

退職した高齢男性のヘルスプロモーション・モデルの開発

(課題番号：14573357)

平成14年度～平成16年度科学研究費補助金（基盤研究（C）（2））研究成果報告書

平成17年3月



研究代表者 掛本 知里（東京女子医科大学看護学部）



はしがき

要約:

大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデルを記述し、その結果、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションを支える看護についての示唆を得ることを目的として、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、定年退職後、退職移行期もしくは移行期直後にある、現在、55歳以上の高齢男性。自立して日常生活を営み、通常の会話が行えるもの19名を対象として研究を行った。

結果、退職移行期における高齢男性のヘルスプロモーションは、具体的には、定年退職後に始まり、【退職移行期に退職後の社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程】であった。彼らはこれらの活動をヘルスプロモーション活動として意識して行っているのではなかった。完全な引退に向けた軟着陸を目指していく中で行われる、日々の生活の中で繰り返される活動が、結果的に彼らのヘルスプロモーション活動となっていた。社会的弱者としての高齢者観に基づいた保健医療専門職が現在供給しているヘルスプロモーション活動と、退職移行期にある高齢者自身が示したヘルスプロモーション活動の間には乖離が示されていた。今後、その乖離に対処し、高齢者自身の能力を活かしたヘルスプロモーション活動を進めていくことの重要性が示唆された。

研究組織:

研究代表者 掛本知里(東京女子医科大学看護学部)

交付決定額(配分額):

(金額単位:千円)

	直接経費	間接経費	合計
平成14年度	1,000千円		1,000千円
平成15年度	900千円		900千円
平成16年度	1,100千円		1,100千円
総計	3,000千円		3,000千円

研究発表および研究成果による工業所有権の出願・取得状況:

該当なし

目次

第1章 序章	1
I. 研究の背景および本研究の意義	1
1. 高齢社会におけるヘルスプロモーションの動向	1
2. 高齢社会における定年退職の定義と定年退職制の動向	2
3. 定年退職者のヘルスプロモーション	3
4. 退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションについて研究することの意義	4
II. 研究目的	5
III. 研究課題	5
IV. 本研究における用語の定義	6
1. ヘルスプロモーション	6
2. ヘルスプロモーション活動	6
3. 定年退職	6
4. 退職移行期	6
5. 完全な引退	6
第2章 文献の検討	7
I. 高齢者のヘルスプロモーション	7
1. ヘルスプロモーションの概念の変遷と高齢者のヘルスプロモーションの概念を 明らかにする意義	7
II. 高齢者のヘルスプロモーション	9
1. 高齢者のヘルスプロモーションの意味するもの	9
1) 地域そして社会づくりとしてのヘルスプロモーション	9
2) ハイリスク群を対象とした集団的アプローチとしてのヘルスプロモーション	10
3) 個人のセルフケア能力を高めることとしてのヘルスプロモーション	11
4) 高齢者が生活するソーシャルコンテキストの中で理解すべきものとしての ヘルスプロモーション活動	12
5) 動的なプロセスとしてのヘルスプロモーション	13
2. 高齢者のヘルスプロモーションを導く要因	13
3. 高齢者のヘルスプロモーションがもたらす結果	15
4. 高齢者のヘルスプロモーションに関連する用語	16

1) 「Health Prevention」と「Health Protection」	16
2) Health Education－健康教育と健康学習	17
5. 結論	18
III. 退職者に関わる研究	19
1. 退職をめぐる研究	19
1) 退職をめぐる社会的、社会心理学的理論	19
2) 個人の退職の意思決定に影響する要因	21
3) 退職が個人におよぼす影響	21
2. 退職者のヘルスプロモーション活動	22
1) 退職直前のヘルスプロモーション活動としての退職準備教育	23
3. 退職者の健康にかかわる研究の問題点	24
第3章 研究方法	25
I. 研究デザイン	25
II. グラウンデッド・セオリー・アプローチの特性	25
1. グラウンデッド・セオリー・アプローチの前提	25
2. 領域密着理論 (substantive theory) としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ	27
3. 方法論的限定とプロセスとしての特性	28
4. 他の質的研究方法論との違い	28
5. いくつかのグラウンデッド・セオリー・アプローチの存在と修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	29
III. 研究方法	30
1. 研究協力者	30
1) 研究協力者の選定手順	31
2) 研究協力者の概要	31
2. データ収集期間	32
3. データ収集の方法	32
1) インタビュー	32
4. データの分析方法	33
1) データ分析における姿勢	33
2) データ分析の手順	33

5. 研究の信頼性と妥当性	35
6. 倫理的配慮	35
1) 研究に協力することによって研究協力者が得るもの	35
2) 研究に参加することによる研究協力者の負担とそのための対応	35
3) 研究協力者が研究協力を拒否することの権利の保証	36
4) 研究協力者のプライバシーの保護	36
第4章 結果および考察	37
1. 退職移行期における高齢男性のヘルスプロモーション	37
1. 健康提示の二重性の保持	37
1) 健康提示の二重性	38
2) 健康維持に向かう行動修正	43
3) 保健医療資源の活用	47
2. 社会的自己価値の再構築／確認	50
1) 就労継続による社会的自己価値の提示	50
2) 自分に適った退職後の暮らしの確保	60
3) 家族生活の再構築	66
3. 人付き合いの縮小と発展	71
1) 心理的に身近な付き合いの継続	72
2) 物理的に身近な付き合いの発展	74
3) 昔からの関係性内での満足	77
4. 退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデル	80
第5章 まとめ	82
引用文献	84

図目次

図1 退職移行期に退職後の社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う 変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程	93
---	----

第1章 序章

I. 研究の背景および本研究の意義

1. 高齢社会におけるヘルスプロモーションの動向

社会技術が発展し、人口構成、疾病構造、さらには社会構造が変化するなか、近年、ヘルスプロモーションという用語が広く用いられるようになった(Naidoo & Wills, 2000)。先進工業国では人口の高齢化が急速に進み、多くの国において、男女とも平均寿命は70歳をゆうに超えている(厚生統計協会, 2004)。

日本人の平均寿命は、明治、大正期を通じて低い水準にあったが、衛生状態の改善や生活水準の向上による死亡状況の改善により、昭和に入ってから以降、大幅に延伸し、昭和59(1984)年以降は「人生80年」時代へと突入した(厚生労働省, 2002)。近年の平均寿命の延伸は、特に65歳以上の高齢者の死亡率の改善に因るところが大きく(厚生統計協会, 2004)、平成15(2003)年の日本人の平均寿命は、男性78.4歳、女性85.3歳であった。平均寿命の伸びとともに、老年人口は増加し、平成15(2003)年には老年人口が総人口に占める割合は19.0%となった(厚生統計協会, 2004)。

人口の高齢化と共に疾病構造も変化した。かつては結核が日本人の死亡原因の第1位であったが、現在ではがん、心臓病、脳血管疾患といった生活習慣病による死亡が全体の6割以上を占めている(厚生統計協会, 2004)。平成11年度の患者調査では、医療機関を受診している高血圧疾患、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、悪性新生物などの生活習慣病の総患者数は1,300万人以上となっている(厚生労働省大臣官房統計情報部, 2001)。患者数の増加と共に医療費も増加しており、平成14年度の一般診療医療費に占める割合が多い疾病は、「循環器系の疾患」5兆3,625億円(22.4%)、「新生物」2兆7,189億円(11.4%)であり、特に65歳以上では、「循環器系の疾患」が3兆9,687億円(32.6%)を占めていた。人口の高齢化が進むなか、生活習慣病を中心とした疾病の有病率は上昇し、それに伴う医療費の増大は避けられない状況にある。その中で、医療費抑制のための努力が求められ、より予防的な活動が重視されるようになってきた。

疾病構造が変化し平均寿命が延伸し、疾病の予防に関わる活動に注目が集まる一方で、単に人々の寿命を時間的に延長することのみならず、その生活を質的に充足することも重要視されるようになった。自立して健康に暮らせる期間である、活動余命を伸ばし(辻, 1999)、うまく年を

重ねていくこと、すなわち、サクセスフルエイジングが重視されるようになってきた。サクセスフルエイジングは、長寿で、生産性が高く、満足して生きている個々の高齢者の特徴を踏まえたものであり(Friedrich, 2001)、疾病の予防、身体的精神的機能を維持し、活動的に生活していくことが、サクセスフルエイジングにおいて重要である(Rowe & Kahn, 1998)。

WHOはオタワ憲章(WHO Regional office for Europe, 1990)の中で、ヘルスプロモーションを「人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と定義し、その活動を推進している。また、英国(Secretary of State for Health, 1999)や、米国(U.S. Department of Health and Human Services, 2000)といった先進工業各国も国民のヘルスプロモーションに向けた活動を展開している。日本においても、昭和39年東京オリンピック終了後、国民の健康・体力を増強するため、ヘルスプロモーション活動が展開されるようになった。平成12年からは、「21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、「健康寿命」の延伸および生活の質の向上を実現すること」を目的として、「健康日本21」の活動が展開されている(厚生統計協会, 2004, p.77)。人口の長寿化、高齢化、さらには疾病構造や社会構造が変化し、また、サクセスフルエイジングが重視されるようになるなかで、ヘルスプロモーションへの関心は高まってきた。

2. 高齢社会における定年退職の定義と定年退職制の動向

平均寿命が延伸し、高齢人口が増加し、また、活動性の高い高齢者が増加する中、就労の継続を望む高齢者は増加している。しかし、日本において多くの企業が定年退職制度を導入しており、被雇用者は一定の年齢になると退職を余儀なくされる。

定年退職が制度化したのは産業革命以降のことであった(袖井, 1981)。それ以前、人生のエリートである高齢者は、名誉的な地位を得ることで社会の中で力を保ち続けていた。しかし、工業化や高齢者の増加に伴い、このシステムは成立しなくなった(Atchley, 1979)。労働力の高齢化と人件費の増大は企業にとって大きな問題であり、合法的に雇用構造の適正化をはかるため、多くの企業は定年制を導入するようになった(青井, 畠中, 1983)。また、社会の発展により、より多くの非生産人口の扶養が可能になったことや、退職後の経済生活を保障する制度が確立したことも、定年退職を社会的な制度として広く浸透させた(Atchley, 1979)。

退職とは一定の年齢を基準として、自発的もしくは強制的に職を辞すことであり、年金という所

得により退職後の経済的保障が確保されている社会的制度である。一般的に「定年退職」は、「一定の暦年齢に到達したならば職業から退くこと」(袖井, 1981, p.102)と定義されている。Atchley は退職を、「ある個人が、強制的にか、あるいは余裕を持ってそうなった状態であり、フルタイム以下の仕事しか持たないこと、そして所得の少なくとも一部分は、就業者として多年の労働の結果得られた退職年金などでまかなわれていること、そういう状態」であり、「“職業的”ライフサイクルの最終段階に該当する時期である」(1979, p.4)としている。

さらに、退職は、多年にわたる勤労の結果、職を持たずに年金という所得を得る権利が手に入る社会的制度に支えられている(Atchley, 1979; Palmore, Burchett, Fillenbaum & George, et al., 1985)。かつて退職者は、労働せずに給付金、すなわち年金を得ることに対し罪の意識感じ、憂慮の念が強かった。しかし、現在、多くの労働者は退職を仕事生活の適切なけじめとしてとらえ、新たな移行の時期としてとらえるようになり(Newman & Newman, 1988)、年金についても、永年勤続に対する権利と考えるようになった。

しかし、個人にとって退職とは、退職しているかいないかの二分法では律し切れない、仕事を辞めることを自覚したときに始まり、退職者としての役割を果たすことができなくなったときに終わる1つの過程であり(Atchley, 1979)、人生後半における重要な出来事、過程、役割、人生の一局面(Kohli & Rein, 1991)である。

一方、日本の雇用形態は諸外国に比べ、勤続の長期化と定着性が高く(日経連労務管理研究会, 1978)、一つの企業に永年勤続する労働者が比較的多い。また、他の先進工業国と比較し高齢労働者の割合が高い(Bass, 1996; Palmore, et al., 1985; 厚生労働省職業能力開発局総務課, 2002)。永年勤続するものの多い日本では、企業、労働組合、政府は共同し、労働者が定年退職以降、徐々に労働負荷を軽減しながら就労を継続しつつ退職移行期を過ごし、完全な引退に向け、軟着陸するような構造が構築されている(Bass, 1996)。

3. 定年退職者のヘルスプロモーション

高齢化が進み、平均寿命が延伸するなか、60歳で定年退職したとすると、退職後には約20年の歳月が残されている。今日、現役引退後の20年間は単に隠遁して過ごすのではなく、現役時代の責任や義務から解放され、最も自分らしい生き方が可能な時期であり、主体的な生き方で第二の人生を享受しようとする人々が増加している(岡本, 山本, 1991)。

退職移行期は中年期から高齢期に向けた移行期であり、自己の内外で様々な変化を体験し、

これまでの自分のあり方の見直し、今後の生き方の再方向づけが求められる人生後半期の主要な転換期である(岡本, 山本, 1991)。人生において移行期にうまく対処することが、後の人生を順調に歩いていくために重要であり、対処に失敗するとその後の人生は混沌としたものとなる(山本, 1991)。退職移行期に適切な再方向づけを行うことにより、退職後の人生を順調に歩いていくことが可能になる。この移行期にうまく対処し、退職後のよりよい生活を築くため、退職準備教育を実施している企業もあるが、これらは主に、経済的な準備や再就職のための活動が主な内容であり、健康、さらにはヘルスプロモーションの側面には、関心は寄せられていない。

退職前、健康管理サービスはその内容や手法に差はあるものの、雇用主の責任で提供されている。定年退職後、多くの退職者は完全に引退するまでの期間、労働負荷を軽減させながらも就労を継続している。再就職先での健康管理サービスは、退職前に比べ、質、量ともに減少する傾向にあるが、退職者は再就職先においても退職前と同様の健康管理サービスが提供されることや、長期にわたる勤労への褒賞の1つとして、かつて就労していた企業が、退職後も同様の健康管理サービスを提供してくれることを望んでいる(掛本, 1993)。退職後数年間、任意継続健康保険への加入が可能な企業もあるが、特定の有害業務に従事した場合を除き、退職後の健康管理サービスをかつての雇用主が提供する義務はない。

退職者のヘルスプロモーションは、職域保健の領域から、地域保健の領域へと徐々に移行していく。しかし、退職後の保健サービスの移行は困難であるのが実態である(日置, 1993)。退職後、質、量的に低下するサービスを補い、職域保健と地域保健の不連続性の問題を解決するためには、退職者自身のセルフケアに依らなくてはならないのが実情である。退職者が積極的に自身のヘルスプロモーションのために働きかけるか、健康問題の発生に伴い対象者としてリストアップされないかぎり、地域保健サービスとのかかわりをもつことはほとんどない。

4. 退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションについて研究することの意義

職業保健と地域保健の不連続性の問題を解決し、退職者のヘルスプロモーションをすすめていくうえで、定年退職後の転換期である退職移行期は重要な時期である。退職移行期に積極的にヘルスプロモーション活動を展開し、退職後の第2の人生を享受し(岡本, 山本, 1991)、健康的に過ごしていけるようにすることは、退職者本人にとってはもちろんのこと、彼らを取り巻く社会にとっても重要なことである。

労働が重要な役割である多くの男性は(Solomon & Szwabo, 1994)にとって、退職は女性に比べ大きな問題である。健康についての考え方にも男女差があり、女性は男性に比べ健康そのものに、より意味を見出している(Whetstone & Reid, 1991)。労働が重要な役割である多くの男性(Solomon & Szwabo, 1994)は、社会の中で「働く」ことを基準に、働くために必要なものとして自分の健康について考えており(Furber, 1999; Paxton, Sculthorpe & Gibbons, 1994; Watson, 1993)、女性のように健康そのものを維持、増進することに意味を見出しているものは少ない。本来、ヘルスプロモーション活動は、そういった男女の特徴を踏まえ、すすめていくことが重要であり、退職移行期のヘルスプロモーションについても、退職者の性別を考慮する必要がある。しかし、ヘルスプロモーションや健康に関わる研究は、女性に限定したものが多く、男性に対象を限定した研究や活動はあまりなされていない(Furber, 1999)。

退職移行期の高齢男性にとって、その特徴を踏まえたヘルスプロモーションを展開していくことは、退職後、より健康的で自立した生活を送るために重要である。しかし、退職移行期の高齢男性のヘルスプロモーションは注目されておらず、特に看護の領域においては、ほとんど関心が寄せられていないのが現状である。

本研究においては、退職の前後を結ぶ退職移行期に注目し、彼らの特徴を踏まえたヘルスプロモーションについて記述する。本研究の結果、彼らの健康の維持、増進のため、職業保健と地域保健が連続して提供する保健サービス、特に看護の領域における活動への示唆を含めた、ヘルスプロモーション・モデルを構築することが可能になる。

II. 研究目的

本研究の目的は、大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデルを記述することである。

III. 研究課題

以上の研究目的、後で述べる予備研究の結果をふまえ、研究課題を設定する。

- ① 大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性の健康状態は、どのような過程で変化してきたのか。すなわち、彼らは仕事、地域、家族を含む彼らが生活するソーシャルコンテキストとの関わりを通し、健康について、どのような経験をしてきたのか。
- ② 大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性が実際に自身の健康の維持、増進のた

めに行ってきた具体的なヘルスプロモーション活動はどのようなものか。また、彼らが過去から現在に向けて行ってきた健康の維持、増進のための具体的なヘルスプロモーション活動は、現在の彼らのヘルスプロモーション活動にどのように関与してきたのか。

- ③ 大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性が経験してきた健康維持、増進のための具体的なヘルスプロモーション活動に、専門職、特に看護職はどのように関与してきたのか。

IV. 本研究における用語の定義

本研究で用いる「ヘルスプロモーション」「ヘルスプロモーション活動」「定年退職」「退職移行期」「完全な引退」を以下のように定義する。

1. ヘルスプロモーション

大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性が社会における自分の価値を、生活するソーシャルコンテキストの中で意味づけしながら、健康を維持、増進する過程。

2. ヘルスプロモーション活動

大企業を定年退職し現在、退職移行期にある高齢男性が、健康の維持、増進のために行っている具体的な活動。

3. 定年退職

雇用主が定めた暦年齢を基準とし、一定時期に、年齢を主な原因として自発的もしくは強制的に職を辞すること。

4. 退職移行期

大企業を定年退職した後、再就職を繰り返しながら、完全に引退するまでの期間。

5. 完全な引退

いかなる雇用契約も解除し、職業生活から完全に引退し、無職となること。

第2章 文献の検討

ヘルスプロモーションは、本研究における主要な概念である。近年、広く用いられるようになった概念であり、健康の維持、増進に関わる包括的な概念であり、また、健康に関わる個人的な活動も示す、多義的な用語である。ヘルスプロモーションは、包括的な概念として示されてはいるものの、実際には具体的なヘルスプロモーション活動として実施されている。以下では、より具体的なものであるヘルスプロモーション活動を通し、特に高齢者を対象とした場合、ヘルスプロモーションの概念がどのように用いられているかに焦点を当て、その意味の整理を行う。また、加えて、退職者に関する文献も検討し、以下に文献の検討としてまとめる。

I. 高齢者のヘルスプロモーション

1. ヘルスプロモーションの概念の変遷と高齢者のヘルスプロモーションの概念を明らかにする意義

19世紀の産業革命以降、急激な人口増加や工業化に伴い環境汚染等により、衛生状態は悪化した。各地で衛生状態を改善する必要性が高まり、公衆衛生に関わる活動が発展した(Naidoo & Wills, 2000)。当初、公衆衛生活動は、人々にとって大きな健康問題であった感染予防が中心であった。その後、衛生状態が改善し、人口構造や疾病構造が変化すると、慢性的に経過する疾患、特に生活習慣病が増加するようになり、公衆衛生活動の焦点も感染症から生活習慣病へと変化した。生活習慣病が増加する中、個人個人の生活習慣を整え、健康的な生活を送ることで、疾病の発症を予防する活動が重視されるようになった。

アメリカ公衆衛生局は1979年に健康づくりに有効な、人々の行動や環境の変化を促すため、「Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention」、1990年に「Healthy People 2000」、2000年に「Healthy People 2010」を示した(U.S. Department of Health and Human Services, 2000)。その中で、アメリカ公衆衛生局は、国民の保健および医療の側面における進展を目標に定め、具体的なヘルスプロモーション活動を推進している(U.S. Department of Health and Human Services, 2000)。また、英国も「Saving Lives: Our Healthier Nation」(Secretary of State for Health, 1999)を示し、国としてヘルスプロモーション活動を展開している。

1980年代にヘルスプロモーションは「健康教育」という言葉の下、具体的には予防医学の領域における活動として展開されていた。しかし、近年、以前からあったヘルスプロモーションという

用語への関心が高まり、広く使われるようになった(Downie, C. Tannahill & A. Tannahill, 1996; Green and Kreuter, 1999; Naidoo & Wills, 2000)。

WHO (WHO Regional office for Europe, 1990)はオタワ憲章の中でヘルスプロモーションについて「人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と定義している。島内(WHO Regional office for Europe, 1990, p.3)はこのWHOのヘルスプロモーションの概念を、「プライマリ・ヘルス・ケアを基礎としつつそれを越えたグローバルなパラダイムを備えた、全く新しい概念、アンブレラである」と解説している。ヘルスプロモーションは当初、疾病予防に焦点が当てられていたが、全ての人々の健康や well-being に向けた、よりグローバルな概念へと発展した(Naidoo & Wills, 2000)。

また、健康は単に個人の責任ではなく、社会的因子が関与し、社会にも責任があるものと考えられるようになった(Naidoo & Wills, 2000)。一方でヘルスプロモーションは個人のライフスタイルに直結した健康に対する生活戦略であるが、他方では政策に直結した政治戦略でもあり(WHO Regional office for Europe, 1990)、個人レベルから施策立案にいたるまでいくつものレベルがある(Altpeter, Earp & Schopler, 1998)広い概念と考えられている。Pender (2001, p.3)も、「ヘルスケアに必要不可欠なヘルスプロモーションと疾病予防の施策化は、新世紀における挑戦である」と述べており、ヘルスプロモーションの政治戦略としての一面は、個人的な戦略とともに重要な要素である。

ヘルスプロモーションは多義的な幅広い概念であり、多くのヘルスケア専門職が協働して展開しなくてはならない活動である。これは、看護の領域にとっても重要な活動の1つであり、看護職には健康についての教育者もしくは健康の促進者として、また、この分野でのリーダーとして、その活動に期待が寄せられている(Maben & Macleod, 1995; Pender, 2001)。

ヘルスプロモーションがよりグローバルな概念へと発展したことに伴い、ヘルスプロモーションは健康に関わるいかなる活動も含む、それ自体は意味のない「An umbrella term」となってしまった(Cribb & Dines: 1993, Downie, et al., 1996; Naidoo & Wills, 2000; Seedhouse, 1997; Tannahill, 1985; Tones & Tilford, 1990)。「An umbrella term」としてのヘルスプロモーションの概念は多義的で抽象的なものであり、その概念からもたらされるモデルや知識と、実際の実践活動の間には、未だギャップがある(Johnson, J. L., Green, L. W., Frankish, C. J. & MacLean, D. R. et al., 1996; Pender, 2001)。

モデルや知識を具体的な活動に結びつけるためには、それぞれの対象におけるヘルスプロ

モーションのより具体的な概念を明らかにすることが必要である。より具体的な概念を明らかにすることにより、対象となる人々のニーズを捉え、具体的に活動を展開することが可能になる。高齢者には高齢者に特有なヘルスプロモーションの戦略がある(Lauder, 1993)。

本研究の対象である退職移行期の高齢男性のヘルスプロモーションの概念を明らかにすることは、その具体的な活動を展開していくために重要である。以下では、退職移行期の高齢男性を含む、高齢者のヘルスプロモーションについて、その具体的なヘルスプロモーション活動を通し、概念分析を行う。

II. 高齢者のヘルスプロモーション

高齢者のヘルスプロモーションは、彼らの健康を保持、増進するものであったが、具体的な活動としては、高齢者集団に対する、地域そして社会づくりによる社会施策をとおしたヘルスプロモーション活動、ハイリスク集団である一定の高齢者集団にターゲットを絞ったヘルスプロモーション活動、個人の健康の保持増進のためのセルフケアを中心とした活動であった。また、ヘルスプロモーションは、供給側と需要側がそれぞれ存在しているソーシャルコンテクストを踏まえてなされるものであり、また動的なプロセスとして絶えず変化し続けているものでもあった。

1. 高齢者のヘルスプロモーションの意味するもの

1) 地域そして社会づくりとしてのヘルスプロモーション

WHO は、オタワ憲章(WHO Regional office for Europe, 1990)やヘルシー・シティーズ・プロジェクト(Kickbusch, 1995)の中で、ヘルスプロモーションについて言及している。WHO はヘルスプロモーション活動を、特定の疾患の予防や一定のハイリスクグループに限定した活動から、人口全体の健康や well-being のための活動へ、専門職のみが行う活動から、全ての人々が協力して行う活動へ、そして健康を個人の責任ではなく、社会全体の責任として捉える方向へとシフトさせた(Naidoo & Wills, 2000)。すなわち WHO は、特定の限られた目標に対するヘルスプロモーションから、全てに人々を対象としたヘルスプロモーションへとその活動をシフトさせ、社会が全体として取り組む活動を目指すようになった。「Health People 2010」「Our Healthier Nations」「健康日本 21」にも示されるように、先進工業国においては、国民全体の保健および医療の側面における進展を目標とした包括的なプログラムが、国の施策として展開されている(厚生統計協会, 2004; Secretary of State for Health, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 2000)。

わが国におけるヘルスプロモーションを推進するための国の施策である「健康日本21」の基本理念は、「全ての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現のために壮年死亡の減少、健康寿の延伸と健康に関する生活の質の向上を目指し、一人一人が自己の選択に基づいて健康を増進する。そして、その個人の活動を社会全体が支援していくこと」であり、その推進のため、国、都道府県、市町村がそれぞれ国民の健康増進のための計画を策定している(厚生統計協会, 2004, p.77)。「健康日本21」を推進するための法的基盤整備として、平成14(2002)年に健康増進法が制定された。健康増進法の制定により、国民の健康増進のための国の積極的な姿勢を示し、国民のヘルスプロモーションに対する関心がますます高まることが期待されている(厚生統計協会, 2004)。

人口の高齢化、そしてそれに伴う国民の健康問題の増加、医療費の高騰は先進工業国における共通した問題である。先にも示したように、循環器疾患、悪性新生物といった生活習慣病関連の疾病への医療費の支出割合が最も高く、この傾向は特に高齢者において顕著である。人口の高齢化にともなう生活習慣病の増加に対処し、医療費の高騰に歯止めをかけるためにも生活習慣病を予防するための活動を推進していくことは重要であり、その中で、ヘルスプロモーションの役割はさらに大きなものとなっている。国として高齢者のヘルスプロモーションを推進していくことは、医療費のコスト節減を図るためにも重要なことである(Ruffing-Rahal, 1991)。

立法、国としての施策化に加え、具体的に高齢者のヘルスプロモーションを進めていく社会的活動として、地域の社会資源のネットワーク化、コミュニティ・デベロップメントといった、地域の社会、経済、環境を含む社会的政治的活動が展開されている(Abelin, 1987; Altpeter, Earp & Schopler, 1998; Entwistle, 1992; Kaplan, Haan & Syme, 1987; Lauder, 1993)。さらに、「健康なまちづくり」として、行政および住民が協力し、「まち」が全体として地域全体のヘルスプロモーションを目指した活動も積極的になされている(種田, 2001)。これらの「健康なまちづくり」活動は、高齢者への直接的な働きかけのみならず、ボランティアの養成といった間接的な活動も含めてなされていた(Davis, Leveille, Favaro & Logerfo, 1998; 星野, 成木, 飯田, 1999)。

2) ハイリスク群を対象とした集団的アプローチとしてのヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションは国民全体を対象とした活動であるとともに、ハイリスク集団に対する個別的な活動でもある。Lauder(1993)は、高齢者の健康に影響を与える社会的な問題として、貧困や住居の問題を指摘している。高齢者は現代社会の中で加齢に伴う身体機能の低下や、収

入の減少による経済的な問題の発生等により、弱い立場にある。社会的弱者である高齢者、特にその中でも移民、貧困者、虚弱高齢者といった、より弱い立場にあるものが、地域で自立した生活を継続し、彼らのQOLを高めていくためには、彼らのヘルスプロモーションを積極的に推進していくことが有効である(Alexy & Elnitsky; 1998; Fitch, et al., 1997; Ruffing-Rahal, 1993; Wieck, 2000)。Dignan and Carr(1992)は、「健康教育と健康増進プログラムの計画モデル」の中で、地域における看護職に地域の住民、特に社会的弱者の擁護者として活動することを求めている。

