

2015 年 1 月 30 日

2014 年度聖路加国際大学大学院課題研究

産科施設における音楽の活用実態
－音楽療法に焦点をあてて－

Practical Use of Music in Obstetrics : Focusing on Music Therapy

13MW003

氏名 安達 麻衣

目次

第1章 序論	1
I 研究背景	1
II 研究目的	1
III 研究の意義	2
IV 用語の操作的定義	2
1. 音楽療法	2
2. 音楽	2
3. 音楽療法実施施設	2
第2章 文献検討	3
I 音楽療法の歴史	3
II 音楽療法の効果	4
III 音楽療法の手法	5
IV 海外における産科領域での音楽の効果	6
V 日本における産科領域での音楽の効果	7
VI 日本における音楽療法の定義と産科領域への適応	8
第3章 研究方法	9
I 研究デザイン	9
II 研究の対象	9
1. 研究対象施設の選定	9
2. 研究施設へのリクルート方法	9
III データ収集	10
1. データ収集期間	10
2. 質問項目	10
3. 質問紙の配布・回収	10
IV データ分析方法	10
V 倫理的配慮	11
第4章 結果	12
I 質問紙の回収率	12
II 研究協力施設の基本属性	12

1. 施設形態.....	12
2. 職員数	12
3. 病床数	12
4. 分娩件数.....	12
5. 補完代替医療の取り入れ	13
6. クラス数.....	14
III 音楽活用状況	16
1. 音楽活用時期と方法、目的.....	16
2. 助産師の音楽活用に対する考え	19
IV 音楽療法実施施設の実態	21
1. 音楽療法実施施設数.....	21
2. 特性	22
V 産科施設において、音楽を活用していくことについて	29
1. 音楽の効果について.....	29
2. 音楽の活用方法について	29
3. 音楽を活用する際の問題点について	30
4. 今後の活用について.....	30
5. 音楽を活用しないことについての考え	30
第5章 考察.....	31
I 本研究の協力施設の傾向	31
II 産科施設における音楽活用の実態と特性	31
1. 音楽活用状況.....	31
2. 音楽を活用する助産師の考え	32
III 産科施設における音楽療法実施の特性と他分野との比較.....	33
IV 今後産科施設において音楽を活用することについて	36
V 本研究の限界と課題	37
第6章 結論.....	38
文献.....	39
資料	
謝辞	

第1章 序論

I 研究背景

音楽療法はアメリカで発展を遂げ、全米音楽療法協会(National Association for MusicTherapy ; NAMT)が世界で初めて 1950 年に発足し、統一カリキュラムによる音楽療法士の養成、公認音楽療法士の認定などの事業が次々と実施されている。現在、海外で行われている音楽療法適用分野は広範囲にわたる。音楽療法世界大会でも世界各国から多くの発表があり、効果が実証されてきた(篠田,2003) 音楽療法は、一般の音楽活動とは異なる。すなわち音楽活動とは、音楽そのものの演奏や鑑賞を目的とし、その楽しさや、美しさ、あるいは音楽の深い味わいを得ることを目指すものである(村井,1995)。一方音楽療法とは、以下のように定義されている(日本音楽療法学会)。「音楽療法とは音楽の持つ生理的、心理的、社会的な働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに音楽を意図的、計画的に使用すること」演奏や鑑賞は行っても、その演奏や鑑賞が、常に患者やクライアントのためという目的が意識されているのである。

日本において産科の多くの施設で、音楽を BGM としても用いたり、陣痛時に用いたりされている現状がある。先述した音楽療法の定義に当てはまる活用は、障碍児、精神疾患患者、高齢者、ターミナル期にある患者を対象に行われている。近年では、ソフロロジーなどのイメージリーに音楽を使用しているという報告もある(村井,2000)。しかし、産科領域の音楽療法を活用した介入研究の文献は 8 件のみであった。介入方法として NST 時、帝王切開時などに CD を聴取してもらい、アウトカムとして、不安の軽減、胎教、産痛緩和、ストレス軽減、母子愛着形成、リラックス、子宮収縮増減、胎動、胎児心拍数の変化を見る研究であった。

以上のことから、産科における音楽の活用は、目的をもって計画され効果を期待する「音楽療法」やそれ以外の「音楽の活用」は、どのような頻度、方法、状況で行われているのかの実態は明らかにされていないのが現状である。

II 研究目的

本研究の目的は、産科施設で音楽がどのように活用されているかを明らかにすることである。特に、意図的計画的に音楽が用いられる「音楽療法」として実施されている施設の特性(規模、スタッフ構成、取り入れられているケアの内容と教育クラスの数、助産師の

音楽に対する考え）を明らかにする。

III 研究の意義

産科施設でどのように音楽が活用されているかを明らかにすることにより、妊産婦にとってより効果的な音楽の活用を検討するうえでの基礎資料となることが期待される。

IV 用語の操作的定義

1. 音楽療法

本研究では、日本音楽療法学会が提唱する定義を参考にした。

「音楽の持つ生理的、心理的、社会的な働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに音楽を意図的、計画的に使用すること」である。

2. 音楽

西洋音楽では、音楽には次の3つの要件が必要であるとしている。1.材料として音を用いる。2.音の性質を利用して組み合わせる。3.時間の流れの中で素材（音）を組み合わせる。そのため、リズム（律動）、メロディー（旋律）、ハーモニー（和声）をもつものが音楽とされる。しかし、今回は小川のせせらぎや小鳥のさえずり等のリズム、メロディー、ハーモニーすべてを有していないものの使用も考え、上記に挙げる3つの要件のうち、いずれかを満たす音も音楽を活用しているものとする。

3. 音楽療法実施施設

本研究では、音楽療法の定義に基づき、研究者が作成した質問紙の回答から、音楽を意図的・計画的に使用していると判断した施設とする。

第2章 文献検討

I 音楽療法の歴史

最初に音楽療法士と言われたのは、旧約聖書のサムエル記に出てくるダビデである。イスラエルの最初の王サウルに悪霊がついたと考えられたとき、ダビデがサウルに向けハープを奏で、サウルの気を収め、周囲からもサウルから悪霊が離れたと思わせることになった。この時演奏した音楽が何であったか誰もわからず、またサウルの病気が現代の医学に照らして何であったのかを断定することはできない。しかし、ダビデの音楽によって、サウルの精神の不統制が癒され、邪心が取り除かれたと判断し、歴史に名前が挙げられた最初の音楽療法士とする(村井,1995)。その後、音楽療法はアメリカで発展を遂げ、NAMT が世界で初めて 1950 年に発足し、統一カリキュラムによる音楽療法士の養成、公認音楽療法士の認定などの事業が次々と実施されている。その後 1958 年、英国音楽療法協会「British Society for Music Therapy」が、続いて 1959 年にオーストリアに同様の組織「Osterreichische Gesellschaft zur Förderung der Musikheilkunde」が発足していった(篠田ら, 2003)。これらの音楽療法の先進国である諸外国の場合は、音楽療法の定義を以下のように挙げている。音楽療法とは、「音楽療法士が、音楽の持っている心理的、生理的、社会的機能を用いて、対象者の行動（あるいは態度、構え）の変化を目的として行う、治療的、教育的活動である」と定義している(Ruud,1992)。音楽療法を、音楽療法士の専門的な仕事と位置づけ、音楽療法士の職業を確定していることが特徴である。現在、海外で行われている音楽療法適用分野は広範囲にわたっている。

日本は欧米に 30 年余り遅れ、桜林仁、山松質文らが関心をもち、音楽療法の実践・研究を開始した。ついで松井紀和、遠山文吉、そして村井酒盃らが加わり、音楽療法の研究・実践普及に努めた。松井は音楽療法の普及に全国を行脚し、各地の音楽療法研究会の設立に貢献した。1986 年に日野原重明が心身医学の専門医を中心に、音楽の人間に及ぼす生理生化学的効果を研究・実践する目的で、日本バイオミュージック研究会（後に学会）を設立。一方松井は、1994 年に全国の音楽療法家を結集させて日本臨床音楽療法協会を設立した。そして両団体が協議をして、1995 年 4 月に全日本音楽療法連盟が結成された(篠田ら,2003)。日本で示されている音楽療法の定義は「音楽の持つ生理的、心理的、社会的な働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容などに音楽を意図的、計画的に使用すること」(日本音楽療法学会)であり、音楽療法の内容に主眼を置いている。

この定義の特徴は、音楽療法を誰がするか定めていない点である。そのため、日本では音楽を意図的、計画的に使用すれば、誰が実施しても音楽療法といえる。このことが利点でもあり、欠点としても働くと考える研究者は多い。利点として、多くの領域に取り入れやすく可能性が広がる。欠点として効果の質を保証できないという点である(Davis et al.,1902)。現在、日本における音楽療法適用分野として、篠田ら(2003)は日本で発行されている音楽療法学会誌、「日本バイオミュージック学会誌」、「音楽療法研究誌」、「音楽療法誌」(1994～2000年)に各領域にわたった論文を分類した。結果、高齢者・痴呆 94 事例、児童 82 事例、健康者 59 事例、精神科 45 事例、成人・各種慢性疾患 38 事例、身障者 29 事例、心身医学 8 事例、婦人科領域 2 事例、その他 89 事例。以上が日本における音楽療法の研究発表および論文である。また、日本では高齢者施設、心身障害者(児)施設そして精神障害施設がおのおの 3, 000 余り存在し、音楽療法もこれらの施設で行われることが多く、研究発表もこれら 3 分野が多かった。

II 音楽療法の効果

音楽療法の定義から、心理的、生理的、社会的機能に沿い、二つの音楽療法の効果についての考え方を述べる。松井(渡辺,2011)は生理的働きとして、①音楽は、感覚ニューロンを通して、大脳皮質の感情中枢に大きな影響を与える、②音楽は、自律神経系に賦活的、あるいは抑制的な影響を与える、③音楽は、大脳皮質の運動中枢に賦活的、あるいは抑制的な影響を与える、④音楽は、長期記憶において、いろいろなできごとと結びつきやすい性質を持っている、⑤音楽は、認知的なプロセスを刺激する、⑥音楽活動は右脳優位で行なわれ、音楽の知覚に関しては、認知的プロセスの関与と関連し、専門家は左脳の関与が多くなり、一般の人は右脳優位である。特にメロディーの認知は、専門家ほど左脳優位という実験結果が報告されている。音楽は原始的なものでも、一定の法則性を持っており、これを認知しようとして、理論的な思考が要求される。また、心理的・社会的働きとして、音楽の治療道具としての特性は 10 項目あり、それらが音楽の作用であると述べている。①音楽は知的過程を通らずに、直接情動に働きかける、②音楽活動は、自己愛的な満足をもたらしやすい、③音楽は、人間の美的感覚を満足させる、④音楽は発散的であり、情動の直接的発散をもたらす方法を提供する、⑤音楽は、身体的運動を誘発する、⑥音楽はコミュニケーションである、⑦音楽は、一定の法則性の上に構造化されている、⑧音楽には多様性があり、適用範囲が広

い、⑨音楽活動には、統合的精神機能が必要である、⑩集団音楽活動では社会性が要求される。以上が音楽の治療道具としての特性であるが、最も基本的な音楽の特性は、聴覚を基盤にした活動であり、また、視覚とも運動とも言語とも結びつきやすい性質をもっているといえる。こうした音楽の特性が、多種多様に働き、音楽療法の治療としての特徴を形作ると論じている。

村井(1995)は、生理的作用として、音楽は、リラックスを与える最適な刺激であり、その作用を表すには、音楽—感情—身体という感情を経由したルートではなく、音楽—身体という直接的なルートで作用が行われる必要があると述べている。次に心理的作用については①音楽による気分の転導（「同質の原理」とも説明できる。音楽は特定の感情を表現するのではなく、音の動きの力動に類似する、その時のその人の様々な感情を引き出していくものであり、音楽が聞き手の感情と一致しているとき、人はその音楽を快く聞くことができ、その結果、聞き手は音楽に引きこまれていく）、②感情の誘発、③感情の発散、④感情の高揚、鎮静、正常化、浄化（心の換気）、⑤励まし、慰めである。社会的機能としては、集団で音楽活動をすることにより喜びや、協調性、自己表現の場となり、社会性や努力の価値を理解する気持ちを育てるものと論じている。

III 音楽療法の手法

活動の形式により能動的音楽療法と受動的音楽療法に分かれ、また個人を相手にする個人療法と集団療法とに分かれる。能動的音楽療法では音楽療法士のリードで音楽活動をするなかに、さまざまな治療的セッティングを行い、その活動を病気や障害の改善に役立てる。外国では特別な演奏技術をもたなくてもよいという理由で即興が好んで用いられ、即興で当人の感情や考えを表現させ、音楽による対話の形で人間的交流をはかる。現在世界でもっとも一般的に行われる手法である。

