

セルフ・ネグレクトに対応する
介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築

Development of intervention program on self-neglect
And establishing regional care system

(研究課題番号 : 20390577)

2008年度～2010年度
科学研究費補助金（基盤研究（B））

研究成果報告書

2011年12月

研究代表者 岸 恵美子 (KISHI EMIKO)
(帝京大学医療技術学部)

はじめに

セルフ・ネグレクトは、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者の支援に関する法律（以下、高齢者虐待防止法）で虐待の種類として規定されなかったこともあり、社会的な関心がはらわれてこなかった。また、日本における先行研究もわずかであり、個別自治体での対策事例はあるものの、セルフ・ネグレクトという名称も含めて未だ明確な定義が存在せず、全国規模での発生件数すら明らかにされていない。また、セルフ・ネグレクトの背景として考えられる要因の1つに、本人の支援拒否があり、本人の自由を尊重するという人権尊重の立場に立つ考え方と、たとえ本人からの「拒否」があったとしても、それが必要な情報・知識に基づく合理的な判断ではない場合には、真のニーズを見極めることによって社会的支援につなげていく必要があるとする立場の考えがあり、セルフ・ネグレクトの介入・支援についても統一した見解がないのが現状である。

本研究は、これまで系統だった調査・研究のなされていない「セルフ・ネグレクト」に着目し、その実態把握と介入方法の検討から、介入プログラム（ツール）の開発を試みている。初めての全国調査であり、回収率は必ずしも十分とは言えないが、日本におけるセルフ・ネグレクトの実態を把握できたと考える。また全国調査を実施することにより、地域包括支援センターの専門職より、「セルフ・ネグレクトがどういうものかわかった」「これまで関わっていた事例はセルフ・ネグレクトであるとわかつてすつきりした」という声が寄せられた。このことは、全国調査が統計的な意味をもつものとしてだけでなく、専門職に「セルフ・ネグレクト」への認識を深める一助になったと言えるだろう。さらに自治体の専門職を対象としたフォーカスグループインタビューにより、介入の工夫や介入における困難やジレンマを明らかにしたこと、本研究事業の大きな成果と言えるだろう。

介入プログラムについては、参考文献や資料が少なく、必ずしも十分な検討の上に作成できたとは言えないが、まずは試案を提示し、多くの方の示唆をいただくことで、より完成度の高いものにしていきたいという思いから作成したものである。これをたたき台として、今後もセルフ・ネグレクトについての研究を継続していきたい。

今後、高齢化率はますます高まり、独居高齢者や高齢の夫婦のみ世帯が増加することで、セルフ・ネグレクトも増加することが予測される。セルフ・ネグレクトが孤立死のリスクを高めることも明らかにされてきている。本報告書が、多くの自治体でセルフ・ネグレクトおよび孤立死の予防対策を検討する上で有意義な資料となれば幸いである。

研究代表者 岸恵美子（帝京大学 医療技術学部）

目次

第1章 研究組織・体制	1
第2章 調査研究概要	4
第3章 セルフ・ネグレクトに関する先行研究・定義・概念	8
第4章 専門職が関わる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と今後の課題	16
第5章 高齢者のセルフ・ネグレクトの状態を構成する因子の抽出	32
第6章 セルフ・ネグレクトに関して専門職が困っていること・ジレンマ	43
－自由回答より－	
第7章 セルフ・ネグレクトに対応する専門職の現状と困難	56
第8章 セルフ・ネグレクト事例への具体的な介入・支援（事例）	59
第9章 セルフ・ネグレクト介入プログラム（試案）	102
第10章 海外の視察報告	119
第11章 セルフ・ネグレクトの今後の課題	131
おわりに	135
付属資料	
「セルフ・ネグレクトに関する実態調査」質問紙調査票	137

第1章 研究組織・体制

1. 研究組織

1) 研究代表者

岸 恵美子 (KISHI EMIKO)

帝京大学・医療技術学部・教授

研究者番号 : 80310217

2) 連携研究者

高崎 絹子 (TAKASAKI KINUKO) (平成 20 年度のみ)

元放送大学・教養学部・教授

福島 道子 (FUKUSHIMA MICHIKO) (平成 20 年度のみ)

