

第2章

荒廃した住居の住人に対する 精神保健福祉的介入のあり方

東京都立中部総合精神保健福祉センター副所長

(公財) 東京都医学総合研究所客員研究員 **菅原 誠**

はじめに

荒廃した住居が発生する要因は大きく分けて個体要因と社会環境要因がある。個体要因の要素としては、身体能力、認知症やアルコール依存など判断力や処理能力に影響を与える疾患の有無、精神疾患や神経発達症群（DSM-5¹⁾：従来の「発達障害」や「知的障害」に代わる和訳呼称）の有無と程度、本人の性格特性などが含まれる。社会環境要因としては、家族関係、ライフイベント（家事を支えていた家族の死亡や施設入所など）、地域医療事情、地域のコミュニティの力と本人との関わり、自治体の保健福祉サービスの充実度、自治体の荒廃した住居解消に向けたサービスの有無、などが考えられる。個体要因を解決できても社会環境要因が解決されなければ問題は解決しないし、その逆もまた然りで、車の両輪のような関係である。

個体要因として、何らかの精神疾患や認知症、神経発達症群（発達障害や知的障害）などがある場合、いわゆるごみ屋敷対策条例や景観条例などによって強制力を伴う措置を行っても、当事者の病状によっては事理弁識能力を欠いていて判断できない可能性もあり、さらに行政代執行による問題解決に踏み切っても原因が解決されていないため、問題が短期間で再燃する可能性が高いと考えられる。人が住んでいないことを前提とした特定空き家とは根本的に違う対策を取る必要がある。

荒廃した住居の住人に対する精神保健福祉的介入のあり方を考えるために、まずは個体要因に応じた荒廃した住居のパターンやその対処法を検討し、その上で、社会環境要因に応じた個別支援計画の

1 DSM-5、ICD-11（WHOによる最新の分類）では、「神経発達症群」の中に、従来の知的障害に代わる「知的発達症」や広汎性発達障害に代わる「自閉スペクトラム症」、学習障害に代わる「発達性学習症」、注意欠陥多動性障害に代わる「注意欠如多動性」などが含まれる分類に変更になった。

あり方について、検討していきたい。

なお、本論文の病名表記については原則として DSM-5¹⁾ を用いるが、DSM-5 以前に行われた研究や自治体調査で行われた際に用いられた病名呼称についてはそのまま原文通り用いた。

1 荒廃した住居を生み出す人に見られる 精神疾患とは

荒廃した住居のうち、いわゆるごみ屋敷を形成している住人について、大きく2つに分類することができる。1つ目は「片づける能力に欠ける人」で、身体疾患などによる身体能力の低下、認知症やアルコール依存症による判断力や処理能力の低下、精神疾患（反復性の気分障害や慢性の統合失調症残遺状態など）、知的発達症（知的障害）などのためである。生活を支えていた家族の喪失や、身体疾患を含む疾病の悪化による生活スキルの喪失が契機になることが多い。破綻した生活を見られたくない、知られたくないという思いから、結果としてセルフ・ネグレクト（自己放任状態）に至っていることが少なくない。あらゆる生活ゴミが堆積してゆく傾向があり、ネズミや衛生害虫の繁殖、悪臭が問題になるケースが多い。行政の介入が受け入れられれば問題が解決する可能性は高い。樹木の繁茂や多頭飼育の場合の放置型も多くはこのタイプに分類できると思われる。

2つ目は「堆積物を不要な物だとは認識していない人」である。このタイプには、特定の物へのこだわりが大きく、「自分にとっては愛着がある大切な物なので捨てられない」と排出を拒否し、「まだ使えるのもったいない」と近隣から収集して来たり、疾病に基づく妄想の一環として収集してくる場合などがある。片付ける動機がなく、本人としては困っていないため、片付けを求める他者の介

入を嫌い、自ら積極的に社会的接触を拒絶し、セルフ・ネグレクトの状態を作りだしていることが少なくない。多頭飼育の過剰繁殖型もこのタイプが多いと思われる。精神医学的問題を抱えているケースが多く、自閉スペクトラム症や注意欠如多動症（発達障害）や、堆積物に関わる一貫した妄想を呈する精神疾患（統合失調症スペクトラム障害や認知症など）、DSM-5¹⁾ で新たに分類された「ためこみ症（Hoarding Disorder）」などが多い。特定の内容の物が堆積していく傾向があり、一時的に片付けても問題が再燃する可能性が高い。このため、精神科医療的あるいは保健福祉的解決が求められる事例が多い。

(1) 高齢者の特徴（東京都高齢者精神医療相談班の経験から）

東京都では都内 3 カ所の精神保健福祉センターに 1988 年度から高齢者精神医療相談班を設置し、認知症その他の精神障害が疑われ、地域での生活が困難な高齢者に対し、区市町村、地域包括支援センターの依頼に応じて精神科医師及び看護職が地域の担当者と家庭を訪問し、面接による診立て、処遇及び対応、介護の助言など家族や関係者から相談に応じる事業を実施している（2018 年度で事業終了予定）。

