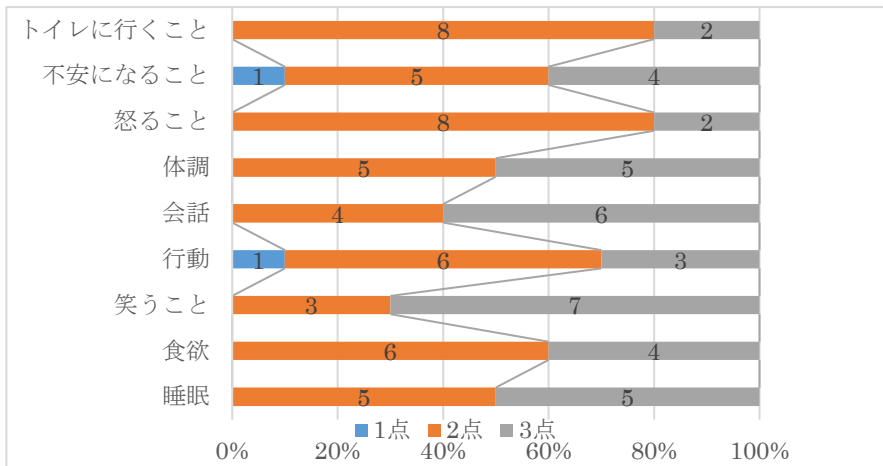


図 5-17 アンケート調査 介護度 3

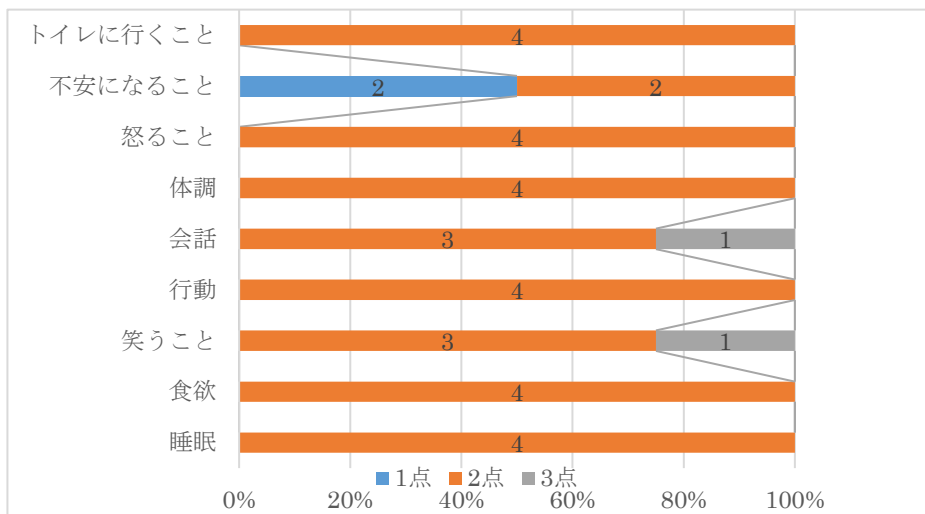


図 5-18 アンケート調査 介護度 4・5

### 5-5-3 年齢別傾向

年齢別に、図 5-19、図 5-20、図 5-21 に示す。すべての年代の項目で 2 点「いつもと同じ」が高かった。90 代は 3 点「笑うこと」が「増えた」が 17%、80 代は 58%、60・70 代は 50% だった。1 点の項目では「睡眠」「食欲」が「減った」は 0% だった。年齢別は各被験者の得点の合計点の平均値は 80 代が 20.3、60・70 代が 19.9、90 代は 16.4 であった。

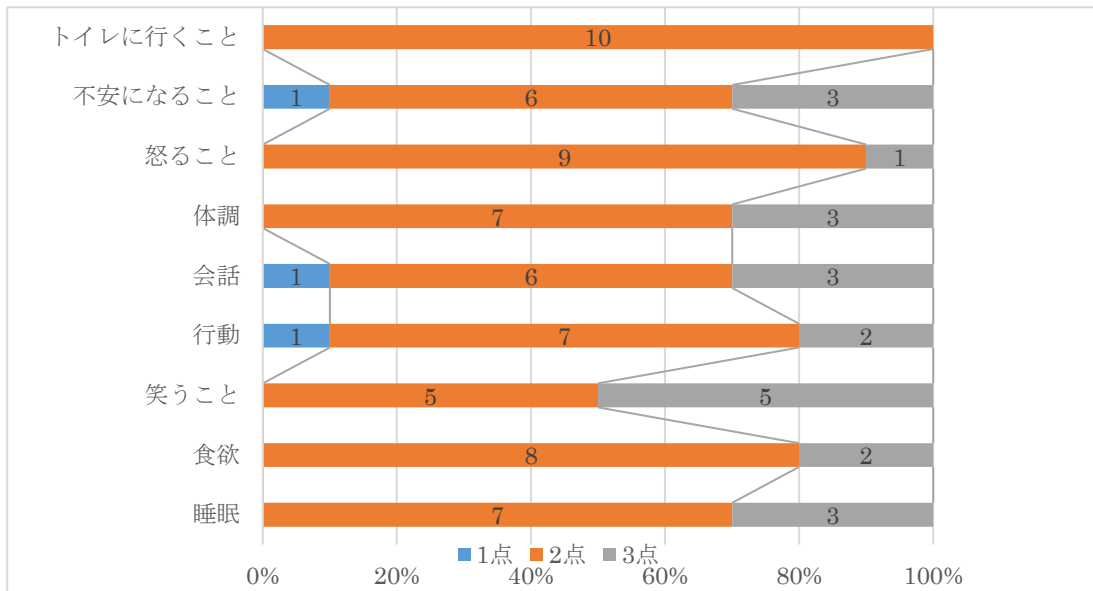


図 5-19 アンケート調査 60 代・70 代

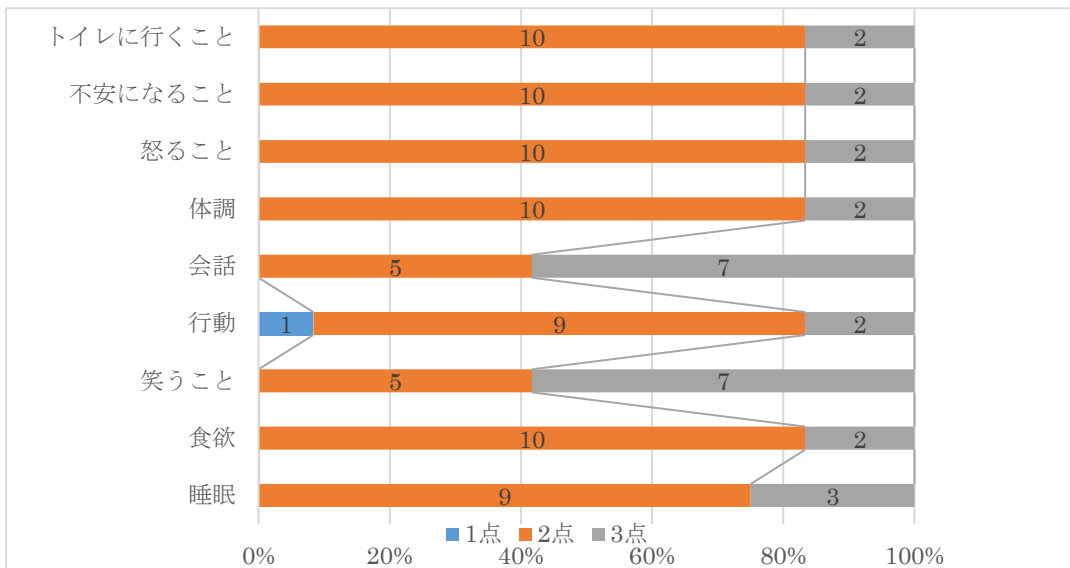


図 5-20 アンケート調査 80 代



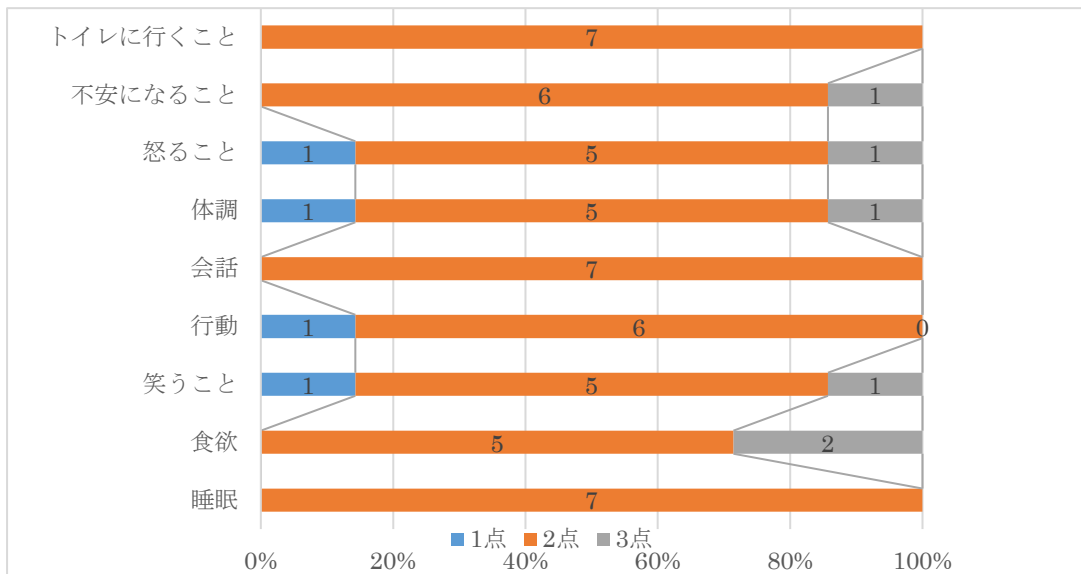


図 5-21 アンケート調査 90代

### 5-6 属性別総和得点の平均値

本研究は高齢者の音楽療法に対する反応と音楽療法後の生活の変化について分析した。結果から男女別では、女性の反応の方が良く「理解度」は78%、「声の音量」、「笑う」が67%、「リズム感」、「速度」が61%、男性は「声の音量」、「速度」、「リズム感」が9%で音楽の項目の反応は低いことが示唆された。介護度別は要介護1・2の反応が良かったことから介護度が高くなると指導者の音楽に対する説明も理解することが難しいことが示唆された。年代別は80代の反応が良かった。また音楽療法後の生活の変化は男女、年代、介護度別に分析した結果、殆ど変化は見られなかったが「笑うこと」、「会話」が「増えた」が58%で少なからず音楽療法効果が示唆された。総和得点の平均値を表5-8に示す。

表 5-8 属性別総和得点の比較

サービス		総和得点平均値	
		調査1	調査2
デ	男	27.4	19.5
	女	24.3	17.9
介	1.2	32.5	19.2
	3	25.7	12.4
	4.5	29.9	18.0
年	60・70	28.1	19.9
	80	30.0	20.3
	90	29.0	16.4

### 5-7 施設別傾向

#### 5-7-1 施設別点数

調査1、調査2ともに、音楽療法士以外の指導者で、開放空間で、参加者の少ないF施設の反応が良かった。平均値は調査1が30.3、調査2は19.7だった。施設別の総和得点の平均値は表5-9のとおりである。

表 5-9 施設別総和得点の平均値

デイサービス		平均値	平均値
		調査1	調査2
F施設	元音楽教員・職員見守り・部屋開放・被験者4名	34.3	23.0
G施設	音楽療法士・職員見守り・部屋開放・被験者4名	32.5	18.8
H施設	音楽療法士・職員見守り・部屋閉鎖・被験者7名	27.9	19.1
I施設	元音楽教員・職員見守り・部屋開放・被験者8名	28.6	22.9
J施設	音楽講師・職員見守り・部屋開放・被験者6名	28.0	14.5
各被験者の総和得点の平均		30.3	19.7

### 5-7-2 音楽指導者とプログラムの特色について

元中学校音楽教員の指導者 F 施設の調査 1 の得点は 34.3、調査 2 は 23.0 と一番高かった。プログラムにコリアンの歌や文部省唱歌の「茶つみ」など「茶」の字を書かせて歌にまつわる漢字クイズを取り入れていた。得点の高かった高齢者に表彰状を贈って喜ばれていた。また曲目別にキーボードの音域をノートに記入し、高齢者の音域に合わせていた。B 施設の調査 1 の得点は 32.5 で音楽プログラムは参加者の反応がみられない時はすぐに曲目を変更していた。H 施設の調査 1 は、27.9、ベッドで寝ている方や視覚障害(全盲)の方にも指導者はトークの音量を工夫していた。また、トーンチャイムや太鼓など多くの楽器を持ち込んでいた。参加者は楽器の音色に興味を示していた。I 施設の調査 1 の得点は 28.6、指導者は参加者の名前を度々呼びかけていた。男性の参加が多いので曲目を工夫し、映画音楽「水戸黄門」では印籠を出すポーズをし、「銭型平次」は小判を投げるポーズを男性にさせて楽しませていた。J 施設の得点は 28.0、調査 2 は 14.5、音楽開始時には、男性は将棋をしていたが、すぐに音楽に参加して音楽が終わると指導者と写真撮影を楽しんでいた。カリキュラムは 5 施設すべて指導者独自のプログラムであった。

### 5-7-3 空間に関する特色

H 施設以外は開放された空間で外から誰でも見ることができる。F 施設は参加者が多いため、高齢者を 2 列に並べていた。大きな窓があり田園景色も見渡せ開放的な空間である。得点は 34.0 と最も高かった。G 施設はデイサービスだけの建物であるため、外部からは入ることはできないが大きな窓があり道路から見ることができる。H 施設は京都の町屋で、音楽の行われている部屋は建物の一番奥で行われ、外部からは見ることができない。自分の家のような空間で過ごしてもらいたいとの施設の思いで台所以外はすべて畳である。得点は、27.9 で最も低かった。I 施設は、隣接にショートステイや事務室がある為だれでも見ることができる。J 施設は細長い部屋でテーブルが同じ間隔で設置されている。高齢者同士の接触を避けるためである。

### 5-7-4 各施設の音楽療法への参加人数について

F 施設は元中学音楽教員の指導で開放された空間で参加人数は 4 名、被験者以外の高齢者も自主的に参加していた。F 施設は調査 1 では 34.0、音楽施療後の生活の変化の得点が 23.0 と 5 施設の中で最も上昇した。G 施設は開放空間、参加人数は 4 名、調査 1 は得点が高かったが調査 2 は得点が低かった。H 施設はベッドで眠っている(被験者でない)方も指

導者の楽しい声に起きて参加し全盲の方も手を叩き喜んで参加していた。I 施設は指導者の美しい声や高齢者の笑い声に反応してデイサービス以外の参加者も多くなった。J 施設は将棋をしていた者(被験者でない)も音楽に興味を示し参加した。調査 2 の得点は最も低く反応は低かった。

#### 5-7-5 職員の見守りについて

職員は 5 施設すべて参加していて協力的だった。F 施設は部屋の隅で見守り、G 施設は 8 名の職員すべてが部屋を囲むように高齢者を見守っていた。H 施設は狭い和室の隅に職員は座って見守っていた。I 施設は椅子が整列され職員は四方の隅の位置で高齢者を見守っていた。J 施設の職員は殆ど部屋を移動せず四方から見守っていた。施設長は 5 施設すべて参加しなかった。

#### 5-8 音楽反応と生活の変化の統計的解析

調査 1、調査 2 を JMP で  $\chi$  二乗検定を行い分析した。観察調査は表 5-9、生活の変化は、表 5-10 の通りである。統計的有意水準は  $p < 0.05$  とした。

##### 5-8-1 調査 1、観察調査(男女別)

男女別では、「声の音量」 $p < 0.002$  「リズム感」 $p < 0.008$  「音程」 $p < 0.003$  「速度」 $p < 0.012$  など音楽に関する項目に有意な結果が見られ、特に女性の「声の音量」に有意差が認められた。

##### 5-8-2 調査 1、観察調査(年代別)

年代別は「声の音量」 $p < 0.038$  に有意な結果が見られた。

##### 5-8-3 調査 1、観察調査(介護度別)

介護度別は「速度」 $p < 0.012$  について有意な結果が見られた。

##### 5-8-4 調査 2、生活の変化(男女別)

男女別は「睡眠」 $p < 0.001$  について有意な結果が見られた。

##### 5-8-5 調査 2、生活の変化(年代別)

年代別は、「会話」 $p < 0.027$  に有意な結果が見られた。

##### 5-8-6 調査 2、生活の変化(介護度別)

介護度別では「睡眠」 $p < 0.008$  に有意な結果が見られた。その他の項目では有意差は認められなかった。すべての年代で「怒ること」が「減った」が 13%だった。

表 5-10 観察調査（音楽の反応）

	声の音量			リズム感			音程			速度			理解度			隣と喋る			笑う			怒ること			泣くこと			眠ること			立ち歩き			叫ぶこと		
	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点
男	10	0	1	9	1	1	8	3	0	7	3	1	2	2	7	6	0	5	4	0	7	4	0	7	0	0	11	0	1	10	0	0	11	0	0	11
女	5	1	12	5	2	11	5	4	9	4	3	11	4	0	14	9	0	9	6	0	12	6	0	12	0	1	17	0	0	18	2	0	16	1	0	17
p値	0.002**			0.008**			0.003**			0.012**			0.127			0.812			0.868			0.323			0.861			0.158			0.158			0.323		
60・70歳代	6	1	3	5	2	3	5	2	3	3	4	3	3	2	5	5	0	4	4	0	6	0	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	10
80歳代	3	0	9	3	1	8	3	4	5	3	1	8	2	0	10	4	0	8	4	0	8	0	1	11	3	0	9	1	0	11	1	0	11	1	0	11
90歳代	6	1	6	6	1	6	5	1	1	5	1	1	1	0	6	1	0	6	2	0	5	0	0	7	0	0	7	0	0	7	1	0	6	0	0	7
p値	0.038**			0.059			0.377			0.069			0.198			0.071			0.882			0.403			0.055			0.403			0.381			0.403		
介護度1,2	4	0	7	4	0	7	3	2	6	3	1	7	1	2	8	3	0	8	2	0	9	0	0	11	0	0	11	0	0	11	0	0	11	0	0	11
介護度3	5	1	4	4	2	4	4	4	2	2	5	3	4	0	6	6	0	4	5	0	5	0	0	10	2	0	8	0	1	9	0	0	10	0	0	10
介護度4,5	6	0	2	6	1	1	6	1	1	6	0	2	1	0	7	6	0	2	3	0	5	0	1	7	1	0	7	0	0	8	2	0	6	1	0	7
p値	0.278			0.096			0.133			0.012**			0.138			0.090			0.289			0.263			0.197			0.333			0.062			0.263		

