

『藍川メソッド』が教育現場だけでなく「音楽療法」にも生かされているのは、母親の介護に関わっている私自身の体験を生かしているからでしょう。日本語の歌をクライアントと一緒に歌うことは音楽療法士でなくても出来ます。ゲーム感覚で呼吸法や歌唱法を実践するだけで最小のエネルギーで楽々と歌えるようになるのです。

また「音楽療法」はクライアントだけのものであってはならないとの考えも浸透させたいと思っています。クライアントに接する職員の皆さんと一緒に『藍川メソッド』を実践して呼吸を正常化し、歌いながら日本語の語感を生かした歌い方を身につければ、自然にクライアントへの言葉がけが明瞭になり、コミュニケーション能力が高まります。

それでは、具体的な説明や実践に入る前に、なぜ音楽療法士の資格を取得するための試験でモーツァルトやベートーヴェンのピアノ・ソナタを弾かなくてはならないのか、モーツァルトの音楽がなぜ日本人にとっての「音楽療法」の決定版になり得るのかといった問題について、過去の例に照らして考えてみましょう。

●「死神」と呼ばれた音楽家たち

東京都M病院での事例は非常に示唆に富んでいます。

幼少からヴァイオリンを嗜んでいた現院長は、医師になったばかりの頃、東京藝術大学大学院音楽教育科で「音楽療法」を学び、院長就任後は月一回のコンサートを病院内で開いていたそうです。

以下は、M病院の院長が『藍川メソッド』出版記念「日本の伝統にふれる」連続講座(2007年4月～8月)にわざわざ来場して話してくれた内容の要約です。

病院でコンサートを開催した日の夜から翌朝にかけて、必ず数人の入院患者の容体が急変し、亡くなる人が出たため、一年ほど経つと、誰言うともなく、コンサート当日に来院してくれる音楽家たちを「死神団」と呼ぶようになっていました。

コンサートの責任者として、音楽を聴いた患者さんたちがなぜ死に到るほどのダメージを受けてしまうのかについて考えた私は、二つの要因を思い浮かべました。

一つ目は、子供の頃からクラシック音楽の演奏家を目指して練習を積んできた人たちが全身全霊を傾けて演奏するエネルギーの強さです。演奏家が出すパワーが大きすぎると病気で生命力が落ちている人には受け止めきれないのではないのでしょうか。

二つ目は、カルチャー・ショックです。ずっと日本の民謡や演歌を聴いて生きてきた人がモーツァルトやベートーヴェンなどのクラシック音楽を長時間にわたって聴くことで異文化に対する拒絶反応のようなものが生じたのではないのでしょうか。

入院患者にとって未知のクラシック音楽のコンサートを聴くことは、必ずしも心地よいものではなかったのかもしれないと考えた院長は、古関裕而や古賀政男作品を録音した私のCDを聴いて共感と確信を得、自らヴァイオリンを手に病室をまわり始めたそうです。患者さん一人一人のリクエストをきいて耳元で小さな音で演奏し始めたら、「先生、明日も古賀メロ弾いてね」と心待ちにされるようになったとか。

M病院のパンフレットには自らの「音楽療法」に自信をもち、浴衣姿でヴァイオリンを弾く院長の写真がしっかりと掲載されていました。

●「^{そうりん}桑林の舞」の故事

中国に伝わる「桑林の舞」の故事は紀元前563年頃(春秋時代)のことながら、21世紀のM病院での事例と同じことをわれわれに教えてください。孔子が編纂したとされる歴史書『春秋』の注釈書『春秋左氏伝』から、その内容を要約してみます。

殷の時代、大干魑が続いたため、国王が桑林という土地で雨乞いの儀式を行なったところ雨が降ったので、この時に使った歌や舞踊を「桑林の舞」と名づけて国楽としました。

殷の最後の王となった紂王は粗暴で知られていましたが、兄の微子は庶子(非嫡出子)だったため王位を継承せず、弟・紂王の暴挙を止めることもできませんでした。周との戦いで和睦が望めなくなった時、微子は楽師らとはかって亡命することにしました。ただし亡命となればよほど重要なものを持参しなければ受け入れてもらえる保証はありません。そこで国楽に必要な楽器を持って行ったのです。大事な楽器を入手した周はすぐに殷を討伐しました。

その後、微子は紂余曲折の末、宋の国に封じられました。すなわち宋の国が「桑林の舞」を受け継いだのです。あるとき、宋の国王は敵対する晋の国王をもてなす宴で「桑林の舞」を披露しました。楽師らを率いて旗手が登場すると、晋の国王は異変を訴えて別室に下がり、すぐに帰国の途についたものの、死に至るほどの病を得たそうです。

当時「楽」は兵器に匹敵するほど重要なものでした。たとえ国が滅びても民族の秘伝ともいえる「楽」や舞や文様を伝承していれば、その国は必ず再興できると信じられていたのです。だから国を滅ぼした時には楽師を皆殺しにし、楽器や楽譜を焼いて「楽」を絶やしたわけです。古代中国や古代ギリシャには、それぞれの民族が持っている「楽」は同族には吉兆をもたらすけれど、他の民族には凶兆を及ぼすとの教えや考え方がありました。

もちろん日本にも中国から「楽」や楽書が入っていましたが、「桑林の舞」や「^{かんたん}邯鄲の歩」といった故事の意味を真剣に考える人がいなかったのか、明治になって簡単に洋楽を取り入れてしまいました。要するに、日本は国が滅びたわけでもないのに、民族が拠って立つべき「楽」を捨ててしまったのです。

現在、宮内庁式部職楽部は世界最古の音楽「雅楽」を伝承していますが、学校教育ではこれを習得できません。かろうじてわらべうたや民謡の中に息づく日本古来の「楽」の片鱗を伝えることで細々と民族のアイデンティティーの命脈を保つという状況が続いているのです。

ただし、日本の音楽よりも外国のクラシック音楽の方が高尚だと勘違いする人が増えれば、国はどんどん衰えてしまいます。「桑林の舞」の故事は、吉兆を期待するならば自国に伝わる古来の「楽」を聴けばよいと教えてくれているのです。

上記の二つの事例は、日本人を対象とする「音楽療法」においてどんな音楽が効果的なのかを示してくれています。日本人に吉兆をもたらすのは日本人の遺伝子の中に組み込まれているといっても過言ではない伝統音楽や、一人一人が幼少から親しんできた歌だということです。

明治のうた

さくら、蝶々、揚げば尊し、庭の千草、埴生の宿、一月一日、お正月、
荒城の月、美しき天然、桃太郎、兎と亀、むすんでひらいて、春が来た、
かたつむり、汽車 等

大正のうた

春の小川、故郷、朧月夜、靴が鳴る、春よ来い、七つの子、赤い靴、
浜辺の歌、砂山、兎のダンス、出船、花嫁人形、宵待草、ゆりかごの歌、
夕焼小焼、叱られて、アメフリ、證城寺の狸囃子 等

昭和のうた

この道、赤とんぼ、時計台の鐘、影を慕いて、東京ラブソディー、
人生の並木路、うれしいひなまつり、たなばたさま、オウマ、
湯の町エレジー、北国の春、ああ人生に涙あり(「水戸黄門」主題歌) 等

明治以降、日本人は西洋の五線譜を使って数多くの歌を作ってきました。その中から選んだ上記の作品をベースに、クライアントのリクエスト曲や伝統的なわらべうた及び民謡を補う形で、ある日の「音楽療法」を企画してみましょう。季節の歌は、窓外の風景を楽しむ気持ちを呼び覚ましたり、懐かしい光景を思い出させたりしてくれるでしょう。

以下に私の企画の一例を示しておきます。

春のうた

日本古謡＝さくら(さくら、さくら、弥生の空は～)
わらべうた＝花いちもんめ(ふるさとまとめて花一匁、勝って嬉しい花一匁～)
唱歌＝蝶々(蝶々蝶々菜の葉にとまれ～)、春が来た(春が来た、春が来た、どこにきた～)、朧月夜(菜の花畠に、入日薄れ～)、春の小川(春の小川はさらさら流る～)
童謡＝春よ来い(春よ来い、早く来い、歩きはじめたみいちゃんが～)
俗謡＝どじょっこ ふなっこ(春になれば氷しがこも解けて～)
流行歌＝北国の春(白樺、青空、南風、こぶし咲くあの丘～)

夏のうた

各地方の盆踊り歌＝どんばん節、よさこい節 etc.
わらべうた＝ほたるこい(ほ、ほ、ほたるこい、あっちの水は苦いぞ～)
唱歌＝海(松原遠く消ゆるところ～)、我は海の子(われは海の子、白浪の～)、たなばたさま(ささのはさらさら、のきばにゆれる～)
童謡＝ゆりかごの歌(ゆりかごの歌を、かなりやが歌うよ～)
抒情歌＝この道(この道はいつか来た道～)、夏の思い出(夏がくれば思い出す～)
流行歌＝長崎の鐘(こよなく晴れた青空に、悲しと思う切なさよ～)

秋のうた

わらべうた＝うさぎ(うさぎ、うさぎ、なに見てはねる～)
唱歌＝紅葉(秋の夕日に照る山もみじ～)、庭の干草(庭の干草も虫の音も～)、虫の声(あれ松虫が鳴いているチンチロチンチロチンチロリン～)
童謡＝赤とんぼ(夕焼小焼の赤とんぼ～)、里の秋(静かな静かな里の秋～)、證城寺の狸囃子(證、證、證城寺、證城寺の庭は～)
抒情歌＝ちいさい秋みつけた(誰かさんが誰かさんが誰かさんが見つけた～)
流行歌＝津軽のふるさと(りんごのふるすとは北国の果て～)

冬のうた

わらべうた＝大寒小寒(大寒小寒、山から小僧がとんできた～)
唱歌＝雪(雪やこんこ、あられやこんこ～)、冬の夜(ともしび近く衣縫う母は～)、お正月(もういくつ寝るとお正月～)、スキーの歌(山は白銀、朝日を浴びて～)
抒情歌＝かあさんの歌(母さんが夜なべをして～)、雪のふるまちを(雪のふるまちを～)
流行歌＝北上夜曲(匂いやさしい白百合の～)、ここに幸あり(嵐も吹けば雨も降る～)

② 歌うことはなぜ身体に良いのか？

歌うことが身体に良いというのは、現在では常識になっています。

その最大の理由は、楽しみながら有酸素運動ができること。それには知っている歌をうたう必要があることは、前項で述べた通りです。懐かしい歌をうたうことが心身のリフレッシュにつながるのです。

