

# ひきこもり状態の人と「命の危険」に関する試論 —行政の相談窓口における死亡事例の調査から—

川北 稔

教育ガバナンス講座 (社会学)

## People with Withdrawal (Hikikomori) and Life-threatening Risk: Research in Services and Support System for the Self-reliance of the Needy

Minoru KAWAKITA

*Department of Educational Administration and Governance(Sociology), Aichi University of Education,  
Kariya 448-8542, Japan*

### 1. 問題の所在

社会的孤立や孤独は、対人的交流や相互扶助の衰退の証であるとともに、個人の生活の質を低下させ、健康や生命に影響を与える可能性が懸念されている。

日本で社会的孤立や孤立死が注目を集めた時期は1970年代にさかのぼり、若者も含めた当時の「孤独死」が報道されている(齊藤 2018)。1990年代には阪神淡路大震災後の仮設住宅における孤立死が注目され、2000年代には団地の高齢化に伴う孤立の防止が取り組まれている。2010年代はNHKによる無縁社会の報道などを機に社会的孤立に関する関心が広がった(石田 2011)。2021年2月には内閣官房に「孤独・孤立対策担当室」が設置され、孤独・孤立担当大臣が任命された。

一方、ひきこもりは1990年代から民間団体や精神科医による支援の報告がみられるようになり、2000年代には若年者の就業問題などの提起とともに行政による対応が開始された。2010年代にはひきこもりの長期化・高齢化が懸念されている。ひきこもり状態の人と高齢化した親が同時に亡くなった状態で発見され、報道される例もある。

NHKの取材班では2020年11月29日、NHKスペシャル「ある、ひきこもりの死 扉の向こうの家族」を放送した。筆者はこの取材班による調査票調査に参加協力した。本稿では、支援中の死亡事例に関する報告をもとに、ひきこもり状態の人が抱える命の危険について論じる(注1)。

### 2. 調査の背景

社会的孤立による死亡リスクの高まりは1970年代後半から国際的な研究によって指摘されてきた。社会的孤立と死亡率に関する30年以上にわたる研究を総括した論文では、「社会的孤立」(社会的接触あるいはコミュニケーション、社会的活動への参加、または親しい友人の広範な欠如)が29%、「孤独」(孤立、つながりの欠如、所属の喪失の感覚があること)が26%、「独居」が32%、それぞれ死亡リスクを上昇させると報告している(Holt-Lunstad et al. 2015)。なお死因が自殺や事故の場合を除く)。Berkmanらは、孤立に関連して死亡の確率を高める疾患として虚血性心疾患、脳血管・循環器疾患、がんや呼吸器疾患、消化器疾患という病名を挙げている(Berkman et al. 2014)。

身体疾患は緩やかに死亡のリスクを高めると考えられるのに対し、自己放任という形で自らの健康や生命の維持に必要な行動を部分的ないし全面的に放棄する人も存在する。2011年の調査によると、孤立死に至った人の約8割はセルフ・ネグレクトに該当する状態だった可能性がある(岸 2021)。齊藤は、多様なセルフ・ネグレクト事例において孤立死との関連性を持つのは、サービスの拒否と地域からの孤立が重なった層であると指摘している(齊藤 2018)。

一方、ひきこもりは「社会的参加(義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態」と定義される(「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」)。従来は両親の相談から顕在化することが多く、本人の就労・就学や

交遊関係が途絶えていることは別として、家族内のコミュニケーションが維持されている場合などには、孤立の深刻度は低いともいえる。一方ですでに両親と死別したケースや独居のケースもあり内実は多様である。全国調査などにおけるひきこもりの操作的定義では他者との交遊などより「外出」の範囲が焦点化されたこともあり、支援ニーズの高い社会的孤立ケースと定義が一致していない可能性も高い（小野 2020）。「ひきこもり」の捉え方自体について依然議論が続いている。

本稿が関心を寄せるのは、多様なひきこもり状態のなかで、社会的孤立の支援ニーズが高いケースや、支援の緊急性が高いケースを取り巻く条件とは何かという課題である。先行する調査からは、支援対象者との信頼関係の構築に長期の時間がかかるケース、支援を強く拒否するケースなど困難な支援事例の存在が明らかになっている（川北 2019）。

