

第5章 孤立死リスクの高い高齢者への支援のあり方

—世田谷区の孤立死者全数 147 件の傾向を通して—

1	問題の所在	141
2	孤立死とは	143
3	世田谷区の孤立死者全数 147 件の傾向	148
4	孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援のあり方	162
5	考察と結論	170

孤立死リスクの高い高齢者への支援のあり方

—世田谷区の孤立死者全数 147 件の傾向を通して—

澁川 紀子*

1. 問題の所在

近年、様々な領域の、様々な仕組みの、個々の現場の根底で、孤立、孤独、孤立死へどう対処するかが共通の課題となっている。本研究では社会的孤立を用語とする。その理由は、孤立は、家族や近隣ネットワークが欠如して社会的に孤立している状態であり、それは社会的背景の投影であると考えからである。

社会的孤立の究極の負の出現は「孤立死」である。高齢になって、生活面、経済面、心身面（精神・健康面）で頼れる人がなく、社会的サービスへのアクセスが困難になり、孤立死に至ることは問題である。孤立死リスクは、社会から見えづらいため、そのようなリスクを抱えた対象者を発見しサービス等に結びつけることは支援の第一歩として意味を持つものとする。孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援のあり方が課題となる。

本研究では、世田谷区の孤立死者全数 147 件（以下「孤立死 147 件」と略。）の傾向を通して、孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援のあり方を研究する。

最初に、平成 22 年度から平成 24 年度までの世田谷区の「孤立死 147 件」をサンプルとして、孤立死とは何か、孤立死リスクとは何か、孤立死リスクの高い高齢者とはどのような高齢者か、その傾向を把握する。「孤立死 147 件」を分析して見えて来たことについても論じる。

次に、孤立死リスクの高い高齢者の傾向を踏まえて、「回避事例」及び「回避できなかった事例」から支援の適切性と困難性を検討する。対象者を発見し社会的サービス等の利用開始につなげる支援では「孤立死ゼロをめざして」の取り組みも検討し、孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援のあり方について結論する。

なお、孤立死は高齢者に限らず、ひとり暮らしに限らず発生している。世話をする同居人の死が、世話をされる同居人の死に先立つ、両人の孤立死も発生している¹。生活保護が

* せたがや自治政策研究所特別研究員

¹ ●札幌市の孤立死事例：姉(42)と障がいのある妹(40)の孤立死（平成 24 年 1 月）。●立川市羽衣町マンションの孤立死事例：母親(45)と障がいを持つ次男(4)が、死亡後 2 ヶ月経って発見された（平成 24 年 2 月）。●立川市羽衣町都営アパートの孤立死事例：認知症の母親(90 代)と介護者の娘(60 代)の死亡が発見された。介護者が何らかの原因で死亡し、連鎖して母親も死亡したと見られる（平成 24 年 3 月）。自治会費未納、郵便物滞留等の異変に「住民」が気づき(平成 24 年 2 月 20 日過ぎ)→自治会長（2 月末に東京都住宅供給公社〔JKK〕に通報）→JKK は二人暮らしのため立ち入りせず、市に安否確認を依頼（平成 24 年 3 月 2 日）→市が 5 日後の 3 月 7 日に動いて発見。立川市ではこれらの孤立死がきっかけになり、「地域見守りネットワーク事業」（すべての

受けられずにあるいは打ち切られて死に至っていることもある。² このように、孤立死は一樣でない事は自明であるが、高齢者層で圧倒的に多く発生しているため、本研究では、高齢者を中心的対象者とする。

先行研究等について

イギリスの社会学者、タウンゼント(Townsend, Peter)は、孤独(loneliness)と社会的孤立(social isolation)の区別をした学者として位置する。前者は主観的(objective)なものであり、後者は客観的(subjective)なものである。孤独(loneliness)とは、「仲間づきあいの欠如あるいは喪失による好ましからざる感じを持つこと」(to be lonely is to have an unwelcome feeling of lack or loss of companionship)であり、社会的孤立(social isolation)とは、「家族やコミュニティと殆ど接触がないこと」(to be socially isolated is to have few contacts with family and community)である、と2つを区別して定義した(Townsend,1957:166)。

孤立に焦点に据え、そこに潜む社会構造上の問題を通し、日本社会の連帯の実情を検討することを目指す石田光規は、「孤立者の最小化を目標とすれば、家族をヌキにした方策を立ち上げるのは難しい。・・・第一の道(家族関係の見直し)を活かしつつ、第二の道(新しい連携の模索)で補強する方策を第三の道として提示したい」と主張する(石田 2011:190)。

山田昌弘は、「将来、シングルが増えるだけでなく、別居家族もいない孤立したシングルが、若年、中高年問わず、あらゆる年齢層で増えることが予測される。ほとんどの人が家族に包摂されることを前提にした社会保障・福祉制度からこぼれた人が増えて来る。社会保障・福祉制度を根本的に組み直して、『今まで通りのライフコース』からこぼれたシングルへの対応が必要になってくる」と主張する(山田,2013a.:92-93)。「・・・孤立死は例外的な死ではなく、よくある死の一形態になるでしょう。・・・たとえ、友人などがみとって葬儀を行ってくれても、遺骨の問題は残ります。遺言を残していないと、親族を探しださなくてはならず、見つからなかったり、拒否されてしまったりした場合は、役所が処理しなければなりません。市役所などに『孤立死埋葬課』のようなものができて、孤立死の死後の対応が日常業務化していく時代がくる日は近いと思う」と述べている(山田,2014:106)。

新井康友は、「孤独死問題の本質は、ひとりで死ぬ(誰にも看とられずに死ぬ)ことに問題があるのではない。また、死亡してから発見までの日数でもない。社会的に孤立したはてに死亡したことが問題なのである。つまり、孤独死する以前の生活状態がどうであったのか、なぜ孤独死という死に方をしなければならなかったのか、その背景にあるものは何

市民が地域から孤立することなく安心して暮らせるように、総合的な見守りシステムの一環として、日常生活や業務の中で気が付いた異変を市などへ連絡して安否確認等につなげる)の推進に至った。

² 「生活保護が打ち切られたために餓死する例は時々みられる。これは、制度の欠陥というよりも、運用の誤りによる人災である。」(山田,2009: 23)。

かを明らかにすることが重要である」。「・・・孤独死の実態から『生』に注目することである、つまり、今住んでいる地域で暮らし続けるために、地域に何が必要かを探求し、今後の地域のあり方を検討することこそが求められている」と主張する（新井 2013:34-35）。

2. 孤立死とは

孤立死とはどのような死をいうのか。以下では、孤立死に対応する日本の検視制度、孤立死の諸定義と把握状況について検討する。

2.1 孤立死に対応する日本の検視制度

人が死亡した時に、検視が行われることがある。検視の対象となる死体は異状死体であるが、医師法をはじめとして法律上、異状死ないし異状死体の定義を定めた規定はない。定義づけの試みは以下に見られる。

厚生科学研究費補助金による「腎移植医療における監察医制度をめぐる諸問題に関する研究」報告書（平成 3 年）では、異状死体とは「**確実に診断された内因疾患で死亡したことが明らかな死体以外のすべての死体**」としている。

日本法医学会の「『異状死』ガイドライン」（平成 6 年 5 月）では、「**基本的には、病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが『ふつうの死』であり、これ以外は異状死と考えられる**」としている。

日本学術会議第 2 部・第 7 部が纏めた「異状死等について—日本学術会議の見解と提言—」（平成 17 年 6 月）では、「**異状死とは①純然たる病死以外の状況が死体に認められた場合のほか、②まったく死因不詳の死体等、③不自然な状況・場所などで発見された死体及び人体の部分等もこれに加えるべきである**」としている。³

死	自然死	(老衰死、通常の病死等)
	変死の疑いのある死体	(自然死か不自然死か不明の死体で、不自然死の疑いがあり、かつ犯罪によるものかどうか不明なもの)
	不自然死	犯罪死 (殺人、過失致死等)
		変死者 (犯罪による死亡ではないかと疑いのあるもの)
非犯罪死 (水泳中の溺死、衆人環視の中での飛び降り自殺、落雷による感電死等)		
資料： 司法研修所検察教官室編,2004,『検察講義案平成15年版』,法曹会,p.22をもとに筆者作成。		

日本の検視制度は、刑事司法上の検視制度（刑事訴訟法及び検視規則等に基づくもの）

³ 日本学術会議の「異常死等について—日本学術会議の見解と提言」の詳細は、以下 Web ページ参照。 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1030-7.pdf>

と公衆衛生上の検視制度（死体解剖保存法第 8 条、検疫法、食品衛生法等に基づく行政解剖制度【監察医制度】）とがあり、体系的な検視制度にはなっていない。関係する省庁は法務省、警察庁、厚生労働省等に分かれている。

刑事司法上の検視制度の目的は、「犯罪の嫌疑の有無の発見」及びそれに引き続く「犯罪捜査の目的かつ迅速な遂行」である。従って、自然死（老衰死・病死等）による死体は除かれる。対象は、不自然な死亡を遂げた死体及びその疑いのある死体を合わせた、異状死体であり、その情報は一元的に警察において把握される。（表 1）。

異状死体の情報の一元的な収集は、警察官自らが認知する場合、発見者等からの任意通報による場合、法律その他の規定上警察へ届出義務が課されている者からの届出などによる。

表 2 は、警察への届出義務規定及び届出を促す効果がある規定を示したものである。

【表2】 警察への届出義務規定及び届出を促す効果のある規定	
◎警察への届出義務規定	
医師法（昭和23年法律第201号）第21条【異状死体等の届出義務】	医師は、死体又は妊婦4月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。
保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第41条【異常死産児の届出】	助産師は、妊娠4月以上の死産児を検査して異常があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署にその旨を届け出なければならない。
死体解剖保存法第11条	死体を解剖した者は、その死体について犯罪と関係のある異状があると認めるときは、24時間以内に、解剖をした地の警察署長に届け出なければならない。
刑事施設及び受刑者の処遇に関する法律施行規則（平成18年法務省令第57号）第82条第2項	刑事施設の長は、前項の検視の結果、変死又は変死の疑いがあると認めるときは、検察官及び警察官たる司法警察職員に対し、その旨を通報しなければならない。
◎警察への届出を促す効果があるもの（届出義務規定ではない）。	
刑法（明治40年法律第45号）第192条【変死者密葬等】	検視を経ないで変死者を葬ったものは、10万円以下の罰金又は科料に処する。
軽犯罪法（昭和23年法律第39号）第1条18号	左の各号の一に該当する者は、これを拘留又は科料に処する。 18号 自己の占有する場所内に、老幼、不具若しくは傷病のため扶助を必要とする者又は人の死体若しくは死胎のあることを知りながら、速やかにこれを公務員に申し出なかったもの。
資料：平成26年3月筆者作成。	

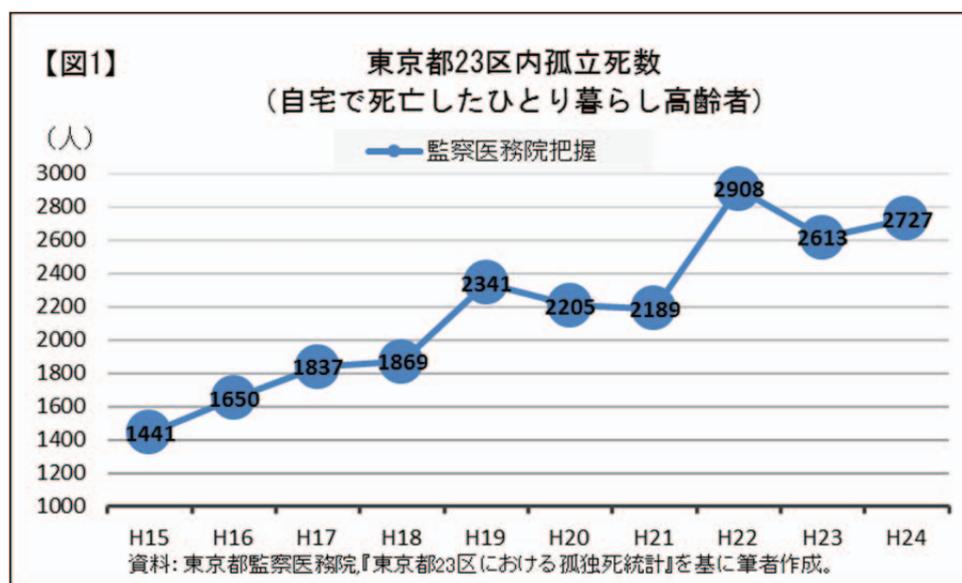
一方、孤立死と関連する、公衆衛生上の検視制度の目的は、警察で犯罪と無関係とされた異状死体について、公衆衛生上の観点から死因究明を行うことである（中根,2007:5）。主となる監察医制度の施行地域は、東京 23 区（東京都監察医務院）、横浜市（諸処の開設診療所）、名古屋市（名古屋大学等 4 大学へ委託）、大阪市（大阪府監察医事務所）、神戸市（兵庫県監察医務室）の 5 都市に限られる。これ以外の地域は嘱託警察医による。⁴

