
資 料

調整的音楽療法 (RMT) 第1期における介入効果の検討

二瓶 穂香^{a)}・小口 真奈^{a, c)}・高橋 徹^{b)}・仁田 雄介^{a, c)}・管 思清^{a, c)}
・榎本 ことみ^{a)}・朴木 優斗^{a)}・熊野 宏昭^{b)}

Examination of the Intervention Effects through Regulative Music Therapy in the First Term

Honoka Nihei^{a)}・Mana Oguchi^{a, c)}・Toru Takahashi^{b)}・Yusuke Nitta^{a, c)}・Siqing Guan^{a, c)}・
Kotomi Enomoto^{a)}・Yuto Honoki^{a)}・Hiroaki Kumano^{b)}

^{a)} Graduate School of Human Sciences, Waseda University

^{b)} Faculty of Human Sciences, Waseda University

^{c)} Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science)

(Received : March 22, 2021 ; Accepted : July 28, 2021)

Abstract

Regulative Music Therapy (RMT) is one of the passive music therapy, where we practice focusing on three areas: the music, the body, the thoughts, feelings, and moods while listening to prescribed classical music. The effect of RMT was shown in which improvement in anxiety and mood was reported. Furthermore, it has been pointed out that the essence of RMT, “increasing awareness,” is similar to mindfulness, and the improvement of mindfulness trait was indeed shown. There are five terms in RMT and we focused on the first term in this study because it is not shown what effects will be achieved in the first term. This study’s main objective was to clarify the effect of RMT in the first term on mood and anxiety and the trait of mindfulness and voluntary attention control. Twenty-four participants performed RMT during the one-week intervention composed of three-time visits and homework on the other days. As a result, it was shown that tension/anxiety, anger/hostility, and confusion were improved. It was shown that state anxiety was improved, which was thought to be brought about by the relaxation effect of listening to music. It was shown that observing mindfulness skill was significantly increased, which suggested that RMT is more than just a relaxation method. It was shown for the first time that divided attention was significantly increased. These results indicate that we can see the effect in the first term, while the effect in the end of the fifth terms has already been shown.

Key Words : Regulative Music Therapy, mood, anxiety, mindfulness, voluntary attention control

a) 早稲田大学大学院人間科学研究科 (Graduate School of Human Sciences, Waseda University)

b) 早稲田大学人間科学学術院 (Faculty of Human Sciences, Waseda University)

c) 日本学術振興会特別研究員 (Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science)

【問題と目的】

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、行動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用すること」と定義されており^[1]、楽器の使用や身体運動を取り入れる能動的音楽療法^[2]と音楽を聴くことで感情的な反応を引き出す受動的音楽療法^[3]に大別される^[4]。後者の1つとして、調整的音楽療法 (Regulative Musiktherapie: Regulative Music Therapy: RMT) があり、心身の諸症状の原因や自然治癒力の妨げとなっている心身の不適切な緊張を、音楽を用いた知覚練習を繰り返すことで適切な状態に整える技法である。また、生体のホメオスタシスの機能を高め、あるがままの心理的スキルを身につけるためのトレーニングという性質を有している^[5]。RMTの中心概念であるGeschehenlassenは「あるがまま」に近似し、物事を生起するままに放っておき、すべてを受け入れ流すという態度を示す^[5,6]。それを実現するために、「緊張や症状の意識的観察」や「知覚領域の拡大」という態度戦略が求められる^[7]。例えば、通常の音楽療法やリラクゼーションとは異なり、RMTにおける緊張状態は、なくすべきものではなく存在し続けるものとして観察される。RMTの本質は、単にリラクゼーションではなく知覚の訓練による「気づき (awareness) の増大」であり^[7]、気づきを促すことで、過度の緊張状態でも弛緩状態でもなく程よく調った状態にする^[8]。そして、その副産物としてリラクゼーションが存在する^[9]。

RMTは、全20回のプログラムで2～3ヶ月に渡って行われ、第1期・移行期・第2期・第3期・第4期の5段階が存在し、習得度合に応じて視聴曲や達成すべき課題が異なる。Table 1に示す。

