

2016年度 博士論文

指導（主査）教授 西原 雄次郎
副査教授 福島 喜代子

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
— 内容分析と非階層クラスター分析を用いたセルフ・ネグレクトを構成する下位概念の検討 —

A Study about Theoretical Concept of Elderly Self-Neglect
An Investigation into Subordinate Components of Elderly Self-Neglect Using
Content Analysis and Non-Hierarchical Cluster Analysis

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科

社会福祉学専攻博士後期課程

学籍番号 16GS-D51

氏名 野村 祥平

目 次

テーマ：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
— 内容分析と非階層クラスター分析を用いたセルフ・ネグレクトを構成する下位概念の検討 —

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 序章 | 研究の背景と目的 | 1 |
| 第1節 | 研究の背景 | |
| 第2節 | 研究の目的 | |
| 第3節 | 研究方法 | |
| 第4節 | 論文の構成 | |
| 第5節 | 本研究の社会的意義 | |
| 第1章 | セルフ・ネグレクトに関する先行研究の動向 | 5 |
| 第1節 | わが国におけるセルフ・ネグレクトに関する先行研究 | |
| 第1項 | わが国におけるセルフ・ネグレクト研究の歴史的背景 | |
| 第2項 | わが国における主要な調査研究の概要 | |
| 第3項 | わが国におけるセルフ・ネグレクト研究に関するまとめ | |
| 第2節 | 欧米におけるセルフ・ネグレクトに関する先行研究 | |
| 第1項 | 欧米におけるセルフ・ネグレクトと研究の歴史 | |
| 第2項 | アメリカ合衆国における先行研究 | |
| 第3項 | 欧米におけるセルフ・ネグレクト研究についてのまとめ | |
| 第3節 | セルフ・ネグレクトの研究動向に関するまとめ | |
| 第2章 | セルフ・ネグレクトの概念に関する先行研究 | 19 |
| 第1節 | 先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義 | |
| 第1項 | セルフ・ネグレクトの定義 | |
| 第2項 | Diogenes Syndrome | |
| 第3項 | セルフ・ネグレクトの定義・概念の明確化の課題 | |
| 第2節 | わが国の先行研究におけるセルフ・ネグレクトの測定指標 | |
| 第1項 | わが国の調査研究で使用した測定指標 | |

第2項 測定指標作成上の課題

第3節 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念

第1項 野村・岸らの概念研究

第2項 Lauderらの理論

第3項 セルフ・ネグレクトを構成する概念に関する先行研究の理論的検討

第4項 先行研究におけるセルフ・ネグレクトを構成する下位概念についてのまとめ

第4節 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

第5節 セルフ・ネグレクトの判断基準

第1項 セルフ・ネグレクトの中核概念

第2項 セルフ・ネグレクトの時間軸

第3項 ICFモデルによるセルフ・ネグレクトの測定

第4項 セルフ・ネグレクトの重症度からの判断基準

第6節 第2章のまとめと研究課題

第3章 意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する問題・・・・・・・・・・60

第1節 意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する問題の焦点

第2節 わが国における意図的なセルフ・ネグレクトに関する先行研究の検討

第3節 意図的なセルフ・ネグレクトに関する理論の再検証

第1項 NCEAの定義の再検証

第2項 調査における意図的なセルフ・ネグレクトの指標

第4章 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の概念・・・・・・・・・・71

第1節 高齢者虐待の類型

第2節 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の比較

第1項 BonnieとWallaceの高齢者虐待に関する理論

第2項 犯罪性の視点

第3項 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の共通点と相違点

第3節 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の分類の指標

第1項 セルフ・ネグレクトと他者からの権利侵害の分類に関する指標

第2項 同居家族がいる事例の分類指標

第5章 全国地域包括支援センター事例調査・・・・・・・・・・・・・・79

第1節 調査の方法と目的

第1項 全国地域包括支援センター事例調査の分析

第2項 調査の目的

第2節 本調査におけるリサーチクエスチョン

第3節 調査の概要

第1項 調査対象

第2項 調査対象の選定方法

第3項 調査期間

第4項 本調査におけるセルフ・ネグレクトの定義

第5項 調査の対象事例

第6項 倫理的配慮

第7項 調査内容

第4節 調査票の回収率と回答者の属性

第1項 有効回答率

第2項 回答者及び回答者の所属機関の属性

第5節 分析対象事例の属性

第1項 分析対象事例のイメージ

第2項 分析対象事例の基本属性

第3項 記述から見た事例の疾病状況

第4項 セルフ・ネグレクト状態になった時期

第5項 世帯の状況と高齢者虐待との比較

第6節 第5章のまとめ

第6章 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する分析・・・・・・・・95

第1節 セルフ・ネグレクトの下位概念に関する分析方法

第1項 内容分析

第2項 内容分析の手順

第3項 内容分析に使用した理論

第4項 客観性の検証

第2節 内容分析の結果

第1項 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその構造

第2項 セルフ・ネグレクトを構成する各下位概念

第3節 内容分析の結果に関する考察

第1項 〈概念〉間の相互の関係と《カテゴリー》内の構造に関する考察

第2項 《カテゴリー》に関する考察

第3項 セルフ・ネグレクトの『理論的中核カテゴリー』に関する考察

第4項 内容分析の課題

第7章 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する分析・・・・・・・・・・120

第1節 セルフ・ネグレクト事例の類型化の方法

第1項 非階層クラスター分析によるセルフ・ネグレクト事例の類型化

第2項 セルフ・ネグレクト事例の類型化に使用した変数

第3項 セルフ・ネグレクトの類型化に関する分析方法

第2節 セルフ・ネグレクト事例の類型化の分析結果

第3節 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する考察

第1項 セルフ・ネグレクト事例の類型

第2項 セルフ・ネグレクトの類型によるセルフ・ネグレクトの判断基準

第3項 身体・衣服の整容の不足と不衛生な住環境の関係

第4項 《不適切な財産管理及び社会的手続き》の扱い

第5項 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する分析の課題

第8章 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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・131

第1節 セルフ・ネグレクトの要因に関する分析

第1項 セルフ・ネグレクトの要因に関する分析方法

第2項 セルフ・ネグレクトの要因

第2節 セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化

| | | |
|-------|--|-----|
| 第 1 項 | 非階層クラスター分析によるセルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化 | |
| 第 2 項 | 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に使用する変数 | |
| 第 3 項 | 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に使用した変数の記述統計量 | |
| 第 4 項 | 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方法 | |
| 第 3 節 | 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 | |
| 第 4 節 | 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 | |
| 第 1 項 | 各クラスターの意図性の有無による再分類 | |
| 第 2 項 | セルフ・ネグレクト事例に占める意図性の有無の傾向 | |
| 第 3 項 | 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課題 | |
| 第 9 章 | 結論：セルフ・ネグレクトの理論的概念モデル・・・・・・・・・・ | 143 |
| 第 1 節 | 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 | |
| 第 1 項 | ICF に基づくセルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する考察 | |
| 第 2 項 | ICF モデルを用いたセルフ・ネグレクトの下位概念間の関係 | |
| 第 2 節 | セルフ・ネグレクトの要因に関する考察 | |
| 第 3 節 | 意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱い | |
| 第 1 項 | 意図的なセルフ・ネグレクトに関する理論的分類 | |
| 第 2 項 | 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 | |
| 第 4 節 | セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルと定義 | |
| 終章 | まとめと今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 161 |
| 第 1 節 | 要約 | |
| 第 2 節 | 本研究の限界と今後の実証研究の課題 | |
| 第 1 項 | 本研究の限界 | |
| 第 2 項 | 今後の実証研究の課題 | |

第3節 社会福祉実践への示唆

第1項 セルフ・ネグレクトの予防

第2項 セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への支援

第3項 メゾ・マクロレベルの実践と法制度に関する提言

第4節 結語

謝 辞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 173

文献一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 174

序章 研究の背景と概要

第 1 節 研究の背景

2006 年 4 月 1 日に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下、「高齢者虐待防止法」という。）が施行されてから 10 年が経過し、各自治体や地域において高齢者虐待に対する積極的な取り組みがなされている。しかし、同法制定時からその範疇に含むか否かについて議論されていた高齢者のセルフ・ネグレクトに関しては、現在も同法の中に規定されていない¹⁾。

わが国において、セルフ・ネグレクトは他者の介在しない自分自身によるネグレクトとして、主に高齢者虐待の分野で議論がなされている。しかし、セルフ・ネグレクトは、「他者からの人権侵害」という高齢者虐待の要素を満たしていないという側面を持つため、高齢者虐待の範囲に含むか否かに関しては、いまだその分野の研究者間の定説がない。

しかし、法的に規定はなされていないものの、『東京都高齢者虐待対応マニュアル』をはじめ自治体の対応マニュアルの中ではセルフ・ネグレクトが扱われており、地域包括支援センターをはじめとした高齢者分野の機関の中でも関心が高い（東京都保健福祉局 2006）。

また、近年にわが国において実施された全国規模の調査研究結果から、セルフ・ネグレクトは高齢者の生命をも脅かす大きな社会問題であることが明らかになっている（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 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。

世界一の高齢化率となったわが国において、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。しかし、わが国におけるセルフ・ネグレクトに関する研究は、多くの課題が残っているのが現状である。

最も大きな課題は、セルフ・ネグレクトの概念の明確化である。セルフ・ネグレクトに対する効果的な予防・支援方法の確立には、尺度等の測定指標の開発やその指標を使用した追跡調査によるリスク要因の特定等、より実証的な研究へ発

展していく必要である。しかし、現時点ではそれらの基礎となる、セルフ・ネグレクトに関する理論的な基盤についての議論は十分ではない。特に、わが国における当初の研究の限界として挙げられたのは、セルフ・ネグレクトに関する測定指標の問題である（岸ら 2011a；岸ら 2011b；岸ら 2011c；ニッセイ基礎研究所 2011；内閣府 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。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、詳細な実証研究が実施できていないと考えられる。

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アメリカ合衆国やイギリスにおいては、わが国に比べて研究が進展しており、研究者間である程度の共通認識となる測定指標も開発されている。しかし、これらは後述するように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。特に、アメリカ合衆国におけるいわゆる意図的なセルフ・ネグレクトの扱いを巡る議論などは、わが国における様々な社会の背景を基にした議論が必要である。そのため、わが国におけるセルフ・ネグレクトに関する研究を進めるには、海外の先行研究を詳細に検討するとともに、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な基盤の構築が必要である。

第 2 節 研究の目的

このような背景を踏まえ、本研究では、セルフ・ネグレクトの概念について、わが国の文化的、制度的、社会的背景に基づいて明確化し、今後の実証研究の基礎となるセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを示すことを目的とする。

第 3 節 研究方法

本研究は、先駆的な研究であるため探索的な研究方法を採用した。研究は文献研究と調査研究から構成されている。探索的な研究であるため、まずは文献研究で得られた課題を基に調査を実施し、調査の結果をこの間に進展した様々な学術

的な議論を踏まえながら質的帰納的な研究方法で分析した上で、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とそれらの下位概念間の関係を明確化する。さらに、これらの調査結果を先行研究における理論もふまえて検討し、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを提示する。

第4節 本論文の構成

本論文では、前半において文献研究の結果から、先行研究におけるセルフ・ネグレクトの概念に関する理論について検討し、調査の課題を明確にする。後半では、論者が平成20年度日本興亜福祉財団研究費助成（研究者：野村祥平）を得て2010年に実施した質問紙調査におけるセルフ・ネグレクトの事例に関する記述内容を分析し、理論的な検討を加えた上で、本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義と理論的概念モデルを提示する。

第1章で国内外の研究動向について論じ、本研究の課題を明らかにする。

第2章では、先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルについて詳細に検討し、調査課題を明確化する。

第3章では先行研究から意図的なセルフ・ネグレクトの扱いについて論じ、調査課題を明確化する。

第4章では高齢者虐待とセルフ・ネグレクトの関係について論じる。

第5章では調査の方法と概要について述べ、リサーチクエスチョンを示す。

第6章ではセルフ・ネグレクトを構成する概念に関する分析の結果を示した上で考察する。

第7章では、セルフ・ネグレクトの類型化に関する分析結果を考察する。

第8章では、意図的なセルフ・ネグレクトに関する調査結果を考察する。

第9章ではこれらの先行研究の検討及び調査結果に基づいて全体を考察し、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを提示する。

終章では、先行研究及び調査研究の結果をまとめ、今後の研究課題及び社会福祉実践への示唆を提示する。

第5節 本研究の社会的意義

世界一の高齢化率となったわが国において、セルフ・ネグレクトに関する研究は実態調査から実証的な調査研究へ飛躍する転換期であり、その基礎となるセルフ・ネグレクトの概念を明確にすることは急務である。しかし、詳細な文献レビューによる検討結果をわが国における調査データから検証し、理論的概念モデルを提示するという体系化された研究はいまだなされていない。

そのため、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。

【注】

- 1) 議論を進める上で、「セルフ・ネグレクト」という用語に関して、訳語も各研究者によって異なるため、操作的に用語を統一しなければ議論が混乱し、矛盾する点が多く出てくること明らかになった。訳語に関しては「Self Neglect」という原語をそのまま「セルフ・ネグレクト」と表記しているものもあれば、「自己放任」と訳している場合もある。著書によっては「自己非難」、「生活崩壊」など様々な訳語があり、統一されていない(大塩 1996)。加えて、NCEAではセルフ・ネグレクトに関して(Self Neglect/Self Abuse)という表現を用いており、多々良は著書の中でこれを用いて「自虐/自己放任」としていたが、その後の著書では同じ概念を「自己放任」と訳している場合もある(多々良ら 1994; 多々良ら 2001; 多々良ら 2004b)。津村は、初期の研究以来「セルフ・ネグレクト」という表記を用い、その後のわが国における代表的な調査研究は内閣府全国調査を除き「セルフ・ネグレクト」という表記を使用している。そこで、様々な議論はあるものの、本論ではあくまでも議論を明確にするために、「放任」という状態像に基づいて、他者による放任を「ネグレクト」、自分自身による放任を「セルフ・ネグレクト」と統一したい。

第1章 セルフ・ネグレクトに関する先行研究の動向

第1章では、セルフ・ネグレクトに関するわが国および海外の先行研究の動向について述べる。

第1節 わが国におけるセルフ・ネグレクトに関する先行研究

第1項 わが国におけるセルフ・ネグレクト研究の歴史的背景

わが国においては、アメリカ合衆国における高齢者虐待の研究の影響を受けてセルフ・ネグレクトに関する議論がなされてきた経緯がある。まず、わが国の高齢者虐待研究の第一人者であり、後述するアメリカ合衆国における調査研究で重要な役割を果たした多々良が、いくつかの著書の中で高齢者虐待の類型の1つとしてセルフ・ネグレクトを紹介している（多々良ら 1994；多々良ら 2001；多々良ら 2004a）。また、多々良と並んでわが国を代表する高齢者虐待研究者である、田中、金子、上田、高崎、津村なども同様に、高齢者虐待に関する著作の中でセルフ・ネグレクトに関して言及している（金子 1987；上田ら 2002；高崎ら 1999；津村ら 2006a）。しかし、これらの研究者達が実施した高齢者虐待に関する調査の中では、操作的定義としてセルフ・ネグレクトを除外、もしくは、一部の調査においては「その他」や定義の中に入れたものの、ほとんど事例がないなどの結果となり、その実態は明らかにされていなかった¹⁾。また、2003年に厚生労働省の委託を受け、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済機構が実施した、わが国における初の本格的な高齢者虐待に関する全国調査である、『家庭内における高齢者虐待の調査』でも同様に、高齢者虐待の操作的定義の中からセルフ・ネグレクトを除外しており、これらの初期の高齢者虐待に対する調査からセルフ・ネグレクトの実態はほとんど明らかにされなかった（多々良 2005）。

わが国においてセルフ・ネグレクトを主要なテーマとした論文として最初に報告されたのは、山口の『高齢者放任の概念整理に関する一考察』（山口 2003）であると思われる。山口はこの論文の中でネグレクト（放任）とセルフ・ネグレクトの概念整理を実施した上で、いくつかのセルフ・ネグレクトの事例を報告した。

このような背景の中で、2006年の高齢者虐待防止法の施行を迎えたが、同法の

高齢者虐待の定義の中にセルフ・ネグレクトは含まれなかった。その 2006 年を境にわが国においてセルフ・ネグレクトに焦点を当てた研究が実施されるようになった。

この年の第 3 回高齢者虐待防止学会大阪大会のメインテーマは「セルフ・ネグレクト」であり、以後、高齢者虐待防止法の対象にセルフ・ネグレクトを入れ、研究・予防を押し進めていくことが確認された（津村ら 2006c）。そして、その年に発表されたのが、同大会の大会長であった津村らによる『高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題』（津村ら 2006b）である。津村らは、この論文により、同年に施行された高齢者虐待防止法にセルフ・ネグレクトが規定されなかったことを重要な問題であるとし、その予防・支援の法制化の重要性を提示した。また、津村らはこの論文の中で、後のわが国における実態調査で使用する事となるセルフ・ネグレクトの定義を示した（津村ら 2006b）。

この津村らの研究に影響を受けて実施されたのが、野村による 2006 年に東京都内の 1 つの区に焦点を絞った地域包括支援センターに対するセルフ・ネグレクトの事例調査である（野村 2008）。この調査が、わが国において初めて実施されたセルフ・ネグレクトに対する調査研究であると考えられる。また、野村はこの調査研究に先立ち、国内外の主要文献のレビューを実施した（野村 2007）。しかし、野村による研究は、先駆性という点では一定の意義があるものの、セルフ・ネグレクトの理論的な概念を明確化することはできず、調査に関しても対象を 1 つの地域に限定しており、結果の一般化には限界があった（野村 2007；野村 2008）。

セルフ・ネグレクトの研究に大きな転機が訪れたのは、2008 年である。この年から、岸研究班による大規模なセルフ・ネグレクト研究が開始される。ここからわが国におけるセルフ・ネグレクト研究は、全国規模の実態調査に移行したと言えよう。そして、その流れは現在まで続き、これまでに 5 つの全国規模の調査が実施されている。

まず、2009 年度には 2 つの調査が実施された。わが国における初の全国規模の実態調査は、岸研究班による 2009 年 12 月の全国の地域包括支援センターへの実態調査（岸ら 2011c）である。また、この岸研究班の調査と並行して 2010 年 2 月には野村によって、全国の地域包括支援センターから系統的無作為抽出法で抽出された 1,190 機関の専門職を対象に質問紙による詳細な事例調査が実施された

(野村 2010 ; 野村 2011)。

さらに、2010 年度は国の事業による 2 つの全国規模の調査が実施されている。2010 年 9 月にニッセイ基礎研究所が厚生労働省から平成 22 年度 (2010 年度) 老人保健健康増進等事業の受託を受け、「セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態調査と地域支援のあり方に関する調査研究」を実施した。この研究では、孤立死した高齢者に関するアプローチを主眼に、孤立死とセルフ・ネグレクトの関係を中心とする実態調査が実施された (ニッセイ基礎研究所 2011)。また、同じ 2010 年度の事業として内閣府による主に幸福度に焦点を当てたセルフ・ネグレクトに関する全国的な実態調査が実施された (内閣府 2011)。

2011 年度、2012 年度は新たな調査研究は実施されなかった。しかしこの間、岸研究班及びニッセイ基礎研究所の研究成果が論文として発表され、次の段階の研究に向けた準備の期間であった (岸ら 2011a ; 岸ら 2011b ; 野村 2011 ; 浜崎ら 2011 ; 小長谷ら 2013 ; 岸ら 2014)。

2013 年度からは、岸研究班の第 2 次研究が開始された。この研究では、まず、野村・岸らによって文献レビューによる新たなセルフ・ネグレクトの理論的モデルが構築された (野村・岸ら 2014)。また、2015 年には岸を中心に今までのわが国の研究成果をまとめた『セルフ・ネグレクトの人への支援』が刊行された (岸 2015)。岸研究班の第 2 次研究は現在も継続中であるが、本論文の執筆時点で新たな調査結果は報告されていない。全国調査としては、2014 年度にあい権利擁護支援ネットが厚生労働省から平成 26 年度 (2014 年度) 老人保健健康増進等事業による受託を受け、「セルフ・ネグレクトや消費者被害等の犯罪被害と認知症との関連に関する調査研究事業」が実施されている (あい権利擁護支援ネット 2015)。

第 2 項 わが国における主要な調査研究の概要

表 1-1 では、第 1 項でまとめたわが国における主要な調査研究の概要を示した。現状では、これらの 6 つの調査がわが国におけるセルフ・ネグレクトに関する主要な調査研究であると考えられる (表 1-1)。以後、これらの調査についての記述は表 1-1 で示した調査名のとおりとする。

表 1-1 わが国におけるセルフ・ネグレクトに関する調査

| 調査名 | 調査期間 | 調査概要 | 出展 |
|------------------|-------------------|--|---|
| 東京都特別区実態調査 | 2006年12月 | 東京都内の1つの区の地域包括支援センターに対する事例調査。回収した26事例を分析した結果、8カテゴリー34項目のセルフ・ネグレクトの状態像が抽出された。 | (野村 2008) |
| 岸研究班全国実態調査 | 2009年11月から12月 | 全国の地域包括支援センターに対する実態調査。回収事例は836事例。全国的な実態が明らかになった。 また、東京都特別区実態調査で示された8カテゴリー34項目のセルフ・ネグレクトの状態像について、その項目の専門職による支援の必要性による回答を因子分析した結果、6因子に分かれたことが明らかになった。 | (岸ら 2011a) (岸ら 2011b) (岸ら 2011c) (岸ら 2014) (浜崎ら 2011) (小長谷ら 2013) (小長谷ら 2015) |
| 全国地域包括支援センター事例調査 | 2010年2月から3月 | 全国の地域包括支援センターから系統的無作為抽出法で抽出された1,190機関の専門職への事例調査。回収事例は239事例。本博士論文の調査データとして使用。 | (野村 2010) (野村 2011) ※上記2つの発表論文は調査結果全体に関する単純集計結果であり、本論で用いる事例に関する詳細な検討ではない。 |
| 内閣府全国調査 | 2010年9月 | 全国の市町村・地域包括支援センターに対する悉皆調査及び全国の市町村の民生委員定数1割に対する調査。地域包括支援センター及び民生委員から重複を調整した合計7,394事例が回収された。結果、セルフ・ネグレクトの全国推計値が、9,381～12,190事例(平均値10,785事例)であることが算出された。 | (内閣府 2011) |
| ニッセイ基礎研究所全国調査 | 2010年12月から2011年1月 | 全国の高齢者福祉及び生活保護担当課への孤立死事例の悉皆調査。回収事例は746事例。事例の80%にセルフ・ネグレクトの兆候が見られた。また、重回帰分析の結果、フォーマルサービスの関わりが多い事例ほど死亡から発見までの経過日数が短い傾向にあることが明らかになった。 | (ニッセイ基礎研究所 2011) |
| あい権利擁護支援ネット全国調査 | 2014年10月から11月 | 全国の市町村高齢者福祉担当課及び地域包括支援センターへのセルフ・ネグレクトに関する悉皆調査。市町村から398事例、地域包括支援センターから158事例が回収された。結果、20%の事例に認知症の診断のあることが、40%の事例に何らかの認知症や精神障害の疑いがあるが診断名が不明であることが明らかになった。 | (あい権利擁護支援ネット 2015) (斉藤ら 2015) |

論者作成

2006年の野村の東京都特別区実態調査及び2010年の全国地域包括支援センタ

一事例調査は論者が実施した調査である。また、その他の研究に関しても、論者は岸とともに研究協力者（岸研究班全国実態調査）、研究委員（ニッセイ基礎研究所全国調査）、助言グループ（内閣府全国調査）、ワーキング委員（あい権利擁護支援ネット全国調査）として全ての研究に参加する機会を得た。

2010年の野村による全国地域包括支援センター事例調査に関しては、本論文の調査データとして使用するため、調査の概要及び分析結果は本論文の中で詳述する。そのため、本項ではそれ以外の5つの調査の概要について述べる。

（1）東京都特別区実態調査

まず、2006年の東京都特別区実態調査の概要を述べたい。この調査では、東京都内の1つの区に焦点を当て、地域包括支援センターの専門職から、回答者が支援に困難を感じたセルフ・ネグレクト状態にあると考えられる事例を、質問紙によって収集した。回収事例は26事例であり、質問紙の記述を質的・帰納的な方法で分析した結果、8カテゴリー34項目のセルフ・ネグレクトの状態像が示された。また、26事例中24事例はこの8カテゴリーにおいて広範囲にわたる放任状態になっており、援助の拒否などから、援助者がジレンマを感じていることも明らかになった。さらに、その背景として認知症や疾病などの要因に加え、貧困など社会的な背景も大きく影響を与えていることが示唆された（野村 2008）。

（2）岸研究班全国実態調査

2009年に行われた岸研究班の調査では、2008年12月現在のWAMNETから作成した抽出台帳を用い、全国4,038か所の地域包括支援センター（ブランチを除く地域包括支援センター全数）に対し、専門職に対する質問紙調査が実施された。この結果、1,046人の有効回答があり、1年間に関わったセルフ・ネグレクトの総数は1,582件であり、1つの地域包括支援センターはこの間平均1.7件のセルフ・ネグレクトの事例に関わっていたことが明らかになった。また、この調査では実際のセルフ・ネグレクトの事例に関して、836事例の回答があった。この結果から、ほとんどの事例が広範囲にわたるセルフ・ネグレクト状態であることに加え、約40%の事例が慢性疾患を抱えているとともに、アルコール問題や精神疾患を抱える事例はそれぞれ約20%、厚生労働省の認知症高齢者の日常生活自

立度では何らかの認知症を有する I 以上のものが約 70%を占めており、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は専門職の支援が必要な状態であることが明らかになった。また、このような状態にもかかわらず、約 80%の事例が援助を拒否している結果となり、約 70%が社会的孤立の状態であることが明らかになった（岸ら 2011a；岸ら 2011b；岸ら 2011c）。この岸研究班の成果は、野村の東京都特別区実態調査（野村 2008）の結果を基に、研究者間で検討した 34 項目のセルフ・ネグレクトを構成する下位項目を用い、支援の必要性を従属変数とした因子分析により、概念の明確化も試みられている（小長谷ら 2013）。この因子分析の結果については、次章において詳述する。

（3）ニッセイ基礎研究所全国調査

2010 年度にニッセイ基礎研究所が行った『セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態調査と地域支援のあり方に関する調査研究』においては、全国の市町村の高齢者福祉担当課・生活保護担当課への悉皆調査を実施した。さらに、調査票を送付する際に地域包括支援センター・生活保護担当課宛の孤立死事例シートを同封し、2010 年 1 月から 12 月まで発見された 65 歳以上の孤立死した高齢者の事例を収集した。結果、孤立死した 746 事例の 8 割がセルフ・ネグレクト状態にあったことが明らかになっている。また、この研究事業の中で特筆すべきは、東京都監察医務院のデータを基に孤立死した高齢者の全国推計値を算出したことである。孤立死した高齢者を「死後 2 日以上で発見された 65 歳以上の高齢者」と定義すると、全国推計値は年間 262,821 人であることが明らかになっている（ニッセイ基礎研究所 2011）²⁾。

（4）内閣府全国調査

2010 年度の内閣府経済社会総合研究所委託事業による『セルフネグレクト状態にある高齢者に関する調査』では、全国の市町村への悉皆調査、全国 4,527 か所の地域包括支援センターへの調査、各自治体の民生委員約 1 割への質問紙調査がそれぞれ行われた³⁾。この研究では、セルフ・ネグレクトの全国推計値が算出された。それによると、全国のセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の推計値は、9,381 人から 12,190 人（平均値 10,785 人）という結果であった（内閣府 2011）。

(5) 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が厚生労働省から平成26年度(2014年度)老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進事業による委託を受けて実施した、『セルフ・ネグレクトや消費者被害等の犯罪被害と認知症との関連に関する調査研究事業』では、全国の市町村高齢福祉担当部署1,749機関及び地域包括支援センター1,071機関への質問紙調査が実施された。結果、市町村担当部署からは398事例、地域包括支援センターからは1,581事例の回答を得たが、そのうち約40%の事例が支援を拒否していた。また、認知症の確定診断がなされた事例は約20%、認知症、精神疾患、何らかの障害がある疑いがある又は不明な事例が約40%で、総計60%を占めていた。さらに、地域住民から孤立している事例が約40%、近隣住民との間にトラブルを抱える事例が約20%見られた(あい権利擁護支援ネット2015)。また、詳細は第2章において後述するが、当研究で得られた事例のデータに関しては、斉藤らが非階層クラスター分析を用いて再分析し、セルフ・ネグレクト事例の類型化が試みられている(斉藤・岸・野村2016)。

第3項 わが国におけるセルフ・ネグレクト研究に関するまとめ

これらの全国規模の調査研究により、セルフ・ネグレクトに関する全国的な実態が明らかになり、社会において認知度が高まったと考えられる。現時点において明らかになった点は以下のとおりであり。

- (1) わが国においても、全国的に相当数のセルフ・ネグレクト状態にある高齢者が存在し、深刻な問題となっている。
- (2) セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の多くは、認知症や精神障害と何らかの関連が見られる。
- (3) セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者の多くは社会的孤立の状態にある。その結果として、孤立死に至る可能性がある。
- (4) セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は客観的には支援が必要な状態であるが、本人が支援を拒否することが多いため解決が困難である。
- (5) そのため、今後は効果的な予防・支援方法の確立及び予防・支援のための法制度の整備が必要である。

これらの研究は、セルフ・ネグレクトの概要に関する全国規模の実態調査であ

るといふ点において大きな意義があると考えられる。しかし、セルフ・ネグレクトの概念及び測定指標の明確化に関する課題が示されている。これらの調査は、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 2006b）という定義を使用しており、調査内容の比較が一定程度可能であると考えられる。しかし、定義や概念の曖昧さは各調査の調査票作成や分析の際に議論されており、この点が常に大きな課題として残されてきた（野村 2008；岸ら 2011a；岸ら 2011b；岸ら 2011c；ニッセイ基礎研究所 2011；内閣府 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。

これらの調査は、表 1-1 で示したとおり 2006 年の東京都特別区事例調査を除き、全国の市町村の高齢者福祉担当課や地域包括支援センター等調査である。しかし、セルフ・ネグレクトの理論的基盤が明確ではないため、そもそも調査対象である市町村や地域包括支援センターがセルフ・ネグレクトの実数を把握していなかった（岸ら 2011a；岸ら 2011b；岸ら 2011c；ニッセイ基礎研究所 2011；内閣府 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。さらに、これらの調査で回収した事例は調査対象者が「代表的な」事例を選んだに過ぎない。そのため、これらの事例データで疫学的な議論をすることは困難である。前述のニッセイ基礎研究所による孤立死した高齢者の全国推計値は、東京都の死後 2 日以上経過して発見された全ての事例の解剖を行う東京都監察医務院のデータ（つまり、東京都 23 区内の全数データ）を基礎としているため、その全国推計値は極めて信頼性が高い（ニッセイ基礎研究所 2011）。しかし、セルフ・ネグレクトの全国推計値は、内閣府の調査により示されてはいるが（内閣府 2011）、その基礎となる自治体はその管轄のセルフ・ネグレクトの全件を把握しているとは言えず、結果の解釈には注意が必要である。

このように、セルフ・ネグレクトの概念及び測定指標の明確化は、今後の実証研究には必要不可欠である。しかし、わが国のセルフ・ネグレクト研究は、10 年程度の歴史しかない。海外、特にセルフ・ネグレクトに関する研究先進国であるアメリカ合衆国とイギリスにおいては多くの知見が明らかになっている。次節では、海外におけるセルフ・ネグレクトの研究動向について概観したい。

第2節 欧米におけるセルフ・ネグレクトに関する先行研究

第1項 欧米におけるセルフ・ネグレクト研究の歴史

セルフ・ネグレクトに関する研究は、海外では特にアメリカ合衆国とイギリスにおいて盛んであると考えられる。本研究においては、以下の方法で文献を収集した。まず、医学論文検索サイト PubMed において、Self-Neglect、Diogenes Syndrome のキーワードで検索を行った。その結果、1975年から2016年の間に Self-Neglect は 315 文献、Diogenes Syndrome は 105 文献が確認された⁴⁾。この検索結果の他、アメリカの O'Brien らのレビュー論文から得られた文献情報も加え、それらの中から取り寄せが可能であった文献を収集した。また、多くの研究で引用されている The National Center on Elder Abuse（全米高齢者虐待問題研究所：以下、「NCEA」という。）が 1998 年に発表した全米調査『National Incidence Study of Elder Abuse』（NCEA 1998）、1991 年の全米調査『A national Study of Self-Neglecting Adult Protective Services Clients』（Duke et al. 1991）など、主要な研究報告書も収集した。

海外における先行研究を概観すると、特に 1990 年代後半からの特徴として、特定の研究者が複数の研究成果を発表しているという点が挙げられる。前述したように、わが国においては岸や野村による研究がほとんどを占めているが、海外においても同じような傾向にある。

主な研究として、アメリカ合衆国では①NCEA 等の公的な機関による Adult Protective Service（成人保護機関：以下、「APS」という。）を対象とした全米調査（Duke et al. 1991；NCEA 1998）、②O'Brien を中心とした総論的な研究（O'Brien et al. 1999）、③Dyer を中心とする尺度開発を中心とする研究（Dyer et al. 2006a；Dyer et al. 2006b；Dyer et al. 2007；Dyer et al. 2008a；Dyer et al. 2008b）、④Dong らによる追跡研究を中心とした実証研究に集約される（Dong et al. 2005；Dong et al. 2009a；Dong et al. 2009b；Dong et al. 2009c；Dong et al. 2010a；Dong et al. 2010b；Dong et al. 2012a；Dong et al. 2012b；Dong et al. 2013a；Dong et al. 2013b；Dong et al. 2014）。特に、近年は Dong らの研究成果が目立つ。

また、イギリスでは主に Lauder らを中心とする一連の研究が挙げられる

(Lauder et al. 1999a; Lauder et al. 1999b; Lauder et al. 2001a; Lauder et al. 2001b; Lauder et al. 2002; Lauder et al. 2005a; Lauder et al. 2005b; Lauder et al. 2005c; Lauder et al. 2006; Lauder et al. 2009)。近年の同国の研究は Lauder らによってなされていると言っても過言ではないと考えられる。

アメリカ合衆国のセルフ・ネグレクト研究の第一人者である O'Brien らは、「セルフ・ネグレクトに関する研究は 1953 年のイギリスにおける Eriskine の“仙人”(hermits) や“隠遁者”(recluse) に関する解説に始まる」と述べている (O'Brien et al. 1999)。また、「その後 1960 年には Granick と Zeman による“高齢者の隠遁”(aged recluse) に関する探索的な研究が行われた」とも述べている (O'Brien et al. 1999) ⁵⁾。

本格的なセルフ・ネグレクトに関する研究はイギリスで始まったと考えられている (O'Brien 1999 ; 野村 2007)。最初の本格的な学術論文は、現在においても多くの研究者の論文に引用されている、MackMillan と Shaw の 1966 年の研究である (MackMillan and Shaw 1966)。MackMillan と Shaw は、General Practitioner (イギリスの医療制度における地域医のことをいう。以下「GP」という。) やコミュニティワーカーを対象に、「外見が汚れていて衛生状態が悪い」状態に当る事例調査を実施した。この研究では 72 事例を分析の対象にしたが、分析した事例の中で、1 人の精神障害者を除いた全員が高齢者であったことから、この現象を Senile Breakdown Syndrome と命名した (MackMillan and Shaw 1966)。さらに、イギリスにおいては 1975 年に Clark らにより Diogenes Syndrome に関する調査論文が発表された (Clark et al. 1975)。Diogenes とは、ギリシャの哲学者であり、外見や住居に無頓着で樽の中で生活していたとされている。Clark らの分析した事例が Diogenes の生活像と同じであることから、Diogenes Syndrome と命名された (Clark et al. 1975)。Diogenes Syndrome に関しては、現在でも、医学の分野では多くの研究が発表されている。イギリスでは、最近まで Diogenes Syndrome に関する研究がほとんどであった。しかし、Lauder らの研究が進むにつれ、イギリスでもセルフ・ネグレクトに焦点を当てた研究に移行している。総じて、イギリスの研究は理論や質的なアプローチが多く、後述するアメリカ合衆国のような大規模な調査は行われていない。現在の実証研究の中心はアメリカ合衆国に移行していると考えられる。

第2項 アメリカ合衆国における先行研究

わが国におけるセルフ・ネグレクト研究はアメリカ合衆国の研究から大きな影響を受けている。そこで、本項ではアメリカ合衆国の主要な研究結果について述べたい。アメリカ合衆国では1987年の高齢者アメリカ人法改正により高齢者虐待についての定義付けがなされたが、この法にもとづく活動のため前述のNCEAが設立された際、セルフ・ネグレクトが定義された(津村2006b)。アメリカ合衆国における研究は、大規模な調査研究であることが大きな特徴である。

最初の大きな調査は、当時APSの全米組織であったThe National Association of Adult Protective Services Administrators(以下、「NAAPSA」という。) ⁶⁾による、1990年6月11日から6月22日までの約10日間にわたる全米30州およびコロンビア特別区のAPSで介入したクライアントを対象にした実態調査であった(Duke et al. 1991)。この調査では、1,684事例が分析されたが、1,327事例(約79%)がセルフ・ネグレクトであり、その中でも65歳以上の高齢者は64%であった。また、経済状況は57%が年収6,000ドル以下であり、88%が民間の保険ではなくメディケア又はメディケイド(障害者向け公的医療保険や、高齢者向け公的医療保険)しか利用しておらず、経済状態がひっ迫していたことが示された。さらに、約80%の事例に何らかの疾病又は身体の障害が見られ、精神機能の面では、約67%の事例に何らかの精神機能の低下が見られるという結果であった。

その後、1998年にはNCEAによる全米調査が報告された(NCEA 1998)。1998年にNCEAによって発表された「National Incidence Study of Elder Abuse」では、1996年時点で警察などの司法機関(agency entinels)とAPSで把握された60歳以上の虐待事案(551,011件)を分析した。その結果、全虐待事例ののうちセルフ・ネグレクトが25.2%を占めていることが明らかになった(NCEA 1998)。このNCEAによる調査の特徴は、州によって制度の詳細は異なるものの、セルフ・ネグレクトの状態にあるのではないかとの通報を受けた者をAPSがアセスメントしてセルフ・ネグレクトと認定した上で支援及び保護をするシステムがあるため、わが国の全国調査と異なり各州のセルフ・ネグレクトの実態がより正確に把握されている点にある。

その後のアメリカ合衆国における研究は、セルフ・ネグレクトの測定尺度開発という、より実証的な研究に移行している。O'Brienがレビュー論文を発表した

1999年当時、アメリカ合衆国においては前述のNCEAの定義があったものの、セルフ・ネグレクトは明確な定義や概念が存在せず大きな議論がなされていた(O'Brien et al. 1999)。しかし、その後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)。Dyerらの尺度開発については概念に関係することであるため、第2章で詳述する。

また、セルフ・ネグレクトの発生率や発生数のみならず、その状態の深刻なリスクについても重要な研究がなされている。近年シカゴにおける追跡研究を中心に多くの成果を発表しているのがDongである。DongらによるChicago Health and Aging Projectでは、1993年から2005年までの間9,318名の高齢者について前向きコホート研究を実施した。その調査対象者の中で、1,544名にセルフ・ネグレクトの状態が見られた。調査期間内における死亡は4,306人であったが、セルフ・ネグレクト状態にある者の1年以内の死亡リスクはその状態にない者に対して5.82倍、1年以上経過した場合は1.88倍であることが明らかになった(Dong et al. 2009b)。

第3項 欧米におけるセルフ・ネグレクト研究についてのまとめ

このように、海外におけるセルフ・ネグレクト研究はイギリスにおける小規模な事例研究から徐々にアメリカ合衆国を中心とする大規模な調査研究へと進展してきた。

特に、アメリカ合衆国では前述のAPSによる支援システムがあり、全米レベルのAPSのデータを用いた大規模な調査が行われている。そのため、実態調査に関しては、州という単位においてはわが国より正確な数字を示すことが可能である。また、その研究は測定尺度の開発や追跡研究など、より実証的な研究に移行している。一方で、海外においても研究課題は多い。セルフ・ネグレクトに関しては、わが国のみならず欧米においても研究途上であり、その理論的な概念規定も未だ曖昧である。また、APSのデータを基にした研究の限界は、APSのシステムが州によって異なり、セルフ・ネグレクトの対応をしていない州もあるため、全米の正確な実態が明らかになっていない点が挙げられる。

第3節 セルフ・ネグレクトの研究動向に関するまとめ

わが国のセルフ・ネグレクト研究は全国的な実態調査の段階であり、セルフ・ネグレクトの理論的基盤と測定指標の開発が大きな課題となっている。一方で、欧米諸国、特にアメリカ合衆国においては全米レベルの実態調査から尺度開発や追跡研究などより実証的な研究へと移行している。しかし、連邦国家で州の独立性が強いアメリカ合衆国では全米の正確なセルフ・ネグレクトの実態が明らかにできない。

わが国の福祉制度は、基本的には全国で統一されている。そのため、セルフ・ネグレクトの概念を明確化し、法制度の中に規定され、測定指標が開発されれば、全国レベルの正確なデータを収集することが可能であると考えられる。この観点からすると、今後の研究の進展によっては世界をリードする研究も可能であり、それを基盤としたわが国独自のセルフ・ネグレクトへの予防・支援策を構築することもできると考えられる。それゆえ、セルフ・ネグレクトの概念の明確化は非常に重要な課題であると考えられる。

第1章で論述した先行研究は、セルフ・ネグレクトに関する主要な研究結果であり、海外の大規模な調査研究において良く引用される研究である。2016年までの間、この他にも多くの研究が発表されている。第2章で論述しなかった研究は事例研究や小規模な調査であり、わが国においては入手が困難な文献も多い。しかし、これらの文献の中に新たな知見がある可能性もあり、海外の文献に関して、最新の情報に基づいた詳細な検討を要するものと考えられる。

【注】

- 1) 高齢者虐待防止法施行前のわが国における高齢者虐待に関する実態調査は、医療経済研究機構（2003）「家庭内における高齢者虐待に関する調査」、田中荘司ら高齢者処遇研究会（1994）「高齢者の福祉施設における人間関係の調整に係わる総合的研究」、同じく高齢者処遇研究会（1998）「在宅・施設における高齢者及び障害者の虐待に関する意識と実態調査」、田中荘司の「高齢者虐待の発生及び防止に関する実証的調査研究」（1999）、多々良研究班「高齢者虐待の発生予防と援助方法に関する学際的研究」（1999～2000）、津村ら（1997）「高齢者虐待の全国実態調査」、津村ら（1998）「高齢者ケアにおける人権擁護に関する研究」高齢者虐待防止研究会、津村ら（2000）「比較対照法による在宅高齢者虐待の類型別発生要因に関する研究」、上田照子（2002）「在宅要介護高齢者の家族介護者における不適切処遇の実態とその背景」が代表的な研究である（著者順）。詳細は文献一覧参照。

なお、多々良研究班のみ多々良紀夫編著（2001）『高齢者虐待』参照。

- 2) 東京都監察医務院は、死体解剖保存法第 8 条に基づいて東京 23 区内で発生した全ての異状死について死因を明らかにするため、死体の検案及び解剖を行う東京都福祉保健局管轄の行政組織である。異状死とは、死亡年員が自殺・自己死、死因不明とされたものを指し、死亡者のうち、亡くなった時点で最初から病死と分かっている場合（自然死）を除いたものである。東京都監察医務院のデータは死後の経過日数は把握できるが、セルフ・ネグレクトに関する情報を収集しているわけではない（ニッセイ基礎研究所 2011）。
- 3) 内閣府では「セルフネグレクト」という表記で研究を実施している。
- 4) PubMed(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) 2016 年 5 月 1 日検索。
- 5) O'Brien に紹介されているこれらの文献はわが国では入手困難である。
- 6) 現在の名称は The National Adult Protective Services Association (NAPSA) である。

