

都市における高齢者のセルフ・ネグレクト

杉原 陽子

SUGIHARA, Yoko

(首都大学東京都市環境学部准教授)

1. 課題設定

高齢者人口の増加に伴い認知症や要支援・要介護高齢者が増加している(内閣府 2017)。増加する高齢者の介護ニーズに対応するものとして 2000 年度から介護保険制度が実施され、国民の生活に広く定着してきた。2006 年度から実施された地域包括支援センターも、支援を要する高齢者や家族の発見と対応に加え、地域資源のネットワークの拠点として現在では各地域に不可欠の存在となっている。近年では日常生活圏域(概ね 30 分以内の範囲)で医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指して、在宅医療と介護の連携、地域ケア会議の推進、介護予防・日常生活支援総合事業の創設などが各地域の特性に応じた形で進められている。

このように高齢者を支える仕組みとして様々な施策が実施されているものの、介護保険や自治体の財政が厳しくなる中、現行の制度では支援を要する人のニーズに十分に対応できない部分もある。公的な支援で対応できない部分について従来は家族・親族あるいは近隣といった私的支援ネットワークが対応していたが、世帯員数の低下や近隣関係の希薄化により私的支援を期待できない人も少なくない。このような情勢の中、公的支援と私的支援のいずれも得ることができず、いわゆる「支援の谷間」に落ちる人が潜在的に相当数いる可能性が懸念される。これらの人は孤独死といった形で顕在化する場合があります、東京 23 区内だけでも孤独死と考えられる事例が 2015 年に 3,127 件発生していることから見ても(内閣府 2017)、支援につなげることができない人の潜在数の多さがうかがえる。

公的・私的な支援の網目から落ちていてる人の中でも、特に衣食住や医療・福祉サービスなど自らの健康や安全の維持に必要な物や支援を得ることができずに放任されている状況を「セルフ・ネグレクト」といい、孤独死や虐待の防止の観点から近年注目されている。これは本人が意図的にそのような状態になっている場合と、認知症や精神疾患等により無意図的な場合があり、その定義は統一されていない。必要な支援を周囲が与えずに放置しているとみなし、虐待の一類型として位置づけられる場合もある。国外、特に米国では 1990 年代からセルフ・ネグレクトに関する論文が増え(Gruman, et al. 1997; Longres 1995; O'Brien, et al. 1999)、2000 年以降は量的・質的な実証研究に基づき、セルフ・ネグレクト事例の存在割合や特性、関連要因、予後等に関する分析結果が報告されるようになった(Burnett, et al. 2006a-b; Dong, et al. 2005; 2009a-b; 2010a-d; 2012; Filippo, et al. 2007; Iris, et al. 2009; Naik 2006; Payne 2005)。日本でも近年、セルフ・ネグレクトに関する論

文が散見されるようになっている(浜崎, 他 2011; 岸・吉岡 2011; 岸 2012; 2015; 内閣府 2012; ニッセイ基礎研 2011; 野村 2008; 津村 2006; 2009; 2011)。2010年には内閣府経済社会研究所の調査結果に基づき、日本全国でセルフ・ネグレクト状態にあると考えられる高齢者が 9,381~12,190 人(平均値 10,785 人)いると試算された(内閣府 2012)。この推計によると、自治体の人口規模別にみた出現率(高齢者のいる世帯数に対するセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の比率)は、人口 1 万人未満の自治体で 18.81(1 万分比)、1~5 万人で 7.73(同)、5 万人以上では 5.04(同)であった。

内閣府の調査結果では人口規模の小さい自治体の方がセルフ・ネグレクトの出現率は高かったが、これは自治体や地域包括支援センター、民生委員が把握できた数に基づく推定値であり、人口規模の大きい地域では把握そのものが困難であることから、都市部では過少評価となった可能性がある。また、都市部と農村部ではセルフ・ネグレクト状態に至る背景や要因、支援策もかなり異なるであろう。今後は都市部で高齢化率が高まることが予想されており、都市部は血縁・地縁のネットワークが弱いことから、潜在的なセルフ・ネグレクト事例数も増えると考えられる。そこで本稿では、高齢者のセルフ・ネグレクトの概念について紹介した後、都市(東京都)における高齢者のセルフ・ネグレクトの実態と、そのような状態に至った背景や要因、有効な支援策について検討した結果を報告する。

2. セルフ・ネグレクトの概念をめぐる論点

セルフ・ネグレクトの定義は、文化や価値観等の社会的文脈の差異の影響もあるため世界的に統一された見解に至っていないが、国内外で引用されることの多い定義として米国国立高齢者虐待センター(National Center on Elder Abuse: NCEA)のものがある。NCEA の定義では、セルフ・ネグレクトは「自分自身の健康や安全を脅かす高齢者の行為」であり、適切な食事、水、衣服、住まい、衛生、服薬(指示されている場合)、安全対策を自分自身に提供することを拒否または失敗している状態として一般的に現れるとされている(NCEA n.d.)。但し NCEA は、自分自身の決定の結果を理解できるだけの精神的能力を有する高齢者が、意図的かつ自発的に自分の健康や安全を脅かす行為を決定している場合は、個人的な選択の問題としてセルフ・ネグレクトの定義から除外している。

