事例

「(空笑が目立っていた男性)・・・特に好みの曲だと、実に楽しそうに音楽の中に没頭していくようになった。・・・明るい表情が増え、・・・無関係を装ったような参加が減って、日常的な対話の成立度も上がってきた。」(中井他, 1998)

「衣装を身につけてメイキャップする段階で、メンバーの表情はいつになく楽しそうだった。・・・自分と違う自分を演じる疑似体験と表現は自分自身の開放化や発散をもたらす快体験だったと考えられる。」(本間, 2002)

「・・・参加者は、独唱者、司会者、プログラム掲載係、楽器演奏などの役割を持ちながら、受動的ではなく能動的に音楽活動に参加するようになっている。」「創造的音楽活動は、自己の内面を投影し、それをフィードバックしていくことによって、自己を発見し、他者を発見していくための触媒的な役割を果たす可能性を持っている。」(山下, 1996)

「音楽を媒介とすることで、話すことへの抵抗が弱くなった。自分の意見を言うときでも『歌詞を解釈している訳で、自分の体験を語るわけではない』というバッファーがあるため、表現する自分の傷つき体験が緩和された。・・・歌詞解釈が非現実的なものへ移行しそうになった時は連想を中止させ、「今、ここで」の話題に向くように注意した。」(今井他, 1999)

「ロックバンドができ、演奏により力をいれるようになったため、鑑賞と演奏の2つの構成へと移行した。・・・『格好いい音楽を聴いて格好いい演奏をしたい』というふうに、鑑賞と合奏との間に連続性がうまれた。(今村他, 1998)

【プログラム】

プログラム	a.音楽を媒体とするプログラム 参加者の意見、嗜好を取り入れた 音楽と音楽体験の共有 言葉によるシェアリング	自分たちで音楽を作り、楽しむ姿勢 イメージ・感情の言語化 コミュニケーションの促進 社会生活への応用
	b.音楽を目的とするプログラム 内容を特定した活動 発表	技術の獲得による自信回復 趣味としての社会参加 持続性、努力、目標達成
	c.休息的プログラム BGMなどのイージーリスニング おしゃべり、	疲れ、病気の苦しさを癒す 気晴らし、休息の場の提供 集団から逃れる 病状悪化の予防
使用曲	a.楽しむための音楽	歌詞の内容の掘り下げ、共有 幅広いジャンル、レベルの曲での演奏 楽しみながら技術を獲得 演奏、鑑賞の楽しさを味わう
	b.即興的音楽	音楽の即興の楽しさを知る 高級な音楽遊び
	c.BGM的音楽	一時避難的目的

※1セッションのプログラムだけでなく、目的に即した長期的なプログラムも必要になる

事例

「治療目標を明らかにするため・・・全プログラムを5段階にグレード分類した。音楽プログラムの目標はグレード2～4とした。」「メンバーアンケートの結果・・・音楽プログラムに対して『楽しさ』を求めていることがわかった。」(市来, 1996)。

「コードや楽譜の書き方などに不満が多かったが、やがてこれらを整理し、セラピストに自分の弾きやすい代替コードを適切に要求したり、楽譜の書き方について妥協案を提示したりできるようになった。・・・楽器やCDを買いたくてはじめたアルバイトもムリのないペースで続けられるようになってきた。」「(大柄だが控えめで自身のない態度の男性が、叩く楽器で)聞こえないくらい小さかっ

た音も大きくなり、・・・日常生活においても自信が出てスタッフとの対話がはずむようになり、さまざまな活動に意欲も出て、主治医に求職を許可された。」（中井他，1998）

プログラム例

1．創作曲による楽器演奏（中井他）

1）導入　即興演奏によるBGM　開始の歌

2）　季節の歌や話題の曲（唱歌、ニューミュージック）の歌唱

3）　ミドルテンポのポップな曲でのステップ、バラードでのストレッチ（身体的リラックス）

4）主活動　創作曲の提示
振り分けられた曲の楽器演奏（キーボード、ドラム、メタルホン、パーカッションなど１０～１２のパート）

4）　半円形に並べた椅子に座り、感想などを自由に発言

6）まとめ　毎回同じ終了の歌（余韻調整）

2．バンド演奏を行なう音楽教室（熊本他、1997）

1）導入　楽器のセッティング

2）主活動　それぞれに楽譜を持ち、ギター、パーカッションなどで演奏　ドラムは輪番制で全員が行なう　２～４曲

3）まとめ　余った時間でスタッフや参加者がソロ演奏

3．歌唱と歌詞の内容について話し合う活動（渡辺，2003）

1）導入　今日の曲をファイル

2）主活動　季節の曲の歌唱
リクエスト曲の歌唱

3）　今日の歌の歌唱

4）　歌詞について話し合う

5）まとめ　終わりの曲の歌唱（全員がマイクを持つ）

6）　次回の曲を決める

留意点	参加者間の意見対立、葛藤―原則として非介入 発表―失敗体験の危険性

D　考察

音楽療法のマニュアルとしてどのようなものが最も理想的であるかは判断が難しい。音楽療法をするものにとっての道案内役とするのが望ましいと思うが、その場合にも、マニュアルを初心者のためのものとするか、あるいはすでに音楽療法を進めているものが己の質を高めるために用いる指南書役のものにするか。ここでは後者の方を目指すことを心がけた。

本マニュアルでは、ある特定の音楽がどの疾患や症状に有効であるかということについては、一切触れなかった。その理由は、そのためにはエビデンスが不足だと感じたからである。その代わりに、統合失調症の音楽療法を経験した音楽療法士たちが書いた論文の中から、彼らが有効事例だとして取り出した効果の内容とそのプロセスをその記述のまま、エビデンスとしてできるだけ多く取り上げることにした。その記述の選択は分担研究者が行った。

慢性統合失調症の音楽療法では、どうしたら治るかより、どうしたら彼らのストレスを減らせるか、交感神経性の緊張を緩和できるか、更に具体的に言えば、活気が出てくるようにできるか、会話が多くなるかなどの症状の軽減を目指すもので、その結果として、協調的になってきたり、不適応が減ずるという結果が導かれるものである。幻聴が取れたり、妄想が消失するというものではない。

また統合失調症の治療は、現在病棟単位で行われている。それはわが国の統合失調症の治療の仕方を映し、急性治療病棟、慢性閉鎖病棟、慢性開放病棟、デイケア病棟という４つの処遇形態で行われている。そこで本マニュアルでは、処遇の４つの形態を基にして、そこでの音楽療法の目的、方法、形態、選曲を示した。

