



平成 22 年度老人保健健康増進等事業

セルフ・ネグレクトと孤立死に関する  
実態把握と地域支援のあり方に関する  
調査研究報告書

2011 年 3 月

株式会社 ニッセイ基礎研究所



## はじめに

近年、孤立死（孤独死）問題には、マスコミ報道等により社会的な関心が高まっている。しかし、これまで特定地域での独自の統計やそれを元にした先行研究、個別自治体での対策事例はあるものの、孤立死・孤独死という名称も含めて未だ明確な定義が存在せず、全国規模での発生件数すら明らかにされていない。また、孤立死の背景として考えられる要因の1つに、本人の支援拒否があるが、たとえ本人からの明確な「拒否」があったとしても、それが必要な情報・知識に基づく合理的な判断ではない場合には、真のニーズを見極めることによって社会的支援につなげていく必要があるだろう。

本研究事業は、これまで系統だった調査・研究のなされていない「孤立死」に着目し、その実態把握と発生数の推計、セルフ・ネグレクトとの関係の解明に取り組んでいる。参考となる先行研究や調査が少ないため、分析方法等に厳密さに欠ける部分がないとは言えないが、孤立死の推計値を示すことができた。また、全国の地域包括支援センター、生活保護担当部署から孤立死事例を集約し、セルフ・ネグレクトと孤立死との関係について論じ、かつ自治体の先進的取り組みを紹介したことは、本研究事業の大きな成果と言えるだろう。

特に、高齢化率が高まり、独居高齢者が増加している昨今、孤立死発生率の推計値や自治体の先進的取り組みの紹介は、多くの自治体において孤立死予防対策を検討する上で貴重な資料となると考えられる。孤立死は日々どこかで起こっている。孤立死予防のためには、全国の自治体、そして住民1人1人が、孤立死を「地域の問題」、「自分の問題」として捉えていく姿勢が不可欠であろう。

セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と  
地域支援のあり方に関する調査研究委員会

委員長 岸 恵美子



# 目次

<b>第1章 要旨</b> .....	1
<b>第2章 調査研究概要</b> .....	7
1—背景と目的 .....	7
2—事業内容 .....	8
1   調査の全体像 .....	8
2   検討委員会の設置 .....	9
(1) ワーキングの開催 .....	9
(2) 委員会の開催 .....	10
3   調査の内容 .....	12
(1) 自治体における高齢者の「孤立」「セルフ・ネグレクト」「孤立死」等の実態把握と 対応状況に関する調査 .....	12
(2) 孤立死の事例収集 .....	12
(3) 孤立死数の推計 .....	12
(4) 先進的取り組みを行っている自治体に対するヒアリング .....	12
(5) セルフ・ネグレクトの事例収集 .....	13
3—調査研究体制 .....	14
1   委員会 .....	14
2   事務局 .....	14
<b>第3章 全国における高齢者の孤立死数の推計と孤立死の具体像</b> .....	15
1—孤立死・孤独死とは .....	15
1   孤立死・孤独死への関心の高まり .....	15
2   孤立死・孤独死に関する既存統計 .....	15

3	本研究における「孤立死」とは	17
	(1) 孤立と孤独の違い	17
	(2) 孤立死の操作的定義	17
2—	高齢者の孤立死数に関する全国推計	19
1	方法	19
	(1) データの概要	19
	(2) 全国推計の手順	19
2	分析結果① 東京都 23 区における高齢者の異状死検案数	20
3	分析結果② 全国における高齢者の孤立死数の推計	22
4	結果の考察と今後の課題	28
	(補論) 性別と年齢による死亡後経過期間への説明率：本推計の精度	29
1	はじめに	29
2	方法	29
3	結果	30
4	考察	31
3—	高齢者の孤立死事例の記述的分析	32
1	死後発見までの経過期間別の死亡事例の相違	32
	(1) 死亡当日～死後 1 日目までに発見された事例	32
	(2) 死後 2 日から 3 日目までに発見された事例	33
	(3) 死後 4 日から 7 日目までに発見された事例	33
	(4) 死後 8 日以上経過して発見された事例	34
2	孤立死事例の分析考察	35
	(1) 他者との物理的な距離	35
	(2) 日ごろの関わりの深さ	35
	(3) 関わりの頻度	35
<b>第 4 章</b>	<b>セルフ・ネグレクトの実態と孤立死との関係</b>	<b>37</b>
1—	セルフ・ネグレクトの実態	37
1	セルフ・ネグレクトの定義や概念を巡る諸問題	37
2	本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義	37
3	事例からみるセルフ・ネグレクトの実態	38
	(1) わが国におけるセルフ・ネグレクトの調査研究	38
	(2) 全国調査に見るセルフ・ネグレクト	39
	(3) 本研究事業の自治体訪問調査におけるセルフ・ネグレクトの実態	41
4	考察	46
2—	セルフ・ネグレクトと孤立死との関係	47
1	孤立死事例シート	47
2	セルフ・ネグレクトの指標	47
3	孤立死事例のなかにおけるセルフ・ネグレクト事例の実態	48
4	セルフ・ネグレクトのパターン	49
5	セルフ・ネグレクトと孤立死の経過日数との関連	51

6   死後の経過日数への関連要因	52
7   考察	57
<b>第5章 自治体における取り組みの実態～全国自治体悉皆調査から～</b>	<b>58</b>
1—孤立死の定義	59
2—孤立死の把握状況	61
1   孤立死事例の情報収集の有無	61
2   孤立死事例に関するデータ管理状況	61
3   孤立死事例の把握状況とH21年度の把握件数	62
(1) 孤立死事例の把握状況とH21年度の把握件数	62
(2) 地域包括支援センターにおける65歳以上高齢者の孤立死事例の把握状況	64
(3) 孤立死に関する情報収集を行っていない理由	66
4   高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消の取り組み状況	67
(1) 独自の調査・情報収集の有無	67
(2) 対象者リストの作成状況	68
(3) 個別対応・経過観察の状況	69
(4) 自治体としての取り組み	70
(5) 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に際して自治体が直面している課題	73
5   高齢者の孤立死に対する直接的な対応策	77
(1) 実施検討状況	77
(2) 必要度の高い取り組み上の課題・問題点	78
<b>第6章 自治体における課題と対応～自治体ヒアリング調査（訪問調査）から～</b>	<b>79</b>
1—はじめに	79
2—自治体組織の再構築と支援体制の強化	80
1   相談窓口の一元化と組織の再編成	80
2   地域ニーズに直結するランチ組織	81
3   専門職・専門家等の活用・ネットワーク化	81
4   地域資源の活用とネットワーク化	82
3—個別ニーズの掘り起こし	83
1   民間事業者等を活用した課題の掘り起こし	83
2   コミュニティー活動を通じた課題の掘り起こし	84
3   地域支援マップづくり・見守りネットの構築など	84
4   民生委員の活躍と個人情報保護・プライバシーの尊重による弊害	85
4—処遇困難者へのアプローチ	86
1   関係づくりと継続的な関わりに向けた地道な対応	86
2   本人を中心にした支援者のチームづくり	87
3   キーパーソンとの連携	87
5—地域啓発・コミュニティー活動の推進	88
1   住民意識の変革と住民主体の地域づくり	88
2   リーダーシップを担える人材育成	89

## 付属資料

- ・ 執筆者一覧
- ・ 孤立死数推計の結果
- ・ 自治体調査票および単純集計結果
- ・ 事例収集シート〔生活保護担当課向け〕
- ・ 事例収集シート〔地域包括支援センター向け〕
- ・ セルフ・ネグレクト事例収集シート

# 第1章 要旨

## 1— 調査研究概要

- ・ 地域社会からの孤立や、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は、たとえ本人からの明確な「拒否」があったとしても、それが必要な情報・知識に基づく合理的な判断ではない場合には、真のニーズの見極めによって社会的支援につなげていく必要があるのではないだろうか。
- ・ このような課題意識を踏まえ、本研究では全国自治体への悉皆調査や先進的な取り組みを実施している地域への訪問調査を通じて、高齢者の孤立死、セルフ・ネグレクトの実態を把握し、委員会での議論を踏まえて、必要な地域支援体制に結び付けていく方策を提案した。

## 2— 全国における高齢者の孤立死数の推計と孤立死の具体像

### 1 | 孤立死問題と本研究での操作的な定義

- ・ 孤立死・孤独死問題は、マスコミ報道等により社会的な関心が高まる一方で、孤立死の実態に関する調査研究は進んでおらず、全国規模での年間の発生件数すら明らかになっていないのが実状である。このために、個別自治体において「孤立死対策」に取り組む事例はあっても、全国的に行政として「孤立死対策」を明確に打ち出すまでには至っていない。
- ・ 本研究では、「孤立死」と「孤独死」を区別し、死者の生前の主観的な状態（孤独）を把握するデータが存在しないことから、生前の客観的な状態（孤立）としての「孤立死」に焦点をあて、生前の客観的な孤立状態を表す代理変数として死亡から発見までの経過期間に着目し、「死後発見までに一定の期間経過している」人々として把握した。
- ・ その期間については、死後経過期間と死体現象（死後変化）、それに伴う社会経済的な影響・損失を踏まえれば、「死後2日以上」が一つの基準として、その後さまざまなインパクトを及ぼすものの、生前に孤立状態にあったとはいえないケースも「孤立死」に該当する可能性が高い。そのため、「2日以上（上位推計）」「4日以上（中位推計）」「8日以上（下位推計）」という3段階の幅を用いて、「孤立死」を操作的に定義し、その全国推計を試みた。

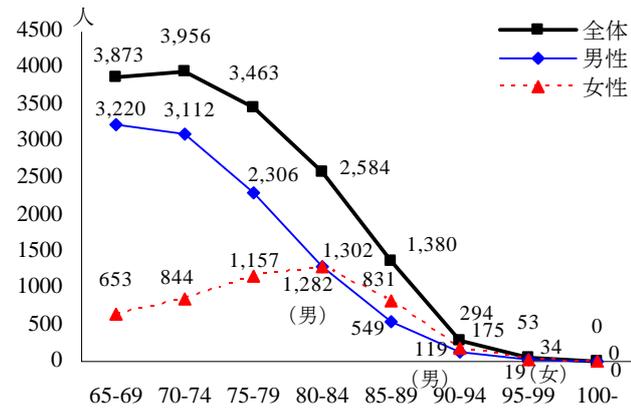
### 2 | 高齢者の孤立死数に関する全国推計

- ・ 高齢者の孤立死に関する全国推計は、東京都監察医務院から公表の2009年時点の「東京都23区における孤独死の発生数」と、2010年版の「人口動態統計（厚生労働省）」を用いて、「東京23区における性・年齢階級別の高齢者孤立死の発生確率」を算出し、全国市区町村の性・年齢階級別死亡数にあてはめ、得られた各市区町村の高齢者の孤立死数を全て合算して算出した。

<前提：「東京都 23 区における性・年齢階級別の孤立死発生率が全国市区町村で同一である」>

		発生確率 (%)	全国推計 (人)
2 日以上 (上位推計)	全体	2.95	26,821.3
	男性	3.62	16,616.8
	女性	2.24	10,204.5
4 日以上 (中位推計)	全体	1.74	15,603.0
	男性	2.33	10,621.8
	女性	1.10	4,981.3
8 日以上 (下位推計)	全体	0.97	8,604.9
	男性	1.40	6,311.7
	女性	0.51	2,293.1

\*発生確率は東京都23区における孤立死発生確率  
\*全国推計は全国の65歳以上高齢者の孤立死数推計結果



### 3 | 孤立死事例

- ・ 全国の市区町村を通じて、「生活保護担当課」と「地域包括支援センター」で把握している孤立死事例を収集した。

#### (1) 死亡当日～死後1日目までに発見された事例

- ・ 近隣関係や介護サービスを通じて他者との交流・接点があり、必ずしも「孤立」とはいえない関係性があることが早期発見につながっていた。 ⇒ 上記推計では「孤立死」に含めていない。

#### (2) 死後2日～3日目までに発見された事例

- ・ 異臭等による近隣住民の異常察知や、交流のある関係者が遠方のため訪問までに時間を要したケースなど、近くに交流のある人がいないことが発見を遅らせたことが見て取れる。介護サービス等との接点の狭間で若干の日数が経過したケース。 ⇒ 「上位推計」: 全国で年間 約 27,000 人

#### (3) 死後4日～7日までに発見された事例

- ・ 異臭や新聞配達員通報での発見等、地域との関連性がより希薄であることが推察される。近隣に親族がいることで近隣住民の注意が薄れるケースも。 ⇒ 「中位推計」: 全国で約 16,000 人

#### (4) 死後8日以上経過して発見された事例

- ・ 地域での孤立に介護サービスや医療の拒否が重なったケースや、むしろ独立心が強く自立されていたケースが見受けられた。 ⇒ 「下位推計」: 全国で約 9,000 人

### 4 | 孤立死事例の分析考察

- ・ 本人の尊厳維持の上でも、社会経済的な観点からみても、死後長期間放置されるような状態は、親族や近隣住民に多大な影響を与えることになる。誰にも看取られず死後発見されるような死に方をゼロにすることは事実上不可能であっても、死後できる限り早期に発見されることが望ましい。
- ・ 生前の当人の生活における他者との「物理的な距離」や「日ごろの関係の深さ」、「関わりの頻度」によって、死後発見までの期間には差異がみられ、より近くにいる方が、より深く関わっている方が、また、より頻繁に関わっている方がいることで、早期の発見につながっているようであった。家族や近隣住民とのかかわりがほとんどないなど、そもそも他者との接点が少ないケースでは、異常察知の網の目にかかるのが遅れ、発見が遅れることになる。
- ・ 自治体サービスはもちろん、地域にあるリソースを活用することで、それぞれの関わり自体は浅くとも、「頻度」を上げることは可能である。他者との関わりが重層的に組み合わせられることによって（網の目が細くなり）、異常察知機能は高まることになる。
- ・ 今後さらに単身高齢者世帯、高齢者のみ世帯が増加することが見込まれる中では、各自治体にとって、死後に長期放置することなく早期に発見できる体制づくりと同時に、生前の高齢者の Well-being を支える日常的な社会的ネットワークの構築に向けた支援体制の強化は急務の課題といえよう。

### 3—セルフ・ネグレクトと孤立死の関係

#### 1 | セルフ・ネグレクトの定義

- ・セルフ・ネグレクトに関する研究はいまだ途上であり、わが国においては法的な定義がなされていないことに加え、研究者間で幅広く共有された定義も存在しないことから、本研究では詳細な定義・概念の議論は今後の課題とし、高齢者虐待の研究者間で現在までに行われたいくつかの先行研究から、操作的な定義を行うこととした。
- ・本研究においては、津村らの「高齢者が通常一人の人として、生活において当然に行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ること」を理論的定義とし、路上生活者はその定義から除外している。

#### 2 | セルフ・ネグレクトの実態

##### (1) 当該研究委員長の岸らによる先行研究における全国調査で把握されたセルフ・ネグレクトの実態

- ・事例属性では、自立度が比較的高く、半数が介護保険未申請、約9割が障害手帳不所持。心身状態では性格や人格の障害がある者が約6割で、アルコール問題、精神疾患がそれぞれ約2割。内科的疾患では、糖尿病罹患が約1割。その他治療が必要な疾患が約4割。その多くが、栄養不良や必要なサービスの拒否による生命に関わる深刻な状況にありながら、社会的に孤立している状況が推察された。
- ・家族状況では、独居約7割（うち家族支援なし約7割、家族以外支援なし約6割）、同居家族がいてもその家族からの支援がないものが5割超、「家族内孤立」状態にある高齢者の存在も明らかになった。
- ・把握の契機は、民生委員が4割、地域包括支援センター職員1割という現状であり、地域包括支援センターのマンパワー不足とそれをカバーするため近隣住民の見守りやボランティアの育成等が必要である。
- ・介入方法では、見守り70%、本人の話を聞く67%、サービス利用勧める67%、身体状況確認64%、医療受診勧奨62%であるが、介入後の状況では、不変25%、改善38%、終結35%。改善・終結の理由はサービス受入28%、施設入所23%、入院20%、死亡15%であった。
- ・現在自治体では、専門職が経験に基づいた独自の介入方法の工夫によりセルフ・ネグレクト事例に対応しているが、1/4の事例では状態が介入より変化せず、終結した事例でも約15%は死亡していることが明らかになった。また約4割の事例で対応がとても困難であり、約7割が支援技術や支援の継続に悩んでいることから、現行制度の限界が課題であり、緊急保護施設の確保を含め、効果的な介入方法を構造化していくことが喫緊の課題であると考えられる。

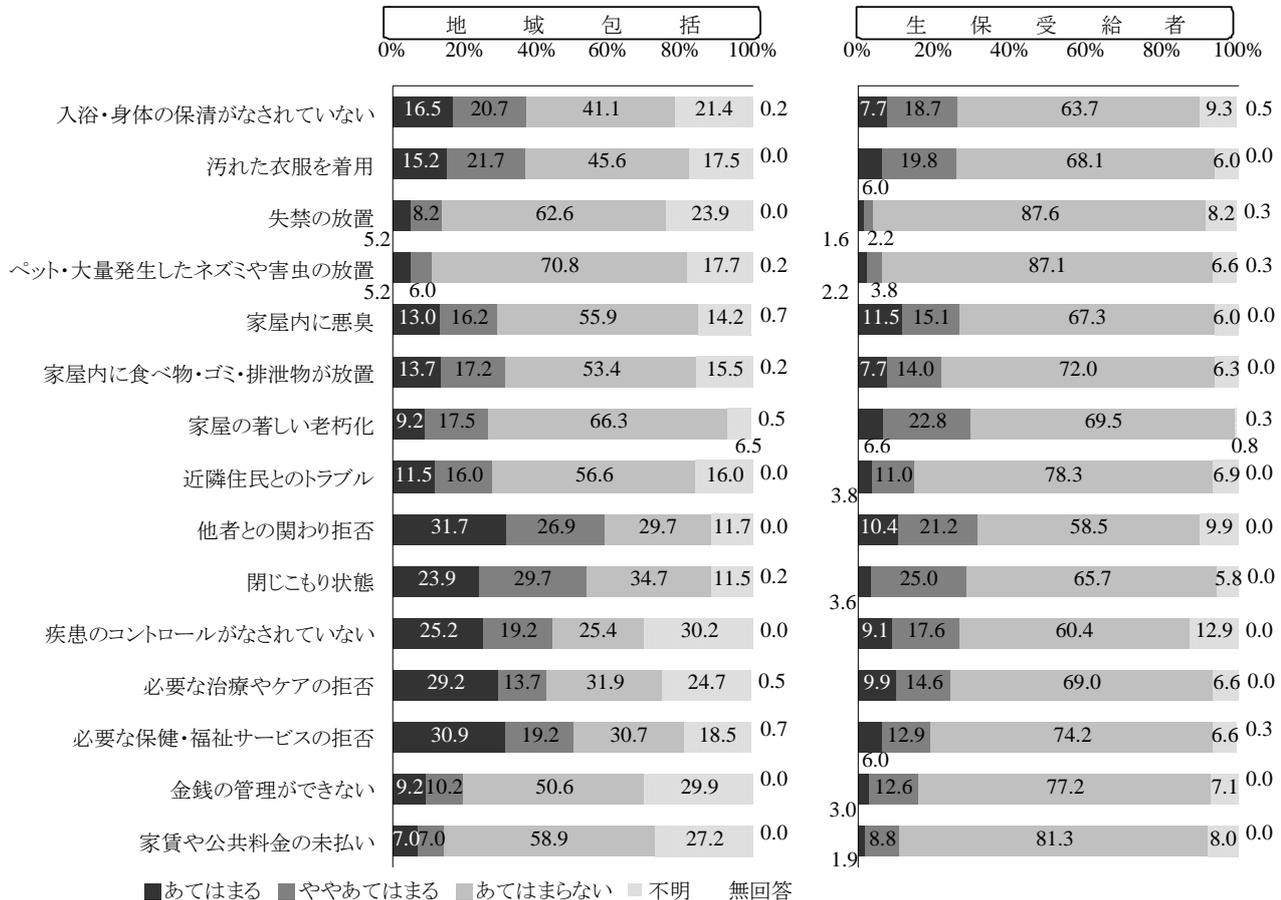
##### (2) 自治体訪問調査において収集したセルフ・ネグレクトの実態

- ・震災等による影響もあり、収集は10事例にとどまったが、先行調査と同様、比較的自立度が高く、介護保険未申請が多く、社会的孤立の状況にあり、行政や親類や知人・近隣などからの支援が届かないものが多かった。また、必要なサービスや医療の拒否や近隣住民との関わり拒否が多かった。
- ・見守り体制の継続により、本人との信頼関係を構築し、本人の意思を尊重したサービス調整を行うことで、拒否的な態度に変化を生じさせている。
- ・必要な医療や保健・福祉サービスの拒否だけであれば、ノン・コンプライアンスの問題、あるいは本人の自己決定の問題として介入しないことが人権尊重であるという考え方も否定できないが、それが近隣住民と関わらないなどの社会からの孤立の事例である場合には、セルフ・ネグレクトとして行政機関が介入することで、入院・入所、在宅での改善が可能であることが示唆された。

### 3 | 「孤立死」事例の分析結果

- ・ 死後の経過日数との関連要因を考えると、性別が男性である事例ほど発見時の死後の経過日数が長い傾向にあり、要介護度が高い事例、フォーマルサービスの関わりが多い事例ほど、発見時の死後の経過日数が短い傾向が多くモデルで確認されている。
- ・ 本調査で明らかになった事例は全て孤立死をした事例であるが、その中に約 80.0%の割合でセルフ・ネグレクトと考えられる事例が含まれており、セルフ・ネグレクトは孤立死に至る大きなリスクを負う状態である可能性が高いと考えられる。

セルフ・ネグレクト事例の実態



- ・ 事例では、セルフ・ネグレクトを構成する要素が1項目や2項目のみしか当てはまらない事例も多いが、何より全ての事例が孤立死に至った事例であることを考えると、セルフ・ネグレクトの中核である広範囲にわたる放任という状態には至っていないとしても、生命に大きなリスクをもたらすという点に着目していく必要があると考えられる。
- ・ 重要なことは、研究レベルでの理論化だけでなく、何よりも日々の実践場面において、セルフ・ネグレクトの概念を構成するひとつの要素しか満たさない状態であっても、その状態がセルフ・ネグレクトの状態かどうかということではなく、ひとつでも生命の危機・生活の破たんにつながると考えられる状態があれば、その状態が最後には孤立死に至るという視点で、孤立死のリスクを想定した予防に向けた関わりが必要であるものと思われる。

## 4——自治体における取り組みの実態（悉皆調査から）

### 1 | 孤立死の定義

- ・ 「特に定義は設けていない」が約 85%。定められている定義の要素は「独居」12%、「親類等との

つきあいがない」5.3%、「地域との関わりが希薄」4.8%、「発見までに日数を要した」2.3%があるが、死後の経過期間を定めている自治体はわずか10自治体のみである。

## 2 | 孤立死の把握状況

- 全体の70%の自治体で、孤立死事例の情報収集が行われていない。
- 孤立死事例の情報収集を行っている233自治体の状況は、
  - ① データ管理まで行っているのはその3分の1
  - ② 把握している情報の経路は、地域包括支援センターが69%、民生委員報告が65%、生保受給者が64%、警察署関係が56%、行旅死亡人が53%、保健所の衛生統計が24%となっている。
- 地域包括支援センターにおいては、32%の自治体で「65歳以上高齢者の孤立死」を把握、26%では「65歳以上高齢者のうちのセルフ・ネグレクト状態者」を把握している。
- 孤立死事例の情報収集を行っていない理由は、「定義が曖昧で実態が把握しにくい」37%、「連携する仕組みがなく情報を集めにくい」24%となっている。

## 3 | 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消の取り組み状況

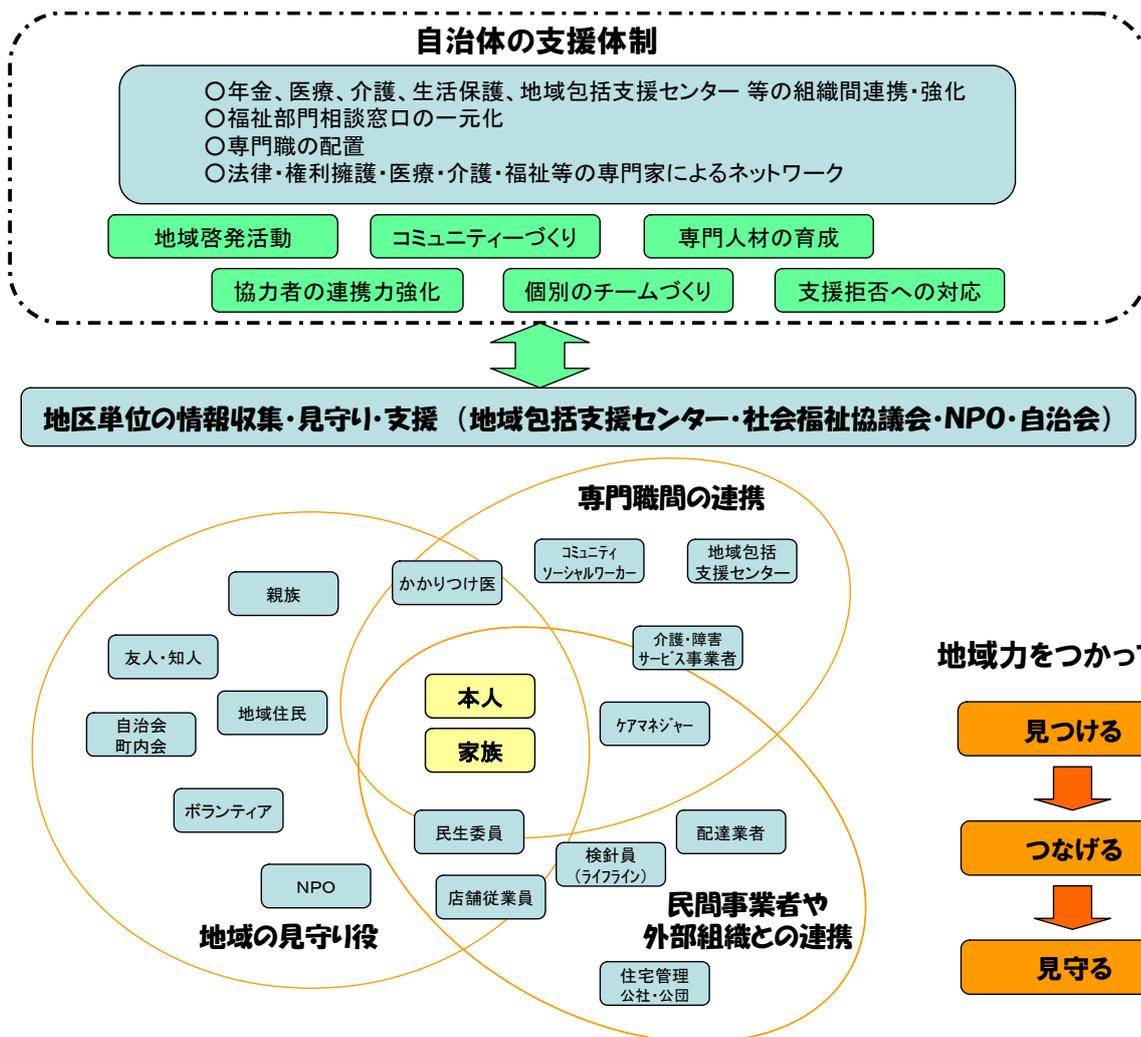
- 「独自の調査・情報収集」は半数以上の自治体で未実施（約52%）
- 実施している442自治体のうち約33%が「対象者リスト」を作成。約75%が「個別対応」を行っており、約58%が個別対応した対象者の経過を把握する仕組みがあると回答した。
- 自治体としての取り組みとしては、「訪問」36%、「介護予防」20%、「見守り・声かけ」18%。
- 「訪問」の対象者は、一人暮らし高齢者もしくは高齢者のみ世帯に限る自治体が多く、その担い手は民生委員、保健師、自治体や社会福祉協議会の職員、住民ボランティアの参加もみられた。
- 緊急通報システムや配食サービスを通じた安否確認もあり、民間事業者との連携もみられた。
- 自治体が直面する課題としては、①高齢者本人からの支援拒否（一部には家族がいる場合に、家族も含めて支援を拒否されるケースも）、②地域や家族間のつながりの希薄化、③個人情報保護との兼ね合い、の順で上げられている。
- 高齢者の孤立死に対する直接的な対応は、「実施」26%、「検討中」20%、「検討していない」52%となっており、「孤立死」予防のみに焦点を当てた取り組みよりは、より広く「孤立」予防という形で取り組みを実施している。
- 特に優先的に取り組む必要の高い課題としては、約60%が「関係機関との情報共有」、約40%が「マンパワー不足への対応・人材育成」、31%が「安否確認等のインフラ整備」と続いている。

## 5——自治体における課題と対応（訪問調査から）

### 先進自治体の取り組み

- 訪問調査の対象となった自治体に共通する課題意識として、縦割り組織の弊害や、専門職や専門化との連携体制・ネットワークづくりに関するものがあげられているが、「自治体組織の再構築と支援体制の強化」として以下のような取り組みが行われていた。
  - ① 相談窓口の一元化と高齢者福祉関係部署の集約再編成
  - ② 地域ニーズに直結するランチ組織の整備
  - ③ 専門職・専門家等の活用・ネットワーク化
  - ④ 地域資源の活用とネットワーク化
- 地域支援体制のしくみづくりでは、支援を求めている高齢者の存在に気づけないという課題があるが、「個別ニーズの掘り起こし」について、以下のような取り組みが行われていた。
  - ① 民間事業者等を活用した課題（個別ニーズ）の掘り起こし

- ② コミュニティー活動を通じた課題（個別ニーズ）の掘り起こし
- ③ 地域支援マップづくり・見守りネットなどの構築
- ④ 民生委員の活躍と個人情報保護・プライバシーの尊重による弊害
- ・ 自治体が最も多くあげていたのが「本人の支援拒否」という課題であるが、「**処遇困難者へのアプローチ**」として以下のような取組みが行われていた。
  - ① 関係づくりと継続的な関わりに向けた地道な対応
  - ② 本人を中心とした支援者のチームづくり
  - ③ キーパーソンとの連携
- ・ 自治体の取組みには、地域支援体制の整備とともに地域住民への啓発活動やコミュニティーづくり  
に力を注いでいる状況がある。「**地域啓発・コミュニティー活動の推進**」としては以下のような取組  
みがみられた。
  - ① 住民意識の変革と住民主体の地域づくり
  - ② リーダーシップを担える人材育成
- ・ 着眼すべき点は、①地域の中で埋もれている課題を掘り起こすための工夫、②その気づきや情報を  
行政や専門職につなげていくための工夫、③困難な課題を多職種連携や外部組織を活用した重層的  
なネットワークで解決していく工夫などであり、こうした取り組みの基盤に地域住民の意識啓発、  
ボランティア養成、そして、自治体担当者自身の意識改革を行っていくことが求められる。



# 第2章

## 調査研究概要

### 1—背景と目的

2000年に施行された介護保険制度は、高齢者介護を社会的に支える仕組みとして創設されたが、申請主義を基本としていることなどから、未だ、引きこもり、社会的孤立、認知症、機能障害等様々な理由により、潜在的なニーズがあっても支援に手が届かないケースが少なくない。支援が必要な事例としては、地域社会からの孤立や、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者が考えられるが、正常な判断力を有するケースもあれば、認知症等により判断力や意思決定能力が低下しているケースも存在する。また、同居家族からの虐待が引き金となっているケースもあり、「支援に手が届かない」といっても、個々のケースの背景には複雑な要因や状況があり、社会的支援が投じ難いのが実態である。

しかし、たとえ本人からの明確な「拒否・拒絶」があったとしても、それが必要な情報・知識に基づく合理的な判断ではない場合には、真のニーズの見極めによって社会的支援につなげていく必要があるのではないだろうか。

そこで本研究事業では上記の課題意識を踏まえ、高齢者の孤立、セルフ・ネグレクトの実態を把握し、必要な地域支援体制に結び付けていく方策を提案する。

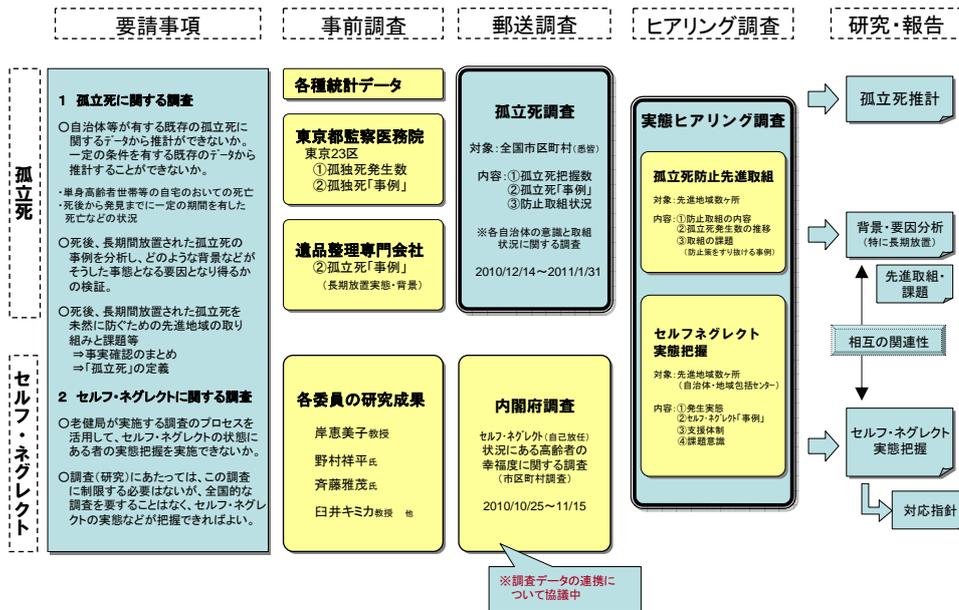
## 2— 事業内容

### 1 | 調査の全体像

本研究事業は、厚生労働省からの要請事項を踏まえ、孤立死・孤独死とセルフ・ネグレクトそれぞれの事象に関し、事前調査、郵送調査、ヒアリング調査のそれぞれを用いて実態、事例の把握を行う。

尚、自治体やメディアなどでは「孤立死」、「孤独死」の両者が用いられており、明確な違いが定義されていないため、本研究事業の調査票においては「孤立死（孤独死）」と表記したが、本報告書内では「孤立死」で統一した。

#### 孤立死とセルフ・ネグレクトに関する調査・研究の全体像



## 2 | 検討委員会の設置

### (1) ワーキングの開催

#### 1回目：2010年10月2日 ニッセイ基礎研究所会議室

- セルフ・ネグレクトと孤独死に関する認識のすりあわせ
  - 今回の調査研究における「セルフ・ネグレクト」「孤立死」の定義
  - 今回の調査における目的
- スケジュール策定
  - 調査内容（自治体調査、現地調査、集計整理、推計）
  - 委員会運営（委員会メンバー、開催日、議題・運営）

#### 2回目：2010年10月23日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 調査内容の検討
  - 内閣府調査とのマッチングの検討
  - 調査の全体像
  - 市区町村孤独死調査
  - 孤独死防止先駆け組ヒアリング調査
  - セルフ・ネグレクト実態ヒアリング調査
  - 事前調査 ①東京都監察医務院（発生数、事例）
  - 事前調査 ②吉田太一著「遺品整理屋は見た！」（長期放置事例）
- 委員会運営・スケジュールの確認
  - 11/13 第一回委員会運営（案）
  - 委員会メンバー表等

#### 3回目：2010年11月27日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 厚生労働省老健局報告の結果（概要）報告
  - 報告結果（概要）の報告
  - 今後の取り組み方針について
- 東京都監察医務院へのデータ提供依頼結果報告
  - 依頼結果の報告
  - 推計手順について
- 自治体調査票について
  - 自治体調査票案について
  - 事例収集シートについて
- 先進自治体等へのヒアリング調査について
  - ヒアリング先の候補および日程について
  - ヒアリング項目について
- 次回委員会（12/18）について
  - 特別講演
  - その他議題について
    - ・自治体調査の実施概要
    - ・ヒアリング調査の具体的運営

#### 4回目：2011年1月5日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 「孤立死推計」に関する状況報告
  - 入手データと速報数値の説明
- 「孤立死郵送調査」に関する報告
  - 回収状況の確認
  - 集計・取りまとめの方向性
  - 協力御礼ハガキ
- 「訪問調査」に関する検討
  - 12/24 行田市訪問結果
- 訪問調査の進め方
- 次回委員会（1/22）について
- 報告書の構成について

#### 5回目：2011年3月21日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 報告書の内容確認
  - 章立て確認
  - 分析結果確認
- 次回委員会（3/26）の開催中止について

## (2) 委員会の開催

#### 1回目：2010年11月13日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 研究事業の概要説明
  - 当研究の背景・狙い・厚生労働省の意図
  - 調査研究の全体像とスケジュール
- 既存研究の報告
  - 「高齢者の社会的孤立の動向と課題」（斉藤委員）
  - 「セルフ・ネグレクトに関する先行研究」（岸委員長）
- 事前調査の状況報告
  - 東京都監察医務院の調査研究・公表データ
  - 遺品整理専門会社キーパーズ 代表取締役 吉田太一氏へのヒアリング結果報告
- 「孤立死郵送調査」に関する検討
  - 調査概要の説明
- 「ヒアリング調査」に関する検討
  - 調査概要の説明

## 2回目：2010年12月18日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 既存研究の報告
  - 「孤独にしない、させない地域づくり」（岩見委員）
  - 「地域特性格及び見守り専門職の有無別に見た高齢者の見守りネットワークの現状」（臼井委員）
- 孤立死推計作業の進捗状況に関する報告
  - 東京都監察医務院からのデータ入手の状況
  - 推計（アウトプット）のアウトライン
- 「孤立死郵送調査」に関する報告
  - 調査資料意識の説明
- 「ヒアリング調査」に関する検討
  - 調査概要の説明

## 3回目：2011年1月22日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 既存研究の報告
  - 「東京都23区における孤独死の実態」（東京都監察医務院 金涌佳雅氏）
- 孤立死推計作業の進捗状況に関する報告
  - 統計に関する考え方
  - 死亡後経過期間の説明率
  - 死亡後経過期間についての考え方
- 「孤立死郵送調査」に関する報告
  - 進捗状況の説明
  - 集計速報の説明
- 「訪問調査」に関する検討
  - 訪問調査の運営
  - 座談会の運営

## 4回目：2011年2月26日 ニッセイ基礎研究所会議室

- 既存研究の報告
  - 「法律家の観点から見た孤立防止」（橋場委員）
- 「孤立死郵送調査」に関する報告
  - 回答状況の確認＜最終版＞
  - 自治体調査 集計・分析状況
  - 事例シート 集計・分析状況
- 「訪問調査」に関する報告
  - 訪問調査の実施報告と意見交換
  - 座談会の中止に関する連絡
- 「報告書」について

### 3 | 調査の内容

#### (1) 自治体における高齢者の「孤立」「セルフ・ネグレクト」「孤立死」等の実態把握と対応状況に関する調査

調査対象：全国自治体（市町村および東京特別区）の高齢者福祉担当課

調査実施時期：平成 22 年 12 月 14 日～平成 23 年 1 月 31 日

調査方法：郵送法

回収結果：1,036（回収率：59.2%）

調査内容：孤立死の定義、孤立死の情報収集の有無、孤立死事例に関するデータ管理状況、孤立死事例の把握件数（平成 21 年度）、高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消の取組状況、個別対応・経過観察の状況、自治体としての取り組み、等

#### (2) 孤立死の事例収集

調査対象：全国自治体（市町村および東京特別区）の地域包括支援センターと生活保護課

調査実施時期：平成 22 年 12 月 14 日～平成 23 年 2 月 23 日

調査方法：郵送法

回収結果：地域包括支援センター 589 件、生活保護課 479 件

調査内容：性別、年齢、発見時期、同居家族、発見までの経過日数、死因、発見者、住宅形態、要介護度、アルコール問題、精神疾患の有無、認知症の有無、治療が必要な慢性疾患の有無、セルフ・ネグレクト状態、フォーマル/インフォーマルな支援者の関わり頻度、等

#### (3) 孤立死数の推計

推計の基礎データ：東京都監察医務院において検案・解剖した異状死数（2009 年）

推計の手順：東京都監察医務院の公表データ、および「人口動態統計」における性・年齢階層別死亡者数のデータを用い、東京都 23 区における孤立死数、および 2009 年の性・年齢階級別 65 才以上高齢者の死亡数を用いて、孤立死数の推計を求める。

#### (4) 先進的取り組みを行っている自治体に対するヒアリング

調査実施時期：平成 22 年 12 月～平成 23 年 2 月

調査方法：訪問によるヒアリング調査

候補地選定方法：候補地選定に当たっては、①問題意識の高さ、孤立死予防や地域福祉に関する先駆的取り組みのある地域（例：「孤立死郵送調査」への回答内容、安心生活創造事業(地域福祉推進市町)への取り組み、他)、②様々な地域特性、エリア（都心部、団地、限界集落等の特性、他）、の 2 点を考慮して選定した。

調査内容：孤立高齢者等、支援ニーズのある高齢者の掘り起こし方法、高齢者の孤立予防に関する支援策、孤立予防に関する他職種、民間企業等との連携状況、自治体組織の運営体制、等

ヒアリング先および日程

都道府県	自治体名	調査対象課/グループ	訪問日
北海道	札幌市	札幌市保健福祉局 NPO法人 シーズネット 財団法人札幌市住宅管理公社 もみじ台団地センター 特定非営利活動法人ホームヘルパー17 日常生活支援たすけ愛 ふくろう	2/9
北海道	本別町	本別町総合ケアセンター 本別町地域包括支援センター	2/1、2
埼玉県	行田市	行田市健康福祉部 行田市社会福祉協議会	12/24
千葉県	松戸市	松戸市健康福祉本部	2/7
東京都	新宿区	新宿区福祉部高齢者サービス課 NPO法人 アラジン	2/17、24
神奈川県	横浜市	横浜市栄区公田町団地自治会 NPO法人 お互いさまねっと公田町団地 横浜市栄区福祉保健センター 横浜市桂台地域ケアプラザ	2/14
静岡県	富士宮市	富士宮市保健福祉部	2/25
岐阜県	高浜市	高浜市福祉部	2/24
大阪府	豊中市	豊中市社会福祉協議会	1/19
兵庫県	尼崎市	尼崎市健康福祉局 尼崎市社会福祉協議会 パークタウン西武庫自治会	1/20
愛媛県	宇和島市	宇和島市保健福祉部 宇和島市地域包括支援センター	1/25
福岡県	北九州市	北九州市いのちをつなぐネットワーク推進課 北九州市八幡東区役所生活支援課 北九州市小倉北区役所生活支援課	2/15、16

(5) セルフ・ネグレクトの事例収集

調査対象：先進的取り組みを行っている自治体（ヒアリング調査対象先）12か所

調査実施時期：平成22年1月～平成23年3月

調査方法：郵送法

回収結果：3自治体、10件

調査内容：性別、年齢、住居形態、認知症、介護保険の認定状況、主な支援者の有無・続柄、アルコール問題、治療が必要な慢性疾患の有無、セルフ・ネグレクトに陥ったと思われる時期、把握のきっかけ、セルフ・ネグレクトに陥った要因（背景）、支援の有無・開始時期・内容、支援の結果（状態改善の有無・程度）、等

### 3— 調査研究体制

#### 1 | 委員会

名前	所属
◎ 岸 恵美子	帝京大学医療技術学部看護学科 地域看護学教授
岩見 太市	シニア地域福祉研究会主催・NPO 法人シーズ・ネット代表
臼井 キミカ	甲南女子大学 老年看護学教授
○ 小宮山恵美	東京都北区子ども家庭部男女共同参画推進課長
○ 斉藤 雅茂	日本福祉大学 地域ケア研究推進センター
館石 宗隆	札幌市東区役所 保健福祉部長
○ 野尻 由香	帝京大学医療技術学部看護学科 地域看護学講師
○ 野村 祥平	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター医療福祉相談室
○ 野村 政子	埼玉県行田市健康福祉部福祉課トータルサポート推進担当 行田市総務部人事課主査
橋場 隆志	弁護士 橋場隆志法律事務所
松本 均	横浜市 介護保険課長
○ 吉岡 幸子	帝京大学医療技術学部看護学科 地域看護学准教授

※ ◎は委員長、○はワーキング委員

(委員長以下 五十音順)

#### 2 | 事務局

井上 智紀	ニッセイ基礎研究所
廣渡 健司	〃
山梨 恵子	〃
吉田 妙子	〃
進藤 由美	早稲田大学大学院公共経営研究科博士後期過程

【調査研究事業委託機関】 株式会社ニッセイ基礎研究所

## 第3章

# 全国における高齢者の孤立死数の推計と 孤立死の具体像

### 1—— 孤立死・孤独死とは

#### 1 | 孤立死・孤独死への関心の高まり

孤立死問題は、1980年代後半<sup>1</sup>から、一人暮らし高齢者が死後かなり経過して発見される事象としてマスコミ等に取り上げられていた。その後、阪神・淡路大震災後の仮設住宅での誰にも看取られない高齢者の死亡に関する報道、さらに2005年にNHKスペシャルにおいて千葉県松戸市の常盤平団地での孤独死問題が放映されるなかで社会的な関心は一層高まっている。2007年、厚生労働省は「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）」を開催し、翌年3月に発表された報告書には以下のような点を明記している。

- ・ 単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が急増しており、「孤立生活」を特別な生活形態ではなく標準的な生活形態へと変化させている。
- ・ 今後「孤立生活」が一般的なものとなる中で、人の尊厳を傷つけるような悲惨な「孤立死」（社会から「孤立」した結果、死後、長期期間放置されるような「孤立死」）が発生しないようにする必要がある。
- ・ そのためには、地域の低下したコミュニティ意識を掘り起こし、活性化することが最重要である。

しかしながら、これまでのところ、孤立死の実態に関する調査研究は進んでおらず、全国規模での年間の発生件数すら明らかになっていないのが実状である。このために、個別自治体において「孤立死対策」に取り組む事例はあっても、全国的に行政として「孤立死対策」を明確に打ち出すまでには至っていない。

#### 2 | 孤立死・孤独死に関する既存統計

こうした中、東京都や大阪府、千葉県などのいくつかの自治体や都市再生機構や都道府県警察といった諸団体では、独自に孤立死・孤独死に関する統計を発表している。図表1はそれらの結果を要約したものである。これによると、孤立死・孤独死の操作的な定義が異なり、都市の人口規模や対象者数も大きく異なるため、単純に比較することはできないが、東京都23区では年間2000名程度が孤立死・孤独死に該当し、都市再生機構の賃貸住宅居住者に限定しても年間470名程度の高齢者が誰にも看取られずに死亡しているという結果は決して無視できる規模ではない。

<sup>1</sup> 「孤独死」の新聞紙上の初出は、1988年5月10日付東京読売新聞の記事である。

図表 1 孤立死の発生数に関する既存報告

内 容	対象 (分母)	発生件数	公表元
1. 公営住宅における高齢者の孤独死※ ※60歳以上の単身入居者のうち、住宅内で誰にも 看取られず亡くなった者の数	公営住宅居住者 (全国)	1,148 人	国土交通省社会資本整備審 議会住宅地分科会資料 (2005 年)
2. URの賃貸住宅への入居者のうち、住戸内で 誰にも看取られずに亡くなった者の数	都市再生機構 賃貸住宅入居者	665 人 (内、高齢者: 472 人)	都市再生機構 (2009 年) <sup>a)</sup>
3. 9年間の阪神大震災復興住宅での孤独死※数 (兵庫県) ※1人暮らしの入居者が誰にもみとられずに死亡	阪神大震災 復興住宅居住者	568 人 (2000~2008 年)	兵庫県警の検視データ <sup>b)</sup> (2000~2008 年)
4. 年間の孤独死※発生数 (千葉県松戸市) ※ひとり暮らしの 50 歳以上の者のうち、誰にも 看取られず居宅で亡くなった状態	全世帯	110 人 (内、高齢者: 76 人)	松戸市「孤独死実態調査」 (2009 年)
5. 年間の異状死 <sup>2)</sup> の内、65 歳以上の一人暮らし の者が自宅で死亡した数 (東京都)	東京都内 異状死該当者	2,194 人	東京都監察医務院 <sup>3)</sup> の検 視・検案データ <sup>c)</sup> (2010 年)

a) 毎日 jp (2011/01/06) <sup>4)</sup>より

b) 日経新聞 (2009/01/15) より

c) 東京都監察医務院 (2010)「平成 22 年版統計表及び統計図表」より

また、金涌ら (2010) <sup>5)</sup>は、東京都監察医務院の検案・解剖データから孤独死事例の特性として以下の 6 点を指摘している。

- ・ 東京都 23 区では、平成 18 年の段階で孤独死は男女併せて 3,395 件発生しており、毎日 10 人前後が孤独死している。
- ・ 孤独死しやすい年齢は、男性で 50 歳代前半以降、女性で 60 歳代後半以降である。  
男女とも孤独死の発生率は年齢が上がると共に上昇するが、男性の方が女性と比べて孤独死の発生率は高く、上昇の立ち上がりも早い。
- ・ 孤独死の発生件数は東京都区部での単身世帯の増加と連動して増加しており、孤独死の発生率自体は平成 2~17 年までの間で特に変化していない。
- ・ 孤独死した人は、平均では男性で死後 12 日、女性で死後 6 日に発見されるが、死後発見されるまでの平均日数は、男女とも長期化する傾向にある。
- ・ 男性の孤独死は城東地域で最も発生しやすく、次いで城北・城南・副都心地域で発生しやすい傾向があり、女性孤独死は城東地域で発生しやすい傾向はあるものの、男性ほどのバラつきはみられない。
- ・ 男性については完全失業率や生活保護率が高い区ほど、また、平均所得が低い区ほど孤立死発生率が高い。

しかし、孤立死、孤独死の名称も含めて、明確な定義が未だ存在しておらず、自治体間で比較可能な定義に基づく孤立死数は明らかになっていない。また、一部では、一人暮らしであることを孤立死・孤独死の定義において重視していたが、家族に看取られない死は一人暮らしの高齢者に限らず (松澤ほか 2009) <sup>6)</sup>、老々介護の中で疲弊した介護者と要介護者が共に亡くなるケースや、同居の親族が数日家を空けている間に亡くなるケースなどを考慮すると、高齢者の孤立死・孤独死の問題は必ずしも一人暮らしに限定されるものではないと考えられる。

<sup>2)</sup> 異状死とは、死亡原因が自殺・事故死、死因不明とされたものを指し、死亡者のうち、亡くなった時点で最初から病死と分かっている場合 (自然死) を除いたものである。東京都 23 区では、異状死であると判断された遺体は東京都監察医務院にて検案・解剖することとしている。

<sup>3)</sup> 東京都監察医務院は、死体解剖保存法第 8 条に基づいて東京都 23 区内で発生したすべての異状死について死因を明らかにするため、死体の検案及び解剖を行う東京都福祉保健局管轄の行政組織である。

<sup>4)</sup> <http://mainichi.jp/word/archive/news/2011/01/20110106ddm041040104000c.html> (検索日: 平成 23 年 4 月 5 日)

<sup>5)</sup> 金涌佳雅、他 (2010)『東京都 23 区における孤独死の実態』東京都監察医務院

<sup>6)</sup> 松澤明美、田宮奈々子、山本秀樹、他 (2009)「法医剖検例からみた高齢者死亡の実態と背景要因; いわゆる孤独死対策のために」『厚生指針』56 (2), p1-7.

