

高齢者福祉と高齢者心理学

Welfare and Psychology for the Elderly

進藤貴子^{*1}

Takako SHINDO

要約

高齢者心理学の発展，とりわけ1980年代以降のそれは，衰退し排除される対象としての高齢者観から，成長と自己実現の可能性をはらんだ高齢者観へのパラダイムシフトを後押しした．あわせて高齢者心理学は，対象者主体の高齢者福祉を営んでいく上で欠かせない知識である．

高齢者心理学の基礎的研究は，(1) 知能の加齢変化の様相，高齢者の知恵の特徴，加齢とともに適応性を増す人格変化の示唆など，加齢の発展・超越的側面，さらに，(2) 感覚機能・身体機能・記憶機能の衰退と補償など，加齢に伴う喪失的側面，そして，(3) 「エイジレス」な自己意識にみられる不変的側面と，加齢の3つの側面を浮き彫りにしている．

こうした研究成果を現場に生かす高齢者臨床心理学の実践は，まだ十分に普及しているとはいえない．その背景には，臨床家の高齢者への偏見，専門的な心理ケアが制度上の位置づけをもたないこと，専門職の役割を分離しにくい高齢者領域の特異性などがある．それでも心理士の専門性には期待がもたれており，高齢者領域に特化した知識・技術，生老病死に向きあう姿勢，個を尊重しながらの集団へのかかわり，高齢者との世代を超えたつながりへの理解，認知症者への共感的な姿勢を備えての高齢者福祉領域への参入がのぞまれる．

1. 高齢者心理学の歴史

老いと死は人類創生からみられる現象であったはずである．そしておそらく古代から，赤ん坊，子ども，青年，妙齢の成人などと並んで，老人も人の存在様式のひとつとして関心を持たれてきたのであり，尊敬，畏怖，扶助，もしくは憐憫や排除の対象とされてきた．また老年を生きるという自他の体験についても，人はさまざまに内省し思いを凝らしたのではなからうか．シェイクスピアが『お気に召すまま』に描写した各年代の人間像は皮肉たっぷりであるが，どこか人々の共感を得てこんにちに残っているであろう．また孔子が，政争にもまれ，弟子や息子との死別を体験した自らの壮年，晩年について述べた，「五十而知天命，六十而耳順，七十而從心所欲，不踰矩」の言葉も有名である．ここには，有限性への気づき，人間や社会への理解の深化，調和性など，年齢を重ねることによって得られた資質の発見があ

る．多くの人がこのように年を重ねることができるとは限らないが，加齢の内的体験を省みる際の一つのモデルとされているように思われる．またキケロ (Cicero, M.T.) は，84才の大カトー (Cato Maior) が二人の青年に幸福な老年の実例と体験を語るというスタイルで，「節度があって，気むずかしくもなく無礼でもない老人には，老年はそれほどつらいものではない」，「老年に対抗する最良の武器は，もろもろのよき能力を磨き行使しておくことなんだ．そういう能力は，一生を通じて養われると，長く充実した人生の終わりに驚くべき実を結ぶものだ」と，現代にも通じる生涯発達図を示しており¹⁾，サクセスフル・エイジングの手がかりを与えてくれる．

こうした「老年」の存在様式や体験過程に関心を向けた仔細な観察と記述は，ある意味において高齢者心理学研究であるといえる．古くはメソポタミアのギルガメッシュ叙事詩や，日本書紀，古事記にお

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科
(連絡先) 進藤貴子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: shindo@mw.kawasaki-m.ac.jp

ける老人や死についての記述までも、高齢者心理学に連なる古い記述の一つととらえる心理学史観があることを、佐藤²⁾は紹介している。

このように、老いるということについての体験的思索の歴史は長い。一方、加齢によって何が個人に生じるのかについて、より科学的方法で探索している現代の高齢者心理学の歴史はまだ浅い。高齢者を対象に含み年代比較をおこなった人体測定の記録は19世紀にも散見されるが、精神過程の加齢研究は20世紀に入ってから、さらに老年心理学の本格的な研究が始まったのは米国で1940~1950年ごろ、わが国では1970年代に入ってからとされている³⁾。

この後1980年代ごろまではわが国でも、加齢に伴う身体・社会的側面の喪失状況(健康,社会的役割,対人関係,活動性などの喪失)と心理的適応とが負の関連をもつことについての実証研究が多く見られ⁴⁻⁷⁾,高齢期は不可逆的な喪失の時期であって、それに伴い幸福度も一方向的に低下していくという高齢者観が支持されていた。しかし同時期に、生産性至上主義,効率至上主義への疑問を呈し、たとえ多くの喪失状況にある高齢者といえども価値や存在意義を失するわけではない⁸⁾という警告も発せられている。

その後の、学際的な総合科学としての体系をととのえた1980年代以降の高齢者研究(医学・生理学・社会学・福祉学・心理学などを含むもの)を、山本⁹⁾は「新しい老年学」としている。その中で、旧来の老年学から新しい老年学へのパラダイムシフトがあったとしている。つまり、老人は衰え、病んだ厄介な対象であり、できるだけ老いは遠ざけて若返りを狙うべきとする悲劇的な高齢者観に基づいた旧来の老年学から、老いても生命力と活動力をできるだけ長く保ち、晩年の成長と自己実現の可能性をはかるといふ新しい老年学への転換である。

こうした高齢者観の変化には、社会参加を続ける健康な前期高齢者が増えてきたことと並んで、高齢者心理学の発展の功績も大であったように思われる。後述のとおり、高齢者の精神機能の測定方法の改善により、加齢に伴う衰えだけでなく、保持、さらには伸展の様態も観察されるようになったこと、また、老いや病にもかかわらず補償的に発揮される高齢者の適応力が発見されるようになってきたことなどが、新しい高齢者観の創造に役立ってきたのではと思われるのである。

高齢者福祉の現場で「心理学は必要な知識だと思うが難しい」という声をよく聞く。心理学は難解でとっつきにくいというイメージがあるが、対象者主体の理にかなった高齢者福祉を繰り広げていく上で

利用価値の高い知見も多い。高齢者心理学には、主に機能測定やマスとしての高齢者の心理的特徴を扱う基礎心理学分野と、高齢者個人のおかれた状況、体験、感情に迫る高齢者臨床の分野がある。本稿では、知能、知恵、感覚機能、身体機能、記憶機能、人格の加齢変化についての基礎的な研究を概観し、次に、高齢者臨床心理の現状と課題について述べる。

2. 高齢者心理学の基礎的研究

2.1. 知能測定の方法の変遷と高齢者観

知能研究は高齢者心理学の発端ともいえる研究テーマであり、早くは1910年代に米国で兵士を対象としておこなわれた知能研究がある。この結果は、知能のピークは20代にあり、30歳以降は知能が低下し始め、中年期以降は衰えが加速するというものであった。その後1939年にはウェクスラー^{ウェクス}が成人用知能検査WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) を発表し、10代から70代までの成績を比較して、言語性検査の成績の低下は比較的ゆるやかである一方、動作性検査成績の低下は著しいことを見出した²⁾。

これらの結果は年代比較すなわち横断法によるものであり、そこには特有の不備があることを示唆したのがシャイエ (Schaie, K.W.) であった¹⁰⁾。すなわち、知能の横断法研究は、さまざまな年代の人に対して同時期に同一の知能検査を施行して結果を比較するのであるが、そこで出てきた結果の年代差は人の純粋な加齢変化を反映しているのであろうかという疑問が呈されたのである。ある時点で20代であるコホート(世代集団)と70代であるコホートとでは、育ってきた時代背景が異なる。一部の例外はあるかもしれないが、概して若い人のほうが教育年数が長く、成長期の生活水準が高く、居ながらにしてマスメディアなどから得られた情報が多いであろうから、知能検査に対応するスキルにおいて、高齢者よりも有利な条件をもっていることになる。つまり、知能の横断法研究では、若い人と比べ高齢者は不当に低く評価される可能性があると考えられる。学校教育の場で問われるような形式の知能検査には、教育のゆきとどいた若いコホートのほうが器用に対応できるかもしれないが、知能検査の測定外にある、より幅広い生活全般の問題解決にかかる判断力・理解力では、年長者は若い人にひけをとらないか、むしろ長けているという可能性も残る。

一方、縦断法研究は、同一の被験者に対し数年から数十年をかけて追跡調査をおこなうものである¹¹⁾。このような縦断法研究の結果は、人の知能が年齢とともにどのように変化してゆくかを横断法よりも直接的にとらえていると考えられるが、なおいくつ

かの微妙な方法論的な問題点を残している。まず、まったく同一の知能検査を用いるわけでないとしても、発問形式などが同じテストを繰り返すことによる練習効果が生じてしまう。また同一の被験者を対象とすると言っても、数年を経るうちに生活状況や得ている情報量が変化しており、測定時点の時代によって検査への有利不利が生じる。さらに、長期間の追跡調査の宿命として、転居や死亡・病気などによる被験者の選択的脱落の問題がある。当初の被験者をランダムに抽出したとしても、長期間のうちに健康度・適応度の低い人から脱落していく(次の検査施行に対応できなくなる)と予測され、追跡調査を完遂できるのは健康度・適応度が高いか、もしくはサポートする家族に恵まれている人に限られてしまう。こうしたさまざまな要因により、縦断法研究では横断法の場合とは逆に、加齢による知能の衰退が過小評価される(知能の発達が大評価される)可能性がある。