音楽療法を有効ならしめるためには、病気側の問題と、治療者側の問題と、音楽側の問題がよいバランスで相互に絡み合わされなければならない。今回は音楽療法士へのマニュアルということで、主として病気側の問題とそれに対する治療者側の対応について取り上げた。

しかしもう一つの問題として、音楽に関する記述が相対的に少ないことをあげることができると思った。音楽療法士だから音楽の記述が少ないのだろうか。この点は音楽療法の専門性ともあわせ、音楽療法士の問題として真剣に受け止める必要があると感じた。１８年度の効果研究でこの点への研究の足場作りをしたいと考えている。

E　結論

今回のマニュアルは、これまでの音楽療法の知識で作られた現時点のマニュアルである。今後統合失調症の音楽療法の知見が増加することにより、マニュアル自体が改良され、更新されていくことが必要であると考える。

謝辞

今回の研究に当たって、以下の方々に、資料として論文内容の抄録作成にご協力いただきました。この誌面をもって心から感謝の意を表します。

井澤文緒　尾形由貴　久保田牧子　公文理恵
神宮寺紋子　菅佐文　杉山陽子　鈴木綾子
鈴木千恵子　中野万里子　中山晶世　根岸由香
藤本禮子　二俣泉　本間美知子　松本佳久子
水野智公　屋部操　吉田明日香　吉村奈保子
米澤あおい　和田茜

参考文献

赤塚英則，大塚成仁，加藤拓彦，加藤千佳，工藤佳子，長尾秋人，五十嵐喬：精神病院における集団音楽療法の展開―治療の“枠”に関して・他の治療との統合をめざして―，日本音楽療法学会誌，1：113－129，1991.

有田昌代，吉本美紀子：ホスピタリズムの改善を目的とした音楽療法，日本バイオミュージック学会誌，16－1：107－112，1998.

安藤東湖：精神病院における詩吟療法，音楽療法研究，3：63－69、1998.

市来真彦：精神科デイケアにおける音楽療法の試み，日本バイオミュージック学会誌，14－2：113-121，1996.

今井亜矢子，森下章：言葉によるコミュニケーション能力を促しえた音楽療法の一例，日本バイオミュージック学会誌，17－1：111－115，1999.

今村忍，小畑浩示：ロックを取り入れた精神科デイケアでの音楽療法の実践，音楽療法研究，3：70－75，1998.

大野桂子：精神科音楽療法における治療構造，日本音楽療法学会誌，5：23－30，1995.
　精神科病院に於ける音楽療法を考える―二つの事例研究を通して―，日本音楽療法学会誌，6：89－98，1996.

笠島道子：精神分裂病者へのピアノ連弾による音楽療法の考察，日本音楽療法学会誌，5：115－118，1995.

久保田牧子：精神科における音楽療法―歌唱活動を中心にした音楽療法―，日本音楽療法学会誌，4：45－51，1994.

熊本庄二郎，馬場俊一，南谷茂，渡辺恭子：楽曲が提示する同時代性について―20 歳代の精神分裂病患者を対象としたデイケアにおける音楽療法実践から―，日本芸術療法学会誌，28－1：49－55，1997.

蔵田勢津子，飯田順三：病棟内集団音楽鑑賞療法の試み，日本芸術療法学会誌，22－1：116－123，1991.

笹川明日香：音楽鑑賞における精神分裂病患者の表現について，音楽療法研究，6：68－74，2001.

杉本裕子：集団内交流におけるリクエストの変化―分裂病患者さんとの１年半から―，日本音楽療法学会誌，5：103－107，1995.

高橋右子：当院における音楽療法―「あさがおの会」を通して―，日本音楽療法学会誌，12：83－88，2002.

田中みどり，白石潔：分裂病者と和太鼓―内・外，快・不快，自・他―，日本芸術療法学会誌，25－1：19－25，1994.

中井深雪，大谷正人，山下由夏：精神科デイケアにおける小集団器楽療法の構造について―治療構造としての「音楽療法プラットフォーム」―，音楽療法研究，3，107－115，1998.

畑田早苗：１，２，３ハイで始まった私の音楽療法，―ＡＣＴＩＶＩＴＹの使用を考える―，日本音楽療法学会誌，6：127－131，1996.

馬場俊一，南谷茂，渡辺恭子，岡田謙：大学病院精神科病棟におけるドラムを用いた音楽療法の実践―精神分裂病者のリズム特性を中心として―，日本芸術療法学会誌，26－5：113－119，1995.

早川昭，松本明子，青木はつ江：コミュニケーション機能触発のためのグループづくりと歌唱，日本音楽療法学会誌，4：115－122，1994.

早川昭，小野田明，下田恭子：小集団で行われる

歌唱活動の意義：日本音楽療法学会誌，10：53－59，2001.
原村C子：患者さんと共に歩んだ音楽療法の４０年，日本音楽療法学会誌，２：107-113，1992.
本間美智子：メンバーとスタッフの共同創作ミュージカルを含む音楽療法の試み―精神科ヤングデイナイトケアにおける集団音楽療法―，日本音楽療法学会誌，12：75－82，2002.
村井靖児：音楽療法から見た分裂病の回復過程，精神治療学，13－10：1225－1231，1998.
村井靖児，他：音楽療法のマニュアル作成と効果研究Ⅱ，厚生労働科学研究費補助金　こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究，総括・分担研究報告書，主任研究者　大野裕，2007.
山下恵子：精神科病院デイケアにおける集団音楽療法の治療過程，日本音楽療法学会誌，６：109－115，1996.
山下諭美，森下恵美子：音楽活動との再会により自信回復・自我機能の統合がなされ軽快した一症例―２つの器楽グループの果たした役割―，日本音楽療法学会誌，12：67－73，2002.
夢薪泉：精神科病院作業療法における音楽療法の経験，音楽療法研究，６：89－95，2001.
渡辺恭子，本城秀次：音楽療法における関係発達に関する一考察―精神分裂病患者を対象とした音楽療法から―，日本芸術療法学会誌，32－１：5－11，2001.
渡辺恭子：自己愛発達の観点から見た音楽療法，日本芸術療法学会誌，34－2：56－62，2003.

