



全国社会福祉協議会
生活困窮者自立支援制度人材養成研修

日本における社会的孤立の動向と課題・論点

齊藤 雅茂
(日本福祉大学 教授)

masa-s@n-fukushi.ac.jp

《略歴》

出身 埼玉県さいたま市

埼玉大学教育学部卒業（2004）

上智大学大学院総合人間科学研究科博士(社会福祉学)（2009）

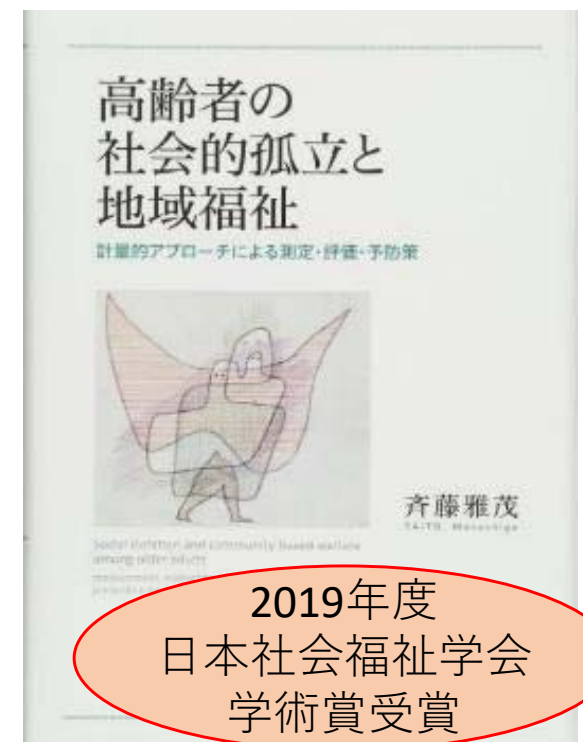
日本学術振興会特別研究員(2007～2009)、日本福祉大学地域ケア研究推進センター主任研究員(2008～2012) を経て、2012年4月より現職

所属学会

日本老年社会科学会、日本社会福祉学会、
日本地域福祉学会、日本公衆衛生学会、日本疫学会、 など。

最近の委員等

- 内閣官房孤独・孤立対策担当「孤独・孤立の実態把握に関する研究会」委員
- 全国社会福祉協議会「コロナ特例貸付からみえる生活困窮者支援のあり方に関する検討会」委員
- 厚生労働省・老健事業「高齢者虐待等の権利擁護を促進する地域づくりのための自治体による計画策定と評価に関する調査研究」委員・作業部会長
- 厚生労働省・老健事業「データを活用したPDCAサイクルに沿った介護予防の取り組みに関する調査研究事業」委員、など



昨今、孤立や孤立死を扱った記事を目にすることが多いです
(2021年2月に内閣府に孤独・孤立対策担当室もできました)

2020年1月から現在までの新聞記事を検索してみると...

東京新聞・中日新聞 2,278件

読売新聞 2,165件

毎日新聞 1,972件 もあります。

改めて社会的孤立とは何なのか。

何が問題なのか。

どんな対策が求められているのか。



新型コロナウイルス禍で孤独や孤立の問題が深刻化していることを受け、政府は二月に担当相を置き、対策に乗り出した。二〇一八年に担当相を設置した英国に倣った形だが、斉藤雅茂・日本福祉大准教授らの研究によると高齢者の孤立は日本の方が深刻だという。

斉藤さんらは日英両国で高齢者の孤立が健康に及ぼす影響を調べるため、愛知県在住の約一万五千人を〇三年から、英国イングランド在住の約五千人を〇二年から、いずれも十年間追跡したデータを分析した。
すると、どちらの国でも、家族や友人と

健康への影響
日本では深刻



内閣官房に新設された「孤独・孤立対策担当室」の看板を掛ける孤独問題担当の坂本哲志（左）と1億総活躍相（右から2人目）＝東京都千代田区で

会ったり電話で話したりする交流の頻度が月一回未満の人は、毎日交流のある人

高齢者の孤立に死亡リスク

1. 社会的孤立とは何なのか

様々な定義が存在しますが、
Townsendの定義に基づく研究が圧倒的に多い。

社会的孤立 (*Social isolation*)

家族やコミュニティとほとんど接触がない
こと (客観的)

孤独 (*Loneliness*)

仲間づきあいの欠如あるいは喪失による
好ましからざる感情を抱くこと (主観的)



Townsend (1968)

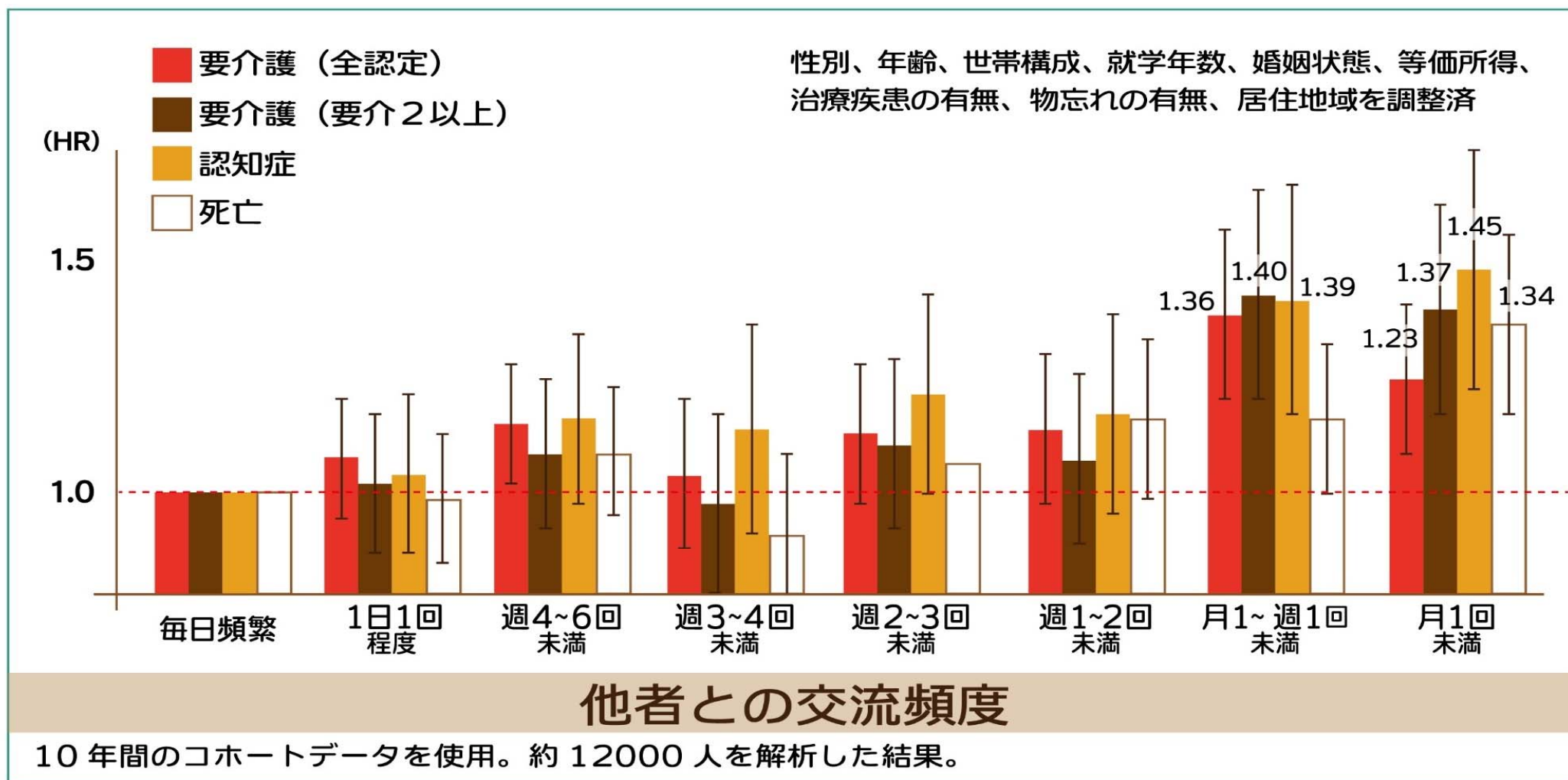
それでは

社会的孤立状態としてイメージするのはどういう姿でしょうか

人嫌いで付き合いが全くない人？ ゴミ屋敷や不衛生な状態にある人？
あらゆるサービスを拒否し、近隣関係でトラブルを起こしている人？

そこまで極端な状態でもなくとも...

- 人との交流は **週1回未満** から健康リスクになりうる(齊藤ら2015)
※ **月1回未満だと死亡リスクも有意に上昇する。**
- 日本の高齢者の **1~2割程度** が該当する
(全国規模ならば数百万人規模で該当することになる)。



高齢者の多くは孤立しているのか？

- 高齢者の多くが孤立しているわけではない (Victor et al. 2009)
- より深刻な孤立は高齢者の2~10%程度、やや広く捉えると10~30%程度という結果が多い (齊藤2009)

Townsend (1968)	独居で過去1週間に訪問者がいなく、 前日に人との交流が全くなかった人	3%
Qureshi (1989)	1週間で4日以上、人と会っていない人	7%
Tunstall (1966)	接触得点が4点以下 (<i>Extremely isolated</i>) 接触得点が20点以下 (<i>Isolated</i>)	5% 21%
Wenger (1984)	指標該当数が4以上 (<i>Very isolated</i>) 指標該当数が2or3 (<i>Moderately isolated</i>)	7% 34%
Victor (2009)	社会的接触得点が7点以下 (<i>Isolation</i>)	13%
	親戚・友人・近隣との交流が 全て週1回未満 (<i>Severely isolation</i>)	2%
	2つ " (<i>Moderately isolation</i>)	23%
	1つ " (<i>low isolation</i>)	49%

日英の高齢者を比較してみると…

日本の方が2～3倍程度、孤立高齢者が多い傾向

	ELSA 2002			JAGES 2003		
	n	%	(%)	n	%	(%)
Frequency of contact with others^{a)}						
> every day	1262	31.6	(31.2)	5224	39.0	(39.2)
four times to six times a week	1032	25.8	(25.6)	2042	15.2	(15.2)
three times to four times a week	656	16.4	(16.6)	936	7.0	(7.0)
twice a week to < three times a week	464	11.6	(11.8)	1477	11.0	(11.0)
once a week to < twice a week	361	9.0	(9.1)	1271	9.5	(9.5)
once a month to < once a week	168	4.2	(4.2)	1286	9.6	(9.5)
< once a month	55	1.4	(1.5)	1168	8.7	(8.7)
Isolation score^{b)}						
0	1923	49.6	(49.6)	5447	47.9	(46.9)
1	1331	34.3	(34.2)	3525	31.0	(30.4)
2	518	13.4	(13.4)	1728	15.7	(15.7)
3+	106	2.7	(2.7)	621	5.5	(7.0)