高齢者のヘルスプロモーションのため、介護予防活動は重要な活動の1つである。高齢者は徐々にその健康状態が低下し、要介護状態に陥る危険性がある。積極的に働きかけ、介護予防を図ることで、高齢者の「健康寿命」の延伸が可能になる。具体的には、パワーリハビリをはじめとするADLの維持(川久保,李,古名,2003;2001;丸山,2004;佐藤,2004)や、看護職が虚弱高齢者のケースマネジメントやリスク管理をすることによる疾病の早期発見や早期治療、問題の増悪化や再発の防止(Benjamin-Coleman, 1999; Daly & Mitchell, 1996; Flanagan, Rotchell, Fletcher & Schofield, 2001)、高齢者の閉じこもりを防止し、社会交流を促進するための食事会の運営(成木,1999)などを通し、近い将来の要介護状態の発生を予防するためのヘルスプロモーション活動がなされていた。

社会的弱者として的高齢者の問題は、単に身体的な虚弱性に関わる問題のみならず、社会の中での虚弱な存在としてもたらされる問題にも目を向ける必要がある。昨今、高齢者を標的とした犯罪が増加している。また、犯罪のみならず、交通事故をはじめとする事故の被害者となる高齢者も、他の年齢層に比べ多い傾向にある(平岡,2004)。社会のなかでの虚弱な存在として的高齢者に焦点を当てたヘルスプロモーションでは、単に健康の問題をとりあげるのではなく、他職種と連携し、犯罪対策や交通安全対策をとおし、社会的弱者である高齢者が安全に暮らせるまちづくりを図ること重要である(平岡,2004;魚谷,2003)。

3) 個人のセルフケア能力を高めることとしてのヘルスプロモーション

セルフケアとは個人が生命、健康、ウェルビーイングの維持のため行う活動である(Orem, 1995)。個々の高齢者が行う具体的なヘルスプロモーション活動は、高齢者のセルフケア能力を高めることに着目した活動でもある。

高齢者自身の自覚的健康度は年齢とともに低下する(山根, 1997)が、客観的にも、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧といった生活習慣病の有病率が高い。高齢者のヘルスプロモーションは、具体的には生活習慣病、転倒、感染症といった高齢者に多い健康問題の予防や早期発見に焦点が当てられ、そのための行動変容、保健行動の獲得といった、個々の高齢者のセルフケアを可能にするための活動が中心となっている(Ford & Herman, 1995; Green & Pope, 2000; Keller, Fleury & Mujezinovic-Womack, 2003; Padula, 1997; Pender, 2001; Pizzi & Wolf, 1998; Resnick, 2000; Schoenfelder, 2000; Slaninka & Galbraith, 1998; 嶽崎, 田島, 吉田京, 富永, 1999)。「健康日本 21」においても、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を中心とした疾病の予防や増悪防止のため、数値目標が定められ、ヘルスプロモーション活動が展開されている(齋藤, 高木, 林, 仲野, 他, 2001)。

個人のセルフケア能力を高めることとしてのヘルスプロモーションでは、主に健康教育やカウンセリングを通じた、知識の提供が重要である(Fitch, Greenberg, Levstein & Muir, et al., 1997; Makoul, Arntson & Schofield, 1995; Rodgers, Grower & Supino, 1992)。健康教育やカウンセリングにより、知識を得、エンパワメントされることにより、自分の健康に対するセルフケア能力が高まり、ヘルスプロモーションが行われている。しかし、一方で、提供する知識を押し付ける、「健康のメッセージ」を対象者に強要する側面があるとの問題点も指摘されている(Macleod, Wilson-Barnett, Latter & Maben, 1992)。

4) 高齢者が生活するソーシャルコンテキストの中で理解すべきものとしてのヘルスプロモーション活動

ソーシャルコンテキストは、高齢者自身と高齢者の周囲に影響を与えており、高齢者のヘルスプロモーションをすすめるために、高齢者が生活しているソーシャルコンテキストの中で高齢者自身と高齢者を取り巻く状況を理解する必要がある。

ヘルスプロモーションには社会の構造や態度が関連しており、対象となる人々の文化、生育環境、生活環境、言語、宗教といったそれぞれの特性が大きく影響している(Choudhry, 1998; Dundas, Morgan, Redfern & Lemic-Stojcevic, et al., 2001)。ヘルスプロモーション活動において、文化および世代の問題を考慮することは重要であり(Entwistle, 1992)、特に高齢者においては、その世代の特徴を理解することが重要である。Chen(1996)は、アメリカに移住した中国人高齢者のヘルスプロモーションに関わる質的研究を通じ、中国人としての自然や健康との関

わり方が、彼らのヘルスプロモーションに大きく影響していることを示している。

社会は高齢者を加齢に伴い衰えていく存在として規定しており(Lauder, 1993)、社会がどのように高齢者を規定しているか、加えて保健医療専門職の高齢者観が、高齢者に対する具体的なヘルスプロモーション活動に影響を与えている。高齢者は加齢的变化により衰えていくものだとする社会や保健医療専門職の高齢者観は、高齢者の積極的なヘルスプロモーションを阻害する一因ともなっている(Price, Desmond & Losh, 1991; Resnick, 2000)。高齢者を衰え行く存在と規定する中で、高齢者のヘルスプロモーションはその長所を積極的に伸ばそうとするものではなく、高齢者の弱みを補おうとするものとなっている。

しかし、高齢者自身は、一方的に社会から恩恵を施される存在ではなく、社会において何らかの役割を有する存在として自身を位置づけている。相互扶助は、「自分が他人を助けている」という役割を担うことの快感があるために続けられる(百瀬, 2002)ものであり、社会の中で価値ある存在であり続けることが彼らの生き生きとした生活にもつながっている。

高齢者自身の自己像と社会が描く高齢者像は必ずしも一致したものではなく、それぞれのソーシャルコンテキストの中で、高齢者像を規定していた。この不一致の発生はときに需要側と供給側のニーズのずれをもたらしていた。

5) 動的なプロセスとしてのヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションは、個人および社会的なレベルの双方において、一連の動的なプロセスとして示されている。ヘルスプロモーションは、個人のレベルにおいては、人が自分の健康をコントロールし、増進するための一連のプロセスであり(Abelin, 1987; Green & Kreuter, 1999; Makoul, et al., 1995)、社会施策のレベルにおいては、オタワ憲章(WHO Regional office for Europe, 1990)に示されるように、「プロセスとしての戦略」であり、問題の明確化から始まり、施策化に至る一連のプロセス(Green & Kreuter, 1999; Dignan & Carr, 1992)といえる。ヘルスプロモーションは一定の定まった事象を示すのではなく、動的なプロセスの中で展開されていく。

2. 高齢者のヘルスプロモーションを導く要因

ヘルスプロモーションのための根本的な先行要件として WHO(WHO Regional office for Europe, 1990)は、「平和」「住居」「教育」「食物」「収入」「安定した生態系」「生存のための諸資

源」「社会的正義」「公正」といったものの存在をあげている。以上の条件が整わない場合、人々は生命を維持するための活動を優先し、ヘルスプロモーションに関わる行動をおこすことは困難である。

一定の生活水準が維持され、安定した国家運営がなされている先進工業各国においては、WHO が示す前提条件は満たされ、更なる健康を求める活動がなされていた。しかし、安定した社会の中にあっても社会的弱者である高齢者には、収入を得て、日々の生活を送る上での問題が発生していた。収入、そして生活上の問題は、本来、ヘルスプロモーション以前の問題である (Frenn, 1996)。ヘルスプロモーションをすすめていく前に、まず経済的、文化的状況を整え、一定レベルの生活を送れるようにすることが必要である (Abelin, 1987)。すなわち、高齢者にとって、一定レベルの収入を確保し、安定した居住地を確保するといった生活の基盤を整えることが、ヘルスプロモーションの先行要件として重要である。

先進工業国では人口の高齢化が急速に進み、多くの国において、男女とも平均寿命は 70 歳をゆうに超えている (厚生統計協会, 2004)。平均寿命の伸びとともに、老年人口は増加し、人口の高齢化が進むなか、生活習慣病を中心とした疾病の有病率は上昇し、それに伴う医療費の増大は避けられない状況にある。社会の高齢化、医療費の増大といった社会問題の発生は、結果として国民、特に高齢者のヘルスプロモーションを社会が積極的に推進すること、すなわち、高齢者のヘルスプロモーションを導く、先行要件となっていた。

これらの先行要件に導かれ実際に保健医療専門職が高齢者のヘルスプロモーションをすすめていく場合、疾病の予防や増悪の防止がヘルスプロモーションの目的となる。保健医療専門職は、高齢者を生活習慣病、転倒、感染症等の健康リスクが高い存在である (Raphael, Brown, Renwick & Rooeman, 1997) ととらえており、この高齢者観は高齢者のヘルスプロモーションに影響を与えていた。すなわち、保健医療専門職にとって、健康リスクが高く、虚弱な存在としての高齢者観は、高齢者のヘルスプロモーションを推進していくにあたっての先行要件となっていた。

社会の高齢化、医療費の増大といった社会問題の発生、保健医療専門職が抱く健康リスクが高く、虚弱な存在として高齢者観は、疾病の予防や増悪を目的とした高齢者のヘルスプロモーションの先行要件として存在していた。それとともに、高齢者が自身の健康について考え、自身

のヘルスプロモーションを積極的にすすめていくための先行要件として、彼らの生活の基盤を整えることも重要である。

3. 高齢者のヘルスプロモーションがもたらす結果

一般的にヘルスプロモーションの帰結は、対象者の健康が増進されることである。Noack (1987)は、ヘルスプロモーションの目標は健康の潜在能力を増進することであるとしている。しかし、高齢者にとって健康を増進し、疾病が全く無い状態を導くことは困難である。高齢者は自分の健康について、慢性疾患は年相応にあってもやむをえないことであり、現在の健康状態が維持できれば良いと考えていた(Frenn, 1996; Nash, 2001; 時長, 松本, 加納川, 山田, 長戸, 他, 2003; 日野原, 2003)。また、安心して老後を迎え、丈夫で長生きして自立した生活を送ること(日野原, 2001; 清水, 福島, 高村, 星野, 成木, 他, 2001)や、加齢に伴う身体機能の衰退に、うまく適応していくこと(Caserta, 1995)を望んでいた。すなわち、高齢者にとってのヘルスプロモーションの帰結は、現在の健康や生活を維持し、「健康寿命」の延伸を図ることであった。

高齢者のヘルスプロモーションの帰結である健康状態の維持について評価するにあたり、それぞれ異なった指標が用いられていた。健康状態の維持を客観的に評価するためには、健康を操作的に定義する必要があるが、Noack (1987)は健康の操作的定義は多様であり、合意を得ることは困難であると述べている。健康の操作的定義は、それぞれの研究や活動に応じ定められていた。Naidoo & Wills (2000)は、ヘルスプロモーションにおける健康は、単に疾病がない状態を示すものではなく、ポジティブヘルスを指し、身体的な健康状態のみならず、QOL、精神・心理・社会的健康状態を含めた、ホリスティックな健康状態を示すものと述べている。

また、高齢者のヘルスプロモーション活動の具体的な評価指標として、健康そのものに関わる指標に加え、Health Promoting Lifestyle Profile II (Padula, 1997; Pender, 2001; Shinopulos & Jacobson, 1999; Wang & Lafrey, 2001)、QOL (Stuifbergen, Seraphine & Roberts, 2000)、態度や行動の変容 (Dundas, Morgan, Redfern & Lemic-Stojcevic, et al., 2001)、知識やスキルの増加 (Rodgers, Grower, ans Supino, 1992)など、彼らの行動や生活に関わる指標も用いられていた。また Chen (1996)は、自然を知ることや、自身を自然の法則に合わせることといった、日々の生活の精神的な側面を重視し、ヘルスプロモーションの帰結として評価していた。

高齢者のヘルスプロモーションの帰結は現在の健康状態を維持し、「健康寿命」の延伸を図ることである。なお、高齢者の健康状態は身体的な健康状態を客観的に評価するのみならず、彼らの健康をホリスティックにとらえ、健康の心理・社会的な側面や、日々の生活の精神的な側面についても評価することが必要である。具体的には、高齢者のヘルスプロモーションの活動の評価指標は、健康をホリスティックなものとして捉えた場合、それぞれの活動、対象に応じて異なり、それぞれの健康やヘルスプロモーションを具体的にどのように定義するかに応じて定められるものである。

4. 高齢者のヘルスプロモーションに関連する用語

1980年代半ばにヘルスプロモーションは「Health Education」「Health Prevention」「Health Protection」といった用語の見だしの下に用いられていた(Macleod, et al., 1992)。ヘルスプロモーションに関連する用語として「Health Prevention」「Health Protection」「Health Education」があげられる。

1) 「Health Prevention」と「Health Protection」

ヘルスケアのパラダイムがシフトする以前、公衆衛生活動の主眼は伝染性疾患や慢性疾患の予防活動にあった。特定の疾患の回避が「Health Prevention」「Health Protection」の目的である。特に、「Health Prevention」は医療的な介入により疾病へのリスクを軽減すること、「Health Protection」は法的、財政的、社会的な手段を用いた社会的な防御を意味している(Downie, et al., 1996; Naidoo & Wills, 2000)。しかし、Pender(2001)は「Preventive Behavior」と「Health Protection Behavior」を同じ意味で用いている。日本においては、「予防(前もって対策を講じて防ぐこと(大野,浜西, 1981, p.422))」と「防御(相手が攻めてくるのを防ぐこと(大野,浜西, 1981, p.419))」として、それぞれ区別して用いることもあるが、「予防」として「Health Prevention」「Health Protection」を区別せずに用いていることが多い。

Parse(1990, p.101)は予防について、「疾患すなわち病態生理学的な障害のプロセスを妨げるためにとる行動であり、問題思考のアプローチであって、疾病プロセスを遅延、変化、排除するための環境、行動、および身体の防衛機構を整えるための方法を見つけることが強調される」と述べている。また、Noack(1987)は、ヘルスプロモーションと予防について、「ヘルスプロモーションは予防の概念とかなり重なって用いられているが、その違いは、ヘルスプロモーションの

ほうが予防に比べ、より包括的な概念である。すなわち、予防は疾病に関連した概念であるが、ヘルスプロモーションは健康に関連した概念である」と述べている。

本来、ヘルスプロモーションは健康に関連した概念であるが、高齢者のヘルスプロモーションは、生活習慣病、転倒、感染症といった高齢者に多い健康問題の予防および増悪防止が中心であり、高齢者のヘルスプロモーションは「Health Prevention」や「Health Protection」とほぼ同じ意味の、「予防」を中心とした概念として用いられることが多い。しかし、高齢者は自身の健康について、何か問題があっても当たり前と考えており、その健康問題と共存し、自立して生活していく、「健康寿命」を重視している(日野原, 2001)。日野原(2001)は「成功加齢」という概念を示しているが、「成功加齢」の見地に立つと、より健康が低下した状態に陥らないように「予防」することもヘルスプロモーションとして重要であるが、それと同時に、充実したエイジングを迎えることが、高齢者のヘルスプロモーションにとっては重要である。すなわち、高齢者のヘルスプロモーションには「Health Prevention」や「Health Protection」といった「予防」に関連した活動に加え、日々の生活を充実させ、「サクセスフルエイジング」に導くための働きかけが重要であろう。

2) Health Education－健康教育と健康学習

健康教育は公衆衛生活動の中心であり、1980年代半ばまでは、健康を増進するための方法として、保健医療専門職に広く用いられてきた(Naidoo & Wills, 2000)。健康教育は、疾病の危険因子を行動変容により対処するため、もしくは自身の健康を築きあげるために行うものであり、コミュニケーション技法を用い(Naidoo & Wills, 2000; WHO Regional office for Europe, 1990)、疾病や病気についての情報を提供し、その情報を共有する過程を意味している(Naidoo & Wills, 2000; Pender, 2001)。

多くの人がヘルスプロモーションと健康教育という2つの用語を同じものだと考えており、経験的に、実践家はこれらの用語を相互に互換して用いていた(Macleod, et al., 1992)。Tones & Tilford(1990)はヘルスプロモーションを健康教育の1つのスタイルの再主張であるとも述べている。しかし、ヘルスプロモーションの概念の広がりとともに、健康教育は、ヘルスプロモーションを達成するための重要な技法の1つ(Green & Kreuter, 1999)であり、健康教育の上位概念として位置づけられるようになった(Green & Kreuter, 1999; Naidoo & Wills, 2000)。

一方、技法としての健康教育に対し、健康学習という概念が新たに提示されるようになった(吉

田, 1995)。健康学習では、対象者である住民との関わり方において、共感的理解、住民主体を強調し、保健医療専門職が話し、説明することから、聞き、訊ねることへのシフトを重視している(吉田, 1995)。清水らは(2001)、対象が望む健康教育の場は、保健知識・技術のみならず、同世代あるいは異世代と交流し、自分たちの老後について考える場であるとも述べている。健康教育はヘルスプロモーションを達成するための重要な技法の1つであるが、保健医療専門職が主体となって情報提供をする場ではなく、対象者を主体とした、健康学習による情報の獲得や交流の場としてのあり方が重要視されるようになってきている。

健康教育はヘルスプロモーション活動の根本を形成する1つの重要な技法であり(Naidoo & Wills, 2000)、予防に関わるテーマは高齢者の健康教育の中心であり、高齢者自身にとって興味深いものである(Caserta, 1995)。また、これらの健康教育において提供される知識は、単に生活習慣の改善に焦点を当てた、「運動をする」「健診を受ける」ということにのみ終始するのではなく、「老いを自覚して受け入れる」といった、日々の過ごし方を含む多様な内容であることが望まれる(清水, 福島, 高村, 星野, 成木, 他, 2001)。

5. 結論

概念分析の結果明らかになった高齢者のヘルスプロモーションの概念は、社会の高齢化、医療費の増大といった社会問題の発生、保健医療専門職が抱く健康リスクが高く、虚弱な存在として高齢者観に導かれた高齢者のヘルスプロモーションは、「地域そして社会づくりとしてのヘルスプロモーション」「ハイリスク群を対象とした集団的アプローチとしてのヘルスプロモーション」「個人のセルフケア能力を高めることとしてのヘルスプロモーション」「高齢者が生活するソーシャルコンテキストの中で理解すべきものとしてのヘルスプロモーション」「動的なプロセスとしてのヘルスプロモーション」といった属性を有する、健康問題の予防とや増悪を防止することで、現在の健康状態を維持し、「健康寿命」の延伸を図ることであった。また、一般的にヘルスプロモーションは、疾病予防というよりは健康に関連した概念であるが、健康問題が多く、社会的弱者であると保健医療専門職を含む社会に規定されている高齢者のヘルスプロモーションは、一般的に用いられているヘルスプロモーションに比べ、より疾病予防に近い概念であった。

一方、高齢者のヘルスプロモーションは、「地域そして社会づくりとしてのヘルスプロモーション」「ハイリスク群を対象とした集団的アプローチとしてのヘルスプロモーション」「個人のセルフケア能力を高めることとしてのヘルスプロモーション」「高齢者が生活するソーシャルコンテキストの

中で理解すべきものとしてのヘルスプロモーション」「動的なプロセスとしてのヘルスプロモーション」といった社会や保健医療職の視点および高齢者本人の視点から示される属性を有した、社会や保健医療職、および高齢者本人がそれぞれ示す、高齢者のヘルスニーズを踏まえた具体的活動として定義されていた。すなわち、高齢者のヘルスプロモーションの概念の具体的な定義は、個々の対象となる高齢者のヘルスニーズを踏まえたものであり、対象の変化に応じて変化するものと言える。

ヘルスニーズを客観的に評価するためには、健康を操作的に定義する必要があるが、健康の操作的定義は多様であり、合意を得ることは困難である(Noack, 1987)。ヘルスニーズの評価は、主に保健医療専門職を含む社会の視点に基づくものであるが、これらの評価と高齢者自身の視点による評価の間には「ずれ」がある(Chen, 1996; Frenn, 1996)。先にも示したように、具体的なヘルスプロモーション活動は、対象となる人のヘルスニーズに影響されるものであり、高齢者の具体的なヘルスプロモーション活動、そしてヘルスプロモーションの概念は、対象となる高齢者が生活するソーシャルコンテキストや対象となる高齢者の特性を踏まえ、高齢者自身の視点から発展させていくことが重要である。

III. 退職者に関わる研究

退職をめぐる研究は主に、社会学や社会心理学の領域における研究が多く、特に老年社会学の領域ではもっとも関心が寄せられている課題の1つである(Palmore, et al., 1985)。以下では、社会学や社会心理学の領域における退職者の研究を中心に文献の検討を行った。

1. 退職をめぐる研究

1) 退職をめぐる社会的、社会心理学的理論

退職についての社会学および社会心理学的な研究は、主に、定年退職制度や退職への適応、退職に伴い生じる役割変化について検討がなされている。

退職の研究において役割理論は Burgess 以降、大きな位置を占めている(袖井, 1981)。役割理論は、定年退職に関する社会規範、価値、地位と役割の変化が人格、経済、社会に与える影響に注目している機能論と、退職による喪失がもたらす自我の危機的状況への適応に注目した社会心理学的アプローチに大別される(袖井, 1981)。

社会心理学的アプローチについては、発達理論に基づき広く論議されている(Joukamaa,

Saarijarvi & Salokangas, 1993; Kim & Moen, 2001; Smith, Patterson & Grant, 1992; 岡本, 山本, 1991)。

役割理論からみると、退職は新しい活動領域へと移行する機会(袖井, 1981)である。この時期は、これまでの自分のあり方を見直し、今後の生き方を再方向づけする人生後半の主要な転換期であり、現役時代の責任や義務から解放され、労働に対する新しい方向づけを行い、自分らしい生き方が可能になる時期(岡本, 山本, 1991; Newman & Newman, 1984)である。一方退職により、経済的秩序における積極的機能の喪失または縮小や役割変化に伴う心身均衡の喪失がもたらされ、適応上の諸問題が提起される(Super, 1960)。

退職は縮小した役割や活動に再適応していく、老化の一過程(袖井, 1981; 星野, 1981)であり、労働者から退職者の役割へと変化に適応していかななくてはならない(Gradman, 1994; Smith, et al., 1992)。しかし、時に適応は困難であり、問題となることがある(Price, 2000)。特に、退職後の収入が大幅に減少してしまう場合には、退職に対する適応が困難である(Newman & Newman, 1984)。

一方、FriedmannとHavighurstは活動理論の中で、人間は常に社会的相互作用の中に組み込まれ、活動し続けることが望ましい存在であるとしている(袖井, 1981)。この活動理論に基づき、退職者の活動性や社会的相互作用について研究がなされている(Evenson, Rosamond, Cai Diez-Roux, et al., 2002; Szinovacz & Washo, 1992)。RoseやCavanは、老年期に主要な生活機能の喪失による役割や所属集団との関係の急激な変化があるにもかかわらず、自己概念が変化しないと不適応が起こるが、社会的活動に参加することにより、適応が促されるとしている(川崎, 井上, 1990)。活動理論は、高齢者が加齢に伴い衰退するという社会の偏見を否定する理論ではあるが、活動的であることを重視する価値観に基づいた理論であり、活動理論だけで全ての事象を説明するには限界がある。

また、CummingとHenry(1961)は離脱理論により、老化を否定する活動理論を批判している。離脱理論はアメリカ社会における老化過程を理論化しようと試みたものである。離脱とは個人と社会の他の人々との多くの関係が離れていく避けられないプロセスであり、残された関係にも質的な変化が生じる。定年退職により人々は、職業を通じて得た仲間を失い、社会との結びつきを失い、自分が同一化すべき地位を失うが、役割などを変えることで人々はこれらの喪失に適

応していく(Cumming & Henrey, 1961)。この離脱過程も活動理論と同様に該当しない高齢者がおり、多様な高齢者の適応過程の一部を説明したものといえる。

2) 個人の退職の意思決定に影響する要因

社会は、能力が低下し、十分な機能を果たせなくなったとみなされる老人を社会システムから排除し、世代交代によって社会システム全体の恒常性を維持しようとしている(川崎, 井上, 1990)。一方、個人が退職を決定する際には、社会経済的な要因、仕事の特徴が最も大きな要因であるが、健康も退職を決定する要因の1つである(Palmore, et al., 1985)。

就労の継続や退職にはその人が属する社会の考え方が大きく影響しており、ソーシャルコンテキストの中で退職も意味づけられている。社会の中には明らかに、雇用に関わる不平等が存在しており、退職についても人種や性別による不平等は存在している(Hogan, Kim & Perrucci, 1997; Logue, 1991)。退職における不平等は、さらに退職後の所得の格差を産みだし(Hogan, et al., 1997)、退職後の生活に大きく影響する。また、雇用における年齢差別禁止法(ADEA)の制定も、人々の退職行動に影響をもたらしている(Quadagno & Hardy, 1991)。

退職後の年金額や医療保険といった退職後の経済状態に影響を与える社会保障システムは、個々人の退職時期の決定に大きく影響している(Fronstin, 1999; Rogowski & Karoly, 2000)。社会保障システムの安定は退職後の生活の安定や健康状態の維持のためには重要な要件である(Pomidor, Gemmel, Buss & Guerini, et al., 1993)。社会保障システムは、人口の高齢化に伴う退職者の増加といった社会的な問題とも大きく関わっており(Chen, 1994)、今後これらの問題にどのように施策が対応していくかが、大きな課題である(Etheredge, 1999)。

健康状態の変化は退職を決意させる1つの要因となっている。仕事を辞める理由や働かない理由として健康をあげているものは多く(平岡, 1983; 総理府広報室, 1992)、健康状態の悪化が早期退職の大きな理由の1つとなっている(Palmore, 1985; Poole, 1997; Rothenbacher, Arndt, Fraisse & Zschenderlein, et al., 1998)。

3) 退職が個人におよぼす影響

(1) 退職後の生活への影響

退職により人々の生活は変化する。多くの研究はその経済的な変化を注目しているが、家族との関係も退職に伴い変化する(O'Rand, Henretta & Kreckler, 1992; Szinovacz & Davey,

2001)。

退職は退職者個人の問題であるが、同時に家族の問題でもある。退職していない男性に比べ、退職した男性は家と家族を重要視しており(Kulik,1999)、また、夫が退職した夫婦へのインタビュー調査の結果、退職直後には比較的肯定的な生活上の変化や満足感を夫婦ともに示していた(Vinick & Ekerdt, 1991)。

(2) 退職後の健康状態への影響

退職後の健康状態については、有害業務従事者等の退職後のフォローアップに関わる研究(Borjesson, Gerhardsson, Schutz & Mattsson, et al.,1997; Cassou, Derriennic, Iwatsubo & Amphoux, 1992; Froom, Lahat, Kristal-Boneh & Cohen, et al., 2000; Kennedy, Desjardins, Kassam & Ricketts, et al., 1994; Kennedy, Dimich-Ward, Desjardins & Kassam, et al., 1994; Paton, Tee, Vu & Teo, 2001; Tsai, Bennett, Salesman & Ryan, et al., 1998)や、退職者の一般的な健康状態の変化について論じた文献が主なものとなっている。

退職時期になると人の健康状態は低下し、慢性疾患の罹患率が上昇し、不活動余命(慢性疾患や活動不能の開始後の余命)が増大する(Boaz & Muller, 1990)。しかし、これらはあくまでも加齢の影響であり、退職が直接的に身体的に与える悪影響はほとんど無いと考えられている(Aldwin, Levenson & Ekerdt, 1987)。退職によりストレスが減少することで、健康に良い影響をもたらすこともあり(Ekerdt, Baden, Bosse & Dibbs, 1983; Ekerdt, Bosse & Locastro, 1983)、退職は健康にとってかえって肯定的な出来事(Hankin, Bosse & Spiro, 1999)となる場合もある。

しかし、雇用時の雇用形態や退職後の経済状態が健康に影響し、退職をストレスと感じ(Bosse, Levenson, Spiro & Aldwin, et al., 1992; Ross & Drentea, 1998)、退職がうつ傾向をもたらすといった報告(Reitzes, Mutran & Fernandez, 1996)もあり、退職が全て健康に良い影響をもたらすとはいえない。

2. 退職者のヘルスプロモーション活動

退職者を対象としたヘルスプロモーション活動は、生活習慣病の予防(Rowland, Dickinson, Newman & Ford, et al., 1994)、ヘルスケアサービスの適切な活用(Scharlach, Mor-Barak

& Birba,1994)、退職準備に焦点をあて、行われていた。

1) 退職直前のヘルスプロモーション活動としての退職準備教育

退職は、ストレスとなるものではあるが予測可能なイベントであり、退職のための準備を適切に行い、退職をより肯定的なものとする事で、退職への不安が軽減し、退職に満足し、適応が成功する(Lo & Brown, 1999; Rosenkoetter & Garris, 1998; Shaughnessy, 1988)。