全20回のプログラムにおけるRMTの有効性は既に多くの臨床的実践研究から示唆されている。介入群では神経症傾向、特性不安、社会的活動障がい、混乱、活気などで改善がみられ、その効果は介入終了後も持続し、さらに改善を示す者もいと報告されている^[10]。また、RMT実施前後で不安や気分の改善も報告されている^[11,12,13,14]。さらに、継続的なRMTの実施が、対人援助志向者の心理的・生理的ストレスの軽減に有効であると報告されている^[15]。その他にも、RMTとマインドフルネスの関連

Table 1. 段階ごとの視聴曲と達成すべき課題

	用いる音楽	達成すべき課題
第1期 (5～7回)	鎮静的な音楽	音楽を聴くとリラックスできることを体験し、その中で3ヶ所に注意を向けることを練習する。
移行期 (3～4回)	鎮静的な音楽と活性的な音楽	鎮静的な音楽と活性的な音楽を立て続けに流し、音楽刺激の違いによる3ヶ所への注意の向け方の違いを体験する。
第2期 (5～7回)	活性的でダイナミックな音楽	音楽だけでなく周りの雑音にも注意を向ける。
第3期 (4～5回)	不協和音や馴染みの薄い旋律、予測しにくいリズムといった要素を持つ現代曲	予測のつかない音楽進行の中で、瞬間瞬間を捉える練習をする。
第4期 (日常生活)	音楽の代わりに周囲の雑音 (電車や車の音、人の声、隣室の音など)	RMTで身に付けた態度を実践する。

性を示した研究として、Five Facet Mindfulness Questionnaire日本語版^[16]の「観察」と「意識した行動」の下位因子が、RMT実施によって改善されることを示した研究が存在する^[17]。

また近年では、RMT「第1期から第3期」を10回で実施する方法の効果を検討しており、通常の20回と同等の効果が、気分や不安において得られることが示された^[18]。そのため、第1期時点における効果を検討することで、更に効果的な簡略版を開発することが可能になると考えられる。しかし、現段階においてRMT第1期から第3期全体の効果は検証されているものの、第1期時点の効果を検証した研究は存在しない。

また、第1期は、参加者がRMTを継続する動機づけを高めるために重要な期間であると考えられる。第1期の達成すべき課題としては、RMTの最大の特徴として、3ヶ所に注意を移動させながら知覚領域を広げていくことが挙げられる。しかしながら、RMT全体を通した介入研究においても注意制御機能の観点から検討した研究は存在しない。能動的注意制御機能は、選択的注意 (Selective attention: 多くの対象から特定の対象に注意を向ける機能)、転換的注意 (Attention switching: 注意を他の対象に適切に切り替える機能)、分割的注意 (Divided attention: 複数の対象に同時に注意を配分させる機能) の3つから構成されている^[19]。Table 1に示した通り、第1期ではリラクゼーションを体験することの他、注意を3ヶ所に向ける練習も行っていく。そのため、RMT実施により注意制御機能に変化が見られるのか、さらには第1期時点でどの程度の効

果が期待できるのかを検討する必要がある。

また、前述の通りこれまでの研究でRMTとマインドフルネスとの類似性が指摘されている^[17]。マインドフルネスとは、「今、この瞬間の体験に意図的に意識を向け、評価をせずに、とらわれのない状態で、ただ観ること」であり、生じてくる思考があるがままに観察する態度を養うことが重要とされている^[20]。RMTでは、音楽刺激を観察対象と捉えることで、マインドフルな状態を作り出すことを目的としている^[7]。RMTを実施する際は、音楽や身体のみならず、浮かんでくる考え・感情・気分にも自由に注意を転換させる。知覚を1ヶ所に集中させるのではなく、音楽、身体、考え・感情・気分の3ヶ所に移動させながら知覚領域を広げていく試みはRMTの最大の特徴である^[7]。

本研究では、第1期に着目し、第1期で用いられる鎮静的な音楽を用いて、第1期～第3期全体の効果を検討した先行研究と比較し、どの指標では効果が得られ、またどの指標では効果が得られないのかを明らかにすることを目的とし、以下の仮説を検討する。

