

Title	日本における音楽療法の捉え方についての一考察
Author(s)	山内, 美穂
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 1999, 4, p. 66-72
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/4561
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

日本における音楽療法の捉え方についての一考察

山内 美穂

近年、日本における音楽療法の、一種のブームのように取り扱われている感があり、世間に広く認知されるようになってきた。しかし同時に、果たしてそれらはすべて“音楽療法”であるのだろうか、という疑問を抱かざるを得ないことも事実である。音楽療法とはどのようなものであるのか、ここでは日本における音楽療法の定義とその捉え方を中心にまとめた。

1. 歴史—近代音楽療法の開始

音楽療法の、歴史的に最も古い記述としては、サウル王の精神の狂乱を豎琴で癒したダビデの話が上げられるが、近代の音楽療法の歴史は、20世紀初頭のアメリカに始まる。精神病院への慰問音楽活動を皮切りに、第1次、第2次世界対戦中の軍の病院での音楽活動、さらに戦後も兵士への心理ケアとして活発な活動が行なわれた。1950年には全米音楽療法協会(NAMT [National Association for Music Therapy])が設立され、音楽療法士の養成、認定などの教育と実践が、同時に行なわれていった。

一方、日本における音楽療法の、1960年代に始まる。1954年に出版されたポドルスキーの「音楽療法」に刺激を受けた心理学者の櫻林仁や山松質文らの活動が最初である。1962年に櫻林が「生活の芸術」を、1966年には山松が「音楽による心理療法」を出版している。櫻林は主に理論面でのアプローチであったが、山松は自閉症児との関わり合いから、独自の音楽療法を提唱した。教育の立場からは、加賀谷哲雄が音楽教育から発展して、障害を持つ子供が、母親と共に参加する集団音楽療法を創作した。医学の分野では、精神科医である蜂矢英彦や松井紀和が、精神病院での音楽療法の先駆けとなった。

日本の初期の音楽療法にとり、英国音楽療法協会の中心的人物で著名なチェリストでもあったジュリエット・アルヴァンの1967年の来日は、大きな刺激となったことが推察される。この来日で披露された障害児の音楽療法をきっかけに、1968年には著作の「音楽療法」、「心身障害児のための音楽療法」が翻訳、出版された。アルヴァンは音楽教育界に少なからず影響を与え、障害児教育の視点から、障害児を対象とした音楽療法が、主に遠山文吉らによって始められた。

このように音楽療法はアメリカにおいて、精神を病む人々の医療と予防に音楽を役立てることを目的として、病院の中から出発したのに対し、日本では、心理学や教育学の立場から出発したと考えられる。音楽は教育的、娯楽的な、多様な機能を持つため、中でも障害児療育に対して、ふさわしい手法と考えられてきたのである(宇佐川, 1989)。

精神病院においては以前から、音楽、大抵の場合は合唱、が音楽活動の名やレクリエーションの一環として取り入れられていることが多かったが、それ以上の発展はあまり見られなかった。その原因のひとつには、実施者のほとんどが、コ・メディカルスタッフやボランティアの音楽家であり、療法という意識が強くなかったことが考えられる。一部には精神科医の参加も見られたが、彼らも療法というよりも、音楽を趣味とする医師がボラン

体系的に患者に音楽を提供していることが多かったと考えられる。これには、音楽療法の、まだ療法としての未整備な部分が多く、指標として役立ちにくいこと、音楽を扱うための技術的問題、病院の中では別に本職を持つ人が行なってきたこと、などが考えられる。

療法の対象者についても、アメリカにおいては精神疾患患者が最も多い (Davis et al., 1992) のに対し、日本では身体・発達障害を持つ児童や、近年は痴呆症の老人が多く、精神疾患患者の割合は低いと考えられる。この原因には、歴史的に、日本における音楽療法が障害児教育から多く始まっていて、精神病院の中で療法として発展してこなかったこと、さらに日本において音楽療法を行なう者は、音楽大学の出身者が多く、尚且つ音楽療法士の教育機関が、国内にほとんどないことが挙げられるだろう。その結果、音楽療法の内容が、音楽教育的になる傾向があり、医学的な意味でのアプローチが低いことも多く、問題と考えられる。

2. 音楽療法の対象

先に述べたように、日本では障害を持つ児童を対象とすることが多いが、最近は痴呆老人を対象とした活動も増えてきている。以下に現在の音楽療法の主な対象を述べる。

児童の場合は、音楽が幼児の発達に促進的機能として刺激を与えることから、障害を持った児童に対しての音楽活動が利用されている。内容的には遊戯療法中の音楽の使用から純粋な音楽療法までさまざまである。児童における音楽療法の意味は、非言語的交流手段として、発達促進の媒体として、運動促進手段として、適応的発散手段として、感情の調整手段として等の意味が中心になっており (松井, 1989)、これは知的障害者に対しても同様に考えられている。