\*\*：p<0.05

表 5-11 療法後の生活の変化

	睡眠			食欲			笑うこと			行動			会話			体調			怒ること			不安になること			トイレに行く		
	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点
男	0	11	0	0	9	2	0	6	5	1	8	2	1	7	3	0	10	1	0	8	3	1	8	2	0	0	11
女	0	12	6	0	14	4	1	9	8	2	14	2	0	11	7	1	12	5	1	16	1	1	14	3	0	0	17
p値	0.001*			0.793			0.611			0.330			0.301			0.250			0.180			0.927			0.720		
60・70歳代	0	7	3	0	8	2	0	5	7	1	7	2	0	5	7	0	10	2	0	10	2	0	10	2	0	0	10
80歳代	0	9	3	0	10	2	0	5	7	3	1	9	0	5	7	0	10	2	4	10	2	0	10	2	0	0	10
90歳代	0	7	0	0	5	2	0	5	7	1	9	2	0	5	7	0	10	2	0	10	2	0	10	2	0	0	10
p値	0.145			0.830			0.195			0.640			0.027*			0.460			0.525			0.534			0.154		
介護度1,2	0	11	0	0	9	2	1	5	5	1	9	1	0	8	3	0	8	3	1	9	1	0	10	1	0	0	11
介護度3	0	5	5	0	6	4	0	3	7	1	6	3	0	4	6	0	5	5	0	2	1	0	2	1	0	0	3
介護度4,5	0	2	1	0	3	0	0	2	1	1	2	0	1	1	1	0	3	0	0	2	1	0	2	1	0	0	3
p値	0.008*			0.936			0.413			0.082			0.081			0.209			0.145			0.198			0.363		

\*p<0.05

## 5-9 結論

### ① 音楽療法の反応

音楽療法への反応に関する観察調査では、女性、年代別は 60・70 代、介護度別は要介護 1・2 の反応がよかった。項目別に見ると、「叫ばない」「眠らない」「怒らない」「立ち歩かない」など基本的な項目は、3 点が 90%~97%で音楽療法が受け入れられると判断できた。女性は、殆どの項目の得点が高く、「声の音量」「リズム感」「速度」「理解度」「笑うこと」の反応がよかった。男性は「声の音量」「リズム感」「音程」「速度」が最も低かった。介護度 1・2 は「笑うこと」3 点が 82%、介護度 4・5 は「理解度」3 点が 88%と反応がよかった。年代別は 80 代の「理解度」3 点が 83%で反応がよかった。

### ② 音楽療法後の生活の変化

音楽後の生活の変化は、各被験者の総和得点が 2 施設で改善が見られ、3 施設では改善が見られなかった。男性は「笑うこと」が「増えた」が 45%で女性は 44%だった。介護度 1・2 では「笑うこと」が「増えた」が 45%、介護度 3 は 70%、介護度 4・5 は 25%で「笑うこと」の項目の反応が良かった。年代別では、60・70 代が「笑うこと」が「増えた」が 50%、80 代が 58%、90 代が 14%だった。80 代は「会話」が「増えた」が 58%、全体に見ると「笑うこと」の項目に改善が見られた。その他の項目は「いつもと同じ」が殆どだった。すべての年代で「怒ること」が「減った」が 13%だった。

### ③ 音楽療法空間について

開放空間で音楽を行う方が、調査 1、調査 2 も得点が高く、参加人数は、少ない方が反応が良いことが示唆された。E 施設のみ高齢者同士の接触を避けるためテーブルが設置されているが、高齢者同士の会話が出来にくい。また、細長い空間より音楽指導者と参加者全体と対面できる空間の方が良いと考える。

## 第 6 章 有料老人ホームで行われる音楽療法的活動の評価と療法後の生活の変化

### 6-1 本章の目的

本章では、研究の背景として、有料老人ホームで行われる音楽療法の取り組みの現状について把握する。

調査 1 では、音楽療法の現状に関する観察調査について、高齢者の音楽療法に対する反応を 1m 離れた距離から、1 曲につき 1 項目を 1 分間観察して 3 段階で得点化した。調査 2 では、音楽療法後の生活の変化に関するアンケート調査を行った。内容は音楽療法後、高齢者の生活を翌日の 10 時まで各項目に対して 3 段階「減った」「いつもと同じ」「増えた」としアンケートを行った。調査 3 では、音楽療法の実施内容に関するヒアリング調査を音楽指導者に行った。施設入所者の性別、介護度、年齢等によって音楽療法への反応がどう違うのか、生活面での変化に差があるのか否かを検討した。さらに、調査 1 と調査 2 は  $\chi^2$  検定を行い分析した。また、開放空間と閉ざされた空間で行われる音楽療法の得点の差異についても言及した。

### 6-2 調査方法

#### 6-2-1 調査時期・対象

調査は 2016 年 3 月から 2016 年 9 月にかけて行った。大阪府のケアマネージャーの協力を得て有料老人ホームで音楽療法的活動を積極的にかつ定期的に行っている 7 施設を抽出した。調査した施設は大阪府 3 施設、奈良県 1 施設、京都府 3 施設である。以下 3 つの調査を行った。利用者は 1 施設 4 名～8 名で 7 施設合わせて 45 名である。倫理的配慮として、各施設の施設長に口頭で依頼し許可を得た。施設の概要は表 6-1 のとおりである。

表 6-1 施設概要

施設名	K	L	M	N	O	P	Q
所在地	大阪府	大阪府	大阪府	奈良県	京都府	京都府	京都府
開園年	2010年	2008年	2006年	2010年	2012年	2013年	2015年
経営主体	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社
利用定員	68名	51名	46名	68名	58名	66名	51名
併設	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし

### 6-3 結果

#### 6-3-1 入居者の属性(調査 3)

男性は 13 名、女性は 32 名計 45 名であった。年齢は 60 代・70 代が 3 名、80 代が 27 名、90 代が 15 名、介護度は要介護度 1・2 が 30 名、要介護度 3 が 8 名、要介護度 4・5 が 7 名であった。対象者の属性は表 6-2 のとおりである。

表 6-2 対象者の属性

対象者の属性		n=45 (%)
①性別	男性	13 (29)
	女性	32 (71)
②年齢	60代・70代	3 (7)
	80代	27 (60)
	90代	15 (33)
③介護度	1・2	30 (68)
	3	8 (18)
	4・5	7 (16)

### 6-3-2 音楽療法への反応 (調査 3)

得点が低かった1点の項目をみると、「隣と喋る」は87%、「笑うこと」は73%、隣と喋らない、笑わないことがわかる。得点の高い3点の項目は「立ち歩き」「泣くこと」が100%だった。観察調査の得点は、表 6-3 のとおりである。

表 6-3 観察調査得点 (人数) n = 45

		3点	2点	1点
音楽面	声の音量	16	11	18
	リズム感	18	17	10
	音程	16	15	14
	速度	22	12	11
	理解度	28	1	16
	隣と喋ること	6	0	39
	笑うこと	12	0	33
	怒ること	44	0	1
	泣くこと	45	0	0
	眠ること	43	1	1
	立ち歩き	45	0	0
	叫ぶこと	44	0	1

### 6-3-3 生活面の変化 (調査 4)

得点の高かった3点の項目をみると「睡眠」は31%だった。2点はすべての項目で得点が高く64%から96%だった。1点の項目の「睡眠」は4%だったが、その他の項目は低かった。アンケート調査の得点は表 6-4 のとおりである。

表 6-4 アンケート調査 (人数) n = 45

		3点	2点	1点
生活面	睡眠	14	29	2
	食欲	3	42	0
	笑うこと	8	37	0
	怒ること	5	40	0
	不安	2	43	0
	行動	3	41	1
	会話	7	38	0
	体調	3	42	0
	トイレに行くこと	1	43	1

#### 6-3-4 音楽指導者の属性（調査1）

音楽指導者にヒアリング調査を行った。内容は、職種、指導年数、音楽施療頻度や時間帯、報酬、年齢である。音楽指導者は6施設が施設職員で1施設は元中学教員だった。指導年は半年～3年、平均1.1年だった。音楽施療頻度は月1回定期的に行われていた。時間帯は7施設が13:30～14:30で昼食後、排泄を考慮した時間帯だった。性別は女性7名、男性1名だった。年齢は7施設が50代だった。指導者の属性は表6-5とおおりである。

表 6-5 音楽指導者の属性

施設名	K	L	M	N	O	P	Q
指導者	施設職員2名	施設職員1名	施設職員1名	施設職員1名	施設職員1名	施設職員1名	元中学講師1名
指導年	半年	半年	1年	3年	半年	3年	半年
頻度	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回
音楽施療の時間帯	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30
報酬	給料に含む	給料に含む	給料に含む	給料に含む	給料に含む	給料に含む	無料
性別	男女	女	女	女	女	女	女
年齢	50代	50代	50代	50代	50代	50代	50代

#### 6-3-5 音楽のプログラム（調査1）

本研究では音楽療法士が指導する施設は経済的理由等で見当たらずに施設職員やボランティアが行っていた。プログラムの特徴は6施設が発声練習を熱心に行い、嚙下効果が期待される喉の開け方や舌の動きを行っていた。7施設すべての指導者は楽譜を暗譜して、参加者の表情を見回して指導を行っていた。

音楽の行われるプログラムは45分から1時間である。プログラムは、発声練習、指導者のトーク、歌、リズム感、脳トレーニング、軽い体操、楽器の使用であった。発声練習は、施設では声を積極的に出すことが少ないため、滑舌練習、食べ物の呑み込みが良くなる喉の開けを行っていた。歌は、7施設が「季節の歌」を5分から8分間歌い、現在の季節を認識しているかクイズを交えながら質問を交えて歌っていた。体操は歌に合わせてグーチョキ、パーを行い、脳トレーニングは歌にまつわる言葉や食べ物を質問していた。リズム感については歌と手遊びを同時に行い歌と手の動きが合致しているかを見ていた。例として「茶摘み」の歌や「ちゃつぽ」の歌である。

クイズは「茶摘み」はどの季節に行うか、また、茶の種類は「煎茶」「玉露」など何種類あるかなど答えさせていた。楽器の使用は1施設のみリズム打ちや虫のなき声を鈴で表現させていた。音楽プログラムは表6-6のおおりである。



表 6-6 音楽プログラムの項目ごとの実施時間（数字は分）

施設名		K	L	M	N	O	P	Q
発声練習	母音発声	5	3	3	5	5	3	3
トーク	指導者挨拶	1	1	1	1	1	1	3
歌	季節歌	8	8	8	8	8	5	5
	なじみ歌	2	2	2	3	2	1	1
	終わりの歌	1	1	1	1	1	1	
	童謡・唱歌	2	2	2	2	2	3	8
	懐しのメロディー	8	8	8	8	8	5	1
リズム感	手や足をたたく	5	5	5	5	5		
脳トレ	クイズ	8	5	10	10	10	2	1
軽い体操	手を握る開く	3	2	2	2	2		2
楽器	鈴・カスタネット							5

### 6-3-6 音楽療法空間（調査 2）

閉ざされた空間の面積は 120 m<sup>2</sup>~141 m<sup>2</sup>、開放された空間の面積は 120 m<sup>2</sup>~190 m<sup>2</sup>で平均 149.4 m<sup>2</sup>だった。本研究の被験者は各施設 3 名から 10 名だった。全体の参加者は 15 名から 28 名で平均 17.6 名だった。職員の見守りは 2 名から 8 名だった。施設長の参加は 2 施設だった。有料老人ホーム入居者の募集広告にも明記してあるマシーンが音楽の行われる部屋に 2 施設設置してあった。デイサービスや特別養護老人ホームなどの施設では見当たらない。また、各々の空間については、K~Q になっていた。音楽療法の実施状況は表 6-7 のとおりである。また、各々の空間については、K~Q のようになっていた。

表 6-7 音楽療法の実施状況（被験者数）

施設名	K	L	M	N	O	P	Q
音楽の部屋 m <sup>2</sup>	120.0	170.0	130.0	175.0	190.0	141.0	120.0
職員の参加	7名	8名	7名	8名	8名	3名	2名
施設長の参加	あり	なし	なし	なし	なし	あり	なし
参加者(被験者)	20(10)名	15(5)名	10(7)名	28(5)名	25(10)名	20(5)	15(3)

#### K 施設

閉鎖された空間で行われている。図 1 に示す。参加者が多いため音楽指導者と 1 名(男性)が同じ動きをして指導の補助をしていた。音楽指導者はすべての曲目の伴奏を記憶しているため、楽譜は使用しておらず、高齢者の顔を見渡しながら行っていた。施設長は部屋の後方で同じ位置で観察していた。高齢者一人当たり使用面積 6.0 m<sup>2</sup>。

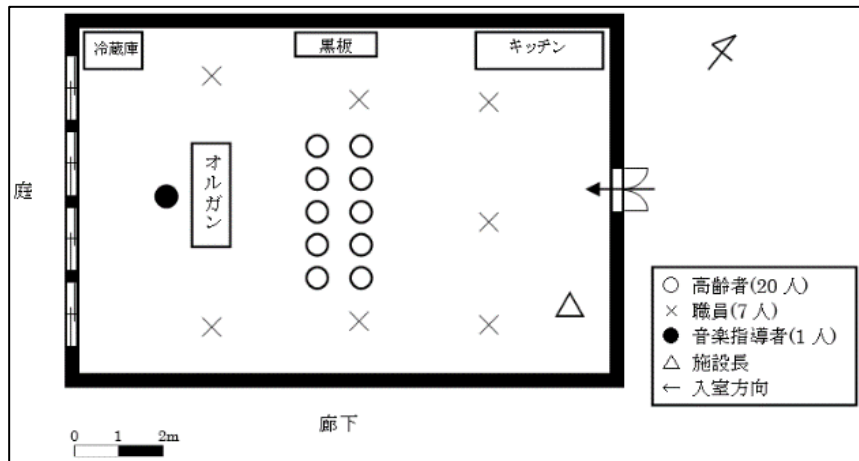


図 6-1 K施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 6-1 K施設 外観 入口

写真 6-2 K施設 外観 駐車場

(事務所が駐車場の目の前にあるため、高齢者の外出姿などが確認できる)

2018年5月2日筆者撮影

### L施設

閉鎖された空間で行っている。図 2 に示す。指導者から見て参加者を U 字型に並べての音楽療法である。職員は認知症の参加者の間に入り見守っていた。部屋には入居者がいつ

でも運動できるようにマシーンが設置されていた。高齢者一人当たり使用面積 11.3 m<sup>2</sup>。

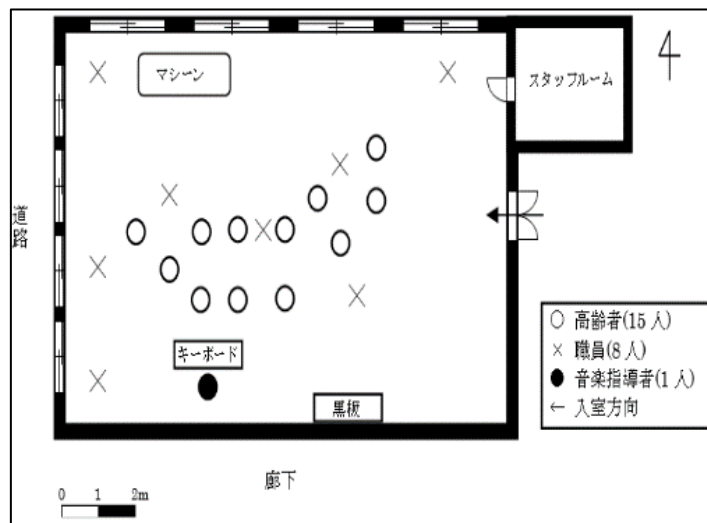


図 6-2 L 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 6-3 L 施設 音楽療法的活動の様子  
2016年9月20日筆者撮影

#### M 施設

カーテンは閉められ閉鎖された空間で行っている。図 3 に示す。部屋には机が並べられ、高齢者の座る場所は決められている。机が大きいため高齢者同士の距離があり会話は出来難いようである。また、音楽指導者と対面していないため、高齢者は首をねじり音楽指導者を見ていた。参加した職員は会話をせず高齢者を円で囲むスタイルで見守っていた。歌詞カードを使用しているが、字が小さくて高齢者は見えていない様子だった。下を向き指導者の方に視線がむいていなかった。高齢者一人当たり使用面積 13.0 m<sup>2</sup>。

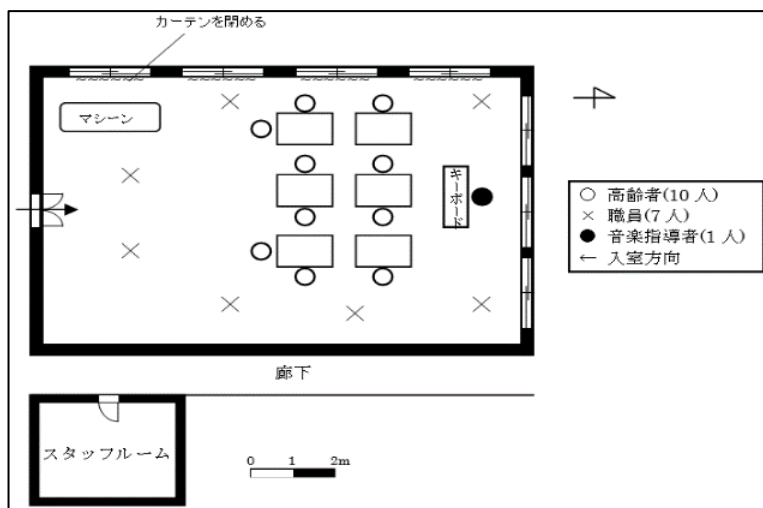


図 6-3 M 施設 1F 平面図 (筆者作成)

