

of what we think of as morality may actually be opportunism that is strongly influenced by the special interests of those who stand to gain from a specific situation. For instance, if your finger was accidentally amputated by a sharp-edged tool, you would need a medical specialist nearby who can suture your nerves and vessels. If you do not have such a specialist nearby, you will almost certainly think, "Why don't they have such a specialist here?" It is a fact that the view of the problematic issue "collapse of local medicine," which is being widely discussed in Japan, differs from the ordinary person's experience or needs. Rather, Japanese people consider themselves as the exception in most cases. However, it is impossible for people (particularly elders) to accept their increasing potential for death.

All-Aroundness in Old Age

The meaning of most of our "digital information" (or possibly digitalized information) disappears when we become older than the average life expectancy. It is thought that these people are living in the world where the detail of the parts and the whole become nested together as one. Shunsuke Tsurumi wrote, "It is difficult to realize the all-aroundness when getting older. In childhood, it is easily realized. Can you realize it again in the old age?" (Tsurumi, 2007, pp. 10–15) All-aroundness may aspire to the freeness that deals with specifics without being bothered by details. At least a part of the people will be able to accomplish death in all-aroundness. It is important that healthcare professionals make every effort to help each of those under our care to achieve all-aroundness.

References

- Hashimoto, D. (1993, January 8). Opinion. *Asahi Shinbun*, p. 15.
- Matthews, D.A. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32, 253–258.
- Michel, J.P., Huber, P., & Cruz-Jentoft, A.J. (2008). Europe-wide survey of teaching in geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1536–1542.
- Miki, S. (1997). *Human body: Consideration under the biological history*. Tokyo: Ubusuna Shoin.
- Nippon Hoso Kyokai. (2006). [*Giant tree: A mystery of life in Waga mountains*]. Retrieved from <http://www.nhk.or.jp/special/onair/060305.html>
- Nishimura, S. (1997). [*Linne and his apostles*]. Tokyo: Asahi Shinbunsha.
- Ozawa, T., Eto, F., & Takahashi, R. (1999). *Guide for comprehensive geriatric assessment* [Japanese]. Tokyo: Ishiyaku Pub. Inc.
- Takahashi, R. (2005). Prevention of accidental falls by the aged. *Nippon Naika Gakkai Zasshi (Journal of Japanese Society of Internal Medicine)*, 94, 2400–2406.
- Takahashi, R., Asakawa, Y., & Hamamatsu, A. (2007). Deaths during bathing in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1305–1306.
- Takahashi, R., & Liehr, P. (2004). His-story as a dimension of the present. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1594–1595.
- Takahashi, R., & Liehr, P. (2007). Nutritional improvement through an alternative perspective. *Geriatrics and Gerontology International*, 7, 201.
- Tsurumi, S. (2007). Special topics: Tsurumi Syunsuke, talking about poem. *Gendaishi Techo (Modern Poetry Journal)*, 50, 10–12.
- Weil, S. (2009). *The need for roots*. (Y. Yamazaki, Trans.). Tokyo: Shunjusha.

高齢社会の老年学

Aging Society and Role of Gerontology

Ryutaro Takahashi 高橋龍太郎

(東京都健康長寿医療センター研究所)

E-mail: takaryu@tmig.or.jp

Key Words

- 健康寿命
- 社会関係資本
- 自殺
- 役割
- 超高齢期

Summary

Life expectancy in Japan has been at the top level in the world for more than 20 years. Importantly, the first position of male and female Healthy life expectancy (HALE) is no doubt. Although our society achieved a very healthy country, there are increasing numbers of mental illness patients, decrease of fertility rate and decrease of older people's role at home. Japan and Korea share common social problems in some aspects. Our aged society is urgent for preparing higher satisfactory life at the oldest old age. Evaluating quality of life at this stage and establishing gerotranscendence concept is hopeful, which would contribute to better understanding of the oldest old people. Research on life at the end and soft landing to the end are also essential.



著者プロフィール
高橋龍太郎

東京都健康長寿医療センター研究所副所長

1976年、京都大学医学部医学科卒。

1977年、東京都老人医療センター（現東京都健康長寿医療センター）内科に勤務。カナダEfamol（必須脂肪酸）研究所流動研究員、東京都老人医療センター内科医長、岩手県沢内村立病院内科医長、宮城県鶯沢町立医院院長、東京都老人総合研究所看護学研究室長、研究部長などを経て現職。

著書に『図解・症状からみる老いと病気とからだ』（中央法規出版）、『高齢者の生活機能評価ガイド』（医歯薬出版）、『考える福祉』（東洋館出版）、『新老年学』（東京大学出版会）などがある。

日本は健康長寿国であるという事実

わが国が世界でトップレベルの長寿国になってからすでに久しい。最近、100歳以上の高齢者の所在不明が次々判明し、海外の報道の中には日本の寿命データに疑問を投げかけるものも出た。しかし、高齢者が所在不明のまま放置されたことの問題はあるものの、寿命算出のもととなるデータは人口の少なくなる100歳前後以上は含めておらず、平均寿命の数値が大きく変わる可能性はないため、依然として世界最長寿国の一つであることは変わらないという。ごく最近の発表においても、

女性は86.4歳と相変わらず世界第1位で、男性は79.6歳と第5位にあり、全体としてはほぼトップにあると考えられる。

特に重要なのは平均健康寿命（healthy life expectancy: HALE）である。病気や障害による生活の支障がない“完全な健康状態”の寿命をいい、“病気や障害のある状態”を含む平均寿命よりも6～7歳少ない年齢となる。少し前の統計であるが2002年度のデータでは、このHALEが男女とも世界一で、全体としては第2位を大きく引き離している（表1）¹⁾。このことは、少なくとも現段階においてみた場合、日本は世界で最高の健康状態を達成し

表1. 平均健康寿命Healthy life expectancy (HALE) 上位10カ国

国名	平均健康寿命(年)		
	男性	女性	全体
①日本	72.3	77.7	75.0
②サンマリノ	70.9	75.9	73.4
③スウェーデン	71.9	74.8	73.3
④スイス	71.1	75.3	73.2
⑤モナコ	70.7	75.2	72.9
⑥アイスランド	72.1	73.6	72.8
⑦イタリア	70.7	74.7	72.7
⑧オーストラリア	70.9	74.3	72.6
⑨スペイン	69.9	75.3	72.6
⑩アンドラ	69.8	74.6	72.2

(文献1より引用改変)

ている国ということになる。後程述べるように課題も山積しているが、そのような基礎をもっている国であることははっきり認識してよいであろう。

ここで注目したいのは、最長寿命国ランキングの上位に入る他の国々である。スイス、フランス、カナダなどと並んで、モナコ、アンドラといった欧州や、シンガポール、香港、マカオ、カタルなどアジアにある面積の狭い小さな国が入っている。なお、このランキングは年度により順位がかなり変わるが、その理由の一つは、人口100万人未満の国では少しの変化が大きくその国の平均寿命に影響してしまうため、そのような国々は統計から除外されることもある。さて、小さな国だから長寿命国になりやすいという単純な理由はないので、これらの国々がランキング上位にあるのはなぜだろうか。一つの考え方として、規模が小さくても周囲の国に統合されずに独立し続ける歴史・経済・文化的な基盤があり、それが国の政治社会体制を維持するのに力を発揮して民政が安定し、健康度が高いの

ではないだろうか。

このことを今後のわが国の高齢社会のあり方に置き換えてみると、歴史・経済・文化的にまとまりのある地域においてその特徴を生かす体制のもとに、相互に関心や信頼を高め合える可能性を保証していくことが、健康寿命の維持、延伸に大切なのだと思われる。ソーシャル・キャピタル (social capital, 社会関係資本) というコンセプトがある。これは地域・社会への信頼や人間関係の強さを表し、最近関心を集め研究が広がりはじめている。このような領域が高齢社会研究の重要な柱の一つになっていくことは間違いないだろう。

日本と韓国の類似性

他の東アジア諸国でも高齢化の進行が急速であることはよく知られている。すでに長寿国の仲間入りをしているシンガポールや香港はもとより、台湾や韓国などにおいても世界最速の高齢化といわれた日本をしのぐ勢いで人口の高齢化は進んでいる。これらの国々の人々と研究交流が盛んになってきて驚くのは、社会が抱えている課題の類似性と共通性である。先日、韓国の大学医学部で卒後研修をしている在日韓国人の若い医師と話をしていたら、伝統的規範や社会意識の変化、高齢者医療の領域で専門性を発揮していくことの困難さなど、多くの点でほぼ一致した印象をもっていた。台湾で出会った30代の医師との話も大きく違わない内容であった。実際の制度や習慣においてはかなりの差異が存在するけれど

も、グローバルな時代、飛行機で数時間の距離にある国々の多くは類似した状況にある。

その中でも韓国と日本の類似性は顕著である。たとえば、しばしば報道されている少子高齢化の代表指標である合計特殊出生率は、2009年段階で日本が1.37、韓国ではさらに低い1.15となっていて、イタリアなど一部の欧州諸国と同等ないしそれ以下の低水準にある。また、最近報道された両国の年間自殺率の変動パターンは衝撃的なほど瓜二つである(図1)²⁾。自殺の多い国としては、日本以外にロシアや東欧州諸国が知られていたが、韓国は2003年に日本やハンガリーを抜いて、OECD加盟国の中で第1位となっている。図1をみると、近年の両国における増加の主因は経済の落ち込みであると推測される。おそらく中高年齢層で自殺が増えたのであろう。しかし、それ以外にも若いタレントや女優の自殺など、日本と韓国においては“不安が増幅する時代”を迎えていることを示唆している。

この精神の失調が目立ってきている一例として、人事院が発表した国家公務員長期病休者のデータをみてみる。長期病休者の総数は、定員削減の影響もあって徐々に減少傾向にあるが、精神・行動の障害による長期病休者数は確実に増加しており、最近では病休者全体の2/3を占めるまでになっている(図2)³⁾。高齢者においても機能性精神疾患の頻度が改善している傾向はみられておらず、自殺やうつ病などの推移、関連要因、対策を日本と韓国共同

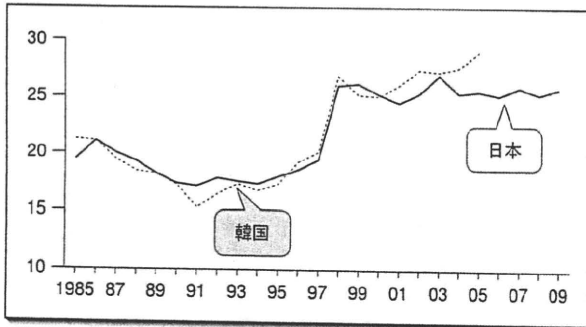


図1. 韓国と日本の自殺率
(文献2より引用改変)

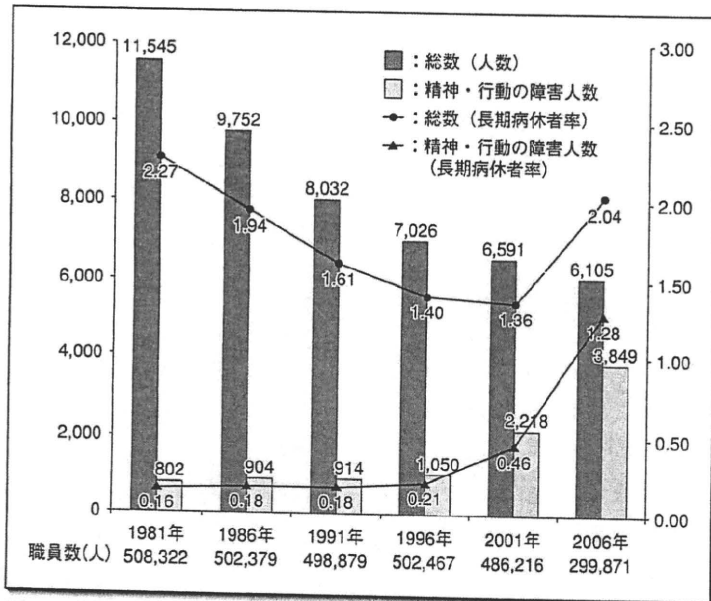


図2. 国家公務員長期病休者の推移
(文献3より引用改変)

で検討することは、今まで気づきにくかった点を明らかにしたり、仕方がないとしてしまう傾向を克服するためにも大切な作業であると思う。

韓国など他の国との比較においても気になるデータがある。内閣府は定期的に高齢者の生活と意識に関する国際比較調査を行っており、その第6回調査結果が公表されている。その中で、家庭における高齢者の役割を示し

た結果をみると、韓国に比べて「家族などの相談に乗る」、「家族のために働く」高齢者の割合が低く、「役割がない」割合は高い。そして、子供の世話をする高齢者はこの5ヶ国調査中で最も低率である(図3)⁴⁾。欧州では退職後は仕事を何もしないで生活する傾向が強かったり、米国では結婚した子供と同居することはほとんどない、といった文化や社会慣習の差異を越えたわが

国の現実であり、この課題に対して真剣に取り組んでいかねばならない。

老年後期への備え

65歳を超えた時点で高齢者とする、などは非現実的であるという議論はずいぶん昔からある。退職年齢や年金制度などをもとにした恣意的区分であるから、もし60歳代の人々の雇用環境が整備されていけば70歳へと変更することも可能である。高齢期、老年期に関してもっと重要なことがある。それは、この時期を死亡まで含めて一括りにしてよいか、という点である。厚生労働省が提案した後期高齢者(長寿)医療制度は、高齢者を年齢によって差別するものとして評判が悪く、再構築が図られている。筆者の意見は、平均寿命を超える高齢者(ここが難しいところで、寿命に男女差があることから80歳ないし85歳と基準を一つにできるかどうか、たとえば中間値としては80歳ということになる)、すなわち後期高齢者あるいは老年後期の高齢者は前期高齢者と比べた場合、生活課題、心身機能など全般的に異なる段階に入っていくと考えてよいのではないかと、いうものである。

