

2023 年度博士論文

地域在住高齢者の精神的健康を増進する介入プログラムの検討

—ポジティブ心理学的介入の手法を取り入れて—

桜美林大学大学院 老年学研究科 老年学専攻

安 順姫

目 次

第1章 緒言.....	1
1. 高齢社会における健康の維持・増進.....	1
2. 高齢期における精神的健康の問題と課題.....	1
3. 精神的健康に関する取り組み.....	2
4. 地域在住高齢者のうつに関する介入法の研究動向.....	3
5. 精神的健康を増進する取り組みとしてのポジティブ心理学.....	4
6. 本研究の目的と構成.....	5
1) 研究の目的.....	5
2) 研究の意義.....	6
3) 精神的健康の定義.....	6
図・表.....	7
引用文献.....	12
第2章 研究I 地域在住高齢者におけるポジティブ心理学的介入を取り入れたうつ予防 プログラムの効果.....	17
1. 緒言.....	17
2. 方法.....	18
1) 調査の対象と方法.....	18
2) 倫理面の配慮.....	21
3. 結果.....	21
1) 事前調査時の介入群と対照群の属性.....	21
2) 介入群と対照群における分析対象者と除外者の属性.....	21
3) 介入群におけるホームワークの実施状況.....	22
4) 事前事後における評価指標の変化.....	22
4. 考察.....	22
5. 結語.....	25
図・表.....	26
引用文献.....	32

第3章 研究Ⅱ ポジティブ心理学的介入を取り入れたうつ予防プログラムの検討	35
1. 目的	35
2. 方法	35
1) 対象者	35
2) ハッピープログラムの概要	36
3) 評価方法	36
4) 分析方法	37
5) 倫理的配慮	37
3. 結果	38
1) 事前調査時の対象者の属性	38
2) ハッピースキルの実践状況	38
3) 心理・精神的健康に関する要因	38
4) プログラム実践における様相	39
4. 考察	39
5. 本研究の限界と展望	42
図・表	43
引用文献	51
第4章 研究Ⅲ ポジティブ心理学的介入に基づくうつ予防教室終了後の自主グループ 活動への継続参加に関する要因	53
1. 緒言	53
2. 方法	54
1) 「ハッピー教室」の概要	54
2) 研究対象	55
3) データ収集方法	55
4) データ分析方法	55
3. 倫理的配慮	56
4. 結果	56
1) 3つのグループに共通する活動継続要因	56
2) グループ間で特徴的な継続要因	57
5. 考察	57
6. 本研究の限界と今後の課題	59
図・表	60

引用文献	63
第5章 総合考察	65
1. ハッピープログラムへのポジティブ心理学の応用	65
2. 本研究で得られた知見	66
3. 本研究で得られた知見の活用	67
4. 本研究における限界と今後の課題	68
引用文献	70

謝辞

資料

第1章 緒言

1. 高齢社会における健康の維持・増進

2020年における65歳以上の高齢者人口は3,617万人で、総人口に占める割合が28.7%に上る¹⁾。先進諸国に比べ日本の高齢化率は最も高く、2065年には38.4%に達する見込みである²⁾。平均寿命も年々上昇しており、2016年は男性が80.98歳、女性が87.14歳で、いずれも過去最高である。一方で、日常生活に制限のない期間を示す健康寿命は男性が72.14歳、女性が74.79歳であり、平均寿命と比べて約10年の差がある。平均寿命と健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費用を消費する期間が増大することが予想される。健康寿命の延伸によって、平均寿命との差を縮小させるためにも、高齢者の健康の維持・増進を図ることが重要となっている。

健康に対する意識は、20世紀初めまでは結核などの慢性感染症対策を中心に発展してきており、それによって、1950年ごろでは結核による死亡率が著しく低下した。一方で、脳血管疾患や悪性新生物（がん）、心疾患の死因順位が年々上昇し、死因の上位を占めるようになった³⁾。このように成人病の増加など健康を取り巻く情勢が大きく変化する中、従来の病気を治療することを目的とした治療医学から、病気を未然に防ぐことを目的とした疾病予防や健康増進などの予防に重点が置かれるようになっていく。こうした背景の中、厚生労働省は全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、2000年には「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定し、健康づくりに取り組んでいる³⁾。2013年からは、2011年に行われた健康日本21の最終評価をもとに、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善の5つが健康日本21（第二次）の基本方向となっている。

2. 高齢期における精神的健康の問題と課題

健康日本21（第二次）では、その目標の一つである「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」するためには、身体と心との健康づくりの重要性が指摘されている。世界保健機関（WHO）は、「健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない（Health is a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity）」と定義され、精神的健康面を考慮せずに「健康か否か」を判断することはできない。内閣府の調査⁴⁾によれば、「現在、日常生活で悩みやストレスがあるか」という質問に対し、「大

いにある」もしくは「少しはある」と回答した人は、60歳以上で6割を占めている。年齢階層別にみると、60～64歳層で69.2%と最も高く、65～69歳層では67.8%、70～74歳層で65.4%、75～79歳層では48.5%、80～84歳層では48.2%、85歳以上では47.1%と減少傾向にあった。また、アメリカとスウェーデンに比べ、いずれの年齢層において、「大いにある」もしくは「少しはある」と回答した人の割合が日本で高かった。特に、高齢期は身体機能の低下、社会や家庭内での地位や役割の喪失、配偶者や知人・友人との死別など喪失体験が多く、生活上の様々なストレスを経験する時期でもある。こうした悩みやストレスはうつ病など精神的健康の問題を生起しやすい。

厚生労働省が3年ごとに行う「患者調査」によると、日本の精神疾患を有する外来患者数は、2017年に約389.1万人で15年前に比べ約1.7倍（2002年：約223.9万人）に増加している⁵⁾。年齢階層別では、全階層で増加傾向であり、特に後期高齢者（75歳以上）の精神疾患を有する外来患者数は15年前と比べ約3.2倍に増加するなど、高齢者の精神的健康を良好に保つための取り組みが求められる。なかでも、気分[感情]障害（躁うつ病を含む）を有する外来患者数が124.6万人と最も多く、15年前に比べ約1.8倍（2002年：約68.5万人）と増加割合が顕著である。このような精神的健康の低下は、健康管理や日常生活に消極的となり、生活機能やQOLの低下を引き起こす^{6~8)}ことが危惧される。また、高齢者の自殺の背景には、うつ病をはじめとする様々な精神疾患が関連することが言われており、大きな社会的問題になっている⁹⁾。Turveyら¹⁰⁾による65歳以上の14,456人を対象とした10年間の前向き調査では、抑うつ状態が自殺の最も強い危険因子であることが示されている。そこで、介護予防のみならず、自殺予防の観点からも、高齢期における精神的健康の維持・増進につながる、適した予防策を立てることが重要な課題となっている。

3. 精神的健康に関する取り組み

これまで厚生労働省は、国民の健康を保持するために広く継続的な医療を提供すべき疾病として、「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4種類の疾患を掲げていたが、2013年から新たにうつなどの「精神疾患」を加えて5疾病とし、対策に力を入れている。WHOの精神保健の格差に関する行動プログラム（The WHO Mental Health Gap Action Programme；mhGAP）介入ガイド¹¹⁾においては、うつ病などの精神的問題や障害に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けする認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy；CBT）¹²⁾や他者との関係における問題を明確にし、その問題に対処する手助けをする対人関係療法（Interpersonal Psychotherapy；IPT）¹³⁾、日常生活の中での様々な問題に対して適応的、効果的な解決を手助けする問題解決療法（Problem-Solving Therapy；PST）

14) などが推奨されている。このように心理学は精神的問題や障害の治療に重点が置かれ、これまで多くの知見を積み重ねてきた。

近年では、精神疾患の治療と同様に、早期発見・早期治療はもちろん、不調を未然に防ぐための取り組みがますます重要となっている。予防の概念は一次予防、二次予防、三次予防の3段階に分けられる。LeavellとClark¹⁵⁾は、さらに、一次予防を健康増進(health promotion)と特異的予防(specific protection)に、二次予防を早期発見・早期治療(early diagnosis and prompt treatment)に、三次予防を重症化の防止(disability limitation)、リハビリテーション(rehabilitation)の5段階に分けている。精神障害の予防に当てはめてみれば^{16,17)}、一次予防の健康増進としては精神的健康の健康教育、孤立予防や生きがいつくりにつながる活動の参加、特異的予防としては不安や否定的感情が精神的に支障を起こすことを防ぐなどが該当する。二次予防の早期発見としては基本チェックリスト、早期治療としてはカウンセリングやクリニックの受診などが該当する。三次予防の重症化防止としては精神療法、薬物療法、社会療法、精神科医療機関の整備充実、リハビリテーションとしては外来通院・投薬の継続、再発防止のための環境整備などが該当する。現在、それぞれの段階に対応した取り組みを市町村が主体となって展開している。日本における高齢者の精神的健康問題は介護予防の枠組みの中で、様々な喪失体験や慢性的なストレスによる抑うつ状態について語られることが多い。大山ら¹⁸⁾は、一次予防としての啓発・健康教育や高齢者集団援助プログラムの実施、二次予防としてうつ状態のスクリーニングが、高齢者の自殺率の低減に寄与することを報告している。2018年の健康日本21(第二次)の中間評価¹⁹⁾においても、自殺者数の低減目標に達成していることが報告されている。一方、気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人の割合は経年的に大きな変化がない。また、うつを二次予防の中核的な機関である地域包括支援センターの職員を対象とした研究²⁰⁾によると、二次予防事業対象者を選定するためのスクリーニングツールとして用いる基本チェックリストはうつを二次予防に有効に活用されておらず、さらに現実には心の健康相談にも結びついていないことが示されている。さらに、どのように基本チェックリストの結果を活用するかは、各自治体の裁量に任されており、介護予防事業は「運動器の機能向上」を中心としたプログラムの取り組みが多かった²¹⁾。

4. 地域在住高齢者のうつに関する介入法の研究動向

日本における地域在住高齢者のうつに関する介入法の研究動向を調べるために、医学中央雑誌WEB版を用いて2022年3月17日に検索を実施した。検索キーワードを「うつ AND 高齢者 AND (介入 OR プログラム OR 教室)」とし、検索の対象を2010年から

2021年12月までのここ10年間にした。検索する論文は原著論文に限定し、総説、会議録、抄録、紀要は対象から除外した。これらの検索結果をもとに、論文タイトルと抄録を読み、①介護を必要としない地域在住高齢者を対象とした研究である、②介入の手法と精神的健康としてうつに関する効果について記載がある、③患者を対象に治療効果を検討した報告でない、を論文の選択基準とした。選択基準に合致した論文は、34編であった(表1)。

文献を研究デザイン別に分類すると、前後比較試験^{22,23,27~29,31~33,36,38~40,42,49~54} 19編と最も多く、非ランダム化比較試験^{24,26,35,37,41,43~46} 9編、ランダム化比較試験^{25,30,34,47,48,55} 6編であった。前後比較試験は介入前後の対象者を比較することで、簡便に行える研究デザインである反面、比較対照がないため、平均への回帰など様々なバイアスが起りやすい。そのため、介入プログラムの効果を検証するには、介入を行わない対照群を設ける研究デザインを用いて評価することが望まれる。

うつに関する評価指標は、Geriatric Depression Scale (GDS)^{23~27,30~36,39,40,43~46,51,53,55} が最も多く、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)^{22,37,50,52,54} が5編などであった。また、介護予防のために生活機能を評価する基本チェックリスト中の「うつ予防・支援」を用いた研究^{28,42} が2編であった。

介入プログラムは、18編(51.4%)が筋力トレーニングや体操といった運動器の機能による介入^{23,26~28,33,34,37~39,42~47,50,52,54} を実施していた。運動は精神的健康の改善効果が期待されるが、効果に対する結果のばらつきが大きいことが指摘されている⁵⁶。地域在住高齢者を対象としたプログラムの介入においても、抑うつの改善効果が見られたのは Seino³⁴ の抵抗運動、栄養プログラム、心理社会的プログラムからなる複合プログラム、加藤⁴² や藤野⁵⁰ の運動プログラム、竹内⁵⁴ の有酸素歩行教室の4編のみで、そのうち3編が前後比較試験^{42,50,54} であった。また、ポジティブ感情や関係性などポジティブな側面に着目したプログラムは7編で、笑い^{29,48,49}、匂いや懐メロを用いた回想法^{30,36,40}、化粧ケア⁴¹、世代間交流⁵³が挙げられる。そのうち、うつに効果が見られたのは Hanaoka³⁰ の嗅覚刺激を用いた回想法、小林⁴⁹ の笑い誘発プログラム、Kamei⁵³ の多世代交流デイプログラムで、2編が前後比較試験^{49,53}を用いた。その他に、認知機能向上に関する介入プログラム^{22,24,25,32,35,51}が6編で、口腔体操による介入プログラム⁵⁵が1編、ストレスとコーピング理論、社会的認知理論に基づいた介入プログラム³¹が1編であった。

5. 精神的健康を増進する取り組みとしてのポジティブ心理学

1998年、Seligman⁵⁷がアメリカ心理学会(APA)会長就任時に、従来の心理学はネガティブな側面に偏りすぎていると指摘し、人間の長所や強みなどポジティブな側面にも焦点

を当てることが大切であると主張して以来、ポジティブ心理学 (Positive Psychology) は欧米を中心に急速に発展してきた。Donaldson ら⁵⁸⁾ のポジティブ心理学に関する査読付論文のみを対象とした系統的レビューによると、1999 年から 2013 年までに発行された論文は 1,336 件で、年々増加傾向にあった。そのうち、2008 年から 2011 年の 4 年間は横ばい状態であったが、2012 年から再び急増している。ポジティブ心理学は、人間の生活におけるポジティブな側面、つまり、幸福や well-being (良い生き方、心身ともに健康な生き方)、繁栄について研究する学問である⁵⁹⁾。島井⁶⁰⁾ は、ポジティブ心理学は援助が必要なほどの問題を持っていない人々の精神的健康や幸福感をさらに向上させ、人生をより充実させるとともに、援助が必要な人々に対する新しい援助の方法を提供することが期待されると述べている。

近年では臨床領域において、ポジティブ心理学の理論を応用したポジティブ心理学的介入 (Positive Psychology Interventions: PPIs) が注目を浴びている。Sin & Lyubomirsky⁶¹⁾ は、「PPIs は、前向きな気持ち、行動、認知を高めることを目指す治療法や意図的な活動である (PPIs is treatment methods or intentional activities that aim to cultivate positive feelings, behaviors, or cognitions.)」と定義している。PPIs の有効性を示すメタ分析をみると、Sin & Lyubomirsky⁶¹⁾ は、PPIs が well-being (49 件の論文; Cohen's $d = 0.61$, 95% IC[0.21, 0.37]) と抑うつ症状 (25 件の論文; Cohen's $d = 0.65$, 95% IC[0.17, 0.43]) の改善に中程度の効果をもつと報告している。Bolier ら⁶²⁾ は、Sin & Lyubomirsky のメタ分析にはランダム化研究と準実験的研究が混ざっていることを指摘し、それらを考慮したメタ分析を行った。結果、PPIs (40 件の論文) が主観的 well-being (Cohen's $d = 0.34$, 95% IC[0.22, 0.45]) については中程度の効果を、心理的 well-being (Cohen's $d = 0.20$, 95% IC[0.09, 0.30]) と抑うつ症状 (Cohen's $d = 0.23$, 95% IC[0.09, 0.38]) については小程度の効果をもつと報告している。その他にも、うつと密接に関連する特性不安を軽減⁶²⁾ したり、不眠を改善⁶³⁾ することが報告されている。

6. 本研究の目的と構成

1) 研究の目的

本研究では、地域在住高齢者における精神的健康の維持・増進を図るために、PPIs の手法を取り入れたうつ予防プログラム (通称、ハッピープログラム) の有用性および実践可能性を検討する。また、プログラム終了後の介護予防活動を継続的に実施できている要因を明らかにし、プログラムの波及効果を図る。

本研究は、次の 3 つの研究から構成されている。研究 I (テーマ: 地域在住高齢者にお

けるポジティブ心理学的介入を取り入れたうつ予防プログラムの効果)では、ポジティブ感情、認知、行動を高めるためのPPIsの手法を取り入れたうつ予防プログラムが地域在住高齢者の精神的健康に及ぼす効果を検証する。研究II(テーマ:ポジティブ心理学的介入を取り入れたうつ予防プログラムの検討)では、研究Iの結果を踏まえて、PPIsの手法(通称ハッピースキル)と参加者からの自由記述に着目し、プログラムの実践における課題を明らかにし、その対応策を検討する。長期的な介護予防を図るためには、介護予防教室への参加とともに、教室終了後も主体的な取り組みをより長く継続させることが重要である。そこで、研究III(テーマ:ポジティブ心理学的介入に基づくうつ予防教室終了後の自主グループ活動への継続参加に関する要因)では、ハッピープログラム終了後も自主的に活動を長く継続しているグループに着目し、自主グループ活動を継続的に実施できている要因を参加者の語りから明らかにする。

2) 研究の意義

介護予防のみならず、自殺予防の観点からも、高齢期における精神的健康の維持・増進につながる、適した予防策を立てることが重要な課題となっている。しかし、これまでに日本における精神障害の予防に関する取り組みは必ずしも十分とは言えない。一方、欧米を中心に急速に発展してきたPPIsに関する研究をみると、研究の多くは若年層を対象にしたものであり、高齢者を対象に検証した研究は少ない。そこで本研究では、PPIsの手法を取り入れた介入プログラムがうつ状態を含む総合的な精神的健康に与える影響を明らかにすることで、従来おろそかになっていた精神的健康づくりに視点を当てた支援方法を提案することが可能であると考えられる。また、プログラム終了後における自主グループ活動の継続に関する要因を明らかにすることで、介護予防効果の持続、さらには地域コミュニティの中に自主グループ活動が浸透することにより、地域全体に対して行政に負担のかからない精神的健康づくりの広がりが期待できる。

3) 精神的健康の定義

世界保健機関(WHO)では「メンタルヘルス(精神的健康)とは、自身の可能性を認識し、日常のストレスに対処でき、生産的かつ有益な仕事ができ、さらに自分が所属するコミュニティに貢献できる健康な状態(Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.)」と定義されている。したがって本論文においても、「精神障害の有無のみならず、心理的・社会的に最適な状態で機能していること」を精神的健康と定義する。

表 1. 地域在住高齢者を対象としたうつに関する介入研究 その 1

著者 (報告年)	対象者	研究デザイン	プログラム	うつに関する評価指標	うつに関する介入効果
横井ら (2021) ²²⁾	15名(男性10名, 女性5名, 平均年齢75.9歳)	前後比較試験	作業に認知課題を組み込んだ二重課題: 作業はセルブケア, 生産活動, 余暇活動に分類し, 認知課題は計算課題, 語流暢性課題, 記憶課題, しりとり課題, 文学的課題とした. 配布した日誌に実施日をチェック	CES-D(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	CES-Dスコアが有意に改善した(p<0.01).
新田ら (2021) ²³⁾	12名(平均年齢78.3歳)	前後比較試験	介護予防教室(運動)	GDS (Geriatric Depression Scale)	GDSスコアに有意な変化は見られなかった.
高橋ら (2021) ²⁴⁾	音楽療法群29名(男性3名, 女性26名, 平均年齢72.7歳), 対照群26名(男性6名, 女性 20名, 平均年齢71.8歳)	非ランダム化比較 対象試験	音楽療法: 指体操, 発声, 季節の歌, リズム運動, 新しい歌, トーンチャイム活動 週に1回, 1回90分, 計6ヶ月	GDS-5 (Geriatric Depression Scale-5)	GDS-5スコアに有意な変化は見られなかった. 音楽療法実施前のうつ傾向が低いほど音楽療法後のFAB(Frontal Assessment Battery)得点の増加が大きかった(p<0.05).
Takedaら (2020) ²⁵⁾	介入群60名(男性9名, 女性 51名, 平均年齢77.0歳), 対照群67名(男性6名, 女性 61名, 平均年齢75.5歳)	ランダム化比較試験	高齢者自身が管理可能な認知症予防プログラム 月に1回, 1時間程度のグループ活動7回および, 毎日実施する 個人活動(認知機能低下の危険因子を減らすための活動)	GDS (Geriatric Depression Scale)	介入群のGDSスコアに変化は見られなかった. 対照群のGDSスコアは有意に増加した.
藤田ら (2020) ²⁶⁾	介入群22名(男性5名, 女性 17名, 平均年齢81.5歳), 対照群30名(男性8名, 女性 22名, 平均年齢77.3歳)	非ランダム化比較 対象試験	通所型介護予防教室: 外出を目的とした外出マップ, 外出 チェックシートを作成・配布し, 外出に関する講話で構成 週1回, 計12回	GDS-5 (Geriatric Depression Scale-5)	介入群のうち抑うつ傾向がある参加者では, プログラム実施後のGDSスコアは実施前に比べて有意に減少した. GDS-5スコアに有意な変化は見られなかった.
菊池ら (2019) ²⁷⁾	32名(男性4名, 女性28名, 平均年齢76.8歳)	前後比較試験	A貯蓄教室 (週に1回, 体操, 筋力トレーニング, 茶話会, 合唱)	GDS (Geriatric Depression Scale)	GDSに改善が見られなかった
村山ら (2019) ²⁸⁾	14名(男性2名, 女性12名, 平均年齢73.4歳)	前後比較試験	能動型の介護予防: 介護予防や健康増進について考えるための 冊子や講話を基に, 自分達で運動プログラムなどを考案し, 実 演発表 週1回, 1回90分, 全22回, 計6ヶ月	基本チェックリスト 基本チェックリストの下位項目である抑うつにおいて, 二次予防事業対象者に該当するスコア(5項目のうち, 2項目以上に該当)の者が7名から3名に減少した.	
福岡ら (2019) ²⁹⁾	24名(男性3名, 女性21名, 平均68.0歳)	前後比較試験	笑いヨガ	HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)	うつ・不安状態などは介入前・3ヶ月・6ヶ月で有意な変化はなかった.
Hanaokaら (2018) ³⁰⁾	介入群27名(男性5名, 女性 22名, 平均年齢78.4歳), 対照群33名(男性9名, 女性 24名, 平均年齢75.5歳)	ランダム化比較試験	嗅覚刺激を用いた回想法計8回	GDS (Geriatric Depression Scale)	GDS-15スコアで有意な相互作用があった. 被験者を抑うつ症状群22名と非抑うつ症状群38名に分けて解析したところ, 抑うつ症状群で有意な群主作用と相互作用が示された.