第2章 セルフ・ネグレクトの概念に関する先行研究

第2章では、先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念（以下、「下位概念」という。）、重症度等の判断基準及びその要因も含めたセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルについて論じ、調査において検証すべき課題を明確にする。

第1節 先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義

第1項セルフ・ネグレクトの定義

表 2-1 セルフ・ネグレクトの主要な定義 論者作成

| 出展 | 定義 |
|---------------------------|--|
| NAAPSA (1991) | セルフ・ネグレクトとは、不可欠な食物、衣類、住居や医療を供給すること；身体の健康、精神保健、情緒の健康と一般的な安全性を維持するために必要な品物およびサービスを得ること；財政上の問題を処理することを含む、不可欠なセルフケアの課題を成すことについて、身体と精神又はそのどちらかの障害、あるいは衰えた能力のための成人の無能力の結果である。 |
| NCEA (1998) | 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。 |
| Louder et al. (2001a) | セルフ・ネグレクトとは、個人や家の中の衛生状態、健康の維持に関する社会的に容認される基準を保つのに必要と考えられる行動が不足していることである。 |
| 上田ら寝たきり予防研究会 (2002) | 意図的自己放任 ：本来、自分ですべき身の回りの清潔や健康管理・家事等を本人がする力があっても、自ら放棄し、しなかった結果、心身の健康上の問題が生じること。たとえば、自分で意識的に食事や水分を摂らなかつたり、病気による食事制限を守らなかつたり、必要な治療や服薬をやめた結果、健康状態が悪化した場合もこれに当てはまる。 無意図的自己放任 ：自分の身の回りの清潔・健康管理や家事等が、本人の体力・知識・技能等の不足により、または何らかの事情により本人も気付かないうちにできなくなった結果、心身の健康上の問題が引き起こされること。 |
| 多々良研究班 (2004) | 高齢者自身による、自分の健康や安全を損なう行動。 この場合、精神的に健全で正常な判断力を有する者が自由意思にもとづいて、自らの行為の結果を承知のうえで続ける行為は、たとえそれが高齢者自身の健康や安全を脅かすことがあっても、セルフ・ネグレクトとはいわない。 |
| 津村ら (2006b) | 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。 |
| 東京都高齢者虐待防止マニュアル(東京都 2006) | 一人暮らしなどの高齢者で、認知症やうつなどのために生活能力・意欲が低下し、極端に不衛生な環境で生活している、必要な栄養摂取ができていない等、客観的にみると本人の人権が侵害されている事例。 |
| 野村・岸ら (2014) | 健康、生命及び社会生活の維持に必要な、個人衛生、住環境の衛生若しくは整備又は健康行動を放任・放棄していること。 |

表 2-1 ではわが国の研究でよく引用されている先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義を示した。また、表 2-2 では看護診断の指標である North American Nursing Diagnosis Association 看護診断（以下、「NANDA 看護診断」という。）のセルフ・ネグレクトの定義を示した（表 2-1, 表 2-2）。

表 2-2 セルフ・ネグレクトの特徴の定義（NANDA 診断）

| Indicator (尺度、指標) | Observation (観察事項) |
|-------------------|------------------------------|
| 家屋の概観 | 不衛生な世帯 |
| | ネズミがはびこっている |
| | ため込み（新聞、空の食事の容器） |
| | 大量のペット |
| 個人の概観 | 所有物の構造的な欠損や腐敗 |
| | 不衛生な衣類 |
| | 体臭 |
| | 手入れがされていない髪や爪 |
| 健康行動 | 不衛生な身体の一部 |
| | 健康に対する勧告に従わず、矛盾した行動 |
| | 服薬の拒否 |
| | 薬のため込 |
| | カテーテルや人工肛門のバックのなどの医療器具のケアを怠る |
| | 酸素をしながらタバコを吸うなどの危険行動 |
| 病気のサインや症状を無視する | |

(Gibbons et al. 2006 から論者訳)

概観してみると、津村らの定義（津村ら 2006）のようにセルフ・ネグレクトを状態像として捉えているものもあれば、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）のように行為とするものもある。当時の Adult Protective Service（成人保護機関：以下、「APS」という。）の全米組織であった The National Association of Adult Protective Services Administrators（以下、「NAAPSA」という。）の定義（Duke et al. 1991）のように「無能力の結果」というセルフ・ネグレクトの原因について言及している定義や、NANDA 診断（Gibbons et al. 2006）のようにセルフ・ネグレクトの特徴をそのまま表現した定義もある。

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。また、研究者や援助専門職の中で共通に認識されているセルフ・ネグレクトの定義は存在しない。わが国においては、アメリカ合衆国の研究から多くの影響を受けていた経緯から、Lauder らの定義（Lauder et al. 2001a）ではなく、NCEA の定義

(NCEA 1998)、それを平易にした津村らの定義(津村 2006)の方が研究者間に浸透している。初期の多々良ら(多々良ら 2004)や上田ら(上田ら 2002)の定義については、その後の調査研究ではほとんど使用されていない。第1章で述べたわが国における6つの調査研究は、全て津村らの定義(津村ら 2006b)が使用されている。これは、津村らの定義がわが国の文化的背景を基にNCEAの定義を平易にしたものであり、わが国の研究者や調査の対象となる専門職が理解しやすいという点が挙げられる(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 2011; あい権利擁護支援ネット 2015)。

野村・岸らは、2014年に先行研究のレビューによるセルフ・ネグレクトの概念についての研究を実施し、表2-1に示した新たな定義を発表した(野村・岸ら 2014)。一方で、この定義は研究途上であり、特に支援の拒否というセルフ・ネグレクトを構成する重要な要素についての扱いや、いわゆるゴミ屋敷との違い等検討すべき要素が強く、いまだに岸研究班では津村らの定義を使用している(岸 2015)。また、岸及び野村は、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)にも参加したが、同様の理由で同研究の調査では野村・岸らの定義を使用せず、津村らの定義を使用している。

第2項 Diogenes Syndrome

セルフ・ネグレクトと同様の事象を表す Diogenes Syndrome という概念がある。Diogenes Syndrome は、イギリスの Clark らの研究によって提唱された。Clark らは、Diogenes Syndrome は「極端なセルフ・ネグレクト」、「身体・環境の不衛生 (Domestic Squalor)」、「社会的引きこもり」、「無気力」、「強迫的なごみ収集」、「恥の欠如」を特徴とする症候群であると捉えている (Clark et al. 1975)。また、初期のイギリスを中心とした研究では、Senile Breakdown Syndrome、Social breakdown、Senile Squalor Syndrome、Messy house Syndrome など様々なセルフ・ネグレクトの類似概念が発表されている。Badr は、Diogenes Syndrome を含めてこれらのセルフ・ネグレクトの類似概念を Self-Abuse という概念でまとめている (Badr 2005)。

Diogenes Syndrome は、セルフ・ネグレクトと同じ事象を表しているとも考え

られるが、その視点は異なる。Clark らは、Diogenes Syndrome は何らかの精神障害の結果による1つの症候群としている (Clark et al. 1975)。また、Clark らの説 (Clark et al. 1975) によると、極端なセルフ・ネグレクトの結果が Diogenes Syndrome とも述べられており、セルフ・ネグレクトは、Diogenes Syndrome を構成する概念であるとも考えられる。

Diogenes Syndrome は、現在に至るまで医学を中心に論文が発表されている。一方で、O'Brien はこの概念自体が、セルフ・ネグレクトとして総称される状態を適切に表現している言葉ではないと述べ、少なくともアメリカ合衆国における定義の中からは除外されている (O'Brien et al. 1999)。第1章で前述したアメリカ合衆国の大規模な調査研究は全てセルフ・ネグレクトについての研究であり、Diogenes Syndrome についての調査研究は少ない。また、Diogenes Syndrome については Clark らの初期の概念から新たな進展はなく、その概念はセルフ・ネグレクトより不明確である。Clark らの説からすると、少なくとも Diogenes Syndrome とセルフ・ネグレクトは視点が異なるだけで同じような事象について述べていることは明らかであると考えられる。

わが国においては、セルフ・ネグレクトに関する研究が高齢者虐待分野でなされていたことから、Diogenes Syndrome よりセルフ・ネグレクトの方が浸透している。Diogenes Syndrome に関する研究は、少なくとも高齢者虐待の分野では見受けられない。

第3項 セルフ・ネグレクトの定義・概念の明確化の課題

表2-1及び表2-2で示した先行研究の定義は、様々な表現のされ方をしており、その内容も非常に広範囲の事象を含み、複雑である。また、セルフ・ネグレクトを状態と捉える定義もあれば、行為と捉える定義もある。O'Brien は先行研究のセルフ・ネグレクトの定義・概念に関して「明らかに問題となる点は、研究者やその研究が行われた文化的背景により異なる視点からのアプローチがなされていることである」と述べている (O'Brien et al. 1999)。特に、Diogenes Syndrome とセルフ・ネグレクトなどは同じような現象を表しているが、そのアプローチの違いが著しい。さらに混乱するのは、表2-1のNCEAの定義 (NCEA 1998) や多々良 (多々良ら 2004) の定義にあるように、アメリカ合衆国ではいわゆる意図

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している点である。

Bonnie と Wallace は高齢者虐待・セルフ・ネグレクトに関する概念の混乱が研究の共通化を阻んでいるとし、研究者間でコンセンサスの得られた概念規定の必要性を述べている (Bonnie and Wallace=2008)。わが国において行われた調査研究は全て津村らの定義 (津村ら 2006b) を使用しているという点から、これらの調査はある程度の互換性があり比較検討がしやすいと考えられる。しかし、今後のセルフ・ネグレクトの定義は、これらのわが国における調査研究で限界とされた理論的概念の明確化、NCEA における意図的なセルフ・ネグレクトの問題を含めた議論、その後の知見や後述するセルフ・ネグレクトを構成する下位概念を踏まえ、抽象度の高い定義からより具体化された定義への変更が必要であると考えられる。

論者は、過去に国内外の先行研究における定義及び概念を整理し、以下の 3 つの次元の課題があると述べた。

- ① どこまでの範囲の状態行為が、どの程度の状態にある場合をセルフ・ネグレクトとするのかという、セルフ・ネグレクトの概念規定と介入の判断基準を巡る議論。
- ② NCEA や多々良らの定義に見られるように、「精神的に健全で正常な判断力を有する者が、自由意志にもとづいて、自らの結果を承知のうえで続ける行為」をセルフ・ネグレクトに含めるのかという議論。
- ③ セルフ・ネグレクトは高齢者虐待という観点にセルフ・ネグレクトを含めるのかという議論。

(野村 2007)

つまり、セルフ・ネグレクトの定義・概念を明確化するには、まず、どの範囲の行為 (状態) がどの程度深刻な場合をセルフ・ネグレクトとするのかというセルフ・ネグレクトを構成する下位概念 (横軸) と深刻度 (縦軸) の 2 つの軸に関する判断基準を明確化する必要がある。そして、意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いを明確化する必要がある。その上で、セルフ・ネグレクトという概念をその上位概念とされる高齢者虐待という概念に含むべきか否かという検討が必

要である。

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念及び深刻度という 2 つの軸における判断基準を明確にするには、セルフ・ネグレクトの状態像を客観的に分析し、指標を示すという作業が必要である。一方で、いわゆる意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する議論は、客観的な状態がどうであれ、精神機能に問題ない者の意志をどこまで尊重すべきかという観点からの検討である。これらは、その方向性に違いはあるが、セルフ・ネグレクトという事象自体の検討であるという点で共通している。

しかし、セルフ・ネグレクトを高齢者虐待の中に含むのかという議論は、高齢者虐待という他の概念との比較である。高齢者虐待との比較は異なるベクトルの議論が必要であり、セルフ・ネグレクト自体の概念が明確になっていない現状では混乱が生じる可能性がある。Bonnie と Wallace は、セルフ・ネグレクトを高齢者虐待に含めることに関しては、高齢者虐待に関する研究の焦点が混乱するため、少なくとも研究指標という観点からは除外すべきであると述べている (Bonnie and Wallace=2008)。

本研究では、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念と深刻度の明確化及び意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いの明確化に焦点を絞る。しかし、第 4 章においては高齢者虐待とセルフ・ネグレクトの比較をおこなう。なぜなら、セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の境界は非常に曖昧であり、両者の関係を理論的に明確化して指標を作成しなければ、調査の分析対象となるセルフ・ネグレクトの事例を選定できないからである。

第 2 節 わが国の先行研究におけるセルフ・ネグレクトの測定指標

第 1 項 わが国の調査研究で使用した測定指標

セルフ・ネグレクトの概念、特にその下位概念と深刻度を軸とした判断基準については非常に曖昧で、明確な基準が存在しない。O'Brien はセルフ・ネグレクトの概念について以下のように述べている。

例えば、風邪を引いても医者にかからない、体重が増加しても気にしない、

タバコなどの有害な薬物を摂取するなども、広い意味からすればセルフ・ネグレクトであるともいえる。しかし、多くの者は、そのような行動が援助の対象になるとは思わないであろうし、社会通念からしてもそれほど大きな問題ではない。
(O'Brien et al. 1999)

このように、セルフ・ネグレクトの概念は非常に抽象的であり、その判断基準を明確にしなければ、生活場面において生じるあらゆる問題が含まれてしまう。

そして、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念と判断基準が明確になっていないという問題があるため、調査研究の際に調査の対象を明確にしづらくなる。

野村は東京都特別区実態調査の際に以下のように述べている。

津村らの定義(津村 2006b)をそのまま使用して調査を実施しようとしたが、当然行うべき行為という定義が曖昧であり、回答者の混乱が予想されるという理由から、その調査対象を事例の中で援助専門職が主観的に支援に困難を感じた事例に調査対象を限定せざるを得なかった。

(野村 2008)

表 2-3 わが国におけるセルフ・ネグレクトで使用された定義及び測定指標

| 調査名 | 定義 | 測定指標 | 出展 |
|------------------|-----------------------|---|---------------------|
| 東京都特別区実態調査 | 津村らの定義 (津村ら 2006b) | 「①食事に関すること、②衣類に関すること、③住環境に関すること、④個人の衛生に関すること、⑤医療に関すること、⑥サービスに関すること、⑦社会との関わり、⑧財産の管理などに関すること、⑨その他」の8カテゴリー | (野村 2008) |
| 岸研究班全国実態調査 | 津村らの定義 (津村ら 2006b) | 野村の東京都特別区実態調査の結果を参考に研究者で検討した34項目の測定指標(表 2-4) | (岸ら 2011c) |
| 全国地域包括支援センター事例調査 | 津村らの定義 (津村ら 2006b) | 「①食事に関すること、②衣類に関すること、③住環境に関すること、④個人の衛生に関すること、⑤医療に関すること、⑥サービスに関すること、⑦社会との関わり、⑧財産の管理などに関すること、⑨その他」の8カテゴリー | (野村 2011) |
| 内閣府全国調査 | 津村らの定義 (津村ら 2006b) | Dyer らの作成した『セルフ・ネグレクト重症度尺度』(Dyer et al. 2006a)。 | (内閣府 2011) |
| ニッセイ基礎研究所全国調査 | 津村らの定義 (津村ら 2006b) | 岸研究班全国実態調査の結果で得られた5カテゴリー30項目の測定指標を研究者で検討して作成した5カテゴリー15項目の簡易版測定指標(表 2-5) | (ニッセイ基礎研究所 2011) |
| あい権利擁護支援ネット全国調査 | 津村らの定義 (津村ら 2006b) | 野村・岸らの概念研究を参考に作成した6カテゴリーの簡易版測定指標(表 2-6)。 | (あい権利擁護支援ネット 2015)) |

論者作成

東京都特別区実態調査の際に野村が指摘したセルフ・ネグレクトの判断基準が曖昧であるという問題は、その後の調査研究でも大きな課題となっている。

表 2-3 では、わが国で実施された調査研究で使用した定義及び測定指標について示した。これらの調査の共通点は、全て津村らの定義を使用している点である（表 2-3）。しかし、その具体的な測定指標は様々である。

わが国におけるセルフ・ネグレクトの測定指標は、野村の東京都特別区調査に始まり、岸研究班全国調査、ニッセイ基礎研究所調査、あい権利擁護支援ネットで使用した簡易測定指標に至る過程の中で、研究者によりその調査が実施された時点での最新の知見を検討し、様々な方法が模索されてきた（野村 2008；岸ら 2011c；ニッセイ基礎研究所 2011；内閣府 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。

以下、その過程について詳述したい。

1. 東京都特別区実態調査

野村による東京都特別区調査が実施された時点では、わが国においてセルフ・ネグレクトの概念に関する詳細な研究はなされていなかった。この調査の目的は、その時点でわが国では全く明らかになっていなかったセルフ・ネグレクトの実態を明確化することであった。そのため、野村は少ない先行研究を基にセルフ・ネグレクト事例を構成する調査指標を作成した（野村 2008）。

具体的には、野村は前述した NAAPSA の定義に含まれる具体的なセルフ・ネグレクトを構成する下位概念（Duke et al. 1991）、セルフ・ネグレクトと社会的孤立には関連があるという視点（Gibbons 2006；津村 2006b）を参考に下位概念を検討した。さらに、野村は山口の「セルフ・ネグレクトとネグレクトは放任に当たる状況においては同じである」という観点（山口 2003）から、ネグレクトに関する研究結果である多々良研究班の実態調査の「世話の放任の状況」（多々良 2001）も参考にし、セルフ・ネグレクトを構成する主要な概念について「①食事に関すること、②衣類に関すること、③住環境に関すること、④個人の衛生に関すること、⑤医療に関すること、⑥サービスに関すること、⑦社会との関わり、⑧財産の管理などに関すること」の 8 項目から構成される調査指標を作成した（野村 2008）。

この調査では、上記の 8 項目に「その他」の項目を加え、それぞれの項目に当て

はまる事例の状態に関して、回答者が自由記述するという方法を採用し、その記述データを質的帰納的な分析によりセルフ・ネグレクトを構成する下位概念を生成した。(野村 2008)。

表 2-4 事例から見たセルフ・ネグレクトの状態像 (野村 2008)

| 放任の項目 | 数 |
|------------------------|-----------|
| 食事に関すること | 41 |
| 不十分な内容の食事 | 21 |
| 不十分な回数の食事 | 8 |
| 医療上不適切な食事 | 4 |
| 腐ったものを摂取する | 5 |
| 食べ物の放置 | 3 |
| 住環境に関すること | 34 |
| 悪臭がする。 | 3 |
| ゴキブリなどの害虫が発生している。 | 6 |
| ごみが放置されている。 | 10 |
| 汚れた衣類が放置されている。 | 2 |
| 排泄物や排泄物で汚れたものが放置されている。 | 3 |
| 清掃がされていない。 | 4 |
| カビが発生している。 | 1 |
| 隙間風が入る。 | 1 |
| 暖房器具がない。 | 1 |
| 温度調節がされていない。 | 3 |
| 個人の衛生に関すること | 27 |
| 入浴がされていない | 14 |
| 失禁が放置されている | 7 |
| 髪や髭が伸び放題である | 3 |
| つめが伸び放題である | 1 |
| 悪臭がする | 2 |
| 医療に関すること | 24 |
| 医療を拒否する | 9 |
| 受診がなされていない(明確な拒否なし) | 5 |
| 消極的な治療しか受けない | 3 |
| 服薬がなされていない | 6 |
| 疾病のコントロールがされていない | 1 |
| 福祉サービスに関すること | 22 |
| サービス利用を拒否する | 6 |
| 必要なサービスを受けていない(一部拒否) | 16 |
| 社会との関わり | 22 |
| 閉じこもり状態である | 7 |
| 人との関わりを拒否する | 4 |
| 一部の人とのみかかわりを持つ | 5 |
| 近隣とトラブルが多い | 4 |
| 近隣と関わりがない | 2 |
| 衣類に関すること | 20 |
| 汚れた衣類を着替えずに着用。 | 15 |
| 全裸に近い状態である。 | 1 |
| 気候に見合った服装をしていない。 | 2 |
| 服がやぶれている | 1 |
| 寝具が尿などで汚れている | 1 |
| 財産の管理に関すること | 7 |
| 家の中に金が放置されている | 3 |
| 預金の出し入れがない | 1 |
| 適切な使い方ができない | 2 |
| 公共料金の未払い | 1 |

結果、表 2-4 で示した 8 カテゴリー 34 項目の具体的な放任状態が示された (表 2-4)。また、23 事例に広範囲のカテゴリーが該当する深刻な放任状態が見られ、これらの事例は明らかにセルフ・ネグレクトと判断できる事例であった。一方で、3 事例については、衛生上の問題は見られず、ADL が自立又は家事能力の低下の部分では訪問介護を利用しており、問題点となるのは「糖尿病であるが食事のコントロールがなされていない。」、「肝硬変であるが飲酒を続けている」という健康行動の問題であり、このようなタイプをセルフ・ネグレクトとするかについては、今後議論が必要であるとされた (野村 2008)。

2. 岸研究班全国実態調査

表 2-5 岸研究班の 34 項目の測定指標 (岸ら 2011c)

| |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していない 2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている 3. 腐った物を摂取している 4. 家庭内に悪臭がする 5. 家屋内にペット類がたくさんいる 6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している 7. 食べ物やゴミが放置されている 8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている 9. 家屋内にカビが発生している 10. 家屋が著しく老朽化している 11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていない 12. 口腔ケアがなされていない 13. 失禁が放置されている 14. 髪・髭・爪が伸び放題である 15. 身体から悪臭がする 16. 入浴がなされていない 17. 汚れた衣類を着用している 18. 全裸に近い状態である 19. 気候に見合った服装をしていない 20. ボロボロの衣服を着用している 21. 必要な医療の提供を拒否する 22. 服薬がなされていない 23. 慢性疾患のコントロールがされていない 24. 医療的なケア (カテーテルや人工肛門など) を怠る 25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠る 26. 必要な保健・福祉サービスを拒否する 27. 閉じこもり状態である 28. 他人との関わりを拒否する 29. 近隣住民との関わりがない 30. 近隣住民とのトラブルが発生している 31. お金や通帳などが放置されている 32. 預金の出し入れができない 33. 金銭の適切な使い方ができない 34. 家賃や公共料金が未払いである |
|---|

表 2-5 では、岸研究班全国調査において使用されたセルフ・ネグレクトの測定指標を示した（表 2-5）。この 34 項目の測定指標は、表 2-4 で示した野村の 8 カテゴリー34 項目のセルフ・ネグレクトの状態像を参考に、研究者間で検討して表現を修正して作成した（岸ら 2011c）。同調査における事例調査は、介入初期の事例の状態について、この測定指標のそれぞれの項目について、「ある」、「ややある」、「あまりない」、「ない」、「わからない」の 5 件法で回答を得た。しかし、これらの介入初期の事例の状態像に関しては、因子分析等において明確な結果が出ず、単純集計の結果のみが発表されている（岸ら 2011a；岸ら 2011b；岸ら 2011c）。

一方で、岸研究班全国調査では、①「判断力や認知力が低下しており、精神障害や認知症などの診断がついている事例」、②「判断力や認知力が低下しており、精神障害や認知症などの診断がついていない事例」、③「判断力や認知力の低下はないが、疾病などにより ADL に問題がある事例」、④「判断力や認知力の低下はなく、ADL にも問題がない事例」の 4 つの事例のタイプに分け、それぞれのタイプを支援する場合における専門職の支援の認識について調査した。具体的には、上記①から④のタイプごとに、表 2-5 で示した岸研究班の 34 項目を用いて各項目に対する回答者の支援の必要性の認識について、「とても必要」、「わりに必要」、「あまり必要ではない」、「全く必要ではない」、「判断がつかない」の 5 件法（「全く必要ではない（1 点）」から「とても必要（5 点）」）で回答を求めた（岸ら 2011c；小長谷ら 2013）。

小長谷らはこの 4 つのタイプで得られたデータを総計し無回答データを削除した 3,771 件を分析の対象とし、最尤法を用いて因子分析を実施した。その結果、「不潔で悪臭のある身体」、「地域の中での孤立」、「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」、「金銭や財産管理がなされていない」、「悪臭のある汚い家屋」、「奇異に見える生活のありさま」の 6 因子が抽出された（岸ら 2011c；小長谷ら 2013）。

表 2-6 では、小長谷らの因子分析の結果を示した（表 2-6）。各因子の命名は岸研究班で検討を重ねて命名した（小長谷ら 2013）。この因子分析結果は、専門職の支援の必要性の認識に関するデータの因子分析であり、実際の事例を基にしたものではない。しかし、数理統計学的な分析方法に基づいた結果であるため、岸研究班では現段階ではこれらの 6 つの因子がセルフ・ネグレクトの構成因子である可能性が高いとしている（岸ら 2015：7）。

表 2-6 小長谷らの因子分析によるセルフ・ネグレクトの類型化

| 因子名 Cronbach の α | | 因子負荷量 | | | | | | 平方和** (項目数) |
|---------------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 不潔で悪臭のある身体 α *=0.93 | 入浴がなされていない | .836 | -.097 | -.080 | .010 | -.060 | .014 | 13.13 (6) |
| | 身体から悪臭がする | .773 | -.048 | -.017 | -.063 | -.011 | -.101 | |
| | 汚れた衣類を着用している | .731 | -.095 | -.029 | -.055 | .059 | .016 | |
| | 髪・髭・爪が伸び放題である | .570 | -.060 | -.036 | -.095 | -.171 | -.014 | |
| | 口腔ケアがなされていない | -.345 | -.071 | -.155 | -.054 | .338 | .106 | |
| | 機構に見合った服装をしていない | .320 | -.085 | -.085 | -.179 | .262 | .004 | |
| 地域の中での孤立 α *=0.89 | 他人との関わりを拒否する | .011 | -.958 | .024 | -.011 | -.062 | -.010 | 11.54 (5) |
| | 近隣住民との関わりがない | -.013 | -.814 | .013 | .016 | .123 | .068 | |
| | 閉じこもり状態である | .087 | -.746 | -.052 | .008 | .002 | -.009 | |
| | 近隣住民とのトラブルが発生している | .014 | -.394 | -.020 | -.209 | .070 | -.121 | |
| | 必要な保健・福祉サービスを拒否する | .103 | -.369 | -.276 | -.084 | .091 | .026 | |
| 生命を脅かす自身による治療やケアの放置 α *=0.91 | 慢性疾患のコントロールがされていない | .061 | .019 | -.882 | .010 | .044 | .101 | 11.68 (7) |
| | 服薬がなされていない | .093 | .004 | -.841 | -.026 | .006 | .079 | |
| | 必要な医療の提供を拒否する | .026 | -.111 | -.713 | -.063 | -.001 | .035 | |
| | 医療的なケア(カテーテルや人工肛門など)を怠る | -.072 | -.022 | -.706 | -.074 | -.014 | -.214 | |
| | 生命にかかわるような日常生活の注意を怠る | -.097 | -.116 | -.489 | -.078 | -.037 | -.360 | |
| | 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている | .056 | -.031 | -.431 | -.028 | .268 | -.112 | |
| | 栄養的に不十分な食事しか摂取していない | .147 | -.060 | -.281 | -.104 | .195 | -.146 | |
| 金銭や財産管理がなされていない α *=0.92 | 金銭の適切な使い方ができない | -.053 | -.016 | -.019 | -.908 | .042 | .089 | 13.30 (4) |
| | 預金の出し入れができない | .020 | .017 | .009 | -.896 | -.051 | -.023 | |
| | 家賃や公共料金が未払いである | .025 | .033 | -.003 | -.856 | -.012 | -.022 | |
| | お金や通帳などが放置されている | .006 | -.107 | -.018 | -.723 | .025 | -.007 | |
| 悪臭のある汚い部屋 α *=0.90 | 家屋内にカビが発生している | -.051 | -.120 | .012 | -.040 | .685 | -.028 | 12.17 (7) |
| | 家屋内にペット類がたくさんいる | -.009 | -.111 | -.046 | -.066 | .670 | .103 | |
| | 家屋が著しく老朽化している | .063 | -.063 | -.079 | .052 | .655 | -.009 | |
| | 冷暖房器具がなく温度調節がなされていない | .122 | .009 | -.119 | -.185 | .520 | .050 | |
| | ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している | .154 | .034 | -.009 | -.113 | .479 | -.289 | |
| | ボロボロの衣服を着用している | .302 | -.167 | -.022 | -.106 | .358 | .084 | |
| | 家庭内に悪臭がする | .287 | -.071 | .034 | -.104 | .325 | -.258 | |
| 奇異に見える生活のありさま α *=0.90 | 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている | .293 | -.048 | -.059 | -.108 | .108 | -.516 | 5.56 (5) |
| | 腐った物を摂取している | .064 | -.020 | -.244 | -.153 | .131 | -.423 | |
| | 失禁が放置されている | .324 | -.032 | -.145 | -.161 | -.002 | -.416 | |
| | 食べ物やゴミが放置されている | .333 | -.043 | -.015 | -.043 | .293 | -.353 | |
| | 全裸に近い状態である | .234 | -.020 | -.123 | -.229 | .040 | -.290 | |

* : Cronbach の α 係数

最尤法(直接オブリミン)

** : 回転後の負荷量平方和

因子相関行列

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 1.000 | -.611 | -.533 | -.622 | .670 | -.387 |
| 2 | -.611 | 1.000 | .539 | .610 | -.657 | .169 |
| 3 | -.533 | .539 | 1.000 | .663 | -.484 | .407 |
| 4 | -.622 | .610 | .663 | 1.000 | -.587 | .432 |
| 5 | .670 | -.657 | -.484 | -.587 | 1.000 | -.281 |
| 6 | -.387 | .169 | .470 | .432 | -.281 | 1.000 |

(小長谷ら 2013)

3. ニッセイ基礎研究所全国調査

表 2-7 では、ニッセイ基礎研究所全国調査における測定指標について示した(表 2-7)。この調査では、岸研究で使用した 34 項目を参考に研究者間で検討し、セルフ・ネグレクトの状態像を代表する 15 項目で構成される簡易版測定指標を作成した(ニッセイ基礎研究所 2011)。この簡易版測定指標は、「身体衛生」、「環境衛生」、「他者との関わり拒否」、「健康管理」、「金銭管理」の 5 つの上位概念と 15 の下位概念(以下、「項目」という。)で構成されている。簡易版測定指標を作成した理由は、本調査の目的が孤立死事例におけるセルフ・ネグレクトの状況を明らかにするためであったこと、34 項目の状態像では回答しにくいと予想されたためであるとされている(ニッセイ基礎研究所 2011)。

全国調査における孤立死事例シートでは、これらの 15 項目を使用し、各項目についてそれぞれ「あてはまる」、「ややあてはまる」、「あてはまらない」、「不明」の 4 件で回答を得て、当該事例の生前のセルフ・ネグレクト状態を調査した。この調査では、765 事例が分析の結果となった。各項目に「あてはまる」又は「ややあてはまる」と回答があった場合をその項目に該当するとみなし、15 項目の内 1 項目でも該当すればセルフ・ネグレクトであると判断した。その結果、孤立死した 765 事例中 609 事例(約 80%)がセルフ・ネグレクト状態にあったことが明らかになった(ニッセイ基礎研究所 2011)。

この調査は、1 項目でも該当するとセルフ・ネグレクトであるとしたため、後述する野村・岸らのセルフ・ネグレクトの概念に関する研究(野村・岸ら 2014)で明らかになった理論に基づく、セルフ・ネグレクトとは判断されない事例も結果に含まれている。また、この事例は市町村に対する悉皆調査時に同封した孤立死事例シートの分析であり、悉皆調査の調査票の回収はあっても事例シートの回収がない場合もあり、事例そのものも代表的な事例について回答しているに過ぎず、疫学的な検討はできなかった(ニッセイ基礎研究所 2011)。一方で、分析した 765 事例は全て孤立死した深刻な事例であり、少なくとも、孤立死事例の中に多くの割合でセルフ・ネグレクト状態にあった者が含まれていることから、セルフ・ネグレクトは孤立死のリスクファクターである可能性が示唆されている(ニッセイ基礎研究所 2011)。

表 2-7 ニッセイ基礎研究所全国調査の簡易指標

| 上位概念 | 下位概念（測定項目） |
|-----------|---|
| 身体衛生 | 入浴・身体の保清潔がなされていない 汚れた衣服を着用 失禁の放置 |
| 環境衛生 | ペット・大量発生したネズミや害虫の放置 家屋内に悪臭 家屋内に食べ物・ゴミ・排泄物が放置 家屋の著しい老朽化 |
| 他者との関わり拒否 | 近隣住民とのトラブル 他者との関わり拒否 閉じこもり状態 |
| 健康管理 | 疾患のコントロールがなされていない 必要な治療やケアの拒否 必要な保健・福祉サービスの拒否 |
| 金銭管理 | 金銭の管理ができない 家賃や公共料金の未払い |

（ニッセイ基礎研究所 2011）

4. 内閣府全国調査と『セルフ・ネグレクト重症度尺度』

内閣府全国調査（内閣府 2011）では、セルフ・ネグレクトの測定に前述した Dyer らによる『セルフ・ネグレクト重症度尺度（Self-Neglect Severity Scale）』（Dyer et al. 2006a）を日本語訳した測定指標が使用された。

表 2-8 では『セルフ・ネグレクト重症度尺度』の測定項目を示した（表 2-8）。Dyer らの尺度（Dyer et al. 2006a）は、全米 3 州の APS ワーカーへのインタビュー調査、全米レベルの専門家による会議でのその尺度の下位概念の検討、予備調査及び広範囲にわたるフィールド調査の 4 段階によって作成された。Dyer らは尺度作成の過程を経て最終的にはセルフ・ネグレクトを表 2-8 のとおり「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、各領域の具体的な各項目を点数化し、重症度を測定する構造である（Dyer et al. 2006a）。

この尺度は世界で初めてのセルフ・ネグレクトを測定するためのツールであり、その項目は今後の測定指標開発を検討する際に重要な先行研究である。しかし、同尺度は数理統計学的手法で作成されたものではなく、信頼性と妥当性の検討がいまだなされていない（Dyer et al. 2006a；Dyer et al. 2008a；Dyer et al. 2008b；Kelly et al. 2008）。また、同尺度は CREST（Consortium Research in

Elder Self-Neglect of Texas) において実証研究が検討されているが、その後の本格的な結果は確認できていない (Dyer et al. 2006a ; Dyer et al. 2008a ; Dyer et al. 2008b ; Kelly et al. 2008)。内閣府全国調査 (内閣府 2011) においても『セルフ・ネグレクト重症度尺度』に関する実証的な知見は明らかになっていない。

表 2-8 セルフ・ネグレクト重症度尺度の測定項目

| | |
|---|---|
| A : 個人衛生 (Personal Hygiene Assessment) | |
| 髪の毛 | (Hair) |
| 爪 | (Nails) |
| 皮膚 | (Skin) |
| 身体での虫の繁殖 | (Insect Infestations) |
| 衣服 | (Clothing) |
| B : 認知、健康、安全確保 (Assessment of cognitive, health and Safety Issues) | |
| 認知機能検査：時計描画テスト | (Cognitive test: Wolf-Klein Clock Test) |
| 妄想状態を示す証拠 | (Evidence of delusional state) |
| 緊急事態への対応 | (Response to emergency) |
| 最終受診時期 | (Time since last visit to physician) |
| 未治療であることの証拠 | (Evidence of untreated health conditions) |
| C : 環境 (Environment Assessment) | |
| 家の周囲の状態 (Exterior Condition) | |
| 庭／歩道 | (Yard/Sidewalk) |
| 窓 | (Windows) |
| 屋根 | (Roof) |
| 壁 | (Walls) |
| 家の中の状態 (Interior Condition) | |
| 臭気 | (Odor) |
| 清潔度 | (Cleanliness) |
| ペット | (Pets) |
| 散乱状態 | (Clutter) |
| 構造 | (Structure) |
| ライフライン | (Utilities) |

論者訳 (Dyer et al. 2006a)

『セルフ・ネグレクト重症度尺度』(Dyer et al. 2006a) は、わが国で使用するには更なる理論的検討が必要であると考えられる。まず、セルフ・ネグレクトを構成する重要な項目である栄養状態、社会的孤立、金銭・財産管理等に関する測定項目がないことが挙げられる。また、測定項目の中に時計描画テストがある。わが国においては、地域包括支援センター及び市町村の高齢者福祉担当課がセルフ・ネグレクトの予防・支援を主に担当する。しかし、その実情からするとこれらの機関で同テストを実施することは現実的でない。そのため、わが国における測定指標は同尺度をそのまま使用するのではなく、Dyer らの知見を参考にしつつ

も、新たな指標を開発する必要があると考えられる。

5. あい権利擁護支援ネット全国調査

わが国における最新の全国調査である、あい権利擁護支援ネット全国調査では、表 2-9 のとおり 7 項目のセルフ・ネグレクトの簡易測定指標を作成した(表 2-9)。この簡易測定指標は、後述する野村・岸らの概念研究におけるセルフ・ネグレクトを構成する主要な下位概念(野村・岸ら 2014)を参考に、研究者間で検討を重ねて作成した(あい権利擁護支援ネット 2015)。

表 2-9 あい権利擁護支援ネット全国調査における簡易測定指標

不衛生な家屋に居住
不十分な住環境に居住
衣類や身体の不衛生の放置
必要な介護、福祉サービスの拒否
必要な受診・治療の拒否
地域からの孤立
近隣住民の生命・身体・生活・財産への影響

(あい権利擁護支援ネット 2015)

さらに、斉藤・野村・岸は同調査で得られた 1,355 事例の簡易測定指標の各項目の 2 値データを非階層クラスター分析において類型化した(斉藤・野村・岸 2016)。表 2-9 では斉藤・野村・岸の知見を示した(表 2-10)。非階層クラスター分析の結果、「不衛生型」、「不衛生・住環境劣悪型」、「サービス拒否型」、「不衛生・住環境劣悪・サービス拒否型」、「拒否・孤立型」、「複合問題・近隣影響なし型」、「複合問題・近隣影響あり型」の 7 クラスターに分類された(斉藤・野村・岸 2016)。この結果は、簡易測定指標の作成に課題があるものの、実際の事例を統計学的手法を用いて類型化したわが国初の知見であり、今後の概念研究の基礎となるであろう。

表 2-10 セルフ・ネグレクト事例の主要な類型：非階層クラスタリング

| | 全体 | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 |
|----------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 不衛生型 | 不衛生・住環境劣悪型 | サービス拒否型 | 不衛生・住環境劣悪・サービス拒否型 | 拒否・孤立型 | 複合問題・近隣影響なし型 | 複合問題・近隣影響あり型 |
| | 1,355 事例 (100.0%) | 224 (16.5%) | 173 (12.8%) | 236 (17.4%) | 127 (9.4%) | 176 (13.0%) | 166 (12.3%) | 253 (18.7%) |
| 不衛生な家屋に居住 | 71.2 | 80.4 | 89.6 | 47.5 | 78.7 | 8.5 | 94.0 | 97.6 |
| 衣類や身体の不衛生の放置 | 69.7 | 65.2 | 78.6 | 54.7 | 80.3 | 17.6 | 93.4 | 96.8 |
| 不十分な住環境に居住 | 45.2 | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 100.0 | 13.6 | 100.0 | 48.2 |
| 必要な介護、福祉サービスの拒否 | 65.2 | 43.8 | 22.5 | 71.6 | 74.0 | 63.1 | 89.2 | 88.9 |
| 必要な受診・治療の拒否 | 63.6 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 98.4 | 75.6 | 83.7 | 90.5 |
| 地域からの孤立 | 51.5 | 21.9 | 37.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 100.0 | 96.0 |
| 近隣住民の生命・身体・生活・財産への影響 | 26.9 | 16.5 | 21.4 | 10.2 | 34.6 | 22.7 | 0.0 | 71.9 |

注：クラスター内での各項目への該当者割合を示した

(斉藤・野村・岸 2016)

第 2 項 測定指標作成上の課題

以上、現在までにわが国において実施された主要な調査のセルフ・ネグレクトの測定指標について述べてきた。わが国においては、セルフ・ネグレクト事例の類型化についても試みられ、セルフ・ネグレクトの概念は徐々に明確になってきた。しかし、これらの研究で使用した測定指標は、その調査時点における先行研究を基に研究者間で議論して作成された暫定的な指標であり、その基礎となる詳細な理論的研究がなされていない点が限界であると考えられる。セルフ・ネグレクトの概念は未だに明らかになっておらず、研究者間でも意見が分かれている。そして、セルフ・ネグレクトの概念がより明確化されれば、わが国における調査研究は飛躍するものと考えられる。今後、セルフ・ネグレクトの概念を理論的に明確化するには、以下の 3 つの課題があると考えられる。

1 点目は、セルフ・ネグレクトを構成する要素の理論的な再検討である。本項で述べたわが国における調査時に使用した測定指標は、野村の東京都特別区実態調査の結果である 8 カテゴリーを基礎としている。しかし、その後海外においていくつかの知見が明らかになり、理論的に再検討する必要性が生じている（野村 2008）。

2 点目は、分類された下位概念の構造である。セルフ・ネグレクトを構成する

下位概念は全て並列の次元ではないと考えられる。そのため、今後はその下位概念間の関係を明らかにする必要がある。

3 点目は、セルフ・ネグレクトの判断基準の明確化である。例えば、野村の東京都特別区実態調査（野村 2008）の結果にあったように、健康行動のみが問題となる 3 事例をセルフ・ネグレクトと判断できるであろうか。このように、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念がどれだけ該当すればセルフ・ネグレクトとするのか、その基準を検討する必要がある。また、その他にも各項目がどれくらい重症であればセルフ・ネグレクトと判断するかという点も検討を必要とする。

第 3 節では、これらの課題を視点に先行研究を概観する。

第 3 節 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念

第 1 項 野村・岸らの概念研究

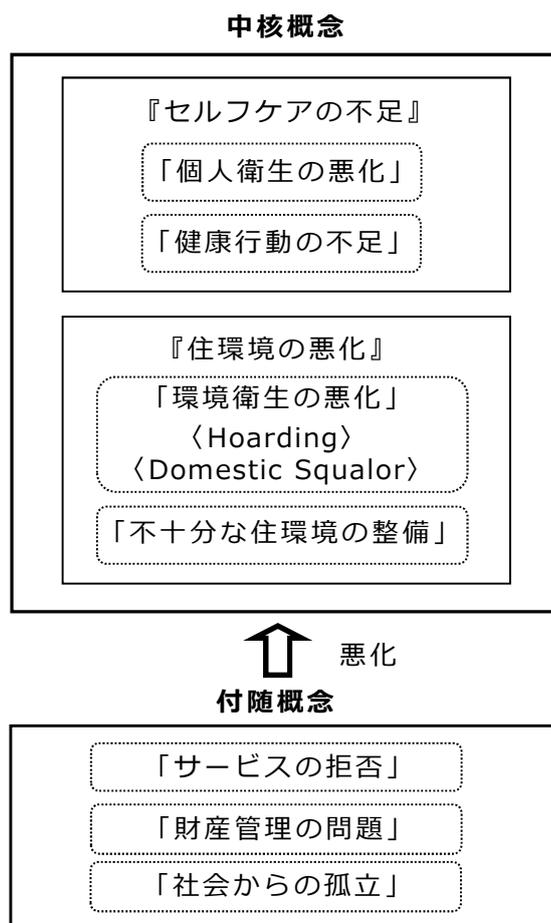
わが国における最新の理論研究が、岸研究班の野村・岸らによるセルフ・ネグレクトの概念研究である。野村・岸らは、Lauder らの理論研究（Lauder et al. 2001a; Lauder et al. 2001b; Lauder et al. 2009）、NCEA の定義（NCEA 1998）や NAAPSA の定義（Duke et al. 1991）など、セルフ・ネグレクトの定義や概念について言及している 23 の先行研究をレビューし、研究者間で理論的な概念の検討を重ねた（野村・岸ら 2014）。その結果、セルフ・ネグレクトを「健康、生命及び社会生活の維持に必要な、個人衛生、住環境の衛生若しくは整備又は健康行動を放任・放棄していること」と定義した（野村・岸ら 2014）。

