研究報告

うつ病を抱えながら老いを生きる高齢者の体験

The Experience of Elderly People Living with Depression

田中浩二^{1),*}, 長谷川雅美²⁾

Koji Tanaka, Masami Hasegawa

キーワード：うつ病, 高齢者, 生と死, 尊厳

Key words : depression, elderly people, life and death, dignity

Abstract

Purpose : To clarify the lifeworld-rooted experience of the elderly with depression and to provide suggestions to alleviate their depression in nursing care.

Method : An unstructured interview of 11 elderly patients aged 65 or above diagnosed with depression and undergoing psychiatric treatment was carried out and analysis performed using the Giorgi scientific phenomenological method.

Results : Six themes were derived. Elderly people with depression were living with “the weight of past negative memories” and their depression had further deepened as a result of their experience of pain such as “the weight of loss due to old age,” “the threat of physical symptoms occurring with depression,” and “a decline in self-worth and loneliness caused from interaction with others” they had experienced stemming from old age. These experiences were all linked with a feeling of “becoming strongly conscious of death.” It was caused more vicious cycle of depression. On the other hand, the elderly subjects could revive their “zest for living” by being able to feel a connection with others and the world and their depression could be alleviated.

Conclusion : Anguish at having their dignity as a person easily threatened and living with the touch of death is thought to be at the foundation of the experience of elderly with depression. It is important for nurses to encourage a “zest for living” in elderly people living with depression in spite of their depression.

要 旨

目的：うつ病高齢者の生活世界に根ざした体験を明らかにし、抑うつを緩和するための看護への示唆を得ることである。

方法：うつ病と診断され精神科治療を受けている 65 歳以上の高齢者 11 名を対象に、非構成的面接を行い、Giorgi の科学的現象学的方法で分析した。

結果：6 つのテーマが導き出された。うつ病高齢者は、過去の【負の記憶の重み】を抱えながら現在を生きており、さらに【老いによる喪失の重み】【抑うつを伴う身体症状からの脅かし】【他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下と孤独】という老いを生きることに基づく苦しみを体験すること

受付日：2011 年 9 月 20 日 受理日：2012 年 5 月 14 日

1) 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 Doctoral Course, Division of Health Science, Kanazawa University 2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系 Faculty of Health Science, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Science, Kanazawa University

*E-mail : tanaka@stu.kanazawa-u.ac.jp

で抑うつを深めていた。これらの体験は全て【死の強い意識化】につながっており、それによってさらに抑うつが増強するという悪循環が生じていた。一方では、他者や世界とのつながりが実感できることで【生きる力の再生】を体験し、抑うつを緩和することができていた。

結論：うつ病高齢者の体験の基盤には、死にふれて生きることや人としての尊厳が脅かされやすいことへの苦悩があることが考えられた。看護師は、うつ病高齢者が抑うつを抱えながらも【生きる力を再生】できるように働きかけることが重要である。

I. はじめに

我が国では、1970年に高齢化社会を迎えて以来、高齢者人口は急増しており、2010年では総人口の23.1%が65歳以上となっている（平成23年度版高齢社会白書）。高齢者の健康問題には、身体・精神・社会的側面の相互関連や多元性が強調されており（奥村、1988；竹中、2010）、我が国では高齢化社会に伴い、1980年代より老年精神医学という新しい分野が広く認識されるようになった。

高齢者に起こりやすい精神的問題としては、うつ病（Depression）、認知症（Dementia）、せん妄（Delirium）の3Dがあり、これらへの対策は高齢社会である我が国において喫緊の課題である。高齢者のうつ病は、症状が非特異的であり、既存の診断基準だけでは見落とされることも多く、医療機関につながっていない患者や、つながっていても適切な精神科治療を受けることができていない患者も多数存在すると推測されている（Baldwin et al., 2002/2003；藤澤、2006）。

認知症においては、1980年代以降、対象を彼らを取りまいて世界との関連で人間学的に捉えようとする研究が行われるようになり（阿保、1993；小澤、1997；高山、2000）、認知症高齢者の生活世界に根ざした体験構造が明らかにされるようになった。高齢者のうつ病に関しては、生活の困難さや悲しみ・苦悩、自己および他者との相互関係、スピリチャリティ、身体合併症、自己効力感などが抑うつと精神的健康に影響を与える要素であることが海外での現象学的な研究によって明らかにされている。しかし、その数は少なく、長年人種差別を受けてきたアフリカ系アメリカ人女性を対象にした研究（Black et al., 2007）や、積極的な治療が実施されている環境での高齢者のうつ病を対象にした研究（Ragan & Kane, 2010）、および女性高齢者を対象としたうつ状態に関する記述的研究（Hedelin & Jonsson, 2003）に限られており、我が国では皆無である。高齢者のうつ病は、認知症と並ん

で老年期の代表的な精神疾患であり、精神科に限らずあらゆる診療科や地域で多く存在するにもかかわらず、十分に認識されておらず、彼らの生活世界に根ざした体験は明らかにされていない。