そこでシャイエは新たに横断法と縦断法を組み合わせた系列法という研究デザインを工夫し、知能変化における純粋な年齢要因、コホート要因、そして時代要因を分離する方法を試みている¹⁰⁾。この方法によって推定された知能の加齢変化曲線は、従来の知能観を大きく書き換えるものであった。つまり成人後も流動性知能は40代、結晶性知能は60代のピークを迎えるまで緩やかに上昇を続け、その後はしばらく維持され、前者は60代後半、また後者は80代ごろになってやっと明瞭な低下が見られ始めるというものであった¹¹⁾。

より客観性を追及した、こうした実証研究の結果は、高齡者の知的な力を正当に評価する必要性を私たちに伝えている。すなわち、少なくとも前期高齡者では若かった頃と同等かそれ以上の精神活動を保っているものであり、高齡者とは全般に物わかりが悪く保護や言い聞かせが必要な存在だという先入観は誤っている。また、自立度が低い要介護状態にある人の何気ないひと言によっても、教えられ、精神的に支えられたという若い介護者の声もよく耳にする。高齡者の何気ない、しかし含蓄のある言い回しや、慣用句の知識、表現の軽妙さなどに感心させられることも、介護場面にはよくある。高齡者のこうした言語能力は偶然の産物ではなく、人生経験を積む中で発達した結晶性知能の片鱗と理解することができる。

また、繰り返し経験を積む中での熟達について、タイピングの速さは20代のタイピストが勝っているが、経験を積んだ60代のタイピストは、作業全体の効率では20代のタイピストにひけをとらないという

例を、ハミルトン¹²⁾は紹介している。

こうした例を考えると、知能の生涯発達と関連して、次に高齡者の知恵への言及が不可欠になってくるように思われる。

2.2. 高齡者の知恵と強さ

心理学において知恵がどのように定義され測定されてきたかを、ブルグマン(Brugman, M.G.)はまとめている。すなわち、知恵とは人生の重大で不確実な問題に対処できる適応的な力である。それは、(1)人生のプラグマティズムに関する優れた知識(熟達した知識)、(2)多様な利益を調整することができる高度な実践的な知能、(3)知識に対する認識論、あるいは懐疑的な態度(一つの知識を絶対視しないこと)などの諸側面をもつ。こうした知恵を測定する方法はさまざまであるが、バルテス(Baltes)らは、知恵を5つの基準から測定している。すなわち、①豊かな宣言的知識(それは何であるか、どのようなことであるかなど、言語で表現することが可能ないわゆる知識)、②豊かな手続き的知識(熟練して身についた、順序立った行為や操作とその結果に関する経験的知識)、③文脈の理解、④価値相対化の理解、⑤不確実性の理解、である。このような知恵は、人生経験を積んだ高齡者にふさわしいように思えるが、年齢に伴う知恵の向上は実証的には確認されず、むしろ知恵の萌芽が青年期に既に見られることがわかってきたという¹³⁾。

前に述べたように、知能研究では高齡者のポテンシャルが、一方知恵に関しては青年のポテンシャルが再評価されることになっているのは興味深いことである。青年期の知恵は青年期の人生の拡張と深化に役立つと思われるが、高齡期の知恵も特有の意味をもつ。ブルグマン¹³⁾は、高齡期の身体的な機能低下や社会的な活動能力の低下に適応していくためには(つまりサクセスフル・エイジングのために)知恵が役に立つという、アーデルト(Ardelt)の指摘を紹介している。また臨床的観察からもいくつかの示唆があり、高齡者と知恵の関係についてはもう少し探求の余地があるように思われる。

たとえば河合¹⁴⁾は民話「うばすて山」を例に、老人の知恵は逆転思考を特徴としていると述べている。物語では、「灰で縄を縛ってこい」という殿様からの言いつけに村人が苦心していたところ、人生経験の豊富な老人が、「縄を固くなって、それを焼くと良い」と教えてくれる。このことから村では老人が大切にされるようになり、うばすての悪習が止められたという話である。灰から縄を縛うという難題に若者や成人が苦心しているところ、縄を縛ってから

灰にするという解決法は、思い切った逆転思考であると河合は述べて、老人は、普通の大人には盲点となっている逆の価値観を教え、解決のいとぐちを示唆してくれる知恵をもっていると述べている。

こうした例は、バルテスらの言う「豊かな手続き的知識」や「価値相対化の理解」に通じる高度な実用的な能力を示しているが、河合はさらに、無駄が大切、死と生の均衡、ただそこに居るだけで意味がある、など、現代文明の盲点または逆説を示すところに老人の逆転思考の意味があることを示唆している。

土居¹⁵⁾は、フロイト (Freud, S.), ホイベルス (Heuvers) 司祭、山本玄峰老師、沢庵和尚および自身の父の、死の間際の平静で日常的な態度を紹介している。そうした老人の、病にあってもどこか動じない、淡々とした態度の蔭には、何か深い感動、もしくは死への畏れが秘められており、それには千鈞の重みがあるとして、「日々死に直面しつつ生きている老人にはある種の強さがある」と述べている。土居はさらに老人の“しぶとさ”、“したたかさ”、意地にも言及し、「老人固有の強さを発見するのだから真に老人の精神衛生を論じたことにならず、老人固有の強さを無視した精神衛生対策は、その背後に社会の実権を握る若者たちの老人に対する侮蔑を隠しているという過言ではないのである」と強調している。エリクソン (Erikson, E.H.) は、「知恵 (英知)」を生涯発達の最終段階における心理 — 社会的危機が止揚された成果であると位置づけ、「死そのものに向き合う中での、生そのものに対する聡明かつ超然とした関心」としている¹⁶⁾。その具体的な一つの形が、土居が描写している人々の例といえる。

強さのもう一つの例として、ある特別養護老人ホームで筆者が出会った女性利用者のことを述べたい。この人は、数年前に腫瘍を切除し入院していた際の若い医師の言葉が忘れられないという。強い痛みをこらえていたが、毎日のように痛みを訴えざるを得ない。そうした時に「痛い痛いといく言いますね」と呆れ顔で言われたことに、数年経っても憤りを感じるという。「年寄りには辛抱強いもんや。年寄りの“痛い”は本当に痛いのや。軽うとってはいかん」と、病を既乗り越えたその人は真剣に言われた。若い援助者は、高齢者の訴えを軽視しがちであるように思うが、自分であれば耐え難い痛み (や絶望) を高齢者は耐えているかもしれないことを知り、訴えに慎重に耳傾ける必要があるのではないだろうか。

2.3. 感覚機能の加齢変化と適応

高齢期までの知能の維持、また死生観に関わる知

恵と強さについて述べてきたが、こうした超越的な側面と表裏一体に、高齢期には、身体機能・認知機能の低下という、即物的、剥奪的でわずらわしい側面があることも避けては通れないであろう。

加齢による知覚機能の変化では、聴覚、嗅覚、味覚、触覚それぞれの衰えが観察され、さらに、白内障など機能障害に結びつく疾患も起こりやすい¹⁷⁻¹⁹⁾。視聴覚では、視力・聴力が低下するというだけでなく、調節力の低下もみられる。つまり、明るさの変化への素早い順応、背景音への馴化、有意な情報とそうでない情報 (ノイズ) との区別などが、年齢とともにいちだんと難しくなってくる。

こうした変化の心理的影響は多岐にわたる。権藤²⁰⁾は、視聴覚の低下が心理・生活面に与える影響として、コミュニケーションの問題のほか、外出の減少や活動範囲の縮小、対人ネットワークの縮小、日常生活における自己効力感の低下、抑うつなどが指摘されてきたことを挙げている。さらに波及的な影響として、知覚レベルが下がり、感覚器官における処理資源 (情報を知覚するために配分されるエネルギー) がより必要となる際には、別の認知処理 (記憶・理解など) の効率が悪くなることや、夫の聴覚損失が妻に「配偶者に理解されていない」という思いを引き起こし、ひいては妻の幸福感に負の影響を及ぼす、といった調査結果を紹介している。

認知機能が保たれている高齢者の場合には、視聴覚の衰えを前後の文脈からの推測で補うことが可能となる。文脈や言葉の知識を手がかりとする推測は、若年者よりも高齢者において効率的におこなわれており²⁰⁾、たとえ十全な聞き取りができていなくても会話をスムーズに進めることなどが可能となる。さらに、高齢者が文脈を理解しやすくなるための手がかりとして、周囲から多様な感覚モダリティに情報を届けることが有用である。たとえば、聴覚の衰えは視覚情報で、視覚の衰えは聴覚や触覚の情報で補うことができる。視覚が弱まった高齢者との金銭の受け渡しは目の前で声をかけながら、しかも紙幣 (貨幣) を高齢者本人にも手にとってもらい、確認しつつおこなうのが良いと言われるのは、このことを示している。その高齢者と信頼関係にあるなじみの介助者がそばで情報を補えば、安心感からよりスムーズな情報処理がおこなわれることは、経験上もよく知られている。

一方、視聴覚の低下により外界から曖昧で不完全な入力情報しか得られなくなった場合、ここに認知機能の低下が重なると、現実吟味がなされないままに誤解や曲解が生じることも多い。こうした誤解や曲解にはその高齢者の感情状態が投影されていたり、