⁴ 日本の監察医業務の始まりは、GHQ が東京都民生局に対して、飢餓・伝染病・栄養失調等による死亡者については GHQ 厚生課員の立会いの下で解剖を行い厳密な調査を実施すべきと指令したことによる。この指令により、「東京都変死者等死因調査規定」（昭和 21 年 4 月）が制定された。アメリカのメディカル・エグザミナー制度にならった変死体の検案・解剖業務が開始されたのである。当時、浮浪者の死亡は腫れ物のため、栄養失調のためと片付けられている場合もあり、死因をはっきりとさせ、統計資料とすることが考えられた。その後、「死因不明死体の死因

2.2 孤立死の諸定義と把握状況

孤立死を把握する全国的な調査はない。しかし、公衆衛生上の検視を中心的に担っている東京都監察医務院は孤立死を、「異状死の内、自宅で死亡した一人暮らしの人」と定義して、孤立死数を把握している（図1）。死後経過日数を、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日以上に分けて把握している⁵。

（独）都市再生機構は孤立死を「団地内で発生した死亡事故のうち、病死または変死の一態様で、死亡時に単身居住している賃借人が、誰にも看取られる事なく、賃貸住宅内で死亡した事故をいい、かつ相当期間（1週間を超えて）発見されなかった事故（ただし、家人・知人による見守りが日常的になされていたことが明らかな場合（自殺の場合及び他殺の場合は除く）」と定義して、管理している賃貸住宅に限定して孤立死数を把握している⁶。



世田谷区では孤立死を「高齢者が誰にも看取られずに自宅で死亡し、死後数日を経過し発見されたもので、区及びあんしんすこやかセンターにて把握できた件数」と考えて、孤立死数を把握している（図2）。死後数日（＝発見までの期間）を3日以内（数日）⁷、1週間以内、2週間以内、2週間以上、不明、に分けて把握している（表8）。

世田谷区及びあんしんすこやかセンター（「地域包括支援センター」の世田谷区の名称）

調査に関する件」(昭和22年厚生省令第1号)が公布され、当初、監察医制度は7都市（東京都-区部、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市、福岡市）に設置された。7都市に設置されたのは、全人口の3分の1が都市に集中しているためである。

⁵ 東京都監察医務院、「性・死後経過日数別の孤独死構成割合（グラフ）」『東京都23区における孤独死統計』平成24年参照。

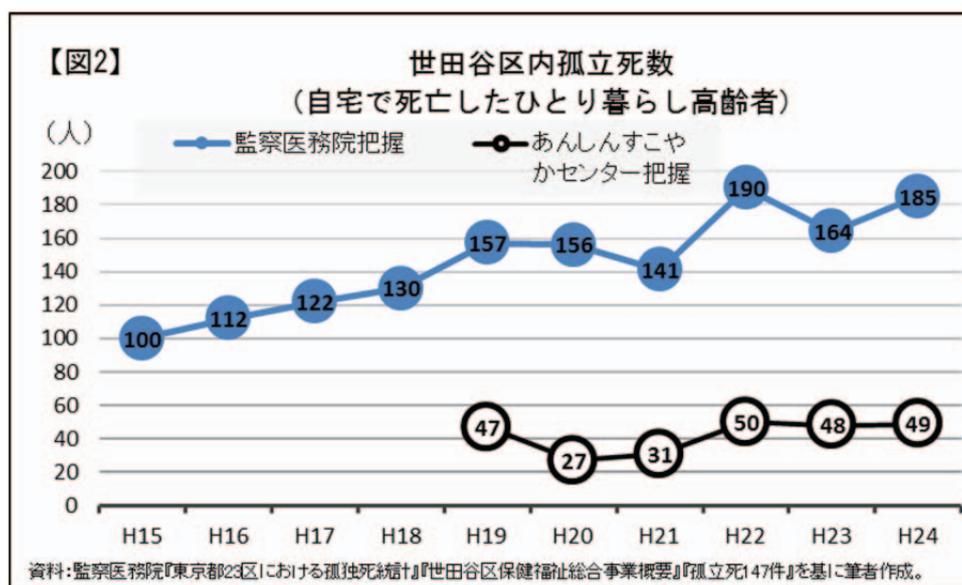
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/kodokusitoukei24.files/kodokusisuukouseiwariai2.pdf>

⁶ （独）都市再生機構の管理している賃貸住宅での孤立死数は、各年度の『高齢社会白書』で確認できる。

⁷ 「3日以内（数日）」の中には、死後1日（翌日）で発見できた孤立死もあったが、「孤立死147件」の中では稀なケースである。

で把握した孤立死数が、東京都監察医務院で把握した数値の約 3 分の 1 から 4 分の 1 になる理由のひとつには、孤立死の捉え方の違いが挙げられる。今後は、地域から今以上に孤立死情報が寄せられて来るようにすることも大切である。

別の視点として孤立死しても孤立死として把握されない死もあるという認識が必要である。これに該当する死として、行旅死亡人等⁸が挙げられる。行旅死亡人等のうち身元は明らかだが引取り手がなく区が取り扱った死亡人は平成 22 年度 10 人、平成 23 年度 9 人、平成 24 年度 15 人あった。これ以外に、事実上孤立した末の死であっても、住民登録の無い人、ホームレスは区の孤立死概念に当てはまらず、把握されることはない。



拾いきれていない孤立死も多いということが分かったため、せたがや自治政策研究所で作成する世田谷区の「社会地図」⁹に孤立死発生状況を落とし込み、区の 5 地域の特性との関連を明らかにすることは、筆者の将来的な研究課題としたい。

⁸ 行旅病人及死亡人取扱法、墓地、埋葬等に関する法律（第 9 条）に根拠を置く、世田谷区行旅病人及行旅死亡人取扱法の施行に関する規則により、区は「行旅死亡人及び行旅病人等の取り扱い事業」を行っている。この事業の以下(3)の該当者の中に、把握されない孤立死があると考えられる。(1)行旅死亡人—区内で身元不明の死亡者があった場合、警察署から遺体を引き取り、区が火葬等を行うと共に遺留金品を保管し、警察署と協力して縁故者の発見に努め、発見できないときは無縁故者精霊塔へ安置する。(2)行旅病人—外国人等の行旅病人があった場合は、救急病院に入院させて縁故者の発見に努め、発見できないときは東京都福祉局と協議を行い医療機関に救護要請する。(3)身元は明らかだが、引き取り手のない遺体があった場合は、(1)行旅死亡人と同様の扱いを行う。また、地下発掘等で発見された人骨、遺失物として取り扱われた焼骨についても、引き取った上で火葬埋葬を行う。

⁹ この「社会地図」は世田谷区に関する国勢調査等の統計データを、27 の出張所・まちづくりセンター地区に分け、各地域の特性を可視化したもので、政策形成の基礎資料として活用されている。<http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/107/157/742/d00035439.html>

表3は、孤立死の諸定義をまとめたものである。

【表3】 「孤立死」定義づけのころみ	
大辞林第三版、三省堂	孤独死 ：「だれにもみとられずに、死亡すること、特に、一人暮らしの高齢者が自室内で死亡し、死後しばらくしてから遺体が発見されるような場合についていう」。
Wikipedia 平成26(2014)年 3月15日確認。	孤独死 とは主に一人暮らしの人が誰にも看取られる事無く、本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事を指す。特に発症直後に助けを呼ばずに死亡するケースがこのように呼ばれ出した。
東京都監察医務院、平成22(2010)年。	「異状死の内、自宅で死亡した一人暮らしの人」と定義。 *「東京都23区における孤独死の実態」より
厚生労働省、平成19(2007)年	「社会から孤立した結果、死後、長期間放置されるような『 孤立死 』」。
UR都市機構、平成19(2007)年 ↓ 平成24(2012)年改定。	孤独死 とは、「病死又は変死」事故の一態様で、死亡時に単身居住している賃借人が、誰にも看取られる事なく、賃貸住宅内で死亡した事故をいい、自殺又は他殺を除く。 ↓ 改定 「団地内で発生した死亡事故のうち、病死又は変死の一態様で、死亡時に単身居住している賃借人が、誰にも看取られることなく賃貸住宅内で死亡し、かつ相当期間（1週間を超えて）発見されなかった事故（ただし、家族・知人による見守りが日常的になされていたことが明らかな場合、自殺の場合及び他殺の場合は除く）」。
ニッセイ基礎研究所 平成22(2010)年3月。	死後経過期間が「2日以上（上位推計）」「4日以上（注意推計）」「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。 *「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」より
各自自治体共通：	公式な孤立死の定義は存在しない。 担当部門、委員会等による考えにより「 孤立死 」が把握されている。
世田谷区地域福祉部 高齢福祉課	高齢者が誰にも看取られずに自宅で死亡し、死後数日を経過し発見されたもので、区及びあんしんすこやかセンターにて把握できたもの。 *「高齢者 孤立死 発見状況」『世田谷区保健福祉総合事業概要』
新宿区健康部	「2週間毎程度に見守る者がいない、独居又は高齢者のみ世帯の高齢者」。 *「新宿区における孤独死防止への取組み」で 孤独死 対策を講ずべき対象者
さいたま市役所 保健福祉局福祉部福祉総務課での捉え方。	孤立死 ：親族、近隣住民等との交流、住民登録や行政への相談などの行政情報がないため、生きていううちに情報から孤立化し、死亡後、発見までに相当の時間を要した場合の死。 孤独死 ：親族、近隣住民、民生委員、福祉関係などの市職員、ヘルパーなどとの交流があったものの、死亡した時点で孤独であり、死亡後、発見までに時間を要した場合の死。
行田市役所 健康福祉部福祉「トータルサポート推進担当」	定義に関する意見 1. 定義を決めて分析・検証し対応策を検討するという意見。 2. 個々の事案に個別で対応するために定義を定めたくない民生委員等の現場担当者の意見。
立川市役所 福祉保健部高齢福祉課	孤独死 （「 孤立死 」を含む）：死亡の際に一人であった（死亡時の看取りが無い）死亡。 孤立死 ：死亡の際に一人であった事に加え、生前に周囲との十分な交流がなかった死亡。 *立川市では、上記の「孤独死」で、高齢福祉課及び生活福祉課で知り得た事案を把握している。
横浜市役所孤立死予防対策検討委員会	孤立化 ：家族・親族、行政、地域等との関わりが著しく乏しい状況。いざと言う時に必要な支援やサービスを受けることができない、又は求められない状況を指す。 孤立死 ：家族・親族、行政、地域等との関わりが著しく乏しい状況下にあるが、相当期間放置されるような死。 *若年の孤立事案も発生しているため、「年齢」は含めない。
北九州市いのちをつなぐネットワーク推進課	独居死 ：一人暮らしの人で、親族や近隣住民、見守り関係者等との交流がある中で、突然の事故・病気などにより一人で亡くなった場合。 孤立死 ：周囲との交流がなく、地域や社会から孤立して必要な支援を受けられない状況の中で、誰にも看取られず一人でなくなった場合。 *北九州市では、上記の「孤立死」を防ぎたい。特に、周囲との交流がなく、本当は支援が必要であるにも関わらず、支援が届かず亡くなった事案。
	資料：平成26年3月筆者作成。

上の通り、孤立死の捉え方は様々であるため、把握する数値も異なって来るという認識が必要である。「孤立死の定義については、全国規模での発生数を把握するためには必要でありながらも、現段階で限定的な定義を設定することによって孤立死予備群となる要援護者への支援の幅を狭めてしまう可能性があることから、孤立死に関する研究上の定義をあえて設定せずに自治体の判断に任せ」、「自治体の孤立（死）対応・対策にかかる取組みを支援すること」を主眼とすることである。（野村総合研究所,2013:2,78）。

3. 世田谷区¹⁰の孤立死者全数 147 件の傾向

孤立者が必ずしも孤立死するとは限らない。そのため、第 3 節では、孤立死という死の結果と社会的孤立の間に影響を及ぼすものが何であるのか、世田谷区の「孤立死 147 件」の傾向を把握する。