さらに、野村・岸らはセルフ・ネグレクトの構成する概念及び概念間の関係について検討し、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを提示している。具体的には、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』であるとした。そして、『セルフケアの不足』を構成するさらに下位の概念（以下、「カテゴリー」という。）として、①「個人衛生の悪化」及び②「健康行動の不足」、『住環境の悪化』を構成する下位の概念として、③「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④「不十分な住環境の整備」、上記に付随する概念として、⑤「サービスの拒否」、⑥「財産管理の問題」及び⑦「社会からの孤立」の

カテゴリーに整理している（野村・岸ら 2014）¹⁾²⁾。

図 2-1 では、野村・岸らが作成した文献研究によるセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを示した（図 2-1）。野村・岸らは、「セルフ・ネグレクトを説明するには、各下位概念が単体で存在した場合にセルフ・ネグレクトという事象を説明できなければならない」と述べている。その観点から野村・岸らは、セルフ・ネグレクトを構成する中核概念を「個人衛生の悪化」「環境衛生の悪化」「不十分な住環境の整備」「健康行動の不足」とし、これらの4つの「カテゴリー」はそれ単体で問題として存在してもセルフ・ネグレクトを説明することができるとした（野村・岸ら 2014）。

図 2-1 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)

野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）では、中核概念を構成する「カテゴリー」に該当しない場合は、セルフ・ネグレクトと判断するのは困難であるとしている。一方で、中核概念ではない「カテゴリー」は、セルフ・ネグレクトの中核概念と結びつき、その者の抱える問題をさらに深刻なものにする重要な下位概念であるとし、付随概念と命名している（野村・岸ら 2014）。

第 2 項 Lauder らの理論

この野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）は、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 らの理論研究に基づいている。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）。

第 3 項 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する先行研究の理論的検討

1. セルフケアの不足

野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）、Lauder らの理論（Lauder et al. 2001a ; Lauder et al. 2001b ; Lauder et al. 2009）において、セルフケアの不足はセルフ・ネグレクトを説明する上で重要な概念である。しかし、セルフケア概念もセルフ・ネグレクト同様に様々な見解があり、統一されていない。

（1）Orem のセルフケア理論

看護学の中でセルフケアに関する理論を構築した Orem は、セルフケアを以下のように述べている。

セルフケアとは、安定もしくは変化する状況の中で自分自身の機能と発達を調整するために、適切かつ信頼性、妥当性のある諸方策を使う力を持ち、また発達したあるいは発達しつつある能力のある成熟した人々及び成熟しつつある人々の行為である。セルフケアは、その人自身のスムーズな機能や発達過程に影響を及ぼすような、あるいは個人的な安寧に寄与するような内的・外的要因を調整したり、規制したりする妥当性のある手段を意図的に活用することである。

(Orem 2001 : 43 ; Orem=2016 : 41) ³⁾

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」とも述べている (Orem 2001 : 43 ; Orem=2016 : 42)。セルフケアとは、個人が意図的に遂行する調整機能行為であることが大きな特徴である。また、自我心理学の見地からは、セルフケアは自己処理行動であるとされている (Orem 2001 : 45 ; Orem=2016 : 43)。

Orem は具体的にセルフケアを、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)。表 2-11 では、Orem のセルフケア要件について示した(表 2-11)。

Orem によると、普遍的セルフケア要件とは、ライフサイクルのあらゆる段階の全ての人間に共通に見られるもので、年齢、発達状態、環境及びその他の要因によって変化するとされている (Orem 2001 : 48 ; Orem=2016 : 46)。具体的には、「十分な空気摂取の維持」、「十分な水分摂取の維持」、「十分な食物摂取の維持」、「排泄過程と排泄物に関するケアの提供」、「活動と休息のバランスの維持」、「孤独と社会的相互作用のバランスの維持」、「人間の生命、機能、安寧に対する危険の予防」、「人間の潜在能力、既知の能力制限及び正常でありたいという欲求に応じた、社会集団の中での人間の機能と発達の促進」の 8 つに分類される (Orem 2001 : 225 ; Orem=2016 : 209-210)。

表 2-11 Orem のセルフケア要件

| セルフケア要件 | 定義 | 構成要件 |
|-----------------|--|--|
| 普遍的セルフケア要件 | 普遍的セルフケア要件とは、ライフサイクルのあらゆる段階の全ての人間に共通に見られるもので、年齢、発達状態、環境及びその他の要因によって変化する。 | <ul style="list-style-type: none"> ・十分な空気摂取の維持 ・十分な水分摂取の維持 ・十分な食物摂取の維持 ・排泄過程と排泄物に関するケアの提供 ・活動と休息のバランスの維持 ・孤独と社会的相互作用のバランスの維持 ・人間の生命、機能、安寧に対する危険の予防 ・人間の潜在能力、既知の能力制限及び正常でありたいという欲求に応じた、社会集団音中での人間の機能と発達の促進 |
| 発達のセルフケア要件 | 人間の成長・発達過程、ライフサイクルのさまざまな段階で生じる状態や出来事（たとえば早産、妊娠）、および発達を阻害する出来事に関連して起こる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・発達を促進する条件の提供 ・自己発達への従事 ・発達の阻害 |
| 健康逸脱に対するセルフケア要件 | 遺伝的・体質的欠損や構造的・帰納的逸脱とその影響、および医学的診断や治療とその影響に関連して起こる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・病理学的事象や状態に関連する特殊な物理学的・生物学的作用因または環境的条件にさらされた場合、あるいは、病気をもたらし、それに関連することがわかっている遺伝的・生理的・心理的状态の証拠が存在する場合に、適切な医学的援助を求め確保すること ・発達への影響も含め、病理学的な条件と状態がもたらす影響と結果を認識し、それらに注意を払うこと。 ・特定のタイプの病気を予防し、病気そのものを治療し、人間の統合的機能を調整し、欠損もしくは以上を修正し廃疾を代償するために医師が処方した診断的・治療的処置、およびリハビリテーションを効果的に実施すること。 ・発達への影響も含め、医師が処方もしくは実施した医学的ケアの、不快や害をもたらすような影響を認識し、注意を払い調整すること。 ・自分が特殊な健康状態にあり、専門的なかたちのヘルスケアを受け入れることで、自己概念（および自己像）を修正すること。 ・病理学的な条件と状態の影響、ならびに医学的な診断・治療処置の影響のもとで、持続的な人間としての発達を促進するようなライフスタイルを守って、生活することを学ぶこと。 |

(Orem 2001; Orem=2016) を基に論者作成

発達のセルフケア要件については、Orem は「人間の成長・発達過程、ライフサイクルのさまざまな段階で生じる状態や出来事（たとえば早産、妊娠）、および発達を阻害する出来事に関連して起こる」と述べている（Orem 2001：48；Orem=2016：46）。発達のセルフケア要件は当初普遍的セルフケア要件に抱合されていたが、その重要性を強調するためと数多く多様性に富んでいることを考慮

して、普遍的セルフケア概念から分離されたものである（Orem 2001：230；Orem=2016：212）。発達のセルフケア要件を明確化し、表現することは困難であるが、性別、ライフサイクル等人間の発達に関する様々な要素を統合したダイナミックな過程であると理解する必要がある（Orem 2001：230；Orem=2016：214）

健康逸脱に対するセルフケア要件は、遺伝的・体質的欠損や構造的・帰納的逸脱とその影響、および医学的診断や治療とその影響に関連して起こるとされている（Orem 2001：48；Orem=2016：46）。具体的には、「病理学的事象や状態に関連する特殊な物理学的・生物学的作用因または環境的条件にさらされた場合、あるいは、病気をもたらす、それに関連することがわかっている遺伝的・生理的・心理的状态の証拠が存在する場合に、適切な医学的援助を求め確保すること」、「発達への影響も含め、病理学的な条件と状態がもたらす影響と結果を認識し、それらに注意を払うこと」、「特定のタイプの病気を予防し、病気そのものを治療し、人間の統合的機能を調整し、欠損もしくは異常を修正し廃疾を代償するために医師が処方した診断的・治療的処置、およびリハビリテーションを効果的に実施すること」、「発達への影響も含め、医師が処方もしくは実施した医学的ケアの、不快や害をもたらすような影響を認識し、注意を払い調整すること」、「自分が特殊な健康状態にあり、専門的なかたちのヘルスケアを受け入れることで、自己概念（および自己像）を修正すること」、「病理学的な条件と状態の影響、ならびに医学的な診断と治療処置の影響のもとで、持続的な人間としての発達を促進するようなライフスタイルを守って、生活することを学ぶこと」の5つのカテゴリーで構成されている（Orem 2001：235；Orem=2016：219）。

このように、Oremのセルフケア理論（Orem 2001：Orem=2016）では、普遍的・発達の・健康逸脱に対するセルフケア要件の3つを提唱している。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。

（2）リハビリテーションの諸理論におけるセルフケア概念

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。表2-12では、セルフケア概念とセルフ・ネグレクトに関する先行研究におけるセルフケアの不足概

念について対比した（表 2-12）。

野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）は、Orem のセルフケア理論（Orem 2001:Orem=2016）に基づいた検討であった。しかし、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。）の各モデルにおけるセルフケアの項目によって説明することが可能である。以下、ADL 及び ICF におけるセルフケアについて述べる。

表 2-12 セルフケア理論とセルフ・ネグレクトにおけるセルフケアの不足

| セルフケアに関する理論 | | | セルフ・ネグレクトにおけるセルフケアの不足 | | |
|---------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Orem (Orem 2011) | ADL (伊藤ら 2010) | ICF (WHO=2002) | NANDA 診断 (Gibbons et al. 2006) | Lauderら (Lauder et al. 2009) | 野村・岸ら (野村・岸ら 2014) |
| 普遍的 セルフケア要件 | 「食事」 「排泄」 | 「食べること」 「飲むこと」 「排泄」 | | 「貧弱な栄養状態」 | |
| 健康逸脱に関するセルフケア要件 | | 「健康に注意すること」 | 「健康行動」 | 「服薬管理の問題」 「貧弱な健康行動」 | 「健康行動の不足」 |
| | 「整容」 「更衣」 「入浴」 | 「更衣」 「自分の身体を洗うこと」 「身体各部の手入れ」 | 「人の様子」 | 「不適切な個人衛生」 | 「個人衛生の悪化」 |

（論者作成）

① ADL におけるセルフケア

ADL の定義もセルフ・ネグレクト同様多くの定義がある。また、後述する統合モデルの ICF の登場で ADL の捉え方そのものが変化している。リハビリテーション医学の分野で共通的な理解を得ている日本リハビリテーション医学会によるチェック表試案（1992 年）では、ADL は、「起居、屋内移動、セルフケア（食事、排泄、整容、更衣、入浴）」を範囲としている（伊藤ら 2010:8）。厳密には、ADL は身辺動作（セルフケア）を意味し、家事動作、交通機関の利用などの応用動作は、ADL に関連した IADL（Instrumental Activities of Daily Living・日常生活

関連動作のことをいう。以下、「IADL」という。）と区別される（伊藤ら 2010 : 15）⁴⁾。Lawton の概念では、IADL は電話、買い物、食事の支度、家屋維持、洗濯、外出時の移動、服薬、家計管理の 8 項目とされている（Lawton et al. 1969）。

これらの分類によると、セルフケアは ADL に含まれ、IADL はセルフケアの不足以外のセルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関連すると考えられる。ADL によるセルフケアとは、Orem の理論（Orem 2001:Orem=2016）にはない、整容、更衣、入浴という清潔保持に欠かせない要素が含まれる。食事及び排泄は Orem の理論における普遍的セルフケア要件（Orem 2001: 225; Orem=2016: 209-210）と共通している。

② ICF におけるセルフケア

ICF は、2001 年の WHO（World Health Organization : 世界保健機関のことをいう。以下、「WHO」という。）総会において採択された、従来の ICIDH（International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : 国際障害分類のことをいう。以下、「ICIDH」という。）に代わる新しい生活機能分類である。ICF によるセルフケアは、「食べること」、「飲むこと」、「排泄」、「更衣」、「自分の身体を洗うこと」、「身体各部の手入れ」、「健康に注意すること」、「その他の特定のセルフケア」、「詳細不明のセルフケア」の 9 つで構成されている（WHO=2002 : 146-149）。この構成は、ADL 概念とほぼ同様である。

（3）セルフ・ネグレクトを構成する下位概念としてのセルフケアの扱い

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念の中でセルフケアという概念をどのように扱うかは議論が必要である。Orem の理論（Orem 2001:Orem=2016）は、発達という時間軸も含めたモデルである。そして Orem の理論は、より人間の健康・生命の維持に重点が置かれている。一方で、ADL 及び ICF の理論はより日常生活に近い理論である。ADL 及び ICF 概念におけるセルフケアは、個人の清潔保持に直接関連する行動であると考えられる。すなわち整容、更衣、入浴、排泄に関する行為の不足が「個人衛生の悪化」につながると解釈できる。

野村・岸らの理論（野村・岸ら 2014）、Lauder らの理論（Lauder et al. 2001a ; Lauder et al. 2001b ; Lauder et al. 2009）からするとセルフ・ネグレクトは健

康のみならず幅広い生活全般の放任状態であると捉えることができる。その観点からすると、Lauder らの 9 つのカテゴリー (Lauder et al. 2009) のうち、「貧弱な栄養状態」、「不適切な個人衛生」、「服薬管理の問題」及び「貧弱な健康行動」はセルフケアの不足という概念に包含されると考えられる。また、NANDA 看護診断 (Gibbons et al. 2006) における「人の様子」、「健康行動」に関しては、セルフケアの不足に当てはまると考えられる。野村・岸の理論的概念モデル (野村・岸ら 2014) では、「個人衛生の悪化」及び「健康行動の不足」がセルフケアの不足に当てはまると考えられる。

野村・岸らの理論的概念モデル (野村・岸ら 2014) では、「健康行動の不足」という「カテゴリー」に、Lauder らの「服薬管理の問題」及び「貧弱な健康行動」(Lauder et al. 2009) を含んでいる。Orem のセルフケア理論 (Orem 2001 ; Orem=2016) からすれば、「服薬管理の問題」及び「貧弱な健康行動」は健康逸脱に対するセルフケア要件であり、両者を抱合して「健康行動の不足」というカテゴリーでまとめた野村・岸らの理論的概念モデル (野村・岸ら 2014) は適切であるだろう。

一方で、Lauder らの「貧弱な栄養状態」(Lauder et al. 2009) に関する扱いに関しては議論が必要である。栄養状態に関しては、Orem の理論 (Orem 2001 : Orem 2009) によると普遍的なセルフケア要件の不足でもあるが、健康逸脱に関するセルフケアの要件でもある。野村・岸らは、「代謝異常などのようにどんなに適切な健康行動をしたとしても栄養状態が改善しない疾患も存在するが、セルフ・ネグレクトとして問題となるのはこのような疾患を放置している場合である」と述べている (野村・岸ら 2014)。この観点からすると、セルフ・ネグレクトにおける「貧弱な栄養状態」(Lauder et al. 2009) という概念は、あくまでも「健康行動の不足」(野村・岸ら 2014) に分類される範囲であると考えられる。

これらをまとめると、セルフケアを広義の概念で捉えた場合、文献研究のレベルでは、セルフ・ネグレクトを構成するセルフケアの不足とは、栄養状態の悪化 (水分も含む)、個人衛生の悪化と健康行動の不足であると捉えるのが適切であると考えられる。

しかし、表 2-11 のとおり、セルフ・ネグレクトを構成するセルフケアの不足には発達のセルフケア要件 (Orem 2001:230 ; Orem=2016 : 212-214) に該当する

要素がない。Orem の発達のセルフケア要件とセルフ・ネグレクトに関連がないわけではない。既に先行研究で明らかになったセルフ・ネグレクトの状態像からすると、発達過程でのセルフケアが不足していた可能性は否定できない。Orem の発達のセルフケア要件とセルフ・ネグレクトの関連については、今後も議論を要すものと考えられる。

2. 住環境の悪化

Lauder による分類 (Lauder et al. 2009) では、Hoarding と Squalor という環境面の要素が示されている。わが国ではいわゆる「ゴミ屋敷」という言葉があるように、その劣悪な住環境の問題はセルフ・ネグレクトの代名詞であるともいえる (岸 2012)。

Hoarding とは、「①使えないモノ、価値のないモノを多く入手し、捨てることができない、②ガラクタが多すぎて、スペースが本来の目的で使用されていない、③ガラクタが原因で、重度のストレスや生活に支障が出ている。」と定義されている (ICD 2013)。

また、Squalor に関しては、Domestic Squalor という概念で、「紙ごみ、包装紙、食品、生ゴミ、箱、壊れるか廃棄した家具などの家庭ごみや他の廃棄物を捨てられないことにより、不衛生な状態になっていること」と定義され、タイプとして、ネグレクト、セルフ・ネグレクト及び Hoarding タイプがあるとされている (PAH 2007)。つまり、Hoarding はいわゆるゴミやガラクタを多く入手し手放せない状態、Domestic Squalor はセルフ・ネグレクトや Hoarding の結果として家屋内が不衛生な状態になっているという状態を示している。この観点から野村・岸らの理論的概念モデルでは、〈Hoarding〉と心身機能の低下や〈Hoarding〉の結果としての〈Domestic Squalor〉は「環境衛生の悪化」という「カテゴリー」に含まれるとしている (野村・岸ら 2014)。

また、環境面に関しては、先行研究において報告された事例の中で、「暖房器具がなく寒い中で生活している」、「窓ガラスが割れたままになっている」、「トイレが壊れて使用不能になっている」、「ライフラインが止まっている」などの「不十分な住環境の整備」という点も報告されている (野村 2008 ; 野村 2011)。

Dyer らの『セルフ・ネグレクト重症度尺度』では環境面というアセスメント項

目の中で、「環境衛生の悪化」及び「不十分な住環境の整備」が含まれている (Dyer et al. 2006a)。

これらの観点から、野村・岸らは「環境衛生の悪化」及び「不十分な住環境の整備」を『住環境の悪化』というカテゴリーに含んでいる (野村・岸ら 2014)。

このように、住環境の悪化はセルフ・ネグレクトを構成する重要な下位概念であり、野村・岸らは『セルフケアの不足』と並ぶセルフ・ネグレクトの中核概念であるとしている (野村・岸ら 2014)。一方で、Hoarding の研究の進展や環境条例などいわゆる「ゴミ屋敷」への自治体の取り組みがなされ始めている現在、住環境の悪化だけでセルフ・ネグレクトと言えるのかという新たな疑問が生じている (岸 2015)。このため、『住環境の悪化』についての扱いも調査の結果から明らかにする必要がある。

3. 支援・サービスの拒否の問題

Lauder らは「サービスの拒否」を、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念としている (Lauder et al. 2009)。そもそも、セルフ・ネグレクト状態にある者を支援者が発見しても、支援やサービスの拒否がなければ状態は改善するはずである。野村の調査結果では、支援者や家族の関わりにより改善も見られている (野村 2008 ; 野村 2011)。それほど、支援やサービスの拒否はセルフ・ネグレクトを説明する大切な要素となっている。

野村・岸らの理論的概念モデルでは、「サービスの拒否」をセルフ・ネグレクトの付随概念としている (野村・岸ら 2014)。野村・岸らは以下のように述べている。

中核概念が存在せず「サービスの拒否」のみが存在することは、そもそもサービスの必要性があるのかという前提がある。サービスの拒否は、セルフ・ネグレクトの状態にある者が、必要なサービスの拒否をすることにより、状態が悪化する要因であり、こちらも中核概念とは独立したカテゴリーであると考えられる。必要なサービスの拒否がなければセルフ・ネグレクトの状態は改善するであろうし、必要なサービスを拒否せずに導入したにも関わらず、問題が解決しないことは、援助者の技術もしくは社会資源の不足などの問題であり、こ

のような状態は社会的ネグレクトであると考えられる。

(野村・岸ら 2014)

このような理由で、野村・岸らは「サービスの拒否」だけではセルフ・ネグレクトは成立しないとしている(野村・岸ら 2014)。

4. 財産管理の問題

Lauder らは、セルフ・ネグレクトという事象を事例の分析結果に基づいて理論化する中で、多くの事例の中に「財産管理の問題」が多く見られることを指摘している(Lauder et al. 2009)。このような「財産管理の問題」は、わが国の調査結果からも多く見られている(野村 2008, 岸ら 2011c, 野村 2011, ニッセイ基礎研究所 2011; あい権利擁護支援ネット 2015)。NAAPSA の定義(Duke et al. 1991) 及び NCEA (NCEA 1998) の定義でも財産管理が含まれている。

財産管理の問題については、Burnett らは 2004 年 1 月 1 日から 2008 年 1 月 12 日までの APS が関与したセルフ・ネグレクト状態にある 65 歳以上の高齢者の特性について APS が使用するアセスメント項目を潜在クラス分析することで、セルフ・ネグレクトを「身体の問題及び医療問題に関するネグレクト (Physical and Medical Neglect)」、「住環境のネグレクト (Environmental Neglect)」、「全般的なネグレクト (Global Neglect)」、「財産管理に関するネグレクト (Financial Neglect)」の 4 つのサブタイプに分類している (Burnett et al. 2014)。

一方で、野村・岸らの理論的概念モデル(野村・岸ら 2014) では、「財産管理の問題」に関しては、人間が生きていく上で必要不可欠なことがらではあるが、経済活動そのものが多分に社会的な意味が強く、少なくともセルフケアの不足というセルフ・ネグレクトの中核概念からは少し距離のある問題であるという理由で付随概念としている(野村・岸ら 2014)。野村・岸らは、セルフ・ネグレクト状態にある者に財産管理の問題が多くみられるが、財産管理の問題が見られただけではセルフ・ネグレクトではないとしている(野村・岸ら 2014)。そのため、野村・岸らの理論的概念モデル(野村・岸ら 2014) からすれば、Burnett らの「財産管理に関するネグレクト (Financial Neglect) (Burnett et al. 2014)」はセルフ・ネグレクトの中核ではないということになる。

5. 社会的孤立

前述のわが国の調査研究ではセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の多くが社会的孤立状態にあることが明らかになっている（野村 2008；岸ら 2011c；野村 2011；内閣府 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。特に、ニッセイ基礎研究所の調査結果では、高齢者の孤立死（孤独死）の多くがセルフ・ネグレクト状態にあったことが明らかになっている（ニッセイ基礎研究所 2011）。さらに、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は、個人衛生の悪化、住環境の悪化の結果、近隣住民とのトラブルが発生しやすい状況であることが示唆されている（野村 2008；岸ら 2011c；野村 2011；内閣府 2011；ニッセイ基礎研究所 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。

一方で、野村・岸らは「社会からの孤立」のみが問題となる場合はセルフ・ネグレクトではないとし、「社会からの孤立」をセルフ・ネグレクトの付随概念としている（野村・岸ら 2014）。

セルフケア及び住環境の問題がない高齢者が孤立していた場合は、セルフ・ネグレクトではなく社会的孤立という概念で説明されてしまう。そのため、社会的孤立はセルフ・ネグレクトを構成する要素であるが、それ単体ではセルフ・ネグレクトを説明できないことは明確であるだろう。

第 4 項 先行研究におけるセルフ・ネグレクトを構成する概念についてのまとめ

これらの先行研究をまとめると、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念は、「セルフケアの不足」、「住環境の悪化」、「支援サービスの拒否」、「財産管理の問題」、「社会的孤立」に分類される。野村・岸らはこれらの下位概念を中核概念と付随概念に分類している（野村・岸ら 2014）。この点に関しては、第 5 節で詳述する。

第 4 節 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、前述した Dyer らの『セルフ・ネグレクト重症度尺度』（Dyer et al. 2006a）であるだろう。

表 2-7 に示したように、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. 2006a）。つまり、セルフ・ネグレクトの全体像を捉えるという視点から、Dyer らは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（以下、「ESNA」という。）の開発（Iris et al. 2014）が挙げられる。

Iris らは、自ら開発した 77 項目から構成される ESNA の暫定案を使用して APS で関わった 215 事例をアセスメントし、ラッシュモデルによる分析の結果、62 項目のアセスメントツールを作成した（Iris 2014）。また、Iris らは同時に 25 項目の短縮版 ESNA も開発している（Iris 2014）。ESNA は主に行動様式と環境の 2 つの要素から構成されている。つまり、前述した広義のセルフケア領域の行動についてのアセスメント項目と、住環境に関する状態である。さらに、Iris はこの研究に先立ち、専門職間で 2 回のブレインストーミングを実施してセルフ・ネグレクトの測定項目を作成し、73 事例に対してその測定項目で調査を行い、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「身体の健康リスク（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）。

Lauder（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 らや Iris らは、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。

セルフ・ネグレクトの要因論について、Pavlou らは過去のセルフ・ネグレクトに関する 54 本の論文をレビューした結果、リスクファクターとして、①併存症

(Medical Co-Morbidity)、②認知症、③うつ、④アルコール問題、⑤不安障害や恐怖症 (anxiety disorders and phobias)、⑥統合失調症や妄想性障害、⑦強迫神経症、⑧人格障害や生れながらの人格特徴、⑨その他の精神障害、⑩感覚障害 (Sensory Impairments)、⑪身体の障害、⑫社会的孤立、⑬教育、⑭貧困、⑮人生の困難なこと、⑯自立を維持したいというプライド、の 16 点を挙げている (Pavlou et al. 2006)。これらのリスクファクター (要因論) とセルフ・ネグレクトの因果関係は証明されていない。しかし、Pavlou の知見からからは、セルフ・ネグレクトの問題は心身機能の低下のみならず、上記の⑫から⑮などの現代社会の問題も反映されているものとも考えられる。

また、その要因も含めたセルフ・ネグレクトの理論的モデルに関しては、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 らは、テキサス州において 65 歳以上のセルフ・ネグレクト高齢者 538 事例を調査したが、この研究では以下の点が明らかになった。

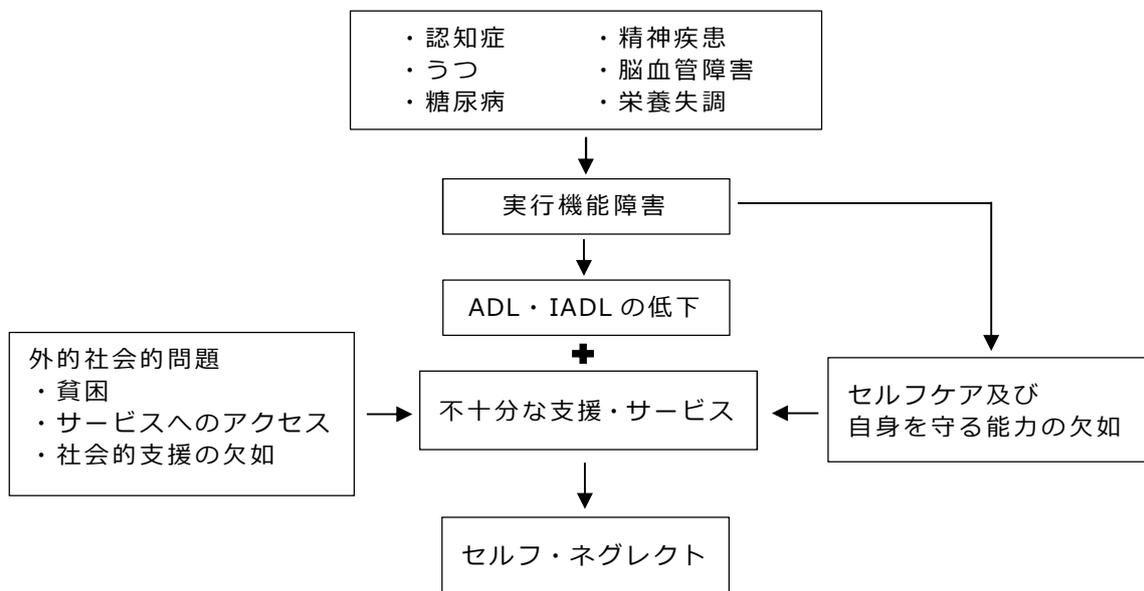
- (1) Mini Mental Scale Examination の点数から、約 50%の事例に認知機能に問題が見られた。
- (2) Geriatric Depression Scale の点数から、約 15%の事例にうつ傾向が見られた。
- (3) Physical Performance Test の結果、73.6%の事例に何らかの身体的問題が見られた。
- (4) Duke Social Support Index の結果、約 95%の事例のソーシャルサポートが貧弱な状態であった。
- (5) 治療が必要な状況にある事例の 46.4%が全く服薬をしていなかった。

(Dyer et al. 2007)

Dyer はこの結果から、高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを示した (図 2-2)。Dyer らのモデルでは、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いう因果

関係に基づいたモデルである (Dyer et al. 2007)。

図 2-2 Dyer らによる高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的概念モデル



(Dyer et al. 2007) 論者訳

このモデルは、特にその要因に関して、Mini Mental Scale Examination など医学の分野で認められた既存の測定指標を使用して分析している点が大きな特徴である。

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に関しては、その理論的概念モデルに要因論を含めるべきかという議論が必要である。前述したように、Lauder ら及び野村・岸らの研究はセルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する検討であった。一方で、Dyer ら及び Iris らのモデルは、Lauder ら及び野村・岸らの下位概念を含みながら、その要因論も含めた大きなモデルである。セルフ・ネグレクト状態にある高齢者のアセスメントという点では、要因論も含めた大きな構造の中でその個人を評価する必要があるであろう。一方で、理論的な概念を明らかにする場合には、セルフ・ネグレクトの要因と構成する概念を分けるべきであろうと考えられる。

第5節 セルフ・ネグレクトの判断基準

第1項 セルフ・ネグレクトの中核概念

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念が明確化したと仮定しても、どれだけの項目が当てはまればセルフ・ネグレクトと判断するのかという問題がある。前述したように、野村・岸らは『セルフケアの不足』及び『住環境の悪化』をセルフ・ネグレクトの中核概念とし、これらの下位にある「カテゴリー」に該当する場合のみをセルフ・ネグレクトであるとしている（野村・岸ら 2014）。つまり、中核概念を構成する「個人衛生の悪化」、「健康行動の不足」、「環境衛生の悪化」又は「不十分な住環境の整備」のいずれかの「カテゴリー」に該当する状態がセルフ・ネグレクトであり、付随概念を構成する「支援の拒否」、「財産管理の問題」、「社会からの孤立」が単体またはこれらの「カテゴリー」の組み合わせのみ該当する場合は、セルフ・ネグレクトとするのは困難であるとしている（野村・岸ら 2014）。

これは、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にセルフ・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観点から研究者間で検討した結果である（野村・岸ら 2014）。

セルフ・ネグレクトの前提は、その者が脆弱な状態にあるという点である。多くの研究から、セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者は、認知症、精神疾患、アルコール・薬物の問題、身体的な障害、慢性の疾病などを抱えていることが明らかになっている（Duke 1991；NCEA 1998；Gibbons 2006；野村 2008；岸ら 2011c；野村 2011；ニッセイ基礎研究所 2011；内閣府 2011；あい権利擁護支援ネット 2015）。その観点から、脆弱な状態にある高齢者の「個人衛生の悪化」、「健康行動の不足」、「環境衛生の悪化」及び「不十分な住環境の整備」いずれかの「カテゴリー」が単体で存在しても、セルフ・ネグレクトを説明できるとする野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）は、セルフ・ネグレクトの判断基準として1つの指標になるであろう。

また、野村・岸らは壊れた住居など、住環境の整備が不足している状態もその「カテゴリー」だけでセルフ・ネグレクトを説明できるとしている（野村・岸ら 2014）。多くの研究では、Living Condition として、「環境衛生の悪化」及び「不

十分な住環境の整備」の問題を含んでおり、両者は密接な関係があるものと考えられる。また、環境衛生面の悪化はなくても、生活に必要なライフラインが止まる、寒い中で暖をとれないような住環境を放置するなどの状態は、基本的な生活が営めない状態であり、そのカテゴリー単体でセルフ・ネグレクトを説明できるとも考えられる。

野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）では、セルフ・ネグレクトの中核概念を『セルフケアの不足』及び『住環境の悪化』と、両者を並列の関係としている。しかし、前述したように **Hoarding** に関する研究の進展や行政のいわゆる「ゴミ屋敷」に関する諸対策が盛んになるにつれ、『住環境の悪化』のみでセルフ・ネグレクトと判断する野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）は再検証をする必要があるとも考えられる。野村・岸らの理論（野村・岸ら 2014）では、「環境衛生の悪化」及び「不十分な住環境の整備」の項目に当てはまればセルフ・ネグレクトであるとされる。その場合、**Hoarding** の者は全てセルフ・ネグレクトということになる。岸は、その点について現在でもその扱いは確定していないとしている（岸 2015）。

また、野村・岸らによると付随概念とされた「財産管理の問題」、「サービスの拒否」、「社会的孤立」と中核概念との関連についても、現在は中核概念を悪化させ、セルフ・ネグレクトになるリスクを高める概念であるとしている（野村・岸ら 2014）。しかし、この中核概念と付随概念の扱い及び両者の関係は現在のところ明確な結論は出ていない。また、岸は「サービスの拒否」は中核概念ではないが、セルフ・ネグレクトを発見する上で同様に重要な概念であると述べており（岸 2015）、付随概念に分類された各「カテゴリー」についても検討が必要である。さらに、中核概念と付随概念の関係及び付随概念に分類された各「カテゴリー」の位置づけを再検討した場合は、付随概念という名称についても検討が必要であると考えられる。

第 2 項 セルフ・ネグレクトの時間軸

セルフ・ネグレクトの概念が混乱する理由の 1 つに、その構造が時間軸を有しているという点が挙げられる。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やサービスの拒否である。野村・岸らの理論では、「支援の拒否」をセルフ・ネグレクトの付随概念としている。この項目は、調査研究時に大きな影響を生じさせている。そもそも、セルフ・ネグレクト状態にある者を援助者が発見しても、支援やサービスの拒否がなければその状態は改善するはずである。Dyerらの理論的概念モデルでは、ADL・IADLの低下と不十分な支援・サービスの結果としてセルフ・ネグレクト状態になると考えられている(Dyer et al. 2007)。つまり、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る。この観点からすると、発見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。支援・サービスの拒否に関する扱いが理論的に明確になっていないため、実際の調査場面では介入初期の状態をセルフ・ネグレクトとするのか、それとも支援やサービスの拒否があり問題が解決しない場合をセルフ・ネグレクトとするのかという問題が生じている。

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 2011; ニッセイ基礎研究所 2011; あい権利擁護支援ネット 2015)。つまり、社会的孤立はセルフ・ネグレクトのリスクファクターとセルフ・ネグレクトの結果という2面性を持つカテゴリーであると考えられる。

このように、セルフ・ネグレクトは時間軸を有するモデルであると考えられるため、横断調査の場合はその時点を切り口にアプローチするかが重要であり、その点は最も議論を要するものと考えられる。

第3項 ICFモデルによるセルフ・ネグレクトの測定

前述したように、先行研究からセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルはある程度の時間軸を持つ構造である可能性が示された。そのため、その概念を明らかにするには、時間軸のある構造を有する指標が必要であると考えられる。Dyerらのモデル(Dyer et al. 2007)によると、セルフ・ネグレクトは疾病に起因する実行機能障害の結果としてのADL・IADL低下の結果であると考えられる。Dyer

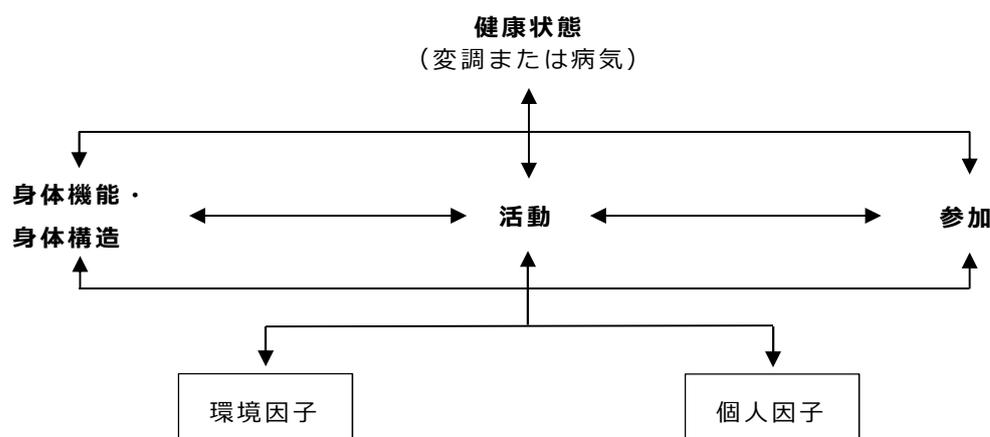
らのモデルはセルフ・ネグレクトの因果関係を明らかにしているが、前述した時間軸を有するセルフ・ネグレクトの構造を説明することは困難であると考えられる。

セルフ・ネグレクトの時間軸を有する各下位概念の関係に関しては、相互作用の観点から説明することが可能であると考えられる。セルフ・ネグレクトとその要因との関係についても、Dyerらのモデル（Dyer et al. 2007）のように要因とその帰結という因果関係で説明するより、ICFの相互作用モデル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。後述するように、本研究では調査データをICFの概念を用いて分析する。そこで、ここでは、ICFの相互作用モデルについて説明したい。

伊藤らによると、ICFの特徴は以下のとおりである（伊藤ら 2010：32）。

- (1) ICIDHの「障害」という概念から「生活機能」という概念に変化したこと。
- (2) ICDHの「疾病・変調」、「機能・形態障害」、「能力障害」、「社会的不利」に至るという一方向の原因と帰結という概念ではなく、図4に示すように各要素が「健康状態」、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、「背景因子」「個人因子」という各下位概念が相互作用している（図2-3）。
- (3) 従来の医学モデルと社会モデルの統合である。

図 2-3 ICF の下位概念間の相互作用



(WHO=2002:17)

ICFの登場で、従来のADLやIADLの概念に関しては、統合モデルであるICFから大きな影響を受けている。現在の研究者間の共通認識では、ADL及びIADLの2つのモデルはICFの概念の中に含まれているといえよう。ICFは複雑な概念であるため、ここでは分析に直接関連する主要な部分について述べる。

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)。

前述したようにこれらの下位概念は全て相互作用している(図2-3)。

ICFで使用する用語の定義は以下のとおりである。

- (1) 障害(disability)とは、機能障害(構造障害を含む)、活動制限の包括的
用語であり、これは(ある健康状態にある)個人とその人の背景因子(環境
因子と個人因子)との相互作用のうちの否定的な側面を表すものである。
- (2) 心身機能(body functions)とは、身体系の生理的機能(心理的機能を含
む)である。
- (3) 身体構造(body structures)とは、器官・肢体とその構成部分などの、身
体の解剖学的部分である。
- (4) 機能障害(構造障害を含む)(impairments)とは、著しい変異や喪失など
といった、心身機能または身体構造上の問題である。
- (5) 活動(activity)とは、課題や行為の個人による遂行のことである。
- (6) 参加(participation)とは、生活・人生場面(life situation)への関わり
のことである。
- (7) 活動制限(activity limitations)とは、個人が活動を行うときに生じる難
しさのことである。
- (8) 参加制約(participation restrictions)とは、個人が何らかの生活・人生
場面に関わるときに経験する難しさのことである。
- (9) 環境因子(environmental factors)とは、人々が生活し、人生を送ってい
る物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子

のことである。

(WHO=2002:204-205)

また、背景因子の中の個人因子は、年齢、性別、社会的状況、人生経験などの個人に関係する因子であるとされている (WHO=2002:206)。これらの背景因子は厳密には ICF の下位概念ではなく、特に個人因子はその傾向が強いとされている。しかし、ICF を個人に適用する際には、これらの背景因子を組み込むこととしている (WHO=2002: 206)。

セルフ・ネグレクトの分析に直接関連するのは活動及び参加の項目である。これらは、d1 学習と知識の応用、d2 一般的な課題と要求、d3 コミュニケーション、d4 運動・移動、d5 セルフケア、d6 家庭生活、d7 対人関係、d8 主要な生活領域、d9 コミュニティライフ・社会生活・市民生活の 9 項目で構成されている。

このように、ICF の概念は 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、特に、その各項目の相互作用の観点が、セルフ・ネグレクトの構造を説明しやすいと考えられる。

第 4 項 セルフ・ネグレクトの重症度からの判断基準

これらの下位概念に関する判断基準がある一方で、セルフ・ネグレクトの測定に必要なのは、その重症度の測定である。つまり、各測定項目（下位概念）がどれだけ重症であればセルフ・ネグレクトとするのかという基準である。Dyer らのセルフ・ネグレクト重症度尺度は、総得点が何点であれば、重症とするのかという判断基準は完成していない (Dyer et al. 2006a)。今後、このような縦軸の基準を明確化するには、実証研究に基づく測定指標においてどの程度重症であれば死亡リスクが高まるか、入院リスクが高まるか等、セルフ・ネグレクトを構成する各下位概念と生命・生活を脅かすリスクとの関係を明確にする必要がある。それには、明確かつ研究者間でコンセンサスを得られた測定指標を用いた追跡研究が必要となる。

Reed と Leonard は、セルフ・ネグレクトの診断基準として、「①その行動が自分自身に害をもたらす、もしくは、命をおびやかす可能性が高い、②その行動に自己主張などの明確な目的や理由がない、③その行動が直ちにその人の生命に

関わるようなことはない、④行動の影響は累積的に増大し、時間が経過するに連れて明確となる、⑤その行動は、セルフケアの必要性を援助者や周囲がいくら伝えても繰り返される」と述べている (Reed and Leonard 1989)。また、あい権利擁護支援ネットの調査では、周囲への影響を基準としている (あい権利擁護支援ネット 2015)。

セルフ・ネグレクトの重症度の判断基準を確かなものするのは非常に困難である。しかし、現時点ではその生命・生活破たんのリスク及び他者への影響が判断基準になると考えられる。

第 6 節 第 2 章のまとめと研究課題

第 2 章では、国内外の先行研究のレビューを基にセルフ・ネグレクトの定義、下位概念、概念モデル、判断基準について検討した。概観するとセルフ・ネグレクトの概念は複雑であり、研究者の中で様々な議論がなされ、欧米の研究においても定説がない。

現在わが国においては、野村・岸らにより Orem のセルフケア理論 (Orem=2016) に基づいたセルフ・ネグレクトを構成する下位概念についての研究がなされている (野村・岸ら 2014)。また、その他の先行研究も含めて検討すると、セルフケアの不足、住環境の悪化、支援やサービスの拒否、財産管理の問題、社会的孤立がセルフ・ネグレクトを構成する下位概念であると考えられている。また、わが国では野村・岸らはこれらの下位概念を中核概念及び付随概念に分類している (野村・岸ら 2014)。

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、セルフ・ネグレクトの概念は時間軸を有するものであることから、野村・岸らの理論 (野村・岸ら 2014) における下位概念の上下、相互の関係についても検討が必要である。

