



Title	高齢者動作法における心理的・認知的効果要因
Author(s)	足立, 匡基
Citation	大阪大学, 2013, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/26078
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

大阪大学大学院人間科学研究科

課程博士論文

高齢者動作法における心理的・認知的効果要因

指導教員：井村 修 教授

申請者氏名：足立 匡基

目次

はじめに	1
第1章 序論	3
第1節 臨床動作法	3
1. 臨床動作法とは	3
2. 臨床動作法の起源	3
3. 臨床動作法の展開 -リラクセーション課題の限界とタテ系課題の導入-	4
第2節 我が国における人口学的特徴と高齢社会対策のあり方について	6
1. 我が国における高齢社会の人口学的特徴	6
2. 我が国における高齢社会対策の基本的指針	7
第3節 高齢者心理臨床において求められる援助指針	9
1. 現行の指針における課題	9
2. 高齢者心理臨床における課題	10
3. 高齢期の特有の心理的問題と援助指針	11
3-1. 認知症	11
3-2. うつ及び自殺	12
3-3. それ以外の精神症状	13
3-4. 高齢者に対する心理的援助法の指針	13
第4節 高齢者動作法	14
1. 高齢者動作法の意義	14
2. 高齢者動作法の実践報告	15
3. 高齢者動作法の特徴	15
4. 立位バランスと心理学的特性との関係を扱った先行研究	16
第5節 本研究の目的と概要	18
1. 問題提起	18
2. 研究概要	18
第2章 高齢者の立位バランスと心理的適応との関係性	20
第1節 本研究における問題と目的	20
第2節 研究仮説	21
第3節 方法	22
1. 尺度構成	22
1-1. 立位バランスの測定	22
1-2. 主観的幸福感の測定	23
1-3. ADLの測定	24
1-4. ローカスオブコントロールの測定	26
1-5. 状態不安の測定	28
2. 対象	29

3. 研究手続き	29
4. 分析方法	29
第4節 結果と考察	29
1. 内的整合性の検討	29
2. 記述統計量	29
3. PGC モラールスケールの因子分析	30
4. 重心の一致度以外の要因の検討	31
4-1. 性差の検討	31
4-2. 入所/通所による差の検討	32
4-3. 年代間での差の検討	32
5. 重心の一致度による差の検討	32
6. 相関関係の検討	34
7. 因果関係の検討	37
8. モデルの適合度の検討	38
第5節 総合考察	40
第3章 臨床動作法による内的統制傾向の強化が高齢者の心理的適応に与える影響	41
第1節 本研究における問題と目的	41
第2節 研究仮説	41
第3節 方法	41
1. 対象及び群分け	41
2. 尺度構成	42
3. 研究手続き	42
4. 動作法群における立位課題の手続き	43
5. 分析方法	43
第4節 結果	44
1. 分散分析	44
2. 動作法群参加者 A における重心一致度及び接地面積比率の変化	46
第5節 考察	48
1. 結果の要約及び群間比較から	48
2. 高齢者の心理的適応に対して効果の差をもたらした要因について	49
2-1. 効果要因の考察 I -身体的制御機能の改善-	49
2-2. 効果要因の考察 II -動作に対する能動的関与-	50
3. 心理的適応の持続要因について	50
3-1. 持続要因の考察 I -LOC の側面から-	50
3-2. 持続要因の考察 II -不安と注意バイアスの側面から-	51
3-3. 臨床動作法による心理的適応の持続モデル	51
4. 今後の課題	53

第4章 高齢者動作法における認知課題処理能力の改善要因	
-情報処理資源と姿勢制御並びに注意バイアスの観点から-	55
第1節 本研究における問題と目的	55
第2節 研究仮説	56
第3節 方法	56
1. 対象	56
2. 測定項目	57
2-1. 姿勢制御能力の測定	57
2-2. 認知課題処理能力の測定	58
2-3. 状態不安の測定	58
3. 臨床動作法による介入	58
4. データ解析	59
第4節 結果	59
1. 二要因分散分析	59
2. その後の検定	60
2-1. 重心動揺の群間/群内比較	60
2-2. ストループテスト処理時間の群間/群内比較	60
2-3. 状態不安の群間/群内比較	61
3. 実験群参加者における重心動揺の変化	62
第5節 考察	62
1. 結果の要約	62
2. 認知課題処理能力への影響因	63
2-1. 情報処理資源という観点から	63
2-2. 不安と注意バイアスという観点から	63
2-3. 臨床動作法による認知課題処理の改善モデル	64
3. 転倒予防における高齢者動作法の有効性	66
4. 本研究の限界と今後の課題	66
第5章 高齢者動作法の展開に向けて	67
第1節 本稿の成果と今後の展開に向けた課題	67
第2節 高齢者動作法の効果的实施形態	68
1. 高齢者心理学の動向	68
2. 「人との繋がり」の維持・再構築	68
3. 「役に立つこと」「役割を期待されること」	69
4. 高齢者動作法の効果的实施形態	71
第3節 今後の課題	72
参考文献	73
謝辞	84

目次

1-1. 動作図式	3
1-2. 動作法の領域	6
1-3. 高齢化の推移と将来推計	6
1-4. 年齢区分別将来人口推計	7
1-5. 世界の高齢化率の推移	8
1-6. 健康寿命と平均寿命の推移	10
1-7. 男女年齢別気分障害患者数	11
1-8. 年齢別の自殺者数の長期的推移	12
1-9. 男女別自殺動機	13
2-1. 高齢者動作法の作用モデル	21
2-2. 圧力の測定画面	22
2-3. 接地面積比率・重心位置の測定画面	23
2-4. 作用モデルと使用尺度との対応関係	28
2-5. 重心の一致度と PGC モラールスケールの散布図	34
2-6. 重心の一致度と BI の散布図	34
2-7. 重心の一致度と LOC の散布図	35
2-8. 重心の一致度と STAI の散布図	35
2-9. LOC と BI の散布図	36
2-10. BI と PGC モラールスケールの散布図	36
2-11. LOC と PGC モラールスケールの散布図	36
2-12. STAI と PGC モラールスケールの散布図	36
2-13. BI と LOC の散布図	37
2-14. LOC と STAI の散布図	37
2-15. 主観的幸福感に対する LOC,STAI の説明率	37
2-16. LOC、STAI に対する BI,重心一致度の説明率	38
2-17. 主観的幸福感に対する影響モデル	38
2-18. モデル 1：誤差間に相関を仮定しないモデル	39
2-19. モデル 2：誤差間に相関を仮定するモデル	39
3-1. 重心一致度の推移	44
3-2. BI の推移	44
3-3. PGC モラールスケールの推移	45
3-4. LOC の推移	45
3-5. STAI の推移	45
3-6. 動作法前後における重心一致度の推移	46
3-7. 動作法前後での接地面積比率の推移	46
3-8. 介入前後における足裏画像の変化	47
3-9. 臨床動作法による心理的適応の持続モデル	52
3-10. ラジオ体操による作用モデル	53

4-1. LNG	60
4-2. LNGST	60
4-3. LNGSCT	60
4-4. ST/s	61
4-5. SCT/s	61
4-6. STAI	61
4-7. 画像で見る重心動揺の変化	62
4-8. 臨床動作法による認知課題処理の改善モデル	65

表目次

1-1. 男女年齢別の気分障害総患者数の増加	10
2-1. 記述統計量	30
2-2. BI の分布	30
2-3. PGC モラールスケールの因子分析結果	31
2-4. 性・入所/通所・年代間の差の比較	32
2-5. 重心一致群と不一致群の差の比較	33
2-6. 群別での通所/入所・年代の度数分布	33
2-7. 測定尺度間の相関関係	34
3-1. 各群における参加者のプロフィール	42
3-2. 分散分析の結果	44
3-3. 各群における時期間の多重比較	45
3-4. 各時期における群間の多重比較	46
4-1. 各群における被験者のプロフィール	57
4-2. 二要因分散分析の結果	59

はじめに

本稿の目的は、これまでに報告されている高齢者動作法の心理的・認知的効果を実証的に再検討するとともに、効果をもたらす高齢者動作法の効果要因について検証を進めること、その上で、高齢者動作法の普及にあたって効果的な提供方法を検討することである。

我が国は 2007 年に 65 歳以上の高齢者が総人口の 21%を超え、所謂「超高齢社会」を迎えるに至った。最新の平成 24 年度版高齢社会白書(内閣府)によれば 2011 年 10 月現在の高齢化率は 23.3%とされており、超高齢化傾向は未だ留まることなく、現在の我が国における全世界が体験したことのない超高齢社会の現状さえも、新たな社会構造の入り口に立ったにすぎないものであることが示されている。このような超高齢社会の只中であって、新たな社会構造に対応するべく取り組んできた我が国の高齢社会対策は、一定の成果が得られているものの、未だ十分なものとは言えない。特にその綻びは高齢者におけるうつ病の増加、及びそれに伴う自殺率の高さといった、その割合の甚大さから社会病理と言ってよい高齢者のこころの問題として表出されているものと考えられる。このような問題の他にも認知症高齢者のこころのケアや、健常高齢者におけるメンタルヘルスの維持・向上をいかに支援していくかなど、高齢者心理臨床において取り組むべき心理-社会的問題は山積した状態にある。このような、社会状況にあっては、高齢者のこころの問題を取り扱う上での、有効な心理的援助技法の確立が切望されるが、ここで上記の高齢者のこころの問題を概観すると、それらが高齢者の身体的な衰えと不可分なものであり、多くは身体的訴えを前景として生じることが分かるのである。さらに認知機能の衰えから言語的アプローチが困難となる高齢者も多く、高齢者の心理的援助では言語に頼らない方法論が、より幅広い高齢者に適応可能なものとして求められている。

以上を考慮すると、動作をこころの表れとして捉え、動作を扱うことによって心理的問題の解決を目指す臨床動作法は、高齢者心理臨床において特に有効な援助技法となることが期待できる。しかし、高齢者に対する援助技法としての高齢者動作法の認知は一部の専門職に限定されたものであり、臨床動作法が高齢者心理臨床でさらに幅広く提供されていくためには、さらなる社会的認知が不可欠となる。このような社会的認知の深化にあたっては、研究領域における明確な理論的基盤の盤石化を背景とした実践報告、効果の提示が求められるが、高齢者動作法の研究分野に目を向けると、実践報告という形ではいくつか報告があるものの、標準化された尺度を用いて測定した効果研究や、またそれらの実践報告の基盤となる効果要因を実証的に検討したものが少ないと言わざるを得ない現況に気付かされるのである。

他の心理臨床の現場がそうであるように、高齢者心理臨床もまた医療や福祉と密接に関わる学際的援助領域であり、援助技法の臨床使用にあたっては、1 人ひとりの専門家が他職種や被援助者に対して、臨床使用に対する説明責任を果たしていくことが求められている。このような観点から、援助技法の理論化にあたっては、他の技法と差別化できる独自性を、他職種に説明可能な共通概念で説明できるよう進めていく必要があるだろう。私的所感を述べれば、「自体感」や「主動感」など独自の概念を発展させてきた臨床動作法は、独自の理論的根拠によっては説明可能なものの、専門家間の合意には障壁があり、今 1 つ広が

りをみないように思われるのである。本研究の問題意識はこの点にあり、社会的認知の促進にあたっては、臨床動作法における独自の概念を既存の変数で如何に捉え、専門家間で了解可能なものとして示していくことが求められているものと考えられる。

過去に脳性マヒや肢体不自由児・者に対する障がい者動作法が急速に広まっていった経緯には 1971 年の文部省(現、文部科学省)による特殊教育諸学校の学習要領の改正により「養護・訓練」という領域ができ、教師が教育活動としてそれを担うようになったことが直接的な理由の 1 つとして挙げられる。このような前例を顧みると、援助技法が社会的に浸透していくためには、当然ながら社会的要請が不可欠であるが、もう 1 点重要な要因として、援助技法の理論と臨床現場の考え方との整合性が挙げられる。障がい者動作法では、子どもの動作不自由を未学習、誤学習、未全学習という視点から捉え、動作学習という新しい概念が教育活動に馴染んだという点がこれに当たるだろう。つまり、障がい者動作法の効果を説明するための理論が現場の専門家間で了解可能なものであったことが、社会的認知に繋がる重要な要因であったと考えられるのである。加えて言えば、このような理論的基盤の整備は、障がい者動作法の実証的研究、動作に関する基礎研究の積み重ねがあってこそ成し得たものであったといえるだろう。

前述の通り高齢社会対策は急務の課題であり、有効な援助技法の確立は社会的関心事である。この点において、社会的要請という点は十分に満たしている。必要となるのは、高齢者心理臨床に焦点を合わせた上での、臨床動作法における独自の概念を既存の変数や比較可能な要因に置き換えた上での効果要因の検証と、そのような効果要因を変数とした効果研究の積み重ねであり、「なぜ動作を扱って心理的援助となるのか」という問いには、このような基礎的研究の積み重ねによってのみ、明確な返答が可能となるだろう。本研究はそのような他職種間、援助者-被援助者間の説明責任を果たす際の、組み木細工の一片となるべく行ったものである。本研究が 1 人でも多くの専門家の目に触れ、何らかの研究へと波及していくならば、それが本研究を支持するものであれ、批判的なものであれ筆者にとって望外の喜びである。

第1章 序論

第1節 臨床動作法

1. 臨床動作法とは

臨床動作法とは、脳性マヒ児・者の動作不自由の改善を目的として開発されてきた動作訓練を、他の対象者に適用する場合の「方法と理論」を指している。具体的な特定の動作を課題として与え、それを適切に遂行するように相手に努力させ、その努力の仕方(体験の様式)を変えることによって問題の解決や、より望ましい生き方を促す援助法である。

下図 Figure1-1. は、成瀬(2000)による動作図式であり、臨床動作法の基本となる動作概念を表している。動作とは、人が意識的であれ無意識的であれ、からだを動かそうとして意図して、その意図した身体運動を実現しようとする『心理過程』を指している。よって、臨床動作法という動作とは、目に見える体の動きそのものではなく、からだを動かそうとするときの動作努力の全プロセスをさす(鶴, 2002)。

2. 臨床動作法の起源

臨床動作法が、研究され始めた直接のきっかけになったのは 1963 年、脳性マヒのため動かないとされていた女性の手が催眠暗示による治療で動くようになったという小林(1966)の報告である。その女性は催眠下で、子どもの時から屈がったままであった 5 本の手指を伸ばすことができた。それに続いて後催眠暗示として、「催眠から醒めても手の緊張は弛んでおり、手の指を伸ばすことができる」という暗示を行うと、覚醒後も手指を伸ばすことができた。そして、その後の催眠法を用いた手、腕の機能訓練によって、その女性はアイロンをかけ、ミシンを使えるようになったのである。

当時、脳性マヒの運動障害は、『器質的脳損傷に起因する中枢神経機能の障害』と見なされており、医療の分野において機能訓練と呼ばれる一種の運動療法による治療が行われていた。そこでは、過度緊張の神経生理的弛緩や緊張性反射の抑制が治療の中心であり、心理的要因の関与について指摘するものはなかった。このよう

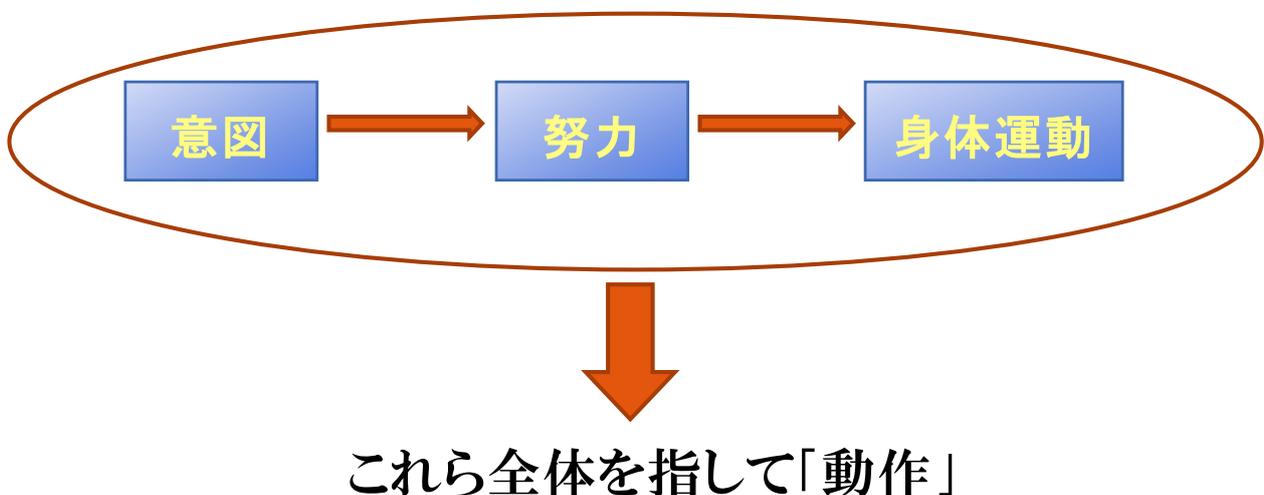


Figure 1-1. 動作図式

な中で、小林の報告は、脳性マヒ・児者の動作不自由に心理的要因が深く関与しており、二次的に付加された慢性緊張の処理が障害の改善に密接に結びつくことを示唆する革新的な報告であったといえる。なぜなら、催眠は暗示を通してヒトの心理的活動に働きかけて生じる心理現象であるからである。

しかし、催眠法が脳性マヒ児・者における動作不自由の改善に役立つことが明らかになったものの、同時に解催眠後に催眠中に見られた効果が、そのままの形では持続しないことが徐々に明らかとなった。催眠の繰り返しや暗示の工夫などの検討も行われたが、それ以上に催眠適用の前提条件である意志疎通の可能性、催眠導入や暗示実現のための言語・行動における表現能力の問題など、さまざまな問題に遭遇し、催眠法ではなく、それに代わる新しいアプローチの開発が必要となった。

その際の有力な考えは、慢性緊張へのアプローチであり、Jacobson(1938)の漸進的筋弛緩法や Schultz(1932)の自律訓練法の導入が試みられた。これらの技法は本来障害児・者のために開発されたものではないため、適用条件、効果ともに限定的なものであったが、これらの基礎研究を背景として、慢性緊張を処理するための働きかけが集中的に検討され、援助者が脳性マヒ児の身体各部のリラクセーション課題を与え、両者の共同作業によってリラクセーション行動を実現する技法が開発された(成瀬, 1967a)。これが臨床動作法の始まりである。

その後、リラクセーション訓練の課題は身体各関節部位にわたって曲げ・伸ばし・ひねりの動きを通して行われるが、その要所は頸・肩まわり、腰・股関節まわり及び膝・足首まわりの3つの箇所特定された。さらに並行して単位動作を修得する手続きの検討が行われ(中川・碓, 1971; 成瀬, 1967b・1972; 野口・成瀬, 1971; 野口, 1972・1974)、これらの展開に関連して、生理学的指標を含めた測定法を用いて様々な観点から検討された(池田, 1980・1981a・1981b・1982・1984; 入江・成瀬, 1973; 糸永, 1981・1984; 亀口, 1975; 小林・村田・豊田・石原, 1978・1979; 大神, 1974; 緒方ら, 1978; 大野, 1968・1971・1973・1976・1978・1981; 田嶋, 1981・1986; 富永・成瀬, 1982)。

3. 臨床動作法の展開 –リラクセーション課題の限界とタテ系課題の導入–

1971年の文部省(現、文部科学省)による特殊教育諸学校の学習要領の改正により「養護・訓練」という領域ができ、教師が教育活動としてそれを担うようになった。このとき、脳性マヒの子どもへの「養護・訓練」における指導法として教師の関心を引いたのが動作訓練であった。脳性マヒの子どもの動作の不自由を未学習、誤学習、未全学習という視点から捉えた動作学習という新しい概念が教育活動に馴染んだこともあり、動作訓練は肢体不自由児の養護学校の教師を中心に急速に広がっていった。実際に臨床動作法は、特殊教育の「養護・訓練」の分野において教育実践のための具体的な方法として広く教育の現場で利用されるようになり(星野, 1974; 池田, 1976; 今野, 1985; 成瀬, 1973; 高松, 1981)、「養護・訓練」の内容に関する手引書の中で、「臨床心理学的原理を応用した訓練の技法」として紹介された。

このように特殊教育の分野にさらなる広がりをみた臨床動作法であったが、当時のリラクセーション訓練を基盤とする訓練では、寝たきりの障害児や重度・重複障害児に動作訓練を適用し、障害の改善を試みても期待したほどには効果を挙げることはできな

いという限界を認識せざるをえない状況が訪れる(成瀬, 1985)。こうした状況を打開するために登場したのが『タテ系動作課題』と呼ばれる技法である(成瀬, 1988)。これは、動作訓練の原理そのものは、従来の技法と異なるものではないが、重力に対応させてタテにすることがヒトの存在ないし生きる体験の上で最も基本とすべき型であるとの見解に基づいたものである。障害の重度化に伴い、リラクセーション中心の訓練ではトレーナーによる他動的働きかけに偏り、子どもの主体的活動を軽視したり、無視したりしやすくなる。それに対して、タテ体験は自分の身体を重力に対応して垂直方向に定位することであるが、重力の支配を受ける三次元の物理的空間の中で、認知や動作の原点である身体の働きを障害児・者自身の努力によって活性化する試みが、その欠点を補うことになると考えられた。

このようなタテ系動作課題の登場と並行して、臨床動作方法は重度・重複障害児以外においても、多動(船橋・目・大神, 2004; 針塚, 1986; 久田, 1981; 井上, 2007; 古賀・井上, 2003, 今野, 1978・1979・1983・1987; 円井, 1982; 大北, 1991; 大野, 1984; 竹下・大野, 2002; 塚越・遠藤・内野・森住, 1982; 山本, 1983; 山下, 1986)、自閉症(衛藤・小林, 1995; 船木, 1992; 針塚, 1986; 堀江, 1997; 飯塚, 2003; 岩切ら, 2010; 木村・小田・糸永, 2000; 古賀・中田, 2003; 今野, 1982・1983; 中島, 1992; 野村, 1992; 小田・谷, 1994; 森崎, 2002・2004; 盛武・井村, 2003; 大野, 1984; 笹川・小田・藤田, 2000; 清水・小田, 2001; 利光, 2001; 鶴, 1992; 山本, 1995; 山下, 1986)、筋ジストロフィ(池田, 1995a・1995b; 遠矢, 1994; 山内, 1990・1992a・1992b・1995)などに対しても有効に作用することが次第に明らかにされ、その適用範囲は不安障害(藤岡, 1986; 窪田, 2005; 大場, 1986; 吉川, 1995)、うつ(大川, 2005・2012; 清水, 1986)、対人恐怖(足立, 2010; 村田, 2006)、強迫性障害(窪田, 1991)、パニック障害(竹田, 2012)、境界例(畠中, 1995; 中根, 1997; 鶴, 1986)、統合失調症(江崎, 2003; 入江, 1986; 高松, 1986; 鶴, 1982・1986・1988・1992・1995・2002・2005)などにも及んでいる。

これらの事例で共通していることは、課題動作を実現しようとする当人の努力の過程に生じる主体的・能動的な体験を大切にしていることであり、自分のからだに対面して、自体の感じに注意を向け、それを自己操作し、重力と大地という客観的環境に自体を適切に位置づける体験と、他者という社会的環境へ働きかける自己の能動的活動体験こそが訓練や治療の最も基本的な対象であるということである(大神, 1992)。大神(1992)が指摘しているように臨床動作法が、障害の種類やその程度を越えて適用範囲を展開しているのは、一貫して「自分が自分のからだに働きかけ、意図どおりに身体運動を実現しようとする自己の活動の過程」を重視しているからであると考えられる。そこには自体への働きかけを通して、人の体験様式と生き方を新たなものに変えていくことができるという基本的な考え方がある。また、このことは、臨床動作法が障害を持つ人だけでなく、いわゆる正常・健常者といわれる人たちの心身の健康や安定のためにも有効であることを意味しており、実際に近年では、健康動作法としても広がりを見せている(Imura & Kinjyo, 2005, 河野, 2012)。次頁 Figure 1-2. は臨床動作法の広範な領域への展開を示したものである。

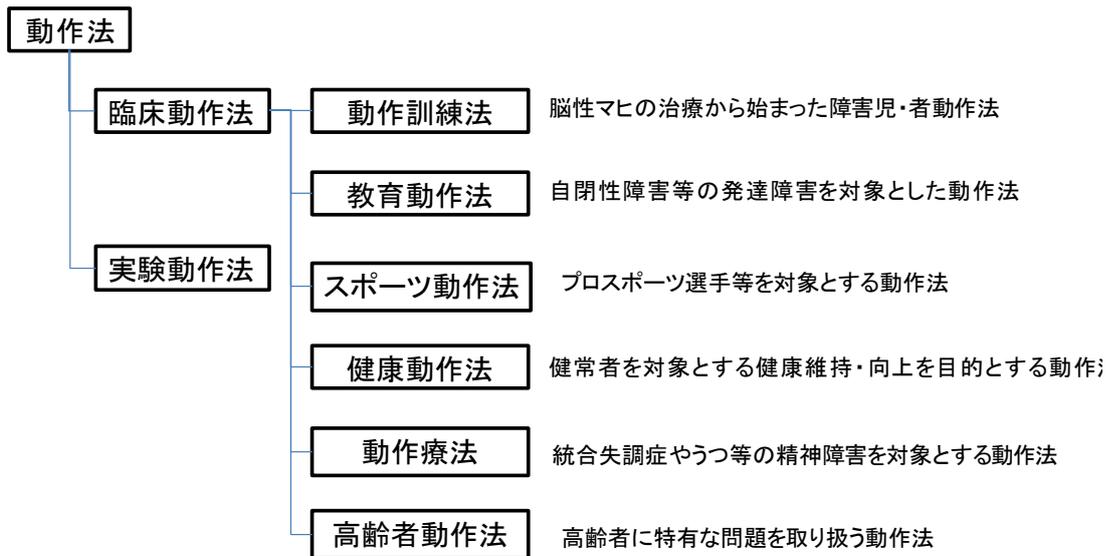


Figure 1-2. 動作法の領域

第2節 我が国における人口学的特徴と高齢社会対策のあり方について

1. 我が国における高齢社会の人口学的特徴

高齢社会白書(内閣府, 2012a)によると、我が国の総人口は、今後、長期の人口減少過程に入り、2026年に人口1億2,000万人を下回った後も減少を続け、2048年には1億人を割って9,913万人となり、2060年には8,674万人になると推計されている(Figure 1-3.)。総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、2013年には高齢化率が25.1%で4人に1人となり、2035年に33.4%で3人に

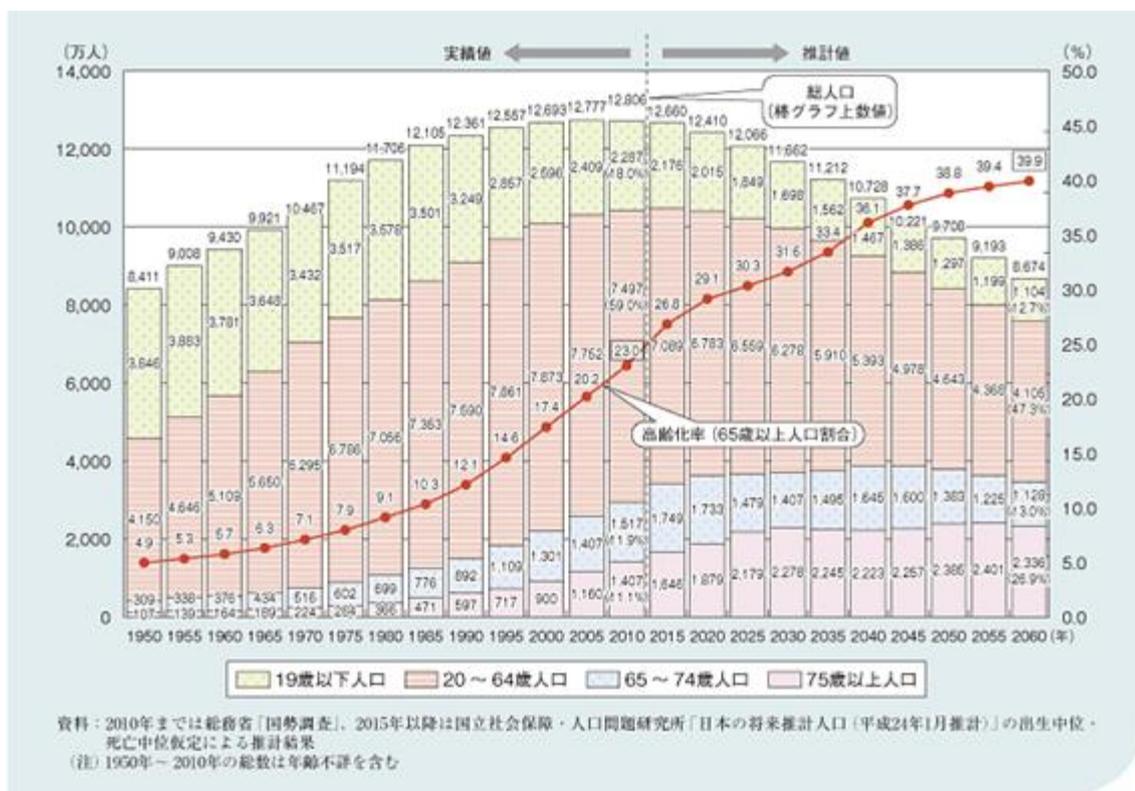


Figure 1-3. 高齢化の推移と将来推計

1人が高齢者となる。2042年以降は高齢者人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、2060年には39.9%に達して、国民の約2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計されている。

また、高齢者人口のうち、65～74歳人口は「団塊の世代」が高齢期に入った後に2016年の1,761万人でピークを迎える。その後は、2031年まで減少傾向となるが、その後は再び増加に転じ、2041年の1,676万人に至った後、減少に転じると推計されている。一方、75歳以上の人口は増加を続け、2017年には65～74歳人口を上回り、いわゆる「団塊ジュニア」（1971～1974年に生まれた人）が75歳以上となった後の2060年には総人口の26.9%、4人に1人が75歳以上の高齢者となると推計されている（Figure 1-4.）。



Figure 1-4. 年齢区分別将来人口推計

また、国際社会の高齢化に目を向けると、全世界の高齢化率の上昇は1950年から2010年にかけて5.2%から7.6%だったのに対し、次の50年(2060年)ではこれが18.3%にまで上昇することが予測されており、今後半世紀で急激な世界的高齢化が進展することが見込まれている。先進諸国の高齢化率を比較してみると、我が国は1980年代までは下位、90年代にはほぼ中位であったが、2005年には最も高い水準となり、現在、世界のどの国もこれまで経験したことのない超高齢社会を迎えている。さらに、高齢化の速度について、高齢化率が7%を超えてからその倍の14%に達するまでの所要年数（倍化年数）によって比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、比較的短いドイツが40年、イギリスが47年であるのに対し、我が国は、1970年に7%を超えると、その24年後の1994年には14%に達している。このような、世界に例をみない速度での高齢化の進行は、わが国における高齢化の大きな特徴であり、社会

制度においても個人的意識のレベルにおいても、急激な変革を迫るものであったといえる。この点において、わが国の高齢化は、これまで世界が体験してきた高齢化と安易に比較できないものとなっており、このことは、日本における高齢社会対策を困難なものにしている大きな要因として、念頭に置いておくべきものであると言える（Figure 1-5.）。さらに、これから高齢化が進む諸地域では日本のような急激な高齢化が続々と生じてくる可能性が示唆されており、現在の日本における高齢社会対策は、「高齢化先進国」の世界基準として、今後世界中から注目されることが予想できる。

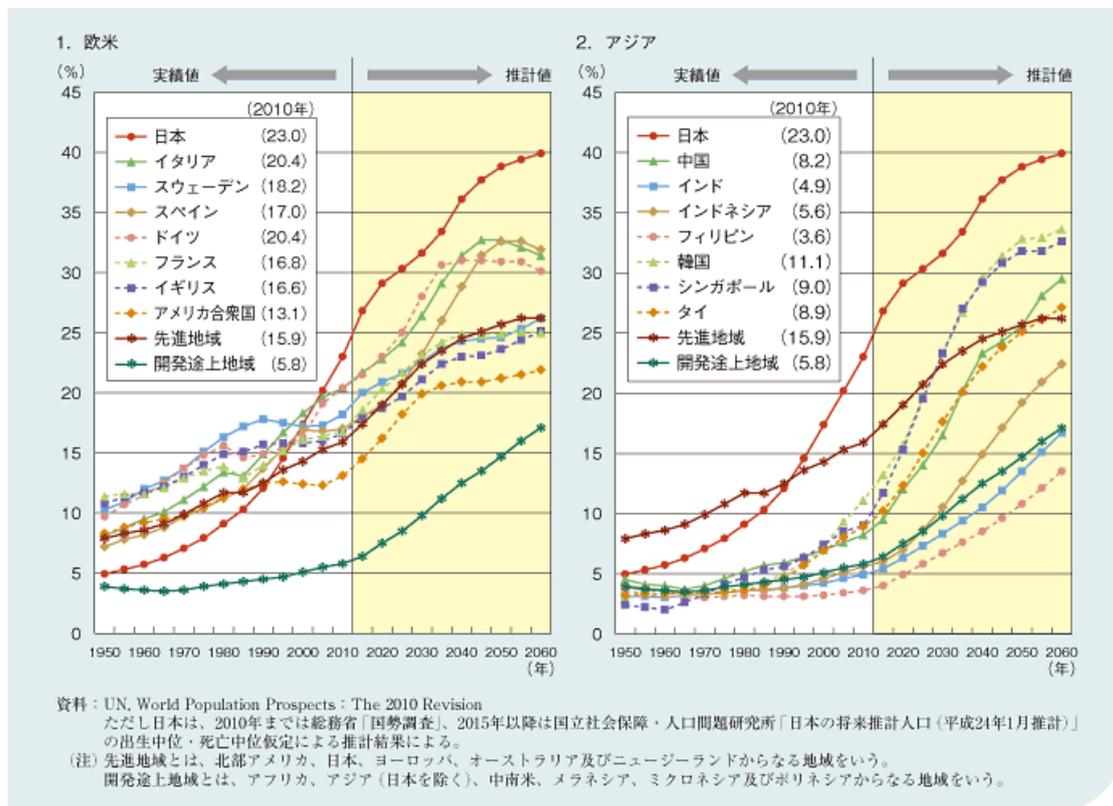


Figure 1-5. 世界の高齢化率の推移

以上、「高齢者の中でも75歳以上の所謂、後期高齢者人口の占める割合が大きいこと」、「世界に類を見ない速度での高齢化の進展」の2点が、我が国における高齢化の大きな特徴であるとともに、高齢社会対策を困難なものにしている要因であると言える。このような今後50年の推計から超高齢社会と言われる現在の日本においても、前例のない超高齢社会の入口に立ったに過ぎないことがわかるだろう。急速に進む高齢化の中で現状の課題を整理した上での高齢者対策の実施は急務の課題であり、さらに全世界の高齢化を鑑みると、今後の我が国の動向は、「高齢社会先進国」のモデルとして全世界から注目を集めることが予想される。次項では現在の高齢社会対策における我が国の指針を概観し、高齢者における心理的援助の必要性について論を進める。

