

老年期の最適発達とその支援 — 老年期の発達特性に対する臨床発達支援と地域支援の在り方 —

塚原 拓馬

生活文化学科 生涯発達心理学研究室

Successful aging and support — Clinical developmental support and community support suitable for developmental characteristics in old age —

Takuma TSUKAHARA

**Department of Human Sciences and Arts, Jissen Women's University*

The present paper discusses characteristics of old age in the life cycle from a psychological perspective and examines successful aging and methods of support. First, validity of the “continuity theory” that explains successful aging from the perspective of personality theory in old age is reviewed. Next, “integration and despair,” which are developmental tasks in old age are described from an existential perspective, and complexity of the process of “acceptance of death” is discussed. Furthermore, as typical developmental diseases, depressive disorders are focused on and the importance of psychosocial approach is discussed. Based on the findings from above, it is suggested that practice of clinical developmental support and the community support dynamic system suitable for developmental characteristics in old age, which includes interpersonal relationships and the community are essential for providing support.

Key words : life cycle (ライフサイクル), successful aging (サクセスフル・エイジング), integration of life (人生の統合), acceptance of death (死の受容), depression in old age (老年期うつ病), clinical development (臨床発達), community support (地域支援)

1. はじめに

「状況」の崩壊が創造をうむ。このように考えれば、さまざまな「障害」を自分の人生に組み込んでいく高齢化社会は、豊かな創造にみちた社会ということになる。高齢化していく社会は、その意味で「絶望」よりも「創造」に向かっているのであり、社会の在り方を根底から組み直す機会の到来を示唆しているといえるかもしれない。「老いの近代」-天野正子 (1999)” ライフサイクルにおいて、老年期は人生の「統合と受容」の時期であり終期に位置する。しかし、老年期には多くの発達可能性が隠されていることがわかってきた。それは、近代化された社会により人間の寿命が延びたことで、人生全体に占める老年期の期間が一つの特性を持ち始めたからであろう。日本型経営体制が

崩れ、60歳定年を迎えてもなお産業社会で貢献できる機会ができたこと、現代医療の進歩により健康への志向性が高まり、老年期の活動性が持続できるようになったことなどの要因も考えられるが、果たして老年期の特徴と発達要因を決定づけているものは何であろうか。また、それらの主成分が最適発達に寄与するための条件とは何であろうか。本論では、老年期の特徴と発達阻害要因を特定し、最適発達を叶えるための支援の在り方について論及する。

2. 老年期の最適発達とは

人生最後の段階である老年期では、医学、生物学の観点からは老化のメカニズムおよび老化に伴うさまざまな病因の解明が研究対象となり、また社会科学の諸

分野では、高齢化に伴う孤独、貧困、家族関係などの社会的側面での問題が対象とされてきた(佐藤・井上, 1994)。では、心理学的視点における老年期の捉え方では、どのような要因が老年期の最適発達の要因を規定しているであろうか。以下では、老年期の最適発達とサクセフル・エイジング、およびその説明理論と人格特性について論及する。

(1) 最適発達とサクセフル・エイジング

老年期の始まりを示す一つの区切りとなるのが、産業社会からの退却、すなわち退職である。職人、芸術家、学者など組織活動ではない職業については、こうした区切りは曖昧であるものの、現在の高齢化社会の人口は日本型経営体制で働いてきた団塊の世代であるため、定年退職が一つの老年期への入り口であることを示すと言ってよいであろう。そして、この退職により経済的、社会(産業)的縮小が生じ、心理・社会的様相の変化や社会的環境の変化がみられるが、その状況に対して如何に適応していくかが老年期の様相を規定することになる。

そこで、Baltes & Baltes (1990) は、(身体的・時間的・経済的資源など)資源の「選択(selection)」と「補償(compensation)」の作用から最適な発達を説明している。老年期は、加齢に伴い様々な資源が減退するため、資源をいかに選択的に有効活用し、また減衰する資源を補償するかにより発達の適応度が決まるとされている。すなわち、こうした「補償を伴う選択的最適化」により、老年期のより適応的な発達が説明されている。そして、この選択と補償の作用が適切に機能していることが老年期の最適発達であると考えられている。

