

研究ノート

音楽療法士の労働実態と生活に関する一考察

——いま音楽療法の臨床で起きていること——

坂下正幸*

1. はじめに

わが国の平均寿命は、2006年に82.0歳¹（男性：79歳、女性：86歳）と伸び、また2006年の高齢化率は20.8%となった。高齢化率が7%²に達した1970年以降、急速な高齢化の進展にともない、全国の自治体では、高齢者本人やその家族をサポートする取り組みがなされている。くわえて、総務省によると介護保険制度が開始された平成12年の65歳以上の人口は2201万人、平成14年には2362万人、団塊の世代が高齢者となる平成37年には3743万人に達するといわれる。超高齢化社会の到来とともに、要介護者は一層増加し、多様なニーズに対応した福祉施設の確保が重要となる。また平成17年4月、介護保険制度が見直され、介護予防の視点が取り入れられた。その結果、福祉施設において介護予防システムへの転換が図られ、転倒予防運動やストレッチ、筋力トレーニング等が実践されているが、これらは軽度要介護者の介護状態を防ぎ、健康な高齢者が介護保険の対象にならないことを主眼としている。そして近年、認知症高齢者に対する「ケア」や「サポート」をめぐることは、高齢者の生きる「意味」や「価値」に焦点を当てた質の高い介護支援のあり方が求められている。

こうした社会情勢のなか高齢化の進展とともに「介護予防」の視点も影響してか、徐々にではあるが音楽療法に対する期待も高まってきている。しかし音楽療法の臨床現場ではいま、いろいろなことが起こり、もはや音楽療法（界）のみでは解決できない社会福祉的な課題に直面している。そこで筆者は、音楽療法の臨床現場で起きている問題を臨床家という立場で記述するとともに、音楽療法士が抱える多様な労働実態、および音楽療法士の生活実態を本研究では考察することとする。

まず、ここで筆者の過去の音楽体験、および音楽療法にかかわるようになった経緯について述べることにする。筆者は小学校時代から「児童合唱団」に所属し、いわゆる＜質の高い＞音楽教育を受けてきた。その間、幾度も合唱コンクールにおいて優秀な成績を修めた。そして中学校入学と同時に、本格的に声楽とピアノを開始した。将来的には「声楽家」および「音楽教師」を目指していたが、音楽大学の受験を断念せざるを得ない諸々の理由があった。その後、大学時代に教職課程における介護等体験で「音楽療法」と出会い、ボランティアで音楽活動、および音楽レクリエーション活動を実施してきた。大学院修士課程在学中には、高齢者の「生きがい」に興味・関心を持ち、地域で暮らす多くの高齢者とかかわりながら、＜生活実態調査＞を行ってきたのである。

そのなかで筆者は、高齢者とのコミュニケーションをより深めるために、懐メロ³を用いて高齢者の「歌唱」や「語り」を引き出しながらいわゆる「懐メロ」が果たしてきた役割、そして存在性を模索してきたのである。筆者が音楽を介して実際に高齢者とかかわるなかで、高齢者たちはともに歌を口ずさみ、時には感情を表出させながら自らの人生を語りはじめたのである。筆者は高齢者が音楽を通して何かを語ることに、それなりの意味があるのではないかと考えてきた。もっといえば、＜なじみの音楽＞⁴が高齢期に見られる精神的な「不安」や「喪失感」を一時的にも取り除き、その人らしく生きていくきっかけを作るのではないかと考えたのである。しかしながら音楽療法により、援助者が一方的に歌を口ずさむように導き、高齢者を不快な気分にした部分もあるのではないかと反省している。その後、筆者は5年間にわたり医療機関や特別養護老人ホーム、および介護老人保健施設において音楽療法を実践するなかで認知症高齢者が「懐メロ」を口ずさみ、自らの生活体験を語るその「意味」や「価値」を

キーワード：音楽療法士、専門性、国家資格化、ジェンダー、労働意欲

*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2004年度入学 公共領域

問い続け、現在に至っている。

いま音楽療法の臨床現場では、どんなことが起こっているのでしょうか。また音楽療法（界）のみでは解決できない社会福祉的な課題とは何であろうか。それは、おそらく筆者だけが感じていることではなく、むしろ多くの音楽療法士が感じていることであると考えられる。それらは具体的に、音楽療法が医療機関や社会福祉施設で行われる際に、施設側は介護職員のいわゆる<人材不足>に直面しており、過酷な労働実態も影響してか、日頃から音楽療法に協力できない、あるいは理解を示すことができないことが多々あった。そして音楽療法士自身の生活も決して安定したものではなく、「音楽療法士」として専任で雇用されるケースは、ごくまれであり、多くの音楽療法士は、非常勤や他職種との兼任を余儀なくされている。特に「介護者」兼「音楽療法士」や「生活相談員」兼「音楽療法士」として採用される場合がある。その際、他職種から音楽療法に関する業務を批判され、円滑に業務を遂行できないことがある。このような音楽療法士の労働実態および生活に関して本研究では考察する。

1-1. 研究目的

本研究の目的は、音楽療法士が直面している厳しい労働実態および生活について、関係者からのインタビューによって明らかにするものである。ここ数年、日本音楽療法学会では、音楽療法士の国家資格化に向けた取り組みが見られる一方で、国家資格化には多様な問題を孕んでおり、その実現が厳しい状況にあることはいうまでもない。しかし国家資格推進派は、「音楽療法士」という名称の変更を強いられたとしても、強固に推進する姿勢を示しており、当初の目標であった医療専門職として「音楽療法士」を国家資格化することの限界から、福祉専門職である「音楽保健福祉士」として国家資格化を目指す傾向にある。だが国家資格化を実現したとしても音楽療法の現場で起こっているあらゆる課題が改善されるとは考えづらい。むしろ、音楽療法の現場で起こっている課題を1つ1つ丁寧に記述し、それらを詳細に語るがいま重要ではないだろうか。そこで本研究では、音楽療法士の厳しい労働実態および生活についてインタビューから考察する。そして、いま音楽療法の現場で起こっていることを臨床家の立場から記述することを目的とする。

1-2. 研究方法

本研究は、音楽療法士の労働実態と生活の詳細を考察するものであるが、それらは筆者を含め4人の音楽療法士からのインタビューをもとに考察する。具体的には筆者、音楽療法（補）取得者、ピアノ教室の講師、施設の介護職員兼音楽療法士にインタビューを行い、音楽療法士の労働実態と生活に関する考察を試みた。そして国家資格化を強固に推進する日本音楽療法学会の動向をふまえ、いま音楽療法の現場で起こっていることを臨床家の立場から考察し、本来語られるべき課題を模索しようと考えている。

1-3. 本研究の立脚点

本研究の立脚点は、インタビューを試みた4人から音楽療法士の労働実態と生活をできるだけ生の声で語っていただくことにある。音楽療法士は、その労働内容や雇用形態が確立されておらず、たとえ現状の日本音楽療法学会認定音楽療法士および音楽療法士（補）⁵を取得したとしても家族を養える給料を得られるとは限らない。後述する日本音楽療法学会アンケート調査⁶では、非常勤あるいは短期の有償活動が高い水準を示している。つまり、認定資格を得ても生活できない現状があり、音楽療法士として十分な補償を受けている者は、一部の大学・短大・専門学校教員など教育関係者、および医療施設で音楽療法士として専任で採用された者のみである。多くの音楽療法士は、介護職員や看護師として勤務する傍ら、業務の合間に音楽療法に従事していたり、ヤマハ楽器やカワイ楽器の音楽教室の非常勤講師として勤める傍ら、音楽療法に携わるものが多い。音楽療法士の関連職種として作業療法士や理学療法士、介護福祉士や社会福祉士、精神保健福祉士や認定心理士、臨床心理士等の資格を有するものは、音楽療法以外の専門職として医療・福祉の現場で就職することができるが、日本音楽療法学会認定音楽療法士のみを有する者は、非常に厳しい労働を強いられている。このように音楽療法に携わる者の雇用形態は、様々であり、音楽療法士として専任で勤務する者が非常に少ないなか、自らの趣味程度に音楽療法に携わる者もいる。例えば、医師やその他の病院関係者（院長の家族）などがそうである。彼らは厳しい労働実態を強いられている訳でもなく、勤務

時間や賃金にゆとりがない訳でもないだろう。だとすると複数の仕事を掛け持ちしながら、音楽療法の重要性を訴え、ぎりぎりの生活のなかで音楽療法を実践する者と趣味程度に音楽療法を実践する者とは、音楽療法に対する立場性や距離感が異なるのではないだろうか。また現在、音楽療法の臨床に携わる者の多くは女性である。そのほとんどが音楽大学出身者であろう。だとすると一般的に既婚者の場合、配偶者の給料で生活することができる。また配偶者の給料と自分の給料を合わせて生活することができるため、音楽療法を通してそれほど厳しい労働や生活を強いられているとは考えづらい。むしろこれから音楽療法士を目指す20代の若者たちが厳しい労働実態に直面しているといえよう。そのなかには、男性で家族を養いながらぎりぎりの生活で音楽療法に携わる者もいる。日本音楽療法学会の正会員のうち男性会員の多くは医師や大学・短大・専門学校教員である。現実には20～30代の男性で音楽療法に携わる臨床家は少なく、彼らの労働実態や生活は過酷なものである。たとえば前記の音楽療法関連職種として医療施設や福祉施設に勤務する者はさほど問題がないが、日本音楽療法学会認定音楽療法士や音楽療法士（補）、もしくは何の資格もない者が音楽療法に携わることは、非常に厳しい労働実態や生活を強いられることになる。わが国の音楽療法は、まだまだボランティアや短期の非常勤としてその治療活動が実践されることが多く、音楽療法士としての業務のみでは、生活が困難な状況である。そこでこれらについて実際に4名の音楽療法士に対してインタビューを試み、厳しい労働実態や生活を記述することを本研究の立脚点とする。そして音楽療法士の生活が安定するためには国家資格化だけではなく、今日まで日本音楽療法学会で強調されてきた医学モデルからの脱却を図り、治療としての音楽療法ではなく、医学モデルに収斂されない音楽療法士の専門性を追求することや、いま音楽療法の現場で起こっている様々な問題を明確に記述することの重要性を示唆する。