2. 我が国における高齢社会対策の基本的指針

2011年10月14日、内閣総理大臣を会長とする「高齢社会対策会議」が開催され、新しい高齢社会対策大綱の検討を開始する方針が示された。当該方針に基づき、2011年10月21日から2012年2月23日にかけて5回にわたり開催された「高齢社会対策の基本的在り方等に関する検討会」で「高齢社会対策の基本的在り方等に関する検討会報告書～尊厳ある自立と支え合いを目指して～」がとりまとめられた。当該報告書では、我が国の高齢者を取り巻く課題として、以下の6つの課題が設定されている。

- (1) 「高齢者」の実態と捉え方の乖離
- (2) 世代間格差・世代内格差の存在
- (3) 高齢者の満たされない活躍意欲
- (4) 地域力・仲間力の弱さと高齢者等の孤立化
- (5) 不便や不安を感じる高齢者の生活環境
- (6) これまでの「人生65年時代」のままの仕組や対応の限界

これらの課題は、高齢者を65歳以上の者として年齢で区切り、一律に「支えが必要である者」とする従来の「高齢者」に対する固定観念が、多様な存在である高齢者の意欲や能力を活かす上での障害要因となっていることを指摘した上で、全体として「人生90年時代」へと移りかわりつつある現代の高齢者像を踏まえ、現行の制度や中・長期的には社会的通念の改革を図ると共に、高齢社会の原動力として、高齢者自身の力を如何に引き出していくことができるかが今後の課題であるという認識を示すものであると捉えられる。

第3節 高齢者心理臨床において求められる援助指針

1. 現行の指針における課題

これまで見てきた高齢者自身の力を高齢社会対策の原動力として期待する現行の指針は、「人生90年時代」とも言われ、近年における平均寿命の延長を前提としたものである。次頁 Figure1-6. はここ10年の男女別平均寿命及び健康寿命の推移を示したものであり、資料からはここ10年においても、実際に平均寿命が延びている様子が見て取れる。しかし、高齢者自身の力に期待を寄せる時、より重要な指標として観察すべきは、ここでもう1つの指標として挙げられている健康寿命であり、近年の健康寿命の動向は、現行の指針を進めるにあたり決して楽観視できるものではないように捉えられる。

健康寿命とは、一般に、ある健康状態で生活ことが期待される平均期間またはその指標の総称を指すものであり、生存期間を健康な期間と不健康な期間に分け、集団における各人の健康な期間として計算される。健康寿命の中にもいくつか定義があるが、ここでいう健康寿命は「日常生活に制限のない期間」として定義されたものである。健康寿命は、2010年時点で男性が70.42年、女性が73.62年となっており、それぞれ2001年と比べて延びている。しかし、2001年から2010年までの健康寿命の伸び（男性1.02年、女性0.97年）と、同期間における平均寿命の伸び（男性1.57年、女性1.46年）との対比に目を向けると、2010年における平均寿命と健康寿命の差は男女とも

2001年と比べて広がっていることが分かる。ここで仮に平均寿命から健康寿命を差し引いた期間を「支えが必要な期間」と定義すると、ここ10年において、このような期間は割合的に減少しているというのが事実であり、高齢社会対策の原動力として高齢者自身の力を期待する動きの中で、このような点は看過すべきでないだろう。さらに、健康状態に対する不安が明確に自覚され始める後期高齢者人口のさらなる増加が見込まれる我が国の現況を踏まえると、現行の指針をもとに高齢社会対策を進めるにあたっては、常に高齢者の健康を如何に増進するかといった視点が不可欠である。

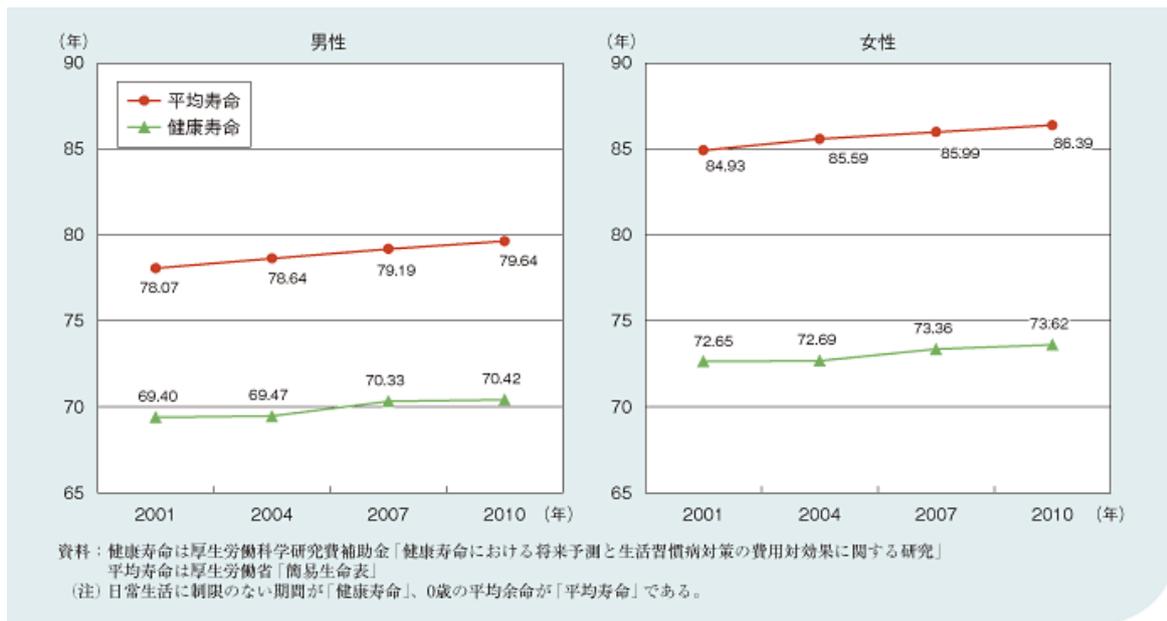


Figure 1-6. 健康寿命と平均寿命の推移

2. 高齢者心理臨床における課題

ここで過去10年間に於ける高齢者の健康寿命の伸びを阻害している要因に目を向けると、その1つとして高齢者におけるメンタルヘルスの悪化を挙げることができる。中でも我が国における高齢者うつ、それに伴う自殺率の高さは非常に危惧される水準にあり、早急な対応が求められている。Table 1-1.及び次頁 Figure 1-7.は、1999年から2008年にかけての男女年齢別の気分障害の患者数推移と2011年10月現在の患者数である。最も顕著な増加は30歳代から50歳代に見られるが、その患者数の増加に引けを取らず、60歳代以上の患者数が増加していることが見て取れる。中でも60代から70代の女性のうつは全世代中でも最も多い水準に位置していることが分かる。

Table 1-1. 男女別気分障害創患者数の増加

	2008年		1999年		増加数	
	男	女	男	女	男	女
20歳未満	6	9	2	2	4	7
20代	25	60	12	18	13	42
30代	79	102	25	31	54	71
40代	84	105	31	40	53	65
50代	71	97	31	52	40	45
60代	59	120	36	64	23	56
70代	46	118	19	56	27	62
80歳以上	15	46	3	15	12	31

単位：千人

このようにメンタルヘルスの悪化は健康寿命の延びを阻害する大きな要因であり、高齢者心理臨床においては有効な枠組みの提供が求められる。次項では高齢者の精神疾患・精神症状に焦点を当て、高齢者特有の心理的問題への対処の指針について考察を行う。

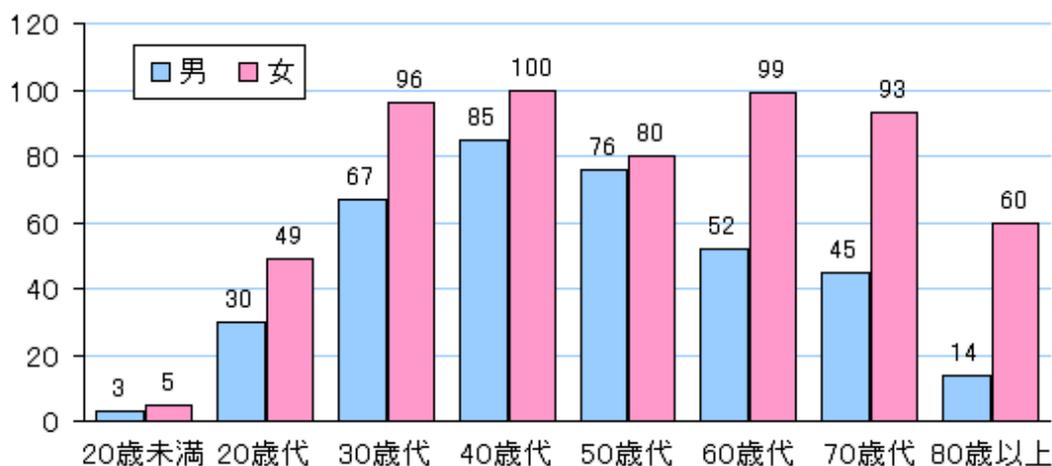


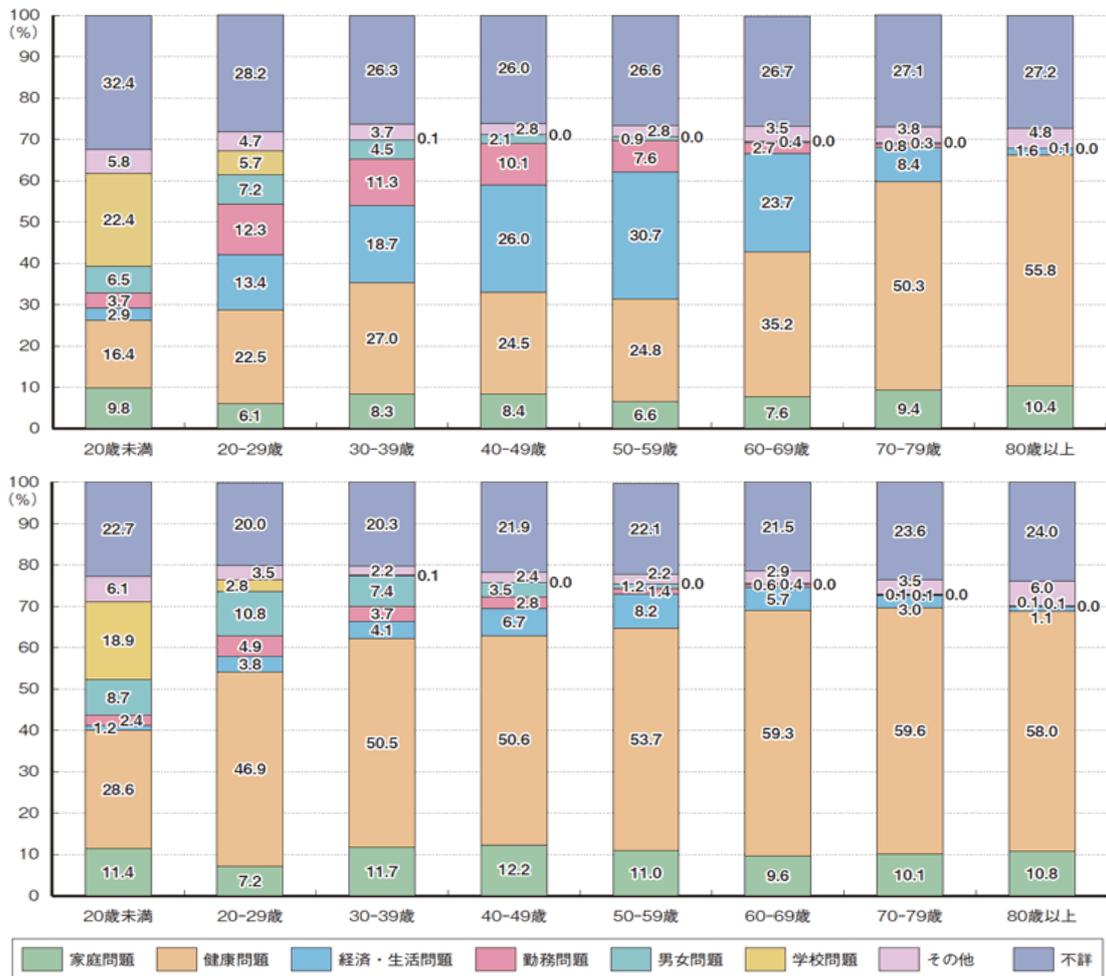
Figure 1-7. 男女年齢別気分障害患者数 (単位:千人; 2011年10月現在)

3. 高齢期の特有の心理的問題と援助指針

一般に年齢が上がるほど精神障害の罹患率は高まる傾向にあり、世界的高齢化が進む今後、ますます高齢者のこころの健康に対する重要度は高まるものと考えられる。本項では高齢期に出現することの多い精神疾患・精神症状を取り上げた上で、高齢者心理臨床に求められる援助について論じる。

3-1. 認知症

認知症(dementia)は、記憶障害および失行、失語、失認といった認知障害の中から1つ以上の出現が見られ、これらが病前の機能水準から著しく低下し社会的または職業的生活に著しい障害を起こす状態をいい、①脳の機能的病変を基盤として生じ、②意識が清明に保たれ、③その多くは進行性であり、④中核症状とともに多様な精神症状や行動障害を伴うことが特徴である。認知症の有病率は加齢とともに増加することが指摘されており(本間 1999)、65歳から69歳では、1.5%であるのに対し、75歳から79歳では7.1%、85歳から90歳では、27.3%の人が認知症を発症しているという報告がされている。上述したように75歳から84歳の後期高齢者の人口に占める割合はこれからますます上昇することが予想されており、それとともに高齢者の認知症に対する支援もこれからますます必要とされるだろう。認知症に対する現在の支援方針として、記憶障害や認知障害、実行機能障害などの中核症状の回復は困難であっても、障害された行動を補い周辺症状の軽減は可能であると考えられており、①障害された諸機能能力の低下防止を目標に置いた介入や、②周辺症状として現われてくる、不安や焦燥感、心気症状やうつ症状への心理的介入が図られている。



資料：警察庁「自殺統計」より内閣府作成

Figure 1-9. 男女別自殺動機 上段:男性 下段女性

3-3. それ以外の精神症状

全般性不安障害や心気症は、以前から高齢者に多いと指摘されてきたが、これらの症状を DSM-IVの診断基準に当てはめて行った最近の疫学調査によると、高齢期で増加するという従来の見解に否定的な傾向がみられる(黒木, 2004)。それは、身体的異常や疲労感など年齢相応な範囲と思われる身体症状を伴うことがある高齢者には身体疾患がないことを前提にした DSM-IVの基準から除外されるケースがあるからである(大森, 2004)。つまり、高齢期では神経症の診断基準に合致するケースは多くないが、身体疾患や他の疾患と合併した形での不安症状や心気症は多いと推測されている。

3-4. 高齢者に対する心理的援助法の指針

ここまで述べてきた高齢期における精神障害の特徴を岩切(1998)は以下のようにまとめている。

- 1) 老化による身体機能の低下があり、また身体疾患をもっていることが多いため、身体への不安が強い(身体的には異常がないのにいろいろと体の不調を訴える心気神経

症など)

- 2) 身体的予備力に欠けるため、身体機能の不調が直接的に精神機能の変化をもたらしやすい(風邪をひいて抑うつになるなど)
- 3) 加齢による脳の機能低下により、柔軟な思考が難しくなり、いろいろな状況や環境に適応することができず、混乱を来しやすい。
- 4) 脳自体の病気を起こしやすい(認知症、脳梗塞、脳出血など)。
- 5) 喪失体験が多く、生活の不安や生きがいを見失いがちである(配偶者の死別によるうつ状態など)。

このような岩切(1998)の指摘からも分かるように、高齢期における心理的問題を概観すると、抑うつ感、不安症状、心気症状といった心理的側面のみが示されることは少なく、身体的な訴えや、身体的変化と付随して問題が生じてくることが多いことが明らかである。さらに、このような身体的機能の低下、精神症状は、認知能力や記憶力、言語能力等の機能的低下と複合して生じるため、高齢者の心理的援助では非言語的な面接手段が大きな役割を果たすと考えられる。このような点から、動作を介した心理療法である臨床動作法は、高齢者への心理的援助として導入するのに有効な手段であると考えられる。高齢者臨床において、臨床動作法のもつ、身体感覚の活性化や非言語的かつ直接的な関わりが特に有効に働くことが予想される。次節では、高齢者動作法の意義とこれまでの取り組みを検討した上で、今後、高齢者動作法を高齡社会対策の一環として普及させていくにあたっての課題を整理する。

第4節 高齢者動作法

1. 高齢者動作法の意義

高齢者がいわゆる寝たきりとなる要因の1つは骨折であり、骨折を防止する手段への研究が望まれている。骨折の原因は、主に転倒にあり、さらに転倒の原因は、①つまずいた、②滑った、③ふらついた、となっており、階段を踏み外したとか障害物との衝突は少ない。さらに「眩暈がした」などの異常による転倒もそれほど多くはなく、生理的な老化もさることながら、動作上の視点からみると、踏みしめる力の弱体、つまり重心の安定に問題があることがわかる。立位の安定となる重心は、加齢とともに後方に変化していき、また視覚感応の加齢変化は60歳頃から急激に低下するので、高齢者は、急激に立位の安定性を失っていく傾向にある。一般的に姿勢制御は、①前庭迷路系、②視覚系、③体性感覚系の3つの感覚情報の関与と統合に起因していると言われていたが、高齢化による視覚感応の衰えによって、高齢者は、前庭迷路系や体性感覚系を主とした感覚情報の統合へと、切り替えて再学習していく必要性が生じることとなる(蘭, 1992)。

また、高齢者は高い自尊感情や自己意識にかかわらず、生理的機能は少しずつ減退し、動作も少しずつ不自由になっていく状態にある。これに伴って、できていた、やれていたという有能感や、他者から寄せられていた尊敬や関心に裏付けられた自己価値、仕事を通しての自己価値、社会的な関わりにおける対人関係、親密な他者との関わりにおける自己充足感なども減少していく傾向にある。これらは、自己の一貫性を保と

うとする認知と、減退していく自体への認知との間に葛藤を生じさせ、高齢者は変化を受け入れ、変化に適応した新しい自己像を形成していくという課題に直面することになると考えられる。

このように身体的、心理的課題を抱えることとなる高齢期において、動作を介して心身にアプローチを試みる臨床動作法は有効な手段であると考えられる。

2. 高齢者動作法の実践報告

中島(1989)は、病院に長期入院し、うつ状態を呈している高齢者に対して動作法を実施し、動作法の持つ、身体感の活性化、非言語的、かつ直接的なかわりの有効性を述べている。2人で確認しながら、身体の弛緩を弛めていくことや、動作することによって、2人の共感が育成され、自分の身体という自体認知を変容させることによって、自己認知が変容していくことができるのではないかと考察し、結果として緘黙状態にあった高齢者からことばや身体反応が見られたことを報告している。

針塚(1988,1992)は、高齢者に対するカウンセリングとしての動作面接を提唱し、自分の置かれた状況や自分自身のこころの有り様に気づけず、ことばでのやりとりが困難な高齢者に対して、「今生きている自分」に気づけるよう、そして他者とコミュニケーションができるような援助をする必要性を述べ、動作法が固定化されていく身体感から、動く・動かす身体感への身体の注目を再学習させ、心身の弛緩、緊張を新たに作り、心身の活性化を導く効果的な方法であると述べている。

古賀(2001)は、うつ状態を示す60代後半の女性にリラクゼーション系及びタテ系動作法を適用し、10回のセッション前後で、ベンダーゲシュタルトテストの得点が62点から29点に減少し、模写作業に必要な認知能力・注意集中に改善がみられたこと、またMASの不安得点が28点から17点に減少し、不安感の軽減されたことを報告している。この結果について古賀は、言語的なやりとりが難しい高齢者に対して、からだを通したやりとりを行うことによって受容的体験が生じたこと、また自己のからだを自分でコントロールするという能動的で自己統制的な体験が不安感を低減させたのではないかと考察を行っている。

長野(2005)は、比較的健康的な地域在住の高齢者を対象とした16年間に亘る集団での動作法教室の実践について報告をしている。ここでは、継続的な動作法の実践の中で、避けることの出来ない老いと死という課題から「今よりもっと」という発想の限界を指摘し、能動的動作体験の重要性を踏まえた上で現在をよりよく、生き生きと感じられることを目指した「からだの感じを味わう」リラックス体験の重要性が指摘されている。

3. 高齢者動作法の特徴

蘭(1992)は、高齢者に動作法を行うにあたり以下のような留意点を挙げている。

- ① 重心をやや前へという前傾での立位や、歩行の促進
- ② 視覚的な感覚よりも体性感覚や全体の身体の感じからくる動作の改善
- ③ 腰や膝の弛緩や柔軟な動作の促進をし、重心を柔軟に移動したり、安定して踏みしめたりする 持続力の促進

④ 適度な動作課題の内容と時間の検討

蘭(1992)の指摘からもわかるように、高齢者にとって立位バランスや重心の問題は非常に重要である。成瀬(1992)によると、立位課題などによって体感することができる動作法におけるタテ体験とは、自分の体軸を中心にした自己軸世界の構築であり、この体験によって、自分を中心とした認知や思考が可能となる、とされている。この成瀬の見解を裏付けるように、干川(2000)は、一連の実証的研究から、人が環境との相互作用を行う上で、光学的情報の中の不変項と同様に、身体の中の不変構造として「自体軸」が存在することを示唆している。干川は、姿勢と主体そして環境との相互作用を臨床動作法の立場から実証的に検討したこれらの研究を踏まえ、「重力に応じてタテに力を入れるという動作は、探索活動と同様に環境への能動的な働きかけとモニタリング過程を含む環境との相互作用であり、その体験が自体軸を生じさせる」とし、この自体軸と環境との相互作用によってひとの認知発達が促進されることを指摘している。この見解を裏付けるように、脳性まひ児を被験者にした研究では動作不自由による動作経験の制限が知覚に影響を及ぼすことが明らかにされており、大きさの恒常性は被験者の生活年齢ではなく、一人で移動できるようになってからの経験の長さに関連しており、また立位や歩行のできる経験者は座位を保持できない被験者よりも上下左右前後の方向指示の得点が高いことなどが明らかにされている。

一連の干川の研究を受け、船橋(2002)は、「タテ」になることの心理学的意味について、自体軸という見えざるシステムこそが、臨床動作法における「タテ系訓練」の効果を支え、自体軸構築の体験過程と自体軸が成立し、知覚システムの変容がもたらされることによって生じる、環境との新たな相互作用効果こそが、これまで臨床動作法が独自に主張してきたタテになることの意義ではないかと考察を行っている。このような自己を中心とした環境への認知や能動性は、心身の健康において非常に重要であることが、Locus of Control (Rotter, 1975)などの研究分野において明らかにされてきており、動作法の治療仮説の一つとして考えることができるだろう。

このように立位バランスや重心の移動は、高齢者のみならず、その意義が強調されているが、加齢によるADLの低下など身体的機能の低下が徐々に生じてくる高齢期においては、それらが、歩行などの身体運動に直結し、社会的参加などにも大きく関わるものであるため、心理的健康において、さらに重要性の高い指標となるものと考えられる。しかし、自体軸の存在やタテ体験の重要性については、これまでに指摘されているものの、それらと心理学的指標との関係性について実証的に研究したものはこれまでにあまりない。

4. 立位バランスと心理学的特性との関係を扱った先行研究

臨床動作法においてその意義を強調されることが多い立位バランスや踏み締め感などは、医学や理学領域では、多く検討されてきているが、心理学の領域で実験的に検討されることは少ないのが現状である。

吉川・菊池(1997)は、状態・特性不安と立位姿勢の重心動揺の関連性について研究を行っている。結果として、特性不安を測定する STAI-T と閉眼条件での身体動揺との

間に有意な正の相関が見られた。また、特性不安の高い者は、特性不安の低い者と比較して、有意に身体動揺の指標が大きかった。

また、斉藤(2002)は、立位姿勢における身体動揺と特性・状態不安との関連性について大学生、大学院生を対象にして研究を行っている。斉藤はスピーチ課題(板垣, 1998)を用いて不安喚起場面を設定し、安静時・不安喚起時・再安静時における身体動揺と状態不安の関係性について検討を行ったところ、安静時・再安静時に比べ不安喚起時には状態不安が有意に高くなり、同時に安静時・再安静時に比べ、不安喚起時には身体動揺も有意に大きくなるという結果を得た。さらに安静時における特性不安と身体動揺との相関関係について分析を行ったところ、両者には有意な中程度の負の相関が見られた($r = -.41$)。このことについて、斉藤は特性不安群では、実験場面で立位姿勢の安定に注意を払うようになり、安定度が上昇したのではないかという考察を行っている。一方、状態不安の上昇による身体動揺の増加は、「スピーチ課題による不快刺激が、自律神経系に作用した結果、生じた姿勢制御の乱れと考えることができる」としている。

同じく、斉藤(2003)は、同様の実験条件で、気分状態の尺度として多面的感情状態尺度短縮版(寺崎・古賀・岸本, 1991)を用い、身体動揺と不安以外の気分状態との関連性についても検討を行っている。多面的感情状態尺度は、否定的気分状態である「抑うつ・不安」、「敵意」・「倦怠」・肯定的気分状態である「活動的快」・「非活動的快」・「親和」、そして中立的気分である「集中」・「驚愕」の8因子80項目からなる尺度である。結果、抑うつ・不安因子、驚愕因子は安静時、再安静時に比べ不安喚起時に有意に高くなること、活動的快因子、非活動的快因子、親和因子、集中因子は安静時に有意に高くなることが明らかとなった。さらに身体動揺と気分状態との相関分析によって、安静時には集中と正の相関が($r = .272$)、不安喚起時には、活動的快因子と負の相関が($r = -.298$)、驚愕因子と正の相関が($r = .286$)が示された。

さらに、今野(2005)は、動作法による立位踏み締め感の変化と心理的体験の変化について検討を行っている。今野は、足裏の弛緩による足裏の感受性と踏み締め感の変化について、足裏の弛緩の前後による触覚防衛反応、触二点弁別閾、体重負荷の配分比の測定の実験を行い、足裏の弛緩を行ったあとでは、足裏の感受性と踏みしめ感が向上したことを報告している。また、身体体験質問紙と平衡機能計を用いて、上体や足裏の弛緩による踏み締め感と心理的体験の変化について検討を行ったところ、身体の弛緩によって踏み締めが安定し、立位バランスが改善されたことを報告している。さらに、内省報告というかたちで、心理的体験の変化についても検討を行っており、実験参加者から安定した踏み締め感を体験することによって安心感や内的な注意集中が生まれたという結果を得ている。

このように先行研究の多くは身体動揺と心理的特性との間の関係性を取り扱い、一定の成果を得ているが、これらが臨床動作法におけるタテ体験が心理的特性に与える影響を検討しているとはいえ、立位バランスそのものと心理的特性を検討するに留まっているように思われる。臨床動作法でタテになることの意義として強調されているのは、立位バランスや踏み締めに伴う体験過程であり、検討を行うにあたっては、立位バランスと心理的特性に加え参加者の体験過程を取り扱う必要があると思われる。

今野の研究は、実験参加者の心理的体験にまで焦点をあてているが、なぜそのような変化が起きたのかにまで言及されていない。また、先行研究では大学生を対象として身体動揺と心理的特性との関係性が検討されているが、高齢者の立位バランスと心理的適応性との関係性を扱ったものは現在までに行われていない。

第5節 本研究の目的と概要

1. 問題提起

ここまで見てきたように我が国は現在、超高齢社会の中にあって、高齢者のうつ及びそれに伴う自殺率の高さ、認知症高齢者に対するこころのケア等、早急に対処しなければならない心理・社会的問題が山積した状態にある。このような現況において、心理的援助領域では、高齢者に対する効果的な援助方法の確立が急務の課題であるといえる。上記の高齢者の心理的問題を概観すると、それらが高齢者の身体的な衰えと不可分なものであり、むしろ多くは身体的訴えを前景として生じることが分かる。さらに認知機能の衰えから言語的アプローチが困難となる高齢者も多く、高齢者の心理的援助では言語に頼らない技法が求められる。

以上を考慮すると、動作をこころの表れとして捉え、動作を扱うことによって心理的問題の解決を目指す臨床動作法は高齢者援助領域において、特に有効な援助技法となることが期待できる。このように高齢者心理臨床において成果が見込まれる臨床動作法であるが、今後、高齢者援助領域で幅広く提供されていくためには、さらなる社会的認知が不可欠である。社会的認知の深化には実践報告において効果が報告されるとともに、理論的基盤の整備が求められるだろう。しかし、高齢者動作法の研究分野に目を向けると、実践報告という形では心理的効果、認知機能への影響が報告されているものの、高齢者動作法のどのような要因が効果的に作用したかについての系統的な効果研究や、効果要因を実証的に検討したものが少なく、臨床動作法を高齢者に適用する上では、それらを説明できる理論的基盤の整備が求められるものと考えられるのである。

高齢者動作法においては、特に立位バランスや重心移動を始めとする、タテ系動作課題の意義が強調されているが、高齢者を対象として臨床動作法の観点から立位バランスや重心といった指標と心理的特性との関係性を扱った研究はこれまでになく、心理的特性に対するそれらの作用をどのように位置づけるかは検討の余地があるものと考えられる。さらに古賀(2001)においては認知機能や集中力の改善が報告されているものの、これらに影響を及ぼす臨床動作法の効果要因もこれまでに検討されてきておらず、併せて検討する必要があるだろう。

2. 研究概要

本研究は上記の問題意識のもと、高齢者動作法の心理的・認知的効果要因を検証することを目的として3つの研究を行った。

研究1と研究2は、高齢者に対する臨床動作法の心理的効果要因を検討したものである。まず、研究1では、臨床動作法が強調するタテになることの心理的効果を検討するため、量的研究から高齢者の立位バランスと主観的幸福感、日常生活活動(Activities

of Daily Living : ADL)、LOC、状態不安がどのような関係性を有しているのかを検討した。次に、研究 2 では、研究 1 で得られた仮説モデルを検証するために、実際に高齢者に対して臨床動作法を実施し、身体的・心理的变化を検証するとともに、統制群との比較から高齢者動作法の効果要因について考察を行った。

研究 3 は、臨床動作法が高齢者の認知機能に与える影響を検証したものである。重心動揺と状態不安の変化という観点から、臨床動作法が高齢者の認知課題処理能力に及ぼす影響を検討するとともに効果要因について考察を行った。

第2章 高齢者の立位バランスと心理的適応との関係性

第1節 本研究における問題と目的

高齢期における心理的問題を概観すると、抑うつ感、不安症状、心気症状といった心理的側面のみが示されることは少なく、身体的変化と付随して問題が生じてくることが多い(大森, 2004)。また、認知能力や記憶力、言語能力の機能的低下が生じるため、高齢者の心理的援助では非言語的な面接手段が大きな役割を果たすと考えられる。このような文脈において、成瀬(1995)の体験治療論に基礎をおく臨床動作法は、動作という心理活動をツールとして行われる援助方法であり、動作を介した援助過程を通して被援助者の心理的体験に非言語レベルで寄り添うことが可能となることから、高齢者への心理的援助手段として特に有効なものとなりうる。中でも立位課題の有効性については、成瀬(2000)の「立つ・踏み締める・バランスを取るなどという動作が、自体というものを実感し、自分自身の存在感・実存感、普段の自分というものの継続感・確実感や自信・やる気などに重要な関わりをもつことが、高齢者動作法の実践から改めて見直されるようになってきている」という発言に代表されるように、その重要性が実践領域から多く指摘されている。しかし、どのような側面が高齢者の心理的適応に影響を及ぼすのかを実証的に扱った研究はこれまでに見当たらず、検討の余地があるものと考えられる。

立位課題の重要性には多くの指摘がある。例えば成瀬(1992)によると、「立位課題などによって体感することができるタテ体験とは、自分の体軸を中心とした自己軸世界の構築であり、この体験によって、自分を中心とした認知や思考が可能となる」とされている。また中島(2001)は、『痴呆性高齢者の動作法』の中で、立位課題を“外界対応動作課題”とし、「しっかり立っているのだけれど柔軟である、不必要な力を抜き必要最低限の力で対応する」ことが要求される立位課題に取り組むことは「総合的な人の生き様にかかわる課題を動作課題として取り組むこと」であり、「三次元姿勢を自らとりつつ外界と対応する自分を感じることは、自分の存在感や現実感、自立感を高めることになる」と論じている。

成瀬が立位課題の意義として指摘している自己を中心とした環境への認知や能動性の確立は、Locus of Control ; LOC (Rotter, 1966)の研究分野から心身の健康において非常に重要であることが明らかにされてきている。LOC は「統制の所在」と訳され、Rotterによると、自身に起こった出来事に対する原因帰属様式は個人内でパターン化されており、出来事の結果を自らの努力など主体的な働きかけによって得られたものであると原因帰属を行う「内的統制者」と運命や外部からの圧力によってもたらされたものであるとする「外的統制者」の2タイプに大きく分けられるとされる。Rotterは、LOCの研究結果から次のような研究仮説を立てている。内的統制者は、外的統制者に比べ、(1) 様々な状況に置かれたとき、より効果的に行動できるように、普段から情報を自らに関係するものとして獲得している、(2) 生きていく中で、所与の条件を変えたり改善したりするのに積極的に行動する、(3) 自分自身の能力や目的達成を重要だと考えている、(4) 他人からの操作を嫌がる傾向が強い。成瀬(1992)が立位課題との関係性