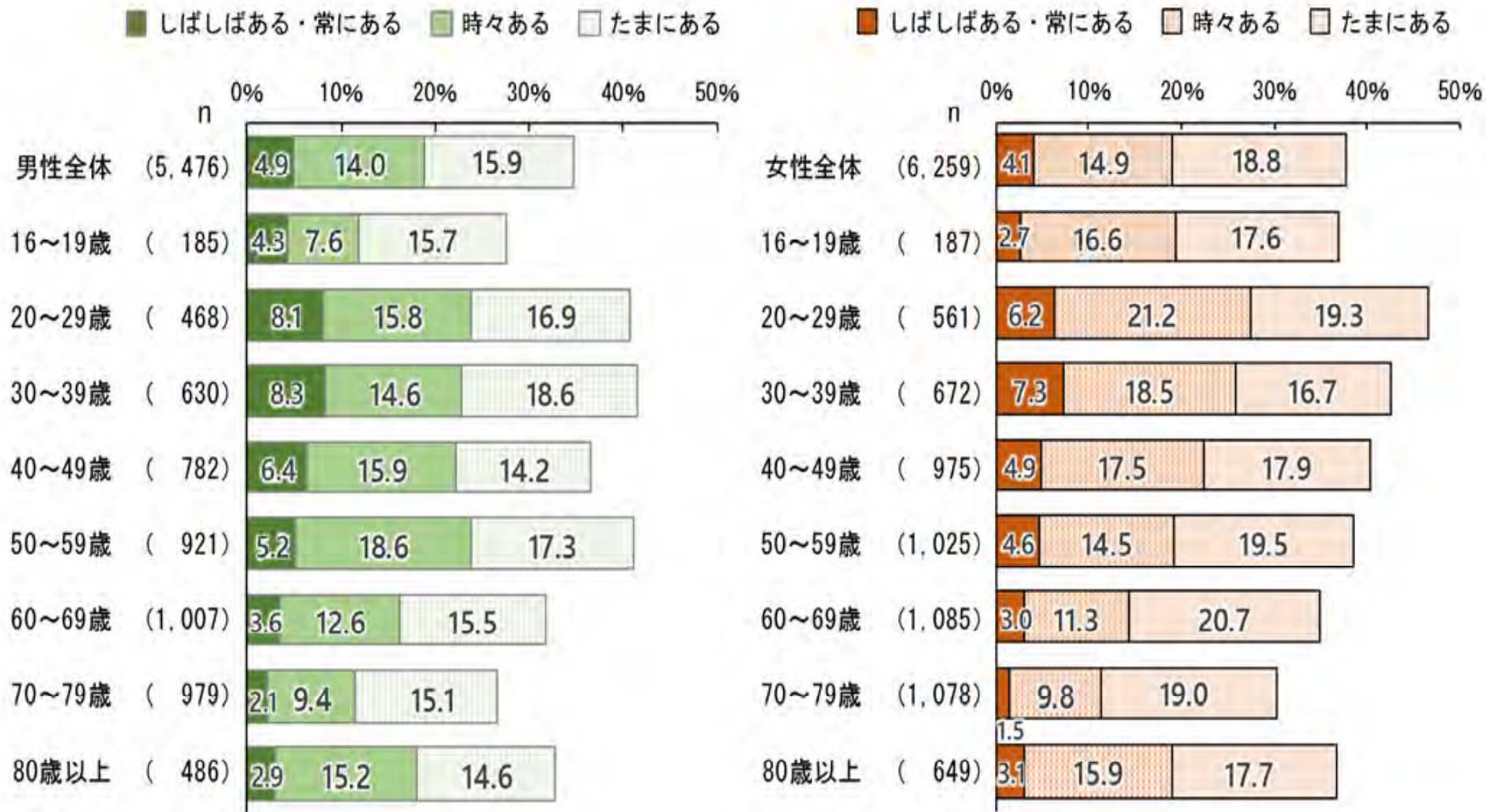
ref: Proportion of respondents who rarely or never spend time with friends, colleagues, or others in social groups (OECD social indicators 2005) (): proportion in imputed data

UK = 5.0%, Japan = 15.3%, OECD-20 = 6.7%

Saito M. et al. (2020) Cross-national comparison of social isolation and mortality among older adults: A 10-year follow up study in Japan and England. *Geriatr Geront Int* (Epub ahead of print)

《参考》

孤独感の強い人は5%弱。時々を含めば2割程度。 ～高齢層より壮年層でやや多い可能性あり～



2. 社会的孤立の何が問題なのか

人づきあいには煩わしさもあるし...

社会的孤立・孤独は本人の嗜好、選択の結果であって《問題》ではない？

学術的には、

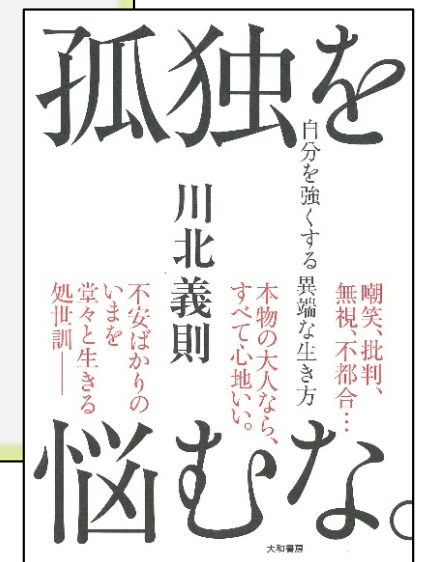
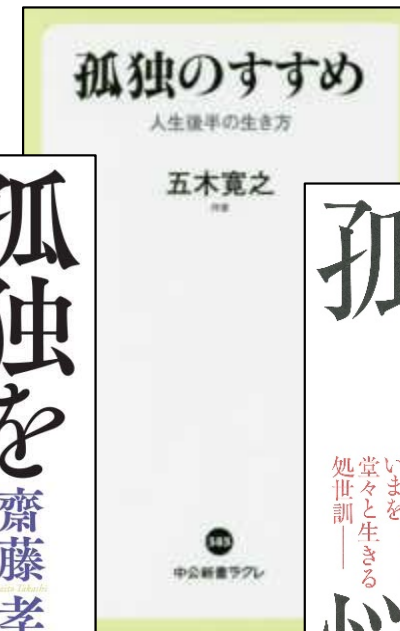
自ら望んだ孤立 (Voluntary Isolation)

社会情緒的選択理論 (Socio-Economic Selectivity Theory)

離脱理論 (Disengagement Theory) など

自己啓発に類する書籍でも
孤独を肯定的に扱ったかのように
見えるものが少なくない
(右記参照) 注

本当なのか??

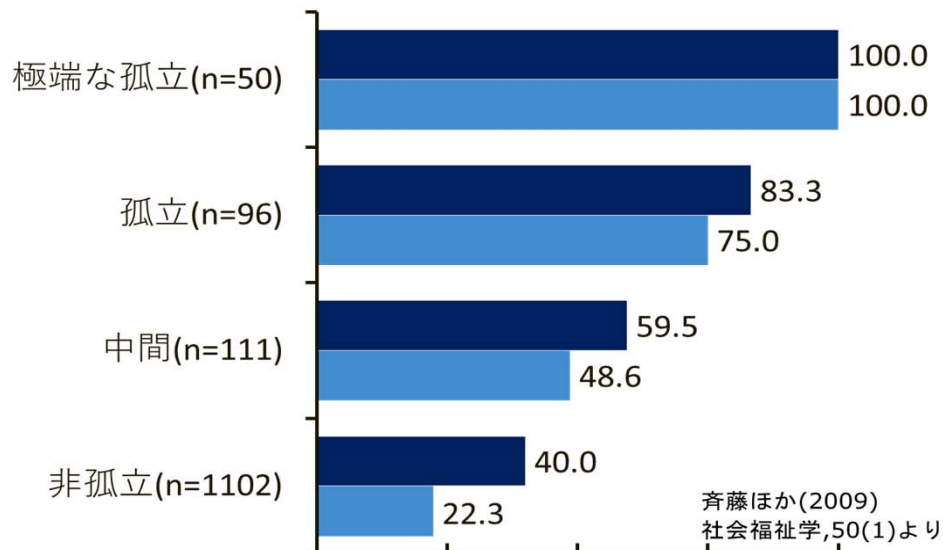


注) これらの書籍の主張はタイトルほど過激ではない。ときには一人でいる時間をつくって読書をしたり、内省することも大切であるという程度であり、孤独感を抱えている方が豊かな人生を過ごせるという主旨ではない。なかには、適度な人間関係としての「お節介」が重要であるとも指摘されている。

孤立は様々な「問題」と密接に関連している。 ～単に人との交流が乏しい状態なわけではなさそう～

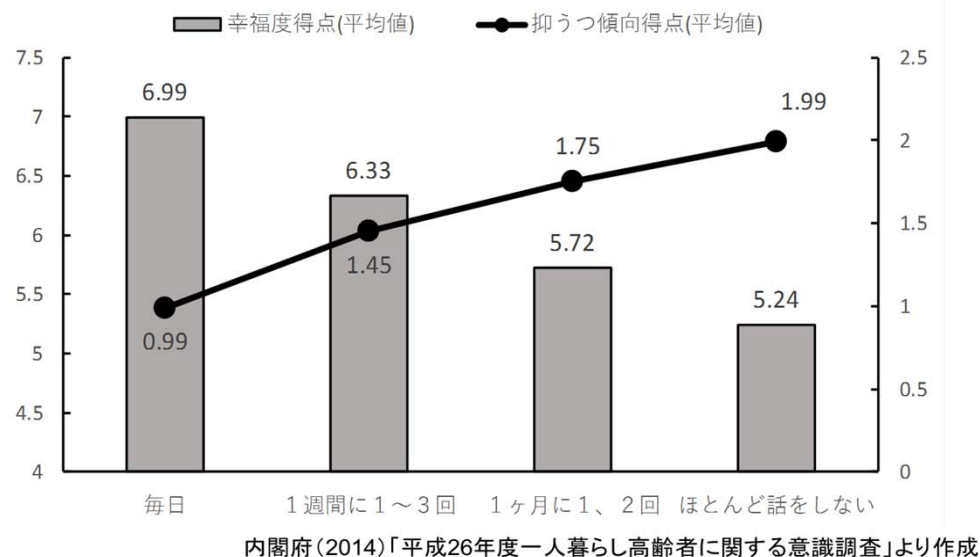
孤立者はソーシャル・サポートが乏しい

「看病や世話をしてくれる人」がいない%
「ちょっとした用事をしてくれる人」がいない%



孤立者の多くは強い孤独感を抱えている

家族やその他との会話や世間話の頻度(電話を含む)による
幸福度・抑うつ傾向の相違



社会的孤立は自殺と関連する

- 自殺者には独居、親しい友人等がいない人が多い。
自殺の引き金になりうる出来事が発生した際に
孤立していると自殺に直結しやすい (Monk 2000)