ただし、ひきこもり状態にある人の中に命の危険を抱える人がいるにしても、ひきこもり状態であることがどのような経緯や因果を通じて命の危険をもたらすのかについては慎重な議論が求められる。以下で論じる諸事例は、たとえばひきこもる人が、まさにそのひきこもり状態を苦にして自己放任や死へ進んだという形で一括できるものではない。長年にわたる疾患が緩やかに悪化するとともに死期を迎えたといえる事例や、自らの生活状況を外部に相談した矢先、本人にも予期できない状況の変化から早い死を迎えたとみられる事例も含まれる。

日本においても高齢者の死亡リスクを経年的に追跡調査する研究があるが（杉沢 1994）、本調査はあくまで相談支援の窓口において支援者が経験した事例を尋ねたものであり、結果の一般化は難しい。相談窓口が関与している事例は孤立状態にあっても本人や関係者が何らかの社会的接触を保つ努力を図っているケースも含まれる。一方で支援現場を対象にした調査のメリットは、支援者側が捉えた支援のプロセスや困難といった知見を活用可能であることだろう。特に支援の拒否が孤立死のリスクをもたらす深刻な兆候であることを考えれば、支援者自身が捉えた支援の困難は、深刻な事例を見極めるための手がかりになり得る。

本稿の目的は、これらの事例から命に関するリスクを一般化するのではなく、深刻な支援事例はどのような困難と隣り合っているのか、そうした困難の性質に基づいて支援事例はどのように分類可能なのかといった議論を先に進めることである。プロジェクトの性質上、課題に対する共通理解の構築や、調査設計に関する時間的余裕の限界を抱えた中での調査実施であったことを考慮し、可能な範囲での報告と議論を試みたい（注2）。

### 3. 調査の概要

2020年2月から4月にかけて郵送調査を実施し、生活困窮者の自立相談支援窓口1317窓口中970窓口（回収率は73.7%）、ひきこもり地域支援センター75窓口中52窓口（回収率は69.3%）から回答があった。

ひきこもり事例に関する支援の経験があるのは生活困窮者の相談窓口で817窓口（84.2%）、ひきこもり地域支援センターで52窓口（100%）だった（表1, 表2）。

表3および表4は、「これまでに窓口で相談を受けたひきこもりのケースの中で、本人が死亡した事例の有無」を尋ねた結果である。少なくとも1件の死亡事例を経験している窓口は生活困窮者の窓口で139窓口、ひきこもり地域支援センターで10窓口となった。また「死亡事例のうち40歳以上のケースがあった窓口」は、双方の窓口を合わせて120窓口（115 + 5窓口）だった。2019年度中に死亡事例がある窓口は64窓口（57 + 7窓口）だった。

表5は、死亡事例を経験した窓口が、実際に経験した事例の数をまとめている。表3および表4（郵送調査）で死亡事例があると答えた窓口を対象に、NHK取材班が事例数などに関する電話調査を実施した（2020年8月から9月）。該当する139窓口のうち97窓口から事例の件数について回答があった。支援者が回答時まで経験した死亡事例として126例が寄せられており、1窓口あたり平均1.3件となった。多くの窓口は1事例のみを経験しており、最も多い窓口でも4事例（2窓口が該当）となる。126例のうち、2019年度中の死亡事例は63事例であった。このように回答者が把握している事例は比較的最近の例に集中しているとも考えられる。

表1 ひきこもり支援例のある窓口  
（生活困窮者の相談窓口、年齢層別）

年齢層	窓口数	割合 (%)
30代以下	685	70.6
40代	619	63.8
50代	584	60.2
60代前半	207	21.3
65歳以上	162	16.7
全体	817	84.2

表2 ひきこもり支援例のある窓口  
（ひきこもり地域支援センター、年齢層別）

年齢層	窓口数	割合 (%)
30代以下	52	100.0
40代	44	84.6
50代	42	80.8
60代前半	25	48.1
65歳以上	15	28.8
全体	52	100.0

表3 死亡事例のある窓口（生活困窮者の相談窓口）

死亡事例の分類	窓口数	割合 (%)
通算	139	14.3
40代以上	115	11.9
2019年度	57	5.9

表4 死亡事例のある窓口  
(ひきこもり地域支援センター)

死亡事例の分類	窓口数	割合 (%)
通算	10	19.2
40代以上	5	9.6
2019年度	7	13.5

表5 死亡事例の件数に関する回答状況

分類	件数
通算	126
2019年度	63
40代以上	108

表3および表4に戻ると、郵送調査では40代の死亡事例の120例（120窓口が回答）について回答が得られている。これは電話調査（表5）で把握された通算の死亡件数126例（97窓口が回答）と、それほど隔たりのある数ではない。40代の108例（同じく97窓口が回答）と比較しても同様である。

