

◆原著◆

法医解剖からみた山口県における孤独死の状況と課題 ～孤独死者の口腔所見からみた孤独死の検討～

白藤せい子¹⁾、辻 龍雄²⁾、加登田恵子³⁾、山根俊恵⁴⁾、藤宮龍也¹⁾

- 1) 山口大学大学院 医学系研究科 法医・生体侵襲解析医学分野
- 2) つじ歯科クリニック
- 3) 山口県立大学 社会福祉学部
- 4) 山口大学大学院 医学系研究科

Dental Health Indicators May Help to Reduce the Incidence of Solitary Deaths: A Review of Autopsy Records in Yamaguchi Prefecture

Seiko Shirafuji¹⁾, Tatsuo Tsuji²⁾, Keiko Katoda³⁾, Toshie Yamane⁴⁾, Tatsuya Fujimiya¹⁾

- 1) Department of Legal Medicine, Yamaguchi University Graduate School of Medicine
- 2) Tsuji Dental Clinic
- 3) Faculty of Social Welfare, Yamaguchi Prefectural University
- 4) Yamaguchi University, Graduate School of Medicine

要約

近年、日本では自宅で死亡し、長期間その死を発見されない孤独死が増えている。2000年から2011年までの間に山口大学で法医解剖された1,346例の中で、自宅で死亡し1週間以上発見されなかった67例を対象に孤独死の因子を調査した。

孤独死は“一人暮らし”の老人だけの問題ではない。40歳未満の事例は5例あり、32.8%の事例で2人かそれ以上の同居者がいた。同居者二人が共に死亡していた事例が1例あった。男女比をみると孤独死は男性に多くみられ、発見者は家族がもっとも多かった。女性では80%が独立家屋に暮らしていたが、男性は集合住宅に暮らす事例が半数近くいた。死後長期間経過しているものの、61.2%の事例で死因を確認することができた。

咬合機能に障害をもたらす咬合不全、咀嚼困難と思われる事例が71.7%にみられ、セルフ・ネグレクトを示唆していた。我々は、孤独死のリスクファクターの一つとして咬合不全を用いて、予見や発見までの期間短縮に活用すべきと提言する。孤独死の効果的な予防対策には、専門家や関係諸機関の協働によるセーフティ・プロモーションの推進が不可欠と考えられる。

キーワード：セーフティ・プロモーション、孤独死、口腔ケア

Abstract

"Solitary deaths," deaths that occur in the deceased's own residence and go unnoticed for a week or more, rose 20% between 2008 and 2010 in Japan. We reviewed 1346 autopsy records for the twelve years ending in 2011. Sixty-seven (67) such solitary deaths were identified, and those records were examined to determine possible factors leading to solitary death.

Solitary deaths occurred largely among elderly people living alone. However, fourteen (14) of the deceased were under the age of 40; and nearly one-third lived with family members. More men than women experienced solitary deaths. Eighty percent (80%) of women lived in single unit housing, while fifty percent (50%) of men lived in multi-unit housing. Causes of death were confirmed in over three-fifths of cases, despite the long time that had elapsed after death. Deaths were most frequently discovered following inquiries by family members.

In over seventy percent (70%) of the solitary death records examined, there was evidence of malocclusion. Malocclusion can cause occlusal dysfunction and difficulty in mastication, and may be indicative of seriously inadequate self-care. It is also recognizable by a characteristic facial expression of edentulous.

It is possible that the incidence of solitary, and even premature, deaths could be reduced if public health nurses and other health care professionals, as well as administrative officers in public assistance departments, were trained to recognize edentulous. An even more extensive prevention strategy could involve newspaper, postal delivery, and utility workers, and others who routinely interact with the public. Collaboration among health professionals and inter-agency cooperation will be required to effectively address this problem.

Key words : safety promotion, solitary deaths, oral health care

I はじめに

かつての日本では、自宅で死を迎える事は、家族に見守られて旅立つ幸せな死の代名詞であった。しかし、近年、生活様式の変化に伴い、社会の最小単位である家族や家庭が、少数で構成されることが増え、また近隣とのつながりも疎縁化し、自宅で死亡するということが、必ずしも家族に見守られて幸せに旅立つことを意味しない事例が増えてきている。むしろ自宅で死亡したがゆえに、その死が長らく発見されないという事例が、各地で発生し、社会問題となっている。さらに近年では、老齢年金、生活保護費受給などの目的で、死亡事実を隠ぺいする悪質な事例すら各地で報告されている。また、孤独死は高齢者だけの問題ではない。30代40代での孤独死の事例もある。

平成24年版の高齢者白書を見ると、都市再生機構が管理する賃貸住宅76万戸の調査から死後1週間を超えて発見された事例を平成22年と20年を比較した場合、全年齢で約2割、65歳以上では約5割増加していることが明らかになった¹⁾。内閣府による「高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査」の結果をみると、孤独死を身近な問題と考える人は、対象3,484人を対象として、42.9%にも及んでいる²⁾。しかしながら、孤独死の発生件数を把握しているのは、47都道府県のうち宮城県、高知県、鹿児島県の3県にとどまっております³⁾、孤独死の実態についての報告は少ない。

死後長期にわたって放置されることは、人間の尊厳の問題だけでなく、犯罪隠蔽など社会秩序、地域社会福祉、疾病予防など公衆衛生、火災の発生など建物保全上の観点など多岐にわたる社会問題である。関係する機関や団体は多岐にわたる。セーフティ・プロモーション活動として取り組むべき課題であると言える。

死後長期経過した事例は死因や死亡経過が明確でないことが多く、法医学解剖の対象となる場合が多い⁴⁾。法医学は死因究明のみならず、予防も視野に入れて多角的に追及する学問であり、法医学解剖に際して得られた情報を、地域の特異性の実態に即した孤独死の予防対策や政策立案に活用することは、法医学の使命とも言える。