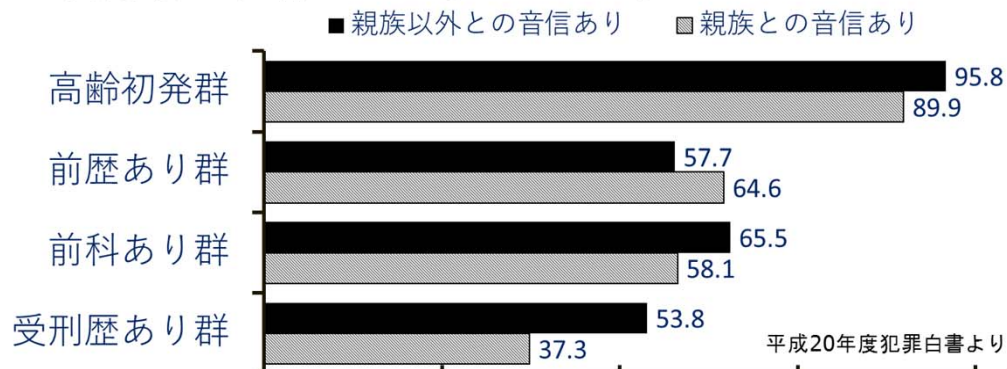
「フィンランドの自殺者」

	都市 (n=143)	農村 (n=85)
親しい異性の人がない	18%	36%
共通の趣味がある友人がいない	38%	49%
子どもがいない	37%	39%

Isometsä E et al. (1997) Acta Psychiatrica Scandinavica. 95(4)

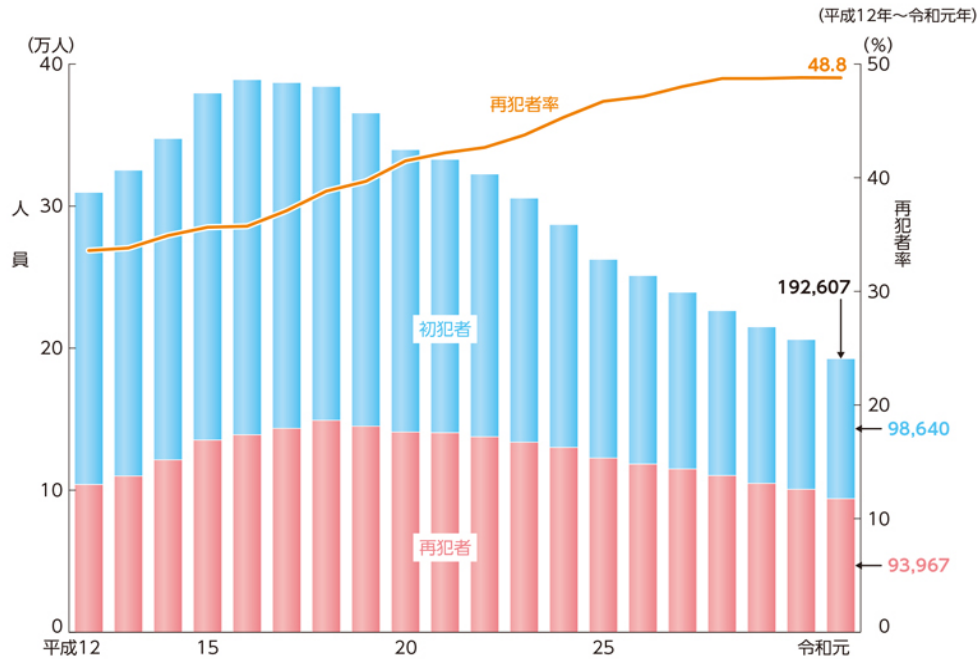
高齢者の犯罪とも関連している可能性あり

- 高齢者による犯罪率は急増中。生活困窮による窃盗
や介護疲れによる殺害のいずれも社会的に孤立した
高齢者が犯罪に向かうケースが多い



犯罪率は低下中だが再犯者比率は上昇中（約半数を占める）

5-2-1-1 図 刑法犯 検挙人員中の再犯者人員・再犯者率の推移



注 1 警察庁の統計による。
 2 「再犯者」は、刑法犯により検挙された者のうち、前に道路交通法違反を除く犯罪により検挙されたことがあり、再び検挙された者をいう。
 3 「再犯者率」は、刑法犯検挙人員に占める再犯者の人員の比率をいう。

・ 下関駅放火事件 Fさん

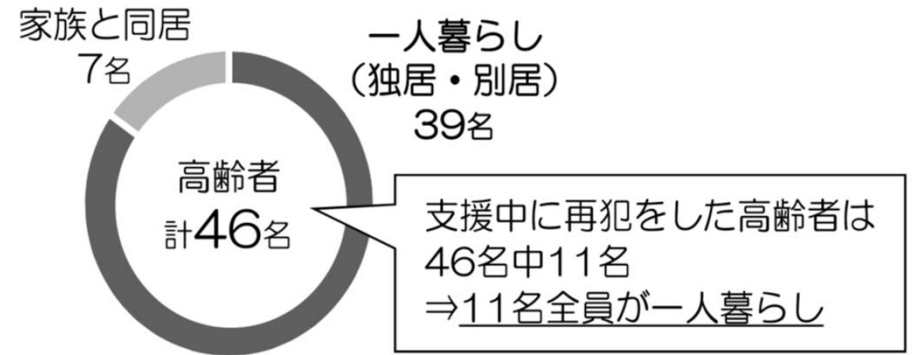
2006年1月7日未明、下関駅に放火して焼失させた。当時74歳。被害額は5億円以上で、懲役10年の判決。

・ 犯行の動機「刑務所に戻りたい」

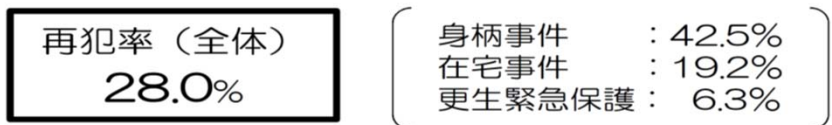
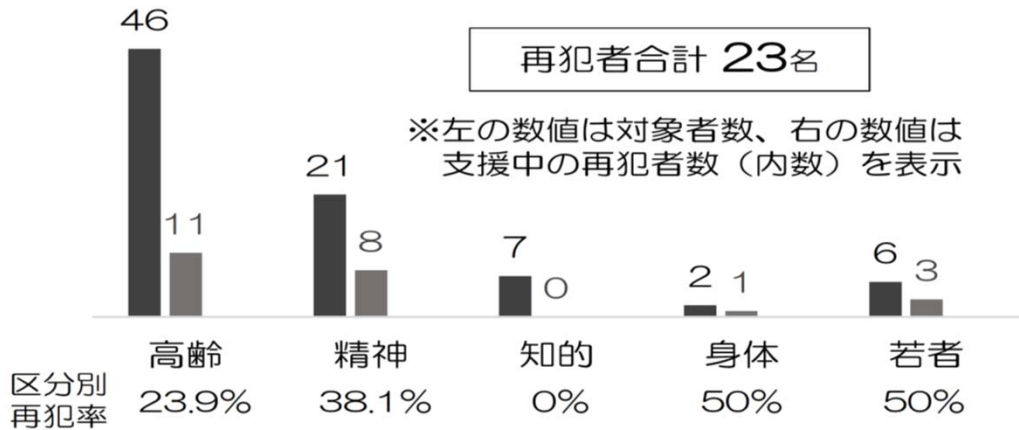


・ 人生で一番つらかったのは「刑務所を出た時、誰も迎えに来なかったこと」

⇒ 支援は、太いロープではなく、たくさんの細い糸で。



一人暮らしで親族・知人との交流が極端に少ないなど、孤立傾向のある人への重点的な支援が求められる
 ※再犯のきっかけの見極め、親族等への働きかけなど。ただし監視ではなく、本人の希望する生き方について考える中で目標や生きがいを感じられるようにするための配慮も必要



他者との交流が少ない人、相談相手がない人ほど強い孤独感を抱えやすい (自ら望んだ状態とは言い難い)

どの程度、孤独であると感じることがあるか

■ しばしばある・常にある
 ■ 時々ある
 ■ たまにある
 ■ ほとんどない
 ■ 決してない
 無回答

同居以外の人との交流頻度



不安や悩みの相談相手

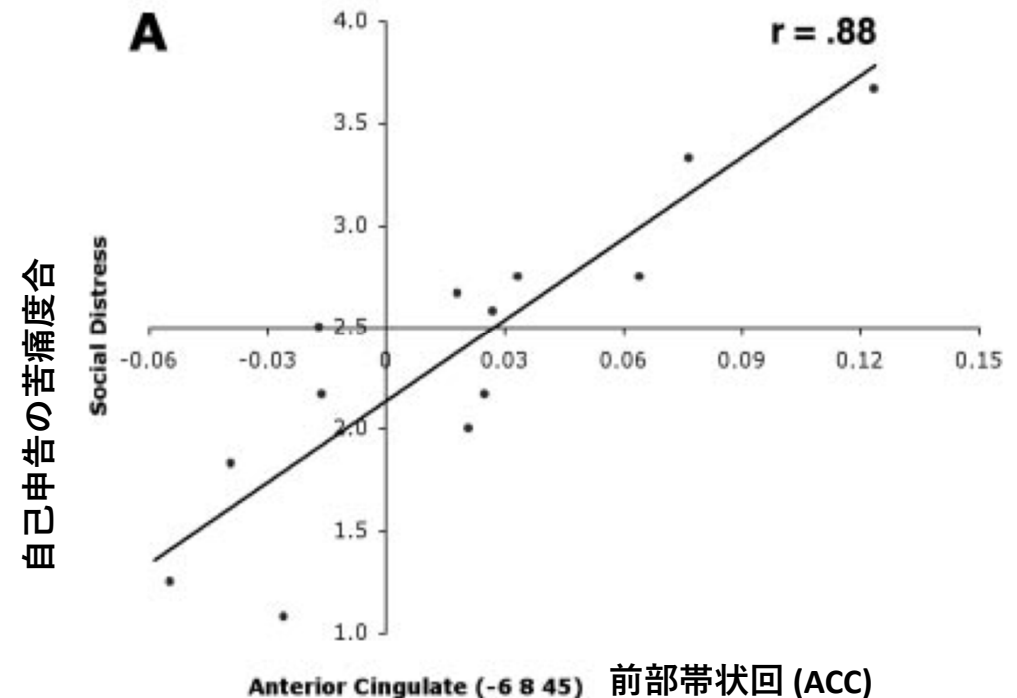
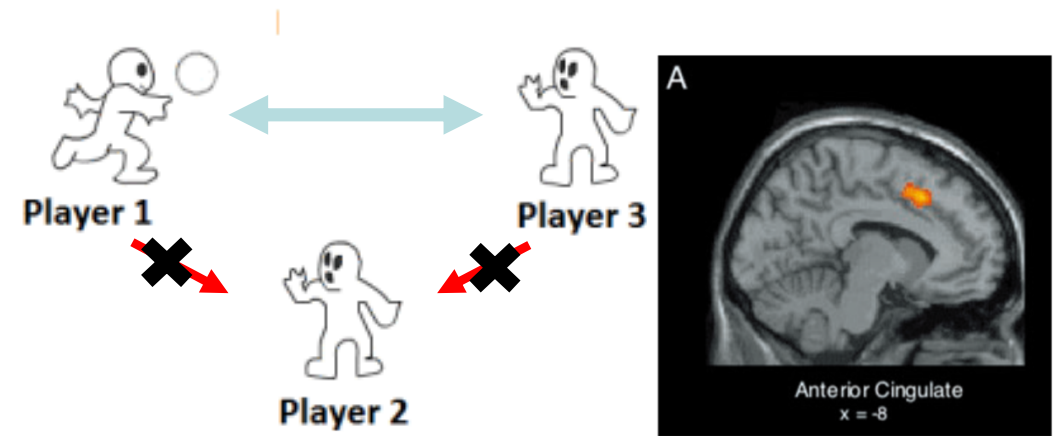