### 3 | 本研究における「孤立死」とは

#### (1) 孤立と孤独の違い

政府の報告書を含めて、これまで「孤立死」と「孤独死」という概念は混同されてきた。孤立死・孤独死とは、「孤立状態ないし孤独状態での死」である。このため、これを把握するためには生前の孤立ないし孤独な状態をどう定義するかが問題となる。しかし、孤立 (isolation) と孤独 (loneliness) という概念は、研究上は区別されるのが一般的である。Townsend (1963)<sup>7</sup>によれば、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情を抱くという主観的な状態が孤独 (loneliness) であり、孤立 (isolation) とは、家族やコミュニティとほとんど接触がないという客観的な状態とされている。すなわち、この定義に基づくならば、孤独死とは生前に孤独感を抱えて亡くなった人を指し、孤立死とは生前に孤立した状態で亡くなった人を指すことになる。そこで、本研究では、まず「孤立死」と「孤独死」を区別し、死者の生前の主観的な状態を把握するデータが存在しないことから、客観的な状態としての「孤立死」に焦点をあてた。

#### (2) 孤立死の操作的定義

本研究では、生前の客観的な孤立状態を表す代理変数として、死亡から発見までの経過期間に着目し、孤立死を「死後発見までに一定の期間経過している」人びととして把握した。後述するように、孤立死として把握される事例をみる限りでは、死後発見までの経過期間には大きな差があり、生前に孤立状態にあった人ほどより長期放置されやすさまが窺えた。しかし、個別にみれば、生前には必ずしも孤立とはいえない状況であっても結果的に発見まで長期間要した事例 (事例 11, 13) は確認されており、死亡から発見までに何日を要した状態が「孤立死」であるという基準 (カットオフポイント) を設定することは容易ではない。そこで、①法医学的な見地からみて何日経過すると死者の尊厳が冒されていると考えることができるか、また、②何日経過すると死者の状態変化に伴って社会経済的な損失が生じる可能性があるのか、という2点から、孤立死の操作的定義を定めることにした。

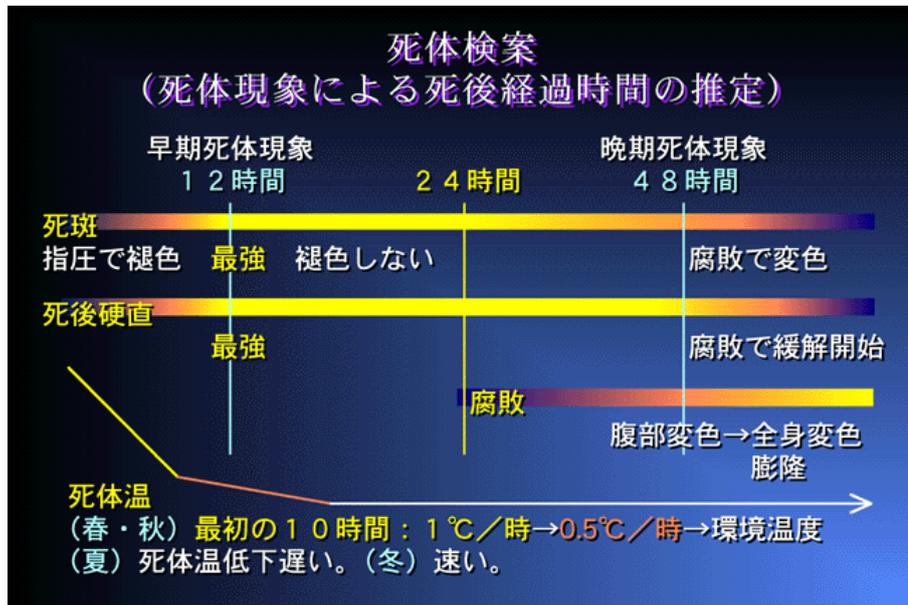
##### ① 死後経過期間と死体現象 (死後変化)

関西医科大学法医学講座の講義資料<sup>8</sup>によれば、時間の経過に伴う死体の変化は、地域や季節によって異なるが、一般的には死後 24 時間程度を経過したころから腐敗が開始し、24~48 時間経過すると腐敗を原因とした変色がみられ、その後さらに腐敗が進むとともに体内にガスが溜まって死体が膨張していくとされている (図表 2)。すなわち、腐敗や変色、膨張といった死亡者の死後変化が死者の尊厳を冒す状態像であり、「孤立死」に該当すると考えるならば、死後発見までが「2日以上」という基準は孤立死の一つの基準と設定することができる。

<sup>7</sup> Townsend P. (1963) Isolation, loneliness, and the hold on life. Townsend P/ & Wedderburn D. et al. eds. *Old people in three industrial societies*. Rutledge & Kegan Paul, p258-287

<sup>8</sup> <http://www3.kmu.ac.jp/legalmed/lect/sitai.html> (検索日：平成 23 年 4 月 7 日)

図表 2 死体現象による死後経過時間の推定



出所：関西医科大学法医学講座 HP より引用

## ② 死後変化に伴う社会経済的な影響・損失

一方、社会経済的な影響・損失に関しては、後述する全国市町村行政の生活保護担当課と地域包括支援センターで把握された孤立死事例をみる限りでは、死後2日以上経過すると、死体の腐敗に伴って発生する「異臭」が発見に至る経路になっていた。また、死後1週間以上を経過した事例では、遺体発見の契機や発見時の状況として、遺体の腐敗が進行するとともに生じる「蛆虫や蠅の発生」があげられていた。このように、異臭や蛆、蠅が発生すると、近隣住民の身体的・心理的な健康や環境衛生への不満に多大な影響を与えることになる。また、経済的な側面からは、居室の清掃や遺品整理などに多額の費用を要するとともに、当該住宅のみならず近隣を含めて不動産としての資産価値を毀損することにつながることもされている。

- 事例1：マンション管理人から3日前より見かけておらず、連絡もとれず、異臭がすると警察と地域包括支援センターに連絡が入り、入室し発見に至る（死後3日）
- 事例2：近隣より「異臭がする」と民生委員に Tel. 民生委員さんが警察に通報し、地域包括支援センターに連絡が来た（死後3日）
- 事例3：行政関係者が当該者宅を訪問した際に発見。当時、死亡した姉とその弟は、同室で生活していた（悪臭、蛆が発生している中で、弟は生活しており、誰にも通報、連絡していなかった）（死後7日程度）
- 事例4：単身生活をしている母親の要介護認定も切れており、サービスも未利用。通院もできているかどうかわからない。関わって欲しいと言われ、連絡訪問するも不在。その旨を家族に連絡し、息子が警察と同行し、入室し発見。虫がわいているような状況だった（死後14日程度）
- 事例5：定期訪問時買い物バックが落ちており、数日経過している様子。門は閉まっており電話するも応答なし。近隣に確認すると最近見かけていない。翌日も数回電話するが応答なし。その日午後電気メーター検針者から銀蠅が大量発生していると連絡が入り、主治医・民生委員に連絡し訪問、異臭があったため警察に通報（死後1か月程度）

事例6：近隣住人が異臭に気づき、地域包括支援センターに連絡し、包括職員が直行。隣の部屋のベランダから窓を確認したところ、多数の蠅が群がっており、警察に通報（死後2か月程度）

以上のように、地域や季節によって状況は異なるが、法医学的にも社会経済的にも共通して「死後2日以上」というのが一つの基準になって、その後、様々なインパクトを及ぼすことがわかる。一方で、死後2日という基準は、日ごろから見守りしている家族がたまたま所用のために週末の2日間、不在にしている間に突然死した場合に結果的に発見が遅れてしまったケースなども含まれる。すなわち、必ずしも生前に孤立状態にあったとはいえないケースであっても「孤立死」に該当する可能性が高いといえる。この点で、「死後2日」という基準は、死体現象・死後変化という意味では科学的にも妥当な基準であろうが、孤立死の基準としてはやや厳しい（孤立死を過大評価する可能性がある）水準であるといえる。そこで、本研究では、死後の経過期間が「2日以上（上位推計）」「4日以上（中位推計）」「8日以上（下位推計）」という3段階の幅を用いて「孤立死」を操作的に定義し、その全国推計を試みることにした。

## 2— 高齢者の孤立死数に関する全国推計

### 1 | 方法

#### (1) データの概要

推計には、2009年時点の「東京都23区における孤独死の発生数」<sup>9</sup>と、2010年版の「人口動態統計（厚生労働省）」<sup>10</sup>を用いた。東京都23区における孤独死の発生数は、東京都監察医務院の検案・解剖データ<sup>11</sup>を統計的に集計されたものである。東京都23区内という限られた地域であるが、異状死に該当した人びとについて性別・年齢別・世帯構成別と死後から発見までの経過日数による集計がされており、利用可能なデータのなかでは最も詳細なデータである。また、厚生労働省による「人口動態統計」とは、出生や死亡、婚姻や離婚などの件数が公表された統計資料であり、全国市町村における年間の性別・年齢階級別の死亡数を把握することができる。なお、ここでは、いずれのデータも65歳以上の高齢者についてのみ分析している。

#### (2) 全国推計の手順

高齢者の孤立死に関する全国推計は以下の手順で行った。式中の記号・パラメータの内容は下記のとおりである。

- ・ 東京都23区の性・年齢階級別孤立死数 ( $x_{ij}$ )
  - ・ 東京都23区の性・年齢階級別死亡数 ( $y_{ij}$ )
  - ・ 全国市町村の性・年齢階級別死亡数 ( $z_{ijk}$ )
- ただし、 $i$ : 性 (2区分)     $j$ : 年齢階級 (8階級)     $k$ : 全国市町村 (1,750自治体)

<sup>9</sup> 金涌佳雅、他 (2010)『東京都23区における孤独死の実態』東京都監察医務院

<sup>10</sup> <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai10/index.html> (検索日:平成23年4月7日)

<sup>11</sup> 異状死に該当する事例であっても、例えば救急車で病院に搬送する途中で亡くなり、病院で死亡確認されたもの等は含まれていない点には注意が必要である。

はじめに、東京都 23 区における高齢者の孤立死発生確率を算出した。具体的には、東京都監察医務院のデータから把握される「性・年齢階級別の高齢者の年間孤立死数」を分子、人口動態統計で把握される「性・年齢階級別の高齢者の年間死亡数」を分母にして算出した。

$$\text{東京都23区における性・年齢階級別の高齢者孤立死の発生確率}(r_{ij}) = \frac{x_{ij}}{y_{ij}} \dots\dots\dots (i)$$

次に、(i) 式で求めた年間の発生確率を用いて、全国の市町村における高齢者の孤立死数を算出した。具体的には、(i) 式で得られた東京都 23 区における孤立死発生確率を、全国市町村別の性・年齢階級別死亡者数にあてはめた。すなわち、本推計では、利用可能なデータの制約上、「東京都 23 区における性別・年齢階級別の孤立死発生確率が全国市町村で同一である」という前提をおいている。

$$\text{各市町村における高齢者の孤立死数}(d_k) = \sum_i \sum_j z_{ijk} \cdot r_{ij} \dots\dots\dots (ii)$$

最後に、(ii) 式で求められた各市町村における高齢者の孤立死数をすべて合算して、全国における高齢者の孤立死数（推計値）を算出した。

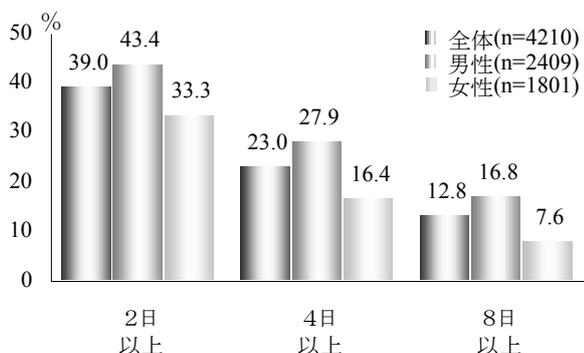
$$\text{全国における高齢者の孤立死数}(D) = \sum d_k \dots\dots\dots (iii)$$

## 2 | 分析結果① 東京都 23 区における高齢者の異状死検案数

はじめに、東京都 23 区内における孤立死の概要を把握するために、東京都監察医務院の検案・解剖データについて可能な範囲で二次分析を行った。まず、高齢者の孤立死の発現数に関しては、死後の経過期間が「4 日以上（中位推計）」を基準にした場合、東京都 23 区における高齢者の年間異状死のうち、968 人が孤立死に該当していた。同じく、死後の経過期間が「2 日以上（上位推計）」を基準にした場合には 1,644 人、「8 日以上（下位推計）」を基準にした場合には 540 人が孤立死に該当するという結果であった。

また、死後の経過期間を性別でみると、いずれの経過期間の区分においても男性の方が女性よりも高くなっていた（図表 3）。具体的には、東京都 23 区における年間異状死のうち、死後の経過期間が「2 日以上」に該当する高齢者は、男性では 43.4%であるのに対し、女性では 33.3%であった。死後の経過期間が「4 日以上」と「8 日以上」という基準においても、それぞれ女性よりも男性のほうが該当者の割合が高くなっている。すなわち、死後の経過期間が「2 日以上」から「8 日以上」という区分でみる限りでは、どの基準を用いても男性のほうが該当者が相対的に多く、高齢者の孤立死は男性の間で起こりやすいことを示唆している。

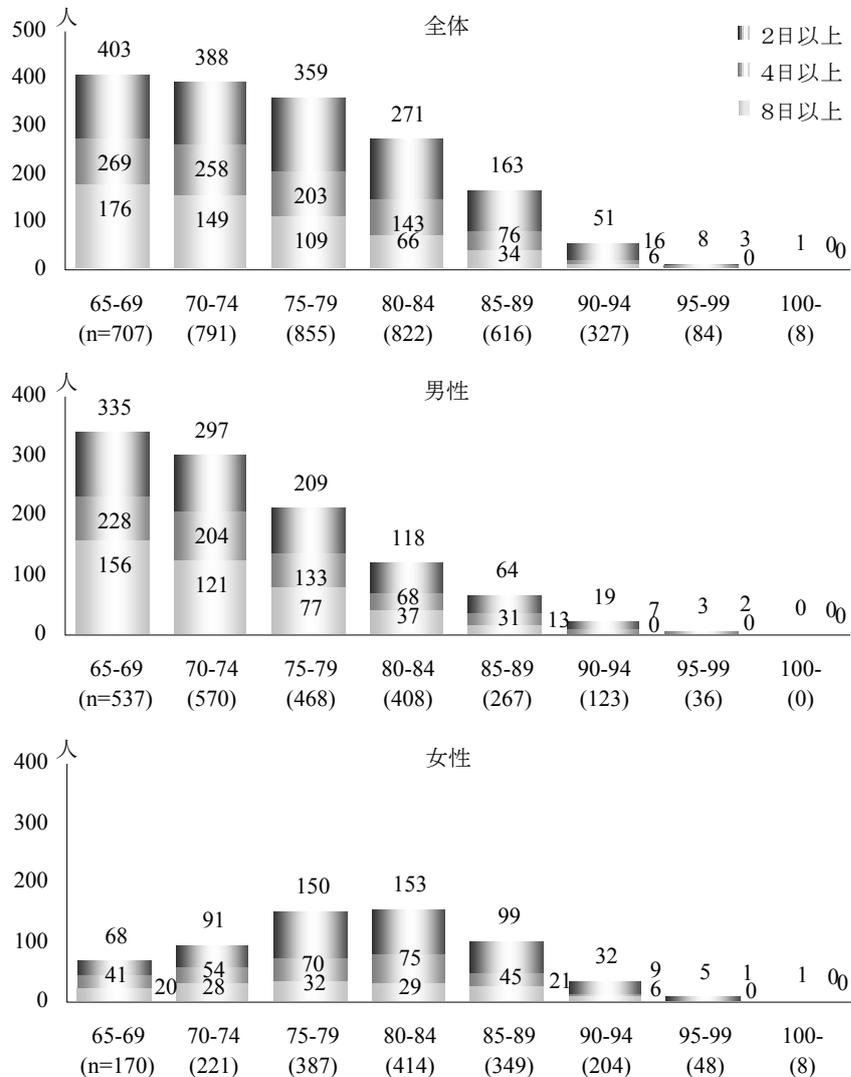
図表 3 東京都監察医務院における経過期間別の  
65 歳以上高齢者の異状死検案数〔性別〕



金涌佳雅、他（2010）「東京都23区における孤独死の実態」掲載データより再集計

これを年齢階級別にみると、どの経過期間の区分においても、90歳以上では孤立死への該当者は少なく、最も多い「65～69歳」では2日以上で403人であった（図表4）。また、男性では全体と同じく、年齢階級があがるほど孤立死の該当者数が減少していくのに対し、女性では、「65～69歳」や「70～74歳」といった比較的若い高齢者での孤立死は少なく、「80～84歳」を頂点とする山型の分布を描いていた。これは、男女によって孤立死に至る経路が大きく異なる可能性があることを示唆するものといえる。

図表4 東京都監察医務院における経過期間別の  
65歳以上高齢者の異状死検案数〔性・年齢階級別〕



金涌佳雅、他（2010）「東京都23区における孤独死の実態」掲載データより再集計

以上のように、高齢者の孤立死の発生数は、性と年齢によって大きく異なっていた。そこで、性別・年齢階層別の相違を考慮して、東京都 23 区における孤立死発生確率を算出したところ、東京都全体での発生確率は 1.74% となった(図表 5)。性別・年齢階級別にみると、男性では 2.33% であり、女性(1.10%) よりも高くなっている。また、上記の結果とは異なり、男女とも年齢階級があがるにつれて孤立死発生確率は低下していくという結果が得られた。

図表 5 東京都 23 区における高齢者の孤立死発生確率

(単位：%)

		全体	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-
総数	2 日以上	2.95	7.21	5.46	3.84	2.44	1.56	0.68	0.22	0.12
	4 日以上	1.74	4.81	3.63	2.17	1.29	0.73	0.21	0.08	0.00
	8 日以上	0.97	3.15	2.10	1.16	0.60	0.32	0.08	0.00	0.00
男性	2 日以上	3.62	8.36	6.22	3.60	1.97	1.41	0.71	0.32	0.00
	4 日以上	2.33	5.69	4.27	2.29	1.13	0.68	0.26	0.21	0.00
	8 日以上	1.40	3.90	2.53	1.33	0.62	0.29	0.00	0.00	0.00
女性	2 日以上	2.24	4.29	3.90	4.22	3.00	1.67	0.66	0.18	0.14
	4 日以上	1.10	2.59	2.31	1.97	1.47	0.76	0.19	0.04	0.00
	8 日以上	0.51	1.26	1.20	0.90	0.57	0.35	0.12	0.00	0.00

### 3 | 分析結果② 全国における高齢者の孤立死数の推計

図表 6 は、東京都 23 区における高齢者の孤立死発生確率を全国市町村の死亡者数にあてはめて算出された全国推計の結果である。これによると、仮に東京都 23 区内での発生確率が全国都道府県においてもほぼ同水準であるとすれば、全国において年間 15,603 人の高齢者が、死後「4 日以上」を経て発見される状態で亡くなっていることになる。そのうち、男性が 10,621 人、女性が 4,981 人であるという結果であった。同様に、死後発見までの経過期間が「8 日以上」という基準(下位推計)でみると年間 8,604 人(男性=6,311 人/女性=2,293 人)、「2 日以上」という基準(上位推計)でみると年間 26,821 人(男性=16,616 人/女性=10,204 人)の高齢者が、「孤立死」と想定されるような状態で亡くなっているという結果であった。

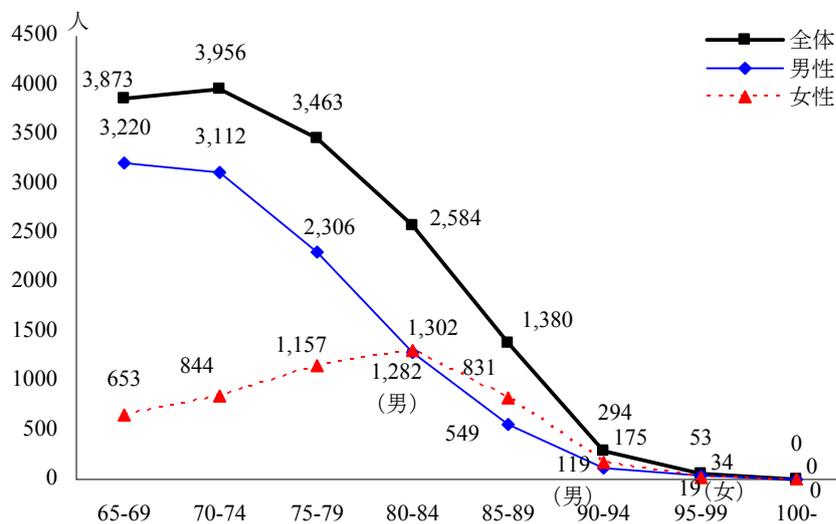
図表 6 全国の 65 歳以上高齢者の孤立死数推計結果〔性別・年齢階級別〕

(単位：人)

		総計	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-
2 日以上 (上位推計)	全体	26,821.3	5,814.6	5,953.5	6,102.4	4,880.3	2,961.1	945.4	146.7	17.5
	男性	16,616.8	4,730.9	4,531.4	3,623.5	2,223.8	1,133.8	321.9	51.5	0.0
	女性	10,204.5	1,083.7	1,422.1	2,478.8	2,656.5	1,827.3	623.4	95.2	17.5
4 日以上 (中位推計)	全体	15,603.0	3,873.2	3,956.4	3,462.7	2,583.7	1,379.8	294.0	53.3	0.0
	男性	10,621.8	3,219.8	3,112.5	2,305.9	1,281.5	549.2	118.6	34.3	0.0
	女性	4,981.3	653.4	843.9	1,156.8	1,302.2	830.6	175.3	19.0	0.0
8 日以上 (下位推計)	全体	8,604.9	2,521.8	2,283.7	1,863.8	1,200.8	617.9	116.9	0.0	0.0
	男性	6,311.7	2,203.0	1,846.1	1,335.0	697.3	230.3	0.0	0.0	0.0
	女性	2,293.1	318.7	437.6	528.8	503.5	387.6	116.9	0.0	0.0

つぎに、図表 7 は、上記の中位推計を年齢階級別に折線グラフにしたものである。これによると、男性の高齢者では 65～69 歳が最も多く、全国では年間で 3,220 人程度が「孤立死」に該当する状態で亡くなっている可能性があることを示している。一方、女性の高齢者では 80～84 歳が最も多く、全国では年間で 1,302 人程度が死後発見まで 4 日以上を要した「孤立死」に該当する可能性があることになる。また、男性高齢者の場合、74 歳以下で孤立死に該当する死亡者が年間 6,300 人程度いる可能性があり、女性高齢者の場合には、75 歳以上において年間 3,500 人程度いる可能性があるという結果となった。

図表 7 年齢階級別の全国高齢者の孤立死数（中位推計）



また、上記の中位推計に基づいて、地域ブロック別の高齢者の孤立死数を算出したものが図表 8 である。なお、これらの結果は、「全国都道府県の孤立死の発生確率が東京都 23 区と等しいならば」という極めて厳しい制約をおいて算出したものである。このため、ここでの人数の相違は、自治体の人口規模と年齢・性別の分布のみを反映したものであり、各地域における**高齢者の孤立死への至りやすさ（＝孤立死の発生のしやすさ）を表すものではない**。その点を踏まえた上で、集計結果をみると、関東甲信越地域では、年間 5,500 人程度の高齢者が孤立死に該当している可能性があるほか、近畿地方では年間 2,600 人程度、北海道・東北では年間 2,100 人程度、中部・東海地方では年間 2,000 人程度、九州・沖縄地方では年間 1,800 人程度、中国地方では年間 1,000 人程度、四国地方では年間 600 人程度が孤立死に該当する可能性があるという結果が得られた。

図表 8 地域ブロック別の高齢者の孤立死数（中位推計）

全体									
	総数	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-
北海道・東北	2,083.0	467.5	524.5	476.7	371.6	196.2	39.9	6.7	0.0
関東甲信越	5,528.7	1,474.8	1,440.7	1,183.6	860.9	453.9	97.2	17.6	0.0
中部・東海	2,036.8	498.0	510.3	458.5	342.6	181.4	39.2	6.8	0.0
近畿	2,577.2	685.5	673.1	561.7	399.9	205.9	43.1	8.0	0.0
中国	1,003.1	223.5	240.5	228.7	180.9	102.1	22.9	4.5	0.0
四国	564.1	119.7	130.2	134.4	105.3	59.6	12.6	2.3	0.0
九州・沖縄	1,810.0	404.3	437.1	419.2	322.5	180.7	39.0	7.3	0.0

(単位：人)

男性									
	総数	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-
北海道・東北	1,401.0	387.1	411.8	319.2	183.6	78.5	16.4	4.4	0.0
関東甲信越	3,832.0	1,233.9	1,146.3	792.6	426.8	181.2	39.7	11.6	0.0
中部・東海	1,386.5	413.6	400.4	305.2	174.7	72.0	16.2	4.4	0.0
近畿	1,774.7	570.5	530.8	375.5	196.8	79.6	16.6	5.0	0.0
中国	667.6	184.3	188.3	150.9	90.1	41.7	9.3	2.9	0.0
四国	369.7	99.1	99.5	88.4	51.6	24.5	5.1	1.5	0.0
九州・沖縄	1,190.4	331.4	335.4	274.1	157.8	71.8	15.4	4.5	0.0

女性									
	総数	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-
北海道・東北	682.0	80.4	112.7	157.5	187.9	117.7	23.5	2.3	0.0
関東甲信越	1,696.7	240.9	294.5	390.9	434.0	272.8	57.5	6.1	0.0
中部・東海	650.4	84.3	109.9	153.3	167.9	109.3	23.1	2.5	0.0
近畿	802.5	115.0	142.3	186.2	203.1	126.4	26.5	3.0	0.0
中国	335.6	39.3	52.2	77.8	90.8	60.3	13.6	1.6	0.0
四国	194.4	20.6	30.7	46.0	53.7	35.2	7.5	0.8	0.0
九州・沖縄	619.7	72.9	101.6	145.1	164.7	108.9	23.7	2.8	0.0

さいごに、図表 9 は、上と同様に、中位推計に基づいて、都道府県別の高齢者の孤立死数を算出した結果である（上位推計および下位推計の結果については巻末資料）。前述の通り、こちらの数値についても、東京都 23 区での発生確率に基づいて、自治体の人口規模と年齢・性別の分布のみを反映したものであり、各地域における**高齢者の孤立死への至りやすさ（＝孤立死の発生のしやすさ）を表しているわけではない**。しかし、現時点で入手可能なデータを用いて、あくまでも目安として可能な範囲で算出した結果である。今後、都道府県や市町村単位での孤立死に関する正確な数値を把握できるデータベースの構築・整備が進められる必要があると考えられる。

図表 9-A 都道府県別の高齢者の孤立死数（中位推計）＜全体＞

全体計

（単位：人）

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	15,603.0	3,873.2	3,956.4	3,462.7	2,583.7	1,379.8	294.0	53.3	0.0
北海道	734.4	179.6	192.5	163.2	119.2	64.1	13.3	2.4	0.0
青森県	217.2	50.3	57.2	50.5	36.0	19.0	3.5	0.5	0.0
岩手県	207.5	43.8	52.0	48.4	39.0	19.6	4.0	0.7	0.0
宮城県	279.5	61.0	70.6	63.6	51.5	26.4	5.4	0.9	0.0
秋田県	185.0	37.8	44.2	43.5	36.5	18.8	3.7	0.6	0.0
山形県	174.5	31.9	39.9	41.8	36.1	20.1	4.1	0.7	0.0
福島県	284.9	63.1	68.1	65.7	53.2	28.2	5.8	0.9	0.0
茨城県	377.5	97.1	91.7	81.1	65.1	34.1	7.3	1.2	0.0
栃木県	253.0	59.5	62.8	57.2	44.8	23.2	4.7	0.8	0.0
群馬県	258.5	64.5	61.1	57.7	44.8	24.1	5.3	0.9	0.0
埼玉県	786.3	234.9	218.0	158.4	107.5	54.2	11.4	2.0	0.0
千葉県	699.0	196.9	189.6	144.9	101.8	52.7	11.2	1.9	0.0
東京都	1,407.4	386.5	372.9	299.8	209.4	110.9	23.4	4.4	0.0
神奈川県	926.9	258.9	250.9	197.6	133.4	68.3	14.7	2.9	0.0
新潟県	320.3	66.5	75.4	74.3	61.9	33.6	7.2	1.3	0.0
富山県	145.5	32.6	33.9	33.0	26.6	15.4	3.4	0.6	0.0
石川県	143.4	32.9	35.2	30.6	25.7	15.0	3.4	0.6	0.0
福井県	103.1	21.1	23.5	24.0	20.4	11.4	2.4	0.4	0.0
山梨県	107.6	23.3	25.7	24.9	19.5	11.1	2.6	0.5	0.0
長野県	272.0	56.5	59.6	62.3	53.6	31.8	7.0	1.3	0.0
岐阜県	264.4	61.4	64.5	61.2	46.9	24.5	5.1	0.9	0.0
静岡県	466.0	113.0	118.0	103.1	78.7	42.2	9.3	1.6	0.0
愛知県	794.4	214.0	208.8	174.0	121.0	61.3	13.1	2.2	0.0
三重県	240.0	53.2	59.5	57.9	42.3	21.5	4.8	0.8	0.0
滋賀県	146.5	34.0	37.0	31.6	26.1	14.4	2.9	0.6	0.0
京都府	314.0	77.7	77.7	70.2	53.1	27.7	6.3	1.3	0.0
大阪府	1,108.0	316.9	308.9	237.0	151.8	75.1	15.5	2.7	0.0
兵庫県	681.1	174.1	170.7	151.0	113.2	57.8	12.0	2.3	0.0
奈良県	166.6	43.5	41.0	35.9	27.2	15.2	3.2	0.6	0.0
和歌山県	160.9	39.2	37.8	35.9	28.5	15.8	3.2	0.6	0.0
鳥取県	81.0	16.0	18.7	18.9	16.0	9.0	2.0	0.4	0.0
島根県	107.2	21.2	24.1	24.9	21.0	12.6	2.8	0.6	0.0
岡山県	242.5	52.7	57.6	57.4	43.7	24.5	5.5	1.1	0.0
広島県	348.5	83.9	84.4	76.4	60.4	34.0	7.7	1.6	0.0
山口県	224.0	49.8	55.6	51.1	39.8	22.0	4.8	0.8	0.0
徳島県	113.5	23.1	25.9	28.5	21.5	11.9	2.3	0.4	0.0
香川県	134.1	26.6	32.5	32.2	24.7	14.4	3.1	0.6	0.0
愛媛県	197.2	43.2	44.6	46.2	37.2	20.8	4.5	0.8	0.0
高知県	119.2	26.8	27.3	27.5	22.0	12.6	2.6	0.5	0.0
福岡県	600.5	148.8	148.4	133.7	101.6	54.4	11.4	2.1	0.0
佐賀県	113.1	25.2	25.9	27.0	20.4	11.7	2.4	0.5	0.0
長崎県	197.6	41.5	46.6	46.3	37.6	20.8	4.2	0.7	0.0
熊本県	226.3	45.2	50.6	55.4	42.9	25.4	5.6	1.1	0.0
大分県	157.0	31.3	36.3	37.2	30.4	17.4	3.6	0.7	0.0
宮崎県	152.7	34.0	37.1	35.0	27.4	15.0	3.5	0.6	0.0
鹿児島県	242.9	50.1	56.8	57.8	45.5	25.8	5.8	1.0	0.0
沖縄県	120.0	28.1	35.3	26.6	16.8	10.2	2.5	0.6	0.0

図表 9-B 都道府県別の高齢者の孤立死数4日以上（中位推計）＜男性＞

男性

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	10,621.8	3,219.8	3,112.5	2,305.9	1,281.5	549.2	118.6	34.3	0.0
北海道	504.0	147.7	150.9	111.0	60.6	26.5	5.7	1.6	0.0
青森県	147.8	42.4	45.3	34.5	17.0	6.9	1.4	0.3	0.0
岩手県	138.0	35.8	40.9	32.3	19.3	7.6	1.6	0.4	0.0
宮城県	186.1	50.5	55.3	41.8	25.0	10.7	2.2	0.6	0.0
秋田県	121.8	31.8	34.2	28.8	17.9	7.1	1.5	0.4	0.0
山形県	113.1	26.2	31.7	27.9	17.3	7.8	1.6	0.5	0.0
福島県	190.1	52.6	53.5	42.8	26.4	11.7	2.4	0.6	0.0
茨城県	258.3	81.6	73.6	54.1	32.2	13.0	2.9	0.8	0.0
栃木県	170.4	50.1	49.1	37.8	22.2	8.8	1.8	0.5	0.0
群馬県	174.4	53.0	47.5	38.7	22.7	9.7	2.2	0.6	0.0
埼玉県	556.8	195.9	175.4	105.7	52.9	21.0	4.5	1.3	0.0
千葉県	493.5	165.3	152.8	98.2	50.9	20.5	4.6	1.2	0.0
東京都	976.7	326.5	293.5	198.0	100.9	44.8	10.1	2.9	0.0
神奈川県	652.8	214.7	200.7	133.2	67.8	28.1	6.2	2.0	0.0
新潟県	215.1	55.6	60.6	51.3	30.6	13.4	2.8	0.8	0.0
富山県	97.8	27.6	26.4	22.1	13.6	6.6	1.3	0.4	0.0
石川県	96.0	26.9	27.6	20.5	13.0	6.3	1.3	0.4	0.0
福井県	68.6	17.3	18.9	16.3	10.5	4.4	0.9	0.3	0.0
山梨県	71.6	19.3	20.2	16.7	9.5	4.6	1.0	0.3	0.0
長野県	179.6	47.0	45.9	41.9	27.4	13.6	2.9	0.8	0.0
岐阜県	176.1	49.7	49.5	40.4	23.7	10.1	2.2	0.6	0.0
静岡県	319.8	94.7	93.4	68.5	41.2	17.0	3.9	1.1	0.0
愛知県	550.1	178.2	164.9	115.6	61.1	23.7	5.3	1.4	0.0
三重県	160.8	44.1	46.7	38.7	21.3	7.7	1.9	0.5	0.0
滋賀県	99.1	28.2	29.2	22.2	12.9	5.2	1.0	0.4	0.0
京都府	210.5	62.8	60.3	46.9	26.5	10.7	2.5	0.8	0.0
大阪府	776.8	265.2	244.0	157.1	74.0	28.9	6.0	1.6	0.0
兵庫県	465.5	145.2	135.5	100.5	55.6	22.7	4.6	1.4	0.0
奈良県	114.6	36.7	32.5	24.0	13.9	5.9	1.2	0.4	0.0
和歌山県	108.2	32.3	29.3	24.9	13.9	6.2	1.2	0.4	0.0
鳥取県	53.5	13.2	14.9	12.7	8.2	3.5	0.8	0.2	0.0
島根県	71.0	17.9	19.3	16.9	10.1	5.3	1.2	0.4	0.0
岡山県	162.5	43.8	44.8	38.3	22.4	10.3	2.2	0.8	0.0
広島県	232.6	68.9	65.9	49.6	29.9	14.0	3.2	1.1	0.0
山口県	148.0	40.5	43.3	33.4	19.6	8.7	2.0	0.5	0.0
徳島県	74.3	18.7	20.0	19.0	10.7	4.8	0.9	0.2	0.0
香川県	87.9	22.1	24.7	21.3	12.1	5.9	1.3	0.4	0.0
愛媛県	129.0	35.5	34.2	30.5	17.8	8.6	2.0	0.5	0.0
高知県	78.5	22.8	20.6	17.7	11.0	5.1	1.0	0.3	0.0
福岡県	400.2	122.2	114.4	87.9	48.7	21.3	4.5	1.3	0.0
佐賀県	72.8	20.4	20.0	16.8	9.9	4.5	0.9	0.3	0.0
長崎県	128.8	33.8	35.7	30.2	18.7	8.4	1.6	0.4	0.0
熊本県	147.2	37.1	38.4	36.1	22.0	10.6	2.3	0.7	0.0
大分県	101.8	25.0	28.1	24.6	15.1	7.0	1.6	0.5	0.0
宮崎県	100.0	27.6	28.3	22.9	13.6	6.0	1.3	0.4	0.0
鹿児島県	155.8	41.3	42.8	37.1	21.9	10.0	2.1	0.6	0.0
沖縄県	83.7	24.0	27.8	18.6	7.9	4.0	1.0	0.4	0.0

図表 9-C 都道府県別の高齢者の孤立死数 4 日以上（中位推計）〈女性〉

女性

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	4,981.3	653.4	843.9	1,156.8	1,302.2	830.6	175.3	19.0	0.0
北海道	230.4	31.9	41.6	52.2	58.7	37.6	7.6	0.8	0.0
青森県	69.4	8.0	11.9	16.0	19.0	12.0	2.1	0.2	0.0
岩手県	69.5	8.0	11.1	16.1	19.7	11.9	2.4	0.3	0.0
宮城県	93.4	10.5	15.3	21.8	26.5	15.7	3.2	0.3	0.0
秋田県	63.2	5.9	10.0	14.6	18.5	11.7	2.2	0.2	0.0
山形県	61.4	5.6	8.3	13.8	18.8	12.3	2.4	0.2	0.0
福島県	94.8	10.5	14.5	22.9	26.7	16.4	3.5	0.3	0.0
茨城県	119.2	15.4	18.1	27.0	32.9	21.0	4.4	0.4	0.0
栃木県	82.7	9.4	13.7	19.4	22.6	14.5	2.9	0.3	0.0
群馬県	84.1	11.5	13.6	19.0	22.1	14.4	3.1	0.3	0.0
埼玉県	229.5	38.9	42.6	52.7	54.6	33.2	6.9	0.7	0.0
千葉県	205.6	31.6	36.8	46.7	51.0	32.2	6.6	0.7	0.0
東京都	430.7	60.0	79.4	101.8	108.5	66.1	13.4	1.5	0.0
神奈川県	274.1	44.2	50.2	64.4	65.5	40.2	8.5	0.9	0.0
新潟県	105.2	10.9	14.8	23.0	31.3	20.2	4.4	0.5	0.0
富山県	47.7	5.0	7.5	10.9	13.1	8.8	2.1	0.2	0.0
石川県	47.4	6.1	7.6	10.1	12.6	8.7	2.1	0.2	0.0
福井県	34.5	3.8	4.6	7.6	9.9	7.0	1.5	0.2	0.0
山梨県	36.0	4.0	5.6	8.2	10.0	6.5	1.6	0.2	0.0
長野県	92.4	9.4	13.7	20.3	26.2	18.3	4.0	0.4	0.0
岐阜県	88.3	11.7	15.0	20.8	23.2	14.5	2.9	0.3	0.0
静岡県	146.3	18.3	24.6	34.6	37.5	25.3	5.5	0.6	0.0
愛知県	244.2	35.8	43.9	58.4	59.9	37.6	7.8	0.8	0.0
三重県	79.2	9.1	12.8	19.2	21.1	13.7	2.9	0.3	0.0
滋賀県	47.4	5.7	7.8	9.4	13.2	9.2	1.9	0.2	0.0
京都府	103.5	15.0	17.4	23.4	26.5	17.0	3.8	0.5	0.0
大阪府	331.2	51.7	64.9	79.9	77.8	46.2	9.5	1.1	0.0
兵庫県	215.6	28.9	35.3	50.5	57.6	35.1	7.4	0.8	0.0
奈良県	52.0	6.9	8.5	11.8	13.3	9.3	2.0	0.2	0.0
和歌山県	52.7	6.8	8.4	11.1	14.6	9.6	2.0	0.2	0.0
鳥取県	27.5	2.8	3.7	6.2	7.8	5.6	1.2	0.1	0.0
島根県	36.2	3.2	4.8	8.0	11.0	7.3	1.7	0.2	0.0
岡山県	80.0	8.9	12.8	19.1	21.3	14.2	3.3	0.4	0.0
広島県	115.9	15.0	18.5	26.8	30.5	20.0	4.6	0.5	0.0
山口県	76.0	9.3	12.3	17.6	20.2	13.3	2.9	0.3	0.0
徳島県	39.2	4.4	5.9	9.4	10.8	7.1	1.4	0.2	0.0
香川県	46.3	4.4	7.7	11.0	12.6	8.5	1.8	0.2	0.0
愛媛県	68.2	7.7	10.4	15.7	19.4	12.2	2.6	0.3	0.0
高知県	40.8	4.0	6.7	9.8	11.0	7.4	1.7	0.2	0.0
福岡県	200.3	26.6	34.0	45.8	52.9	33.1	7.0	0.8	0.0
佐賀県	40.3	4.9	5.9	10.2	10.4	7.2	1.5	0.2	0.0
長崎県	68.8	7.7	10.9	16.1	18.8	12.4	2.5	0.3	0.0
熊本県	79.0	8.1	12.2	19.3	21.0	14.7	3.3	0.4	0.0
大分県	55.2	6.3	8.2	12.7	15.3	10.5	2.0	0.2	0.0
宮崎県	52.7	6.4	8.8	12.1	13.8	9.1	2.1	0.2	0.0
鹿児島県	87.1	8.8	14.0	20.8	23.6	15.8	3.7	0.4	0.0
沖縄県	36.3	4.0	7.5	8.1	8.9	6.1	1.5	0.2	0.0