日本では津村(2009)の定義が採用される場合が多く、この定義ではセルフ・ネグレクト(自己放任)とは在宅で「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、或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」とされている。さらに、津村の見解は NCEA と異なり、認知症等の疾患により適切な判断力が欠けていたり、様々な事情で生活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)だけでなく、判断力や認知力は低下していないが本人の自由意志によって自己放任のような状況になっている場合(意図的)もセルフ・ネグレクトに含めている。その他にもセルフ・ネグレクトに関する概念定義や操作的定義がいくつか

提示されているが(Dong 2017; 野村 2014)、これらの定義に共通するのは、「生活を適切に維持するセルフケアができていない状態」と「自分自身の健康や安全を損なう行動」を指している点である。

セルフ・ネグレクトの定義をめぐる判断が分かれる論点として、第一に、自分の意志で意図的に行われている行為をセルフ・ネグレクトとみなすか否かである。セルフ・ネグレクトとみなす場合は、必然的に「社会的支援の対象」となるので、自分の意志で意図的に行われる行為を社会的支援の対象とするべきか否かと言いかえることもできる。これは「生存権」と「自由権」との衝突であり(梅田・林 2017)、生命を守るための強制的な保護や介入は自由権の侵害となるか否かの判断に関わる。従って、自由権を重視する米国では意図的・自発的な行為はセルフ・ネグレクトとはみなされない場合が多く、一方、日本では本人が自分の意志と言っていたとしても、その意志表示は本人の真のニーズを表出したものではない可能性があることを考慮し、意図的・自発的な場合もセルフ・ネグレクトに含める場合が多い。日本の医療・福祉分野では、専門家による判断を重視するパターナリスティック(父権主義的)な風潮が優位であることも、この傾向に影響しているであろう。

セルフ・ネグレクトの定義をめぐる論点として、第二に、どこまでの行為や程度をセルフ・ネグレクトとみなすかという問題がある。これは国や地域の社会的・文化的な許容範囲や他者への影響の度合いによって判断が異なるため、セルフ・ネグレクトをアセスメントするための具体的な項目が社会・文化圏に応じて異なるのは致し方ないであろう。第三の論点は、ホームレスをセルフ・ネグレクトに含めるか否かである。NCEA は、ホームレスもセルフ・ネグレクトの徴候の一つとみなしているが、日本の内閣府等の調査では、ホームレスはセルフ・ネグレクトとは支援のアプローチが異なるため、両者を区別する場合が多い。第四の論点は、セルフ・ネグレクトを「虐待」の一類型に含めて良いかという点である。児童・高齢者・障害者虐待防止法における虐待の類型の中に、養護者が世話を怠る「ネグレクト」があるが、セルフ・ネグレクトの場合、親族がおらず、養護者の責任を問えない場合もあるため、ネグレクトと同一視することはできない。しかし、国内外においてセルフ・ネグレクトも虐待の一類型として位置づけられる場合が多い。その理由は、セルフ・ネグレクトの場合、どこまで介入して良いか判断の根拠が曖昧だが、虐待の一類型とみなすことで虐待に準じた速やかな救済対応を実施できるようになるからである。

上記のように概念や定義に関する論点はあるものの、セルフ・ネグレクト事例を具体的に把握するためのアセスメントツールや尺度もいくつか開発されている(Dong, et al. 2012; Dyer, et al. 2006; Kelly, et al. 2008; 岸, 他 2015)。主なものを表 1 に示した。測定項目に多少の違いはあるが、いずれの項目も「衛生状態」「機能状態(身体・認知機能、医療・介護ニーズ)」「環境状態(屋内・屋外)」といった大分類で項目が構成されている。しかし、日本に適したセルフ・ネグレクトのアセスメントツールの開発を目指した岸らの項目では、「地域社会からの孤立」を取り上げている点が海外(米国)の項目と異なり、特徴的である。

米国で開発されたアセスメントツールでは、個人の心身や住居の状態をもってセルフ・ネグレクトの状況を査定しており、社会的孤立は直接的な判断材料にはしていない。国内外を問わず、セルフ・ネグレクト事例の多くが社会的に孤立していると考えられるため、事例を把握する上での重要な手がかりになるが、社会的孤立をアセスメント項目に加えた場合、対象がかなり広範になる可能性もあるため、この点については慎重な検討が必要であろう。