を指摘している自分を中心とした認知や思考の確立を「統制の所在の変容」と仮定すると、内的統制傾向の強化は臨床動作法の治療仮説の一つと考えられる。

このように立位課題は、高齢者のみならずその意義が強調されているが、加齢による日常生活活動(Activity of Daily Living ; ADL)の低下など身体的機能の低下が徐々に生じてくる高齢期においては、社会的参加にも大きく関わるものであるため、心理的健康においてより重要性の高いものとなるだろう。しかし、前述の通り立位課題の重要性については、多くの指摘があるものの、心理学的指標との関係性、特に自体軸の確立とともに自己を中心とした認知が可能となるプロセスについて実証的に研究したものはこれまでに見当たらない。

以上を踏まえ、本研究では高齢者の立位バランスと心理的適応との関係性を量的研究から明らかにするとともに、臨床動作法がどのような心理的プロセスを経て高齢者の心理的適応に影響を及ぼすかについて検証を行った。

第2節 研究仮説

臨床動作法における踏み締めやバランスをとるといった動作は自体に対する自己統制感の変化を得やすい動作であると考えられる。これらの自体に対する統制感覚の変化は、高齢者のADLや社会的活動に直接的な影響を与えるものであるため、身体的な自己統制感とともに心理的な自己統制感とも密接に関係していることが想定できる。そこで、本研究は高齢者の立位バランスとADLとの間に相関関係を仮定し、それらが心理的な統制感を媒介して高齢者の心理的適応に影響を与えているのではないかという仮説を立て研究を行った。

また、「不安」は臨床動作法、中でも特に重心との関係(今野, 2005; 斉藤, 2002)が指摘されており、またその低減は長野(2005)において高齢者動作法におけるリラックス体験の重要性として、その意義が強調されている項目である。このような先行研究の知見を鑑み、上記のモデルに「不安」という要因を考慮した仮説を図示したものがFigure 2-1.である。

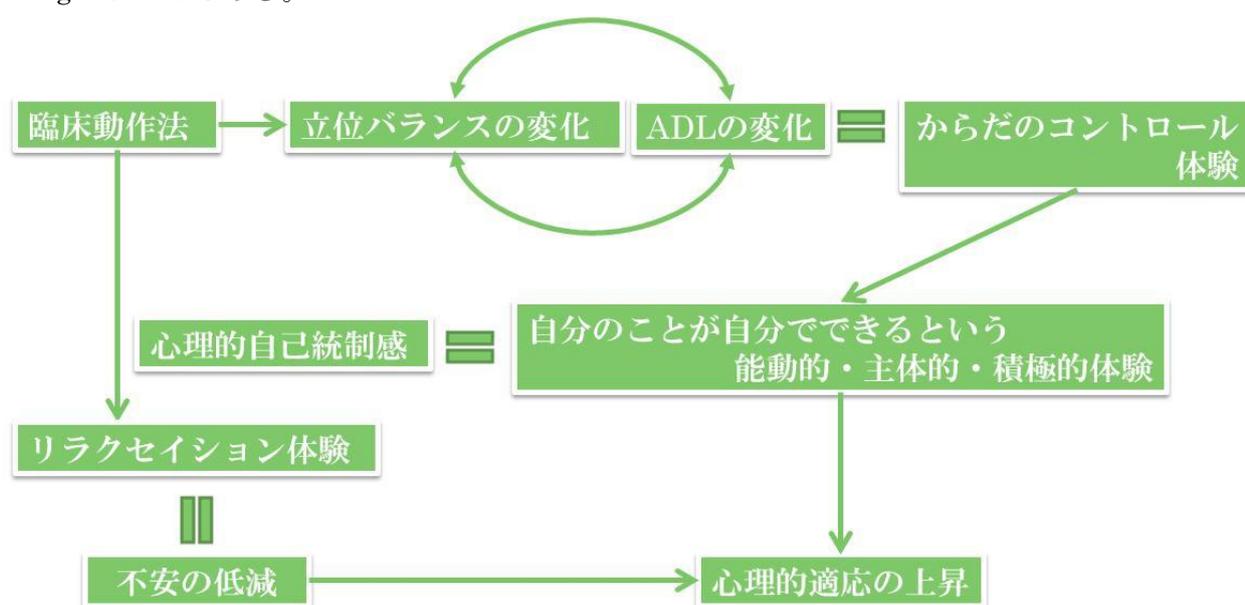


Figure 2-1. 高齢者動作法の作用モデル

第3節 方法

1. 尺度構成

1-1. 立位バランスの測定

Foot Look (D-works 社製)を用いて行った。Foot Look は、足裏バランスの測定装置であり、専用スキャナの上に乗ることによって、短時間で足裏の画像測定ができる装置である。測定できる項目は、圧力、モアレ画像、足裏の接地面積・面積比率、重心の位置、足長、足幅などであるが、本研究では、主に踏み締めとバランス感覚の変化を指標として実験を行うため、圧力と足裏の接地面積・面積比率、重心の位置を分析の対象とした。以下に測定結果画面を例示する。

【測定画面1 圧力の測定】

Foot Look では、足裏の画像をコンピューターで解析し、カラー表示に変換することによって、色の違いで足裏の圧力の分布が表示される。圧力の表示は数値では表示されず視覚的な判断指標になる。

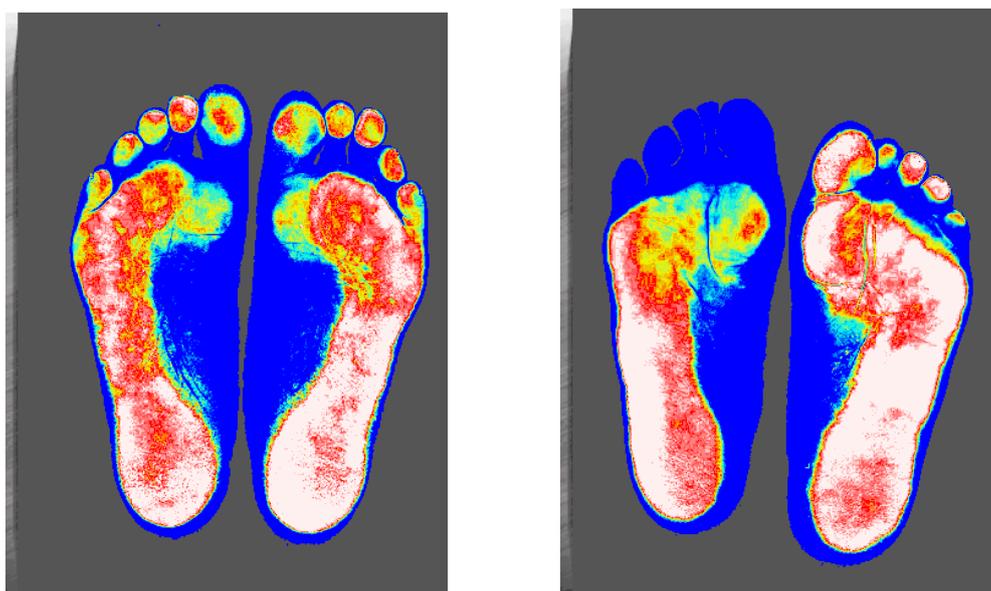


Figure 2-2. 圧力の測定画面

【測定画面2 接地面積・面積比・重心位置の測定】

足裏の全体の面積と接地している面積がそれぞれ数値(cm²)で表示される。同時に足裏の接地面積比率も計算される。また、測定された両足全体の面積から中心点を割り出し、理想的な重心の位置が表示される。さらにその位置から実際の接地を前後左右にどれだけ分かれて分布しているのかを計算して接地面積からみる重心の位置が表示される。下の出力画像の青色の部分の部分が足の全体像を表示しており、灰色の部分の部分が地面に接地している部分を表現している。そして、小さい赤色の点の部分が理想的な重心の位置であり、赤色の×が実際の重心の位置を表している。

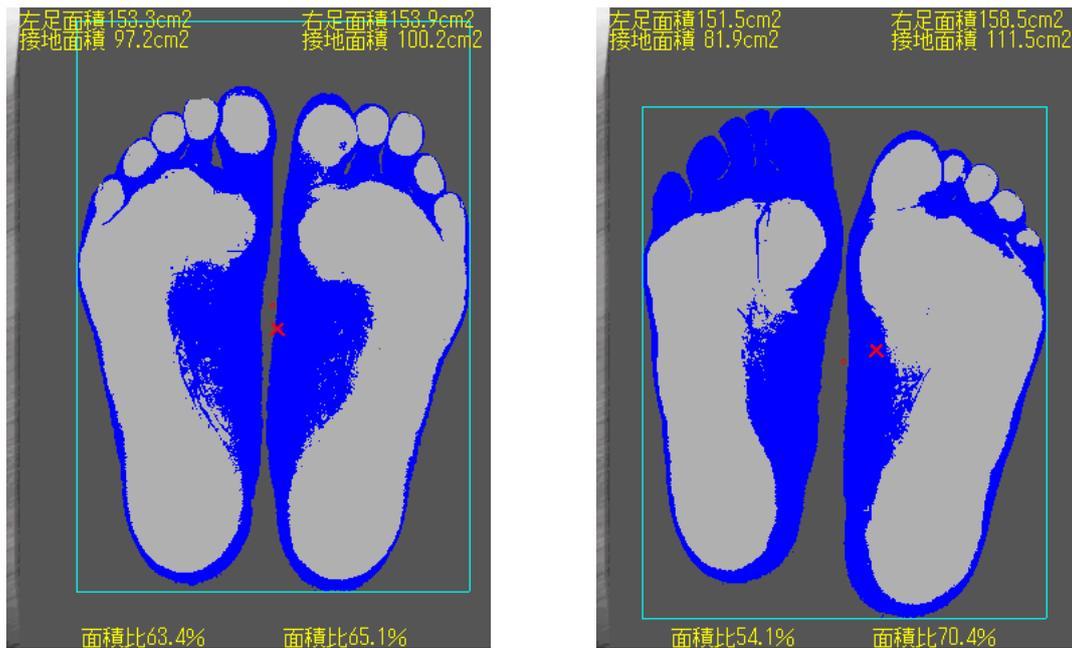


Figure 2-3. 接地面積比率・重心位置の測定画面

1-2. 主観的幸福感の測定

高齢者の心理的変化を検討するためには、高齢者の心理的適応指標として適切な尺度を使用する必要がある。そこで、本節では現在までに行われている高齢者の心理的適応を測定する尺度の研究について概観する。

老年期は、「心身の健康」「経済的基盤」「社会的つながり」「生きる目的」という4つの喪失体験をする時期であるといわれ、そのような喪失に対し、如何にして幸福な老後を迎えられるのか、すなわちサクセスフル・エイジングの条件が老年学の最大の関心事であるとされている。古谷野(1993)によると、サクセスフル・エイジングに関する最初の研究は、幸福な老いとは何かを規定し測定する尺度の研究であった。サクセスフル・エイジングの条件を明らかにするためには幸福な高齢者とそうではない高齢者を比較して幸福をもたらした要因を記述する必要があるが、そのためにはまず、幸福な老いを測定する尺度を作成する必要があるのである。そこで登場してきたのが高齢者の心理的適応指標としての「主観的幸福感」である。

現在までに広範に用いられてきた幸福な老いの測定尺度は、Neugarten (1968) らの生活満足尺度 A (life satisfaction index A: LSIA) と Lawton (1975) の PGC モラールスケール (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) である。生活満足尺度 A と PGC モラールスケールは多くの研究者に利用され、信頼性や妥当性を検討されながら現在までに改訂が重ねられてきているが、それらの尺度は類似し、お互いの相関が強いことが明らかにされている。そこで、Larson (1978) は、生活満足度尺度やモラールスケールによって測定されたサクセスフル・エイジングの程度の総称として、主観的幸福感 (subjective well-being :SWB) という概念を提案し、高齢者の感情的適応の指標とした。主観的幸福感とは、そのことばの通り個人の主観的な幸福感を測定するものであり、個人の幸福は客観的な状態像よりも本人自身が決定するものであるという考えを基盤にした概念である。

主観的幸福感に影響を与える要因としては、性、年齢、婚姻状態、健康状態、社会経

済的地位、社会活動などさまざまな要因が検討されてきているが、主観的幸福感の要因分析の結果は、対象集団の違いを超えて、ほぼ一定していることが明らかにされている。Larson (1978)は、米国の高齢者を対象とした主観的幸福感に関する研究のレビューを行い、主観的幸福感に影響を与えているさまざまな変数の影響の大きさについて整理しているが、主観的幸福感と関連が明らかになった変数とその相関係数は、「健康」が 0.2~0.4、「社会経済的地位」と「社会的活動」が 0.1~0.3 で、この 3 つの変数が高齢者の主観的幸福感に影響をもたらしていることを示した。社会的活動性の高さは高齢者の主観的幸福感を高めることが近年においても支持されており、日本の高齢者についても、Larson(1978)のレビューとほぼ同様の結果が得られている。

主観的幸福感を測定する指標は、主に質問紙による方法が用いられ、今日まで多くの質問紙が用いられてきたが、日本で標準化され、もっとも多く使用されているものの 1 つが改訂版 PGC モラールスケールである。Lawton (1975)によれば、モラールが高いとは「自分自身について基本的な満足感を持っているということ」「世界の中に自分の居場所があるという感じを持っているということ」「努力しても動かしようのない事実は、事実として受け入れられているということ」の 3 つに要約され、このようなモラールを測定する尺度として 22 項目の PGC モラールスケールを開発した。その後、22 項目から 17 項目に改訂され、「心理的動揺 (Agitation)」「老いに関する態度 (Attitudes toward own aging)」「孤独感・不満足感 (Lonely/Dissatisfaction)」の 3 つの因子から構成されるものとなった。

回答は「はい」「いいえ」もしくはそれに準じた二者択一方法であり、モラールの高い方に 1 点、そうでない回答に 0 点を与え、17 項目の合計点が算出される。満点が 17 点であり、モラールがもっとも高いことを意味する。石原・下沖・中里・河合・権藤(1999)は、50 歳から 74 歳までの 1785 名のモラール得点を測定した結果、平均値は男性 12.6、女性 12.1 であり、年齢階級別による有意な得点の差は認められなかったことを報告している。

信頼性については、同じく石原他 (1999)によって、同じ対象者に 5 年間にわたり、改定版 PGC モラールスケールの総得点の経年的変化を検討した結果、総得点の安定性が確認されている。妥当性に関しては、本尺度は、Lawton (1975)のモラールが高い状態、すなわち「自分自身について基本的な満足感を持っているということ」「世界の中に自分の居場所があるという感じを持っているということ」「努力しても動かしようのない事実は、事実として受け入れられているということ」という 3 つの要件を基盤として作成された尺度であり、因子構造もその考え方に対応した内容になっているが、改訂版モラールスケールにおいても同様の因子構造が見出されている。また同じく主観的幸福感の尺度として広範に用いられている生活満足度尺度 A とは正の相関があることが報告されている。また、現在までに、モラール得点と健康観 (谷口・前田・浅野・西下, 1984)、ADL との関連性 (浜, 1999)が認められている。

1-3. ADL の測定

日常生活活動 (Activities of Daily Living : ADL)は、個人の日常生活の活動や行為の総称であり、移動動作と身の回りの動作からなる基本的 ADL と、地域社会の中で遭遇

する広範囲で、かつ共通性の高い活動を含んだ、手段的 ADL (Instrumental ADL : IADL) とに便宜的に区別されている。過去の研究において、高齢者の心理的適応と ADL との間には関係性が指摘されており、また前述したように、高齢者の心理的問題が身体的問題と関連して生じてくることも考慮すると、高齢者の心理的適応と ADL の問題は切り離して考えることのできない要因であると考えられる。高齢者が臨床動作法を行った場合、バランス感覚の変化と同時に ADL の変化も起こることが予想できるため、バランス感覚の変化が日常生活にどのような影響を与えるかということを含め、ADL との関連性を同時に検討していく必要があるだろう。先述した今野 (2005) の研究結果では、動作法による身体の弛緩によって踏み締めが安定し、立位バランスが改善されたことが報告されている。足裏の感受性の低下が、高齢者の動作制御と密接に関係しているという上述の研究知見を考慮すると、立位バランスの変化は、ADL の変化としても表れてくることが予想できるだろう。

村岡(1996) は、geriatric depression scale を用いて、抑うつ状態にある高齢者の身体的・心理的・社会的背景要因について検討を行っているが、その結果、抑うつ状態にある高齢者は、うつではない高齢者に比べて、ADL が低いことがわかっている。さらに、福田・木田・木村・西沢・金沢・斎藤・三田・田鎖(2002) は抑うつ状態が主観的幸福感に及ぼす影響について横断的に調査を行っているが、その結果、抑うつの得点が高いものほど、主観的幸福感の得点が低いという関係性が認められた。上述したとおり、踏み締めやバランス感覚の変化は高齢者の ADL にも影響を与えることが予想されるが、村岡や福田らの研究結果から、高齢者の主観的幸福感と ADL の間には正の相関があると予想される。このことから、足裏の踏み締め感が変化し ADL が上昇した場合、結果として主観的幸福感も上昇するというような影響関係が想定できる。このように考えると、『なぜ踏み締め感が変わると心理的变化が起こるのか』という問題に対し、『そこに ADL の変化という因子が働いているからではないか』という仮説が立てられる。

基本的 ADL に含まれる諸動作・活動は、食事、入浴、更衣、整容、トイレ動作、尿意自制などのセルフケア項目と、起居動作、移乗動作、歩行などの移動動作項目が基本となる。現在までに多種多様な ADL 評価尺度が開発されてきたが、最近では Barthel Index (BI) と Functional Independence Measure (FIM) の 2 つが基本的 ADL の評価尺度として広く用いられている。一般に、BI は評価が簡便であるが、評価得点の刻み方が FIM に比べ粗く感度が低い、FIM は逆に感度は高いが評価基準が難解であるという特徴がある。一長一短であるが、今回は BI を用いて ADL の評価を行った。

BI の原法は、1955 年頃に米国メリーランド州の慢性疾患病院で、身の回りのことについての動作が自立していない神経筋疾患あるいは脊椎損傷者に対して、回復状況を繰り返し査定するために開発されたものである (Mahoney & Barthel, 1958)。その後 1965 年に医師 Mahoney と理学療法士 Barthel によって発表され、現在まで幅広く使用されている。年齢・性別を問わずあらゆる疾患に用いられており、リハビリテーションプログラムの進行具合や介入の成果を検証するのにも有用である。また障害の予後予測や機能的状態の追跡調査などにも重要な役割を果たしている。尺度は 1. 食事動作、2. 移乗動作、3. 整容動作、4. トイレ動作、5. 入浴動作、6. 移動動作、7. 階段昇降

動作、8. 更衣動作、9. 排便自制、10. 排尿自制、の 10 項目から構成されており、各項目の配点に重み付けがされている。それぞれの項目は基本的に自立、部分介助、全介助の 3 段階順序尺度になっている。配点は 5 点刻みであり、10 項目の合計点の範囲は 0-100 点である。絶対的な基準値はないが、おおよそ、100 点=全自立、60 点=部分自立、40 点=大部分介助、0 点=全介助を意味するといわれている。信頼性については、まず検者内信頼性として、看護師による判定で Pearson の相関係数は 0.89、2 週間あけたビデオを用いた評価の Kappa 係数は 0.98 であったという報告がある (Wolfe & Collin, 1988)。また検者間信頼性についても、職種間の Pearson の相関係数は 0.95 以上と、検者内・検者間ともに高い信頼性が確認されている。妥当性に関しては、BI と同様に普及度が高い基本的 ADL の尺度である FIM と、回帰係数=0.95 であったと報告がされており、基準関連妥当性が示されている。

1-4. ローカスオブコントロールの測定

ADL の変化が、主観的幸福感の関連要因として働くことは先行研究から予測されるが、今野(2005)の先行研究からも立証されているように、ADL に問題のないような青年にも心理的体験の変化が観察されている。青年期に比べ、高齢期において ADL は、心理的適応に影響を与える要因として比較的重要性の高い指標であると考えられるが、ADL の変化そのものが心理的変化の全てを説明できるとは考えられない。青年と高齢者に共通する要因は、動作法によって生じる自己の身体への気づきであり、自ら弛めるといふ、能動的な自体への働きかけであると考えられる。つまり、それは自己の身体を自らが制御しているのだという統制感の変化であり、踏み締めることやバランスをとることは、このような自己統制感の感覚を得やすい動作なのではないだろうか。本研究ではこのような仮説を立て、心理的統制感の変化の指標としてローカスオブコントロール(Locus Of Control : LOC)を採用し主観的幸福感や ADL との関連性について検討を行った。

LOC は Rotter (1966) によって提唱された概念であり統制の所在と訳される。Rotter によると、自分の身に起こった出来事に対する責任をどこに求めるかという原因帰属様式は個人内でパターン化されており、その様式は、出来事の結果を自らの努力など主体的な働きかけによって得られたものであると原因帰属を行う「内的統制者」と運命や外部からの圧力によってもたらされたものであると原因帰属を行う「外的統制者」の 2 タイプに大きく分けられるとされる。

Rotter(1966)は、LOC の研究結果から次のような研究仮説を立てている。内的統制者は、外的統制者に比べると、(1) 将来、人生において様々な状況に置かれたとき、より効果的に行動できるように、普段から情報を自らに關係するものとして獲得している、(2) 生きていく中で、所与の条件を変えたり改善したりするのに積極的に行動する、(3) 自分自身の能力や目的達成を重要だと考えている、(4) 他人からの操作を嫌がる傾向が強い。このようなパターンが個人内に出来上がる過程は、Rotter(1966)によって社会的学習理論の見方から説明している。

Rotter(1966)は、LOC の特質について個人差を研究するために、LOC を測定できる尺度を開発した。Rotter(1966)がこの尺度を開発して以来、LOC と様々な行動との関

係性が研究されてきた。例えば、Strickland (1977)は、内的統制者は、自分自身の健康に対して自分で責任を取る傾向が強いため、健康的な行動(禁煙、栄養面でバランスのとれた食生活など)を取り、また事故に遭わないように慎重に行動する傾向が強い。さらに内的統制者は、自らの健康を自らでコントロールしているのだという信念が強いためストレスのレベルが低く、ストレス要因の疾病に悩む可能性が低いことを明らかにしている。

また、LOCとうつ状態との関係性も確認されており(Yang & Clum, 2000)、外的統制者は、低い自尊心、深刻なうつ状態、高い自殺願望を内的統制者に比べ有意に持っていることが多いことが実証されている。これは、Seligman (1975)の「学習された無力感」(Learned Helplessness)の考え方からも説明ができ、人は自らの人生を自らの力でコントロールできない場面を繰り返し体験することによって、無力感を学習しうつ状態になりやすいものと考えられている。わが国においても、坪井・福川・新野・安藤・下高(2004)の抑うつ感の関連要因を調査した研究結果から、LOCの外的統制感が高い者は抑うつ感が高い傾向があることが示されている。

日本では、鎌原・樋口・清水(1982)によって Locus of Control 尺度を開発されている。Rotter (1966)は、人間が一般的に自分自身の行動と強化の生起が随伴しており、強化の統制が可能であるという信念を持っているかどうかが行動を予測する上で重要な人格変数であると考え、この変数を Internal vs External Control あるいは Locus of Control (LOC)と呼んだ。しかし、Rotter の尺度には様々な批判がなされている。主な批判点は、① 個人的な事象以外に社会的・政治的事象をも含んでおり、両者についての LOC は他のものと比べ異質である。② 項目の主語が「私は」や「人は」等一定しないため、自分自身についての LOC と、世の中に一般に存在する LOC 信念が混在している。③ External Control として運への帰属以外に、環境への帰属、力を持った他者への帰属などが考えられ、これらは同質ではない。④ 「成績がよい」などの事象は、学生にとって重要であってもそれ以外の人々には重要でないかもしれないというように、事象の主観的価値が不均一である、といったような批判である。

鎌原他(1982)の Locus of Control 尺度は、このような問題点を考慮して開発された尺度である。鎌原他(1982)の尺度では、以下のような改訂がなされている。① 社会・政治的事象は除外し、個人的事象についての一般的な LOC を測定する尺度となっている。② 自分自身についての LOC を反映するよう「あなたは・・・」という形式で項目を統一する。③ 外的帰属先について一因子性となるように項目が選択されている。④ 「幸福になる」等、誰にとっても価値があると想定しうる事象、価値中立的、抽象的事象を用い、主観的価値の均質化が図られている。さらに、⑤ 高齢者や、抑うつ症状のある対象者に尺度を施行できるようにできるだけ、少ない項目数で信頼性が確保できるように考慮されている。

尺度は 18 項目からなり、「そう思う」「ややそう思う」「ややそう思わない」「そう思わない」の 4 段階評定を求められる。尺度の得点が高いほど内的統制傾向が強くなることを意味し、「そう思う」と答えれば、Internal と見なされる I 項目と、「そう思う」と答えると External と見なされる E 項目とが同数となるように調整されている。鎌原他(1982)は、本尺度の内的整合性、再テスト信頼性について検討したところ、 α 係数=.782、

再テスト信頼性=.762 にいずれも基準を満たす数値が得られている。また、鎌原他(1982)の LOC 尺度と抑うつ尺度とは有意な負の相関がみられるなど、妥当性についても基準を満たす結果が報告されており、信頼性・妥当性についても検証がなされている。

1-5. 状態不安の測定

長野(2005)で指摘されている高齢者動作法におけるリラックス体験の重要性を検証するために、先行研究で改善の報告のある STAI 状態・特性不安検査(水口・下仲・中里, 1991)のうち状態不安検査を施行した。

状態不安検査は、Spielberger の英語版 STAI をもとに日本人男性 571 名、女性 663 名の検査結果から日本標準化された尺度である。状態不安尺度の信頼性は内的整合性を示すクロンバックの α 係数.92、再検査信頼性では、.71(3 カ月)でいずれも基準値を満たしている。構成概念妥当性は、Spielberger の「不安の特性・状態モデル」の概念を基に検討されており、併存的妥当性としては、MAS との相関係数(.75)が確認されている。また、特性不安との相関係数は.27 であり、それぞれが独立するものであることが示されている。質問項目は、20 項目であり、4 件法で回答を求める。

以上の尺度と前述の仮説モデルとの対応関係を Figure 2-4. に示す。

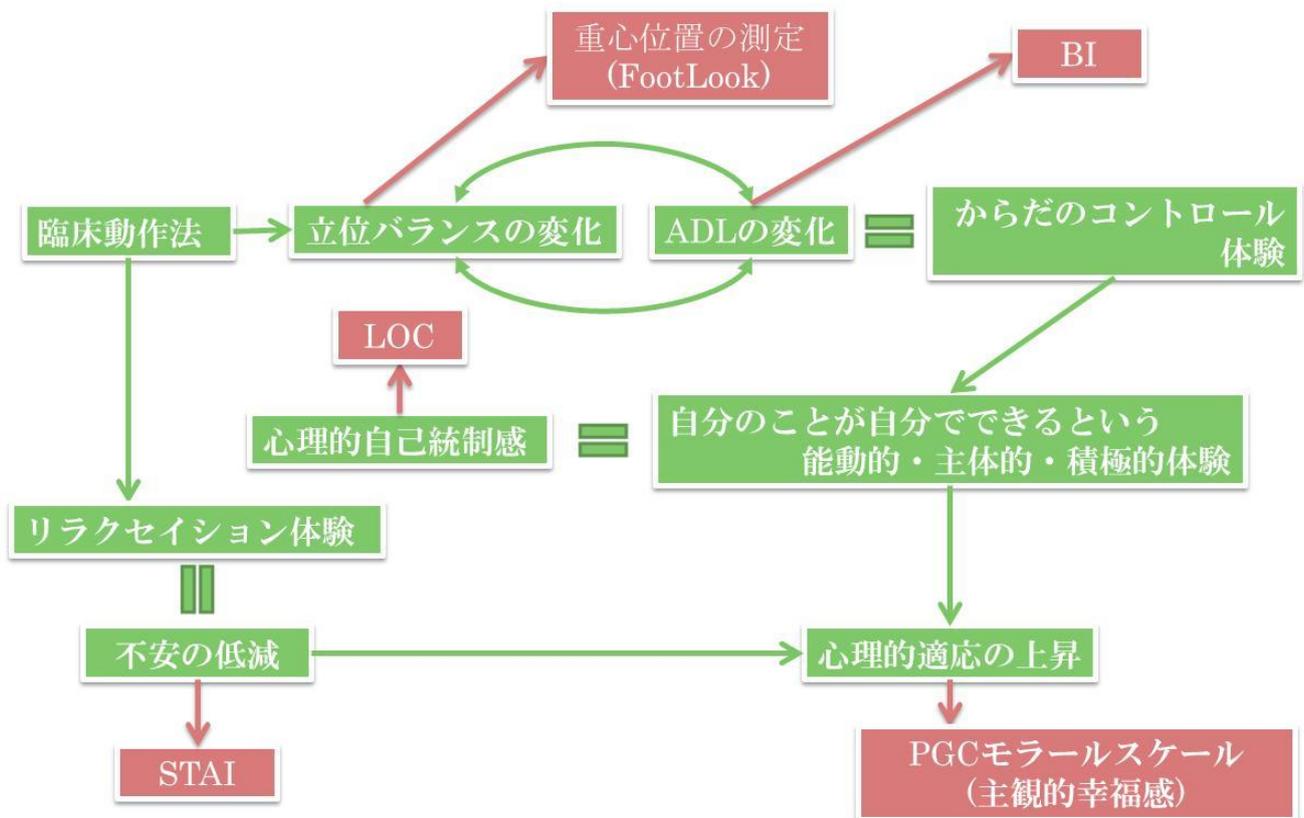


Figure 2-4. 作用モデルと使用尺度との対応関係

2. 対象

介護付き有料老人ホームに入所もしくは通所されている高齢者 100 名 (64-87 歳 平均 73.6 SD=5.38)。対象者の長谷川式簡易知能スケールの得点範囲は 24-30 であり、見当識の保たれている方々である。

3. 研究手続き

Foot look による足裏のスキャンを行った後、面接方式により、PGC モラールスケール、STAI、BI の質問紙を施行した。尚、STAI の状態不安では、課題遂行時の不安を測定することが重要であると考え、バランス測定装置を降りた後、バランス測定装置に立った時の不安について尋ねている。

4. 分析方法

まず、Foot Look による足裏のスキャン結果から割り出された、理想的な重心位置から実際の重心の位置までの距離(この数値を「重心の一致度」と呼ぶことにする)を測定し、その間の距離の平均値と標準偏差を算出した。その後、標準偏差を基準として、平均値+1SD 以上の群を、理想的な重心位置と実際の重心位置が比較的不一致であるという意味で『不一致群』、-1SD 以下の群を理想的な重心位置と実際の重心の位置が比較的一致しているという意味で『一致群』として 2 群に分け、PGC モラールスケール、BI、LOC、STAI の得点について群間で t 検定を行い比較した。さらに尺度間の相関関係とそれぞれの変数が主観的幸福感を予測できる程度、またそれらによって得られたモデルの適合度を調べるために、相関分析と重回帰分析、構造方程式モデリングをそれぞれ行った。尚、統計処理には、統計解析ソフトウェア SPSS17.0J、AMOS 5.0 (エス・ピー・エス・エス社製)を使用した。

第 4 節 結果と考察

1. 内的整合性の検討

各尺度について内的整合性を検討するため α 係数を算出したところ、PGC モラールスケールで $\alpha=.78$ 、BI で $\alpha=.80$ 、LOC で $\alpha=.82$ 、STAI で $\alpha=.86$ といずれも十分な値が得られた。

2. 記述統計量

まず、データ全体の平均及び SD と BI の分布について Table 2-1. 及び Table 2-2. に示す。PGC モラールスケールの平均得点は、先行研究によると、12.4 とされており(石原他, 1999)、今回の得点は、先行研究に比べ低い値となっている。BI については平均値が 93 点と高く、部分自立以上の方で構成されており、80 点以上の方でその 9 割を占めることから、今回の調査対象者が日常生活活動においてあまり介助を必要とされていない方々で構成されていることがわかる。BI の中で部分介助が必要とされた動作では、階段昇降とトイレ動作が多かった。LOC の平均得点は鎌原他の調査によると 50.2 であり 15)、LOC の得点についても PGC モラールスケールと同様に先行研究に比べ低い値となった。状態不安については、高不安状態とされるカットオフポイント

はおよそ 54 点であるとされており、多くの参加者が高不安とは判定されない領域に分布していることが分かる。

Table 2-1. 記述統計量

	重心の一致度	PGCモラールスケール	BI	LOC	STAI
平均値	1.12	10.24	92.70	45.74	43.30
SD	0.64	3.75	10.86	6.87	8.98

Table 2-2. BI の分布

		度数	パーセント	累積パーセント
BI	65-69	5	5.0	100.0
	70-74	3	3.0	95.0
	75-79	2	2.0	92.0
	80-84	6	6.0	90.0
	85-89	7	7.0	84.0
	90-94	5	5.0	77.0
	95-99	23	23.0	72.0
	100	49	49.0	49.0
	合計	100	100.0	

3. PGC モラールスケールの因子分析

本研究で得られたデータが先行研究と同様の因子構造を示すか 17 項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値の変化(4.63、4.00、3.51、.84、.62、.481・・・)と因子の解釈可能性を考慮すると、先行研究と同様に 3 因子構造が妥当であると考えられた。そこで 3 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。Promax 回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を Table 2-3. に示す。なお回転前の 3 因子で 17 項目の全分散を説明する割合は、71.4%であった。

これらの 3 因子構造でそれぞれの因子の項目内容も先行研究と一致しており、因子的妥当性が得られたといえる。よって因子名も先行研究と同様のものを採用した。因子名は Table 2-3. に示したとおりである。また因子間に有意な相関関係は見られず、それぞれが独立した因子であることが示された。

