

### セッションの治療手段

- 1：歌唱
- 2：楽器演奏
- 3：音楽聴取
- 4：動き
- 5：即興演奏
- 6：絵画・イメージ
- 7：その他，不明

### セッションの形態

- A：1対1形式，ないしそれに準ずるもの
- B：セラピストが前に立ち，対面式に集団が並ぶもの
- C：セラピスト，参加者が円形（輪）に並ぶもの
- D：セラピストが前に立ち，参加者は（1つ，ないし複数の）テーブルに着席するもの
- E：その他

## III. 結果

結果を図表に示す。

### 1. 全音連認定音楽療法士のプロフィール

#### 1) 性別（表1，図1）

表1 性別

	人数	%
男性	36	17.56
女性	168	81.95
不明	1	0.49

N=205

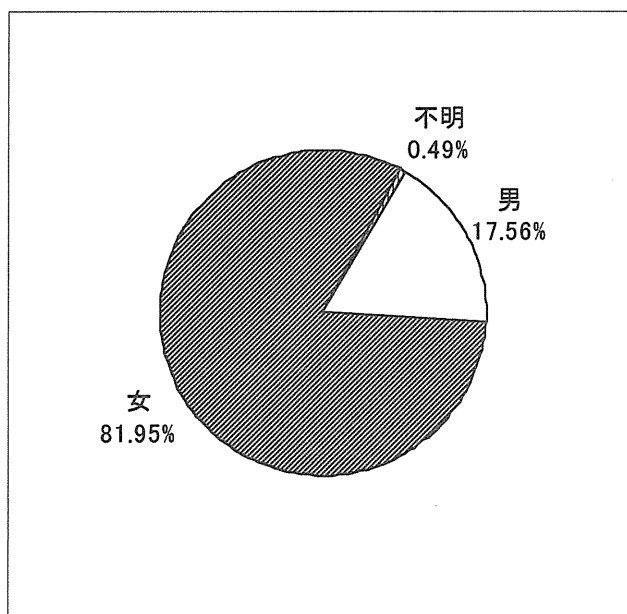


図1 性別

2) 年齢 (表2, 図2)

表2 年齢

	人数	%
20代	0	0.00
30代	23	11.22
40代	44	21.46
50代	57	27.80
60代	55	26.83
70代	17	8.29
80代	7	3.41
不明	2	0.98

N=205

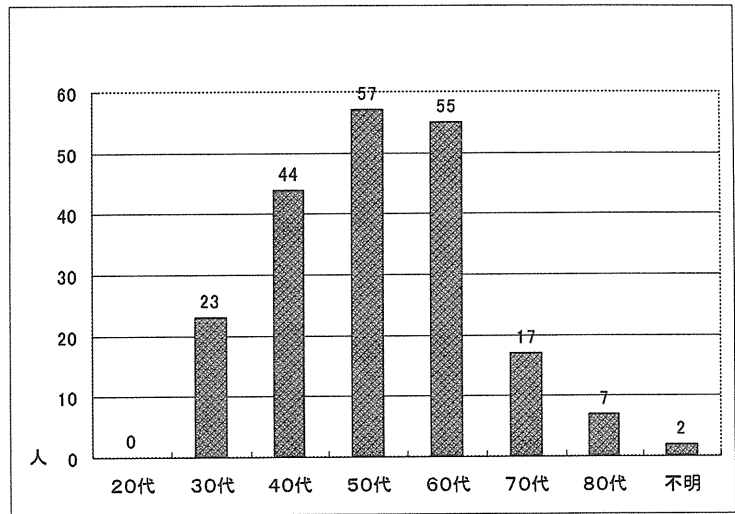


図2 年齢

3) 住所：都道府県 (表3)

表3 都道府県別人数

北海道	7	茨城県	3	滋賀県	8	香川県	0
青森県	0	栃木県	2	大阪府	7	愛媛県	0
岩手県	3	群馬県	0	京都府	10	高知県	1
宮城県	1	山梨県	3	兵庫県	5	福岡県	7
秋田県	0	埼玉県	8	奈良県	11	佐賀県	2
山形県	0	千葉県	10	和歌山県	0	長崎県	0
福島県	0	東京都	32	鳥取県	0	熊本県	0
富山県	4	神奈川県	11	島根県	2	大分県	2
石川県	5	岐阜県	8	岡山県	3	宮崎県	7
福井県	0	静岡県	2	広島県	6	鹿児島県	1
長野県	9	愛知県	14	山口県	2	沖縄県	1
新潟県	1	三重県	3	徳島県	2	海外	1
						不明	1

N=205

4) 主職業 (表4, 図3)

表4 主な職業

音楽療法士	音楽教育	医師 歯科医師	心理職	看護職	作業療法士	大学教員	学校教員	その他
107	26	8	5	4	1	23	6	32

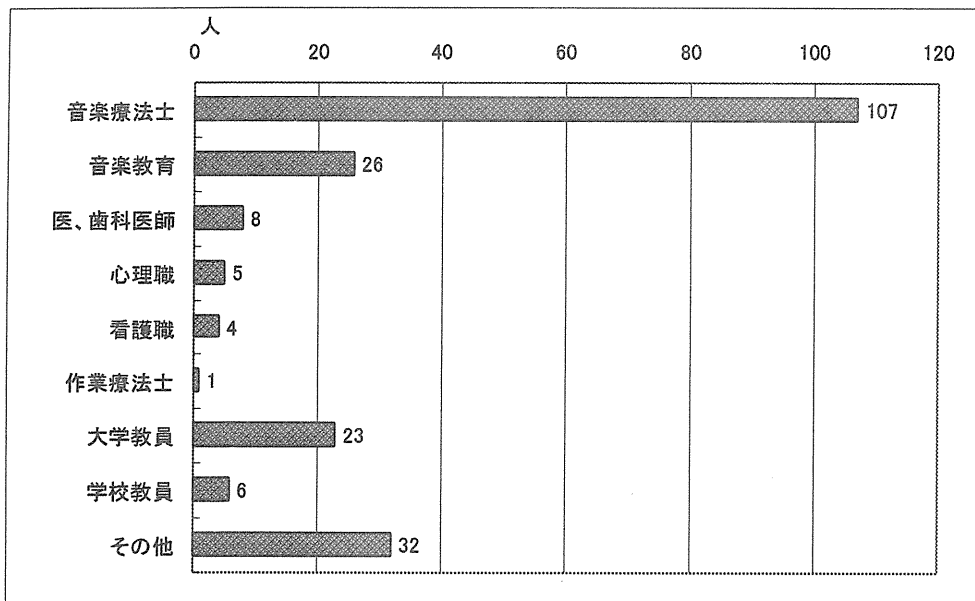


図3 主な職業

5) 学歴 (表5, 図4)

表5 学歴別人数

	高等学校	専門学校	短期大学	大学	大学院	その他
音楽系			29	86	18	
医、歯科				6		
心理系				5		
その他	8	10	12	16	11	4
合計	8	10	41	113	29	4