国際医療福祉大学・保健医療学部・教授

吉岡 幸子 (YOSHIOKA SACHIKO)

帝京大学・医療技術学部・准教授

米澤 純子 (YONEZAWA JUNKO)

国立保健医療科学院・生涯健康研究部・主任研究官

小長谷 百絵 (KONAGAYA MOMOE)

昭和大学・保健医療学部・教授

浜崎 優子 (HAMAZAKI YUKO)

金沢医科大学・看護学部・講師

野尻 由香 (NOJIRI YUKA) (平成 21 年度以降)

帝京大学・医療技術学部・講師

望月 由紀子 (MOCHIZUKI YUKIKO) (平成 21 年度以降)

帝京大学・医療技術学部・助教

山岸 貴子 (YAMAGISHI TAKAKO) (平成 20 年度のみ)

北里大学大学院・看護学研究科博士後期課程

3) 研究協力者

野村 祥平 (NOMURA SYOHEI)

独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター・医療福祉相談室・医療社会事業専門員

(所属は現在)

2. 交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合 計
2008 年度	3,200,000	960,000	4,160,000
2009 年度	2,300,000	690,000	2,900,000
2010 年度	1,000,000	300,000	1,300,000
総 計	6,500,000	1,950,000	8,450,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学、地域・老年看護学

3. 主な研究成果

[論文] (計 3 件)

- 1) 岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平、小長谷百絵、浜崎優子、米澤純子、野尻由香、望月由紀子；専門職がかかわるセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題－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－、査読有、高齢者虐待防止研究、第 7 卷(1)、2011、125-138.
- 2) 岸恵美子、吉岡幸子、野尻由香、望月由紀子、小長谷百絵、浜崎優子、野村祥平、米澤純子；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、査読有、帝京大学医療技術学部看護学科紀要、第 2 卷、2011、1-26.
- 3) 浜崎優子、岸恵美子、野村祥平、野尻由香、吉岡幸子、小長谷百絵、望月由紀子、米澤純子；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、査読有、日本在宅ケア学会誌、第 15 卷(1)、2011、26-34.

[学会発表] (計 13 件)

- 1) 岸恵美子、吉岡幸子、野尻由香、望月由紀子、小長谷百絵、野村祥平、浜崎優子、米澤純子；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の課題（第 1 報）－全国調査の結果からみたセルフ・ネグレクト事例の特徴、第 7 回日本高齢者虐待防止学会広島大会、平成 22 年 7 月 3 日、広島.
- 2) 吉岡幸子、野尻由香、岸恵美子、望月由紀子、小長谷百絵、野村祥平、浜崎優子、米澤純子；専門職がかわる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題（第 2 報）－セルフ・ネグレクト事例への支援の必要性の認識－、第 7 回日本高齢者虐待防止学会広島大会、平成 22 年 7 月 3 日、広島.
- 3) 岸恵美子、野尻由香、米澤純子、吉岡幸子、小長谷百絵、望月由紀子、浜崎優子；セルフ・ネグレクト事例にかかわる看護職の対応と課題－看護職のグループインタビューより－、第 13 回日本地域看護学会学術集会、平成 22 年 7 月 11 日、札幌.
- 4) 野村祥平、岸恵美子、吉岡幸子、野尻由香、望月由紀子、小長谷百絵、浜崎優子、米澤純子；セルフ・ネグレクトに関する研究の動向（その 1）海外における文献考察、第 69 回日本公衆衛生学会、平成 22 年 10 月 29 日、東京.