仮説1：気分の改善効果について、1回のRMTセッション前後で気分が改善する。

仮説2：不安の改善効果について、状態不安においては1回のRMTセッション前後で不安が改善する。特性不安においては1週間のRMT介入を経て改善する。

仮説3：マインドフルネスの変化について、RMT介入前後で観察および意識した行動に変化がみられる。

仮説4：注意制御機能の向上について、RMT介入前後で選択的注意、転換的注意、分割的注意それぞれにおいて向上する。

【方法】

実験対象者及び倫理的配慮 4年制私立大学に通う大学生および大学院生25名（男性8名、女性17名、平均年齢20.60歳、 $SD = 1.62$ ）を対象に実験を行った。なお、適格基準は、(a)実験開始24時間以内に服用していない、(b)12時間以内にアルコールを摂取していない、(c)日常生活に支障をきたす程の聴覚・視覚系の異常がない、(d)これまでに心理療法を受け、特定の診断名を与えられた経験がない、(e)他の実験へ参加していない、とした。以上の条件を

満たした実験協力者のうち、来室3回の基準に満たなかった1名を除外し、24名（男性8名、女性16名、平均年齢20.58歳、 $SD = 1.69$ ）を分析対象とした。また、本研究では、実験参加者の音楽聴取中の体験の聴取を行う際に録音機を用いたが、使用する際は、実験参加者に個人情報取り扱いについて十分に説明をし、許可を得た上で用いた。本研究は「早稲田大学人を対象とする研究に関する倫理委員会」の承認を得て行われた。（承認番号；2019-149）

質問紙尺度 (a)健康アンケート、フェイスシート：適格基準を満たすかの判断および性別、年齢、学年の確認をした。(b)Stanford Sleepiness Scale (SSS)^[21]：現在の眠気の確認をした。(c)Profile of Mood States-Brief Form Japanese version 日本語版 (POMS)^[22]：過去1週間の気分の測定に用いた。(d)State-Trait Anxiety Inventory日本語版 (STAI-S, STAI-T)^[23]：状態不安と特性不安の測定に用いた。(e)Five Facet Mindfulness Questionnaire 日本語版 (FFMQ)^[17]：「観察」「反応しないこと」「判断しないこと」「描写」「意識した行動」の下位因子から構成され、マインドフルネス傾向の測定に用いた。(f)Voluntary Attention Control Scale (VACS)^[24]：「選択的注意」、 「転換的注意」、 「分割的注意」の下位因子から構成され、能動的注意制御機能の測定に用いた。(g)知覚練習記録用紙：自宅での知覚の練習について振り返りを記録してもらうため、森平^[5]によって作成されたものである。多くの人が難しいと感じる身体の知覚練習のための記録用紙として作成されており、練習を行った日時、場所、練習中に身体について知覚したこと、音について知覚したことについて記入を求めた。来室2、3回目に知覚練習記録用紙の提出を求めた。

実験機器 (a)ノート型PC：質問紙尺度の回答および実験者がRMTの説明をする際に用いた。(b)スピーカー (BOSE Companion2 Series III)：音楽聴取を行う際に用いた。(c)録音機 (SONY ステレオICレコーダー ICD-AX412F)：音楽聴取中の体験の聴取における内容を記録するために用いた。

介入内容 RMT第1期では、心身をリラックスさせながら3ヶ所に注意を動かす練習をする。第1期が5～7回行われることから、介入期間は約1週間とし、その間はホームワークとして、できるだけ

毎日RMTの実践を行ってもらった。介入期間を1週間と設定することで、参加者はおおよそ7日間RMTを行うことになり、第1期本来の回数である5～7回を満たすことになる。また、その効果を検討するために4つの質問紙尺度を用い、1週間の変化を検討した。

実験手続き 1週間の介入のうち、対面でのRMTを3回、残りの3～4日はホームワークによるRMTを実施した。来室時は、第1期で使用される既定の音楽を用いたRMTを行い、残りの3～4日は雑音を用いたRMTを自宅でのホームワークとして毎日約10分程度行うよう教示した。3回の来室時に用いた使用楽曲をTable 2に示す。

