

後期高齢者の生活変調と社会的孤立 ——過疎地域における単身高齢者の事例より——

Altered Daily Life and Social Isolation of the Elderly Living Alone in Under-populated Area

越 田 明 子*

Akiko Koshida

I. はじめに

近年、心身の健康上の問題で日常生活に影響がある単身もしくは夫婦世帯の後期高齢者の増加(国民生活基礎調査)¹⁾にともない、地域社会の中で社会的孤立状態にある高齢者に対する新たな支援施策が求められている。

支援を必要とする後期高齢者の生活は、疾病障害や加齢による心身の特徴からも様々な生活構成要素が相互に関連しあい、生活状況は固定化されず常に緩やかに変化し、「生活変調(altered daily life)」を呈することが多い。しかし、この後期高齢者の不安定で変動しやすい「生活変調」時の支援は、固定化された生活困難や困窮への施策展開(介護サービス等)と比較し、いまだ家族や近隣に期待されているように思われるが、周知のとおり今日のすべての高齢者が家族や近隣から柔軟な支援を得ているわけではない。そして、突然もしくはゆるやかな高齢期の「生活変調」についてだれもが予測しているにも関わらず、「生活変調」構造そのものについては詳細に研究されていない。

高齢者の生活問題に関して、平成12(2000)年の「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」(旧厚生省社会・援護局)による報告では、単身世帯の増加や高齢者の孤立や孤独の問題が問われ、その背後にある日本

全体の経済や社会の構造的な変化、不平等の拡大等の事態の進行と「社会的援護を要する人々」あるいは「生活困窮者」の「今日的な『つながり』の再構築」すなわち「社会的包摂」に向けた新たな施策の必要性が論じられている。また、近年の大都市におけるひとり暮らし高齢者の生活実態調査(河合2006)や集合住宅における孤独死調査(新井2007)等の研究からも、都市部の高齢者の「孤独」や「社会的孤立」の問題が語られることも多くなり、平成19(2007)年には、高齢者等が地域から孤立することがないように、厚生労働省による孤立死防止推進事業(「孤立死ゼロ・プロジェクト」)が開始された²⁾。

一方、著者が実施した、過疎地域³⁾の高齢者を対象とした調査⁴⁾において、生活問題をかかえる者の多くは単身もしくは夫婦世帯の後期高齢者であり、心身の変調と社会環境要因が関連して「生活変調」を呈していた。そして周囲が知り得たときには問題が深刻となり孤立化し、生活条件を整える方向へ長短期的に移動・転出していた。この地域においては近隣もまた高齢者が多く、「生活変調」時の支援を相互扶助関係に期待できるとはいいがたく、医療や介護を常時必要とする後期高齢者にとって、住み慣れた地域で生活を継続させることは難しい状況であった(越田2003; 2004; 2005)。今日の過疎地域では、人口減少とさらなる高齢化の進行や近隣者の転出が予測され、増加

* 社会福祉学部准教授

する後期高齢者の生活問題に対して遠方の家族や近隣の自発的な支援に頼るには課題が山積しており、わが国の経済や社会の構造的な変化が都市部の高齢者の暮らしを変えたとするならば、過疎地域の高齢者の生活をも変容させていることを今一度確認する必要があるだろう。

したがって、本稿は、高齢者の孤立は都市部に限定した問題ではなく、旧来、近隣による豊かな関係が存在しているように思われてきた過疎地域にも変容があり、とりわけ後期高齢者の生活困難や困窮状況が固定化される前、言い換えれば「孤独」や「孤立」が発生する前の「生活変調」と「社会的孤立」の関係を明らかにし、「生活変調」時に、ゆるやかに支援が展開され「孤立」が回避（予防）される方策について概要を示すことを目的とした。

Ⅱ. 「生活変調」とその視点

1. 「変調」という用語について

まずはじめに、本稿の課題を整理するために用いる「変調 (alteration)」について説明する必要がある。「変調」とは、「調子が変わる (広辞苑)」ことであり、社会経済状況の変動に関連して用いられることがある⁵⁾が、社会福祉学領域での生活や支援に関わる用語としては現在のところあまりみかけない。

一方、医学、看護学の分野で、個人や家族、集団、地域社会を対象として広く使用されてきた用語にこの「変調」がある。たとえば、「普段の状態と異なる様子」をあげて、「からだの変調」、「役割の変調」等と用い、特に看護学領域において、対象の状況を適切に診断し援助する過程、すなわち看護過程 (nursing process)⁶⁾における看護診断 (nursing diagnosis) 名 (label) として用いられてきた用語の一つである。看護診断とは、実在または潜在する健康問題や生活過程に対する個人・家族・地域社会の反応についての臨床診断であり (NANDA-I=2007:403)、的確な言葉で問題を表現し、共通の認識と共通用語を通して意思決定が伝達されるものである⁷⁾。この専門用語としての「変調」は、ある状態を表現するための翻訳用語⁸⁾として定着してきた言葉であり、状態を示す用語に修飾語をつけ、「～の変調 (altered～)」

と表現し、援助の必要状態を明確に限定することで実践計画や評価をより効果的にしてきた (齋藤他1999:65)。本稿で用いる「変調」は、上記のように「普段の状態から若干の変化が生じている状況」を表現し、「変調」によってもたらされる課題に対応する支援と、「変調」状態から確定的な避けたい問題へ移行することを予防する支援、もしくは安定した状態へ移行するための支援が対応策として考えられる状態や時期のことである。

