

# 孤立した高齢者の死に関する一考察

根本治子

孤立死は、高齢者に限らず現代日本が抱える社会問題である。この孤立死が注目され始めたきっかけは、阪神淡路大震災における仮設住宅で、「誰にも看取られず」に亡くなった人が多いことであった。それ以後、一人暮らしの人の孤立死報道もあり、各地で孤立死の検討が始められた。そこで、県警察本部や社会福祉協議会の協力を得て、民生委員・児童委員の活動ならびに孤立死の実態調査を行った。

今回の調査結果から得た結論は、地域における生活支援を充実させることが、孤立死を防止するために最も有効な方法だということである。今後、地域の生活支援を充実させる具体的な施策を、官民一体となって議論していくことが望まれる。

キーワード：孤立死、民生委員・児童委員、生活支援

The isolation death is current social problem in Japan, which influence all generations. Since many people at Hanshin earthquake disaster were dead lonely in temporary housing, the isolation death have been broadcasted and discussed. In this study, situation and support of the isolation death was mainly investigated with prefecture police headquarter and social welfare council. Our result conspicuously revealed that most effective strategy to prevent isolation death is fulfilling local life support. Hence, the policy for life support should be discussed and improved further more by both government and nations.

Key words : isolation death (koristusi), social welfare council, volunteer life support

## 問題の所在

東京都監察医務院の平成19年度統計資料によれば、2006（平成18）年1月1日～2006（平成18）年12月31日までの1年間に、一人暮らしの者の死亡総数は4,896人である。その内65歳以上の死亡数は2,611人であり、その数は増加傾向にある。中でも、65歳未満の死亡者数が横ばいなのに対し、65歳以上の死亡者は毎年200名程度ずつ増加している。特に女性の死亡者は、2003（平成15）年に比べ、2006（平成18）年には2倍近くに及ぶ増加傾向を示している。

現在はマスコミ等によって「孤独死」という言葉が定着したとも言える。そのきっかけとも言え

るものに、阪神淡路大震災後の避難所において、「誰にも看取られず」に死亡しているところを発見された事例が挙げられるであろう。なぜ「孤独死」が社会的な問題として注目されるようになったのかといえば、「孤独死」が発見者のみならず、周囲の人たちに大きな衝撃を与えるからであろう。ここで言う「孤独死」の防止は、家族のみでできるものではない。公的サービスを含め、かかりつけ医などの医療機関、近隣者や友人知人、地域福祉活動、老人クラブ活動など、日常生活に関わる様々なサポートが必要である。

今回A県において、「誰にも看取られずに死亡」した事例を検証した。ただしA県では「孤独死」ではなく、厚生労働省が用いる用例に準じて「孤立死」と表現している。しかし、この二つの表現

についての厳密な定義は、これまでなされていないように思われる。筆者自身は、A県における事例を通じて、より問題の本質に即しているのは「孤立死」であると考えた。本稿においても、原則として「孤立死」の語を用い、以下その定義についても論じていく。また、他府県と比較・検討した結果を踏まえ、高齢者が「孤立死」する背景に関して検討したい。

## 1. 「孤立死」とは何か

### 1. A県における「孤立死」の定義

現状で、「孤独死」「孤立死」のいずれについても、厳密な概念定義はなされていない。一般的に言われる「孤独死」とは、独居者が誰にも看取られずに死亡し、発見が遅れたことにより死体の変化が進んだ状況を示している。東京都監察医務院の監察医長である小島原将直は、「誰にも看取られない病死のことであり、特に独居者で、かつ発見が遅れ大なり小なり死後変化が進行したような場合に使われる」<sup>1)</sup>と述べている。

また、厚生労働省が2007（平成19）年8月に開催した、「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）」において、初めて「孤立死」ということばが使われたが、そこでも概念定義はなされていない。したがって、A県における「孤立死対策委員会」では、事例検討を進めていく前提として、「高齢者の孤立死とは、一人暮らしの高齢者が、経済的な困窮、慢性疾患などに罹患、または引きこもり（Self Neglect）などの状態で社会的にも地域からも孤立した状態で死亡した場合、また劣悪な環境で死亡した場合、あるいは家族と同居しているが看取られずに死亡後発見された場合などをいう」と概念規定した。

しかし、「自殺」を「孤立死」に含めるか否かについては、議論の分かれるところであり、まとまった見解は出ていない。

### 2. 「孤立死」と「孤独死」の定義

前にも述べたように、厚生労働省は「孤立死」を用いながら、その概念規定を明確にはしてい

ない。一つの方向性として、「一人暮らしでなくても高齢者夫婦のみの世帯や、要介護の高齢者（親）と中年の独身男性（子）の世帯など、社会的に孤立した状態の人も対象に含める」という意味では、単純に社会や家族から孤立している状態とするのではなく、死亡した状況を広く捉えている。

東京都新宿区は、「孤独死」を「2週間に1度以上、見守りが無い独居、また高齢者の世帯」とする一方、介護保険や行政サービスを利用していたり、通院、家族ら他者と一定の接触があった場合、そして、自殺などのケースは孤独死に含まないと定義<sup>2)</sup>した。つまり、他者との関わりやサービス利用などの点に注目している。

額田（1999）は、阪神淡路大震災の被害者が仮設住宅で死亡したケースを検証する中で、「孤独死」を、低所得で、慢性疾患に罹患している、完全に社会的に孤立した人間が、劣悪な住居もしくは周辺領域で、病死および、自死に至る時」としている。従来の「孤独死」を「自己責任」として放置するのではなく、その救済は、社会資源に裏打ちされた国家・行政の一貫した支援プログラム、包括的な対策が第一義<sup>3)</sup>だと述べている。

佐々木とNHKスペシャル取材班（2007）は、「一人暮らしをしていて、誰にも看取られずに自宅で亡くなった場合、自殺は含まない」<sup>4)</sup>とし、社会的なつながりと自宅に注目した。

高尾（2008）は、「日常的に社会的つながりを絶っており、日頃から行政などのフォーマルおよび親族や近隣などのインフォーマルなケアを受けることなく孤立状態であり、誰にも看取られずに居宅で死に至り、死後しばらく経ってから発見される状態」<sup>5)</sup>と定義している。

大澤（2006）は法医学の立場から、「一人暮らしや家族がいてもその不在時に誰にも看取られることなく死を迎えた場合」<sup>6)</sup>と定義している。

これらの「孤独死」の定義は、死亡場所が居宅であり、誰にも看取られずに死後数日を経て発見されることは共通している。しかし、社会的なつながりや社会資源の活用の有無、あるいは自殺を含めるかなどでは、定義が異なっている。

## II. 「孤立死」の現状

A県、そして他府県の現状を述べる前に、本論文の中ではしばしば法医学関連の言葉を用いるため、日本における「異状死体」の取り扱いの制度<sup>7)</sup>について補足しておきたい。日本における異状死体取り扱いに関しては、医師法21条に「異状死体等の届出義務」の条項があり、「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案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」と規定している。異状死体の届け出を受けた警察署は、警察官を現場に派遣して検視等の手続きを行う。その際、医師（立会医）に立会を求めて医学的な助言を要請し、立会医が検視等の補助行為として遺体を検案する。

これらの検証、見分、検視の取り扱いをまとめて検視等という。検視等の手続きでは、何らかの犯罪の疑いがあり、解剖が必要な場合は司法解剖される。

また、警察官が行う検視等の手続きは、理論上、以下の3つに分けられる。

### ① 明らかな犯罪死

絞殺など明らかに犯罪による死亡であると判断される場合は、刑事訴訟法189条2項に基づき、直ちに捜査に入り、捜査の一環として遺体の検査を行う。これを「検証」とい

う。このような例は多くが司法解剖に付される。

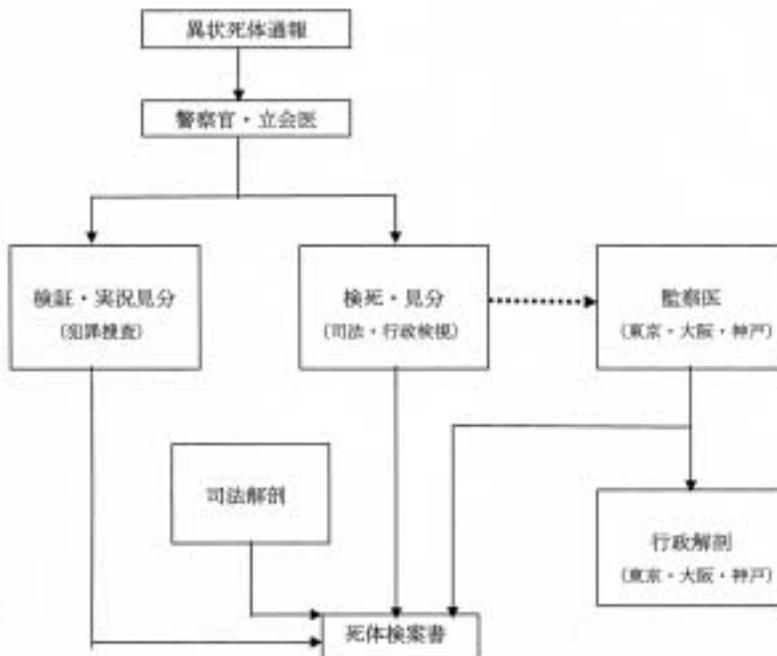
### ② 明らかな非犯罪死

明らかに犯罪ではないと判断される場合は、国家公安委員会「死体取り扱い規則」に基づき、死体について記録を作成した上で遺族に返す。この取扱いは行政的な対応となり、「検視」（行政検視）あるいは「見分」という。