しかし、いくら歌をうたうことが身体に良いとわかっているとしても、入院中に大声で歌うことはできません。人はいつでもどこでも大きな声を出せるわけではないのです。

そこで、声楽家としての経験をもとに声を出さずとも身体を活性化させられる呼吸法を考えてみました。有酸素運動と無酸素運動を取り入れた「藍川式呼吸法」です。よく知られているように、長距離走は有酸素運動、短距離走は無酸素運動で、スポーツの場合でもどちらか一方に偏らないトレーニングが有効とされています。

人が生きるためには呼吸をしなくてはなりません。それゆえ「息」に関する言葉は多く、「息苦しい」「息がつまりそう」などと口にした経験をもつ人も少なくないでしょう。

「息苦しい」「息が上がる」と感じる時には、浅くて速い呼吸になっていませんか。

健康を維持するために質の良い食事や睡眠が必要であることは常識ですが、呼吸の質を良くする必要があるとの声はあまり聞かれませんが。

質の良い呼吸で身体の隅々にまで酸素を運び、腹式呼吸をマスターすれば、歌うことがより楽しくなるでしょう。

●「藍川式呼吸法」

血液が人間の身体を一巡するのにかかる時間は約30秒だそうです。そこで、息を吸ってから吐き切るまでの一呼吸を、血液が心臓を出てから戻るまでの30秒に合わせてみました。

はたしてこれで血の巡りがよくなるのでしょうか。100名余りの教員に全国各地の小・中学校で「藍川式呼吸法」を実践して貰いました。

目を閉じて1回30秒の「藍川式呼吸法」を5回やると、目を開けた時に涙が溢れた子は平均90%に達しました。

そして、空気のきれいな地方都市では70%以上の児童が「ものが青く見える」と訴え、都心でも半数近くの児童が「景色が青く見える」と口々に言ったそうです。

「藍川式呼吸法」を実践すると身体の隅々にまで酸素が行き渡り、瞳が潤うことがわかりました。また、視界が青みがかかった児童は学年が低くなるほど多かったため、幼児や児童の瞳が澄んでいて白目の部分が青白く見えることと関係があると考えた教師が大半でした。たしかに白目の部分は年をとるにつれて黄変してゆく傾向があります。

次に、二十代から五十代までの小学校から高校までの教師、カワイ音楽教室講師、一般の高齢者に実践して貰ったところ、30秒×5回では瞳が潤う程

度で涙が流れた人は極めて少なく、「ものが青く見える」と訴えた人は一人もいませんでした。

成人の場合は、無理のない範囲で回数を増やさないと涙が出るまでには至らないようです。一度に10回～20回やると頬に赤みがさし、頭皮や指先から汗が出てきたとの声が聞かれます。瞳が潤ったり顔色がよくなったりするのは身体の隅々に酸素が行きわたって血行が良くなった証拠です。鏡で確認しながらやると効果をすぐ実感できます。

私の母は、通院時にタクシーの振動で骨折するほど重度の骨粗鬆症で、よく圧迫骨折で入院しますが、ベッドに寝たまま「藍川式呼吸法」を実践すると、すぐに頬に赤みがさしてきます。そして、4～50日ベッドに固定されていてよりハビリを開始したとたん歩けるようになるため、「10ヶ所以上骨折しているのに、なぜすんなり歩けるんですか」と医師を驚かせています。

さて、「藍川式呼吸法」には身体の隅々にまで酸素を運ぶ有酸素運動だけでなく、無酸素運動も取り入れています。歌をうたう時、どんなに息をたくさん吸ったとしても、歌い始めに一気に出してしまったら息が足りなくなるからです。「藍川式呼吸法」で息を留めた時の腹部の安定感を覚えると、歌い始めた瞬間に息が出てしまって腹部がフニャフニャに緩むことがなくなり、長く息を保てるようになります。

また無酸素運動を実践すれば集中力がアップします。人が書道で字を書く時や針に糸を通す時に息を止めるのは、本能的に無酸素運動で集中力が高まることを察知しているからでしょう。

都内のある小学校ではこんな事例がありました。

『藍川メソッド』の指導資格をもつ小学校の教員が、一年のとき学級崩壊した二年生のクラス担任になりました。全員が騒いで授業ができないのではなく、数人の児童が授業中に徘徊して他の児童の邪魔をする状態で、「藍川式呼吸法」を実践しようとしても目を閉じられない児童がいると相談されました。

「目を閉じられない子が徘徊するはずですが」と言うと、

「その通りです。徘徊する子たちは全員目を閉じるのが怖いと言います」とのこと。

そこで、ある小学校の校長から聞いた「最近の子どもたちは夜中でもずっとテレビをつけたりゲームをしたりしている上、街中に暗闇が少なくなった。そのため修学旅行で部屋の電気を消すと怖がる子どもが増えて、照明をつけたまま寝かせるしかないんですよ」という話を伝え、朝のホームルームで根気強く2分半の呼吸法を継続するよう話しました。

すると一ヶ月後に全員が目を閉じて呼吸法を実践できるようになったそうです。それと同時に徘徊が止まり、一ヶ月で学級崩壊を克服した教師は、翌年もまた学級崩壊していたクラスをもたされました。

質の良い呼吸は、歌だけでなく生活全般に良い影響を及ぼすことがわかります。

③ 歌う前には準備運動が必要

介護の現場だけでなく、学校でも、十分な準備運動をしないまま歌い始める様子をよく目にします。これは、「音楽療法」「音楽教育」以前の問題で、クライアントや児童生徒の皆さんの声帯に悪影響を及ぼす危険があるため、すぐに改善すべきです。

●ストレッチ(柔軟体操)

声帯は筋肉です。寒中水泳をするのに準備運動もせずに海へ飛び込んだりしないように、歌う前にも声帯周囲の筋肉を柔軟にしておく必要があります。

発声練習を準備運動と勘違いしている人も少なくないようですが、声帯周囲のストレッチをしないまま発声練習をすると急激に声帯に負担がかかるため炎症を起こしかねません。声帯を酷使することによって起こる音声障害を回避するためにも、普段あまり使わない筋肉を意識するためにも、歌う前には必ずストレッチをやりましょう。

『藍川メソッド』では、「藍川式呼吸法」に続けて、首の重みを利用した声帯周囲の筋肉ストレッチを行ないます。鼻から息を吸いながら6秒かけて首を左に曲げ、ゆっくりと口から息を吐きながら2秒かけて首を真っ直ぐに戻した後、反対側も同じように首を右肩につけるように曲げて元に戻すことを1セットとし、最低5セット繰り返します。

時間的余裕がある時には、声帯から遠い両手の合谷(ごうこく／人差し指と親指の付け根の骨の間にあるツボ)を左右交互に指圧することから始め、肩コリにも効く手三里(てのさんり／親指の延長線上にある前腕部のツボ)、曲池(きょくち／肘を曲げたときにできるシワの外側にあるツボ)を左右ともマッサージし、最後に巨骨(ここつ／腕を上げると肩端に出来る二つの窪みの間にあるツボ)の周囲を押してから首のストレッチをやります。

この声帯につながる筋肉マッサージは歌う時だけでなく、普段の生活に取り入れてください。人の手を借りず、自分自身の手を使ってやることで運動能力が蘇ってきます。

私が主宰する和歌披講の会には、三十代から八十代の方が参加しています。平安時代に盛んだった和歌披講は無伴奏なのでどこでも歌えます。無伴奏ということは、歌い始めたら息を継ぐ時しか休めず、声が出しっぱなしになるため、普通は2時間も歌うと声がガラガラになりますが、私の会では毎回、全く歌った経験のない素人ばかりが2時間ぶっ続けて歌うのに声が嘎れる人がいません。ところが、ある時、いつも必ず最初に行なう声帯周囲の筋肉ストレッチを忘れてしまったら、「疲れた」「声がかすれた」との声が上がりました。きちんと準備運動をしてから声を出せばどんな歌も年齢や経験を問わず楽しめることを実感できた参加者の皆さんからは、翌月、会が始まる直前に「ストレッチをお忘れなく」と声をかけていただきました。

和歌披講は最後の一息まで声を出し切るため、自ずと腹式呼吸になります。呼吸が深くなるので健康によいのですが、現在では一月の宮中歌会始で歌われる程度になっています。

一番

春の小川はサラサラいくよ。きしのすみれやれんげの花に、
すがたやさしく、色うつくしく さけよさけよと、ささやきながら。

二番

春の小川はサラサラいくよ。えびやめだかや小ぶなのむれに、
きょうも一日ひなたでおよぎ、あそべあそべと、ささやきながら。

私が全国各地で開催している「うたの寺子屋」では参加者からこの唱歌の歌詞に関する質問が絶えません。「家で『春の小川』を歌うと、孫がおばあちゃんの歌詞は間違ってると言うので、本当の歌詞を教えてください」と真剣にきかれるのです。

このようによく知られた唱歌でも二度の改作を経ているため、クライアントの年齢によって歌詞を使い分ける必要があります。

ただし、もし原作の歌詞を知らない人がいたとしても、この詩のテーマは三番の歌詞にあるため、皆さんでその歌詞を読んだり聴いたりしてみてもいいでしょう。メロディーを知っている歌なので、ますますイメージが広がって、より気持ちを込めて歌えるはずです。

⑤ 歌のガイドライン

日本の音楽教育には世界の常識や西洋音楽の基準に合致しない点があるため、その音楽教育を基礎とする「音楽療法」にも理にかなっていない点があるのではないかと懸念されます。

間違った指導によってクライアントが戸惑ったり疲れたりしないよう、事業者や職員の皆さんに歌のセーフティネット(転落防止ネット)を張り巡らせて頂きたいと思います。

次の項目の中に、これまで耳にしたり実践したりしたものはないか、チェックして下さい。

思い当たることがあれば、各項目の解説を読んで改善しましょう。

1. 大きな声で歌う
2. お腹（または頭）から声を出す
3. 口を大きく開けて歌う
4. アイウエオの母音をはっきりと発音する
5. リズムに合わせて手を叩きながら歌う
6. レガートに歌うため母音だけで発声練習をする
7. 楽譜通りに歌う
8. ピアノの音に合わせて歌う
9. 歌詞を朗読せずに、最初からフシをつけて歌う