2013 年度に東京都立中部総合精神保健福祉センターで実施した 65 歳以上の訪問ケースにおいて（対象地域は区部西南部 10 区で人口：4,561 千人（当時））、悪臭、害虫やネズミの発生、家の中に物が溢れ、屋内の通行が困難で、事故が懸念される、などいわゆるごみ屋敷の事例は、47 例中 27 例であった。男性は訪問 19 例中 13 例、女性は 28 例中 14 例で男性のごみ屋敷の割合が高かった。単身生活 27 例中 20 例が、同居あり世帯では 20 例中 7 例がごみ屋敷で、単身生活者のごみ屋敷の割合が高いという結果であった。

診断は、ごみ屋敷、非ごみ屋敷両群共に認知症が最も多く、続い

て統合失調症であったが、ごみ屋敷群では非ごみ屋敷群より認知症の診断が少なく、統合失調症や神経発達症群（発達障害や知的障害）などの診断が多い傾向があった。このことから、高齢者では周囲の判断では認知症が原因と考えられている事例でも、精神科医師の診断の結果、実際には違う疾患や障害であるケースがかなり含まれていると考えられ、問題解決を考えていく上で精神科医師による医学的診断の過程を加えることが重要であると考えられた。

一方、介護申請はごみ屋敷群では27例中16例が未申請、非ごみ屋敷群では20例中10例が未申請であった。この事業を利用する対象者はそもそも社会的孤立状態の方が多いが、ごみ屋敷を形成している人にはよりその傾向が高く、必要であるにもかかわらず行政サービスを拒む人が多い実態が明らかとなった。

年齢別ではごみ屋敷群は75歳以上の男性の単身世帯で多く、さらに、ごみ屋敷群では、いわゆる8050問題と言われるような、同居世帯で認知症や何らかの障害のある家族が認知症やその他精神障害を有する当事者を介護する“認認介護”や“認障介護”の事例が多く見られた。ごみ屋敷群では、年金または生活保護の受給を拒絶し続けてライフラインが止まり、ホームレス同然の状態ですぐに路上生活を送る事例や、介護申請自体を拒絶する事例、介護度の判定が重いにも関わらず、サービスの導入を拒絶するなどセルフ・ネグレクトの事例も多かった。内閣府が2011年3月に発表した「セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査」²⁾では9,381～12,190人がセルフ・ネグレクトの状態にあると推計されている。また、同調査では、地域での見守りネットワーク（地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員など）で発見されたセルフ・ネグレクト状態にある者の問題として、「介護サービスが必要と思われるのに受けていない者」が72.7%、「医療サービスが必要と思われるのに受けていない者」が56.1%、「ゴミ屋敷状態にある者」が43.4%を占め

ていた、と報告されている。高齢者のセルフ・ネグレクトとゴミ屋敷は高い相関があると考えられ、また、医療や福祉サービス拒否などの結果、周囲から社会的に孤立し、最終的にはいわゆる孤独死に行き着くことが想像される結果でもあり、なるべく早期からの地域包括的な孤立対策が望まれる。

(2) 統合失調症スペクトラム障害、持続性抑うつ障害

統合失調症に代表される幻覚や妄想などの何らかの病的体験を有する統合失調症スペクトラム障害（DSM-5¹¹）で荒廃した住居を形成している人には大きく分けて2つのタイプがある。1つ目は、体系だった妄想の形成を特徴とする妄想型の統合失調症や妄想性障害などの統合失調症スペクトラム障害、妄想を有する認知症の方で、妄想に基づいた内容の行動化として積極的な収集を含めた物の堆積を行ったり、疾患のために生活水準が低下し、加えて被害関係妄想や注察妄想などにより周囲からの支援を断ち、ゴミを排出できなくなって結果としてセルフ・ネグレクトとなっている事例である。妄想と現実の境界が曖昧になっていて妄想を妄想として捉えられず、病識が欠如しているために治療に結びつけることが難しい事例も少なくない。

2つ目は、発病から長時間経過し、明らかな幻覚妄想は目立たないものの、人格水準が低下して感情の平板化や興味関心の喪失が目立つ、一見うつ病に見えるような陰性症状が前景の残遺型の統合失調症である。慢性化したうつ病（持続性抑うつ障害（気分変調症）：DSM-5¹¹）もこのタイプに似ている。このタイプは加齢と人格水準の低下や抑うつ状態による意欲や気力の減退や精神運動抑制により日常生活がままならなくなり、地域のルールに従ってごみを捨てるのが難しくなった結果、生活ゴミが堆積していくもので、一般的な認知症のごみ屋敷の形成の傾向と似ている。1つ目と2つ目のタ

