博士論文

介護施設入所高齢者の主観的幸福感とその関連要因

学籍番号　：12710008
氏名　：川井　文子
指導教員　：鈴木　はる江
サポート教員　：中野　博子
提出年月　：2016 年 3 月

要旨

介護施設入所高齢者の主観的幸福感とその関連要因

川井　文子

【目的】

本研究は，介護施設に入所している日本人高齢者の主観的幸福感とその関連要因を明らかにすることを目的とした．

【方法】

地方都市の介護老人福祉施設 4 施設，介護老人保健施設 3 施設の入所者のうち，選定基準に達し同意が得られた高齢者 128 名を対象として，2013 年 6 月から同年 8 月に構造的面接による聞き取り調査を行なった．調査内容は基本属性，施設内生活状況，四季折々の行事，最期の場の希望，健康度自己評価，超越的なものへの関心，主観的幸福感尺度の改定 PGC モラール・スケール（日本語版）である．PGC モラール・スケール値を目的変数，他の調査項目を説明変数として，重回帰分析（一括投入法）を行った．またアンケート中に自発的発言のあった高齢者 63 名の言葉を質的に分析した．本研究は人間総合科学大学の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 350）．

【結果】

介護老人福祉施設と介護老人保健施設に入所する対象者の年齢, 介護度, 入所年数, PGC モラール・スケール値には全く差がないことから，両施設の対象者のデータを合わせて分析を行った．対象者の年齢は 65 歳から 104 歳で平均 84.8±7.72 歳，介護度の平均は 2.58±1.16，PGC モラール・スケール値は平均 11.8±3.93 であった．主観的幸福感（PGC モラール・スケール値）と全変量間の重回帰分析により，「健康度自己評価」（β=.329，$p<.01$）と「自然とのつながり感」（β=.217，$p<.05$）は有意に主観的幸福感を高め，「自分と先祖・子孫との結びつき感」（β=−.222，$p<.05$）は有意に主観的幸福感を低下させる結果であった．自発的発言の分析では，発言が肯定的と判定された対象者の主観的幸福感は発言が否定的と判定された対象者の主観的幸福感より有意に高かった．

【考察】

介護施設入所高齢者の主観的幸福感に最も影響を及ぼしている要因は，これまでの地域在住高齢者の研究結果と同様に「健康度自己評価」であった．「自然とのつながり感」も施設入所高齢者の主観的幸福感を高めていたが，これは古来より影響を受けている日本人の自然観によるものと考えられた．他方「自分と先祖・子孫とのつながり感」は施設入所高齢者の主観的幸福感を低下させる要因であった．先祖・子孫とのつながり感は家族とのつ

ながり感の低さに通じ，主観的幸福感を低下させていると推測された．また高齢者は「諦観」することで，非可逆的な身体機能の喪失の中から選択的に目標や情動調整を行い，否定的感情を抑制，肯定的感情を維持しつつ，老年的超越に向かって発達変容しているものと考えられた．

【結論】

介護施設入所高齢者の主観的幸福感に対して,「健康度自己評価」「自然とのつながり感」は正の要因として,「自分と先祖・子孫とのつながり感」は負の要因として影響を及ぼしていることが明らかになった．

【キーワード】

介護施設，日本人高齢者，主観的幸福感，老年的超越，心身健康科学

Abstract

Subjective well-being of elderly residents of care facilities and factors related to well-being

Fumiko Kawai

【Objective】

The aims of the current study were to measure the subjective well-being of elderly residents of Japanese care facilities and to ascertain factors related to well-being.

【Methods】

Potential subjects were elderly residents of 4 special nursing homes for the elderly and 3 care facilities for the elderly in a provincial city. Subjects were 128 elderly individuals who met inclusion criteria and who consented to participate in this study. Structured interviews were conducted with subjects from June to August 2013. The items studied were subjects' demographic characteristics, living conditions in the facility, seasonal festivities, last requests, self-rated health, interest in the transcendent, and subjective well-being (measured with the revised Philadelphia Geriatric Center (PGC) Morale Scale, Japanese version). Multiple regression analysis (simultaneous entry) was performed with the score on the PGC Morale Scale serving as a response variable and other items serving as explanatory variables. Spontaneous utterances made by 63 subjects during interviews were qualitatively analyzed. This study was approved by the Ethics Review Committee of the University of Human Arts and Sciences (approval no. 350).

【Results】

There were no differences whatsoever in the age, the level of nursing care required, the duration of residence (in years), or the score on the PGC Morale Scale for residents of a special nursing home for the elderly and residents of a care facility for the elderly. Thus, data on these 2 groups of subjects were combined for analysis. Subjects ranged in age from 65 to 104 years, with a mean age of 84.8±7.72 years. The average level of nursing care required was 2.58±1.16, and the average score on the PGC Morale Scale was 11.8±3.93 points. Multiple regression analysis of the association between subjective well-being (the score on the PGC Morale Scale) and all variables indicated that self-rated health ($\beta=.329$, $p<.01$) and feeling of being in connection with nature ($\beta=.217$, $p<.05$) significantly increased subjective well-being while feeling of being in connection with ascendants and descendants ($\beta=-.222$, $p<.05$) significantly decreased subjective well-being. Analysis of spontaneous utterances indicated that subjects who made positive statements tended to have a higher subjective well-being than did subjects who made negative statements.

【Discussion】

The factor that most affected the subjective well-being of elderly residents of care facilities was self-rated health, and this finding coincides with the results of previous studies of elderly living in the community. Feeling of being in connection with nature increased the subjective well-being of elderly residents of facilities. This finding is due to long-standing Japanese views on nature. On the other hand, feeling of being in connection with ascendants and descendants decreased the subjective well-being of elderly residents of facilities. This inverse relationship may result from attenuation of family relations in the subjects feeling of being in connection with ascendants and descendants. In addition, elderly individuals resign themselves to their fate. Faced with an irreversible loss of physical function, they selectively adjust their goals and regulate their emotions. The elderly develop and change toward gerotranscendence by suppressing negative emotions and maintaining positive emotions.

【Conclusion】

Results revealed that self-rated health and feeling of being in connection with nature are two factors that positively affect the subjective well-being of elderly residents of care facilities while feeling of being in connection with ascendants and descendants is a factor that negative ly affects the subjective well-being of those individuals.

【Keywords】

care facility, elderly Japanese, subjective well-being, gerotranscendence, health sciences of mind and body

目　次

Ⅰ．緒言 1
A．研究の背景 1
B．本研究の目的と意義 3
C．本研究の研究対象者である障害高齢者施設の現状 4
Ⅱ．方法 5
A．主観的幸福感と関連要因の量的分析 5
1．調査対象地区と調査期間 5
2．対象者と調査手続き 5
3．倫理的配慮 5
4．調査項目 5
a．基本属性 6
b．施設内生活状況 6
c．健康度自己評価 6
d．超越的なものへの関心 6
e．改訂版 PGC モラール・スケール日本語版 7
5．分析方法 7
a．量的分析 7
b．対象者の自発的発言の質的分析 8
Ⅲ．結果 9
A．特老と老健の比較 9
1．特老と老健の日課の比較と看取りの状況の把握 9
2．特老と老健の個人要因と PBC モラール・スケールの比較 10
B．介護施設入所高齢者の主観的幸福感とその関連要因の量的分析 10
1．対象者の特性 10
2．説明変数ごとの主観的幸福感 PGC 値 11
3．全変量間の相関係数 12
C．対象者の自発的発言の質的分析 13
1．3 名の研究者による自発的発言の判定結果 13
2．言語得点と PGC モラール・スケール値の関係性 13
Ⅳ．考察 14
A．特老と老健の日課と看取り，入所者の個人要因，PGC モラール・スケール値の比較 14
B．入所高齢者の属性と特徴 15
C．主観的幸福感とその関連要因 16

1．健康度自己評価と主観的幸福感 16
2．高齢者の身体機能低下と心理的適応 17
3．自然とのつながりと主観的幸福感 19
4．先祖・子孫との結びつきと主観的幸福感 20
D．対象者の自発的発言の質的分析 23
Ⅴ．結語と今後の課題 26

謝辞 26
引用文献 27

図表

図１　老健と特老の日課の比較 32
表１　特老と老健入所者の個人要因の差の比較 33
表２　属性集計（ｎ＝128） 34
表３　調査項目集計（ｎ＝128） 35
図２　対象高齢者（128 名）における PGC モラール・スケール度数分布 36
表４　調査項目と PGC 平均値集計（ｎ＝128） 37
表５　全変量間の相関マトリックス.....38
表６　主観的幸福感を目的変数とする重回帰分析.....39
表７－１　高齢者が話した言葉の言語得点とその対象者の PGC 値.....40
表 7—2　高齢者が話した言葉の言語得点とその対象者の PGC 値（つづき） 41
図３　自発的発言のあった高齢者（63 名）における PGC 値度数分布 42
表８　言語得点と PGC 得点の相関.....43
図４　主観的幸福感とその関連要因の相関図.....44

添付資料１　高齢者スピリチュアリティ評定尺度―超越的なものへの関心 45
添付資料２　PGC モラール・スケール.....46

Ⅰ．緒言

A. 研究の背景

国立社会保障・人口問題研究所が平成 24 年（2012 年）に発表した日本の将来推計人口によると，平成 72 年（2060 年）には 4 人に 1 人が 75 歳以上となることが見込まれ，女性の平均寿命は 90 年を超えると推定されている [1]. これまで経験したことのない超高齢社会を迎える我が国においては,「人生 90 年時代」を前提とした豊かな人生を享受できる超高齢社会の実現を目指す必要がある．との認識が示された [2].

日本の高齢社会の進展状況を諸外国と比較すると，高齢人口が 7%から 14%になった期間はフランスが 115 年，アメリカが 73 年，イギリスが 47 年に対し，日本は 25 年という短い期間であり，我が国は，世界のどこの国もこれまでに経験したことのない急速な超高齢社会を迎えていることが分かる [3][4]. この急速に進む超高齢社会の中で，高齢者の幸福感の実態を把握し，高齢者の well-being（満足のいく状態）の構築が急務とされ，諸外国からも我が国の社会構築と高齢者を含む国民の幸福感の状況が注目されている [5].

また，日本の近年の世帯形態から高齢社会をみると，1975 年（昭和 50 年）では三世代世帯 54.4%，夫婦のみ世帯 13.1%，単独世帯 7.5%であったものが，2013 年（平成 25 年）には三世代世帯 13.2%，夫婦のみ世帯 31.1%，単独世帯 25.6%と，三世代世帯が著しく減少する一方で，夫婦のみ世帯と単独世帯が増加している [6]. 特に高齢単独世帯は，2015 年（平成 27 年）には 32.2%に達し，2025 年には 36.9%に増加する [6]見通しである.

このような社会の高齢化と近年の世帯形態の変化を背景として，介護施設入所高齢者は増加し続けている [7]. 介護施設（介護老人福祉施設，介護老人保健施設）の入所者数は平成 20 年度で 74.7 万人 [8]であったものが，平成 25 年では 83.2 万人 [9]となり 5 年間で約 8 万人増加している．超高齢社会で高齢単独世帯増加が進んでいる中で，介護施設入所高齢者は今後においても増加が見込まれる．このような社会背景の中で，人生最後のステージにいると思われる日本人高齢者は介護施設でどのような幸福感をもって生活しているのであろうか.

柴田は，Lawton の生活の質（QOL）の概念枠組みを用いて，虚弱高齢者の生活の質は，生活機能や行為・行動の健全性（ADL や社会活動），生活の質への認知（健康度自己評価など），生活環境，主観的幸福感（生活満足度，抑うつ状態）によって構成されること，並びに主観的幸福感は、歴史的にサクセスフル・エイジングの目的変数であったと論じている [10]．また佐藤らはポジティブな感情としての個人の内的な状態は，主観的幸福感と定義されていると述べている [11]. 主観的幸福感は，自分自身がどのくらい幸福であるかと感じている程度をいい [12]，その測定には，ポジティヴアプローチとしての「改訂 PGC モラール・スケール（Philadelphia Geriatric Center Morale Scale）」[13]や「生活満足度尺度 A（Life

Satisfaction Index A: LSIA)」[14],「生活満足度尺度 K (Life Satisfaction Index K: LSIK)」[15], ネガティブアプローチとしての「高齢者うつ尺度(Geriatric Depression Scale: GDS)」[16],「抑うつ尺度（The Center for Epidemiology Studies Depression Scale: CES-D)」[17]が 多く用いられてきた[18]．生活満足度尺度 K は長期的認知的評価尺度であり，うつ尺度はうつ得点から幸福感を測定するものであるが，PGC モラール・スケールは長期的展望がもてない高齢者[19]の短期的な主観的幸福感と純粋な現在の内面的側面を測定するのにふさわしいとされている[11),20]．

これまでに高齢者の主観的幸福感に関する研究は，自立または虚弱高齢者（要支援高齢者）を含む地域在住高齢者を対象とした報告が多くなされている[21)~24]．地域在住高齢者の主観的幸福感と関連する要因としては，健康度自己評価，地域・家族との関係性，経済性などが挙げられており[20]，特に健康度自己評価は PGC モラール・スケールにより測定した主観的幸福感との間に強い正の相関が認められている[25]．

他方，介護施設入所高齢者の主観的幸福感に関する報告は散見される[26)27]ものの，その実態と関連要因は明らかにされておらず未解決の課題がなお多数残されており，一層の研究の蓄積が必要とされている[28]．介護施設入所高齢者の生活は施設の中で営まれている．施設側は，生活の範囲が広がるような工夫を日常生活に取り入れているが，高齢者の心身機能の低下により，その範囲は限られている．介護施設入所高齢者の主観的幸福感には，高齢期の心身の機能と日々の生活に対する感情が影響しているものと想定される．施設に入所している障害高齢者においても，地域在住高齢者と同様に主観的幸福感が健康度自己評価と相関するのかは興味深い．

また内閣府が 2011 年に報告した「幸福度に関する研究会報告―幸福度指標試案―」では，日本人の主観的幸福感の予測因子として，基礎的なニーズ，住居，子育て・教育，雇用，社会制度の「経済・社会状況」，身体面・精神面の心身の健康，ライフスタイルに加え，家族とのつながり，地域とのつながり，自然とのつながりといった他者との関係性をあげている．家族と離れて介護施設に入所している高齢者においても，心身の健康や家族とのつながり，自然とのつながりなどはどのように意識されて，主観的幸福感に影響を及ぼしうるのであろうか．施設入所高齢者の主観的幸福感の特徴を把握するうえで，こうした他者との関係性に注目した調査も重要と考える．