1. 大きな声で歌う必要はない

人はそれぞれ身長も足の長さも胴体の太さも違います。

声帯の長さはほぼ身長に比例すると言われており、背の高い人は声帯が長く(アルトやバスが多い)、低い人は短い(ソプラノやテノールが多い)傾向があります。声帯の長さや厚さ、大きさによって、一人一人出てくる声が違うわけです。

それぞれ生まれ持った身体や声帯や感性が違う以上、それを歪めてまで他人に合わせるのは困難です。皆さんが自分で心地よいと感じる歌い方でよいのではありませんか。

鼻が低い人に「鼻を高くしろ」、足が短い人に「足を長くしろ」と言ったらどうなりますか。

身体のことをとやかく言うのは禁句でしょう。声帯も身体の一部です。声帯が細く短い人に大きな声を出せと言ったり、声帯が太く長い人にか細い声を出せと言ったりするのも同じです。

特に体力や筋力に不安のある高齢者に無理を強いたり、落胆させたり、傷つけたりするような言動は避けなくてはなりません。

2. お腹（または頭）から声は出ない

声は声帯からしか出ません。人を惑わすような表現は避けましょう。

「お腹から声を出す」というのは、胸や肩を上げて息を吸ったり、上半身に力を入れたまま歌ったりしないために腹筋を意識させようとする表現でしょう。

「頭から声を出す」というのは西洋人の歌声からの発想かもしれませんが、鼻の高い西洋人と鼻の低い日本人では共鳴体の大きさが違うため、声の質や大きさに違いが出るのは当然です。

しかも日本では外国語でオペラのアリアを歌う時のような「頭から出る声」よりも、むしろ頭から声^{こゑ}が抜けないように臍^{へい}下^か丹田^{たんてん}というおへその三寸下あたりの腹筋で支えるのが名人芸とされてきました。「藍川式呼吸法」は丹田呼吸にも通じているため、この筋肉を鍛えられます。日本語は臍下丹田に力を込めて歌いましょう。

3. 口を大きく開けないで歌う

古来、日本語は口を大きく開けないで発音する言語です。くぐもった響きが日本語の特徴の一つであることは日常会話からも邦楽発声からもわかります。

学校教育などでは、口を大きく開けて歌うよう指導していますが、なぜ口を大きく開ければ開けるほど日本語らしくなくなることに気づかないのでしょうか。

第一、口を大きく開けて歌うのは危険です。学生時代、声楽のレッスン中に口を大きく開け過ぎた後輩のアゴが外れてしまい、痛みに耐えきれず救急車を呼んで病院へ行くという「事件」がありました。アゴはいったん外れる

と自力ではなかなか元に戻せないようで、病院で治療を受けたものの、その後はクセになり、歌うとアゴが外れるようになったと嘆いていました。

こうした突発事故に見舞われると、児童でも大騒ぎになりますが、高齢者の場合、心身への負担に耐えられないケースも想定されるため、むしろ口を大きく開けないで歌うよう指導する必要があるのではないのでしょうか。

4. アイウエオの母音は曖昧に発音する

日本語の発音は、前後の母音や子音によって微妙に変化するため、判で押したようにいつも同じアイウエオにはなりません。ところが、戦後になって表記や発音が簡略化されたことで平板なカタカナ言葉のようになってしまいました。

歌うときには、日本語はイタリア語と同じアイウエオの5母音だからイタリアのベルカント唱法で歌おうと指導されるようになりました。しかしイタリア語は最低でも7母音あります。

アメリカで出版されているイタリア歌曲の楽譜ではアイウの他に広いエと狭いエ、広いオと狭いオが区別されていますが、日本ではほとんどのイタリア歌曲の楽譜が区別していません。イタリア語を5母音だけで歌ってしまったら正しいベルカント唱法にはなり得ないという認識が欠けているのです。

日本語の場合も判で押したようなアイウエオの5母音だけでは日本語らしい響きにはならないため、私は表記の変遷に着目しています。たとえば、戦後の現代かなづかいでは表記されなくなったワ行のキ。「ウキスキー」と発音するとウのあとにくるキは、唇が「来い」のイよりも前に突き出ます。「恋」の場合は、歴史的仮名遣いでは「こひ」なので、上に浮いた感じのイになります。

ここまで専門的に考える必要はありませんが、日本人が日本語を発音する際、前後の母音や子音との兼ね合いで無意識のうちに母音の質を変化させていることは、自分自身の話し言葉の中で確認できます。声を出して、「青(あを)」と「赤(あか)」を発音してみると、「ア」の響きが微妙に違うことがわかります。

5. リズムに合わせて手を叩くのは危険

歌いながら手を叩いたり足踏みをしたりするのは、簡単でわかりやすい音楽の楽しみ方です。子どもなら喜んでやるでしょう。

ところが、高齢者の場合、嫌がる人も少なくありません。なぜなら、日頃の動作が遅くなるにつれて、テンポの速い音楽について行けなくなったり、足踏みをした拍子に捻挫をしたり、不測の事態への不安が高まるからです。

私の母は重度の骨粗鬆症で5キロの負荷で骨折すると診断されているため、手を叩いた拍子に骨にヒビが入る恐れがある上、手を叩いた拍子に人や物にぶつかって骨が折れるんじゃないかとの恐怖心を持っています。

体調は一人一人違いますし、精神的にもやりたくないことを無理強いされれば不愉快になります。大勢で一律に同じことを実践するのを目的とせず、

あくまでも自主性を重んじて、手を叩きたければ叩くという雰囲気づくりをするのが大切なのではないのでしょうか。

6. 母音だけの歌はない

世の中に母音だけで構成されている言語があるのでしょうか。

ドイツ語のように子音が幾つも重なる言語からイタリア語のように二重母音の多い言語まで、各民族の言葉はさまざまな特徴を持っていますが、私は未だかつて子音のない言語に出合ったことはありません。

歌おうとする言語に子音が含まれている限り、母音だけで発声練習するのは無意味です。

水道の蛇口を想像して下さい。栓を全開にして水を出しっぱなしにするのと、必要な時だけ栓を開けて水を出すのとでは料金が違ってきます。母音歌唱では息が出しっぱなしになるため声帯も振動しっぱなしになり、疲労度が増します。水も息も無駄遣いは禁物です。

声において水道の蛇口を閉める役目をしてくれるのが子音です。とくに唇を閉じて発音するMやPの子音では息が完全に遮断されるので、母音歌唱のように息を出しっぱなしにしたままでは歌えません。

日本語に子音がある限り、母音歌唱は百害あって一利なしと言えましょう。

7. 楽譜は目安に過ぎない

学校の音楽の授業では、しばしば頭を振って拍を数えながら歌う光景が見られますが、日本語には、音を延ばすことで発音が不明瞭になり、聴き取りづらくなる言葉があります。

「雨が降ります」「雨が降る」と喋った場合、語尾の「す」や「る」は曖昧母音になります。もちろん日本の中には語尾を強調する地域もあり、強調する人もいるでしょう。けれど標準語で書かれた詩の場合、語尾の「す」や「る」は音符の長さに関係なく抜いて歌う方が自然です。

「赤い靴」を歌ってみましょう。「くつ」の「つ」は二分音符ですが、「くつ」の発音は無声音に近いので、「くつー」と有声化して延ばすと「苦痛」の発音になってしまいます。

歌においては、諸外国の例を見ても、音符の長さ通り正確に延ばして歌うことよりも、語感を生かすことの方が大切です。音符はあくまでも目安なので絶対視せず、話し言葉のように、日本語が日本語らしく聴こえる歌い方を優先しましょう。

8. ピアノの音程を絶対視しない

声を出しやすい音域は人によって違います。一人一人の顔が違うように、身長や声帯の長さも違うからです。ところが日本の義務教育の音楽の授業では、たった一つの調だけで伴奏して、その音域で歌えない子は放置されているケースもあるようです。音楽嫌いにならせないために教師には生徒が歌いやすいキィに移調して伴奏する能力が不可欠ですが、すべての調で伴奏でき

ないとしたら、ピアノを使わず、無伴奏で各自が好きな高さで歌ったり、ギターや三味線といった音程が固定されない弦楽器の伴奏で歌ったりすればよいのではないのでしょうか。

大人でも、カラオケなら自分の好きなキィで歌えるのにピアノ伴奏の時だけ一つの調に合わせて歌わなくてはならないとしたら、キィが合わない人は歌うのが嫌になってしまうでしょう。

そもそもピアノと日本語の歌の相性はよくないのです。

なぜなら、ピアノは階段状にしか音が出ませんが、日本語はずり上げたりずり下げたりしながら子音と母音の間を移動するため、話しても歌っても曲線になります。曲線の日本語に対し、イタリア語や英語やドイツ語などは一音節中の子音と母音を同じ音程で発音するため階段状になります。すなわち、ヨーロッパで生まれたピアノは、ヨーロッパの言語を歌うのには適しているけれど、日本語を歌うのには適していないわけです。

第一、ピアノの音程は1オクターヴを均等に12分割した平均律で、世界各地の民族がそれぞれに持っている音階や音律とは異なります。平均的な音を出すピアノは簡単便利な楽器ですが、万能の神ではありません。ピアノの音とのズレが大きい音律をもつ民族は、ピアノの音に合わせて歌うことを苦痛に感じます。頼り過ぎず、自分が心地よいと感じる音を大切にしましょう。

9. はじめに歌詞を朗読してから歌う

歌の主演はメロディーでしょうか。

もちろん曲からも明るいとか暗いといった印象を受けますが、直接的なイメージは歌詞から伝わってきます。歌のテーマをつかむためにも、歌う前に声帯を慣らすためにも、最初に歌詞を朗読しましょう。一人で歌う時も、大勢と一緒に歌う時も、まず声を出して歌詞を朗読すれば自分なりのイメージが湧いてきます。

今はスポーツもイメージトレーニングの時代です。がむしゃらに身体を動かして鍛えればよいという時代は終わりました。歌も、ただ大きな声を出せばよいというものではありません。歌詞を読んで、自分なりのイメージをもって歌うからこそ心が解放されるのです。イメージは人それぞれ違いますから他人と揃える必要はありません。

何種類もの弦楽器や管楽器や打楽器が同時に音を出して演奏するオーケストラを想像してみてください。異質な音色を持つ楽器が寄り集まって演奏するからこそ深い響きが生まれるのです。100人のオーケストラと、フルートだけ、チェロだけといった単独の楽器による100人の合奏とでは、人数は同じでも音の広がり方がまるで違います。