タイプを明確に分けることは難しく、1つ目のタイプから2つ目に移行したり、病状によって両タイプが合併している事例もある。

二つのタイプとも目指すべきは、安定的な精神科医療の導入である。しかし、未受診あるいは治療中断の事例の場合、保健師や家族などの促しで速やかに受診に至る事例は稀である。強引な手法を取ると精神医療不信に陥ってより医療拒否が強くなる場合も少なくない。

本人に接近できるキーパーソンを軸に、粘り強く接し、まずは身体的健康の話題について触れられるようになることが第一歩である。精神科受診は拒否しても身体科（内科や外科など）受診には結びつけられる事例は少なくない。身体科受診を突破口に、身体科主治医から精神科受診の必要性や入院を勧めてもらい、総合病院の場合には身体科入院を契機に精神科にも併診してもらいなど、検討する。東京都では、主に未受診や医療中断事例への精神科医師を含む多職種アウトリーチチームを3カ所の（総合）精神保健センターでも組織している。また、最近では区市あるいは病院単位で同様のチームが活動している地域も増えている。こういったチームを活用することも問題解決には有効である。

(3) 神経発達症群

神経発達症群（発達障害や知的障害）の中で荒廃した住居の問題に主に関係してくるのは、注意欠如多動症（ADHD）と自閉スペクトラム症（ASD）である。典型的な両パターンについて若干の説明と考察を加えたい。

①注意欠如多動症（ADHD）

ADHDの特性として、他の人に比べて「不注意」「多動」「衝動性」が目立つ。そもそも持ちものを整理するには広範囲への注意

が必要であり、不注意や多動の問題は、散らかしや片付けができない事態を引き起こす³⁾とされている。

対応として、空間認識が苦手なため、どこに何を片付けたら良いか図示する、注意の維持が苦手な片付けている最中に別のことをはじめたり、片付ける順番がわからなくなって動作が止まってしまうことがしばしばあるため、手伝う人を付けて段取りを指示し、片付けに集中できるよう促すなどの方法が考えられる。不注意かつ多動な特性のため、ルールを作ってもそのこと自体を忘れたり、悪意はないがそのことに注意が向かず守れない場合が多いことに留意し、根気よく忍耐強く支援する必要がある。

支援者の心がけとして、出来ないことへの焦点付けをやめ、いいところ探しをして褒める、出来たことを褒めるのではなく、やろうとした努力を評価し、諦めずにやり続けることをサポートすることが大事である。情報過多になると処理しきれなくなるので、支援者は多くない方がよい。複数で関わるのであれば、それぞれの役割分担を明確にし、本人がどの問題は誰に相談すれば良いのか整理しておく必要がある。

②自閉スペクトラム症 (ASD)

ASD の場合、①言葉でのコミュニケーションが苦手なコミュニケーションの偏りがある、②相手の気持ちや場の状況を読み取るのが苦手なため社会性（人との関わり方）の偏りがある、③こだわりが強く、臨機応変な対応が苦手な想像力（応用力）の偏りがあるという大きな3つの特徴がある。このため、歪んだ愛着とこだわりにより集めた物を不要な物とは認識できず、他人が不要な物とみなすと怒りの感情をぶつけてくる傾向がある。また、未来予測が苦手であるため、「いつか何かの役に立つかも」と考えてしまい、収集物がもたらした不利益を理解できないことが多い。3つの特徴の程度に加えて、知的な高さ（インテリジェンス）、元々

の性格傾向、生育環境、「生きづらさ」の結果現れる抑うつ状態やパニック様の発作などの二次障害の有無、本人が置かれている環境などにより表面に現れる問題は変化する。

対応としては、まず「ゴミ」、「捨てる」のワードはNGである。本人の物に対する愛着を尊重しつつ、片付けの手順をスモールステップで視覚化して示す（一気に片付けることは反発を招く）、空間が占有されることの不利益を理解させる、新たな堆積をもたらさないようルールを作るなどの方法が考えられる。

現実にはADHDの特性が目立つが、ASDの特性も持ち合わせていたり、その逆もあり、両特性がオーバーラップしている事例が少なくない。このため、定型的な対応ではなく、事例に応じた臨機応変な対応が必要になる。適切な対応を取るためには精神科医や精神保健福祉士など専門職の助言は欠かせないと思われる。

ADHDでもASDでも特性そのものは薬物療法では治療が困難だが、認知行動療法などの心理療法である程度の障害認知の修正と対処法の獲得は可能である。当センターではASD向け、ADHD向けそれぞれの就労や復職、就学を目的としたパッケージ型認知行動療法プログラムASAP（Autism Spectrum disorder Assistance Programの略称）を精神科デイケアで提供しており、成果を挙げている。ASDやADHDの障害特性に応じた専門的なプログラムを提供している支援機関の利用も問題解決の一つの方法である。