生活歴を彷彿とさせるものもある。たとえば「今、私の宿題やってるの」という介護者の言葉を聞き取れず、「何代が要るのや？ パス代か？ 飯代か？ 今持ってないから嫁さん来たら払って貰といて」と聞き間違えた高齢者の例からは、金銭の支払いに心を砕いてきた生活歴または人柄がうかがえる。また、数メートル先で何かを相談している人を見て、「いつも私のほうを向いてバカと言っているの」と被害感をもつ人、会釈に気付かず「先生はいつも私を素通りしていく、息子に何か言い含められている」と猜疑心を訴える人もある。このような思い込みを説明や説得によって訂正することは困難であるが、その背景にある自尊心の低下、機能低下の不安、孤独感などに対して共感的に接することにより、思いがけず現実的な認知が回復することもある。

視聴覚の変化と並んで、嗅覚、味覚、触覚（および温冷感）にも、加齢に伴う閾値の増大や、特定の刺激の感受性低下などが見いだされている¹⁷⁾。こうした衰えにより、匂いや味から季節感を得るなどの生活のうらおいが減少しがちであるが、より重大な生活への影響として、食物の腐敗や異物混入に気づきにくい、火事や火傷、ガス漏れに気づきにくい、清潔の保持への意識が低下する、衣服調節による温度変化への対応が的確にできないなど、安全面・健康面の問題も生じる。これも高齢者の認知機能が充分保たれていれば、若年者以上に慎重に生活を律することができると思われるが、認知機能の衰えとともに、周囲の注意と見守りが必要となるところとなる。

視聴覚の衰えによるもう一つの影響は、情報入手の効率の低下による社会的不利と娯楽の喪失である。地域や公共施設でのアナウンスの工夫や、見やすく理解しやすい表記方法が必要となる。娯楽の喪失について、ハミルトン¹²⁾は、難解な書物を読むことを好む人も、加齢とともに軽い書物を選ぶようになり、認知的な負荷を減らして読む楽しみを継続している高齢者の多いことを紹介している。自分の機能レベルに合わせた対象の代替物を選ぶという高齢者の適応方策が示唆されているといえる。

2.4. 身体機能の低下の心理的影響と適応

感覚機能の加齢変化、特に視聴覚機能の低下には、わずらわしさと生活への影響が大であるが、それぞれへの適応の可能性もあることを上に述べた。一方、起居動作の喪失に関わる運動機能の低下や疾病は、要介護状態へと至る危険因子として、より重大である。

折茂²¹⁾は高齢期の疾患の特徴として、1) 一人で多くの疾患を持っている(多発性病理)、2) 個人

差が大である、3) 症状が非定型的である、4) 臓器の機能不全が潜在的に存在している、5) 慢性の疾患が多い、6) 薬剤への反応が成人と異なる、7) 生体防御力が低下しており、疾患が治りにくい、8) 予後が社会的環境特に家族状況により大きく影響される、という8つの点を挙げている。つまり予備力の低下とともに、疾患の思いがけない複合・重症化や長期化を見ることがある。このような身体疾患への脆弱性と結びつきやすい高齢期の精神障害について、岩切²²⁾は次のようにまとめている。

- 1) 老化による身体機能の低下があり、また身体疾患をもっていることが多いため、身体への不安が強い。(身体的には異常がないのにいろいろと体の不調を訴える心気神経症など)
- 2) 身体的予備力に欠けるため、身体機能の不調が直接的に精神機能の変化をもたらす易い。(風邪をひいただけで抑うつ的になったり、ちょっとしたケガで怒りっぽくなるなど)
- 3) 加齢による脳の機能低下により、柔軟な思考が難しくなり、いろいろな状況や環境に適応することができず、混乱を来しやすい。(家人の急な入院による錯乱など)
- 4) 脳自体の病気を起こしやすい。(認知症、脳梗塞、脳出血など)
- 5) 喪失体験が多く、生活の不安や生きがいを見失いがちである。(配偶者の死別によるうつ状態など)

1) に述べられている「身体的不安」とは、身体症状の不快や苦痛への不安に止まるものではない。竹中²³⁾が、「一人暮らしでいきいきと生活している老年者にも介護を受ける事態になることへの強い不安が潜在している。それゆえに、風邪や腰痛をきっかけにうつ病や寝たきりになる」と述べているように、病気をすることは高齢者にとって、これまでは何とか維持してきた現在の生活基盤を失う不安を呼び起こし、要介護状態となることで肉親や親族との関係性も一転する可能性もはらんだ出来事である²⁴⁾。疾病への不安や身体苦痛は、高齢者においては思いがけず深い原不安²⁵⁾につながっている場合があることへの理解が必要であろう。

加齢に伴う運動能力の低下は、筋力、バランス、持久力、柔軟性、全身協調性といった多くの側面に及ぶ¹⁷⁾。また中枢性の障害や関節・筋肉の疾病によっても、麻痺、可動域の縮小、痛み、しびれなどが生じ、高齢期には身体活動を阻害するさまざまな要因が生じやすくなっている。

運動機能の中でも、移動・歩行能力が低下すると、生活空間が狭まりやすく、外界からの刺激や対人刺

激が少なくなり、精神的な活性化の機会が失われやすくなる。また、全身運動の機会が損なわれるため、血液循環や呼吸が促進されず、身体的にも不活性な状態となりやすい。外出の補助、訪問・面会・会話の活用、屋内でできる身体活動やマッサージの工夫が必要となる。

高齢者の閉じこもりは、要介護状態や寝たきりの危険因子の一つとして近年さかんに問題提起がされている。閉じこもりとは、外出頻度の極端に少ない生活スタイルを言い、週1回以下の外出しかしないものをこう定義している研究が多い。移動・歩行能力の低下は閉じこもりのきっかけであるとししばしば思われているが、移動・歩行能力が保たれていても閉じこもりとなる例も少なくない。渡辺ら²⁶⁾は、生活機能が自立し外出能力があるにも関わらず閉じこもり状態になってしまう高齢者の追跡調査(前方視的調査)をおこなっている。そして、間欠跛行、下肢の痛み、息切れなどの身体的虚弱性と並んで(あるいはそれ以上に)、友人・近隣・親族との交流頻度の少なさが、外出能力がありながらも閉じこもりに至る主な原因であることを見出した。

ペック(Peck, R. E.)は老年期の心理的危機の一つに「身体的健康の危機」を上げ、老年期には、身体的健康が損なわれさまざまな不快や苦痛に見舞われやすくなるが、こうした症状に没頭しわずらわされるか、あるいはこれらの症状を超越するかの狭間に立たされることを示している¹⁰⁾。

小川ら²⁷⁾は65~84歳の地域高齢者1,200名余を対象として、心理的・社会的・身体的側面の機能水準の類型化をおこなっている。その結果、身体的健康を維持していても、それが必ずしも心理的・社会的な健康維持には結びついていない群が見出された。もちろん、従来からのサクセスフル・エイジング概念に当てはまるような、“病気がなく身体的機能が維持され、心理的健康とソーシャルサポートも維持されているという群”や、逆に、“身体的機能も低く、心理・社会的側面の指標値も低い群”が存在する(前者は被験者全体の19.5%、後者は27.1%に当たる)。しかしその一方で、身体的機能が低く、病気をしているが、心理的適応性は維持されている群が、前に挙げた2群よりも高い割合(37.1%)で存在していた。また逆に、身体的機能水準は維持していても心理的側面の指標値が低いという群(9.3%)もあった。小川らは、身体的機能が低下しているにも関わらず心理的健康が維持できている群と、逆に、病気や運動障害はないのに主観的幸福感が低い群を見比べて、ソーシャルサポートの多寡や同居者の有無が影響しているのではないかとしている。

このように、高齢期の適応に関しては、身体的健康が保たれていることがすなわち心理的健康の必要十分条件となるとは限らない場合もある。この事実は、ペックの言う「身体超越」が実現可能であることを示しているように思われる。進藤²⁸⁾では、交通事故による下肢骨折によって活動レベルと行動範囲の大きな低下を余儀なくされ、意欲や対人交流も失われがちとなった例を紹介した。このように、身体障害や痛みは心の活力に大きいダメージを与えるが、援助者との会話の中で、過去の職業生活や家庭生活において自身の成した功績をしみじみと思い起こし、矜持と表情、声の張りが甦ったこの例のように、その人の健全なアイデンティティに関心を向け続ける者がそばに居て、自我を支えることができれば、すみやかにバランスを取り戻す回復力も、高齢者はもっているように思われる。

そして、渡辺ら²⁶⁾が「閉じこもり予防や支援の第1歩は近隣での仲間づくり」であると述べているように、身体の機能維持につながる外出の維持ということに関連しても、また身体超越の鍵としても、ソーシャルサポートつまり人とのつながりが重要である。このことは、高齢者福祉サービスにおいて、それを誰が提供しているかという「人」の側面や、高齢者どうし・高齢者と若い世代・高齢者と家族などを「つなぐ」という側面が重要であることを示しているように思われる。

2.5. 記憶機能の加齢変化と適応

高齢者心理学におけるもう一つの重要なテーマが、加齢による記憶機能の変化である。人の記憶にはさまざまなものがあるが、短期記憶、ワーキングメモリ、エピソード記憶、虚偽情報の記憶の修正など、情報を新たに貯蔵したり、貯蔵した情報を思考の中で処理する効率は、加齢とともに明らかな低下を示す。一方、意識的な想起を必要としない手続き記憶や潜在記憶は、加齢に伴う低下が緩やかであったり、言語知識や展望的記憶実験では若者より高齢者のほうが成績が優れているなど、記憶の種類によって加齢の影響の受け方も異なる^{29,30)}。

