

# 高齢者のセルフ・ネグレクト事例の類型化と孤立死との関連

—地域包括支援センターへの全国調査の二次分析—

サイトウ マサシゲ      キシ   エミ   コ      ノムラ   ショウヘイ  
 斉藤 雅茂\*1      岸 恵美子\*2      野村 祥平\*3

**目的** セルフ・ネグレクトと判断された高齢者について、その主要な状態像を類型化し、基本属性および孤立死を含むセルフ・ネグレクト状態の深刻度との関連を分析した。

**方法** 2014年10～11月にかけて全国の地域包括支援センターを対象に行われた調査データを使用した（回収数1,731事業所，回収率38.9%）。本調査では、セルフ・ネグレクト事例として「相談受付時に高齢者自身の生命・身体・生活に影響がある」事例から「孤立死」事例まで4段階の深刻度別に該当者がいる場合に直近の1事例を収集している。ここでは、性別とセルフ・ネグレクトの状況について欠損のない1,355事例について分析した。セルフ・ネグレクトの状況は「不衛生な家屋に居住」「衣類や身体の不衛生の放置」「不十分な住環境に居住」「必要な介護・福祉サービスの拒否」「必要な受診・治療の拒否」「地域からの孤立」「近隣住民の生命・身体・生活・財産に影響」で把握しており、クラスター分析によってその主要な組み合わせを析出した。

**結果** 分析の結果、「不衛生型（16.5%）」「不衛生・住環境劣悪型（12.8%）」「サービス拒否型（17.4%）」「不衛生・住環境劣悪・拒否型（9.4%）」「拒否・孤立型（13.0%）」「複合問題・近隣影響なし型（12.3%）」「複合問題・近隣影響あり型（18.7%）」と命名できる7クラスターが析出され、各クラスターで認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度、精神疾患の有無、住居形態、世帯構成、セルフ・ネグレクト状態のきっかけに相違がみられた。また、セルフ・ネグレクト事例のなかでも、「不衛生型」よりも「不衛生・住環境劣悪・拒否型」「拒否・孤立型」「複合問題型（近隣影響あり・なし）」のほうがより深刻な状態に該当しやすく、孤立死との間では「拒否・孤立型」のみで有意な関連が認められた（オッズ比=2.68：95%信頼区間：1.35-5.34）。

**考察** 高齢者のセルフ・ネグレクト状態にはいくつかの異なるパターンがあり、とくに孤立死対策という意味では複合問題型の事例だけではなく、サービス拒否や近隣関係から孤立しがちな人々へのアウトリーチが必要であることが示唆された。

**キーワード** 高齢者，セルフ・ネグレクト，孤立死，地域包括支援センター，複合問題，類型化

## I 緒 言

国立社会保障・人口問題研究所<sup>1)</sup>によれば、2015年時点で高齢者がいる世帯の31.8%を単独（独居）世帯が占め、2020年には高齢者がいる世帯で最も多い世帯構成になると推計されてい

る。こうした中、高齢者の社会的孤立、その帰結として誰にも看取られることなく腐敗もしくは白骨化して発見される孤立死・孤独死が問題になっている。内閣府の調査<sup>2)</sup>では、男女ともに高齢者の4割強が孤立死を身近に感じると回答している。法医学解剖を扱ったいくつかの研

\* 1 日本福祉大学社会福祉学部准教授    \* 2 東邦大学看護学部教授    \* 3 法務省横浜保護観察所社会復帰調整官

究<sup>3)-5)</sup>によれば、在宅で誰にも看取られずに亡くなる事例は独居世帯だけではないことや、独居世帯の方が、とくに男性の方が死後から発見までの経過日数が長いことなどが明らかにされている。