野村・岸らの理論 (野村・岸ら 2014) はセルフ・ネグレクトを構成する下位概

念と判断基準という観点からの研究である。しかし、セルフ・ネグレクトに関する理論的概念モデルは、その要因も含んだ幅広い概念に進化している。要因を含めたセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルに関しては、Dyerらのモデル(Dyer et al. 2007)で示されている。Dyerらのモデル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・ネグレクトの概念を説明するには相互作用を基本としたICFでの検討が適切であると考えられる。

このような先行研究の検討結果から、本研究では調査の事例データを分析し、第2章で明らかになった先行研究の結果及びICFのモデルを用いて、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念、その下位概念間の上下相互の関係を検証し、要因論も含めたセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを明らかにすることを調査課題とする。調査のデザインについては、第5章調査の方法で詳述する。

【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) Oremのセルフケア理論(Orem 2001)については、原典を検討後、論文への引用は小野寺の監訳(Orem=2016)を使用した。
- 4) 生活関連動作については、Activities Parallel to Daily Livingを略しAPDLと称されることも多い。IADLはLawtonが1996年高齢者用の生活に必要な活動能力の評価指標として用いた概念である。その為、本論文ではIADLという用語を使用し、その範囲はLawtonが提唱する範囲とした(伊藤ら：15：2010)。

第3章 意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する問題

第3章では、わが国のセルフ・ネグレクト及び高齢者虐待に関する研究者間で議論されている意図的なセルフ・ネグレクトについて、先行研究をもとに理論的に検討し、調査課題を抽出する。

第1節 意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する問題の焦点

セルフ・ネグレクトをめぐる議論の中で、わが国の研究者間で特に議論となっているのが、いわゆる意図的なセルフ・ネグレクトの扱いである。意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する議論は、アメリカ合衆国における The National Center on Elder Abuse（全米高齢者虐待問題研究所：以下「NCEA」という。）の定義に端を発している。NCEA のセルフ・ネグレクトの定義においては、「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。」と扱われている（NCEA 1998）。つまり、セルフ・ネグレクトを構成する概念と判断基準が明確になったとしても、その状態に至る原因が意図的であれば、セルフ・ネグレクトの定義からは除外されてしまう。この点に関して、アメリカ合衆国のセルフ・ネグレクト研究の第一人者である O'Brien も、NCEA の定義にあるようにいわゆる意図的なセルフ・ネグレクトはセルフ・ネグレクトの定義に含むべきではないと述べている（O'Brien et al. 1999）。

一方で、多くの研究者、特にイギリスの研究者たちは意図的なセルフ・ネグレクトに該当する事例を含んで研究を実施している（MacMillan and Shaw 1966；Clark et al. 1975；Baker and Miller 1991）。MacMillan と Shaw の 1966 年の研究では、分析の対象とした 72 事例のうち約半分の 32 事例が、精神医学的な診断名がついていない者を含んでいる（MacMillan and Shaw 1966）。Clark の 1975 年の研究でも、30 事例のうち半分は精神医学的な診断は付けられないだけでなく、平均よりも高い IQ を持っていたと述べられている（Clark et al. 1975）。また、Clark は知能に関しては多くの者が高い知能を持ち、かつて社会において成功を

収めた人が多いとも述べている (Clark et al, 1975)。 MacMillan と Show も、72 の患者の内、28 人が正常より下の精神機能ではなく実に 25% が高い平均の知能を持っていたと述べている (MacMillan and Shaw 1966)。

これらの研究が示すように、セルフ・ネグレクトを状態像の観点からアプローチすると、意図的なセルフ・ネグレクトを含むか否かという議論は意味を失う。客観的な状態像から見れば両者ともセルフ・ネグレクトであることには変わりがないからである。

しかし、状態像から考えると客観的には援助が必要であるとしても、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そのような状態になった場合までセルフ・ネグレクトという定義に含めることには、問題が生じる。このような者をセルフ・ネグレクト状態にある者であるからと何らかの支援をおこなおうとした場合、個人の自由を侵害する可能性もあり、その者にセルフ・ネグレクトという新たなスティグマを付与することにもなりかねないからである。

特に、介入・支援の必要性という観点からすると、意図的なセルフ・ネグレクトの者はその介入・支援の必要性についての根拠が不明確であり、支援に当たっては大きな倫理的ジレンマが生じる。他者によるネグレクトの場合は、本人がネグレクト状態になることを選択しているわけではない。そのため、人権の擁護という明確な介入・支援の根拠が発生すると考えられる。しかし、セルフ・ネグレクトの場合は、放任された状態になっている (結果) のも自分自身であり、放任された状態にしている (原因) のも自分自身である。ましてや、意図的なセルフ・ネグレクトの場合は意識的かつ意図的にこのような状態になることを選択しているのである。

このように、意図的なセルフ・ネグレクトを巡る議論はセルフ・ネグレクトの定義に含めるべきか否かという両論が並立しており、現在に至るまで定説がない。

第 2 節 わが国における意図的なセルフ・ネグレクトに関する先行研究の検討

わが国においては、多々良が NCEA において重要な役割を果たした後に帰国し、

高齢者虐待の研究、実践及び法制度の構築に大きな功績を残してきたという経緯がある。そのため、セルフ・ネグレクトが高齢者虐待の分類に関する研究の中で紹介され始めた 2000 年代初頭頃は、上田らの寝たきり予防研究会がセルフ・ネグレクトを自己放任と訳した上で、「意図的な自己放任」と「無意図的な自己放任」に分類している（上田 2002）程度で、多々良らの NCEA における意図的なセルフ・ネグレクトをセルフ・ネグレクトから除外するという扱いが主流であった。

この NCEA における意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いに異議を唱えたのは津村である。津村らは意図的なセルフ・ネグレクトに関しては、「わが国の高齢者の特徴は、欧米の中でも個人主義の徹底しているアメリカ社会と異なり、依存と気兼ね、世間体を気にし、周囲に委ねて自己主張をしないことである」と述べ、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 2006b）。この津村らの考えは、その後のわが国の研究者達に大きな影響を与えている。

第 1 章の表 1-1 で示したわが国における調査研究は、全て津村の定義を使用して調査されている。すなわち、調査の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 2011；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 2011；野村・岸ら 2014；あい権利擁護支援ネット 2015）。しかし、現時点では意図的なセルフ・ネグレクトをセルフ・ネグレクトの定義の中に入れるべきであるという根拠は明確になっていない。以下、わが国における意図的なセルフ・ネグレクトに焦点を当てた先行研究について詳述したい。

1. 野村による理論検討と東京都特別区実態調査

津村らの問題提起に基づいて、意図的なセルフ・ネグレクトについて述べているのが、野村のレビュー論文である（野村 2007）。野村は、セルフ・ネグレクトを「意図的なセルフ・ネグレクト」と「無意図的なセルフ・ネグレクト」に分類し、さらにその意図性の有無という観点から理論的検討を加え、以下のように 4

つのサブタイプに分類した。

- ① 精神的に健全で結果を判断できる能力があり、自由意志に基づいておこなっている群。
- ② 精神的に健全で判断能力はあるが、自由意志に基づいて行っているかどうかは不明な群。
- ③ 認知症を含む精神障害や加齢による精神機能の低下など判断能力の一部に障害があると思われるが、自由意志に基づいて意図的に行っているとも考えられる群。
- ④ 認知症を含む精神障害や加齢による精神機能の低下が著しく判断能力が障害されている群。

(野村 2007)

野村は、①の群を「意図的なセルフ・ネグレクト」、④の群を「セルフ・ネグレクト」とし、②及び③を両者の境界があいまいな群であるとした(野村 2007)。この野村による分類は、津村らの主張する「依存や気兼ね，世間体」といった、わが国の高齢者の特徴についての視点が入り、②の群が津村のいうわが国の高齢者の特徴に当てはまる群であるとしている(野村 2007)。また、野村は、②の群を、判断力はあるが、「明確な自己主張」とは異なる理由で「意図的」であるのかどうか判明しない群であると説明している(野村 2007)。そして、野村は「意図的なセルフ・ネグレクトと無意図的なセルフ・ネグレクトとの分岐点は非常に曖昧な部分もあり、セルフ・ネグレクトの概念に含むか否か、援助の対象とするか否かという議論よりも、人権を守るという立場から見過ごせないとする立場をとるべきではないかと考えるとともに、理論的な議論ではなく、むしろ、わが国という欧米諸国とは異なる文化土壌の中での実態に基づいた議論が必要である」と述べている(野村 2007)。つまり、理論的な議論によって意図的なセルフ・ネグレクトの扱いを明らかにするよりも、その支援の必要性に立脚して考えるべきであるとしていた(野村 2007)。

野村は、このレビュー論文に基づいて東京都特別区実態調査を実施したが、この調査では意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いを論じるほどの調査結果は

出ておらず、津村らの主張する「依存と気兼ね、世間体」というわが国の高齢者の特徴も明確にはならなかった（野村 2008）。むしろ、援助の拒否という明確な自己主張があることにより、支援者が「本人の生活と生命の保証」と「本人の自己決定の尊重」というどちらも本人の権利を守るという相容れない構造の中でジレンマを感じていることが調査結果から示されている（野村 2007）。

2. 意図的なセルフ・ネグレクトの予防及び支援の法制化

その後、わが国における意図的なセルフ・ネグレクトについての扱いは、援助の必要性に着目すべき（津村ら 2006b；野村 2007）という視点から、意図的なセルフ・ネグレクトの予防及び支援の法制化という視点に移行している。野村は、意図的なセルフ・ネグレクトであるかを判断するために初期の介入をおこなうべきであり、その介入には倫理的な問題が生じやすいという理由から、意図的なセルフ・ネグレクトの扱いを法制度の中で明確に規定すべきであるとしている（野村 2011）。

この野村の見解は、2009年に実施された岸研究班のアメリカ合衆国の視察結果に大きな影響を受けている。岸研究班では、ニューヨーク市の Adult Protective Service（成人保護機関：以下、「APS」という。）を視察した。それまでわが国においては、NCEAにおける意図的なセルフ・ネグレクトの扱いから、APSでは意図的なセルフ・ネグレクトを最初から除外しており、一切の介入は行わないと考えられていた（津村 2006b；野村 2007）。しかし、ニューヨーク市の APS ではセルフ・ネグレクトの状態にあるという通報が入った場合は、まず介入して調査を実施し、認知機能の測定を行った上で意図的なセルフ・ネグレクトであると判断した場合はその後の介入や保護は行わないということが明らかになった（岸 2015）。つまり、意図的なセルフ・ネグレクトは保護の対象ではないが、意図的か否かを判断するための介入をしていたのである。その観点から、わが国の研究者間では、少なくとも判断のための介入が必要であり、そのために意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いを法制度の中で明確に規定すべきであるという議論が生じるようになった（野村 2011；岸 2015）。

3. 野村・岸らによる理論研究

わが国における意図的なセルフ・ネグレクトに関する最新の研究は、岸研究班による研究である。野村・岸らは、第2章で論じたように、先行研究からセルフ・ネグレクトの概念について先行研究のレビューによりセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを示した(野村・岸ら 2014)。その中で、意図的なセルフ・ネグレクトについても論じている。

まず、野村・岸らは意図的なセルフ・ネグレクトとその対となる概念に関して用語の整理をしている。前述したように野村はセルフ・ネグレクトを「意図的なセルフ・ネグレクト」と「無意図的なセルフ・ネグレクト」に分類していた(野村 2007; 野村 2008; 野村 2011)。また、上田らもセルフ・ネグレクトを「意図的自己放任」、「無意図的自己放任」に分類していた(上田ら 2002)。このように、それまでのわが国における研究では「無意図的セルフ・ネグレクト」という言語が普及していた(野村 2008、岸ら 2011c、野村 2011、ニッセイ基礎研究所 2011)。しかし、野村・岸らは、セルフ・ネグレクトを「無意図的」という言葉に関しては、「無」という言葉のニュアンスから、判断能力が著しく低下している群のみが該当してしまう可能性があるという観点から、セルフ・ネグレクトを「意図的セルフ・ネグレクト」及び「非意図的セルフ・ネグレクト」という用語で分類することとした(野村・岸ら 2014)。

具体的に、野村・岸らは「意図的セルフ・ネグレクト」を「精神的に健全でその行為の結果を理解できるものが自分の意志でこのような状態にある場合」と定義した。その上で、この定義に当てはまらない群を「非意図的セルフ・ネグレクト」と定義した。また、「無意図的セルフ・ネグレクト」とは、図3-1のように非意図的セルフ・ネグレクトの中で著しく判断能力の低下している群であると定義した(野村・岸ら 2014) (図 3-1)。

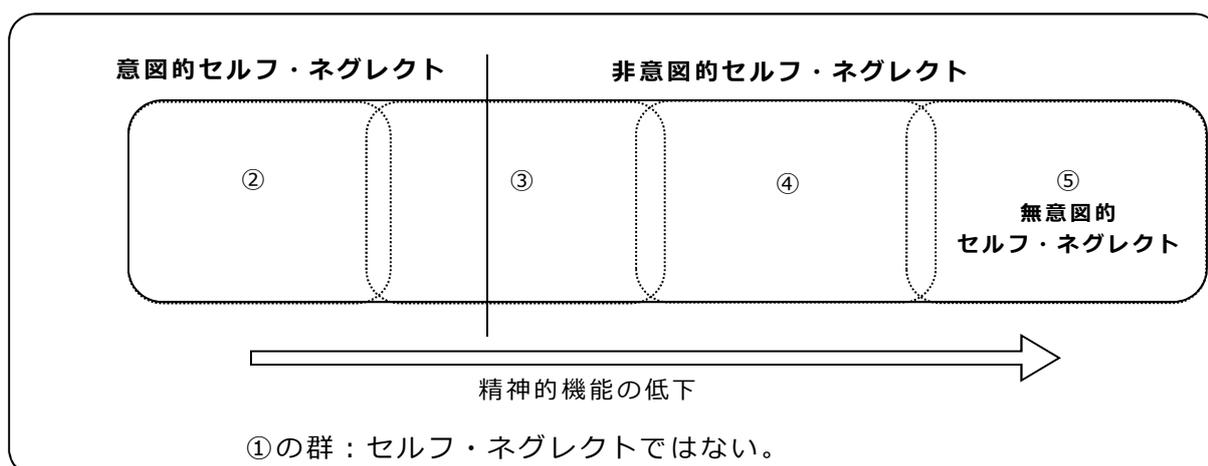
その上で、野村・岸らは、精神的機能の観点から以下のように意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトを詳細に分類した(野村・岸ら 2014)。

- ① 終末期医療などの場で、社会的にコンセンサスを得られている方法を自ら選択し、尊厳をもって行動している群(セルフ・ネグレクトとは言わない)
- ② 精神的に健全で結果を判断できる能力があり、自由意志に基づいておこな

っている群

- ③ 精神的に健全で判断能力はあるが、自由意志に基づいて行っているかどうかは不明な群
- ④ 認知症を含む精神障害や加齢による精神機能の低下など判断能力の一部に障害があると思われるが、自由意志に基づいて意図的に行っているとも考えられる群
- ⑤ 認知症を含む精神障害や加齢による精神機能の低下が著しく判断能力が障害されている群

図 3-1 野村・岸らによるセルフ・ネグレクトの意図性の有無による分類図



(野村・岸ら 2014) の図を論者が一部修正

図 3-1 にあるように、野村・岸らは③を「意図的セルフ・ネグレクト」と「非意図的セルフ・ネグレクト」の境界としている。また、①の群は人間の尊厳の観点からセルフ・ネグレクトとすることはできないとしている(野村・岸ら 2014)。

そして、野村・岸らは②の群を明らかな「意図的セルフ・ネグレクト」とし、④の群を「非意図的セルフ・ネグレクト」、⑤の群に関しては、「非意図的セルフ・ネグレクト」かつ「無意図的セルフ・ネグレクト」であると分類している(野村・岸ら 2014)。

一方で、野村・岸らは④の群は「意図的セルフ・ネグレクト」と「非意図的セルフ・ネグレクト」両方の要素を含んでいるとしている(野村・岸ら 2014)。こ

のような例として、野村・岸らは、精神障害はないが、身体の障害などで結果的にセルフ・ネグレクトに至る場合を挙げている（野村・岸ら 2014）。

野村・岸らの理論の特徴は、今まで意図的なセルフ・ネグレクトに分類される状態の中で、終末期医療などの場で、社会的にコンセンサスを得られている方法を自ら選択し、尊厳をもって行動している群をセルフ・ネグレクトから除外したことである（野村・岸ら 2014）。

また、もう 1 つの特徴は、精神的に健全で判断能力はあるが、自由意志に基づいているか不明な群（③の群）についての扱いである。野村・岸らの示す③の群について、野村の 2007 年のレビュー論文では、津村らの主張する「依存や気兼ね、世間体」といった、わが国の高齢者の特徴に当てはまる群であるとしていた（野村 2007）。しかし、野村・岸らの理論では、むしろ判断能力はあるが、身体の障害や疾病であるため、やむを得ずセルフ・ネグレクトの状態に至った場合をこの群の中核とした（野村・岸ら 2014）。野村・岸らがこのような分類をした理由は、今までのわが国の調査研究の中でやむを得ずセルフ・ネグレクトの状態になった事例の存在が示されたからである（野村 2008；岸ら 2011c；ニッセイ基礎研究所 2011；内閣府 2011）。

4. 意図的なセルフ・ネグレクトに関する調査課題

意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いに関しては、野村の 2007 年のレビュー論文から野村・岸らの理論研究に至るまで、その理論は年々進歩している。しかし、わが国において、意図的なセルフ・ネグレクトに関して調査データから検証した研究は存在しない。野村・岸らもその点を大きな課題としている（野村・岸ら 2014）。そのため、本研究の調査データから意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトに分類、検討し、その結果から意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する課題を明らかにすることを調査課題とする。

第 3 節 意図的なセルフ・ネグレクトに関する理論の再検証

第 1 項 NCEA の定義の再検証

第 1 節及び第 2 節では、先行研究における意図的なセルフ・ネグレクトに関す

る議論及びそれを統合した野村・岸らの理論（野村・岸ら 2014）について論じてきた。前述したように、意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関しては、野村・岸らによって理論的な検討が進展した面はあるものの、わが国において実証研究によって検証した研究はない。そのため、本研究の中では調査データを分析することで検証する。しかし、本研究の調査データの分析指標を設定するために意図的なセルフ・ネグレクトの扱いについて再検証をする中で、野村・岸らの理論（野村・岸ら 2014）とは異なる課題が明らかになった。そのため、第3節では本研究の調査データ再分析に必要となる新たな指標について論じたい。

まずは、意図的なセルフ・ネグレクトに関する日本語訳を再検討した。検討には言語学の専門家の意見も得た。前述した NCEA の定義における、意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する部分の原文は以下のとおりである。

The definition of self-neglect excludes a situation in which a mentally competent older person, who understands the consequences of his/her decisions, makes a conscious and voluntary decision to engage in acts that threaten his/her health or safety as a matter of personal choice.

(NCEA 1998)

この定義を日本語に訳すと「NCEA (The=NCEA) のセルフ・ネグレクトの定義は、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」となる。

この定義による、「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、まさにわが国の民法第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 においては、意図的なセルフ・ネグレクト、非意図的なセルフ・ネグレクトという用語は使われていない。NCEA ではセルフ・ネグレクトの定義から、事理弁識能力のあ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を除外しているに過ぎないのである。

また、この NCEA の意図的なセルフ・ネグレクトに対する扱いで特徴的なのは、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である。つまり、NCEA 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。

以下、この NCEA の意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いに沿って、新たな指標について検討していきたい。

第 2 項 調査における意図的なセルフ・ネグレクトの指標

まずは、「精神機能的に問題なく、自ら決定した結果を理解できる」能力、つまり事理弁識能力について検討してみたい。

NCEA の定義をもとに、暫定的に意図的なセルフ・ネグレクトを「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」と定義すると、その対になる非意図的なセルフ・ネグレクトの定義は、非意図的なセルフ・ネグレクトを示す領域が広いため「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」とした方が適切であろう。

また、意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトの境目は非常に曖昧である。事理弁識能力は、精神障害や認知症などの精神機能を低下させる疾病の有無だけで判断されるわけではない。精神障害や認知症があっても、自らの決定の結果を理解できるとされる能力がある場合は事理弁識能力があるとみなされる。そのため、意図的なセルフ・ネグレクトの中にはその個人の精神的機能によって完全に事理弁識能力があるとみなされる場合から、限りなく事理弁識能力がない群に近い場合もある。また、非意図的なセルフ・ネグレクトの中にも限りなく事理弁識能力があるとみなされる群に近い場合もあるであろう。

野村・岸らは、判断能力がある高齢者が疾病や障害などの理由でセルフ・ネグレクトに至っている場合は非意図的なセルフ・ネグレクトの要素もあるとしていた（野村・岸ら 2014）。しかし、意図的なセルフ・ネグレクトを事理弁識能力で判断するのであれば、この群は意図的なセルフ・ネグレクトに当てはまると考えられる。そもそも、この群は支援やサービスを拒否するから問題となるのである。

事理弁識能力あって支援やサービスを拒否することを選択するのは明らかな意図的なネグレクトである。その逆の場合は問題にならない。事理弁識能力に関係なく支援を受け入れる場合はここでいう意図的なセルフ・ネグレクトではない。支援を受け入れる時点で「健康や安全を確保する行為」を選択しているからである。

一方で、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。

ここまでの議論からすると、意図的なセルフ・ネグレクトをめぐる議論は以下のとおりに整理される。

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。

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。

本研究では、上記の指標を基に調査データを分析する。意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いについては、調査結果を基に考察したい。そのため、この時点では暫定的にセルフ・ネグレクトの中に意図的なセルフ・ネグレクトを含むこととする。

第4章 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の概念

第4章では高齢者虐待の概念とセルフ・ネグレクトの比較検討をおこなう。セルフ・ネグレクトと他者からの虐待であるネグレクトとの境界は非常に曖昧である。そのため、調査で得られた事例を分析する際、セルフ・ネグレクトとされる事例を明確に抽出する必要がある。そのため、本章ではセルフ・ネグレクトと高齢者虐待の概念を文献の中から比較検討し、両者を分類するための指標を示したい。

第1節 高齢者虐待の類型

セルフ・ネグレクトと高齢者虐待を比較するには、まず、高齢者虐待という事象におけるセルフ・ネグレクトの扱いについて明らかにしなければならない。

現在、わが国においては高齢者虐待防止法が施行されたため、高齢者虐待については法的な定義づけがなされている。すなわち、高齢者虐待とは、養護者又はケア提供者（他者）による、65歳以上の高齢者に対する、①身体的虐待、②心理的虐待、③性的虐待、④経済的虐待（搾取）、⑤世話の放置・放任（ネグレクト）の5つに類型され、セルフ・ネグレクトは含まれていない（厚生労働省 2006）。

表4-1は欧米及びわが国における法律や先行研究の定義における高齢者虐待の分類を示した。この分類はその定義によって様々である。しかし、概ねわが国の高齢者虐待防止法と同様の5つの類型が含まれている¹⁾。

これらの定義の中において、セルフ・ネグレクトを巡る扱いは様々である。アメリカ合衆国においては、高齢アメリカ人法や **The National Center on Elder Abuse**（全米高齢者虐待問題研究所：以下「NCEA」という）の高齢者虐待の定義の中にセルフ・ネグレクトを含んでいる。また、州によっては州法の定義に含まれ、**Adult Protective Service**（成人保護機関：以下、「APS」という。）による介入や保護が行われている（多々良 1994；多々良 2004；Bonnie & Wallace=2008：83）。

表 4-1 先行研究における高齢者虐待の分類

| 法律・研究者 | 高齢者虐待の分類 |
|--------------------------------|--|
| 多々良紀夫他 (多々良 2004) | 身体的虐待／世話の放任(ネグレクト)／性的虐待／ 心理的・情緒的虐待／経済的・物質的虐待／セルフ・ ネグレクト(自己放任)／遺棄 |
| 津村智恵子ら高齢者虐待防止研究会 (津村, 2006) | 身体的虐待／介護放棄・拒否・怠慢／心理的虐待／経 済的虐待／性的虐待／自己放任・自虐 |
| 上田ら (上田 2003) | 身体的虐待／性的虐待／金銭的・物質的虐待／心理的 虐待／意図的放任／無意図的放任／意図的自己放任 ／無意図的自己放任 |
| 高崎絹子他 (高崎 1999) | 身体的虐待／介護拒否・放任／情緒的・心理的虐待／ 物質的虐待／性的虐待／その他：自虐・自己放任・過 干渉等 |
| 高齢者虐待対応マニュアル東京都版 (2006) | 身体的虐待／ネグレクト／心理的虐待／性的虐待／ 経済的虐待／セルフ・ネグレクト |
| 高齢者虐待防止法(2006) | 身体的虐待／心理的虐待／性的虐待／経済的虐待／ 介護・世話の放置・放任 |
| 高齢アメリカ人法(1987) | 身体的虐待(physical abuse)／ネグレクト(neglect) ※セルフ・ネグレクトを含む／搾取(exploitation) |
| NCEA(1998) | 高齢者虐待(身体的, 心理的, 経済的, 性的)／ネグ レクト(neglect)／セルフ・ネグレクト(self neglect) |

論者作成

高齢者虐待の概念そのものを広範囲に捉えようとする内外の研究者は、セルフ・ネグレクトを高齢者虐待の中で論じようとしてきた。しかし、セルフ・ネグレクトを高齢者虐待という枠組みの中で考えた場合に明らかなことは、セルフ・ネグレクトはいわゆる「高齢者虐待」とされている他者からの権利侵害のある状態とは明らかに異なる構造を持っているということである。Bonnie と Wallace は、セルフ・ネグレクトについて「保護や介入に関する法制度としての議論の中で広範囲の権利侵害の事象として論じることは可能であるが、両者は少なくとも科学的には明らかに異なる現象であると考えられ、セルフ・ネグレクトを高齢者虐待の概念に含めることで、高齢者虐待に関する研究そのものが混乱する。」と述べている(Bonnie & Wallace=2008: 83)。

このように、セルフ・ネグレクトを高齢者虐待の分類に含むことに関しては、両論が並立しており定説はない。しかし、セルフ・ネグレクトが高齢者虐待の分野で論じられてきたという経緯からすると、セルフ・ネグレクトの概念を明確化するという研究上の観点からも、法制度の確立という観点からも、両者の関係を明確にし、一定の方向性を示す必要がある。

第2節 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の比較

第1項 Bonnie と Wallace の高齢者虐待に関する理論

セルフ・ネグレクトと高齢者虐待を比較するには、高齢者虐待について理論的な観点からの検討が必要である。Bonnie と Wallace は、高齢者虐待という現象の中心的概念を、①その虐待行為を行う他者との間に信頼関係があること、虐待を受ける高齢者に②老化による、③脆弱性があることとし、高齢者虐待とみなすには、この3つの要素を全て満たす必要があるとしている（Bonnie & Wallace=2008：88）。また、高齢者虐待は犯罪であるという視点もある。以下、これらの要素について説明する。

Bonnie と Wallace は、信頼関係（trust relationship）とは、「ある人が高齢者の利益を守る責任があるか、そのような責任を引き受けた場合、あるいは法律や社会慣習によってケアや保護を提供することが期待されている場合のケア提供関係あるいはその他の家族的、社会的、職業的な関係」と定義している（Bonnie & Wallace=2008：88）。

また、高齢者虐待のもう1つの中心的概念が老化による脆弱性（vulnerability）である。その行為が高齢者虐待と認められるには、「信頼関係のある他者」から被害を受ける高齢者に「老化」と「脆弱性」の2つの要素があることが必要である。Bonnie と Wallace による脆弱性（vulnerability）の定義は「経済的、物理的、精神的に他人に依存している状態、あるいはセルフケアや自己保護をする能力が損なわれている状態」である（Bonnie & Wallace=2008：88）。

Bonnie と Wallace の理論（Bonnie & Wallace=2008）では、老化によって脆弱な状態になった者に対する信頼関係のある他者からの権利侵害を高齢者虐待としている。そのため、例えばパートナーからの暴力については、被害者が若くて脆弱な状態ではない時から暴力があり、そのまま高齢者になった場合は高齢者虐待ではなく、ドメスティックバイオレンスであるとしている（Bonnie & Wallace=2008：90）。

第2項 犯罪性の視点

高齢者虐待を説明する上で重要なことは、その行為の「犯罪性」である。いわゆる犯罪としての高齢者虐待という視点は、高齢者虐待の一般的なイメージである。わが国との法体系の違いもあるが、多々良は「アメリカでは全ての州が高齢者虐待を犯罪としてとらえている」と述べているおり、アメリカ合衆国においては他者からの高齢者虐待を明確な犯罪ととらえている（多々良ら 1994）。様々な議論はあるものの、高齢者虐待を論じる際に、少なくとも加害者としての虐待者と被害者としての被虐待者という図式は、高齢者虐待の大きな要素であると考えられる。

第3項 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の共通点と相違点

1. セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の共通点

セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の最大の共通点は、老化による脆弱性によって生じるという点である。既に第2章の先行研究におけるセルフ・ネグレクトの概念や要因で述べたように、セルフ・ネグレクトは老化によって生じる様々な要因によって生じている。まさにセルフ・ネグレクト状態にある高齢者は、老化によって脆弱な状態になっていると考えられる。特に、Bonnie と Wallace による脆弱性（vulnerability）の定義（Bonnie & Wallace=2008：88）は、まさにセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の状態像でもある。

この観点からすると、山口が述べるように、セルフ・ネグレクトと高齢者虐待であるネグレクトとは信頼関係のある他者が介在しないだけであり、同じように脆弱な状態になっているという点では相違はない（山口 2003）と考えるのが適切である。Bonnie と Wallace は「セルフ・ネグレクトは、能力があるかどうかを決定するために、場合によってはケア提供者を指名するためにしばしば介入の少なくとも一時的な介入の根拠となりうる」と述べている（Bonnie & Wallace=2008：85）。そのため、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者とネグレクトを受けている高齢者が同じような脆弱な状態にあることを考えると、少なくとも支援制度を考える場合には、同じニーズが満たされていない状態であるために、司法的な介入は別として保護を行う場所や本人へのケア（被害者としての支援を除く）は同じようなカテゴリーの中で行う必要性があると考えられる。

2. セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の相違点

Bonnie と Wallace のいう信頼関係のある他者からの権利侵害 (Bonnie & Wallace=2008) という観点からは、セルフ・ネグレクトは高齢者虐待とは明らかに異なる事象である。セルフ・ネグレクトには基本的に信頼関係のある他者は存在しない。また、犯罪性という視点から考えると、セルフ・ネグレクトには何の犯罪性もない。第3章の意図的なセルフ・ネグレクトを巡る扱いで述べたように、セルフ・ネグレクトは「個人の選択の自由の問題」としての側面が強い。そのため、Bonnie と Wallace のいうケアの提供の責任を伴う信頼関係 (Bonnie & Wallace=2008: 88) のある他者からの権利侵害である高齢者虐待とは明らかに異なると考えるのが適切である。

一方で、ケア提供関係を家族に求めた場合は、家族にはどこまでその責任が発生するのであろうか。この問題は、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者と家族の関係を考える上で重要な要素である。例えば、同居家族の全員が各々心身機能の低下があり、結果としてネグレクトの状態になっている場合は、他者による非意図的なネグレクトともセルフ・ネグレクトとも解釈できる。また、同居家族が心身機能の低下もなく介護力もあるが、本人の強い拒否があり、結果サービスが導入されずに適切な医療やサービスに結びつかない場合、これは、家族による非意図的なネグレクトか、本人の意志によるセルフ・ネグレクトかを判断することは困難である。さらに、独居の高齢者であった場合でも、別居する家族や親族がいた場合のケアの提供責任はさらに議論を要する。

このように、その高齢者のすぐ近くに他者がいても高齢者虐待ではなく、セルフ・ネグレクトである可能性が高い場合も多数存在するものと考えられる。信頼関係のある他者がいると判断するには、単に同居しているか否かという家族の構成だけではなく、その他者との関係を考慮に入れて判断する必要があると考えられる。

第3節 セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の分類の指標

第1項 セルフ・ネグレクトと他者からの権利侵害の分類に関する指標

表 4-2 では、今までの議論を総合し、Bonnie と Wallace の理論 (Bonnie &

Wallace=2008 : 88) 及び犯罪性という視点から「信頼関係のある他者の有無」、「老化の有無」、「脆弱性の有無」、「犯罪性の有無」の4つの軸で他者からの権利侵害とセルフ・ネグレクトの分類に関する指標を示した(表4-2)。

表4-2 他者からの権利侵害とセルフ・ネグレクトの分類に関する指標

| 成人の権利侵害とセルフ・ネグレクト | | 信頼関係のある他者 | 老化 | 脆弱性 | 犯罪性 |
|-------------------|-----------------------------|-----------|----|-----|-----|
| 高齢者 | 高齢者虐待 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 高齢者のセルフ・ネグレクト | | ○ | ○ | |
| | 高齢者のドメスティックバイオレンス | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 障害者 | 障害者虐待 ²⁾ | ○ | | ○ | ○ |
| | 障害者のセルフ・ネグレクト | | | ○ | |
| 障害のない成人 | ドメスティックバイオレンス ³⁾ | ○ | | | ○ |

○=あり 空欄=なし

Bonnie と Wallace の理論 (Bonnie & Wallace=2008) を参考に論者作成

この指標に基づき、調査結果の分析の際はこれら4つの軸に全て該当した場合が高齢者虐待とする。具体的には、本研究の調査においては高齢者虐待を「脆弱な状態にある高齢者に対する信頼関係のある他者からの不適切な行為」と操作的に定義する。その中で、「老化」と「脆弱性」のみが該当し、「信頼関係のある他者」がない場合がセルフ・ネグレクトとする。

第2項 同居家族がいる事例の分類指標

セルフ・ネグレクトと高齢者虐待を分類するもう1つの指標は、その高齢者の行為がセルフ・ネグレクト状態の要因となる行為を意図的に放任しているか、その高齢者が事理弁識能力には関係なく家族からの支援及び支援者からの支援を拒否しているかである。具体的には、同居家族及び別居家族がいた場合にセルフ・ネグレクトと高齢者虐待を分類するための指標は以下のとおりである。

- (1) 本人に事理弁識能力があり、本人の意志で「入浴しない」、「片づけない」等のセルフ・ネグレクトに至る行為があった場合は明らかなセルフ・ネグレクトとする。
- (2) 事理弁識能力がない場合も含めて本人が支援を拒否すれば、支援を拒否するということが本人が選択しているからセルフ・ネグレクトとする。
- (3) 家族が意図的に支援を受けさせない場合は明らかなネグレクトとする。
- (4) 同居者が何らかの疾病や障害を持っているために支援ができない状況であれば、これは非意図的ネグレクトであるが、この場合はセルフ・ネグレクト状態にある者同士が同居しているとみなす。
- (5) 本人が独居でも別居親族がいる場合は、別居をしているという時点で、ケアの提供関係が薄いため、基本的にはセルフ・ネグレクトと見なす。
- (6) 本人が独居でセルフ・ネグレクトの状態であり、別居親族が金銭の搾取をしている場合は、セルフ・ネグレクトと搾取が一緒に存在すると見なす。

調査の分析過程においては、同居者のいる事例は表 4-2 及び上記(1)から(6)の指標を基にセルフ・ネグレクトと高齢者虐待に分類する。セルフ・ネグレクトと高齢者虐待の分類は、両者の境界線が曖昧であるため、多くのセルフ・ネグレクト状態にある高齢者が両方の要素を持っていると考えられる。本研究では、上記の指標に即して、少しでもセルフ・ネグレクトの要素がある者をセルフ・ネグレクトと見なして分析の対象とする。詳細については第 5 章調査方法において論述する。

【注】

- 1) 高齢者虐待に関する研究の先進国であるアメリカ合衆国においても高齢者虐待に関する定義そのものが大きく混乱している。様々な研究で論じられていることであるが、アメリカ合衆国の場合はわが国と異なり、その連邦を構成する州が大きな権限を持っており、基本的な法律は州単位で成立している。州法による高齢者虐待の定義は様々であり、概ね同じような 5 つの分類の他に「隔離」や「不当監禁」など具体的な言葉を用いる州もある (Bonnie & Wallace=2008 : 83)。またこのような法的な定義の混乱だけではなく、研究の面においてもその研究ごとに多様な定義を用いた結果、過去の先行研究間のデータを比較検討できないなどの大きな問題になっており、研究者間での定義の共有化とそれに密接に関係した法的定義の制定が大きな課題となっている (Bonnie & Wallace=2008 : 82)。
- 2) アメリカ合衆国における APS の保護や介入に関しては、成人保護という観点から高齢者虐待と障害者虐待が同じ制度の中で取り扱われている。高齢者虐待と障害

者虐待は成人虐待として1つに抱合されるという考え方もある。しかし、わが国においては、すでに『障害者の虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律』が施行されており、高齢者虐待と障害者虐待は明確に分類する必要がある。

- 3) この分類におけるドメスティックバイオレンスとは **Bonnie** と **Wallace** の「配偶者または親密なパートナーからの不和・暴力」の定義に基づいている (**Bonnie & Wallace=2008 : 93**)。 **Bonnie** と **Wallace** の分類は、権利の侵害を受ける側に「脆弱性」という要素があれば「虐待」であるという考え方である。これは権利侵害を受ける側と侵害する側に「脆弱性」という力の差が生じているということである。そのため、親密なパートナーからの暴力は「脆弱性」という要素までは含まないある程度対等な関係というニュアンスが生じる。しかし、このようなパートナーからの暴力は、例えば夫から妻というようにそれを行う側と受ける側との間に力関係が生じるのも事実である。

第5章 全国地域包括支援センター事例調査

これまで、文献研究により理論的な観点からセルフ・ネグレクトを構成する概念、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデル、意図的なセルフ・ネグレクトの扱い、高齢者虐待とセルフ・ネグレクトの比較について論じてきた。本研究では、これらの文献研究によって明らかになった課題を調査の事例データから検証することで、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを構築する。第5章では、その調査の目的、方法及び概要を詳述する。

第1節 調査の方法と目的

第1項 全国地域包括支援センター事例調査の分析

文献研究から明らかになった課題の調査データによる検証には、第1章の表1-1で示した2010年に論者が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。

このような方法を採用した理由は以下のとおりである。

- (1) 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2011)、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。そのため、セルフ・ネグレクトの概念及び意図的なセルフ・ネグレクトの扱いを明確化するには、これらの研究における知見を含めた上での検証が必要である。
- (2) わが国では、セルフ・ネグレクトの概念が明確化されないまま(1)で述べた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。そのため、概念が明確にされないまま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の方が適切であると判断された。
- (3) 本調査は、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すること目的としている。そのため、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いる。また、本調査の事例データは（１）の先行研究における課題を含めた検証が可能である。

（４）本調査は、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「人を対象とする研究計画等の審査」に提出して承認を得ている。

（５）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。

第２項 調査の目的

本調査の目的は、今まで論述してきた文献研究の検討に基づく諸課題を検証し、セルフ・ネグレクトの概念モデルを構築することを大きな目的とする。そのため、以下の３つの目的で、調査データに基づいた検証をする。

（１）セルフ・ネグレクトを構成する下位概念の明確化

調査データ分析の第１の目的は、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念（以下、「下位概念」という。）の明確化である。具体的には、本調査の事例に関するデータを質的帰納的な研究方法で分析し、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を明確にする。その上で、各下位概念間の上下、相互の関係を明らかにすることを目的とする。

（２）セルフ・ネグレクト事例の類型化

第２の目的は、セルフ・ネグレクト事例の類型化である。セルフ・ネグレクトを構成する下位概念及びその上下、相互の関係を明らかにした上で、各下位概念がどのような組み合わせである場合をセルフ・ネグレクトと判断するのかという横軸の判断基準の問題がある。そのため、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ことを目的とする。

(3) 意図的なセルフ・ネグレクトの扱いの明確化

第3の目的は、いわゆる意図的なセルフ・ネグレクトの扱いに関する検討である。この点に関しては、本調査で回答された事理弁識能力の有無、自由意志の有無、セルフ・ネグレクトの要因となる疾患や障害の有無を基礎項目に事例を類型化して比較検討することで、セルフ・ネグレクトの定義の中における意図的なセルフ・ネグレクトの扱いについて明確化することを目的とする。

第2節 本調査におけるリサーチクエスション

第1節で述べた本調査の分析の目的を踏まえ、調査データを分析する際のリサーチクエスションは以下のとおりとする。

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か。

第3節 調査の概要

第1項 調査対象

調査の対象は、地域包括支援センターの専門職とした。

専門職を対象にした理由は、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は、その状

態に至るまでに援助の拒否などがあり、本人調査をしようとしても同意を得ることは困難であると判断されたためである。

地域包括支援センターに焦点を当てた理由は、以下のとおりである。

- (1) 地域包括支援センターが高齢者虐待事例・支援困難事例を担当する地域の専門機関であること。
- (2) それぞれの市町村の委託を受けた公的な機関であること。
- (3) 担当する地域の高齢者の情報を持っていること。
- (4) 社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等、ある程度のトレーニングを受けた専門職からの客観的な情報が得られること。

第2項 調査対象の選定方法

本研究では、岸研究班が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（ブランチも含む）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。

本調査の直前に、論者も参加した岸研究班全国実態調査（岸ら2011c）で同じ抽出台帳を用いた悉皆調査が実施されており、混乱を避けるために本研究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。

第3項 調査期間

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。

第4項 本調査におけるセルフ・ネグレクトの定義

本調査におけるセルフ・ネグレクトの定義は、津村が主宰する大阪の高齢者虐待防止研究会の「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2006b）を操作的定義として使用した。

理由は以下のとおりである。

- (1) アメリカ合衆国における先進的な研究において共通に使用されている 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) を平易にしたものであり、意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いを除けば同じ対象を測定することが可能である。
- (2) わが国の文化的背景も考慮した平易な表現であり、調査の回答者が理解しやすい。
- (3) わが国の高齢者虐待及びセルフ・ネグレクトの研究者間である程度共通した理解を得られている定義であり、わが国における調査研究は全てこの定義を使用しているため、各研究結果の比較が容易になる。
- (4) 津村らの定義は NCEA のようにいわゆる意図的なセルフ・ネグレクトを除外していない。意図的なセルフ・ネグレクトの扱いを調査データによって検証するには、意図的なセルフ・ネグレクトを含む定義を使用して該当する事例のデータを収集する必要がある。

第 5 項 調査の対象事例

本調査の対象とした事例は、調査票に前述の津村らの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。このように、調査の対象を限定した大きな理由は、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) を実施した際に、セルフ・ネグレクトの判断基準が明確ではないため、調査の対象事例を限定しないと回答が困難であるとの回答者の意見があったためである。

以下、具体的に対象事例を限定した理由について述べたい。

1 点目の、回答者が現在関わっている事例に限定した理由は、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への支援が困難になっている理由について、本調査結果から明確にする必要があったためである。

2 点目の、高齢者福祉施設を含まず地域に暮らす高齢者に限定した理由は、①東京都特別区実態調査 (野村 2008) の結果から、セルフ・ネグレクトはケアが提供されていない状況下での発生が多くを占めていること、②ケア提供がなされるべき高齢者福祉施設におけるセルフ・ネグレクトは他者からのネグレクトとも考

えられること、③セルフ・ネグレクトそのものの研究が進展していない中では、まずはその多くを占める地域におけるセルフ・ネグレクトの実態を明らかにする必要があることが挙げられる。

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。グループホームや有料老人ホームなどを除外した理由は、これらの施設は管理者がおり、いわゆる施設サービスのような何らかのケアの提供関係があると考えられたからである。

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。

3点目の、60歳以上とした理由は、高齢者福祉施策は65歳以上からを対象としているものの、調査時点でのわが国の状況では国家公務員に代表されるように60歳で定年を迎えることが多く、退職後の生活の開始という高齢期特有の生活形態に変化する年齢であると考えられたからである。