山口県内における自宅での孤独死の実態を明らかにするために、自宅で死亡して1週間以上経過して発見され、山口大学医学部で法医学解剖された事例について調査し、法医学のみならず、口腔ケアの視点から若干の考察を加えたので、その概要を報告する。

II 対象と方法

1. 研究期間

2000年1月～2013年4月

2. 研究対象

山口大学医学部法医学教室で行われた法医学解剖1,346症例のうち自宅で死亡していた110症例から、死後1週間以上経過して発見された67例の孤独死を対象とした。本研究での孤独死は以下の基準を全て満たした症例と定義した。

- (1) 誰にも看取られることなく自宅で死亡した症例
 - (2) 死後1週間以上経過して発見された症例
 - (3) 年齢、性別不問
- また、除外基準は以下の3つとした。

- (1) 自宅以外での死亡症例
- (2) 殺人事件、死体遺棄事件などの犯罪症例
- (3) 自殺

3. 研究方法

法医学鑑定基礎資料に基づいて、法医学解剖数の年次推移、孤独死数の年次推移、孤独死の年齢別発生率、男女別の孤独死年齢層の比較、孤独死者の男女別住居形態、各市における孤独死者数の比較、月別の発生率の比較、発見の経緯の分類、死因の分類、栄養状態と口腔状態の比較、65歳以上と未満で分類した際の栄養状態と口腔状態の比較、孤独死者の病歴、死者の口腔所見、発見時から推定した死亡日時(死後の経過時間、日数)、発見時の電気・水道などの状況、発見時の施錠の有無の状況、同居者の有無、屋内における死亡場所等を調査した。

本研究での、咬合不全とは、以下のいずれか一つの基準を満たす症例とした。

- (1) 多数齶蝕歯の放置により多数歯欠損をきたし、咬合関係が障害されている。
- (2) 重度歯周病の放置により多数歯欠損をきたし、咬合関係が障害されている。
- (3) 歯牙欠損の放置により多数歯欠損をきたし、咬合関係が障害されている。

口腔内を直接診察したことに基づく診断はすべての症例に行われたわけではない。中には解剖記録と写真に基づく診断もあるため、臨床経験30年以上の歯科医2名で歯科所見を検討し、咬合不全と診断できるか否かを判定した。

統計処理にはマン・ホイットニーU検定を、解析には統計ソフトStatcel3を用い、有意水準は危険率5%とした。

4. 倫理的配慮

本研究に関与するすべての研究者はヘルシンキ宣言(2008年ソウル修正)および「臨床研究に関する倫理指針」にしたがって本研究を実施した。

本研究グループは、山口大学医学部治験・臨床研究審査委員会によって、ヘルシンキ宣言の倫理的原則に則り、治験・臨床研究審査委員会の標準業務手順書及び臨床研

究に関する倫理指針、疫学研究に関する倫理指針に従って組織され、活動していることを承認された。(管理番号: H24-155 及び H24-155-【他】, 承認日: 平成 25 年 3 月 25 日)

III 結果

1. 症例数の年次変化

孤独死者数は、2000 年 1 月から 2011 年 12 月までの 12 年間に 67 例。2007 年、解剖総数の増加に比例したように一時的な増加がみられる (図 1)。発見までの平均期間は、9.2 週であった。

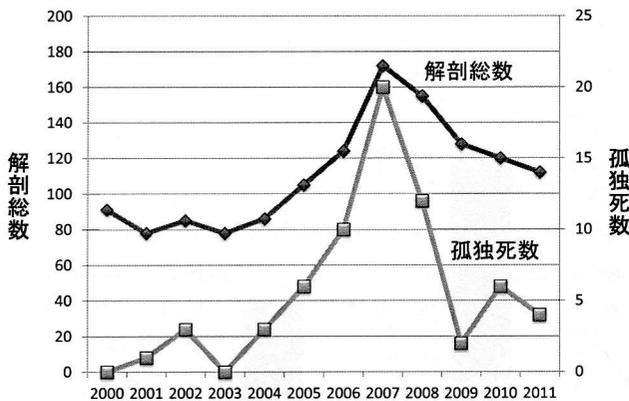


図 1 法医学解剖総数と孤独死数の年次推移

2. 年齢と男女比

男性 42 例、女性 25 例、男性が全例の 62.7% (42/67 例) 占めていた。平均年齢は男性 58.6 歳、女性 69.9 歳。女性は男性よりも年齢層が高い傾向がみられ、男性は 50 代 60 代に、女性は 70 代にピークがあった (図 2)。

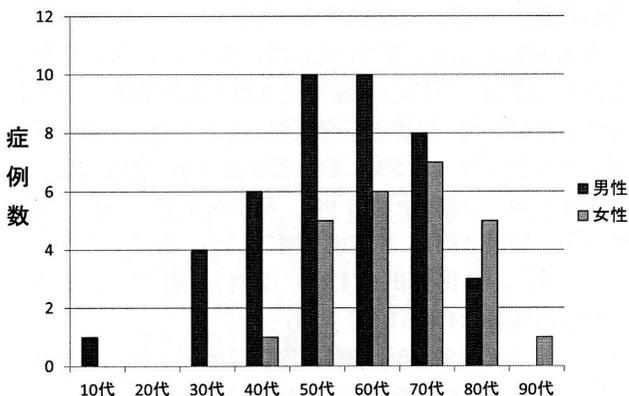


図 2 男女別の年齢層

3. 生活の状況

1) 経済的な状況

経済状態についての記載はないために、詳細は不明であるが、電気や水道の供給を停止されていた症例は 7.5%

(5/67 例) であった。電力の停止措置を受けていたものは 2 例、水道停止 1 例、電力と水道を同時に止められていたものは 2 例であった。このように電力供給停止、水道供給停止、生活保護、家賃滞納、ゴミ屋敷、ゴミ散乱、サラ金取り立てなどの明らかに貧困が疑われる記載が 20.9% (14/67 例) にみられた。生活保護受給者は 6.0% (4/67 例) であった。