そこで本研究では、うつ病を抱えながら老いを生きるという高齢者の生活世界に根ざした体験を明らかにすることを目的とした。それによって、高齢者のうつ病の理解と抑うつを緩和するための看護への示唆を得ることができ、高齢者に対する精神看護実践の向上に寄与できると考える。

II. 用語の定義

1. 生活世界

Husserl (1936/1995) は、生活世界を「その世界のうちに目覚めつつ生きている我々にとって、いつもすでにそこにあり、あらかじめ我々にとって存在し、理論的であれ理論以外であれ、すべての実践のための基盤となるもの」と定義している。これを参考に、本研究では、「生活世界」を「うつ病高齢者の生活を取りまいており、彼らの体験の基盤となっている世界」と定義した。

2. 体験

Husserl (1936/1995) は、現在を概念的な今に限定しておらず、「現在の知覚は、過去志向と未来志向の連続体を有することによってのみ構成される」と述べている。そこで、本研究では「体験」を、「現在の現実に属する直接的な過去と未来の諸事実への関係からなる体験であり、生活世界との相互作用のなかで意味をもつもの」と定義した。

III. 研究方法

本研究では、Giorgi (1970/1981, 2009) の科学的現象学的方法を用いた。Giorgi は、Husserl 現象学を理論的パースペクティブとし、現象を生活世界内で

の関連において理解することの重要性を述べている。この研究方法は、人間の体験を当事者の意識に現前するものを通してありのままに理解し、体験の一般の本質構造を導き出すためのものであり、うつ病高齢者の生活世界に根ざした体験を当事者の視点で理解するために適していると考えた。

1. 研究参加者

高齢者のうつ病では、定型的な症状や経過を示さない場合が多いこと、逆境・苦難・不健康など生活状況によって再燃や慢性化しやすいこと、身体疾患や認知症との関連が深いことなど高齢者特有の特徴により、うつ病が分かりにくくなっており、地域や老人病院、施設などでうつ病高齢者の多くは見落とされている (Baldwin et al., 2002 ; Starkstein et al., 2005 ; 藤原, 2006)。そこで本研究では、うつ病を抱えているという前提を明瞭にするため、うつ病と診断され精神科治療を受けていることを条件とした。また本研究では、うつ病を抱えながら老いを生きるという対象の生活世界に根ざした体験に接近するため、入院または外来で継続して精神科治療を受けており、発病前の生活史から発病後の治療や生活の中での体験を語ることで患者を医師に選定してもらった。

2. データ収集方法

Giorgi (2009) が述べる現象学的研究における研究者の重要な態度に留意しながら、非構成的面接を行った。1回目の面接では、研究者から本研究の趣旨と方向性を提示した上で、研究者の経験や知識を度外視して参加者に向き合い、参加者が自由に語る内容 (発病前の生活のこと、発病から現在までの経過、現在の症状や思い、生活状況、気がかりなことなど) をありのままに傾聴した。2回目以降においても、参加者が語りたいことを支持的に傾聴するというスタンスに徹しながら、語りの内容を深めていった。Giorgi (2009) は、参加者の体験に接近するための研究では、参加者と研究者双方の言語に強く依存していると述べており、参加者との信頼関係の中で、参加者のペースに合わせて深い語りを得るために、面接では参加者の希望を尊重し、1人10回を限度として2回以上行った。1回の面接時間は30分～90分であった。面接の内容は、参加者の同意を得てテープに録音し、録音の同意が得られなかった1名の参加者については、面接中に語られた言葉をその場でノートに記述した。

3. データ分析方法

Giorgi (2009) の科学的現象学的方法を参考に、以下の5段階で分析した。まず逐語録化されたデータの総体を精読し、全体論的な意味を捉えた。次に、データに表現されている意味の変化に注目しながら文章を区切り、意味単位を確立した。そして、各意味単位に含まれている体験の意味が他者にとっても了解可能となり、また統合し一般化可能なものにしていくために、間主観的な態度、すなわち研究者個人の主観を超えて共同社会の一員としての相互主観的な態度でデータに向き合い、そこに含まれる現象学的な意味が看護学の立場から明瞭化されるようにデータを変換した。さらに、変換された各意味単位を本質的な意味内容の類似性・差異性に基づいてサブテーマ、テーマへと統合した。最終的に導き出された全テーマの相互関係から構造を導き出した。

4. 分析の真実性・妥当性の確保

研究に際して、ワークショップでGiorgiから科学的現象学的方法を習得した。分析の全過程において、精神看護学の質的研究者からスーパーバイズを受けた。Giorgi (2009) は、科学的現象学において参加者に対する現実の真実性は、研究者の記述の様相に露わにされる意味ほどには決定的ではないと述べ、真実性の基準として重要なのは、研究されている現象に関して新しい洞察に満ちた知識が獲得されるくらい明瞭に記述されること、および研究者が明瞭化したものと同じものを読者が了解できることであるとしている。そこで、参加者の現実に対する真実性は、2回目の面接以降に前回面接時の逐語録の内容を確認し、繰り返し語られる内容を真実性が高いものと判断してサブテーマ・テーマに反映させることで確保した。最終的な分析結果は、研究者がデータから明瞭化したサブテーマ・テーマおよび構造が第三者としても納得できるか否かを老年看護学および精神看護学の専門家に査定してもらい、了解可能と判断された。