### ③ 犯罪か非犯罪か不詳の死体（変死体）

現場で直ちに犯罪死とも非犯罪死とも決められない死体を変死体といい、刑事訴訟法第229条に基づいて検察官による「検視」（司法検視）が行われる。ただし、検視は検察事務官ないし司法警察員の代行が認められており、ほとんどが司法警察員による代行となっている。

図1 日本の異常死体の取り扱い流れ図



出典：勝又義直「検視制度の現状」福島至編『龍谷大学社会科学研究所叢書第74号 法医鑑定と検視制度』日本評論社 2007年 170-171頁

## 1. A県の現状

A県における高齢者率は高い。しかし、興味深いことに一人暮らし高齢者率が高い市町村に、一人暮らし孤立死亡率が高いかといえばそうではない。A県30市町村中、一人暮らし高齢化率の上位10市町村の中には、第10位に一人暮らし高齢者孤立死亡率第1位の市町村が入っているのみである。さらには、一人暮らし高齢化率上位20位までの中に、一人暮らし高齢者孤立死亡率が高い市町村は2つしか入っていない。高齢化率のみによって孤立死の危険度を考えることは、予防対策において方向性を間違える危険性を孕んでいるといえるのではないだろうか。これらの実態を含めて、A県の現状を紹介する。

A県における平成16（2004）年1月～平成19（2009）年12月の4年間に、殺人以外で「変死」扱われた、65歳以上の高齢死者729事例を分析した。

### （1）対象者の死亡の実態と背景要因

#### ① 全体の状況

基本属性の「男性」364、「女性」365とほぼ同数で、合計729事例である。「平均年齢」は、男性78.4歳、女性78.7歳であった。死亡の種類では、「病死」647（89%）、次いで「自殺」55（7%）、「過失死」24（3%）である。所見・死因の種類は、「循環器系疾患」が478（66%）、次いで「縊死」46（6%）、「脳・精神・運動器疾患」が35（5%）であった。一方、「溺死」31（4%）は、呼吸器系疾患や消化器・内分泌・泌尿器系疾患等よりも多く、ヒートショックが原因と予測されるものである。

対象における既往症・現病歴としては、循環器系疾患の中では「高血圧」170（46%）、脳血管系疾患では「脳梗塞」47（81%）が高値を示している。内分泌・代謝・栄養疾患では、「糖尿病」91（74%）、呼吸器系疾患では、「肺気腫」13（30%）、「喘息」10（23%）、消化器疾患では、「胃潰瘍」12（46%）、肝疾患では、「肝臓・肝硬変」31（60%）、「C型肝炎」14（28%）となっている。脳・精神疾患では、「認知症」32（40%）、「パーキンソン病」12（15%）に次いで、「うつ病」11（14%）、そして「アルコール依存症」9（11%）ある。眼科疾患

では「白内障」14（87%）である。そして、がん疾患は70症例あり、そのうち「胃がん」13（19%）、「大腸・直腸・S状結腸」14（20%）、次いで「肺がん」8（11%）、「肝臓がん」7（10%）となっている。

こうした状況のなかで、「通院している」が281（39%）、「通院していない・していた」が200（27%）であった。対象者に対する家族のサポートについては、「ある」327（50%）、「ない」330（50%）で差異はなかった。家族のサポートメンバーについては、「息子」111（15%）、「娘」107（14%）である。家族のサポートメンバーで圧倒的に多いのは、長男の配偶者である「嫁」が多い。しかし、実際は嫁にサポートしてもらっていても、息子にサポートしてもらっているという思いの意味で「息子」と書かれている場合もあると想定される。この点は記述式のため、その記述にしたがって分類をした。

社会的サポートの活用は、「あり」186（25%）、「ない」428（58%）である。近所付き合いについては、「あり」272（37%）、「ない」173（23%）である。対象者の仕事や収入状況については、「有職」53（7%）、「無職」676（93%）であり、「年金」65（9%）、「生活保護」49（7%）である。

#### ② 地域との関係からみた対象者の死亡の実態と背景要因

対象者の世帯構成は、720（99%）が「独居」である。その対象者に対する家族のサポートは「息子・娘」218（29%）と「親戚・兄弟姉妹」99（14%）によって見守りがなされている。死亡の通報者は、「隣人・近隣者・友人・知人等」187（24%）、次いで「息子・娘」171（21%）、「親戚・兄弟姉妹」156（19%）、「医療・福祉関係者等」109（14%）である。対象者を発見したのは、「家族・親戚等」352（48%）、「地域住民・配達・集金等」237（33%）、「医療・福祉関係者」132（18%）である。地域住民・配達・集金等と医療・福祉関係者の両者を併せると、家族・親戚等より17（3%）多く、対象者への見守りが地域住民などによってなされていたことが分かる。また、発見者と通報者の息子・娘と隣人は、対象者と連絡が取れなくなり、相互に訪問依頼の要請をしている場合が数

件あった。さらに、牛乳や新聞の配達、家賃の集金の訪問で発見した場合と、あるいは市町村役場の職員による生活保護費の支給などによる訪問によって、発見されたケースも8(1%)あった。

### ③ 発見日時と日数からみた対象の死亡の実態と背景要因

発見までの時間は、「数時間」420(58%)、「1～3日」204(28%)と全体の86%を占めている。次いで、「4～7日」57(8%)、「8～14日」19(2%)、「15～30日」17(2%)である。対象者の発見までに要した日数は、数時間から3日までに集中している。なお、1か月以上経過した後の発見は、1事例のみである。

対象の死亡月をみると、1～2月79～81(11%)、7～8月の66～57(8～9%)、11月～12月71～90(10～12%)で、「寒い時期」と「暑い夏」に集中している。

この調査結果における総合的な分析結果は、「病死」が89%を占めており、なかでも「循環器系疾患」が66%であった。とくに、「溺死」の4%は、呼吸器系疾患、消化器・内分泌・泌尿器系疾患などよりも多く、ヒートショック<sup>8)</sup>が原因と想定される。発見されるまでの時間は、「数時間」が58%で一番多く、次いで「1～3日」が28%と続き、1か月以上経過後の発見は1事例のみである。対象者の99%が「独居世帯」であり、「家族のサポート」は29%、「社会的サポートの活用」は25%である。

死後の発見者は、一番多い「家族・親戚等」48%より、「地域住民・配達・集金等」33%と「医療・福祉関係者」18%との合計51%の方が3%高くなっていた。したがって、地域で生活し交流のある近隣者・民生委員、新聞配達員・集金員・市町村の職員などが通常と異なった状況から気づいたり、訪問したりして発見されたケースも少なくない点は注目される。

課題となるのは、「孤立状態または引きこもり状態の高齢者」への働きかけと「見守り」のための台帳作りである。そのためには、地域と関係機関の連携が必要となる。

## (2) 考察

### 1) 要約

和歌山県警の検視資料729事例から得られた記録を分析した結果、女性が1事例多かっただけで、数字上は50%ずつとなり、ほとんど男女差は見られなかった。対象者の死亡時の平均年齢においてもほとんど差異はなく、男性78.4歳、女性78.7歳であった。死亡原因については、「病死」が圧倒的に高い値を示している。そのなかでも群を抜いて多いのが「循環器系疾患」で、66%あった。また、特徴といえる実態は脳血管系疾患による死亡数よりも、自殺で死亡した数が11多くなっていることである。これを裏付けるものとして、既往・現病歴の「神経・精神疾患」を患っていた、あるいは患っている人が、循環器系疾患、内分泌・代謝系疾患に次いで第3位となっている。

対象者へのサポートについては、隣人や近隣者と普段から交流があることがわかった。また発見するきっかけは、電話などに対する応答がないため訪問して発見されることが、圧倒的多数を占めた。したがって、死亡後発見時間は、数時間から3日で86%という数値であり、家族や隣人などによる訪問や、電話などの通信方法によって見守りをしていたために、短期間のうちに発見されたといえる。とりまなおさず、長年住み慣れた環境での、人間関係の親密さの重要性が、明らかになったといえる。