展望的記憶とは、決まった時間に薬を飲むとか、特定の日時に知人と会うために出かけるなど、これから実行しようとする将来の予定に関する記憶を言う。展望的記憶課題ではあらかじめ指示された予定の実行を求められるが、高齢者は「エピソード記憶の低下を長い年月経験する中で、効果的な外的記憶補助の使用というような、最適化された方略を用いるようになる」ことから、若年者よりも成績が良くなるのではと論じられている²⁹⁾。よく見える場所

に予定を記入したカレンダーやメモを貼るといった外的記憶補助の使用のみならず、他者から指示（依頼）された予定や約束を守るうとする義理堅さなどの高齢者の性格も、展望的記憶の保持に役に立っているであろう。

渡辺³¹⁾は、80代の人の記憶機能は70代の人よりも単純に見れば低下しているはずであるが、記憶課題への成績は70代の被験者と同程度かそれ以上の記憶課題への成績を示しているという現象について説明している。つまり、健康な80代の高齢者は自己の認知能力の低下を自覚（正確に把握）し、これを補うような適切な対処（上記の外的記憶補助の使用など）や予測をおこなっているのではないかと述べている。また久保（川合）³²⁾は認知実験におけるサルの行動観察から、隠された正刺激の方向へ身体を向けておく、身体の一部（腕など）を置いておくという「身体的な定位行動」は老齡ザルに出現率が高く、こうした身体的な定位行動を有効におこなえた老齡ザルは若齡ザルと同等の高い成績を示したことを紹介している。

これらの例のように、ある機能の喪失を他の機能で補って目の前の環境に適応しようとする動因が生物にはあり、ヒトの加齢においても、身についた知識のさらなる活用や、新たな学習の機会がもたらされる可能性があると思われる。久保（川合）³²⁾は、パソコンの操作も順を追って丁寧に教えてもらい、特定の機種いくつかの機能が使えるようになるだけで、孫などとのメール交換を楽しむことができる高齢者の例を上げ、若年者が原理を知ってパソコンを使いこなすような応用性には欠けるかもしれないが、これだけでもさまざまな精神活動の活性化が可能であろうと述べている。

2.6. 人格の加齢変化

認知、運動、身体機能の加齢変化は衰退の方向性を示すが、機能的にもまた心理的にも、これらの低下を最低限にするような補償と適応がはたらくことを述べてきた。こうした衰退への適応力は、人格の加齢変化にどのように表れてくるであろうか。

従来より、高齢者の性格特徴として、自己中心、猜疑心が強く、保守性、心気性が高まる、などの内容や、健康度の低下、経済的自立の困難、家族・社会での人間関係の疎遠、生活目標の喪失などから、不安、抑うつ状態、心気状態におちいりやすい等といった病的な点が強調されてきた²¹⁾。近年になって、縦断研究によるデータや百歳以上の長寿高齢者のデータが紹介されるようになるにつれ、従来言われてきた性格特徴は本来的なものではなく、高齢期

に生じる剥奪的状况への反応であったり疾病が人格に及ぼす影響であるとの解釈がなされるようになった。たとえばゴールドファーブ（Goldfarb, A.I）は、身体的愁訴、不満、依存性、対人関係における不安、しがみつきの家族や友人への押し付けがましきなどは、高齢期の抑うつの特徴であることをつとに指摘している³³⁾。また、頑固さは認知症による知能の低下に関連した特徴であり、また、慎重・用心深さといった性格特徴は、若年者よりも高齢者が不利な状況におかれる実験室実験でしばしば観察されており、これは失敗による自我の傷つきを回避しようとする自然な防衛機制であると解釈されること、また神経症的性格を示す者もあるが、こうした性格は中年代に確立されることなどを、下仲^{10,34)}は紹介している。

その後近年の長寿研究からは、年をとると人格の成熟性が増大することを示すポジティブなデータが紹介されている。下仲³⁵⁾は東京都に住む百歳以上の高齢者82名の人格テスト結果を紹介している。ここでは、被験者の80%以上が身体的介助を必要としているにも関わらず、主観的な健康感の平均点は他の年代の高齢者よりも高かった。ほかに、状況に左右されない確固とした自己（はっきりした立場をとろうとする、よく考えて決める、自己充足している、などの特徴）、女性性人格特徴（思いやりがある、おだやか、子ども好き、話し方がやわらかい、など）、タイプB行動パターン（相手の話を終わりまで聞いている、せかされても焦らない、一つずつ片付ける、など）、積極性（全力を尽くす、一生懸命やる、けっして遅れない、競争心がある、など）といった特徴が見出された。すなわち、ストレスの影響を受けにくく、精神的に活力があり安定した百歳老人の姿が示されたのである。

下仲³⁴⁾は、5つの人格特性（Big Five すなわち神経症傾向、調和性、外向性、誠実性、開放性）を測定するNEO-PI-R人格インベントリーによる18歳から87歳までの世代比較データと、先行研究を比較紹介している。そして、加齢によって調和性、誠実性が増加し、外向性と神経症傾向は漸減するという結果を示している。さらに、後期高齢期にかけては疑い深さが増加しているという興味深い研究結果を紹介し、疑い深さは高齢期に自己の立場や生活を守ってゆくための適応的な人格特徴であり、長寿の予測要因となる可能性をもっているとしている。

2.7. 老いの中みる精神的な不変性

このように、測定上は、人格の諸側面に加齢変化が見出されるが、一方、高齢者本人に感じられる自

己意識は若い頃からの同一性、一貫性を保っていることを示したのが、カウフマン(Kaufman, S.R.)である。カウフマンは70歳以上の男女60人からライフ・ストーリーを聞き取った。そして高齢者が、「若いころからずっと変わらない部分はいくつかある」、「年をとっても同じ人間、ある特徴がきわだってくることはあるでしょうけど」などと語る言葉から、年齢を超越した、つまり「エイジレス」なアイデンティティを多くの高齢者がもっていることを見出した。このことは、「対象者たちが自らの老い(中略)を、無視したり否定したりしている」わけでも、「老年期に体験される種々の変化が、心理的影響をいっさいおぼさない」ということでもない。カウフマンは述べ、高齢者は老いの兆候と向かい合いながらも「これまでの人生でやってきたのと同じように目の前に現れる個々の問題や変化、制約ととりくみ」、過去からのテーマに則してものごとを考え、それを核にして新たな自己像を積み上げている、と説明している³⁶⁾。

河合³⁷⁾は、ユング派分析家であったリリアン・フレイが認知症にかかったころのことを紹介している。88歳の頃には記銘力障害が著しく、つい先刻のことを何度も尋ねるといふ様子であったが、「話がだんだんと内的な深い話になってくると、実に鋭く、的を射た言葉が出てくる」ので、「フレイ先生の応答によって、自分の話題の程度が測られると言っていた弟子もいた」と述べている。リリアン・フレイは人間の心についての知識を極め、熟達した分析家であるから、認知症が進行しつつあってもそうした感覚はぶれないで残っていたのであろう。

こうした、人生を通じて彫琢され熟達した知恵や感覚は認知症の人の中にも残っており、長年し慣れた料理や園芸などの手作業をおこなったり、懐かしい回想に触れると、自己感覚を取り戻し表情が引き締まる(生き生きする)ことは、高齢者福祉の現場でもしばしば目にする。カウフマンが、年齢を超越した人間の同一性を、「核」という言葉を使って表現していることと関連して、河合が紹介しているような、その人に深く刻まれた知恵なども、その人の「核」^{38,39)}として人生に残っている。

2.8. 加齢の心理における3つの側面

高齢者心理学からみたテーマをいくつか紹介してきた。以上から、加齢の心理には、1) 衰えや喪失といった、生の基盤を揺るがす側面と、2) 旧来の高齢者観ではあまり取り上げられて来なかった、発展、超越的な側面、そして最後に、3) 年を重ねても残る不変性の側面と、異なる3つの層があるよう

に思われる。村瀬⁴⁰⁾は「老年期は一人ひとりが多様であるというだけでなく、ひとりのなかに多様性が内包されていることも視野においておく必要性がある」という竹中星郎の言葉を紹介して、「老いには当然ながら光も影もある、それが現実であろう」とし、老年期の特異性について「心身の平衡は外見から想像するより、脆い基盤の上にある、という認識は忘れてなるまい」と述べている。

山中³⁸⁾は、精神科病棟の高齢患者であっても、その尊厳(ディグニティ)を援助者(若年者)が認めた接遇をすれば、尊厳ある精神的な態度や高度な経験知を披瀝することがある一方で、心身の状況によっては礼節の崩れた本能的な言動をあらわにする例を示し、どちらの姿も本物であるとして、「その乖離があればあるほど、その人の苦悩が、どれだけ深かったかということ」、「その人が通ってきた人生の中で、どれだけ失望と落胆と、怒りと苦しみがあったかということ」、「逆に知らされた」としている。こうした指摘は、エリクソンが「統合 対 絶望」と述べた老年期の両極を示しているともいえる。

つまり、先に挙げた3つの層のどれもが現実であり、個人の中に共存していることを理解したい。高齢者は、さまざまな喪失体験の中で心細さと依存欲求をもっており、一方で、尊厳ある精神の自立を可能にする活力も秘め、同時に、若年の頃から変わらない等身大の思いももっている。そういった複雑な存在であることを認識したい。