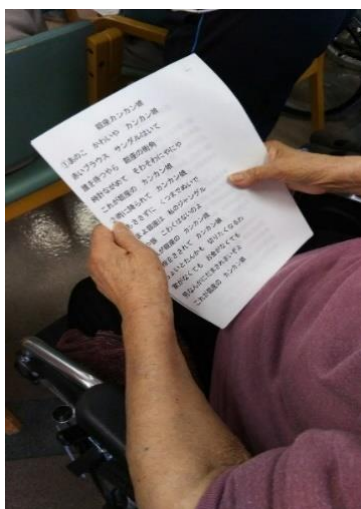


写真 6-4 M 施設の音楽療法的活動

(歌詞カードを見るが文字が小さい)

2016年10月4日 筆者撮影

#### N 施設

開放された空間で行っている。図 4 に示す。部屋には入居者がいつでも運動できるようにマシンが設置されていた。職員は音楽療法中参加者に話しかけず後方一列で見守っていた。高齢者一人当たりの使用面積 6.25 m<sup>2</sup>。

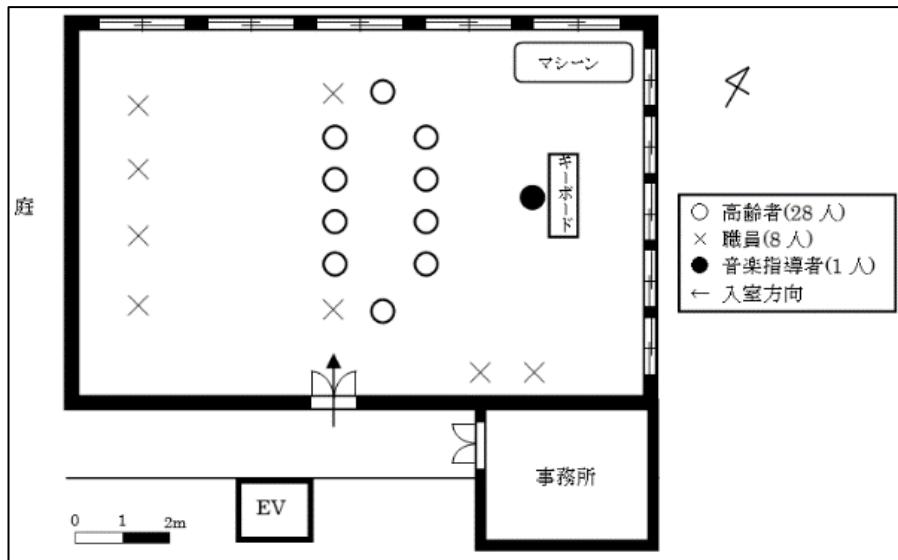


図 6-4 N 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 6-5 N 施設の音楽療法的活動の様子  
(手でリズムとる)

2016 年 10 月 29 日筆者撮影

#### 0 施設

閉鎖されたホールで行われている。図 5 に示す。施設長は、指導者の傍の黒板の前で歌詞カードを指で示し音楽療法の行われる時間、同じ位置で手伝っていた。高齢者一人当たり使用面積 7.6 m<sup>2</sup>。

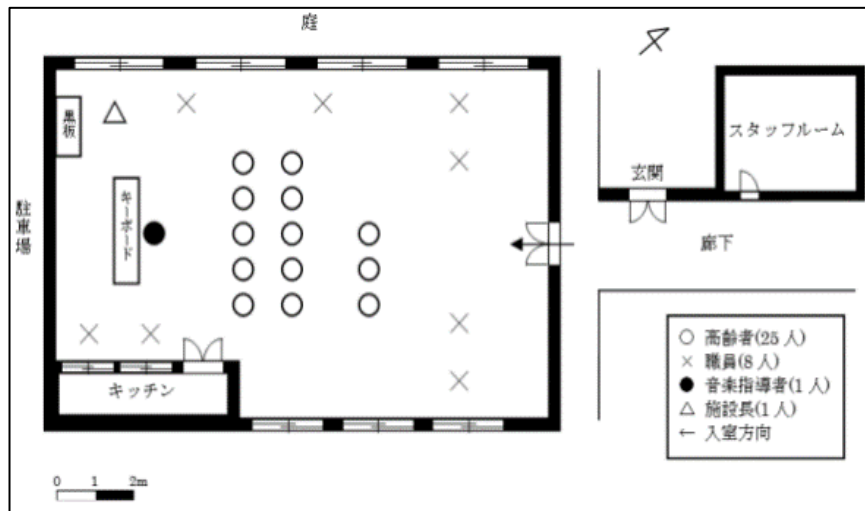


図 6-5 0施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 6-6 0施設の音楽療法的活動の様子  
2016年4月3日筆者撮影

#### P施設

閉鎖された空間で行われている。音楽指導者と対面するスタイルで3列に整列されて行われている。図6に示す。参加者に対して職員の見守りは3人と少ない。見守りは高齢者の傍ではなく後方と音楽指導者の傍だった。職員が何度も出入りしていた。高齢者一人当たり使用面積 $7.1\text{ m}^2$ 。

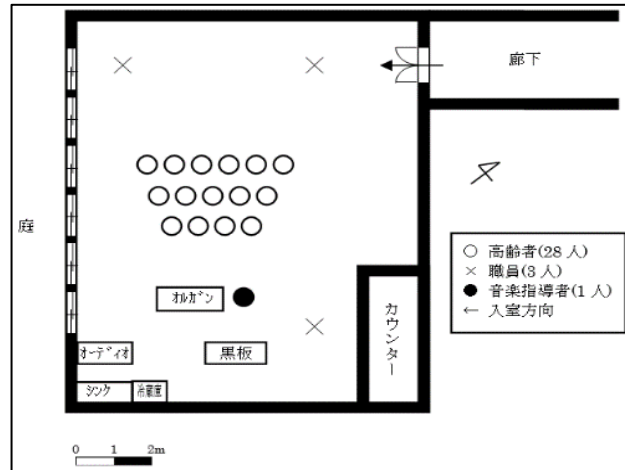


図 6-6 P 施設 1F 平面図 (筆者作成)



写真 6-7 P 施設の音楽療法的活動の様子  
2016年6月19日筆者撮

### Q 施設

開放された空間で行っている。図 7 に示す。高等学校の実習が 1 名見学に入っていたが 1 曲も歌の歌詞を知らないようで高齢者が横で教えていた。参加者に元医師がおられ指導者が疲れると脈拍を測って職員や参加者を笑わせていた。後方には、車椅子の方も音楽療法の歌声に途中から参加され泣いておられた。高齢者一人当たり使用面積 8.0 m<sup>2</sup>。

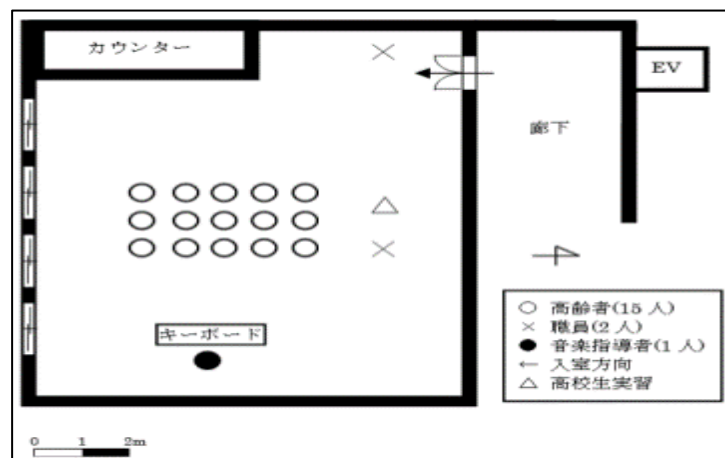


図 6-7 Q 施設 平面図 (筆者作成)



写真 6-8 Q施設外観  
2018年4月24日筆者撮影

## 6-4 音楽反応の属性別傾向

### 6-4-1 音楽に対する反応の属性別傾向

男女別に図 6-8、図 6-9 に示す。男女別に「立ち歩き」「泣く」で3点の割合を見ると男女共は100%だった。「怒る」が男性は3点が100%、女性が96%だった。「隣と喋る」は1点が男性は100%、女性が89%だった。男女別の各被験者の得点の総和の平均値は男性が26.2、女性が28.9で女性の方が反応は良かった。

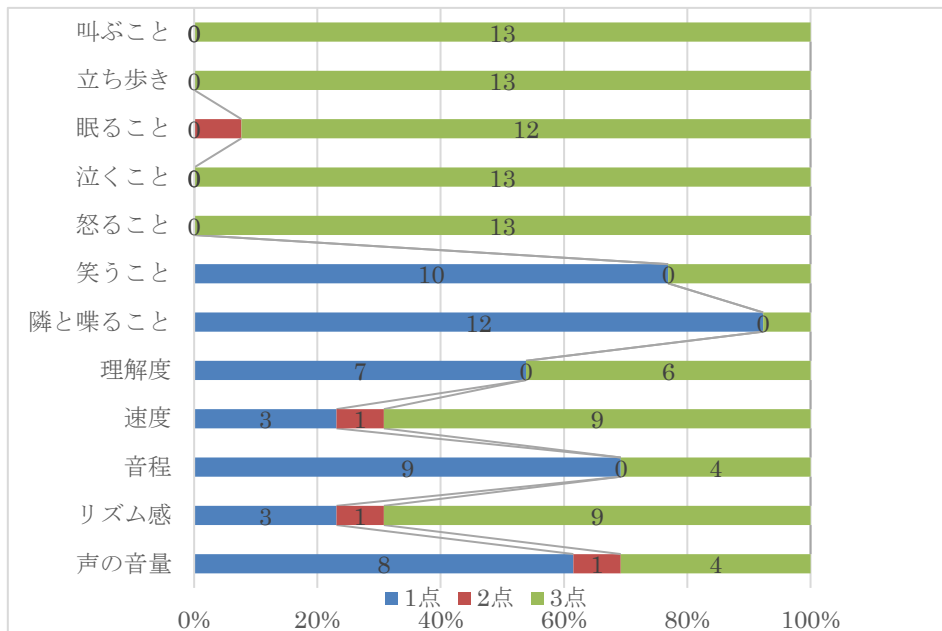


図 6-8 観察調査 男 (数字は人数)



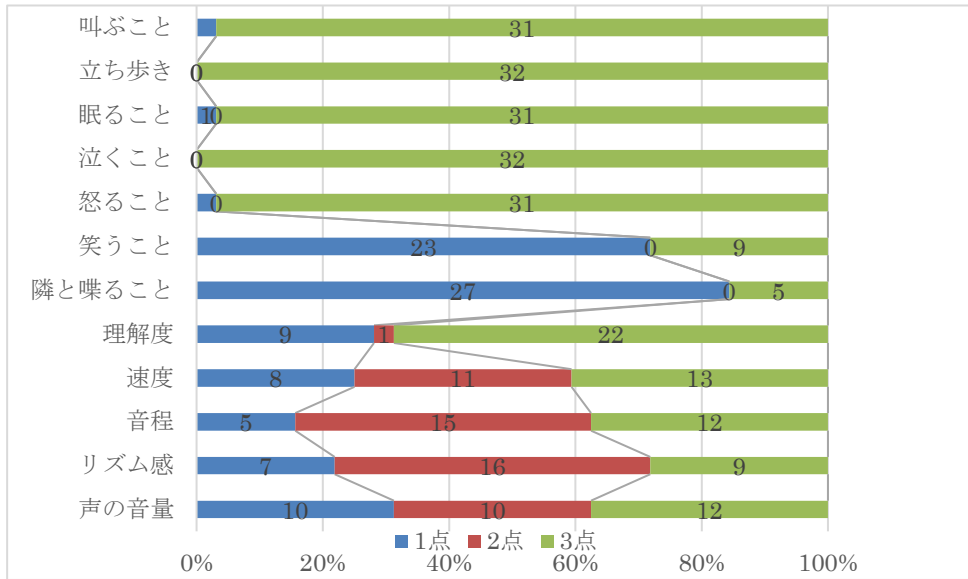


図 6-9 観察調査 女 (数字は人数)

#### 6-4-2 介護度別傾向

介護度別に図 6-10、図 6-11、図 6-12 に示す。介護度 1・2 の 3 点の項目は「怒ること」「泣くこと」「眠ること」「立ち歩き」「叫ぶこと」が 100% で怒らない、泣かない、眠らない、立ち歩かなかった。また、「隣と喋る」は 1 点が 83% だった。介護度 3 は、「泣くこと」「立ち歩き」が 3 点が 100% だった。介護度 4・5 は「怒ること」「泣くこと」「眠ること」「立ち歩き」「叫ぶこと」が 100% で怒らない、泣かない、眠らない、立ち歩かなかった。各被験者の得点の総和の平均値は介護度 1・2 が 29.6 で反応が良かった。

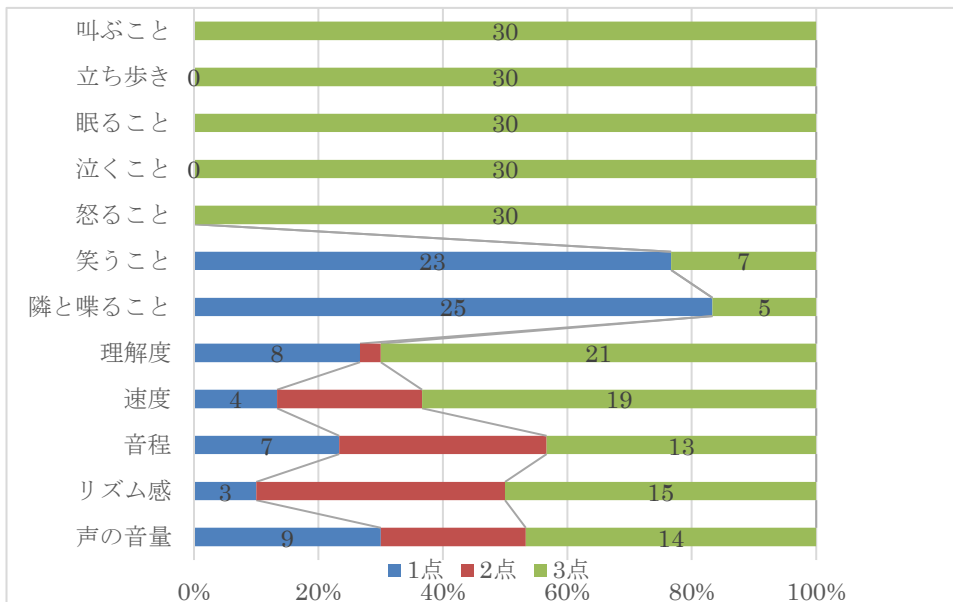


図 6-10 観察調査 介護度 1・2

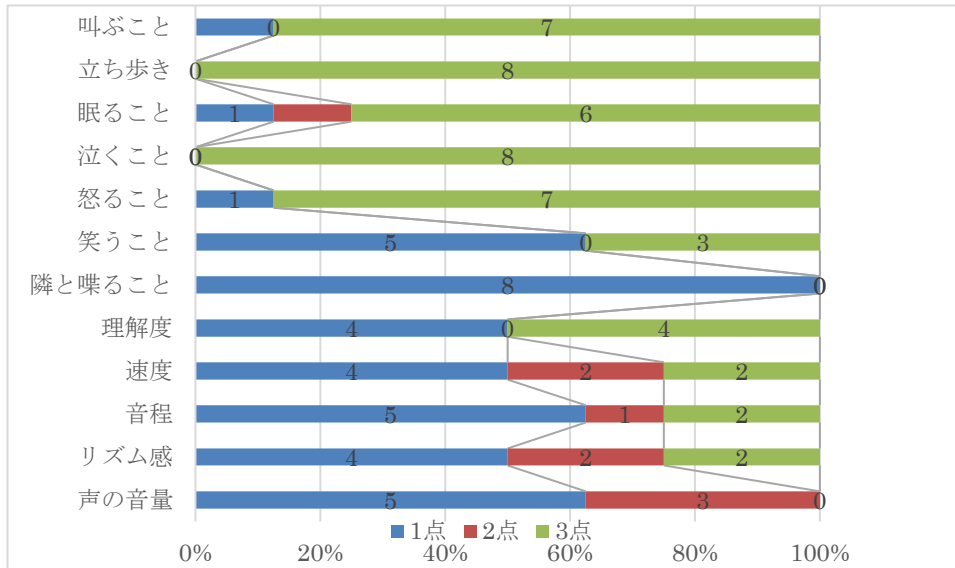


図 6-11 観察調査 介護度 3

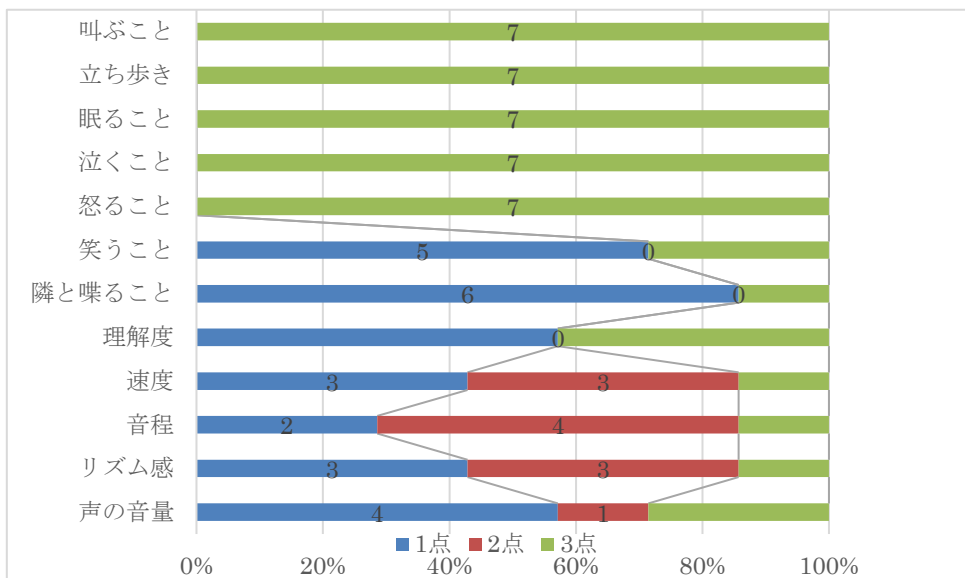


図 6-12 観察調査 介護度 4・5

### 6-4-3 年齢別傾向

年代別に図 6-13、図 6-14、図 6-15 に示す。60代70代は「リズム感」「速度」は1点が0%だった。90代は1点、「怒ること」「泣くこと」「眠ること」「立ち歩き」「叫ぶこと」の項目は0%で、「隣としゃべる」は1点が87%だった。年齢別の各被験者の得点の総和の平均値は90代が28.9で反応が良かった。