2. 音楽療法とは

2001年、全国組織として発足した日本音楽療法学会は、音楽療法を以下のように定義している。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、行動変容などに向けて音楽を意図的、計画的に使用すること」⁷⁾としている。それらは、音楽を用いた治療活動および援助活動、そして対象者の心の支えや解決の糸口をとともに模索する活動であるといえるであろう。また精神科医の松井(1980)は、以下のように音楽療法を定義している。音楽療法とは「音楽の持っている様々な心理的、身体的、情緒的、社会的な働きを利用して行われる治療、リハビリテーション活動、保育活動、教育活動などを総括的に表した言葉であり、非常に広い内容を含んでいる」[松井 1980:39]と定義している。

近年、各国の研究者らによって音楽療法が多様に定義づけられるなかで、筆者は日本の音楽療法界の現状に1つ違和感がある。それは音楽療法が効果測定および有効性の追求に方向づけられ、＜資格化＞や＜専門性＞の確保とともに語られてしまっていることである。しかしながら音楽療法の本質は対象者理解の視点であると思われる。それらを考慮すると、効果のあるなしにかかわらず、なぜ「音楽」を用いるのかという視点が重要であり、またその「音楽」が、その対象者にとってどのような存在であり、何を意味するのか、つまり「音楽」の存在性や必要性を対象者とともに模索することが音楽療法に求められているであろう。

このようにわが国の音楽療法界では、国家資格化への課題が議論され、音楽療法の効果測定やEBM (Evidence Based Medicine) がしきりに語られている。しかし、音楽療法を社会的に普及させるためには、多くの課題が残されており、それは具体的に国家資格化や専門性の確立および科学的根拠に基づく治療効果の提示のみならず、治療者への教育環境の整備、そして対象者の倫理問題⁸⁾への配慮等が挙げられるであろう。特に対象者の倫理問題をどのように認識するのかは、非常に大きな課題であり、対象者あつての音楽療法という視点を再度、検討しながら考察を加える必要があるであろう。日本音楽療法学会には、倫理委員会⁹⁾があり、それらは音楽療法の倫理問題を幅広く検討する委員会であると筆者は認識しているが、現在の所、何か倫理問題が起こったときのみ対応する委員会であるという印象を受ける。また会員の倫理問題に対する認識も非常に浅く、研究発表時の誓約書および同意書、またはプライバシーのみを倫理問題として認識する者すら存在する。このような音楽療法界は、今後どのような方向に進んで行くのであろうか。いつしか対象者理解の視点が軽視され、援助者の治療目的のままにコントロールされてしまう対象者が出てくるのではないかと危惧するところでもある。

2-1. 音楽療法界のゆくえ

音楽療法界の現状、および今後のゆくえについては、坂下（2006）で次のように示唆した。「これまで音楽療法界は、全国組織の結成に至るまでに多様な領域の研究者によって構成されてきた。そのため、学会内に明確ではないがいわば<立場性>とも呼ぶべきものが存在していた。具体的には、音楽療法の科学的データを重視する<医学・看護学系>と、心理療法としての音楽療法を主張する<心理学系>、そして芸術としての音楽を主張し、音楽大学関係者で構成された<音楽学系>などが存在していたのである。しかしこのようないわゆる<立場性>は音楽療法士の国家資格化を早期に実現し、音楽療法の雇用や専門性を確保することで、少しずつ解消されようとしている。というより<資格化>によって不可視化されてきているのかもしれない。さらに音楽療法界は今後の10数年で発展していく成長期にあると隣接領域から言われているが、音楽療法界が進むべき方向性はこれでよいのであろうか。筆者は音楽療法にとって雇用や専門性の確保も重要であるが、「音楽」が「療法」として語られる以前に議論すべき課題が残されていると考えている〔坂下 2006c:1〕。わが国の音楽療法は過去50年間に各地でいろいろなアプローチにより行われてきたが、それらの成果は、科学性が必ずしも十分ではなかったと考えられていた。20数年前から心療医らによって音楽療法の成果を科学的に立証する動きがあり、今日では医学界のみならず音楽療法界においてもEBMが注目されている。日本音楽療法学会理事長の日野原重明は、音楽療法界のゆくえについて次のように述べている。日野原（2002）は、「このEBM的アプローチとNarrative Based Medicine的アプローチとが共存して音楽療法がこれから先発展していくものでないかと私は予想している」〔日野原 2002: 3-8〕と述べている。

また元日本音楽療法学会副理事長で日本臨床心理研究所所長の松井紀和は次のように述べている。松井（2001）は「さて、私達は、音楽療法を実践する者として、音楽の力を信じ、治療の常識と言われていることを信じ、それに基づいて治療実践をしているわけです。こうしたことは、まさにあたりまえのことをあたりまえにしていると思っただけですが、全く違う考え方と、全く異なる方法を持った音楽療法を音楽療法として認めることができるのでしょうか。治療として考えるならばこうでなければならぬと一般的に言われていることから大きく外れる方法については音楽療法ではないと切ってしまうてはいないでしょうか。音楽療法は科学的技法である。科学的技法であるならばこういう条件を充たさなければいけないと考えて、その条件を充たすために日夜努力しているのが実情でしょう。それはそれとして大切なことではあると思いますが、もう一つ、われわれは、あたりまえから外れたものから学ぶ姿勢を身につけなければいけないのではないのでしょうか。特に、一見過去の歴史になってしまったようなものからも学ぶことが大切ではないのでしょうか。私は、音楽療法を、限りなく科学的療法に向かって前進しているが、同時に、どこまで行っても科学を越えた何かを抱えている治療技法だと思っています」〔松井 2001: 103-104〕と述べている。

そして日本音楽療法学会副理事長で国家資格化推進委員長の村井靖児は、音楽療法界の今後について以下のように述べている。村井は「最近、音楽療法界においてEBMという言葉が盛んに用いられるようになった。音楽が療法として有効であることの学術的証拠を示しなさいということなのだが、そう言われる当世の状況は非常によく理解できる。音楽療法の国家資格化を改めて強力に推進しようと考えている当協会としては、基になる音楽療法の科学的根拠を明確にすることは至上命令である」〔村井 2002a: 23-27〕と述べた。

しかしながら、先人たちは内科医・精神科医であり、医師という立場で音楽療法の制度化や臨床にかかわってきた者たちである。彼らが音楽療法界を今後どのような方向に導いていくのか。それは国家資格化のため、音楽療法の客観的な治療効果を提示していくにすぎないと考えられる。

2-2. いま音楽療法の臨床で起こっていること

■対象者の主体性 自己決定 権力関係

音楽療法における倫理的課題とは「音楽療法士の職業倫理、対象者へのインフォームドコンセント、守秘義務、自己決定、職務遂行能力（適格性）、境界管理と他職種との連携等〔Gerald Corey村本監訳 2004: 208-214〕である。特に対象者へのインフォームドコンセントおよび音楽療法場面での自己決定については、早急に議論されるべき課題である。しかし、日本の音楽療法とりわけ高齢者の臨床においては、対象者への説明と同意が明確になされている訳ではない。むしろ福祉施設の現状を考慮すると、気分転換や心身機能の維持改善を目的に介護職員や療法

関係者が音楽療法への参加を促したり、自己決定が困難と考えられる認知症および精神疾患のある対象者に対して、本人の意思を問うこともなく、強制的に誘導させてしまう場合がある。また対象者が音楽療法で希望する治療計画を提示していても治療形態が集団であった場合、計画通りに治療が進まないことが多く、対象者は歌唱活動で希望の曲を歌えない場合がある。そして、音楽療法への参加についても治療者が研究的な意図から一方的に参加者を選別したり、自発的に参加を希望する対象者が、施設の介護職員の都合で入浴と重なり音楽療法に参加できないことがある。

このように、音楽療法が対象者のための治療活動であるという視点が軽視されていると考えられる。特に音楽療法を実践する者は社会福祉施設や医療機関等で音楽療法を実践することに精一杯であり、音楽療法士は現場で即生かせる音楽療法の知識の習得や即興演奏等の技術に関心をよせ、音楽療法における対象者理解の視点が軽視されていると考えられる。北本福美(2002)によれば音楽療法の治療構造において「ここで、一番大切に思われるのは、「心理的構造」のインフォームドコンセントの視点です。明らかに治療趣旨を理解でき、同意能力もある方とは、どのような時間として参加していただくのかを説明し、ご本人の意思で参加が決定するといいいと思います」〔北本2002:48-52〕と述べている。しかし高齢者音楽療法においては、音楽療法に対する参加の意思決定が本人ではなく介護職員や音楽療法関係者に結果的に移行し、本人の意思が反映されない場合がある。例えば筆者が行った『音楽療法における倫理的課題の一考察』(2006)および『音楽療法の倫理問題に関する一考察』(2007)では以下のような介護職員の実態があった。

