

高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的概念についての研究

野村 祥平*

抄録

本研究は、探索的な研究方法で高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的概念を明確化することを目的とした。2010年に全国の地域包括支援センターの中から無作為抽出された1190機関の専門職を対象に実施した結果、239件の事例が報告された。

本研究では、まずこれら239事例の記述データを、内容分析を用いて質的帰納的に分析した。結果、セルフ・ネグレクトの概念は、4つの階層から構成される複雑な構造であることが示された。次に、内容分析で示された《カテゴリー》を基礎項目とした非階層クラスター分析を実施した。結果、セルフ・ネグレクトの事例は7つのクラスターに分類されると共に、複合問題群と特徴問題群に分類されることが示された。さらに、事例の精神機能に関するデータを基礎項目とした非階層クラスター分析を実施した。結果、セルフ・ネグレクトは8つのクラスターに分類されると共に、意図的なセルフ・ネグレクト群、非意図的なセルフ・ネグレクト群、境界群に分類されることが示された。

これらの結果から、セルフ・ネグレクトは、生命や生活を維持するのに必要なあらゆる行動が不足した結果として生じる状態像であり、この行動の不足は疾病、心身機能の低下、個人因子及び環境因子の相互作用によって生じることが示唆された。

Keywords：セルフ・ネグレクト，理論的概念，内容分析，非階層クラスター分析

I 研究の背景と目的

世界一の高齢化率となったわが国においては、今後独居高齢者や高齢者世帯の増加からセルフ・ネグレクトをめぐる問題はますます深刻化すると

予想される。そのため、その効果的な予防・支援方法の確立及びその基盤となる研究の進展は急務であると考えられる。

近年、わが国における調査研究の結果から、セルフ・ネグレクトは孤立死にも至る深刻な社会問題であることが示されている（岸ら2011a；岸ら2011b；岸ら2011c；野村2011；ニッセイ基礎研究所2011；内閣府2012；あい権利擁護支援ネッ

* Nomura, Shohei
法務省 東京保護観察所

ト 2015)。しかし、これらの調査研究はまだ実態調査の段階である。セルフ・ネグレクトは、様々な下位概念で構成される複雑な概念であり、未だに明確にされていない。そのため、実証研究を行うために必要な測定指標がなく、詳細な研究が実施できていない。

セルフ・ネグレクトの概念や測定指標については、この問題に関する研究の先進国である欧米諸国、特にアメリカ合衆国においては、Dyer らによる尺度開発が行われ、研究者や実践者間において共通した定義や概念の構築が模索されている (Dyer et al. 2006 ; Dyer et al. 2008a ; Dyer et al. 2008b ; Kelly 2008)。そして、Dong らによる大規模な追跡研究 (Dong et al. 2009) によって、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の死亡リスクが示されるまでに発展している。

しかし、これらはわが国とは異なる文化的、制度的、社会的背景の中で作成された指標である。そのため、わが国における調査データに基づき、セルフ・ネグレクトの概念に関する新たな理論的基盤を構築する必要がある。

このような背景を踏まえ、本研究では探索的研究によってセルフ・ネグレクトの概念を明確化し、わが国の文化的、制度的、社会的背景もふまえた上で今後の実証研究の基礎となる理論的概念モデルを示すことを目的とした。本研究は先駆的な意義があるとともに、今後のセルフ・ネグレクトをめぐる様々な議論の中核となる研究として、その社会的な意義は大きいと考えられる。

II 先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義及び概念

1 先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義

現在、わが国においてセルフ・ネグレクトに関する法律上の定義はない。セルフ・ネグレクトの定義については、内外の研究者が様々な定義を示してきた (NAAPSA 1991 ; NCEA 1998 ; Louder et al. 2001a ; 上田ら寝たきり予防研究会 2002 ; 多々良研究班 2004 ; 津村ら 2006 ; 東京都 2006 ; Gibbons et al. 2006 ; 野村・岸ら 2014)。また、セ

ルフ・ネグレクトと同様の事象を表す Diogenes Syndrome (Clark et al. 1975) という概念もあり、定説がない。

これらの定義の中で、アメリカ合衆国を代表するセルフ・ネグレクトの定義が、以下に示す The National Center on Elder Abuse (全米高齢者虐待問題研究所：以下、「NCEA」という。) の定義 (NCEA 1998) である。

セルフ・ネグレクトとは、自分自身の健康または安全を脅かす行為であると特徴づけられる。セルフ・ネグレクトは一般的に、高齢者が十分な食事、水、衣服、住居、安全、個人衛生及び必要とされる医療の提供を拒否若しくはこれらが不足していることを示している。

精神機能的に問題なく、自ら決定した結果を理解できる高齢者が、意識的かつ意図的に健康を脅かす行為をしている場合は、本人の選択としてそうしているのであるから、その定義から除外する。

(NCEA 1998)

NCEA の定義の特徴は、後述する意図的なセルフ・ネグレクトを定義から除外していることである。

一方で、わが国の文化的背景を基に NCEA の定義を平易にし、わが国における全ての主要な調査研究 (野村 2008 ; 岸ら 2011a ; 岸ら 2011b ; 岸ら 2011c ; 野村 2011 ; ニッセイ基礎研究所 2011 ; 内閣府 2012 ; あい権利擁護支援ネット 2015) で使用されている定義が、以下に示した津村ら高齢者虐待防止研究会の定義である。

セルフ・ネグレクトとは、高齢者が通常一人の人として、生活において当然行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ること。

(津村ら 2006)

津村らの定義は、NCEA の定義で除外された意図的なセルフ・ネグレクトを含む点が大きな特徴である。

2 セルフ・ネグレクトの概念に関する先行研究

(1) セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する研究

理論的な観点からセルフ・ネグレクトを構成する下位概念を研究している Lauder らは、過去の文献をレビューし、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を、「重度な家屋の不潔さ (Severe Household Squalor)」、「ため込み (Hoarding)」、「貧弱な栄養状態 (Poor Nutrition)」、「サービスの拒否 (Service Refusal)」、「不適切な個人衛生 (Inadequate Personal Hygiene)」、「服薬管理の問題 (Medication Mismanagement)」及び「貧弱な健康行動 (Poor Health Behaviors)」としている (Lauder et al. 2009)。さらに、Lauder らは、これらの項目からなるセルフ・ネグレクトを説明する概念として、Orem のセルフケア理論を挙げている (Lauder et al. 2001a ; Lauder et al. 2001b ; Lauder et al. 2009)。

わが国における最新の理論研究が、岸研究班の野村・岸らによるセルフ・ネグレクトの概念研究である。野村・岸らは、Lauder らの理論研究 (Lauder et al. 2001a ; Lauder et al. 2001b ; Lauder et al. 2009) を中心とした先行研究をレビューし、研究者間で理論的な概念の検討を重ねた結果、セルフ・ネグレクトの構成する概念及び概念間の関係について整理し、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを提示した (野村・岸ら 2014)。

野村・岸らは、セルフ・ネグレクトを構成する最上位の概念を、『セルフケアの不足』と『住環境の悪化』であると、これらを中核概念とした。そして、『セルフケアの不足』を構成する下位概念 (以下、「カテゴリー」という。) として、「個人衛生の悪化」及び「健康行動の不足」、『住環境の悪化』を構成する「カテゴリー」として、「環境衛生の悪化」 (<Hoarding>) と心身機能の低下や <Hoarding> の

結果として生じる <Domestic Squalor>) 及び「不十分な住環境の整備」に分類した。さらに、中核概念に付随する「カテゴリー」(付随概念) として、「サービスの拒否」、「財産管理の問題」及び「社会からの孤立」に分類している (野村・岸ら 2014)¹⁾²⁾。

野村・岸らの理論的概念モデル (野村・岸ら 2014) の特徴は、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を中核概念と付随概念に分類したことである。そして、セルフ・ネグレクトを説明するには、各「カテゴリー」が単体で存在した場合でもセルフ・ネグレクトという事象を説明できなければならないという理由から理論的な検討を重ね、中核概念を構成する「カテゴリー」が該当する場合のみをセルフ・ネグレクトと判断することとした。

(2) セルフケア理論

Lauder ら (Lauder et al. 2001a ; Lauder et al. 2001b ; Lauder et al. 2009) や野村・岸ら (野村・岸ら 2014) の理論の中で、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念として重要なのは、セルフケア理論である。

Orem は「セルフケアとは個人が生命、健康及び安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践である」と述べている (Orem 2001 : 43 ; Orem=2016 : 42)。さらに、Orem はセルフケアを、普遍的セルフケア要件、発達のセルフケア要件及び健康逸脱に関するセルフケア要件の 3 つに分類している (Orem 2001 : 47 ; Orem=2016 : 45)。Orem のセルフケア理論は生物学的・医学的な観点、つまり健康と生命の維持に焦点を当てていると考えられる。

一方で、リハビリテーションの諸理論におけるセルフケア概念は Orem のセルフケア理論 (Orem 2001:Orem=2016) より生活に関する要素が強い。例えば、Orem のセルフケア理論 (Orem 2001:Orem=2016) では、セルフ・ネグレクトを説明する重要なカテゴリーである「個人衛生の悪化」(野村・岸ら 2014) を説明できない。「個人衛生の悪化」については、ADL (Activities of Daily Living・日常生活動作のことをいう。以下、「ADL」

という。)及び ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類のことをいう。以下、「ICF」という。)の各モデル (伊藤ら 2010; WHO=2002)におけるセルフケアの項目によって説明が可能である。

Orem の理論とリハビリテーションの諸理論では異なる部分があるものの、概ねセルフケアとは個人の健康、清潔保持に直接関連する行動であるとするのが適切である。

(3) 先行研究におけるセルフ・ネグレクトの理論的概念モデル

セルフ・ネグレクトに関する概念研究は、近年実証研究へと移行している。代表的な研究は、Dyer らの『セルフ・ネグレクト重症度尺度』(Dyer et al. 2006)であろう。

Dyer らは『セルフ・ネグレクト重症度尺度』において、セルフ・ネグレクトを「A: 個人衛生 (Personal Hygiene Assessment)」、「B: 認知、健康、安全確保 (Assessment of cognitive, health and Safety Issues)」、「C: 環境 (Environment Assessment)」の 3 アセスメント領域に分類して測定している (Dyer et al. 2006)。Dyer らは、セルフ・ネグレクトの全体像を捉えるという視点から、認知機能をその測定項目に入れている。

その他にも、Iris らの階層クラスター分析によるセルフ・ネグレクトの理論的モデルの構築 (Iris et al. 2010)、Elder Self-Neglect Assessment の開発 (Iris et al. 2014) が挙げられる。Iris らは、階層クラスター分析の結果、セルフ・ネグレクトの測定項目を「身体健康リスク (Physical Health Risk)」、「メンタルヘルス (Mental Health)」、「個人的な危険 (Personal Endangerment)」、「ソーシャルネットワーク (Social Network)」、「個人的な生活条件 (Personal Living Conditions)」、「物理的な生活条件 (Physical living conditions)」、「金銭の問題 (Financial Issues)」の 7 クラスターに分類した (Iris et al. 2010)。

要因も含めたセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルに関しては、Dyer らが因果関係に基づく