4点目の、セルフ・ネグレクトと思われる事例に関して回答を得た理由は、調査時点ではセルフ・ネグレクトの判断基準が明確ではなく、本調査の結果からセルフ・ネグレクトの概念を明確化し、判断基準を作成したいと考えたからである。

5点目の、主観的に支援に困難を感じた事例に限定した理由は、まず客観的にセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の支援に困難を感じたことを測定する指標がなかったことが挙げられる。

支援者が主観的に支援に困難を感じるのは、支援の拒否などがあって支援が困難であると感じる場合もあれば、支援者側の経験不足から支援が困難であると感じる場合もあると考えられた。しかし、東京都特別区実態調査（野村 2008）では、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は、支援を拒否することで支援が困難になり、問題が解決できずに社会に大きな影響を与えていくことが明らかになった。そのため、主観的に支援に困難を感じる場合の多くは、支援の拒否などの問題で支援が困難になっている事例であり、このような事例こそセルフ・ネグレクトの本質であると考えられたからである。一方で、支援に拒否がある事例に限定して

しまうと支援者が支援に困難を感じる理由が限定されてしまうと考えられた。そのため、「主観的に支援に困難を感じた」という表現がセルフ・ネグレクトの問題を一番把握できると考えた。

第 6 項 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、学会発表等学術目的での使用の許可を含んだ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ものとみなすこととした。また、調査結果は全て分析後の結果のみを公表し、個人が特定できないよう配慮することとした（付表 1）。

第 7 項 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 1・2 の 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的な回答も求めた。

これらの事例に関する調査項目に加え、高齢者虐待の先行研究である高崎らの論文の援助の困難性に関する項目（高崎ら 2008）、水上らの論文の分離保護における困難感に関する項目（水上ら 2008）、また、東京都特別区実態調査（野村 2008）の結果を参考に、23 項目の「支援の困難性」に関する選択肢（5 件法）と記述を作成し、援助者の状況に関する回答を求めた。

具体的な調査票は巻末付表 1 に示した（付表 1）。

第4節 調査票の回収率と回答者の属性

第1項 有効回答率

郵送した1,190部の調査票のうち、実際に回収した調査票は292か所から293件であった(回収率は24.6%)。その内51件の回答は事例の記述がなかったため、有効回答からは除外した。その結果、回収した実際の事例数は242件であった。しかし、3事例は家族状況を確認した結果、本人が支援を拒否している事実がなく、家族からの暴力、家族から本人への支援の導入を拒否する等明らかな家族に高齢者虐待やネグレクトと認定できる状況が見られたため、これらの事例を分析対象及び有効回答率から除外した。

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%)。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¹⁾。

第2項 回答者及び回答者の所属機関の属性

表 5-1 回答者及び所属機関の属性

N=238

| 地域包括支援センターの運営形態 | | 職種 | | 性別 | |
|-----------------|-------------|------------|-------------|-----|-------------|
| 直営 | 70 (29.4%) | 社会福祉士 | 120 (50.4%) | 男性 | 70 (29.4%) |
| 委託 | 164 (68.9%) | 保健師及び経験看護師 | 49 (20.6%) | 女性 | 164 (68.9%) |
| その他 | 1 (0.4%) | 主任介護支援専門員 | 56 (23.5%) | 未回答 | 4 (1.7%) |
| 未回答 | 4 (1.7%) | 介護支援専門員 | 7 (2.9%) | | |
| | | 行政職員 | 5 (2.1%) | | |
| | | 未回答 | 1 (0.4%) | | |

数字は該当者数、()内の数字は%

回答者及び所属機関の属性は表 5-1 のとおりである(表 5-1)。地域包括支援セ

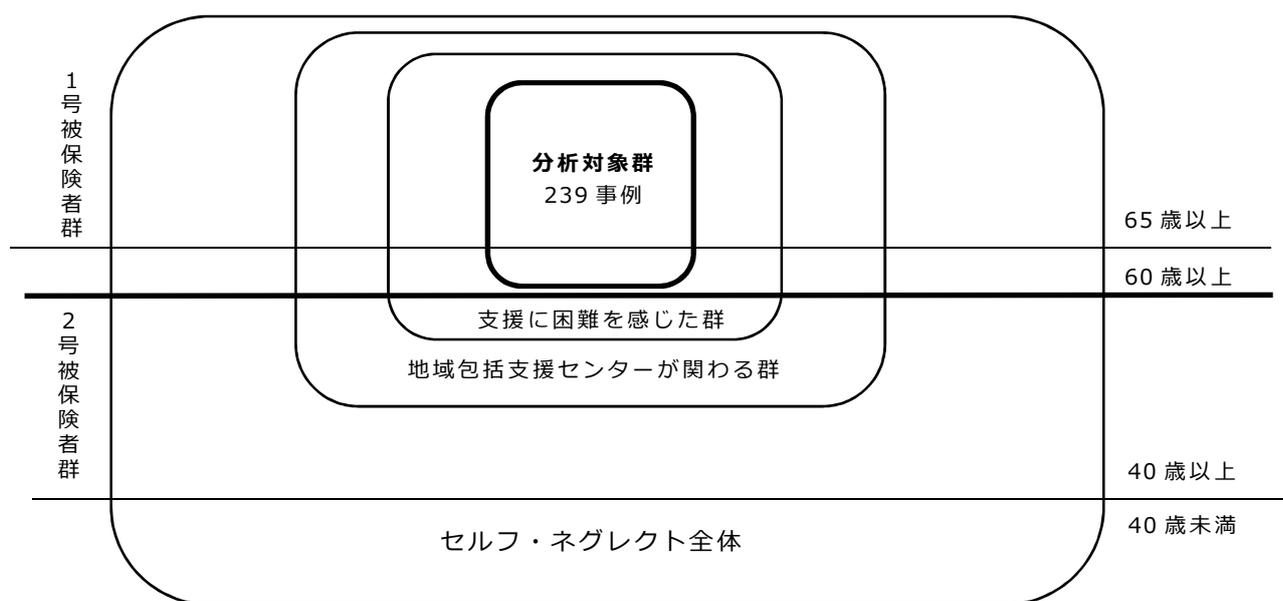
ンターの運営形態は、委託が 164 機関と全体の 68.9%を占めている。回答者の職種は社会福祉士が 120 人と 50.4%を占める。また、回答者の性別は、女性が 164 名と 68.9%を占めている。

第 5 節 分析対象事例の属性

本節では、分析の対象となった事例の基本属性について詳述する。また、同居者がある事例に関しては他者からのネグレクト（以下、「ネグレ（クト）」という。）の証拠がないかを詳細に検討し、セルフ・ネグレクト事例として分析の対象とした理由を論じる。なお、本節以降の分析は全て事例の分析であり、全て付表 1 に示した調査票 2 を使用した分析である。そのため、本節以降文中で「調査票問 2」などの記載があった場合は、全て「調査票 2 の問 2」という意味で使用する（付表 1）。また、本論文では 2010 年の全国地域包括支援センター実態調査の全容については掲載しない。同調査の記述統計の単純集計等については、既に 2011 年に発表している（野村 2011）。

第 1 項 分析対象事例のイメージ

図 5-1 分析対象事例のイメージ



論者作成

図 5-1 では、分析の対象となる事例のイメージを示した（図 5-1）。本調査で対象となるセルフ・ネグレクトの事例は、全国に多数あるセルフ・ネグレクト事例の中で、地域包括支援センターの関わる 60 歳以上の高齢者に限定している。そのため、若年者のセルフ・ネグレクトは対象に含まれていない。

また、本調査は全国の地域包括支援センターから系統的無作為抽出で抽出した 1,190 機関に調査票を送付しており、その中から 239 事例の有効回答を得ている。また、回答を得た事例は、回答者が主観的に支援に困難を感じた事例であり、その中でも代表的な事例である。

第 2 項 分析対象事例の基本属性

表 5-2 分析対象事例の基本属性

| 項目 | カテゴリー | 事例数 (%) | 項目 | カテゴリー | 事例数 (%) |
|--------------|-----------|-------------|----------------|------------|------------|
| 年齢 | 60 ～ 64 歳 | 13 (5.4%) | 要介護度 | 非該当及び自立 | 9 (3.8%) |
| | 65 ～ 69 歳 | 22 (9.2%) | | 要支援 | 48 (20.0%) |
| | 70 ～ 74 歳 | 34 (14.2%) | | 要介護 1 | 31 (13.0%) |
| | 75 ～ 79 歳 | 52 (21.8%) | | 要介護 2 | 23 (9.6%) |
| | 70 代 | 2 (0.8%) | | 要介護 3 | 12 (5.0%) |
| | 80 ～ 84 歳 | 45 (18.8%) | | 要介護 4 | 3 (1.3%) |
| | 85 ～ 89 歳 | 31 (13.0%) | | 要介護 5 | 3 (1.3%) |
| | 80 代 | 3 (1.3%) | | 申請中 | 7 (2.9%) |
| | 90 ～ 94 歳 | 14 (5.9%) | | 未申請及び認定なし | 36 (15.0%) |
| | 95 歳以上 | 1 (0.4%) | | 未更新 | 1 (0.4%) |
| | 未記入 | 22 (9.2%) | | 未記入 | 66 (27.6%) |
| 性別 | 男性 | 128 (53.6%) | 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%) |
| | 女性 | 105 (43.9%) | | I | 42 (17.6%) |
| | 未記入 | 6 (2.5%) | | II | 85 (35.6%) |
| 障害老人の日常生活自立度 | 自立 | 4 (1.7%) | I ～ II | 1 (0.4%) | |
| | J | 106 (44.4%) | III | 20 (8.4%) | |
| | A | 55 (23.0%) | IV | 1 (0.4%) | |
| | B | 9 (3.8%) | M | 3 (1.3%) | |
| | C | 3 (1.3%) | 不明 | 1 (0.4%) | |
| | 未記入 | 62 (25.9%) | 未記入 | 69 (28.9%) | |

N=239

第3項 記述から見た事例の疾病状況

表 5-3 では、調査票の事例の疾病状況に関する記述及び問 7 セルフ・ネグレクトの要因の記述から抽出した分析対象事例の疾病状況を示した（表 5-3）。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 5-3 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）

第4項 セルフ・ネグレクト状態になった時期

表 5-4 では、調査票問 6 の結果から分析に使用する事例がセルフ・ネグレクトの状態になった時期を示した（表 5-4）。何らかの障害のために若年期からセルフ・ネグレクトの状態になっていた事例は 30 事例（12.6%）であり、比較的若年期からセルフ・ネグレクトの状態になる事例もあることが示唆された。

表 5-4 セルフ・ネグレクト状態になった時期

| 項目 | カテゴリー | 事例数 | (%) |
|-------------------|-------|-----|---------|
| セルフ・ネグレクト状態になった時期 | 高齢期 | 183 | (76.6%) |
| | 若年期 | 30 | (12.6%) |
| | 不明 | 3 | (1.3%) |
| | 未回答 | 23 | (9.6%) |

N=239

第 5 項 世帯の状況と高齢者虐待との比較

表 5-5 世帯の状況

| 世帯 | 事例数 | (%) |
|----------------|-----|---------|
| 独居高齢者 | 159 | (66.5%) |
| 高齢者世帯（夫婦以外も含む） | 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%) |

N=239

表 5-5 では、本分析に使用したセルフ・ネグレクトの状態にあった 239 事例の世帯状況別の分類を示した(表 5-5)。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。そのうち高齢者のみの世帯は 30 世帯、高齢者以外の同居者がいる世帯は 49 世帯であった。高齢者の姉妹や兄弟で居住している場合は高齢者のみの世帯に含んだ。そのため、高齢者のみの世帯は夫婦に限らない。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。グループホーム内の場合、支援者からのネグレクトである可能性も検討する必要があるが、この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。

本調査では、表 5-5 で示した世帯類型に関わらず、高齢者虐待、特にネグレクトと比較検討をおこなった結果、調査で得られた計 239 事例を援助者が主観的に援助に困難を感じた地域に暮らす高齢者のセルフ・ネグレクト事例として分析の対象とした。その詳細な検討過程は以下のとおりである。

1. 独居高齢者の場合

独居世帯の事例に関しては、第4章で述べたようにケア提供責任が生じる本人と信頼関係のある他者が世帯内にいないため、セルフ・ネグレクトと認定することは問題ないと考えられた。そのため、独居という時点でこれら159事例を分析の対象とした。

しかし、独居でセルフ・ネグレクト状態にあっても、他者からの権利侵害が見られる場合もある。表5-6では事例の記述から明らかになった他者からの権利侵害について世帯別に分類した結果を示した(表5-6)。

表5-6 家族の状況と他者からの権利侵害

| 世帯 | 事例数 | 他者からの権利侵害 | | 件数 |
|-------|-------|-----------|----------------|----|
| 独居 | 159事例 | 10件 | 元同居者による経済的搾取 | 1件 |
| | | | 近隣住民による経済的搾取 | 1件 |
| | | | 消費者被害 | 3件 |
| | | | 別居家族による経済的搾取 | 1件 |
| | | | 別居家族によるサービスの拒否 | 1件 |
| | | | 過去に同居者からのDV被害 | 1件 |
| 高齢者世帯 | 30事例 | 4件 | 過去に同居者からのDV被害 | 1件 |
| | | | 同居者からの暴力 | 1件 |
| | | | 同居の兄による搾取 | 1件 |
| | | | 別居の子供による経済的搾取 | 1件 |
| 家族と同居 | 49事例 | 7件 | 家族もサービスを拒否 | 1件 |
| | | | 同居家族による経済的搾取 | 2件 |
| | | | 同居家族による暴言 | 1件 |
| | | | 消費者被害 | 1件 |

N=238 (グループホームの事例を除く)

このように、独居世帯であっても何らかの他者からの権利侵害を受ける可能性もあることが示唆されている。

独居高齢者の中で別居家族によるサービスの拒否が見られた1事例は、セルフ・ネグレクトとネグレクトの境界が曖昧な事例である。記述内容からこの事例には、本人の明らかな支援の拒否は見られない。しかし、当該事例は支援の拒否をしている別居家族とは別の長女が、限界がある中で最大限の支援をしており、ケア提供関係のある本人と信頼関係のある他者は長女であるとした。そのため、本事例はネグレクトとの境が非常に曖昧ではあるが、セルフ・ネグレクトと認定して分析の対象とした。

2. 同居者がいる高齢者の場合

表 5-5 で示した高齢者世帯 30 事例及び高齢者以外の家族と同居する 49 事例、計 79 事例は同居者がいる事例である。これらの何らかの同居者がいる事例については、独居高齢者に比べ、よりその状態がネグレクトによって生じた可能性があるため、同居者の状況を詳細に検討する必要がある。同居家族がいても、本人に支援を受けない意思があればセルフ・ネグレクトは成立する。また、本研究では高齢者虐待を「脆弱な状態にある高齢者に対する信頼関係のある他者からの不適切な行為」と定義した。この定義を基に各世帯類型別の状況について詳細な検討をした。結果、何らかの同居者がいる 79 事例全てを分析の対象とした。

(1) 高齢者世帯

高齢者のみの世帯 30 事例に関しては、事例の記述から 328 事例から医療・保健・福祉サービスを受けない意思が確認できた。また、残りの 2 事例も「妻が本人の好きにさせている」、「本人が妻のことを聞かない」という記述が見られたため、全てセルフ・ネグレクトであると認定し、分析の対象とした。また、これらの高齢者のみの世帯のうち 20 事例 (66.7%) が、同居者が要介護状態や認知症などで本人のケアをできない状態であった。

(2) 高齢者以外の者と同居している世帯

高齢者以外の同居者がいる 49 事例に関しては、35 事例が記述内容から、本人に医療・保健・福祉サービスを受けない意思があることが確認できたため、セルフ・ネグレクトであると認定した。残りの 14 事例の内、3 事例は調査票問 9 の結果に基づいて自由意志でセルフ・ネグレクト状態になっていることが確認できたためセルフ・ネグレクトと認定した。また、1 事例は調査票問 8 のセルフ・ネグレクトになった理由に「意図的」との記述があり、意思が確認できた。さらに、1 事例は、「娘夫婦、小学生の孫 2 人と同居。」、「娘さんの言うことを聞かない。」との記述があり、本人の意思が確認できた。その他残りの 9 事例は積極的な本人の意思は確認できなかった。

表 5-7 本人の意志が確認できない家族と同居事例の概要

| 分類 | 住居形態 | 記述内容 |
|---------------------------|----------------|---|
| ネグレクトの要素が強い群 (6) | 同居 (4) | 「タクシー運転手の息子は忙しく朝昼兼用食を作るだけの関わり。認知症の妻はほとんど臥床」 |
| | | 「長女と同居中。」「長女無職」 「息子たちと同居」 「長男（離婚歴あり、子供は独立しており交流はほとんどない）」 |
| ネグレクト以外の高齢者虐待の可能性が高い群 (1) | 敷地内同居又は2世帯 (2) | 「二世帯住宅、夫と同居（1F）、長男夫婦が2Fに住んでいるが共働きで、支援難しい」 |
| | | 「長男夫婦との二世帯住宅。本人は一階に住む。長男の嫁と関係が悪く、長男が仕事に行っている時間は独居状態になる」 |
| 非意図的ネグレクト群 (2) | 同居 (2) | 「本人、夫、次男の3人暮らし。次男は社会性に欠けるところあり、無職。次男から本人、夫虐待受けているとのことで、虐待ケースとして関わっている。息子、精神疾患の疑いあり。」、「夫は要介護3、認知症あり」 「精神障害の息子と2人暮らし」 「知的障害者の息子と同居」 |

() 内の数字は該当事例数。N=9

表 5-7 では本人の意思が確認されなかった 9 事例の概要を示した (表 5-7)。これらの 9 事例は「ネグレクトの要素が強い群」、「ネグレクト以外の高齢者虐待の可能性が高い群」、「非意図的ネグレクト群」の 3 つに分類された。

これらの 9 事例は、本人からの支援の拒否や家族の本人への支援導入を拒否するという明確な記述はない。「非意図的ネグレクト群」及び「ネグレクト以外の高齢者虐待の可能性が高い群」は、同居者全員がセルフ・ネグレクト状態にある可能性もある。ネグレクトの要素が強い群に関しては、敷地内同居である場合は、「本人との信頼関係のある他者」という観点からすれば、各々の独立性が強い。また、同居している群も記述内容からは、介護をする能力があるかは不明である。さらに、これらの事例の記述内容を見ると、「促しても更衣をしない」、「医師の指示を守らない」等、本人の意思とも考えられる記述も見られる。このため、これらの事例はネグレクトなのか、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の世話を放任しているのかその境界は曖昧であると考えられる。

このように、高齢者以外の同居者がいる 49 事例に関しては、セルフ・ネグレクトと同居者からのネグレクトの境界が非常に曖昧であった。そのため、これらの事例では同居者からのネグレクトと判断する基準を、「本人には支援を拒否する

明確な意志がなく、同居者が明確な意志を持って本人への支援導入を拒否していること」とし、49 事例全てを分析の対象とした。

第 6 節 第 5 章のまとめ

第 5 章では、本研究における調査のデザインと目的、リサーチクエスチョン、調査の概要及び分析対象者について述べた。なお、全国地域包括支援センター全国調査の全容に関しては、本研究では提示しない。

各リサーチクエスチョンに対する分析方法、結果及び考察に関しては、分析毎に章を独立させ、詳述することとする。

【注】

- 1) 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。

第 6 章 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する分析

第 6 章では、リサーチクエスチョン 1 に基づき、調査結果の分析結果からセルフ・ネグレクトを構成する下位概念（以下、「下位概念」という。）の明確化と下位概念間の上下、相互の関係について考察する。

第 1 節 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

第 1 項 内容分析

本研究では、全国地域包括支援センター事例調査（以下、「本調査」という。）のセルフ・ネグレクト状態にある高齢者の事例の記述に関し、内容分析を用いることで、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。

内容分析は、質的帰納的な研究法に分類される。逐語録や記述内容などの質的データをコード化し、カテゴリーを生成する（有馬 2007；上野 2008）。本調査で得られた事例のデータは質的なデータであり、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を明らかにするには質的帰納的な研究方法が適している。

このような質的帰納的な研究方法としては、木下の修正版グランデット・セオリー・アプローチ（以下、「M-GTA」という。）が多くの研究で使用されている（木下ら 2006）。M-GTA では理論的飽和が判断されるまで、データの収集と分析を同時並行に行なう（木下 2006：123）。しかし、本調査のような質問紙調査において 1 度に大量に得られた質的データの分析という観点からは、M-GTA のカテゴリーを生成するための手順は参考となるが、分析の手法としては内容分析の方が適している。

また、内容分析と類似する分析方法として、最近注目を浴びているテキストマイニングがある。テキストマイニングは、文書の単語やその結びつきに着目して分析する方法であり、同様の方法に単語の品詞等を解析する形態素解析という手法もある。上野は、このようなコンピュータを使った新しい内容分析の有用性を述べている（上野 2008）。しかし、本調査から得られた事例の記述は回答者によって様々な表現になっており、テキストマイニングには適さないと判断した。

内容分析は質的帰納的な研究方法に分類されるが、その結果に統計的解析を加えることが可能である。また、内容分析は他の質的帰納的な研究方法に比べ、様々な分析手法で科学的な客観性を担保しながら量的研究による検証を踏まえ、より客観性を高めていくという可能性もある。上野は、「内容分析は統計的解析を行うことにより、M-GTA など他の質的帰納的な研究方法に比べてより統計的な観点から妥当性を検証できる可能性がある」としている（上野 2008）。上野によると、妥当性の検証は①妥当性の類型化、②意味論的妥当性、③相関的妥当性、④予測的妥当性、⑤下位概念妥当性の 5 種類があり、これらは分類された集合体とコンピュータで解析した主成分分析、数量化解析、クラスター分析との比較などを行うことも提唱されている（上野 2008）。

一方で、上野は、「内容分析法は量から質へ、質から量へ、さらには帰納法的、演繹的な研究が可能なミックスメソッドであり、マルチメソッドとも言える」と述べている（上野 2008）。また、有馬は、「Berelson は内容分析の量化が科学的客観性を担保する前提としているが、その後の質的研究法の進展により質的な研究を主とした研究も可能になっており、量的検討を重視するのか、質的研究を重視するのかその研究内容により適切な研究デザインを構築することが重要である」と述べている（有馬 2007 : 3）。

セルフ・ネグレクトの概念に関しては、既に文献研究で述べたように明確な理論が確立していない。そのため、新たな理論の構築という本研究の大きな目的に照らし合わせると、本調査で得られたセルフ・ネグレクトの事例の記述の分析には演繹的な内容分析よりも質的な研究を主とした内容分析が適していると考えられる。その観点から、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を分析するにあたり、質的研究を主とした内容分析を用いることとした。

第 2 項 内容分析の手順

1. 事例の再構築

本調査では、セルフ・ネグレクトの状態像を調査表 2 問 1 において①食事に関すること、②衣類に関すること、③住環境に関すること、④個人の衛生に関すること、⑤医療に関すること、⑥サービスに関すること、⑦社会との関わりに関すること、⑧財産の管理に関すること、⑨その他の 9 項目に分け、各項目に記述を

求めた（付表 1）。

まず、内容分析にあたり、上記の調査票のセルフ・ネグレクトと思われる事例に関する 9 項目の記述内容、調査票のそれ以外の項目の記述を全て合わせ、1 つの事例を再構築した。これは、上記①から⑨の各項目に概ね項目に即した記述が見られたものの、中にはセルフ・ネグレクトの状態像に関わる重要な記述が調査票最後の自由記述欄（付表 1）などに見られる場合があったからである。このように 1 つの事例を再構築した上で、記録単位を決めて記述内容をコーディングした。

2. 記録単位及びコーディングの手順

内容分析を実施する際に重要な要素は、記録単位の明確化であるとされている（上野 2008、有馬 2007）。記録単位とは、分析に使用した質的データの中で分析の対象とする単位であり、内容分析の場合、最少単位は文字であり、単語、センテンスなど様々な記録単位があり、場合によっては句読点も記録単位に含まれるとされている（上野 2008）。

本研究における内容分析では、記録単位をセンテンスとした。その理由は、新聞や先行研究の内容分析とは異なり、事例の記述内容が調査票によって一定ではなく、単語レベルの解析が困難であったからである。そのため、コーディングは単語レベルで切片化せず、センテンスを日本語の辞書的な意味や文法に基づいて分析を進めた。また、「不十分な食事内容」のみの記述の場合も、それを 1 つのセンテンスとみなした。

3. 〈概念〉の生成

内容分析のコーディングは、木下らの M-GTA 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¹⁾。分析には、木下の M-GTA（木下 2006 : 188）を参考に、表 6-1 のとおり分析シートを作成した（表 6-1）。

表 6-1 分析シートの例

| | | | |
|-------|---|---------------|-------------|
| 概念名 | 栄養が不十分・偏っている | 分類： 記録単位数： | 〈概念〉 161 |
| 定義 | 定義：食事の量・内容・バランス・摂取回数が不十分な状態 | | |
| 理論的メモ | <p>食事の量・内容が不十分であると考えられる事例の記述を統合した概念である。Orem のセルフケア理論では普遍的セルフケアに該当する(南ら 1987:19)。ICF でもセルフケア項目の中の「d570 健康に注意すること」で説明できる(WHO=2002:148-149)。この概念は、食事の量、食事内容の問題から生じる低栄養状態、栄養の偏り、食事回数が不十分な状態という幅広い概念である。過食も高カロリーという栄養バランスや偏りの問題であるため、この概念に統合する。“食事の内容が不十分”というような低栄養なのか、栄養の偏りなのか不明な記述もあるため、概念の命名及び抽象度の際はこの記述を統合できるように検討した。また、記述によっては〈不十分な栄養・偏った栄養である〉という要素と〈食事ができていない〉という両方の意味が含まれる場合もある。このような場合は、両方の概念に該当することとした。また、〈医療上不適切な食事〉は糖尿病等の食事コントロールが必要な者が、〈不十分な栄養・偏った栄養〉の状態になるからこそ生じる問題であるため、この概念にも該当することとした。〈不適切な飲酒〉も高カロリーであることからこの概念にも該当するが、《医療・健康維持に関する行動の不足》の要素が強いため、食事を摂らずに低栄養になるなどの記載があった場合のみこの概念に該当することとした。</p> | | |
| 事例番号 | 記述内容 | | |
| 1 | 元内縁の妻が時々弁当などを購入し、わたしているだけの状態。 | | |
| 3 | 近くのコンビニで弁当や出来合いのものを買う | | |
| 6 | 食事はしない | | |
| (中略) | (中略) | | |
| 281 | 生活保護受給だが、ペットのエサに通販で金銭を使ってしまい、食費にあてるお金が残らず、栄養状態が良くない | | |
| 282 | 栄養に片寄りがあり、内容が不十分である | | |
| 283 | 週に1回程、訪ねてくる男性がパンやカップメンの差し入れをくれる。 | | |
| 284 | アルコールを飲んで食事を摂取しない。 | | |
| 285 | 食事をとらない。栄養失調 | | |
| 286 | ごはんを炊くことができない/おかずも作れない | | |
| 287 | 高カロリー・味付のこいものばかりを食べている/甘い物もよく食べる | | |
| 288 | 食事バランス、カロリー制限あるも、無視し、コンビニ弁当等で済ませている。 | | |
| 291 | 自宅に食べる物がなく、冷蔵庫の中は腐ったものや期限切れの食品が入っており、捨てようとするが拒否される/冷凍のご飯をかじっていることもある | | |

4. センテンスの〈概念〉への分類法則

内容分析はM-GTA とは異なり統計解析を加えるための記録単位数（センテンス数）を求める必要がある。基本的には1つのセンテンスが1つの〈概念〉に分類されることが理想である。しかし、分析を進める中で1つのセンテンスに2つ以上の〈概念〉に当てはまる意味を含む場合も散見された。その場合は日本語の意味と論理を手掛かりに、2つ以上の〈概念〉に該当することが妥当である場合は、それぞれの〈概念〉に該当することにした。そのため、1つの回答者による

センテンスを、複数の〈概念〉の記録単位に重複して計上した。具体的な分類法則は以下のとおりである

(1) 〈概念〉の記録単位数が重複しない場合

①1つのセンテンスに1つの〈概念〉の意味しかない場合

この場合は、該当する〈概念〉の記録単位数にのみ計上する。

②1つの事例の記述内容に同じ〈概念〉に該当するセンテンスが2つ以上あった場合。

表 6-2 のように、1つの事例の記述内容に同じ〈概念〉に該当するセンテンスが2つ以上あった場合は、重複したセンテンスがあっても記録単位は1として1つの〈概念〉に含めた。

③1つのセンテンスに複数の〈概念〉に該当する意味がある場合

“更衣、洗濯をせず極端に不衛生な衣服を着用している”のように1つのセンテンスのなかに複数の〈概念〉に該当する具体的な記述がある場合は、明らかな記述があるため、当該センテンスは〈更衣ができていない〉、〈洗濯ができていない〉、〈不衛生な衣服を着用している〉の3つの〈概念〉に該当し、それぞれの〈概念〉の記録単位数に計上する。

(2) 1つのセンテンスが複数の〈概念〉の記録単位に重複して計上される場合

①1つのセンテンスの意味が複数の〈概念〉に該当する場合

1つのセンテンスに複数の〈概念〉に該当する具体的な記述はないが、そのセンテンスが日本語の意味及び論理として確実に2つ以上の意味がある場合はそれぞれの〈概念〉の記録単位数に計上する。例えば、“失禁した衣類を着続けている”という記述なら、記述内容から〈失禁・排せつ後の身体のケアがなされていない〉に該当するのが明確である。一方で、失禁した衣類を着用しているということは〈失禁・排せつ後の身体のケアがなされていない〉のみならず、〈不衛生な衣服を着用している〉という意味もある。また、“着続けている”という記述には〈更衣ができていない〉という意味も含まれてい

る。このような場合は、3つの〈概念〉それぞれの記録単位数に計上する。

②一見すると同じセンテンスの中に2つの意味がありそうな場合であるが、論理的に2つの意味になるとは限らない場合

この場合は該当すると考えられる〈概念〉のみに計上することとする。例えば、“出来合いのものばかり”という記述の場合は、一見すると栄養が偏っていると考えやすく〈不十分な栄養・偏った栄養〉に該当するとも考えられる。しかし、“出来合いの物ばかり購入している”場合でもバランスの取れた食事を摂取できている場合もあるであろう。一方で、本事例は回答者が主観的に援助に困難を感じたセルフ・ネグレクト事例であり、そのセンテンスは何かしらの問題があると思って記述していると考えられる。そのため、このような記述の場合は〈不十分な栄養・偏った栄養〉にのみ計上する。

③他のセンテンスと組み合わせると他の〈概念〉の条件を満たす場合

例えば、事例の記述が“出来合いの物を食べている”だけであれば〈食事の内容が不十分・偏っている〉の概念にしか分類できない。一方で、事例の記述全体を見ると“糖尿病”という単語がある。このような場合は、糖尿病であるにもかかわらず偏った食事をしていることになり、〈医療的に不適切な食事をしている〉の意味も含まれる。この場合は、それぞれの〈概念〉の記録単位数に計上する。

(3)《カテゴリー》には抱合されるが生成した〈概念〉には分類できない記述の場合

この場合は〈その他〉を作成した。例えば、質問項目③個人の衛生に関することの回答が“不衛生”というような抽象的な記述内容であった場合は、その人が不衛生であることは間違いのないため、意味的には《身体の整容の不足》に抱合される。一方で、〈概念〉は将来の測定尺度の作成を見据えて、具体的かつ詳細に生成したため当該センテンスに該当する〈概念〉がない。しかし、後述する非階層クラスター分析は《カテゴリー》を使用するため、これらのセンテンスが《カテゴリー》に計上できない。そのため、“不衛生”だ

けのセンテンスはどの〈概念〉にも該当しない。このような場合は、〈その他〉を作り、記録単位数を計上することとした。

5. 《カテゴリー》の生成

第3項で述べた方法で抽出された最小単位の〈生成〉をさらに検討し、これらの〈概念〉を先行研究による理論的な検証もした上でさらに同じ意味を持つ〈概念〉ごとに抱合し、《カテゴリー》を生成した。

6. 【中核カテゴリー】・『理論的中核カテゴリー』の生成

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。さらに、【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。この過程では、理論的に解釈が可能となるまで生成作業を繰り返した。その中で、矛盾があれば〈概念〉、《カテゴリー》、【中核カテゴリー】、『理論的中核カテゴリー』の内容、定義及び命名も検討を繰り返した。

第3項 内容分析に使用した理論

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、第2章で論じた野村・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. 2006a）、ADL・IADL及びICFの各モデルに基づき、理論的検証を進めながら記述データを抽象化した。

第4項 客観性の検証

内容分析の客観性を検証するため、各〈概念〉の生成は指導教授と検討を重ねて見解を一致させた。また、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。『理論的中核カテゴリー』、【中核カテゴリー】、《カテゴリー》、〈概念〉、の命名、分類に関しては、指導教授との検討を重ねた上で大学院博士後期課程のゼミの中でも検討し、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。そのため、《カテゴリー》を生成できても非階層クラスター分析の結果で説明できない場合はその内容分析に客観性がなないと判断し、前述した分析手順を繰り返した。

第2節 内容分析の結果

第1項 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその構造

表 6-2 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(表 6-2)。

表 6-2 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) |
| | | | 〈服薬・インシュリンの管理ができていない〉(57) |
| | 【医療・健康に関する行動の不足】 | 《医療・健康に関する行動の不足》 | 〈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) |
| | | | 〈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) |
| 【個人衛生の悪化】 | 《身体の整容の不足》 | 〈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) | |
| | | 〈更衣がなされていない〉(112) | |
| | | 〈洗濯がなされていない〉(33) | |
| | 《衣服の整容の不足》 | 〈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) | |

表 6-2 内容分析で生成された下位概念とその構造 (続き)

| 『理論的中核カテゴリー』 | 【中核カテゴリー】 | 《カテゴリー》 | 〈概念〉 |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | 【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) | | | |
| 《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) | | |
| 《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

セルフ・ネグレクトは『理論的中核カテゴリー』を頂点に、【中核カテゴリー】、《カテゴリー》、〈概念〉の4つの階層から構成されている。

セルフ・ネグレクトを構成する最上位の概念は『セルフケアの不足』である。『セルフケアの不足』は【中核カテゴリー】として【健康維持に関する行動の不足】、【個人衛生の悪化】で構成されている。また、『セルフケアの不足』に抱合されないが、セルフ・ネグレクトを構成する重要な【中核カテゴリー】として、【住環境の悪化】が生成された。さらに、【中核カテゴリー】の下位概念ではないが、

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念として生成されたのが《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》、《社会的孤立》である。

以下、各下位概念について生成順に詳述する。

第2項 セルフ・ネグレクトの各下位概念

1. 《カテゴリー》及び〈概念〉

内容分析の結果、各〈概念〉から《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。本研究においては、《カテゴリー》の変数を非階層クラスター分析で分類することで客観性を検証する。また、最終的なセルフ・ネグレクトの概念モデルの構築も《カテゴリー》以上の概念を用いて検討する。そのため、《カテゴリー》が本研究において最も重要な分析単位である。以下、各《カテゴリー》と、その《カテゴリー》を構成する〈概念〉を詳述する。

(1) 《不十分な食事と水分》

表 6-3 《不十分な食事と水分》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|-------------|---------------------------------------|--|---|
| 《不十分な食事と水分》 | 「人間の生命を維持するのに不可欠な食事と水分が十分に供給できていない状態」 | 〈買い物できていない〉 (16) | 自分では買い物、準備ができない/自分では、買物、出前、外食などせず、食事はしない |
| | | 〈調理できていない〉 (49) | 調理はしない/全てコンビニかスーパーで調理済惣菜や弁当を買って食べている |
| | | 〈栄養が不十分・偏っている〉 (161) | 米飯だけを食べている/1日1回摂取食事量が少ない/栄養バランス悪い/異常な食欲がみられる” |
| | | 〈腐った物・不衛生な物・奇異な物を食べている〉 (22) | 腐ったものでも食べている様子/十分に調理されていない生を食べようとする |
| | | 〈水分が不足している〉 (5) | 脱水症状を起こして救急搬送をされた/飲水不十分 |

() 内の数字は記録単位数

表 6-3 では、《不十分な食事と水分》の定義、構成する〈概念〉及びセンテンス（抜粋）について示した（表 6-3）。

《不十分な食事と水分》の定義は「人間の生命を維持するのに不可欠な食事と水分が十分に供給できていない状態」である。〈買い物ができていない〉、〈調理ができていない〉、〈栄養が不十分・偏っている〉、〈腐った物・不衛生な物・奇異な物を食べている〉、〈水分が不足している〉の 5 つの〈概念〉で構成されている。

人間の生命維持の根幹は、十分な水分と栄養の摂取が不可欠である。〈水分が不足している〉は独立した〈概念〉である。しかし、〈栄養が不十分・偏っている〉は複雑な構造を持っている。十分な栄養を確保するには、量とバランスが適切な食事を適切な回数摂取することが必要である。そのため、〈栄養が不十分・偏っている〉という〈概念〉の中には、栄養の偏りや低栄養状態であると分析できるセンテンスが全て含まれる。

また、〈栄養が不十分・偏っている〉状態になる要因である〈買い物ができていない〉、〈調理ができていない〉という行動レベルの〈概念〉に関しても、これらの行動が不足した帰結として食事が不十分になるという意味もあるため、それぞれの概念に該当するセンテンスは〈栄養が不十分・偏っている〉にも含まれる。

〈腐った物・不衛生な物・奇異な物を食べている〉に関しては、奇異な行動の意味が強いため、1 つの〈概念〉として独立している。しかし、このような状態は不適切な物を食べているという点から考えると《不十分な食事と水分》のカテゴリーに含まれると考える方が適切である。

（2）《医療・健康行動の不足》

表 6-4 では、《医療・健康に関する行動の不足》とそれを構成する〈概念〉について示した（表 6-4）。《医療・健康に関する行動の不足》は、医療上必要とされる服薬、療養上の指示、食事の管理等のコンプライアンスが守られていない状態、過度の飲酒など健康に有害な物質を過剰に摂取している状態であり、その定義は「人間の生命を維持するのに不可欠な医療及び健康行動が不足している状態」である。〈服薬・インシュリンの管理ができていない〉、〈医療機器の管理ができていない〉、〈医療上の指示や助言を守れていない〉、〈医療上必要な食事管理がなされていない〉及び〈不適切な飲酒をしている〉の 5 つの〈概念〉で構成されている。

〈必要な医療を受けていない〉という〈概念〉もこの《医療・健康行動の不足》に含める場合もあると考えられる。一方で、医療をサービスという観点から捉えようと、疾病という人間の生命維持の危機に瀕している状態に対する支援・サービスである医療を受けていない状態は《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》に含むこととした。この点は今後詳細な議論が必要である。

表 6-4 《医療・健康に関する行動の不足》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|------------------|---------------------------------------|---------------------------|--|
| 《医療・健康に関する行動の不足》 | 人間の生命を維持するのに不可欠な医療及び健康に関する行動が不足している状態 | 〈服薬・インシュリンの管理ができていない〉(57) | 病院にて分包された薬を正しく服用することができない/インスリン注射を自己判断でうつ |
| | | 〈医療機器の管理ができていない〉(1) | ストマ(人口肛門)パックから便が漏れても放置 |
| | | 〈医療上の指示や助言を守れていない〉(12) | 禁煙、禁酒を主治医よりすすめられているが、受け入れない/医師の説明・指示は「はい」と応えても、実際に従うことはありません |
| | | 〈医療上必要な食事管理がなされていない〉(23) | 偏食、低栄養、過度の飲酒、高血糖と低血糖のくり返し/食事を十分に摂らず、低血糖で入退院を繰り返す/肝臓疾患があり、飲酒は控えるように話すが多量の飲酒する |
| | | 〈不適切な飲酒をしている〉(21) | アルコールを飲んで食事を摂取しない/肝機能低下があるのに、相当量の飲酒をする |

() 内の数字は記録単位数

(3) 《身体の整容の不足》

表 6-5 では、《身体の整容の不足》を構成する〈概念〉及びセンテンス(抜粋)について示した(表 6-5)。その定義は、「身体の整容が不足している状態」である。《身体の整容の不足》は、〈髭・髪・爪の整容がなされていない〉、〈洗顔・歯磨きがなされていない〉、〈皮膚のケアがなされていない〉、〈入浴がなされていない〉、〈身体から悪臭がする〉、〈失禁・排せつ後のケアがなされていない〉の6つの〈概念〉で構成されている。身体の整容は、髭・髪・爪の整容、洗顔・歯磨き、入浴、排せつ後のケアの一連の動作で保たれる。

また〈概念〉には分類できないが、《身体の整容の不足》に該当すると考えられ

るセンテンスは〈その他〉に分類した。

表 6-5 《身体の整容の不足》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|------------|-------------------|----------------------------|---|
| 《身体の整容の不足》 | 身体の整容が不足している状態 | 〈髭・髪・爪の整容がなされていない〉(38) | 髪、髭、爪が伸び放題/ひげそりもせず髪ものび放題 |
| | | 〈洗顔・歯磨きがなされていない〉(10) | 洗顔・歯磨きなどしていない/洗顔することもない為、目やにもついている |
| | | 〈皮膚のケアができていない〉(3) | 体中にアカがたまり、皮膚炎に/水虫や白癬の影響で足はむくみ、入浴は半年に1回程度 |
| | | 〈入浴がなされていない〉(143) | 入浴せず、排泄物にまみれてもそのまま、ホームレスの方がよほどきれい/2年以上入浴していない |
| | | 〈身体から悪臭がする〉(18) | 通常では耐えられない臭い |
| | | 〈失禁・排泄後の身体のケアがなされていない〉(46) | 尿失禁、便失禁あるも、更衣できずそのまま放置/常に尿臭あり、オムツの交換もされていない |
| その他 (3) | 不衛生/介護サービスで最低限を維持 | | |

()内の数字は記録単位数

(4) 《衣服の整容の不足》

表 6-6 《身体の整容の不足》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|-------------------|---|------------------------|--|
| 《衣服の整容の不足》 | 衣服の整容が不足している状態 | 〈更衣がなされていない〉(112) | 何年も更衣せず、衣類がカピカピしている |
| | | 〈洗濯がなされていない〉(33) | 洗濯していないため衣類が汚れている/洗濯が出来てない |
| | | 〈不衛生な衣服を着用している〉(80) | 衣類が極端に汚れている/同じものを着ていて、よごれている |
| | | 〈破れた衣服を着用している〉(15) | 穴のあいた同じ服をいつも着ている/やぶれた服を着ており、洗濯もあまりされていない |
| | | 〈季節に合わない衣服を着用している〉(24) | 寒いのにうす着(重ね着が考えられずふるえている)/夏でも冬の格好している。” |
| 〈奇異な服装や外見である〉(14) | 下半身は何もつけていない/何日も同じ服を着用し、下半身はオムツのみ着用していた | | |

()内の数字は記録単位数

表 6-6 では《衣服の整容の不足》を構成する〈概念〉及びセンテンス(抜粋)につ

いて示した（表 6-6）。その定義は、「衣服の整容が不足している状態」である。《衣服の整容の不足》は、〈更衣がなされていない〉、〈洗濯がなされていない〉という行動レベルの〈概念〉、〈不衛生な衣服を着用している〉、〈破れた衣服を着用している〉、〈季節に合わない衣服を着用している〉、〈奇妙な服装や外見である〉という状態像の〈概念〉計 6 つで構成されている。

ここでいう整容とは、清潔・不潔という外見上の問題だけではない。衣服の整容とは、十分に手入れが行き届いた清潔で季節に合った衣服を着用することである。衣服は外見だけでなく、身体を寒暖から守る役割もある。そのような状態を保つには定期的に更衣し、更衣後は洗濯及び補修を十分に行った上で適切に保管する必要がある。一方で、衣服の保管が不適切であるという意味を持つセンテンスに関しては、片づけられないという意味が強いため、《不衛生な住環境》に含めることとした。