さらに高齢者の幸福感については，近年 Tornstam[29] により提唱された老年的超越（Gerotransendence）という考え方が注目されている．老年的超越とは，高齢期になると自己概念が変容し，それまでの自己を超越するという考え方で，加齢に本質的で文化に拘束されない普遍的な過程であるとされている[29]．中嶌・小田[30]や長田[31] は Tornstam の老年的超越について，身体的能力の多くを喪失し自立性を失いつつある超高齢者では，富や地位や役割などの社会的価値観を超越し自己概念は利他的になること，さらに過去・現在・未来の区別の意味が薄れ，先祖とのつながりを強く感じたり，宇宙との一体感が高ま

り，生命の神秘や宇宙の意思を感じたり，死への恐怖も払拭されるなど宇宙的意識を獲得すると紹介している．このように先祖とのつながりや宇宙との一体感の高まりとも関連づけて捉えられている老年的超越の程度を測定することはできるのであろうか．先祖とのつながりや宇宙との一体感を測定する尺度としては，三澤[32]が開発した日本人高齢者のスピリチュアリティ評価尺度があり，この中の「超越的なものへの関心」の下位因子として「目に見えない大きな力」「先祖・子孫との結びつき」「宇宙（自然）とのつながり」「祈ることのやすらぎ」を含んでいる．この三澤らの日本人高齢者のスピリチュアリティ評価尺度の「超越的なものへの関心」を用いて施設入所高齢者の特徴を測定することにより，老年的超越への示唆が得られる可能性がある．

B. 本研究の目的と意義

本研究では，介護老人福祉施設（特別養護老人ホームともいう）ならびに介護老人保健施設（老人保健施設ともいう）で介護を受けながら生活している日本人高齢者の主観的幸福感とその関連要因を明らかにすることを目的とする．具体的には，PGC モラール・スケールにより高齢者の主観的幸福感を測定し，それに影響を与える要因としては，個人要因（年齢，要介護度，入所年数，学歴），面会や友人などの施設内の日常生活様式，施設ケアの中で無条件に提供されるアクティビティである四季おりおりの行事，老年期の時間的展望[19]として避けることのできない最期の場の希望をとりあげ，さらに主観的幸福感との相関が報告されている健康度自己評価，老年的超越と関連すると考えられる三澤らの超越的なものへの関心〔目にみえない大きな力，自分と先祖・子孫との結びつき，宇宙（自然）とのつながり，祈ることで安らぎ・幸せの 4 因子〕[32]に着目した．

これらの要因と主観的幸福感の関係性をまず質問紙調査の結果から量的に分析する．さらに調査中に対象者が質問紙への回答以外に自発的に発する発言を記録し，その発言内容を質的に分析することにより，画一された調査票による調査からは抽出しきれない対象者の特徴についても把握する．これら量的分析と質的分析の結果を統合して，施設入所高齢者の主観的幸福感に影響する要因について総合的に考察した．

本研究によって，施設入所高齢者の主観的幸福感に施設内生活状況や高齢者の老年的超越の考え方がどの程度関与しているのか明らかになれば，豊かな人生を享受できる超高齢社会の実現にとっても意義深いものと思われる．また，介護施設入所高齢者の身体機能の低下（介護度）や日常生活の中で抱いている気持ち，これまでの生活史と一体になっていた自然や文化が主観的幸福感と関連しているのかどうかを知ることは，高齢者の心身健康科学の研究において重要な示唆を提供すると考える．

なお，地域在住高齢者では主観的幸福感との関連性が認められている経済性については，ほとんどの入所者は経済活動から引退しており，また何らかの経済的方策によって入所出

来ているものとし，本研究では取り上げない.

C. 本研究の研究対象である障害高齢者施設の現状

わが国の要介護高齢者の生活の場は，生活活動能力や世帯構成などにより在宅（地域在住）と施設（介護施設入居）に分けることができる.

介護保険法による介護保険施設は，介護老人福祉施設，介護老人保健施設に加え，介護療養型医療施設，認知症高齢者グループホーム，特定施設（有料老人ホーム，ケアハウス等）に分類されている[33].

各々の施設の基本的性格をみると，介護老人福祉施設（特別養護老人ホームともいい，以後特老と略す．なお特別養護老人ホームの略語として以前は特養が用いられていたが，各種老人介護施設が誕生してからは特老が用いられてきている）は要介護高齢者のための生活施設，介護老人保健施設（老人保健施設ともいい，以後老健と略す）は要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設，介護療養型医療施設は要医療・要介護高齢者の長期療養施設，認知症高齢者グループホームは認知症高齢者のための共同生活住居，特定施設は要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設となっている．本研究では介護が必要な高齢者の生活の場として代表的な特老と老健をとりあげる.

Ⅱ．方法

A. 主観的幸福感と関連要因の量的分析

1. 調査対象地区と調査期間

調査対象地区を関東南部地域の地方都市 3 市とし，3 市内の介護サービス施設・事業所の中から，入所設備のある施設を無作為抽出し特老 4 施設，老健 3 施設を対象とした．この 7 施設からはすべて調査協力の同意が得られた．調査対象の地方都市 3 市の平均人口は 41,937 人であり，産業構造は第 3 次産業が 73%，第 2 次産業が 17%，第 1 次産業が 10%を占めている．施設が所在する地域の年間平均気温は 16℃前後で，海と山に囲まれた気候温暖な観光地である．3 市の平均高齢人口率は 34.5%を占め [34]，高齢化率の高い地方都市であり，入所者の 7 割以上が 3 市内に在住していた経歴を持つ．

調査実施期間は，平成 25 年 6 月から同年 8 月までであった．

2. 対象者と調査手続き

調査対象者の選定基準を，1) 認知症の医学的診断のない者，2) 強度の難聴など著しいコミュニケーション障害のない者，3) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のランクⅢ，Ⅳ，M を除く者，但し，Ⅲにおいて意思疎通の困難さが軽度のものは可とした，4) 約 10 分間の質問に耐えられる体力と気力のある者とした．この基準を満たすものは各施設において入所者の 1～2 割おり，7 施設合計で 135 名であった．

調査は，個室での個人面接による聞き取りにより行なった．なお面接室までの調査対象者の搬送は各施設の職員がおこなった．調査への参加は自由意思であり，参加しなくても不利益を被らない，プライバシーは確保されること，研究目的以外にデータを使用しないことを書面と口頭で説明した．また，介護記録の一部を収集することを説明し，口頭で了解を得られた後に構造的面接によるアンケートを実施した．その結果，選定基準を満たした 135 名からはすべて調査協力の同意が得られたが，アンケート調査の途中で腰痛が起こった者，関心を失った者，話のつじつまが合わず中止した者の 7 名を除き，最終対象者数は 128 名であった．

3. 倫理的配慮

本研究は，筆者の所属する人間総合科学大学の倫理審査委員会の承認を得て（承認番号 350 号）実施した．なお、調査手続きを事前に書類と口頭で各対象施設の施設長に説明し承諾書をとった．

4. 調査項目

基本属性（年齢，性別，要介護度，入所年数，学歴），施設内生活状況として身内面会，

身内以外面会，施設内友人，四季おりおりの行事，最期の場の希望を調査した．さらに，健康度自己評価，超越的なものへの関心[32]，及び主観的幸福感尺度の改訂版 PGC モラール・スケール日本語版[35] について調査した．

a．基本属性

基本属性のうち，年齢，性別，要介護度，入所年数は介護記録からの転記である．学歴は「旧制小学校」「旧制高等小学校」「旧制中学校」「新制高等学校以上」の中から回答を求めた．

b．施設内生活状況

施設内生活状況のうち，身内の面会，身内以外の面会は 4 件法とし「1 週間に 1-2 回」「1 ヶ月に 1-2 回」「1 年に 1-2 回」「殆どなし」の中から面会回数を求めた．施設内友人は，「いる」「いない」の 2 件法とした．四季おりおりの行事は「とても楽しみ」「まあまあ楽しみ」「あまり楽しみでない」「楽しみでない」の 4 件法によって回答を求めた．最期の場の希望は，「自宅」「今の場所」「病院」「どこでもいい」の中から回答を求めた．

c．健康度自己評価

健康度自己評価は 4 件法とし「健康である」「まあまあ健康」「あまり健康でない」「健康でない」の中から回答を求めた．

d．超越的なものへの関心

高齢者スピリチュアリティ評価尺度（以下 SP）は，三澤らによって開発された尺度で因子分析により 5 因子「乗り越えた道の確認」「他者とのつながり」「超越的なものへの関心」「自己存在の探究」「未来への心の準備」に分類される 29 項目よりなる尺度である[32]．三澤は，このうち第 3 因子の「超越的なものへの関心」の下位概念に，『目に見えない大きな力』『先祖・子孫との結びつき』『宇宙（自然）とのつながり』『祈ることの安らぎ』をあげている．一方，石原ら[20]の老年的超越の因子構造の報告によると，Cosmic, Coherence, Solitude の 3 因子をあげ，「Cosmic には，世代の連続性の自覚，宇宙や自然，他の生命とのつながり，過去と現在との時間的境界の超越といった内容が含まれる……Cosmic は老年的超越の中心概念と考えられる」と述べている．

これらを参考にし，本研究では老年的超越について調べるために，三澤らの高齢者スピリチュアリティ評価尺度から，「超越的なものへの関心」の 4 項目，『SP1: 目に見えない大きな力』『SP2: 先祖・子孫と結びつき』『SP3:宇宙（自然）とのつながり』『SP4: 祈ることの安らぎ』を取り上げて，「非常に思う」「思う」「どちらともいえない」「あまり思わない」「思わない」の 5 件法によって回答を求めた（添付資料 1）．なお SP3 については，本研究の対象者はインタビュー中，「宇宙とのつながり」ではなく「自然とのつながり」と

理解して回答していたことから，本研究では以後『SP3:自然とのつながり』と表現する．

e. 改訂版 PGC モラール・スケール日本語版

主観的幸福感スケール（PGC モラール・スケール）は，Lawton(1975)[13]によって開発され，前田ら[35]によって邦訳された改訂 PGC モラール・スケール日本語版を用いた（添付資料 2）．改訂 PGC モラール・スケールは，信頼性，妥当性が高く評価され，主観的幸福感の測定に広く用いられており[22)~25)]，「人生全体の満足感」「老いについての評価」「心理的安定」の 3 因子，17 項目によって構成される．

各設問番号の配点は以下のように設定されている．「設問番号 1」はそう思うに 0 点，そう思わないに 1 点，「設問番号 2」は，はいに 1 点，いいえに 0 点，「設問番号 3」は，ない，あまりないに 1 点，時々感じる，感じるに 0 点，「設問番号 4」は，はいに 0 点，いいえに 1 点，「設問番号 5」は，満足しているに 1 点，もっと会いたいに 0 点，「設問番号 6」は，そう思うに 0 点，そうは思わないに 1 点，「設問番号 7」は，あるに 0 点，ないに 1 点，「設問番号 8」は，よい，同じに 1 点，悪いに 0 点，「設問番号 9」は，あるに 0 点，あまりない，ないに 1 点，「設問番号 10」は，はいに 1 点，いいえに 0 点，「設問番号 11」は，はいに 0 点，いいえに 1 点，「設問番号 12」は，はいに 0 点，いいえに 1 点，「設問番号 13」は，はいに 0 点，いいえに 1 点，「設問番号 14」は，はいに 0 点，いいえに 1 点，「設問番号 15」は，はいに 1 点，いいえに 0 点，「設問番号 16」は，はいに 0 点，いいえに 1 点，「設問番号 17」は，はいに 0 点，いいえに 1 点である．最終的に 17 項目の総得点を求める．得点範囲は 0~17 点となっており，得点が高いほど主観的幸福感が高いことを示す．

5. 分析方法

a. 量的分析

対象者は選定基準を満たした者であるため，要介護度は特老（57 人）2.63±1.11（平均値±標準偏差），老健（71 人）2.52±1.20 と，両者に有意な差はなかった．また，対象者の個人属性，対象施設の日課等も特老と老健で差がなかった．この特老と老健の対象者の属性や特徴に差がないという分析結果については，結果の冒頭で詳述する．両施設の対象者に差がないという結果を受けて，以後の分析は特老と老健のデータを合わせて行った．

説明変数に用いる対象者の属性別，ならびに PGC モラール・スケール以外の調査項目別の度数分布，目的変数に用いる PGC モラール・スケール値の度数分布を調べ，各説明変数で対象者を 2~4 群に分けて各群の PGC モラール・スケール値の平均値と標準偏差を求めた．

その後，各変数間の相関を見るため Pearson の積率相関係数を求めた．その際，主観的幸福感の PGC モラール・スケール値を目的変数とし，説明変数として，年齢（0=65~84

歳，1=85 歳以上)，性別（0＝男， 1＝女)，要介護度（1=1，2=2，3=3，4=4~5)，入所年数（0=2 年以上，1=2 年未満)，学歴（0=旧制小・高等小学校，1=それ以上)，身内面会（0=1~2 回未満/週，1= 1~2 回以上/週)，身内以外面会（0=なし，1=あり)，施設内友人（0=なし，1=あり)，健康度自己評価（0=健康でない，1=健康である)，四季おりおりの行事の楽しみ（0=楽しみでない，1=楽しみ)，最期の場の希望（0=自宅以外，1=自宅)，超越的なものへの関心の SP1~SP4（0=思わない，1=思う）を用いた．最終的に重回帰分析（一括投入法）を行なった．

統計解析には SPSS Statistics Version22 を使用し，統計学的有意水準を 0.05 とした．

b. 対象者の自発的発言の質的分析

以上の調査を構造的面接で行いデータを収集したが，その際，高齢者が調査項目への回答以外に自ら発した言葉を記録した．その言葉の内容の分析を行った．

対象高齢者 128 人のうち高齢者の 63 名において，質問項目に沿って答えた後に「だってそうでしょう．～だから.」などと回答を補足する内容の発言があった．その言葉の内容について，筆者とスーパーバイザー2 名の 3 名で，独立して「現実的なネガティブな言葉」と「諦観と前向きな要素のあるポジティブな言葉」と「どちらとも判定しがたい言葉」に分類した．現実的なネガティブな言葉を「否定的言動」，諦観と前向きな要素のあるポジティブな言葉を「肯定的言動」として，否定的言動を 0 点，どちらとも判定しがたい又は肯定的言動を 1 点とし，各対象者の発した言葉について，3 名がそれぞれ得点化した．最終的に 63 名の対象者ごとに 3 名の得点の合計点を算出した．

言語得点の高低と PGC モラール・スケール得点の高低に関連性があるか，カイ二乗検定をおこなった．また対象者を言語得点の高群と低群に分けて，PGC モラール・スケール得点の平均値に差があるか t 検定をおこなった．

Ⅲ．結果

A. 特老と老健の比較

本研究で取り上げる特老と老健の入所者の介護度の状況について，全国の介護施設でみると，特老では要介護 5 が 35.1%と最も多く，老健では要介護 4 が 27.1%と最も多くなっている[36]. 特老と老健は制度上やデータ上は介護度数に違いがあるが実際の高齢者の生活に差異があるかどうかは定かになっていない.