80歳を超える高齢者は、うまく説明できない矛盾した表現や行動をとることがあるといわれる。経験に基づいて冷静に現実を見極めて対応するといった態度をとることもあれば、金銭や物へのこだわりを捨てて達観したような面がある。今後の見通しがついているから、物へのこだわりが少なくな

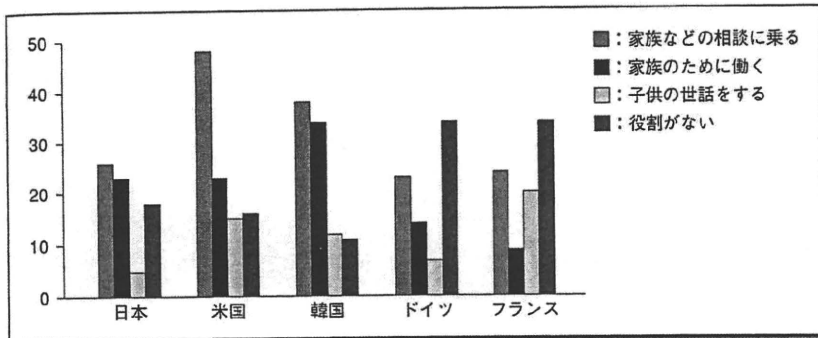


図3. 家庭における高齢者の役割 (複数回答)

(文献4より引用改変)

るのかもしれない。たとえば、「トリアピアの泉」というテレビ番組で、全国2,000人の80歳以上の高齢者に“嘘だと思うことわざ”を聞いたところ、次のような順番になったという(2004年10月13日放送)。

- 第1位 果報は寝て待て
- 第2位 老いては子に従え
- 第3位 渡る世間に鬼はなし
- 第4位 金は天下の回りもの
- 第5位 石の上にも三年

じっと我慢して努力を続け、結果を待っても思うようにはならず、世間は厳しいものであり、子供に従うよりも自分で何とかやっていくことを考えなければならない、といった考えをもっていることになる。生きていくことへの大変厳しい認識といわねばならない。しかし、金銭欲や物欲が消えていく人々がかなりの割合でいることも事実であると思われる。さらに、生と死、自己と他人、過去と未来という区別が入り様に混在する特徴もみられる。スウェーデンの社会学者トルンスタムは“Gerotranscendence：老年的超越”という概念を提案し、この特徴を説明

している。また、著名な心理学者のエリック・エリクソンは(実際に追補版を出したのは妻のジョウン・エリクソン)、自分が提案した8段階からなるライフステージ論の老年期にあたる第8段階に新たな第9段階を付け加え、自説を訂正している。筆者らも、日本における老年後期ないし超高齢期の特徴を把握し、その傾向の強弱を測定する尺度の開発を行っている⁵⁾。

人は軟着陸を望む

死が避けたいと予想される高齢者をめぐる医療やケアのあり方、それを支える考え方の課題整理と方向性の議論は、今や全国民に求められている。前述した後期高齢者医療制度に対し、過半数の高齢者が賛同したという調査結果もあり、新聞やテレビで報道されている「年齢による高齢者差別」という批判は、社会で活躍している元気な高齢者や中年あるいは前期高齢者の一部の意見かもしれない。いずれにせよ、当事者である老年後期にある高齢者の意見を中心に議論されている気配はない。

決して年老いてから亡くなったわけではないが、正岡子規の死ぬ直前の随筆『病床六尺』に次のようなくだりがある。「余は今まで禅宗のいはゆる悟りといふ事を誤解して居た。悟りといふ事は如何なる場合にも平気で死ぬる事かと思つて居たのは間違ひで、悟りといふ事は如何なる場合にも平気で生きて居る事であつた」⁶⁾。死ぬことの困難ではなく生きていくことの困難、いかに死ぬかではなくいかに生きていくかという課題設定なのである。死に向かつて恐怖と苦痛に満ちて真逆さまに落ちていくことなど誰も望まない。人生というフライトは軟着陸が基本である。それを保証するためには、医療や介護、福祉などの専門職の専門性を問い直すような地道な作業と研究が必要である。わが国において老年学が未発達である状況は、私たち一人一人に難しい宿題として返ってきている。

●文 献

- 1) WHO: Healthy Life Expectancy2002 http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_4_en.pdf
- 2) 毎日新聞：自發大國韓国の「苦惱」、2010年7月22日
- 3) 人事院：平成18年度国家公務員長期病休者実態調査。
- 4) 内閣府：高齢者の生活と意識。第6回国際比較調査。 http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_kiso/index.html
- 5) 増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子, 他：心理的well-beingが高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴。老年社会科学 32：33-47, 2010
- 6) 正岡子規：病床六尺。東京、岩波書店、43, 1984

高年齢者医療から見える 介護保険制度

3-4

高橋龍太郎
東京都市健康長寿医療センター
研究部 副所長

図)という非日常の場なのでご本人の家庭・社会環境を基とした医療方針と退院計画を明らかにすることが目的になります。中心が医療であるだけに、その実践過程には倫理的な配慮やより大きな決定も求められるでしょう。いずれにせよ、もしその当時「アセスメント」と「ケアプラン」が共通の言語として利用できていたら、と個人的には深い感慨を覚えます。

高齢者医療も介護も 担い手の育成が必要

介護職員の不足が話題になります。あまり知られていないことだと思いますが、高齢者医療・看護を担う医師・看護師の不足も深刻な状況にあります。

多くの医師にとつてのやりがいや達成感、専門性の高い医学知識の獲得と技術の実践、それによる症状の劇的な改善・治癒によって得られます。しかしながら、慢性疾患を主な対象とする高齢者医療の現場は、ほかの医療現場と比べてその達成感が得にくい仕事なのです。過疎地域やいくつかの診療科目の医師不足の理由

医療と介護は不可分である という認識が進む

介護保険制度が開始された平成12年よりさらに10年ほど前、東北地方のある村の医療機関に勤務していたことがあります。その頃、村では病院の赤字が累積し、医療サービスを縮減すべきかどうかをめぐり村長と病院長が対立していました。その象徴だったのが「越冬院」と呼ばれる、腰痛などの慢性疾患をもつ高齢者の冬期の入院でした。

これについて病院長は「医療が福祉の側面をもつのは避けがたい」と言っていました。私は「急性期の高齢者医療」という珍しい臨床現場に長くいたので、一般病院における高齢者への医療提供のあり方について、経営にまで責任をもつ者の苦しさのしむこの言葉の背景を理解できました。

介護保険が始まってから、その村にも介護サービスを提供する施設がつけられました。すべてではないにしても、問題の一部は解決されたと思います。介護保険制度によって、慢性疾患を基本とする

は、医師の絶対的な不足というより、こうした達成感の得にくさや、ほかの医療現場と比べての低賃金が関係しています。結果的に、割に合わない職場から医師は撤退してしまうのです。

高齢看護も同じような状況にあります。認知症の看護やケアは固執力を入れていることもあってなかなかの人気ですが、高齢看護も認知症看護はカバーする領域が狭まるのはいつも同じではありません。高齢者医療・看護・介護の意義とやりがいを明確に示して人材を育成することは共通の最重要課題です。

高齢者医療、介護が共に 進むための立ち位置とは

最後に、医療と介護の大きな違いの一つについてお話しします。

医学を中心とする医療は間違いなく進歩しています。たとえば、がんの治療法、糖尿病の薬物療法などは十年前とは大きく変わって、たくさんの方がその恩恵を受けています。このような変化を毎年受ける人はいないでしょう。一方、介護は進歩するのでしょうか、進歩しているのか。

医療においては、日々の生活・活動の支えである介護を別建てで考えるわけにはいかないことが、すべての医療職に認識されました。

アセスメントとケアプラン という言葉が定着化

驚くのは「アセスメント」と「ケアプラン」という二つのカタカナ用語の普及です。今や病院に勤務していてもこれらの言葉を知らない医療職はいないのではないのでしょうか。看護師やリハビリ専門職にとつてはすでに定着していた言葉だと思いますが、平成6年、総合評価報酬という新しい医療提供システムを立ち上げたとき、この二つの言葉が今のように普及していたらどんなに助かったかと思えます。このシステムを簡単に言えば、医師・看護師、ソーシャルワーカーを中心として評価(アセスメント)をもとに医療・ケア方針(ケアプラン)を立て実践していくというもので、現在の介護サービス利用過程と瓜二つです。

似ているといっても同じものではありません。高齢者医療は、病院(医療機

術)その考え方に十年前とは大きく変化してきた面もあるでしょう。しかしながら、医学・医療のような意味での大きな変化はなく、介護は、むしろ、人間の性質の普遍性、を巡って格闘している仕事であるように思います。

さて、進歩する医療と介護の普遍性の狭間に悩んでいる人がたくさんいます。それが高齢者を専門とする医師であり看護師であり、介護職だと思えます。どんな悩みかといえば、自分の仕事のアイデンティティ、よって立つ根拠が見えない、見えにくいことです。「高齢者」と前に付くことの意味が、よくわかっていないのです。

病院の患者さんの大部分を高齢者が占めている現在において、高齢者医療・看護は、一般の医学、一般の看護学とどこが違うのか。説明がもう少しわかりやすくなれば、この道を希望する若い世代も育ってくることでしょう。これは、介護現場にも応用できる考え方だと思っています。

Factors associated with reducing the Tojikomori for potentially dependent elderly

The Kaigoyobou Keizokuteki Hyouka Bunseki Shien Jigyou of the Health, Labour and Welfare Ministry

Sachiko Yamazaki¹⁾, Seiji Yasunuma²⁾, Aya Goto³⁾, Hitomi Sasaki⁴⁾, Ichiro Okubo²⁾, Yutaka Ono³⁾, Satoko Ohara⁴⁾, Shuichi Obuchi⁵⁾, Michiko Sugiyama⁶⁾, Takao Suzuki⁷⁾, Akira Honma⁸⁾, Toshimasa Sone⁹⁾, Ichiro Tsuji⁹⁾

- 1) Department of Public Health, Fukuoka Medical University School of Medicine
- 2) University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive Human Science
- 3) Health Center, Keio University
- 4) Tohyo Medical and Dental University, Dental Hospital
- 5) Tohyo Metropolitan Institute of Gerontology
- 6) Kanagawa University of Health Sciences
- 7) National Institute for Longevity Sciences
- 8) TOKYO Dementia Care Research and Training Center
- 9) Tohoku University School of Medicine

The purpose of this study was to determine factors for reducing the Tojikomori for potentially dependent elderly. The definition of the Tojikomori was going out not more than once a week. The participants were Tojikomori individuals with scores corresponding to the 16th item in the basic checklist from the database. This item was collected in the Kaigoyobou Keizokuteki Hyouka Bunseki Shien Jigyou of the Health, Labour and Welfare Ministry during the first investigation. At the one-year follow up, the subjects were divided into the improved group (*n*=168) and unimproved group (*n*=106). The basic checklist had other risks requiring care including "functional improvement of the musculoskeletal system", "prevention and support for dementia", and "prevention and support for depression". Approximately 80% of the Tojikomori overlapped with the need for functional improvement of the musculoskeletal system. Approximately 50% of the Tojikomori group overlapped with the need for prevention and support for dementia, or depression. The result of multiple logistic regression analysis showed that having supports for hospital visit resulted in higher cognitive activity and participation in ambulant type prevention programs for reducing the Tojikomori of the older individuals. Participation in the home-visiting type prevention programs for long-term care (functional improvement of the musculoskeletal system) contributed negatively to reducing the Tojikomori. As shown above, it was suggested that more active ambulant type prevention programs for long-term care and consideration of the new program in the visiting type prevention programs for long-term care were required in order to reduce the Tojikomori for potentially dependent elderly.