また1窓口当たりで把握する死亡事例の経験数は1事例を上回ることはいわゆる少ないため、窓口内で事例を抽出する際の偏りによる影響は小さいといえる。

なお回答者には、支援中の対象者に「命の危険」を感じたケースについても尋ね、333窓口から実際の事例について回答があった。このデータに関する報告は紙幅の関係から別の機会に譲りたい。

#### 4. 死亡事例に関する実態

##### 4.1 死亡事例に関する生活状況

以下では、40代以上の死亡事例である120事例につ

いての回答結果を検討する。

(1) 死因 死亡事例の死因を「病死」「不慮の事故」「自殺」「他殺」に分けて尋ねた（注3）。「病死」が55例（45.8%）、「自殺」が36例（30.0%）、「不明」が25例（20.8%）、「不慮の事故」が2例（1.7%）、「その他」が2例（1.7%）、「他殺」は0例（0.0%）だった。「不明」層は文字通り情報不足ゆえの不明も含むが、後述するように一定の特徴を持ったグループとも考えられ、独立させて検討することがふさわしいように思われた。以下では「病死」「自殺」「不明」を主要な死因として論じる。

「病死」における具体的な病名は、新生物（腫瘍）、急性心筋梗塞、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、肺炎、肝硬変などだった（ICD-10による分類体系の分類コード順）（注4）。

(2) 年齢（表6） 死亡ケース全体に占める割合が最も高いのは45-49歳であり、次いで50-54歳、55-59歳の順である。死因別では、病死が比較的多様な年齢層にみられるのに対し、自殺は50代前半までに集中している。「不明」の場合55-59歳が最も割合が高く、その前後を含めてピークを形成している。

(3) 性別（表は省略） 男性が103事例（85.8%）、女性が17事例（14.2%）だった。主要死因ごとの男性の割合をみると「病死」（50事例、90.9%）と「不明」（22事例、88.0%）、「自殺」（29事例、80.6%）の順に高かった。

(4) ひきこもりに関する状況（表は省略） 近所のコンビニなどへの外出（62事例、51.7%）、趣味の用事への外出（29事例、24.2%）、自宅中心の生活（15事例、12.5%）、自室中心の生活（9事例、7.5%）の順で割合が高かった。死因別に見ると、趣味の用事への外出は自殺事例で多く（36事例中の12事例、33.3%）、不明事例で少ない（25事例中の3事例、12.0%）。自宅にとどまる事例は不明事例が多かった。

(5) ひきこもり期間（表7） 1年以上から5年未満、5年以上から10年未満の順に割合が高い。死因「不明」で30年以上の割合が28.0%を占める。

表6 死亡ケースの死因別に見た年齢

		40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65歳-	不明	計
		歳	歳	歳	歳	歳	歳		
病死	度数	4	12	10	7	10	11	1	55
	%	7.3	21.8	18.2	12.7	18.2	20.0	1.8	100.0
自殺	度数	8	10	8	4	2	2	2	36
	%	22.2	27.8	22.2	11.1	5.6	5.6	5.6	100.0
不明	度数	1	4	4	7	4	3	2	25
	%	4.0	16.0	16.0	28.0	16.0	12.0	8.0	100.0
計	度数	14	27	24	18	16	16	5	120
	%	11.7	22.5	20.0	15.0	13.3	13.3	4.2	100.0

(6) 両親との同居の状況(表は省略) 同居の状況を、「両親が死別し単身」(28事例, 23.3%)の場合,「両親と別居し単身」(28事例, 23.3%),「同居家族あり」(63事例, 52.5%)の場合に3分類した。1事例(0.8%)は同居状態が不明である。「両親が死別し単身」の割合は主要死因では「不明」(8事例, 32.0%),「病死」(13事例, 23.6%),「自殺」(6事例, 16.7%)の順に多かった。

(7) 発見までの日数(表8) 死亡から発見までの日数は病死, 自殺, 不明の順に短い。死因が不明の場合, 発見までの日数も不明の割合が高かった。

(8) 最初に相談に訪れた人(表9) 窓口で最初に相談に訪れた人は関係機関が半数近くを占める。特に死因「不明」の場合に多くの割合を占めている。

(9) 両親が抱える課題(表10) 経済的困窮, 身体疾患, 孤立, 認知症の順に多い。

(10) 本人が抱える課題(表11) 先行する生活困窮者の相談窓口への調査と同様に, 身体疾患や精神疾患, 経済的な困窮などについて尋ねた(川北 2019)。またセルフ・ネグレクトの概念を参考に, 住まいの衛生管理や金銭管理, サービスの拒否などの各項目について尋ねた(注5)。