また、そのような加齢に伴う資源の減衰にうまく適応し(最適発達がなされ)、人生を全うすることのできる状態を「サクセフル・エイジング: successful aging」(Baltes, P. B., & Baltes, M. M., 1990)と言う。では、そのようなサクセフル・エイジングを叶えるためには、どのような行動様式や人格特性が適切であろうか。これらについて、まず以下のような説明理論が提起されている。

(2) サクセフル・エイジングの説明理論

まず、「活動理論(activity theory)」である。これは

中年期までの職業生活やライフスタイルの維持が、社会的環境の縮小を回避し、適応と生活満足度の維持をもたらすという説である。佐藤・井上(1994)も、終身雇用制度が崩れてきたとはいえ、定年後も第二の就職を求め、可能な限り職業を継続し続けようとする人々の多い我が国においても、広く受け入れられる考え方といえると述べている。また、下仲(1997)によれば、適切に年をとる老人というのは中年期の活動を維持し、社会関係の縮小に抵抗するものであると述べている。しかし、一方では、加齢に伴う社会関係の縮小は社会と老人のいずれかが退避(withdrawal)することであり、老人はそれを受容したりあるいは望んでいることもあると指摘する。

この職業生活からの退避を肯定的にとらえ直したのが、Cumming & Henry (1961)による「離脱理論(disengagement theory)」である。職業的な達成だけが人生全体の価値を表すとは限らない。産業社会から一度離脱することで、これまで成し得なかった余暇活動や趣味、地域参加などを行い、新たなライフスタイルを獲得する良き機会ともなり得る。下仲(1997)も、離脱は上手に年をとるに必要な条件であるとし、釣りの悪い状態よりも釣り合っている状態が良く、自然的なものとして黙認することがより良いという価値観が含まれていると考えている。

このような離脱理論では、社会的参加の水準が低いことが個人の最適発達を規定していると考えているが、活動か離脱かを規定するのは個人の人格特性によることを、その特性により中年期の生活様式を継続するかどうか規定するものであるという説が提示された。それが、「継続性理論(continuity theory)」である。つまり、老年期に適応し幸福な老いを実現するにはいろいろな方向あり、それは個人のパーソナリティ(人格特性)に依存するという説である(佐藤・井上, 1994)。では、老年期の人格特性はどのような類型がなされるであろうか。以下にReichard, Livson, & Petersen (1968)の引退後のサクセフル・エイジングに関する人格特性について言及していく。

(3) 老年期の人格特性

Reichard, Livson, & Petersen (1968)は、87名の男性を対象にし、クラスター分析により以下のような5種類の人格特性を特定した。まず、「円熟型」は、自

分と人生を受け入れており、未来志向型で対人関係にも満足しており、多様な趣味をもっている。次に、「ロッキング・チェア型」は、仕事にはもはや興味はなく、責任から解放されて、現在の状況を受容し、楽に暮らそうとする。そして、「自己防衛型」は、加齢への不安が強く、いつまでも活動し続けることで適応できると考え、仕事への責任感が強く必死で仕事する。また、「外罰型」は今までの人生で目標を達成できなかったことに対する敵意を持ち、その原因を他者や社会のせいにする。趣味もなく、死に対する不安と恐れを持っている。さらに、「内罰型」は、自分の人生に対して自責的態度になり、仕事や他者への関心も少なく、孤立しているため死を自らの解放と受け取る。

以上のような老年期的人格特性により、上述した「活動か離脱か」の選択がなされ、中年期までの生活様相と人生観が連続（継続）したものととして老年期の特性を規定するものと考えられる。人間の発達段階そのものが、各発達段階に対して繋がりのあるものであり、それ独自で存在するものではない。幼年期は青年期に、青年期は成人期に、そして成人期の在り方が老年期の様相を規定するものであろう。このように考えれば、老年期の特性は、その個人の成人期までの社会活動や対人関係、生活様式といったライフスタイルが凝集されているものと捉えられる。