(4) ためこみ症（Hoarding Disorder）

ためこみ症（Hoarding Disorder）は、米国精神医学会による診断基準DSM-5¹⁾で新たに分類された診断名である。DSM-5¹⁾ではためこみ症の診断基準は以下のように定められている。A. 実際の価値とは関係なく、所有物を捨てること、または手放すことが持続的に

困難である。B. 品物を捨てることについての困難さは、品物を保存したいと思われる欲求やそれらを捨てることに関連した苦痛によるものである。C. 所有物を捨てることの困難さによって、活動できる生活空間が物で一杯になり、取り散らかり、実質的に本来意図された部屋の使用が危険にさらされることになる。もし生活空間が取り散らかっていないならば、それはただ単に第三者による介入があったためである（例：家族や清掃業者、公的機関）。D. ためこみは、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な分野における機能の障害（自己や他者にとって安全な環境を維持するという含めて）を引き起こしている。E. ためこみは他の医学的疾患に起因するものではない（例：脳の損傷、脳血管疾患、プラダーウィリー症候群）。F. ためこみは、他の精神疾患の症状によってうまく説明できない（例：強迫症の強迫観念、うつ病によるエネルギーの低下、統合失調症スペクトラム障害（統合失調症や他の精神病性疾患）による妄想、認知症における認知機能障害、自閉スペクトラム症における限定的興味）。

診断基準を簡潔にまとめると、①捨てられない（*difficulty discarding*）、②過剰に拾ってくる（*excessive acquiring*）、③散らかす（*clutter*）、④ためこむことによる心理的苦痛や機能障害（*distress and impairment due to hoarding*）があり、他の精神疾患（統合失調症スペクトラム障害や神経発達症群（発達障害や知的障害）、認知症、うつ病、脳損傷など）では説明できない状態にある場合に診断される。研究からは、重症度と最も関連しているのは過剰収集といわれている^{3,4)}。過剰収集を招く他の病態との比較では、強迫的な買い物行為とは関連がないと言われており^{3,4)}、加えて、経済的推論の問題を抱えていないかどうかをアイオワ・ギャンブルタスクを用いて調べた結果、正常群と差がなく、ギャンブル嗜癖とも関連がないと言われている^{3,5)}。これらの研究結果から、ためこみ症は病的嗜癖

とは異なる病態であるということがわかる。

他方で、健常者と比較するとより不注意・過活動傾向が見られ、反応時間が遅く、対象物を仕分けることが困難で、空間的注意が悪い⁶⁾、ためこみを有する患者の20%がADHDの診断基準を満たす(強迫性障害では4%、健常者では3%)⁷⁾、情報処理、ワーキングメモリー、遂行機能などに障害があり、注意力が持続しないことが重症度と関連している⁸⁾などの報告がある。

さらに、fMRIを用いた検査で対象物へのこだわりについての研究では、様々なアイテムが書かれた紙を提示され、それを破棄するような意志決定をする際に、ためこみ症の患者は、被験者が所有していないようなアイテムではこれらの脳の領域の活性化は低かった。しかし、逆にためこんでいるアイテムについて破棄する意志決定をする際には、前帯状皮質と島における異常な活性化パターンを認めたとされ、うつ病や強迫性障害とは異なったパターンを示したことから、意思決定のメカニズムに異常がある可能性が指摘されている⁹⁾。また、高齢のためこみ症の患者では、主に前頭連合野の障害で現れる遂行機能障害の程度がゴミ屋敷の重症度と関連しているとの報告もある¹⁰⁾。

これらの研究結果を総合すると、前頭前野から前帯状回に至る広範な前頭葉の機能障害による認知機能の問題がためこみ症の中核である可能性が高い¹¹⁾と考えられ、ややADHDの傾向に近似しているが、他の疾患とは独立した概念であるという考え方が現在は支持されている。

欧米における調査ではためこみ症の時点有病率は2-6%^{12),13),14)}で、ためこみ症の初発年齢は、21歳までの発症が68.1%を占め、うち50%以上が11歳以降の思春期で、40歳以降の発症は3.5%、73.1%が慢性的経過をとり¹⁵⁾、症状が自然に寛解することは少なく多くの場合慢性化する¹⁶⁾、とされている。

ためこみ症については、認知行動療法や薬物療法などの治療が試みられているが、比較的新しい疾患概念であるためエビデンスはいずれも不十分で、定式化された標準治療がないことが課題である。今後の研究成果が待たれる。