#### 4 | 結果の考察と今後の課題

本分析結果によれば、孤立死の基準をどのように設定するかによって推計値は大きく異なるものの、東京都 23 区内での発生確率が全国都道府県においてもほぼ同水準であるとすれば、全国において年間 8,604 人～26,821 人が「孤立死」と想定されるような状態で亡くなっている可能性があるという結果が得られた。毎年 1 万人弱から 2 万人の高齢者が「孤立死」に該当する可能性があるという結果は決して無視できる規模ではない。本推計の定義でも検討したように、本人の尊厳維持の上でも、社会経済的な観点からみても、死後長期放置されるような状態は、親族や近隣住民に多大な影響を与えることになる。このため、誰にも看取られず死後発見されるような死に方をゼロにすることは事実上不可能であっても、死亡後はできる限り早期に発見されることが望ましい。今後さらに単身高齢者世帯、高齢者のみ世帯が増加することが見込まれる中では、各自治体にとって、死後に長期放置することなく早期に発見できる体制づくりと同時に、生前の高齢者の Well-being にむけた日常的な社会的ネットワークの構築にむけた支援体制の強化は急務の課題といえよう。

一方で、今回の推計には、いくつかの限界がある。第 1 に、入手可能なデータの制約上、本推計では世帯構成による相違を考慮することができなかった。しかし、単身世帯と複数世帯では、孤立死の発生確率は大きく異なる。推計の手順や推計に用いる基礎数値については、更に精査することでより精度の高い推計につなげる必要がある。第 2 に、本文中にも記載したように、本推計で採用した東京都 23 区での孤立死発生確率が全国自治体でも等しいという前提には明確な根拠がない点である。最大の人口集積地である東京都 23 区内に比べ、人口の少ない町村部を始めとした地域では、行政が個々の住民の状況を把握できる環境にあたり、都市部に比べ、地域コミュニティが十分に機能している等により、実際には孤立死の発生確率が低いとすれば、本推計は過大評価していることになる。先行研究によれば、男性の孤独死率と完全失業率、生活保護率、平均所得との間には統計的に有意な相関が確認されており（金涌ら 2010）、各地域の失業率等の他の属性を考慮することによって、孤立死数の推計の精度は高まると考えられる。第 3 に、本分析で使用した東京都監察医務院の検案・解剖データによって把握される異状死の一部が、東京都 23 区内の孤立死の全てを網羅しているかとは必ずしもいえない点である。「異状死」とは死亡原因が自殺・事故死、死因不明とされたものを指し、死亡者のうち、亡くなった時点で最初から病死と分かっている場合（自然死）を除いたものであり、病院で死亡した人は含まれない。しかし、病院にかかって死亡した人のなかにも生前に孤立状態にあつて、いわゆる「孤立死」に該当する人は一定規模存在することは十分に予想される。この点で、現在のところ、高齢者の「孤立死」について網羅的に把握するデータは存在しないため、今後、各種データを統合するなかでより精度の高い発生確率と全国推計を試みる必要がある。

このように、主として統計データ整備上の問題は存在しているものの、高齢者の孤立死についての実態はほとんど明らかにされておらず、不十分ながら推計結果を示したことの意義は大きい。今後さらに実態解明を進めていく上で、本推計が一助となれば幸いである。

## (補論) 性別と年齢による死亡後経過期間への説明率：本推計の精度

### 1 | はじめに

本章では、東京都監察医務院（2010）が発表したデータに基づいて、全国高齢者における孤立死の発現率（実数）の推計を行った。その際に、公表されたデータの制約により、性別と年齢階級のみを調整して分析を行った。そこで、本節では、補論として、本推計の精度を確認するために、性別と年齢という2つの変数によって本研究で着目した死後発見までの経過期間をどの程度説明しうるのか（性別と年齢が死後経過期間に及ぼす影響の大きさ）について分析する。

### 2 | 方 法

対象者は、2009年1月～2009年12月までに異状死とされた65歳以上の高齢者4,210名である。東京都監察医務院（2010）が発表したクロス集計のデータからローデータを独自に作成した。年齢については65歳以上を5歳刻みで把握され、死亡後の経過期間については、「0～1日」「2～3日」「4～7日」「8～14日」「15～30日」「31～90日」「91～180日」「181～365日」「366日以上」の9カテゴリーで把握されていた。対象者の平均年齢は76.4歳（±8.1歳）、男性が57.4%、独居者が52.0%であった。また、死亡後の経過期間は「0～1日」が61.0%で最も多く、7日以内で87.3%を占めていた。他方で、個別にみれば、死亡後発見までの経過期間が31日以上という人も112名（2.6%）存在した（図表10）。

図表 10 使用した変数の度数分布

	年 齢		性 別		死亡後経過期間			
	n	%	n	%	n	%		
65～69歳	707	16.8	男性	2,409	57.2	0～1日	2,566	61.0
70～74	792	18.8	女性	1,801	42.8	2～3	676	16.1
75～79	855	20.3			4～7	428	10.2	
80～84	822	19.5			8～14	247	5.9	
85～89	614	14.6			15～30	181	4.3	
90～94	328	7.8			31～90	95	2.3	
95～99	84	2.0			91～180	10	0.2	
100～	8	0.2			181～365	5	0.1	
					366～	2	0.0	

分析には、年齢、性別、世帯構成を独立変数、死亡後経過期間を従属変数にした重回帰分析を行った。独立変数については、はじめに、年齢と性別を独立して投入し（Model 1）、つぎに年齢と性別の交互作用項（Model 2）、世帯構成（Model 3）、世帯構成と性別の交互作用項（Model 4）を順じ投入した。なお、交互作用項を投入した際の多重共線性を考慮し、独立変数は全てセンタード化したものを用いた。従属変数には、はじめに、9カテゴリーで把握された死亡後経過期間を連続量として投入し、その後、死亡後の「経過日数」を想定して9カテゴリーの中央値（0.5、2.5、5.5、11、22.5、60、135、270、366）を投入した。

### 3 | 結 果

解析の結果は図表 11 の通りである。表中の\*印（アステリスク）は、統計的検定の結果、死亡後経過期間や経過日数に対して、統計的に有意な（偶然に起きる誤差ではない）影響を及ぼすことを表している。このため、死亡後の経過期間と経過日数のいずれについても、ここで投入したほぼ全ての独立変数が統計的に有意な影響を及ぼすことが確認された。

図表 11 死亡後経過期間・日数への重回帰分析の結果

	死亡後経過『期間』				死亡後経過『日数』			
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
女 性 (ref.=男性)	-.077 ***	-.084 ***	-.087 ***	-.089 ***	-.049 **	-.052 **	-.054 **	-.055 ***
年 齢	-.251 ***	-.251 ***	-.141 ***	-.132 ***	-.120 ***	-.120 ***	-.076 ***	-.070 ***
女性×年齢		.086 ***	.047 ***	.028 *		.049 **	-.033 *	.020
同居 (ref.=独居)			-.476 ***	-.479 ***			-.190 ***	-.192 ***
女性×同居				.091 ***				.065 ***
R <sup>2</sup>	.079	.086	.299	.306	.019	.022	.055	.059

a) 値は標準偏回帰係数 (β)。\*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05  
 b) 多重共線性を考慮して独立変数は全てセンタード化した。

表中の値は標準偏回帰係数 (β) を表しており、その絶対値が大きいほど死亡後経過期間や経過日数に対して強い影響を及ぼしていることを意味している。すなわち、死亡後経過期間に対しては、性別と年齢のいずれも統計的に有意であるが、年齢 (-.251) の方が強い影響があることになる。なお、係数が負であるため、高齢者のなかでも若年であるほど、死亡後の経過期間が長い傾向にあることを示している。また、性別についても、係数が負であるため、男性の方が死亡後の経過期間が長い傾向にあることを示している。表中のR<sup>2</sup>（重相関係数の二乗）は、死亡後経過期間や日数の分散に対する説明率を表している。この場合、投入した2つの変数だけでは全ての死亡後経過期間の「7.9%」しか説明できていないことを意味している。

同様にみていくと、Model 2 では、性別と年齢の交互作用項 (.086) についても統計的に有意な影響を及ぼしていた。これは、前述のように男性の方が、また、若年の方が死亡後経過期間は長い傾向にあるが、女性でより高齢である場合には同じく死亡後経過期間が長い傾向にあることを示している。性別と年齢の交互作用項を投入したところ、モデルの説明率は「8.6%」とやや上昇したものの、性別と年齢だけでは死亡後経過期間の1割弱しか説明（予測）できないという結果であった。しかし、Model 3 および Model 4 に示したように、世帯構成を投入した場合、モデルの説明率は大幅に改善された（29.9%～30.6%）。なお、本結果によれば、独居世帯の方が死亡後経過期間が長く、女性で同居世帯の方が死亡後経過期間が長くなりやすく、死亡後経過期間に対して、世帯構成が最も強い影響 (β = -.476～-.479) を及ぼしていた。

以上の結果は、死亡後の経過日数に対しても同様の傾向が確認された。しかし、モデルの説明率においては、死亡後の経過日数では急激に減少し、性別と年齢だけではその交互作用を考慮しても2.2%程度の説明力しかないという結果であった。なお、前述のように、死亡後経過日数については、実際の日数ではなく、カテゴリーの中央値を用いた粗い推計である。このため、実際の経過日数を用いることで、結果が大幅に変わる可能性はある。

## 4 | 考 察

本結果によれば、世帯構成、性別、年齢のいずれも独立して死亡後の経過期間に有意な影響を及ぼすものであり、独居高齢者の方が、男性の方が、また、若い高齢者の方が、死亡後発見までの経過期間が長くなりやすい（孤立死に至りやすい）傾向にあることが確認された。これは、既存の報告<sup>12</sup>と矛盾しないものである。

そのうえで、本節の課題である死亡後の経過期間・経過日数への説明率に関しては、まず、順序変数として大雑把に死亡後の経過期間（死亡期間の短い人から長い人）を推測するか、絶対値としての経過日数を推測するかによって説明率が大きく異なることが確認された。本結果によれば、性別と年齢のみ（交互作用項を含む）で絶対値としての経過日数を予測することはほぼ不可能であり、順序変数としての大雑把な経過期間についても1割を下回る程度に留まった。すなわち、本研究では、データの制約から性別と年齢のみを統制して全国の孤立高齢者の推計を行っているが、性別と年齢以外の様々な要因を考慮できていない点では限界があるといわざるを得ない。それと同時に、世帯構成を考慮することができれば説明率は大幅に上昇することが確認されたため、各自治体の年齢別・性別の一人暮らし高齢者数に関するデータの入手は今後の課題として残されている。

また、本分析では、東京都23区内の検案・解剖事例において、性別と年齢による死亡経過期間への説明力を分析したが、必ずしも全国の代表サンプルではない点は研究上の限界であり、今後の重要な課題である。高齢者の死亡後の経過期間（孤立死）が全国市町村のなかで大きく異なり、東京都23区が全国平均とかけ離れている場合には、前章までに行った推計には大きな誤差が含まれていることになる。しかし、この点については、高齢者の死亡後経過期間に関する全国統計自体が未だ把握・公表されていないため、本研究では検証することができない。このため、現時点では入手可能なデータの制約上、全国高齢者の孤立死推計として精度の高い結果を示すことはできないが、今後、全国都道府県・市町村において実態把握が進められることが期待される。

---

<sup>12</sup> 金涌佳雅，森晋二郎，阿部伸幸，他（2010）「世帯分類別の異状死基本統計；東京都区部における孤独死の実態調査」『厚生指標』57(10)：20-25.

### 3—高齢者の孤立死事例の記述的分析

#### 1 | 死後発見までの経過期間別の死亡事例の相違

本研究では、全国の市区町村を通じて、「生活保護担当課」と「地域包括支援センター」で把握している孤立死事例<sup>13</sup>を収集した。それらは、遺体の状況から正確な死亡時期は不明なケースも多いが、死亡当日発見されたものから、死後数ヶ月が経過していると想定されるといったものまでさまざまであった。また、収集された事例の中には、孤立死というべきか迷いながら記入されたケースもある。ここでは、本研究において孤立死の基準として採用した死後発見までの経過期間が「2日以上」、「4日以上」、「8日以上」という基準が、それぞれ具体的にどのような状態像であるのかを個別事例を通じて記述的に分析する。

##### (1) 死亡当日～死後1日目までに発見された事例

死亡当日から死後1日目までは、上記の推計では孤立死に含めていない。実際に、死亡当日から死後1日目までに発見された事例では、記入者も「これは孤立死と言えるのだろうか？」と疑問をいただきながら書かれているものが多くみられた。近隣関係や介護サービスを通じて他者との交流・接点があり、必ずしも「孤立」とはいえない関係性があることが早期発見につながっていた。

##### 事例1 (近隣の見守りで発見：交流あり)

80代前半歳男性。独居。頼りにしていた長男も病死し、一人暮らし生活を大変不安に感じしており、近隣の民生委員が毎日見守り支援をしていた。朝方まで風呂場の電気が点いていることを近隣者が不審に思い、民生委員に連絡。風呂場での死亡を発見。死後1日経過。

※「孤独死と捉えるべきなのでしょうか」との記述あり

##### 事例2 (近隣付き合いで発見：交流あり)

70代後半男性。独居。玄関先で倒れているところを近隣住人が発見した。死因は急性大動脈解離。死後1日経過。介護サービス（訪問、通所）が週5回であったため、生活環境は良好であったが、長男が市外に住んでいたこともあり、寂しいと話していた。精神的には孤独であったのかと思う。

##### 事例3 (介護サービスが発見：サービス以外は孤立状態)

70代後半男性。独居。循環器系疾患の疑い。自宅の居間の布団の上で死亡しているのを在宅介護に訪れた者が発見した。死後半日経過。在宅介護サービスの利用により、心身の状態や生活環境の改善が見られていた。しかし、親族との交流はなく、他者との関わりを持とうとしなかったため、本人の暮らしに関わりの深かった人はホームヘルパーのみであった。

##### 事例4 (介護サービスが発見：近隣との関係良好)

80代前半女性。独居。訪問介護サービス利用日で、いつもなら鍵も開けて待っていてくれるが、玄関が閉まっていた。電気は灯いているが応答なく、異常に気づいた。浴場で溺死。死後半日経過。自分自身には家族がいないが、近隣との関係が良く、人の出入りは頻繁にあったが、あまり迷惑をかけたくないという気持ちがあり、一人で無理をする傾向にあった。

##### 事例5 (介護サービスが発見：ゴミ屋敷から改善の途中で...)

60代後半女性。独居。サービス提供日に訪問したヘルパーが、家に鍵がかかっていた為、市内の姉に連絡し、鍵をあけて入ったところ、浴槽内での死亡を発見。死後1日経過。本人は当初サービス利用を拒否していたが、家族と事業所の関わりでようやく訪問介護を受け入れ、開始したばかりであった。それまでの自宅内はゴミだらけであったが、少しずつ清潔に

<sup>13</sup> 実際の調査では、孤立死について「地域から孤立した状態で亡くなること」を定義として事例を回答してもらっている。

なっていた。市内に住む姉は本人のことを心配していたが、サービス導入時には負担感も訴えていた。

## (2) 死後2日から3日目までに発見された事例

死後発見までが2日以上要した人々は、本分析における「上位推計」の孤立死に該当する。死後2～3日目で発見された事例では、異臭等によって近隣住民が異常を察知したり、交流のある関係者が遠方のため訪問までに時間を要したケースなど、近くに交流のある人間がいないことが、発見を遅らせたことが見て取れる。また、介護サービス等の接点の狭間で若干の日数が経過したケースもある。前述した推計結果によれば、全国で年間27,000人程度の高齢者が死後発見までに2日以上を要していた。

### 事例6（異臭で通報：孤立状態）

70代後半男性。古いアパートに独居。近隣住民より「異臭がする」と民生委員に連絡。警察に通報して発見。病死。死後3日経過。もともと対人関係に拒否的で、近所つきあいをせず、大きなトラブルはないが、周囲からも「つきあいにくい」と思われていた方。生活は自立。地域包括支援センターへ自分から連絡することもあり、月1回程度のやりとりあり。呼吸苦、心疾患あったが、気が向けば受診するという感じで、必要な治療には至らず。

### 事例7（異臭で通報：孤立状態）

70代後半男性。独居。隣人が臭いの異変に気づき、警察に通報。警察官の立ち入りで発見。死後3日経過。妻と別れ、子供とも交流がない状態で、近隣住人と接することなく孤立した状態で生活。数年前からマンション管理費を滞納するようになり、マンション内でも「問題のある人」という見方をされ、更に孤立化。1年程前の火傷を治療せず、入浴ができなくなり悪臭あり。地域包括支援センターが関わり始めた頃には、第三者の関わりはなく、包括職員も数回会うことが出来たのみ。

### 事例8（遠方の親戚が発見：転居地でとけこめず）

80代前半女性。遠方の親戚による月1回以上訪問あり。数日前より具合が悪いと聞いていたため親戚が訪問したところ死亡していた。死因は熱中症と急性心不全と推定。死後3日経過。50年以上定住していた他県より本市へ転入して20年になるが、本人は未だに現居住地の地理がわからず、知人の多い前居住地が恋しいと言っていた。親戚は遠方居住のため緊急時への不安感あり。同居の妹を亡くし、心の拠り所がない状態であったと思われる。

## (3) 死後4日から7日目までに発見された事例

死後発見までが4日以上要した人々は、本分析における「中位推計」の孤立死に該当する。死後4～7日目までに発見されたケースには、近隣との関係性が薄く、異臭や新聞配達員からの通報により発見されるケースが見られるなど、死後3日以内の発見事例に比べ地域との関係性がより希薄であることが推察される。また、近隣に親族がいることによって近隣住民の注意が薄れるケースも見られた。前述した推計結果によれば、全国で年間16,000人程度の高齢者が死後発見までに4日以上を要していた。

### 事例9（新聞配達が発見：福祉サービスを拒否）

70代後半女性。独居。新聞が郵便受けにたまっていることを不審に感じた新聞配達員が、民生委員経由で地域包括支援センターに連絡。親族や近隣に不在の連絡もなく、警察立会いで確認し室内での死亡を発見。死後5日経過。包括職員や役場職員が訪問してもドア越しに会話ができる程度で生活の様子が伺えず。福祉サービスの利用も「大丈夫」と拒否。近隣との関係は悪くなく交流はあったが、独身で親族（兄弟）と疎遠。

#### 事例 10 (悪臭で通報：近隣と接点なし)

60 代後半女性。独居。近隣住民より悪臭がすると訴えがあり、警察と家主が立ち入り死体を発見。死後 5 日経過。長く施設に入所している夫を見舞いに行くことが他者との交流の機会であった。半年に 1 度くらい妹が訪問。体調は悪かったが病院に行くことを嫌っていた。日々の暮らしには問題はないが他者との交流を好まない様子。

#### 事例 11 (近くに住む息子が発見：近隣は息子がいるからと)

80 代前半男性。近所に住む息子が、顔が見えないので訪問し発見。死後 4～5 日経過。年金が入ると全てアルコールへまわして、家に閉じこもる。近所の方への対応がしつこいところがあった。少しの間、福祉サービスを利用していたが、金銭的な問題で中止。その後の利用はなし。本人の行動から近隣との関係は疎遠であったが、すぐ近くに息子夫婦が居たので、安否確認はできていると思っていた。

### (4) 死後 8 日以上経過して発見された事例

死後発見までが 8 日以上要した人々は、本分析における「下位推計」の孤立死に該当する。死後 1 週間以上経過して発見されるような事例では、地域での孤立に介護サービスや医療の拒否が重ったケースや、むしろ独立心強く自立されていたケースが見受けられた。前述した推計によれば、全国で年間 9,000 人程度の高齢者が死後発見までに 8 日以上を要していた。

#### 事例 12 (受入拒否で関与のケアマネジャーが発見：孤立状態)

70 代後半女性。独居。以前より受け入れ拒否が見られ周囲は心配していた。連絡のためケアマネジャーが訪問した際、ポストに新聞がたまっており、鍵の開いた玄関下に倒れて死亡しているのを発見。死後 11 日経過。本人は汚れた衣類を身につけ、長く入浴していない様子が伺え、強い尿臭がするなど不衛生な状況。他人の関わりには強い拒否が見られ、必要な医療や介護サービスは受けず。時々外出するも近隣の声かけに応じず。プライドが高く、徐々に状態が低下する自分の姿を他人にさらすことに強い抵抗があった様子で、周囲との関係も次第に疎遠に。婚姻歴なし。子供なし。兄弟との交流も途絶。近隣や家主は心配し、民生委員に相談。区、地域包括支援センターに相談があり、訪問している中での死亡。

#### 事例 13 (妹が発見：行政との接点はあるも地域では孤立)

70 代前半男性。独居。ほぼ毎日電話で連絡をとりあっていた妹が、連絡がとれなくなって心配して訪問し風呂場での死亡を発見。急性心不全(糖尿病)。死後 11 日経過。生活は自立、必要に応じて自ら市役所へ来庁、電話があり、コミュニケーションはとれていた。しかし、玄関横の窓が開いて異臭がするにもかかわらず、近隣からの通報がないことから、つき合いが希薄だったことが推測される。

#### 事例 14 (県外の娘からの連絡で発見：認知症の妻と同居でサービスうけず)

80 代後半男性。認知症の妻と同居。生活は自立。県外に住む娘から「連絡が取れない」と電話があり、安否確認のため訪問し居間での死亡を発見。死後約 2 週間経過。弟の介護のため県外より本人の実家へ転居。親戚は殆ど県外、地域住民との関わりも乏しい状況で、弟を看取った後は認知症の妻の介護をしながら生活。妻の徘徊問題もあり、地域包括支援センターで関与し、介護保険サービス利用を勧めるも利用には至らず。

## 2 | 孤立死事例の分析考察

人は誰でも突然死のリスクを背負っており、誰にも看取られず自宅で亡くなるような死のあり方をなくすことはできない。一方で、発見までにある程度日数が経過すると、遺体の腐敗進行等による異臭や家屋等への影響、地域住民や生前交流のあった関係者への心理的影響も大きいことが想定される。そのため孤立死への対策の検討にあたっては、死後発見までの期間をいかに短縮するか、という視点が重要であると思われる。

発見までに要した期間別にそれぞれのケースの特徴をあらためて整理すると、生前の生活における他者との、物理的な距離や関わりの深さ、頻度の違いにより、発見までの期間の長短が分かれるさまがみてとれる。

### (1) 他者との物理的な距離

日常生活の中で、関わっている他者との物理的な距離の違いにより、「自宅死亡」時に、その異常が察知されるまでの期間は異なっている。事例1や事例2のように、自宅訪問や近隣で日常的に顔を合わせる関係にあれば、その際の本人の様子に異常を感じたり、姿が見えないと感じたときに、即確認等の行動に出やすく、「異常察知」が「確認行動」に結びつきやすいといえる。一方、事例13や事例14のように、日ごろ遠隔地におり、電話等で関わっているだけの関係では、連絡が取れない場合に若干の不安を感じても、即安否確認等の行動に移すことが難しく、結果として発見が遅れる可能性が高い。

### (2) 日ごろの関わりの深さ

家族や近隣住民などとの日ごろの関わりの深さによっても、異常を察知するまでの期間には違いがみられた。本人の心身の状態に日ごろから関心を寄せるような深く関わっている関係では、「一定期間連絡がないこと」「関わりがないこと」を異常と認識する可能性は高い。また、「仕事」などの利害を伴う関係にある場合でも同様に、何らかのかたちで連絡を取ろうとする中で異常を察知することもあろう。しかし家族や近隣住民との関係が希薄である場合には、腐敗臭が発見のきっかけとなった事例7、事例10や、ポストに新聞が溜まって初めて異変に気づいた事例9のように、発見までに数日を要する結果となっている。また、事例13のように異臭がしているにも関わらず周囲からの通報がなく、発見まで8日以上を要する結果となった例もある。

一方で、事例11のように、近隣住民と良好な関係を築いている場合でも、近隣に家族がいることで周囲の「大丈夫だろう」という油断を招き、発見が遅れる場合もあるようである。

### (3) 関わりの頻度

このように、本人との関わりにおいては、物理的な距離や関わりの深さの違いによって、異常察知までの期間に差異が生じる。一方で、本人との関わりがどの程度の頻度で行われているかで、当然ながら、発見までの経過期間は大きく左右される。事例1や事例2のように、毎日、あるいは週5日などで介護サービスや見守りを受けているケースでは当日～数日のうちには発見が可能であるが、週1回の利用では最大1週間発見されないリスクがある。

ただし、見守り活動の要請をしているケースを除けば、新聞配達のように対面を要しない関係では、事例9や事例12のように毎日関わりがあっても、異常察知まで数日かかることもある。

このように、他者と本人との物理的な距離や関係の深さ、関わる頻度によって、死後発見までの期間には差異がみられ、より近くにいる方が、より深く関わっている方が、また、より頻繁に関わっている方が、早期の発見につながっているようであった。家族や近隣住民とのかかわりがほとんどないなど、そもそも他者との接点が少ないケースでは、異常察知の網の目にかかるのが遅れ、発見が遅れることになる。本人が生前、他者とどのような関わりを持ち、どれくらいの頻度で関わっていたかによって、自

宅死亡した場合の発見までの期間は大きな影響を受けると考えられる。

日ごろから深く関わり、見守る関係があることは理想的ではあるが、自治体サービスはもちろん、民生委員や近隣住民、新聞や乳酸菌飲料の配達員、ガス、水道の検診員といった、地域にあるリソースを活用することで、それぞれの関わり自体は浅くとも、「頻度」を上げることは可能であろう。他者との関わりが重層的に組み合わせられることによって（網の目が細かくなり）、異常察知機能は高まることになる。

## 第4章

# セルフ・ネグレクトの実態と孤立死との関係

### 1—セルフ・ネグレクトの実態

#### 1 | セルフ・ネグレクトの定義や概念を巡る諸問題

セルフ・ネグレクトとは他者の介在しないネグレクトとも言われており、わが国においては主に高齢者虐待の分野でその議論がなされている。しかし、セルフ・ネグレクトは虐待の範囲に含むべきかの議論が未だなされており、「高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下：高齢者虐待防止法）における法的な定義の中にも含まれていない。一方で、法的な定義はなされていないものの『東京都高齢者虐待対応マニュアル』をはじめ自治体の対応マニュアルの中で紹介されており、地域包括支援センターをはじめとした高齢者分野の機関の中でも関心が高い。また、後述するようにわが国においてもいくつかの研究がなされるようになってきている。

しかし、セルフ・ネグレクトに関する研究はいまだ途上であり、わが国においては前述したように法的な定義がなされていないことに加え、研究者間で幅広く共有された定義も存在しない。また、セルフ・ネグレクトは例えば社会的孤立など既存の様々な概念を“放任”という状態像で抱合した幅広い概念であり、その範囲や程度をどのように規定するかという概念規定の明確化は大きな課題であると考えられる。さらに、現在、セルフ・ネグレクトは高齢者虐待の一類型、つまり他者の介在しないネグレクトとしてわが国の研究者間で議論されているものの、「他者からの権利侵害」という高齢者虐待の中核をなす概念とは明らかに異なる部分もあることから、そもそも高齢者虐待の概念に含むことに関して議論が分かれており、未だ明確な答えが出されていない。これらのセルフ・ネグレクトに関する様々な論点に関して、本研究では詳細な定義・概念の議論は今後の課題とし、高齢者虐待の研究者間で現在までに行われたいくつかの先行研究から操作的な定義を行った。

#### 2 | 本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義

わが国におけるセルフ・ネグレクト研究はアメリカ合衆国の影響を大きく受けている。つまりセルフ・ネグレクトを高齢者虐待の一類型、もしくは周辺概念として扱うという立場である。それゆえ、わが国の高齢者虐待研究者の研究者間におけるセルフ・ネグレクトの定義のなかで頻繁に引用されるのが、全米高齢者虐待問題研究所（National Center for Elder Abuse：以下 NCEA）の「自分自身の健康や安全を脅かす事になる、自分自身に対する不適切な、または怠慢の行為」という定義である(多々良 1994<sup>1</sup>)。この定義は、多々良が NCEA の様々な研究において重要な役割を果たしたことから、わが国におけるセル

<sup>1</sup> 多々良紀夫，二宮加鶴香著（1994）『老人虐待』，筒井書房。

フ・ネグレクトに関する議論のなかで多く引用される。一方で、わが国においてこの定義を引用する際に大きな議論となっているのが、このアメリカ合衆国の定義で除外されている「精神的に健全で正常な判断力を有する者が、自由意志にもとづいて、自らの結果を承知のうえで続ける行為はセルフ・ネグレクトと言わない」という論点である(多々良ら 2004<sup>2</sup>)。この点に関して、津村が主宰する大阪の高齢者虐待防止研究会では、「個人主義の徹底しているアメリカ社会と異なり、依存と気兼ね、世間体を気にし、周囲に委ねて自己主張をしない」というわが国の高齢者の特徴からセルフ・ネグレクトに関して意図的かどうかに関わらず見過ごせないという立場をとっている(津村ら 2006<sup>3</sup>)。また、津村らは前述の NCEA の定義を平易に、「**高齢者が通常一人の人として、生活において当然行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ること**」と定義している(津村 2006<sup>4</sup>)。この定義は、平易であることに加え、いわゆる意図的なセルフ・ネグレクトに関してわが国の文化的背景に基づく議論が必要なことから、当該研究の委員長である岸らの平成 20~22 年度科学研究費補助金基盤研究(B)「セルフネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築(代表研究者 岸恵美子)」<sup>5</sup>、同じく当該研究委員の野村の先行研究(野村 2008<sup>6</sup>)など、現在までに行われたわが国のセルフ・ネグレクトに関する調査研究で使用されている。この点に関して、Bonnie と Wallace は高齢者虐待研究全体の傾向として「研究者間における定義や用語の混乱、特に先行研究の結果の一般化や、貴重な過去のデータの比較が困難となり、学際的な研究を行う上での大きな問題となっている」と述べている(Bonnie & Wallace, 2003<sup>7</sup>)。そこで、本研究では前述したわが国における文化背景と用語の平易さに加え、この定義・用語の互換性という観点も含め、様々な議論はあるものの津村らの定義を本研究の理論的定義とした。

また、いわゆる路上生活者の状況はまさにセルフ・ネグレクトの概念に含まれる点が多いとも考えられるが、一方で、路上生活者の場合は背景に「貧困」、「失業」など社会的な要因がより強いことに加え、高齢者虐待やセルフ・ネグレクトとは異なる独立した概念として今までも研究や実践がなされており、路上生活者をセルフ・ネグレクトの定義・概念のなかに含めることに関しては更なる議論が必要であると思われる。そのため、本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義からは除外した。

### 3 | 事例からみるセルフ・ネグレクトの実態

#### (1) わが国におけるセルフ・ネグレクトの調査研究

わが国におけるセルフ・ネグレクトの調査研究そのものは非常に少数で、ほとんどなされていない。現在までに既に実施された主な調査としては、次の3つの研究が挙げられる。わが国におけるこの問題に対するわが国での最初の調査として考えられるのは、当該研究の委員である野村によって 2006 年に行われた東京都内のひとつの区に焦点を絞った地域包括支援センターに対する事例調査である(野村 2008<sup>8</sup>)。この調査は先駆性という点では一定の意義があるものと思われるが、対象をひとつの地域に限定しており、また調査対象事例も 26 事例と非常に少ないため調査結果の一般化は困難であった。

一方で、全国的な規模の調査としては、当該研究委員長である岸を代表研究者とする平成 20~22 年

<sup>2</sup> 多々良紀夫 (2004) 『高齢者虐待早期発見・早期介入ガイド(4)』長寿科学総合研究事業・多々良研究班。

<sup>3</sup> 津村智恵子, 入江安子, 廣田麻子, 他 (2006) 「高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題」『大阪市立大学看護学雑誌』2, p1-10.

<sup>4</sup> 同上

<sup>5</sup> 岸恵美子, 吉岡幸子, 野村祥平, 他「セルフネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築」平成 20~22 年度科学研究費補助金基盤研究(B) 研究代表 岸恵美子

<sup>6</sup> 野村祥平 (2008) 「ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトに関する実態」『高齢者虐待防止研究』(4) 1, p58-75.

<sup>7</sup> Richard, J. Bonnie and Robert, B. Wallace (2003) *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America*, The National Academies Press. (=多々良紀夫監訳 (2008) 『高齢者虐待の研究—虐待、ネグレクト、搾取究明のための指針と課題』明石書店)

<sup>8</sup> 野村祥平 (2008) 「ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトに関する実態」『高齢者虐待防止研究』(4) 1, p58-75

度科学研究費補助金基盤研究（B）「セルフ・ネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築」の一環で行われた全国調査<sup>9</sup>が挙げられる。この調査は2009年12月～2010年1月の間に実施され、全国の4,038地域包括支援センター（サブセンターを除く）の高齢者虐待事例にかかわっている専門職を対象に郵送による質問紙調査が行われた（岸ら2011<sup>10</sup>）。この調査がわが国初の全国規模の調査であると考えられる。また、もうひとつの全国規模の調査としては、前述の野村により2010年2月～3月の間、全国の地域包括支援センターから系統的無作為抽出法で抽出された1,190機関の専門職を対象に質問紙による詳細な事例調査が実施されている（野村2011<sup>11</sup>）。

このように、わが国においてもセルフ・ネグレクトの実態調査については徐々に進展していると考えられる。一方で、この問題に関する研究の先進国であるアメリカ合衆国では、前述のNCEAによる1998年の全米調査のような公的な機関による実態調査（Tatara et al. 1998<sup>12</sup>）、Dyerらによる「セルフ・ネグレクト重症度尺度」の作成（Dyer et al. 2006<sup>13</sup>）、またDongらのセルフ・ネグレクトと死亡リスクの関連に関する前向きコホート研究など（Dong et al. 2006<sup>14</sup>）、新しい知見が毎年のように報告されている。わが国における調査研究は、現段階としては実態調査が主であり、今後はこれらの先進国における先行研究の知見もふまえ、さらなる実証的な調査研究の進展が求められている。

## （2）全国調査に見るセルフ・ネグレクト

岸らの全国調査（岸ら2011<sup>15</sup>）では、先に述べたように、セルフ・ネグレクトを、津村らの定義（津村ら2006<sup>16</sup>）を参考に、「高齢者が通常一人の人として、生活において当然行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ること」としている。そのため、セルフ・ネグレクトには「認知症等のような疾患から適切な判断力や意欲が低下しているために自己放任のような状態になっている場合（無意図的）と、判断力や認知力が低下していないが本人の自由意志によって自己放任になっている状態（意図的）を含む」とし、全国の地域包括支援センター（4,038か所）を対象に自記式質問紙調査を実施、わが国におけるセルフ・ネグレクトの実態について分析している。調査内容は、①施設の概要とセルフ・ネグレクト事例への関わり状況、②セルフ・ネグレクト事例への支援の必要性の認識、③介入初期に関わったセルフ・ネグレクト事例の状況、④関わったセルフ・ネグレクト事例への介入、とした。①では、施設の概況、回答者の属性、関わった高齢者虐待事例件数およびセルフ・ネグレクト事例件数とした。回答者が関わったセルフ・ネグレクト事例について、③では、関わったセルフ・ネグレクト事例の背景、状況および状態、事例の把握のきっかけとなった機関、関わっている機関等とした。介入初期における事例の状態については、先行文献（野村2008<sup>17</sup>、Gibbons2009<sup>18</sup>）を参考に、「極端な住居の不衛生」「極端な個人の不衛生」「医療やサービスの拒否」「必

<sup>9</sup> 岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平、他「セルフ・ネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築」平成20～22年度科学研究費補助金基盤研究（B）研究代表 岸恵美子

<sup>10</sup> 岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平、他（2011）「専門職が関わる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題」『高齢者虐待防止研究』7(1), p125-138.

<sup>11</sup> 野村祥平（2011）「セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者への予防・支援の法制化に関する考察：高齢者権利擁護法の成立に向けた課題」『高齢者虐待防止研究』7(1), p82-99.

<sup>12</sup> Tatara, T., Thomas and C., Certs, J., et al. (1998) The National Center on Elder Abuse (NCEA) National Incidence Study of Elder Abuse Study: Final Report.

<sup>13</sup> Dyer, B. C, et al. (2006) The Making of a Self-Neglect Severity Scale, Journal of Elder Abuse and Neglect, 18 (4), p13-23.

<sup>14</sup> Xinqi Dong, Melissa Simon and Carlos Mendes de Leon, et al. (2009) Elder Self-Neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. The Journal of The American Medical Association, 302 (5), p517-526.

<sup>15</sup> 岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平、他（2011）「専門職が関わる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題」『高齢者虐待防止研究』7(1), p125-138.

<sup>16</sup> 津村智恵子、入江安子、廣田麻子、他（2006）「高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題」『大阪市立大学看護学雑誌』2, p1-10.

<sup>17</sup> 野村祥平（2008）「ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトに関する実態」『高齢者虐待防止研究』(4) 1, p58-75.

<sup>18</sup> Susanne W. Gibbons (2009) Theory Diathesis for Self-Neglect: A Health and Social Phenomenon, Nursing Reserch, 58 (3),

要なケアや注意の怠慢」「近隣・地域からの孤立」「不十分な金銭管理」等の6領域からなる34項目を指標とした。結果として、1,046人の有効回答（有効回収率25.9%）が得られ、記入者により回答された事例は846事例であった。以下にその結果を述べる。

平成20年度の1年間に地域包括支援センターが関わったセルフ・ネグレクト事例の総数は1,528件、1施設平均1.7±3.2件であり、これは高齢者虐待事例の総数5,796件の約1/4であった。また調査回収率が約1/4であったことから、全国の地域包括支援センターを想定すると、1,528件の4倍である約6,000件のセルフ・ネグレクト事例に1年間で関わっていると推察され、他の機関で関わっている事例や潜在的な事例を含めると、事例数はさらに多いと考えられる。

846事例の分析では、事例の属性では、障害老人自立度では比較的自立度が高く、認知症高齢者の自立度も同様に比較的自立度が高い高齢者の割合が高かった。また半数以上が介護保険を申請せず、約9割が障害者手帳を所持していなかった。しかし心身の状況としては、性格や人格の問題がある者は約6割、アルコール問題や精神疾患がある者はそれぞれ約2割であり、内科的疾患としては糖尿病に罹患している者は約1割、その他の治療が必要な慢性疾患がある者は約4割を占めた。またセルフ・ネグレクト事例の状態の指標とした34項目のうち、介入初期で最も多かったのは「栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった」、次いで「必要な保健・福祉サービスを拒否していた」でどちらも約8割を占め、生命に関わる深刻な状況にあると考えられた。一方、「社会的孤立」を示す「他人との関わりを拒否していた」「近隣住民との関わりがなかった」は約7割を占め、「閉じこもり状態であった」が6割を超え、「近隣住民との間でトラブルが発生していた」も過半数を超えており、生命に関わる深刻な状況でありながら、孤立している状況が推察された。

家族状況としては、独居が7割を占め、別居家族の支援がない者が約7割、家族以外の支援がない者が約6割を占めていた。また独居以外、つまり家族等と同居していても、同居家族からの支援がない者が5割を超え、「家庭内孤立」の状態にある高齢者の存在が明らかになった。家族からも地域からも孤立しているセルフ・ネグレクトの高齢者を早期に発見するために、家族と同居していても、高齢者の心身の状況だけでなく家族との関係をアセスメントすることが必要であると考えられる。

把握の契機としては、民生委員が最も多く4割を占め、地域包括支援センターの職員の把握は約1割という現状であった。地域包括支援センターのみではマンパワーが不足し、対応が手遅れになる可能性があり、今後は潜在的なセルフ・ネグレクトの高齢者を発見するために、住民との連携による見守りやボランティアの育成等が必要であると考えられる。

介入方法としては、「状況が悪化しないよう見守る」が592人（70.0%）、「本人の話を聞く」が566人（66.9%）、「サービス利用を勧める」が565人（66.8%）、「身体状況を確認する」が545人（64.4%）、「適切な医療を受けるよう勧める」が527人（62.3%）であった。しかし、介入後の状態は、「変わらない」が210人（24.8%）、「改善した」が326人（38.5%）、「終結した」が304人（35.9%）であり、「改善した」「終結した」理由は、「サービスを受け入れた」が237人（28.0%）、「介護施設に入所」が199人（23.5%）、「医療機関の入院」が174人（20.6%）、「本人の死亡」が125人（14.8%）であった。現在自治体では、専門職が経験に基づいた独自の介入方法の工夫によりセルフ・ネグレクト事例に対応しているが、1/4の事例では状態が介入より変化せず、終結した事例でも約15%は死亡していることが明らかになった。また約4割の事例で対応がとても困難であり、約7割が支援技術や支援の継続に悩んでいることから、現行制度の限界が課題であり、緊急保護施設の確保を含め、効果的な介入方法を構造化していくことが喫緊の課題であると考えられる。

### （3）本研究事業の自治体訪問調査におけるセルフ・ネグレクトの実態

本研究事業では、自治体訪問調査の際に、担当者の所属機関を含めて関わっている（いた）セルフ・ネグレクト状態の事例について、事例記入シートへの記載を依頼した。記載を依頼した事例は、セルフ・ネグレクト状態の事例のうち、①関わりの中で改善した事例、②関わりがあったものの改善せずに支援が困難になっている事例、③関わりがあったものの改善せずに孤立死した事例である。また事例記入シートへの記載内容は、事例の概要、事例の発見時と介入後のセルフ・ネグレクトの状態、把握のきっかけ、発見時の事例の生命のリスク、セルフ・ネグレクトに至った背景・要因、支援の状況と事例の変化、等である。セルフ・ネグレクトの状態については、岸らの研究班が示した状態像 34 項目のうち、全国調査の結果（岸ら 2011<sup>19</sup>）から、専門職が支援の必要性を認識するセルフ・ネグレクトの構成因子として抽出された 6 因子からなる 30 項目を指標とした（小長谷他、2011<sup>20</sup>）。6 つの構成因子の命名は岸らの研究班が研究者間で検討した結果を用いることとし、第 1 因子は「屋内にカビ」「ゴキブリの発生」などから「悪臭のある汚い部屋」、第 2 因子は「慢性疾患のコントロールがされていない」などから「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」、第 3 因子は「金銭の適切な使い方ができない」などから「金銭や財産管理がなされていない」、第 4 因子は「他人とのかかわりの拒否」などから「地域の中での孤立」、第 5 因子は「生命にかかわるような日常生活の注意を怠る」「腐ったものを摂取」などから「奇異にみえる生活のありさま」、第 6 因子は「入浴がされていない」などから「不潔で悪臭のある身体」とし、本調査では因子名を領域名として用いた。

今回、自治体に事例記載の依頼をした後に東日本大震災が発生し、自治体は震災関連の対応を最優先するため、事例シートの返却が遅れる事態となった。そのため現時点で回収された事例は 10 事例のみであり統計的に言及し一般化することはできないものの、セルフ・ネグレクト事例を検討した先行研究はほとんどないことから、事例の詳細を示すことは意義があると考え、以下に記述する。

10 事例の内訳は、地域包括支援センターの事例が 7 事例、居宅介護支援事業所の事例が 3 事例であった。地域包括支援センターの 7 事例のうち、4 事例は社会福祉士、3 事例は主任ケアマネジャーにより記載されていた。

<sup>19</sup> 岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平、他（2011）「専門職が関わる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題」『高齢者虐待防止研究』7(1), p125-138.