特老と老健の入所目的は制度上異なるが，実際の生活に両施設で差があるのか，また入所している高齢者の個人要因に違いがあるかどうかを，本研究対象施設の特老 4 施設と老健 3 施設で比較した.

1. 特老と老健の日課の比較と看取りの状況の把握

施設内日課は，介護施設に入所している高齢者の日常生活行動となる．実際の生活に両施設で差があるのかを知るために，特老 4 施設と老健 3 施設の日課を調査した．特老 4 施設で行っている日課は，時間帯に多少の違いはあるものの，行われている内容はほぼ同じであった．同様に老健 3 施設の日課も内容はほぼ同様であった．筆者が特老 4 施設と老健 3 施設の日課について時間帯のずれを調整してまとめ，両者の日課を比較したものを図 1 に示す.

特老と老健の生活時間帯に関しては，まず睡眠時間は両施設とも 21 時から翌朝の 6 時までであり, 施設間に違いはなかった. さらに活動時間も 6 時から 8 時の間に起床, 排泄, 整容，食事の準備を行い，8 時から 9 時までに朝食と朝食後の口腔ケアと個別行動が組まれており，これもおおよそ同じ時間帯に行われていた．同様に昼食その後の口腔ケア，おやつ，夕食についてもほぼ同じ時間帯に行われていた.

ケア内容に関しては，夜間の巡回は特老のみ，排泄介助は特老ではほぼ固定した日課として記載されているが，老健では必要時に排泄介助となっていた．また老健は要介護高齢者がリハビリテーションを行って自宅に戻ることを目的とする施設，特老は要介護高齢者の生活施設とみなされているが，実際には特老でもリハビリテーションは組み込まれており，老健ではリハビリテーションの用語を用いずに，レクレーション・体操の用語で日課に組み込まれていた．さらに老健では個別行動の名目の自由行動時間の回数が多く組み込まれていたが，特老では 1 回のみであった.

以上，個別行動時間は老健に多いものの，全体的な生活日課に特老と老健で大きな違いはなかった.

さらに特老 4 施設と老健 3 施設で看取りを行っているかどうか調べた．平成 26 年度の各施設の入所定数は 100 前後であり，いずれも満床に近い入所状況であった．各施設の看取り数は，特老 A 施設 20 人，B 施設 27 人，C 施設 11 人，D 施設は看取りを行っておら

ず，特老 4 施設の看取り数は合計 58 人であった．一方，老健では A 施設 12 名，B 施設 5 人，C 施設 3 人であり，老健 3 施設の看取り数は合計 20 人であった．なお，老健の看取りの数は，看取りケアを行った数であり，この他に急死者が 7 人いた．

2. 特老と老健の個人要因と PGC モラール・スケールの比較

入所している高齢者の個人要因として，年齢，要介護度，入所年数を特老と老健の間で比較した(表 1)．年齢は，特老が 84.2±8.48（平均値±標準偏差）歳，老健が 85.2±7.08 歳，P＝0.46 で両者に差はなかった．要介護度は特老が 2.63±1.11，老健が 2.52±1.21，P＝0.59，入所年数は特老が 2.59±3.44 年，老健が 2.58±2.67 年，P＝0.99 であり，これらも両施設間で全く差がなかった．

さらに目的変数である PGC モラール・スケールについても両施設で差があるのか調べた．PGC モラール・スケールの得点は特老 12.2±3.67 点，老健 11.5±4.13 点，P＝0.30 で両者に差は認められなかった．

以上，特老と老健で施設の日課にあまり差がなく，対象となった入所高齢者の個人特性ならびに PGC モラール・スケール値に全く差がないことから，特老と老健の対象者のデータを合わせて，介護施設入所高齢者の主観的幸福感に影響する要因について量的分析を行うこととした．

B. 介護施設入所高齢者の主観的幸福感とその関連要因の量的分析

1. 対象者の特性

分析対象者 128 名の属性を表 2，調査項目の基本集計を表 3 に示した．関連要因となる調査項目の細目ごとの人数と相対度数（%）を示し，さらに要介護度以外の関連要因については，相対度数の値を考慮して 2 群に分類しなおした相対度数を求めた．

分析対象者の年齢は 65～104 歳で, 65~84 歳 46.9%, 85 歳以上 53.1%で, 平均年齢 84.8±7.72 歳，性別は男性 34.4%，女性 65.6%，要介護度は 1 から 5 まで分散しており平均 2.58±1.16 であった．入所年数は 2 年未満が 60.1%で，平均 2.58±3.02 年であった．学歴は旧制小学校・旧制高等小学校が 61.7%, 旧制中学・新制高校以上が 38.3%であった（表 2）.

施設内生活状況では, 身内の面会は 1 週間に 1~2 回以上が 38.3%, それ以下が 61.8%, 身内以外面会は 1 週間に 1~2 回から 1 年に 1~2 回のものは 34.4%，殆どないが 65.6%であった．施設内友人はいる 52.3%，いない 47.7%であった．四季おりおりの行事の楽しみは，楽しみ群が 83.6%，楽しみでない群が 16.4%，最期の場の希望は，自宅が 46.9%，今の場所・病院・他が 53.1%であった．

健康度自己評価は健康，まあまあ健康をあわせた健康群が 87.5%，あまり健康でない，

健康でないをあわせた健康でない群が 12.5%であった.

超越的なものへの関心のうち，SP1（目に見えない大きな力）を思う群（非常に思う，少し思うの合計）59.4%，思わない群（全く思わない，あまり思わない，どちらとも言えないの合計）40.6%であり，SP2（自分と先祖・子孫との結びつき）を思う群 82.0%，思わない群 18.0%，SP3（自然とのつながり）を思う群 71.9%，思わない群 28.1%，SP4（祈ることで安らぎ・幸せ）を思う群 85.2%，思わない群 14.8%でであった（表 3）.

2. 説明変数ごとの主観的幸福感 PGC 値

主観的幸福感の PGC モラール・スケール値は最大値 17，最小値 1，最頻値 15，中央値 13 で，分布は高得点側に寄った一峰性分布であり（図 2），平均値 11.8±3.93 であった. 説明変数ごとに 2～4 群に分けた PGC モラール・スケール値の平均値を表 4 に示す.

年齢別では 65～84 歳が 11.8±3.79，85～104 歳が 11.9±4.09 であった．性別では男が 11.3±4.43, 女が 11.8±3.94 であった. 要介護度別では 1 が 12.0±3.44, 2 が 12.7±3.80, 3 が 11.2±4.81，4～5 が 11.7±3.85 であった．入所年数では 2 年未満が 12.2±3.92，2 年以上が 11.2±3.91 であった．学歴では旧制小学校・旧制高等小学校が 11.8±3.78，旧制中学･新制高校以上が 11.7±4.22 であった. 身内面会では 1 週間に 1～2 回が 11.2±4.16, 1 週間に 1～2 回未満が 12.1±3.38 であった. 身内以外面会では 1 年に 1～2 回以上が 11.9±3.60，殆どないが 11.8±3.94 であった．施設内友人ではいるが 11.9±3.78，いないが 11.7±4.10 であった．四季おりおりの行事の楽しみでは，楽しみ群が 12.1±3.60，楽しみでない群が 10.4±5.15 であった．最期の場の希望では自宅が 11.9±3.35，今の場所・他が 11.7±4.41 であった.

健康度自己評価では, 健康である群が 12.4±3.47, 健康でない群が 7.8±4.64 であった.

超越的なものへの関心では, SP1（目に見えない大きな力）を思わない群が 12.2±4.00, 思う群が 11.4±4.00, SP2（自分と先祖・子孫との結びつき）を思わない群が 12.9±3.41, 思う群が 11.4±4.01, SP3（自然とのつながり）を思わない群が 10.2±4.00, 思う群が 12.3±3.51，SP4（祈ることで安らぎ・幸せ）を思わない群が 10.7±6.58，思う群が 12.0±3.63 であった.

以上，各説明変数の群別 PGC モラール・スケールの平均値は，健康度自己評価の健康でない群のみが 7.8±4.64 と特に低いが、他は全て 10～12 点の範囲であった．ちなみに説明変数の項目ごとに 2 群間比較（F 検定後に t 検定もしくは Welch の検定）を行うと，有意差があったのは健康度自己評価と SP2（自分と先祖・子孫との結びつき）のみであった.

3. 全変量間の相関係数

PGC モラール・スケール値と説明変数間で有意に関連性があるものがあるのかを明らかにするため，PGC モラール・スケール値と全ての説明変数項目間で Pearson の積率相関係数を求めた結果を表 5 に示す.

目的変数 PGC モラール・スケール値と有意な正の相関を示したのは,「健康度自己評価」（r=.388，p＜.01）で，有意な負の相関を示したのは「SP2：自分と先祖・子孫との結びつき」（r=－.224，p＜.05）であった.「年齢」「性別」「要介護度」「入所年数」「学歴」「身内面会」「身内以外面会」「施設内友人,「四季おりおりの行事の楽しみ」「最期の場の希望」「SP1：目に見えない大きな力」「SP3：自然とのつながり」「SP4：祈ることの安らぎ」SP 総得点とは有意な相関は認められなかった.

説明変数間の相関をみると,「身内の面会あり」と「身内以外面会あり」は相関があり（p＜.05),「施設内友人あり」と「要介護度」（4~5）と相関があった（p＜.05).「健康度自己評価」は「入所年数 2 年未満」と負の相関があった（p＜.05).「四季おりおりの行事の楽しみ」は「施設内友人有り」と相関があった（p＜.01).「最期の場の希望」の「自宅希望」は「性別」（女性）で相関があった（p＜.01).「SP1：目に見えない大きな力」は「身内以外面会あり」と正の相関 p＜.01),「施設内友人あり」と負の相関があった（p＜.05).「SP2：自分と先祖・子孫との結びつき」は「四季おりおりの行事の楽しみ」と負の相関（p＜.05),「SP1（目に見えない大きな力)」と相関があった（p＜.01).「SP3：自然とのつながり」は「身内以外面会あり」,「SP1：目に見えない大きな力」と相関があり（p＜.01),また「四季おりおりの行事の楽しみ」とは負の相関（p＜.01),「施設内友人あり」とも負の相関であった（p＜.05).「SP4：祈ることで安らぎ」は「性別」（女性),「SP2：自分と先祖・子孫との結びつき」,「SP3：自然とのつながり」と相関があり（＜.01),「健康度自己評価」,「最期の場の希望」,「SP1：目に見えない大きな力」とも相関があった（p＜.05).「四季おりおりの行事の楽しみ」とは負の相関（p＜.01),「施設内友人」とも負の相関があった（p＜.05).

主観的幸福感 PGC モラール・スケール値と諸要因との関連を 2 変量間に限って検討すると，説明変数間にも関係性が見出された．例えば PGC モラール・スケール値と関連のある「健康度自己評価」は,「SP4：祈ることで安らぎ」とも有意な相関を示した．また PGC モラール・スケール値と有意な負の相関を示した「SP2：自分と先祖・子孫との結びつき」は,「SP4：祈ることで安らぎ」との相関が認められた．さらに SP1~4 の間では相互に相関を示す部分が多かった.

そこで，各説明変数間の関連を取り除いた上で，主観的幸福感 PGC モラール・スケール値に対する各説明変数独自の関連性の度合いを見る目的で，主観的幸福感 PGC モラール・スケール値を目的変数とし 15 の説明変数（SP 総得点を除く，年齢から SP4 までの 15 の説明変数）の一括投入により重回帰分析を行った.

その結果，表 6 に示すように重回帰係数 R=.526，決定係数 R^2＝.277 が得られた．主観的幸福感 PGC モラール･スケール値と正の関連を示したのは｢健康度自己評価｣の β＝.329（p＜.01）であり，次いで「SP3：自然とのつながり」β=.217（p＜.05）であった．一方，「SP2：自分と先祖・子孫の結びつき」はβ=－.222（p＜.05）の負の関連を示した．他の説明変数は主観的幸福感と関連がなかった．

C. 対象者の自発的発言の質的分析

1. 3 名の研究者による自発的発言の判定結果

63 名の自発的発言について，A,B,C の 3 名の判定者の評点とその合計点を表 7 に示す．評点は，発言が否定的と判定された場合 0 点，どちらとも判定しがたい又は肯定的言動と判定された場合 1 点であるので，合計点 0 点と 3 点となった場合，3 人の判定が一致していたことを意味する．1 点，2 点の場合，3 人のうち 1 名の判定が他の 2 名と異なっていたここと意味する．この合計得点から，3 名の判定が一致した対象者は 38 人（60.3%），1 名一致しなかった対象者は 25 名（39.7%）であり， 3 名の判定が一致したものが 6 割を占めた（表 7）．

つぎに言語得点の分布をみると，0 点 12 人（19.0%），1 点 8 人（12.7%），2 点 17 人（27.0%），3 点 26 人（41.3%）であった．言語得点の平均は 1.9±1.15 点，中央値は 2 点であった．

2. 言語得点と PGC モラール・スケール値の関係性

言語得点分析を行った 63 人の PGC モラール・スケール値は，最大値 17，最小値 1，最頻値 15 で，平均 12.11±4.09 点で，分布は高得点側に寄った一峰性分布であった（図 3）．言語得点が肯定的あるいはどちらとも判定しがたいと 2 名以上が判定したもの（合計点が 2 点あるいは 3 点のもの）は 43 人(68%)であった．言語得点が否定的と 2 名以上が判定したもの（合計点が 0 点あるいは 1 点のもの）は 20 人（32%）であった．これらの 2 群で PGC モラール・スケール値に差があるのか検討した．

合計点 2 点以上群と合計点 1 点以下群で，PGC 得点の中央値の 13 点以上が何名いるか調べた（表 8）．言語得点 2 点以上群では 43 人中 30 人すなわち 70%が，1 点以下群では 20 人中 7 人すなわち 35%が，PGC 得点 13 点以上であった．言語得点 2 点以上群は 1 点以下群に比べ PGC 得点 13 点以上者の比率が有意に高かった（χ^2値 6.81，p＜0.01）．

また PGC 得点は，合計点 2 点以上群で 13.6±2.67 点，合計点 1 点以下群で 8.94±4.85 点であり，言語得点 2 点以上群が 1 点以下群に比べ有意に高い結果であった（t＝3.28，p＜0.01）．