孤立(仲間外れ)は肉体的な苦痛と同様の反応

3人のボール・トス・ゲームで、途中から仲間外れにされてしまうとどうなるのか (n=13) ※大学生を対象

- 仲間外れにされている間のみ、神経上の“警報装置”である前帯状皮質が反応 (肉体的苦痛と同様)
- 上記の反応は自己申告による苦痛度合とも強い相関あり

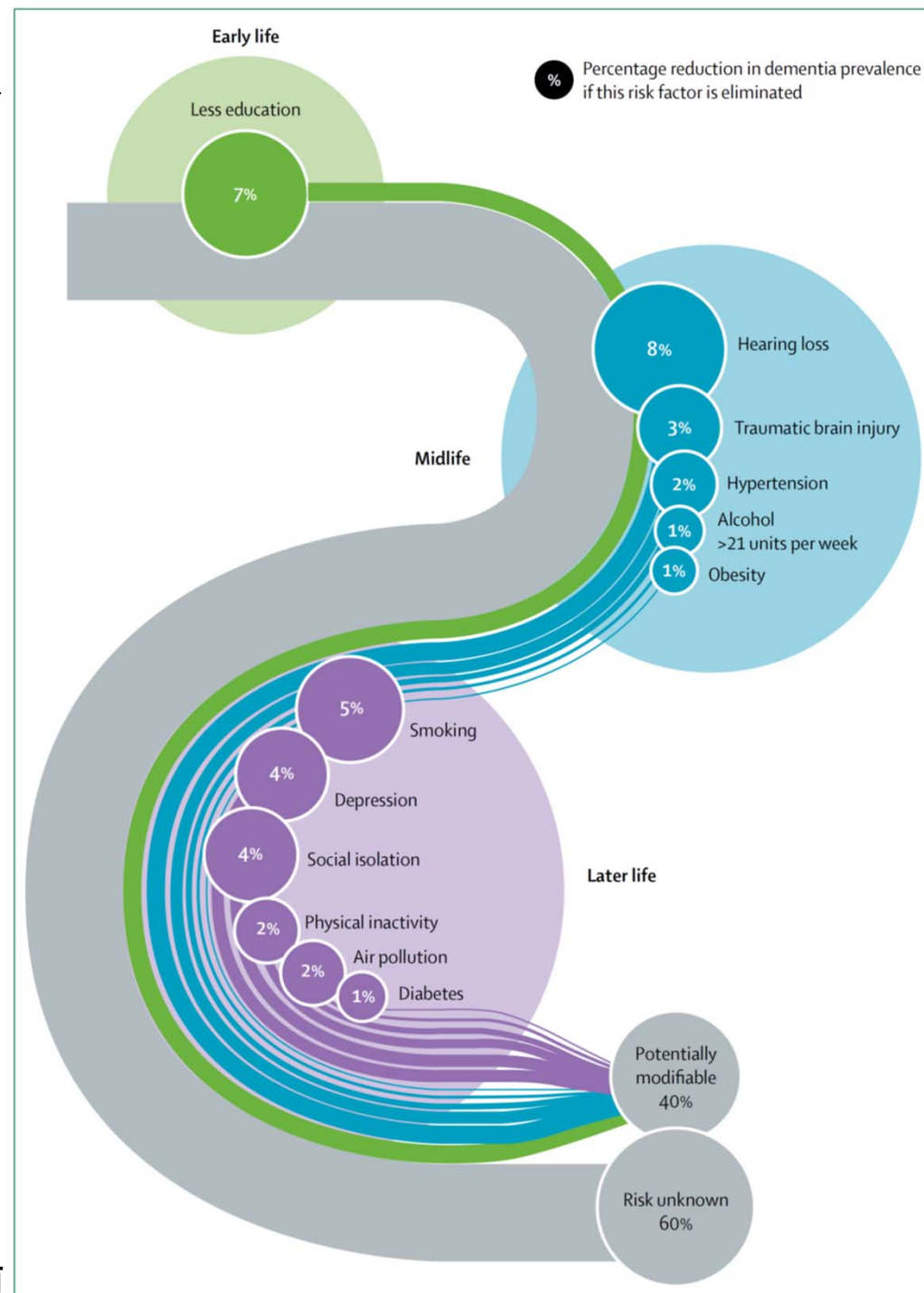
人間にとって疎外されることは肉体的苦痛と同じ脳内処理が行われている可能性あり



予防できる認知症の12要因

～以下で40%を予測できるよう～



- 幼少期の中等教育未修了 7% (8%)
- 中年期の聴力低下 8% (9%)
- 中年期の外傷性脳損傷 3%
- 中年期の高血圧 2%
- 中年期のアルコール高摂取 1%
- 中年期の肥満 1%
- 喫煙 5% (5%)
- うつ 4% (4%)
- 社会的孤立 4% (2%)
- 運動不足 2% (3%)
- 大気汚染 2%
- 糖尿病 1% (1%)



()内は2017年レビュー時の値

日本では年間1.9~2.0万人程度の高齢者が 孤立状態にあることで早期死亡に至っている可能性あり

- 社会的孤立は、情報や資源の不足、サポートの乏しさ、自己効力感や自尊感情の低下を経由して不健康へ。
- 人づきあいの乏しさは喫煙と同程度のリスクである (Holt-Lundstad et al. 2010)。

	孤立の 曝露割合	総死亡 への ハザード比	集団寄与危険度	
			% ^{b)} (95%CI)	n ^{a)}
日本 	他者との交流頻度 (月に1回未満) 8.7 (8.2 - 9.2)	1.18	1.6 (1.5 - 1.6)	18,799 (17,788 - 19,809)
英国 	他者との交流頻度 (月に1回未満) 1.3 (1.1 - 1.7)	1.27	0.4 (0.3 - 0.5)	1,827 (1,422 - 2,232)

a) 年間死亡者数は日英の公的統計に基づいて下記の値を用いている。

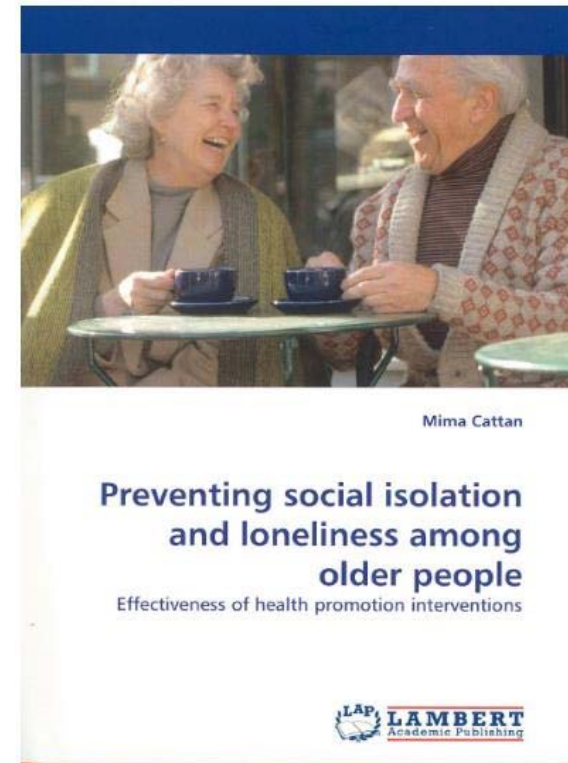
日本=1,208,908 (2017) 英国: N=422,159 (2017)

b) 集団寄与危険(%) = $\frac{Pe (HR - 1)}{(Pe (HR - 1)) + 1}$ Pe: 曝露割合, HR: ハザード比

3. 今後どのようなことが求められているのか（5つの課題・論点）

英国における孤立・孤独軽減にむけた効果的な取り組み（Cattan 2010）

- ① 各種の趣味活動・パーティー
- ② 生活雑事の訪問支援
- ③ 情緒的な相談支援／電話相談
- ④ (低価格の)配食サービス
- ⑤ 保健福祉サービスの利用案内
- ⑥ 身体活動・エクササイズ
- ⑦ 移動支援
- ⑧ お料理教室



日本でも [社会福祉協議会](#) をはじめ
様々な団体によって同様のプログラムが行われている

↓
必要なのは運営・管理・評価

高齢者の社会的孤立対策に関する事業の「利用実績が低調；適切にニーズが把握されていない」「事業の目標が未設定」など（総務省2013）

論点① 当該サービスは主に誰を支援するのか (誰を支えるのか)