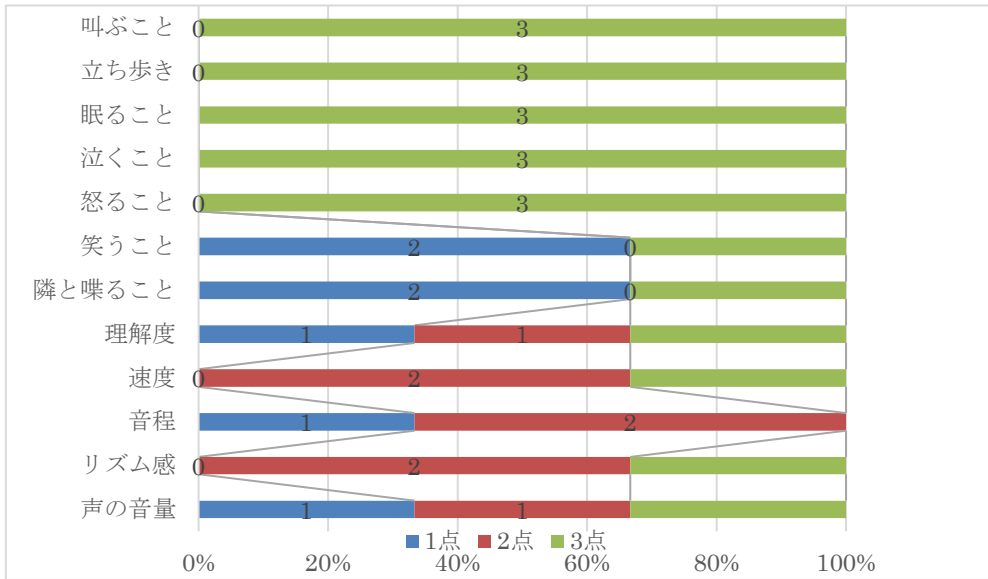


図 6-13 観察調査 60・70代

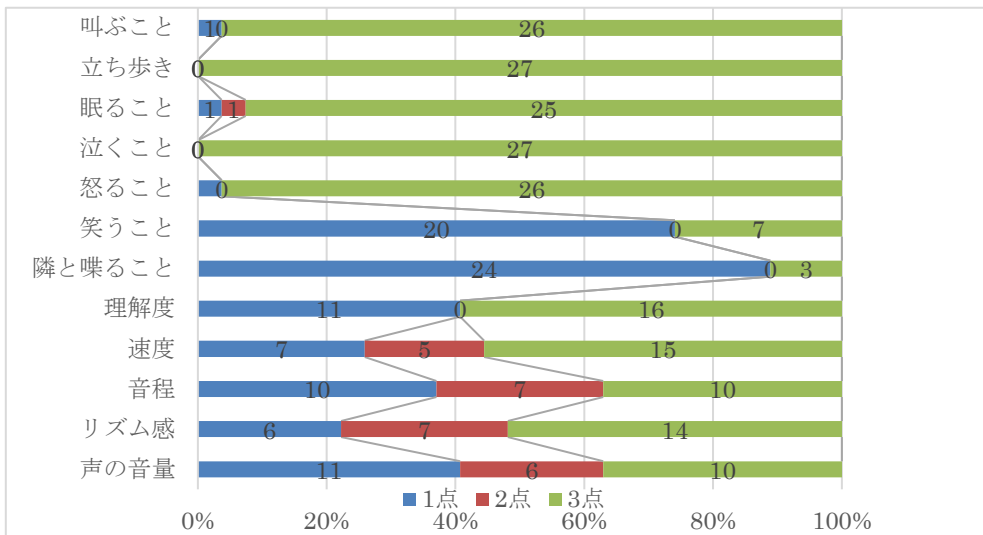


図 6-14 観察調査 80代

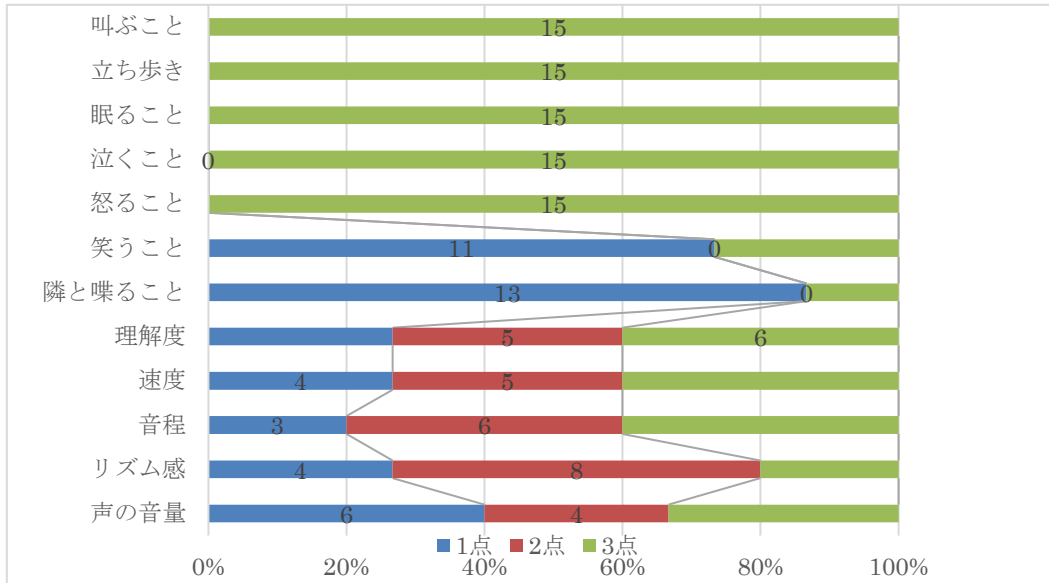


図 6-15 観察調査 90代

## 6-5 生活の変化の属性別傾向

### 6-5-1 男女別傾向

音楽施療後の結果を、図 6-16、図 6-17 に示す。音楽後、男性は 3 点の項目の「笑うこと」が増えたが 23%、「睡眠」が増えたが 31%、「怒ること」が「減った」3 点は 8%だった。女性は「睡眠」が増えたが 31%だった。各被験者の得点の総和の平均値は男性が 19.5、女性が 19.7 だった。

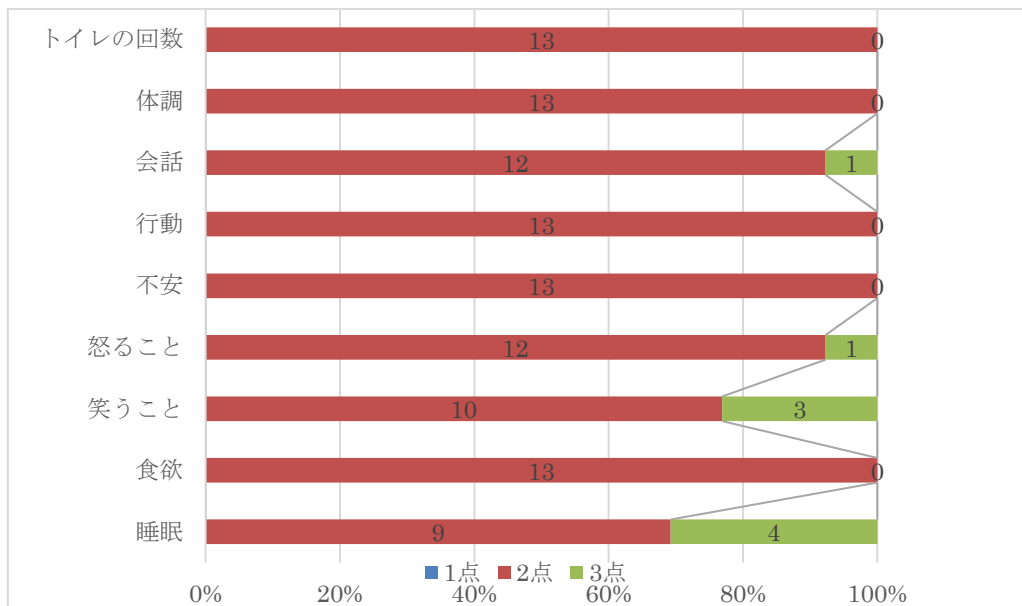


図 6-16 アンケート調査 男

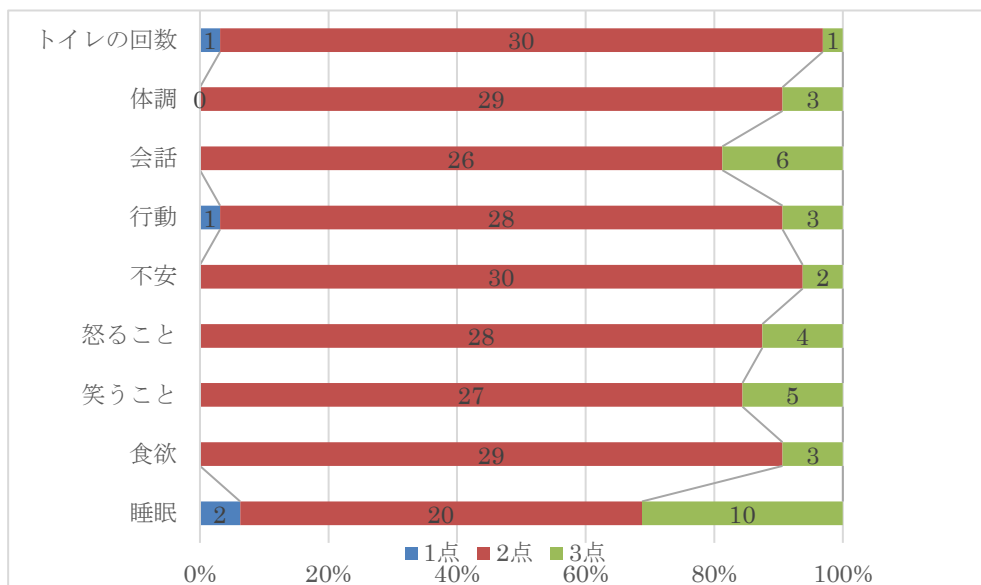


図 6-17 アンケート調査 女

### 6-5-2 介護度別傾向

介護度別は、図 6-18、図 6-19、図 6-20 に示す。介護度 1・2 については 3 点「睡眠」が「増えた」が 27%、「トイレの回数が増えた」が 3%だった。介護度 3 は「トイレの回数」が「減った」が 13%だった。各被験者の得点の総和の平均値は介護度 1・2 が 19.2 と高く、介護度 3 は 12.4、介護度 4・5 は 18.0 だった。

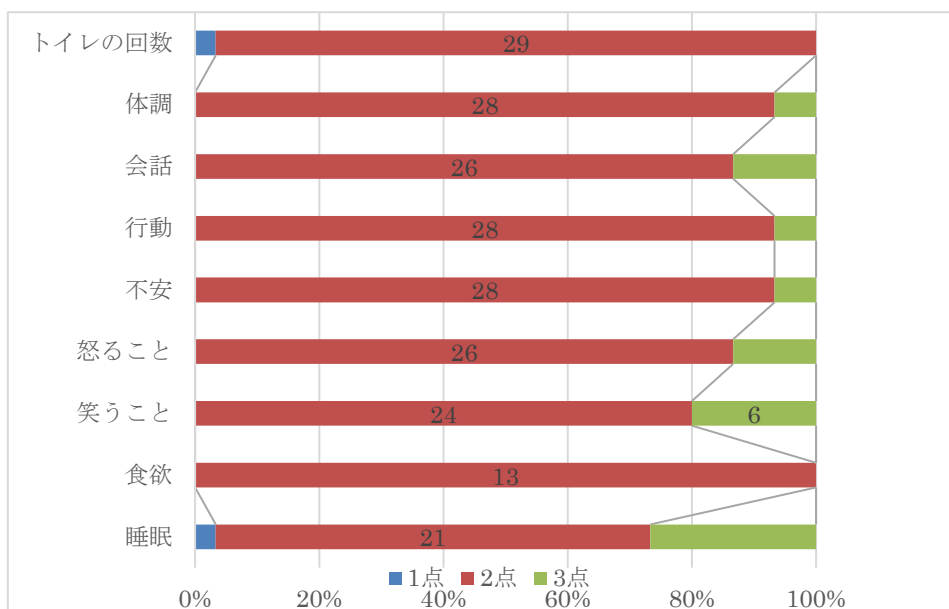


図 6-18 アンケート調査 介護度 1・2

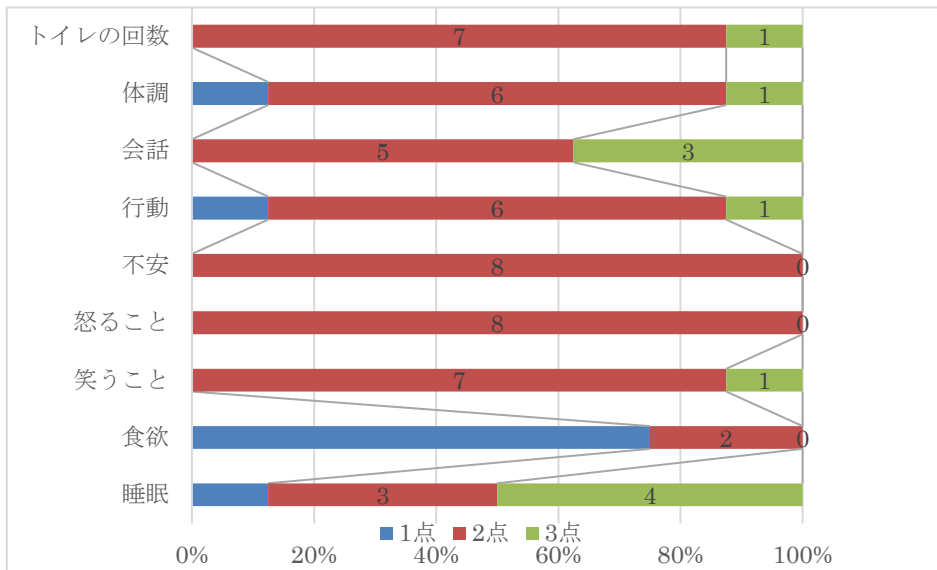


図 6-19 アンケート調査 介護度 3

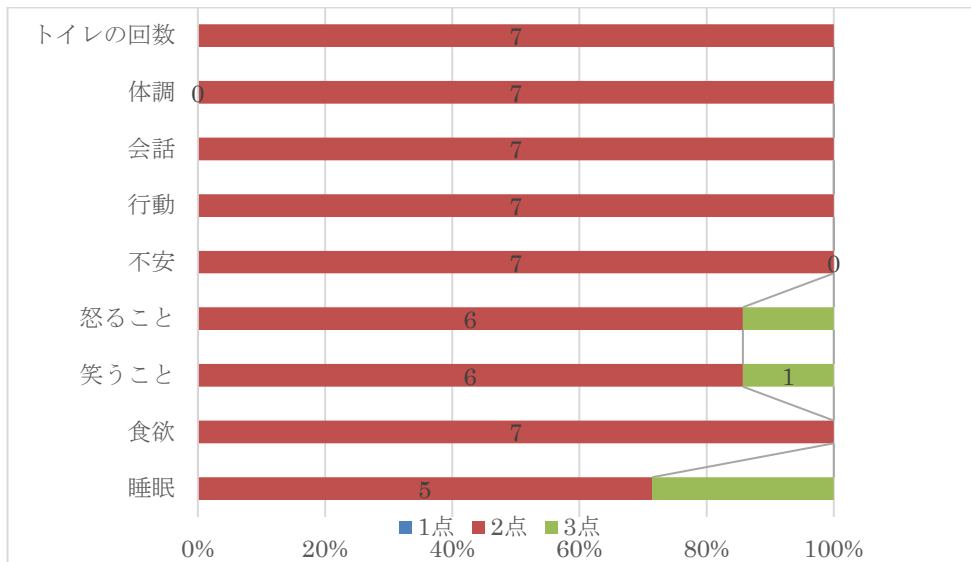


図 6-20 アンケート調査 介護度 4・5

### 6-5-3 年齢別傾向

年齢別に、図 6-21、図 6-22、図 6-23 に示す。すべての年代の項目で 2 点「いつもと同じ」が高かった。年齢別は各被験者の得点の総和の平均値は 80 代が 20.3 で、60・70 代は 19.9、90 代が 16.4 だった。