(11) 支援者が感じる支援における困難(表12) 支援者が感じる困難の内容として, 「本人が支援の必要性を感じない」「支援に拒否的である」などの割合が高かった。

表7 死亡ケースのひきこもり期間

		1年未満	5年未満	10年未満	20年未満	30年未満	30年以上	その他・無回答	
病死	度数	4	20	8	3	4	7	9	55
	%	7.3	36.4	14.5	5.5	7.3	12.7	16.4	100.0
自殺	度数	4	8	8	5	4	0	7	36
	%	11.1	22.2	22.2	13.9	11.1	0.0	19.4	100.0
不明	度数	0	2	2	3	5	6	7	25
	%	0.0	8.0	8.0	12.0	20.0	24.0	28.0	100.0
合計	度数	8	33	18	12	13	13	23	120
	%	6.7	27.5	15.0	10.0	10.8	10.8	19.2	100.0

表8 死亡ケースの発見までの日数

		当日	2日以内	2日以上	不明	無回答	合計
病死	度数	23	11	17	3	1	55
	%	41.8	20.0	30.9	5.5	1.8	100.00
自殺	度数	13	6	13	4	0	36
	%	36.1	16.7	36.1	11.1	0.0	100.00
不明	度数	4	3	7	10	1	25
	%	16.0	12.0	28.0	40.0	4.0	100.00
合計	度数	42	21	38	17	2	120
	%	35.0	17.5	31.7	14.2	1.7	100.00

表9 最初に相談に訪れた人

		本人	父母	兄弟姉妹	配偶者	その他の家族	その他の知人	関係機関の紹介	窓口が勧奨	不明	合計
病死	度数	9	8	6	0	3	4	25	0	0	55
	%	16.4	14.5	10.9	0.0	5.5	7.3	45.5	0.0	0.0	100.0
自殺	度数	8	8	2	1	0	1	14	1	1	36
	%	22.2	22.2	5.6	2.8	0.0	2.8	38.9	2.8	2.8	100.0
不明	度数	1	2	4	0	2	1	15	0	0	25
	%	4.0	8.0	16.0	0.0	8.0	4.0	60.0	0.0	0.0	100.0
合計	度数	18	19	12	1	6	6	56	1	1	120
	%	15.0	15.8	10.0	0.8	5.0	5.0	46.7	0.8	0.8	100.0



4.2 クラスター分析による死亡事例の分類

40代以上の120の死亡事例についてクラスター分析によって検討した（階層クラスター分析，Ward法）。

本人に関する課題に関する11の質問項目を用いて，4つのクラスターに分類したところ（注6），「クラスター1」は37事例（30.8%），「クラスター2」は18事例（15.0%），「クラスター3」は27事例（22.5%），「クラスター4」は38事例（31.7%）となった。

本人が抱える課題との対応（表13）では，クラスター

1で精神疾患に関わる課題やセルフ・ネグレクトが顕著だった。クラスター2は身体疾患に関わる課題にはほぼ集約される。クラスター3は精神疾患以外に突出する課題が見られない一方，3割強ではあるが虐待の割合が高い。クラスター4は精神疾患の課題以外に経済的困窮，孤立の割合が高い。主な死因との対応（表14）としては，病死はクラスター3以外に分散しているのに対し，自殺はクラスター3に多い。

両親が抱える課題との対応（表15）ではクラスター

表 10 両親が抱える課題（複数回答）

		経済的に余裕がないまたは困窮	精神疾患・障害の問題	認知症	身体疾患・障害の問題	住まいの衛生管理の問題	他人との関わりを拒否（孤立）	本人への虐待（疑い含む）	必要な医療や介護を拒否
病死	度数	17	2	11	11	6	15	1	2
	%	30.9	3.6	20.0	20.0	10.9	27.3	1.8	3.6
自殺	度数	10	4	6	9	3	5	0	1
	%	27.8	11.1	16.7	25.0	8.3	13.9	0.0	2.8
不明	度数	4	0	4	4	2	4	1	2
	%	16.0	0.0	16.0	16.0	8.0	16.0	2.8	8.0
合計	度数	32	6	22	25	11	24	1	5
	%	26.7	5.0	18.3	20.8	9.2	20.0	50.0	4.2