音楽療法のマニュアル作成と効果研究Ⅱ

—慢性統合失調症に対する音楽療法の効果研究—

[分担研究者]　村井靖児[1]
[共同研究者]　依田知子[2]、篠原裕子[3]、村井満恵[1]
[研究協力者]　鈴木暁子[4]、小笠原和子[5]、藤原陽子[6]
[協力病院]　東加古川病院(院長：森隆志)
慈雲堂内科病院（院長：田邊英一）

研究要旨

音楽療法研究は心の問題を扱う関係上、事例研究が圧倒的に多い。近年音楽療法の EBM が問われ、効果に関する量的研究にようやく関心がもたれるようになった。ただ音楽療法の効果判定のための評価指標が整備されていないため、量的効果判定の困難性が存在する。本研究では、そのような効果判定の困難性を踏まえて、４つの評価指標を用いて、異なる４つの慢性統合失調症患者グループに音楽療法を実施し、効果判定を行った。用いた指標は、PANSS、JSQLS、日常生活観察 1.2、メンタルテンポである。これらは、統合失調症の病状、QOL、生活状況、内的緊張度を測る指標である。これらの指標を用い、音楽療法は患者のいかなる様態に効果を顕すものか量的検証を試みた。その結果、QOL を評価する JSQLS(The Japanese version of the SchizophreniaQuality of Life Scale)の ME 領域(動機/活力)と PS 領域(心理社会関係)において、有意な改善が認められた（ME 領域はグループ間で改善率に差あり）。すなわち音楽療法は患者の主観に働きかけ、動機や活力を活性化し、情緒的な不安や対人緊張などの心理社会関係の改善に有効である可能性が示された。しかし、陽性症状及び陰性症状など、他の指標に関しては有意な変化は認められなかった。なお、本研究は臨床現場における研究の困難性より、グループ内患者数、期間、記入方法など不備の残る研究であったことを明記しなければならない。

A 研究目的

精神病院における音楽療法は慢性統合失調症患者に対して実施されているのが現状である。すなわち病状が薬物の投与によっても改善できず慢性化し、現在薬物を使用しながら音楽療法を実施している患者たちである。本研究は、音楽療法が彼らにいかなる効果を顕すものか、量的検証を試みることを目的とした。

---

1 聖徳大学　2 聖徳大学大学院博士課程　3 聖徳大学大学院修士課程　4 東加古川病院音楽療法士
5 慈雲堂内科病院音楽療法士　6 慈雲堂内科病院

B 研究方法

音楽療法の効果を調べるために、４つの評価指標を選び、２つの病院の病態水準の異なる４つの患者グループに集団音楽療法を実施し、効果を判定した。使用した評価指標は、PANSS、JSQLS、日常生活観察1.2、メンタルテンポである。

1）対象者

慢性統合失調症患者　合計45名

慈雲堂内科病院(東京都)

① デイケア病棟18名
(男性7名、女性11名、
平均年齢50歳、26-73歳)

② F1閉鎖病棟*　閉鎖出身者グループ
男性9名（平均年齢68歳、61-74歳）

③ F1閉鎖病棟*　開放出身者グループ
男性6名(平均年齢67歳、58-81歳)

東加古川病院（兵庫県）

④ 音楽療法クラブ12名
(男性5名、女性7名、
平均年齢61歳、43歳-76歳)

(②、③は同時に合同で音楽療法が行われた)

*F1閉鎖病棟は研究開始一ヶ月前に、2つの異なる病棟から患者が移動し病棟再編成が行われた。このためF1病棟には、もと閉鎖病棟患者ともと開放病棟患者が混じる集団が形成された。彼らは同時に同じ場所で音楽療法を受けたが、両者の病態水準の差を考慮して、2つのグループとして分けて解析を行った。

2）場所

① デイケア棟レクリエーション室
② ③F1病棟食堂ホール
④ 病院内音楽療法室

3)セッション内容

① デイケア病棟
従来より続けられている歌唱、楽器演奏、動きを取り入れた音楽療法を引き続き実施

② ③ F1閉鎖病棟
精神病院で行われる最も一般的な集団歌唱を主とした音楽療法

④ 音楽療法クラブ
クリスマス発表に向けての新しい器楽合奏練習を目指した音楽療法

なお、①、②③、④のセッション内容は、『音楽療法のマニュアル作成と効果研究Ⅰ―統合失調症のための音楽療法マニュアル―』(村井他、2006年度)で示された、デイケア病棟音楽療法マニュアル、慢性閉鎖病音楽療法マニュアル、慢性開放病棟音楽療法マニュアルに基づくものである。

4)セッション時間

①、②③は1時間
④は1時間半
であった

5)研究期間

H.18年9月末日から週1回の音楽療法セッションを6回～11回実施した間の前後、あるいは各回の前後において評価、測定を行った。

6)評定に用いた尺度および指標

Ⅰ)PANSS(陽性・陰性症状評価尺度)

病状の変化を把握するために、医師により研究スタート前と終了後に実施された。PANSS (Kay, Fiszbein, Opler, 1987, 訳 山田等 1991) は、陽性症状を評価する陽性尺度、陰性症状を評価する陰性尺度、陽性尺度と陰性尺度の得点差を示す構成尺度、全体的な病像を評価する総合病理尺度の 4 つの尺度から構成されている。いずれの尺度も高値になるほど症状が重いことを示す。

Ⅱ) JSQLS (The Japanese version of the Schizophrenia Quality of Life Scale)

研究スタート前と終了後の 2 回、対象者への手渡しで自己回答してもらった。(自己回答不能の場合には、医師が質問し、記入を代行した)。SQLS は Wilkinson (2000)等が開発した統合失調症患者の QOL を評定する新しい質問紙で、PS 領域(心理社会関係)、ME 領域(動機/活力)、SS 領域(症状/副作用)の 3 領域から構成されている。本研究では、兼田らが日本語訳した JSQLS を使用した。質問項目は表 1 に示した。各項目は 0 点～4 点で評価された後、領域ごとに 0～100 の得点に換算される。得点が大きな値になるほど、患者の QOL は低いことになる。

表 1　JSQLS　質問項目

1. 何かをする気力に欠けていることがある(ME)
2. 震えに悩まされている(SS)
3. 歩いていて不安定に感じる(SS)
4. 怒っている(PS)
5. 口が乾いて困る(SS)
6. しないですむなら何もしたくない(ME)
7. 将来のことが心配だ(PS)
8. 寂しく感じる(PS)
9. 希望が持てない(PS)
10. 筋肉がかたくなる(SS)
11. びくびくしたり、いらいらしたりする(PS)
12. 日課をこなすことができる(ME)
13. 楽しい活動に参加する(ME)
14. 人の言うことを誤解する(PS)
15. 先のことを好んで計画する(ME)
16. 集中するのが難しい(PS)
17. 家にこもりがちである(ME)
18. 人との交際を苦手に感じる(PS)
19. 気分が落ち込んでゆううつになる(PS)
20. ひとりでやっていけるように思う(ME)
21. 眼がかすむ(SS)
22. とても混乱して、自信が持てなくなる(PS)
23. よく眠れない(SS)
24. 気分にむらがある(PS)
25. 筋肉がピクピクする(SS)
26. 今以上に良くならないのではと心配する(PS)
27. なにかと心配する(PS)
28. 人が自分を避けているように思う(PS)
29. 過去のことを考えると心が乱れる(PS)
30. 目まいがする(SS)