表1 セルフ・ネグレクトのアセスメント項目

Kelly, et al. 2008		Dong, et al. 2012		Dyer, et al. 2006		岸 他 2015	
項目	分類	項目	分類	項目	分類	項目	分類
髪 爪 皮膚 衣服 虫	衛生	新聞、雑誌 箱、袋、瓶 ゴミ ペット	ためこみ	髪 爪 皮膚 害虫 衣服	個人衛生	未治療 医療的ケア 日常生活の注意 服薬 食事	健康行動の 不足・欠如
認知能力 妄想 緊急対応能力 受療機関 最近の受療 未治療	機能	皮膚、爪 髪、整容 衣服 排泄物	個人衛生	認知機能 妄想 緊急対応 医療的ケア	認知、 健康、 安全	身体 衣類 髪・ひげ・爪 洗顔・歯みがき	個人衛生の 悪化
屋外(庭、歩道) 屋根 窓 壁 臭気 清潔度 (台所、浴室、寝室、居間) 散乱 (台所、浴室、寝室、居間) 構造 (台所、浴室、寝室、居間) ペット 電話、ガス・電気・水道	環境	内壁 階段、床、カーペット 浴室、台所 電気、照明 屋外 過度の汚れ、散乱 腐った食べ物 汚れた食器 害虫、ネズミ 悪臭	家屋修繕 不衛生	通院 健康問題放置 屋外 (庭、歩道、窓、壁) 屋内 (臭気、散乱物、 清潔度、構造、ペット 電気、ガス、水道)	環境	害虫・ネズミ 屋内の生ゴミ・悪臭 ペット類 排泄物 トイレ・台所・浴室 屋内に大量の物 窓ガラス・ドア 屋外に大量のゴミ 家屋老朽化	住環境の 悪化
全体的なリスク評価	総合	温熱、エアコン 水 電気	水光熱類			受診 介護保険 生活保護 その他サービス 他者との関わり 親族との交流 近隣住民とのトラブル アルコール・ギャンブル 金銭手続き 現金・通帳管理 家賃・公共料金	保健医療福祉 サービスの拒否 地域社会からの 孤立 金銭・財産管理 の不足・欠如

3. セルフ・ネグレクトの状況

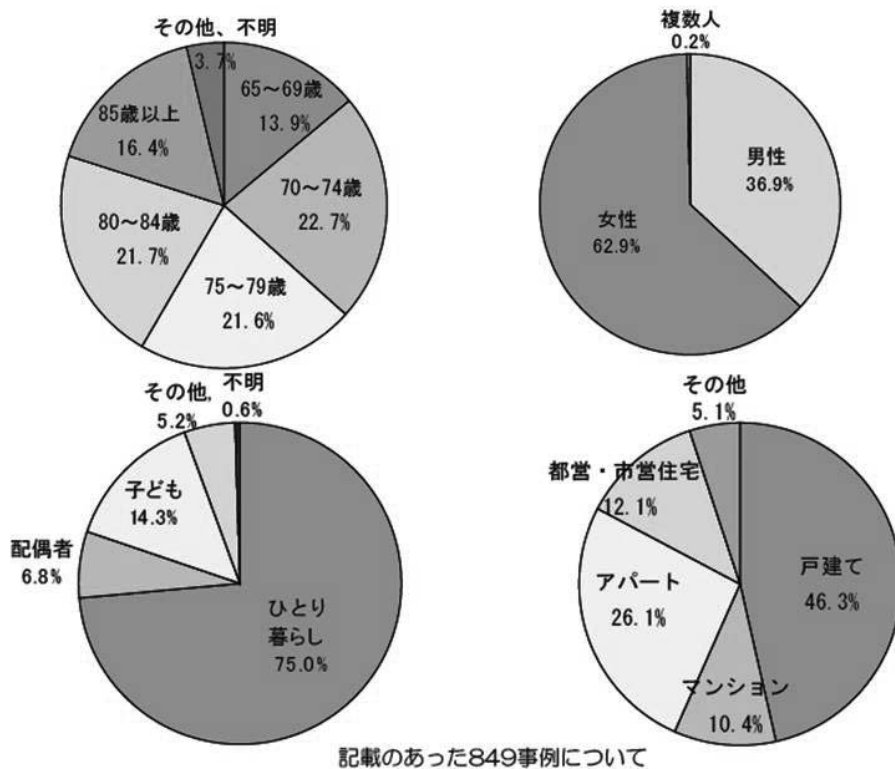
セルフ・ネグレクトの現状を全国的に調べた報告として、内閣府経済社会研究所が 2010 年に全国の市区町村、地域包括支援センター、民生委員等を実施した調査報告(内閣府 2012)と、岸らが全国の地域包括支援センターに実施した調査報告(岸ら 2011)がある。内閣府の調査結果では、上述のようにセルフ・ネグレクト状態にあると考えられる高齢者数の推計値が試算されるとともに、該当者の状況として「独居(7割)」「慢性疾患・ケガがある(6割)」「近隣住民との接点がない(6割)」「周囲の注意・介護が必要(5割)」「生活保護(2割)」といった特徴が示された。岸らの調査結果では、セルフ・ネグレクト事例は地域包括支援センター1施設平均1.7件と推定され、「栄養的に不十分な食事(8割)」「保健・福祉サービス拒否(8割)」「他人との関わりを拒否(7割)」といった状況が報告された。