Table 2. 使用楽曲

1回目	モーツァルト：ヴァイオリン協奏曲第3番 KV216 第2楽章
2回目	モーツァルト：ピアノ協奏曲第23番 KV488 第2楽章
3回目	ベートーヴェン：ロマンス第1番 長調 op.40

RMT実施中は音楽、身体、考え・感情・気分の3ヶ所に注意を向けることを意識してもらった。

来室1回目 所要時間は約50分。内容は実験の流れ説明、質問紙(c～f)回答、RMTの説明、RMTの実施、音楽聴取中の体験の聴取、質問紙(c, d)回答、ホームワークの説明および次回の日程確認である。

来室2回目 所要時間は約30分。内容はホームワークの確認、実験の流れ説明、RMTの実施、音楽聴取中の体験の聴取、質問紙(感想シート)回答、ホームワークの説明および次回の日程確認である。

来室3回目 所要時間は約45分。内容はホームワークの確認、実験の流れ説明、質問紙(c, d)回答、RMTの実施、音楽聴取中の体験の聴取、質問紙(c～f)回答、謝礼の手続きである。

RMTの実施後に行う音楽聴取中の体験の聴取では、実験参加者が音楽聴取中に感じたことや経験したことについて、実験実施者が聴取した。

ホームワーク期間 毎日約10分程度、身体と周囲の雑音に注意を向ける練習をし、気付いたことを知覚練習記録用紙(g)へ記録するよう求めた。注意を向ける3ヶ所の中で最も困難とされる身体の知覚練習を中心に行ってもらうため、基本的に音楽を用いず周囲の雑音を用いて行ってもらった。余裕があれば、

音楽を用いた練習を行うことを推奨した。音楽は来室時に使用したものであり、来室終了後にメールで配布した。また、森平^[9]に基づき、自宅で考えに注意を向けるとネガティブな気持ちを引き起こす可能性が考えられるため、それらには注意を向けなくて良いと伝え、書き留めておきたい場合は、その他の欄に記入を求めた。

解析方法 まず、第1期で用いられる鎮静的な音楽を用いてRMTを行うことで、その前後に見られる気分および不安の変化を検討した。そこで、RMT実施による気分および不安の変化について、測定指標(c)と(d)のセッション前後および時期(来室1回目・来室3回目)を要因とした参加者内2要因分散分析を行った。セッション前後とは、それぞれの来室時にRMTを行う前後のことを指す。本研究では、RMT実施にあたり第1期のどの時点で特性不安が下がるのか、さらに状態不安が大きく改善すればそれに伴い特性不安も改善するのかが検討するために、状態不安だけでなく特性不安についてもRMTのセッション前後の比較を行った。マインドフルネス特性および注意制御機能については、RMTの介入前後のみで検討した。RMT介入前後のマインドフルネス特性および注意制御機能の変化について、測定指標(e)と(f)の時期(RMT介入前・後)を独立変数とした対応のあるt検定を行った。

【結果】

RMTによる気分の変化 結果をTable 3に示す。POMS下位尺度の緊張・不安 ($F(1, 23) = 4.95, p < .05, \eta^2 = .01$), 怒り・敵意 ($F(1, 23) = 9.92, p < .01, \eta^2 = .00$), 混乱 ($F(1, 23) = 7.07, p < .05, \eta^2 = .01$) において、セッション前後における主効果のみが有意であった。探索的検定として、単純主効果の検定を行ったところ、緊張・不安は来室3回目 ($F(1, 23) = 5.98, p < .05, \eta^2 = .01$), 怒り・敵意は来室1回目 ($F(1, 23) = 7.81, p < .05, \eta^2 = .01$) においてセッション前後で有意に低減していた。また、混乱は来室1回目 ($F(1, 23) = 3.36, p < .10, \eta^2 = .01$) におけるセッション前後で有意傾向で低減していた。