原著 Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, et al
(訳 兼田康宏、今倉章、大森哲郎)

Ⅲ)日常生活観察 1、2

日常生活観察 1 は、研究スタート前と終了後に看護師が評価を行った。日常生活観察 2 は毎回のセッション後に看護師が評価を行った。本評価表は、丸山、南雲(2001)らが、高齢入院患者の生活状況を評価したチェックリストを借用し、統合失調症患者用に項目内容を改めて作成したものを使用した。日常生活観察 1 の評価項目は表 6、日常生活観察 2 の評価項目は表 8 に示した。

Ⅳ)メンタルテンポ(mT)

メンタルテンポは、クレペリンが、連続加算テストなどとともに心理検査の一項目として取り上げ、クレッチマーが「性格と体格」の中で、分裂気質と循環気質を選り分ける指標の一つとして用いたことが知られている。その後メンタルテンポは広く健常者の領域を含めて研究された。

村井は、「慢性精神分裂病者の Mental Tempo」(1984)の研究を行い、230 名の国立下総療養所入院中の慢性分裂病者の病態別、

症状別、処遇別メンタルテンポを測定し、閉鎖病棟患者が、開放病棟患者に比し、有意にメンタルテンポが高速であることを明らかにし、またその後、同じデータから、退院患者の予後判定にもメンタルテンポの測定が有効であり、メンタルテンポの高速が、再発の危険性予知につながることを見出した。

メンタルテンポという、利き手人差し指によるタッピングで得られる快適叩打数(10秒間)は、本人のその場その場の心的状態、気分を直接反映すると同時に、中・長期間にわたる個人の心的速度を表すという2つの側面を持っている。

今回はこの二つの特性から、音楽療法の効果判定の指標として用いることができることを期待して、毎回のセッション前後に、利き腕人差し指による 10 秒間の快適打数のタッピングを行ってもらい、音楽療法士が測定した。

メンタルテンポの測定は、本来は同じ条件で一定の時間に日を変えて数回測定しその平均値をとるのが基本であるが、本研究では、10秒間1回法を用いた。

以上4つの評価及び指標を用いて効果判定を行った。統計処理には、SPSS 15.0 J を使用した。

C 結果及び解析

Ⅰ. PANSS(陽性・陰性症状評価尺度)

PANSSによる音楽療法前・後の変化判定は、東加古川病院についてのみ実行された。9名(男性3名、女性6名)について評価が得られた。評価はH.18年10/27、12/14の1ヶ月半の前後で行った。音楽療法前後における、各尺度の平均得点の差については、反復測定分散分析を用いて求めた。また、実施期間中に音楽療法に関係のない憎悪症状が現れた女性患者1名については，削除して統計解析を行った。

各尺度の平均得点とF値を表2に示した。陰性尺度（F(1,7)＝ 1.33，n,s)，総合精神病理尺度（F(1,7)=1.73，n,s）において有意な差は認められなかったものの、若干平均得点が減少つまりやや改善傾向を示した。

以上より、本調査の結果からは音楽療法は陽性・陰性症状に有意な効果をもたらすことは出来なかったと考えられるが、サンプル数の少なさより、信頼性は低く、より長期でサンプル数の多い調査を再度行う必要がある。

表 2　PANSS(陽性・陰性症状評価尺度)の得点

	音楽療法前 平均得点(標準誤差)	音楽療法後 平均得点(標準誤差)	前後 F値
陽性尺度	17.75（2.47）	19.25（1.29）	0.56
陰性尺度	24.25(1.70)	23.25(1.84)	1.33
構成尺度	-6.50(3.43)	-4.00(3.00)	1.41
総合精神病理尺度	43.88(4.27)	41.13(3.59)	1.73

Ⅱ．JSQLS(Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版)

JSQLS による音楽療法前後の QOL の変化判定は、4 つの全グループにおいて実行された。①デイケア病棟１５名，②F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者グループ６名，③F1 閉鎖病棟 開放出身者グループ５名，④東加古川病院７名の合計３３名について評価が得られた。評価は H.18 年 9 月末の研究スタート前と週一回のセッションを 6～11 回行った後で実施された。評価は患者自身が記入したが、自己回答が難しいと思われた患者については医師が代理記入を行った。F1 閉鎖病棟において代理記入は行われた。音楽療法前後における各領域の平均得点の差は，反復測定分散分析を用いて求めた。各領域の平均得点を表 3 に示した。また、ME 領域の各グループの平均得点と有意確立を図１、表 4、PS 領域の各グループの平均得点と有意確立を図２、表 5 に示した。

結果は、PS 領域(心理社会関係)で($F(1.29)= 4.52$, $p<0.05$)、ME 領域(動機/活力)で（$F(1.29)=12.64$, $p<0.05$）と、前後間に有意な差が認められた。平均得点は減少しているので有意な改善効果があったと考えられる。ただし ME 領域では、時間とグループによる交互作用($p< 0.05$)を認めたため（図１参照)、前後で変化率の少ない②F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者グループと①デイケアグループを除外して、再度分析を行った。その結果、変化していた③F１閉鎖病棟 開放出身者グループと④東加古川病院グループの合計12名のME領域(動機/活力)は、（$F(1,10)=11.04$, $p<0.01$）であり、有意な減少を認めた。このときの時間とグループの交互作用はなしであった（$p = .823$)。また、グループごとの前後での有意差はサンプル数が少なくいずれも信頼性が低いが表 4,5 に示した。

一方 SS 領域（症状/副作用）は（$F(1.29) = .10$, $p = .754$）で前後の得点に有意な差を認めなかった。

以上の結果より、音楽療法は主観的な動機や活力を活性化させ、情緒的な不安や対人緊張などの心理社会関係を改善する効果があったと考えられる。

表 3　JSQLS(The Japanese version of the Schizophrenia Quality of Life Scale)平均得点

	音楽療法前 平均得点	音楽療法1後 平均得点	時間(前後) F 値	時間＊グループ F 値
PS領域	32.93	28.59	4.52*	0.385
ME領域	44.31	38.72	12.64*	3.685*
SS領域	24.72	24.15	0.10	1.701