成人について、神経症や心身症に対する音楽の使用は、商業的な“ミュージックセラピーCD”の販売に見られるように盛んである。しかし治療法としてはあまり発展しておらず、方法論として確立していない。

精神疾患患者を対象とした音楽の使用についても技法化にはまだ至っていない。村井は自律訓練を取り入れたシュヴァーベの調整的音楽療法の日本的修正や嗜好拡大法を試みているが、さらに追試が望まれている。

精神病院におけるレクリエーション活動と音楽療法の区別では、治療者の存在如何によると考えられている (松井, 1980)。つまり治療者による治療意図がその活動に反映されていれば、そのレクリエーション活動は音楽療法になりうると考えられるのである。最近ではデイケア施設でも、音楽活動として取り入れているところが増えつつあるが、内容的にレクリエーションであるか音楽療法であるかは、判別が極めてつきにくく、よく混同されていることがある。

老人を対象とした場合は、心身のリハビリテーションの意味が強い傾向があり、過去の記憶想起に役立つなどの利点も指摘されている。しかし、特に痴呆症の老人を子ども扱いするなどの問題が起きることから見ても、教育的な音楽活動であって、音楽療法とはなり得ていない場合も多いのではないかと思われる。

3. 同質の原理と水準戦法

現在、音楽療法では音楽療法独自の治療モデルの他に、従来他の心理療法や教育訓練

理論や技法をモデルに多く取り入れているので、一言に音楽療法の理論といっても、数多くのものがある。

しかし基本的原理は、アルトシューラーの主張した「同質の原理」と「水準戦法」であると言えるであろう。「同質の原理」とは、音楽が効果を発揮するためには、聞き手の気分やテンポと同質でなければならないと考えるものである。また、「水準戦法」は、音楽に対する聞き手の反応を、リズム、和声を伴った旋律、音楽の持つ気分の利用、絵画的音楽で連想の刺激、と刺激としての音楽の種類を患者に合わせ、段階的に変えていく方法である。特に同質の原理は、音楽療法だけでなく、心理療法に共通する基本的な考え方であると思われる。

4. 音楽療法の定義

音楽療法はその対象者も手法もさまざまであるが、そもその定義はどのようなものなのであろうか。

臨床音楽療法協会会則には「音楽療法とは、音楽の持つ、生理的、心理的、社会的働きを、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上に向けて、意図的、計画的に活用して行なわれる治療技法である」と述べられている。

村井（1991）によれば、「音楽療法は、さまざまな音楽活動形態を用い、その中で音楽自身の持つ効果、活動性の作用、言葉を十分に活用して行なう精神療法」であり、林（1996）によれば、「音楽療法とは音楽それ自体の治療的機能と、クライアント—セラピスト間の治療関係の融合」である。

一方、心理学辞典（平凡社、1981）では、「音楽の心身の健康維持の利用のほか、心身の障害の回復のための補助的手段、ことに音楽による心理療法を意図するところに主要な意義が認められる」としている。心理学小辞典（有斐閣、1994）では、「狭義としては心理療法的過程を重んじるものであるが、広義にはBGMやレクリエーションとしての合唱なども含む」とある。

このように辞典の方が、解釈が広がっているが、狭義としてであっても、治療という意味を含んでいる点は共通している。音楽療法は芸術療法のひとつであり、心理療法の一手段としてあるべきなのである。しかし、世間一般に多く理解されている音楽療法は、ややもすると広義から狭義を除いたものであることが多いのではないかと考えられる。音楽療法という言葉から、世間には、あまりに「音楽」による療法というイメージが強調されすぎているが、実際は「音楽」は手段であり、対象者を総合的に見るのに適した媒体である、ということに過ぎないのである。

臨床音楽療法協会会則をNAMTの定義と比較してみると、内容的にはほぼ同じであるが、NAMTでは「特定の訓練を受けた専門家（音楽療法士）による」こと、「音楽療法士は医療チームの一員として各ケースの持つ課題の検討を行い、具体的な活動内容を計画する。セッションの結果は定期的に評価検討され、技法の妥当性が審議される」という文章が加わる。ここからアメリカにおける音楽療法が、医療行為として、医療チームの中で機能していることが見て取れ、より治療としての意味合いが強いものとなっている。それはさらに、「音楽療法が音楽療法であり得るための5つの基準」に明言されており、そこには音楽療法が、担当医による処方か、他の専門職、あるいは家族か患者自身から希望されなくて

はならないこと、音楽療法士によること、患者のために設定され実施されるものであること、音楽が手段として使われなくてはならないこと、患者の well-being の改善・維持・回復を促すための治療目標にそってなければならないこと、が述べられている (Justice, 1996)。