モデルを示している (Dyer et al. 2007)。Dyer らのモデル (Dyer et al. 2007)では、まず、認知症、精神疾患、うつ、脳血管障害、糖尿病、栄養失調などの疾病による実行機能障害により、ADL・IADL の低下又はセルフケア及び自己を守る能力の欠如が起こるとされている。そして、セルフケア及び自己を守る能力の欠如、貧困などの外的社会的問題から、不十分な支援やサービスしか受けられない結果として、セルフ・ネグレクトに至るとされている。

Lauder ら (Lauder et al. 2001a; Lauder et al. 2001b; Lauder et al. 2009)や野村・岸ら (野村・岸ら 2014)は、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を中心とした研究であった。一方で、Dyer ら (Dyer et al. 2007)や Iris ら (Iris et al. 2010)は、その要因やセルフ・ネグレクト状態にある者の身体・精神的状況も含め、さらに広くセルフ・ネグレクトという事象を捉えようとしていることが特徴である。そのため、新たなセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを構築するには、要因も含めた大きな構造の中で検討する必要があると考えられる。

(4) セルフ・ネグレクトの時間軸と ICF の相互作用モデル

セルフ・ネグレクトの概念は、時間軸を有していると考えられる。そのため、実証研究をおこなう上で、どの時点の状態をセルフ・ネグレクトとするのかという問題がある。

特に、問題となるのが支援・サービスの拒否や社会的孤立の扱いである。前述した Dyer らの理論的概念モデル (Dyer et al. 2007)からすると、セルフ・ネグレクトは支援やサービスが不十分である (拒否している)ところから始まるとも考えられる。一方で、セルフ・ネグレクトの状態になるにはある一定程度の時間が必要であり、発見される (拒否される)までに既にセルフ・ネグレクト状態にあるとも考えられる。さらに、社会的孤立は、セルフ・ネグレクトのリスクファクターであるとともに、個人衛生の悪化や環境衛生の

悪化の結果としての孤立も報告されている(野村 2008; 岸ら 2011c; 野村 2011; 内閣府 2012; ニッセイ基礎研究所 2011; あい権利擁護支援ネット 2015)。

そのため、セルフ・ネグレクトの概念を明確にするには、時間軸のある構造を有するモデルが必要であると考えられる。

時間軸を有するセルフ・ネグレクトを構成する各下位概念の関係及びその要因との関係については、ICFの相互作用モデル(WHO=2002)を参考とした方が、よりセルフ・ネグレクトを説明できると考えられる。

ICFの構造は、大きく分けて「生活機能と障害」と「背景因子」の2つの部門から構成されている。生活機能(functioning)は「心身機能・身体構造(body functions and structures)」、「活動(activities)」、「参加(participation)」という3つの要素から構成されている。背景因子(contextual factors)は「環境因子(environmental factors)」と「個人因子(personal factors)」に分類されている。(WHO 2001:9)。そして、これらの下位概念は全て相互作用している。

ICFの相互作用モデルはADL及びIADLの概念と共通の項目が多い。また、既存の様々な理論を包含しており、各構成要素(特に活動と参加)は、Lauderら(Lauder et al. 2001a; Lauder et al. 2001b; Lauder et al. 2009)や野村・岸ら(野村・岸ら 2014)の示すセルフ・ネグレクトの下位概念を説明することが可能である。また、セルフ・ネグレクトの要因と状態像の関係を説明可能であると共に、各構成要素の相互作用の観点から、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念の構造を説明しやすいと考えられる。

3 意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する課題

セルフ・ネグレクトの概念を明確化する中で、わが国の研究者間で特に議論となっているのが、前述したNCEAのセルフ・ネグレクトの定義(NCEA 1998)で除外されている意図的なセルフ・

ネグレクトの扱いである。

わが国においては、津村らが意図的なセルフ・ネグレクトに関しては、人権を守るという立場からセルフ・ネグレクトに含むべきであるという立場をとっている(津村 2006)。わが国における調査研究は全て津村らの定義(津村 2006)を使用しているため、調査の操作的定義の中に全て意図的なセルフ・ネグレクトを含んでいる(野村 2008; 野村 2011; 岸ら 2011c; ニッセイ基礎研究所 2011; 内閣府 2012; あい権利擁護支援ネット 2015)。これらの先駆的な全国調査に携わった岸らを中心とする研究者達は、基本的には意図的なセルフ・ネグレクトをその定義の中に含めるべきであるという考えを持っている(野村 2007; 野村 2008; 野村 2011; 岸ら 2011c; ニッセイ基礎研究所 2011; 内閣府 2010; 野村・岸ら 2014; あい権利擁護支援ネット 2015)。しかし、現時点ではセルフ・ネグレクトの定義の中に意図的なセルフ・ネグレクトを含めるべきであるという根拠は明確になっておらず、現在に至るまで定説がない。

NCEAの定義(NCEA 1998)による、「精神機能的に問題なく、自ら決定した結果を理解できる」とは、自らの決定した結果を理解する責任能力であり、わが国の民法第7条に規定されている事理弁識能力であると考えられる。また、NCEAでは、意図的なセルフ・ネグレクトを本人の選択としてとらえている点が大きな特徴である。つまり、NCEAの定義による意図的なセルフ・ネグレクトの扱いは、事理弁識能力がある者に対する個人の選択の自由の保証ではないかと考えられる。

どこまでが個人の選択の自由なのかという点についても多くの議論がある。その中で、野村・岸らは「終末期医療の場等で専門家との十分な協議と本人の意思決定(精神機能が低下していても事前に意思が確認されている場合も含む。)の上で、社会的にコンセンサスを得られた方法を選択した場合はセルフ・ネグレクトとは言わない。」としている(野村・岸ら 2014)。この点に関しては、個人の尊厳という観点から「意識的かつ意図的に健康や安全を脅かす行為をしている」とは言えず、

セルフ・ネグレクトの定義に含めるべきではないと考えられる。

セルフ・ネグレクトの定義における、意図的なセルフ・ネグレクトの扱いは、本研究の調査結果から詳述する。そのため、NCEAの意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いに沿って、調査の分析指標を以下のとおり作成した。

非該当群：終末期医療の場等で専門家との十分な協議と本人の意思決定（精神機能が低下しているも事前に意思が確認されている場合も含む。）の上で、社会的にコンセンサスを得られた方法を選択した場合はセルフ・ネグレクトとは言わない。

意図的なセルフ・ネグレクト群：精神機能的に問題なく、自ら決定した結果を理解できる高齢者が、意識的かつ意図的に健康や安全を脅かす行為をしている場合。

非意図的なセルフ・ネグレクト群：精神機能的に問題があり、自ら決定した結果を理解できない高齢者が、無意識的または非意図的に健康や安全を脅かす行為をしている場合。

4 文献研究のまとめとリサーチクエスション

わが国においては、野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら2014）により、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とセルフ・ネグレクトの判断基準が示されたことは先駆的な意義があると考えられる。しかし、野村・岸らは、この理論の限界として、実証研究による検証がなされていないとともに、中核概念及び付随概念の扱いについての再検討が必要であるとしている（野村・岸ら2014）。また、先行研究ではセルフ・ネグレクトを構成する下位概念間の上下相互の関係は示されていない。

セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルに関しては、Dyerらのモデル（Dyer et al. 2007）に代表されるように、その要因も含んだ幅広いモデルが示され

ている。しかし、Dyerらのモデル（Dyer et al. 2007）は因果関係に基づくものであり、時間軸を有するセルフ・ネグレクトの概念を説明するには検討を要する。そのため、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念間の上下相互の関係を説明するにはICFの相互作用モデル（WHO=2002）での検討が適切であると考えられる。

さらに、現在定説のない意図的なセルフ・ネグレクトの扱いについて明確化するには、調査結果によって両者を比較検討する必要があると考えられる。

先行研究の検討結果から、本研究では調査の事例に関するデータを分析し、①セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を明確にした上で、ICFの相互作用モデル（WHO = 2002）を用いて、各下位概念間の上下、相互の関係を検証し、要因も含めたセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを示す、②セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を基礎項目として事例を類型化することで、類型別にみたセルフ・ネグレクトの判断基準を示す、③意図性の有無による事例の類型化を基に、セルフ・ネグレクトの定義における意図的なセルフ・ネグレクトの扱いを明確化することを課題とする。

そこで、本研究では3つのリサーチクエスションを提示する。

リサーチクエスション 1

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念は何か。そして、その下位概念同士の上下、相互の関係は何か。

リサーチクエスション 2

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を基礎項目として類型化をすると、個々のセルフ・ネグレクト事例は、どのような群に分かれるのか。

リサーチクエスション 3

セルフ・ネグレクトの事例は、意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトに分かれるのではないのか。

Ⅲ 研究方法

1 分析に使用する調査データの選定方法

リサーチクエスションの検証には、論者が平成20年度(2008年度)日本興亜福祉財団ジェロントロジー研究助成を受けて実施した全国地域包括支援センター事例調査(以下、「本調査」という。)のデータを分析する方法を選択した。

本調査が実施された後、ニッセイ基礎研究所全国調査(ニッセイ基礎研究所2011)、内閣府全国調査(内閣府2012)、野村・岸らのセルフ・ネグレクトの概念に関する理論研究(野村・岸ら2014)、あい権利擁護支援ネット全国調査(あい権利擁護支援ネット2015)などの重要な先行研究がなされ、新しい知見が明らかになっている中で、このような方法を選択した理由は以下のとおりである。

第1の理由は、セルフ・ネグレクトの概念が明確化されないまま前述の全国規模の調査研究が実施され、実証研究への移行が困難であるという現状があるからである。現状の理論研究の状況から考えると、新たな全国規模の調査を実施することは無用な混乱を招く可能性の方が高く、既存の調査データを分析する方が適切であると考えられる。

第2の理由は、本調査がセルフ・ネグレクトの事例を記述式で収集しており、質的帰納的な研究方法に基づいて新たな理論を構築するのに適しており、セルフ・ネグレクトの概念と意図的なセルフ・ネグレクトの扱いを明確化という本研究の目的に適しているからである。

第3の理由は、本調査が、博士論文への使用を目的として論者が独自に実施した調査であり、調査計画をルーテル学院大学の研究倫理委員会の承認を得ていることである。

第4の理由は、本調査は東京都特別区実態調査をパイロットスタディとした発展版であり、東京都特別実態調査に比べて調査項目が精査され、全国規模調査であるため分析の対象となる事例数も多いからである。

2 調査の方法

(1) 調査の概要

2008年のWAMNETのデータから作成した抽出台帳を基に、全国4,277か所の地域包括支援センター(ランチも含む)から系統的無作為抽出法を用いて抽出した1,190機関に宅配メールで調査票を送付した。本調査は事例の質的データからセルフ・ネグレクトの概念を理論的に明確化することに焦点を当てた。そのため、分析に適切なサンプルサイズを検討し、抽出台帳から系統的無作為抽出法で3分の1を抽出することとした。

調査の対象は、地域包括支援センターの専門職とし、セルフ・ネグレクトの事例に関する回答を得た。

調査期間は2010年2月5日から3月29日とし、この間に郵送で返却された調査表を分析の対象にした。

(2) 本調査におけるセルフ・ネグレクトの操作的定義

本調査においては、津村らの「高齢者が通常一人の人として、生活において当然行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ること」(津村ら2006)を、セルフ・ネグレクトの操作的定義とした。