Key words: Tojikomori, frequency of going outdoors, care prevention, potentially dependent elderly, risks requiring care

資料論文

心理的 well-being が高い虚弱超高齢者における 老年的超越の特徴

—— 新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて ——

増井幸恵^{*1}, 権藤恭之^{*2}, 河合千恵子^{*1}, 吳田陽一^{*3}, 高山 緑^{*4}, 中川 威^{*5}, 高橋龍太郎^{*1}, 關牟田洋美^{*6}

抄録

本研究の目的は、日本人高齢者に適した老年的超越質問紙を開発し、心理的 well-being が高い脆弱超高齢者の老年的超越の特徴を検討することであった。10人の高齢者へのインタビューから質問紙を作成し、在宅高齢者500人(男性198人、女性302人)に実施した。因子分析の結果、「あたりがたま」「おかげ」の認識、内向性、二元論からの脱却、宗教的もしくはスピリチュアルな態度、社会的自己からの解放、基本的に生得的な尊厳感、利他性、無為自然と命名された8因子を抽出した。次に、在宅超高齢者149人(男性51人、女性98人)をクラスター分析により高機能高 well-being (以下、WB)群、低機能低 WB群、低機能低 WB群に分類し、質問紙の下位尺度得点を比較した。低機能高 WB群は低機能低 WB群より内向性、社会的自己からの解放、無為自然の得点が高く、宗教的もしくはスピリチュアルな態度の得点が低かった。これらの結果から老年的超越の一部の下位因子は心理的 well-being の高さと関連し、その低下を緩和する可能性が示唆された。

Key words: 老年的超越 (gerotranscendence), 心理的 well-being, 脆弱, 超高齢者 (85歳以上)

1. はじめに

現在、高齢者人口のなかでも85歳以上の高齢者(以下、超高齢者)の人口が増加し続けている。平成17(2005)年の超高齢者の人口の割合は2.3%だったが、平成63(2055)年には11.4%に達し、平均寿命も男性で83.7歳、女性では90.3歳になると予測されている¹⁾。

こうした超高齢者人口の増加を背景に、スウェーデンの Tornstam が提唱した老年的超越 (gerotranscendence) 理論は、従来のサクセスフル・エイジング像と異なる発達像を示す理論として関心をもたれている²⁻⁴⁾。老年的超越とは高齢期に現れる価値観や心理・行動の変化であり、社会との関係、自己意識、宇宙的意識という3つの次元で複数の特徴が現れるとされる(表1)。国外では、実証研究もさかんであり、尺度の構成および信頼性・妥当性の検討^{5,6)}、関連要因の検討^{7,8)}、介入研究⁹⁾などが行われている。関連要因の検討からは、老年的超越は高齢期全体を通じて発達すること、すなわち、老年的超越の測定尺度の得点が、青年期、中年期より高齢期において高く、さらに前期・後期高齢期よりも超高齢期で高いことが示されている。また、老年的超越は生きることの

- 受付日: 2009.10.21 / 受理日: 2010.2.15
- *1 Yūte Mitsui, Chitao Kawanai, Ryūzō Tsubouchi: 地方独立行政法人東京都市圏高齢者医療センター 研究所 (東京都老人総合研究所)
- *2 Yasuyuki Genda: 大阪大学大学院人間科学研究科
- *3 Yoichi Kuseta: 昭和大学教養部
- *4 Midori Takayama: 慶應義塾大学理工学部
- *5 Takanashi Nakagawa: 大阪大学大学院人間科学研究科博士後期課程
- *6 Hiroomi Inoue: 首都大学東京健康福祉学部
- *1 〒173-0015 東京都練馬区栄町 35-2

能を体系化したLawtonのモデル¹⁹を拡張した高次生活機能¹⁰の概念に基づいて行うこととした。

II. 方法

1. 調査参加者および調査手続き
参加者は65歳以上在宅高齢者500人(男性198人、女性302人、平均79.0歳、SD8.1歳、範囲65-99歳)であった。虚弱な超高齢者でも調査に参加しやすいため、回答しやすいうことを配慮して、超高齢者には主に訪問調査を実施し、前期・後期高齢者には郵送調査を実施した。次に、各調査の概要について述べる。

1) 訪問調査とその参加者
訪問調査の対象者は、東京都I区A地区に在住し、生年月日が1923年10月1日以前(調査時85歳以上)の者全員を2008年7月1日付住民基本台帳から抽出した(全対象者数410人)。対象者に調査依頼状を送付後、調査員が対象者宅に訪問し、調査同意を得たあと、面接調査を行った。参加者は155人(男性54人、女性101人、平均88.4歳、SD3.2歳、範囲85-99歳)であり、死亡、転居、入所長期入院などで当該地域に在住していなかった者を除いた参加率は46.4%であった。調査期間は2008年10-11月であった。

2) 郵送調査とその参加者
郵送調査参加者は、①訪問調査参加者の同居家族で同意を得た39人、②老年学についての講演会参加者で同意を得た306人から成り、計345人(男性144人、女性201人、平均74.7歳、SD5.7歳、範囲65-92歳)であった。前者は同居者がいた訪問調査参加者112人の家族に依頼し、39人の同意を得た。後者は前述の講演会参加者2,306人に依頼し、306人の同意を得た。調査期間は2008年10-12月であった。

参加者の基本属性、高次生活機能、心理的well-being変数の特徴を調査別に表2に示した。

に適應し、そのための心理的機制が機能していると考えられる。

虚弱超高齢者の心理的適應に関して、Joan Erikson (以下、Erikson) は、8段階の心理社会的発達段階理論を延長し、第9段階の心理的発達の可能性を論じている¹²。Eriksonは、超高齢期の身体機能の低下や社会的ネットワークの縮小が大きき心理的危機をもたらすこと、その危機を乗り越えて心理的適應に至るためには、新たな心理的発達が必要であることを指摘した。加えて、Eriksonは、第9段階の心理的発達の内容として老年的超越の可能性を論じている。他の研究でも、第9段階の発達が生じる年代であると考えられる超高齢者では前期高齢者よりも老年的超越の特徴が相対的に高いことが示されており¹³、Eriksonの仮定を裏づけるものとなっている。しかし、Eriksonが想定した超高齢期の虚弱化から生じる心理的危機に対する心理的適應という観点から、老年的超越の役割を検討した研究はまだない。

そこで、本研究においては以下の2点について検討を行う。はじめに、日本人高齢者を対象とした老年的超越質問紙の開発を行う。老年的超越は超高齢期までを含む高齢期全体に渡り発達すると予測されるため⁹、前期高齢者、後期高齢者、超高齢者のすべてを含む集団を対象として質問紙の開発を行うこととする。データの収集については、前期・後期高齢者においては郵送調査法により行う。超高齢者については、地域在住者の約4割が要介護状態であり¹⁰、郵送調査のような脆弱者の参加が容易でない調査方法では脱落する可能性が高いと考えられるため、特定地域の悉皆訪問調査によりデータを収集することとする。

次に、開発された質問紙を用い、先述の訪問調査に参加した超高齢者を対象として、虚弱超高齢者における心理的well-beingの状態と老年的超越との関連性、および老年的超越のどの特徴が心理的well-beingに関連するのかが検討する。なお、本研究では、虚弱を日常生活における自立性が低下した状態と定義し¹⁴、自立性の測定は身体・生活機

表1 Tomstamの老年的超越概念の内容

次元	超越の特徴	説明
社会との関係の変化	人間関係の意義と重要性の変化	友人の数や交友範囲の広さといった表面的な部分は重視せず、少数の人と深い関係を経験することを重視するようになる。
	社会的役割についての認識の変化	社会的役割に自己の適性を再認識し、社会的な役割や地位を重視しなくなる。
	無垢さの解放	内なる子どもを意識することや無垢であることが成熟にとつて重要であることを認識する。
	物質的豊かさについての認識の変化	物質的な富や豊かさは自らの幸福には重要でないことを認識する。金銭に基いた知恵の獲得
	自己認識の変化	自己のなかにこれまで知らなかった、隠された部分を見出す。
自己意識の変化	自己中心性の減少	自分が世界の中心にあるという考え方をしなくなる。
	自己へのこだわり減少	身体機能や容姿の低下をそのまま受け容れられるようになる。
	自己統合の発達	自己中心的な考え方から利他主義的な考え方に転換する。人生の上かつたことも思ひ出したことも、すべて自分の人生を完成させるために必要であったことを認識する。
宇宙的意識の獲得	時間や空間についての認識の変化	別なと過去、そして未来の区別や、「ここ」と「あそこ」といった空間の区別がなくなり、一体化して感じられるようになる。
	前の世代とのつながりの認識の変化	先祖や昔の時代の人々とのつながりをより強く感じるようになる。
	生と死の認識の変化	死は1つの通過点であり、生と死を区別する本質的なものはないと認識する。
	神秘性に対する感受性の向上	何気ない身近な自然や生活のなかに、生命の神秘や宇宙の意思を感じるようになる。
一体感の獲得	人類全体や宇宙(大いなるもの)との一体感を感じるようになる。	

意味の獲得¹⁵や人生満足感¹⁶と正の関連をもつことが示されており、超高齢期の心理的well-beingに重要な役割を果たすことが考えられる。

一方、日本における老年的超越理論の検証研究はまだ少なく⁹、日本における適用については考慮すべき点もある。それは、老年的超越の内容やその表出は文化によって異なる可能性がある。たとえば、宇宙的超越の根底にあるスピリチュアリティ(霊性、精神性)については、キリスト教が文化の基礎にある欧米とわが国では概念構成や要素が異なることが指摘されている⁹。また、奄美大島在住超高齢者を対象とした質的研究でも、宇宙的超越の次元においてTomstamとは異なる特徴、たとえば、時間概念的な変化は示されず、既存の宗教的観念を超越するのではなく自然で身近な宗教心が高まる、などの点が挙げられている⁹。

表2 訪問調査参加者および郵送調査参加者の基本属性および高次生活機能、健康度自己評価、主観的幸福感の特徴

性別	訪問調査参加者 (n = 155)	郵送調査参加者 (n = 345)
男性	54 (34.8%)	144 (41.7%)
女性	101 (65.2%)	201 (58.3%)
年齢		
平均値 (SD)	88.4 (3.2)	74.7 (5.7)
65 - 74	0 (0.0%)	171 (49.6%)
75 - 84	0 (0.0%)	162 (47.0%)
85 以上	155 (100.0%)	12 (3.5%)
教育歴		
初等教育	70 (45.2%)	27 (7.8%)
中等教育	45 (29.0%)	149 (43.2%)
高等教育	34 (21.9%)	160 (46.4%)
不明	6 (3.9%)	9 (2.6%)
世帯構成		
ひとり暮らし	43 (27.7%)	98 (28.4%)
夫婦のみ	32 (20.6%)	129 (37.4%)
子どもまたは孫と同居	77 (49.7%)	100 (29.0%)
その他	2 (1.3%)	17 (4.9%)
不明	1 (0.6%)	1 (0.3%)
老研式活動能力指標		
総得点 (SD)	8.6 (3.5)	11.8 (1.5)
健康度自己評価		
健康でない	118 (76.1%)	299 (87.2%)
健康である	37 (23.9%)	44 (12.8%)
PGC モジュールスケール		
総得点	11.0 (3.4)	12.0 (3.6)

2. 材料

1) 日本版老年的超越質問紙
質問項目の作成：東京都および秋田県に在住の高齢者20人(男女各10人, 平均92.8歳, 範囲81-106歳)に半構造化面接により, ①Tornstamの老年的超越インタビューガイド¹⁹⁾に基づく17項目(表3), ②現在の体調, ③心身機能の低下に対する認識と対処, をたずねた。
インタビューガイドの翻訳は日本語が堪能なスウェーデン人研究者が行い, 日本人研究者が日本人高齢者に理解しやすいよう質問文の簡略化や補足をを行った。最後に, 修正された質問文と原文の文意の同一性を上記のスクウェーデン人が確認した。インタビュー中の発言はすべて録音・テキスト化された。

3. 解析方法

日本版老年的超越質問紙の作成に関する分析(因子分析および下位尺度の信頼性係数の算出など)においては, 前期・後期高齢者が主である郵送調査データと超高齢者の訪問調査データを合わせたものを用いた。このとき, 因子分析については,

表3 老年的超越インタビューガイドの質問文

テーマ	質問文
1. 全体的な変化	高齢者のなかには, 年をとると自分に対する見方や自分の考えが変化するという人もいます。たとえは, 昔よりも大事に思っていたことが, いまではそれほど大きなことではないと思うようになり, 一方で, 昔は大事に思っていなかったことを大事に思うようになるそうです。このようなことはあなたに当てはまりますか?
2. 楽しみや生きがいの変化	あなたがこれまで楽しみにしていることや, 生きがいとしていることは若いころと変わりませんか? それとも, いまでも同じことに, 楽しみや生きがいを感ずりますか? 新しく楽しみや生きがいとして大事になってきたことはありますか?
3. 時間の超越	ちよつとおかしな話に聞こえるかもしれませんが, 年をとって時間の感覚が変化したという人がいるそうです。たとえば, 昔の思い出を, 現在のことに感じるようになるそうです。まさに子どもたちのように経験した句いや音をいま, 感じるのです。それは, まるで自分が現在と過去の2つの時間のなかに同時にいるように感じることですか? あなたもそのような感じることがありますか?
4. 空間の超越	これらちよつとおかしな話かもしれませんが, 年をとってから, いまここにいない人, たこえは, 遠く離れたところにいる人や, もう亡くなった人とのつながりが強く感じ, その人たちがいまここにいるように感じている人はいませんか? あなたもそのような感じになることがありますか?
5. 過去の世代とのつながり	高齢者のなかには, 年をとって, 自分やその前の世代の人とのつながりについての見方, 感じ方が変わってきたという人がいます。たとえば, 親や祖父母やご先祖様とのつながりについての見方が存在していることを, 昔よりも強く感ずるようになるそうです。あなたもそのような感じることがありますか?
6. 生と死	年をとると, 生きることや死ぬことに対する見方が変化する人がいます。昔は, 死ぬことを怖れていた人が, いまでは死ぬことが怖くないという人もいます。あなたの場合はいかがですか?
7. 精神性の受容	年をとって, 世のなかには理屈(科学や論理)で説明できないこともあるのだと思うようになる人もいます。不思議なことがあっても, それをそのまま, 受け入れられるそうです。あなたもそのような感じることがありますか?
8. 自己との対面	高齢者のなかには, いままで知らなかった新しい自分に気づいたという人もいます。たとえは, いままでの自分にはなかった性格や行動が現れるようになったそうです。そのような変化はよい面もあれば, 悪い面もあるそうです。あなたはどのような感じていますか?
9. 自己中心性の減少	昔は, 自分が中心だと考えていたけれど, 年をとってからは感じないという人もいます。あなたの場合はいかがですか?
10. 自己超越	若いころは, たとえば, 人から偉いと思われたり, ほかに人からよい人だと思われたり, という理由が自分を動かしていました。つまり, 自分自身のことばかりを考えて行動してました。しかし, 年をとると考え方が変わって, 自分の友達や子どもたちのために行動するようになったという人がいます。反対に, 昔は, 人へのことはあまり考えなかったけれど, 年をとってからは自分自身のことばかりを考えたという人もいます。あなたの場合はいかがですか?
11. 内面の子どもとの再発見	多くの人は大人になるときに, 子どもの自分と決別して大人の自分になるとうとします。それが年をとると, もう一度自分のなかに子どもが現れてくるように感じることがあります。あなたはいかがですか?
12. 自己の統合	年をとって, 昔のさまざまな出来事について, 意味がわかるようになったという人がいます。たとえば, 当時の出来事について, いまではそのことがあったからこそいまの自分があると思えるようになったそうです。あなたもそのような感じますか?
13. 人間関係の認識の変化	年をとると, 他人や周囲の人との付き合い方が変わる人がいます。以前は, 広い交友関係をおもっていたと思っていた人が, 狭くとも, 深い付き合いをもつようになるそうです。反対に, より多くの人と知り合い, 友達になりたいと思う人もいます。あなたも人との付き合い方が変わりましたか?
14. 社会的マスク	私たちは, 家庭や社会のなかで何らかの役割をこなしています。年をとると, その役割には縛られず, 自分の気持ちに正直に生きていきたいと思う人もいます。あなたの場合はいかがですか?
15. 解放された無垢	人は普通, 馬鹿にされたくないので, 何でも気にして行動することができないものです。でも, 年をとってからは, 人の評価を気にせずに, 何でも真実で行動できるようになったという人もいます。あなたもこのように感じますか?
16. 物質的欲求の減少	年をとると, 金銭やお金や余分なものはいらぬという人がいます。お金の価値や幸せが決まるものではないと強く思うようになり, 年をとると, 年をとると, 昔よりも思慮のある判断ができるので, よりよい判断ができるようになったという人もいます。昔よりも思慮のある判断ができるので, よりよい判断ができるようになったという人もいます。あなたもそのような感じますか?
17. 日常の知恵	若いころは, いろいろなことを覚えるようになったという人もいます。年をとると, 日常生活の知恵が身につくようになったという人もいます。あなたもそのような感じますか?