近年、高齢者が孤立死に至る背景の1つとして、セルフ・ネグレクト（自己放任）という概念がしばしば指摘されている。セルフ・ネグレクトの概念的・操作的定義については様々な論議<sup>6)</sup>があり、国内ではまだ法的な整備が整っていない。しかし、身の回りの衛生管理の不十分さや住環境の劣悪さ、それに付随した公的なサービスの利用拒否や他者との交流が極端に乏しい孤立状態などを包含したものであり<sup>7)-10)</sup>、高齢者虐待の1つの形態と考えられている。全米高齢者虐待問題研究所<sup>7)</sup>によれば、1996年時点で60歳以上の虐待事案（551,011件）の25.2%を占め、2010年にシカゴで行われた調査では高齢者の1割弱がセルフ・ネグレクトに該当していたとも報告されている<sup>11)</sup>。また、より高齢な人、独居者、未婚者・離別者・死別者、低所得者、抑うつ傾向や認知機能低下者の間でセルフ・ネグレクト状態に至りやすい、もしくはセルフ・ネグレクトの状態像がより深刻になりやすいことが明らかにされている<sup>12)13)</sup>。加えて、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者はそうでない高齢者よりも、その後の早期死亡に至るリスク（ハザード比）が1.88（95%CI：1.67-2.14）倍高い<sup>14)</sup>といった知見も報告されている。

国内でも全国規模の調査が徐々に蓄積され<sup>15)-19)</sup>、孤立死に至った事例の約8割が何らかのセルフ・ネグレクト状態に該当している<sup>16)</sup>という報告もあるが、セルフ・ネグレクトと孤立死との関連を扱った研究の蓄積は極めて乏しい。とくに、一部、米国テキサス州における5,686名のセルフ・ネグレクト事例を分析した研究ではその状態像を4類型に分類している<sup>20)</sup>が、セルフ・ネグレクトに該当する事例の中でも、こういった状態像の高齢者が孤立死を含めてより深刻な状況に至りやすいのかについては明らかになっていない。

そこで、本研究では、有効な孤立死対策に向

けた基礎資料を提供するために、全国の地域包括支援センターを対象に行われた調査データを利用して、地域包括支援センターで対応されている高齢者のセルフ・ネグレクト事例には主どのようなタイプがあるのか、また、こういったタイプのセルフ・ネグレクトが孤立死を含めてより深刻な状況との関連しているのかを分析した。

## Ⅱ 方 法

### （1）対象

公益社団法人あい権利擁護支援ネットが2014年10～11月にかけて行った調査データ<sup>19)</sup>を使用した。本調査では、高齢者の権利擁護事業や総合相談・支援業務を担い、セルフ・ネグレクトに対応する主要な専門機関である全国の地域包括支援センターを対象にして質問紙調査を実施し、1,731票（38.9%）の有効回答を得ている。セルフ・ネグレクト事例の収集に際しては、厚生労働省による高齢者虐待の程度（深刻度）<sup>21)</sup>を参考にして「相談受付時に高齢者自身の生命・身体・生活に影響がある事例（軽度）」「相談受付時に高齢者自身の生命・身体・生活に著しい影響がある事例（中等度）」「相談受付時に近隣住民の生命・身体・生活・財産に著しい影響がある事例（重度）」「セルフ・ネグレクトの事例対応中に在宅で死亡した事例（孤立死）」という4段階のセルフ・ネグレクトの深刻度を想定し、該当事例がある場合には直近の1事例について情報を収集している。この手続きにより1,581事例が提供され、ここでは性と対応時のセルフ・ネグレクト状況について欠損がない1,355事例について分析した。分析対象となったセルフ・ネグレクト事例の深刻度の内訳は、軽度が53.0%、中等度が29.9%、重度が9.3%、孤立死が7.8%であった。

### （2）介入・対応時のセルフ・ネグレクト状況

セルフ・ネグレクトについては、これまで様々な指標の開発が試みられている<sup>22)-24)</sup>が、その操作的定義および構成要素は非常にあいまい

で明確な基準が存在しない<sup>10)</sup>。そのうえで、本調査では、「不衛生な家屋に居住」「衣類や身体の不衛生の放置」「不十分な住環境に居住」「必要な介護・福祉サービスの拒否」「必要な受診・治療の拒否」「地域からの孤立」「近隣住民の生命・身体・生活・財産に影響」の7項目について、専門職からみて介入・対応時点で該当していたか否かを2値で把握されている。