Ⅳ．考察

我が国の超高齢社会の中で，介護施設（特老，老健）入所者は約 83 万人であり（平成 25 年度）[9]，今後ますます増加することが見込まれている．本研究では関東南部の地方都市 3 市の特老 4 施設と老健 3 施設に入所している高齢者 128 名を対象に，主観的幸福感とその関連要因を研究した．その結果，対象となった特老と老健の入所者の主観的幸福感には差がないこと，両施設の入所高齢者の主観的幸福感には，「健康度自己評価」ならびに「超越的なものへの関心」尺度のなかの「自然とのつながり」と「先祖・子孫との結びつき」の項目が有意に関連していることが明らかになった．

まず特老と老健の比較結果について考察し，ついで介護施設入所高齢者の主観的幸福感への影響が認められた「健康度自己評価」「自然とのつながり」「先祖・子孫との結びつき」について，老年学研究の重要概念との関連性を重視しつつ，順に考察する．

A. 特老と老健の日課と看取り，入所者の個人要因，PGC モラール・スケール値の比較

厚生労働省は介護施設の定義として，特老については「65 歳以上の者であって，身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし，かつ，居宅においてこれを受けることが困難なものを入所させ，養護することを目的とする施設」と定め，老健については「要介護者に対し，施設サービス計画に基づいて，看護，医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設」と定めている．各々の施設の基本的性格をみると，特老は要介護高齢者のための生活施設，老健は要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設と説明されている．しかし，制度上の施設の性格は異なるものの，各施設の看取りの実施状況をみると，特老だけでなく老健でも看取りが行われており，2010 年度の老健での死亡者数は 1 万 5 千人を超している [37]．制度上は，在宅復帰を目的とする老健であるが，実際には看取りが行われており，看取りからみるとそのサービスは特老と類似している．

老健の看取りに関する中里らの調査においても，老健における看取りの数は増加していると報告されている [38]．老健の看取りケアの現実を受けて，平川ら [39]が介護施設（特老 52 施設，老健 19 施設，療養型 11 施設）の施設長に終末期ケアのガイドラインや教育プログラムの作成の必要性を調査している．その結果，医師，看護師の 24 時間体制の充実の 1 項目に有意差を認めたと報告している．この結果は，老健においても医師，看護師の看取り教育の必要性と夜間における看取りのニーズがあると読み取ることができる．

また，2009 年には，老健に介護報酬面での「ターミナルケア加算」，特老に「看取り介護加算基準」が追加改正されるなど，介護保険法の改定が行われている [40]．その実施状況を狭東保健所の報告 [41] からみると，老健 5 施設中ターミナルケア加算施設（老健）は 40%，看取り介護加算施設（特老）は 71%であった．これらの報告は，老健においても

家庭復帰とは別に，看取りを必要としている入所高齢者がいることを示している．

本研究の高齢者は，介護施設（特老 4 施設，老健 3 施設）に入所している．入所目的が異なっていても看取りは両施設で行われており，看取りのニーズからみた両施設の違いはなかった．また日課についても，個別行動時間が老健で多いこと以外，全体的な生活日課に両施設間で違いはなかった．さらに本研究対象施設に入所し調査対象の選定基準を満たした高齢者の個人要因についても，年齢，介護度，入所年数のどの項目においても，特老と老健で差は認められなかった．さらに特老と老健の入所高齢者の PGC モラール・スケール値を比較したが，これも差は認めらなかった．

以上から，特老，老健の日課や看取りの状況に違いがなく，調査対象となった入所者の個人要因と主観的幸福感に差がないことから，両施設のデータを合わせて分析することは妥当であると考えられた．そこで，両施設の高齢者をまとめて施設入所高齢者として扱い，その特徴と主観的幸福感に関連する要因について分析した．

B. 入所高齢者の属性と特徴

両介護施設（特老と老健）入所高齢者128名の属性と特徴について概観する．

年齢は85歳以上が半数以上を占め，超高齢者が多かった．性別は女性が6割強を占めていた．男女合わせた要介護度は2.58であった．この介護度からみると高齢者の心身機能の状態は，排泄や食事に何らかの介助を必要とするような状態（要介護度2）から，ほぼ全面的な介護を要する状態(要介護度3)の心身状態ということである．入所期間は2年未満が6割強を占めるが，10年以上の長期入所者も含まれ，平均すると2年以上であった．学歴は6割強が旧制小，旧制高等小学校であり，6年間の小学校教育と更に2年間の初等教育を受けていた．身内の面会をみると，1週間に1回から2回ある高齢者は4割弱であり，1ヶ月に1回から2回またはそれ以下の高齢者は6割強であった．施設内友人をみると約半数の高齢者は，友人がいると感じていた．また，施設内で行われている四季おりおりの行事を8割強の高齢者が楽しみにしていた．最期の場の希望については，自宅を希望している者が5割弱で女性に多く，今の場所またはどこでも良いと答えた者は5割強で男性に多かった．

健康度自己評価をみると，8割を超える高齢者が，自分は健康，まあまあ健康と自分の健康を評価していた．本研究の対象高齢者は客観的には要介護認定を受けており心身の機能低下があるが，高齢者自身は大多数が健康感を高くもっていることが分かった．

以上に加え本調査では，施設入所高齢者が家族と離れ生活する中でどのような精神的支えを意識しているのかを知りたく，三澤らの高齢者スピリチャリティ評価尺度[32)]の中から老年的超越の中心概念と考えられる「超越的なものへの関心」（SP）に関する4項目についても調査した．その結果，「SP1：自分は，大きな力に影響されている」と思う高齢者が6割弱で，思わない高齢者よりやや多かったが両者の割合に大きな差はなかった．「SP2：自

分と先祖・子孫とは結びつきがある」と思う高齢者は8割強であり，大多数が自分は先祖・子孫と結びついていると思っていた.「SP3：自分と自然とはつながっている」と思う高齢者は7割強であり，自然とのつながり感を持っている高齢者が多かった．また,「SP4：祈ることでやすらぎや幸せを感ずる」と思う高齢者も8割強を占め，祈ること（何かに手を合わせること）でやすらぎや幸せを感ずると思う高齢者が多かった.

以上をまとめると，本研究の対象高齢者は半数以上が超高齢者であり，介護を受けつつ生活しているが自分は健康であると感じている者が多く，四季おりおりの施設内行事を楽しみにしつつ，自分と先祖・子孫とのつながりや自分と自然とのつながりを意識しつつ，祈ることでやすらぎや幸せを感じているという特徴を有していた.

C. 主観的幸福感とその関連要因

まず本研究対象者は，平均年齢 84.8±7.72 歳で主観的幸福感・PGC モラール・スケール値は 11.8±3.93 であった．先行研究によると，施設入所高齢者の PGC モラール・スケール値は 65 歳から 94 歳において平均 10.43±3.85， 平均年齢 83.16 歳において 10.06±3.95 [26]， 86.50 歳において 9.09±4.12 [27] などと報告されている．また地域在住高齢者の PGC モラール・スケール値については，出村らによる前期高齢者で男 12.0±3.31，女 11.4±3.71，後期高齢者で男 11.4±3.35，女 10.3±3.88 という報告 [42] がある．本研究の施設入所高齢者の主観的幸福感は，先行研究の施設入所高齢者に比べやや高く，地域在住高齢者なみである．その理由は不明であるが，この主観的幸福感に関連している因子を検討した.

PGC モラール・スケール値に関連する説明変数を明らかにするために，主観的幸福感 PGC モラール・スケール値を目的変数とし 15 の説明変数の一括投入により重回帰分析を行った．その結果，主観的幸福感 PGC モラール・スケール値と正の関連を示したのは「健康度自己評価」と「SP3：自然とのつながり」であった．一方,「SP2：自分と先祖・子孫の結びつき」は負の関連を示した．この 3 つの要因と主観的幸福感の関係性について考察する.

1. 健康度自己評価と主観的幸福感

本研究において，介護施設入所高齢者の主観的幸福感と最も関連している要因は健康度自己評価であった．これまでの先行研究によっても,「健康度自己評価」は，主観的幸福感の関連要因とする見解が繰り返し述べられており [22),26),43)]，本研究も先行研究を追認する結果となった.

主観的幸福感の研究は，海外で 1950 年ころから多数行われている．Larson は 1978 年

に，アメリカにおける高齢者の主観的幸福感の 30 年間の主な研究をレビューし，主観的幸福感に影響する要因は，健康度自己評価，社会経済的地位，社会活動であること，その中でも健康度自己評価と最も強く関連すると報告している[44]．

また健康度自己評価の持続性については, Duke 大学の研究により 60～94 歳の健康状態の高いものはその後の 3 年間安定していることが確認されている[44),45)]. また Duke 大学の追跡調査の結果でも，高齢者の主観的幸福感は，4 人に 3 人までは 5 年くらいの間隔でみる限り変化しないことを示唆している[45)]．芳賀ら[46)]は，アメリカでは高齢になるほど自己の健康状態をよく評価する傾向にあると指摘する報告がみられる（Linn & Linn,1980; Maddox,1962; Ferraro,1980; Cockerham et al,1983）と述べている．これらから，健康度自己評価は，主観的幸福感と関係し，5 年ぐらいの時間経過では大きく変化しないこと，高齢者は健康度自己評価を高くみる傾向のあることを示している．

日本の在宅高齢者においても，健康度自己評価と主観的幸福感の関連性が明らかにされている．芳賀らは小金井市在住の 69 歳から 71 歳の在宅高齢者 854 人に対し，「健康度自己評価と社会・心理・身体要因」の関連を重回帰分析し[47)]，健康度自己評価と最も高い関連を示したのは通院日数であり，次いで主観的幸福感，病気の既往，体の痛み，活動性，夜間排尿回数であったと報告している．三徳ら[48)]は，健康関連因子と健康度自己評価（三徳は主観的健康感という表現を用いているが，本研究の健康度自己評価に相当する）との関連を調べた．因子分析により健康度自己評価は，観測変数の疾病，痛み，昨年同様健康とともに心身機能（一病息災的健康）と命名された因子にまとめられ，それが活動（生活能力）と命名された因子（観測変数は外出頻度，散歩・運動，IADL）から直接影響を受けていること，心身機能（一病息災的健康）においては，観測変数の疾病や痛みよりも健康度自己評価と関連していたと報告している．これらの知見から，在宅高齢者では，健康度自己評価は客観的健康状態（通院日数，既往，痛み，活動（生活能力）など）と関連すること，健康度自己評価は主観的幸福感とも関連するとまとめることができる．

2. 高齢者の身体機能低下と心理的適応

本研究の対象高齢者は，心身機能の低下のために介護が必要であり，客観的には健康度が低下している．しかし，自分は健康であると認識している者が 8 割を超えており，健康度自己評価と要介護度とは全く相関していなかった．これは，介護度判定がなされ心身の機能が低下していると客観的に評価されているにも関わらず，自分は健康であると捉えていることになり，前述の在宅高齢者においては健康度自己評価と客観的健康状態（通院日数，病気の既往，体の痛み，活動性，夜間排尿）が関連していたという報告との違いがある．

この理由を説明する論考として，欧米では近年，高齢者の発達心理学の側面から加齢に伴う動機づけの変化が予側されている．その主な理論として，補償を伴う選択的最適化

（SOC : Selective Optimization with Compensation）[49]，社会情動的選択性理論（SST : Socioemotional Selectivity Theory）[50]，老年的超越理論（Gerotranscendence）[29]がある．

Heckhausen & Schulz（1995）は，老化の心理的適応として，補償を伴う選択的適正化を提唱した．両氏によれば，発達は一次的制御方略と二次的制御方略のバランスが変化する過程と述べ，一次的制御方略は個人の目標に合うように「環境に働きかける認知や行動」を示し，二次的制御は一次的制御を促進するように「個人の目標に働きかける認知や行動」を示すとされている[50),51)52)]．身体機能の低下や社会活動の減少に対して，高齢者は二次的制御方略を用いることにより，身体的健康の維持という目標を変えたり，目標の追求にこだわったりしなくなると推測される．

Carstensen は，高齢者の心理的発達として，社会情動的選択性理論を提唱している[49)]．この理論によると，高齢者は肯定的感情を最大限にし，否定的感情は最小限にする感情の調節を行うとされている．高齢者は肯定的感情を得やすい身近な人間関係を選択する一方，そのような感情を得にくい新たな人間関係を選択しないことで情動調整を行い主観的幸福感の維持をしていると考えられている．

これらの理論は，介護施設入所高齢者にも適応できると考えられる．例えば，本研究対象高齢者は，身体的機能の喪失に対して，「仕方がないでしょう」「だって皆そうでしょう」と話し，身体機能の喪失を取り戻すことは困難であると感じていると思われる．身体機能の低下にあわせ，歩行の方法を自立から杖歩行へ，更に車いす使用へと，自分の出来る範囲に目標値を変更しながら生活している．この現実的な生活方法の変化は，Heckhausen & Schulz の提唱する「目標が叶わなくなると，身体機能や生活機能の基準を下げたり，困難な目標から身近な簡単なものに目標を下げて満足したり，身体機能の維持に執着しなくなるといった自己調整過程」が生じ，これが，主観的幸福感を維持させていると想定できる．情動調整への動機づけは死を予期し，主観的に時間が限られていると感じることで高まるとされている[52)]．

本研究対象高齢者が死を予期しているかどうかは定かではないが，平均年齢からみると，情動調整への動機づけが高まっていると想定できる．重回帰分析の結果は，年齢と主観的幸福感との関連はなかったが，65～104 歳を 10 歳毎の年齢区分で PGC モラール・スケール値の平均値を求めると，65～74 歳（11 人）で 9.09±3.86，75～84 歳（49 人）で 12.24±3.56，85～94 歳（55 人）で 11.6±4.35，95～104 歳（13 人）で 13.23±2.34 と，主観的幸福感(PGC モラール・スケール値)は 95～104 歳において最も高かった．例数が各年齢群で均等ではないため，一元配置分散分析で 4 群間に差を認めることはできなかったが，今後例数を追加することにより超高齢者では主観的幸福感が高まることを示せる可能性がある．95～104 歳において PGC モラール・スケール値が最も高かったのは，Tornstam[54)]や冨沢[55)]らが報告している老年的超越を示唆しているものと思われる．

わが国の中川[56)]も， Heckhausen & Schulz の制御理論[50)]を紹介し，高齢者は身体機

能の維持・増進が叶わなくなると，健康目標の水準を下げることによって，健康と認識するような心理的方略（二次的制御）をとると述べている．本研究の対象者においても健康度自己評価は要介護度とは全く相関しておらず,加齢による心身の機能低下はあるものの,自分は健康であると認識している．このことより，本研究対象者は，非可逆的な身体機能の衰退に対して，健康に対する目標を低下させることによって，健康感を維持しているものと考えられる．