Table 2-3. PGC モラールスケールの因子分析結果

項目内容	因子名	I	II	III
3 さびしいと感じることがありますか?		.894	-.10	.011
9 生きていても仕方がないと思うことがありますか?		.859	-.059	.032
11 悲しいことがたくさんあると思いますか?	孤独感・不満足感 (Lonely/ dissatisfaction)	.834	.038	.046
5 家族や親せき、友人との行き来について満足していますか?		.806	-.058	.035
15 今の生活に満足していますか?		.765	.018	-.030
14 生きることは大変厳しいことだと思いますか?		.752	.051	-.117
10 あなたは若い時と同じように幸せだと思いますか?		.000	.868	.036
1 自分の人生は年をとると段々と悪くなっていくように感じますか?	老いに対する態度 (Attitudes toward own aging)	.82	.855	-.003
6 あなたは、年をとって前よりも人の役に立てなくなったと感じますか?		-.30	.839	-.081
2 あなたは去年と同じように元気だと思いますか?		-.048	.830	.012
8 年をとるということは、若い時考えていたよりも良いことだと思いますか?		-.024	.776	.013
12 あなたには心配なことがたくさんありますか?		.053	.163	.872
17 あなたは心配ごとがあるとおろおろする方ですか?		.046	.049	.790
13 以前よりも腹を立てることが多くなったと感じますか?	心理的動揺 (Agitation)	-.112	-.077	.768
4 最近になって小さなことを気にする事が多くなったと感じますか?		.024	-.055	.747
7 何か心配だったり気になったりして眠れないことがありますか?		-.009	-.075	.702
16 物事をいつも深刻に考える方ですか?		-.026	-.025	.685
	因子相関行列	I	II	III
	I	—	-.10	-.06
	II		—	-.02
	III			—

4. 重心の一致度以外の要因の検討

重心の一致度以外の影響要因として各尺度に対し影響を与えている可能性が想定される性差、入所/通所の別、年代について群分けを行って差を検討した。結果を Table 2-4. に示す。

4-1. 性差の検討

後期高齢者を対象とした先行研究では、PGC モラールスケールは男性の方が女性よりも有意に高く、主観的幸福感に関連する要因に性差が見られたと報告されているため(長田・山縣・中村・宮村・浅香,1999)、性差について検討を行った。その他の尺度についても併せて検討したところ、結果として本研究では男性と女性との間に、PGC モラールスケール、BI、LOC、STAI、すべての尺度間に有意な観察されなかった。よって本研究では性差という要因については考慮する必要はないものと考えた。

4-2. 入所/通所による差の検討

対象者には、通所者と入所者がいるが、通所/入所の別によって主観的幸福感や ADL に差が見られる可能性も考えられたため、通所者と入所者との間で各尺度の得点に差がないか *t* 検定を行い検討した。その結果、入所群と通所群の間に PGC モラールスケール、LOC、STAI では、有意な差は見られなかった。一方、BI($t(98)=1.78, p<.10$)では得点の差に有意傾向がみられ、入所者と比較して通所者は若干、ADL が高い傾向があることが明らかとなった。

4-3. 年代間での差の検討

今回の研究では 60 代から 80 代の方を対象に調査を行ったが、年齢によって各尺度に差がみられる可能性が考えられるため、60 代、70 代、80 代と年代別に群分けをし、尺度ごとに年代間の差がみられないか 1 要因の分散分析を行い検討した。結果として、PGC モラールスケール、LOC、STAI には群間に有意な差は見られなかった。一方、BI($F(2,97)=6.7, p<.01$)では群間に有意な差が見られたので、Tukey の HSD(5%水準)による多重比較を行ったところ 60 代=70 代>80 代という結果が得られ、80 代に比べ、60 代と 70 代では ADL が高いことが明らかになった。以上のことから、今回の調査からは、主観的幸福感や状態不安、LOC などでは、加齢の影響がみられないが、一方、BI の結果からは、60 代、70 代では加齢の影響の差はあまり見られないものの、80 代に入ると加齢の影響が顕著なものとなり、ADL の低下が進んでいる様子が窺えた。

Table 2-4. 性・入所/通所・年代間の差の比較

	性差の検討			入所/通所での差の検討			年代間の差の検討			<i>F</i> 値
	男性 (n=52)	女性 (n=48)	<i>t</i> 値	入所者 (n=48)	通所群 (n=52)	<i>t</i> 値	60代 (n=32)	70代 (n=53)	80代 (n=15)	
	平均値 (SD)	平均値 (SD)		平均値 (SD)	平均値 (SD)		平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	
PGC	9.8 (3.9)	10.7 (3.5)	-1.3	10.3 (3.9)	10.2 (3.7)	-.08	9.6 (3.5)	10.7 (3.9)	10.0 (3.9)	.82
BI	92.2 (11.0)	93.2 (10.7)	-.47	90.9 (7.0)	94.7 (13.2)	1.8*	95.5 (7.3)	93.5 (10.0)	84.0 (15.6)	6.7**
LOC	45.0 (6.6)	46.5 (7.1)	-1.1	45.6 (6.2)	45.9 (7.5)	.16	45.0 (6.8)	46.2 (6.3)	45.3 (8.9)	.33
STAI	43.6 (9.2)	43.0 (8.8)	.29	43.8 (9.5)	42.8 (8.6)	-.59	44.8 (9.3)	42.5 (9.2)	43.1 (7.6)	.64

* $p<.10$, ** $p<.01$

多重比較 BI 60代=70代>80代

5. 重心の一致度による差の検討

Table2-1. に示したように、Foot Look による足裏スキャンの結果、理想的な重心位置から実際の重心位置までの距離の平均=1.12cm、SD=.64 というデータが得られた。このデータから理想的な重心位置から実際の重心位置が 1.76cm 以上離れている高齢者で構成される群を『不一致群』(n=21)、理想的な重心位置から実際の重心位置が 0.48cm 以内の高齢者で構成される群を『一致群』(n=20)と便宜的に区別し群分けを行った。

次に両群における各尺度の平均値の差を比較するために t 検定を行った。その結果、PGC モラールスケール($t(39)=2.1, p<.05$)、BI($t(39)=2.3, p<.05$)、LOC($t(39)=2.3, p<.05$)、いずれの尺度においても重心一致群が不一致群よりも有意に高い得点を示した。また STAI($t(39)=-2.1, p>.05$)においては、重心一致群は不一致群に比べ有意に得点が低く、状態不安が低いという結果が得られた。以上の結果を Table2-5.に示す。

また、入所/通所による違い、年代による違いにおいて BI にのみ差がみられたことから、一致群と不一致群におけるそれらの度数分布を算出し Table 2-6.に示した。この度数分布から群別にみて通所/入所の度数分布には差がなく、年代においては、不一致群にやや 80 代が多く、重心の一致と不一致という純粋な差ではなく、BI の結果には年代という要因が影響を与えていることを考慮する必要性があると考えられる。

以上の結果から、重心一致群の方が不一致群に比べ、主観的幸福感、ADL 及び LOC における内的統制傾向が高く、状態不安が低いことが明らかとなった。この重心一致度による各尺度の差に加え、年齢による各尺度の差が検出されなかったことを考慮すると、本結果は加齢の影響の中でも身体的衰えといった要因が高齢者の精神的健康により重要となることを示唆するものであるといえる。これは心理的問題が身体的訴えを前景として生じるといふ高齢者の特徴を捉えたものであるといえるだろう。

Table 2-5. 重心一致群と不一致群の差の比較

	一致群(n=20)		不一致群(n=21)		t値
	平均値	SD	平均値	SD	
PGC	12.2	3.8	9.2	5.2	2.1**
BI	92.8	10.2	83.1	15.4	2.3**
LOC	49.9	8.3	43.5	9.2	2.3**
STAI	38.7	9.9	45.4	10.6	-2.1**

** $p<.05$

Table 2-6. 群別での通所/入所・年代の度数分布

		一致群 (n=20)	不一致群 (n=21)
通所/入所	通所	7	8
	入所	13	13
年代	60代	3	5
	70代	15	11
	80代	2	5

6. 相関関係の検討

重心の一致度と各尺度間の相関分析の結果を Table 2-7. に示す。また、各尺度間の散布図と回帰直線を Figure 2-5. から Figure 2-14. に示す。

Table 2-7. 測定尺度間の相関関係

	重心の一致度	PGC	BI	LOC	STAI
重心の一致度	—	-.33 ***	-.36 ***	-.33 ***	.35 ***
PGC		—	.35 ***	.69 ***	-.73 ***
BI			—	.36 ***	-.28 ***
LOC				—	-.62 ***
STAI					—

*** $p < .001$

重心の一致度と PGC モラールスケールの数値間に、弱い負の相関がみられた($r = -.33$ $p < .001$)。このような重心の一致度と主観的幸福感の相関関係には媒介変数が存在しているものと、考えられたため、偏相関分析を行った。両者の媒介変数としては、「身体的制御機能と心理的な統制感には何らかの関係があり、主観的幸福感に影響を与えているのではないか」という本研究の仮説から LOC を選択した。LOC を制御変数として偏相関分析を行った結果、両者は無相関($r = -1.6$ n.s.)であり、重心の一致度と主観的幸福感の関係は疑似相関であることが示された。このことから重心の一致度は、LOC を媒介して主観的幸福感に影響を与えている可能性が示唆された(Figure 2-5.)。

重心の一致度と BI の得点との間に中程度の負の相関がみられた($r = -.36$ $p < .001$)。つまりバランス感覚の良い高齢者ほど ADL が高い傾向があることが示され、立位での重心の安定は日常生活動作の中で重要な役割を果たしている可能性が示唆された(Figure 2-6.)。

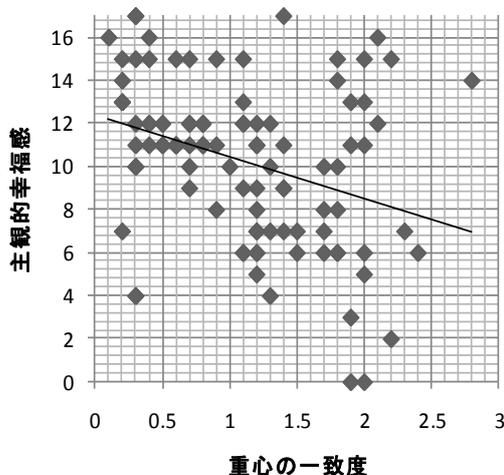


Figure 2-5. 重心の一致度と PGC モラールスケールの散布図

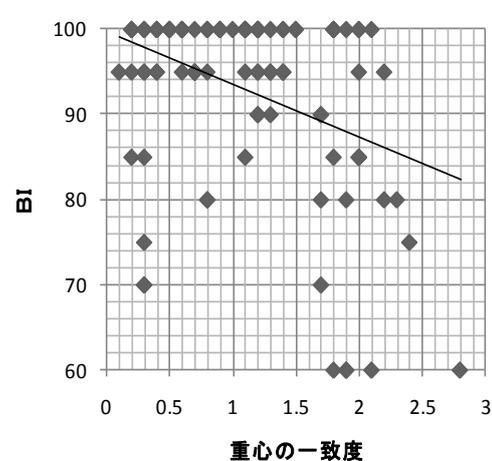


Figure 2-6. 重心の一致度と BI の散布図

重心の一致度と LOC の数値間に、弱い負の相関がみられた($r=-.33$ $p<.001$)。つまり重心が安定している高齢者は、内的統制傾向が高く、逆に重心が不安定な高齢者は、外的統制傾向が高くなることが示された。この結果は、バランス感覚という身体的制御機能と LOC という心理的な統制感の関係性を示す結果であると考えられる(Figure 2-7.)。

重心の一致度と STAI の得点間に、中程度の相関が見られた($r=.35$ $p<.001$)。バランス感覚の良い高齢者ほど状態不安が低い傾向があることが示された。先行研究(斎藤,2002)では、不安喚起場面では状態不安と身体動揺が上昇したことが報告されており、本結果は先行研究を支持するものであると言える(Figure 2-8.)。

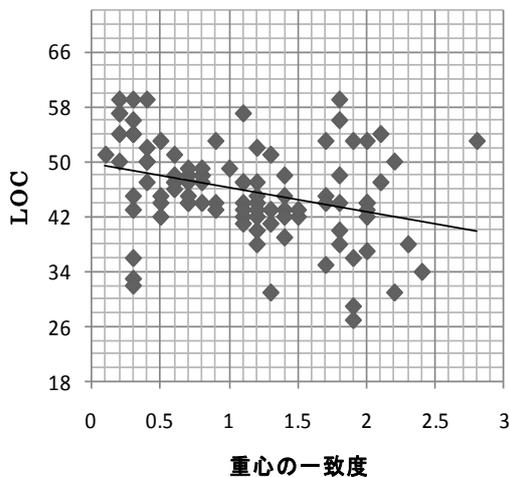


Figure 2-7. 重心の一致度と LOC の散布図

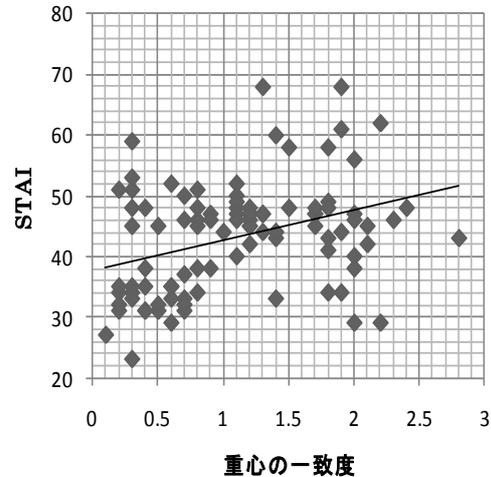


Figure 2-8. 重心の一致度と STAI の散布図

BI と LOC の間には中程度の正の相関が示された($r=.36$ $p<.001$)。つまり、内的統制傾向が高い高齢者ほど ADL が高く、外的統制傾向が高い高齢者ほど ADL が低い傾向があることが示された。Strickland (1977)によると、内的統制傾向の高い高齢者は自らの健康に関しても自分の力で維持、改善できると考えている者が多く、日常的に健康に気を使っていることが多いため結果として心身の健康度が高い傾向があるとされており、今回の調査の結果はその知見を支持するものであると考えられる(Figure 2-9.)。

BI と PGC モラールスケールとの間には中程度の正の相関が示された($r=.35$ $p<.001$)。つまり、ADL の高い高齢者ほど主観的幸福感も高い傾向がある。Menec(2003)によると毎日の活動が活発な高齢者ほど、主観的幸福感が高く、さらに良好な身体機能が保たれ死亡率の減少にも関連しているとされており、本研究においてもこの先行研究と一致した結果が得られたといえる。この両者の相関関係においても、重心の一致度と主観的幸福感との関係性と同様に媒介変数として LOC が働いている可能性が考えられたため、LOC を制御変数として BI と主観的幸福感の偏相関分析を行った。結果として両者は、無相関($r=.15$, n.s.)であり、BI と主観的幸福感は疑似相関であることが示された。このことから BI においても重心の一致度と同様に LOC を媒介して主観的幸福感に影響を与えている可能性が示唆された(Figure 2-10.)。

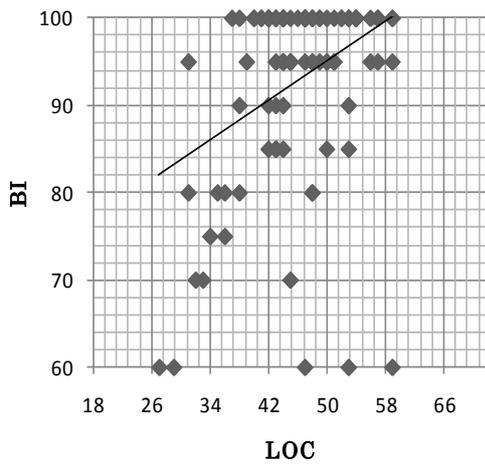


Figure 2-9. LOC と BI の散布図

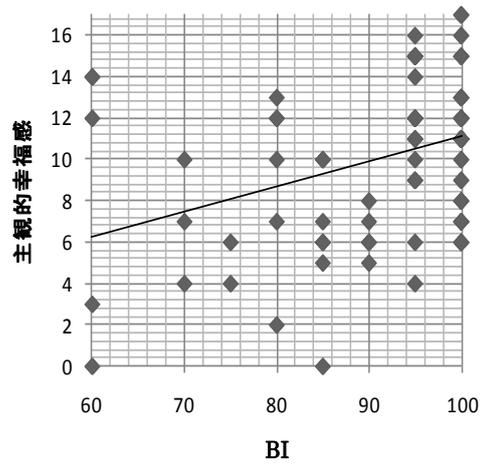


Figure 2-10. BI と PGC モラルスケールの散布図

LOC と PGC モラルスケールの間には強い正の相関が示された($r=.69$ $p<.001$)。つまり、内的統制傾向が高い高齢者は主観的幸福感が高い傾向にあり、逆に外的統制傾向が高い高齢者は主観的幸福感が低いことが明らかになった。重心の一致度や BI そのものが主観的幸福感を説明するものでないことを確かめるために、重心の一致度及び BI の両変数を制御変数として導入して偏相関分析を行ったところ、相関係数に大きな変化は観察されなかった($r=.63$ $p >.001$)。先行研究において主観的幸福感の低下や外的統制傾向は抑うつ感の関連要因として指摘されており(坪井他,2004)、この両者に正の相関が見られたことは、先行研究を支持するものであると考えられる(Figure 2-11.)。

STAI と PGC モラルスケールとの間には強い負の相関が示された($r=-.73$ $p<.001$)。つまり、状態不安の高い高齢者ほど主観的幸福感が低い傾向があることが示された。これは、両尺度の妥当性を示す結果であると考えられる(Figure 2-12.)。

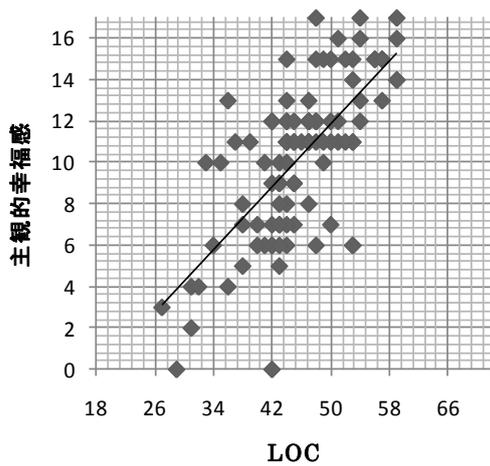


Figure 2-11. LOC と PGC モラルスケールの散布図

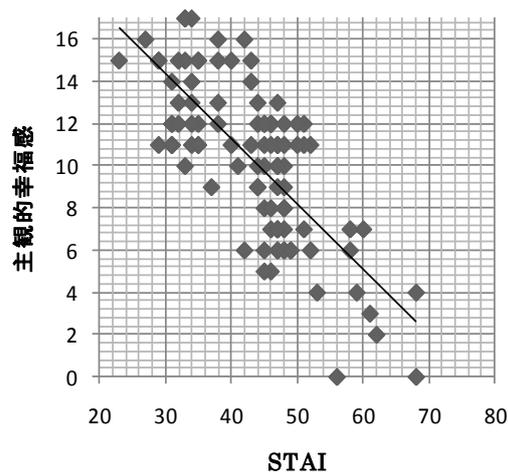


Figure 2-12. STAI と PGC モラルスケールの散布図

BI と STAI の得点間に弱い負の相関がみられた($r=-.28$ $p<.001$)。このような ADL と状態不安との相関関係には媒介変数が存在しているものと考えられたため、偏相関分

析を行って確認を行った。媒介変数としては、これまで見てきたように、高齢者の ADL と関係が深い主観的幸福感や LOC などが考えられた。そこで、主観的幸福感と LOC を制御変数とした BI と STAI の偏相関分析を行ったところ、両者は無相関であることが示された($r=.00$ *n.s.*)。このことから ADL の低いものは同時に主観的幸福感が低く、外的統制傾向が強いため、BI と STAI の間に負の相関関係が検出されたと考えられる (Figure 2-13.)。

LOC と STAI の得点間に強い負の相関が見られた($r=-.62$ $p<.001$)。この結果は外的統制傾向の高齢者ほど状態不安が高い傾向があることを示すものであり、先行研究とも一致する結果であった (Figure 2-14.)。

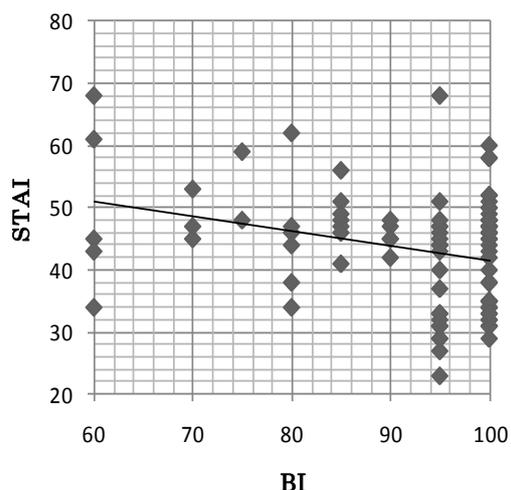


Figure 2-13. BI と LOC の散布図

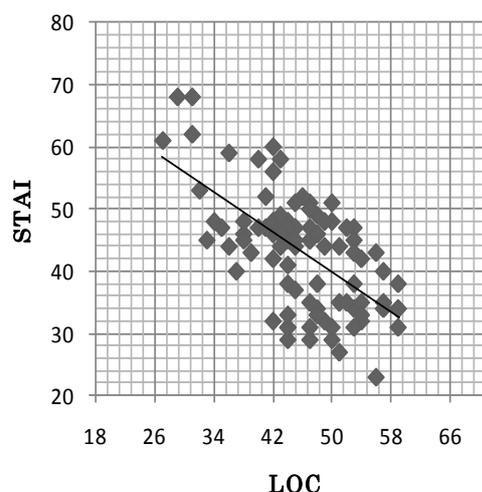


Figure 2-14. LOC と STAI の散布図

以上の相関分析から各尺度間の相関関係が明らかとなり、このうち重心の一致度と主観的幸福感及び、BI と主観的幸福感の間の相関関係は LOC を媒介変数とした疑似相関であることが明らかとなった。このことから、重心の一致度や ADL といった身体的制御機能は、LOC という心理的統制感を媒介として主観的幸福感に影響を与えている可能性が示唆された。そこで、次に重回帰分析を行い、これらの因果関係について検討を行った。

7. 因果関係の検討

まず、重心の一致度、BI、LOC、STAI を独立変数に投入し、ステップワイズ法による重回帰分析を行い、主観的幸福感に与える影響を検討したところ、重心の一致度と BI が除外され、主観的幸福感には、LOC と STAI の 2 つが影響を与えていることが示された (Figure 2-15.)。

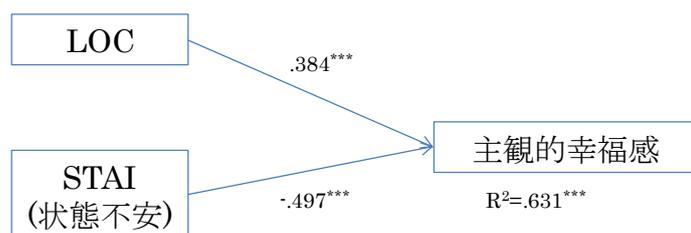


Figure 2-15. 主観的幸福感に対する LOC, STAI の説明率

次に、身体的制御機能が心理的な統制感に影響を与えているのではないか、という仮説から、重心の一致度とBIがLOCに与える影響について重回帰分析を行い検討した。また併せて重心の一致度とBIが状態不安に与える影響についても検討した。結果として、LOCへは重心の一致度及びBIのどちらともが有意な影響を与えており、STAIへは重心の一致度のみが有意な影響を与えていることが明らかとなったが、両者ともに説明できる割合は低いことが示された(Figure 2-16.)。

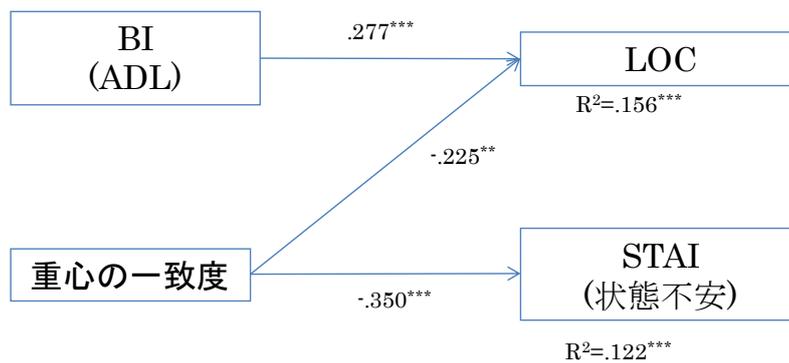


Figure 2-16. LOC、STAIに対するBI、重心一致度の説明率

以上の結果をまとめ相関分析を含めて得られた、身体的制御機能が心理的な統制感を媒介して主観的幸福感に影響を及ぼすことを仮定した仮説モデルを Figure 2-17.に示す。

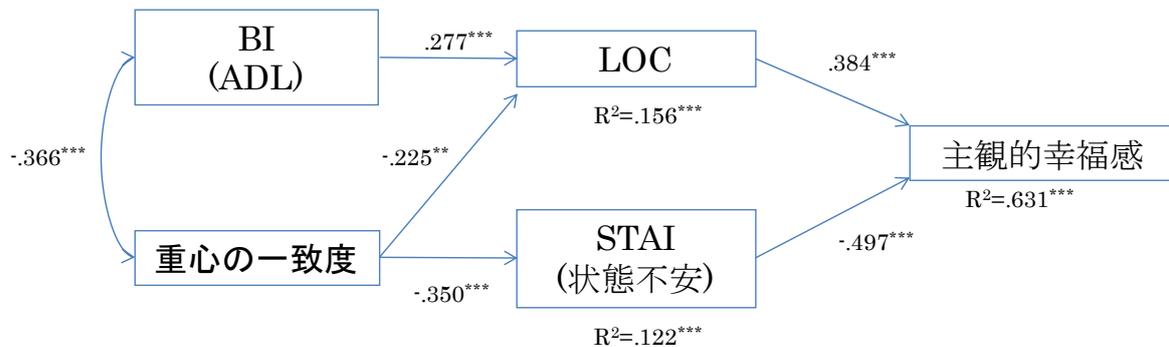


Figure 2-17. 主観的幸福感に対する影響モデル

8. モデルの適合度の検討

次に重回帰分析で得られた仮説的なモデルについて、構造方程式モデリングを行って妥当性を検討した。まず、Figure 2-18.に示した、モデル1の適合度の指標はGFI=.878, AGFI=.543, RMSEA=.307, AIC=63.2, であり、適合度の低い結果となった。

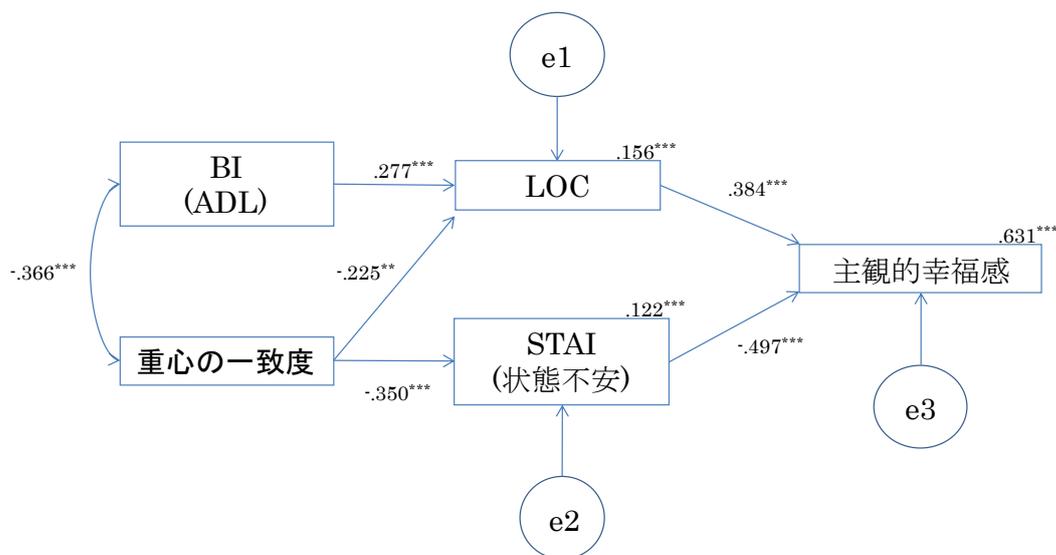


Figure 2-18. モデル 1：誤差間に相関を仮定しないモデル

重回帰分析の結果においても示されたように主観的幸福感の決定係数は.631 であり LOC と STAI が主観的幸福感を説明する変数として比較的大きな意味があること示唆された。しかし、LOC と STAI の決定係数は、それぞれ.156 と.122 であり BI と重心の一致度がそれぞれの変数に与える影響は統計的に有意であるものの、説明できる割合は比較的低い。そこで次に、LOC と STAI に対し、影響を与える第 3 の変数の存在を仮定したモデルを検討することを目的として、LOC と STAI の誤差間に相関関係を仮定するモデルの適合度について検討を行った。モデルを Figure 2-19.に示す。結果として、モデル 2 の適合度の指標は GFI=.981, AGFI=.906, RMSEA=.081, AIC=28.9 であり、誤差間に相関を仮定したモデル 2 の方が主観的幸福感への影響関係のモデルとして適合度が高いことが示された。

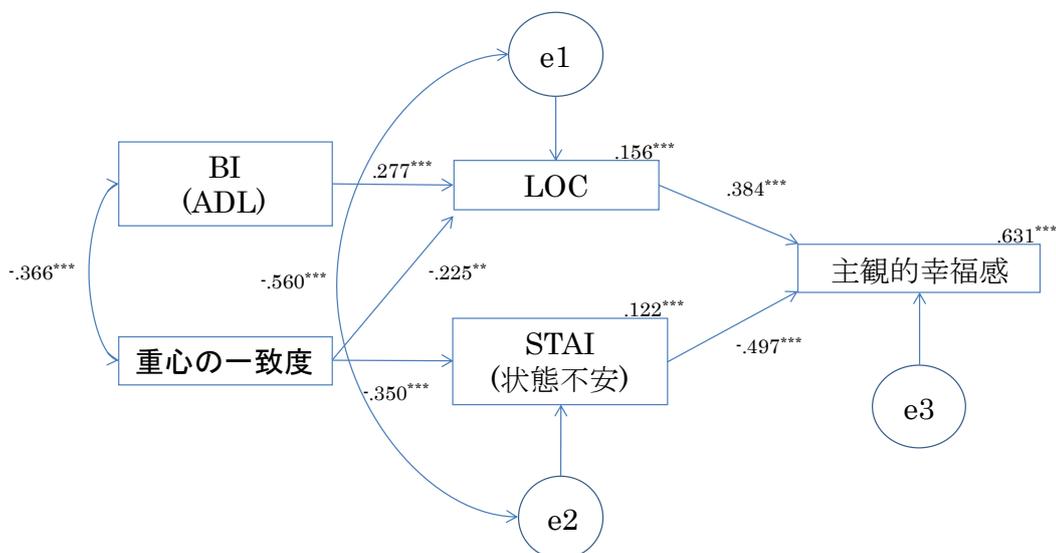


Figure 2-19. モデル 2：誤差間に相関を仮定するモデル

第5節 総合考察

本研究では、臨床動作法の効果要因を検討することを目的として、量的研究から高齢者の心理的適応と、立位バランスやADLといった身体的制御機能及び心理的な自己統制感との関係性を検証した。立位バランスの指標である重心の一致度を基準として、高齢者を重心が安定している重心一致群と重心が不安定な重心不一致群に群分けを行い、群間でADL、LOC、状態不安、主観的幸福感の平均値の差を比較したところ、全ての尺度間で有意な差が検出された。これらは、高齢者の立位バランスが心理的、身体的に重要な要因となっている可能性を示唆するものであり、心理的問題が身体的衰えを前景として生じるという高齢者の特徴を捉えたものであると言える。

しかし、次の相関分析・偏相関分析、重回帰分析からは、高齢者の主観的幸福感に対して、直接的な影響を及ぼすのはLOCや状態不安であることが示され、立位バランスやADLと主観的幸福感との相関関係は疑似相関である可能性が示された。さらに重回帰分析や、それに続く構造方程式モデリングからは、立位バランスやADLといった身体的制御機能はLOCや状態不安、主観的幸福感といった心理的要因を説明する割合が低いという結果が得られ、上述の結果が示すように高齢者の心理的適応には身体的衰えが大きな影響を及ぼすものと推測されがちであるが、真に重要であるのは、心理的な自己統制感であり、状態不安である可能性が示唆された。前者の心理的な自己統制感の重要性は、高齢者の心理的適応に対して重大な影響を及ぼすのは身体的衰えそのものではなく、それに対する態度、捉え方、体験様式であることを示唆するものであり、後者の状態不安の重要性は、長田(2005)が指摘する高齢者動作法におけるリラクゼーション体験の重要性を裏付ける結果であると捉えられる。

以上、本研究は「身体的制御機能が心理的自己統制感を媒介して高齢者の心理的適応に影響を及ぼす」という仮説を設定して検証を行ってきたが、本仮説を設定した際には、身体的制御機能要因が心理的自己統制感や状態不安をより大きな割合で説明できることを見込んでいた。この点を考慮すると、本仮説モデルは適合度が一定の水準に達していたという点では半ば立証されたものの、身体的制御要因の説明率の低さ及び、より大きな他の影響因が示唆されたという点で、半ば棄却されたと捉えられる。

臨床動作法の観点から以上の結果を考察すると、臨床動作法が高齢者の心理的適応を向上させるものであるならば、身体的制御機能のみの改善からでは効果の説明量が不十分であり、何らかの別の効果要因が臨床動作法の体験過程において心理的な統制感や状態不安といった心理的要因へ影響を及ぼしているものと推察される。次章では、このような心理的自己統制感や状態不安に直接的な影響を及ぼす、臨床動作法の効果要因を検証するべく、高齢者に対して実際に臨床動作法を施行し、身体的・心理的变化を観察した研究を示す。

第3章 臨床動作法による内的統制傾向の強化が

高齢者の心理的適応に与える影響

第1節 本研究における問題と目的

第2章において示した研究(足立, 2011a)からは、高齢者の主観的幸福感に対し内的統制傾向や状態不安が重要な要因となること、立位バランスやADLといった要因は高齢者の内的統制傾向の強化や状態不安低減の一因となるため、間接的に主観的幸福感に影響を与えるが、その割合は比較的小さなものである可能性が示唆された。このモデルに従って考えると、高齢者動作法において立位を扱うことで、心理的適応の変化が観察されるならば、それは直接的に扱うのは高齢者の立ち方や姿勢でありながら、そのプロセスの中で高齢者の内的統制感や状態不安に訴えるアプローチを行っているからであると考えられる。

そこで本研究では、実際に高齢者に対して臨床動作法を実践し、立位課題によって内的統制傾向や状態不安にアプローチできる可能性と、それらを促進する臨床動作法、取り分け立位課題の効果要因について検討することを目的とし、研究を行った。