(3) 調査の対象事例

本調査の対象とした事例は、調査票にセルフ・ネグレクトの操作的定義を明示した上で、「回答者が現在関わっている、地域に暮らす60歳以上のセルフ・ネグレクトと思われる事例の中で、回答者が主観的に支援に困難を感じている事例」とした。

本調査においては「地域に暮らす」とは、介護保険制度の在宅サービスの対象となる居住形態(グループホームや有料老人ホームなどのケアが提供されるとみなされる施設は除く)と操作的に定義した。また、路上生活者に関しては、その放任された生活形態や状態像は広義にはセルフ・ネ

グレクトの概念の中に含まれると考えられたものの、高齢者虐待やセルフ・ネグレクトとは異なる独立した概念として研究や実践がなされているため、本調査におけるセルフ・ネグレクトの対象には含めていない。

(4) 倫理的配慮

倫理的配慮に関しては、調査計画をルーテル学院大学の研究倫理委員会「人を対象とする研究計画等の審査」に提出して承認を得た(承認番号09-46)。調査の説明及び同意に関しては、各調査票に調査の目的、データの使用目的を含めた説明書と誓約書を添付し、調査票の返信をもって同意を得た。また、調査結果は個人が特定できないよう配慮した。

(5) 調査内容

調査票は、パイロットスタディである東京都特別区実態調査(野村 2008)における調査票を再検討して作成した。内容は自記式とし、前述の対象に当てはまる事例を調査対象者が記入する方法を採用した。調査票は2種類に分け、調査票1には回答者に関する情報を集約した。

調査票2では、回答者がセルフ・ネグレクト状態にあると思われる高齢者の「年齢」、「性別」、「疾病状況」、「高齢者の日常生活自立度」、「認知症高齢者の日常生活自立度」、「要介護度」の事例に関する基本情報、事例に関する記述、「生命の危機の

有無」、「心身の健康への悪影響の有無」、「事例に関わっている年数」、「セルフ・ネグレクトの状態になっている期間」、「要因」、「行為の結果を予測できる判断能力の有無」、「明確な自己主張や目的の有無」、「家族の状況」、「支援に関わる機関の状況」について、選択肢のみではなく記述の回答も求めた。

3 調査結果の概要

調査の結果、238ヶ所の地域包括支援センターから239事例の有効回答(1機関だけ2事例回答)があった(有効回答率は20.1%)³⁾。

表1では分析対象事例の基本属性を示した。世帯状況は、独居高齢者が159事例(66.5%)、それ以外の何らかの同居者がいる世帯は79世帯(33.1%)であった。これらの同居者がいる世帯については、事例の記述から本人の意思や同居者の状況を詳細に検討した結果、同居者も要介護状態である、本人に支援を受けない意思があるなどの理由からセルフ・ネグレクトと認定して分析の対象とした。また、1事例(0.4%)のみであるが、グループホーム内でのセルフ・ネグレクト事例も見られた。当該事例は本人からの強い支援の拒否がある記述が確認されたため、分析の対象とした。

表2では、分析対象事例の疾病状況を示した。これらの疾病状況は記述からのみの情報である。また、専門医による診断を受けていない事例も多く、水面下には多くの疾患や障害がある可能性が高いことが示唆された。

表 1 分析対象事例の基本属性

項目	カテゴリー	事例数 (%)	
年齢	60～64歳	13	(5.4%)
	65～69歳	22	(9.2%)
	70～74歳	34	(14.2%)
	75～79歳	52	(21.8%)
	70代	2	(0.8%)
	80～84歳	45	(18.8%)
	85～89歳	31	(13.0%)
	80代	3	(1.3%)
	90～94歳	14	(5.9%)
	95歳以上	1	(0.4%)
	未記入	22	(9.2%)
性別	男性	128	(53.6%)
	女性	105	(43.9%)
	未記入	6	(2.5%)
世帯	独居高齢者	159	(66.5%)
	高齢者世帯	30	(12.6%)
	高齢者以外の家族と同居	49	(20.5%)
	グループホーム	1	(0.4%)
要介護度	非該当及び自立	9	(3.8%)
	要支援	48	(20.0%)
	要介護1	31	(13.0%)
	要介護2	23	(9.6%)
	要介護3	12	(5.0%)
	要介護4	3	(1.3%)
	要介護5	3	(1.3%)
	申請中	7	(2.9%)
	未申請及び認定なし	36	(15.0%)
	未更新	1	(0.4%)
	未記入	66	(27.6%)
認知症高齢者の日常生活自立度	認知症なし及び自立	17	(7.1%)
	I	42	(17.6%)
	II	85	(35.6%)
	I～II	1	(0.4%)
	III	20	(8.4%)
	IV	1	(0.4%)
	M	3	(1.3%)
	不明	1	(0.4%)
	未記入	69	(28.9%)
	障害老人の日常生活自立度	自立	4
J		106	(44.4%)
A		55	(23.0%)
B		9	(3.8%)
C		3	(1.3%)
未記入		62	(25.9%)

N=239

表2 記述から見た事例の疾病状況

カテゴリー	事例数 (%)
認知症	78 (32.6%)
精神疾患 (疑いも含む)	37 (15.5%)
知的・発達障害	4 (1.7%)
アルコール関連問題 (依存症を含む)	18 (7.5%)
脳血管性障害	26 (10.9%)
脳萎縮	4 (1.7%)
整形外科的疾患	36 (15.0%)
神経科疾患 (パーキンソン等)	2 (0.8%)
自己免疫疾患 (リウマチ等)	3 (1.3%)
甲状腺機能障害	4 (1.7%)
心臓・循環器疾患	20 (8.4%)
呼吸器疾患	9 (3.8%)
消化器系疾患	9 (3.8%)
肝臓疾患	9 (3.8%)
腎機能障害	6 (2.5%)
婦人科系疾患	1 (0.4%)
泌尿器疾患	3 (1.3%)
糖尿病	25 (10.5%)
高血圧	30 (12.6%)
痛風	3 (1.3%)
高脂血症	2 (0.8%)
皮膚疾患	4 (1.7%)
眼科疾患	5 (2.1%)
不明	8 (3.3%)

N=239 (重複あり)

IV セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する分析

1 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する分析方法

リサーチクエスション1を検証するため、調査によって得られたセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の事例に関する記述について、有馬や上野の方法(有馬 2007; 上野 2008)を参考に内容分析を用いてセルフ・ネグレクトを構成する下位概念と下位概念間の上下、相互の関係を明確化することとした。

記録単位をセンテンスとし、日本語の辞書的な意味や文法に基づいて分析を進めた。コーディングは、木下のM-GTA(木下 2006)の手順を参考にした。

まず、記録単位であるセンテンスの意味を手掛かりに分析し、最小単位となる〈概念〉を生成した⁴⁾。次に、これらの〈概念〉を先行研究による

理論的な検証も加え、同じ意味を持つ〈概念〉ごとに抱合して《カテゴリー》を生成した。さらに、各《カテゴリー》の意味や先行研究の理論から考えてさらに上位の概念がある場合は、当該《カテゴリー》を抱合する【中核カテゴリー】を生成した。最終的に、【中核カテゴリー】に上位の概念がある場合は、『理論的中核カテゴリー』を生成した。

内容分析の〈概念〉、《カテゴリー》、【中核カテゴリー】、『理論的中核カテゴリー』の生成過程においては、野村・岸らのセルフ・ネグレクトの概念に関する理論(野村・岸ら 2014)、Oremのセルフケア理論(Orem 2001; Orem=2016)、Dyerらの『セルフ・ネグレクト重症度スケール』(Dyer et al. 2006)、ADL・IADL(伊藤ら 2010)及びICF(WHO=2002)の各モデルに基づき、理論的な検証を進めた。

内容分析の客観性を検証するため、分析の過程で指導教授と検討を重ねた上で、センテンスの日本語の意味に関しては個人を特定できなくなった

段階で言語学の専門家の意見も得た。また、外部の作業療法学を専門とする研究者の意見も得た。さらに、内容分析の結果の客観性については、生成された《カテゴリー》を非階層クラスター分析で分類し、理論的に説明できる分類結果が出現することを条件とした。

2 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する分析結果

表3では、内容分析の結果明らかになったセルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその構造を示した。

内容分析の結果、54の〈概念〉からセルフ・ネグレクトを構成する、《不十分な食事と水分》、《医療・健康に関する行動の不足》、《身体の整容の不足》、《衣服の整容の不足》、《不衛生な住環境》、《住環境の不備》、《不適切な財産管理及び社会的手続き》、《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》及び《社会的孤立》の9つの《カテゴリー》が生成された。

さらに、《不十分な食事と水分》及び《医療・健康維持に関する行動の不足》の上位概念である【健康行動の不足】、《身体の整容の不足》及び《衣服の整容の不足》の上位概念である【個人衛生の悪化】、《不衛生な住環境》及び《住環境の不備》の上位概念である【住環境の悪化】の3つの【中核カテゴリー】が生成された。

そして、【健康維持に関する行動の不足】及び【個人衛生の悪化】を包含するセルフ・ネグレクトを構成する最も上位の概念として『セルフケアの不足』が生成された。

3 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する考察

内容分析で示されたセルフ・ネグレクトを構成する下位概念の構造は、表3のとおり非常に複雑である。『理論的中核カテゴリー』である『セルフケアの不足』を頂点とし、よりセンテンスに近い最小単位の〈概念〉までは4層の構造に渡る複雑な構造であると考えられる。『セルフケアの不足』

は、【健康行動の不足】及び【個人衛生の悪化】を包含する最上位の概念である。これは、Oremのセルフケア理論の普遍的セルフケア要件及び健康逸脱に関するセルフケア要件に該当する全ての行動(Orem 2001: 225-236; Orem=2016: 209-220)が不足している状態であり、ICF及びADLのセルフケアに関する項目に該当する個人衛生の保持という概念でも説明は可能である。

内容分析の結果示されたセルフ・ネグレクトを構成する《カテゴリー》は、先行研究の諸理論(Lauder et al. 2001a; Lauder et al. 2001b; Lauder et al. 2009; 野村・岸ら 2014)と比べて、表現の違いはあっても大きな相違はない。しかし、《不十分な食事と水分》の扱い、〈必要な医療を受けていない〉を含めるべき《カテゴリー》の扱いについては検討を要する。

《不十分な食事と水分》は、理論的にはOremの普遍的セルフケア要件(Orem 2001; Orem=2016)の根幹でもある十分な食事と水分の確保がなされていない状態であり、人間の生命の維持に直結する問題である。水分の不足は脱水状態となって把握することが可能である。しかし、栄養の不足を把握するのは《身体の衛生の不足》や《不衛生な住環境》のように視覚や嗅覚で直ちに判断することが困難である。Dyerらは同様の理由で『セルフ・ネグレクト重症度尺度』から栄養状態の測定項目を設定していない(Dyer et al. 2006)。また、出来合いの物ばかり購入していても、現在のわが国の社会においては、その健康状態は心配されていても最低限生命を維持することは可能であろう。このように、栄養状態の把握は非常に難しく、セルフ・ネグレクトの測定指標を作成する際は議論を要すると考えられる。

問題となるのは〈必要な医療を受けていない〉の扱いである。内容分析の結果では、〈必要な医療を受けていない〉は《医療・保健・福祉サービスの不足》に包含した。これは、医療をサービスととらえるICFの観点からの分類である。しかし、〈必要な医療を受けていない〉はOremの健康逸脱に関するセルフケア要件の根幹である(Orem