これらの先行研究を踏まえ、筆者は都市部における高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態把握と支援策を検討するために、東京都区市部の経験年数3～9年の民生児童委員(以下、民生委員)全数1,936人を対象とした調査を行った。民生委員を調査対象としたのは、岸ら(2011)の調査でセルフ・ネグレクト事例の把握のきっかけは民生委員からの通報が全体の4割と最多であったため、地域における当該事例の状況を調べる上で民生委員から情報を得ることが有効と考えたからである。経験年数を3～9年に限定したのは、1期目(経験3年未満)では事例に関する情報が少なく、4期目以上(10年以上)だと役職に就く場合が多いため、地域での活動が最も活発と思われる2、3期目の民生委員を対象とした。初めに民生委員に対して2012年7～12月に郵送調査を行い(有効回収率:69.5%)、セルフ・ネグレクト事例に関わった経験が3件以上あり、面接調査への同意が得られた20名に対して半構造化面接を2012年11月～2013年3月に行った(杉原 2013)。

郵送調査に回答した民生委員1,346人中、担当地区にセルフ・ネグレクト状態の人がいる、または過去にいた(疑わしい事例も含む)と答えた人は39.3%で、東京都においてもこの問題が身近であることがわかる。セルフ・ネグレクトとともに孤立死事例の経験についても質問したところ、担当地区内で過去5年以内に死後、数日以上経って発見された孤立死の事例があったという民生委員は30.8%で、孤立死事例を経験した民生委員の26.1%は2人以上の孤立死を経験しており、セルフ・ネグレクトと同様に孤立死も東京都において日常的に起きている問題といえる。

郵送調査では、民生委員が関わったセルフ・ネグレクト事例のうち、主な事例の状況を最大3件まで記載してもらった。そこで記載された計849事例の発見当時の属性や状況を図1に示した。年齢は「70歳以上」が8割を占め、性別は女性が6割であった。男性高齢者の社会的孤立が問題視されているが、セルフ・ネグレクト事例に関しては女性も多いことがわかる。これは女性の方が認知症等の精神疾患を有する割合が高く、独居にもなりやすいことが関係していると考えられる。「一人暮らし」が75%と多いが、配偶者や子ども等の同居者がいる人も全体の4分の1を占めていた。このようなケースは同居者がいるということで見守り対象から除外される場合もあるが、家族全体が問題を抱え、孤立している事例も少なくないといえる。住居は、戸建てと集合住宅が半々であった。「連絡できる親族」がいた人も62.3%いたが、いない人(22.3%)やわからない人(14.6%)も4割近くいた。

図1 セルフ・ネグレクト事例の属性(発見当時)



介護や医療、福祉の必要性を民生委員の視点から評価してもらったところ、「介護の必要性」がある人は 50.8%、「医療の必要性」がある人は 55.2%であった。「認知症の疑い」がある人が 37.9%、「精神疾患の疑い」16.8%、「アルコール依存症の疑い」8.8%であった。「本人の問題意識」は「なかった」という場合が多いが(47.3%)、「あった」という場合も 20.8%いて、問題に思いながらも、どうすることもできずにいる当事者も少なからずいることが示唆された(表 2)。セルフ・ネグレクト事例のその後の転帰については、25.1%は「死亡」しており、セルフ・ネグレクト状態を放置すると死亡のリスクが非常に高いことがわかる(表 3)。セルフ・ネグレクト事例に見られる問題として、「必要な家事援助を受けていない」が多く、半数がこれに該当した。「家のまわりにゴミやガラクタがある」「衣服が汚れている」「必要な介護を受けていない」「家屋内が不衛生(洗っていない食器、ゴミ、排泄物がある)」「近隣住民と関わりがない」といった項目も、4割強が該当した。

表 2 セルフ・ネグレクト事例発見当時の本人の問題意識

	本人の問題意識				合計
	あった	なかった	わからない	無回答	
度数	177	402	255	15	849
%	20.8%	47.3%	30.0%	1.8%	100.0%

表 3 セルフ・ネグレクト事例の現在の所在

	居住継続	転居	施設入所	入院	死亡	不明	無回答	合計
度数	366	69	148	35	213	10	8	849
%	43.1%	8.1%	17.4%	4.1%	25.1%	1.2%	0.9%	100.0%

民生委員がセルフ・ネグレクトの人を知ったきっかけは「近隣住民からの連絡」が最も多く(45.0%)、次いで「調査等の訪問で偶然」(31.6%)となっていた。近隣住民から情報が入るようなネットワークを構築することや、調査等の訪問の機会を有効に活用することで、民生委員が状況を把握しようとして工夫していることがうかがえる。意外なのは「本人から連絡があった」という回答が複数あった点である。自己放任が疑われる事例であっても本人から何らかの SOS が発信される場合もあることから、このようなサインを発信してもらうためにも日頃から名刺等の配布など民生委員の存在を周知しておくことが重要である。