<sup>20</sup> 小長谷百絵、岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平（2006）高齢者のセルフ・ネグレクトの実態と対応の課題（第 2 報）－専門職が認識するセルフ・ネグレクトの構成因子－、第 15 回日本在宅ケア学会 抄録集.

事例の属性については、図表 1 に示した。年齢は 75 歳以上 95 歳未満が 8 事例で、性別には男性が 7 事例、女性が 2 事例であった。要介護度は未申請が 6 事例、要介護認定者では要介護 1 が 3 事例、要介護 3 が 1 事例であった。障害高齢者の日常生活自立度は「J」が 4 事例、「A」が 3 事例、認知症高齢者の日常生活自立度は「I」が 3 事例、「III」が 3 事例であった。家族形態としては、独居は 5 事例で、家族と同居者は 4 事例であった。また経済的には、7 事例が年金のみの収入で、経済状態としては、「余裕がない」「あまり余裕がない」者が 8 事例であった。心身の状態では、性格や人格の問題が「ある」は 6 事例、糖尿病が「ある」は 1 事例のみであったが、その他の慢性疾患が「ある」は 4 事例であり、発見時に生命のリスクとして「放置しておく高齢者の心身に重大な影響を及ぼす」が 6 事例であった。

図表 1 事例の属性

n=10 (単位：人)

	64歳以下	65～74歳	75～84歳	85歳～95歳	95歳以上	無回答				
年齢	0	1	5	3	0	1				
	男性	女性	無回答							
性別	7	2	1							
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中	未申請	無回答
要介護度			3		1				6	
	J	A	B	C	回答なし					
障害老人の日常生活自立度	4	3			3					
	自立	I	II	III	IV	M	回答なし			
認知症高齢者の日常生活自立度		3	1	3			3			
	独居	配偶者と 2 人	3 人以上	回答なし						
家族の形態	5	3	1	1						

セルフ・ネグレクトに至った要因を図表 2 に示した。どの事例も精神・心理的要因と社会的要因があり、精神・心理的要因としては認知症が 4 事例、本人の性格が 5 事例であった。一方社会的要因としては、「親族の関わりがない」が 4 事例、「社会的孤立」が 3 事例であり、これら 7 事例は社会から孤立していたと考えられる。

図表 2 セルフ・ネグレクトに至った要因

複数回答, n=10

身体的要因	事例数	精神・心理的要因	事例数	社会的要因	事例数
疾病の進行・悪化	1	認知症 (疑い含む)	4	親族の関わりなし	4
		被害妄想	1	社会的孤立	3
		本人の性格	5	貧困	2
計	1		10		9

把握のきっかけを図表 3 に示した。民生委員からの報告が 5 事例、他機関からの情報連絡が 4 件であった。高齢者本人や高齢者の家族からの連絡は各 1 事例であった。

図表 3 把握のきっかけ

項目	複数回答, n=10 事例数
民生委員からの報告	5
他機関からの情報連絡	4
高齢者本人からの申告	1
高齢者本人の家族、親族からの申告	1
住民からの連絡相談	1
介護保険などの申請	1
その他	2

セルフ・ネグレクト状態の指標である 30 項目について、事例の発見時について記載してもらい、「ある」「ややある」と回答した事例数を示したのが図表 4 である。発見時に最も該当する事例数が多かった項目は、「必要な保健・福祉サービスを拒否する」で 9 事例、次いで「汚れた衣類を着用している」で 8 事例、次いで「必要な医療の提供を拒否する」「近隣住民との関わりがない」「金銭の適切な使い方ができない」で 7 事例が該当していた。

図表 4 発見時のセルフ・ネグレクトの状態

		n=10
セルフ・ネグレクト状態の項目		発見時 該当数
<b>悪臭のある汚い部屋</b>		
家屋内にカビが発生している		2
家屋が著しく老朽化している		4
家屋内にペット類がたくさんいる		1
ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している		5
冷暖房器具がなく温度調節がなされていない		3
食べ物やゴミが放置されている		6
家屋内に悪臭がする		5
<b>生命を脅かす自身による治療やケアの放置</b>		
慢性疾患のコントロールがされていない		4
服薬がなされていない		5
必要な医療の提供を拒否する		7
医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る		2
制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている		1
必要な保健・福祉サービスを拒否する		9
<b>金銭や財産管理がなされていない</b>		
金銭の適切な使い方ができない		7
預金の出し入れができない		2
家賃や公共料金が未払いである		2
お金や通帳などが放置されている		1
<b>地域の中での孤立</b>		
他人との関わりを拒否する		6
近隣住民との関わりがない		7
閉じこもり状態である		6
近隣住民との間でトラブルが発生している		3
<b>奇異にみえる生活のありさま</b>		
生命にかかわるような日常生活の注意を怠る		3
失禁が放置されている		5
排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている		5
腐ったものを摂取している		2
全裸に近い状態である		2
<b>不潔で悪臭のある身体</b>		
入浴がなされていない		6
汚れた衣類を着用している		8
身体から悪臭がする		4
髪・髭・つめが伸び放題である		5

セルフ・ネグレクト状態の領域の組み合わせを示したのが図表 5 である。「ある」「ややある」と回答された項目が 1 項目以上ある場合にその領域に該当するセルフ・ネグレクト状態であるとし、発見時の事例数と具体的事例を示した。全項目に該当する事例は 4 事例であり、すべての事例が「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」の領域に該当した。

図表 5 発見時のセルフ・ネグレクト状態の組み合わせ

								n=10
項目	セルフ・ネグレクト状態にある項目						事例数	事例No.
全項目	家屋	生命	金銭	孤立	奇異	身体	4	事例 B C F G
5 項目	家屋	生命	金銭	孤立		身体	1	事例 D
	家屋	生命		孤立	奇異	身体	1	事例 E
4 項目		生命	金銭	孤立	奇異		1	事例 A
	家屋	生命			奇異	身体	1	事例 I
	家屋	生命		孤立		身体	1	事例 J
3 項目		生命	金銭		奇異		1	事例 H

図表 6 では、事例ごとに介入により改善した領域を○、介入により変化がみられなかった領域を△で示した。○が多いほど、介入により改善された領域が多いといえる。事例B、事例D、事例Hは在宅生活を継続しているが改善、事例C、事例F、事例I、事例Jは入院、入所により改善した事例である。一方、死亡した3事例は改善領域数が0または1であり、一概に改善する領域数が少ないと死亡するとは言えないが、特に「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」や「奇異にみえる生活のありさま」「不潔で悪臭のある身体」の領域で改善が見られない場合、死亡に至る可能性が高いことが示唆されている。

図表 6 発見時と介入後のセルフ・ネグレクトの状態の変化

事例	認知症 自立度	日常生活 自立度	家屋	生命	金銭	孤立	奇異	身体	改善 領域数	介入後の状況
A	I	A-1	△	△	△	△	△	△	0	死亡
B	I	J-2	○	△	△	△	○	○	3	改善（在宅）
C	III	J-2	△	△	○	○	○	○	4	入所
D	I		○	△	△	△	△	△	1	改善（在宅）
E			△	△		○		△	1	死亡
F			○	○	△	△	○	○	4	入院
G	II	J-1	△	△	△	△	△	△	0	死亡
H	III	A-1	△	○	△	△	△	△	1	改善（在宅）
I		A-1	△	△	△	△	△	○	1	入所
J	III	J-2	△	○	○	○	○	○	5	入所

○：改善した領域  
△：変わらない領域

図表 7 は在宅生活を継続し改善している事例、あるいは入院・入所により改善した事例の概要と介入方法、改善につながった背景・要因を示したものである。すべての事例に共通しているのは、見守り体制を継続していたことである。また別居家族と連絡・調整をはかりサービス導入につなげることや、他機関あるいは他部門の職員との連携によりサービスの調整を図ったことが、改善および入院・入所につながった要因といえる。見守り体制の継続により、本人との信頼関係を構築し、本人の意思を尊重したサービス調整を行うことで、拒否的な態度に変化を生じさせたと考えられる。

図表 7 介入後変化が見られた事例の概要

	概要	介入方法	変化につながった要因
事例B	要支援2の本人から入浴を目的としたデイサービスの利用が開始になるも、劣悪な環境の改善目的の介入を拒み、ヘルパーの利用・中止を繰り返す。転倒骨折をきっかけにサービス拒否の姿勢が緩み、その後はサービス維持できている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守り体制の継続（月3～8回）</li> <li>・本人の意向に沿ったサービスの調整</li> </ul>	①関わりにより本人の強固な拒否の姿勢に変化を生じさせたと推察。
事例C	屋内は歩けない程の状態、民生委員、地域包括支援センターが介入するが拒否。見守り支援の結果、地域包括支援センターとの人間関係が良好となり、社会資源を導入し生活改善した。グループホーム入所。介入期間は1か月。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員との見守り体制を継続（それぞれ週1回ずつ）</li> <li>・経過中、市の地域保健担当と生活支援相談担当に連絡を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①見守り訪問の中で本人との信頼関係を構築できたこと。</li> <li>②精神科入院、後見人選出に向けて市の担当者を巻き込んでいたこと</li> <li>③強制退去の時期を把握できたこと</li> </ul>
事例F	家屋内ゴミ屋敷状態、医療機関未受診。人の世話になりたくない気持ちが強い夫婦。妻の物忘れが進んだと娘からの相談があり、ようやく介護申請。ケアマネジャーが成年後見等サービスを勧めるが拒否が強い。妻が室内で死亡しているのをヘルパーが発見。夫は妻の死亡後も拒否あり、食事もとらず救急搬送で入院。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・娘との連絡保持</li> <li>・見守り体制を継続（適宜、月1～2回）</li> <li>・介護保険申請代行、受診同行</li> <li>・成年後見の相談勧める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①病院受信拒否に対して受診同行できたこと</li> <li>②訪問介護利用により家屋の不潔改善</li> <li>③サービス導入後もケアマネジャーと連携、状態悪化を把握し搬送できたこと</li> </ul>
事例H	夫婦ともに認知症、通所と訪問介護を利用するが、経済的問題で拒否。家族と連携し、受診服薬できるようになった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・娘との連絡保持</li> <li>・介護保険導入度、本人の意思と状態に合わせてサービス調整（通所中止）</li> </ul>	①別居の家族と連携して受診につながったこと
事例J	大雨による停電で電気屋が入り、ゴミ屋敷で町内会長に相談。地域包括支援センターと保健師で訪問するが拒否。民生委員に見守り依頼。別居の家族とも連絡とれず。夫より妻の具合が悪いと地域包括支援センターに連絡入り、訪問する。救急搬送にて入院。その後夫婦ともに入所。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員・地域包括・主幹課係長で見守り体制継続</li> <li>・生保申請、介護保険の申請サポート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①見守り体制を維持したことで、事例の急変時に夫自らから連絡が入ったことが入院に繋がった。</li> <li>②当初関わり拒否した息子をキーパーソンとできたこと</li> </ul>

#### 4 | 考察

本調査においては10例という少ない事例であったが、日常生活自立度ではJ、Aが多く自立度が比較的高かったこと、また半数以上が介護保険未申請者であったことから、行政の支援が届かない事例であったといえる。さらにすべての事例において、認知症や本人の性格などの精神・心理的要因があり、7事例は社会的孤立、あるいはそれに近い状態にあったことから、支援を求めることが難しいだけでなく、親類や知人・近隣などからも支援が差し伸べられない事例であったといえる。岸らの全国調査でも、セルフ・ネグレクト状態の高齢者は、比較的自立度が高く、介護保険未申請が多かったこと、社会的に孤立している高齢者が多かったことから、同様の傾向にあるといえる。

また発見時にセルフ・ネグレクト状態として該当した項目が多かったのは、「必要な保健・福祉サービスを拒否する」「必要な医療の提供を拒否する」「近隣住民との関わりがない」などであった。岸らの調査でも、慢性疾患がある事例は4割を超えており、さらに栄養不良や脱水状態が危険因子として加わることや、支援のためのサービスを拒否すること、医療上の指導を守らないことで、生命に関わる状況に容易に陥ることが予測される。

必要な医療の拒否、保健・福祉サービスの拒否だけであればノン・コンプライアンスの問題、あるいは本人の自己決定の問題として放置することが人権尊重であるという考えも否定できないが、それが近隣住民と関わらないなどの社会からの孤立の事例である場合には、セルフ・ネグレクトとして行政機関等が介入することで、入院・入所、在宅での改善が可能であることが示唆された。今回の事例は無作為抽出等で抽出した事例ではないため、確率としてどの程度が改善可能かという数値を示すことは、今後詳細な調査研究を進める中で明らかにしていく必要がある。

## 2—セルフ・ネグレクトと孤立死との関係

### 1 | 孤立死事例シート

本研究において孤立死とは「客観的な孤立状態での死」と定義されているが、孤立死に至る孤立状態そのものが孤立状態はセルフ・ネグレクトを構成する主要な概念のひとつであると先行研究から明らかにされている（岸ら 2011<sup>21</sup>，野村 2011<sup>22</sup>，野村 2008<sup>23</sup>）。このように、セルフ・ネグレクトに関する先行研究において孤立とセルフ・ネグレクトの関係が明らかになっていることから考えると、孤立の結果である孤立死という問題とセルフ・ネグレクトは非常に密接な関係を持つものと推察される。しかし、その実態についてはいまだ明らかにされていないと考えられる。そこで、本節では第5章において詳述する自治体調査とあわせて収集した孤立死事例シート（以下：孤立死事例シート）の結果から、セルフ・ネグレクトと孤立死の関係について論じたい。

孤立死事例シートは、後述する自治体悉皆調査の調査票に、地域包括支援センター記入用と生活保護担当課記入用の2種類の事例シートを同封し、郵送による返送を得た。調査期間は2010年12月14日から2011年1月31日とした。事例の対象者は、2010年1月から12月までの間に発見された65歳以上の孤立死の事例とし、返送されたシートのなかで自由記載から明らかに孤立死ではないと判断された事例を除いた765事例を本節における分析の対象とした。

### 2 | セルフ・ネグレクトの指標

孤立死事例シートの作成・分析に関してはセルフ・ネグレクトの測定尺度の問題があり、本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義を測定しやすい方法で具体的に指標化する必要が生じた。しかし、セルフ・ネグレクトは様々な概念を統合した幅広い構造を持つ概念であると考えられ、どの範囲の行為がどのような状態であればセルフ・ネグレクトとするのか議論を要し、その状態を測定する明確な尺度もない状態である。詳細な測定尺度の作成はセルフ・ネグレクト研究の大きな課題であると考えられる。しかし、本研究における孤立死事例シートはあくまで孤立死の事例の中におけるセルフ・ネグレクト事例の測定という目的であることに加え、記入者への負担を考慮した測定指標を作成する必要があった。そこで、セルフ・ネグレクトの概念の明確化と詳細な測定尺度は今後の課題とし、本調査では当該研究委員である野村の先行研究によるセルフ・ネグレクトの状態像（野村，2008<sup>24</sup>）、同じく当該研究の委員長である岸の平成20～22年度科学研究費補助金基盤研究（B）「セルフ・ネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築（代表研究者 岸恵美子）」<sup>25</sup>の研究結果などの先行研究を参考に、研究者間での議論を経てセルフ・ネグレクトの代表的な状態像を統合した「身体衛生」「環境衛生」「他者とのかわり拒否」「健康管理」「金銭管理」の5つの上位概念と下位概念15項目の簡易版の測定指標を作成した（図表8）。孤立死事例シートの中で測定指標15項目は全て、「あてはまる」「ややあてはまる」「あてはまらない」「不明」の4件での回答を得た。

<sup>21</sup> 岸恵美子，吉岡幸子，野村祥平，他（2011）「専門職が関わる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題」『高齢者虐待防止研究』7(1)，p125-138.

<sup>22</sup> 野村祥平（2011）「セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者への予防・支援の法制化に関する考察：高齢者権利擁護法の成立に向けた課題」『高齢者虐待防止研究』7(1)，p82-99.

<sup>23</sup> 野村祥平（2008）「ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトに関する実態」『高齢者虐待防止研究』(4)1，p58-75

<sup>24</sup> 同上

<sup>25</sup> 岸恵美子，吉岡幸子，野村祥平，他「セルフネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築」平成20～22年度科学研究費補助金基盤研究（B）研究代表 岸恵美子

図表 8 簡易版セルフ・ネグレクトの測定指標

上位概念	下位概念(測定項目)
身体衛生	入浴・身体の保清がなされていない
	汚れた衣服を着用
	失禁の放置
環境衛生	ペット・大量発生したネズミや害虫の放置
	家屋内に悪臭
	家屋内に食べ物・ゴミ・排泄物が放置
	家屋の著しい老朽化
他者とのかかわり拒否	近隣住民とのトラブル
	他者との関わり拒否
	閉じこもり状態
健康管理	疾患のコントロールがなされていない
	必要な治療やケアの拒否
	必要な保健・福祉サービスの拒否
金銭管理	金銭の管理ができない
	家賃や公共料金の未払い

### 3 | 孤立死事例のなかにおけるセルフ・ネグレクト事例の実態

図表 9 では分析に用いた 765 事例の単純集計の結果を表した。性別は男性が 496 名 (64.8%) と多数を占めている。年齢は、平均値が 74.1 歳であった。認知症、精神疾患、アルコール問題などの精神障害の領域については明確に「あった」と考えられる事例がそれぞれ全体の約 10%を占めるのみであったが、治療が必要な疾患があったと考えられる事例は 456 名 (59.2%) を占めている。また、要介護認定に関しては、561 名 (約 73.3%) が自立・認定なしの状態であった (図表 9)。

図表 9 孤立死事例の属性

	N	男性	女性	無回答
性別	765	496	268	1
		64.8%	35.0%	0.1%

	N	有効N	平均値
年齢	765	746	75.14

	N	地域包括	生保
地域包括/生保担当課	765	401	364
		52.4%	47.6%

	N	同居家族あり				同居家族なし	無回答
		配偶者	子ども	その他			
同居家族	765	44	10	13	22	721	0
		5.8%	1.3%	1.7%	2.9%	94.2%	0.0%

	N	ある	ない	不明	無回答
認知症の有無	765	90	516	156	3
		11.8%	67.5%	20.4%	0.4%
精神疾患の有無	765	79	516	170	0
		10.3%	67.5%	22.2%	0.0%
アルコール問題の有無	765	89	514	160	2
		11.6%	67.2%	20.9%	0.3%
治療が必要な疾患の有無	765	453	111	197	4
		59.2%	14.5%	25.8%	0.5%

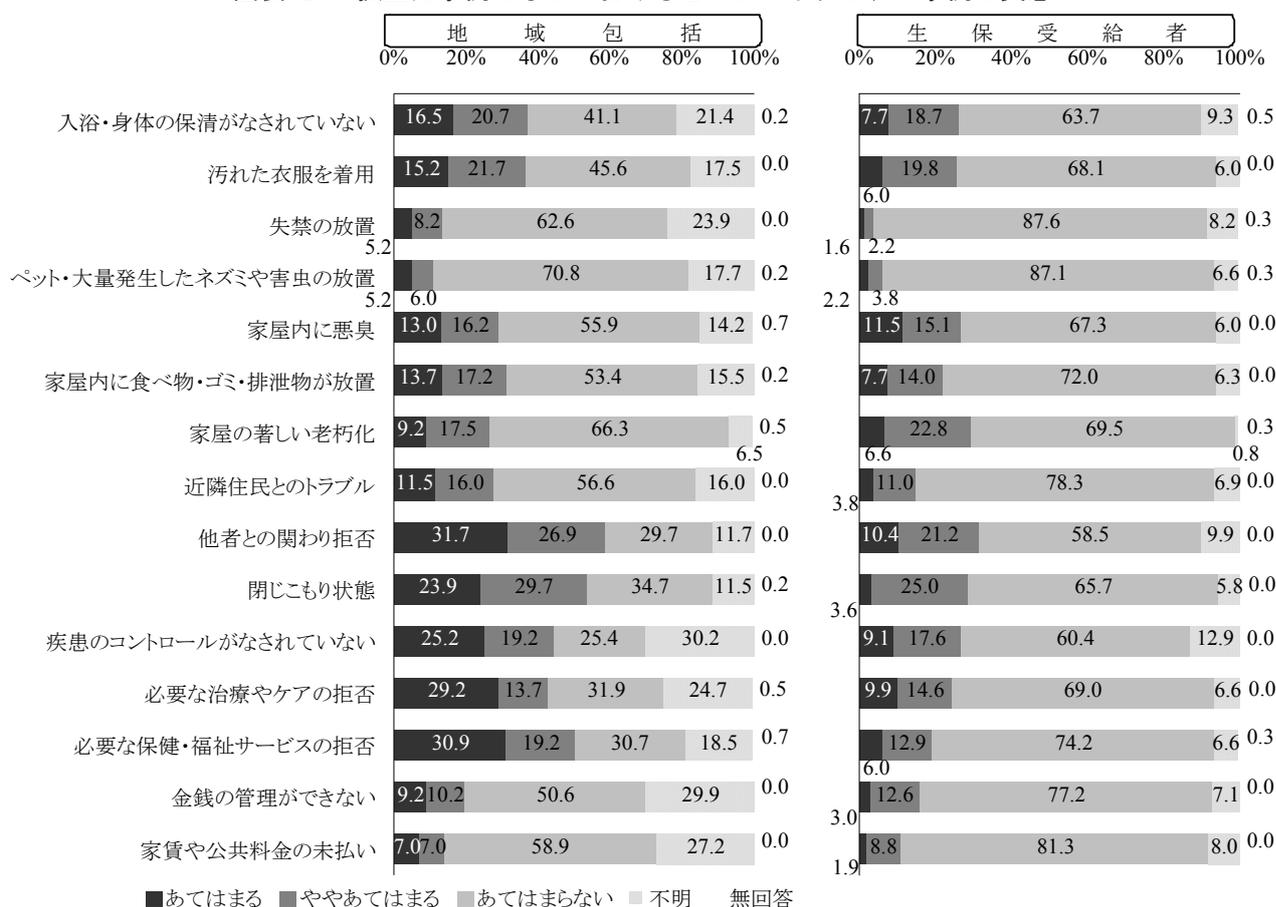
	N	ある	要介護認定状況					自立・認定なし	不明	無回答	
			要支援1~2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4				要介護5
要介護認定状況	765	160	110	34	12	2	2	0	561	25	19
		20.9%	14.4%	4.4%	1.6%	0.3%	0.3%	0.0%	73.3%	3.3%	2.5%

	N	ほぼ毎日	週1回程度	月に1回程度	2~3ヶ月に1回程度	半年に1回程度	1年に1回程度	年に1回以下	無回答
		5.5%	17.6%	24.4%	25.0%	12.2%	3.1%	7.3%	4.8%
インフォーマルな支援者	765	54	173	158	69	33	26	135	117
		7.1%	22.6%	20.7%	9.0%	4.3%	3.4%	17.6%	15.3%

図表 10 では地域包括支援センター・生活保護担当課のシート別にセルフ・ネグレクトの 15 項目の結果を表した (図表 10)。無作為抽出ではないため、地域包括支援センター・生活保護担当課それぞれの事例の違いを述べることは困難である。しかし、地域包括支援センターの事例では他者との関わり拒否、閉じこもり状態、必要な保健福祉サービスの拒否が見られる事例 (ある、ややあてはまるの合計) が 50% を超えており、疾患のコントロールがなされていない、必要な治療やケアの拒否など健康管理の項目に該当のあった事例が 40% を超えているなど、あくまで本調査結果からは域包括支援センターの事例と生活保護担当課の事例の違いが見られた。

図表 10 孤立死事例のなかにおけるセルフ・ネグレクト事例の実態



#### 4 | セルフ・ネグレクトのパターン

これらの、本調査の孤立死事例に関するセルフ・ネグレクトの状態像を表すため、生前の暮らしぶりの回答から、「あてはまる」「ややあてはまる」の項目を 1 点、「あてはまらない」「不明」の項目を 0 点とし、各項目の有無でセルフ・ネグレクトの状態像パターンを作成した (図表 11)。この結果からすると 609 事例がセルフ・ネグレクトとを構成する要素に該当する事例であり、分析に用いた事例の 80% を占めているとともに、多くの事例が複数領域にまたがるセルフ・ネグレクト状態にあることが明らかになった。しかし、1 項目しか当てはまらない事例や 2 項目の事例の中には、セルフ・ネグレクトの構成要素の一部分に該当はしていても、そのひとつの事象を持ってセルフ・ネグレクト状態とすることは困難な面もある。また、このパターン表からは「不明」と回答した項目を除外している。つまり、セルフ・ネグレクトを構成する状態像にあったという証拠がある事例のみで構成されている。その点から考えると「不明」とされた項目の中にセルフ・ネグレクトを構成する状態像が存在していたことは否定できな

い。このように、結果に関しては注意をする必要があるものの、これらは全て孤立死した事例として回答されているために、大きなリスクを持った事例であることに変わりはない。

図表 11 セルフ・ネグレクトの該当パターン

	度数	%	有効%	累積%	地域包括		生活保護		
					度数	%	度数	%	
1 領域の事例	143	18.7	23.5			51	15.5	92	32.7
「身体衛生」のみ	7	0.9	1.1	1.1		3	0.9	4	1.4
「環境衛生」のみ	39	5.1	6.4	7.6		6	1.8	33	11.7
「他者とのかかわり拒否」のみ	64	8.4	10.5	18.1		32	9.8	32	11.4
「健康管理」のみ	25	3.3	4.1	22.2		10	3.0	15	5.3
「金銭管理」のみ	8	1.0	1.3	23.5		0	0.0	8	2.8
2 領域にまたがる事例	158	20.7	25.9			78	23.8	80	28.5
「身体衛生」と「環境衛生」	16	2.1	2.6	26.1		3	0.9	13	4.6
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」	15	2.0	2.5	28.6		10	3.0	5	1.8
「身体衛生」と「健康管理」	8	1.0	1.3	29.9		2	0.6	6	2.1
「身体衛生」と「金銭管理」	0	0.0	0.0	29.9		0	0.0	0	0.0
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」	31	4.1	5.1	35.0		14	4.3	17	6.0
「環境衛生」と「健康管理」	8	1.0	1.3	36.3		2	0.6	6	2.1
「環境衛生」と「金銭管理」	2	0.3	0.3	36.6		0	0.0	2	0.7
「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	60	7.8	9.9	46.5		41	12.5	19	6.8
「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	6	0.8	1.0	47.5		1	0.3	5	1.8
「健康管理」と「金銭管理」	12	1.6	2.0	49.4		5	1.5	7	2.5
3 領域にまたがる事例	122	15.9	20.0			64	19.5	58	20.6
「身体衛生」と「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」	17	2.2	2.8	52.2		3	0.9	14	5.0
「身体衛生」と「環境衛生」と「健康管理」	12	1.6	2.0	54.2		6	1.8	6	2.1
「身体衛生」と「環境衛生」と「金銭管理」	5	0.7	0.8	55.0		1	0.3	4	1.4
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	24	3.1	3.9	58.9		15	4.6	9	3.2
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	2	0.3	0.3	59.3		1	0.3	1	0.4
「身体衛生」と「健康管理」と「金銭管理」	3	0.4	0.5	59.8		2	0.6	1	0.4
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	39	5.1	6.4	66.2		27	8.2	12	4.3
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	6	0.8	1.0	67.2		2	0.6	4	1.4
「環境衛生」と「健康管理」と「金銭管理」	5	0.7	0.8	68.0		1	0.3	4	1.4
「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」と「金銭管理」	9	1.2	1.5	69.5		6	1.8	3	1.1
4 領域にまたがる事例	110	14.4	18.1			81	24.7	29	10.3
「身体衛生」と「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	79	10.3	13.0	82.4		59	18.0	20	7.1
「身体衛生」と「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	6	0.8	1.0	83.4		2	0.6	4	1.4
「身体衛生」と「環境衛生」と「健康管理」と「金銭管理」	6	0.8	1.0	84.4		3	0.9	3	1.1
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」と「金銭管理」	11	1.4	1.8	86.2		10	3.0	1	0.4
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」と「金銭管理」	8	1.0	1.3	87.5		7	2.1	1	0.4
すべてに該当する事例	76	9.9	12.5			54	16.5	22	7.8
	76	9.9	12.5	100.0		54	16.5	22	7.8
計	609	79.6	100.0			328	100.0	281	100.0
欠損値	156	20.4							
合計	765	100.0							

## 5 | セルフ・ネグレクトと孤立死の経過日数との関連

図表 12 では図表 11 で示したセルフ・ネグレクトのパターンと死後の経過日数について、死後の経過日数が不明の事例を除いた 729 事例について示した (図表 12)。セルフ・ネグレクトを構成する状態像の 5 つの上位概念のうち 2 領域にまたがる事例の平均値が高いものの、あくまでまたがる領域ごとに分類すると、1 領域にまたがる事例からから全ての領域にまたがる事例まで死後の経過日数の平均が 8 日を超えており、セルフ・ネグレクト状態において孤立死となり、かつ発見経過日数が長い事例が多く存在する可能性が示唆されている。

図表 12 セルフ・ネグレクトのパターンと経過日数

	全体			地域包括			生活保護		
	N	Ave.	S.D.	N	Ave.	S.D.	N	Ave.	S.D.
全体	729	13.28	37.90	373	11.57	30.31	356	15.06	44.46
全体 (S/N 事例の該当不明を除く)	584	12.32	38.10	310	9.89	26.02	274	15.07	48.16
1 領域の事例	137	8.93	12.41	47	5.87	9.05	90	10.53	13.62
「身体衛生」のみ	7	5.64	4.57	3	3.17	1.04	4	7.50	5.51
「環境衛生」のみ	37	10.43	15.56	5	3.50	1.97	32	11.52	16.48
「他者とのかかわり拒否」のみ	61	10.34	13.21	29	7.60	11.19	32	12.83	14.54
「健康管理」のみ	25	5.00	5.79	10	2.85	1.45	15	6.43	7.11
「金銭管理」のみ	7	6.00	4.32	0	—	—	7	6.00	4.32
2 領域にまたがる事例	155	19.64	68.49	76	14.95	44.25	79	24.16	85.66
「身体衛生」と「環境衛生」	16	7.78	8.92	3	2.33	0.58	13	9.04	9.50
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」	14	69.71	197.57	9	15.72	29.28	5	166.90	326.77
「身体衛生」と「健康管理」	8	8.31	7.89	2	2.75	0.35	6	10.17	8.40
「身体衛生」と「金銭管理」	0	—	—	0	—	—	0	—	—
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」	31	17.98	25.47	14	20.07	30.52	17	16.27	21.27
「環境衛生」と「健康管理」	7	31.43	53.27	2	16.00	19.80	5	37.60	63.18
「環境衛生」と「金銭管理」	2	16.50	19.09	0	—	—	2	16.50	19.09
「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	59	14.88	47.47	40	14.95	56.27	19	14.74	20.06
「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	6	15.33	22.24	1	60.00	—	5	6.40	4.45
「健康管理」と「金銭管理」	12	8.08	8.76	5	2.20	0.57	7	12.29	9.53
3 領域にまたがる事例	115	10.56	19.72	59	9.70	23.53	56	11.46	14.84
「身体衛生」と「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」	16	7.28	7.11	3	4.83	4.54	13	7.85	7.61
「身体衛生」と「環境衛生」と「健康管理」	11	6.23	4.22	5	5.30	3.31	6	7.00	5.02
「身体衛生」と「環境衛生」と「金銭管理」	5	14.40	5.32	1	10.00	—	4	15.50	5.45
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	23	6.24	5.94	14	5.75	2.78	9	7.00	9.13
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	2	5.25	6.72	1	0.50	—	1	10.00	—
「身体衛生」と「健康管理」と「金銭管理」	2	3.50	0.71	2	3.50	0.71	0	—	—
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	36	17.94	33.15	24	15.58	36.22	12	22.67	26.77
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	6	11.67	6.02	2	15.00	7.07	4	10.00	5.72
「環境衛生」と「健康管理」と「金銭管理」	5	3.50	1.87	1	2.50	—	4	3.75	2.06
「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」と「金銭管理」	9	6.94	7.11	6	4.42	2.87	3	12.00	11.14
4 領域にまたがる事例	102	8.06	11.63	75	6.62	8.32	27	12.06	17.49
「身体衛生」と「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」	73	8.84	13.40	55	7.09	9.47	18	14.19	20.85
「身体衛生」と「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「金銭管理」	5	7.82	7.47	1	4.00	—	4	8.78	8.27
「身体衛生」と「環境衛生」と「健康管理」と「金銭管理」	5	7.90	4.96	2	6.75	4.60	3	8.67	6.03
「身体衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」と「金銭管理」	11	4.55	3.29	10	4.80	3.35	1	2.00	—
「環境衛生」と「他者とのかかわり拒否」と「健康管理」と「金銭管理」	8	6.00	3.67	7	5.86	3.93	1	7.00	—
すべてに該当する事例	75	11.87	21.12	53	11.05	18.54	22	13.84	26.74
すべて該当	75	11.87	21.12	53	11.05	18.54	22	13.84	26.74
不明	145	17.13	36.93	63	19.85	45.31	82	15.04	29.04

\*表中の N は死後の経過日数が記入されているケース数

## 6 | 死後の経過日数への関連要因

図表 13 には、被説明変数として死後の経過日数、統制変数として年齢、世帯構成、認知症の有無、精神疾患の有無、アルコール問題の有無、治療が必要な疾患の有無、要介護認定、フォーマルサービスによる支援者の関わりの頻度、インフォーマル支援者の関わりの頻度、説明変数としてセルフ・ネグレクトを構成する 15 項目の状態像を、それぞれ投入した重回帰分析の結果について示した。尚、被説明変数である死後の経過日数は、経過日数の分布が極端に原点に寄った形状であるため、自然対数をとったデータを使用した。

Model 1 では統制変数のみを強制投入、Model 2 ではセルフ・ネグレクトを構成する 15 項目について、「あてはまる」「ややあてはまる」を 1、「あてはまらない」「不明」を 0 としたダミー変数を作成し、統制変数とあわせて強制投入、Model 3 では、Model 2 に加えて、「不明」を 1、「あてはまる」～「あてはまらない」を 0 としたダミー変数を作成し、すべての変数を強制投入、Model 4 では Model 3 で用いた変数のうち、統制変数のみを強制投入し、15 項目のダミー変数をステップワイズで投入した。図表中の\*印（アスタリスク）は、死後の経過日数に統計的に有意な影響が、+印は、統計的に有意とはいえないものの、傾向があることを、それぞれ表している。

全てのモデルで性別、フォーマルサービスの支援者の関わりの多さが被説明変数に統計的に有意な影響を及ぼしている。これらの各モデルの $\beta$ は標準偏回帰係数を表しているが、性別はプラスの影響、その他は全てマイナスの影響である。つまり、この結果からは性別が男性の方が、死後の経過日数が長い傾向が示唆されているとともに、フォーマルサービスの支援者の関わりの多い事例ほど、死後の経過日数が短い傾向が示唆されている。地域包括支援センターの事例は Model 2, 3, 4 で、要介護認定の区分が高い事例は Model 1, 3, 4 で統計体に有意な状況が見られている。一方で、セルフ・ネグレクトを構成する 15 項目と被説明変数の関係においては、Model 4 でのみ他者との関わり拒否が被説明変数と統計的に有意な結果を示している。また、Model 3, 4 では入浴・身体の保清の状態像が不明とされる項目と、Model 3 では近隣住民とのトラブルが不明の事例と被説明変数間で有意な影響が示された。Model 2~4 を通じて、セルフ・ネグレクトの 15 項目やそれらが不明である状態と被説明変数の間では、ほとんど統計的に有意な状況が見られず、モデルによるばらつきが大きい。また、これら 15 項目の間では一部に相関が高い組合せがみられており、分析結果は多重共線性が疑われる。

図表 13 経過期間の関連要因〔15項目の状態像を用いた回帰分析結果〕

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	統制変数のみ (強制投入)			統制変数+15項目 (該当計=1) [強制投入]			統制変数+15項目 (該当計=1/不明=1) [強制投入]			統制変数 [強制投入] + 15項目 (該当計=1/不明=1) [ステップワイズ]		
	B	β	t-value	B	β	t-value	B	β	t-value	B	β	t-value
(定数)	2.705		4.594 ***	2.344		3.881 ***	2.466		4.089 ***	2.580		4.461 ***
男性ダミー	0.293	0.158	2.868 **	0.350	0.189	3.245 **	0.312	0.168	2.899 **	0.266	0.144	2.646 **
年齢	-0.003	-0.027	-0.479	-0.002	-0.019	-0.322	-0.005	-0.042	-0.730	-0.004	-0.033	-0.598
独居ダミー (独居=1)	-0.028	-0.006	-0.117	0.058	0.012	0.238	0.117	0.024	0.469	-0.052	-0.011	-0.222
地域包括ダミー	-0.193	-0.106	-1.815 +	-0.240	-0.132	-2.105 *	-0.261	-0.144	-2.220 *	-0.255	-0.141	-2.388 *
認知症ダミー	0.050	0.019	0.364	0.044	0.017	0.298	0.060	0.023	0.396	0.008	0.003	0.061
精神疾患ダミー	0.011	0.004	0.073	0.017	0.006	0.110	0.004	0.001	0.028	-0.037	-0.013	-0.255
アルコール問題ダミー	-0.209	-0.080	-1.561	-0.193	-0.074	-1.357	-0.163	-0.062	-1.143	-0.204	-0.078	-1.547
治療が必要な疾患ダミー	-0.016	-0.007	-0.146	0.018	0.008	0.161	-0.018	-0.008	-0.157	-0.034	-0.016	-0.315
要介護認定ダミー	-0.278	-0.141	-2.210 *	-0.260	-0.131	-2.032 *	-0.235	-0.118	-1.803 +	-0.245	-0.124	-1.982 *
フォーマルサービスによる支援者	-0.127	-0.199	-3.396 ***	-0.123	-0.192	-3.196 **	-0.108	-0.168	-2.755 **	-0.109	-0.170	-2.938 **
インフォーマルサービスによる支援者	-0.043	-0.095	-1.872 +	-0.029	-0.063	-1.207	-0.029	-0.065	-1.199	-0.028	-0.062	-1.214
入浴・身体の保清がなされていない				-0.183	-0.096	-1.167	0.012	0.006	0.075			
汚れた衣服を着用				0.091	0.048	0.546	-0.057	-0.030	-0.324			
失禁の放置				0.048	0.014	0.242	0.081	0.024	0.406			
ペット・大量発生したネズミや 害虫の放置				0.233	0.059	1.038	0.167	0.042	0.732			
家屋内に悪臭				0.165	0.081	1.214	0.057	0.028	0.401			
家屋内に食べ物・ゴミ・排泄物が 放置				0.071	0.033	0.508	0.118	0.056	0.846			
家屋の著しい老朽化				-0.116	-0.057	-1.084	-0.074	-0.036	-0.678			
近隣住民とのトラブル				-0.032	-0.014	-0.246	0.011	0.005	0.080			
他者との関わり拒否				0.169	0.093	1.395	0.166	0.091	1.361	0.199	0.109	2.176 *
閉じこもり状態				0.105	0.058	0.930	0.035	0.019	0.309			
疾患のコントロールがなされていない				-0.065	-0.035	-0.500	-0.059	-0.032	-0.440			
必要な治療やケアの拒否				-0.244	-0.128	-1.632	-0.219	-0.115	-1.386			
必要な保健・福祉サービスの拒否				0.208	0.108	1.462	0.165	0.085	1.156			
金銭の管理ができない				-0.166	-0.074	-1.195	-0.201	-0.089	-1.435			
家賃や公共料金の未払い				0.191	0.071	1.239	0.199	0.074	1.287			
入浴・身体の保清がなされていない (不明=1)							0.880	0.212	3.067 **	0.732	0.177	3.665 ***
汚れた衣服を着用 (不明=1)							-0.340	-0.060	-0.780			
失禁の放置 (不明=1)							-0.008	-0.002	-0.029			
ペット・大量発生したネズミや 害虫の放置 (不明=1)							0.234	0.050	0.727			
家屋内に悪臭 (不明=1)							0.127	0.028	0.356			
家屋内に食べ物・ゴミ・排泄物が 放置 (不明=1)							0.224	0.051	0.641			
家屋の著しい老朽化 (不明=1)												
近隣住民とのトラブル (不明=1)							0.759	0.135	2.292 *			
他者との関わり拒否 (不明=1)							-0.178	-0.038	-0.509			
閉じこもり状態 (不明=1)							-0.246	-0.041	-0.445			
疾患のコントロールが なされていない (不明=1)							-0.217	-0.054	-0.792			
必要な治療やケアの拒否 (不明=1)							0.485	0.095	1.432			
必要な保健・福祉サービスの拒否 (不明=1)							-0.389	-0.079	-1.227			
金銭の管理ができない (不明=1)							-0.202	-0.050	-0.629			
家賃や公共料金の未払い (不明=1)							-0.085	-0.025	-0.311			
	F <sub>(11,345)</sub> 7.902			F <sub>(26,328)</sub> 2.563			F <sub>(40,314)</sub> 2.055			F <sub>(13,341)</sub> 8.254		
	Adj-R <sup>2</sup> 0.176			Adj-R <sup>2</sup> 0.179			Adj-R <sup>2</sup> 0.206			Adj-R <sup>2</sup> 0.210		

注: Model 3, Model 4とも、「家屋の著しい老朽化 (不明=1)」は有効サンプル中では定数となるため、分析には投入されていない  
 \*\*\*p<.001 \*\*p<.01 \*p<.05 +p<.1

そこで図表 14 には、Model 5 として、図表 13 と同じ被説明変数と統制変数を用い、15 項目の該当、不明の両ダミーを目的変数として、それぞれ項目ごとに強制投入した結果を示した。

この結果は、「入浴・身体の保清がなされていない」の状態が不明である場合や、「他者との関わり拒否」にあてはまる場合で有意に経過期間が長く、また、「家屋内に悪臭」がないにあてはまらない場合には、有意に経過期間が短いことを示している。また、環境衛生の領域に属する「ペット・大量発生したネズミや害虫の放置」や「家屋内に食べ物・ゴミ・排泄物が放置」は、状態が不明である場合に有意に経過期間が長く、あてはまる場合には、長くなる傾向にあることがわかる。一方で、健康管理や金銭管理の領域に属する項目では、被説明変数との関連がみられない。

図表 14 経過期間の関連要因 [15 項目の状態像を用いた回帰分析結果]

			Model 5						
			統制変数+各項目 (該当計=1/不明=1) [強制投入]						
			B	$\beta$	t-value	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	F-value	Adj-R <sup>2</sup>
身体衛生	入浴・身体の保清がなされていない	あてはまる	0.066	0.035	0.670	13	345	8.059	0.205
		不明	0.775	0.186	3.827 ***				
	汚れた衣服を着用	あてはまる	0.084	0.044	0.838	13	343	6.951	0.179
		不明	0.458	0.081	1.646				
	失禁の放置	あてはまる	0.147	0.042	0.821	13	343	6.937	0.178
		不明	0.300	0.078	1.583				
環境衛生	ペット・大量発生したネズミや害虫の放置	あてはまる	0.355	0.090	1.842 +	13	343	7.334	0.188
		不明	0.469	0.099	2.027 *				
	家屋内に悪臭	あてはまる	0.248	0.121	2.455 *	13	342	7.518	0.193
		不明	0.557	0.122	2.485 *				
	家屋内に食べ物・ゴミ・排泄物が放置	あてはまる	0.188	0.088	1.770 +	13	343	7.358	0.188
		不明	0.490	0.111	2.251 *				
家屋の著しい老朽化	あてはまる	0.005	0.003	0.056	12	344	7.223	0.173	
	不明								
他者との関わり拒否	近隣住民とのトラブル	あてはまる	0.091	0.040	0.767	13	343	7.004	0.180
		不明	0.510	0.090	1.820 +				
	他者との関わり拒否	あてはまる	0.218	0.119	2.305 *	13	343	7.160	0.184
		不明	0.090	0.019	0.375				
	閉じこもり状態	あてはまる	0.149	0.082	1.552	13	343	6.890	0.177
		不明	-0.036	-0.006	-0.120				
健康管理	疾患のコントロールがなされていない	あてはまる	-0.012	-0.006	-0.118	13	343	6.650	0.171
		不明	0.013	0.003	0.066				
	必要な治療やケアの拒否	あてはまる	-0.002	-0.001	-0.022	13	342	6.616	0.171
		不明	0.114	0.022	0.442				
	必要な保健・福祉サービスの拒否	あてはまる	0.158	0.082	1.516	13	343	7.110	0.182
		不明	-0.330	-0.067	-1.359				
金銭管理	金銭の管理ができない	あてはまる	-0.066	-0.029	-0.548	13	343	6.697	0.172
		不明	-0.113	-0.028	-0.547				
	家賃や公共料金の未払い	あてはまる	0.104	0.039	0.784	13	343	6.710	0.173
		不明	-0.015	-0.004	-0.089				