表3 内容分析で生成されたセルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその構造

『理論的中核カテゴリー』	【中核カテゴリー】	《カテゴリー》	〈概念〉
『セルフケアの不足』	【健康維持に関する行動の不足】	《不十分な食事と水分》	〈買い物ができていない〉(16) 〈調理ができていない〉(49) 〈栄養が不十分・偏っている〉(161) 〈腐った物・不衛生な物・奇異な物を食べている〉(22) 〈水分が不足している〉(5)
		《医療・健康に関する行動の不足》	〈服薬・インシュリンの管理ができていない〉(57) 〈医療機器の管理ができていない〉(1) 〈医療上の指示や助言を守れていない〉(12) 〈医療上必要な食事管理がなされていない〉(23) 〈不適切な飲酒をしている〉(21)
『セルフケアの不足』	【個人衛生の悪化】	《身体の整容の不足》	〈髭・髪・爪の整容がなされていない〉(38) 〈洗顔・歯磨きがなされていない〉(10) 〈皮膚のケアができていない〉(3) 〈入浴がなされていない〉(143) 〈身体から悪臭がする〉(18) 〈失禁・排泄後の身体のケアがなされていない〉(46)
		《衣服の整容の不足》	〈更衣がなされていない〉(112) 〈洗濯がなされていない〉(33) 〈不衛生な衣服を着用している〉(80) 〈破れた衣服を着用している〉(15) 〈季節に合わない衣服を着用している〉(24) 〈奇異な服装や外見である〉(14)
『セルフケアの不足』	【住環境の悪化】	《不衛生な住環境》	〈片付けがなされていない〉(104) 〈清掃がなされていない〉(126) 〈換気がなされていない〉(7) 〈屋内が湿っている〉(7) 〈日当たりが悪い〉(7) 〈寝具・畳が不衛生である〉(23) 〈ゴミや物が貯めこまれている〉(61) 〈ゴミが放置されており不衛生である〉(93) 〈食べ物が放置されている〉(45) 〈室内・屋外が失禁・尿・便で汚れている〉(38) 〈衣類が放置されている〉(22) 〈ゴキブリ・害虫・ネズミが発生している〉(37) 〈ペットが放置されている〉(14) 〈部屋の中で悪臭がする〉(17) 〈トイレ、台所、風呂場または洗面所が不衛生である〉(11)
		《住環境の不備》	〈庭の手入れがなされていない〉(7) 〈家屋や生活器具が破損している〉(26) 〈風呂・トイレ・洗面所・台所が使用できない〉(8) 〈生活に必要な設備や生活器具がない〉(16) 〈室内の温度が適切に管理されていない〉(22) 〈住環境が危険な状態になっている〉(14) 〈ライフラインが止まっている〉(12)
		《不適切な財産管理及び社会的手続き》	〈日常的な金銭管理・通帳などの貴重品の管理ができていない〉(103) 〈借金・浪費が見られる〉(21) 〈公共料金・税金を滞納している〉(20) 〈社会的手続きができていない〉(10)
		《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》	〈必要な医療を受けていない〉(154) 〈必要な保健・福祉サービスを拒否している〉(163)
『セルフケアの不足』	【社会的孤立】	《社会的孤立》	〈社会との関わりが少ない〉(176) 〈閉じこもり状態である〉(30) 〈他者との関わりを拒否する〉(19) 〈近隣住民との関係が悪化している〉(26)

() 内の数字は記録単位数

2001; Orem=2016)。この点は、今後も理論的な観点からの議論が必要であると考えられる。

さらに重要な点は、1つの《カテゴリー》の中に含まれるセルフ・ネグレクトを構成する下位概念の最小単位として生成された〈概念〉には、行動レベルの〈概念〉と状態レベルの〈概念〉が含まれていることである。各〈概念〉の特徴を詳細に検討していくと、例えば、〈買い物ができている〉、〈食事の準備ができている〉からこそ、〈栄養が不十分・偏っている〉状態になるなど、各《カテゴリー》は様々な要因となる行動レベルの〈概念〉と、その帰結としての状態像の〈概念〉が存在し、これらの〈概念〉が相互に関連することで、《カテゴリー》としての状態像があると捉えるのが適切であると考えられる。また、これらの行動レベルの〈概念〉の存在を考えると、状態像としてしか生成されなかった〈概念〉に関しても、その要因となる様々な行動レベルの〈概念〉が存在するものと考えられる。

セルフ・ネグレクトを行動ととらえる国内外の研究者は多い(NCEA 1998; 野村 2007; Lauder et al. 2001a; Lauder et al. 2001b; Lauder et al. 2009; 野村・岸ら 2014)。セルフ・ネグレクトは、確かに行動のレベルの問題とした方が理解しやすい。しかし、支援者や近隣がセルフ・ネグレクトと認識するのは、行動レベルの問題ではなくその状態像である。すなわち、〈不衛生な衣服を着用している〉、〈ゴミや物が貯めこまれている〉などの状態像で判断することが多いとも考えられる。むしろ、行動よりも行動の結果として、生命・生活の危機に陥り、周囲に大きな影響を与えるほどのセルフ・ネグレクト状態になることこそ、セルフ・ネグレクトの問題の本質ではないかと考える。そ

のため、セルフ・ネグレクトは行動の帰結としての状態ととらえる方が適切であると考えられる。

V セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する分析

1 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する分析方法

本研究では、リサーチクエスション2を検証するため、内容分析において生成された《カテゴリー》の組み合わせに着目し、非階層クラスタ分析(K平均法)を実施した。

分析に先立ち、各〈概念〉に1つでも該当すればその〈概念〉を含む《カテゴリー》が1点となる2値の変数(該当=1点、非該当=0点)を作成した。そして、これらの変数を、非階層クラスタ分析(K平均法)を用いて、クラスタ中心までの平均、標準偏差、最小、最大値を参考にしながら、先行研究の理論も含めて最も解釈が可能な類型を抽出した。当該分析方法は、斉藤・岸・野村による、あい権利擁護支援ネット全国調査のデータ2次分析の際に実施した、2値データによる非階層クラスタ分析の方法を参考にした(斉藤・岸・野村 2016)。

分析にはIBM SPSS Statistics 19を使用した。分析にあたっては、クラスタ数をあらかじめ3から8で設定した。本分析は、内容分析で生成された《カテゴリー》の2値データの分類である。そのため、各クラスタの《カテゴリー》への該当事例数の割合を解釈の基本とした。

2 セルフ・ネグレクト事例の類型化の分析結果

非階層クラスタ分析の結果、表4のとおり7つのクラスタが生成された。

表 4 セルフ・ネグレクト事例の《カテゴリー》別の類型化

クラスター名	C1 栄養状態悪化・サービス不足・孤立型	C2 複合問題／個人衛生悪化型	C3 環境衛生悪化・孤立なし・サービス充足型	C4 複合問題／不適切な財産管理及び社会的手続き型	C5 複合問題／セルフケア・環境衛生悪化型	C6 複合問題／個人衛生・住環境全般悪化型	C7 医療・保健・福祉サービス不足型	合計
《不十分な食事と水分》	0.92	0.50	0.58	0.86	1.00	0.92	0.00	0.76
《医療・健康行動の不足》	0.27	0.00	0.37	0.45	1.00	0.32	0.10	0.36
《身体の整容の不足》	0.15	0.96	0.53	0.86	0.84	0.82	0.30	0.71
《衣服の整容の不足》	0.12	0.96	0.05	0.96	0.79	0.90	0.05	0.69
《不衛生な住環境》	0.58	0.69	0.74	0.83	0.84	0.93	0.05	0.74
《住環境の不備》	0.19	0.15	0.11	0.00	0.00	1.00	0.15	0.31
《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》	0.96	0.88	0.05	0.96	0.79	0.88	0.85	0.84
《社会からの孤立》	0.88	0.62	0.26	0.91	0.74	0.85	0.65	0.77
《不適切な財産管理及び社会的手続き》	0.27	0.00	0.58	1.00	0.00	0.58	0.50	0.55
事例数	26	26	19	69	19	60	20	239

N=239 クラスター内の値は各《カテゴリー》の該当事例数の割合を示す。

クラスター1は、《不十分な食事と水分》、《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》、《社会からの孤立》に80%以上の事例が該当している。そのため、「栄養状態悪化・サービス不足・孤立型」と命名した。また、このクラスターは58%の割合で《不衛生な住環境》が見られることも大きな特徴である。

クラスター2は、《身体の整容の不足》及び《衣服の整容の不足》、つまり内容分析で生成された【個人衛生の悪化】が共に96%該当する型である。その他に該当割合の高い要素もあるが、【個人衛生の悪化】が顕著であるため、「複合問題／個人衛生悪化型」と命名した。また、《不衛生な住環境》にも69%と比較的高い割合で該当しているため、個人の衛生状態の悪化と住環境の衛生状態の悪化の関係が示唆される。

クラスター3は、《不衛生な住環境》に74%該当している。その他、該当割合が50%を超えるク

ラスターもあるが、《不衛生な住環境》が突出している。また、他のクラスターとは異なり《社会的孤立》が占める割合が低く、《医療・保健・福祉サービスの不足》もあまり見られない。そのため、「環境衛生悪化・孤立なし・サービス充足型」と命名した。このクラスターは全般的に該当割合が低く、最も解釈が難しいクラスターである。

クラスター4は、《医療・健康に関する行動の不足》及び《住環境の不備》以外が顕著に高い該当割合を示している。特徴的なのは、このクラスターの全ての事例に《不適切な財産管理及び社会的手続き》が見られることである。そのため、「複合問題／不適切な財産管理及び社会的手続き型」と命名した。

クラスター5も全般的に高い割合を示しているが、『セルフケアの不足』に該当する《各カテゴリー》及び《不衛生な住環境》の該当割合が顕著に高い。そのため、「複合問題／セルフケア不足・環

境衛生悪化型」と命名した。

クラスター6も全般的に高い割合を示しているが、特徴的なのは《医療・健康行動の不足》に該当する事例の割合が少なく、他のクラスターと異なり《住環境の不備》が突出している。また、《不衛生な住環境》、《身体の整容の不足》及び《衣服の整容の不足》に該当する事例の割合も高い。そのため、「複合問題／個人衛生・住環境全般悪化型」と命名した。

クラスター7は《医療・保健・福祉・サービスの不足》に該当する事例の割合が高く、《社会的孤立》に該当する事例の割合は比較的高いものの、その他の《カテゴリー》に該当する事例の割合は低い、そのため「医療・保健・福祉サービスの不足型」と命名した。

3 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する考察

表4で示した各クラスターは、その傾向から、複合問題群と特徴問題群に再分類できると考えられる。

複合問題群に分類されるのは、クラスター2「複合問題／個人衛生悪化型」、クラスター4「複合問題／健康行動の不足・住環境の不備なし型」、クラスター5「複合問題／セルフケア不足・環境衛生悪化型」、クラスター6「複合問題／個人衛生・住環境全般悪化型」である。これらのクラスターは個々の特徴はあるものの、広範囲にわたる《カテゴリー》が該当する状態である。この複合問題群の群は先行研究では、Burnetらの分類(Burnet et al. 2014)や齊藤・岸・野村の分類(齊藤・岸・野村 2016)からも、同様の結果が示されている。複合問題群は、それぞれの特徴はあるにせよ、基本的には生活全般にわたるセルフ・ネグレクト状態であるため、セルフ・ネグレクトとすることに異論は出ないであろう。