2) 住居形態

住居形態は、男性 42 例は 40.5% (17/42 例) が独立家屋に、57.1% (24/42 例) が集合住宅に暮らし、一方、女性 25 例は 80.0% (20/25 例) が一戸建ての独立家屋に、20.0% (5/25 例) が集合住宅に暮らしていた (図 3)。

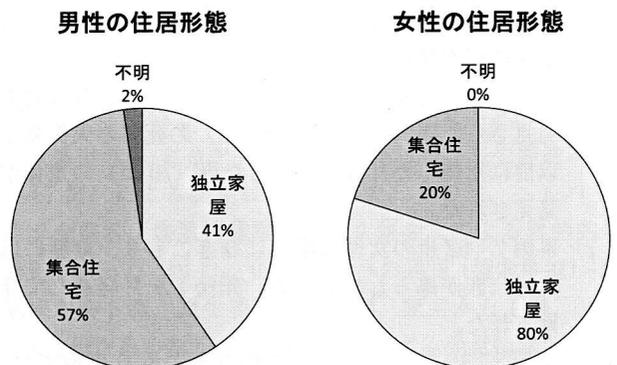


図 3 住居形態

3) 同居人の存在

32.8% (22/67 例) に同居人が存在していた。同居人の内訳をみると、親 7 例 (そのうち認知症の親 3 例)、配偶者 3 例 (うつ病の夫 1 例、認知症の妻 1 例、隣室で自殺 1 例)、子 8 例 (そのうち精神疾患 2 例、知的障害 1 例、高齢の親を残して自宅倉庫で自殺 1 例)、兄弟 2 例、共に亡くなっていた母と娘 1 例 (老々介護をしていた娘が先に死亡し、被介護者の母親が死亡。2 名死亡) であった。

22 例中の 10 例に、認知症、精神疾患、知的障害などのために、家族の死を認識できなかった可能性があった。また、同居していた家族の自殺により死に至った可能性が 1 例、引きこもりで家族が死に気付かなかった事例が 1 例あった。

4) 建物保全上の問題

建造物保全上の問題として、電灯 8 例、テレビ 6 例、扇風機 3 例、電気カーペット 1 例、電気ストーブ 1 例など電気製品のスイッチが入ったままの状況が 28.4% (19/67 例) にみられた。特に電気ストーブなどは火災発生の原因となることが考えられ、建造物保全上の問題がでていた。死後 1 ヶ月以上経過して火災が発生し、火災現場から発見された事例が 1 例あった。

4. 事例紹介

- 1) 事例1: 死者(男、86歳)死亡後の10~20日の間、認知症の妻(81歳)と精神疾患の娘(53歳)が死者に食事を運んでいた。
- 2) 事例2: 死者(女、58歳)の死後1か月経過の間、精神疾患の夫(61歳)は死者と同じ布団に寝起きしていた。
- 3) 事例3: 介護者の娘(53歳)が死亡し、その後、母親(84歳)が凍死していた。娘は死後2ヶ月、母親は死後1ヶ月であることから、介護者が先に死亡したものと推察される。
- 4) 事例4: 息子(55歳)が自殺し、父親(83歳)が隣室で病死していた。
- 5) 事例5: 長男が同居していながら、次男の来訪によって親の死が発見された。
- 6) 事例6: 電気ストーブのつけっぱなしによる火災で発見された事例では、娘(58歳)の死体と火災発生以前に死後1カ月以上経過した母(70歳)の遺体が発見された。
- 7) 事例7: 52歳の女性は離れにひきこもり、母屋には実兄家族が暮らしていたが、死後1ヶ月経過して発見された。
- 8) 事例8: 18歳の男子高校生のひきこもり事例では、6人家族で暮らしていたのに、死後1週間経過して祖母に発見された。

5. 健康の状態

1) 精神疾患等の合併

アルコール依存症6名、シンナー依存症1名、精神疾患4名、アルツハイマー病1例、認知症3名がみられた(計15例、22.4%)。

2) 栄養状態

法医鑑定基礎資料に栄養状態についての記載があるものは82.1%(55/67例)あった。栄養状態良好と中等度は36.4%(20/55例)、不良とやや不良は63.6%(35/55例)であった。

3) 口腔の状態

67例中の60例に口腔状態の記録が存在し評価や診断ができた。その中で咬合不全のみられない症例は28.3%(17/60例)、一方、71.7%(43/60例)に咬合不全が見られた。その内訳は、無歯顎(義歯不明)11例、多数歯欠損放置14例、重度歯周病8例、重度齲蝕3例、多数歯残根状態3例などによる咬合関係の喪失であり、ほとんどの症例で臼歯咬合関係がない。義歯による補綴処置も行われていなかった。これらを咬合不全と診断した。

これらは咬合崩壊とでもいふべき咬合不全の口腔所見であり、咬合機能低下に伴う咀嚼障害による摂食障害が予測された。また、多数カリエスの放置、残根状態の放置、

多量の歯石沈着、多数歯欠損の放置などは、口腔ケア意識の欠如を示している。

4) 咬合不全と栄養状態との関連

口腔所見の評価と栄養状態の記載があり、両者の対応ができる症例は53例あった。咬合不全の有無と栄養状態の相関関係をみると、マン・ホイットニーU検定で危険率 $p = 0.220$ であり、統計学的な有意差は見られなかった。しかし、咬合不全のない症例では栄養状態の良・不良は同数であり、一方、咬合不全のある症例では栄養状態不良のものが多かった。咬合不全ありの症例で、栄養状態の評価の記載がなく不明とした症例数もあり、今後、症例数を増やすことで統計的な有意差が明らかになる可能性が高い。