4. セルフ・ネグレクト状態になった要因・背景

セルフ・ネグレクト状態になった要因や背景については、「認知症」「独居・孤独・離死別」「性格」「家族の問題」「けが・病気」「精神疾患」「アルコール依存」「貧困」「人間不信」「過去の経歴」「高齢」「医療不信」「その他」といった要因が抽出できた(表 4)。

マスコミ等ではゴミ屋敷に住む人は「変な人・特殊な人」といった見方で取り上げられることが多いが、そのような状況に至る要因や背景は、認知症、離死別、独居、けが・病気、加齢など誰にでも生じうるものが多い。すなわち一部の特別な人の問題ではなく、自分やその周りの人にも生じうる問題といえる。性格についても頑固で変わった人だけでなく、真面目で人に頼ることができない人、完璧主義であるがゆえに、きちんとしてないと物を捨てられない人もいる。過去に訳ありのため、人との関係を避けて生きてきた人、人にだまされたり、対人関係のトラブルを経験したため、人を信頼できない人など、その人なりの正当な理由があってセルフ・ネグレクト状態に至っているのである。

表 4 セルフ・ネグレクト状態になった要因や背景(民生委員による報告事例の要約)

認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢で一人暮らしだったので、認知症が進み、家の中は足の踏み場もなかった。ヘルパー利用は嫌がり、親族も高齢で訪問してもらえず。 ・妻が死亡後、認知症の症状が始め徘徊する様になった。施設入所は金がかかるからと独居を希望。子供は3名いるが介護は拒否。
独居 孤独 離死別	<ul style="list-style-type: none"> ・父親が亡くなり、ご主人と離婚し、生活への不安から不安定になり、ごみをため、捨ってくるようになった。 ・夫と死別後、物の収集が始まった。寂しさをまぎらわすためか。 ・妻や子どもと絶縁。一人暮らしで老いてきて、無気力・自暴自棄に。
性格	<ul style="list-style-type: none"> ・プライドが高く、他人の介入は拒否。 ・頑固な性格で、人の意見を聞かない。自己中心的で周囲から孤立。 ・もともとキレイにできない。若いときから生活習慣ができていない。 ・完璧主義のため、分別できないと捨てられない(年のため、分別が困難に)。
家族の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・息子(無職・引きこもり)が認知症の母の世話を放棄。支援も拒否。 ・自閉症の息子との生活を守るため、自分の老化については目をつぶり、周囲との関わりを拒否。(老障介護のケース)
けが 病気	<ul style="list-style-type: none"> ・けがをしてから意欲がなくなり、家で横になるだけの状態。 ・歩行が困難なため家から出たがらず、部屋の中はゴミが散乱。 ・病気が悪化して動けなくなり、尿便も放置。入院や介護は拒否。
精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患が以前からあり、加齢と共にコントロールできなくなった。 ・うつ病になり、何をやる気力も無くなり、ゴミが散乱。 ・次男がゴミをためるようになったが、長男と母も精神疾患。
アルコール 依存	<ul style="list-style-type: none"> ・アルコール依存から身の周りの整理、洗濯等ができなくなった。 ・アルコール依存症になったきっかけは、離婚、死別、失業、退職など。
貧困	<ul style="list-style-type: none"> ・お金がなく、食べ物もなく、介護保険料も未納。生活保護の申請は恥ずかしいため、していない。 ・節約のため、物を捨てるように。電気ガス水道もなく、薪を使用。水は公園からタンクで運んでいる。 ・まじめで生活保護を受けることに遠慮があり、病院にも行かず。
人間不信	<ul style="list-style-type: none"> ・対人関係がわずらわしい事から、地域包括支援センターの支援を断っていた。 ・過去の間人関係上のトラブルで人を信用できない様子。 ・サギ被害、退居要請等により、生活が混乱し、対人恐怖に。
過去の経歴	<ul style="list-style-type: none"> ・以前、路上生活者で、身の回りをきれいにするのが出来ない。 ・既婚男性の愛人で、周囲や親族と全く関わりを持って来なかったため、男性の死亡後は言葉を交わす人もおらず、完全な孤立状態になった。 ・家族もなく地域社会では孤立していた。肩から腕を隠すように常に長シャツを着ていた(イレズミを隠すため)。 ・DV 夫から逃げてきた過去があり、対人恐怖。 ・その他、出自に関わる問題。本人や家族が刑務所に入った経験など。
高齢	<ul style="list-style-type: none"> ・年をとり、身の回りの事が出来なくなってきた、掃除、片付け、洗い物等めんどくさくなっていった様子。 ・高齢になって片付けができなくなったが、家族が片付けると「物が無くなった」と言われ、家族もヘルパーも掃除をさせてもらえない。
医療不信	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中にひどい扱いを受けたので、二度と入院したくない。 ・がんの告知をされてから、医療を拒否。 ・病院の受付で「保険証がない人」と大声で言われたので、病院には行きたくない。(保険証なしは、生活保護受給者を意味するため)
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・介護や福祉の世話になることへの拒否感や理解不足。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 消極的自殺(食べ物・水を拒否) ・ 失業等の出来事による意欲や気力の低下 ・ 外国人
--