以上のように、前の発達段階の影響と人格要因により老年期の適応性のあり方を説明する概念が最適発達である。しかし、前発達段階の影響を受けつつも、老年期に特有な心理的・身体的な発達リスク要因がある。以下では、その心理的・身体的な発達阻害要因について論及し、最適発達を叶えるための発達支援の在り方について探索する。

3. 老年期の発達課題

Havhurst (1953) によれば、人間が健全で幸福な発達を遂げるために各発達段階で達成しておくことが望ましい課題を発達課題という。また、Erikson (1963) は次の発達段階の発達課題に問題なくスムーズに移行するために、各発達段階で習得しておくべき課題があり、心理・社会的な観点を重視した。以下では、主に老年期の危機と死の受容について言及していく。

(1) 老年期危機

Erikson (1982) によれば、老年期は自分の人生に意味を見出し、やがて来る死を受容していく「統合」と、自分の人生が本来の自分ではなかったということに気づいても取り戻すには遅すぎるという感情に襲われる「絶望」との葛藤があり、それを克服したものには「英知」が得られるものとした (Figure1)。

Ⅷ 老年期								統合 対 絶望 英知
Ⅶ 成人後期							生産性 対 停滞 世話	
Ⅵ 成人前期						親密 対 孤立 愛		
Ⅴ 青年期				同一性 対 同一性混乱 忠誠				
Ⅳ 学童期			勤勉性 対 劣等感 適格					
Ⅲ 遊戯期		自主性 対 罪悪感 目的						
Ⅱ 幼児期初期		自律性 対 恥、謙遜 意志						
Ⅰ 乳児期	基本的信頼 対 基本的不信 希望							
	1	2	3	4	5	6	7	8

Figure1: エリクソンの漸成発達段階

そして、この「統合 (integrity) vs. 絶望 (despair)」により、「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」である「英知 (wisdom)」が生まれてくるという心理的葛藤は、「私であること (“I”-ness)」という最も基本的な特質を内包していると述べている (Erikson, 1963)。また、心理・社会的「同一性 (identity)」を極めて明確に定義しえたとしても、実存的な「私 (I) を他人より先に手に入れることにはならないのと全く同じであり、完全に機能する自我は「私」という意識を排除して統合を行うことなどできないと言及している。

これは、青年期の「同一性 (identity)」達成の在り方により様々な心理的疾患が発症するように、老年期においてもこの心理的危機をどのように解消するかにより、老年期の発達の疾患が生じる中核的な要因ともなり得る。それまでの発達段階では、解決しなかった発達課題を次の発達段階への持越しや、やり直しを行う機会が期待できるが、老年期では身体的・時間的・経済的資源の限界もあり、繰り返すことのできない最終的な段階である。例えば、青年期における職業同一性を、中年期危機を経験することにより、新たなキャリア転換をすることで再達成する可能性は残されているが、それは老年期では極めて難しいであろう。すなわち、老年期では「統合と絶望」の葛藤を解決するというよりは、それら全体を受容してゆく過程であり、それがまさしく「統合」ということを意味していると考えられる。Erikson (1982) によれば、統合の意味は最も単純に言えば、一貫性 (coherence) と全体性 (wholeness) の感覚であると述べている。つまり、老年期は、これまでの人生全体をいかに統合するか、統合過程全体そのものが老年期である言えよう。