RMTによる不安の変化 結果をTable 4に示す。STAIの状態不安で交互作用が認められた ($F(1, 23) = 7.25, p < .05, \eta^2 = .01$)。探索的検定として、単純主効果の検定を行ったところ、STAIの状態不

安において、来室1回目におけるセッション前後 ($F(1, 23) = 28.50, p = .00, \eta^2 = .12$) および来室3回目におけるセッション前後 ($F(1, 23) = 9.96, p = .00, \eta^2 = .03$) で有意に低減していた。一方、特性不安においてはセッション前後で有意差が見られなかった。

Table 3. POMS各下位尺度における平均値および標準偏差

		M (SD)			
		来室1回目		来室3回目	
		pre	post	pre	post
緊張・不安	(T-A)	7.46 (4.41)	6.75 (4.75)	6.58 (4.32)	5.71 (4.13)
抑うつ・落ち込み	(D)	4.33 (4.45)	4.83 (4.70)	4.38 (4.77)	4.50 (4.93)
怒り・敵意	(A-H)	3.79 (3.53)	3.17 (3.47)	3.00 (3.07)	2.75 (3.05)
活気	(V)	7.92 (3.06)	7.79 (3.24)	8.25 (3.11)	8.21 (3.11)
疲労	(F)	8.33 (3.33)	8.04 (3.45)	8.71 (2.69)	8.46 (2.80)
混乱	(C)	6.04 (3.21)	5.46 (3.64)	5.88 (3.90)	5.25 (3.62)

注) N=24.

Table 4. STAIの状態不安と特性不安それぞれにおける平均値および標準偏差

	M (SD)			
	来室1回目		来室3回目	
	pre	post	pre	post
状態不安	40.79 (9.54)	34.33 (7.89)	39.54 (8.44)	36.75 (8.26)
特性不安	46.50 (11.36)	45.21 (11.35)	45.29 (10.36)	44.75 (11.56)

注) N=24.

RMTによるマインドフルネス特性の変化 結果を Table 5 に示す。介入前後でFFMQ下位尺度の観察の得点のみで有意な増加が認められた ($t(23) = -2.27, p < .05, d = .34$)。

Table 5. FFMQ各下位尺度における平均値と標準偏差および t 検定結果

	M (SD)		t値	p値	d
	RMT介入前	RMT介入後			
観察 ^{a)}	22.50 (4.76)	24.29 (5.61)	-2.27	.03*	.34
反応しないこと	20.38 (4.46)	20.71 (4.18)	-.51	.62	.08
判断しないこと	26.50 (6.73)	26.75 (7.31)	-.27	.79	.04
描写	24.58 (5.97)	24.79 (6.00)	-.31	.76	.04
意識した行動	25.17 (5.17)	26.13 (5.60)	-1.45	.16	.18

注) N=24. ^{a)}は*p<.05で有意。

RMTによる能動的注意制御機能の変化 結果を Table 6 に示す。介入前後でVACS下位尺度の分割的注意のみで有意な増加が認められた ($t(23) = -2.26, p < .05, d = .23$)。

Table 6. VACS各下位尺度における平均値と標準偏差および t 検定結果

	M (SD)		t値	p値	d
	RMT介入前	RMT介入後			
選択的注意	22.17 (5.19)	23.08 (4.86)	-1.12	.28	.18
転換的注意	22.00 (5.84)	22.75 (6.46)	-1.18	.25	.12
分割的注意 ^{b)}	18.92 (6.86)	20.58 (7.73)	-2.26	.03*	.23