受動的音楽療法では、音楽鑑賞を用い、音楽がもつ心理的表現力を、カウンセラーの用いる言葉の代替として、とくに感情面に働きかけることによって心の癒しをはかる手法である。受動的音楽療法には2種類の考え方がある。一つとして、薬物的音楽療法である。これは、“音楽を処方する”ことが重要な手段として用いられる。すなわち、病気の様態、発症機転に応じて、最適な音楽を選び、クライアントに与える。それは症状に対して薬を処方するのと同様、音楽を処方することである。心身症の音楽療法では多くの場合、症状の軽減をめ

ざし、リラクゼーションを目的とした音楽が用いられる。次に、精神療法的音楽療法である。これは、精神療法的訓練の手段として①RMT (Regulative Musiktherapie)、②GIM (Guided Imagery and Music) などがある。普通の音楽の聴き方に加え、さまざまな仕掛けを付与し、新しい生き方の会得を促すとされる。

RMT とは、音楽鑑賞のなかに音楽鑑賞以外の 2 つの作業を課し、注意の自由な転導と、より客観的な対象観察の能力の学習をめざす。具体的にはモーツァルトなどのクラシック音楽の緩徐楽章を、リラックスし閉眼状態で聴くことを課し、その間に、注意を音楽、体の感覚、湧き起こってくるさまざまな感情や考えの 3 つの対象に、振り子状に振り向けるよう訓練する。それは「あるがまま」という禅的超越的生活態度を学習する方法である。

GIM とは、変性意識 (ASC) を自律訓練法などの方法を使って誘導したうえで、視覚的イメージを眼前に浮かべ、そのイメージが流れる音楽により多種多様に变化していく有様を観照させる。この一種の夢類似の体験は、その人の現在の心の問題にまつわる深層からのメッセージだと考えられ、問題解決のためのヒントを得ることに利用される(村井,2000)。

IV 海外における産科領域での音楽の効果

The Cochrane Library 検索結果から、妊娠期、産褥期における音楽の効果をまとめたシステマティックレビューは存在しなかった。そのため、海外における産科領域での音楽の効果を調べるため、PubMed で検索した。その中から 2 件を抽出し、文献吟味を行った。

Phumdoung et al. (2003) はタイの南部の病院で行われたランダム化比較試験である。対象者は、144 人の初産婦で 20～30 歳、単胎児、妊娠 38 週～42 週である。あらかじめ 3 時間、イヤホンで鎮静音楽 5 曲を 30 秒聴き、対象者がリラックスできると思う音楽を分娩中に聴くようにする。そして、非聴取群と比較し、1 時間値、2 時間値、3 時間値の陣痛の痛みの程度を VAS スケール 0～100 で測定する。各群 55 名ずつで比較された。結果は、介入群の痛みスケールの平均は、陣痛発作時間が 30～60 秒、子宮口 3～4 cm のとき、49 であり、3 時間値では 66 なのに対し、対照群では、56 から 83 まで上昇していることがわかった。この結果より、音楽を聴くことは、陣痛の痛みの軽減に関与すると結論づけた。

Simavli et al. (2014) は、トルコで行われたランダム化比較試験である。対象者は、161 人の初産婦で 18 歳～35 歳、単胎児、頭位、自然分娩、推定体重が週数相当である 37 週～41 週である。対象者は、クラシック音楽、軽音楽、ポピュラー音楽、トルコの芸術音

楽、トルコの民族音楽、トルコの伝統音楽から、自分がリラックスできる曲を選択する。そして、非聴取群と比較し、産後の不安、痛み、出産時の満足度、産後うつ病率を調査する。各郡 71 人と 70 人で比較された。アウトカムの指標には、不安に対し VAS-A スケール、疼痛に対し VAS-P スケール、満足度に対し VAS-S スケール、産後うつ病に対し、エジンバラ産後うつ病自己評価を使用した。不安、疼痛については、産後 1 時間、3 時間、8 時間、16 時間、24 時間で測定した。結果、測定時間すべてにおいて介入群の数値が低かった。また、満足度に関しては、産後 2 時間、12 時間、24 時間で測定した。結果、測定時間すべてにおいて、介入群がスコアは高かった。産後うつ病率に関しては、出生前に一度評価し、その後、産後 1 日目、8 日目に測定した。対照群では、それぞれ数値に違いがみられなかったが、介入群では、小うつ病率は出生前 25.4% から 1 日目で 15.5%、8 日目で 12.7% と低下し、大うつ病率は出生前 11.3% から 1 日目 5.6%、8 日目 5.6% と変化していた。この結果より、分娩中の音楽聴取は、産後の母体の幸福感に影響していると考え、産後の疼痛緩和、不安軽減、出産の満足度、早期に産後うつ病の回避できるのではないかと結論づけている。

また、母親を対象としたもの以外に、1 件のみ、胎教について研究しているものが存在した (James et al., 2002)。この研究は、出生前の音楽刺激は胎児の行動を変化させ、その影響が新生児期に継続しているかを調べる前向き無作為化対照試験を実施した。対象者は妊婦 20 人であり、方法は、妊婦のお腹にヘッドフォンをあて、胎児心拍数の変化をみることで、さらに出産後、新生児に同じ音楽を聞かせ、目覚める時間を比較する研究である。結果、出生前の音楽刺激は、胎児の行動状態を活発化させ、新生児期にも影響を及ぼすものと考えられた。このことから、胎児のプログラミングまたは学習の単純な形式が、音楽により作られたことを示唆している。

V 日本における産科領域での音楽の効果

医中誌から実際に日本で実施された研究を検索した。検索式は、「音楽」と「妊娠」を掛け合わせ 26 件抽出された。「産褥」と「音楽」で検索した結果 0 件であった。26 件中、原著論文は 12 件、会議録が 10 件、解説・総説は 4 件であった。介入研究において、介入方法としては、受動的音楽療法が主であり、CD 聴取が最も多かった。アウトカムとしては、不安の軽減、胎教、産痛緩和、ストレス軽減、母子愛着形成、リラックス、ノンストレステ

スト時に音楽を聴取することで子宮収縮を抑制する、胎動、胎児心拍数の変化、が挙げられる。解説・総説においては、代替療法としての音楽療法について、産痛緩和としての音楽について、ソフロロジーについて、マタニティーコンサートを実施してみてという内容であった(佐藤,2001; 東,2004; 寺野,2004; Araki ,2010; 安河内,2010)。

VI 日本における音楽療法の定義と産科領域への適応

呉(2010a)は、医療における音楽療法の対象と適用について、脳神経・筋疾患のリハビリテーションとして、①身体機能の維持と改善、②認知機能の維持と改善、③言語機能の維持と改善、④社会性の維持と改善が挙げられ、次に疼痛の軽減として、疾病、治療、検査、分娩などに伴う疼痛の緩和がある。心理的治療としては、疾病、治療、検査、入院などに伴う不安、悩み、ストレスに対して効果が期待でき、グリーフ・ケア、終末期のケアとして本人や周囲の人たち（家族や友人など）に適用できる。精神疾患やその類の治療としては、統合失調症、うつ病などを対象とし、低出生体重児・新生児の治療、成長、発達への介入として、①哺乳力の増加、②体重増加、③無呼吸発作の減少、④新生児集中治療室（NICU）入院に伴うストレスの緩和、騒音、光、治療、検査などに伴うストレスに対し、効果が期待できると述べている。また、産科領域において、生活の質の向上をどのように判断するかは、野原(2012)の研究より、妊産婦の QOL を測定するオリジナルスケールとして 12 項目が存在した。妊婦（母親）充実感、生活の楽しみ、生活の満足感、気持ちの安定感、妊婦（母親）生きがい感、妊婦（母親）成長感、住まいの満足感、環境の満足感、経済の満足感、友人知人との交流状況、おいしい食事、十分な睡眠であった。

第3章 研究方法

I 研究デザイン

本研究は、自己記入式質問紙法を用いた横断的量的記述研究である。

II 研究の対象

1. 研究対象施設の選定

全国分娩取扱施設の 99.8%が加入している公益財団法人日本医療機関評価機構の産科医療補償制度に加入している、3,314 施設を母集団とした。必要サンプル数は質問項目の 5 倍である 135 とし、郵送法を用いた先行研究における回収率（42.7%）参考に調査協力依頼施設を 316 とした。

316 施設が母集団を代表するものとなるように次の手順によりサンプリングを行った。まず、地区と病院形態とで分類した。地区は「北海道地方」、「東北地方」、「関東地方」、「中部地方」、「近畿地方」、「中国地方」、「四国地方」、「九州沖縄地方」の 8 地方区分とした。病院形態は、日本の出産場所は 99.8%が施設内（病院 52.3%，診療所 46.5%）で 1.0%が助産所、0.2%が自宅・その他に分類される。それらの割合に応じて「総合、地域周産期母子医療センター・一般病院」から 60%、「診療所・助産所」から 40%の割合で抽出するようにした。その上で、産科補償医療施設掲載順の上から 3 つおきに対象施設とする系統的サンプリングを行い、316 施設を選定した。

2. 研究施設へのリクルート方法

選定した 316 施設に研究の可否を尋ねた返信用葉書き（資料 1）を郵送した。協力可の葉書きの回収率は 40%を目安とした。先行研究において類似の調査を実施した際に約 40%の回収率が得られており、今回はこの数値を基準として対象施設の数も算出している。葉書きによる研究協力の返信が 40%を満たさない場合は、対象施設に電話にて再度協力依頼を行った。さらに、必要サンプル数を満たさない場合は、新たに研究対象施設の選定を実施し、再度返信用葉書を郵送することとした。

III データ収集

1. データ収集期間

2014年10月30日～12月末日

2. 質問項目

質問項目は、施設の概要（6項目）、どのような場面で音楽を活用しているか、妊娠期、分娩期、産褥期、新生児に分け質問した。また、活用施設の場合、活用した際に助産師がどのように感じたかを問う項目を設けた。

音楽療法実施の有無は、音楽療法の定義である「意図的」、「計画的」な音楽の活用によって項目を作成した。すなわち、音楽を計画的な活用とは、特定の人やプログラムを用いて実施しているか、効果を測定しているかどうかを尋ねる。意図的な活用とは、使用時の目的を各時期に合わせて（妊娠期 15 項目、分娩期 12 項目、産褥期 13 項目、新生児 5 項目）、既存の文献を参考に作成した(呉,2010; 野原,2012)。(資料 3)

3. 質問紙の配布・回収

質問紙の郵送について葉書で許可を得た施設には、産科施設の管理者宛に研究依頼書（資料 2）を送付し、質問紙および密封可能な封筒を送付した。質問紙（資料 3）は各施設への到着見込み日から返送締切日まで 2～3 週間の期間を設けて回収した。また、回答および投函をもって本研究に同意したものとした。

IV データ分析方法

音楽療法実施施設は、質問紙Ⅱ、Q1 の表の、計画的の項目に 1 つでも該当箇所があり、音楽を使う目的の項目中に、1 つでも該当箇所がある場合とし、分析を行った。

まず、対象施設の特性を明らかにするため、質問項目の該当箇所に関して基本統計量を算出した。次に、音楽療法実施施設の特性を明らかにするため、音楽療法実施施設の施設形態、スタッフ数、施設で取り入れているケアの内容、企画数、助産師の音楽に対する考えについて基本統計量を算出した。これらの分析は、統計解析ソフト IBM SPSS Statistics21 を使用した。

V 倫理的配慮

研究のすべての過程は倫理原則の遵守のもと、以下の内容を研究依頼文章に明記した。

1. 本研究への参加は、研究協力者の自由意思によるものであり、参加を断っても不利益を被ることは一切ないこと。
2. 得られたデータは研究目的以外には使用しないこと。
3. 研究終了後、データを一定期間（3 年間）保存すること。保存後はデータをすべて裁断し、破棄すること。
4. データはすべて研究者のみが使用できる施錠した場所に保管、管理すること。
5. 本研究は大学院の修士論文としてまとめられたのち、学会や学術誌に発表する予定であること。
6. 本研究は聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を受けてから実施していること。（承認番号 14-072）

第4章 結果

I 質問紙の回収率

産科医療補償制度の加入機関の中から316施設を選定し、葉書にて研究協力依頼をした。そのうち研究協力を得られた施設は58施設(18.3%)であった。必要サンプル数135施設を得るため、同様の方法で、新たに316施設に葉書を送付し、そのうち研究協力施設は41施設(12.9%)である。合計99施設(15.7%)の研究協力施設を得た。