- 5) 望月由紀子、野尻由香、吉岡幸子、岸恵美子、野村祥平、小長谷百絵、米澤純子、浜崎優子；セルフ・ネグレクトに関する研究の動向（その2）日本における文献考察、第69回日本公衆衛生学会、平成22年10月29日、東京。
- 6) 岸恵美子、吉岡幸子、野尻由香、望月由紀子、小長谷百絵、浜崎優子、米澤純子；全国調査からみた高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題、第30回日本看護科学学会学術集会、平成22年12月3日、札幌。
- 7) 岸恵美子、吉岡幸子、野尻由香、望月由紀子、小長谷百絵、浜崎優子、野村祥平、米澤純子；高齢者のセルフ・ネグレクトの実態と対応の課題（第1報）－介入初期の事例の実態と意図性との関連－、第15回日本在宅ケア学会学術集会、平成23年3月20日、広島。
- 8) 小長谷百絵、岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平、浜崎優子、野尻由香、望月由紀子、米澤純子；高齢者のセルフ・ネグレクトの実態と対応の課題（第2報）－専門職が認識するセルフ・ネグレクトの構成因子－、第15回日本在宅ケア学会学術集会、平成23年3月20日、広島。
- 9) 吉岡幸子、岸恵美子、野尻由香、望月由紀子、野村祥平、小長谷百絵、浜崎優子、米澤純子；高齢者のセルフ・ネグレクトの実態と対応の課題（第3報）－介入初期事例の状態像34項目と関連する要因－、第15回日本在宅ケア学会学術集会、平成23年3月20日、広島。
- 10) 浜崎優子、岸恵美子、野尻由香、米澤純子、吉岡幸子、小長谷百絵、望月由紀子、野村祥平；地域包括支援センターにおける「セルフ・ネグレクト」の対応上の困難およびジレンマ、第15回日本在宅ケア学会学術集会、平成23年3月20日、広島。
- 11) 岸恵美子、吉岡幸子、野尻由香、望月由紀子、小長谷百絵、浜崎優子、野村祥平、米澤純子、倉橋一成；セルフ・ネグレクト高齢者への効果的な介入方法の検討－全国調査結果の分析より、第70回日本公衆衛生学会総会、2011年10月21日、秋田。
- 12) 岸恵美子、野尻由香、吉岡幸子、望月由紀子、小長谷百絵、浜崎優子、野村祥平、米澤純子；セルフ・ネグレクト状態の高齢者に対する専門職の困難1－困難の実態と関連する要因の検討－、第16回日本在宅ケア学会学術集会、平成24年3月17・18日、東京。
- 13) 野尻由香、岸恵美子、吉岡幸子、望月由紀子、小長谷百絵、浜崎優子、野村祥平、米澤純子；セルフ・ネグレクト状態の高齢者に対する専門職の困難2－専門職の抱えるジレンマに焦点を当てて－第16回日本在宅ケア学会学術集会、平成24年3月17・18日、東京。

第2章 調査研究概要

1. 研究成果の概要

専門職が関わっているセルフ・ネグレクト事例の実態を明らかにし、今後の課題を検討することを目的に、全国の地域包括支援センター（4,038 か所）を対象に、事例の件数、概要、状況等について自記式質問紙調査を実施した。結果、1,046 人の有効回答（有効回収率 25.9%）が得られ、平成 20 年度のセルフ・ネグレクト事例の総数は 1,528 件、1 施設平均 1.7 ± 3.2 件であった。記載された 846 事例のうち、性格や人格の問題がある者が約 6 割、アルコール問題のある者、精神疾患がある者は各 2 割程度、また糖尿病に罹患している者が約 1 割、その他治療が必要な内科的な慢性疾患ありが約 4 割を占めた。

また専門職へのフォーカスグループインタビューでは、介入拒否により支援が困難な実態が明らかになり、「安全や健康の保障」と「個人の意思の尊重」との間でジレンマを抱えていることが推測された。

セルフ・ネグレクト事例の実態として、慢性疾患を抱えている割合が高いことや、性格や人格の問題があつてコミュニケーションが困難である可能性が高く、対応する専門職はジレンマを抱えており、現実には対応が困難な状況にあることが明らかになった。今後は、介入技術の開発や支援体制の整備が課題であり、多職種との連携による、早期の予防的な関わりと本人だけでなく家族にも継続的に関わりながら心身状況を把握し、生命の危機などの転機を逃さず介入する支援が有効であると示唆された。