退職者は国や自治体といった公的組織に対し、「年金制度の充実」「高齢者の雇用機会の拡大」「医療施設やサービスの充実」を期待し、退職する会社には、「退職金の増額」「企業年金の充実」「再就職の斡旋」を期待している。さらに、自分自身で準備することとして「貯蓄する」「健康管理を怠らない」「資格を身につけておく」をあげている(三重野, 1983)。すなわち、退職に向けて準備しておく必要なのは、経済的な問題、健康上の問題、自分の時間の再構築である(総理府広報室, 1992)。

アメリカでは退職準備教育を導入している企業が増加しているが、その背景には、プログラムの有効性が認められるようになったことと同時に、退職者に対する企業の社会的責任が追求されるようになってきたことがある。退職準備教育の内容は、財政計画・健康・家庭生活・年金・余暇に関することが多く、なかでも経済的問題が最も重視されている(Hershey & Mowen, 2000)。退職準備教育には、①退職に対する不満をやわらげ、②健康に対する不安を静め、③退職後の社会活動を活発化させる、等の効果があるとされている(Rosenkoetter & Garris, 1998)。

しかし、こういった退職前の準備には個々人の特性や家族の状況が影響しており、個々にあったカウンセリングや教育の重要性も指摘されている(Hershey & Mowen, 2000; Reis & Gold, 1993; Richardson & Kilty, 1992; Turner, Bailey & Scott, 1994)。

退職に向けて準備を整えることにより、完全な引退生活に向けての軟着陸(岡本, 山本, 1991)が可能になり、順調な退職後の生活が送れるようになる。しかし、一方で退職準備教育を企業が提供することは、退職を促進することであり、労働組合がその導入に反対する場合もある(前田, 1991)。

3. 退職者の健康にかかわる研究の問題点

退職者の研究は、老年学の領域において広く行われている研究テーマの1つである。しかし、これらの研究について Palmore ら(1985)は、①横断的な研究が多い、②限局的なサンプルが多い、③多様な変数間の関連性の明確化が不十分である、④変化の原因が特定されていない、⑤多様な退職の様相を1つの定義で表現しようとしている、⑥白人に特定された研究が主である、といった問題点を指摘している。

退職者の健康は、退職に関連する1つの変数として多くの研究に示されているものの、退職に関わる研究は、社会学および心理学の領域で広く行われており、保健医療の領域、さらに看護の領域ではあまり関心が寄せられていない。また、退職期のヘルスプロモーションに関わる研究については、退職者を単に高齢者の一集団として捉え、主に生活習慣病を中心とした健康問題について行った研究、もしくは、在職中の有害業務の影響のフォローアップに関するものが多く、退職者としての特徴を踏まえた研究は少ない。さらに、Palmore ら(1985)が指摘しているように、退職者の多様性を明らかにする縦断的な研究はなされていない。

以上のように、高齢者のヘルスプロモーションおよび退職に関わる研究についての文献検討を行った。その結果、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションについては、彼らが生活するソーシャルコンテキストを踏まえ、彼ら自身の視点による健康観を踏まえることが重要である。さらに、退職者は多様な存在であり(Palmore, et al., 1985)、その多様性を踏まえたヘルスプロモーションについて具体的に発展させていくことで、彼らの現実に即したヘルスプロモーションを明らかにすることが可能になるものと考えられる。

第3章 研究方法

I. 研究デザイン

本研究においては、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより、大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデルを構築するための研究を実施する。

退職者の研究の多くは、縦断的な研究や多様な変数をどのように扱うかが問題となり、明確な結果の提示は困難であった(Palmore, et al., 1985)。一方、高齢者のヘルスプロモーションの研究は、主に生活習慣病の予防を中心とした疾病予防プログラムにかかわる研究が多く、高齢者自身の視点をふまえた研究は少なかった。高齢者のヘルスプロモーションおよび退職に関わる研究についての文献検討を行った結果、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションを、彼らが生活するソーシャルコンテキストを踏まえ、彼ら自身の視点による健康観を踏まえて明らかにすることが重要であることが明らかになった。

本研究においては、退職移行期にある高齢男性が社会との関わりの中で、ヘルスプロモーションをどのように意味づけしているかに着目し、研究を行っていく。人間の行動や社会生活における「意味」を重視している(伊藤, 2002)、シンボリック相互作用論をふまえたグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いることで、彼らが行っている意味づけに着目し、大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデルを構築することが可能になる。

そこで本研究においては、大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション捉え、そのモデルを構築するため、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、研究を実施する。

II. グラウンデッド・セオリー・アプローチの特性

1. グラウンデッド・セオリー・アプローチの前提

「The Discovery of Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1996)」において示された研究方法論であるグラウンデッド・セオリー・アプローチは Glaser と Strauss がその研究をすすめる過程で生み出した理論であり、方法論であり、プロセスとしての理論である(木下, 1999)。グラウンデッド・セオリーの基本的なテーマは、社会調査を通じて体系的に獲得されたデータから理論を発見することである(Glaser & Strauss, 1996, p.3)。

1960年代の社会学領域における研究活動は、自然科学的科学観に立脚しており、グラウンデッド・セオリー・アプローチは、検証偏重の研究の在り方への批判の中から生み出された、実証的研究法であった(木下, 1999)。グラウンデッド・セオリー・アプローチは、理論と実証的研究との間の解離を克服するため、データを重視し、データに根ざしながら比較分析を行い、解釈を積み上げていくことで、理論の形にまとめていく研究の在り方を提起している(Glaser & Strauss, 1996; 木下, 1999)。すなわち、ありのままの日常世界で収集した質的データを処理する方法であり、その中から、「基本的社会化過程と基本的心理過程」とよばれているものの基本的パターンを研究する方法と言える(Chenitz & Swanson, 1992, p.3)。

グラウンデッド・セオリー・アプローチにはシンボリック相互作用論の視点が影響している。シンボリック相互作用論の前提として、Blumer(1991)は①人間は、ものごとが自分に対して持つ意味にのっとり、そのものごとに対して行為する、②ものごとの意味は、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生する、③このような意味は、個人が、自分の出会ったものごとに対処するなかで、その個人が用いる解釈の過程によってあつかわれたり、修正されたりすることを示している。人は、自分が参加している社会的相互作用の中から導き出された意味によってものごとを意味づけし、その意味に従って行為をする。すなわち、この社会的相互作用の中から導き出された「意味」を明らかにし、その意味が個人の中でどのように解釈されていくかを明らかにすることで、人の行為、すなわち本研究においては彼らの視点によるヘルスプロモーションについて検討することが可能になる。

「自我」は、個人的利害関心と対峙することによって、新たな「自我」へと再構築される(Mead, 1991)。「自我」とは孤立して存在するものではなく、あくまで他者とのかかわりにおいて形成され、展開される(船津, 1991)。シンボリック相互作用論は「自己」を、他者との集団生活・相互行為における他者の役割(見地)の取得・組織化を通して生じる社会的産物と捉えている(伊藤, p.30, 2002)。また、「自己」とは、想定した他者の見地から自分自身の身体や経験や行動を「わがもの」として対象化する働きであり、また、自己対象化の働きと、それによって対象化され、意味づけられた自己こそが、人びとの相互行為のあり方に深い関わりを持っている(伊藤, 2002)。「自己」は社会との関わりの中で、ものごとの意味づけを自分自身に行うことにより、再構築されつづけていくものである。すなわち、退職移行期にある高齢者が変化する役割や身体状態に対峙し、

「自己」の再構築を行っていく過程をヘルスポモーションの視点から明らかにすることが重要である。

本研究においてはシンボリック相互作用論が示す「意味」と「自己」を重視し、退職移行期にある高齢男性が自分の役割や身体状態と対峙し、自分のヘルスポモーションを社会的相互作用の中で意味づけをしていく過程や結果、示される行為を、彼ら自身の視点による、彼らに密着したデータの中から明らかにしていく。

2. 領域密着理論(substantive theory)としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ

複雑さを無理にデータ化し、「“生き生きとした何か”がこぼれ落ちてしまう」(木下, 1999, p.165)ことは、実践の理論化における課題であるが、実践は体系化されずもっぱら経験的世界の中で対応されてきた(木下, 1999)。Blumer は、現場を知らずに研究することに対する問題意識に立ち、「経験的世界に深く入り込み、それに精通せよ」と執拗に繰り返しており、シンボリック相互作用論では、操作的定義をあえて排して経験的世界に臨み、その世界に精通した上で、実際に調査した事例や得られる第1次資料に即して分析概念や命題を繰り返していく帰納的な研究が推奨される(伊藤, p.35, 2002)。

グラウンデッド・セオリー・アプローチは、現象を忠実に反映したデータに密着し、データを重要視することで、現実世界の複雑さを、複雑なまま理解するための枠組みを示した理論である。グラウンデッド・セオリーにはフォーマル理論(formal theory)と領域密着理論(substantive theory)の2つの理論があるが、特定領域あるいは経験的な領域のために展開されてきた領域密着理論(Glaser & Strauss, 1996, p.44)は、実践の理論化(木下,1999)、すなわち本研究においては、退職移行期にある高齢男性のヘルスポモーション・モデルの構築を可能にする理論といえる。

本研究は、退職移行期にある高齢男性のヘルスポモーション・モデルの構築を目指し、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、退職移行期にある高齢男性のヘルスポモーションという特定領域において、彼らの経験世界の中からモデルを構築することを目指す領域に密着した研究である。

3. 方法論的限定とプロセスとしての特性

グラウンデッド・セオリーは、その特性として、特定領域における限定された理論の生成を目指しており、限定的に設定された範囲において、他のどのアプローチによる研究よりも説明力に優れており、有効な研究である(木下, 1999)。ヘルスプロモーションはある意味では包括的な理念として示されているが、本研究においては、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションという特定領域において、退職移行期にある高齢男性という限定した対象の、現実により密着したモデルの構築を目指す。

「自我」は、個人的利害関心と対峙することによって、新たな「自我」へと再構築される(Mead, 1991)。人が社会と相互作用し、「自己」の再構築を行っていく過程は、人が日常生活の中に生きて生活している限りは、常に変化する動的なものである。また、シンボリック相互作用論に基づく探求においては、相互行為や社会における「意味」を明らかにすることを重視するが、人びとがそれぞれにどのような経歴や生活経験を経てどのような自己像を抱くに至ったかを探ることも重要な研究の留意点である(伊藤, 2002)。

グラウンデッド・セオリーはプロセスとしての理論である。「プロセス」という概念はグラウンデッド・セオリーの主要特性であり、取り上げる現象の現象特性としてのプロセスは、分析を成功させる上で決定的に重要である(木下, 1999)。すなわち、ものごとが意味づけられ、「自己」が再構築されていくプロセスや、その意味が各概念と相互に関連し変容していく「全体的な動き」を読みとることが分析の過程において重要であり、本研究においても、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデルの動的特性や変化過程に注目し、分析をすすめていく。

4. 他の質的研究方法論との違い

グラウンデッド・セオリー・アプローチは、シンボリック相互作用論の影響を受けた研究方法論であり、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた本研究の研究デザインは、シンボリック相互作用論の前提を踏まえたものである。シンボリック相互作用論は、人間の行動や社会生活における「意味」を重視している(伊藤, 2002)。Mead は人間を自己を持った生命体としてとらえており、自己との相互作用により人間の行為は形成されていく(Blumer, 1990)。すなわち、人は社会的相互作用から導き出された意味にのっとり行為するため、ある概念を人がどのように意味づけ、定義しているかに着目することが、そのヘルスプロモーションに関わる行為を明らかにするためには重要である。

ある質的研究方法論においては、データをありのままの形で示すことで、研究者の偏りと存在による影響を排除しようとしている(Strauss & Corbin, 1999)。しかし、グラウンデッド・セオリー・アプローチにおいては、理論の産出において基礎とするのは事実そのものではなく、事実から産み出された概念的カテゴリー(もしくは、そのカテゴリーの概念的特性)である(Glaser & Strauss, 1996, p.32)としている。すなわち、ここで研究の対象とするのは、変化しうる事実ではなく、対象者の経験の中から理論的に抽象化された、変化しない概念である。事実であるデータを概念化し、これらの概念を真実の理論的解釈を上げるために相互に関係づけることで、理論上の公式を見出すことが可能になる(Strauss & Corbin, 1999, p.17)。

さらに、グラウンデッド・セオリー・アプローチは、他の質的研究方法論とは異なり、データの分析において、解釈を解釈として提示するだけではなく、解釈を1つの体系だったまとまりの形にして発表する(木下, 1999)。すなわち、本研究においても、研究対象者の経験の中から抽出された概念を定義づけ、さらには概念間の相互の関係性を積み上げることにより、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデルを構築していく。

また、多くの質的研究において、分析過程は研究者の内部で行われており、周囲には見えないものであった。しかし、Glaser と Strauss は、グラウンデッド・セオリー・アプローチを提示することで、周りには見えない分析過程を透明化しようとしており(木下, 1999)、周囲に対し、より妥当な説明が可能な研究手法と考える。

5. いくつかのグラウンデッド・セオリー・アプローチの存在と修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

従来の社会学における研究活動への批判や、質的方法論の不明快さを拭い去るために提起されたグラウンデッド・セオリー・アプローチは、GlaserとStraussという二人の研究者が、相互に影響しあい、導き出した理論であった。しかし、その後、両者の理論展開は対立し、科学的認識論にもとづく Glaser 版のグラウンデッド・セオリーと、プラグマティズムとシンボリック相互作用論に基づく Strauss 版のグラウンデッド・セオリー・アプローチに別れ、理論が展開されていった(木下, 1999)。結果として、現在、いくつかの異なったグラウンデッド・セオリー・アプローチがある。木下(1999)は、その中で、Strauss 版を基盤に Glaser の考えを取り入れ、独自の解釈を加え修正ストラウス・グレーザー版グラウンデッド・セオリー(以下、修正版グラウンデッド・セオリー)を

提示している。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチは、グラウンデッド・セオリー・アプローチの初期特性を重視し、データに密着した、データ全体の文脈の中から明らかになる意味合いが重視されている(木下, 1999)。

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにおいては、直接的にデータから概念をコーディングすることで、データを切片化したり、煩雑な手順で分析を行うことにより失われかねないデータ全体の文脈を重視し、分析を行う。すなわち、GlaserとStraussの初期の著作の中に示されていた、研究のあり方としてのグラウンデッド・セオリーを、もっとも明確に方法論的、技法的側面とは独立した位置づけの中で提示したものが修正ストラウス・グレーザー版グラウンデッド・セオリー(修正版グラウンデッド・セオリー)である(木下, 1999)。

グラウンデッド・セオリー・アプローチは、現実をあるがままの姿で捉え、データに密着した分析から独自の概念を創り、それらによって総合的に構成された説明図式を導き出し、社会的相互作用に関係し、人間行動の予測と説明に関わることにおいて、研究者が意義を明確にしている研究テーマにより限定された範囲内で説明力に優れた理論である(木下, 2001)。

本研究においては、現実にも密着し、総合的に構成された説明図式であるヘルスプロモーション・モデルを構築することが重要である。退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションは、彼らが生活するソーシャルコンテキストの中で意味づけられている、動的な概念である。彼らのヘルスプロモーションにおける変化過程や、社会との相互作用の中で意味づけの過程を明らかにするためには、データを切片化するのではなく、文脈の流れの中で概念を導き出すことが重要である。そこで、グラウンデッド・セオリー・アプローチの中でも、データ全体の文脈の中から明らかになる意味合いを重視するという初期特性により着目している木下(1999)の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い研究を行った。

III. 研究方法

1. 研究協力者

定年退職後、退職移行期もしくは退職移行期直後にある、現在、55歳以上の高齢男性。自立して日常生活を営み、通常の会話が行えるもの20名程度とした。なお研究協力者は、大企業であるA社の退職会役員に依頼し、退職会に所属するものの中から条件にあったものの紹介を受けた。

本研究はN社を定年退職した退職移行期にある高齢男性を対象として研究を行った。先にも

述べたように退職者の様相は多様であり、日本のように多くの労働者が永年勤続後に定年退職を迎えることが多い場合、永年勤続した企業の文化風土が退職移行期にある彼らに与える影響は大きい。そこで一つの企業を退職した者のみに研究協力を依頼し研究を行うことにより、その影響を限定することが可能になる。また研究者が退職移行期にある高齢男性がかつて就労していた企業の文化風土や社内の健康管理等に関わるシステムを十分に理解しておくことは、彼らの深い理解につながる。そのため、研究を依頼する企業を選択する上で、その点を考慮し、研究者が研究協力者が就労していた期間中の企業の文化風土や社内の健康管理等に関わるシステムについて一定の知識がある N 社の退職者に研究協力を依頼することとした。

なお、退職移行期にある高齢男性を対象として研究を実施するが、退職移行期全体を網羅するために、現在、退職移行期にある高齢男性のみならず、退職移行期直後にある高齢男性をも対象として研究を実施した。

1) 研究協力者の選定手順

研究協力者は、以下の手順により選定した。

研究の依頼を行った A 社退職会に所属する会員のうち定年退職した、退職移行期もしくは退職移行期直後にある 55 歳以上の男性各 5 名の紹介を受ける。研究の進捗に従い、必要時、重ねて紹介を受ける。なお、この作業は、データが飽和するまで繰り返され、結果、19 名の研究協力者の紹介を得た。事前に、調査の趣旨等を電話で説明し、同意が得られたものを研究協力者とした。本人の都合に合わせて面接日および面接場所を決め、面接の上、再度書面を用いて研究に対する協力を依頼し、情報提供に関する同意を得た。

2) 研究協力者の概要

研究協力者は都市部に居住する N 社を定年退職後、退職移行期もしくは移行期直後、すなわち、定年退職後常勤もしくは非常勤として再就職をしている、求職中である、完全に引退し現在はまったく仕事をしていない状況にある高齢男性 19 名であった。年齢は 57 歳～80 歳であり、現在も就労中のものは 8 名、現在、すでに退職したものが 11 名であった。就労中のものは、正社員であるものと契約社員であるものがあり、ほとんどものが、N 社の関連会社に就労していた。ただし、H 氏については N 社とは関係のない、親族が経営している会社に就労していた。退職者については、1 名のものがインタビュー終了後、再度就職活動を行い再就職し、1 名のものは要介護の妻の介護を行っていた。

研究協力者は40歳代後半ですでにN社を退職したのもいたが、ほとんどのものが50歳代前半にN社を定年退職していた。その後、関連会社への再就職を繰り返し、現在の状況に至っていた。19名のうち、現在独居のものは1名、他は夫婦世帯もしくは家族世帯であった。

2. データ収集期間

平成15年6月～9月。

3. データ収集の方法

1) インタビュー

本研究におけるデータは研究協力者に対するインタビュー結果を主なものとした。

質的研究方法においては、インタビューや参与観察がデータ収集のために多く用いられている。インタビューはものごとの意味を本人に直接たずねることにより探ろうとするものである(伊藤, 2002)。本研究において明らかにしたいものは、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションが意味するものであり、その意味づけの過程であり、このような日常の行動や会話に現れにくい事柄については、インタビューによりデータを収集することが有効である。そこで、本研究においては、その中で特にインタビューのみを用い、データを収集するものとした。

インタビューは、情報提供について同意が得られた研究協力者に対し、構造化されない質問により構成した。構造化されないインタビューを行うことにより、ヘルスプロモーションについて自由に語ってもらうこととした。

インタビューは前述の研究課題を明らかにするために臨機応変に行われるが、インタビューの一定の方向性を概念分析および予備研究の結果を踏まえ決定した。なお、ヘルスプロモーションという言葉が研究協力者にとって馴染みある言葉ではないため、以下のインタビューガイドに沿い、ヘルスプロモーションにおいて重要な概念であり、研究協力者に対する質問の糸口として、語りやすく、馴染み深い項目である、「健康」を糸口として、インタビューを行った。すなわち研究協力者には、

- ① 過去から現在における健康状態とその変化について
- ② 健康を維持、増進するために行っている活動とそれに影響したことについて
- ③ 現在の健康状態に影響した過去の出来事について
- ④ 現在の自分と仕事、地域、家族等と健康との関わりについて
- ⑤ 在職中の自分の健康に関わる看護を含む専門職の関わりとその影響について

⑥ 地域における自分の健康に関わる看護を含む専門職の関わりとその影響についてという質問を糸口として、インタビューを行った。インタビューは研究協力者の了解の下、録音しながら実施した。録音したインタビューデータはインタビューメモを参考に全文文章化した。インタビューの全文は研究協力者にそれぞれ返却し、内容を確認してもらった。内容に関する誤りや公表したくない部分についてはこの際に指摘してもらい、訂正および公表したくない部分の削除を行った。

4. データの分析方法

木下(1999; 2003)による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく分析方法により、分析を行った。

1) データ分析における姿勢

Glaser はその分析において、「emergent(浮上)」という表現にこだわっているが、これは、データに密着した分析により論理的必然性を伴ってオリジナルな概念群を生成するダイナミズムを伝えようとしたものである(木下, 1999)。Glaser のいう理論的センシティビティや木下のグラウンデッド・セオリーの思考法、知的戦略としての概念の命名法、研究の目的と意義の意識化などが一体となって、その人をしてデータに向かわせる「姿勢」を創り出す(木下, 1999)。すなわち、データに密着し、データと向かい合いながら、全体の文脈の中から浮上してくる概念を捉えることを念頭におき、データを継続的に比較分析し、解釈を積み重ねていく。

2) データ分析の手順

(1) 分析テーマと分析ポイントの設定

データの分析にあたり、研究テーマから分析テーマを絞り込む。なお、この分析テーマは、データ収集および分析の際の指標となる。データ収集後、実際のデータに密着し、テーマを再度検討した後、分析テーマを決定する。決定した分析テーマに基づき、分析するデータの範囲が限定される。

また、分析テーマが決定した後、分析ポイントを設定する。分析ポイントには、概念生成のレベルとカテゴリー生成のレベルがあり、これを設定することで、分析の視点をより明確にすることができる。

(2) 概念の生成

グラウンデッド・セオリー・アプローチにおいては、データの収集と分析はコーディングを介して同時並行しながら、データを継続的に比較することによる、独自の分析方法が考案されている(木下, 1999)。一定の包括性を有する分析概念であり、それを構成する下位概念群を持つカテゴリーを、いきなりコーディングと結びつけることは理解しにくく、グラウンデッド・セオリー・アプローチの知的戦略である概念の命名を、分析的比重がないまま行くと、混乱こそすれ分析概念の生成にはならない(木下, 1999)。

そこで、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにおいては、データを切片化することなく、まず、データの解釈から直接、分析の最小単位である概念を生成する。まず、一人分のデータ全体を読み、分析テーマと分析ポイントを念頭におきながら、分析ワークシートを作成する。概念の生成において常にデータに密着し、全体的な流れを見失わずに分析を行う。データにいかにか密着し得るか、ということが大きな課題であり、この際、スーパーヴァイザーの指導の下、「なぜそこに着目したか」ということを研究者が自分に問いながら、分析をすすめていく。木下はグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて研究をすすめていく上で、特にその初期段階における概念の生成におけるスーパーヴァイザーの必要性とその役割について述べている(1999)。この段階におけるスーパーヴァイザーの存在は重要なものといえる。

① 分析ワークシートの作成

分析ワークシートには、生成した概念名、定義(データの解釈を論理的に、しかも端的に表現したもの)、ヴァリエーション(具体的なデータの一部)、理論的メモを記入する。1つの概念に、1つのワークシートを作成する。必要に応じ、概念の名称、定義、ヴァリエーションは変更される。

② 理論的メモ

概念生成の作業はいろいろな解釈の可能性について、数多くの疑問や着想がみられるので、それらを可能な限りメモにすることが必要であり、Glaser と Strauss は理論的メモとして、オリジナルな解釈、理論的アイデアを記録する作業について提示している。理論的メモは、個別的解釈を加え、解釈したものの関係についてのアイデアのメモであり、分析結果をまとめていくために有望な仮説的アイデアとなり、最終的なグラウンデッド・セオリーを構築するための源泉となる重要なものである。

(3) カテゴリー生成

概念を生成していくと、概念間の相互の関連性が浮上してくる。その時点で、カテゴリーの生成がなされる。この場合、データのプロセスとしての特性に着目し、カテゴリー生成を行うと、概念間の関係性がつかみやすい。

概念生成をすすめていくなかで、概念間の関係性が示されるようになり、カテゴリーが生成され、コアカテゴリーが抽出されていく。「カテゴリー」とは、概念間の関係から構成されるものであり、カテゴリー間の関係から1つのコアカテゴリーを選定し、それを中心にカテゴリー間関係を統合したものがグラウンデッド・セオリーとなる、すなわち、個々の概念を構成要素として論理的包括性でまとめていく(木下, 1999)。

最終的に、分析結果を確認するために、生成した概念とカテゴリーを用いて、結果を簡潔に文章化し、ストーリーラインを構成し、研究者の研究テーマの範囲において、十分に現象を説明し、全体の図式を示す像が明らかになった点で本研究は終了した。

5. 研究の信頼性と妥当性

分析の過程において、得られた内容の信頼性および妥当性については、看護および看護研究、老年看護の専門家および研究協力者により内容を確認してもらった。

6. 倫理的配慮

以下のように、研究にあたり倫理的な配慮を行う。文章による説明は、別添資料に示した説明書を用い、情報提供に対する同意の確認は、同意書(資料-I)を用いて行った。

1) 研究に協力することによって研究協力者が得るもの

本研究によって明らかにしようとする事とその意義について書面および口頭で説明を行った。

2) 研究に参加することによる研究協力者の負担とそのための対応

本人の負担にならないよう、インタビューの時間を予め60分程度と設定し、おおよその終了時間は、インタビュー開始前に知らせ、終了時間がそれと大幅に異ならないように注意した。また、延長する可能性が生じた場合には、インタビューの途中で延長の幅について説明し、その可否についても確認した後、インタビューを継続した。なお、インタビューの継続が不可能な場合は、

途中で一端インタビューを終了し、後日、改めてインタビューをすることが可能かどうか確認し、可能であれば改めて時間をとってもらった。

インタビューの場所については、研究協力者が選択した。インタビュー内容については、研究協力者に研究への協力を依頼する時点で事前に同意を得た。さらに、インタビューにおいて本人が語りたくないと思いを表明した内容については、そのことについて語ることを強制したり、誘導的に無理に引き出すことがないよう配慮した。

3) 研究協力者が研究協力を拒否することの権利の保証

あらかじめ、口頭および書面において研究協力を拒否することができること、それによってなんら不利益が生じることは無いことについて書面および口頭で説明した。なお、研究協力の拒否については、協力の完全な拒否、途中からの拒否、インタビューした結果であるデータを研究に用いることの拒否(全体および一部)が含まれている。データの使用の可否については、インタビュー終了後、メモおよび録音したテープを文章化した時点で、研究協力者にその使用の可否の確認を行った。

4) 研究協力者のプライバシーの保護

情報の提供にあたって、インタビューを実施する場所については、研究協力者がプライバシーを守れると考えられる場所を、自ら選択してもらった。インタビューの実施にあたっては、プライバシーが守れるよう、その環境に配慮する。インタビューの際に、メモをとることとメモの取り扱い(内容を確認した後に廃棄すること)、録音することと録音したテープの取り扱い(内容を確認した後に廃棄すること)、インタビューした結果であるデータ(メモおよび録音したテープを文章化したもの)の取り扱いにおいて、研究協力者のプライバシーの保護に配慮していることを事前に口頭および書面で説明し、了承を得た。

提供された情報については、データの使用の可否を確認した後は、個人のデータが特定されないよう氏名を排除してデータの分析を行った。また、データを録音したテープについても、研究終了後、廃棄することとした。それまでの過程においても、研究協力者のプライバシーが保護されるよう、データの取り扱いに配慮した。

第4章 結果および考察

退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションについて、インタビュー調査を行った。インタビューデータについて、〔定年退職後、社会における自分の役割や加齢に伴う自身の変化にどのように対応し、自身を健康であると他者に対し提示しているのか〕ということを実験テーマとして、インタビュー結果の分析を行った。

分析の結果、退職移行期における高齢男性のヘルスプロモーションは、【退職移行期に退職後の社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程】として明らかにされた。以下では、退職移行期における高齢男性のヘルスプロモーションの意味を考察しながら、記述し、さらに、彼らのヘルスプロモーションを支える保健医療専門職、特に看護の関わりについて考察する。なお、本研究において考察を展開していく上で、結果の中に示される個々の具体的なデータは不可欠である。結果と考察を分けて記述することで、記述内容の大幅な重複が予想されるため、ここでは本研究のストーリーラインを重視し、結果と考察をあわせて記述する。

なお、本文中、分析の結果、明らかになったコアカテゴリーを『 』で、カテゴリーを《 》で、概念を〈 〉で示し、インタビューにおいて語られたデータは「 」で示すものとする。

I. 退職移行期における高齢男性のヘルスプロモーション、すなわち、【退職移行期に社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程】(図 1)

退職移行期における高齢男性は、定年退職後、〈退職－再就職〉を繰り返す中で、自身の健康について『健康提示の二重性の保持』をしつつ、社会的役割の変化に伴う『社会的自己価値の再構築／確認』『人付き合いの縮小と発展』を行っており、そういった彼らの生き方そのものが、彼らのヘルスプロモーションとなっていた。

