



研究論文 (Articles)

閉じこもり高齢者に対する アクセプタンス & コミットメント・セラピー (ACT) の 効果とプロセスに関する予備的研究^{1) 2)}

橋本光平・武藤 崇

(同志社大学大学院心理学研究科・同志社大学心理学部)

Acceptance and commitment therapy for Tojikomori in older adults:
A preliminary investigation

HASHIMOTO Kohei and MUTO Takashi

(Graduate School of Psychology and Department of Psychology, Doshisha University)

Tojikomori means being housebound in old age without any deficits in physical or cognitive functioning. Elderly people with Tojikomori have low levels of physical, psychological and social health, and Tojikomori is a risk factor for disability. It is thought that individuals with Tojikomori have psychological problems such as cognitive fusion with a damaged conceptualized self and feeling they have nothing to live for (i.e. unclear value and persistent inaction). In this study, 2 Japanese elderly women who met criteria for Tojikomori were treated with acceptance and commitment therapy (ACT). The treatment was delivered in 7 weekly sessions and 2 biweekly booster sessions in participants' living rooms. The effects of the intervention were preliminary assessed using a nonconcurrent multiple baseline across participants design. After the treatment, one of the participants showed positive change in psychological flexibility and psychosocial health across the treatment phase and improvements were maintained in 1 month. One of the participants showed temporarily positive change in physical activity. The other participant, whose physical function declined across the study duration, maintained the amount of physical activity. This participant showed a reduction in the scope of activity. Implications and the distinctiveness of ACT as a treatment for Tojikomori are discussed

閉じこもりとは、身体的、認知的障害がないにもかかわらず家に閉じこもっており、外出頻度がきわめて少ない状態として理解される。閉じこもり高齢者は身体・心理・社会すべての側面において健康水準が低く、要介護への移行のリスクが高い。閉じこもりは、加齢に関するネガティブな自己概念や生きがいのなさなどの心理的問題を抱えている。本研究では、2名の閉じこもり高齢者に対してアクセプタンス & コミットメント・セラピー (ACT) を実施し、その効果とプロセスを非同時性一参加者間多層ベースライン法によって予備的に評価した。トリートメントは週1回のセッション7回と隔週のブースター・セッション2回の合計9セッションから構成され、参加者の自宅で実施された。トリートメント後、1名の参加者における心理的柔軟性と心理・社会的健康度は改善され、その状態が1ヵ月後も維持された。1名の参加者の身体活動量はトリートメントによって一時的だが即時的に上昇した。一方で、もう1名の参加者は、研究期間中に継続的に身体機能の低下を経験していたが、身体活動量を維持した。この参加者は、トリートメント後の行動範囲が縮小していた。今後、閉じこもりに対する ACT の効果の独自性とプロセスに関する詳細な分析に関する研究が必要である。

Key Words : Tojikomori, Elderly, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), physical activity

キーワード：閉じこもり，高齢者，アクセプタンス & コミットメント・セラピー (ACT)，身体活動

1) 当論文の要旨は Association for Contextual Behavioral Science World Conference 14 で発表された。

2) 当論文は 2015 年度に同志社大学心理学研究科に提出された修士論文の一部である。

高齢者の閉じこもりは、寝たきり（何らかの身体障害があり、自力で起き上がり、移動ができず、日中のほとんどをベッドや布団で過ごしている状態）などではないにもかかわらず、家に閉じこもっており、外出がきわめて少ない状態として理解される（安村, 2006）。閉じこもりそれ自体は、疾病ではなく老年期における多様なライフスタイルの1つに過ぎない。しかし、外出頻度が低い高齢者は、身体・心理・社会的な健康水準が低いことが報告されている（藤田・藤原・熊谷・渡辺・吉田・本橋・新開, 2004）。さらに、閉じこもりによって、歩行能力、日常生活動作（Activities of Daily Living; ADL）、認知機能の低下（新開・藤田・藤原・熊谷・天野・吉田・竇, 2005a）、要介護への移行（渡辺・渡辺・松浦・河村・河野, 2005）のリスクが高くなることがわかっている。これらの問題を背景にして、閉じこもりに対する支援法の構築が求められている（山崎, 2012）。

閉じこもりに対する支援法として、心理・社会的なアプローチによる支援の重要性が指摘されている（藺牟田, 2003）。なぜなら、閉じこもりは、歩行能力の低下（新開・藤田・藤原・熊谷・天野・吉田・竇, 2005b）や日常生活自立度の低下（Katsuma, Arai & Tamashiro, 2007）などの身体的要因だけでなく、ADLに対する自己効力感の低さ（藺牟田・安村・藤田・新井・深尾, 1998; 横山・芳賀・安村・藺牟田・植木・島貫・伊藤, 2005）、主観的健康感の低さ（藤田他, 2004; 藺牟田他, 1998; 宮原, 2012; 渡辺・渡辺・松浦・樋口・渋谷・臼田・河野, 2007）、うつ傾向（藤田他, 2004）、生きがいがない（藤田他, 2004; 新開他, 2005b）といった心理的要因と、社会的役割の少なさ（Katsuma et al., 2007; 新開他, 2005b）といった社会的要因によっても規定されるからである。

心理・社会的アプローチにおける介入法として、これまでにライフレビューが検討されている。ライフレビュー（Butler, 1963）による介入は、対象の心理的QOLと自尊感情を向上することを目的としている（藺牟田・安村・阿彦, 2004; 安村, 2003）。ライフレビューは狭義の回想であり、対象は構造化された質問によって児童期、青年期、壮年期、老年期のライフストーリーを系統的に振り返る。これまでの先行研究では、ライフレビューによって閉じこも

りは解消しないことが分かっている。また、主観的健康感や自己効力感、生きがいなどの心理的変数に対するライフレビューの効果は認められていない（藺牟田他, 2004; 安村, 2003）。さらに、統制群と比較して、ライフレビュー介入群の方が2年後の新規要介護認定率が有意に高かったことが示された（山崎・藺牟田・鈴木・安村, 2010）。山崎（2012）は、この現状を「閉じこもり解消の効果が十分にあるプログラムは見受けられない」と評しており、閉じこもりへの支援法の再構築が必要であるとしている。

そこで本研究は、閉じこもり高齢者の心理・行動的問題に包括的にアプローチできる可能性があるトリートメント・モデルとしてアクセプタンス & コミットメント・セラピー（Acceptance and Commitment Therapy: ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999）を提案する。ACTとは、心理的な問題を抱えた対象が有意義な人生を送ることを援助することを目的とした診断横断的なトリートメント・モデルであり、近年、高齢者に対してもACTによる介入が実行可能であり、高齢者の心理的問題に対しても一定の効果を示すことが明らかにされている（e.g., Davison, Eppingstall, Runci & O'Connor, 2016）。ACTは、心理的柔軟性を心理的健康、病理のモデルとする（Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006）。心理的柔軟性モデルは、大きく2つのプロセスに抽象される。1つ目は、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスであり、2つ目はコミットメントと行動活性化のプロセスである。ACTはこの2つのプロセスを促進する介入によって上記の目的を達成する。

マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスは、思考・感情・記憶・身体感覚・認知といった私的出来事が個人の行動に及ぼす影響力を低減することに寄与する。心理的柔軟性モデルにおいては、私的出来事が行動を過剰に制御することによって心理的健康が低下すると想定する。閉じこもりの認知的特徴として主観的健康感の低さ（藤田他, 2004; 藺牟田他, 1998; 宮原, 2012; 渡辺他, 2007）やADLに対する自己効力感の低さ（藺牟田他, 1998; 横山他, 2005）が挙げられた。閉じこもりにとってこれらの認知は少なからず事実に基づいたものであるが、こ

これらの認知がルール化し、行動に対する制御が過剰になることで対象の心理的柔軟性は低下すると考えられる。ACTでは、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスによって、閉じこもり高齢者に特徴的な認知が彼らの行動におよぼす影響力を低減することを目指す。