一方で、特徴問題群は、セルフ・ネグレクトを構成する《カテゴリー》がある特徴のみで構成される群である。クラスター1「栄養状態悪化・サービス不足・孤立型」、クラスター3「環境衛生悪化・

孤立なし・サービス充足型」、クラスター7「医療・保健・福祉サービスの不足型」がこの群に含まれると考えられる。

特徴問題群の中でも、Oremの普遍的セルフケア要件(Orem 2001:225; Orem=2016:209)のみが問題となるクラスター1「栄養状態悪化・サービス不足・孤立型」や各《カテゴリー》の該当事例数の割合が少ないもののクラスター3「環境衛生悪化・孤立なし・サービス充足型」は、野村・岸らの理論(野村・岸ら 2014)におけるセルフ・ネグレクトの中核概念の要素は満たしているため、これらのクラスターは、先行研究の理論からするとセルフ・ネグレクトであると判断することは問題ないと考えられる。

解釈が難しいのが、クラスター7「医療・保健・福祉サービスの不足型」である。このクラスターは、《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》の問題のみが突出しており、『セルフケアの不足』及び【住環境の悪化】を構成する《カテゴリー》に該当する割合は低い。つまり、野村・岸らの理論(野村・岸ら 2014)によると付随概念のみで構成される傾向にあるクラスターである。

この点に関しては、Oremのセルフケア理論(Orem 2001:235; Orem=2016:219)では健康逸脱に関するセルフケア要件に含まれる〈必要な医療を受けていない〉を、内容分析の結果《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》に含めた影響も大きいとも考えられる。そのため、一概にクラスター7をセルフ・ネグレクトから除外するのは適切でない。

特徴問題群は、複合問題群よりセルフ・ネグレクトの説明力が弱いとは考えられる。しかし、セルフ・ネグレクトから除外するのではなく、むしろ各《カテゴリー》が広範囲にわたるセルフ・ネグレクト状態にある複合問題群を重症なセルフ・ネグレクト群、特徴問題群を軽症なセルフ・ネグレクト群であると捉える方が適切であると考えられる。

VI セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化に関する分析

1 セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化に関する分析方法

本研究においては、リサーチクエスション3を検証するために、①セルフ・ネグレクトの要因に関する分析を実施して、要因に関する全体的な傾向を示すと共に、②セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無に着目した非階層クラスター分析による類型化を実施した。

(1) セルフ・ネグレクトの要因に関する分析

セルフ・ネグレクトの要因に関しては、調査票における当該事例がセルフ・ネグレクト状態になった要因に関する質問項目から得られた記述を、内容分析を用いて分類した。

(2) セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化

セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化のため、当該事例の事理弁識能力の有無の2値変数(なし=1点、あり=0点に反転)及び当該事例の自由意志の有無の2値変数(なし=1点、あり=0点に反転)に加え、精神機能・身体機能の低下を示す、認知症の有無、精神障害の有無、知的障害の有無、アルコール問題の有無、脳血管性障害の有無、身体機能を低下させる疾患の有無及びADL低下の有無についての2値変数の主要な組み合わせに着目して非階層クラスター分析を実施することとした。

精神機能・身体機能の低下を示す、認知症の有無、精神障害の有無、知的障害の有無、アルコール問題の有無、脳血管性障害の有無、身体機能を低下させる疾患の有無及びADL低下の有無に関する変数は、事例の記述内容から新たに作成した。

これらの変数を、非階層クラスター分析(K平均法)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、先行研究の理論も含めて最も解釈が可能な類型を抽出し

た。分析にあたり、齊藤らによるあい権利擁護支援ネットの調査データの分析の際に実施した2値データによる非階層クラスター分析の方法を参考にした(齊藤・岸・野村2016)。分析にはIBM SPSS Statistics 19を使用した。分析にあたっては、クラスター数をあらかじめ3から8で設定した。本分析は、2値で作成した変数の分類であるため、各クラスターに占める該当事例数の割合を解釈の基本とした。

2 セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化の分析結果

(1) セルフ・ネグレクトの要因

表5では、当該事例がセルフ・ネグレクトになった要因に関する記述から、内容分析を用いて生成された各要因を示した。身体機能の低下を要因とする事例は、合計で150事例(62.8%)、非意図的セルフ・ネグレクトの可能性のある精神的機能の低下を要因とする事例は合計で193事例(80.8%)、意図的セルフ・ネグレクトの可能性のある本人の意志・性格を要因とする事例は55事例(22.6%)、家族・社会的要因による事例は52事例(21.8%)であった。

(2) セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型

非階層クラスター分析の結果、事理弁識能力の有無及び自由意志の有無の欠損値の組み合わせから、26事例が分析対象から除外され、有効事例数は213事例となった。結果は、表6のとおり、8つのクラスターに分類された。

クラスター1は、該当する全ての事例に事理弁識能力があるとの回答があり、97%の事例にADLの低下が見られる。さらに、自由意志があると回答のあった事例は69%、何らかの認知症を有する事例は64%であった。認知症を有する割合がそれほど多くないものの、60%を超えているため、「事理弁識能力あり/認知症ADL低下型」と命名した。

クラスター2は、全ての事例に何らかの認知症とADLの低下が見られ、事理弁識能力がないと

表5 事例の記述から見たセルフ・ネグレクトの要因

要因		事例数 (%)	
身体機能の低下	加齢又は疾病による ADL の低下	61	(25%)
	加齢	48	(20%)
	疾病・身体の障害	41	(17%)
精神機能の低下	認知症	82	(34%)
	アルコール問題	19	(8%)
	精神障害	31	(13%)
	意欲低下	57	(24%)
	判断能力	2	(0.8%)
	知的障害	2	(0.8%)
	本人の意志・性格	性格	44
	意図的	10	(4%)
家族・社会的要因	家族の死亡・離別・関係の変化	46	(19%)
	経済的困窮	6	(3%)
不明		13	(5%)

N=239 (重複あり)

表6 セルフ・ネグレクトの意図性の有無による類型

クラスター名	C1 事理弁識能力あり ／認知症 ADL 低下 型	C2 事理弁識能力なし ／認知症 ADL 低下 型	C3 事理弁識能力なし ／認知症 ADL 低下 なし型	C4 事理弁識能力なし ／認知症 内科疾患 ADL 低下 型	C5 事理弁識能力あり ／内科疾 患型	C6 事理弁識能力なし ／認知症 自由意志 あり型	C7 事理弁識能力混在 ／アル コール認 知症型	C8 事理弁識能力なし ／脳血管 性障害型	合計
事理弁識能力なし	0.00	0.97	0.77	0.77	0.07	1.00	0.54	0.84	0.60
自由意志なし	0.31	1.00	0.69	1.00	0.21	0.00	0.46	0.89	0.57
認知症	0.64	1.00	0.62	0.97	0.07	0.93	0.85	0.74	0.72
精神障害	0.08	0.30	0.12	0.16	0.11	0.30	0.00	0.05	0.15
アルコール問題	0.00	0.00	0.00	0.03	0.07	0.04	1.00	0.00	0.08
知的・発達障害	0.00	0.00	0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02
脳血管性障害	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.04	0.08	1.00	0.10
身体機能的疾患	0.47	0.06	0.04	0.29	0.04	0.11	0.08	0.16	0.17
内科的慢性疾患	0.33	0.00	0.08	1.00	0.79	0.41	0.46	0.68	0.46
ADL の低下	0.97	1.00	0.00	0.68	0.18	0.89	0.92	0.79	0.68
事例数	36	33	26	31	28	27	13	19	213

N=213 クラスター内の値は該当事例数の割合を示す。

の回答を得た事例が97%である。そのため、このクラスターを「事理弁識能力なし／認知症 ADL 低下型」と命名した。

クラスター3は、事理弁識能力がないと回答を得た事例は77%、認知症があるとされる事例が62%、全ての事例にADLの低下が見られないため、「事理弁識能力なし／認知症 ADL 低下なし型」と命名した。このクラスターは事理弁識能力と認知症の該当割合はそれほど高くなく、全ての事例のADLが高い傾向にあり、最も解釈が難しい。

クラスター4は、事理弁識能力がないと回答があった事例が77%、全ての事例に自由意志がないと回答があり、認知症が97%の事例に見られ、全ての事例が内科疾患を有している。また、ADLの低下が68%の事例に見られるため、「事理弁識能力なし／認知症内科疾患 ADL 低下型」と命名した。

クラスター5は、事理弁識能力があるとの回答を得た事例が93%であり、自由意志があるとの回答を得た事例が79%。また、認知機能やADLの低下は見られず、該当するのは内科的疾患のみである。そのため、「事理弁識能力あり／内科疾患型」と命名した。

クラスター6は、全ての事例に事理弁識能力がないとの回答を得、93%の事例に認知症が、また89%の事例にADLの低下が見られるが、全ての事例に自由意志があるとの回答を得ている、そのため「事理弁識能力なし／認知症自由意志あり型」と命名した。

クラスター7は、全ての事例にアルコール問題があり、85%の事例に認知症が、92%の事例にADLの低下が見られる。しかし、事理弁識能力があると回答のあった事例が46%、自由意志があると回答のあった事例が54%であり、事理弁識能力があるのか自由意志があるのか判別がつかない。そのため、「事理弁識能力混在／アルコール認知症型」と命名した。

クラスター8は、全ての事例が脳血管性障害であり、事理弁識能力がないとの回答を得た事例が84%、自由意志がないとの回答を得た事例が89%

であった。そのため、「事理弁識能力なし／脳血管性障害型」と命名した。

3 セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化に関する考察

セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無に関する8つのクラスターを考察すると、セルフ・ネグレクトの事例は、非意図的なセルフ・ネグレクト群、意図的なセルフ・ネグレクト群、境界群の3群に再分類にできると考えられる。

非意図的なセルフ・ネグレクト群に分類されたのは、クラスター2「事理弁識能力なし／認知症 ADL 低下型」、クラスター4「事理弁識能力なし／認知症内科疾患 ADL 低下型」、クラスター6「事理弁識能力なし／認知症自由意志あり型」、クラスター8「事理弁識能力なし／脳血管性障害型」である。これらのクラスターは、高い割合で事理弁識能力がないとの回答を得ており、「精神機能的に問題があり、自ら決定した結果を理解できない高齢者が、無意識的または非意図的に健康や安全を脅かす行為をしている場合」、つまり非意図的なセルフ・ネグレクトの傾向があるクラスターであるとするのが適切である。

その中でも、クラスター2「事理弁識能力なし／認知症 ADL 低下型」及びクラスター6「事理弁識能力なし／認知症自由意志あり型」は、ほぼすべての事例に事理弁識能力がないとの回答があり、何らかの認知症を有しているため、最も重症なクラスターであると考えられる。

特徴的なのはクラスター6「事理弁識能力なし／認知症自由意志あり型」である。このクラスターは、クラスター2と同様に明らかに支援が必要と判断される群である。しかし、全ての事例が自由意志を持っていると回答されている。例えば、事理弁識能力がなく支援者は明らかに支援が必要だと考えていても、その支援を拒否する高齢者などはこのクラスターに分類される可能性があるとも考えられる。