第2節 研究仮説

成瀬(1993)は、高齢者臨床における動作法の心理学的意義について「自分の努力で自体を動かすという動作活動はまさに自分の生きる実感確かめる重要な自己確認活動となる」と述べており、能動的動作体験の重要性を指摘している。他にも「自分のからだに直面して、自体の感じに注意を向け、それを自己操作し、重力と大地という客観的環境に自体を適切に位置づける体験と、他者という社会的環境へ働きかける自己の能動的活動体験」(大神,1992)、や「からだとともにあって、安定し能動的有効的に活動する自己の存在をより確かなものにする自体感の確実化の体験」(鶴, 1991)といったように、能動的動作体験の重要性は臨床動作法の効果要因として広く認められており、この点に異論はないものと考えられる。しかし、このような能動的動作体験がどのようなプロセスを経て、心理的適応をもたらすのかについて詳細に検討を行った研究はこれまでになく、検討の余地があるものと考えられる。そこで、本研究では、高齢者動作法の効果要因として、動作課題に伴う能動的動作体験を想定し、足立(2011a)の知見から、このような体験が高齢者の内的統制傾向及び状態不安を経て主観的幸福感に影響を及ぼすという仮説を立てて検証を行った。

第3節 方法

1. 対象及び群分け

高齢者福祉施設(有料老人ホーム)に入所している高齢者 100名のうち、Mini-Mental State Examination(以下、MMSE)の得点がカットオフポイントである24点以上であり、医師から認知症の疑いがなく、実験課題に参加しても健康上の不安がないと推薦を受けた者18名を対象とし、ランダムに以下の3群に分類した。被験者のプロフィール

ルを Table 3-1.に示す。尚、被験者全員及び、施設に対し、本研究の主旨、研究方法について十分な説明を行い、研究を行う上での同意を得た。

【動作法群 (N=6)】

約 2 か月にわたり、週 1 度 30 分程度の臨床動作法を行う群。動作課題について、本研究における中心課題となる立位課題については 4 項で詳述し、他の課題については、動作法群参加者 1 名の例をあげて結果に記述した。

【ラジオ体操群 (N=6)】

土日を除いた平日、10 分程度のラジオ体操に参加し、身体を動かす時間を設けた群。

【単純測定群 (N=6)】

身体を動かす機会を設けず、他の群と同様に測定のみを行い、測定の練習効果を観察することを目的に設定した群。

単純測定群のみでなく、ラジオ体操群を対照群として設定した理由としては、内的統制傾向に影響を与える効果要因として、臨床動作法が志向する能動的体験の意義を検討するためである。つまり、ラジオ体操群は、同様に身体を動かす課題であっても動作に対する能動的関与度の差によって測定項目に差が見られるか比較検討するために設定した群である。

Table 3-1. 各群における参加者のプロフィール

	動作法群	ラジオ体操群	単純測定群
年齢(歳)	74.0± 5.2	73.3 ± 5.1	73.3 ± 5.3
身長(cm)	152.2 ± 6.4	153.4 ± 6.2	154.8 ± 6.1
体重(kg)	51.7 ± 8.4	52.3 ± 9.0	52.9 ± 8.1
男：女	2：4	2：4	1：5
MMSE(点)	26.3± 2.1	26.7 ± 2.0	26.6±2.0
平均 ± 標準偏差			

2. 尺度構成

立位バランスの指標としては、立位バランス測定装置 Foot Look(D-works 社製)を、身体的自己統制機能の測定には Barthel Index ; BI (Mahoney & Barthel, 1965)を、心理的自己統制感の指標として鎌原他(1982)の LOC 尺度を、状態不安の指標として水口他(1991)の STAI-S を、心理的適応の指標として、Lawton (1975)の PGC モラールスケール (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)をそれぞれ用いた。これらは全て第 2 章の研究で使用したものと同様であるため、ここでの詳述は割愛する。

3. 研究手続き

各群においてベースライン時と介入終了時に BI については観察法にて、PGC モラールスケール、LOC、STAI については面接法にて測定を行った。立位バランスの測定については、各群週に 1 回行い、動作法群では介入開始前と開始後に計 2 度、ラジオ体操群では介入開始前と開始後に計 2 度、単純測定群では 30 分の時間を空けて計 2 度測

定を行った。また、介入終了後の持続効果を検討するため、各群介入終了時から 3 ヶ月後、6 ヶ月後にベースライン時及び介入終了時と同様の測定を行った。

4. 動作法群における立位課題の手続き

本研究における立位課題は、『痴呆性高齢者の動作法』(中島, 2001)における立位踏みしめ動作課題の手続きに基づいて行った。尚、臨床動作法の実践者は、心理リハビリテーショントレーナー資格保有者であり、障がい児・者動作法及び高齢者施設での臨床動作法の実践経験をそれぞれ週 1 度 2 時間程度 3 年間有する者である。さらに本研究の実施は、臨床動作士兼心理リハビリテーションスーパーヴァイザー資格保有者の実施場面でのスーパーヴィジョンを受けながら行われた。具体的な手続きは以下の通りである。

まず、被験者には、拳一つぐらいの隙間をあけて両足を並行に揃え、膝・股関節を伸ばして腰を立て背中と肩および首をまっすぐにして立ってもらうよう援助した。この際、この姿勢を容易にとることができない被験者には、まず、このようにして立つことを課題として立位姿勢の改善を目標に、座位等で特定部位の動作改善に取り組んだ。

援助者は斜め横から被験者の腰骨に軽く手を当て、「からだをゆっくりと前に動かしてみましよう」と声をかけ、被験者のからだを支えながら、少しだけからだ前傾するように力を加えた。この際、上半身を前屈させてバランスをとる被験者が多かったが、そのような場合は片手を肩に当てて「からだをまっすぐのまま動かしてみましよう」と指示し、からだ一本軸を作ったまま軽く前傾動作を行えるよう援助した。つま先が白くなり踵が浮きそうになった被験者には、その位置で「支えているので足の指を浮かせて力を抜いてください。足の指先ではなく指の付け根で地面を踏むようにします」と声をかけた。からだにまっすぐな力が入り、援助者に手応えが感じられた時には、「今の感じですよ！」と声をかけた。次に正面方向と同じ要領で右前方、左前方と踏み締め課題を行った。この斜め前方の踏みしめの際は、足の中指から小指にかけての指の付け根の辺りで踏みしめられるよう援助した。続いて、左右の踏み変え動作を行った。援助者は、被験者の腰を軽く保持し腰を真横に動かすように指示した。腰を動かした方の足の内側が浮いてきた場合には「内側にぐっと踏みつけて、足の裏全体を床につけるようにしてください」と声をかけ、被験者が足裏全体を地面につけ、足裏だけでなくからだ全体が一本になって踏みしめる感じを味わえるよう留意した。各方向への踏みしめ動作が終了し開始位置まで戻った段階で終了とした。

5. 分析方法

動作法群とラジオ体操群、単純測定群における重心一致度、BI、PGC モラールスケール、LOC、STAI それぞれの尺度のベースライン時と全セッション終了時及び 3 ヶ月後、6 ヶ月後の結果について被験者間×被験者内(混合計画)の二要因分散分析を行って検討した。また動作法群参加者 1 名の臨床動作法実施過程に伴う重心一致度と接地面積率の変化の具体例を示し検討を行った。尚、統計処理には、統計解析ソフトウェア SPSS17.0J(エス・ピー・エス・エス社製)を使用した。

第4節 結果

1. 分散分析

分散分析の結果、「重心一致度」「BI」「PGC モラールスケール」「LOC」「STAI」について、有意な交互作用がみられた。結果を Table 3-2. 及び Figure 3-1. から Figure 3-5. に示す。続けて、各群における測定時期の単純主効果、及び測定時期における群の単純主効果が有意であった部分について多重比較を行った。結果を Table 3-3. 及び Table 3-4. に示す。

Table 3-2. 分散分析の結果

	ベースライン			全セッション終了後			3ヶ月後			6ヶ月後			主効果		交互作用
	動作法	ラジオ	単純測定	動作法	ラジオ	単純測定	動作法	ラジオ	単純測定	動作法	ラジオ	単純測定	時期	群	
重心	1.53 (1.44)	1.30 (.66)	1.57 (.92)	.43 (.52)	1.00 (.53)	1.48 (.74)	.48 (.52)	1.28 (.64)	1.57 (.90)	.85 (.71)	1.32 (.66)	1.65 (.90)	5.93***	1.53	3.24**
BI	87.5 (9.4)	90.0 (7.8)	91.7 (6.1)	98.3 (4.1)	90.0 (5.5)	89.2 (8.0)	95.8 (3.8)	90.0 (5.5)	89.2 (8.0)	93.3 (5.2)	87.5 (6.9)	85.8 (8.0)	8.45***	1.04	10.25***
PGC	9.3 (5.4)	9.7 (2.9)	9.5 (3.6)	12.7 (3.3)	9.8 (2.9)	8.2 (3.4)	12.8 (3.1)	9.8 (2.9)	8.5 (2.9)	13.0 (2.8)	9.8 (2.9)	8.3 (3.1)	4.26**	1.56	11.77***
LOC	45.5 (6.4)	43.3 (6.2)	44.50 (8.4)	53.0 (4.2)	43.8 (6.0)	42.7 (8.2)	52.7 (3.9)	42.7 (6.3)	42.7 (8.3)	53.2 (4.2)	43.8 (7.3)	42.8 (7.7)	8.79***	2.89*	17.62***
STAI	44.0 (14.0)	46.0 (14.0)	43.7 (9.22)	34.8 (8.5)	46.0 (13.8)	47.7 (9.7)	35.3 (9.1)	46.5 (13.6)	46.2 (8.5)	35.8 (9.8)	45.5 (14.2)	46.0 (8.3)	3.55**	1.14	12.03***

上段:平均値, 下段:標準偏差

* $p < .10$, ** $p < .05$, *** $p < .01$

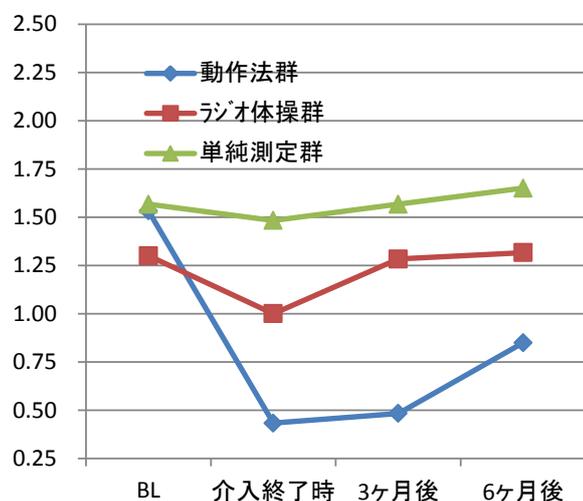


Figure 3-1. 重心一致度の推移

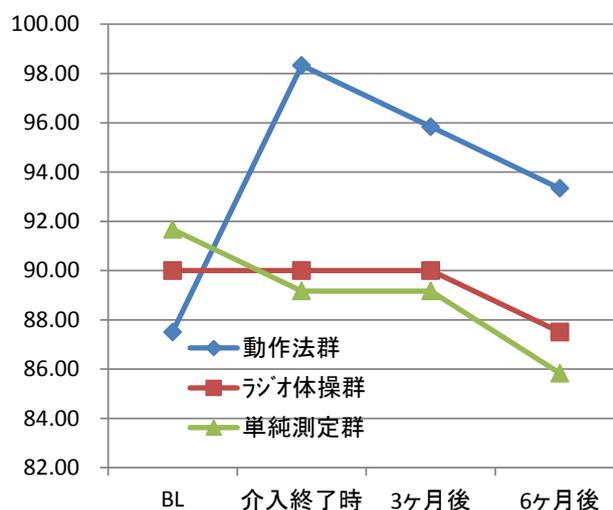


Figure 3-2. BIの推移

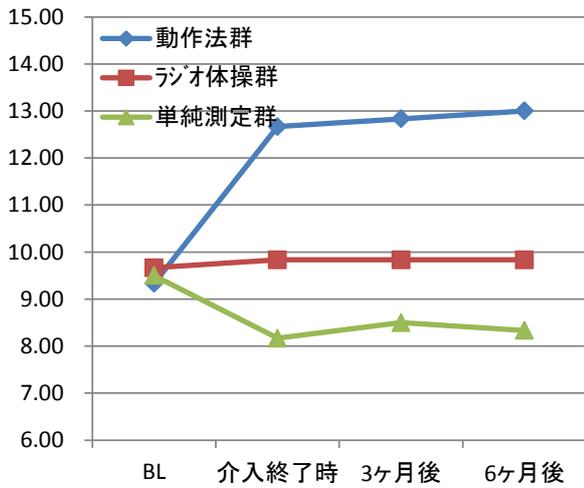


Figure 3-3. PGC モラルスケールの推移

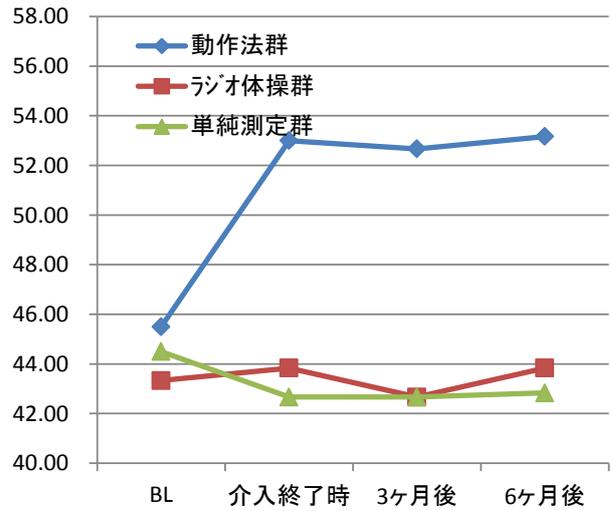


Figure 3-4. LOC の推移

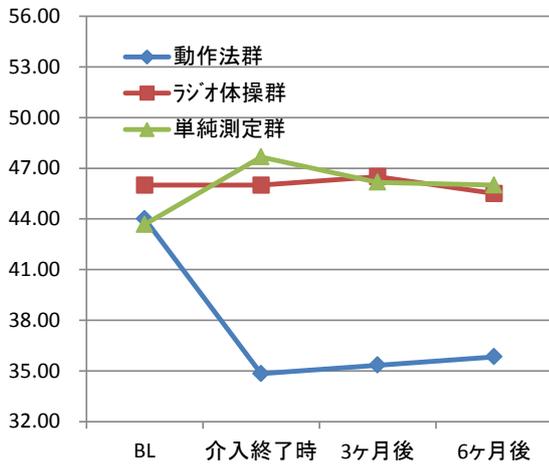


Figure 3-5. STAI の推移

Table 3-3. 各群における時期間の多重比較

	重心一致度 (Sig of F)			BI (Sig of F)			PGCモラルスケール(Sig of F)		
	動作法	ラジオ	単純測定	動作法	ラジオ	単純測定	動作法	ラジオ	単純測定
BL-介入終了時	B > 介 (.001)	.360	.797	介 > B (.001)	1.00	.161	介 > B (.001)	.800	B > 介 (.10)
BL-3ヶ月後	B > 3 (.001)	.957	.100	3 > B (.001)	1.00	.170	3 > B (.001)	.816	.175
BL-6ヶ月後	B > 6 (.001)	.940	.707	6 > B (.01)	.138	B > 6 (.01)	6 > B (.001)	.813	.113
介入終了時-3ヶ月後	.500	3 > 介 (.01)	.268	.500	1.00	1.00	.300	1.00	3 > 介 (.05)
介入終了時-6ヶ月後	6 > 介 (.01)	6 > 介 (.05)	.209	介 > 6 (.01)	介 > 6 (.05)	介 > 6 (.05)	.240	1.00	.240
3ヶ月後-6ヶ月後	6 > 3 (.01)	.769	.466	3 > 6 (.01)	3 > 6 (.10)	3 > 6 (.05)	1.00	1.00	.104
	LOC (Sig of F)			STAI (Sig of F)					
	動作法	ラジオ	単純測定	動作法	ラジオ	単純測定			
BL-介入終了時	介 > B (.001)	.651	.112	B > 介 (.001)	1.00	介 > B (.05)			
BL-3ヶ月後	3 > B (.001)	.543	3 > B (.10)	B > 介 (.001)	.753	.129			
BL-6ヶ月後	6 > B (.001)	.658	.153	B > 介 (.001)	.745	.144			
介入終了時-3ヶ月後	.337	介 > 3 (.01)	1.00	3 > 介 (.01)	.287	介 > 3 (.01)			
介入終了時-6ヶ月後	.768	1.00	.768	.851	.325	.110			
3ヶ月後-6ヶ月後	.176	6 > 3 (.05)	.643	.575	.269	.851			

Table 3-4. 各時期における群間の多重比較

	重心一致度(Sig of F)				BI(Sig of F)			
	BL	介入終了時	3ヶ月後	6ヶ月後	BL	介入終了時	3ヶ月後	6ヶ月後
動作法-ラジオ	1.00	.378	.205	.922	1.00	動>ラ(.10)	.340	.472
動作法-単純測定	1.00	単>動(.05)	単>動(.10)	.270	1.00	動>単(.10)	.222	.225
ラジオ-単純測定	1.00	.561	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

	PGCモラルスケール(Sig of F)				LOC(Sig of F)			
	BL	介入終了時	3ヶ月後	6ヶ月後	BL	介入終了時	3ヶ月後	6ヶ月後
動作法-ラジオ	1.00	.436	.291	.318	1.00	動>ラ(.10)	動>ラ(.05)	動>ラ(.10)
動作法-単純測定	1.00	動>単(.10)	動>単(.10)	動>単(.10)	1.00	動>単(.05)	動>単(.05)	動>単(.05)
ラジオ-単純測定	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

	STAI(Sig of F)			
	BL	介入終了時	3ヶ月後	6ヶ月後
動作法-ラジオ	1.00	.290	.269	.452
動作法-単純測定	1.00	.179	.297	.396
ラジオ-単純測定	1.00	1.00	1.00	1.00

2. 動作法群参加者 A における重心一致度及び接地面積比率の変化

A の重心一致度, 及び足裏の接地面積比率(足裏の総面積のうち接地している面積の割合)の変化を Figure 3-6. から Figure 3-8. に示す。重心一致度の変化の縦軸は, 理想的な重心位置から実際の重心位置までの距離(cm), 接地面積比率の変化の縦軸は接地面積比率(%), 両図とも横軸は同様にセッション数を示している。セッションを重ねていくと, 立位バランスが改善されていく様子が見られる。また接地面積比率も右足と左足との数値の差が減少し, 両足にバランス良く重心を振り分けられるようになっていく。さらに毎回セッション前後では, 重心一致度と接地面積比率が変化しており, 臨床動作法が参加者の立位バランスの改善に効果的に働いていることがわかる。尚、図中には紙面の都合上ベースラインを BL, セッションを S と略記した。

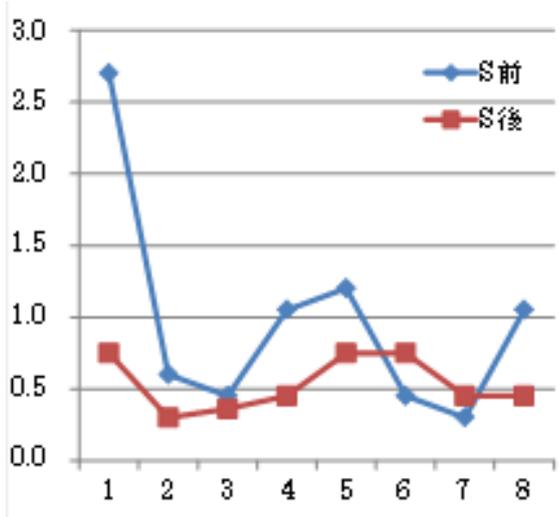


Figure 3-6. 動作法前後における重心一致度の推移

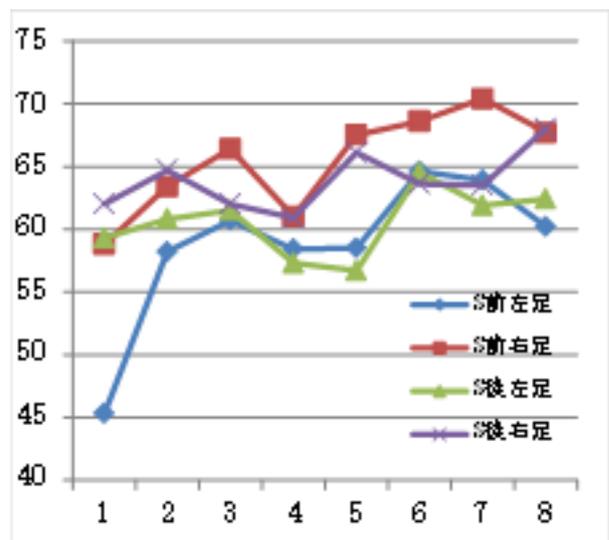
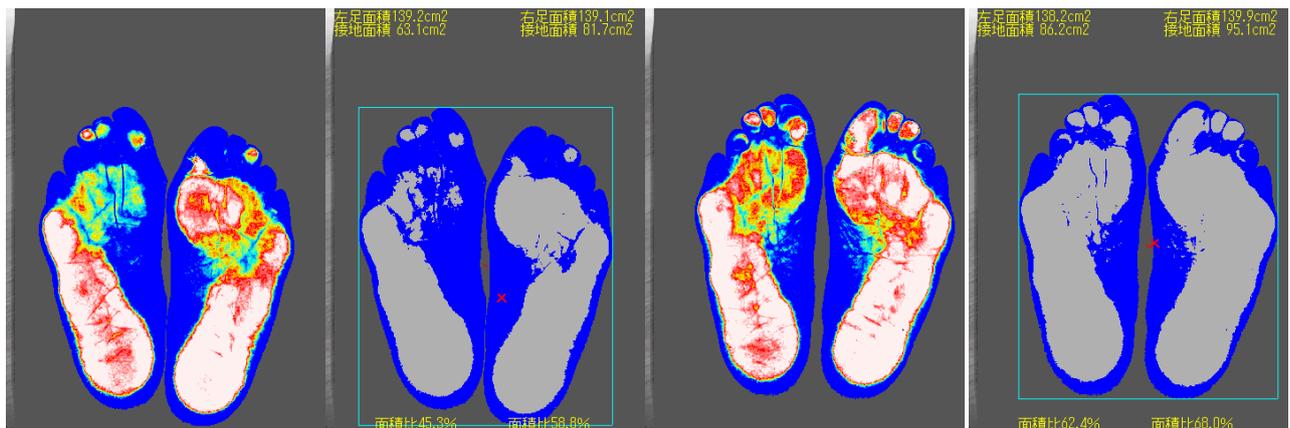


Figure 3-7. 動作法前後での接地面積比率の推移



BL: 圧力分布

BL: 接地面積率重心位置

介入終了時 圧力分布

介入終了時: 接地面積率重心位置

Figure 3-8. 介入前後における足裏画像の変化

Aの立位姿勢は初回時、大きく右重心であり、両肩をやや内側にすぼめ、顎を前に出し背中を丸めた状態が自然な立ち方であった。また椅子に座ると腰が後傾し、自ら腰を立てることは難しい様子であった。さらに両肩甲骨周りの慢性緊張が強く、自身でも肩こりがひどいと訴えていた。自体軸を感じつつ、立位バランスの操作や踏みしめ動作を行い、自体に対する統制感覚を体験するためには、肩周り、上体のリラクゼーション及び腰の動作課題を並行して行っていく必要があると考え、立位での踏みしめ課題に加え、椅子座位での肩の上下動課題、肩の開き課題、背反らし弛め課題、腰周りの動作課題を行った。

動作法セッション前後での立位バランス及び踏みしめ感の変化を確認するために、セッション開始時に足裏の感じを尋ねると、「特に何も感じない」と応える。腰を援助しながら前後に重心移動を試みるが、重心を前方に移動させる際、Aは上半身だけを倒そうとし、腰を動かして重心を操作するということが難しい様子であった。踏み締めるとということについても指の付け根に力をいれることも難しく、援助者に足裏に力が届く感じが伝わってこず、また、Aにも踏み締めるという感覚が実感できていない様子であった。

立位での踏みしめ感を確認した後、前述の動作課題を行った。また椅子座位での腰の前後動及び左右への重心移動については、最初やや他動気味の援助が必要であったが、「こういうことね」と言いながら徐々に積極的に動かすことができた。後傾していた腰が直の姿勢に近づき軸が出来始めると「しゃんとした気持ちになる」「目がよく見えるようになった」等、意識水準の変化と受け取れるような発言がされた。肩の上下動課題においては肘にも入力があったが、本人は全く気にしていない様子であった。「肘に入っている力を弛めることができますか?」と言葉をかけると、はじめは戸惑いながらも積極的に弛めることができる。肩を下ろした後に今の感じを尋ねると、「肩の重みを感じる」「当たり前のこと(動作)だけど、改めて肩を動かすと自分の想像していたのと違ってことに気付きます」と話され、もっと動かせると感じていたイメージと実際の肩の在り方の違いについて気づきが語られた。上述の動作課題後に再度、立位

での踏みしめ課題を行うと「さっきと違う感じがする」「腰から動かすってこういうこと」という発言があり、援助者にも A の踏みしめる力が伝わってくる。これは、腰の動作課題により腰周りの緊張が弛み、腰を使った重心移動が可能になったことによるものと考えられる。また、踏みしめ課題は Foot Look の足裏画像から特に左足前方内側への入力に難しい様子が示されていたため、そのことを意識しつつ行った。図 8 から初回のセッション前後において大きく右寄りであった重心が左足でも踏み締められるようになっていくことが分かる。またその効果は、#2 での開始時にも持続しており 1 回のセッションであっても効果的な働きかけができる可能性が示された。

セッションを重ねるにつれて、A の姿勢特徴に変化が見られ、両肩を内側にすぼめて立っている様子が #5 以降では見られなくなり、両肩が開かれた姿勢が自然な姿勢として体験されているようであった。時期を同じくして、本人から「肩こりが気にならなくなった」という発言があり、また施設職員から、入眠困難や中途覚醒の訴えが少なくなり、生活リズムの改善、他者との関わりの増加や、施設内の活動に積極的に参加する様子が見られるようになったことが報告された。さらに介入終了時には、BI のうち部分介助が必要であった階段昇降やトイレ動作に改善が見られた。

介入終了時に、約 2 ヶ月の動作法体験について尋ねると、「最近、当たり前前にできていたことができなくなってきて、自分のからだは自分のものではなくなっていくような怖さや情けなさがあった。(中略) 思い通りにからだを動かさなくて、段々誰かにやってもらえることが多くなってきて、それならそれで楽だからいいと思っていたんだけど、次第に自分が端の方に追いやられていく感じがしてきて。でもこうしてからだを動かして、自分で取り組むうちに、ちょっとでも自分でできることが嬉しく感じられて、できなくなることもばっかりだと思って前の気持ちが気にならなくなって(中略)。今は自分にできることをするのが楽しい」と応えられた。

第 5 節 考察

1. 結果の要約及び群間比較から

本研究では動作法群においてのみ、介入終了時、立位バランスの改善に伴い、ADL の改善、内的統制傾向の強化、状態不安の低減、主観的幸福感の上昇が観察された。また、全項目において、6 ヶ月後においてもベースラインの水準と比較して有意な改善が維持されていた。さらに 6 ヶ月後において重心一致度や BI といった身体項目と状態不安は介入終了時の水準が維持されていなかったものの、主観的幸福感及び内的統制傾向は、6 ヶ月後においても介入終了時の水準が維持されていた。

ラジオ体操群では、介入終了時において立位バランスに若干の改善が見られたが有意なものではなく、その他の項目にも有意な変化は見られなかった。3 ヶ月後において、ラジオ体操群では介入終了時に比べ、立位バランスの悪化が見られたが、ベースラインと 3 ヶ月後を比較すると有意な差はなく、ラジオ体操の改善効果は 3 ヶ月後には持続しておらず元の水準に戻ったものと考えられる。その他の項目についても、3 ヶ月後から 6 ヶ月後にかけてのプロセスについては、単純測定群とラジオ体操と似たプロセスを辿っており、ラジオ体操の効果介入終了から 3 ヶ月後以降は消失したことを意味していると考えられる。

単純測定群では、ADL についてベースラインから介入終了時において有意ではないものの若干の低下が見られるとともに、主観的幸福感や LOC の内的統制傾向の低下、状態不安の増加が見られた。また、3 ヶ月後において介入終了時に比べ、主観的幸福感と状態不安に有意な改善がみられたが、ベースラインと介入から 3 ヶ月後には差がなく、介入終了時の低下がベースラインの水準に戻ったものと考えられる。これらは介入のない状態であっても、高齢者の心理状態には比較的大きな揺れが生じていることを示すものであると捉えられる。さらに、6 ヶ月後において ADL は、介入終了からベースラインや介入終了時に比べ有意な低下を示し、自然経過によって徐々に衰退していく様子が示された。

また、群間比較において介入終了時、動作法群では単純測定群と比較して状態不安以外の全ての項目間で有意差及び有意傾向が見られた。さらにラジオ体操群と比較して BI 及び LOC の差に有意傾向が見られた。さらに 3 ヶ月後、6 ヶ月後において、重心一致度や BI といった身体的項目についての群間差は消失したが、主観的幸福感や LOC における内的統制傾向の群間差は維持されることが示された。

以上、本研究からは動作法群にのみ身体的・心理的变化が観察された。さらに LOC や主観的幸福感への影響は 6 ヶ月後においても維持されることが示され、高齢者に対する臨床動作法の施行は高齢者の心身に、持続的に良好な影響を及ぼすことが示されたといえる。ラジオ体操については、介入終了時において各項目に影響を与えていないように見えるが、各時期における群間の多重比較において、動作法群と単純測定群の間には有意な差がみられたものの、動作法群とラジオ体操群との間に有意差がみられたものが、介入終了時の BI と全ての測定時期における LOC のみであったことや、単純測定群では、ベースライン時に比べ、介入終了時において、主観的幸福感が有意に低下し、状態不安が有意に上昇していたことを考慮すると、ラジオ体操には立位バランスや心理的適応に対し、著しい改善効果はないものの、それらの維持には一定の効果がある可能性があるだろう。この結果は、継続的なラジオ体操の実施が高齢者の心身に与える影響に関する先行研究の結果を支持するものである(武藤ら, 2010)。

2. 高齢者の心理的適応に対して効果の差をもたらした要因について

2-1. 効果要因の考察 I -身体的制御機能の改善-

今回の結果からは、各測定項目に対し有意な影響を与えたのは臨床動作法のみであり、同様に身体を動かすアプローチを行ったラジオ体操群では、立位バランスに若干の改善がみられたものの、他の測定項目を含め有意な変化は観察されなかった。このような結果となった要因の一つとして考えられるのは、身体的効果度合いの差である。ラジオ体操群に比べ動作法群の方が立位バランスの改善度合いが高かったため、動作法群では、主観的幸福感に有意な影響が表れ、ラジオ体操群ではそれが表れなかったことが考えられる。動作法群では、立位バランスの改善とともに ADL も有意に向上し、機能改善が日常生活でも実感できるレベルであったものと考えられる。一方、ラジオ体操群では立位バランスに若干の改善はみられたものの ADL の改善は見られず、このような差が主観的幸福感に与える影響を左右した可能性が考えられる。しかし、足立(2011a)において、は立位バランスや ADL といった要因は、LOC や主観的幸福感を説

明する割合が比較的小さいものであることが示唆されており、また、立位バランスやADLといった身体機能の改善そのものが、LOCや主観的幸福感に影響を与えたと考えられる場合、動作法群では介入終了から6ヶ月経過し、立位バランスやADLに介入終了時から機能低下が見られても、LOCや主観的幸福感が維持されていたことを説明することができず、LOCや主観的幸福感に影響を与えた別の要因を考慮する必要があると考えられる。

2-2. 効果要因の考察Ⅱ -動作に対する能動的関与-

そこでより重要な要因として考えられるのが、動作法とラジオ体操における動作に対する能動的関与度の差である。身体運動という物理的運動のみを動作と捉えるのではなく、『意図-努力-身体運動』という一連の心理的プロセスを動作と捉える臨床動作法では、1つ1つの動作に被援助者毎の個別の課題が設定され、被援助者にはそれを乗り越えるために自己のモニタリングを含む主体の能動的関与が要求される。さらにその体験は被援助者における能動的体験を重要視する援助者の「そう！そう！」といった言葉かけによってより一層明確化されるものと考えられる。また、タテ系課題、中でも立位課題は、成瀬(1992)や中島(2001)が指摘しているように、外界対応を要求するものであり、主体の能動的関与を促進し易い課題であるといえる。一方、ラジオ体操における“動作”も自らの意思で身体を動かしているため、能動的な“動作”には違いないが、音楽に合わせ毎回同じ動きを繰り返すという性質上、動作法のような個別に課題性のある動作が要求される場面は少なく、また明確な動作努力が要求される場面も少ないものと考えられる。このことから相対的に主体の能動的関与度は低く、受動的体験となり易いものと考えられる。身体的・心理的な喪失が日常的なものとなり、受動的体験の占める割合の増加、自体感の希薄化が進行しつつある高齢者にとって、このような主体の能動的関与、自己コントロールの体験といった要因が内的統制傾向を賦活し、主観的幸福感を向上させるものと推察される。

3. 心理的適応の持続要因について

3-1. 持続要因の考察Ⅰ -LOCの側面から-

LOCと行動的・心理的特性については様々な研究がなされており、例えば、Strickland(1977)は、内的統制者は自分自身の健康に対して自分で責任を取る傾向が強いため、健康的な行動(禁煙、栄養面でバランスのとれた食生活など)をとり、また事故に遭わないように慎重に行動する傾向が強いこと、さらに自らの健康を自らでコントロールしているのだという信念が強いためストレスのレベルが低く、ストレス要因の疾病に悩む可能性が低いことを示している。また、近年では外的統制傾向とうつ病との関係性も指摘されている(Yang & Clum, 2000)。このような内的統制行動の形成・維持プロセスは社会的学習理論の観点から説明されており(Rotter, 1966)、内的統制傾向は、心理的・身体的健康を維持し、またその肯定的な体験が内的統制傾向自体をも維持するという正の循環を生むものと考えられる。