3. 高齢者臨床心理学の現状

さてここからは、より実践に近い高齢者臨床心理学の現状と課題について述べたい。高齢期に介入が必要となる心理的問題を、橋木⁴¹⁾は次の3種類に分けている。

1. 高齢期に出現することの多い精神医学上の問題：認知症、うつ病、幻覚妄想状態、せん妄、など
2. 心理社会的要因(人間関係・職業上の喪失や役割変化、転居・入所・入院による環境の変化など)や身体的要因(疾病への罹患、疼痛障害や、治療過程に伴う不快・苦痛など)に端を発する不適応状態：悲嘆、うつ状態、閉じこもり、自殺、など
3. 社会的問題ともいえる高齢者虐待や介護問題
これらの問題への対応については、場やシステムの不足から、臨床心理専門家の支援を受ける機会是非常に限られているように思われる。

臨床心理専門家の認定資格として1988年に発足したのが臨床心理士である。その動向や活動領域につ

いて、10,157人の臨床心理士(その時点での有資格者のうち63.7%)から回答を得た2007年の調査では、老人保健施設、老人福祉施設・機関に勤務していると答えた者は全国でわずか50数名に過ぎなかった。ただし、こうした高齢者専門の機関に限らず、精神科・心療科、緩和ケア病棟、一般の心理相談機関なども含んで、高齢者を対象とした心理面接もおこなっている臨床心理士は全体の28.0%に上っている。しかしこの割合も、成人を対象としている者(全体の80.3%)や青年(78.6%)、児童(53.5%)を対象としている者の割合を大きく下回っていた⁴²⁾。

3.1. 高齢者臨床心理学の普及の問題点

こうした調査結果からは、わが国における心理援助サービスの広がりが、高齢者層にはまだ十分に浸透していないことがうかがえる。それはなぜなのであろうか。

一つには、高齢者への偏見、回避といった臨床家の姿勢が、高齢者への精神過程への介入を消極にした原因ではないかと、しばしば議論されてきた。ゴールドファーブは、高齢者には環境(世界)に主体的(支配的)に関わり続けたいというモチベーションがあるにも関わらず、その身体的、心理・社会的、また神経学的な喪失や障害は、医者が高齢者の精神療法に関心を向けられない理由を作ってしまったと述べている³³⁾。また特に、フロイトが「精神分析は高齢者には不適」と指摘した後世への影響はよく取り上げられている^{43,44)}。

しかしナイト(Knight, B.G.)は、ユング(Jung, C.G.)やエリクソン(Erikson, E.H.)、アブラハム(Abraham, K.)、レヒトシャッフエン(Rechtschaffen, A.)など、従前から高齢者への精神療法の可能性を積極的に提唱している著者もあることを指摘し、現代の臨床家も同様に、高齢者の心理療法に悲観的な偏見を向けているわけではないことを述べている。そしてむしろ、高齢者分野で問題になってくるのは、一つは高齢者と向き合う専門的な訓練を受けた心理セラピストの少なさであり、もう一つは診療報酬や公的補助金にかかわる行政政策の影響であるとしている⁴³⁾。黒川⁴⁴⁾も、心理職による専門的な心理ケアは介護保険下のシステムに位置づけをもち、高齢者や家族がこころのケアを受けたいと希望しても、それを受けられる環境が整っていないことを憂慮している。そして、心理職の国家資格化が進まないことも大きな支障となっており、早急な整備や啓蒙が望まれるとともに、一人ひとりの専門家が実践や研究をこつこつと積み重ねていこうと述べている。

これらの指摘のとおり、高齢者心理臨床の専門家が経済的・制度的な基盤を得て働くことは難しい。高齢者への精神療法の実践は、協力者や臨床フィールドに恵まれ、これらを得る努力と工夫を続けた、一部の卓越した、あるいは幸運な、あるいは使命感をもった心理セラピストによっておこなわれているのが現状である。その実践に出会った対象者やその周囲の人々には、そこにかけがえのない意味が、時には感動とともに実感されているが、その普遍化はまだ難しいのが現状である。

竹田・田治米⁴⁵⁾は高齢者への予防的介入のコストと普遍化の問題への一つの回答として、地域高齢者自身がインストラクターとなり自主的に集団で取り組める認知症予防プログラムの開発を試みている。新福⁴⁶⁾は今後の課題として、合理的で実際の、また短期的な高齢者精神療法の工夫が必要であると述べ、その際に明確な実効性が求められるとしている。こうした意味で、クローズド形式のグループ回想法の効果を数量的に把握し、それを可能にする実践方法の枠組みを示した奥村⁴⁷⁾の研究など、介入方法とそのコスト、効果を示すエビデンス研究がいっそう必要とされるであろう。さらに、高齢者心理臨床の社会経済的な効果を示すこと、そして、実際に意味ある過程を特定の現場で他者と協力しながら創り出せるセラピストの養成など、解決すべき問題は多い。

3.2. 臨床心理学的介入に対する潜在的ニーズと可能性

高齢者に対する心理的援助サービスの定着を困難にするもう一つの要因として、そのニーズと専門性の定義しにくさが挙げられる。

ナイト⁴³⁾は、高齢者サービスは介護とソーシャルワークが数十年にわたり優勢を占めた領域であり、最近になって医学がこの分野に進出してきたところであるから、より新しい分野である心理学はそのはざま現場でのニーズを見出しにくくなっていることを指摘している。黒川⁴⁸⁾は、チームケアが必須になる高齢者ケアの領域では専門職同士の仕事を明確に分けることが難しく、心理職に限らず、みずからのアイデンティティを確立する、つまりみずからの仕事の意味を見つける上で専門職がストレスフルな状況におかれやすいという構造上の特性を示している。

このような状況のもと、各専門職はどのような連携が可能になるであろうか。内田⁴⁹⁾は、介護職員、看護師、心理士が、デイケアの送迎、介助・介護、健康管理、アクティビティーの計画・実行、家族相

談など同様の業務内容を共通してこなしている自らの職場について紹介している。そして、業務内容が重なり合うからこそ、異なる専門性をもつ者同士も共通の土台のもとに話し合いをおこなうことができるという良さを上げ、各職種の専門性は、高齢者の評価をする上での切り口の違い(表1)として自然に発揮されている、と述べている。山本⁵⁰⁾は、老人保健施設で働くどの職種も、高齢クライアントの「こころ」の部分を大事にしていきたいという共通認識をもっているという現実を強調している。したがって、高齢クライアントの心理的な充足や情報収集のための直接的な対応、さらには心理アセスメントも、臨床心理士という専門的な立場をことさら強調せずとも、直接処遇をおこなう各職種が個別の配慮のもとに実践するのが良いしそれが現状であるとされている。

各著者はしかし、高齢者領域で心理士がとれる専門的な役割について悲観しているわけではない。表2に、それぞれが提案している(また医療領域・福祉領域で実践されてきたと思われる)心理士の役割についてまとめる。

また従来の指摘は少ないが、地域高齢者福祉領域

と高齢者福祉施設においても、次のような心理的支援ニーズがあると思われ、これらに関連する心理学領域での報告も散見される。いずれもソーシャルワーカーの活躍し得る領域であり、専門性もかなり重なるが、心理的機能のアセスメント、活性化や、個人内葛藤・対人葛藤の理解と扱いに慣れた心理専門家との連携がおこなわれると、益を上げる可能性が大いにあると考える。

- 1) 地域高齢者の活力の維持・発見・活用にかかわる健康増進活動^{51,52)}
 - ・生涯学習や高齢者の活動・交流の場の提供、活動への導入、集団の活性化
 - ・世代間交流をうながす活動、など
- 2) 高齢者世帯の地域生活と対人関係維持の支援
 - ・認知症の兆候や身体病の発現時、骨折などの緊急危機状態における不安・葛藤の受け止め⁵³⁾と、医療、福祉サービス利用へのガイダンス、橋渡し
 - ・高齢介護者の認知機能・パーソナリティの評価と、必要な心理的支援の判断
- 3) 医療、福祉サービス利用の開始、施設入所、さらに在宅復帰に関する相談支援

表1 デイケア・サービスにおける、各専門職の切り口の例(内田⁴⁹⁾より作表)

職種	専門的な着目点
介護職員	介護の必要性の評価、その高齢者に合った介護方法の工夫
看護師	医学的な知識を背景とした身体的な健康管理
心理士	その高齢者の認知機能、感情、グループ内の対人関係に着目した、心理的適応の手助け

表2 高齢者医療・福祉領域で、心理士が担える(担うべき)役割

著者	心理士の役割(提案)
山本 ⁵⁰⁾ 老人保健施設領域からの提言	<ul style="list-style-type: none"> ・心理検査、心理面接、グループワークの実践とチームへのフィードバック ・心理検査、相談面接、グループワークのスーパーヴィジョン ・多忙すぎる直接処遇職員の代わりに、高齢者に対して豊かな時間やケアを提供 ・チームのグループワーク(カンファレンスなど)の活性化 ・高齢者のパーソナリティや生活歴・家族関係に沿った、内面への配慮
内田 ⁴⁹⁾ デイケア・サービス領域からの提言	<ul style="list-style-type: none"> ・回想法、音楽療法などの心理療法的プログラムの実践 ・高齢者の得意な活動、苦手な活動のこまやかな評価とさりげない手助け ・個々の対象者が抱えている心理的な課題を見据えた心理療法 ・心理的ケアに関する調査・研究
ナイト ⁴³⁾ 地域高齢者サービス領域からの提言	<ul style="list-style-type: none"> ・うつ病、不安症、恐怖症、妄想、精神病、婚姻面での障害、家族関係の障害などに関わる問題 ・正常な老化と認知症との判別のための心理査定 ・高齢者サービス・ネットワークから排除されがちな高齢者(パーソナリティ障害、神経レベルの機能不全があることで、ケースワーカーや他の高齢者の不安を生起させる高齢者)への対応 ・うつ症状などの心理的問題と身体的問題の相互関係についてのアセスメント(必要な場合には身体医にリファーできること)
黒川 ⁴⁴⁾ 高齢者医療領域からの提言	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者のカウンセリング ・家族のカウンセリング ・高齢者のこころを支える心理療法的グループ ・高齢者ケアにあたる専門職のこころを支える