\*\*\*:p<.001 \*\*:p<.01 \*:p<.05 +:p<.1

注1: 統制変数の係数は省略

注2: 「家屋の著しい老朽化 (不明=1)」はModel 3, 4と同様、分析から除外している

一方、図表 15 では図表 13 と同じ被説明変数と統制変数を用い、Model 6 では Model 2 で用いたダミー変数をもとに、各領域 1 つでもあてはまる場合を 1、全くあてはまらない場合を 0 とするダミー変数を作成<sup>26</sup>し、統制変数とあわせて 5 領域全てを強制投入した。また、Model 7 では同様に各領域の不明に該当する項目を Model 3 で用いたダミー変数をもとに、各領域 1 つでもあてはまる場合を 1、全くあてはまらない場合を 0 とするダミー変数を作成し、Model 6 で用いた全変数とあわせて 5 領域を強制投入した。また、Model 8～12 では、Model 6、7 で作成したダミー変数を領域ごとに「あてはまる」、「不明」の二つの変数を統制変数とあわせて強制投入した。いずれのモデルでもフォーマルサービスの支援者の関わりの多さと性別が被説明変数に統計的に有意な影響を及ぼしている。また、要介護認定に関しても Model 7 以外で被説明変数に統計的に有意な影響を及ぼしている。一方、セルフ・ネグレクト状態の 5 領域に関しては不明の事例も含め、いくつか被説明変数に対して影響を及ぼしているモデルがあったが、こちらもモデルによるばらつきが見られる。

以上の結果から、性別が男性であること、要介護認定区分が高いこと、フォーマルサービスの関わりの多さが死後の経過日数へ大きな影響を与えている傾向が示唆された。特に男性であること、フォーマルサービスは Model 1～12 の全てで有意な影響を与えていた。これらの説明変数の  $\beta$  は性別がプラス、他は全て被説明変数とマイナスの影響を及ぼしている。つまり、性別が男性であれば発見時の死後の経過日数が長い傾向にあり、フォーマルサービスの関わりが多い事例ほど発見時の死後の経過日数が少ない傾向にある可能性が、本調査結果から示唆されている。また、ほとんどのモデルで要介護認定区分が高い事例であるほうが死後の経過日数が少ない傾向が確認されている。一方で、セルフ・ネグレクト 15 項目の有無や生前の状態が不明である項目と被説明変数間の中で統計的に有意な状況も見受けられたが、モデルによって異なるうえ、15 項目間に高い相関が見受けられることもあり、セルフ・ネグレクトの状態像と死後の経過日数との関連については今後精査が必要である。

---

<sup>26</sup> 各領域におけるダミー変数は、領域を構成する下位概念のうち、1 つでもあてはまる場合は当該領域ダミーに 1、同不明ダミーに 0 を、それぞれ付与し、下位概念のすべてについて「あてはまる」がなく、いずれかが「不明」の場合には当該領域ダミーに 0、同不明ダミーに 1、下位概念のすべてが「あてはまらない」の場合のみ両ダミーに 0 を付与している。

図表 15 経過期間の関連要因〔5領域ごとのダミー変数を用いた回帰分析結果〕

	Model 6			Model 7											
	統制変数+S N 5 領域 (該当計=1)			統制変数+S N 5 領域 (該当計=1/不明=1)											
	B	$\beta$	t-value	B	$\beta$	t-value									
(定数)	2.683		4.509 ***	2.709		4.558 ***									
男性ダミー	0.293	0.158	2.835 **	0.288	0.156	2.800 **									
年齢	-0.004	-0.035	-0.622	-0.005	-0.039	-0.678									
独居ダミー (独居=1)	-0.037	-0.007	-0.152	-0.054	-0.011	-0.224									
地域包括ダミー	-0.207	-0.114	-1.866 +	-0.192	-0.106	-1.712 +									
認知症ダミー	0.016	0.006	0.114	0.003	0.001	0.019									
精神疾患ダミー	-0.005	-0.002	-0.033	-0.036	-0.013	-0.243									
アルコール問題ダミー	-0.248	-0.094	-1.782 +	-0.220	-0.084	-1.572									
治療が必要な疾患ダミー	-0.013	-0.006	-0.113	-0.042	-0.019	-0.375									
要介護認定ダミー	-0.264	-0.133	-2.085 *	-0.249	-0.126	-1.958 +									
フォーマルサービスによる 支援者	-0.131	-0.205	-3.450 ***	-0.127	-0.198	-3.333 ***									
インフォーマルサービスによる 支援者	-0.033	-0.074	-1.410	-0.032	-0.071	-1.328									
身体衛生	-0.024	-0.013	-0.211	0.018	0.010	0.160									
環境衛生	0.082	0.046	0.835	0.065	0.036	0.636									
他者とのかかわり拒否	0.164	0.093	1.673 +	0.152	0.085	1.502									
健康管理	-0.069	-0.039	-0.661	-0.076	-0.043	-0.707									
金銭管理	0.025	0.012	0.214	0.026	0.013	0.224									
身体衛生 (不明=1)				0.693	0.157	2.624 **									
環境衛生 (不明=1)				0.132	0.026	0.437									
他者とのかかわり拒否 (不明=1)				0.024	0.005	0.090									
健康管理 (不明=1)				-0.251	-0.060	-1.048									
金銭管理 (不明=1)				-0.094	-0.028	-0.468									
	$F_{(16,340)}$	5.686		$F_{(21,335)}$	4.899										
	Adj-R <sup>2</sup>	0.174		Adj-R <sup>2</sup>	0.187										
	***:p<.001 **:p<.01 *:p<.05 +:p<.1														
	Model 8			Model 9			Model 10			Model 11			Model 12		
	統制変数+身体衛生 (該当計=1/不明=1)			統制変数+環境衛生 (該当計=1/不明=1)			統制変数+他者とのかか わり拒否 (該当計=1/不明=1)			統制変数+健康管理 (該当計=1/不明=1)			統制変数+金銭管理 (該当計=1/不明=1)		
	B	$\beta$	t-value	B	$\beta$	t-value	B	$\beta$	t-value	B	$\beta$	t-value	B	$\beta$	t-value
(定数)	2.652		4.539 ***	2.618		4.450 ***	2.648		4.497 ***	2.740		4.590 ***	2.674		4.503 ***
男性ダミー	0.286	0.155	2.806 **	0.292	0.158	2.854 **	0.292	0.158	2.865 **	0.293	0.158	2.849 **	0.293	0.158	2.848 **
年齢	-0.003	-0.028	-0.497	-0.003	-0.028	-0.487	-0.004	-0.032	-0.565	-0.003	-0.027	-0.480	-0.003	-0.025	-0.438
独居ダミー (独居=1)	-0.047	-0.010	-0.199	-0.006	-0.001	-0.025	-0.019	-0.004	-0.078	-0.037	-0.008	-0.155	-0.030	-0.006	-0.125
地域包括ダミー	-0.207	-0.114	-1.948 +	-0.193	-0.106	-1.816 +	-0.231	-0.127	-2.125 *	-0.181	-0.100	-1.644	-0.199	-0.110	-1.848 +
認知症ダミー	0.016	0.006	0.115	0.024	0.009	0.177	0.016	0.006	0.117	0.054	0.021	0.391	0.031	0.012	0.215
精神疾患ダミー	-0.026	-0.009	-0.180	-0.012	-0.004	-0.081	-0.014	-0.005	-0.097	0.017	0.006	0.113	0.004	0.001	0.027
アルコール問題ダミー	-0.215	-0.082	-1.609	-0.222	-0.085	-1.642	-0.244	-0.093	-1.798 +	-0.199	-0.076	-1.453	-0.222	-0.085	-1.612
治療が必要な疾患ダミー	-0.041	-0.019	-0.379	-0.035	-0.016	-0.319	-0.016	-0.007	-0.147	-0.012	-0.005	-0.107	-0.019	-0.009	-0.175
要介護認定ダミー	-0.246	-0.124	-1.969 *	-0.252	-0.127	-1.995 *	-0.267	-0.135	-2.110 *	-0.284	-0.144	-2.240 *	-0.274	-0.139	-2.157 *
フォーマルサービスによる 支援者	-0.123	-0.192	-3.289 **	-0.127	-0.198	-3.394 ***	-0.131	-0.204	-3.474 ***	-0.129	-0.201	-3.414 ***	-0.127	-0.198	-3.366 ***
インフォーマルサービスによる 支援者	-0.036	-0.080	-1.583	-0.040	-0.088	-1.724 +	-0.035	-0.076	-1.435	-0.045	-0.100	-1.936 +	-0.042	-0.093	-1.808 +
身体衛生	0.085	0.046	0.885												
環境衛生				0.125	0.070	1.397									
他者とのかかわり拒否							0.169	0.095	1.777 +						
健康管理										-0.026	-0.015	-0.267			
金銭管理													0.041	0.019	0.361
身体衛生 (不明=1)	0.662	0.150	3.045 **												
環境衛生 (不明=1)				0.446	0.087	1.758 +									
他者とのかかわり拒否 (不明=1)							0.055	0.012	0.234						
健康管理 (不明=1)										-0.128	-0.031	-0.603			
金銭管理 (不明=1)													0.069	0.020	0.396
	$F_{(13,343)}$	7.558		$F_{(13,343)}$	7.070		$F_{(13,343)}$	6.956		$F_{(13,343)}$	6.684		$F_{(13,343)}$	6.670	
	Adj-R <sup>2</sup>	0.193		Adj-R <sup>2</sup>	0.181		Adj-R <sup>2</sup>	0.179		Adj-R <sup>2</sup>	0.172		Adj-R <sup>2</sup>	0.172	
	***:p<.001 **:p<.01 *:p<.05 +:p<.1														

## 7 | 考察

本調査結果から死後の経過日数との関連要因を考えると、性別が男性である事例ほど発見時の死後の経過日数が長い傾向にあり、要介護認定が高い事例、フォーマルサービスの関わりが多い事例ほど、発見時の死後の経過日数が短い傾向が多くモデルで確認されている。これらの結果からは、要介護認定が高いからこそフォーマルサービスの関わりも多い、つまり、**フォーマルなサービスの関わりが多いからこそ発見後の死亡経過日数が短い可能性が示唆されている**。この点に関して、今後精査が必要ではあるもののモデルそのものの解釈はある程度成り立つものと考えられる。しかし、死後の経過日数とセルフ・ネグレクトとの関連については、15項目・5領域の状態像との関連はほとんどのモデルで有意な影響を及ぼしていなかった。そのため、この結果からは両者の関連を明らかにすることができず、今後も精査が必要である。

一方で、セルフ・ネグレクトと孤立死そのものの関連で考えるのであれば、**本調査で明らかになった事例は全て孤立死をした事例であり、その中に約80.0%の割合でセルフ・ネグレクトと考えられる事例が含まれている**。前述したように、本調査における孤立死事例シートは無作為抽出ではないために一般化という点においては今後も精査は必要であると考えられる。しかし、本調査の結果からは相当数のセルフ・ネグレクト状態と考えられる事例が集まっていることから、**セルフ・ネグレクトは孤立死に至る大きなリスクを負う状態である可能性が高いと考えられる**。また、セルフ・ネグレクトそのものは具体的な指標を作成することが大きな課題であり、今回は簡易な指標を使用した点が限界であると考えられる。さらに、今回の簡易な測定指標を用いたパターン分類においてさえ、セルフ・ネグレクトを構成する要素が1項目や2項目のみしか当てはまらない事例が多く示された。これらの事例は、孤立死をしたという結果から、死に至るリスクが非常に高い事例ではあり、セルフ・ネグレクトを構成する要素の一部に該当している。しかし、セルフ・ネグレクトの理論的概念は生命・生活の維持に必要な様々なことながら広範囲にわたって放任されているという状態を示すものと考えられる。その点から考えると、これらの事例をセルフ・ネグレクトと認定することに関しては議論を要するとも考えられる。しかし、**セルフ・ネグレクトの構成要素の1項目しか該当しない事例であれ、セルフ・ネグレクトの要素の一つは満たしている状態であり、何より全ての事例が孤立死に至った事例であることを考えると、セルフ・ネグレクトの中核である広範囲にわたる放任という状態には至っていないとしても、生命に大きなリスクをもたらすという点に着目していく必要がある**と考えられる。

前述したように本調査は無作為抽出ではないために、一般化が困難であることに加え、セルフ・ネグレクトの指標そのものが確立していないことも含めると、現段階での分析からはセルフ・ネグレクトと孤立死の関係を明確に示すことはできない。しかし、多くの事例が本調査における測定指標の中での結果においてもセルフ・ネグレクトの状態、またはその構成要素を満たす状態であることからすると、セルフ・ネグレクトそのものの状態と孤立死が密接な関係にあることは十分に考えられる。今後は孤立死、セルフ・ネグレクトそれぞれの問題の構図について明確な概念化を行い、両者の因果関係を明らかにしていく研究が望まれる。また、**一番重要なことは、研究レベルでの理論化だけでなく、何よりも日々の実践場面において、セルフ・ネグレクトの概念を構成するひとつの要素しか満たさない状態であっても、その状態がセルフ・ネグレクトの状態かどうかということではなく、ひとつでも生命の危機・生活の破たん**に直結すると考えられる状態があれば、その状態が最後には孤立死に至るという視点で、**孤立死のリスクを想定した予防に向けた関わりが必要であるものと思われる**。そして、今後はそれを支える指標の作成と予防の為の制度を構築していくことが重要であると考えられる。

## 第5章

# 自治体における取り組みの実態

～全国自治体悉皆調査から～

高齢者の安否確認や孤立防止に関する地域的な取り組みや、高齢者の孤立や孤立死に至る背景と考えられるセルフ・ネグレクト等の事象について、全国的な実態を把握するため、全国自治体を対象とする調査を行った<sup>1</sup>。

本章では、調査結果をもとに自治体における取り組みの実態について概観する。

---

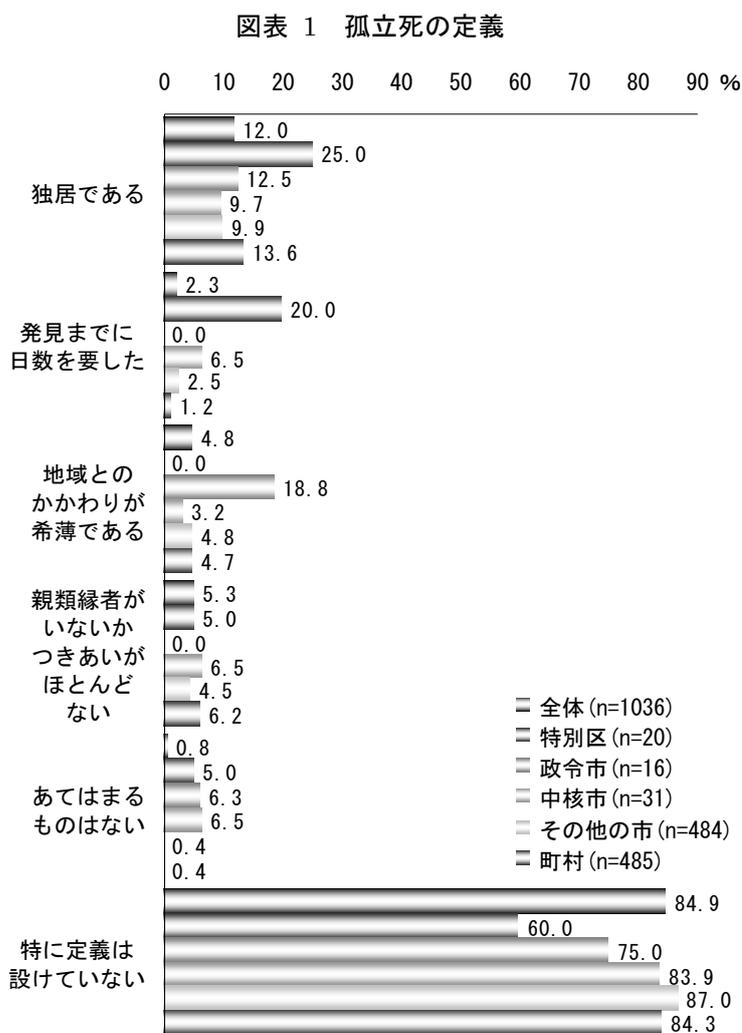
<sup>1</sup> 本調査では、自治体により「孤立死」、「孤独死」の両言語が用いられているため、調査票では「孤立死（孤独死）」と記載したが、本章では「孤立死」で統一する。また、「セルフ・ネグレクト」に関しても、一般化していない言葉のため、調査票では「セルフネグレクト（自己放任）」と記載したが、本章では「セルフ・ネグレクト」で統一する。

## 1— 孤立死の定義

自治体における孤立死の定義について尋ねたところ、全体では「特に定義は設けていない」が84.9%と大半を占め、何らかの定義を定めている自治体は全体でも14.2%と、ごく僅かである。定義の内容としては、「独居である」が12.0%で最も多く、次いで「親類縁者がいないかつきあいがほとんどない」(5.3%)、「地域との関わりが希薄である」(4.8%)「発見までに日数を要した」(2.3%)と続いている。

このうち、「発見までに日数を要した」と回答した自治体に具体的な日数を尋ねたところ、回答自治体は10自治体と僅少であるため、参考値ではあるが、平均で6.20日(標準偏差4.89日)であった。

都市規模別にみると、「発見までに日数を要した」は特別区で、「地域との関わりが希薄である」は政令市で、それぞれ高くなっている。



定義を定めている自治体に具体的な定義について尋ねたところ、「一人暮らし世帯で自宅で誰にも看取られずに死亡したケース」とする自治体が多く、「親類縁者、地域から孤立した状態」のように、生前の家族・親族や地域との関わりを要件に含める自治体も次いで多くみられている。以下、自治体からの記述を抜粋して紹介する。

- ・ 独居で誰にも看取られず自宅で亡くなる。50歳以上の方を対象に統計をとっている。
- ・ 独居であり、誰にも看取られることなく自宅で死亡したケース。
- ・ ひとり暮らしで誰にも看取られずに亡くなり、警察の検死結果事件性がなく、病気あるいは事故(転倒で頭を打って死亡したと推察)と認定された方と定義づけている。
- ・ 誰にも看取られることなく、ひとりで在宅で死亡すること。

- ・ 独居で、誰にも看取られることなく自宅で死亡したケース（警察で検死を行った独居の方）。
- ・ 一人暮らしの人が誰にも看取られることなく、当人の住居内等で生活中的突発的な疾病等によって死亡すること。
- ・ ひとり暮らしの人が誰にも看取られることなく、当人の住居内等で生活中的突発的な疾病等によって死亡したもの。
- ・ 独居であることが定義である。
- ・ 独り暮らしで居住している者（基本的に同居している家族がいない）。
- ・ 独居であり、福祉サービス（安否確認、配食サービス等）を受けていない方。
- ・ 具体的定義はないが、独居で親類縁者・地域との関わりが少なく、誰にも看取られることなく自宅で死亡した者と考える。
- ・ 一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯の高齢者が、地域から孤立し意思や状況が周囲に理解されないまま結果として死に至った状況で発見されること。
- ・ 独居で地域から孤立し、誰にも看取られることなく自宅で死亡し、発見されたケースを想定しようと考えている。
- ・ 家族など誰にも看取られずに自宅で亡くなり、しかも何らかの手助けがあれば防げたかもしれない不本意な死。
- ・ 独居で生活をしていて、親類や近所との関係も希薄な方が亡くなった場合。
- ・ 単身高齢者で親類縁者がいない。もしくは生前からつきあいがなく、死後第三者に発見されたケース。
- ・ 地域及び親族との交流がなく、単身で人知れず亡くなっていたケース。
- ・ 身寄りがいない、または、身寄りと疎遠であり、町内会や民生委員といった地域との関わりを持たない、閉じこもりがちな一人暮らしの高齢者が、住宅内で突発的な病気や老衰等により誰にも看取られることなく死亡する。
- ・ 地域との接触や家族からの見守りが少ない単身世帯の方が、誰にも看取られずに亡くなった場合。
- ・ 地域から孤立した状態で、誰にも看取られることなく自宅で死亡していたケース。

一方で、「死後、発見までに一定期間を要したケース」のように、死後の経過期間についても定義に含める自治体は少なく、期間を明確に定めている自治体はほとんどみられない。

- ・ 誰にも看取られることなく亡くなり、死後 14 日以上発見されないこと。
- ・ 独居・誰にも看取られず自宅で死亡し、発見までに一定期間要したケース（但し、一定期間について具体的日数は定めていない）。
- ・ 要綱等で定めているわけではないが、独居の方が死亡して一定期間経過してから発見された場合に孤独死とすることがある。
- ・ 誰にも看取られることなく自宅で死亡し、後日発見された場合。
- ・ 独居、ある期間経過した後の発見、身寄りのない者。
- ・ 独居で家族、親類縁者、地域などからまったく孤立した状態で亡くなり、発見までに一定期間が経っている場合。
- ・ 65 歳以上の単身高齢者が死亡後数日程度たってから発見された。
- ・ 具体的な数値基準はないが、同居家族がなく、死後一定程度の以上の時間を経て発見されたケース。

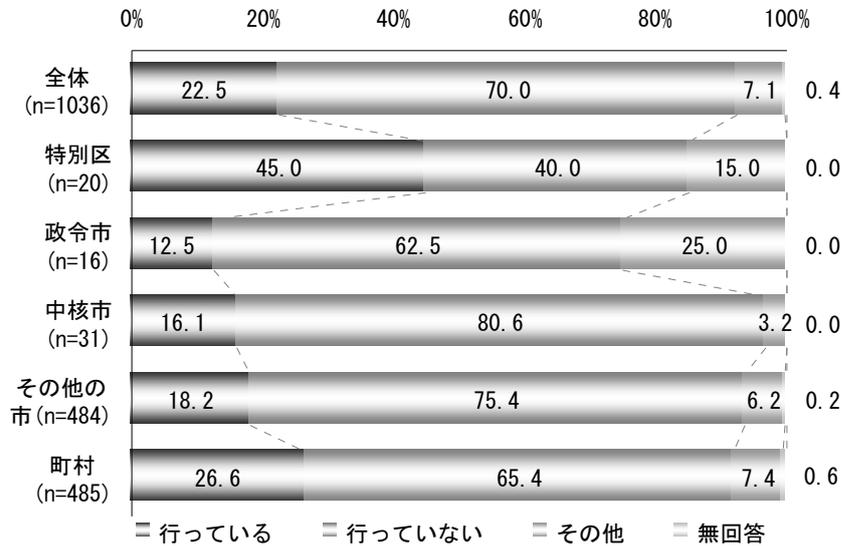
## 2— 孤立死の把握状況

### 1 | 孤立死事例の情報収集の有無

孤立死の事例についての情報収集の有無について尋ねたところ、全体では「行っている」が 22.5%、「行っていない」が 70.0%と大半の自治体で実施されていない。

都市規模別にみると、特別区および町村で実施率が高くなっている。

図表 2 孤立死事例の情報収集の有無



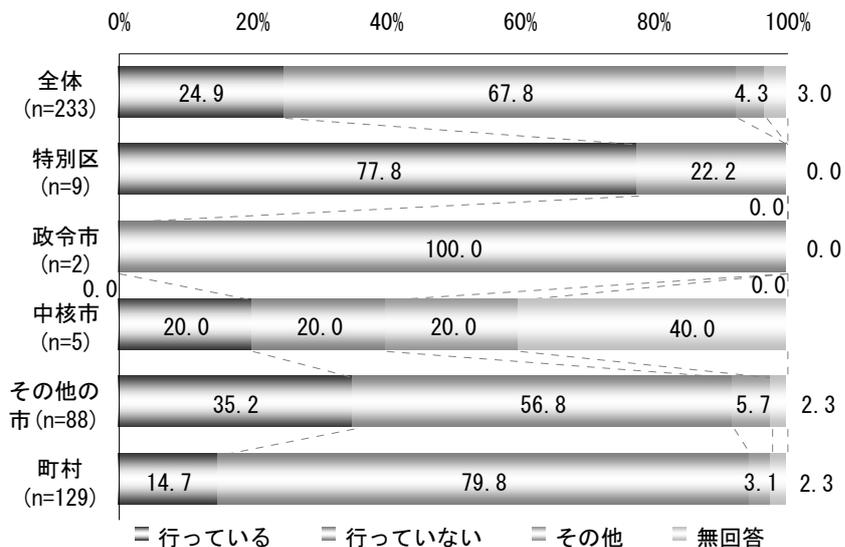
情報収集を行っている自治体の担当部署については、介護福祉課（介護高齢課）、高齢福祉課（高齢介護課）、健康福祉課、長寿介護課等の介護保険担当課のほか、地域包括支援センター、住民課（町民課）などが多くなっている。

### 2 | 孤立死事例に関するデータ管理状況

孤立死事例について情報収集を行っていると回答した 233 自治体について、収集した事例に関するデータ管理（リスト作成等）を行っているか尋ねたところ、全体では「行っている」が 24.9%、「行っていない」が 67.8%と、データ管理を行っている自治体は4分の1に留まっている。

都市規模別にみると、「行っている」は特別区およびその他の市で高くなっている。

図表 3 孤立死事例のデータ管理（リスト作成等）の実施状況



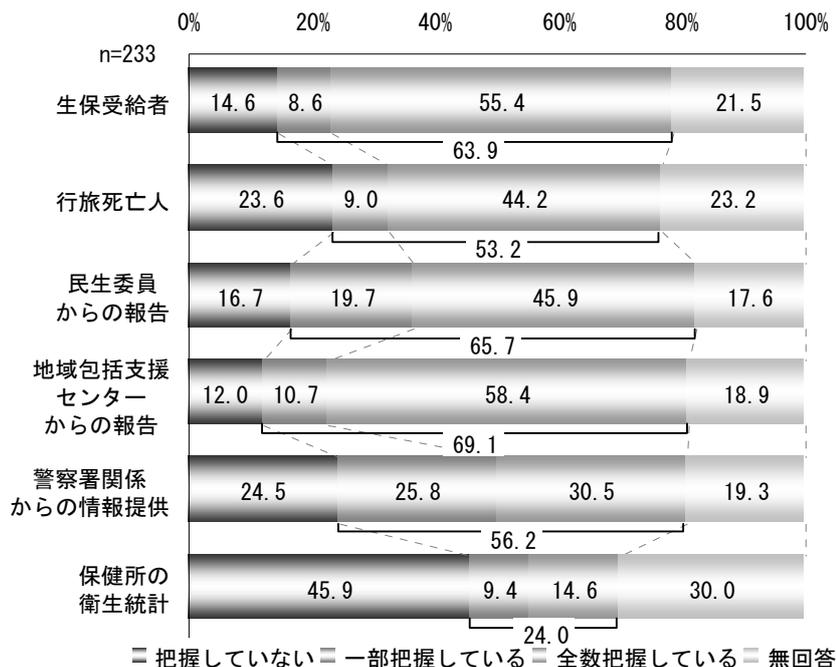
### 3 | 孤立死事例の把握状況とH21年度の把握件数

#### (1) 孤立死事例の把握状況と H21 年度の把握件数

##### ① 孤立死事例の把握状況

孤立死事例について情報収集を行っているという回答した 233 自治体について、孤立死事例の把握方法ごとに把握状況をみると、地域包括支援センターからの報告および生保受給者については、「全数把握している」が半数を超えて多く、民生委員からの報告、行旅死亡人が 4 割台で続いている。「一部把握している」を含めた「把握している（「全数把握している」と「一部把握している」の合計）」でみると、地域包括支援センターからの報告が 69.1%で最も多く、次いで民生委員からの報告（65.7%）、生保受給者（63.9%）と続いている。

図表 4 孤立死事例の把握方法ごとの把握状況



都市規模別にみると、町村で「行旅死亡人」、「保健所の衛生統計」が高くなっているほかは、特に差異はみられない。

図表 5 孤立死事例の把握方法ごとの把握状況

N	(単位: %)						
	生保受給者	行旅死亡人	民生委員からの報告	地域包括支援センターからの報告	警察署関係からの情報提供	保健所の衛生統計	
全体	233	63.9	53.2	65.7	69.1	56.2	24.0
特別区	9	66.7	33.3	44.4	77.8	22.2	11.1
政令市	2	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0	0.0
中核市	5	60.0	40.0	60.0	40.0	100.0	0.0
その他の市	88	59.1	47.7	63.6	67.0	50.0	11.4
町村	129	68.2	59.7	69.8	71.3	60.5	34.9

## ② H21年度の把握件数

孤立死事例を一部もしくは全数把握している自治体に、H21年度におけるそれぞれの把握方法ごとの把握件数を尋ねたところ、全体では「警察署関係からの情報提供」が平均6.9人で最も多く、「生保受給者」が1.2人で続き、全体の孤立死把握人数は5.0人となっている。これを、それぞれについて1人以上把握している自治体に限定してみると、「警察署関係からの情報提供」では平均23.0人、「生保受給者」が4.2人、「行旅死亡人」が3.3人、「地域包括支援センターからの報告」が3.1人で、全体の把握人数では9.8人となっている。また、全体の孤立死把握人数のうち、65歳以上高齢者の人数は、平均4.5人である。

都市規模別にみると、「生保受給者」では特別区よりも中核市の方が把握件数が多くなっているものの、その他の把握方法では総じて大都市ほど把握件数が多くなっている。

図表 6 H21年度の把握件数

	(単位：人)							65歳以上 高齢者
	生保 受給者	行旅 死亡人	民生委員 からの 報告	地域包括 支援セン ターから の報告	警察署関 係からの 情報提供	保健所の 衛生統計	全体計	
全体	1.2	0.5	0.4	0.9	6.9	0.0	5.0	4.5
	4.2	3.3	1.7	3.1	23.0	—	9.8	8.1
	149	124	153	161	131	56	233	1036
特別区	8.0	10.5	1.0	5.7	10.5	0.0	15.2	15.9
	8.0	10.5	3.0	6.8	10.5	—	15.2	15.9
	6	3	4	7	2	1	9	20
政令市	—	—	—	14.0	144.0	—	241.0	134.0
	—	—	—	14.0	144.0	—	241.0	134.0
	0	0	0	1	2	0	2	16
中核市	17.7	3.0	0.3	3.0	57.8	—	60.5	31.0
	17.7	3.0	1.0	3.0	57.8	—	60.5	31.0
	3	2	3	2	5	0	5	31
その他の市	1.3	0.5	0.7	1.1	5.8	0.0	3.2	4.1
	2.9	3.0	1.9	2.7	14.5	—	5.4	5.9
	52	42	56	59	44	10	88	484
町村	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.0	1	1
	1.0	1.3	1.3	1.5	1.5	—	2	2
	88	77	90	92	78	45	129	485

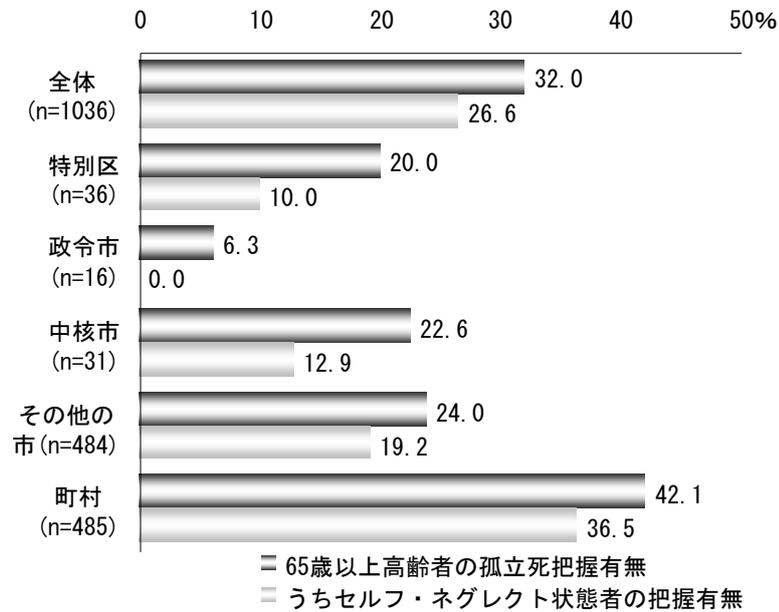
※上段：平均値、中段：0人を除く平均値、下段：N

## (2) 地域包括支援センターにおける65歳以上高齢者の孤立死事例の把握状況

地域包括支援センターにおいて65歳以上高齢者の孤立死および、そのうちセルフ・ネグレクトの状態にあったと推測される事例の把握状況について尋ねたところ、把握している自治体は、「65歳以上高齢者の孤立死」については32.0%、「うちセルフ・ネグレクト状態者」については26.6%となっている。

都市規模別にみると、「65歳以上高齢者の孤立死」、「うちセルフ・ネグレクト状態者」とも、政令市で低く、町村で高くなっている。

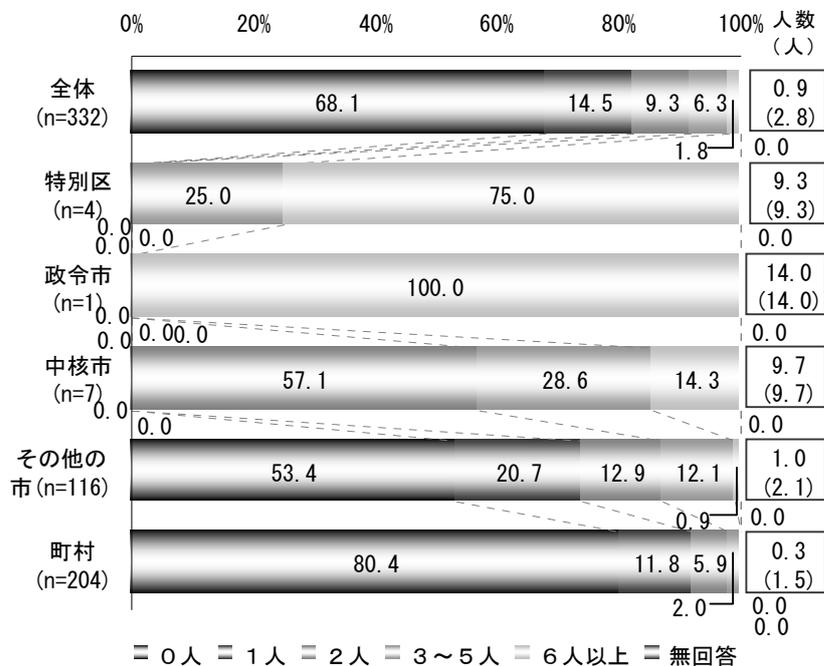
図表 7 65歳以上高齢者の孤立死事例の把握状況



65歳以上高齢者の孤立死および、そのうちセルフ・ネグレクトの状態にあったと推測される事例を把握している自治体のそれぞれの把握人数についてみると、まず、65歳以上高齢者の孤立死については、「0人」が68.1%ともっとも多く、「1人」(14.5%)が続いている。平均人数は0.9人、1人以上の事例がある自治体に限れば2.8人となっている。

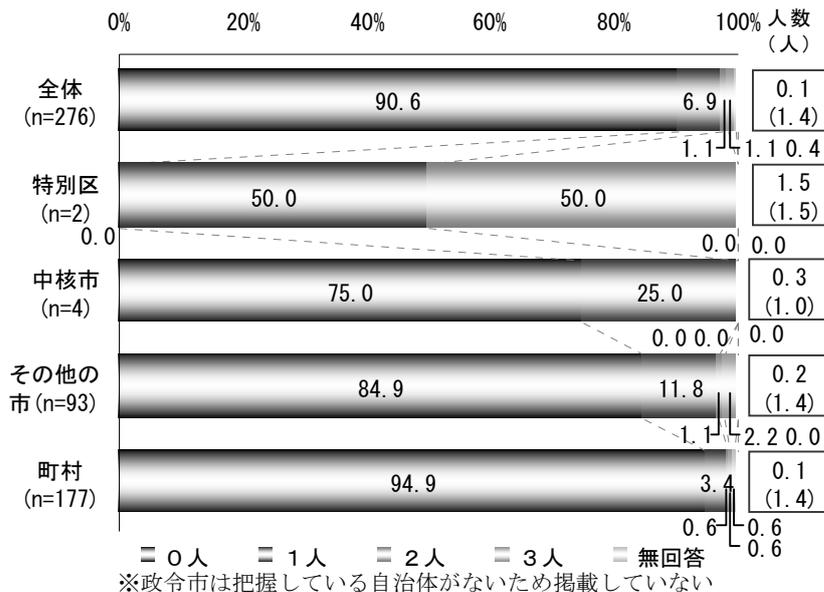
都市規模別にみると、町村で「0人」が、その他の市では「1人」が、それぞれ高くなっている。

図表 8 65歳以上高齢者の孤立死把握人数



セルフ・ネグレクトの状態にあったと推測される事例の把握数についてみると、全体では「0人」が90.6%と大半を占め、平均人数は0.1人、1人以上の事例がある自治体に限っても1.4人となっている。都市規模別にみると、町村で「0人」が、その他の市では「1人」が、それぞれ高くなっている。

図表 9 セルフ・ネグレクト（自己放任）の状態にあったと推測される事例の把握人数

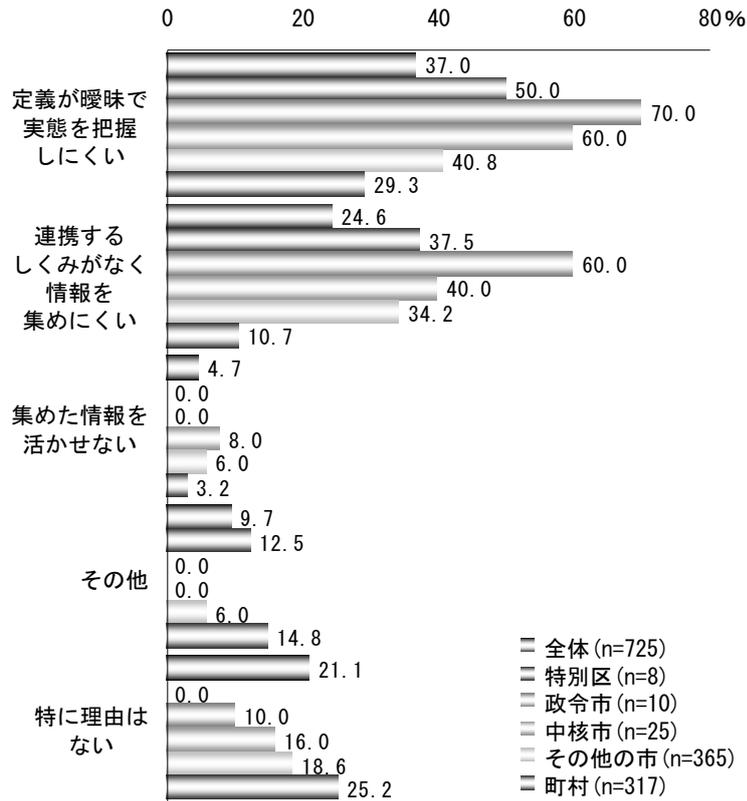


### (3) 孤立死に関する情報収集を行っていない理由

孤立死事例について情報収集を行っていないと回答した 725 自治体に対して、情報収集を行っていない理由を尋ねたところ、全体では「定義が曖昧で実態を把握しにくい」が 37.0%で最も多く、「連携するしくみがなく情報を集めにくい」(24.6%)が続いている。

都市規模別にみると、「定義が曖昧で実態を把握しにくい」、「連携するしくみがなく情報を集めにくい」では都市部ほど高く、特に「定義が曖昧で実態を把握しにくい」は、政令市、中核市で、「連携するしくみがなく情報を集めにくい」は政令市で、それぞれ6割を超えて高くなっている。一方、町村では「特に理由はない」が 25.2%と高くなっている。

図表 10 情報収集を行わない理由



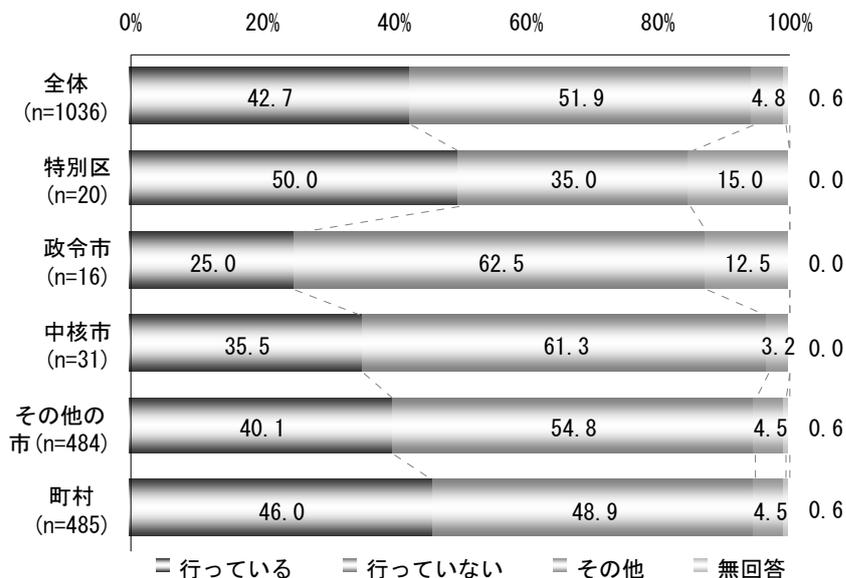
## 4 | 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消の取組み状況

### (1) 独自の調査・情報収集の有無

高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に関連した独自の情報収集状況についてみると、全体では「行っている」が42.7%、「行っていない」が51.9%と、半数以上の自治体で未実施となっている。

都市規模別にみると、「行っている」は町村で46.0%と高くなっている。また、「その他」と回答した自治体では、対象者や地域を限定し、部分調査を行っているところが多かった。他、市や町村では民生委員による随時訪問、町内会や親戚からの情報といった回答もあった。

図表 11 独自の調査・情報収集の有無

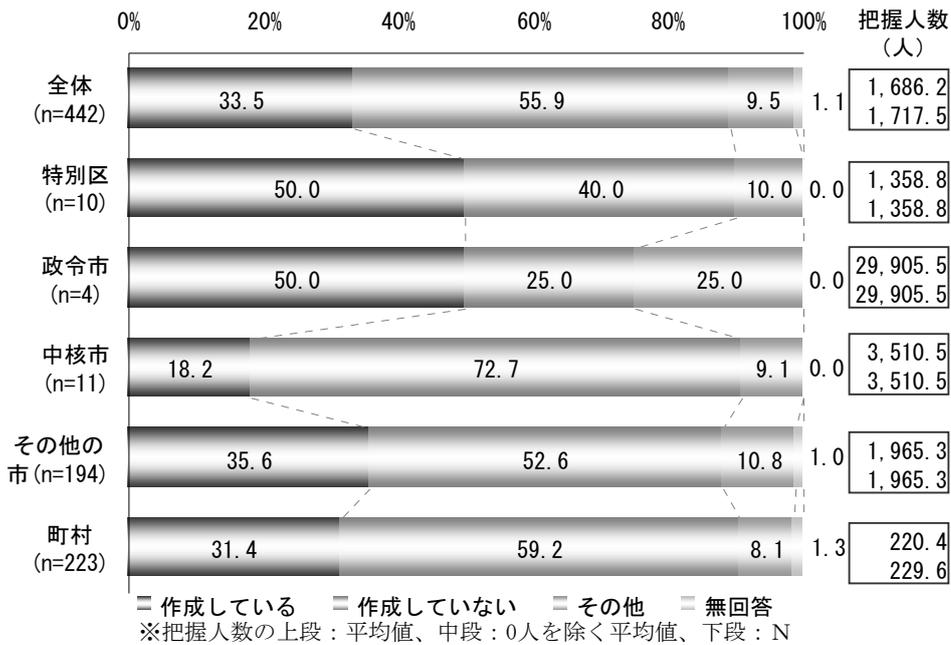


## (2) 対象者リストの作成状況

高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に関連した独自の情報収集を行っていると回答した 442 自治体に対し、対象者リストの作成状況および把握人数を尋ねたところ、全体では「作成している」が 33.5%、「作成していない」が 55.9%と半数以上の自治体で作成されていない。対象者リストを作成している自治体の把握人数は平均で 1,686.2 人、把握人数が 1 人以上の自治体に限定してみると 1,717.5 人となっている。

都市規模別にみると、把握人数は都市規模が大きいほど多くなるものの、対象者リストの作成状況としては、特に差異はみられない。

図表 12 対象者リストの作成状況・把握人数



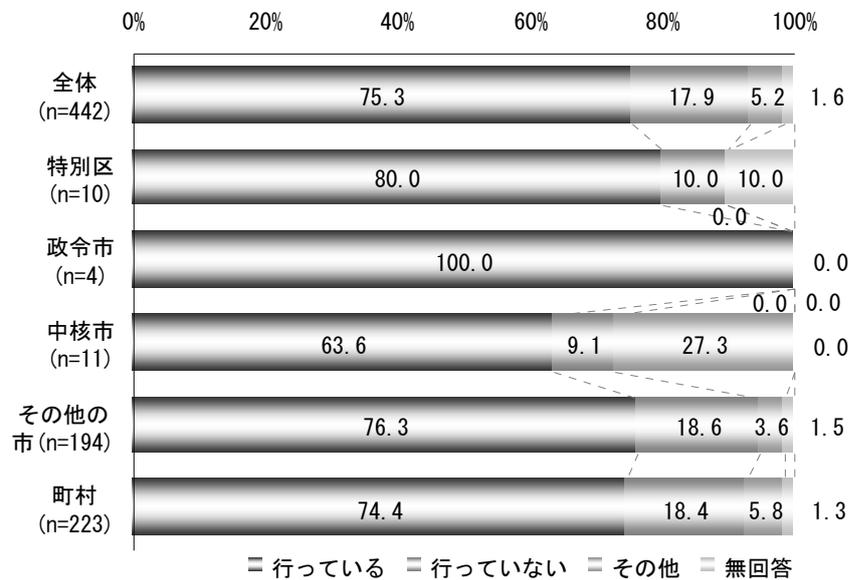
### (3) 個別対応・経過観察の状況

#### ① 個別対応の実施状況

高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に関連した独自の情報収集を行っている」と回答した 442 自治体に対し、高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に関する個別対応の実施状況について尋ねたところ、全体では「行っている」が 75.3%と 4 分の 3 以上の自治体を実施している。