3. 自然とのつながりと主観的幸福感

本研究の施設入所高齢者は，三澤ら[32]の「超越的なものへの関心」の下位概念である「自然とのつながり」が，重回帰分析において，主観的幸福感と正の有意な相関があった．自然とのつながり感が，主観的幸福感と正の相関であったことは，三澤らが「高齢者は，自然を大自然というつながりから感じている.大きな力という宗教的な要素も包含されるが,特定した宗教ではなく，宮家が述べているように，神道，仏教，キリスト教などの宗教を適宜に摂取して位置づける，民族宗教（民間信仰）に注目することが必要である」と考察している点が注目される．

介護施設入所高齢者の主観的幸福感に自然とのつながり感が有意に関連しているというの先行研究は見当たらないが，内閣府が行った，日本人の幸福度に関する調査報告のなかに自然との関係性が上げられており[57),58)], 幸福度や幸福感と自然との関係が取り上げられてきている．

日本人の自然との関係をみると，寺田[59)]は，「日本人の精神生活の諸現象の中で，何よりも明瞭に，日本の自然，日本人の自然観，あるいは日本の自然と人とを引きくるめた一つの全機的な有機体の諸現象を要約し，またそれを支配する諸法則を記録したとみられるものは，日本の文学や諸芸術であろう」と論じ，日本人の精神性と自然とのつながりは文学や芸術に現れていると論じている．また，伊藤聡[60)] は「日本の文献において,『神道』の語は，養老 4 年（720 年）に成立した『日本書紀』において，初めて見いだせる」とし,「神道の意味は，古代，中世と変遷しながら現代の私たちは『日本の民族宗教』の総称とてして理解している」と述べている．伊藤博[61)]は「神道は神々という意味でも使用されている」と述べ，その神は,「天地の諸々の神を祀る神社にいる神をはじめとし，天地・自然の何ものであっても,貴賤、強弱、善悪にかかわらず優れた徳を持つ畏怖すべき霊的存在」と説明している．

日本最古の和歌集といわれる万葉集にも，日本人の自然観を読みとることができる．例えば，万葉集の巻七 1096 番に「古の　事は知らぬを　我見ても　久しくなりぬ　天の香具山」とある[61)]．現代訳は,「過ぎ去った遠い時代のことはわからないけれども，私が見始めてからでも，もうずいぶんの間，変わることもなく神々しく聳えている．天の香具山は」[61)]となる．この和歌からも当時の日本人の自然に対する畏敬の気持ちと自然とのつな

がり感を窺い知ることができ，日本人は古来，自然とつながっていることが分かる．

宮家[62]や大東[63),64)]の論述も自然とのつながり感と主観的幸福感の関連性の意味を示唆している．宮家は，日本人は古来，自然の中に生活の場を置き共同生活をし，聖性を含む原風景を持っており，その原風景は，幼少期や青年期の体験を通して人間の心に深く刻み込まれた風景を指していると述べている[62]. 大東[64]は古来の日本人の自然観について,「日本人の自然観を考える上で重要な事実は，身体の一部を表す語と植物の部分を表す語とが一致しているものがあるという事実である．例えば『目＝め＝芽』,『鼻＝はな＝花』,『歯＝は＝葉』……等である．……おそらく，原初の日本語においては，両者は同じものだったのであろう．……「もの」は人間を含めて自然界のすべてである…….」と述べて，人間と植物の同質性を論じている．さらに大東は，日本人の他界観は古来の山中他界観を背景に美しい自然風景を有する山の向こうに存在する他界（極楽浄土）からくると論じている[63]．

これらの論考と本研究の分析結果から想定すると，施設入所高齢者の自分と自然はつながっているという感覚は，古来より日本人が持っている自然に対する観念があり，これが施設入所高齢者の幸福感を高めていると想定される．

日本人は，日々の生活の中で，農業や漁業，林業などを通し，海，山，川，田や畑から食物を得て，食料として生きている．このような，現実的な自分と自然とのつながりも幸福感に関連しているものと想定される．環境省は「平成 23 年度，環境経済の政策研究，持続可能な発展のための新しい社会経済システムの検討とそれを示す指標群の開発に関する研究の最終研究報告書」を報道発表した．その中の諸富ら[65]が分担報告した内容に Ambrey & Fleming（2011）の研究結果を引用し，「景観の改善と主観的幸福感との間に正の相関関係があることを示すと同時に，よい景観が人々の主観的幸福感を高める効果を持っていることを示した」と述べている．

「自然」とは，広辞苑第 5 版によると「山川・草木・海など，人類がそこで生まれ，生活してきた場. 特に, 人が自分たちの生活の便宜から改造の手を加えていないもの. また, 人類の力を超えた力を示す森羅万象」とある．現代の日本人は，正月を初め四季おりおりの行事を生活の中に取り込み，山，海，風や樹木，景観，食物等の森羅万象に神や精霊が宿るという精神性を持ち，その精神性は日常の生活を内側から支えている[66]．このような日本の文化の中で生活を営んできた高齢者が施設という限定された環境の中で，自然とのつながり感が主観的幸福感と関係していたのは古来より影響を受けている日本人の自然観によるものと考えられる．

4. 先祖・子孫との結びつきと主観的幸福感

本研究の対象高齢者は，自分と「先祖・子孫の結びつき」があると答えた者が 8 割を越えていた．重回帰分析の結果,「自分と先祖・子孫との結びつき」は，主観的幸福感と負の

関連があった．すなわち自分と先祖・子孫との結びつきがあると感じている高齢者は，有意に主観的幸福感が低いという関係性である．なぜこのような負の関係性になったのであろうか.

対象高齢者は，生活状況の調査で家族との面会は週 1～2 回が 38%，月 1～2 回が 31%，それ未満が 31%であり，週 1～2 回を除く約 62%の高齢者は，子供や孫との結びつきを，十分には叶えられていないとみなすことができよう．同じ対象高齢者の 80%が「先祖・子孫との結びつき」をあると答えている．これらを考え合わせると，現実的な子供，孫とのつながりが十分叶えられていない一方で，年中行事（正月，盆，彼岸）などの祖先祭祀[66]などを通して先祖との観念的,連続的なつながり感を求めている高齢者が多いと思われる．そのため,「先祖・子孫との結びつき」を強く意識する高齢者は，子供・孫と会えないことをより強く意識して幸福感の低い高齢者という関係性が想定され,「先祖・子孫との結びつき」があると感じている高齢者は主観的幸福感が低いという結果になったのではないか，と推察する．

居住場所の変更は，高齢者にとって大きな喪失体験であり，かつ家族と離れて生活することを意味する．入所にあたって本人が決めることは，その後の介護施設での生活の質に影響すると思われる．しかし，奥山，西田[67]は，特別養護老人ホームの入所申請は約 7 割が家族のみで決定している，と述べている．本研究では調査していないが，家族が入所決定の主であることが窺がえる．

本研究の対象施設は入所者に対し，家族との面会の機会を与えるように工夫している．その一方法は，家族が入所者の洗濯物を取りに来る，届ける，買い物などの用を足すなどである．身内の面会が 1 ヶ月に 1~2 回もしくはそれ以下の高齢者は，約 60%を超えており，家族とのこころの交流が十分とはいえないのかもしれない．先述の Carstensen の社会情動的選択性理論[49]によると，高齢期には，肯定的感情を最大限にし，否定的感情を最小にする情動調整が行われると仮定されている．また，高齢者は，情動調整を通して，肯定的感情が得にくい長期的な目標の達成が困難になっても，肯定的感情の得やすい短期的な目標，例えば，家族など身近な人からの支援を求めることに，目標を変更することによって，肯定的感情を維持すると考えられている．

家族関係と幸福感に関するこれまでの知見を概観すると，エリクソン夫妻は人生周期の中に，第 9 段階（老年的超越）を設定し，超高齢者が，多くの喪失体験を乗り越えるためには，他者の存在を必要としている[68]と述べている．橋爪[69]は，Richard Layard の報告を紹介し，主観的幸福に影響する 7 大要素（Big Seven）として，家族関係，家計の状態，雇用状態，コミュニティと友人，健康，個人の自由，個人の価値観をあげ，家族関係が，最も影響力が大きかったと述べている．

わが国の日本人の幸福感に関する研究において，内田[70),71]は「日本を特徴づける傾向として『関係性』があげられると述べている．特に人との結びつきは大切であり，親しい人

から情緒的サポートを得られるかどうかは，北米よりも日本で幸福とより関連することがわかっている」と論じている．また，「日本においては，他者と調和した関係にあるとき得られる快感情『親しみなど』が幸福感とより結びついている……(中略)……内閣府の調査でも『関係性』を一つの大きな柱に据え，そこには，家族や地域，さらには自然との関わりも含めている」と報告している．浅見は，日本人の生命感を「家族的，連続的生命感」とし，その説明として「日本人の生命感は自然秩序と深く結ばれていた．植物は芽をだして花を咲かせ，実を結び，それが次の世代の種となる．農耕民族として植物に接してきた日本人には，これと同様，人間一人一人の生命も 1 回限りの独立した生命ではなく，先祖から子孫に続く連続の一環とした考え方がある」と述べ，この連続環を，「イエ（家），家族」と論じている[72]．この論考からも，先祖・自分・子孫との関係性の連続が幸福感と関連していることを示唆している．赤澤[73]，竹内[74]らによる調査においても主観的幸福感に関連がある要因は，地域，家族との関係性，親子関係，家族構成であったと報告されている．

また古谷野[75]は，階層的補完モデルと課題特定モデルを高齢者のサポート源として提案している．この理論によると，階層的補完モデルでは，高齢者の支援の源泉には，老人との関係の遠近に基づく秩序が存在し，課題の内容とは無関係に，その秩序に従って支援の源泉が選択される．優先順位の高い源泉から支援が受けられないときは，優先順位の低い源泉からその機能の代替えによって補完すると説明されている．一般に，最初に，支援を期待されるのは，配偶者であるが，配偶者がいないか配偶者から十分な支援を期待できないときは，子どもが期待され，それが叶わないときは，友人や近隣，そしてそれらのすべてから支援を受けられないときは，公的サービスの利用が図られると説明されている．また佐藤らが，「高齢者のウェルビーイングは，成人した子供との温かい交流で高まることはメタ分析から示されている」[76]と述べているように，幸福感と家族関係は関連することが一般化されている．

以上紹介した論考から鑑みるに，本研究の対象者は介護施設に入所しており，平均年齢（84.8 歳）から想定しても配偶者からの支援は困難であり，重要な人間関係を子孫（子供・孫）に求め，肯定的感情を得ようとしていると思われる．しかし，現実的には家族との交流がままならないと感じ，それが主観的幸福感にマイナスの影響を与えているものと思われる．

古谷野が紹介している友人との関係に関しては，本研究の対象者の約半数は「施設内友人」を持っており，また，半数の対象者は特別の友人とはいえないが普通の付き合いと述べている．先行研究では親しい友人，仲間の数，友達や近隣の人々との交流頻度が主観的幸福感と関係していたと報告されている[75]が，本研究では，主観的幸福感と施設内友人との間に，単回帰分析でも重回帰分析でも関連性は見いだせなかった．施設内での人間関係は半強制的関係，あるいは介護者の仲介する関係ともいえ，地域での自由な意思による人

間関係とは意味合いが異なるのかもしれない．この点は今後，地域在住高齢者との違いを探求していく必要があろう．

本研究は，介護施設に入所している日本人高齢者の短期的な主観的幸福感を，身近な日常の生活様式，健康度自己評価，最期の場の希望，超越的なものへの関心，並びに年齢・性別・要介護度などの基本属性によって解析した．その結果，主観的幸福感に関連している要因は，これまでに報告されている「健康度自己評価」のほかに「自然とのつながり」（正の要因），「自分と先祖・子孫との結びつき」（負の要因）であった（図 4）．この結果は，介護施設に入所している高齢者は家族とのつながりを求める一方で，身体機能の喪失の中から選択的に目標や情動調節を行い，健康の目標設定を変更しながら否定的感情を抑制，肯定的感情を維持しつつ老年的超越[54]に向かって発達変容しているものと思われる．

D. 対象者の自発的発言の質的分析

アンケートの際に自発的に発言した 63 名の発言内容を，3 名の判定者で言語得点の評定を行った．その結果，言語得点が肯定的またはどちらとも判定しがたいと 2 名以上が判定したものが約 7 割を占めた．そして 2 名以上が肯定的またはどちらとも判定しがたいと判定した対象者群と 2 名以上が否定的と判定した対象者群で，PGC 得点による主観的幸福感の差があるかどうかを調べた結果，前者で有意に主観的幸福感が高かった．

言語得点分析を行った 63 名の高齢者の多くが，インタビュー項目の「年をとるということは，若い時に考えていたよりも良いことだと思いますか」という質問に答えた後に「だって，仕方がないでしょう．皆そうでしょう．すべてなるようにしかならない，諦めている」という発言をしていた（表 7）．この言葉は，歳をとるのは，どうすることもできない，歩けなくなるのはどうにもならないという「諦め」の気持ちを表しているものと推測される．

主観的幸福感に関係すると想定される日本古来の概念に「諦観」というものがある．諦観は，真理，道理を明らかにし，納得して断念するという意味を持つ．この言葉をたどると仏教に行き着く．日本人は，古来，少なからず仏教の思想に影響されながら生活を営んでいると思われるが，仏教における根本的な人生観に「人生は苦である」という考え方があり，人が苦しむのは（「欲望」，「執着」）のためとされている．これに関して仏教では，四つの真理（四諦）を説いている．すなわち，①迷いの存在は苦であるという真理，②苦は「欲望」から生じるという真理，③欲望を滅した境遇が「悟り」であるという真理，④悟りを得るためには八つの正しい修行方法があるという真理，である．これを四諦八正道という．諦観は，広辞苑では「入念にみる，真理を観察する，あきらめる」となっており，大辞林では「全体を見通し事の本質を見極める，悟り諦める，超然とした態度をとる」となっており，否定的な意味ではなく，真理，道理を明らかにし，納得して断念するという

意味を持つ．諦観はこころの安寧につながり主観的幸福感に通ずるものと思われる．介護施設入所高齢者が心身機能の喪失を「諦観」しているかどうかは明らかになっていない．しかし，今回の研究において施設入所高齢者は，非可逆的な身体機能の低下を実感しているが「だって，仕方がないでしょう，みんなそうでしょう」という発言があるように，多くの高齢者は，身体機能の維持に執着することを諦めていることがわかる．ここでの諦めは，「諦観」という意味で捉えることができるだろう．