- ・情報提供と意思決定の補助
- ・迷いや決意・後悔・悲哀の気持ちを語れる場の提供
- ・施設新規利用者の人柄や生活習慣の理解と、生活の定着への工夫⁵⁴⁾

4) 子世帯や高齡者の同胞などの家族システムへの相談支援

- ・家族・縁者が、円満な情緒的・手段的な供給源になり得るような支援・相談活動
- ・直接介護者のソーシャルサポートの評価と維持
- ・直接介護者以外の家族への助言や心理教育⁵⁵⁾
- ・親族間の葛藤について、ニーズがあれば語り相談できる場の提供
- ・家庭内の虐待への対応(被害者保護,被害者のエンパワメント,時に加害者の医療ニーズの評価,家族力動の評価,など)

3.3. 高齡者心理臨床に欠かせない視点

山本⁵⁰⁾の指摘のとおり,高齡者への心理療法的介入としてしばしば紹介されている,回想法,リアリティーオリエンテーション(RO法),音楽療法,アニマルセラピーなども,心理専門家のみが介入をおこなうわけではない. どのような職種の専門家がこれをおこなうとしても,高齡者の心理を深く理解して丁寧に扱うことが,活動の意味をふくらませ,また若い援助者が高齡者から多くを学ばせていただくことにつながると思われる.

それでは,高齡者の心理を深く理解しての丁寧な関わりとは,どのようなことをいうのであろうか. 以下に重要と思える5つの点を上げる.

3.3.1. 技術・知識面での準備

本稿の前半で述べてきたような,加齢による心身の変化と,その心理的影響(加齢変化が高齡者自身にどのように体験され,どのように意味をもつか)についての知識は,高齡者の心身の状態変化への気づきやケアに不可欠である. また,加齢とは単なる衰えではなく,それを補償する方向性も内在していること,そして,超越的,不変的側面もあることを知っていることで,高齡者の心理過程を悲観的にではなく,死の間際まで心理的成熟や交流の可能性のあるものとして,とらえることを可能にするであろう.

ナイト⁴³⁾は,セラピストの個人的な高齡者観が,高齡者の診断(見立て)の際のバイアスとなり,また介入の質に大きく影響してしまうことを指摘して

いる.そして,高齡者領域で働く心理セラピストに求められる能力として,

- ・高齡者に多い疾病とその生活への影響,治療可能性などについての身体医学的知識
- ・有効な連携を可能にする社会資源の知識
- ・コミュニケーション上の留意(身体疾患や認知機能低下によって生じる情報処理速度の遅延に留意して,会話の速度を落とし,具体的で明瞭な文章構成で話すこと)
- ・高齡期に特有の複雑な情動(例えば,子どもとの葛藤について語る際の,怒り・悲しみ・罪悪感・誇りが入り混じった感情など)の読み取りと対応
- ・高齡者が育った時代の価値観や,その時代の通常のライフ・コースについての知識
- ・現代社会が高齡者に向けているイメージや偏見,社会資源についての知識
- ・高齡者向け居住環境の実態についての知識

など,的確な知識をもつことの必要性を指摘している.要するに,高齡者の生活の実態と生活感覚をよく知ることが,高齡者への偏見をなくすことにつながる.これらをつかむために,若いセラピストは文化人類学的な努力を必要とすることもあろう.高齡者の中で育ち,これらをつかむのにさほど苦労しないセラピストもあるのであろう.エリクソンら⁵⁶⁾は,何の説明もせずに思いを分かち合える同年代(同時代)の人との交流の深さについて述べている.若いセラピストが及ぶはずもないが,高齡者の体験には自分の計り知れないものがあるかもしれないことへの謙虚な気づきと,高齡クライアントと出会うたびに教わることを蓄積して次のクライアントとの出会いに生かす努力が必要であらう.

3.3.2. 生老病死への構え

黒川⁴⁸⁾は,高齡者臨床とは生老病死の問題を真摯にとりあげるべき現場であることを指摘しているが,死がまだ自分の遠くにあると感じている若い臨床家にとっては,こうしたテーマに早すぎる直面をさせられる.そこから時として臨床家の躁的防衛が生じることを黒川は指摘し,老いや死の『『暗い』イメージを払拭しようと,そこで暮らす老人のこのころの現実にまったくそぐわない,あまりにも単純に『明るすぎる』『子どもだましの』プログラムに終始していないか,今一度反省してみる必要がある』と述べている.

高齡者臨床は,老い,時には病や障害を得ながら,終の時までいかに生を志向するかという難しい課題を負っており,このプロセスは死に向かうものである.山中³⁸⁾は,入院した頃にはまだ目に光をたたえ

て話ができただのに、脳梗塞が起きるたびに力を失っていった高齢男性のエピソードを挙げ、「灯火が少しずつ消えていきます。こういうことを目の当たりするのは、すごく寂しいことです。だけど、これも現実です」と述べている。また一方で、空想虚言を滔々と語って楽しみ、その間は身体の痛みさえ忘れていたようであった別の脳卒中の男性の例を挙げている。そして、この人の心の中では死との格闘が続いていたはずであり、「そこらへんの真の寂寥を筆者がわかってあげていたかということ、まことに心寒い思いがする」とも述べている。高齢者を対象としている臨床家は、こうした寂寥と現実と耐え、謙虚であることを求められている。北本⁵⁷⁾は音楽療法の立場から、高齢者領域における心理療法の「課題解決的に扱われてはならない領域」と述べ、「音楽療法で痴呆が治るわけではない。慢性の身体疾患が治るわけでもない。しかし、病院という場で動き行く状態である『老いていく』ことや『死んでいく』ことに沿っていくことは可能である」と、スピリチュアルケアの可能性について述べている。

シュルテ (Schulte, W.)⁵⁸⁾ も、「この年齢層独自の布置の前では、ふつう精神療法の目標とされているものの多くが色あせる」と述べ、高い岸辺から患者を教え導こうとする姿勢では治療者の役目は務まらず、「ここほど伴侶の努力の大切なところはない」としている。しかし、救いがもたらされたとしても、死を前にして「治療効果の維持能力には限界がいっぱいある。」それだけに、治療者の心の傾注が本物であるかどうか(真正度)が患者の身に残ることをシュルテは述べ、「精神療法という仕事は、短期間だけ解放・解決に導くという場合にも行うのが正しい。明証性の体験というものがあ、生きられた寸秒の時間があれば、それにはそれ自身の価値がある」と述べている。一期一会の臨床現場に身を置くと、これらの言葉は援助者の支えとるように思われる。

3.3.3. 集団への関わり

回想法や音楽療法、また RO 法などの心理療法的介入は、個別におこなわれることもあるが、医療・福祉現場では、こうした活動をグループでおこなうことも多い。コスト面の理由から、また、対人交流を活性化させる意義からである。グループでの活動をおこなう場合、個人セラピーとは異なる配慮や、グループ力動への理解が必要となる。北本⁵⁹⁾は「ひとりひとりのクライアントが粗末にされないセッションの在り方」を強調している。

奥村⁶⁰⁾は、回想法グループの発展・深化のプロセスにおいて、援助者が個々の参加者に働きかけな

から、グループ全体の場を醸成していく様子を紹介している。そして、リーダーすなわち援助者の目配りについて、次のような点を指摘している。

- ・グループになかなか溶け込めない人や、記憶力低下から“昔のことを思い出す”というテーマに緊張している人に対しては、意識的に声をかけグループで話してもらうきっかけをつくらせたり、リーダーのさりげないアイコンタクトで所属感・安心感を高めるようにする。またその参加者の話しやすい順番を把握しておく。
- ・同時代の同じような思い出が話されても、人によって感じ方・人生における意味も異なる。子ども時代の思い出などから生活環境の違い(社会階層の差など)が浮き彫りになることもあるので、一部の参加者が話しづらくならないように気を配る。
- ・話が盛り上がり、一部の参加者に注目が集まり、スポットライトが当たると、他の参加者が気詰まりになる場合がある。逆に、話がまとまらず長くなったり間があきすぎるなどすると、他の参加者が退屈になってしまうこともあるため、リーダーの自然な介入が必要である。
- ・理解力や聴力の低下したメンバーへの配慮として、リーダーは、話者の伝えた内容を他の参加者にもう一度知らせるつもりでポイントを繰り返して、話題の理解と共有をうながす。こうすることで話者も自分の話が聞き入れられていると実感できる。時にはメンバー 4, 5 人ごとに情報の中継点としてのコ・リーダーがつくことで、より全体の話題の共有と交流が促進される⁵⁹⁾。

以上のような働きかけには注意深い観察が必要となる。それによって、参加者同士の間で自発的・支持的な相互交流が可能になる。この相互交流の中で、メンバーが「自分の経験や持ち味を再認識する」という肯定的な体験を得ることが、心理療法的なグループ活動の目的といえる。