大きかったため、スクリー基準により8因子解を仮定した。その後、主因子法・プロマックス回転による因子分析を2回行い、その過程で、十分な負荷量がなかった項目(6項目)、事前想定と異なる負荷量を示した項目(5項目)、分析間で異なる因子パターンを示した項目(1項目)を除いた。残り29項目による4回目の因子分析は3回目とはほぼ同じ結果を示したため、分析を終了した。最終的なプロマックス回転後の因子パターンを表5に示した。回転前の8因子での説明率は51.2%であった。

因子1は4項目から構成され、ありがたさの感懐など自己の存在が他者に支えられているという認識を示し、「ありがたさ」「おかげ」の認識(略称:ありがたさの認識)と命名した。因子2は4項目で、1人でいても孤独感を感じないなどJungの内性(内向性)の特徴と類似しており「内向性」(略称:内向性)と命名した。因子3は4項目で、善悪、正義、生死など二元論的に概念や現象を対立させることの困難さの認識を示し、「二元論からの脱却」(略称:脱二元論)と命名した。因子4は3項目で、神仏の存在や死後の世界を信じるなど宗教的またはスピリチュアルな内容であり、「宗教的もしくはスピリチュアルな態度」と命名した(略称:宗教・スピリチュアル)。

因子5は3項目で、見栄を張らないなど、社会や周囲への自己顕示傾向の低下を示しており、「社会的自己からの解放」(略称:脱社会的自己)と命名した。因子6は4項目で、自己への肯定的な評価や感情に加えて、生得的な欲求の肯定を示す項目もあり、「基本的肯定的感」と命名した(略称:基本的肯定的感)。因子7は3項目で、自己中心性から他者中心性への変化を示しており、「利他性」と命名した(略称:利他性)。因子8は4項目で、考えない、無理しない、というあるがままの状態で受け入れる傾向を示し、「無為自然」と命名した(略称:無為自然)。

各項目および各因子の項目合計点の平均値、SD、年齢との相関係数、および内的一貫性(α 係数)は表6に示した。

因子抽出には主因子法、因子の回転についてはプロマックス回転を用いた。

虚超高齢者における老年的超越と心理的well-beingとの関連性についての分析は、超高齢者の訪問調査データのみを用いて行った。このとき、超高齢対象者を高次生活機能と心理的well-beingにより分類するためのクラスター分析については大規模ファイルのクラスター分析を用いて行った。

クラスター分析で抽出された、高次生活機能が低く心理的well-beingも低い超高齢者群と高次生活機能が心理的well-beingも高い超高齢者群の老年的超越質問紙の下位項目合計点における差異の検討は一般線形モデルを用いて行った。説明変数を群、目的変数を老年的超越質問紙の下位因子ごとの項目合計点、両群で有意差がみられた年齢、同居形態、バーセル指数、外出頻度を共変量として分析を行った。

統計分析については、すべてSPSS 15.0J for Windowsを用いて行った。

4. 倫理面に対する配慮

本研究は、東京都老人総合研究所の倫理委員会の承認を受け実施した。訪問調査では調査員の事前訓練を十分に行い、実施時には参加者の体調を十分配慮した。すべての参加者に対して調査の内容やプライバシー保護に関する説明を行った。また、訪問調査では参加者の同意を書面にて得た。

III. 結果

1. 日本版老年的超越質問紙の因子構造

全参加者のうち、全41項目に対してすべて回答した対象者データを用いて因子分析を行った($n=368$)。各項目の反応を得点化(そうだと=3, まあそうだと=2, あまりそうでない=1, そうでない=0: 反転項目では反転)し、主因子法による探索的因子分析を行った。固有値は4.56, 3.04, 2.33, 2.11, 1.73, 1.58, 1.49, 1.47, 1.25, 1.20, ……と変化した。第8因子と第9因子間の変化がそれ以降の変化より

Table with 4 columns: 変数 (Variable), 内容 (Content), 解釈 (Interpretation), 変数の変換 (Transformation of variables). It lists 28 items and their corresponding factor loadings and interpretations.

表7 低機能高well-being群と低機能低well-beingの老年的超越各下位因子合計得点の平均値および有意差

因子	低機能高 well-being 群	低機能低 well-being 群	F値	有意差
因子1:「ありがたみ」「おかげ」の認識	11.1 (1.9)	11.1 (1.5)	0.16	n.s.
因子2: 内向性	6.8 (2.8)	5.6 (2.5)	4.26	p<.05
因子3: 二元論からの脱却	10.2 (3.0)	10.8 (2.4)	0.67	n.s.
因子4: 宗教的もしくはスピリチュアルな態度	3.7 (3.0)	5.5 (2.5)	4.53	p<.05
因子5: 社会的自己からの解放	7.8 (1.5)	6.7 (2.2)	6.67	p<.05
因子6: 基本的に生得的な肯定感	8.7 (2.5)	7.5 (2.2)	1.00	n.s.
因子7: 利他性	5.7 (2.4)	6.3 (1.9)	2.65	n.s.
因子8: 無為自然	7.3 (2.9)	5.0 (3.1)	4.85	p<.05

自己「利他性」は、オリジナル概念の「自己中心性の減少」や「自己に対するごだわりの減少」と、「内向性」は「人間関係の意義と重要性の認識の變化」と、「宗教・スピリチュアル」は「一体感の獲得」や「生と死の認識の變化」と、「基本的肯定感」は「自己統合の発達」と、それぞれ類似していた。これらの結果は、Tornstamの老年的超越概念が日本でもおおむね適用できることを示唆していた。

一方、「脱二元論」と「無為自然」は異なる点もあった。「脱二元論」は、オリジナル概念の「経験に基づいた知恵の獲得」と似ているが、善悪、正誤、生死、現在過去という二元論的な考え方から脱却する内容となっている。二元論的な考え方は合理的な知性の根源であり²⁰、そこからの脱却は一種の超越であるといえるだろう。

「無為自然」が示す、積極的にコントロールを行わない、自我を捨て去り、自然に任せるといった内容は、老死思想の中心である「無」の思想²⁰と類似する。これらは、日本人にもなじみ深い³⁰。東洋の超越的な考え方の典型と考えられる。また、「脱二元論」と「無為自然」とも年齢と有意な正の相関をもち、老年的超越の仮定²¹とおり、高齢期全般において発達する特性であることが示唆された。今後、オリジナル概念との相違をさらに検討し、日本人における老年的超越の概念を確立する必要があるだろう。

2. 虚弱超高齢者の心理的well-being低下を緩和する老年的超越の特徴的機能

低機能高WB群は低機能低WB群よりも日本版老年的超越質問紙の下位因子「内向性」「社会的自己」「無為自然」の得点が高いことが示された。この結果は、Eriksonの老年的超越は虚弱超高齢者の心理的適応を促進するという仮説²²を支持するものである。また、低機能高WB群の特徴として示された3つの下位因子の内容は、老年的超越が心理的適応にどのように機能するかを示すものと考えられる。

「内向性」の高さは、ADLの低下から行動範囲や交友範囲が狭まっても孤独感を感じないよう機能すると考えられる。このことは、低機能高WB群のPGC下位尺度の「孤独感・不満感のなさ」(平均4.0点)が低機能低WB群(平均2.3点)より高いことから示唆されよう。

「脱社会的自己」の高さは、見栄を張るなど周囲によく思われたいといった欲求からの解放を示す。これは日常生活機能の低下時に生じる自尊感情の低下²³を緩和し、最終的に主観的幸福感の向上をもたらす²⁴と考えられる。

「無為自然」の高さは、すなわち、考えない、無理をしないという傾向の高さは、身体機能や認知機能の低下時に生じるネガティブな感情の緩和と関連しているとも考えられる。先行研究では、高齢者は中年より、意識的にネガティブな感情を引き起こすような事柄を考えないようにする方略をとることが多く、高齢者はこの方略によりネガティブ

表6 分類されたクラスターごとのプロフィールと背景変数

クラスター	クラスター-1 (n=34)		クラスター-2 (n=84)		クラスター-1,2,3の差		クラスター-1との差	
	低機能高 well-being 群	低機能低 well-being 群	F値	有意性	有意性	t値	有意性	
年齢	4.5 (2.0)	6.6 (2.8)	11.2 (1.4)	173.27	p<.0001	3 > 2 > 1	3.54	p<.01
GDS総得点平均値(SD)	1.8 (1.0)	2.2 (1.4)	0.9 (0.9)	21.76	p<.0001	2,1 > 3	1.20	n.s.
健康度自己評価平均値(SD)	2.9 (0.9)	2.4 (0.6)	3.1 (0.6)	11.52	p<.0001	3,1 > 2	2.73	p<.01
PGC総得点平均値(SD)	11.5 (2.3)	5.9 (2.3)	12.6 (2.2)	106.51	p<.0001	3 > 1 > 2	10.33	p<.0001
老いに對する態度	2.3 (1.3)	1.1 (0.8)	2.7 (1.2)	22.39	p<.0001	3,1 > 2	4.52	p<.01
孤独感・不満感のなさ	4.0 (1.1)	2.3 (1.2)	4.7 (1.0)	54.69	p<.0001	3 > 1 > 2	5.88	p<.0001
心理的安定	5.2 (1.0)	2.6 (1.3)	5.1 (1.1)	66.00	p<.0001	3,1 > 2	9.15	p<.0001
その他の背景変数	90.4 (4.3)	87.5 (2.2)	88.0 (2.8)				3.56	p<.01
年齢平均値(SD)	64.7	80.6	60.7				2.06	n.s.
性別: 女性 %	11.8	16.7	31.3				0.32	n.s.
學歷: 高學歷 %	8.8	38.7	32.1				8.16	p<.01
治療中の病気 ^{a)} : あり %	44.1	45.2	26.5				0.01	n.s.
要介護度: 要介護1以上 %	52.9	34.5	13.3				2.16	n.s.
パーセル得点平均値(SD)	80.6 (24.1)	89.7 (13.5)	96.8 (10.9)				1.90	p<.10
MMSE: 23点以下 %	64.7	48.4	23.8				1.76	n.s.
外出頻度: 週1回未満 %	38.2	6.5	3.6				9.23	p<.01

a) 下位検査には Bonferroni の検定を用いた。
 b) 年齢は、初等、中等、高等のいずれかで評価し、そのうち高等教育の割合
 c) 脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血)、心臓病 (心筋梗塞、狭心症)、糖尿病、がんを現在医療機関で治療中の者の割合

療中の病気がある者の割合、閉じこもりの者 (ニング基準である外出頻度が週1回未満²⁵の者の割合) について、平均値、標準偏差もしくは割合を算出し、低機能高WB群と低機能低WB群の群間差の有意性について検討し、表6に示した。

IV. 考 察

本研究では、まず、前期高齢者から超高齢者までを対象とした日本版老年的超越質問紙の開発を行い、次に、Eriksonの虚弱超高齢者の心理的適応に関する仮説²²に基づき、高次生活機能は低い心理的well-beingは高い超高齢者の老年的超越の特徴について検討した。

3. 高次生活機能が低い心理的well-beingが高い超高齢者の老年的超越における特徴
 低機能高WB群と低機能低WB群の日本版老年的超越質問紙の下位因子項目の合計点の平均値、SD、および群間差の有意性について表7に示した。同群の差について、一般線形モデルを用い、年齢、同居形態、バーセル指標、外出頻度を共変量として

な感情が生起することをコントロールしていると考えられている³⁰⁾。今回の超高齢者データでは「無為自然」の得点はPGC下位尺度「心理的安定」得点と中程度の正の相関($r = .31$)を示しており、「無為自然」の高さがネガティブ感情を統制し、心理的安定をもたらしていると考えられる。

一方、「宗教・スピリチュアル」は低機能高WB群より低機能低WB群が高く、心理的well-beingを低下させる可能性を示した。スピリチュアルや宗教的意識と心理的well-beingの正の関連はすでに日本の高齢者においても報告されており³⁰⁾、本研究の結果を解釈することはむずかしい。ただし、先行研究は後期高齢者までの健康高齢者が対象であり、今回の虚弱超高齢者とは年齢や身体・認知機能の面で大きく異なる。今後は、これらの要因の影響を考慮しつつ、老年的超越のスピリチュアルな側面と虚弱高齢者の心理的well-beingの関係性を検討する必要があるだろう。