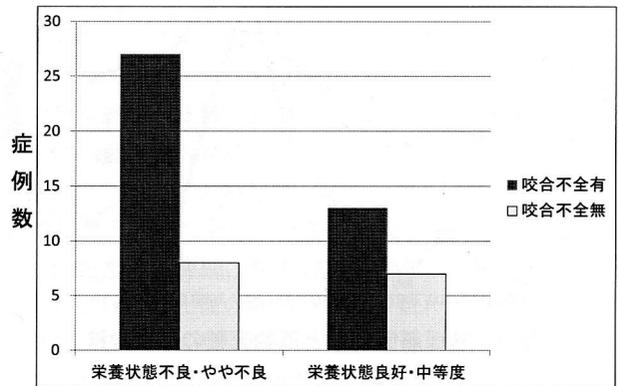


図4 咬合不全と栄養状態

6. 死因

死因においては、高度腐敗や寄生物等による損壊のため死因不詳と鑑定された症例が38.8%(26/67例)であるが、一方、死後1週間以上経過しているものの、61.2%(41/67例)で死因が判明した。

内因死は87.8%(36/41例)で、その内訳は、心疾患41.5%(17例:急性心機能不全9例・心筋梗塞3例・虚血性心疾患2例・慢性心不全2例・心タンポナーデ1例)、脳血管疾患8例(19.5%:脳血管疾患2例・脳梗塞2例・脳出血2例・硬膜外出血1例)、肺疾患4例(9.8%:肺水腫2例・肺炎2例)、肝疾患2例(4.9%:肝不全1例・肝硬変1例)、消化管出血4.9%(2例)、癌7.3%(3例)、大動脈瘤破裂2.4%(1例)であった。

外因死は12.2%(5/41例)、内訳は凍死2例、低体温症1例、一酸化炭素中毒死1例、吐物による窒息1例であった(図5)。

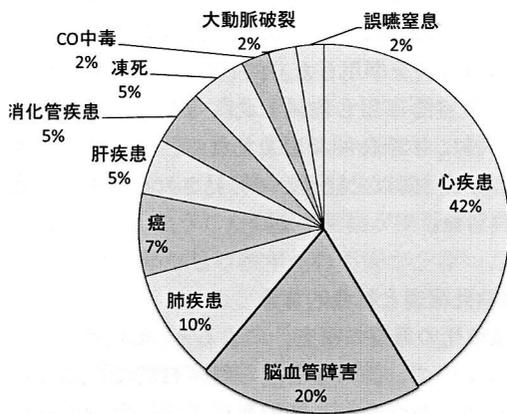


図5 死因

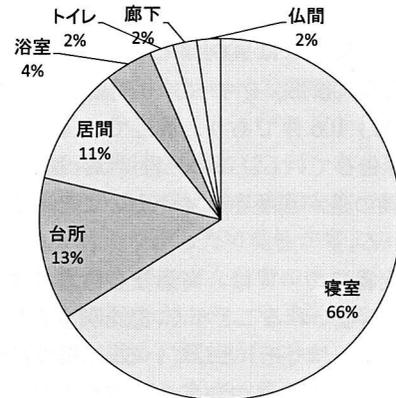


図6 発見場所

7. 発見の経緯

1) 地域

山口県内（人口1,274,014人）では、人口10万人当りの孤独死事例数は平均5.29例であった。各市町村別の人口10万人あたりの発生率をみると、最大値は下関市8.32例、最小値は周南市の2.03例で、市町村間に差がみられた（表1）。人口は、平成24年8月1日現在の山口県人口移動統計調査に基づいた⁵⁾。

2) 発見場所

表1 各市における孤独死数

市町村	事例数	人口	事例数/10万人当り
下関市	23	276,408	8.32
下松市	4	55,036	7.27
美祿市	2	27,697	7.22
宇部市	11	172,300	6.38
柳井市	2	34,157	5.86
萩市	3	51,905	5.78
周防大島町	1	18,352	5.45
山口市	9	195,676	4.60
光市	2	52,266	3.83
山陽小野田市	2	63,898	3.13
岩国市	4	141,154	2.83
長門市	1	37,125	2.69
周南市	3	148,040	2.03
合計	67	1,274,014	平均値 5.29

発見場所は47例で記録が残されていた。寝室が66.0%（31/47例）と最も多く、次に台所12.8%（6/47例）、居間10.6%（5/47例）、浴室4.3%（2/47例）、トイレ、仏間、廊下が各1例みられた（図6）。

3) 発見者

家族28.4%（19/67例）、近隣住民20.9%（14/67例）、近隣住民が異臭をきっかけに発見した事例は14例中4例であった。次いで、親族10.4%（7/67例）、家主と市職員（生活保護担当等）は9.0%（6/67例）であった。民生委員4.5%（3/67例）による発見は少なかった。その他、ヘルパー、サラ金業者、廃屋解体業者、ガス集金人による偶発的な発見があった（図7）。なお、警察への通報（捜索依頼）は、家族から6例、民生委員から1例、家主から1例、隣人から1例があったが、これらは警察による発見には含めず、依頼者の発見とした。