鈴木，飯牟礼[77]の論考においても「『諦観』を「諦め」という意味以上のものを含む，より積極的な概念であると」述べている．また，菅沼[78]の報告では「諦める」は，「自らの目標達成もしくは望みの実現が困難であるとの認識をきっかけとし，その目標を放棄すること」と定義し，「諦める」は否定的な側面のみならず，建設的な側面を有しており，そこに「諦める」という概念の独自性があることや精神の健康に多様な機能を有することが示唆されている．

大橋[79]は「『諦める』ことは，ライフイベントに伴って生じる可能性が高く，発達段階によって諦めることの構造や体験のされ方も異なると考えられる」と論じている．また浅見[72]は加藤周一の『日本人の死の受容』を引用し，「日本人の死に対する態度は……（中略）……自然の秩序のあきらめをもって受け入れることになる．……（中略）……あきらめは自己制御を可能にする」と論じている．

高齢者はこれまでの生活史の中で多くの喪失体験を経験している．例えば，井口[80]は高齢者の喪失を，「自己の喪失，感覚器の喪失，社会的存在の喪失，家庭における喪失，人間関係の喪失，精神資産の喪失がある」と説明している．また小此木[81]により喪失とは，「近親者の死や失恋をはじめとする愛情・依存の対象の死や別離」，「住み慣れた環境や地位，役割，故郷などからの別れ―親しい一体感を持った人物の喪失，自己を一体化させていた環境の喪失，環境に適応するための役割や様式の喪失―」，「自分の誇りや理想，所有物の意味をもつような対象の喪失―アイデンティティの喪失，自己の所有物の喪失，身体的自己の喪失―」等の体験と説明されており，生活時間が長いほど一般的に喪失体験は多くなる．

施設入所高齢者は，住み慣れた家や家族との別れ，近隣の人々との別れ，慣れ親しんだ何気ない風景との別れなど，多くの喪失体験を経験しながら現在を生きている．人生最後のライフステージにあり要介護が必要になった高齢者は，日常生活の中で非可逆的な心身機能の喪失を感じながら，歳をとることを「諦観」することで，自己制御しているものと思われる．身体機能の低下を諦観することによって，自分の達成可能な新たな目標値を設定し（Heckhausen & Schulz の制御理論に相当），身近な子供や孫にサポートを求め（Carstensen の情動的選択性理論に相当），結果的にこれらが主観的幸福感に関与していたものと思われる．これらから諦観は制御理論や情動的選択制理論への入り口を支えているものと考えられる．

さらに日本人高齢者は，日本の文化の中で醸成された諦観という観念（仏教思想）によって諸事象に対応しているものと思われ，「諦観」することで現実を受け入れ，更に前向きに自分にできる目標を設定し幸福感を維持しているものと考えられる．諦観は諦めと目標設定の両者を包含しており，施設入所高齢者は諦観することによって幸福感を維持しているものと思われるが，子供・孫との関係性については諦観に至ることが困難であることが示唆された．

本研究の高齢者の自発的発言の内容分析と主観的幸福感尺度 PGC 得点の関係性の分析からも，「諦観」が主観的幸福感を高める因子として関与している可能性が示唆された．

Ⅴ．結語と今後の課題

本研究による介護施設入所高齢者の主観的幸福感の PGC モラール・スケール値は平均 11.8±3.98 であり，これまでの介護施設入所高齢者の報告より高い値であった．この主観的幸福感を高めている要因は，これまで明らかされている「健康度自己評価」に加え「自然とのつながり感」であった．それに対して「先祖・子孫との結びつき」は主観的幸福感を低める要因であった（図 4）．介護施設入所高齢者が家族とのつながりを希望しつつもそれが達成できないことを「先祖・子孫との結びつき」に求めている可能性が考えられた．また対象者の自発的発言の分析からは，身体機能の低下を「諦観」し，これが主観的幸福感を高める因子として関与している可能性が示唆された．また，先祖・子孫との結びつきの強さは諦観に至らず主観的幸福感を低める因子として関与していた．以上から，介護施設入所高齢者の生活の質は，高齢者の諦観を受け止め心理的発達を助長することや，家族とのつながりを面会以外の何らかの方法によって深めることによって，改善される可能性があることが示唆された．

本研究は限られた地域の 128 のサンプルの結果であり，今後，他の地域での調査や全国レベルの調査により，介護施設入所高齢者の主観的幸福感に関連する要因のさらなる検証が必要と思われる．

付記：　本研究の結果の「B．介護施設入所高齢者の主観的幸福感とその関連要因の量的分析」に関する内容については，日本応用老年学会の学会誌である「応用老年学」第 9 巻 1 号，p.31-42，2015[82] にて公表した．

謝辞

本研究にあたり，アンケートにご協力をいただいた介護施設入所高齢者の皆様と職員の皆様に深謝申し上げます．

論文作制にあたり指導を頂いた人間総合科学大学大学院の鈴木はる江教授，中野博子教授，論文審査委員として論文審査を頂いた同大学大学院の丸井英二教授，吉田浩子教授，大東俊一教授に厚く御礼申し上げます．

引用文献

1) 国立社会保障，人口問題研究所， 日本の将来推計人口（平成 24 年 11 月推計）
www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html.
2014 年 9 月 15 日参照.

2) 内閣府（編），高齢社会白書（平成 25 年版），印刷通販，東京（2013）.

3) 我が国は世界のどの国も経験したことのない高齢化社会を迎えている：平成 26 年度版高齢社会白書, 内閣府ホームページ,
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/gaiyou/pdf/lsls.pdf,
2015 年 5 月 8 日参照.

4) 内閣府（編），高齢社会白書（平成 26 年版），内閣府ホームページ,
http://www8. cao. go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/gaiyou/pdf/isis.pdf.
2015 年 8 月 5 日参照.

5) 辻哲夫：高齢者ケアの政策の実践―柏プロジェクトからの報告―，医療と社会，
25(1)；125～139，2015.

6) 厚生労働省大臣官房統計情報部，国民生活基礎調査（平成 25 年）の結果から―グラフで見る世帯の状況―，2014.

7) 施設サービスについて，1．特別養護老人施設について，介護老人保健施設・介護療養型医療施設について，社会保障審議会介護保険部会（第 48 回）資料 2，厚生労働省ホームページ,
http://www.go.jp/file/05-shingkai-12601000-seisakutoukatsukan-sanjikanst.
2015 年 8 月 5 日参照.

8) 厚生労働省，介護保険事業報告（平成 20 年 8 月現在）.
www.mhiw.go.jp/topics/0103/84-1.html. 2015 年 1 月 21 日参照

9) 厚生労働省，介護保険事業報告 2013 年 9 月.
www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m14/1406.html. 2015年1月9日参照.

10) 柴田博：サクセスフル・エイジング，柴田博，長田久雄，杉澤秀博（著），老年学要論－老いを理解する－，建帛社，東京，pp.55～61，2009.

11) 佐藤眞一，高山緑，増本康平（著）：老いのこころ－加齢と成熟の発達心理学，有斐閣，東京，pp.42～61，2014.

12) 高坂健次：幸福の社会理論，放送大学教育振興会，東京，p.66～77，2008.

13) Lawton MP：The Philadelphia geriatric center morale scale． A revision, Journal of Gerontology，30(1)；85～89，1975.

14) Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS：The measurement of life satisfaction, Journal of Gerontolgy，16；134～143，1961.

15) 古谷野亘，柴田博，芳賀博ほか：生活満足度尺度の構造—主観的幸福感の多次元とその測定— ，老年社会学，11；99～115，1989.
16) Yasavage A：Geriatric depression scale，Psychopharmacology Bulletin，24；709～711，1988.
17) Radloff L.S：The CES－D scale, A self-report depression scale for research in the general population，Applied Psychological Measurment，1；385～401，1977.
18) 古谷野亘：保健医療分野における QOL 研究の現状－社会老年学における QOL 研究の現状と課題－，Journal of the National Institute of Public Health，53；204～208，2004.
19) 池田朋子，長田久雄：社会情動的選択理論の研究に関する文献的展望－時間的展望を中心として－，応用老年学，1；51～59，2013.
20) 石原房子, 長田久雄：Tornstam の老年的超越尺度の構造の検討, 応用老年学, 5(1)；20～27，2011.
21) 鈴木規子，吉田紀子，谷口幸一：在宅高齢者の主観的幸福感の影響要因に関する調査研究—心身の健康指標ならびに社会的指標との関連—, 東海大学健康科学部紀要, 6；1～7，2001.
22) 高橋龍太郎：地域在住要介護高齢者の低栄養リスクに関連する要因について，日本老年医学会雑誌，43(3)；375～382，2006.
23) 津軽谷恵, 湯浅孝男：老人クラブ所属の在宅高齢者における精神的健康度について，日本老年医学会雑誌，36(12)；861～867，1999.
24) 松岡英子：独居高齢者の幸福感とその関連要因，信州大学教育学部紀要，89；99～109，1996.
25) 芳賀博，七田恵子，永井晴美他：健康自己評価と社会・心理・身体要因，老年社会学，20；15～23，1984.
26) 與古田孝夫：施設入所老人の主観的幸福感とその関連要因についての検討，神保健看護学会誌， 4(1)；37～46，1995.
27) 松平裕佳，高山成子，菅沼成文ほか：介護老人福祉施設入所者の主観的幸福感に関連する要因，日本公衆衛生雑誌，2；121～130，2010.
28) 古谷野亘：老後の幸福感の関連要因—構造方程式モデルによる全国データの解析—. 理論と方法，8；111～125，1993.
29) Tornstam L：Gerotranscendence. A Developmental Theory of Positive， New York，Springer，2005.
30) 中嶌康之，小田利勝：サクセスフル・エイジングのもう一つの観点—ジェロトランセンデンス理論の考察—，神戸大学発達科学部研究紀要，8(2)；303～317，2001.
31) 長田久雄：高齢者の心理，柴田博，長田久雄，杉澤秀博（偏）：高齢者の心理，老

年学要諦，建帛社，東京，pp.141～198，2007.
32) 三澤久恵，野尻雅美，新野直明：地域高齢者のスピリチュアリティ評定尺度の開発―構成概念の妥当性と信頼性の検討―, 日本健康医学会雑誌, 18(4)；170～180, 2010.
33) 介護保険施設について，厚生労働省社会保険審議会―介護給付費分科会，厚生労働省ホームページ，www．mhlw．go．jp/stf/shingi/…att/2r98520000ldzhk．pdf. 2015.6.30 参照.
34) 千葉県基本情報，千葉県ホームページ, https://www.pref.ctiba.ig.jp/. 2025,6,25 参照.
35) 前田大作，浅野仁，谷口和江：老人の主観的幸福感の研究―モラール・スケールによる測定の試み―，社会老年学，11；15～31，1979.
36) 施設サービスについて，社会保障審議会介護保険部会資料 2，厚生労働省ホームページ，www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai…/0000025314.pdf 2015.7.7 参照.
37) 平成 25 年度介護サービス施設・事業所調査の概況，厚生労働省ホームページ，http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/　2015.5.9 参照.
38) 中里陽子：介護老人保健施設における介護福祉士の看取りに対する態度，桜美林大学修士論文，2014.
39) 平川仁尚，植村和正，葛谷雅文：高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題，医学教育，39；245～250，2008.
40) 人口動態統計年報，主要統計書，死亡場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移，厚生労働省ホームページ，www．mhlw．go．jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/ 2015.5.9 参照.
41) 藤井充, 守屋法子, 坂村裕輔ほか: 高齢者施設における看取りの関する実態調査【報告書】，山梨県狭東保健所福祉事務所（狭東保健所），2014.
42) 出村慎一，野田政弘，南雅樹ほか：地方在宅高齢者のおけるモラールに関連する生活要因性別・年齢別比較，日本生理人類学会誌，8(4)；77～81，2003.
43) 津軽谷恵, 湯浅孝男：老人クラブ所属の在宅高齢者における精神的健康度について，秋田大学医学部保健学科紀要，12(2)；114～120，2004.
44) Larson R： Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans，Journal of Gerontology，33；109～125，1978.
45) Heyman D．K.　Jeffer F．C.：Effect of time lapse on consistency of self rated－health and medical evaluations of elderly persons，Journal of Gerontology，18；160～164，1963.
46) 芳賀博，上野満男，永井晴美ほか：健康自己評価に関する追跡研究，老年社会学，10；163～174，1988.
47) 芳賀博，七田恵子，永井晴美ほか：健康自己評価と社会・心理・身体要因，老年社会学，20；15～23，1984.