では絵画や箱庭を用いる他の芸術療法に比べ、なぜこのように音楽療法が世間的に注目されるのであろうか。

おそらくこれらとの違いは、音楽が我々にとって最も一般化された、ありふれたものである、という点に負うところが大きいと考えられる。さらに音楽の持つ多様な特性が、音楽療法に親しみやすく、同時に不明瞭なものにしていると考えられる。

音楽の心理社会的意味における特性として、松井 (1980) は、10項目をあげている。それは、音楽は1.直接情動に働き掛ける、2.人間の美的感覚を満足させる、3.情動の直接的発散をもたらす方法を提供、4.身体的運動を誘発、5.コミュニケーション、6.一定の法則性の上に構造化されている、7.多様性があり適応範囲が広い、8.音楽活動は自己愛的満足をもたらしやすい、9.音楽活動には統合的精神機能が必要、10.集団音楽活動では社会性が要求される、ということである。

つまり音楽は適応範囲が広い故に、これをどうとらえるかによって、音楽療法の可能性が広がり、例えば、音楽を芸術として捉えれば芸術療法になり、遊びとしてとらえれば遊戯療法、作業として捉えれば作業療法になるという具合なのである。さらに精神的療法、音楽教育・特殊教育と捉えることもでき、その対象者は幅広いものとなっている。このことが辞典にみられるような表現につながっていると考えられる。

現在は、療法としての定義である治療的側面のほか、リハビリテーションや教育的活動、リラクゼーションまでも含めた包括的な概念として、広義に捉えられることの方が多く見られる。だが音楽を利用しているという点のみでの広すぎる解釈は、治療法としての概念の拡散を招く危険性がある (坪井他, 1991)。実際、音楽療法として多くの人が抱くイメージは、商業ベースの影響も手伝い、元来の音楽療法からは離れたものであると考えられる。

正に、その定義は音楽療法士の数だけある (Bruscia, 1989) といわれるように、療法の対象者によって、その様相は大きく様変わりする。しかしそれは同時に誤解や混乱を招くことも多いようである。

なかでも医療機関における音楽と音楽療法の違いは、区別がつきにくい。例えば、集団での歌唱やリズム演奏などは、他の人との共有体験にもつながる。このような集団環境において、ある人にとっては治療的な効果があるかもしれない。だがこれらの活動の目的は楽しむことにあり、治療的な効果は副産物である。このような活動は、特定の治療目標や、治療目標に向かっての進歩を測定するための手段が欠落しているため、本来の音楽療法とは言いがたいのである (Justice, 1996)。

同様に、ストレスマネジメントとしての音楽の応用や教育的場面における音楽の活用は、むしろ音楽心理学の範疇で捉えるのが適当であり、医療現場においても、歯科、産科領域での沈痛、手術後の疼痛管理目的の音楽心理学的手法のものと、心理的治療法としての音楽療法は区別しておく必要があると考えられる (坪井他, 1991)。

しかし現状では、多くの人々がどちらも音楽療法であると捉えていると考えられ、医療現

場における音楽心理学的音楽の使用を、音楽療法と区別することは難しいと思われる。これらは生理学的な効果を数値として測定することが出来るが、その変化を心理療法の要素と全く切り離して考えられるものではないと考えられる。なぜなら刺激の音が音楽となった場合、個人的な心的要因の及ぼす生理的影響は無視できないものであると考えられるからである。特にその実験等に使用される曲が有名なものであったり一般的なものであるほど、音楽のもたらす生理的影響以外のものが強くなることが考えられる。

また大野（1998）は、音楽療法を作業療法、心理療法と比較し、元来の「心理療法としての音楽療法の機能」が現在の精神科医療の中で十分にその力を発揮するに至っていない、と指摘している。その理由には、音楽療法家の背景が音楽中心であり、心理学、臨床心理学の学問的土台に欠けること、臨床心理士との連携が浅いことを挙げている。同時に、心理療法における芸術療法として、音楽療法が認知されているとは言えない面があると述べている。

大野のこのような指摘は、音楽療法の現状を端的に表していると思われるが、ではなぜそれほどに、心理療法から音楽療法は離れてしまったのであろうか。

元々の音楽療法の定義を考えれば、心理療法として成立しない音楽療法とは一体何であるのか、という疑問を抱く。もちろん、欧米とは異なる音楽習慣を持つ日本においての、音楽の存在意義とも関係していると考えられるが、医療現場でのチーム医療が十分に進んでいないことも一因であると思われる。またそこには、日本における心理療法自体が、まだ一般的といえないこととも関与していると考えられる。欧米とは異なり、その必要性が指摘されながらも、心理療法が一般に浸透していない現状で、曖昧な定義の音楽療法だけが広まっていくことは、その内容において危険であると思われる。