(1) A特別養護老人ホームの場合

回答者：介護職員25名

調査日：平成17年11月13日

調査方法：アンケート調査

『音楽療法における対象者の主体性に関するアンケート』

＜＜質問内容＞＞	＜＜回答者＞＞
(問1) 対象者が自分の意思で参加した	5名
(問2) 対象者の気分転換を目的に誘導した	10名
(問3) 対象者の意思に関係なく強制的に誘導した	1名
(問4) 無回答	3名

回答者：合計19名、回収率76%

(2) B医療機関の場合

回答者：介護職員100名

調査日：平成17年11月16日

調査方法：アンケート調査

『音楽療法における対象者の主体性に関するアンケート』

＜＜質問内容＞＞	＜＜回答者＞＞
(問1) 対象者が自分の意思で参加した	11名
(問2) 対象者の気分転換を目的に誘導した	38名
(問3) 対象者の意思に関係なく強制的に誘導した	3名
(問4) 無回答	14名

回答者：合計66名 回収率66%

☆アンケート結果の分析

アンケート項目を採用した背景には対象者の参加動機と介護職員の「声かけ」との関係性を分析したいと考えたからである。2施設では対象者の個人の生活歴をケアに反映し、小規模集団での介護を積極的に受け入れる姿勢を持っていた。だが、音楽療法の定義や目的をどのように認識しているのか疑問があるため、介護職員に対して事前に音楽療法の概略を説明した上でアンケートを実施した。2施設では、対象者が自己決定してセッションに参加したケースがA施設で26%、B施設で17%であった。対象者の気分転換を目的に誘導したケースが多く見られた。この結果から2施設では、対象者の自己決定権が介護職員に移行していると考えられる。ただし当然、対象者が参加を拒否した場合、それも対象者の自己決定と分析する。しかしこれらを考慮しても2施設では対象者の参加意思が、あまり反映されていない状況であると考えられる。

またA施設とB施設の比較であるが、対象人数が異なる他は、2施設とも同じ結果となった。特に対象者を(問2)「気分転換で誘導した」という回答の比率が高い。これは対象者の声か意思決定に反映されていないことを意味する。また対象者の離床が、2施設のケアプランの目標となっており、目標を達成するために介護職員が誘導した状況が推察できる。したがって対象者の意思と介護職員の意思とにズレが生じ、結果的に対象者の自己決定には、施設の方針が大きく影響していると考えられる。

この結果から、仮説が妥当と判断できるが仮説の優位性を表すデータとは対称的に、「自分の意思で参加した」と

いう回答も軽視できない。それには施設方針と介護職員の主観的な判断も含まれているため、回答の信憑性を考慮する必要があった。このように自己決定権は、対象者の基本的な権利である。もちろん自己決定には、対象者本人の責任も問われる。だが施設入所者の場合、自己決定するためには第三者の介入が必要であり、療法関係者の労働環境や労働意識が影響する。しかし、音楽療法場面においてどこまでが、自己決定であるのか、あるいはセッション参加時になぜ、自己決定が尊重されるべきであるのかを再検討する必要がある。療法は対象者中心の活動である。援助者が対象者への介入を必要と判断しても拒否する対象者も存在する。その場合、参加拒否も自己決定として尊重すべきである。しかし介護職員はケアプランに従い、「促し」「薦め」などを行った結果、対象者の意思に反しても参加を「強制」する場合がある。このような現状を音楽療法士や介護職員がどう認識するのかによっては音楽療法における対象者の主体性が揺らぐ結果となる。

2-3. 症例報告—筆者が体験してきた音楽療法の現場からいえること—

■A氏の症例報告 <『祇園小唄』によって回想された花街での生活>

A氏(87歳:女性)は長年、ある花街で御茶屋を運営してきた。要介護度V(2003年認定)。A氏は慢性関節リュウマチおよび多発性脳梗塞によって左上下肢麻痺となり、生活全般にわたり介助を要した。A氏との言語的コミュニケーションは非常に難しく、他者との会話は困難な状況であったが、「大正琴」や「和楽器」を用いた『祇園小唄』の演奏活動が右指先の動作を誘発し、扇子を持ちながら舞踊をする“そぶり”を見せるまでに回復した。A氏にとって『祇園小唄』は、花街での生活や芸子や舞妓を育成してきた自らの人生を回想することにつながったのではないかと推察できる。しかしながらA氏の自己表現を誘発したのは、『祇園小唄』や「和楽器」の存在であり、意図的な観察を試みた結果、歌謡曲や童謡に対する反応は希薄であり、音楽療法に生活歴を還元した取り組みがA氏をQOL向上に導いたと推察することができる。

■B氏の症例報告 <『琵琶湖周航の歌』によって回想された学生時代>

B氏(88歳:男性)は定年まで大学教員をしてきた。要介護度IV。失認、実行機能障害等のいわゆる記憶障害が見られ、老人性認知症と診断された。日常生活では不穏時の徘徊や盗り込みが認められた。しかし、学生時代に歌っていたと思われる旧制三高寮歌(ボート部)『琵琶湖周航の歌』がきっかけとなって学生時代の思い出を語り始めた。その後、音楽療法時に居眠りをすることがほとんどなくなった。精神的資質が失われつつあるB氏にとって、学生時代の思い出を語ることは、とても意味深いことでもあった。また思い出を語るB氏の表情は、今まで見せたことがない笑顔であり、セッション中の言動から少しずつ落ち着きを取り戻しているかのように思われた。セッションを重ねるなかでB氏は精神的安定を取り戻し、不穏時に見られた徘徊や盗り込み等の問題行動も少しずつ軽減していった。B氏にとって『琵琶湖周航の歌』は多感な学生時代を回想するものであり、青年期の記憶再生がB氏の生活改善に大きな役割を果たしているのではないかと推察できる。しかしながらB氏への集団セッションにおいて意図的に用いた「唱歌」や「童謡」では全く変化が見られず、戦前歌謡として知られる『男の純情』では、B氏の語りを引き出すことができた。

■C氏の症例報告 <歌謡曲によって回想されたカラオケ教室>

C氏(97歳:女性)は、5年前に老人性認知症と診断された。要介護度Ⅲ。HDS-R:13点。ADL状態は終日車椅子を使用した。つかまり立ちががろうじて可能であり、食事以外は入浴(着脱)・排泄において介助を要した。発症後、著しい短期記憶の低下が見られ、徘徊や盗り込み等の問題行動が認められた。難聴のため他者とのコミュニケーションにおいて会話内容を誤解することがあった。C氏は入所後、利用者との交流も見られ、比較的穏やかな生活を営んでいたが、同室で親友X氏の転院および死がC氏の生活意欲を低下させ、心を閉ざした結果、日常生活の多くを居室で過ごすようになった。しかし、C氏の生活歴をふり返ると民謡および歌謡曲になじみがあり、それらが自己表現を誘発する可能性があるかと推測された。集団セッションでは『大阪しぐれ』や『ふたり酒』を独唱した。このように音楽療法を介した歌謡曲との再会が感情の発散とともに回想を促すだけでなく、他者と交流することで社会性の維持や問題行動の軽減につながったのではないかと推察できる。C氏にとってなじみの民謡や歌謡曲は、町

内会の仕事に携わっていたこと、あるいはカラオケ教室に通っていた頃を回想するとともに、主人と歩んだ人生を思い出しながら、人生を再評価することにつながったのではないかと推察できる。特に『大阪しぐれ』の「ひとりで生きてくなんてできないと泣いてすがればネオンが」や『ふたり酒』の「生きて行くのが辛い日はお前と酒があればいい」という歌詞がC氏の人生を色濃く映し出し、これらの歌詞に自らの人生を重ね合わせてきたのではないかと推察できる

■D氏の症例報告 <文部省唱歌によって回想された幼稚園>

D氏（90歳：女性）は3年前に老人性認知症と診断された。要介護度Ⅲ。HDS-R：13点。認知症にともなう記憶障害や徘徊等から施設入所となり、認知機能障害が認められた。ADL状態は車椅子を使用し、食事以外は介助を要した。D氏は難聴のため介護職員の声かけに対して受け答えする程度で、集団生活にはなじみず、また入所者同士の交流も見られないため、余暇生活の多くを居室で過ごした。その結果ADLや生活意欲の低下が見られた。D氏は幼稚園の園長という経歴から「童謡」や「文部省唱歌」等になじみがあるのではと考えられた。音楽を「表情」や「言動」の変化に即して用いることで、徐々に変化があらわれ、自己表現を可能にしていった。D氏にとって、童謡や唱歌は園長の頃を回想するものであり、なじみのメロディーやリズムが自己表現を誘発することにつながったと推察できる。D氏の自己表現を誘発した曲は『蛍の光』や『たなばたさま』、『もみじ』など季節の唱歌・童謡であり、幼稚園児とともに口ずさんだことが回想されていたと推察できる。

■E氏の症例報告 <寝たきり状態E氏に対する童謡を介した取り組み>

E氏（86歳：女性）は果樹園を営んできた。要介護度Ⅴ（2006年）。HDS-R：7点（2006年）。両変形性膝関節炎発症による手術後、歩行不安定となり施設入所となった。入所後、食事は一部自力で摂取できたが嚥下障害のため、ペースト食となり、結果的にADL低下および認知症の進行が認められた。ここ数年は、寝たきり状態のため、変化や刺激の少ない余暇生活を改善し、QOLを向上させる活動が介護計画に求められた。また長時間覚醒状態を維持することが困難であり、発語が少ない現状は心身機能を低下させる可能性があった。E氏はかつて童謡や民謡を好んで歌っていたことから、聴きなれた曲が歌唱を引き出す可能性があった。E氏に対する童謡を通じた歌唱活動は、発声や身体動作を引き出し、Thとともに童謡を口ずさめるようになった。目立った効果や覚醒状態の進展は見られないが表情や発語から童謡の歌唱活動がE氏の気分転換につながったのではないかと推察できる。ここ数年、寝たきり状態のE氏にとって参加者との会話が社会性の維持につながるのではないかと推察できる。特に『赤とんぼ』、『故郷』、『牛若丸』の歌唱や関連した話題がE氏の回想効果を高め、果樹園を営んでいた故郷のことを思い出すきっかけを作ったと考えられる。