5. 倫理的配慮

金沢大学医学倫理委員会および研究協力施設の倫理委員会で研究の承諾を得た。研究参加者には、研究目的、方法、プライバシーの保護、研究参加および途中中断の自由、研究に伴うリスクに対する措置などについて文書と口頭で説明し同意を得た。面接にあたっては、研究参加者の感情の変化や疲労、ストレス、身

表1 研究参加者の背景

ID	年齢	性別	診断名	うつ病治療歴	身体合併症・既往歴	配偶者	治療	面接回数
A	76	女性	うつ病	無	高血圧、糖尿病、白内障、腰痛、胃十二指腸潰瘍（70歳時手術）	死別	入院	10
B	87	女性	うつ病	無	糖尿病、高度房室伝導障害（72歳時ペースメーカー力植え込み）、変形性膝関節症	死別	入院	10
C	76	女性	うつ病・DLB	無	白内障、腰痛症	死別	入院	4
D	86	女性	うつ病	無	糖尿病、高血圧、気管支喘息、腰部脊柱管狭窄症（79歳時手術）、胃十二指腸潰瘍、大腸ポリポシス	死別	入院	2
E	76	男性	うつ病	50歳時（治癒）	虫垂炎・腹膜炎（23歳時手術）、胆嚢炎（62歳時手術）	うつ病	入院	2
F	79	女性	うつ病・AD	無	高血圧症、視力障害（左眼失明、右0.01）	死別	外来	2
G	80	女性	うつ病	無	脳梗塞後遺症、白内障、緑内障、舌癌（38歳時手術）	死別	入院	4
H	88	女性	うつ病	無	腰痛症	健在	外来	2
I	79	女性	うつ病	無	腰部脊柱管狭窄症（73歳時手術）、慢性硬膜下血腫（78歳時手術）	健在	入院	10
J	77	女性	うつ病	無	骨粗鬆症	健在	入院	2
K	73	男性	うつ病	無	脊柱管狭窄症、甲状腺機能低下症	健在	入院	6

体的状況にも慎重に配慮した。また、面接中、参加者の精神状態や身体状態に何らかの変化が生じた場合には、直ちに面接を中止し、適切な対処ができるよう、主治医・看護師と連携を密にとった。

Ⅳ. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は、11名のうつ病高齢者であった（表1）。面接時点では全員が定型的な急性期症状を呈していない維持期あるいは慢性期の状態像であった。壮年期までにうつ病治療歴のある参加者は1名のみであった。

2. データから導き出されたテーマ

うつ病を抱えながら老いを生きる高齢者の体験として30のサブテーマと6つのテーマが導き出された（表2）。Giorgi（2009）は、現象学は全体論的な視点を大切にする学問であり、1つの要素を単一のものとして捉えるのではなく、全体の文脈の中で構成要素を関係論的に記述することが重要であると述べている。よって本稿では、全体論的な構造の理解に重点を置き、サブテーマおよびデータの提示はそのテーマの理解に必要な一部のものに限定した。以下テーマは【 】で、サブテーマは[]で提示し、データは太字で記述する。

1) 【負の記憶の重み】

うつ病高齢者は、何年あるいは何十年経った現在で

も忘れることができない負の記憶の重みを抱えながら生きていた。そのような過去の体験は、現在の夢や日常生活の中の意識にも出現し、抑うつをもたらしていた。このテーマは、5つのサブテーマで構成されていた。

うつ病高齢者の多くは、身近な重要他者の死を経験しており「家族の死に対する癒えることのない悲しみ・怒りと悔恨の念」を抱えていた。そして、家族の死や家族形態の複雑さは「過去の人間関係での苦労による人づきあいへの抵抗」や「円満な家庭を築くことができなかったことによる悲しみと子どもへの罪悪感」をもたらしていた。Aさんは、現在でも生後6ヵ月で亡くなった息子の夢を見て涙をこぼすことを語った。また、Fさんは、身籠った子どもを5ヵ月で亡くしたことや夫が癌で亡くなったこと、そしてその時の傷は今でも心身に残されていることを「自分で本当に悔しいし、今でも小説書こうかと思うくらい情けなかった。本家の人と一緒に生活しとったら、遠慮して食べれなかったもんで、ほんと、栄養失調で、親の体持たんからって、5ヵ月で子どもおろして、目が見えんようになって。片目は、少し見えとったから、仕事はできたけど、それから、爺ちゃん（夫）死んで、（見えていた方の）目が見えんようになって、半年間は死んだみたいになっとった」と語った。このように、自他の生死に関わる体験は「身体に刻まれた生死を賭けた記憶」として残され、現在でも再現されたり、身体障害として残されたりしていた。Eさんは、23歳の時に虫垂炎から腹膜炎をきたし、九死に一生を得た