5. 改善のために必要な制度・支援

セルフ・ネグレクト事例に関わった機関は、「地域包括支援センター」が最も多く(71.0%)、次いで「民生委員・見守り支援のグループ」34.6%、「区市町村の役所」29.2%、「病院、医療機関」24.0%という状況だった。セルフ・ネグレクト事例の中には、現時点では介護保険の対象にも生活保護の対象にも医療の対象にもならない人が少なからずいて、これらの人は制度やサービスの谷間に陥りやすい。そのような人に対して地域包括支援センターが支援の中核的な機関となっていることがわかる。また、見守り活動を続けることで改善の糸口をつかめる可能性があることも事例分析の結果から示唆された。

セルフ・ネグレクト状態の改善のために必要と思う支援やサービス、制度等を民生委員に挙げてもらったところ、「ゴミ処理」に関する要望が多かった(表5)。安い費用または無料でゴミの撤去をしてくれるようなサービスや、異常な状態にまで至っている場合は行政が強制力を持ってゴミ処理できるような制度の必要性が指摘されていた。ゴミ処理に限らず、本人が正常な判断ができない場合は、行政による立ち入り調査や訪問指導、チームを作ったの対応など、ある程度の強制力を行使することを望む意見も出されていた。地域包括支援センターや保健所・保健センター等の専門機関による相談・連絡体制に関する要望も多く、関係機関が集まっての事例検討会議や、夜間や休日に対応してもらえるような体制を望む意見が多かった。「個人情報」に関する要望も多く、地域における見守りや支援を強化する場合には必要に応じた個人情報の共有は不可欠であることが示唆された。その他、地域生活が困難な人が入りやすい「施設の整備」や、洗濯・掃除・ゴミ出し・入浴などの日常生活が自立できるようになるまで指導・援助するような「生活支援」、専門家によるカウンセリングや同じ悩みを持つ人同士の会などの「心のケア」の必要性も指摘されていた。

表 5 セルフ・ネグレクト状態の改善のために必要な制度・支援(民生委員調査より抜粋・要約)

施設入所 住居	<ul style="list-style-type: none"> ・ 金銭的に余裕のない方でも、認知症になったら施設に入所できれば良い。 ・ 特養や有料老人ホームに入れない高齢者が利用できる住居(生活支援や見守り付き)
ゴミ処理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資源ゴミの分別ができず放置されているので、無料で引き取ってくれるシステム ・ 片付けを安くしてくれるサービスがあるとよい。 ・ 定期的に訪問し指導してくれるサービス ・ 強制的にゴミを撤去する事が出来る条例
強制力 (行政対応)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 明らかに必要と思われる場合に本人の拒否があっても強制的に支援できる制度。強制力不足のため、助かる命を縮めてしまった。 ・ 行政による立ち入り調査が出来ればよい。 ・ 身寄りのない方に対する成年後見制度の改善
個人情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 秘守義務は大切だが、見守りの中で必要と思われる最低限の情報は得ていたい。 ・ 電気ガス水道が止められている情報が、地域包括などへ通報されること。 ・ 同居者がいるとリストにあがらず、名前も判らない。
生活支援 サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 無料で利用できる生活支援サービスがあれば良い。 ・ 事情があって普通の人と同じ様に通院したり、役所にいく事に抵抗感がある方に紹介できるサービスがあればよい。
見守り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居の方の情報を地域のパトロールの方、自治会の方と共有し、見守りを強化できればと思う。 ・ 各町内会の空き家、空き店舗等を活用して町会ごとに高齢者の集う場所を提供し、見守る仕組みを構築したい。
相談	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早朝、夜間、休日に相談・連絡できるサービス、窓口 ・ 訪問して、相談相手になる事
メンタル ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセリング等で根気強く接していればと思う。 ・ 心のメンタルケアの専門の方の訪問があると良い。
保健所 保健センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患に対する援助が必要。 ・ 保健師による頻回な訪問で、話をよく聞き取る。 ・ 地域包括支援センターだけでなく、保健所・保健センターの協力があれば良い
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ アルコール依存症への対応 ・ 家族への対応(認知症を認めない、ネグレクト、たかり、等) ・ 生活保護費の改善(家族・他人が搾取、自宅があると受給できない等の制約)