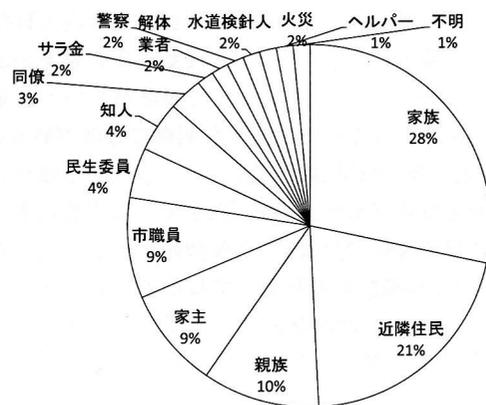


図7 発見者

IV 考察

1. 「孤立死」と「孤独死」の定義

「孤立死」と「孤独死」という表現がある。「孤立死」とは、厚生労働省が制定した言葉で「独居老人などが地域から孤立した状態で亡くなること」と国によって明確に定義されている。一方、「孤独死」とは1995年の阪神淡路大震災で仮設住宅に生活していた独居老人が誰にも看取られず死亡した事例を総称して報道するようになって、その言葉が目立ってくるようになったが、その定

義はあいまいで、定義によって様々な領域の課題を含むようになる。上田ら⁶⁾は2009年に各種検索データベースで「孤立死」、「孤独死」をキーワード検索して、「孤立死」3件、「孤独死」106件であり、最近では孤独死が用いられていると報告している。この報告には、「孤立死」と「孤独死」の定義の差が理解されていないことが背景にあるように思われる。

孤独死の定義については、高齢社会白書¹⁾では、孤独死は「誰にも看取られることなく、息を引き取り、その後、相当長期間放置された死」としている。「相当長期間」が、具体的には何日なのかについての記載はない。孤独死を集計している自治体3県では、その定義にばらつきがある。宮城県では「一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が地域から孤立し、意思や状況が周囲に理解されないまま、結果として死に至った状況で発見される」。高知県では「死後3日以上たつて見つかったケース」。鹿児島県では「65歳以上の独居でだれにも看取られずに亡くなって2日以上たつて見つかった場合」と規定されている。高知県は、年齢制限や一人暮らしであることを基準に入れていない。「独居者で誰にも看取られずに死亡した」ケースを孤独死としていた都市再生機構（旧日本住宅公団）は、2011年10月から「死後1週間以内」を孤独死の統計から外している。その理由として「家族と別居していても毎週1回会ったり、地域のサークルに毎週参加している人も少なくない。1週間以内であれば必ずしも孤独だったとは言えない」としている³⁾。東京都監察医務院は、「異常死の内、自宅で死亡した一人暮らしの人」と定義している⁷⁾。以上のように孤独死の定義はいまだ確定された基準がないが、東京都監察医務院は、孤立死と孤独死を明確に分けている。

つまり、「孤立死」は「独居老人」が「地域から孤立した状態で」迎えた死であり、一方、「孤独死」は定義によっては、老人だけのものではない。「孤独死」と表記した場合には、「地域から孤立した状態」ではなく、認知症などの同居者のいる事例、老々介護での介護者と被介護者の同時の死など、同居者がいるにも関わらず、誰にも看取られず、自宅で孤独に死を迎え、長期間放置されていた人々も含まれるようになる。

同居者がいながら気づかれず放置されていた事例は、本研究でも32.8%にも及んでいる。東京都監察医務院は孤独死の定義を「異常死の内、自宅で死亡した一人暮らしの人」と定義しているが、この定義から、「一人暮らし」を削除し、「死後長期間発見されるまでに要した」と規定すると、「世帯・性別平均死後経過時間」の表から推察すると、同居者が存在する多くの症例が浮かび上がってくるのではないだろうか。

いわゆる孤独死調査では、「一人暮らし」、「高齢者」、「65歳以上」、「独居」、「看取りの有無」などの条件がつけられており、調査前にすでにバイアスがかけられている。

本研究では、できるだけバイアスを少なくした。本論文では、1週間という期間については、都市再生機構（旧日本住宅公団）の根拠を準用した。「独居」、「老人」については高知県の規定を準用し除外した。そして、次の3つの基準、(1) 誰にも看取られることなく、(2) 自宅で死亡し、(3) 死後1週間以上経過して発見された事例を「孤独死」と定義した。

2. 日本の孤独死報道と社会的背景

小辻らの孤独死の報道の歴史⁸⁾によると、孤独死を「一人暮らしをしていて、誰にも看取られず自宅で亡くなった場合」と定義するならば、孤独死はすでに明治の時代から存在している。

1970年頃から、「孤独死」という言葉が新聞紙上に現われ、1995年1月の阪神・淡路大震災の仮設住宅で2000年1月に仮設住宅がすべて解消されるまでの5年間に、233人の孤独死者がでた。従来の孤独死が都会で散発的に発生していたのに対し、災害により極めて限定された範囲で多数発生したことで、社会的な波紋をもたらし、地域コミュニティの重要性が問われる契機となった。

2010年、孤独死、身元不明の自殺とみられる死者、行き倒れ死を「無縁死」と表現して、「無縁社会」という言葉が流行語となった。日本社会の人間関係の希薄化、社会的孤立といった問題が注目され、その対策として高齢者の見守り活動などが盛んに行われるようになった。

平成24年版の高齢者白書を見ると、日本は、世界のどの国も経験したことのない急速な率で高齢者社会を迎え、高齢者の不安が増大しているという。誰にも看取られることなく、亡くなったあとに発見されるような孤立死（孤独死）を身近な問題だと感じる（「非常に感じる」と「まあまあ感じる」の合計）人の割合は、60歳以上の高齢者の4割を超え、単身世帯では6割を超えている¹⁾。