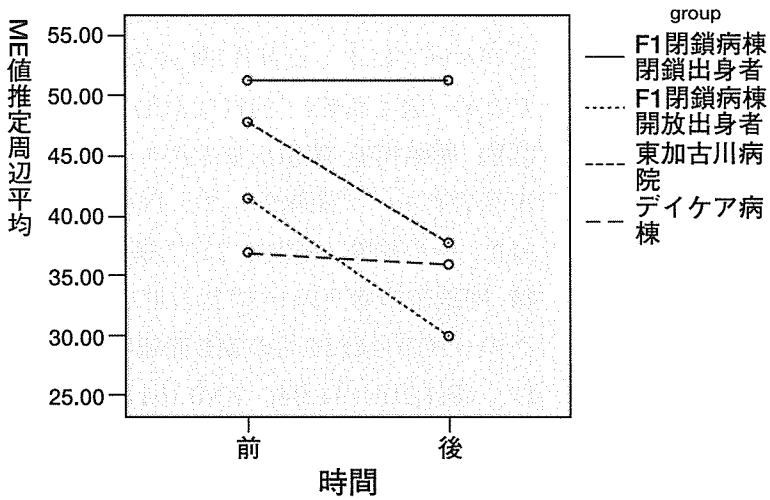

図 1　ME 領域の平均得点の推移

表 4　ME 領域の各グループの平均得点と有意確立

	F1閉鎖病棟 閉鎖出身者		F1閉鎖病棟 解放出身者		東加古川病院		デイケア病棟	
時間	前	後	前	後	前	後	前	後
平均値	51.19	51.192	41.143	29.998	47.704	37.754	36.904	35.952
標準誤差	4.994	5.464	5.47	5.985	4.623	5.058	3.158	3.455
F値	F(1,5)＝0.00		F(1,4)=4.791		F(1,6)=6.276		F(1,14)=3.027	
P値	1		0.094		0.046		0.104	

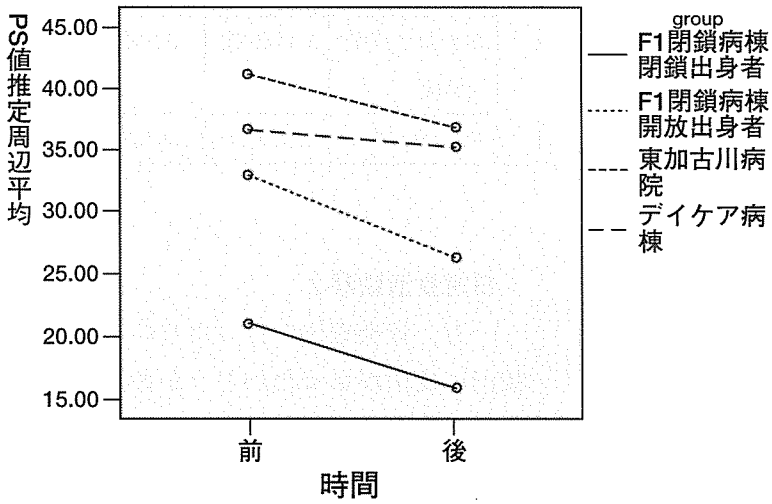

図 2　PS 領域の平均得点の推移

表 5　PS 領域の各グループの平均得点と有意確立

	F1閉鎖病棟 閉鎖出身者		F1閉鎖病棟 解放出身者		東加古川病院		デイケア病棟	
時間	前	後	前	後	前	後	前	後
平均値	21.11	15.832	33.002	26.334	40.951	36.956	36.666	35.222
標準誤差	6.998	6.455	7.666	7.071	6.479	5.976	4.426	4.083
F値	F(1,5)＝1.095		F(1,4)=0.889		F(1,6)=0.447		F(1,14)=4.181	
P値	0.343		0.399		0.528		0.06	

Ⅲ. 日常生活観察1, 2

日常生活観察1

日常生活観察１は、４つの全グループにおいて実施された。①デイケア病棟 16 名、②F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者 6 名、③F1 閉鎖病棟 解放出身者 5 名、④東加古川病院 12 名、合計 39 名について評価が得られた。このうち F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者グループの男性１名が、観察中に音楽療法とは関係のない憎悪症状を現わしたため、削除して解析を行なった。

評価は H.18 年 10 月の研究開始時と週１回のセッションを 6～8 回行なった後において実施された。日常生活観察１のチェック項目を表 6 に示した。

音楽療法前後の平均得点の差については混合モデル分析を用いて求めた。結果は、いずれの項目においても前後間において有意な差を認めることはできなかった。結果は表 7 に示した。この結果より、看護師の視点から見た患者の生活状況は音楽療法を行った期間の前後で変化が認められなかったと考えられる。

表 6　日常生活観察 1　チェック項目

A	1) 徘徊	判定法
	2) 独語、空笑	
	3) 放歌	認めない　1 点
	4) 暴言、乱暴	しばしば認められる　2 点
	5) 衒奇的行為	非常に顕著である　3 点
	6) 妄想的発言	
	7) 滅裂	
	8) 不機嫌	
	9) 定式的生活態度	
	10) メモ・日記持参	
	11) 盗食	
B	1) 睡眠状態	問題なし　1 点
	2) ﾅｰｽｹｱへの協力態度	時々悪く看護上問題となることがある　2 点
	3) 情緒の安定	常に悪く看護上の問題となっている　3 点

以上の項目を該当する状態で点数化した。

表 7　日常生活観察 1　音楽療法前後の得点

	項目	前平均値	後平均値	t 値
A	1) 徘徊	1.12(.072)	1.10(0.72)	.238
	2) 独語、空笑	1.39(.072)	1.38(.072)	.170
	3) 放歌	1.10(.072)	1.08(.072)	.341
	4) 暴言、乱暴	1.06(.072)	1.03(.072)	.511
	5) 衒奇的行為	1.20(.072)	1.12(.072)	1.431
	6) 妄想的発言	1.30(.072)	1.21(.072)	-.204
	7) 滅裂	1.06(.072)	1.06(.072)	-.102
	8) 不機嫌	1.13(.072)	1.14(.072)	-.341
	9) 定式的生活態度	1.25(.072)	1.30(.072)	-.955
	10) メモ・日記持参	1.13(.072)	1.16(.072)	-.545
	11) 盗食	1.04(.072)	1.00(.072)	.715
B	1) 睡眠状態	1.11(.117)	1.06(.117)	.715
	2) ﾅｰｽｹｱへの協力態度	1.14(.075)	1.11(.076)	.647
	3) 情緒の安定	1.24(.074)	1.23(.076)	..