(2) 「死」の受容

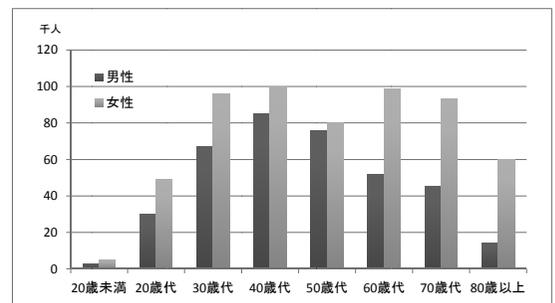
上述した、統合と絶望を超越して全体をなす実存である「私であること (“I”-ness)」は、やがて迎え来る「死」を受容することでもある。河合 (1997) によれば、人生半ばにして多くのことをやりのこしたまま死を迎え入れなければならない場合、死の恐怖は大きいことが予想されるのに対して、人生の課題を一つ一つきちんと解決してきた人は死を恐れることが少ないと述べている。だが、どのような人生過程を経たとしても、人が死にゆく心理過程は、それまでの人生過程

によらず複雑な過程をもたらすと思われる。

K.Ross (1969) は約 200 人の末期患者に対する調査から人の死の受容プロセスを「否認—怒り—取引—抑うつ—受容」の 5 段階で示した。¹ また、この過程は必ずしも順番通りに進むのではなく、否認の段階にとどまっていたり、抑うつ段階に逆戻りしたりすることもあると考えている (K.Ross, 1974)。例えば、退職後の心理的過程においても、それまで第一線で奔走していた多忙な日々と社会的地位が奪われることによる心理的影響過程も決して円滑なものではないであろう。すなわち、老年期はその段階への導入 (退職) と終結部分 (死) において、上記のような複雑な心理過程を二重に経験するのであろう。不安や葛藤、怒りや抑うつを経て老年期へと移行する (または終結する) 現実を受容していくことは難を極める場合があり、それにより老年期特有の発達の疾患が発症することも少なくない。そこで、以下では老年期に主要な心理的疾患である、老年期うつ病について言及する。

(3) 老年期うつ病

うつ病性障害は DSM-IV-TR (精神疾患の分類と診断の手引き) の気分障害にあたる。老年期のうつ病の主要因となるものは、いわゆる喪失体験である。重要な他者との死別 (配偶者、家族、友人) を経験する機会が多くなるため、喪失体験からくる抑うつ感が持続する。老年になれば、それまでの成人期まで獲得してきた社会的、人的、物的資源の喪失を体験することがやむを得なくなる。また、急性の身体疾患、家族や隣人とのトラブル、転居や施設入所、経済的危機などがあげられる。それに伴う否定的な心理的変化の代表的なものがうつ病性障害であるといえるだろう。



(平成 23 年度厚生労働省患者調査)

Figure 2: うつ病の男女年齢別患者総数

なお、2011年の厚生労働省患者調査によれば、うつ病の罹患者は30代と40代について、60代と70代の高齢期の女性に多く見られていることがわかる(Figure2)。30代～40代のうつ病性障害は主に職業ストレス、子育てストレスなど職業生活と家庭生活によるものと推察されるが、60代以降は退職し、子育てを終えたにも関わらず、上記のような喪失体験によりうつ病を発症する誘因が多く存在することに注意すべきであろう。また女性が男性の約2倍の数に上ることは、女性の方が男性よりも(家族)家庭生活上の問題を抱え続けやすいということ、(家族)家庭生活は退職という区切りもないことから継続的に生じることなどの理由が考えられる。そのため、こうした老年期特有な発達阻害要因を考慮した心理社会的支援の在り方が検討されるべきであろう。

そこで、以下では上述した老年期の発達特性と心理的発達課題を考慮した支援の在り方を検討する。

4. 臨床発達支援モデル

上述のように、人生発達の課題である「統合」や「死の受容」といった心理的過程を経る老年期においては、他の発達期における対応支援とは異なる支援の在り方が求められる。黒川(2001)によれば、一人の問題の背景をできるだけ包括的、多層的、具体的に理

解することが求められると述べている。例えば、社会的背景、経済状況、身体的状況、ADL(日常生活動作)、生活史、家族歴、病歴、趣味趣向、対人関係のありようなどがあげられると指摘している。そして、「死」というものを意識しなければならない。このような観点から、以下では老年期の支援として地域を視野に入れた臨床発達支援モデルについて検討していく。