ここで、「変調」と「変化/変容 (change)」を整理しておく以下のようにまとめることができる。「変化/変容」は、ある状態から他の状態へ変わることであり、その「変化/変容」過程の断片では一定の範囲内で様々な変化や変容が繰り返され積み重ねられ、小さな変化の統合として「変化/変容」が成立する。一方「変調」は、「変化/変容」過程で何らかの因子によってこの変化 (普段の状態) の調子が安定時と異なる方向へ微細に変わり、ときには一定の範囲外へ向かう状況である。言い換えると、「変調」は変化の兆しの時期であり不安定でゆらぎのある状態といえる。

この「変調」という言葉は、先述のように看護学領域においては、診断名として広く用いられてきたが、診断名の追加や改定⁹⁾の変遷を通して2001年以降診断の構成要素である関連因子 (related factor) や危険因子 (risk factor)¹⁰⁾名として用いられることが多くなってきたようである。この「変調」という用語は、広範囲に解釈でき便利な用語である一方でその構造の説明が不足すると解釈が多様になる。したがって、より詳細な状況を示す共通用語である診断名というよりはその事実に関連した因子情報として用いるほうが好ましいようであり、生活といった多様な構造をもつ領域においては、生活問題の要因との関連で時間軸における微妙な変化、すなわち不安定でゆらぐ状態を説明するにはかえって共通して使用しやすい用語と思われる。ゆえに、他領域における専門用語としての「変調」対象が個人・家族・集団・地域社会といった社会福祉学の対象と重複隣接していることから、対象の状況を共有するためにも使用の価値があると判断し用いることとした。

2. 「生活変調」をとらえる視点

心身の健康上の問題で日常生活に影響をきたしやすい後期高齢者の「生活変調」は、生物学的、心理的、社会的観点からの統合的アプローチを目的としている「国際生活機能分類 (ICF)：国際障害分類改訂版」を用いて考えてみるとイメージしやすい。ICFは、健康状態と健康関連状況を記述するための、統一的で標準的な言語と概念的枠組みを提供することを目的としており、その大きな特徴は、その評価に「環境因子」という観点を加えた点である (WHO=2002：3-21)。生活機能 (functioning) は、「心身機能・身体構造」と、課題や行為の遂行に関する個人的な視点である「活動 (activity)」、生活・人生場面への関わりで社会的な観点となる「参加 (participation)」の包括用語である。この生活機能は、個人とその人の背景因子である物的世界や他の人々、社会制度、サービス・政策・規則規律等の「環境因子 (environmental factor)」と、年齢や性別、社会状況等の個人に関係した「個人因子」の相互作用のうち肯定的な側面を表すものである。一方、個人と背景因子の相互作用のうち否定的な側面を表すものが障害 (disability) となる (WHO=2002：203-206)。「活動と参加」と「環境因子」の概要は表1のとおりである。また、各構成要素は図1のように示され、ダイナミックな相互関係が存在するため一つの要素に介入するとその他の一つまたは複数の要素を変化させる可能性があり (WHO：17)、その様子は、内部環境を絶えずある一定の範囲に保っている生物体の恒常性 (平衡性) 維持あるいはその過程であるホメオスタシス (homeostasis)¹¹⁾にも似ている。このような生活機能を「生活安定」状態と仮定すると、機能障害や構造障害、制限、制約によって各構成要素間の相互関連が不安定となり障害状態へ変化する兆しの状況を「生活変調」、移行後の障害状態を「生活困難」と置き換えて考えることができる。

したがって、「生活変調」は一定の範囲内に保たれた生活構成要素の相互関連の様子が、何らかの要因により不安定となり生活にゆらぎが生じることであり、一定範囲外へ変化・変容する兆しの状態である。また、生活を時間軸と状況の変化でとらえる「生活変調」は、支援を必要とする高齢

者の生活がどのような状況であるか、もしくはどのような状況であったかを位置づけるものである。

高齢期の特徴から、このような突然もしくは緩やかな「生活変調」が生じることは決して珍しいことではない。しかし、だれもが予測しているにも関わらず、「生活変調」構造そのものについては詳細に研究されていない。その理由として、①心身の変調に関連してその構造が常に変化していること、②変調時の生活困難は一時を乗り越えると改善もしくは悪化し、ある程度の固定状況を迎えること、③心身の変調と生活問題を扱う視点がそれぞれ異なる傾向にあることがあげられる。①と②については、後期高齢者の「生活変調」の特徴であり、意図的に介入しなくても「どうにかなるかもしれない」、「なにかおこった場合に対応する」という状況にあったように思われる。しかし今日の後期高齢者の心身の特徴や生活環境から、時間軸における次の段階ともいえる生活困難や困窮の経験は意図的に避ける必要があり軽視されるものではない。そして③の異なる視点とは、心身の変調から生じる問題に関しては「医学モデル」によって個人問題としてとらえ、生活問題については「社会モデル」によって社会によってつくられた問題としてとらえられてきた経緯をあげることができる。当事者にとっては、これらの異なるアプローチはどちらも重要な課題であるが、支援となると「医学モデル」、「社会モデル」の総合的包括的な知識と技術が必要とされる¹²⁾。したがって、この異なるモデルの統合に基づいて構成されているICFは (WHO：18)、後期高齢者の「生活変調」をイメージする¹³⁾には有効であり、「生活変調」に関連した因子を分析することで支援概要の提示が可能になると思われる。