注) N=24. ^{b)}は*p<.05で有意。

【考察】

本研究の目的は、第1期に着目し、第1期で用いられる鎮静的な音楽を用いて、RMTによる介入効果を明らかにすることであった。気分及ぼす効果の検討から、緊張・不安、怒り・敵意、混乱において、セッション前後で一定の改善効果がみられ、仮説1を一部支持する結果となった。不安に及ぼす効果の検討では、来室1回目および来室3回目のセッション前後で状態不安は改善がみられたものの、特性不安においてはセッション前後で改善がみられなかったため、仮説2においても一部支持する結果となった。したがって、状態不安の改善より、一時的な不安の改善効果が示唆され、音楽聴取によるリラクゼーション効果が影響したものと考えられる。一方、特性不安の改善は見られなかったことから、状態不安に伴って特性不安が改善するわけでないこと、また第1期の介入のみでは、特性不安に改善は見られないことが明らかとなった。マインドフルネス特性の変化の検討から、FFMQ下位尺度の観察では向上がみられたものの、意識した行動では向上がみられず、仮説3においても一部支持する結果となった。以上のことから、観察は第1期の介入で効果が得られること、また意識した行動は効果を示すのに時間を要し、第1期の介入のみでは効果が得られないことが本研究において示唆された。意識した行動はアウェアネス (気づき)、つまり、その瞬間の自己の活動に注意を向けることであるため、長期の訓練期間を必要とする可能性が考えられる。本研究の新規性であるVACSによる能動的注意制御機能向上への効果の検討から、第1期時点では下位尺度の分割的注意で変化がみられ、RMTが分割的注意を促していることが示唆された。一方、選択的注意、転換的注意では有意な変化が見られなかった。その理由として、RMTを行う際の教示が関係していると考えられる。RMT開始前に教示する「音楽・身体・感情について、自分に起きていることを外から眺めるように知覚してみてください」という教示内容が、分割的注意を促している可能性が考えられる。以上のことから、RMTが単なるリラクゼーション法に留まらない音楽療法であることが示唆された。全ての結果を踏まえ、第1期にて達成すべき課題である「音楽を聴くとリラックスできることを体験し、その中で3ヶ所に注意を向けることを練習する」は第

1期時点で達成されることが明らかとなった。また、第1期の訓練を経ることで各指標に効果が現れたことから、第1期を実施することにどのような意味があるのかを示すことが可能となった。本研究は、第1期における効果を検討することで効率性の高い簡略版の開発が可能であると考えたことから、第1期に着目して研究を行った。全20回のプログラムにおいては、確実な効果が認められているものの、負担も大きいことから、プログラムへの参加を戸惑う参加者も多いと考えられる。第1期に着目した簡略版の訓練は、例えばストレスマネジメントを目的とする人、あるいは緊張を軽減する技術等の習得を目的とする人のように、短期間の効果を求める人にとって利用しやすいのではないかと考える。つまり、治療へのモチベーションは精神疾患患者より高くはない、比較的健康度の高い対象者が利用しやすいと考える。このように、RMTの簡略版は一次予防的な効果が期待される一方で、重い精神症状を抱える人には、時間をかけてより丁寧に行う長期的なプログラムが必要と考えられる。実際に本研究の結果からも、特性不安などに改善は見られなかったことから、短期間のプログラムは対象者を見極めて実施する必要がある。

本研究における限界点は、主に以下の2点が挙げられる。1点目は、予備的研究の位置づけで統制群を設けずに実験を行ったため、時間経過やその他の要因による変化の可能性を排除できない点である。FFMQは再検査信頼性が検討されていないことから、時間経過の影響を受ける可能性がある一方で、VACSやSTAIはどちらも高い信頼性が示されていることから、単なる時間経過だけでは変化しにくいものと考えられる。そのため、これらの結果はRMTの介入効果を示している可能性があるが、統制群を設けなかった本研究の結果からは、それぞれの変化がRMTを行った結果によるものなのか、あるいは時間の経過とともに改善、変化したものなのか断言することができない。2点目は、尺度の測定方法に問題があった点である。来室3回目のRMT介入後に回答を求めたFFMQおよびVACSは、特性的な傾向を測定するものではあるが、RMT実施直後だったこともあり、RMT直後の効果を除外しきれていない可能性が考えられる。今後は、実験デザインの改善や教示の有無、また統制群をおいた更