一方、和歌山県内の定期健康診断の受診率は、全国ワースト5位である<sup>9)</sup>。死因と既往・現病歴からも明らかのように定期的に検診を啓発していくことで、ある程度の予防ができるはずである。そのために、「定期検診の啓発活動」が急務である。また、自殺とがん疾患も高い数値を示している。これらの予防対策も重要な課題である。

### 2) 対象者の死亡の実態と背景要因

① 死因・所見と既往・現病歴の実態と背景要因  
死因に関する以下の病死名への回答は、複数回答である。死亡の種類は「病死」が647(89%)であり、何らかの疾患が起因して死亡したといえる。全体を概観するなかで、約半数を占めている原因は、「虚血性心疾患」(45%)である。この結果を既往・現病歴に照合してみると、同様に循環器系

疾患が41%を占めている。次いで死因所見では「脳血管疾患」(5%)であるが、「脳血管疾患」を含む循環器疾患によって死亡する原因としては、既往・現病歴から推察できるように、高血圧が46%で第1位となっている。この点からも、「高血圧」に対する予防対策を急ぐべきである。

「内分泌・代謝・栄養疾患」の既往・現病歴からみると、「糖尿病」を患っている対象者が73%と多かった。糖尿病に起因する合併症による疾患によって、生命を落とすことも考えられる。また、B型肝炎やアルコールによる肝臓病や肝硬変も目立っている。糖尿病や肝臓疾患は、全データから見て決して低い数値ではない。加えて、アルコール依存症やうつ病による精神的不安定によって、引きこもりから自殺へと発展する可能性も否定できない。したがって、メンタルな部分だけに困難さは大きいと考えられる。それゆえ、行政および家族と地域での支え合いが必須といえよう。

東京都観察医務院である福永の孤独死の研究<sup>10)</sup>によれば、病死の内訳で最も多いのが循環器系疾患で75%を占めている。その内の半数が虚血性心疾患である。和歌山県においても、虚血性心疾患が45%を占めており、他の疾患に関しても福永研究とほぼ同様の結果が得られている。この点から、病死の内訳に関する限り、和歌山県に固有の特徴といえるものは感じられない。

ここで注目すべきことは、がん疾患が71(8%)であり、これは和歌山県既往・現病歴種類のなかで、第4位に位置する。がんの種類は19の広範囲に渡っている。そのなかの上位は、「胃がん」19%、「肺がん」11%、「肝臓がん」・「大腸がん」10%、続いて「直腸がん」、「乳がん」、「食道がん」と続いている。大腸がん、直腸がんを消化器系のがんとしてまとめると19%になり、胃がんと同じ割合となる。以上のことから、胃や大腸・直腸がストレスを感知しやすい臓器であることを踏まえると、孤立死した対象者が「大きなストレス」を感じていた可能性が高い、ということが予測できる。一方、自殺やアルコール性肝炎、うつ病などの例を分析した結果からは、飲食からの影響を受けやすいともいえるが、人としての食生活環境上の改善が必要と思われる。したがって、現在は疾患を

患っていないという状態で安堵せず、社会的にも精神的にも健全な状態にあることが望ましい。つまり、保健所などが地域の健康管理に関わる上での重要点は、個々の人に対して、「自己の健康管理」がいかに大切かということを開発することである。

このように重複して疾患を抱えた生活状況のなかで通院の有無を見ると、「している」は281(39%)であるのに対し、「していない・していた」を合算すると200(27%)となっている。「していない・していた」という27%の人の孤立死への背景を考えていかなければ、本当の意味での改善は見られないのではないだろうか。加えて、93%が無職であり内9%が年金生活、7%が生活保護を受けている。また、公共交通での移動手段が自由にならない現状においては、通院を続けることも困難であることは、容易に窺い得ることである。

この点について、介護タクシー運転手へのインタビュー<sup>11)</sup>では、①介護タクシーの利用も料金が高くなる関係で困難であること、②バスも本数が少なく不便であること、③検診についてはバスの送迎があるが、全員が終わるまで待たなければならぬため一日仕事になってしまうこと、という実情があった。高齢者にとっては、バスでの移動や検診そのものも、疲労をとまなうことである。それにも増して、昼食も各自で調達しながら、最後の一人が済むまで待たされることは、次回も受診しようという気持ちを萎えさせ、健康に対する自己管理意欲の継続を著しく困難にするであろう。したがって、介護タクシーの活用方法も含め、対象が高齢者であること、土地環境も含めた定期検診のあり方や進め方など、いくつかの点で検討ないし改善が求められるであろう。

地域における高齢者の健康管理に関する活動に対しては、保健所の果たすべき役割は大きい。また、地域包括支援センターにおいても、地域に居住する独居高齢者はとくに重視しなければならないが、独居に限らず高齢者のみの世帯も視野に入れるべきであり、これら高齢者の情報を統括することにより、常に支援体制を整えておくことが最も重要である。ただし、現状の地域包括支援センターの人員数では、そうしたことを実現するのは

困難であろう。そこで、地域包括支援センターを核として、各関係機関および民生委員とともに、地域住民を含めた支援体制を立ち上げることができれば、より綿密な支援が可能になるのではないだろうか。

## ② 地域との関係から見た対象者の死亡の実態と背景要因

対象者の世帯構成は99%が独居である。同居としていた世帯でも、実際は配偶者が病院や施設に入所しており、独居生活と判断できる世帯が含まれている。独居生活をしている対象者に対する家族のサポートは、息子や娘が29%、そして親戚と兄弟姉妹が19%である。息子や娘の場合、近隣に居住しているケースは少なく、一方で親戚と兄弟姉妹は近隣に居住しており、頻繁に訪問しているようである。したがって、息子や娘の場合は、電話などの手段によって対象者との連絡をとっており、長年同地域で居住している親戚と兄弟姉妹が自宅訪問を行うという構図になっていることがわかった。息子や娘たちが、仕事の関係や結婚という理由で親元を離れざるを得ない状況において、近隣に親戚が居住していてくれるということは、心強い一面もある。

地域住民においても、長年同地域で生活し交流もある近隣者が、互いにサポートしあっているのが実情である。「新聞が取り込まれていない」、「カーテンが開いていない」、「今朝姿を見なかった」など、普段と異なった状況に不審を感じた近隣者が、対象者の自宅を訪問し、発見されている。また、①新聞配達員が取り込まれていない数日分の新聞があるため通報し発見されたケース、②大家さんによる家賃の集金で対象者宅を訪問し発見されたケース、③行きつけの店主が顔を見せないのを心配して訪問し発見したケース、④生活保護費を取りに来ないため、市町村役場の職員が訪問し発見したケースなどがあつた。

なお、福永の研究<sup>12)</sup>によると、孤独死の発見状況は、家族・親族の発見が40%、管理人約20%、福祉関係者約10%という結果であつた。発見理由は、電話の応答がない、配達物（新聞、郵便物など）がたまっている、異臭がすることがあげられた。これらの結果も先の病死の内訳同様、和歌山

県独自の様相ではないことが伺えるものである。

新宿区では、高齢者が自宅前にゴミを出すことにより、ゴミの収集員によって安否確認を行っている。生活をしていれば必ず何らかのゴミは出るということからいえば、ゴミ収集員による安否確認も、一つの有効な方法として検討されてよい。

さらに、対象者が社会的サポートを活用していることで発見された事例も少なくない。例えば、訪問介護を受けている事例では、①介護士が朝訪問したが応答がないため通報し発見した事例、②病院に通院するための送迎車に乗っていた病院職員によって発見された事例、③配食サービスの配達員が発見した事例などがある。

## ③ 発見日時と日数からみた対象者の死亡の実態と背景要因

死後から発見されるまでの時間は、数時間～3日で624（86%）であり、9割近くが比較的早い時点で発見されている。また、1か月以上経過した後の発見は1事例のみであつて、長時間発見されずにウジが湧いたり、白骨化したりしてから発見されるケースは少ないといえる。前述したように、早期発見は家族や地域住民と対象の関係性による。つまり、交流があれば悲惨な状態になる前に発見される。したがって、長期間発見されずに放置されていた110（6%）の対象の、社会化や生活環境の改善をどのようにするかが急務である。

なお、福永の研究結果<sup>13)</sup>では、数時間～3日の発見は64.6%、1か月以上経過してからの発見は5%であつた。和歌山県と比較すると、数時間～3日では和歌山県の方が早期発見されている。しかし、1か月以上経過後の発見はほぼ同数であつた。

## ④ 引きこもり高齢者の孤立死と事後処理の問題

ところで、死後8日～2か月間発見されなかった例が110（6%）あつた。全体の6%であるが、この6%の改善がもっとも困難なケースであるといえる。つまり、家族・親族と地域住民とはもちろん、行政との関係も自ら断ち切っていた対象者のケースである。そうした状況だからこそ、腐敗状態であつたり、白骨化したりするまで発見されずにいたのである。「誰の世話にもならない」といい、自ら社会との関係を絶っている高齢者も多