(1) 支援モデルの提起²

従来、支援体制は「専門家と個人」、「専門家と家族」といった二者の対応関係が中心であった。しかし、現代の高齢化社会において、後述するように必ずしも家族を持たない(家族に先立たれた)独居老人なども増加傾向にある。そのため、支援を受ける高齢者の生活環境、家族構成、居住地区などの多様な条件を包含した上で、どのような支援体制が適性であるか検討されるべきである。また、その支援体制は、常に変化する個人の発達と地域環境に対応すべき動的な体制である必要があり、固定化されたものでは柔軟な支援が期待できないであろう。

Figure3では、それらの諸要因を包含した動的な支援体制の提起を検討するものである。まず、専門家からの支援を受け、医学的診断、心理カウンセリン

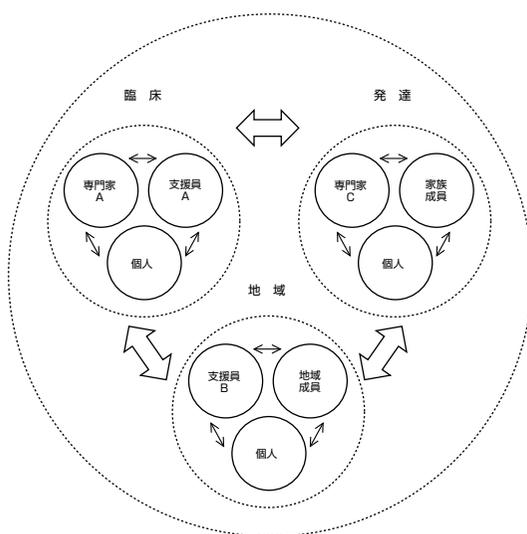


Figure3: 地域支援を視野に入れた課題対応型の支援体制モデル

グ、介護援助などがなされる。しかし、療育支援は家族内成員との関係性、家族全体への支援までには波及されることはない (Figure3: 臨床サークル)。実際に日常的に介護や援助をするのは家族成員であり、老老介護のような状態を作り出してしまふ恐れがある。家族の中で被介護者だけではなく、経済的事情や夫婦 (嫁姑) 関係などの他の家庭的問題を抱えているケースもあろう。そこで、家族成員の発達の問題がどのような様相であるか、心理士等の専門家が十分に傾聴し家族全体への支援をしていくことで、被介護者一人の問題ではなく、家族全体の発達支援として捉えていくことも不可欠である (Figure3: 発達サークル)。そして、その家族が居住し生活する地域で実現可能な支援体制を整えていく。高齢化社会では、被介護者を持つ近隣の居住者が同様な支援を求めている可能性があり、家族単体での支援よりも地域性を持った支援を行うことで、その相乗的効果が期待できる (Figure3: 地域サークル)。例えば、一人の支援員 (介護ヘルパー) による一人の被介護者への買い物や散歩などの日常支援があるが、その支援は地域集団で行われる方が被介護者の動機づけ (介護を受ける気力) の持続にも影響するであろう。また、ディサービス、ディケアなどへの参与も、一人より仲間同士で活動することによりその継続性は高まるものと思われる。

このように、被支援者に対する支援要因が固定的にならずに、かつ各支援が安定化されるためには、「臨床・発達・地域」といった3条件が相互性を備えた体制で実行される必要があると考えられる。

(2) 臨床発達支援

老年期の終末期患者への臨床的支援、いわゆるターミナルケアとして中核的な心理的支援は「死」の受容であろう。先に述べたように、死の在り方、捉え方は個人により千差万別であり、Kubler-Ross (1969) の5段階モデル「否認ー怒りー取引ー抑うつー受容」のプロセスをどのように辿るかも多様である (cf. 上野, 1984)。黒川 (2001) によれば、死を話題にするとき、それを忌み嫌うべき話題として否定したり、悲観的な願望として、問題視するのは早計であると指摘し、クライアント (患者) の生ばかりでなく、死をも深く視座に入れながら向き合っていく必要があると述べている。西村 (1995) も死は人間の傲慢さを砕くも