3.3.4. 被援助者と援助者の年齢の逆転と相互性

援助者よりも被援助者のほうが年長で人生経験も豊富である、という年齢の逆転は、援助者にしばしば不安と緊張をもたらすし、援助者が高齢者に対して両親像や祖父母像を投影し、感情的な葛藤に見舞われることもある。また逆に高齢者は、若い援助者に対しても、権威者・保護者像を投影することがあることを、ナイト⁴³⁾は「高齢者への心理療法における転移と逆転移」としてまとめている。まずはこうした現象が起こりやすいことを、援助者は知っておく必要がある。

援助者のほうが若く、高齢の被援助者よりも長く

生きる可能性が高いことから、援助者が罪悪感をもつこともあると考えられる。しかし、援助者が「人生の先達の話の聞かせてもらおう、あるいは教わる気持ちで、関心をもって老人の言葉に耳を傾け」、良い聞き手となることができれば、高齢者の生涯の秘密が言い置いていかれる場合もあることを、大橋⁶¹⁾は2つの症例から述べている。大橋はこうした現象を、人生の最終ステージにおける荷下ろしと解釈しているが、ここには「継承」の意味合いもあるのではと思われる。つまり、私たちの命は有限であるが、次の世代へ体験や価値を継承してゆく(言い置いていく)ことにより、象徴的な永遠性を得られるのだと考えることができる。このように考えると、生き残る人に何かを言い置いていく欲求は、穏やかに死を迎えるための準備の一つのようにも思われる。したがって、言い置く相手となり、高齢者の生きざまを教わる若い援助者の存在には、大きな意味がある。

3.3.5. 認知症者への共感の姿勢

認知症者は呆けているから何もわからないとか、わからない分かって幸せだと言われたり、問題行動を叱ってやめさせようとするなどの対応が、認知症者の尊厳を損なうのみならず、状態の悪化や混乱をきたすことは既によく理解されている。認知症の人が見せる、その場に合わない行動にも、その人なりの意味があり、共感可能なものであるとする「人間学的立場」を室伏⁶²⁾は唱え、無関心、困惑、迂遠、同調、混乱なども、痴呆というハンディキャップを持ちながら、その場を切り抜け、一生懸命に生きようとしている姿であるとしている。

最近では、認知症当事者の生の声も発信されるようになり、認知症の人がおかれた不安や葛藤、寄り添なさ、喪失感や自我解体の不安などに光が当てられるようになった⁶³⁻⁶⁵⁾。こうした動きに前後して、認知症の人の精神療法の可能性と重要性が、事例研究を通して論じられるようになってきている⁶⁶⁻⁶⁸⁾。小澤⁶⁹⁾は、見当識や自我を失いつつある認知症の人が、「今、ここで暮らしていることが何となく居住まいが悪いと感じて」いることや、その寄り添なさを理解すると、もの盗られ妄想や徘徊などの心理に寄り添うことができることを示唆している。そして、「急がず時間をかけて、円環状に繰り返し繰り返し語られる彼らの言葉を心を込めて聞くという作業は、それだけで精神療法的意味がある。(中略)彼らは、このような作業を通じてようやく物語る主体となる。(中略)診察室で彼らは存在感をもち始める。このような過程を通じて、彼らは矜持をもって生きてきた過去を生き直すのである」としてい

る。認知症者の語りはしばしば断片的であるが、聞き手がそのつなぎ目となるよう、関心を向けて耳を傾けていくと、徐々にそれをストーリーとして読むことができるようになり、その人の人生が現在の姿の後ろに透けて見えるようになってくる過程がある^{70,71)}。ここまで来ると「痴呆の症状とみえていたものが、その人らしい表現とみえてくる」⁶⁹⁾。ベンソン(Benson, S.)⁷²⁾は、日常ケアの中にこうした視点を加え、認知症者の問題行動にもその人らしい思いを読み取ろうとする努力により、本人と介護者の間に深い信頼関係が築かれる例を挙げている。

認知症者の現実検討はほつれやすいが、それをそっと支える援助者があることで、語るべき内容を語っていく人は多いように思われる。竹田・田治米⁷³⁾は軽度アルツハイマー患者の回想法グループで、メンバー個々の話したいテーマの話に皆に聞いてもらい、他のメンバーからは話にちなんだ五・七・五の言葉を送られるというプログラムを用いて、メンバーの自発性や自尊心を尊重した試みをおこなっている。こうした人々は、日常生活・社会生活の中で支障が出始め、自信を失っていたり、周囲の人のお荷物になっていると薄々感じていたりする可能性がある。自分が独自にテーマを選んで語り、それをグループで認められるという体験は大きな安心感をもたらすように思われる。松田⁷⁴⁾も、認知リハビリテーション場面において、できなくなっていることに直面する認知症者の思いには真剣に耳を傾けるべきであり、工夫や補助具によって楽にできるようになることを一つでも見つけることの重要性を述べている。認知症高齢者といえども、主体性や自己実現の可能性が有ることに信頼を置きながら、一方では、衰えや能力の喪失に対する深い共感的理解と真摯な支えをおこなってゆく姿勢が求められる。

4. おわりに

以上述べた内容は心理士のみならず要求される内容ではないが、心理学を専門とする者は率先して理解し、また周囲に理解を求めていかねばならない側面である。援助者が、こうした視点に留意しながら謙虚に、しかも真剣に、時には楽しみながら、高齢者福祉、高齢者臨床に携わることで、対象者たる高齢者の生活の質の向上もはかられ、また、そこに関与する若い援助者も、自身や親しい人々の老いに希望をもてるよう、助けられるのではあるまいか。高齢者福祉領域で高齢者心理学が活用される可能性は、開拓の余地がまだかなりあるように思われる。

文献

- 1) キケロ(八木誠一・八木綾子訳)老年の豊かさについて.法蔵館,1999(Cicero MT: *CATO MAIOR DE SENECTUTE*, BC45-44).
- 2) 佐藤眞一:高齢者と加齢をめぐる心理学的考察の歴史と展望.権藤恭之編,朝倉心理学講座15 高齢者心理学,朝倉書店,東京,1-22,2008.
- 3) 佐藤眞一:心の加齢.日本老年行動科学会監修,井上勝也,大川一郎編,高齢者の「こころ」事典,中央法規出版,東京,2-5,2000.
- 4) 湯沢雅彦:老人幸福度の測定.年報社会心理学,10,70-85,1969.
- 5) 古谷野亘:老年期の社会関係とモラル.応用社会学研究,22,167-186,1981.
- 6) 和田修一:「人生満足度尺度」の分析.社会老年学,14,36-48,1981.
- 7) 藤田綾子,川口邦子,守屋国光:身体に障害を持つ老人の生活満足度(LSI).老人問題研究,4,5-41,1984.
- 8) 戸川行夫:老年期研究の視点.戸川行夫,保崎秀夫,守屋国光編,日本の中高年4 老化のプロセスと精神障害—老年心理学をめざして—.垣内出版,東京,1-22,1979.
- 9) 山本思外里:老年学に学ぶ サクセスフル・エイジングの秘密.角川学芸ブックス,東京,2008.
- 10) 下仲順子編著:現代心理学シリーズ14 老年心理学,培風館,東京,1997.
- 11) 高山緑:認知・知能のエイジング.谷口幸一,佐藤眞一編著,エイジング心理学 老いについての理解と支援,北大路書房,京都,105-119,2007.
- 12) I・ステュアート=ハミルトン(石丸正訳):老いの心理学 満ち足りた老年のために.岩崎学術出版社,東京,1995 (Hamilton IS: *The Psychology of Ageing: An Introduction 2nd ed.* Jessica Kingsley Publishers Ltd., London, 1994).
- 13) ブルークマン(高山緑訳):知恵とエイジング.J.E.ピリン,K.W.シャイエ編(藤田綾子,山本浩一監訳),エイジング心理学ハンドブック,北大路書房,307-330,2008 (Birren JE & Schaie KW ed.; *HANDBOOK OF THE PSYCHOLOGY OF AGING 6th Ed.*, Elsevier Inc., 2006).
- 14) 河合隼雄:ファンタジーの世界.伊東光晴,河合隼雄,副田義也,鶴見俊輔,日野原重明編,老いの発見2 老いのパラダイム,岩波書店,東京,187-209,1986.
- 15) 土居健郎:老年期の死生観.長谷川和夫,那須宗一編,ハンドブック老年学,岩崎学術出版社,東京,266-273,1975.
- 16) E.H. エリクソン(村瀬孝雄,近藤邦夫訳):ライフサイクル,その完結.みすず書房,東京,1999 (Erikson, Erik H.: *THE LIFE CYCLE COMPLETED*, W.W.Norton & Company, N.Y., 1982).
- 17) 安藤進:身体の老化と高齢者疾患の特徴.下仲順子編,高齢者の心理と臨床心理学,培風館,東京,29-51,2007.
- 18) 北川公路:生理・感覚,知覚機能の加齢変化.下仲順子,中里克治編,リーディングス介護福祉学8 高齢者心理学,建帛社,東京,59-69,2004.
- 19) シーパー(和田有史訳):視覚とエイジング.J.E.ピリン,K.W.シャイエ編(藤田綾子,山本浩一監訳),エイジング心理学ハンドブック,北大路書房,95-116,2008 (Birren JE & Schaie KW ed.; *HANDBOOK OF THE PSYCHOLOGY OF AGING 6th Ed.*, Elsevier Inc., 2006).
- 20) 権藤恭之:生物学的加齢と心理的加齢.権藤恭之編,朝倉心理学講座15 高齢者心理学,朝倉書店,東京,23-40,2008.
- 21) 折茂肇:老年病の特徴.折茂肇編集代表,新老年学,東京大学出版会,304-312,1992.
- 22) 岩切昌宏:老年期の精神障害とその心理.中野善達,守屋國光編著,老人・障害者の心理,福村出版,東京,119-130,1998.
- 23) 竹中星郎:老人臨床における支持.こころの科学,83,54-58,1999.
- 24) 進藤貴子:高齢者の介護にみるクライアントの尊厳と理解について.精神療法,31(5),540-546,2005.
- 25) 室伏君士,田中良憲,後藤基脚:老年痴呆者の理解とケアについて—入院治療の中から,季刊精神療法,4(10),1984.
- 26) 渡辺美鈴,渡辺丈眞,松浦尊磨,樋口由美,渋谷孝裕,白田寛,河野公一: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,4(2),238-246,2007.
- 27) 小川まどか,権藤恭之,増井幸恵,岩佐一,河合千恵子,稲垣宏樹,長田久雄,鈴木隆雄:地域高齢者を対象とした心理的・社会的・身体的側面からの類型化の試み.老年社会科学,30(1),3-14,2008.
- 28) 進藤貴子:高齢者臨床におけるうつ.臨床心理学,2(4),460-466,2002.
- 29) ホイヤー,ヴェルハーゲン(増本康平訳):記憶のエイジング.J.E.ピリン,K.W.シャイエ編(藤田綾子,山本浩一監