それらの施設に質問紙を送付し、返信があったのは81施設(有効回収率81.8%)であった。

II 研究協力施設の基本属性

1. 施設形態

協力施設は81施設で、病院は41施設(50.6%)、診療所18施設(22.2%)、助産院20施設(24.7%)、施設形態未回答2施設(2.5%)であった。

2. 職員数

助産師の人数は、平均11.8人 \pm 9.7であり、最少人数は1人、最大人数は54人であった。全体では11人～20人が最も多かった。看護師の人数は、平均31.1人 \pm 79.0であり、最少人数は0人、最大人数は523名であった。全体では6～10人が最も多かった(表1,2)。

3. 病床数

病床数の平均は37.3床 \pm 90.3であり、最小床は0床、最大床は612床であった。最も多い床は11～20床であった(表1,2)。

4. 分娩件数

分娩件数の平均は358.9件 \pm 331.7であり、最小件数は0件、最大件数1,617件であった。最も多い件数は301～600件であった(表1,2)。

表1 対象施設の概要

(n=81)

	平均	標準偏差	最小値	最大値	未回答
助産師数	11.77	9.7	1	54	3
看護師数	31.05	79	0	523	3
病床数	37.3	90.35	0	612	2
分娩件数	358.6	331.677	0	1617	0

表2 対象施設の概要

n=81

		総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	その他病院	診療所	助産院	未回答	合計
助産師数	3人以下	0	0	1	5	9		15
	4-5人	0	0	3	1	6		10
	6-10人	0	0	8	5	2		15
	11-20人	0	5	17	6	2		30
	21-30人	0	1	3	0	0		4
	31-40人	1	0	0	0	0		1
	41人以上	1	0	1	0	0		2
	未回答	0	0	0	1	1	2	4
看護師数	3人以下	0	0	2	0	19		21
	4-5人	0	0	1	2	0		3
	6-10人	0	1	11	10	0		22
	11-20人	1	3	7	4	0		15
	21-25人	0	0	4	1	0		5
	26-30人	0	0	1	0	0		1
	31-40人	0	1	1	0	0		2
	41-60人	0	0	1	0	0		1
	61人以上	1	1	5	0	0		9
	未回答	0	0	0	1	1	2	4
病床数	5床以下	0	0	2	1	18		21
	6-10床	0	0	1	3	2		6
	11-20床	0	1	11	14	0		26
	21-40床	0	4	6	0	0		10
	41-60床	1	0	8	0	0		9
	61-100床	0	0	2	0	0		2
	101床以上	1	0	2	0	0		3
	未回答	0	0	0	0	0	2	2
分娩件数	5件以下	0	0	1	1	3		5
	6-20件	0	0	0	0	5		5
	21-40件	0	0	0	0	6		6
	41-100件	0	0	4	0	4		8
	101-300件	0	1	9	5	2		17
	301-600件	1	2	13	8	0		24
	601-800件	0	3	4	3	0		10
	801-1000件	0	0	1	0	0		1
	1001件以上	1	0	1	1	0		3
	未回答	0	0	0	0	0	2	2
合計		2	6	33	18	20	2	81

5. 補完代替医療の取り入れ

補完代替医療を取り入れている施設は、44 施設（54.3%）、実施していない施設 29 施設（35.8%）、不明 2 施設（2.5%）、未回答 6 施設（7.4%）であった。施設形態によって、補完代替医療の取り入れに連関性があるかどうかを見るために、 χ^2 検定を行ったところ、有意差が認められた（ $p=0.001$ ）。また、「はい」と答えた施設において、期待度数と回答数の差を表す残差は、病院+3.7、診療所 0、助産院+4.2 であることから、助産院では病院、診療所より積極的に補完代替医療を取り入れていると解釈できる。

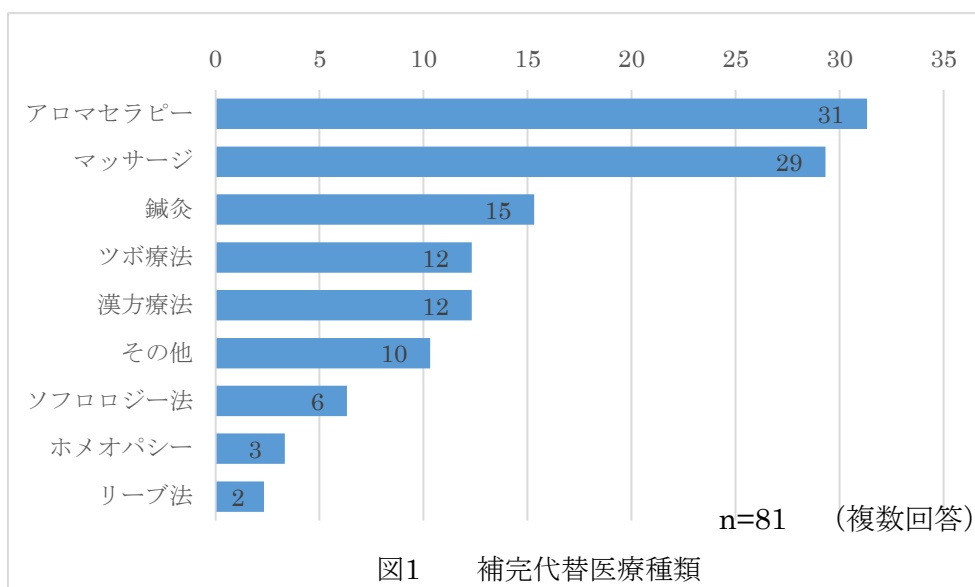
補完代替医療を取り入れている 44 施設において、複数回答にてどのようなものを取り入れているか質問したところ、アロマセラピー 31 施設、マッサージ 29 施設、鍼灸 15 施設、ツボ療法 12 施設、漢方療法 12 施設、その他（イトウテルミー療法）10 施設、ソフ

ロロギー法は 6 施設、リープ法 2 施設、ホメオパシー 3 施設であった（表 3, 図 1）。

表3 施設別補完代替医療の取り入れ

	病院	診療所	助産院	未回答	合計	p値
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
はい	16(40.0)	9(60.0)	19(100)		44	0.001 *
いいえ	22(55.0)	6(40.0)	0(0)		28	
不明	2(5.0)	0(0)	0(0)		2	
未回答	1(-)	3(-)	1(-)	2(-)	7	
合計	41(100)	18(100)	20(100)	2(-)	81	

*:p<0.05



6. クラス数

助産師が主体となって実施するクラスで最も多かった数は、1～3 クラスで 48 施設（59.3%）であった。次に多かったのは、4～6 クラスで 20 施設（24.7%）であった。また、その他の回答として、助産院では個別に行っているという回答が見られた。助産師以外が実施するクラスで多かった数は、1～3 クラスと 0 クラスで 30 施設（37.0%）であった（表 4）。

施設別では、一般病院と助産院のみが助産師主体クラス、助産師以外のクラスともに、10 クラス以上取り入れていた。また、助産師と助産師以外が開催するクラス数が、施設形態によって取り入れる数に連関性があるかを見るため、 χ^2 検定を行ったところ、助産師主体クラスにおいて有意差は認められなかった（ $p=0.426$ ）。一方、助産師以外のクラスにおいて有意差が認められた（ $p=0.032$ ）。このことから、施設の規模によって、助産師以外のクラスを取り入れる数に相違があることが明らかとなった（表 5）。

表4 クラス取り入れ数

n=81

	助産師主体クラス数	助産師以外のクラス数
	n(%)	n(%)
クラス数 1～3個	48(59.3)	30(37.0)
4～6個	20(24.7)	15(18.5)
7～9個	2(2.5)	1(1.2)
10個以上	3(3.7)	2(2.5)
その他(0個、個別)	7(8.6)	30(37.0)
不明	1(1.2)	1(1.2)
未回答		2(2.5)
合計	81(100)	81(100)

表5 施設別クラス数

n=81

	病院	診療所	助産院	未回答	合計	p値
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
助産師主体 クラス数						
1～3個	25(61.0)	12(66.7)	10(50.0)		47(59.5)	0.426
4～6個	11(26.8)	4(22.2)	4(20.0)		19(24.1)	
7～9個	2(4.9)	0(0)	0(0)		2(2.5)	
10個以上	1(2.4)	0(0)	2(10.0)		3(3.8)	
その他(0個、 個別)	2(4.9)	2(11.1)	3(15.0)		7(8.9)	
不明	0(0)	0(0)	1(5.0)		1(1.3)	
未回答				2(-)	2(-)	
助産師以外 のクラス数						
1～3個	12(29.3)	9(50.0)	9(50.0)		30(39.0)	0.032 *
4～6個	5(12.2)	8(44.4)	2(11.1)		15(19.5)	
7～9個	1(2.4)	0(0)	0(0)		1(1.3)	
10個以上	1(2.4)	0(0)	1(5.6)		2(2.6)	
その他(0個)	21(51.2)	1(5.6)	6(33.3)		28(36.4)	
不明	1(2.4)	0(0)	0(0)		1(1.3)	
未回答			2(-)	2(-)	4(-)	
合計	41(100)	18(100)	20(100)	2(-)	81(100)	

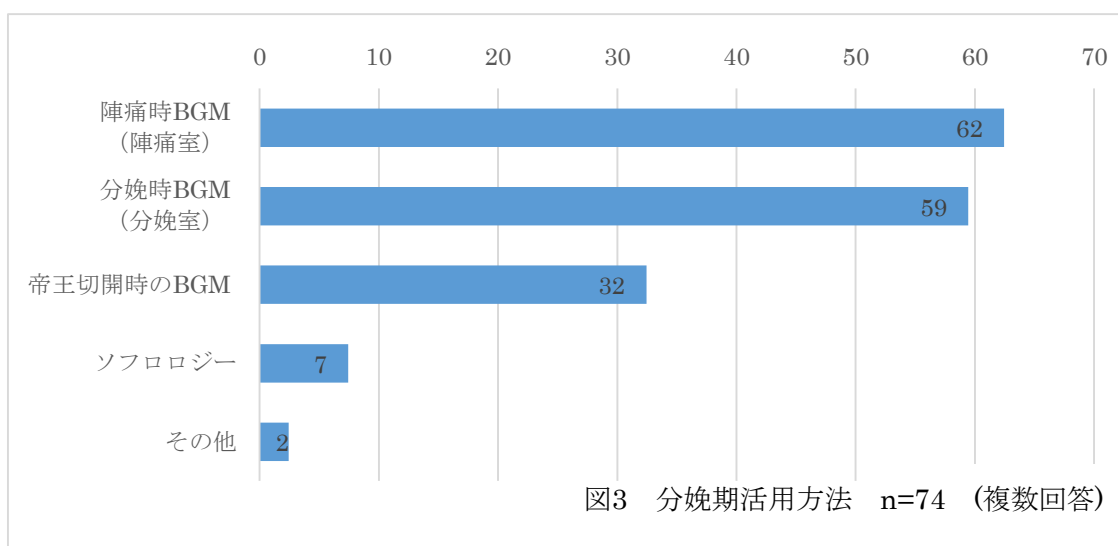
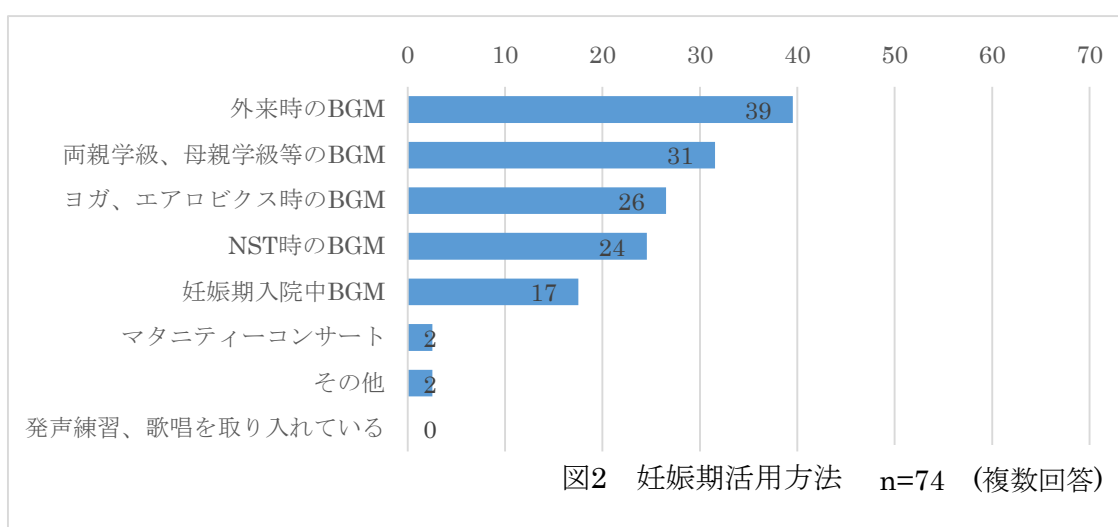
*:p<0.05