■F氏の症例報告 <在宅介護においてF氏の歌唱を引き出す取り組み>

F氏（81歳：女性）は戦後の混乱期に洋裁で家計を支え、晩年は専業主婦として生活してきた。要介護度Ⅴ。HDS-R：5点。右脳梗塞を発症後、左上下肢麻痺が残り、言語障害や軽度嚥下障害も認められた。発症直後は病院で療養していたが慣れ親しんだ自宅で穏やかな生活を継続してほしいという長男をはじめ家族の思いから自宅を改築して在宅介護となった。在宅ではヘルパーやリハビリテーションを利用し、心身機能の維持改善に取り組んできたが目立った効果は見られず、家族はF氏の著しい意欲低下を実感していた。F氏は、覚醒状態を長時間維持することが困難であり、約15分程度が限界であった。覚醒状態がよい時は会話内容を理解でき、あいさつもできたが、会話や意思表示など発語は困難な状況であった。F氏は社交的な性格であり、数年前まで夫とともにカラオケスナックに行き演歌や歌謡曲を歌っていた。これらを音楽療法に取り入れ、回想を促しながら自己表現を誘発し、QOLの向上につながるよう取り組んだ。F氏への治療において歌唱活動やリズム体操による機能訓練が効果的と考えられ、いま治療を止めてしまえば心身機能やQOLの低下につながる可能性があるかと推測できた。なじみがあると思われた『友禅流し』や『おしどり』は、夫とカラオケスナックで歌ったことや、一所懸命に稽古したことを回想し、声かけに対するうなずきや返答から「語り」に結びつけることができたが、歌唱によって心身機能障害の軽減につなげることはできなかった。しかし『牛若丸』や『故郷』の歌唱活動では発声を引き出すことができ、開始期にみられた

拒否行動も12回目以降みられなくなり、徐々に治療を受け入れるようになった。在宅での個別音楽療法がF氏の機能維持につながった症例であると考えられる。

■G氏の症例報告 <問題行動が軽減した一事例>

G氏(87歳:男性)は、5年前にアルツハイマー型認知症と診断された。要介護度Ⅳ(平成15年認定)。HDS-R10点。3年前、家庭生活のなかで徐々に記憶障害および徘徊が見られ、家族介護が限界となって、施設入所となった。入所後、服薬により比較的穏やかな生活を営んだが、夜間は独語や徘徊が見られ、施設を職場と勘違いして冷蔵庫やエレキトーン等の機械類を破壊する問題行動が認められた。食事・歩行は自立していたが排泄・入浴時に介助を要した。また視力低下および難聴のため補聴器を使用した。集団生活にはなじみず、いつも自分の世界で物事を判断するため他者との交流は見られず、コミュニケーションにおいて問題があった。G氏は戦後、製作所の技術者として勤務し、海外転勤も経験した。会社はG氏の技術を高く評価していたと考えられた。G氏は、開始期に無表情で居眠りやうつむくことがあり、意味不明な発言も見られた。しかしセッション11回目から前向きに参加し、『憧れのハワイ航路』がきっかけとなって言動に変化が表れた。これらの変化は、なじみの曲がA氏の脳に作用し、感情の誘発により、回想を促したためであると考えられる。また音楽は感情に作用すると言われてるように、感情の発散により、精神安定を可能にしたと考えられ、夜間の徘徊や独語も少しずつ軽減し、最終的には問題行動の軽減につながった。G氏が音楽療法によって笑顔を取り戻し、問題行動を軽減させた背景には、実娘による安心できる環境づくりと熱心な介助が大きいと推察できる。

■症例報告からいえること

筆者は主セラピストとして音楽療法に携わり、5年が過ぎた。療養型医療施設で勤務しながら京都市内の特別養護老人ホームや老人保健施設の音楽療法を複数担当してきた。そのなかで出会った多くの事例のうち本研究では8事例を報告したが、これらの事例から何がいえるのかここで考察することとする。

まずA～Gの事例は、日本音楽療法学会、近畿支部学術大会、その他研究会にて演題発表したものであるが、どの研究発表に際しても査読があり、基本的に治療効果やEBMが明確に示されていない場合、不採用となることがある。それゆえ日本音楽療法学会関連団体で症例報告を行う際に、査読方法が日本音楽療法学会査読編集委員の方法に準拠しているため、独創的な研究は採用されない傾向にある。したがって、対象者の生の声、対象者の願い、対象者の希望を切実に記述しても査読を通過しない場合がある。そのため多くの音楽療法士は、音楽療法の臨床において治療効果を得ようとするようになり、対象者の基本的な意見や希望が軽視されがちである。しかしながらこれは大きな問題である。誰のための治療活動かを問う場合に、それらを根底から覆す活動をしている場合がある。つまり対象者のニーズと治療者の目的が必ずしも一致していないという状況を打破する必要があるのではないだろうか。

また音楽療法の実施に際しては、当然ながら実施施設における介護職員の勤務体制も大きく影響し、音楽療法を中断せざるを得ない状況にも直面してきた。場合によっては、介護職員から「われわれの負担となる音楽療法はもう結構です」という発言も得られた。筆者が2年間かかわったある特別養護老人ホームの音楽療法も人材不足から中断する結果となった。その施設は、筆者の妹が介護職員として勤務しており、現実的に日常的な介護⁹⁾以外に高齢者と関わりきれない労働実態を打破するため、筆者がボランティアで要請された経緯がある。しかし事態は深刻であり、介護職員から「今日はこのフロアをお願いします」といわれ、その後はすべてを音楽療法士まかせという状況が続いた。しかも介護職員とのケアカンファレンスを実施できず、筆者は音楽療法士として空しさを感じていた。気づいたら音楽療法を開始して2年が過ぎていたが、介護主任から「来月から音楽療法を中断してください」といわれ、中止せざるを得なかった。しかし現実的に心身機能が重症化し、寝たきり状態の対象者が音楽療法によって意欲的になったりすることもあった。

このように筆者が実践してきた音楽療法は、約半数がボランティア活動であり、多くの施設から音楽レクリエーションとして認識されていることが多かった。しかしこれが社会福祉施設の現状である。つまり根底には人材不足を抱え、対象者1人1人の主訴に耳を傾けていられない現状がそこにはあった。本研究におけるA～G氏の事例研究を通して以上のことを思い返した。音楽療法を通して反応や変化のあった高齢者たちも結局、施設の都合に左右さ

れ、コントロールされてしまう。しかしながら音楽療法を肯定的に捉えた高齢者ばかりではなかった。音楽が嫌いな高齢者を怒らせてしまったり、ネガティブな感情をも引き出してしまうことがあった。特に戦争を連想する歌などは暴力的であったと反省する部分もある。しかしそれらをいい意味で肯定する高齢者もいるため、行き届いた配慮が必要不可欠であることを痛感した。

3. 音楽療法士の労働実態

音楽療法を実践する臨床家は、どのような労働実態や生活に直面しているのだろうか。2005年に実施された日本音楽療法学会による『会員アンケート』やインタビューからその現状を把握し、音楽療法士の労働実態および生活の詳細を明確に記述することとする。

3-1. 日本音楽療法学会による会員アンケートから¹¹

2005年3月に実施された『会員アンケート』調査結果を以下のように転載する。有効回答数は2601票である。また現在のところ日本音楽療法学会全会員数は約6300（正会員：5800名、学生会員：500名）名である。なお調査データは、日本音楽療法学会の調査報告書から必要なデータを抜粋したものである。

〔表1〕 会員の世代

会員の世代	割合（単位：％）
20代以下	0.3
20代	15.0
30代	20.0
40代	33.1
50代	22.8
60代	8.7
無回答	0.1
全体	有効回答：2601 100%

〔表2〕 性別

性別	割合（単位：％）
男性	10.6
女性	89.4
無回答	0.0
全体	有効回答：2601 100%

〔表3〕 最終学歴

最終学歴	割合（単位：％）
専門学校卒業	8.5
短期大学卒業	22.0
大学卒業	52.8
修士課程修了	8.2
博士課程修了	2.2
その他	5.6
無回答	0.7
全体	有効回答：2601 100%

〔表4〕 認定資格取得者

認定資格	割合（単位：％）
取得済み	27.34
1～2年以内に申請	17.76
いずれ取得希望	40.87
取得しない	13.42
無回答	0.62
全体	有効回答：2601 100%

〔表5〕 従事していること

従事していること	割合 (単位：%)
音楽療法士としてのセッション	36.4
無資格であるが音楽療法士としてのセッション	37.0
音楽療法士の教育	1.4
音楽療法の研究	3.6
音楽療法士の雇用	0.7
音楽療法士と連携して働く	2.5
その他	12.7
無回答	5.8
全体	有効回答：2601 100%

〔表6〕 実務経験年数

実務経験年数	割合 (単位：%)
0年	0.5
1年以下	6.0
2年以下	7.0
3年以下	9.3
4年以下	8.7
5年以下	11.1
6年以下	7.2
7年以下	6.3
8年以下	5.5
9年以下	2.5
10年以下	5.2
11～15年以下	5.6
16～20年以下	3.6
21年以上	2.2
無回答	19.2
全体	有効回答：2601 100%