表2 うつ病を抱えながら老いを生きる高齢者の体験

テーマ	サブテーマ
1. 負の記憶の重み	1. 家族の死に対する癒えることのない悲しみ・怒りと悔恨の念 2. 円満な家庭を築くことができなかったことによる悲しみと子どもへの罪悪感 3. 過去の人間関係での苦労による人付き合いへの抵抗 4. 身体に刻まれた生死を賭けた記憶 5. 戦争によって負ったところの傷
2. 老いによる喪失の重み	1. 老いや病気に勝てず削ぎ落とされていく心身の能力 2. 自己の尊厳や大切にしてきたものを守ることができなくなる悲しみ 3. 共に老い行く家族への気がかり 4. 身近な人の多くが亡くなってしまったことの寂しさ 5. 老いや病気の苦しみによる自己の価値や過去の生き方の否定 6. 地域住民の高齢化により失われていく地域
3. 抑うつを伴う身体症状からの脅かし	1. 抑うつによって何もできなくなった身体への当惑 2. 抑うつによって生じる身体の苦痛や生命への脅かし 3. 病気や生命の危機にさらされた身体から生じる抑うつ 4. 自己の身体感覚の変容 5. 医学では治療できない身体
4. 他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下と孤独	1. 高齢者やうつ病者に対する負の眼差しの実感 2. 他者への遠慮 3. 経験していない他者には分かってもらえない高齢者の苦悩 4. 自分のことは誰も気にかけてくれない
5. 死の強い意識化	1. 人間には生を与えられた時間が決まっている 2. 死への覚悟と準備 3. 死が近づいていることへの恐怖 4. 長生きすると他者に迷惑をかける 5. 苦しみが大いことによる生のあきらめと希死念慮 6. 年齢的には未練は残らない
6. 生きる力の再生	1. 他者からケアされた体験によって生まれる心身の安寧 2. 他者の役に立つことがしたいという思いの発揮 3. 自己の魂が未来・後世につながっていくことへの願い 4. 自分なりの生き方の肯定

時の体験が現在でも頭から離れないことを「お前の腸はビビの入った茶碗と一緒にやぞ、だから暴飲暴食したらダメやぞって、言われたことは60年近く経ってもまだ思い出るね、腸がそんなことになっとるからか、今回うつが出た時、腸にガスが貯まってパンパンになっとった」と語った。

2) 【老いによる喪失の重み】

うつ病高齢者は、加齢や病気に伴って自己の心身の様々なものを喪失することで抑うつを深めていた。このテーマは6つのサブテーマで構成されていた。

うつ病高齢者は、かつては何気なくできていたことが困難になることで「老いや病気に勝てず削ぎ落とされていく心身の能力」を実感していた。Hさんは、

認知機能が低下したことの悲しみを「私、本当に物忘れしてね、畑でも行こうと思って、あれもこれも持って思ってたちょっと出たら、あれも忘れたこれも忘れた、こんなパアやったかな」と語った。また身体面においても「1年1年自分の体が思うようにならんでもどかしい。明日のことも分からんからややこしいもんや」と語っていた。

このように、心身の機能が衰弱していくことによって「自己の尊厳や大切にしてきたものを守ることができなくなる悲しみ」を体験していた。多くの高齢者は、亡くなった人の魂や家を守るということを重要な価値としており、Aさんはそれが自分の力だけでは難しくなってきたことが気がかりになっていた。「今は誰も掃除もせな、お墓の周りだけちょっと草むしっ

たりして、お墓でお参りだけして、家も入らんと、そこまで直すお金もないし、もう腐ってきとると思う。今年の冬は、私の実家なんか80cm程雪が積もって、家に誰もおらんし、人雇って、屋根からずっと下ろしたら、雪下ろしだけでも3万から4万した。ほんでも誰か下ろさなきゃ、屋根つぶれるとお仏壇があるし、どうしようもできんし、私の一番上の子、6ヵ月で亡くなったから、その子のお経も1万円であげてもらって、悔いのないようにしといたから、大丈夫やろうと思う」

また、周囲の人達も共に老いている現実によって「共に老い行く家族への気がかり」や「身近な人の多くが亡くなってしまったことの寂しさ」を体験していた。

3) 【抑うつを伴う身体症状からの脅かし】

うつ病高齢者は、生命の危険を感じるような身体症状によって強い当惑と苦悩を体験していた。このテーマは5つのサブテーマから構成されていた。

うつ病高齢者は、抑うつによって身体の強い痛みや倦怠感、睡眠障害、食欲不振による体重減少、自律神経症状、あるいは心臓や呼吸苦といった直接生命に影響を及ぼす臓器の症状などが出現し「抑うつによって生じる身体の苦痛や生命への脅かし」を体験していた。Dさんは「ここ、心臓がドキドキしてくるし、気管が詰まったみたいになって、息苦しいなるんや。酷い時は90歳過ぎたお婆さんみたいな顔になって、減茶苦茶になって痩せて。こんな病気になったらはじめ本当に死ぬかと思ったね、酷くて、苦しいて、物食べたくないし、人の話も聴きたくないし、テレビも見たくないし、そんなようなもんで死ぬかと思った」と語った。