コミットメントと行動活性化のプロセスは、個人の、正の強化によって維持される行動レパトリの拡大と活性化に寄与する。閉じこもりの特徴として、生きがいがないことが挙げられた (藤田他, 2005; 新開他, 2005b)。加齢に伴う環境の変化 (たとえば、身体機能の変化, 社会的役割の変化, 人間関係の変化) によってこれまで維持されてきた行動が生起しなくなることは容易に想像できる。行動的には、生きがいを失うとは、環境の変化によってもたらされる、正の強化と接触する機会の喪失であると捉えられる。正の強化とは変容可能な行動と環境の機能的関係を示す。つまり、高齢期においても、自ら環境を調整する、あるいは行動を変容していくことで、正の強化と接触する機会を増大させていくことができる、すなわち生きがいを感じる事ができる、ということの意味する (Skinner, 1983)。ACTでは、コミットメントと行動活性化のプロセスによって、閉じこもり高齢者の正の強化によって維持される行動レパトリの拡大と活性化を目指す。

ライフレビューによる介入では心理的健康度を改善できず、さらに閉じこもりの解消、すなわち持続的な行動の変容が達成されなかった。しかし、ACTでは心理的柔軟性モデルにおける2つのプロセスを促進することによって、心理的健康の改善と持続的な行動の変容が達成されると考えられる。本研究では、閉じこもり高齢者に対してACTトリートメントを実施したときの効果とプロセスを非同時性一参加者間多層ベースライン法によって予備的に検証した。

方法

セッティング

研究の実施場所は、介護付き有料老人ホームであった。当該施設は、約400戸の戸数があり、自立

の高齢者から重度要介護の高齢者までが居住していた。当該施設は全室個室であった。また、食堂、大浴場、レジャー施設 (e.g., ジム, プール, カラオケボックス), 遊歩道, 集会所, 売店, 診療所を完備していた。施設側主催のイベント (e.g., 認知症予防プログラム, 寺社仏閣巡り, 温泉ツアー) が常時開催されていた。そのほかに、居住者が主催のサークル (e.g., オカリナサークル, 書道サークル, 英会話サークル) が10数個あった。

本研究におけるスクリーニング面接を含むすべての面接は、参加者の自宅のリビングにおいて、第1著者 (以下、介入実施者とする) が行った。参加者の居室には、リビングのほかに洋室, 和室, キッチン, 浴室, トイレ, 洗面場があった。すべての面接は、第2著者のスーパーバイズのもと実施された。介入実施者は、当時同志社大学心理臨床センターに所属する研修相談員であり、当センターにおいて約1年間、臨床心理学の研修を受けていた。ただし、高齢者に対する臨床経験は無かった。第2著者は、15年の臨床経験を持ち、ACTのマニュアルや自助本の翻訳を年平均2冊公刊し、日本人臨床家向けのワークショップを年平均5回開催している。

参加者

最初に老人ホーム内でポスターを掲示し、参加希望者を募集した。ポスターには「喪失感・不安・無気力・ストレスなどによって生活の範囲が縮小している人を対象とした心のケア (個別の相談による援助) を行います」という内容が記載された。さらに、施設職員が居住者の部屋を訪問し、介入実施者の紹介と研究に関するポスターの配布を行った。上に述べた2つの方法によって、介入実施者との初回面接を希望するものを募集した。

Figure 1に研究参加者の推移を示した。初回面接を受けたものは25名であった。初回面接では、既往歴、施設生活での困りごとを中心とした聞き取りを行い、さらに研究の概要を説明し、研究参加の希望の有無を確認した。参加を希望しなかったものは13名であった。その理由として、「現時点では、自分自身で問題解決している」や「定期的な面接をするのがしんどい」、「自分が抱えている病気の治療に

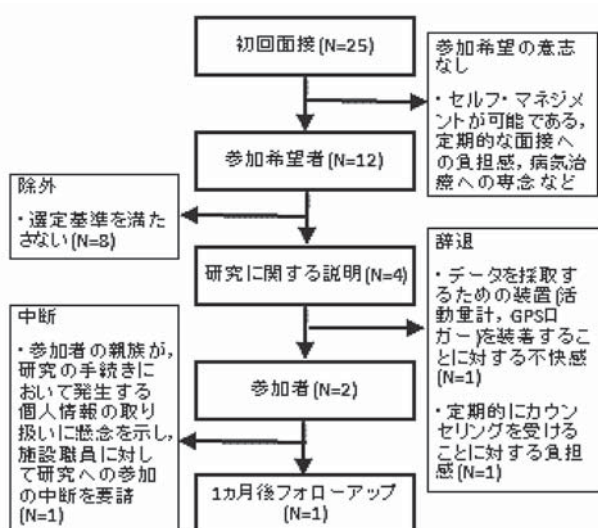


Figure 1. 研究参加者の推移

専念したい」、「人に話を聞いてもらって、今の問題が変わるとは思えない」などが挙げられた。

研究への参加を希望したものは12名であった。研究への参加を希望したものに対して、その場でスクリーニング評価尺度への回答を求めた。研究参加希望者の主訴は、「物が盗られることに対する不信感・不安 (N=3)」、「身体的な変化、体調の悪化に関する心配・不安 (N=3)」、「対人関係 (N=3)」、その他 (N=3) の4つに分類された。

選定条件を満たしたものを、研究参加候補者とした。選定条件は以下の5つであった。1つ目の基準は外出頻度が週1回以下であることであった。本研究では、外出を「買い物、散歩、通院などで家の外に出る行動であるが、庭先や中浴場（当施設において介護保険給付対象外も含んだ介護サービスを受けているものが利用する、介助付きの浴室）への外出は含まない。ただし介助されての外出は含む。」と定義した。2つ目の基準は総合的移動能力（古谷・柴田・芳賀・須山, 1984）がレベル1から3の間であることであった。総合的移動能力は、レベル1（自転車、車、バス、電車を使って一人で外出できる）、レベル2（家庭内および隣近所ではほぼ不自由なく

外出できる）、レベル3（少しは動ける（庭先に出てみる、小鳥の世話をしたり、簡単な縫い物などをするという程度））、レベル4（起きてはいるが、あまり動けない（床から離れている時間のほうが多い））、レベル5（寝たり起きたり（床は常時敷いてある。トイレ、食事には起きてくる））、レベル6（寝たきり）の6つのレベルで評価された。3つ目の基準は、日本語版老人用うつ尺度短縮版（GDS; 矢富, 1994）の得点が、5点以上であることであった（尺度の詳細については、下記のアウトカム評価の抑うつの項を参照）。4つ目の基準は、日本語版 Mini-Mental State 検査（MMSE; 森・三谷・山鳥, 1985）の得点が24点以上であることであった。MMSEの得点が24点以上の場合、認知機能が正常であると評価された。5つ目の基準は、精神病または重度の精神症状を合併していないことであった。

選定の結果、研究参加候補者は4名であった。研究参加候補者に対して個別に、書面を用いて研究に関する詳細な説明を実施し、インフォームドコンセントを得た。研究参加候補者のうち、1名は研究に関する説明を聞いた上で参加を拒否し（活動量計、GPSロガーの装着に不快感を覚えたため）、1名は同意書に署名をした数日後に、定期的にカウンセリングを受けることに対して負担を感じる、という理由で参加を辞退した。よって最終的な参加者は2名（A氏、B氏）であった。ただし、B氏は介入の終盤に、参加を辞退した。B氏の親族から、本研究に携わっていた施設職員のもとに、B氏の研究参加を中断するように要請があったためである。中断要請の理由として、研究の手続きにおいて発生する個人情報の取り扱いに対して懸念が伝えられた。なお、B氏のデータを公表することについて、参加辞退後に本人からの了承を得ている。

参加者の一般的なプロフィールを Table1 に示した。A氏は、起立性低血圧と脊柱管狭窄症の持病があり、医師からの処方を受けていた。またA氏は、

Table 1. 参加者のプロフィール

参加者	性別	年齢	同居人	要介護度	外出頻度	総合的移動能力	GDS15	MMSE
A氏	女性	78	なし	なし	週1回程度	レベル1	10	26
B氏	女性	83	なし	要支援1	週1回程度	レベル1	6	26