い。しかし、発見が遅れるほど、発見後の現場修復は経済的にも負担が大きく、「誰が負担するか」という問題も生じてくることになる。

「遺品処理等に要する費用の例」として、次のような試算が出されている。民間企業における遺品処理事業での「孤立死」の場合、遺品の分別梱包、搬出、清掃、各種手続き代行、形見分けのための引っ越し、家電リサイクル、遺品の保管、一般廃棄運搬業者の手配などがあり、一般的には、2DKの部屋で概ね「16万円以上の料金体系」が設定されているようである。また、特殊清掃として、消毒、消臭、ルームクリーニング、害虫駆除、クロスの張り替え、畳の新調などが別料金で行われる場合が多いようである。部屋の消毒などを含めると、80万円ほどかかった事例もあった<sup>14)</sup>。家族や近隣者、大家（管理人）などに社会的コストなどの負担をかけることになるため、「死後の処理に負担がかかること」を対象者に認識してもらうための働きかけと、地域社会へ向けた防止対策の努力が求められる。したがって、行政や地域住民との関係を持たない高齢者への働きかけが重要になる。独居であっても催し物に参加したり、地域の人たちと挨拶をしたりすることが、「孤立死」防止への第一歩になるからである。

自ら社会との交流や関係を断ってしまっている「孤立状態」あるいは「引きこもり状態」の高齢者に対しては、まずは彼らの現状把握を急ぎ、どのように支援すべきかを検討しなければならない。具体的方法として、「台帳作り」が必要になるが、すでに行政によってあらゆる形で情報を得ている内容に付け加える形で整えていくのか、それとも、新たに情報を取る必要があるのかは、各市町村によって事情が異なってくるであろう。ただ、行政の体制で従来から批判されてきた「縦割り行政」から、それぞれの部署で収集した情報をきちんと共有する「つながり行政」へと改善することができれば、少なくとも情報を取るための時間と労力は、大幅な削減が可能になるといえる。

#### ⑤ 和歌山県の検視状況

和歌山県における65歳以上の高齢者人口は、平成18（2006）年の252,860人だったのが、平成19（2007）年には259,040人に増加しており、高齢者

率は24.6%になっている。そのうち、一人暮らしの高齢者は、48,270人である。平成19（2007）年に検視された男女数は227例であり、平成16（2004）年から平成19（2007）年までの4年間を見ると、2倍弱にまで増加している。平成19（2007）年の227人の検視数は、1.6日に1人の割合で変死していることを示している。もう少し詳細に見ると、平成16（2004）年～平成19（2007）年の4年間を総合した結果からは、「危険な月」は1～3月、7月、11月、12月であり、重点観察月ともいえる。次いで要注意月としては、8月、10月である。平成19（2007）年の1年間の平均から見ると、3月、7月、11月、12月の死亡者数が多い。

4年間のなかでは、全体の死亡者数は徐々に増加しているが、部分的に見ると、1～3月は隔年ごとに増減を繰り返している。1月、2月に関しては、平成18（2006）年1月が27だったのが平成19（2007）年には14に、2月は27から8に減少している。1月、2月は平成19（2007）年が減少の年だったと考えれば、平成20（2008）年には増加するということも、予測できる。ところが3月は、1月、2月とは逆の繰り返しをしており、平成18（2006）年の13から平成19（2007）年25と、12の増加になっている。この結果は、8月と11月の前年度より15の増加を示した月に次いで増加した数となっている。興味深い事実ではあるが、現時点でその原因を特定することはできない。

調査した4年間では、1月、2月、10月については、隔年で増減しつつ減少傾向である。12月は横ばいであるが、3～9月、11月では、3～15人の増加が見られた。とくに、8月と11月は前年度より15名死亡者が増加しているため、全体としては増加傾向である。

以上のことから、傾向として死亡者数の多い1～3月、7月、8月、11月、12月といった、比較的寒暖の厳しい季節を「重点観察月」として、見守りの強化が必要であろう。

#### 3) 今後の課題

今後の課題としては、紀北地区・紀中地区・紀南地区における「孤立死」の特徴を分析した上で、

モデル地区を指定し、分析結果を根拠とした防止対策の具現化を試みるなかで、和歌山県として、家族・地域住民・その他関わりのある他職種の協力を取り込みつつ、有効に活用できる予防対策案を打ち出していくことが求められる。

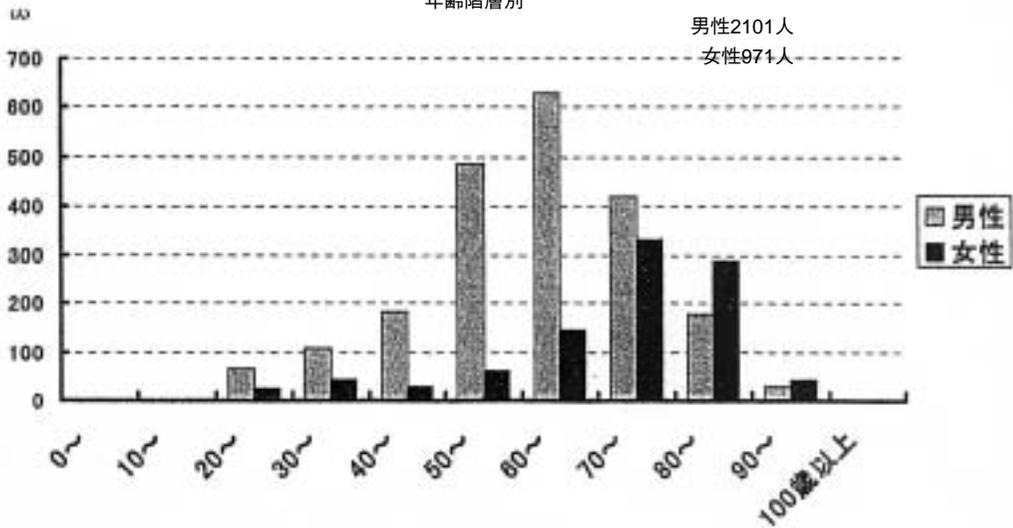
2. 他府県の現状

1) 東京都の現状<sup>5)</sup>

東京都監察医務院小島原（2005）によれば、2004（平成16）年の単身者・自宅内での死亡は、図2の用になっている。

年々一人暮らしをしている者の死亡は増加傾向にある。ここで注目すべきことは、下記の資料から分かるように、65歳以上の高齢者の死亡が増加しているが、中でも特に女性の死亡数が増加していることである。

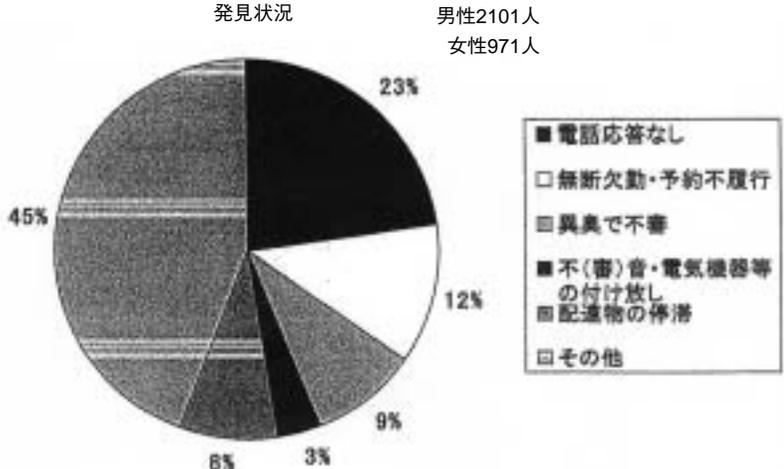
図2 単身者・自宅内での死亡  
年齢階層別



①2004（平成16）年単身者・自宅内での死亡者の発見状況

右記の結果を見ると、「電話の応答がない」「無断欠勤・約不履行」「配達物の停滞」など、何らかの手段で社会との関係を保っていることが、早期の発見を可能にしているといえる。一方、「異臭で不審」という発見状況は、早い場合4～5日でも腐敗臭がするといわれているが、異臭が室外にまで漂う状況になるのは、かなりの時間が経過してからと考えられる。