都市規模別にみても、特に差異はみられない。

図表 13 個別対応の実施状況

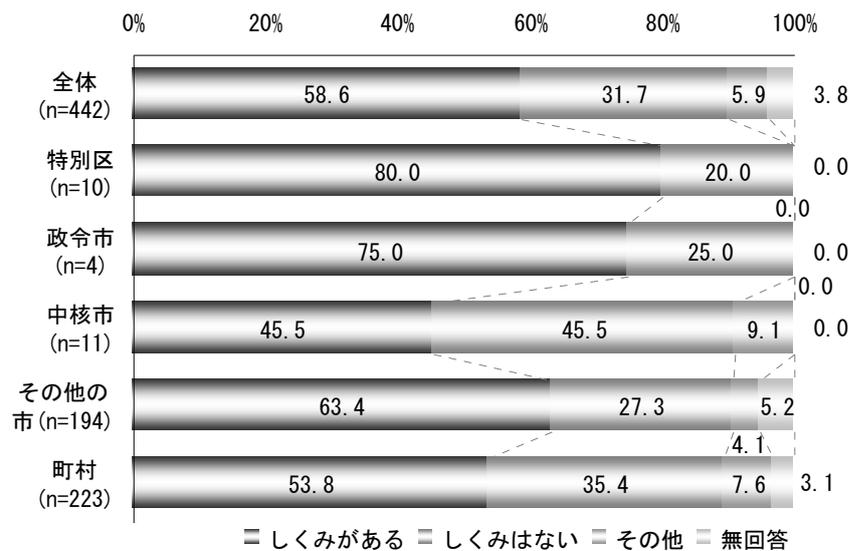


#### ② 経過を把握するしくみの有無

個別対応した対象者の経過を把握するしくみの有無について尋ねたところ、全体では「しくみがある」が 58.6%と半数以上が対象者の経過を把握するしくみを有していることがわかる。

都市規模別にみても、特に差異はみられない。

図表 14 経過を把握するしくみの有無

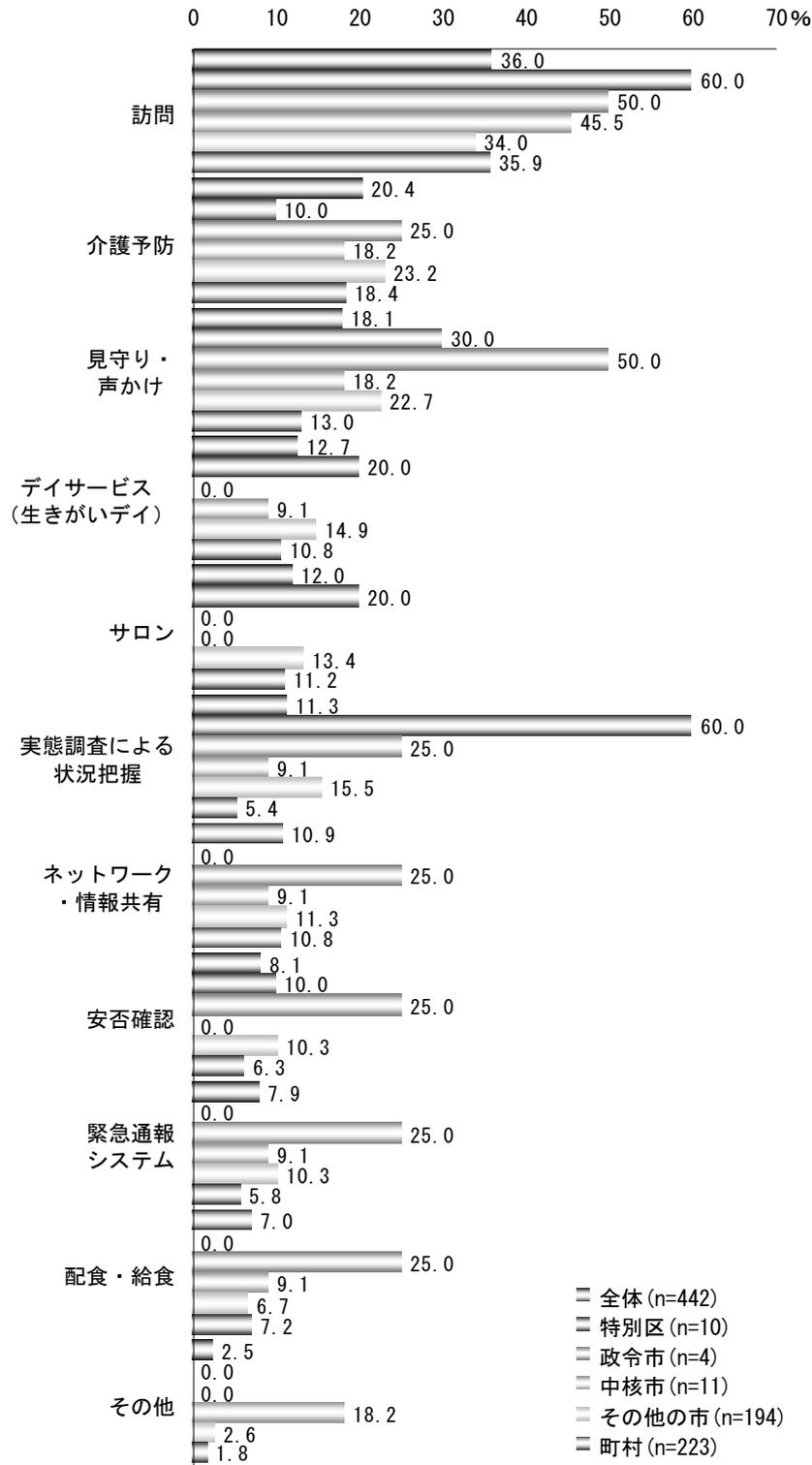


#### (4) 自治体としての取り組み

高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消のための自治体としての取り組み内容について具体的にあげてもらったところ、「訪問」が36.0%と最も多く、「介護予防」(20.4%)、「見守り・声かけ」(18.1%)と続いている。

都市規模別にみると、「実態調査による状況把握」は特別区、その他の市で高くなっている。また、その他の市では「見守り・声かけ」も高くなっている。

図表 15 自治体としての取り組み



それぞれの内容について詳細にみると、「訪問」は高齢者宅の定期訪問や友愛訪問事業等があげられている。ただし対象としては、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯に限る自治体が多いようである。訪問の担い手としては、民生委員、保健師、自治体や社協の職員のほか、住民ボランティア等に見守り活動を行ってもらっている自治体もあるようである。

- ・ 毎年 1 回、65 才以上高齢者を民生委員が実態把握し台帳を作成。閉じこもり傾向などの日常生活に不安のある高齢者は、地域包括支援センターと連携し、訪問等により必要な支援を実施している。
- ・ 特定高齢者の介護予防事業で、うつ、閉じこもり予防の教室、訪問を実施している。
- ・ 高齢者の孤立状況や閉じこもり状況に合わせて、かなり個別に対応している。
- ・ 二人の相談員（非常勤）が、ひとり暮らし高齢者名簿に登録されている方を事前調整なしに個別訪問し、状況を確認している。
- ・ 生きがい活動支援事業や、社会福祉協議会で行っているお元気訪問事業等を通じて、高齢者の孤立や閉じこもり予防に取り組んでいる。
- ・ ひとり暮らし高齢者訪問事業。
- ・ 独居訪問（年齢を区切って）。
- ・ 訪問安否確認サービス。
- ・ ひとり暮らし高齢者宅を訪問する友愛訪問事業。
- ・ 在宅のひとり暮らし高齢者の世帯に住民ボランティアが週 1 回程度の訪問を行う。
- ・ 閉じこもり高齢者や、安否確認の相談が入れば、訪問や関係者の連絡等の対応を個別に行っている。
- ・ 各集落での健康相談や高齢者宅の訪問（保健師）、高齢者宅への声かけ運動（民生委員、各集落で委嘱した声かけ協力員）。
- ・ 孤立、閉じこもり予防に特化しているわけではないが、75 歳以上の独居高齢者世帯、高齢者のみの世帯を地域包括支援センターで訪問し、支援の必要性の有無等を調査している。調査の結果は、民生委員、担当の保健師で共有し、見守り等にも生かしている。
- ・ 民生児童委員、福祉委員等による声かけ・高齢者相談センターの個別訪問。
- ・ 地域包括支援センターに委託し、地区で閉じこもり予防情報交換会を実施し、民生委員、長寿会、町内会、自治振興会から地域の情報を得て、自宅訪問をし、実態把握を行い、必要なサービスにつなげている。
- ・ 社会福祉協議会、ふるさと雇用再生特別基金事業により、職員が訪問活動を行っている。
- ・ 高齢者の生活実態を調査し、見守りが必要な高齢者を定期的に訪問、声かけ等により見守る事業。定期的に電話をかけ、安否確認や各種相談に応じる事業。民間事業者と連携した見守りネットワーク。
- ・ 保健師が独居高齢者の訪問を行っており、必要があれば閉じこもり予防事業やその他事業への橋渡しを行っている。
- ・ 日頃見守りが必要な高齢者に対し、「高齢者見守り隊」が訪問等を行い、安否確認や相談活動を行い、当該高齢者の不安感や孤独感を解消する。
- ・ 高齢者地域において、安心して暮らせるよう、高齢者の孤立化防止を目的に、高齢者孤立化防止プロジェクトチームを設置し、庁内において横断的に高齢者の孤立化に対して取り組みを行っている。現在、後期高齢者医療広域連合から提供があった被保険者のなかで、過去 12 ヶ月間の資格を有し、医療給付の実績がない者に対し年齢階層的に訪問活動を実施している。
- ・ 民生委員や在宅介護支援センター、包括支援センターとの連携による見守り訪問支援。
- ・ 消防署員と独居老人の個別訪問・基本チェックリストによる閉じこもり、うつ傾向の人の訪問。
- ・ 平成 21 年度に実施した「全高齢者実態把握調査」結果に基づき、地域包括支援センター職員が担当

地域における孤立化のリスクの高い高齢者を優先して実態把握訪問を行っている。

- ・ 民生委員による訪問や、老人クラブにお願いし、家庭訪問事業を行っている（家庭訪問事業は月 1 回）。
- ・ 友愛訪問（老人クラブへ委託）。

また、「介護予防」については、介護予防教室とあわせて、サロン事業や生きがい型デイサービスをあげる自治体もみられた。多くの自治体では、これらの事業を地区ごとに展開している。

また、一部の自治体においては、地域のボランティアがこれら事業の担い手として重要な役割を果たしているようである。

- ・ 地域における「サロン事業」への参加を促し、孤立や閉じこもりの予防を行っている。
- ・ 各地域にてサロン事業を展開している。
- ・ 介護予防目的で各自治体公民館等で生きがいサロンを開設している。
- ・ 地域のふれあいサロンの立ち上げの支援。
- ・ 地域でのサロン等の実施に対する支援等。
- ・ 憩いのサロンを開催。孤立、閉じこもり予防をするため独居老人等に案内をしている。
- ・ 介護予防教室・地区サロンへのよびかけ。
- ・ 地区毎に順次実施している各種介護予防教室の開催にあわせて、教室終了後も地域の自主的なサロンとして交流の場が継続できるように支援している。
- ・ ミニデイやサロン等の開催（社協や委託）、介護予防教室の開催等。
- ・ 今年度、高齢者サロンの立ち上げに向けて、大学と共同で 65 歳以上の方を対象に住民意向アンケートを実施。ボランティア希望の方を対象に講座を開催し、サロン立ち上げに向けた準備をしている。
- ・ 生きがい型デイサービス（生きがい活動支援通所事業）。
- ・ 要支援、要介護の認定を受けていない人を対象とした生きがいデイサービスの実施。
- ・ 介護予防を目的としたデイサービス・各種生きがい対策事業。
- ・ 生きがい活動支援通所事業（単独事業）：家に閉じこもりがちな高齢者・要援護状態になる恐れのある高齢者に対して、通所の施設において各種のサービスを提供する。利用回数：2 週間に 1 回。利用料：890 円／回（低所得者世帯 390 円）。
- ・ 生きがいデイサービス等への利用をすすめている。
- ・ デイサロン、お風呂の会、昼食会等々。
- ・ 閉じこもりを予防するミニデイサービス事業。
- ・ 各地域に出向いて運動教室等を実施し、参加してもらう事で外出する機会を増やし、他者との交流が出来るようにしている。
- ・ 生きがいデイサービス事業。

このほか、緊急通報システムや配食サービスを通じた安否確認などもあげられており、民間事業者との連携のもとサービス提供の中で安否確認を行ったり、外出困難者を対象とした支援バス等、交通手段を提供している自治体もみられる。

- ・ 緊急通報体制等整備事業、独居老人地域援護ヤクルト無料配布事業。
- ・ 配食を通じて安否確認を行う作業、緊急通報システム事業。
- ・ 緊急時に消防局に通報する緊急通報システム等、安全確認を定期的に行うツールサービスの運用等。
- ・ 高齢者外出支援バス。給食サービス、支援ドリームカー。
- ・ 配食サービス利用者の安否確認。

- ・ 高齢者見守り支援事業：70才以上のひとり暮らしの方に、週一回乳酸菌飲料を手渡している（ヤクルトレディ）。独居給食サービス：地区社協により、月一回弁当等を届ける。
- ・ 一人暮らし高齢者見守り事業（乳酸飲料の配布）。

## （５） 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に際して自治体が直面している課題

高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に際して直面している課題について具体的にあげてもらった。以下では、その中で主要な課題について示す。

### ① 高齢者本人からの支援拒否

高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に際して直面している課題として、最も多いのが高齢者本人からの支援拒否に関する内容であった。特に家族や親族と疎遠になっていたり、近隣とのつながりが希薄である場合には、介入や支援のみならず日常的な見守り体制の構築すら困難となることもあるようである。また、一部には、家族がいる場合でも、本人だけでなく家族からも支援を拒否されるケースもみられている。

- ・ 地域との接点や外出自体を拒否している高齢者をどうやって見つけだし、かかわりを持っていくか。
- ・ 情報が流動的であり、一人一人を管理する責任部所が無い。当事者が介入を拒否する。問題を問題としてとらえていない人への支援が困難。
- ・ 民生委員や地域包括支援センター職員が実態把握のため、訪問、電話連絡をするが、拒否されて支援ができないケースがある。
- ・ 介入を拒否される高齢者の対応、個人情報の取り扱い。
- ・ 高齢者本人が周囲との関わりを拒否している場合、対応策を実施するのが困難である。
- ・ 医療受診拒否など深刻なケースもあり、親族等ある場合は連携の上、ある程度強制的に対応する事も可能だが、無い場合は対応策が無い。
- ・ 高齢者が支援を拒否してしまうと、人権尊重の点からそれ以上の介入が困難。
- ・ 1人暮らしや高齢者世帯に対し災害時要援護者登録制度をすすめているが、拒否される方への対応、また近隣の見守り支援者になってくれる人がいない。
- ・ 見守りを拒否する人等への対応、個人情報の取り扱い。
- ・ 高齢者自身が関わりを拒否する。
- ・ 関係者が閉じこもりと考えても、本人が関わりを拒否される場合の対応方法、継続的支援が難しい。
- ・ リスクのある高齢者が、行政・近隣住民との関わり拒否・諸サービス利用拒否をしている。  
安否確認や緊急システム等を導入しても、24時間側にいる状況ではないため、発見できず、看取られないまま死に至ることが発生してしまう。
- ・ 独居であること、近隣とのつながり等が希薄であることなどを把握しても、他人の介入や支援を拒否する方が多い。
- ・ 本人が、支援・サービスを拒否する場合の介入。見守り体制が難しい。
- ・ 高齢者一人暮らしの生活保護受給者が、支援・サービス・医療機関の受診を拒否するケースがある。
- ・ 本当に見守りが必要な人が介護サービスを拒否するなどの第三者の介入を拒むケースがある。家族とも疎遠になっている場合、見守りが難しい。
- ・ 親族との関わりが少なく、支援を拒否する。
- ・ 民生委員から、日頃の活動や高齢者実態調査の際に拒否的な対応をする人が増えて困っているとの話が聞かれる。
- ・ 町内での介護予防教室や高齢者かつどうサロンに勧誘しても、参加を拒否される方がおり、社会生活

への関わりをもつことが難しい方がいる。

- ・ 高齢者自身が地域やサービス利用等を拒否することもある。経済的問題。
- ・ 家族や地域から孤立した高齢者本人が拒否した場合、立ち入ることが困難である。
- ・ 市の提供するサービス等の受給拒否がある場合に、状況の把握が難しい。
- ・ 地域で働きかけを行っても拒否する方がいるため、その方へいかにアプローチするか。
- ・ 当事者自身が介入されることを拒否する場合の対応。
- ・ 全数訪問を拒否されるケース対応に苦慮する。
- ・ 行政や民生委員が関係を持つとしても、かたくなに拒否をされる方にどうアプローチすればよいか  
が課題である。
- ・ 精神疾患がある場合の対応が困難・受け入れ拒否がある人の対応が困難。医療、介護保険を滞納して  
いるケースが多い。
- ・ 他人の支援を拒否する一人暮らし老人の対応に苦慮している。
- ・ 調査において、プライバシーの観点から調査を拒否する世帯がある。
- ・ 地域との関わりや介入を拒否し、孤立している方の支援の難しさを感じている。
- ・ サービスの受け入れ拒否者に対する対応が困難。
- ・ 見守り等の支援を拒否する方の対応。地域包括支援センターが介入し支援を行っている。関係者への  
働きかけを行ったうえ、直接訪問ではないが、関係者から情報を入手し、見守りを行っている。
- ・ 介護サービス等の関わりを拒否する高齢者、家族への対応。
- ・ 「地域ネットワーク推進事業」により、独居老人宅を月 2 回訪問し、状況の把握に努めているが、  
中には把握調査自体を拒否する方もいるため、苦慮しているところがある。
- ・ 行政職員（社会福祉士、保健師等）や、民生委員による訪問を拒否される方への介入方法。
- ・ 拒否的な高齢者に対する介入等。
- ・ 地域の民生委員や自治会に協力をお願いしているが、関わりを拒否される方（自治会等に入らない等）  
の見守りが困難。
- ・ 閉じこもり傾向の方に介護予防教室等勧奨しても拒否する、あるいは隣近所との付き合いが全く無い  
場合の支援。
- ・ 民生委員や地域住民とも交流がなく、情報を把握しにくい高齢者の把握方法。同居家族の訪問拒否。
- ・ 地域や包括センター、行政との関わりを拒否する高齢者に対し、踏み込んだ介入ができない。親族  
連絡先を教えたがらず、緊急時対応の協力者が探せない。
- ・ サービス利用を拒否する高齢者が多くなってきている。
- ・ 市では予防・解消を目的に事業を行っているが、拒否する高齢者がいる。
- ・ 各担当の持つ情報の中で、そのような事例が疑われる方がいた場合、様々な方面から支援をしていく  
ため訪問し、相談を行いたいが、「訪問を拒否する」「必要を感じない」と本人より拒絶される例が  
あり、それ以上踏み込んでいけないこと。
- ・ 支援が必要な高齢者自身及びその家族が、地域とのつながりや行政機関や関係機関の介入を拒否して  
いる事例についての介入の困難さ。
- ・ 訪問時に拒否があった場合の対応方法。情報収集においては、関係機関（特に警察）との連携が必要  
だが、連携するしくみ、法的根拠がない。
- ・ 本人が拒否する。親族調整が難しい。サービスを使わない。

## ② 地域や家族間のつながりの希薄化

支援する側である地域や家族間の関係性に関する困難さをあげる意見も次いで多い。地域コミュニティの希薄化に対する課題意識がある中で、高齢者の見守りネットワーク構築を契機としてコミュニティの再生をはかり、地域による見守りを機能させるためコミュニティ意識を醸成している地域もみられている。

一方で、中山間地域を中心として高齢化や過疎化も相俟って地域コミュニティそのものの機能が低下している中で、地域による見守りに限界を感じる地域や、一人暮らしの認知症高齢者の増加や市町村合併等を背景として、民生委員や行政の負担の高まりを指摘する声もあげられている。

- ・ 地方の市なので、地域的なつながりは都市と比べればある方だと思う。しかし、核家族化が進むにつれ、地域のつながりが希薄になるおそれはある。
- ・ 地域コミュニティの希薄化を解消していく1つの方法として、地域による見守り体制づくりを構築中である。より多くの方に見守り体制を理解していただくが課題である。関係部署との連携強化。
- ・ 家族・親族の関係が希薄になり、養護老人ホーム等の措置する場合の身元引受け人、及び措置者が死亡した時の引取り者の問題が増加している。
- ・ 地域（近隣）や親せき関係とのつきあいが希薄化してきていること。民生委員のなり手も少なくなり、行政に負わされる責任が大きくなっていること。
- ・ 〈高齢者見守りネットワークシステムの構築〉当市においても高齢化が進み、高齢者のみ世帯の増加、また地域のコミュニティ意義の希薄化などの社会背景がある。そのような状況の中で、高齢者の孤立を防止し、または当該高齢者の異変を早期に発見して必要な支援を行うために、地域住民や行政が連携できる仕組みづくりが必要。
- ・ 高齢化が進む中、集落全員が高齢者というところもあり、高齢者同士の見守りに限界がきているように感じる。
- ・ まだ大きな課題ではないが、高齢化が進み、人間関係が希薄化しているので、（高齢者の孤立化や閉じこもりは）ごく普通のことになっていくのではないだろうか。身内がいても孤立するお年寄りも多い。行政の対応だけでは力不足であり、日本人の家族観や道徳意識などを国民レベルで見直す時期ではないか。
- ・ 市町村合併により、広大な面積となった。職員や専門職が少なくなる中で、山間地が急激に高齢化している。今後、地域による見守りが重要になる中、コミュニティ自体も高齢化過疎化している。対象者が増大する中、包括支援センターもうまく機能していない。
- ・ 現在は高齢化率18.8%であるが、今後全国よりも若干早いペースで高齢化率が進むと予測され、また、人口の流出も激しく、都市型で地域のつながりが希薄、目立った地域コミュニティのシステムがないといった地域特性があり、高齢者の孤立や閉じこもり予防、見守り体制の整備が課題となっている。
- ・ 集合住宅や振興住宅地などで隣近所との関係が希薄化していることと、認知症高齢者の一人ぐらしが増えており、見守りの対象者が増えつつある。
- ・ 家族関係の希薄化による調整の困難さ。
- ・ 調査に関し、民生委員にかかる負担が大きいことや、見落としなどがあること、地域関係の希薄さから予防的な地域からの通報等が少ない。
- ・ コミュニティとしての機能自身崩壊して来ている。
- ・ 地域での人と人とのつながりの希薄化。孤立、閉じこもり傾向にある方の把握。介護サービスの利用への結びつけが困難。

### ③ 個人情報保護との兼合い

直面している課題としては、そのほか、個人情報保護の観点からの困難さもあげられている。

他の地域に比べ、コミュニティが機能している地域であっても、個人情報保護との関係で見守りが必要な高齢者の情報を地域に提供できないことや、プライバシーへの配慮、セキュリティの高いマンションに居住している高齢者の実態把握が困難、民生委員や関係機関との情報連携のための本人同意がとれないなど、法的な制約や、プライバシーに関する高齢者の意識、居宅のセキュリティなどが指摘されている。

- ・ 個人情報保護により、地域に孤立高齢者の情報を出せない。
- ・ 大規模な市であり、高齢者といえども転出入がある都市部。候補となる高齢者の情報を民生委員等に提供しなければ効率的な把握ができないと考えるが、現在の個人情報の条例では本人同意が前提と解釈されており、情報提供が困難な状況である。
- ・ 個人情報保護法との関係により、本人との接触が難しい場合がある。
- ・ 民生委員が実態を把握しているが、守秘義務や個人情報保護法との関係で情報の共有化が困難であるため、民生委員のみの対応が厳しくなっている。
- ・ 地域住民や事業者、関係機関と連携して取り組む上で、個人情報保護との関係や、マンションのセキュリティ（マンション居住者が8割を超えている）の問題などがある。
- ・ 個人情報保護の問題で、本人の了解がないと、市から町内会へ、対象者名簿が出せない。
- ・ プライバシーの問題や、セキュリティの高いマンション等に居住している高齢者が増加していることから実態把握が困難な状況になっている。また、孤立死の件数を把握しようとしても、警察等、個人情報保護法に抵触するという理由で情報提供をしてもらえない。法的整備が必要であると思う。
- ・ 個人情報保護法により、市が民生委員等にも情報を提供するのに制限があり、どこまで開示すべきか課題となっている。
- ・ 把握した孤立している高齢者の関係機関との情報共有について（個人情報保護の問題）。
- ・ 個人情報の関係により、見守りネットワークがつくりにくい。
- ・ 関係者、機関等と協力して、一歩踏み込んだ情報収集、調査を進める場合、個人のプライバシーに立ち入る事が多くなり、それと同時に個人情報保護法が足かせとなっている。
- ・ マンションなどオートロックの自宅が増えており、把握が難しくなっている。
- ・ 個人情報保護法との関係で、情報の共有化、支援の体制づくりに困難さを感じている。

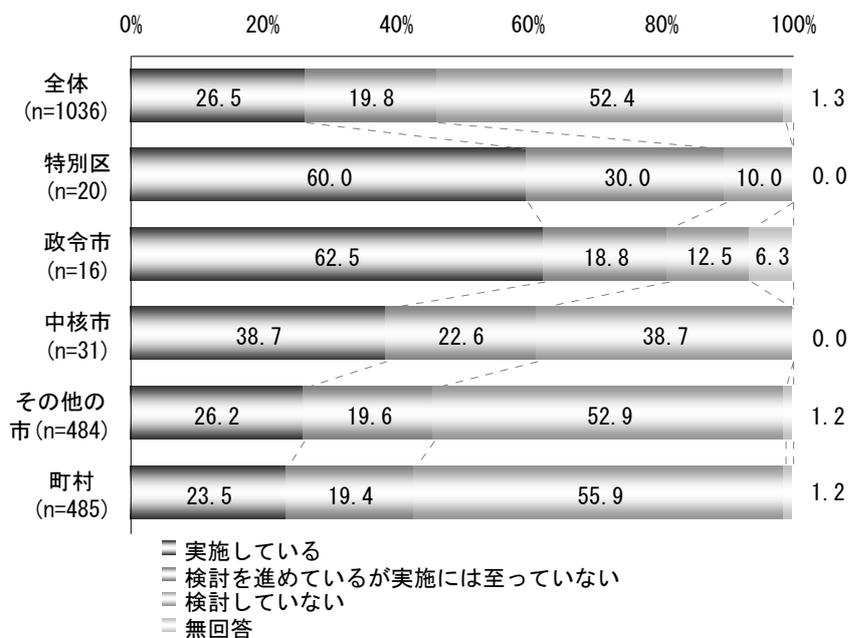
## 5 | 高齢者の孤立死に対する直接的な対応策

### (1) 実施検討状況

高齢者の孤立死の現状に対する直接的な対応策の実施・検討状況について尋ねたところ、全体では、「検討していない」が52.4%と半数以上を占めている。実施・検討の程度については、「実施している」が26.5%と、「検討を進めているが実施には至っていない」(19.8%)よりもやや多くなっている。

都市規模別にみると、「実施している」は都市規模が大きいほど高く、特別区、政令市では6割を超えて顕著に高くなっている。

図表 16 直接的な対応策の実施・検討状況

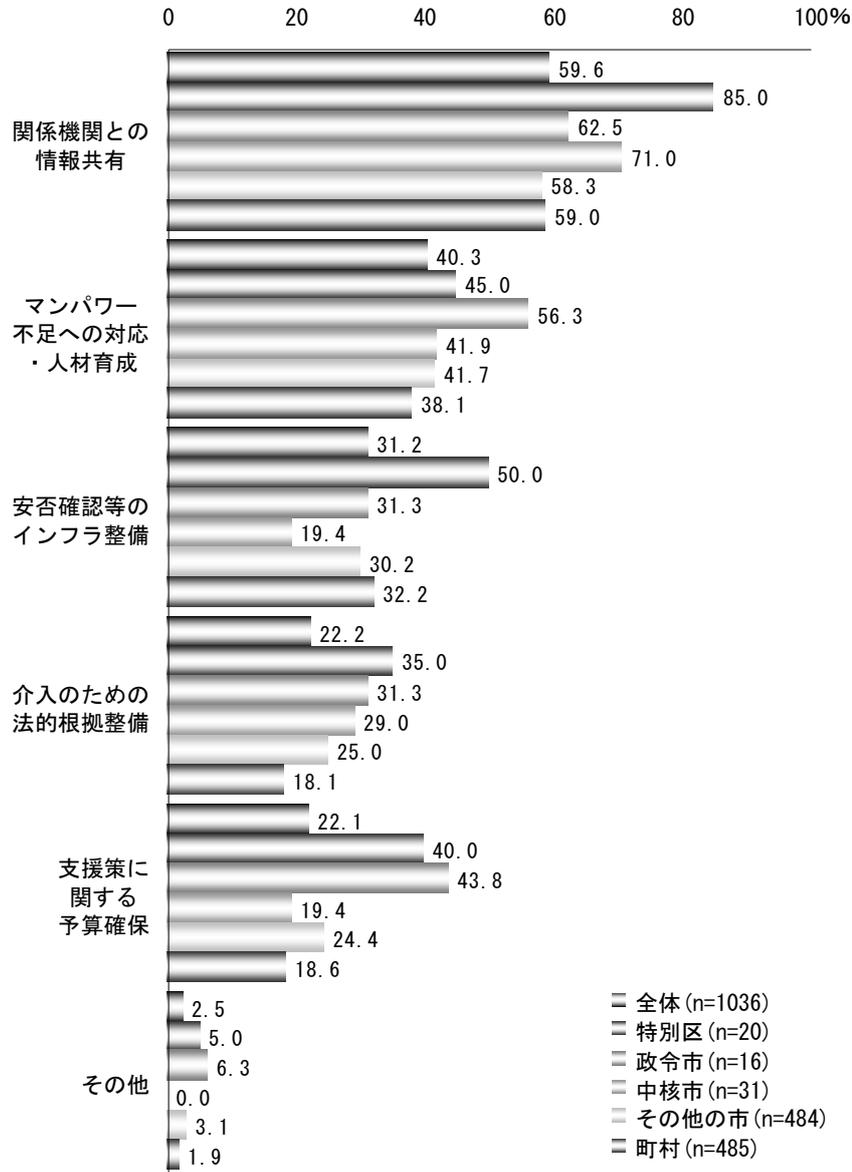


## (2) 必要度の高い取り組み上の課題・問題点

対応策への取り組み上の課題や問題点として、特に優先的に取り組む必要度の高い課題を尋ねたところ、全体では「関係機関との情報共有」が59.6%で最も多く、「マンパワー不足への対応・人材育成」(40.3%)、「安否確認等のインフラ整備」(31.2%)と続いている。

都市規模別にみると、特別区で「関係機関との情報共有」が、政令市で「支援策に関する予算確保」が、その他の市で「介入のための法的根拠整備」が、それぞれ高くなっている。

図表 17 必要度の高い取り組み上の課題・問題点



# 第6章

## 自治体における課題と対応

～自治体ヒアリング調査（訪問調査）から～

### 1—はじめに

本調査研究では、孤立死やセルフ・ネグレクト状態にある高齢者等の実態把握、およびセルフ・ネグレクトから孤立死に至るリスクと自治体の支援状況に着眼しながら、アンケート調査および自治体ヒアリング調査（訪問調査）を実施した。

セルフ・ネグレクトや孤立状態の高齢者に関わる支援では、関係者等が処遇困難と捉えている場合が多く、訪問調査を実施した自治体全般においても、個別のケースに試行錯誤を重ねながら対応している状況となっていた。しかし、何れの自治体でも、「セルフ・ネグレクト」「孤立した生活」「孤立死」といった事象を特定の人の個別の問題や高齢者特有の課題として捉えるのではなく、時代や世情を反映した社会の問題として捉え、早期支援につなげる課題の掘り起こしなどを積極的に推進していこうとする共通の姿勢を確認することができた。また、こうした課題意識は、具体的な支援につなげていくためのしくみやネットワークづくり、ひいては自治体内部の組織改革に至るまで、様々な形での対応策へと発展している。

以下では、訪問調査結果を踏まえて、内実を伴う効果的な体制やしくみづくりにむけて、訪問調査を通じて得られた対応策や工夫点などの情報を、自治体が直面している課題に照らしながら整理する。

なお、自治体が直面している課題は、5章において詳述した自治体アンケート調査結果に基づいて整理した。また文中に「自治体の取組み状況をみると」と表記がある箇所は、訪問調査の情報に基づいた内容を示している。

## 2— 自治体組織の再構築と支援体制の強化

### [直面する課題]

#### ① 自治体組織の再構築

一人ひとりの困りごとは、重層的・複合的な対応が必要なケースも多いが、自治体組織の縦割り構造が障壁となり、スムーズな支援・解決策につながり難い。

#### ② 専門職の配置・連携体制

セルフ・ネグレクトや孤立に関わるケースでは、本人からの「拒否」「拒絶」が支援策の大きな妨げとなり、医療や介護、ソーシャルワークに精通した専門職の対応が求められる。

#### ③ 専門家の活用・連携体制

重層的・複合的な対応が必要となるケースなどでは、権利擁護や医療的知識、法・制度等に精通した専門家（弁護士、医師、看護師・・・等）の情報提供やアドバイスが欠かせない。

#### ④ ニーズの掘り起こし

対応の難易度が高い人ほど地域の中で孤立しているケースが多く、セーフティネットの網の目からこぼれ落ち、ニーズが表出され難い。

訪問調査の対象となった自治体に共通する課題意識としては、縦割り組織の弊害に関することや、専門職や専門家との連携体制・ネットワークづくりに関する課題意識があげられる。支援のニーズが高い高齢者の困りごとは、医療、福祉、生活保護、権利擁護などの複数の分野にまたがり、これらの課題が複雑に絡み合っている場合も多い。こうした状況を踏まえた対応策では、福祉に関連する複数部門の横のつながりを強化したり、一体的な支援を可能にするための組織のあり方が見直されたりしている。以下では、一人ひとりの困りごとを包括的に支えていくための、自治体組織の再構築に関する取り組みを確認する。

### 1 | 相談窓口の一元化と組織の再編成

困りごとを自治体組織の担当ごとに切り分けて相談しなければならなかった従来の体制を改め、総合相談窓口に一本化する自治体が増えている。訪問調査先の自治体では、福祉に関連する窓口を一本化し、困りごとに応じて、その都度複数部門の担当者が連携するしくみをつくっていたり、複数に分かれていた組織（年金、医療、介護、生活保護、地域包括支援センター等）を福祉総合相談課などの名称で統合し、一体的に運営していたりする事例もある。こうした組織の再構築によって、住民の困りごとを組織の機能ごとに切り分けて対応する方法から、組織の壁を越えた包括的な対応へと、支援の質そのものを変化させる効果につながっている。

#### [事例・意見]

- 福祉総合相談窓口は、住民の困りごとに関する相談窓口を一元化し、その人に必要な支援に応じて担当部課が対応するしくみとなっている。相談者の困りごとの内容に応じて、役所内の複数の組織が連携し対応している。
- 制度の隙間を埋めるしくみや縦割り行政の弊害をなくすための組織再編に取り組んでいる。こうした取り組みは、一人ひとりの住民を「生涯を通じて支援できるしくみづくり」の第一歩と考えており、平成20年度より福祉に関連する相談窓口を一本化した。
- 個別の案件を複数の部課で連携しながら解決策に結び付けていくためには、役所内組織の連携力を一層強めていくことが求められる。このため、福祉に関連する各部課に「トータルサポート推進担当（計20名以上）」を配置し、各々の知識を活かした対応策を講じている。

- 2006年の地域包括支援センターの設置に伴い、福祉総合相談課と地域包括支援センター、および生活保護担当を1箇所を集約するなどの組織の基盤に関わる再編成が行われた。

## 2 | 地域ニーズに直結するブランチ組織

地域に埋もれているきめ細かいニーズの把握や情報収集、見守り支援などを実践していくためには、自治体内部の組織と地域をつなぐブランチ組織を整えていくことが有効である。

自治体の取組み状況を見ると、地域包括支援センターや地区社会福祉協議会がこれに位置づけられるが、基幹型の地域包括支援センターが1つしかない地域などでは、これに変わる独自の組織を立ち上げたり、民生委員やボランティア組織との強固な連携体制、自治会・老人会などとの良好な関係構築などにより、何らかの形で地域と自治体をつなぐパイプ機能を整えている。こうしたブランチ機能を活用することで、生活レベルの様々な支援ニーズを吸い上げたり、重篤なケースをセンター組織につないでいったりすることをスムーズにしている。

### [事例・意見]

- 基幹型地域包括支援センターと地域をつなぐパイプ役として、8か所の地域型支援センターを開設。地域型支援センターは、包括支援センターのブランチ機能を担うが、予防プランなどの業務は行わない。各々の地域の介護事業者などへの委託で運営しており、それぞれに相談員を配置している。相談員は、民生委員などと個別訪問も行いながら、気になる高齢者の相談ごとの把握や個々のケースに応じた支援策を講じていく。
- セルフ・ネグレクトに関する事例を「支援困難事例」に位置づけ、在宅介護支援センターや地域包括支援センターで対応している。特に重篤なケースは、介護予防推進室が関わりながら、三層構造で支援策を講じている。膨大な数の相談が自治体に寄せられており、支援困難の事例は常に抱えている状態だが、セルフ・ネグレクトが課題となって措置入所をするケースはあまりない。

## 3 | 専門職・専門家等の活用・ネットワーク化

セルフ・ネグレクトや孤立に関わるケースでは、本人からの「拒否」「拒絶」が支援策の大きな妨げとなっている。拒否が起こる理由は、本人の心身状態、疾病、人間関係などの複雑な要素が絡み合っており、表面上の欲求(デマンド)とは裏腹の真のニーズを専門職により見極めていくことが重要である。また、こうしたケースでは、認知症や身体疾患などを患っている場合も少なくなく、医療職に連携したり、ソーシャルワーカーなどによる助言を得たりすることは有効な支援策となる。

本人が声に出すことができない「真のニーズ」を見極めていくために、高齢者福祉部門や地域包括支援センターに専門職を配置しているケースも多く、掘り起こされた困難ケースを迅速にケース検討会議にかけ、支援に結び付ける取組みも確認された。しかし、専門職の手厚い配置に関しては人件費コストの増加を伴うことから、各自治体の足並みを揃えることは難しい面もある。こうした対応を既に進めている自治体では、専門職の活用が早期支援につながり、費用の抑制効果が期待できるとの意識が高く、一般財源からの拠出なども積極的に進めている状況がみられた。

また、個別の対応困難なケースや重層的・複合的な対応が必要なケースなどでは、権利擁護や医療的知識、法・制度等に精通した専門家(弁護士、医師、看護師…等)の情報提供やアドバイスが欠かせず、多岐に渡る知識と支援力が求められることとなる。特に、セルフ・ネグレクト状態にある人などは、事象の背景に認知症や精神疾患の影響が強いことも多く、医療との連携や法的な知識・解釈などが必要になりがちである。本人の困りごとを解決していくためには、各分野の専門家が柔軟かつ迅速に集結し、ケース会議を開催したり、情報連携したりできるシステムづくりが重要である。自治体の取組み状況を

みると、弁護士や医療職、ソーシャルワーカーなどの専門家によるネットワーク化が図られ、即応力を持った支援体制がつくられている地域もある。

#### [事例・意見]

- 精神疾患や認知症の症状がある人はアセスメントが難しく、苦慮することが多い。こうしたケースでは、内科・精神科などの医師の診たてやサポートの必要性が高くなるが、特に、精神科などの医療連携が必要な場合でも、往診してもらうことが難しく、病院に連れて行けないという問題が大きい。
- 当自治体では、今後、専門職の配置を運用上の指針にしっかりと位置づけ、積極的な人材確保に取り組んでいくことが重要だと認識している。高齢者虐待や、セルフ・ネグレクトの事例などは、援助者の専門性が不可欠である。
- 専門職が必要だからといって、資格が優先されるべき話ではない。管理職も含めて、自治体職員の人材育成のあり方を考えていく必要があるのではないか。
- 専門職の登用における財源確保が大きな課題となっている。現状では、活動への理解を得られそうなネットワークの基盤をつくりつつ、並行して、財源の捻出方法を考えるにとどまっている。
- 当自治体では、コミュニティー・ソーシャルワーカーを14名配置し、制度の狭間にいる人の生活支援や、地域住民から苦情が寄せられる高齢者への対応などを、年間2,500件以上処理している。

## 4 | 地域資源の活用とネットワーク化

自治体内組織の再構築とともに重視されてきているのが、外部組織・団体等との連携力強化である。自治体の取組み状況をみると、社会福祉協議会、警察、NPO、介護サービス事業者、住宅管理組合や公社、民間企業などとの関係を緊密にし、支援を必要としている人の情報を専門職につないだり、見守り役としての機能を果たしてもらったりといった、地域資源をつなぐネットワーク化の動きが高まっている。特に、高齢化が進む集合住宅等では、住宅管理組合や公社等がその業務の範疇を超えて、安否確認活動やコミュニティー活動に取り組んでいた事例もある。

訪問調査の中で都市部に多かったのは、自治体とNPO法人との連携（委託契約関係）による地域住民への啓発活動や見守り支援などの取組みである。対象者が多い都市部では、NPOが有する地域福祉のノウハウを活かして施策やシステムづくりを考えていくことも有効であると考えられる。

さらに、外部資源の有効活用として考えられるのがボランティアの存在である。地域には、福祉に関心を寄せ、ボランティア活動や地域貢献で活躍したいとの意欲を持つ人が多くいる。ボランティア人材を地域支援体制の中にどう位置づけていくか、どう育成していくかは、今後、地域のセーフティーネットを構築していく上での重要な視点になると考えられる。

#### [事例・意見]

- 民生委員や地域の見守り推進員などの活動の隙間を埋める意味で、新聞配達、宅配事業者などが日常業務の中で高齢者の自宅を訪問する際、いつもとは違う様子や異変を、見守りネットワークにつないでもらうよう働きかけている。
- 自治体との協力関係でコミュニティーづくりに取り組んでいるNPOは、地域住民からの相談業務、出前講座などの啓発活動、リーフレットの発行、シンポジウムの開催、マンションなどでの高齢者見守り活動の支援などに取り組んでいる。

- 高齢化が進む団地の管理センターは、通常業務に加えて、高齢の住人からの様々な相談に応じている。ゴミ屋敷化する住人問題や孤立死の事例もたびたび発生しており、自治会や行政職員とともに、課題の掘り起こしや対応策に取り組んでいる。
- 民間事業者や商店等に対して、高齢者の見守り支援に関する協力を呼びかけ、合同の会議を開催したりしている。最近では、CSRに積極的に取り組んでいる企業もあるので、この動きとうまく連動していくことを考えている。
- 多職種連携に力を入れており、特に、警察とのやりとりは頻繁に行っている。警察からも、虐待に関連する相談ごとが入った場合は必ず連携されてくる。また、徘徊高齢者の捜索事業などのやりとりを通じて、顔の見える関係づくりができています。

### 3——個別ニーズの掘り起こし

#### [直面する課題]

#### ⑤ ニーズ把握における困難

本当に支援が必要な人ほど、「支援を求めない」「支援の求め方が分からない」などの傾向が強く、ニーズのある高齢者の掘り起こしが難しい。

#### ⑥ 個人情報保護・プライバシーの尊重による弊害

個人情報保護法の施行をきっかけに、プライバシーの保護に関する住民意識の高まり、民生委員等への住民情報提供の困難、団体間の情報連携の困難などの課題が生じている。

地域支援体制のしくみづくりでは、支援を求めている高齢者の存在自体に気づけないという課題がある。その理由としては、「本人が公的支援を拒否している」ケースや、「支援の求め方が分からない」、「自分自身の困難を認識できない」などの状況が考えられる。

また、近隣住民の関係性が薄れている地域や、マンションなどのプライバシーが尊重された環境を選んで暮している人は、地域住民同士の相互関係がないまま無関心で暮している傾向もあり、重篤な状態になるまで誰にも気づかれない状況に陥りやすい。

このように、何れの自治体にも共通するのは、個別ニーズの掘り起こし方に関する課題であり、支援の網からこぼれ落ちる高齢者をどうやって救い上げるのかが取り組みの焦点となっている。

#### 1 | 民間事業者等を活用した課題の掘り起こし

地域住民の困りごとの把握や情報収集では、民間事業者との協力関係を築いて、地域の異変を専門職につなげている自治体も多い。例えば、新聞配達や宅配業者が自宅を訪問した際の気づきや、地元の商業施設、銀行、郵便局、飲食店などの業者による気づきなど、本人の状態変化をいち早く支援につなげる貴重な情報源として活用している。

こうした地域の企業・事業者等の支援力は、課題の掘り起こし時だけでなく、掘り起こされた後に、地域ぐるみの見守り支援体制として活かしていくことも可能である。こうした自治体と民間事業者とのネットワークは、自治体職員が一軒一軒の企業を回り、見守り支援の必要性や地域づくりの大切さを伝えていく、地道な努力によりつくられている。

#### [事例・意見]

- 公共機関や企業などとの連携によって、支援が必要な人の掘り起こしに取り組んでいる。特に、電気関連の企業による情報連携は貴重な情報となり、毎月の検針時に住人の異変に気付いたときなどは、本社を通じて地域包括支援センターにつながれるしくみになっている。