人の声も同じです。ダミ声であろうが、しわがれ声であろうが、蚊の鳴くような声であろうが関係ありません。さまざまな声が合わさって、その中の誰の声でもない新しい響きが生まれるのが、器械音と人声の違いです。

顔も、声帯も、取り替えることができない唯一の宝物です。人と違うから価値があるのです。自分の声や感性で思いっきり歌って楽しみましょう。

⑥ 最後に

歌の楽しみ方は一様ではありません。

さまざまな事情で声を出して歌えない方もおられるでしょう。そういう方には、歌詞を読み、そのイメージを絵で表現することをお勧めします。

コピー用紙や筆記用具、手近な文具を使って自由に描いてみましょう。

『藍川メソッド』中、最後のメソッドです。他のメソッドに比べて動きが少なく、地味なので、現役教師の皆さんは、なぜこれが最後なの？ と拍子抜けした顔をしていました。

ところが、実際に教室で指導してもらったら驚きの結果が出ました。実は生徒の意外な面を見られて、教師の方が気づきや学びの多いメソッドなのです。

福岡県の小学校では、音楽が嫌いな児童、みんなが歌い始めると騒いで授業をぶち壊す児童が、白い紙と色鉛筆を持ったとたんに、夢中になって歌のイメージを描き始めたとか。教室がかつて経験したことのないほどシーンと静まり返ったので、男性教師は啞然としたそうです。全員が一声も出さずに熱中して描いているうちに授業終了のチャイムが鳴ったので、「次は給食だよ」と急かしてみても、子どもたちは誰一人立ち上がろうとしません。すっかり歌の世界に入りこんでしまったのですね。その様子を見た男性教師は、それまで経験したことのない授業ができた感激で思わず涙ぐんでしまったそうです。

東京のある私立中学では『赤とんぼ』のイメージを描いたそうです。ところが、大半の生徒が「負われて見たのは」の歌詞の意味が理解できなかったというのです。音楽専科の女性教師は、漢字で「負われて」と書いてあるのに、追いかけてらている絵を描く子どもたちを見て、もしかしたら背負われた経験や記憶がないのかもしれないと感じたそうです。

人生経験が豊富な高齢者の方なら、歌詞を読むだけで懐かしい故郷の風景や多くの友人知人の顔が記憶の底から蘇ってくることでしょう。「私にも若くて元気な頃があったのよ」と、母が申します。私にだってありました。昔うたった歌と向き合う時間は、頑張って生きてきた自分を客観的に見つめる好機なのかもしれません。自分を褒めてやりたい気持ちになることもあるでしょう。実際に声を出して歌ったり踊ったりしなくても、歌はいつも心の中にあるのです。歌の世界を描こうとすることで、思いもよらない記憶の扉が開くかもしれません。

そんな期待を込めて、ピアノを使わない日本語歌唱法を、声を出さずに心で歌うメソッドで完成させました。

日本人にとっての「音楽療法」とは、「音楽療法」などと難しく言う必要はなく、私たち一人一人の心の歌を大切にすることに尽きるのではないのでしょうか。

日本人が千年二千年と培ってきた美意識や音楽、身体運動を今に生かすことが吉兆や癒しにつながることを、紀元前の「桑林の舞」の故事で学びました。

また、人を支え生かすために、介護に携わる側がエネルギーを充填しておく必要があることは言うまでもありません。毎日歯を磨くように、身体を活性化させる呼吸法や腰痛を防止する立ち方を日常に取り入れて元気を養ってください。まずは、ご自身の幸せのために。

「地域密着型サービスを考えるin ほっかいどう 2012」於：
札幌プリンスホテル 国際パミール館6F 2012.3.20

住み慣れた地域で暮らすための福祉サービスは知られているか

～地域住民アンケート結果より～

北星学園大学社会福祉学部

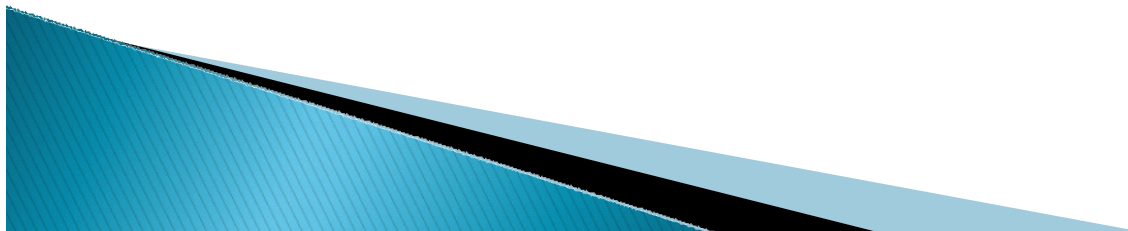
杉岡直人

spvolvo@dosanko.org

調査の目的と方法

【目的】

地域密着型サービスの提供をおこなっている事業者の協力の下、地域住民にアンケートを実施。これからの課題である住み慣れた地域で暮らすための福祉サービスの提供と利用に関する地域福祉の課題を考える。