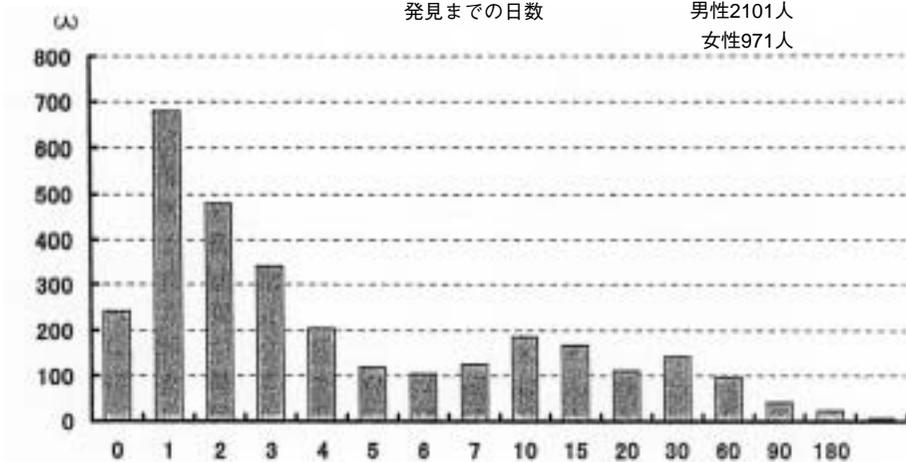
図3 単身者・自宅内での死亡  
発見状況



②2004（平成16）年発見日数  
 発見されるまでの日数については、0日～3日  
 以内が64.5%と半数以上を占めている。一方、1

か月以上経過して発見されたのは5.4%である。  
 できるだけ早期に発見することを課題とするなら  
 ば、この5.4%の改善が急務となる。

図4 単身者・自宅内での死亡  
 発見までの日数



男性2101人  
 女性971人

③2006（平成18）年死因の種類別の割合および  
 主要死因

死因の詳細は次の3点である。

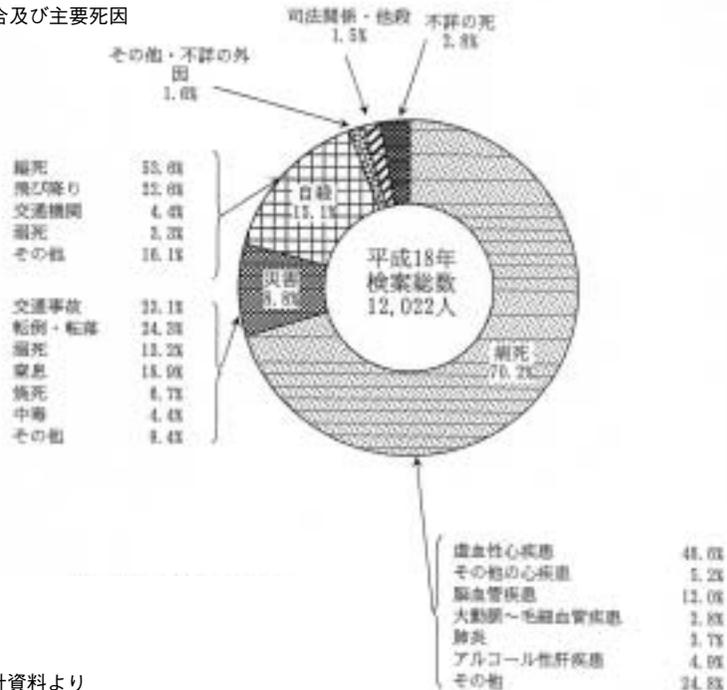
1. 病死は虚血性心疾患とその他の心疾患をあ  
 わせると51.8%で一番多い。次いで脳血管 疾

患の12%である。

2. 災害は、転倒・転落が24.3%、以下交通事  
 故、窒息、溺死と続いている。

3. 自殺は縊死が53.6%、続いて飛び降り22.6%  
 となっている。

図5 死因の種類別の割合及び主要死因



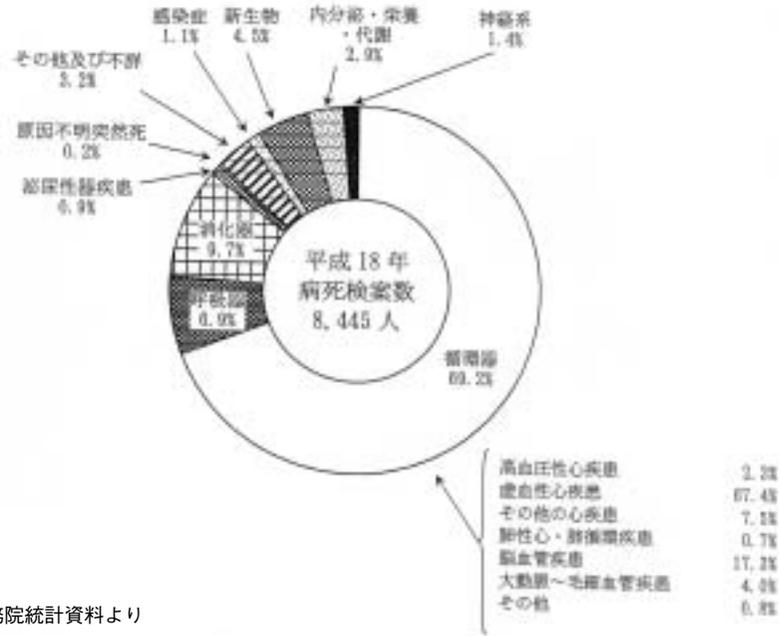
東京都監察医務院統計資料より

④病死の疾患別割合

2006（平成18）年の病死検案数8,445人から病死の疾患を見ると、循環器が69.2%と圧倒的多数を占めている。その内訳は、虚血性心疾患が67.4%、脳血管疾患17.3%、続いてその他の心疾患となっ

ている。循環器に続く病死の疾患では、消化器が9.7%、呼吸器6.9%となっている。これらの結果は、A県における数値とも概ね合致しており、虚血性心疾患と脳血管疾患で70%を占めていることから、一般的傾向として扱うことができる。

図6 病死の疾患別割合



東京都監察医務院統計資料より

⑤自殺方法の割合

2006（平成18）年の自殺者は1,811人である。自殺の方法としては、縊死が53.6%、飛び降り22.6%、薬物中毒10.1%である。

⑥月別検案数と解剖数

東京都における2006（平成18）年の月別検案数および解剖数をみると、1月と10月～12月に検案数が増加している。同様に65歳以上の検案数も1月と10～12月に増加している。つまり、寒くなる10月から次の年の1月にかけて、死亡者が増加していることが分かった。

東京都の以上の結果についても、先に述べたA県と類似した調査結果になっている。したがって、これらの数値はいわゆる大都市だけの傾向ではないともいえる。

2) 山形県の現状

山形大学医学部環境病態統御学講座の大澤は、2000（平成12）年1月～2004（平成16）年12月まで5年間の山形県警の検視記録について、統計解析<sup>16)</sup>を行った。この発表データを以下で紹介する（報告で用いられている「孤独死」の語はそのまま使用する）。

①発生頻度

孤独死は5年間で857件であった。内訳は2000（平成12）年157件、2001（平成13）年149件、2002（平成14）年167件、2003（平成15）年182件、2004（平成16）年203件である。これらの結果から増加傾向にあると言える。また、大澤は、山形県内の人口は2004年時点で1,223千人で孤独死は成人に発生していることから、有権者数981千人で換算すると10万人当たり年間17.5人と述べている。

## ②発生年齢と性別

孤独死例全体の年齢分布は20～99歳までの平均年齢（±標準偏差）は65.6歳（±14.4）である。男性は555例（64.8%）、女性は302例（35.2%）である。65歳以上の高齢者は478例（55.8%）である。男性の平均年齢死61.8歳（±13.9）に対し、女性の平均年齢は72.5歳（±13.8）で、女性においてはより高齢者に集中している。さらに64歳以下では、男性が84.2%（319例）と圧倒的多数を占めるのに対し、65歳以上の高齢者では、男性49.9%（236例）、女性50.6%（242例）であり、この結果は一人暮らしの数を反映したものと考えられると解析している。

## ③季節差

月別の発生数は、10月～3月の冬季に多く、4月～9月の夏季には減少傾向にある。特に65歳以上では冬季に増加が認められ、64歳以下では月別においては、大きな変動はみられない。

## ④死亡から発見までの経過時間

1日以内444例（51.3%）、1～2日158例（18.4%）、2～3日76例（8.9%）、4日～7日93例（10.9%）、7～1か月74例（8.6%）、1か月以上16例（1.9%）となっている。3日以内に発見されるケースが80%弱を占めている。

## ⑤死因

病死678例（79.1%）、自殺135例（15.8%）、不慮の外因死27例（3.1%）、死因不詳17例（2.0%）である。

病死の内訳は、虚血性心疾患などが453例（52.9%）、脳卒中148例（17.3%）、消化器疾患44例（5.1%）、呼吸器疾患7例（0.8%）、悪性腫瘍16例（1.9%）であった。大澤が述べているように、突然死をきたし易い心臓や脳神経疾患が多数を占めている。

自殺の内訳は、縊死103例、中毒20例、焼死10例、失血死2例である。自殺に関しては男性が98例（72.6%）と多く、その中でも64歳以下が83例と壮年層の男性の自殺増加を反映したものと解析している。