意図的なセルフ・ネグレクト群に分類されたのは、クラスター5「事理弁識能力あり／内科疾患型」

である。このクラスターは、認知機能を低下させる疾患やADLの低下は見られず、該当するのは内科的疾患のみである。そのため、クラスター5が「精神機能的に問題なく、自ら決定した結果を理解できる高齢者が、意識的かつ意図的に健康や安全を脅かす行為をしている場合」、つまり意図的なセルフ・ネグレクトに分類される傾向があるクラスターであると考えられる。

境界群は、非意図的なセルフ・ネグレクトと意図的なセルフ・ネグレクトの両者の傾向がある群である。この群は、非意図なセルフ・ネグレクトの傾向がある順から、クラスター3「事理弁識能力なし／認知症ADL低下なし型」、クラスター7「事理弁識能力混在／アルコール認知症型」、クラスター1「事理弁識能力あり／認知症ADL低下型」で構成されると考えられる。

境界群の中で特徴的なのは、クラスター1「事理弁識能力あり／認知症ADL低下型」である。このクラスターは、該当する全ての事例に事理弁識能力があると回答され、自由意志があると回答を得た事例は69%である。つまり、64%の事例は何らかの認知症を有するが、事理弁識能力はあるとの回答を得たことになる。この結果から、意図的なセルフ・ネグレクトであると支援者が認識している事例の中に認知症などで精神機能が低下している事例が含まれる可能性が示唆された。

事例全体を見ると、非意図的なセルフ・ネグレクト群に分類された事例は合計110事例であり、分析した213事例の51.6%を占めている。境界群の中で非意図的なセルフ・ネグレクトの傾向があるクラスター3「事理弁識能力なし／認知症ADL低下なし型」を含めると136事例であり、分析した事例全体の63.8%が非意図的なセルフ・ネグレクトの傾向を有することとなる。さらに、約半数の事例が、事理弁識能力がないと回答を得ているクラスター7「事理弁識能力混在／アルコール認知症型」も含めると非意図的なセルフ・ネグレクトの傾向がある事例はさらに多くの割合を占める。

これらの傾向から、セルフ・ネグレクト事例全

体の中では非意図的なセルフ・ネグレクト群が中心を占める可能性が示唆された。既に、多くの先行研究においてセルフ・ネグレクトと認知症の関連が示されていることからして、非意図的なセルフ・ネグレクトがセルフ・ネグレクトの中心である可能性は高いとする方が適切ではないかと考えられる。

Ⅶ 結論：セルフ・ネグレクトの理論的概念モデル

1 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその相互の関係に関する考察

図1では、内容分析の結果示されたセルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその構造、非階層クラスター分析によるセルフ・ネグレクトを構成する下位概念を基礎項目としたセルフ・ネグレクト事例の類型化の結果をICFの相互作用モデル(WHO=2002)に基づいて検討して構築した、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその相互の関係についての理論的概念モデルを示した。以下、この図に沿って結論を述べたい。

(1) セルフ・ネグレクトの中核概念

内容分析の結果明らかになった【中核カテゴリ】は、【健康に関する行動の不足】、【個人衛生の悪化】及び【住環境の悪化】である。野村・岸らの理論(野村・岸ら2014)から考えても、この3つの【中核カテゴリ】はそれぞれ単体でセルフ・ネグレクトを説明することが可能である。そのため、これらの【中核カテゴリ】がセルフ・ネグレクトの中核概念であると考えられる。

本研究においては、内容分析の結果から【健康に関する行動の不足】及び【個人衛生の悪化】を説明するさらに上位の概念として『セルフケアの不足』が生成された。野村・岸らの理論(野村・岸ら2014)によるとセルフ・ネグレクトの中核概念は、セルフケアの不足と住環境の悪化であるとし、これらを並列の関係で示している。

しかし、内容分析の結果からすると、『セルフケアの不足』は2つの【中核カテゴリ】、4つの《カ

セルフ・ネグレクト

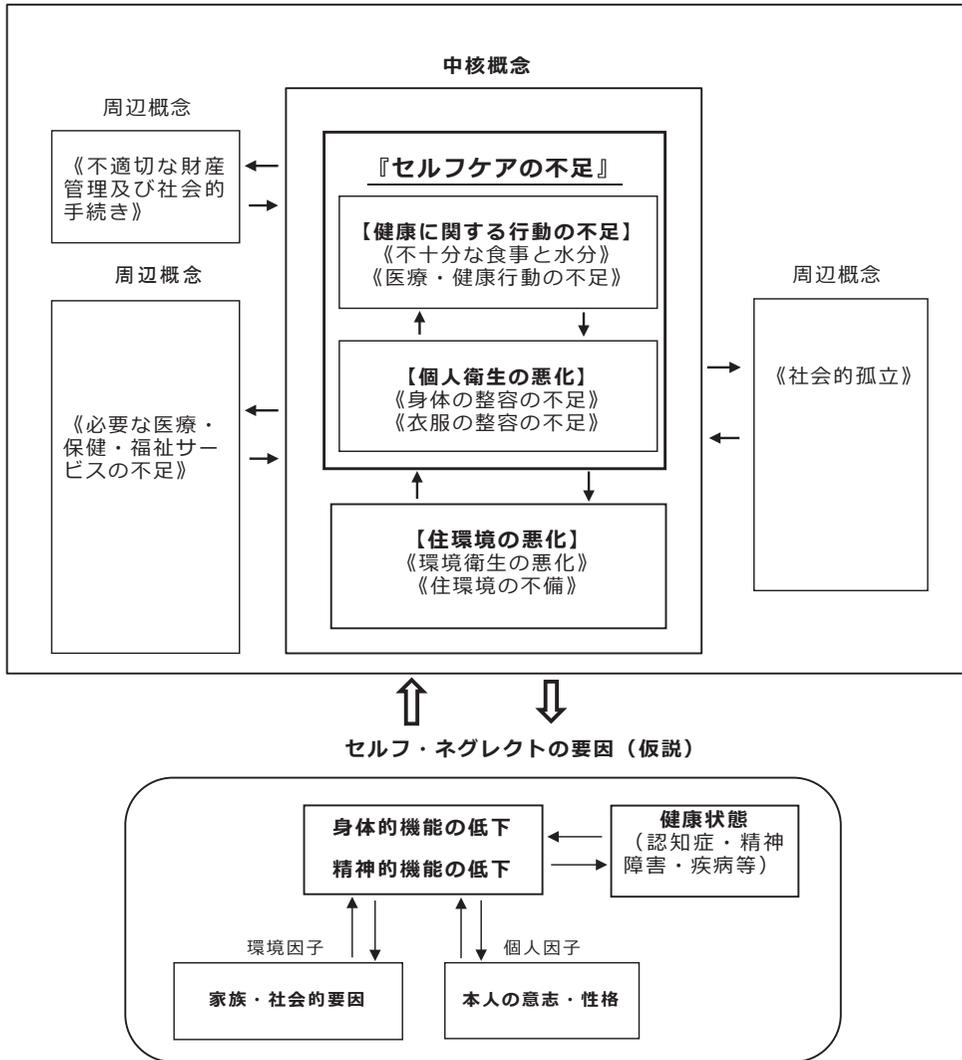


図1 セルフ・ネグレクトの理論的概念モデル 論者作成

テゴリー》、22の〈概念〉から構成される大きな構造を有する概念であり、明らかに【住環境の悪化】よりも大きな構造を持つ。

また、Oremのセルフケア理論(Orem 2001; Orem=2016)からすると、【住環境の悪化】は直接的・間接的に『セルフケアの不足』の要素を含んでいると考えるのが適切である。このような関係は、『セルフケアの不足』と《社会的孤立》の関係においても同様である。《社会的孤立》は独立性の高

い《カテゴリー》である。しかし、Oremのセルフケア理論(Orem 2001: 225; Orem=2016: 210)では、孤独と社会的相互作用のバランスの維持は普遍的セルフケア要件に該当する。このように、『セルフケアの不足』はセルフ・ネグレクトを構成する様々な下位概念を説明できる要素があり、明らかに【住環境の悪化】よりも大きな構造を持つ概念である。そのため、【住環境の悪化】とは並列の関係ではないと考えるのが適切である。

(2) セルフ・ネグレクトの周辺概念

セルフ・ネグレクトの中核概念には含まれないが、重要な《カテゴリー》である《不適切な財産管理及び社会的手続き》、《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》及び《社会的孤立》はセルフ・ネグレクトの周辺概念であると考えられる。

図1では、これらの周辺概念の各々の特徴を示した。

《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》は中核概念ではないが、セルフ・ネグレクトを説明する上で重要な下位概念であると考えられる。この《カテゴリー》の特徴は支援・サービスの拒否である。セルフ・ネグレクトは《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》があるからこそ悪化するのであり、他の全ての《カテゴリー》を悪化させる要因であると考えられる。

《不適切な財産管理及び社会的手続き》は、ICFの観点からすれば、主要な生活領域の経済生活の項目で説明される(WHO=2002:163-164)。財産管理や社会的手続きは、社会的な意味合いが強く、セルフ・ネグレクトを説明する最も重要な『セルフケアの不足』とは距離のある問題である。一方で、《不適切な財産管理及び社会的手続き》に関しては、これらの手続きをする能力、管理する能力の不足によって生じると考えられる。この手続きや管理をする能力は、セルフ・ネグレクトの意図性の有無に関する類型化に関する研究結果で述べた事理弁識能力に比例するものであると考えるのが適切である。

《社会的孤立》に関しては、既に多くの研究がなされているようにセルフ・ネグレクトを構成する下位概念ではあるものの、非常に独立性が高い概念であると考えられる。先行研究(野村2008;野村2011;岸ら2011c;ニッセイ基礎研究所2011;齊藤ら2016)では、社会的孤立の状態にあることが精神機能及び身体機能の低下につながると考えられている。また、社会的に孤立しているために周囲の支援も受けらず、セルフ・ネグレクトの状態がさらに悪化し、地域への悪影響が生じて近隣住民との関係が悪化し、さらに孤立を深めるとい

う悪循環の構図も示されている(野村2008;野村2011;岸ら2011c;ニッセイ基礎研究所2011;齊藤ら2016)。そして、孤立が進行すればさらに精神的機能及び身体的機能は低下する。この観点からすると、社会的孤立はセルフ・ネグレクトを構成する下位概念であり要因でもあり、セルフ・ネグレクトの中核概念及びその他の周辺概念とある程度独立して相互作用していると考えるのが適切である。

野村・岸らのセルフ・ネグレクトの理論的概念モデル(野村・岸ら2014)からすると、これらの《カテゴリー》はセルフ・ネグレクトの付随概念に分類される。しかし、内容分析から生成されたこれらの《カテゴリー》の特徴及びICFの相互作用モデルから考えると、これらの《カテゴリー》は付随概念として1つにまとめるのではなく、周辺概念として各々の《カテゴリー》が、中核概念の周辺で各々の特徴を持って相互作用しているとした方が適切であると考えられる。

(3) セルフ・ネグレクトの類型による判断基準

セルフ・ネグレクトの類型による判断基準について、本研究では中核概念と相互作用する周辺概念として分類した。この分類は、今後調査研究においては中核概念を構成する各《カテゴリー》がセルフ・ネグレクト状態になっている事例のみの回答を求める、中核概念に該当する群と周辺概念のみが問題となる群を比較するなど、調査対象事例を明確化し、比較結果するための研究指標になる可能性があると考えられる。