(3) 基本属性

性と年齢階層のほか、心身機能を表すものとして認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度）<sup>25)</sup>と障害高齢者の日常生活自立度（以下、寝たきり度）<sup>26)</sup>、精神疾患・障害の有無、居住環境を表すものとして住居形態と世帯構成、専門職からみた当該事例がセルフ・ネグレクトに至った経緯に着目した。

認知症自立度と寝たきり度については、要介護認定調査の項目にならい、それぞれ自立からMまでの6段階、ランクJからランクCまでの4段階で把握されている。認知症自立度については自立・I、II、III以上の3カテゴリー、寝たきり度についてはランクJを自立、ランクAを準寝たきり、ランクBとCを寝たきりという3カテゴリーに集約した。精神疾患・障害の有無に関しては、統合失調症、うつ、知的障害、発達障害、アルコール依存、その他の精神疾

患・障害・依存について疑いがあるものを含めていずれかに該当すれば、精神疾患ありと判断した。セルフ・ネグレクト状態に至った経緯については、「近親者の死亡や病気」「自分の病気」「失業」「経済的困窮」「近親者とのトラブル」「近隣住民とのトラブル」「行政への不信」「制度サービスへの不信・無理解」のうち、専門職からみて該当するものを複数回答で把握している。なお、本分析事例における基本属性の分布は、2009年に同様の手法で行われた他の調査結果（n=846）<sup>17)</sup>とおおむね一致していた。

(4) 解析方法

介入・対応時点でのセルフ・ネグレクト状況の7項目の主要な組み合わせに着目し、クラスター分析（K平均法、非階層クラスタリング）を用いて、クラスター中心までの平均・標準偏差・最小・最大値を参考にしながら最も解釈可能な類型を抽出した。そのうえで、セルフ・ネグレクト状態の主要な組み合わせと基本属性との関連をクロス集計（ $\chi^2$ 検定および残差分析）によって検討した。また、セルフ・ネグレクト状態の主要な組み合わせを独立変数、事例の深刻度（軽度を参照カテゴリー）を従属変数にした多項ロジスティック回帰分析を行った。解析には、STATA 12.0およびSPSS Statistics 17.0を使用した。

表1 セルフ・ネグレクト事例の主要な類型；非階層クラスタリング

(単位 %)

	全体	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
		不衛生型	不衛生・住環境劣悪型	サービス拒否型	不衛生・住環境劣悪・拒否型	拒否・孤立型	複合問題・近隣影響なし型	複合問題・近隣影響あり型
1,355事例 (100.0%)	224 (16.5%)	173 (12.8%)	236 (17.4%)	127 (9.4%)	176 (13.0%)	166 (12.3%)	253 (18.7%)	
不衛生な家屋に居住 衣類や身体の不衛生の 放置	71.2	80.4	89.6	47.5	78.7	8.5	94.0	97.6
不十分な住環境に居住	69.7	65.2	78.6	54.7	80.3	17.6	93.4	96.8
必要な介護・福祉 サービスの拒否	45.2	0.0	100.0	0.0	100.0	13.6	100.0	48.2
必要な受診・治療の 拒否	65.2	43.8	22.5	71.6	74.0	63.1	89.2	88.9
地域からの孤立	63.6	0.0	0.0	100.0	98.4	75.6	83.7	90.5
近隣住民の生命・身体 ・生活・財産に影響	51.5	21.9	37.0	0.0	0.0	100.0	100.0	96.0
	26.9	16.5	21.4	10.2	34.6	22.7	0.0	71.9

注 当該クラスター内での各項目への該当者割合を示した。

(5) 倫理的配慮

本調査は、厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環で、事業実施主体による調査検討本委員会および理事会の承認を得て行われたものである（2015年2月7日）。調査対象者には、調査の目的と個人情報保護の旨を明記した依頼文書を同封し、回答をもって