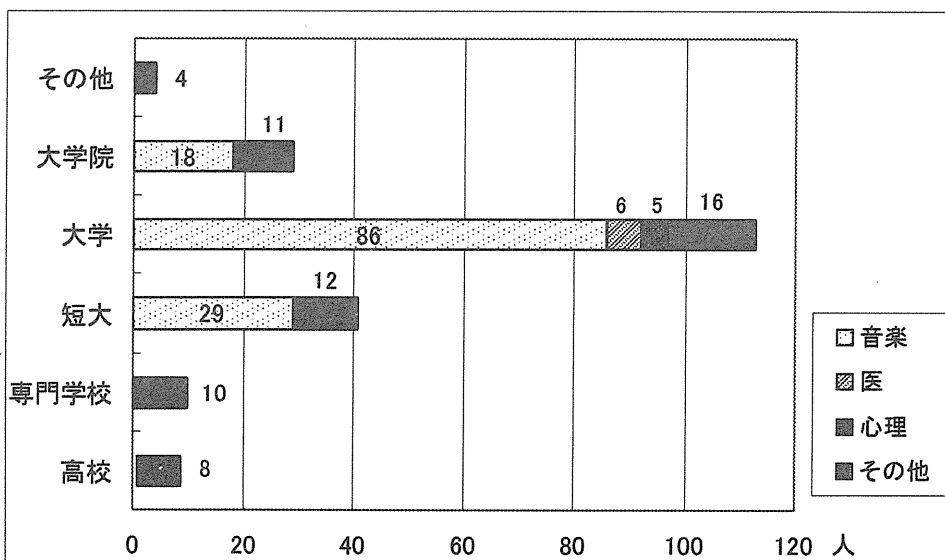


図4 学歴別人数

6) 所属団体 (表6, 7, 8)

表6 代表的な音楽療法団体

臨床音楽療法協会	バイオミュージック学会	東京音楽療法協会	日本芸術療法学会
160	85	43	32

表7 上記以外の音楽療法団体

AMTA(8) Association of Professional Music Therapists いわて音楽療法の会 うつのみや音楽療法研究会 かさばら医院音楽療法室 ぎふ音楽療法研究会(5) アメリカ音楽療法協会 カナダ音楽療法協会 ノードフ・ロビンス音楽療法研究会(17) バイオミュージック学会関西支部 ミュージックキュア&ケアかしの実 愛知県音楽療法研究会(4) 愛媛音楽療法研究会 岡山音楽療法研究会 音楽心理学音楽療法懇話会 音楽療法ネットワーク三重(4) 音楽療法懇話会 音楽療法臨床教育協会(6) 関西音楽療法学会 関西音楽療法学会準備会 関西臨床音楽療法フォーラム 関西臨床音楽療法研究フォーラム(2) 岐阜音楽療法研究会 宮崎音楽療法研究会(4) 京都音楽療法研究会 九州音楽療法研究会(2) 香里音楽療法研究会 高知県音楽療法研究会 埼玉音楽療法協会 桜林記念「音楽療法研究会」(4) 山陰音楽療法研究会 山口音楽療法研究会	滋賀県音楽療法研究会 滋賀県音楽療法研究学会(8) 滋賀県音楽療法研究所(2) 新潟音楽療法研究会 西宮音楽療法研究室(2) 西日本芸術療法学会(6) 静岡県音楽療法研究会 石川音楽療法研究会(2) 石川県音楽療法研究会(2) 淡海音楽療法ボランティア会 長野県音楽療法協会 長野県音楽療法研究会(3) 長野大学ミュージックセラピの会 東京ミュージック・ボランティア協会(2) 奈良市音楽療法研究会(4) 日赤秋田短大音楽療法研究会 日本バイオミュージック学会関西支部(6) 日本バイオミュージック学会関西支部滋賀 日本バイオミュージック学会千葉県支部 日本バイオミュージック学会長野県支部 日本バイオミュージック学会長野支部 日本ミュージックケア協会(3) 日本音楽心理学音楽療法懇話会(8) 備後音楽療法研究会 富山県音楽療法協会(2) 福生学園音楽療法研究会 北海道医療大学音楽療法研究会(2)
--	--

表8 音楽療法以外の団体

<p>                     FIER(世界ダルクローズ協会)                      IAME                      ISME(3)                      MA-KI(真輝)                      Jet全日本エレクトーン指導者音楽療育研究会                      しゃぼんだまの会                      アレルギー学会                      カワイ音楽教育研究会                      ダンスセラピー研究会                      ベートーヴェン協会                      ホリスティック医学協会                      ライフ・プランニング協会                      横浜市病院協会理事                      沖縄ピアノ同好会                      音楽鑑賞教育振興会                      桐蔭学園校医                      九州臨床心理学会                      広島県老人デイケア協議会                      国際表現病理・芸術療法学会(2)                      国際幼児教育学会                      山梨小児保健協会                      死の臨床研究会                      滋賀県淡海ボランティア会                      小児神経学会                      小児保健学会                      心理臨床学会(2)                      瀬谷区医師会理事                      生涯教育学会                      石川緩和医療研究会                      石川県特殊教育振興会                      全国国立療養所児童指導員研究会                      全国大学メンタルヘルス研究会                      全国大学音楽教育学会                      全国大学保健管理研究集会                      全日本ピアノ指導者協会(2)                      全日本音楽教育研究会                      全日本老人保健施設協会                      長野緩和ケア研究会                      東海心理学会                      東京都老年学会                      特殊教育学会                      日本LD学会                 </p>	<p>                     日本アレルギー学会                      日本オルガニスト協会                      日本オルガン研究会                      日本カウンセリング学会                      日本サーモロジー学会                      日本ダルクローズ音楽教育学会                      日本バイオフィードバック学会                      日本プライマリ・ケア学会(2)                      日本ホスピス・在宅医療研究会                      日本ホリスティック医学協会(4)                      日本医学教育学会                      日本医療情報学会                      日本演奏連盟                      日本音楽学会(2)                      日本音楽教育学会(5)                      日本音楽知覚認知学会                      日本介護福祉学会(2)                      日本学校音楽教育実践学会                      日本学術院会日本人間学会                      日本学生相談学会                      日本感情心理学会                      日本看護科学学会                      日本看護学会(2)                      日本看護教育学会                      日本緩和医療学会                      日本教育心理学会(4)                      日本語臨床研究会                      日本行動療法学会(2)                      日本作業療法士協会                      日本死の臨床研究会(6)                      日本死の臨床研究会九州支部                      日本死の臨床研究会中部支部                      日本自閉症協会                      日本自立訓練学会                      日本実存心身療法研究会                      日本社会精神医学学会                      日本集団精神療法学会(6)                      日本重症心身障害学会                      日本循環器学会                      日本小児科学会                      日本小児循環器学会                      日本小児心身医学会                 </p>	<p>                     日本笑い学会                      日本心身医学会                      日本心身医学会北海道支部                      日本心身医学協会                      日本心理リハビリテーション学会                      日本心理学会(4)                      日本心理臨床学会(7)                      日本人間工学会                      日本生理心理学会                      日本精神衛生会                      日本精神神経学会(4)                      日本音楽発声学会                      日本相談学会                      日本糖尿病学会                      日本特殊教育学会(7)                      日本内科学会(2)                      日本内分泌学会                      日本認知科学会                      日本発声学会                      日本発達心理学会                      日本福祉工学会                      日本福祉文化学会                      日本保育学会(5)                      日本訪問看護振興財団                      日本麻酔学会                      日本民俗音楽学会                      日本臨床心理研究所                      日本臨床心理研究所精神分析・活動療法研究会                      日本老年医学会                      日本老年看護学会                      日本老年行動科学会(2)                      日本老年行動学会                      日本老年精神医学会                      日本老年病学会                      保育学会                      保健医療行動科学会                      北海道老年科学福祉学会                      老年社会科学学会                 </p>
---	---	--