- 銀行からの情報も貴重であり、日に何度も「通帳を無くした」と通ってくる人の情報が寄せられ、支援や見守りに結びついた事例もある。

## 2 | コミュニティー活動を通じた課題の掘り起こし

地域の高齢者が気軽に集まれる寄り合い所やサロンづくりなどは、どこの地域でも積極的に取組まれるようになってきている。しかし、個別ニーズの掘り起こしという側面からみると、こうした場所に参加して来る高齢者よりも、参加して来ない高齢者の方に課題や困難が存在しているケースも少なくない。

ある自治体では、コミュニティー活動のもう1つの目的に、そこに集まる地域住民から『気になる高齢者の情報を集めること』を明確に位置づけ、地域活動に参加して来る人との関係づくりや啓発活動を通じて、引きこもりがちな高齢者支援につなげる取組みを行っていた。情報さえあれば、個別訪問などの見守り支援につなげていくことが容易だからである。また、こうした活動を通じて、地域住民自身に意識変革が現れてくるとの話も聞かれた。

コミュニティー活動には、自治体職員、地域包括支援センターの看護職、社会福祉協議会の職員など、街の様々な専門職が集い、参会者へのタイムリーな情報提供を行うとともに、健康管理、心身状態の変化などを見守っている。

### [事例・意見]

- 75歳以上の一人暮らし高齢者の自宅に、自治体独自の情報誌を手渡ししている（月2回）。既存のサービスでは目が届かなかった高齢者の安否確認および見守りを行い、孤立死予防に努めている。配布に際しては、シルバー人材センター、NPOなどへの委託や、社協の見守り協力員などの協力を得ている。
- 地域の力を使って掘り起こされたニーズの内容をみると、従来は、『わざわざ相談に行くほどのことではない』と我慢していた困りごとが、具体的に見えてくるようになった。こうした小さな困りごとは、積み重なっていくと大きな困りごとへと膨らんでいき、支援が困難な状態につながることもある。
- 社協が取り組んでいる「ちょこっと困りごとサービス（自治体からの委託事業）」は、『電球の交換』、『高い所にあるものを取ってもらう』、『エアコンの上部の掃除』など、日常の中で起こりがちな小さな支援ニーズに対応するサービスである。こうした活動は、高齢者の暮らしぶりを直接見ることができたり、小さな困りごとを蓄積させない、あるいは、いざというときに助けを呼べる関係づくりなどに効果がある。

## 3 | 地域支援マップづくり・見守りネットの構築など

個別ニーズの掘り起こしにおける自治体の取り組みでは、自治体職員と社会福祉協議会の連携のもと、個々の自治体に働きかけながら、一人暮らし高齢者や支援ニーズの高い住民を対象に「地域支援マップ（支えあいマップ）」を作成し、住民同士の支え合い方を検討したり、見守り活動に活かしたりする事例もある。

セルフ・ネグレクトや孤立状態にある人の初期段階は、「ゴミ出しが困難になる」「買い物に出るのがおっくうになる」「最近姿を見ない」など、本人の異変を察知できるなんらかのシグナルが必ず発信されている。地域支援マップづくりは、近隣住民の安否確認をスムーズにするとともに、地域の中のリスクが高い高齢者を、地域住民の目で緩やかに見守っていくための地図だと捉えることができる。

一方で、安否確認や見守り支援ネットワークなどを推進しようとしても、高齢者が自らネットワークへの登録に手を上げるケースは意外に少ない実情もある。こうした状況を踏まえて、訪問先自治体の中

には、アンケート調査に「見守りネット」などへの登録に関する意向確認の項目を盛り込み、高齢者が調査に回答する形でネットワーク参加を呼びかけることで、徐々に登録者を増やしているところもある。

高齢者の見守りネットワーク構築などの取組みは、いずれの自治体も積極的な取り組みがみられるが、重要なのは、そのシステムやネットワークが高齢者ニーズを確実に掘り起こせるものか否かという点であろう。訪問調査では、事業の目的やねらいや取り組みの意義を地域住民にしっかりと伝え、住民参加型のシステムをつくっていくことが最も重要であるとの認識が確認できた。

#### [事例・意見]

- 一人暮らし高齢者を対象にした、支えあいマップづくりに取り組んでいる。地域住民との関わりが少なくなっている人も、なんらかの関係性が必ずあるはずである。集めた情報をマップに落としこみながら、周辺の住民やボランティア等が外から見守れる体制を整えている。
- 災害時の支援体制を考えていく上では、個人情報に配慮しつつ、地域の見守り支援マップが必要とすることで、取り組んできた。当初、対象者として手をあげる人は少なかったが、アンケート調査などで意向確認をするうちに、積極的に支援を求める住民が増えてきた。
- 1人暮らしの高齢者の様子は、周囲の人がそれなりに意識しているが、子供と暮している高齢者の状態は、意外と見過ごされがちな面がある。世間の眼が、『同居しているから心配ない』と思い込んでしまう傾向にあるためだが、中には、高齢者虐待に類する重篤な状況につながりかねないケースもある。

## 4 | 民生委員の活躍と個人情報保護・プライバシーの尊重による弊害

住民への個別訪問による情報収集では、従来から取組まれている民生委員の活動が一般的である。民生委員は、民生委員法（昭和23年法律第198号）に基づき、地域住民の立場で相談に応じ、必要な援助を行う民間の奉仕者として位置づけられる。具体的な職務は、①住民の生活状態の把握、②援助を必要とする人の能力に応じて自立した日常生活を営めるよう、生活に関する相談に応じ、助言や援助を行う、③援助を必要とする人が福祉サービスを適切に利用するための情報提供や援助など、④社会福祉を目的とする事業を経営する者又は社会福祉に関する活動を行う者と密接に連携し、その事業又は活動を支援すること、などとなっており、その役割は幼児虐待から高齢者安否確認まで幅広い。

職務の多様化と求められる能力の高さなどから、この役割を担う人材不足は深刻化しつつあるが、自治体によっては、この民生委員を地域の見守り推進役に位置づけ、高齢者福祉や認知症サポーター養成研修などへの参加を促しつつ、地域住民の情報収集役として強固な連携体制を築いている。

一方、個人情報保護法の施行などがきっかけとなり、プライバシーの保護に関する住民意識の高まり、民生委員等への住人情報提供の困難、事業者・団体間の情報連携の困難などの課題も生じてきている。個別の課題解決に向けては、多職種協働や複数の組織・事業者間の情報連携が欠かせない。しかし、個人情報保護の観点からみると、高齢者情報を異なる団体で共有することは難しく、福祉の側面から個人情報管理のルールづくりを考えていく必要がある。

こうした課題に対する自治体の対応はそれぞれ異なる取り扱いがみられ、緊急度や対象者の状態に応じて、独自のルールづくりが行われているケースもある。また、民生委員への対象者名簿の提供についても、個々に取り扱いは異なっている。

#### [事例・意見]

- プライバシーに関わる介入について、自治体は二の足を踏む状況になりがち。こうした場合の法的な裏づけがあると、踏み込んだ対応がしやすくなる。

- 訪問を拒否する方に対して、外側から見守りができる体制を整えたり、オートロックマンションなどの管理組合との連携を深めている。
- 都市部では、比較的匿名性を求めている人が多い。その人たちの価値観を侵すことなく、いかに孤立死を防いでいくかがこれからの課題として認識している。
- 個人情報保護に絡んで、民生委員に地域住民の情報が伝わらない地域も少なくない。個人情報保護法の壁に加えて、近隣住民同士が、プライバシーに触れることには関わりたくないという風潮が強くなっている。

#### 4— 処遇困難者へのアプローチ

##### [直面する課題]

- ⑦ 支援拒否の強い人への対応  
セルフ・ネグレクトや孤立などの課題を抱えている人ほど、支援拒否が多く介入が難しい。
- ⑧ 課題の認識がない人への対応  
長年の不衛生、不摂生、栄養不良などの状態に慣れきってしまい、自分の問題を問題と認識できない人への介入が困難である。
- ⑨ キーパーソンの不在  
セルフ・ネグレクトや孤立などの課題を抱えている人は、医療ニーズが高い場合も多く、その後の対応策における相談や意思決定の際、キーパーソンとなる家族などの存在が不可欠になる。

自治体が直面している課題として最も多くあげられたのが、「本人の支援拒否」の課題である。近隣住民、民生委員などが、本人の立ち行かない状況や困難に気づいて行政に連絡しても、対象者自身が、問題を問題だと認識していなかったり、他者との関わりを強く拒否していたりすると、行政からの一歩踏み込んだ支援が難しくなったり、本人と会うこともままならない状態に陥りがちである。特にセルフ・ネグレクト状態にある人は、外部からの支援に対する拒否が起りやすい傾向がみられる。

#### 1 | 関係づくりと継続的な関わりに向けた地道な対応

客観的にみると、公的な支援や外部からの見守りが不可欠と思われるケースでも、最初のアプローチで関係づくりに失敗してしまうと、その後の介入が困難となり、継続的な支援に結びつけることが難しくなる。このような場合の対応方法では、まず、対人援助において高い技術を持つ専門職を登用し、本人との関係を地道に築いていくことを重視している自治体が多い。地道に訪問を続けていくことで、最初は玄関に近づくことができないケースでも、少しずつ顔馴染みの関係になり、徐々にコミュニケーションが取れるようになるとのことで、本人との関係性が深まるにつれ、何らかの支援に結びつけることができるようである。セルフ・ネグレクトおよび高齢者の孤立予防になどにおいては、根気強い対応こそが解決の秘訣と捉えることができる。

無理に介入を急ぐことなく、家族関係を確認した上で、本人を取巻く地域の関係者（近隣住民、新聞配達、銀行、商店等の日常生活に関わる人間）との連携力を強めたり、情報収集のネットワークをつくらせたりしながら、個別の支援チームを結成して見守り支援を行っている事例も少なくない。

##### [事例・意見]

- 高齢者を狙った犯罪が増加する中、支援者が自宅を訪ねても信頼してもらうことが難しくなっている。在宅支援センターや地域包括支援センターでは踏み込めないようなケースでは、自治体職員が同行するのも方策の1つとして有効である。

- セルフ・ネグレクト状態の人のケースでは、ほとんどの場合本人に会うことが難しく、サービスにつなげていきにくいのは確かである。その多くは、経済的な理由であったり、長年の暮らし方として慢性化していたりするため、本人自身はそれほど困難を感じていないことが多い。支援にあたっては、一つひとつの小さなことを手伝いながら、関係性を深め、何らかのサービスにつないでいくことが重要。
- 郵便物がたまっていたり、ゴミが蓄積されている状態が発見された場合は、「役所からの郵便物が届いていますね」「ゴミ出しのお手伝いをしましょうか」と声をかけていくと、コミュニケーションがとりやすい。特に、「役所関係の手続きなどを手伝います」と申し出ると、拒否されることは意外に少ない。
- やっと地域に『踏み込んでいく』ことができるようになったところで、地域に眠っている問題の掘り起こしを手がけ始めたところである。これまで、異変に気づいて自宅を訪ねても、玄関より先には入れなかった人も、踏み込むことを根気強く続けることで、相談できる関係性が生まれている。

## 2 | 本人を中心にした支援者のチームづくり

『ゴミ屋敷』と言われるような状態に陥り、近隣からの苦情対象となるような事例では、たとえゴミを片付けられたとしても、その後の長期的な見守りが必要となる。

自治体の取り組み状況をみると、本人を外側から見守っていく（監視ではなく、見守っていく）ための地域住民等による協力関係を結んだり、地域の協力者に、本人支援の必要性や本人の状況・状態理解を促していく取り組みが行われていた。

### [事例・意見]

- ケースワークの中では、必ずと言っていいほど支援を拒否する人が出てくるが、一概にそれを否定することはできない。外から見守りながら、何らかの形で継続的な関わりを持っていくことが大切。
- 支援拒否のあるケースなどでは、本人との関係がある地域の人や新聞配達員、商店の人などに、さりげない日常の見守り役として協力関係を結び、変化が生じたときに、すぐに対応できるチーム連携をつくっている。

## 3 | キーパーソンとの連携

セルフ・ネグレクトや孤立などの課題を抱えている人は、医療や介護サービスなどに関するニーズが高い場合も多く、その後の対応策における相談や意思決定の際のキーパーソンの存在が重要となる。しかし、往々にして、家族との関係が崩れているケースが少なくなく、スムーズに支援につなげられない状況も課題視されている。

既に、本人と家族の人間関係が壊れているようなケースでも、家族が本人の心身状態を理解していなかったり、病気に対する誤解を持っていたりすることが原因となっている場合もあるので、本人の状態を客観的に説明し、理解を促していくような家族支援の視点を持つことが重要となる。

## 5— 地域啓発・コミュニティ活動の推進

### [直面する課題]

#### ⑩ 住民意識の変革と住民主体の地域づくり

集合住宅や新興住宅地などで近隣住民間の関係が希薄化している。

#### ⑪ リーダーシップを担える人材育成

リーダーシップを取る住民が高齢化している。

自治体の取組み状況をみると、これまで述べてきた地域支援体制の整備とともに地域住民への啓発活動やコミュニティづくりに力を注いでいる状況が確認できる。急速な高齢化が進む中、コミュニティづくりは、住民同士の交流機会の創出や地域活動の活性化、連携力の強化、ボランティア養成・活動支援など、高齢者が安心して暮らせる町づくりの重要な取組み課題として認識されている。

一方、核家族化が進み、お互いを干渉しないライフスタイルが定着しつつある今日では、地域住人の人間関係が希薄になり、すぐ近くに困窮している人がいても、それに気づくことなく日常をやり過ごしてしまう状況があることも否めない。

### 1 | 住民意識の変革と住民主体の地域づくり

地域支援体制やコミュニティづくりにおいては、住民の意見や要望を取り入れ、「住民主導型のしくみ・システム構築を目指すべき」との共通点を見出すことができる。こうした取組みにつなげていくためには、住民への啓発活動や住民同士の話し合いの機会を持つなど、長い時間をかけて住民意識の変革を促していく働きかけが重要であり、自治体は、しくみづくりのきっかけや、工夫すべき点に関する情報提供を行う後方支援に徹すべきとの考え方が示されている。

住民への意識調査結果をみると、ボランティア活動に興味を持っていたり、地域貢献に参加したいと思っていたりする人は少なくない。しかし、手伝いたい気持ちはあっても、「でしゃばってはいけない」「周囲の目が気になる」などの理由で、実際の活動につながっていない実情もみえてくる。何よりも、住民自身がコミュニティ再生の必要性に気づき、そのために自分は何が出来るかを考え、一人ひとりが主体的に関わっていきけるような土壌づくりから取組んでいくことが望まれる。

#### [事例・意見]

- 地域の課題を自治体に吸い上げるだけでは、地域住民の相互支援力を高めたり、意識を変えたりすることはできない。各々の住民が責任感を持って、地域の中で相互関係を築いてもらうためにも、課題の解決方法を地域の中に戻していく視点が重要ではないか。
- 『住民が自分たちでつくっていく』という意識や力を高めていけるよう支援することが目標である。『行政がやってあげる』では、住民の活力が低くなる一方であり、支えあいの環境を地域につくっていくことで、介護が必要になっても地域に暮し続けられるしくみを整えていきたい。
- 社会福祉協議会との連携により、自治会長、民生委員、母子愛育会、地域包括支援センター等との協力のもと、地域住民参加型の「支えあいミーティング」を開催。住民意識の啓発や相互関係の強化に働きかけている。
- 向こう三軒両隣活動の一環で、「地域の寄り合い処」づくりに取り組んでいる。地域の中で5人程度のグループ登録をすると、集まるごとに茶菓子代程度を支給するしくみで、運営は地区社協に委託している。現在80ヶ所以上のグループが活動しており、地域の高齢者が声をかけあいながら集える場所づくりに取り組んでいる。

- M団地は、高齢者が多い地域という観点から、お年寄りが安心して暮せる町づくりを最重点課題として取り組んできた。しかし、小学校の統廃合が表面化したことをきっかけに、地域に子供が少なくなった地域全体のアンバランスさに気づくようになった。高齢者にやさしい町づくりは、高齢者だけに焦点をあててつくっていても本質的な改善にはつながらず、子どもや若い世代と一緒に、活力ある町づくりを進めていくべきとの認識が強くなっている。
- 新興住宅地などでは、地域の中で異変が起ると、すぐに苦情として役所に通報する傾向がある。一方、古くから基盤がある地域ほど住民同士の関係は親密で、逆に『余計なことは言わない』気風が強くなっている。また、セルフ・ネグレクト状態の人などは、長い時間をかけて異変が起るため、周囲の人の『おかしい』と思う感覚が麻痺し、外部への情報提供が遅れてしまう面がある。

## 2 | リーダーシップを担える人材育成

高齢者の孤立などの課題に対応していくためには、人と人との関わりが不可欠であり、地域の中に気軽に集まれる寄合い所や地域のサロンを住民主導で作っていくことが重要になる。また、こうした高齢者の居場所づくりに欠かせないのが、地域住民の意識や行動を動かす原動力となるリーダーの存在である。自治会会長、サークル活動のリーダー層、ボランティア活動の担い手などを対象にしながら、コミュニティの活動を牽引していく人材育成は、自治体の後方支援における重要な役割と認識されている。一方で、リーダーシップをとる住民も高齢になるにつれ、その活動量は低下していくため、常に新たな人材育成に取り組んでいく努力が求められる。

### [事例・意見]

- 地域の中に小規模なグループを多数つくりつつ、そのグループリーダーを集めて定例会を実施することで、各々の意識を高めたり、情報交換を行っている。
- 認知症サポーター養成講座を担うキャラバンメイトに、継続的な研修を行いつつ、地域リーダーの役割を担ってもらう。

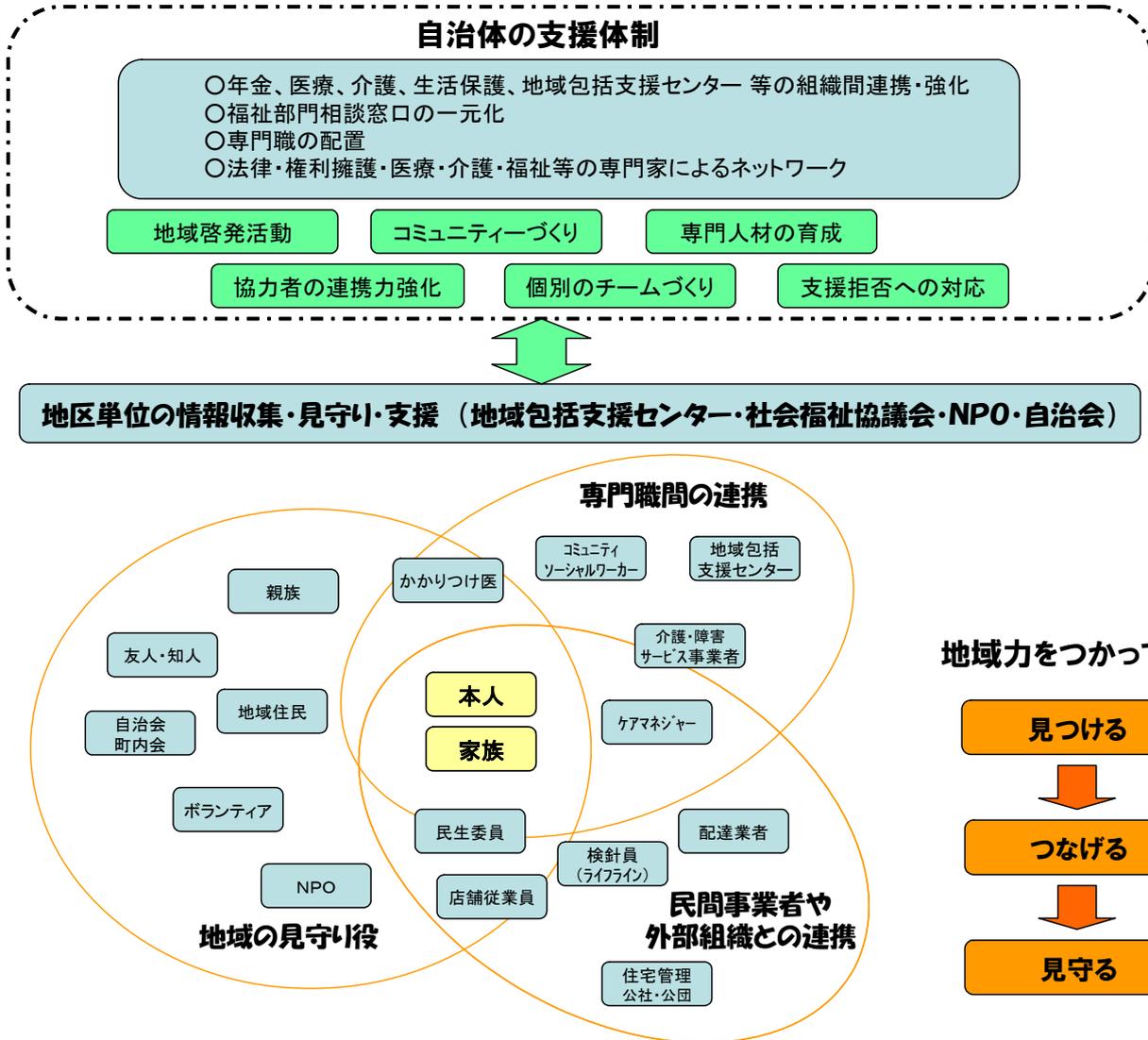
## 6—— 今後の取り組み課題

今回実施した自治体への訪問調査の結果を見る限り、セルフ・ネグレクトや孤立死に至る人は往々にして他者との関わりが少なく、意欲喪失や無気力の状態に陥っていたり、認知症や精神疾患の影響を受けている場合が少なくない。また、重篤な状況に陥るまでの時間的経過に長短はあっても、地域住民はなんらかのシグナルを察知していることが多い。

各々の状態像を招いている背景や要因は、家族関係や人間関係、生活環境、心身状態、経済的な状況に至るまで、様々な要素が複雑に絡み合いながら生じており、画一的な方法で予防できる類の事象ではないことが確認できる。特に、認知症は誰にでも起こり得る病気の1つであり、本人の状態変化や異変に少しでも早く気づき、初期段階での支援に結びつけていくことが問題の複雑化や拡大化を防いでいく上でも重要である。

早期対応を可能としていくための課題の掘り起こしは、日常生活に埋もれている些細な困りごとを本人が表出したり、周囲がそれに気づいたりできる相互関係やコミュニティづくりで実現していくことができる。また、掘り起こされた課題の解決に向けては、行政や専門職の隙間を埋める地域の力は欠かすことができない。今後、地域住民がお互いに関心を寄せながら、地域の中で解決していく方法を見出していくことは重要な取り組みであり、訪問調査を実施した多くの自治体が、セルフ・ネグレクトや孤立死の問題を、地域住民の意識啓発やコミュニティづくりと一体的に取り組んでいるのは、こうした理由によるものである。

下図は、訪問調査を通じて得られた取り組みの工夫や支援体制をセルフ・ネグレクトの課題に当てはめたイメージであるが、着眼すべき点は、①地域の中で埋もれている課題を掘り起こすための工夫、②その気づきや情報を行政や専門職につなげていくための工夫、③困難な課題を多職種連携や外部組織を使った重層的なネットワークで解決していく工夫などであり、こうした取り組みの基盤に地域住民の意識啓発、ボランティア養成、そして、自治体担当者自身の意識改革を行っていくことが求められる。



# 本研究事業を通じて

本研究事業は、これまで系統だった調査・研究のなされていない「孤立死」に着目し、その実態把握と発生数の推計、セルフ・ネグレクトとの関係の解明に取り組んでいる。参考となる先行研究や調査が少ないため、調査手法や分析方法等に厳密性に欠ける部分がある事は否めないが、大まかであるにしろ推計値を示し、孤立死事例を集約し、セルフ・ネグレクトと孤立死との関連について検討し、かつ自治体の先進的取り組みを紹介したことは、本研究事業の大きな成果と言えるだろう。特に、高齢化率が高まり、独居高齢者が増加している昨今、孤立死に対する社会的関心が高まっており、推計値や自治体の先進的取り組みの紹介は、多くの自治体において孤立死予防を検討する上で貴重な資料となるだろう。

しかし、本研究事業を通じ、更なる議論が必要と考えられたことは、「孤立死」の定義についてである。本研究事業で行った、自治体を対象とした悉皆調査の結果と全国の地域包括支援センターや生活保護担当部署から集約した「孤立死に関する事例収集シート」から、自治体や現場の職員が「孤立死」をどう捉えているかが把握でき、そのキーワードは「死亡から発見までの経過日時」と「生前の様子」の2点であった。

1点目の「死亡から発見までの経過日数」については、地域包括支援センターや生活保護担当部署から集約した「孤立死に関する事例収集シート」には、死亡から発見までの経過時間が数時間～1日程度のケースが数多く含まれており、経過時間にかかわらず「死亡時に誰にも看取られず亡くなった方」を孤立死として捉えている傾向が示された。一方で、これらのケースの中には「介護サービスと介護サービスの間に起こってしまった不幸な事故」、「(たまたま発見が遅れただけで) 孤立死にあたらないと思う」といったコメントが記載されているケースが散見され、現場の職員の間でも独居の高齢者が自宅で亡くなる全ての事例を孤立死として扱うことへの迷いが見られた。また、自治体を対象とした悉皆調査においても、孤立死の定義として「独居である」ことをあげた自治体は多いが、発見までの経過期間を定めている自治体は、回答のあった1,036自治体のうち、わずか10自治体と極めて少ない。これらのことから、「経過期間」について孤立死の定義に一律の基準を含めることは、非常に困難を伴うことが推察された。

次に、2点目の「生前の様子」についてであるが、発見までの経過日数にかかわらず、「家族や社会、地域から孤立していた」ことを孤立死として捉え、報告されたケースが多々あった。これらのケースはゴミ屋敷に住んでいた方やペットを大量に飼っていた方、民生委員やケアマネジャー、行政職員等の訪問を頑なに拒否していた方などが含まれ、セルフ・ネグレクトと深く関連していると思われるケースが

多くなっていた。セルフ・ネグレクトと孤立死の関連については、第4章の事例収集シートの分析結果を参照いただきたいが、これらのケースの場合も、発見までの経過日数に関わらず、「社会から孤立していた」という点で「孤立死」と捉えられていた。

以上のように、現場の第一線で働く職員の間でも孤立死の捉え方が統一されておらず、本研究事業で行った、自治体を対象とした悉皆調査においても、孤立死について「特に定義は設けていない」と回答した自治体は84.9%と大半を占めていた。これらのことから、メディア等で繰り返し報道され、社会的関心が高まっているにも関わらず、孤立死の具体的な定義づけがなされていないことが明らかである。

そこで本研究事業における孤立死発生率の推計では、①法医学的な見地からみて、死者の尊厳が冒されているといえるか、②一定日数以上経過することで社会経済的な損失が生じる可能性があるか、の2点に着目し、操作的定義として「自宅で誰にも看取られず亡くなった65才以上高齢者で、発見までに4日以上経過したケース」を「孤立死（中位推計）」としている。この定義については今後さらに議論を深める必要があるが、この推計では年間、全国で15,603人の孤立死が発生している計算となる。推計の予備分析として行った東京都23区における65才以上高齢者の死亡数全体に対する孤立死の発生確率が1.74%と、100人に1人以上が該当することからも、孤立死予防は早急に取り組むべき課題の1つであると言えるだろう。そのためにも、孤立死の定義を明確にすることで、よりの確な予防策が考えられると思われる。

加えて、全国の地域包括支援センターと生活保護担当部署から収集した孤立死事例の多くに、セルフ・ネグレクトの傾向が認められたことは、今後孤立死予防の取り組みを考える上で重要な視点が示されたといえる。セルフ・ネグレクトに関しては、まだ明確な定義づけがなされておらず、また一般化している言葉とは言えないが、自治体などでは「支援困難者」として見守りの対象とするなど、対象者へのサポートを行うための多職種連携がすでに始まっている。今後、セルフ・ネグレクトの概念が一般化され、虐待の一つとして認定されるといった制度的取り組みがなされることによって、「セルフ・ネグレクトは孤立死につながる危険がある＝孤立死予防の対象」として、見守りや支援の対象とする動きが強化されていくであろう。

実際、すでに孤立死予防の必要性を認識している自治体においては、「地域、社会からの孤立をなくす」ことに重点をおいた取り組みが多くなされており、訪問調査先でも「高齢者の一人暮らしの方が、自宅で突然死するのは残念ながら防ぎようがないが、社会とのつながりが一切なく、孤立して亡くなる状態は防げるはず」といった発言が聞かれた。単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯が増えている現在、「突然死ともいえる孤立死」を完全になくすことは難しい。介護保険や民生委員、ケアマネジャーの定期訪問など、さまざまな行政関係のサービスを組み合わせたとしても、在宅で生活する独居高齢者を1日24時間体制で見守る体制を作ることは、制度的にも費用的にも残念ながら不可能である。一方、こうした限界を抱えながらも、地域からの情報を吸い上げ、ニーズの掘り起こしを行い、行政がこれまで担ってきた役割の幅を少し広げて機能の拡充を図りながら、セルフ・ネグレクトの課題や孤立高齢者・孤立死予防などに、部課の垣根を超えて取り組んでいる自治体もある。こうした自治体では、相談窓口の一元化により、住民の困りごとに対して包括的な支援を行う、困りごとが山積しないよう日々の相談受付によって孤立死防止につなげていく、家族関係や地域の関係者との連携を図り情報収集のネットワークを作る、といった地道な取り組みが積極的に行われている。

しかしながら、自治体の事業、取り組みやサービスだけで孤立死を防ぐことはできない。本研究事業では、第3章で経過期間ごとの孤立死事例の特徴についてまとめる中で発見までの期間の長短を分ける要因について考察を加え、他者との「物理的な距離」や関わりの「深さ」、関わりの「頻度」に触れている。日ごろから深く関わり、見守る関係があることが理想的ではあるが、自治体サービスはもちろん、

民生委員や近隣住民、新聞や乳酸菌飲料の配達員、ガス、水道の検針員といった、地域にあるリソースを活用することで、他者とかかわる「頻度」を上げる方法がある。たとえ支援拒否のある独居高齢者であっても、地域の見守りの目を増やせば、万が一自宅で亡くなられたときに早期発見につながるであろうし、本人の尊厳を保つことができるだけでなく、社会経済的損失を防ぐであろう。

以上のように、孤立死予防のためには、①地域社会からの孤立を防ぐこと、②本人の拒否が強い場合には、地域の見守りの目を増やすこと、③万が一、独居高齢者が自宅で亡くなった場合でも、早期発見するための接点をつくること、の3ステップが必要と考えられる。

孤立死の定義については、今後議論を深め、より精査されていくことが望まれるが、「高齢者の孤立死」は日々どこかで起こっている。孤立死を防ぐためには、自治体だけでなく、何よりも住民一人一人が「自分の問題」、「自分が住む地域の問題」として孤立死を捉えていく姿勢が不可欠である。

# 付属資料

- 1—— 執筆者一覧
- 2—— 孤立死数推計の結果
- 3—— 自治体調査票および単純集計結果
- 4—— 事例収集シート〔生活保護担当課向け〕
- 5—— 事例収集シート〔地域包括支援センター向け〕
- 6—— セルフ・ネグレクト事例収集シート

## 1—執筆者—覧

	氏名	所属
第1章	事務局（ニッセイ基礎研究所）	
第2章	進藤 由美	早稲田大学大学院公共経営研究科博士後期過程
第3章	斉藤 雅茂 井上 智紀 廣渡 健司	日本福祉大学 地域ケア研究推進センター ニッセイ基礎研究所 ニッセイ基礎研究所
第4章	野村 祥平  岸 恵美子 吉岡 幸子 野尻 由香	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター 医療福祉相談室 帝京大学医療技術学部看護学科 地域看護学教授 帝京大学医療技術学部看護学科 地域看護学准教授 帝京大学医療技術学部看護学科 地域看護学講師
第5章	井上 智紀	ニッセイ基礎研究所
第6章	山梨 恵子	ニッセイ基礎研究所

## 2—孤立死数推計の結果

### 1 | 上位推計(2日以上)

全体計

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	26,821.3	5,814.6	5,953.5	6,102.4	4,880.3	2,961.1	945.4	146.7	17.5
北海道	1,258.0	269.9	289.8	286.3	224.8	137.5	42.5	6.4	0.8
青森県	372.3	75.5	86.1	88.6	68.3	40.8	11.4	1.5	0.2
岩手県	360.2	65.9	78.2	85.3	73.7	42.0	13.0	1.9	0.2
宮城県	484.6	91.7	106.3	112.5	97.5	56.7	17.4	2.4	0.3
秋田県	322.9	56.6	66.7	76.7	69.0	40.4	11.9	1.5	0.1
山形県	308.0	47.9	60.0	73.5	68.3	43.1	13.2	1.9	0.2
福島県	495.7	94.7	102.4	116.2	100.4	60.4	18.8	2.5	0.3
茨城県	649.2	145.6	137.6	142.9	122.9	73.2	23.4	3.4	0.3
栃木県	436.8	89.2	94.6	101.0	84.6	49.9	15.3	2.1	0.2
群馬県	446.7	96.9	92.0	101.6	84.5	51.8	17.1	2.5	0.3
埼玉県	1,320.8	352.5	327.2	279.0	203.1	116.4	36.7	5.4	0.5
千葉県	1,181.3	295.3	284.5	254.4	192.3	113.1	36.0	5.1	0.6
東京都	2,392.3	579.2	561.1	529.4	396.5	237.9	74.9	11.8	1.5
神奈川県	1,566.7	388.8	376.9	347.4	251.4	146.5	47.1	7.6	0.9
新潟県	559.6	99.8	113.2	129.9	116.9	72.1	23.4	3.8	0.5
富山県	254.1	48.9	51.0	58.1	50.2	33.0	11.0	1.8	0.2
石川県	249.7	49.6	52.9	53.9	48.4	32.2	10.9	1.7	0.2
福井県	181.0	31.7	35.2	42.0	38.4	24.4	7.9	1.2	0.2
山梨県	188.1	35.0	38.8	43.9	36.9	23.7	8.4	1.4	0.2
長野県	479.5	84.8	89.9	109.5	101.1	68.2	22.3	3.4	0.4
岐阜県	457.6	92.4	97.3	108.0	88.5	52.6	16.2	2.5	0.3
静岡県	802.2	169.4	177.4	181.8	148.1	90.6	29.9	4.5	0.5
愛知県	1,350.8	321.1	314.0	306.9	228.2	131.7	42.0	6.2	0.7
三重県	415.6	79.9	89.6	102.0	79.9	46.2	15.5	2.3	0.3
滋賀県	253.0	51.0	55.6	55.0	49.3	30.9	9.5	1.6	0.2
京都府	541.7	117.1	117.1	123.7	100.2	59.6	20.1	3.5	0.4
大阪府	1,865.7	475.5	464.7	418.2	287.1	161.3	50.2	7.8	1.0
兵庫県	1,168.1	261.3	256.7	266.2	214.0	124.0	38.7	6.3	0.8
奈良県	286.2	65.3	61.6	63.1	51.2	32.6	10.4	1.7	0.2
和歌山県	278.5	58.8	57.0	62.8	53.9	33.9	10.3	1.6	0.2
鳥取県	142.5	24.0	28.0	33.2	30.2	19.4	6.6	1.0	0.1
島根県	189.3	31.7	36.2	43.8	39.8	27.0	9.1	1.5	0.2
岡山県	422.9	79.1	86.8	101.2	82.3	52.5	17.5	3.1	0.4
広島県	605.4	126.1	127.2	135.4	114.1	72.8	24.9	4.3	0.5
山口県	389.8	75.0	83.8	90.3	75.2	47.2	15.6	2.4	0.4
徳島県	198.7	34.8	39.0	50.1	40.5	25.5	7.5	1.1	0.1
香川県	235.3	39.9	49.0	56.9	46.7	30.9	10.0	1.6	0.2
愛媛県	345.7	64.9	67.3	81.6	70.4	44.5	14.4	2.2	0.3
高知県	208.7	40.2	41.2	48.8	41.5	26.9	8.5	1.4	0.2
福岡県	1,036.8	223.6	223.9	236.3	192.4	116.8	36.9	6.1	0.8
佐賀県	198.3	38.0	39.1	48.3	38.5	25.2	7.7	1.4	0.2
長崎県	346.1	62.4	70.3	82.0	70.9	44.5	13.5	2.1	0.3
熊本県	399.3	68.0	76.5	98.1	80.9	54.4	18.1	2.9	0.5
大分県	276.0	47.2	54.7	65.7	57.4	37.4	11.4	1.9	0.2
宮崎県	266.4	51.2	56.1	62.0	51.7	32.3	11.2	1.8	0.2
鹿児島県	427.9	75.3	85.9	102.7	86.2	55.4	19.0	3.0	0.4
沖縄県	205.3	42.0	53.1	46.5	31.8	21.8	8.0	1.6	0.4

## 男性

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	16,616.8	4,730.9	4,531.4	3,623.5	2,223.8	1,133.8	321.9	51.5	0.0
北海道	788.9	217.1	219.8	174.4	105.1	54.7	15.4	2.4	0.0
青森県	230.5	62.2	66.0	54.2	29.5	14.3	3.7	0.5	0.0
岩手県	217.2	52.6	59.5	50.8	33.5	15.8	4.4	0.7	0.0
宮城県	292.8	74.2	80.5	65.7	43.5	22.1	6.0	0.9	0.0
秋田県	192.5	46.8	49.8	45.3	31.1	14.7	4.2	0.6	0.0
山形県	179.9	38.6	46.1	43.9	30.1	16.1	4.5	0.7	0.0
福島県	300.0	77.3	77.9	67.2	45.9	24.3	6.4	0.9	0.0
茨城県	404.0	119.9	107.2	84.9	55.8	26.9	7.9	1.2	0.0
栃木県	266.9	73.6	71.5	59.4	38.6	18.1	5.0	0.8	0.0
群馬県	274.1	77.9	69.1	60.9	39.4	20.1	6.0	0.9	0.0
埼玉県	858.7	287.9	255.4	166.1	91.9	43.5	12.1	1.9	0.0
千葉県	764.5	242.9	222.4	154.3	88.2	42.3	12.5	1.8	0.0
東京都	1,517.4	479.7	427.3	311.2	175.2	92.5	27.3	4.3	0.0
神奈川県	1,012.7	315.5	292.2	209.3	117.7	58.0	16.9	3.0	0.0
新潟県	340.2	81.7	88.2	80.5	53.1	27.6	7.7	1.2	0.0
富山県	154.8	40.5	38.4	34.7	23.5	13.6	3.6	0.6	0.0
石川県	151.6	39.5	40.1	32.3	22.6	13.0	3.5	0.6	0.0
福井県	108.8	25.4	27.5	25.7	18.3	9.0	2.5	0.4	0.0
山梨県	113.2	28.4	29.4	26.2	16.4	9.5	2.8	0.5	0.0
長野県	286.7	69.1	66.8	65.9	47.6	28.0	8.0	1.2	0.0
岐阜県	277.2	73.0	72.0	63.5	41.1	20.8	5.9	0.9	0.0
静岡県	501.5	139.1	136.0	107.7	71.6	35.0	10.5	1.6	0.0
愛知県	854.8	261.8	240.0	181.7	106.0	48.9	14.3	2.1	0.0
三重県	252.3	64.7	68.0	60.8	36.9	15.9	5.2	0.8	0.0
滋賀県	155.3	41.5	42.5	34.9	22.4	10.6	2.8	0.5	0.0
京都府	329.8	92.3	87.8	73.6	46.0	22.1	6.7	1.2	0.0
大阪府	1,198.6	389.7	355.2	246.9	128.3	59.7	16.4	2.5	0.0
兵庫県	726.4	213.4	197.3	157.9	96.4	46.8	12.5	2.1	0.0
奈良県	179.1	53.9	47.3	37.7	24.1	12.2	3.4	0.6	0.0
和歌山県	170.0	47.5	42.7	39.1	24.2	12.8	3.3	0.5	0.0
鳥取県	84.9	19.3	21.8	20.0	14.2	7.1	2.2	0.3	0.0
島根県	113.0	26.3	28.0	26.6	17.4	10.9	3.2	0.6	0.0
岡山県	256.9	64.3	65.2	60.1	38.9	21.2	6.0	1.1	0.0
広島県	366.3	101.3	96.0	78.0	51.9	28.9	8.6	1.6	0.0
山口県	233.1	59.5	63.1	52.5	33.9	18.0	5.3	0.8	0.0
徳島県	117.7	27.4	29.2	29.9	18.5	9.8	2.5	0.3	0.0
香川県	139.3	32.5	36.0	33.4	21.0	12.3	3.5	0.6	0.0
愛媛県	204.6	52.1	49.7	47.9	30.9	17.8	5.3	0.8	0.0
高知県	124.0	33.5	30.0	27.7	19.1	10.6	2.6	0.5	0.0
福岡県	626.7	179.5	166.5	138.1	84.5	43.9	12.1	2.0	0.0
佐賀県	114.9	29.9	29.1	26.4	17.2	9.3	2.5	0.4	0.0
長崎県	203.9	49.6	51.9	47.4	32.5	17.3	4.4	0.6	0.0
熊本県	234.6	54.5	55.9	56.8	38.2	22.0	6.2	1.0	0.0
大分県	161.8	36.7	40.9	38.6	26.2	14.4	4.3	0.7	0.0
宮崎県	157.7	40.6	41.2	36.0	23.6	12.3	3.6	0.6	0.0
鹿児島県	246.6	60.7	62.3	58.2	38.0	20.7	5.7	1.0	0.0
沖縄県	130.3	35.3	40.5	29.2	13.6	8.3	2.8	0.5	0.0

## 女性

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	10,204.5	1,083.7	1,422.1	2,478.8	2,656.5	1,827.3	623.4	95.2	17.5
北海道	469.1	52.9	70.1	111.9	119.7	82.8	27.1	4.0	0.8
青森県	141.8	13.3	20.1	34.3	38.9	26.5	7.6	1.0	0.2
岩手県	143.0	13.3	18.7	34.6	40.3	26.2	8.6	1.3	0.2
宮城県	191.8	17.5	25.7	46.8	54.1	34.6	11.4	1.5	0.3
秋田県	130.4	9.9	16.9	31.4	37.8	25.7	7.8	0.9	0.1
山形県	128.2	9.4	13.9	29.6	38.3	27.0	8.7	1.2	0.2
福島県	195.7	17.4	24.5	49.0	54.5	36.2	12.3	1.6	0.3
茨城県	245.3	25.6	30.4	57.9	67.1	46.3	15.6	2.1	0.3
栃木県	169.9	15.6	23.1	41.6	46.1	31.8	10.3	1.3	0.2
群馬県	172.6	19.0	22.9	40.7	45.1	31.7	11.2	1.5	0.3
埼玉県	462.1	64.6	71.8	112.9	111.3	72.9	24.6	3.5	0.5
千葉県	416.8	52.4	62.1	100.1	104.0	70.8	23.5	3.4	0.6
東京都	874.9	99.5	133.8	218.1	221.4	145.5	47.6	7.5	1.5
神奈川県	554.0	73.3	84.6	138.1	133.7	88.5	30.2	4.6	0.9
新潟県	219.4	18.1	25.0	49.3	63.8	44.5	15.7	2.5	0.5
富山県	99.3	8.4	12.6	23.4	26.7	19.4	7.5	1.2	0.2
石川県	98.1	10.1	12.8	21.6	25.8	19.2	7.4	1.0	0.2
福井県	72.2	6.3	7.7	16.3	20.1	15.4	5.4	0.8	0.2
山梨県	74.9	6.6	9.4	17.6	20.4	14.2	5.5	0.9	0.2
長野県	192.8	15.7	23.0	43.6	53.5	40.2	14.4	2.2	0.4
岐阜県	180.3	19.4	25.3	44.5	47.3	31.8	10.2	1.6	0.3
静岡県	300.8	30.3	41.4	74.0	76.5	55.6	19.4	2.9	0.5
愛知県	495.9	59.3	74.0	125.2	122.3	82.8	27.7	4.1	0.7
三重県	163.3	15.1	21.6	41.2	43.0	30.2	10.4	1.5	0.3
滋賀県	97.8	9.5	13.1	20.1	26.9	20.2	6.7	1.1	0.2
京都府	211.9	24.8	29.3	50.1	54.1	37.5	13.4	2.3	0.4
大阪府	667.0	85.8	109.4	171.3	158.8	101.6	33.8	5.4	1.0
兵庫県	441.6	48.0	59.4	108.3	117.6	77.2	26.2	4.2	0.8
奈良県	107.1	11.4	14.4	25.4	27.1	20.4	7.0	1.1	0.2
和歌山県	108.4	11.3	14.2	23.8	29.7	21.1	7.1	1.0	0.2
鳥取県	57.6	4.7	6.3	13.2	16.0	12.2	4.4	0.7	0.1
島根県	76.2	5.4	8.1	17.2	22.4	16.1	6.0	0.9	0.2
岡山県	166.0	14.8	21.6	41.0	43.4	31.2	11.6	2.0	0.4
広島県	239.2	24.8	31.2	57.5	62.2	43.9	16.3	2.7	0.5
山口県	156.7	15.5	20.8	37.8	41.2	29.2	10.2	1.6	0.4
徳島県	80.9	7.3	9.9	20.2	22.0	15.7	5.0	0.8	0.1
香川県	96.0	7.3	13.0	23.5	25.7	18.6	6.6	1.0	0.2
愛媛県	141.1	12.8	17.6	33.7	39.5	26.7	9.1	1.4	0.3
高知県	84.7	6.6	11.3	21.0	22.4	16.3	5.9	0.9	0.2
福岡県	410.1	44.1	57.4	98.2	107.9	72.8	24.8	4.1	0.8
佐賀県	83.4	8.1	10.0	21.9	21.3	15.9	5.2	1.0	0.2
長崎県	142.2	12.8	18.4	34.6	38.4	27.2	9.1	1.5	0.3
熊本県	164.7	13.5	20.6	41.4	42.8	32.4	11.8	1.9	0.5
大分県	114.2	10.5	13.8	27.2	31.2	23.0	7.1	1.2	0.2
宮崎県	108.7	10.6	14.9	26.0	28.1	20.0	7.6	1.2	0.2
鹿児島県	181.3	14.5	23.6	44.5	48.2	34.8	13.3	2.0	0.4
沖縄県	75.0	6.7	12.6	17.3	18.2	13.5	5.3	1.1	0.4