認知力や判断力が低下してセルフ・ネグレクトに陥っている人

すぐに支援が必要

遠慮や気兼ね、生きる意欲の低下によりセルフ・ネグレクトに陥っている人

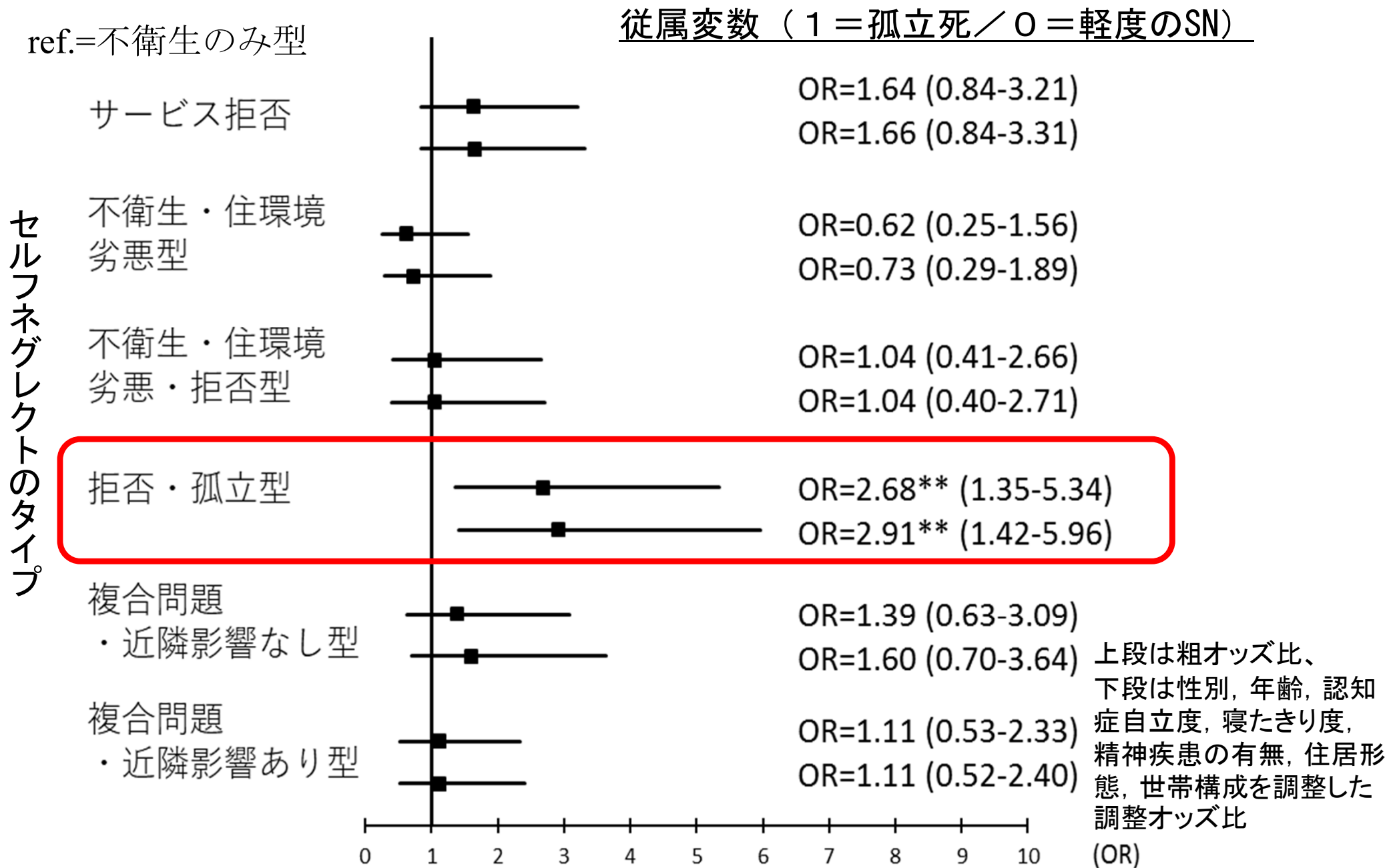
自己決定を含めて支援が必要

認知力や判断力の低下はなく、必要な情報を得て、自分の意思と判断に基づいているが、客観的にみるとセルフ・ネグレクトに陥っている人

支援が必要になる可能性がある

自由権があり、介入は難しいが、意思や判断は今後変わるかもしれない

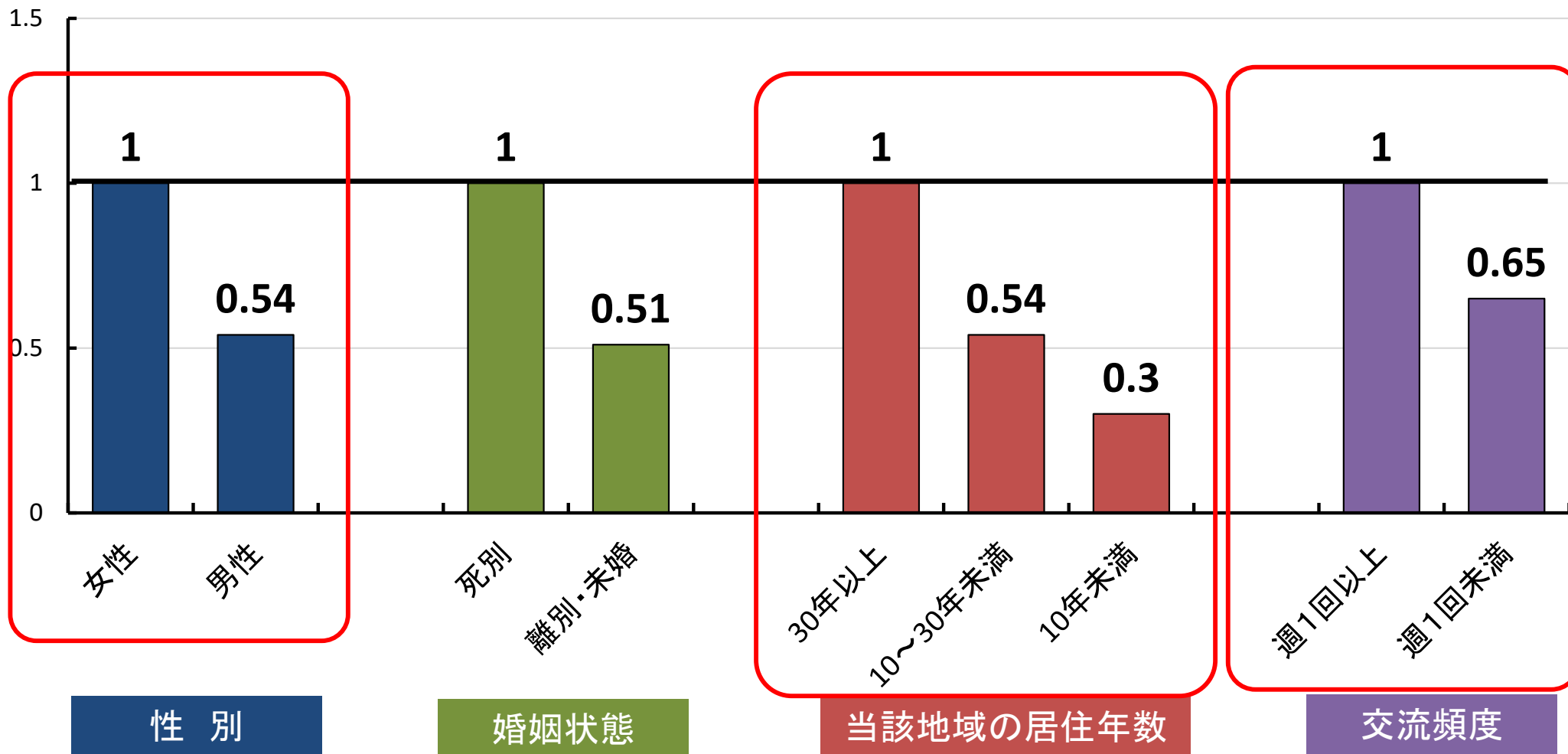
ただし、孤立死に至っているのは...??



論点② サービスは誰に届いているのかという視点 申請主義（手上げ方式）で良いのか？

どういう独居高齢者が見守りサービスを利用しているのか

(オッズ比)



社協の利用者名簿データと調査データを結合できた428名（見守りあり：116名、見守りなし：312名）を分析したもの。一部抜粋。

【参考】

絆のあんしん協力員 (東京都足立区)

- 介護保険サービスを利用していない70歳以上単身世帯
75歳以上のみ世帯を対象
- 世帯以外の人と10分程度の会話する頻度が1週間に1回未満、相談相手がいない状態の人を孤立と判断
- 実態調査＋専門職(包括)の判断で対象者を決定
- 条例に基づいて実施。
不同意の場合のみ対象から除外

? 孤立ゼロプロジェクト ってなんですか?

このプロジェクトは、いくつになっても地域の人の交流があり、笑顔があふれる“お互いさまのまち”を、みんなのちからで築いていく活動です。

- 1 気づく**
町会・自治会、民生委員の方々が、聞き取り調査を行います。現在は高齢者を対象にしていますが、若年者の社会的孤立対策についても準備しています。
- 2 つなげる**
調査の結果「世間話の相手」「困りごとの相談相手」がいない方に対して地域包括支援センター職員が「絆のあんしん協力員」をご紹介します。
- 3 寄り添う**
「絆のあんしん協力員」が定期的に世間話をしに伺ったり、見守りや声かけなどを行います。
- 4 居場所をつくる**
「絆のあんしん協力員」などが、地域のイベントや教室、サロン活動などにお誘いします。
- 5 社会参加へ**
自ら進んで地域活動や地域社会に参加し、年齢に関わらず、生きがいを持って日々を送っていただくことを目指します。

地域包括支援センターとは
足立区から委託を受けた公的な「高齢者総合相談窓口」です。福祉・介護サービスの紹介や申請手続きなどに関する相談を福祉や医療の専門職がお受けします。
孤立ゼロプロジェクトでは、地域で気になる方と「絆のあんしん協力員」をつなげます。

お互いさまのまちづくり
あなたのまちでも!