3. 方法論上の問題と今後の課題

1) 尺度の信頼性について
今回の分析では、日本版老年的超越質問紙の8つの下位因子における低機能高WB群と低機能低WB群の速い下位因子の尺度得点(項目の合計点)を用いて検討したが、8因子中7因子で内的信頼性が十分ではなかったため、両群の差の結果についての信頼性にも疑問が残る。そこで、日本版老年的超越質問紙の因子得点を用いた検討を行った。まず対象者ごとに8つの下位因子の因子得点を回帰法により算出した。次に低機能高WB群と低機能低WB群の平均因子得点の有意差の有無を検定により検討した。その結果「内向性」($t(47.8) = 2.08, p < .05$)、「脱社会的自己」($t(48) = 3.18, p < .01$)、「無為自然」($t(48) = 2.11, p < .05$)で有意差または傾向差があった。これは尺度得点を用いた場合とほぼ同様の結果であり、両群の差に関する結果も一定の信頼性があるといえるだろう。今後は、各下位因子の項目を増加させるなど、質問紙の信頼

高WB群(平均1.0点)は低機能低WB群(平均1.6点)より有意に低く($t(51.4) = 2.17, p < .05$)、3指標通じて心理的well-beingがよいと考えられた。5) 老年的超越と心理的well-beingの関連性について今回は質問紙構成に用いた対象者の一部(虚弱超高齢者)により、下位因子と心理的well-beingとの関連を検討した。したがって、その関連性は真の値よりも高く評価されている可能性がある³⁰⁾。今後、新たな超高齢者集団を用いた交差妥当性の検討が必要であろう。

ところで、本研究は横断研究であり、今回の結果から「虚弱超高齢者の心理的well-beingの低下が老年的超越により緩衝された」という因果関係的な結論には慎重を要する。しかし、現疾患に罹患してからこの期間は、低機能高WB群(平均10.9年)が低機能低WB群(平均3.1年)より長い。独立変数を群、目的変数を現疾患に罹患してから期間、年齢を共変量とした一般線形モデルにより検討したところ、群の効果は有意傾向を示した($F(1,18) = 4.20, p = .055$)。この結果は疾患に罹患してから期間の長さとし幸福の高さが関連していることを示唆しており、疾病罹患後、時間をかけて老年的超越の特徴を獲得し、心理的適応を果たすというEriksonの第9段階仮説と合致する結果であると考えられる。今後、超高齢期の脆弱化の進行に対する心理的適応の過程と老年的超越の役割について、縦断的に検討を行う必要があるだろう。

本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究C、研究代表者:植藤恭之、研究課題番号:19530611)の助成を受け実施した。記して感謝の意を表す。

文 献

- 1) 国立社会保険・人口問題研究所:人口統計資料集 (<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2009.asp?chap=0>, 2009.12.20) (2009).
- 2) Tornstam L.: Gerotranscendence: A meta-theoretical reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 1(1):55-63(1989).
- 3) Tornstam L.: Gerotranscendence: A Developmental

Theory of Positive Aging. Springer Publishing Company, New York (2005).

- 4) 中野麻之, 小田利勝: サクセスフル・エイジングのもう一つの見方: ジェロトランスценデンス理論の考察. 神戸大学発達科学部研究紀要, 6(2): 255-269 (2001).
- 5) 高澤公子: 亜美群超高齢者の日常からみる「老年的超越」形成意識. 超高齢者のサクセスフル・エイジングの付加要因. 老年社会科学, 30(4): 477-488 (2009).
- 6) Tornstam L.: Gerotranscendence in a Broad Cross Sectional Perspective. *Journal of Aging and Identity*, 2(1): 17-36 (1997).
- 7) Braam AW, Branssen I, van Tilburg TG, et al.: Cosmic transcendence and framework of meaning in life: Patterns among older adults in the Netherlands. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B(3): 121-128 (2006).
- 8) Wadensten B, Högglund D.: Older people's experience of participating in a reminiscence group with a gerotranscendental perspective: Reminiscence group with a gerotranscendental perspective in practice. *International Journal of Older People Nursing*, 1(3): 159-167 (2006).
- 9) 田崎美奈子, 松田正己, 山根允文: スピリチュアリティに関する質的調査の試み. 日本医事新報, 4036: 24-32(2001).
- 10) 植藤恭之, 古名丈人, 小林江里香ほか: 都市部在住超高齢者の心身機能の異態: 板橋区超高齢者生活訪問調査の結果から【第1報】. 日本老年医学会雑誌, 42(2): 199-208 (2005).
- 11) 植藤恭之, 古名丈人, 小林江里香ほか: 超高齢期における身体的機能の低下と心理的適応: 板橋区超高齢者訪問調査の結果から. 老年社会科学, 27(3): 327-338 (2005).
- 12) Erikson EH, Erikson JM.: *The Life Cycle Completed* Expanded edition. WW Norton & Company, New York (1997).
- 13) Brown C, Lewis MJ.: Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17: 415-426 (2003).
- 14) Hogan DB, MacKnight C, Bergman H.: Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clinical Experimental Research*, 15: 1-29 (2003).

性を高める検討を行うことが必要である。

2) 本研究の対象者集団の特性について
今回の訪問調査は小規模な特定地域の超高齢者群を対象としたが、本研究と同様の手法で行われた超高齢者調査¹⁰⁾と比較した結果、基本的属性、身体機能、主観的幸福感の分布は、ほぼ同じであり、地域による偏りは少ないと考えられた。

一方、ポラリティアのデータを用いた郵送調査では、ほぼ同年代の代表サンプルの追跡データ³⁰⁾と比較して、学歴、高次生活機能、健康度自己評価の平均値が高いことが示された。したがって、前期・後期高齢者の代表サンプルを用いた場合には、日本版老年的超越の下位因子構造が異なる可能性も考えられ、さらなる検討が必要であろう。

3) 調査方法について
本研究では、老年的超越は高齢期全般を通じて発達するという先行研究の知見³⁾に基づき、日本版老年的超越質問紙の開発は、前期高齢者、後期高齢者が中心の郵送調査データと、超高齢者の訪問調査データを合わせたデータを用いて行った。しかし、郵送法と面接法では同一尺度でも反応分布が異なるという報告もあり³⁰⁾、2つの方法の異なるデータを合わせて分析することには問題がある可能性もある。そこで、今回の郵送調査データと、ほぼ年齢層が等しく面接法により収集された在宅高齢者データ³⁰⁾とを比較した。その結果、健康度自己評価、PGCモラル・スケールの得点分布の形状には違いが少なく、今回の訪問調査データと郵送調査データを合わせて分析することに問題はないと考えられた。

4) 心理的well-beingの評価について
今回は心理的well-beingを主観的幸福感、うつ状態、健康度自己評価により総合的に評価した。しかし、低機能高WB群は低機能低WB群よりPGCモラル・スケールと健康度自己評価は高かったが、GDS-5はほぼ同じであった。ただし、GDS-5にはADLが影響すると思われる項目「外出するよりも家にいる方がよい」が含まれるため、これを除いた4項目の合計点を比較した。その結果、低機能

The characteristics of gerotranscendence in frail oldest-old individuals who maintain a high level of psychological well-being

A preliminary study using the new gerotranscendence questionnaire for Japanese elderly

Yukie Masui¹⁾, Yasuyuki Gondo²⁾, Chieko Kawai¹⁾, Yoichi Kureta³⁾, Midori Takayama⁴⁾, Takeshi Nakagawa⁵⁾, Ryutaro Takahashi¹⁾, Imuta Hiroomi⁶⁾

- 1) Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
- 2) Osaka University Graduate School of Human Science
- 3) Showa University College of Arts and Sciences
- 4) Keio University Faculty of Science and Technology
- 5) Osaka University Graduate School of Human Science Doctor Course
- 6) Tokyo Metropolitan University Faculty of Human Science

The purpose of this study was to develop a new questionnaire to investigate gerotranscendence in Japanese elderly individuals aged 65 yr and over, and to clarify the characteristics of gerotranscendence in physically frail but emotionally adapted oldest-old aged 85 yr and over. We developed the new questionnaire on the basis of interviews with 10 elderly individuals, and employed the questionnaire on 500 community-dwelling elderly (men 198, women 302). Factor analysis of the questionnaire suggested an eight-factor solution that included "Awareness of arigataki and okage", which is a concept in Japanese culture that all people and living creatures are inter-dependent, "Introversion", "Transcendence from dualism", "Religious/Spiritual attitude", "Release from the social self", "Basic and innate affirmation", "Altruism", and "Let it go". Using cluster analysis, we classified the 149 community-dwelling oldest old (men 51, women 98) into three groups: a group with high function and high well-being (HF-HWB), a group with low function and high well-being (LF-HWB), and a group with low function and low well-being (LF-LWB). "Introversion", "Release from the social self", and "Let it go" in the LF-HWB group were significantly higher than those in the LF-LWB group, and the score for "Religious/Spiritual attitude" was significantly lower in the former than in the latter. These results suggest that some gerotranscendence factors are important for maintenance of psychological well-being in the frail oldest-old.

Key words: gerotranscendence, psychological well-being, frailty, oldest old(85+)

15) Lawton MP: Assessing the competence of older people. In Research planning and action for the elderly: The power and potential of social science, eds by Kent DP, Kaestebaum R, Sherwood S, 122-143, Human Science Press, New York (1972).

16) 古谷野巨, 柴田 博, 中里克治ほか: 地域老人における活動能力の測定: 老研式活動能力指標の開発. 日本公衆衛生雑誌, 34 (3): 109-114 (1987).

17) Tornstam L: Gerotranscendence: The Contemplative Dimension of Aging. *Journal of Aging Studies*, 11 (2): 143-154 (1997).

18) Hoyl MT, Alessi CA, Harber JO, et al.: Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47 (7): 873-878 (1999).

19) 芳賀 博, 柴田 博, 上野満雄ほか: 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後. 日本公衆衛生雑誌, 38 (10): 783-789 (1991).

20) 古谷野巨, 柴田 博, 芳賀 博ほか: PGC モジュールケールの構造: 最近の改訂作業もたした. 社会老年学, 29: 64-74 (1989).

21) Lawton MP: The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30 (5): 65-89 (1975).

22) Mahoney FI, Barthel WD: Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14: 61-65 (1965).

23) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3): 189-198 (1975).

24) Jung CG: Psychologische Typen. Rascher Verlag, Zurich (1921).

25) エング・カール・グスタフ(高橋義孝訳): 人間のタイプ. エング著作集1, 日本教文社, 東京(1970).

26) Tombaugh TN, McIntyre NJ: The mini-mental state examination: A comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40 (9): 922-935 (1992).

27) 安村誠司編著: 地域ですすめる閉じこもり予防・支援: 効果的な介護予防の展開に向けて. 中央法規出版, 東京(2006).

28) 鈴木大輔: 東洋的な見方. 新版鈴木大輔選集II, 春秋社, 東京(1992).

29) 森三樹三郎「老子・莊子」. 講談社, 東京(1994).

30) 野内良三: 偶然を生きる思想: 「日本の精」と「西洋の理」. NHK出版, 東京(2008).

31) Hunter KI, Linn MW, Harris R: Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. *International Journal of Aging & Human Development*, 14 (2): 117-128 (1981-1982).

32) 福岡欣治, 橋本 幸: 高齢者の過去および現在のソーシャル・サポートと主観的幸福感との関係. 福岡文化芸術大学研究紀要, 5: 55-60 (2004).

33) McConatha JT, Huba HM: Primary, secondary, and emotional control across adulthood. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 18: 164-170 (1999).

34) Blanchard-Fields F, Stein R, Watson TL: Age differences in emotion-regulation strategies in handling everyday problems. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59: 261-269 (2004).

35) 竹田恵子, 太清好子, 岡野匡史ほか: 高齢者のスピリチュアリティ・健康尺度の開発: 妥当性と信頼性の検証. 日本保健科学学会誌, 10 (2): 63-72 (2007).

36) 小川まどか, 植藤恭之, 増井幸恵ほか: 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).

37) Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski KA: *The Psychology of survey Response*. Cambridge University Press, Cambridge (2000).

38) 村上直寛: 心理尺度のつくり方. 北大路書房, 京都(2006).