（5）《不衛生な住環境》

表 6-7 では、《不衛生な住環境》の〈概念〉構成について示した（表 6-7）。その定義は「住環境が不衛生な状態になっていること」である。《不衛生な住環境》は、〈片付けがなされていない〉、〈清掃がなされていない〉、〈換気がなされていない〉という行動レベルの〈概念〉と〈屋内が湿っている〉、〈日当たりが悪い〉、〈寝具・畳が不衛生である〉、〈ゴミや物が貯めこまれている〉、〈ゴミが放置されており不衛生である〉、〈食べ物が放置されている〉、〈室内・屋外が失禁・尿・便で汚れている〉、〈衣類が放置されている〉、〈ゴキブリ・害虫・ネズミが発生している〉、〈ペットが放置されている〉、〈部屋の中で悪臭がする〉、〈トイレ、台所、風呂場または洗面所が不衛生である〉という状態像を表す〈概念〉で構成されている。《不衛生な住環境》は 15 の〈概念〉で構成されており、最も大きな《カテゴリー》である。ここでいう不衛生も不潔なだけではない、〈日当たりが悪い〉など健康に大きな影響を与える〈概念〉も含まれる。

特徴的なのは〈ゴミや物が貯めこまれている〉、〈ゴミが放置されており不衛生である〉の 2 つの〈概念〉である。前者は、貯めこんでいる状態を後者は不衛生な状態を表すからである。“ゴミ屋敷”という単語を含むセンテンスの場合は、〈ゴミや物が貯めこまれている〉結果として〈ゴミが放置されており不衛生である〉

と考えられるため、両方の〈概念〉に含まれることとなる。さらに、これらの状態像は〈片付けがなされていない〉、〈掃除がなされていない〉という原因の帰結として生じると考えるのが適切である。

また、〈概念〉には該当しないが《不衛生な住環境》に該当すると考えられるセンテンスは〈その他〉に含むこととした。

表 6-7 《不衛生な住環境》の概念構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | ()内の数字は記録単位数 センテンス(抜粋) |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
| 《不衛生な住環境》 | 住環境が不衛生な状態になっていること | 〈片付けがなされていない〉(104) | 片付けができず、ゴミや衣類などが居間に散乱/ゴミ屋敷/室内外ともに片つけられていない |
| | | 〈清掃がなされていない〉(126) | 掃除は全くせず、犬の尿臭がする/清掃が出来ていなく、ほこり、食べカスで部屋中が汚れている |
| | | 〈換気がなされていない〉(7) | 雨戸はもう何年も開けたことがなく/換気やそうじができていない |
| | | 〈屋内が湿っている〉(7) | 湿っぽい/雨水により湿っている |
| | | 〈日当たりが悪い〉(7) | 雨戸を開けない/雨戸を開けないので日当たりが悪い/窓も閉めきっており、掃除もしないため不衛生 |
| | | 〈寝具・畳が不衛生である〉(23) | 尿・便で汚れた布団で一日中過ごす/寝具汚れたままで清潔にしない/畳上で失禁し、腐っていた |
| | | 〈ゴミや物が貯めこまれている〉(61) | 天井まで物が積まれている/ unnecessaryな物が室内にうず高くつまれ、足の踏み場なし/ゴミだらけ、人が一人通れないほどの通路 |
| | | 〈ゴミが放置されており不衛生である〉(93) | 使用したティッシュペーパーが散乱している/生ゴミが家中散乱している |
| | | 〈食べ物が放置されている〉(45) | 腐った物や、カビがはえた食べ物が自宅に常時ある/弁当の残りが散乱して/ |
| | | 〈室内・屋外が失禁・尿・便で汚れている〉(38) | 失禁した下着を大量に室内に放置/屋内には尿、便が放置されていた |
| | | 〈衣類が放置されている〉(22) | 汚れた衣類を山積みをしている/服や下着を脱いだらそのまま放置し、部屋中にゴミを溜め込んでいた。 |
| | | 〈ゴキブリ・害虫・ネズミが発生している〉(37) | 屋内外にゴミがあふれ、ゴキブリ、ネズミ等害虫が発生/夏場は小バエで台所がまっくらになる |
| | | 〈ペットが放置されている〉(14) | 犬が室内で飼われ排泄物もあり/猫が数匹住みついており、あちこちに排泄しており、においがきつい |
| | | 〈部屋の中で悪臭がする〉(17) | 悪臭/へやに悪臭がする |
| 〈トイレ、台所、風呂場または洗面所が不衛生である〉(11) | 台所には腐敗した食物に小バエが飛んでいる/トイレが排泄物で汚れたまま | | |
| その他(6) | 不衛生/全体的に不衛生 | | |

(6) 《住環境の不備》

表 6-8 では、《住環境の不備》を構成する〈概念〉について示した(表 6-8)。《住環境の不備》は、〈庭の手入れがなされていない〉、〈家屋や生活器具が破損している〉、〈風呂・トイレ・洗面所・台所が使用できない〉、〈生活に必要な設備や生活器具がない〉、〈室内の温度が適切に管理されていない〉、〈住環境が危険な状態になっている〉、〈ライフラインが止まっている〉の7つの〈概念〉で構成されている。

《住環境の不備》の定義は、「生活及び心身の安全に必要なあらゆる住環境の機能が低下している状態」である。家屋、風呂・トイレ・洗面所・台所、暖房器具など生活に必要なあらゆる器具・機能が破損または使用できない状態であり、生命の危機に直結するレベルの〈概念〉も含まれる。

表 6-8 《住環境の不備》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|----------|----------------------------------|---------------------------|---|
| 《住環境の不備》 | 生活及び心身の安全に必要なあらゆる住環境の機能が低下している状態 | 〈庭の手入れがなされていない〉(7) | 草木が生え放題/草ぼうぼうである/庭にごみが散乱している |
| | | 〈家屋や生活器具が破損している〉(26) | 窓が破れている/ガラスが破損している/トイレが破損している/暖房・テレビが壊れたまま |
| | | 〈風呂・トイレ・洗面所・台所が使用できない〉(8) | トイレが流れないため、公園で排泄している/風呂場が使用できない |
| | | 〈生活に必要な設備や生活器具がない〉(16) | 暖房器具がない/トイレがない/台所がない |
| | | 〈室内の温度が適切に管理されていない〉(22) | 暖房が不十分/夏はクーラーなく脱水になりかけている |
| | | 〈住環境が危険な状態になっている〉(14) | 自分で改修して段差だらけになっている/浴室のエントツが壊れ、火災の危険があり/倒壊の危険がある |
| | | 〈ライフラインが止まっている〉(12) | 水道が止まっている/ガス・水道・電気が使用できない |

()内の数字は記録単位数

(7) 《不適切な財産管理及び社会的手続き》の〈概念〉構成

表 6-9 では、《不適切な財産管理及び社会的手続き》の〈概念〉構成について示した(表 6-9)。

表 6-9 《不適切な財産管理及び社会的手続き》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| 《不適切な財産管理及び社会的手続き》 | 生活に必要な金銭管理・大きな財産管理・社会的手続きができていない状態 | 〈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) | 年金の管理ができない/通帳や印鑑を片付け忘れてしまう |
| | | 〈借金・浪費が見られる〉(21) | 生活費が足りないわけではないが、消費者金融で借り入れをする/通販などで、不要なものを多量に購入し、年金使い込んでしまう |
| | | 〈公共料金・税金を滞納している〉(20) | 保険料支払いが滞っている/納税できていない |
| | | 〈社会的手続きができていない〉(10) | 保険料未納等、生活上必要な手続きができていない/年金現況届、提出もしていなかったため、入金ストップしており、預金が尽きていた |

()内の数字は記録単位数

《不適切な財産管理及び社会的手続き》は、〈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〉、〈借金・浪費が見られる〉、〈社会的手続きができていない〉の4つの〈概念〉から構成されている。

《不適切な財産管理及び社会的手続き》の定義は「生活に必要な金銭管理・大きな財産管理・社会的手続きができていない状態」である。社会的手続きの観点も含め、《不適切な財産管理及び社会的手続き》と命名した。

(8) 《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》

表 6-10 では、《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》の〈概念〉構成について示した(表 6-10)。《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》は、〈必要な医療を受けていない〉、〈必要な保健福祉サービスを受けていない〉の2つの〈概念〉から構成されている。

《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》の定義は、「必要な医療・保健・福祉サービスが不足している状態」である。これらのほとんどは本人によるサービスの拒否という行動レベルの問題である。しかし、記述からは経済的な問題でサービスを受けられない場合も見られた。このため、拒否という行動だけでなく、

様々な要因によって必要な医療・保健・福祉サービスが不足している状態像として捉える方が適切であったため、「必要な医療・保健・福祉サービスの不足」と命名した。

表 6-10 《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|----------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| 《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》 | 必要な医療・保健・福祉サービスが不足している状態 | 〈必要な医療を受けていない〉(154) | 受診を進めるも拒否/救急車の利用を拒否/定期受診は守られていますが、認知症を受け入れられず、治療(専門家紹介)を拒否 |
| | | 〈必要な保健・福祉サービスを受けていない〉(163) | 介護保険サービスを勧めるも拒否/配食サービス以外は拒否 |

()内の数字は記録単位数

〈必要な医療を受けていない〉という状態は、「健康に関する行動の不足」の意味も強い。しかし、医療をサービスとして捉えるという観点からすると、保健・福祉サービスと同等である。本分析では〈必要な医療を受けていない〉は《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》に含めることとした。この点は、今後も議論が必要である。

(9) 《社会的孤立》の概念構成

表 6-11 《社会的孤立》の〈概念〉構成

| 《カテゴリー》 | 定義 | 〈概念〉 | センテンス(抜粋) |
|---------|--------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 《社会的孤立》 | 社会から孤立している状態 | 〈社会との関わりが少ない〉(176) | 近隣から孤立している/特定の親戚のみ/支援者のみ |
| | | 〈閉じこもり状態である〉(30) | 閉じこもっている/ほとんど外出しない |
| | | 〈他者との関わりを拒否する〉(19) | 本人は拒絶/被害妄想があり、近隣の人を敵と思っている |
| | | 〈近隣住民との関係が悪化している〉(26) | 異臭により隣家より大家に苦情が入っている/近所から迷惑がられている |

()内の数字は記録単位数

表 6-11 では、「社会的孤立」の〈概念〉構成について示した(表 6-11)。内容

分析の結果からは、《社会的孤立》を構成する〈概念〉は、〈社会との関わりが少ない〉、〈閉じこもり状態である〉、〈他者との関わりを拒否する〉、〈近隣住民との関係が悪化している〉の4つである。内容分析の結果から、《社会的孤立》は「社会から孤立している状態」と定義した。しかし、社会的孤立は独立した概念として既に多くの研究がなされ、様々な定義が示されている。

2. 【中核カテゴリー】

【中核カテゴリー】は、【健康行動の不足】、【個人衛生の悪化】及び【住環境の悪化】の3つが生成された。【中核カテゴリー】は、《カテゴリー》の上位にある概念である。さらに、【健康行動の不足】及び【個人衛生の悪化】は『セルフケアの不足』に抱合される。しかし、【住環境の悪化】は『セルフケアの不足』に含まれず、独立した【中核カテゴリー】である。

表 6-3 では、各【中核カテゴリー】の定義について示した。以下、この定義を理論的な検討に基づいて説明する。

表 6-12 【中核カテゴリー】の定義

| 【中核カテゴリー】 | 定義 |
|-----------|---------------------------------|
| 【健康行動の不足】 | 水分や食事の確保、医療・健康維持に関する行動が不足している状態 |
| 【個人衛生の悪化】 | 身体及び衣服の整容が悪化している状態 |
| 【住環境の悪化】 | 住環境が悪化している状態 |

(1) 【健康行動の不足】

【健康行動の不足】は、《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2つの《カテゴリー》で構成されている。その定義は「水分や食事の確保、医療・健康維持に関する行動が不足している状態」である。

健康維持に関する行動の不足であるため、《医療・健康維持に関する行動が不足している》は、【健康行動の不足】に抱合される。また、《不十分な食事と水分》も、健康及び生命維持に大きな影響を与える《カテゴリー》であるため、【健康行動の不足】に抱合される。

(2) 【個人衛生の悪化】

【個人衛生の悪化】は、《身体の整容の不足》及び《衣服の整容の不足》から構成される。その定義は「身体及び衣服の整容が悪化している状態」である。外見上の問題であるため、セルフ・ネグレクトの測定項目になりやすい。身体と身体を包む衣服の衛生であるため、《身体整容の不足》及び《衣服の整容の不足》は密接な関係があり、【個人衛生の悪化】に抱合される。

(3) 【住環境の悪化】

【住環境の悪化】は、《不衛生な住環境》及び《住環境の不備》で構成される。その定義は「住環境が悪化している状態」である。この住環境とは、家屋や居住空間以外に生活に必要な器具も含まれる。環境の問題であるため、『セルフケアの不足』には含まれない独立した【中核カテゴリー】である。

3. 『理論的中核カテゴリー』

セルフ・ネグレクトを構成する最も上位の概念として生成されたのが『セルフケアの不足』である。『セルフケアの不足』の定義は、「生命・生活の維持に必要な水分や食事の確保、個人衛生の保持及び健康維持に関する行動が不足している状態」である。『セルフケアの不足』はセルフケアという行動が不足している状態像であり、【健康維持に関する行動の不足】及び【個人衛生の悪化】を抱合した大きな概念である。

『セルフケアの不足』は理論的には個人の内的な行動である。そのため、環境的な側面である【住環境の悪化】を構成する各《カテゴリー》、《医療・保健・福祉サービスの不足》、《不適切な財産管理及び社会的手続き》、《社会的孤立》は理論上『セルフケアの不足』には含まれない。

『セルフケアの不足』は、Orem のセルフケア理論 (Orem 2001; Orem=2016)、ICF、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)、を基に、【健康維持に関する行動の不足】及び【個人衛生の悪化】の上位概念として生成された。理論を中心に生成されたため、『理論的中核カテゴリー』と命名した。

第3節 内容分析の結果に関する考察

第1項 〈概念〉間の相互の関係と《カテゴリー》内の構造に関する考察

内容分析において、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〉は、1つの《カテゴリー》の中に行動レベルの〈概念〉と状態レベルの〈概念〉が含まれている。

内容分析の結果明らかになった行動レベルの〈概念〉は主要なものでは〈買い物できていない〉、〈調理できていない〉、〈更衣がなされていない〉、〈洗濯できていない〉、〈失禁の世話ができていない〉、〈掃除できていない〉、〈片付けできていない〉、〈日常的な金銭管理できていない〉などが挙げられる。

これら行動レベルの〈概念〉と状態レベルの〈概念〉は相互に関連していると考えられる。つまり、〈買い物できていない〉、〈食事の準備できていない〉からこそ、不十分な〈栄養が不十分・偏っている〉状態になると考えられる。また、〈更衣がなされていない〉からこそ〈不衛生な衣服を着用している〉状態になると考えられる。このように、行動レベルの〈概念〉と状態レベルの〈概念〉の間には、原因と帰結という因果関係があるのではないかと考えられる。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。

この観点からすると、各《カテゴリー》は、様々な要因となる行動レベルの〈概念〉があり、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。

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.2001；野村・岸ら 2014）。前述した NCEA の定義では、セルフ・ネグレクトを行為としている（NCEA 1998）。野村・岸らの定義ではセルフ・ネグレクトを「健康、生命及び社会生活の維持に必要な、個人衛生、住環境の衛生若しくは整備または健康行動を放任・放棄している」という行動レベルの問題としている。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行動レベルの帰結としての状態像である。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考えられる。むしろ、行動よりその行動の結果として、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・ネグレクトの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。その観点からすると、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。

第2項 《カテゴリー》に関する考察

内容分析の結果生成されたセルフ・ネグレクトの《カテゴリー》は、NCEAの定義（NCEA 1998）、Lauderらの理論（Lauder et al. 2009）、野村・岸らの理論（野村・岸ら 2014）と比べて、表現の違いはあってもその下位概念に大きな相違はない。これらの《カテゴリー》と【中核カテゴリー】の関係については第9章結論で述べたい。

検討が必要なのは、《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》の扱いである。

《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）の最も根幹である十分な食事と水分の確保がなされていないという状態である。つまり、人間の生命の維持に直結する問題である。しかし、この《カテゴリー》を構成する〈概念〉や記録単位としたセンテンスは非常に抽象的である。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. 2006a）。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。

理論上最も問題となるのは〈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》に抱合した。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 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。

一方で、小長谷らは因子分析の結果、「奇異に見える生活のありさま」という名称を抽出された因子に命名している (小長谷ら 2013)。前述したように小長谷らの因子分析は支援の必要性に関する調査結果の分析であり、事例の分析結果ではない。しかし、「奇異に見える生活のありさま」は本調査結果で明らかになった各〈概念〉の中に混在して見られる。むしろ、奇異に見えるほど各下位概念が悪化している状態がセルフ・ネグレクトの特徴であるとも考えられる。その点からすると、その状態像が奇異に見えるということがセルフ・ネグレクトの重症度を判断する 1 つの指標であるとも考えられる。

第 3 項 セルフ・ネグレクトの『理論的中核カテゴリー』に関する考察

内容分析で明らかになったセルフ・ネグレクトを構成する下位概念の構造は、表 6-2 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 層の構造をしている。内容分析の過程においては、最小単位である〈概念〉の抽象度をできる限り統一した。そして、〈概念〉を基準点として、既存の理論との対比も含めて《カテゴリー》、【中核カテゴリー】、『理論的中核カテゴリー』の順に抽象化していった。

このようにセルフ・ネグレクトの測定項目となる〈概念〉を基準にセルフ・ネグレクトを構成する下位概念を検討すると、【健康行動の不足】及び【個人衛生の悪化】は『セルフケアの不足』というさらに上位の概念に抱合される。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できる。そのため、これらの【中核カテゴリー】を『セルフケアの不足』に抱合させることに矛盾はない。

野村・岸らはセルフ・ネグレクトを中核概念と付随概念に分類し、中核概念に

はセルフケアの不足と住環境の悪化を並列に位置づけていた(野村・岸ら 2014)。しかし『セルフケアの不足』は内容分析の結果最も上位の階層にあり、その構成は他の【中核カテゴリー】や《カテゴリー》に比べると大きくかつ複雑である。その点から、『セルフケアの不足』と【住環境の悪化】を並列に扱うことには議論を要する。この点に関しては、第9章の最終的なセルフ・ネグレクトの概念モデルを考察する際に論じたい。

第4項 内容分析の課題

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念は、内容分析の結果では表6-2で示したような階層的な構造が示されるが、実際の理論上は第2章で述べたように時間軸を持った構造であると考えられる。また、内容分析だけでは、下位概念の上下、相互の関係について説明できないことが大きな課題である。この点に関しては、第9章のセルフ・ネグレクトの概念モデルの構築の際に詳しく考察したい。

調査の手法上の限界としては、表6-2で示したセルフ・ネグレクトを構成する下位概念は、あくまでも今後の測定指標の作成に使用するという目的と、生成された《カテゴリー》を非階層クラスター分析で分類するという目的のために抽象度を揃えた面があることが課題である。また、分析の対象となったセンテンスは質問紙調査の記述データであり、記録単位としたセンテンスは同一の基準で記されていない。このような調査のデザインの問題のため、〈概念〉の記録単位数の計上について大きな課題がある。特に、同じ回答者のセンテンスが複数の〈概念〉に計上されるという問題は、本研究の大きな課題である。コーディングについても木下のM-GTAほど厳密ではなく、調査手法に関しても再検討を要する。さらに、本調査のデータに関してはルーテル学院大学の研究倫理委員会にデータの閲覧は指導教授と論者のみとの条件で申請し、承認されたものである。そのため、厳密な内容分析に必要なコーディングの信頼性の判断をコーダーに委託できず、信頼性係数を求められていない²⁾。これらの研究手法上の課題があるため、今後はこの内容分析の結果について、新たな実証研究において数理統計学的手法で緻密な検証を進めていくことが必要である。

【注】

- 1) 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。

- 2) 信頼性係数の求め方は、主に変数ごとの一致率(%)、Scott の π 係数、Krippendorff の α 係数が用いられる（有馬：33：2007）。変数ごとの一致率(%)は、「複数のコーダーの間で一致したデータ数」を「一致したデータ数」に「一致しないデータ数を加えた変数」で割ったものに 100 を乗じて求められる（有馬：33：2007）。Scott の π 係数は、「観察された一致率 (%)」から「期待された一致率 (%)」を引いたものに「1」から「期待された一致率を」引いたものを割って求められる（有馬：33：2007）。Krippendorff の α 係数は、「1」から「観察された不一致率」を「期待された不一致率」で割ったものを引いて求められる（有馬：33：2007）。

第7章 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する分析

第7章では、リサーチクエスチョン2、セルフ・ネグレクトの類型化に関する分析方法について述べ、その結果を先行研究との比較も含めて考察する。

第1節 セルフ・ネグレクト事例の類型化の方法

第1項 非階層クラスター分析によるセルフ・ネグレクト事例の類型化

セルフ・ネグレクトの類型化は、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、非階層クラスター分析（K平均法）を用いた。この方法を用いた理由は、非階層クラスター分析が大量のデータ分類に適しているからである（村瀬ら2007：277）。本分析は、239事例の《カテゴリー》のパターンの分類であり、非階層クラスター分析が得意とする大量のデータであると判断した。また、セルフ・ネグレクトの類型化はリサーチクエスチョン2の検証とともに、内容分析の結果の客観性を検証する目的もある。

表2-10で示したように、既に斉藤・岸・野村（斉藤・岸・野村2016）が、あい権利擁護支援ネットの簡易指標を使用して収集した事例データを同様の方法で類型化している（表2-10）。しかし、斉藤・岸・野村の類型化（斉藤・岸・野村2016）は、簡易指標を用いた分析であること、「近隣住民の生命・身体・生活・財産への影響」というセルフ・ネグレクトを構成する下位概念ではなく、セルフ・ネグレクトの結果として生じる影響の項目を含んだ分析であることから、本研究における非階層クラスター分析とは方向性は異なる¹⁾。また、内容分析によって理論的な検討を加えたデータに基づくセルフ・ネグレクトの類型化はわが国では初めてのことであり、先駆的な意義があると考えられる。

第2項 セルフ・ネグレクト事例の類型化に使用した変数

セルフ・ネグレクト事例の類型化に使用した変数は、内容分析で生成された《カテゴリー》に「該当する」を0、「該当しない」を1に置き換えて作成した2値の変数である。《カテゴリー》を分析の対象とした理由は以下のとおりである。

（1）本研究においては将来の測定尺度開発の参考となるよう〈概念〉を詳細に

生成し、〈概念〉から生成した《カテゴリー》で理論的な検討ができるように内容分析を実施した。

- (2) 調査デザインと分析手法の限界から同じ回答者が回答したセンテンスを複数の〈概念〉に重複して計上せざるを得ない場合があり、《カテゴリー》で重複を調整する構造にした。

表 7-1 《カテゴリー》の変数作成の例

| 《カテゴリー》 | 〈概念〉 |
|--------------------|-----------------------|
| 《不十分な食事と水分》 =1点 | 〈栄養が不十分・偏っている〉(1) |
| | 〈買い物できていない〉(1) |
| | 〈調理できていない〉(1) |
| | 〈腐った物・不衛生な物を食べている〉(1) |
| | 〈水分が不足している〉(1) |

()内の数字は記録単位数

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。

表 7-1 では《カテゴリー》の変数作成の例を示した(表 7-1)。本研究で採用した加点方法では、表 7-1 のように全ての〈概念〉に該当したとしても《カテゴリー》の点数は1点である。例えば、〈栄養が不十分である〉のみが該当しても《カテゴリー》の点数は1点である。その事例に該当する〈概念〉が1つもなければ《カテゴリー》は0点となる。

この変数作成方法を用いることで、同じ回答者が回答したセンテンスが複数の〈概念〉に重複して計上される課題を調整することが可能である。しかし、この方法は〈概念〉の記録単位数の重みが《カテゴリー》に反映されない。そのため、セルフ・ネグレクト事例の種類の傾向を把握することはできても、その重症度の測定には適していない。

表 7-2 では分析に使用した変数の記述統計量を示した。有効事例は239事例であったが、そのうち《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》が200事例(84%)に見られた。《不十分な食事と水分》、《身体の整容の不足》、《環境衛生の悪化》及び《社会からの孤立》は70%以上の事例に見られるが、《医療・健康行動の不足》及び《住環境の不備》は全体の31%にしか該当しなかった(表 7-2)。

表7-2 《カテゴリー》変数の記述統計量

| | 事例数 | 該当事例数(%) | 平均値 | 標準偏差 |
|----------------------|-----|-----------|-----|------|
| 《不十分な食事と水分》 | 239 | 181 (76%) | .76 | .430 |
| 《医療・健康行動の不足》 | 239 | 85 (36%) | .36 | .480 |
| 《身体の整容の不足》 | 239 | 169 (71%) | .71 | .456 |
| 《衣服の整容の不足》 | 239 | 165 (69%) | .69 | .463 |
| 《環境衛生の悪化》 | 239 | 177 (74%) | .74 | .439 |
| 《住環境の不備》 | 239 | 74 (31%) | .31 | .463 |
| 《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》 | 239 | 200 (84%) | .84 | .370 |
| 《社会からの孤立》 | 239 | 185 (77%) | .77 | .419 |
| 《不適切な財産管理及び社会的手続き》 | 239 | 132 (55%) | .55 | .498 |

N = 239

第3項 セルフ・ネグレクトの類型化に関する分析方法

セルフ・ネグレクト事例の類型化に際しては、表7-2で示した変数を、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。クラスタ数を絞った理由は、先行研究から分析者が解釈可能なクラスタ数は7から8程度であるとされているからである（村瀬ら：2007：297）。

第2節 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7-3のとおり7クラスタが生成された（表7-3）。非階層クラスタ分析のクラスタ数を決める明確な基準はない。中心までの距離、平均、標準偏差、F値など様々な解釈の参考になる数値はあるが、いずれも参考程度のものでありクラスタ数の決定には研究者の実質的解釈によるところが大きい（村瀬ら2007：297）。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。

表 7-3 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 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | 合計 |
|----------------------|-------------------|--------------|---------------------|------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|------|
| | 栄養状態悪化・サービス不足・孤立型 | 複合問題／個人衛生悪化型 | 環境衛生悪化・孤立なし・サービス充足型 | 複合問題／不適切な財産管理及び社会的手続き型 | 複合問題／セルフケア・環境衛生悪化型 | 複合問題／個人衛生・住環境全般悪化型 | 医療・保健・福祉サービス不足型 | |
| 《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であった。

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。一方で、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》以外のクラスターが顕著に高い該当割合を示している。《医療・健康に関する行動の不足》はあまり高い該当割合ではないが、《不十分な食事と水》に86%の事例が該当している。そのため、健康状態はある程度悪化しているもの考えられる。他の複合問題型との違いは、このクラスター4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、《住環境の不備》と共に【住環境の悪化】を構成する、《不衛生な住環境》に該当する事例の割合も高い。また、【個人衛生の悪化】を構成する《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。

第3節 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する考察

第1項 セルフ・ネグレクト事例の類型

表7-3で示したセルフ・ネグレクト事例の類型化に関するクラスター分析の結果はいくつかの傾向があり、更なる分類が可能であると考えられる。具体的には、表7-4に示したとおり、これらのクラスターは複合問題群と特徴問題群に分類されると考える（表7-4）。

表7-4 各クラスターの傾向による再分類

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

1. 複合問題群

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」はクラスター毎の特徴はあるものの、広範囲にわたる《カテゴリー》が該当するセルフ・ネグレクト状態である。そのため、これらのクラスターの群を複合問題型に分類した。

Burnetらは、潜在クラス分析の結果、セルフ・ネグレクトを「身体の問題及び医療問題に関するネグレクト（Physical and Medical Neglect）」、「住環境のネグレクト（Environmental Neglect）」、「全般的なネグレクト（Global Neglect）」、「財産管理に関するネグレクト（Financial Neglect）」に分類している（Burnet et al. 2014）。この複合問題型の群はBurnetらの「全般的なネグレクト」に該当するとも考えられる。また、第2章で示した斉藤・岸・野村の非階層クラスター分析の結果（表 2-10）からも、「複合問題・近隣影響なし型」、「複合問題・近隣影響あり型」、「不衛生・住環境劣悪型」、「不衛生・住環境劣悪・拒否型」の4クラスターが示されている（斉藤・岸・野村 2016）。

2. 特徴問題群

もう一方の群はセルフ・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。

Burnetにおける分類によると、「身体の問題及び医療問題に関するネグレクト（Physical and Medical Neglect）」、「住環境のネグレクト（Environmental Neglect）」がこの群に入るであろう（Burnet et al. 2014）。また、斉藤・岸・野村の分類で考えると「不衛生型」、「サービス拒否型」、「孤立拒否型」がこの群に該当すると考えられる（斉藤・岸・野村 2016）。

第2項 セルフ・ネグレクトの類型によるセルフ・ネグレクトの判断基準

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。野村・岸らの述べる中核概念を満たした上で、付随概念とされた概念にも該当している（野村・岸ら 2014）。そのため、この群は理論的にもセルフ・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・ネグレクトと判断するには議論を要すると考えられる。クラスター1「栄養状態悪化・サービス不足・孤立型」は、《不十分な食事と水分》に92%の事例が該当しているため、『セルフケアの不足』を構成する【健康行動に関する不足】が問題となっている事例であると考えられる。しかし、同じく【健康行動に関する不足】を構成する《医療・健康行動の不足》に関してはほとんどの事例が該当しない。また、【個人衛生の悪化】を構成する《身体の整容の不足》及び《衣服の整容の不足》に事例はほとんどない。理論的には、Oremの普遍的セルフケア要件（Orem 2001：225；Orem=2016：209）のみが問題となる群であると考えられる。いずれにせよ、クラスター1は内容分析の結果からも、Oremのセルフケア理論（Orem 2001；Orem=2016）からも『セルフケアの不足』に該当するため、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。

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）の中で述べられているセルフ・ネグレクトの中核概念であるセルフケアの不足及び住環境の悪化の要素は満たしているものの、各《カテゴリー》の該当事例数の割合が少ない。

クラスター7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り、最もセルフ・ネグレクトに対する説明力が弱いクラスターであると考えられる。斉藤・岸・野村の分類でも「サービス拒否型」及び「孤立・拒否型」というクラスターが示されている（斉藤・岸・野村 2016）。この点に関しては、内容分析の結果〈必要な医療を受けていない〉を《医療・健康に関する行動の不足》ではなく《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。特に、このクラスターでは20事例中12事例（60.0%）が〈必要な医療を受けていない〉に該当する。Oremのセルフケア理論（Orem 2001：235；Orem=2016:219）では、〈必要な医療を受けていない〉は健康逸脱に関するセルフケア要件に含まれるとも考えられる。そのため、〈必要な医療を受けていない〉を『セルフケアの不足』の《医療・健康に関する行動の不足》ととらえれば、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と考えられる。

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。

第3項 身体・衣服の整容の不足と不衛生な住環境の関係

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／不適切な財産管理及び社会的手続き型」、クラスター5「複合問題／セルフケア・環境衛生悪化型」及びクラスター6「複合問題／個人衛生・住環境悪化型」においては、《身体の整容の不足》、《衣服の整容の不足》、《不衛生な住環境》の各カテゴリーが共に高い該当割合を示している。

また、クラスター3「環境衛生悪化・孤立なし・サービス充足型」では《身体の整容の不足》と《不衛生な住環境》が比較的高い該当割合を示している。先行研究においては、斉藤・岸・野村の分類でも個人衛生と住環境の衛生に関して同様の傾向が示されている（斉藤・岸・野村 2016）。

本調査における内容分析の結果からも、例えば〈失禁・排泄後の身体のケアがなされていない〉状態であれば、〈室内・屋外が失禁・尿・便で汚れている〉状態となるという関係が示されており、個人衛生の悪化と住環境の衛生の悪化はなんらかの関連があると考えるのが適切である。

一方で、クラスター1では《不衛生な住環境》のみが比較的高い該当割合を示しているのみである。この結果から、個人衛生は問題ないが、住環境の衛生のみが問題となる事例も存在することが示唆された。斉藤・岸・野村による分類ではこのようなクラスターは示されていない（斉藤・野村・岸 2016）。しかし、ゴミや物がため込まれた住居に居住しているが、身なりは整っているというような事例は現実の援助場面や報道の中ではよく見られる状態でもある。

《身体の整容の不足》、《衣服の整容の不足》、《不衛生な住環境》は、支援者が視覚、嗅覚で把握できる《カテゴリー》であり、地域においてセルフ・ネグレクト状態にある高齢者を発見する上で重要な《カテゴリー》であると考えられ

る。そのため、これらの《カテゴリー》間の関係については、今後も実証研究の結果に基づいた議論が必要であると考えられる。

第4項 《不適切な財産管理及び社会的手続き》の扱い

野村・岸らの述べる中核概念（野村・岸ら 2014）の要素が少ない類型として、Burnet の「財産管理に関するネグレクト（Financial Neglect）」（Burnet et al. 2014）が挙げられる。本調査の結果からは、《不適切な財産管理及び社会的手続き》のみが特徴となるクラスターは示されなかった。《不適切な財産管理及び社会的手続き》はクラスター4「複合問題／不適切な財産管理及び社会的手続き型」で特徴的に示されている。クラスター4 は複合問題群であり、明らかなセルフ・ネグレクトである。このように複合問題の中に《不適切な財産管理及び社会的手続き》が含まれると、『セルフケアの不足』及び【住環境の悪化】のみで構成されるクラスターに比べ、社会生活に欠かせない経済的なバックグラウンドにまでセルフ・ネグレクトの状態がおよぶという点において、他のクラスターより重症なクラスターになると考えられる。この観点から、セルフ・ネグレクトが《不適切な財産管理及び社会的手続き》のような、社会生活にまで及ぶという点もセルフ・ネグレクトの重症度を判断する1つの指標であると考えられる

第5項 セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する分析の課題

セルフ・ネグレクト事例の類型化に関する分析で用いた非階層クラスター分析は、内容分析の結果生成された《カテゴリー》の2値データによる分析である。この2値データは操作的に作成した変数であり、各《カテゴリー》の重みづけはなされていない。そのため、セルフ・ネグレクト事例の類型化の結果は1つの傾向であり、各《カテゴリー》の縦軸の重症度を測定することができなかったことが本分析の限界である。今後は《カテゴリー》とそれを構成する〈概念〉との関係を精査した上で、数理統計学的手法による類型化をする必要があると考えられる。

【注】

- 1) 齊藤・岸・野村の非階層クラスター分析の結果、セルフ・ネグレクト事例の主要な類型は、「不衛生型」、「不衛生・住環境劣悪型」、「サービス拒否型」、「不衛生・住環境劣悪・拒否型」、「孤立・拒否型」、「複合問題・近隣影響なし型」、「複合問題・近隣影響あり型」の7クラスターに分類されている（齊藤・岸・野村 2016）。

第 8 章 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

第 8 章では、リサーチクエスション 3 を検証するために実施した、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について詳述する。具体的には、セルフ・ネグレクトの要因に関する分析をおこなった上で、セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無に着目した類型化を実施する。そして、これら 2 つの分析の方法と結果について述べ、意図的なセルフ・ネグレクトを巡る扱いについての課題を明らかにする。

第 1 節 セルフ・ネグレクトの要因に関する分析

第 1 項 セルフ・ネグレクトの要因に関する分析方法

内容分析に使用したセルフ・ネグレクト事例が、意図的にそのような状態になっているのか非意図的に結果としてそのような状態になっているのかを明らかにするには、まずは当該事例がセルフ・ネグレクトになった要因を明確にする必要がある。セルフ・ネグレクトの要因に関しては、調査票問 7 の当該事例がセルフ・ネグレクト状態になった要因に関する記述を、内容分析を用いて分類した。

第 2 項 セルフ・ネグレクトの要因

表 8-1 では、調査票問 7 の当該事例がセルフ・ネグレクトになった要因に関する記述から、内容分析を用いて抽出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。これらの事例数は重複しており、その結果の解釈には注意が必要である。しかし、この要因から考えると、セルフ・ネグレクトに占める非意図的なセルフ・ネグレクトの割合は非常に大きい可能性があることが示唆された。

表8-1 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 (16%) |
| | 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)

第2節 セルフ・ネグレクト事例の意図性の有無による類型化

第1項 非階層クラスター分析によるセルフ・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には、以下の項目の主要な組み合わせに着目して非階層クラスター分析で類型化することとした。

項目①：調査票問 8「この事例のクライアントは、そのセルフ・ネグレクトの行為が自分自身に及ぼす影響や結果を判断する能力がありますか」という質問項目から得られた当該事例のセルフ・ネグレクトの行為が自分自身に及ぼす影響や結果を判断する能力（以下、「事理弁識能力」という。）の有無に関する2値データ（なし=1点、あり=0点に反転）。

項目②：問 9「この事例のクライアントは明確な自己主張や目的を持ってこのようなセルフ・ネグレクトの行為を行っておりますか」という質問項目において得られた当該事例が明確な自己主張や目的を持ってセルフ・ネグレクトの行為をしているか否か（以下、「自由意志の有無」という。）に関する2値データ（なし=1点、あり=0点に反転）。

項目③：事理弁識能力に関する傾向を把握するための、認知機能及び判断能力の低下に影響を与えると考えられる認知症の有無、精神障害の有無、知的障

害の有無、アルコール問題の有無及び脳血管性障害の有無に関する 2 値データ（あり=1 点、なし=0 点）。

項目④：疾病や身体的な障害に起因するセルフ・ネグレクトであるかを把握するための、身体機能を低下させる疾患の有無、ADL 低下の有無に関する 2 値データ（あり=1 点、なし=0 点）。

第 2 項 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に使用する変数

非階層クラスター分析に使用する変数は、調査票問 8 において得られた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）及び問 9 において得られた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 値変数を使用した。

事理弁識能力及び自由意志の有無に関しては、調査票においては、それぞれ（あり=1 点、なし=0 点）の 2 値変数として収集したデータであったが、分析に使用する際に、事理弁識能力なし（なし=1 点、あり=0 点）、自由意志なし（なし=1 点、あり=0 点）に変数を反転させた。理由としては、後述するように精神機能・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全て（あり=1 点、なし=0 点）の 2 値変数としたため、事理弁識能力及び自由意志の有無に関しては、変数を反転させた方が老化による脆弱性や機能の低下が顕在化しているものが「1」に近い数値が示され、より実態を理解しやすいと考えたからである。

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。新たな変数を作成した理由は、調査の限界から認知症などの機能低下を正確に判断する尺度を使用できなかったこと、認知症高齢者の日常生活自立度には記載がないが、記述には“アルツハイマー”と記載がある事例が散見されたこと

が挙げられる。また、確定診断が得られたか不明な事例もある。それゆえ、これらの変数はあくまでも記述等を使用した各疾病・障害の傾向を測定することしかできない。以下、詳細に変数の作成方法について述べる。

- (1) 認知症の有無に関しては、認知症高齢者の日常生活自立度で I 以上に該当する、事例の中に認知症との記述があるのいずれかの条件に当てはまる場合に、認知症があると判断した。また、これらに該当しない者は認知症がないとした。変数は認知症（あり=1点、なし=0点）の 2 値とした。
- (2) 精神障害の有無、知的障害の有無、アルコール問題の有無及び脳血管性障害の有無についての把握は、事例の中でこれらの疾患・障害が記述される場合、これらの疾患障害があると判断した。また、これらに該当しない場合は、それぞれの疾病・障害がないとした。変数は精神障害（あり=1点、なし=0点）、知的障害（あり=1点、なし=0点）、アルコール問題（あり=1点、なし=0点）及び脳血管性障害（あり=1点、なし=0点）の 2 値とした。
- (3) 身体機能を低下させる疾病については、表 8-1 で示した整形外科的疾患、神経科疾患（パーキンソン等）又は自己免疫疾患（リウマチ等）のいずれかが該当する場合、身体機能を低下させる疾病があるとした。また、これらに該当しない場合は、身体機能を低下させる疾病がないとした。変数は身体機能を低下させる疾病（あり=1点、なし=0点）の 2 値とした。
- (4) 慢性疾患は、表 8-1 で示した各疾病に該当する者の中で、上記（1）から（3）以外の疾病に該当する場合、慢性疾患があるとした。これらに該当しない場合は、慢性疾患がないとした。変数は慢性疾患（あり=1点、なし=0点）の 2 値とした。
- (5) ADL が低下は、障害老人の日常生活自立度 A 以上の場合、認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上の場合又は要介護 1 以上の認定がある場合のいずれかに 1 つでも当てはまる場合、ADL の低下があるとした。いずれかが当てはまると ADL の低下があると判断するとなると、要介護 1 であっても障害老人の日常生活自立度は J ランクとなる事例もある。しかし、その場合でも何らかの ADL の低下があるために要介護 1 と認定されるのであり、以上の 3 つの条件に 1 つでも該当すれば、ADL の低下があるとみなすこととした。また、これらに該当しない場合は ADL の低下がないとした。変数は ADL 低下

の証拠（あり=1点、なし=0点）の2値とした。

第3項 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に使用した変数の記述統計量

表 8-2 分析に使用した変数の記述統計量を示した（表 8-2）。

分析に使用した事例は 239 事例であった。しかし、事理弁識能力の有無は 216 事例のみに回答があり、13 事例は欠損値となっている。また、自由意志の有無は 229 事例が該当しており、10 事例が欠損値となっている。

表8-2 セルフ・ネグレクトの意図性の有無による類型化に使用した変数の記述統計量

| | 事例数 | 該当事例数 (%) | 平均値 | 標準偏差 |
|-----------|-----|-----------|-----|------|
| 事理弁識能力なし | 216 | 128 (59%) | .59 | .492 |
| 自由意志なし | 229 | 132 (58%) | .58 | .495 |
| 認知症 | 239 | 168 (70%) | .70 | .458 |
| 精神障害 | 239 | 37 (15%) | .15 | .362 |
| アルコール関連問題 | 239 | 18 (8%) | .08 | .264 |
| 知的・発達障害 | 239 | 4 (2%) | .02 | .129 |
| 脳血管性障害 | 239 | 26 (11%) | .11 | .312 |
| 身体機能的疾患 | 239 | 39 (16%) | .16 | .370 |
| 内科的慢性疾患 | 239 | 104 (44%) | .44 | .497 |
| ADLの低下 | 239 | 158 (66%) | .66 | .474 |

N=239

第4項 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方法

表 8-2 で示した変数を、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、斉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（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、クラスター数をあらかじめ 3 から 8 で設定した。クラスター数を絞った理由は、分析者が解釈可能なクラスター数は 7 から 8 程度であるとも言われているからである（村瀬ら:2007:297）。

第3節 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

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8-3のとおり、8つのクラスターに分類された。

前述したように、非階層クラスター分析のクラスター数を決める明確な基準はなく、研究者の実質的解釈によるところが大きい(村瀬ら 2007:297)。本分析は、2値で作成した変数の分類である。そのため、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。

表 8-3 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 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | 合計 |
|----------|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|----------------|---------------------|--------------------|------------------|------|
| | 事理弁識能力あり／認知症ADL低下型 | 事理弁識能力なし／認知症ADL低下型 | 事理弁識能力なし／認知症ADL低下なし型 | 事理弁識能力なし／認知症内科疾患ADL低下型 | 事理弁識能力あり／内科疾患型 | 事理弁識能力なし／認知症自由意志あり型 | 事理弁識能力混在／アルコール認知症型 | 事理弁識能力なし／脳血管性障害型 | |
| 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。