1. 健康提示の二重性の保持

退職移行期にある高齢男性は、健康状態について二つの捉え方を併せ持ち、退職後の生活の再構築を行っていた。『健康提示の二重性の保持』とは、一人の個人の中に混在している《健康提示の二重性》すなわち、〈良好な健康状態の提示〉をする一方で、〈年相応の衰えの実感〉〈健康を脅かす身体的変化の存在〉を容認するという他者に向けた二重の健康状態の提示を、《保健医療資源の活用》をしながらか健康維持に向かう行動修正》をすることで、その

バランスを取りながら維持していくことであった。

1) 健康提示の二重性

《健康提示の二重性》は、一人の個人の中で＜良好な健康状態の提示＞をする一方で、＜年相応の衰えの実感＞＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を容認するという二重の状況が混在している健康状態を他者に対し提示することを示している。＜良好な健康状態の提示＞は、＜良好な健康状態の保証＞により、自身が良好な健康状態にあることを客観的に確認し、また、＜年相応の衰えの実感＞は単に自身の健康状態の変化のみならず、＜同年配者の健康状態の変化＞によっても感じ取られるものであった。

予備研究では、退職移行期にある高齢男性は、この二つの健康状態の捉え方の間で揺れ動いていると考えていた。しかし、退職移行期にある高齢男性は、この二つの概念の間を揺れ動き、一時点においてどちらか一方だけの概念を持ち合わせているのではなく、この健康状態についての二つの捉え方を同時に併せ持っていた。すなわち、＜良好な健康状態の提示＞を行うことと、＜年相応の衰えの実感＞＜健康を脅かす身体的変化の存在＞があることは、一人の人の中で常に併せ持たれている健康状態についての捉え方であった。

(1) 良好な健康状態の提示

＜良好な健康状態の提示＞は、主観的に健康上の問題がないことを自分自身および他者に対し提示することであり、自分にも、他者にも納得させたい主観的な健康状態であった。退職移行期にある高齢男性は自身の健康状態について、他者が年齢に基づいて予測している“年並み”の健康状態とは異なり、心身ともに良好な健康状態を保っていることを自他に対し提示していた。また、この健康状態は主観的かつ相対的なものであった。

一般に人々が抱く高齢者に対するイメージは必ずしも良いものではなく、老年期は否定的に捉えられている(Botwinick, 1981)。しかし、「健康診断の際、あなたのデータは保険会社が理想とするものですと言われました。」「健康診断でも異常なし……。」のように、退職移行期の高齢男性が提示する自らの“健康状態”は、他者が年齢を基準として予測したものとは異なり、“良好な”ものとして提示されていた。高齢者は身体上、障害や疾病があったとしても自分なりに健康であると考えていた(Frenn, 1996; Nash, 2001; 時長, 松本, 加納川, 山田, 長戸, 他, 2003; 日野原, 2003)。すなわち、他者の高齢者“像”、および他者が見做している高齢者の“健康状

態”と、退職移行期にある高齢男性自身が主観的に、そして相対的に提示している、自分の“像”および“健康状態”の間には乖離が示されていた。退職移行期にある高齢男性は、＜良好な健康状態の提示＞をし、“良好な健康状態”を強調することで、その差を埋め合わせ、他者に対し、自分たちの“良好な健康状態”を納得させようとしていた。

否定的な高齢者“像”は、「年寄りという概念が変わってきていますけれど、昔 65 歳で年寄りだったのが、今は 75 歳でしょ。」「60 になった時には、昔 60 って言うと、もう老人の部類に入ったかと思うけれど、自分の意識としてはそういう意識は全くなかった。」と、その年齢に達するまでは、自分たち自身も抱いていたイメージであった。自分たち自身も一定年齢以上の年長者に高齢者というレッテルを貼り、年長者について健康状態が低下し、社会的な活動の維持が困難になると考えていた。しかし、実際に自分がその年齢に達すると、60 歳や 65 歳、さらにはそれ以上になっても、自分たちは年老いて社会に依存しなくてはならない存在ではなく、自立し、社会において価値ある役割を果たしていける存在であると考えていた。すなわち、一定の年齢に達したとはいえ、自分の健康状態は社会において価値ある役割を果たすのに十分な程度に維持されているということ、＜良好な健康状態の提示＞を通して自分および他者に対し示し、その結果、彼らは社会における役割の獲得を目指し、社会的自己価値の維持を図っていた。

しかし、彼らに全く病気がないということではなく、「(白内障の手術をした)これだけです、保険証を使ったのは・・・あと、病気らしい病気ってないな。」「血圧の薬を飲んでいる以外は持病はない。」のように、客観的には何らかの疾病を抱えている場合もあった。しかし、この“良好な健康状態”とはあくまでも自分自身および他者に対して示したい、主観的な基準に基づく健康状態であった。

(2) 良好な健康状態の保証

＜良好な健康状態の提示＞を行うため、客観的な裏付けを根拠として、“良好な健康状態”を確認し、自分の健康状態の良好さについて保証を得ていた。またこの保証は他者に対する保証を示すばかりでなく、自分自身にも“良好な健康状態”について保証をもたらすものであった。

「今は年に 1 回家内と人間ドックに行っている・・・継続が大事でしょう、データが。だからあそこに毎年行ってね、チェックをして。」「今も会社で健康診断はしています。」と、健康診断を積極的に受診し、良好な結果を得ることによって＜良好な健康状態の保証＞を行っていた。また、たとえば何か問題があったとしても、「肋膜炎とつったんです。ええ、それでもう、でもねえ、毎年ね、成人

病健診を受けているんですよ。」と、その問題が自身を脅かすような状態には至っていないことを確認し、＜良好な健康状態の保証＞を得ていた。健康診断や精密検査により、＜良好な健康状態の保証＞を得、これを根拠として彼らは＜良好な健康状態の提示＞を行っていた。高齢者は、健康診断について“悪いところがあっては大変なので定期的に医療機関を受診して詳しく調べてもらう”と考えており、こういった意識は、老後の不安の現れともいえる(時長,松本,加納川,山田,長戸,2003)。退職移行期にある高齢男性は、＜年相応の衰えの実感＞や＜健康を脅かす身体的変化の存在＞により、自身の健康上の問題点を自覚し、不安を感じるかもしれない。しかし、一方では健診などを通して＜良好な健康状態の保証＞を得ることで、その不安を払拭し、＜良好な健康状態の提示＞を行っていた。

一方で、全ての人が＜良好な健康状態の保証＞を積極的に得ようと行動しているわけではなかった。「隣の隣の隣の方は先生に宣告されるのがいやだと言って、なかなかお医者さんに行かないんですが……。」と、自分の健康状態に不安を感じていても、自身の健康問題に直面したくない場合、＜良好な健康状態の保証＞を得るための作業を避けていた。「こちらのご近所の人でね、見つかった時に手遅れでね、亡くなっているんですね。」と、その結果、健康問題は拡大し、重篤な結果を引き起こしていた。疾病に対する恐れは人に病気対処行動をとらせるものとなる(宗像,1998)が、反対に過度の恐れは人の病気に対する行動を阻害するものとなっていた。

＜良好な健康状態の保証＞を積極的に得ようとする行為は、健康に対する自信の表れでもあり、＜良好な健康状態の保証＞を得ることにより、自身の“良好な健康状態”に根拠を与え、＜良好な健康状態の提示＞を強調するものであった。

(3) 年相応の衰えの実感

＜年相応の衰えの実感＞は、自分自身の健康状態を低下させる加齢による生理的な変化がもたらす身体機能、精神機能の衰えを自覚し、実感することであった。日常のちょっとした体力低下、易疲労性、感覚機能の変化、精神機能の変化から＜年相応の衰えの実感＞をしていた。この変化は年相応のやむをえない加齢的变化であるとして、自分自身を納得させていた。

退職移行期にある高齢男性は、社会の中で高齢者とレッテルを貼られる年齢に達しても、＜良好な健康状態の提示＞を行う一方で、「でもね、やっぱり年なんだなって思うのはね……。」「昔よりは年をとりましたね……読んで目で追っているだけで、頭に入ってこない。」と加齢に伴う、身体的、精神的な衰えを実感していた。日常生活の中で感じるちょっとした衰えをきっかけとして、

“高齢者”となった自分を実感し、＜年相応の衰えの実感＞をするようになっていた。70 歳以上になると体力の衰えを感じるものが全体の 8 割以上を占めており(総理府広報室, 1998)、＜年相応の衰えの実感＞は加齢にともないほとんどの高齢者が日々実感させられることであった。身体の衰えや生活習慣病の発症は「年のせいなので当然」なこと(日野原, 2001; 時長, 松本, 加納川, 山田, 長戸, 2003)であった。

一方、＜年相応の衰えの実感＞は直線的に下降線を辿っていくものではなく、「私は元気ですよ。若いもんには負けないと思ってますから。」と、若い人と比較して自分自身の健康状態や体力に遜色が無いことを感じることで、薄れていた。しかし、また別の機会に加齢による変化を感じると、＜年相応の衰えの実感＞をしていた。薄れたり強化されたりしながらも、加齢とともに徐々に身体の衰えを感じるが多くなり、老いを身近に感じるようになっていた。「生理的に劣化していくのはしょうがないですよ。」とこれらの衰えを特別なことではなく、生理的に正常な自然な変化であると自分自身を納得させ、やむをえないこととして受け入れていた。すなわち、高齢者の自覚的健康度は年齢にともなって低下し(山根, 1997)、彼らにとって加齢的な変化や加齢に伴って生じる変化は年相応にあってもしかたがないものであり、回復は望めず、現在の健康状態が維持できれば良い(Frenn, 1996)と現状を受け入れていた。彼らがここで“衰え”を実感している健康とは主に身体的な健康であり、山根(1997)の研究にも示されているように、自覚的健康度とは、主に身体的な健康度を示すものであった。

しかし、生理的に正常な変化であるとわかっていても、「これが年かと思ったね、情けなかったですよ。」と、＜年相応の衰えの実感＞をすることは、自分自身の年齢を感じさせられることでもあった。＜年相応の衰えの実感＞をし、他者が自分を健康状態の低下した高齢者と見做すことについては、「やっぱり、向こうは人の身体見て、言ってるんだと思うから、しょうがないって思っ
て……。」と諦めてはいるものの、「早く行ってね、休みなさいとか何とかって言われる。ちきしょうと思う。」と腹立たしいことであった。高齢者は身体的に衰え、自立性を喪失することを最も恐れている(Botwinick, 1981)。自分自身の年齢を感じ、＜年相応の衰えの実感＞をすることは、徐々に自分たちが恐れている状態に近づきつつあることを実感することでもあった。

＜年相応の衰えの実感＞は、就労を継続する上で必要な新たな知識や技術の習得にも、影響を与え、さらには就労の継続にも影響を与えていた。日本において、50 歳くらいになると労働能力が低下するという思い込みが社会のみならず、個人的にも根強い(松本, 1998, p.190)。「うん、それからやっぱり、時代が進んできてるから、新しい知識を吸収するという意欲はもうないね。

もう、最近はわかんないですよ。」「もう一度働くのは、いや、もう、いいですね。」と、＜年相応の衰えの実感＞をすることで、新たなことに対処しながら労働を継続する意欲は低下し、就労が縮小し、『社会的自己価値の再構築／確認』がなされていた。

＜年相応の衰えの実感＞は『人付き合いの縮小と発展』にも影響を与えていた。すなわち、＜年相応の衰えの実感＞に伴い、遠方の友人との行き来が身体的に困難になることにより、《人の付き合いの縮小と発展》が起こっていた。

(4) 健康を脅かす身体的変化の存在

退職移行期にある高齢男性は、＜良好な健康状態の提示＞を行う一方、彼らの“良好な健康状態”を危くする健康上の問題である＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を自覚していた。すなわち、＜良好な健康状態の提示＞を行う一方で＜健康を脅かす身体的変化の存在＞や＜年相応の衰えの実感＞という二重の健康状態が、退職移行期にある高齢男性の中に存在していた。

「血圧が 200 ぐらいになったのは……50 過ぎてからですね。」と、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞については自覚しており、その変化について＜健康問題修正のための努力＞により解決できる場合は、何らかの対処をしていた。＜健康問題修正のための努力＞により、その変化が修正されるものもあるが一方では、「一生、……通わなくてはならないかもしれない。」「進行をとめるだけ。」と、共存していかななくてはならない身体的変化も存在していた。例えば、高血圧、腰痛、蓄膿症、前立腺肥大といった慢性疾患、「骨格がきゃしゃ」「のどが弱い」といった体質上の問題については、それらの身体的変化と安定的な共存が図れるように、＜健康問題修正のための努力＞がなされていた。

しかし、「症状がなくなると気にならなくなる。」「症状はあるんだけど、治療するような病気にはならない。」「上が 200 で下が 100 ぐらいになっちゃう……血圧高めのほうが調子がいいんですよ。」と、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を認知していても、それが苦痛を伴う変化ではない場合、＜健康問題修正のための努力＞には結びついていなかった。また、「今こういう状態だから……そんなことやってらんないでしょう?」と、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を認識しつつも他に優先順位の高い事項があり、自身の健康に配慮する余裕がない場合も、＜健康問題修正のための努力＞には結びついていなかった。

(5) 同年配者の健康状態の悪化

＜同年配者の健康状態の悪化＞は、同年輩の友人や知人、自分の親族などの健康状態の悪化を体験することを通し、同年輩である自身の健康状態にも関心が向くことで、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞に配慮し、＜年相応の衰えの実感＞をするようになっていた。

「最近やっぱり、訃報が多いですよ。……寂しいね、やっぱりね。……最近 60 歳前後で亡くなる人が何人か出てましてね。ショックですね。」「元気だったんです。……胃がんが肝臓に転移して、手術をしたって言うんです。」といった、自分と同年輩の人々の健康状態の悪化や死は、「……いつねえ、そういう風になるかわかりませんかでしょう。だから、気を付けなくちゃいかんなあと……。」「健康は、気にしていますよ。ちよつとどっか痛いよね、がんじゃないかとかね。……友達とか女房ががんで死んでますからね。」のように、自分の健康状態への配慮を促していた。病気の恐れが現実になる可能性が高いと認知することは、病気対処行動をとらせる動機となる (Mechanic & Volkart, 1961)。すなわち、彼らは自分と同年輩の他者の体験を通し、病気の恐れが自分にとっても現実になる可能性に思いを及ばせ、その結果、自身の健康状態にも配慮していた。しかし、これはあくまでも他者の体験を通した間接的な体験であるために、「(タバコを止めたのは)2 回目……1 回目止めたんです。あることがきっかけで、人が死んだってことがきっかけで、もう誓ったんですよ。好きなタバコを止めよう。」と、その深刻さは「健康維持に向かう行動修正」を長期に維持していくには不十分であり、一定時期が過ぎると行動修正する以前の生活習慣に戻っていた。

2) 健康維持に向かう行動修正

＜年相応の衰えの実感＞や＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を認めることで、その問題に対処し、＜良好な健康状態の提示＞が行える健康状態を維持するため、「健康維持に向かう行動修正」が行われていた。すなわち、＜年相応の衰えの実感＞や＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を容認し、その問題に対処するために＜健康問題修正のための努力＞や＜加齢変化に伴う行動の修正＞がなされていた。また彼らは、努力や修正の結果、もしくは現在の健康状態を維持した結果である“良好な健康状態”を導く行動を、＜良好な健康行動の提示＞として他者に対して提示していた。

(1) 良好な健康行動の提示

<良好な健康行動の提示>は、<健康問題修正のための努力>や<加齢変化に伴う行動の修正>の結果、もしくは自分の現在の良好な健康状態を維持するために好ましい生活習慣と考えている、一定の行動をとっていることを他者に対し提示することであった。<良好な健康行動の提示>は、自分自身が健康に配慮し、努力していることを他者に示すことであり、これらの健康行動をとることで、結果として<良好な健康状態の提示>が導かれていた。すなわち、<良好な健康行動の提示>は、“良好な健康行動”の結果として導かれた<良好な健康状態の提示>を強調するものでもあった。

“良好な健康行動”は、健康問題の存在を身近に感じることで、「それだけ健康管理というものを、自分の体を大事にしなきゃだめなんですよ。自分がやらなきゃ。」と、自身の健康をセルフケアすることの重要性を認識することにより選択される行動であった。高齢になるほど自分の健康に注意を払うようになり、食事、休養、規則正しい生活といったことに注意する傾向を示していた(総理府広報室, 1998)。彼らも<良好な健康行動の提示>として具体的には、「食事は気を付けていますよ。」「・・・15分ぐらい体操やって、それから大体40分ぐらい歩くんですよ。」のような、運動、食事、飲酒、喫煙、休養といった一般に生活習慣病の予防のために必要だといわれている行動を提示していた。

「日頃の健康に留意するという意味で、・・・目標をたてて一応継続するというにしています。時々難しい時もあるけれど、まあ続いている。」と、必要性を認識し、納得して行っている行動であると、比較的容易に行動の継続がなされていた。一方、「煙草はずっと吸ってたんですが、やめろ、やめろと言われてやめたんですよ。・・・で、また吸い始めちゃったんですけど。・・・ただやっぱりなんとなく吸いたくなるんですよ。」と、喫煙など嗜好性および習慣性の高い行動を、他者の指示で中止する場合、必要性は理解していても、その行動を継続することは困難であった。また、これらの“良好な健康行動”は、自身が必要性を認識し、納得した上で行っている行動であるが、厳格な制限を示すものではなく、「お酒は・・・それ以上は絶対飲まないと決めている。それはやっぱり自分の健康管理。酒はね、疲労回復、健康促進剤。そういう気持ちで飲まないで・・・。」と、自分の生活の中に組み入れ、ゆとりを持って行う行動であった。Pender(2001)は、ヘルスプロモーション行動に影響する要因の一つとして行為の負担の知覚をあげている。“良好な健康行動”の実施にあたり、退職移行期にある高齢男性はその負担と効果を考慮し、負担が少ない行動については、積極的に自身の生活の中に取り入れていた。一方、負担が多い行動に

については、その継続が困難であった。

“良好な健康行動”は必ずしも自身が選択し、自己決定して行う行動だけではなく、「家内がね、ぜひこれ(禁煙教室)に行けと言うもんだから……。」と、家族の配慮や、「今はもうこういう世の中だから、タバコやめといて良かったなと思っている。駅でも何でも。」と健康増進法の施行などの外的環境の変化が、その選択に影響を与えていた。また、「タバコはやめました。胃潰瘍のせいではありません。そんなことでは止めません。」「特に健康に興味があったわけでもありませんでした。……その頃から、健康に注意するという意識は持ち始めました。ちょうどその頃からね。何がきっかけだという記憶はないですけどね。」と、必ず健康問題の発生などの特別なきっかけがあつて獲得される行動というわけではなく、加齢や周囲の変化に伴い、自然発生的に獲得される行動でもあった。

(2) 健康問題修正のための努力

＜健康問題修正のための努力＞は、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞に対処し、その健康問題を増悪させないため、もしくはその健康問題を解決するための努力のことを示している。「GTP とか、なんかあるでしょ、あれはあんまりいい値じゃないですよ。」と、何らかの＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を認識することにより、「そろそろ休肝日を作るとかした方がいいかなとは思ってますけどね。」と＜健康問題修正のための努力＞が考慮されていた。

＜健康を脅かす身体的変化の存在＞が苦痛を伴うものの場合、「腰椎の椎間板ヘルニアを経験して、ウォーキングをやるとか。」と、＜健康問題修正のための努力＞は容易に選択されていた。＜健康問題修正のための努力＞を継続していくことが困難であったとしても、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞の重大性が増すと、「制限をしながら生活するっていうのは、何となくわびしいっていうのかね、楽しみがないんですよ。それが非常に残念だっていうかね。」と、その努力は守られていた。反対に、「ウォーキングは入院した後、2年ぐらい真面目にやったから。去年の秋ごろからパタッと止まって……。」と、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞が軽減し、苦痛が消失すると＜健康問題修正のための努力＞は継続されず、中断されていた。自覚症状がない場合、コンプライアンス行動は遵守されにくい(宗像,1998,p.92)。＜健康を脅かす身体的変化の存在＞の重大性と＜健康問題修正のための努力＞の継続は密接に関連していた。

一方、＜健康問題修正のための努力＞がストレスをもたらし、他の健康問題を発生させる可能

性もある。「ストレスが溜まるんでね、煙草を吸い始めたんですよ。悪いのは知ってるんだけど、心臓で、パコッといくんだ、その方が楽だなあとと思って。」と、複数の<健康を脅かす身体的変化の存在>が並存している場合、どの行動を選択するかについて、例えば、“喫煙”と“ストレス”という2つの健康問題の間でバランスをとりながら<健康問題修正のための努力>がなされていた。

(3) 加齢変化に伴う行動の修正

<年相応の衰えの実感>をすることで、加齢に伴う身体的変化を認識し、それを是正するため、もしくはその変化に自分を合わせ、行動を調整するために<加齢変化に伴う行動の修正>が行われていた。

「生理的に劣化していくのはしょうがないですよ。その生理的劣化を精神的な面でどうカバーしていくか。」と、加齢的な変化は避けられないことであり、それにどのように対応していくかが問題であると捉えていた。<年相応の衰えの実感>することで、「歳も歳だから飲まないでって……。」「若い時は安易に考えているんですよ。60 過ぎた頃から、疲れたなと思ったら横になる。それと食事ね。バランスをとってね。……体を壊すのは簡単だけれど、それを元に戻すのは何倍もかかる。」と、加齢的变化に対応し、自分の身体をいたわるように、日常生活の中で<加齢変化に伴う行動の修正>が行われていた。

<加齢変化に伴う行動の修正>は大幅な生活習慣の修正ではなく、「食べられない。食べられないし、物理的にも入らないね。……まあ、それが自然の流れなのか。要するに体が要求してるっていうかね。」と、自分の身体の要求に従い、食べるのを控える、飲むのを控える、休息を十分に取るようにする、無理をしないとといった程度の小幅な修正であった。一方、「あまり年取った、年取ったという意識はないんだけど、ごく自然体で無理せずがいいなあと。……健康には気をつけてはいるけれど、あまり神経質になってないということだね。」と、<年相応の衰えの実感>をしていないことを強調しながらも、無理をしないとといった程度の<加齢変化に伴う行動の修正>はなされており、健康への配慮がなされていた。

<年相応の衰えの実感>をし、<加齢変化に伴う行動の修正>の必要な年代であることの自覚はあっても、「今まで関心なかったけれど、これはちょっと関心持たないといけないんじゃないかと。血圧を自分で測るようにしなさいという指示だったんですよ。でも、測っていない。」と、その身体上的変化が日常生活に影響を与えたり、身体的苦痛を伴っていない場合、<健康問題修正のための努力>と同様に、<加齢変化に伴う行動の修正>には積極的ではなかった。

3) 保健医療資源の活用

《健康維持に向かう行動修正》をすることで《健康提示の二重性》が保持されていく。しかし、《健康維持に向かう行動修正》は必ずしも全て自力で行えるものではなく、時に《保健医療資源の活用》をすることで、《健康維持に向かう行動修正》がなされていた。退職移行期にある高齢男性は、＜保健医療資源の探索＞を行い、＜心理的に身近な保健医療資源の活用＞や＜物理的に身近な保健医療資源の活用＞を行っていた。

(1) 保健医療資源の探索

＜心理的に身近な保健医療資源の活用＞や＜物理的に身近な保健医療資源の活用＞により、《健康維持に向かう行動修正》を行うために、近隣の噂、ためしに利用してみるなどを通し情報を収集し、＜保健医療資源の探索＞を行い、自分にあった保健医療資源を探し求めている。

就労が継続されている間、就労先やその近辺の保健医療資源を活用しているものが多かった。退職後も、退職前から関わりのある病院まで自力での移動が可能であれば、物理的に身近な保健医療資源を探索することには熱心ではなかった。引き続き、通い慣れた病院である心理的に＜身近な保健医療資源の活用＞がなされていた。しかし、退職後、活動の中心が居住地周辺に変わり、遠方の保健医療資源活用しにくくなると、近隣で＜身近な保健医療資源の活用＞を求めている。

近隣の＜保健医療資源の探索＞のために、「妻は今、そこに行っています。その整形の先生はいい先生だって、内科の先生に言われたって言って……。」「やっぱりいろいろ聞くなり、情報をよく聞いてね。近所の人とかいろんな人の情報を聞いてみて、それで判断したほうがいいかなと思ってますよね。近所のうわさというか、交際範囲の中で聞いてみる。」と、近所の噂話などが大きな情報源となっていた。その意味において、『人付き合いの縮小と発展』を行い、近隣での付き合いを深めることは、近隣での情報交換を可能にし、保健医療資源の活用にも大いに役立つものであった。さらに、風邪などあまり重篤ではない病気に罹ったときや、「毎年定期健康診断っていうの。それはもう担当が決まっているの。ここのお医者さんでね、……。」といった健康診断の機会を利用して、近隣の病院を試すことで、近隣の＜保健医療資源の探索＞が行われていた。

近隣の情報が不十分であったり、「いい先生いるんだけど、……夜来てくれるのかどうかね。……主治医を見つけろ、見つけろって、言うけれど、なかなかいないですよ。」と、必ずしも自分の求める保健医療資源が無かったりすると、＜保健医療資源の探索＞が困難な場合もあった。火急の必要性が無ければ、さらに情報を収集し＜保健医療資源の探索＞を行うものの、「かかりつけのお医者さんを見つけなさいということで……やぶ医者じゃないかと思っているんだけど。……ちょっとあんまり信用しないんだけど。そこをかかりつけのお医者にした。」と、火急のニーズがある場合、＜保健医療資源の探索＞を諦め、妥協した“保健医療資源の活用”がなされていた。

また、場合によっては“身近”さではなく、専門的なサービスを提供する＜専門的保健医療資源の活用＞を求め、＜保健医療資源の探索＞が行われていた。さらに、重篤なイメージの疾病にかかった場合には、「例えば『がんが発見されましたよ。がんですよ』と……もし聞いたらば、2個所の病院に行って、それで同じ診断を受けて……。」と、セカンドオピニオンを得るために＜専門的保健医療資源の活用＞を求め、＜保健医療資源の探索＞が行われていた。

(2) 物理的に身近な保健医療資源の活用

＜心理的に身近な保健医療資源の活用＞と同時に、＜保健医療資源の探索＞により見出した、近隣に存在し、ADL や生活範囲が縮小しても通いやすい＜物理的に身近な保健医療資源の活用＞をすることにより、《健康維持に向かう行動修正》が行われていた。

退職前は就労先やその近辺の利用しやすい保健医療資源を、“身近な保健医療資源”として活用することが多かった。しかし、退職を繰り返す中で日々の活動の場が近隣へと移ってくるにつれ、「今、何、血圧がやっぱり高いですよ。……最初は勤め先のほうにかかっていた、辞めてからは今度は近くの病院。」「担当の T 病院とか、すぐそばに、K 病院が 5～6 分で行けますし。」「もうちょっと歩いたっていけるとこですから。」と、＜物理的に身近な保健医療資源の活用＞へと、利用する保健医療機関が変化していた。

(3) 心理的に身近な保健医療資源の活用

“身近な保健医療資源の活用”として、近隣にある＜物理的に身近な保健医療資源の活用＞のみを示しているのではなく、慣れ親しみ、信頼できる保健医療資源である＜心理的に身近な保健医療資源の活用＞を行っていた。

「病気っていうのはやっぱり自分がずっとかかってきた病院っていうのが、愛着って言い方はないけど、何か安心感があるでしょう。」「当時からの顔のつながりでずっとかかっている。……。わざわざ出てきて。もう完全にリタイアしても、それを楽しみに出てくる人もいます。」と、慣れ親しんだく心理的に身近な保健医療資源の活用もなされていた。

＜物理的に身近な保健医療資源の活用＞の中でも、「(近くの開業医……)先生、面白いひとでね。」「H 病院が出来た頃、行ったら先生が、まあ、何回かこう、気さくに話をしていたんですが、私がずっと診てますよって言ってくれたんですね。」と、親しみをもてるく心理的に身近な保健医療資源の活用は、保健医療資源を有効に活用するために重要な要因であった。人々は近くの、自分の健康状態をよく知っている、いつでも相談に乗ってくれる、信頼できる医師を求めている(時長,松本,加納川,山田,長戸, 2003)。コンプライアンスを高めるために、医療関係者と良好な関係性を築くことが重要である(宗像, 1998,p.141)が、＜心理的に身近な保健医療資源の活用＞がなされている場合、専門職との関係性も良好に保たれており、コンプライアンスもよく、《健康維持に向かう行動修正》もなされ易い傾向にあった。反対に、物理的に近くにあっても心理的に身近に感じられない保健医療資源については、「J 大の方へ行ったらね、パーキンソンのあれを手続きしなさいって。すぐ言ってくれたの。……開業医は、知っててやらないような気がする。」と、積極的な活用はなされていなかった。さらに、患者－医療関係者間の信頼関係が築けなかったり、治療効果に満足できない場合には、複数の病院をあちこち渡り歩く(時長,松本,加納川,山田,長戸, 2003)といった、“ショッピング”行動が示され、一定の医療機関を“心理的に身近な保健医療資源”として活用することは困難であった。