本研究で用いる、世田谷区の孤立死者全数 147 件の資料及びヒアリング調査等について

本研究は、平成 22 年度から平成 24 年度迄（3 年間）の世田谷区の「孤立死 147 件」の資料提供及びヒアリング調査に、世田谷区地域福祉部高齢福祉課の協力を得た。その他資料提供及びヒアリング調査に、地域福祉課、砧清掃事業所、梅丘まちづくりセンター、梅丘あんしんすこやかセンター、烏山社会福祉協議会の協力を得た。

「孤立死 147 件」は、個人情報保護法との関連で、孤立死事例として示すことはしなかった。個人が特定できない配慮をして筆者が独自に数値化・図表化して、「孤立死 147 件」の傾向を示した。なお、提供された「孤立死 147 件」の資料は研究目的に収集されたものではなく、情報が十分でないものもあったが、傾向を把握する上で支障は無かった。

本研究で用いる用語について

(a)。「社会的孤立」・「孤立死」。「NHK スペシャル（2005 年 9 月）」で使用されて社会的注目を集め、一般化した用語に「孤独死」があるが、本研究では、世田谷区に地域を絞ること、区が「孤立死」を用語としていることから、「孤独死」を「孤立死」に含め、「孤立死」を一貫して用いることにする。また、「孤立死」の前段階には「孤独」・「社会的孤立」があるものとの考えに立ち、「孤独」を「社会的孤立」に含め、「社会的孤立」を一貫して用いることにする。

(b)。「ひとりぐらし高齢者」とは、同居している者がいない高齢者で、近隣（一般の大人

¹⁰ 本研究で対象とする地域、世田谷区は、東京23区中の西南端に位置し、総人口867,552人（うち男性413,485人、女性454,067人）、総世帯数451,965世帯の住宅都市である。高齢者人口は169,568人（うち男性70,150人、女性99,418人）、前期高齢者84,460人、後期高齢者85,108人で、高齢化率は19.55%、人口密度は23区中13位である。
世田谷区の高齢者の特徴は、①男性よりも女性が多い、②前期高齢者よりも後期高齢者が多い、③90歳以上が9,481人で（1.09%。総人口に占める割合）多いことである。（住民基本台帳,平成26年1月1日現在）。

が歩いておおむね5分以内の範囲の場所をいう。以下同じ。)に常時その者の様子を知り得る18歳以上65歳未満の2親等以内の親族及び同一敷地内又は隣地に常時その者の様子を知り得る18歳以上65歳未満の3親等の親族がいないものをいう。ただし、同居する者がいる場合においても、高齢者と同居している者が18歳未満の者であるとき、又は65歳未満の障害者等で緊急時に介護し、及び通報することができないものであるときは、当該高齢者は、ひとりぐらし高齢者に該当するものとする。

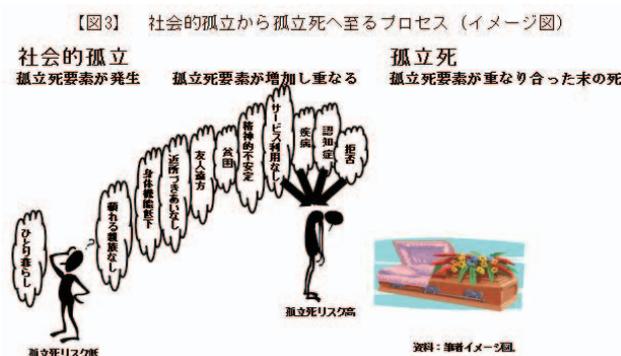
(c)。「高齢者のみ世帯」とは、高齢者だけで生活している世帯で、近隣に常時その世帯の様子を知り得る18歳以上65歳未満の2親等以内の親族及び同一敷地内又は隣地に常時その者の様子を知り得る18歳以上65歳未満の3親等の親族がいないものをいう。ただし、高齢者以外の者が同居している場合においても、高齢者と同居している者が18歳未満の者であるとき、又は65歳未満の障害者等で緊急時に介護し、及び通報することができないものであるときは、当該世帯は高齢者のみ世帯に該当するものとする。

(b)及び(c)は「世田谷区ひとりぐらし高齢者及び高齢者のみ世帯現況調査実施要綱」平成9年4月1日世高福発第708号。(改正)平成23年4月1日23世高福第168号による。

本研究は、上記の「ひとりぐらし高齢者」、「高齢者のみ世帯」の定義に依拠するが、「孤立死147件」の中には厳密に当てはまらないものもあった。

3.1 孤立死の傾向

孤立者が必ずしも孤立死するとは限らない。では、孤立死という死の結果と社会的孤立¹¹の間には何があるのか。世田谷区の「孤立死147件」の資料を分析して行くと、その多くに共通する要素を見いだすことができた。その要素を本研究では「孤立死要素」として表4に示した。また、孤立死とは、「孤立死要素が重なり合った末の死」であることも発見できた。本研究により、孤立死と言う死の結果と社会的孤立の間には、複数の孤立死要素が存在し、孤立死要素が重なり合うことで孤立死リスクが高まり、孤立死に影響を及ぼす、ということが判明した。図3は、社会的孤立から孤立死へ至るプロセスのイメージ図である。



¹¹ タウンゼンド (Townsend, Peter) は社会的孤立の発生について以下のように述べている。「高齢者の社会的孤立(social isolation)は主として親族(relatives)の欠如によって生じるが、退職や(高齢による)衰弱によってもまた生じるものである」。(Townsend,1957:summary viii) (筆者訳)。

【表4】 孤立死要素（孤立死者全数147件から抽出）

項目	身体状況	世帯状況	家族・親族状況	疾病	サービス利用状況
孤立死要素	<ul style="list-style-type: none"> 老化による衰え。 ・体力低下。 ・足腰機能低下。 ・視力低下。 ・聴力低下。 ・歯の減少等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし。 ・高齡のみ（配偶者入院中）。（配偶者と別居）。 ・高齡親と未婚子（息子）の同居世帯で①両者同時死亡、1件。 ②高齡親死後数年、息子死後数日、1件。 ・高齡親と未婚子（娘）の同居世帯で、娘旅行中の高齡親の死、1件。 	<ul style="list-style-type: none"> 頼れる家族・親族なし。 ・なし/不明30件。 ・遠方。 ・兄弟姉妹はいるが頼れない、77件。 ・絶縁状態（死亡時協力なし）2件。 ・音信不通の子あり。 ・子なし。 ・姉入院中。 ・親族入院中。 	<ul style="list-style-type: none"> ・食道がん。 ・膵臓がん。 ・脳腫瘍。 ・出血性胃潰瘍。 ・慢性アルコール肝障害+通院拒否+サービス利用拒否。 ・持病喘息（在宅酸素療法中） ・尿管腫瘍で通院中。 ・定期通院あり、妹が月に1回訪問。 ・糖尿病で通院中。 ・通院歴あり。 ・アルコール依存+認知症。 ・歯科通院。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用なし7割以上。
項目	ADL* （日常生活動作）	住居状況	配偶者状況	精神状況	拒否 29件
孤立死要素	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL低下。 ・ADL低下で居宅生活維持の可否検討中。 	<ul style="list-style-type: none"> ・戸建て（老朽）。 ・戸建て（嚴重施設）。 ・戸建て（常時雨戸が閉鎖）。 ・オートロック式マンション。 ・（管理人不在）オートロック式マンション。 ・（管理人不在）アパート+別れた妻は息子と同居。 ・民間アパート。 ・都営アパート。 ・UR住宅（管理人不在）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・死別。 ・離別。 DVで妻と別居。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症。 ・精神障がい。 ・精神的不安定。 ・精神疾患で定期通院し病状は安定 ・妄想（近所から苦情）。 ・精神的不安定+拒否。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定あり+サービス利用拒否7/147。 ・サービス導入拒否。 ・人とのかわり拒否。 ・周囲からの働きかけ拒否。 ・訪問拒否。 ・通院拒否。 ・お金がかかるという理由で医療受診拒否。 ・非常に気難しく、人を寄せ付けない。
項目	近隣状況	経済状況	友人・知人状況	うつ病	連絡・連携状況
孤立死要素	<ul style="list-style-type: none"> ・近所と交流なし。 ・地域から孤立（排除）。 	<ul style="list-style-type: none"> ・困窮。 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠方。 	<ul style="list-style-type: none"> ・うつ病の既往歴。（自殺とうつ病の関係あり。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・安否確認が取れず、そのまま。

*ADL（Activities of Daily Living, 「日常生活動作」）とは、食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動を指す。それぞれについて自立/一部介助/全介助のいずれかであるか評価することで障がい者や高齢者の生活自立度を表現する。最近、日常生活活動と言われることが増えてきている。
資料：高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が独自に作成。

【表5】								【表6】									
世田谷区の高齢者孤立死発見状況 地域別・性別・年齢別 (平成19年度～平成24年度合計)								世田谷区の高齢者孤立死発見状況 地域別・性別・年齢別 (平成22年度～平成24年度合計)									
		世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率			世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率
性別	男性	56	19	26	19	20	140	55.6%	性別	男性	33	12	14	11	15	85	57.8%
	女性	31	24	18	25	14	112	44.4%		女性	18	13	10	15	6	62	42.2%
年齢	60代	18	6	8	8	7	47	18.7%	年齢	60代	8	5	3	5	4	25	17.0%
	70代	34	19	24	23	14	114	45.2%		70代	21	10	15	14	8	68	46.3%
	80代	32	16	12	13	9	82	32.5%		80代	21	9	6	7	6	49	33.3%
	90代	3	2	0	0	4	9	3.6%		90代	1	1	0	0	3	5	3.4%
合計		87	43	44	44	34	252		合計		51	25	24	26	21	147	
資料：平成19年度から平成21年度は、「世田谷区保健福祉総合事業概要<統計編>」（平成20年度版～平成22年度版）による。平成22年度から平成24年度は、高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が数値化した。								資料：平成22年度から平成24年度は、高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が数値化した。									

【表7】																	
高齢者孤立死発見状況（平成19年度）								高齢者孤立死発見状況（平成22年度）									
		世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率			世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率
性別	男性	9	1	6	3	4	23	48.9%	性別	男性	11	3	5	2	4	25	50.0%
	女性	5	5	5	4	5	24	51.1%		女性	9	6	3	6	1	25	50.0%
年齢	60代	2	0	1	0	2	5	10.6%	年齢	60代	0	2	2	1	2	7	14.0%
	70代	6	3	5	4	5	23	48.9%		70代	14	2	3	4	1	24	48.0%
	80代	4	2	5	3	1	15	31.9%		80代	5	5	3	3	1	17	34.0%
	90代	2	1	0	0	1	4	8.5%		90代	1	0	0	0	1	2	4.0%
合計		14	6	11	7	9	47		合計		20	9	8	8	5	50	
高齢者孤立死発見状況（平成20年度）								高齢者孤立死発見状況（平成23年度）									
		世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率			世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率
性別	男性	6	2	3	2	0	13	48.1%	性別	男性	10	5	5	5	4	29	60.4%
	女性	3	4	2	2	3	14	51.9%		女性	7	3	6	3	0	19	39.6%
年齢	60代	4	0	2	0	0	6	22.2%	年齢	60代	3	1	1	3	1	9	18.8%
	70代	2	3	2	3	1	11	40.7%		70代	4	4	8	4	1	21	43.8%
	80代	3	3	1	1	2	10	37.0%		80代	10	3	2	1	1	17	35.4%
	90代	0	0	0	0	0	0	0.0%		90代	0	0	0	0	1	1	2.1%
合計		9	6	5	4	3	27		合計		17	8	11	8	4	48	
高齢者孤立死発見状況（平成21年度）								高齢者孤立死発見状況（平成24年度）									
		世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率			世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	比率
性別	男性	8	4	3	3	1	19	61.3%	性別	男性	12	4	4	4	7	31	63.3%
	女性	5	2	1	4	0	12	38.7%		女性	2	4	1	6	5	18	36.7%
年齢	60代	4	1	2	3	1	11	35.5%	年齢	60代	5	2	0	1	1	9	18.4%
	70代	5	3	2	2	0	12	38.7%		70代	3	4	4	6	6	23	46.9%
	80代	4	2	0	2	0	8	25.8%		80代	6	1	1	3	4	15	30.6%
	90代	0	0	0	0	0	0	0.0%		90代	0	1	0	0	1	2	4.1%
合計		13	6	4	7	1	31		合計		14	8	5	10	12	49	
資料：平成19年度から平成21年度は、「世田谷区保健福祉総合事業概要<統計編>」（平成20年度版～平成22年度版）による。平成22年度から平成24年度は、高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が数値化した。																	