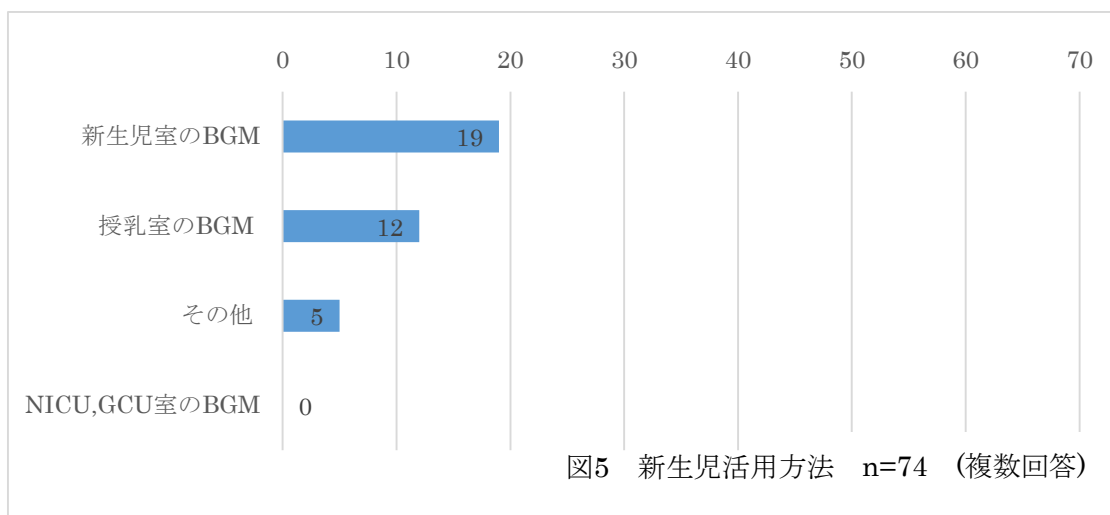
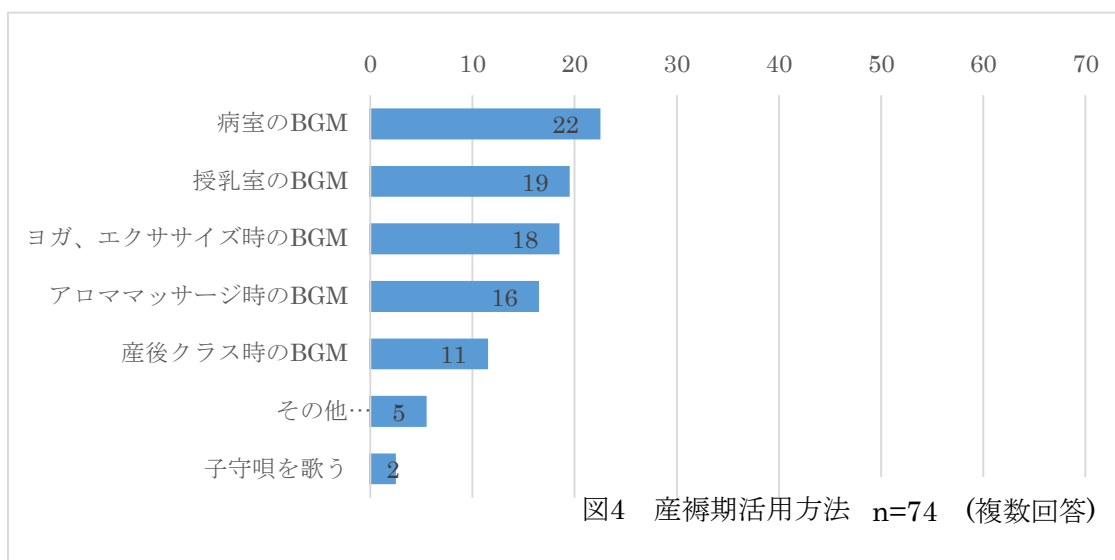
III 音楽活用状況

1. 音楽活用時期と方法、目的

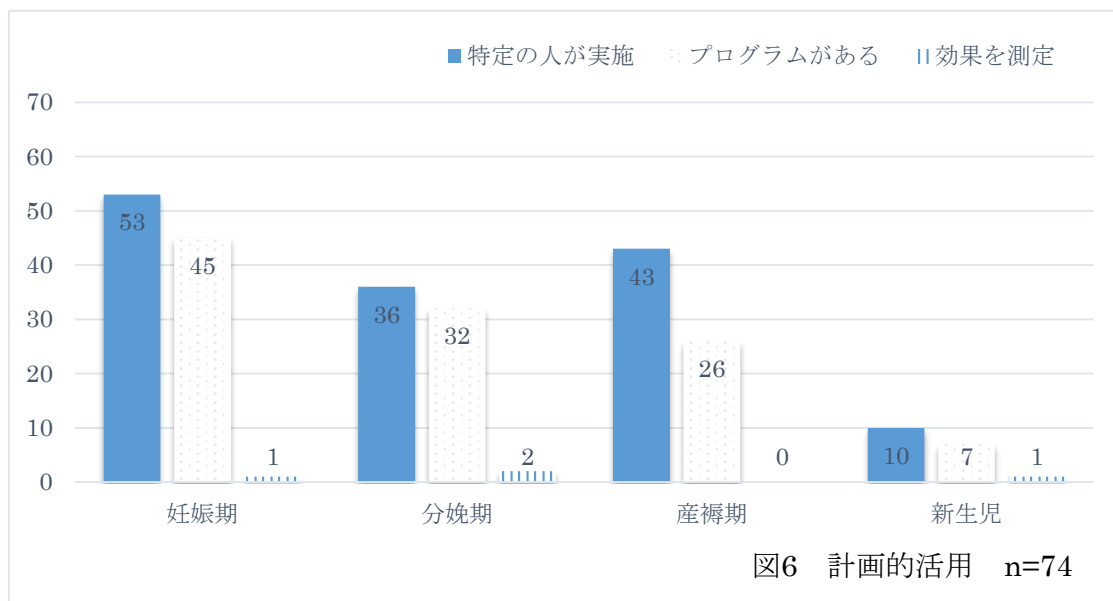
音楽を活用している施設は、74 施設（91.4%）であった。実施状況は、妊娠期、分娩期、産褥期、新生児期のいずれも、BGM として最も多く活用されていた。BGM の具体的な活用方法は、妊娠期では、74 施設中の半数を超える 39 施設が、外来時に用いていた。また分娩期では大半の 62 施設が陣痛時に用いており、産褥期は 22 施設が病室の BGM として用いていた。また、新生児に対しては、新生児室の BGM として 19 施設が用いていた。

音楽の活用時期としては、分娩期が最も多かった（図 2,3,4,5）。





計画的に活用しているかについては、「特定の人を実施している」「決まったプログラムがある」「効果を測定している」という3つの項目を設けた。そのうち、全ての時期において、最も多かった回答は、特定の人を実施しているであった（図6）。



音楽を使う目的については、妊娠期、分娩期、産褥期では、リラックスを目的として活用している施設が最も多かった。その中でも、妊娠期、分娩期では、リラックスを目的とする使用が圧倒的に多いが、産褥期では、多数の目的をもって使用していることが明らかとなった。新生児に対しては新生児のストレスを緩和する目的が最も多かった（表 6）。

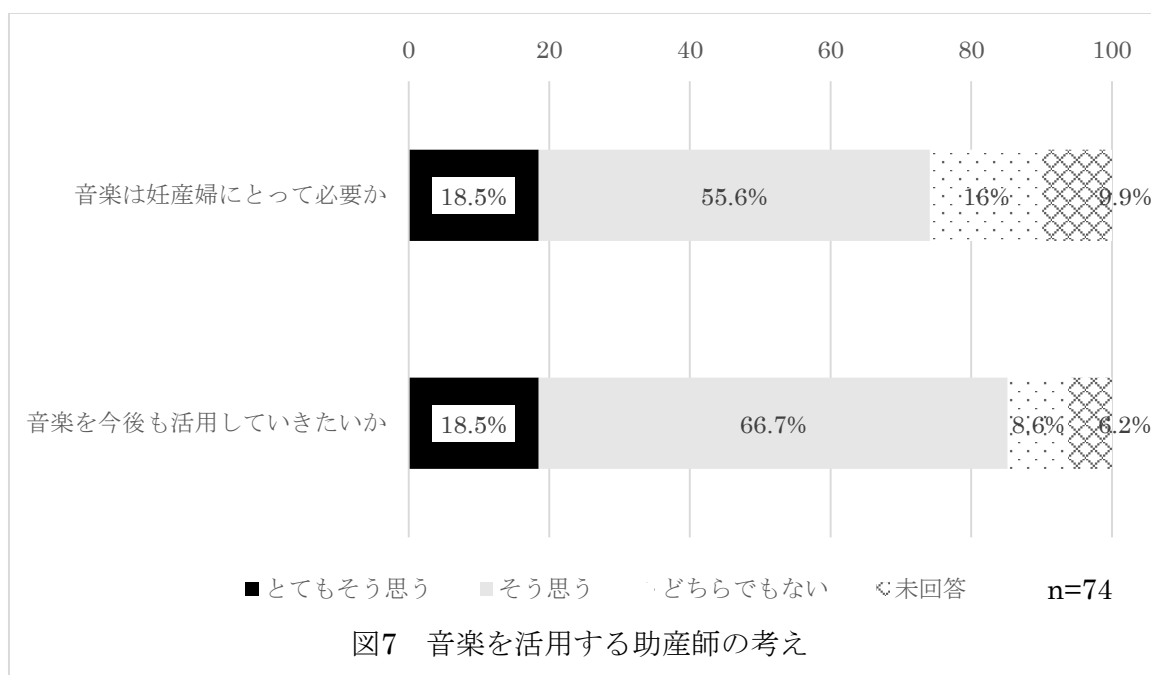
また、音楽を使用する目的において、その他の項目に挙げたものは、外来時の BGM として音楽を使用する際に、診察の音が聞えないという使用目的が多かった。

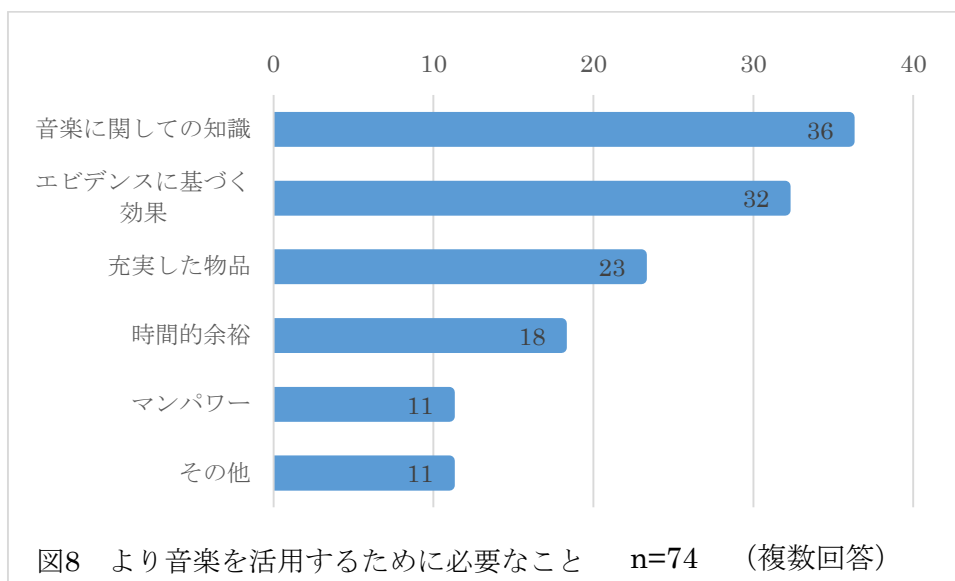
表6 活用目的					n=74
	回答数合計	妊娠期	分娩期	産褥期	新生児
リラックスさせる	335	114	148	73	
気持ちを安定させる	208	54	107	47	
ストレスを緩和する	176	45	87	44	
出産に対する不安を軽減させる	89	16	73		
胎児に音楽を聴かせる	47	24	23		
快適な睡眠を促す	36	8	17	11	
血圧を安定させる	35	10	15	10	
母子愛着形成を高める	31	7	11	13	
母親同士の交流のきっかけにする	31	14		17	
生活の楽しみとなる	27	12		15	
その他	24	12	10	2	
産後うつを予防・軽減させる	22	3	1	18	
循環血液量を増加させる	21	8	5	8	
新生児のストレスを緩和する	20				20
妊産婦の充実感を高める	16		16		
生活の満足感を上げる	12	5		7	
生きがいをもたせる	7	2		5	
その他	6				6
哺乳力を増加させる	1				1
新生児無呼吸発作を減少させる	1				1
新生児の体重を増加させる	0				0
回答数 合計		334	513	270	28