2 自治体調査の結果見えてきた課題と 解決への考察

筆者も委員として参加した「住居の荒廃をめぐる法務と福祉からの対応策に関する研究会（事務局：（公財）日本都市センター）」により 2018 年 1 月に行われた全 814 市区に対する自治体調査（回答 370 市区、回収率 45.5%）（以下自治体調査と記載）は、我が国最初の荒廃した住居の全国の実態を調査した、極めて貴重な資料である。いわゆるごみ屋敷についても、海外の文献などを参考にし、持ち込み型、ためこみ型、混合型に分類し、3 段階のレベルを設定してその実態を詳しく調査し、さらに、考えられる発生要因や、各種サービスの需給状況、精神科医療機関への入通院歴などの有無まで踏み込んで調査を行ったことが大きな特徴である。

本調査における荒廃した住居（ごみ屋敷、樹木の繁茂、多頭飼育）のうち、ごみ屋敷に該当する事例が全体の 78.5% で最も多かった。ごみ屋敷の荒廃度合いのレベルは、レベル 1 が全体の 49.9%（無回答を除く）、2 が 24.7%、3 が 25.4%であった。レベル 1 は英国の Self-neglect and hoarding Toolkit¹⁷⁾ では moderate、レベル 2、3 は high/critical に相当するもので、専門家の介入や片付けに専門業者の利用が必要になるとされている重篤なレベルに相当している。我が国では自治体が覚知している荒廃した住居の半数近くは解決に専門家の介入を要する状態で、欧米に比べて問題が大きくなってから表面化する傾向がうかがわれる。

ごみ屋敷の種類の調査からは、「持ち込み型」が24.2%（無回答を除く）、「ためこみ型」が71.1%、「混合型」が4.7%であった。レベル2以上の割合は、「持ち込み型」では47.7%（無回答を除く）、「ためこみ型」49.1%、「混合型」81.5%であった。この結果、「持ち込み型」と「ためこみ型」の荒廃のレベルにはあまり差はないが、「混合型」では明らかに重篤なレベルの荒廃した住居が多いことが明らかとなった。

本人の性別・年齢の調査からは、性別（不明・無回答を除く）では男性が62.1%、女性が37.9%で男性が多く、年齢別（不明・無回答を除く）では65歳以上が55.9%、40-64歳が39.1%、30歳代以下が5.0%であった。また、同居人の有無（不明・無回答を除く）の調査では「いない」が65.8%で、「いる」が34.2%であった。この結果は、従来からしばしば言われてきた荒廃した住居事例は高齢男性独居事例が多いという意見を補強するものである一方で、半数程度は65歳以下であり、30代以下が5%程度含まれており、4割近くが女性であり、1/3程度は独居事例であるという結果もまた明らかになった。若年、女性、同居ありといった事例が少なからず存在していることについても、しっかりその原因や対策について考察しなければならないと考えられた。

考えられる発生要因・併発している課題の調査（回答個票数（無回答を除く）主たる発生要因730、併発課題543）では、考えられる主たる発生要因として「家族や地域からの孤立」が最も多く26.3%、以下「統合失調症やうつ病などの精神障害（疾患）」25.5%、「経済的困窮」24.9%、「認知症」22.6%、「身体能力の低下、身体障害（疾患）」21.0%の順番であった。選択項目のうち精神障害に関連していると分類できる項目（WHOの診断基準ICD-10でFコード（精神および行動の障害）に分類される項目）について、「統合失調症やうつ病などの精神障害（疾患）」と「発達障害」、「知的障害」、「アルコール関連問題」で合計す

ると全体の 47.4%、「認知症」を含めると 70.0%を占めていた(以下「精神疾患関連群」と定義する)。荒廃した住居を招く主たる要因として、「精神疾患関連群」は「身体障害(疾患)」や「経済的困窮」や「家族や地域からの孤立」を上回っている結果で、併発している課題との合計でも「精神疾患関連群」が 65.0%で最大の要因であった。これらの結果から、住居の荒廃の最大の要因は何らかの精神疾患によるものであり、荒廃した住居の解決には精神科医療および精神保健福祉的介入が欠かせないことが明らかとなった。

保健・医療・福祉サービスの受給状況についての調査では、「サービスを受けている」が 57.7% (不明・無回答を除く)、「受けていない」が 42.3%で拮抗していた。受けているサービスは「生活保護・生活困窮者自立支援制度」が最多で、続いて「介護・高齢者福祉サービス」であった。一方で、サービスを受給していない理由の調査では、「受けることを本人が望まない」が最多で 64.2%(無回答を除く)、続いて「適用しうるサービスがない」24.2%であった。また、解消が困難な理由として一番多いのが「本人が解消を望んでいない」が 52.9% (無回答を除く)で、次に多いのが「本人との接触・交渉ができない」で 26.7%であった。これらの結果から、セルフ・ネグレクトに陥っていると考えられる事例が半分程度を占めている可能性があることは興味深い結果であり、セルフ・ネグレクトへの対策が荒廃した住居への対応を考える上で欠かせないことが明らかとなった。