キーワード：高齢者虐待、セルフ・ネグレクト、ケアシステム、介入プログラム、モデル構築

2. 地域包括支援センターの専門職を対象とした悉皆調査

1) 課題名：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の課題

2) 研究の概要：

2006年4月に施行された「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）では、「身体的虐待」「介護・世話の放棄・放任」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」の 5 行為が虐待と定義されたが、「セルフ・ネグレクト（自己放任）」（以下「セルフ・ネグレクト」）については定義から除外されている。一方、アメリカでは、全米高齢者虐待問題研究所が「セルフ・ネグレクト」を、「高齢者自身による自己の健康を損ねたり、安全を脅かすような怠惰な、または自虐的な行為」と定義し、すでに多くの州で取り組みが行われている。津村は「セルフ・ネグレクト」を「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」と定義し、意図的・無意図的にかかわらず支援が必要な人であると述べている¹⁾。現在、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に対応する専門職は、独自の方法や個人の力量で取り組んでいるが、高齢者虐待防止法の定義から除外されているために、専門職として支援が必要と判断しても、本人が専門職の介入を拒否すれば介入できないという、専門職としてのジレンマを少なからず感じている。そのため専門職の介入の困難さから、他の虐待に比較して支援が遅れ、独居高齢者などでは死亡する事例も少なくない。

これまで高齢者虐待に関する全国の実態調査²⁾³⁾は行われているが、セルフ・ネグレクトに関する同様の実態調査は行われていない。また法に規定されていないため、セルフ・ネグレクトの定義、介入の基準、有効な支援方法の検討もされていない。まず実態調査を行うことから始め、有効な介入基準や介入方法を検討することが喫緊の課題であると考える。

そこで本研究は、専門職がかかわっているセルフ・ネグレクトの事例の実態を明らかにし、対応す

る専門職の現状と課題を分析することにより、有効な支援方法や介入プログラムを開発するための基礎資料とすることを目的とする。

3) 研究の方法：

(1) 調査方法；全国の地域包括支援センターを対象に、専門職がかかわったセルフ・ネグレクト事例の件数とその概要、セルフ・ネグレクト事例にかかる上での困難、セルフ・ネグレクト事例の認識、セルフ・ネグレクト事例への対応等について、高齢者虐待事例に主に関わっている職員に質問紙調査を実施し回答を分析する。

(2) 調査内容；質問紙調査票参照（資料）

4) 対象：全国の地域包括支援センター（約4,000箇所）に自記式質問紙調査票を郵送し、主に高齢者虐待にかかわっている専門職に記入してもらった後、研究者宛に返送してもらい回収する。

5) 研究の科学性：これまで調査の行われていない高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態を把握し、セルフ・ネグレクトに対応する専門職の困難な現状と課題を明らかにすることにより、有効な支援方法を検討し介入プログラムを開発する基礎資料とする。

6) 調査期間：2009年11月～2011年3月

7) 研究における倫理的配慮：依頼文書を質問紙調査票に同封し、施設長と協力者あてに郵送する。依頼文書には、質問紙への記入は無記名で自由意思とし、研究者への返送をもって研究の同意が得られたものと判断することを明記する。回収した調査票は厳重に管理し、研究結果がまとまった時点で破棄することを明記する。また学会、学会誌投稿、報告書作成等で成果発表をする可能性があることも依頼書に予め明記し、成果を発表する際には、事例、担当地域、研究協力者などを匿名化して個人が特定されないように配慮することを保証する。協力者には希望があれば研究結果を還元することを保証するが、その際に記入してもらった結果の郵送先に関する個人情報は、質問紙調査票とは別に管理し、結果の還元の目的のみに使用する旨を明記する。

3. 地域包括支援センターの専門職を対象とするフォーカスグループインタビュー

1) 課題名：セルフ・ネグレクト事例にかかる専門職の困難性の分析と地域ケアシステムモデル試案の作成

2) 研究の概要：

全米高齢者虐待問題研究所は「セルフ・ネグレクト」を、「高齢者自身による自己の健康を損ねたり、安全を脅かすような怠惰な、または自虐的な行為」と定義し、すでに多くの州で一定の法論に基づき取り組みが行われている。日本では「セルフ・ネグレクト(自己放任)」を「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権利が侵害されている事例」と説明して、医療福祉の専門職が個別の方法や個人の力量で取り組みが行われているが、対応するための法律の拠り所がなく、本人が専門職の介入を拒否すれば対応できないという専門職のジレンマを生み出している。そのため専門職であっても対応にきわめて苦慮しており、他の虐待に比較し対応が遅れ、死亡するケースも少なくない。