表 1. 地域在住高齢者を対象としたうつに関する介入研究 その 2

著者 (報告年)	対象者	研究デザイン	プログラム	うつに関する評価指標	うつに関する介入効果
大橋ら (2018) ³¹⁾	32名(女性, 平均年齢71.3歳)	前後比較試験	主体的な行動変容プログラム: ストレスとコーピングのトランスアクションモデルと社会的認知理論をもとに作成 週1回, 1回60分, 計5回	GDS(Geriatric Depression Scale)	GDSスコアに有意な変化が見られなかった。
梶田ら (2018) ³²⁾	43名(男性17名, 女性26名, 平均年齢は73.2歳)	前後比較試験	認知症予防プログラム: 有酸素運動, ストレッチ体操, 認知課題と身体運動を同時に行う二重課題トレーニング, 学習療法等の認知トレーニング, 栄養に関する講義, 対象者どうしのディスカッションなどから構成 週1回, 1回120分, 計6回	GDS (Geriatric Depression Scale)	身体活動量, 抑うつ度に関しては, 有意な変化はみられなかった。
石川ら (2017) ³³⁾	37名(男性8名, 女性29名, 平均年齢は74.5歳)	前後比較試験	介護予防運動教室: ゴムバンドを用いたレジスタンス運動を中心に, 準備体操・整理体操としてのストレッチ運動, 健康講話で構成 週1回, 1回90, 計11回	GDS (Geriatric Depression Scale)	GDSスコアに有意な変化が見られなかった。 GDSは介入前にカットオフ値の5点以上の参加者が5名と少なく, 中央値も2.0点であり, 抑うつ状態でない高齢者の参加が多かった。
Seinoら (2017) ³⁴⁾	介入群38名(男性24名, 女性14名, 平均年齢74.9歳), 後期介入群39名(男性29名, 女性10名, 平均74.3歳)	ランダム化比較試験	抵抗運動, 栄養プログラム, 心理社会的プログラムから成る多因子介入 週1回, 1回120分, 計6回	GDS (Geriatric Depression Scale)	Timed Up and Go検査結果とGDSスコアは3ヵ月後に即時介入群で有意に改善し, 社会参加と自発的活動スコアにも有意な介入効果が認められ, 6ヵ月後にも持続していた。
町島ら (2017) ³⁵⁾	A群23名: MMSE得点24~26 点(男性3名, 女性20名, 平均 年齢76.0歳), B群66名: MMSE得点27~30 点(男性14名, 女性52名, 平 均年齢70.7歳)	非ランダム化比較 対象試験	健康マージャン教室 週1回, 計20回	GDS (Geriatric Depression Scale)	A群でGDSスコアの有意な改善がみられた ($p<0.05$)。
奥田ら (2017) ³⁶⁾	18名(男性3名, 女性15名, 平均年齢81.1歳)	前後比較試験	懐メロを用いた回想法: 選曲した懐メロを「明治編」「大正編」「昭和編」に分類し歌集として作成したものを参加者に渡し, 1人の参加者に歌集の中から好きな曲をリクエストしてもらった 月1回, 1回90分, 計6回	GDS (Geriatric Depression Scale)	GDSスコアに有意な変化が見られなかった。
青木ら (2017) ³⁷⁾	歩行運動群120名(男性66名, 女性54名, 平均年齢72.0歳), 対照群70名(男性39名, 女性 31名, 平均年齢72.6歳)	非ランダム化比較 対象試験	歩行運動介入: に2軸加速度式歩数計(e-walkkeylife2, コナ ミスポーツ & ライフ, 東京)を貸与し, 就寝時および入浴時 を除く終日, 腰部に装着させた 12ヶ月間	CES-D(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	CES-Dスコアに有意な変化が見られなかった。

表 1. 地域在住高齢者を対象としたうつに関する介入研究 その 3

著者 (報告年)	対象者	研究デザイン	プログラム	うつに関する評価指標	うつに関する介入効果
Muratら (2016) ⁽³⁸⁾	71名(男性20名, 女性51名, 平均年齢72.2歳)	前後比較試験	ウォーキング習慣化プログラム：脳活性化リハビリテー ションの5原則(楽しい雰囲気, 双方向コミュニケーション ン, 社会的役割, 相互の称賛, 誤りのない支援)に基づいた プログラム	depressive state	抑うつに有意な変化が見られなかった。
白石ら (2016) ⁽³⁹⁾	14名(男性5名, 女性9名, 平均年齢73.6歳)	前後比較試験	ウォーキングによる運動介入：歩数および活動量が記録さ れる活動量計を配布し, 1日平均歩数8,000歩かつ1日平均中 強度(3~6METs)活動時間20分という目標設定をした 24週間	GDS (Geriatric Depression Scale)	目標達成群および未達成群の心理機能に介入前 後で有意な変化はなかったものの, 達成群では 心理機能は向上する傾向があり, 未達成群では 主観的健康感および生活満足度は低下し, うつ 評価は悪化する傾向があった。
梅本ら (2016) ⁽⁴⁰⁾	10名(男性4名, 女性6名, 平均年齢76.8歳)	前後比較試験	匂いを使った回想法：季節の思い出と成長発達段階にそつ た思い出とした。使用する匂いは, 精油あるいは蒸留, ま たは原物の匂いを出すものを使用 週1回, 1回60分, 計8回	GDS (Geriatric Depression Scale)	抑うつ度(GDS15)については, 個別の事例で改 善傾向がみられた。
河合ら (2016) ⁽⁴¹⁾	介入群90名(平均年齢72.1 歳), 対照群180名(平均年齢 72.4歳)	非ランダム化比較 対象試験	化粧ケア：リラクゼーション, ストレッチ, 手および顔面 の清拭, 化粧準備, 各回でテーマを決めた化粧内容 月2回, 1回60分, 計6回	SDS (Self-rating Depression Scale)	抑うつ度の指標であるSDSスコアの介入後の平 均点は, 介入群32.7点に対して対照群では35.3点 で, 介入群で有意に改善した。
加藤ら (2016) ⁽⁴²⁾	前期高齢者60名(男性17名, 女性43名, 平均年齢70.6 歳), 後期高齢者144名(男性 47名, 女性97名, 平均年齢 80.3歳)	前後比較試験	いきいき健康教室：運動器機能向上プログラムで, スト レッチ, 筋力強化(特に下肢), バランス訓練(片足立ちな ど), 歩行訓練などを対象者の能力に合わせた 週1回, 1回120分, 計12回	基本チェックリスト	前期高齢者では生活機能, 運動器の機能, 認知症状, うつ症状, 合計点に有意な改善が 見られ, 後期高齢者では運動器の機能, 閉じ こもり, うつ症状, 合計点に有意な改善が見 られた。
高木ら (2016) ⁽⁴³⁾	MOHO群18名(男性7名, 女性11名, 平均年齢70.9歳), 運動群8名(男性3名, 女性 5名, 平均年齢69.6歳)	非ランダム化比較 対象試験	作業療法プログラム：能力の自己認識(個人的原因帰 属), 価値, 興味, 役割, 習慣, 運動技能, 処理技能, コ ミュニケーションと交流技能, 物理的環境, 社会的環境の 10の概念の講義と, 対象者が現在までの健康な生活を支え る要素や, 将来への備えを理解できるような演習 運動プログラム：筋力トレーニングの方法を習得 2週に1回(運動プログラムが週1回), 1回120分, 計15回	GDS (Geriatric Depression Scale)	GDSスコアに有意な変化が見られなかった。

表 1. 地域在住高齢者を対象としたうつに関する介入研究 その 4

著者 (報告年)	対象者	研究デザイン	プログラム	うつに関する評価指標	うつに関する介入効果
内山ら (2015) ⁴⁴⁾	運動教室参加者12名(男性4名, 女性8名, 平均年齢71.4歳), 対照群12名(男性4名, 女性8名, 平均年齢69.9歳)	非ランダム化比較 対象試験	運動教室: 下肢を中心としたトレネーニング(主として, 下肢筋力や持久力を鍛える運動)であり, 非マシンのトレネーニング(ステップ台を使用したステップ運動, 椅子等を使用しているスタトレッチ運動や筋力トレネーニング), 筋力トレネーニングと有酸素運動を組み合わせた内容, 在宅での自主トレネーニングの重視, 運動への取り組みの継続性の確保が挙げられる	GDS (Geriatric Depression Scale)	抑うつ傾向を示す者は, 参加群で参加前5名, 終了直後4名, 終了3か月後5名(p=0.891)であり, 非参加群では参加前4名, 終了直後5名, 終了3か月後5名(p=0.891)であり, 両群とも有意な変化を認めなかった.
今井ら (2015) ⁴⁵⁾	ラジオ体操群20名(男性4名, 女性16名, 平均年齢71歳), 対照群17名(男性5名, 女性12名, 平均年齢73歳)	非ランダム化比較 対象試験	地域開催型ラジオ体操: 号令ありの音源(NHK Service Center 2009)を用いてラジオ体操第1と第2を連続して行う 週5回, 1回6分, 計3か月間	GDS (Geriatric Depression Scale)	CES-Dスコアに有意な変化が見られなかった.
酒井ら (2014) ⁴⁶⁾	音楽付加群: 介護予防体操を行う群18名(男性2名, 女性16名, 平均年齢71.4歳), 非音楽付加群: 従来の号令のみで体操を実施する群23名(男性5名, 女性18名, 平均年齢71.9歳)	非ランダム化比較 対象試験	介護予防体操: 筋力の向上, 足腰の持久力の向上, 嚥下機能の保持のそれぞれを目的とした動きに, スタトレッチ, 深呼吸を含む22の動作 1回18分, 計3ヶ月間	GDS (Geriatric Depression Scale)	抑うつ傾向を評価するGDS-5については, 音楽付加群は非音楽付加群よりも, 統計的有意水準には達しなかったが低い傾向にあった(p<0.1).
Kamegaya ら(2014) ⁴⁷⁾	介入群26名(女性92.3%, 平均年齢73.7歳), 対照群26名(女性88.5%, 平均年齢76.2歳)	ランダム化比較試験	身体・余暇活動プログラム 計12週間		有意な変化が見られなかった.
Hirosakiら (2013) ⁴⁸⁾	即時治療群14名, 3ヵ月遅れて治療する遅延治療群13名	ランダム化比較試験	笑いと運動のプログラム 週1回, 1回120分, 計10週間		有意な変化が見られなかった.
小林ら (2012) ⁴⁹⁾	22名(男性3名, 女性19名, 平均年齢60.1歳)	前後比較試験	笑い誘発プログラム: 表情筋ストレッチを用いたストレス緩和プログラム(呼吸法, リズム体操, 表情筋ストレッチ, 肯定的ストレスワークを与えるゲーム, 笑いのレッスン) 1回20分	DAMS test(Depression and Anxiety Mood Scale)	DAMS testでは, 肯定的気分の中央値は実施後有意に上昇し, 抑うつ気分の中央値は実施後有意に減少した.
藤野ら (2011) ⁵⁰⁾	30名(女性30名, 平均年齢69.4歳)	前後比較試験	運動介入 計3ヶ月間	CES-D(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	Center for Epidemiologic Studies Depression Scaleにおいても有意な減少を示した
小林ら (2011) ⁵¹⁾	11名	前後比較試験	認知症予防プログラム 計6ヶ月間	GDS (Geriatric Depression Scale)	MMSE, FAB, GDS短縮版, TMIGは有意な改善は示されず維持傾向を示唆した.

表 1. 地域在住高齢者を対象としたうつに関する介入研究 その5

著者 (報告年)	対象者	研究デザイン	プログラム	うつに関する評価指標	うつに関する介入効果
三宅ら (2011) ⁵²⁾	63名(男性14名, 平均年齢64.1歳, 女性49名, 平均年齢62.1歳)	前後比較試験	運動実践教室: 徒手体操や柔軟体操によるウォームアップ、メインプログラム(筋力トレーニング・バランストレーニング・有酸素トレーニング)、クールダウン 週1回, 1回60分, 計6ヶ月間 栄養教室: メタボリックシンドロームを予防する食生活 月に1回, 1回15分, 計6ヶ月間 多世代交流型ダイプロگرام(IDP) 週1回, 6ヶ月間, 計22回	CES-D(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	睡眠の質 (PSQI) や抑うつ (CES-D)、QoL (SF-36v2) に関しては教室前後で有意な変化は見られなかった。
Kameiら (2011) ⁵³⁾	高齢者14名(女性, 平均年齢75.6歳), プログラムの志願者8名(女性, 平均年齢68.6歳), 学童期の児童7名	前後比較試験		GDS (Geriatric Depression Scale)	抑うつ傾向がある高齢者では, 3時点(開始時, 3・6ヶ月後)でGDS-15スコアが有意に低下した。
竹内ら (2010) ⁵⁴⁾	29名(男性7名, 女性22名, 平均年齢71.7歳)	前後比較試験	有酸素歩行教室 1年8ヶ月	CES-D(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	1000歩以上群の「CES-D」の平均点は, 15.4±4.8点から11.6±2.9点に減少し(p=0.010), 6000歩~9999歩群は, 15.4±5.0点から13.1±3.6点に減少し(p=0.019), 抑うつが改善した。5999歩以下群は, 15.5±4.2点から14.0±4.0点に減少したが, 抑うつの改善がみられなかった。
相原ら (2010) ⁵⁵⁾	介入群: 口腔体操を行う群25名(男性2名, 女性23名, 平均年齢71.9歳), 対照群24名(男性8名, 女性16名, 平均年齢69.7歳)	ランダム化比較試験	口腔体操: マニュアルを配布し, 自宅で毎日1回実施するよう指導するとともに, 週1回(計9回)、公民館において指導者と一緒に体操を行う 3ヶ月間	GDS (Geriatric Depression Scale)	介入群において, GDSにおける「うつ傾向」者の割合が有意に減少していた(p+F37:J41<0.05)。

引用文献

- 1) 総務省：統計からみた我が国の高齢者－「敬老の日」にちなんで－。
(<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics126.pdf> 2021.5.28) (2020).
- 2) 内閣府：令和元年版高齢社会白書。
(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/01pdf_index.html 2021.5.28.) (2019).
- 3) 厚生労働省：平成26年版厚生労働白書：健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年。 (https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/_ 2021.5.28) (2014).
- 4) 内閣府：平成27年度第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査。
(<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h27/zentai/index.html> 2021.5.28) (2015).
- 5) 株式会社日本能率協会総合研究所：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き：第一章 精神保健医療福祉のデータと政策。
(<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/h30-cccsguideline-p1.pdf> 2021.5.28) (2019).
- 6) Wada T, Ishine M, Sakagami T, et al.. Depression in Japanese community-dwelling elderly- prevalence and association with ADL and QOL. Arch Gerontol Geriatr. 2004. 39. 15-23.
- 7) Matsuda S, Fujino Y. Analysis of the relationship between depression and changes in ADL status among the Japanese aged. Asian Pacific Journal of Disease Management. 2008. 2. 83-91.
- 8) Lapid MI, Rummans TA, Boeve BF, et al.: What is the quality of life in the oldest old? Int Psychogeriatr. 2011. 23. 1003-1010.
- 9) Harwood D, Hawton K, Hope T, et al.. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. Int J Geriatr Psychiatry. 2001. 16. 155-165.
- 10) Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, et al.. Risk factors for late-life suicide: a prospective community-based study. Am J Geriatr Psychiatry. 2002. 10. 398-406.
- 11) World Health Organization: mhGAP Intervention Guide Version 2.0.
(<file:///Users/boa5/Downloads/9789241549790-eng.pdf> 2021.5.28) (2019).
- 12) Jayasekara R, Procter N, Harrison J, et al.. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. J Ment Health. 2015. 24. 168-171.
- 13) Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al.. Interpersonal psychotherapy for

- depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011. 168. 581-592.
- 14) Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L: Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry*, 22: 9-15 (2007).
 - 15) Leavell HR, Clark EG. *Textbook of Preventive Medicine*. 2nd ed., McGraw-Hill, New York (1953).
 - 16) 鈴江毅. 精神的不健康の予防・対策に関する研究: 「疫学的3要因」および「疾病対策の5段階」の視点より. 静岡大学教育学部研究報告. 2017. 67. 285-295.
 - 17) 厚生労働省: 介護予防マニュアル改訂版.
(https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/h23_05b.pdf 2021.5.28) (2012).
 - 18) 大山博史, 渡邊直樹, 大野裕ら. 健康教育と集団援助を用いた地域介入による高齢者自殺予防活動の効果評価. *精神経誌*. 2008. 110. 731-738.
 - 19) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会: 「健康日本21(第二次)」中間評価報告書. (<https://www.mhlw.go.jp/content/000378318.pdf> 2021.5.28) (2018).
 - 20) 鈴木良美, 北畠義典, 鈴木友理子ら. 地域包括支援センター職員による高齢者のうつに対する二次予防への取り組みと課題. *民族衛生*. 2011. 77. 175-186.
 - 21) 鶴川重和, 玉腰暁子, 坂元あい. 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. *日本公衆衛生*. 2015. 62. 3-19.
 - 22) 横井賀津志, 藤井有里, 酒井ひとみ. 作業に認知刺激を組み込んだ二重課題の精神機能および認知機能改善効果: 前後比較研究. *作業科学研究*. 2021. 15(1). 52-61.
 - 23) 新田春子, 倉地洋輔, 西田亮一ら. 介護予防教室への参加が高齢者の精神的側面に及ぼす影響. *理学療法*. 2021. 38(2). 175-179.
 - 24) 高橋多喜子, 高野裕治. 認知課題を取り入れた音楽療法による高齢者参加者の前頭葉機能への賦活効果. *日本音楽療法学会誌*. 2021. 20(2). 143-152.
 - 25) Takeda Shinya, Fukushima Haruhiko, Okamoto Chihiro, et al.. Effects of a lifestyle development program designed to reduce the risk factors for cognitive decline on the mental health of elderly individuals. *Psychogeriatrics*. 2020. 20(4). 480-486.
 - 26) 藤田好彦, 堀田和司, 藪下典子ら. 地域在住虚弱高齢者を対象とした外出を手段とした身体活動プログラムの検討. *茨城県立病院医学雑誌*. 2020. 36(2). 1-10.
 - 27) 菊池有紀, 薬袋淳子. 在宅高齢者の地域力を活かした介護予防プログラムの試み. *日本看護科学会誌*. 2019. 39. 54-58.
 - 28) 村山明彦, 山口智晴, 宮寺亮輔ら. 『心・身・脳』維持向上プロジェクトの活動報告 大

- 学・社会福祉協議会・参加者とで作る新しい介護予防プログラム. 理学療法群馬. 2019. 30. 39-42.
- 29) 福岡篤彦, 高橋輝一, 大谷絵美ら. 山間過疎地域における高齢者の居場所づくり: 笑いヨガで地域活性化. 全国自治体病院協議会雑誌. 2019. 58(3). 393-398.
- 30) Hanaoka Hideaki, Muraki Toshiaki, Ede Jacqueline, Yasuhara Koichiro, et al.. Effects of olfactory stimulation on reminiscence practice in community-dwelling elderly individuals. *Psychogeriatrics*. 2018. 18(4). 283-291.
- 31) 大橋純子, 桂敏樹. 地域で暮らす高齢者の生きがい感を高める主体的な行動変容プログラムの有効性の評価. ヒューマンケア研究学会誌. 2018. 9(2). 45-50.
- 32) 梶田博之, 尾寄遠見, 朴 白順ら. 地域高齢者に対する認知症予防プログラムの短期的効果. 神戸学院総合リハビリテーション研究. 2018. 13(2). 25-31.
- 33) 石川達也, 後藤文彦, 渡邊英弘ら. 当院で開催した介護予防運動教室が参加高齢者のQOLに及ぼす影響. 愛知作業療法. 2017. 25. 87-91.
- 34) Seino Satoshi, Nishi Mariko, Murayama Hiroshi, et al.. Effects of a multifactorial intervention comprising resistance exercise, nutritional and psychosocial programs on frailty and functional health in community-dwelling older adults: A randomized, controlled, cross-over trial. *Geriatrics & Gerontology International*. 2017. 17(11). 2034-2045.
- 35) 町島希美絵, 坂本麻衣子, 大島千佳ら. 健常高齢者における健康マージャン教室が認知機能や活動意欲に与える影響. 看護研究. 2017. 50(7). 678-691.
- 36) 奥田淳, 橋本顕子, 鈴木佑典ら. 閉じこもり傾向にある地域在住高齢者への心理ケアに関する研究 懐メロを用いた回想法による介入の評価. 日本看護研究学会雑誌. 2017. 40(1). 15-24.
- 37) 青木拓巳, 佐久間春夫, 石井好二郎. 12 ヶ月間の歩行運動介入が高齢者の睡眠に与える影響. 体力科学. 2017. 66(2). 153-162.
- 38) Murai Tatsuhiko, Yamaguchi Tomoharu, Maki Yohko, et al.. Prevention of cognitive and physical decline by enjoyable walking-habituation program based on brain-activating rehabilitation. *Geriatrics & Gerontology International*. 2016. 16(6). 701-708.
- 39) 白石卓也, 千村洋. 目標設定したウォーキング介入が高齢者に及ぼす心理的影響. 日本農村医学会雑誌. 2016. 65(2). 285-290.
- 40) 梅本充子, 柴田悦代, 林万友美. 地域在住高齢者に対する匂いを使った回想法の有効性. 日本早期認知症学会誌. 2016. 9(2). 34-42.

- 41) 河合恒, 猪股高志, 大塚理加ら. 化粧ケアが地域在住高齢者の主観的健康感へ及ぼす効果 傾向スコア法による検証. 日本老年医学会雑誌. 2016. 53(2). 123-132.
- 42) 加藤智香子, 猪田邦雄. 後期高齢者に運動器機能向上プログラムの介入は有効か?. 運動器リハビリテーション. 2016. 27(1). 41-48.
- 43) 高木大輔, 石井良和, 川又寛徳ら. 内的健康統制感が高齢者に対する介入プログラムの効果に与える影響: 人間作業モデルプログラムと運動プログラムの比較. 作業行動研究. 2016. 19(4). 191-198.
- 44) 内山薫, 山田和子, 森岡郁晴. 介護予防における高齢者の運動教室の身体的・心理的効果と運動継続への課題. 日本医学看護学教育学会誌. 2015. 24-1. 14-20.
- 45) 今井あい子, 加藤芳司, 竹田徳則ら. 地域開催型ラジオ体操が高齢者の身体・心理社会面にもたらす効果. 作業療法. 2015. 34(4). 393-402.
- 46) 酒井博美, 上出直人, 上月正博. 自立高齢者に対する音楽を付加した介護予防体操の心理面および継続性への効果: パイロット研究. 高齢者のケアと行動科学. 2014. 19. 19-31.
- 47) Kamegaya Tadahiko, Araki Yumi, Kigure Hanami, et al.. Twelve-week physical and leisure activity programme improved cognitive function in community-dwelling elderly subjects: a randomized controlled trial. Psychogeriatrics. 2014. 14(1). 47-54.
- 48) Hirosaki Mayumi, Ohira Tetsuya, Kajiura Mitsugu, et al.. Effects of a laughter and exercise program on physiological and psychological health among community-dwelling elderly in Japan: Randomized controlled trial. Geriatrics & Gerontology International. 2013. 13(1). 152-160.
- 49) 小林淳美, 清水律子, 星野純子ら. 笑い誘発プログラムの短期効果. 日本看護医療学会雑誌. 2012. 14(2). 23-34.
- 50) 藤野雅広, 竹内美樹, 全芝賢ら. 高齢期の運動介入の有効性について. 日本予防医学会雑誌. 2011. 6(2). 81-85.
- 51) 小林彰, 山口隆司, 小池伸一. 認知症予防プログラムの介入効果の検証. 医学と生物学. 2011. 155(11). 809-814.
- 52) 三宅良輔, 高橋一平, 岩根かほりら. 高齢者の健康・体力増進を目的とした運動実践教室が各種健康指標に及ぼす影響. 体力・栄養・免疫学雑誌. 2011. 21(1). 28-36.
- 53) Kamei Tomoko, Itoi Waka, Kajii Fumiko, et al. Six month outcomes of an innovative weekly intergenerational day program with older adults and school-aged children in a Japanese urban community. Japan Journal of Nursing Science. 2011. 8(1). 95-107.

- 54) 竹内美樹. 高齢者の有酸素歩行教室 1 年 8 ヶ月実施による抑うつ改善効果. 医学と生物学. 2010. 154(10). 472-476.
- 55) 相原洋子, 菊池有紀, 薬袋淳子. 口腔体操と高齢者の嚥下機能, 身体, 精神的健康への効果: 介護予防支援事業の取り組みから. 保健の科学. 2010. 52(7). 499-502.
- 56) 瀬藤乃理子, 片桐祥雅, 西上智彦ら. メンタルヘルスに対する運動の介入効果に関する近年の知見. 甲南女子大学研究紀要看護リハビリテーション学編. 2018. 12. 1-12.
- 57) Seligman MEP. Building human strength : Psychology's forgotten mission. APA Monitor.1998. 29. 2.
- 58) Donaldson SI, Dollwet M, Rao MA. Happiness, excellence, and optimal human functioning revisited: Examining the peer-reviewed literature linked to positive psychology. Journal of Positive Psychology. 2015. 10. 185-195.
- 59) Ilona Boniwell. ポジティブ心理学が一冊でわかる本 (成瀬まゆみ監訳). 初版, 株式会社国書刊行会, 東京 (2015) .
- 60) 島井哲志. ポジティブ心理学 21 世紀の心理学の可能性. 初版, 株式会社ナカニシヤ出版, 京都 (2006) .
- 61) Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. J Clin Psychol. 2009. 65. 467-87.
- 62) Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, et al.. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. BMC public Health. 2013. 13. 119-139.
- 63) Antoine P, Dauvier B, Andreotti E, et al. Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: Applied psychology. Personality and Individual Differences. 2108. 122. 140-147.
- 64) Wood AM, Joseph S, Lloyd J, et al.. Gratitude influences sleep through the mechanism of pre-sleep cognitions. Journal Psychosomatic Research.2009. 66. 43-48.

第2章 研究Ⅰ 地域在住高齢者におけるポジティブ心理学的介入を取り入れたうつ予防プログラムの効果

研究Ⅰは、日本保健福祉学会誌に掲載された内容を一部修正の上転載した。

安順姫,芳賀博,新野直明,森田彩子,岩田明子.地域在住高齢者におけるポジティブ心理学的介入を取り入れたうつ予防プログラムの効果.日本保健福祉学会誌,2021;28(1):1-13.