予防型行政を進めていても、孤立死は毎年発生している。表5、表6及び表7、図4は平成19年度から平成24年度までの6年間、平成22年度から平成24年度までの3年間及び年度ごとの孤立死数である（世田谷区及びあんしんすこやかセンター[＝地域包括支援センター]が把握した数）。孤立死数252人、内男性140人(55.6%)、女性112人(44.4%)であった。年代別では、70代が114人(45.2%)で最も多く、次に80代が82人(32.5%)、60代が47人(18.7%)、90代が9人(3.6%)と続く。5地域別に見ると、世田谷地域で87人、玉川地域・砧地域が同数でそれぞれ44人、北沢地域で43人、烏山地域で34人の孤立死があった。各地域の高齢

者人口を母数にすると、孤立死の発生率に地域間格差はなかった。

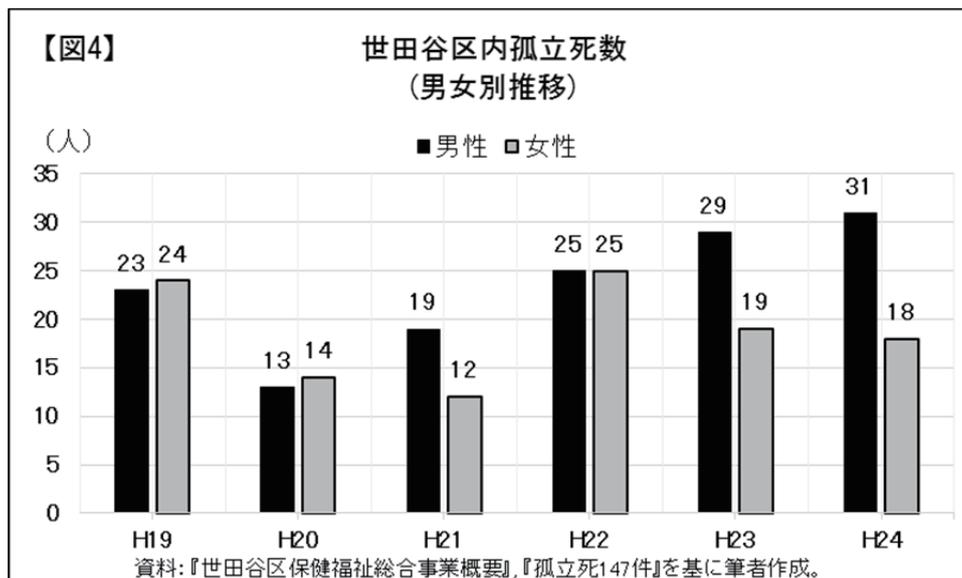


表8は、「高齢者孤立死の発見までの期間（平成22年度～平成24年度合計）」である。3日以内（数日）の発見が52人(35%)で最も多く、次が1週間以内37人(25%)、2週間以内28人(19%)、2週間以上26人(18%)、不明4人(3%)であった。

【表8】 高齢者孤立死の発見までの期間（平成22年度～24年度合計）

5地域別		世田谷	北沢	玉川	砧	烏山	合計	%
発見までの期間	3日以内(数日)	18	9	8	8	9	52	35%
	1週間以内	13	8	5	4	7	37	25%
	2週間以内	7	4	7	7	3	28	19%
	2週間以上	11	3	4	6	2	26	18%
	不明	2	1	0	1	0	4	3%
合計		51	25	24	26	21	147	

※高齢者が誰にも看取られずに自宅で死亡し、死後数日を経過し発見されたもので、区及びあんしんすこやかセンターにて把握できた件数。
資料：高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者作成。

【表9】 サービス利用の有無

サービス利用状況	あり	内容 ※重複あり		なし	不明	合計
		介護サービス	その他			
人	32	(27)	(15)	105	10	147
%	22%			71%	7%	100%

資料：高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者作成。

表9は、「サービス利用状況」である。この表が示すことは以下である。

- ① 孤立死した高齢者の71%が何のサービスも利用していなかった。つまり、何のサービスも利用していないことは孤立死要素のひとつになる、ということが分かった。

② 孤立死した高齢者のうち 22%はサービスを利用していた。そのうち介護サービスの利用者は 27 人、その他のサービス利用者は 15 人であった（重複あり）。

利用サービスと利用頻度は、安否確認サービス（週 1 回）。通所介護（週 1 回）（不定期利用）。訪問介護（週 3 回、週 2 回、週 1 回、隔週）などであった。週 1 回から 3 回の利用が多かった。

緊急時に警備会社につながる緊急通報サービスを利用していたが、緊急時にペンダントを着用して（首にかけて）いない孤立死があった。福祉電話訪問で安否確認が取れず、そのままになっていたケースで孤立死があった。配食サービス、定期的にクリーニング利用、介護保険サービスと民間サービスの併用、介護保険サービスと自費ヘルパーの併用などでも孤立死があった。つまり、①との関連で、サービスを利用することは孤立死リスクを低めることになるが、サービスを利用すれば孤立死を防ぐことができるわけではない、ということが分かった。

③ 孤立死の 7%はサービスの利用状況が不明であった。

表 10 でいう「異変の発見者」とは異変に最初に気づいた者をいう。「異変の発見者」と「孤立死遺体の発見者」が同一人物と確認できたケースでは「異変の発見者」に含めた。

表 10 で、「異変の発見者」のトップ 3 を 3 年間（平成 22 年度から平成 24 年度）で見ると、①隣人、②管理人/大家、③家人の順であった。

表 10-2 で、「異変の発見者」のトップ 3 を年度ごとに見ると、平成 22 年度は①家人、②隣人、③管理人/大家であったが、平成 23 年度になると①隣人、②管理人/大家、③友人/知人、平成 24 年度は、①隣人、②管理人/大家、③ヘルパー/ケアマネージャーの順になった。平成 23 年度以降、家人は異変の発見者のトップ 3 に登場しなくなっている。従って、「異変の発見者」として、隣人、管理人/大家、ヘルパー/ケアマネージャー、友人/知人ら第三者は必要不可欠な存在であることが明らかになった。

表 11 で、孤立死者の「年齢別（5 歳ごと）」と「性別」を 3 年間（平成 22 年度から平成 24 年度）で見ると、「年齢別」では、男性は 70 歳から 74 歳が 24.7%で最も多く、2 番目が 65 歳から 69 歳と 75 歳から 79 歳が 22.4%で同じであった。女性は 75 歳から 79 歳が 30.6%で最も多く、2 番目が 80 歳から 84 歳で 22.6%、3 番目が 85 歳から 89 歳で 19.4%であった。

「性別」では男性 57.8%、女性 42.2%で、孤立死は男性に多い傾向が見られた。

表 11-2 で、孤立死者の「年齢別（5 歳ごと）」と「性別」を年度ごとに見ると、「年齢別」では、平成 22 年度は男性の 70 歳から 74 歳で最も多く、女性は 80 歳から 84 歳で最も多かった。平成 23 年度は男性の 80 歳から 84 歳で最も多く、女性は 75 歳から 79 歳で最も多かった。平成 24 年度は男性の 65 歳から 69 歳と 75 歳と 79 歳が同数で多く、女性は 75 歳から 79 歳で最も多かった。

「性別」では平成 22 年度は男性 50%、女性 50%で同じ比率であったが、平成 23 年度は男性 60.4%、女性 39.4%、平成 24 年度は男性 63.3%、女性 36.7%になった。ここ 3 年間のうちに男性の孤立死比率が上昇していることが分かった。

【表10】 平成22(2010)年度～平成24(2012)年度 世田谷区内孤立死者の「年齢別(5歳ごと)」と「異変の発見者」										H23(2011)年度													
孤立死者年齢 異変の発見者		65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	順位	孤立死者年齢 異変の発見者		65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	順位		
1	家人	息子	0	1	1	0	1	0	3	2.0%	3位 15.9%	家人	息子	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	4位対 6.3%
		娘	0	0	1	2	2	0	5	3.4%			娘	0	0	1	0	0	0	1	2.1%		
		甥/姪	0	1	1	0	1	0	3	2.0%			甥/姪	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	
		兄弟姉妹/他親族	0	4	2	1	4	0	11	7.5%			兄弟姉妹/他親族	0	0	1	0	1	0	2	4.2%		
2	隣人	9	10	8	9	2	1	39	26.5%	1位	2	隣人	4	2	3	6	1	0	16	33.3%	1位		
3	友人/知人	3	2	1	2	1	1	10	6.8%	6位	3	友人/知人	2	2	0	1	0	0	5	10.4%	3位		
4	保健福祉(区/あんすこ)	0	0	1	2	3	1	7	4.8%	7位	4	保健福祉(区/あんすこ)	0	0	0	0	2	0	2	4.2%	7位以下		
5	配達人/集金人*	1	1	5	4	2	0	13	8.8%	4位対	5	配達人/集金人*	0	0	2	0	0	0	2	4.2%	7位以下		
6	管理人/大家	7	4	6	6	2	1	26	17.7%	2位	6	管理人/大家	1	2	3	2	1	1	10	20.8%	2位		
7	警察官	0	1	2	1	0	0	4	2.7%	10位	7	警察官	0	1	1	1	0	0	3	6.3%	4位対		
8	ヘルパー/ケアマネ	2	4	4	0	2	1	13	8.8%	4位対	8	ヘルパー/ケアマネ	1	0	1	0	0	0	2	4.2%	7位以下		
9	民生委員/自治会役員	0	1	2	2	0	0	5	3.4%	8位対	9	民生委員/自治会役員	0	0	1	2	0	0	3	6.3%	4位対		
10	病院	1	1	3	0	0	0	5	3.4%	8位対	10	病院	1	0	1	0	0	0	2	4.2%	7位以下		
11	水道局/水道局検針員	2	0	0	0	0	0	2	1.4%	11位	11	水道局/水道局検針員	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	-		
12	不詳	0	0	1	0	0	0	1	0.7%	12位	12	不詳	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	-		
合計		25	30	38	29	20	5	147	100.0%		合計		9	7	14	12	5	1	48	100.0%			
比率		17.0%	20.4%	25.9%	19.7%	13.6%	3.4%	100.0%			比率		18.8%	14.6%	29.2%	25.0%	10.4%	2.1%	100.0%				
*配達人・集金人：新聞、弁当、クリーニング、ゴミ等 資料：高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が数値化した。																							
【表10-2】 H22(2010)年度										H24(2012)年度													
孤立死者年齢 異変の発見者		65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	順位	孤立死者年齢 異変の発見者		65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	順位		
1	家人	息子	0	1	1	0	1	0	3	6.0%	1位 28.8%	家人	息子	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	4位 12.8%
		娘	0	0	0	2	1	0	3	6.0%			娘	0	0	0	0	1	0	1	2.0%		
		甥/姪	0	1	1	0	1	0	3	6.0%			甥/姪	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	
		兄弟姉妹/他親族	0	2	0	1	1	0	4	8.0%			兄弟姉妹/他親族	0	2	1	0	2	0	5	10.2%		
2	隣人	3	4	2	0	1	0	10	20.0%	2位	2	隣人	2	4	3	3	0	1	13	26.5%	1位		
3	友人/知人	1	0	0	0	0	0	1	2.0%	8位以下	3	友人/知人	0	0	1	1	1	1	4	8.2%	6位		
4	保健福祉(区/あんすこ)	0	0	0	1	1	1	3	6.0%	6位対	4	保健福祉(区/あんすこ)	0	0	1	1	0	0	2	4.1%	8位以下		
5	配達人/集金人*	0	0	2	2	1	0	5	10.0%	4位	5	配達人/集金人*	1	1	1	2	1	0	6	12.2%	5位		
6	管理人/大家	3	2	0	2	1	0	8	16.0%	3位	6	管理人/大家	3	0	3	2	0	0	8	16.3%	2位		
7	警察官	0	0	1	0	0	0	1	2.0%	8位以下	7	警察官	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	-		
8	ヘルパー/ケアマネ	0	1	1	0	1	1	4	8.0%	5位	8	ヘルパー/ケアマネ	1	3	2	0	1	0	7	14.3%	3位		
9	民生委員/自治会役員	0	1	0	0	0	0	1	2.0%	8位以下	9	民生委員/自治会役員	0	0	1	0	0	0	1	2.0%	8位以下		
10	病院	0	1	2	0	0	0	3	6.0%	6位対	10	病院	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	-		
11	水道局/水道局検針員	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	-	11	水道局/水道局検針員	2	0	0	0	0	0	2	4.1%	7位		
12	不詳	0	0	1	0	0	0	1	2.0%	8位以下	12	不詳	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	-		
合計		7	13	11	8	9	2	50	100.0%		合計		9	10	13	9	6	2	49	100.0%			
比率		14.0%	26.0%	22.0%	16.0%	18.0%	4.0%	100.0%			比率		18.4%	20.4%	26.5%	18.4%	12.2%	4.1%	100.0%				
資料：高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が数値化した。																							