同意が得られたものと判断した。また、セルフ・ネグレクト事例の収集に際しては、無記名にしたほか、実年齢や居住地域等の個人を特定できる情報の収集は避けるよう配慮されている。本分析に際しては、事前に調査実施主体に二次分析利用の説明と依頼をし、承認を得た上でデータの提供がなされた。

### Ⅲ 結 果

クラスター数をあらかじめ3～8で設定し、非階層的クラスター分析を行った結果、最も解釈可能なものとして7クラスターが抽出された(表1)。これによると、まず、「不衛生な家屋

に居住」と「衣類や身体の不衛生の放置」への該当のみが多い「不衛生型(16.5%)」、また、身体・家屋の不衛生に加えて住環境の劣悪さにも該当している「不衛生・住環境劣悪型(12.8%)」と命名できるクラスターが析出された。つづいて、劣悪な住環境と身体的な不衛生にも半数程度該当しつつも「必要な介護・福祉サービスの拒否」と「必要な受診・治療の拒否」への該当者が顕著に多い「サービス拒否型(17.4%)」、サービス拒否と劣悪な住環境と身体・家屋の不衛生が重なっている「不衛生・住環境劣悪・拒否型(9.4%)」、また、サービス拒否に加えて全員が「地域からの孤立」に該当している「拒否・孤立型(13.0%)」と命名で

表2 セルフ・ネグレクト類型と基本属性との関連

(単位 %)

	全体	セルフ・ネグレクト類型							χ <sup>2</sup> 検定
		不衛生型	不衛生・住環境劣悪型	サービス拒否型	不衛生・住環境劣悪・拒否型	拒否・孤立型	複合問題・近隣影響なし型	複合問題・近隣影響あり型	
性別									
男性	53.8	51.8	50.9	52.5	57.5	50.6	62.7	53.4	0.253
女性	46.2	48.2	49.1	47.5	42.5	49.4	37.3	46.6	
年齢									
65～69歳	14.0	11.7	15.2	16.2	11.1	12.9	14.7	15.2	0.684
70～79	40.9	43.2	43.3	43.1	35.0	39.3	40.0	39.8	
80～89	39.6	36.4	37.8	36.6	48.7	42.9	40.0	39.4	
90歳以上	5.5	8.7	3.7	4.2	5.1	4.9	5.3	5.6	
認知症自立度									
Ⅰ 自立	34.5	29.0	42.8	31.8	33.9	40.4	32.6	33.6	0.004
Ⅱ	21.8	27.7	21.4	24.6	15.7	18.2	26.5	17	
Ⅲ以上	13.2	10.7	10.4	9.3	15.0	13.1	13.9	19.8	
不明	30.5	32.6	25.4	34.3	35.4	28.4	27.1	29.6	
寝たきり度									
自立	30.8	33.0	42.8	27.5	24.4	31.8	27.7	28.5	0.026
準寝たきり	31.7	30.4	25.4	30.5	36.2	32.4	34.9	33.6	
寝たきり	14.8	11.2	11.6	14.0	13.4	16.5	17.5	19.0	
不明	22.6	25.4	20.2	28.0	26.0	19.3	19.9	19.0	
精神疾患の有無									
なし	23.8	25.0	27.7	27.1	26.0	20.5	25.3	17.4	0.000
あり	32.9	28.1	27.7	28.4	27.6	39.2	33.1	43.1	
不明	43.2	46.9	44.5	44.5	46.5	40.3	41.6	39.5	
住居形態									
一戸建て	65.5	61.1	74.3	61.3	68.3	64.7	76.5	59.6	0.002
共同住宅	34.5	38.9	25.7	38.7	31.7	35.3	23.5	40.4	
世帯構成									
独居	76.8	73.4	67.1	75.7	80.8	77.2	80.4	82.9	0.007
同居	23.2	26.6	32.9	24.3	19.2	22.8	19.6	17.1	
セルフ・ネグレクト状態へのきっかけ									
近親者の死亡や病気	29.4	31.4	28.0	19.9	36.1	26.5	30.3	35.2	0.001
自分の病気	51.4	48.5	48.3	57.5	57.7	51	45.5	50.3	0.291
失業	4.4	3.0	2.5	4.3	7.2	3.2	9.8	3.0	0.027
経済的困窮	24.4	15.4	39.0	19.4	20.6	21.3	29.5	28.6	0.000
近親者とのトラブル	25.4	16.0	28.8	16.7	21.6	34.8	23.5	34.2	0.000
住民とのトラブル	16.9	10.7	14.4	8.6	7.2	25.2	8.3	34.2	0.000
行政への不信	4.8	3.0	5.1	3.2	6.2	7.1	3.0	6.5	0.354
サービスへの不信	16.0	13.0	11.0	16.7	12.4	18.1	18.2	20.1	0.260