1. 緒言

うつ病は、認知症と並び高齢期にみられる主な精神疾患のひとつであり、アメリカやヨーロッパ諸国では地域在住高齢者の7.2%~49.0%に抑うつ症状があると推測されている¹⁾。高齢者が抑うつ状態に陥ると、健康管理や日常生活に消極的となり、生活の質と共に生活機能の低下が報告されている^{2,3)}。また、うつ病は高齢者における自殺の原因の一つとして指摘されており^{4,5)}、抑うつ症状がある者はそうでない者よりも自殺念慮を持つリスクが34倍高いことが報告されている⁵⁾。高齢期におけるうつは、自殺予防のみならず介護予防の観点からも決して無視できない公衆衛生学的課題であり、高齢者に対するうつ予防・支援の取り組みは極めて重要である。

「うつ予防・支援」に関するサービスは、2006年の介護保険法の改正により、介護保険制度が予防重視型システムへと転換された際に介護予防の重要な柱として位置付けられ、各地域で推奨されるようになった。「うつ予防・支援マニュアル(改訂版)⁶⁾」では、基本チェックリストなどを用いてうつのアセスメントを行い、うつ状態を早期に発見して、うつの可能性が疑われた高齢者にこころの健康相談などを受けることを勧めると述べられている。しかし、地域包括支援センターの職員を対象とした研究⁷⁾によると、基本チェックリストはうつの二次予防に有効に活用されておらず、さらに現実にはこころの健康相談にも結びついていないことが報告されている。また、どのように基本チェックリストの結果を活用するかは、各自治体の裁量に任されており、介護予防事業は「運動器の機能向上」を中心としたプログラムの介入が多く、うつ予防への取り組みは依然十分でない⁸⁾。このようにうつ予防への取り組みが消極的である理由の一つとして、うつ予防・支援に有効なプログラムの提示がなされていないことがうかがえる。したがって、高齢者におけるうつ予防のための効果的かつ実践可能な介入方法を開発することが急務であると考えられる。

うつ病などの精神的問題や障害に対して、心理学は認知の偏りを修正し、問題解決を手助けする認知行動療法⁹⁾や問題解決療法¹⁰⁾、対人関係療法¹¹⁾など精神障害の治療に重点を

置き、知見を積み重ねてきた。しかし、1998年にSeligman¹²⁾が従来の心理学はネガティブな側面に偏りすぎていると指摘し、人間の長所や強みなどポジティブな側面にも焦点を当てることが大切であると主張して以来、ポジティブ心理学 (Positive Psychology) は欧米を中心に急速に発展してきた。近年では、ポジティブ心理学の理論を応用し、ポジティブ感情、認知、行動を高めるためのポジティブ心理学的介入 (Positive Psychology Interventions: PPIs) が注目を浴びている^{13~18)}。PPIsの有効性を示すメタ分析において、PPIsはwell-beingを向上し、抑うつ^{17,18)}の低減にも有効であることが示されている^{17,18)}。また、うつと密接に関連する特性不安を軽減したり¹⁹⁾、不眠を改善することが報告されている²⁰⁾。

しかし、これまでに行われたPPIsに関する研究の多くは若年層を対象にしたものであり、高齢者を対象に検証した研究は少ない^{17,18)}。そこで我々は、PPIsの手法を取り入れた高齢者向けうつ予防プログラム (通称、ハッピープログラム) の開発を試みている。本研究では、ハッピープログラムが地域在住高齢者の抑うつを含む心理・精神的健康に及ぼす効果を検証することを目的とした。

2. 方法

1) 調査の対象と方法

① 対象者

東京都A市 (人口242,614名、高齢化率18.1%、2009年3月末時点) に在住する65歳以上の高齢者のうち、2009年度の基本チェックリストへの回答者は27,760名 (回答率72.6%) であった。基本チェックリストに含まれる、うつに関する5項目の質問中2項目以上に該当すればうつ予防・支援の対象となる⁶⁾。本研究では2009年6月に基本チェックリストによるうつ予防・支援対象者6,225名に対し、ハッピープログラムを用いたうつ予防教室参加者募集のチラシを送付した。また、介護予防推進センターと地域包括支援センターにおいても教室参加への呼びかけを行った結果、65名より参加の応募があり、本研究の介入群とした。対照群は、うつ予防・支援対象者のうち介入群を除いた者の中から、介入群と基本チェックリストのうつに関する質問中該当した質問項目数、性別、年齢、居住地域をマッチングさせた。介入群：対照群=1：3を基本とし、エクセルにて乱数を割り当て、層別に必要数を昇順で選択された195名を対照群とした。各層で対照群の数が不足した場合は、前後の年齢から加えた。そのうち、事前調査で協力が得られなかった者、途中脱落者、データが欠損している者は対象から除外した。また、うつ病など精神疾患の既往があり、かつ事前調査時に「抑うつ状態 (Geriatric Depression Scale 短縮版, GDS ; 6点以上)」に該当する者は分析対象から除外した (図1)。

② 実施期間と頻度

2010年1～3月にわたって、介入群に対し週1回、1回120分、全12回の教室を開催した。そこで、教室の定員が25名であるため、介入群を3つの教室に分けてプログラムの介入を行った。教室は異なった曜日に開催し、対象者が自ら選んで参加することにした。一方、対照群に対しては介入期間中に全く接触機会を持たなかった。

なお、プログラムはすべて東京都A市の介護予防推進センターで実施した。

③ 介入方法

「ハッピープログラム」は、PPIsの手法を取り入れたハッピースキルの講義、ホームワーク（自宅で実施）、ポジティブ感情を高めるためのグループワーク、さらに、これらのPPIsの基本プログラムに、うつについての講義とリラクゼーション法を加え、大きく5つの内容から構成されている。

毎回の教室は、「a.うつについての講義」「b.ハッピースキルの講義」「c.グループワーク」「d.リラクゼーション法」の流れとし、教室終了後に自宅に戻っての「e.ホームワーク」の実践を促すこととした（図2）。実施に当たっては、本プログラムの従事者研修を修了した者がファシリテーターとなり、マニュアルに従い行う。

- a. うつについての講義（10分）：うつを正しく理解することを目的に、うつ病の一般的な知識を紹介する。うつ予防・支援マニュアル（改訂版）⁶⁾を参考にし、うつの一般的な知識、対処方法、予防方法など計12のテーマを作成し、1テーマずつ説明する。
- b. ハッピースキルの講義（40分）：抑うつ状態の低減やwell-beingの向上に有効であることが示されているPPIsを参考に、①感謝したことを3つ取り上げ日記につける^{13,14)}、②ハッピー・ウォーキングをする（瞬間を意識的に生きる手法²¹⁾を基に作成)、③大笑いする（ポジティブ感情の表現の一つである笑い²²⁾における課題)、④自分にプレゼントをする（ポジティブ心理療法のうち、味わう手法²³⁾を基に作成)、⑤親切な行動をする、⑥人が見ていなくても良いことをする（⑤⑥は親切^{15,16)}の手法を基に作成)、⑦感謝の手紙（はがき）を出す（感謝の訪問手法¹³⁾を基に作成)、⑧ほっとできる人と会話のある時間を過ごす、⑨友人や知人に連絡をとる、⑩近所の人に挨拶をする（⑧～⑩はハピネスプログラム²⁴⁾を基に作成)の計10の課題を作成した。これらの課題について、その内容と実践方法を説明し、日々の生活の中で体験する（ホームワーク）よう促す。ハッピースキルについては段階的に説明を行い、4回目に10の課題の説明が完了する（表1）。
- c. グループワーク（40分）：ポジティブ感情を高めるために、ポジティブなテーマに基づき、自身の体験について話し合う。テーマは、対象者同士で共有・共感できるとともに、

ハッピースキルを実践する上でのヒントになるよう工夫して作成した(表1)。12のテーマの中から1テーマずつ用い、5~6名程度の小グループに分かれて話し合う。

- d. リラクゼーション(20分)：筆者らが作成したリラクゼーション法(Y式五感健康法と呼称)を行う。Y式五感健康法は、五感を中心に点在する「ツボ」を刺激することで、脳の活性化を促す健康法である。手(触覚)、目(視覚)、耳(聴覚)、口(味覚)、鼻(臭覚)の5つの部位から構成され、毎回1~3部位について行う。
- e. ホームワーク(自宅)：ハッピースキルの講義に従って、日々の生活の中で経験したポジティブな体験を筆者らが作成したダイアリーに記録し、教室参加時にその1週間における課題の実践状況と課題の実行にあたり気づいた点をまとめ、提出してもらう。

④ 効果評価

本研究の評価項目は、メインアウトカムを「抑うつ状態」とし、サブアウトカムを「睡眠状況」「不安状態」「主観的幸福感」とした。プログラムの効果を評価するために、すべての項目に関して、介入群はプログラムの事前事後、対照群は介入群と同様の時期に質問紙による自記式調査を行った。基本属性として、性別、年齢、教育年数、居住年数、配偶者との同居の有無を、一般的な健康状態を図る指標として主観的健康感を取り上げた。

a. メインアウトカム

抑うつ状態は老人用うつ尺度短縮版(Geriatric Depression Scale 短縮版,以下 GDS)²⁵⁾を用いた。15項目の質問に対して「はい」「いいえ」の2件法で回答を求め、0点から15点満点の合計得点が高いほど抑うつ傾向が高いことを示す。

b. サブアウトカム

睡眠状況については、アテネ不眠尺度(Athene Insomnia Scale, 以下 AIS)を用いた²⁶⁾。夜間の睡眠困難を評価する5項目と、日中の機能障害を評価する3項目の全8項目の質問からなり、過去1ヶ月間に少なくとも週3回以上経験したものについて4件法で回答を求めた。0点から24点満点の合計得点が高いほど不眠の疑いが強いことを示す。

不安状態は、状態-特性不安尺度(State-Trait Anxiety Inventory, 以下 STAI)日本語版を用いた²⁷⁾。STAIは、測定時点での不安の強さを示す状態不安尺度(State Anxiety Inventory, 以下 SAI)と、性格特性としての不安になりやすさを示す特性不安尺度(Trait Anxiety Inventory, 以下 TAI)の2尺度で構成されている。両尺度とも20項目の質問に対し4件法で回答を求め、20点から80点満点の合計得点が高いほど不安が強いことを示す。

主観的幸福感は、フォーダイスの感情度測定テスト(Fordyce Emotions Questionnaire, 以下 FEQ)²⁸⁾を用いた。FEQは、ある一定の時点でその人の幸せの程度を測るためのテストである。感情的要素も若干踏まえたうえで、最高に幸福な状態を10、最高に不幸な状態

を 0 として、現在の状況を 11 段階で測定する。

⑤ 分析方法

結果は、人数（%）、平均値±標準偏差で表した。事前調査時の介入群と対照群の比較については、量的変数の平均値の比較には Student's t-test、質的変数は χ^2 検定を用いた。各群における事前事後での精神的健康に関する評価項目の変化については、Wilcoxon の符号付順位和検定を用いて評価した。また、事前事後での変化量（事後の測定値から事前の測定値を引き算した値）を算出し、群間の差を Mann Whitney の U 検定にて検討した。すべての統計解析は SPSS Ver.25.0 で行い、有意水準は 5%とした。

2) 倫理面の配慮

対象者には、質問紙調査の際に調査の目的および方法とともに、プログラム介入期間であっても参加を中断でき、参加の拒否・中断による不利益を被ることがない、プライバシーが厳重に守られることについて文章を配布して口頭で説明し、書面による同意を得た。また、対象者への調査表の配布・回収は A 市が実施し、プログラム介入期間中はニックネームを使用するなど、個人情報の保護に努めた。本研究における「ハッピープログラム」の介入は、A 市から委託され実施したもので、データの解析、公表においては、公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団の倫理審査委員会の承認（2011 年 9 月 22 日、承認番号 23012）を得ている。

3. 結果

対象者のうち、事前事後調査で有効な回答が得られた者は、介入群 44 名（事前調査で協力が得られなかった者 7 名、途中脱落者 14 名を除外）で、対照群 89 名（事前調査で協力が得られなかった者 40 名、データが欠損している者 66 名を除外）であった（図 1）。そのうち、うつ病など精神疾患の既往があり、かつ事前調査時に「抑うつ状態（GDS 得点が 6 点以上）」に該当する者（介入群が 3 名、対照群が 2 名）を除外した、介入群 41 名と対照群 87 名を分析対象とした。なお、本研究での脱落率は事前調査で協力が得られなかった者を除いてから算出した。

1) 事前調査時の介入群と対照群の属性

事前調査時における対象者の属性および評価指標の比較を表 2 に示す。AIS 得点において、対照群に比較して介入群のほうが平均得点が有意に高かった ($p<0.01$)。なお、その他の評価指標および属性においては有意な群間差が認められなかった。

2) 介入群と対照群における分析対象者と除外者の属性

途中脱落または、事前・事後調査でデータが欠損している者、うつ病など精神疾患の既往

があり、かつ事前調査時に「抑うつ状態（GDS 得点が 6 点以上）」に該当する者は、介入群 58 名のうち 14 名（脱落率 24.1%）、対照群 155 名のうち 66 名（脱落率 42.6%）であった。事前調査時の情報に基づき、介入群と対照群における分析対象者と除外者の属性を比較した結果を表 3 にまとめた。介入群において、分析対象者は除外者に比較して、主観的健康感が有意に高く、GDS 得点、SAI 得点、TAI 得点が有意に低かった ($p<0.05\sim 0.01$)。一方、対照群においては、分析対象者は除外者に比較して、AIS 得点、SAI 得点が有意に低かった（それぞれ $p<0.05$ ）。

3) 介入群におけるホームワークの実施状況

介入群は、プログラムへの参加とともに、「ホームワーク」として日々の生活の中で経験したポジティブな体験をダイアリーに記録し、1 週間ごとに課題の実践状況をまとめ、提出してもらった。プログラムの開催期間中における、各課題の 1 週間あたりの実践状況を表 4 に示した。結果、「ハッピー・ウォーキングをする」課題の実践は、平均して 1 週間に 5.1 日と最も多かった。また、「感謝したことを取り上げ日記につける」「大笑いする」「自分にプレゼントをする」「親切な行動をする」「人が見ていなくても良いことをする」「近所の人に挨拶をする」については、平均して 1 週間に 2 日以上実践していた。一方、「ほっとできる人と会話のある時間を過ごす」課題は、平均して 1 週間に 2.3 回、「感謝の手紙(はがき)を出す」「友人や知人に連絡をとる」課題は、それぞれ平均して 1 週間に 0.6 回実践していた。

4) 事前事後における評価指標の変化

事前事後における各評価指標の得点の変化を表 5 に示した。介入群においては、GDS 得点、AIS 得点、SAI 得点、TAI 得点の有意な低下 ($p<0.01\sim 0.001$)、FEQ 得点の有意な増加 ($p<0.05$) が認められた。対照群においては、AIS 得点の有意な増加が見られた ($p<0.05$)。変化量の群間比較では、GDS 得点、AIS 得点、SAI 得点、TAI 得点に介入群と対照群の間に有意な差が認められた ($p<0.001$)。一方、FEQ 得点には両群の間に有意な差は認められなかった。

4. 考察

本研究では地域在住高齢者を対象に、筆者らが考案した PPIs の手法を取り入れた「ハッピープログラム」の有効性を検証した。その結果、介入群が対照群に比べて抑うつ状態、睡眠状況、不安状態が有意に改善され、介入群で実施した「ハッピープログラム」が、地域在住高齢者の心理・精神的健康の向上に有効であることが確認された。

メインアウトカムである GDS 得点は、介入群のみ事前調査時よりも事後調査時で有意に

低下し、「ハッピープログラム」の介入により抑うつ状態を改善する効果が示された。ポジティブ心理学が確立され、急速な発展を遂げている中、精神的健康や幸福感などを増進するための手法が多くの研究で提案されている。そうした手法の中で代表的なものに、毎日3つ良いことを書くという課題がある。Seligman ら¹³⁾のインターネットベースの介入研究(577人の参加者のうち、男性が42%であり、35~54歳の人々が64%)によると、1週間毎日この課題を行った介入群では対照群と比べて、幸福感が向上するだけでなく、抑うつ度が低下し、その効果が半年後も持続していることが明らかになっている。また、Emmons ら¹⁴⁾は、主に大学生を対象とした3つの実験を通して、感謝を体験することで精神的健康や幸福感が高まることを報告している。その他にも、親切^{15,16)}、笑い^{29,30)}、社会的ネットワークやソーシャルサポート^{31,32)}、ポジティブ感情を経験すること^{13,14,33)}によって、身体的・精神的健康、および幸福感が向上することが実証されている。本研究においても抑うつ度の低下がみられ、先行研究を支持する結果が得られた。Sin & Lyubomirsky¹⁷⁾は、実践において単独な手法だけではなく、多くの手法を同時に行うことで効果が高まることを提言している。本研究の「ハッピープログラム」では、従来の研究成果を参考に、毎日3つ良いことを書く、親切、他者との関係や交流の復元・拡充、ポジティブ感情の経験など、複数のPPIsの手法を組み合わせた。その他に、グループワークを行い、ポジティブな体験を対象者同士で共有しつつ、コミュニケーションスキルの向上やポジティブな関係性の構築を図った。介入期間中の介入群における課題の遂行状況をみると、「感謝したことを取り上げ日記につける」と「ハッピー・ウォーキングをする」「大笑いする」の課題は、平均して1週間に4日以上実践していた。また、「自分にプレゼントをする」「親切な行動をする」「近所の人に挨拶をする」については、平均して1週間に3日実践していた。このように、日常生活の中で起きているポジティブな出来事に注目、想起、実践、記録の一連の活動を通して、ポジティブ面への意識が高まり、先行研究と同様に抑うつ度の低下にポジティブな影響を与えていると考えられる。

サブアウトカムのうち、AIS得点およびSTAI得点についても、介入群のみに有意な改善が認められた。Isen³⁴⁾は、ポジティブ感情は、ネガティブな情報の重要度が低く、それを避けることに利点があるとみなされる場合は、ネガティブな情報を避ける傾向があることを指摘している。また、ネガティブな情報が重要で実質的な損失をもたらすような特徴をもつ場合は、ネガティブな情報を処理する認知的な努力を高めることを指摘している。「ハッピープログラム」では、ポジティブな体験や視点を日常生活の中で積極的に取り組むことにより、ポジティブ感情を経験するよう促している。これらポジティブ感情の生起により、ネガティブな情報に柔軟に対応することができ、結果的に、Antoine ら¹⁹⁾とWood ら²⁰⁾の研究

と同様、不眠や不安の改善につながっていると考えられる。

FEQ 得点については、介入の効果は認められなかった。古谷野ら³⁵⁾、浅川と高橋³⁶⁾は、本研究で取り上げた幸福感の評価指標と異なるものの主観的幸福感に関連する要因の研究を行っている。それらの研究によると、友人関係の規模と接触頻度が主観的幸福感に影響を及ぼしていることが示唆されている。本プログラムにおける課題の遂行状況をみると、「友人や知人に連絡をとる」「感謝の手紙（はがき）を出す」「ほっとできる人と会話のある時間を過ごす」など他者との関係に関する課題の実践が他の課題と比べ少なく、幸福感の有意な向上には至らなかったと考えられる。Seligman ら¹³⁾の研究では、毎日3つ良いことを書いた群では対照群と比べて幸福感が向上し続け、その効果が6ヵ月後も持続した。「ハッピープログラム」が幸福感の向上に及ぼす効果について、本研究では3ヵ月後に弱い効果が認められていることもあり、今後さらに長期的に追跡し検証する必要があると考えられる。

本研究の限界は、第1に介入群に比べて、対照群における脱落者が4割強と多かった。また、介入群は対照群に比べて、介入前のAIS得点が有意に高く、群間の等質性が必ずしも保証されていなかったかもしれない。したがって、介入群と対照群で選択バイアスが生じている可能性がある。しかし、基本属性である性別や年齢、介入前のGDS得点においては、介入群と対照群の有意差が認められず、両群がマッチングしていたと言えよう。第2に、介入期間中の介入群における脱落者は2割強であり、脱落者のほうが対象者より主観的健康感が有意に低く、抑うつ傾向と不安が有意に高かった。脱落した理由の一つに、ハッピースキルの実践状況の記録に対する負担感が挙げられる。そのためスキルのさらなる検討を行い、課題の簡素化を図るなど参加者の負担を軽減する工夫が必要であると考えられる。また、自由記述へのフィードバックを行う、継続するための秘訣を説明するなど、適切な対応を行う必要があると考えられる。第3に、本研究の分析対象者は調査票設計上の限界からうつ病など精神疾患の既往があるものの、事前調査時にGDS得点が5点以下の者が含まれている。今後は、うつ病など精神疾患を治療中の者はGDS得点にかかわらず対象者から除外することが望ましいと考える。最後に、超高齢社会において、地域在住高齢者の精神的健康や幸福感を向上することがますます重要になってくると考えられる。本研究の対象者は男性に比べて女性が多く、対象者数が少ないこともあり、「ハッピープログラム」が地域在住高齢者を対象としたポピュレーションアプローチのツールとして、広く応用することには限界がある。そこで、今後は男性の参加者を増やすとともに、異なった地域や集団で介入を実施し、プログラムの有効性を評価していきたい。

5. 結語

本研究では、地域在住高齢者を対象に PPIs の手法を取り入れた「ハッピープログラム」の介入が、抑うつを含む心理・精神的健康に及ぼす効果を検証することを目的としていた。約 3 ヶ月間のハッピープログラムを実施した結果、介入群では事前事後において、抑うつ状態、不眠、不安の改善が認められた。一方、対照群においては、介入前後で変化がみられなかった。「ハッピープログラム」の実施が、地域在住高齢者の心理・精神的健康の向上に有効であることが示唆された。

本研究は平成 24～26 年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究 (C) (代表者：兪今，研究課題名：高齢者のうつ予防のためのポピュレーションアプローチの実証研究，課題番号：24500845) の助成を受けて行われた研究成果の一部である。本研究の実施にあたり、多大なご協力をいただきました東京都 A 市の高齢者の皆様，市町村の関係各位，および公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団の黒澤侑子氏に厚くお礼を申し上げます。