看護職、特に地域で活動する看護職には、医療的な専門知識とともに地域で生活する人々を支援する役割がある。すなわち、看護職は本来、地域で生活する人々にとってより“身近”な保健医療資源として存在しているべきである。しかし、実際は「(市の看護職とは……)情報提供するくらいですね。……たまにね、来るんですよ。……年に一回くらいね、健康相談ということでね。」「前は保健所が会館に来ていましたけど、……ここ 2 年程はお呼びしてない。本当はしなきゃいけない。」と、多少の接点はあるものの、“良好な健康状態”の退職移行期にある高齢男性は、“身近”な保健医療資源として選択してはいなかった。

また、看護職が身近な存在として積極的に働きかけても、「(保健指導は……)余計なことだって。……俺の悩み言えば、お前解決してくれるのだから。」「何にもしないのが 1 番いいですよ。ほっとくのが。」と、その働きかけが彼らのニーズにあっていない場合についても、物理的に“身

近”にしながらも、心理的に“身近”な保健医療資源として選択されてはいないこともあった。

2. 社会的自己価値の再構築／確認

退職移行期における社会との関係性の変化の中で、退職移行期にある高齢男性は、再構築した社会的自己価値を、自分自身のみならず他者に提示することを通し、確認していた。

退職移行期にある高齢男性は、定年退職後、＜年齢に基づく退職－再就職のルール＞に従って、徐々に＜年齢に応じた就労の縮小＞をしていく中で、社会における立場や役割を変化させていた。しかし、たとえ就労が縮小しても、社会経済的活動に伴う役割は存在しており、その役割を果たすことで彼らは「就労継続による社会的自己価値の提示」を行っていた。一方、社会経済的活動に伴う役割の変化により、家庭内の経済に与える影響が変化し、また、子どもの成長に伴い家族構成が変化することで「家族生活の再構築」が行われ、家庭内の役割も変化していた。社会、家族における役割が縮小、または変化することに伴い、社会経済的活動である就労を主とした暮らしから離れ、徐々に「自分に適った退職後の暮らしの確保」を行うようになっていた。

この変化は、定年退職直後に突然、劇的に発生するものではなく、退職移行期に退職－再就職を繰り返す中で、徐々に変化していくものであり、固定的なものではない退職移行期における自己価値は、退職移行期という変化過程の中で揺れ動き、繰り返し再構築されるものであった。「現代社会における高齢者は、(中略)自らが何者であるのかを絶えず自己同一化しなければならぬ(天田, 2003, p.86)」。退職移行期における社会的自己価値の再構築の過程は、老いゆく自己を明確にし、自己同一化していく過程でもあった。

1) 就労継続による社会的自己価値の提示

働くことに価値を置き(Walker, 2001)、退職を自分が高い価値を置いてきた活動領域の喪失と捉える(Giolgi, 1971)退職者にとって、仕事を全く失ってしまうことは、社会的自己価値を失うことにつながる。退職移行期にある高齢男性は、定年退職後も全く仕事を辞めるのではなく、縮小しながらも就労を継続することで社会における役割を維持していた。社会において価値ある役割を維持することにより、自他に対し「就労継続による社会的自己価値の提示」を行っていた。

退職移行期にある高齢男性は、定年退職後、＜年齢に応じた就労の縮小＞をしながらも、かつて築いた＜企業内での肯定的人間関係の形成＞と＜年齢に基づく退職－再就職のルール

>に従い、新たな就労先を獲得していくという、退職と再就職を繰り返していた。時が流れる中、経済的保証は必ずしも万全ではなく、＜年金生活への不安＞を抱いていた。しかし、実際には大企業を退職した彼らには＜年金に基づくゆとり＞があり、＜再就職の自他による肯定的意味づけ＞が可能な就労先を選択し、再就職を果たしていた。しかし、時の流れとともに社会は変化し、就労に求められる技術も変化していく中で、＜“浦島太郎”となった自覚＞も感じていた。＜“浦島太郎”となった自覚＞をすることは、就労を縮小させ、さらには完全な退職へと向かわせていた。就労が縮小し、また退職することで、生活のリズムや日々の生活のはりを失い、＜退職後の空虚＞が生じていた。この“空虚”は再度就労することや「自分に適った退職後の暮らしの確保」をすることで満たされ、新たな社会的自己価値の再構築が図られていた。

(1) 再就職の自他による肯定的意味づけ

退職移行期にある高齢男性の多くは、定年退職後、再就職するが、その際、他者から必要性を認められ、また、自分自身でも社会的価値を認められる就労先、すなわち＜再就職の自他による肯定的意味づけ＞が行える就労先に再就職していた。

定年退職後、すなわち、多くの経験を経て、＜年金に基づくゆとり＞を得て以降の再就職は、単なる収入を得るための就労ではなく、「俺できるかなあ……いや、あなたならできるよってね。」「そういう意味で、便利に使っていただいている。」「こっちへ来いと言われて。……強引に、連れてかれた。まあ、今、考えたらよかったですけどね、忙しかったけどね、うん。」と、自分の価値が認められ、肯定的に評価される場、すなわち自分の社会的価値が肯定的に意味づけられる場での就労の継続であった。

退職－再就職の繰り返しの中で、＜再就職の自他による肯定的意味づけ＞をし、求められているところで働き続けるためにも、「今までと同じ流れの仕事が良いね、そうそう。」と、多くの場合、今までに培ってきた知識や技術を活かせる、自分の専門領域での就労を選択していた。また、就労先からも「俺がもう(会計について)何でも知っていると思って……。」「あの辺(技術系)は、退職者が引っ張るといっか、引き抜くそうですよ。」と、一定の技能を有するものについては、必要な人材であると高く評価され、積極的に再就職の機会が与えられていた。反対に、「いつも何かやるかなあって気持ちはなくもないけど、やっぱり、勇気はないねえ、飛び込んでいく勇気は。」と、今までとは異なる仕事を選択することは、新たな人間関係を形成し、新たな能力を発揮しなくてはならず、ためられることであった。

他者に肯定的に評価され、再就職の機会を得ることは、退職移行期にある高齢男性にとって重要なことであったが、同時に、自身が再就職を肯定的に捉えることが重要であった。「僕はあんまり仕事の選びはしないね。」と言いつつも、「まあ、頭使う仕事じゃないね。」「今更そんなことはできない。そこまでしてというのは全然違いますからね、働くというのは。……慣れていないというか、何というか。……ああいう役に立たないような仕事ではないんだよ。」「ああいうのは僕は向かないね。……そういうところにはちょっと行く気はしないね。」と、＜再就職の自他による肯定的意味づけ＞がなされない場合、その就労を選択することはなかった。就労は単なる経済的活動以上の、自我と社会的地位、社会関係の基礎、意味ある人生経験といったものを確保するために選択されていた(馬, 2001; Walker, 2001)。

一方では、「今までの仕事とは正反対。……そういう面ではね、逆に仕事は面白いんですよ。」と、慣れない新たな仕事に飛び込んでいくことは＜刺激による生活の活性化＞をもたらし、そのことが＜再就職の自他による肯定的意味づけ＞をもたらしていた。

退職移行期にある高齢男性にとって働くことは、社会における役割を得、社会的自己価値を維持することであった。退職しそのまま何もすることが無いと、「健康でしょう、もてあますんですよ。小人閑居して不善を成すって言うでしょう。俺のことかと思ってね。」と、＜退職後の空虚＞を感じたまま日々過ごすことになる。「元気なうちはね、元気なうちは働きたいと、それが一番いいわけですから。……できるだけ長く勤められれば、健康のためにいいですからね。」「もう年金は出ているんですよ。……生活はかまわないんですが。張りですよ、生きがいの的なものですよ。何か出て行くというリズム。……健康である以上は働く。それもまた、働くという事は、社会の役にも立つんじゃないかなあという。」と、＜年金に基づくゆとり＞以降の就労は、社会的自己価値を維持し、また“良好な健康状態”を維持するものとして意味づけられるものであった。

(2) 年齢に応じた就労の縮小

定年退職後、退職－再就職を繰り返し、年を重ねる中で徐々に就労の形態が変化し、完全な退職に向かい仕事の内容や労働負荷が徐々に＜年齢に応じた就労の縮小＞をしていた。

定年退職後、退職－再就職を繰り返す中で徐々に就労条件が変化し、収入は徐々に減り、仕事上の役割負担も軽いものへと変わっていた。就労程度の縮小は、主に＜年齢に基づく退職－

再就職のルール>に基づくものであり、本人の希望とは関わりなく、会社側が定めた年齢制限による就労継続の断念はやむをえないものであった。退職移行期にある高齢男性が、<良好な健康状態の提示>を行い、能力的には就労し続けることが可能であると自分自身および他者に対し提示したとしても、「いくら資格があつて身体が健康でやる気があつても、やっぱり年齢、年齢制限は、ものすごい壁がありますよ。……高齢者になつたらまず無理。それはもうしみじみ感じました。」と、年を重ねるとともに就労が制限され、<年齢に応じた就労の縮小>を余儀なくされていた。通常、定年退職は50歳代でなされるが、「働くのは65歳ぐらいまでは働けたらと思っています。」と、<年金に基づくゆとり>が生活に生じるまでは最低限でも就労を継続したいと考えていた。

「自分ではまだ勤められると思つていたんですけど、たまたまこういう時代ですから、会社のほうから一応終わりと言われて。……急だったものだから、まだしばらくはと思つていたんですけど。」
「今までは年齢をあんまり制限しないでやつてたんですけどもね。……70で最後終わると。」
「もともと元気なうちはいつまでも働ける会社というので創られたんですよ。最近風向きが変わつてきて、……先輩はそろそろ身を引いた方がいいんじゃないですかという話が出て。」と、一定年齢以降も雇用を求める気持ちは強いものの、<年齢に基づく退職－再就職のルール>に基づき、“完全な退職”を余儀なくされていた。また、景気の悪化をはじめとする社会情勢の変化の影響を受け、自分で考えているよりも早い年齢で“完全な引退”を余儀なくされることもあった。

「仕事できるんだつたら、一生やつてる。」と、就労し続けることを望むものもいるが、退職移行期にある高齢男性の雇用形態は、退職移行期の経過と共に、正社員から契約社員、常勤から非常勤へと変化し、最後には“完全な退職”へと向かっていた。<年相応の衰えの実感>や<年金に基づくゆとり>が生じるといった、個人的な要因が加わることにより、「休めないからね。疲れる。」「でも、もうこの年で働きたいとは思わないですね。……欲は。」「5時半に終わつてすぐ帰る。……通勤が楽ですよ。」「年齢的にはちょうどいい仕事かもしれないね。あんまり根を詰めた仕事つてのは、無理ですからね。」と、自分の限界に応じて仕事の量や時間を調整し、労働負荷が高くない形での就労を求めている。さらに、<年相応の衰えの実感>をし、<“浦島太郎”となった自覚>を感じる中で、新たな技術や知識の獲得が徐々に困難になることは、就労の縮小により拍車をかけていた。一方、就労の縮小に伴い、「時間が限られているけど、それだけ給料も少なくて。給料つていうのかな、報酬。」と、収入も徐々に減少していた。「うん、給料、どんどん減っちゃうんだもん。で、年金も減らされるでしょう？……だからもう、やんない。」と、収入と

労働負担のバランスを検討し、完全な退職が決断されていた。

多くの場合、就労程度が徐々に縮小し、“完全な退職”に向けて軟着陸を目指すのが、場合によっては突然就労することやめ、完全な退職生活へと移行することもあった。どの場合においても、全く社会的な役割が消滅するわけではなく、地域や家庭内など就労以外の場において代わりの役割が獲得されていた。

(3) 年齢に基づく退職－再就職のルール

定年退職後、退職移行期にある高齢男性は、退職－再就職を繰り返しつつ徐々に“完全な退職”に向かっていた。退職－再就職を繰り返す中で、自分の仕事を後輩に引き継ぎ、自身も先輩の仕事を引き継ぐ、退職－再就職の繰り返しに関わる<年齢に基づく退職－再就職のルール>が退職と就労の継続に関して存在していた。彼らは退職し、仕事を後輩に引き継ぐことはやむをえないことであり、さけることはできないこと(岡本, 山本, 1985)であるという一種の諦めを示していた。

「管理職は55になったら辞めるんですよ。その時は世話してくれますよ。……それ以降は面倒みてくれない。自分で探すしかないね。人脈で探すんでしょうね。」「これもN社のあれで斡旋してくれますけどね。会社は直接は関係でないんですが、N社の関係でね。」と、定年退職後、<企業内での肯定的人間関係の形成>による人間関係を基に再就職先を紹介され、退職－再就職を繰り返していた。最終的には70歳前後まで継続しようと思えば再就職を繰り返していけるものの、その就労内容は徐々に縮小し、特に<年金に基づくゆとり>を得て以降は、就労により得られる収入は限られたものとなっていた。

退職－再就職を繰り返す事は、ある範囲内で可能であるものの、ただし、次々と退職者は生み出されるものであり、「74歳まで働いていた人が、後輩に仕事を譲って……それはそうだよ、もう譲らなきゃ。そういうのはきちんとルールを作らないとだめですね。」「70歳ぐらいまで面倒を見てもらっている人もいますけれど。ああいうのも、辞めてもらわないとね、次が困ります。」「次から次へと卒業生がいるんだから、譲ってもらわないと困るって。そういうのはルール決めてここまでというのを決めたら、してもらわないと。」と、一定の期間就労した後には、次の世代へと仕事を受け渡していくという暗黙のルールが存在していた。しかし、「だってあの辺は、退職者が引っ張るといっか、引き抜くそうですよ。若い人たちは違いますがね。」と、このルールは一定の技能を有する退

職者には必ずしも適応されず、比較的長期に渡り就労を継続していくことが可能であった。ただしこうしたルールも景気などの社会情勢によって影響され、景気が良く雇用状況がよければ仕事の引渡し期間が延長するものの、「こういう時代でリストラでとかいう時代だから、・・・まだしばらくはと思っていたんだけど。」と、景気が悪化し、雇用が不足すると引き渡し期間は徐々に短縮されていた。

(4) 企業内での肯定的人間関係の形成

退職前の＜企業内での肯定的人間関係の形成＞は、退職後の再就職や退職者同士の交流に影響を与えていた。この関係が希薄であると、退職－再就職を繰り返し“完全な退職”に向かうことや、特に仕事に関連した範囲での『人付き合いの縮小と発展』も困難になり、結果、定年退職後、完全な退職に向けての軟着陸が困難になっていた。

退職移行期における就労先の獲得には、暗黙の＜年齢に基づく退職－再就職のルール＞があり、そのルールが有効に機能する基盤となっているのが＜企業内での肯定的人間関係の形成＞であった。「これだけ多くの人に気持ちよくね、付き合っていたら、それで退職っていうか、定年をとつくに過ぎてもいまだに皆さんの中にいて。」「だから冗談で、こないだ会ったときに『どっか紹介してください』と言ったんですけどね。いや、『来るならいいよ』って。『技術要らない』って。『紹介してやるよ』なんて言ったけど。」と、退職後も引き続く人間関係の中で肯定的に評価されることで、就労を継続する機会がもたらされていた。

「基本的には職場関係がよかったですからね。・・・四国のその友達が集まったりしたんですけどね。そういうときはそういう職場にいてよかったんじゃないかなとか思います。」と、＜企業内での肯定的人間関係の形成＞に基づき、退職後も良好な人間関係が継続され、＜仕事仲間の付き合いの継続＞がなされていた。

会社やそこで共に働いた人々との肯定的な関係は、「一旦入ったら一生そこで勤めて・・・会社に入ったら愛社精神というか、帰属意識というか忠誠心みたいなのが強いんじゃないですかね。」「会社の商品は使うようにしてますよ。年金をもらってる間って言うと、亡くなるまでですが。・・・元社員だったんですから、それはね、ある程度当然だと思いますよ。」と、会社に対する高い帰属意識ももたらしていた。このような帰属意識は、定年退職と共に失われるものではなく、退職後も保持される感情であった。

さらに、「OB 会ってというのはありがたいっていう意見が多いんですよ。」と、会社との関わりを中心とした関係の維持を歓迎しており、『ずうっと会社に気に掛けておいて欲しいという気、それはあるかもしれないね』と、自分たちの会社への貢献が報われることを期待していた。過去の会社への貢献が報われることは、過去の自分たちの業績が肯定的に評価されることでもあり、反対に、「もう少し OB でもね、例えば割引とかね、そういう今言った面倒見るっていうか、そういうのがあってもいいような気がするけどね。……何もないんですよ。そういうのは非常に寂しいよね。」と、自分たちの過去が他者から十分に評価されていないことに対しては、寂寥感を抱いていた。

一方、企業内での人間関係が強固であり、退職後も働いていた会社に対する帰属意識が高く、＜過去への固着＞をしていると、新たな人間関係の形成が阻害されていた。このような関係は、退職した会社に対する依存傾向を示すものでもあり、「会社がしてくれたからよかったけれども、退職したら、それをしてくれなくなったから、困ってる。それが OB の原点。いけないところ。」と、その依存傾向は否定的に評価されるものであった。

(5) “浦島太郎”となった自覚

＜年相応の衰えの実感＞をし、定年退職後の技術の進歩や社会の変化に対応することが困難であることを感じると、現在の社会において自分自身が時代遅れとなってしまった＜“浦島太郎”となった自覚＞をするようになっていた。＜“浦島太郎”となった自覚＞をすることにより、＜年齢に応じた就労の縮小＞や“完全な退職”をするようになっていた。

退職後、時代や社会は変化し、かつて自分たちが中核を担っていた社会とは必要とされる技術や能力も異なってきており、「最近、全然分からない横文字が多いですね。……何してるか分からない。」「わけわからんがね、いっぱいできて。本当ですよ、うん。名前聞いただけじゃ、何？何やってんの？って。」と、社会の変化の流れにはついていけず、「パソコンのソフトを買ってきてやってますけどね。もう、1 年経つと分からなくなるもんだから……。」と、新たな技術の習得も困難であると感じていた。そうすると、「時代が進んでくるから、新しい知識を吸収するという意欲はもうないね。……新しい仕事はもう無理ですね。」と、何か新たな技術を習得したり、新たな関係を形成することは面倒なことであり、困難なことであると感じ、その結果、＜年齢に応じた就労の縮小＞や“完全な退職”を選択していた。

(6) 年金生活への不安

定年退職後、年金を受給することにより経済的な基盤が確保されるものの、就労している時に比べ収入が減少することや社会情勢の変化に対する経済的な不安は決して拭い去れるものではない。特に、“完全な退職”をしておらず、年金生活をまだ開始していない退職移行期にある高齢男性は、＜年金生活への不安＞を示していた。

大企業に永年勤続した退職者は、退職後、一定年齢になると年金を受給し、生活はその年金収入により支えられ＜年金に基づくゆとり＞を得ることとなる。しかし、「ほんとに辞めてボランティアだけで年金生活に入ったら、それは、僕はちょっと大変だと思うんですよ。」と、年金受給、医療費負担、税制などに関わる政策の変化などの社会の変化に伴い、年金収入は必ずしも十分なのではなく、今後の生活に不安を感じていた。

より安定した豊かな生活を行うための、給与収入を得るため就労の継続を試みるものの、一定の年齢を過ぎると＜年齢に基づく退職－再就職のルール＞に阻まれ、就労の継続も困難になっていた。

実際には、既に年金を受給しているものは＜年金に基づくゆとり＞を感じているものの、「(70歳の方と比べて年金は)全然違うよ、彼らはいいい思いばかりしてる。……我々の時代に入って今にもっとがくっと落ちるんですよ。」「年金だってね、僕はやっぱりね、政治の貧困といえればそれまでかしらんけどね。……だって健康保険だってそうでしょう。健康保険だって、だんだん負担が増えてね。」と、制度変化などに伴う今後の負担の増加など、“完全な退職”をした後の生活に対して、不安を感じていた。

(7) 年金に基づくゆとり

退職後、実際に年金収入を得るようになると退職後の経済的な基盤が確固たるものとなり、経済生活上に＜年金に基づくゆとり＞が生じていた。このゆとりに基づき、退職移行期にある高齢男性は、就労をはじめとする生活上の自由を得ることが可能になっていた。

退職後、一定年齢を過ぎると永年勤続の結果、年金収入が得られる。本研究においては大企業に永年勤続した退職移行期にある高齢男性が研究対象であり、一定額の年金収入があることが予測される。大企業の退職者は、「みんな生活に精一杯なのかね。僕は年金で楽々でしょ。」と、年金受給による経済的保障に裏打ちされた生活上のゆとりである＜年金に基づくゆとり＞が存在

していた。

年金収入を既に得ているものにとって、「給料がこのぐらいでどうでしょうって言うけれど、もう金いらない。」と、退職後の就労は必ずしも必然的なものではなく、「(辞めてそういう仕事をするぐらいだったらもう年金生活でいい?)僕も多分その口だね。で、よく言えば、年に3回ぐらいちよつと3泊か4泊ぐらいの旅行をね、やって。」「OB会の、事務局長をやってましてね。それで、69歳で辞めたんです。そう、そう、もうどっちかっていうとボランティア。お小遣い程度ですから。」と、生活にゆとりを与え、結果、《自分に適った退職後の暮らしの確保》を与えるものであった。また、経済的な余裕は、定年退職後の職業選択にも大きな幅を与えていた。反対に「仕事はあんまり楽しくない。でも、やらざるをえないから、しょうがないからね。食べられないから。」「僕の兄貴なんかも会社を定年で辞めた後、自分で仕事を見つけて、マンション管理みたいな……やっぱり、年金だけじゃ食えないでしょう。」「みんな生活に精一杯なのかね。僕は年金で楽々でしょ。……まわりは必死ですよ。……だから生活に余裕がないですよね。」と、経済的な余裕を感じられず、＜年金生活への不安＞がある場合、退職後の生活における選択の幅は制限されるものであった。

(8) 退職後の空虚

“完全な退職”により、《就労継続による社会的自己価値の提示》は不可能なものであり、生活の張りを失い、日々の虚しさである、＜退職後の空虚＞が募っていた。退職を、重荷をおろした感じがする、気楽になったと歓迎したとしても(岡本, 山本, 1985)、それは一時のことであり、その後、虚しさを募らせていた。

「今はもう辞めたから。いつ寝たって。ひどい時は朝寝して。昔は朝6時になったら起きて、8時には出かけるという圧迫感があったから……。」「はじめ辞めた時は、ネクタイも要らない、ワイシャツももう要らないという開放感があったけれど……。」と、退職した当初は拘束された生活から離れ、開放感を味わっていた。しかし、次第に就労していたころの生活のリズムが失われ、「何にも役に立たない。……張りがありませんよね。」と、活気が失われていった。仕事をしない自分に対して、「男っていうのは、仕事がないのは、空しいなって思いますよね。」「もてあますんですよ。小人閑居して不善を成すって言うでしょう。俺のことかと思ってね。」と、労働者という社会における位置を失うことにより虚しさがつのり、時間を持て余すようになっていた。むなしさがさらに募ることにより、精神的な抑うつ状態が高まり、社会活動性が極端に低下した状態である「閉じこもり」(新

開, 2004)と呼ばれる状態に至る可能性もあった。閉じこもりは寝たきりに移行するハイリスク状態(ヘルスアセスメント検討委員会, 2000; 新開, 2004)であり、退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションを阻害する要因の1つであるとも考えられる。

新たな役割の獲得や関係性の構築を就労以外の場で行うことで「自分に適った退職後の暮らしの確保」を行い、「完全な退職」に向けた軟着陸が目指せると空虚感は強くないが、突然の退職により、「自分に適った退職後の暮らしの確保」が困難である場合、空虚感を強く示していた。また、「退職後の空虚」が強く、まだ年齢的に就労が可能な場合は空虚感を埋めるために再度就労しようと就職活動を行うこともあるが、「年齢に基づく退職－再就職のルール」が障壁となり、年齢を重ねるとともに再就職は徐々に困難になっていた。

こういった閉塞的な状態が継続すると、「今、下手すると昼間からでも酒を飲もうかなと思っちゃう。……友達なんかでもパチンコにのめり込んでる奴がいるからね。」と、アルコールやパチンコへの依存状態に陥ることや、「後輩が相次いで死んでいるの。みんながんでね。……退職したらすぐ死ぬ人が多かったんですよ。仕事がなくなって、ふうと力がなくなるんでしょうかね。」と、生活のハリを失うことによる健康への悪影響の可能性を示唆し、退職者自身も「退職後の空虚」に対する危機感を抱いていた。

「退職後の空虚」から抜け出し、「自分に適った退職後の暮らしの確保」をするためにも、「やっぱりシャンとするというか張りっていうか、何か欲しい気がする。」と考え、できれば「もう1回。健康だからね、暇と健康とあるとね、ろくなことしないですよ。もう1回だからね。朝出て行くというリズム感というのは大事ですね。」と、再度、就労したいと考えていた。就労に対し「張り」とね、もう一度何か軽い仕事をしようかなあと、……金も何十万も何でも、もらう必要ないからね。……自分にある程度シャンとするというか、行くと責任というのがでてくるし、気分的にもメリハリがでてくる。」「張りですよ、生きがいの的なものですよ。何か出て行くというリズム。……健康である以上は働く。それもまた、働くという事は、社会の役にも立つんじゃないかなあという。」と、経済的価値よりも社会的価値を強調し、「再就職の自他による肯定的意味づけ」が行われていた。「そんなことで……なんかそれを活かした形でもう1回、もう3回目だけれど、いいところないかなあということで、リクルート活動をしたわけ。」と、「退職後の空虚」から抜け出し、「就労継続による社会的自己価値の提示」を可能にする就労が試みられていた。

一方で、就労以外の方法で「自分に適った退職後の暮らしの確保」することによっても、「退職後の空虚」からの脱却が図られていた。

2) 自分に適った退職後の暮らしの確保

定年退職後、退職－再就職を繰り返す中で、退職移行期にある高齢男性の「就労継続による社会的自己価値の提示」は「年齢に応じた就労の縮小」に伴い困難になっていった。退職者は「就労継続による社会的自己価値の提示」が困難になることにより、「退職の空虚」を感じていた。退職移行期にある高齢男性は、就労を継続するなかで社会的自己価値を維持したいと考えている一方、就労の場以外でも「自分の空間の確保」をし、「積極的なお世話役割の担い手」となり、「趣味の世界の充実」を図り、「刺激による生活の活性化」をすることで、「退職後の空虚」を満たし、「自分に適った退職後の暮らしの確保」を図っていた。退職－再就職を繰り返す中で、退職移行期にある高齢男性は徐々にその活動の中心を、就労から就労以外のものへと移行させていくが、その中で彼らは退職後の生活を再構築し、「繁忙な退職後の生活の提示」を行うことで、自身の生活が満たされ、「自分に適った退職後の暮らしの確保」を行っていることを提示していた。

(1) 繁忙な退職後の生活の提示

退職移行期にある高齢男性は、一般の人々が退職者は時間を持て余しているというイメージを抱いていると考えていた。しかし、彼らは、「繁忙な退職後の生活の提示」をすることで、実際には自分たちが活発で忙しい日々を送っていることを提示し、自分たちの日々の生活が満たされていることを強調していた。

「結構暇じゃないんですよ。暇でしょ、って言われると、暇よなんて言ってるけど。」と、一般的に退職者は悠々自適、時間が余っているような印象を抱かれていると本人たちも感じていた。しかし、その実、「そういう面でね、勤めているときも忙しかったけど、辞めてからも結構ね……。」「こうしていると日々、忙しい。」「……勉強しないといけないし。忙しくしてる。」「いろんな行事があつて土曜日曜つぶれますからね……。」と、様々な交流や用事があり自分たちなりに忙しい時間を過ごしていることを提示していた。

「いろいろやっていると忙しい。」「役員両方ってのは非常に多忙なんですよ。両方ね、両方とも嘸んでます。町会の方も嘸んでるし、老人会の方も嘸んでるし。」「退職前も忙しかったけど、辞めてからも結構ね、逆に言えばそういういろんな。」といった“忙しさ”の強調は、自分たちが必ずしも時間を持て余した、社会的に価値の無い存在ではなく、自分が社会において有用な存在で

あることを強調するものでもあり、社会的な価値の高さを提示するものでもあった。

(2) 日常生活の調律

退職後、就労に伴い必要であった日常生活の規則性が失われ、日々の生活リズムが失われていた。その生活リズムを取り戻し、＜日常生活の調律＞を行うことにより、生活に一定の規則性がもたらされていた。