調査概要

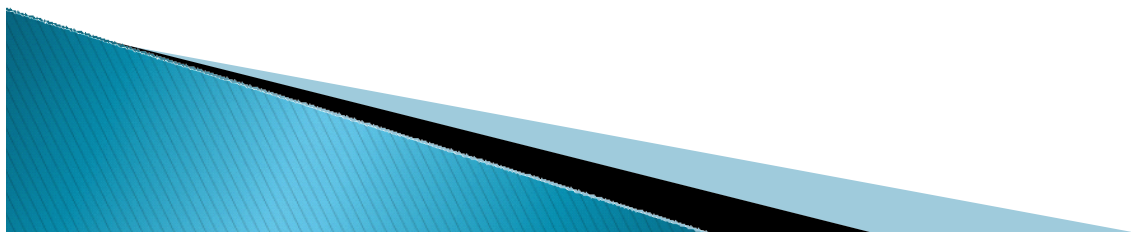
【調査時期】

2011年11月～2012年1月

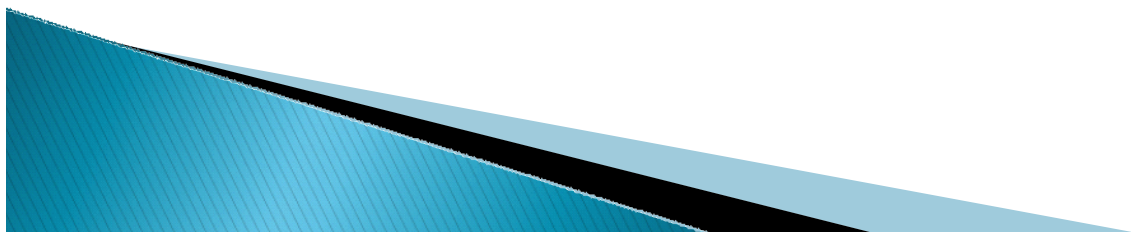
【調査地】

小規模多機能事業所の事例調査地域5地点で地域住民の福祉サービスに関するアンケート調査を実施し、回収総数は613票となった。

回答数の内訳は、札幌市220、七飯町113、浜頓別町111、本別町102、阿寒町67となっている。



調査集計結果の概要



集計結果①

【性別】

女性回答者が約6割を占める

【年齢】

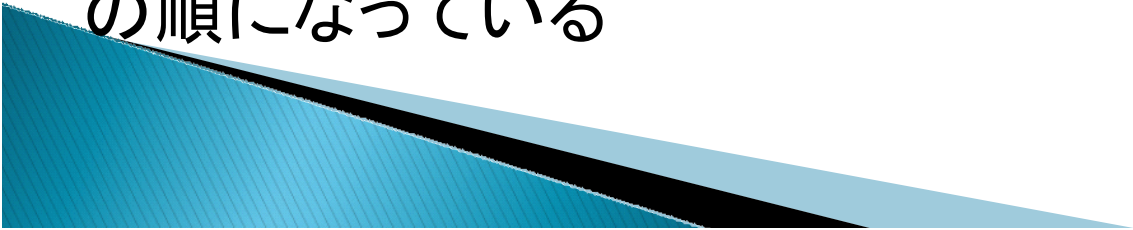
75歳以下が半数以上

【世帯構成】

多い順に、①高齢夫妻世帯、②単身者世帯、③実子との同居の順になっている

【近隣関係】

多い順に、①立ち話、②簡易な依頼、③挨拶程度の関係の順になっている



集計結果②

【収入源】

年金収入が8割以上

【収入額】

200万円以下が全体の半数弱

【住宅】

戸建てが約7割、持ち家が約6割

【居住年数】

多い順に①20年以上30年未満、②40年以上、
③5年以上10年未満 の順になっている



集計結果③

【居住意向】

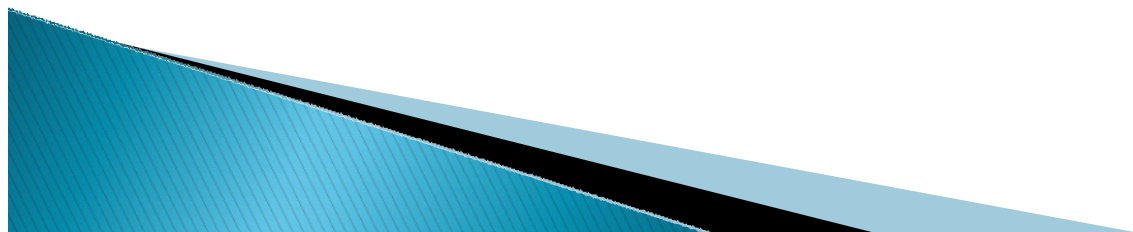
「とても住み続けたい」「どちらかと言えば住み続けたい」を合わせて約9割

【困りごと】

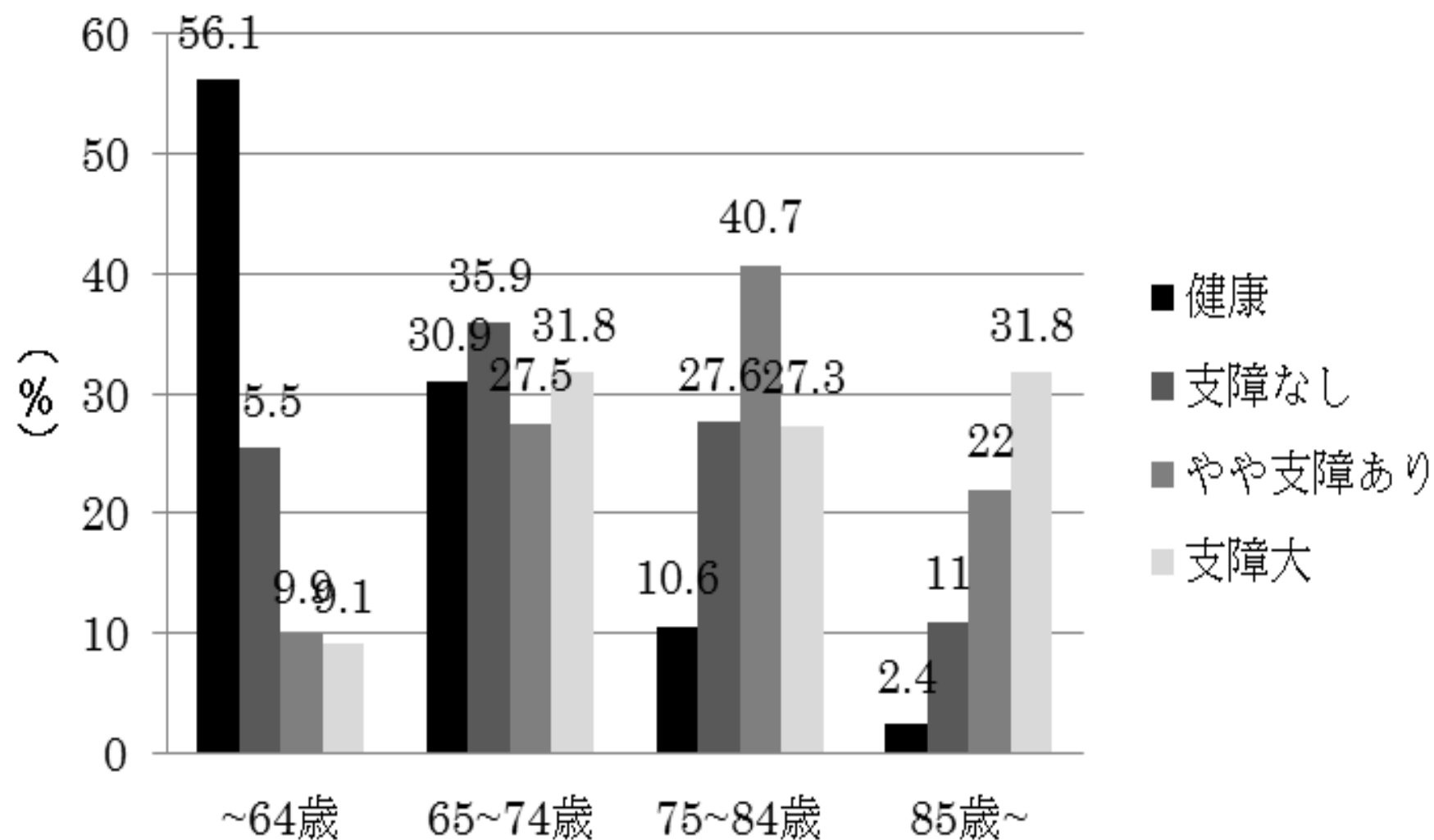
「特にない」が7割。「除排雪の問題」の回答率が多い。

【身体状況】

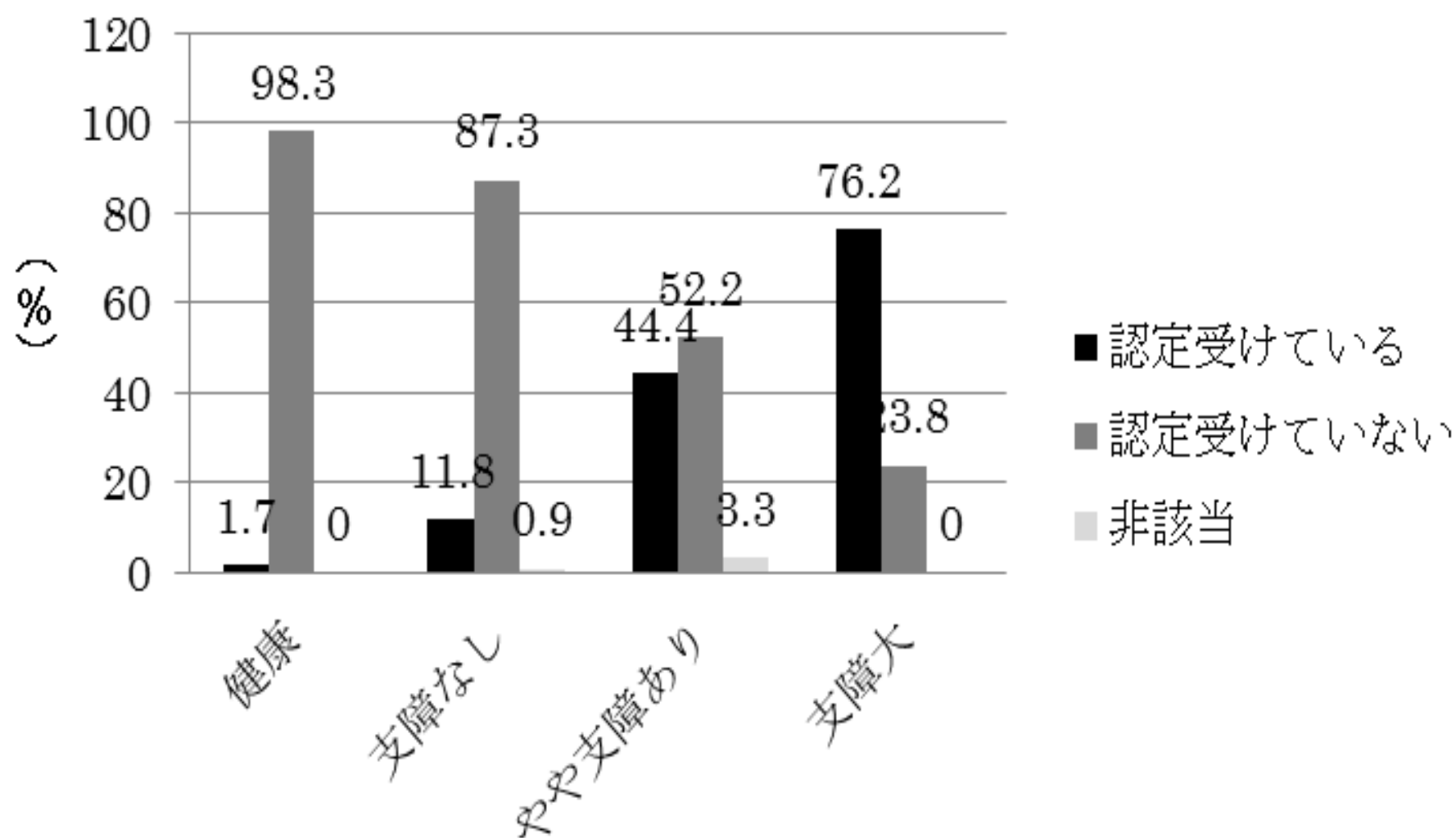
「気になるところがあるが、日常生活に支障はない」が約6割



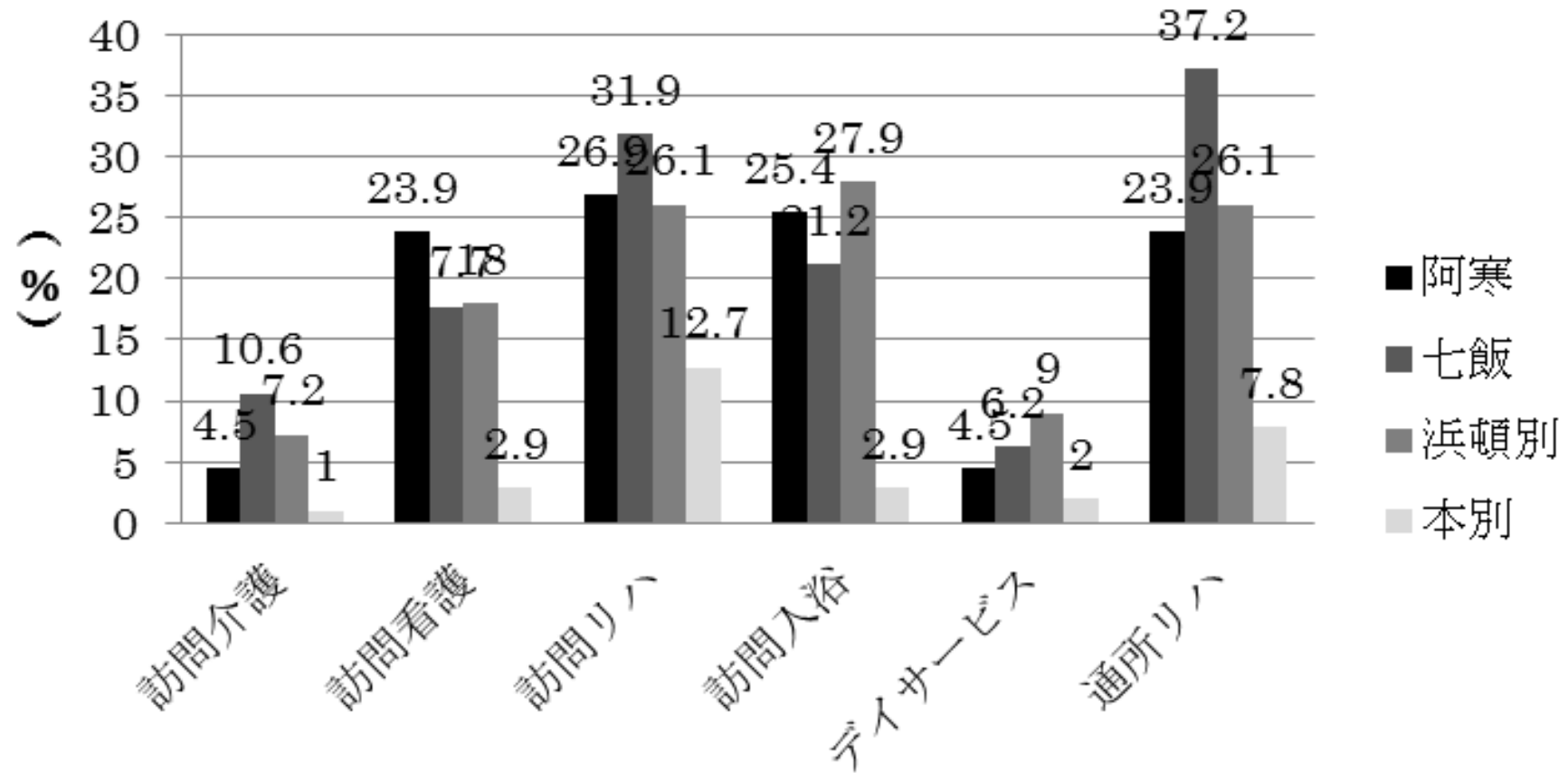
年齢別に見た身体状況



身体状況別に見た要介護認定



自治体別サービス非認知度



(参考) 札幌市: 訪問介護19.1% 訪問看護21.8% 訪問リハ25.9%
 訪問入浴23.6% デイサービス17.7% 通所リハ33.6%

市町村別介護保険サービス提供一覧

	旧阿寒町	七飯町	浜頓別町	本別町	札幌市
訪問介護	×	○	○	○	○
訪問看護	×	○	×	○	○
訪問リハ	×	×	×	×	○
訪問入浴	×	○	×	×	○
デイサービス	○	○	○	○	○
通所リハ	×	○	○	×	○
老健	×	○	×	○	○
特養	×	○	○	○	○
GH	×	○	○	○	○
小規模多機能	○	○	○	○	○
短期入所生活介護	×	○	○	×	○
短期入所療養介護	×	○	×	×	○
特定施設入居者生活介護	×	○	×	○	○
福祉用具貸与・販売	×	○	×	○	○
居宅介護支援	○	○	○	○	○