留意しなければならないことは、生活の「変化/変容」過程の断片で様々な変化が一定の範囲内で繰り返され積み重ねられ、小さな変化の統合として「変化/変容」が成立するならば、その断片では多くの「変調」を経験するということである。したがって、ライフサイクルの中で「生活変調」をどのような基準、またはどのような期間で把握していくかということが課題となる。一生涯をみるのか、高齢期のみ限定するのか、一年な

のか、一ヶ月もしくは一日をみるのかによって、その位置づけと支援方法が変わってくる。本来ならばすべての期間の分析が必要と思われるが、本稿においては後期高齢者が現在体験している「生活困難」に関連した「生活変調」をとらえるために、まずは数ヶ月から数年を一つの期間としてとりあげた。

Ⅲ. 単身後期高齢者の「生活変調」と「孤立」事例

高齢者の生活過程における「生活変調」は、相互関連を通じて一定の範囲内に保たれた生活構成要素が、何らかの要因により不安定となり生活が一定範囲外へ変化する兆しの状態であり、高齢者の生活を時間軸における状況の変化でとらえるものである。困難状態は、「生活変調」を用いて考えると「①生活安定－②生活変調－③生活困難」の三つの段階を経て生成する。ゆえに、ここでは事例を用いて関係の変化と孤立が生まれる過程、

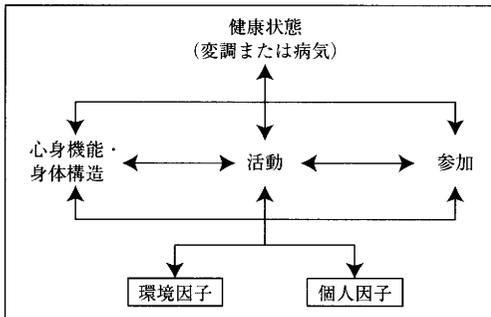
すなわち三つの生活段階を分析することによって「生活変調」と「社会的孤立」の関係を明らかにしていく。対象とする生活期間は約三年間¹⁴⁾である。

また、高齢者の「社会的孤立」¹⁵⁾¹⁶⁾について、今回は孤独や拒否¹⁷⁾といった主観的な部分にはふれず、社会関係を維持することを可能にする諸条件の欠如によって社会的な接触が少なく孤立している状態¹⁸⁾とした。

1. 対象高齢者の生活背景

対象となる後期高齢者が生活する地域（集落）の高齢化率は約52%、単身および夫婦世帯比率は約80%であり、高齢者人口の約20%が一時転出・入院等で常時集落では生活していない¹⁹⁾。また、高齢者の多くは長期間この地域で生活を営み、受給年金と子どもからの送金総計額が月10万円をこえる者には出会っていない。多くは何らかの疾患障害をかかえ、定期的に医療サービスを利用しながら月3～4万円程で生活を営んでいた²⁰⁾。集落の小売店に陳列されている商品価格やタクシー代を含む医療機関等への交通費は市街地居住者と比較して1.5～数倍であり²¹⁾、介護保険料の拠出が家計を圧迫²²⁾している者もいた。また、後期高齢者の暮らしを継続させるための畑の維持や食材の搬入等を支援する社会サービスは存在せず、利用者が少なく利用を抑制する傾向にあるこの地域への民間介護事業者の参入は少なく、提供されるサービスには回数や時間が限定されていた²³⁾。

図1 ICFの構成要素間の相互作用



出所：世界保健機関（2002）、17頁より引用

表1 ICF構成要素「活動と参加」と「環境因子」の概要

活動と参加	環境因子
<ul style="list-style-type: none"> ・学習した知識の応用 ・一般的な課題の遂行と要求の対処 ・コミュニケーションの理解や表出 ・運動や移動 ・セルフケア ・家庭における日々の活動や課題の遂行 ・対人相互関係に必要な行為や課題の遂行 ・経済的自立のための学習や仕事 ・コミュニティライフや社会生活に必要な行為や課題 	<ul style="list-style-type: none"> ・あらゆる生産品や用具 ・自然環境と人間がもたらした環境変化 ・支援と関係 ・他者の態度 ・サービス・制度・政策

出所：世界保健機関（2002）、123～200頁より著者が作成。

80代前半の単身高齢者（女性）の語りから当該地域の生活を紹介する。

「現在子どもは他県在住。2ヶ月で6万円程の年金が、介護保険料拠出により月3万円を切るようになった²⁴⁾。公民館や外灯の電気代等に使用される集落費1,000円と、自宅の電気、水道、ガス、電話、税金等毎月引かれて苦しくてたまらない。つきあい費もいっぱいかかる。集落で定額としているが、結婚出産3,000円、香典代親戚2,000円その他は1,000円。巡回診療受診時に診察代450円と血圧と便秘の薬720円、3週間分のときは920円かかる。自分の野菜は自分で作らなければやっていけない。猪が食べてしまう芋や米は購入するが魚は高いから自分などのためには買わない。食費は1ヶ月15,000円くらい。年をとると石につまずいたりするが転倒したら入院しなければならないから気をつけている。また、風邪も引かないように気をつけている。90歳までは自分一人でなんとかしなければと思っている²⁵⁾。」