48) 三徳和子，高橋俊彦，星旦二：高齢者の健康関連要因と主観的健康感，川崎医療福祉学会誌，15 (2)；411～421，2006.
49) Carstensen L. L. ：Selectivity theory： Social activity in life-span context，in K.W.Schaie，&M.P.Lawton(Eds)，Annual Review of Gerontology and Geriatrics，vol.11，pp.195～217，1991.
50) Heckhausen J. Schulz R. ：A life-span theory of control，Psychological Review，102；284～304，1995.
51) Heckhausen J：The motivation-volition Divide and Its Resolution in Action-Phase Models of Developmental Regulation，Research in Human Development，4；163～180，2007.
52) Poujin MJ, Heckhausen J：Stressful events compromise control strivings during a major life transition，Motivation and Emotion，31；300～311，2007.
53) 佐藤眞一ら：前掲書 11)，pp.139～140.
54) Tornstam L：Gero-transcendence：a reformulation of the disengagement theory Aging(Milano)： 1；55～63，1989.
55) 冨澤公子：奄美群島超高齢者の「老年的超越（Gerotranscendence)」形成に関する検討―高齢期のライフサイクル第８段階と第９段階の比較―, 立命館産業社会論集, 46(1)； 87～103，2010.
56) 中川威：高齢期における心理的適応に関する諸理論, 生病老死の行動科学, 15；31~39, 2010.
57) 幸福度に関する研究会報告―，内閣府ホームページ，www5. Cao. go. ip/koufukudo/shiryou/4shiyou/2. Pdf. 2015. 5. 20 参照.
58) 内閣府：日本人の幸福に関する分析，平成 20 年度版国民生活白書，内閣府，時事画報社，p. 60～62, 2008.
59) 寺田寅彦：寺田寅彦全集第 10 巻，岩波書店，東京，pp. 223～229，1978.
60) 伊藤聡：神道とは何か―神と仏の日本史―, 中央公論新社, 東京, pp. 16～24, 2012.
61) 伊藤博：萬葉集巻第七巻第八，集英社文庫ヘリテ―ジシリーズ，集英社，東京，pp. 55～60，2005.
62) 宮家準：日本の民俗宗教，講談社学術文庫，東京，pp. 15～39，1994.
63) 大東俊一：日本人の他界観の構造，彩流社，東京，pp. 177～180，2009.
64) 大東俊一：日本古来の自然観と人間―フローラ（植物相）としての人間，大東俊一，奥田和夫，菅沢龍文，大貫義久（著)，自然と人間―哲学からのアプローチ―，梓出版社，東京，pp. 237～249，2006.
65) 諸富徹，柳下正治，山下潤ほか：持続可能な発展のための新しい社会経済システムの検討とそれを示す指標群の開発に関する研究，最終報告書，環境省報道発表資料，

2012.
66) 宮家準：前掲書 62)，pp.115～116.
67) 奥山真由美・西田真寿美：特別養護老人ホームの入所申請をめぐる家族の意志決定，山陽論叢，17；90～101，2010.
68) エリクソンＥＨ，エリクソンＪＭ：ライフサイクル，その完結（村瀬孝雄・近藤邦夫訳）みすず書房，東京，pp.181～190，2001.
69) 橋爪裕人：<Book Review>Richard Layard，Happiness：Lessons froma a New Science，Second　Edition，Penguin Books，2011，年報人間科学，pp. 141～145，2013.
70) 内田由紀子, 萩原祐二：文化的幸福論―文化心理学的知見と将来への展望―, Japanese Psychological Review，55(1)；26～42，2012.
71) 内田由紀子：日本人の幸福感と幸福度指標，心理学ワールド１月号；5～8, 2013.
72) 浅見洋：死から生を考える―新「死生学入門」金沢大学講義集―，北國新聞社，金沢市，pp. 8～165，2013.
73) 赤澤淳子，水上喜美子，小林大祐：家族システム内のコミュニケーションと家族構成員の主観的幸福感―家族形態及び地域別検討，仁愛大学研究紀要，人間学部編，8；1～12，2009.
74) 竹内香織，磯和勅子，福井享子：地域高齢者における主観的幸福感に関連する社会活動要因，三重看護学誌，13；23～30，2011.
75) 古谷野亘：在宅要援護老人のソーシャル・サポート・システム―階層的補完モデルと課題特定モデル―，桃山学院大学社会学会，24(2)；113～124，1990.
76) 佐藤眞一：前掲書 11)，pp. 164～174.
77) 鈴木忠，飯牟田悦子：諦観と晩年性―生涯発達心理学の新しい概念として，白百谷女子大学研究紀要，44；A101～A127，2008.
78) 菅沼慎一郎：青年期における「諦める」ことの定義と構造に関する研究，教育心理学研究，61；265～276．2013.
79) 大橋明：あきらめに関する心理学的考察―自由記述法による探索的検討―, 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要，10；17～28，2009.
80) 井口昭久：これからの老年学―サイエンスから介護まで―，井口昭久（編著），名古屋大学出版会，名古屋，pp. 41～50，2008.
81) 小此木啓吾：対象喪失―悲しむということ―，中公新書，東京，p. 28～35，1979.
82) 川井文子，中野博子，佐藤美由紀，柴田博，鈴木はる江：介護施設入所高齢者の主観的幸福感とその要因，応用老年学，9(1)；31～43，2015.

老健（老人保健施設）		特老（特別養護老人ホーム）	
時間	日課・行動	時間	日課・行動
0:00	睡眠（必要時排泄介助）	0:00	睡眠・巡回・排泄介助
1:00	睡眠（必要時排泄介助）	1:00	睡眠・巡回
2:00	睡眠（必要時排泄介助）	2:00	睡眠・巡回
3:00	睡眠（必要時排泄介助）	3:00	睡眠・巡回
4:00	睡眠（必要時排泄介助）	4:00	睡眠・巡回・排泄介助
5:00	睡眠（必要時排泄介助）	5:00	睡眠・巡回
6:00	起床	6:00	起床準備
7:00	排泄介助・洗面・整容・朝食準備（必要時介助）	7:00	離床・排泄介助・洗面・整容・朝食準備
8:00	朝食、口腔ケア	8:00	朝食・口腔ケア・排泄介助
9:00	個別ケア、個人行動、フリー	9:00	個別ケア、処置、入浴（全面介助）
9:30	体操	9:30	水分補給（お茶）
10:30	個別行動（入浴・外出・必要時介助）	10:30	排泄介助
11:00	個別行動（入浴・外出・必要時介助）	11:00	昼食準備
12:00	昼食	12:00	昼食
12:30	口腔ケア、個別行動	12:30	口腔ケア
13:00	口腔ケア、個別行動（必要時排泄介助）	13:00	排泄介助・個別ケア、処置、リハビリ、 入浴（介助で出来る人）、水分補給（お茶）
14:00	レクレーション、体操	14:00	個人行動（フリー）
15:00	おやつ	15:00	おやつ
16:00	個人行動（必要時排泄介助）	16:00	排泄介助
17:00	個人行動	17:00	夕食準備
18:00	夕食、口腔ケア	18:00	夕食、口腔ケア
19:00	居室誘導、就寝準備	19:00	就寝、臥床、着替え（介助）
20:00	居室で自由行動	20:00	バイタルサイン（血圧・脈拍測定）
21:00	消灯	21:00	睡眠・巡回
22:00	睡眠（必要時排泄介助）	22:00	排泄介助（オムツ交換）
23:00	睡眠（必要時排泄介助）	23:00	睡眠・巡回

図１　老健と特老の日課の比較

注）面会，季節の行事，買い物など適宜行なわれる．特老では共通サービスとしてリハビリを組み込む．

表１　　特老と老健入所者の個人要因の差の比較

n=128

項　目	特老		老健		P 値	t 検定
年齢	84.2	(±8.48)	85.2	(±7.08)	0.46	n.s.
要介護度	2.63	(±1.11)	2.52	(±1.21)	0.59	n.s.
入所年数	2.59	(±3.44)	2.58	(±2.67)	0.99	n.s.
PGC 値	12.2	(±3.67)	11.5	(±4.13)	0.30	n.s.

平均値±標準偏差

表２　属性集計（ｎ＝128）

項目	項目内訳	度数（人）	相対度数（%）	
年齢	65 ~ 74 歳	11	8.6	46.9
	75 ~ 84 歳	49	38.3	
	85 ~104 歳	68	53.1	53.1
性別	男	44	34.4	34.4
	女	84	65.6	65.6
要介護度	1	29	22.7	22.7
	2	32	25.0	25.0
	3	38	29.7	29.7
	4	23	18.0	22.7
	5	6	4.7	
入所年数	1 年未満	37	28.9	60.1
	1~2 年未満	40	31.2	
	2 年以上	51	39.9	39.9
学歴	旧制小学校	23	18.0	61.7
	旧制高等小学校	56	43.7	
	旧制中学・新制高校	26	20.3	38.3
	旧制高校	13	10.1	
	旧・新制大学以上	10	7.8	

表３　調査項目集計　　（ｎ＝128）

項目	項目内訳	度数(人)	相対度数(%)	
身内面会	1-2 回/週	49	38.3	38.3
	1-2 回/月	40	31.3	61.8
	1-2 回/年	15	11.7	
	殆どない	24	18.8	
身内以外面会	1-2 回/週	1	0.8	34.4
	1-2 回/月	21	16.4	
	1-2 回/年	22	17.2	
	殆どない	84	65.6	65.6
施設内友人	いる	67	52.3	52.3
	いない	61	47.7	47.7
四季おりおりの行事の楽しみ	とても楽しみ	43	33.6	83.6
	まあまあ楽しみ	64	50.0	
	あまり楽しみでない	19	14.8	16.4
	楽しみでない	2	1.6	
最期の場の希望	自宅	60	46.9	46.9
	今の場所	55	43.0	53.1
	病院	4	3.1	
	どこでもいい	9	7.0	
健康度自己評価	健康	62	48.4	87.5
	まあまあ健康	50	39.1	
	あまり健康でない	10	7.8	12.5
	健康でない	6	4.7	
SP1 目に見えない大きな力	全く思わない	8	6.3	40.6
	あまり思わない	24	18.7	
	どちらとも言えない	20	15.6	
	少し思う	49	38.8	59.4
	非常に思う	27	21.1	
SP2 自分と先祖・子孫との結びつき	全く思わない	2	1.6	18.0
	あまり思わない	11	8.6	
	どちらとも言えない	10	7.8	
	少し思う	51	39.8	82.0
	非常に思う	54	42.2	
SP3 自然とのつながり	全く思わない	3	2.3	28.1
	あまり思わない	9	7.0	
	どちらとも言えない	24	18.8	
	少し思う	52	40.6	71.9
	非常に思う	40	31.3	
SP4 祈ることで安らぎ・幸せ	全く思わない	2	1.6	14.8
	あまり思わない	11	8.6	
	どちらとも言えない	6	4.7	
	少し思う	54	42.2	85.2
	非常に思う	55	43.0	

SP：高齢者スピリチャリティ尺度

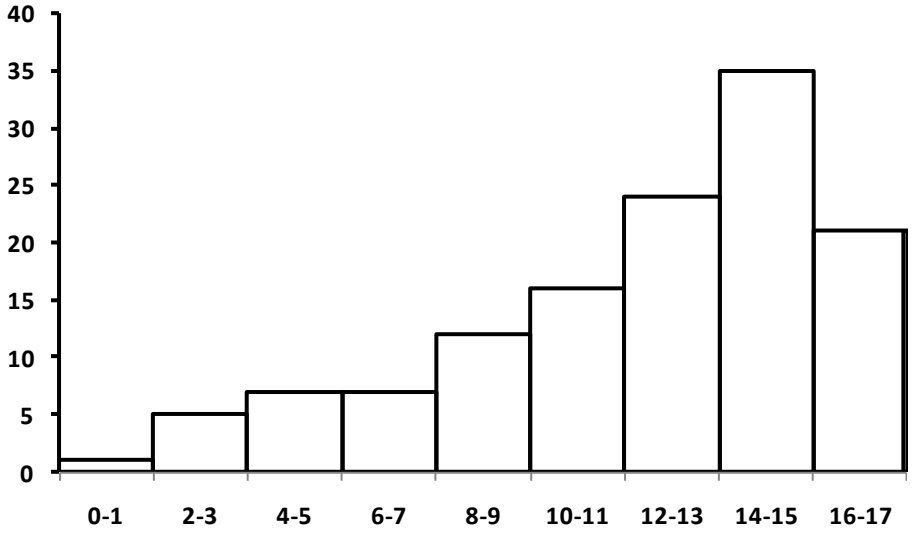

図 2　対象高齢者（128 名）における PGC モラール・スケール度数分布

表 4　調査項目と PGC 平均値　　集計（ｎ＝128）

項目	項目内訳	PGC 平均値±標準偏差
年齢 （歳）	65~84	11.8 ± 3.79
	85~104	11.9 ± 4.09
性別	男	11.3 ± 4.43
	女	11.8 ± 3.94
要介護度	1	12.0 ± 3.44
	2	12.7 ± 3.80
	3	11.2 ± 4.81
	4~5	11.7 ± 3.85
入所年数	2 年未満	12.2 ± 3.92
	2 年以上	11.2 ± 3.91
学歴	旧制小・旧制高等小	11.8 ± 3.78
	旧制中学・新制高校以上	11.7 ± 4.22
身内 面会	1-2 回/週	11.2 ± 4.16
	1-2 回/週未満	12.1 ± 3.38
身内以外 面会	1-2 回/年以上	11.9 ± 3.60
	殆どない	11.8 ± 3.94
施設内友 人	いる	11.9 ± 3.78
	いない	11.7 ± 4.10
四季の 楽しみ	楽しみ	12.1 ± 3.60
	楽しみでない	10.4 ± 5.15
最期の場 の希望	自宅	11.9 ± 3.35
	今の場所他	11.7 ± 4.41
健康度自 己評価	健康	12.4± 3.47
	健康でない	7.8± 4.64
SP1	思わない	12.2 ± 4.00
	思う	11.4 ± 4.00
SP2	思わない	12.9 ± 3.41
	思う	11.4 ± 4.01
SP3	思わない	10.2 ± 4.00
	思う	12.3 ± 3.51
SP4	思わない	10.7 ± 6.58
	思う	12.0 ± 3.63

SP：高齢者スピリチャリティ尺度

表 5　全変量間の相関マトリックス

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	PGC合計	1.000																
2	年齢 （0：65～84　1：85以上）	.114	1.000															
3	性別 （0：男　1：女）	.080	.170	1.000														
4	要介護度 （0：1～3　1：4～5）	-.120	-.130	-.041	1.000													
5	入所年数 （0：2年以上　1：2年未満）	-.100	-.128	-.131	-.068	1.000												
6	学歴 （0：旧制小・旧制高等小学校　1：それ以上）	-.008	-.170	-.005	-.098	-.065	1.000											
7	身内の面会 （0：1～2回未満/W　1：1～2回/W）	-.110	-.072	.062	-.041	.140	.107	1.000										
8	身内以外面会 （0：なし　1：あり）	.017	-.072	.039	-.016	-.020	.141	.208*	1.000									
9	施設内友人 （0：なし　1：あり）	-.027	.001	.001	.200*	-.045	-.085	.011	-.067	1.000								
10	四季おりおりの行事の楽しみ （0：楽しみでない　1：楽しみ）	-.170	.110	-.090	.061	.084	-.034	-.117	-.039	.243**	1.000							
11	最期の場の希望 （0：自宅以外　1：自宅）	.018	-.134	.251**	.092	.076	.065	.130	.012	.144	-.073	1.000						
12	健康度自己評価 （0：健康でない　1：健康）	.388**	.118	.124	-.079	-.183*	.103	-.091	.075	.018	-.069	.024	1.000					
13	SP1　目に見えない大きな力 （0：思わない　1：思う）	-.125	-.048	.172	-.046	.025	.128	.128	.297**	-.184*	.014	.076	-.072	1.000				
14	SP2　自分と先祖・子孫との結びつき （0：思わない　1：思う）	-.224*	-.049	.133	-.086	.019	.117	.159	-.090	-.161	-.205*	.113	-.115	.234**	1.000			
15	SP3　自然とのつながり （0：思わない　1：思う）	.128	-.125	.059	-.082	-.037	.028	.135	.306**	-.214*	-.250**	.065	-.026	.402**	.160	1.000		
16	SP4　祈ることで安らぎ （0：思わない　1：思う）	.099	.016	.299**	-.117	-.101	.012	-.033	-.022	-.222*	-.434**	.216*	.174*	.192*	.262**	.325**	1.000	
17	SP総得点	-.037	.005	.295**	-.154	-.021	.115	.208*	.193*	-.297**	-.271**	.151	-.007	.680**	.556**	.629**	.572**	1.000