## ⑥発見者

子供・兄弟姉妹429例（50.1%）、隣人143例（16.7%）、会社の同僚・上司・遠方の友人82例

（9.6%）、介護・福祉・医療関係者87例（10.2%）、管理人・その他41例（4.8%）、郵便・配達人・警察官75例（8.8%）である。大澤によると、65歳以上の高齢者の場合、介護・福祉・医療関係者による発見が66例（12.3%）で、増加傾向にある点が特徴と解析している。

以上A県と東京都・山形県における「孤立死」の現状を概観したが、共通して以下のことがいえると思われる。

### 1. 死因・所見

A県・東京都・山形県における死因・所見の内訳をみると、虚血性心疾患が第1位であり、次いで脳血管疾患が続いているという点では差異が見られなかった。また、高齢者の自殺が高い数値をしめしている。これも3つの都県でいえることである。

### 2. 発見者

孤立死した人に対する発見者は、子どもや親戚が半数を占めている点では、同様な結果が得られている。また、高齢者については、社会資源の活用によって、介護・福祉・医療関係者が発見している点も共通している。同時に、これらの人たちの介在が「早期」発見に繋がっているということは、注目に値することである。

### 3. 発見日数

発見日数は、数時間から3日以内の発見が、3都県共に6割以上の高い数値を示している。これらの結果に関しては、やはり発見者との関係が深い関与を示している。希薄であるにせよ、何らかの形で社会との関係を保っていることが、早期発見に繋がっているといえる。

以上のことから、孤立死を考えていく上で重要なポイントは、東京のような大都市に限らず、比較的人口密度の低い地域においても、共通した状況であるといえる。

## III. 「孤立死」と引きこもりの関係

### 1. 「引きこもり」と「閉じこもり」

「引きこもり」(withdrawal)ということばは、日常的によく使われるが診断名や病名ではないた

め、定義も一定化されていない。例えば『日本語大辞典』<sup>17)</sup>によれば、①外に出ないでとじこもる、②退いて、ひっそりと暮らす、とある。『看護大辞典』<sup>18)</sup>では「引きこもりは、無感情や自閉などの症状を特徴とする自身の内的な世界への引きこもりと、現実社会から家庭へのという、社会的な意味でのひきこもりの両者がある」と定義している。内的な世界への引きこもりは、身体的な危険もしくは過酷なストレスに対しての反応や、統合失調症などの際に認められることが多いと説明している。『こころの医学事典』<sup>19)</sup>では「対人関係と社会的活動に参加しない、参加できない状態」とし、社会的活動の場が学校としている年代は、「学校ひきこもり」と呼び、学校を社会的活動の場としない年代にみられる不参加を「社会的ひきこもり」と呼ぶことができる、と解説している。

「閉じこもり」については、『日本語大辞典』<sup>20)</sup>では、戸を閉じて中にもっている、家において外出しない、②自分の感情・意志を外に出さないでいる、とある。介護保険法における介護予防対象者のスクリーニングでは、「閉じこもり」を使用している。竹内(1980)は「閉じこもり症候群」<sup>21)</sup>の考え方を提起した。竹内は、生活空間がほぼ家の中のみへと縮小化することで活動が低下し、その結果、廃用症候群を発生させ、さらに心身両面の活動力を失っていく結果、寝たきりに進行するというプロセスを規定した。しかし、安村(2005)は、「閉じこもり症候群」という表現は、疾病を連想させ、医学的な対応を必要とする印象を与える。閉じこもりという表現の方が活動範囲が家の中のみに限定しているという状態をよりの確に表している、と述べた。その結果、安村は(2005)は、「一日のほとんどを家の中あるいはその周辺で過ごし、日常の生活行動範囲がきわめて縮小した状態」<sup>22)</sup>と定義した。鳩野(1999)は、「家の外から出られる状態であるにもかかわらず、家から人に出ない状況」であり、かつ「社会的な関係性が失われている状態」<sup>23)</sup>と定義している。一方、河野(2000)は、「閉じこもり」と「閉じ込められ」の違いを提起しているが、そこで「閉じこもり」を、心理社会的特性が著しく低い特徴を明らかにした上で、「意欲やソーシャル・ネットワー

クが著しく低いという特徴が見られ、意欲や人との関わりが少ないため行動範囲や生活行動の活動性を自ら狭小化している可能性」のある場合<sup>24)</sup>と定義した。

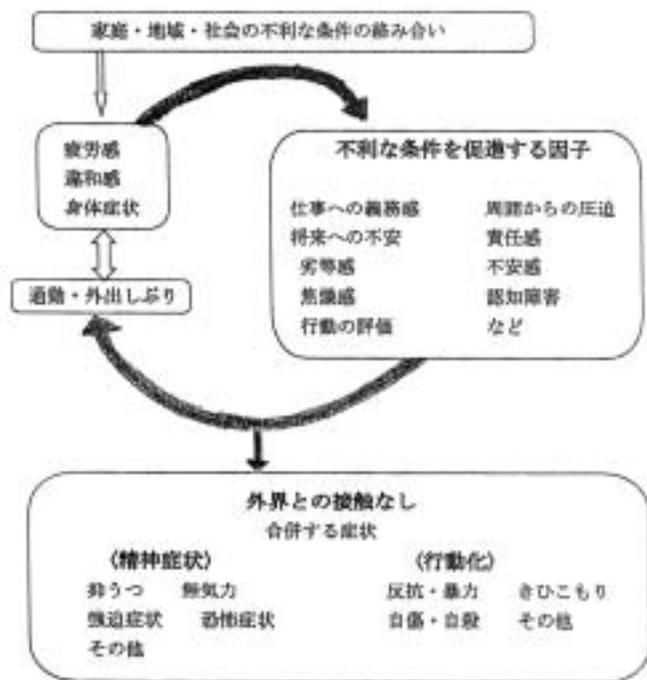
以上のことから、「閉じこもり」と「引きこもり」における違いはさほど感じられない。閉じこもり、引きこもり、あるいは心を閉ざすということは、社会との関係や家族・友人知人・近隣者との接触を断つという方法でもある。同時に「閉じこもり」「引きこもり」という表現には、自ら「閉じこもりたい」あるいは「引きこもりたい」という積極的な当事者の意志が感じられる。

「引きこもり」に関して渡辺(2006)は、「引く」とは、『岩波古語辞典』より「自分の身を、自分の本拠となる場所へ戻すこと」であり、居場所の確保といえるとき、多くの対象者は、引いている自分を受け入れられず、「惨めさ」「みっともなさ」を抱えながら、退行と成長の間で激しく揺れており、その内面には、家族・友人・社会から引きながらも、「帰属したい」「受け入れられたい」というアンビバレンスがしばしば考察され、一人称に閉じつつも二人称に開かれたい「揺らぎの姿」<sup>25)</sup>といえる、とも述べている。

以上述べてきたことから、「引きこもり」の概念としていえることは、単一の疾患ではなく、状態を示すことばである。「引きこもり」には、個人により種々な背景と要因によって、社会参加の接触機会が狭小化し、勤労などが長期にわたってできなくなっている状態といえる。その背景とは、生物学的、心理的、社会的な背景であって、それらが重なり合うことにより「引きこもり」という状態となる<sup>26)</sup>。

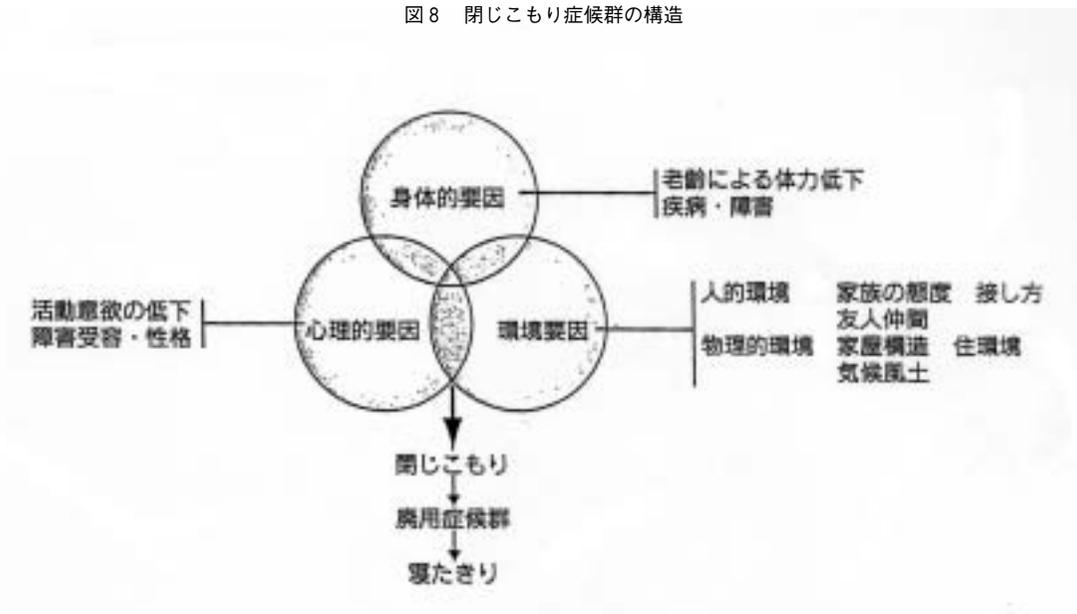
「孤立死」を引き起こす対象の周辺環境を理解しようとするとき、現象面からのみ捉えるのではなく、渡辺が述べているような「見捨てられ感」や「置き去り感」を持っている対象を総合的(社会的・肉体的・精神的)に捉える必要がある。また、社会との接触が狭小化した背景としての、生物学的・心理的・社会的要素を踏まえて考えたとき、本論文においては、「引きこもり」という用語を使用する。