2. 単身後期高齢者の関係の変化と孤立

事例を通して、単身後期高齢者らの関係の変化と孤立生成について、三つの生活段階から検討していく。

1) 事例1 単身高齢者の積極的相互支援関係とつながり

「①生活安定」時のA（80代前半 単身女性）とB（70代後半 単身女性）は、積極的に交流し気づかっていた。「②生活変調」時には電話で連絡を取り合い、時に軟食を届け励まし相互支援関係にあった。また少数事例であるが、Bへは近隣に居住する実子夫婦の判断で毎日夕食が届けられていた。Bは、心身の変調から生活変調をきたしやすい状況にあるが、「子どもは授かりもので預かったと思わなければならない」と子からの積極的な支援は希望せず、心配や困り事は親しい友人Aに相談し解決していた。「①安定」と「②変調」の往来を体験している高齢者らは、親しい友人同士間の相互支援関係の中で付き合いとつながりを展開し孤立はなかった（図2）。

2) 事例2 単身高齢者の支援関係の変化と孤立

C、D、E、F（80代前半 単身女性）は集落の同窓生同士で親しく、「①生活安定」時には積極

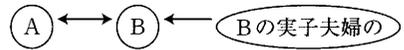


図2 「①生活安定」、「②生活変調」時の積極的相互支援関係とつながり

的に交流し情報を交換していた。入退院を繰り返している者もおり心身ともに健康という者はいない。退院後の「②生活変調」時はその者宅に菓子や惣菜を持ち寄り積極的に支援しあい、お互いに「辛いときは頼る」と話していた。「①生活安定」時と「②生活変調」時に、親しい友人同士間で付き合いとつながりを展開し孤立はなかった。（図3-1）。

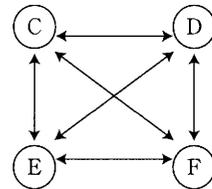


図3-1 「①生活安定」、「②生活変調」時の積極的相互支援関係とつながり

ある時、眩暈・頭痛のためFの体調が悪化し数ヶ月間自宅での臥床生活が続いた。Fの「②生活変調」時には、C、D、EらがF宅を訪問し気づかっていた。Fは「(食事は)自分で粥をつくり、惣菜は姪や隣近所(友人)が持ってきてくれる。食べきれないくらい。(知人に依頼して)おかずをもらって食べている人(単身高齢者)は気の毒」と語った。「①安定」と「②変調」を往来している友人らは以前と同様に親密な関係を続け、その中から「②生活変調」者への一方支援関係が生まれていた。そして、付き合いとつながりは徐々に縮小していった（図3-2）。

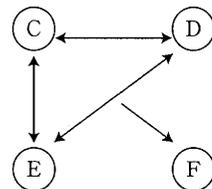


図3-2 「②生活変調」時の一方支援関係と関係の縮小

その後、Fの「②生活変調」は「③生活困難」へと変化し、徐々にC、D、Eらの訪問や支援が

減少した。Fは、「この一年位誰もこない。以前はおしゃべりしたり、食べたり、お茶を飲んだりしていた」とその様子を語り、「一人にいるときは考えないようにしているが…。やはり以前は自分で（生活しよう）と思っていたが…。最近になってから、みんな家庭があるから…。もしも寝たきりになったら…どうしようかと思っている」と一人の力では生活の継続が難しく将来への不安を抱いていた。

C、D、Eらは、「以前はよく（F宅を）訪問した。おかずを持っていったり、お茶を飲んだりしていたが、徐々に訪問し辛くなった。体調も悪そうなのに、いつも訪問すると気を使ってお茶やお菓子をしてくれる。あの人は今どんな調子かしら…。」と疎遠の理由とFへの心配を語っていた。一方で、親しかった友人の「③生活困難」情報を重ねて自分自身の将来への不安も時折語っていた。

「①安定」と「②変調」を往来している友人らは以前と同様に親密な関係を続けていた。しかし、「③生活困難」者への接触を徐々に控えるようになり関係はさらに縮小し「③困難」者は孤立していた（図3-3）。

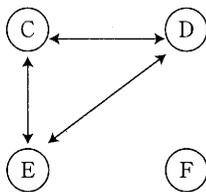


図3-3 「③生活困難」時の消極関係と孤立

Fの「③生活困難」に対して、遠方の家族（親戚）が施設利用申請を行ない自宅待機していたが、状態が悪化し、医療機関入院を経て施設入所となった。Fは集落での生活が困難となり転出した（図3-4）。

IV. 後期高齢者の生活変調と社会的孤立に関する考察

1. 「生活変調」と「孤立」の関係

ここで、生活変調と孤立の成立過程における背景因子についても一度整理してみると、孤立の当事者は単身後期高齢者であり心身の変調をきた

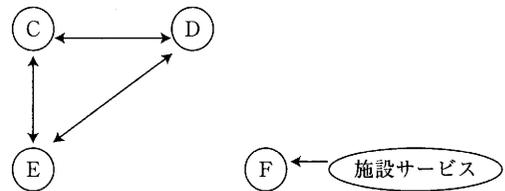


図3-4 「③生活困難」時の消極関係と孤立・転出

しやすいこと、日々の生活に欠くことができない食材の調達や調理に体力を必要とすること、それらを常時支援するサービスは不足し、購入するための経済的余裕が少ないこと、出費として医療費が必要であること、親しい友人らも高齢で変調をきたしやすい生活を営んでいること等があげられる。