精神科医療機関の入通院歴の調査では、全体の 56.4%が「不明」で最も多く(無回答を除く)、続いて「入通院歴なし」が 25.7%、「入通院歴あり」が 17.9%であった。この結果から、自治体の多くが精神科入通院歴については把握していないことが明らかとなった。この要因として、精神科通院歴は自治体は精神障害者福祉手帳の交付者や自立支援医療制度の利用者、障害福祉サービス等の利用者、生活保護者、保健所や地域包括支援センターなどが関わっている事例で

あれば把握できるが、それ以外の場合把握することは難しいこと、荒廃した住居に関する問題を所管する部署と保健福祉や障害福祉を所管する部署の連携が良くないと情報が入手できないことがある、などの要因が考えられる。入通院の有無が判明している（不明、無回答を除く）事例については、「入通院歴あり」が41.1%、「入通院歴なし」が58.9%であった。

さらに細かく分析するために、「精神疾患関連群」と「精神疾患関連群以外（以下、「非精神疾患関連群」とする）」、ごみ屋敷の種類・レベルについてクロス集計を行って検討した。「精神疾患関連群」について、「持ち込み型」は18.8%（無回答を除く）、「ためこみ型」は74.1%、「混合型」は7.0%であった。「非精神疾患関連群」では「持ち込み型」は31.4%（無回答を除く）、「ためこみ型」は66.5%、「混合型」は2.0%であった。「精神疾患関連群」では明らかに「混合型」が高く、「持ち込み型」より「ためこみ型」が多い傾向が示された。レベルについては、「精神疾患関連群」のレベル2以上の割合が59.3%（無回答を除く）、「非精神疾患関連群」では38.6%で明らかに「精神疾患関連群」で荒廃のレベルが高いことがわかった。

「精神疾患関連群」と「非精神疾患関連群」の年齢について検討した。「精神疾患関連群」は、40歳未満の割合が6.6%（不明、無回答を除く）、40歳から64歳が41.8%、65歳以上が51.6%であった。「非精神疾患関連群」では40歳未満の割合が2.9%、40歳から64歳が35.6%、65歳以上が61.5%であった。「精神疾患関連群」には認知症が44.7%も含まれているにもかかわらず、「非精神疾患関連群」より若年層の割合が高い結果となっており、より早期からの関与が必要であることが示唆された。

「精神疾患関連群」と「非精神疾患関連群」の精神科入通院歴について検討した。「精神疾患関連群」は52.4%（不明、無回答を除く）に精神科入通院歴があり、「非精神疾患関連群」でも12.5%に入通

院歴があった。精神科入通院歴のある「非精神疾患関連群」については、何らかの精神科疾患の既往はあるが、住居の荒廃の要因は別にあると判断された事例であると考えられた。

入通院歴ありの「精神疾患関連群」について、要因で一番多いのが「統合失調症やうつ病などの精神障害」で 72.3% (不明、無回答を除く)、次に「認知症」で 23.5%、「発達障害」 18.5% の順であった。入通院歴なしの「精神疾患関連群」について、要因で一番多いのが「認知症」で 61.1%、次に「統合失調症やうつ病などの精神障害」で 32.4%、「発達障害」 20.4% であった。入通院歴なしの「精神疾患関連群」で「認知症」の割合が高かった要因としては、何らかの方法で過去に 1 回受診し診断は受けたが規則的な通院につながらなかった、あるいは家族等の受診や相談で認知症と推定的に診断された未治療の事例が認知症には多かったのではないかと思われた。一方で、治療には継続的な受診が必要である「統合失調症やうつ病などの精神障害」の可能性を診断されたにもかかわらず定期的な受診に繋がらなかった事例が 32.4% も含まれており、住居の荒廃を来す精神障害者には、病識欠如や否認、受診拒否の結果医療中断となつて問題発生につながっている事例が多いと考えられた。この問題の解決には、訪問型の多職種チームによるアウトリーチ支援を含めた包括的な支援体制が必要と考えられ、さらに考察を進めていきたい。

3 自治体による早期支援の取り組みと 専門職アウトリーチへの期待

今回の自治体調査の結果、取り組み体制の課題として、「担当部署が不明確」、「職員の不足」に次いで多かったのが「職員の専門的知見の不足」であった。荒廃した住居の問題に取り組んでいる部署に関する調査では、「環境部局」が最も多く全体の 61.6%、次いで「特

に定めていない」34.6%、「福祉部局」23.5%の順で、「健康部局」は6.5%にすぎなかった。2で述べたように、荒廃した住居の要因として一番多い「精神疾患関連群」に対応するためには専門的知識を有する「福祉部局」や「健康部局」との連携が必要であるが、業務縦割りの中でうまく連携できていない自治体が多く、これらの現実が「担当部署の不明確」や「職員の専門的知見の不足」につながっていると考えられた。