なる研究が必要である。教示なしで音楽を聴く群とRMT群の比較検討を行うことで、2群に共通する音楽の要因を排除することができ、RMT特有の3ヶ所に注意を向けるように促す教示の効果を示すことが可能である。一方、統制群との比較研究を行うことで、音楽の要因も含めたRMTの効果を示すことが可能である。RMTは3ヶ所に注意を向けることが重要な点のひとつではあるものの、RMTが音楽療法であることを考慮するならば、音楽の要因を含めた検討も必要であると考えられる。さらに、RMTを多角的に捉えていく必要性から客観的指標を用いた検討も必要である。現段階では、主観的指標を用いた検討が多く行われているが、今後は客観的指標も用いた検討が必要である。

【引用文献】

- [1] 日本音楽療法学会 (最終閲覧日:2021年3月15日)
<https://www.jmta.jp>
- [2] 星野 悦子. (2008). 音楽療法とは何か—音楽の根源に備わる多様な力の利用—. 日本音響学会誌, 64(8), 468-474.
- [3] 加藤 博之・藤江 美香. (2007). 音楽療法士になろう!. 青弓社.
- [4] 野辺地 篤郎. (1991). 沈静的音楽・刺激的音楽 日本バイオミュージック (編) 音楽療法の理解, 29-36.
- [5] 森平 直子. (2016). 調整的音楽療法 (RMT) の展開と日本における実践. 相模女子大学紀要, (80).
- [6] Schwabe, C. (1979). *Regulative Musiktherapie*. Fischer, Stuttgart.
- [7] 森平 直子. (2019). 調整的音楽療法の理論と実際 第2学期 放送大学面接授業資料. (未刊行)
- [8] 國吉 知子. (2013). 調整的音楽療法 (RMT) の実践と展望—マインドフルネスとの関連性—. 神戸女学院大学論集, 60, 65-80.
- [9] 森平 直子. (2003). 学生相談における調整的音楽療法の活用. 心理臨床学研究, 21(5), 520-531.
- [10] 森平 直子. (2007a). 大学生の心理教育的グループとしての調整的音楽療法の実践. 学生相談研究, 28(2), 89-100.
- [11] 國吉 知子. (2006). 調整的音楽療法 (RMT) 短縮版の効果についての検討—STAIとPOMSを用いて—. 第6回日本音楽療法学会学術大会発表要

- 旨集, 41.
- [12] 國吉 知子. (2004a). 調整的音楽療法 (RMT) の効果についての検討—STAIとPOMSを用いて—. 第4回日本音楽療法学術大会, 99.
- [13] 國吉 知子. (2005). 調整的音楽療法 (RMT) の効果についての検討 (その2) —不安と気分の変化を中心に—. 第24回日本心理臨床学会大会発表論文集, 237.
- [14] 國吉 知子. (2012). 調整的音楽療法 (RMT) によるストレス, 自己注目の変化—生理学的指標を用いて. 日本心理学会第76回大会発表論文集, 336
- [15] 西川 昭子. (2017). 調整的音楽療法が対人援助志向者の心身に及ぼす影響. 音楽心理学音楽療法研究年報, 46, 36-43.
- [16] Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., & Murakami, H. (2012). Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3, 85-94.
- [17] 國吉 知子. (2013). 調整的音楽療法によるマインドフルネスの変化. 日本心理学会第77回大会発表論文集, 351.
- [18] 國吉 知子. (2019). 調整的音楽療法 (RMT) 10回法の効果についての検討: STAI, POMS, 半構造化面接の結果から. 神戸女学院大学論集, 66(2), 17-32.
- [19] Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. New York: Psychology Press.
- [20] Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.
- [21] Hoddes, E., Zarcone, V., Smythe, H., Phillips, R., & Dement, W. C. (1973). Quantification of sleepiness A new approach. *Psychophysiology*, 10, 431-436.
- [22] 横山 和仁・荒記 俊一・川上 憲人他. (1990). POMS (感情プロフィール検査) 日本語版の作成と信頼感および妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 37, 913-918.
- [23] 清水 秀美・今榮 国晴 (1981). STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORYの日本語版 (大学生用) の作成. 教育心理学研究, 29, 348-353.
- [24] 今井 正司・熊野 宏昭・今井 千鶴子・根建 金男. (2015). 能動的注意制御における主観的側面と抑うつ及び不安との関連. 認知療法研究, 8, 85-95.