一方では、「病気や生命の危機にさらされた身体から生じる抑うつ」を体験することも多く、うつ病高齢者は、整形外科疾患や脳外科疾患による痛みや痺れ、視力障害、心停止の危機によって抑うつをきたしていた。Bさんは、77歳の時に心疾患で倒れ、ペースメーカを挿入してからうつ病になったことを語り、最近心臓が掴まれるような発作に襲われ死ぬような思いを体験したことを語った。

4) 【他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下と孤独】

うつ病高齢者は、他者との相互作用の中で自尊心の

低下や傷つき、孤独を体験していた。このテーマは4つのサブテーマから構成されていた。

うつ病高齢者は、老いや病気によって、家族などの身近な人や社会の人々に対して役に立てないという思いや、迷惑をかけているという負い目を感じていた。そのような思いは他者との相互作用の中で形成されており、うつ病高齢者は「高齢者やうつ病者に対する負の眼差しの実感」による自尊心の傷つきによって「他者への遠慮」という行動をとっていた。Eさんは、うつ病による身体症状の苦しみから開業医を受診していたが、その時に受けた対応で傷ついたことを「医者がわしに、もうお前は治すところがないって、棒あげたみたいに言うたんや。血圧の薬もダメや腸の薬もダメや、お前治すところないって。本当にぞんざいきわまりない物の言い方で、なんか腐った物放るような感覚やった。ほんで自分から身を引いたんです」と語った。Iさんは、他者に親切にしてあげたいと思っても、行動でできないことが辛いと語り、日常生活上で不自由があっても他者に遠慮し我慢していた。

また、うつ病高齢者は、老年期というライフステージにあり、老いや病気を身をもって体験しており、それらを「経験していない他者には分かってもらえない高齢者の苦悩」を体験していた。Gさんは身体の苦痛が強く、このことは若い医療者には理解できないであろうことを「これだけ身をつまされてみて初めて本当のことが分かった。だから、若い看護婦さんらには分からんやろう、本当のことは自分がこんな年になって苦しんでみると分からんと思う」と語った。

5) 【死の強い意識化】

うつ病高齢者は、【負の記憶の重み】や【老いによる喪失の重み】【身体症状からの脅かし】【自己の存在価値の低下と孤独】を体験することで、近い将来のこととして接近してきている死のリアリティを強く意識していた。このテーマは、6つのサブテーマから構成されていた。

うつ病高齢者は、自己の老いや家族および身近な人の死を体験してきたことによって「人間には生を与えられた時間が決まっている」と認識しており、「死への覚悟と準備」によって、死と向き合っていた。しかし、実際には「死が近づいていることへの恐怖」が強く、身体症状が悪化することでより死の恐怖が強くなったり、自己の死に方についての意思決定に揺らぎが生じたりするなど不安を抱えていた。Bさんは、死

後献体提供の意思を表示したが、死に際して自己の尊厳は保たれるのかという不安を持っていた。「親ひとり子ひとりやろ、県外に娘と孫もおるけど、遠いから、迷惑かけたくないもんで、大学病院なら始末してくれるやろうと思って、それで身寄りもないからそういう覚悟をした。まあ少し骨くらい拾ってくれるやろうと思っとる。先生に「アルコールの中に放り込んだりするんじゃない？」って聞いたら、「今の時代そんなことせんから心配いらん」って言うもった。死んだらどんなにしても、終わりやから、別に悲しいとも思わんわ、1人や2人、勉強してくれる人もおるやろうと思う」

このように死に対する恐怖や不安の一方で、「長生きすると他者に迷惑をかける」「苦しみが大きいことによる生のあきらめと希死念慮」という思いを持っており、これらは「年齢的には未練は残らない」という観念と相まって、生への絶望を強めていた。Eさんは、うつ病による身体の苦しみに現実生活の困難が重なって、自殺行動に及んだことを「娑婆あきらめやな、この娑婆から消えてなくなりたいという感覚が出てきたんやね、手が痛うて自動車のバックギア入れれんようになって、家計簿さえも書けんようになった。そこに家内が肋骨を折って、そしたら八方塞ぎみたいな気持ちになって、これからどうなるのかなって感覚になって、ほんで、急に一層のことスパンとやってやるかなとそんな気持ちになってきた。もうあっさり75歳にもなりや、人生ほとんど生きたんやから」と語った。またGさんは、身体の苦しみが大きいことと他者に迷惑をかけたくないという思いから「長生きしたら家族にも国にも迷惑がかかるだけだから、早く楽に死ねたらいいなと思う」と語っていた。