注 不明が1割未満の変数の場合は分析から除外した。セルフ・ネグレクト状態へのきっかけは複数回答であるため不明を除いて検定を行った。

きる類型が抽出された。最後に、これらすべてが重なった「複合問題・近隣影響なし型(12.3%)」と、さらに「近隣住民の生命・身体・生活・財産に影響」も加わった「複合問題・近隣影響あり型(18.7%)」と命名できる状態像に分類された。なお、不衛生型、サービス拒否型への該当者は多くなく、記述されたセルフ・ネグレクト事例の7割程度が複数の問題を抱えている群に該当した。

表2は、セルフ・ネグレクト類型による基本属性の相違を示したものである。まず、性・年齢との間には有意な関連は認められなかった。そのうえで、とくに

「複合問題・近隣影響あり型」では、認知症自立度および寝たきり度においてより重度の人が多く、精神疾患がある人も多い傾向がみられた。他方で、たとえば、「拒否・孤立型」では精神疾患のある人が多いものの、認知症自立度および寝たきり度では自立ないし軽度の人が多くなっていった。また、

より多くの問題が重なっている「複合問題（近隣影響あり・なし）型」と「不衛生・住環境劣悪・拒否型」では独居者が多いこと、なかでも、「複合問題・近隣影響あり型」は、本人の不衛生や住環境の劣悪などが近隣住民の生活にも影響を与えているという性質上、近隣住民との距離が密接である共同住宅居住者がやや多いことなどが示された。セルフ・ネグレクト状態へのきっかけに関しては、「複合問題・近隣影響あり型」では、他の類型と比べて、近親者の死亡や病気、近親者とのトラブル、住民とのトラブルを上げられている人が多かった。なお、近親者とのトラブルと住民とのトラブルは、「拒否・孤立型」でも該当者が多くなっていった。また、「不衛生・住環境劣悪型」では経済的困窮が背景にある人が多くなっていった。

つづいて、事例の深刻度を従属変数にした解析（表3）では、「不衛生型」よりも「不衛生・住環境劣悪・拒否型」のほうが2.34（95%信頼区間、以下、CI：1.42-3.84）倍、「拒否・孤立型」のほうが1.72（95%CI：1.06-2.78）倍、「複合問題・近隣影響なし型」のほうが2.49（95%CI：1.57-3.94）倍、「複合問題・近隣影響あり型」のほうが1.91（95%CI：1.25-2.94）倍、軽度よりも中等度のセルフ・ネグレクトに該当しやすいという結果（オッズ比：OR）が得られた。重度については、「複合