したがって、過疎地域に生活する単身後期高齢者は、心身の状態が変調しやすいことから、親しい者同士の積極的相互支援関係を通して、付き合いとつながりを展開し「①安定」と「②変調」を往来する生活を営んでいたと思われる。このことから、後期高齢者の生活はその構成要素の相互関連によって一定の範囲内に保たれ営まれるが、

「②変調」時にはその構成要素である友人らの支援・接触がより一定の範囲内で安定するように働き、「①安定」時の接触は「②変調」を予防する機能でもあったといえる。しかし、心身状態の悪化は、生活を不安定な「②変調」へ導き、そのゆらぎを拡大させ「①安定」ではなく一定の範囲外へ変容させ、「③困難」状態へと固定化させていた。ここで、心身状態の悪化が「③生活困難」の固定化へ影響することは当然のこととも予測ができるが、このプロセスにおいて、生活構成要素の一つである友人らの支援・接触が、「②生活変調」者への気づかいと遠慮によってコントロールされたことについて留意する必要がある。関係は、双方向から一方向へと縮小し極端に接触を減少させ孤立状態へと変化させていた。以上のことから「②生活変調」から「③生活困難」に至る過程で、自らの意志ではない社会的な要件によって「社会的孤立」が生成されたことが説明できる。

また、これらの過程で、新たに二つのことが明らかとなった。「②生活変調」には、「①安定」へ移行することが可能である「②変調a」と「③困

難」状態へ移行すると予測される「②変調b」の二つの段階があり、友人らはその状況を判断し接触量をコントロールしていたということである。

「②変調b」期の訪問が当事者の負担になると気づかい、訪問を控えた結果孤立が生成したともいえるだろう。そしてもう一つは、「③生活困難」時の孤立・転出によって社会サービスに支えられた次の段階に移行するということである。そこには、環境要因の変容に関連して「困難－変調－安定」の過程が内在すると推測できる²⁶⁾。

2. 「生活変調」に着目する意義と支援

生活の各段階の枠組みを用いて、対象の問題すなわち関係の変化と孤立の生成過程を提示することによって、各段階の課題と支援の方向について検討することができる。このことは「生活変調」に着目する意義でもある。「①安定」と「②変調a」期には変調の拡大を予防する支援、時には「②変調a」が「①安定」へ移行するような付き合いとつながりを維持する支援が主となる。そして、「②生活変調」時に、ゆるやかに支援が展開され孤立を回避（予防）するには、「②変調b」期と「③困難」時の介入が必須であり、一方向の支援関係をどのように支え、いかに「つながり」を再構築するかが課題となる。いずれにしても、不安定な「生活変調」を支援する家族や社会サービスといった環境要件が不十分な過疎地域において、他者の訪問や接触は「②変調」の早期発見を可能とする。このことは付き合いを通しておおよそ行われていることも推測できるが、問題となることは発見後の遠慮と気づかいによって関係が縮小することである。別の角度からみると、「②変調」発見後の「つながり」の維持や再構築には双方の体力と精神力、経済力²⁷⁾を必要とすることも関係を縮小させた理由として考えることができる。したがって、友人と当事者の様々な負担の量と質についても適切な診断が必要であり、「②変調」の当事者にかわり訪問者を接遇することや、関係維持の媒介である菓子や惣菜などを提供することも一つの支援となる。また、同世代の友人らが継続的にかかわれるよう友人らの生活を支援することも必要である。そしてなによりも社会サービスの不足が孤立を助長していることも否めず、

過疎地域においては、高齢者の「②生活変調」と「③生活困難」に介入する効果的なサービスを検討していかなければならないだろう。

V. おわりに

本稿では、過疎地域の単身後期高齢者の孤立生成過程を分析し、「生活変調」と「社会的孤立」の関係を事例として明らかにした。そして「生活困難」に至る過程に、不安定で変化する兆しの状態である「生活変調」を設定したことで、孤立生成にかかる関連要因の変化が明確となり、諸段階における支援概要を示すことができた。本稿が対象とした過疎地域は、先の報告で指摘されるような「個人が家族や近隣との接触・交流なしに生活できる社会（旧厚生省2000：5）」ではない。地域がかかえる環境要因からも近隣との接触・交流なしには生活を維持できない社会であるにもかかわらず、「つながり」を強固に保てない背景があることもこの「生活変調」時の後期高齢者らの関係から確認できたと思われる。

「生活困難」を支援する環境要件が不足する過疎地域においては、とりわけその前段階である「生活変調」時の支援が課題になると思われる。しかし生活を構成する要素は多様で、孤立の生成過程における関係の変化や関連因子は各事例によって異なる。したがって、都市と異質の背景をもつ過疎地域の後期高齢者が体験している「社会との関係における問題の深まり」といった「社会的孤立」の回避（予防）については、「生活変調」をとらえる基準を明確にしたうえで、より多くの事例から検討を重ねる必要があるだろう。