6) 【生きる力の再生】

うつ病高齢者は、【負の記憶の重み】や【老いによる喪失の重み】【抑うつを伴う身体症状からの脅かし】【自己の存在価値の低下と孤独】【死の強い意識化】によって抑うつを体験していた一方で、他者や未来とのつながりを実感でき、その中で自己の生き方が肯定できることで、抑うつを緩和や生きることへの希望を体験していた。このテーマは4つのサブテーマから構成されていた。

うつ病高齢者は、家族や医師・看護師とのかかわりの中で「他者からケアされた体験によって生まれる心身の安寧」を体験していた。そして、そのような他者

との相互作用の中で、自分の死後も「自己の魂が未来・後世につながっていくことへの願い」をもち、未来・後世へのつながりを実感できることによって、抑うつを緩和を体験していた。Fさんは、今まで守ってきた先祖の墓が自分の死後も受け継がれることを願い、孫に墓参りだけはしてほしいと言い伝えていることを語っていた。さらに、長年町役場で勤務し住民の生活を支えてきたKさんは、町の過疎と衰退を嘆いていたが、町の魂を子どもや孫が受け継いでくれていることを喜んでいて、「町の小中学校が子どもに勧めているスポーツが剣道なんです。私の孫がその血を継いで剣道一筋、小中、そして今高校に入って今1年生。今年のインターハイに出場することになったんです」

そして、うつ病高齢者は、長い人生の中での苦悩を抱えながら生きているが、そのような状況にあっても「自分なりの生き方の肯定」ができることによって、自己の尊厳を保ち、抑うつを越えて生きようとしていた。Cさんは過去の苦労があるからこそ今の自分があることを感じており、「私たちの頃は時代が時代や。食べる物なくて、芋づるとか大根をおかゆにしたり。戦争済んでからなおしばらくひどかった。若い時は泊りがけで仕事入って、ひどかったけど、あれがあったから、現代自分の今があるんやなと思う。何でも曲がったことは嫌いやし、辛抱もできるし。そんなんで、今まで元気に生きてこれたからこれでいいかなと思う」と語っていた。

3. 全テーマから導き出された構造

うつ病高齢者は、何十年経った現在でも忘れることができない【負の記憶の重み】を抱えながら現在を生きることに苦しんでいた。また日常生活の中では、現実的なこととして【老いによる喪失の重み】【抑うつを伴う身体症状からの脅かし】【他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下と孤独】という老いを生きることに基づく苦しみを心身で体験することによって抑うつを深めていた。これらの体験は、すべて【死の強い意識化】につながり、それによってさらに抑うつが増強するという悪循環が生じていた。しかし、そのような中でも他者からケアされたという実感がもてたり、自分なりの生き方が肯定され、自己の魂が未来へとつながっていくことを実感できることで、抑うつが緩和され【生きる力を再生】していた(図1)。

図1 うつ病を抱えながら老いを生きる高齢者の体験の構造

V. 考 察

1. 生と死

本研究結果の構造より、うつ病を抱えながら老いを生きる高齢者の体験の特徴は、【負の記憶の重み】【老いによる喪失の重み】【抑うつを伴う身体症状からの脅かし】【他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下と孤独】と【死の強い意識化】の相互の悪循環によって、それぞれのテーマに対する意識や負の感情が重く肥大化しているところにあると考えられた。

老年期は、自らの拠りどころである役割や家族などの人間関係、苦勞のしみ込んだ家や故郷、そして自らの身体や精神の機能など様々な喪失と孤独、死の現前化の時期であり、それに対する主観の反応として抑うつや妄想、急性錯乱が引き起こされると言われている（竹中，2010）。身体障害をもち施設入所中の高齢者も、自らの身体を「蜘蛛の巣に絡まる身体」と捉え、「生と死」について意識している（沖中，2006）という報告があり、本研究結果から導き出された各テーマは、老いや身体障害および施設入所による負の特徴と共通したものであるといえる。しかし、過去の【負の記憶の重み】が現在に影響を与えていること、および各テーマと【死の強い意識化】の相互の悪循環は、竹中（2010）が述べる高齢者の主観の反応としての抑うつに強く関連する現象であり、うつ病高齢者の体験の特徴であると考えられる。また、一般的に高齢者は、何十年以上も前の出来事の影響を受けながら現在を生活しているが、健康な高齢者では、過去の体験が、健康づくりの実践やアクティブエイジングにつながっており（石川ら，2008；山本，2011）、過去の体験の質や意味付けの様相がうつ病高齢者の体験とは異なってい