3-2. 持続要因の考察Ⅱ -不安と注意バイアスの側面から-

不安障害に対する認知行動モデルでは、不安障害の発症と維持に『注意バイアス』が重要な役割を持つとされている(Beck & Clark, 1988; Mathews & Macleod, 1994)。注意バイアスとは、その個人にとって脅威となる情報に対して選択的に注意が向けられる傾向を指し、高不安状態では注意バイアスが強くみられるために脅威情報の入力が増加し、不安が喚起され易くなると仮定されている。これらは外的な情報に限定されるものではなく、例えば、僅かな心拍数の増加、発汗といった自律神経系の反応であっても、当人の破局的認知によって脅威情報と識別されれば、注意バイアスの影響によりその情報についての入力が増加し、さらなる不安の増加という悪循環をもたらす。このようなプロセスはパニック発作を説明する際に用いられるモデルであり(Clark, 1988)、パニック発作以外にも、心的外傷後ストレス障害(Yule, 1991)、強迫性障害(Foa & McNally, 1986)といった他の精神障害についても、同様に注意バイアスが症状の発症と維持を媒介するという説明がされている。本研究では動作法群において、立位維持時の状態不安の低減が観察されており、この効果は全セッション終了時から3ヶ月後、6ヶ月後においても持続的に観察された。このようなことから、高齢者における注意バイアスにも変化があったことが推察され、またこのことによって日常生活において脅威情報の入力が低減された可能性が考えられる。しかし、ここで付言しておかなければならないのが、本研究で扱ったのは立位課題時の状態不安であり、日常生活での不安はより恒常的な特性不安であるということである。本研究においては、状態不安の低減が持続的に観察されたことから、日常生活における不安に一定の恒常性を持った変化をもたらされたものと推測されるが、状態不安をそのように扱うのは概念的に不適當であり、日常生活における変化を論じる場合には、特性不安の変化を同時に観察する必要があったものと考えられる。よってこれからさらに論を進めるにあたり、本仮説は状態不安が一定の期間持続的に観察されたことを日常生活における不安の変化と仮定した限定的なものであることを付言しておく。

3-3. 臨床動作法による心理的適応の持続モデル

以上2つの持続要因を踏まえた、臨床動作法の効果とその効果の持続モデルを Figure 3-9.に示す。本研究で示した動作法参加者に代表されるように動作法参加者には介入期間中に施設の健康維持活動やレクリエーションへ積極的な参加が見られ始め、行動の活性化が観察された。これらは上述の先行研究(Strickland, 1977)の知見から、LOCの高まりによって自らの健康に対する意識に変化をもたらされたからであると推察される。また、活動の広がりをもたらした最初の要因としては、臨床動作法による立位バランス及びADLの改善と立位維持時の状態不安の低減によって脅威情報の入力が抑制されたことが重要な要因であったと考えられるが、持続的要因としては活動の広がり自体が不安状況への暴露として働き、活動への不安低減もたらしたものと推察される。このように内的統制傾向の強化と状態不安の低減によって、活動の広がり及び脅威情報の抑制が生じ、臨床動作法撤去後も高齢者の日常生活に主観的幸福感を持続させる正の循環がもたらされたものと考えられる。

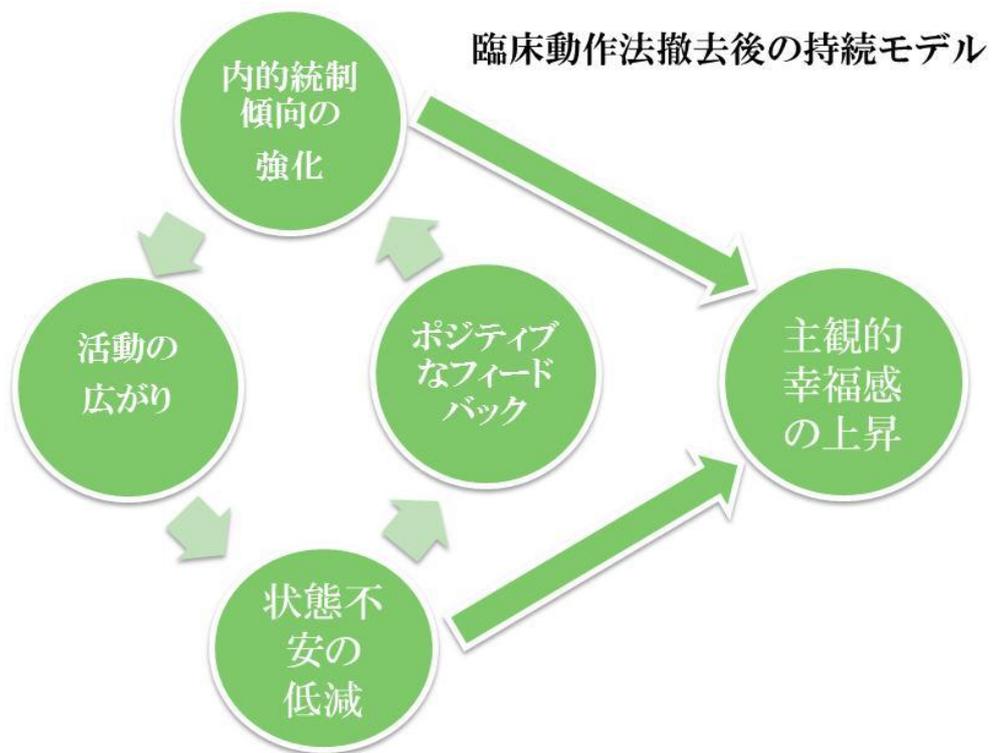
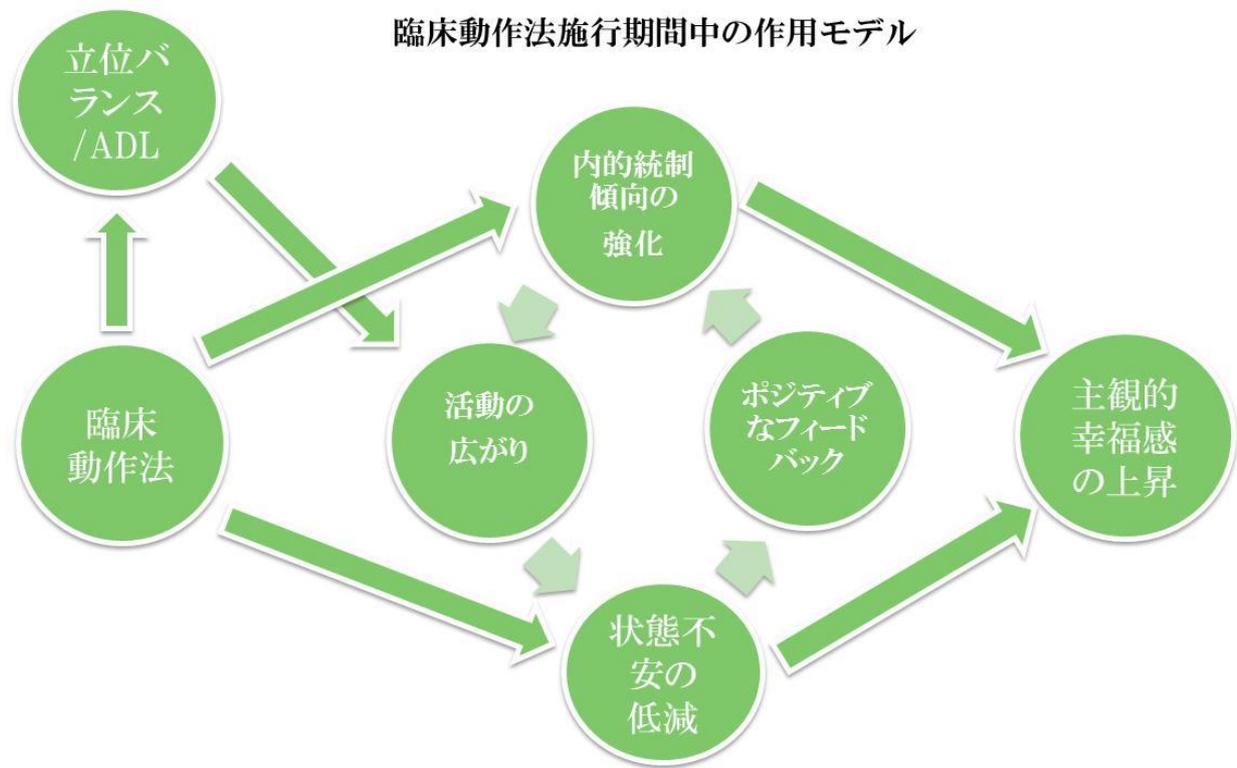


Figure 3-9. 臨床動作法による心理的適応の持続モデル

ここで加えてラジオ体操における作用モデルを検討すると、Figure 3-10.のようなモデルが仮定できるものと考えられる。Figure 3-10.では、有意でないものの若干の改善傾向が観察された立位バランスを、先ほどの Figure 3-9.に比べて小さな円で表現した。また改善効果が見られなかった項目は灰色で表現した。ラジオ体操群では、内的統制傾向の強化や状態不安の低減は観察されず、ラジオ体操を撤去した後は、単純測定群と同様の変遷が観察されたものと考えられる。また、臨床動作法においては、ADLの改善が観察され、立位バランスの改善が日常生活にも波及していたことが予想されたが、ラジオ体操群ではADLの改善までは波及しておらず、動作法群参加者に観察されたような活動への広がりにも及ばなかったものと考えられる。

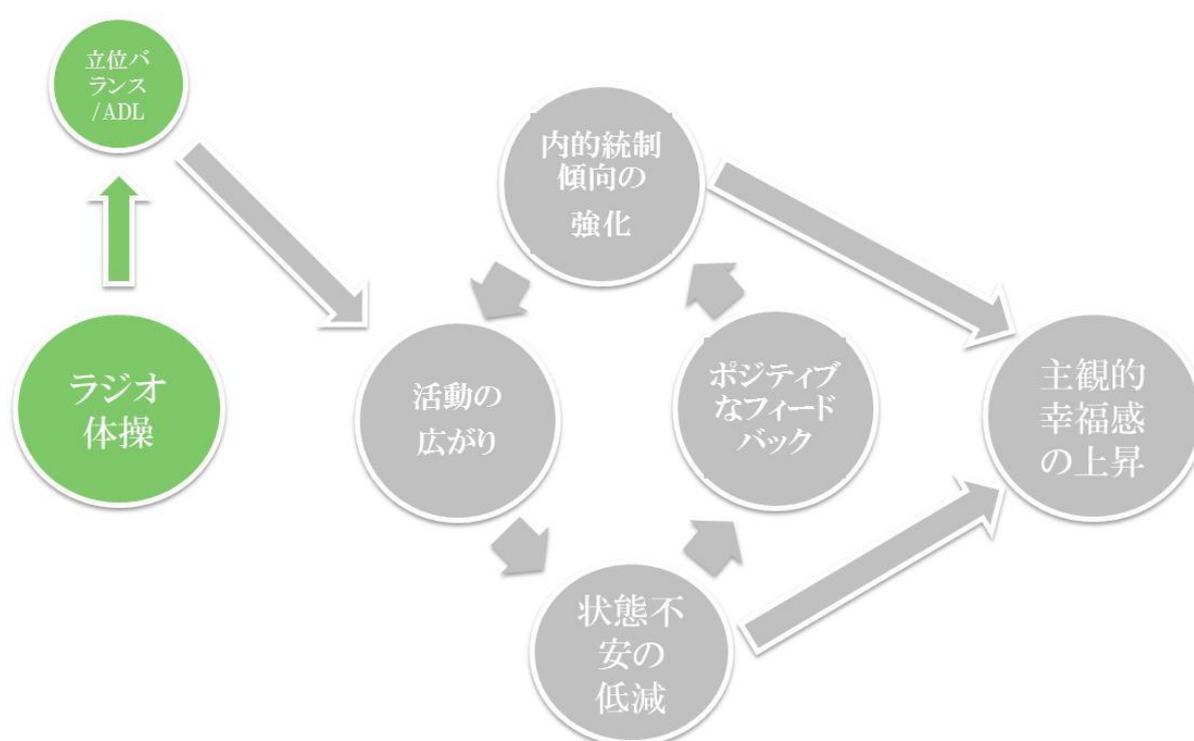


Figure 3-8. ラジオ体操による作用モデル

4. 今後の課題

今後の課題の1つとして、心理的影響の持続要因について上記に挙げた仮説を検証する必要があるだろう。この問題を検討するには、本人及び施設職員や関係の深い他者にインタビューを行い、臨床動作法の施行前後、また施行期間中に観察される本人の行動変容を臨床動作法の過程と照らし合わせ詳細に分析する必要があるだろう。

もう1点、本研究では高齢者福祉施設に入所されている高齢者の中で、さらに認知症の疑いのない高齢者を対象として研究を行った。これは質問紙に対する回答の信頼性を確保するため、一貫性を持って回答できる認知水準を求めたことによる。また、研究条件の統制の都合上、同じ施設を利用し、大きな差のない生活サイクルで活動をしている集団を対象にできることは、群間の同質性の確保や実験条件以外の影響を統制

できる利点があったと考えられるが，このような条件を求めてサンプリングを行ったが故に，本研究内での効果の妥当性は比較的高いものの，結果が一般化可能なものとして考えられるかは疑問が残るところであり，本研究の限界でもあると捉えられる。このような信頼性の担保は今後の課題であり，同様の条件で研究を繰り返し、メタ分析を行うこと等が今後必要となるだろう。

第4章 高齢者動作法における認知課題処理能力の改善要因

-情報処理資源と姿勢制御並びに注意バイアスの観点から-

第1節 本研究における問題と目的

高齢期における心理的問題を概観すると、抑うつ感、不安症状、心気症状といった心理的側面のみが示されることは少なく、身体的な訴えや身体的変化と付随して問題が生じてくることが多い(大森, 2004)。また、認知能力や記憶力、言語能力の機能的低下が見られるため、高齢者の心理的援助では非言語的な面接手段が大きな役割を果たすものと考えられる。成瀬(1995)の体験治療論に基礎を置く臨床動作法は、動作という心理活動を主たる道具として用いる心理的援助法であることから、認知能力や記憶力、言語能力の機能的低下が認められる高齢者に対しても、有効な治療的枠組みを提供するものであるといえる。

これまで、多くの先行研究において、言語的アプローチが困難な認知症高齢者及び障がい高齢者の心身の活性化に対して臨床動作法の有効性が示されてきた(藤岡, 1993; 針塚, 1992; 中島, 1988)。近年では、重度のアルツハイマー型認知症高齢者に対しても、臨床動作法の体験過程における「能動的な働きかけという活動によって獲得される自己統制感」(竹田・井上, 2005)や「認知障害によるできなさに焦点づけない関わりの中で情動体験を他者と共有できる体験」(宮里, 2010)が、治療要因となりうることが指摘されており、現実感及び概日リズム睡眠障害の回復や情動の活性化が報告されている。また、心理的影響だけではなく、高齢者の認知的側面に対しても臨床動作法の有効性が示唆された報告もあり、例えば、古賀(2001)では、うつ状態を示す60代後半の女性にリラクゼーション系及びタテ系動作法を適用し、**Manifest Anxiety Scale**の不安得点の減少と併せて、ベンダーゲシュタルトテストの得点の減少が観察され、模写作業に必要な認知能力・注意集中に改善がみられたことが報告されている。古賀(2001)は、「言語的なやりとりが難しい高齢者に対して、からだを通したやりとりを行うことによって、受容的体験が生じた」こと、そして「自己のからだを自分でコントロールするという能動的で自己統制的な体験」が不安感の低減に有効に働いた可能性を指摘しており、心理的影響要因については竹田・井上(2005)と同様、能動的体験・自己統制的体験の重要性を挙げている。

このように高齢者動作法の分野において、心理的影響要因については、いくつかの研究で検討されてきている一方、古賀(2001)で併せて報告されている認知課題処理能力の改善という点については、臨床動作法のどのような要因が影響を与えているかについて検討した研究がこれまでに見当たらず、検討の必要性があると考えられる。そこで本研究は、臨床動作法が高齢者の認知課題処理能力に及ぼす影響について、高齢者動作法の効果として報告されている姿勢制御能力並びに状態不安の改善という観点から、一つの仮説を提示し説明を試みた。

第2節 研究仮説

臨床動作法は『動作訓練』という機能改善的側面をもち、臨床動作法の面接過程において、不安の低減や情動の活性化と併せて、高齢者の座位や立位での姿勢制御能力及びそれに伴う日常生活活動(Activity of Daily Living ; ADL)の改善が観察されることも少なくない(足立, 2011c・2012・印刷中 a)。

このような高齢者の姿勢制御と認知課題処理能力や意志疎通性の程度は、理学領域において多くの研究でその関係性が指摘されている。例えば大野・藤村・河村・奈良(2002)は、高齢者をバランス良・不良群に分け、立位保持課題と認知課題(ストループテスト)を同時に行わせた場合と、それらを単一に処理した場合とでそれぞれの処理能力にどのような違いがみられるか重心動揺計を用いて比較検討を行っている。結果として、バランス不良群では通常立位での重心動揺とストループカラーテストを処理しながらの重心動揺の間に有意差が認められた。また、座位におけるストループカラーテストの処理時間と、立位におけるストループカラーテストの処理時間との間にも有意差が認められた。一方、バランス良好群では、二重課題を行なっても重心動揺とストループカラーテストの処理時間のどちらも影響を受けなかった。これらのことから、バランス不良な高齢者は、立位保持と比較的複雑な認知課題を同時に行なうと双方の処理能力が低下することが明らかとなった。以上、大野他(2002)の先行研究は、姿勢制御と認知課題処理能力との関係性を示すものであると同時に、姿勢制御に困難を抱える高齢者にとって、その改善は、認知課題処理能力の改善に繋がる可能性を示唆するものであると推察される。このような大野他(2002)の先行研究を踏まえると、臨床動作法によって高齢者の姿勢制御能力が改善されることによって、認知課題処理能力に良好な影響を及ぼす可能性が推測できる。

さらに、もう一つの認知課題処理能力への影響因として考えられるのが、『不安』の影響である。大野・永井・和田(2005)では、状態不安と重心動揺における前後方向の最長軌跡との間に有意な正相関($r=.659$)が観察されており、状態不安が前後方向の姿勢維持を不安定化させる可能性が示唆されている。さらに、不安と注意機能との関係性を検討した研究において、不安は注意機能にバイアスとして働くことが示唆されており(Williams, Watts, Macleod & Mathews, 1997)、高不安な者は、低不安な者に比べ脅威情報の入力が多くなり、その影響から認知課題処理能力が低くなることが明らかにされている。前述の古賀(2001)や足立(2011c・2012・印刷中 a)では、臨床動作法の実施後に顕在性不安、状態不安の改善が確認されていることから、このような不安の改善に伴い、注意バイアスの減少が期待できるものと考えられる。

以上より、本研究では臨床動作法による高齢者の姿勢制御能力及び不安の改善が、認知課題処理能力に与える影響を実証的に検討することを目的とし研究を行った。

第3節 方法

1. 対象

高齢者福祉施設に入所している認知症の疑いがなく、実験課題である30秒間の立位保持及びストループテストが遂行可能な者のうち、やや立位保持に努力を必要とする高齢者18名を対象とした。被験者全員及び施設に対し、本研究の目的、実験方法につ

いて十分な説明を行い、実験を実施する上での同意を得た。なお、立位保持にやや努力を必要とする高齢者を対象としたのは、本研究で姿勢制御の改善と認知課題処理能力との関係性を検討するにあたり、立位バランスに問題のない高齢者では立位バランスの改善に天井効果が見られる可能性が推測されたことによる。

前述の高齢者 18 名を、個別に臨床動作法を実践し介入効果を検討する実験群(N=9)と、介入を行わず測定のみを行う統制群(N=9)の 2 群に分けた。2 群は Mini Mental State Examination (以下, MMSE)及び Berg Balance Scale (以下, BBS)を用いて認知機能及び姿勢制御機能において等質性が確保されるよう配慮した。BBS は、高齢者のバランス能力の評価を目的に開発された機能的評価法であり、日常生活動作と関連のある 14 項目の検査から構成されている。14 項目は椅子座位から立位(立ち上がり)、立位保持、座位保持、立位から椅子座位、トランスファー、閉眼立位、閉脚立位、前方へのアプローチ、床からものを拾う、肩越しに後方を見る、360° 方向転換、台への足の拳上、タンデム立位、片脚立ちである。各動作を実際に施行し評価を行う。評定内容は動作によって異なり、その安全性・時間・距離要素から、動作遂行不能の 0 から容易に課題が遂行できる 4 点までの 5 段階で評定を行う。Berg, Wood-Dauphinee, Williams & Maki (1992)によれば臨床的にバランスや移動能力に障害がある場合のカットオフ値は 45 点とされており、高齢者の移動能力、ADL 自立度、転倒発生などとの関連性が認められている。本研究ではこのカットオフポイントを参考にやや姿勢制御に努力を必要とする高齢者を選定した。

2 群のグループ分けの正当性を確認するため、年齢、身長、体重については対応のない t 検定、男女比については χ^2 検定、MMSE, BBS の点数については、Mann Whitney の U 検定を行った。以上を被験者のプロフィールとして Table 4-1. に示す。

Table 4-1. 各群における被験者のプロフィール

	動作法群	統制群	
年齢(歳)	79.8 ± 8.1	80.2 ± 7.9	NS
身長(cm)	152.2 ± 6.4	153.4 ± 6.2	NS
体重(kg)	51.7 ± 8.4	51.9 ± 9.0	NS
男:女	2:7	2:7	NS
MMSE(点)	26.5 ± 2.1	26.3 ± 2.0	NS
BBS(点)	42.1 ± 3.1	42.2 ± 3.3	NS

平均 ± 標準偏差、 NS=not significant

2. 測定項目

2-1. 姿勢制御能力の測定

姿勢制御能力の指標として、多くの研究において身体動揺の大きさの把握に用いられている静的立位時の足圧中心座標変位の総軌跡長(Length, 以下 LNG)を用いた。被験者に重心動揺計について十分説明をした後、重心動揺計上に裸足にて閉足立位をとらせ、直径 3cm の黒い点を注視しながらの立位保持(通常立位)、ストループ白黒テスト、

ストループカラーテスト処理中の立位保持の計 3 つの課題について、ストループテストの開始から 30 秒間の LNG を測定した。30 秒が経過する前にストループテストが終了した場合には、はじめに戻り回答させた。臨床動作法を行う実験群は、臨床動作法による介入を行った後、同じ手続きで 3 つの課題を測定した。統制群については、臨床動作法と同じ時間を休息にあて、同じ手続きで 3 つの課題を測定した。

2-2. 認知課題処理能力の測定

ストループテストを用いた。ストループテストは前頭葉機能障害をもつ患者のステレオタイプの抑制を評価する検査として用いられるが、これは人の文字を読むという反応の方が、色を命名する反応より速く起こり、色の命名活動に干渉して反応を遅らせることを利用している。このため、刺激が入力されて文字の色を返答するまでの過程は複雑で、長い処理時間を要するとされている (Stroop, 1935)。本研究では黒字で書かれた 24 個の文字をランダムに並べた白黒テストと、文字の順序は同じであるが文字の意味とは異なる色で書かれたカラーテストから構成されているものを使用した。白黒テストは単純に読み上げるものであり、カラーテストは文字を読み上げるのではなく、文字が何色で書かれているのかを答えるものである。

被験者にはできるだけ速く読むように教示を行い、24 個の刺激全てを回答する所要時間で評価される。ストループテスト用紙は、各被験者の目の高さと同じになるようにし、目の位置から 1.5 メートル前方の壁に設置した。立位保持中に遂行された白黒テストとカラーテストのそれぞれを全て回答するのに要した時間をストップウォッチ (SEIKO 社製) で測定した。

2-3. 状態不安の測定

STAI 状態・特性不安検査のうち状態不安検査 (水口他, 1991) を用いて検討を行った。状態不安検査は Spielberger の英語版 STAI をもとに日本人男性 571 名、女性 663 名の検査結果から日本標準化された尺度である。状態不安尺度の信頼性は内的整合性を示すクロンバックの α 係数 .92、再検査信頼性では、.71 (3 カ月) でいずれも基準値を満たしている。構成概念妥当性は、Spielberger の「不安の特性・状態モデル」の概念を基に検討されており、併存的妥当性としては、MAS との相関係数 (.75) が確認されている。また、特性不安との相関係数は .27 であり、それぞれが独立するものであることが示されている。質問項目は、20 項目であり、4 件法で回答を求める。

3. 臨床動作法による介入

本研究における動作課題は、「痴呆性高齢者の動作法」 (中島, 2001) における立位踏みしめ動作課題の手続きに基づいて概ね 30 分程度の時間をとって行った。具体的な手続きは第 3 章で述べたものと同様であるため、ここでの詳述は割愛する。尚、臨床動作法の実践者は、心理リハビリテーショントレーナー資格保有者であり、障がい児・者動作法及び高齢者施設での臨床動作法の実践経験をそれぞれ週 1 度 2 時間程度 3 年間有する者である。さらに本研究の実施は、臨床動作士兼心理リハビリテーションスーパーヴァイザー資格保有者の実施場面でのスーパーヴィジョンを受けながら行われた。

4. データ解析

白黒テストの処理時間(以下, ST/s)、カラーテストの処理時間(以下, SCT/s)、通常立位の LNG、白黒テスト下の LNG(以下, LNGST)、カラーテスト下の LNG(以下, LNGSCT)を指標とし、被験者間×被験者内(混合計画)による二要因分散分析を行った。統計処理には、統計解析ソフトウェア SPSS17.0J(エス・ピー・エス・エス社製)を使用した。

第4節 結果

1. 二要因分散分析

各測定値及び二要因分散分析の結果を Table 4-2. に示す。尚、本研究では立位課題やストループ課題、動作課題等、課題という単語が頻繁に使用され、「課題前後の」という表記の仕方では意味するところが曖昧になる恐れがあるため、Table 4-2. 及びこれ以降の本文中では、実験群における動作課題、及び、統制群における練習効果の消去課題(30分の休息)を指して使用する「課題前」は「Pre」、「課題後」は「Post」、「課題前後」は「Pre/Post」とそれぞれ表記することとする。

Table 4-2. 二要因分散分析の結果

前/後 群	Pre		Post		主効果		交互 作用
	実験群	統制群	実験群	統制群	前/後	群	
ST/s	26.89	28.22	24.33	27.67	5.69	1.03	2.35
	4.76	6.14	4.30	4.92			
SCT/s	86.56	91.11	65.67	90.00	19.89	1.60	16.08***
	28.16	24.84	17.83	26.99			
LNG	52.51	58.75	43.83	57.81	3.05	.44	2.21
	17.82	17.81	9.01	18.72			
LNGST	58.84	64.25	47.63	57.81	10.74	1.57	5.44*
	17.82	17.81	9.01	18.72			
LNGSCT	75.45	82.83	58.56	85.57	5.26	2.03	10.1***
	30.67	27.25	17.04	28.60			
STAI	48.56	48.22	40.78	51.11	9.16	.92	10.88***
	8.95	10.12	3.31	9.87			

上段=平均値 下段=標準偏差 *= $p<.05$ **= $p<.01$ ***= $p<.001$

2. その後の検定

2-1. 重心動揺の群間/群内比較

Pre/Post での LNG に主効果及び交互作用は見られなかった。LNGST、LNGSCT については、交互作用がみられたことから、単純主効果の検定を行ったところ、LNGST において、Post での群間の単純主効果に有意傾向が見られた($F(1,16)=3.62, p<.10$)。LNGSCT において、実験群における Pre/Post での単純主効果が有意であった($F(1,16)=14.97, p<.001$)。同じく、Post における群間の単純主効果が有意であった($F(1,16)=5.92, p<.05$)。以上、重心動揺の結果からは、立位の単一課題(LNG)においては、実験群と統制群の間に有意な差が見られないが、LNGST、LNGSCT といった立位課題とストループ課題の二重課題となると、比較的難易度の低い LNGST においても動作法を行った実験群では、動作法施行後において重心動揺が統制群に比べ有意に短く、二重課題中であっても立位が安定すること、難易度の高い LNGSCT となると、その傾向がより顕著となることが示された。

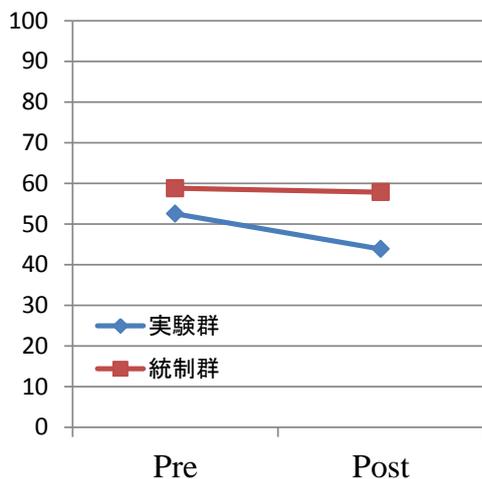


Figure 4-1. LNG

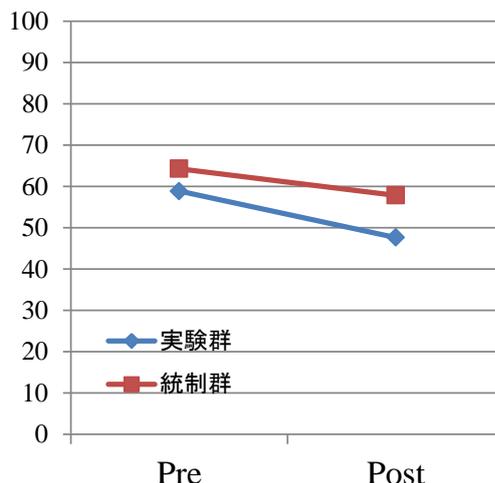


Figure 4-2. LNGST

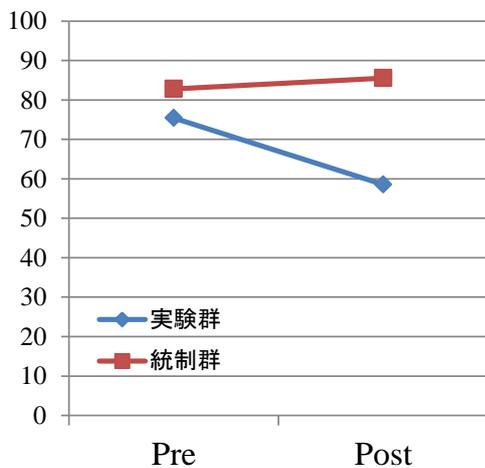


Figure 4-3. LNGSCT

2-2. ストループテスト処理時間の群間/群内比較

ST/s では主効果及び交互作用は見られなかった。一方、SCT/s では交互作用が見られたことから、単純主効果の検定を行ったところ、実験群における Pre/Post での単純主効果 ($F(1,16)=35.87, p<.001$)、及び Post における群間の単純主効果 ($F(1,16)=5.09, p<.05$)が有意であった。以上、ストループテストの処理時間の結果からは、比較的難易度の低いストループ白黒テストでは、群内/群間ともに Pre/Post において有意な差が見られないが、課題の複雑性の増すストループカラーテストでは、実験群においてのみ有意な処理時間の短縮が観察された。

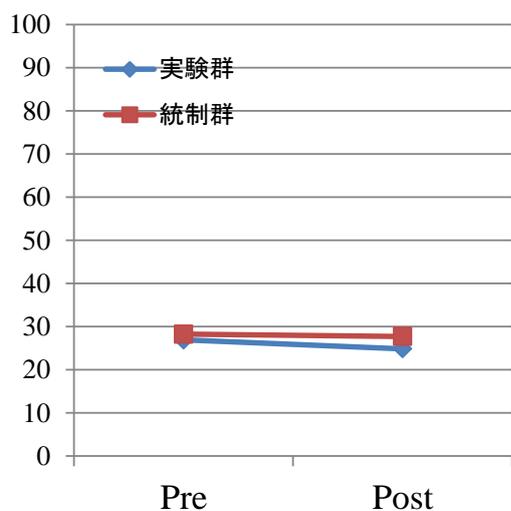


Figure 4-4. ST/s

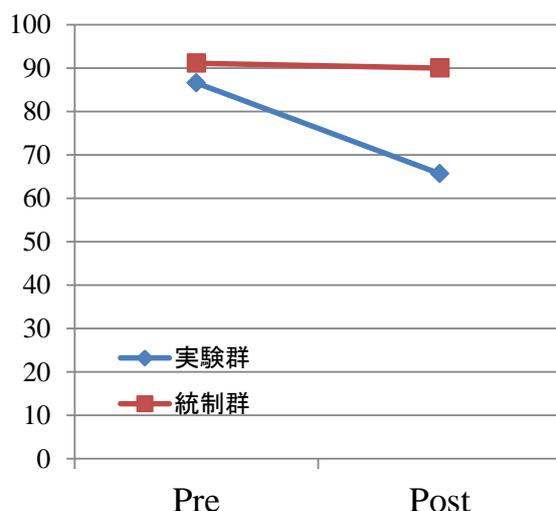


Figure 4-5. SCT/s

2-3. 状態不安の群間/群内比較

交互作用が見られたことから、単純主効果の検定を行ったところ、実験群における Pre/Post での単純主効果 $F(1,16)=20.00, p<.001$ 、及び Post における群間の単純主効果 $F(1,16)=4.69, p<.05$ が有意であった。以上、実験群では Pre/Post で状態不安が有意に低下すること、それは統制群と比べても有意であることが示された。

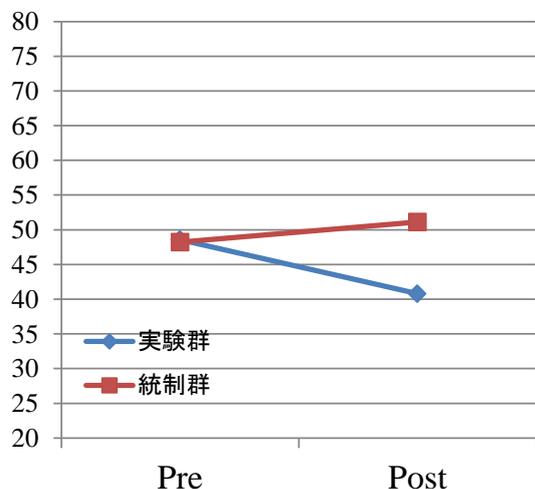


Figure 4-6. STAI

3. 実験群参加者における重心動揺の変化

実験群における重心動揺の実際の変化の様子を視覚的に例示するため、実験群参加者1名を例にとり Fig 4-5. に示す。立位がやや不安定な高齢者(Pre : LNG)は、SCTを行うと重心動揺の測定のみの方に比べ、重心動揺が顕著に増加することが示された(Pre : LNGSCT)。しかし、臨床動作法を行い通常立位での重心動揺並びに状態不安に改善が見られると(Post : LNG)、SCTを行っても Pre 程に顕著な重心動揺の増加が観察されなくなることが示された(Post : LNGSCT)。