退職後、「今まで会社の規則に従って、何時までに会社に行かないといけないとか、強制力があるでしょ、それがなくなっちゃうんだから。……それが切れちゃうと、完全に怠け心でダメになる。」と、就労により形成されていた日常生活の規則性は失われていった。「今、毎日が日曜だと、土曜も日曜も関係なくなる。……今は日曜日の夜だろうと何だろうと、関係ない。本当に駄目なんですよね。」と、＜退職後の空虚＞感は高まり、一日が長く感じられ、無為な生活を送るようになっていた。このような規則性を失った生活を継続することで、生活のハリが失われていった。

その中で、退職後、「毎日ここに勤めがあるということと……。」と、再就職し就労を継続することや、「完全にリタイアしたら、うちにいる時間が長くなりますよね、そのままでしたら。……これからの課題なんですけれど、うちにいる時間をできるだけ短くする工夫をしようと思ってるんです。」と、外での活動や人々との交流、「自分で考えてメリハリつけてる。しょうがねえなおれ一人で、なんて思ったらダメなの。人生負けや。僕は毎日楽しいな。お気楽ですわ。」と、自分の生活にメリハリをつけることで、＜日常生活の調律＞が行われていた。＜日常生活の調律＞を行うことで、「何ていうか前向きでスケジュールを作っていくと、結構退屈しないで済むんじゃないかなと思って。」と、日々の生活を活性化していくことが可能になっていた。

(3) 刺激による生活の活性化

人との出会いを通して外界と積極的に交わりコミュニケーションをとることにより、精神的な刺激を得ること、すなわち＜刺激による生活の活性化＞により、退職移行期にある高齢男性は退職後の日々の生活を生き活きと活性化させていた。

「ある程度ストレスも大事らしいですね。それが要するに刺激。」「海外旅行ね。……そういう緊張感もまたいいんですよ。若さを保つ秘訣ですね。」「生活の中の刺激が大切ですね。刺激、あれですか、脳の活性化。身体のほうもそれに付随して活性化して。」と、生活を活性化し、良好な

健康状態を導くものとして“刺激”の存在が提示されていた。また、“刺激”は、「勝手に自分で生きがいの方に飛び込んでるのかも。わかんないなあ。身体がまだ、元気だから、そうなのかなあ。……いや、生きがいってやっぱり、自分で企画するんだよな。」「どうやったら、そうやってこれから生きるかっていうことは、多少の企画力がないと言えないけれども。」と、積極的に求めていくものであった。

外からの刺激の多くは、「内にこもっていると会話がないでしょう。だからできるだけ外に、ね。だって、会話がないとちよつとね、よくない気がする。」「仲間と一緒にいろんな形でコミュニケーションできたらと思って、これはやっぱり大事ですよ。」「家にこもりきりではなくって、それが健康の秘訣かもしれません。」と、他者との交流やコミュニケーションを通して得られるものであり、こういった刺激により日々の生活が活性化されていた。

コミュニケーションの多くは他者との直接的な会話により成立するものであったが、「パソコンなんかいじるとね、余計頭使ったりしますし。インターネットもしますよ。トータル的な刺激でしょうかね。」「刺激ってあれ運動だけじゃないですよ。頭から何からすべて。(情報量の多さ?)そう。そうです。」といった、コンピューターや一方性のマスコミュニケーション媒体によるコミュニケーションやコミュニケーションによって得られる多様な情報もその人の生活を刺激するものであった。さらに、「やっぱり都会に住んでいるほうが若いですね。僕なんか。やっぱりあれじゃないですかね。刺激があるからいいんじゃないですかね。田舎はやはり刺激がないですからね。」と、都市部に在住することにより得られる多様な刺激も自分たちの生活を活性化させるものであると考えていた。

また、コミュニケーションの相手は、自分と類似したパターンの人々である必要はなく、「若い女性とコミュニケーション。人との関わり。それが一番健康にはいいんじゃないですか。」「現地の人と、片言でもコミュニケーションってのはいいですね。」「男の人も女の人も、やはり、異性と話しをするということは、長生きの秘訣だと思うんですよ。……生きがいと。」と、自分とは異なる年齢層の人や外国でのコミュニケーションといった、異なるパターンのコミュニケーションも含まれていた。「自分で用が足せるくらいの英会話、土地の言葉は覚えなくちゃいけませんよ。……なにか新しいことを覚えるっていう、それもまたいいと思うんです。」と、異なるパターンのコミュニケーションをとることが、さらにその人の生活を刺激し、活性化させていた。このようなく刺激による生活の活性化は、「社会との関わりをずっともっていくというのが、これが一番健康の源。」と健康

の維持に好ましい影響を与えていた。

反対に、他者とのコミュニケーションを通したく刺激による生活の活性化>が失われると、「従来の年寄りってのはね、……家の中に引きこもりがちだと、やっぱり健康を害する源になると思うんですよね。それが原因じゃないんですけど運動不足になったり、ストレスがたまったり。」と、健康上の問題が生じることを危惧していた。特に高齢者において、<刺激による生活の活性化>が大きな問題であると認識されていた。

しかし、<年相応の衰えの実感>をする中で、特に感覚器、特に聴力の衰えは刺激となるコミュニケーションの妨げとなり、刺激不足により生活が沈滞するものと予想される。しかし、実際には、感覚器に問題があっても、<自分の空間の確保>や<<昔からの関係性内での満足>>をすることで、その人なりに満たされる<<自分に適った退職後の暮らしの確保>>が行われていた。

(4) 積極的なお世話役割の担い手

退職後、<積極的なお世話役割の担い手>となり、地域や仲間同士の活動の中で、積極的にその集まりの世話役としての役割を果たしていくことで、<<自分に適った退職後の暮らしの確保>>がなされていた。

「……委員というのがある、私がやらされている。」「そのうち幹事は4つやっていますよ。……ほんとに幹事ももう1つ2つは外したいんだけど。」「私の地域のグループのね、まとめ役やらされて。」と、他者による肯定的な意味づけを得た後、<積極的なお世話役割の担い手>として、地域や仲間同士の集まりの中で、その役割を受託していた。

一方、「ボランティアなんて……あれで満足してるからいいんだろうけどね。自分が楽しいからやるんですよ。」と、自身でもその役割を受託することに対し、肯定的な意味づけを行うことが必要であった。百々瀬(2002)も、“自分が他人を助けている”という役割を担うことの快感が、相互の助け合いを促進していると述べている。<積極的なお世話役割の担い手>として積極的に活動していくためには、自分が行っている活動に対し、他者のみならず、自分自身でも肯定的な意味を見いだすことが重要であった。

他者から肯定的に評価され、またその役割を果たす時間的余裕があったとしても、「何かボランティアを募集してたんですよ。……働きがいが、それ、そのとき全然なかったもんですからね。やめたんですよ。これはちょっとつまらないなと。」と、退職者自身がその役割を肯定的に評価で

きない場合、＜積極的なお世話役割の担い手＞を受託することはなかった。すなわち、＜再就職の自他による肯定的な意味づけ＞と同様に、＜積極的なお世話役割の担い手＞においても、その活動の受諾において、“自他による肯定的な意味づけ”がなされていた。“自他による肯定的な意味づけ”を行い、＜積極的なお世話役割の担い手＞としての役割を果たしていくことで、退職後も社会の中で必要とされる存在で居続けることが可能になり、社会的自己価値の維持が可能になっていた。

“自他による肯定的な意味づけ”がなされる役割は、「小、中学校との交流もやってるんですよ。昔のね、遊びの指導をですね……1つの健康活動として、取り入れてるんですよ。」「老人クラブの役員をやっているんですよ。……市に交渉しましてね……。」「活動の中でね、情報もね、結構収集出来るんですよ。……そういうことはね、老人活動に、非常に重要なところなんですよ。そうするとその人をね、こうアドバイスしてやったりね……。」と、中核的な役割であり、社会的に価値があると自他ともに意味づけられる役割でもあった。

退職後、＜積極的なお世話役割の担い手＞となることで、《自分に適った退職後の暮らしの確保》が行え、「幹事がまた生きがいなんです。自分の健康法、若返り法ですよ。」「働いていることがやっぱり長生きするっていうのか、健康になるんじゃないかなって気が僕はしてるんですよ。」と、＜良好な健康状態の提示＞が行える健康状態が維持されていた。

退職移行期において＜積極的なお世話役割の担い手＞となるのは、＜年齢に応じた就労の縮小＞により、自分の生活の中で就労が占める割合が少なくなって以降のことであった。周囲が退職を認識することにより、「たまに会うと、まだ勤めてるの、辞めたらこっち頼みますよ。なんて言われてるんだけど……。」と、＜積極的なお世話役割の担い手＞となることが期待されていた。その中で、「それで今度考えたんですよ、わたしのほうが辞めたから。……何かボランティアを募集してたんですよ。」と、＜積極的なお世話役割の担い手＞となる可能性が検討されていた。

(5) 趣味の世界の充実

退職前から、もしくは退職後に始めた趣味に関わる活動を積極的に行い、＜趣味の世界の充実＞がなされることで、《自分に適った退職後の暮らしの確保》が行われていた。新しいことへの挑戦がおっくうになりがちな高齢期(江橋, 2001)において、＜趣味の世界の充実＞は、自分の時間を有意義に過ごし、自己実現や自己表現を行う機会ともなり得る(江橋, 2001)。

「いろんなことに手を出すけど。やっぱり暇なんだね。」と、時間のゆとりが生じることにより、何らかの趣味の活動に没頭し、自分の時間を有意義に過ごしていた。「リタイアして、急につてダメ。無趣味の人は退職してから困るでしょうねえ。……現役の頃から自分の好きなものをずっと続けるっていうことが大事だっていうことを痛感しますよ。」と、退職前から、就労以外に自分の生活を充実させるものの必要性を示唆しているものの、退職後に新たな趣味の世界を充足させていくものもいた。

趣味の世界は「老人クラブ連合会主催のゲートボール大会があるんですが……。」などと、老人クラブやロータリークラブといった近隣の付き合いから発展することもあるが、そういった近隣の趣味の拡大を避け、「例えば趣味で、NHK とかでは募集してますけどね、趣味の教室みたいな。」と、一般に公開されている公共の場も使い趣味を拡大していた。また、「家内とは登山が趣味。」「あと旅行なんかに行つて。旅行は必ず二人で行くんです。と、」妻とともに同じ趣味を楽しみ、＜伴侶と寄り添う＞ことで、夫婦二人で《自分に適った退職後の暮らしの確保》も行われていた。

「能力のある人がうらやましい。」「……絵に没頭している、熱中しているって人いるんですよ。そういう人うらやましいと思いますよ。」と、＜趣味の世界の充実＞を図っている他者に対して肯定的評価をしていた。一方、趣味を持つことに憧れを感じつつも、退職移行期の生活の中で、就労が占める割合が多いと、「ただあれを何かやりたいような気がしてるんですけどね。……やっぱりどうしても時間がない。」「今誘われてるけれど、本気でやる？なんて言われてるけれど、まだちよつと先かな。まだちよつと仕事で余裕がないかな。」と、定年退職したとはいえ、退職移行期において依然として生活の中心は就労である場合、新たな趣味の世界に入っていく余裕は示されていなかった。

(6) 自分の空間の確保

＜自分の空間の確保＞とは、自分が自分らしく過ごせる、物理的空間を確保することが示されていた。

「やっぱ空間にもともと憧れてたから、自分の山小屋作つて……月に半分までいかないですけど、だいたい10日くらいは、もう山小屋に、一人でもつて……。」「どっかね空間を広げたいなあと、あちこち歩きました。…金曜日の晩に夜行で行つて、それで、日曜日に帰つてきたり、な

んかして、続けてましたんですが……。」と、自分が自分らしく過ごせる空間を確保することで、「自分に適った退職後の暮らしの確保」がなされていた。その空間では必ずしも人との交流が必要ではなく、一人で過ごすこともあった。しかし、そこに一人でいることは必ずしも“閉じこもり”や“孤独”を示してはおらず、その空間の中で心満たされる時間を過ごすことが可能であった。

また、日常生活の中でも、就労先で「机があって椅子があって、パソコンがあって……。」と自分が占めることの出来る物理的空間が存在することが、社会の中での自分の居場所の確保という意味において重要であった。

3) 家族生活の再構築

就労している間は家族の中で社会経済的役割を担い、＜家族の大黒柱としての存在＞として家族を支えていたが、退職、子どもの独立などによる、退職移行期に発生する変化に伴い、家族内の役割は変化した。老後、＜子どもの支えへの期待＞を抱いているが、退職移行期においてはまだ子どもに完全に依存するほどではなく、子どもは親世帯から独立し、＜子ども世帯の分離＞が起こっていた。子どもの独立後、夫婦もしくは単身世帯となると、「家族生活の再構築」が行われ、子どもに対しては独立前までは全面的に支援をしていたものが、＜子どもへの補足的サポート＞として、部分的なサポート役割を担うようになり、また、妻とは＜伴侶と寄り添う＞ことにより、相互に支えながら生活を送っていた。

(1) 家族の大黒柱としての存在

定年退職前、就労に基づく収入によりその生活を支えるべき家族がおり、彼らにはその生活を支えていかなくてはならない責任ある＜家族の大黒柱としての存在＞である役割があった。定年退職後、退職移行期においても、自分の家族の生活、特にその経済的側面を支え続けており、家族を支えることは彼らにとって重要な役割として提示されていた。家族を支え続けることは、自分自身の生活のハリや満足感につながるものであるが、同時に責任が生じ、自分の自由を制限するものでもあった。

「娘に、私 30 まで結婚しませんと言われると、後 16 年生きなくちゃいけないんですよ。それまでもってるかなあ。……その為には体調を整えないといかんという気はしていますよ。」と、子どもたちが独立するまでは、自分には扶養すべき家族がおり、家族を支える責務があることを示していた。また、家族を支える責務を感じることで、働き続けるための健康を維持することの必要性

も認識していた。

退職後、子どもは成長して独立し、家族内において〈家族の大黒柱としての存在〉はその役割範囲が縮小していた。親や妻は、自分に扶養する能力がある限り、扶養し、必要であれば介護を行っていた。しかし、自分が責任を持つべき家族成員数が減少すると《家族生活の再構築》により、新たな単身者もしくは夫婦だけの世帯における役割へと家族内役割の変換がなされていた。

「積極的というか、しがらみがないというか、男はそんなことできないですが、女の人にはできるんですね。……男は難しい。家族ができちゃったら、会社辞めて留学だなんてなかなかできないですよ。」と、男性は女性に比べ家族に縛られているという感が強く、家族の生活を支えることを考えると転職などもなかなか困難であり、それに比べて女性のほうが自分たちよりも自由に行動できると考えていた。しかし、反面、男性として家族を持ち、家族を支えていくことは誇りであり、家族を支えるという役割を果たすことで、家族内における自己価値を確認していた。

(2) 子どもの支えへの期待

今後、加齢に伴い身体能力がさらに低下することを予測することで、家族を支えていた役割から一転し、子どもに依存し支えて欲しいと期待する、〈子どもの支えへの期待〉を示していた。

退職後、〈子ども世帯の分離〉により、〈家族の大黒柱としての存在〉として家族を支える役割が減少していた。子ども世帯、親世帯の相互が自立している中で、自分が“良好な健康状態”を維持していると、「親とはやっぱりね、別のほうが自由でいろんな好きなこともできるしいけど……。」「子どもは、たまには来るけどね。あんまり僕は子どもを拘束するような頼り方をするつもりはない。健康なうちは。……子供は子供の好きなように、親は親の好きなようにやってればいい。」と、一定の距離を保って生活し、相互の自立性を強調することで、子どもに対する期待は示されていなかった。

しかし、〈年相応の衰えの実感〉をし、近い将来、自身の身体能力がさらに低下し、次第に家族、特に子どもに支えられる存在へと変化していくことを予測する中で、「子どもに面倒みてもらいたいな。私はへそまがりだから、だめだ。娘にみてもらいたいなあ。」「だんだん年いっていくとね、やっぱり自分の子供と一緒に生活したいとか、孫と一緒に生活したいっていう願望がものすごく強くなってくるでしょう。」と、子どもに支えて欲しいという、〈子どもへの支えの期待〉を持つようになっていた。加えて、妻の介護など、実際に子ども世帯の援助の必要性を感じる中で、「土

日ね(妻と)二人っきりでそんなことやってると、いい加減にしてくれって。(息子家族に)誰か手伝いに来いよって言いたくなるんですけどね。」と、より具体的に<子どもへの支えの期待>を示していた。

一方、「(嫁が手伝いに来ることについて)向こうが「うん」で言わないでしょう?・・・あの子じゃ世話になりたいと思わないでしょうね。」と、子ども世帯との間の関係性が良好に維持されていない場合には、<子どもへの支えの期待>について、たとえ期待したとしてもその可能性は否定されていた。

(3) 子ども世帯の分離

平均的なライフサイクル論に従うと、父母が 50 代になるとその子どもたちは独立期を迎え、親からの分離個別化を図る(岡本,山本, 1992)。子どもが就職や婚姻などによって自立し、親世帯とは別の世帯を構え、<子ども世帯の分離>がなされていた。<子ども世帯の分離>により、親役割は一応終了し(岡本,山本, 1992)、祖父母役割などにみられる<子どもへの補足的サポート>に関わる役割を果たすようになっていた。

子どもが成長し、就職や婚姻により自立すると<子ども世帯の分離>がなされていた。将来的に<子どもの支えへの期待>をし、生活を共にすることを期待していても、<子ども世帯の分離>がなされ、「息子の家に行ってみるとね、息子夫婦以外の家族が入る余地がないような。広さが。」と、子どもたちがすでに自分たちなりの生活を築き、その生活の中に親が入る余地が無いことを具体的に示されることで戸惑いを示していた。<子ども世帯の分離>をすることにより、「自分なりにそれなりの、これからの生活つつのを考えなきゃいかん。まあそんなに甘えてもいけないし、そうかといって子供に負担かけちゃいけないし。」「新しい環境に入っていくのは難しい。・・・独りになったら、もうね、老人ホームに入るしかないのかね。大変だけど、自分じゃ何も出来ないからね、それしかないかなあと。」「寂しいって、先々そういうふうになったら寂しいなっていうのをやっぱり感じるね、今からでも。」と、子どもから自分の老後について心遣いされることについて、諦めを示し、子ども抜きの《家族生活の再構築》が行われていた。

(4) 伴侶と寄り添う

長年の伴侶である妻と相互に労わりあいながら、再構築した夫婦二人での家庭生活を過ごすこと、すなわち<伴侶と寄り添う>ことで家庭生活を再構築していくことが示されていた。

<家族の大黒柱としての存在>は<子ども世帯の分離>とともに失われるが、夫婦二人での生活を支えていく役割は引き続き重要な役割であった。また、<伴侶と寄り添う>ことは、相互に“良好な健康状態”を維持している場合は、心理的にお互いを支え合い、これからの時間をともに分かち合っ暮していくことが示されていた。高齢夫婦は生活に満足したり、二人の関係性に対する影響について考えるよりも、加齢の過程の現実的な帰結、すなわち共に老いていくことを念頭に生活を送っている(Sporakowski & Axelson, 1989)。その生活の中で、どちらかの健康問題が増大するとともに、<伴侶と寄り添う>ことの中には、身体的にお互いを支え合うことも含まれるようになり、介護が必要な場合は、積極的にその役割を担っていた。

<伴侶と寄り添う>ことの中には、「現役の時は母子家庭だからね。うん。家内にずいぶん苦労はかけてるから。うん、だからね、気持ちの上で、罪滅ぼししなきゃ。」「今まで女房なんかあんまりあちこち連れて行ってないから、まあせめて罪滅ぼしに。」と、今まで仕事一筋で家庭のことは妻に任せきりであった、そんな自分を今まで支えてくれたことに対する感謝の念が、示されていた。

《家族生活の再構築》がなされ、夫婦二人での生活を営む中で、「家内とは登山が趣味。年寄りやっている、100名山登山をしている。……それを必ず夫婦二人でやっている。」「旅行は必ず二人で行くんです。」と、夫婦で<趣味の世界の充実>を図り、《自分に適った退職後の暮らしの確保》をしようとしていた。一方、夫婦が相互に「家内は、……ああいうのに入ってて、それで、あちこちこう……旅行行ってるんですよ。で、そのうち、そういう友達ができるでしょ。……それで結構、それでやってみただから、まあ、いいんじゃないかなと。」と、それぞれが独立した存在として、お互いの時間を楽しむ自由も示されていた。

「(家のことは?)うん、全然しない。買い物の運転手で行くくらいですね。」と、家事の分担について、主に夫は“力仕事”を分担し、妻は“女性らしい仕事”を分担する(Brubaker & Kinsel, 1989)という、伝統的な男女役割に基づき、退職後も家事分担をしないものもいる。しかし、自分自身について<年相応の衰えの実感>をしている退職移行期にある高齢男性は、共に年若いつつある妻の健康状態について、「階段のぼり、降りするの、大変みたい。……やっぱし戦いだなあ、じゃあ。かわいそうだなあ。本当になあ。」「うちの女房なんか、行けばいいのに、健康診断の通知が来ても行かない。行けばいいのに行かないって。」と、妻への気遣いを示していた。実際に家事については、「家事見習いを積極的に、茶碗洗いをやるたって、まだ序の口だよ

ね。」「妻は重い物はだめなんです。洗濯物を二階に持って行って干すのが私。床上げ、床のべね。ゴミ捨てがそうでしょ。重い買物。やっとこの頃ですが……。」「家内がまだ勤めているんですよ。……だからほとんど家にいないから。ご飯の仕度とか掃除とか庭の管理なんかみんなこっちがやらないといけないから。」と、積極的に分担し、妻の負担を軽減するように配慮していた。

さらに妻が介護の必要な状況に陥ることにより、《就労継続による社会的自己価値の提示》を行うことで、自身の社会的価値を維持してきた退職移行期にある高齢男性は、「(妻の)診断書書いてもらったときに、……その頃からね、これじゃ、俺辞めちゃった方がいいのかもって思ってたの。……もたないのよ。会社へ行くと腕組みして、こうやって立ってたら良かったんだけど。それができないでしょう？ 本当にもうね、泣きたい気持ちですよ。」と、まだ就労可能な年齢ではあったが、完全に退職し、〈伴侶と寄り添う〉役割を予想外に果たさなくてはならなくなった。高齢夫婦の“親密性”は介護をする中で“老い衰えゆくこと”をめぐって変容していく(天田, 2003)が、妻の介護を行う夫は、その過程において、幾多の混乱や困難性を示しつつも、妻との長年のかかわりの中で、自身が介護することに対しては当然すべきことでやむをえないことだと受け入れていた。しかし、同時に、予想外の早い時期に完全に〈伴侶に寄り添う〉ことをしなくてはならなくなったことに対し、「……だけど、土日ね二人つきりでそんなことやってると、いい加減にしてくれて。誰か手伝いに来いよって言いたくなるんですけどね。」と、一人で支えることに限界を感じ、〈子どもの支えへの期待〉を示していた。しかし、時の変化や社会資源の導入と共に、安定した〈伴侶と寄り添う〉状況がもたらされると、妻の介護をしながら二人で生活していくという、新たな《家族生活の再構築》がなされていた。また、この新たな《家族生活の再構築》を行い、妻を支えるという役割を果たしていくことで、自身の『社会的自己価値の再構築/提示』がなされていた。

(5) 子どもへの補足的サポート

〈家族の大黒柱としての存在〉として家族を支えてきたが、〈子ども世帯の分離〉により子どもたちが自立することで、家族への役割の果たし方も変化していた。自立した家族、特に子どもに対し、必要に応じて手助けをする〈家族への補足的サポート〉により、子どもたちの生活の一部をサポートするといった役割へと退職移行期にある高齢男性の家族内における役割が変化していた。

退職後、〈子ども世帯の分離〉により今までの〈家族の大黒柱としての存在〉としての役割

は減少し、自立した子どもたちに対し、「娘からね、申請がきますよ。今日は熱出したからね、病院に連れて行ってやってくれとかね、それとか、親父の都合が悪いから、代わりにね、ピアノのレッスンに行ってくれとか。」(孫の送り迎え)PTA とかなんかで、迎えに行けなくなったとき、お願いされる。昨日も突然電話がかかってくる、お願いと。」と、<子どもへの補足的サポート>として、補足的に家族、特に子どもを支える役割へと変化していた。祖父母の孫の育児への関与はあくまでも補足的なもの(波川,田中, 1999)であり、孫の親である自分たちの子どもを支える役割であった。独立した子どもとの関係性について、退職前に比べ退職後のほうが、関係がより密接になる(Tryban, 1989)。さらに、夫婦世帯のほうが単身世帯に比べ、子どもとの関係は密であり(Tryban, 1989)、「お母さんだめだよ、となると、お父さんが行く。」と、<子どもへの補足的サポート>は妻を介して依頼され、行われることも多かった。

<子ども世帯の分離>により、<家族の大黒柱としての存在>としての役割は失われるが、祖父である退職移行期にある高齢男性は<子どもへの補足的サポート>という新たな役割を得ていた。波川ら(1999)は、孫の世話をすることは高齢者の保健行動を活性化させ、健康管理に主体的に取り組んでいくきっかけをもたらしていると述べている。<子どもへの補足的サポート>により新たな役割を得、子ども世帯と積極的に交流することで、退職移行期にある高齢男性の生活は活性化され、健康にも好ましい影響をもたらしていた。

3. 人付き合いの縮小と発展

就労しているうちは地域における人付き合いをする時間的余裕が無いが、退職後、時間的に余裕ができ、生活の基盤が地域へと変化する中で「物理的に身近な付き合いの発展」、すなわち、距離的に近くにいる人々との付き合いが発展していた。一方で、仕事仲間や昔からの友人といった「心理的に身近な付き合いの継続」もなされていた。しかし、この「心理的に身近な付き合いの継続」はADLの低下によって阻害され、<遠方の付き合いの縮小>が生じていた。

また、「物理的に身近な付き合いの発展」を避け、<過去への固着><高齢者同士の付き合いの忌避><新たな関わり合いの回避>により、「昔からの関係性内での満足」をするものもいた。「昔からの関係性内での満足」をすることにより、新たな関係性の発展は望めず、加齢に伴いその人間関係は徐々に縮小していくものの、十分に満足できる「心理的に身近な付き合いの継続」がなされていた。

社会における関係性の変化や身体状況の変化に伴い、退職後の人付き合いは一方では縮小

するものの、他方では発展するという『人付き合いの縮小と発展』するものであった。鈴木ら(2004)も高齢者にとって交流が重要であると述べている。人付き合いは、「人との関わり。それが一番健康にはいいんじゃないですか。だから、社会との関わりをずっともっていくというのが、これが一番健康の源。」「人との付き合いが多いから、家にこもりきりではなくって、それが健康の秘訣かもしれません。」「表へ出て、ね、みんなとね、運動したり、色々趣味を生かしてね、やるっていうことは、やっぱり健康の源じゃないかと……。」と、＜刺激による生活の活性化＞をもたらし、『健康提示の二重性の保持』を可能にするものであった。

1) 心理的に身近な付き合いの継続

就労前もしくは退職前からの、＜仕事仲間の付き合いの継続＞＜古馴染みとの付き合いの継続＞といった親しい友との付き合いの継続である、《心理的に身近な付き合いの継続》が退職後も引き続きなされていた。ただし、この付き合いは必ずしも居住地近くで行われている人付き合いではないため、＜年相応の衰えの実感＞をすることや ADL の低下により阻害され、年齢を重ねるにつれ＜遠方の付き合いの縮小＞が生じていた。

(1) 仕事仲間の付き合いの継続

退職前に築いた仕事関係の仲間との付き合いである＜仕事仲間の付き合いの継続＞が、退職後もなされていた。就労していたときに築いた仕事仲間の関係は退職後も継続しており、特に＜企業内での肯定的人間関係の形成＞に基づき形成された関係は、退職後の付き合いに影響を与えていた。また、そういった人間関係や付き合いの継続が、退職後の就職活動に影響を与え、就労継続につながっていた。

- 退職者は、退職した企業に対する高い愛社精神や帰属意識を示していた。この愛社精神や帰属意識が、「(N 社の結束) 堅いですよ。」と、退職後の人付き合いの継続に影響を与えていた。また、社内において社員はそれぞれ一定の専門性を築いており、「経理屋さんというのはもう専門職ですからね。……建築もね、仲いいですよ。……面白かったですね。」と、経理なら経理、総務なら総務として、その系列の中で転勤を繰り返す中で仲間を形成していた。退職後の退職者の集まりでも、一定の職種同士の絆は強く、付き合いが継続していた。