＊：P＜.05　＊＊：P＜.01

表 6　主観的幸福感を目的変数とする重回帰分析

説明変数	偏回帰係数(B)	準化偏回帰係数(β)	P 値
年齢　(0:65~84　1:85~104)	0.038	.074	.379
性別　(0:男　1:女)	0.488	.059	.513
要介護度　(1:1　2:2　3:3　4:4~5)	−0.352	−.104	.224
入所年数　(0: 2 年以上　1:2 年未満)	0.002	.002	.983
学歴　(0: 旧制小・旧制高等小　1:それ以上)	0.194	.024	.779
身内面会　(0:なし　1:あり)	−0.670	−.083	.342
身内以外面会（0:なし　1:あり）	−0.454	−.055	.549
施設内友人　(0:いない　1:いる)	−0.023	−.003	.973
四季の行事の楽しみ（0:楽しみでない 1:楽しみ）	−1.801	−.176	.067
最期の場の希望　(0:自宅以外　1:自宅)	0.373	.048	.593
健康度自己評価　(0:健康でない　1:健康)	3.902	.329	＜.000
SP1 目に見えない大きな力　(0:思わない　1:思う)	−0.893	−.112	.247
SP2 自分と先祖・子孫との結びつき（0:思わない　1:思う）	−2.271	−.222	.015
SP3 自然とのつながり　(0:思わない　1:思う)	1.894	.217	.028
SP4 祈ることの安らぎ　(0:思わない　1:思う)	−0.790	−.072	.490
重回帰係数（R）		.526	
決定係数　(R^2)		.277	

表 7－1　高齢者が話した言葉の言語得点とその対象者の PGC 値

NO	自ら話した言葉	言葉の評点　注 1)				PGC 値
		A	B	C	計	
1	歳をとるのはいいことがない	0	0	0	0	5
2	歳をとるのは仕方がない	0	1	1	2	12
3	考えても仕方ない	0	1	1	2	14
4	しょうがないやで	0	1	1	2	12
5	歳を取ってできなくなるのはしょうがない	0	1	1	2	15
6	今に満足するより仕方ない，歳をとるのは仕方がないので自分を元気づけている	1	1	1	3	12
7	今までやってきた，これ以上よくならないのでこれでよい	1	1	1	3	15
8	自然の成り行きに任せている，命ある限り，あっはっは	1	1	1	3	16
9	歳をとることを考えないようにしている	0	0	0	0	10
10	戦争があったので今のほうが幸せ	1	1	1	3	16
11	腹の立つことは考えないようにしている，気にしないようにしている	0	1	1	2	10
12	心配してもしようがない	0	1	1	2	15
13	肩がいたい，痛いことばかり，歳にはかなわない	0	0	0	0	13
14	心配はなにもない，年をとると眠れなくなる，今日は今日，明日は明日，幸福ですと手を合わせる	1	1	1	3	13
15	考えないようにしている，考えると自分がダメになる，歳をとると勉強になる，若い時にはないことに気づく，ここは至れり尽せりで何も心配ない	1	1	1	3	15
16	心配してもしょうがない	0	1	1	2	14
17	痛いところがなければ何も問題ない，言ったとしても良くならないし，元気でいられるだけよい，子供が近くにいるし	1	1	1	3	11
18	心配してもしょうがない，歳をとるのは仕方ないので幸せ	1	1	1	3	15
19	いびきがうるさい（同室者の），歳をとるのはしかたがない	0	0	0	0	8
20	そんなこと考えたことない（歳をとることは若い時に考えたことより良いことか）	0	0	1	1	13
21	だって，仕方ないことでしょう	0	1	0	1	4
22	親戚はいない	0	0	0	0	3
23	何も心配ない	1	1	1	3	15
24	いつもおてんとう様を拝んでいる	0	1	1	2	5
25	歳をとることは自然のことだ．せがれ，となりのおばさんが面会に来る	1	1	1	3	15
26	女房はお茶をやっている，生きる目標がある	1	1	1	3	13
27	ひとりぼっちだ	0	0	0	0	8
28	私は～～の有名大学をでている，親族みんな有名大学をでている．ここの人は話があわない	0	0	0	0	4
29	あきらめることが大切	0	1	1	2	15
30	ここに入れただけで幸せ	1	1	1	3	16
31	心配しない様にしている，欲のことは考えない，どうにもならないので考えない	0	1	1	2	5
32	皆良くしてくれる	1	1	1	3	16
33	すべてなるようにしかならないので，（周りが考えてくれることを）諦めている	0	1	0	1	11
34	歳のことは考えないようにしている，考えてもしかたがない	0	1	0	1	14
35	今は何も心配ない，お金の心配もない，幸せだ	1	1	1	3	16

注）　否定的言動：0，　どちらとも判定しがたいまたは肯定的言動：1

表 7—2　高齢者が話した言葉の言語得点とその対象者の PGC 値（つづき）

NO	自ら話した言葉	言葉の評点 注 1)				PGC 値
		A	B	C	計	
36	心配しても何にもならない	0	1	0	1	11
37	いたれりつくせりで良くしてくれる	1	1	1	3	15
38	何も心配ないがどうやって死ぬのかそれが心配かなぁ	0	1	1	2	16
39	年寄りあつかいしないでと頼んでいる	0	0	1	1	10
40	諦めているので役にたたなくなったとは思わない	1	1	1	3	14
41	歳をとるのは人間の成り行きなので，皆が歩む道なので	1	1	1	3	17
42	歳をとるのは仕方がない	0	1	1	2	14
43	歳をとって歩けないけど仕方がない，まあ幸せ	1	1	1	3	10
44	歳をとるのはしかたがない，今の場所が家なのでここで死ぬ	1	1	1	3	16
45	我慢するようにしている	0	0	0	0	13
46	お経をあげるとホットする	1	1	1	3	10
47	歳をとるのはあたりまえ，仕方がない	0	1	1	2	16
48	当たり前（歳をとるのは），皆そうでしょう	0	1	1	2	12
49	諦めている．ここは安心，一人でいたときは死ぬことを考えていた，若い時より今のほうが幸せ，若い時は働くばかり，歳をとることを諦めているので何も心配ない	1	1	1	3	16
50	皆歳をとる，仕方ない	0	1	1	2	12
51	主人も入所している．病気なので心配	0	0	0	0	6
52	家族に会いたいが来ない	0	0	0	0	1
53	歳をとるのはしょうがない，死に場所はどこでもいい	1	1	1	3	12
54	歳をとるといいことがない	0	0	0	0	2
55	戦争のことを考えると今のほうが幸せ，言うに言えない苦労が沢山あった	1	1	1	3	12
56	なるようにしかならないと考える，ここにいることはありがたい	1	1	1	3	15
57	今の方が幸せ，生活に追われないから，食べることにも事欠かないため	1	1	1	3	15
58	戦争があったので，少しの我慢はしかたがない	0	0	1	1	17
59	歳をとって役にたたなくなったのは仕方がない	0	0	1	1	14
60	生きていることが幸せ，ありがたい	1	1	1	3	13
61	歳をとるのは当たりまえ	0	1	1	2	13
62	考えても仕方がないので心配事は考えない	0	1	1	2	15
63	歳をとるといいことがない	0	0	0	0	2

注）　否定的言動：0，　どちらとも判定しがたいまたは肯定的言動：1

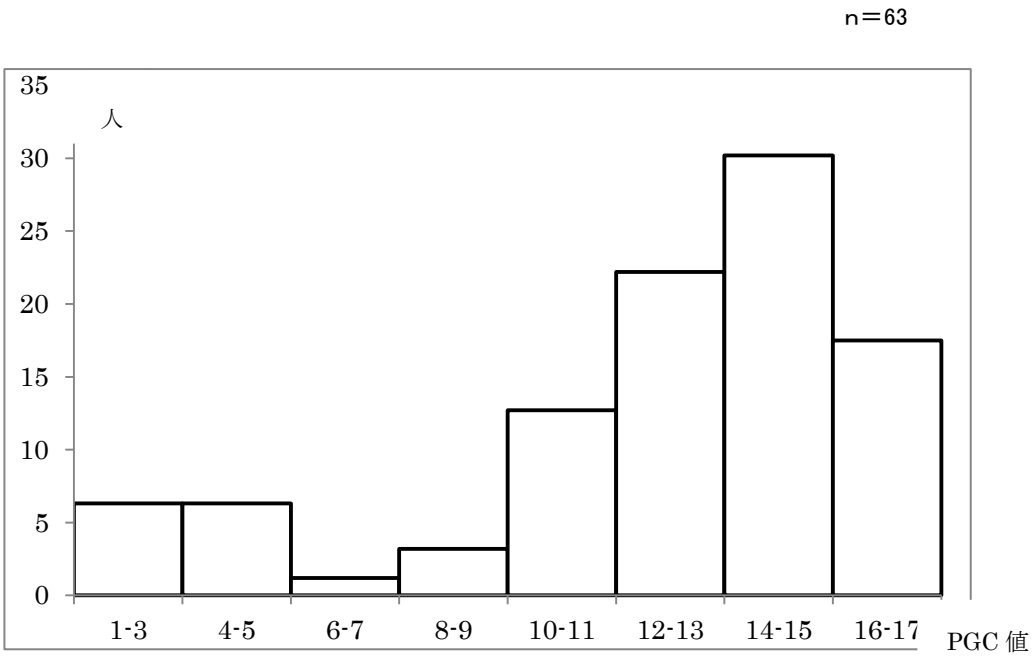

図 3 自発的発言のあった高齢者（63 名）における PGC 値度数分布

表 8　言語得点と PGC 得点の相関　n=63

	PGC 値 12 点以下	PGC 値 13 点以上	計
言語得点 2 点以上	13（30%）	30（70%）	43（100%）
言語得点 1 点以下	13（65%）	7（35%）	20（100%）

χ^2値　6.81
p 値＜0.01

注）PGC 中央値 13

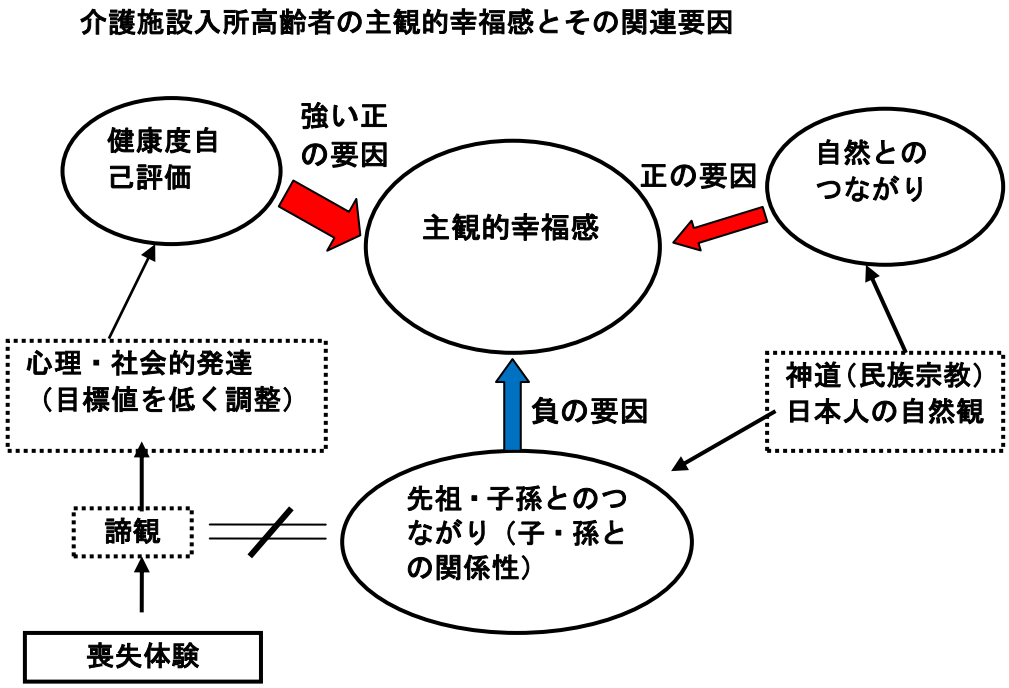

図４　　主観的幸福感とその関連要因の相関図

添付資料１　**高齢者スピリチュアリティ評定尺度―超越的なものへの関心**

最近、あなたが感じていることや思っていることについてお尋ねします。次の質問全てについて最もよく当てはまると思う番号に〇印をつけてください。

項　目	全く思わない	あまり思わない	どちらともいえない	少し思う	非常に思う
1. 自分は目に見えない大きな力によって生かされていると思いますか。	１	２	３	４	５
2. 自分と自分の先祖と子孫（来生）は強い結びつきがあると思いますか。	１	２	３	４	５
3. 自分と宇宙（自然）との間にはつながりがあると思いますか。	１	２	３	４	５
4. あなたは祈ることでやすらぎや幸せを感じると思いますか。	１	２	３	４	５

添付資料２　　PGC モラール・スケール

あなたの今の気持ちをお聞きします。あてはまる番号を一つ選んで〇をしてください。

１．あなたは自分の人生が、年をとるにしたがって、だんだん悪くなっていくと思いますか。

①　そう思う　　②　そう思わない

２．あなたは去年のように元気だと思いますか。

①　はい　　②　いいえ

３．さびしいと感じることがありますか。

①　ない　②　あまりない　③　時々感じる　④　感じる

４．最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか。

①　はい　　②　いいえ

５．家族や親せき、友人との行き来に満足していますか。

①　満足している　　②　もっと会いたい

６．あなたは年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか。

①　そう思う　　②　そうは思わない

７．心配だったり、気になったりして眠れないことがありますか。

①　ある　　②　ない

８．年をとるということは、若い時に考えていたよりも良いことだと思いますか。

①　良い　　②　同じ　　③　悪い

９．生きていても仕方がないと思うことがありますか。

①　ある　　②　あまりない　　③　ない

10. あなたは、若い時と同じように幸福だと思いますか。

①　はい　　②　いいえ

11. 悲しいことが、沢山あると感じますか。

①　はい　　②　いいえ

12. あなたは、心配なことが沢山ありますか。

①　はい　　②　いいえ

13. まえよりも腹をたてる回数が多くなったと思いますか。

①　はい　　②　いいえ

14. 生きることは、たいへんきびしいと思いますか。

①　はい　　②　いいえ

15. 今の生活に満足していますか。

①　はい　　②　いいえ

16. ものごとをいつも深刻に考える方ですか。

①　はい　　②　いいえ

17. あなたは、心配ごとがあると、すぐにおろおろする方ですか。

①　はい　　②　いいえ