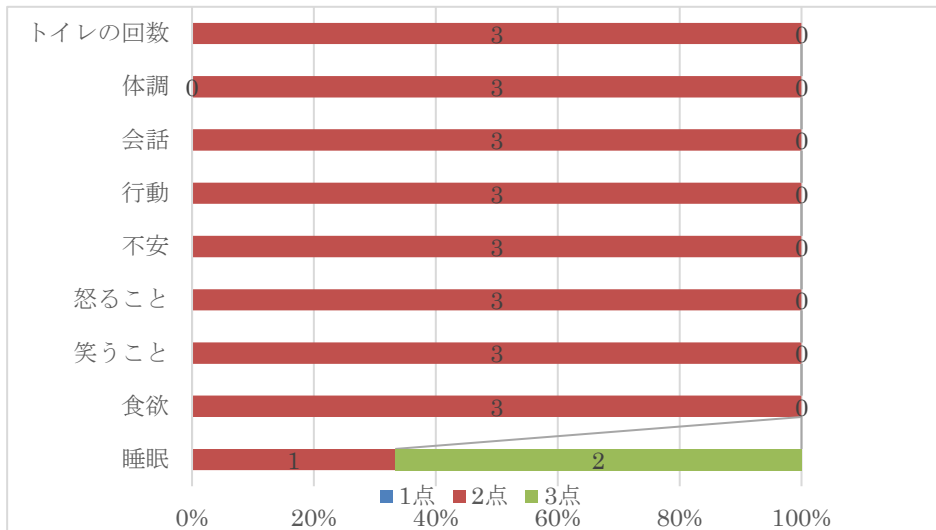


図 6-21 アンケート調査 60代・70代

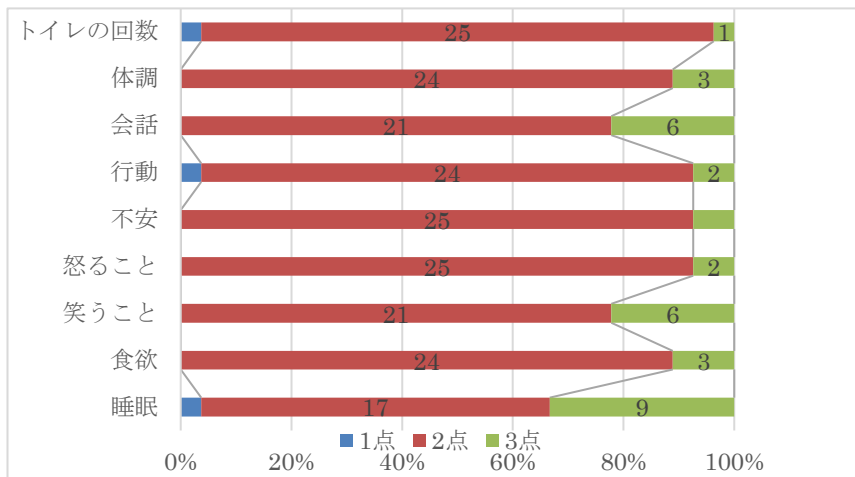


図 6-22 アンケート調査 80代

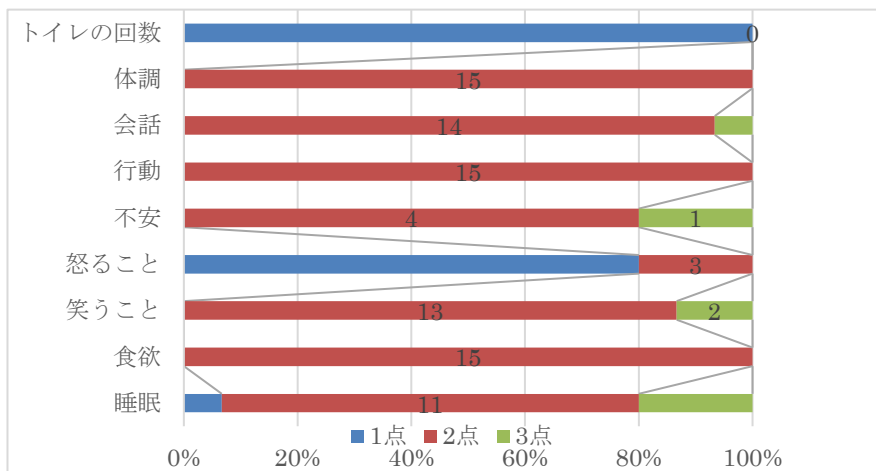


図 6-23 アンケート調査 90代

## 6-6 属性別総和得点の平均値

属性別に反応を見ると、調査1、調査2とも女性の反応がよかった。介護度別は介護度の低い要介護1・2の反応がよかった。年代別にみると90代の音楽に対する反応がよかった。年代に関係なく音楽はできることが示唆された。

表 6-8 属性別総和得点

有料老人ホーム		総和得点平均値	
		調査1	調査2
	男	27.7	18.7
	女	29.2	19.0
介護度	1.2	29.6	18.7
	3	25.4	19.1
	4.5	26.7	18.6
年代	60・70	28.7	18.9
	80	27.1	19.4
	90	28.9	18.6

## 6-7 施設別傾向

### 6-7-1 施設別点数

調査1は、元蝶学音楽教員の指導で、参加者の少ないQ施設の反応が良かった。調査2はL施設の得点が平均より少し高かった。参加者が多いO施設は調査1の得点が低かった。調査1の平均値は、27.6、調査2の平均値は19.1だった。施設別の得点は表6-9のとおりである。

表 6-9 施設別総和得点の平均値

有料老人ホーム		平均値	平均値
		調査1	調査2
K施設	職員・職員見守り・部屋閉鎖・施設長・被験者10名	28.1	19.0
L施設	職員・職員見守り・部屋閉鎖・被験者5名	30.6	20.6
M施設	職員・職員見守り・部屋閉鎖・被験者7名	29.1	18.6
N施設	職員・職員見守り・部屋開放・被験者5名	27.6	18.8
O施設	職員・職員見守り・部屋閉鎖・施設長・被験者10名	24.9	18.1
P施設	職員・職員見守り・部屋閉鎖・被験者5名	30.8	19.0
Q施設	元中学音楽教員・職員見守り・部屋開放・被験者3名	32.0	19.7
各被験者の総和得点の平均		27.6	19.1

### 6-7-2 各施設の音楽療法への参加人数について

参加者は職員の呼びかけや館内放送で行われていた。有料老人ホームは比較的元気な方が多いため車椅子の方は少なかった。G施設の音楽指導者はトークもピアノ伴奏も素晴らしく、被験者以外の参加者も見学に来ていた。音楽が終わっても多くの参加者が部屋に帰るのを拒み職員を困らせていた。

### 6-7-3 職員の見守りについて

5施設は職員の見守りが7~8名と多く、2施設は、施設長の参加も熱心で参加者も嬉しそうな表情であった。施設長の参加は、入居者にとり見守られているという安心感はあると考えるが、音楽中は高齢者の視線が施設長に向き音楽を停止する高齢者がいた。



#### 6-7-4 開放された空間と閉鎖された空間の相違

N および Q 施設は開放された空間で行っていて調査 3、調査 4 ともに閉鎖空間より平均値が少し高かった。開放された空間と閉鎖された空間の相違は表 6-10 のとおりである。

表 6-10 開放空間と閉鎖空間の相違

	施設名	調査3平均値	調査4平均値
開放空間	NQ	29.8	19.3
閉鎖空間	KLMOP	28.7	19.1

#### 6-8 音楽反応と生活の変化の統計的解析

調査 1、調査 2 を JMP で  $\chi$  二乗検定を行い分析した。観察調査は表 6-10、生活の変化は表 6-10 のとおりである。統計的有意差の基準を  $p < 0.05$  とした。

##### 6-8-1 調査 1、観察調査(男女別)

男女別では、「リズム」  $p < 0.009$ 、「音程」  $p < 0.001$  に関する項目に有意な結果が見られた。その他の項目では特に「笑うこと」「泣くこと」については有意な結果は見られなかった。

##### 6-8-2 調査 1、観察調査(年代別)

年代別は「泣くこと」  $p < 0.001$ 、「立ち歩き」  $p < 0.001$  に有意な結果が見られた。最も反応が良かったのは 80 代だった。

##### 6-8-3 調査 1、観察調査(介護度別)

介護度別は「声の音量」  $p < 0.045$ 、「速度」  $p < 0.047$ 、「泣くこと」  $p < 0.061$ 、「立ち歩き」  $p < 0.001$  について有意な結果が見られた。

##### 6-8-4 調査 2、生活の変化(男女別)

男女別は、有意差は認められなかった。

##### 6-8-5 調査 2、生活の変化(年代別)

年代別は、有意差は認められなかった。

##### 6-8-6 調査 2、生活の変化(介護度別)

介護度別は、有意差は認められなかった。

表 6-11 観察調査(音楽の反応)

	声の音量			リズム感			音程			速度			理解度			隣と喋る			笑う			怒ること			泣くこと			眠ること			立ち歩き			叫ぶこと		
	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点			
男	8	1	4	3	1	9	9	0	4	3	1	9	7	0	6	12	1	13	10	3	13	0	13	13	0	0	13	0	1	12	0	0	13	0	0	13
女	10	10	12	7	16	9	5	15	12	8	11	13	9	1	22	27	5	32	23	9	32	1	31	32	0	0	32	1	0	31	0	0	32	1	0	31
p値	0.097			0.009*			0.001*			0.084			0.124			0.457			0.726			0.406			0.861			0.204			0.158			0.406		
60・70歳代	1	1	1	0	2	1	1	2	0	0	2	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	0	3
80歳代	11	6	10	6	7	14	10	7	10	7	5	15	20	0	7	24	0	3	20	0	7	1	0	26	0	0	27	1	1	25	0	0	27	1	0	26
90歳代	6	4	5	4	8	3	3	6	6	4	5	6	11	0	4	13	0	2	11	0	4	0	0	15	0	0	15	0	0	15	0	0	15	0	0	15
p値	0.993			0.151			0.326			0.351			0.964			0.636			0.964			0.596			0.001*			0.727			0.001*			0.596		
介護度1,2	9	7	14	3	12	15	7	10	13	4	7	19	8	1	21	25	0	5	23	0	7	0	0	30	0	0	30	0	0	30	0	0	30	0	0	30
介護度3	5	3	0	4	2	2	5	1	2	4	2	2	4	0	4	8	0	0	5	0	3	1	0	7	0	0	8	1	1	6	0	0	8	1	0	7
介護度4,5	4	1	2	3	3	1	2	4	1	3	3	1	4	0	3	6	0	1	5	0	2	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0	7
p値	0.045*			0.064			0.143			0.047*			0.449			0.277			0.728			0.168			0.001*			0.118			0.001*			0.168		

\* $p < 0.05$

### 6-8-7 生活の変化

生活の変化については、有意な結果はなかったが介護度1・2の「睡眠」の項目が26%だった。介護度3が「トイレ」の回数が「減った」が13%だった。介護度1・2は「眠ること」については、よく眠れたが100%、介護度3が80%、介護度4・5は100%だった。

その他の項目は2点の「いつもと同じ」が殆どだった。

表 6-12 療法後の生活の変化

	睡眠			食欲			笑うこと			行動			会話			体調			怒ること			不安になること			トイレに行く			
	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	1点	2点	3点	
男	0	9	4	0	13	0	0	10	3	0	13	0	0	12	1	0	13	0	0	0	13	0	13	0	0	0	13	0
女	2	20	10	0	29	3	0	27	32	1	28	3	26	6	32	0	29	3	1	0	31	0	30	2	1	30	1	
p値	0.489			0.144			0.561			0.237			0.326			0.144			0.405			0.237			0.497			
60・70歳代	0	1	2	0	3	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0
80歳代	1	17	9	0	24	3	0	21	6	1	24	2	0	21	6	0	24	3	0	25	2	0	25	2	1	25	1	
90歳代	1	11	3	0	15	0	0	13	2	0	14	1	0	14	1	0	15	0	0	12	3	0	15	0	0	15	0	
p値	0.589			0.201			0.420			0.828			0.229			0.201			0.346			0.349			0.717			
介護度1・2	1	21	8	0	29	1	0	24	6	0	28	2	0	26	4	0	28	2	0	26	4	0	28	2	1	29	0	
介護度3	1	3	4	0	6	2	0	7	1	1	6	1	0	5	3	0	7	1	0	8	0	0	8	0	0	7	1	
介護度4・5	0	5	2	0	7	0	0	6	1	0	7	0	0	7	0	0	7	0	0	6	1	0	7	0	0	7	0	
p値	0.443			0.118			0.849			0.284			0.093			0.517			0.351			0.434			0.362			

\*p<0.05

### 6-9 結論

本研究は、高齢者の音楽療法に対する反応と音楽療法後の生活の変化について分析した。結果から男女別は女性、介護度別は要介護1・2、年代別は90代の得点が高く、アンケート調査は60・70代が高くなった。音楽の反応は90代が良かったことから、年齢には関係なく音楽はできることが示唆された。音楽後の生活の変化は「いつもと同じ」が殆どだった。音楽療法の頻度は7施設共、月1回であったが、回数を増やせば、音楽の反応や音楽後の生活の変化も良くなるのではないかと考える。

#### ① 音楽療法の反応

観察調査では、女性、年代別は90代、介護度別は要介護1・2の反応がよかった。項目別に見ると、「叫ばない」「眠らない」「怒らない」「立ち歩かない」など基本的な項目は、ほぼ問題なく音楽療法が受け入れられると判断できた。女性は、殆どの項目の得点が高く「理解度」が最も高かった。男性は「声の音量」「音程」「笑うこと」の項目が低かった。

#### ② 音楽後の生活の変化

音楽後の生活の変化は7施設、「いつもと同じ」の項目がほとんどで、「睡眠」は「増えた」が31%と少し改善された。「怒ること」が「減った」が11%、「トイレの回数」が「減った」が2%で少なからず音楽効果ではないかと考える。

#### ③ 音楽療法空間について

全体的に見ると開放的な空間と閉鎖的な空間を比較すると、音楽に対する反応は職員の見守りが少なく参加者も少ないQ施設の各被験者の得点が高く、生活の変化はL施設の得点が高かった。ダイニング等だれでも見ることが出来る空間で音楽療法を行う施設が多く見られ、音楽療法空間も影響を及ぼすだろう。音楽療法中、職員が参加者に声をかけたり音楽の部屋を移動しない方が音楽に集中できると考える。

## 第7章 高齢者の音楽療法的活動の評価 特別養護老人ホーム・デイサービス・有料老人ホームを対象に

### 7-1 本章の目的

第7章では、4章の特別養護老人ホーム<sup>注1)</sup>、5章のデイサービス<sup>注2)</sup>、6章の有料老人ホーム<sup>注3)</sup>で行われた対象者、計102名に対して音楽療法の反応と療法後の生活の変化について属性別に比較、分析を行うことを目的とする。一般的には年代や介護度が高くなると反応が悪いと決めつけてしまう傾向にあるがどうなのか。主に、指導者、音楽プログラム、音楽が行われる空間別に分析した。指導者は、音楽療法士とそれ以外(資格を持たない者)、音楽プログラムは、発声練習、楽器、脳トレーニングの3項目に分けて比較した。音楽空間は、開放空間で行われる施設と、閉鎖空間で行われる音楽療法を比較し分析する。

### 7-2 結果

#### 7-2-1 施設の概要

本論文は以上の論文<sup>注1)</sup><sup>注2)</sup><sup>注3)</sup>のデータを使い、指導者、プログラム、音楽療法空間別にまとめ直したものである。指導者については、音楽療法士とそれ以外の職種で比較した。また、音楽プログラムについては、発声練習、楽器、脳トレーニングの3項目に分けて音楽に対する反応と療法後の変化を見た。音楽空間は、開放空間で行われる施設と、閉鎖空間で行われる音楽療法を比較した。参加者は1施設4名～8名で17施設合わせて102名である。施設の概要は表7-1のとおりである。

#### 7-1 施設概要

特養	A	B	C	D	E		
所在地	滋賀県	京都府	京都府	京都府	京都府		
開園年	1986年	1990年	1983年	1991年	1997年		
経営主体	社会福祉法人	医療法人	カトリック教会	医療法人	社会福祉法人		
利用定員	100名	100名	50名	100名	50名		
短期入所定員	16名	15名	6人	20名	20名		
併設	グループホーム・デイサービス	デイサービス	デイサービス	グループホーム	経費老人ホーム		
デイサービス	F	G	H	I	J		
所在地	京都府	京都府	京都府	京都府	京都府		
開園年	2000年	2002年	1983年	2002年	2000年		
経営主体	社会福祉法人	株式会社	カトリック教会	社会福祉法人	社会福祉法人		
利用定員	35名	30名	25名	25名	35名		
短期入所定員	10名	0名	0名	10名	10名		
併設	特別養護老人ホーム ショートステイ ケアハウス ホームヘルプステーション	なし	ショートステイ	グループホーム ショートステイ	特別養護老人ホーム ショートステイ ケアハウス ホームヘルプステーション		
有料老人ホーム	K	L	M	N	O	P	Q
所在地	大阪府	大阪府	大阪府	奈良県	京都府	京都府	京都府
開園年	2010年	2008年	2006年	2010年	2012年	2013年	2015年
経営主体	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社	株式会社
利用定員	68名	51名	46名	68名	58名	66名	51名
併設	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし

### 7-2-2 入居者の属性

男性は30名、女性は72名、計102名であった。年齢は60代・70代が19名、80代が56名、90代が27名、介護度は要介護度1・2が45名、要介護度3が29名、要介護度4・5が28名であった。対象者の属性は表7-2のとおりである。

表 7-2 対象者の属性

対象者の属性		n=102 (%)
①性別	男性	30(29)
	女性	72(71)
②年齢	60代・70代	19(19)
	80代	56(55)
	90代	27(26)
③介護度	1・2	45(45)
	3	29(28)
	4・5	28(27)

### 7-2-3 属性別比較

特別養護老人ホーム、デイサービス、有料老人ホームで行われる音楽に対する反応（調査1）と療法後の生活に変化（調査2）を属性別に比較する。男女別は、特養が男性、介護度別は、要介護度3、年代別は、90代、療法後の生活の変化は、男性がよかった。デイサービスは女性、介護度別は、介護度1・2、年代別は、80代、療法後の生活の変化は、80代がよかった。有料老人ホームが女性、介護度別は、要介護度1・2、年代別は、90代の反応、療法後の生活の変化は、が良かった。特養・デイサービス・有料老人ホームの対象者102名で見ると、男女別は女性、介護度別に見ると、介護度1・2の反応が良かった。また、90代の音楽に対する反応は最もよかったことから、年代に関係なく音楽は出来ることが示唆され、介護度が低いと音楽の反応が良いことが明らかになった。表7-3には特養・デイサービス・有料老人ホームの総和得点の平均値の比較を示す。