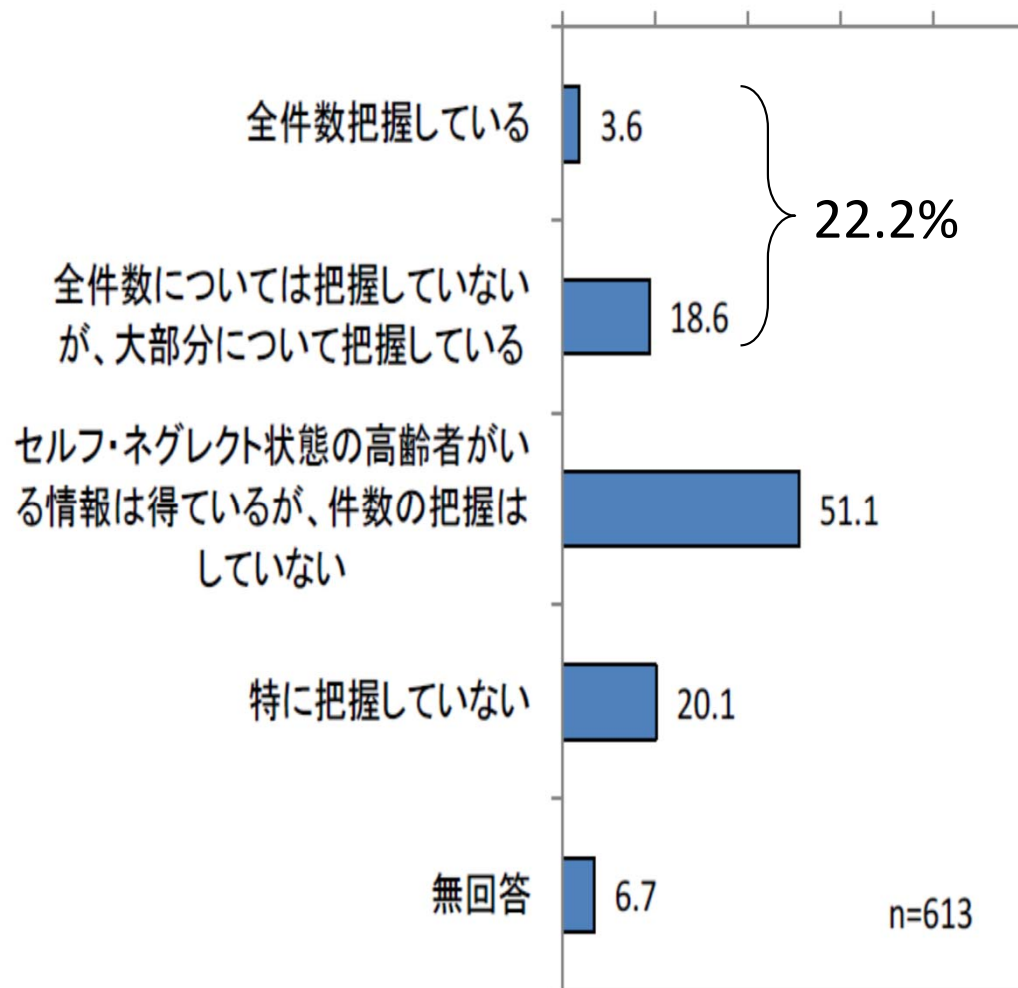
孤立ゼロプロジェクト
～絆のあんしんネットワーク～

お問い合わせ先
足立区地域のちから推進部 絆づくり担当課
03-3880-5184

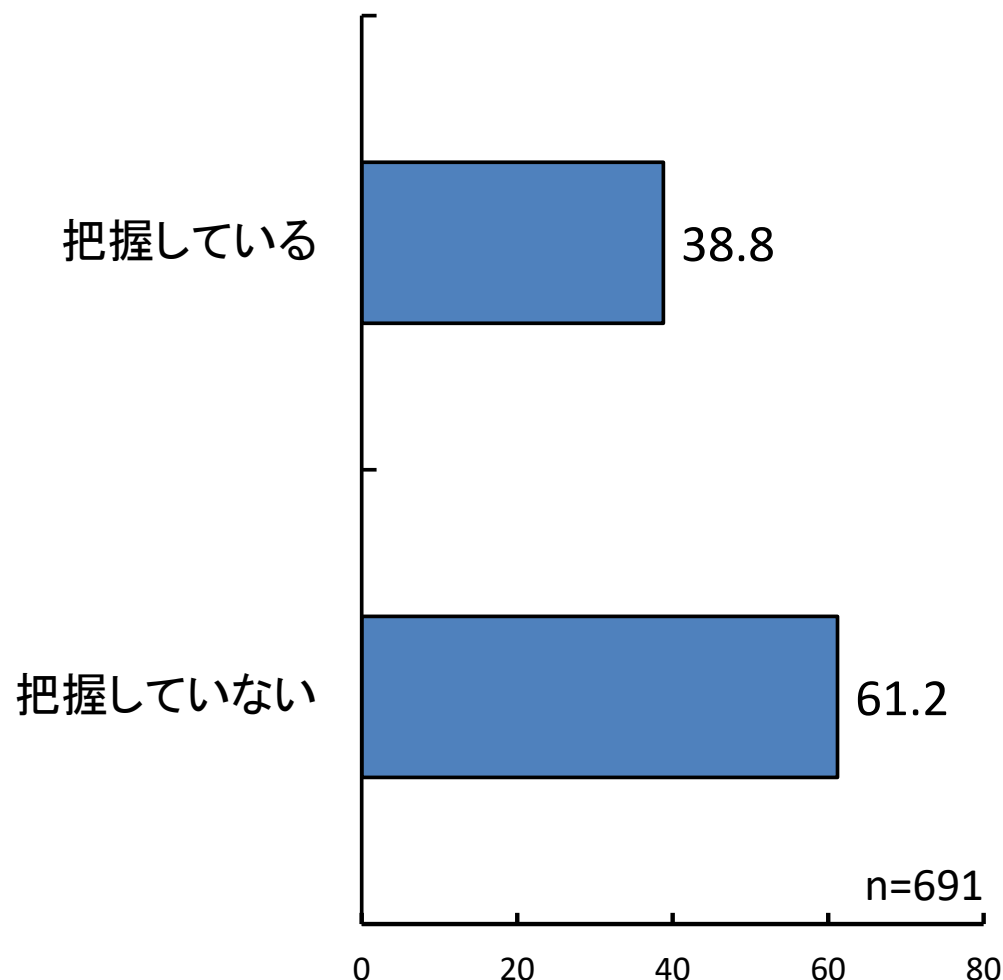
論点③ どの誰が主体的に関わるのか ～支援者・支援体制のルールづくり～

前提として全国95%の市町村高齢福祉担当部署は重要な問題として認識している
(2015年調査時点)

セルフネグレクト事案の数を把握しているか？



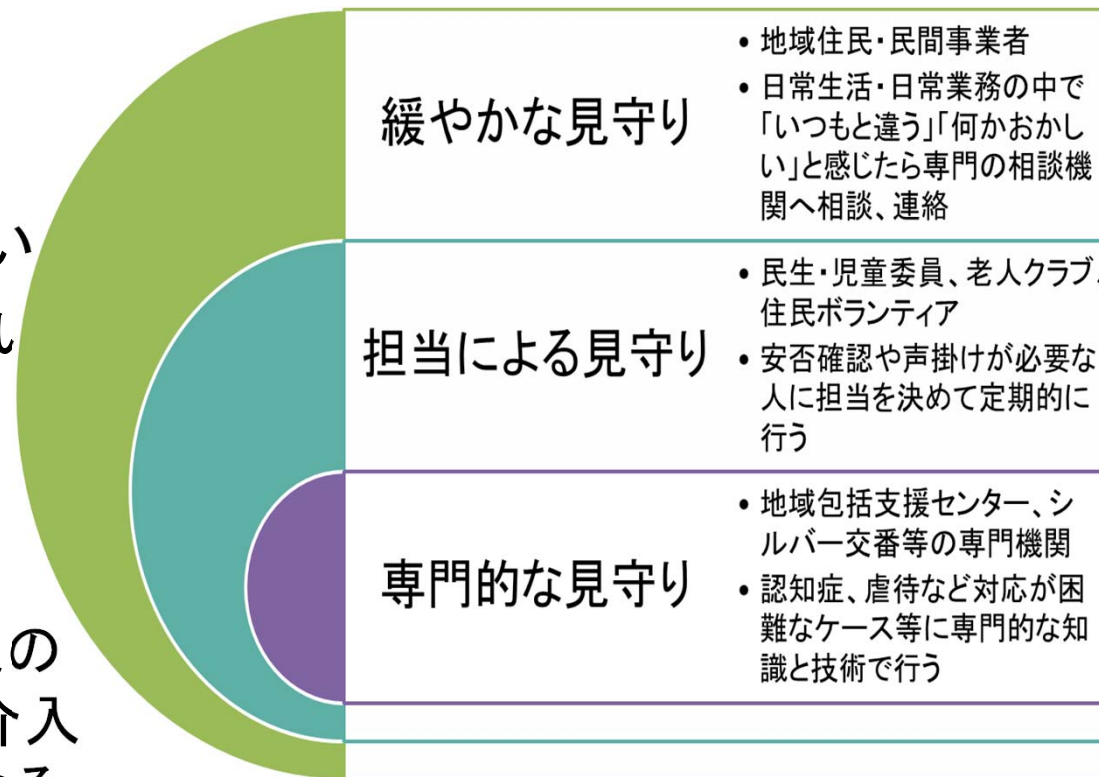
あい権利擁護支援ネット(2015)
『セルフ・ネグレクトや消費者被害等・・・』より



NTT Data経営研究所(2022)
『高齢者虐待等の権利擁護を促進する・・・』より

(自由回答より抜粋)

- 介入できる法的根拠がないため、ぎりぎりまで見守ることしかできない
- 拒否されると積極的な介入が難しい
- 体調を大きく崩すタイミングを待ち、各種サービスへつなげることしかできない。
- 明らかにゴミ屋敷であっても、本人の拒否があっては介入できないし、介入するにも本人のお金を使うことになるので強制的なことはできない
- 強制力はなく、理解を促す意外に方法がないため、困難さを感じている
- このままの生活を続ければ孤立死することも明らかな状態にある中で、どこまで高齢者の意思や人権を尊重すべきかを迷う。虐待に準じた対応をしたいケースは多々あるが、一步間違えると人権侵害になりかねない
- 本人が望む生活がみえないため、支援の方向性もみえない
- 行政からは『担当ではない』『命に別状なし』『本人が困っていないので対応できない』等の理由で対応を断られる」