【表11】 平成22(2010)年度～平成24(2012)年度 世田谷区内孤立死者の「年齢別（5歳ごと）」と「性別」									
孤立死者年齢 性別	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	
性別	男性	19	21	19	15	8	3	85	57.8%
	男性%	22.4%	24.7%	22.4%	17.6%	9.4%	3.5%	100.0%	
	女性	6	9	19	14	12	2	62	42.2%
	女性%	9.7%	14.5%	30.6%	22.6%	19.4%	3.2%	100.0%	
合計	25	30	38	29	20	5	147	100.0%	
比率	17.0%	20.4%	25.9%	19.7%	13.6%	3.4%	100.0%		
資料：高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が数値化した。									
【表11-2】 H22(2010)年度									
孤立死者年齢 性別	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	
性別	男性	4	8	6	2	4	1	25	50.0%
	女性	3	5	5	6	5	1	25	50.0%
合計	7	13	11	8	9	2	50	100.0%	
比率	14.0%	26.0%	22.0%	16.0%	18.0%	4.0%	100.0%		
H23(2011)年度									
孤立死者年齢 性別	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	
性別	男性	7	6	5	9	1	1	29	60.4%
	女性	2	1	9	3	4	0	19	39.6%
合計	9	7	14	12	5	1	48	100.0%	
比率	18.8%	14.6%	29.2%	25.0%	10.4%	2.1%	100.0%		
H24(2012)年度									
孤立死者年齢 性別	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85-89 歳	90歳 以上	合計	比率	
性別	男性	8	7	8	4	3	1	31	63.3%
	女性	1	3	5	5	3	1	18	36.7%
合計	9	10	13	9	6	2	49	100.0%	
比率	18.4%	20.4%	26.5%	18.4%	12.2%	4.1%	100.0%		
資料：高齢福祉課から提供された「孤立死147件」の資料を基に筆者が数値化した。									

3.2 孤立死リスクとは何か、孤立死リスクの高い高齢者とはいかなる高齢者か

3.1 から導き出されたことは以下である。

「孤立死リスク」とは、孤立死に影響を及ぼす様々な「孤立死要素」である。

「孤立死リスクの高い高齢者」とは、孤立死要素を複数抱え込んだ状態の高齢者である。

孤立死リスクの高い高齢者は、自ら助けを求めない（拒否）あるいは自分から助けを求めることができない（心身機能の低下、疾病、認知症、社会的排除等）、心理的、物理的特性を有する。

3.3 「孤立死 147 件」から見て来たこと

3.3.1 家族パターンの変化と孤立死リスクの関係

「孤立死 147 件」の中には、「ひとり暮らし高齢者」、「高齢者のみ世帯」以外に、「高齢の親と子の同居パターン」（高齢のひとり親世帯）で数件の孤立死があった（表 4）。高齢の親と子の同居するパターンは増加する傾向にあり、家族パターンの変化と孤立死リスクの

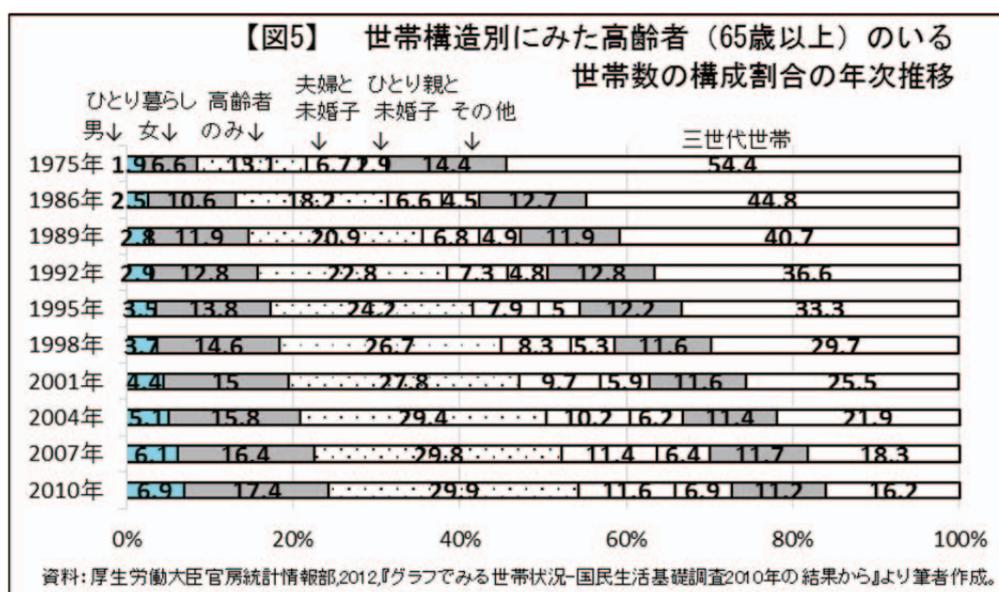
関係が見えて来た。

森岡清美は、「家族とは、夫婦・親子・きょうだいなど少数の近親者を主要な成員とし、成員相互の深い感情包絡で結ばれた、第一次的な福祉追及の集団である」と述べている（森岡,1983:3）。福祉の担い手のなかで、家族が第一次的な責務を引き受けるもの、との立場である。家族の三類型は、有配偶子が親と一つの家族をつくるかつくらないかについての規範によって分類され、直系家族制、夫婦家族制、複合家族制に分かれる。

従来の、直系家族制・夫婦家族制下での子どもの居住パターンは、「結婚後に親元で同居するパターン」、「結婚後に親と別世帯を構えるパターン」であった。

2000年前後の変化は、「定位家族と無配偶の成人子の同居というパターンの増加」（稲葉,2012:33）に見られる。つまり、結婚せずに親元に長期間同居するパターン（未婚化・晩婚化）や、離婚によって単身または子どもをつれて親元に再同居するパターンが増えたということである。

図5は世帯構造別にみた高齢者（65歳以上）のいる世帯数の構成割合の年次推移である。「三世代世帯」の比率が急激な減少を示す一方、「ひとり暮らし」世帯、「高齢者のみ」世帯、「夫婦と未婚子」世帯、「ひとり親と未婚子」世帯が増加傾向にあることが分かる。



定位家族と無配偶の成人子の同居パターンで孤立リスクが高まるメカニズムは以下のように描くことができる。

「両親と無配偶の成人子」の同居パターンと言うと、1990年代後半迄は、リッチなパラサイト・シングル¹²を意味していた。

¹² パラサイト・シングルとは、「学卒後も親と同居して基本的な生活条件を依存し、リッチな生活を楽しむ未婚者を、まるで親を宿主として寄生生活しているように見えることから名づけたものである。」（山田,2004:14）。「パラサイト・シングルは女性に限らない」（山田,2005:192）。

しかし、パラサイト・シングルの変容¹³により、現在のこのパターンをいうと、非正規雇用、低賃金により親と同居（未婚率も高まり）¹⁴、家族による生活保障を受けることを意味する場合が出現している¹⁵。後年、片親が死亡し、「高齢のひとり親世帯」へ移行することになるが、年金を経済基盤とする場合が多く、以前より経済減になり、この時点で、孤立死リスクが高まる。さらに後年、すべての親が亡くなり、自身が「シングル世帯」、「高齢シングル世帯」へ移行すると、経済状態不安定に陥り、孤立死リスクが高い世帯となる。

よって、歳月の流れと共に孤立死リスクの高まる世帯として、「高齢のひとり親世帯」にも着目する必要がある、ということが見えて来た。

3.3.2 死別・離別と孤立死（主観）の関係

「孤立死 147 件」の中には、伴侶との死別・離別、伴侶の入院や施設入所等により、ひとり暮らしで孤立状態に陥り、孤立死した事例が数例あった。孤立の負の側面は、健康上の問題（依存症・摂食障害）や心理的・精神的な問題（自己調整・自己抑止力の低下）を引き起こすといわれている。「孤立死」は最悪の形の出現である。

社会関係資本研究及びソーシャル・サポート研究では、人々によってもたらされる「支援」を道具的支援と、情緒的支援に分けることが多い。¹⁶ 既婚者に限定すると、男性の 68%、女性の 67%が配偶者は情緒的サポートの中心を占めているという研究結果がある（石田,2013:46）。

内閣府の「第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果（平成 22 年度）」（日本・アメリカ・韓国・ドイツ・スウェーデンの五か国を対象国とした調査）では、男性では、「心の支えは配偶者」とする割合がスウェーデン 85.8%、日本 78.8%、韓国 76.3%、ドイツ 68.5%で高く、アメリカでは「子供（養子を含む）」が 61.8%で最も高かった。女性では、「心の支え」は子供（養子を含む）」とする割合がいずれの国でも高く、アメリカ 75.8%、スウェーデン 70.1%、韓国 66.0%、日本 65%、ドイツ 61.2%。であった。

¹³ 「1990 年代のパラサイト・シングルは、二十代の正社員が主力であった。だから、相当リッチな生活を楽しみながら、将来はいつか結婚するという展望を描くことができた。しかし、2000 年をすぎると、二十代のパラサイト・シングル、つまり新たに加わった学卒後の親同居未婚者は、フリーターの割合が増え、収入の不安定化が著しく、リッチな生活を楽しめる経済余裕も心理的余裕もなくしている」（山田,2004:21）。

¹⁴ 「子どもの経済力に頼れる高齢者もいるだろうが、むしろ子どもが経済的重荷になっているケースも出てくる」（山田,2009 : 135）。

¹⁵ 「・・・しかし、97 年のアジア金融危機後、若者の非正規労働者や失業者が増大し、自立や結婚をしたくても出来ずに、親元にとどまらざるを得ない未婚者が出現する。そして、結婚できずに親と同居したまま年齢を重ねていく。その結果、出現したのが、中年パラサイト・シングルというべき存在である」（山田,2013b.:90）。

¹⁶ 道具的支援とは、「特定の問題解決または要望達成のための実際的なサポートであり、具体的にいうと、就職のための口利きや、事業を興すさいの資金援助などがあげられる。情緒的支援とは、行為者の情緒安定性の維持に寄与しうる心理面を中心としたサポートであり、愛情や愛着、気晴らしなどがあげられる。孤立によるこうしたサポートの喪失は、結果として色々な面での不利を引き起こす。」（石田 2011 : 75）。

いずこの国の高齢者も、精神的なサポートを配偶者や子供に求めている、ところに共通点を見出すことができた。しかしながら、日本では家族パターンの変化もあって、高齢者は望み通りに配偶者や子供からの精神的なサポートを得難くなっている。孤立死は、配偶者や子による情緒的サポートを欠いた死である、ということが見えて来た。

3.3.3 家族の変化と高齢者の支援者の変化（第三者による支援・見守り）

「孤立死 147 件」の中には、ひとり暮らしで、認知症を発症し（妄想あり）、弟は遠方で、近隣から孤立し、サービス利用拒否、の孤立死もあった。

家族の変化は、認知症高齢者の後見人の受任比率が親族よりも第三者が多くなったことにも現れている。今日、高齢者の 4 人に一人が認知症及びその予備軍と推計されているが、ひとり暮らしで認知症を発症すれば、孤立死リスクは高くなる。認知症高齢者の後見人受任者状況を見ると、2000 年は、親族が 90%以上、第三者が 10%であったが、その後、第三者後見人の需要が高まり続け、2012 年になると親族が 48.5%へ減少し、第三者が 51.5%以上を占め、受任比率が逆転した。ここに、家族が家族を見守る時代から、第三者が家族を見守る時代へと変化したことが確認できる。その前提として家族の変化がある、ということが見えて来た。

「家族関係の揺らぎは、サポート関係の根底的な揺らぎに相当し、高齢者および男性の孤立問題、資源格差の問題とも関連する」ことになる（石田,2013:51）。

3.3.4 孤立死と自殺の関係

「孤立死 147 件」の中には、うつ病の既往歴のある高齢者の自殺や遺書投函後の自殺も含まれていた。うつ病が必ずしも自殺に結びつくとは限らないが、自殺がうつ病と関連するということは知られている。高齢者の自殺は**健康問題**を苦しめたものが最も多い。¹⁷

厚生労働省は、平成 22 年 1 月に「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を設置し、自殺の実態を踏まえた対策を検討して来た。「自殺に至るには平均 4 つの要因が背景にある」と言われる（厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム,2010:1）。自殺の実態分析から、「自殺には多くの要因が関連しており、中でも、**無職者、独居者、生活保護受給者等**は自殺のリスクが高い」ことが分かった。「自殺の背景には、**うつ病をはじめとする様々な精神疾患**が関連することが多いと言われている」「**治療を受けていない方々も多くいる**」という。¹⁸