表 7-3 特養・デイサービス・有料老人ホームの総和得点の平均値の比較

	特養 n=28		デイサービス n=29		有料老人ホーム n=45		特養・デイサービス・ 有料老人ホーム	計102名	
	総和得点平均値		総和得点平均値		総和得点平均値			総和得点平均値	
	調査1	調査2	調査1	調査2	調査1	調査2		調査1	調査2
男	25.5	21.5	27.4	19.5	27.7	18.7	男(30人)	26.9	16.6
女	24.3	17.9	29.8	17.9	29.2	19.0	女(72人)	27.8	18.7
介護1・2	24.3	17.5	32.5	19.2	29.6	18.7	介護1・2	28.8	18.5
3	24.6	20.5	25.7	12.4	25.4	19.1	介護3	25.2	17.3
4・5	24.3	17.4	29.9	18.0	26.7	18.6	介護4・5	27.0	18.0
60・70代	24.0	20.7	28.1	19.9	28.7	18.9	60・70代	27.0	19.8
80代	24.5	18.7	30.0	20.3	27.1	19.4	80代	27.2	19.5
90代	25.0	18.2	29.0	16.4	28.9	18.6	90代	27.6	17.7

### 7-3 音楽指導者について（調査3）

性別は男性2名女性16名だった。年齢は3施設が40代、11施設が50代、2施設が60代、1施設が80代だった。年代別に見ると、59歳以下が82%、60代以上が18%だった。指導年は半年～22年、平均4.7年だった。音楽施療頻度は週1回～2か月に1回と定期的に行われていた。時間帯は9施設が13:30～14:30、8施設が14:00～15:00だった。昼食後、排泄を考慮した時間帯だった。指導者の職種は5施設が音楽療法士、12施設はそれ以外だった。有料老人ホームで音楽療法士が指導する施設はなかった。その理由は予算や、音楽療法士をどのようにして依頼するのか、わからないからであった。音楽指導者の属性を表7-4に示す。

表7-4 音楽指導者の属性

特養							
施設名	A	B	C	D	E		
指導者	無資格2名	音楽療法士1名	施設職員1名	音楽療法士2名	音楽療法士1名		
指導年	22年	10年	10年	6年	11年		
頻度	月1回	週1回	週1回	月1回	月1回		
音楽施療の時間帯	14:00～15:00	14:00～15:00	13:30～14:30	14:00～15:00	14:00～15:00		
報酬	なし	あり	職員の給料に含む	あり	あり		
性別	女	女	女	女	女		
年齢	80代(2名)	40代	40代	50代(2名)	50代		
デイサービス							
施設名	F	G	H	I	J		
指導者	元中学校音楽教員1名	音楽療法士1名	音楽療法士1名	元音楽教員1名	音楽講師1名		
指導年	6年	半年	4年	半年	1年		
頻度	月2回	月1回	月1回	月1回	2か月1回		
音楽施療の時間帯	13:30～14:30	14:00～15:00	14:00～15:00	14:00～15:00	14:00～15:00		
報酬	あり	あり	あり	なし	あり		
性別	男	女	女	女	女		
年齢	50代	60代	40代	60代	50代		
有料老人ホーム							
施設名	K	L	M	N	O	P	Q
指導者	施設職員2名	施設職員1名	施設職員1名	施設職員1名	施設職員1名	施設職員1名	元中学教員1名
指導年	半年	半年	1年	3年	半年	3年	半年
頻度	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回	月1回
音楽施療の時間帯	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30	13:30～14:30
報酬	給料に含む	給料に含む	給料に含む	給料に含む	給料に含む	給料に含む	なし
性別	男女	女	女	女	女	女	女
年齢	50代	50代	50代	50代	50代	50代	50代

#### 7-3-1 資格別平均値（調査1、調査2）

音楽療法士とそれ以外（資格を持たない者）で比較する。音楽療法士の指導施設は、総和得点の平均値は27.0だった。それ以外の指導者（元中学音楽教員・施設職員・無資格）が行う施設の総和得点の平均値は29.2だった。音楽施療後の生活の変化は、音楽療法士が指導する施設の総和得点の平均値は19.8、それ以外が19.7だった。音楽療法士は、音楽以外のトークはあまり行わず、プログラム構成通りの時間帯で行っていた。それに対して、それ以外の指導者は、高齢者を笑わせるトークや高齢者の反応に合わせて曲目を変更することも多かった。得点の最も高かったF施設の男性指導者は、音楽療法開始時間の1時間半前に控え室に到着しキーボードの音域確認（曲目によりキーボードの高低を変更する）や発声練習を念入りに準備していた。施設に到着して発声練習やキーボードの音域確認をしていたのは、F施設だけだった。F施設が音楽に対する総和得点の平均値が最も高かった。資格別総和得点の平均値は表7-5のと

おりである。

表 7-5 資格別総和得点の平均値

職種	施設名	総和得点の平均値	
		調査1	調査2
音楽療法士	BDEGH	27.0	19.8
それ以外	ACFIKLMNOPQ	29.2	19.7

#### 7-4 音楽プログラムについて

17施設で行われている音楽プログラムを発声練習、楽器、脳トレクイズの3項目に分けて音楽に対する反応と施療後の変化を見る。発声練習は、パタカラの母音の発音や、嚥下効果を促すためにアイウの口の開け方やベの舌の動きや喉の開け方、首を前後にすることや回すことを行っていた。特にK・L・M・N・O・P・Q施設は熱心に母音の発声を4分、睡眠効果も期待できる頬の筋肉を上げる口の開け方を1分間行っていた。発声練習を熱心に行っていた施設の総和得点の平均値は29.0、発声練習を行わなかった施設は27.4と低かった。楽器の使用は、リズムを取ること、歌と合わせること、普段は使用しないトーンチャイムなどの楽器の使用法や美しい音色を味合わせるために行っていた。デイサービスのH施設は珍しいスネアドラムの叩き方を高齢者に熱心に指導していた。また、ベルのドレミファソラシドの音の役割を高齢者に与え、リズムや音を正しく行えるかを熱心に繰り返し演奏させていた。楽器を熱心に行っていた施設の総和得点の平均値は29.1、楽器を取り入れてなかった施設は27.6と低かった。脳トレを熱心に行っていたのは6施設だった。特に季節に関するクイズを行い、新茶の季節にはお茶の種類をすべて答えさせ、桜の季節には桜の種類を聞いていた。脳トレを熱心に行っていた施設の総和得点の平均値は26.8、行わなかった施設は26.1だった。楽器を熱心に行っている施設は、音楽に対する反応、施療後の生活の変化も合計得点の平均値が高かった。活動別音楽プログラムを表7-6に示す。

表 7-6 活動別音楽プログラム

	施設名	総和得点の平均値	
		調査1	調査2
発声練習を熱心に活動	KLMNOPQ	29.0	19.1
発声練習を行わない	ABCDEFGHIJ	27.4	19.5
楽器を熱心に活動	BDFHQ	29.1	19.7
楽器を行わない	ACEGIJKLMNPO	27.6	19.2
脳トレを熱心に活動	EJKMNO	26.8	18.8
脳トレを行わない	ABCDGHIPLQ	26.1	20.0

#### 7-5 音楽療法空間について

##### 7-5-1 音楽実施状況

本研究の被験者は、1施設3名から10名だった。和室で行われているデイサービスでは、職員の見守りは正座だった。職員の見守りは、0~8名と幅広く、1名が1施設、2名が5施設、3名が2施設、4名が1施設、7名が2施設、8名が4施設でB施設は

職員の見守はなかった。また、有料老人ホームは職員の参加人数が多かった。施設長の参加は、特別養護老人ホーム2施設、有料老人ホーム2施設だけだった。音楽実施状況を表7-7に示す。

表 7-7 音楽療法の実施状況

特別養護老人ホーム							
施設名	A	B	C	D	E		
音楽の部屋㎡	78.5	33.3	99.3	33.6	88.3		
職員の参加	3名	なし	1名	2名	2名		
被験者	7名	4名	8名	5名	4名		
窓	8枚	4枚	8枚	2枚	4枚		
ドア	開放	閉鎖	閉鎖	閉鎖	開放		
天井の高さm	3.5	2.5	3.5	3	2.8		
床の色	ベージュ	グレー	ベージュ	ベージュ	白		
壁の色	ベージュ	白	白	ベージュ	茶		
床仕上げ	フローリング	フローリング	フローリング	フローリング	フローリング		
デイサービス							
施設名	F	G	H	I	J		
音楽の部屋㎡	120.0	170.0	16.0	60.0	85.0		
職員の参加	2名	8名	2名	4名とボランティア1名	4名		
被験者	4名	4名	7名	8名	6名		
窓	7枚	10名	2枚	10枚	8枚		
ドア	開放	開放	閉鎖	開放	開放		
天井の高さm	吹き抜け	吹き抜け	2.4	吹き抜け	吹き抜け		
床の色	ベージュ	クリーム	ベージュ	ベージュ	ベージュ		
壁の色	白	白	モスグリーン	グレー	クリーム		
床仕上げ	フローリング	フローリング	畳	フローリング	フローリング		
有料老人ホーム							
施設名	K	L	M	N	O	P	Q
音楽の部屋㎡	110.0	170.0	130.0	175.0	190.0	141.0	120.0
職員の参加	7名	8名	7名	8名	8名	3名	2名
参加者( )被験者	20(10)名	15(5)名	10(7)名	28(5)名	25(10)名	20(5)	15(3)
窓	4枚	8枚	7枚	10枚	7枚	7枚	5枚
ドア	閉鎖	閉鎖	閉鎖	開放	開放	閉鎖	開放
天井の高さm	吹き抜け	吹き抜け	吹き抜け	吹き抜け	吹き抜け	吹き抜け	3.5
床の色	茶	ベージュ	グレー	グレー	クリーム	クリーム	クリーム
壁の色	クリーム	クリーム	クリーム	クリーム	クリーム	クリーム	白
床仕上げ	フローリング	フローリング	フローリング	フローリング	フローリング	フローリング	フローリング

### 7-5-2 音楽療法空間（調査1）

開放空間で行われる施設と閉鎖空間で行われる音楽療法を比較する。開放空間は、施設の屋内から音楽療法の実施状況が見えること。閉鎖空間はドアが閉められ屋内から音楽療法の実施状況が見えないことである。開放空間の総和得点の平均値は調査1が32.7、調査2が20.0、閉鎖空間の総和得点の平均値は調査1が29.3、調査2は18.8だった。最も得点の高かったF施設は調査1が34.3、調査2が23.0と反応がよかった。窓から外の田園風景が見える明るい空間で行われていた。表7-8に空間別総和得点の平均値に示す。

表 7-8 空間別総和得点の平均値

	施設名	総和得点の平均値	
		調査1	調査2
開放空間	AEGIFJNQ	32.7	20.0
閉鎖空間	BCDHLMP	29.3	18.8

### 7-5-3 音楽実施状況と施設長の関わり

施設長が参加した施設は4施設で調査1が25.4、調査2が19.8だった。施設長が参加をしなかった施設は13施設で調査1が28.9、調査2が19.2だった。施設長が参加していた施設の総和得点は低く、施設長の存在は高齢者にとって嬉しそうで相互関係のコミュニケーションは取れていたが、視線が施設長に向けられ音楽に対する反応が中止されて音楽に集中できなかつたのではないかと考える。音楽実施状況と施設長の関わりを表7-9に示す。

表 7-9 音楽実施状況と施設長の関わり総和得点の平均値

	施設名	総和得点の平均値	
		調査1	調査2
施設長参加	AEKO	25.4	19.8
施設長参加なし	BCDFGHIJLMNPQ	28.9	19.2

### 7-5-4 音楽実施状況の使用面積と特徴 (調査1)

#### ① 部屋の面積について

狭い部屋と広い部屋の面積を2つに分けて総和平均得点を比較する。狭い部屋は16.0 m<sup>2</sup>～99.3 m<sup>2</sup>で平均61.8 m<sup>2</sup>、広い部屋は～120.0 m<sup>2</sup>～190.0 m<sup>2</sup>で平均148.4 m<sup>2</sup>だった。狭い空間で行われている施設の総和得点の平均値は調査1が25.9、調査2が19.2、広い空間で行われている施設は調査1が30.0、調査2が19.5であった。広い空間で一人当たりの使用面積も広い方が反応はよかった。表7-10に部屋の使用面積総和得点の平均値を示す。

#### ② 部屋の特徴について

施設ごとに、天井の高さ、壁の色、床の色、開放空間、閉鎖空間別に総和得点の平均値を見た。天井が吹き抜けで、壁の色が白で開放空間で行う施設の得点が最も音楽に対する反応も療法後の生活の変化も総和得点の平均値が高かった。表7-11に施設ごとの空間の特徴と総和得点の平均値を示す。

表 7-10 部屋の使用面積総和得点の平均値

部屋の面積比較(平均)	施設名	総和得点の平均値	
		調査1	調査2
狭い部屋 61.8m <sup>2</sup>	ABCDEHIJ	25.9	19.2
広い部屋 148.4m <sup>2</sup>	FGKLMNOPQ	30.0	19.5



表 7-11 施設ごとの空間の特徴と総和得点の平均値

施設名	天井の高さ(m)	壁の色	床の色	部屋	総和得点の平均値	
					調査1	調査2
A 特養	3.5	ベージュ	ベージュ	開放	25.4	18.0
B 特養	2.5	白	グレー	閉鎖	26.0	18.8
C 特養	3.5	白	ベージュ	閉鎖	23.0	18.0
D 特養	3.0	ベージュ	ベージュ	閉鎖	25.4	18.4
E 特養	2.8	茶	白	開放	23.0	24.0
F デイサービス	吹き抜け	白	ベージュ	開放	34.3	23.0
G デイサービス	吹き抜け	白	クリーム	開放	32.5	18.8
H デイサービス	2.4	モスグリーン	ベージュ	閉鎖	27.9	19.1
I デイサービス	吹き抜け	グレー	ベージュ	開放	28.6	22.9
J デイサービス	吹き抜け	ベージュ	ベージュ	開放	28.0	14.5
K 有料老人ホーム	吹き抜け	クリーム	茶	閉鎖	28.1	19.0
L 有料老人ホーム	吹き抜け	クリーム	ベージュ	閉鎖	30.6	20.6
M 有料老人ホーム	吹き抜け	クリーム	グレー	閉鎖	29.1	18.6
N 有料老人ホーム	吹き抜け	クリーム	グレー	開放	27.6	18.8
O 有料老人ホーム	吹き抜け	クリーム	茶	閉鎖	24.9	18.1
P 有料老人ホーム	吹き抜け	クリーム	茶	閉鎖	30.8	19.0
Q 有料老人ホーム	吹き抜け	クリーム	クリーム	開放	32.0	19.7

#### 7-5-5 音楽療法の配置図との関わり

音楽指導者と高齢者の配置関係は、半円形型、対面型、テーブル型に分けられる。指導者と高齢者の視線の距離や配置関係に対して総和得点の平均値を見る。

図 7-1 は指導者を高齢者が半円形で囲む配置で、指導者と高齢者の距離は殆ど同じであるが指導者は高齢者を見るために、前を向いたり横を向いたり、また、一人一人に話しかけるため部屋の中を度々移動していた。調査 1 は 30.6、調査 2 が 20.6 だった。

図 7-2 は、指導者と高齢者が対面する配置に 2 列に並んでいた。対象となる高齢者は前列に座っている。対面型のため、視線はいつも前で高齢者の表情を最後まで把握していた。また、高齢者と指導者の視線が合っていて嬉しそうだった。指導者は殆ど移動することなく、定位置で指導していた。高齢者の席は職員が決めていた。調査 1 が 34.3、調査 2 は 23.0 だった。

図 7-3 は高齢者同士が接触しないようにテーブルが配置され、夫婦で参加している方以外は隣どうしで話は、ほとんどしなかった。席は職員が決めていて 1・2・3 と名前の代わりに番号がテーブルに張り付けてあった。テーブルがあるため、高齢者は、指導者と対面する配置と横を向く配置だったため、指導者は部屋の中を度々移動して高齢者の顔を見るようにしていた。調査 1 は 28.0、調査 2 が 14.5 だった。

指導者と高齢者の配置は対面型の配置で音楽を行う方が調査 1、調査 2 も得点が高く音楽の反応がよかった。指導者と高齢者の視線は対面型が同じ距離でまっすぐに見ることが出来、指導者が高齢者の表情を観察するのに適していると考えられる。配置は図 7-1、図 7-2、図 7-3 のとおりである。配置との関係は表 7-12 のとおりである。