集計結果④

【要介護認定】

約8割が要介護認定を受けていない。

要介護認定者の約65%が要支援の区分に該当

【介護の状況(受け手)】

「介護を受けている」が約1割

「介護を受けていない」が約8割

【介護の状況(担い手)】

「介護をしていない」が約8割

「介護をしている」が約1割(うち実母が32.8%)



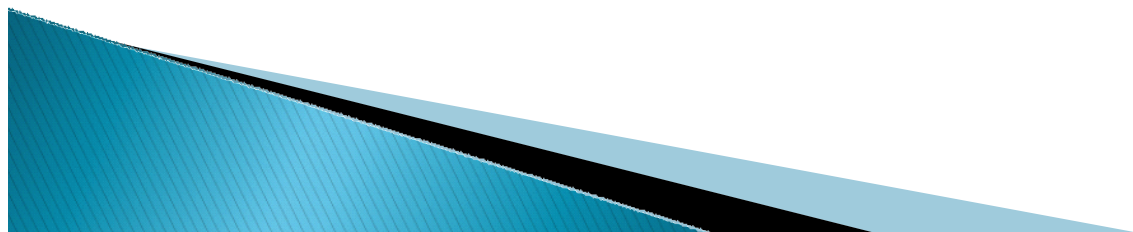
サービス認知の特徴

・以下の15の項目の介護保険サービスの認知度を調査。
全体を通じては、いずれの項目もサービス利用経験、今後の利用意向はそれぞれ1割未満となっている。

- | | |
|----------|----------------|
| 1.訪問介護 | 9.グループホーム |
| 2.訪問看護 | 10.小規模多機能型居宅介護 |
| 3.訪問リハ | 11.ショートステイ |
| 4.訪問入浴介護 | 12.短期入所療養介護 |
| 5.デイサービス | 13.特定施設入居者生活介護 |
| 6.通所リハ | 14.福祉用具貸与または販売 |
| 7.老健 | 15.居宅介護支援 |
| 8.特養 | |

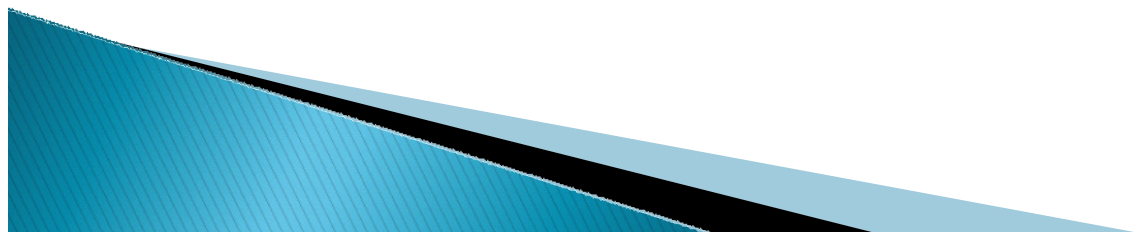
サービス認知の特徴(旧阿寒町)

- ・どのサービスに対しても「内容を知っている。」という回答が多い
- ・「名前だけ知っている」も合わせると、回答者の半数以上が何らかの形で介護保険サービスを認知している結果になった。
- ・特に「1. 訪問介護」「8. 特別養護老人ホーム」「9. グループホーム」は、「内容を知っている」という回答だけ半数近くを占めており、認知度が高い。その一方でサービスの利用経験,利用希望の回答は1~3%程度である。
- ・「5. デイサービス」の利用経験,利用希望の回答は全体の6~7%程度で、他の回答をやや上回る結果となった。



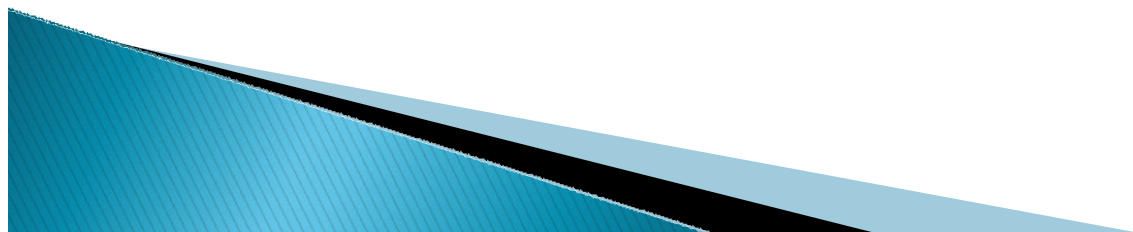
サービス認知の特徴（七飯町）

- ・ 質問のサービスを「知らない」という回答が3割前後で介護保険サービスの認知度が低い。特に「12. 短期入所療養介護」「13. 特定施設入居者生活介護」に関しては、「知らない」という回答が半数近くを占め、利用経験,利用希望も殆どないという結果となった。
- ・ 特徴的な回答としては、「10. 小規模多機能型居宅介護」に関する回答では、38%が「知らない」と回答し、「サービスを利用した事がある」に15%が回答し回答者間でばらつきがみられる。



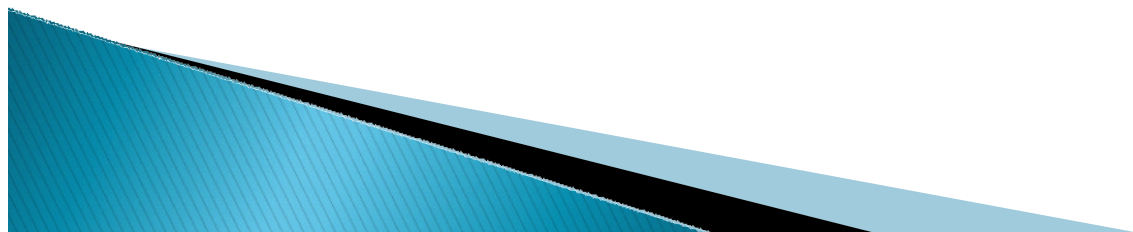
サービス認知の特徴（浜頓別町）

- ・質問の介護保険サービス全般に関して「内容まで知っている」という回答は少なく、「名前だけは知っている」「知らない」という回答が半数以上を占めている。
- ・特に、「12. 短期入所療養介護」「13. 特定施設入居者生活介護」に関しては半数以上が「知らない」と回答しており、利用経験のある回答者も一人もいない結果になった。
- ・利用経験に関しては、「利用した事がある」という回答は殆どのサービスで5%未満であるものの、「1. 訪問介護」「10. 小規模多機能型居宅介護」については、10%をやや上回った。



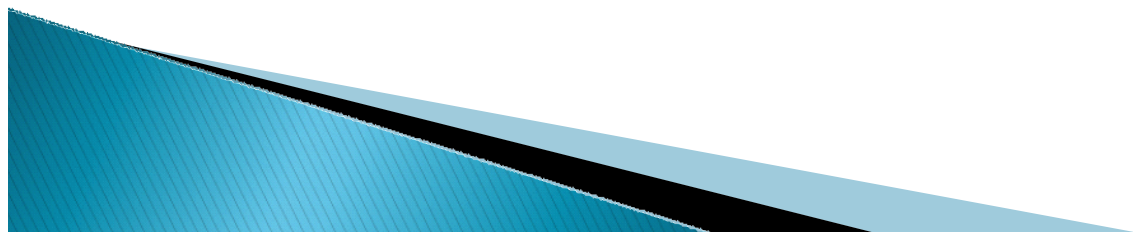
サービス認知の特徴（本別町）

- ・どのサービスにおいても「内容を知っている」「名前だけは知っている」という回答が多い。特に「4.訪問入浴」「8. 特別養護老人ホーム」に関しては「内容を知っている」という回答で半数近くを占めている。
- ・サービスの利用経験では、「サービスを利用した事がある」という回答が総じて1～2%と、利用経験が殆どない結果になった。
- ・今後のサービスの利用希望に関しては、1～2割程度が希望している。特に「10. 小規模多機能型居宅介護」に関しては3割近くが「今後、必要な時には利用したい」と希望している結果になった。




サービス認知の特徴（札幌市）

- ・サービスの認知度に関しては、総じて「知らない」か「名前だけ知っている」の回答で二極化しており、「内容を知っている」という回答者は全体の10～15%に留まる結果となった。
- ・特に「10. 小規模多機能型居宅介護」「12. 短期入所療養介護」の2つのサービスの認知度が低く、「知らない」という回答が40%以上を占めていた。
- ・どのサービスでも認知度に関わらず「利用した事がある」という回答は1%未満と極端に少なく、利用経験者が殆どいないという結果となった。



まとめ

- ▶ 介護問題における情報システムの重要性
 - ▶ 1. 突然訪れる介護問題⇒情報の収集
 - ▶ ⇒信頼を頼りに⇒実はあてがない
 - ▶ ⇒アクセスをワンストップに
 - ▶ 2. 伝える＝知らせる：行政 & 事業者の責任
 - ▶ （意味不明な用語は使わない）
 - ▶ 3. つなぐ＝支える：専門職と地域の関係者
 - ▶ 4. 聞き取る場：サロン＋アンケート調査
 - ▶ 5. 訪問活動：アウトリーチの取り組み
- 