ただし、退職後の＜仕事仲間の付き合いの継続＞には、退職前の役職や力関係が影響を与えており、＜過去への固着＞が退職後の人間関係にも影響を与えていた。

就労が継続されている場合、「付き合いの中心は仕事関係です。」と、＜仕事仲間の付き合いの継続＞が人付き合いの中心であった。一方、定年退職後、仕事仲間としてのフォーマルな関係が薄れても、「カラオケだなんだってあるでしょ。……もちろん会社の友達とです。」「ゴルフの仲間は会社の仲間、会社の仲間がやはりほとんどですね。」と、＜仕事仲間の付き合いの継続＞がインフォーマルな形でなされていた。しかし、＜仕事仲間の付き合いの継続＞はあくまでも就労に基づいたものであり、定年退職後、拡大するものではなく、時の経過と共に仲間が脱落し、徐々に縮小していくものであった。

退職後、徐々に縮小していく人付き合いではあるものの、「こういう同窓会とか懇談会等には、努めて顔を出して、旧交を温めています。」「出かけるように努めているんですね。」と、＜仕事仲間の付き合いの継続＞をできるだけ維持しようと努めていた。

(2) 古馴染みとの付き合いの継続

子どもの頃や学生時代に築いた、就労後の社会的な関係性が関与しない親しい＜古馴染みとの付き合いの継続＞がなされていた。ただしこの付き合いは＜仕事仲間の付き合いの継続＞と同様に、加齢に伴う身体的な変化によって阻害されるものであった。

「友達がまたいいんですよ。」「大学の時の友達は、毎年春と秋に2回、温泉行ったりね。」「友達もね、来てくれてるようになって。」と、幼馴染や学生の頃からの友人は、肩肘張らない付き合いができる、親しい仲間だけの人付き合いであった。「そこへ行くと、昔の話でこう若い時に戻るんですよ。これが楽しくてね。」と、若い頃に戻った気分になり楽しめるインフォーマルな人付き合いであった。長期にわたって維持してきた付き合いであり、固い結びつきが示されていた。ただし、＜仕事仲間の付き合いの継続＞と同様に、＜年相応の衰えの実感＞をし、ADLが低下することに伴い、＜遠くの人との付き合いの縮小＞が生じていた。

一方、就労して郷里を離れて都会暮らしをした後に、「だって田舎の人と会ったって会話がね、あんまりかみ合わないですよ。」と、郷里の友人とは話が合わず、距離感を感じることもあった。固く結びついた関係性ではないものの、「何年かにいっぺんは卒業生みんな集まろうというので。」と、年に数回、もしくは数年に1回のクラス会などを通じ、＜古馴染みとの付き合いの継続＞がなされていた。

比較的遠方の人々との結びつきが多い＜古馴染みとの付き合いの継続＞は、直接会って交

流するのみならず、「高校時代の友達とは友だちとメール交換くらいはしてますけど。」と、メールや電話といった通信媒体を用いても交流が維持されていた。特に、メールについては現在の通信技術の発展を考慮すると、今後、さらに交流継続における重要なツールとなるものと考えられる。ただし、年齢的に本研究の対象者は、メールなどの通信手段を好んで使う人が必ずしも多いわけではなく、交流手段としてそれほど重視はされていなかった。

(3) 遠方の付き合いの縮小

<年相応の衰えの実感>をし、相互に遠方への移動が困難になり、会う頻度が少なくなることで心理的にも距離ができることで、徐々に<遠方の付き合いの縮小>が生じていた。

遠くに離れた友達とも年に数回会うことで、<古馴染みとの付き合いの継続>をしていたが、「同級会を毎年やってんだから。僕らで新潟の会に行くのは4~5人ですよ。金かかるもん。交通費がね。」「僕はN県出身だから、J会っていうのがあって……30人くらいおったのに、来る人もだんだん少なくなって……。」「家族ぐるみで年1回旅行をやっています。だけど最近はみんな80代になるでしょう、だから、足が痛い、腰が痛い、つかまってじゃないとおしっこができない。……ここ3~4年来れなくなった方もいるし。だんだん少なくなって。」と、身体的な負担、経済的な負担を過重なものと感じるようになることで、遠方にいる友達と会う頻度が減少し、<遠方の付き合いの縮小>が生じていた。

《心理的に身近な付き合いの継続》において、心の結びつきは持続して堅固であっても、物理的に交流することは加齢とともに困難になり、<遠方の付き合いの縮小>が生じていた。

2) 物理的に身近な付き合いの発展

就労しているうちは近隣での付き合いを発展させる余裕は無く<希薄な近所付き合い>にとどまっており、<家族を介した近隣との付き合い>を行っていた。退職後、時間的余裕が出来、また近隣で時間を費やすことが多くなることで<近隣との付き合いの発展>をしていた。また、退職者同士の付き合いも、<遠方の付き合いの縮小>をする一方で、<近くの退職者との付き合いの積極化>がなされており、距離的に近い場所での付き合いの発展である《物理的に身近な付き合いの発展》がなされていた。

(1) 希薄な近所付き合い

就労していると居住地で費やす時間が少ないことを理由として、近隣との関わりは挨拶程度以上のものに発展しない<希薄な近所付き合い>がなされていた。

地域での人付き合いは、「隣近所もあいさつするくらいですね。」「近所付き合いは、今の時代はあんまりやらない時代になっているでしょう。……4～5件先に行ったら、どういう人なのかかわからないんですよ。」と、挨拶程度の人付き合いであり、儀礼的な関係で終わっていた。就労が継続されており、一日の多くの時間を就労先で過ごす場合、「ほんとはもうちょっと……交流を凶らなきゃいけないんでしょうけどね。その辺がちょっとやっぱりね、勤めていると難しい。」と、近隣との人付き合いに費やす時間は無く、地域での人間関係は希薄であった。

しかし、「そんなに煩わされたくないですね。」と、退職後時間的余裕が生じても全ての退職者が地域において積極的に交流しているわけではなかった。ある退職者は積極的に地域の活動に参加するものの、一方では「東京に来て、都会のわずらわしさが無いというのが一番よかったですね。」「ビジネスと混在している所だから。だから、非常にそういうその、地域住民の相互の交流っていうのが、疎遠になってるんじゃないですか。」「土着の人って言うのはね、保守的でね……いつまでたってもあそこはよそ者という考え方ですよ。……地元の人との関係は挨拶だけ。」と、本人が密接な交流を望まない場合、近隣の住民との関係性の構築上問題があるといった理由から、<近隣との付き合いの発展>は望まず、もしくは望めず、<希薄な近所付き合い>が維持しているものもいた。一方、<希薄な近所付き合い>であっても、挨拶程度の付き合いは行われており、全く近隣と交じらずに暮すことはなかった。

(2) 家族を介した近隣との付き合い

退職移行期にある高齢男性自身は<希薄な近所付き合い>をしていたとしても、<家族を介した近隣との付き合い>はなされており、家族を通して、近隣との交流が維持されていた。

彼らが<希薄な近所付き合い>をしていたとしても、「子どもを通しての付き合いもあったが、子ども同士の付き合いで、一緒にやりましたけどね。」「子どもがいれば違いますよ。……子どもがいるとね、学校の関係とかで、つながりが増えるけど。」と、子どもがきっかけとなって近隣との交流が図られていた。また、「奥さん同士は知ってるんだよな、よく見てるから。」「家内は地域ではかなり顔役です。それで忙しいみたいです。」「自治会の役員はそりゃできないね。それは女

房。うんそう。」と、地域における人付き合いは夫に比べ妻のほうが深い関わりを築いており、妻や子どもを地域との接点として、＜家族を介した近隣との付き合い＞がなされていた。

一方、「媒体がないから。年寄り二人が入ったって何もわからない。つながりがないし。」と、近隣との付き合いのきっかけをもたらす家族がいないと、＜家族を介した近隣との付き合い＞は果たされず、結果、＜近隣との付き合いの発展＞は困難なものとなっていた。

(3) 近くの退職者との付き合いの積極化

退職後、近隣に居住している退職者と親しい関係を形成し、＜近くの退職者との付き合いの積極化＞を図ることで、近隣での退職者同士の交流が活発化していた。

《心理的に身近な付き合いの継続》における友人関係の結びつきは深く、強いものであるが、＜年相応の衰えの実感＞をし、ADLが低下することで活動範囲は縮小し、徐々に＜遠方の付き合いの縮小＞が生じていた。遠方の退職者との付き合いが困難となり、また近隣で過ごす時間が増えることにより、「K市に住んでいる、N社を卒業したOB会を創りましてね……。」「(N社の方との付き合いは)各グループであるんですよ。……地域によってグループ作ってあるんです。」と、近隣に居住している退職者が集まり、＜近くの退職者との付き合いの積極化＞が図られていた。

＜近くの退職者との付き合いの積極化＞により形成された会は、単に娯楽を目的として交流するのみならず、「D会(退職会)のC県支部で、施設の管理をする。若干低い報酬をグループに下さるんです。会の飲み会に。それを目標にみんな働くという感じ。」と、目的意識を持って集団で活動する会でもあった。

(4) 近隣との付き合いの発展

近隣との親しい付き合いは、就労している頃は＜希薄な近所付き合い＞程度であることが多く、挨拶程度の付き合いから始まったものの、徐々に、より積極的な付き合いへと＜近隣との付き合いの発展＞がなされていた。

就労し、居住地で過ごす時間が少ないことにより＜希薄な近所付き合い＞を行っていたが、退職後、居住地で過ごす時間が増加するにつれ、「積極的に本社にあれをボランティアやってるひともいますね。……ああいうのは確かにいいですね。あれなんかちょっといいですね。」と、地域

での活動にも関心が向き、興味を示すようになっていた。

また、地域で過ごす時間が増加することで、「割りに気さくにね、声掛け合ってますよね。」「(近所のことが)もう、判ります、判ります。誰が具合悪いかね……何かあったらね、お互い連絡しあおうというふうにしてあるんですよ。」「バス旅行も年に数回あって、今年もありました。地区としてするんですが。だからわりと人との付き合いが多いから……。」「と、近隣との付き合いはより積極的なものへと発展していた。近隣との付き合いがさらに発展し、地域の中に溶け込み、積極的なお世話役割の担い手になることで、地域における役割を獲得していた。

「ゴルフ場のメンバーの人の……70歳以上の人ね。うん、結構お友達になっちゃうんですよ。時々会うから、「来月も一緒にやろうよ」って感じになってね。」「近所の方も「ゴルフ行きますか」って、隣の隣が。」「料理教室にも行きました。3年行っちゃった。うん。……で、1年で終わっちゃったら、仲間がね、もうちょっとやろうよって……で、とうとう3年。」「と、＜趣味の世界の充実＞を通して、近隣との付き合いは発展していた。さらに、「こういうね、集まり……介護家族の交流会とか、うん、もう極力ね出るようにしている。」「といった、介護者のピアグループのような同じ問題を抱えたもの同士の＜近隣との付き合いの発展＞もなされていた。

＜近隣との付き合いの発展＞は、単に隣り合って住んでいるという関係から発展することもあるが、何らかの共通の目的がある場合、その関係はより密接な関係を築いていた。

3) 昔からの関係性内での満足

退職後、《心理的に身近な付き合いの継続》はするものの、《物理的に身近な付き合いの発展》は望まず、＜新たな関わり合いの回避＞＜高齢者同士の付き合いの忌避＞をすることで新たな関係性を築くことを避け、＜過去への固着＞をすることにより過去の関係性の中から脱せず、その限定された中で人付き合いを維持し、《昔からの関係性内での満足》した関係性が示されていた。《昔からの関係性内での満足》した付き合いを維持することにより、過去に“固着”し続けることになったとしても、本人としては満たされる関係性を維持していた。

(1) 過去への固着

退職前から続いている＜仕事仲間の付き合いの継続＞において、過去の肩書きや交流関係を重視し、その役割意識や交際範囲から抜け出せず、＜過去への固着＞をしたまま、人付き合いが維持されていた。

上下関係を含む退職前の関係に基づく関係性にこだわり、そのことを強調し、他者との関係を継続しようとしていた。こだわり続けている本人の自尊感情はその行為により満たされるものの、「現役の時、私はこれこれの役員だとか、そんなのは辞めてしまえばただの人なんですよ。関係ないんですよ。……辞めてしまったらみんな同じただの人ですよ。」と、周囲は不快の念を抱いていた。さらに、「会社の関係の中だけでのつき合いは、あれだめだよ。」「いい年して昔のグループにこだわらなくてもいいのになあとと思うんだけど意外とみんな固まっちゃうの。」と、＜過去への固着＞による閉塞的な関係性を維持していくことを、否定的に評価していた。＜過去への固着＞を望まないものは、「俺、絶対いやだね。かたまっちゃだめだよ。一人で生きるのが一番健康的だよ。……しがらみがやだって言ってるだけで。」と、凝集性の高い、しかし、限定された人付き合いは、それを望む人間は安定的に満たされる人間関係を保てるものの、一方で人間関係の閉鎖性を招くものであった。

また、「ここはみんな会社の関係の人ばかり。」と、近隣に同じ会社を退職したものが多く居住している地域では、「近隣との付き合い」に＜過去への固着＞が影響を与える可能性が示されていた。そこでは、「かつての上司とこっちはペーペーで、そういう関係が尾をひいているのはやだな。」「(会には)昔の肩書きを脱いで入ってもらっているんですよ。」と、＜過去への固着＞が退職後の日常生活の中に入り込むことを避けていた。

(2) 新たな関わり合いの回避

感覚器に障害があり他者とコミュニケーションを維持することが困難であったり、他者との新たな付き合いを避けたい場合、＜新たな関わり合いの回避＞がなされていた。

「近所の老人会に入ってどうのこうのといってもなんかこう、耳は聞こえないしね、あんなところ行ったら面白くない。」「(難聴のため)……3人ぐらいで話してるとですね、もう全然仲間に入れないので、入らないようにしています。」と、＜年相応の衰えの実感＞に伴う感覚器の障害があると、新たな関わり合いの中で他者とコミュニケーションをとることが困難になっていた。「耳が悪いっていうのを理解されるまでね、相当時間がかかりますから。」と、新たな関わり合いの発生に伴う、他者との新たな関係性の構築にも時間がかかるため、＜新たな関わり合いの回避＞がなされていた。

ただし、感覚器に障害があり他者とコミュニケーションを維持することが困難であっても、「(耳

が聞こえなくても)顔も見ればだいたい分かりますから、黙ってたって言えば分かる人ですから、もう、話をしないでもね。……そういう点でね、仲間に、話の仲間に入りません。うん。あんまり苦にもならない。うん。」と、<古馴染みとの付き合いの維持>が可能であれば、新たな関係性を発展させることは必ずしも必要なことではなく、新たな関係の構築には消極的であった。

また、コミュニケーションが困難でなくても「老人クラブにお入りくださいと言っても、なかなか入ってくれないんですよ。……なんでしょうかね。自閉的なんですよ。」「年をとってくると、やっぱり、あんまり若い人と話をすると、話が合わないって言うのがね、あるのかな。」と、心理的に新たな関係性の構築を避けたい場合も、<新たな関わり合いの回避>がなされていた。

だからといって全ての<新たな関わり合いの回避>をするわけではなく、「お寺のお話会とかね、偉い坊さんがね、話をするとか何とかって言うのはね、あれにはね、それなりに1番前の席に座ったりなんかして、積極的に、聞きますけども。」「看護婦さんみたいに、勉強している方だと、誰とでも話が合うのかもしれませんが……。」と、自分の問題を容易に理解してくれている人や一方方向で成立するコミュニケーションの場などには積極的に関与していた。

さらに、他者との新たな関係性の発展が困難であったとしても、それが原因で孤立してしまうことではなく、たとえ一人で過ごす時間が多くても、<自分の空間の確保>をし、充実した時間が過ごせていた。<新たな関わり合いの回避>がなされ、他者との関わりが少なくても、精神的に満ち足りた時間を送ることができ<<自分に適った退職後の暮らしの確保>>がなされれば、<<昔からの関係性内での満足>>をし、<<物理的に身近な付き合いの発展>>を望まないことは特に問題ではなかった。しかし、<新たな関わり合いの回避>の結果、精神的にも孤立し、「家の中に引きこもりがちだと、やっぱり健康を害する源になると思うんですよ。」と<刺激による生活の活性化>を阻害し、その結果、“良好な健康状態の維持”を困難にする可能性も示唆していた。

(3) 高齢者同士の付き合いの忌避

老人クラブへの入会に代表される、近隣での同年配者である高齢者同士の付き合いを避ける、<高齢者同士の付き合いの忌避>が示されていた。

「要するに何かこう、同じ話題の人のところに飛び込んでいっても面白くないと、昔からあれがあつてね……。」と、同質集団の中に入り、関係性を持つことを避けようとしていた。特に、「老人臭

くなっちゃう。確かにいろいろあるんですよ。……でもまだ行く気はしないですね。」と、自身が周囲の高齢者と同じ集団に入り、その人々と同質集団であるとみなされることは避けたいと考え、老人クラブに代表されるような高齢者同士の付き合いを避けていた。

就労が継続され、《就労継続による社会的自己価値の提示》がなされている場合、老人クラブの入会年齢に達していたとしても、積極的に高齢者同士の付き合いの中に入っていくことは困難であった。

4. 退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデル

退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションは【退職移行期に退職後の社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程】であった。

退職移行期にある高齢男性は、定年退職後、年齢を重ねていく中で、『健康提示の二重性の保持』という形で、自身の健康を操作し、『社会的自己価値の再構築／確認』を行っていた。すなわち彼らは、＜良好な健康状態の提示＞と、＜健康を脅かす身体的変化の存在＞を感じ、＜年並みの衰えの実感＞をするという2つの健康状態を操作することで、あるときは社会の中で積極的に役割を果たそうとし、あるときは社会との関係性の縮小を試みている。

また、彼らは時に生活の中で《健康維持に向かう行動修正》を行い、自身の健康の維持、増進のための行動を試みている。年齢を重ねるとともに主観的な健康観は低下し健康ではないと感じ、生活習慣病予防のために、食事や休養、運動について注意するものが増加する(内閣府大臣官房政府広報室, 2000)。しかし、退職移行期にある高齢男性の《健康維持に向かう行動修正》は、単に健康を維持、増進することだけが目的の行動ではなく、結果、社会で一定の役割を果たし続けることを可能にすることを念頭においた行動でもあった。

文献検討の結果明らかになった高齢者のヘルスプロモーションは、健康問題の予防とや増悪を防止することで、現在の健康状態を維持し、「健康寿命」の延伸を図ることを帰結とし概念であった。退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーションとして明らかになった彼らの健康や社会、人々との関わり方は、実際にそれだけを意図しているとは限らないが、結果的に、現在の健康状態を維持し、「健康寿命」の延伸を図ることへとつながっていた。

すなわち、退職移行期にある高齢男性にとって、「健康寿命」の延伸は、社会との一定のかか

わりを保つために必要なものであり、一定の健康状態を維持することは重要である。しかし、彼らにとってヘルスプロモーションの帰結でもある「健康寿命」の延伸は、最終的な達成すべき目的ではなく、『健康提示の二重性の保持』により操作し、社会とのかかわりの調整をしていくために重要なものであった。彼らは、ヘルスプロモーションを念頭において日々の生活を送っているわけではないが、《自分に適った退職後の暮らしの確保》を行い、『社会的自己価値の再構築／確認』を行っていくという、日々の生活が、結果的に彼らの健康を維持するものとなっていた。

また、彼らの『健康提示の二重性の保持』に示される彼らの健康観や、《自分に適った退職後の暮らしの確保》に示される彼らに適った暮らし方は、必ずしも保健医療専門職の考える健康観や望ましいと考える暮らし方とは一致してはいない。すなわち、彼らに現在提供されている保健医療サービスは必ずしも彼らのヘルスニーズに適ったものではなく、積極的に活用されている保健医療資源は、医師のみであった。

文献検討の結果、「高齢者が生活するソーシャルコンテキストの中で理解すべきものとしてのヘルスプロモーション」が、高齢者のヘルスプロモーションの属性の1つとして示されたが、研究の結果示された退職移行期に高齢男性のヘルスプロモーションと、ヘルスプロモーションに関わる保健医療サービスとして実際に彼らに提供されているサービスは必ずしも一致したものではなかった。保健医療専門職は、彼らが生活するソーシャルコンテキストの中で彼らを理解し、彼らのヘルスプロモーション、すなわち具体的には、定年退職後に始まり、【退職移行期に退職後の社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程】であり、日々の生活の中で繰り返される、完全な引退に向けた軟着陸を目指していく中で行われる活動について理解していくことが重要であろう。

第5章 まとめ

大企業を定年退職した退職移行期にある高齢男性に着目し、彼らのヘルスプロモーションをインタビューにより探索的に明らかにし、その具体的な活動を導く看護への示唆を含めたヘルスプロモーション・モデルを構築することを目的として研究を行った。

結果、退職移行期における高齢男性のヘルスプロモーションについて以下のことが明らかになった。

I. 退職移行期における高齢男性のヘルスプロモーション、すなわち、【退職移行期に社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程】

退職移行期における高齢男性は、定年退職後、〈退職－再就職〉を繰り返す中での社会的役割の変化に伴う『社会的自己価値の再構築／確認』『人付き合いの縮小と発展』を繰り返し、その繰り返しの中で『健康提示の二重性の保持』をしていくことが、彼らにとってのヘルスプロモーションとなっていた。

1. 健康提示の二重性の保持

退職移行期にある高齢男性は、健康状態について 2 つの捉え方を併せ持ち、退職後の生活の再構築を行っていた。『健康提示の二重性の保持』とは、一人の個人の中に混在している〈健康提示の二重性〉すなわち、〈良好な健康状態の提示〉をする一方で、〈年相応の衰えの実感〉〈健康を脅かす身体的変化の存在〉を容認するという二重の他者に向けた健康状態の提示を、〈保健医療資源の活用〉をしながら〈健康維持に向かう行動修正〉をすることで、そのバランスを取りながら維持していくことであった。

2. 社会的自己価値の再構築／確認

退職移行期における社会との関係性の変化の中で、退職移行期にある高齢男性は、再構築した社会的自己価値を、自分自身のみならず他者に提示することを通し、確認していた。

退職移行期にある高齢男性は、定年退職後、〈年齢に基づく退職－再就職のルール〉に従って、徐々に〈年齢に応じた就労の縮小〉をしていく中で、社会における立場や役割を変化させていた。しかし、たとえ就労が縮小されても、社会経済的活動に伴う役割は変化しながらも存在しており、その役割を果たすことで彼らは〈就労継続による社会的自己価値の提示〉を行っ

ていた。一方、家庭内の役割についても、社会経済的活動における役割が変化し、家庭内の経済に与える影響が変化し、また、子どもの成長に伴い家族構成が変化することにより「家族生活の再構築」も行われていた。社会、家族における役割が縮小、または変化することに伴い、社会経済的活動である就労を主とした“暮らし”から離れ、徐々に「自分に適った退職後の暮らしの確保」を行うようになっていた。

3. 人付き合いの縮小と発展

就労しているうちは地域における人付き合いをする時間的余裕が無いが、退職後、時間的に余裕ができ、生活の基盤が地域へと変化する中で「物理的に身近な付き合いの発展」、すなわち、距離的に近くにいる人々との付き合いが発展していた。一方で、仕事仲間や昔からの友人といった「心理的に身近な付き合いの継続」もなされていた。しかし、この「心理的に身近な付き合いの継続」は「年相応の衰えの実感」をし、また ADL が低下することによって阻害され、「遠方の付き合いの縮小」が生じていた。

また、「物理的に身近な付き合いの発展」を避け、「新たな関わり合いの回避」をするものもいた。「新たな関わり合いの回避」により、関係性の発展は望めず、加齢に伴いその人間関係は徐々に縮小していくものの、縮小する中で「心理的に身近な付き合いの継続」をし、「自分に適った退職後の暮らしの確保」がなされていた。

4. 退職移行期にある高齢男性のヘルスプロモーション・モデル

退職移行期にある高齢男性にとってのヘルスプロモーション活動とは具体的には、定年退職後に始まり、【退職移行期に退職後の社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程】であり、日々の生活の中で繰り返される、完全な引退に向けた軟着陸を目指していく中で行われる活動であった。

引用文献

- Abelin, T. (1987). Approaches to health promotion and disease prevention. In Abelin, T., Brzezinski, Z. J., Carstairs, Vera D. L.(Eds.), Measurement in Health promotion and protection. (pp. 29-46). Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.
- Aldwin, C. M., Levenson, M. R. & Ekerdt, D. J. (1987). Mental Health Differences Among Retirees and Workers: Findings From the Normative Aging Study. *Psychology and Aging*, 2(4), 383-9.
- Alexy BB.Elnitsky, C. A.,(1996).Community outreach: rural mobile health unit.*Journal of Nursing Administration*, 26(12),38-42.
- Altpeter, M., Earp, J. A. L. & Schopler, J. H. (1998). Promoting breast cancer screening in rural, African American communities: the science and art of community health promotion. *Health & Social Work*, 23(2), 104-15.
- 天田城介. (2003). <老い衰えゆくこと>の社会学. 東京: 多賀出版.
- 青井和夫, 畠中宗一. (1983). わが国の高齢者問題と定年制. 青井和夫, 和田修一(編).中高齢層の職業と生活—定年退職を中心として—. (pp. 28-38). 東京: 東京大学出版会.
- Atchley, R. C. (1979). 退職の社会学. (牧野拓司,訳). 東京: 東洋経済新報. (原典出版 1976).
- Bass, S. A. (1996). An overview of work, retirement & pensions in Japan. In Bass, S. A., Morris, R., Oka, M.(Eds.), Public policy and the old age revolution in Japan. (pp. 57-78). Binghamton, NY: Haworth Press, Inc.
- Benjamin-Coleman, R. & Alexy, B.(1999).Use of the SF-36 to identify community dwelling rural elderly at risk for hospitalization.*Public Health Nursing*.,16(3):223-227.
- Blumer, H. (1991). シンボリック相互作用論—パースペクティブと方法—. (後藤将之,訳). 東京: 頸草書房. (原典出版 1969).
- Boaz, R. F., Muller, C. F. (1990). The Validity of Health Limitations as a Reason for Retire. *Health Services Research*, 25(2), 361-86.
- Borjesson, J., Gerhardsson, L., Schutz, A. & Mattsson, S., et al. (1997). In vivo measurements of lead in fingerbone in active and retired lead smelters. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 69(2), 97-105.
- Bosse, R., Levenson, M. R., Spiro, A. & Aldwin, C. M., et al. (1992). For whom is retirement stressful? Findings from the normative aging study. In Vellas, B., Albaredo, J. -L.(Eds.). Facts and research in gerontology. (pp. 223-237). New York, NY: Springer Publishing.
- Botwinick. (1987). 老いの科学. (村山冴子, 紅サカエ, 山田裕子, 斉藤千鶴, 筒井のり子, 訳). 京都: ミネルヴァ書房.
- Caserta, M.S. (1995). Health promotion and the older population: expanding our theoretical horizons. *Journal of Community Health*, 20(3), 283-92.
- Cassou, B., Derriennic, F., Iwatsubo, Y. & Amphoux, M. (1992). Physical disability after retirement and occupational risk factors during working life: a cross sectional epidemiological study in the Paris area. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 46(5), 506-11.
- Chen, Y. P. (1994). Equivalent retirement ages and their implications for Social Security and Medicare financing. *Gerontologist*, 34(6), 731-5.
- Chen, Y. D. (1996). Conformity with nature: a theory of Chinese American elders' health promotion and illness prevention processes. *Advances in Nursing Science*, 19(2), 17-26.
- Chenitz, W. C. & Swanson, J. M.(Eds.). (1992). グラウンデッド・セオリー—看護の質的研究のために—. (樋口康子,稲岡文昭,監訳). 東京: 医学書院. (原典出版 1986).
- Choudhry, U. K. (1998). Health promotion among immigrant women from India living in Canada. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 269-74.
- Cribb, A. & Dines, A. (1993). What is health promotion?. In Dines, A. & Cribb, A.(Eds.). *Health Promotion: concepts and practice*. (pp. 20-33). Oxford, U.K.: Blackwell Scientific.

- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old: Process of disengagement*. New York, NY: Basic Books.
- Daly, G. M. & Mitchell, R. D. (1996). Case management in the community setting. *Nursing Clinics of North America*, 31(3), 527-534.
- Davis, C., Leveille, S., Favaro, S. & Logerfo, M. (1998). Benefits to volunteers in a community-based health promotion and chronic illness self-management program for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(10), 16-23.
- Dignan, M. B. & Carr, P. A. (1992). *Program Planning for Health Education and Promotion* (2nd. Ed.). PA: Lea & Febiger.
- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. (1996). *Health Promotion, Models and Values* (2nd. ed.). Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Dundas, R., Morgan, M., Redfern, J. & Lemic-Stojcevic, N., et al. (2001). Ethnic differences in behavioural risk factors for stroke: implications for health promotion. *Ethnicity & Health*, 6(2), 95-103.
- 江橋慎四郎. (2001). 超高齢者の健康と娯楽. *保健の科学*, 43(1), 4-9.
- Ekerdt, D. J., Bosse, R. & Locastro, J. (1983). Claims That Retirement Improves Health. *Journal of Gerontology*, 38(2), 231-6.
- Ekerdt, D. J., Baden, L., Bosse, R. & Dibbs., E. (1983). The Effect of Retirement on Physical Health. *American Journal of Public Health*, 73(7), 779-83.
- Entwistle, B. A. (1992). Oral health promotion for the older adult: implications for dental and dental hygiene practitioners. *Journal of Dental Education*, 56(9), 636-9.
- Etheredge, L. (1999). Three streams, one river: a coordinated approach to financing retirement. *Health Affairs*, 18(1), 80-91.
- Evenson, K. R., Rosamond, W. D., Cai, J. & Diez-Roux, A. V., et al. (2002). Influence of retirement on leisure-time physical activity: the atherosclerosis risk in communities study. *American Journal of Epidemiology*, 155(8), 692-9.
- Fitch, M. I., Greenberg, M., Levstein, L. & Muir, M., et al. (1997). Health promotion and early detection of cancer in older adults: needs assessment for program development. *Cancer Nursing*, 20(6), 381-8.
- Flanagan, M., Rotchell, L., Fletcher, J. & Schofield, J. (2001). Community nurses', home carers' and patients' perceptions of factors affecting venous leg ulcer recurrence and management of services. *Journal of Nursing Management*, 9(3), 153-159.
- Ford, E.S., Herman, W.H. (1995). Leisure-time physical activity patterns in the U.S. diabetic population: findings from the 1990 National Health Interview Survey - health promotion and disease prevention supplement. *Diabetes Care*, 18(1), 27-33.
- Frenn, M. (1996). Older adults' experience of health promotion: a theory for nursing practice. *Public Health Nursing*, 13(1), 65-71.
- Friedrich, D. D. (2001). *Successful aging*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- Fronstin, P. (1999). Retirement patterns and employee benefits: Do benefits matter? *Gerontologist*, 39(1), 37-47.
- Froom, P., Lahat, N., Kristal-Boneh, E. & Cohen, C., et al. (2000). Circulating natural killer cells in retired asbestos cement workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 43(1), 19-24.
- 船津衛. (1991). 解説ミードの社会的自我論. Mead, G. H. (船津衛, 徳川直人, 訳). 社会的自我. (pp.83-102). 東京: 恒星社厚生閣.
- Furber, C. (1999). Promoting health to men. In Harrison, T. & Dignan, K. (Eds.), *Men's health*. (pp. 191-210). London, U.K.: Churchill Livingstone.
- Giolgi, A. (1971). *Phenomenology and experimental psychology: I and II*. Duquense studies in phenomenological psychology, 1. Pittsburgh, P.A.: Duquense University Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1996). データ対話型理論の発見. (後藤隆, 大出春江, 水野節夫,

- 訳). 東京: 新曜社. (原典出版 1967).
- Gradman, T. J. (1994). Masculine identity from work to retirement. In Thompson, E., Jr.(Ed), Older men's lives. (pp. 104-121). Thousand oak, CA: SAGE Publications.
 - Green, L. W. & Kreuter, M. (1999). Health promotion planning an educational and ecological approach. Mountain View, CA: Mayfield publishing company.
 - Green, C. A. & Pope, C. R. (2000). Depressive symptoms, health promotion & health risk behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 15(1), 29-34.
 - Hankin, C. S., Bosse, R. & Spiro, A. (1999). Assessment and treatment of retirement stress.
 - VandeCreek, L., Jackson, T. L.(Eds.). *Innovations in clinical practice*. (pp. 49-63). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
 - Hershey, D. A. & Mowen, J. C. (2000). Psychological determinants of financial preparedness for retirement. *Gerontologist*, 40(6), 687-97.
 - ヘルスアセスメント検討委員会. (2000). ヘルスアセスメントマニュアル, 東京: 厚生科学研究所.
 - 日野原重明. (2003). 高齢者医療の新しい展開-健康の維持・増進から終末期医療まで-わが国における新老人の現状と未来. *看護*,55(15),65-69.
 - 日置敦巳. (1993). 産業分類別にみた地域住民の保健行動と健康状態. *医学と生物学*, 126(5), 247-251.
 - 平岡公一. (1983). 定年退職への意識. 青井和夫,和田修一(編). 中高年齢層の職業と生活-一定年退職を中心として-. (pp. 147-173). 東京: 東京大学出版会.
 - 平岡敏夫. (2004). 警察が取り組むヘルスプロモーション. *公衆衛生*,68(9),698-699.
 - Hogan, R., Kim, M. & Perrucci, C. C. (1997). Racial inequality in men's employment and retirement earnings. *Sociological Quarterly*, 38(3), 431-8.
 - 星野明子, 成木弘子, 飯田澄美子. (1999). F市保健推進員活動における参加者の活動体験とその意味. *聖路加看護学会誌*, 3(1), 48-53.
 - 星野久. (1981). 教育機関からみた中高年の生活危機. 本村汎,望月嵩(編).日本の中高年 5-中高年にみる生活危機. (pp.192-235). 東京: 垣内出版.
 - 伊藤勇. (2002). 意味を生き相互行為する人びとの探求. 伊藤勇,徳川直人(編). 相互行為の社会心理学. (pp.23-45). 東京: 北樹出版.
 - Johnson, J. L., Green, L. W., Frankish, C. J. & MacLean, D. R. et al. (1996). A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention. *Canadian Journal of Public Health*, 87, S5-10.
 - Joukamaa, M., Saarijarvi, S. & Salokangas, R. K. (1993). The TURVA project: retirement and adaptation in old age. *Zeitschrift fur Gerontologie*, 26(3), 170-5.
 - 掛本知里. (1993). 大企業の退職者の健康管理行動に関わる要因の分析-Green の Precede Proceed Model を用いて-. 1992 年度聖路加看護大学大学院修士論文. 未発表.
 - Kaplan, G. A., Haan, M. N. & Syme, S. L.. (1987). Socio-economic position and health. *American Journal of Preventive Medicine*, 3, 125-9.
 - 川久保清,李廷秀.(2001).QOLを高める運動と体力.保健の科学,43(7),518-522.
 - 川崎友嗣, 井上勝也. (1990). 老年期の社会化. 斉藤耕二, 菊池章夫(編). 社会化の心理学ハンドブック-人間形成と社会と文化. (pp.251-266). 東京: 川島書店.
 - Keller, C., Fleury, J. & Mujezinovic-Womack M. (2003). Healthy People 2010. Managing cardiovascular risk reduction in elderly adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 18-23.
 - Kennedy, S. M., Dimich-Ward, H., Desjardins, A. & Kassam, A., et al. (1994). Respiratory health among retired grain elevator workers.*American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 150(1), 59-65.
 - Kennedy, S. M., Desjardins, A., Kassam, A. & Ricketts, M., et al. (1994). Assessment of respiratory limitation in activities of daily life among retired workers. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 149(3 Pt 1), 575-83.
 - Kickbusch, I. (1995). ヘルシー・シティーズ:作業計画とムーブメントの発展.島内憲夫(編訳).へ

ルシー・シティーズ-新しい公衆衛生をめざして. (pp. 11-25). (島内憲夫, 訳). 東京: 垣内出版.

- Killoran, A., Howse, K. & Dalley, G. (Eds.). (1997). Promoting the Health of Older people: A Compendium. London: Health Education Authority.
- Kim, J. E. & Moen, P. (2001). Moving into retirement: Preparation and transitions in late midlife. In Lachman, M. E.(Ed). Handbook of midlife development. Wiley series on adulthood and aging. (pp. 487-527). New York, NY: John Wiley & Sons.
- 木下康仁. (2001). 質的研究法としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ-その特性と分析技法. コミュニティ心理学研究, 5(1), 49-69.
- 木下康仁. (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的実証研究の再生. 東京: 弘文堂.
- 木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 東京: 弘文堂.
- Kohli, M. & Rein, M. (1991). The changing balance of work and retirement. In Kohli, M., Rein, M., Guillemard, A. -M., van Gunsteren, H.(Eds.). Time for retirement: Comparative studies of early exit from the labor force. (pp. 1-35). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- 古名丈人.(2003). 体づくりのコツ-身体面から. 老年学公開講座, 75, 17-34.
- 厚生労働省職業能力開発局総務課. (2002). 「キャリア形成を支援する労働市場政策研究会」報告書. 東京: 厚生労働省.
- 厚生労働省(監修). (2002). 平成 14 年版厚生労働白書. 東京: ぎょうせい.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部. (2002). 平成 14 年雇用管理調査結果の概要. 東京: 厚生労働省.
- 厚生統計協会(編). (2004). 国民衛生の動向, 厚生指標, 51(6).
- Kulik, L. (2001). The impact of men's and women's retirement on marital relations: a comparative analysis. Journal of Women & Aging, 13(2), 21-37.
- Lauder, W. (1993). Health promotion in the elderly. British Journal of Nursing, 2(8), 401-4.
- Lo, R. & Brown, R. (1999). Stress and adaptation: preparation for successful retirement. Australian New Zealand Journal of Mental Health Nursing., 8(1), 30-8.
- Logue, B. J. (1991). Women at risk: predictors of financial stress for retired women workers. Gerontologist, 31(5), 657-65.
- Maben, J. & Macleod, C. (1995). Health promotion: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 22, 1158-65.
- Macleod, C. J., Wilson-Barnett, J., Latter, S. & Maben, J. (1992). Health education and health promotion in nursing: a study of practice in acute areas. Research report of Department of Health. London, U.K.: University of London.
- 前田信雄, 社会教育協会(編). (1991). 高齢化社会を考える-高齢化社会の生活設計. 91-126. 東京: 図書出版.
- Makoul, G., Arntson, P. & Schofield, T. (1995). Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. Social Science & Medicine, 41(9), 1241-54.
- 馬利中. (2001). 中国高齢者の健康と運動・娯楽-上海の実情-. 保健の科学, 43(1), 36-42.
- 丸山仁司.(2004). 高齢者リハビリテーションの動向. 理学療法科学, 19(3), 163-167.
- 松本浩二. (1998). 高齢期における移行. 会沢勲, 石川悦子, 小嶋明子(編著). 移行期の心理学. (pp.187-206). 東京: ブレーン出版.
- Mead, G. H. (1991). 社会的自我. (船津衛, 徳川直人, 訳). 社会的自我. (pp.1-14). 東京: 恒星社厚生閣(原点出版 1913).
- Mechanic, D. & Volkart, E.. (1961). Stress, illness behavior & the sick role. American Sociological Review, 26, 51-58.
- 三重野卓. (1983). 定年退職への公的対応と私的対応. 青井和夫, 和田修一(編). 中高年齢層の職業と生活-定年退職を中心として-. (pp. 174-198). 東京: 東京大学出版会.
- 百々瀬いづみ. (2002). 離島社会における保健医療の総合的研究(2)西阿室村落における食生活の視点を中心として. 天使大学紀要, 2, 173-184.

- 百瀬由美子,麻原きよみ,大久保功子. (2001). 小地域単位の住民主体による高齢者健康増進活動の評価 参加者の主観的効果を評価指標として. 日本地域看護学会誌,3(1),46-51.
- 宗像恒次. (1996). 最新行動科学からみた健康と病気. 東京: メヂカルフレンド社.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). Health Promotion: Foundations for practice (2nd. ed.). London, U.K.: Harcourt Publishers.
- 内閣府大臣官房政府広報室. (2000). 生活習慣病に関する世論調査. Retrieved February 7, 2005, from <http://www8.ca0.go.jp/survey/h11/tamai/1.html>
- 波川京子,田中妙. (1999). 孫の出生にともなう祖父母の育児関与と健康づくり. 日本看護学会論文集 30 回地域看護, 65-67.
- 成木弘子.(1999).N 地域で暮らす高齢者を対象とした会食会の機能に関する一考察.聖路加看護学会誌,3(1),71-77.
- Nash, C. (2001). The ageless self: exploring holism. In Chiva, A. & Stears, D.(Eds.). Promoting the health of older people. (pp.63-70). Buckingham, U.K.: Open University Press.
- Newman, B. & Newman, P. (1988). 新版生涯発達心理学ーエリクソンによる人間の一生とその可能性. 51-486. (福富護,訳). 東京:川島書店. (原典出版 1984).
- 日経連労務管理研究会. (1978). わが国における定年制度の沿革. 現代のエスプリ, 129, 24-30.
- Noack, H. (1987). Concept of health and health promotion. In Abelin, T., Brzezinski, Z. J., Carstairs, Vera D. L.(Eds.). Measurement in Health promotion and protection. (pp. 5-28). Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.
- 岡本裕子, 山本多喜司. (1991). 退職および老年期への移行. 山本多喜司,S・ワップナー(編).人生移行の発達心理学. (pp. 282-303). 京都: 北大路書房.
- 大野晋, 浜西正人. (1981). 類語新辞典. 東京: 角川書店.
- O'Rand, A. M., Henretta, J. C. & Krecker, M. L. (1992). Family pathways to retirement. In Szinovacz, M., Ekerdt, D. J., Ekerdt, D. J., Vinick, B. H.(Eds.). Families and retirement. (pp. 81-98). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Orem, D. E. (1995). Nursing: Concepts of practice (5th.ed.). St. Louice, MO: Mosby.
- 長田久雄. (1985). 老人になれば必ずボケるか. 柴田博, 芳賀博, 古谷野亘, 長田久雄. 間違いだらけの老人像ー俗説とその科学. (pp.130-137). 東京: 川島書店.
- Padula, C. A. (1997). Predictors of participation in health promotion activities by elderly couples. Journal of Family Nursing, 3(1), 88-106.
- Palmore, E. B., Burchett, B.M., Fillenbaum, G. G. & George, L. K. et al. (1985). Retirement, causes and consequences. New York, NY: Springer Publishing.
- Parse, R. (1990). Promotion and prevention: two distinct cosmologies. Nursing Science Quarterly, 3(3), 101.
- Paton, N. I., Tee, N. W., Vu, C. K. & Teo, T. P. (2001). Visceral abscesses due to Brucella suis infection in a retired pig farmer. Clinical Infectious Diseases, 32(8), E129-30.
- Paxton, S. J., Sculthorpe, A & Gibbons, K. (1994). Concept of health in Australian men: a qualitative study. Health Education Journal,53, 430-438.
- Pender, N. J. (2001). Health Promotion in Nursing Practice(4th. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Pizzi, E. R. & Wolf, Z. R. (1998). Health risks and health promotion for older women: utility of a health promotion diary. Holistic Nursing Practice, 12(2), 62-72.
- Pomidor, A., Gemmel, D., Buss, T. F. & Guerini, D., et al. (1993). The effect on retirees of losing retirement and health insurance benefits. Family Medicine, 25(2), 120-5.
- Poole, C. J. (1997). Retirement on grounds of ill health: cross sectional survey in six organisations in United Kingdom. BMJ, 314(7085), 929-32.
- Price, C. A. (2000). Women and retirement: Relinquishing professional identity. Journal of Aging Studies, 14(1), 81-101.
- Price, J. H., Desmond, S. M. & Losh, D.P. (1991). Patients' expectations of the family

- physician in health promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 33-9.
- Quadagno, J. S. & Hardy, M. (1991). Regulating retirement through the Age Discrimination in Employment Act. *Research on Aging*, 13(4), 470-5.
 - Raphael, D., Brown, I., Renwick, R. & Rootman, I. (1997). Quality of life: What are the implications for health promotion. *American Journal of Health Behavior*, 21, 118-128.
 - Reis, M. & Gold, D. P. (1993). Retirement, personality & life satisfaction: A review and two models. *Journal of Applied Gerontology*, 12(2), 261-82.
 - Reitzes, D. C., Mutran, E. J. & Fernandez, M.E. (1996). Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers. *Gerontologist*, 36(5), 649-56.
 - Resnick, B. (2000). Health promotion practices of the older adult. *Public Health Nursing*, 17(3), 160-8.
 - Richardson, V. & Kilty, K. M. (1992). Retirement intentions among Black professionals: Implications for practice with older Black adults. *Gerontologist*, 32(1), 7-16.
 - Rodgers, J., Grower, R. & Supino, P. (1992). Participant evaluation and cost of a community-based health promotion program for elders. *Public Health Reports*, 107(4), 417-26.
 - Rogowski, J. & Karoly, L. (2000). Health insurance and retirement behavior: evidence from the health and retirement survey. *Journal of Health Economics*, 19(4), 529-39.
 - Rosenkoetter, M. M. & Garris, J. M. (1998). Psychosocial changes following retirement. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 966-76.
 - Ross, C. E., & Drentea, P. (1998). Consequences of retirement activities for distress and the sense of personal control. *Journal of Health & Social Behavior*, 39(4), 317-34.
 - Rothenbacher, D., Arndt, V., Fraise, E. & Zschenderlein, B., et al. (1998). Early retirement due to permanent disability in relation to smoking in workers of the construction industry. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 40(1), 63-8.
 - Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Dell publishing.
 - Rowland, L., Dickinson, E. J., Newman, P. & Ford, D., et al. (1994). Look After Your Heart programme: impact on health status, exercise knowledge, attitudes & behaviour of retired women in England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48(2), 123-8.
 - Ruffing-Rahal, M. A. (1993). An ecological model of group well-being: implications for health promotion with older women. *Health Care for Women International*, 14(5), 447-56.
 - 斎藤重幸, 高木寛, 林義人, 仲野昌弘, 他. (2001). 北海道における健康日本 21 の推進 北海道における循環器疾患の変遷を通して. *北海道公衆衛生学雑誌*, 14(2), 116-9.
 - 佐藤孝. (2004). 連携体制づくりー多機関連携によるリハビリ事業の構築. *保健師ジャーナル*, 60(9), 851-855.
 - Scharlach, A. E., Mor-Barak, M. E. & Birba, L. (1994). Evaluation of a corporate-sponsored health care program for retired employees. *Health & Social Work*, 19(3), 192-8.
 - Secretary of State for Health. (1999). *Saving Lives: Our Healthier Nation*. London, U.K.: Stationary Office.
 - Seedhouse, D. (1997). *Health promotion: philosophy, prejudice and practice*. Chichester, U.K.: Wiley.
 - Shaughnessy, J. (1988). Pre-Retirement Planning and the Role of the Occupational Health Nurse. *AAOHN Journal*, 36(2), 70-7.
 - 新開省二. (2004). 老化の科学. *働く人の安全と健康*, 5(5), 465-467.
 - Shinopulos, N. M. & Jacobson, J. (1999). Relationship between health promotion lifestyle profiles and patient outcomes of biofeedback therapy for urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 19(4), 249-53.
 - 清水洋子, 福島道子, 高村寿子, 郷間悦子, 星野明子, 他. (2001). プリシード・プロシードモデル及びフォーカス・グループ・インタビュー法の活用と適用可能性 中年婦人の老後に関するニーズに焦点を

- 当てて。日本地域看護学会誌,3(1),171-175.
- Smith, L. W., Patterson, T. L. & Grant, I. (1992). Work, retirement & activity: Coping challenges for the elderly. In Van Hasselt, V. B. & Hersen, M.(Eds.). Handbook of social development: A lifespan perspective. Perspectives in developmental psychology. (pp. 475-502). New York, NY: Plenum Press.
 - 袖井孝子. (1981). 社会老年学の理論と定年退職. 副田義也(編)講座老年社会学 1=老年世代論. (pp. 102-140). 東京: 垣内出版.
 - Solomon, K. & Szwabo, P. A. (1994). The Work-Oriented Culture. In Thompson, E., Jr.(Ed). Older men's lives. (pp. 42-64). Thousand oak, CA: SAGE Publications.
 - 総理府広報室(編). (1992). 長寿社会. 月刊世論調査, 4, 2-25.
 - Sporakowski, M. J. & Axelson, L. V. (1989). Long-term marriages: a critical review. In Ade-Ridder, L. & Hennon, C. B. (Eds.). Lifestyles of Elderly. (pp.9-28). New York, N.Y.: Human Science Press.
 - Strauss, A. & Corbin, J. (1999). 質的研究の基礎-グラウンデッド・セオリーの技法と手順-. (南裕子,監訳). 東京: 医学書院. (原典出版 1990).
 - Stuijbergen, A. K., Seraphine, A. & Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. Nursing Research, 49(3), 122-9.
 - Super, D. E. (1960). 職業生活の心理学. 195-205. (日本職業指導学会,訳). 東京: 誠信書房. (原典出版 1957).
 - 鈴木由美,岡崎史子,小林淳子,鈴木修治. (2004). 仙台市 T 地区高齢者の健康づくりのためのインタビュー調査. 日本公衆衛生雑誌, 51(1), 13-19.
 - Szinovacz, M. E. & Davey, A. (2001). Retirement effects on parent-adult child contacts. Gerontologist, 41(2), 191-200.
 - Szinovacz, M. & Washo, C. (1992). Gender differences in exposure to life events and adaptation to retirement. Journal of Gerontology, 47(4), S191-6.
 - 嶽崎俊郎, 田島和雄, 吉田京, 富永祐民. (1999). 健康づくり努力度別にみた死亡リスクの検討 愛知県農山間部一般住民におけるコホート研究より. 日本公衆衛生雑誌, 46(10), 904-14.
 - 田中智香子. (2003). 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業-公民館活動から. 総合ケア, 13(12), 13-16.
 - 種田行男(2001).地域における高齢者の健康づくり.保健の科学,43(6),450-455.
 - 谷まり. (2004). メニューの多様化と体系化-高齢者を支えるまちづくりとリハビリメニュー. 保健師ジャーナル, 60(9), 858-862.
 - Tannahill, A. (1985). What is health promotion?. Health Education Journal, 44, 4.
 - 時長美希,松本女里,加納川栄子,山田覚,長戸和子,他. (2003). 中山間地域における高齢者のヘルスプロモーション. 高知女子大学紀要看護学部編,52,1-13.
 - Tones, K. & Tilford, S. (1990). Health education effectiveness, efficiency and equity. London,U.K.: Chapman and Hall.
 - Tryban, G. M. (1989). Effects of work and retirement with in long-term marital relationships. In Ade-Ridder, L. & Hennon, C. B. (Eds.). Lifestyles of Elderly. (pp.81-96). New York, N.Y.: Human Science Press.
 - Tsai, S. P., Bennett, J. M., Salesman, C. N. & Ryan, T. E. et al. (1998). Medical surveillance for hematological disorders among active and retired oil refinery workers. Journal of Occupational & Environmental Medicine, 40(5), 475-80.
 - 辻一郎. (1999). 健康寿命. 東京: 麦秋社.
 - Turner, M. J., Bailey, W. C. & Scott, J. P. (1994). Factors influencing attitude toward retirement and retirement planning among midlife university employees. Journal of Applied Gerontology, 13(2), 143-156.
 - U.S. Department of Health and Human Services. (2000). HEALTHY PEOPLE 2010-Understanding and Improving Health. Washington, DC: Government Printing Office

- 魚谷幸枝. (2003). 地域のお巡りさんも高齢者の健康づくり―「まめなカード」が一役!. 保健婦雑誌, 59(7), 610-614.
- Vinick, B. H. & Ekerdt, D. J. (1991). The transition to retirement: Responses of husbands and wives. In Hess, B. B., Markson, E. W.(Eds.). *Growing old in America* (4th ed.). (pp. 305-17). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Walker, J. (2001). Health and productive ageing. In Chiva, A. & Stears, D.(Eds.). *Promoting the health of older people*. (pp.73-85). Buckingham, U.K.: Open University Press.
- Wang, H. & Laffrey, S. (2001). A predictive model of well-being and self-care for rural elderly women in Taiwan. *Research in Nursing & Health*,24(2),122-32.
- Watson, J. M. (1993). Male body image and health beliefs: a qualitative study and implications for health promotion practice. *Health Education Journal*, 53(4), 246-252.
- Whetstone, W. R. & Reid, J. C. (1991). Health promotion of older adults: perceived barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1343-9.
- WHO Regional office for Europe. (1990). *ヘルスプロモーション-WHO:オタワ憲章*. (島内憲夫, 訳). 東京: 垣内出版. (原典出版 1986).
- Wieck, K. L. (2000). Health promotion for inner-city minority elders. *Journal of Community Health Nursing*, 17(3), 131-9.
- 山本多喜司. (1991). 退職および老年期への移行. 山本多喜司,S・ワップナー(編). *人生移行の発達心理学*. (pp. 2-24). 京都: 北大路書房.
- 山根洋右. (1997). 農山村における中高年女性の健康実態把握と健康増進対策に関する研究. *日本農村医学会雑誌*,46(4),730-738.
- 吉田亨. (1995). 健康学習とエンパワーメント・エデュケーション. 園田恭一, 川田智恵子(編). *健康観の転換―新しい健康理論の展開―*. (pp.245-250). 東京: 東京大学出版会.

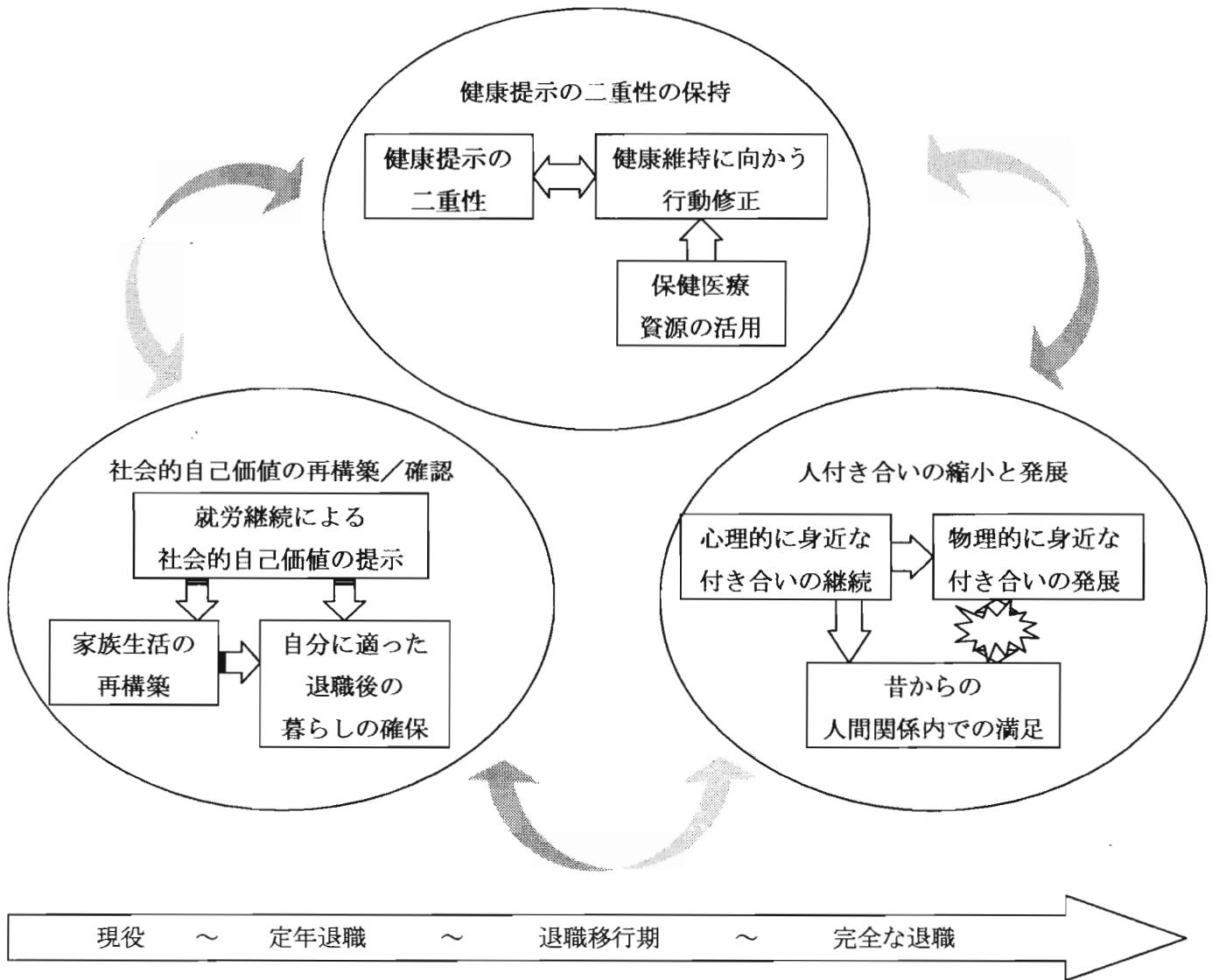


図 2-2.退職移行期に退職後の社会的自己価値と人間関係の再構築を行う中で、加齢に伴う変化や健康を脅かす問題に対応して健康提示の二重性を保持していく過程

退職した高齢男性のヘルスプロモーション・モデルの開発

課題番号：14573357

平成14年度～平成16年度科学研究費補助金

(基盤研究(C)(2))研究成果報告書

研究代表者 掛本知里

発行 東京都河田町8-1

東京女子医科大学看護学部

Tel 03-3353-8111(代)