原著論文

超高齢者の語りにみる生 (life) の意味

中川 威*1, 増井幸恵*2, 呉田陽一*3, 高山 緑*4,
高橋龍太郎*2, 権藤恭之*1

抄録

平均余命の伸びが著しいなか、高齢期の心理的発達をとらえる理論的枠組みが求められている。本研究は、その発達過程を探るため、心理的発達を遂げている超高齢者を対象に、彼らが日常生活で体験していることを記述することを目的とした。超高齢者8人を対象に面接調査を実施し、解釈的現象学の視点から質的分析を行った。超高齢者の語りのうち、生命、生活、人生という生 (life) の諸側面に対する意味や価値に焦点を当て、意味ある単位に分類した結果、「つながっていること」「変わっていくことに気づくこと」「変わらないうことを見いだすこと」「自分だけにできることをみつづけること」の4つのテーマを抽出した。この結果から、超高齢者の生の体験は、客観的な事実から成る状況に身を置きつつ、二元的思考を脱する実存的な体験としてとらえることができるであろう。今後、かかる超高齢者における生の実存的側面をとらえるために、超越の視点が必要であると考えられる。

Key words: 超高齢者 (85歳以上)、超越、人生の意味、現象学的研究、質的研究

老年社会科学, 32(4):422-433, 2011

I. 研究背景と目的

現在、85歳以上の超高齢期 (oldest-old) とよばれる年齢層の人口増加が先進諸国で進んでいる。わが国における平均寿命は、平成19年 (2007年) に男性で79.19歳、女性ですですに85.99歳であるが、今後とも引き続き延び、平成67年 (2055年) に男性は83.7歳、女性は90.3歳になると見込まれている¹⁾。

年齢が高いことはさまざまな障害や疾病のリスクが高まることを意味する。Baltesら²⁾は、超高齢期には認知・身体機能の低下が避けがたいため、

受付日: 2010.4.21 / 受理日: 2010.11.29
*1 Takeshi Nakagawa, Yumyuki Gondo: 大阪大学人間科学研究所
*2 Yukie Masui, Ryutaro Takahashi: 地方独立行政法人京都市健康医療医療センター研究部
*3 Yoichi Kureta: 昭和大学教育部
*4 Midori Takayama: 徳島大学工学部
〒7565-0871 大阪府吹田山田丘1-2

ある³⁾。

超高齢期においても同様の傾向がみられる。70~103歳を対象にした研究⁴⁾では、加齢に伴い肯定的感情が減少するものの、否定的感情は増加しないことが報告されている。また、超高齢期には日常生活機能などの身体的側面が低下するにもかかわらず、それに伴い低下すると考えられる主観的幸福感などの心理的側面は低下しないことが報告されている⁵⁾。これらの研究は、身体機能の低下やそれに伴う活動の減少⁶⁾などの社会的側面の衰退といった状況に対して、超高齢期においても心理的適応が進むことを示唆している。

このように、加齢に伴い心理的適応が上昇するという結果が多く研究で示されているが、高齢期における心理的適応の発達メカニズムはまだ解明されていない。加齢に伴い心理的適応が上昇するという知見から考えると、適応的に生活している超高齢者は心理的には十分に発達した状態にあると仮定できるであろう⁷⁾。さらに、主観的幸福感への関連要因は年齢によって異なっており、超高齢期には特徴的な心理的適応期と見なされることが示唆される。超高齢期とそれ以前の高齢期とを比較した研究⁸⁾では、主観的幸福感に与える身体的側面の影響は減少する一方、家族との電話などの社会的側面の影響は増加すると報告されている。したがって、超高齢者が身体機能の低下やそれに伴う活動の減少といった状況をどのように感じ、日々の生活にどのような適応過程の解明に向けたアプローチのひとひとつとして重要だと考えられる。

わが国においても超高齢期に関する研究の知見は近年蓄積されつつあるが、超高齢者の体験を記述した研究はまだ少数である。たとえば、超高齢者の入院・治療の体験を記述した研究⁹⁾や奄美群島に暮らす比較的健康的な超高齢者の精神世界のあり方に関する研究¹⁰⁾がある。しかし、これらの研究では、「病棟での入院生活」や「奄美群島での在宅生活」といった状況に身を置く者を対象にしていない。体験の共通性を全体的にとらえるためには、

「疾病に限らない身体機能の低下」や「都市部での在宅生活」といった多様な状況にある超高齢者を対象にすることが求められている。

さらに、超高齢者の体験をとらえる際、新たな見方が求められる¹¹⁾。老年学における従来の見方は、高齢期には生産性・効率性・自律性といった価値観が重視されるという前提がおかれていると批判されており¹²⁾、この前提をおく買方は、衰退を伴う状況にある超高齢者が心理的に適応している現象を理解しがたい。したがって、この前提に裏切らずに超高齢者の生の体験を見直すことが求められる。

そこで本研究では、超高齢者の日々の生活体験を記述するために、現象学的研究法¹³⁻¹⁵⁾を用いる。現象学的研究法は、既成の前提をおかずに新たな見方で現象を見直す際に有効だと考えられており¹⁶⁾、反省的に原直さなければ意識されない生の意識の本質を記述することを目的とする¹⁷⁾。さらに、現象学の視点¹⁸⁾で発達をとらえれば、過去・現在・未来という時間性をもつ高齢者にとっての獨創しなくなるといった身体的意味や、風習や生まれ育った家族といった自明視される文化的背景の意味を理解できると考えられる。

以上を踏まえ、本研究では、農村部および都市部に暮らす身体機能の低下した超高齢者の生の体験を見直し、その意味を現象学的視点から記述することを目的とする。現象学的研究を行うことで、これまでほとんど探求されてこなかった超高齢者の生の体験を理解することができよう。

II. 方法

1. 研究協力者および調査方法

本研究における研究協力者は、85歳以上で、意思疎通が可能であり、援助や介護を受けながら在宅で生活している者8人を選定した。研究協力者の内訳は、農村部である秋田県A市在住が4人、都市部である東京都B区在住が4人であった。対象者の選定は、秋田県での調査については、居宅介護サービス事業者に先述の選定基準に合致する研

表1 研究協力者の概要

調査地域	研究協力者	年齢(歳)	性別	居住形態	身体的状態
秋田県A市 (農村部)	A	89	女性	息子夫婦と同居	消化器の手術を繰り返し経験、屋外歩行が困難
	B	96	男性	独居	風湿による入院経験あり、屋外歩行が困難
	C	95	女性	息子夫婦と同居	腰に痛みあり、転倒による入院経験あり、屋外歩行がやや困難
	D	91	男性	妻と同居	転倒による入院経験あり、屋外歩行がやや困難
東京都B区 (都市部)	E	106	女性	息子夫婦と同居	脳血管による入院経験あり、屋外歩行が困難
	F	94	男性	息子夫婦と同居	聴覚障害、屋外歩行が不慣
	G	94	女性	息子夫婦と同居	転倒による入院経験あり、屋外歩行がやや困難
	H	91	男性	妻と息子と同居	脳血管による入院経験あり、屋外歩行がやや困難

Ⅲ. 研究結果

研究協力者8人の概要を表1に示した。以下では、まず超高齢者の生の体験に関する模範例を示す。次に高齢者の語りの分析から抽出された生の体験に関するテーマについて、事例を引用しながら記述する。なお、引用中の補足説明は()内に記し、本文中の引用は斜体で記した。また、各テーマに関するすべての高齢者の語りの一覧を表2に記した。

模範例として示すGさんは、死を予期し、身体が機能しなくなることを感じつつ、固有の生の可能性と充足感について語った。

「死ぬのは嫌だけどね。これは時期がくれば仕方がないことだけど、死んでからのことを考えてみるからねえ、私は。だから、いまここで、わずかな生をどうやって生きてこうか、いまそを考えているのよ。どうやってこの短い……もう長く生きたって、1年か2年か3年かかわかんないです。この短いあれをどうやって生きてこうかって、いま考えてる」

「だんだん年をいってみんなの世話になっで生きていくんだから、自分なりに生きてあげたいんだあって、つくづくそう思う」

「私はね……生きて、このね、なんか宗教的な話になるけど、この生を受けるっていうことはね、すばらしい……と思う。ここんこで、人

かかわる「生活」、過去と未来にかかわる「人生」という生(life)の諸側面に対する意味や価値が表現されていると考えられる文脈の記述を分析対象とし、文脈を整理して客観的な意味に書き換えて「意味ある単位(meaning unit)」として抽出した。そして、事例内・間で意味ある単位を比較しながら、類似した意味ある単位をテーマに分類した。テーマ分析の過程では、逐語録全体を眺み返しながら、事例内・間での意味ある単位およびテーマの比較を継続的に行なった。

第二の方法である模範例の解釈では、超高齢者の生の体験を顕著に表現すると考えられた記述や研究協力者に着目した。模範例とその他の記述や研究協力者とを比較することで、テーマの類似および相違を明確にしていった。

第三の方法である事例の解釈では、テーマ分析や模範例の解釈を基づける記述を各事例に探求し、テーマの妥当性を高めた。また、分析結果を確認するために、逐語録と映像記録を確認しながら、面接者3人およびスーパーバイザー3人で議論し、テーマの妥当性を確認した。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として、面接調査の実施の際に、研究協力者に対して、研究の目的、意義について説明し、心理的に負担のある質問には答える必要がないこと、プライバシーの保護、途中でインタビューの中断および中止ができることなどに関して、口頭と文書で説明した。その後、調査参加への同意を書面にて得た。

面接中は研究協力者の体調を十分配慮し、面接調査の所要時間が90分を超えた場合には、研究協力者にかかわる負担を考慮し調査を中断した。また、研究協力者が機器をあまり意識することのないよう、速度に難れた場所に置き、インタビューの録音・録画を行った。なお、本研究は東京都老人総合研究所の倫理委員会の承認を受けて実施した。

研究協力者の紹介を依頼した。また、東京都での調査については、過去に実施した超高齢者への訪問面接調査の参加者のなかから、身体機能が低下し、Bartel Index <= 90、老研式活動能力指標 < 10、疾患有り、要介護認定有りのいずれか)、認知機能が維持されている(MMSE >= 21)者に調査への協力を依頼した。調査への協力が得られ、たあと、研究協力者およびその家族に研究の趣旨を説明し承諾を得たうえで、研究協力者本人の負担を考慮しながら60~90分程度の訪問面接調査を実施した。なお、調査期間は、秋田県での調査が2006年12月、東京都での調査が2007年5月および2008年3~4月であった。

リサーチエクスチェンジは、「日常生活において超高齢者が、身体機能の低下やそれに伴う活動の減少といった客観的には困難な状況をどのように認識し、生きているか、超高齢期を生きていくこととは何であるか」である。この問いに沿って、研究協力者に身体の状態、普段の活動、気分、価値観などに関する半構造化面接を行った。インタビューの際、研究協力者の許可を得て語りをICレコーダーに録音したほか、面接者とスーパーバイザーが実際の様子を共有できるように、研究協力者の表情、自宅の様子などを確認するための映像を記録した。なお、面接者は3人であり、研究協力者本人の自宅で行った。その際、希望に応じて家族が同席した。

2. 分析手続き

分析手続きについては、前章で生身の体験を記述によって明らかにする解釈的現象学の視点より分析を行った。まず、逐語録を繰り返し読み、映像記録も見返しながら、各研究協力者のインタビューの概要や客観的な状況を書き留めた。次に、Benner¹¹⁾、Leard¹²⁾の手法を参考に、テーマ分析、模範例の解釈、事例の解釈という3つの分析方法を用いた。

第一の方法であるテーマ分析では、各逐語録のうち、身体にかかわる「生命」、社会関係や活動に

(の気持ち)をあたたく(する)、言葉をかきあうとか、楽しむとか、できるのは人間だけでしょー?」(2008年3月6日におけるGさんの発言)

1. つながっていること

高齢者は、家族や居宅サービス事業者の職員とといった事実として存在している人とのつながりだけでなく、死者や神仏といった日常生活において直接触れ合うことのない、可視化されない存在への親和性を示した。Hさんは亡くなった家族について普及し、過去のつながりを語った。

「いまの時期になると、死ぬこと怖くなくなってきたますね。ええ、ということ、死ねば、お父さんや兄貴やいろいろな人にも会えると思えますから」(2008年4月15日におけるHさんの発言)

高齢者のなかには、過去とのつながりだけでなく、未来への志向性もみられた。Gさんは子供や子孫とのつながりに普及した。

「最近考えたの。いま生きてるだけか……いいことじゃないの。子孫が、こうやって続くの。うちがああいう(子供)だとか(をみると)、あ、お孫さんがいいんだな、先祖がいいんだな(と

表2 各テーマに対応する高齢者の語りの一覧

テーマ	つなげられていること	繋がっていくこと	変わらなことを見いだすこと	自分だけにできること
A	「家族が円満なことほど幸せなことはないです」	「なんで、こういうこと(息子も孫も死んだこと)が起きるべなあと考えたもんだ」	「それでも90まで生きてこれて」「長生きも長生き!」「死ぬまでに(願めるだけ)、なんぼかまだ楽しいな」	「家についてテレビみて寝てるのが一番いいすな」 「敷布だって(中略)洗ってもうんときは洗ってもらはうはって、(調子のいいときは私が洗うの)」
B	「(老人ホームに)入りたくないもの、神様仏様いるもんだから」	「(医者が)「健康だな」と(言)って、私を)褒めてる矢先に、)まり長生きもされぬ」	「ひとりりで年いくもんな」	「私もいないところまでひとりこ(1人で)いて、長生きして悪状)ってわけ、一番いいなあと願)きないことだし」
C	「子供が元気であるし、立派にして養わせるから、まずまずですな、いまのところは、んだすな(幸せです)」	「1人で寝起きできなくなっ)たらどうしようかと思っ、)うことを考えているの」	「いまのところ、歩けるだけ健)康だと思っすばって」 「いつ道もんだべかと思っ)ているけど、なかなか道かない)しな」	「何にもさねよ(しないよ)、(中)略)寝るこが好きなな」
D	「俺の顔はなんでもやっつけて)来たんだなあって、)うたんで)いた」	「(戦争から帰ってこれたの)は)運がよかつたと言え)ばいいの」	「あちこちが)きてるから、)まり体を大事にし)すぞないで、)働かさなければ)だめだ」	「これからまた)また)山の)世)になるし、)自然を)相手に)して)んば)って)いき)たい)な)と思)てる」 「(この)なり)で)い)れば)父)親)の)年)ま)では)迎)え)は)来)ない)だ)ら)う)す、)ば)あ)さん)と)し)や)べ)っ)て)ま)す」
E	「とどきね、お母さんそばに)いたんだなあって、)うたんで)「ご先祖があるから)現在の)私)たちが)ある)んで)す)から)ね)」	「死ねるときは神様が)もう)お)前)は)用)が)なく)な)った)ん)だ)か)ら(中)略)わ)け)ね)」	「(自分で)明)は)ない)だ)り、)いま)は)でき)ない)か)ら)ね、)そ)り)や)あ、)も)う)当)たり)前)だ)と)思)っ)て)い)る)か)ら」	「(誰)い)い)ば)あ)ち)ゃ)ん)に)な)り)た)い)っ)て、)日)増)し)に)そ)う)思)っ)て)け)ど)ね)」 「(できる)だ)け)自)分)で)でき)る)こ)ろ)は)ね、)自)分)で)」 「(私の)生)き)が)い)っ)て)の)は、)描)く)こ)と)で)す)ね、(中略)コ)ピ)ー)し)て)く)れ)た)も)の)に)ね、)色)ぬ)る)ん)で)す)け)ど)ね)」
F	「いまはせがれもどうやら卒業)したし(幸せ)」	「世間の波のまにまに)漂)う)り)か)し)か)た)が)ない)と)思)っ)て)ま)す」	「(耳は)聴)分)開)こ)ま)なく)な)っ)た)け)ど、(中略)ま)た)こ)う)や)っ)て)聴)く)ら)い)は)で)き)る)」	「(女)婿)い)ない)か)ら、)気)楽)に)や)っ)て)ま)す」
G	「いま生きてるだけがね……)いいことじゃないの、)子)孫)が、)こ)う)や)っ)て)飲)く)」	「私が90いくつの)何)に)も)ま)き)ない)も)ん)だ)か)ら」	「(声)を)出)す)っ)て)こ)と)は)す)ば)ら)し)い)こ)と)で)す)よ」	「(私は)1)つ)か)2)つ)しか)願)え)ない)の)に(中略)いま)に)な)っ)て)あ)た)ら、)こ)れ)が)私)の)生)命)力)を)削)げ)て)く)れ)る)ん)だ)な)っ)て)思)っ)て)」
H	「死ぬば、お父さんや兄貴や)い)ろ)い)ろ)な)人)に)も)会)え)る)と)思)い)ま)す」	「別に長く生きよう)は)は)思)い)ま)せん)ね、(中略)も)う、)そ)れ)こ)そ、)お)つ)り)を)も)ら)ん)な)ら)う)に)し)か)思)っ)て)い)ま)せん)か)ら」	「(考)え)る)と)よ)く)生)きて)こ)れ)た)な)と)思)い)ま)す)よ」	「(生)き)が)い)い)で)す)か?あ)ー)ま)あ、)こ)の)ま)ま)で)葬)ら)せ)れ)ば)一)番)い)い)と)思)っ)て)い)ま)す」