日常生活観察 2

一方、音楽療法を行った日の患者の生活状況に変化があったかどうかを記録した日常生活観察 2 には、項目の中で改善したと度々評価される項目が認められた。表 8 に日常生活観察 2 のチェック項目を示した。日常生活観察 2 は本研究で用いた他の評価表とは異なり、点数が高いほど高い効果を示している。

日常生活観察 2 は②F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者 6 名、③F1 閉鎖病棟 解放出身者 5 名、④東加古川病院 11 名、合計 23 名について評価が得られた。また、憎悪症状が現れた②グループの男性患者 1 名については、日常生活観察 1 と同様に削除して解析を行なった。日常生活観察 2 は、18 年 10 月から週 1 回の音楽療法を行った日の変化について、1～8 回分の評価が得られた。また、各項目の平均得点については混合モデル分析を用いて求めた。結果は表 9 に示した。

また、図 3 に各回の平均得点を積み上げた棒グラフと. 表 10 に項目の平均得点を示した。この結果より、音楽療法は、明るさ、ナースへの協力及び関わり、機嫌、情緒の安定度などに効果をもたらしていることが分かる。

表 8　日常生活観察 2　チェック項目

A	1）徘徊	判定法
	2）独語、空笑	
	3）他患者との会話	悪化－1 点
	4）暴言、乱暴	不変 0 点
	5）妄想的発言	やや改善 1 点
	6）機嫌	著明改善 2 点
	7）明るさ	効果が 2,3 日持続 3 点
	8）くつろいでる様子	
	9）支障	
B	10)寝つき	
	11)睡眠持続	
	12）ﾅｰｽへの協力	
	13)ﾅｰｽとの関わり	
C	14)情緒の安定度	

表 9 日常生活観察 2 混合モデル分析結果

固定効果のﾀｲﾌﾟ III 検定 [a]

ソース	分子の自由度	分母の自由度	F	有意
切片	1	17.999	.717	.408
グループ	2	18.008	.633	.542
回数	7	1373.225	2.696	.009
項目	13	1373.024	4.877	.000
グループ＊回数	12	1373.269	3.879	.000
グループ＊項目	26	1373.024	2.510	.000
回数＊項目	91	1373.024	.888	.763
グループ＊回数＊項目	156	1373.024	.877	.853

a. 従属変数: 点数。

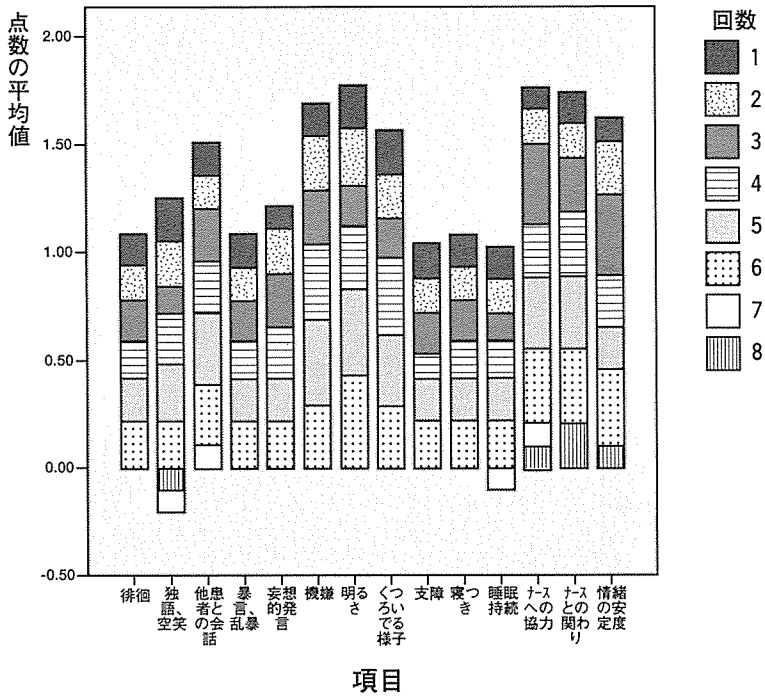

図 3　生活観察２　項目の平均得点

表 10　生活観察２　各項目の平均得点

推定値[b]

項目	平均値	標準誤差	自由度
徘徊	.078[a]	.162	18.479
独語、空笑	.087[a]	.162	18.479
他患者との会話	.130[a]	.162	18.477
暴言、乱暴	.078[a]	.162	18.477
妄想的発言	.092[a]	.162	18.479
機嫌	.159[a]	.162	18.477
明るさ	.173[a]	.162	18.479
くつろいでる様子	.145[a]	.162	18.477
支障	.069[a]	.162	18.482
寝つき	.078[a]	.162	18.477
睡眠持続	.060[a]	.162	18.479
ﾅｰｽへの協力	.162[a]	.162	18.479
ﾅｰｽとの関わり	.157[a]	.162	18.479
情緒の安定度	.153[a]	.162	18.477

a. 修正母周辺平均値に基づく。

b. 従属変数: 点数。

Ⅳメンタルテンポ(mT)

メンタルテンポの測定は4つのグループにおいて実行された。①デイケア病棟18名、②F1閉鎖病棟 閉鎖出身者9名、③F1閉鎖病棟 開放出身者6名、④東加古川病院12名の合計45名について測定が得られた。このうち F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者グループの2名、とデイケア病棟グループの1名は、期間中に音楽療法と関係のない病像の再燃があり、変動の激しいmTとなったり、妄想的で撫でる様なタッピング行為がみられ、本調査の目的には適わないと判断し、3名の測定結果は解析から除外した。よって42名の測定を解析した。測定は18年9月末から週一回のセッションを6〜11回行い、その各回における音楽療法前・後で測定された。初回の測定は、リラックスした状態で、丁度よい速さをタッピングするという動作への充分な理解がなかったり、不慣れといった事情があったため、2回目の測定から解析した。音楽療法前後の差や回数における効果は、混合モデル分析を用いて求めた。各グループのメンタルテンポ平均値の推移を図4〜8、表12,14,17,19で示した。表11,16はF1病棟とデイケア病棟の各回の音楽療法プログラムである。東加古川病院の音楽療法プログラムはクリスマス発表に向けての器楽演奏の練習であり、曲目は各回とも同じである。