2. 助産師の音楽活用に対する考え

音楽は妊産婦にとって必要だと感じるかについては「とてもそう思う」15名(18.5%)、「そう思う」45名(55.6%)、「そう思わない」0名、「全くそう思わない」0名、「どちらでもない」13名(16.0%)、未記入8名(9.9%)であった。音楽を使用してよかったと思う経験は「ある」46名(56.8%)、「なし」3名(3.7%)、「わからない」23名(28.4%)、未記入9名(11.1%)であった。「ある」と回答した者に対して、さらにどのような経験であったか記述をしてもらった。回答数は45施設(55.6%)であった。最も多かった意見として、「妊産婦のリラックス効果を感じたとき」であった。その他の意見としては、

「優しい、穏やかな環境になった」「産婦の思い出の曲を流したことで、お産が感動的になった」「妊産婦の大好きな音楽を持ってきてもらおうと、なんとなくその人をわかりやすくなる」「帝王切開時に妊婦の好きな曲をかけたら喜ばれた」「院内のオルゴールの音色がとても心地よかったというアンケートをもらった」「立ち会った夫のリラックスにも繋がっていた」「新生児が安定し、泣き止んだ」などの意見が寄せられた。今後も音楽を活用していきたいと思うかについては、「とてもそう思う」15名(18.5%)、「そう思う」54名(66.7%)、「そう思わない」0名、「全くそう思わない」0名、「どちらでもない」7名(8.6%)、未記入5名(6.2%)であった。より音楽を活用するためにはどのようなことが必要だと思うかについては、複数回答とした。「音楽に関しての知識」36票、「エビデンスに基づく効果」32票、「充実した物品」23票、「時間的余裕」18票、「マンパワー」11票、「その他」11票であった。その他の意見では、「妊産婦がリラックスの1つとして音楽があるという選択肢を提供できること」「スタッフ間の共通目的認識と同意」「妊産婦の好みを重視できること」が挙げられた(図7,8)。





IV 音楽療法実施施設の実態

1. 音楽療法実施施設数

日本音楽療法学会の定義に沿い、意図的かつ計画的に音楽を活用している施設を音楽療法実施施設と判断した。そのため、質問紙の構成において、計画的に活用しているかを問う質問に、決められた人(助産師、ヨガのインストラクター、音楽療法士など)が必ず音楽を使用しているかを「特定の人が実施している」とし、曲順リストがある、いつも同じ曲調のCDをかけているかなどを「決められたプログラムがある」とし、実施前、実施後にアンケート調査をしている、音楽聴取後に血圧測定をしているかなどを「効果を測定している」として、3つの項目を設けていた。その項目に1つでも該当し、なおかつ音楽を使う目的の項目に1つでも該当していれば、音楽療法実施施設と判断することとしていた。しかし、回収された質問紙の回答より、特定の人が実施しているという項目に該当していた施設では、音楽機器のスイッチを押す人が決まった人である、という回答がみられ、特定の意図をもって音楽を行う意味で「特定の人配置」とは異なるものが含まれていることが懸念された。日本の音楽療法士としての就職者数は平成25年までに合計732人であることから推察しても、今回回答した31施設が、産科施設に特定の人を配置しているとは想定されなかったため、音楽療法と判断しかねる場合が多かった。したがって、音楽療法実施施設の判断基準を変更し、「決められたプログラムがある」「効果を測定している」に該当したものを、計画的な音楽の活用とみなし、なおかつ音楽を使う目的の項目に1つでも該当した施設とした。

その結果、研究協力施設81施設中、音楽療法を実施している施設は30施設(37.0%)であり、実施していない施設は51施設(63.0%)であった。

2. 特性

1) 基本属性

(1) 施設形態

各施設の中で、音楽療法を取り入れている割合が多かった施設形態は、診療所であり、18施設中12施設（66.7%）が取り入れていた。病院は、41施設中15施設（36.6%）、助産院では、20施設中3施設（15.0%）であった（表7）。

表7 施設別MT実施

表7 施設別MT実施					n=30		
			病院	診療所	助産院	未回答	合計
MT実施	あり	回答数	15	12	3	0	30
		施設形態ごとの割合	50.0%	40.0%	10.0%		100.0%
		各施設のMT実施割合	36.6%	66.7%	15.0%		
	なし	回答数	26	6	17	2	51
		施設形態ごとの割合	53.1%	12.2%	34.7%		100.0%
		各施設のMT実施割合	63.4%	33.3%	85.0%		
合計		回答数	41	18	20		81
			100.0%	100.0%	100.0%		100.0%

※MT：音楽療法(Music Therapy)

(2) 職員数

音楽療法実施施設の職員数は、助産師の人数、平均 10.9 人±7.05 であり、最少人数は 2 人、最大人数は 30 人であった。全体では 11～20 人が最も多かった。看護師の人数は、平均 31.4 人±59.1 であり、最少人数は 0 人、最大人数は 222 名であった。全体では 6～10 人が最も多かった。音楽療法を実施していない施設においては、助産師数平均 12.3±11.0、最少人数 1 人、最大人数 54 人であり、全体では 11～20 人が最も多かった。看護師数平均 30.9 人±89.2、最少人数 0 人、最大人数 523 人であり、全体では 0～3 人が最も多かった。このことから、音楽療法実施施設の職員数は、実施していない施設と比べ、看護師の人数がやや多かった（表 8,9）。

(3) 病床数

音楽療法実施施設の病床数の平均は、19.3 床±14.6 であり、最頻値は 11～20 床であった。音楽療法を実施していない施設においては、平均 46.4 床±111.3、最頻値は 0～5 床と 11～20 床であった。音楽療法実施施設の病床数の平均値は、音楽療法を実施していない施設に比べて低かった。しかし、最頻値では 0～5 床が同率として挙げられていること以外に、相違なかった（表 8,9）。

(4) 分娩件数

音楽療法実施施設の分娩件数は、平均 400.9 件±287.3、最頻値は 301～600 件であっ

た。音楽療法を実施していない施設においては、分娩件数の平均値が 334.1 件±355.6 であり、最頻値は 301～600 件であった。平均値は音楽療法実施施設が高いが、最頻値に差異はなかった（表 8,9）。

表8 MT実施施設の概要 (n=30)

	平均	標準偏差	最小値	最大値	未回答
助産師数	10.9	7.048	2	30	1
看護師数	31.38	59.09	0	222	1
病床数	19.33	14.596	0	58	0
分娩件数	400.87	287.345	0	1300	0

表9 MT実施施設の概要

n=30

		総合周産期母子 医療センター	地域周産期母 子医療センター	その他病院	診療所	助産院	未回答	合計
助産師数	3人以下	0	0	0	4	2		6
	4-5人	0	0	1	1	1		3
	6-10人	0	0	3	3	0		6
	11-20人	0	4	6	3	0		13
	21-30人	0	0	1	0	0		1
	未回答	0	0	0	0	0	1	1
看護師	3人以下	0	0	1	0	3		4
	4-5人	0	0	0	2	0		2
	6-10人	0	1	3	7	0		11
	11-20人	0	1	3	1	0		5
	21-25人	0	0	1	1	0		2
	31-40人	0	1	0	0	0		1
	61人以上	0	1	3	0	0		4
	未回答	0	0	0	0	0	1	1
合計		0	4	11	11	3	1	30
病床数	5床以下	0	1	1	1	2		5
	6-10床	0	0	0	2	1		5
	11-20床	0	1	4	9	0		14
	21-40床	0	2	3	0	0		5
	41-60床	0	0	3	0	0		3
分娩件数	5件以下	0	0	0	1	0		1
	6-20件	0	0	0	0	1		1
	21-40件	0	0	0	0	1		1
	41-100件	0	0	2	0	1		3
	101-300件	0	1	2	4	0		7
	301-600件	0	1	4	5	0		10
	601-800件	0	2	3	1	0		6
	1001件以上	0	0	0	1	0		1
合計		0	4	11	12	3		30

(5) 補完代替医療の取り入れ

音楽療法を実施していない施設では、補完代替医療を取り入れている施設は 30 施設 (58.8%) であった。一方、音楽療法実施施設では、14 施設 (46.7%) が取り入れており、13 施設 (43.3%) は取り入れておらず、未記入 3 施設 (10.0%) であった。このことから、音楽療法を実施していない施設が補完代替医療を取り入れている割合が多

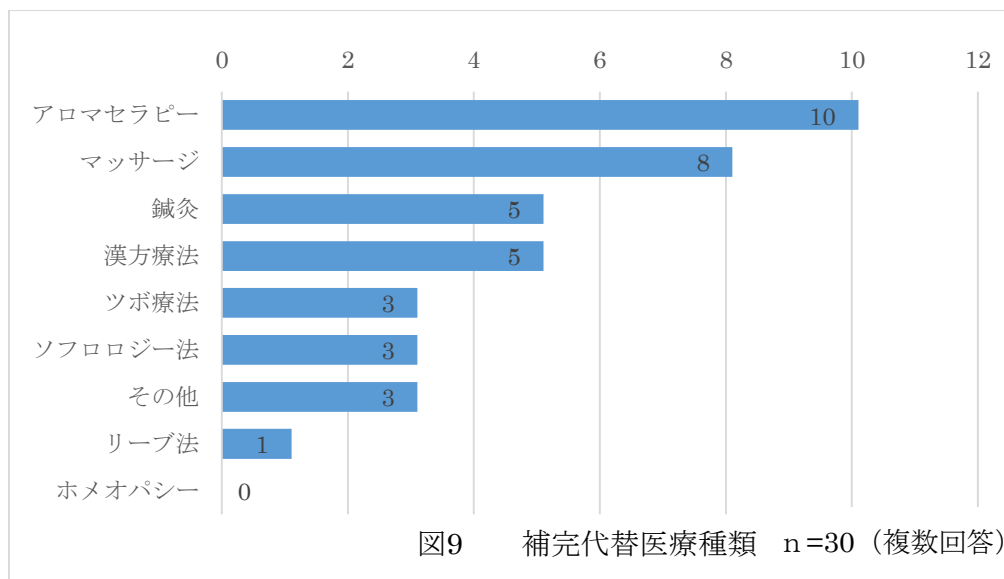
いことが明らかとなった。施設形態によって、補完代替医療の取り入れに連関性があるかどうかを見るために、 χ^2 検定を行ったところ、有意差は認められなかった ($p=0.197$)。

取り入れている種類は、アロマセラピー10施設、マッサージ8施設、鍼灸5施設、漢方療法5施設、ツボ療法3施設、ソフロロジー法3施設、リープ法1施設、ホメオパシー0施設であった。音楽療法を実施していない施設ではアロマセラピー、マッサージが同数の21施設で、最も多い回答であり、音楽療法実施施設と差異がなかった(表10, 図9)。

表10 施設別補完代替医療の取り入れ

n=30

	病院	診療所	助産院	合計	p値
	n(%)	n(%)	n(%)	n	
はい	6(42.9)	5(50.0)	3(100.0)	28	0.197
いいえ	8(57.1)	5(50.0)	0(0)	19	
未回答	1(-)	2(-)		5	
合計	15	12	3	30	



(6) クラス数

音楽療法実施施設において、助産師が主体となって実施するクラスで最も多かった数は、1～3クラスで19施設(63.6%)であった。助産師以外のクラスで最も多かった数は、1～3クラスで12施設(40.0%)であった。音楽療法を実施していない施設においては、助産師が主体となって実施するクラスは1～3クラス、助産師以外のクラスでは1～3

クラス、0クラスが最も多かったため、差異は見られなかった（表11）。

また、助産師と助産師以外が開催するクラス数が、施設形態によって取り入れる数に関連性があるかを見るために χ^2 検定を行ったところ、助産師主体クラス（ $p=0.010$ ）、助産師以外のクラス（ $p=0.014$ ）ともに有意差が認められた。音楽療法を実施していない施設では助産師主体クラス（ $p=0.779$ ）、助産師以外のクラス（ $p=0.434$ ）であり、有意差は認められなかった。

以上より、音楽療法実施施設では、施設形態別でクラスを取り入れ数に相違があることが明らかとなった（表12）。

表11 クラス取り入れ数

n=30

	助産師主体クラス数	以外のクラス数
	n(%)	n(%)
1～3個	19(63.3)	12(40.0)
4～6個	8(26.7)	7(23.3)
7～9個	0(0)	1(3.3)
10個以上	0(0)	0(0)
その他(0個, 個別)	3(10.0)	8(26.7)
未回答	0(0)	2(6.7)
合計	30(100)	30(100)