17 「各年齢階級の合計に占める自殺の各原因・動機の割合をみると、60 歳代においては『健康問題』が 56.4%を占め、70 歳代では 68.3%、80 歳以上では 72.6%とさらに大きな割合を占めており、次いで多い『家庭問題』や『経済・生活問題』を大きく上回っている。「ここ数年の『健康問題』における原因・動機詳細別自殺者の推移をみると『病気の悩み・影響（うつ病）』、『病気の悩み・影響（身体の病気）』が非常に多く、その傾向は変わっていない」。(内閣府,2013:43,44)。

18 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて」<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html> (平成 26 年 4 月 16 日確認)。

「孤立死要素」と「自殺の要因・背景」には重なる部分があるということが見えて来た。

3.3.5 孤立死とサービス利用なしとの関係

「孤立死 147 件」では、その 7 割以上が何もサービスを利用していなかった。その中には、介護保険の要介護認定を受けたがサービスを利用していなかった人々や、サービスの導入を拒んだ人々もいた。対象者を発見はしたが、支援に結びつかなかった孤立死があった。

「世田谷区全高齢者実態把握調査報告書」(平成 21 年調査)¹⁹の中に、「要介護認定を受けていてもサービスを利用していない理由」を知ることのできる調査結果があるため、以下で確認したいと思う。

介護保険の認定状況と介護保険サービスの利用状況について、有効回答数 103,684 人のうち、介護保険の要介護認定を「受けている」が 15,148 人(14.6%)、「受けていない」が 88,536 人(85.4%)であった。要介護認定を受けている人のうち、介護保険のサービス利用の有無を見ると、「利用している」が 8,628 人(57.0%)、「利用していない」が 3,503 人(23.1%)、「無回答」が 3,017 人(19.9%)であった。

介護保険サービスを利用していない(n=3,503)理由として、①「必要がない」(38.7%)、②「何が使えるのか、どのようなサービスがあるのかわからない」(24.6%)、③「希望と合わない」(19.0%)、④自己負担率(利用料の 1 割)が高すぎる(5.9%)、⑤その他(21.0%)、⑥無回答(4.4%)であった。(無回答 153 人を除く回答者数は 3,350 人。選択された回答肢の総数は 3,831 個。回答者 1 人あたり 1.14 個の回答肢を選択している。)

この結果から、以下のような対応の必要性が見えて来る。②は、利用できるサービスとその内容を分かり易く説明してサービスに結びつくことを容易にすることであり、③は、ニーズを把握しニーズに合うサービスを提供することであり、④は、自己負担できるだけの収入²⁰があるようにすることである。

区は高齢者を支援する事業や様々なサービスを体系的な施策のもとで展開している。数が多く、類似するサービスも含まれている。認知症は孤立死要素のひとつであるが、「認知症への対応」や「認知症高齢者を抱える家族介護者への支援」について、重要な課題と認識して取り組んでいるが、「相談・支援体制の強化、在宅支援の新たな展開、地域支えあい

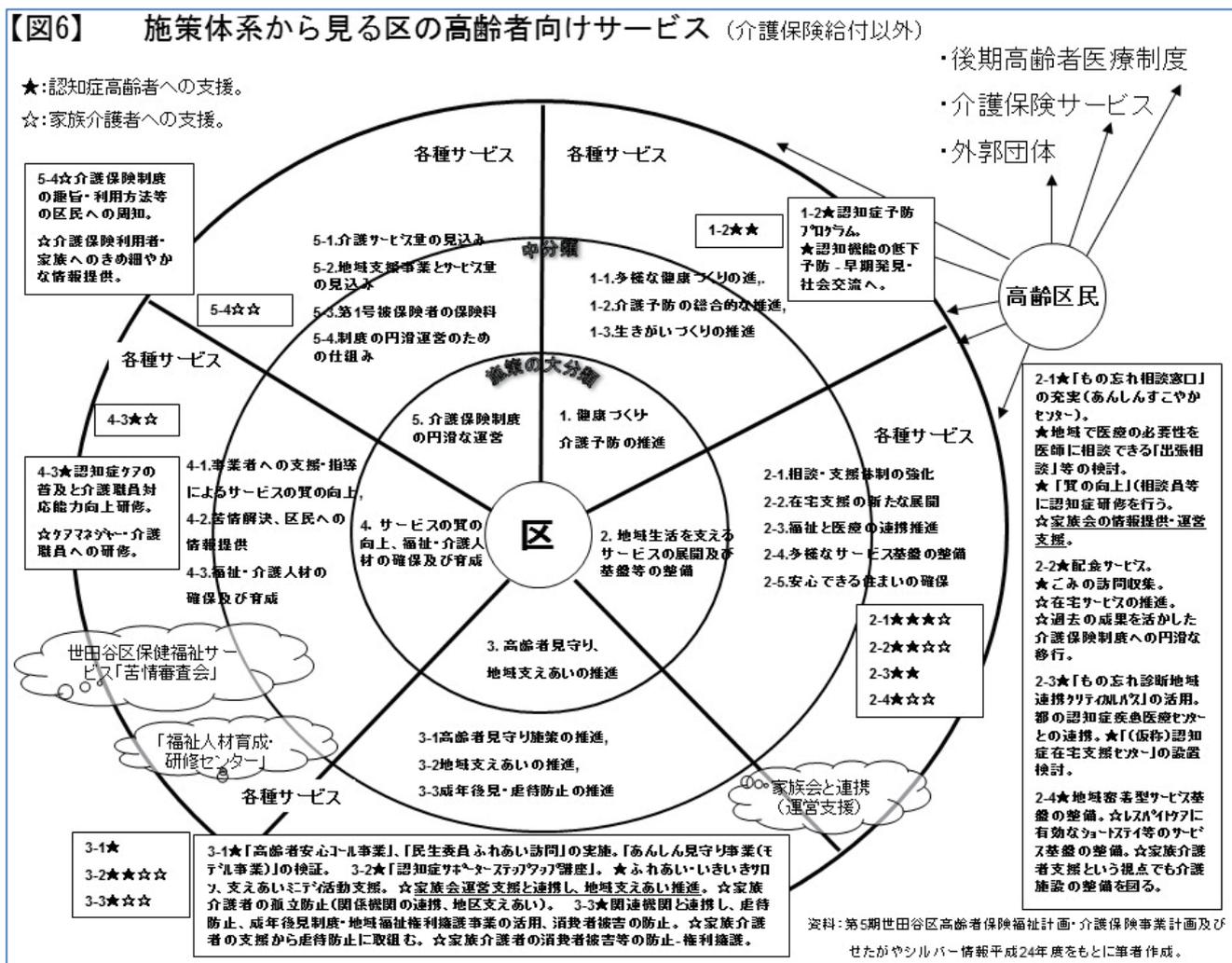
¹⁹ 「世田谷区全高齢者実態把握調査」の目的は、すべての高齢者が孤立せず、安心して生活できるように、区内に在住する全高齢者の生活実態及び保険・福祉ニーズを把握し、支援の必要な方々への施策構築の基礎資料とするためである。調査対象は世田谷区在住の 65 歳以上の区民 152,966 人のうち介護施設等の入居者を除いた 149,991 人である。調査票を郵送し、回収数 109,889 人(回収率 73.3%)、有効回答数は 103,684 人(有効回答率 69.1%)であった。

世田谷区、「世田谷区全高齢者実態把握調査報告書」。

²⁰ リプスキー(Lipsky,Michael)は、「・・・もし、彼らに全く収入を得る方法がなければ、福祉(サービスの)システムにおいて、彼らの参加は任意なものではありえない」(・・・but their participation in the welfare system is hardly voluntary if they have no income alternatives.)と言う(Lipsky, 1980: 54)。

推進など、多様な取り組みが必要とされており、施策体系のひとつとして示すことが困難²¹であるという。このような事情もあり、高齢者向け支援は施策全体に散りばめられているものもあり、把握しづらい。

図6は、施策の体系から区の高齢者向けサービスをビジュアル化したものである。



²¹ 世田谷区「第5期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（平成24年度～平成26年度）」、82頁。

「サービス」を自治体志向（提供者）で見るか、高齢者志向（消費者）で見るかによって正反対になる場合がある。また、需要と供給の関係から言えば、需要が高ければサービスが不足し、提供者志向が通用しがちになるが、時代の要請はあらゆる分野で消費者志向になっている。自治体が支援を進めるに当たっては、**高齢者の特性**に合わせた支援を出発点とすることになるであろう。²²

サービスの利用は「申請」から開始する（申請主義）。「申請主義」は申請要件を満たし、申請ができる心身状態を前提としているが、孤立死リスクの高い高齢者は申請することが難しい高齢者である。この認識に立てば、形式的・画一的な対応は、要援護者を支援する方法としては効果的とは言えず、むしろ「不適切な対応」となる。このような問題に、適切な支援で対処することにより、克服できる部分は大きいと考える。

以下第4節では、第3節で把握した「孤立死147件」の傾向を踏まえて、生存している孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援のあり方について検討する。

²² 高齢者の特性は、「あんしんすこやかセンター等相談施設の場所がわかりにくいので案内表示板等を設置してほしい」という要望などでも把握できる。第5期高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画（素案）に寄せられたパブリックコメント（平成23年9月～平成23年10月11日提出）の実施結果。

4. 孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援のあり方

4.1 では、「回避事例」及び「回避できなかった事例」から支援の適切性と困難性を把握する。4.2 では孤立死ゼロの取組みを中心に検討する。4.3 では世田谷区以外の独自の孤立死対策を検討する。4.4 では支援者（人的資源）の確保と活用について検討する。

4.1 回避事例に見る支援の適切性と回避できなかった事例に見る支援の困難性

4つの事例²³（平成16年度～17年度）を通して、支援の適切性と支援の困難性について検討する。

回避事例1（平成16年）

男性。70代後半。築50年を越す戸建て住宅にひとり暮らし。
近隣の人から家に石を投げられ、屋根が破損していると主張。
ADLは自立。被害妄想があり、他人との交流はない。

孤立死要素（表4）：

後期高齢者＋老朽化した戸建住宅にひとり暮らし＋精神状況（被害妄想）
＋他人と交流がない。4つの孤立死要素がある。

支援の内容：

本人が区に申立て、かかわりが出来た。（発見＝接点）
訪問中に姉がいることが分かり、さらに甥も見つかった。（交流）、（家族・親族）
相談より1月後、配食サービス配達員が玄関でうめき声に気づき、（異変の発見）
配食サービス配達員が救急車を要請。（適切な対応）入院数か月後に死亡。

支援の結果：孤立死リスクが低くなったことが確認できた。

回避事例2（平成16年）

女性。80代。戸建て住宅にひとり暮らし。
近隣住民より、問題行動を起こす高齢者についての相談があり、区とかかわりが出来た。訪問するが拒否。

孤立死要素（表4）：

後期高齢者＋戸建て住宅にひとり暮らし＋地域から孤立（排除）＋訪問拒否。
4つの孤立死要素がある。

支援の内容：

近隣住民から相談があり（問題行動、近隣と喧嘩・攻撃的な言葉で近隣トラブル）、
区とかかわりが出来た。（発見＝接点）

²³ 4.1 の「回避事例」及び「回避できなかった事例」は、世田谷区高齢福祉課長ヒアリングによる。日時：平成25年12月3日（火曜日）午後3時から午後5時。場所：世田谷区役所第二庁舎、高齢福祉課。

関係者（区、地域包括、民生委員）で随時訪問する。（複数で交流）

本人は服装や家屋の状況から、支援が必要な状態であった。（状況把握）

拒否に対しては、関係者で訪問し、会えない時は手紙を置いてきた。（拒否者への適切な対応）。ADL自立。

健康診断も拒否。健康状態低下によりサービスへ結びつける。（サービス利用）

支援の結果：孤立死リスクが低くなったことが確認できた。

回避事例3（平成17年）

女性。80代。戸建て住宅にひとり暮らし。

近隣の弁当屋より、異臭がする高齢者についての相談。

訪問するが拒否。

孤立死要素（表4）：

後期高齢者＋戸建て住宅にひとり暮らし＋地域から孤立（排除）＋訪問を拒否
＋認知症。5つの孤立死要素がある。

支援の内容：

弁当屋から相談があり（尿臭の来客相談）、区とかかわりが出来た。（発見＝接点）

訪問すると室内はゴミであふれていた。「配食」を届けても拒否。水分補給のお湯を届けて関係の構築に努めた。（拒否者への適切な対応）（交流）

親族不明で成年後見制度へつなげた。家を売却し有料老人ホームへ入居。（適切な対応）

支援の結果：孤立死リスクが低くなったことが確認できた。

回避できなかった事例（平成17年）

女性。80代。オートロックマンションにひとり暮らし。

病院退院時の相談でケアマネがサービスにつなぐが、拒否。

その後、自殺騒ぎ。

孤立死要素（表4）：

後期高齢者＋オートロックマンションにひとり暮らし＋サービス利用拒否
＋精神状況。4つの孤立死要素がある。

支援の内容：

病院退院時の相談で区とかかわりが出来た。（発見＝接点）

息子がいる。娘とは喧嘩。サービス利用拒否。

オートロックマンションで倒れていて亡くなっていた。

支援に至らず孤立死。

- 問題：
- ・上の回避できなかった事例に限らず、病気による孤立も多い。
 - ・高齢期の特徴として、鬱がある。親しい人の死などで孤立し、孤立死へ向かう。

- ・発見には近所の目（カーテンや電気の状況で気づくこと）が大切だが、それ以前に地域見守りがあればなお良い。
- ・サービスの検討は、介護保険サービスだけでなく、区内に 600 ある「ふれあい・いきいきサロン」に出る行くことも検討する。