平成23年度 老人保健推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
事業No.122 テーマ区分第二 テーマ番号25

厚生労働省補助調査研究事業報告シンポジウム

北海道における 小規模多機能型居宅介護事業所の現状

主催:一般社団法人 北海道小規模多機能型居宅介護サービスネットワーク研究会

日時:2012年年3月20日 13:00~17:00

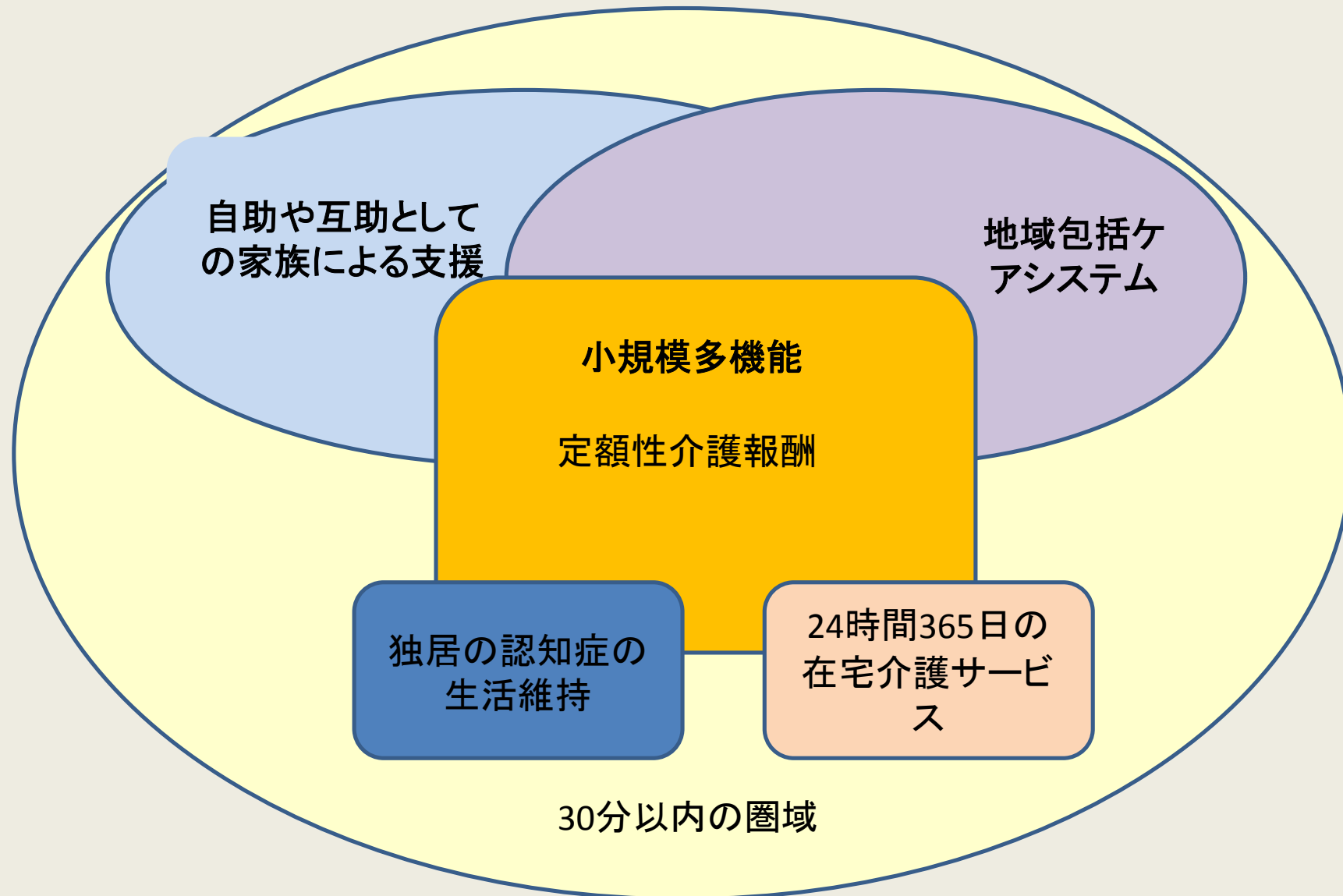
会場:札幌プリンスホテル 国際パミール館6階 日高の間

報告:札幌国際大学短期大学部

永田志津子

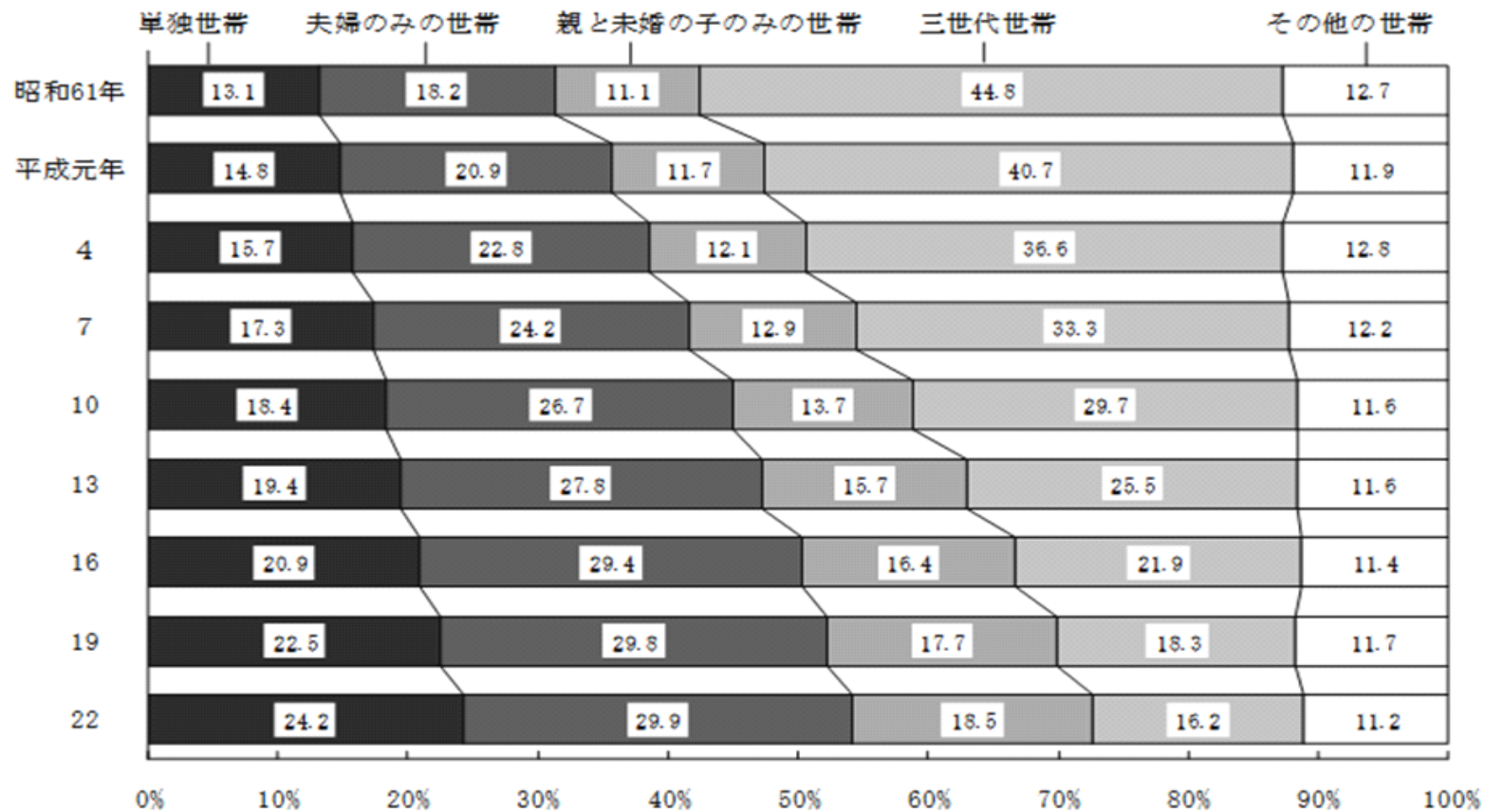
小規模多機能型居宅介護創設の背景

地域包括ケア研究会報告(平成20年)



65歳以上の者がいる世帯の構成割合の推移

(厚生労働省『国民生活基礎調査』H22年)



注：1) 平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。

2) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

北海道における高齢者世帯の特徴

- ・高齢化率(平成22年国勢調査)

全国: 23.1%

北海道: 24.7%

- ・65歳以上の者がいる世帯に占める一人暮らしの割合

全国: 23.8%

北海道: 29.6%

- ・65歳以上の者がいる世帯に占める夫婦のみ世帯の割合

全国: 28.4%

北海道: 34.9%

小規模多機能型居宅介護の規定

労省令第34号第62条

定義

要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにする

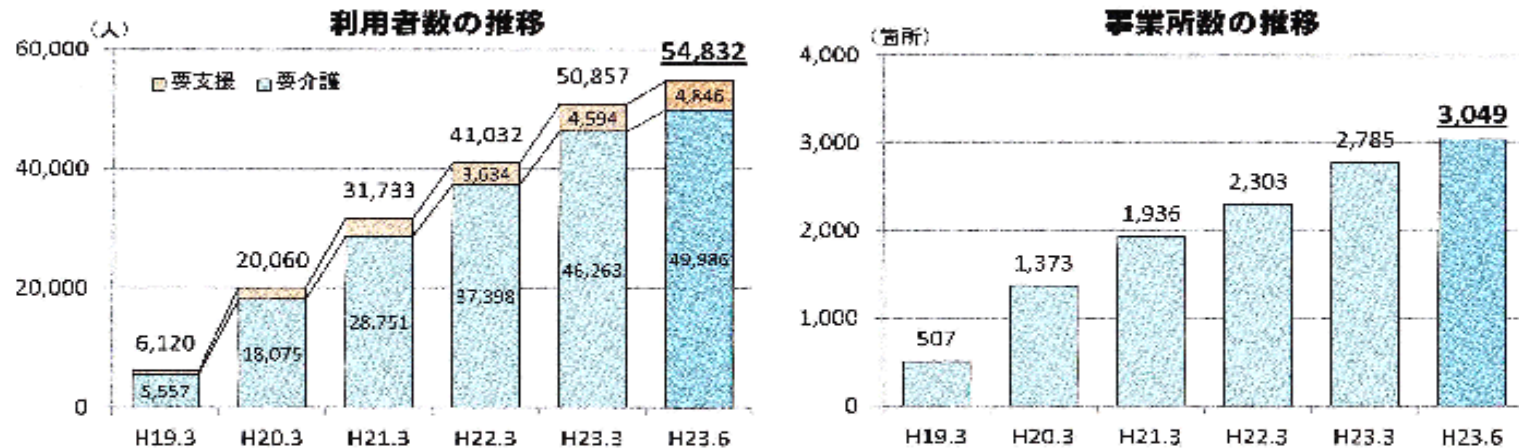
- ・ ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイの3つのサービスを一つの事業所で行なう
- ・ 利用者(登録者)は事業所と同一市町村に居住する者に限定
 - 実質限定せず
- ・ 365日営業、且つ24時間勤務体制を整備
- ・ 他の介護サービス事業者(一般の訪問介護事業者・通所介護事業者を含む)が利用出来ない
 - 利用者確保困難の要因
- ・ 訪問介護・通所介護・**短期入所**の種類を問わず、全て「要介護(要支援)状態の区分に応じた定額制
 - 訪問・通いのみ包括報酬
- ・ 「運営推進会議」を組織(設置)する