表12 施設別クラス数

n=30

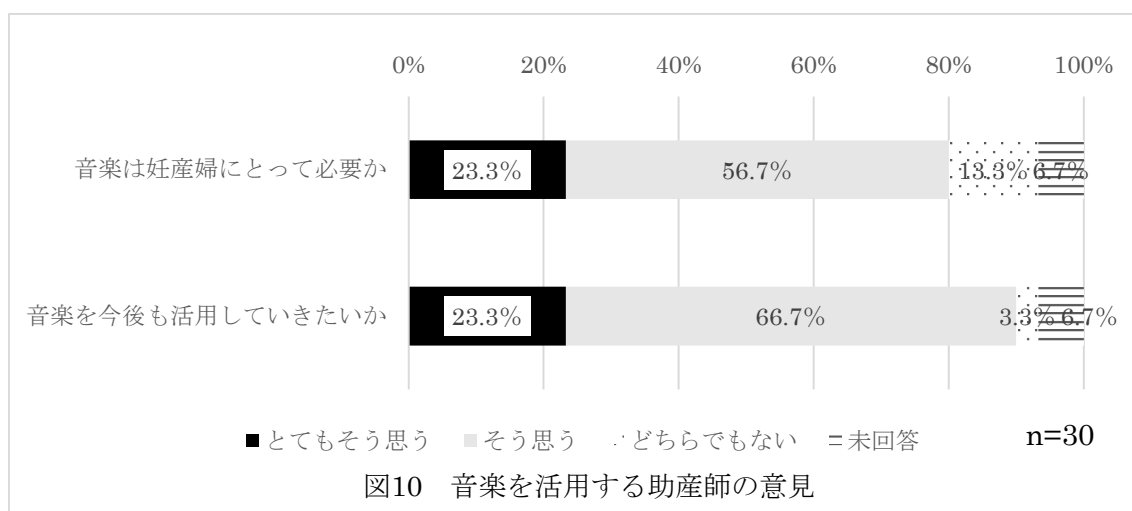
		病院	診療所	助産院	合計	p値
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
助産師主体 クラス数	1～3個	11(73.3)	8(66.7)	0(0)	19(63.3)	0.010 *
	4～6個	4(26.7)	3(25.0)	1(33.3)	8(26.7)	
	7～9個	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
	10個以上	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
	その他(0 個、個別)	0(0)	1(8.3)	2(66.7)	3(10.0)	
助産師以外 のクラス数	1～3個	5(33.3)	5(45.5)	2(100)	18(36.0)	0.014 *
	4～6個	1(3.8)	6(54.5)	0(0)	9(18.0)	
	7～9個	1(6.7)	0(0)	0(0)	1(2.0)	
	10個以上	0(0)	0(0)	0(0)	2(4.0)	
	その他(0 個)	8(53.3)	1(8.3)	0(0)	19(38.0)	
	未回答		1(-)	1(-)	2(-)	
合計		15(100)	12(100)	3(100)	30(100)	

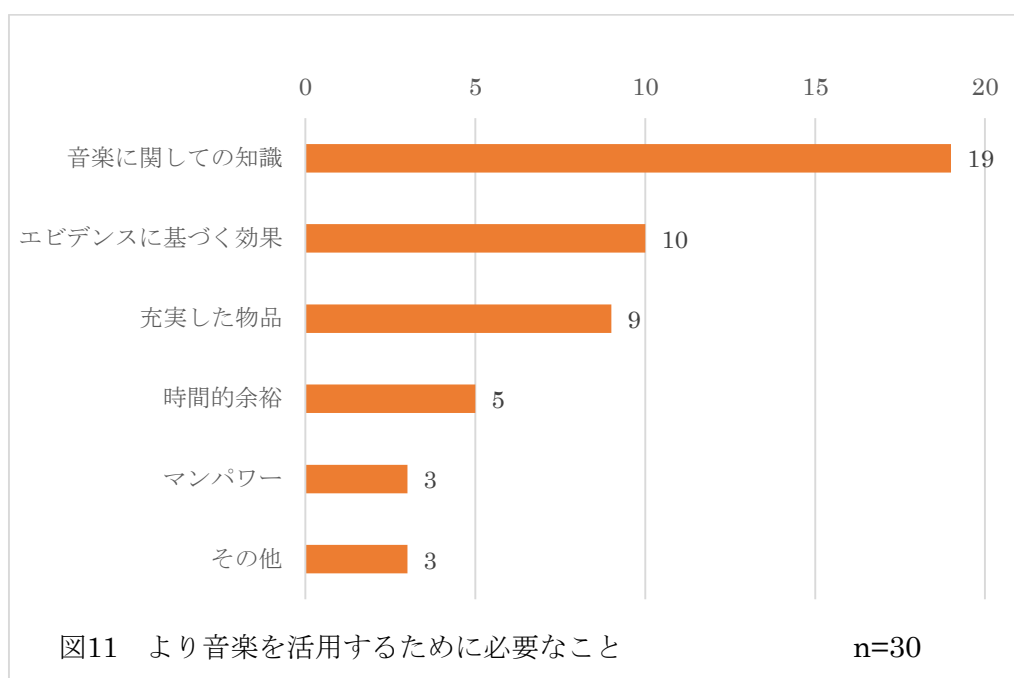
* : p<0.05

2) 助産師の音楽活用に対する考え

音楽は妊産婦にとって必要だと感じるかについては「とてもそう思う」7名(23.3%)、「そう思う」17名(56.7%)、「そう思わない」0名、「全くそう思わない」0名、「どちらでもない」4名(13.3%)、未記入2名(6.7%)であった。実施していない施設では、「とてもそう思う」8名(15.7%)、「そう思う」28名(54.9%)、「どちらでもない」9名(17.6%)、未記入6名(11.7%)であった。音楽療法実施施設の助産師は実施していない施設に比べ、「とてもそう思う」と回答する割合がやや多いことがわかった。音楽を使用してよかったと思う経験は「ある」19名(63.3%)、「なし」2名(6.7%)、「わからない」6名(20.0%)、未記入3名(10.0%)であった。実施していない施設では、「ある」27名(52.9%)、「なし」1名(2.0%)、「わからない」17名(33.3%)、未記入6名(11.7%)であった。音楽療法実施施設は、実施していない施設よりもよかったと思う経験の割合がやや多いことがわかった。使用してよかった経験があると回答した人に対して、さらにどのような経験であったか記述を求めた。回答数は、音楽療法実施施設では、19施設(63.3%)であり、音楽療法を実施していない施設では、26施設(51.0%)であった。音楽療法実施しているか否かで、回答数に差異はなかった。今後も音楽を活用していきたいと思うかについては、「とてもそう思う」7名(23.3%)、「そう思う」20名(66.7%)、「そう思わない」0名、「全くそう思わない」0名、「どちらでもない」1名(3.3%)、未記入2名(6.7%)であ

った。実施していない施設では、「とてもそう思う」8名(15.7%)、「そう思う」34名(66.7%)、「どちらでもない」6名(11.8%)、未記入3名(6.0%)であった。音楽療法実施施設が「とてもそう思う」と感じている割合がやや多いことがわかった。以上のことから、音楽療法実施施設の助産師は、実施していない施設に比べ、音楽は妊産婦にとって必要だと感じしており、活用してよかった経験が存在し、今後も音楽を活用していきたいと、僅かではあるが強く思っていることが明らかとなった。また、より音楽を活用するためにはどのようなことが必要だと思うかについては、複数回答とし、意見を求めた。その結果、「音楽に関する知識」19票、「エビデンスに基づく効果」10票、「充実した物品」9票、「時間的余裕」5票、「マンパワー」3票、「その他」3票であった。音楽療法を実施していない施設においては、一番求められているものとして、「エビデンスに基づく知識」であり、22票であった。次いで「音楽に関する知識」17票、「充実した物品」14票、「時間的余裕」13票、「マンパワー」8施設、「その他」8票の順であった。音楽療法を実施しているか否かで、最も必要だと思うものに関して相違があることがわかった(図10,11)。





V 産科施設において、音楽を活用していくことについて

産科施設において、音楽を活用していくことについて自由記述欄を設け、自由記述とした。この項については、施設での音楽活用有無を問わずに自由記述を求めた。その結果、48施設から回答が得られた（回答率 59.3%）。それらの意見をコーディングし、コードどうし関連のある項目については、それらを包括するタイトルをつけ分類し、5つの事柄に自由意見を集約した。

自由回答のうち、特に意見が多かったのが、音楽がもたらすリラックス効果についての意見や、音楽の活用方法についての意見であった。以下ではそれぞれの内容について分析する。

1. 音楽の効果について

最も多かった意見として、「リラックス効果」が挙げられる。記述では16件あり、音楽を使用する目的において最も多かったものであり、使用者もリラックス効果を感じているという意見が見られた。他にも、「緊張をほぐす」、「陣痛緩和」、「気分転換」、「優しい気持ちになる」、「母性の確立」、「妊産婦とのコミュニケーションツール」、「働くスタッフに良い影響がある」という意見が見られ、音楽の取り入れについて肯定的な意見が寄せられていた。

2. 音楽の活用方法について

施設ごとにどのように音楽を用いているか具体的な意見が多かった。「妊産婦本人の持ち込みCD」14件、「有線放送」6件、「病棟に用意しているCD」4件、「ソフロロジーを導入」2件、「あらかじめ妊婦の好みを聞き、施設側が用意したCD」1件という意見が見

られた。中には、「病院に有るCDから選択する音楽より、妊産婦が持参した曲を聴いたほうがリラックスできたという産婦の意見があった」という意見も1件寄せられていた。また、「日常生活の中で音楽を取り入れ、妊娠中にリラックスできる曲等を聴いてもらい、それを分娩時に活用する方法を用いている、または用いたい」という意見が4件見られた。その他にも、「呼吸法の補助のため音楽を流している」という意見が3件見られた。

3. 音楽を活用する際の問題点について

自由回答において、特に顕著な事柄が、「音楽の好みに個人差があり、一律に活用するのは難しい」、そして「どのような音楽を活用したらよいかわからない」といった意見で9件見られた。妊産婦個々に合わせた音楽を活用したいという思いがあっても、個人的な対応ができる環境や余裕がない現状が垣間見られる。回答の中で、「ある患者が陣痛が強くなってくると、本人の持参の好みの曲である、レゲエやロックの曲を聴き、リズムをとり踊りながら乗り切っていた。さすがに出産時はクラシックや静かな映画音楽を流して出産した」というものがあり、個人的な好みの差を感じる例であった。

また、「分娩期に音楽を活用しようとしても、分娩進行状況によって、つい音楽機器のスイッチを押し忘れてしまう」という意見も2件寄せられた。その他に、「音楽の効果が曖昧であり周知されていないため、医療側が音楽を積極的に取り入れようとしても、妊産婦の共感を得られない」という意見が1件寄せられた。以上のことから、音楽を活用するためには、妊産婦個人に合った音楽をアセスメントする時間と知識、音楽の必要性を示す根拠を再確認することが求められている。

4. 今後の活用について

今後も音楽を活用したいという意見は多く見られており、音楽の活用に対する関心の高さを示している。意見として、「他の施設がどのように音楽を活用しているか知りたい」、「リラックス効果の他にどのような効果があるか知りたい」、「音楽療法の知識を得られる機会があるといい」など音楽についての知識や効果を求める声が13件見られた。また、「場面によって効果的な音楽を教えてほしい」という要望も3件寄せられた。一方で、「今まで音楽を意図的に使っていなかったが、今後は音楽療法のエビデンスを知り、知識を得て活用してみたい」、「なんとなく音楽を使用している場面が多い。評価を行ったことがないため、今後評価を実施したい」という今後の改善策を述べる意見も7件寄せられた。

5. 音楽を活用しないことについての考え

音楽を敢えて活用していないという意見が3施設から寄せられた。「日常生活の一部としてお産を捉え、普段の生活音が妊産婦に一番良い効果があると考え、音楽を活用していない」という意見や、「BGMによるリラックスよりも、静かで集中できるほうが分娩をより良い方向にもっていけると思う」という意見が見られた。

第5章 考察

I 本研究の協力施設の傾向

本研究の協力施設は 613 施設のうちの 81 施設で、回収率 13.2%であった。依頼方法、郵送方法が同一である郵送調査法研究では回収率 18.3%であり、他の方法に比べ、低いと言われている（萩原ら，2006）。本研究も回収率は低い結果となった。

協力施設の施設形態ごとの回収率は、病院 50.6%、診療所 22.2%、助産院 24.7%であった。厚生労働省の平成 23 年人口動態調査では、病院 52.0%、診療所 47.0%、助産院 0.9%となっている。したがって、病院は母集団を反映しているが、助産院の割合が多く診療所が少ないため、診療所、助産院については、母集団を反映していないといえる。