〔表7〕 音楽療法に関する全ての就業形態

就業形態	割合 (単位：%)
音楽療法専門職として常勤勤務	8.2
音楽療法専門職として非常勤雇用	26.7
依頼に応じて有償で音楽療法	39.6
他職種として勤務の中で音楽療法	24.4
無償で音楽療法	35.6
その他	16.6
無回答	5.5
全体	有効回答：2601 100%

〔表8〕 主たる勤務機関での職種

職種	割合 (単位：%)
音楽療法士	30.7
音楽療法家	2.3
セラピスト	3.5
指導員	3.9
保育士	1.5
音楽講師	20.5
教員・助手	
講師・助教授教授	13.4
研究員	1.1
その他	21.6
無回答	5.6
全体	有効回答：2601 100%

3-2. 日本音楽療法学会資格認定制度¹²

日本音楽療法学会における資格認定制度は以下の通りである。一般の会員が音楽療法士の認定資格を申請する場合、臨床経験を3年以上有することが条件となっており、その他、音楽療法の知識もしくは、講習会履修、臨床経験、研究発表および症例報告の3項目を必ず含んで1000ポイント以上の者を資格審査該当者としている。2007年現在、認定者数1,307名となっており、5年ごとに更新するシステムとなっている。

以下、日本音楽療法学会認定音楽療法士認定規則を転載する。

認定規則 (日本音楽療法学会)

1. 資格認定方法

認定は、日本音楽療法学会 (以下「本学会」と略す) に提出された申請書に基づき、本学会内に設置された資格認定委員会の審議を経て本学会がこれを行う。資格認定委員会は本学会が選出した若干名の委員により構成され

る。

2. 申請資格

申請者は、日本音楽療法学会の正会員であることを前提、必須条件とする。申請資格（審査該当者）の基準については別定の審査該当者基準細則に定める。

3. 審査報告

資格認定委員会は、申請者が提出した申請書を別定の審査細則に基づいて審査し、必要に応じて試験（面接等）を行い、その結果を本学会理事会に報告するものとする。

4. 通知

理事会は資格認定委員会の報告を受け、適切であると判明した場合は、速やかに申請者本人にその結果を通知しなければならない。なお認定した申請者に対しては、認定書を交付するものとする。

審査該当者基準細則

(1) 音楽療法の知識【申告書-2】

本学会が別項に示す大学（短大を含む、以下同じ）、あるいは専門学校（附則1参照）において、音楽療法あるいは、音楽療法とみなされるカリキュラムを15時間以上履修した者、もしくは、これと同等以上の知識や技術を既に修得していると認められる者。

(2) 講習会履修【申告書-3】【申告書-4】

本学会の主催する学術大会、講習会、ならびに本学会の推薦する学術大会、講習会、研究会等（附則2参照）において、15時間以上履修したと認められる者、あるいは、これと同等以上の水準にあると認められる者。

(3) 臨床経験【申告書-5】

医療、教育、福祉の場において、3年以上の音楽療法もしくは音楽療法的アプローチの臨床経験を有し、1年以上責任者としての経験を有する者。

(4) 研究発表および症例（事例）報告【申告書-6】

- ・本学会が主催する学術大会、講習会、研究会等において、研究発表、あるいは、症例（事例）報告を行った者。
- ・本学会が推薦する学術大会、講習会、研究会等において、同様の経験を有する者。

(5) 論文発表および著書【申告書-7】【申告書-8】

- ・音楽療法もしくは、近接関連領域（附則3参照）の専門誌（編集委員会の査読があるもの）に、音楽療法に関する論文を2編以上発表した者。あるいは、それに準ずる刊行誌に、2編以上発表した者。
- ・音楽療法に関する著書を単独あるいは共同執筆によって刊行した者。

(6) 教育指導経験【申告書-9】【申告書-10】

- ・教育機関において、音楽療法あるいはそれに関連する講義を10時間以上担当した者。
- ・学術大会、講習会等において、講演、実技指導等を10時間以上行った経験を有するもの。
- ・スーパービジョンを短期もしくは継続的に行った者。

(7) その他【申告書-11】

次に2項に該当する者は、審査の際に考慮することができる。

- ①教育分析、研修グループ体験（自己啓発的研修）、スーパービジョン等の経験を有する者。
- ②精神療法、芸術療法、作業療法、カウンセリング、言語療法等の臨床経験を1年以上有する者。

〔審査該当者について〕

申告書の基準充足度をみて、総体的に過半数の基準を充たすとみなされた場合には資格審査該当者とするが、原則として、申告書類が整備されていれば、著しく不足していると考えられる場合を除き、資格審査該当者であることを認めるものとする。

附則

1 日本音楽療法学会が別項に示す大学、あるいは専門学校とは、次のものを指す。

- ・医学系大学あるいは学部

- ・心理学系あるいは人間科学系、学部、専門学校
 - ・音楽系大学あるいは学部、学科、専門学校
 - ・リハビリテーション系大学、学部、専門学校
 - ・看護系大学あるいは学部、学科、専門学校
 - ・教育系大学あるいは学部、専門学校
 - ・福祉系大学あるいは学部、専門学校
 - ・音楽療法士養成コースを持つ大学あるいは専門学校
 - ・その他、これに準ずると資格認定委員会が認める教育機関
- 2 推薦する学術大会、講習会、研究会とは次のものを指す。
- (1) 日本音楽療法学会「講習会・研修会・ワークショップ」等に関する認定規則に基づいて学会支部もしくは学会本部が認定したもの。
- (2) 大学など音楽療法士養成機関やカルチャーセンターなど教育事業を行っているものが催す講習会等はこの該当外とする。
- 3 近接関連領域とは、医学、心理学、音楽学、音楽教育、看護、福祉、保育、障害児教育、芸術療法、作業療法、言語療法等の領域を指す。

審査細則

平成15年3月までの暫定期間内での認定を漏洩なく公平に終えるため、審査細則を一部加筆・修正して以下のように公表することになった。各項目についてバランスよく充たしていることが望ましいが、第一項（音楽療法の知識）もしくは第2項（講習会履修）、さらに第3項（臨床経験）、第4項（研究発表および症例（事例）報告）の3項目を必ず含んで合計1000ポイント以上の場合を資格審査該当者とされている。既に公表されている認定規則、審査該当者基準細則に即してみられたい。

なお、新たに事例研究レポートの提出を求めることになった。そして、事例研究の内容が申請された臨床経験および実講時間にふさわしいと認定された場合にのみ下記のポイントを与えることになる。これは学歴等を問わない暫定期間における実力本位という基準を明確にし、該当者を幅広く認定するためである。また、上記の主旨を生かすために書類審査で審査該当者と認定された全員に「試験（面接等）」を行うことになった。さらに4年制の音楽療法コース^(注1)の卒業生の資格認定に関しては、別に定める試験制度^(注2)によるものとする。

1. 審査該当者基準細則（1）音楽療法の知識

- 1) 「音楽療法あるいは、音楽療法とみなされるカリキュラムを15時間以上履修」とされているが、その具体的な認定基準は、通年授業4単位、半期授業2単位、4日間の集中講義（90分の授業が15回）2単位とし、1単位を15ポイントとする。
- 2) 研究生、もしくは科目等履修生として取得した単位も認められる。
- 3) 「音楽療法とみなされるカリキュラム」とは、日本音楽療法学会の「音楽療法専攻コースカリキュラムに関するガイドライン01」に示されている「音楽分野」の一部科目、および「関連領域」に該当するもので、心理学、医学、及び福祉・教育に関する科目を意味するが、単位取得証明書の提出によって認定される。

2. 同（2）講習会履修

- 1) 「15時間以上履修」とされているが、ここでいう1時間とは実時間ではなく、90分講義1回分を意味する。
- 2) 講習会の受講成果が、試験やレポート提出等によって認定されたことを証明される場合（A）と、一般的な講習会の受講証明（B）を区別する。

なお、継続した講習会の場合には、30回以内において一括して認定してもよい。

- 3) 本学会が主催する学術大会、講習会の場合は、90分の講義を4ポイントとし、本学会の推薦する学術大会、講習会、研究会等の場合は、2ポイントとする。しかし、上記のBの場合は、前者を2ポイント、後者を1ポイントとする。

4) 日本音楽療法学会の推薦を受けるためには、当該団体が所定の書式により、学会支部もしくは学会本部事務局まで申請し、音楽療法関係団体としての登録番号を取得し、講習会等の認定を受けなければならない。