注

- 1) 平成17（2005）年10月1日現在、わが国の65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2,560万人となり、高齢化率も初めて20%を超え、後期高齢者（75歳以上）人口は1,157万人（総務省統計局「推計人口」）と増加傾向にある。また平成18（2006）年の高齢者世帯は昭和50年の7.8倍で、15.7%が単身世帯である。有病率、通院者数、健康上の問題で日常生活への影響がある後期高齢者が他世代より多く、約6割が「自分の健康・病気」を悩みやストレスとあげている（平成16年度国民生活基礎調査より）。

- 2) 平成19(2007)年8月、「高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議(「孤立死」ゼロを目指して)」(厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室)が開催された。
- 3) 過疎市町村数は738自治体で全体の40.9%(平成19年4月)、人口8.4%(平成17年国民生活基礎調査)、国土の54.0%(平成13年国土地理院)を占め(全国過疎地域自立促進連盟より)、単身後期高齢者の課題は当該地域のための課題ではない。
- 4) 平成15(2003)年～平成17(2005)年度科学研究費補助金基盤研究(B)研究課題番号15330130の助成によるものであり、著者は参与観察および半構造化インタビューによる継続質的調査を担当した。インタビュー時に了解を得ているが、倫理的配慮として本稿のテーマ以外の内容は提示していない。
- 5) いずれも状況が不安定でマイナスの意味合いをもって表現される傾向にあり、以下のようなタイトルがある。「…変調をきたす国民経済」、「…マネー変調…」、「…変調の兆し…」他(…は著者が追記した)。
- 6) 看護過程は、クライアントの問題を決定し問題解決のための計画を立て、…実践し、明確にした問題の解決にあたりその計画がどの程度効果的であったかを評価するための、順序立てられた系統的な方法である。クライアントの全体像をとらえ、…すべてのニーズが確実に充足するようにする。…おおまかな構成要素は、アセスメント・診断-計画立案-実施-評価(詳細略)である(H. Yura, M. Walsh = 1984: 27, 40, 151-152)。
- 7) アメリカ看護協会では、チーム医療における責任の拡大に加え、記録や研究を促進するためにも統一的な看護用語を開発することが不可欠という認識の上、様々な学問の用語を取り入れ関連づけ異なる実践領域や国々のデータを結びつけやすくなるよう基準となる用語体系を開発している(R. Alfaro-LeFvre = 2004: 79-91)。医師が“健康問題”そのものを診断するのに対して、看護診断は“実在または潜在する健康問題/生活過程に対する個人・家族・地域社会の反応”についての臨床判断である(NANDA-I = 2007: 403)。わが国には、主に①NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) International、②M. Gordon、③L. Carpenitoが開発分類している看護診断が紹介されており(黒田2005: 6-7)、教育・実践機関で用いられている。
- 8) この共通用語は普段の生活においては耳慣れない用語が多く、「変調」も「その一つ」で、とまどいを感じる者もあり、翻訳用語の難しさの一方で多くの人がその言葉を用い浸透するようになれば違和感は少なくなる(渡邊2001: 37-38)と課題としてあげられてきた。
- 9) NANDA-Iの看護診断審査委員会の成果(NANDA-I = 2007: 397-402)である隔年に公開された診断名を参考にした。
- 10) 診断の構成要素である、関連因子とは特定の診断と結びつく(R. Alfaro-LeFvre = 2004: 216)もので「…に伴う」「…に関連した」と記述され、危険因子とは、不健康な状態に個人・家族・地域社会を陥りやすくする環境因子および生理的・心理的・遺伝的・科学的要素である(NANDA-I = 2007: 404)。
- 11) 生物体の体内諸器官が温度や湿度といった外部環境の変化や、姿勢や運動等による主体的条件の変化に応じて調節されるものである(Claude Bernard, 1856年)(最新医学大辞典・広辞苑第5版)。
- 12) ケアマネージメントにおける保健と医療、福祉の連携や統合に向けた解決策として人材養成のための「スキル・ミックス」への期待もよせられている(田村・山本2005: 171-179)。
- 13) ICFの各構成要素間の相互関連の様子を用いて「生活変調」の説明を試みたが、ICFが「生活変調」を明確に説明しうるかどうかについては今後の課題である。
- 14) 調査期間の三年間の変化を事例として提示した。
- 15) 先の「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「心身の障害・不安」、「社会的排除や摩擦」、「社会的孤立や孤独」といった問題が重複・複合化しておりこれらの座標軸をあわせて検討する必要があるとし、「社会的孤立」は、社会との関係における問題の深まりの一つとして示されている(旧厚生省2000: 4)。
- 16) P. タウンゼント(Peter Townsend)は、社会的孤立は家族やコミュニティとほとんど接触がなく客観的なもので、孤独は仲間づきあいの欠如あるいは喪失による好ましからざる感じ(unwelcome feeling)という主観的なものと定義し、高齢者の社会的接触(social contact)点数により測定している(1963: 227-229)。その後、J. タンストール(Jeremy Tunstall)は、同地区を含む都市と農村高齢者の調査で、少数であるが極端に孤立した高齢者が農村に多く、特徴として単身で子どもがいない、親族・友人と接触が少ない、労働していない、後期高齢者をあげている(1978: 101-117)。一方、わが国では、関連要因や類型を試みる浅野(1982)、後藤他(1990)；