## 2. セッションの実際

### 1) 対象者の主たる疾患・障害とセッションの主な治療手段 (表9)

表9

	計	1	2	3	4	5	6	7
分裂病	104	31	17	1	3	13	3	36
躁うつ病	8	4	1	0	1	1	0	1
うつ病	23	10	5	1	1	2	0	4
神経症	18	4	0	3	3	7	0	1
心身症	1	0	0	1	0	0	0	0
人格障害	4	1	1	0	0	1	0	1
摂食障害	1	0	0	0	0	1	0	0
アルコール依存症	3	0	1	0	0	0	0	2
てんかん	7	0	2	0	3	1	0	1
痴呆	216	85	16	4	23	4	1	83
脳血管障害	74	28	14	2	1	1	0	28
自閉症	81	5	11	0	23	18	1	23
精神遅滞	202	18	41	4	57	12	1	69
ダウン症候群	39	5	9	0	11	6	0	8
脳性麻痺	24	4	4	0	6	1	0	9
他の神経疾患	34	12	3	2	6	2	0	9
ADHD	4	0	0	0	0	1	0	3
学習障害	4	0	0	1	0	0	0	3
コミュニケーション障害	2	0	1	0	1	0	0	0
肢体不自由	57	6	12	0	15	4	0	20
重複障害	9	0	2	0	4	1	0	2
重症心身障害	11	0	2	1	3	0	0	5
視覚障害	10	0	2	1	1	0	0	6
身体障害	28	9	1	0	4	3	0	11
癌	10	1	1	5	0	0	0	3
他の身体疾患	17	9	1	2	0	0	1	4
不登校	7	0	4	0	0	1	0	2
計	998	232	151	28	166	80	7	334

上段の数字1～7は、方法に示したように、1：歌唱、2：楽器演奏、3：音楽聴取、4：動き、5：即興演奏、6：絵画・イメージ、7：その他、不明であり、表中に示された数はセッションの数である。アンケート中の記載をもとに、主な治療手段として用いていると思われるものを、上記1～6から1つだけ選んだ。記載を見ると、複数の手段を用いているセッションも数多くあったが、それらをくまなく挙げてゆくと非常に多くの組み合わせが出てきて煩雑となってしまうため、記載を検討して1つに絞った。どうしても1つに絞れないものと、記載から何が主なものか判断できないものを、「7. その他、不明」と分類した。205名の音楽療法士から計911のセッションについて回答があり、そのうちこの質問についての有効回答数は842であったが、対象者の疾患・障害については複数回答可としたため、セッション数は合計998となった。

2) 各治療手段別の平均対象者数 (表10)

表10

内 容	1	2	3	4	5	6	7
平均人数	24.09	11.42	7.35	13.47	7.61	18.44	21.38

内容とあるのが治療手段で、1～7は同上。対象者人数として「約〇〇人」と記載の場合はそのままの数字を、「〇〇人～〇〇人」と記載の場合は中間値を採用して計算した。

3) 対象者の疾患・障害とそのセッションの形態 (表11)

表11

	計	A	B	C	D	E
分裂病	99	8	52	29	9	1
うつ病	21	1	10	8	2	0
躁うつ病	7	0	4	1	2	0
神経症	16	4	7	3	2	0
人格障害	4	1	3	0	0	0
痴呆	207	16	130	51	10	0
脳血管障害	74	13	39	18	3	1
自閉症	78	26	29	22	0	1
精神遅滞	193	36	98	55	0	4
ダウン症候群	38	7	18	10	1	2
脳性麻痺	22	4	11	7	0	0
ADHD	3	1	0	2	0	0
てんかん	7	3	2	2	0	0
他の神経疾患	35	10	20	4	0	1
学習障害	4	0	2	2	0	0
摂食障害	1	0	0	0	1	0
他の身体疾患	15	4	7	3	1	0
肢体不自由	52	13	22	17	0	0
重複障害	8	4	1	3	0	0
重症心身障害	12	4	3	5	0	0
視覚障害	10	2	8	0	0	0
不登校	5	2	1	1	0	1
身体障害	27	3	17	6	1	0
癌患者	10	4	2	4	0	0
アルコール依存症	2	0	2	0	0	0
計	950	166	488	253	32	11

形態（配置）のアルファベット A～E は、方法に示したように、A：1対1形式、ないしそれに準ずるもの（個人療法）、B：セラピストが前に立ち、対面式に集団が並ぶもの（集団療法）、C：セラピスト、参加者が円形に並ぶもの（少人数の集団療法）、D：セラピストが前に立ち、参加者は複数のテーブルに着席するもの（集団療法）、E：その他である。アンケートの記載を基に、セッション形態を A～D のいずれかに分類したが、どうしても1つに絞れないものと記載から判断が不可能なものを「その他」とした。205名の音楽療法士から計911のセッションについて回答があり、そのうちこの質問についての有効回答数は803であったが、対象者の主たる疾患として複数回答可としたため、セッション数は合計950となった。

#### 4) 各形態別の平均対象者数（表12）

表12

配 置	A	B	C	D	E
平均人数	3.01	23.61	16.98	26.00	5.69

形態 A（1対1）で平均人数が約3人というのは一見矛盾しているかのようであるが、セッションあたりの対象者数が複数でも、セッションが本質的に1対1で行われていると判断されたものも含めたからである。人数についての計算方法は、上記2）と同じ。

上記2）、4）の参考に観測度数の表を掲げておく（表13、14）。「観測度数」は、当該セッションの対象人数であり、表中の数はセッションの数である。なお表14の上段の数字1～5は、それぞれ配置 A～E に相当する。



観測度数：人数(平均), 内容1~7

	1	2	3	4	5	6	7	合計
1.000	15	22	12	21	23	1	30	124
1.500	1	0	1	0	1	0	2	5
2.000	2	4	2	9	1	0	5	23
2.500	0	1	1	0	0	0	1	3
3.000	7	5	1	7	3	1	7	31
3.500	0	1	1	0	1	1	0	4
4.000	1	3	3	6	3	0	5	21
4.500	0	0	1	0	0	0	1	2
5.000	6	8	0	2	5	0	15	36
5.500	0	0	0	2	0	0	2	4
6.000	2	8	0	5	1	0	9	25
6.500	1	0	1	0	0	0	0	2
7.000	5	3	0	3	2	0	3	16
7.500	1	0	1	0	0	0	0	2
8.000	0	5	0	9	4	0	7	25
9.000	2	1	1	0	0	0	3	7
10.000	13	18	1	13	4	2	27	78
10.500	0	0	0	0	0	0	1	1
11.000	0	0	0	1	1	0	1	3
11.500	3	0	0	0	0	0	0	3
12.000	1	2	1	2	1	0	7	14
13.000	2	1	0	1	2	0	0	6
13.500	0	0	0	0	0	0	1	1
14.000	3	3	0	1	0	0	3	10
14.500	1	0	0	0	0	0	0	1
15.000	13	8	0	17	6	0	21	65
15.500	2	1	0	0	0	0	0	3
16.000	2	0	0	2	0	0	3	7
17.000	0	0	0	0	0	0	2	2
17.500	1	0	0	1	0	0	2	4
18.000	0	2	0	2	0	0	2	6
19.000	0	0	0	0	0	0	0	0
20.000	36	14	2	5	2	0	37	96
22.000	1	1	0	0	0	0	0	2
22.500	0	1	0	0	0	0	0	1
23.000	1	0	0	0	0	0	0	1
24.000	0	0	0	0	0	0	1	1
25.000	3	1	0	4	0	0	7	15
27.000	0	0	0	1	0	0	0	1
27.500	1	0	0	0	0	0	1	2
28.000	0	2	0	0	0	0	2	4
30.000	22	4	1	4	0	1	23	55
33.000	0	0	0	0	0	0	1	1
35.000	11	1	0	1	1	0	9	23
36.000	1	1	0	0	0	0	0	2
37.500	0	0	0	0	0	0	1	1
38.000	0	0	0	1	0	0	0	1
40.000	9	2	0	2	0	1	18	32
42.000	1	0	0	0	0	0	0	1
45.000	1	0	0	0	0	0	2	3
50.000	10	2	0	4	0	1	9	26
52.000	1	0	0	0	0	0	0	1
55.000	2	0	0	0	0	0	1	3
60.000	7	0	0	1	0	0	1	9
70.000	1	0	1	1	0	0	4	7
74.000	0	0	0	0	0	0	0	0
80.000	2	0	0	1	0	0	0	3
81.000	0	0	0	1	0	0	0	1
90.000	1	0	0	0	1	0	2	4
100.000	0	0	0	0	0	0	2	2
105.000	0	0	0	0	0	0	1	1
110.000	1	0	0	0	0	0	0	1
150.000	1	0	0	0	0	0	0	1
300.000	0	0	0	0	0	0	2	2
合計	197	125	31	130	62	8	284	837