3. 同(3) 臨床経験

- 1) 「3年以上」の臨床経験が前提であり、その内「1年以上責任者としての経験」も必要であると定められているが、認定は次の基準によって行う。
- 2) 臨床経験の認定は、臨床経験の証明書と事例研究レポートによって行う。
- 3) 証明書とは音楽療法を行っている施設・団体の責任者もしくは音楽療法の依頼者等が音楽療法を行ったものの氏名、対象者、場所、期間、頻度を証明するものである。証明書が得られないときは、その理由を明記した自認書の提出を求め、内容を審査して証明書に準じたものとして評価される。
- 4) 音楽療法の臨床経験から1事例を選び、所定の書式により事例研究レポートを提出しなければならない。ただし、責任者としての臨床経験が2年の場合は2本、3年を超える場合は3本の事例研究レポートを提出しなければならない。なお、この事例研究レポートが、既発表の場合はその旨を明記し、未発表の場合は提出した事例レポートを後に学会等で発表できるものとする。
- 5) 事例レポートの認定基準は、日本音楽療法学会の学術大会での事例研究発表の水準に準じたものとする。
- 6) 経験年数のカウント方法は、週1回のセッションを行っていることで1週間の臨床経験とし、40回で1年間の臨床経験になる。対象者やセッション場所が異なる臨床経験も通算できる。
- 7) 4月から翌年の3月までを基準期間とし、その期間内に40回以上のセッションを行っている場合に臨床経験を持った1年間とし、その開始年月が臨床経験のスタートとして認定される。この基準期間内における40回を超えるセッション回数は次年度に持ち越すことはできない。このカウント方法で3年(内1年以上は責任者)以上の臨床経験を持つ者を資格審査該当者とする。
- 8) 音楽療法士(補)の認定を受けた者が、正規の音楽療法士として資格申請する場合、在学中のカリキュラム内における臨床実習に限って年度を超えて通算できる。しかし、臨床経験のスタート年月日は、通算40回に到達した年度における最初のセッション日とする。
- 9) 臨床経験によるポイント認定の場合は、3年間の臨床経験条件を満たすカウント方法とは異なり、年度を超えて通算できる。また、1年間に80回のセッションを行った場合は、2年分の臨床経験ポイントが与えられる。その認定ポイントは次表の通りである。
- 10) コワーカーとしての経験年数が2年で責任者としての経験年数が1年の場合の計算式は、 $100 + 150 = 250$ ポイントになる。ただし、経験年数の小数点以下は切り捨てて計算するものとする。その上限は650ポイントまでである。
- 11) 医療専門職、保育士、教諭などが音楽療法に準じた臨床経験を持っている場合は、証明書によって臨床経験2年間を上限として認定される。それゆえに1年間の音楽療法の臨床経験を積みば資格審査該当者になる。しかし、臨床経験としてのポイントは、音楽療法の臨床経験にのみ与えられる。
- 12) 海外での臨床経験は2年しか認められない。1年は国内での臨床経験を必要とする。

〔臨床経験の評価表〕

臨床年数	責任者	コワーカーアシスタント	学生研修生等
1年	150P	80P	50P
2年	250P	100P	70P
3年	350P	120P	90P
4年	450P	140P	110P
5年	550P	160P	
6年以上	650P		

4. 同(4) 研究発表および症例(事例)報告

- 1) 本学会の主催する学術大会、講習会、研究会等の場合は、1回毎に100ポイントとし、本学会の推薦する学術大会、講習会、研究発表等の場合は、1回ごとに80ポイントとする。

- 2) 本学会の推薦を受ける方法や基準は上記の講習会等の場合と同じである。
- 3) ポスターセッションでの発表も同じように評価される。しかし、口頭発表者以外の連名者は発表者としてカウントしない。
- 4) 音楽療法実践に関して1事例1時間以上のスーパーバイズを受けた場合は、1回につき40ポイントとする。ただし、スーパーバイザー経験による認定は、200ポイントを上限とする。ただし、2003年4月以降に受けたスーパービジョンについては、スーパーバイザーは、有資格者としての臨床経験（音楽療法に関する教育経験も含む）が5年以上で、学会発表や研究論文発表などの実績を有する者、もしくは医療、心理臨床、音楽等の領域の専門家として社会的な認知を受けているものでなければ認定されない。また、学会が主催するスーパービジョンの在り方に関わる研究・協議の機会を活用して研鑽を積むことが期待される。なお、公開の場で事例報告にもとづき講師の助言をえる形式のものは『公開ケース検討会』と呼称するものとし、報告者は症例（事例）報告の実績として、助言者は教育指導経験の実績として評価される。この場に参加した一般の受講者は、講習会受講者としてのポイントが与えられる。
5. 同（5）論文発表および著書
 - 1) 編集委員会の査読がある音楽療法の専門誌に掲載された原著論文、症例（事例）研究は、1件につき200ポイントとする。
 - 2) その他の刊行物に掲載された音楽療法に関する原著論文、症例（事例）研究は、1件につき100ポイントとする。
 - 3) 音楽療法の著書に関して単著の場合は1冊につき300ポイントとする。共同執筆の場合は執筆頁数に応じてカウントする。
 - 4) 関連領域の著書の場合は1冊につき200ポイントとする。
6. 同（6）教育指導経験
 - 1) 大学、短大、専門学校の専任教員として音楽療法あるいはそれに関連する講義を1年以上担当している場合は300ポイント、非常勤で1年以上担当している場合は150ポイントとする。
 - 2) 本学会が主催する学術大会、講習会、研究会等での講演、実技指導は1時間以上のもの1回毎に100ポイントとし、本学会の推薦する学術大会、講習会、研究会等の場合は、1回毎に60ポイントとする。
 - 3) 本学会の推薦を受ける方法や基準は上記の講習会等の場合と同じである。
 - 4) 音楽療法に関する講演、実技指導等を1時間以上行ったもので、主催者による証明書もしくは案内の印刷物等によって内容を証明できる場合は、内容によって0～50ポイントの範囲内で加点される。
 - 5) スーパーバイザー経験については、この項の実績として申請するか第3項の臨床経験の実績として申請するかは、申請者の意志に任されている。
7. 試験（面接等）
 - 1) 平成15年3月までの暫定期間内での認定を漏洩なく公平に終えるため、審査細則の公表とあわせて「試験（面接等）」を行う。
 - 2) 事例研究レポートや臨床経験、過去の教育経験等に対して補足的な口頭試問を行い、音楽療法士としての資質等を確認する。
 - 3) 音楽療法に使っている音楽を実際を使って見せてもらうこともある。試験会場にはピアノおよび電子オルガンは用意されている。その他の楽器等が必要な場合は本人が持参しなければならない。（面接試験案内時に楽器演奏の有無が明示される）

附則

- 1 第1項の3) でいう音楽療法とみなされる科目とは、音楽療法分野に入っている音楽療法概論（資質・倫理を含む）、音楽療法の理論と技法、音楽療法各論Ⅰ（障害児・者など）、音楽療法各論Ⅱ（精神科、心療内科など）、音楽療法各論Ⅲ（作曲、編曲、アンサンブル、指揮）、／医学・心理学分野の医学概論（解剖・生理、治療学、症候学、チーム医療等）、臨床医学各論Ⅰ（精神医学、心身医学、老年学など）、臨床医学各論Ⅱ（小児科学、内科

学、リハビリ学、関連医学)、臨床心理学Ⅰ(面接法、心理テスト、行動評価など)、臨床心理学Ⅱ(心理療法の諸理論と技法)、福祉・教育分野の社会福祉概論(福祉システム、関連法、児童・老人・地域福祉)、発達心理学、障害児教育(障害学を含む)、および教育原理、音楽教育学、音楽療法の原著購読、ギター等の携帯伴奏楽器、リズムックが該当する。ただし、「医学・心理学分野の医学概論」以降に記す科目は、音楽療法に特化していない場合も認定されるが、その上限は3科目各2単位、までである。

- 2 試験による音楽療法士(補)として認定された者が、正規の音楽療法士として資格申請する場合は、一般の資格申請にあわせて書類を提出し、試験(面接等)を受けるものとする。その際、資格審査申請書(SNA)の該当欄に音楽療法士(補)の認定通知書に書かれていた補充条件の有無を記入し、条件が付いていた場合は、それを補充した証明書を添付しなければならない。なお、在学中の実習を音楽療法士の資格基準にある「3年間の臨床経験」に含めて申請する場合は、暫定期間における資格申請に準じて臨床経験の証明書を添付するものとする。在学中における学外活動としての臨床経験は暫定期間における一般の証明書と同じであるが、カリキュラム内の実習は、見学的な参観実習と臨床実習(メインセラピスト、または、コ・セラピストとしての実践的な臨床経験)を区別するものとし、後者に該当することを明らかにした証明書がある場合に認定される。また、在学中の臨床実習については、指導教員と実習場所における指導者を付記しなければならない。ここで注意してほしいことは、音楽療法士(補)の場合には、1000ポイント以上が審査基準ではなく、臨床経験が3年間以上に到達しているかどうかである。そこで責任者としての臨床経験が1年に充たない場合でも事例研究レポートを提出するものとし、その他は一般の申請者に準ずるものとする。しかし、臨床経験(申告書-5)以外の申告者は、審査対象ではなく、事例研究レポート審査のための参考資料として扱われる。

(注1) 音楽療法の専門学校、および短期大学の専攻科が学位授与機構による学士授与の資格を持っている場合を含む。

(注2) この試験制度が確立するまでには、一般の申請者と同じように資格申請を受け付け、本審査細則に準じて認定される。この場合、第3項の臨床経験年数を充たしていない場合でも音楽療法士(補)として認定され、認定後において3年という臨床経験基準に到達した段階で正規の音楽療法士として登録される。なお第4項の研究発表および症例(事例)報告に関しては卒論指導で認定されるが、責任者としての臨床経験が1年に充たない場合でも事例レポートは提出しなければならない。

【年度別認定者数一覧表】日本音楽療法学会ニュース第13号より転載¹³

第1回	1996年度	100名	第5回	2000年度	95名	第9回	2004年度	120名
第2回	1997年度	71名	第6回	2001年度	145名	第10回	2005年度	122名
第3回	1998年度	71名	第7回	2002年度	191名	第11回	2006年度	122名
第4回	1999年度	96名	第8回	2003年度	174名	通算1,307名		

3-3. インタビュー

■筆者(28歳男性:既婚)