- 1991)、齋藤(2006)、河合(2006)らの研究があり対象は前期高齢者も含む。
- 17) 拒否と社会的孤立の研究については、「高齢者の援助拒否・社会的孤立・潜在化問題研究会(立命館大学小川栄二他)」の調査報告(第1次)を参照。
- 18) 今日の議論(平岡2005:159;岩田2006;2007:131;阿部2007a:131)から「社会的孤立」は、高齢者の貧困、剥奪の延長にある排除の一側面としてとらえることもでき参照した。
- 19) 平成17年現在の集落データであり自治体全体の数値ではない。常時在住者については著者が調べたものである。
- 20) 高齢者らの語りから推定した額である。集落区長や訪問介護員の言動の中でも同額が提示された。畑野菜の収穫の有無、別居する子どもから日用品や金銭の送付、医療等のサービス利用の程度によって生活困窮度が異なる。1980年代以降、高齢者の生活問題として単身高齢者や高齢者夫婦世帯の経済的格差が拡大し、相対的貧困が他年齢層と比較し高いことが指摘されてきた(白波瀬2005;橋本・浦川2006;室住2006;阿部2007)が、過疎地域においてはさらに特化しているようにみうけられる。
- 21) 80代前半女性の買物の値段を参考にすると、牛乳1L330円、バナナ400円、ちり紙220円、豆腐110円等であり生鮮食材は市街地より高い。公共交通機関利用で市街地まで片道900円、一日往復一便で移動時の揺れによる身体的負担がある。公共交通以外では片道10,000円~13,000円。近隣に特別な支援の依頼する時は、現金500~1,000円や菓子や缶ジュース、タバコを謝礼として渡している者もいた。
- 22) 構造改革によって措置制度から保険制度にかわったことも一要因であろう。室住は家計収支の実態から、「日本の場合、実収入に対する社会保険料の割合が所得階層間において一定ないし相対的に低所得層ほどやや高いため、実収入が停滞・減少するに伴って社会保険料が増し、それが消費低迷の一要因になっている可能性が高い。…その負担が消費を圧迫したり、生活を揺るがす危険のある所得層をきちんと視野におくことが欠かせない(2006:29)」と指摘している。
- 23) 当該地区では、調査開始時(平成15年度)には移動経費問題のためサービス参入が見送られていたが、平成17年度に訪問介護サービスが週二回曜日限定で開始した(利用者2名)。調査期間中の給食サービスは実現しなかった。同自治体内の他地区においては給食サービス(旧「食の自立支援事業」、訪問

- 介護サービス、通所介護サービス等が展開されていた。
- 24) 親の介護を目的としてUターンしてきた60代前半の男性も、「(集落にもどる前は他界した)親に仕送りをしていて。2ヶ月に54,000円、1ヶ月27,000円の年金では生活が大変だった」とその様子を語っていた。
- 25) 平成17年現在。方言をかえて記述した。
- 26) このことに関しては追跡調査が必要と思われるが、転出した施設利用者を対象とした調査報告(越田2004)を参照されたい。
- 27) Tunstallは、社会的孤立の原因に低収入をあげ、…飲食や、衣服を購入できるお金をもたないことは、それだけで社会的な交際の仲間に入ることをためらわせ社会的接触を低下させると指摘している(=1978:250;317)。

文献

- 阿部彩(2006)「相対的の実態と分析」社会政策学会編『社会政策学会誌第16号社会政策における福祉と就労』法律文化社。
- 阿部彩(2007a)「日本の経済格差と貧困」、『補論 日本における社会的排除の現状と課題』福原宏幸編『社会的排除/包摂と社会政策』法律文化社。
- 阿部彩(2007b)「日本における社会的排除の実態とその要因」国立社会保障・人口問題研究所編『季刊社会保障研究』43(1)、27-40。
- 新井康友(2007)「調査報告 泉北ニュータウンの高齢者問題—調査結果から明らかになったこと—」『総合社会福祉研究』(31) 総合社会福祉研究所。
- 荒木智浩(2007)「不動産マネー変調で業態巻き込む再編へ(日本経済相予測)…(日本を動かす20のテーマ)」毎日新聞社編『エコノミスト85(68)』80。
- 浅野仁(1982)「在宅障害老人の社会的孤立」日本老年社会科学学会編『老年社会科学』4、155-168。
- 後藤昌彦・山崎治子他(1990)「農村における高齢者の社会的孤立」北海道高齢者問題研究会編『高齢者問題研究』6、161-177。
- 後藤昌彦・山崎治子他(1991)「都市における高齢者の社会的孤立」北海道高齢者問題研究会編『高齢者問題研究』7、73-90。
- 後藤玲子・埋橋孝文他(2004)国立社会保障・人口問題研究所編「福祉に関する国民意識調査」『季刊社会保障研究』39(4)、389-402。
- 平岡公一(2005)『高齢期と社会的不平等』東京大学出版会。