	サービスの種類	周知割合	利用割合	利用希望割合
1	ふれあい・いきいきサロン	52.3	3.5	22.1
2	支えあいミニデイ	38.5	2.0	21.6
3	デイサービス・デイケア	68.4	1.8	34.2
4	介護予防教室	38.5	0.8	28.5
5	健康教室	40.0	3.0	26.8
	ひとつ以上のサービス	78.3	9.1	49.2

資料：平成13年3月、東京老人総合研究所保健社会学部門編集「高齢者保健福祉ニーズ調査報告書-閉じこもり・転倒の推計とリスク要因」、世田谷区在宅サービス部在宅サービス課をもとに筆者作成。

回避事例では、支援による孤立死要素の減少が確認できた。一方、回避できなかった事例では、発見後・支援につながる前の孤立死であったため、孤立死要素の減少は確認できなかった。支援の困難性を増す要因として、本人のサービス利用拒否、鬱、家族の協力が得られない、オートロック式マンションという閉鎖性を特徴とする住居形態等があった。

以上から、孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援とは、第一次的には、孤立死要素を減少させて、孤立死リスクを低くする支援である、と導くことができる。

4.2 孤立死ゼロの取組み - 4つの見守りと支援者²⁴

世田谷区では高齢者に向けた支援は古くから始っており、かつて、ひとり暮らし老人の援助は老人福祉課奉仕係が担当していた。「高齢者見守り」や「閉じこもり」防止の要素を持った取組みは、「ひとり暮らし老人おはよう訪問」、「友愛訪問員の派遣」、「家事援助者の派遣」、「福祉電話の貸与（助成）」、「入浴券の配布」、「緊急通報設置」、「老人専用住宅」、「配食サービス」等により実施されていた。

これら「高齢者見守り」も「閉じこもり防止に向けた取組み」も時代の要請を受け、求められる形へと変化して来ている。

4.2.1 孤立死ゼロの取組み

平成18年度から、世田谷区の高齢福祉課（当時の高齢政策推進課）で、孤立死ゼロへの検討がはじまった。この時期に、地域で孤立死の問題がクローズアップされて来た。国は

²⁴ 4.2.1 及び 4.2.2 の資料提供及びヒアリングに、世田谷区高齢福祉課、砧清掃事業所、地域福祉課、介護保険課、梅丘まちづくりセンター、梅丘あんしんすこやかセンター、烏山社会福祉協議会の協力を得た。

孤独死・孤立死と言ひ、概念も定着したものはなかった。結果的には、虐待と同じような取り組みをすることとなった。

あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）と保健福祉課により PT(Project Team) を立ち上げて、孤立死事例の収集を開始した。その時に何件か事例が挙がり、孤立死は結果であって、その前にサービスの利用をしない、人とのかかわりをもたないなどの孤立がある、ということが分かった。

「孤立死ゼロをめざして」のリーフレットを作成して、町内会回覧、水道局、郵便局、東京ガス、東京電気、新聞販売所、牛乳屋等へ配布し、異変時の連絡先としてあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）と保健福祉課の電話番号を印刷し、早期発見につながるようにした。

あんしんすこやかセンターや保健福祉課への相談から、適切なサービスへつなぐ。拒否者へは関係性をつくることを考え、あんしんすこやかセンター職員、区の保健福祉課職員、民生委員が近くに行ったら訪問をすることとした（頻回訪問）。名刺、連絡先を渡している。訪問するのは孤立のみならず、認知症の進みを含めて何らかの支援が必要な人である。その中の一つに孤立死の扱いがあり、何かあれば保健福祉課、あんしんすこやかセンターで対応している。

4.2.2 4つの見守りと支援者

見守りは、保健福祉課やあんしんすこやかセンターへ連絡が入ることから始まる。地域の緩やかな見守りとして「見守りネットワーク」がある。町会・自治会・地区社会福祉協議会・民生委員・地域の人々による見守りである。23年度2モデル地区。24年度5モデル地区。25年度11地区に見守りネットワークを広げ、その後、27年度までには世田谷区の全27地区実施を目指している。

地域の公的支援者である民生委員は、世田谷区内に604人（定数622人）いる。5地域別では、世田谷地域173人、北沢地域117人、玉川地域133人、砧地域99人、烏山地域82人である（平成25年4月1日現在）。「民生委員ふれあい訪問」（平成23年9月開始）は、民生委員が対象高齢者を訪問して生活状況を把握し、相談窓口や区のサービスの案内をして支援や見守りサービス等につなげる訪問である。「高齢者健康状況チェックリスト調査」（全国規模の調査）で、介護保険サービスを利用していない、認定を受けていない人を対象に調査票を郵送し、そのうち「孤立」と回答した人を訪問する。23年度の民生委員ふれあい訪問では、85歳以上の8,079人を訪問した。24年度は、75歳以上の介護保険サービスを利用していない高齢者52,015人を訪問した。25年度からは年齢で切らず、「チェックリスト未回答者」及び「孤立」と回答している高齢者約2万人を訪問した。26年度は、「チェックリスト未回答者」及び「孤立して家族のない人」約1万3千人の訪問を予定している。家族がいればよしと考える。今まではPRに努めていたが、今後は対象者を絞った見守りを全地域に広げる

計画である。

なお、民生委員独自の活動として、高齢者マップを作っている地区もある。



*写真は、「5月12日は民生委員・児童委員の日！」²⁵の催し。
場所：鳥山区民センター（筆者撮影平成25年5月17日）

あんしんすこやかセンターの「あんしん見守り」の取組みの背景には、平成21年の「世田谷区全高齢者実態把握調査」の結果で、ひとり暮らし18,538人(17.9%)、高齢者のみ世帯36,073人(34.8%)で、合わせると半分以上(52.7%)を占めることが分かったことがある。一般世帯（世帯に高齢者と非高齢者がいる場合）は49,973人(47.3%)であった。近所づきあいの少ない人が半数程度いる一方で、見守りを希望する人が1割程度いることも分かり、高齢者の見守りの必要性が認識された。

あんしん見守り事業の概要 1. 「訪問の際のマニュアルを作成」し、「見守りコーディネーター」を区内27地区の各あんしんすこやかセンターに配置することになった。モデル事業のとして10か所に見守りコーディネーターを配置している。区と見守りコーディネーター間の定期的な連絡会で情報の共有がなされている。2. 「高齢者見守りボランティアの派遣」。「世田谷介護ボランティア・ポイント事業」に組み込まれた「見守りボランティア」（区全体で34名の登録者、平成23年7月現在）を派遣。対象高齢者は25名。

見守りの概念 1. 見守りが必要な高齢者は社会的孤立のリスクのあると思われる人で、リスクは「日常生活の自立の程度」と「社会的孤立の状態」の2つの側面で判断できると

²⁵ 民生・児童委員の日は、大正6（1917）年5月12日に、民生委員制度のもとになる済世顧問制度を定めた岡山県済世顧問制度設置規程の公布日にちなみ、5月12日となった。

の考えに立つ。2. 地域へのフィードバック：見守りコーディネーターを配置し、地域へ説明して理解を得た。3. ボランティアを派遣する対象高齢者：要介護認定で「要支援に認定されたがサービスを利用していない人」、「ひとり暮らし」の人。介護保険や他のサービスとつながって見守り体制が整った時点で、見守りは終了となる。

3.3.5 の ②「何が使えるのか、どのようなサービスがあるのかわからない」(24.6%)との関連でいうと、「あんしん見守りサービス」があることを知らない人がいることになる。また、要支援・要介護申請をしたが、基準に満たなかった人や、病気やけがなどで困難がある人（見守りが必要な人）が見守りの対象から外れてしまうことを指摘したい。

安否確認の電話サービスでは、「高齢者安心コール」がある。ひとり暮らし高齢者の 24 時間 365 日、困りごとの電話相談に応じるこの事業を拡大し、希望者にコールセンターから月数回、定期的に電話をかけて安否確認をする事業へと展開している。ボランティア訪問では、水道が止まらない、網戸の外れ、電球切れ等に対応している。

上記以外に、見守りの要素のある取組みとして、「清掃事業のごみ収集時のさりげない見守り」で、倒れている人を救助できた報告もある。「命のバトン」は若林地区の町会活動で、緊急時に必要な個人情報（名前・住所・連絡先や緊急連絡先、また、身体状況やかかりつけ医など）を A4 サイズの用紙に記してバトン型の筒に入れ、冷蔵庫のドアポケットに入れておくというもので、緊急時に素早く適切な対応につながる取組みである。

4.3 世田谷区以外の独自の孤立死対策

群馬県太田市の「おとしより見守り隊」

発足の経緯：全国的に孤立死が続き、「従来の見守り活動（民生委員や社会福祉協議会の見守り）に加えて 200 人体制でひとり暮らし高齢者を訪問する「太田モデル」を作りたい」という市長のツイッターのつぶやき（平成 24 年）が発端となった。

第 1 回目訪問、平成 24 年 11 月（対象者）太田市の全てのひとり暮らし高齢者 4,658 人（平成 24 年 6 月 1 日現在）。第 2 回目以降の訪問、（対象者）第 1 回目訪問結果を基に①孤立死が心配される、②慢性的な病気を抱えている、③身寄りがなく、ひきこもりとなっている高齢者など 420 人。月 2 回訪問。

ひとり暮らし高齢者の安否確認の強化に向けて、市職員による「おとしより見守り隊」を平成 24 年 10 月 1 日に発足。従来の見守り体制に加えて、400 人以上の管理職を中心に職員が 2 人 1 組になって日常業務と並行して対象者宅を訪問する活動を開始した。

従来の見守り体制は、①民生・児童委員(369 人)やボランティアによる月 1 回、約 300 人の高齢者の日常的な見守り、②太田市社会福祉協議会の「友愛訪問事業」、③「ふれあい相談員の定期的な訪問活動（65 歳以上のひとり暮らし高齢者全世帯の月 1 回の訪問）」等であった。

孤立死要素（表 4）との関連で見ると、「お年寄り見守り隊」が訪問対象者と考える高齢

者は、孤立死要素を抱えた高齢者である。従って、孤立死リスクを低める安否確認の訪問活動としての適切性が確認できた。

4.4 支援者（人的資源）の確保と活用

孤立死リスクの高い高齢者の特性から、発見・支援の場面で地域住民は支援者として欠かせない存在である（表 10 参照）。以下で、地域の困っている高齢者の家庭に対する手助けや、見守る側の活動について、人々の意識を知ることのできる調査結果を確認し、その後、支援者の確保と活用の道を検討する。

4.4.1 地域住民の意識

内閣府の実施した「高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査」結果（平成 22 年 10 月～平成 23 年 1 月）を見ると、地域の困っている高齢者の家庭に対して、現在何らかの手助けをしている人は約 3 割であった。手助けの内容は、「安否確認の声掛け」15.2%、「話し相手や相談相手」が 12.3%であった。今後、手助けをしたいと考えている人は約 8 割いた。手助けの内容として「安否確認の声掛け」が 45.9%、「話し相手や相談相手」が 35.6%、「急に具合が悪くなった時の手助け」が 26.7%であった。