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解答を得た事例が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。

第4節 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

第1項 各クラスターの意図性の有無による再分類

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群に分類にできると考えられる(表8-4)。

表8-4 セルフ・ネグレクトの意図性の有無の傾向による再分類

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

N=213 クラスター内の値は該当事例数の割合を示す。

1. 非意図的なセルフ・ネグレクト群

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」は、77%以上の割合で事理弁識能力がないとの回答を得ている。これらは、「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考えられる。

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。つまり、非意図的なセルフ・ネグレクトの傾向がある中でも重症な傾向があるクラスターであると考えられる。特に、クラスター2は全ての事例に ADL の低下が見られる。そのため、8つのクラスターの中では最も重症なクラスターであり、野村・岸らの理論による「無意図的セルフ・ネグレクト」（野村・岸ら 2014）に近いクラスターであると考えられる。

一方で、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。

2. 意図的なセルフ・ネグレクト群

クラスター5「事理弁識能力あり／内科疾患型」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。

3. 境界群

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、非意図的なセルフ・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。

クラスター3「事理弁識能力なし／認知症 ADL 低下なし型」は、事理弁識能力がないと回答を得た事例が 77%であるため、非意図的なセルフ・ネグレクトの傾向がある。しかし、認知症があるとされる事例が 62%しかなく、全ての事例に ADL の低下が見られない。また、自由意志があると回答された事例が 31%ある。そのため、事理弁識能力について詳細な検討をした場合は意図的なセルフ・ネグレクト群に分類される可能性もあり、境界群に分類することが適切であると考えられる。

クラスター7「事理弁識能力混在／アルコール認知症型」は、全ての事例にアルコール問題があり、高い割合で認知症及び ADL の低下が見られるが、事理弁識能力があるとの回答がなされた者が 46%、自由意志があると回答がなされた者が 54%であり、事理弁識能力及び自由意志の有無が混在していると考えられる。結果からすると、半数は事理弁識能力が低下しているとの回答を得ているため非意図的なセルフ・ネグレクト群とも見なすことができると考えられる。一方で、半数は事理弁識能力があるため意図的なセルフ・ネグレクト群にも分類される可能性があるとも考えられる。この傾向は、自由意志の有無に関しても同様である。刑事司法の場面でもアルコールなどの精神作用物質と責任能力に関しては日々議論されている。そのため、クラスター7の曖昧さは、アルコールを含む精神作用物質特有の傾向であるとも考えられる。

クラスター1「事理弁識能力あり／認知症 ADL 低下型」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。一方で、97%の事例に ADL の低下が見られ、認知症を有する事例は 64%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。意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトの基準を事理弁識能力の有無によって判断するという The National

Center on Elder Abuse（全米高齢者虐待問題研究所：以下「NCEA という」）の意図的なセルフ・ネグレクトの扱い（NCEA 1998）によると、このクラスターは意図的なセルフ・ネグレクト群に入ると考えられる。しかし、クラスター1は、事理弁識能力があると回答を得た割合が高いが、認知症である割合も高い。そのため、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も含まれていることが示されている。

事理弁識能力は、精神障害や認知症の有無だけでは判断されない。精神機能がそれほど低下していない場合には、精神障害や認知症があっても、事理弁識能力はあると認められる場合もある。本調査では精神機能の程度については把握できていない。そのため、精神機能を精査し、事理弁識能力について検討した場合は非意図的なセルフ・ネグレクト群になる可能性もある。また、97%の事例にADLの低下が見られるということは、何らかのADLの低下によって結果的にセルフ・ネグレクト状態になった可能性も考えられる。これらの観点からクラスター1「事理弁識能力あり／認知症 ADL 低下型」は、境界群に分類し、境界群の中でも意図的なセルフ・ネグレクトの傾向があるクラスターとするのが適切であると考えられる。

第2項 セルフ・ネグレクト事例に占める意図性の有無の傾向

表8-4から考察すると、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（表8-4）。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ものと考えられる。

一方で、意図的なセルフ・ネグレクト群に分類されたクラスター5の事例数は28事例であり、分析した事例全体の13.1%である。境界群の中で意図的なセルフ・ネグレクトの傾向があるクラスター1「事理弁識能力あり／認知症 ADL 低下型」を含めると64事例で、分析した事例全体に占める割合は36.1%であった。

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。また、前述したように、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おり、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。

ただし、これらの傾向については、調査対象事例の抽出方法から疫学的な検討が困難であること、事理弁識能力については精査されていないことから、今後の調査研究において検証が必要であると考えられる。

第3項 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課題

本分析に使用した認知症等の疾患名はセルフ・ネグレクトの要因に関する事例の記述から内容分析を用いて作成した変数による分類であり、確定した診断を得ているか否かは明確ではない。また、事理弁識能力及び自由意志の有無に関しては、回答者がそのように回答しているにすぎない。そのため、本調査結果で示された非階層クラスター分析によるセルフ・ネグレクトの意図性の有無に関する分類はあくまで1つの指標であり、今後診断名を確定し、事理弁識能力に関する詳細な検討をすると、それぞれの事例ごとに分類がされるクラスターが変更される可能性がある。特に、境界群に分類したクラスター1「事理弁識能力あり／認知症 ADL 低下型」、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」に含まれたそれぞれの事例については、分類が変化する可能性が高く、今後詳細な検討が必要である。

意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトの分類に関する最終的な見解及びセルフ・ネグレクトの定義における意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いに関しては、第9章の結論で詳述する。

第9章 結論：セルフ・ネグレクトの理論的概念モデル

本研究では先行研究の検討からセルフ・ネグレクトの概念を明確にするために必要な課題を明らかにし、全国地域包括支援センター事例調査（以下、「本調査」という。）の事例の記述データの内容分析の結果、4層にわたるセルフ・ネグレクトを構成する下位概念（以下、「下位概念」という。）の構造を示した。その上で生成された《カテゴリー》を非階層クラスター分析で類型化し考察した結果、セルフ・ネグレクト事例は複合問題群、特徴問題群に分類できることを示した。また、セルフ・ネグレクトの要因に関する内容分析及び意図的なセルフ・ネグレクトに関する非階層クラスター分析の結果、セルフ・ネグレクト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つに分類されることを示した。第9章では、これらの研究の結果を踏まえて全体を考察し、結論としてセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを提示する。

第1節 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

第1項 ICFに基づくセルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する考察

内容分析の結果から、セルフ・ネグレクトの概念構造は複雑であり、〈概念〉のレベルにおいても行動レベルと状態レベルに分かれ、行動の帰結として状態像が存在する可能性が示唆された。セルフ・ネグレクトを構成する下位概念は多岐にわたり、Oremのセルフケア理論（Orem 2001；Orem=2016）だけでは説明することは困難である。また、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念の上下・相互の関係については、野村・岸らの中核概念と付随概念で構成される理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）やDyerらの因果関係に基づいた理論的概念モデル（Dyer et al. 2007）では、支援の拒否や社会的孤立に象徴される時間軸を有するセルフ・ネグレクトの構造を説明しにくい面があると考えられる。そのため、新たな説明の視点として用いたのがICFのモデル（WHO=2002）である。第2章の図2-3で示したようにICFは各項目が相互作用をしている（図2-3）。また、セルフ・ネグレクトを構成する〈概念〉は、全てICFの「活動」及び「参加」、「環境因子」、

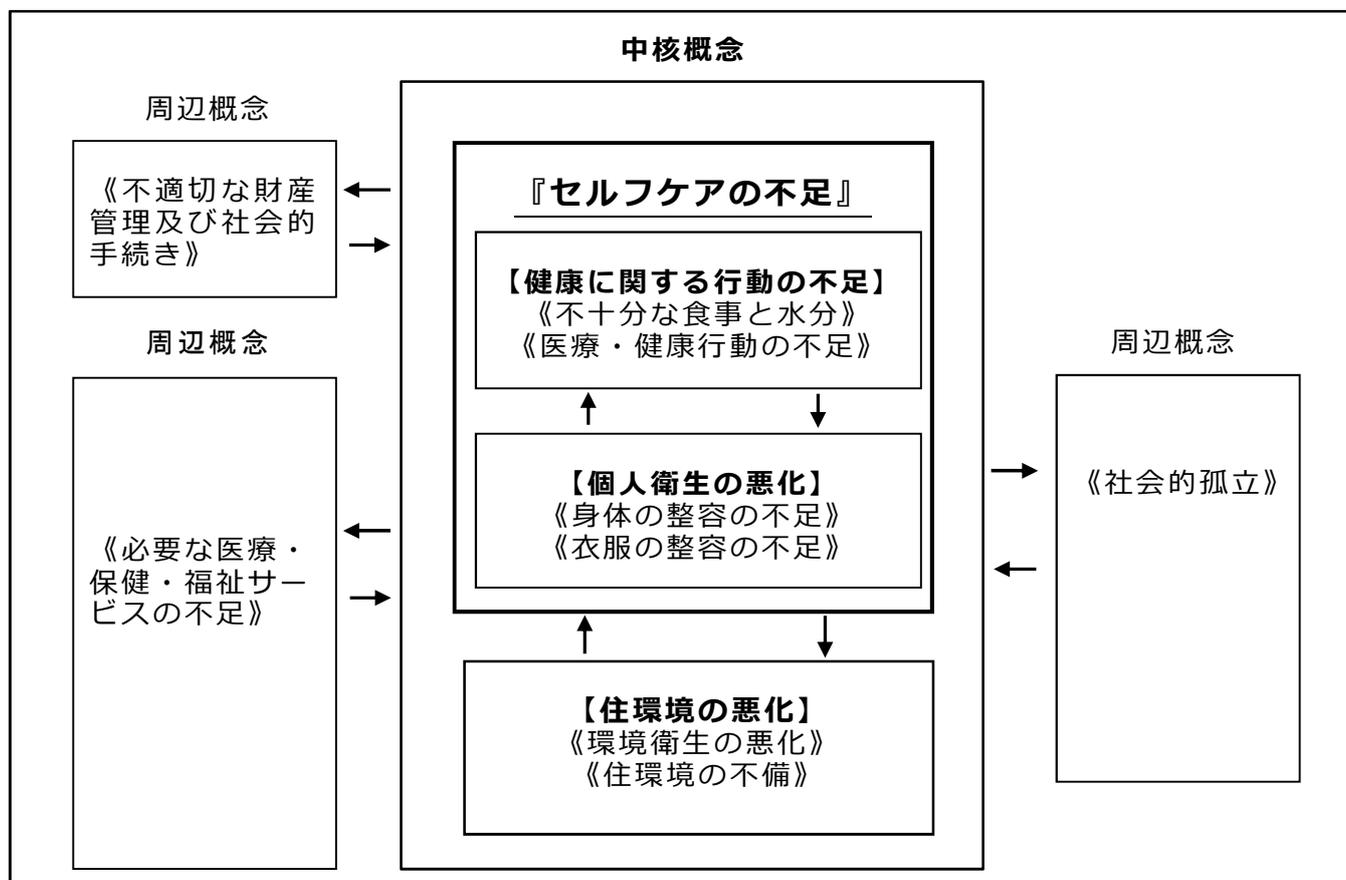
「個人因子」で説明することが可能であると考えられる(WHO=2002:123-200)。

一方で、Orem のセルフケア理論 (Orem 2001 ; Orem=2016) もセルフ・ネグレクトを説明する重要な視点であることに変わりはない。特に ICF にはない健康逸脱に関するセルフケア要素は、セルフ・ネグレクトを理解する上で非常に重要な観点であると考えられる。また、ICF の概念を応用することで、Orem のセルフケア理論では説明しきれない【個人衛生の悪化】についても説明が可能である。このように、Orem のセルフケア理論と ICF を統合して相互に補完することで、セルフ・ネグレクトの概念の全体像が、より明確になると考えられる。

第 2 項 ICF モデルを用いたセルフ・ネグレクトを構成する下位概念間の関係

図 9-1 セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する理論的概念モデル

セルフ・ネグレクト



論者作成

図 9-1 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に ICF のモデル (WHO=2002) の観点を含んで検討したセルフ・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【中核カテゴリー】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。既に野村・岸ら (野村・岸ら 2014) が述べているように、この 3 つの【中核カテゴリー】はそれ単体でセルフ・ネグレクトを説明することが可能である。そのため、本研究の結論としてのセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルでは、セルフ・ネグレクトの中核となる下位概念を中核概念と命名する。

これらの中核概念の中で、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・岸らはセルフ・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 (野村・岸ら 2014)。

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【中核カテゴリー】、4 つの《カテゴリー》、22 の〈概念〉から構成される構造であり、『セルフケアの不足』を構成する〈概念〉の数が最も多い (表 6-2)。この点に関しては、〈概念〉を生成する際に論者が今後の測定尺度の開発を見据えて、演繹的かつ操作的に分析を実施した面もあり、表 6-2 で示したセルフ・ネグレクトを構成する下位概念の構造からだけで『セルフケアの不足』がセルフ・ネグレクトの中核となる下位概念であるとは言えない。むしろ、他のセルフ・ネグレクトを構成する下位概念と比較することでセルフ・ネグレクトの真の中核概念が『セルフケアの不足』であることが明確になる。

環境の問題である【住環境の悪化】は、明らかに『セルフケアの不足』とは独立していると考えるのが適切である。Orem が述べるセルフケアは「個人が生命、

健康、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」、つまり個人の行動である（Orem 2001 : 43-44 ; Orem=2016 : 42）。『セルフケアの不足』と【住環境の悪化】の関係は、ICF、ADL 及び IADL の各モデルの観点も含めた方がより明確になる。ICF の観点からすると、『セルフケアの不足』と【住環境の悪化】の関係は「セルフケア」と「家庭生活」の相違である（WHO=2002）。従来の ADL、IADL の理論からすると、『セルフケアの不足』は ADL、【住環境の悪化】は IADL で説明される（伊藤ら 2010 : 15）。この観点からすると、【住環境の悪化】は『セルフケアの不足』の下位概念に位置づけることは矛盾を生じると考えられる。

しかし、Orem のセルフケア理論（Orem 2001 ; Orem=2016）の観点からすると、【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。例えば、《住環境の不備》を構成する〈室内の適切な温度管理がなされていない〉などは普遍的セルフケア要素がなされていない状態であると考えられる。

《不衛生な住環境》に関しても同様である。表 7-4 で示したセルフ・ネグレクト事例の類型化の結果によると、複合問題群のクラスターでは【住環境の悪化】と【個人衛生の悪化】が同時に見られている（表 7-3）。〈失禁・排せつ後の適切なケアができていない〉という〈概念〉はその象徴であろう。失禁を放置すれば当然《身体の整容の不足》及び《衣服の整容の不足》の状態、つまり【個人衛生の悪化】という状態になる。失禁を放置したままで暮らせば《不衛生な住環境》になる。つまり【住環境の悪化】という状態になる。また、【住環境の悪化】の状態になれば、さらに個人衛生は悪化する。例えば、浴室が不衛生で使用できなければ、入浴できず、身体の衛生はさらに悪化するものと考えられる。生ゴミが貯まっていれば、そこで暮らす人間の個人衛生が悪化すると考えられる。

このように【住環境の悪化】は、『セルフケアの不足』と密接な関係にあると捉えるのが適切であると考えられる。特に、ICF の観点からは各下位概念間は相互作用の関係にあると考えるのが適切である（図 9-1）。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（Orem 2001 : 225 ; Orem=2016 : 210）。

以上の観点から、『セルフケアの不足』は全ての《カテゴリー》、【中核カテゴリー】の上位概念ではないが、様々な【中核カテゴリー】や《カテゴリー》と密接な関係にあると考えるのが適切である。そのため、『セルフケアの不足』は、セルフ・ネグレクトの中核概念の中で最も重要な下位概念であると考えられる。本研究で提示するセルフ・ネグレクト理論的概念モデルでは、セルフ・ネグレクトの中核概念についての結論は以下のとおりとする。

セルフ・ネグレクトの中核概念

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。特に、『セルフケアの不足』は理論的には最も重要な中核概念であり、【住環境の悪化】よりセルフ・ネグレクトという事象を説明する意味合いが強い。

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 2-1 で示した野村・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）に基づいて検討すると、これらの《カテゴリー》はセルフ・ネグレクトの中核概念に付随し、中核概念を悪化させる付随概念に分類される。野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）では、付随概念を構成する各下位概念の上下相互の関係は示されていない。

一方で、本研究におけるセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルにおいては、これらの《カテゴリー》の特徴から考えて、中核概念に対して付随する概念として一つにまとめるモデルではなく、独立しているとする方が適切であると考えられる。特に、ICF の相互作用モデルの観点から、これらの《カテゴリー》は、中核概念の周辺で、それぞれの《カテゴリー》が、特徴を持って中核概念と相互作用しているとした方が適切であると考えられる（図 9-1）。そのため、これらの《カテゴリー》は付随概念ではなく、周辺概念と命名した。

以下、周辺概念を構成する各《カテゴリー》について詳述する。

(1) 《不適切な財産管理及び社会的手続き》

《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。また、他者からのネグレクトという観点から考えると、《不適切な財産管理及び社会的手続き》はセルフ・ネグレクトの中核概念とは少し意味合いが異なると考えられる。《不適切な財産管理及び社会的手続き》に関しては、他者が介在する場合は経済的虐待（搾取）に結びつきやすい。表 5-6 で示したように、本研究でセルフ・ネグレクトと認定した事例においても搾取が見られている（表 5-6）。セルフ・ネグレクトを他者の介在しないネグレクトとして考えると、《不適切な財産管理及び社会的手続き》は、中核概念に比べて明らかにセルフ・ネグレクトを説明する意味合いが弱い。そのため、中核概念には含まれないと考えるのが適切であろう。

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。つまり、『セルフケアの不足』及び【住環境の悪化】というセルフ・ネグレクトの中核概念と《財産管理及び社会的手続きの不足》はセルフ・ネグレクトの中核概念と同様の要因によって生じると考えられ、他の周辺概念に比べよりその意味合いは中核概念に近いと考えられる。ICFの観点からすると、全ての要素は相互作用しており、《不適切な財産管理及び社会的手続き》は、図 9-1 に示したとおり周辺概念として【中核カテゴリー】と相互作用していると考えるのが適切である（図 9-1）。

(2) 《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》

慎重な検討が必要なのは《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》である。本研究では内容分析の結果から、〈必要な医療を受けていない〉を《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》に含めることとした。ICFの観点からは「セルフケ

ア」ではなく、家庭生活の項目の「d620 物品とサービスの入手」に該当する（WHO=2002：150）。また、支援・サービスは ICF では環境因子と捉えることもできる（WHO=2002：169-187）。

《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。支援・サービスの拒否は、セルフ・ネグレクトの大きな特徴でもある。《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》は、他の全ての《カテゴリー》を悪化させる要因でもある。他の中核概念を含むセルフ・ネグレクトを構成する下位概念がセルフ・ネグレクトの状態になり、必要な医療・保健・福祉サービスが不足するからこそ、その状態は悪化する。そのため、中核概念を悪化させるという点において、《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》は《不適切な財産管理及び社会的手続き》よりもセルフ・ネグレクトを説明する意味合いが強いと考えられる。また、《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》はセルフ・ネグレクトの周辺概念ではあるが、他の《カテゴリー》とは次元の異なる時間軸を持つ特徴的な《カテゴリー》である。ICF の観点も含めると、《医療・保健福祉サービスの不足》と【中核カテゴリー】は相互作用しているととらえた方が適切であると考えられる（図 9-1）。

また、この〈必要な医療を受けていない〉という〈概念〉は、野村・岸らの理論（野村・岸ら 2014）では「健康行動の不足」に含めていた。〈必要な医療を受けていない〉という状態は、明らかに Orem の健康逸脱に関するセルフケア要件（Orem 2001：233-236）で説明できることから、『セルフケアの不足』に含むことも可能である。《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》は『セルフケアの不足』の意味合いが強いため、周辺概念の中では最も重要な《カテゴリー》とする必要があると考えられる。そのため、理論上は図 9-1 のように《不適切な財産管理及び社会手続き》よりも大きな周辺概念として扱うのが適切である（図 9-1）。

（3）《社会的孤立》

《社会的孤立》に関しては、ICF では、対人関係又はコミュニティライフ・社会生活・市民生活で説明される（WHO=2002：156-167）。一方、Orem のセルフケアの観点からすると普遍的セルフケア要素にも該当する（Orem=2016）。しか

し、社会的孤立は個人と環境の相互作用が少ない状態であるため、あえて説明するまでもなく環境的な要素が強いことは確実であり、周辺概念であると考えるのが適切である。

そもそも、先行研究（野村 2008；野村 2011；岸ら 2011c；ニッセイ基礎研究所 2011；斉藤ら 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・ネグレクトの状態はさらに悪化し、地域への悪影響が生じて関係が悪化し、さらに孤立を深めるという構図が先行研究で明らかになっている（野村 2008；野村 2011；岸ら 2011c；ニッセイ基礎研究所 2011；斉藤ら 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と考えられる。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る。そのため、セルフ・ネグレクトの中核概念及びその他の周辺概念とは相互作用していると考えるのが適切である（図 9-1）。

社会的孤立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。そのため、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルでは、中核概念の右側に他の周辺概念とは独立した存在として示している（図 9-1）。

これらの観点から、本研究においてはセルフ・ネグレクトの周辺概念についての結論は以下のとおりとなると考えられる。

セルフ・ネグレクトの周辺概念

《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。これらの周辺概念は、それぞれの概念が中核概念の周辺で中核概念と相互作用し、セルフ・ネグレクトをより深刻化させる。

3. セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する理論的概念モデル

結論として、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念については、セルフ・ネグレクトの中核概念と周辺概念に分けセルフ・ネグレクトを構成するあらゆる階

層の全ての概念、つまり、調査で明らかになった『理論的中核カテゴリー』、【中核カテゴリー】、《カテゴリー》、〈概念〉の全てが相互作用していると考えた方が、よりセルフ・ネグレクトの構造を説明できるものと考えられる。

また、野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）では、単体で存在してもセルフ・ネグレクトを説明できる「セルフケアの不足」及び「住環境の悪化」を中核概念とし、単体またはその下位概念のみの組み合わせで存在するとセルフ・ネグレクトを説明できない付随概念については「セルフ・ネグレクトの定義の中には含めていない（野村・岸ら 2014）。本研究結果からも、『セルフケアの不足』と【住環境の悪化】が中核概念であることは同様である。しかし、本研究においては《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》、《社会的孤立》、《不適切な財産管理及び社会的手続き》は付随概念ではなく、中核概念と相互作用する周辺概念としている。つまり、野村・岸らの理論的概念モデル（野村・岸ら 2014）と本研究における理論的概念モデルの相違点は、これらの周辺概念を定義から除外する方向ではなく、むしろセルフ・ネグレクトの定義や理論的概念モデルの中に含んでいるという点である。

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、Orem のセルフケア理論（Orem 2001 ; Orem=2016）からすると、これらの周辺概念にも『セルフケアの不足』の不足を説明できる《カテゴリー》や〈概念〉が含まれている。また、これらの周辺概念を構成する《カテゴリー》のみが問題となる高齢者の場合は、セルフ・ネグレクトという意味合いは弱いかもしれないが、支援の必要な状態で状態であるという観点からは中核概念に該当する高齢者と変わりはない。

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ると考えられる。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。そのため、周辺概念はセルフ・ネグレクトの定義に含める方が適切であると考えられる。

一方で、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念を中核概念と周辺概念に分類したことは、実証研究の観点からは意義があると考えられる。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。

しかし、この指標を実際の社会福祉実践の場面で使用し、周辺概念にしか問題がなく、セルフ・ネグレクトではないから支援をしないというような判断はすべきでなく、支援を必要とされる者への関わりを怠らないように留意すべきであると考えられる。

第2節 セルフ・ネグレクトの要因に関する考察

図 2-2 で示した Dyer らの理論的概念モデル(Dyer et al. 2007)にあるように、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルは下位概念の上下、相互の関連のみの検討から、要因も含めたより大きな枠組みのモデルが提示され始めている。そのため、第2節では本研究で明らかになったセルフ・ネグレクトの要因について考察し、セルフ・ネグレクトとその要因との関係についてのモデルを示す。

表8-1 事例の記述から見たセルフ・ネグレクトの要因（再掲）

| | 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 |
| | 加齢 | 48 |
| | 疾病・身体の障害 | 41 |
| 精神機能の低下 | 認知症 | 82 |
| | アルコール問題 | 19 |
| | 精神障害 | 31 |
| | 意欲低下 | 57 |
| | 判断能力 知的障害 | 2 2 |
| 本人の意志・性格 | 性格 | 44 |
| | 意図的 | 10 |
| 家族・社会的要因 | 家族の死亡・離別・関係の変化 | 46 |
| | 経済的困窮 | 6 |
| 不明 | | 13 |

N=239（重複あり）

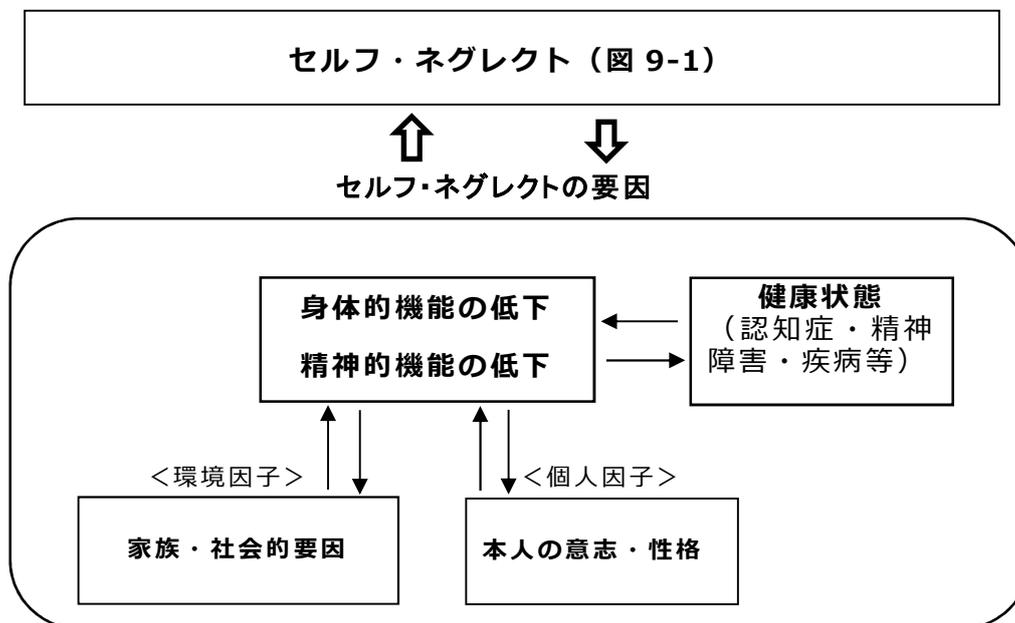
表 8-1 で示したとおり、セルフ・ネグレクトの要因に関しては、精神機能の低

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（表 8-1）。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、精神的機能の低下や身体的な機能の低下に起因するネグレクト状態こそ、セルフ・ネグレクトの中核である。The National Center on Elder Abuse（全米高齢者虐待問題研究所：以下「NCEA という」）の定義では、このように心身機能の低下に起因したセルフ・ネグレクト状態こそがセルフ・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「精神機能の低下」、「身体機能の低下」、「本人の意志・性格」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。家族の死亡・離別・関係の変化の事例の記述から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》につながることを示唆された。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」で説明できる（WHO=2002：11-12）。一方で、表 8-1 で示した「身体機能の低下」及び「精神機能の低下」には、ICFの観点からは健康状態（変調又は病気）」という要素も含まれている。表 8-1 で示した要因の「加齢又は疾病によるADLの低下」に関しては、「加齢又は疾病」がICFの「健康状態（変調又は病気）」で、「ADLの低下」が「心身機能・身体構造」で説明されると考えられる（WHO=2002：17）。また、表 8-1 で「精神的機能の低下」を構成する様々な疾病も同じ構造をしていると考えられる。さらに、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）。

図 9-2 ICF の観点を用いたセルフ・ネグレクトの要因間の相互作用とセルフ・ネグレクトとの関係



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・ネグレクトの要因は図 9-2 のように相互作用していると整理される (図 9-2)。また、さらに、ICF の観点から考えると、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念は ICF の「活動」及び「参加」で説明できる。そのため、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 (図 9-2)。

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 9-2 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思え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」を起因として考えれば、図 9-2 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思えば説明が可能である (図 9-2)。

一方で、セルフ・ネグレクトの要因に関する分析は、調査票問 7 の記述データに基づいたものであり、表 8-1 で示した疾患名、身体機能の低下、精神機能の低

下などは、客観的な診断ツールに基づいたものではない。そのため、本調査結果からセルフ・ネグレクトの要因は特定されているとは言えず、今後、より詳細な調査で検証する必要がある。

また、図 9-2 では、セルフ・ネグレクトの要因と、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図示できなかつたことが大きな課題である。これらの課題については、セルフ・ネグレクトの要因を詳細な調査で明らかにするとともに、今後も理論的な検証を重ねていく必要があると考えられる。そのため、図 9-2 で示したセルフ・ネグレクトの要因と各要因間の関係はあくまでも仮説であり、今後も検討を要することを明記したい。

第 3 節 意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱い

第 3 節では、意図的なセルフ・ネグレクトに関する研究指標及びセルフ・ネグレクトの定義における扱いについて結論を述べる。

第 1 項 意図的なセルフ・ネグレクトに関する理論的分類

セルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する内容分析の結果から、セルフ・ネグレクトは行為の結果としての状態像であることが示されている。その観点を含めると、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。

図 9-3 セルフ・ネグレクトの意図性に関する理論的概念モデル

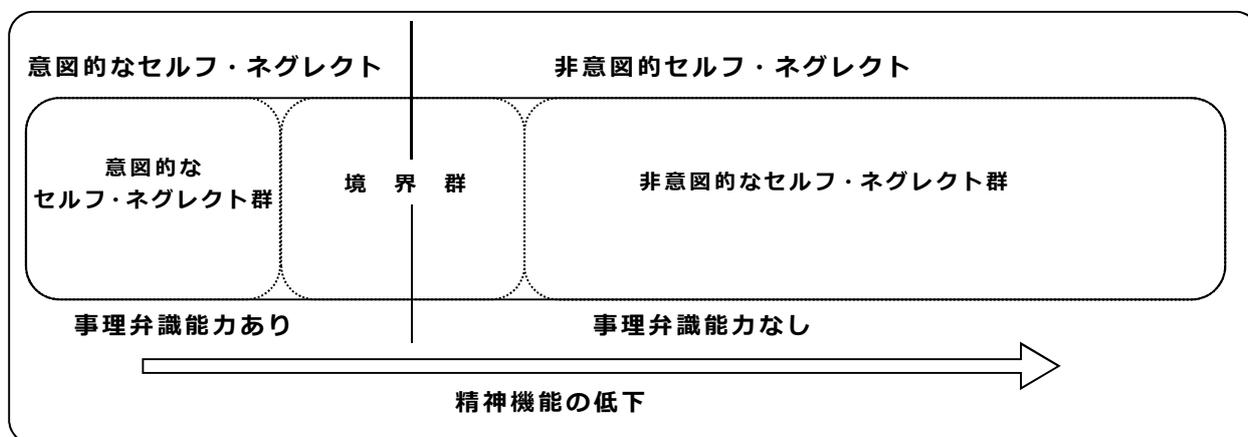


図 9-3 では、理論的研究及び調査結果から示された最終的な意図的なセルフ・ネグレクト及び非意図的なセルフ・ネグレクトの概念モデルについて示した（図 9-3）。本調査結果から、セルフ・ネグレクトは意図的なセルフ・ネグレクト群、非意図的なセルフ・ネグレクト群及び境界群に分類されることが示された。意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトの境界は、境界群の間にあると考えられる。

このモデル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・ネグレクトの境界線は、NCEA（NCEA 1998）と同様事理弁識能力の有無である。そのため、精神機能が低下していても事理弁識能力があると判断される場合もある。また、精神機能の低下は著しくなくても事理弁識能力がないと判断される場合もある。つまり、精神機能が低下している者が意図的なセルフ・ネグレクトに分類される場合と、精神機能の低下が著しくなくても非意図的なセルフ・ネグレクトとされる場合があり、境界群の中には両者が混在していると考えられる。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、表 9-3 はあくまで理論上の指標であり、実際の両者の境界線は非常に曖昧であることを明記したい。

第 2 項 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

セルフ・ネグレクトの意図性の有無に関する類型化の結果では、事理弁識能力がある、自由意志があると考えられる高齢者の中に、精神機能の低下を伴う高齢

者が含まれていることが示された。つまり、社会福祉実践の場面では、支援者が意図的なセルフ・ネグレクトであると判断した事例の中に、精神機能の低下を伴う場合が多くあると考えられる。そのため、意図的に拒否しているように見えても意図的なセルフ・ネグレクトであるか否かの判断は慎重に行うべきであり、社会福祉の専門職として、本人の生活状況の改善ができるよう、支援していくべきであると考えられる。

実際に事理弁識能力（刑事上は責任能力）の判定に関しては、一定の経験を有する専門家による詳細な精神鑑定を基に司法の場で検討をして判断されるものであり、意図的なセルフ・ネグレクトか否かを正確に判断することは非常に困難であると考えられる。

仮に、事理弁識能力の判断ができて意図的なセルフ・ネグレクトであるとされても、本研究で示されたようにセルフ・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と考えられる。

このような関わりの中では、支援者は常にジレンマに陥る。また、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、説得や強引な社会福祉サービスの導入など、支援者の意思を強要するような場面に陥ることもあると思われる。それこそが個人の選択の自由の侵害であると考えられる。社会福祉の専門職が個人の選択の自由を侵害するのは、個人の意思に反した支援者側の理論を押し付けることであり、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。

そのため、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と考えられる。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と考えられる。

以上の理由から、本研究の結論としては、意図的なセルフ・ネグレクトをセルフ・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、終末期医療の場合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。

第4節 セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルと定義

最後に、これまでの考察、図 9-1 のセルフ・ネグレクトを構成する下位概念に関する理論的概念モデル及び図 9-2 の ICF の観点を用いたセルフ・ネグレクトの要因モデル（仮説）を基に、本研究におけるセルフ・ネグレクトの理論的概念モデル及びセルフ・ネグレクトの定義を示したい。図 9-4 では本研究におけるセルフ・ネグレクトの概念モデルを示した（図 9-4）。以下、このモデルについて説明する。

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と考えられる。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】で構成されることが考えられる。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』であると考えられる。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・ネグレクトはこれらの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（図 9-4）。

このモデルに、第3節で述べた意図的なセルフ・ネグレクト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。

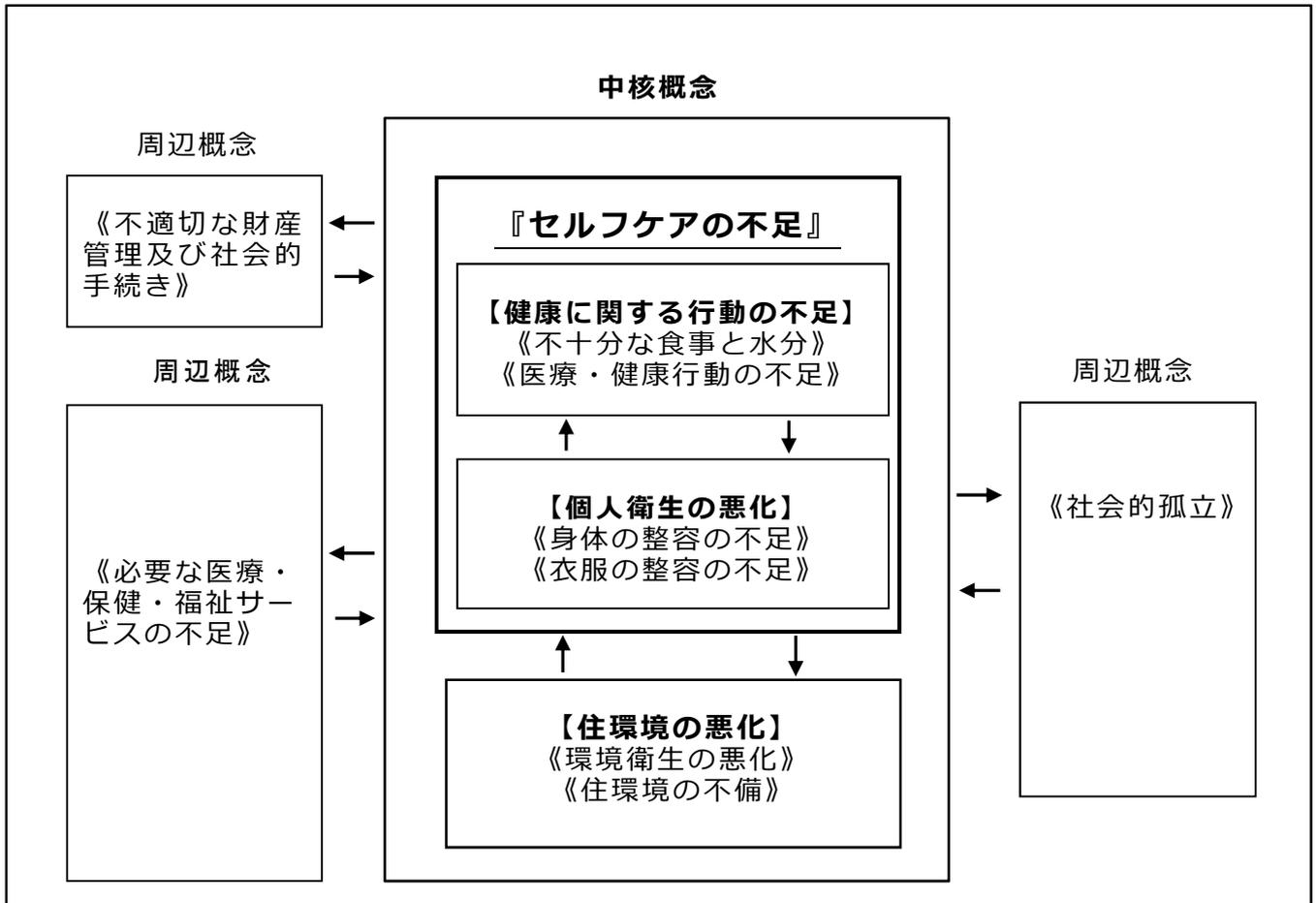
セルフ・ネグレクトの定義

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。

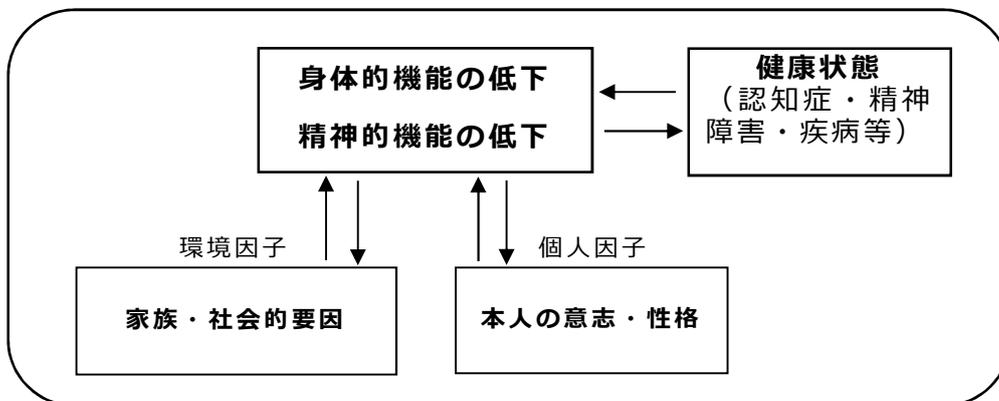
終末期医療の場等で専門家との十分な協議と本人の意思決定（精神機能が低下していても事前に意思が確認されている場合も含む。）の上で、社会的にコンセンサスが得られた方法を選択している場合は除く。

図 9-4 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



↑ ↓
セルフ・ネグレクトの要因（仮説）



論者作成

終章 本研究のまとめと今後の課題

第1節 要約

本研究は、先行研究の詳細な検討と調査結果の分析による探索的な研究方法を用いて、高齢者のセルフ・ネグレクトの概念を明確化することを目的とした。

第1章では、国内、海外におけるセルフ・ネグレクトに関する先行研究の動向をレビューし、本研究全体の課題を示した。わが国におけるセルフ・ネグレクトの調査研究は実態調査の段階である。また、セルフ・ネグレクトの概念が明確になっていないため、調査研究時の測定指標が定まらず、実証的な研究へ発展できない現状がある。一方で、海外、特にアメリカ合衆国においては、測定尺度の開発、追跡研究によるセルフ・ネグレクトと死亡リスクの関連など、先進的な研究が報告されている。しかし、海外においてもセルフ・ネグレクトの概念は明確になってはおらず、様々な議論がある。また、その先進的な知見をわが国の研究に応用するためには、わが国における文化的・制度的・社会的背景を基盤とした議論が必要である。これらの結果から、わが国においてセルフ・ネグレクトに関する研究を発展させるには、わが国における調査結果からセルフ・ネグレクトの概念を明確化し、新たな理論的基盤の構築が必要であることが示された。

第2章では、先行研究におけるセルフ・ネグレクトの定義、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念、セルフ・ネグレクトの理論的概念モデルについてレビューし、セルフ・ネグレクトの概念を明確化する上での課題を示した。先行研究においては、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念として、セルフケアの不足、住環境の悪化、支援や福祉サービスの拒否、財産管理の問題、社会的孤立が示されている。しかし、これらのセルフ・ネグレクトを構成する下位概念については様々な議論があり、未だに明確にはなっていない。また、先行研究における理論的概念モデルでは、セルフ・ネグレクトを構成する各下位概念間の関係が明らかになっておらず、時間軸を有するセルフ・ネグレクトの概念を説明できるモデルは示していない。そして、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念が明らかになったとしても、その下位概念がどのような組み合わせで生じている場合をセルフ・ネグレクトと判断するのかという、セルフ・ネグレクトの類型による判断基

準を明確にする必要がある。これらの結果から、セルフ・ネグレクトの概念を明確化するには、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念の明確化と各下位概念間の上下、相互の関係を明らかにする必要があるという研究課題が示された。また、セルフ・ネグレクトの類型による判断基準については、調査で得られたセルフ・ネグレクトの事例を類型化して検討する必要があることが示された。

第3章では、意図的なセルフ・ネグレクトに関する理論についての先行研究をレビューから、セルフ・ネグレクトの定義における意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いを検討するために必要な調査課題を示した。意図的なセルフ・ネグレクトとは、事理弁識能力がある者が、自由意志によってセルフ・ネグレクトの状態になることをいう。アメリカ合衆国におけるセルフ・ネグレクトの定義においては、意図的なセルフ・ネグレクトは本人の選択であるからとしてその定義の中に含まないとされている。一方で、わが国の研究者の間では、セルフ・ネグレクトの定義に含むべきであると考えられている。しかし、意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトという分類そのものが実証研究による検証がなされておらず、セルフ・ネグレクトの定義の中に意図的なセルフ・ネグレクトを含むことの根拠は明確ではない。これらの結果から、セルフ・ネグレクトの定義における意図的なセルフ・ネグレクトの扱いについて明確にするには、調査によって得られたセルフ・ネグレクトの事例を意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトに分類した上で議論する必要があることが示された。

第4章では、先行研究から高齢者虐待の概念とセルフ・ネグレクトの概念を比較検討した。その結果、高齢者においては、他者からのネグレクトとセルフ・ネグレクトには、脆弱な状態にある高齢者であるという共通点があることが示された。また、他者からのネグレクトとセルフ・ネグレクトとの境界は曖昧であり、両者は信頼関係のある他者が介在するか否かの違いでしかないことも示された。しかし、セルフ・ネグレクトは、本質的には信頼関係のある他者からの不適切な行為ではないという点、犯罪性がないという点から、高齢者虐待とは明らかに異なる事象であることが示された。