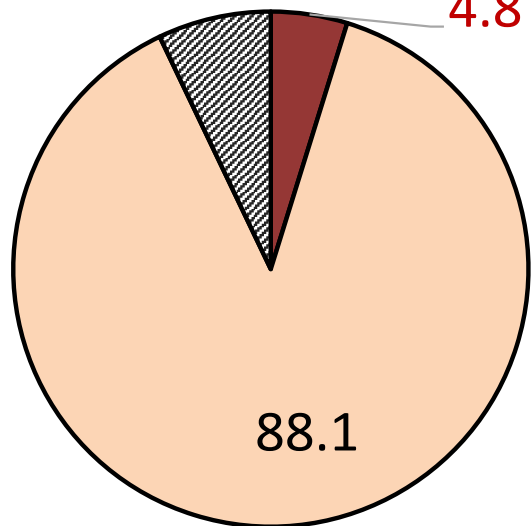


東京都福祉保健局「高齢者の見守りガイドブック」平成25年を一部改変
岸恵美子教授(東邦大学)より情報提供

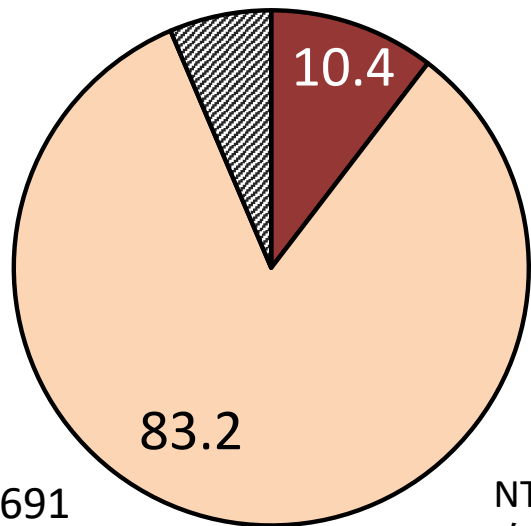
虐待に準ずる対応としての進捗状況

セルフネグレクト防止に関わる内容を記載した行政計画の有無

■ある □ない ▨不明

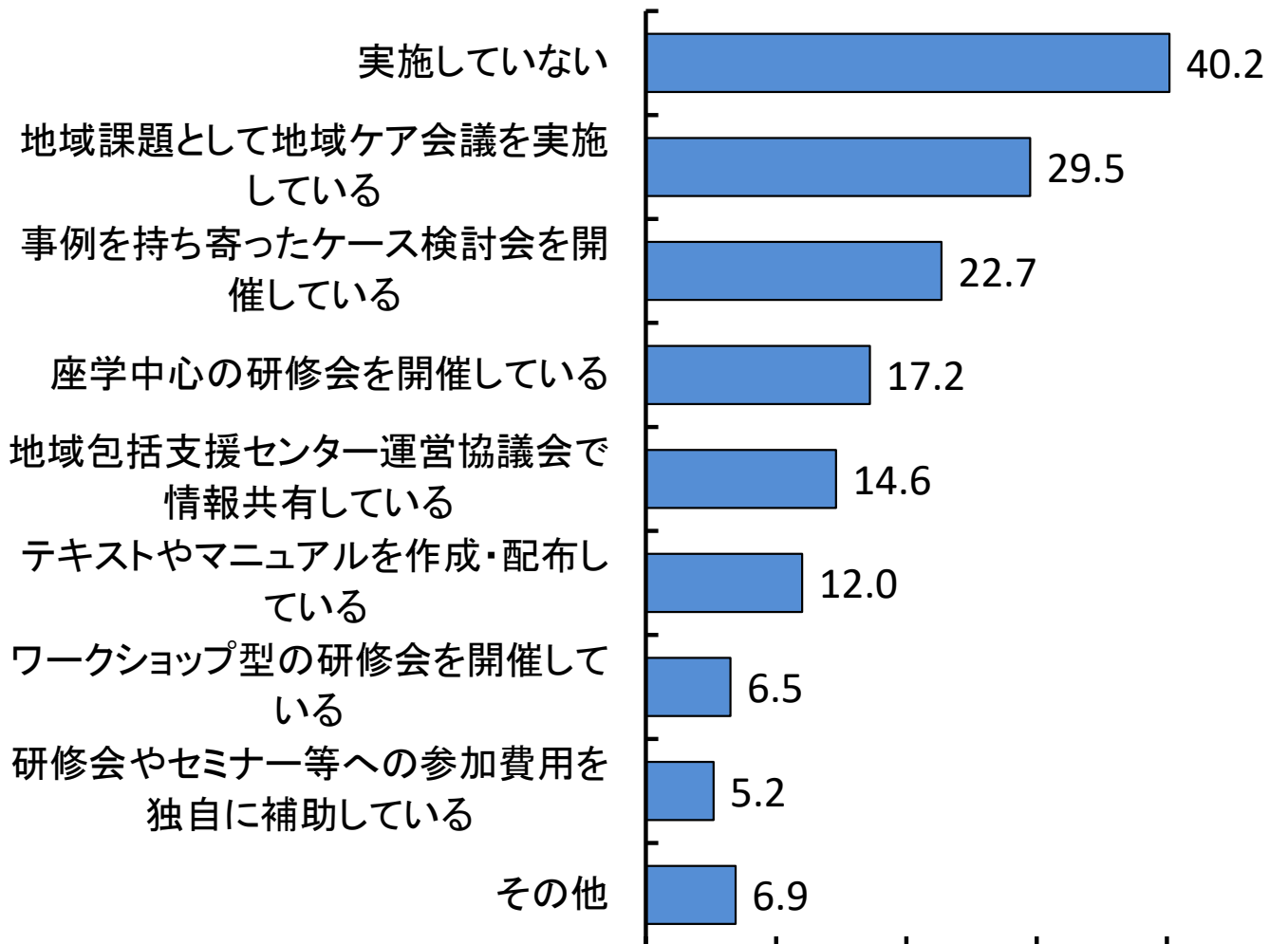


セルフネグレクト防止に関わる内容を記載した行政計画の有無



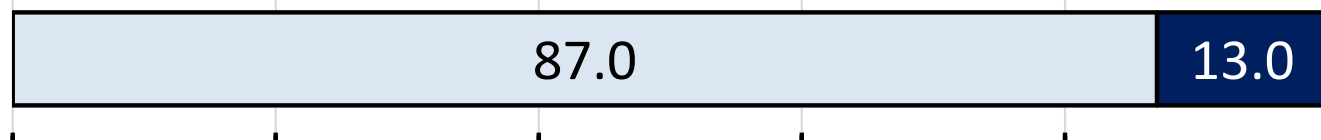
n=691

虐待に準ずる対応に関する知識等を習得する場や機会の提供



終結した事案の事後検証の有無

□事後検証をしていない ■事後検証をしている

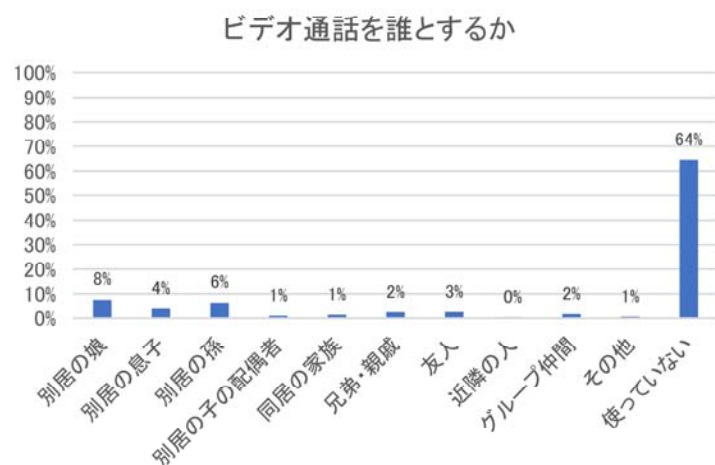
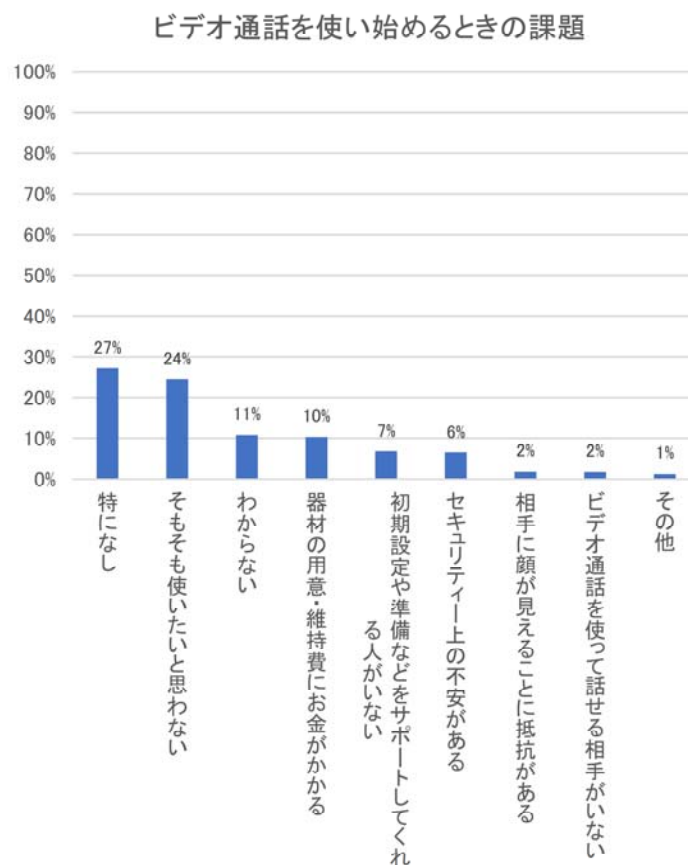
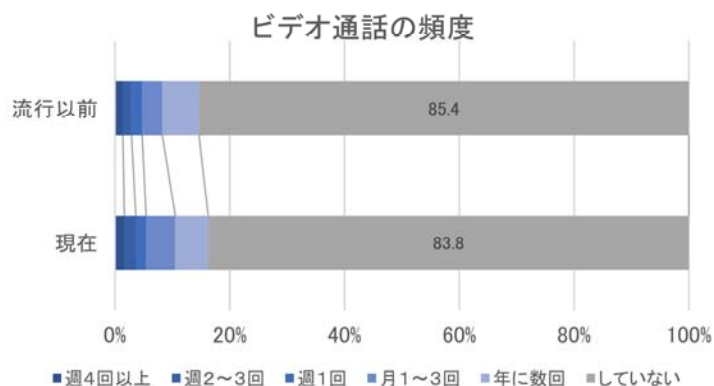


NTT Data経営研究所 (2022)「高齢者虐待等の権利擁護を促進する地域づくりのための自治体による計画策定と評価に関する調査研究事業報告書」より

論点④ ソーシャルメディアを活用した交流の可能性

- オンライン・パソコン講座（基本操作、オンラインショッピング、ビデオ通話などを5～42週間実施）は、一対一でもグループワークでも、社会的ネットワークのスコアが有意に上昇（Jones et al. 2015）