そこで本研究の目的は、セルフ・ネグレクトに対応する専門職の困難な現状と課題を明らかにし、どのような支援や介入プログラムが有効であるか、必要とされるサービスは何かを検討し、高齢者を支援するための効率的な地域ケアシステムモデルの試案を構築することである。

3) 研究の方法：インタビューガイドに基づき、半構成的な面接によるインタビュー調査を行うことによって、社会文化的な文脈の中で生じるセルフ・ネグレクトをより明らかにできると考える。また対応の判断基準や介入のアセスメントなど専門職の詳細な思考過程を明らかにするために、明示的な内容を客観的かつ体系的に抽出できる方法として、フォーカスグループインタビューを選択した。またフォーカスグループを形成してそのグループダイナミクスを引き出すことにより潜在的な意見や新たな解決方法としてのサービスやケアシステムを見出すことが可能となると考えた。

4) 対象：学会等でセルフ・ネグレクトに関する発表を行っている自治体など、高齢者のセルフ・ネグレクト事例に積極的に介入している自治体を抽出し、専門職である社会福祉士、看護師・保健師等専門職8名程度を対象とする。

5) 研究の科学性：高齢者のセルフ・ネグレクトの実態を把握し、セルフ・ネグレクトに対応する専門職の困難な現状と課題を明らかにし、有効な支援方法を検討することである。

6) 調査期間：2009年11月～2011年3月

7) 研究における倫理的配慮：

調査の対象となる地域あるいは自治体の保健福祉行政担当の職員、地域包括支援センター等の職員に面接調査およびグループインタビューを実施する際には、対象者にはもちろんが、市町村保健福祉行政担当の長または首長にも、研究の目的・内容、研究への協力により負荷される義務や活動などを十分説明する。また研究の同意は自由意志であることを説明した上で、研究への協力を求め、すべてにおいて同意の得られた者を対象とする。面接調査を実施する際には、対象者に研究の主旨と目的、倫理的配慮を十分に説明した上で文書による同意を得てから実施する。面接調査およびグループインタビューのデータは了解が得られれば録音し、得られたデータは厳重に保管することを約束する。またデータについては、匿名性を保持し、結果を公表する際には個人が特定されないように配慮する旨を伝え、学会発表、学会誌投稿、報告書作成などに成果発表をする可能性があることを予め対象者に伝えて了解を得ておく。また研究結果について、希望があれば結果を還元することを保証する。研究の経過で知り得た住民や患者のいかなる情報についても、秘密を固く守り、また研究対象地域並びに看護職や患者・住民等個人や施設等が特定できる表記は研究結果の公表に用いないことを約束する。

尚、本研究は、研究者らが所属する大学の倫理委員会において承認の後に研究を実施する。

研究の目的と方法について事前に部局長の許諾を得る。その際、研究への協力は強制ではないこと、プライバシーには十分配慮すること、結果は研究目的でのみ使用することを口頭および書面にて説明し同意を得る。

対象者には、再度研究への協力は強制ではないこと、プライバシーには十分配慮すること、結果は研究の目的でのみ使用すること、調査の途中でも答えたくなれば中断できることを、口頭および書面にて説明し同意を得る。グループインタビューは多忙な業務の中で話し合いが活性化しやすい形式に工夫し、時間的制約について配慮する。インタビュー内容は利用者の個人情報を扱う部分もあるが、事例の関係者はもとより内容については個人が特定できないよう匿名化し、プライバシーの保持にはグループインタビューの対象者、研究者間で十分注意し、個人情報の漏洩がないことを確認する。

研究過程で得られた個人情報は匿名性を保持し、それを記載したUSB等は分析期間中には委託情報管理者が鍵のかかる金庫等に保管する。なお、データ入力の委託業者とは取り扱った個人情報について守秘義務を守り、他に漏洩することが無い旨について契約書を交わす。

<引用文献>

- 1) 津村智恵子：セルフ・ネグレクト防止活動に求める法的根拠と制度的支援. 高齢者虐待防止研究, 5(1), 61–65, 2009.
- 2) 厚生労働省（医療経済研究機構）調査検討委員会：家庭内における高齢者虐待に関する調査（平成15年度老人保健健康推進事業）, 2004.
- 3) 厚生労働省老健局: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）. 2006.