表 11 本人が抱える課題（複数回答）

		身体疾患・障害の問題	精神疾患・障害の問題	家族への虐待（疑い含む）	住まいの衛生管理の問題	金銭管理の問題	医療やケアを拒否	保健・福祉サービスを拒否	栄養面で偏りや不足	経済的に余裕がないまたは困窮	他人との関わりを拒否（孤立）	入浴など身体の保清の問題
病死	度数	26	40	5	22	19	32	23	22	39	34	16
	%	47.3	72.7	9.1	40.0	34.5	58.2	41.8	40.0	70.9	61.8	29.1
自殺	度数	4	25	8	5	7	12	6	5	19	9	6
	%	11.1	69.4	22.2	13.9	19.4	33.3	16.7	13.9	52.8	25.0	16.7
不明	度数	5	17	4	9	6	9	9	9	13	15	8
	%	20.0	68.0	16.0	36.0	24.0	36.0	36.0	36.0	52.0	60.0	32.0
合計	度数	35	85	17	36	32	54	39	37	72	60	30
	%	29.2	70.8	14.2	30.0	26.7	45.0	32.5	30.8	60.0	50.0	25.0

表 12 支援者が感じる支援における困難（複数回答）

		（本人）				（父母）			
		面談困難	コミュニケーション困難	支援に拒否的	支援の必要性感じず	面談困難	コミュニケーション困難	支援に拒否的	支援の必要性感じず
病死	度数	13	13	20	22	3	5	2	2
	%	35.1	35.1	54.1	59.5	8.1	13.5	5.4	5.4
自殺	度数	6	7	10	13	3	4	0	3
	%	26.1	30.4	43.5	56.5	13.0	17.4	0.0	13.0
不明	度数	7	7	8	6	3	0	3	1
	%	58.3	58.3	66.7	50.0	25.0	0.0	25.0	8.3
合計	度数	26	27	38	41	9	9	5	6
	%	35.6	37.0	52.1	56.2	12.3	12.3	6.8	8.2

表 13 死亡事例のクラスター別にみた本人の課題（複数回答）

クラスター		身体疾患・障害の問題	精神疾患・障害の問題	家族への虐待（疑い含む）	住まいの衛生管理の問題	金銭管理の問題	医療やケアを拒否	保健・福祉サービスを拒否	栄養面で偏りや不足	経済的に余裕がないまたは困窮	他人との関わりを拒否（孤立）	入浴など身体の問題
1	度数	15	32	3	24	12	32	27	26	26	30	28
	%	40.5	86.5	8.1	64.9	32.4	86.5	73.0	70.3	70.3	81.1	75.7
2	度数	17	7	1	5	4	5	2	6	13	4	1
	%	94.4	38.9	5.6	27.8	22.2	27.8	11.1	33.3	72.2	22.2	5.6
3	度数	3	18	9	0	1	6	6	2	4	2	0
	%	11.1	66.7	33.3	0.0	3.7	22.2	22.2	7.4	14.8	7.4	0.0
4	度数	0	28	4	7	15	11	4	3	29	24	1
	%	0.0	73.7	10.5	18.4	39.5	28.9	10.5	7.9	76.3	63.2	2.6
合計	度数	35	85	17	36	32	54	39	37	72	60	30
	%	29.2	70.8	14.2	30.0	26.7	45.0	32.5	30.8	60.0	50.0	25.0

表 14 死亡事例のクラスター別にみた死因

クラスター		病死	自殺	不明
1	度数	21	6	9
	%	56.8	16.2	24.3
2	度数	11	3	4
	%	61.1	16.7	22.2
3	度数	5	15	6
	%	18.5	55.6	22.2
4	度数	18	12	6
	%	47.4	31.6	15.8
合計	度数	55	36	25
	%	45.8	30.0	20.8

4で経済的困窮、認知症、住環境の問題、孤立が特徴的であった。課題を抱える割合は半数以下ではあるが、ほかのクラスターとの差がみられる。

支援者が感じる困難（表16）では、クラスター3において本人とのコミュニケーションや支援の必要性の理解困難、クラスター4において本人との面談困難、本人が支援に拒否的との回答の割合が高い。父母に関する困難では、クラスター3において面談の困難、支援の必要性の理解困難の割合がやや高い。