のであり、人間の無力さを感じさせ、謙虚にさせると述べており、死というものに向き合うことの価値を説いている。

そこで、このような老年期特有の死の意味を持った臨床支援に対して、山賀 (2001) は次のようなアプローチを提示している。それは、①援助者が患者の理性や意志に対して働き掛ける認知レベルのアプローチ、②感情や情緒の領域を中心に働きかけるアプローチ、③身体レベルへのアプローチである。さらに、いかなるアプローチでも、以下の3つの支援が重要であることを示している。まず第1に、共感的態度を持ちつつ積極的な傾聴を心がける姿勢である。共感的態度により人生を整理し死に向かう心の備えをすることを援助することである。第2に、患者へのケアは非言語的コミュニケーションを重視して実施する姿勢である。非言語的コミュニケーションは不確実ではあるものの多くの情報が伝達されるものであり、複雑な患者の心理状態の把握に有効である。第3に援助者が多方面からの情報収集に努めそれらの情報を総合したうえでのアセスメントを行う姿勢である。可能な限りの情報収集を行い、患者の性格、行動パターンなどを把握したうえで、慎重に心理状態をアセスメントしてケア方針を決定する。

以上のような、終末期患者に対するアプローチと態度条件は、実際には多くの困難があり、たとえ努力目標であっても、その姿勢は臨床支援において共通する成分であろう。そして、その上でより具体的な患者のニーズに対応した臨床的支援が求められると思われる。また、山賀 (2001) は多元的ニーズに「身体、精神、社会、宗教」をあげているが、特に人は社会の中で生きている存在であり、死はこれまで築いてきた社会的立場、多様な関係性からの断絶を意味すると述べている。そこで、以下では特に社会的ニーズに対応するための地域支援の在り方について言及する。

(3) 地域支援

高齢者への社会的ニーズに対する支援の在り方には、上述したように「死」を意識したアプローチの在り方だけでなく、その生活背景や家族構成を念頭にいたれた社会的サポートが不可欠であろう。例えば、奥山 (1990) によれば、居住形態によりそのサポートの実現可能性が異なることを明らかにしている。「同居型」

形態では、経済的・身体的・精神的サポートを最も安定した形で手軽に提供しやすく、「隣居型」形態では、緊急の場合など身体的サポートは応じたいが、経済的・精神的サポートは同居型と変わらず、「別居型」形態では、日常的な身体的サポートはほぼ不可能であり、精神的サポートも他の形態よりは少なくなると考えている。

現在の核家族化と、母子（父子）家庭の増加の現象を考えれば、高齢者への家族支援は別居型の形態を考えたサポート体制を取らざるをえない。そのため、高齢者の臨床発達の支援においては、コンボイモデルに適合した支援が不可欠になろう。コンボイモデル (Kahn & Antonucci, 1980) とは、護送船団のことで他者に守られながら人生経路を進むという意味である。個人を中心に「個人→配偶者・家族→親戚・友人→専門職・職場」というように同心円状に広がっていく関係図である。奥山 (1990) もソーシャルネットワークやソーシャル・サポートの良否は、いわばストレスに対する対処行動 (stress coping) を考える際に必要であるとしている。

さらに直井 (2006) は高齢者を援助する他者が機能的な結合として捉え、そのなかには配偶者や子どものようなインフォーマルな関係 (インフォーマル・サポート) も、医者やホームヘルパーのようなフォーマルな関係 (フォーマル・サポート) もひとつづきの関係として捉えるソーシャルネットワークの枠組みを提示している。家族関係が乖離し、地域の共同性が希薄化している状態においては、安定した心理・社会的支援を実行することは難しい。