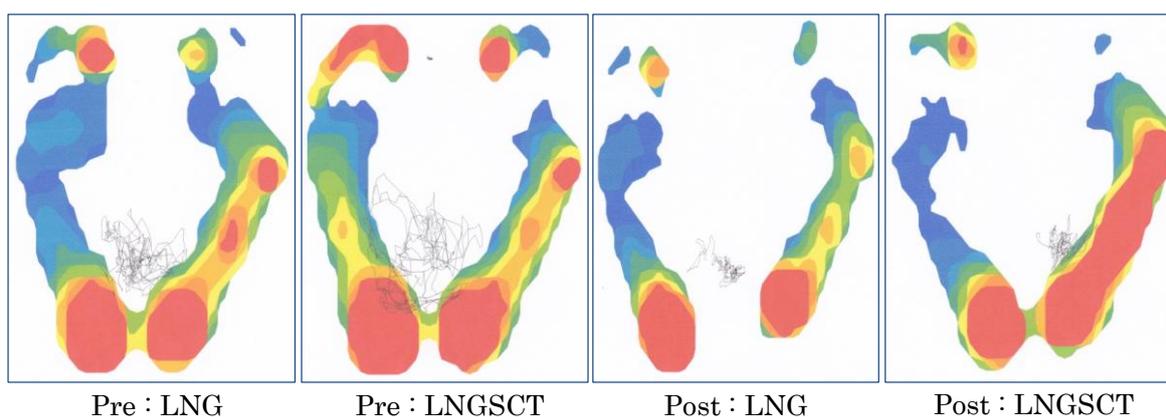


Figure 4-7. 画像で見る重心動揺の変化

第5節 考察

1. 結果の要約

本研究では、高齢者動作法の効果の1つとして報告されている認知課題処理能力の改善を説明する要因として、姿勢制御能力と状態不安の改善を影響因として挙げ検証を行った。参加者を臨床動作法の前後にストループテストを行う実験群とストループテスト間にストループテストの練習効果を消去する時間を設ける統制群の2群に分け、Pre/Postでのストループ白黒テスト/カラーテストの処理時間と各課題処理中の重心動揺を測定した。その結果、実験群においてのみ、SCT/s及びLNGSCTの有意な短縮が観察され、その効果は統制群と比較しても有意であった。同じく実験群において、状態不安の有意な改善が観察され、こちらも統制群に比べても有意であった。また、ST/sは両群ともに有意な変化は観察されなかったが、LNGSTでは、Postにおいてのみ群間の差に有意傾向が見られ、実験群の重心動揺が統制群に比べ短縮されている可能性が示された。以上、本研究では臨床動作法を実施した実験群において高齢者の姿勢制御能力並びに状態不安の改善に伴い、認知課題処理能力の改善が観察された。また実験群において通常立位での重心動揺(LNG)の変化は有意な差として捉えられなかったことから、統計的には誤差として扱われる変化であっても、より複雑な二重課題となると比較的大きな差として表れることが示唆されたといえる。このような結果は、大野他(2002)のバランスの良/不良に関わらず、ST/sには有意な差が見られないが、より複雑なSCT/sとなると有意な群間差が見られたという先行研究の知見と一致するも

のであり、通常立位の影響は、立位時のより複雑な課題処理状況において大きな意味を持つものであることが確認された。

2. 認知課題処理能力への影響因

2-1. 情報処理資源という観点から

前述の課題の複雑性に伴う重心動揺の増加は Marsh & Geel (2000)が健常高齢者と転倒歴をもつ高齢者に対し、二重課題を用いて行った実験においても同様に観察されており、Marsh & Geel (2000)や大野他(2002)では、バランス不良な高齢者は、複雑な認知課題を同時に行うことで立位保持に必要な情報処理システムが侵害され、より一層バランスを崩してしまう可能性が示唆されている。一方、白黒テストでバランスの影響が少ないのは、カラーテストと比較して認知的複雑性の低い課題であり、立位保持の情報処理システムを侵害するほどの処理資源を必要としなかったためと考えられている(Geurts, Mulder, Nienhuis & Rijiken, 1991)。このような先行研究の知見から本研究で観察された実験群における複雑性の高い LNGSCT や SCT/s の改善は、臨床動作法の実施によって立位保持に割かれる処理資源が減少し、ストループカラーテストにより多くの処理資源を割くことが可能となったためと推察される。複雑性の低い LNGST で、あまり改善が見られなかったのは言わば天井効果のような現象であり、先行研究で指摘されている通り、もともと多くの処理資源を必要としない課題であることによるものと考えられる。ストループ白黒テストのような比較的処理資源の消費が少ない課題であっても、立位保持等他の情報処理にほぼ全ての処理資源が割かれるような状況では、今回ストループカラーテストで見られた現象と同じような現象が生じるものと考えられる。

2-2. 不安と注意バイアスという観点から

不安障害に対する認知行動モデルでは、不安障害の発症と維持に『注意バイアス』が重要な役割を持つとされている(Beck & Clark, 1988; Mathews & Macleod, 1994)。注意バイアスとは、その個人にとって脅威となる情報に対して選択的に注意が向けられる傾向を指し、高不安状態では注意バイアスが強くみられるために脅威情報の入力が増加し、不安が喚起され易くなると仮定されている。これらは外的な情報に限定されるものではなく、例えば、僅かな心拍数の増加、発汗といった自律神経系の反応であっても、当人の破局的認知によって脅威情報と識別されれば、注意バイアスの影響によりその情報についての入力が増加し、さらなる不安の増加という悪循環をもたらす。このようなプロセスはパニック発作を説明する際に用いられるモデルであり(Clark, 1988)、パニック発作以外にも、心的外傷後ストレス障害(Yule, 1991)、強迫性障害(Foa & McNally, 1986)といった他の精神障害についても、同様に注意バイアスが症状の発症と維持を媒介するという説明がされている。

これまで不安と重心動揺については、数多くの先行研究でその関係性が確認されているが(足立, 2011a; 板垣, 1998; 大野, 2005; 斉藤, 2002)、これらを注意バイアスの視点から考察したものはない。不安と重心動揺との関係性を注意バイアスという視点から考察すると、高不安群は低不安群に比べ、実験状況において何らかの脅威情報の入力が

増加し、それらに処理資源が割かれたために、立位が不安定化した可能性が推測できる。この脅威情報は立位を保持することへの緊張感やそれに伴う自律神経系の働き、もしくは実験者の表情といった刺激も脅威情報として入力された可能性があるだろう。

このような傾向は、立位バランスが不安定な高齢者においては、さらに顕著となる可能性がある。つまり、低不安群に比べ高不安群においては、自身の不安定な立位のモニタリング情報が、注意バイアスの影響により脅威情報としてより多く入力され、通常より多くの処理資源が使用されるものと推察される。本研究では、実験群において有意な状態不安の低下が観察されており、それは統制群に比べても有意であった。前述の注意バイアスの観点から、実験群で観察された状態不安の低下は、ストループテストの処理時間短縮の一因となった可能性があるだろう。しかし、本研究ではサンプル数が少なく直接的な関係性を示す根拠は少ないため、状態不安が高齢者におけるストループ課題の処理時間をどの程度説明できるかについては量的研究を行う等してより詳細な検討が必要となるだろう。

2-3. 臨床動作法による認知課題処理の改善モデル

以上、臨床動作法による認知課題処理能力に対する影響因について情報処理資源と注意バイアスという観点からまとめたモデルを **Figure 4-8.** に示す。

姿勢制御に比較的努力を必要としない立位バランスの良い高齢者は、姿勢制御に割く処理資源が少なく済むため、立位を維持したまま SCT のような複雑な認知課題を行っても十分な資源を割くことができる(上段=バランス安定群)。一方、姿勢制御にかなりの努力を必要とする立位バランス不良の高齢者は、姿勢制御に多くの処理資源が必要となり、処理資源があまり必要とされない ST の処理においては、バランス良好な高齢者と比べても顕著な差が見られないが、処理資源がより多く必要とされる SCT となると課題を行うのに十分な資源を割くことが難しくなり、バランス良好な高齢者と比較し認知課題処理に顕著な差が生じる(上段=バランス不安定群)。さらに、状態不安の高い高齢者(下段=バランス良・不良/高不安)については、注意バイアスの影響により、認知課題処理中に必要となるその他の情報処理(Others)のうち脅威情報への注意が集中し、状態不安の低い高齢者(下段=バランス良・不良/低不安)に比べて、その他の情報処理に割かれる資源が多くなり、処理時間の延長、立位の不安定化をもたらす可能性がある。このような中で、臨床動作法は姿勢制御及び状態不安に作用することを通して、認知課題処理能力の改善に寄与するものと考えられる。

以上、仮説的モデルを示したが、本研究では姿勢制御がやや困難な高齢者を対象として実施したのみであり、本モデルをより厳密に精査するためには、多くのサンプルを集め測定した指標から高齢者を図で示した 4 群に分け、群間比較を行って確認する必要があるだろう。

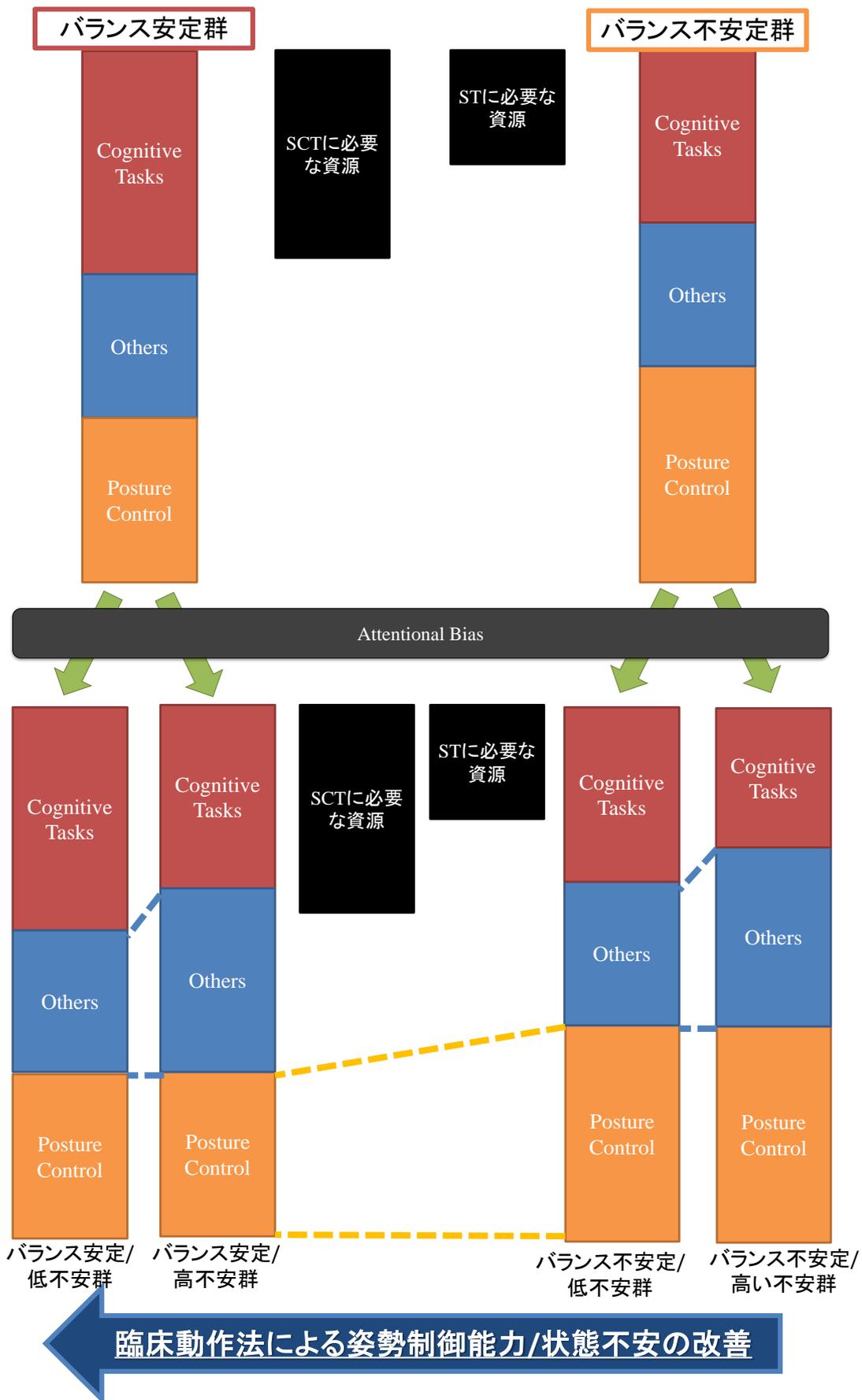


Figure 4-8. 臨床動作法による認知課題処理の改善モデル

3. 転倒予防における高齢者動作法の有効性

治療費の高額化や、一度経験すると恐怖心からひきこもりがちとなり「転倒後症候群」を引き起こすこともあるといわれ(近藤, 2001)、高齢者の心身に重大な影響を与えるものとして予防が叫ばれている転倒は、健常高齢者と比較し認知症高齢者に多いことが指摘されている(Splig & Martin, 2003)。認知症高齢者と認知症を有さない高齢者の動的あるいは静的姿勢制御能力を臨床的なテストを用いて評価した結果からは、認知症者特有の姿勢制御能力の低下が存在することが示されており(Patterson, Engardt & Wahlund, 2002)、足立・小林・山下・小出・山口(1995)によると認知症高齢者は、『歩行時の危険予測の困難性』、『危険を認識してからの回避反応に移るまでの反応の遅れ』があるために、転倒し易いとされている。一方、坂本・大谷・新小田・前島・吉村・飛松(2007)の筋反応測定装置を用いた外乱応答反応検査では、認知症群と健常群の間に EMG(electromyography)潜時の有意な差は検出されず、足立他(1995)で示された『危険を認識してからの回避反応の遅れ』という点では異なった結果が示されているが、外乱刺激に対する準備性の差、認知症群の外乱刺激への予測の困難性といった『危険予測の困難性』という点では、同様の結果が得られている。

以上から、筋反応の遅れといった身体的機能の低下もさることながら、危険予測といった注意機能の側面が高齢者の転倒を防止するうえで重要な因子であることが分かる。本研究の結果からは、臨床動作法の実践が姿勢制御能力の改善並びに状態不安の低下を介して注意機能の改善に影響を及ぼす可能性が示唆されており、高齢者の転倒予防に効果的に働く可能性を期待できる。

4. 本研究の限界と今後の課題

1 点目は、本研究で得られた効果の持続性の検討である。本研究はおよそ 30 分の動作法を 1 度行ったのみであり、得られた効果の持続性や、継続的な臨床動作法の実践による変化について検討することは今後の課題である。

2 点目は、姿勢制御と状態不安が認知課題処理機能をどの程度説明できるかを検討することである。本研究では、姿勢制御と状態不安の 2 変数を同時に扱ったことや、量的に検討するにはサンプル数が少なかったため認知課題処理能力に対してどちらの変数がどの程度効果を持っているかについて明確に示すことができなかった。本研究で得られた結果及び効果の仮説的モデルを精査するためには、認知課題処理能力を目的変数とし 2 変数の説明率を検討する必要があるだろう。さらに、本研究では立位のみを扱ったが、高齢者が日常的に認知課題を行う場面を想定した場合、立位に加え座位姿勢での検討を併せて行う必要がある。座位姿勢では、認知課題を行う際、立位に比べ姿勢制御の影響を受けにくくなるため(大野他,2002)、状態不安のみの影響を精査し易くなるものと推察される。上記の量的研究と併せて検討することで、姿勢制御の改善が及ぼす影響と状態不安の改善が及ぼす影響についてより厳密な検討を行うことが可能になると考えられる。

3 点目は、転倒予防に対する有効性の検討である。これにはまず、上述の 2 点目の量的研究で併せて高齢者の転倒歴を検討することで、その関係性を示すことが必要になると考えられる。

第5章 高齢者動作法の展開に向けて

第1節 本稿の成果と今後の展開に向けた課題

本稿は、高齢期の特徴から高齢者心理臨床において特に有効な援助技法となることが見込まれる臨床動作法の心理的・認知的効果要因について、実証的に検討を行ってきた。身体的制御機能と心理的特性との関係を扱った研究(第2章; 足立, 2011a)では、立位バランスや日常生活動作そのものよりも、それらに対する高齢者の捉え方、内的統制傾向が心理的適応において重要であることが示された。これは臨床動作法が強調する「タテになること」が身体的機能そのものの重要性を主張するのではなく、主体的・能動的動作の体験過程を促進するための外界対応課題として重要となることを示唆するものであると捉えられる。併せて状態不安の低減が心理的適応において重要となり、そのようなアプローチが求められることが示された。続いて、臨床動作法の効果要因として能動的動作体験の意義を検討した研究(第3章; 足立, 2011c・2012・印刷中 a)においては、統制群との比較から臨床動作法が主張する能動的動作体験が内的統制傾向を賦活し、高齢者の心理的適応を促進するものであることが示唆された。また、臨床動作法が状態不安の低減に対して有効なアプローチであることが確認された。さらに、認知的効果要因を検討した研究(第4章; 足立, 印刷中 b; 足立・中野, 2011)では、認知処理資源の観点から重心動揺の改善が高齢者の認知課題処理機能に対する改善要因となることを指摘した。さらに併せて観察された状態不安の改善を注意バイアスの観点から考察し、認知課題処理機能に対するもう1つの改善要因として指摘した。以上、本研究では、臨床動作法の心理的効果要因として、「動作に対する能動的関与によって賦活される内的統制傾向」、認知的効果要因として、「姿勢制御機能の改善に伴う認知処理資源の増加」、心理的・認知的効果どちらにも影響を及ぼす要因として、「状態不安の改善」が示唆された。タテ系動作課題とリラクセーション課題は便宜的に区別して意義を強調されるが、両課題は、実際の課題上では課題を構成する要素として割合的に存在し、明確に区別はできないものと考え、内的統制傾向の強化と姿勢制御機能の改善は、臨床動作法におけるタテ系動作課題や、それに伴う自己コントロール体験の効果として考えられる要因であり、状態不安の改善は、リラクセーションの効果として考えられる要因であるといえるだろう。

以上、一連の研究を通して臨床動作法の効果要因を検証し、一定の成果が得られたものと考えられる。しかし、ここで高齢者動作法の普及に向けて、さらに進んで考えなければならないのが、高齢者動作法の効果的な提供方法、実施形態についての考察である。臨床心理士の動向や活動領域について調べた2007年の調査では、老人保健施設、老人施設・機関に勤務していると答えた臨床心理士は回答者10,157人中全国でわずか50数名であったことが報告されており(臨床心理士会事業委員会, 2009)、こうした調査結果からは、我が国における心理援助サービス自体が、高齢者層にはまだ十分に浸透していない現状が垣間見られる。それとともに、このような現状において各施設における臨床心理士の個別的介入のみでは、高齢者に対する心理的支援、臨床動作法の広範な普及が望めない現状が伺える。これまで見てきたように臨床動作法が、高齢者

の心理的援助方法として大きな成果が見込まれるものだとしても、当然ながら高齢者にとって利用可能なものでなければ、その意味をなさない。このような現状を踏まえ、高齢者動作法の普及にあたっては各施設における介入以外の展開を模索する必要があるだろう。本章では今後の高齢者動作法の展開に向けて、どのような形態での提供が高齢者にとって利用しやすいものであり、また最も効果の大きいものとなりうるか考察を試みる。そこで次節においては、近年の高齢者心理学における研究動向を踏まえ、効果的な実施形態が如何なるものかについて考察を深めたい。

第2節 高齢者動作法の効果的实施形態

1. 高齢者心理学の動向

高齢者に対する記述は洋の東西を問わず、古の昔から散見されるが、高齢者を対象に含み年代比較を行った記録は19世紀から、精神過程の加齢研究は20世紀に入ってから、さらに老年心理学の本格的な研究が始まったのは米国で1940-1950年頃、我が国では1970年代に入ってからとされている(佐藤, 2000)。この後、1980年代頃までは我が国でも、加齢に伴う身体・社会的側面の喪失状況と心理的適応とが負の関連をもつことについての実証研究が多く見られ(古谷, 1981等)、高齢期は『不可逆的な喪失の時期』であって、それに伴い幸福感も一方向的に低下していくという高齢者観が支持されてきた。

その後の、1980年代以降の高齢者研究には、山本(2008)が「新しい老年学」と呼ぶように、旧来の老年学からのパラダイムシフトが見られる。つまり、老人は衰退する一方であるとする悲観的な老年観に基づいた旧来の老年学から、晩年の成長と自己実現の可能性をはかるといふ新しい老年学への転換である。進藤(2010)は、こうした高齢者観の変化について、「社会参加を続ける健康な前期高齢者が増えてきたこと」と並んで、「高齢者心理学の発展の功績」、特に高齢者の精神機能の測定方法の改善により、加齢に伴う衰えだけでなく、保持、さらには伸展の様態も観察されるようになったこと、また、老いや病にもかかわらず補償的に発揮される高齢者の適応力が発見されるようになってきたことなどが、新しい高齢者観の創造に役立ってきたのではないかと述べ、壮健な高齢者の増加と適切なアセスメント方法の確立を中心とした高齢者心理学の発展をその要因として挙げている。

2. 「人との繋がり」の維持・再構築

加齢に伴う様々な変化に直面し、変化した状況にうまく適応している場合には、一般的に円熟傾向が増し、満足感や達成感などのポジティブな感情が感じられるようになる。このような歳の重ね方は一般的に「サクセスフル・エイジング」と呼ばれる。上述の新たな高齢者観の認識が浸透するにつれ、老年学の最大の関心事は、このサクセスフル・エイジングを達成するための条件に絞られ、幸福な老いの関連要因についてはこれまでに様々な観点から検討が行われてきた(Larson, 1978; 長田他, 1999; 岡本, 2000; Balaswamy & Richardson, 2001, Menec, 2003等)。このようなサクセスフル・エイジングの関連要因を検討した多くの研究においては、その重要な因子として「心身の健康」「経済的基盤」「社会的つながり」のいずれか、もしくは全てが指摘されて

おり、現在では、サクセスフル・エイジングにおける関連要因として共通の認識が得られているといえる。進藤(2004)においても、上述の研究と同様に高齢期の心理的適応において重要な要因として「(心身の)健康」「経済的基盤」「人間関係」の3つが挙げられており、高齢期では、この3つの喪失が生じることによって、その結果、抑うつ感を始めとした精神障害を起しやすいつきであるとしている。これらの先行研究で示されているように、サクセスフル・エイジングを促進するための高齢社会対策においては、「心身の健康」「経済的基盤」「人間関係」といったものの喪失を包括的に支援していく対応策が必要となるが、殊、心理的援助領域においては、「心身の健康」及び「人間関係」の喪失に対する援助が求められるだろう。このうち「(心身の)健康」に関しては、医療・福祉の分野において様々な社会対策が講じられてきているが、「人間関係」に関する事項については、老年期に直面する課題として、個別の事例としては扱われてはきたものの、社会制度上の課題として抜本的に対処すべきものとしては強く認識されてこなかったものと考えられる。

このよう中で、高齢者の「人間関係」の喪失、孤立はライフスタイルの変化の影響を受け、ますます深刻なものになりつつある。平均寿命の延長によって高齢期が長くなる一方、男女の平均寿命における差の拡大、3世代同居の減少、生涯未婚率の上昇とも相まって単身高齢世帯が増加の一途にあり、このような事態に拍車をかけるように、高度経済成長をするなかで、都市でも地方でも地域社会が崩壊し、精神的には地域社会全体の地縁、物理的には地域で生活するインフラが失われてきた。単身高齢者の抱える問題点について、前田・佐藤(2004)は、同居家族との対人的葛藤が生じない反面、日常生活での仕事の負担や役割意識の希薄化、生きがいの喪失が生じやすく、抑うつ状態へ傾く可能性があることを述べ、自分を評価してくれたり、心理的・経済的に支えてくれる人の不在は、単身高齢者の孤独感や無力感を助長し、病気になった場合の身体管理や服薬管理の問題は一層深刻であることを指摘している。

このように、地域社会の中での人間関係を含め、地域力や仲間力が弱体化し、喪失するなかで、社会的孤立や孤立死の問題がでてきたといえる。このような状況を鑑みると、超高齢社会に適合した地域社会における人々の新たな繋がりをどのような創出していくのが、高齢期の心理的援助においても重要な視点となることが分かる。高齢者が生きがいを感じられたり、自己実現を図ることができるよう、様々な生き方を可能にする新しい活躍の場の創出、意欲と活躍できる場の繋がりの強化が必要である。

3. 「役に立つこと」「役割を期待されること」

前述のようにサクセスフル・エイジングの関連要因としては「心身の健康」「経済的基盤」「社会的つながり」の重要性が指摘されているが、65歳から84歳の地域高齢者1200名余を対象として、心理的・社会的・身体的側面の機能水準の類型化を試みた小川・権藤・増井・岩佐・河合・稲垣・長田・鈴木(2008)の研究では、身体的健康を維持していても、それが必ずしも心理的・社会的な健康維持には結びついていない群が見出されている。当該研究では、従来からのサクセスフル・エイジング概念に当てはまるような、「病気がなく身体的機能が維持され、心理的健康とソーシャルサポートも維持されているという群」や、逆に「身体的機能も低く、心理・社会的側面の指標値

も低い群」も一定の割合で存在していたものの(前者は被験者全体の 19.5%、後者は 27.1%に当たる)、その一方で、身体的機能が低く、病気をしているが、心理的適応性は維持されている群が、前に挙げた 2 群よりも高い割合 (37.1%) で存在していることが示された。また逆に、身体的機能水準は維持していても心理的側面の指標値が低いという群 (9.3%) も存在していることが示されている。小川他(2008)の研究では、このような結果をもたらした要因について、身体的機能が低下しているにも関わらず心理的健康が維持できている群と、逆に病気や運動障害はないのに主観的幸福感が低い群を比較して、「ソーシャルサポートの多寡」や「同居者の有無」といった要因が、それらの背景にあることが指摘されており、サクセスフル・エイジングの条件の中でも、「人間関係」の果たす役割の大きさが示唆されている。また、高齢期に体験するライフイベントをストレスの観点から検討した下仲(2000)は、同じライフイベントを体験しても、ある人は状況を克服できるが、一方ではストレス状況に陥ってしまう人がいることを報告しており、その違いをもたらす精神的健康の悪化を早める要因として、「孤独」、「老いへの態度—役立たずになると悲観的に思うこと」を指摘している。

小川他(2008)や下仲(2000)の報告は、精神的に苦痛となるようなライフイベントを体験し、危機的状況に陥る高齢者がいる一方で、それを乗り越えて生き生きと生活している高齢者も多く存在することを示している。小川他(2008)は、このような心理的適応の促進要因を「ソーシャルサポートの多寡」や「同居者の存在」といった表現で記述しているが、一歩進んで考えるならば、実際に重要となるのは、このような人との繋がり「中身」であることが予想される。このような小川他(2008)の「ソーシャルサポートの多寡」や「同居者の存在」といった要因は、人との繋がりを指摘するものであるという点で、下仲(2000)が、精神的健康を悪化させる要因として記述している「孤独」に通じるものであると捉えられるが、「孤独」とは「ソーシャルサポートの多寡」や「同居者の存在」があれば、必ず埋まるものではなく、そのあり方によっては一層「孤独」を深めることにもなり兼ねない点で、少し様相が異なるだろう。このような両者の違いは、小川他(2008)の指摘している要因が対人接触の量的観点からの記述であるのに対して、下仲(2000)の指摘している要因が対人関係における質的観点を含む記述であることによって生じるものであると考えられる。一般的に対人接触の量が増すことによって孤独を埋められる機会は相対的に多くなることが予想されるが、実際にはそのような接触の質が問題であり、対人接触の量が少なかったとしても、質の部分で、つまり「孤独」を埋められる対人関係が存在するならば、高齢者の心理的適応は促進されるものと考えられる。では、どのような関わりによってその質は担保されるのであろうか。

このような高齢期の人間関係の質の様相に関わるものとして、発達心理学における依存や愛着の観点から高橋・波多野(1990)は、乳幼児においては相手(主として母親)から「もらう」愛情が重要視されるのに対し、高齢者における愛情は、もらう愛情以上に「与える愛情」「わかち合う愛情」が重要であることを指摘している。また、角尾・草野(2000)は、高齢者の英知や経験、文化を若い世代に伝承し、交流することの有効性を指摘している。さらに、高齢者の援助行動と心理・社会的幸福感との関連を検討した妹尾・高木(2004)は、他人を援助し、ポジティブな感情を体験することが主観的

幸福感に繋がることを報告しており、これらの研究では共通して「人間関係」の中でも、一方的に与えられる存在ではなく、対等な関係性、英知や経験と言った高齢期の強みを活かすことのできる関係性の構築が重要となることが示唆されている。

また、このような相手の役に立つ体験を通して、生きる自信を得ることは、健常高齢者のみでなく、認知症高齢者にとっても大きな支えとなることが指摘されているものである。認知症患者を対象に役割意識という観点から検討を行った北添(1998)は、何らかの役割の中で生活していくことによって、認知症高齢者の主体性が増し、精神的な安定に繋がる可能性があることを報告している。さらに北添の研究では、実際に何ができるかという結果以上に、情緒的な役割を含めた役割意識そのものの重要性が示唆されている。

このように高齢期では身体的・認知的機能の低下によって心理的適応を脅かされるが、人との繋がりや、その中において「役に立つこと」や、「役割を期待されること」によって、そのような危機を乗り越え、高齢期の心理的適応を維持できる可能性が示されてきている。よって、高齢期の援助にあたっては、このような「関係性の援助」をいかに行っていけるかが最大の焦点となるだろう。

4. 高齢者動作法の効果的実施形態

以上の高齢者の心理-社会的要因を踏まえると、高齢者動作法を実施する上での効果的な形態としては、それが社会との「関係性の強化に繋がる場」であること、高齢者が一方的に与えられる者として扱われず、何かしらの「役割を期待される場」を設定することが可能であれば、高齢者動作法の主効果に加えて、様々な副次的効果が期待できるものと推察される。

このような理想的な実施形態を実現する上で注目したいのが、障害児・者動作法における月例会の存在である。臨床動作法における障害児・者臨床では、早くから地域援助の視点が育っており、地域ごとに臨床動作法の月例会が盛んに行われている。参加者は、地域に住む障害児・者及びその家族と特別支援学校の教員、障害者臨床で援助職に従事する者たちである。そこでは、障害者の自立支援と家族の援助負担の軽減、専門職の援助スキルの向上が同時に達成されるとともに、関係者間の繋がりを強化する場としても機能している。障害児・者を対象とした月例会のシステムを、そのまま高齢者に適応するのは困難であるが、健康増進を目的とした地域の高齢者や高齢者福祉施設に入所/通所されている高齢者、介護負担の軽減を目指す高齢者の家族や介護職従事者を対象に置き換えた、高齢者動作法の月例会の開催の意義は、非常に大きいものと考えられる。

このような取り組みを先駆的に行っているものとして、長野・花田(2004)、長野(2005)の取り組みがある。長野・花田(2004)、長野(2005)は16年間にわたって大学の授業の一環として行ってきた高齢者動作法教室の取り組み、「高齢者の心とからだの動きを活性化する教室」について報告を行っている。長野の取り組みは、① 実践、実技力を伸ばす授業づくりとして、臨床動作法に基づく、対人援助技術の習得をめざす体験教育的側面、② 生涯学習の一環として、高齢者の心身の健康を維持するための学びの場となるような地域援助的側面、③ 高齢者に対する臨床動作法の適用をとおした新たな対

人援助技術の展開を目指す研究的側面、以上、3つの側面からの実践であったことが示されているが、研究報告としては、対人援助技術習得における体験的教育の効果(長野・花田, 2004)、健常高齢者に対する臨床動作法の留意点(長野, 2005)が取り上げており、定期的な集団での実施といった構造的側面が持つ効果、臨床動作法の場合が人との繋がりを構築する場となることによって生じる効果等については取り上げられてはならず、ここまでの考察を裏付けるためには、今後さらなる検討を要する。

第3節 今後の課題

まず第1にして最大の課題は、上述の形態での地域高齢者を対象とした高齢者動作法の実施である。公的機関が行う市民講座で前列を埋めるのは熱心な高齢者であることが多く、また長野(2004)の報告からも地域高齢者からのニーズが高かったことが報告されており、トレーニーとなる高齢者の参加に困難は少ないものと推測される。確保の困難が予想されるのはトレーナーの存在であり、実際に長野の報告でも高齢者の参加者と同数のトレーナーを確保することが難しかった回があったことが報告されている。このためトレーナーとしては、臨床心理士を含む、高齢者支援職に加えて、理想的には会が大学での実習の一環として行われるか、もしくは実習先として位置づけられ、学生等が多数、実習生として参加できるような形態での実施が望まれる。

次に、このような高齢者動作法月例会の効果について検討を行うことが課題となる。高齢期における適切なアセスメントを行い、臨床動作法の身体的・心理的・認知的影響を検討することは元より、会が高齢期における人間関係の構築に果たす役割を検討し、このような効果を引き出すための会の運営方法を検討する必要がある。障害児・者動作法においても「トレーナー」と「トレーニー」の関係は、「与える者」と「与えられる者」ではなく、やり取りを通して共に学ぶ関係であるが、臨床動作法における主効果に加えて、高齢者が役割を取る効果を引き出すためには、このような関係性を強調した会の運営が求められるだろう。