→は指導者の視線である。

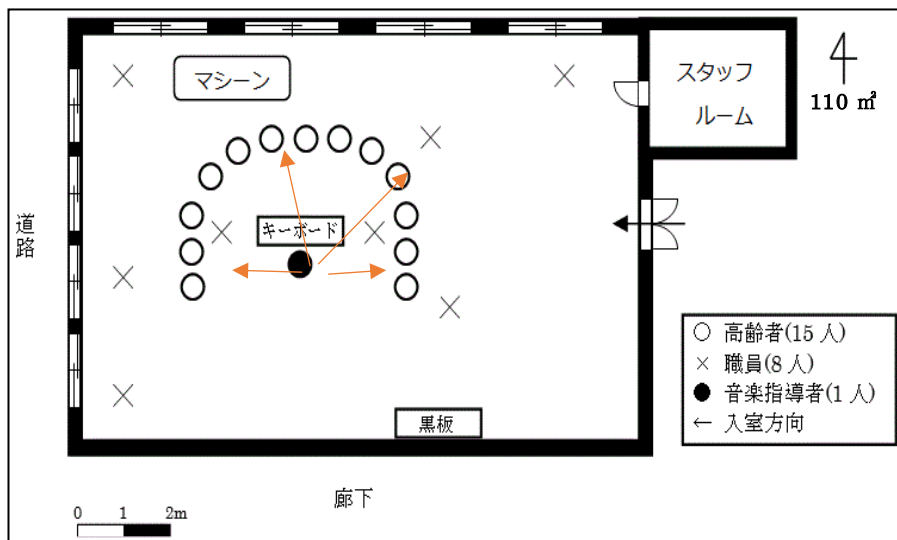


図 7-1 半円形型の配置図 1F 平面図 筆者作成

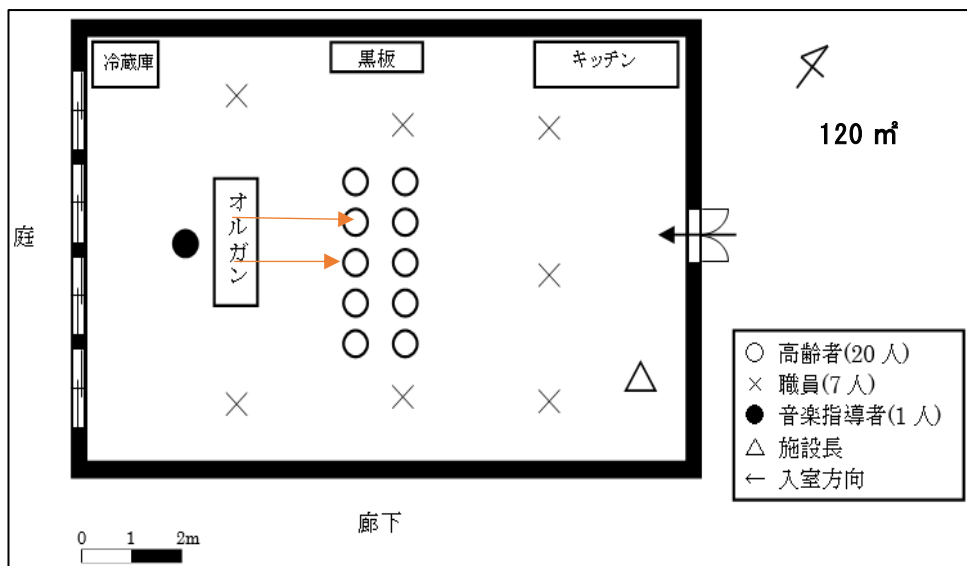


図 7-2 対面型の配置図 1F 平面図 筆者作成

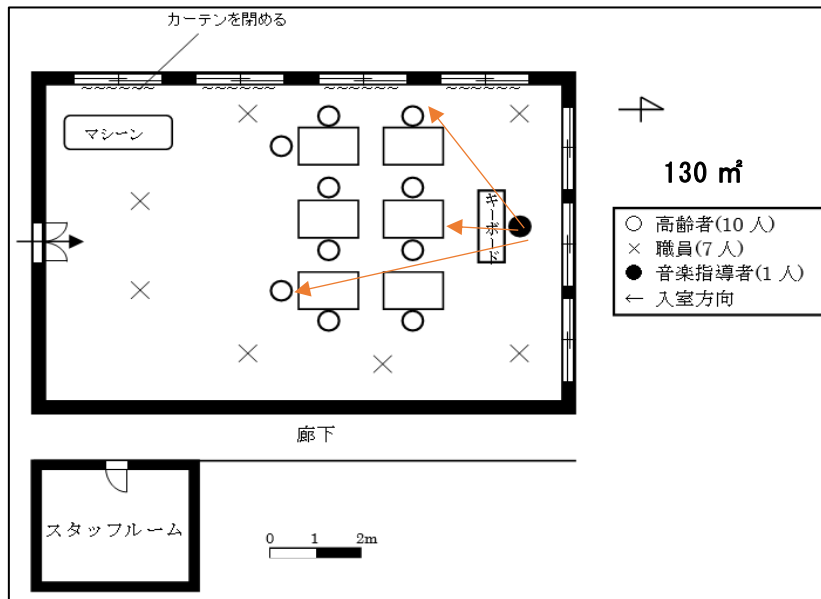


図 7-3 対面型の配置図 1F 平面図 筆者作成

表 7-12 音楽療法の配置との関わり総和得点の平均値

高齢者と指導者の配置関係	施設名	総和得点平均値	
		調査1	調査2
半円形型・指導者移動する	ACDL	26.1	18.6
対面型・指導者定位置	BEFGHIKNO PQ	28.7	20.1
テーブル型・指導者移動する	JM	28.6	16.6

## 7-6 結論

### ① 音楽指導者について

元音楽教員の指導で、歌、楽器、脳トレを取り入れている施設が音楽の反応も音楽療法後の生活の変化も最も上昇した。また、指導者の話術力も少なからず影響すると考える。男性の元音楽教員は話がとても上手で声楽専攻のため自身で歌って見本を見せて歌を誘導していた。音楽療法士が指導する施設は特養が3施設、デイサービスが2施設、有料老人ホームでは予算の関係などで行われていなかった。音楽療法士は器楽専攻が殆どで歌うことはなかった。指導者の年代は高く、若い年代は行われていなかった。また、男性の指導者も少なく2施設だけだった。A施設の指導者(80代)は、2人の同じ指導者が22年同じ施設で指導していた。入居者と共に指導者も歳を重ねているため、認知機能に良いプログラムを作成していた。また、楽器と歌を合わせることや、楽器でリズムをとることは、対象者同士で合わせる、協力するという意識が働き緊張感もあるのでとてもよいと考える。歌のリクエストは高齢者と指導者が同じ年代のため、若い指導者が知らない曲も即座に行い喜ばれ信頼関係を作っていた。音楽療法士はスネアドラムやベル、トーンチャイム、太鼓などの楽器使用に熟達しているため、高齢者に楽器を使用させることがとてもスムーズだった。楽器を使用した施設の総和平均得点が高かったことから、指導者はどの楽器が音楽の反応や効果が期待できるかなど今後の課題である。

## ② 音楽プログラム別傾向

音楽プログラムの行われる時間は、施設により異なるが平均以下のような時間で行っていた。指導者の始まりの挨拶(2分)、軽い体操(1分)、季節の歌(10分)、なじみの歌(10分)、歌にまつわるクイズ(5分)、脳トレ(8分)歌にあわせてジャンケン(5分)、楽器(8分)を使用してリズムを取る。17施設共通のプログラムは、音楽の始まりに、季節の歌を必ず取り入れることであった。施設内は年中一定の温度が設定され、季節を感じる事が難しい、また、建物から、外の様子をみることができない施設もあるためである。楽器を使用した施設は、高齢者が触れることのない、太鼓や綺麗な音色のトーンチャイムやベルを、とても喜び、使用方法についても興味を示していた。また、ベルはドレミファソラシドの音があり、高齢者がそれぞれの音を分担し演奏することにより、音楽に対する反応や緊張感と達成感を味わうことができる。また、太鼓は叩くことでストレス発散やリズムを取り歌に合わせるのに効果があると考えられる。

施療後の変化は大きく上昇しなかったが、音楽療法実施前より、生き生きと過ごされていると職員より多く報告されたので、音楽プログラムを更に充実し音楽療法を続けていくことが求められると考える。

## ③ 空間別傾向

音楽が行われている空間別にみると、壁の色が白で部屋が明るく、天井は吹き抜けで指導者と高齢者が対面型の配置で行う施設の音楽に対する反応がよかった。指導者と高齢者が対面してどの対象者とも同じ距離で視線を合わせることが高齢者にとって嬉しく、見守られているという満足感ではないかと考える。閉鎖空間はドアが閉められ(屋内から音楽療法の実施状況が見えないこと)中の様子をみることができない施設が9施設、開放空間(施設の屋内から音楽療法の実施状況が見えること)が8施設だった。開放空間で行う対象者の合計得点の平均値は32.7、音楽療法後の平均値は、20.0、閉鎖空間で行う音楽反応は、29.3。音楽療法後の平均値は、18.8だった。全体に見ると、開放された空間で一人あたりの使用面積が大きく、職員が見守り、施設長の参加がないF・G・Q施設の音楽反応が良かった。職員や施設長が音楽療法中、高齢者に話しかけると、音楽に対する反応が止まり高齢者は集中できないと考える。指導者と高齢者の配置関係は対面型で指導者の視線が同じ距離で高齢者を見渡せることも音楽の反応に効果があると考えられる。また、ピアノの設置場所、テーブルの設置の有無も今後の課題である。

### 注釈8

注1) 大江宮子・中山徹 2016:「特別養護老人ホームで行われる音楽療法の評価と施療後の生活の変化」日本人間と生活環境学会 第23巻 第1号

pp17-24

注2) 大江宮子・中山徹 2017:「デイサービスで行われる高齢者の音楽療法的活動の現状と施療後の生活の変化」日本人間関係学会 第22巻 第1号

pp35-46

注3) 大江宮子・中山徹 2017:「有料老人ホームで行われる音楽療法的活動の評価と施療後の生活の変化 奈良女子大学家政学研究 Vol.64 No1  
pp33-41

## 第 8 章 研究の総括と提言

### 8-1 本章の目的

本研究では、近年顕著な問題となっているものの、未だ研究の進んでいない高齢社会対策問題に焦点を当て現代の高齢社会の状況を把握することにより、高齢福祉施設でできる支援とは何かという問題意識から「高齢福祉施設で実施されている音楽療法的活動」について検討する。第 1 章では、研究の背景として、高齢化の現状、高齢者をめぐる問題や特徴、高齢者支援低下について述べ、「高齢社会対策基本法」に基づき、介護サービスや医療制度など、また生活援助中心の担い手の拡大として、目指すべき姿は、専門性の高い人材、基礎的な知識を有する人材の確保について提示している。そのような背景のなか、高齢福祉施設で余暇活動の一つとして行っている音楽療法に着目し、研究にあたっての主たる 5 つの目的を述べた。さらに既往研究を 4 つの視点から感慨し、音楽療法の定義の位置づけを明確にし用語の説明を明記した。2 章では、音楽の友社が公表した全国的な音楽療法の背景を具体的な事例で述べている。

また、音楽療法的活動のプログラムとして音楽に運動を付随させて複合的に行う認知症予防プログラムを具体的に提示している。さらにアリシア・アン・クレアの著書『高齢者のための療法的音楽』広川訳によれば、音楽療法的活動は精神的、身体的にも充実した生活を目指せると指摘している。3 章では、全国調査から 14 施設の具体的な音楽療法的活動の現状から、施設整備の状況や音楽指導者の満足度など施設ごとの特徴を把握した。

4 章から 6 章までは、高齢者の音楽療法に対する反応と療法後の生活の変化について属性別、施設別に単純集計し分析し更に  $\chi^2$  検定をして有意差を検討した。さらに、7 章では、4 章から 6 章の事例をまとめたものを、音楽指導者、音楽プログラム、音楽空間別に単純集計して分析し、高齢者にとってどのような音楽プログラムが良いのかを考察することを目的とし、8 章では 7 章で得られた知見から高齢者にとって最も良い音楽療法的活動の在り方を提案することを目的とする。

### 8-2 各章の要約

#### 第 1 章で得られた知見

- ① 2018 年 4 月に介護保険制度が改定され介護支援が受け難くなった。
- ② 高齢者をめぐる問題が山積であり、高齢者支援は低下する一方である。その要因は過度な労力による介護職離れ、少子高齢化に伴い女性の社会進出などにより家族が高齢者を担えなくなった。

#### 第 2 章で得られた知見

- ① 音楽の友社公表によると全国で音楽療法を行っていたのは 54 施設、医療関係では 87 病院と少ないことが明らかになった。そのなかでも高齢者に音楽療法を実施していると回答した施設は 34 施設だけだった。また、病院で行われる音楽療法の見学は音楽療法士を目指すものに限る（個人情報の問題や対象者がさらし者になることが原因である）ことがヒアリングでわかった。
- ② 音楽の友社公表の岡山県の特別養護老人ホームでは、施設長自ら音楽療法的活動を

週3回行っている。また、音楽大学出身の音楽療法士が音楽療法を個室ごとに週3回ベッドの傍で行っている。その様子は対象者である84歳の男性は手も脚も動かない状態だが、一生懸命、口を動かせようと目を輝かせていた。

特別養護老人ホームは車椅子に座っている高齢者が多いが岡山の施設では椅子に座っている高齢者が多いことがわかった。

### 第3章で得られた知見

高齢社会対策支援の一つとして余暇活動の中から、全国調査から社会福祉協議会が把握している施設の中で定期的に音楽療法的活動を行っている14施設の音楽の現状の結果は以下のように要約できた。

#### ① 音楽指導者について

性別は女性が多く年代については幅広く20代～90代、職種は音楽講師、理学療法士、音楽療法士、ボランティア、作曲家、看護師などであった。

#### ② 音楽の時間帯について

1施設のみ10時～11時で13施設は高齢者の排せつを考慮した14時～15時だった。また、対象者が飽きることのないように、音楽の時間は1時間だった。

#### ③ 音楽機材と設備について

音響はマイクとスピーカーだけで、楽器はキーボード、マラカスや鈴、鳴子など少なかった。ピアノの設置は2施設だけで、窓の防音、部屋の防音はすべての施設で設置されてなかった。

#### ④ 音楽プログラムについて

音楽の時間は約1時間で身体行動、歌、脳トレーニング、演奏（指導者）はショパンや、ドビッシーのロマン派の優しい音楽をピアノやキーボードで演奏していた。楽器のない施設は指導者が歌っていた。歌については、認知力の関係ですべての施設で「季節の歌」を歌って季節に関係するトークを指導者が行い、高齢者に質問したりして認知力を高めていた。

#### ⑤ 音楽空間について

ホールや食堂で屋内から、だれでも見ることができる部屋で1施設だけ窓もカーテンもドアも閉じられ、音楽療法の様子を見ることは出来なかった。ピアノは高齢者の移動手段のため、隅に設置され指導者と高齢者が対面しておらず、視線が合わず、相互関係のコミュニケーションに欠けるのではないかと考える。

#### ⑥ 音楽療法指導者の満足度について

音楽が行われる時間帯は、殆どの施設が14:00～15:00だった。昼食を終えて排せつを考慮しての時間帯のため全施設「満足」と回答している。楽器などは、施設に常備されておらず「不満」と回答した人が多かった。ピアノの設置場所は、高齢者の移動手段のため、部屋の隅に設置されていた。

### 第4章で得られた知見

「特別養護老人ホームで行われる音楽療法的活動の評価と療法後の生活の変化」について

第4章は音楽療法に対する高齢者の音楽の反応「声の音量」、「速度」など各12項目

に対して観察調査をして属性別、施設別に3段階に得点化した。また、音楽療法後の生活の変化に対しては、9項目について「食欲」が「増えた」が3点、「いつもと同じ」が2点「減った」を1点として職員に○を付けてもらいアンケート調査を実施し3段階で単純集計し考察した。調査方法は5章、6章は同じであるため以下省略する。結果は以下のように要約できる。

- ①音楽の反応に対しては、男性、年代別は90代、介護度別は、要介護度3の反応が高く、年齢に関係なく音楽はできることが示唆された。また、音楽療法中、隣どうし相槌をうったり、喋ったり、笑うことをしないことも明らかになった。「隣と喋る」、「速度」については3点がわずか7%だった。指導者の音楽の速度に対応できないことがわかる。また、「立ち歩き」は1点が2%で音楽療法開始から20秒以内に立ち歩いたことが分かった。「叫ぶこと」は1点が0%と20秒以内に叫ぶ方はいなかった。
- ②療法後の生活の変化についての項目では「いつもと同じ」が殆どであったが、「笑うこと」は「増えた」が11%と少しではあるが音楽効果が示唆された。また、「泣くこと」が「増えた」が7%だった。「睡眠」、「食欲」、「笑うこと」、「会話」、「部屋の移動」が「減った」は0%、「体調」、「徘徊」が「増えた」も0%だった。
- ③空間については、閉鎖空間で音楽療法士の指導者で参加人数が4名と少なく、職員の見守りがないB施設の反応がよかった。

#### 第5章で得られた知見

「デイサービスで行われる高齢者の音楽療法的評価と療法後の生活の変化」について

- ①音楽に対する反応は女性、年代別は、60・70代、介護度別は要介護1・2の反応がよかった。女性は殆どの項目で得点が高かった。特に「笑うこと」が「増えた」が45%だった。
- ②療法後の生活の変化では、2施設に改善が見られた。また、80代の得点が高くなった。
- ③空間については、開放された空間で音楽療法士以外が音楽療法を行う方が得点は高かった。J施設はテーブルが高齢者同士接触しないように設置されているが、指導者との距離や、高齢者同士の距離が遠くなるため必要ないと考える。

#### 第6章で得られた知見

有料老人ホームで行われる高齢者の音楽療法的評価と療法後の生活の変化」について

- ①音楽に対する反応は男女別では女性、介護度別は要介護1・2、年代別では90代の反応がよかった。「理解度」は62%と高く20秒以内に理解できたが、「隣と喋る」は13%と低かった。
- ②療法後の生活の変化では、男女別は殆ど同じで、介護度別は要介護1・2の総和得点が高く、年代別は80代の反応がよかった。「睡眠」が増えたが31%だった。「怒ること」が「減った」が11%で少なからず音楽の効果かもしれない。
- ③空間については、開放空間で、元中学音楽教員で参加者が少ない方が音楽の反応がよかった。



## 第7章で得られた知見

### 「高齢者の音楽療法的活動の評価－特別養護老人ホーム・デイサービス・有料老人ホームを対象に」

第4章、第5章、第6章のデータを使い指導者、音楽プログラム、音楽療法空間別にまとめ直し分析し考察した。主に音楽指導者、音楽プログラム、音楽が行われる空間別に分析した。指導者は音楽療法士とそれ以外、音楽プログラムは発声練習、楽器の使用、脳トレーニングの3項目に分けて分析した。音楽空間は、開放空間と閉鎖空間で音楽療法的活動を比較する。要約は以下に示す。

#### 1.音楽指導者について

指導者の職種は5施設が音楽療法士、12施設はそれ以外だった。音楽療法士は、無報酬で行うことはなく、経済的な理由や音楽療法士の依頼方法が分からないという理由で有料老人ホームでは行われていなかった。

資格別に見ると、音楽指導者は音楽療法士とそれ以外に分けて分析した結果、音楽に対する反応は、音楽療法士よりそれ以外の指導者の方が得点は高くなった。その中でも、男性の指導者でトークが上手でピアノ伴奏が巧みなF施設の得点の反応が最も良かった。音楽療法士は楽譜通り演奏するが、元中学音楽教員の男性指導者は、どの曲目でも楽譜の移調が可能で、ノートに曲目ごとのキーボードの音域を書き留めて、1時間半前に施設に到着して念入りの発声練習とプログラムの確認を行っていた。また、指導者のトークで対象者の反応も異なるのでトーク力や聞き取り易い声も問われる。