第3章 セルフ・ネグレクトに関する先行研究・定義・概念

1. セルフ・ネグレクトに関する研究の動向

1) わが国におけるセルフ・ネグレクトをめぐる課題

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新たな虐待の一類型としての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」という高齢者虐待を構成する中心的な概念と異なる側面を持つため、高齢者虐待の範囲に含むことに関してはいまだその分野の研究者間において結論が出ていない。また、わが国においてはその実態がほとんど明らかになっていないこともあり、高齢者虐待防止法における法的な定義の中にも含まれていない。一方で、法的な定義付け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紹介されており、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¹⁾。また、後述するようにわが国においてもこの問題に関するいくつかの研究がなされ始めている。

しかし、セルフ・ネグレクトに関する研究は、わが国はもとより先進国であるアメリカ合衆国やイギリスにおいてもいまだ途上であり、その定義や概念についても先進国の研究者間で様々な議論がなされているのが現状である。特に、わが国においては前述したように法的な定義がなされていないことに加え、研究者間で幅広く共有された定義も存在しない。また、今後の政策の基礎となる実態が明らかになっていないだけではなく、その調査研究に必要な先行研究の整理や理論的な検討もなされていない。そこで、本章では研究の基礎となるセルフ・ネグレクトに関する研究先進国的主要文献を比較検討し、現在の研究動向を明らかにするとともにわが国における課題を提示することを目的とする。

2) わが国におけるセルフ・ネグレクトに関する先行研究の動向

まずは、わが国におけるセルフ・ネグレクトに関する先行研究について述べる。わが国においては、特にアメリカ合衆国の影響を受け、高齢者虐待の研究者の間でセルフ・ネグレクトに関する議論がなされてきた。わが国の高齢者虐待の先駆的な研究者の一人であり、1998年のNCEAの全米調査においても中心的な役割を果たした多々良は、いくつかの著書の中で高齢者虐待の一つとして紹介している²⁾³⁾⁴⁾。また、多々良と並んでわが国の高齢者虐待研究者を代表する、田中、金子、高崎、津村、上田なども同様に、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⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾。しかし、著作においては言及されているものの、これらの研究者達がこれまで実施してきたわが国を代表とする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、「その他」や定義に入れたものの、ほとんど事例がないなどの結果になってしまっており、これらの調査からその実態はほとんど明らかになっていない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、わが国において初めて公的に行なわれた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、操作的定義によりセルフ・ネグレクトを除外している⁹⁾。

しかし、少しずつではあるがわが国におけるセルフ・ネグレクトに関する研究もなされ始めている。津村の『高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題』¹⁰⁾で総説的に紹介された他、山口の『高齢者放任の概念整理に関する一考察』¹¹⁾でネグレクト（放任）とセルフ・ネグレクトの概念整理と事例がいくつ紹介されている。

これらの初期の研究の後、2006年ころからわが国におけるセルフ・ネグレクトの研究が本格化している。わが国での最初の調査として考えられるのは、当該研究のメンバーである野村によって2006年に行われた東京都内のひとつの区に焦点を絞った地域包括支援センターに対する事例調査である¹²⁾。この研究に先立ち、同じく野村による内外の主要文献のレビューが行われている¹³⁾。さらに2009年には津村により、セルフ・ネグレクトの防止活動における法的根拠と制度に関する論文が発表されている。これらの研究は先駆性という点では一定の意義があるものと思われる。しかし、特に野村の研究は対象をひとつの地域に限定しており、また調査対象事例も26事例と非常に少ないため調査結果の一般化は困難であると考える¹²⁾。また、文献レビューについても未検討の多くの海外文献があつたため、今後詳細な文献レビューが必要であるなど今後の課題もある¹³⁾。

このような状況の中で、本研究ではわが国における初めての全国的な規模の調査として、後述するように2009年12月～2010年1月の間に全国の地域包括支援センターへの悉皆調査を実施した。その後も、本研究と並行しながら、もうひとつの全国規模の調査としては前述の野村により2010年2月～3月の間、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ている¹⁴⁾。さらに、2010年9月から2011年3月の間においては、ニッセイ基礎研究所が平成22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」が実施された。この研究は、本研究の研究代表者である岸を研究委員長に、当該研究チームからも、吉岡、野尻、野村が加わり、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を行つた¹⁵⁾。