日ごとの血圧測定などの介護サービスを受けていた。施設内での社会活動は限定的で、イベント・サークルへの参加はなかった。友人との交流は、自宅内、もしくは電話で行われていた。施設の外に出る理由としては、病院への定期診療 (月 1 回) が挙げられた。

B 氏は、研究開始の 1 年ほど前に動脈瘤の手術を受けており、経過観察中であった。また B 氏は、施設専属介護スタッフによるケアプランに基づいた支援を受けていた (主に、運動機能の維持・向上を目標としたプラン)。支援の一環として、施設内のジムにおいて、週 1 回以下の頻度で運動を行っていた。施設内での社会活動は限定的で、イベント・サークルへの参加はなかった。施設の外に出る理由としては、スーパーへの食材調達 (2 週間に 1 回程度)、美容院 (2 カ月に 1 回程度) が挙げられた。

装置

活動量計 身体活動の測定には、3 軸加速度センサを搭載した活動量計 Active style PRO HJA-750C (オムロンヘルスケア社; 京都) を用いた。重さ 23g、幅 40 × 高さ 52 × 奥行き 12 (mm) の装置であった。参加者はこれを腰にクリップで装着した。

Global Positioning System (GPS) ロガー 行動範囲を測定するために、Super Trackstick (Telespial Systems, Inc; California) を用いた。重さ 136g、3.2 × 10.7 × 2.3 cm の装置であった。参加者は、部屋の玄関から出る際にこの装置を持ってでかけた。Super Trackstick の測位精度を検証するために、定点観測を実施した。3 時間の定点観測における平均誤差は 18.98m (SD=14.33m)、最大誤差は 47.71m であった。

アウトカム評価

身体活動量 身体活動のインターバル生起率によって身体活動量を日ごとに評価した。本研究では、身体活動を 1.5METs 以上の活動と定義した (大島・中江・山田・木村・小澤・鈴木・平川・石井, 2013)。METs とは活動強度の単位で、座って安静にしている状態を 1METs として、当該の活動が安静時の何倍に相当するかを表す (Jetté, Sidney & Blümchen, 1990)。1 日の間に装置を装着した時間

(分) を 10 秒インターバルに分割して、それを全インターバルとした。以下の式によって、「身体活動のインターバル生起率」を算出した。

$$\frac{1.5\text{METs 以上の活動が生起したインターバル数}}{\text{全インターバル数}} \times 100 (\%)$$

行動範囲 施設付近のログと移動距離によって参加者の行動範囲を評価した。GPS ロガーによって取得されたログを施設付近の地図上にプロットした。ログには日付、時間、位置 (緯度と経度によって特定される)、方向、高度などの情報が含まれたが、参加者の行動の範囲を把握するために、位置情報のみを地図上にプロットした。ログは 15 分に 1 回の頻度で取得された。移動距離 / 日は、GPS ロガーによって計測された 1 日の各位置間の距離の合計によって算出した。ベースライン 1 回目のセッションから 14 日間 (pre-treatment) と ACT トリートメントが終了してから 14 日間 (post-treatment) の 2 つの期間において測定し、評価した。B 氏はトリートメントを完遂しなかったため、評価対象から除外された。なお、ログに関しては研究期間を通して A 氏が施設外に出るのは、通院のためだけであったため評価対象を施設内に限定した。

健康関連 QOL 日本語版 SF-36v2 (福原・鈴鴨, 2010) を用いて、各セッションの直前に健康関連 QOL を評価した。健康関連 QOL は 8 つの下位尺度、すなわち「身体機能」、「日常役割機能 (身体)」、「体の痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会生活機能」、「日常役割機能 (精神)」、「心の健康」から構成され、NBS 得点 (Norm-based Scoring; 日本の国民標準値の平均値が 50 点、標準偏差が 10 点となるように変換された得点) によって評価される。NBS 得点が高いほど、健康関連 QOL が高いことを示す。

抑うつ GDS を用いて、各セッションの直前にうつ症状を評価した。当尺度は 15 個の項目から構成され、各項目について、「はい」、「いいえ」の 2 件法で評価する。得点範囲は 0 から 15 点であり、5 点以上を抑うつ傾向、10 点以上を抑うつ状態と評価する。

プロセス評価

マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスを、アクセプタンス、脱フュージョン、マインドフルネスの3つの下位プロセスから評価した。

アクセプタンス 日本語版 Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ; 嶋・柳原・川井・熊野, 2013) を用いて、各セッションの直前にアクセプタンスの傾向を評価した。当尺度は7つの項目から構成され、各項目について7段階で評価する。得点が低いほどアクセプタンスが高い、すなわち嫌悪的な私的出来事を回避せずに、接触できることを示す。得点範囲は7から49点である。

脱フュージョン 日本語版 Cognitive Fusion Questionnaire (13項目版) (CFQ; 嶋・柳原・川井・熊野, 2014) を用いて、2セッションに1回の頻度で脱フュージョンの傾向を評価した。当尺度は13個の項目から構成され、各項目について7段階で評価する。得点が低いほど脱フュージョンが促進されている、すなわち思考による行動の制御が低減していることを示す。得点範囲は13点から91点である。

マインドフルネス 日本語版 Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Sugiura, Sato, Ito & Murakami, 2012) を用いて、2セッションに1回の頻度でマインドフルネスの傾向を評価した。当尺度は39個の項目から構成され、各項目について5段階で評価する。得点が高いほどマインドフルネスの傾向が高いことを示す。得点範囲は39点から195点である。

手続き

全部で、2回以上のベースラインにおけるセッション、全9回のトリートメント・セッション（ただし、最後の2回は隔週のブースター・セッション）、1ヵ月後のフォローアップ・セッションを実施した。セッションは、週1回の頻度で、かつ可能な限り同じ曜日の同じ時間帯で実施された。1回のセッションの所要時間は質問紙への回答も含めて90～120分であった。1回のセッションは、質問紙への回答、1週間の外出を中心とした活動の振り返り、当該セッションにおけるトピック、という順番で実施された。なお、A氏とB氏の面接は、同年同月の同週から開始された。

ベースラインにおける第1回目のセッションでは、

参加者の心理的苦痛を同定した (Hayes & Smith, 2005 武藤・原井・吉岡・岡嶋訳 2010, p.21-24)。さらに、苦痛が無くなったとしたら何をやりたいかを確認した (Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.26-27)。このセッションの最後に、活動量計とGPSロガーを貸与した。活動量計は、就寝するとき、お風呂に入るとき以外は毎日装着するよう教示した。また、GPSロガーは2週間に渡って、自宅の玄関から外に出るときは携帯するよう教示した。2回目以降のセッションでは、参加者の生活歴を聴取した。

トリートメント・セッションは、記入式ワークブックに沿って行われた。ワークブックは、第2著者のスーパーバイズのもと介入実施者が作成した。ワークブックは全7章から構成された。ACTの構成要素の順序はPetkus & Wetherell (2013)を参考にした。トリートメントにおける第N回目のセッション (ACT#N) の内容を以下に述べた。

ACT#1: ACTの導入と価値について扱った。導入部では、ACTについての概説、エビデンスを紹介した後に、トリートメント・セッションにおける注意事項を説明した。トピックに入る前にまず、トリートメントの方向性は、有意義な人生を生きることと焦点化することであるということの本セッションの文脈として導入した。価値を体験するために、「自分自身の葬儀に出席する」(Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.260-268) エクササイズを行った。このエクササイズは、自分のこれまでの人生において大切にしてきたこと、またはこれからの人生で大切にしていきたいことを想起することを目標とした。エクササイズを通して参加者が想起した内容が、参加者にとって大切なことであるかを確認した。当セッションで扱った内容について、ワークブックで復習することをホームワークとした。