小規模多機能事業所の推移(全国)

社会保障審議会資料より

小規模多機能型居宅介護の推進について

- 小規模多機能型居宅介護は平成18年4月の創設以降5年間で利用者数約5.5万人、事業所数約3,000箇所と堅調に増加している。
- 社会保障・税一体改革の議論においても、2025年までに40万人分の小規模多機能型居宅介護を整備するとの推計が示されており、今後も小規模多機能型居宅介護の普及・促進の継続を図る必要がある。



(資料出所) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

社会保障・税一体改革成案における改革項目(参考資料) 内閣官房社会保障改革担当室(抄)

介護サービスの改革～地域包括ケアの確立

- 小規模多機能型居宅介護やグループホームの拡充により、認知症への対応を強化。

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会要望書(平成23年11月1日)

(4) 地域包括ケアを実現するライフサポートセンター構想の実現を

- 運営の規模は倍増し、ケアの単位は小さく、サービスが利用者のより近くに出向くために、コアセンターとサブセンター2～3か所の一体的運営を行うライフサポートセンター構想を実現していただきたい。

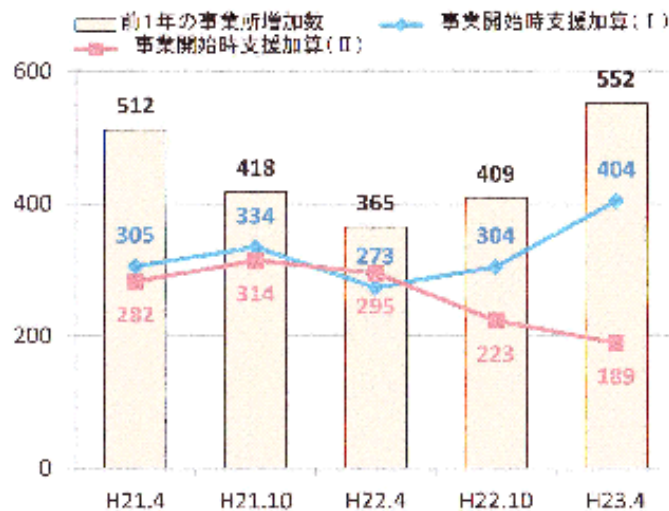
小規模多機能事業所の状況(全国)

社会保障審議会資料より

事業開始時支援加算について ②

- 事業開始時支援加算の算定事業所数については、加算（Ⅰ）は前1年間の事業所の純増数と相關する形で増加しているが、加算（Ⅱ）については減少傾向にある。
- 事業開始後1年未満の事業所のうち黒字の事業所は約2割であるが、1年～2年未満の事業所では約4割が黒字である。また登録者数が増加するにつれ黒字化する傾向にある。
- 1事業所当たり平均登録者数は約18人であり、登録率（利用者数/定員）が70%以上の事業所の割合は、事業開始後1年未満では約3割だが、1年～2年で約6割、2年以上で約7割となる。

事業開始時支援加算の算定事業所数の推移



小規模多機能型居宅介護1事業所当たり登録者数

年度	H21.4	H21.10	H22.4	H22.10	H23.4
登録者数	15.6人	17.3人	17.8人	18.2人	17.8人

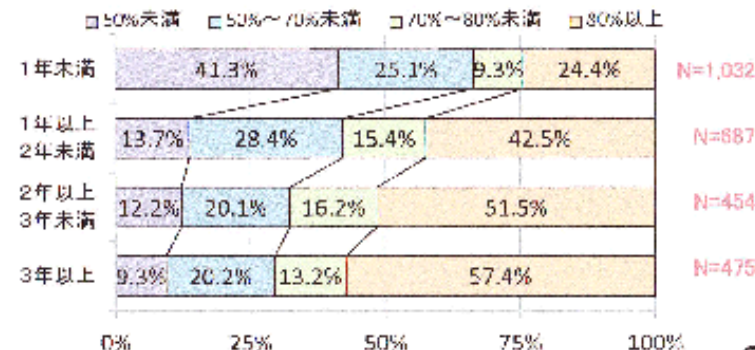
(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」(老健局による特別集計)

小規模多機能型居宅介護事業所の収支状況

経過年数	N数	収支状況		
		黒字	赤字	無回答
1年未満	120	28.3%	70.0%	11.7%
1年～2年未満	115	37.4%	60.0%	2.6%
2年～3年未満	138	51.8%	43.9%	4.3%
3年～4年未満	181	55.8%	38.1%	6.1%
4年以上	43	53.5%	44.2%	2.3%
登録者数				
10人未満	58	6.9%	81.0%	12.1%
10人～15人未満	125	25.6%	69.6%	4.8%
15人～20人未満	141	40.4%	56.7%	2.8%
20人以上	268	61.6%	32.5%	6.0%

(資料出所)「財」介護労働安定センター「平成22年度介護労働実態調査：小規模多機能型居宅介護実態調査結果報告書」

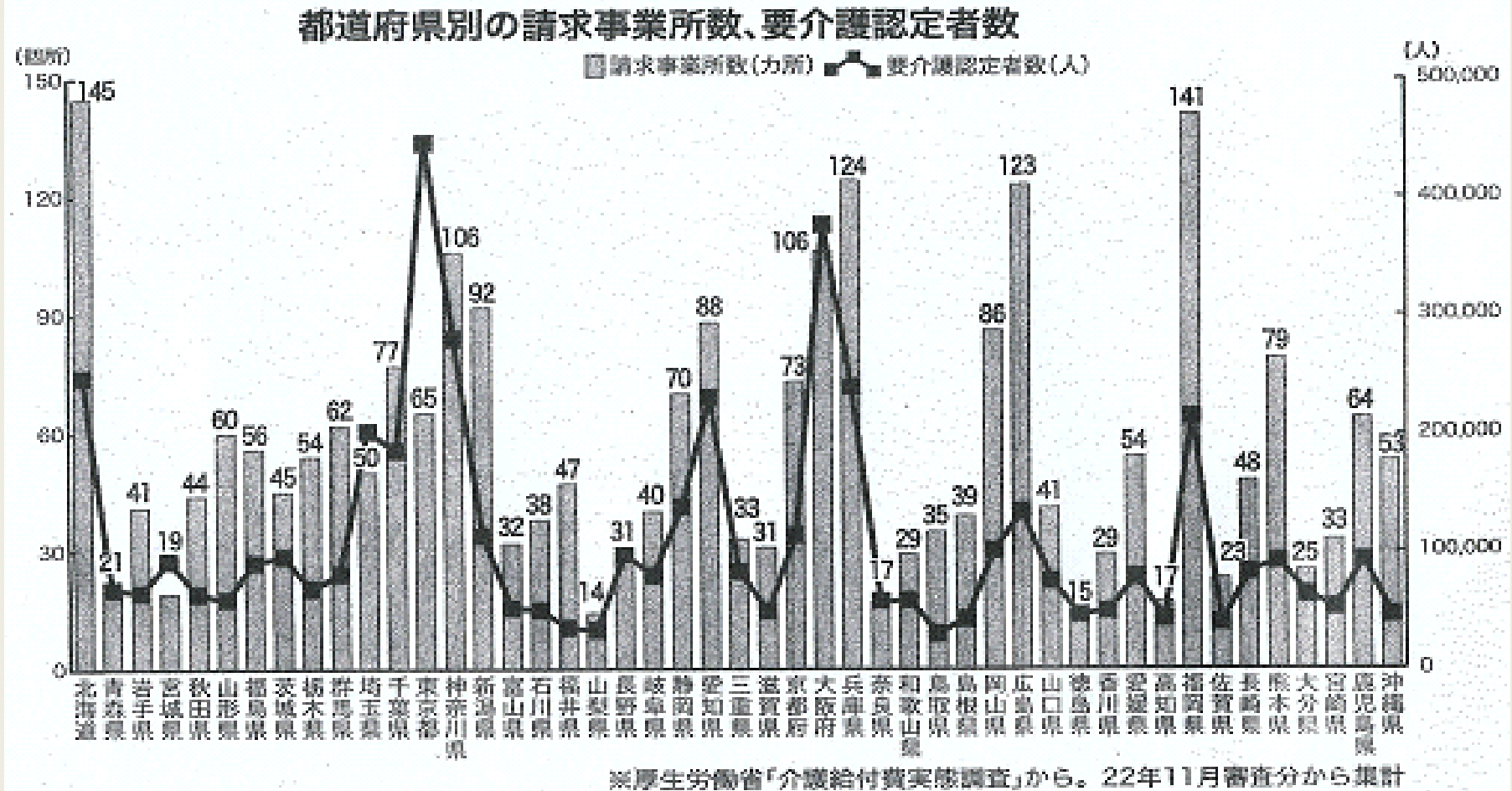
事業開始後の経過年数別の利用者の登録率 (N=2,648)



(資料出所)厚生労働省老健局振興課による調査(平成22年10月1日時点)

小規模多機能事業所数(平成22年)

介護新聞資料より



北海道の小規模事業所数は最多・要介護認定者数に比較して事業所が多い