3) 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

このようにわが国における研究もいくつか行われている状況ではあるが、海外ではさらに多くの研究が行われており、様々な面での進展が見られる。そこで、次に海外における先行研究の動向について述べる。

海外の文献はほとんどが看護学・医学系統の論文が多い。そこで、本研究では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つた。その結果、1975年～2010年の間にSelf-Neglectは202文献、Diogenes Syndromeは65文献が確認された（重複は11件）。この検索結果にアメリカの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92文献を収集した。海外における研究のほとんどがアメリカ、イギリスでなされている。主な研究として、①アメリカではNational Center for Elder Abuse（全米虐待問題研究所：以下NCEA）やAdult Protective Services（成人保護機関）などの高齢者虐待に関する公的機関を中心とした調査研究、②O'Brienを中心とした総論的な研究、③Dyerを中心とする尺度開発、などが挙げられる。イギリスではLauderを中心とする一連の研究が挙げられる。概念を巡る扱いに関しては後述するため、ここでは研究の動向について述べる。

前述のO'Brienらによると、セルフ・ネグレクトに関する研究は、1953年にイギリスにおいて、Eriskineによる仙人（hermits）や隠遁者（recluse）に関する解説がその始まりでありと述べられている¹⁶⁾。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られている¹⁶⁾。これらの文献は本研究では入手が困難であり、その点に関してはあくまでO'Brienの引用にとどまるが、この問題に関する初期の研究として現在でも多くの研究で引用されるのは、1966年にイギリスにおいて発表されたMackMillanとShowの研究であると

考えられる。医師である MackMillan と Show は、イギリスの地域医 (General Practitioner; 以下 GP) やコミュニティ・ワーカーに対し、「外見などが汚れていて衛生状態が悪い」という状態にある 72 事例を対象に事例調査を実施した。そして、これらの事例の中で、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 “Senile Breakdown Syndrome” という用語でこの事象に関する研究を発表した¹⁷⁾。さらにイギリスにおいては、1975 年に Clark らにより “Diogenes Syndrome” という用語で調査論文が発表され、以後この用語を用いる研究も現在まで発表されている¹⁸⁾。現在のイギリスにおける研究は、前述したように Lauder の一連の研究が挙げられる。

一方で、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¹⁰⁾。これにより、高齢者虐待の議論の中でセルフ・ネグレクトに関する関心が高まり、1991 年には前述の APS の全国組織である NAAPSA による APS で保護されたクライアントを対象にした実態調査¹⁹⁾、1998 年の NCEA の調査²⁰⁾など、高齢者虐待というカテゴリーによる全米的な実態調査が行なわれた。また、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るが、アメリカでは前述した NCEA の公的な定義付けや Dyer らの尺度開発も進行しており、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²⁰⁾。さらに、Dong らのセルフ・ネグレクトと死亡リスクの関連に関する前向きコホート研究など²¹⁾、新しい知見が毎年のように報告されている。

4) セルフ・ネグレクトに関する主要な研究結果

前述したように、特に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、ここではアメリカ合衆国の主要な研究について述べる。アメリカ合衆国における調査の特徴は、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点である。現在までに APS のデータを使用した調査は二つの主要な調査が挙げられ。特に、1998 年に NCEA によって発表された「National Incidence Study of Elder Abuse」では、1996 年に APS で確認された全虐待のうち、セルフ・ネグレクトは約半分をしめていた²⁰⁾。この調査結果はアメリカ合衆国におけるセルフ・ネグレクトの実態の一部のみの報告であり、結果の解釈には議論を要する。一方で、少なくともアメリカ合衆国においてはセルフ・ネグレクトがかなりの数発生していることは事実であり、文化背景の差などはあるにせよ、わが国においても同様の可能性があることが示唆される。

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。Dong らによる Chicago Health and Aging Project の 1993 年から 2005 年の前向きコホート研究では、調査した 9318 人のうち、1544 人にセルフ・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 4306 人であったが、セルフ・ネグレクト状態にある事例の 1 年以内の死亡リスクは【HR】5.82、1 年以上経過で【HR】1.88 であった。このようにセルフ・ネグレクトは死亡リスクとの関係が示唆されており、セルフ・ネグレクトの問題の深刻さも明らかになりつつある²¹⁾。