ACT#2: 本セッションのトピックは価値であった。まず、参加者に「コンパスのメタファー」(Harris, 2009 武藤監訳 2012, p.324-326)を提示し、価値の概念を説明した。次に、価値とゴールの違い (Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.250)を明確にした。そして、この章の最後に、参加者は価値を明確に言語化するために、価値のアセスメント・ワークシート (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012 武藤・三田村・

大月監訳 2014, p.492-493) の 12 領域それぞれについて、価値を記述した。参加者が記述した内容について聞き取りをしながら、それが価値かどうかを検討しながら、価値でない場合は共同で修正した。そして、12 領域のそれぞれの価値について「価値のランキングとその検証」(Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.276-277) を行い、リストアップしたそれぞれの価値の相対的重要度と実生活でどの程度それぞれの価値に沿って生きているかを評定した。ワークブックの復習と、生活のなかで、明確にした価値を言語化することをホームワークとして提示した。

ACT#3: 本セッションのトピックはアクセプタンスであった。まず、価値に沿って生きて、つねに苦痛や苦悩は存在する、という文脈を導入した後に、「点 (DOTS) を結ぶ」エクササイズ (Harris, 2009 武藤監訳 2012, p.144-149) を実施した。このエクササイズは、参加者にとっての嫌悪的事象に対するこれまでの対処法を列挙して、これらの対処法の有効性を検討することを目標とした。そして、それらの嫌悪的な私的出来事がコントロール不可能であることを体験した。次に、「船に乗った悪魔のメタファー」(Harris, 2009 武藤監訳 2012, p.249-251) を提示し、これまでの対処法に代わる新たな対処法としてアクセプタンスを説明した。ACTにおけるアクセプタンスとは体験の回避の代替行動であり、その定義は、「瞬間の体験に対して、意識的にオープンで、感受性に富み、柔軟で、かつ評価的な判断を下さないような姿勢を自発的に採ること」である (Hayes et al., 2012 武藤他監訳 2014, p.272)。最後に、嫌悪的な事象をコントロールしようとすることの普遍性をノーマライズした。ワークブックの復習をホームワークとして提示した。

ACT#4: 本セッションのトピックは、マインドフルネスと脱フュージョンであった。まず、本セッションではアクセプタンスを具体的に実施するスキルを紹介する、という文脈を導入した。まず、「お茶を飲む」エクササイズ (Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.178-179) を実施した。このエクササイズの目標は、日常とは違う文脈でお茶を飲み、お茶を飲むというプロセスに存在する様々な刺激を観察することであった。その後、マインドフルネスについ

て説明し、マインドフルネスは日常生活の様々な場面で実践できることを紹介した。

次に、「流れに漂う葉っぱ」エクササイズ (Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.126-127) を実施した。このエクササイズでは、参加者はこのエクササイズは、思考が、自分の意志とは関係なく生起することを体験し、自分の思考を客観的に観察することを目標とした。マインドフルにお茶を飲むことと思考を観察することは、機能的に同じであることを説明し、「流れに漂う葉っぱ」以外に様々な思考を観察する方法があることを紹介した。さらに、思考を観察しているのではなく、思考に捉われている状態として、フュージョンについて説明した。ホームワークは以下の2つであった。1つ目は、普段、生活のなかで意識せずに行っていること (e.g., 歯磨き、お風呂) にマインドフルネスを取り入れて、気づいたことを1回以上記録することであった。2つ目は、参加者の好きな方法で思考を観察し、気づいたことを1回以上記録することであった。

ACT#5: 本セッションのトピックは「概念としての自己」と「観察者としての自己」であった。まず、様々な思考の種類の中から最も囚われやすいものの1つが言語によって構築された自己である、という本セッションの文脈を導入した。次に、「あなたの物語をもう一度語ってみましょう」エクササイズ (Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.148-150) を行った。このエクササイズの目標は、自己に関するイメージは、現実に起きたことが言葉によって抽象・捨象されたものであり何通りにも表現することができる、ということを経験してもらうことであった。エクササイズ後に、概念としての自己 (言葉によって構築される自己) と観察者としての自己について説明した。また、説明の補足として「空と天気メタファー」(Harris, 2009 武藤監訳 2012, p.295-296) を提示した。ワークブックの復習をホームワークとして提示した。

ACT#6: 本セッションのトピックは「コミットメント」であった。まず、本セッションの文脈として、参加者がすでに、自分の価値が明確になっていること、さらに生きることに伴う様々な嫌悪事象に対処する代替行動を獲得していることを確認した。次に

「大胆にステップを踏み出しましょう」エクササイズ (Hayes & Smith, 2005 武藤他訳 2010, p.281-295) を実施した。このエクササイズの内容は、ACT#2 で同定した価値のうちの1つについて、①価値に沿った長期的目標・短期的目標を設定すること、②目標を達成するための行動を設定すること、③行動を起こすことを妨げる内面的な障害を同定することであった。ホームワークは以下の2つであった。1つ目は、本セッションで設定した行動を実際に、実行に移すことであった。2つ目は、ワークブックの復習であった。

ACT#7: 本セッションでは、ヘキサフレックス・モデル (Hayes et al., 2012 武藤他監訳 2014, p.100-101) を提示して、これまでの介入内容を振り返り、心理的柔軟性について説明した。

ACT#8, 9: ブースター・セッションであった。質問紙への回答、2週間の活動の振り返り、ヘキサフレックスに基づいた評価、という流れで実施された。ヘキサフレックスにもとづいた評価では、参加者は、自身の2週間の心理的柔軟性を評価した。2回目のブースター・セッションにおいて、活動記録表に、1か月分の活動を記録することをホームワークとして提示した。

B氏は、ACT#4後、動脈瘤の手術のために入院し、研究への参加を2ヶ月間中断した。研究への復帰後は、2回のセッションにわたって、これまでの介入についてワークブックを用いて復習した。その後、ACT#5を終えた段階で、上述の理由により参加を辞退した。よってB氏は、ACT#6, ACT#7およびブースター・セッションに参加しなかった。

フォローアップ 2回目のブースター・セッション終了後から約1ヵ月後にフォローアップ・セッションが実施された。当該セッションは、質問紙への回答、前回のセッションで提示したホームワークの振り返り、という流れで実施された。

社会的妥当性

本研究に対する参加者の満足を自己記入式のアンケートによって評価した。ブースター・セッション終了後に、5つの項目に「非常にそう思う」から「全くそう思わない」の4件法で回答することを依頼し

た。

結果

アウトカム評価

身体活動量 Figure 2 は A 氏と B 氏の身体活動のインターバル生起率/日 (以下、活動量とする) の推移を表している。視覚的分析に加えて、Tau-U (Parker, Vannest, Davis & Sauber, 2011) による統計的分析を実施した。Tau-U は、条件内のトレンドの有意性と条件間の差の有意性の検定が可能となる。分析には Vannest, Parker, & Gonen (2011) によるウェブアプリを用いた。

Figure 2 から視覚的に判断して、ベースラインと比べて、トリートメント以降のフェイズで活動量が増加したとは判断できない。Tau-U の検定の結果、A 氏の、すべての条件でのトレンド、すべての条件間の差が有意ではなかった。B 氏に関して条件内のトレンドは、ベースラインにおいて有意に減少していたこと (Tau = -0.38, $p < .05$)、トリートメント 1 においてマージナルに減少していたこと (Tau = -0.3, $p < .10$)、さらにトリートメント 2 において有意に上昇していたことが示された (Tau = 0.44, $p < .05$)。ベースラインのトレンドを統制したうえで、B 氏のベースラインとトリートメント 1 を比較すると、トリートメント 1 の活動量が増加した傾向が認められた (Tau = 0.32, $p < .10$)。

活動範囲 Figure 3 は A 氏の活動範囲を示している。Figure 3 (X) は A 氏の居住施設付近でのログを示している。それぞれの期間における地図上のログの範囲の変化を視覚的に評価した。Pre-treatment では施設内、A 氏の自宅から北北東のエリアにかけてログが記録されていた。しかし、post-treatment ではこのエリアでのログが無くなっていた。