高齢化社会にくらす高齢者だけでなく、長期化した経済の低迷に起因した就職難、中高年社員の解雇、若年層の非正規雇用の増加に伴い、若年層にも孤独死は及んでいる。将来への漠然とした不安感が、将来、自分が孤独死するのではないかという社会不安につながり、孤独死報道の過熱をきたしている可能性もある。

こうした孤独死報道を騒ぎ過ぎだと指摘する意見もある。矢部⁹⁾は、日本のメディアの孤独死報道は、日本では独居者が誰にも看取られずに亡くなるのが最大の不幸であるかのような考え方があり、所詮、人間は一人で生まれ、一人で死んでいくもの。看取られるかどうかに関係なく、死は一人で臨まなければならない。一人で死ぬことが問題なのではなく、社会的に孤立して生きてきた人が死後長い間発見されず、周りに迷惑をかけることが問題であり、日本人は家族以外の人とは付き合わない割合が15%と多く、社会的なつながりが弱く、孤立しや

すい気質のようなものがある。一方、米国では家族以外の友人たちとの交流が盛んであり、貧困者の餓死を防ぐためのフードスタンプの支給、母子家庭を対象として貧困家庭一時扶助、病気・障害などで働けない人への補足的所得補償などの社会保障制度が充実しており、さらに、民間レベルでも、ボランティアの配食サービスなどが行われている。こうした制度や活動が安否確認の手段となっていて一人暮らしの晩年への不安が少ないと指摘している。

3. 孤独死者数の推移

東京都監察医務院の1987年から2006年までの報告書⁷⁾をみると、孤独死者は男女とも年々増加傾向にあり、平成18年には男性788人、女性335人であったが、平成18年では男性2,362人、女性1,033人と明らかに増加している。東京都では、男性での伸び率が高くなっており、孤独死の事例は、男性で50歳代前半以降、女性で60歳代後半、20歳代から40歳代の比較的若い人たちにもみられる。東京都区部でも一人暮らしの人が年々増加している分だけ、孤独死の数が伸びており、男性に多いと結論している。

山口県の事例数は2000年度から2011年度までの12年間で67例と少ない。東京都の人口は約1,300万人、山口県人口約150万人であり、監察医務院制度もない。我々の結果をみると、男性が全例の62.7%占めていた。平均年齢は男性58.6歳、女性69.9歳、年齢範囲は18歳から86歳、男性は50代60代に、女性は70代にピークがあった。東京都監察医務院と同様の傾向がみられた。平均発生率は人口10万人に5.29例であり、市町村によって発生頻度に格差がみられた(表1)。

山口県は3方を海に囲まれ、人口密度が比較的低い地域が多いという地理的条件から、これまで、死後長期経過している事例は海や河川あるいは山など戸外で発見されることが多く、人目につかない場所での死後発見の遅れは、たまたま遭遇した人が見つける等、偶然性に依拠する場合がほとんどで、死後長期間経過することも、ある意味やむをえなかった。

ところが、死後1週間以上の長期経過して解剖された全事例における、発見場所が自宅であったものの割合は次第に多くなっている(図1)。自宅で、看取られることなく死亡し、長期間放置される事例が、山口県内において増加している。

4. 生活の状況

孤独死者の生活の状態などを知ることは、孤独死対策を考える上で大切なことではあるが、家族や社会との関係の薄い人たちが多いために容易なことではない。我々の症例で貧困との関連をみると、死因の判明した41例の

中に 餓死は1例もない。生活保護受給者は6.0%であった。家賃取り立て、サラ金の取り立てが発見、電気や水道の供給停止など貧困が疑われる記載が20.9%にみられた。

同居者がいた事例は32.8%(22例)あった。そのうち10例では同居者が認知症、精神疾患などで、同居者の死にすぐには気が付かなかった可能性が考えられた。また、同居人が被介護者、死者が介護者であったと思われる症例もみられた。同居者があり、すぐ近所に家族が居住している例などは、近くに親族がいるからと周囲の注意と関心が緩んでしまっているが、親族のみに見守りを依頼できないことを示している。

以上のような実態をみてみると、一般に言われている高齢化は孤独な死の一因であって、むしろ、日本人の家族の在り方、地域社会の在り方、日常生活習慣などの変化が、孤独な死が増えている背景にあるように思われる。

発見当時、電力や水道の供給を止められていた人たちが7.5%あった。うち2例では、電力も水道も停止されており、その状況下で日常生活が営めるとは思えない。電力や水道を止められた事例においては、一歩踏み込んで、その生活状況を確認し、生活状況に問題があれば、福祉行政へとつなげる必要があるだろう。テレビ、扇風機、電気ストーブなどの電気製品のスイッチが入ったままの状態が28.4%(19例)にみられている。突然死によるものであろう。1例火災を伴った事例もあり、防災の観点からも重要であろう。

5. 健康状態

栄養状態は63.6%が栄養状態不良もしくはやや不良と診断されていた。死者本人に精神疾患のあった事例はアルツハイマー病、うつ病、抑うつ神経症など10.1%(8例)があった。また、アルコール依存症は6例、シンナー依存症1例があった。

今回の調査では、孤独死事例の71.7%の遺体が上下顎歯牙の咬合関係が喪失している咬合不全の口腔状態であった。咀嚼に支障をきたす口腔状態を放置することは、生活に対する姿勢を物語り、セルフ・ネグレクトの徴候ともいえる。咬合不全の状態では摂食能力は低下し、低栄養状態を誘起しやすい。また、無歯顎で、下顎位が不安定になっていると、身体のバランスをコントロールする平衡機能が低下し、転倒しやすくなり、これが骨折、そして寝たきりへとつながり、高齢者の生活の質が著しく損なわれる。都は咀嚼性健康状態と全身的な健康状態の間には86%で正の関係があると言っている¹⁰⁾。