表3 セルフ・ネグレクト類型と深刻度との関連；多項ロジスティック回帰分析

	中等度		重度		孤立死	
	粗オッズ比 (95%CI)	調整オッズ比 (95%CI)	粗オッズ比 (95%CI)	調整オッズ比 (95%CI)	粗オッズ比 (95%CI)	調整オッズ比 (95%CI)
不衛生型 (ref.)	-	-	-	-	-	-
サービス拒否型	1.32 (0.85-2.06)	1.30 (0.83-2.03)	0.84 (0.38-1.86)	0.93 (0.41-2.09)	1.64 (0.84-3.21)	1.66 (0.84-3.31)
不衛生・住環境劣悪型	1.33 (0.83-2.14)	1.36 (0.84-2.21)	1.7 (0.82-3.53)	1.81 (0.85-3.86)	0.62 (0.25-1.56)	0.73 (0.29-1.89)
不衛生・住環境劣悪・拒否型	2.34** (1.42-3.84)	2.40** (1.45-3.98)	1.75 (0.76-4.03)	2.02 (0.85-4.75)	1.04 (0.41-2.66)	1.04 (0.40-2.71)
拒否・孤立型	1.72* (1.06-2.78)	1.77* (1.08-2.89)	2.86** (1.42-5.76)	3.26** (1.57-6.75)	2.68** (1.35-5.34)	2.91** (1.42-5.96)
複合問題・近隣影響なし型	2.49*** (1.57-3.94)	2.45*** (1.53-3.91)	1.24 (0.53-2.89)	1.65 (0.69-3.95)	1.39 (0.63-3.09)	1.60 (0.70-3.64)
複合問題・近隣影響あり型	1.91** (1.25-2.94)	1.87** (1.20-2.90)	2.84** (1.48-5.43)	3.05** (1.56-5.99)	1.11 (0.53-2.33)	1.11 (0.52-2.40)

注 1) 95%CI：95%信頼区間、ref.：参照カテゴリー、\*\*\* $p < 0.001$ 、\*\* $p < 0.01$ 、\* $p < 0.05$   
 2) 従属変数は「軽度」を参照カテゴリーとした。粗オッズ比 (Crude OR) は調整変数なしの結果、調整オッズ比 (Adjusted OR) は性別、年齢、認知症自立度、寝たきり度、精神疾患の有無、住居形態、世帯構成を調整した結果である。なお、調整変数の情報が不明であることもダミー変数として投入した。

問題・近隣影響あり型（OR=2.84, 95%CI：1.48-5.43）」に加えて、「拒否・孤立型（OR=2.86, 95%CI：1.42-5.76）」のみが有意な関連を示していた。さらに、孤立死については、有意な関連を示したのは「拒否・孤立型」のみであり、複合問題型など他の問題が重複している事例は有意な関連は認められなかった。具体的には、「不衛生型」と比べて、「拒否・孤立型」のほうが2.68（95%CI：1.35-5.34）倍、孤立死事例に該当しやすいという結果（オッズ比）であった。なお、これらの傾向は、セルフ・ネグレクト事例のなかでの性、年齢、認知症自立度、寝たきり度、精神疾患の有無、住居形態、世帯構成を調整しても大きく変わらなかった。

#### Ⅳ 考 察

全国の市町村を対象にした複数の調査で共通して、約9割が高齢者のセルフ・ネグレクトを重要な問題と認識しつつも、当該ケースを把握・管理している市町村は25%程度に留まっている<sup>17)19)</sup>。セルフ・ネグレクトに関する取り組みが進まない理由の1つとして、本概念の不明瞭さがしばしば指摘される。実際には、本分析では、セルフ・ネグレクトの事案として支援されている対象者の状態像は一様ではなく、不衛生

やサービス拒否のみの人々から複合問題型の人々までが含まれていることが改めて確認された。とくに、本分析で扱ったセルフ・ネグレクト事例の7割程度が複数の問題に該当していた点は、セルフ・ネグレクト事例の大半が介入初期の段階で不十分な食事の摂取や必要な保健・福祉サービスの拒否、汚れた衣類の着用、食べ物やごみの放置などに該当していた<sup>15)</sup>という他の調査結果とも矛盾しないものである。

そのうえで、本分析では、セルフ・ネグレクト事例のなかでも、その状態像はいくつかのタイプに整理しうることが示された。セルフ・ネグレクト事例は、他の虐待と比べて、精神疾患やアルコール依存の問題を抱えている人が多い<sup>27)28)</sup>とされているが、本結果では複合問題型や拒否・孤立型では精神疾患のある人が相対的に多いものの、不衛生型やサービス拒否型では精神疾患がない人や認知症自立度や寝たきり度において自立傾向の人が多くなど状態像によって異なる特性があることも示された。また、近親者や住民とのトラブルがきっかけになっている人が多いセルフ・ネグレクトと、経済的な困窮がきっかけになっている人が多いセルフ・ネグレクトがあることも示された。これらは、高齢者のセルフ・ネグレクト事例は、その背景を含めて基本属性にも相違があり、セルフ・ネグレクト事例のすべてが閉じこもりや衛生面などについて類似の状況におかれているかのような固定化されたイメージをもつことによって、介入・支援すべき対象者が漏れることがないように留意する必要があることを示唆するものといえる。