Figure 3 (Y) は A 氏の移動距離の累積を示している。各期間における移動距離の合計は、pre-treatment が 59.30km, post-treatment が 12.38km であった。累積グラフのトレンドから視覚的に評価して、pre-treatment に比べて post-treatment の方が A 氏の移動距離が低下していることが示された。

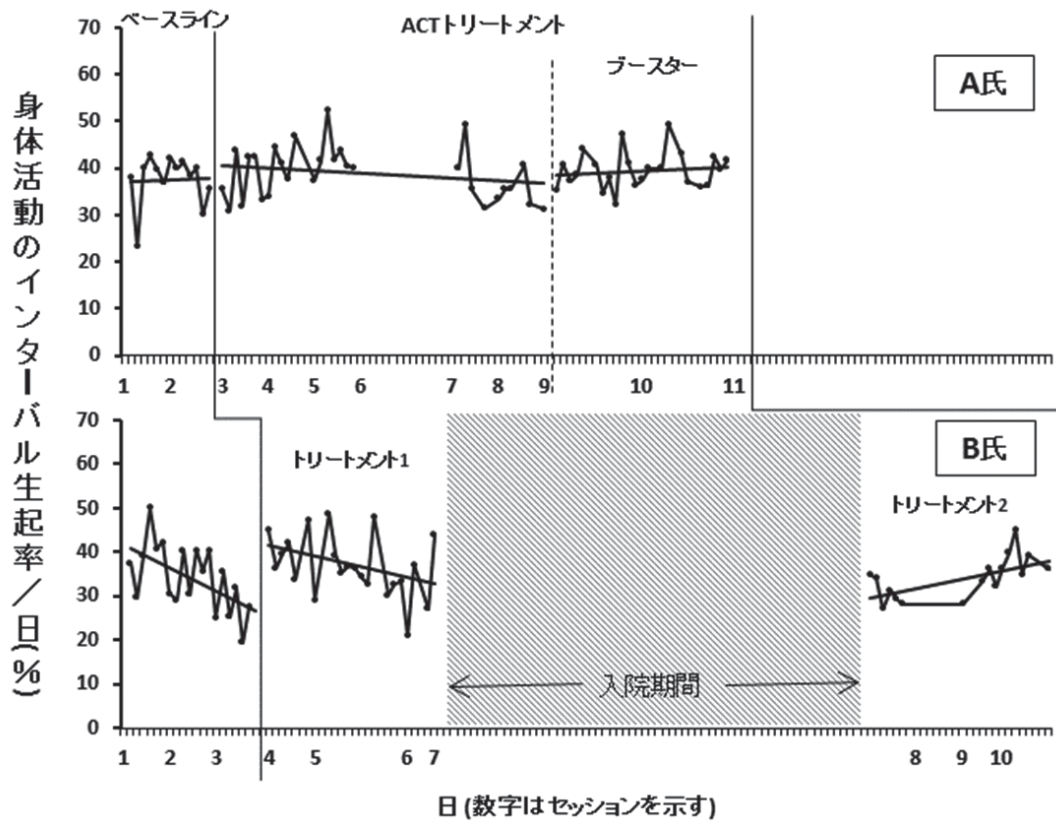


Figure 2. 参加者の1日ごとの身体活動のインターバル生起率。回帰直線は、最小2乗線形回帰方程式によって算出された。

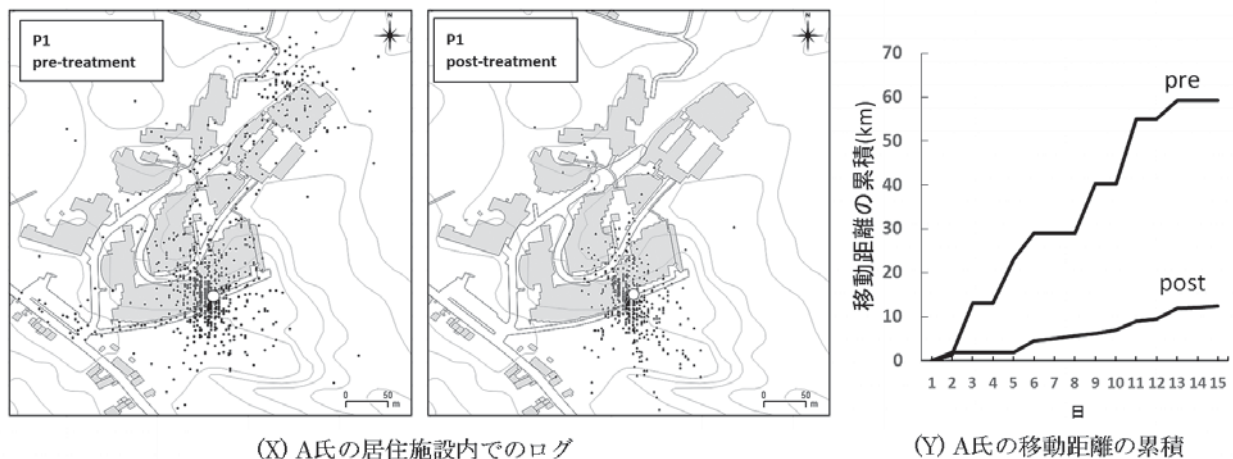


Figure 3. A氏の活動範囲

Note. 左図(X)はA氏の居住施設内でのログを示している。スケールバーは50メートルを表す。ログは15分間隔で取得された。図(X)中の○は、A氏の自宅付近を示す。右図(Y)はA氏の移動距離の累積を示している。なお、pre-treatmentはベースライン1回目セッションから14日間、post-treatmentはACTトリートメントが終了してから14日間の期間を示す。

健康関連 QOL Figure 4はA氏とB氏のSF36v2の下位因子のNBS得点を表している。視覚的判断に加え、ベースラインの最後の得点とトリートメントの最後の得点間の差、ベースラインの最後の得点とフォローアップの得点間の差をReliable Change

Index (RCI; Jacobson & Traux, 1991)によって評価した。RCI値は、その絶対値が1.96より大きい場合に、任意の2つの時点の得点間に5%水準で有意な変化が生じたと評価される。