そのため、組織的な臨床発達の支援体制が求められる。本来、コンボイモデルでは配偶者や家族が高齢者本人の最も近い支援者となり得るが、それでは固定的・画一的な支援体制となるため、実際の支援では専門家や知人などのフォーマルなサポートが中心にある支援体制を地域で確立していくことが必要であろう。つまり、コンボイモデルでは各円内の人間関係レベルが固定的・静的なものとして考えられているが、その各円心を独立した要因として捉え、相互性を持たせる必要がある (Figure3 参照)。これにより、日常的援助と専門的援助が融合され、どのような家族形態であっても、日常的支援を希薄化することなく、専門的支援体制が安定的に得られると考えられる。

下川 (2012) は当事者に様々な支援が届くようにその前段階をつくっていくことのほうが必要である場合があると考え、つながりの中での臨床の重要性を提示している。また、心理臨床家もメンバーも当事者も共に支援体制を作っていく視点が必要であるとも述べており、その支援体制に地域やコミュニティの視点を取り入れた臨床的支援が急務であるといえる。直江 (2006) も緊急時には近隣がサポートするような機能分担である課題特定モデルを提示している。日本においても高齢者向けの介護住宅、高齢者居住地域などの試みがなされているが、それは独立的なものではなく、その地域に根付いた形の支援体制とソーシャルネットワーク体制が高齢者の臨床発達の支援には不可欠であろう。

以上のような、「臨床支援、発達支援、地域支援」という三方からの立体的支援を実現させていくことが高齢社会の課題であろう。

5. 総合考察

子どもに玩具を与えれば、子どもはそれを口に入れたり、叩いたり、投げたり、壊そうとする。一見、大人からすれば、玩具を壊そうとしているように見える。しかし、子どもはその対象物を知りたくて、理解したくて、所有したくて、壊すのである。すなわち、破壊そのものが目的ではない。こう考えると、人間の身体的・心理的・社会的減退も、また違った意味を呈してくる。加齢に伴う体力の減退、社会的地位の喪失、心理的不安定性、これらの現象は人間をまた新たに創造するために、人間を深く理解し、自分の存在を収斂するための手段であり、いわば人生の「統合」に匹敵するものではないだろうか。それは、本論の冒頭で記した、天野 (1999) の一節が説いていることでもある。老年期において、自分が歩んできた人生経路と精神性を統合するために、子どもが喜び溢れてお気に入りの玩具を破壊するように、老年期では自分自身を“衰退させる”のではないだろうか。これまで概観してきた老年期の特性と発達疾患、最適発達の条件と支援は、いずれも老年期をいかに快適で開かれたものにするかに焦点があてられている。しかし、本質的な高齢者支援はそのような表層的成分にとどまらず、人生の統合という崩壊に裏打ちされた創造を求めることにあるのかもしれない。

本論では、このような老年期に対する重層的な支援の在り方を探索すべく、まず老年期の特性について、その心理的側面から論及した。そこでは、Reichard, Livson, & Petersen (1968) の人格論により老年期の最適発達をかなえる「継続性理論 (continuity theory)」を概説した。次に、ライフサイクルにおける発達課題として「統合と絶望」を Erikson (1982) の実存論的視点から言及し、「死の受容」過程 (Kubler-Ross, 1969) の複雑性について論述した。さらに、老年期に見られる代表的な発達の疾患として、うつ病性障害について解説し、医学的対応だけではなく心理社会的対応の重要性について考察された。これらの知見を基に、老年期の支援の在り方は、専門家と当事者の二者関係によらず、当事者を囲む対人関係や地域を包含した支援体制が不可欠であることを明らかにした。

このように、高齢者の発達の支援においては、人生の統合と死の受容が中核的な支援要因となる。医学的支援だけがどれだけ高度なものであっても、医学的支援だけでは高齢者の主観的幸福感と生活満足度を高めることを期待することができない。以上、高齢者の発達の支援は、人生の「統合」といった発達課題の理解と具体的疾患に対する対応を包含した、地域支援体制の拡充が不可欠であると考えられる。