筆者はある社会福祉系の大学在学中にホームヘルパー2級の資格を取得し、介護業務に携わりながらボランティアで音楽療法を実践してきた。その後、認定音楽療法士(A国立病院勤務)のもとで音楽療法の研究をはじめた。そして今日まで、高齢者領域を中心に音楽療法の臨床を8年間にわたって実践してきた。現在、大学院博士課程に在学しながら音楽療法の臨床を継続している。筆者は、民間医療法人の療養型医療施設のレクリエーション科に勤務し、音楽療法のみならず絵画や書道、華道等の芸術療法を全般にかかわっている。認知症高齢者にかかわることは、労力を有するが、音楽療法士として勤務しながら満足な保障を受けている者はごくわずかである。

筆者はレクリエーションワーカー(正規雇用)という位置づけで勤務して5年が過ぎた。月給は15万円程度である。これまでレクリエーション活動は介護や看護業務に比べて体力的な負担が少なく、「レクリエーション業務はとても楽だ」といわれ続けた。介護病棟に協力を要請してもこうした活動を受け入れてはくれず、「今日は忙しいので

帰ってください」といわれたこともあった。看護部長や病棟師長にはたらきかけ、レクリエーション活動への協力を求めたが現実はとても厳しいものであった。

家庭を持つ筆者にとって当施設からの報酬では、妻子を養うことができず、公休日を利用して他福祉施設での音楽療法を行い、短期の音楽療法（一回5000円）や講演によって生活を維持している。しかし筆者は性格上、音楽療法の申込を断りきれずにいた。たとえ療法にならなくても、「筆者の演奏を聴いて喜んでくれる高齢者が少しでもいるならば」という思いでこの8年間やってきた。しかし前述したとおり、音楽療法に携わるなかで音楽を肯定的に受け止める高齢者ばかりでもなかった。そして介護職員からは「我々の負担を増やしている」ともいわれた。

家計は厳しい状況に変わらない。仕方なくそれまでの貯金を切り崩したり、実家からの支援を頼りにするしかない状況である。それどころか、学費を払うことも大変であり、生活を継続することは容易ではない。重ねて第一子は2歳であり、これから養育費がかかることは目に見えている。筆者は、今後どのようにして生活を維持していくべきか悩む毎日である。認定音楽療法士という資格を有していても、多くの臨床家たちはボランティアや非常勤で音楽療法を継続している。これから筆者は、「作業療法士の資格取得のため専門学校にでも通おうか」と考えているところである。

■病院勤務「音楽療法補取得卒業生」(B氏—25歳女性：未婚)

B氏は、音楽学科に音楽療法コースがある女子大学を卒業した。卒業時に音楽療法の課程を修了し、筆記試験を受けて音楽療法士（補）という資格を取得した。しかし大学卒業と同時に音楽療法士としての就職を考えたが、専任の就職がなく、指導教員の斡旋で非常勤の音楽療法をしながら、なおかつアルバイトをして生活を継続していた。B氏は、非常勤でありながら2時間かけてある医療機関まで通勤している。非常勤といっても時給であり、表面的には介護職員としての採用である。そのため月給にすると10万円程度にしかならず、「アルバイトをするしか方法はない」とB氏は語っている。

せっかく音楽療法士（補）の資格を取得しても音楽療法士としての生活が保障されていない厳しい現状に対して「嫌気がさします。早く結婚して家庭を持ちたいがお金がありません」と話した。音楽療法コースのある大学を卒業しても音楽療法士として就職できない現実がある。

■音楽教室講師 (C氏—45歳女性：既婚)

C氏は音楽大学を卒業して5年間中学校の音楽教諭として非常勤で勤務した。しかし、結婚を機に退職し、主婦となり、家事や育児に従事した。子どもが小学校に入学した頃、アルバイトをしたいと思うようになり、ヤマハ音楽教室の講師の試験を受け、合格したためアルバイト程度に勤務した。その後、友人の紹介で音楽療法と出会い、音楽的知識を生かしながら臨床を3年間行い、日本音楽療法学会認定音楽療法士を取得した。

C氏は、配偶者の収入で生活していけない訳ではないが、将来のために貯金したいと考え、現在では正職員として勤務したいと考えている。しかし音楽療法士としての就職は全くない状況であり、非常勤で3カ所を訪問している。C氏は「音楽療法士として正職員で働いてみたい」と語ったが、現実には厳しく、音楽療法では月額7～8万円程度の収入であると語っていた。また子どもたちの教育費を考えると、もう少し収入のある仕事を探している状況である。筆者の「音楽療法の仕事にこだわりますか」との質問に対して「せっかく3年間もかけて臨床を行い、学会の講習会にも参加して資格を取得したので、音楽療法士としてはたらしたい」と音楽療法士としての就職に意欲を見せた。

■介護福祉士 (D氏—43歳男性：既婚)

D氏はもともと東京で医療ソーシャルワーカーの仕事をしてきた。音楽が大好きで、幼少期からギターの練習を重ね、現在は介護福祉士として老人保健施設に勤務している。D氏には3人の子がいる。小学生であるが、これからの教育費を考えると貯金が必要であり、「とても厳しい毎日だ」と語った。D氏は、ある友人の誘いがきっかけで大好きな音楽を介護を必要とする人、心を病んだ人のために用いようと音楽療法の勉強を始めた。そのとき既に老人保健施設に就職していたが、勤務の合間に音楽療法の臨床を行い、3年後に資格を取得した。いまでは介護業務の傍ら、音楽療法士として週3回セッションを行っている。D氏は、介護職員のため夜勤に入ることもあるが、

月給は20万円前後で、「配偶者がスーパーでアルバイトをしているため生活が維持できていると」語った。筆者の「子どもは誰が面倒をみていますか」という質問に対して、「祖母がいつも面倒をみってくれるため、とても助かります」と語った。また筆者の音楽療法士として就職したいですか」という質問に対して「そんな仕事はほとんどない。私は介護の仕事が好きだし、介護福祉士という立場から音楽療法を考察することも重要だ」と語った。

■インタビューの結果から

音楽療法士としての就職は非常に厳しく、ほとんどの臨床家は、副業として音楽療法をせざるを得ない状況を呈していることがインタビューから理解できた。前述したとおり、医師やその家族、または生活にゆとりのある人間が趣味程度に音楽療法を実践するのと、副業を持ちながら過酷な労働条件と闘いつつ音楽療法を実践するのでは、音楽療法に対する思いや認識が異なるのではないだろうか。これについて、どのように異なるのかは博士論文で別途報告する。

いずれにしても日本音楽療法学会は、こうした厳しい現実を打破するため音楽療法士を国家資格化しようとする動向が強まっている。しかしながら国家資格化をもし実現したとしても就職状況が改善され、臨床家たちの生活が安定するとは思えない。それに現行の医学モデルが強調された音楽療法界において実は、音楽療法を実践する者は音楽大学出身の音楽家や音楽教育家である以上、医学を根源とする音楽を用いた療法を実践することは非常に難しい。音楽大学出身者の多くは卒業演奏しかしておらず、卒業論文を書いていないため、症例報告の抄録を書くのがとても難しいと語る者も多い。

4. まとめ

音楽療法界は、今後10数年で発展していく成長期にあると考えられている。急速な高齢化の進展や精神障害者へのケアが議論されるなか、音楽療法が果たす役割とは一体何であろうか。音楽療法でなければできないコミュニケーションや特性とは何を指示するのであろうか。筆者は、音楽療法だからできることをこれから明らかにしていく必要があると考えている。そして、音楽療法だからできることを以下のように考えている。例えば対象者の心身機能が著しく低下し、他者とのコミュニケーションに限界が生じた場合はどうであろうか。この場合、音楽を通したかわりにおいては、第一にしゃべることもできない対象者が音楽を通して自己表現ができる。第二に音楽を介在として互いの存在価値をともに認め合える。第三に対象者が何らかの理由で心を閉ざしたとき、音楽がきっかけとなってコミュニケーションが可能となる場合があり、音楽が「心」と「心」の橋渡しをする可能性がある。このように音楽を通して他者とのコミュニケーションが図れた場合には、音楽療法だからできたコミュニケーションとして認識できるのではないだろうか。

音楽療法の専門性には様々な要素を含んでいるが、上記で述べたように対象者とあらゆるレベルでコミュニケーションが図れるか、あるいは対象者がいま何を望んでいるのか、率直にどうしたいと考えているのかをくみ取ることができ技術こそ音楽療法士の〈専門性〉であるともいえるのではないだろうか。

しかし、音楽療法界では音楽療法を発展させるため、治療効果や国家資格化に関する議論を展開し、重要な論点が先送りされている感を受ける。特に音楽を医学モデルのなかで実践することへの疑問や療法を実践する臨床家の多くは音楽大学出身の音楽家や芸術家といわれる者たちであることのいわゆる「ねじれ」についてもより深く議論する必要がある。

そして対象者理解の視点がいつしか先送りされている。特に対象者の自己決定・セラピストとの権力関係等は治療効果の影に隠れ、どこかへ葬り去られている感をうける。例えば権力関係においても次のようなことがいえる。音楽療法士が、対象者の反応を効果的側面のみから観察する傾向もあり、それらは一方的で、対象者がどのように音楽療法を認識しているか、つまり対象者のニーズと援助者の効果測定を目的とした治療目標が必ずしも一致していない場合があるといえるのではないだろうか。このように対象者と援助者との権力関係が実は音楽療法の臨床で存在していることは、これまでほとんど語られてこなかった。