「精神疾患関連群」への対応には精神科医療や障害福祉に精通した職員の助言が欠かせないと考えられるが、荒廃した住居の問題に関連して審議会や審査会を設置している自治体は37カ所（全体の10%）あるが、このうち委員として医師や精神保健福祉士を選任しているのは8カ所、保健医療福祉に関する学識経験者の選任は10カ所にすぎなかった。外部の関係機関との連携では、「地域包括支援センター」が全体の29.2%で最多、続いて「町内会・自治会」27.8%、「民生委員・児童委員」27.0%、「社会福祉協議会」26.2%、「警察」18.4%の順で、「医療機関・医師会」は10.3%にすぎなかった。また、審議会や審査会を設置していると回答した37の自治体を対象とした調査でも、「弁護士・司法書士・行政書士」83.8%、「町内会・自治会」59.5%に比較して、「保健医療福祉に関する学識経験者」が27.0%、「医師・精神保健福祉士」は21.6%にとどまっていた。荒廃した住居の4割近くを占めていると考えられる「精神疾患関連群」に対応するためには法的な枠組みや行政処分だけでは対処は困難であり、精神科医療や福祉の専門職や精神保健を所管する保健所や障害福祉担当課などとの連携をより進めていかなければならないと考えられた。

荒廃した住居の多くは行政が把握してから長期間にわたって解決が難しく、事例が解決しない上に新たな事例が積み重なって増加傾向にあることが自治体調査から明らかになった。3年間の推移で

58.7%（「無回答」、「わからない」を除く）が「ほとんど変化はない」、「大幅に増加した」と「やや増加した」合計で 35.0%、「やや減少した」と「大幅に減少した」合計で 6.3%であった。荒廃した住居の要因としては、「精神疾患関連群」、自らが支援や解決を望まないセルフ・ネグレクトによる社会的孤立、経済的困窮、身体能力低下の順に多い結果であったが、荒廃した住居の中でも特にごみ屋敷については「精神疾患関連群」とセルフ・ネグレクトが多くの要因を占めていると考えられる。今まで主に「精神疾患関連群」への対応について考察してきたが、セルフ・ネグレクトについても若干の考察を加えたい。

内閣府の調査によれば、セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者の 1 年以内の死亡リスクは 5.82 倍と言われている²⁾。また、ニッセイ基礎研究所で行われた 2013-14 年「長寿時代の孤立予防に関する総合研究」¹⁸⁾によれば、全国ではゆとり世代 (23-25 歳) で 66 万人、団塊 Jr. 世代 (39-42 歳) で 105 万人、団塊世代 (65-67 歳) で 33 万人、75 + 世代 (75-79 歳) で 36 万人が、それぞれ社会的孤立が疑われる状態にあり、全世代で約 240 万人が現在社会的孤立リスクの高い状況にあると報告されており、加えて、2030 年には 200 万人が社会的孤立状態になるとの予測もある。日本では古くからの慣習で助けは乞うものであり「恥」とする文化がある。このため事例の訪問先で明らかに困っている状況にあるのかかわらず「何も困っていない」、「放っておいてくれ」、「役所の世話になんかならない」、「保護は未代までの恥」、「自分は常に健康だ」、「病院なんて死ぬまで行かない」などの発言が聞かれることは日常的である。1 (4) で述べたように「ためこみ症」が 20 代で既に発症しているケースが多いのと同様、社会的孤立もまた 20 代から進行し、やがてセルフ・ネグレクトに至る経過をたどっている人が多いと推察される。孤独が精神的、身体的な疾病や認知症のリスクを高める、1 日にタバコ 15

本を吸うことに匹敵する健康被害があるなどの研究も報道されている。このようなエビデンスを受けて英国では2018年1月に「孤独担当大臣」というポストが新設された。我が国でも思春期年代からの社会的孤立を予防するための教育が必要であり、社会的孤立を防ぐことが新たな荒廃した住居を生まないための有効な予防策とも言えるのではないだろうか。

未治療や医療中断状態にある「精神疾患関連群」や、おそらくは精神障害に起因するセルフ・ネグレクトの事例に対して、専門職による支援を当事者が受けに来ることを待つのではなく、積極的に必要な支援を多職種訪問型で提供する「アウトリーチ」という手法を一部の先進的な自治体では導入し始めている。「アウトリーチ」は国が第5期障害福祉計画で示している「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」に挙げられている推奨すべき10事業の1つであり、今後都道府県・区市町村で整備が進んでいくものと期待される。