観測度数：人数(平均), 配置A~E

	1	2	3	4	5	合計
1.000	121	1	2	0	0	124
1.500	4	0	0	0	0	4
2.000	6	7	9	0	1	23
2.500	0	0	1	0	0	1
3.000	2	20	9	0	0	31
3.500	0	0	3	0	0	3
4.000	0	13	5	0	0	18
4.500	0	1	0	0	0	1
5.000	1	13	19	0	4	37
5.500	0	1	1	0	0	2
6.000	0	17	5	0	1	23
6.500	0	1	1	0	0	2
7.000	0	10	5	1	0	16
7.500	0	0	1	0	1	2
8.000	1	14	5	1	0	21
9.000	0	3	5	0	0	8
10.000	2	42	28	1	1	74
10.500	0	1	0	0	0	1
11.000	0	2	1	0	0	3
11.500	0	3	0	0	0	3
12.000	0	7	6	1	0	14
13.000	0	2	3	1	0	6
13.500	0	1	0	0	0	1
14.000	1	5	4	0	0	10
14.500	0	0	1	0	0	1
15.000	3	37	19	3	0	62
15.500	0	3	0	0	0	3
16.000	0	4	2	0	0	6
17.000	0	0	0	0	0	0
17.500	0	0	4	0	0	4
18.000	0	4	2	0	0	6
19.000	0	1	0	0	0	1
20.000	4	62	18	6	0	90
22.000	0	1	1	0	0	2
22.500	0	1	0	0	0	1
23.000	0	1	0	0	0	1
24.000	1	0	0	0	0	1
25.000	0	9	2	1	0	12
27.000	0	0	1	0	0	1
27.500	0	1	1	0	0	2
28.000	0	3	0	0	0	3
30.000	1	36	11	3	0	51
33.000	0	1	0	0	0	1
35.000	0	16	5	0	0	21
36.000	0	1	1	0	0	2
37.500	0	0	1	0	0	1
38.000	1	0	0	0	0	1
40.000	1	19	9	1	0	30
42.000	0	0	1	0	0	1
45.000	0	3	0	0	0	3
50.000	0	24	3	0	0	27
52.000	0	1	0	0	0	1
55.000	0	3	0	0	0	3
60.000	0	7	3	0	0	10
70.000	0	5	2	0	0	7
74.000	0	1	0	0	0	1
80.000	0	2	1	0	0	3
81.000	0	1	0	0	0	1
90.000	0	3	1	0	0	4
100.000	0	1	1	0	0	2
105.000	0	1	0	0	0	1
110.000	0	1	0	0	0	1
150.000	0	0	0	1	0	1
300.000	0	2	0	0	0	2
合計	149	419	203	20	8	799

## IV. 考 察

「結果」の項目に沿って考察していく。

### 1. 全音連認定音楽療法士のプロフィールについて

#### 1) 性別 (表1, 図1)

性別では、女性が、昨年度の臨床音楽療法協会会員のデータ 89.0 パーセントよりは少なめであったが、81.95 パーセントと多かった。アメリカでも女性が 85 パーセントであり、この比率に大差はない (文献3)。音楽職と福祉職はもともと女性の比率が高く、それが音楽療法士の数にも影響していると思われるが、一方社会的な理由もあるであろう。つまり、音楽療法士の社会的身分が保証されていない現在、常勤のポストが少なく福利厚生もともなわず、また給与も低い音楽療法士を、男性は職業として選びにくいという現実があるのではなかろうか。逆に、パート職としての柔軟性は、家庭をもった女性にとって有利に働くこともある。これらの結果がこの数字に表れているようである。

#### 2) 年齢 (表2, 図2)

20歳代がおらず、30歳代 (11.22%)、40歳代 (21.46%) よりも50歳代 (27.80%)、60歳代 (26.83%) が多いというのは、やや驚かされる数字である。昨年度の臨床音楽療法協会会員のデータよりも高齢層が圧倒的に多い。70歳代が17名、80歳代ですら7名もいる。全音連の認定要件において音楽療法の経験年数が重視されていることの反映であろうか。音楽療法を独学で学び、長く臨床に携わってきた人々が認定されている割合が高いということであろう。実際、講習会などの参加者をみていると、子育てに一段落した中高年者も多く、この世代の音楽療法に対する関心が高いのも事実である。ただ、現在、各地の音楽大学などに音楽療法士の養成コースが誕生しつつあり、今後は、より若年者の認定が増えてくることが予想される。

#### 3) 住所：都道府県 (表3)

認定音楽療法士の都道府県別拮がりを見ると、各地の事情をよく反映しているのがわかる。東京、千葉、神奈川が多いというのは、首都圏の人口や大学数などから容易に納得されるところであるが、岐阜や愛知、三重、滋賀などは、音楽療法士の養成事業を行っている岐阜県音楽療法研究所の存在が大きいものと思われる。関西圏も同様で、奈良市福祉協議会の養成が影響しているだろう。また大学のコースがある北

海道や宮崎、さらに音楽療法に関連した研究会が活発な福岡や岩手、石川、長野などは認定音楽療法士を多く輩出している。いずれにしても地域の事情が如実に数字に現れていると評してよいと思われる。

#### 4) 主職業 (表4, 図3)

自らの職業を「音楽療法士」とするものが107名と圧倒的に多く、2番目の音楽教育26名の約4倍である。これは臨床音楽療法協会会員のデータと顕著に相違する点で、後者では、音楽教育とする者の方が多かった。これは音楽療法士のアイデンティティに関わる重要な問題である。もちろん、もっぱら音楽療法により生計を立てている者が認定される比率は高いとしても、全音連に認定されるということで、それまで例えば音楽教育者としていた者が自らを「音楽療法士」と名乗るアイデンティティが確立したと想像することができる。大学教員が23名と多いのは、認定要件に論文執筆や講演経験などが含まれているためでもあるが、諸大学で療法士養成教育が始まったことの現れでもあり、わが国の今後にとって明るい数字と読むことが出来る。

#### 5) 学歴 (表5, 図4)

大学、大学院卒業者が多いのは、臨床音楽療法協会会員のデータとほぼ同様である。専門学校卒業者が10名いるというのは、わが国で大学のコースより相当以前から、音楽療法専門学校が存在していた影響であろう。認定を得るために音楽大学を卒業した者がそのような専門学校に入学し直すというケースもある。高校卒業者や短大卒業者もいるが、今後は出来れば大学卒業というベースラインを設けたほうがよいように思われる。

ちなみにアメリカでは、現在、認定には少なくとも学部での4年間の教育が必要とされており、アート・セラピストやドラマ・セラピストでは修士の資格を求められはじめているという。州によっては、治療報酬を修士の資格保持者だけに限るか否かという議論さえ行われている。これはたんに資格を問題にするということではなく、治療そのものに対する考え方が反映されており、アメリカの大学院教育において職業経験やボランティア経験など、人生経験を重視する動きが背景にあると聞く。