本研究に関して、開示すべき COI はありません。

図・表

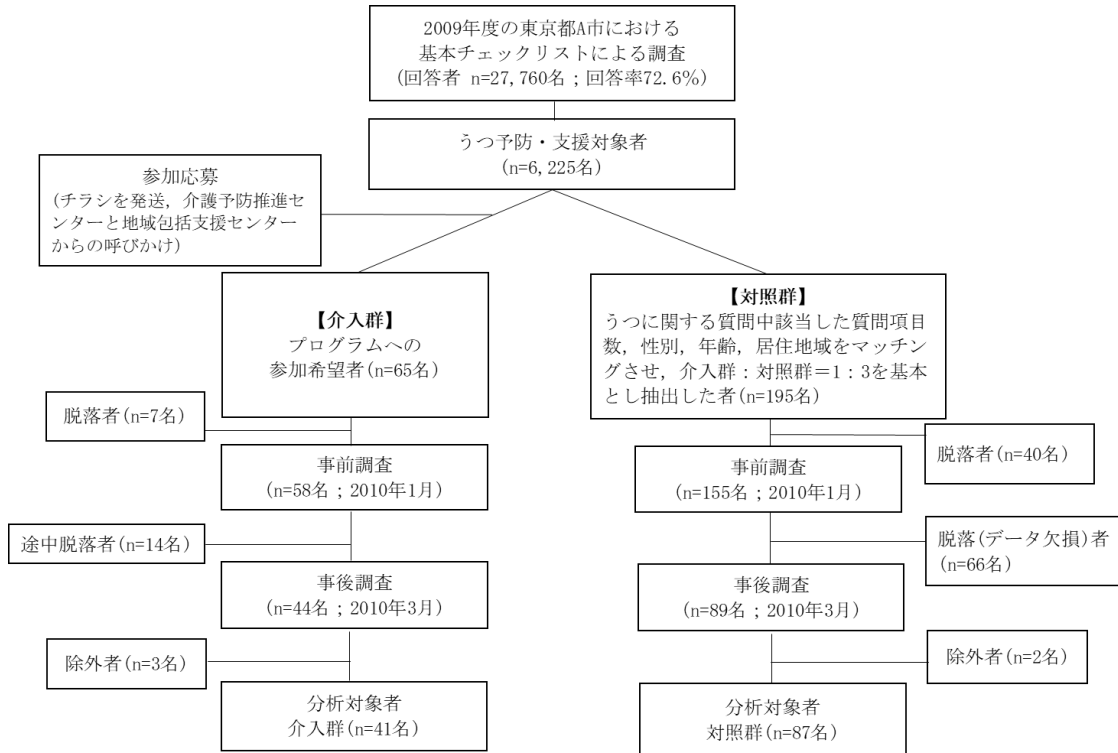


図 1. 対象者のフローチャート

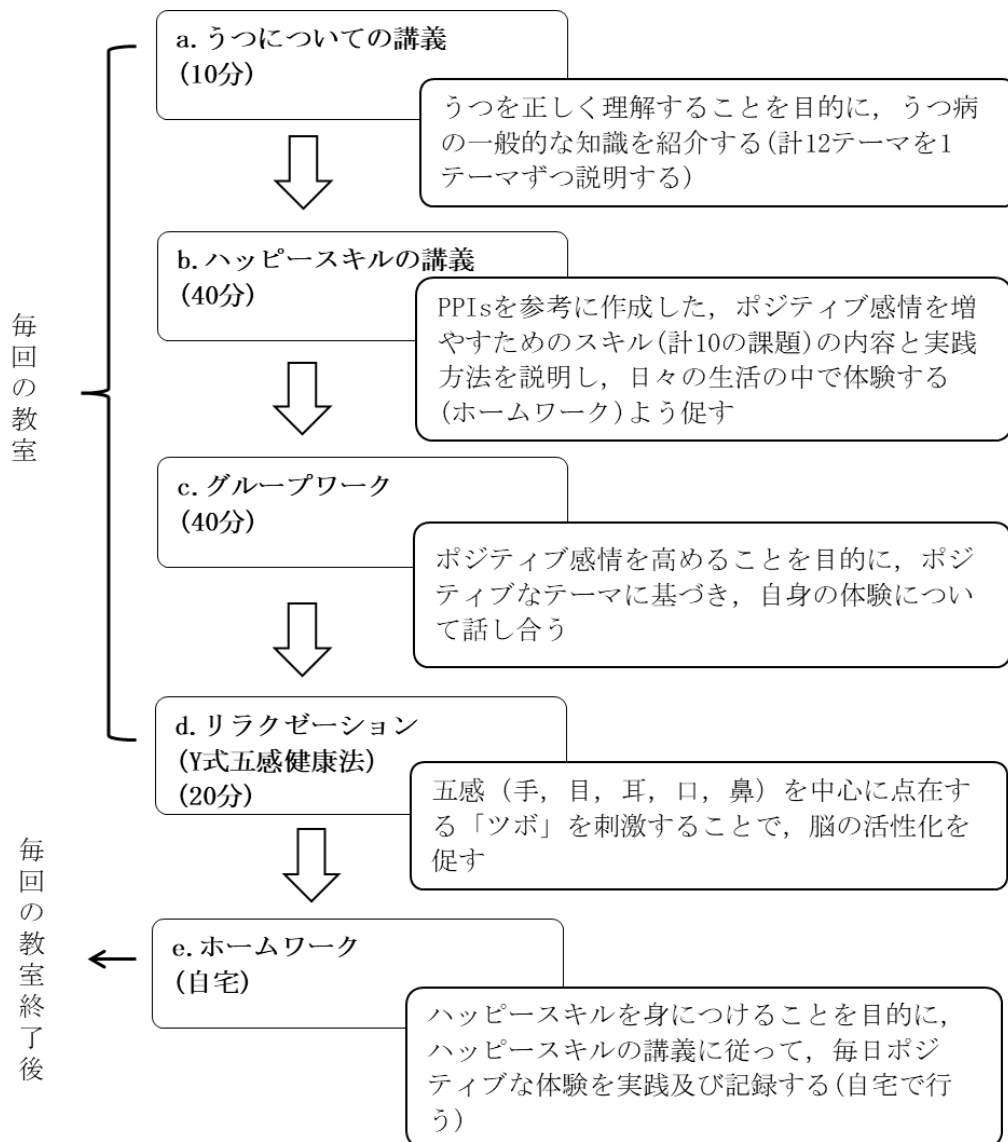


図2. 教室の流れとハッピープログラムの構成

表 1. ハッピースキルとグループワークの内容

回	ハッピースキルの講義 (40分)	グループワーク (40分)
1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 下記 4 つの課題についての説明 ①感謝したことを 3 つ取り上げ日記につける ②ハッピー・ウォーキングをする ③大笑いする ④自分にプレゼントをする 	今日起きた良い出来事
2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題①～④の振り返り ・ 下記 2 つの課題についての説明 ⑤親切な行動をする ⑥人が見ていなくても良いことをする 	今の季節で楽しみなこと
3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題①～⑥の振り返り ・ 下記 2 つの課題についての説明 ⑦感謝の手紙 (はがき) をだす ⑧ほっとできる人と会話のある時間を過ごす 	感謝の気持ちを伝えたい人
4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題①～⑧の振り返り ・ 下記 2 つの課題についての説明 ⑨友人や知人に連絡をとる ⑩近所の人に挨拶をする 	会いたいと思う人
5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題①～⑥を実践する際の注意事項 	今まで受けた親切の中で印象に残っていること
6	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題⑦～⑩を実践する際の注意事項 	感心または感激した出来事
7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題①～⑩の補足 (難しい課題について) 	今後やろう・しようと思っていること
8		プログラムを始めてから変わったこと
9		あなたの良いところ
10		プログラムを始めて起きたハッピーな出来事
11		楽しみにしていること
12		自分のハッピーデイを決める

ハッピースキルは段階的に説明を行い、4 回目に 10 の課題の説明が完了する

表2. 事前調査時の介入群と対照群の属性および評価指標の比較

項目	介入群 (n=41)	対照群 (n=87)	P-value
性別 ^{a)}			
男性	5 (12.2)	10 (11.5)	1.000
女性	36 (87.8)	77 (88.5)	
年齢 ^{b)}	71.4 ± 4.9	71.7 ± 5.7	0.712
教育年数 ^{b)}	12.3 ± 2.3	11.6 ± 2.6	0.112
居住年数 ^{b)}	35.2 ± 14.0	30.5 ± 16.0	0.106
配偶者との同居の有無 ^{a)}			
あり	25 (61.0)	47 (54.0)	0.567
なし	16 (39.0)	40 (46.0)	
主観的健康感 ^{a)}			
よい/まあよい	34 (82.9)	69 (79.3)	0.812
あまりよくない/よくない	7 (17.1)	18 (20.7)	
GDS得点 ^{b)}	4.2 ± 3.1	3.9 ± 3.3	0.546
AIS得点 ^{b)}	4.9 ± 3.5	3.0 ± 2.8	0.002**
STAI ^{b)}			
SAI得点	39.4 ± 8.5	36.3 ± 8.2	0.053
TAI得点	42.3 ± 9.2	39.8 ± 10.4	0.186
FEQ得点 ^{b)}	7.0 ± 1.5	6.4 ± 1.8	0.075

人数(%), 平均値±標準偏差

a) χ^2 検定

b) Student' t-test

GDS-15: 15-item Geriatric Depression Scale, AIS: Athene Insomnia Scale,

SAI: Stae Anxiety Inventory, TAI: Trait Anxiety inventory, FEQ: Fordyce Emotions

Questionnaire

**; p<0.01

表3. 介入群と対照群における分析対象者と除外者の属性および評価指標の比較

項目	介入群			対照群		
	分析対象者 (n=41)	脱落者 (n=17)	P-value	分析対象者 (n=87)	脱落者 (n=68)	P-value
性別 ^{a)}						
男性	5 (12.2)	3 (17.6)	0.681	10 (11.5)	11 (16.2)	0.48
女性	36 (87.8)	14 (82.4)		77 (88.5)	57 (83.8)	
年齢 ^{b)}	71.4 ± 4.9	72.6 ± 5.2	0.399	71.8 ± 5.7	71.9 ± 4.7	0.899
教育年数 ^{b)}	12.3 ± 2.3	12.0 ± 3.0	0.642	11.6 ± 2.6	11.5 ± 2.5	0.767
居住年数 ^{b)}	35.2 ± 14.0	28.1 ± 20.0	0.192	30.5 ± 16.0	31.4 ± 19.0	0.766
配偶者との同居の有無 ^{a)}						
あり	25 (61.0)	9 (52.9)	0.770	47 (54.0)	38 (57.6)	0.743
なし	16 (39.0)	8 (47.1)		40 (46.0)	28 (42.4)	
主観的健康感 ^{a)}						
よい/まあよい	34 (82.9)	9 (52.9)	0.025*	69 (79.3)	47 (72.3)	0.340
あまりよくない/よくない	7 (17.1)	8 (47.1)		18 (20.7)	18 (27.7)	
GDS得点 ^{b)}	4.2 ± 3.1	6.6 ± 3.6	0.014*	3.9 ± 3.3	4.8 ± 3.5	0.079
AIS得点 ^{b)}	4.9 ± 3.5	5.2 ± 2.7	0.773	3.0 ± 2.8	4.1 ± 3.3	0.034*
STAI ^{b)}						
SAI得点	39.4 ± 8.5	48.0 ± 9.5	0.001**	36.3 ± 8.2	40.4 ± 11.6	0.024*
TAI得点	42.3 ± 9.2	50.4 ± 9.9	0.004**	39.8 ± 10.4	43.1 ± 12.1	0.082
FEQ得点 ^{b)}	7.0 ± 1.5	6.3 ± 2.3	0.203	6.4 ± 1.8	6.1 ± 1.7	0.379

人数(%), 平均値±標準偏差

a) χ^2 検定

b) Student' t-test

GDS: 15-item Geriatric Depression Scale, AIS: Athene Insomnia Scale,

SAI: State Anxiety Inventory, TAI: Trait Anxiety inventory, FEQ: Fordyce Emotions Questionnaire

*; p<0.05, **; p<0.01

表 4. ハッピースキル (10 の課題) の実践状況

No	項 目	平均/週	標準偏差	中央値	範 囲
1	感謝したことを取り上げ日記につける	4.6	1.9	5.1	0.2-7.0 (日)
2	ハッピー・ウォーキングをする	5.1	1.3	5.2	2.1-7.0 (日)
3	大笑いする	4.4	2.3	4.6	0.1-7.0 (日)
4	自分にプレゼントをする	3.5	2.2	3.4	0.0-7.0 (日)
5	親切な行動をする	3.2	2.2	3.3	0.0-7.0 (日)
6	人が見ていなくても良いことをする	2.8	2.1	2.5	0.0-7.0 (日)
7	ほっとできる人と会話のある時間を過ごす	2.3	1.7	1.7	0.1-6.7 (回)
8	感謝の手紙(はがき)を出す	0.6	0.9	0.3	0.0-4.4 (回)
9	友人や知人に連絡をとる	0.6	0.7	0.5	0.0-3.1 (回)
10	近所の人に挨拶をする	3.0	1.7	2.8	0.3-6.1 (日)

表 5. 事前事後における各評価指標の変化

項目	介入群(n=41)				対照群(n=87)				P-value ^{c)}
	事前	事後	P-value ^{a)}	変化量 ^{b)}	事前	事後	P-value ^{a)}	変化量 ^{b)}	
GDS 得点	4.2 (3.1)	2.8 (2.3)	<0.01	-1.4 (2.4)	3.9 (3.3)	3.9 (3.2)	0.838	0.0 (1.8)	<0.001
AIS 得点	4.9 (3.5)	3.5 (3.2)	<0.001	-1.4 (2.1)	3.0 (2.8)	3.4 (3.0)	<0.05	0.4 (1.8)	<0.001
SAI 得点	39.4 (8.5)	33.6 (7.2)	<0.001	-5.7 (6.4)	36.3 (8.2)	37.0 (8.9)	0.369	0.7 (7.0)	<0.001
TAI 得点	42.3 (9.2)	35.4 (7.2)	<0.001	-6.9 (7.0)	39.8 (10.4)	39.3 (9.9)	0.513	-0.4 (5.9)	<0.001
FEQ 得点	7.0 (1.5)	7.4 (1.4)	<0.05	0.4 (1.1)	6.4 (1.8)	6.4 (1.7)	0.662	0.1 (1.2)	0.157

平均値(標準偏差)

a) 各群の事前事後の比較に Wilcoxon の符号順位和検定を用いた。

b) 変化量は、事後の測定値から事前の測定値を引き算した値を算出した。

c) 介入群と対照群の変化量の比較に Mann-Whitney U test を用いた。

GDS-15 : 15-item Geriatric Depression Scale, AIS : Athene Insomnia Scale,

SAI : Stae Anxiety Inventory, TAI : Trait Anxiety inventory, FEQ : Fordyce Emotions Questionnaire

引用文献

- 1) Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006.113.372-387.
- 2) Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA.* 1990.264.2524-2528.
- 3) Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in community sample. *Circulation.* 1996.93.1976-1980.
- 4) 大野裕. 高齢者のうつ病. 金子書房. 2006. 1-158.
- 5) 栗田主一. 地域在住高齢者の自殺念慮に関する1年間の前向きコホート研究. *東北医学雑誌.* 2005. 117. 94-96.
- 6) 厚生労働省. うつ予防・支援マニュアル(改訂版). 2009.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1i.pdf> (2021年3月10日アクセス可能).
- 7) 鈴木良美, 北島義典, 鈴木友理子, 他. 地域包括支援センター職員による高齢者のうつに対する二次予防への取り組みと課題. *民族衛生.* 2011. 77. 175-186.
- 8) 鶴川重和, 玉腰暁子, 坂元あい. 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. *日本公衆衛生.* 2015. 62. 3-19.
- 9) Jayasekara R, Procter N, Harrison J, et al. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *J Ment Health.* 2015.24.168-71.
- 10) Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2007.22.9-15.
- 11) Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2011.168.581-592.
- 12) Seligman MEP. Building human strength : Psychology's forgotten mission. *APA Monitor.* 1998.29.2.
- 13) Seligman MEP, Steen TA, Park N, et al. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist.* 2005.60.410-421.
- 14) Emmons RA, McCullough ME. Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2003.84.377-389.
- 15) Otake K, Shimai S, Matsumi JT, et al. Happy people become happier through kindness: a counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies.* 2006.7.361-375.
- 16) Lyubomirsky S, King LA, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin.* 2005.131. 803-855.
- 17) Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol.*

2009.65.467-87.

- 18) Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, et al. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public Health*. 2013.13.119-139.
- 19) Antoine P, Dauvier B, Andreotti E, et al. Individual differences in the effects of a positive psychology intervention: *Applied psychology. Personality and Individual Differences*. 2018.122.140-147.
- 20) Wood AM, Joseph S, Lloyd J, et al. Gratitude influences sleep through the mechanism of pre-sleep cognitions: *Journal Psychosomatic Research*. 2009.66(1).43-48.
- 21) Goldstein ED. Sacred moments: Implications on well-being and stress. *Journal of Clinical Psychology*. 2007.63.1001-1019.
- 22) Harker L, Keltner D. Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001.80. 112-124.
- 23) Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist*.2006.61.774-788.
- 24) Fordyce MW. A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*. 1983.30.483-498.
- 25) 矢富直美. 日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造と項目特性の検討. *老年社会科学*. 1994. 16 . 29-36.
- 26) Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, et al. Development and validation of the Japanese Version of the Athens Insomnia Scale. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013.67.420-425.
- 27) 中里克治, 水口公信.新しい不安尺度 STAI 日本版の作成.*心身医学*.1982.22 .107-112.
- 28) Fordyce MW. A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*. 1988.20.355-381.
- 29) Svebak S, Kristofersen B, Aasarød K. Sense of humor and survival among a county cohort of patients with end-stage renal failure: a two-year prospective study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2006.36.269-281.
- 30) 田中右更,堀家優子,松繁朱美,他. 看護師のストレスに対する笑顔の効果.*香川労災病院雑誌*. 2003. 9. 99-102.
- 31) Berkman LF, Glass T, Brissette I, et al. From social integration to health. Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*. 2000.51.843-857.
- 32) Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*. 1992.135.356-368.
- 33) Bryant FB, Veroff J. *Savoring: A New Model of Positive Experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2007.1-294.
- 34) Isen AM. Positive affect and decision making. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.),

Handbook of emotions. New York: Guilford Press. 1993.261-277.

- 35) 古谷野亘, 岡村清子, 安藤孝敏ら. 都市中高年の主観的幸福感と社会関係に関連する要因. 老年社会科学. 1995. 16. 115-124.
- 36) 浅川達人, 高橋勇悦. 都市居住高齢者の社会関係の特質—友人関係の分析を中心として. 総合都市研究. 1992. 45. 69-95.

第3章 研究Ⅱ ポジティブ心理学的介入を取り入れたうつ予防プログラムの検討

研究Ⅱの内容は、日本老年社会学会第64回大会と第17回日本応用老年学会大会にて発表した。

安順姫,新野直明,岩田明子.うつ予防プログラムの実践状況及び参加回数と精神的健康状態との関係：ポジティブ心理学的介入の手法を取り入れて. 日本老年社会学会第64回大会, 2022年7月2~3日.

安順姫,新野直明,岩田明子.ポジティブ心理学的介入の手法を取り入れたうつ予防プログラムの検討：プログラム実践にあたる参加者の自由記述から. 第17回日本応用老年学会大会, 2022年11月12~13日.

1. 目的

研究Ⅰでは、PPIsの手法を取り入れたハッピープログラムの介入が地域在住高齢者の抑うつを含む心理・精神的健康の向上に有効であることが明らかになった。一方、プログラムの参加者はうつ予防・支援対象者であり、男性の参加が少ないことから、ハッピープログラムを地域在住高齢者のポピュレーションアプローチのツールとして広く応用するためには、異なった地域や集団で介入を実施し、その有効性を検討していく必要がある。また、プログラムの脱落者の割合が24.1%であり、研究Ⅰと同様に介護予防事業として実施したプログラム参加者を対象とした先行研究の脱落率（西田ら¹⁾の週1回2時間、全12回の運動器の機能向上プログラムの脱落率は12.4%；新井ら²⁾の週2回、1回90分、全12回の運動器の機能向上プログラムの脱落率は6.8%、深作ら³⁾の週1回90分、全12回の運動及び栄養指導による包括プログラムの脱落率は11.4%）と比べると高かった。途中で脱落した理由の一つに、ハッピースキルの実践や記録に対する負担感が挙げられる。また、脱落者のほうがプログラム修了者より主観的健康感が有意に低く、抑うつ傾向と不安が高いことから、内容の選定や進め方についてさらなる検討を行い、参加者の負担を軽減する工夫が必要であると考えられる。

そこで、本研究ではプログラムの実践における課題を明らかにし、その対応策を検討するために、まず、ハッピースキルに着目し、心理・精神的健康状態の向上・維持にかかわる因子の同定を試みた。また、参加者からの自由記述を検討し、プログラムの実践における様相を明らかにした。

2. 方法

1) 対象者

2014年から2019年にわたって、研究Ⅰと地域特性が異なる神奈川県B市（人口418,783

名、高齢化率 28.4%、2014 年 10 月末時点)において開催された、ハッピープログラムの参加希望者 97 名を本研究の対象者とした。参加者は神奈川県 B 市の広報などを通して公募し、地域在住高齢者からの自主的な参加を募った。

2) ハッピープログラムの概要

本研究では、参加者の負担軽減と継続的な参加を図るために、東京都 A 市のハッピープログラムの実施に携わった介護予防推進センター、地域包括支援センターの職員による意見交換会での論点を参考に、以下の点を変更し実施した。

- a. 1 回の開催時間を 120 分から 90 分へと減らし、参加者の負担軽減を図った。
- b. プログラムの理解度を高めるために実施回数を 12 回から 13 回にし、1 回目をプログラムに関する説明会とした。
- c. プログラム終了後も介護予防に資する活動をより長く継続させるために、自主グループの立ち上げ支援に関する話し合いを 8 回目から追加した。

なお、毎回の教室は、「a.うつについての講義」「b.ハッピースキルの講義」「c.グループワーク」「d.リラクゼーション法」の流れとし、教室終了後に自宅に戻って「e.ホームワーク」を実践することから構成され、教室の流れとプログラムの構成は研究 I と同様である(研究 I の図 2 を参照)。また、教室の運営に当たっては、本プログラムの従事者研修を終了した者がメインファシリテーター、自治体の職員がサブファシリテーターとなり、マニュアルに従って行った。

3) 評価方法

① 心理・精神的健康状態の評価

心理・精神的健康状態については、抑うつ状態、睡眠状況、不安状態、主観的幸福感を用いて評価した。

- a. 抑うつ状態は、老人用うつ尺度短縮版 (Geriatric Depression Scale 短縮版,以下 GDS)⁴⁾を用いた。15 項目の質問に対して「はい」「いいえ」の 2 件法で回答を求め、0 点から 15 点満点の合計得点が高いほど抑うつ傾向が高いことを示す。
- b. 睡眠状況については、アテネ不眠尺度 (Athene Insomnia Scale, 以下 AIS)を用いた⁵⁾。夜間の睡眠困難を評価する 5 項目と、日中の機能障害を評価する 3 項目の全 8 項目の質問からなり、過去 1 ヶ月間に少なくとも週 3 回以上経験したものについて 4 件法で回答を求めた。0 点から 24 点満点の合計得点が高いほど不眠の疑いが強いことを示す。
- c. 不安状態は、状態-特性不安尺度 (State-Trait Anxiety Inventory, 以下 STAI) 日本語版を用いた⁶⁾。STAI は、測定時点での不安の強さを示す状態不安尺度 (State Anxiety Inventory, 以下 SAI) と、性格特性としての不安になりやすさを示す特性不安尺度 (Trait Anxiety Inventory, 以下 TAI) の 2 尺度で構成されている。両尺度とも 20 項目の質問に対し 4 件法で回答を求め、20 点から 80 点満点の合計得点が高いほど不安が強いことを示す。
- d. 主観的幸福感は、フォーダイスの感情度測定テスト (Fordyce Emotions Questionnaire,

以下 FEQ)⁷⁾ を用いた。FEQ は、ある一定の時点でその人の幸せの程度を測るためのテストである。感情的要素も若干踏まえたうえで、最高に幸福な状態を 10、最高に不幸な状態を 0 として、現在の状況を 11 段階で測定する。

なお、対象者にはプログラムの事前事後に質問紙による自記式調査を行った。また、基本属性として、性別、年齢、教育年数、居住年数、配偶者との同居の有無、暮らし向きを、一般的な健康状態を図る指標として主観的健康感を用いた。

② ハッピースキルの実践における評価

ホームワークの実践状況を用いて評価した。ハッピースキルの講義に従って、日々の生活の中で経験したポジティブな体験を筆者らが作成したダイアリーに記録し、教室参加時にその 1 週間における課題の実践状況と課題の実行にあたり気づいた点をまとめ、提出するよう依頼した(図 1)。なお、実践や記録については強制ではなく、あくまで実践可能な日に、やってみたいスキルから行い、負担になった場合は行わなくてもよいことを伝えた。

提出された記録は、ファシリテーターが記入漏れの確認をした後、メインファシリテーターに渡す。メインファシリテーターは実践状況に基づき、良かった点や難しい課題についての補足説明などフィードバックを教室開催中に行った。

4) 分析方法

まず、事前調査時に比べて事後調査時の GDS 得点、AIS 得点、STAI 得点が低下または不変した場合を「向上・維持群」、上昇した場合を「低下群」にそれぞれ分類した。一方、FEQ 得点においては、上昇または不変した場合を「向上・維持群」、低下した場合を「低下群」とした。そして、各調査項目についての群間差を調べるために Student's t-test または χ^2 検定を用いた。次に、心理・精神的健康に関する評価指標の「向上・維持群」と「低下群」に従属変数とし、事前調査時に 2 群間で有意差を認めた項目を共変量として強制投入し、1 週間あたりのハッピースキルの実践状況、参加回数を独立変数として、尤度比による変数減少法を用いたロジスティック回帰分析をそれぞれ行った。すべての統計解析は SPSS Ver.25.0 で行い、有意水準は 5% とした。