確かに、周辺概念を構成する《カテゴリー》だけが単体またはそれらの《カテゴリー》のみの組み合わせで存在した場合は、中核的概念だけに比べてセルフ・ネグレクトという事象を説明する意味合いは弱い。しかし、セルフ・ネグレクトは中核概念のみでは説明しきれない。周辺概念は、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者によく見られる重要な特徴であり、周辺概念は中核概念と相互作用することで、セルフ・ネグレクトを説明する重要な下位概念になると考えられる。

2 セルフ・ネグレクトの要因に関する考察

表5で示したとおり、セルフ・ネグレクトの要因に関しては、精神機能の低下、身体機能の低下、本人の意志・性格、家族・社会的要因の4つが生成された。

精神機能の低下、身体機能の低下、本人の意志・性格は、先行研究(野村 2008)からすると、セルフ・ネグレクトの状態に至る直接要因であると考えられる。非意図的なセルフ・ネグレクトと言われるように、NCEAの定義(NCEA 1998)ではこのように心身機能の低下に起因した状態こそがセルフ・ネグレクトとされている。そして、本人の意志・性格が要因であれば、意図的なセルフ・ネグレクトの要素が大きくなる。本人が支援を拒否すればセルフ・ネグレクトの状態は悪化する。そのため、これら3つの要因は、直接的なセルフ・ネグレクトの要因であると考えた方が適切であろう。

一方で、「家族・社会的要因」は少し様相が異なる。事例の家族の死亡・離別・関係の変化の記述から2つの類型があることが示唆された。1つは、家族の死亡などの重大な環境の変化により意欲が低下し、そのために心身の機能が低下してセルフ・ネグレクトになるタイプ、2つめは、元々心身機能が低下又は家事全般が苦手だった者が家族の死亡等により身の回りのことができなくなるタイプである。また、経済的に困窮している6事例はそれが理由で《医療・保健・福祉サービスの不足》につながる事が示唆された。この観点からすると、家族・社会的な要因は間接的な要因であるとも考えられる。

ICFの観点からすると、身体機能の低下及び精神機能の低下は「心身機能・身体構造」と「健康状態(変調又は病気)」で説明できる(WHO=2002:11-12)。家族・社会的要因はICFの観点からすると「環境因子」、本人の意志・性格はICFの「個人因子」で説明される(WHO=2002:15-17)。ICFは相互作用のモデルである。そのため、本研究で示されたセルフ・ネグレクトの各要因は図1で示したように相互作用していると整理される。さらに、ICFの観点からすると、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とセルフ・ネグレクトの要因は相互作用していると考えるのが適切である。

意図的なセルフ・ネグレクト及び非意図的なセルフ・ネグレクトに関しても、図1の相互作用の概念図を使えば説明が可能であると考えられる。非意図的なセルフ・ネグレクトは、疾病(健康状態)に起因するADLの低下(心身機能の低下)それによって「活動」及び「参加」の項目ができない状態になり、各項目は相互作用していると見なせば理解しやすいと考えられる。また、意図的なセルフ・ネグレクトに関しても、意図的という「個人因子」を起因として図1に示した一連の相互作用の結果として援助者の目に触れるセルフ・ネグレクトの状態になるものと考えれば説明が可能である。

3 意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱い

図2では、理論的研究及び調査結果から示された最終的な意図的なセルフ・ネグレクト及び非意図的なセルフ・ネグレクトの概念モデルについて示した。

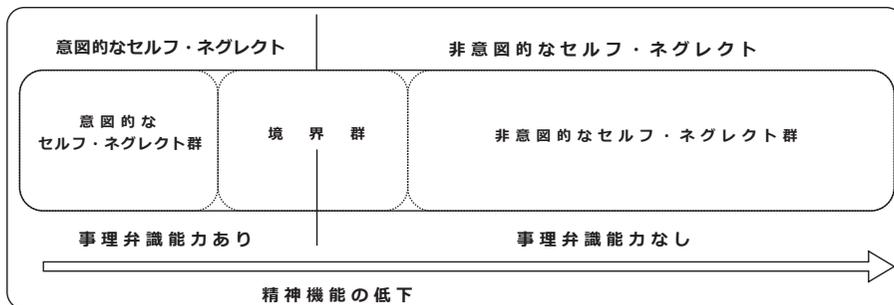


図2 セルフ・ネグレクトの意図性に関する理論的概念モデル

結論として、意図的なセルフ・ネグレクト及び非意図的なセルフ・ネグレクトは以下のとおり定義できる。

意図的なセルフ・ネグレクト：事理弁識能力のある者が意識的かつ意図的な行為の結果セルフ・ネグレクトの状態に至ること。

非意図的なセルフ・ネグレクト：事理弁識能力のない者が無意図的または非意図的な行為の結果セルフ・ネグレクトの状態に至ること。

事理弁識能力とは「精神機能に問題なく、自らの行為の結果を判断する能力」である。事理弁識能力は、基本的には精神機能の低下に比例する。

そして、意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトの境界は、境界群の間にある。両者の境界線は、事理弁識能力の有無である。事理弁識能力はあくまでも曖昧な群に法律的な境界線を引くためのものである、そのため、この分類はあくまで理論上の指標であり、境界群の中には両者が混在しており、実際の両者の境界線は非常に曖昧であると考えられる。

セルフ・ネグレクトが個人の行動の帰結としての状態像であるならば、意図的であるか否かに関わらず客観的な支援の必要性という観点からは両者に違いはない。社会福祉の専門職としておこなうべき支援は、個人には選択の自由があるからといって意図的なセルフ・ネグレクトを除外することではなく、客観的な支援の必要性に着目し、本人が個人の選択として支援を受けられるように変化を促す関わりである。このような関わりの中では、支援者は常にジレンマに陥り、迷いの中で支援の方向を見失い、本人の変化を促すことではなく、強引な社会福祉サービスの導入など、本人の意思に反した支援者側の理論を押し付ける場面に陥ることもある。それこそが個人の選択の自由の侵害である。本人に支援の拒否があっても根気強い関わりの中で本人の変化を促すことは、個人の

選択の自由の侵害ではないと考えられる。

その観点から、個人の選択の自由であるからと意図的なセルフ・ネグレクトをセルフ・ネグレクトの定義から除外することは適切ではない。むしろ、支援を良い方向にするために、セルフ・ネグレクトの定義には意図的なセルフ・ネグレクトを含み、法制度の中でその予防・支援策の根拠、責任を持って支援をおこなう機関、支援者を支える第三者機関について明確にする必要がある。そのため、意図的なセルフ・ネグレクトについては、セルフ・ネグレクトの定義に含めるべきであると考えられる。

ただし、野村・岸らの理論（野村・岸ら 2014）にあるように、終末期医療の場等で専門家との十分な協議と本人の意思決定（精神機能が低下していても事前に意思が確認されている場合も含む。）の上で、社会的にコンセンサスが得られた方法を選択した場合は個人の尊厳の問題である。この場合は、セルフ・ネグレクトとは言えない。この点は、セルフ・ネグレクトの定義の中で明確に規定すべきであると考えられる。

4 セルフ・ネグレクトの概念と定義

以上の考察に基づき本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義を示したい。

セルフ・ネグレクトは健康状態、心身機能の低下、本人の意志・性格、家族・社会的要因の相互作用によって、生命や生活を維持する様々な行動が不足し、その結果として生じる状態像である。セルフ・ネグレクトの要因と状態は相互作用しており、状態が悪化すれば要因も悪化し、その悪循環を繰り返すのではないかと考えられる

これらの要因との相互作用によって生じるセルフ・ネグレクトは、中核概念である【健康に関する行動の不足】、【個人衛生の悪化】及び【住環境の悪化】で構成される。さらに【健康に関する行動の不足】及び【個人衛生の悪化】の上位概念として『セルフケアの不足』がある。セルフ・ネグレクトの中核概念の中で最も重要な概念は『セルフケアの不足』である。また、これらの中核概念と相互

作用する周辺概念として《医療・保健・福祉サービスの不足》、《社会的孤立》及び《不適切な財産管理と社会的手続き》がある。セルフ・ネグレクトは全ての下位概念が相互作用し、その結果として心身の健康・生活・安全が損なわれる状態になることであると考えられる。

このモデルに、前述した意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する結論を踏まえると、本研究において、セルフ・ネグレクトは以下のように定義できる。

セルフ・ネグレクトの定義

セルフ・ネグレクトとは、疾病や障害、心身機能の低下、個人の意志及び社会的要因の相互作用によって生じる、セルフケアの不足と住環境の悪化である。セルフ・ネグレクトは、財産管理及び社会的手続きの不足、社会的孤立、その状態を補う全てのサービスの不足という周辺概念との相互作用で、心身の健康・生活・安全が脅かされる状態になることをいう。

終末期医療の場等で専門家との十分な協議と本人の意思決定（精神機能が低下していても事前に意思が確認されている場合も含む。）の上で、社会的にコンセンサスが得られた方法を選択している場合は除く。

Ⅷ 本研究の限界と今後の課題

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べてみたい。

1点目は、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルに関する課題である。本研究で示したセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルは時間軸を含む相互作用モデルであるために、ある時点のセルフ・ネグレクトの状態を判断する場合は、その判断に議論を要する。また、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念、セルフ・ネグレクトの要因、意図的なセルフ・ネグレクト及び非意図的なセルフ・ネグレクトとの関係、セルフ・ネグレクトの要因とICFにおける活動と参加の関係について1つ

のモデルの中で図示できなかったことが大きな課題である。

2点目は、調査対象の抽出方法についての課題である。本調査結果を一般化することは一定程度可能であると考えられる。しかし、調査対象となった地域包括支援センターが関わるセルフ・ネグレクトの全事例を収集しているわけではないため、本調査から疫学的な検討をすることはできない。

3点目は、研究デザインについての課題である。本研究は探索的な研究であり、先行研究による理論的な検討と調査結果の検討を繰り返した結果、最新の先行研究も含めて検討した調査課題を、過去に実施した調査のデータで検証するというデザインを採用せざるを得なかった。そのため、分析に使用したデータは数年前に実施したものであり、その間にわが国の社会情勢は大きく変化しており、本研究で示された調査結果は、現在において同様の調査をした場合に異なる結果が出る可能性がある。

4点目は、調査方法と調査内容についての課題である。本調査は質問紙調査によって事例のセルフ・ネグレクト状態に関する記述データを得た。そのため、その記述の質及び量は回答者によって様々であり、精密な分析ができなかった。そのため、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念の最小単位である〈概念〉の生成過程において、記述データの範囲に基づく生成しかできなかったことが大きな課題として残されている。

5点目は、内容分析の客観性の検証である。本研究では、厳密な内容分析に必要な信頼性係数を求めることができず、非階層クラスター分析を実施することで客観性を確保した。そのため、本研究で提示した内容分析の結果及びそれに基づくセルフ・ネグレクトの理論的な概念モデルに関しては、今後も精密な研究を実施することでその客観性を検証していく必要がある。

6点目は、セルフ・ネグレクトの縦軸の判断指標を明らかにできなかったことである。本研究では、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその概念間の上下、相互の関係を明らかにした。一

方で、それぞれの下位概念がどの程度重症であればセルフ・ネグレクトと判断するのかという縦軸の判断基準については検証できていない。そのため、精査されたセルフ・ネグレクトの測定指標を用いて追跡研究を実施し、死亡リスクとの関連等からその重症度の判断基準を明確にする必要があると考えられる。