いずれにせよ、治療行為が若年者にとって困難な課題であることは確かであり、たとえば短大の2年間の教育のみで音楽療法士の資格を与えるなどという発想には問題があるのでは

なかろうか。

## 6) 所属団体 (表6, 7, 8)

表に挙げられている関係団体を見ると、臨床音楽療法協会、バイオミュージック学会会員であるのは当然のことながら、複数回答であることから、それらの音楽療法士が、各地方に展開されてきた音楽療法研究会に同時に所属していることが多いことがわかる。各地方での音楽療法に対する関心の高さ、また療法活動が地域に根を張って発展してきたことがつづさに見て取れる。一方、ある意味でそれより興味深いのが、音楽療法以外の所属学会の多彩さである。ここには、音楽系、医学系、心理系、福祉系、教育系、保育系などさまざまな学会、研究会があり、音楽療法という職種の多様性、また間領域性が如実に物語られている。こうした多様さのなかにあつて、音楽療法という職業・学問がどのような独自性と専門性を獲得していくのかが、今後の課題であろう。2001年4月1日には全音連が発展的に解消し、「日本音楽療法学会」が誕生するが、学会の確実な発展が期待される場所である。

## 2. セッションの実際について

### 1) 対象者の主たる疾患・障害とセッションの主な治療手段 (表9)

ここでは、表9について、まず「対象者の疾患・障害について」、次に「セッションの内容 (治療手段) について」、そして「疾患別とセッション内容の相関性について」の順に考察する。

#### 1) - 1 対象者の疾患・障害別セッション数について

やはりセッションの頻度として多いのは、1位「痴呆」(216)、2位「精神遅滞」(202)、3位「分裂病」(104)である。現場では「痴呆」に「脳血管障害」(74)が加わり、「精神遅滞」には「自閉症」(81)、「ダウン症候群」(39)が加わるであろうから、実際にはいわゆる発達障害児・者がもっとも多く、ついで痴呆性疾患が続く、3番目に多いのが精神分裂病ということになる。これはアメリカでもほぼ同様である (文献3)。

こうした頻度差には経済的な理由があるようである。たとえばアメリカでは、国家補助で高齢者に対するケアが推進されているため、音楽療法が現実的に職業として成立するケースがあるという。わが国においても、医療現場より、福祉関連施設の方が「音楽療

法士」に対して報酬が支払われやすくなっている実情があるようにみえる。

たとえば、医療現場では音楽療法はまだ保険点数化されておらず、また一般に医師の音楽療法に対する認識も浅いため、音楽療法士が現場に入り込むことは多くないが、福祉関連施設では、「音楽講師」などという名目で報酬が支払われやすいという現実がある。もちろん、痴呆性疾患や発達障害が、その障害の性質上、オルタナティブな治療を求めざるを得ないという事情はあるだろうが、セッションの頻度差の背景に、上記のような経済的事実があることもまた、無視できない現実である。

ところで、対象となる疾患に神経症(18)はまだしも、心身症(1)、人格障害(4)、摂食障害(1)、アルコール依存症(3)がきわめて少ないのは気にかかる。アメリカやドイツ語圏など、音楽療法先進国では、これらに対する実践はもはや通常のこととなっている (文献1, 3)。これらの疾患は、心理療法を治療の中軸に置くという点で共通しているが、わが国において、現在もっとも実践が少ないのが、この心理療法的音楽療法なのである。これは、以下にみる「即興」という方法が少ないことも関連している。心理療法にしても即興にしても、しっかりした訓練を経なければ出来ない方法であり、つまりはわが国における音楽療法士養成システムの未発達を物語っていると言わざるを得ない事実ということである。

さらに、アメリカの統計にあつて、表9にない対象として、たとえば、「受刑者」、「(性的、災害などを含む)被虐待児童」、「エイズ患者」などが挙げられる。わが国にあつても、近年、これらの対象は社会問題化している。こうした対象に対する音楽療法も、今後わが国で必要となってくるに相違ない。音楽療法関係者は、現在の対象ニーズに、より敏感である必要がある。ただ、アンケート中、「癌」の数値が10とあるのは、ホスピスでの実践が増えてきたためであり、「不登校」の7と合わせ、わが国でも新たな領域が開拓されつつあることは伺える。

#### 1) - 2 セッションの治療手段について

表9の「計」を参照すると、歌唱形式によるものが232セッションと最も多いことがわかる。これはわが国における顕著

な特徴である。いくつかの理由があろうが、何より歌唱はもっとも簡便に行えることから広く普及していると思われる。歌詞カードや歌詞を書き込んだ模造紙があれば、楽器を買う予算がなくとも手軽に行えるし、大集団グループでもさほど困難なく実施できる。即興演奏や合奏などを行なう技術がなくともセッションを運営できるし、実施面だけを見て誤解を恐れずに記せば、高度な音楽性（もちろんそれは本来必要なものなのだが）が不可欠であるということもない。また対象者（参加者）の側からすれば、特に年齢的に楽器を用いた「音楽体験」が乏しいであろう地域の老人施設入居者などでは、楽器を使用することにためらいや恥じらいがあり、むしろ地域の民謡や歌謡曲を歌うことなどが最も抵抗なく活動に参加しやすい、という実情もあろう。これらの意味で、歌唱形式が多いということは、a わが国の音楽療法教育の不足、b（大集団を扱わざるを得ないという）医療経済的問題、c わが国の音楽文化の特徴、などを反映した事実とまとめることが出来る。疾患・障害別に見ると、歌唱形式は、表にみるように、事実、老人施設や精神病院（分裂病）のグループで多く実施されている。

とはいえ、以上の理由があるからといって、その安易な使用を避けなければならないことは勿論である。選曲の問題や歌唱の前後における言語介入、あるいは記憶、感情、心理的深層の誘発技術など、留意点は数多いはずだからである。たんにレクリエーション的な歌唱療法を超えて、この形式でありながら、よりインテンシヴな治療を目指す活動が期待される。また狭義の歌唱ではないが、＜声による即興＞など、もっと注目されてよいのではないか。

さて、次に多いのは、「動き」である。これも上記と同様、活動に関わる予算の問題や参加人数の問題が影響していると思われる。布やオブジェ（ボールなど）を用いて障害者の運動を促す活動がすぐに想起される。それら比較的安価な道具で簡便に行え、しかも大人数に対応しやすいというメリットがあるのであろう。疾患・障害別に見ると、自閉症や精神発達遅滞、ダウン症を対象としたものに多い（いずれも1位）。

治療手段としては多いこの「動き」という活動は、むしろ音楽療法の専門性と大き

な関わりをもつものではあろうが、その関係を論じた研究論文は、いまだわが国で見かけることは少ない。「動き」は、音楽療法とダンス・ムーブメント療法の接点でもあり、音楽療法の視点から、今後、臨床的知見を整理・考察していく必要があるのではなかろうか。

その次に続くのが楽器演奏と即興である。歌唱や動きに比べて、わが国でこれらの方法が少ないのは、くり返すが、経済的な問題と、音楽療法士養成教育の問題が大きいようである。ちなみに欧米では、即興による方法がもっとも多い。合奏を成立させる技術や即興演奏の技術は、かなりの訓練が必要であり、わが国の養成システムの問題がここに露呈している。もちろん、さきに見たようにわが国の文化的問題も無視できないが、個人セッションであっても、（小）集団セッションであっても、集中的な心理療法的音楽療法にとりわけ即興は不可欠であり、それを可能ならしめる教育システムの整備が急務であると思われる。疾患・障害別に見ると、即興が多いのは全体数は少ないが神経症（7セッション、1位）である。心理療法的な音楽療法が数は少ないが試み始められているのであろうか。また、自閉症（2位）や精神遅滞（4位）、ダウン症（3位）など障害児・者の音楽療法でも比較的多く用いられている。