図7 引きこもりの成り立ち



『こころの事典』より、「不登校のなりたち」と一致すると考え、一部修正し転用する

図8 閉じこもり症候群の構造



『介護予防研修テキスト：一人ひとりの健康寿命をのばすために』 厚生労働省老健局計画課監修より

## 2. 「孤立死」における「引きこもり」の要因

「孤立死」防止を考える場合、引きこもりの状況のみではなく、その要因にまで言及する必要がある。

A県と東京都・山形県などの調査結果から、「孤立死」の最大の要因は「社会との接触遮断」だといえる。また、「孤立死」が一人暮らし高齢化率とは必ずしも一致しないことも、判明した。『国民生活白書』データから、人間関係の希薄な環境下では精神的に満たされない、という結果が出ている<sup>27)</sup>。自ら社会との交流を望まない人もいる。何らかの事情によって、他人と意志の疎通を遮断するようになった人もいるだろう。A県や東京都・山形県の調査結果からもわかるように、死因の中で「自殺」で亡くなった件数が多い。自殺は年々増加する傾向にある。しかも、最近では若者の自殺が増加している。その一方で、高齢者の自殺も増えている。精神疾患を患っている高齢者が多いことは、それを裏付けていると思われる。また、ストレスに弱いとされている内臓器疾患を患っている者が多いことも、自殺との相関関係がある<sup>28)</sup>と考える。

ストレスとは一般に、「身体に対する要求への非特異的な反応」である、といわれている。社会的存在である私たちは、何らかのストレスを感じつつ日常生活を送っている。しかし、引きこもりになる人は、そのストレスを上手に処理することができない人たちとも言える。つまり、ストレスの不適応的コーピングと適応障害といえるであろう。単純に「人と関わるのが苦手な人」という解釈は間違っている。自分で自分の抱えたストレスをどのように対処しているのかわからない、あるいは対処方法を間違っている場合があるからである。第三者の支援、または介入を必要としているのである。ただ、当事者にとっては、他人に関わられることに対して「迷惑」と感じる人が多いと思われる。しかし、健康・ウェルビーイング、そして自己統合性が、いかにその人の危機対処能力・人生のストレスへの適応能力・安定状態を維持する能力次第で決定されるか、ということである。

その結果、何らかの理由によって、外出をほと

んどせずに自宅のみを生活空間とした状況に陥ったといえる。WHOがいう、高齢者の健康を、「生死や疾病の有無ではなく、生活機能の自立の程度で判断すべきである」<sup>29)</sup>とするならば、引きこもりの高齢者の状況は、明らかに健康を害しているということになる。つまり、より少ない障害と疾患は、単により長寿というだけではなく、優れた生活の質の保持を保つ<sup>30)</sup>ということである。

## 3. 高齢者が引きこもりになり得る生活状況

### 1) 高齢者の心の支え

高齢者が生活していく上で、心の支えとしてい

る人は、配偶者が64%と第1位で、続いて子ども(養子を含む)53.2%となっている。しかし65歳以上の高齢者が、別居している子どもと接触する頻度を見ると、週に1回以上が30.1%、ほとんど毎日が16.7%であるが、これらのケースは同敷地内や近所に居住している場合が多い。また、子どもの都合で親に会いに来る場合が多いことが考えられる。一方で、月に1～2回が34.9%で一番高い数値を占めている。年に数回というのも15.7%、ほとんどないが2.6%あった。つまり、高齢者の思いと現実には、大きな開きがあるということである<sup>31)</sup>。

### 2) 近隣関係の頻度と深さの関係

近隣の人との往來の頻度と、つきあいの深さの関係を見ると、「よく行き来している」とした者の中では、生活面で協力し合う相手が1～4人とした者が52.6%と半数を占めている。当然ながら「あまり行き来していない」者の場合は、25%と激減している。そして、「ほとんど行き来していない」「あてはまる人がいない」とした者でも9.1%と7.2%あった一方で、「ほとんど行き来していない」「あてはまる人がいない」とした者で、生活面で協力し合う相手が0人とした者は90.1%と92.1%であった。「よく行き来している」場合、生活面で助け合う者が1～4人いる者が半数を超えているのに対し、「ほとんど行き来していない」「あてはまる人がいない」の場合、90%以上の割合で生活面で助け合う者が全くいない、という結果が出ている。以上のことから、近隣者との接触が

ほとんどない場合、つまり近隣関係の頻度が低い者ほど、人間関係が希薄であることが窺える<sup>32)</sup>。

### 3) 家族の会話頻度と精神的やすらぎの関係

「日頃の生活の中で、どの程度精神的なやすらぎを感じているか」を見てみると、「会話が十分に取れている」とした者のやすらぎは、「十分やすらぎを感じている」「まずまずやすらぎを感じている」が80.7%と、8割を超えている。「あまりやすらぎを感じていない」「ほとんどやすらぎを感じていない」に関しては、19.3%と2割弱である。一方、「会話がほとんど取れていない」者は、「あまりやすらぎを感じていない」が38.1%で4割弱であり、「ほとんどやすらぎを感じていない」は、18.9%と2割弱であった。つまり、あまりやすらぎを感じていない、あるいはほとんど感じていないを合わせると、57%と半数を超えている。以上のことから、十分に会話を保てている者に比べると、会話がほとんど取れていない者は、やすらぎを感じられない生活であるといえる<sup>33)</sup>。

### 4) 高齢者の経済状況

高齢者世帯の年間所得を見ると、「100～200万円未満」が27.1%で、最も高い値を示している。次いで「200～300万円未満」が18.5%であり、「100万円未満」が15.7%である。年間所得「300万円未満」の高齢者世帯は約6割を占めており、所得の低い世帯の割合が高くなっている<sup>34)</sup>。

2007（平成19）年における、世帯主が65歳以上の世帯の家計状況を見ると、勤労者世帯の可処分所得は、一世帯当たり1か月平均30万7,983円で、消費支出27万7,474円を4万509円上回っている。しかし無職世帯の可処分所得は16万3,023円で、消費支出20万3,567円よりも4万544円下回っている<sup>35)</sup>。

消費支出が所得を上回っている経済状況の中では、社会との距離は徐々にであれ広がざるを得ず、「ひきこもり」へ向かう環境にあるといえる。

以上の結果から、高齢者の健康をWHOでいうように「生死や疾病の有無ではなく、生活機能の自立の程度で判断すべきである」とするならば、引きこもりの高齢者の状況は、明らかに健康を害し、引きこもりの成り立ちでも示したように、こ

れらの環境が引きこもりを助長させる要因となっていることが考えられる。

## 結 論

全体としてみたとき、誰にも看取られずに死亡した高齢者については、99%が独居であったが、一方で、家族・親戚・近隣者・友人・知人・新聞配達員・集金人などによって、数時間～3日に発見される例が86%と高い値を示している。長年同じ土地に住み暮らすということが、人間関係をそれなりに親密なものにさせているのであり、言い換えれば、生前から社会や近隣者との人間関係を築けていたといえる。問題とすべきは、逆に人間関係の希薄さのために長期間放置されたケースである。

A県における検証を通じて確認できたこととして、2週間以上放置されたケースが、期間が不明なものも含めて4%に過ぎず、15～60日放置されたケースは18例（2%）である一方で、「溺死」が31例（22%）あった。浴槽内、あるいは浴室・脱衣場内での死亡から、「ヒートショック」が原因と考えられる。こうした不慮の事故に対しても、予防的対策を講じることが重要である。

今回のA県における死亡後の発見状況と同様に、田宮奈葉子が報告している剖検61事例の調査報告<sup>36)</sup>では、7割が死亡直後および1日以内に発見されているという結果となっている。また東京都と山形県において、変死扱いされた高齢者に対する剖検結果でも、同様に早期に発見されたことが確認できる。