次に、「世田谷区全高齢者実態把握調査報告書」（164 頁）を見ることにする。見守る側の活動として、「問 43 あなたが区民として、高齢者を見守る側になるとしたら、どのような活動ができると思いますか。（あてはまるものすべてに○）」に対する回答に、「直接訪問や声掛けはしないが、間接的に見守る」54.3%、「区からのパンフレット等の案内を直接玄関先へ定期的に届ける」20.8%、「定期的に訪問し、お話をする」13.8%、「その他」7.8%、「何もしたくない」10.3%、「無回答」10.4%の結果が得られた。（見守る側の活動として、有効回答数 103,684 人のうち、「何もしたくない」10,728 人と「無回答」10,803 人を除いた回答者は 82,153 人で、選択された回答肢の総計は 100,261 個である。平均すると回答者 1 人あたり 1.22 個の回答肢を選択している。）見守る側として活動をすることに肯定的である人々が多いという結果を得ることができた。上記 2 つの調査結果では、多くの人々が支援することに肯定的であった。

4.4.2 支援者の確保と活用

孤立死リスクの高い高齢者には、軽度認知障害(MCI)や認知症高齢者も多い。戦後家族モデルの解体²⁶した今日において、対象高齢者を家族で支援することができないという現実がある。このような問題に対しても支援でどこまで克服して行くことができるであろうか。

支援者不足が言われているが、幸いなことに、世田谷区には活用されていない 1 万 1,076

²⁶ 戦後家族モデルとは、「夫は仕事、妻は家事・子育てを行って、豊かな家族生活をめざす」というモデルである。歴史的に見れば、その祖型は戦前に見出される。戦後家族モデルの時代区分は 1945-1955 形成期（戦後復興期）、1955-1975 安定期（経済の高度成長期）、1975-1998 修正期（低成長期—バブル経済）、1998-現在 解体期（構造改革期）（山田,2005:118-120）。

人の認知症サポーター²⁷（地域住民）がいる。このサポーター数は、84万2,323人の区民の1.3%に当たり、世田谷区における要支援・要介護認定者のうち、認知症発症者数は1万8千人である。すなわち、認知症高齢者に対するサポーターの割合は61.5%ある、ということになる（平成24年12月31日現在）。今後、これら1万1千人の区民の力を活用することが出来れば、孤立死リスクの高い高齢者の支援にも、また、地域自治の安定にも、プラスの効果及ぶものと大いに期待できる。今後、サポーター等の養成を継続するに際しては、具体的な人材活用計画を含めて実施することが大切である。



*写真は、認知症サポーターであることを示すブレスレット「オレンジリング」（筆者所有）。

地域住民以外にも支援者として民生委員、ボランティア、ごみの収集者、新聞配達員、乳酸飲料配達員、配食サービス配達員、警察官、行政、病院等と連携した見守りは多くの自治体で始まっている。世田谷区では、平成21年12月から区との協定により新聞販売店による高齢者の見守りを開始し、高齢者が安心して住み続けられるまちづくりに取り組んでいる。²⁸ 表10の異変の発見者としての役割も果たしている。

²⁷ 認知症サポーターとは、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者である。認知症サポーターは、地域住民、金融機関やスーパーマーケットの従業員、小・中・高等学校の生徒など様々で、全国に470万人を超える認知症サポーターが誕生している。（平成25年12月末現在）

厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c03.html>

²⁸ 世田谷区地域福祉部介護予防・地域支援課,2010年（平成22年）「世田谷区全高齢者実態把握調査報告書」,区長はじめに部分。

5. 考察と結論

世田谷区の孤立死者全数 147 件（平成 22 年度から平成 24 年度）をサンプルとして、孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援のあり方について研究を進めた。

研究の第一段階：

孤立者が必ずしも孤立死するとは限らないため、孤立死という死の結果と社会的孤立の間に何があるのか、世田谷区の孤立死者全数 147 件を分解、分析、数値化することで、孤立死とは何か、孤立死リスクとは何か、孤立死リスクの高い高齢者とはどのような高齢者であるのかを、徐々に明らかにした。

「孤立死 147 件」の分析により、孤立死発生世帯として、「ひとり暮らし高齢者世帯」、「高齢者のみ世帯」以外に、「**高齢のひとり親世帯**」を確認することができた。家族パターンの変化と孤立死リスクの関係が見え、「親同居未婚子」パターンで孤立死リスクが高まるメカニズムも見えて来た。

以下に研究の結果をまとめる。

・「孤立死 147 件」は、

「性別」では男性 57.8%、女性 42.2%で、**孤立死は男性に多い傾向**が見られた。

「性別」及び「年齢別（5 歳ごと）」では、男性は 70 歳から 74 歳が 24.7%で最も多く、2 番目が 65 歳から 69 歳と 75 歳から 79 歳が 22.4%で同じであった。女性は 75 歳から 79 歳が 30.6%で最も多く、2 番目が 80 歳から 84 歳で 22.6%、3 番目が 85 歳から 89 歳で 19.4%であった。

「孤立死の発見までの期間」は、3 日以内（数日）が 35%で最も多く、1 週間以内が 25%、2 週間以内が 19%で、全体の 79%であった。

「異変の発見者（異変に最初に気づいた者）」の多い順は、平成 22 年度は①家人、②隣人、③管理人/大家、平成 23 年度は①隣人、②管理人/大家、③友人/知人、平成 24 年度は①隣人、②管理人/大家、③ヘルパー/ケアマネージャーであった。異変への気づきは、**家人よりも、第三者が多い**（隣人、管理人/大家、ヘルパー/ケアマネージャー、友人/知人、配達人/集金人等）ということが分かった。

「サービス利用状況」は、**孤立死者の 71%が何のサービスも利用していなかった。**

・孤立死と言う死の結果と社会的孤立の間には、複数の孤立死要素が存在し、孤立死要素が重なり合うことで孤立死リスクが高まり、孤立死に影響を及ぼす。（図 3 及び表 4）

・「孤立死要素」は社会的孤立の段階で発生し、徐々に増加し重なる。

・「孤立死とは」、「孤立死要素が重なり合った末の死」である。

・「孤立死リスクの高い高齢者とは」、孤立死要素を複数抱え込んだ状態の高齢者である。

・孤立死リスクの高い高齢者は、自ら救助を求めない（拒否）あるいは救助を求めることのできない（心身機能の低下、疾病、認知症、社会的排除等）特性がある。

・「親同居未婚子」パターンで孤立死リスクが高まるメカニズムを、以下の通り描くことができた。

1990年代はリッチなパラサイト・シングル（20代正社員が主力）を意味していたが、それが変容し、2000年のこのパターンを言うと、非正規雇用、低賃金により親と同居、家族による生活保障を受けることを意味する場合が出現している。その後片親の死亡により「**高齢のひとり親世帯**」（年金が経済基盤となることが多い）へ移行すると孤立死リスクが高まる。後年、自身が「**高齢シングル**」になると経済状態不安定になり、孤立死リスクが高い世帯となる。

よって、**歳月の流れと共に孤立死リスクの高まる世帯として、今後は「高齢のひとり親世帯」にも着目する必要がある。**

研究の第二段階：

対象者の発見や、支援との関連で適切な支援とはいかなる支援であるのかを検討した。研究の第一段階で、孤立死リスクの高い高齢者の特性そのものが、対象者の発見や、支援を困難にする要素であることが明らかになったため、支援者側が出向く支援（アウトリーチ）が適切である。支援内容の適切性と困難性については、回避事例では「孤立死要素」の減少を確認することができた。

孤立死リスクの高い高齢者への適切な支援とは、第一次的には、孤立死要素を減少させて、孤立死リスクを低くする支援である。（微視的）

最後に

誰もがいずれは高齢者になり、見守りの対象者となって行くことが考えられる。子供のいない世帯では配偶者と死別すればひとり暮らしになり、子供がいても必ずしも子に介護が期待できるわけではない。未婚シングルも増加している。自分が高齢になれば、家族も親族も、親しい友人も皆高齢になっているため、孤立死リスクは最終的には誰もが抱える問題になると考えることができる。そうであるとするならば、従来家族が担っていた役割を、社会全体で支えて行かざるを得ないのではないかと思う。

現在、各自治体が高齢者を地域で見守ることを中心に孤立・孤立死対策を進めていることに異論はない。今後、日本の高齢者人口は増加する傾向にあり、それに伴って孤立死リスクの高い高齢者も増加すると予測できる。この見通しを踏まえた支援の仕組みや適切な支援のあり方を考えると、見守っている側の地域住民がやがては安心・安全に見守られる側になって行くことができるように、現在の一方通行型の地域見守りが、双方向のシステムとなり（「孤立死 147 件」の中に、見守っていた高齢者の孤立死があった）、歳月の経過と共に支援者（人的資源＝地域住民）が循環して行くシステムとなって機能して行くことが重要である。例えば、地域高齢者の支援に従事した人々には、将来自分が必要とする時に優先的に支援を受けることができるようにするなどが考えられる。

孤立死リスクの高い高齢者も支援者（住民）も地域の中に点在しているため、支援者側で把握できることには限界がある。そのような状況においては、ニーズ・支援者・場所・時間等の、効率の良いマネジメント機能が求められる。その役割を実質的に担うことのできる機関を決め、持続可能な支援のシステム化を図り、運用して行くことが必要である。

【参考文献】

- 新井康友,2013,「孤独死の実態と社会的孤立」,河合克義・菅野道生・板倉香子編著『社会的孤立問題への挑戦—分析の視座と福祉実践』法律文化社,23-35 頁.
- 稲葉昭英,2012,「2000 年以降の家族の変化」『都市社会研究 2012』せたがや自治政策研究所, 21-35 頁.
- 石田光規,2011,『孤立の社会学—無縁社会の処方箋』勁草書房.
- 石田光規,2013,「孤立する人々の特性」稲葉陽二、藤原佳典編著『ソーシャル・キャピタルで解く社会的孤立』ミネルヴァ書房,37-55 頁.
- 厚生労働省自殺・うつ病対策プロジェクトチーム,2010,『誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～』(平成 22 年 5 月 28 日). http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/torimatome_2_1.pdf (平成 26 年 4 月 16 日確認)。
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課,2010,『自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて』(平成 22 年 7 月 3 日).
<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html> (平成 26 年 4 月 16 日確認)。
- 厚生労働省大臣官房統計情報部,2012 年,『グラフでみる世帯の状況—国民生活基礎調査 2010 年の結果から—』<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-01.pdf>(平成 26 年 4 月 16 日確認)。
- Lipsky, Michael,1980, *Street-Level Bureaucracy*, The Russel Sage Foundation Japanese translation rights arranged with Basle Books Inc., New York through Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo. (田尾雅夫訳,1986,『行政サービスのディレンマストリート・レベルの官僚制』木鐸社)。
- 森岡清美,1983,『新しい家族社会学』倍風館.
- 内閣府,2009,『高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査結果』(平成 21 年度)。
- 内閣府,2010,『第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果』(平成 22 年度)。
- 内閣府,2013,『自殺対策白書』(平成 25 年版),勝美印刷.
- 中根憲一,2007,「我が国の検死制度—現状と課題—」『レファレンス』(2 月号),国立国会図書館調査及び立法考査局,96-124 頁.
- 日本学術会議第 2 部・第 7 部,2005,『異常死等について-日本学術会議の見解と提言』。
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1030-7.pdf> (平成 26 年 4 月 16 日確認)。
- ニッセイ基礎研究所,2011.3,「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.
- 野村総合研究所,2013.3,『「孤立死」の実態把握のあり方に関する調査研究事業報告書』平成 24 年度セーフティーネット支援対策等事業費補助金(社会福祉推進事業分)。
- 世田谷区,2010,『世田谷区全高齢者実態把握調査報告書』,地域福祉部介護防・地域支援課.
- 世田谷区,2008-2013,『世田谷区保健福祉総合事業概要(統計編)』(平成 20 年度版～平成 25 年度版)。
- 東京都監察医務院,2010,「東京都 23 区における孤独死の実態」。

東京都監察医務院,「東京都 23 区における孤独死統計：世帯分類別異状死統計調査」(平成 15～平成 19 年)(平成 20～23 年)。

Townsend, Peter, [1957],1963, *The Family Life of Old People: An Inquiry in East London*, Routledge & Kegan Paul. (=服部広子,一番ヶ瀬康子訳,1974,『老人の家族生活—社会問題として』家政教育社).

山田昌弘,1999,『パラサイト・シングル時代』ちくま新書.

山田昌弘,2004,『パラサイト社会のゆくえ—データで読み解く日本の家族』ちくま新書.

山田昌弘,2005,『迷走する家族』有斐閣.

山田昌弘,2009,『ワーキングプア時代』文藝春秋.

山田昌弘,2013a,「シングル化と社会変動—シングルの孤立化がもたらすもの—」,藤村正行編『協働性の福祉社会学—個人化社会の連帯—』(シリーズ福祉社会学 3) 東京大学出版会,73-94 頁.

山田昌弘,2013b,『なぜ日本は若者に冷酷なのか』東洋経済新報社.

山田昌弘,2014,『「家族」難民』朝日新聞出版社.