ところで、聴取的方法による音楽療法が全体で5位と少ないのはやや意外であるが、対象として、先述したように神経症や心身症、人格障害、摂食障害、アルコール依存症など、心理療法的接近を治療の根幹とする対象が全体にまだ少ないのが影響していると思われる。精神科領域では、まだ精神分裂病など内因性疾患の入院患者を対象にした大集団音楽療法がもっぱらで、それ以外の疾患にまでは音楽療法が浸透していない事情を物語っている。

なお、7の「不明、その他」が多いのは、アンケート作成の時点で「主な治療手段を1つ挙げよ」という明確な質問形式をとらなかったことが大きい。そもそも1つのセッションにおいて、いくつもの治療手段を混合して用いることが多いため、むしろこれは、音楽療法セッションの内容の多様さ・多彩さの反映であるとも考えられる。

### 1)–3 疾患・障害とセッション内容の相関性について

ここでは、セッション数の多い疾患・障害、

すなわち痴呆，精神遅滞，分裂病のみを見ておくこととする。

#### [痴呆]

セッション内容として，多い順に，歌唱—動き—楽器—聴取・即興—絵画・イメージである。歌唱，動きが上位に入っているのは，上にも記したように，これらの治療手段が，簡便に実施できるうえ，大集団にも対応しやすく，経済的に安価で，対象者にとって受け入れやすい，などの理由からと思われる。音楽療法士の養成教育が不十分である以上，やはり地域の音楽風土などに根差した，歌唱や動きによる活動が中心というのが現実であろう。しかし現場を見ていると，高齢者に対しても，合奏や即興など，楽器を用いたセッションが徐々にではあるが増えつつある印象がある。

#### [精神発達遅滞]

多い順に，動き—楽器—歌唱—即興—聴取—絵画・イメージである。ここでのポイントは，やはり，大集団や母子グループに効果をもたらす動きが一番多く，全体では三番目であった楽器演奏が二番目に多いということである。このような障害児・者では，言葉の表出が乏しく，言語的コミュニケーションが困難であるため，歌唱ではなく，この「動き」を活用した方法が，まずは選ばれるようである。同様に，自己表現を促しやすい楽器活動が導入されやすく，上位になったと考えられる。即興も4位ながら数は少なくない。ちなみに自閉症では即興は2位，ダウン症候群では3位である。ノードフ・ロビンズ音楽療法など，この領域で，著明な方法の啓蒙が進んでいるせいもあるだろうが，そもそも即興という治療手段が，このような対象に有効であるということが基本的な事実として存在するのである。

#### [精神分裂病]

多い順に，歌唱—楽器—即興—動き・絵画—イメージ—聴取である。ここでは，やはり導入しやすい歌唱が1位，しかし，2位，3位が楽器，即興と続いている。活動数が多いとはいえ，この領域における音楽療法は今後の課題であり，現在のところ，簡便に実施できる歌唱セッションの数が多いと指摘できるのみで，病態との関連を反映した結果であるかどうかの解釈は出来ない。ただ言えるのは，音楽によるリアルな時空，いわば「強い現実」

が，その治療に要求されるということで，受動的な方法よりも能動的な方法の方が，可能性が大きいということであろう。合奏や即興演奏について十分にトレーニングされた音楽療法士の活動がとりわけ期待される分野である。

#### 2) 各治療手段別の平均対象者数 (表10)

今回の調査では，セッションの様子をなるべく「目に見えるように」把握したい，という要請から，各治療手段を取るセッションが何人くらいの参加者を対象に行われているかを調べた。表10に見るように，「歌唱」形式のセッションが対象人数がもっとも多く平均24.9人である。続いて「絵画・イメージ」(18.47)，「動き」(13.47)，楽器演奏(11.42)，即興(7.61)，聴取(7.35)という順になっている。

「歌唱」が大集団に対応しやすいことは先ほどから何度も述べてきたとおりであるが，ここで実際に証明されたことになる。観測度数の表13を見ると，50人を超えるグループが26セッションもあり，これではとてもきめ細かな治療が行えるはずはない。「絵画・イメージ」という方法が2位に来ているのは，全体のセッション数が少ないため平均を取ると多くなってしまっているということである(表13)。もう少し母集団が大きくないと評価しかねる数字である。それにしても，3位の「動き」，4位の「楽器演奏」に至っても平均対象者人数が10名を超えているというのは，わが国の医療・福祉経済的な貧困さを如実に反映したものとと言えるのではなかろうか。

障害者個人の利益のためにも，音楽療法の健全な発展のためにも，個人や少人数を対象にしたセッションがより多く行える環境を早急に整えることが必要と思われる。

#### 3) 対象者の疾患・障害とそのセッションの形態 (表11)

3)ー1 対象者の疾患・障害別セッション数について

対象者の疾患・障害別のセッション数は，上記1)ー1と同様の結果となっている。

#### 3)ー2 セッションの形態について

まず，わが国でいかなる形態のセッションが多く行われているかを見る。表の最下段の合計をみると，多い順から，B：セラピストが前に立ち，対面式に集団が並ぶもの(488セッション)，C：セラピスト，参加者が円形(輪)に並ぶもの(253)，A：1対1形式，

ないしそれに準ずるもの (166), D:セラピストが前に立ち, 参加者はテーブルに着席するもの (32), E:その他 (11) となっている。

B (セラピストが前に立ち, 対面式に集団が並ぶもの) が多いのは, やはり大集団の歌唱形式に対応した形態だからであろう。わが国では現在のところ, これがもっとも一般的な音楽療法形態だということになる。たとえば歌詞カードが見やすく, セラピストと交流しやすく, セラピストが目を配りやすい, などの利点はある。しかし, 参加者相互の関係性やグループダイナミクスの観察には不向きで, セラピストと個人との関係が深められないなどの限界も持ち合わせる形態である。

2番目に多いC (セラピスト, 参加者が円形に並ぶもの) は, それに比べ, メンバー相互の関係性やグループダイナミクスの観察には適している。セラピストが参加者と対等な関係に位置することが出来, 相互のやりとりやグループ即興が行いやすいなどのメリットもある。グループ・セッションでは治療的介入にもっとも適した形態がこの円形の活動であり, アンケート結果でこれが2番目に多いのは, 一応評価できる。ただ, 問題もある。後にも述べるが, 平均対象者人数が16.98人と多いことがそれで, いま述べた折角のメリットも, このような大集団では帳消しになってしまうことが多い。ここでも, 大集団を扱わざるを得ないという現実が治療の質の低下を招いていると指摘せざるを得ないのである。

一方, A (1対1形式, ないしそれに準ずるもの) が166セッション (3位) という数字は, 母集団が950であることからすれば, いかにも少ないと嘆かざるを得ない。即興を用いた個人音楽療法が多い欧米に比較して, わが国ではこの形態がきわめて少ないのが特徴である。この形態こそ, 個々の対象者の障害の程度や能力に合わせたきめ細かな治療的営みが可能な治療形式であり, 個人の内面に深く切り込む深層心理学的な音楽療法が可能となる形式でもある。これを行うためには, 音楽的な技術とともに, 対象者の抱える問題や病理を深く理解していることが不可欠であり, 音楽療法士としての熟練がとりわけ重要となる。何度も述べてきたような養成システムと医療・福祉経済的な問題 (音楽療法が保険点数化されていない現在, 個人療法は効率が悪い) が背景にある。