#### 2.音楽プログラムについて

発声練習、楽器、脳トレーニングの3項目を行う施設別に分けて総和得点の反応を見た。

楽器を熱心に行う施設の音楽に対する反応がよかった。参加者同士で楽器と歌に合わせて速度やリズムを合わせることで、トーンチャイムは一人ひとりが音の役割を果たすことが間違っていないと思う緊張感と責任感が刺激になると考える。また、楽器は音楽療法後、指導者が回収しようとしたが、綺麗な音のする楽器が欲しいと中々離さない高齢者もいた。ベルやトーンチャイム、スネアドラムなどの綺麗な音色の楽器を取り入れる必要があるのではないかと考える。小太鼓はストレス発散やリズムを一定の速度で取るためには最適だと考える。

#### 3.空間について

広い部屋で、一人あたりの使用面積が広い方が総和得点の平均値が高かった。また、開放空間で、ドアもカーテンも開かれ、吹き抜けで明るい白の壁で行う音楽療法空間の反応が最もよかった。また、指導者と高齢者との配置関係は、対面型で指導者は定位置で高齢者と視線が合いコミュニケーションをとりながら行う方が半円形型やテーブル型より音楽に対する反応も療法後の生活の変化も総和得点の平均値が高かった。高齢者同士肩などが接触しないように施設が席を決めてテーブルを設置していた施設も2施設あったが、高齢者同士話も出来難いし、指導者が同じ距離で高齢者を見ることができないので、音楽療法中は必要ないと考えた。指導者と高齢者の相互関係によるコミュニケーションにおいて視線の距離はとても重要であると考えた。

### 8-3 高齢福祉施設で実施されている音楽療法的活動についての提言

これまで、30 施設の音楽療法的活動の様子を見学し把握してきた。近年超高齢社会になり、高齢者を取り巻く深刻な問題が多い。筆者は 30 の施設訪問をしてこれ程に施設職員の方々の労働力や高齢者の認知症患者の様子を見て、国の政策が追い付いていないのが状況であると感じた。様々な高齢者を取り巻く取り組みは見られるものの、根本的な解決には至っていない。施設を訪問するたびに職員が退職し、高齢者も元気がなくなり表情が乏しく、認知症が進んだと感ずることがある。

その一方で、音楽療法を終えたあとの高齢者の楽しそうで、生き生きした表情も多く見られる。音楽療法後、職員は時間の都合で、さっさとそれぞれの部屋に戻るよう促しているが、高齢者は動こうとしない方が多い。このことから、音楽は、高齢者にとって、楽しみの一つであることが分かる。

本研究を目的別に見ると以下のことが明らかになった。

- ①音楽療法的活動に対する反応は、属性別にみると、男女別は女性の反応がよかった。介護度別は介護度 1・2 の反応がよかったことから、要介護が高くなると音楽の反応が難しいことがわかった。年齢別にみると 90 代の反応がよかった年齢に関係なく音楽は行えることが示唆された。音楽療法的活動中は、「隣どうし喋らない」、「笑わない」ことが明らかになったが、デイサービスでは、「笑う」が増えたが 45%だった。
- ②高齢者の音楽療法的活動後の生活の変化については、男女別は、女性、介護度別は要介護度 1・2、年代別は、60・70 代がよかった。項目別にみると「いつもと同じ」が殆どであったが、有料老人ホームでは「睡眠」が「増えた」が 31%で少し改善された。
- ③音楽療法に対する反応を、指導者、音楽プログラム、空間別に見ると以下のことが明らかになった。

1、音楽指導者は、今後団塊の世代が入居してくることも想定すると、音楽に対してもトーク力についても高度な技術が求められる。高齢者の音域に合わないキーボードの伴奏では歌わない高齢者も多く見られた。どのような曲目でも対応できるピアノやキーボードの移調技術が必要である。指導者の発声法も高齢者が音楽療法に取り組む姿勢につながる。聞き取れない声では高齢者を飽きさせてしまう。大きい声ではなく、聞き取り易いベルカント法（複式呼吸の美しい声）の発声で、かつ魅力ある声の表現が求められる。

2、音楽プログラムについては、今後団塊の世代にも対応できる曲目や楽器についても、鈴やベルだけでなくピアノや歌はもちろんのこと、太鼓やトーンチャイムなどの楽器も指導者自身も演奏でき高齢者にどんな楽器を使用すると音楽の効果につながるか、また楽しめるかなども考える必要がある。

施設入居者は、音楽療法中「この曲懐かしいわね」とか「この曲楽しいわね」とか入居者間で喋らないことが分かった。入居すると、男女の区別や元職業の区別もない。みんな同じであると認識しているようで喋らなくなり、表情が乏しくなる。そのためにも、音楽療法活動の中に発声練習や口の開け方、舌の動きなども取り入れることが必須であると考えます。発声練習、脳トレーニング、楽器を熱心に行ってい

た音楽プログラム別にみると、楽器を熱心に行うプログラムが少し音楽に対する反応がよかった。綺麗な音色の楽器や、太鼓はリズムをとるのに最適である。また、高齢者も鈴やトーンチャイム、ベル、小太鼓などをとても喜んでた。楽器は歌と合わせることで緊張感もあり、日常で触ることのない珍しい音色を楽しめるなどの効果があり、プログラムに取り入れる必要がある。

3、空間については、だれでも見ることが出来る食堂やエントランスなどの開放されたスペースで行う方が音楽に対する総和得点の反応が高かった。食堂など開かれたスペースで行う音楽療法と、ドアが閉められカーテンも閉じられ、屋内からは、見ることが出来ない部屋で音楽療法を行う音楽に対する反応を比較すると誰でも見ることができる開放空間の方が総和得点の平均値がよかった。また、テーブル型の音楽療法的活動は高齢者同士の肩や手が触れない様にとの施設の考えであるが、長方形のテーブルは、隣どうしで相槌したり、指導者との距離が遠くなり、音楽療法中は必要ないと考える。また、部屋の広さも高齢者同士の接触やピアノの位置など考慮して音楽療法を行う部屋も決める必要があると考える。対面型のスタイルで行う方が音楽の反応がよかったことを見ると、指導者と対象者の視線が合うこと、指導者は対象者の表情を同じ距離で把握すること、対象者は指導者に見られている、守られている、コミュニケーションが出来ていると確認できるのではないかと考える。部屋については、天井は吹き抜けで壁の色は暗い色ではなく白色、だれでも参加しやすい開放空間がよいことが示唆された。

#### 8-4 今後の課題

- ① 余暇活動の一つとして音楽療法的活動を定期的に行うことが重要である。一番身近で実施しやすく、また誰でも参加できる利点がある。音楽療法的活動以外に園芸療法やペット療法、化粧療法、生け花療法など施設では行われていたが、ペット療法は衛生面、化粧療法は高額な料金がかかることや家族は喜ぶが高齢者は顔がベトベトして喜ばれなかった。生け花はハサミの使用 방법이危険なため、いずれも1回で終了になった。音楽療法的活動はその点においても同じ指導者が半年から22年という長期間継続して、定期的に行われている。音楽療法的活動はもっと多くの施設で取り入れる必要がある。
- ② 音楽指導者については、専門性が高い必要はないが、高齢者の音域に合う巧みな伴奏技術、高齢者を楽しませるトーク力やジャンルを問わず曲目に対応できること（対象者のニーズに応えられる音楽の知識）が必要である。また、音楽後の高齢者の生活の変化については、多忙な職員に依頼するのではなく、対象者となる高齢者を就寝する時刻まで音楽指導者が観察して、音楽後の変化を判断することが望ましい。指導者と高齢者の位置については、対面型で同じ距離で指導者と高齢者の視線が合い、信頼関係を保つことが重要である。また、全体にみると、属性別では、女性、介護度別は、要介護度の低い介護度1.2、年代別は90代の反応がよかったことから、指導者は、属性別に音楽プログラムを提案する必要がある。

- ③ 音楽療法士の資格については音楽療法の位置を揺るがす要因といえる問題は、日本音楽療法学会の音楽療法士の資格は日本音楽療法学会が与えた資格であり、国が認定した資格ではない。現在国家資格として認められるような働きがあるにも関わらず、見込みも立っていない状況である。音楽療法士のデータによるエビデンスがなされていないことも要因であるとの指摘もある。音楽療法士が国家資格に認定されれば、音楽療法士の位置づけもはっきりしてくる。音楽療法に対する報酬も上がると考える。音楽の効果だけを見るのではなく、データによるエビデンスで立証する必要がある。
- ④ 音楽療法と音楽療法的活動の相違は、音楽療法士は治療的要素をもつ音楽療法を行い、個室など1対1での音楽療法は臨床経験豊かな音楽療法士が行うのがよい。また、音楽療法的活動は音楽療法士以外の指導者で開放された空間で誰でも参加できる環境を施設が整える必要がある。
- ⑤ 高齢者が音楽療法的活動を定期的に行い、楽しく施設で過ごすことは、その家族が安心し喜びとなるであろう。音楽療法活動の行われた日は、高齢者が家族に電話で楽しかったと報告しているという。施設や音楽指導者の楽しい音楽プログラム考案を利用者と職員の間で相違点がないかなど踏まえて、企画・立案がなされているか考えていく必要がある。さらには、核家族化が進み、ライフスタイルの変化に伴い、家族や地域との関わりが希薄な高齢者も多い。音楽療法的活動とは、外部と喋らない、入居者間で喋らないのではなく、みんなで集いコミュニケーションをとって気軽にできる音楽療法的活動を定期的に積極的に行うことである。施設のあるべき姿は、高齢者が音楽療法的活動に参加しやすい環境を整えることが魅力ある施設、活性化する施設であると考えられる。
- ⑥ 今後も高齢福祉施設の建設は増えるであろう。食堂やエントランスでの音楽イベント以外に、音楽療法的活動専用の160㎡位の広さで四方はガラス張りで、カーテンは開けられ誰でも屋内から見ることができ、壁は白かオフホワイトで、天井は吹き抜けでフローリングの色も明るく、ピアノの設置がある部屋が望まれる。建物や音楽療法的活動の方向性を検討し音楽の手法について検討することが今後の課題である。図8-1に音楽療法的活動の在り方を示す。

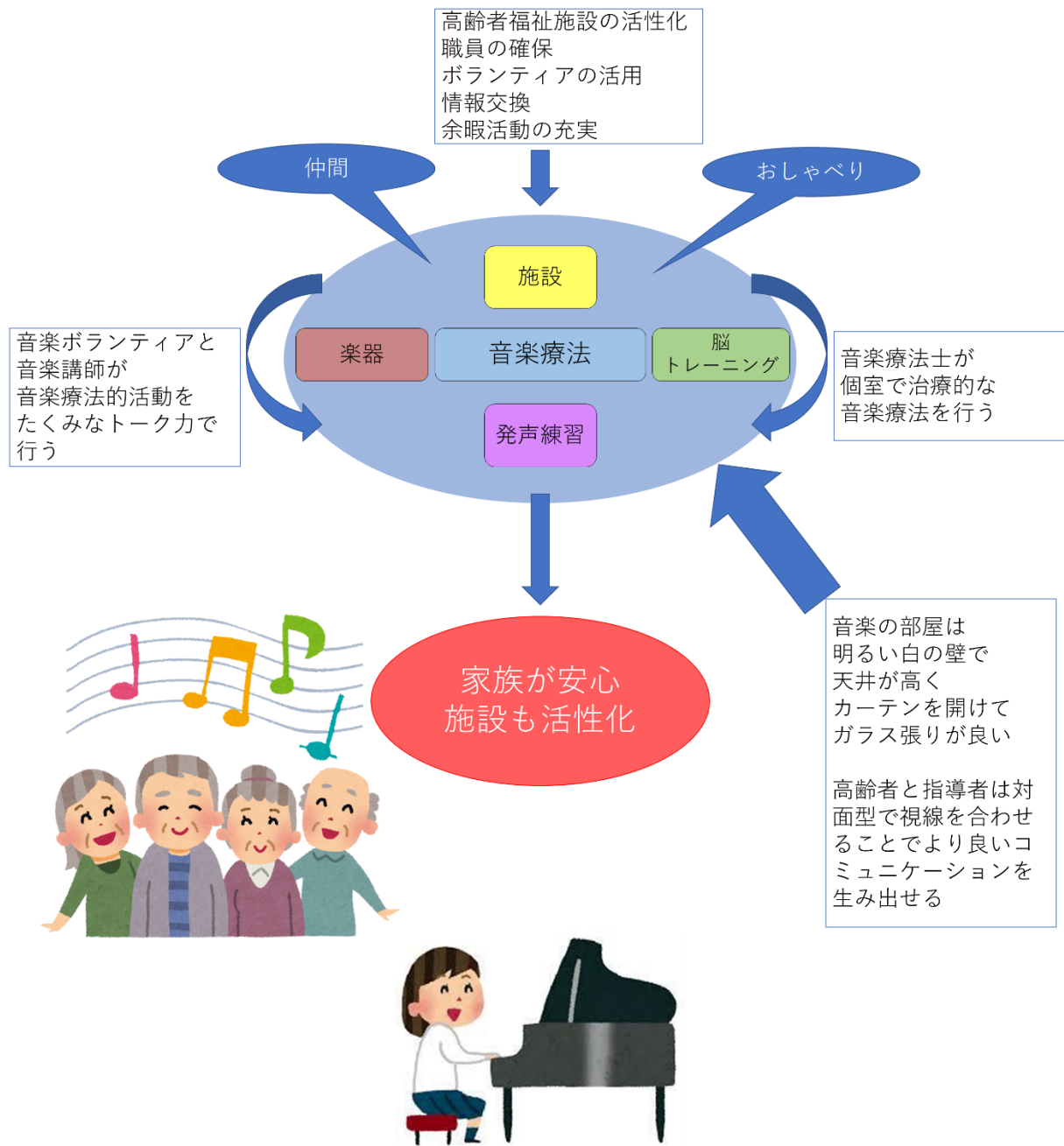


図 8 - 1 音楽療法的活動の在り方

＜本論文に関連する業績一覧＞

【査読付き論文】

	論文題目	発表機関・ 巻号項	年月	関連章
1	高齢福祉施設の音楽療法空間の現状と 音楽指導者の評価 (大江宮子・中山徹)	奈良女子大学家政学研究 vol.61,No2,pp12-21	2015年3月	第3章
2	特別養護老人ホームの音楽療法の評価と 施療後の生活の変化 (大江宮子・中山徹)	人間と生活環境 vol.23,No1,pp17-24	2016年5月	第4章
3	有料老人ホームで行われる高齢者の音楽療法的活動と 施療後の生活の変化 (大江宮子・中山徹)	奈良女子大学家政学研究 vol.64,No1,pp33-41	2017年10月	第6章
4	デイサービスで行われる高齢者の音楽療法的活動の 現状と施療後の生活の変化 (大江宮子・中山徹)	人間関係学研究 vol.22,No1,pp35-45	2017年12月	第5章

## 【学会発表論文】

	論文題目・発表者	発表機関・巻号項	年月	関連章
1	特別養護老人ホームの音楽療法の現状について (大江宮子・中山徹)	日本建築学会近畿支部 研究報告集, 第52号・計画集pp181-184	2012年9月	2章
2	特別養護老人ホームにおける音楽療法と施設整備の 現状 (大江宮子・中山徹)	日本建築学会大会学術講演 梗概集, 建築計画pp477-478	2014年5月	3章
3	高齢福祉施設の音楽療法空間の現状と 指導者の評価 (大江宮子・中山徹)	日本建築学会大会学術講演 梗概集, 建築計画pp5058	2014年9月	3章
4	The Current State of Music Therapy Spaces at Welfare Facilities for the Elderly and an Evaluation of therapists in kyoto (Miyako Oe and Toru Nakayama)	The18th Biennial International Congress of Asian Regional pp010 ARAHE HONG KONGU	2015年8月	4章 5章 6章
5	高齢者の音楽療法がQOLに与える影響 (大江宮子)	日本建築学会学術大会学術講演 梗概集, 建築計画pp5156	2015年9月	
6	高齢福祉施設で行われる音楽療法の現状 に対する得点化と音楽療法後生活の変化 (大江宮子・中山徹)	日本老年行動系学会 気仙沼	2015年10月	4章 5章 6章
7	デイサービスで行われる高齢者の音楽療法の現状と 施療後の生活の変化 (大江宮子・中山徹)	日本老年行動系学会 神奈川県立保健福祉大学	2016年8月	4章 5章 6章
8	The Current State of Music Therapy Spaces at Welfare Facilities for the Elderly and an Evaluation of therapists in kyoto (Miyako Oe and Toru Nakayama)	The15th Biennial World Congress of Music Therapy Book of Abstracts p632	2017年7月	4章 5章 6章

## 謝辞

この論文を書くに当たり、31ヶ所の高齢福祉施設の職員の皆様、そしてアンケートにご協力を頂きました高齢者の皆様に深く感謝申し上げます。

そして指導教授の中山徹先生には、何度お礼を申し上げても足りない程お世話様になりました。音楽大学出身で音楽以外の知識が少ない私を受け入れて下さり本当にありがとうございました。心より感謝申し上げます。

副担任を2016年までして頂きました、増井直哉先生、2017年までして頂きました宮城俊作先生ありがとうございました。

2017年から副担任をして頂きました、井上容子先生、2018年から副担任をして頂きました瀬渡章子先生、いつも励まして頂き、ご丁寧なご指導をして頂きましてありがとうございました。

予備審査をして頂きました、成瀬九美先生、たくさんのご指摘とご指導ありがとうございました。

そして、中山研究室の皆様、色々教えて頂きありがとうございました。先輩の室谷雅美さん、柳井妙子さん、王飛雪さん、イジョウさん、最後まで応援して下さりありがとうございました。

そして、職場の皆様、いつも温かい励ましをありがとうございました。

最後に両親へ。9年という長期間、大学に通わせて頂き本当にありがとうございました。

大江宮子