るといえる。うつ病高齢者の過去の体験には、人間の生死に関わるような忘れることができないものも多く、中井（2004）が、何十年経っても昨日のごとく再現される忘れえぬ記憶を外傷性記憶と呼んでいるように、うつ病高齢者の抑うつには心的外傷体験が密接に関連していると考えられる。このような心的外傷体験の存在からは、うつ病高齢者の抑うつは、老年期になって初めて起こったものではなく、長い年月の間、慢性的に存在していたとも考えられる。かつては、抑うつを抱えていても、生物学的な心身の予備力や死との時間的距離、社会的な存在価値などが保たれていたため、うつ病治療を受けなくても対処することができていたのではないだろうか。しかし、そのような過去の【負の記憶の重み】に、【老いによる喪失の重み】【抑うつを伴う身体症状からの脅かし】【他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下と孤独】【死の強い意識化】という老年期のライフイベントに基づく体験が重なることによって、抑うつが深まるとともに、自己対処することができなくなったのではないだろうか。また、これらの老年期のライフイベントは、すべて自己の【死を強く意識化】させるものであり、【死の強い意識化】がうつ病高齢者の体験の基盤に存在しているといえる。死を強く意識することによって、心身がさらなる抑うつや希死念慮へと追い込まれるという悪循環があるといえるであろう。

このように、死にふれて生きることによって抑うつが増強していたが、一方では人や世界とのつながりの中で、自分の生き方や大切にしてきたもの、あるいは魂が未来につながっていくことを実感できることによって【生きる力を再生】することもできていた。Lifton（1976/1989）は、象徴的不死性の感覚、すな

わち、自分の死後も、生物学的社会的に人類を通して自己の魂が生き続けるだろうこと、自分の創造したものを通して自己の人間的影響が残り続けるだろうこと、死後の生という霊的・精神的なものをもつこと、あるいは自分の愛する自然や地域が永遠に残り続けるだろうこと、という生の連続性の感覚を確信できることによって、死の不安を乗り越えて生き続けることができる」と述べている。うつ病高齢者にとって、他者との語りや日常的なかかわりを通して象徴的不死性を確信できることは、抑うつの緩和につながる体験であると考えられよう。

2. 人としての尊厳

うつ病高齢者は、他者との相互作用の中で社会的存在として人の役に立たないという認識や疎外感をもったり、長生きすると国や他者に迷惑をかけるという意識をもったりしたことで【他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下と孤独】を深めていた。このような体験は、人としての尊厳が脅かされていることを意味するものと考えられる。[高齢者やうつ病者に対する負の眼差し]が[他者への遠慮]につながっていること、すなわち人の役に立たないという意識が、日常生活上で不自由があっても我慢するという体験につながっていることは、うつ病高齢者の他者に迷惑をかけたくないという意識の強さや、人の役に立たないという負い目に折り合いをつけるための努力であり、自分自身で自己の尊厳を保とうとしている姿であると考えられる。そのような姿勢は、自己の死に方の意思決定にも影響を与えており、[死への覚悟と準備]では、死んだ時に他者に迷惑をかけないために献体提供の意思を示しているという語りもあった。うつ病高齢者の人に迷惑をかけたくないという意識や責任感・自責感の強さは「他人にとって自己は何かという役割同一性に価値を置くうつ病者に特徴的な性格傾向」(中井ら, 2001)を基盤にしたものと考えられる。このような性格傾向も関与して形成されたうつ病高齢者の尊厳を保とうとする自己努力は、彼らの人生や生活の質を低下させ、人としての尊厳を脅かすことにもつながっているといえるのではないだろうか。すなわち、本研究結果からは、うつ病高齢者は【老いによる喪失の重み】や【抑うつを伴う身体症状からの脅かし】【死の強い意識化】によって、日常生活上保たれるべき人としての尊厳が保持し難くなっており、その傾向は【他者との相互作用から起こる自己の存在価値の低下

と孤独】によってより強められていたという体験の構造が考えられよう。

また、うつ病高齢者の人としての尊厳は、人生におけるその人にとっての重要な体験や価値と関連して形づくられているものだと考えられる。本研究結果では、若い時に亡くした子どもの墓を生涯守ってきたが、老いによって守ることが困難になってきていることへの悲しみなどが語られていた。すなわち、過去の【負の記憶の重み】は、うつ病高齢者にとって抑うつの要因となるものであったが、そのような心的外傷体験には、その人が現在まで残し続けてきた大切なものも伴っていたといえる。中井(2004)は、心的外傷の記憶は、薬物や心理療法で消えないところに人間の尊厳があるという。つまり、うつ病高齢者の尊厳は、長年の人生の文脈におけるその人の【負の記憶】も含めた体験の連なりや生き方そのものによって創られるものであるといえる。うつ病高齢者が過去・現在・未来にわたる人生において【負の記憶】や老年期に特有なライフイベントによる苦悩を抱えながらも、自己の生き方そのものを肯定できたり、現在の日常生活の質を保持できたりすることが重要であるといえよう。