ハッピースキルの実践状況については、課題ごとに 1 週間あたりの実践状況を算出(プログラム開催期間中における実践回数/実践週数)した。実践状況とともに提出したプログラム実践にあたり気づいた点については、プログラム実践上の様相や問題点に該当するものを介入週ごとに意味ある文脈を 1 区切りに、重要アイテムを抽出した。次に、重要アイテムの類似する内容をまとめてサブカテゴリー化し、さらにサブカテゴリー化の類似する内容をまとめてカテゴリー化を行った。各サブカテゴリーの出現時期を月ごとに図示し、研究チームの合意に至るまで検討した。

5) 倫理的配慮

参加者には、プログラム介入期間であっても参加を中断でき、参加の拒否・中断による不利益を被ることがない、プライバシーが厳重に守られることについて文章を配布して口頭で説明し、書面による同意を得た。また、参加者への調査表の配布・回収は B 市が実施し、

プログラム開催期間中はニックネームを使用するなど、個人情報保護に努めた。本研究における「ハッピープログラム」の介入は、B市から委託され実施したもので、データの解析、公表においては、公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団の倫理審査委員会の承認（2022年2月16日、承認番号A21007）を得ている。

3. 結果

対象者のうち、事前事後調査で有効な回答が得られた者は78名（事前調査で協力が得られなかった者5名、途中脱落者14名を除外）で、脱落率が15.2%（事前調査で協力が得られなかった者を除く）であった。そこで、うつ病など精神疾患の既往があり、かつ事前調査時に「抑うつ状態（Geriatric Depression Scale 短縮版, GDS; 6点以上）」に該当する者4名、教室参加時に精神疾患治療中の者7名を除外した67名を本研究の分析対象者とした（図2）。

1) 事前調査時の対象者の属性

評価指標別の事前調査時における対象者の属性を表1に示した。心理・精神的健康に関する評価指標のそれぞれの向上・維持群と低下群で比較したところ、GDSにおいて、低下群に比較して向上・維持群のほうが女性の割合が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。また、TAIにおいては、低下群に比較して向上・維持群のほうが平均年齢と暮らし向きが「きびしい」と回答した者の割合が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。その他の評価指標においては向上・維持群と低下群の両群における有意な群間差は認められなかった。

2) ハッピースキルの実践状況

ハッピースキルの実践状況は、プログラムの開催期間中における各課題の1週間あたりの実践日数/回数をを用いて評価した（表2）。結果、GDSにおいて、低下群に比較して向上・維持群のほうが「感謝の手紙（はがき）を出す」課題の実践が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。その他の評価指標においては向上・維持群と低下群の両群における有意な群間差は認められなかった。

3) 心理・精神的健康に関する要因

心理・精神的健康に関する各評価指標の「向上・維持群(1)」、「低下群(0)」を目的変数とした尤度比による変数減少法によるロジスティック回帰分析を行った。その結果、最終的に採用された回帰式とその変数は表3のようになった。モデル係数のオムニバス検定はいずれも5%未満で有意となり、回帰式の有意性が保証される結果が得られた。Hosmer-Lemeshowの検定の結果は有意確率が5%以上であり、モデルの適合度も保証された。なお、判定的中率は抑うつ状態が89.4%、睡眠状況が75.8%、状態不安が69.7%、特性不安が71.2%、主観的幸福感が86.4%であった。「親切な行動をする（Odds Ratio(OR)：0.149, 95% Confidence Interval(CI)：0.04～0.64）」、「人が見ていなくてもよいことをする（OR：4.834, 95% CI：1.29～18.09）」がGDSの向上・維持の独立した因子として検出された。AISの向上・維持には、「ハッピー・ウォーキングをする（OR：0.368, 95% CI：0.17～

0.80)」、 「ほっとできる人と会話のある時間を過ごす (OR:0.504, 95% CI:0.30~0.85)」「近所の人に挨拶をする (OR:2.495, 95% CI:1.36~4.56)」が独立した因子として検出された。SAIの向上・維持には、「ハッピー・ウォーキングをする (OR:0.523, 95% CI:0.32~0.86)」が、FEQの向上・維持には、「感謝したことを取り上げ日記につける (OR:1.841, 95% CI:1.20~2.84)」「ハッピー・ウォーキングをする (OR:0.494, 95% CI:0.25~0.97)」が独立した因子として検出された。

4) プログラム実践における様相

課題の実行にあたり気づいた点についての自由記述の分析結果から、ハッピープログラム実践の様相を示す6カテゴリー、22サブカテゴリーが抽出された。プログラム開始1・2・3ヶ月目について、各カテゴリー・サブカテゴリーが観察された時期と出現数を表4に示した。以下【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリーを示す。カテゴリーは、【気づき】、【変化の実感】、【意欲の向上】、【習慣化】、【ハッピースキルを実践することの難しさ】、【継続することの難しさ】であった。

プログラム開始1ヶ月目には、<ハッピースキルの内容が難しい>など【ハッピースキルを実践することの難しさ】の出現頻度が最も多かった。次に、<小さな出来事が感謝につながる><意識すると気づきがある>など【気づき】の様相や、<何気ない出来事に感謝・感動するようになった><意識的に行動するようになった>など【変化の実感】が多く見られた。

2ヶ月目には、<行動が変わる><物事の見方が変わった>など【変化の実感】の出現頻度が最も多く、1ヶ月目を上回った。一方、<ハッピースキルの内容が難しい>など【ハッピースキルを実践することの難しさ】の出現頻度は1ヶ月目と比較して少なくなったものの次に続いた。

3ヶ月目には、<物事の見方が変わった><気分が変わった><行動が変わった>など【変化の実感】の出現頻度が2ヶ月目に続き最も多く見られた。<実践を続けていきたい><自分を変えていきたい>など【意欲の向上】や、<課題の実践が定着した>の【習慣化】の出現頻度は少ないものの、1、2ヶ月目より増加していた。一方、【ハッピースキルを実践することの難しさ】と【継続することの難しさ】の出現頻度は減少していた。

なお、【ハッピースキルを実践することの難しさ】カテゴリーのうち、<ハッピースキルの内容が難しい>サブカテゴリーの内容を表5に示す。難しさを感じる課題として、主に「大笑いをする」「感謝の手紙を出す」「ハッピー・ウォーキングをする」「友人や知人に連絡をとる」が挙げられた。

4. 考察

本研究では、プログラムの実践における課題を明らかにし、その対応策を検討するために、ハッピースキルに着目し、心理・精神的健康状態の向上・維持にかかわる因子の同定と参加者からの自由記述の分析を行った。プログラム終了後に抑うつ状態が向上・維持した者は58

名 (86.6%)，睡眠状況が向上・維持した者は 50 名 (74.6%)，状態不安が向上・維持した者は 46 名 (68.7%)，特性不安が向上・維持した者は 48 名 (71.6%)，主観的幸福感が向上・維持した者は 59 名 (88.1%) であった。心理・精神的健康状態の向上・維持にかかわる因子を検証したところ、「親切な行動をする」課題の実践日数が少ないこと、「人が見ていなくてもよいことをする」課題の実践日数が多いことが抑うつ状態の向上・維持の要因として抽出された。睡眠状況の向上・維持には、「ハッピー・ウォーキングをする」課題の実践日数が少ないこと、「ほっとできる人と会話のある時間を過ごす」課題の実践回数が少ないこと、「近所の人に挨拶をする」課題の実践日数が多いことが要因として検出された。状態不安の向上・維持には、「ハッピー・ウォーキングをする」課題の実践日数が少ないことが、主観的幸福感の向上・維持には、「感謝したことを取り上げ日記につける」課題の実践日数が多いこと、「ハッピー・ウォーキングをする」課題の実践日数が少ないことが要因として検出され、実践状況と精神的健康との関係性については、ハッピースキルによる相違が確認された。このように、ハッピースキルに取り入れている計 10 の課題を個々に心理・精神的健康に及ぼす影響をみると、「親切な行動をする」「ハッピー・ウォーキングをする」「ほっとできる人と会話のある時間を過ごす」課題においては、逆に負の関連が示され、PPIs の手法を個々に行う場合、必ずしも心理・精神的健康の向上・維持に寄与するとは言えない。親切な行動や会話のような他者とのつながりを促す課題は、内発的動機づけよりはやらなければならないと意識させられるなど、何らかの抵抗があったのかもしれない。特に、「ハッピー・ウォーキングをする」課題は、睡眠状況や状態不安、主観的幸福感の向上・維持とも負の関連が示され、抑制的な影響を与えている可能性がある。一方、計 10 の課題を複合的にみると、＜小さな出来事が感謝につながる＞＜物事の見方を獲得する＞＜自分を知る＞などといった肯定的な側面への【気づき】や、＜何気ない出来事に感謝・感動するようになった＞＜意識的に行動するようになった＞＜行動が変わった＞＜物事の見方が変わった＞などといった【変化の実感】が見いだされ、最終的に、心理・精神的健康にもポジティブな効果をもたらす可能性が示唆された。これは、単独な手法だけではなく、多くの手法を同時に行うことで効果が高まる⁸⁾ことを支持する結果でもある。これらの結果から、ハッピースキルの実践を促す際には、課題個々の実践日数/回数に大きな重点を置かないように十分な注意が必要であると考えられる。

参加者からの自由記述では、【ハッピースキルを実践することの難しさ】が見いだされ、このうち＜ハッピースキルの内容が難しい＞様相の出現頻度が最も多く、特に 1 ヶ月目においてハッピースキルを実践する上で多くの困難を抱えていることが確認された。＜ハッピースキルの内容が難しい＞様相の詳細についてみると、「大笑いをする」課題について難しさを多く感じていた。本プログラムでは、鏡をみて、声を出して笑うという“自発的笑い”を取り入れているが、“声を出すのははばかられる”“鏡を見ると泣けてくる”など鏡を見ることや声を出すことに対する抵抗が見られた。笑う門には福来るという諺のように、多くの研究で笑いの様々な効果^{9~12)}が明らかとなり、笑いが健康に良いことは広く認知されてきた。

しかし、笑いを日常生活に取り入れることとなると、“自発的笑い”では困難があり、落語の観賞や笑いの映像などを見て笑うという“受身の笑い”も有効に取り入れた方が良いと考えられる。

次に、難しさを感じる課題として「感謝の手紙を出す」が挙げられる。プログラム参加中の実践状況をみると、平均して2.7回（0～19回）と参加者によってそのばらつきが大きかった。実践上の問題をみると、“感謝の気持ちを言葉では伝えられるのに、手紙にするのは照れくさくて難しい”“字を書くことがにがて、手紙を書くことがおっくうである”“最近、メールで友との近況報告等を済ませ、手紙、ハガキ等書くことがなかった”などがあった。蔵永と樋口¹³⁾は、日本人の感謝体験に伴う感情には、満足感と申し訳なさ、不快感の肯定的・非肯定的感情の両方が喚起させることを指摘している。想起される感謝体験の感情が異なることから、人によっては“相手にわるいな”“苦しい”などといった心理的負債感が喚起された可能性がある。また、一回も実践できなかつた方が4割弱であることから、メールなど普段よく使われている手段を用いることによって、達成度を高めることが期待できる。

また、難しさを感じる課題として「ハッピー・ウォーキングをする」が挙げられる。この課題は、ウォーキングの時に視覚、味覚、臭覚、聴覚、触覚の五感に注意を向けることで、今この瞬間に気づくためのものである。実践上の問題をみると、“今月は雨が多く、ウォーキングが少ない”“家にいることが多く、外に出てウォーキングをするのが少なかった”などウォーキングに多くの焦点が当てられていた。ウォーキングをしている高齢者は、抑うつ傾向が低く、特に女性では主観的健康観が高いことが報告されている¹⁴⁾。しかし、課題を実践できなかつたことが心理的負担感を助長させ、ウォーキングのポジティブな効果が相殺されてしまう可能性がある。また、全期間において実践できなかつたとの意見が寄せられ、著者らが意図する名称への変更や説明の工夫が必要だと考えられる。

その他に、ハッピープログラムでは、他者との交流を促し、ポジティブな関係性を構築させるための手法として、「ほっとできる人と会話のある時間を過ごす」、「友人や知人に連絡をとる」、「近所の人に挨拶をする」などの課題を取り上げている。島貫ら¹⁵⁾は、親戚、友達、近所との交流頻度が高いほど抑うつ傾向が弱いことを報告している。上田¹⁶⁾においても会話交流と抑うつの関連が示されており、抑うつ傾向がある者は、満足する会話回数が少ない、友人との会話が少ないことが報告されている。一方、高齢者にとって、楽しい会話は、短時間であっても自律神経系の働きを活発化し、心の充実感やリラックス効果が得られる¹⁷⁾ことから、交流頻度はもちろん、交流から生起する満足感や喜びなどの快感情を経験することが大事であると考えられる。しかし、簡単な挨拶とは違い、「会話のある時間を過ごす」「友人や知人に連絡をとる」のスキルにおいては、交流頻度よりは、“ほっとできる”“安心できる”“楽しく過ごせる”などといった快感情の経験が心理・精神的健康状態に及ぼす影響が大きい可能性がある。

Fredrickson¹⁸⁾は、ポジティブ感情の理論として“拡張-形成理論”を提唱している。この理論では、ポジティブ感情が喚起されることにより、注意の範囲や思考-行動レパートリーが

拡張することや物事の捉え方が柔軟になるとされる。次に、思考や行動が拡張し、この広がり
の結果として身体的、知的、社会的な個人資源が形成される。さらに、形成された個人資源
が個人の変化や成長を生じさせ、最終的に、ウェルビーイングを促進するものに繋がると
されている。以上より、本研究では、ハッピースキルの実践における課題が見出されたもの
の、日常生活の中で起きているポジティブな出来事に注目、想起、実践、記録の一連の活動
によって、ポジティブ感情が喚起され、結果的に＜小さな出来事が感謝につながる＞＜物事
の見方を獲得する＞＜自分を知る＞などといった肯定的な側面への気づきが見出され、
Fredrickson & Branigan¹⁹⁾の研究と同様に思考や行動、認知が拡張されたと考えられる。Isen
ら^{20~22)}のポジティブ感情の機能に関する一連の研究においても、ポジティブ感情が認知的
な柔軟性や創造性を高めることが明らかになっている。次に、それらの気づきが促され、＜
何気ない出来事に感謝・感動するようになった＞＜意識的に行動するようになった＞とい
った資源の形成を導き、さらに、＜行動が変わった＞＜物事の見方が変わった＞などとい
った変化や【意欲の向上】【習慣化】を生じさせ、最終的に、心理・精神的健康や幸福感の向
上・維持にも繋がったと考える。

本研究では、開催時間の短縮やプログラムに関する説明会を設けることで脱落者の減少
が図られた。このことから、PPIsの基本プログラムを損なわない程度でプログラムの構成
を調整することにより、脱落者をさらに減少させることが期待できる。今後も、参加者の負
担軽減や継続参加を促すための十分な配慮と工夫が必要であると考えられる。

5. 本研究の限界と展望

本研究では、男性に比べて女性の参加が多いため、結果に偏りが生じた可能性は否定でき
ない。今後は、本研究結果を踏まえながら、ハッピースキルの改良や男性の参加を促すよう
な工夫を行なっていきたい。また、心理・精神的健康の向上・維持にかかわる因子において
は、ハッピースキルの実践の他、グループワークやリラクゼーション法など他の内容が相互
に関連している可能性があり、本研究では具体的に論じることはできない。しかし、ハッピ
ースキルの実践における課題を整理する上では、十分参考になったと考える。

5 週目	
ニックネーム： _____ 様	
★今週の課題実行に当たり気づいた点	
★今週の実施状況：日数を数えてご記入ください	
_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日	
① 毎日、その日に「感謝した」ことを3つ取り上げ日記につける	_____ 日
② 1日1回10分間ハッピー・ウォーキングを実施する	_____ 日 / 計 _____ 分
③ 1日1回鏡を見ながら声を出して大笑いをする	_____ 日
④ 1日1回自分にプレゼント(ちょっとしたご褒美)をする	_____ 日
⑤ 1日1回親切な行動をする	_____ 日
⑥ 1日1回他人が見ていなくても良いことをする	_____ 日
⑦ 週1回1時間程度ほっとできる人と会話のある時間を過ごす	_____ 回
⑧ 普段感謝の気持ちをうまく伝えられなかった人に感謝の手紙(葉書)を出す	_____ 回
⑨ ご無沙汰している友人・知人に連絡をとり、再会する	_____ 回
⑩ 近所の人にすすんで声を出して挨拶をする	_____ 回
★今週の目標達成状況(1つに○をつけてください)	
1. よくできた	2. まあよくできた
3. あまりよくできなかった	4. よくできなかった

図 1. ハッピースキルの実践記録表

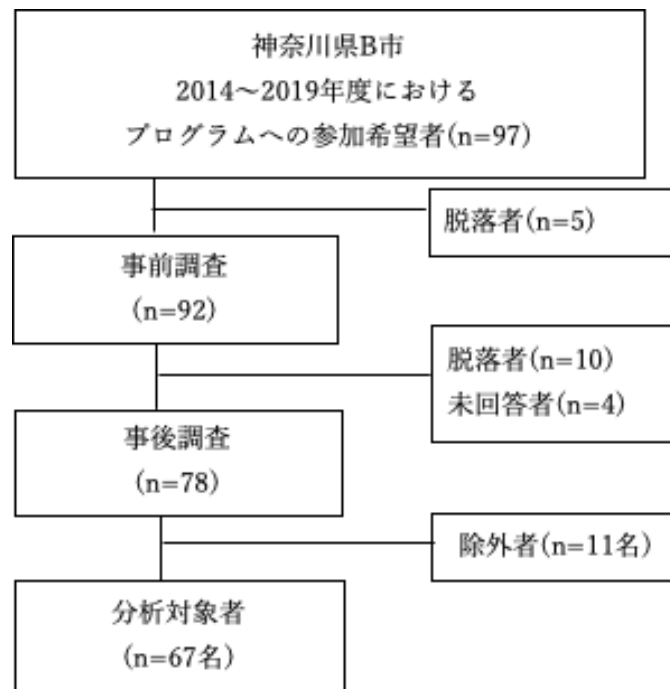


図2. 対象者のフローチャート

表 1. 心理・精神的健康に関する評価指標の向上有無別事前調査時の対象者の基本属性

	抑うつ状態(GDS) ^{c)}			睡眠状況(AIS) ^{c)}			状態不安(SAI) ^{c)}			特性不安(TAI) ^{c)}			主観的幸福感 ^{d)}		
	向上・維持群 (n=58)	低下群 (n=9)	P value	向上・維持群 (n=50)	低下群 (n=17)	P value	向上・維持群 (n=46)	低下群 (n=21)	P value	向上・維持群 (n=48)	低下群 (n=19)	P value	向上・維持群 (n=59)	低下群 (n=8)	P value
性別 ^{a)}															
男性	6 (10.3)	4 (44.4)	0.023*	5 (10.0)	5 (29.4)	0.107	5 (10.9)	5 (23.8)	0.266	8 (16.7)	2 (10.5)	0.712	8 (13.6)	2 (25.0)	0.341
女性	52 (89.7)	5 (55.6)		45 (90.0)	12 (70.6)		41 (89.1)	16 (76.2)		40 (83.3)	17 (89.5)		51 (86.4)	6 (75.0)	
年齢 ^{b)}	73.1 ± 6.1	71.8 ± 6.2	0.552	73.5 ± 6.2	71.3 ± 5.7	0.207	73.6 ± 6.7	71.4 ± 4.2	0.104	73.9 ± 6.4	70.5 ± 4.5	0.038*	72.8 ± 6.1	73.9 ± 6.1	0.636
教育年数 ^{b)}	12.5 ± 2.4	13.1 ± 3.1	0.492	12.5 ± 2.4	12.8 ± 2.7	0.644	12.5 ± 2.3	12.8 ± 2.7	0.614	12.8 ± 2.4	11.9 ± 2.6	0.169	12.7 ± 2.3	11.6 ± 3.2	0.217
居住年数 ^{b)}	34.1 ± 15.8	28.2 ± 21.3	0.325	33.8 ± 17.2	31.9 ± 15.2	0.680	32.9 ± 17.0	34.2 ± 16.1	0.772	32.4 ± 15.9	35.7 ± 18.6	0.475	33.0 ± 16.4	35.8 ± 19.3	0.664
配偶者との同居の有無 ^{b)}															
あり	31 (53.4)	7 (77.8)	0.280	26 (52.0)	12 (70.6)	0.259	24 (52.2)	14 (66.7)	0.300	30 (62.5)	8 (42.1)	0.173	35 (59.3)	3 (37.5)	0.278
なし	27 (46.6)	2 (22.2)		24 (48.0)	5 (29.4)		22 (47.8)	7 (33.3)		18 (37.5)	11 (57.8)		24 (40.7)	5 (62.5)	
暮らし向き ^{a)}															
ゆたかである	37 (63.8)	6 (66.7)	1.000	32 (64.0)	11 (64.7)	1.000	29 (63.0)	14 (66.7)	1.000	27 (56.3)	16 (84.2)	0.047*	36 (61.0)	7 (87.5)	0.242
まびしい	21 (36.2)	3 (33.3)		18 (36.0)	6 (36.3)		17 (37.0)	7 (33.3)		21 (43.8)	3 (15.8)		23 (39.0)	1 (12.5)	
主観的健康感 ^{b)}															
よい/まあよい/ふつう	46 (79.3)	8 (88.9)	0.677	41 (82.0)	13 (76.5)	0.725	37 (80.4)	17 (81.0)	1.000	38 (79.2)	16 (84.2)	0.744	47 (79.7)	7 (87.5)	1.000
あまりよくない/よくない	12 (20.7)	1 (11.1)		9 (18.0)	4 (23.5)		9 (19.6)	4 (19.0)		10 (20.8)	3 (15.8)		12 (20.3)	1 (12.5)	
人数(%), 平均値 ± 標準偏差															

a) χ^2 検定 b) Student's t-test

c) 向上・維持群：得点が低下または不変；低下群：得点が上昇；得点が上昇；低下群：得点が低下または不変

* : p<0.05

表 2. 心理・精神的健康に関する評価指標の向上有無別ハッピースキルの実践状況(週)と参加回数

No	項目	抑うつ状態(GDS) ^{a)}			睡眠状況(AIS) ^{a)}			状態不安(SAI) ^{a)}			特性不安(TAI) ^{a)}			主観的幸福感 ^{b)}		
		向上・維持群 (n=58)	低下群 (n=9)	P value	向上・維持群 (n=50)	低下群 (n=17)	P value	向上・維持群 (n=46)	低下群 (n=21)	P value	向上・維持群 (n=48)	低下群 (n=19)	P value	向上・維持群 (n=59)	低下群 (n=8)	P value
1	感謝したことを取り上げ日記につける(日)	5.0 ± 2.0	3.9 ± 2.3	0.105	4.9 ± 2.1	4.7 ± 2.0	0.583	5.0 ± 2.1	4.4 ± 1.9	0.121	4.8 ± 2.2	4.9 ± 1.6	0.702	5.0 ± 1.9	3.4 ± 2.7	0.064
2	ハッピー・ウォーキングをする(日)	4.8 ± 1.6	5.1 ± 1.3	0.832	4.7 ± 1.7	5.2 ± 1.3	0.349	4.7 ± 1.6	5.3 ± 1.5	0.126	4.8 ± 1.6	5.1 ± 1.6	0.377	4.8 ± 1.6	5.5 ± 1.5	0.234
3	大笑いする(日)	4.5 ± 2.2	4.2 ± 2.1	0.619	4.5 ± 2.2	4.4 ± 2.3	0.937	4.6 ± 2.2	4.2 ± 2.2	0.402	4.5 ± 2.2	4.5 ± 2.1	0.933	4.6 ± 2.1	3.8 ± 2.5	0.363
4	自分にプレゼントをする(日)	4.2 ± 2.0	3.2 ± 1.5	0.096	4.1 ± 1.8	4.0 ± 2.2	0.966	4.1 ± 2.0	4.0 ± 1.9	0.914	4.0 ± 2.0	4.1 ± 1.7	0.967	4.1 ± 1.9	3.3 ± 2.0	0.205
5	親切な行動をする(日)	3.2 ± 2.0	3.3 ± 1.0	0.762	3.2 ± 1.8	3.2 ± 2.2	0.751	3.1 ± 2.0	3.5 ± 1.7	0.369	3.2 ± 2.0	3.3 ± 1.8	0.707	3.2 ± 2.0	3.5 ± 1.6	0.411
6	人が見ていなくても良いことをする(日)	3.4 ± 2.2	2.7 ± 1.8	0.440	3.3 ± 2.2	3.3 ± 2.2	0.868	3.3 ± 2.3	3.4 ± 1.9	0.715	3.3 ± 2.1	3.4 ± 2.2	0.824	3.3 ± 2.2	3.3 ± 1.9	0.938
7	ほっとできる人と会話のある時間を過ごす(回)	3.0 ± 2.0	3.5 ± 1.6	0.299	2.9 ± 1.8	3.4 ± 2.2	0.467	2.9 ± 1.9	3.2 ± 1.9	0.499	2.8 ± 2.0	3.5 ± 1.7	0.116	3.1 ± 2.0	2.8 ± 1.5	0.869
8	感謝の手紙(はがき)を出す(回)	0.4 ± 0.5	0.0 ± 0.1	0.019*	0.4 ± 0.5	0.2 ± 0.3	0.433	0.3 ± 0.4	0.4 ± 0.5	0.835	0.3 ± 0.5	0.3 ± 0.4	0.458	0.3 ± 0.5	0.2 ± 0.3	0.606
9	友人や知人に連絡をとる(回)	1.0 ± 1.0	0.8 ± 0.6	0.726	1.0 ± 1.0	0.8 ± 0.5	0.767	0.9 ± 1.0	1.0 ± 0.9	0.498	0.8 ± 1.0	1.1 ± 0.8	0.081	0.9 ± 0.9	0.9 ± 1.1	0.548
10	近所の人に挨拶をする(日)	4.3 ± 2.1	4.2 ± 1.4	0.776	4.5 ± 2.0	3.6 ± 2.0	0.119	4.1 ± 2.1	4.6 ± 2.0	0.340	4.2 ± 2.1	4.4 ± 2.1	0.697	4.2 ± 2.1	4.6 ± 2.1	0.555
11	参加回数	11.8 ± 1.4	11.2 ± 1.2	0.244	11.7 ± 1.4	11.9 ± 1.3	0.478	11.9 ± 1.5	11.4 ± 1.0	0.234	11.8 ± 1.5	11.6 ± 1.2	0.716	11.8 ± 1.5	11.6 ± 0.9	0.821