解析を行った結果、各回の音楽療法前・後のmTの平均値の差は（$F(1,385)= .644$, $p= .423$）、セッション回数での平均値の差は（$F(9,388)= .823$, $p= .595$）で有意な差は認められなかった。しかし、グループ＊前後、グループ＊セッション回数、前後＊セッション回数、で交互作用 $p<0.05$ を認めたため、表13,15,18,20に各グループごとの解析結果を示した。

有意な差を認めたのは、デイケア病棟のセッション回数($F(9,135)=2.65$, $p<0.01$)、東加古川病院の前後($F(1,86)=16.16$, $p<0.0001$)、セッション回数($F(5,87)=3.60$, $p<0.01$)であった。

各グループのmTの平均値を表21に示した。グループ間（$F(3,39)=3.03$, $p<0.05$）で有意な差が認められた。この結果より、mTは病状の程度によって、一定の水準を保ち、時々刻々の出来事に敏感に反応して値が上下する性質を持つことが分かる。

mTの標準偏差、つまりばらつきが音楽療法前後で変化するかを Wilcoxson-t 検定で分析した結果は、N=42で、前SD平均値3.05、後SD平均値2.80、$p=0.375$ で若干減少はしたものの有意な差は認められなかった。

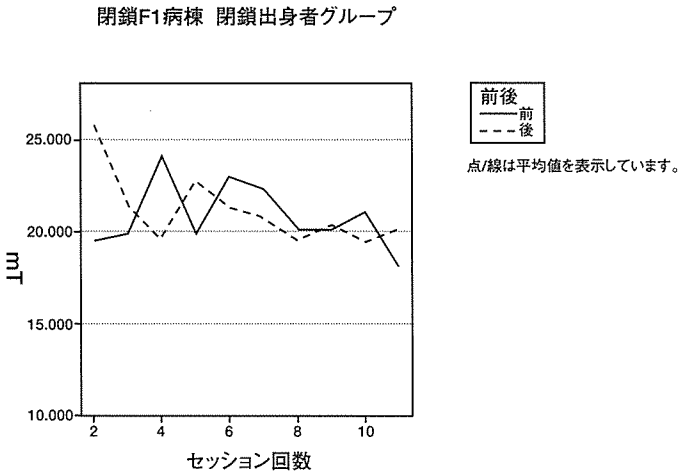

図 4　F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者のメンタルテンポ平均値の推移

表 11　F1 病棟　音楽療法プログラム

2 回目	3 回目	4 回目	5 回目	6 回目	7 回目	8 回目	9 回目	10 回目	11 回目
1,月(ベル) 2,会津磐梯山 3,有楽町で逢いましょう 4,浪花節だよ人生は 5,おふくろさん 6,赤とんぼ	1,高原列車は行く 2,隣組 3、昴 4,別れの一本杉 5,お座敷小唄 6、あの町この町	銭形平次 1,故郷の空 2,山男の歌 3,黒田節 4,美しい十代 5,北酒場 6,紅葉	銭形平次 1,一杯のコーヒーから 2,武田節 3,リンゴの唄 4,北の宿から 5,夕焼けとんび 6,東京音頭 7,いい日旅立ち	銭形平次 錠城寺の狸林 1,与作 2,南から南から 3,手のひらを太陽に 4,木曽節 5,旅愁	1,野菊 2,365 歩のマーチ 3,赤いランプの終列車 4,船方さんよ 5,まつり 6,夕日	水戸黄門 1,ソーラン節 2,たき火 3,小雨の丘 4、りんご村から 5,シクラメンのかほり 6,小さい秋みつけた	1,青い山脈 2,雪山賛歌 3,おふくろさん 4,東京ブギウギ 5,霧の摩周湖 6,砂山	1,寒い朝 2,波浮の港 3,ｽｰﾀﾞﾗ節 4,鹿児島小原節 5,歩 6,冬景色	1,もろびとこぞりて 2,いい湯だな 3,銀色の道 4,南国土佐を後にして 5,津軽海峡冬景色 6,銀座カンカン娘

表 12　F1 閉鎖病棟　閉鎖出身者のメンタルテンポ平均値

	F1閉鎖病棟 閉鎖出身者																			
回数	2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
前後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
平均値	19.44	25.72	19.86	21.45	24	19.52	19.91	22.71	23.02	21.31	22.22	20.71	20	19.57	20.01	20.29	21.01	19.35	18.05	20.05
標準誤差	2.166	2.3	2	2.07	2	2.07	2.165	2	2.165	2.07	2.165	2	2	2	2.071	2	2.071	2.166	2.165	2.165

	前後	
	前	後
平均値	20.74	21.06
標準誤差	1.765	1.763

表 13　F1 閉鎖病棟　閉鎖出身者　mT 分析結果

固定効果のﾀｲﾌﾟ III 検定 [a]

ソース	分子の自由度	分母の自由度	F	有意
切片	1	6.007	149.698	.000
前後	1	92.098	.134	.715
セッション回数	9	92.198	.599	.794
前後 * セッション回数	9	92.094	1.080	.385

a. 従属変数: mT。

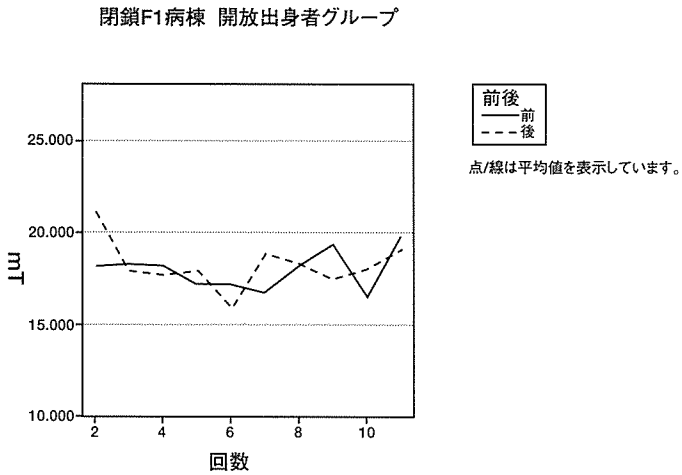

図 5　F1 閉鎖病棟 開放出身者のメンタルテンポ平均値の推移

表 14　F1 閉鎖病棟 開放出身者のメンタルテンポ平均値

	F1閉鎖病棟 開放出身者																			
回数	2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
前後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
平均値	18.16	21.16	18.23	17.9	18.14	17.67	17.17	17.91	17.11	15.83	16.67	18.83	18.17	18.33	19.33	17.5	16.51	18.01	19.77	19.11
標準誤差	2.383	2.383	2.586	2.586	2.383	2.16	2.16	2.253	2.253	2.16	2.16	2.16	2.16	2.16	2.16	2.16	2.253	2.251	2.586	2.586