思)う)。(中略)や)っ)ぱ)り)先)相)か)な)ん)か)の)お)か)け)だ、)そ)う)い)う)こ)と)考)え)る)よ)う)に)な)っ)た)の、)私、)い)ま)。(2008年3月6日におけるGさんの発言)

高齢者のなかには、神仏といった可視化されな)い)存)在)の)つ)な)が)り)を)願)る)者)が)い)た、

Bさんはひとり暮らしで子供や孫といった家族)と)の)接)触)が)少)な)く、)神)仏)と)の)つ)な)が)り)を)繰)り)返)し)た、

「誰もいらね、1人で、一番いい、1人で暮)す)の」

「(老人ホームに)入りたくないもの、神様仏)様)い)る)も)ん)だ)か)ら、)そ)し)て、)そ)れ)が)い)い)る)う)ち)は、)あ)げ)た)り、)お)ろ)し)た)り)す)る(神仏に飲食物を捧)げ)る)」(2006年12月16日におけるBさんの発)言)

Aさんは過去に失われたつながりへの思いが)ら、)現)在)の)つ)な)が)り)を)幸)福)の)支)え)と)し)て)語)っ)た、

「あ)の)と)き(息子を亡くしたとき)が)一)番)残)念)だ)っ)た、)な)ん)で、)こ)う)い)う)こ)と)が)起)き)る)べ)な)あ)と)思)っ)た)も)ん)だ、)いま、)孫)た)ち)も)み)ん)な)片)づ)い)た)し、)幸)せ)だ)ば)っ)て)な」

「(家庭が円満なことほど幸せなこととはな)い)で)す」(2006年12月15日のAさんの発言)

2. 変わっていくことに気づくこと

高齢者は、病氣や怪我、親族の死といった明確)に)意)識)できる)出来)事)によ)っ)て)生)じ)る)変)化)だ)け)で)な)く、)徐)々)に)失)わ)れ)て)い)く)体)力)や)世)中)の)変)化)の)権)子)と)い)っ)た)日)々)の)小)さ)な)変)化)に)気づ)く)こ)と)で、)こ)れ)か)ら)も)変)化)が)起)こ)り)得)る)こ)と)を)予)期)し)て)い)た、

さら)に)は、)死)が)こ)れ)ま)で)の)変)化)の)延)長)線)上)に)あ)る)と)認)識)し)て)い)た、

Gさんは、徐々に歩けなくなっていることに)気)づ)き、)そ)れ)に)続)い)て、)寝)た)ま)り)や)死)と)い)っ)た)起)こ)り)得)る)変)化)に)つ)い)て)語)っ)た、

「あまり歩けばね(歩けない)、なんぼか(い)くら)か)漸)く)な)る)す)ば)っ)て、)こ)れ(膝)が)一)番)だ)す)は(一番痛い)」

「いまは自分で)1)人)で)寝)起)き)で)き)る)か)ら、)そ)れ)が)自)分)で)でき)な)く)な)っ)た)ら)ど)う)し)よ)う)か)と)思)っ)て、)そ)う)い)う)こ)と)を)考)え)て)い)る)の」

「夜には逆く(死ぬ)か)な)っ)て)考)え)る)こ)と)も)あ)る)す)ば)っ)て」(2006年12月15日におけるCさん)の)発)言)

Bさん)も)ま)た、)医)者)に)か)か)り)問)題)が)ない)と)言)わ)れ)た)に)も)か)か)わ)ら)ず、)体)調)が)変)化)し)た)こ)と)に)気)づ)き、)自)分)の)命)の)限)界)を)察)し)た)と)述)べ)た、

「(診療所)に行けば、医者が年)い)っ)た)人)だ)か)ら、)「先生、)こ)れ(足)寒)ま)い)て)ら)しい、)ど)こ)も)ど)う)で)も)な)い」(と)言)う)と、)医)者)が)「(健康)だ)な)と(言)っ)て、)私)を)褒)め)て)る)矢)先)に、)検)査)し)た)ら(検査)した)に)も)か)か)わ)ら)ず、)足)が)腫)れ)て)ま)た、)だ)か)ら)あ)ま)り)長)生)き)も)さ)れ)ね、)程)度)あ)る)も)ん)で)な)か、)そ)う)思)っ)て)ら)し、)自)分)と)し)て)は」(2006)年)12)月)16)日)に)お)け)る)B)さん)の)発)言)

さら)に、)現)在)起)こ)っ)て)い)る)身)体)の)変)化)や)こ)れ)か)ら)起)こ)り)得)る)変)化)は、)そ)の)ま)ま)受)け)入)れ)る)も)の)で)あ)る)と)認)ら)れ)て)い)た、

Eさんは、人生の変化や試験を、神仏が)決)め)る)宿)命)で)あ)る)と)し)て、)死)を)受)け)入)れ)て)い)た、

「(私は)ね、)死)ぬ)と)きは)神)様)が)も)う)お)前)は)用)が)な)く)な)っ)た)ん)だ)か)ら、)も)う)こ)っ)ち)に)来)て)も)い)い)ん)だ)よ)っ)て)言)っ)て、)お)召)し)に)な)る)わ)け)ね」(2008)年)3)月)4)日)に)お)け)る)E)さん)の)発)言)

また、Fさんは、生きることが自分では)な)ん)と)か)す)る)こ)と)が)でき)ない)自)然)な)変)化)の)連)続)で)あ)る)と)受)け)入)れ)て)い)た、

「(若い)と)き)は)一)生)懸)命)や)る)け、)な)ん)と)か)な)ら)な

くちやなんねえと思っただけど、いまはもう、自然のまにまにねえ」

「もうここまできたら、もうのんびりと、世間の波のまにまに漂うよりかしかたがないと思っ
てます」(2008年5月26日におけるFさんの発言)

3. 変わらないことを見いだすこと

高齢者は、自分がこれまで生きてきたという事実のなかにアイデンティティを見いだし、現在徐々に身体が変化しても存続するものがあると語り、それが未来にも続くことを望んだ。
Aさんは、過去に困難を体験しつつも現在まで生き抜いたこと、変わらぬ生きたことに自分でも驚くと語った。

「よくない病気もして、それでも90まで生きてこれて、苦労したもんだす」

「長生きも長生き！90までもは、生きないと感
思ったばって」(2006年12月15日のAさんの発言)

また、Bさんも自分が現在まで生きてきたことを不思議に思い、「自分ながら、なぜ年いったかと思
う。ひとりりで年いくもんな」と語った。

身体の変化のなかで存続しているものを見いだしていたが、自ら働きかける者もいれば、ただ身体が存続することを望んでいる者もいた。

Dさんは、心身の状態を維持しようと自ら働きかけていた。

「あちこち年とともにカタキてるから、ほどほどにおまわり体を大事にしすぎないで、動かさなければだめだ」

「これから体は無理な使い方をしないように、日常生活を大事にして一日一日を大事に思っ
ていかなければ」(2006年12月14日におけるDさんの発言)

一方で、ただ現在の身体の状態が続くことを望む者がいた。Aさんは「腐めるために、なんぼかまだ楽しいな(腐めるだけ、いくらか楽しい)」と語り、Fさんは次のように語った。

「耳は、でもね、耳は随分聞こえなくなっただ
ど」

「まだね、こうやって話できるぐらいはでき
る」(2007年5月26日におけるFさんの発言)

4. 自分だけにできることをみつつけること

高齢者は、身体活動や移動の制限といった制約が多いなかで、自分だけにできることを自由にみつ
つけていた。また、それらの活動のなかには、一見逆効果だと思える活動や、理解しがたい行為が
楽しみとして語られていた。

Eさんは、思うような活動ができない状況のなかでも、他者のためになにかしたいと繰り返し語
った。

「他人にはね、優しいおばあちゃんになりた
いなあって、もう日増しにそう思ってるけどね。
(中略)やっぱ年取ると自分が思うようになん
でもできないから、そうゆうもの鬱積してるから、
僕しくなくなくていくんだらうと思うね」(2008
年3月4日におけるEさんの発言)

Aさんは、現在家族に世話をしてもらっていても、変わらぬことをみつつけてきた。

「散歩だって、あまり汚れねばって、こうして
まくってきて、おばあちゃん(嫁)が洗うばっ
て、そうでないときは、私も洗う。(中略)(調
子の)いいときは私が洗うの」(2006年12月15
日のAさんの発言)

また、Aさんは、「健康的活動」にとらわれず独自の心地よさを楽しんでいた。

「寝てるの、寝かくていくては(よくて)」

「腰痛くなったり、背中ことも痛くなったりして
てや、秋っこつぱたり、車っ子押ししたりして
歩くんばってや、家にいてテレビみて寝てる
のが一番いいすな」(2006年12月15日のAさん
の発言)

Gさんは、家で1人で部屋にすることが多く、
社会的な交流が制限されていた。彼女は、子供用
のおもちゃのピアノを弾く、少ない持ち歌を繰り返
し歌うといった楽しみをのなかに生活の支えを見
いだしていた。

「民間会が老人会にできて、そいで歌って、だ
けど私は1つか2つか歌えないのに、それで
も入って、いまになつてみたら、これが私のひ
とつの生命力を助けてくれるんだなあと思っ
て、もうだれもないときは、閉め切って、大
きな声出して、隣なんか聞こえないもんなね。困
めちゃえば」(2008年3月6日におけるGさんの
発言)

Bさんは、ひとり暮らしで孫や子供とのかわ
りが少なかつた。彼は、独居生活の気まきを自
分だけにできる行為として楽しんでた。

「長生きして幸せだと思っ、孫もいないとこ
ろでひとりこ(1人で)いて、長生きして酒飲
んで、一番いいなあと思ってるわけし、こ
れ人の真似できないことだし、私でねばできな
いんだす」(2006年12月16日におけるBさんの
発言)

IV. 考 察

1. 超高齢者の生の体験の全体的理解

本研究の目的は、超高齢者の日々の生活体験を語りから記述し、その意味を理解することであつた。結果に示した4つのテーマを解釈し、超高齢者の生の体験を全体として理解することを試みた。

超高齢者の生を規定する第一のテーマは「つな
がっていること」であつた。ただし、そのつながりは目にみえるつながりだけでなく、可視化されない存在へも親和性を示すことが結果から示された。Eriksonら¹⁰⁾は、超高齢者が、孤立して非活動的とみなされる状況においても、「深く関わりを持ちつつ、関わないこと」というかかわりをもつと論じている。たとえばEさんは、自分が思うような活動ができないう状況でも、他者のためになにかしたいと繰り返し語っていた。

Eriksonらによれば、一見矛盾した上記の状態は老年的超越(gerotranscendence)²⁰⁾とよばれる超越性を示していることとされる。増井ら²¹⁾が作成した老年的超越尺度の下位因子にも、Eriksonらが論じたかかわりを見ることができ、「ありがたさ」「おかげ」の認識と命名された因子には、「周りの人の支えがあるからこそ私は生きていける」などの項目が含まれる一方、内向性と命名された因子には、「ひとりであるのも悪くない」などの項目が含まれる。本研究における「つながっている」というテーマにおいても、高齢者は一見孤独な状況において可視化されない存在への親和性を感じていることから、「つながり」の認識は老年的超越の重要な構成要素だと考えられる。

また、超高齢者の生を規定する第二のテーマは「変わっていくことに気づくこと」であつた。超高齢者は徐々に身体が変化していることに気づき、いつか死が訪れることを現実として感じていた。さらにつけ加えるならば、その現実を受け入れていた。たとえばFさんは今後の生活を「世間のまにまに漂う」ように過ごせればいいと語った。こうした態度は、「自分は無力である」という諦めや悲観として否定的にとらえることも可能である。一方、西平²²⁾は、Eriksonの発達論を解釈するなかで、「自分は無力である」という自己否定を「無であることを受け入れること」として積極的な意味で取り上げている。