加えて、本分析では、複数の問題が重複したケースほどより深刻なセルフ・ネグレクト状態に陥りやすい傾向にあるものの、最も深刻な状態と考えられる孤立死に関しては、サービス拒否と近隣からの孤立のみが該当する類型だけが有意な関連を示していた。すなわち、野村ら<sup>10)</sup>の整理に基づく、セルフ・ネグレクトの中核的な要素であるセルフケア不足や住環境の悪化に該当しているケースでは必ずしも孤立死に至っていなかった。本結果は、複合問題型のセ

ルフ・ネグレクトと孤立死が無関係であるというよりも、そうしたケースは緊急度や優先度の高さから支援の対象になりやすく、その結果として孤立死を回避できていることを示唆するものと考えられる。これに対して、拒否・孤立型だけでは、現行の体制では介入する根拠が乏しく、自己決定の尊重が優先されやすいといった背景から専門職による支援が届きにくく、介入時には既に孤立死の状態に至っているケースが多いということが考えられる。とくに、この拒否・孤立型は、複合問題型のケースと同様に、より深刻なセルフ・ネグレクト状態に至るリスクも高い傾向がみられた点は、孤立死対策という意味でもセルフ・ネグレクト状態への支援という意味でも、社会的孤立やサービス利用拒否といった問題のみに該当する人々へのアウトリーチも重要な課題であることを示唆するものである。今後、そうした人々への支援を現行の体制で地域包括支援センターが担うべきか、他の地域福祉サービス等が担うべきかについては地域の実情に合わせて検討を重ねていく必要があると考えられる。

最後に、本研究にはいくつかの限界と今後の課題も残されている。第1に、本研究で使用した調査の回収率が38.9%と低く、また直近の1事例のみを収集したものであり、セルフ・ネグレクト事例の全体像を正確に把握できたものとは必ずしもいえない。ただし、本調査に回答した事業所の運営形態は母集団と同様の傾向にあった(市町村直営割合：本調査=33.0%、全国=29.8%)ほか、とくに国内ではセルフ・ネグレクトと孤立死を扱った調査自体が非常に限られている中で行われた統計調査という意味では一定の意義があるものと考えられる。今後、より正確なセルフ・ネグレクト事例を把握するためには、日常的に行われている支援業務の情報を蓄積する仕組みの開発も検討する必要がある。第2に、セルフ・ネグレクト概念の精緻化が必要である。使用した調査データではセルフ・ネグレクト状態についても指定の7項目に該当しているか否かの2値のみで把握されていた。より頑健な知見を得るためには、保健・福

祉実践でのセルフ・ネグレクト概念に関する啓発・普及とともに、セルフ・ネグレクト概念の精緻化および適切なアセスメント指標の開発も必要といえる。

## 謝辞

本研究は、JSPS科研費26285138、24390513の一環で行われた成果の一部である。本研究で使用した調査は、公益社団法人あい権利擁護支援ネットが平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業の助成（セルフ・ネグレクトや消費者被害等の犯罪被害と認知症との関連に関する調査研究事業）を受けて行われたものである。すべての関係者の皆様に記して深謝致します。