以上から、クラスター1は本人の精神疾患やセルフ・ネグレクトの課題が顕著といえる。

クラスター2は身体疾患の割合が高く、ほかの課題はあまり見られない。それが主として病死に結びついている。

クラスター3は自死の割合がやや高い。本人の虐待、両親の認知症や身体疾患がやや多い。父母が本人を支える力が衰えている状況もうかがわれる。

クラスター4は両親と本人ともに経済的困窮や孤立の割合が高く、家族ぐるみの生活課題を抱えた事例の存在がうかがわれる。

#### 4.3 自由記述にみる死亡事例の経緯

以下では、回答者による自由記述の内容を検討する。生前の生活などの経緯がわかる例に限り、個人を特定する情報を省いて触れることにしたい。

##### (1) 病死事例

〔アルコール依存症から受診を支援〕本人は医療や福祉的支援に拒否的だった。アルコール依存の可能性が高いため医療機関への受診勧奨を実施し、医療機関への受診や失業給付の手続きなどにつながった。しかし本人の拒否的姿勢から支援の継続が難しい中、家族から肝硬変による他界が伝えられた。本人から自身の状況をありのままに聞くことが難しく、家族もアルコールの課題について強くは言えないなど、関係の維持と支援の継続に支援者として課題を感じた。

〔医療受診を機に生活保護申請の支援〕本人には栄養摂取の課題がある一方、医療や福祉的支援に拒否的だった。母親を支援者の一員ととらえ、本人の状況把握に努めたことにより本人との距離が近くなり、本人との面談や医療への受診が実現できた。また受診に際し生活保護申請の手続きを実施、受給後も本人の手続きに同行した。生活保護のケースワーカーとの連携により本人の詳細な情報が共有可能となった。健康レベルの低下により心疾患で亡くなったが、支援の努力を続けた結果として生前に医療につながったことを支援者は不幸中の幸いと感じている。

〔安否確認を継続中に栄養失調による死亡〕両親は死別し独居している。経済的に困窮しており、栄養摂取の問題、医療や福祉サービスの拒否があった。携帯電話の料金が未納で使えなくなり安否確認が難しいために、家庭訪問時に食料支援をしながら、食料が屋内に引き上げられているか、インターホンが鳴るか（電気の有無）などの確認を続けた。不動産会社から家賃滞納のため強制執行の連絡が入る中、支援者は食料が引き上げられていない異変に気付いた。開錠の問題か

ら強制執行に時間がかかり、警察立ち合いで開錠されたときには本人が死亡していた。

## (2) 自殺事例

〔父親の急死で本人が後を追う〕 父母に身体疾患や精神疾患に関する課題、認知症があった。本人は精神疾患に関する課題のほか、軽度の知的障害の可能性があり、他者とのコミュニケーションが苦手だった。幼少期から父親との関係で苦勞していたという。その父親が要介護状態で寝たきりとなっていたが、突然亡くなったことで後を追うように本人が自死した。窓口が関わった期間は短かく、本人の生い立ちや心境などを理解して支援する必要性を感じた。

〔自立へと焦る本人へ支援中の自死〕 厳格な父親のもとで育ち、本人は誕生日を迎える前に自立したいとの思いがあり、面談やハローワークへの紹介を求めて

いた。支援者は面談の間隔の調整などに苦慮しながら本人の意向に応えた。そうした折に、別居する両親の言葉に反応する形で本人が突然自死を選んだとみられる。本人の情報を親と共有するタイミングの難しさ、本人の希望に添って支援を進めることの是非が支援者には課題と感じられている。

〔親との生活の分離後に自死〕 本人に精神疾患に関する課題や経済的困窮があり、認知症や身体疾患に関する課題がある父母への虐待があった。親子双方が離れて生活することを選んだが、親の年金で生活を支えられていた本人に戸惑いがあり、自死に至ったとみられる。支援者には、独居になった本人の見守りの難しさが課題と感じられた。

## (3) その他事例

〔一人暮らしへの支援後の自死〕 本人の希望で一人

表 15 死亡事例のクラスター別にみた両親の課題（複数回答）

クラスター		経済的に余裕がないまたは困窮	精神疾患・障害の問題	認知症	身体疾患・障害の問題	住まいの衛生管理の問題	他人との関わりを拒否（孤立）	本人への虐待（疑い含む）	必要な医療や介護を拒否
1	度数	9	1	3	6	2	7	0	1
	%	24.3	2.7	8.1	16.2	5.4	18.9	0.0	2.7
2	度数	5	0	3	5	0	3	0	0
	%	27.8	0.0	16.7	27.8	0.0	16.7	0.0	0.0
3	度数	4	2	6	6	1	1	2	1
	%	14.8	7.4	22.2	22.2	3.7	3.7	7.4	3.7
4	度数	14	3	10	8	8	13	2	3
	%	36.8	7.9	26.3	21.1	21.1	34.2	5.3	7.9
合計	度数	32	6	22	25	11	24	4	5
	%	26.7	5.0	18.3	20.8	9.2	20.0	3.3	4.2