A氏の、ベースラインにおける各下位因子の得点

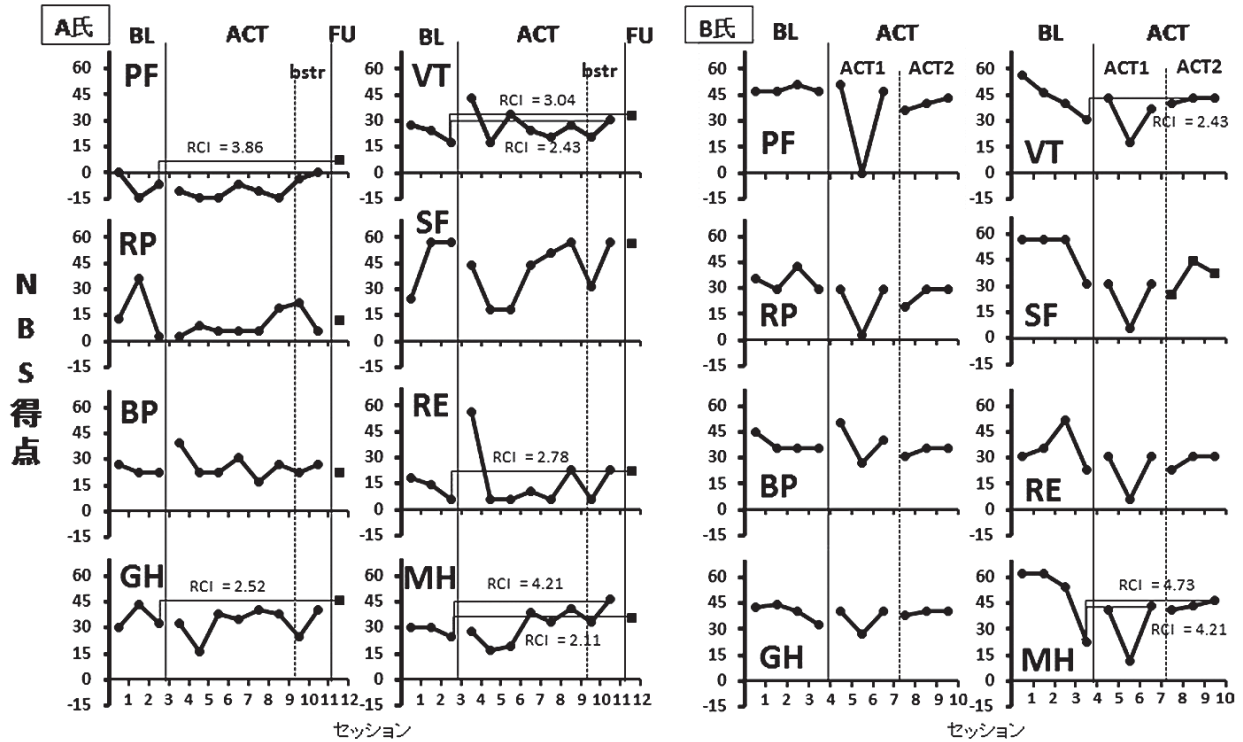


Figure 4. 参加者のSF-36の下位因子のNBS得点の推移

Note. NBS得点とは、日本の国民標準値の平均値が50、標準偏差が10となるように変換された得点である。RCIとは、臨床的有意性の指標であり、その絶対値が1.96より大きければ5%水準で有意な変化が生じたことを意味する。図には、RCIの絶対値が1.96より大きい場合のみ数値を記載した。

BL: ベースライン, ACT: ACTトリートメント, bstr: ブースター, FU: フォローアップ, PF: 身体機能, RP: 日常役割機能 (身体), BP: 体の痛み, GH: 全体的健康感, VT: 活力, SF: 社会生活機能, RE: 日常役割機能 (精神), MH: 心の健康

は、社会生活機能を除いて、低得点であり、若干の減少傾向を示していた。しかし、トリートメントによって、活力、日常役割機能 (精神)、心の健康が有意に改善したことが示された。これらの改善は、フォローアップの時点でも維持された。また、身体機能、全体的健康感がトリートメント完遂後の1ヵ月後フォローアップ・セッションの時点で有意に改善していた。

B氏の各下位因子の得点はセッション1では高得点を記録していたが、ベースライン期間に急激に低下した。その後、トリートメントフェイズのセッション6においても著しい低下を示した。特に、活力と心の健康については、ベースラインにおける急激な低下がみられたが、トリートメントによって有意に改善された。

抑うつ Figure 5はA氏とB氏のGDS得点の変化を表している。カットオフポイントとの比較に加

え、各フェイズの最後の時点の得点間の差の有意性をRCIによって評価した。ベースラインの抑うつ傾

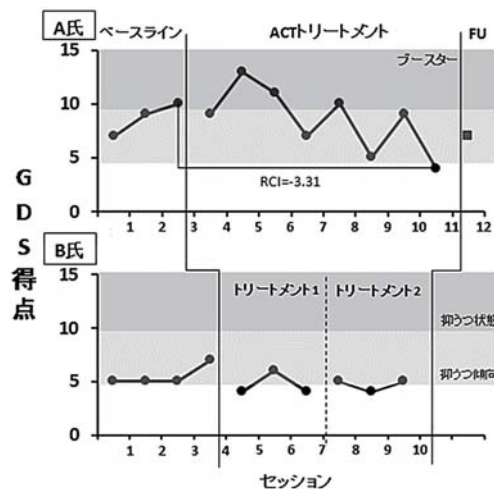


Figure 5. 参加者の Geriatric Depression Scale (GDS) 得点の推移

Note. 5点以上を抑うつ傾向、10点以上を抑うつ状態とする。

向が高かった A 氏において、GDS 得点がトリートメントによって低下した。A 氏の GDS 得点のトレンドはセッション 5 まで上昇傾向であったが、その後下降傾向に変わり、セッション 11 の時点でカットオフポイントを下回った。この変化は統計的にも有意であった。しかし、1 ヶ月後フォローアップ・セッションの時点では、7 点に上昇した。ベースラインの抑うつ傾向が低かった B 氏は研究期間を通して、変動することはなかった。

プロセス評価

Figure 6 は A 氏と B 氏の AAQ 得点、CFQ 得点、FFMQ 得点の変化を表している。視覚的判断に加え、AAQ 得点と CFQ 得点については、各フェイズの最後の時点の得点間の差の有意性を RCI によって評価した。ただし、FFMQ 得点は、再検査信頼性が提出されていないため、RCI 値が算出できなかった。

ベースラインのアクセプタンス、脱フュージョンの傾向が低かった A 氏において、AAQ 得点がトリートメントによって有意に低下した。しかし、フォローアップの時点では若干の上昇が見られた。A 氏の CFQ 得点は、フォローアップの時点で有意に低下した。A 氏の FFMQ 得点は、ベースラインの時点で平均値よりも高く、トリートメントが開始した後もその傾向が維持され、トリートメント後、フォローアップの時点では、平均値 +1SD を超える得点を記録した。

B 氏はベースラインの AAQ 得点が良好であり、トリートメントにおいてもその状態が維持された。B 氏の CFQ 得点は、セッション 3 に上昇し、平均値に近づいた。B 氏の FFMQ 得点は、トリートメント 1 において、若干の上昇がみられた。

社会的妥当性

ブースター・セッションまで参加した A 氏から研究に関するアンケートへの回答を得た。A 氏は、「今回の研究の内容に満足している」「今回の研究を通して得た経験を今後の人生に継続して活かしていく」に対しては「1 (非常にそう思う)」と回答し、「今回の研究で使用した資料の分量は適切であった」「今回の研究で使用した資料は分かりやすかった」「今

回の研究で提供されたサービスを周りの人にも紹介したい」に対しては「2 (そう思う)」と回答した。トリートメントを完遂しなかったため、B 氏からの回答は得られなかった。

考察

本研究の目的は、閉じこもり高齢者に対して ACT を実施したときの効果とプロセスを予備的に検討することであった。本研究では、2 名の閉じこもり高齢者に対して ACT を実施し、非同時性一参加者間多層ベースライン法によって評価した。

アウトカム評価

ACT によって身体活動量が一時的だが即時的に上昇する可能性があることが示された。身体活動量は、B 氏において即時的な増加が見られた。一方で、A 氏においては増加が見られなかった。また、A 氏の行動の範囲はトリートメント後において縮小していたことが示された。A 氏の行動の範囲が縮小した 1 つの要因として、加齢に伴う身体機能の低下が考えられる。A 氏は、ベースラインの中盤で圧迫骨折を経験し、さらにフォローアップ調査の時点で要支援 2 に認定され介護保険を利用し始めた。これらの情報から、B 氏は、身体機能の低下によって行動の範囲を縮小させながらも活動の量を維持していたと考えることができる。

ACT によって心理・社会的健康が改善したことが示された。健康関連 QOL、抑うつに関してはベースラインにおける得点に参加者間で違いが見られたが、ベースラインの得点が低かった A 氏において、健康関連 QOL (特に、全体的健康感、活力、日常役割機能 (精神)、心の健康) と抑うつの改善が見られた。B 氏の健康関連 QOL がベースラインの最後のセッションとトリートメント 1 の中盤で急激に低下していた。それぞれの低下には、動脈瘤の発覚と緑内障の発症が関連していると考えられる。急激な低下を経験しながらも、トリートメント期間全体を通して見ると、健康関連 QOL の得点は維持されていた。