7点目は、意図的なセルフ・ネグレクトの判断についての限界である。理論的には意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトの境界は事理弁識能力の有無である。本調査で使用した事理弁識能力及び自由意志に関する変数は、厳密な検討の結果事理弁識能力や自由意志の有無が判断されているわけではなく、回答者がそのように回答しているだけである。また精神機能の低下や身体機能の低下の測定に使用した診断ツールに基づくものではなく、記述から作成したものである。そのため、本調査における意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトに関する分類はあくまでも傾向でしかない。

その他にも、高齢者虐待とセルフ・ネグレクトの関係についての詳細な検討、高齢者以外のセルフ・ネグレクトの検証など多くの課題がある。これらは、今後理論的な検討を重ねるとともに、実証的な研究で検証する必要がある。

セルフ・ネグレクトに関する研究はまだ初期の段階である。わが国は本格的な少子高齢化社会に突入し、セルフ・ネグレクトを巡る議論は今後も活発になるであろう。そのため今後も新たな課題に向けて、セルフ・ネグレクトに関する研究を進めていければ幸いである。

本論文は、ルーテル学院大学博士後期課程における、論者の博士学位授与に係る論文の概要を本研究紀要の執筆要綱に従って加筆・修正したものである。

謝辞 末筆ながら、本研究を進めるにあたりご指導を頂いたルーテル学院大学の西原雄次郎先生、福島喜代子先生、増野肇先生、和田敏明先生、わが国を代表するセルフ・ネグレクトに関する研究プロジェクトにお誘いいただき、本研究への多くの示唆とご指導を頂いた東邦大学の岸恵美子先生を代表とする先生方、その他本研究・調査にご協力を頂いた多くの方々に感謝を申し上げます。

文献一覧

- 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の犯罪被害と認知症の関連に関する調査研究事業報告書』平成 26 年度「老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康推進等事業)」(厚生労働省委託研究), 公益社団法人あい権利擁護支援ネット.
- 有馬明恵 (2007) 『内容分析の方法』ナカニシヤ出版.
- Burnett, J., Dyer, C. B. and Halphen, J. M. (2014) Four Subtypes of Self-Neglect in Older Adults: Results of A Latent Class Analysis, *Journal of The American Geriatrics Society*, 62, 1127-1132.
- Clark, A. N. G., Mankikar G. D. and Gray, Ian (1975) Diogenes Syndrome: A Clinical Study of Gross Neglect in Old Age, *Lancet*, 7903, 366-368.
- Dyer C. B., et al. (2006) The Making of a Self-Neglect Severity Scale, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18 (4) , 13-23.
- Dyer, C. B., Goodwin, L. S., Pickens-Pace, S., et al. (2007) Self-Neglect Among The Elderly: A Model Based on More Than 500 Patients Seen by a Geriatric Medicine Team, *American Journal of Public Health*, 97 (9) , 1671-1676.
- Dyer, C. B., Marcus, M. and Burnett, J. (2008a) Introductions: The Consortium for Research in Elder Self-Neglect, *Journal of American Geriatrics Society*, 56 (S2) , S239-S240.
- Dyer, C. B., Franzini, L., Watson, M. (2008b) Future Research: A Prospective Logitudinal Study of Elder Self-Neglect, *The American Geriatrics Society*, 56 (S2) , S261-265.
- Dong, Xinqi, Simon, Melissa, Mendes de Leon Carlos, et al. (2009) Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population, *The Journal of the American Medical Association*, 302 (5) , 517-526.
- Duke, J. (1991) *A National Study of Self-Neglecting about Adult Protecting Services Client*, National

- Aging Resource Center on Elder Abuse.
- Fulmer, T. (2008) Barriers to Neglect and Self-Neglect Research, Journal of American Geriatrics Society, 56 (S2) , S241-S243.
- Gibbons, S., Lauder, W., and Ludwick, R. (2006) Self-Neglect: A Proposed New NANDA Diagnosis, International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: the Official Journal of NANDA, 17 (1) , 10-18.
- Iris, Madelyn, Ridings, J. W., and Conrad, K. J. (2010) The Development of A Conceptual Model for Understanding Elder Self-Neglect, The Gerontologist, 50 (3) , 303-315.
- Iris, Madelyn, Ridings, J. W., and Conrad, K. J. (2014) Observational Measure of Elder Self-Neglect, Journal of Elder Abuse and Neglect, 26, 365-397.
- 伊藤利之, 江藤文夫編(2010)『新版日常生活活動(ADL): 評価と支援の実際』医歯薬出版
- Kelly, P. A., Dyer, C. B. and Pavlik, V. et al. (2008) Exploring Self-Neglect in Older Adults: Preliminary Findings of the Self-Neglect Severity Scale and Next Steps, The American Geriatrics Society, 56 (S2) , S253-260.
- 木下康仁(2006)『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践－質的研究への誘い』弘文堂.
- 岸恵美子・吉岡幸子・野村祥平ほか(2011a)「専門職がかかわる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応一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』7(1) , 125-138.
- 岸恵美子・吉岡幸子・野尻由香ほか(2011b)「セルフ・ネグレクト状態にある独居高齢者の特徴一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」『帝京大学医療技術学部看護学科紀要』2, 1-21.
- 岸恵美子(2011c)『セルフ・ネグレクトに対応する介入プログラム開発と地域ケアシステムモデルの構築報告書』2008年度～2010年度科学研究費補助金(B)研究成果報告書, 帝京大学医療技術学部岸研究班.
- Lauder, W. et al. (2001a) Nurses' Judgements of Self-Neglect: A Factorial Survey, International Journal of Nursing Studies, 38, 601-608.
- Lauder, W. (2001b) The Utility of Self-Care Theory as A Theoretical Basis for Self-Neglect, Journal of Advanced Nursing, 34 (4) , 545-551.
- Lauder, W., Roxburgh, M., Harris, J. and Law, J. (2009) : Developing Self-Neglect Theory: Analysis of Related and Atypical Cases of People Identified as Self-Neglecting, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16, 447-454.
- Lawton, M. P. and Brody, E. M. (1969) Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living, Gerontologist, 9, 179-186.
- 内閣府(2012)『セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に関する調査一幸福度の観点から報告書』平成22年度委託事業, 内閣府経済社会総合研究所幸福度研究ユニット.
- ニッセイ基礎研究所(2011)『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「老人保健健康推進等事業(国庫補助事業)」(厚生労働省委託), 株式会社ニッセイ基礎研究所.
- 野村祥平(2007)「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」『ルーテル学院研究紀要』41, 101-116.
- 野村祥平(2008)「ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトに関する実態」『高齢者虐待防止研究』4(1), 58-75.
- 野村祥平(2011)「セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への予防・支援の法制化に関する考察一高齢者権利擁護法の成立に向けた課題」『高齢者虐待防止研究』7(1) , 82-99.
- 野村祥平・岸恵美子・小長谷百絵ほか(2014)「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』10(1) , 175-187
- Orem, D. E. (2001) Nursing Concept of Practice 6th edition, Mosby.
- Orem, D. E. (2001) Nursing Concept of Practice 6th edition, Mosby. (= 2016, 小野寺杜紀監訳『オレム看護理論－看護実践における基本概念第4版』医学書院.)
- 斉藤雅茂・岸恵美子・野村祥平(2016)「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一地域包括支援センターへの全国調査の2次分析」『厚生指標』63(3) , 1-7.
- 多々良紀夫(2004)『高齢者虐待早期発見・早期介入ガイド(4)』長寿科学総合研究事業, 多々良研究班.
- The National Center on Elder Abuse (1998) National Incidence Study of Elder Abuse Study: Final Report.
- 東京都保健福祉局高齢社会対策部在宅支援課(2006)『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』
- 津村智恵子・入江安子・廣田麻子ほか(2006)「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』2, 1-10.
- 上田照子(2002)『高齢者虐待一専門職が出会った虐待・放任』寝たきり予防研究会, 北大路書房.
- 上野栄一(2008)「内容分析とは何か; 内容分析の歴史と

方法について』『福井大学医学部研究雑誌』9 (1-2) , 1-18.

WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. (=2002, 厚生労働省監訳『ICF 国際生活機能分類：国際障害分類改訂版』, 中央法規.)

注

- 1) 本論文において、「野村・岸ら～」と述べる、岸研究班のセルフ・ネグレクトの概念に関する文献研究は、岸研究班の研究の一環として論者が筆頭で発表した論文である。博士論文への本文献研究結果の使用に関しては、(野村・岸ら 2014) という引用で論じることで共同研究者全員の同意を得ている。
- 2) 野村・岸らはセルフ・ネグレクトを構成する下位概念を中核概念及び付随概念に分類している。この研究におけるセルフ・ネグレクトを構成する下位概念を、抽象度が高い順に『、』、『、』、『、』の順に表現している。これらの概念の抽象度を表す記号は、岸研究班の使用した基準を引用した。そのため、本研究の内容分析で使用する記号とは異なる。
- 3) 有効回答率が少ないが、本調査の直前に実施された岸研究班の全国地域包括支援センター実態調査(岸ら 2011c) の有効回答率と大きな差はない 2009 年に実施された岸らの調査の有効回答率は 25.9%であった(岸ら 2011c)。一方で、厚生労働省老人保健事業の委託を受けて実施されたニッセイ基礎研究所の全国の市区町村の高齢者福祉主管課に対する悉皆調査では有効回答率 59.2%である。また、同じく老人保健事業の委託を受けて実施された「あい権利擁護支援ネット」の調査の回収率は、全国の区市町村長高齢者福祉主管課への悉皆調査の有効回答率が 40.8%、全国の地域包括支援センターへの悉皆調査の回答率が 38.9%であった。これは、厚生労働省の老人保健事業という公的な調査という側面が影響した可能性があると考えられる。
- 4) 木下は、データから生成された最小の分析単位を〈概念〉と表現している(木下 2006)。一方で、本研究はセルフ・ネグレクトの理論的な概念を構築する研究であり、セルフ・ネグレクトを説明する一般的な単位として概念という言葉を使用している。そのため、本研究でいう概念は、木下らのいう〈概念〉とは異なる。以後、内容分析によって生成された分析の最小単位を表す場合は〈概念〉と表現し、一般的な表現である概念とは区別する。

A Study on the Theoretical Concept of Elderly Self-Neglect

Shohei Nomura

The purpose of this study is to clarify the concept of elderly self-neglect by exploratory research. According to the results of a survey taken in 2010 among social workers, care managers and public health nurses working in 1,190 Community General Support Centers which were selected throughout Japan by a random sampling method, there were 239 cases of self-neglect.

Content analysis about the descriptive data of the cases of self-neglect showed that the concept of self-neglect was a complicated structure composed of 4 hierarchies.

Non-hierarchical cluster analysis, using the categories generated by the content analysis, showed that there were 7 clusters which were classified into a complex problem type and a characteristic problem type.

Non-hierarchical cluster analysis, using the items of mental health conditions, showed that there were 8 clusters which were classified into the intentional self-neglect type, the unintentional self-neglect type and the boundary type.

Through these studies, it was shown that the concept of elderly self-neglect resulted from a lack of behaviors which were necessary to maintain life and daily living, and the lack of interaction with disease, decline of mental and physical function, as well as personal factors and environmental factors.

Keywords: Self-Neglect, Theoretical concept, Content analysis, Non-hierarchical cluster analysis