歯科所見の判明している71.7%の人たちが咬合不全の状態であるにも関わらず、低栄養状態と統計的に優位な関連性をみいだせないのは、症例数の少なさと、我が国

では、日常的に摂取されている食品が製品化されており、食品自体が軟らかく、咀嚼機能が低下していても栄養の摂取ができることが背景にあると思われる。

食事は生活の中の大きな楽しみの一つであるが、これがないがしろにされている状況の背景には、生きることへの意欲の低下があるのではないだろうか。訪問医療が推奨され始めて訪問歯科診療も施行されるようになってきた。今回の調査で、咬合不全の放置の有無を把握することが、単に歯科治療の忌避の状態を知るだけでなく、孤立死の可能性の指標となること、死後経過の短縮を図る鍵を握るだろうということが示唆された。生きる力を支え、生活の質を確保する歯科の役割は重要である。訪問歯科診療が在宅要介護者の現場に導入されて久しいが、これを死後長期経過事例の予防と減少、及び死後早期発見に活用することを提言したい。

6. 死因

死因をみると、腐敗などのため鑑定不能が38.8%であるが、一方、61.2%で死因を特定できている。衰弱しながら死を迎えるのではなく、急性心機能不全、心筋梗塞などの心疾患が41.5%と最も多く、脳梗塞、脳出血などの脳血管疾患が19.5%を占めていた。東京都監察医務院においても、孤独死者の死因は病死がもっとも多く、その中でも心臓疾患がもっとも多くと報告されている⁷⁾。発見場所は、寝室が66.0%と最も多く、次に、台所12.8%、居間10.7%の順であり、一日の生活時間が長い場所で発見されていた。いわゆる突然死の状態での死を迎えた症例が多いと推測される。

7. 発見の経緯

東京都監察医務院は、地域格差について、男性については、完全失業率が高い区ほど孤独死発生率も高く、女性にはこうした相関関係はないこと、生活保護率が高く、平均所得が低い区ほど、男性孤独死率が高いことを明らかにしている⁷⁾。山口県の人口を基に、1事例当たりの人口を算出すると、人口10万人あたり平均5.29例の頻度で発見されていた。しかしながら、発見された事例を市町村別に集計してみると、孤独死は、必ずしも人口に比例して発生していなかった(表1)。人口の多い市に発生頻度が高い傾向があるものの、14万人以上の人口を有する2市において発生頻度は2.83、2.03と平均値よりも低い都市がある。徳島県には過去18年間孤独死ゼロの地域があり、そこでは藩政の昔から地域の老いを支えるネットワークが存在しているという⁶⁾。この市町村間の格差については、今後、失業率や雇用状況との関連という視点から検証すべき課題と思われる。

発見された家屋の形態をみると独立家屋での発見率が女性では高い(図3)。女性の平均寿命が男性よりも長い

ことが背景にあり、女性が独立家屋で発見されるのは、夫の死後、独居を続けているためではないかと推察される。

発見者をみると、家族28.4%、近隣住民20.9%、親族10.4%、家主9.0%、生活保護担当などの市職員による発見は同数の9.0%あり、これらの「死者と何らかの接点」があり、「積極的に安否を確認した事例」は77.7%となる。(図8)。死者の腐敗臭・異臭が発見の契機になったのは、近隣住民の発見の28.6%(4/14例)を占めていた。民生委員333名からの孤独死に遭遇した経験の有無についてのアンケート調査結果をみると、17.9%の民生委員が孤独死の事例を経験していた¹¹⁾。しかし、自験例では民生委員による発見率は低いように思える。

8. 孤独死対策

安否確認の手段として、各地で様々な対策が取り組まれている。

愛知県豊中市：(1)安心協力員派遣サービス、(2)新聞配達・宅配事業・郵便配達の事業主による見守り活動、(3)安否確認ホットライン。

福岡県北九州市：市内7区に担当係長を配置し、民生委員、社会福祉協議会、自治会、ガスの検針員などにより構成されるいのちをつなぐネットワーク事業。

東京都中野区：地域支えあい活動の推進に関する条例を制定し、地域の高齢者の個人情報と載せた名簿を自治会などに提供できるようにし、防犯、防火活動の際にポストの郵便物等をチェックするようにした。

滋賀県野洲市：生活弱者発見緊急プログラムとして不動産会社と連携し、家賃滞納などで困っている賃貸者がいた場合に本人に確認するシステムを構築し、賃貸住宅で暮らす世帯の約7割をカバーしている。

東京都足立区：電気、ガス、水道のライフライン事業者との連絡会を立ち上げた。利用料金滞納、供給停止世帯のデータをどう取り扱うかの検討を始めている¹³⁾。

現在、日本社会では、単身赴任などの勤務形態の変化、核家族、離婚、別居、非婚の増加など家族形態の変化がおきている。一方、プライバシーの尊重が重視されてきて、近隣、地域とのつながりも疎遠になり、自宅が人目につかない空間と化してきている。関西、東北大震災の発生後、人とのつながり、絆が強調されるようになった。しかし、こうした社会の変化がある以上、家族や親族、近隣のみで見守りだけで、孤独死を予防、発見することは現実的ではない。死がどこで訪れるかは予想することは困難で、誰にも知られることなく突然に死が訪れることを避けることはできない。孤独死に対する予防対策とともに、自宅で死亡した場合の発見されない期間を、どういう方法で、どれだけ短縮するかが課題であるといえる。前述の各地の自治体での取り組みは、本研究の発見の経緯から