表 16 死亡事例のクラスター別にみた支援者の感じる困難（複数回答）

クラスター		（本人）				（父母）			
		面談困難	コミュニケーション困難	支援に拒否的	支援の必要性感じず	面談困難	コミュニケーション困難	支援に拒否的	支援の必要性感じず
1	度数	9	7	13	14	3	3	1	2
	%	34.6	26.9	50.0	53.8	11.5	11.5	3.8	7.7
2	度数	4	4	9	6	2	2	1	0
	%	30.8	30.8	69.2	46.2	15.4	15.4	7.7	0.0
3	度数	4	6	4	8	2	1	0	2
	%	33.3	50.0	33.3	66.7	16.7	8.3	0.0	16.7
4	度数	9	10	12	13	2	3	3	2
	%	40.9	45.5	54.5	59.1	9.1	13.6	13.6	9.1
合計	度数	26	27	38	41	9	9	5	6
	%	35.6	37.0	52.1	56.2	12.3	12.3	6.8	8.2

暮らしを支援し実現したが、精神的に不安定になったとみられ、過量服薬による急性薬物中毒で亡くなった。本人から両親への虐待（疑い含む）があった。希死念慮のある本人は心療内科には受診していたが、結果的には入院ができる病院へのつなぎなど踏み込んだ対応が必要ではなかったかと支援者は考えている。

すでに触れたように死亡に至る経緯には複合的な要素があり、ひきこもり状態であることが単独で死亡につながっているわけではない。身体疾患の既往症やメンタルヘルスの課題を抱えるなかで、また本人や周囲の生きやすさの向上を目指して支援が実施されるなかで、支援者が命の危険を察知しながらも、健康状態の悪化、また本人の拒否的姿勢の強さから介入の糸口が限られ、死亡に至ったと思われる例が多くみられる。またここで紹介した以外にも、支援期間の長さなどから支援者にとって十分な情報が得られないまま不意の死亡となった例も多かった。

限定された事例から傾向や改善策を引き出すことは難しいが、支援者の立場からの回答を踏まえるかぎりでは、健康上のニーズをもつ対象者を医療機関につなげることの難しさ、人権やプライバシーと安否確認など生存保障を両立することの難しさなどが各事例から浮かび上がる。特に精神保健の専門家ではない自立相談支援の窓口において、本人の希死念慮などの情報をもとにした多機関連携が求められている。

## 6. 考察と課題

調査結果をまとめると、生活困窮者の相談窓口の14.3%、ひきこもり地域支援センターの19.2%で支援対象者の死亡事例を経験していた。死因は病死、自殺、死因不明の死の順に多く、それぞれ年齢や外出範囲、本人や両親が抱える課題の点で特徴が認められた。また死亡事例のクラスター分析の結果、精神疾患やセルフ・ネグレクトに関する課題、身体疾患に関する課題、家族関係や家庭環境に関する課題が事例を分類する軸になりうることが明らかになった。

自由記述からは、支援者が対象者の命の危険を察知しながらも、健康状態の悪化あるいは本人の拒否的姿勢の強さから介入の糸口が限られた例、支援者にとっても本人理解の手がかりが少ないなかで不意の死亡に至った例などがみられた。支援者の立場からの回答を踏まえるかぎりでは、健康上のニーズをもつ対象者を医療機関につなげることの難しさ、人権やプライバシーと安否確認など生存保障を両立することの難しさなどが各事例から浮かび上がった。

社会的孤立と死亡リスクの関係に関する量的調査は多くが高齢者を対象としているため、若年や中年層の研究の進展が期待される。

また支援窓口の状況を明らかにするうえでは、今回

のように死亡事例に特化した調査だけでなく、多様な支援例自体の解明も求められている。生命や健康を守るための支援に資するためにも、一般的な支援事例と、死亡事例や命の危険が感じられる事例を比較し、死亡リスクの深刻度などの特徴を抽出するような研究が期待される。

## 謝辞

調査にご協力いただいた窓口の皆様、NHK取材班の皆様、取材班の一員で今回の原稿執筆に際してもご協力いただいた鈴木冬悠人氏（NHK報道局社会番組部ディレクター）に御礼申し上げます。