## 2 | 下位推計(8日以上)

全体計

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	8,604.9	2,521.8	2,283.7	1,863.8	1,200.8	617.9	116.9	0.0	0.0
北海道	405.2	116.6	111.1	88.1	55.6	28.7	5.1	0.0	0.0
青森県	119.8	32.9	33.1	27.3	16.6	8.5	1.4	0.0	0.0
岩手県	113.0	28.4	30.0	26.1	18.1	8.8	1.6	0.0	0.0
宮城県	152.4	39.7	40.7	34.2	23.9	11.8	2.1	0.0	0.0
秋田県	100.4	24.7	25.5	23.4	16.9	8.4	1.5	0.0	0.0
山形県	93.6	20.7	23.1	22.5	16.7	9.0	1.6	0.0	0.0
福島県	155.2	41.1	39.3	35.2	24.7	12.6	2.3	0.0	0.0
茨城県	208.5	63.4	53.0	43.6	30.2	15.3	2.9	0.0	0.0
栃木県	139.0	38.9	36.2	30.7	20.8	10.4	1.9	0.0	0.0
群馬県	142.0	41.9	35.2	31.1	20.9	10.8	2.1	0.0	0.0
埼玉県	443.3	153.1	126.1	85.3	49.9	24.3	4.6	0.0	0.0
千葉県	391.9	128.5	109.7	78.2	47.4	23.6	4.4	0.0	0.0
東京都	784.5	252.7	215.2	161.2	96.9	49.6	8.9	0.0	0.0
神奈川県	518.6	168.5	145.1	106.6	62.3	30.6	5.7	0.0	0.0
新潟県	174.0	43.4	43.6	40.2	28.8	15.0	2.9	0.0	0.0
富山県	79.3	21.3	19.5	17.8	12.4	6.9	1.4	0.0	0.0
石川県	78.2	21.4	20.3	16.5	12.0	6.7	1.4	0.0	0.0
福井県	55.9	13.7	13.6	12.9	9.5	5.1	1.0	0.0	0.0
山梨県	58.4	15.2	14.9	13.4	9.0	4.9	1.0	0.0	0.0
長野県	146.6	36.8	34.3	33.6	25.1	14.2	2.7	0.0	0.0
岐阜県	144.4	39.7	37.1	32.9	21.9	11.0	1.9	0.0	0.0
静岡県	256.8	73.7	68.2	55.5	36.9	18.9	3.6	0.0	0.0
愛知県	442.6	139.4	120.5	93.6	56.4	27.5	5.2	0.0	0.0
三重県	131.4	34.6	34.3	31.2	19.7	9.6	1.9	0.0	0.0
滋賀県	80.4	22.1	21.3	17.1	12.1	6.5	1.3	0.0	0.0
京都府	172.5	50.3	44.8	37.8	24.7	12.4	2.5	0.0	0.0
大阪府	622.9	206.7	178.4	127.5	70.3	33.7	6.3	0.0	0.0
兵庫県	376.7	113.5	98.6	81.3	52.5	25.9	4.9	0.0	0.0
奈良県	92.3	28.4	23.7	19.3	12.7	6.8	1.3	0.0	0.0
和歌山県	88.3	25.5	21.8	19.5	13.2	7.1	1.3	0.0	0.0
鳥取県	43.7	10.4	10.8	10.2	7.5	4.0	0.8	0.0	0.0
島根県	57.7	13.8	13.9	13.5	9.7	5.6	1.1	0.0	0.0
岡山県	131.9	34.3	33.2	30.9	20.4	10.9	2.2	0.0	0.0
広島県	190.5	54.5	48.7	41.0	28.1	15.2	3.1	0.0	0.0
山口県	122.0	32.2	32.1	27.4	18.5	9.9	1.9	0.0	0.0
徳島県	61.4	14.9	14.9	15.3	10.0	5.3	0.9	0.0	0.0
香川県	72.4	17.3	18.7	17.3	11.5	6.4	1.2	0.0	0.0
愛媛県	106.7	28.0	25.7	24.8	17.2	9.3	1.7	0.0	0.0
高知県	64.9	17.6	15.7	14.7	10.2	5.6	1.1	0.0	0.0
福岡県	329.9	96.6	85.5	71.8	46.9	24.4	4.6	0.0	0.0
佐賀県	61.3	16.3	14.9	14.4	9.4	5.3	1.0	0.0	0.0
長崎県	107.0	26.9	26.8	24.8	17.5	9.3	1.7	0.0	0.0
熊本県	121.8	29.4	29.1	29.7	20.1	11.3	2.2	0.0	0.0
大分県	84.4	20.2	20.9	20.0	14.1	7.8	1.3	0.0	0.0
宮崎県	83.1	22.0	21.4	18.8	12.7	6.7	1.4	0.0	0.0
鹿児島県	131.3	32.6	32.7	30.9	21.1	11.6	2.5	0.0	0.0
沖縄県	66.5	18.4	20.4	14.4	7.7	4.6	1.0	0.0	0.0

## 男性

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	6,311.7	2,203.0	1,846.1	1,335.0	697.3	230.3	0.0	0.0	0.0
北海道	298.9	101.1	89.5	64.3	33.0	11.1	0.0	0.0	0.0
青森県	88.0	29.0	26.9	20.0	9.2	2.9	0.0	0.0	0.0
岩手県	81.2	24.5	24.2	18.7	10.5	3.2	0.0	0.0	0.0
宮城県	109.7	34.5	32.8	24.2	13.6	4.5	0.0	0.0	0.0
秋田県	71.5	21.8	20.3	16.7	9.8	3.0	0.0	0.0	0.0
山形県	65.6	18.0	18.8	16.2	9.4	3.3	0.0	0.0	0.0
福島県	111.8	36.0	31.7	24.8	14.4	4.9	0.0	0.0	0.0
茨城県	153.8	55.9	43.7	31.3	17.5	5.5	0.0	0.0	0.0
栃木県	101.1	34.3	29.1	21.9	12.1	3.7	0.0	0.0	0.0
群馬県	103.3	36.3	28.1	22.4	12.3	4.1	0.0	0.0	0.0
埼玉県	336.9	134.1	104.1	61.2	28.8	8.8	0.0	0.0	0.0
千葉県	296.9	113.1	90.6	56.9	27.7	8.6	0.0	0.0	0.0
東京都	585.8	223.4	174.1	114.7	54.9	18.8	0.0	0.0	0.0
神奈川県	391.8	146.9	119.0	77.1	36.9	11.8	0.0	0.0	0.0
新潟県	126.0	38.1	36.0	29.7	16.7	5.6	0.0	0.0	0.0
富山県	57.4	18.9	15.7	12.8	7.4	2.8	0.0	0.0	0.0
石川県	56.4	18.4	16.3	11.9	7.1	2.6	0.0	0.0	0.0
福井県	40.1	11.8	11.2	9.5	5.7	1.8	0.0	0.0	0.0
山梨県	41.9	13.2	12.0	9.7	5.2	1.9	0.0	0.0	0.0
長野県	104.3	32.2	27.2	24.3	14.9	5.7	0.0	0.0	0.0
岐阜県	103.8	34.0	29.3	23.4	12.9	4.2	0.0	0.0	0.0
静岡県	189.4	64.8	55.4	39.7	22.4	7.1	0.0	0.0	0.0
愛知県	329.8	121.9	97.8	66.9	33.2	9.9	0.0	0.0	0.0
三重県	95.0	30.1	27.7	22.4	11.6	3.2	0.0	0.0	0.0
滋賀県	58.7	19.3	17.3	12.8	7.0	2.2	0.0	0.0	0.0
京都府	124.8	43.0	35.8	27.1	14.4	4.5	0.0	0.0	0.0
大阪府	469.5	181.5	144.7	90.9	40.2	12.1	0.0	0.0	0.0
兵庫県	277.7	99.4	80.4	58.2	30.2	9.5	0.0	0.0	0.0
奈良県	68.3	25.1	19.3	13.9	7.6	2.5	0.0	0.0	0.0
和歌山県	64.1	22.1	17.4	14.4	7.6	2.6	0.0	0.0	0.0
鳥取県	31.1	9.0	8.9	7.4	4.5	1.5	0.0	0.0	0.0
島根県	41.2	12.3	11.4	9.8	5.5	2.2	0.0	0.0	0.0
岡山県	95.2	30.0	26.6	22.2	12.2	4.3	0.0	0.0	0.0
広島県	137.2	47.2	39.1	28.7	16.3	5.9	0.0	0.0	0.0
山口県	87.0	27.7	25.7	19.3	10.6	3.7	0.0	0.0	0.0
徳島県	43.5	12.8	11.9	11.0	5.8	2.0	0.0	0.0	0.0
香川県	51.2	15.2	14.7	12.3	6.6	2.5	0.0	0.0	0.0
愛媛県	75.5	24.3	20.3	17.6	9.7	3.6	0.0	0.0	0.0
高知県	46.2	15.6	12.2	10.2	6.0	2.1	0.0	0.0	0.0
福岡県	237.7	83.6	67.8	50.9	26.5	8.9	0.0	0.0	0.0
佐賀県	42.8	13.9	11.9	9.7	5.4	1.9	0.0	0.0	0.0
長崎県	75.4	23.1	21.2	17.5	10.2	3.5	0.0	0.0	0.0
熊本県	85.5	25.4	22.8	20.9	12.0	4.5	0.0	0.0	0.0
大分県	59.1	17.1	16.7	14.2	8.2	2.9	0.0	0.0	0.0
宮崎県	58.8	18.9	16.8	13.2	7.4	2.5	0.0	0.0	0.0
鹿児島県	91.2	28.3	25.4	21.5	11.9	4.2	0.0	0.0	0.0
沖縄県	49.7	16.4	16.5	10.8	4.3	1.7	0.0	0.0	0.0

## 女性

(単位：人)

	総数								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-	
全国計	2,293.1	318.7	437.6	528.8	503.5	387.6	116.9	0.0	0.0
北海道	106.3	15.5	21.6	23.9	22.7	17.6	5.1	0.0	0.0
青森県	31.8	3.9	6.2	7.3	7.4	5.6	1.4	0.0	0.0
岩手県	31.8	3.9	5.7	7.4	7.6	5.6	1.6	0.0	0.0
宮城県	42.8	5.1	7.9	10.0	10.2	7.3	2.1	0.0	0.0
秋田県	28.9	2.9	5.2	6.7	7.2	5.4	1.5	0.0	0.0
山形県	28.0	2.8	4.3	6.3	7.3	5.7	1.6	0.0	0.0
福島県	43.4	5.1	7.5	10.5	10.3	7.7	2.3	0.0	0.0
茨城県	54.7	7.5	9.4	12.4	12.7	9.8	2.9	0.0	0.0
栃木県	38.0	4.6	7.1	8.9	8.7	6.7	1.9	0.0	0.0
群馬県	38.7	5.6	7.1	8.7	8.6	6.7	2.1	0.0	0.0
埼玉県	106.3	19.0	22.1	24.1	21.1	15.5	4.6	0.0	0.0
千葉県	95.0	15.4	19.1	21.3	19.7	15.0	4.4	0.0	0.0
東京都	198.7	29.3	41.2	46.5	42.0	30.9	8.9	0.0	0.0
神奈川県	126.8	21.6	26.0	29.5	25.3	18.8	5.7	0.0	0.0
新潟県	48.0	5.3	7.7	10.5	12.1	9.4	2.9	0.0	0.0
富山県	21.9	2.5	3.9	5.0	5.1	4.1	1.4	0.0	0.0
石川県	21.9	3.0	3.9	4.6	4.9	4.1	1.4	0.0	0.0
福井県	15.8	1.9	2.4	3.5	3.8	3.3	1.0	0.0	0.0
山梨県	16.5	2.0	2.9	3.8	3.9	3.0	1.0	0.0	0.0
長野県	42.3	4.6	7.1	9.3	10.1	8.5	2.7	0.0	0.0
岐阜県	40.6	5.7	7.8	9.5	9.0	6.7	1.9	0.0	0.0
静岡県	67.4	8.9	12.7	15.8	14.5	11.8	3.6	0.0	0.0
愛知県	112.8	17.5	22.8	26.7	23.2	17.6	5.2	0.0	0.0
三重県	36.4	4.5	6.6	8.8	8.1	6.4	1.9	0.0	0.0
滋賀県	21.8	2.8	4.0	4.3	5.1	4.3	1.3	0.0	0.0
京都府	47.7	7.3	9.0	10.7	10.3	7.9	2.5	0.0	0.0
大阪府	153.4	25.2	33.7	36.5	30.1	21.5	6.3	0.0	0.0
兵庫県	99.1	14.1	18.3	23.1	22.3	16.4	4.9	0.0	0.0
奈良県	24.0	3.4	4.4	5.4	5.1	4.3	1.3	0.0	0.0
和歌山県	24.2	3.3	4.4	5.1	5.6	4.5	1.3	0.0	0.0
鳥取県	12.6	1.4	1.9	2.8	3.0	2.6	0.8	0.0	0.0
島根県	16.5	1.6	2.5	3.7	4.2	3.4	1.1	0.0	0.0
岡山県	36.8	4.3	6.6	8.8	8.2	6.6	2.2	0.0	0.0
広島県	53.3	7.3	9.6	12.3	11.8	9.3	3.1	0.0	0.0
山口県	34.9	4.6	6.4	8.1	7.8	6.2	1.9	0.0	0.0
徳島県	17.9	2.2	3.0	4.3	4.2	3.3	0.9	0.0	0.0
香川県	21.2	2.2	4.0	5.0	4.9	3.9	1.2	0.0	0.0
愛媛県	31.2	3.8	5.4	7.2	7.5	5.7	1.7	0.0	0.0
高知県	18.7	2.0	3.5	4.5	4.2	3.5	1.1	0.0	0.0
福岡県	92.1	13.0	17.7	21.0	20.4	15.5	4.6	0.0	0.0
佐賀県	18.5	2.4	3.1	4.7	4.0	3.4	1.0	0.0	0.0
長崎県	31.5	3.8	5.7	7.4	7.3	5.8	1.7	0.0	0.0
熊本県	36.3	4.0	6.3	8.8	8.1	6.9	2.2	0.0	0.0
大分県	25.3	3.1	4.2	5.8	5.9	4.9	1.3	0.0	0.0
宮崎県	24.3	3.1	4.6	5.6	5.3	4.2	1.4	0.0	0.0
鹿児島県	40.0	4.3	7.3	9.5	9.1	7.4	2.5	0.0	0.0
沖縄県	16.8	2.0	3.9	3.7	3.4	2.9	1.0	0.0	0.0

## 全国自治体における高齢者の孤立死（孤独死）予防対策に関する実態把握調査 調査協力へのお願い

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

このたび、厚生労働省が所管する「平成 22 年度老人保健健康増進等事業（国庫補助事業）」による「セルフネグレクトと孤立死（孤独死）に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究事業」において、標記調査を実施することとなりました。

この調査は、現在、多くの自治体が喫緊の課題としている孤立死（孤独死）防止に向けた対策を検討するにあたり、孤立死（孤独死）の実態を把握し、その背景・要因を探るとともに、生活能力や意欲の低下等によって生じやすいセルフネグレクトとの関係についても明らかにしていくことを目的としています。なお、調査にご協力いただいた自治体には、当研究所にて別途入手したデータをもとに算出した各都道府県および貴自治体における高齢者の孤立死（孤独死）発生件数の推計値をお返しさせて頂く予定です。今後の施策検討等にご活用頂ければ幸いです。

調査結果は集計結果（統計資料）のみを公表し、個々の自治体名を公表したり、アンケート集計以外の目的で使用したりすることは一切ございません。つきましては、年末のお忙しい中、誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

ご記入いただきました「アンケート用紙（本紙）」は同封の返信用封筒（切手は不用です）に入れて、12月28日（火）までにご投函くださいますようお願い申し上げます。

※ なお、同封の「事例収集シート」につきましては、黄色の用紙が生活保護ご担当課向け、水色の用紙が地域包括支援センター向けとなっています。

※ 各関係機関に返信用封筒と一緒にご回送の上、1月14日（金）までにご返送いただきますよう、お願い申し上げます。

○ 担当主管

厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室

○ 調査実施機関・お問合せ先

（株）ニッセイ基礎研究所 生活研究部門（担当：井上、山梨、廣渡）

〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-7

Tel. 03-3512-1813

Fax. 03-5211-1084

Web. <http://www.nli-research.co.jp/>

## ■ 1 ■ 貴自治体における孤立死（孤独死）の定義について

「孤立死（孤独死）」については、現在のところ明確な定義は存在しませんが、概ね「地域から孤立した状態で亡くなること」「誰にも看取られることなく自宅で死亡し、発見までに一定期間を要したケース」と解釈されています。

問1 貴自治体における孤立死（孤独死）の定義について、あてはまるものすべてに○をつけてください。  
（○はいくつでも） **N : 1,036（複数回答有）**

1. 独居であることを条件としている（同居家族がいる場合を除いている）	: 12.0%
2. 死後、発見までの期間で制限を設けている（死後日程度以上経過したケースのみ）	: 2.3%
3. 生前に地域とのかかわりが希薄または全くなかったことを条件としている	: 4.8%
4. 親類縁者がいないか、生前から親類縁者につきあいがほとんどないことを条件としている	: 5.3%
5. この中にあてはまるものはない	: 0.8%
6. 特に定義は設けていない	: 84.9%

付問1 貴自治体における定義を具体的にご記入ください。

## ■ 2 ■ 貴自治体における孤立死（孤独死）の把握状況について

問2 貴自治体では、孤立死（孤独死）の事例について、情報収集を行っていますか。（○は1つ）  
行っている場合は、担当部署名をご記入ください。 **N : 1,036（うち無回答0.4%）**

1. 行っている（担当部署名： ） → 付問1へ	: 22.5%
2. 行っていない → 付問3へ	: 70.0%
3. その他（ ） → 問3へ	: 7.1%

〔問2で「1. 行っている」と回答した自治体のみ〕 **N : 233（うち無回答：3.0%）**

付問1 孤立死（孤独死）の事例に関するデータ管理（リスト作成等）を行っていますか。（○は1つ）

1. 行っている : 24.9%	2. 行っていない : 67.8%	3. その他 : 4.3%
------------------	-------------------	---------------

付問2 貴自治体では、孤立死（孤独死）の事例をどのように把握していますか。下記のa～fのそれぞれについて、把握状況をご記入ください。（○は1つずつ）

また、把握している場合は、それぞれ昨年度1年間（平成21年4月～平成22年3月）に把握した人数をご記入ください。 **N : 233**

	把握していない	一部把握している	全数把握している	H21年度の把握件数（平均）
a. 生保受給者	14.6%	8.6%	55.4%	a 1.2人
b. 行旅死亡人	23.6%	9.0%	44.2%	b 0.5人
c. 民生委員からの報告	16.7%	19.7%	45.9%	c 0.4人
d. 地域包括支援センターからの報告	12.0%	10.7%	58.4%	d 0.9人
e. 警察署関係からの情報提供	24.5%	25.8%	30.5%	e 6.9人
f. 保健所の衛生統計	45.9%	9.4%	14.6%	f 0.0人
g. 全体の孤立死（孤独死）把握人数（※a～fの重複は省いてご記入ください）				g 5.0人 (N=1,036)

付問2-1 付問2でお答えいただいた「g.全体の孤立死（孤独死）把握人数」のうち、65歳以上の方の人数をご記入ください。 **N : 1,036**

孤立死把握人数のうち、65歳以上高齢者 **平均 4.5** 人

[問2で「2. 行っていない」と回答した自治体のみ]

付問3 孤立死（孤独死）に関する情報収集を行っていないのはなぜですか。

1.～5.のなかからあてはまるものをすべてお選びください。（〇はいくつでも）

N=725（複数回答有）

1. 定義が曖昧で実態を把握しにくい	ため	: 37.0%	4. その他	: 9.7%
2. 連携するしくみがなく情報を集めにくい	ため	: 24.6%	5. 特に理由はない	: 21.1%
3. 集めた情報を活かさない	ため	: 4.7%		

### ■ 3 ■ 貴自治体の地域包括支援センターについて

問3 地域包括支援センターの設置数および地域包括支援センターの職員配置人数の総数をご記入下さい。

N=1,036

①地域包括支援センターの数	……………	平均 2.9 ヶ所	（うち自治体直営の数	平均 0.8 ヶ所）
②地域包括支援センターの職員配置人数	……………	平均 16.3 人	（うち非常勤職員	平均 3.4 人）

付問1 問2付問2でお答えいただいた「d.地域包括支援センターからの報告」にて把握している昨年度1年間（平成21年4月～平成22年3月）の孤立死（孤独死）事例のうち、65歳以上高齢者の人数、および、そのうち生前にセルフネグレクト（自己放任）の状態にあったと推測される事例の人数をお知らせください。

それぞれの事例について把握していない場合は、「x. 把握していない」に〇をつけてください。

※「セルフネグレクト（自己放任）の状態」とは、生活において当然行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ることとし、認知症などの疾患から判断力や意欲が低下している場合と本人の自由意志による場合を含みます。具体例としては、ゴミがたまっている・害虫の大量発生など極端に不衛生な居住環境に住んでいる、入浴がなされていない・失禁の放置など個人の衛生状況が極端に悪化している、必要な医療・介護サービスを拒否している、閉じこもりや地域からの孤立などがあげられます。

把握している65歳以上高齢者の孤立死（孤独死）事例の人数	平均 0.9 人	x. 把握していない	: 68.0%
うち、セルフネグレクトの状態にあったと推測される人数	平均 0.1 人	x. 把握していない	: 73.4%

### ■ 4 ■ 貴自治体における高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消の取組状況について

問4 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に関連した独自の調査や情報収集を行っていますか。

（〇は1つ）

N : 1,036（うち無回答 : 0.6%）

1. 行っている	: 42.7%	2. 行っていない	: 51.9%	3. その他	: 4.8%
----------	---------	-----------	---------	--------	--------

[問4で「1. 行っている」と回答した自治体のみ]

付問1 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消の取組み対象者リスト等を作成していますか。（〇は1つ）

作成している場合は、現在把握している方の人数を教えてください。N : 442（うち無回答 : 1.1%）

1. 作成している	: 33.5%	2. 作成していない	: 55.9%	3. その他	: 9.5%
↳ 平均 : 1,686.2 人					

付問2 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に関する個別対応を行っていますか。（〇は1つ）

N : 442（うち無回答 : 1.6%）

1. 行っている	: 75.3%	2. 行っていない	: 17.9%	3. その他	: 5.2%
----------	---------	-----------	---------	--------	--------

付問3 個別対応をした対象者の経過を把握するしくみがありますか。（〇は1つ）

N : 442（うち無回答 : 3.8%）

1. 把握するしくみがある	: 58.6%	2. 把握するしくみはない	: 31.7%	3. その他	: 5.9%
---------------	---------	---------------	---------	--------	--------

付問4 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消のために、自治体として何か取り組んでいることがありますか。取り組みの内容について具体的に記入ください。

--

付問5 高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に際して、貴自治体が直面している具体的な課題があれば、ご記入ください。

## ■ 5 ■ 貴自治体における高齢者の孤立死（孤独死）対策について

問5 貴自治体では、高齢者の孤立死（孤独死）の現状について、直接的な対応策を実施・検討していますか。（〇は1つ） **N：442（うち無回答：1.3%）**

- |                 |                              |                  |
|-----------------|------------------------------|------------------|
| 1. 実施している：26.5% | 2. 検討を進めているが実施には至っていない：19.8% | 3. 検討していない：52.4% |
|-----------------|------------------------------|------------------|

付問1 実施・検討している対応策について具体的に教えて下さい。

※実施している対応策について詳細がわかる資料があれば、添付していただければ幸いです。

付問2 対応策への取り組み上の課題や問題として、貴自治体においてとくに優先的に取り組む必要度の高い課題をお選びください。（〇はいくつでも） **N=1,036（複数回答有）**

- |                          |        |                  |        |
|--------------------------|--------|------------------|--------|
| 1. 関係機関との情報共有            | ：59.6% | 4. 介入のための法的根拠の整備 | ：22.2% |
| 2. 安否確認や緊急通報システム等のインフラ整備 | ：31.2% | 5. 支援策に関する予算の確保  | ：22.1% |
| 3. マンパワー不足への対応・人材育成      | ：40.3% | 6. その他           | ：2.5%  |

## ■ 6 ■ 先行調査結果との統合への了承について

本事業では、ご了承いただいた自治体についてのみ、内閣府経済社会総合研究所にて平成22年10月より先行実施された「セルフネグレクト（自己放任）状況にある高齢者の幸福度に関する調査」への回答と統合して分析を進めていきたいと考えております。これによって、孤立死への取り組みだけでなく、セルフネグレクトへの取り組み状況との関連について包括的に明らかにすることができます。なお、自治体名を公表することは一切ございませんので、できる限りご協力頂きますと幸いです。

問6 貴自治体は、先行実施された調査結果と本結果を統合して分析することにご了承いただけますか。

- |         |          |
|---------|----------|
| 1. 了承する | 2. 了承しない |
|---------|----------|

質問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

本事業では、今後、セルフネグレクトの状態から孤立死に至るリスク、ならびに、孤立死の事例分析、孤立死を未然に防ぐための先進地域の取り組みなどについて、さらに調査を進めていく予定です。つきましては、本調査にご協力いただいたなかで、先進的な取り組みを進められている自治体担当者様には、別途、聞き取り調査をさせて頂きたいと考えております。聞き取り調査にご協力いただける可能性がある場合は、下記に担当部署名等、ご連絡先のご記入をお願い申し上げます。

市区町村名 〈自治体コード〉	都 道 府 県	市 区 町 村	
部署名		ご氏名	
お電話番号		メールアドレス	



3. 生前の暮らしぶりについて、以下の 1)~15)の各項目で当てはまる番号に○をつけてください。

1)入浴・身体の保清がなされていなかった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
2)汚れた衣服を着用していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
3)失禁が放置されていた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
4)ペット・大量発生したネズミや害虫が放置されていた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
5)家屋内に悪臭がした。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
6)家屋内に食べ物・ゴミ・排せつ物が放置されていた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
7)家屋が著しく老朽化していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
8)近隣住民との間でトラブルが発生していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
9)他者との関わりを拒否していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
10)閉じこもり状態であった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
11)疾患のコントロールがなされていなかった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
12)必要な治療やケアを拒否していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
13)必要な保健・福祉サービスを拒否していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
14)金銭の管理ができていなかった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
15)家賃や公共料金が未払いであった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明

4. 生前の外部支援者との関わり頻度についてうかがいます。最も近い番号を選んでください。

1) フォーマルサービスによる支援者 (例: 行政関係、介護保険サービス関係、民生委員等)	1. ほぼ毎日 2. 週1回程度 3. 月に1回程度 4. 2~3ヶ月に1回程度 5. 半年に1回程度 6. 1年に1回程度 7. 年に1回以下
2) インフォーマルサービスによる支援者 (例: 近隣、地域社会、民間、ボランティア等)	1. ほぼ毎日 2. 週1回程度 3. 月に1回程度 4. 2~3ヶ月に1回程度 5. 半年に1回程度 6. 1年に1回程度 7. 年に1回以下

5. 事例に関する生前の様子について伺います。あなた自身(ご記入者)が「孤立していた」と判断した理由や生前の暮らしぶり、孤立死を招いた背景、家族や地域住人との関係等について、分かる範囲で教えて下さい。

(文中に含めていただきたいキーワード: 心身の状態、生活環境、本人の暮らしに関わりの深かった人)

ご質問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。

5—事例収集シート〔地域包括支援センター向け〕

地域包括支援センター記入用

＜お願い＞本事例シートにつきましては、地域包括支援センターのご担当者様に回付いただき、返信用封筒にて1月14日までにご返信ください。

孤立死(孤独死)に関する事例収集シート

地域包括支援センターご担当者様へのお願い

本調査は、厚生労働省が所管する「平成 22 年度老人保健健康増進等事業(国庫補助事業)」の「セルフネグレクトと孤独死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究事業」により取り組んでいる調査です。喫緊の課題となっている孤立死(孤独死)防止に向けた対策を検討するにあたり、孤立死(孤独死)の実態把握および事象が起こる背景・要因等を明らかにしていくことを目的として、事例の提供をお願いする次第です。調査結果は集計結果のみを公表し、個々の自治体名や事例を公表することは一切ございません。ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

＜提供いただく事例について＞

○平成 22 年 1 月から 12 月までの間に発見された、65 歳以上の孤立死(孤独死)の事例から、1 事例以上ご記入下さい(複数の場合は、回答用紙コピーのうえご対応ください)。

○この調査における孤立死(孤独死)は、「地域から孤立した状態で亡くなること」を定義として考えて下さい。

○ご提出いただく事例は、生活保護費受給者以外の方からお選びください。

○複数の事例提供にご協力いただける場合は、この調査票をコピーしてお使いください。

1. 発見時の状況

① 性別	1. 男性      2. 女性
② 死亡時の年齢	歳
③ 死亡から発見までの経過期間	_____日程度 または _____ヶ月程度
④ 発見した時期	1. 1～3月      2. 4～6月      3. 7～9月      4. 10月～12月
⑤ 同居家族	1. 配偶者   2. 子ども   3. その他( ) 4. 同居の家族はいない
⑥ 死亡原因	1. 病気   2. 事故   3. 自殺   4. その他( )
(死因の詳細が分かればご記入ください)	
⑦発見者(故人との続柄 等)	1. 家族   2. 親類   3. 近隣住人   4. 行政関係者   5. 警察関係者   6. 介護サービス関係者   7. その他( )
(発見の経緯・状況等を分かる範囲でご記入ください)	

2. 生前の状況について、以下の①～⑦の各項目で当てはまる番号に○をつけてください。

① 居住場所	1. 戸建      2. 高齢者向け集合住宅 3. 一般のアパート・マンション等集合住宅      4. その他( )
② 自宅の種類	1. 持ち家   2. 借家   3. その他   4.不明
③ 要介護認定の有無	1. 要支援1～2   2. 要介護1   3. 要介護2      4. 要介護3 5. 要介護4      6. 要介護5      7. 自立・認定なし   8. 不明
④ 認知症の有無	1. ある      2. ない      3. 不明
⑤ 精神疾患の有無	1. ある      2. ない      3. 不明
⑥ アルコール問題の有無	1. ある      2. ない      3. 不明
⑦ 治療が必要な疾患の有無	1. ある      2. ない      3. 不明
⑦ 成年後見人(保佐人等含)の有無	1. ある      2. ない      3. 不明

(裏面にもご記入ください)

3. 生前の暮らしぶりについて、以下の 1)~15)の各項目で当てはまる番号に○をつけてください。

1)入浴・身体の保清がなされていなかった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
2)汚れた衣服を着用していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
3)失禁が放置されていた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
4)ペット・大量発生したネズミや害虫が放置されていた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
5)家屋内に悪臭がした。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
6)家屋内に食べ物・ゴミ・排せつ物が放置されていた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
7)家屋が著しく老朽化していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
8)近隣住民との間でトラブルが発生していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
9)他者との関わりを拒否していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
10)閉じこもり状態であった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
11)疾患のコントロールがなされていなかった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
12)必要な治療やケアを拒否していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
13)必要な保健・福祉サービスを拒否していた。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
14)金銭の管理ができていなかった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明
15)家賃や公共料金が未払いであった。	1. あてはまる 2. ややあてはまる 3. あてはまらない 4. 不明

4. 生前の外部支援者との関わりの頻度について伺います。最も近い番号を選んでください。

1) フォーマルサービスによる支援者 (例:行政関係、介護保険サービス関係、民生委員等)	1. ほぼ毎日 2. 週1回程度 3. 月に1回程度 4. 2~3ヶ月に1回程度 5. 半年に1回程度 6. 1年に1回程度 7. 年に1回以下
2) インフォーマルサービスによる支援者 (例:近隣、地域社会、民間、ボランティア等)	1. ほぼ毎日 2. 週1回程度 3. 月に1回程度 4. 2~3ヶ月に1回程度 5. 半年に1回程度 6. 1年に1回程度 7. 年に1回以下

5. 事例に関する生前の様子について伺います。あなた自身(ご記入者)が「孤立していた」と判断した理由や生前の暮らしぶり、孤立死を招いた背景、家族や地域住人との関係等について、分かる範囲で教えてください。

(文中に含めていただきたいキーワード: 心身の状態、生活環境、本人の暮らしに関わりの深かった人)

ご質問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。

## セルフ・ネグレクトと孤立死に関する事例記入シート

## ▲ご記入いただく事例選定のお願い▲

貴機関を含めて関わっている（いた）以下のようなセルフ・ネグレクト状態の事例についてご記入いただきますようお願いいたします。

1. 関わりの中で改善した事例
2. 関わりがあったものの改善せずに支援が困難になっている事例
3. 関わりがあったものの改善せずに孤立死（孤独死）した事例

## I. ご記入者について

お名前： _____	勤務先（所属）： _____	
連絡先 住所： _____	電話番号： _____	
職種： 1. 社会福祉士（包括）    2. 主任ケアマネジャー（包括）    3. 看護職（包括）		
4. 民生委員                    5. 保健師                            6. その他（                            ）		
勤務経験年数：（    ）年		

## II. 事例の概要

問1 事例の概要について該当する箇所に○印をおつけください（発見時の状況でご記入ください）

事例 No	年齢（            歳）	性別： 1. 男性            2. 女性		
認知症自立度	1. I                    2. II                    3. III                    4. IV                    5. V			
日常生活自立度	1. J-1                    2. J-2                    3. A-1                    4. A-2                    5. B-1 6. B-2                    7. C-1                    8. C-2			
介護保険認定	1. 申請していない                    2. 要支援1                    3. 要支援2 4. 要介護1                    5. 要介護2                    6. 要介護3 7. 要介護4                    8. 要介護5                    9. 非該当			
障害者手帳	1. なし    2. 身体障害者手帳（                    級                    部位                    ） 3. 療育手帳（                    ）    4. 精神障害者保健福祉手帳（                    級）			
家族状況	<ジェノグラム>			
住居の形態	1. 一戸建持家                    2. 一戸建て賃貸                    3. 共同住居持家                    4. 共同住居賃貸 5. その他（                    ）			
経済的背景	1. 年金のみ                    2. 年金と生活保護                    3. 生活保護                    4. 不明 5. その他（                    ）			
経済状態の様子	1. 余裕がない                    2. あまり余裕がない                    3. やや余裕がある                    4. 余裕がある 5. わからない			
アルコール問題	1. あり                    2. なし                    3. わからない			
その他の依存	1. あり                    2. なし                    3. わからない			
性格や人格の問題	1. あり                    2. なし                    3. わからない			
精神疾患の有無	1. あり                    2. なし                    3. わからない			
知的障害の有無	1. あり                    2. なし                    3. わからない			
糖尿病	1. あり                    2. なし                    3. わからない			
その他の治療が必要な内科的な慢性疾患	1. あり                    2. なし                    3. わからない			

問2 この事例のセルフ・ネグレクトの状態について、発見時と介入後（現在）の状態で思い当たる項目全てに○印をお付けください。項目以外の状態に関しては自由回答欄にご記入ください。

分類	項目	発見時の状態					介入後（現在）の状態				
		ある	ややある	あまりない	ない	わからない	ある	ややある	あまりない	ない	わからない
家が不潔	1. 家屋内にカビが発生している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 家屋が著しく老朽化している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 家屋内にペット類がたくさんいる	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていない	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	6. 食べ物やゴミが放置されている	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 家屋内に悪臭がする	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
尋常ではない危険な行動	8. 慢性疾患のコントロールがされていない	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 服薬がなされていない	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 必要な医療の提供を拒否する	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	13. 必要な保健・福祉サービスを拒否する	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
金銭や財産管理がなされていない	14. 金銭の適切な使い方ができない	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 預金の出し入れができない	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	16. 家賃や公共料金が未払いである	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. お金や通帳などが放置されている	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での孤立	18. 他人との関わりを拒否する	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 近隣住民との関わりがない	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	20. 閉じこもり状態である	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	21. 近隣住民との間でトラブルが発生している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異にみえる生活のありさま	22. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠る	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	23. 失禁が放置されている	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 腐ったものを摂取している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 全裸に近い状態である	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不潔で悪臭のある身体	27. 入浴がなされていない	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	28. 汚れた衣類を着用している	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 身体から悪臭がする	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	30. 髪・髭・つめが伸び放題である	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
＜その他＞ ※上記以外の状態がありましたらお書きください											

出展：平成 20～22 年度科学研究費補助金基盤研究（B）「セルフネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築（代表研究者 岸恵美子）」より引用。

問3 この事例の把握のきっかけについてお書き下さい（複数回答可）

- |                     |                        |               |
|---------------------|------------------------|---------------|
| 1. あなた自身による気づき      | 2. あなた以外の貴機関職員の気づき     | 3. 高齢者本人からの申告 |
| 4. 高齢者本人の家族、親族からの申告 | 5. 貴機関の他の利用者やその家族からの連絡 |               |
| 6. 住民からの連絡相談        | 7. 民生委員からの報告           | 8. 他機関からの情報連絡 |
| 9. 介護保険などの申請        |                        |               |
| 10. その他（            |                        | ）             |

問4 発見時におけるこの事例の生命のリスクについて該当箇所に○を頂き、そのように判断した理由についてお書き下さい。

- |                            |
|----------------------------|
| 1. 生命にかかわる重大な状況ですぐに介入が必要   |
| 2. 放置しておくが高齢者の心身に重大な影響を及ぼす |
| 3. 心身への影響は部分的か顕在化していない     |

\*以下に理由についてお書きください

問5 この事例の生活歴、セルフ・ネグレクトに至った背景・要因について考えられることを範囲でお書き下さい

--

## II. 支援の状況

問6 この事例に関わっている（いた）機関や支援者とその支援内容について、お書き下さい

関わった機関	頻度	支援内容

問7 この事例の発見時から現在（終結時）までの主な支援経過について、記入例を参考にお書きください。

時期	関わった機関と経緯	経過・支援内容と根拠	支援による事例の変化

問8 問2でお答えいただいた6項目の各分類ごとに、発見時と支援後での状態の改善状況に関して、該当箇所にご記入ください。また、その理由についてお書き下さい。

分類	改善状況	理由
家が不潔	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した	
尋常ではない危険な行動	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した	
金銭や財産管理がなされていない	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した	
地域の中での孤立	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した	
奇異にみえる生活のありさま	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した	
不潔で悪臭のある身体	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した	

問9 現在の事例の状態について該当する箇所に○をご記入ください。

1. 状態が改善している    2. 状態が変わらない    3. 状態が悪化している    4. 施設に入所した  
 5. 入院した    6. 転居・転出した    7. 死亡した  
 8. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )
- ※「7. 死亡した」とお答え頂いた方のみ ⇒ 問10へ    その他の回答の方は ⇒ 問11へ.

問10 死亡時の状態についてお聞きいたします。

1) 死亡時の年齢	_____ 歳
2) 死亡から発見までの経過期間	_____ 日程度 または _____ ヶ月程度
3) 発見した時期	5. 1～3月    6. 4～6月    7. 7～9月    8. 10月～12月
4) 死亡原因	1. 病気    2. 事故    3. 自殺    4. その他 ( _____ )
(死因の詳細が分かればご記入ください)	
5) 発見者（故人との続柄 等）	1. 家族    2. 親類    3. 近隣住人    4. 支援者（具体的に _____ ) 5. 集金や宅配などの訪問者（具体的に _____ )
(発見の経緯・状況等を分かる範囲でご記入ください)	

問11 この事例に関わった中で感じたあなたの困難や悩みについてお書きください。

問12 セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の支援と孤独死予防にはどのような制度やサービスが必要と感じるかお書き下さい。

ご協力ありがとうございました

## ▲セルフ・ネグレクト状態の例▲

セルフ・ネグレクトとは、大阪の高齢者虐待防止研究会によると「**高齢者が通常一人の人として、生活において当然行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ること**」と定義されています（津村、2006）。

※具体的な例として以下のような特徴が挙げられます。

### 【家が不潔】

家屋内にカビが発生している、家屋が著しく老朽化している、家屋内にペット類がたくさんいる、ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している、冷暖房器具がなく温度調節がなされていない、食べ物やゴミが放置されている、家屋内に悪臭がする、など。

### 【尋常ではない危険な行動】

慢性疾患のコントロールがされていない、服薬がなされていない、必要な医療の提供を拒否する、医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る、制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている、必要な保健・福祉サービスを拒否する、など。

### 【金銭や財産管理がなされていない】

金銭の適切な使い方ができない、預金の出し入れができない、家賃や公共料金が未払いである、お金や通帳などが放置されている、など。

### 【地域の中での孤立】

他人との関わりを拒否する、近隣住民との関わりがない、閉じこもり状態である、近隣住民との間でトラブルが発生している

### 【奇異にみえる生活のありさま】

生命にかかわるような日常生活の注意を怠る、失禁が放置されている、排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている、腐ったものを摂取している、全裸に近い状態にいる、など。

### 【不潔で悪臭のある身体】

入浴がなされていない、汚れた衣類を着用している、身体から悪臭がする、など。

\*セルフ・ネグレクトの分類は平成20～22年度科学研究費補助金基盤研究(B)「セルフネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築(代表研究者 岸恵美子)」より引用。

<記入例> ※問6・7にご記入の際、参考にしてください。

問6 この事例の発見時から現在（終結時）までの主な支援経過について、記入例を参考にお書きください。

時期	関わった機関と経緯	経過・支援内容と根拠	支援による事例の変化
平成〇〇年〇〇月	民生委員→包括 (電話連絡)	民生委員からの連絡で民生委員とともに初回訪問。中に入れてくれたものの、屋内はゴミが散乱し、歩行も困難な状態であったため、介護保険の利用を勧める。しかし、本人は利用を拒否したため、民生委員 1/W と地域包括支援センター1/W で見守り開始。	介護保険の利用は拒否したため変化なし。
平成〇〇年〇〇月 ～ 平成〇〇年〇〇月		見守りのため定期訪問するも、本人は今ままでいいと述べ、サービスの利用は拒否的なため、見守り支援に終始する。一方で、生命のリスクも考えられたためこの時期、市担当課、保健センター保健師も含めた見守り支援を導入。	サービス利用を拒否し続けたため変化なし。
平成〇〇年〇〇月 ・ ・ ・ ・	包括（訪問） ・ ・ ・ ・	見守り支援を行っていたが、徐々に包括職員との関係が構築でき悩みなどを訴えるようになったので、より良い関係を構築するため、訪問時は本人の話を傾聴する。 ・ ・ ・	サービス利用は拒否するものの、関係構築が可能になり、徐々に心を開いてきた。 ・ ・ ・
平成〇〇年〇〇月	保健センター →包括 (電話連絡)	訪問した保健センターの保健師より、転倒して動けないとの連絡があり、緊急訪問。保健師と協働して救急車を呼び、緊急入院。入院が本人にとっては危機状況であり、今後の生活改善へのチャンスであると捉えたため、入院中にカンファレンスを開き、介護保険の導入を検討。要介護 2 の判定が出たため、本人は、ヘルパーの導入のみの同意であったが、居宅介護支援事業所に連絡し、退院後はケアマネジャー、ヘルパー3/W が関わるようになり、徐々に生活も改善した。	入院という危機的状況の中で関わる中で、本人の中に変化が生まれ、サービスの導入に至るようになり、ゴミもだいぶ減り、栄養状態も改善した。
現在		現在は、本人との関係構築ができたため、ヘルパー3/W の他配食サービスも導入でき、生活は改善している。包括・保健センター・民生委員の見守りもあり、安心した生活ができています。	生活は改善し、関係機関との関係も良くなってきている。一方で、支援者との交流のみでありデイサービスなどの利用を検討している。

問7 この事例に関わっている（いた）機関や支援者とその支援内容について、お書き下さい

関わった機関	頻度	支援内容
地域包括支援センター	定期訪問：2/M	定期訪問による見守りと緊急時の介入、ケアマネジャーのサポート。
民生委員	定期訪問：1/W	見守り支援
保健センター	定期訪問：1/M	見守り支援と健康管理
ケアマネジャー	定期訪問：2/M	ケアマネジメント
訪問介護	3/W	生活のサポート
・	・	・
・	・	・
・	・	・



セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と  
地域支援のあり方に関する調査研究報告書

---

2011 年 3 月発行

■ 発行 株式会社ニッセイ基礎研究所  
東京都千代田区九段北4-1-7 九段センタービル  
TEL 03 (3512) 1878 FAX 03 (5211) 1084

禁無断転載