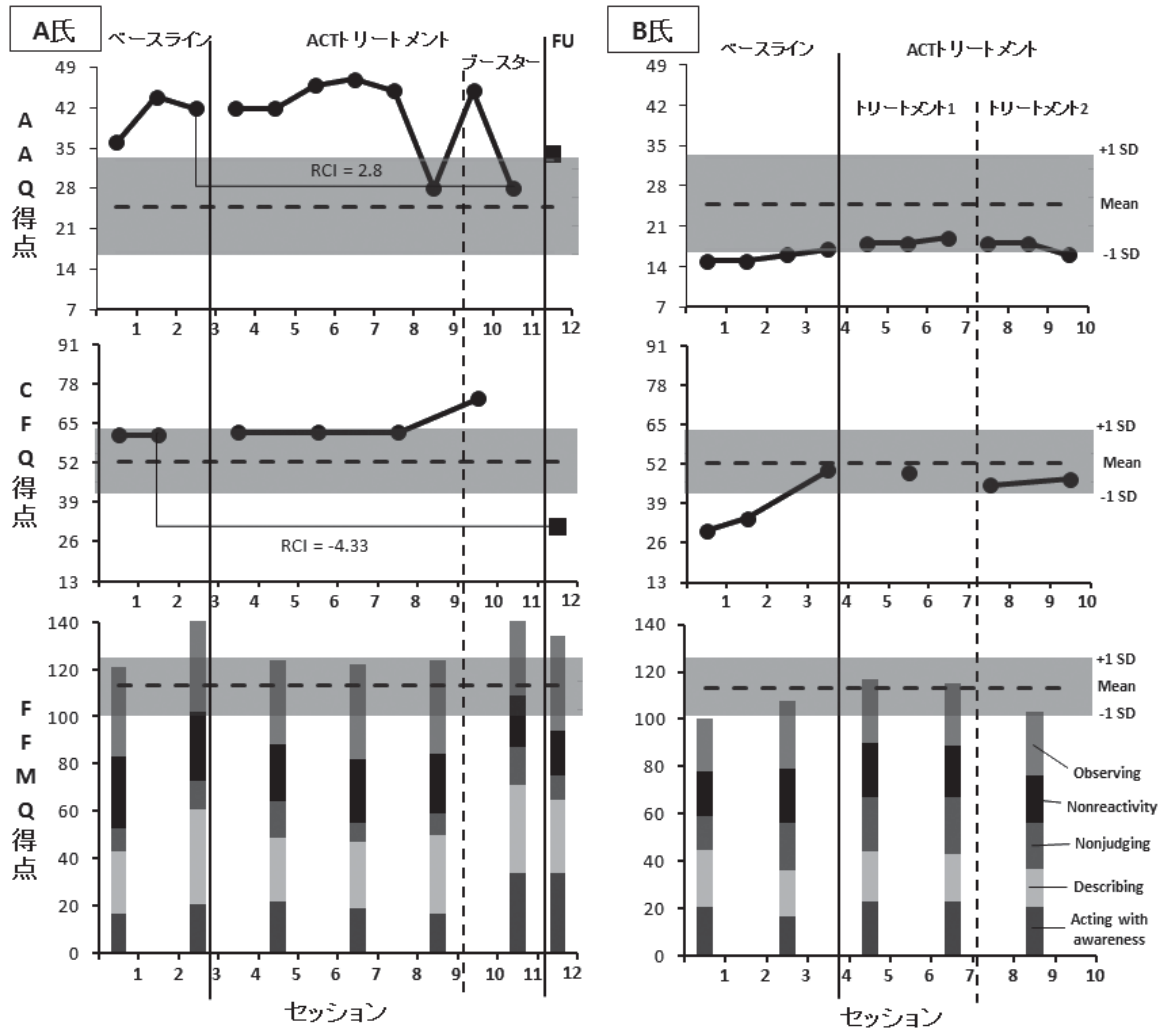


Figure 6. 参加者のプロセス測度の得点の変化

Note. RCIとは、Reliable Change Indexという臨床的有意性の指標であり、その値が1.96より大きければ5%水準で有意な変化が生じたことを意味する。図には、RCIの絶対値が1.96より大きい場合のみ数値を記載した。AAQ, CFQ, FFMQの大学生の平均値（標準偏差）は、それぞれ24.9 (8.1), 52.09 (10.01), 113.19 (13.03)である。

AAQ = Acceptance and Action Questionnaire-II; CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire.

プロセス評価とアウトカム評価の関連

ACTによってマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスが改善されたことが示された。ベースラインにおけるマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスは参加者間で違いが見られた。ベースラインのマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスが不良であったA氏はトリートメントによってそれが改善された。A氏におけるマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスは、トリートメントの終盤で急激に改善した。一方で、A氏の心理・社会的健康はトリートメント期間を通して徐々に改善して

いった。よって本研究の結果から、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスの改善と心理・社会的健康の改善の因果関係について評価することはできない。ベースラインのマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスが良好であったB氏においては、その傾向がトリートメント後も維持された。B氏に関しては、トリートメントによる一時的だが即時的な身体活動量の上昇が見られた。このことはB氏のマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスがすでに良好であったために、トリートメント初期の価値に関する介入がコミットメントと行動活性化

のプロセスを促進し、身体活動を増加させたと考えることができる。

社会的妥当性

A 氏のアンケートへの回答から、トリートメントに対する満足感が高いことが推測される。さらに、A 氏が身体機能の低下を経験しながらも研究に参加したこと、B 氏が病気を併発し入院を経験したなかで研究への参加を継続したことから、海外の研究で示された高齢者に対する ACT の実行可能性 (Davison et al. 2016) が、本邦でも示された。

しかし、参加者の周辺人物の研究に対する満足度は低い可能性がある。その理由は、B 氏が親族の要請によってドロップアウトしたからである。当親族が、本研究について知っていた可能性がある情報として、介入実施者の属性、介入の実施場所、参加者が「カウンセリング」を受けているということ、介入内容の4つが挙げられる。しかし、これらの要素のどの部分が、親族にとって嫌悪的であったのかは判断できない。

限界点と展望

本研究の限界点として、まずセッティングの問題が挙げられる。閉じこもりとは通常、地域在住の高齢者のことを示す。さらに安村 (2003)、藺牟田他 (2004)、山崎 (2010) では、閉じこもりに対する介入は、地域在住の高齢者の自宅で行われてきた。しかし、一方で本研究の介入実施場所は、老人ホーム内の参加者の自宅であり、上に挙げた先行研究とはセッティングの性質が違ふと考えられる。よって本研究で得られた結果を、単純に先行研究と比較することは危険である。今後、ACT が地域在住の高齢者に対して適用されたときの効果とプロセスの検討が必要である。

2 つ目の限界点として参加者の少なさが挙げられる。本研究では参加を希望し、かつ選定基準を満たしたものが4名いたが、インフォームドコンセントを得る過程で半分のもので参加を辞退した。その理由として装置を装着することに対する不快感や、定期的なカウンセリングに対する負担感が挙げられた。このような高齢者を対象とした介入研究に参加

者を募集することの難しさは、これまでの研究でも指摘されてきたことであった (e.g., Harris & Dyson, 2001)。高齢者が研究に参加することを阻害する要因として、研究に参加するために時間を捻出するのに気が進まないこと (Resnick, Concha, Burgess, Fine, West, Baylor, Nahm, Buie, Werner, Orwig, & Magaziner, 2003) や親密でない他人を家に入れることに対する不快感 (Porter & Lanes, 2000) などが挙げられた。こういった要因は、社会性、活動性が低下している閉じこもりにおいてはさらに促進されると考えられる。このことから、今後閉じこもりに対して、実証的な介入研究を実行していくための工夫が必要である。例として、研究に関する説明の簡略化、データ採取の軽負担化、セッション時間の短縮が挙げられる。

最後に、本研究におけるプロセスに関する分析は不十分であったと考えられる。閉じこもりは心理的柔軟性モデルの2つのプロセスによって捉えられた。しかし、本研究では、コミットメントと行動活性化のプロセスに関する測定が実行されていなかったため、今後の研究では、価値的 (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl, & Melin, 2012) や価値に基づく活動の記録 (武藤, 2012) を使用して、このプロセスを測定する必要があると考えられる。