6. 支援策の検討

以上の結果を踏まえ、セルフ・ネグレクト事例への支援について検討した。まず、セルフ・ネグレクト状態に至る要因や背景をみると、セルフ・ネグレクトは新規の特別な問題ではなく、認知症、精神疾患、孤独、ネグレクト等、既知の課題により生じていることがわかる。さらに、これらの問題は一部の特殊な人だけでなく、誰にでも生じうる問題である。従って、セルフ・ネグレクトを「特殊な人」の問題とせず、多くの人を経験しうるものとして捉え、その背景にある問題を把握し、対応することが重要である。背景にある問題を無視してゴミだけを強制的に撤去したとしても、いずれまたゴミをため込む結果になるであろう。

支援策については、「見守りができる地域づくり」「制度・政策対応」「専門機関・関係職種との連携」「アウトリーチ」「精神的なケア」について述べたい。「見守りができる地域づく

り」については、第一歩として、地域住民内での問題意識や危機感の共有が重要である。他人事と考えているうちは見守り活動を活性化することは難しく、住民の中で「このままではマズい」という危機感が高まった時に地域は動き始める。第二に、地域内に存在する人的資源(町会・自治会、地域活動のグループ等)の連携と情報共有、各活動の活性化が、早期発見・早期対応に有効である。個々の活動の活性化だけでなく、相互に連携することで、有効な見守りができる地域づくりにつながる。第三に、役所や地域包括支援センター等の専門機関によるバックアップ体制が不可欠である。地域内の各活動の連携をコーディネートする役割とともに、見守りのために必要な情報提供や緊急時・夜間・休日の対応など専門機関によるバックアップ体制が整っていることで、住民は安心して見守り活動に取り組むことができるようになる。

「制度・政策対応」については、ゴミの強制撤去だけでなく、ゴミを処理できない理由に着目した対応が必要である。経済的理由により適切な住居に住むことができていない場合は、低所得者向け住宅や入所施設の整備が望まれる。ヘルパー等の支援があれば片付けることのできる人もいるので、介護保険制度の認定を受けていない人であっても支援員等が定期的に訪問して片付けを手伝う事業があれば改善につながり得る。個人情報保護の柔軟な運用についても民生委員からの要望が多く、例えば既に一部の自治体で導入されているが、電気・ガス・水道が止められている情報が地域包括支援センター等へ通報されることで早期発見・早期対応が可能となる。成年後見制度については、認知機能が低下して生活が維持できなくなった人にとって重要な支援制度であるが、制度上の制約により支援が迅速でないこと、制度が悪用されるケースがあること等の問題もあり、実効的な制度にするための検討がさらに必要である。

「専門機関・関係職種の連携」については、介護保険・医療保険・生活保護等の各制度から漏れる人を、どこかで対応できるようにするために重要である。社会保障・社会福祉制度は基本的に申請主義のため、申請しない人は制度対応から漏れる場合がある。また、表 4 に示したように、セルフ・ネグレクトに至る背景や要因の中には、精神疾患・認知症、アルコール問題、DV 問題、貧困、老々介護・老障介護など専門家による支援が必要な問題が多く、かつ複数の問題が複合・集積しているケースが多いので、専門機関が縦割りの状況では支援から漏れる人が必ず出てくる。専門家による支援の網から漏れることを防ぐためにも関係機関・関係職種の連携が不可欠であり、そのために「地域ケア会議」が有効に機能する仕組みづくりが重要である。

本人や家族からの申請待ちではなく、「アウトリーチ」も重要である。高齢であるにも関わらず介護保険や医療保険の利用実績がない人や、先述のように電気・ガス・水道が止められている人を相談員が訪問する仕組みなどが望まれる。アウトリーチについては、同居者がいる場合は見守り対象外とされることが多いため、一人暮らしよりも把握が困難である。同居者がいたとしても大丈夫ではないという認識を、周囲は持たなければならない。

最後に「精神的なケア」については、当事者は言うまでもないが、援助者にも必要である。援助者が地域住民のように医療・福祉の専門職でない場合は、孤立死やセルフ・ネグレクトのように深刻な状況に直面した際に、精神的なショックや自責の念を感じる人もいる。「孤立死ゼロの町づくり」といったスローガンを目にするが増えてきたが、そのような町づくりのためにも、上記の支援についてさらに検討する必要がある。

[文献リスト]