## 注

- (1) 筆者は、本稿で紹介する調査において調査票の作成などに携わった。一方で、番組は生活困窮者の支援現場のルポルタージュによって構成され、生命の危機に瀕しながらも支援を積極的に望まない対象者の姿や、対象者に伴走する支援者の葛藤が描かれた。調査内容の紹介は2019年中における死亡事例の件数という一点に限られた。その意味で、番組の内容と本稿の内容はほぼ独立している。
- (2) 本文で触れたように「ひきこもり」層は均質な人口集団ではなく、「ひきこもり」と「命の危険」の関係についても未知の部分が多い。その点で、「ひきこもり死」～中高年 親亡きあとの現実～（クローズアップ現代、2019年8月1日放送）といった番組タイトルは、番組制作上の意図とは別に、研究や支援の立場からみれば因果関係を過剰に読み込ませる懸念があることには触れておきたい。「ある、ひきこもりの死」のように「ひきこもり」を人の種類を指す言葉のように用いることも（「ホームレス」などの場合と同様）、対象となる人の理解の固定化につながらないように注意したい。
- (3) 厚生労働省医政局 政策統括官（統計・情報政策担当）の「死亡診断書記入マニュアル」（令和3年版）は、死因を「病死及び自然死」「不慮の外因死」「その他及び不詳の外因死」（自殺、他殺はここに含む）、「不詳の死」に区別している。
- (4) 「死亡診断書記入マニュアル」では「不慮の外因死」に含まれるアルコール中毒や熱中症も少数ながら病死として記入されたが、回答者の判断を優先した。
- (5) セルフ・ネグレクトの中核概念は、セルフケアの不足に属する「個人衛生の悪化」「健康行動の不足」、住環境の悪化に属する「環境衛生の悪化」「不十分な住環境の整備」から構成される。また付随概念として「サービスの拒否」「財産管理の問題」「社会からの孤立」がある（岸 2021）。なお命の危険の兆候という意味では、水道などのライフラインの停止、自殺企図・自殺未遂について質問項



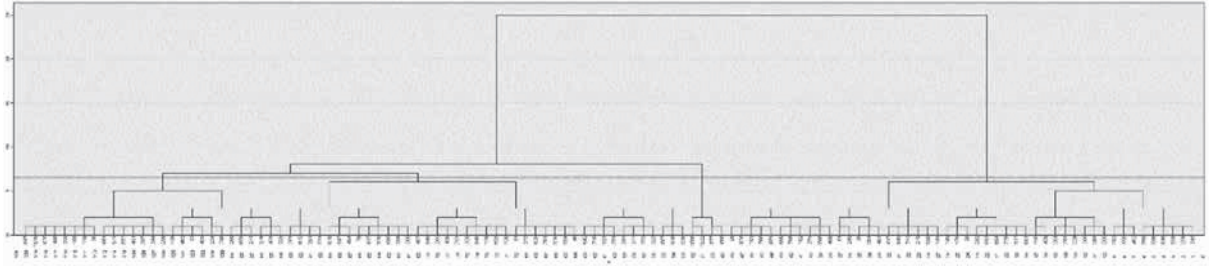


図1 死亡ケースのクラスター分析の結果（デンドログラム）

目に含まなかったことは課題といえる。

(6) デンドログラムを図1に示す。

#### 文献

- Berkman, Lisa F., Kawachi Ichiro, M. Maria Glymour eds., 2014, *Social Epidemiology*. (= 高尾総司・藤原武男・近藤尚己ほか訳, 2017, 『社会疫学(上)(下)』大修館書店。)
- Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith, Mark Baker, Tyler Harris, David Stephenson, 2015, Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta Analytic Review, *Perspectives on Psychological Science*, 10 (2): 227-37.
- 川北稔, 2019, 『8050問題の深層——「限界家族」をどう救うか』NHK出版新書。
- 石田光規, 2011, 『孤立の社会学——無縁社会の処方箋』勁草書房。
- 岸恵美子編, 2021, 『セルフ・ネグレクトのアセスメントとケア——ツールを活用したゴミ屋敷・支援拒否・8050問題への対応』中央法規出版。
- 小野善郎, 2020, 「「ひきこもり」という記号の限界」『こころの科学』212: 10-15。
- 齊藤雅茂, 2018, 『高齢者の社会的孤立と地域福祉——計量的アプローチによる測定・評価・予防策』明石書店。
- 杉澤秀博, 1994, 「高齢者における社会的統合と生命予後との関係」『日本公衆衛生雑誌』41 (2):131-139。

(2021年9月24日受理)