A県において、死後発見されるまでの時間が、数時間～3日に集中していたことは、同県の「孤立死防止対策」を考えていく上で、重要な意味を持つ結果である。いずれにしても、より具体的な対策を講じていくためには、さらに実態把握をしていく必要があり、そこから「孤立死」に関する議論を深めつつ、個別の対策を施行していく必要がある。その端緒として、A県警から提供された検視事例記録により明らかになった点は多く、この記録に基づいた研究分析は、今後大きな意味を持つと思われる。さらに正確さを求めるとすれば、

法医剖検例によるデータを加味することで、個別の対策にも踏み込むことができるのではないかと考える。

「孤立死」対策に関しては、A県で実施するモデル地区での実施を踏まえて、改めて詳細を報告したいと考える。

本論文は、2004（平成16）年から2007（平成19）年の4年間に、A県内で「異状死体」扱いとなった高齢者死亡例をもとに、死亡実態とその背景要因について調査・分析し、「孤立死」予防対策の構築に向けて作成した、A県に対する報告に加筆したものである。

#### 〔追記〕

本論文の作成については、基礎作業であるA県における調査・分析はもとより、論文化するにあたって、本学の古橋エツ子教授から適切な御指導と有益な御助言を頂戴した。ここに記して、甚深の謝意を表する次第である。

#### 用語説明

1. 死亡原因〈死因〉(Cause of death)  
死亡診断書上に記載される死亡原因〈死因〉とは、「死亡を引き起こしたか、その一因となった全ての疾病、病態または損傷、およびこれらの損傷を引き起こした事故または暴力の状況」をいう。(世界保健機関憲章第23条の規定に基づき、世界保健総会で採択されたものである。)
2. 引きこもりの生物学的な背景 (『メンタルヘルス事典』同朋舎メディアプラン、2005年)  
統合失調症、うつ病、強迫性障害、パニック障害、発達障害(精神遅滞、学習障害、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害)などがある。これらの場合、症状や周囲との関係から社会への参加が困難となり、「引きこもり」となる。まず、生物学的な背景をもった精神疾患があり、その精神症状や、対人関係のあり方、社会適応の困難さなどが生じ、「引きこもり」とな。
3. 引きこもりの心理的な背景 (『メンタルヘルス事典』同朋舎メディアプラン、2005年)  
学校や職場において、勉強や仕事内容、学校や職場での対人関係の問題などが精神的な負担となり、そのことが心理的な背景となり、精神的な負担や苦痛を回避するために「引きこもり」となる。そして、さらに「引きこもり」によって、社会参加に対する不安や恐怖、拒否感が増大し、不安、抑うつなどを症状とした精神疾患となる場合がある。

4. 引きこもりの社会的な背景 (『メンタルヘルス事典』同朋舎メディアプラン、2005年)  
修学や就職が当たり前であり、その上学歴や職業人として求められる価値観などが社会における適応を困難にし、いったん回避すると復帰することが非常に困難となるような社会のあり方を背景として「引きこもり」となる。そして、「引きこもり」となった場合、ますます世間や家族からの価値観低下も加わり、孤立を強め、長期化することを余儀なくされる「引きこもり」となる。
5. 社会的な引きこもりとは、生物学的な背景も含め、明らかに精神疾患による「引きこもり」状態となる場合を除いて、精神疾患が明らかに「引きこもり」の主たる原因とは考えにくく、6か月以上その状態が持続している場合、「社会的な引きこもり」とよぶ。(『メンタルヘルス事典』同朋舎メディアプラン、2005年)

#### 注

- 1) 小島原将直「『孤独死』—ニーチェに学ぶ」、2005年10月第13回東京都観察医療院公開講座資料、1頁
- 2) 新宿区資料：『新宿区高齢者保健福祉計画第3期介護保険事業計画』、『高齢者施設マップ 2007年』、『情報紙配付業務について』
- 3) 額田勲『孤独死 被災地神戸で考える人間の復興』、岩波書店、1999年、244頁
- 4) NHKスペシャル取材班・佐々木とく子『ひとり誰にも看取られず—激増する孤独死とその防止策—』、阪急コミュニケーションズ、2007年、32-34頁
- 5) 高尾公矢「孤独死の社会学—千葉県常盤平団地の事例を手がかりとして—」『社会学論叢 第161号』、2008年、21頁
- 6) 大澤資樹「山形件における孤独死の実態」『日本警察医学会雑誌』第1巻第3号、2006年、34頁
- 7) 勝又義直「検視制度の現状」福島 至編『龍谷大学社会科学研究所叢書第74巻 法医鑑定と検視制度』、日本評論社、2007年、170-171頁
- 8) ヒートショックとは、暖かい場所から急に寒い場所へ移動することによって、身体が受ける急激な温度変化をいう。身体が急激に温度変化を受けることによって、血圧の急激な変動が起こり、脳出血・脳梗塞・心臓マヒ(溺死・病死)を引き起こす可能性がある。入浴中に死亡する数は、年間1万人を超えるといわれている。これは、交通事故で死亡する高齢者の数より多い。
- 9) 厚生統計協会編『国民衛生の動向・厚生 の指標』2006年、465頁
- 10) 福永龍繁・阿部伸幸・谷藤隆信「高齢者の突然死と孤独死」『救急医学』第29巻、2005年、1874頁

- 11) 和歌山県にて行った介護タクシー運転手A氏へのインタビューによる。
- 12) 前掲注10)、1874頁
- 13) 前掲注10)、1875頁
- 14) 厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室「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）」報告書、2008年 3月28日、6頁
- 15) 前掲注1)、9-10頁
- 16) 前掲注6)、34-36頁
- 17) 『日本語大辞典』講談社、1995年、1804頁
- 18) 『看護大辞典』医学書院、2003年、2274頁
- 19) 『こころの医学事典』講談社、2003年、464-465頁
- 20) 前掲注17)、1549頁
- 21) 竹内孝仁「閉じこもり、閉じこもり症候群」厚生労働省老健局計画課監修『一人ひとりの健康寿命をのばすために』社会保険研究所、128-131頁
- 22) 安村誠司『閉じこもり・支援マニュアル』閉じこもり予防・支援についての研究班、2005年、9頁
- 23) 鳩野洋子、田中久恵、「地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況」『保健婦雑誌』55号、1999年、664-669頁
- 24) 河野あゆみ「在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じ込められ」の特徴」『日本公衛雑誌』第47巻第3号、2000年、216-226
- 25) 渡辺健「引きこもる」『日常臨床語辞典』誠信書房、2006年、368-369頁
- 26) 『メンタルヘルス事典』同朋舎メディアプラン、2005年、606-607頁
- 27) 内閣府『平成19年版 国民生活白書』2007年、5頁
- 28) 小杉正太郎『ストレス心理学』川島書店、2004年、124-127頁  
久保木富房「心身医学」『日本醫事新報』日本医事新報社、2005年、37-45頁
- 29) WHO The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO Technical Report Series 706. Geneva, 1984  
1) WHO Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?  
WHO Technical Report. Geneva, 2005
- 31) 内閣府『平成20年版 高齢者白書』2008年、18-21頁
- 32) 前掲注27) 65頁
- 33) 前掲書27) 37頁
- 34) 前掲書31) 27頁
- 35) 前掲書31) 28頁

## 参考文献

- ・松澤明美「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」田宮菜奈子『法医剖検事例の公衆衛生的時系列分析に基づく高齢者孤独死撲滅のための実証的予防政策立案』厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業、2007年。
- ・黒田孝彦「大都市の孤独死からひとり暮らし高齢者の生活問題を考える」『福祉のひろば』458号、2007年、8-24頁。
- ・全国社会福祉協議会・全国民生委員児童委員協議会『孤独死老人追跡調査報告書』1974（昭和49）年9月
- ・千代田区資料：『ひとり暮らし高齢者等安心生活支援』、『高齢者サービスのしおり』
- ・松戸市孤独死予防センター資料：常磐団地自治会『常磐平団地「孤独死ゼロ作戦」に挑む』常磐平団地地区社会福祉協議会
- ・「第8回これからの地域福祉のあり方に関する研究会」資料（平20年2月18日開催）  
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/s0218-3.html>)
- ・Y. Shemmings, Death, Dying and Residential Care, Avebury, 1996
- ・J.B. Lindberg, M.L. Hunter, A.Z. Kruszewski / 内海澁（監訳）『看護学イントロダクション』医学書院、1997年
- ・大山真人『団地が死んでいく』平凡社新書、2008年
- ・田中俊秀『「引きこもり」から家族を考える』岩波書店、2008年
- ・東京都議会予算特別委員会速記録第二号資料  
([mhtml:file:///F](mailto:file:///F)：東京都議会予算特別委員会速記録第二号.mht)
- ・Irish Health. Fri 02/05/2008. Alzheimer carers at 'breaking point'  
(<http://www.irishealth.com/index.html?level=4&id=13520>)