ただし, D (セラピストが前に立ち, 参加

者はテーブルに着席するもの) が32セッションと少ない (4位)。老人施設や精神病院などの食堂 (ダイルム) において大人数で行う活動などでよく見かける形態であり, 以下にも述べるように, 実際, 痴呆患者や分裂病者に対するセッションに多い。この形態では, 参加者がときにセラピストに対して背を向けたり, 首を曲げたりしなければならない。活動を行う施設スペースの問題や, テーブル撤去に手間がかかるなど, さまざまな事情はあるだろうが, この形態の有用性については, 改めて検討してみなければならない。

### 3) - 3 疾患・障害とセッション内容の相関性について

#### [痴呆]

圧倒的に多いのがB (セラピストが前に立ち, 対面式に集団が並ぶもの) の130セッションで, ついでC (セラピスト, 参加者が円形に並ぶもの) の51セッションが続く。個人セッションはたった16である。やはり, 大集団による歌唱セッションが多いからと推測される。上にも記したように, 歌詞カードを使ったり歌詞を書いた模造紙を前に貼ったセッションで, 地域の民謡や歌謡曲などを歌う活動が, 今のところもっとも簡便かつ導入も容易なのであろう。テーブルに着席する活動が少ないのはやや意外な結果であった。

#### [精神遅滞, 自閉症, ダウン症候群]

B (セラピストが前に立ち, 対面式に集団が並ぶもの) がもっとも多いことは変わらないが, これらの障害に特徴的なのは, A (1対1形式, ないしそれに準ずるもの) が比較的多いということである。特に自閉症では, 1位のB (29セッション) に対し, 1対1の形態が26セッションとほぼ同数ある。障害者が集団に馴染みにくいという病態の影響も大きいと思われる。また即興を用いた方法などがこの分野で普及しているのが反映されているであろう。C (セラピスト, 参加者が円形に並ぶもの) も精神遅滞で55, 自閉症で22と比較的多く, 「痴呆」などの対象者よりは, これらの障害をもつ対象者のほうが, より親密な治療的やりとりを行われていることが推察できる。

#### [分裂病]

「痴呆」におけるほど顕著ではないが, やはりB (セラピストが前に立ち, 対面式に集団

が並ぶもの)がもっとも多く、ついでC(セラピスト、参加者が円形に並ぶもの)、D(セラピストが前に立ち、参加者はテーブルに着席するもの)と続き、個人セッションがもっとも少ない。理由は「痴呆」におけるのと同様であろうが、この疾病に対してインテンシブな個人精神療法がかって欧米で盛んに行われていたことを想起するならば、今後は個人セッションがもっと試みられてよいであろうし、またそれを願うものである。

#### 4) 各形態別の平均対象者数(表12)

「結果」に記したとおり、形態A(1対1)で平均人数が約3人と一見矛盾しているような数字があるのは、セッションあたりの対象者数が複数でも、セッションが本質的に1対1で行われていると判断されたものも含めたからである。平均対象者数が一番多いのはやはりD(セラピストが前に立ち、参加者はテーブルに着席するもの、26.00人)で、これは、病棟内の食堂などでいわゆるオープン・グループで行われていて、棟内の生活者が多く参加しうることからと推測することが出来る。B(セラピストが前に立ち、対面式に集団が並ぶもの、23.61人)も多いが、これは形態からして大人数に対応しやすいものである。

問題は、C(セラピスト、参加者が円形に並ぶもの)においてすら、対象者が平均16.98人もいることである。欧米ではこの形態がもっとも一般的に行われる形式だが、ほとんどが数名の小グループで行われる。わが国の、この結果に示されるような大グループでは、この形態がもつ治療的なメリット(先述)が生かされなくなってしまい、大きな損失であると考えられる。

以上、全音連認定音楽療法士の活動の実際を調査して、もっとも強く印象づけられるのは、わが国の音楽療法活動において、個人や小グループを対象とした、インテンシブな治療関係を基盤とする活動がなお乏しいことである。欧米先進国と比較したときに明らかな、臨床面におけるこうした立ち後れを解決するためには、音楽療法士教育システムの充実や新たな臨床現場の開拓など、音楽療法関係者の努力のみならず、医療・福祉経済的、または政策的なバックアップが不可欠と考えられる。

## V. 要約

以上、本稿では、わが国の音楽療法の実態を昨年度よりもさらに具体的に把握するため、全音連の認定音楽療法士に対して行ったアンケートの結果から、認定音楽療法士のプロフィールと、彼らにより実施されているセッションの形態および内容について集計し、考察を加えた。これに関連し、わが国の音楽療法界が抱える問題点が抽出されたが、それらを要約的に列挙すると以下のとおりである。

### 1. 認定音楽療法士のプロフィールについて

1) 認定音楽療法士の性別で女性が圧倒的に多いのは予想されたことだが、年齢層が40歳代～60歳代と高いのが特徴的で、認定基準のなかに音楽療法の経験年数が重視されていることが影響していると推測された。認定音楽療法士の分布には各地方の養成機関や研究会などの事情が反映されていた。

2) 主職業として「音楽療法」とする者が最多であり、「認定」という営みが音楽療法士としてのアイデンティティの確立に大きく寄与していることが明らかになった。

3) 学歴は大学・大学院卒業がもっとも多かったが、専門学校卒、短大卒も少なくなかった。欧米で、治療に関わる職業の養成教育において、人生経験が重視されることを参照し、今後はわが国でも、最低大学卒業などのベースラインを作ることの重要性を強調した。

4) 認定音楽療法士が所属する団体は、音楽療法関連団体のみならず、音楽・医学・心理・福祉・教育・保育系などさまざまな団体があり、この職種の多様性・間領域性が如実に物語られていた。こうした多様さのなかにあつて、音楽療法が今後、いかなる独自性・専門性を獲得していくかが今後の課題となる。

### 2. 認定音楽療法士により行われているセッションの実態について

1) 対象者の疾患・障害では、わが国では、なお従来からの障害児・者、痴呆性疾患、分裂病などが対象として多く、欧米で多い心身症や人格障害、摂食障害、アルコール依存などは少なく、「癌」や「不登校」に対する活動は存在したが、社会問題化している「受刑者」、「被虐待児童」、「エイズ患者」などへの活動は皆無であった。

報酬などの条件のみならず、今後は、より社会的なニーズに敏感であることが必要であろう。

2)セッションの内容(治療手段)としては、「歌唱」や「動き」によるものが上位を占め、「即興」や「楽器演奏」などが少なかった。経済的かつ簡便であり、大集団を扱える方法が多いということは、一方で、わが国の医療・福祉経済的な貧困、および音楽療法士養成教育の不備を露呈するものと考えられた。

3)疾患・障害の種類とセッション内容(治療手段)の相関として、痴呆性疾患では「歌唱」が多く、精神遅滞では「動き」と「楽器演奏」が多いというふうに、活動への導入の容易さや病態との関連が伺えた。

4)セッションの形態としては、「セラピストが前に立ち、対面式に集団が並ぶ」という形態がもっとも多く、個人を対象とした「1対1形式、ないしそれに準ずるもの」の形態をとるセッションが少なかった。これは欧米先進国の傾向と大きく異なる点で、わが国で、インテンシヴな治療関係を基盤とする活動がなお乏しいことが明らかになった。

5)疾患・障害とセッション形態の相関では、痴呆性疾患や分裂病で、「セラピストが前に立ち、対面式に集団が並ぶ」形態が目立って多かったのに比べ、自閉症など発達障害児・者では、「1対1形式、ないしそれに準ずるもの」が比較的多いことが特徴的であった。

6)治療手段別、またセッション形態別の平均対象者数で浮き彫りになったのは、いかなる方法・形態(個人セッションは除く)においても、対象者の人数が多すぎるという点で、ここでも、特に医療・福祉経済面におけるわが国の後進性が指摘された。

障害者個人の利益のみならず、音楽療法の健全な発展のためにも、個人や少人数を対象にしたセッションがより多く行える環境を整えることが急務である。

3. アンケートの分析結果から析出した以上のような諸問題、特に臨床面における立ち後れを解決するためには、音楽療法士教育システムの充実や新たな臨床現場の開拓など、音楽療法関係者の努力のみならず、医療・福祉経済的、または政策的なバックアップが不可欠と考えられた。

#### 謝 辞

おわりにのぞみ、考察にあたって貴重なご助言をいただいたニューヨーク大学大学院音楽療法学科、岡崎香奈助手に深謝いたします。

#### 文 献

1) Decker-Voigt H-H, Knill PJ, Weymann E (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie.