II 産科施設における音楽活用の実態と特性

1. 音楽活用状況

本研究の結果から、9 割の産科施設で音楽を活用していることが明らかとなった。その活用方法は、BGM として用いることが多く、音楽を活用する全施設がこの方法に該当していた。時期については、妊娠期、分娩期が圧倒的に多く、産褥期、とくに新生児に対しては極端に減少することがわかった。

使用目的として最も多かった回答は、リラックス効果のためであったが、「効果を測定している」施設は 3 施設であった。このことは、先行研究(寺野,2004; Araki,2010; 辻,2014)において、妊娠期、分娩期に関する研究として、リラックス効果についての報告が存在するため、各施設では効果を測定していないが、臨床現場においてもリラックス効果を期待して、音楽を活用する施設が多かったと考える。一方、産褥期において音楽の活用が少ないことは、日本における産褥期に対しての研究報告が少なく、効果があまり示されていないことが関与しているといえよう。また、新生児に対する音楽活用が少ないことは、本研究の質問紙が、妊娠期、分娩期、産褥期、新生児に分け項目を作成し、新生児の活用方法として、新生児室の BGM、NICU,GCU の BGM、授乳室の BGM、その他の活用があるか否かの項目であり、新生児のみがいる状況の部屋についての設問に限定されていた。しかし、現在母子同室の施設は病院で 77.1%、有床診療所で 87.2%であり（授乳・離乳の支援ガイド, 2005）、母子ともに産褥室において、音楽を聴く環境にあることが想定される。したがって、質問紙構成の再考が必要であると考え。しかし、先行研究(林田,2008;

呉,2010b; 吉永,2012)で効果が示されている「子守唄」の活用は 2 施設のみであった。子守唄を児に聴かせることで、新生児の聴覚の発達、四肢の運動の発達を助けるといわれている。また、母子愛着形成につながるとの報告もある(西舘,2003; 呉,2010b)。そのため、新生児に対しては、BGM による音楽の活用以外にも、多くの場面で活用できると考え、活用方法、またその効果を普及させていくことが必要ではないだろうか。

一方、「胎児に音楽を聴かせる」という項目の回答数は妊娠期で 74 施設中 24 施設、分娩期で 74 施設中 23 施設であり、音楽を使う目的の回答数では 4 番目に多かった。そのため、新生児と比較して、胎児に対しては音楽を活用しているといえる。この結果は、「胎教」についての研究(越野ら,1994)で、胎教に関する意識調査を行ったところ、積極的に胎教と意識して音楽を聴く妊婦は 58.1%であった。また、97.7%は胎児が外界からの刺激を感じると考えているため、何らかの手段で胎児とコミュニケーションを持とうとしていたことが報告されている。このことから、妊婦も胎教を意識していることが、施設での取り入れに影響したのではないかと考える。

また、回収された回答から、外来時の BGM として音楽を活用する際に、「診察の声が聞こえない」という意見を得た。外来時の BGM は不安や緊張感の軽減等への効用があると言われている(田仲ら,2004)。本研究結果においても、外来時の BGM の活用目的として「リラックスさせる」(38.6%)、「気持ちを安定させる」(18.1%)という回答が約 6 割を占めていた。しかし、上記したように、「診察の音が聞こえない」という環境音として音楽を用いる意見が聞かれたことは、研究結果で報告される活用目的以外の目的を示した、臨床現場の貴重な意見と言えよう。

使用する曲については、産婦の好みの曲を持参してもらう、有線放送で流しているといった選曲であり、医療者側が選曲していることが少ない。このことに関しては、後述するが、音楽を活用することへの難しさを表していると考ええる。

2. 音楽を活用する助産師の考え

本研究の結果から、音楽は妊産婦にとって必要だと感じている助産師は 7 割に達し、今後も音楽を活用していきたいと思うかについては 8 割の助産師が「そう思う」と回答していた。以上のことから、音楽を活用する助産師の多くは、音楽の活用を肯定的に捉えていることが明らかとなった。また、約 6 割の助産師が音楽を活用してよかったと思う経験があると回答している。意見として寄せられたのは、妊産婦のリラックスを感じたと

きや、雰囲気がよくなったとき、新生児が泣き止んだときであった。そのような妊産婦、新生児の変化を助産師が音楽を活用し、感じていた。しかし、音楽を活用することへの困難さを感じている意見も多くある。特に聞かれた意見は、「音楽には妊産婦の好みがあり、一律に活用できない」というものであった。さらには、「どのような音楽を活用したらよいかわからない」、「音楽の好みに個人差があるため選曲することが難しい」といったことが聞かれた。先述のとおり、活用する曲については難しさを感じていることが窺える。本研究では、より音楽を活用するためにはどのようなことが必要だと思うかについての回答を求めているが、最も多かった意見は、「音楽に関する知識」次いで「エビデンスに基づく効果」であった。このことから、音楽の活用方法についてや、効果について、より多くの情報提供が求められているといえる。また、時間的余裕がないと回答した助産師もあり、事前に妊産婦の好みを知り、個人に合った曲をアセスメントすることができない現状があると推測する。確かに、自由記述において「ある患者が陣痛が強くなってくると、本人の持参の好みの曲である、レゲエやロックの曲を聴き、リズムをとり踊りながら乗り切っていた。さすがに出産時はクラシックや静かな映画音楽を流して出産した」という意見があった。この事例では、活気ある曲を聴き、活動的で気分の高揚につながり分娩進行が促されたと思われる。しかし、妊婦自身が持ち込まなければ、医療者側が選曲することはなかった可能性がある。また、妊産婦全員にこのような曲を聴かせ、出産を乗り越えられるかといえばそうではない。音楽を一概には使用できないことを示す、よい事例である。一方で「他の施設がどのように音楽を活用しているか知りたい」、「どのような時期にどのような曲を活用すればいいか知りたい」、「個人的な（対象者）好みを優先しているが、より効果的である曲が明確になればうれしく思う」などの要望があり、個人に視点を置きながらも、一般的に活用しやすい曲を望む声があげられている。個人をアセスメントし、音楽をケアに取り入れることは難しいながらも、妊産婦、新生児に向けた、シーン別に必要と思われる曲を構成した CD を作成するなどの対応が、今後必要ではないかと考える。本研究結果から、音楽を活用するのであれば、妊産婦や新生児に対し、より効果的なものでありたいと考えている助産師が多いことが明らかとなったことも、この対応を支持するものだと考える。

III 産科施設における音楽療法実施の特性と他分野との比較

本研究の計画段階では、研究者独自の質問紙において、意図的かつ計画的に音楽を活用

していると判断した施設を音楽療法実施施設としていた。日本においては誰が音楽を用いても、音楽の持つ効果を理解し、意識的に音楽を活用して、対象者により変化をもたらそうとするのが音楽療法とされているからである。この定義に沿い、質問紙を構成したが、回収した回答を見ると、意図していた計画的活用とは言わず、音楽療法実施施設とは言いがたい結果となった。そのため、本研究では、何を持って意図的、計画的とするのが曖昧となてしまい、再考する必要があった。また、海外では、音楽療法士が音楽を活用することが音楽療法と定義されているが、日本は音楽療法士が行うことを定めてはいない。このようなことから、音楽療法を実施しているか否かを判断することを難しくさせていると考える。しかし、今回の結果を今後に生かすため、「決められたプログラムがある」、「効果を測定している」という項目に該当し、なおかつ音楽を使う目的に1つでも該当している施設を、本研究では音楽療法実施施設とすることとした。

これらを踏まえ、協力施設を選別したところ、81施設中30施設(37.0%)が音楽療法実施施設であった。これは予測していた数値をはるかに上回る結果である。

現在、日本において音楽療法が実施されている分野は、障碍児、精神疾患患者、高齢者、ターミナル期にある患者を対象に行われ、効果があることが先行研究(篠田ら,2003)でわかっている。

各分野の音楽療法実施目的として、渡辺(2011)は以下のように述べている。障碍児に対しては、発達援助のために音楽療法が実施される。また、精神疾患患者には、音楽療法の目的として、3つの段階があり、第一は「援助・活動志向」第二に「再教育的、内観的—心理過程志向」第三は「再構築、分析的、カタルシス志向」である。高齢者の音楽療法の目的は、大きく分けて「活動性の向上」、「社会性の向上」、「情動の安定」であり、そこに「生活の質の向上」が加わる。また、ターミナル期において、山本(1991)は末期癌患者の身体的苦痛だけでなく、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛などのトータルペインを少しでも減らす目的で音楽療法を実施していると述べている。どの分野においても、確固たる治療目的が示されていることが特徴であり、意識的に音楽をケアとして取り入れているといえよう。また、精神疾患患者、障碍児、高齢者では、どのような曲が適しているか明確に示された書籍(貫,1996; 久保田,2003; 土野,2014; 呉,2014)も存在している。これは、その分野で数多くの音楽療法が繰り広げられ、研究結果が示されている(篠田,2003; 呉,2010a)からであり、その傾向や分析が多数に及ぶからだと推測する。そのため、あらかじめ決められた方法論が存在し、その枠の中で音楽を活用しているといえよう。

また、セラピーとは「治療。療法。薬や手術を用いないものをいう」（広辞苑第六版）一般的に音楽療法が実施されている分野では、ある特定の疾患があり、それに対する治療として音楽療法が用いられている。しかし、産科分野では、妊娠は病気とはみなされないため、正常な状態での妊娠・出産は健康保険の適用から除外される（全国健康保険協会）。また、質問紙回答の中でも、「お産は病気ではない。日常生活の一部として妊婦・出産・育児がある。日常に音楽があればリラックスできる」という意見があったが、この施設は音楽療法を実施していなかった。このように、産科分野では、治療を求められる場所でないことから、音楽療法の研究は発展していないのかもしれない。現状としても、妊産褥婦、新生児の経過に応じたプログラムや適した曲はいまだに研究報告がなく、効果を示す研究報告も数少ない。しかし、その中でも臨床現場では、30 施設が音楽療法を実施していた。研究が乏しい産科分野では、他分野とは違い、治療目的でなくとも、活用する助産師自身が妊産褥婦、新生児に対する音楽の効果を実感し活用していることが、この結果を示したのかもしれない。実際に、本研究結果では、音楽を活用してよかった経験があると答えた助産師は、音楽療法実施施設で、63.3%と高値を示している。

しかし、音楽療法実施施設と実施していない施設において、施設形態、職員数、病床数、分娩件数、補完代替医療の取り入れ、クラス数、助産師の考えに大きな差はないことが明らかとなった。これは、音楽療法を実施している施設でも、音楽療法を実施しているという意識がない可能性が考えられる。また、用いる曲については、産婦自身が持ってくるものを活用している施設が 14 件、有線放送が 6 件であり、医療側が選曲してプログラムを作り、流している状況は少ないことがわかる。これは、「妊産婦にどのような音楽を使用すればいいかわからない」、「音楽は個人の好みがあり、一律に活用することは難しい」と考える助産師が多いことが影響していると考えられる。他分野では、計画的使用に関して、対象者のアセスメントをしているということが窺えるが、産科分野においては、本研究の回答から、事前に妊婦をアセスメントし、個人に合った音楽を活用している施設は 1 件のみであった。また、活用方法は受動的音楽療法が 9 割であった。以上のことが産科施設で音楽療法を実施する際の特性と考える。

意図的に音楽療法をケアとして取り入れていないことや、妊娠、分娩経過以外に、音楽のアセスメントをするという時間や、知識を備えた人員の配置は難しい産科施設において、どのように音楽、または音楽療法を取り入れ、妊産褥婦、新生児に対して、より効果的に音楽を活用していくかは、吟味の余地があるといえよう。

音楽療法を実施するにあたり、どのようなタイプの音楽療法においても、考慮しておかなければならない共通原理として3つ松井は提唱している(松井,1980)。1つめは、音による楽しみという要素を大切にすることである。2つめに、対象者に治療の動機づけを与えること。3つめとして、対象者の適応水準と欲求に応じた活動を提供することである。この施行原理によって、対象者にどんなタイプの音楽療法が適切なのかが決まってくる。

本研究の回答から、今後も音楽を活用していきたいと回答する助産師の割合は8割にのぼることや、音楽、音楽療法の知識を求める声が聞かれたことから、音楽のニーズが高まっていると考えられる。その需要に応えるために、他分野と同様に音楽療法を実施していくことは難解な問題ではあるが、音楽の持つ生理的、心理的、社会的働きを利用し、また松井が提唱する施行原理を加味し、産科分野特有の音楽療法を確立させていくことが今後の課題となるであろう。