平均値±標準偏差

Mann-Whitney の U 検定を用いた * ; p<0.05

a) 向上・維持群：得点が低下または不変；低下群：得点が上昇；低下群：得点が上昇 b) 向上・維持群：得点が上昇；低下群：得点が低下または不変

表3. 心理・精神的健康の向上・維持に関連する要因

No	項目	抑うつ状態 (DS)			睡眠状況 (AIS)			状態不安 (SAI)			特性不安 (TAI)			主観的幸福感		
		オッズ比	(95%CI)	P-value	オッズ比	(95%CI)	P-value	オッズ比	(95%CI)	P-value	オッズ比	(95%CI)	P-value	オッズ比	(95%CI)	P-value
1	感謝したことを取り上げ日記につける(日)	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	1.84	(1.20~2.84)	0.006**
2	ハッピー・ウォーキングをする(日)	-	-	n. s.	0.37	(0.17~0.80)	0.012*	0.52	(0.32~0.86)	0.011*	-	-	n. s.	0.49	(0.25~0.97)	0.041*
3	大笑いする(日)	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
4	自分にプレゼントをする(日)	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
5	親切な行動をする(日)	0.15	(0.04~0.64)	0.010*	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
6	人が見ていなくても良いことをする(日)	4.83	(1.29~18.09)	0.019*	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
7	ほっとできる人と会話のある時間を過ごす(回)	-	-	n. s.	0.50	(0.30~0.85)	0.009**	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
8	感謝の手紙(はがき)を出す(回)	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
9	友人や知人に連絡をとる(回)	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
10	近所の人に挨拶をする(日)	-	-	n. s.	2.50	(1.36~4.56)	0.003**	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-
11	参加回数	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	n. s.	-	-	-

心理・精神的健康における向上・維持群=1、低下群=0

尤度比による変数減少法にてロジスティック回帰分析を行った

「-」：最終的に採用された回帰式に含まれるものの、有意な関連のなかった変数を示す

CI：信頼区間 *：p<0.05 **：p<0.01 n. s.：not significant

表 4. 実行にあたり気づいた点における自由記述による分析結果

	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目
【気づき】	28	7	9
<小さな出来事が感謝につながる>	9	1	2
<自分を知る>	5	2	2
<物事の見方を獲得する>	4	4	3
<意識すると気づきがある>	8	0	1
<実践し続けることが大事である>	2	0	1
【変化の実感】	25	34	36
<意欲的になった>	1	2	1
<何気ない出来事に感謝・感動するようになった>	9	2	5
<意識的に行動するようになった>	5	1	1
<物事の見方が変わった>	2	8	11
<気分が変わった>	4	5	9
<行動が変わった>	3	12	8
<実践しやすくなった>	1	4	1
【意欲の向上】	6	4	15
<実践を続けていきたい>	4	0	5
<プラス方向に持っていきたい>	2	0	3
<自分を変えていきたい>	0	4	7
【習慣化】	1	4	7
<課題の実践が定着した>	1	4	7
【ハッピースキルを実践することの難しさ】	36	13	11
<ハッピースキルの内容が難しい>	30	9	8
<体調不良>	1	1	3
<気持ちになっていない>	2	0	0
<外にでる機会が少ない・他人との接触が少ない>	2	3	0
<忙しい>	1	0	0
【継続することの難しさ】	4	1	0
<継続が大変である>	4	1	0

プログラム開始1ヶ月目、2ヶ月目、3ヶ月目でまとめ、出現時期と出現数を示した。

表5. <ハッピースキルの内容が難しい>サブカテゴリーの詳細 その1

No.	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目
1	感謝したことを取り上げ日記につける(日) 自分の気持ちを書き留められなかった 毎日の言動等を日記にしないといかに文章を書くのができてか		
2	ハッピー・ウォーキングをする(分) 今月は雨が少なく、ウォーキングが少ない 雨の日が多かったため、ハッピーウォーキングは毎日できなかった ウォーキングを実施することができない 家にいることが多く、外に出てウォーキングをするのが少なかった	だんだん寒くなりウォーキングがしにくくなった あまりハッピーウォーキングは出来ていないが、窓からあたりまゝに見える海も空も緑にも幸せを感じる	本当にハッピーウォーキングをしていない ハッピーウォーキング一回20分×7=140分目標にしたが思いのほか出来ない ウォーキングが出来ないことが残念である
3	大笑いする(日) (一日一回鏡を見ながら声を出して大笑いする)ということとはなかなか難しい 大笑いは声を出すのははばかられる なかなか大笑いは出来なかった ほとんど毎日人は変わってもおしやべりできただけで鏡を見て笑うことはあまりない 鏡を見て笑顔を作って大笑いすることができない 声を出して笑うのは難しい カガミはほとんど見ない 鏡を見るときは泣いてくる(ヒドイ顔なので笑うのが大変) 大笑いすることは意識をしないとという感じ 鏡をみることはできなかつた 鏡を見ながら笑うことがあまりできず口元だけで	今週は4日間旅行していたで、鏡を見て笑うのをすっかり忘れていた 声を出してうまく笑えない 1泊旅行したが、その間全く大笑いのことは忘れていた	
4	自分にプレゼントをする(日) 自分へのプレゼントはしない 毎日同じような日々を過ごしているので、何がプレゼントか親切的行動なのかわからなくなってきた		今まで家族や友人のために頑張ることが多く、自分のために楽しんだり、行動することがいまだに苦手。自分のことを優先して生活するほうが難しい

表5. <ハッピースキルの内容が難しい>サブカテゴリの詳細 その2

No.	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目
5	<p>親切な行動をする(日) 親切な行動ってできなかった 毎日当たり前の事、道路掃除、外でのトイレの流し忘れ、などを見つけた時、またごみの落ちていた時いろいろあるが、どれが親切行動なのか当たり前の事でわからない 親切な行動と良いことの基準は?ここに書記する内容はどんな行動か?</p>		
6	<p>人が見ていなくても良いことをする(日) 人がみていなくてもよいことをする、というのは難しいと感じた</p>		
7	<p>もっとできる人と会話のある時間を過ごす(回) No.7の課題につきましては、一回よりなかった</p>		
8	<p>感謝の手紙(はがき)を出す(回) 今週は出かける機会が多くて(展覧会、講演会、お稽古日) ゆっくり手紙を書く時間がとれなかった No.8の課題は難しい 感謝の気持ちを持っていますが、なかなか直接逢って言うのは勇気がいる 感謝の気持ちを言葉では伝えられるのに手紙にするのは照れくさくて難しい 字を書くことがにがて、手紙を書くことがおっくうである ⑧は一回も達成できていない なかなか手紙が書けない。友達に感謝しているのですが、メールで済ませている</p>	<p>そんななかでこの8.9項目を実行するには自分を奮い立たせないとできない 課題8、9がどうもうまくいかない ⑧⑨は一回もない</p>	<p>⑧感謝の手紙を出すは、今日まで一回も実行ができていない 最近メールで友との近況報告等を済ませ、手紙、ハガキ等書くことがなかった No8と9は私にとつてくしい あとわずかなのに⑧⑨ができていない</p>
9	<p>友人や知人に連絡をとる(回)</p>	<p>そんななかでこの8.9項目を実行するには自分を奮い立たせないとできない 課題8、9がどうもうまくいかない ⑧⑨は一回もない</p>	<p>No8と9は私にとつてくしい あとわずかなのに⑧⑨ができていない</p>
10	<p>近所の人に挨拶をする(日)</p>	<p>近所の人との挨拶はOKだが、全く知らない人との挨拶は難しい</p>	

引用文献

- 1) 西田隆宏, 川崎涼子, 西原三佳ら. 地域在住の二次予防プログラム参加者における運動機能と認知機能の変化. 保健学研究. 2015. 28. 77-84.
- 2) 新井武志, 大淵修一, 佐藤むつみら. 運動器の機能向上プログラム参加者の基本チェックリスト得点と介入効果に影響する要因の分析. 日本老年医学会雑誌. 2010. 47(6). 585-591.
- 3) 深作貴子, 奥野純子, 戸村成男ら. 特定高齢者に対する運動及び栄養指導の包括的支援による介護予防効果の検証. 日本公衆衛生誌. 2011. 58(6). 420-432.
- 4) 矢富直美. 日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造と項目特性の検討. 老年社会科学. 1994. 16 . 29-36.
- 5) Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, et al. Development and validation of the Japanese Version of the Athens Insomnia Scale. Psychiatry Clin Neurosci. 2013.67.420-425.
- 6) 中里克治, 水口公信.新しい不安尺度 STAI 日本版の作成.心身医学.1982.22 .107-112.
- 7) Fordyce MW. A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health. Social Indicators Research. 1988.20.355-381.
- 8) Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. J Clin Psychol. 2009. 65. 467-87.
- 9) 西田元彦, 大西憲和. 笑い と NK 細胞活性の変化について. 笑い学研究. 2001. 8. 27-32.
- 10) Matsuzaki T, Nakajima A, Ishigami S, et al. Mirthful laughter differentially affects serum pro- and anti-inflammatory cytokine levels depending on the level of disease activity in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology. 2006. 45. 182-186.
- 11) 大平哲也. 笑うとストレスが解消できる? 「笑い」とストレスホルモンとの関連について. 公衆衛生. 2012. 76 (10) . 15—818.
- 12) 宮戸美樹, 上野行良. ユーモアの支援的効果の検討: 支援的ユーモア志向尺度の構成. 心理学研究. 1996. 67. 270-277.
- 13) 蔵永瞳, 樋口匡貴. 感謝の構造: 生起状況と感謝体験の多様性を考慮して. 感情心理学研究. 2011. 18 (2) . 111-119.
- 14) Tsuji T, Kanamori S, Saito M, et al.. Specific types of sports and exercise group participation and socio-psychological health in older people. J Sports Sci. 2019. 38. 422-429.
- 15) 島貫秀樹, 崎原盛造, 芳賀博ら. 沖縄農村地域の高齢者における交流頻度と生活満足度および精神的健康との関連—IADL レベルによる比較—. 民族衛生. 2003. 69(6). 195-204.
- 16) 上田雪子. 地域在住一人暮らし高齢者の精神的健康を高める要因と支援のあり方. 2020.

- 17) Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009. 5. 363-389. 47(2). 地域総合研究. 1-13.
- 18) Fredrickson BL. What good are positive emotions? *Review of General Psychology*. 1998. 2(3). 300-319.
- 19) Fredrickson BL., Branigan C. Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*. 2005. 19. 313-332.
- 20) Isen AM., Daubman KA. The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984. 47. 1206-1217.
- 21) Isen AM., Daubman KA., Nowicki, GP. Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. 53. 1122-1131.
- 22) Isen AM., Niedenthal PM., Cantor N. An influence of positive affect on social categorization. *Motivation and Emotion*. 1992. 16. 65-78.

第4章 研究Ⅲ ポジティブ心理学的介入に基づくうつ予防教室終了後の自主グループ活動への継続参加に関する要因

研究Ⅲは、日本学術振興会 科学研究費助成事業の助成を受けて実施した。

安順姫. うつ予防教室終了後の自主活動定着のための支援に関する研究. 平成 29～30 年度文部科学省科学研究費補助金若手研究 (B) (17K13897). 2017 年 4 月～2019 年 3 月.

研究Ⅲは、日本応用老年学会誌に掲載された内容を転載した。

安順姫,芳賀博,佐藤美由紀.ポジティブ心理学的介入に基づくうつ予防教室終了後の自主グループ活動への継続参加に関する要因.応用老年学,2020 ; 14(1) : 4-12.

1. 緒言

2016 年の日本人の平均寿命は男性が 81.0 歳，女性が 87.1 歳で，男女ともに年々伸びている。一方で，日常生活に制限のない期間を示す健康寿命は男性が 72.1 歳，女性が 74.8 歳であり，平均寿命と比べて約 10 年の差がある¹⁾。平均寿命の延伸に伴い，こうした健康寿命との差が拡大すれば，医療費や介護給付費用を消費する期間が増大することが予想される。高齢化が急速に進展する日本では，健康寿命を延伸し，平均寿命との差を短縮することが重要な課題となっている。その中で，健康寿命の延伸を図るためには，介護予防が担う役割が極めて大きい。

日本で，介護予防を中心とした介護予防事業が導入されたのは 2006 年以降で，地域において様々な取り組みが展開されてきた²⁾。各自治体では特に，要支援や要介護状態になるリスクが高い高齢者を対象に，数ヶ月にわたる介護予防教室を開催し，その介入効果について検討してきた。介護予防教室（運動^{3,4)}，または口腔・栄養⁵⁾プログラム）への参加が，高齢者のその後の要介護化リスクや介護費・医療費に及ぼす影響を検証した研究をみると，運動プログラムと口腔・栄養プログラムのいずれにおいても，介入群は対照群よりもその後の要介護化が 45～67%有意に抑制され，介護費および医療費が有意に低値を示した^{3,5)}ことが報告されている。また，介護予防の効果に関する実証研究では，運動器の機能向上プログラムに継続的に参加する高齢者はそうでない高齢者に比べ，現在の状態を維持できる日数が特定高齢者で 1.6 倍，要支援高齢者で 3.1 倍長くなることが推計されている⁶⁾。しかし，これらの介護予防教室の多くは 3 ヶ月や 6 ヶ月間の介入で機能の向上を目指すプログラム⁷⁾となっており，終了後は介護予防の取り組みの習慣化と継続の重要性が指摘されている⁸⁾。衣笠ら⁹⁾は，教室への参加により得られた効果は，教室終了とともにその取り組みが低下し，減少あるいは消失することを報告している。したがって，長期的な介護予防を図るためには，介護予防教室への参加とともに，教室終了後も主体的な取り組みをより長く

継続させることが重要であると考えられる。

しかしながら、介護予防教室終了後の活動継続の必要性は明らかになっているが、地域で高齢者が主体的に介護予防活動を実践していく自主グループのような組織を設立し、継続を推進することの難しさも指摘されている^{10,11)}。高齢者の介護予防活動における自主グループに関する研究をみると、これまで自主グループ設立のプロセスや要因を明らかにすることに焦点を当てた研究が中心であった^{11~15)}。しかし、これら自主グループは時間の経過とともに発展することもあれば、様々な要因によって、活動が停滞したり、終結を迎えたりすることも少なくない。また、活動を長く継続しているグループに焦点を当て、活動の継続や支援について言及した報告は極めて少ない。

筆者らは2008年に高齢者のうつ予防をはじめ、不眠、不安などメンタルヘルスの維持・向上を図るためのうつ予防プログラムを開発した。プログラムは、人間のポジティブな側面に着目し、精神的健康や幸福感を向上させ、人生をより充実した、価値あるものにするを目的とするポジティブ心理学の視点に立ったポジティブ心理学的介入¹⁶⁾に基づき構築されている。2009年度からは、うつ予防を目的とした介護予防教室（通称、ハッピー教室）を複数の自治体において実施してきた。教室終了後は、終了者が主体となって長期的な介護予防を図るための自主グループを結成している。そこで、本研究では、「ハッピー教室」終了後も自主的に活動を長く継続しているグループに着目し、自主グループ活動を継続的に実施できている要因を参加者の語りから明らかにすることを目的とした。

本研究における自主グループとは、介護予防教室を終了後、終了者が主体となって自主的に結成され、しかも専門職から独立して介護予防を目的とした活動を展開している小集団とした。

2. 方法

1) 「ハッピー教室」の概要

東京都A市（人口260,232人、高齢化率21.9%、2020年1月時点）は2009年度から、神奈川県B市（人口401,977人、高齢化率31.4%、2019年10月時点）は2014年度から、介護予防事業として「ハッピー教室」を開催した。「ハッピー教室」では、ポジティブな体験や視点を積極的に日常生活に取り入れることにより、対象者（65歳以上の地域在宅高齢者）のメンタルヘルスの維持・増進を図るプログラムである¹⁷⁾。教室は週1回、1回90分、全12回からなる。毎回の教室は、「うつについての勉強」とともに、幸福感を高めるための「ハッピースキルの講義」、少人数に分かれて話し合う「グループワーク」や「リラクゼーション」から構成されている。また、参加者にはダイアリーを配布し、毎日実施したハッピースキルの課題を記録し、その遂行状況を次の週に提出するよう求めた。教室の実施に当たっては、本プログラムの従事者研修を終了した者（心理士、精神保健福祉士など専門職、および同等な能力を有する者）がファシリテーターとなり、マニュアルに従って行った。

「ハッピー教室」では、教室終了後もその効果をより長く持続させるために、教室期間中

から終了後にわたって、自主グループ化や活動が安定して継続できるような支援を行ってきた¹⁸⁾。教室期間中（8回目以降）は、参加者同士で話し合う時間を設けたり、自主活動を行っているグループを紹介したりして、自主グループの結成を呼びかけている。また、自治体の担当者が、その地域に応じた利用可能な公共施設や活動場所の情報を提供するなど、自主グループの立ち上げに関わっている。教室終了後は、活動を推進していく上で、悩みや問題について相談を受けた際に、グループメンバーとともに問題を解決していくなど、研究者グループが自治体と連携を取りながら、ニーズに応じたサポートを行っている。

2) 研究対象

東京都 A 市と神奈川県 B 市で開催した「ハッピー教室」終了後に、終了者が主体となって活動を継続している自主グループのうち、活動年数が異なる 3 つのグループを研究対象とした（表 1）。その 3 つのグループに対して、調査時に自主グループ活動に参加している教室終了者（以下、継続群）と、参加していない教室終了者（以下、非参加群）の「ハッピー教室」参加時における基本属性の比較を表 2 に示した。そのうち、グループ C は教室終了者が主体となって、地域在宅高齢者を巻き込みながら現在活動を展開している。

3 つのグループのうち研究協力が得られたのは、20 人（男性 1 人、女性 19 人）で、年齢は 67～88 歳であった（表 3）。

3) データ収集方法

まず、各自主グループのリーダーに調査協力の依頼を行い、グループメンバーへの説明を行った。次に、本研究の趣旨を理解し、研究協力が同意が得られたグループを対象に、2018 年 10 月から 2019 年 2 月にフォーカス・グループ・インタビュー（以下、FGI）を実施した。

FGI のファシリテーターは研究者または FGI の有識者が行い、事前に作成したインタビューガイドに基づいて質問をした。具体的には、「活動のターニングポイント」「活動の継続要因」「活動の効果」「活動の展望」について質問し、自由に語ってもらった。インタビューの場所は、それぞれのグループが普段活動を行っているところで、静かな個室とした。インタビューの所要時間は 120 分程度であった。話し合いの内容は IC レコーダーに録音し、後日逐語録を作成した。

4) データ分析方法

分析は、安梅によるグループインタビューの分析手法¹⁹⁾を参考にした。インタビュー内容は、グループごとに逐語録を作成し精読した。逐語録から自主グループ活動の継続に関連していると思われる記述の文脈を 1 区切りに抽出し、その文脈の鍵となる部分を重要アイテムとした。次に重要アイテムの類似する内容をまとめてサブカテゴリー化し、さらにサブカテゴリーの類似する内容をまとめてカテゴリー化を行い、マトリックスの形に整理した。これまでの自主グループ活動の支援を通して収集した既存資料（自主グループの活動内容や活動歴、グループ訪問時に作成した活動記録など）は分析する際の参考資料とした。

3. 倫理的配慮

FGIの対象者には、研究の目的、倫理的配慮、個人情報保護について書面と口頭で説明を行い、文書で同意を得た。なお、本研究は、公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団の倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した（2017年8月、受付番号29003（改1））。

4. 結果

分析した結果、「ハッピー教室」終了後も、自主グループ活動を継続的に実施できる要因として、サブカテゴリーが17個、カテゴリーが6個抽出された。以下に抽出されたカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 重要アイテムを「 」で示した。また、カテゴリーにおけるサブカテゴリーと重要アイテム、グループごとに該当するサブカテゴリーを黒丸で表した（表4）。

1) 3つのグループに共通する活動継続要因

【心安らぐ間柄】に共通するサブカテゴリーは、<思いやりや感謝の気持ち><お互い支え合う仲間><リラックスして話せる間柄>であった。いずれのグループも、「参加を強制しない」「活動が負担にならないように配慮する」「一人ひとりの話をよく聞く」などお互いを思いやる気遣いできていた。また、「ハッピー教室」で身に付けた、人を責めない、いいところを褒め合うことから、「意見を述べやすい」「ゆったりとした気持ちで参加できる」「明るく、前向きな話をする」ことができ、リラックスして話せる関係となっており、仲間に感謝を表している姿がみられた。さらに、「役割分担ができている」「情報を共有する」など、協力し合いながら活動をしていた。

【信頼できるリーダー】に共通するサブカテゴリーは、<引っ張ってくれるリーダー><人望のあるリーダー>であった。「世話役を担ってくれる」「みんなの意見を聞く」など、いずれのグループもリーダーの働きかけで活動が始まっている。活動をしていくうちに、「協力しようと思う」「感謝の気持ちを持つ」ことになり、リーダーの積極的な姿勢がメンバーに信頼されていた。

【無理なく通える場所】に共通するサブカテゴリーは、<無料で利用できる場所>であった。3つのグループとも屋内で活動する際は、コミュニティセンターや介護予防推進センターなどの無料で借りられる会場が主な活動場所となっている。「無料で会場を借りられる」ところが魅力的となっており、お金のかからないところを中心として、場所を決めていた。

【民主的なグループ運営】に共通するサブカテゴリーは、<メンバーで話し合って内容を決定><欠席者との情報共有><連絡網の作成><定期的なグループ活動>であった。活動内容は、「みんなで話し合って内容を決める」「メンバーのニーズにあった内容にする」「体調に配慮する」など、工夫をしながら運営をしていた。また、いずれのグループも連絡網ができており、参加できなかったメンバーとの情報共有を行っていた。さらに、毎月の活動日を決め、定期的に活動を行っていた。

【関係機関のサポート】に共通するサブカテゴリーは、<関係機関の後方支援>であった。

何らかの課題が生じた際に、「専門職員に相談できる」一方、普段のグループ活動時には、「自分たちの裁量に任されている」「ゆるやかな関わりがいい」など、ゆるやかな関わり方が望まれていた。

2) グループ間で特徴的な継続要因

3つのグループ間で共通しないサブカテゴリーは6個（＜アクセスしやすい場所＞＜専門職員による自主グループへのはたらきかけ＞＜設備・レクリエーション物品の貸し出し＞＜他のグループとの交流＞＜地域ネットワークづくりの大切さ＞＜さまざまな人との交流の楽しさ＞）で、そのうちカテゴリー【地域への広がり】を構成する3つのサブカテゴリー＜他のグループとの交流＞はグループBのみ、＜地域ネットワークづくりの大切さ＞＜さまざまな人との交流の楽しさ＞についてはグループCのみに抽出された。