	前後	
	前	後
平均値	17.93	18.23
標準誤差	2.673	2.672

表 15　F1 閉鎖病棟 開放出身者　mT 分析結果

固定効果のﾀｲﾌﾟ III 検定 [a]

ソース	分子の自由度	分母の自由度	F	有意
切片	1	5.005	46.345	.001
前後	1	73.010	.257	.614
セッション回数	9	73.045	1.000	.448
前後 * セッション回数	9	73.012	.736	.675

a. 従属変数: mT。

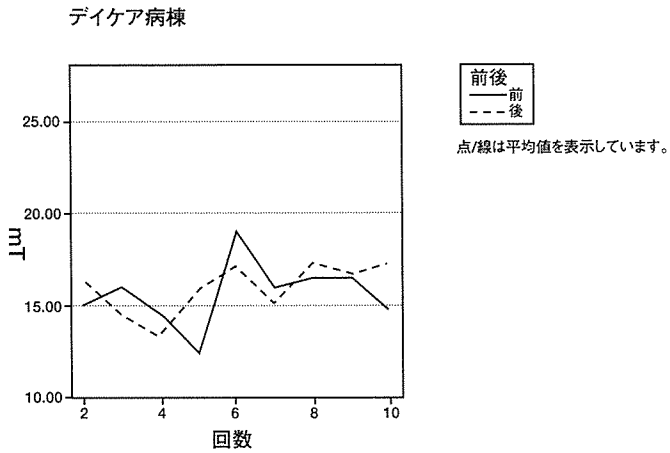

図 6　デイケア病棟のメンタルテンポ平均値の推移

表 16　デイケア病棟 音楽プログラム

2 回目	3 回目	4 回目	5 回目	6 回目	7 回目	8 回目	9 回目	10 回目
1,つき 2,〃(ベル、トーンチャイム) 3,秋桜 4,Story 5,秋桜	1,赤とんぼ 2,〃(ベル、トーンチャイム) 3,愛のメモリー 4,カチューシャ 5,Story	1,遠くへ行きたい 2,村祭り 3,男はつらいよ 4,Story 外出プログラム	1,里の秋 2,およげタイヤキくん 3,Story 4,舟歌 5,いい日旅立ち	1,星の界 2,Story 3, 草 津 節(太鼓) 4,天城越え	1, 紅 葉 (ベル) 2,星に願いを(ベル) 3,リンゴの唄 4,Story 5,北酒場	1,大きな古時計 2,Story 3,星に願いを (ベル、トランペット、バイオリン) 外出プログラム	1,寒い朝 2,Story 3,星に願いを(ベル) 4,終着駅 5,マツケンサンバ 6,旅愁	1,北風小僧の寒太郎 2,Story 3,星に願いを 4,赤鼻のトナカイ 5,時の流れに身をまかせ

表 17　デイケア病棟のメンタルテンポ平均値

	デイケア病棟																			
回数	2		3		4		5		6		7		8		9		10		前後	
前後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
平均値	15.07	16.32	15.9	14.47	14.5	13.25	12.38	15.76	19.02	17.13	15.94	15.16	16.49	17.32	16.45	16.76	14.74	17.24	15.67	16.1
標準誤差	1.582	1.582	1.345	1.345	2.007	2.007	1.577	1.475	1.521	1.521	1.521	1.521	1.739	1.739	1.374	1.374	1.401	1.401	1.064	1.062

表 18　デイケア病棟　mT 分析結果

固定効果のﾀｲﾌﾟ III 検定 [a]

ｿｰｽ	分子の自由度	分母の自由度	F	有意
切片	1	17.927	243.048	.000
前後	1	132.508	.511	.476
セッション回数	9	135.086	2.651	.007
前後 * セッション回数	9	132.524	1.672	.102

a. 従属変数: mT。

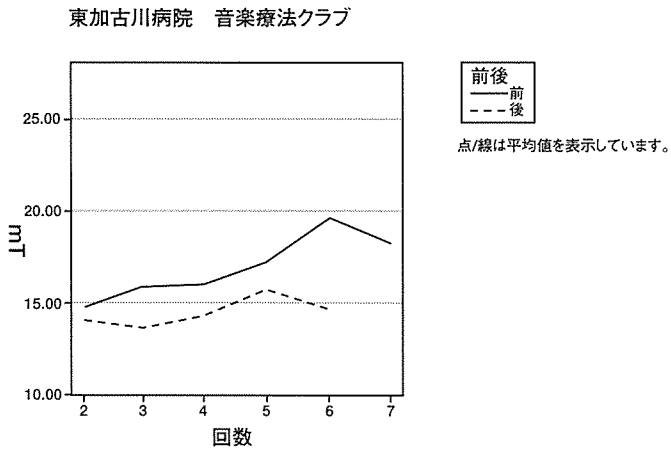

図 7　東加古川病院　メンタルテンポ平均値の推移

表 19　東加古川病院　メンタルテンポ平均値

	東加古川病院												
回数	2		3		4		5		6		7	前後	
前後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	前	後
平均値	14.66	14.03	15.76	13.66	16.02	14.35	17.24	15.68	19.68	14.8	18.24	16.96	14.53
標準誤差	1.559	1.559	1.559	1.559	1.648	1.648	1.648	1.648	1.648	1.648	1.648	0.736	0.749

表 20　東加古川病院　分析結果

固定効果のﾀｲﾌﾟ III 検定 [a]

ｿｰｽ	分子の自由度	分母の自由度	F	有意
切片	1	11.607	514.739	.000
前後	1	85.597	16.156	.000
セッション回数	5	87.000	3.599	.005
前後 * セッション回数	4	85.597	1.735	.150

a. 従属変数: mT。

表 21　グループの mT 平均値

グループ	平均値	標準誤差	自由度	95% 信頼区間	
				下限	上限
F1閉鎖病棟　閉鎖出身者	20.910	1.576	37.017	17.717	24.102
F1閉鎖病棟 開放出身者	18.075	1.705	37.253	14.622	21.529
デイケア病棟	15.771[a]	1.037	40.809	13.676	17.865
東加古川病院	15.829[a]	1.234	40.637	13.337	18.321

a. 修正母周辺平均値に基づく。