第5章では、調査の概要について述べた。本研究においては、文献研究において示された調査課題を検証するため、論者が2010年に実施した全国地域包括支

援センター事例調査によって得られた事例データを質的帰納的な方法で分析することとした。全国地域包括支援センター事例調査は、2010年に全国4,277か所の地域包括支援センターから系統的無作為抽出を用いて抽出された1,190機関に対し実施された。具体的には、調査対象となった地域包括支援センターに質問紙を送付し、同センターの専門職からセルフ・ネグレクトの事例に関する回答を得た。結果、238か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%）。

本研究では、調査の分析にあたり、文献研究の結果から以下の3つのリサーチクエスチョンを示した。

リサーチクエスチョン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間、相互の関係は何か。

リサーチクエスチョン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。

リサーチクエスチョン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か。

第6章では、リサーチクエスチョン1を検証した。リサーチクエスチョン1の検証には、調査で得られたセルフ・ネグレクトの事例に関する記述データを、内容分析を用いて質的帰納的に分析した。その結果、セルフ・ネグレクトは、①《不十分な食事と水分》、②《医療・健康に関する行動の不足》、③《身体の整容の不足》、④《衣服の整容の不足》、⑤《不衛生な住環境》、⑥《住環境の不備》、⑦《不適切な財産管理及び社会的手続き》、⑧《必要な医療・保健・福祉サービスの不足》、⑨《社会的孤立》の9つの《カテゴリー》で構成されることが示された。また、①及び②の上位概念として【健康に関する行動の不足】、③及び④の上位概念として【個人衛生の悪化】、⑤及び⑥の上位概念として【住環境の悪化】という3つの【中核カテゴリー】が生成された。さらに、【個人衛生の悪化】の上位概念である『理論的中核カテゴリー』として、『セルフケアの不足』が生成された。これらの結果から、セルフ・ネグレクトは『理論的中核カテゴリー』から最小の下位概念である〈概念〉に至るまで4層で構成される構造であることが示された。また、各〈概念〉は行動レベルの〈概念〉と状態像としての〈概念〉

が含まれ、生活や生命の維持に必要な行動の不足からセルフ・ネグレクトの状態に至るというセルフ・ネグレクトを構成する下位概念間の関係が示された。

第7章では、リサーチクエスション2を検証した。具体的には、リサーチクエスション2を検証するため、内容分析で示された9つの《カテゴリー》を基礎項目として、非階層クラスター分析を用いてセルフ・ネグレクトの事例を類型化した。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た。これらのクラスターの傾向を検討すると、セルフ・ネグレクトの事例は、複合問題群と特徴問題群に分類されることが示された。また、これらのクラスターの傾向から、《身体の整容の不足》、《衣服の整容の不足》及び《不衛生な住環境》は何らかの関連がある可能性が示された。セルフ・ネグレクトの類型による判断基準の観点から検討すると、特徴問題群は複合問題群に比べセルフ・ネグレクトを説明する力は弱い。しかし、特徴問題群には『セルフケアの不足』で説明できるクラスターであるため、セルフ・ネグレクトと判断する方が適切である。そのため、該当する各《カテゴリー》が広範囲にわた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ことが示された。

第8章では、リサーチクエスション3を検証した。具体的には、リサーチクエスション3を検証するため、第1の分析として、事例の記述から要因を分析し、セルフ・ネグレクトの要因を、身体機能の低下、精神機能の低下、本人の意志・性格、家族、社会的要因に分類した。第2の分析として、これらの要因を中心に事例の記述データから心身機能の低下に至る各疾患や障害の有無に関する変数を作成した上で、調査において事例の回答者が回答した事理弁識能力の有無、自由意志の有無、事例の記述から作成した心身機能の低下に至る各疾患や障害の有無の変数を基礎項目に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8つのクラスターに分類された。これらのクラスターの傾向を検討すると、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、境界群に分類されることが示された。また、境界群に分類されたクラスターは、非意図的なセルフ・ネグレクトの傾向も、意図的なセルフ・ネグレクトの傾向もあり、両者の境界は曖昧であることが示された。さらに、これら3つの群に分類されたクラスターの事例数から検討すると、セルフ・

ネグレクトの事例の中では、非意図的セルフ・ネグレクト群が中心を占める可能性が示された。

第9章では、これらの研究結果をICFの相互作用モデルを用いて検討し、結論として本研究におけるセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルを提示した。

本研究の結論は、以下のとおりである。

セルフ・ネグレクトは、疾病、心身機能の低下、個人因子及び環境因子の相互作用の結果、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と考えられる。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をし、その悪循環を繰り返すのではないかと考えられる。

これらの要因と相互作用するセルフ・ネグレクトは、中核概念である、『セルフケアの不足』と【住環境の悪化】、周辺概念である、『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』、『社会的孤立』から構成されることが考えられる。中核概念の中では、『セルフケアの不足』が内容分析の結果最上位の階層にある大きな概念であること、様々な【中核カテゴリー】、『カテゴリー』、『概念』と密接な関係があることから、セルフ・ネグレクトを構成する最重要の下位概念であると考えられる。ICFの相互作用モデルの観点からセルフ・ネグレクトを構成する下位概念間の関係を検証すると、これらの全ての下位概念は相互作用していると考えられる。

そして、意図的なセルフ・ネグレクトと非意図的なセルフ・ネグレクトの境界線は理論的には事理弁識能力の有無であると考えられる。しかし、境界群においては精神機能が低下していても事理弁識能力があると判断される事例があり、実際の両者の境界線は非常に曖昧であると考えられる。また、意図的なセルフ・ネグレクトを個人の選択の自由であるからとセルフ・ネグレクトの定義から除外するのは適切ではないと考えられる。意図的なセルフ・ネグレクトに関する扱いに関しては、セルフ・ネグレクトを行動の結果として生じる状態像にとらえると、その状態像に対する支援の必要性という観点からは、非意図的なセルフ・ネグレクトとの相違はないと考えられる。むしろ、その支援が必要な状態像に着目し、意図的なセルフ・ネグレクトはセルフ・ネグレクトの定義の中に含めて議論すべきであると考えられる。

第2節 本研究の限界と今後の実証研究の課題

第1項 本研究の限界

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限界である。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ICFの相互作用モデルを用いることで、セルフ・ネグレクトを構成する下位概念とその下位概念間の上下相互の関係を示した。このモデルでは、時間軸を含むセルフ・ネグレクトを構成する下位概念間の関係を示すことは可能であるが、時間軸を含む相互作用モデルであるために、調査研究のよう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。そのため、本研究で示されたセルフ・ネグレクトの理論的概念モデルについては、今後も理論的検証を重ねていく必要がある。

2点目は、調査対象の抽出方法についての限界である。本調査は全国の地域包括支援センターから系統的無作為抽出で抽出した1,190機関に調査票を送付しており、その中から239事例の有効回答を得ている。また、回答を得た事例は、回答者が主観的に支援に困難を感じた事例であり、その中でも代表的な事例を送付している。そのため、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限界である。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。その結果、本研究において調査を実施した後に、新たな先行研究の結果が出るなど、最終的には最新の先行研究も含めて検討した調査課題を、本研究の調査データで研究するという研究デザインを採用せざるを得なかった。このため、分析に使用した本調査の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。この点は、本研究の大きな限界であると考えられる。

4点目は、調査方法と調査内容の限界である。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、今後も精密な実証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と考えられる。

6点目の限界は、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。この点に関しても今後実証研究による詳細な検討が必要である。

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、あくまで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点が大きな限界である。

8点目の限界は、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である。本研究ではこの点については、調査による検証とそれに基づく制度・

政策について論じることができなかつた点が大きな課題として残されている。この点に関しては今後も別の角度からの検証を進めるとともに、制度政策的な研究も実施した上でセルフ・ネグレクトの予防・支援の法制化について検討していく必要があると考えられる。

本研究の最後の限界は、高齢者以外のセルフ・ネグレクトの検証ができなかつたという点である。本調査結果から、比較的若い時期にセルフ・ネグレクトの状態になり、そのまま高齢者になった事例があることが明らかになった。本研究は高齢者に焦点を絞ったため、これら若年者のセルフ・ネグレクトについて明らかにすることができなかつた。そのため、今後は若年者のセルフ・ネグレクトに焦点を当てた研究が必要であると考えられる。

第2項 今後の実証研究の課題

第2項では、本研究の結果と限界から明らかになった今後の実証研究の課題を述べる。

1 点目の課題は疫学的な検討である。今後は本研究の結果から明らかになったセルフ・ネグレクトの判断基準をさらに明確化し、調査の指標を作成した上で、疫学的な検討ができる調査対象の抽出方法を用いて、セルフ・ネグレクトの発生率等の研究をする必要があると考えられる。

2 点目の課題は、セルフ・ネグレクトの測定指標の作成である。今後は本研究で明らかになった〈概念〉を測定指標として、実証研究によって本研究の内容分析の結果を検証し、数理統計学的な観点からその項目を精査して信頼性と妥当性を検証する必要があると考えられる。

3 点目の課題は、セルフ・ネグレクトの重症度に関する判断指標の作成である。そのためには、信頼性と妥当性の検証されたセルフ・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。

4 点目の課題は高齢者虐待、特にネグレクトとセルフ・ネグレクトの比較研究である。理論的には高齢者虐待とセルフ・ネグレクトは類似の概念であるとされている。一方で、この点について実証研究で証明はされていない。今後は、セルフ・ネグレクトの測定指標だけではなく、ネグレクトの測定指標も作成した上で

両者の事例を比較する研究が必要であると考えられる。

第3節 社会福祉実践への示唆

セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者に対しては、効果的な予防・支援方法の確立、法制度の中で明確な支援の根拠の規定、支援者と一緒に複雑な問題を判断する第三者機関の設置など、社会福祉実践のミクロ、メゾ、マクロの全ての領域で支援者が継続的な支援ができるような体制を構築していく必要があると考えられる。以下、本研究の結果から示されたセルフ・ネグレクト状態にある高齢者への社会福祉実践への示唆について、予防、支援及び法制度の観点から述べる。

第1項 セルフ・ネグレクトの予防

本調査の結果から、セルフ・ネグレクトの要因は、疾病、心身機能の低下、個人因子、環境因子の相互作用であることが示された。

これらの要因を考えると、認知症の予防、身体機能低下の予防など、疾病及び心身機能の低下に至る要因の医学・保健学的な観点からの予防が思い浮かぶ。

しかし、社会福祉学的な観点からは、個人因子と環境因子に着目する必要があると考えられる。本研究で明らかになった事例の中には、経済的な問題から支援やサービスを導入できないという社会的ネグレクトの要素が強い事例も見られた。このような事例の場合、セルフ・ネグレクトの状態になる前に何らかの経済的な問題を解決する支援をしていれば、セルフ・ネグレクトの状態になることを予防できるのではないかと考えられる。社会福祉の実践者として第一に考えるべき予防は、高齢者に限らず、児童、障害者、家族の問題等、様々なライフステージにおける生活に関する諸問題を的確にアセスメントし、共に解決を図っていくことである。このような個人因子や環境因子を、早期に、共に解決していくことで、将来的にセルフ・ネグレクト状態に陥るリスクを予防できるのではないかと考えられる。

第2項 セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への支援

本調査において回答を得た事例は、全て支援者が主観的に支援に困難性を感じ

た事例である。セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への支援については、支援の拒否という問題があり、常に多くのジレンマが伴う。支援者は、本人から支援を拒否する意志を示されると、本人の意志の尊重を考える。そして、本人の生命や生活を守ることと本人の意志の尊重という尊重すべき権利の間でジレンマが生じると考えられる。

しかし、本研究で示した意図的なセルフ・ネグレクトの扱いにあるように、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への支援は、その客観的な支援の必要性に着目すべきであると考えられる。具体的には、支援の拒否があっても、信頼関係を結ぶ努力をし、その高齢者が納得して支援を受け入れられるような根気強い関わりが必要であると考えられる。

その際に必要なことは、セルフ・ネグレクトの状態改善だけに着目するのではなく、その高齢者が最も支援を受け入れやすい問題に着目することが重要であると考えられる。例えば、経済的に困窮している高齢者であれば、経済的な生活基盤の確立に焦点を当てたアプローチが適切である。家族関係に困っている場合は、その部分に着目した支援に焦点を当てるのが適切である。

このような支援をおこなうことで、その高齢者との信頼関係が構築できると思われる。そして、1 つでもその高齢者を取り巻く環境が変化すれば、環境との相互作用でその高齢者は変化し、セルフ・ネグレクトを改善する直接的な支援に結び付く可能性があるのではないかと考えられる。

第 3 項 メゾ・マクロレベルの実践と法制度に関する提言

セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の予防・支援の問題については、上述したミクロなレベルの社会福祉実践への示唆に加え、メゾ、マクロレベルでの実践も必要であると考えられる。

まず、メゾのレベルではセルフ・ネグレクト状態にある高齢者への支援を既存の法制度や支援システムの中で検討していくことが必要である。本調査の結果から、セルフ・ネグレクト状態にある事例であっても、別居家族からの搾取などの高齢者虐待の要素が見られる事例や、非意図的なネグレクトとも考えられる事例があることが明らかになった。このような高齢者虐待の要素が強い事例に関しては、現行の高齢者虐待防止法とそのシステムを活用しての支援が可能であると考

えられる。このように、支援者が支援に困難性を感じた際には発想を転換し、既存の法制度やシステムを活用して最大限できる支援方法を検討していく必要があると思われる。

一方で、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者への支援は、既存の法制度やシステムでは解決できない者が含まれていることは明らかであると考えられる。そのためには、マクロなレベルでの実践としてセルフ・ネグレクトの予防・支援策の法制化を進めることが必須であると考えられる。論者はそのためには高齢者虐待防止法の改正が必要であると考えている。セルフ・ネグレクトと他者からのネグレクトとの境界は曖昧であり、脆弱な状態にある高齢者という観点からすると両者は信頼関係のある他者が介在するか否かの違いでしかない。そして、その状態の改善のためには、ネグレクトにおいては被害者としての支援が求められることを除いて、両者のニーズは一緒である。そのため、論者はセルフ・ネグレクトを高齢者虐待の周辺で論じるべきであると考えている。

しかし、高齢者虐待はケアの提供責任のある信頼関係のある他者からの権利侵害であり、その行為は明らかに犯罪である。そのため、セルフ・ネグレクトとは明らかに異なる事象であり、現行の高齢者虐待防止法に規定するには大きな矛盾が生じる可能性も考えられる。その観点からすると、論者は高齢者虐待防止法から「高齢者権利擁護法」という高齢者虐待とセルフ・ネグレクトの予防・支援を両方含めても矛盾のない法制度に変革すべきではないかと考えている。

第4節 結語

本研究において明らかになった社会福祉実践への示唆から考えると、セルフ・ネグレクトの状態にある者への予防・支援については大きな課題があると考えられる。また、本研究の限界と今後の実証研究の課題について検討すると、セルフ・ネグレクトに関する研究はまだ初期の段階であり、検証すべき課題は多い。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とも活発になるであろう。そのため、セルフ・ネグレクトの研究の進展とそれを基礎とする予防・支援方法の確立は必須の課題であると考えられる。

このような多くの課題の中で、論者の今後の研究目標は、本調査で明らかにな

った知見を精査し、数理統計学的な検討を加えて信頼性と妥当性の検証された測定尺度の開発とその測定尺度に基づいた追跡研究である。そして、このような実証的な研究に基づいた予防・支援ツールの開発を行い、セルフ・ネグレクト状態にある者の効果的な予防・支援方法を研究していきたいと考えている。

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。

謝辞

末筆ながら、まず、主査として本論文の執筆を最後まで支えていただいた西原雄次郎先生、副査として懇切丁寧なご指導を頂いた福島喜代子先生、本研究開始当初の主査増野肇先生、副査であった和田敏明先生に感謝を申し上げます。

また、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、埼玉県立大学の吉岡幸子先生、上智大学の小長谷百絵先生、日本福祉大学の斉藤雅茂先生、佛教大学の浜崎優子先生、帝京大学の野尻由香先生、麻生保子先生、望月由紀子先生、愛知県立大学の下園美穂子先生、厚生労働省、内閣府、ニッセイ基礎研究所、あい権利擁護支援ネットの方々にも感謝申し上げます。

さらに、私がセルフ・ネグレクトに関する研究を開始する機会を頂いた原点である故津村智恵子先生、海外から多くの示唆を頂いた James, G, O'brien 先生、理論に関するご指導を頂いた湘南医療大学の鶴見隆彦先生、義父であり言語学の観点から本研究を支えてくださった今村成男先生、本研究への助成を頂いた財団法人日本興亜福祉財団の皆様、調査票の印刷及び発送をしていただいた就労支援 B 型事業所 GAYA 横須賀の利用者の皆様、調査にご協力を頂いた皆様にも重ねて感謝申し上げます。

そして、最後に長年に渡る研究を影から支えてくれた妻と幼い息子達に感謝いたします。

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.
- Baker, F. M. and Miller, C. L. (1991) Cocooning: A Clinical Sign of Depression in Geriatric Patients, Hospital and Community Psychiatry, 42, 845-846.
- Bonnie, R. J. and Wallace R. B. (2003) Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America, The National Academies Press. (= 2008, 多々良紀夫監訳『高齢者虐待の研究—虐待, ネグレクト, 搾取究明のための指針と課題』明石書店.)
- Badr, Amel, Hassain, Asghar and Iqbal, Javed (2005) Diogenes Syndrome: When Self Neglect is Nearly Life Threatening, Clinical Geriatrics, 13(8), 10-13.
- 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.
- Decalmer, P and Grendening, F. (1993) Mistreatment of Elderly People, Sage Publications Ltd. (= 1998, 田端光美, 杉岡直人監訳『高齢者虐待—発見・予防のために』ミネルヴァ書房.)
- Dyer C. B., et al. (2006a) The Making of a Self-Neglect Severity Scale, Journal of Elder Abuse and Neglect, 18(4), 13-23.

- Dyer, C. B. and Prati, L. L. (2006b) Self-Neglect: On the CREST of New Discoveries, Journal of Elder Abuse and Neglect, 18(4), 1-3.
- 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 and Gorbien, Martin (2005) Decision-Making Capacity: The Core of Self-Neglect, Journal of Elder Abuse and Neglect, 17(3), 19-36.
- Dong, XinQi, Simon, Melissa, Fulmer, Terry, Mendes de Leon Carlos F., et al. (2009a) Physical Function Decline and the Risk of Elder Self-Neglect in a Community-Dwelling Population, The Gerontologist, 50(3), 316-326.
- Dong, XinQi, Simon, Melissa, Mendes de Leon Carlos, et al. (2009b) Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population, The Journal of the American Medical Association, 302(5), 517-526.
- Dong, XinQi, Mendes de Leon Carlos, F. and Evans, Denis A. (2009c) Is Greater Self-Neglect Severity Associated With Lower Levels of Physical Function?, Journal of Aging and Health, 21(4), 596-610.

- Dong, XinQi, Wilson, Robert S., Mendes de Leon, Carlos F., et al. (2010a) Self-Neglect and Cognitive Function among Community-Dwelling Older Persons, International Journal Geriatric Psychiatry, 25, 798-806.
- Dong, XinQi, Simon, Melissa, Beck, Todd, et al. (2010b) A Cross-Sectional Population-Based Study of Elder Self-Neglect and Psychological, Health, and Social Factors in A Biracial Community, Aging & Mental Health, 14(1), 74-84.
- Dong, XinQi and Simon, Melissa A. (2012a) The Prevalence of Elder Self-Neglect In a Community-Dwelling Population Hoarding, Hygiene and Environmental Hazards, Journal of Aging and Health, 24(3), 507-524.
- Dong, XinQi, Simon, Melissa A. and Evans, Denis (2012b) Prospective Study of the Elder Self-Neglect and Emergency Department Use in a Community Population, The American Journal of Emergency Medicine, 30(4), 533-561.
- Dong, XinQi (2013a) Association between elder self-neglect and hospice utilization in a community population, Archives of Gerontology and Geriatrics, 56, 192-198.
- Dong, XinQi and Simon, Melissa (2013b) Elder Self-Neglect: Implications for Health Care Professionals, Canadian Geriatrics Society Journal of CME, 3(1), 25-28.
- Dong, XinQi (2014) Self-Neglect in an Elderly Community-Dwelling U.S. Chinese Population: Findings from the Population Study of Chinese Elderly in Chicago Study, Journal of the American Geriatrics Society, 62(12), 2391-2397.
- 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.
- 浜崎優子, 岸恵美子, 野村祥平ほか(2011)「地域包括支援センターにおけるセルフ・ネグレクトの介入方法と専門職が直面するジレンマおよび困難」『日本在宅ケア学会誌』15(1), 6-34.
- ICD 著, 日本ライフオーガナイザー協会監修 (2013)『慢性的に片づけられない人をサポートするオーガナイズの手法<上巻>』葉月出版.
- 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
- 医療経済研究機構(2003)『家庭内における高齢者虐待に関する調査』
- 金子善彦(1987)『老人虐待』星和書店.
- 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—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」『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—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.
- 岸恵美子・野尻由香・米沢純子ほか(2014)「地域包括支援センター看護職のセルフ・ネグレクト事例への介入方法の分析」『高齢者虐待防止研究』10(1), 106-120.
- 岸恵美子代表編(2015)『セルフ・ネグレクトの人への支援—ゴミ屋敷・サービス拒否・孤立事例への対応と予防』中央法規.
- 厚生労働省老健局(2006)『市町村,都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について(第1版)』.
- 小長谷百絵・岸恵美子・野村祥平他(2013)「高齢者のセルフ・ネグレクトを構成する因子の抽出—専門職のセルフ・ネグレクトへの支援の認識から」『高齢者虐待防止研究』9(1), 54-63.
- 小長谷百絵・下園美穂子・岸恵美子他(2015)「地域包括支援センターの専門職による高齢者のセルフ・ネグレクトへの支援の必要性の認識—高齢者の特性による支援の必要性の認識の違い」『高齢者虐待防止研究』11(1), 117-132.
- Lauder, W. (1999a) The Medical model and other constructions of self-neglect, International Journal of Nursing Practice, 5, 58-63.
- Lauder, W. (1999b) Construction of Self-neglect: A Multiple Case

- Study Design, Nursing Inquiry, 6, 48-57.
- Lauder, W. (1999c) A Survey of Self-Neglect in Patients Living in The Community, Journal of Clinical Nursing, 8, 95-102.
- 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., Anderson, I. and Barclay, A. (2002) Sociological and Psychological Theories of Self-Neglect, Journal of Advanced Nursing, 40(3), 331-338.
- Lauder, W. et al. (2005a) Housing and Self-Neglect: The Responses of Health, Social Care and Environmental Health Agencies, Journal of Interprofessional Care, 19(4), 317-325.
- Lauder, W. et al. (2005b) Self-Neglect: The Role of Judgements and Applied Ethics, Nursing Standard, 19(18), p45-51.
- Lauder, W. and Anderson, I. (2005c) A Framework for Good Practice in Interagency Interventions with Cases of Self-Neglect, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 12, 192-198.
- Lauder, W., Ludwick, R., Zeller, R., and Wingchell, J. (2006) Factors Influencing Nurses' Judgements about Self-Neglect Cases, Journal of Advanced Nursing, 13, 279-287.
- 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.
- MacMillan, D. and Shaw P. (1966) Senile Breakdown in Standards of Personal and Environmental Cleanliness, British Medical Journal, 2, 1032-1037.
- 南裕子, 稲岡文昭監修(1987)『セルフケア概念と看護実践—Dr. P. R. Underwood の視点から』ヘルス出版.
- 村瀬洋一, 高田洋, 廣瀬毅士(2007)『SPSSによる多変量解析』, オーム社.
- 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—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.
- Naik, A. D., Teal, C. R., Pavlik, V. N., et al. (2008) Conceptual Challenges and Practical Approaches to Screening Capacity for Self-Care and Protection in Vulnerable Older Adults, American Geriatrics Society, 56(S2), S266-S270.
- 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(2010)「地域における高齢者のセルフ・ネグレクトに関する研究; 地域包括支援センターへの自営調査結果の概要」『財団法人日本興亜福祉財団平成 20 年度ジェロントロジー研究報告』9, 54-59.

- 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—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
- O'Brien, J. G., Thibault, J. M. and Turner, L. C. et al. (1999) Self-Neglect: An Overview, O'Brien, James G. ed. Self-Neglect: Challenges for Helping Professionals, The Haworth Maltreatment & Trauma Press, 1-19.
- 大塩まゆみ(1997)「高齢者虐待・放任の概念についての小論—その予防に向けて—」『社会福祉研究』70, 178-183.
- 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.)
- Pavlou, M. P., Lachs, M. S. (2006) Could Self-neglect in older adults be a geriatric syndrome?, Journal of the American Geriatrics Society, 54(5), 831-842.
- Reed, P. G. and Leonard, V. E. (1989) An Analysis of The Concept of Self-Neglect, Advanced Nursing Science, 12, 39-53.
- 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—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.
- 高崎絹子,谷口好美,佐々木明子(1999)『“老人虐待”の予防と支援—高齢者・家族・支え手をむすぶ』日本看護協会出版
- 高崎絹子(2006)「高齢者虐待の防止,高齢者の擁護者の支援に関する法律の義務と本学会の責務」『高齢者虐待防止研究』2(1)

- 田中 荘司(1994)『高齢者の福祉施設における人間関係の調整に係わる総合的研究』高齢者処遇研究会.
- 田中 荘司(1998)『在宅・施設における高齢者及び障害者の虐待に関する意識と実態調査研究報告書』高齢者処遇研究会.
- 田中 荘司(1999)「高齢者虐待の発生及び防止に関する実証的調査研究」『長寿科学総合研究—高齢者虐待の発生予防及び援助方法に関する学際的研究—平成 10 年度研究報告書』, 5-13.
- 多々良 紀夫・二宮加鶴香(1994)『老人虐待』筒井書房.
- 多々良 紀夫編(2001)『高齢者虐待』中央法規, 16-113.
- 多々良 紀夫(2004a)『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.
- 多々良 紀夫(2004b)『北アメリカおよび英国における高齢者虐待文献資料』長寿科学総合研究事業, 多々良 研究班.
- 多々良 紀夫(2005)「家庭内における高齢者虐待に関する調査;全国調査(機関調査)の結果の概要」『高齢者虐待防止研究』1(1), 46-59.
- The National Committee for the Prevention of Elder Abuse and The National Adult Protective Services Association (2006) The 2004 Survey of State Adult Protective Services: Abuse of Adults 60 Years of Age and Older.
- The National Center on Elder Abuse (1998) National Incidence Study of Elder Abuse Study: Final Report.
- Thibault, Jane M., O'Brien, James G. and Turner, L. C. (1999) Indirect Life Threatening Behavior in Elderly Patients, O'Brien, James G. ed. Self-Neglect: Challenges for Helping Professionals. The Haworth Maltreatment & Trauma Press, 21-32.
- 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・臼井キミカ・佐瀬美恵子 (1997)『高齢者虐待の全国実

- 態調査－主として保険・福祉機関調査より』財団法人長寿社会開発センター.
- 津村智恵子・臼井キミカ・佐瀬美恵子（1998）『高齢者ケアにおける人権擁護に関する研究報告書』高齢者虐待防止研究会.
- 津村智恵子・臼井キミカ・佐瀬美恵子（2000）「比較対照法による在宅高齢者虐待の類型別発生要因に関する研究」『大和証券ヘルス財団研究業績集』23, 83-88.
- 津村智恵子・大谷昭編（2004）『高齢者虐待に挑む－発見，介入，予防の視点』中央法規.
- 津村智恵子・大谷昭編（2006a）『高齢者虐待に挑む－発見，介入，予防の視点』中央法規.
- 津村智恵子・入江安子・廣田麻子ほか（2006b）「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.
- 津村智恵子(2006c)「セルフ・ネグレクト(自己放任)を防ごう」『第3回日本高齢者虐待防止学会大阪大会抄録集』(大阪市立大学医学部), 14-17.
- 津村智恵子(2009)「セルフ・ネグレクト防止活動に求める法的根拠と制度」『高齢者虐待防止研究』5(1),61-65.
- 上田照子，水無瀬文子，大塩まゆみ（1998）「在宅介護高齢者の虐待に関する調査研究」『日本公衆衛生雑誌』45（5），437-447
- 上田照子(2002)『高齢者虐待－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.)
- 山口光治(2003)「高齢者放任の概念整理に関する一考察」『国際医療福

祉大学紀要』8, 1-9.

付表 1

高齢者のセルフ・ネグレクトに関するアンケート調査

ー調査のお願いー

時下、ますますご清祥の事とお喜び申し上げます。日ごろは、私どもの研究にご協力を頂き、感謝申し上げます。

この調査は高齢者のセルフ・ネグレクト（自己放任）に関する実態を明らかにする事を目的としております。セルフ・ネグレクトとは、加齢に伴う様々な能力の低下、認知症、精神障害など、何らかの要因で“食事を摂らない”、“衣服の汚れが目立つ”、“入浴をしていない”、“ごみや害虫などが発生する不衛生な環境で生活をする”、“必要なサービス利用を拒否する”など、高齢者の自分自身に対する身の安全を脅かすような放任的行為であるとされております。このような事例は実践の場面において、現行の制度では援助が困難となる事が多く、多くの援助者がジレンマに陥る事が多いと思われまます。今後、少子高齢化のさらなる進展により、セルフ・ネグレクトも深刻化すると考えられ、早急な援助方法の確立、また援助を可能とする制度の構築が望まれております。しかし、わが国においてセルフ・ネグレクトの研究はほとんどなされておらず、今後の支援方法確立の基礎となる実態も明らかになっておりません。

そこで、本研究においては、いまだ明らかになっていないセルフ・ネグレクトの実態と課題を明らかにする事で、今後の実践場面におけるひとつの指標を構築して行きたいと考えております。

大部な調査票ではございますが、ご協力のほどお願い申し上げます。また、お忙しいところ大変恐縮ですが P4～10までの項目にご回答の上、2010年2月25日までに別添の返信用封筒にてご郵送いただければ幸いに存じます。何とぞ、調査の趣旨をご理解頂き、ご協力頂けますようお願い申し上げます。

2010年2月1日

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科
社会福祉学専攻博士後期課程 野村 祥平

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科
教授 西原 雄次郎

調査に関する説明及び誓約

- ① この調査はあらかじめ用意されたシートにセルフ・ネグレクトと思われる事例を簡単に記入して頂くとともに、事例に対応している時のあなたの困難感や悩みについてお聞きいたします。
- ② この調査への参加は任意です。また、お答えにくい事柄については、お答えいただく必要はございません。
- ③ この調査に参加しないことでいかなる不利益も生じません。
- ④ 調査の同意は、アンケート用紙の返信をもちまして、同意していただいたことといたします。
- ⑤ 調査終了後も、文書にて調査不参加の申し出がございましたら、速やかに質問紙と当該データを破棄いたします。この場合も、いかなる不利益も生じません。
- ⑥ 結果の公表に関しては、統計的な処理をいたします。また、事例に関してもそのエッセンスを抽出してカテゴリー化したものを統計的に処理したもの(例:食事を摂らない 8件、ゴミが散乱している 6件)などを公表し、個人が特定できるような詳細な事例情報は公表いたしません。
- ⑦ 調査参加者からの請求があれば、該当データを開示いたします。
- ⑧ あなたとあなたの所属機関を特定できる情報は一切公表いたしません。
- ⑨ 情報の保護には細心の注意を払っております。調査用紙は鍵のかかるキャビネットに厳重に保管し、調査者及び指導教授以外が閲覧することはありません。
- ⑩ 分析が終了次第、質問紙は破棄いたします。
- ⑪ 本調査で得られたデータは、ルーテル学院大学における博士論文、また学会紙への投稿、学会発表などの学術目的以外には使用いたしません。
- ⑫ 本調査に関しては、ルーテル学院大学研究倫理委員会による承認を得ております。
- ⑬ この研究に関するお問い合わせは、下記までご連絡いただけますようお願い申し上げます。

<お問い合わせ先>

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科
社会福祉学専攻博士後期課程 野村 祥平
〒181 - 0015 東京都三鷹市大沢 3-10-20
電話：0422-31-4611 (代表)
E-mail : suomea1976@hotmail.com

※お問い合わせは原則メールにいただければ幸いです。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

※参考にご使用ください

| | | |
|-------|----------|---|
| ◆ | | |
| 生活自立 | ランク J | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 |
| | | 1 交通機関等を利用して外出する。 |
| | | 2 隣近所へなら外出する。 |
| 準寝たきり | ランク A | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 |
| | | 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 |
| | | 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。 |
| 寝たきり | ランク B | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 |
| | | 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 |
| | | 2 介助により車椅子に移乗する。 |
| | ランク C | 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 |
| | | 1 自力で寝返りをうつ。 |
| | | 2 自力では寝返りもうたない。 |

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

※参考にご使用ください

| ランク | 判定基準 | 見られる症状・行動の例 |
|------|--|--|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。 | |
| II | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | |
| IIa | 家庭外で上記IIの状態が見られる。 | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等 |
| IIb | 家庭内で上記IIの状態が見られる。 | 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等 |
| III | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 | |
| IIIa | 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
| IIIb | 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。 | ランクIIIaに同じ |
| IV | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランクIIIに同じ |
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等 |

セルフ・ネグレクトの例 ※参考にご使用ください

セルフ・ネグレクトとは、大阪の高齢者虐待防止研究会によると「**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**」と定義されています（津村、2006）。具体的な例として以下のような状況が考えられます。

- ① 食事に関すること
食事を摂らない、食事の内容が不十分、栄養失調、脱水症状、腐ったものが放置されている等。
- ② 衣類に関すること
衣服が極端に汚れている、季節に合わない服装をしている、衣服を着用していない等。
- ③ 住環境に関すること
清掃がなされていない、ゴミを溜め込んでいる、ゴキブリなどの害虫が発生している、暖房などが不十分、住居が破損している等。
- ④ 個人の衛生に関すること
入浴していない、髪・髭・爪が伸び放題、失禁があっても放置している、オムツの交換がされていない等。
- ⑤ 医療に関すること
必要な医療を受けていない、医療上の指示を守らない、服薬の管理ができていない、医療を拒否する等。
- ⑥ サービスに関すること
介護保険サービス、配食サービス、生活保護、その他の必要な社会サービスを受けない等。
- ⑦ 社会との関わり
他者との交流が極端に少ない、近隣との接触を拒絶している、社会的孤立の状態にある等。
- ⑧ 財産の管理・手続きに関すること。
金銭管理、財産の管理、生活上に必要な手続きなどができていない等。
- ⑨ その他

本調査では、**地域に暮らすセルフ・ネグレクト状態にある高齢者を調査の対象といたしません。**調査にあたってはいくつかの操作定義をいたします。

- ① 本調査では **60歳以上の方**を調査の対象といたします。
- ② 地域に暮らす高齢者とは一戸建てやアパートマンションにおける居住など、介護予防サービスや居宅サービスの適用となる居住形態をしている高齢者といたします。ただし、グループホームや指定となる有料老人ホームなどに居住する高齢者は調査の対象といたしません。
- ③ 野宿生活者は調査の対象といたしません。

アンケート1

問1 あなたの所属されている機関についてお尋ねいたします。

1)貴センターの所在地

_____ 都・道・府・県

_____ 市・町・村

2)開設年 西暦 年

3)貴センターは市町村の直営ですか、委託ですか (○は1つ)

1. 直営 2. 委託

4)貴センターの職員数についてお尋ねします。

_____ 人 (内常勤 _____ 人)

問2 あなたの職務についてお尋ねいたします。(該当箇所に○を付けてください)

1)職 種

1. 社会福祉士 2. 保健師および経験看護師 3. 主任介護支援専門員 4. 介護支援専門員 5. その他 (_____)

2)取得資格

1. 社会福祉士 2. 保健師 3. 看護師 4. 介護支援専門員 5. 精神保健福祉士 6. 介護福祉士 7. ホームヘルパー (1級・2級・3級) 8. 社会福祉主事 9. その他 (_____)

3)職 務

1. 管理者 2. 常勤職員 3. 非常勤職員

4)現職の勤続年数

_____ 年 _____ カ月

問3 あなたの性別・年齢についてお尋ねいたします。(該当箇所に○を付けてください)

1)あなたの性別について教えてください

1. 男性 2. 女性

2)あなたの年齢について教えてください

_____ 歳

| |
|--|
| <p>問2 この事例のクライアントは、生命に関わる深刻な状態にありますか。 ※該当箇所に○を付けてください ①そう思う ②ややそう思う ③どちらでもない ④あまりそう思わない ⑤そう思わない</p> |
| <p>問3 この事例のクライアントは、心身の健康に悪影響のある状態ですか。 ※該当箇所に○を付けてください ①そう思う ②ややそう思う ③どちらでもない ④あまりそう思わない ⑤そう思わない</p> |
| <p>問4 あなたがこの事例に関わっている年数を記述してください。 _____年 ____ヵ月</p> |
| <p>問5 あなたが関わり始めた時を基準として、どれくらい以前からセルフ・ネグレクトの状況になっていましたか。わかる範囲で記述してください。 _____年 ____ヵ月</p> |
| <p>問6 この事例の場合、セルフ・ネグレクトが問題となったのは高齢期（60歳以上）になってからですか。もしくはなんらかの障害を持って若年期からこのような状態になっていましたか。わかる範囲でお答えください。 （①高齢期、②若年期）※該当箇所に○を付けてください。 ②の場合どのような状況ですか（例：統合失調症で40歳くらいからセルフ・ネグレクト状態） []</p> |
| <p>問7 セルフ・ネグレクトの状況になった要因を具体的にご記入ください （例：認知症・精神障害・依存症・加齢や疾病によるADLの低下・意図的・その他） []</p> |
| <p>問8 この事例のクライアントは、そのセルフ・ネグレクトの行為が自分自身に及ぼす影響や結果を判断する能力がありますか？ （①ある、②ない）※該当箇所に○を付けてください。 ②の場合、“ない”理由をご記入ください []</p> |
| <p>問9 この事例のクライアントは明確な自己主張や目的を持ってこのようなセルフ・ネグレクトの行為を行っておりますか？ （①持っている、②持っていない）※該当箇所に○を付けてください。 ①の場合、具体的な状況を記述してください。 []</p> |

問10 この事例の経済的な状況はどのようになっておりますか。

※該当箇所に○を付けてください。

(①とても裕福である、②やや裕福である、③普通、④やや貧困である、⑤貧困である)
経済的なバックグラウンドについて具体的に記述してください(例:アパートなどの資産を持っている、年金のみ、生活保護など)

[]

問11 この事例の家族についてお伺いいたします。

1)この事例の世帯の状況についてお答えください。

(①独居 ②高齢者世帯 ③その他) ※該当箇所に○を付けてください。

②、③の場合、具体的な世帯の状況と支援ができない理由をご記入ください。

[]

2)この事例のクライアントに別居の親族はいますか

(①いる、②いない) ※該当箇所に○を付けてください。

①の場合具体的にはどのような親族ですか ()

3)この事例のクライアントに別居の親族からのサポートはありますか?

(①ある、②ない) ※該当箇所に○を付けてください。

①の場合には具体的にどのようなサポートですか。

[]

②の場合にはサポートがない理由についてわかる範囲でお答えください。

[]

問12 この事例にはあなたの他にどのような機関が関わっていますか

※該当箇所に○を付けてください(複数回答可)

- ①福祉事務所(高齢者) ②福祉事務所(生活保護) ③ 保健所や保健センター
④在宅介護支援センター ⑤居宅介護支援事業所 ⑥訪問介護事業所 ⑦訪問看護事業所
⑧医療機関 ⑨民生委員 ⑩その他 ()

| 問13. あなたはこの事例を支援している時に、以下のどのような点で支援が困難であると感じますか。（該当箇所に○をお願い致します。） | ない | あまりない | どちらでもない | ややある | ある |
|---|----|-------|---------|------|----|
| 1. どのように関わればよいのか技術的にわからない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. どのように関わればよいのか立场上わからない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 本人の介入拒否がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 認知症や精神障害などで本人の意思がはっきりしない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 家族の介入拒否がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. キーパーソンとなる家族がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 介入をしてもしばらくすると同じ状態に戻ってしまう | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 近隣からの苦情が多い | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 状態が悪化してしまった場合自分の責任になるという悩み | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 誰が主導的に関わればよいかわからない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. 自分は問題視しているが周囲の援助者が問題視しない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 問題な解決に有効な社会資源がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 経済的理由でサービスを導入できない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 現行制度では介入に限界がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 緊急時に入院・入所する保護をする場所がない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. 老人福祉法のやむを得ない措置の適用範囲かどうかわからない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. 関係者間に支援の方向性をめぐる意見の不一致がある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. 他機関とネットワークが構築できない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. 緊急性を判断する基準がわからない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. 緊急性を判断するために必要な情報が十分に得られない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. 介入する根拠が不明確である | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. 本人の生活・生命の保障と本人の自己決定の尊重との間のジレンマ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. 本人の自己決定の尊重と地域の生活・安全の保障の間のジレンマ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| その他、支援が困難であると感じていることがありましたらご記入ください <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> | | | | | |

Ⅱ. あなたの職場や他機関の状況についてお伺いいたします。

問14. 日常の援助場面の中で、あなた以外の方から受けているサポートについてお聞きします。
(上司・同僚・他機関の3つにお答えください)

| | 上司 | | | | | 同僚 | | | | | 他機関 | | | | |
|--------------------------------------|------------|-----------|-------------|----------|-----------|------------|-----------|-------------|----------|-----------|------------|-----------|-------------|----------|-----------|
| | まったく ない | あまり ない | どちら でもない | やや ある | いつも ある | まったく ない | あまり ない | どちら でもない | やや ある | いつも ある | まったく ない | あまり ない | どちら でもない | やや ある | いつも ある |
| 1. 援助の問題で困っている時、どうすればよいか相談に乗ってくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. おりあるごとに声をかけてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 落ち込んでいる時励ましてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. いつも自分を見守ってくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 仕事での心配ごとや不安がある時、どうすればいいか親身になってくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 気軽に話をしてくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 仕事の負担が非常に大きい時には仕事を手伝ってくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 仕事に関して信頼できるアドバイスをしてくれる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 仕事がうまくいかなかった時に、どこが良くないかを言ってくれる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 仕事がうまくいった時は正しく評価してくれる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. あなた自身のことをかってくれたり高く評価している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 仕事の問題を解決するのにやり方やコツを教えてくれる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 課題解決のために専門知識に関する情報を提供してくれる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ⅲ. 現在のあなた自身についてお伺いたします。

| 問 1 5. 現在のあなたの気持をお聞かせ下さい。 (該当箇所に○をお願い致します。) | ま っ た く な い | あ ま り な い | ど ち ら で も な い | や や あ る | い つ も あ る |
|--|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------|
| 1. 「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 我を忘れるほど仕事に熱中することがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. こまごまと気配りすることが面倒に感じるがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. この仕事は私の性分に合っていると思うことがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 同僚やクライアントの顔を見るのも嫌になることがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じるがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うことがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 同僚やクライアントと、何も話したくなくなるがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じるがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 今の仕事に、心から喜びを感じるがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 仕事が楽しくて、知らない内に時間が過ぎるがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. 体も気持ちも疲れ果てたと思うがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ⅳ. セルフ・ネグレクトの支援一般的なことについてお伺いたします。

問 1 6. セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の支援にはどのような制度やサービスが必要と感じるか記述してください。

質問は以上です。調査にご協力いただきましたことを深く感謝申し上げます。