IV 今後産科施設において音楽を活用することについて

本研究から、音楽を今後も活用していきたいと考えている施設は8割を超えることが明らかとなった。しかし、リラックス効果ばかりが先行し、他の効果が認知されていない現状も垣間見る。一方で、効果的な音楽の活用方法、曲を知りたいなどの声が20件聞かれ、音楽を取り入れることに対して関心の高さを示している。今後、妊産褥婦、新生児を対象とし、どのような音楽が効果的であるか、さらなる研究が必要であると考ええる。現在、会議録として、10件の研究が進行している(富岡ら,1990; 香川,1997; 佐藤ら,2000; 近藤,2002; 佐藤ら,2002; 吉田,2008; 荒木,2008; 関島,2011; 武部ら,2012; 辻ら,2014)。これらは、音楽聴取により、リラックス効果や不安軽減、疲労回復に効果があるかを調査する研究や、胎教、子守唄について研究するものであった。これらの研究を積み重ね、効果があるとされた曲をより多くの産科施設で活用されることを期待したい。

また、実際に行われている他分野の音楽療法を参考(加藤ら,2000)にすると、感情表現へのきっかけのために音楽を使用することや、コミュニケーションとしての音楽の機能を活用すること、気分転換に音楽を使用することなどが産科施設においても活用の可能性があると考えられる。しかしながら、これらに活用する曲の選曲は、音楽の知識を要し、環境の調整、対象者をアセスメントする力、時間など多くの問題が存在し、すぐに取り入れられるものではない。この問題を解消することが、今後の産科施設における音楽療法の発展と普及に繋がると考える。

V 本研究の限界と課題

本研究は、郵送法を用いた量的記述的研究であるが、質問紙の回収率が低く、また助産院の割合が診療所を上回っているため、日本の出産場所を反映した母集団とはいえない。協力を得ることができなかった理由としては、研究協力可否を尋ねた葉書の返送において、音楽を活用していない施設では、自身の施設は対象外だと認識し、研究協力不可とした可能性が考えられ、本来の意味での実態把握には至っていないことが懸念される。回収率を上げるために、研究協力対象施設への依頼方法、分かりやすい依頼文の工夫が求められる。

また、音楽療法を産科領域で実施している研究が多く存在しないため、産科領域においてどのような判断基準で音楽療法とみなすか曖昧になってしまった。そのため、産科領域での音楽療法の定義の適応を再度考える必要がある。

以上より、今後は、専門家の意見を取り入れ、音楽療法実施スケールを考案し、再度調査していく必要がある。

第6章 結論

産科施設における音楽活用実態と音楽療法実施施設の特性を明らかにするために81施設を対象に、質問紙法を実施した。その結果、以下のことが明らかとなった。

音楽を活用している施設は81施設中74施設（91.4%）であり、大半が活用していた。各施設の活用状況は、分娩期に音楽が用いられることが最も多く、新生児に対しての活用が少なかった。活用方法は、BGMとして流し、リラックス効果を目的としている場面が多かった。その中で、意図的・計画的に音楽を活用している、音楽療法実施施設は30施設（37.0%）であることが明らかとなった。

しかし、音楽療法を実施しているか否かで、施設形態、職員数、病床数、分娩件数、補完代替医療の取り入れ、クラス数、助産師の考えに差はなかった。また、産科分野における音楽療法実施の特性は、産婦自身が持参する曲を活用していたり、有線放送を活用していたりする施設が多く、医療側が選曲してプログラムを作り、流している状況が少ないこと、受動的音楽療法が9割であることであった。加えて、音楽を活用している施設の助産師は、「音楽には個人の好みがあり、一律に活用することが難しい」、「どのような音楽が妊産褥婦、新生児に適しているかわからない」という考えを持っていることが明らかとなった。

これらは、一般的に音楽療法が実施されている分野とは違い、産科分野において音楽を活用する際の明確なプログラムが存在せず、また、効果を示す研究報告が少ないことが影響していると考ええる。

しかし、音楽を活用する助産師は、音楽の活用に肯定的であり、今後も活用していきたいと考えていた。また、「音楽に関する知識」や「エビデンスに基づく効果」を求める回答も多く、産科分野においても、音楽のニーズはあると考える。

以上のことから、今後の課題として、産科分野で音楽、音楽療法をより効果的に活用できるよう、妊産褥婦、新生児を対象とし、どのように音楽を活用していくべきか、また適した音楽は何か、さらなる研究が必要であると考ええる。

文献

- 荒木 美幸他 (2008) . 妊婦音楽聴取時と胎児音楽聴取時の胎動の変化について. 母性衛生 49(3), 184.Davis, W. B., Gfeller, K. E., Thaut, M. H. (1902)音楽療法入門 理論と実践 上巻.栗林文雄.(1997)一麦出版社.
- Araki Miyuki 他 (2010) . モーツァルトの音楽に対する胎児の反応 .Acta Med.Nagasaki.55(1), 7-13.
- がんの代替医療の科学的検証に関する研究班 (2012) がんの補完代替医療 (CAM) 診療手引き
<http://www.shikoku-cc.go.jp/hospital/guide/useful/newest/cam/index.html>
- 萩原 剛, 太田裕之, 藤井 聡 (2006). アンケート調査回収率に関する実験研究: MM 参加率の効果的向上方策についての基礎的検討. 土木計画学研究・論文集, 23 (1), pp.117-123
- 林田 りか, 小林 美智子, 萬代 隆 (2008) . 育児と QOL 子守唄の効果と子育てに影響する因子について. Quality of Life Journal9(1), 17-26.
- 東 沙知 (2004) . NST 実施時の苦痛の緩和 音楽聴取の効果. 日本看護学会論文集: 母性看護(35), 102-104.
- James D. K., Spencer C. J., Stepsis B. W. (2002). Fetal learning: a prospective randomized controlled study. Ultrasound Obstet.Gynecol.20(5), 431-438.
- 貫 行子(1996)高齢者の音楽療法. 音楽之友社
- 加藤 美知子, 新倉 晶子, 奥村 知子 (2000) 音楽療法の実践: 高齢者/緩和ケアの現場から / 加藤美知子,新倉晶子,奥村知子著. 東京: 春秋社.
- 久保田牧子(2003)精神科領域における音楽療法ハンドブック. 音楽之友社
- 呉 東進 (2010) . 医療における音楽療法のあり方とその可能性. 環境と健康 23(1), 97-102.
- 呉 東進 (2010) . 赤ちゃんの発達を促す聴覚アプローチ 目からうろこの新生児と音のおはなし(第4回) 子守唄. Neonatal Care23(4), 430-433.
- 呉 東進 (2014) .医学的音楽療法: 基礎と臨床. 北大路書房
- 厚生労働省 (2007) 授乳・離乳の支援ガイド
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0314-17.html>
- 厚生労働省 (2002) 産科における看護師等の業務についての意見

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0905-7f.html>

厚生労働省（2011） 人口動態調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei11/>

越野 立夫、中井章人（1994）. 妊娠管理における胎教. 平成 6 年度厚生省心身障害研究「妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する研究」80-83.

近藤 真由他（2002）. 母体の聴き慣れた音楽が胎児に与える影響 NST による胎児基準心拍数と胎動の変化の検討. 母性衛生 43(3), 242.

近藤 俊朗（1997）. 催眠無痛分娩について. 催眠と科学 12(1), 16-21.

松井 紀和（1980）音楽療法の手引：音楽療法家のための / 松井紀和著. 東京：牧野出版.

村井 靖児（1995）音楽療法の基礎 / 村井靖児著. 東京：音楽之友社.

村井 靖児（2000）. 代替医療の現状と将来 代替医療としての音楽療法. 医学のあゆみ 194(3), 185-188.

森本 紀（2010）. 【安楽なお産へと導く手技とポイント 産痛緩和法を極める】 医療施設での実践例 ソフロロジー. ペリネイタルケア 29(6), 558-560.

日本音楽療法学会

<http://www.jmta.jp/index.html>

日本バイオミュージック研究会, 日本音楽療法協会（1990）音楽療法の理解：心と体の健康と音楽 / 日本バイオミュージック研究会編. 東京：日本バイオミュージック研究会（日本音楽療法協会）.

日本補完代替医療学会（2006）がんの補完代替医療ガイドブック

日本バイオミュージック研究会, 日本音楽療法協会（1991）音楽療法の実践：心と体の健康と音楽 / 日本バイオミュージック研究会編. 東京：日本バイオミュージック研究会（日本音楽療法協会）.

西舘 代志子（2003）. 五感を育てる子守唄. 看護 55(4), 132-139.

野原 真理（2012）. 妊産婦の QOL の縦断的研究. 小児保健研究 71(6), 828-836.

Phumdoung, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses, 4(2), 54-61.

Ruud Even.音楽療法 理論と背景 第 2 版.村井 靖児（1992）. ユリシス出版部

佐藤 望, 志水 哲雄（2001）. 音楽の胎児に対する影響 第 1 報 胎児は音楽を認識する

- か. 日本音楽療法学会誌 1(1), 48-53.
- 佐藤 望, 志水 哲雄 (2000). 音楽が胎児・母体に与える影響 NST による子宮収縮・胎動・胎児心拍数の変化の検討. 日本バイオミュージック学会誌 18(1), 28.
- 佐藤 倫子他 (2002). 音楽聴取による妊婦の心理反応及び音楽聴取時の胎児反応についての分析. 母性衛生 43(3), 244.
- Simavli, S., Kaygusuz, I., Gumus, I., Usluogullari, B., Yildirim, M., & Kafali, H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 156, 194-199.
- 武部 佳奈子他 (2012). 入院中の妊婦の不安軽減を目的とした音楽療法(クラシック)の効果 STAI を使用して. 秋田県農村医学会雑誌 57(1-2), 55.
- 篠田 知璋, 加藤 美知子 (1998) 標準音楽療法入門 / 篠田知璋, 加藤美知子編集, 日野原重明監修. 上: 理論編巻. 東京: 春秋社.
- 篠田 知璋, 渡邊 眞由子 (2003). 音楽療法. 心身医学 43(12), 807-819.
- 鈴木 信孝 (2007). 産婦人科領域での補完代替医療. 日本産科婦人科学会雑誌 59(9), N283-N287.
- 関島 英子他 (2011). 胎教としての音楽に関する妊婦の意識について. 東京母性衛生学会誌 28(Suppl.1), S30.
- 田仲 淑江, 布施 早苗 (2004). BGM を用いた外来待ち時間の不安や緊張感の軽減. 日本看護学会論文集: 看護総合(35), 145-147.
- 玉舎 輝彦 (2000). 米国における補完・代替医療(CAM)の現状. 産婦人科治療 80(5), 551-555.
- 寺野 美宝, 濱野 礼子, 青山 桂子 (2004). 分娩期におけるリラックス効果を高める因子 音楽とアロマセラピー. 済生会吹田病院医学雑誌 10(1), 42-49.
- 富岡 惟中, 他 (1990). 妊婦と子守歌について. 母性衛生 31(4), 582.
- 土野研治(2014) 障害児の音楽療法 声・身体・コミュニケーション. 春秋社
- 辻 理恵, 福田 早苗, 横山 美江 (2014). 妊娠後期の妊婦におけるリラックス音楽聴取の睡眠及びポジティブ感情効果. 日本疲労学会誌 9(2), 30-41.
- 辻 理恵, 福田 早苗, 横山 美江 (2014). 妊娠後期の妊婦におけるリラックス・疲労回復に関する音楽聴取の効果. 日本疲労学会誌 10(1), 74.
- 梅田 幸恵 (1999). マタニティ・コンサートの経験. チャイルドヘルス 2(9), 693-695.

香川 和子 (1997) . 育児支援施策の一環としてのマタニティコンサート. 小児保健研究 56(2), 184.

渡辺 恭子(2011)音楽療法総論 / 渡辺恭子著. 東京：風間書房

安河内 静子他 (2010). 医療者が「身体感覚活性化マザークラス」を体験した効果 体験録の分析から. 福岡県立大学看護学研究紀要 7(2), 63-71.

山里 五鈴 (1993) . 妊産婦のアメニティを考える 陣痛室における BGM. ペリネイタルケア 12(11), 972-976.

吉田 静他 (2008) . 「身体感覚活性化マザークラス」に参加した妊婦の変化 胎児との対話と子守歌の関係性. 母性衛生 49(3), 152.

吉永 早苗, 無藤 隆 (2012) . 発達の礎としての育児 育児における「語りかけ」、「歌いかけ」の大切さ 養育者・保育者と乳幼児間の音声相互作用の視点から. 思春期青年期精神医学 21(2), 110-124.

全国音楽療法士養成協議会

<http://jecmt.jp/index.html>

全国健康保険協会 健康保険ガイド

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