- Helen Yura, Mary B. Walsh (1978) *The Nursing Process : Assessing , Planning , Implementing , Evaluating* . Appleton-Century-Crofts (=1984、岩田郁子・伊那侑子他訳『看護過程=ナーシング・プロセス=アセスメント・計画立案・実施・評価』医学書院)。
- 岩田正美 (2005) 「貧困・社会的排除と社会福祉」岩田正美・西澤彦彦編『貧困と社会的排除-福祉社会を蝕むもの-』ミネルヴァ書房。
- 岩田正美 (2006) 「ソーシャル・エクスクルージョン/インクルージョンの有効性と課題」『現代の社会病理』16、5-16。
- Jeremy Tunstall (1978) *Old and Alone : A Sociological Study of Old People* . Routledge & Kegan Paul, London = 1978 光信隆夫訳『老いと孤独-老年者の社会的研究』垣内出版。
- 河合克義・菅野道夫 (2006) 「港区におけるひとり暮らし高齢者の生活と社会的孤立問題-孤立問題分析の基礎視角構築のために」『賃金と社会保障 No. 1432』労働旬報社、4-35。
- 越田明子 (2005) 「離島の離島」高齢者の生活ネットワークに関する一考察-鹿児島県瀬戸内町を事例として-『福祉社会学部論集』(鹿児島国際大学福祉社会学部) 24 (2)、21-34。
- 越田明子 (2004) 「離島高齢者の生活と養護老人ホームの現況に関する一考察-利用者の語りを中心として-」『福祉社会学部論集』(鹿児島国際大学福祉社会学部) 23 (3)、17-32。
- 越田明子 (2003) 「離島の『離島』における高齢者介護に関する一考察-加計呂麻島、請島、与路島高齢者の現況分析より-」『福祉社会学部論集』(鹿児島国際大学福祉社会学部) 22 (2)、6-81。
- 厚生省社会・援護局 (2000) 「『社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会』報告書」。
- 厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室 (2007) 「高齢者等が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議 (『孤立死』ゼロを目指して) の開催について」 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/08/tp0822-1.html>, 2007. 12. 19)。
- 黒田裕子 (2005) 『黒田裕子の入門・看護診断 看護診断を使った看護計画の立て方』照林社。
- Merion Johnson, Gloria Bulechck, Howard Butchr, Joanne McCloskey Dochterman, Meridean Maas, Sue Moorhed, and Elizabeth Swanson (2006) *NANDA, NOC, and NIC Linkages : Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions, 2nd edition* . Mosdy, Inc., St. Louis, MO., U.S.A. (=2006藤村龍子監訳『看護診断・成果・介入 NANDA, NOC, NIC のリンケージ第2版』医学書院)。
- 室住眞麻子 (2006) 『日本の貧困-家計とジェンダーからの考察-』法律文化社。
- NANDA International (2007) *NANDA-I Nursing Diagnosis : Definitions and Classification 2007-2008* . NANDA International, Philadelphia (=2007、日本看護診断学会監訳中木高夫訳『NANDA-I 看護診断-定義と分類2007-2008』医学書院)
- Peter Twonsend (1963) *The Family life of Old People : An Inquiry in East London* . The Abridged edition, with a new postscript, Pelican Books. (=1974山室周平監訳『居宅老人の生活と親族網-戦後東ロンドンにおける実証的研究』垣内出版)。
- 労働大学調査研究所経済 DATA 研究会 (2007) 「構造改革が歪めた経済と社会 (3) 変調をきたす国民経済」『月刊労働組合 No. 512』労働大学出版センター、58-61。
- 立命館大学 医療・福祉エンパワメントプロジェクト・サブプロジェクト高齢者の援助拒否・社会的孤立・潜在化問題研究会 (2006) 「要援護高齢者の援助拒否・社会的孤立・潜在化問題に関する調査報告書 (第1次) の要旨 (ダイジェスト版)」 (<http://homepage2.nifty.com/senzaika/2006/keamane-cyosa1daijesuto.pdf>, 2007. 12. 19)。
- Rosalinda Alfaro-LeFvre (2002) "*Applying Nursing Process : Promoting Collaborative Care*", 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins (=2004、江本愛子訳『基礎から学ぶ看護過程と看護診断』医学書院)。
- 齋藤悦子監、齋藤悦子・内田陽子・笠松サエ子編 (1999) 『看護過程学習ガイド-思考プロセスからのアプローチ』学習研究社。
- 齊藤雅茂 (2006) 「高齢者の社会的孤立に関する類型分析-事例調査による予備的研究」『日本の地域福祉』日本地域福祉学会、20、78-86。
- 白波瀬佐和子 (2005) 『少子高齢社会のみえない格差-ジェンダー・世代・階層のゆくえ』東京大学出版会。
- 杉本晶子 (2006) 「不動産投資に変調の兆し回収のカウンタダウン始まる」『日経公社債情報 No. 1526』格付投資情報センター、2-6。
- 杉村宏 (1997) 「わが国における低所得・貧困問題」庄司洋子・杉村宏・藤村正之編『貧困・不平等と社会福祉』有斐閣、67-84。

橘木俊明・浦川邦夫（2006）「社会的排除とベーシック・インカム構想」『日本の貧困研究』東京大学出版会、281-309。

田村誠・山本武志（2005）「保健、医療、福祉の連携と統合」三重野卓・平岡公一編『改訂版福祉政策の理論と実際-福祉社会学入門』東信堂、171-179。

渡邊トシ子（2001）『ヘンダーソン・ゴードンの考えに

基づく実践看護アセスメント第2版-同一事例による比較-』廣川書店。

World Health Organization（2001）*International Classification of Functioning, Disability and Health*（=2002障害者福祉研究会編 WHO『ICF 国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-』中央法規）。