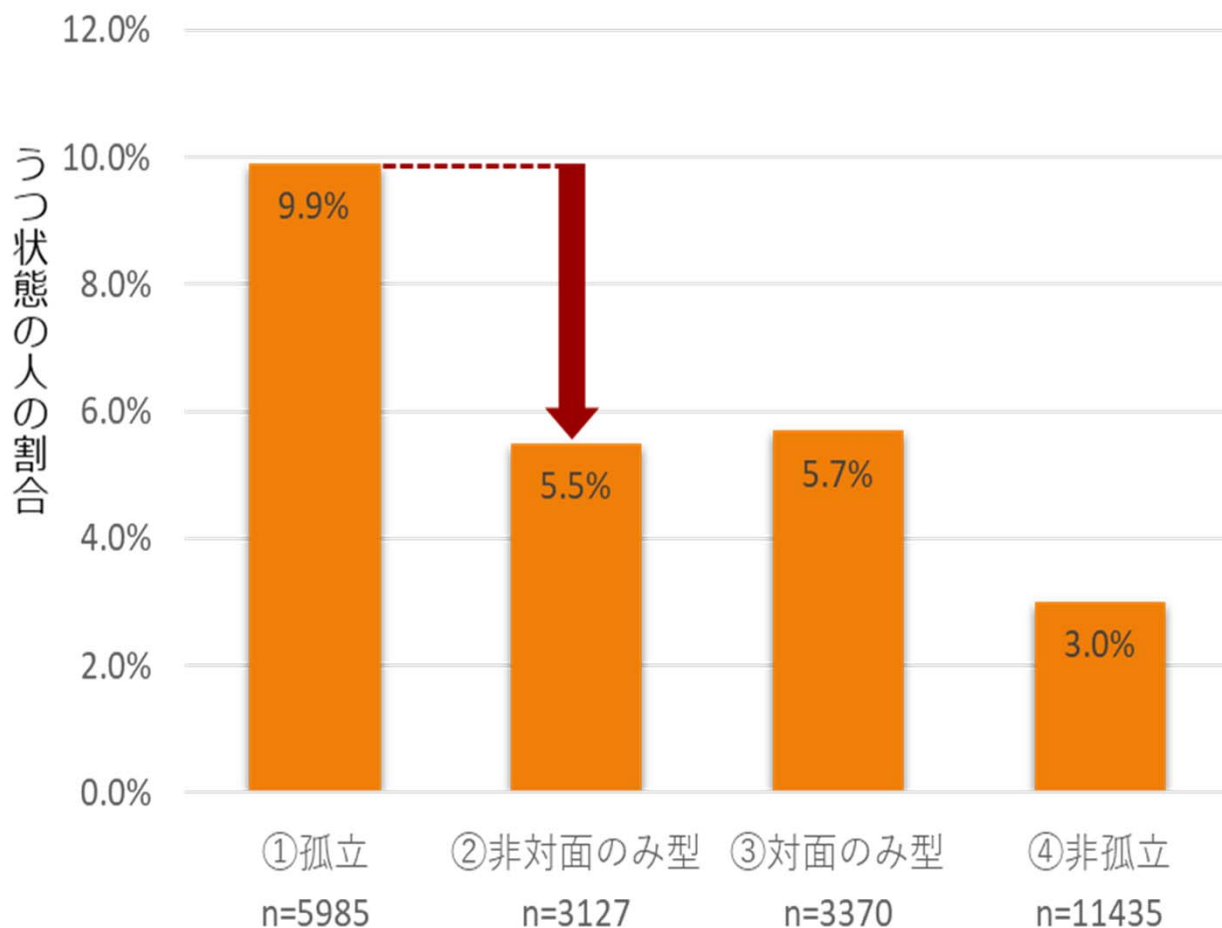
ビデオ通話（顔が見えるもの）の利用状況



AMED長寿科学研究開発事業「外出自粛による高齢者の行動・健康影響調査」
 (分析: 佐藤豪竜氏, 京都大学医学研究科社会疫学分野) より

非対面交流のみでも抑うつに対して 保護的に作用する可能性あり

JAGES2019データを用い、23,917名を対象とした分析



- ①孤立 → 対面交流なし・非対面交流なし
- ②非対面のみ型 → 対面交流なし・非対面交流あり
- ③対面のみ型 → 対面交流あり・非対面交流なし
- ④非孤立 → 対面交流あり・非対面交流あり

・対面交流なし（下記2つの指標を再カテゴリー化し、「週1回未満」に該当した状態）

問7-1)友人・知人と会う頻度はどれくらいですか。
 選択肢：1.週4回以上 2.週2~3日 3.週1回 4.月1~3回 5.年に数回 6.会っていない

バージョンH 問18-4)別居の家族や親戚と会う機会はどれくらいありますか。 選択肢：1.ほとんど毎日 2.週2,3回 3.週1回程度 4.月1,2回 5.年に数回 6.ほとんどない 7.別居の家族や親戚はいない

・非対面交流なし（下記2つの指標を再カテゴリー化し、「週1回未満」に該当した状態）

バージョンH 問18-6)友人・知人と手紙、電話、メールなどで連絡をとりあう機会はどれくらいありますか。
 選択肢：1.ほとんど毎日 2.週2,3回 3.週1回程度 4.月1,2回 5.年に数回 6.ほとんどない

バージョンH 問18-5)別居の家族や親戚と手紙、電話、メールなどで連絡をとりあう機会はどれくらいありますか。 選択肢：1.ほとんど毎日 2.週2,3回 3.週1回程度 4.月1,2回 5.年に数回 6.ほとんどない 7.別居の家族や親戚はいない

・うつ状態（下記の10-15点に該当した状態）

問10-1)~15)を点数化
 0-4点問題なし 5-9点うつ傾向 10-15点うつ状態

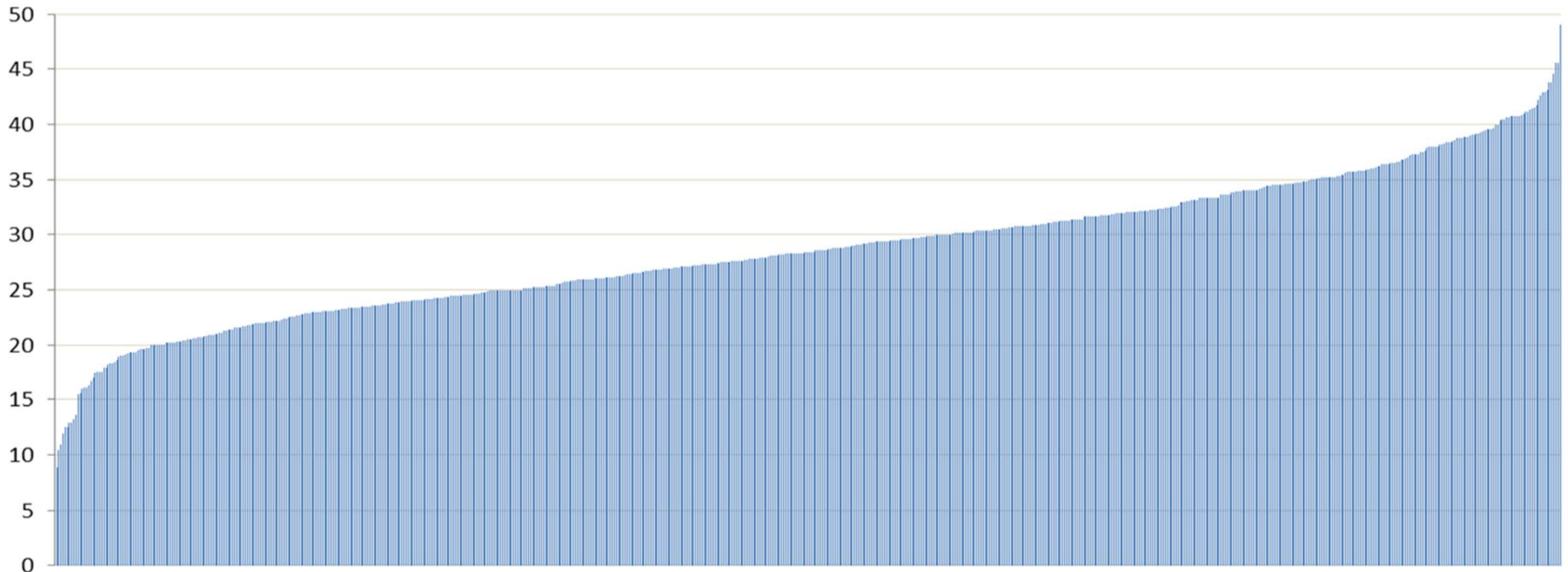
※前期・後期高齢者で2群に分けた分析でも結果はほぼ変わらず

論点⑤ 孤立しにくい地域環境づくりという視点 ～ポピュレーションアプローチの可能性～

- (個人要因を調整した上でも)騒音や大気汚染、安全度などで荒廃化が進んでいる地域(Krause 1993)、貧困率が高い地域(Tigges et al. 1998)では孤立しやすい。

友人等との交流頻度が年数回・まったくくないの学区単位%
(8.9～49.0%)

※5倍程度の格差あり。



予防戦略の視点;ハイリスクアプローチの限界

ハイリスク・アプローチが有効となる4条件

1. リスクが比較的少数者に限られ
2. ハイリスク者をスクリーニングでき
3. 長期的に有効な治療法が確立し
4. それが多くほとんどの人に提供可能

(失敗事例)

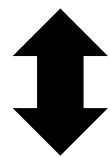
介護予防教室:特定高齢者が把握できず、把握できても参加してもらえない。

目標値＝高齢者人口5% vs 実際値＝0.2%
対象者把握＝300億円以上

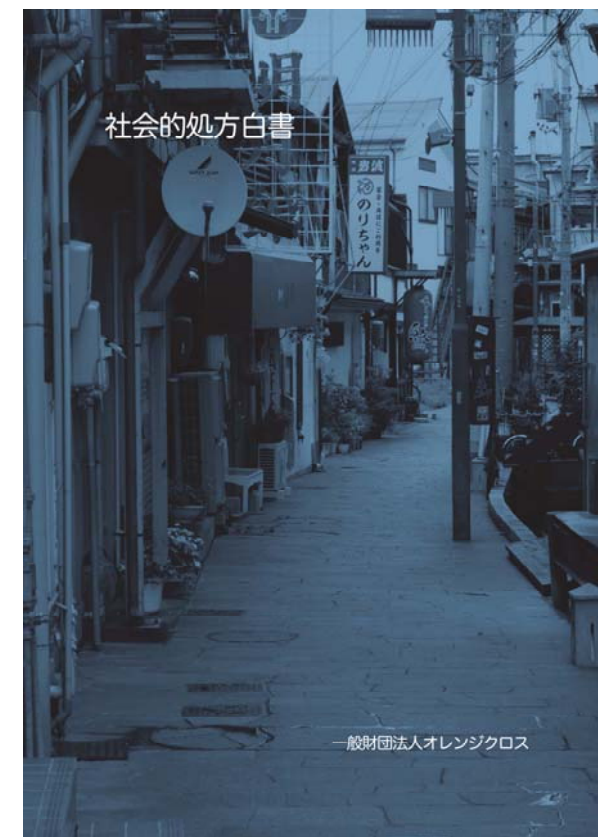
“社会的処方”の可能性と課題

医療機関等を起点として、健康問題を引き起こしたり治療の妨げとなる可能性のある社会的課題を抱える患者に対して、その社会的課題を解決し得る非医療的な社会資源につなげ、ケアの機会を患者とともにつくる活動

(西岡大輔・近藤尚己 (2020)『医療と社会』)



「社会的処方」という形で制度化すべきか否か、制度化できるのか否かについてはまだ様々な論議あり。



【参考】 オレンジクロス (2021) 社会的処方白書

https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf

- 社会的孤立とは家族やコミュニティとほとんど接触がないことを指す。人との交流が週1回未満という状態から健康リスクになる可能性がある。高齢者では1~2割程度が該当する。
- 「自ら望んだ孤立」という指摘もあるが、社会的孤立は単に人との交流が乏しいだけでなく、サポートの乏しさや孤独感、自殺や犯罪等とも関連し、年間2万人もが早期死亡に至っている可能性のある「問題」といえる。社会的孤立および孤独への対策は日本でこそ重要と考えられる。
- 社会的孤立の軽減・予防にむけて、日本でも社会福祉協議会をはじめ、様々な団体によって同様のプログラムが行われているが課題も多い。プログラムの管理・評価、支援体制の再確認、新たなメニューの開発、社会環境の改良・改善は今後検討すべき課題といえそう。