参考文献

- 天野正子 (1999) 老いの近代 岩波書店
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds), *Successful aging: Perspectives from the behavior sciences*. Cambridge University Press, pp.1-34.
- Commin, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. Basic Books.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*, 2nd ed. Norton. (仁科弥生 (訳) (1977) 幼児期と社会 みすず書房).
- Erikson, E. H. (1986). *Vital involvement in old age*. Norton. (朝長正徳・朝長梨枝子 (訳) (1990). 老年期 みすず書房).
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. Longmans. (庄司雅子 (訳) (1958). 人間発達の課題と教育 牧書店).
- Kahn, k R. I., & Antomucci, t. C. (1980) *Convoys over the life course: Attachment, roles ando social support*. *Life Span Development and Behavior*, 13, 253-286.
- 河合千恵子 (1997) 死と死にゆく過程 下仲順子 (編) 現代心理学シリーズ 14 老年心理学 培風館 第 10 章 p100 - 112.
- 厚生労働省 (2011) 患者調査 (Accessed 8.30, 2013) (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>)
- 黒川由紀子 (2001) 老年期：痴呆症 下山晴彦・丹野義彦 (編) 講座臨床心理学 5 東京大学出版会 第 3 章 p173-190.
- Kubler-ross, E. (1969) *On death and dying*. Macmillan. (川口正吉 (訳) (1971) 死ぬ瞬間 読売新聞社).
- 西村哲郎 (1995) 生と死の視点、日野原重明・山本俊一 (編) 老いの臨床心理, 日本評論社, p64-84.
- 直井道子 (2006) 老年期の心理と人間関係 関 岫一 (編) 人間関係の発達心理学 6 老年期の人間関係 培風館 p1-36.
- 奥山正司 (1990) 老年期のソーシャル・サポート 無藤隆・高橋恵子・田島信元 (編) 発達心理学入門 II 青年・成人・老人 東京大学出版会 .
- Reichard, S., Livson, F., & Petersen, P.G. (1968). *Adjustment to retirement*. In B. L.
- Sanders, C. M. (1989) *Grief: The mourning after*. John Wiley & Sons.
- 佐藤眞一・井上勝也 (1994) 老年の心理 伊藤隆二・橋口英俊・春日喬 (編) 人間の発達と臨床心理学 6 老年期の臨床心理学 駿河台出版社 p1-40.
- 下川昭夫 (2012) コミュニティ臨床の実践と変化する視点 下川昭夫 (編) コミュニティ臨床への招待—つながりの中での心理臨床— 新曜社 p33-53.
- 下仲順子 (1997) 老年期の適応 下仲順子 (編) 現代心理学シリーズ 14 老年心理学 培風館 第 8 章 p77-89.
- 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸 (2002) *DSM-IV -TR 精神疾患の分類と診断の手引き* 医学書院
- 上野郁子 (1984) 末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究. *精神神経学雑誌*, 86, 787-781.
- 山賀邦子 (2001) 死の臨床：ターミナルケア 下山晴彦・丹野義彦 (編) 講座臨床心理学 5 東京大学出版会 第 3 章 p173-190.

- 1 まず、第 1 段階は「否認」である。死を告知されてもそれを認めようとしぬ段階であり、心理的衝撃を少しでも緩衝させるために否認をする。次に、第 2 段階は「怒り」である。事実を認めざるを得ないとき、怒りや憤りが生じ、そのやり場のない感情が家族や医者などに向けられる。そして、第 3 段階は「取り引き」である。悲しい出来事を少しでも先へ延ばすように、よい患者になつ

たり、良い行動をすれば報酬として願い（延命）が叶うかもしれないと思う。さらに、第 4 段階では「抑うつ」である。どんなに取り引きをしても体力や職業など失わなければならないものや、愛する人との別れを意識することで抑うつ状態へ陥る。最後に「受容」である。自分の運命に対して憤りの感情はなくなり、静かに人生の終焉を受け入れるようになる。

- 2 提示する支援モデルはあくまで抽象次元での支援モデルである。具体的・実際の支援では、より個々人の生活状況や症状特性などを考慮して行われるものであり、3つのサークルが全て機能しなければならないという限定はない。本研究は実際の事例による実践研究ではなく、実践のための定式化された支援モデルを検討するものである。