グループBのみに抽出されたサブカテゴリーは、＜他のグループとの交流＞であった。我々は、「ハッピー教室」終了後に立ち上がった自主グループ同士の交流会の開催（年に1回）をサポートしてきた。交流会では、他のグループとの交流が促されており、活動内容の情報交換が行われていた。

グループCのみに抽出されたサブカテゴリーは、＜地域ネットワークづくりの大切さ＞＜さまざまな人との交流の楽しさ＞であった。教室参加者以外のメンバーも含まれているのはグループCのみであり、地域においてメンバーの募集を積極的に行っている。何かの際には近所の力を借りたいという思いもあり、近所への声かけを大事にしており、助け合いの重要性を認識していた。また、「新しい人の参加を歓迎する」「人との会話を楽しんでいる」姿がみられた。

グループAについては、【地域への広がり】に該当するサブカテゴリーは抽出されなかった。

5. 考察

本研究対象は、介護予防事業の一環として開催された「ハッピー教室」を終了後に、終了者により立ち上げられた自主グループである。本研究では、高齢者主体の自主グループ活動の継続要因を明らかにし、主体的な自主活動を継続させるための効果的な支援のあり方について検討する。

自主グループ化の推進にはリーダーの存在が不可欠であり²⁰⁾、河合ら⁸⁾は、自主グループ活動を主体的に実施することが可能な介護予防リーダーを養成するための講座を開催している。本研究においても、【信頼できるリーダー】の存在が自主グループへの継続参加に影響していた。参加者の一人として自らが中心となって＜引っ張ってくれるリーダー＞の積極的で、責任がある態度がメンバーに信頼され、それがさらにメンバーの活動意欲の向上につながったと考えられる。個人のエンパワメントが高まると、その個人が交流を持つ他者へのエンパワー行動へと結びつき、それが拡がることによって、コミュニティエンパワメントに発展すると言われている²¹⁾。本研究対象である3つのグループにおいても、リーダー

によるグループダイナミクスが生まれ、メンバーで協力し合うグループの運営ができるようになっていた。

【民主的なグループ運営】が活動の継続要因になっており、3つのグループとも、＜メンバーで話し合って内容を決定＞するなど、意見を出し合いながら活動を継続していた。その結果、負担がリーダーに偏ることがなく、メンバー間の負担が自然と均等にされ、活動の継続に繋がっていると推察する。深堀ら²²⁾は健全な高齢者の介護予防行動に対して直接的に影響するのは、新しい行動を実行する時の負担の知覚であると報告しており、活動するうえでメンバー間に負担の偏りが無いことが大切であると思われる。

活動の継続要因には、【心安らぐ間柄】が抽出された。これは植村ら¹²⁾の自主グループに継続して参加する要因を分析した結果にある【仲間との交流の楽しさ】【気遣い合う関係性の形成】と類似の概念であると考えられる。「ハッピー教室」では、日常生活の中でポジティブな面に注目し、ポジティブな体験を増やすことを推進している。内容のひとつとして、ポジティブな体験を共有するグループワークを行い、参加者同士の交流を促している。そこで、教室終了時には仲間としての関係性が形成されやすく、仲間との交流を楽しみにグループに継続参加していると推測される。特に、参加者は「人を責めない」「いいところを褒め合う」「仲間に感謝を表す」ことにより、リラックス、安らぎなどのポジティブ感情を感じている。ポジティブ感情によって他者への援助行動²³⁾や外向性が高くなる²⁴⁾ことが指摘されており、ポジティブ感情を感じることで人間関係が円滑になり、その結果活動に継続参加していることが予想される。

次に、自主グループ活動の継続要因として、【関係機関のサポート】が抽出された。村瀬ら²⁵⁾は、自主グループの効果的な支援として、年に数回健康教育などのかかわりを通して、グループ活動を支援しながら見守る姿勢が重要であると述べている。本研究でも＜関係機関の後方支援＞が挙げられており、関係機関が積極的にかかわりを持つよりは、グループとゆるやかな関係を保ちながら、活動グループのニーズに応じた支援を行うことが必要だと考えられる。特に、何か困ったことが生じた際には、いつでも相談に乗れるという姿勢が重要であるだろう。

また、保田ら²⁶⁾は地域で継続的な自主グループ活動をしていく上で、施設の利用に関する助成や減免などの公的支援が必要であると報告している。本研究でも、自主グループ活動の継続要因として、【無理なく通える場所】が抽出され、定期的・継続的に活動を行っていく上では、施設を安定して借りることができるなど無理なく通える場所の確保を支援することが重要であった。

さらに、【地域への広がり】として、＜他のグループとの交流＞＜地域ネットワークづくりの大切さ＞＜さまざまな人との交流の楽しさ＞が活動の継続要因に挙げられていた。「ハッピー教室」終了後は、交流や情報交換の場として、グループ間の協働による自主グループ合同会を年に1～2回開催してきた。このようなグループ間の相互作用がお互いの活動にも影響を与え、継続性にもつながったと考えられる。また、住み慣れた地域で安心して暮らし

ていくためには、人とのつながりが大切であることを認識しており、自主グループ活動を長く継続するためには、【地域への広がり】を意図した活動の展開が大事であることが示唆された。活動年数が最も長いグループ C においては、地域在宅高齢者に対し活動参加への呼びかけを積極的に行っており、地域づくりへの発展性を見出した。

今回の調査から得られた結果を踏まえて、介護予防教室終了後の自主グループへの行政や関係機関の役割として、積極的に支援する立場に関わるのではなく、見守るという姿勢が重要であると考えられる。グループの主体性を尊重しながら、組織づくりやメンバー間の人間関係が円滑になるように、必要に応じて支援していくことが大切であろう。また、自主グループ活動を地域に発展させるためには、地域への広がりを意図した働きかけが望まれる。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、「ハッピー教室」の終了者が主体となって自主的に結成したグループに所属し、継続して活動を行っている高齢者が対象者であることから、活動への愛着が高く、結果に偏りが生じた可能性は否定できない。また、うつ予防以外の運動器の機能向上などを目的とした介護予防教室終了者による自主活動の継続に関しては、説明力を持ちえないという限界がある。しかし、本研究で得られた知見から、「ハッピー教室」は教室終了者の自発性を促すことに有効であり、自主的な介護予防活動を推進する際に応用できることが考えられる。さらに、本研究対象は、2つの市で活動する3つの自主グループであるため、得られた結果については、高齢者の背景や地域特性が影響している可能性がある。

今後は、高齢者の背景や地域特性についての検討が必要である。また、「ハッピー教室」により構築された自主活動が地域における高齢者による自主的な介護予防活動にどのような影響を与えるかを検討する必要もあると考えられる。

謝辞

本研究の実施にあたり、多大なご協力をいただきました東京都 A 市、神奈川県 B 市の自主グループの皆様、市町村の関係各位、および公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団の黒澤侑子氏に厚くお礼を申し上げます。

なお、本研究は、平成 29～30 年度文部科学省科学研究費補助金若手研究(B) (17K13897) の助成を受けて実施いたしました。

本研究に関して、開示すべき COI はありません。

図・表

表1. 研究対象グループの概要

	グループ A	グループ B	グループ C
対象地域	神奈川県 B 市		東京都 A 市
開始年度	2016 年	2015 年	2013 年
メンバー数	6 人	10 人	19 人
頻度	月 1 回		
活動内容	介護予防に資する 体操（コグニサイ ズなど）、レクリ エーション	会話を楽しむ屋内 型、花見や工場見学 など屋外型	「ハッピー教室」で 学んだリラクゼーシ ョン法、歌、脳トレ ーニングなど
教室終了者以外の メンバー有無	無	無	有

注) メンバー数は、調査時点の自主グループに所属しているメンバーの数を指す

表2. 自主グループ活動への継続群と非参加群の教室参加時における基本属性の比較 (対象グループ別)

教室参加時の測定項目	カテゴリー	グループA			グループB			グループC		
		継続群 (n=6)	非参加群 (n=11)	p	継続群 (n=10)	非参加群 (n=8)	p	継続群 (n=2)	非参加群 (n=6)	p
性別 ^a	女性 (%)	5 (83.3)	10 (90.9)	n.s.	10 (100.0)	7 (87.5)	n.s.	2 (100.0)	6 (100.0)	n.s.
年齢 ^b (歳)	平均値±SD	74.7 ±6.4	72.0 ±4.7	n.s.	71.6 ±4.7	71.8 ±7.5	n.s.	77.5 ±7.8	72.7 ±6.4	n.s.
配偶者 ^a	あり (%)	5 (83.3)	5 (45.5)	n.s.	6 (60.0)	4 (50.0)	n.s.	0 (0.0)	2 (33.3)	n.s.
教育年数 ^b (年)	平均値±SD	11.8 ±1.0	12.6 ±3.1	n.s.	12.1 ±2.1	12.5 ±3.0	n.s.	16.0 ±8.5	11.0 ±3.2	n.s.
居住年数 ^b (年)	平均値±SD	30.5 ±11.5	27.0 ±18.0	n.s.	40.0 ±14.2	29.8 ±11.6	n.s.	45.5 ±3.5	29.7 ±22.2	n.s.

注) a : χ^2 検定 b : t検定

n.s. : not significant

表3. グループ別研究協力者の基本属性

	グループA (n=4)	グループB (n=10)	グループC (n=6)
性別	女性 (%)	10 (100.0)	6 (100.0)
年齢(歳)	平均値±SD	74.3 ±4.6	72.8 ±4.3
配偶者	あり (%)	6 (60.0)	4 (66.7)
教育年数(年)	平均値±SD	12.1 ±2.1	14.2 ±2.9
居住年数(年)	平均値±SD	40.0 ±14.2	35.3 ±18.3

表 4. 自主グループ活動への継続要因におけるグループ間比較

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム	対象グループ		
			A	B	C
心安らぐ間柄	思いやりや感謝の気持ち	<ul style="list-style-type: none"> ・参加を強制しない ・活動が負担にならないように配慮する ・一人ひとりの話をよく聞く 	●	●	●
	お互い支え合う仲間	<ul style="list-style-type: none"> ・みんなが協力的である ・役割分担ができています ・情報を共有する 	●	●	●
	リラックスして話せる間柄	<ul style="list-style-type: none"> ・意見を述べやすい ・ゆったりした気持ちで参加できる ・明るく、前向きな話をする 	●	●	●
信頼できるリーダー	引っ張ってくれるリーダー	<ul style="list-style-type: none"> ・みんなの意見を聞く ・世話役を担ってくれる 	●	●	●
	人望のあるリーダー	<ul style="list-style-type: none"> ・協力しようと思う ・感謝の気持ちを持つ 	●	●	●
無理なく通える場所	無料で利用できる場所	<ul style="list-style-type: none"> ・無料で会場を借りられる 	●	●	●
	アクセスしやすい場所	<ul style="list-style-type: none"> ・集まりやすい場所である ・駅から近い 	●		●
民主的なグループ運営	メンバーで話し合っ内容を決定	<ul style="list-style-type: none"> ・みんなで話し合っ内容を定める ・メンバーのニーズにあった内容にする ・体調に配慮する 	●	●	●
	欠席者との情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・欠席者に活動内容を知らせる 	●	●	●
	連絡網の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡網がある 	●	●	●
	定期的なグループ活動	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の活動日が決まっている 	●	●	●
関係機関のサポート	専門職員による自主グループへのはたらきかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・サポート体制がある 		●	●
	関係機関の後方支援	<ul style="list-style-type: none"> ・自分たちの裁量に任されている ・ゆるやかな関わりがいい ・専門職員に相談できる 	●	●	●
	設備・レクリエーション物品の貸し出し	<ul style="list-style-type: none"> ・活動に必要な備品を借りられる ・無料である 	●		●
地域への広がり	他のグループとの交流	<ul style="list-style-type: none"> ・グループ間の交流がある ・他のグループの情報が聞ける 		●	
	地域ネットワークづくりの大切さ	<ul style="list-style-type: none"> ・近所への声かけを大事にしている ・助け合いの重要性を認識している 			●
	さまざまな人との交流の楽しさ	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい人の参加を歓迎する ・人との会話を楽しんでいる 			●

引用文献

- 1) 内閣府. 令和元年版高齢社会白書. URL : https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/01pdf_index.html (2020年1月17日閲覧)
- 2) 厚生労働省. 介護予防マニュアル改訂版.
URL : https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1_1.pdf (2020年1月17日閲覧)
- 3) Yamada M, Arai H, Sonoda T, et al. Community-based exercise program is cost-effective by preventing care and disability in Japanese frail older adults. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13: 507-511
- 4) Makizako H, Shimada H, Doi T, et al. Effects of a community disability prevention program for frail older adults at 48-month follow up. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17: 2347-2353
- 5) Tomata Y, Watanabe T, Sugiyama K, et al. Effects of a community-based program for oral health and nutrition on cost-effectiveness by preventing disability in Japanese frail elderly: A quasi-experimental study using propensity score matching. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18: 678-685
- 6) 伊藤 和彦, 大淵 修一, 辻 一郎. 介護予防の効果に関する実証分析—「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」における傾向スコア調整法を導入した運動器の機能向上プログラムの効果に関する分析—. *医療と社会* 2011; 21 (3) : 265-281
- 7) 鶴川 重和, 玉腰 暁子, 坂元 あい. 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. *日本公衆衛生雑誌* 2015; 62 (1) : 3-19
- 8) 河合 恒, 光武 誠吾, 福島 篤, 他. 地域住民の主体的な介護予防活動推進のための取り組み「介護予防リーダー養成講座」の評価. *日本公衆衛生雑誌* 2013; 60(4) : 195-203
- 9) 衣笠 隆, 芳賀 脩光, 江崎 和希, 他. 低体力高齢者の体力,生活機能,健康度に及ぼす運動介入の影響(無作為化比較試験による場合). *日本運動生理学雑誌* 2005; 12 (2) : 63-73
- 10) 福間 美紀, 塩飽 邦憲, 和田 悦子, 他. 出雲市における認知症予防教室終了後の自主活動グループの実態. *島根大学医学部紀要* 2017; 39 : 27-31
- 11) 福島 篤, 河合 恒, 光武 誠吾, 他. 地域在住高齢者に自主グループ設立過程と関連要因. *日本公衆衛生雑誌* 2014; 61 (1) : 30-40
- 12) 植村 直子, 畑下 博世, 金城 八津子, 他. 高齢者が運動自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因—地域における自主グループ活動の意義—. *滋賀医科大学看護学ジャーナル* 2010; 8 (1) : 22-25
- 13) 滝澤 寛子, 若林 佳子. 退職男性の地域活動グループの育成とグループ活動の変化から

- みた活動推進要因. 日本健康教育学会誌 2013 ; 21 (3) : 236-244
- 14) 大竹 洋子, 北原 絹代, 石坂 初枝, 他. 通所型介護予防事業修了者の運動に関する介護予防プログラム継続に関わる要因と行政に求められる支援. 群馬パース大学紀要 2014 ; 17 : 3-15
 - 15) 中野 聡子, 奥野 純子, 深作 貴子, 他. 介護予防教室参加者における運動の継続に関連する要因. 理学療法学 2015 ; 42 (6) : 511-518
 - 16) Sin, N.L., Lyubomirsky, S.. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. J Clin Psychol 2009; 65(5):467-487
 - 17) 兪 今. 高齢者を対象としたハッピープログラムがメンタルヘルスに与える影響—うつ予防を目的とした介護予防プログラムの開発と取り組み—. ダイヤニュース 2011 ; 64 : 8-11
 - 18) 安 順姫, 岩田 明子, 黒澤侑子. 「ハッピープログラム」の自主グループ活動の推進および支援～神奈川県 C 市を事例として～. ダイヤニュース 2017 ; 90 : 10-11
 - 19) 安梅勅江. ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編—科学的根拠に基づく質的研究法の展開—. 第 1 版, 医歯薬出版株式会社, 東京(2010)
 - 20) 野津 朱里, 森山 航, 藤原 佑衣, 他. 行政主体の運動教室が住民主体の自主グループへと移行する過程における保健師の役割. 島根県立大学出雲キャンパス紀要 2013 ; 8 : 115-124
 - 21) 麻原きよみ. エンパワメントと保健活動～エンパワメント概念を用いて保健婦活動を読み解く～. 保健婦雑誌 2000 ; 56(13) : 1120-1126
 - 22) 深堀 敦子, 鈴木 みずえ, グライナー 千恵子. 地域で生活する健常高齢者の介護予防行動に影響を及ぼす要因の検討. 日本看護科学学会誌 2009 ; 29(1) : 15-24
 - 23) Isen, A. M.. Success, failure, attention, and reaction to others: The warm glow of success. Journal of Personality and Social Psychology 1970 ; 15(4) : 294-301
 - 24) Lucas, R. E., Baird, B. M.. Extraversion and emotional reactivity. Journal of Personality and Social Psychology 2004 ; 86(3) : 473-485
 - 25) 村瀬 純子, 飯田 澄美子. 中山間地域における自主グループの活動継続要因について. 保健の科学 2011 ; 53 (4) : 267-273
 - 26) 保田 玲子, 清水 光子, 照井 レナ, 他. 地域に根ざす住民主体の健康づくりグループ活動の発展に関する考察. 札幌市立大学研究論文集 2008 ; 2(1) : 17-24

第5章 総合考察

1. ハッピープログラムへのポジティブ心理学の応用

PPIsの手法を取り入れる上で考慮すべき枠組みとして、Seligmanによる「well-being理論」が挙げられる。2011年に、Seligman¹⁾は当初の「幸福理論」と峻別する形で「well-being理論」を提唱し、well-beingは、ポジティブ感情(P: Positive emotion)、エンゲージメント(E: Engagement)、ポジティブな関係性(R: Relationship)、意味・意義(M: Meaning)、達成感(A: Achievement)の5つの測定可能な構成概念(PERMA)で構築されていると報告している。個々の人生に対する主観的評価であるポジティブ感情は、行動面だけでなく、認知的側面にも様々な影響を与えることが明らかにされている^{2~5)}。エンゲージメントとは、フロー(flow)状態の主観的な体験である。フロー状態では、仕事に完全に没頭し、時間が止まっているように感じられ、認知的思考は存在しない。ポジティブな関係性は、他者との健全な関係性を追求することである。意味・意義とは、自分よりも大きいと信じる存在に属して仕えるという概念である。達成は、それ自体の価値のために追求されるものである。

Seligmanによる「well-being理論」に照らしてみると、ハッピープログラムでは「b.ハッピースキルの講義」と「c.グループワーク」、「e.ホームワーク」を通じて、PERMA概念のいずれかを醸成するよう構成されている。PERMA概念のうちポジティブ感情は、「感謝したことを取り上げ日記につける」「大笑いする」「親切な行動をする」「感謝の手紙(はがき)を出す」課題への取り組みより促される。エンゲージメントは「ハッピー・ウォーキングをする」課題を通じて、今この瞬間に目を向けることでフロー状態を引き出すように設定された。ポジティブな関係性は、「ほっとできる人と会話のある時間を過ごす」「友人や知人に連絡をとる」「近所の人に挨拶をする」課題を通じて構築していく。また、グループワークにおける個々人のポジティブな体験の共有により、コミュニケーションスキルの向上や参加者間のより良い関係性を築けるようになる。意味・意義は満足感や生きがいを高めることとし、「自分にプレゼントをする」「人が見ていなくても良いことをする」課題が取り上げられる。最後に、達成はプログラムを修了したこと、ホームワークの実践や教室開催中の課題についてのフィードバックを通じて図られる。

PPIsの基本プログラムの他に、ハッピープログラムの構成内容には「a.うつについての講義」と「d.リラクゼーション法」がある。まず、日本における高齢者の精神的健康問題は、介護予防の枠組みの中で抑うつ状態について語られることが多い。その中、2006年の介護保険法の改正により、介護予防を重視した予防重視型システムへの転換に伴って、心の健康づくりや予防対策の普及などの取り組みが求められるようになった⁶⁾。そこで、うつ対策の一次予防の視点から、うつに対する正しい知識の普及、啓発の一環として、ハッピープログラムでは「a.うつについての講義」を設けた。内容はうつの一般的な知識、対処方法、予防方法など計12のテーマとなり、1テーマずつ説明するようになっている。次に、ハッピープログラムではPPIsの補完法として、手(触覚)、目(視覚)、耳(聴覚)、口(味覚)、鼻(臭覚)の5つの部位に点在するツボ(経穴)刺激を用いたリラクゼーション法

を取り入れている。本リラクゼーション法は俞⁷⁾が中国医学を応用し開発したもので、誰でもできるセルフケアとして使用できるようになっている。このような手で皮膚をさすったり、圧迫する指圧・マッサージは、ストレスや緊張感を緩和させ、生活の質を高める補完代替療法の一つとして応用されている^{8,9)}。また、手のマッサージや呼吸法などのリラクゼーション法が交感神経活動の抑制や、主観的リラクセス感の向上など生理的・心理的リラクゼーションに有効であることが報告されており^{10~12)}、健康増進にもつながると期待される。

2. 本研究で得られた知見

本研究では、ポジティブ感情や関係性など人間のポジティブな機能の促進に焦点を当てる PPIs の手法を取り入れたアプローチ（精神的健康を増進する介入プログラム；通称ハッピープログラム）が、地域在住高齢者の精神的健康の維持・増進に及ぼす効果を明らかにした。その有用性を検討するため、下記3つの研究を実施した。

研究Ⅰでは、基本チェックリストによるうつ予防・支援対象者（うつに関する5項目の質問中2項目以上に該当する者）を対象に、ハッピープログラムが心理・精神的健康に及ぼす効果を検証した。結果、ハッピープログラムが抑うつ状態、不眠、不安の改善に有用であることが明らかにされ、高齢者の抑うつの軽減や精神的健康状態の維持・増進に効果的なプログラムであることが示唆された。これまでの介護予防プログラムは、身体機能の維持・向上に重点がおかれてきた¹³⁾が、本研究は従来おろそかになっていた精神面の健康づくりに視点をあてている点で、新しい取り組みだと言えよう。一方、本研究対象者がうつ予防・支援対象者であること、男性の参加が少ないことから、ハッピープログラムを地域在住高齢者のポピュレーションアプローチのツールとして広く応用するには、異なった地域や集団で介入を実施し、その有効性を検討していく必要がある。また、プログラムの脱落者の割合が2割強と高く、参加者の負担を軽減するなど持続させるための工夫が必要であると考えた。

研究Ⅱでは、研究Ⅰの結果を踏まえて、地域特性が異なる神奈川県 B 市においてハッピープログラムを実施し、広報などを通して応募があった者を本研究の対象者とした。また、ハッピープログラムに取り入れられている PPIs の手法（通称ハッピースキル）に着目し、プログラムの実践における課題を明らかにした。二項ロジスティック回帰の結果では、心理・精神的健康と実践状況との関係性について、ハッピースキルによる相違が確認され、本研究で取り入れている PPIs の手法を個々に行う場合、必ずしも心理・精神的健康の向上・維持に寄与するとは言えない。一方、それらの手法を複合的にみると、＜小さな出来事が感謝につながる＞＜物事の見方を獲得する＞＜自分を知る＞などといった肯定的な側面への【気づき】や、＜何気ない出来事に感謝・感動するようになった＞＜意識的に行動するようになった＞＜行動が変わった＞＜物事の見方が変わった＞などといった【変化の実感】が見いだされ、最終的に、心理・精神的健康にもポジティブな効果をもたらす可能性が示唆された。一方、参加者からの自由記述をみると、「大笑いをする」「感謝の手紙を出す」「ハッピー・ウォーキングをする」「友人や知人に連絡をとる」課題の実践においては難しさを多

く感じており、PPIs の手法提供時における工夫・配慮に細心な注意が必要であると考えられた。また、開催時間の短縮やプログラムに関する説明会を設けることで脱落者の減少が図られ、プログラムの構成を調整することにより、継続参加が期待できる。これらの結果より、ハッピープログラムはうつ予防・支援対象者のみならず、地域在住高齢者の精神的健康を増進するための効果的かつ実践可能な介入方法であることが示唆され、ポピュレーションアプローチのツールとして広く応用可能だと考えられた。また、プログラムの実践における課題の抽出は、参加者の負担を軽減し、持続的な参加を図る上で有益な知見であるとする。