参考文献

- 足立匡基 2008 「立位バランスが高齢者の主観的幸福感に与える影響」 『2008 年日本リハビリテーション心理学会学術大会発表論文集』 20-21 頁.
- 足立匡基 2010 「対人恐怖症状のある男性との臨床動作法を用いた面接過程」 『大阪大学大学院人間科学研究科心理教育相談室紀要』 大阪大学人間科学研究科心理教育相談室 16, 98-105 頁.
- 足立匡基 2011a 「高齢者の立位バランスと心理的適応の関係性 -臨床動作法の観点から-」 『老年社会科学』 33(1), 3-14 頁.
- 足立匡基 2011b 「大阪大学公開講座 2010 年度動作法キャンプの評価と今後の課題」 『大阪大学教育学年報』 16 pp73-84 頁.
- 足立匡基 2011c 「高齢者の心理的適応における動作制御の意義 -臨床動作法の観点から」 『日本心理臨床学会第 30 回秋季大会発表論文集』 257 頁.
- 足立匡基 2012 「高齢者動作法の体験過程における内的統制傾向の意義」 『日本心理臨床学会第 30 回大会発表論文集』 234 頁.
- 足立匡基 印刷中 a 「臨床動作法による内的統制傾向の強化が高齢者の心理的適応に与える影響」 心理臨床学研究 31(3) 頁数未定.
- 足立匡基 印刷中 b 「高齢者動作法における認知課題処理能力の改善要因 -情報処理資源と姿勢制御並びに注意バイアスの観点から-」 リハビリテーション心理学研究 巻数,頁数未定.
- 足立匡基・中野弘治 2009 「動作法の実践が高齢者の主観的幸福感に与える影響」 『日本老年社会科学』 31(2), 243 頁.
- 足立匡基・中野弘治 2011 「臨床動作法による重心動揺及び状態不安の改善が高齢者の認知課題処理能力に与える影響」 『老年社会科学』 33(2) 314 頁.
- 足立智英・小林祥泰・山下一也・小出博巳・山口修平 1995 「高齢者の転びやすさと大脳白質障害」 『臨床神経学』 35(6), 617-620 頁.
- 蘭 香代子 1992 「高齢者臨床における動作法」 成瀬悟策(編) 『現代のエスプリ別冊 健康とスポーツの臨床動作法』 至文堂 98-111 頁.
- Balaswamy, S., Richardson, V. E. 2001 “The cumulative effects of life event, personal and social resources on subjective well-being of elderly widowers” International Journal of Aging and Human Development, 53(4), pp. 311-327.
- Beck, A. T., & Clark, D. M. 1988 “Anxiety and depression: An information processing perspective” , Anxiety Research, 1, pp. 23-36.
- Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J. I. & Maki, B. 1992 “Measure balance in the elderly: varidation of an instrument” Canadian Journal of Public Health, 83(2), pp. 7-11.
- Clark, D.M. 1988 “A cognitive model of panic attacks” . In Rachman, S. & Maser, J.D. (Eds.), Panic: Psychological perspectives, Erlbaum pp. 71-89.
- 土居健郎 1975 「老年期の死生観」 長谷川和夫, 那須宗一編, 『ハンドブック老年学』

岩崎学術出版社

- 衛藤裕司・小林重雄 1995 「動作法におけるアイコンタクトに関する研究—自閉性障害児への適用を通して—」 『心身障害学研究』 19, 87-96 頁.
- 江崎 直樹 2003 「動作法による統合失調症の情動コントロールの過程」 『リハビリテーション心理学研究』 30(2), 21-29 頁.
- Foa, F.B. & McNally, R.J. 1986 “Sensitivity to feared Stimuli in obsessive compulsives: A dichotic listening analysis”, Cognitive Therapy and Research, 10, pp. 477-486.
- 藤岡孝志 1986 「不安神経症者へ—こころのよりどころを求めて—」 『障害児臨床シンポジウム 1』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 47-53 頁.
- 藤岡孝志 1993 「高齢者への動作療法の適用」 『リハビリテーション心理学研究』 20, 70-85 頁.
- 福田寿生・木田和幸・木村有子・西沢義子・金沢義智・斎藤久美子・三田禮造・田鎖良樹 2002 「地方都市における 65 歳以上の住民の主観的幸福感と抑うつ状態について」 『日本公衆衛生学雑誌』, 49(2), 97-105 頁.
- 船橋篤彦 2002 「こころを育む技法としての臨床動作法を再考する」 『リハビリテーション心理学研究』 30, 55-64 頁.
- 船橋篤彦・目健二・大神英裕 2004 「多動傾向を示す知的障害児への発達支援-動作法による家庭・学校・療育機関の連携-」 『リハビリテーション心理学研究』 32(1), 15-27 頁.
- 船木道子 1992 「自閉症児に対する動作法導入の過程」 『障害児臨床シンポジウム 3』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 39-48 頁.
- 古谷野亘 1981 「老年期の社会関係とモラル」 『応用社会学研究』 22, 167-186
- Geurts, A.C.H., Mulder, T.W., Nienhuis, B. & Rijken, R.A.J. 1991 “Dual-Task assessment of reorganization of postural control in persons with lower limb amputation”, Arch. Phys. Med. Rehabil., 72(13), pp. 1059-1064.
- 権藤恭之編 2008 「高齢者心理学」 朝倉心理学講座 15
- Granger, C.V., Dewis, L.S., Peters, N.C. 1979 “Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures”. Arch Phys Med Rehabil., 60(1), pp. 14-17.
- 針塚進 1986 「自閉・多動児への動作訓練」 『リハビリテーション心理学研究』 14, 41-52 頁.
- 針塚 進 1989 「高齢者の心身の活性化のための身体を通じた援助の意義と方法—動作法適用の理論—」 『九州大学教育学部紀要(教育心理学部門)』 33(1), 27-36 頁.
- 針塚 進 1992 「障害高齢者に対するカウンセリングとしての動作面接法」 『リハビリテーション心理学研究』 20, 15-21 頁.
- 畠中雄平 1995 「境界例への動作法の適用」 『臨床動作学研究』 1, 10-11 頁.
- 久田信行 1981 「軽度精神発達遅滞を伴う多動児へ動作訓練を適用した—症例」 『リハビリテーション心理学研究』 10, 21-29 頁.
- 千川隆 2000 「垂直線の定位と知覚」 成瀬悟策(編) 『実験動作学』 至文堂 186-198 頁.

- 星野公夫 1974 「養護・訓練と脳性マヒ児の動作訓練」 『東京教育大学附属桐が丘養護学校研究紀要』 10, 129-139 頁.
- 池田勝昭 1976 「養護・訓練としての肢体不自由児教育における立位・歩行動作の分析的研究」 『愛知教育大学治療教育学研究』 1, 43-57 頁.
- 池田勝昭 1980 「脳性マヒ児の重心フィードバックの動作学的検討」 『愛知教育大学研究報告(教育科学)』 29, 203-216 頁.
- 池田勝昭 1981 「重心フィードバック法による脳性マヒ児の立位動作の研究(1)」 『愛知教育大学研究報告(教育科学)』 30, 179-193 頁.
- 池田勝昭 1981a 「重心フィードバック法による脳性マヒ児の立位動作の研究(2)－視・聴覚の手がかり条件の検討による立位動作の基本的機序の考察－」 『リハビリテーション心理学研究』 9, 65-69 頁.
- 池田勝昭 1982 「重心フィードバック法による脳性マヒ児の立位動作の研究(3)－立位動作の制御過程の分析－」 『愛知教育大学研究報告(教育科学)』 31, 241-252 頁.
- 池田勝昭 1984 「重心フィードバック法による脳性マヒ児の立位動作の研究(4)－基底面の違いによる重心移動の最大可動域と動揺量の分析－」 『リハビリテーション心理学研究』 12, 53-59 頁.
- 妹尾香織・高木修 2004 「高齢者の援助行動経験と心理・社会的幸福・安寧感との関連」 『心理学研究』 75, 428-434 頁.
- Imura, O. & Kinjyo, N. 2005 “Dohsa-Hou for Health Promotion in Normal Adults”, *Saudi Journal of Disability and Rehabilitation*, 11(1&2), pp. 72-75.
- 井上久美子 2007 「対人場面における不適応を示す ADHD 男児に対する自己制御感を目指した動作面接過程」 『リハビリテーション心理学研究』 34(1,2) 47-57 頁.
- 入江建次・成瀬悟策 1973 「重心移動からみた脳性マヒ児の動作学的研究」 『九州大学教育学部紀要』 17(2), 43-55 頁.
- 入江建次 1986 「急性期分裂病者へー動作療法からの導入的接近ー」 『障害児臨床シンポジウム 1』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 151-161 頁.
- 石原 治・下沖順子・中里克治・河合千恵子・権藤恭之 1999 「5 年間ににおける PGC モラールスケール得点の安定性」 『老年社会科学』 21(3), 339-345 頁.
- 板垣さおり 1998 「身体動揺が不安低減に及ぼす効果」 『1997 年度早稲田大学人間科学研究科修士論文』
- 糸永和文 1981 「筋電図フィードバックによる手動作－随意運動条件下と他動運動条件下の運動関連電位の比較－」 『リハビリテーション心理学研究』 9, 53-57 頁.
- 糸永和文 1984 「筋電図フィードバックと準備電位－脳性マヒ児と健常者の準備電位の比較－」 『リハビリテーション心理学研究』 12, 71-77 頁.
- 岩切祐司・山中寛 「主体的に他者と関われない自閉傾向児への動作法の適用」 『リハビリテーション心理学研究』 37(1), 25-39 頁.
- 飯塚一裕 2003 「発達障害児への援助における動作法及びコンサルテーションの実践」 『リハビリテーション心理学研究』 31(2), 49-60 頁.
- 岩切昌宏 1998 「老年期の精神障害とその心理」, 中野善達, 守屋國光編著, 『老人・障害者の心理』 福村出版

- Jacobson, E. 1938 Progressive relaxation Chicago: University of Chicago Press
- 角尾美果・草野篤子 2000 「高齢者をめぐるストレスと世代間交流のすすめ」 『老年精神医学雑誌』 11, 1372-1379 頁.
- 鎌原雅彦・樋口一辰・清水直治 1982 「Locus of Control 尺度の作成と信頼性・妥当性の検討」 『教育心理学研究』 30, 141-149 頁.
- 亀口憲治 1975 「位置イメージの“投射”過程におよぼすフィードバックと姿勢の効果」 『心理学研究』 46(2), 76-82 頁.
- 木村敦子・小田浩伸・糸永和文 2000 「自閉的傾向のある障害幼児とトレーナーとの相互交渉に及ぼす動作法の効果」 『大阪教育大学障害児教育研究紀要』 23, 83-96 頁.
- 北添紀子 1998 「痴呆老人の役割意識と精神症状」 『心理臨床学研究』 16 334-340 頁.
- 小林芳文・村田茂・豊田陸郎・石原正楨 1978 「脳性まひ児の筋弛緩動作訓練における生体反応-テレメーターによる筋活動, 心拍数, GSR の分析-」 『国立特殊教育総合研究所研究紀要』 5 27-38 頁.
- 小林芳文・村田茂・豊田陸郎・石原正楨 1979 「脳性まひ児の筋弛緩動作訓練-心拍数, 筋電図, GSR でみた訓練効果の検討-」 『国立特殊教育総合研究所研究紀要』 6, 25-34 頁.
- 古賀 聡 2001 「うつ状態を示す高齢者への動作法適用」 『リハビリテーション心理学研究』 29, 45-52 頁.
- 古賀 聡・井上久美子 2003 「注意欠陥多動性障害をもつ子どもに対するグループアプローチにおける動作法の導入とその体験のあり方」 『リハビリテーション心理学研究』 30(2), 47-57 頁.
- 古賀精治・中田直宏 2003 「自閉傾向をともなう重度知的障害児の自傷行動の機能に及ぼす動作法の効果」 『リハビリテーション心理学研究』 31(2), 27-40 頁.
- 近藤 敏 2001 「高齢者の転倒と心理的要因」 『理学療法』 18(9), 860-873 頁.
- 河野文光 2012 「健康動作法教室の試み -地域在住者への動作法による健康支援-」 『臨床動作学研究』 16, 15-26 頁.
- 今野義孝 1978 「多動児の行動変容における腕あげ動作コントロール法の試み-行動変容における弛緩訓練の効果について-」 『東京教育大学教育学部紀要』 24, 187-195 頁.
- 今野義孝 1979 「腕あげ動作コントロール訓練にともなう多動児の指尖容積脈波反応の変化について」 『文教大学教育学部紀要』 13, 37-46 頁.
- 今野義孝 1982 「自閉症児に対する腕あげ動作コントロール訓練法の適用例」 成瀬悟策編 『心理リハビリテーションの展開 - 精神の発達と活性化への働きかけ-』 心理リハビリテーション研究所, 41-56 頁.
- 今野義孝 1983 「腕あげ動作コントロール訓練における自閉症児群, 多動児群, 学習障害児群の訓練経過の比較」 『文教大学教育学部紀要』 17, 38-50 頁.
- 今野義孝 1985 「動作法の障害児治療教育への適用」 『特殊教育学研究』 23(2), 61-66 頁.
- 今野義孝 1987 「多動と治療教育」 『発達障害研究』 9(2), 46-53 頁.

- 今野義孝・吉川延代 2005 「動作法による立位踏み締め感の変化と心理的体験の変化」『人間科学研究文教大学人間科学部紀要』 27, 93-101 頁.
- 古谷野亘 1993 「老後の幸福感とサクセスフル・エイジング 老年学入門—学際的アプローチ」 川島書店
- 窪田文子 1991 「ある強迫神経症者に対する心理療法としての動作法」 『心理臨床学研究』 9(2), 17-28 頁.
- 窪田文子 2005 「不安を主訴とする事例に対して動作法を用いた面接について- 異文化での適用の試み」 『臨床動作学研究』 8, 9, 10, 11, 1-10 頁.
- 黒木俊秀 2004 「高齢者全般性不安障害の臨床」 『老年精神医学雑誌』 15(4), 394-399 頁.
- Larson, R. 1978 “Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans” , Journal of Gerontology, 33, pp. 109-125
- Lawton, M. P. 1975 “The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale; a revision” , Journal of Gerontology 30(1), pp. 85-89
- 前田雅也・佐藤新 2004 「単身高齢者の抱える問題 - 自殺とうつを中心に -」 『老年精神医学雑誌』 15, 162-168 頁.
- Mahoney, F.I., Barthel, D. W. 1965 “Functional evaluation the Barthel Index” , Maryland State Medical Journal 14 pp. 61-65
- Marsh, A.P. & Geel, S.E. 2000 “The effect of age on attentional demands of postural control” , Gait Posture, 12(2), pp. 105-113.
- Mathews, A.M. & MackLeod, C. 1994 Cognitive approaches to emotion and emotional disorders, Annual Reviews of Psychology, 45, pp. 25-50
- 円井操 1982 「多動児の行動変容における立位訓練の試み」 成瀬悟策編 『心理リハビリテーションの展開 - 精神の発達と活性化への働きかけ-』 心理リハビリテーション研究所, 99-107 頁.
- Menec, V. H. 2003 “The relation between everyday activities and successful aging: A 6-years longitudinal study” Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58B, pp. S74-82.
- 宮里 新之助 2010 「重度アルツハイマー型認知症高齢者に対する情動制御不全の改善に向けた動作法の適用」 『リハビリテーション心理学研究』 37(1), 1-12 頁.
- 水口公信・下仲順子・中里克治 1991 「日本版 STAI 使用手引き」 三京房
- 森崎博志 2002 「自閉症児におけるコミュニケーション行動の発達的变化と動作法」 『リハビリテーション心理学研究』 30, 65-74 頁.
- 森崎博志 2004 「自閉的な子どもへの身体を介した関わりの意義-発達の視点からの理論的考察-」 『リハビリテーション心理学研究』 32(2), 49-62 頁.
- 盛武 茜・井村 修 2003 「自閉性障害児の模倣行動促進に及ぼす動作法の効果 -腕上げ動作課題を中心として-」 『リハビリテーション心理学研究』 31(2), 15-25 頁.
- 村岡義明・生地 新・伊原一成 1996 「地域住宅高齢者のうつ状態の身体・心理・社会背景要因について」 『老年精神医学雑誌』 7(4), 397-407 頁.
- 村田有美 2006 「対人恐怖を主訴とする女性への臨床動作法」 『臨床動作学研究』 12,

28-33 頁.

武藤三千代・渡辺鎌二 2010 「高齢者におけるラジオ体操の継続的实施が身体に及ぼす効果について」 『日本体育学会大会予稿集』 61, 206 頁.

長野 恵子・花田利郎 2004 「対人援助技術の習得を目指した体験教育の展開(2)- 高齢者教室での15年間の臨床動作法実践を振り返って-」 『西九州大学健康福祉学部紀要』 35, 65-74 頁.

長野 恵子 2005 「高齢者に対する動作法 -比較的健康な高齢者を対象として」 『臨床動作学研究』 8, 9, 10, 11, 43-49 頁.

長田篤・山縣然太郎・中村和彦・宮村季浩・浅香昭雄 1999 「地域後期高齢者の主観的幸福感とその関連要因の性差」 『日本老年精神医学雑誌』 36(12), 868-873 頁.

内閣府 2012a 「平成24年度版高齢社会白書」 ぎょうせい.

内閣府 2012b 「平成24年版自殺対策白書」 ぎょうせい

中川透・碓颯子 1971 「心理学的立場による脳性マヒ児の機能訓練とその効果について-単位動作を中心とした考察-」 『リハビリテーション研究』 27-40 頁.

中島健一 1989 「鬱老人への動作療法」 九州大学出版会, 230-238 頁.

中島健一 1992 「自閉症児との関係形成のための一試み-“待つ”という働きかけ-」 『障害児臨床シンポジウム3』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 23-30 頁.

中島健一・成瀬悟策 2001 「痴呆性高齢者への動作法」 中央法規, 180-190 頁.

中根桃子 1997 「境界例に対する動作法の適用について-主体性の獲得を求めて-」 『リハビリテーション心理学研究』 25, 31-42 頁.

成瀬悟策 1967a 「脳性マヒ者の心理学的リハビリテーション 1-弛緩行動について-」 『九州大学教育学部紀要』 11(2), 33-46 頁.

成瀬悟策 1967b 「脳性マヒ者の心理学的リハビリテーション 2-単位動作の習得-」 『九州大学教育学部紀要』 12(1), 43-64 頁.

成瀬悟策 1972 「脳性マヒ者の心理学的リハビリテーション 3-単位動作訓練-」 九州大学教育学部紀要 16(2), 1-52 頁.

成瀬悟策 1973 「養護・訓練への提言-機能訓練から動作訓練へ-」 『肢体不自由児教育』 14, 4-12 頁.

成瀬悟策 1985 「動作法による治療教育の概説と効用・限界」 『実践障害児教育』 139(1), 26-27 頁.

成瀬悟策 1988 「ひとがタテになることの意味」 『リハビリテーション心理学研究』 16, 1-8 頁.

成瀬悟策 1992 「臨床動作法の心理構造」 成瀬悟策(編) 『現代のエスプリ別冊 臨床動作法の理論と治療』 至文堂 43-52 頁.

成瀬悟策 1993 「高齢者臨床における動作法の心理学的意義」 『リハビリテーション心理学研究』 20, 1-17 頁.

成瀬悟策 2000 「動作療法」 誠信書房.

成瀬悟策 2007 「動作のこころ」 誠信書房

Neugarten, B. L. (Eds.) 1968 Middle age and aging. Chicago: University of Chicago Press.

- 野口宗雄・成瀬悟策 1971 「単位動作による弛緩行動の学習過程」 『九州大学教育学部紀要』 15(2), 37-46 頁.
- 野口宗雄 1972 「単位動作による脳性マヒ児の動作」 『心理学研究』 43(1), 13-21 頁.
- 野口宗雄 1974 「単位動作による脳性マヒ児の不自由動作の分析」 『心理学研究』 45(5), 233-241 頁.
- 野村勝彦 1992 「自閉症児の教育・指導における動作法」 『障害児臨床シンポジウム 3』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 17-21 頁.
- 大場信恵 1986 「不安神経症者へ—まぎれもない自己との直面—」 『障害児臨床シンポジウム 1』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 63-69 頁.
- 小田浩伸・谷晋二 1994 「動作法による自閉的傾向を持つ精神遅滞児の学習活動への構えの形成」 『特殊教育学研究』 32(3), 13-21 頁.
- 小川まどか・権藤恭之・増井幸恵・岩佐一・河合千恵子・稲垣宏樹・長田久雄・鈴木隆雄 2008 「地域高齢者を対象とした心理的・社会的・身体的側面からの類型化の試み」 『老年社会科学』, 30(1), 3-14 頁.
- 大神英裕 1974 「脳性マヒ児の関節可動域改善に及ぼす視覚フィードバック効果」 『リハビリテーション心理学研究』 2, 16-18 頁.
- 大神英裕 1992 「健康法における動作法の位置づけ」 成瀬悟策(編) 『現代のエスプリ別冊 健康とスポーツの臨床動作法』 至文堂 30-34 頁.
- 緒方登士雄・成瀬悟策 1978 「動作不自由と眼球運動(1) —ポインティング動作における眼球運動の役割—」 『リハビリテーション心理学研究』 6 68-71 頁.
- 岡本和士 2000 「地域高齢者における主観的幸福感と家族コミュニケーションとの関連」 『日本老年精神医学会雑誌』 37(2), 149-154 頁.
- 大川貴子 2005 「数年にわたり抑うつ状態を呈してきた成人女性への臨床動作法の適用」 『臨床動作学研究』 8, 9, 10, 11, 21-32 頁.
- 大川貴子 2012 「うつ病者の現実認知に及ぼす動作療法の無意識過程の効果」 『臨床動作学研究』 17, 15-34 頁.
- 大北啓子 1991 「多動を伴う重度精神遅滞児への動作訓練の適用—自己と自分の身体および外界との関係性に気づく過程—」 『特殊教育学研究』 29(1), 39-46.
- 大森健一 2004 「高齢者神経症性障害の概念の変遷と国際疾病分類」 『老年精神医学雑誌』 15(4), 369-374 頁.
- 大野洋美・永井正則・和田万紀 2005 「不安と重心動揺」 『自律神経』 42(2), 135-137 頁.
- 大野博之 1968 「脳性マヒ者の機能訓練における筋電計による feedback 弛緩の研究」 『臨床心理学の進歩』 誠信書房, 192-199 頁.
- 大野博之 1971 「実験マヒの筋電図学的研究—I)脳性マヒ者の異常緊張と実験マヒについて—」 『教育・社会心理学研究』 10(1), 11-21 頁.
- 大野博之 1973 「脳性マヒ児における一定姿勢のフィードバック・コントロールについて」 『リハビリテーション心理学研究』 1, 1-6 頁.
- 大野博之 1976 「表面筋電図の周波数分析による姿勢制御の解析—姿勢制御における

- 筋活動の変化に関する分析の試みー」 『心理学研究』 47(1), 1-8 頁.
- 大野博之 1978 「表面筋電図法による子どもの上肢動作における筋活動に関する研究」 『九州大学教育学部紀要』 23(1), 25-36 頁.
- 大野博之 1981 「筋電図法による姿勢保持緊張の測定・分析について」 『リハビリテーション心理学研究』 9, 37-42 頁.
- 大野清志 1984 「自閉・多動・精薄児等に対する動作法適用上の諸問題」 『教育相談研究 (筑波大学)』 22, 51-58 頁.
- 大野武士・藤村昌彦・河村光俊・奈良勲 2002 「高齢者における立位バランスと認知課題処理能力の関係について」 『広島大学保健学ジャーナル』 2(1), 78-84 頁.
- Patterson, A. F., Engardt, M., Wahlund, L.O. 2002 “Activity level and balance in subjects with mild Alzheimer’s disease” Dementia & Geriatric Cognitive Disorders, 13(4), pp. 213-216.
- Richards, A., & French, C. C. Johnson, W., Naparstek, J. & Williams, J. 1992 “Effect of mood manipulation and anxiety on performance of an emotional Stoop task”, British Journal of Psychology, 83, pp. 479-491.
- Rotter, J. B. 1966 “Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement”, Psychological monographs, 80, pp. 1-28.
- Rotter, J. 1975 “Some Problems and misconceptions related to the construct of internal versus external reinforcement”, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, pp 56-67.
- 坂元 薫・田中朱実 1998 「気分障害」 本田昭・武田雅俊(編) 『臨床精神医学講座 12 老年期精神障害』 中山書店, 290-302 頁.
- 坂本望・大谷拓哉・新小田幸一・前島洋・吉村理・飛松好子 2007 「認知症高齢者の外乱時に対する姿勢制御について」 『理学療法学』, 34(2), 45-51 頁.
- 齋籐富由起 2002 「立位姿勢における身体動揺と特性・状態不安の関連性」 『リハビリテーション心理学研究』, 30 (1), 85-92 頁.
- 齋籐富由起 2003 「立位姿勢における身体動揺と多面的感情状態の関連性」 『リハビリテーション心理学研究』, 30 (2), 1-8 頁.
- 笹川えり子・小田浩伸・藤田継道 2000 「ダウン症児・自閉症児とその母親との相互交渉に及ぼす動作法の効果」 『特殊教育学研究』 38(1), 13-22.
- 佐藤眞一 2000 「心の加齢」 日本老年行動科学会監修, 井上勝也, 大川一郎編, 『高齢者の「こころ」事典』 中央法規出版
- Seligman, M. (1975) *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman (「うつ病の行動学: 学習性無力感とはなにか」 平井久・木村駿監訳、誠心書房、1985)
- 清水良三 1986 「神経症鬱病の患者へー自己の限界への気づきー」 『障害児臨床シンポジウム 1』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 95-103 頁.
- 清水謙二・小田浩伸 2001 「自閉症生徒におけるパニックの軽減に及ぼす動作法の効果ー学校および家庭におけるパニックの頻度の変化ー」 『特殊教育学研究』 38(5), 1-6 頁.

- 下仲順子 2000 「高齢期における心理・社会的ストレス」 『日本老年医学会雑誌』 11, 1339-1345 頁.
- 進藤貴子 2010 「高齢者福祉と高齢者心理学」 『川崎医療福祉学会誌』 増刊号 29-44 頁.
- Sims, J., & Baumann, D. 1972 “The tornado threat: Coping styles in the North and South”, Science, 176, pp. 1386-1392.
- 園田茂・椿原彰夫 1992 「FIM を用いた脳血管障害患者の機能評価」 『リハビリテーション医学』 29(3), 217-222 頁.
- Splig, E. G., Martin, B. J. 2003 “Falls risk following discharge from a geriatric”, Clinical Rehabilitation, 17(3), pp. 334-340.
- Stevens, J., & Critz, L. A. 1966 “Spatial acuity of touch: Ubiquitous decline with aging revealed by repeated threshold testing”, Somatosense Motor Research, 13, pp. 1-10.
- Strickland, B. 1977 “Internal-external control of reinforcement”. In T. Blass (Ed.), Personality variables in social behavior. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Stroop, J. R. 1935 “Studies of interference in serial verbal reactions”. Journal of Experimental Psychology, 18, pp. 643-662.
- 田嶋誠一 1981 「脳性マヒ児(者)の筋電図フィードバック (緊張残効に対して)」 『心理学研究』 52(4), 199-205 頁.
- 田嶋誠一 1986 「脳性マヒ児のバイオフィードバックに関する基礎的研究－EMG と関節角度の関係について－」 『リハビリテーション心理学研究』 14, 95-104 頁.
- 高橋恵子・波多野宜余夫 1990 「生涯発達の心理学」 岩波新書
- 高橋邦明・佐藤新 1999 「老年期の自殺の疫学」 『老年精神医学雑誌』 10(8), 932-939 頁.
- 高橋祥友 2003 「高齢者にみる自殺の特徴と問題点」 『老年精神医学雑誌』 14(4), 430-435 頁.
- 高松鶴吉 1981 「動作訓練について (1) 動作訓練と養護・訓練との関連」 『総合リハビリテーション』 9(4), 320-323 頁.
- 高松薫 1986 「「自分がなくなる感じ」を訴える分裂病患者へ」 『障害児臨床シンポジウム 1』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 133-140 頁.
- 竹田文子 2012 「立つことやバランスをとることの体験がパニックからの立ち直りを促した事例」 『臨床動作学研究』 15, 27-38 頁.
- 竹田伸也・井上雅彦 2005 「重度認知症高齢者への動作療法の治療要因」 『心理臨床学研究』 23(3), 305-315 頁.
- 谷口和江・前田大作・浅野仁・西下彰俊 1984 「高齢者のモラルにみられる性差とその要因分析－都市の在宅老人を対象にして」 『社会老年学』, 21, 339-345 頁.
- 竹下可奈子・大野博之 2002 「ADHD 児への動作法の適用－主体的活動の特徴と注意の仕方の検討－」 『リハビリテーション心理学研究』 30, 31-40 頁.
- 富永良喜・成瀬悟策 1982 「脳性マヒ者による伸張反射の随意的制御－EMG フィードバック法を用いて－」 『九州大学教育学部紀要』 27(1), 51-60 頁.

- 利光恵 2001 「自閉症児への発声指導」 『リハビリテーション心理学研究』 29, 37-44 頁.
- 坪井さとみ・福川康之・新野直明・安藤富士子・下高浩史 2004 「地域在住の中高齢者の抑うつに関連する要因」 『心理学研究』 75(2), 101-108 頁.
- 塚越昌幸・遠藤真・内野興一郎・森住宜司 1982 「多動児の行動変容における動作誘導コントロール法の試み」 『教育相談研究 (筑波大学)』 20, 43-58 頁.
- 鶴 光代 1986 「境界例の患者へー実感のよみがえりを求めてー」 『障害児臨床シンポジウム 1』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 141-149 頁.
- 鶴 光代 1982 「精神分裂病者の動作改善と社会的行動変容」 『心理リハビリテーションの展開 - 精神の発達と活性化への働きかけ-』 心理リハビリテーション研究所, 169-181 頁.
- 鶴 光代 1986 「分裂症者の動作訓練」 『リハビリテーション心理学研究』 14, 53-61 頁.
- 鶴 光代 1988 「動作療法における障害児(者)への治療的アプローチー分裂病者の動作療法ー」 『リハビリテーション心理学研究』 16 65-71 頁.
- 鶴 光代 1992 「高齢精神分裂病者の動作療法ー動作課題設定と援助の仕方ー」 『リハビリテーション心理学研究』 20, 65-74 頁.
- 鶴 光代 1992 「自閉症児への動作法の課題」 『障害児臨床シンポジウム 3』 九州大学教育学部附属障害児臨床センター, 9-15 頁.
- 鶴 光代 1995 「臨床動作法による慢性分裂病者の自己活用体験」 『リハビリテーション心理学研究』 21, 1-9 頁.
- 鶴 光代 2002 「臨床動作法における視点」 『臨床心理学』 2(2), 248-255 頁.
- 鶴 光代 2002 「精神分裂病のひとつへの臨床動作法」 『臨床心理学』 2(5), 685-690 頁.
- 鶴 光代 2005 「統合失調症の人への臨床動作法過程」 『臨床心理学』 5(6), 792-797 頁.
- 鶴 光代 2007 「臨床動作法への招待」 金剛出版
- 山本昌央・山田正三 1983 「重度精神遅滞と自閉・多動行動を示すテンカン幼児に対するリラクゼーション訓練の試み」 『熊本女子大学学術紀要』 35(1), 34-47 頁.
- 山本昌央 1995 「自閉症児への動作法」 『発達臨床心理研究』 1, 187-190 頁.
- 山本思外里 2008 「老年学に学ぶ サクセスフルエイジングの秘密」 角川学芸ブックス
- 山下功 1986 「自閉症児・多動児に対する動作法適用の効果」 『リハビリテーション心理学研究』 14, 27-39 頁.
- Yang, B., & Clum, G. 2000 “Child stress leads to later suicidality via its effects on cognitive functioning”, Suicide and Life-Threatening Behavior, 30(3), pp. 183-198.
- 吉川雅夫・菊池真也 1997 「状態不安・特性不安と立位姿勢の重心動揺の関連性」 『東洋大学スポーツ医学研究』 49-54 頁.
- 吉川吉美 1995 「不安神経症者への動作法の適用事例」 『臨床動作学研究』 1, 7-9

頁.

Yule, W. 1991 “Working with Children following disasters” , In Herbert, M. (Eds.), Clinical child psychology, Wiley, pp. 349-364.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. 1997 “Cognitive psychology and emotional disorders : Second edition” , Chichester : Wiley.

Wolfe, C. D. & Collin, C. 1988 “The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disabilities?” International Disability Study, 10 (2), pp. 64-67.

謝辞

本論文は、大阪大学大学院人間科学専攻博士後期課程に在籍中の研究成果をまとめたものある。本研究を遂行し、学位論文としてまとめるにあたり、多くの御支援と御指導を賜りました。

博士前期課程における指導教員を担当していただいた同専攻教授、故宮田敬一先生、後期課程における指導教員を担当していただいた同専攻教授、井村修先生には大変お世話になりました。時に応じ厳しくご指導下さったこと、また、やさしく励まして下さったことを通して、研究面だけではなく臨床家として、一個人としても育てていただいたと実感しております。宮田先生には、リソースは必ず自分の中にあるということ、井村先生には、大学教員としての地域援助の姿勢を、先生方の取り組みから教えていただきました。両先生に深謝の意を表します。

また、指導教員の先生方の他にも、本論文の作成に際して、多くの皆様から御支援を賜りました。とりわけ、臨床動作法の実践においては、『こころとからだの発達相談塾 MABA』の中野弘治先生に大変お世話になりました。中野先生との出会いがなければ、本研究をこのような形で実施することはかないませんでした。同じく感謝申し上げます。大阪大学大学院人間科学専攻の老松克博先生、野村晴夫先生、佐々木淳先生、大前玲子先生、及び『心理臨床学研究』『老年社会科学』『リハビリテーション心理学研究』にて私の論文を査読して下さった諸先生方には、本論文を執筆するにあたり、折に触れて適切なお助言を賜りました。併せて感謝申し上げます。

大学院時代の先輩、同輩、後輩の皆様、同じ時期に同専攻で学べた幸運を心から感謝しております。特に故良原誠崇さんには、格別の恩義を感じております。良原さんには、大学院の先輩としてだけでなく、研究者として臨床家として、進むべき道を照らしていただきました。ここに深謝の意を表します。

また、私の大切な友人にも感謝を述べたいと思います。時に私自身よりも私の可能性を信じ励ましてくれた、小池雄弥君、樫本智仁君、上田真依子さん、私がここまでやってくることができたのは、皆さんとの出会いがあったからこそです。ありがとう。

最後に、これまで私が思う道を進むことを許し、忍耐強く見守ってくれた父と母、そして家族に深い感謝の意を表して、謝辞と致します。

なお、本研究の一部は JPSS 科研費(課題番号: 13303255)の助成を受けて行われたものであることを付記致します。

平成 25 年 5 月 9 日
足立 匡基