西平によれば、人は「無であることを自覚し、自己をこと」によって自己を超えたものを自覚し、自己を

が圧倒的な自然を前にして奪取した、病氣や死を
逃げたい人間の脆弱さを越えようとする超越性
が主題となっていた²⁰。このように、本研究で解
釈した超高齢者の生の体験の構造は、文脈を越え
た共通性をもつと考えられる。

さらに、実存的側面における生の体験をとらえ
る理論的枠組みとして、「物質主義的で合理的な
世界観から、宇宙論的・超越的な世界観への、高次
の「見方の変化」を超越とよぶ老年的超越²⁰理論を
適用し得ると考えられる。今後超越の視点をもつ
枠組みで高齢期における心理的適応の発達メカ
ニズムを明らかにする試みが求められる。その際、
鈴木²⁰がいう「事実としてのリアリティ」を越え
てアクチュアリティを志向する発達規範の二重性
(標準的かつ適応的、非標準的かつ不適応的)の超
越や、西平²⁰がいう自己否定を通じて自己を越え
ていく Erikson の発達論との異同にも注目した
¹³。

超越の視点から本研究で示した語りをとらえれ
ば、超高齢者はつながらず／つながらず、変わらな
い／変わる、できる／できないといった二元的思
考を脱することで、客観的にはつながらず少ない、
変化し死に至る、完全には自立できないという困
難な状況を超え、心理的に適応していきると理解で
きる。たとえば、孤独な状況で可視化されない存
在への親和性を感じる (Bさん) ことや、生を自然
な変化の連続として受け止める (Fさん) こと、そ
して、人の世話になりつつ、歌を歌うなどの些細
な行為を試みる (Gさん) ことで、発達規範の二重
性を脱すると考えられる。このように、超越の視
点は高齢期における実存的意味への志向性をとら
えられるだろう。

最後に本研究の限界を述べる。第一に、超高齢
者へのインタビューでは、振動覚測能や体力の低
下により、語りが断片的になる、拡散するなどの
特徴がみられた。また、映像記録を承認する限り、
話すときが切れる、手が震えるといった身体の状態
は語られなかった。このように、超高齢者の体
験を理解するには、逐語録だけでなく、日常生活

た、Erikson¹⁰は、年を重ねることで人は超越
性を獲得し、遊び、喜び、歌といったかつて失われ
たものを取り戻し得ると述べている。1人で部屋に
いて少ない持ち物を歌う (Gさん) ように、ありふ
れた些細な行為も、喜びや遊びの表れであると理
解できる。さらに、西平²⁰は、想像や空想に現実
的な意味をもたせる活動として「遊び心をもつこ
と」だけでなく「宗教的であること」に注目してい
る。独自の生活のなかで神仏に祈る生活を続けたい
(Bさん) と語るように、信仰が孤独な状況で自己
を越えたものとのつながりを感じさせる現実的な
行為だと解釈できるだろう。

超高齢者が遊びや祈りを試みる背景を推測する
と、「自分だけにできることをみつけること」とい
う、他者との関係においては相対化されつつも自
己意識としては絶対的な創造性で関与すると考え
られる。Nygren¹⁰は、創造性が超高齢者をほ
めとして人が困難な状況を生み抜く心理的資源の
ひとつとして重要であると論じている。身体的・
社会的に制限された状況において創造性が心理的
適応に関連するメカニズムについては、今後の課
題とした¹⁴。

2. 超高齢者の生の体験の本質的構造

高齢期における心理的適応の発達をとらえる理
論的枠組みを換視したいという著者の事前の関心
に関連させながら、超高齢者の生の体験に共通す
る本質的な性質の構造を解釈する。

超高齢者の生の体験には、上記のテーマで示し
た本質を把握し得た。さらに、各テーマの関係性か
ら、その生の体験は、目にも見える客観的な事実から
構成される現実と、生の実存的意味を志向する意
識から構成される構造をもつと考えられる。「これ
(死) は時期がくれば仕方ないこと」「この生を
受けるってこういうことはね、すばらしい」(Gさん)
という発言から、超高齢者は生の有限性と無制限
性を感じると察せられる。また、この生の体験
の構造は、80代半ばで没した画家が最晩年に描い
た作品にも見いだされ得る。その作品では、画家

越えたものななかでしか自らが存在し得ないとい
う事実を認識しながら、新たに生を生まよとす
る力を得るとされる。増井²⁰の作成した老年的
超越尺度の下位因子には、「無であることを受け入
れること」と内容が類似した無為自然が挙げられ
ており、この因子の得点が高いと Well-being の低
下が観測される²⁰と報告されている。このよう
に「自分が無力である」という態度の肯定的側面を
指摘する研究者が増えている。ゆえに、今後「自分
は無力である」という態度を複合的な視点でとら
え直す必要があるだろう。その際、日本における
老いのあり方を十分に考慮することが重要だと考
えられる。鈴木²⁰は「あるがままをみつめ、無
理をしないで生きる」という態度を諦観という仏
教的意味を含む言葉で論じている。超越が「動」、
諦観は「静」に相当すると考えられるように、二者
には共有点と相違点があることが示唆される。

次に、超高齢者の生を規定する第三のテーマは
「変わらないことを見いだすこと」であった。現在
の状況を肯定することの態度は、アイデンティティ
の統合 (あるいは再統合) の側面をもつ。しかし、
アイデンティティや自己意識の強さとは異なる面
も超高齢者のアイデンティティにはある。たとえ
ば Gさんは「年をいってみんなの世話になって生き
ていくんだから」と語り、自立が困難になって生き
ていくに気づいていた。これは、自己を絶対基準に基
いてとらえるのではなく、他者との関係のなかで
相対化する認識、すなわち「超越的アイデンティ
ティ²¹」であることが示唆される。

超高齢者が身体的・社会的側面の衰退のなかで
自己をいかに認識し、肯定的に (あるいは、否定せ
ずに) とらえるかというアイデンティティにかか
わる課題に関して、自己の発達理論²²では、高齢
者は状況に合わせて目標を修正したり、同じ世代
と比較して、肯定的自己観を維持すると論じられ
ている。この理論も、高齢者が自己を相対化する
ことを示唆する。

最後に、超高齢者の生を規定する第四のテーマ
は「自分だけにできることをみつけること」であっ

の観察記録を詳細に分析する必要がある。第二に、
農村部および都市部という異なる文化的背景をも
つ超高齢者の語りを複数の共同研究者の視点から
検討することによって、本研究の結果は文脈を越
えた共通性をもつと考えられる。しかし、神仏と
いった可視化されない存在に関する発言 (Bさん、
Eさん) から、超高齢者の生は宗教や風習といった
独自の文化的背景に織り込まれていることが察せ
られる。それゆえ、本研究の結果が文化的背景の異
なる文脈で批判的に検討されることが望まれる。
第三に、生の実存的意味への志向性が高齢期にい
かに発達していくかは明らかではない。超高齢期
には特徴的な心理的適応が進むと示唆される¹¹。一
方、65～84歳の高齢期にも身体機能が低下しつつ
心理的に適応した群が存在することが報告されて
いる²⁰。今後幅広い高齢期に渡る心理的発達に着
目することが重要だろう。

以上のように、超越の視点が発達研究において
従来の発達観とは異なる発達観を示し得るだけ
なく、従来の発達規範を越える方向性をもたら
し得ることが示唆される。そしてこの理論的枠組
みでは、客観的には困難な状況において、超高齢者
は実存的な意味や価値を求めることにより心理的
に適応すると推測される。今後、高齢期における
心理的適応を解明するために、超越の視点をもつ
理論的枠組みを詳細に検討していく必要がある。

本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金 (基礎研
究C、研究代表者: 榎藤幸之、研究課題番号: 19530611)
の助成を受け実施した。また、川崎医療福祉大学の佐久
川藤先生、相田真知子先生には、貴重なご意見、ご助言
をいただいた。記して感謝の意を表す。

文 献

- 1) 内 閣 府: 平成21年版高齢社会白書。佐伯印刷、東京 (2009)。
- 2) Bakke PB, Smith J: New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 48: 123-135 (2008)。
- 3) 榎藤幸之、古名丈人、小林江里香ほか: 都市部空宅

高齢者の心身機能の衰微：坂橋区超高齢者意向調査結果の報告から（第一報）. *日本老年医学会雑誌*, 42 (2) : 199-208 (2005).

4) 若生 一, 榎原 崇之, 古名丈人ほか: 身体的に自立した都市部在住高齢者における認知機能の特徴: 坂橋区超高齢者意向調査の結果から(第二報). *日本老年医学会雑誌*, 42 (2) : 214-220 (2005).

5) Diener E, Suh MK: Subjective well-being and age: An international analysis. In *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development*, eds. by Schaie KW, Lawton MP, 17, 239-265, Springer, New York (1997).

6) Mroczek DK, Kolarz CM: The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5) : 1333-1349 (1998).

7) Kunzmann U, Little TD, Smith J: Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15 (3) : 511-526 (2000).

8) 榎原 崇之, 古名丈人, 小林江里香ほか: 超高齢期における身体的機能の低下と心理的適応: 坂橋区超高齢者意向調査の結果から. *老年社会科学*, 27 (3) : 327-338 (2005).

9) Horgas AL, Wilms HU, Baltes MM: Daily life in very old age: Everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist*, 38 (5) : 556-568 (1998).

10) Erikson EH, Erikson JM: *The life cycle completed* expanded edition. WW Norton & Company, New York (1997). (村澤孝雄, 近藤邦夫訳: ラインサイクル, その完結<増補版>, みすず書房, 東京, 2001).

11) Jopp D, Rott C, Oswald F: Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48 (5) : 646-658 (2008).

12) 田中 美穂: 入院・治療中の超高齢者をもとめる看護: 体験の記述と解釈. *日本看護研究学会雑誌*, 31 (2) : 37-46 (2008).

13) 富澤公子: 奄美群島超高齢者の日常からみる「老年的超越」形成意識: 超高齢者のサクセスフル・エイジングの付

加藤 因. *老年社会科学*, 30 (4) : 477-488 (2009).

14) Tornstam L: The *quo vadis* of gerontology: On the scientific paradigm of gerontology. *The Gerontologist*, 32 (3) : 318-325 (1992).

15) Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH: Hermeneutic phenomenological research. Sage Publications, London (2000). (大久保功子訳: 解釈学的現象学による看護研究, 日本看護学会出版会, 東京, 2005).

16) Fischer RS, Norberg A, Lundman B: Embracing opposites: Meanings of growing old as narrated by people aged 85. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67 (3) : 259-271 (2008).

17) Hink S: The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative Health Research*, 14 (6) : 779-791 (2004).

18) Nygren B, Norberg A, Lundman B: Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17 (8) : 1060-1073 (2007).

19) Van Manen M: Researching lived experience: Human science for an action-sensitive pedagogy. State University of New York Press, Albany, New York (1995).

20) Benner P, Wrubel J: The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Addison-Wesley, CA (1989). (藤波卓志訳: 現象学的人間論と看護. 医学書院, 東京, 1999).

21) Benner P: The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practice. In *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*, ed. by Benner P, 99-127, Sage, Thousand Oaks, CA (1994). (相良-ローゼンマイヤー-みはる監訳: 解釈的現象学. 医歯薬出版株式会社, 東京, 2006).

22) Leonard VW: A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. In *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*, ed. by Benner P, 43-63, Sage, Thousand Oaks, CA (1994). (相良-ローゼンマイヤー-みはる監訳: 解釈的現象学. 医歯薬出版株式会社, 東京, 2006).

23) Tornstam L: Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging. Springer Publishing Company, New York (2005).

and protective processes. *Developmental Review*, 14 (1) : 52-80 (1994).

28) McKee P: Transcendence in James Reynolds' old age landscapes. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 4: 200-209 (2010).

29) 鈴木 悠: 自己を越える/現象を越える: アイデンティティ概念再考. *生涯発達心理学研究*, 1: 19-30 (2009).

30) 小川まどか, 榎原 崇之, 増井幸恵ほか: 地域高齢者を対象とした心理的・社会的・身体的側面からの分類の試み. *老年社会科学*, 30 (1) : 3-14 (2008).

27) Brandstatter J, Greve W: The aging self: Stabilizing

The meaning of life in narratives of the oldest old

Takeishi Nakagawa¹, Yukie Masui², Yoichi Kureta³, Midori Takayama⁴, Ryutaro Takahashi², Yasuyuki Gondo¹

- 1) Osaka University
- 2) Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
- 3) Shizuoka University
- 4) Keio University

Recently, as the average life expectancy has been rapidly increasing, a theoretical framework is required to illuminate psychological development in old age. In order to explore the developmental process, this study focused on the oldest old, individuals aged 85 and older supposed to achieve psychological development and aimed to describe the experience in daily life of the oldest old. Interview surveys were carried out with 8 oldest-old adults, and a qualitative analysis was conducted from the viewpoint of interpretive phenomenology. The author elicited meanings or values on physiological, social, and psychological dimensions of life in narratives of the oldest old, and classified the transcripts into meaning units. The following four themes emerged from the analysis: "Being connected", "Realizing everything changes", "Finding continuity", and "Creating unique possibilities". On the basis of the result, the author interprets that life of the oldest old can be understood as existential experience of being situated in objective facts and of transcending dualistic thinking: connected versus unconnected, changing versus unchanged, capable versus incapable, and so forth. It is speculated that future research requires a transcendental perspective on aging in order to comprehend the existential dimension of life of the oldest old.

Key words: oldest old(85+), transcendence, meaning of life, phenomenological research, qualitative research