研究Ⅲでは、ハッピープログラム終了後も自主的に活動を長く継続しているグループに着目し、自主グループ活動を継続的に実施できている要因を参加者の語りから明らかにした。その結果、自主グループ活動を継続的に実施できる要因として、【心安らぐ間柄】【信頼できるリーダー】【無理なく通える場所】【民主的なグループ運営】【関係機関のサポート】【地域への広がり】が抽出され、主体的な自主グループ活動を継続させるためには、リーダーとなり得る参加者を見定め、リーダーシップを発揮できるように働きかける支援が必要であると考えられる。また、リーダーと活動を支えるメンバーの心安らぐ関係性の構築という視点を持って、組織づくりを支援しながら、主体性を見守る姿勢が重要であると考えられる。ハッピープログラムの参加者を対象にした点は、研究の限界である。しかし、本研究結果より、ハッピープログラムは人間関係を円滑にし、参加者の自発性を促すことへの有効性が見いだされ、自主的な介護予防活動を推進する際に応用できると考える。

3. 本研究で得られた知見の活用

精神疾患を有する患者数が増加する中、専門家による治療の他に、人々の精神的健康を維持あるいは増進していくための予防対策を充実させることが求められている。しかし、精神障害を取り巻く理解不足や偏見^{14,15)}により、多くの人々が介入を拒む、治療を受けることに躊躇している。また、対応の難しさ¹⁶⁾もあり、取り組みの多くは不調者の早期発見や不調が生じてからの対応になっている。疾病の発生を未然に防ぐことを図る一次予防の重要性が様々な分野において指摘されている中、地域在住高齢者の精神的健康を予防、または増進する措置として、本研究の人間のポジティブな機能の促進に焦点を当てたハッピープログラムは、公衆衛生学上大きな意義があるといえる。早期発見・治療を重視する従来型の取り組みに鑑みると、ポジティブな側面に焦点を当てる本プログラムは参加者が受け入れやすく、精神的健康の維持増進に資するものであることから、一般介護予防事業の一環として提供できると考える。Tugade & Fredrickson¹⁷⁾ は、ポジティブ感情がネガティブ感情により生じる心拍数の増加や血圧の上昇などの自律神経系の亢進を元に戻す働きがあることを明らかにしている。また、精神的健康状態がその後の身体的健康状態に影響を与える¹⁸⁾ことから、ハッピープログラムの介入が間接的に疾病の予防にも寄与する可能性がある。さらに、ポジティブ感情はネガティブな情報を処理する認知的な努力を高める¹⁹⁾ことから、これから直面する様々な問題の解決を促進することもある。日本においてもポジティ

ブ心理学への関心が高まりつつあり、本プログラムは身体機能の維持・向上に重点が置かれたこれまでの介入プログラムとは異なり、地域在住高齢者の精神的健康を増進するための効果的かつ実践可能な手法として活用することが期待できる。

うつ病などの精神的問題や障害に対して、非薬物療法のアプローチとして認知行動療法をはじめとした心理療法が有効であることが示されている²⁰⁾。わが国においても、認知行動療法が抑うつ症状と社会的機能の改善に中程度以上の効果をもつことが報告されている²¹⁾。一方で、うつ病は再発を繰り返しやすいこともあり、寛解後も引き続き心理療法を行うことが重要であるものの、再発予防の観点から論じた研究は少ないことが指摘されている²²⁾。介護予防事業においても同様に、介護予防の効果を持続させるためには介護予防教室終了後の活動継続が大事である。そこで、ハッピープログラムでは、プログラム終了後も介護予防に資する活動をより長く継続させるために、自主グループの立ち上げ支援に関する話し合いを取り入れ、実際に自主グループの結成と活動継続につながった。これらの結果から、ハッピープログラムは地域在住高齢者の精神的健康の維持増進だけでなく、高齢者自身のセルフケアを促進するものとして提案できると考える。特に、ポジティブな側面に焦点を当てる内容は、ポジティブ面への意識を高めることができ、参加者同士のポジティブな関係性の構築や活動の継続を促すと思われ、自主的な介護予防活動の推進に寄与できると考える。

4. 本研究における限界と今後の課題

本研究では、PPIsの手法を取り入れたハッピープログラムの有用性について検討しているが、いくつかの限界がある。

1点目に、地域在住高齢者を対象としているが、参加者の多くが女性であった。介護予防事業においてはこれまで、男性の参加割合が少ないという問題が指摘されている²³⁾。本研究もこれらと共通する問題ではあるものの、高齢者全体における健康度の向上という観点から、今後は男性の参加を促すなどとし、性差による違いや効果を検討することが必要であろう。

2点目に、プログラムのファシリテーターが挙げられる。ハッピープログラムの実践可能性をさらに広げるためには、プログラムを運営するファシリテーターを育成する必要がある。本研究では、心理学を専攻した者が従事者研修を修了した後にファシリテーターとなり、マニュアルに従って行った。しかし、自治体のニーズに応じてファシリテーターを派遣することには限界があり、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関である地域包括支援センターに常駐している専門スタッフ（社会福祉士、保健師、ケアマネージャーなど）を育成し実践していくことが、継続してプログラムを展開するための重要な要素の一つであると考えられる。今後は地域包括支援センターに常駐している専門スタッフに焦点を当て、プログラムの実践可能性を検討していきたい。

3点目に、プログラムを進める上で配慮または工夫する余地が残っている。参加者の負担

を軽減し、持続的な参加を図るためには、研究Ⅱで取り上げられたプログラムの実践における課題に基づき、プログラムの内容を洗練し、効果を繰り返し検証することが必要である。そうすることで、より妥当性が高いプログラムを完成することが可能になると思われる。

最後に、本プログラムの実践効果は集団を対象としたものに限る。このような通所型では会場の制約から参加人数を限らざるを得ない、開催場所へ行くのが負担であるなどが問題であり、地域全体の健康度の向上には効果が乏しい。そこで、今後は通所型と同等な効果を有する在宅型の介入プログラムの開発が必要であろう。

引用文献

- 1) Seligman MEP. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being. New York. 2011.
- 2) Fredrickson BL., Branigan C. Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*. 2005. 19. 313-332.
- 3) Isen AM., Daubman KA. The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984. 47. 1206-1217.
- 4) Isen AM., Daubman KA., Nowicki, GP. Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. 53. 1122-1131.
- 5) Isen AM., Niedenthal PM., Cantor N. An influence of positive affect on social categorization. *Motivation and Emotion*. 1992. 16. 65-78.
- 6) 厚生労働省. うつ予防・支援マニュアル(改訂版). 2009.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1i.pdf> (2021年3月10日アクセス可能).
- 7) (公財) ダイヤ高齢社会研究財団. ハッピープログラムマニュアル. 2018. 159-188.
- 8) 大西和子, 辻川真弓, 吉田和枝ら. 看護技術としての補完療法活用. *三重看護学誌*. 2010. 12. 1-6.
- 9) 日本緩和医療学会. がん補完代替医療ガイドライン(第1版). 2019.
https://www.jspm.ne.jp/files/guideline/cam_pdf/cam01.pdf (2023年2月9日アクセス可能)
- 10) 佐藤都也子. 健康な成人女性におけるハンドマッサージの自立神経活動及び気分の影響. *山梨大学看護学会誌*. 2006. 4(2). 25-32.
- 11) 田村幸恵, 鈴木玲子. 手指への指圧によるリラクゼーション効果の検討. *保健医療福祉科学*. 2013. 3. 39-45.
- 12) 相原優子, 神里みどり, 謝花小百合ら. がん看護実践に活用可能な補完代替療法の効果と安全性のエビデンスに関する文献検討. *沖縄県立看護大学紀要*. 2012. 13. 1-16.
- 13) 鶴川重和, 玉腰暁子, 坂元あい. 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. *日本公衆衛生*. 2015. 62. 3-19.
- 14) 吉岡久美子, 中根允文. 精神保健の知識と理解に関する研究: 一般地域住民と精神保健福祉士, 作業療法士, 一般看護師, 精神科看護師との比較検討ー日豪共同研究の過程で. *長崎国際大学論業*. 2006. 6. 195-207.
- 15) Sadeghieh AS, Nikpou H, Molavi P, et al. An investigation of duration of untreated psychosis and the affecting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21. 2014. 87-92.
- 16) 鈴木良美, 北畠義典, 鈴木友理子ら. 地域包括支援センター職員による高齢者のうつに対する二次予防への取り組みと課題. *民族衛生*. 2011. 77. 175-186.

- 17) Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J. Personal. Soc. Psychol.* 2004. 86(2). 320–333.
- 18) 星旦二, 中山直子, 井上直子ら. 都市郊外在住高齢者の身体的, 精神的, 社会的健康の経年変化とその因果関係. *日健教誌.* 2010. 18(2). 103-114.
- 19) Isen AM. Positive affect and decision making. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions.* New York: Guilford Press. 1993.261–277.
- 20) 日本うつ病学会. 日本うつ病学会治療ガイドライン：II. うつ病 (DSM-5) /大うつ病性障害 2016. 2019.
<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/20190724.pdf> (2023年2月15日アクセス可能) .
- 21) 佐藤寛, 丹野義彦. 日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法の系統的レビュー. *行動療法研究.* 2012. 38(3). 157-167.
- 22) 高梨葉子. 認知行動療法を用いたうつ病の再発予防に関する研究. *滋恵医大誌.* 2002. 117. 405-417.
- 23) 鶴川重和, 玉腰暁子, 坂元あい. 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. *日本公衆衛生.* 2015. 62. 3-19.

謝辞

本論文の作成にあたり、多くの方々にご協力、ご支援を賜りました。この場をお借りして、心より御礼申し上げます。

まず、桜美林大学大学院国際学術研究科の新野直明教授、渡辺修一郎教授、中谷陽明教授、佐久大学大学院看護学研究科の芳賀博教授のご指導に心より感謝申し上げます。特に、新野直明教授には、プログラムの開発から現在に至るまで多大なるご指導をいただきました。渡辺修一郎教授には主査、中谷陽明教授、芳賀博教授には副査として、大変有益なご助言とご指導を賜りました。

加えて、調査にご協力いただきました、ハッピープログラム参加者の皆様に感謝申し上げます。また、プログラムの実施やその後の活動継続にあたり、東京都 A 市の高齢者支援課、介護予防推進センター、神奈川県 B 市の健康増進課の職員には、多大なるご協力とご支援をいただきました。皆様のご協力なくしては、本研究は成り立つことはできませんでした。心より感謝申し上げます。

さらに、職場である（公財）ダイヤ高齢社会研究財団の皆様の理解と支援があったからこそ、今回の進学は大変有意義なものになりました。皆様からの励ましのお言葉は、私にとって何よりありがたいものでした。特に、論文の執筆を支援してくれた石橋智昭研究部長と研究チームの皆様、研究実施に係わった岩田明子氏、黒澤侑子氏に厚く御礼申し上げます。

最後に、長い学生生活を経済面、精神面から支え、いつも温かい心で接してくれた家族にも感謝いたします。

資料

高齢者の健康と日常生活に関する調査

記入日： _____年 _____月 _____日

氏名： _____

性別： ①男性 ②女性

生年月： 大正・昭和 _____年 _____月 [_____]歳

住所： _____ 市 _____

電話番号： _____

調査表は 8 ページございます。

何卒、宜しくお願い申し上げます。

問 1. 下記の項目についてご記入をお願いいたします。

1.	配偶者(ご主人・奥様)はいらっしゃいますか ①同居している ②死別 ③離別 ④結婚したことがない ⑤その他
2.	<u>同居家族</u> はあなたを含めて何人ですか _____人 *(一人暮らしの場合は「1」を記入ください)
3	<u>学校教育</u> を受けられた年数は何年ですか _____年
4.	今の居住地には何年住んでいますか _____年
5.	現在の暮らし向きについて最も当てはまるものに○をつけてください ①とてもきびしい ②少しきびしい ③まあゆたかである ④ゆたかである
6.	家庭では何らかの役割をお持ちですか ① はい ② いいえ

問 2. あなたのお体の状態についてあてはまる番号1つに○をつけてください

1.	あなたの現在の健康状態を伺います ① よい ② まあよい ③ あまりよくない ④ よくない
2.	この一年間入院したことがありますか ① ある ② ない
3.	医師から診断された病気をお持ちですか ① はい ② いいえ 病名は _____
4	<u>心の病気</u> で治療中或いは治療したことがありますか ① はい ② いいえ 病名は _____
5.	この2週間少なくとも週3回以上、下記のような体の痛みを感じましたか 1. 頭痛 ① はい ② いいえ 2. 食物をかむ時の痛み ① はい ② いいえ 3. 肩こり、首筋の痛み ① はい ② いいえ 4. 腰痛、背中の痛み ① はい ② いいえ 5. 膝、関節痛 ① はい ② いいえ

問 3. あなたの体の状態について、あてはまるものを1つに○をつけてください。

1.	自分ひとりで歩けますか	1. 普通(ゆっくりならば歩ける、杖歩行可) 2. 物につかまれば歩ける 3. 歩行不可
2.	食事を自分で食べられますか	1. 普通(特に配慮はいらない) 2. 家族が魚をほぐすとか、肉を細かく切っておくなど食べやすくしておく必要がある 3. 自分では食べられない
3.	トイレに行くのに間に合わないことがありますか	1. 普通(特に配慮はいらない) 2. 時々もらすことがある 3. 常時おむつを使用
4.	自分ひとりで入浴できますか	1. 普通(特に配慮はいらない) 2. 浴槽の出入り、あるいは洗うのを一部介助 3. 全面介助、もしくは清拭だけ
5.	自分で着替えはできますか	1. 普通(時間をかければ自分で着られる) 2. ボタンかけ、帯などについては介助 3. 全面介助

問 4. 次の6つの設問について、7段階の同意尺度から自分に最も当てはまるものを1つ選び○をつけてください。

1.	自分の人生をふりかえてみると感謝すべきことがたくさんある ① 強く同意する ② 同意する ③ やや同意する ④ 同意でも不同意でもない ⑤ あまり同意できない ⑥ 同意できない ⑦ まったく同意できない
2.	感謝しているすべての事柄を書きだすと非常に長いリストになる ① 強く同意する ② 同意する ③ やや同意する ④ 同意でも不同意でもない ⑤ あまり同意できない ⑥ 同意できない ⑦ まったく同意できない
3.	世界中を見渡してみても、感謝すべきことはたいしてないと思う ① 強く同意する ② 同意する ③ やや同意する ④ 同意でも不同意でもない ⑤ あまり同意できない ⑥ 同意できない ⑦ まったく同意できない
4.	さまざまなタイプの人たちに感謝している ① 強く同意する ② 同意する ③ やや同意する ④ 同意でも不同意でもない ⑤ あまり同意できない ⑥ 同意できない ⑦ まったく同意できない

5.	年をとるに従い、自分の今までの人生に登場したさまざまな人々や出来事、状況に深く感謝できるようになった
	① 強く同意する ② 同意する ③ やや同意する ④ 同意でも不同意でもない ⑤ あまり同意できない ⑥ 同意できない ⑦ まったく同意できない
6.	何かに(誰かに)感謝できるようになるには非常に時間がかかるはずだ
	① 強く同意する ② 同意する ③ やや同意する ④ 同意でも不同意でもない ⑤ あまり同意できない ⑥ 同意できない ⑦ まったく同意できない

問 5. 過去 1 カ月間に、少なくとも週 3 回以上経験したものの1つに○をつけてください。

1.	寝つきは(布団に入ってから眠るまで要する時間)
	① いつも寝つきはよい ① いつもより少し時間がかかった ② いつもよりかなり時間がかかった ③ いつもより非常に時間がかかったか、全く眠れなかった
2.	夜間、睡眠途中で目が覚めることは?
	① 問題になるほどではなかった ① 少し困ることがあった ② かなり困っている ③ 深刻な状態か、全く眠れなかった
3.	希望する起床時間より早く目覚め、それ以上眠れなかったか?
	① そのようなことはなかった ① 少し早かった ② かなり早かった ③ 非常に早かったか、全く眠れなかった
4.	総睡眠時間は?
	① 十分である ① 少し足りない ② かなり足りない ③ 全く足りない
5.	全体的な睡眠の質は?
	① 満足している ① 少し不満 ② かなり不満 ③ 非常に不満か、全く眠れなかった
6.	日中の気分は?
	① いつも通り ① 少しめいった ② かなりめいった ③ 非常にめいった
7.	日中の活動について(身体的及び精神的)
	① いつも通り ① 少し低下 ② かなり低下 ③ 非常に低下
8.	日中の眠気について
	① 全くない ① 少しある ② かなりある ③ 激しい

問 6. 下記の質問について「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけてください

1.	自分の生活に満足していますか	①はい ②いいえ
2.	これまでやってきたことや興味があることの多くを最近やめてしまいましたか	①はい ②いいえ
3.	自分の人生はむなしなものと感じますか	①はい ②いいえ
4.	退屈と感ずることが、よくありますか	①はい ②いいえ
5.	ふだんは、気分のよいほうですか	①はい ②いいえ
6.	自分に何か悪いことが起こるかもしれない、という不安がありますか	①はい ②いいえ
7.	あなたはいつも幸せと感じていますか	①はい ②いいえ
8.	自分は無力だと感ずることがありますか	①はい ②いいえ
9.	外に出て新しい物事をするより、家の中にいるほうが好きですか	①はい ②いいえ
10.	ほかの人に比べ、記憶力が落ちたと感ずますか	①はい ②いいえ
11.	今生きることは、すばらしいことと思えますか	①はい ②いいえ
12.	自分の現在の状態は、まったく価値のないものと感じますか	①はい ②いいえ
13.	自分は、活力が満ち溢れていると感じますか	①はい ②いいえ
14.	今の自分の状況は、希望のないものと感じますか	①はい ②いいえ
15.	ほかの人はあなたより、恵まれた生活をしていると思えますか	①はい ②いいえ

問 7. 下記の項目について、あてはまることは「はい」、当てはまらない場合は「いいえ」に○をつけてください。

1. バスや電車を使って <u>1人で外出</u> できますか	①はい	②いいえ
2. 日用品の <u>買い物</u> ができますか	①はい	②いいえ
3. 自分で <u>食事の用意</u> ができますか	①はい	②いいえ
4. <u>請求書の支払い</u> ができますか	①はい	②いいえ
5. <u>銀行預金・郵便貯金の出し入れ</u> が自分でできますか	①はい	②いいえ
6. <u>年金などの書類</u> が書けますか	①はい	②いいえ
7. <u>新聞</u> を読んでいますか	①はい	②いいえ
8. <u>本や雑誌</u> を読んでいますか	①はい	②いいえ
9. <u>健康についての記事や番組に関心</u> がありますか	①はい	②いいえ
10. <u>友だちの家を訪ねる</u> ことがありますか	①はい	②いいえ
11. <u>家族や友人の相談にのる</u> ことがありますか	①はい	②いいえ
12. <u>病人を見舞う</u> ことができますか	①はい	②いいえ
13. <u>若い人に自分から話しかける</u> ことがありますか	①はい	②いいえ

問 8. 以下の説明文を読んでから、回答ください

1.下に文章がならんでいますから、読んで、この質問紙を記入している今現在のあなたの気持ちをよく表すように、それぞれの文の右の欄に○をつけて下さい。あまり考えこまないで、今の自分の気持ちによくあうと思う所に○をつけて下さい。		全くちがう	いくらか	まあそつだ	その通りだ
1.	気が落ちついている	①	②	③	④
2.	安心している	①	②	③	④
3.	緊張している	①	②	③	④
4.	くよくよしている	①	②	③	④
5.	気楽だ	①	②	③	④
6.	気が転倒している	①	②	③	④
7.	何か悪いことが起こりはしないかと心配だ	①	②	③	④
8.	心が休まっている	①	②	③	④
9.	何か気がかりだ	①	②	③	④
10.	気持ちがよい	①	②	③	④
11.	自信がある	①	②	③	④
12.	神経質になっている	①	②	③	④
13.	気が落ちつかず、じっとしてられない	①	②	③	④
14.	気がピンと張りつめている	①	②	③	④
15.	くつろいだ気持だ	①	②	③	④
16.	満ち足りた気分だ	①	②	③	④
17.	心配がある	①	②	③	④
18.	非常に興奮して、体が震えるような感じがする	①	②	③	④
19.	何かうれしい気分だ	①	②	③	④
20.	気分がよい	①	②	③	④

2. 下記に文章がならんでいますから、読んで、 <u>こんどはあなたのふだんの気持ち</u> をよく表すように、それぞれの文の右の欄に○をつけて下さい。あまり考えこまないで <u>ふだん感じている通り</u> につけて下さい。		ほとんどない	ときたま	しばしば	しょっちゅう
21.	気分がよい	①	②	③	④
22.	疲れやすい	①	②	③	④
23.	泣きたい気持ちになる	①	②	③	④
24.	他の人のように幸せだったと思う	①	②	③	④
25.	すぐに心が決まらずチャンスを使い易い	①	②	③	④
26.	心が休まっている	①	②	③	④
27.	落ちついて、冷静で、あわてない	①	②	③	④
28.	問題が後から後から出てきて、どうしようもないと感じる	①	②	③	④
29.	つまらないことを心配しすぎる	①	②	③	④
30.	幸せな気持ちになる	①	②	③	④
31.	物事を難しく考えてしまう	①	②	③	④
32.	自信がないと感ずる	①	②	③	④
33.	安心している	①	②	③	④
34.	危険や困難を避けて通ろうとする	①	②	③	④
35.	憂うつになる	①	②	③	④
36.	満ち足りた気分になる	①	②	③	④
37.	つまらないことで頭が一杯になり、悩まされる	①	②	③	④
38.	何かで失敗するとひどくがっかりして、そのことが頭を離れない	①	②	③	④
39.	あせらず、物事を着実に運ぶ	①	②	③	④
40.	その時気になっていることを考え出すと、緊張したり、動揺したりする	①	②	③	④

問 9. 以下の説明文を読んでから、最も近い項目 1 つに○をお付けください

1.	<p>あなたが<u>いつもどのくらい幸せや不幸せを感じているのか</u>、</p> <p>① きわめて幸せだ(喜びに満ちて至福の極みにある)</p> <p>② とても幸せだ(とても豊かな気分)</p> <p>③ かなり幸せだ(気分が高揚)</p> <p>④ やや幸せだ(豊かでなんとなく元気)</p> <p>⑤ 少し幸せだ(通常よりは幸せ)</p> <p>⑥ どちらともいえない(特に幸せでも不幸せでもない)</p> <p>⑦ 少し不幸せだ(6よりはやや不幸せ)</p> <p>⑧ やや不幸せだ(7よりは不幸せ)</p> <p>⑨ かなり不幸せだ(なんとなく憂うつな気分)</p> <p>⑩ とても不幸せだ(気分が落ち込んでいる)</p> <p>⑪ 極めて不幸せだ(気分がかなり落ち込んでいる)</p>
2.	<p>幸せ、或いは不幸だと感じる、どちらともいえないパーセンテージはどうか、三つの合計 100%になるように書き出してください</p> <p>幸福だと感じる(_____ %) + 不幸だと感じる(_____ %)</p> <p style="text-align: right;">+どちらともいえない(_____ %) = 100%</p>

問 10. 下記の欄に最もあてはまる番号1つに○をお付けください

次の特徴のおのおのについて、あなた自身にどの程度あてはまるかをお答えください。 <u>他からどう見られているかではなく、あなたが、あなた自身をどのように思っているかをありのままにお答え下さい。</u>	あてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	ややあてはまらない	あてはまらない
1. 少なくとも人並みには、価値のある人間である	⑤	④	③	②	①
2. 色々な良い素質をもっている	⑤	④	③	②	①
3. 敗北者だと思ふことがよくある	⑤	④	③	②	①
4. 物事を人並みには、うまくやれる	⑤	④	③	②	①
5. 自分には、自慢できるところがあまりない	⑤	④	③	②	①
6. 自分に対して肯定的である	⑤	④	③	②	①
7. だいたいにおいて、自分に満足している	⑤	④	③	②	①
8. もっと自分自身を尊敬できるようになりたい	⑤	④	③	②	①
9. 自分は全くだめな人間だと思うことがある	⑤	④	③	②	①
10. 何かにつけて、自分は役に立たない人間だと思う	⑤	④	③	②	①

以上です。記入漏れがないかご確認願います。ご協力、誠にありがとうございました。

たくさん質問にお答えくださりまして、
誠にありがとうございました。