- Burnett, J., Coverdale, J.H., et al. (2006a). What is the association between self-neglect, depressive symptoms and untreated medical conditions? *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 18(4), 25-34.
- Burnett, J., Regev, T., et al. (2006b). Social networks: A profile of the elderly who self-neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 18(4), 35-49.
- Dong, X., Gorbien, M. (2005). Decision-making capacity: the core of self-neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 17(3), 19-36.
- Dong, X., Mendes de Leon, C.F., et al. (2009a). Is greater self-neglect severity associated with lower levels of physical function? *Journal of Aging and Health*. 21(4), 596-610.
- Dong X, Simon M, et al. (2009b). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 302(5), 517-26.
- Dong, X., Wilson, R.S., et al. (2010a). Self-neglect and cognitive function among community-dwelling older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25(8), 798-806.
- Dong X, Simon M, et al. (2010b). Cross-sectional study of the characteristics of reported elder self-neglect in a community-dwelling population: findings from a population-based cohort. *Gerontology*. 56(3), 325-34.
- Dong X, Simon M, et al. (2010c). Physical function decline and the risk of elder self-neglect in a community-dwelling population. *Gerontologist*. 50(3), 316-26.
- Dong, X., Simon, M., et al. (2010d). A cross-sectional population-based study of elder self-neglect and psychological, health, and social factors in a biracial community. *Aging & Mental Health*. 14(1), 74-84.
- Dong, X., Simon, M., et al. (2012). "The prevalence of elder self-neglect in a community-dwelling population: hoarding, hygiene, and environmental hazards." *Journal of Aging and Health*. 24(3), 507-524.
- Dong, X. (2017). Elder self-neglect: research and practice. *Clinical Interventions in Aging*. 12, 949-954.
- Dyer, C.B., Kelly, P.A., et al. (2006). Making of a self-neglect severity scale. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 18(4), 13-23.
- Filippo, S., Reiboldt, W., et al. (2007). Perceptions of Elderly Self-Neglect: A Look at Culture and

- Cohort. *Family and Consumer Sciences Research Journal*. 35(3), 215-231.
- Gruman, C.A., Stern, A.S., et al. (1997). Self-neglect among the elderly: a distinct phenomenon. *Journal of Mental Health and Aging*, 3(3), 309-323.
- 浜崎優子, 岸恵美子, 他. (2011). 地域包括支援センターにおけるセルフ・ネグレクトの介入方法と専門職が直面するジレンマおよび困難. *日本在宅ケア学会誌*, 15(1), 26-34.
- Iris M, Ridings JW, et al. (2009). The development of a conceptual model for understanding elder self-neglect. *Gerontologist*. 50(3), 303-15.
- Kelly, PA., Dyer, C.B., et al. (2008). Exploring self-neglect in older adults: preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps. *Journal of American Geriatric Society*. 56(Suppl2), S253-60.
- 岸恵美子, 吉岡幸子, 他. (2011). 専門職がかか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 地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より. *高齢者虐待防止研究*, 7(1), 125-138.
- 岸恵美子. (2012). ルポ ゴミ屋敷に棲む人々—孤立死を呼ぶ「セルフ・ネグレクト」の実態. 幻冬舎.
- 岸恵美子 編. (2015). セルフ・ネグレクトの人への支援—ゴミ屋敷・サービス拒否・孤立事例への対応と予防. 中央法規.
- Longres, J.F. (1995). Self-neglect among the elderly. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7(1), 69-86.
- National Center on Elder Abuse. (n.d.). Types of Abuse: Self-Neglect.
<https://ncea.acl.gov/faq/abusetypes.html#self> (2017年12月1日閲覧).
- Naik, AD., Pickens, S., et al. (2006). Assessing capacity in the setting of self-neglect: development of a novel screening tool for decision-making capacity. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 18(4), 79-91.
- 内閣府経済社会総合研究所. (2012). セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査—幸福度の視点から.
- 内閣府. (2017). 平成29年版高齢社会白書.
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/index.html> (2017年12月1日閲覧).
- ニッセイ基礎研究所. (2011). 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. 平成22年度老人保健健康増進等事業.
- 野村祥平. (2008). ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトの実態. *高齢者虐待防止研究*, 4(1), 58-75.
- 野村祥平, 岸恵美子, 他. (2014). 高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的な概念と実証研究の課題に関する考察. *高齢者虐待防止研究*, 10(1), 175-187.
- O'Brien, J.G., Thibault, J.M., et al. (1999). Self-neglect: an overview. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 11(2), 1-19.

特集

- Payne, B.K., Gainey, R.R. (2005). Differentiating self-neglect as a type of elder mistreatment: how do these cases compare to traditional types of elder mistreatment? *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(1), 21-36.
- 杉原陽子. (2013). 高齢者のセルフ・ネグレクトの実態把握と支援策の検討. 平成 23～24 年度科学研究費補助金 挑戦的萌芽研究 研究成果報告書.
- 津村智恵子, 入江安子, 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, 1-10.
- 津村智恵子. (2009). セルフ・ネグレクト防止活動に求める法的根拠と制度的支援. *高齢者虐待防止研究*, 5(1), 61-65.
- 津村智恵子. (2011). 高齢者等のセルフ・ネグレクト（自己放任）を防ぐ地域見守り組織のあり方と見守り基準に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究（政策科学推進研究）平成 20～22 年度.
- 梅田直美, 林尚之. (2017). 「孤立」にみる自由と人権. 自由と人権—社会問題の歴史からみる—. 大阪公立大学共同出版会, 54-74.