自治体調査では「医師、精神保健福祉士などのアウトリーチ事業の整備」に取り組んでいると回答した自治体はまだ6カ所（全体の1.6%）にすぎないが、2019年度からは新たに複数の自治体で同支援の開始が予定されている。訪問事例の中にはもちろん荒廃した住居も含まれることになるだろう。東京都世田谷区では、条例に基づく審査会諮問案件について非常勤の精神科医師と精神保健福祉士が訪問、可能であれば面接し対策に役立っている。結果として当事者が精神科通院や入院に結びつき、荒廃した住居の問題が解決に至った事例もあり、専門職の視点や助言が問題解決に極めて有効であると考えられ、今後様々な自治体に拡大されていくことが期待される。

4 まとめ

日本では、荒廃した住居が地域や行政に問題として認識されるのは事態が進行して苦情化してからの場合が多く、地域による介入が欧米に比較して遅すぎることが問題である。今回の自治体調査から7割近くが「精神および行動の障害」に起因するもので要因として最多であり、続いて社会的孤立状態（セルフ・ネグレクト）が要因になっていることが判明した。対応についても、行政の縦割りの中で衛生・環境部署と障害福祉部署と保健担当部署などがスムーズな連携が取れず、根本的な問題解決に必要な医療や福祉的な対応が優先されていない実態も判明した。こうした中で、関連部署横断で多角的にごみ屋敷問題に対応するための取り組みを開始し、荒廃した住居に対応するための新たな条例を制定して問題解決を目指す自治体が増えてきていることは、今後に向けて注目すべき傾向であり、今後全国に広がることが期待される。

精神疾患や認知症、神経発達症群（発達障害や知的障害）など「精神および行動の障害」が原因である場合には医師や保健師など多職種によるアウトリーチチームによる訪問支援が有効であると考えられる。アウトリーチ支援は国が第5期障害福祉計画で示した「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」でも取り上げられている注目の事業である。各地域の保健所や精神保健福祉センター等に、今後より一層アウトリーチチームが整備され、医療・保健・福祉の公的・民間の各サービスの適切な利用が促進され、精神科のみならず身体科疾患も含めた未受診や医療中断が防止され、さらに多彩なサービスが入っていくことでセルフ・ネグレクトが改善し、その結果、荒廃した住居の問題解決にも役立つことを期待したい。

【文献】

- 1) American Psychiatric Association（日本精神神経学会監訳）, DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 2014.
- 2) 平成 22 年度内閣府経済社会総合研究所委託事業, セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査—幸福度の視点から報告書, 2013.3
- 3) Randy O. Frost, Gail Steketee, The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring., Oxford University Press, 2014.
- 4) Randy O. Frost, David F. Tolin, Gail Steketee, et al, Excessive Acquisition in Hoarding., J Anxiety Disord. 2009 Jun; 23(5): 632–639.
- 5) David F. Tolin and Anna Villavicencio, An Exploration of Economic Reasoning in Hoarding Disorder Patients., Behav Res Ther. 2011 Dec; 49(12): 914–919.
- 6) Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, et al, Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder., Behaviour Research and Therapy, volume43, 2005
- 7) Ratchford E, Frost R, Steketee G, et al, ADHD in hoarders, OCD patients, and community controls., Paper presented at the Annual Meeting of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies, 2009 Nov 19-22; New York, USA
- 8) McMillan SG, Rees CS, Pestell C., An investigation of executive functioning, attention and working memory in compulsive hoarding., Behav Cogn Psychother. 2013 Oct; 41(5): 610-25.
- 9) David F. Tolin, Michael C. Stevens, Anna L. Villavicencio et al, Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder., Arch Gen Psychiatry. 2012 Aug; 69(8): 832–841.
- 10) Catherine R. Ayers, Julie Loebach Wetherell, Dawn Schiehser et al, Executive functioning in older adults with hoarding disorder., Int J Geriatr Psychiatry. 2013 Nov; 28(11): 1175–1181.
- 11) Woody SR, Kellman-McFarlane K, Welsted A, Review of cognitive performance in hoarding disorder., Clin Psychol Rev. 2014 Jun; 34(4): 324-36.

- 12) Iervolino, A. C., Perroud, N., Fullana, M. A., et al, Prevalence and heritability of compulsive hoarding: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 2009 166, 1156-1161.
- 13) Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., et al, Prevalence and correlates of hoarding behavior in a communitybased sample. *Behaviour Research and Therapy*, 2008 46, 836-844.
- 14) Timpano, K. R., Broman-Fulks, J. J., Glaesmer, H., et al, A taxometric exploration of the latent structure of hoarding. *Psychological Assessment*, 2013 25, 194-203.
- 15) Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., & Steketee, G., Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and Anxiety*, 2010 27, 829-838.
- 16) Frost, R. O., Pekareva-Kochergina, A., & Maxner, S., The effectiveness of a biblio-based support group for hoarding disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2011 49, 628-634.
- 17) Deborah Barnett, *Self-neglect and hoarding Toolkit*, 2014.
- 18) ニッセイ基礎研ジェロントロジー研究プロジェクト, 長寿時代の孤立予防に関する総合研究 報告書, 2014.12.