本研究の主題ともいえる音楽療法士の労働をめぐることは、日本音楽療法学会の会員アンケートによってその実態

が報告されたが、それらは音楽療法士を国家資格化するための予備調査に過ぎず、音楽療法士の労働に関する多くの課題が国家資格化によって解消されると思ひ込む音楽療法学会国家資格化推進委員の意図が見える。しかし、筆者が行ったインタビューでは、単に国家資格化を実現すれば解決できる問題ではないことが明確になった。例えば、ジェンダーや立場性をもっと深く議論する必要があると感じた。つまり音楽療法を実践する者の多くは音楽大学出身の女性である。だとすると彼らは、結婚とともに厳しい生活から回避できる可能性もあり、子育て後のアルバイト感覚で音楽療法を実践することもできる。しかし筆者のように男性の音楽療法従事者はどうであろうか。家庭を持っていけば音楽療法以外の仕事を兼業しなければ生活が成り立たない現状である。日本音楽療法学会の男性会員の多くは医師や大学教員である。彼らはさほど生活レベルでの困難を感じているとは思えづらい。したがって国家資格化の実現よりもこうした臨床家たちの生活実態を考慮する必要があるのではないだろうか。前述したとおり、生活にある程度ゆとりがある医師やその家族が趣味程度に音楽療法を実践するのと、生活をかけて音楽療法を実践するのでは音楽療法に対する姿勢が異なるのではないかと考えられる。このような考察は博士論文で別途報告することとする。いずれにしても音楽療法を実践する者の生活を安定させるためには、国家資格化の早期実現が望まれるといわれるが、異なる次元で臨床者それぞれが抱える労働実態や生活を把握し、彼らの音楽療法に対するやりがいやその目的を継続的に考察していきたい。

そして今日まで音楽療法界では、医学モデルが強調されてきた現実をふまえ、多くの臨床家が医学モデルに収斂されないオルタナティブな音楽療法の方向性を創造していく必要があるであろう。

【謝辞】

本研究の実施に際して最後までご指導いただいた立命館大学の諸先生方、ならびにこれまで8年間の事例研究に協力していただいた入院患者および家族の皆様へ深く感謝いたします。そして音楽療法の労働実態や生活について協力していただいた皆様へ深く感謝いたします。今後も対象者が望むと思われる音楽療法やナラティブ・アプローチを試みていきたいと考えている。紙面を借りて深く感謝します。

注

- 1 「平均寿命」。日本の平均寿命は、2006年には82.0歳に達した。総務省のまとめ。
- 2 「高齢化率7%」。高齢化率7%以上を「高齢化社会」といい、高齢化率14%以上を「高齢社会」という。わが国では1970年に高齢化率7%に達し、わずか30年余で高齢化率20%を突破した。現代では、少子高齢化社会が到来している。
- 3 「懐メロ」。ここでいう懐メロとは「懐かしのメロディー」を指示しており、戦前から戦後にかけての流行歌や歌謡曲を意味する。具体的には、70～80歳代の高齢者が青年期に歌った、もしくは聴いたと思われる昭和13年の映画「愛染かつら」の主題歌『旅の夜風』や昭和24年に藤山一郎と奈良光枝によって歌われた『青い山脈』、昭和31年、大津美子のヒット曲『ここに幸あり』等である。筆者は、地域で暮らす独居高齢者にはたらきかけ公民館で「音楽クラブ」を実践してきた。筆者がキーボードを弾き、模造紙に書いた歌詞を見ながら、高齢者がともに歌を歌うものである。また歌唱後に歌を歌って感じたこと、思い出したことを語り合う高齢者のサークル活動のようなものである。
- 4 <なじみの音楽>。なじみの音楽とは、なじみ深い音楽を意味し、対象者が聴き慣れた音楽、あるいは大切にしてきた音楽を意味する。
- 5 音楽療法士（補）。大学・短大および専門学校で一定のカリキュラムを修め、音楽療法の臨床経験に関する実習を終え、筆記試験に合格したものに認定される。一般の資格申請については、学会参加や研究発表、論文執筆、臨床経験を合わせて1000ポイント以上の者を審査対象者としており、書類審査に合格したものが面接試験に進むこととなっている。しかし音楽療法士（補）は、教育機関を卒業後、3年間の臨床経験を経て、筆記試験に合格すれば、面接試験なしに資格が認定される。
- 6 日本音楽療法学会『会員アンケート』調査。2005年3月に実施されたアンケート調査。全会員数6300名のうち、2601名が回答したアンケートであり、音楽療法の労働実態、臨床経験、国家資格化の是非を問うたアンケート調査である。しかしながら強固に国家資格を推進するための会員に対する予備調査であることはいうまでもない。
- 7 日本音楽療法学会 <http://www.jmta.jp/>
- 8 倫理問題。ここでいう倫理問題とは音楽療法場面における対象者の主体性や自己決定および対象者と援助者の権力関係等を意味する。高齢者領域の音楽療法においては、集団セッションが主流であるため、それぞれの対象者の音楽療法への思いが表面化し、しばしばこの

倫理問題を問う瞬間がある。たとえば、心身の活動レベルの異なる対象者への音楽療法において基準をどこに置くのか、あるいは、楽曲をどのように選択するののかは集団治療の方向性を左右する大きな課題であると考えられる。

- 9 「倫理委員会」。筆者は日本音楽療法学会近畿支部倫理委員会をつとめる。
- 10 日常的な介護。日常的な介護とは入浴介助、排泄介助、食事介助などの日常的な介護業務を意味する。
- 11 『会員アンケート』調査結果。日本音楽療法学会が実施したアンケート調査の報告書を、筆者が再構成したものである。
- 12 「日本音楽療法学会資格認定制度」。日本音楽療法学会が規定する認定規則を筆者が再構成したものである。
- 13 2006年現在の資格認定者数。日本音楽療法学会ニュース第13号のデータを筆者が再構成した。

【文献】

- 天田城介 (2003) 『<古い衰えゆくこと>の社会学』多賀出版
- Gerald Corey (2004) 村本詔司監訳『倫理問題ワークブック』創元社
- 日野原重明 (2002) 「第1回学術大会大会長講演 音楽療法の向かうべき道」『日本音楽療法学会誌』2巻1号。
- 北本福美 (2002) 『老いの心と向き合う音楽療法』音楽之友社
- 黒川由紀子編 (1998) 『老いの臨床心理』日本評論社。
- 松井紀和 (1980) 『音楽療法の手引—音楽療法家のために』牧野出版。
- _____ (2001) 「巻頭言—信じること、あたりまえのこと」『日本音楽療法学会誌』1巻2号。
- 三好功峰 (1999) 『精神科治療学—痴呆のガイドライン』星和書店。
- 師井和子 (2006) 『心をつなぐ音楽回想法』ドレミ楽譜出版社。
- 村井靖児 (2002 a) 「学術・研究の立場から」『日本音楽療法学会誌』2巻1号。
- _____ (2002 b) 「特集に当たって—音楽療法の学際性」『日本音楽療法学会誌』2巻2号。
- _____ (2004) 「第3回学術大会大会長講演「国家資格化をめざして」」『日本音楽療法学会誌』4巻1号。
- 西村ひとみ (2006) 『認知症高齢者への音楽療法に関する展望—「思い出深い音楽」と自伝的記憶に関する比較研究を通して—』立命館大学大学院応用人間科学研究科。修士論文。
- 野口裕二 (2005) 『ナラティブの臨床社会学』勁草書房。
- 野村豊子 (1998) 『回想法とライフレビュー』中央法規。
- 斉藤清二・山本和利 (2002) 『ナラティブ・ベイスト・メディアスン 臨床における物語と対話』金剛出版。
- 篠田知璋・高橋多喜子 (2000) 『高齢者のための実践 音楽療法』中央法規。
- 坂下正幸 (2006 a) 『音楽療法における倫理的課題の一考察』近畿音楽療法学会誌Vol.5
- _____ (2006 b) 『認知症高齢者への回想法的效果の調査報告』音楽心理学音楽療法懇話会音楽療法研究年報
- _____ (2006 c) 『音楽療法における専門性と資格化をめぐる言説』立命館大学先端総合学術研究科コアエシックスVol.3
- _____ (2006 d) 『脳梗塞後遺症A氏に対する個別音楽療法の試み』日本臨床心理研究所。音楽療法JMTVol.17
- _____ (2007 a) 『音楽療法の倫理問題に関する一考察』船橋音楽療法研究室年報Vol.6
- _____ (2007 b) 『認知症高齢者への回想法的效果に関する一考察』日本芸術療法学会誌。投稿中
- 高橋多喜子・荻谷みどり (1998) 『「なじみの歌法」のグループセッションへの適用。音楽療法研究3巻。
- 十束支朗 (1995) 『高齢期の痴呆』医学出版社。
- 立岩真也 (2001) 『なおすことについて』野口裕二・大村英明編『臨床社会学の実践』有斐閣

The Working Conditions of Music Therapists: The Current State of Clinical Music Therapy

SAKASHITA Masayuki

Abstract:

As the Japanese population ages and as the health system shifts its focus to prevention, there are increasing expectations being placed on music therapy. However, there are problems facing music therapy as a profession, including a lack of skilled workers and the low wages paid to therapists. The author has experience using music therapy with elderly clients with cognitive dysfunction. Problems still remain, however, regarding the employment and specialization of music therapists, and it is not always possible to make a career in this field. Often, practitioners are engaged as volunteers or part-time workers. They may use music therapy techniques while working as full-time health care providers or music teachers. This study involved interviewing music therapists to discover the trends in their working conditions and lifestyles. In particular, gender issues are highlighted.

Keywords: music therapist, specialization, national qualification, gender, motivation