VI. 看護への示唆

本研究結果からは、うつ病高齢者の体験には抑うつや死につながるものが多く、それらが悪循環を繰り返すことで負の感情や意識が重く肥大化していた一方で、生への肯定的な感覚もみえており、彼らの体験はその人を取り巻く状況や環境によって変化することが考えられた。生きる力が喪失しやすい状況のうつ病高齢者に対して、過去の【負の記憶の重み】の軽減や老年期の喪失体験による悲しみの軽減、身体の苦痛の緩和、人としての尊厳への配慮などによって、希死念慮や自殺企図につながる【死の強い意識化】への悪循環を断つことが重要である。看護師には、うつ病高齢者が長い人生において過去や現在の整理できていない体験や強く意識化している死について語ることができ、彼らが自身の抱えている負の感情の重みから解放されるような場や関係性を構築し、治療的なかかわりを行うことが求められよう。そのような、他者との相互作用の中で、抑うつや死と向き合いながらも、自分なりの生き方を肯定することができたり、自己の魂の伝承を認識できたりすることによって、【生きる力を再生】できるように働きかけることが重要であるといえよう。

また、高齢者のうつ病は老化による影響と判断されることがあり、見落とされやすい。そのため、彼らの生活世界に根ざした体験を傾聴し、負の感情の重みやその悪循環の構造を理解することによって、未治療のうつ病高齢者を治療につなげ、【生きる力の再生】を支援することが求められているといえよう。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、参加者の生活背景や治療の場の違いを超えて、長い人生や闘病生活の中での体験をデータとし、うつ病を抱えながら老いを生きることの本質構造を導き出すことを試みたが、参加者の背景の違いが結果に影響を及ぼすことは否めない。また、精神科治療を受けていないうつ病高齢者の体験とは異なる可能性もある。今後は、生活背景や治療の場の違いがうつ病高齢者の体験に与えている影響や未治療のうつ病高齢者の体験についても研究すること、および本研究結果をもとに、実践研究を行い発展させていくことが課題である。

謝辞：本研究にご協力頂き、貴重な体験を語って下さった研究参加者の皆様に深く感謝致します。また、ご協力ならびにご指導頂きました精神科医北村立先生をはじめ、関係機関の皆様に深く感謝致します。金沢大学医薬保健研究域保健学系の谷口好美先生には、質的研究および老年看護学の視点から丁寧にご指導下さったことを深く感謝致します。

文 献

- 阿保順子 (1993)：痴呆老人のコミュニケーションにおける3つのレベル 痴呆老人の生活世界への理解に向けて、看護研究, **26**(6), 529-551.
- Baldwin R. C., Chiu E., Katona C., et al. (2002)／鈴木映二, 藤澤大介, 大野裕 (2003)：高齢者うつ病診療のガイドライン, 南江堂, 東京.
- Black H. K., White T., Hannum S. M. (2007)：The lived experience of depression in elderly African American women, *J. Gerontol.*, **62B**(6), S392-S398.
- 藤澤大介 (2006)：高齢者のうつ病の診断, 大野裕編, 高齢者のうつ病, 13-33, 金子書房, 東京.
- Giorgi A. (1970)／早坂泰次郎 (1981)：現象学的心理学の系譜, 勁草書房, 東京.
- Giorgi A. (2009)：The Descriptive Phenomenological Method in Psychology, Duquesne University Press, Pennsylvania.
- Hedelin B., Jonsson I. (2003)：Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression, *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, **10**, 317-322.
- Husserl (1936)／細谷恒夫, 木田元 (1995)：ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学, 中央公論新社, 東京.
- 石川麻衣, 宮崎美砂子 (2008)：高齢者のライフストーリーから捉えた健康づくりの構造, 千葉看護学会誌, **14**(2), 10-19.
- Lifton R. (1976)／渡辺牧, 水野節夫 (1989)：現在死にふれて生きる, 有信堂, 東京.
- 中井久夫, 山口直彦 (2001)：看護のための精神医学, 医学書院, 東京.
- 中井久夫 (2004)：徴候・記憶・外傷, みすず書房, 東京.
- 沖中由美 (2006)：身体障害とともに老いを生きる施設入所高齢者の自己意識, 日本看護科学会誌, **26**(4), 19-29.
- 奥村幸夫 (1988)：初老期・老年期の精神病, 西園昌久編, ライフサイクル精神医学, 296-308, 医学書院, 東京.
- 小澤勲 (1997)：痴呆老人にみられるもの盗られ妄想について (2) 妄想生成の力動と構造, 日本精神神経学会誌, **99**(65), 651-687.
- Ragan M. R., Kane C. F. (2010)：Meaningful lives; elders in treatment for depression, *Arch. Psychiatr. Nurs.*, **24**(6), 408-417.
- Starkstein S. E., Jorge R., Mizrahi R. (2005)：The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease, *Am. J. Psychiatry*, **162**, 2086-2093.
- 高山成子, 水谷信子 (2000)：中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究, 日本老年看護学会誌, **5**(1), 88-95.
- 竹中星郎 (2010)：老いの心と臨床, みすず書房, 東京.
- 山本裕子 (2011)：元気高齢者の人生歴 グループインタビューを通して, *インターナショナル Nursing Care Research*, **10**(2), 21-28.