みても、家族の発見以外を網羅しているものといえる。

9. セルフ・ネグレクトと歯科疾患の放置

孤独死とセルフ・ネグレクトとの関係が報告されている。平成22年度老人保健健康増進等事業の報告書「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報告書」をみると、この調査で対象とした孤立死765事例の中に、約80%の割合でセルフ・ネグレクトと考えられる事例が含まれているという。

セルフ・ネグレクト状態の項目として6つの項目をあげている。1) 悪臭のある汚い部屋、2) 生命を脅かす自身による治療やケアの放置、3) 金銭や財産管理がなされていない。4) 地域の中での孤立、5) 奇異にみえる生活のありさま、6) 不潔で悪臭のある身体などである。

そして、これらの構成要素の1項目しか該当しない事例であれ、セルフ・ネグレクトの要素の一つは満たしている状態であり、何より全ての事例が孤立死に至った事例であることを考えると、セルフ・ネグレクトの中核である広範囲にわたる放任という状態にいたってはいないとしても、生命に大きなリスクをもたらすと結論づけている¹²⁾。咬合不全をきたすような多数歯欠損の放置は、上記2)の自身による治療やケアの放置に該当する。

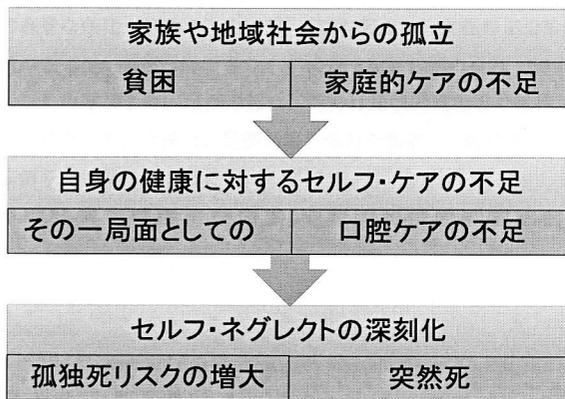


図8 仮説

要介護度の高いケースや公的機関の関わりが多いほど、死後の発見される日数が短い傾向にあると言われている。訪問医療が推奨され、今日では訪問歯科診療も施行されるようになってきている。今回の調査で、咬合不全の放置の有無を把握することが、単に歯科治療の忌避の状態を知るだけでなく、孤独死となる可能性の指標の一つになること、死後経過の短縮を図る鍵を握るだろうということが示唆される。

訪問歯科診療や、行政職員や民生委員の人たちが孤立しているような状況の人に接した際に、口元に注目し、歯牙欠損や治療の放置が目についた時、それが自身の健康へのセルフ・ネグレクトの兆候であると認識し、孤独

死の予防対策、及び、死後早期発見に活用することを提言したい。

V 結語

社会や家族からの孤立により貧困や家庭的なケアが不足している人々には、自身へのヘルス・ケアのネグレクトがあり、それが突然死につながることを推測される。ヘルス・ネグレクトの指標として歯科疾患の放置や口腔ケア意識の欠如があることを認識し、孤立している人々の口腔ケアや、訪問歯科診療を見守りネットワークに入れ、孤独死の予防、放置期間短縮の一つの指標にすることを提言したい。

孤独死の基準から独居を除外することで、地域精神医療、地域社会福祉、自殺予防、ひきこもりなど広範な課題が現れてきた。こうした広範な課題に対しては、関係諸機関や団体が協働して課題に取り組むセーフティ・プロモーションの視点が求められる。今後は、さらに総合的な見地から、孤独死の問題に関しての実証的研究を積み重ねる必要があると思われる。

参考文献

- 1) 孤立死と考えられる事例が多数発生している。内閣府編. 高齢社会白書. 東京: 佐伯印刷, 2012年; 54.
- 2) 内閣府編. 高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査. At: <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h21/kenkyu/gaiyo/pdf/kekka1-1.pdf> Accessed on November 20th, 2012.
- 3) 「孤独死」統計3県のみ 定義曖昧 把握進まず. 毎日新聞記事 2012年9月2日.
- 4) 山崎健太郎, 田宮菜奈子, 松澤明美, ほか. 独居生活者及び死後長時間経過事例に見る高齢者孤立死の疫学的考察と山形県・東京都区部の地域差. 法医学の実際と研究, 2009; 52: 227-235.
- 5) 山口県人口移動統計調査. at: <http://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a12500/jinko/jinko.html> Accessed on November 20th, 2012.
- 6) 上田智子, 上原英正, 加藤佳子, 他. 孤独死(孤立死)関連する要因の検証及び思想的考究と今後の課題. 名古屋経営短期大学紀要, 2010; 51: 109-131.
- 7) 金浦佳雅. 東京都23区における孤独死の実態. 東京都監察医務院. at: <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/kouza.files/19-kodokushinojittai.pdf> Accessed on November 27th, 2012.
- 8) 小辻寿規, 小林宗之. 孤独死報道の歴史. コア・エッセックス, 2011; 7: 121-130.
- 9) 矢部武. ひとりで死んでも孤独じゃない「自立死」先進国アメリカ. 東京: 新潮社, 2012年; 6-8, 162-165.

- 10) 都温彦. 歯とヒト本来の食性の進化から見た咀嚼と咀嚼性健康状態良好と不調について. 日本心療内科学会誌, 2010; 14 : 29 - 43.
- 11) 中沢卓美、結城康博. 孤独死を防ぐ一支援の実際と政策の動向一. 京都: ミネルバ書房, 2012年; 36-41.
- 12) 岸恵美子. 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. 2011年. at: <http://www.nli-research.co.jp/report/misc/2011/sn110421.pdf> Accessed on November 27th, 2012.
- 13) 布施泰男. 増加する孤立死(孤独死)と迫られる対策. 日本医業経営コンサルタント協会機関誌 (JAHMC), 2012; 12 : 27-30.