## 文 献

- 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計・都道府県別推計；2010年～2035年（2014年4月推計）. 人口問題研究資料第332号.
- 内閣府. 平成21年度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. 2009 (<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h21/kenkyu/gaiyo/index.html>) 2015.4.20.
- 金浦佳雅, 森晋二郎, 阿部伸幸, 他. 世帯分類の異状死基本統計；東京都区部における孤独死の実態調査. 厚生」の指標. 2010；57(10)：20-5.
- 松澤明美, 田宮菜奈子, 山本秀樹. 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」の指標. 2009；56(2)：1-7.
- 原田知行. 検案自験例から孤独死を考える. 日本臨床内科医学会誌. 2009；23(5)：584-7.
- 野村祥平, 岸恵美子, 小長谷百絵, 他. 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. 2014；10(1)：175-87.
- Tatara T., Thomas C., Certs J., et al. National incidence study of elder abuse study; final report. The National Center on Elder Abuse, US. 1998.
- 東京都保健福祉局. 東京都高齢者虐待対応マニュアル-高齢者虐待防止に向けた体制構築のために. 2006. ([http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/ninchi/taio\\_manual.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/ninchi/taio_manual.html)) 2015.4.20.
- 津村智恵子, 入江安子, 廣田麻子, 他. 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. 2006；2：1-10.
- 野村祥平. 高齢者のセルフ・ネグレクトに関する先行研究の動向と課題. ルーテル学院紀要. 2007；41：101-16.
- Dong X., Simon M.A., Mosqueda L., et al. The prevalence of elder self-neglect in a community-dwelling population：hoarding, hygiene, and environmental hazards. 2012；24(3)：507-24.
- Abrams R.C., Lachs M., McAvay G., et al. Predictors of Self-Neglect in Community-Dwelling Elders. American Journal of Psychiatry. 2002；159(10)：1724-30.
- Dong X.Q., Wilson R., Mendes C.L., et al. Self-neglect and cognitive function among community dwelling older persons. Int J Geriatr Psychiatry. 2010；25：798-806.
- Dong X.Q., Simon M., Mendes C.L., et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community dwelling population. JAMA. 2009；302(5)：517-26.
- 岸恵美子, 吉岡幸子, 野村祥平, 他. 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；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. 2011；7(1)：125-38.
- ニッセイ基礎研究所. 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年度厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書. 2011.
- 内閣府経済社会総合研究所. 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. 平成24年度内閣府経済社会総合研究所委託事業. 2012. (<http://www.esri.go.jp/jp/archive/hou/hou060/hou060.html>) 2015.4.20.
- 野村総合研究所. 孤立（死）対策につながる実態把握の仕組みの開発と自治体での施行運用に関する調査研究事業報告書. 平成25年度厚生労働省セーフティネット支援対策等事業報告書. 2014.
- あい権利擁護支援ネット. セルフ・ネグレクトや消費者被害等の犯罪被害と認知症との関連に関する調査研究事業報告書. 平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業報告書. 2015.
- Burnett J., Dyer C.B., Halphen J.M., et al. Four subtypes of self-neglect in older adults：results of a latent class analysis. J Am Geriatr Soc. 2014；62(6)：1127-32.
- 厚生労働省. 平成25年度高齢者虐待の防止. 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果. (<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou.pdf>) 2015.7.15.
- Dyer B.C., Kelly P.A., Pavlik V.N., et al. The making of a self neglect severity scale. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2006；18(4)：13-23.
- Kelly P.A., Dyer C.B., Pavlik V., et al. Exploring self-neglect in older adults; preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps. The American Geriatrics Society. 2008；56：S253-60.
- Iris M., Ridings J.W., Conrad K.J. The development of a conceptual model for understanding elder self-neglect. The Gerontologist. 2010；50(3)：303-15.
- 厚生労働省. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の活用について（厚生労働省老健局長通知, 老発第0403003号, 平成18年4月3日）
- 厚生省. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準の活用について（厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知, 老健第102-2号, 平成3年11月18日）
- Brian K.P., Randy R.G. Differentiating self-neglect as a type of elder mistreatment：How do these cases compare to traditional types of elder mistreatment? Journal of Elder Abuse & Neglect. 2005；17(1)：21-36.
- Catherine S. The role of social isolation of elders in recidivism of self-neglect cases at San Francisco adult protective services. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2008；20(1)：43-61.