5. 評価方法

音楽療法にはさまざまな既存モデルに則った音楽療法モデルがあるため、評価方法についても統一的なものはまだない。しかし音楽療法の流れとしては、査定評価→目標設定→音楽療法活動→記録→評価・検証、となっており、心理療法の手順に添ったものとなっている。実際の療法計画予定を立てる上では、これらを図式化した生野（1994）の構造化モデルが明快である。

次に、このそれぞれの部分をどのように定めるかであるが、やはりほかの心理療法と同様の手続きをとるのが妥当と考えられている。音楽療法のための立場から語られるとき、いわゆる心理査定に相当するものが不明瞭なことが多いが、音楽でのアプローチだけでなく、心理検査も取り入れられたほうが、より適切な療法を行う意味でも望ましいのではないかと考えられる。

結果の記録については、さまざまな形態があるが、主には記述かビデオ録画である。内容的には、客観的行動観察や治療者の内省による結果把握、その両方を含むものなどである。しかしそれだけでは一方的な見方であり、評価にはなんらかのスケールを用い、客観的行動観察と、治療者の内省によって治療結果は把握されるべきであると考えられる。

音楽療法の共通した指標は、未だ試行錯誤の段階である。現在の主な評価方法としては行動観察による、音楽行動チェックリスト MCL（児童対象）、MCL-S（高齢者対象）、卯辰山式音楽活動評価表（高齢者対象）などがある。精神病院においては、一層、評価方法

が難しいが、入院集団精神療法としての評価方法の試みがなされている。現在のところ、精神病院における効果として認められているのは、不安の消去とリラクゼーションの達成(村井, 1996)であり、これをどのように評価していくかが課題となっている。

6. おわりに

これまで見てきたように、音楽療法は本来、心理療法である。しかし現状では、心理療法として認識されているとは言い難く、今後の研究発展が必要であると考えられる。

量的研究では、生理学的な研究も行なわれてきてはいるが、その手続きや妥当性については不十分な点も多いと考えられる。今後は特に音楽療法が心理療法としての自覚を持った上で、音楽心理学と協力して研究を進めることが、必要なのではないかと考えられる。

質的研究については、ほとんどなされていない状態であるといえよう。音楽療法が広まるにつれて、既成の心理テストなどを用いた、心理変化の研究なども少しずつなされるようになってきたが、統括的な研究は難しい現状にある。これは欧米においても同様であるようである。ただ欧米では音楽療法士の養成基盤が整っていること、医療現場内にメディカルスタッフとコ・メディカルスタッフの連携が確立しており、チーム医療体制が敷かれていることで、患者の状態把握は全人的になされていると思われる。その為、仮に評価方法が確立していないとしても、チーム内で問題は把握され解決されるため、問題になりにくいと考えられる。

しかし日本では欧米のように音楽療法がチーム医療に参加できておらず、職種間の連携が希薄であることから、患者を多方面から見るとは難しく、そのケアも偏ったものになりがちになると思われる。また音楽の及ぼす生理的影響と心理的影響、音楽療法のみならず心理的变化をふまえた上で患者を全人的に見る必要性があると考えられる。その為にも、今後の生理学、心理学の両面からの研究が期待される。

参考文献

- Bruscia 1989 Ruud,E. 1992 村井靖児訳 音楽療法 ユリシス
Davis, W.B.et al 1992 栗林文雄訳 音楽療法入門 一麦出版社
日野原重明(監修) 1998 標準音楽療法入門 上・下 春秋社
林庸二 1996 音楽の治療的機能 櫻林仁(監修) 音楽療法研究 音楽之友社, 26.
生野里花 1994 個人・集団セッションの実践と応用 東京音楽療法協会第5回講習会分科会(3)ワークショップ資料, 60.
生野里花 1997 質的リサーチと音楽療法 音楽療法研究, 2:123-127.
牧野真理子 1998 心療内科の現場から 音楽療法研究, 3:23-28.
松井紀和 1980 音楽療法の手引き 牧野出版
村井靖児 1991 精神療法としての音楽療法 臨床精神医学, 20:1119-1125.
村井靖児 1995 音楽療法の基礎 音楽之友社
大野桂子 1998 精神病院における音楽療法の場 音楽療法研究, 3:13-18.
斉藤雅 1997 精神科医療と音楽療法 音楽療法研究, 2:39-45.
櫻林仁(監修) 1996 音楽療法研究 音楽之友社

心理学辞典 1992 平凡社 第2刷 188.

心理学小辞典 1994 有斐閣 第23刷 26.

徳田良仁、村井靖児（編著） 1988 音楽療法 アートセラピー 日本文化科学社

坪井康次、筒井末春 1991 音楽療法 心身医学領域への適応 臨床精神医学, 20
:1126-1131.

宇佐川浩 1989 発達障害児の音楽療法 臨床精神医学, 18:1825-1831.