Hogrefe-Verlag, Goettingen, 1996. (阪上正巳, 加藤美知子, 斎藤考由, 他訳「音楽療法事典」. 人間と歴史社, 東京, 1999.)

2) 村井靖児, 他: わが国の音楽療法の実態に関する研究. 厚生科学研究補助金 障害保険福祉総合研究事業<音楽療法の臨床的意義とその効用に関する研究>平成11年度研究報告書: 15~37, 1999.

3) 篠田知璋: 欧米の音楽療法の実態に関する研究. 厚生科学研究補助金 障害保険福祉総合研究事業<音楽療法の臨床的意義とその効用に関する研究>平成11年度研究報告書: 45~66, 1999.

#### 付 録

(アンケート全文)



全日本音楽療法連盟認定音楽療法士各位

### 1999年度、音楽療法アンケートのご依頼

20世紀最後の年がスタートいたしました。皆様にはお変わりなくお過ごしのこととお慶び申し上げます。

さて昨年行いましたアンケートの集計が出来ましたので、お送りいたします。詳しくは本文の考察にも書きましたが、日本の音楽療法界の現状が浮き彫りにされ、興味ある結果が出たと思っております。ご協力ありがとうございました。

今年は厚生省の助成研究が2年目に入り、認定音楽療法士からアンケートを頂くことになりました。お忙しい毎日とは存じますが、よろしくご協力ください。

用紙Aは、認定音楽療法士の皆様の現在について、改めてお伺いするものです。このデータは全日本音楽療法連盟の2000年3月現在の情報として、データベース化させていただきます。氏名・連絡先等、正確にご記入くださるようお願いいたします。

用紙Bは、今回のアンケートの本文です。昨年よりも質問項目が多岐に渡りますが、これからの日本における音楽療法の発展の基礎資料となる大切な質問項目ですので、是非ご協力下さいますようお願いいたします。

アンケートの集計に際して、皆様の個人情報自体を第三者に開示、公表することは決してありません。データの集計に当たりましても、個人のプライバシーが侵害されることのないよう、格別の注意をもって処理することをお約束いたします。

集計結果はまた皆様のお手元にお届けいたします。今回の調査は、音楽療法士の活動の場を、行政の視点から眺めることが、大きな柱のひとつとなっております。回答に時間のかかる質問項目であることは承知しておりますが、認定音楽療法士の皆様の日常活動の実情調査ですので、是非ご回答頂きますようお願いいたします。

平成12年3月8日

厚生科学研究費補助金 障害保険福祉総合研究事業  
音楽療法の臨床的意義とその効用に関する研究  
わが国の音楽療法の実態に関する研究班  
村井 靖児

## 用紙 A

**I .** あなたご自身のことについてお尋ねします。

- ① あなたの認定番号
- ② あなたの氏名 (旧姓) (ヨミをつける)
- ③ 性別 及び 住所
- ④ 郵便番号 及び 住所
- ⑤ 電話番号、FAX 番号
- ⑥ E-mail アドレス
- ⑦ 勤務先 (常勤の方のみ)
- ⑧ 主な職業
- ⑨ 学歴 (大学、専門学校など複数ある方はすべて)

**II .** 音楽療法の教育への関わりについてお尋ねします。

- ⑩ あなたが教育者として関わっている大学院、大学、短大、専門学校名、その他

**III .** 学術活動についてお尋ねします。

- ⑪ あなたが所属する学術団体名
- ⑫ 発表経験
- ⑬ あなたの著書
- ⑭ 雑誌等に掲載された論文名

**IV .** ご自分のセッションに関して相談できる人がいますか。

- ⑮ 相談できる人の有無

## 用紙 B

音楽療法セッションについてお伺いします。

### I .

- ① 現在あなたはどのような場所で音楽療法を行っていますか？  
該当する施設の種類を別紙（施設分類表）より選び、施設の番号を記入してください。同じ番号の複数の施設に行ってセッションを行っている場合は、施設数の欄にその数をお書きください。  
（ただし同一施設での複数セッションは1施設として記入願います。）
- ② 現在あなたは総計何ヶ所の施設で、総計何セッションの音楽療法を行っていますか？

### II .

あなたのセッションを最大7つまでを選び、回答用紙のA・B・C・D・E・F・Gの欄に該当する記号と番号をつけて、次の問いに答えてください。

- ③ それぞれのセッションの頻度は何回ですか？  
週・月のどちらかに○を付け、回数を書き込んでください。
- ④ 1回のセッションの人数は何人ですか？
- ⑤ セッションの対象者はどのような障害を持った人たちですか？  
精神分裂病、知的障害児などわかる範囲で記して下さい。  
複数の場合は、主なものに◎をつけてください。
- ⑥ 年齢の範囲は何歳から何歳ですか？（おおよそで結構です）
- ⑦ 主な年齢層は何歳代ですか？（おおよそで結構です）
- ⑧ 関わっている認定音楽療法士の人数は何人ですか？（ご自身を含めます）
- ⑨ アシスタントの人数及び、職種は何ですか？
- ⑩ それぞれのセッションの内容を具体的に書いてください。
- ⑪ 音楽療法士としての仕事に報酬が払われているかどうか教えてください。  
（有・無のどちらかに○をつけてください。）
- ⑫ 交通費の有無を教えてください。（有・無のどちらかに○をつけてください。）
- ⑬ 有給休暇の有無を教えてください。（有・無のどちらかに○をつけてください。）
- ⑭ それぞれの施設規模を教えてください。
- ⑮ 各セッションでのセラピスト、アシスタント、クライアント、楽器、机などの位置関係を図示してください。（用紙のスペースが少ないので、横書き、もしくは、別の用紙にお書きください。）

⑯ 各施設では音楽療法が施設内に広まっていくことを望んでいますか？

(下記から選り記号でお答えください。)

ア 非常に望んでいる イ 望んでいる ウ それ程でもない エ 望んでいない

### Ⅲ.

⑰ セッションの報酬はいくら位が適当と考えますか？認定音楽療法士、認定外有経験者、認定外新卒者別にお答えください。

⑱ あなたは現在の音楽療法の収入で生活ができていますか？○をつけてください。

又、補助のために他に職業に就いていたらお書き下さい。

⑲ クライアントに現れた音楽療法の効果を具体的に挙げてください。

⑳ 常勤で仕事をしたいと考えますか？○をつけてください。

㉑ あなたが今、最も学びたいと思うことは何ですか？

Ⅳ. 今、全日本音楽療法連盟に望むことは何ですか？

自由に書いてください。(回答欄をお願いします)

Ⅴ. あなたが音楽療法を行うにあたって大切だと思うことは何でしょうか。キーワードを挙げてお答えください。

ご協力、どうもありがとうございました。