- 訳),エイジング心理学ハンドブック,北大路書房,151-164,2008(Birren JE & Schaie KW ed.: *HANDBOOK OF THE PSYCHOLOGY OF AGING 6th Ed.*, Elsevier Inc., 2006).
- 30) 石原治: 記憶. 権藤恭之編, 朝倉心理学講座15 高齢者心理学, 朝倉書店, 東京, 80-94, 2008.
- 31) 渡辺はま: 加齢に伴う記憶機能の変化と維持. 行動科学, **42**(2), 89-98, 2003.
- 32) 久保(川合)南海子: 高齢ザルにおける学習と記憶 — 老化によって失うものと現れてくること — . 行動科学, **42**(2), 77-88, 2003.
- 33) Goldfarb AI: Patient-doctor relationship in treatment of aged persons, *Geriatrics*, **19**, 18-21, 1964.
- 34) 下仲順子: 高齢者の人格と加齢. 下仲順子編, 高齢期の心理と臨床心理学, 培風館, 東京, 78-93, 2007.
- 35) 下仲順子: 百歳老人のこころ. 老年精神医学雑誌, **7**(2), 145-152, 1996.
- 36) シャロン・R・カウフマン(幾島幸子訳): エイジレス・セルフ 老いの自己発見. 筑摩書房, 東京, 1988(Kaufman SR: *The Ageless Self, Sources of Meaning in Late Life*, The University of Wisconsin Press., 1986.)
- 37) 河合隼雄: 老いるとはどういうことか, 講談社+α文庫, 1997.
- 38) 山中康裕: 老いの魂学. ちくま学芸文庫, 東京, 1998(初出: 老いのソウロロジー, 有斐閣, 東京, 1991.)
- 39) 山中康裕: 高齢者臨床におけるコア, 臨床心理学, **2**(4), 441-446, 2002.
- 40) 村瀬嘉代子: 高齢者心理臨床における専門性と人間性, 精神療法, **32**(2), 172-178, 2006.
- 41) 橋木てる子: 臨床: 高齢期の心理的問題. 権藤恭之編, 朝倉心理学講座15 高齢者心理学, 朝倉書店, 東京, 170-186, 2008.
- 42) 日本臨床心理士会事業委員会編: 第5回「臨床心理士の動向ならびに意識調査」報告書. 日本臨床心理士会, 2009.
- 43) ポプ・G・ナイト(長田久雄監訳, 藤田陽子訳): 高齢者のための心理療法入門 — 成熟とチャレンジの老年期を援助する, 中央法規出版, 東京, 2002(Knight BG: *PSYCHOTHERAPY WITH OLDER ADULTS 2nd ed.* Sage Publications, Inc., 1996).
- 44) 黒川由紀子: 認知症と回想法, 金剛出版, 東京, 2008.
- 45) 竹田伸也, 田治米佳世: 地域における集団的認知症予防プログラムに関する予備的検討. 老年精神医学雑誌, **16**(8), 949-957, 2005.
- 46) 新福尚武: 老年期の精神療法 — その特殊性と基本的問題 — . 精神療法, **23**(6), 3-9, 1997.
- 47) 奥村由美子: 認知症高齢者への回想法に関する研究. 風間書房, 東京, 2010.
- 48) 黒川由紀子: 高齢者ケアにかかわる専門職への心理的サポート. こころの科学, **96**, 62-67, 2001.
- 49) 内田明子: デイケア・サービス. 黒川由紀子編, 老いの臨床心理 — 高齢者のこころのケアのために, 日本評論社, 181-198, 1998.
- 50) 山本明芳: 老人保健施設. 黒川由紀子編, 老いの臨床心理 — 高齢者のこころのケアのために, 日本評論社, 140-165, 1998.
- 51) 黒川由紀子: 世代間交流としての回想法. 精神療法, **32**(2), 139-145, 2006.
- 52) 竹田伸也, 田治米佳世: 認知症予防への扉, コープ出版, 2007.
- 53) 岩田直也, 永田博, 進藤貴子: 高齢者が骨折から再適応に至るまでの心理過程モデル. 川崎医療福祉学会誌, **19**(1), 169-176, 2009.
- 54) 小倉啓子: 特別養護老人ホーム新入居者の生活適応の研究 — 「つながり」の形成プロセス. 老年社会科学, **24**(1), 61-69, 2002.
- 55) 藤若恵美, 進藤貴子, 永田博: 2009 孫世代の高齢者介護観と介助に対する自信: 祖父母との親密性と介護経験との関連. 川崎医療福祉学会誌, **19**(2), 351-357, 2009.
- 56) E.H.エリクソン, J.M.エリクソン, H.Q.キヴニック(朝長正徳, 朝長梨枝子訳): 老年期 — 生き生きしたかわりあい, みすず書房, 東京, 1997(Erikson, E.H., Erikson, J.M., & Kivnick H.Q.: *Vital Involvement in Old Age*, W.W.Norton & Co Inc., 1994).
- 57) 北本福美: 音楽療法をとおして老いと死を考える — クライアントとともに味わう「玉響」のとき — . こころの科学, **96**, 57-61, 2001.
- 58) ヴァルター・シュルテ(飯田眞, 中井久夫訳): 精神療法研究. 岩崎学術出版社, 東京, 1994(Schulte, W.: *Studien zur heutigen Psychotherapie*, Quelle & Meyer, Heidelberg., 1964)
- 59) 北本福美: 音楽療法. 黒川由紀子編, 老いの臨床心理 — 高齢者のこころのケアのために, 日本評論社, 東京, 85-106, 1998.

- 60) 奥村由美子：回想法．黒川由紀子編，老いの臨床心理 — 高齢者のこころのケアのために，日本評論社，東京，64-84，1998．
- 61) 大橋一恵：老年期患者の精神療法．土居健郎教授還暦記念論文集刊行会編，臨床精神医学論集，星和書店，東京，119-132，1980．
- 62) 室伏君士：痴呆老人の理解とケア．金剛出版，東京，1985．
- 63) 進藤克郎：高齢者臨床における痴呆．臨床心理学，2(4)，453-459，2002．
- 64) クリスティーン・ボーデン（檜垣陽子）：私は誰になっていくの？ アルツハイマー病者からみた世界．かもがわ出版，京都，2003（Boden,C. : *Who Will I Be When I Die?* HarperCollins Australia., 1998）．
- 65) 呆け老人をかかえる家族の会・日本アルツハイマー病協会編：痴呆の人の思い，家族の思い．中央法規出版，2004．
- 66) 萱原道春：老年期痴呆への心理療法的アプローチ 痴呆老人の心理力動的な理解．心理臨床学研究，5(1)，4-13，1987．
- 67) 進藤貴子：老年期痴呆患者との対話精神療法（個人精神療法）．精神療法，23(6)，563-567，1997．
- 68) 石崎淳一，石井洋，目黒謙一：初期アルツハイマー病患者の語るライフストーリー．臨床心理学，3(4)，521-530，2003．
- 69) 小澤勲：痴呆老人からみた世界 老年期痴呆の精神病理．岩崎学術出版社，東京，1998．
- 70) 進藤貴子：老人痴呆 心理的ケア．氏原寛，山中康裕編，老年期のこころ，ミネルヴァ書房，京都，210-227，1994．
- 71) 進藤貴子，山中康裕：老人性痴呆 夢と気概に生きぬく棟梁．氏原寛，東山紘久編，別冊発達18 発達とカウンセリング，ミネルヴァ書房，京都，293-301，1994．
- 72) スー・ベンソン編，トム・キットウッド，ボブ・ウッズ著（稲谷ふみ枝，石崎淳一訳）：パーソン・センタード・ケア — 認知症・個別ケアの創造的アプローチ．クリエイツかもがわ，京都，2005．（Benson,S. Ed. : *Person-centred Care : Creative Approaches to Individualised Care for People with Dementia*, Hawker Publications, 2000）．
- 73) 竹田伸也，田治米佳世，西尾まり子：軽度アルツハイマー病患者に対する個別回想を用いた集団療法プログラムの効果．老年精神医学雑誌，21(1)，73-81，2010．
- 74) 松田修：高齢者に対するメモリートレーニング — 初期アルツハイマー病に対する認知リハビリテーションの心理療法的効用と起序 — ．精神療法，32(2)，154-159，2006．