本研究の結果から、①ベースラインのマインドfulnessとアクセプタンスのプロセスが良好な場合は ACT によって即時的に活動量が上昇する可能性があること、② ACT によって閉じこもり高齢者の抑うつ症状、心理的 QOL が改善する可能性があること、の2点が示唆された。本研究における2名の対象者について、ACT によって閉じこもりは解消されなかった。しかし、身体的な問題によって様々な嫌悪的な事象に接触しながらも、活動量は維持、もしくは向上し、さらに参加者の心理的健康度は向上したと考えられる。これまで閉じこもりに対する援助は、介護予防という文脈のもとで行われてきた (山崎, 2012)。その要点は、心身の活動の低下による廃用症候群を防ぐことである。よってこの介護予防という文脈のもとでは、閉じこもりに対する援助の目的は、外出をすることそれ自体よりも、本研究の参加者のように外的な要因によって身体機能の低下を

経験しながらも心身の活動を維持・向上させることである（橋本・武藤，2015）。今後，閉じこもり高齢者の心理・社会的健康，活動量，行動の範囲に対してACTがどのようなプロセスによって，どのような独自の効果を発揮できるのか，さらなる分析が必要である。

謝辞

本研究に参加して下さった方々，ならびに本研究の実施にあたって多大な御協力をいただいた有料老人ホームの職員の皆様に深く感謝致します。

引用文献

- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 256, 65-76.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2016). A pilot study of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*. Advance online publication. doi: 10.1080/13607863.2016.1156051
- 藤田 幸司・藤原 佳典・熊谷 修・渡辺 修一郎・吉田 祐子・本橋 豊・新開 省二 (2004). 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴 日本公衆衛生誌, 51, 168-180.
- 福原 俊一・鈴鴨 よしみ (2011). SF-36v2 日本語版マニュアル 第3版 NPO 健康医療評価研究機構.
- 古谷 野亘・柴田 博・芳賀 博・須山靖男 (1984). 地域老人における日常生活動作能力——その変化と死亡率への影響—— 日本公衆衛生誌, 31, 637-641.
- 橋本 光平・武藤 崇 (2015). 閉じこもり高齢者に対する援助における2つの方向性——活動性の増加と生活の質の拡大—— 心理臨床科学, 5, 73-82.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publication.
(ハリス, R. 武藤 崇 (監訳) (2012). よくわかるACT——明日からつかえるACT入門—— 星和書店)
- Harris, R., & Dyson, E. (2001). Recruitment of frail older people to research: lessons learnt through experience. *Journal advanced Nursing*, 36, 643-651.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life: The new acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publication.
(ヘイズ, S. C.・スミス, S. 武藤 崇・原井 宏明・吉岡 昌子・岡嶋 美代 (訳) (2010). ACT (アクセプタンス & コミットメント・セラピー) をはじめる—セルフヘルプのためのワークブック— 星和書店)
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change(2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
(ヘイズ, S. C.・ソトローサル, K. D.・ウィルソン, K. G. 武藤 崇・三田村 仰・大月 友 (監訳) (2014). アクセプタンス & コミットメント・セラピー (ACT) 第2版——マインドフルな変化のためのプロセスと実践—— 星和書店)
- 藺牟田 洋美 (2003). 虚弱・「閉じこもり」高齢者に対する心理的介入の意義 東京保健科学学会誌, 6, 111-118.
- 藺牟田 洋美・安村 誠司・阿彦 忠之 (2004). 準寝たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果 日本公衆衛生誌, 51, 471-482.
- 藺牟田 洋美・安村 誠司・藤田 佳典・新井 宏明・深尾明 (1998). 地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化 日本公衆衛生雑誌, 45, 883-892.
- Jacobson, N. S., & Traux, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jetté, M., Sidney, K., & Blümchen, G. (1990). Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clinical Cardiology*, 13, 555-565.
- Katsuma, Y., Arai, A., & Tamashiro, H. (2007). Contribution of falling and being homebound status to subsequent functional changes among the Japanese elderly living in a community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 9-18.
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: a psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 518-526.
- 宮原 洋八 (2012). 地域高齢者における閉じこもりとライフスタイルとの関連—ヘルスプロモーション理学療法研究, 2, 53-57.
- 森 悦郎・三谷 洋子・山鳥 重 (1985). 神経疾患患者におけ

- る日本語版 Mini-Mental State テストの有用性 神経心理学, 1, 82-90.
- 武藤 崇 (2012). アクセプタンス & コミットメント・セラピー (ACT) のトリートメント評価の実際—サイコセラピーがさらに「社会を動かす」ために何が必要か— 心身医学, 52, 810-818.
- 大島 秀武・中江 悟司・山田 陽介・木村 みさか・小澤 治夫・鈴木 和弘・石井 好二郎 (2013). 子どもの各種身体活動従事時間と身体活動レベルとの関係 体力科学, 62, 391-397.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U, *Behavior Therapy*, 42, 284-299.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 47-56.
- Porter, E. J., & Lanes, T. I. (2000). Targeting intermediaries to recruit older women for qualitative, longitudinal research. *Journal of Women & Aging*, 12, 63-75.
- Resnick, B., Concha, B., Burgess, J. G., Fine, M. L., West, L., Baylor, K., Nahm, E. S., Buie, V. C., Werner, M., Orwig, D., & Magaziner, J. (2003). Recruitment of older women. *Nursing Research*, 52, 269-273.
- 嶋 大樹・柳原 栞美佳・川井 智里・熊野 宏明 (2013). 日本語版 Acceptance and Action Questionnaire- II 7 項目版の検討 日本心理学会第 77 回大会発表論文集, 271.
- 嶋 大樹・柳原 栞美佳・川井 智里・熊野 宏明 (2014). Cognitive Fusion Questionnaire 日本語版の信頼性と妥当性の検討 早稲田大学臨床心理学研究, 13, 99-108.
- 新開 省二・藤田 幸司・藤原 佳典・熊谷 修・天野 秀紀・吉田 裕人・竇 貴旺 (2005a). 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもりの予後—2 年間の追跡研究— 日本公衆衛生誌, 52, 627-638.
- 新開 省二・藤田 幸司・藤原 佳典・熊谷 修・天野 秀紀・吉田 裕人・竇 貴旺 (2005b). 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもり発生の予測因子——2 年間の追跡研究から—— 日本公衆衛生誌, 52, 874-885.
- Skinner, B. F. (1983). Intellectual self-management in old age. *American Psychologist*, 38, 239-244.
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., & Murakami, H. (2012). Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, 3, 85-94.
- Vannest, K.J., Parker, R.I., & Gonen, O. (2011). Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. Retrieved from <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>
- 渡辺 美鈴・渡辺 丈真・松浦 尊磨・桶口 由美・渋谷 考裕・白田 寛・河野 公一 (2007). 生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子 日本老年医学会雑誌, 44, 238-246.
- 渡辺 美鈴・渡辺 丈真・松浦 尊磨・河村 圭子・河野 公一 (2005). 自立生活の在宅高齢者の閉じこもりによる要介護の発生状況について 日本老年医学会雑誌, 42, 99-105.
- 山崎 幸子 (2012). 閉じこもり研究の動向と課題—心理的支援の観点から— 老年社会科学, 34, 426-430.
- 山崎 幸子・藺牟田 洋美・鈴木 理恵子・安村 誠司 (2010). 閉じこもり高齢者に対する心理的介入プログラムの長期的効果—新規要介護発生および生命予後の関連— 応用老年学, 4, 31-39.
- 安村 誠司 (2003). 高齢者における「閉じこもり」日本老年医学会雑誌, 40, 470-472.
- 安村 誠司 (2006). 新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援 老年社会科学, 27, 453-459.
- 矢富 直美 (1994). 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, 16, 29-36.
- 横山 博子・芳賀 博・安村 誠司・藺牟田洋美・植木章三・高貫秀樹・伊藤常久 (2005). 外出頻度の低い「閉じこもり」高齢詩の特徴に関する研究—自立度の差に着目して— 老年社会科学, 26, 424-437.

(2016. 5. 10 受稿) (2016. 10. 28 受理)
(ホームページ掲載 2016 年 12 月)