一方で、要因論については現段階では明確になっていない部分も多い。Pavlou らのレビュー論文では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 点が挙げられている²²⁾。Pavlou らの挙げる要因論は、2006 年に発表された過去のセルフ・ネグレクトに関する 54 件の論文のレビューが基礎になっている²³⁾。これらの要因論とセルフ・ネグレクトとの因果関係は証明されていない。しかし、Pavlou の知見からは、セルフ・ネグレクトの問題はこれらの現代社会の問題がそのまま反映されているものとも考えられる。

5) セルフ・ネグレクトに関する研究課題

これらの先行研究を概観すると、アメリカでは概ねセルフ・ネグレクトを高齢者虐待の範疇で議論されているのに対し、イギリスを中心とする研究者間ではセルフ・ケアやメンタルヘルスの問題に焦点を当て、高齢者虐待という視点ではあまり論じられていない。アメリカでは前述の 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。わが国における調査研究は、現段階としては実態調査が主であり、今後はこれらの先進国における先行研究の知見もふまえ、さらなる実証的な調査研究の進展が求められている。また、セルフ・ネグレクトに関しては、わが国のみならず研究先進国においても研究途上であると考えられる。特に、その概念規定の明確化、要因等の構造を明らかにしていくことが重要である。セルフ・ネグレクトは認知症・うつ・精神疾患・疾病・貧困・社会的孤立など、現代の高齢化社会の問題がそのまま反映されていると考えられる。さらに、アメリカ合衆国の調査の結果などからは、わが国において多くのセルフ・ネグレクトの事例は発生しているものとも予想され、少子高齢化社会の進展が予想されているわが国においてこの問題は深刻化するものと思われる。今後は、研究の進展とともにわが国の実態に基づいた予防策と援助の方策を構築していく必要があると考えられる。

2. セルフ・ネグレクトの定義・概念

1) セルフ・ネグレクトを巡る混乱

ここでは、先行研究を中心にセルフ・ネグレクトの定義・概念について述べたい。セルフ・ネグレクトは非常に大きな概念であり、既存の様々な概念を放任という状態像で包含した包括的な概念であるとも考えられる。そのため、概念自体が複雑であり、今まで様々な研究者がそれぞれの文化背景にともなった定義や概念を提唱しているため明確化されていない部分も多い¹⁶⁾。また、先行研究の動向の章で述べたように、用語自体も “Self-Neglect” とする場合や、“Diogenes Syndrome” と表現する場合もある。しかし、両者の概念は非常に似ているものの、同一の概念であるとは言い切れない。さらに、わが国における訳語もセルフ・ネグレクトとの表現や自己放任と訳す場合もある。

このような定義・概念に関する混乱に対し、野村はセルフ・ネグレクトに関する内外の先行研究を整理する中で、少なくとも三つの異なる次元で議論が分かれていると述べている¹³⁾。第一点目は、どこまでの範囲の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定義・概念・測定尺度の問題。第二点目は、特にアメリカ合衆国の定義の中で見られる、いわゆる意図的なセルフ・ネグレクトとされる状態をその定義に含めるのかという議論。第三点目は、他者からの権利侵害という中心的な概念を持つ高齢者虐待という事象に、セルフ・ネグレクトを含めるのかという議論である。一方で、アメリカ合衆国の高齢者虐待研究者である Bonnie と Wallace は、セルフ・ネグレクトのみならず高齢者虐待研究全体の傾向として「研究者間における定義や用語の混乱、特に先行研究の結果の一般化や、貴重な過去のデータの比較が困難となり、学際的な研究を行う上で大きな問題となっている」と述べている²⁴⁾。そこで、本論では特にわが国の研究者間である程度共通認識となっているアプローチを参考

に操作的定義化を行い、研究デザインや分析の視点を方向付けする必要があると考えられる。また、用語に関しては、わが国における先行研究がアメリカ合衆国の影響を受けていること、また高齢者虐待防止学会でも共通認識として使用されている「セルフ・ネグレクト」を本研究の用語とする。

2) セルフ・ネグレクトの定義・概念

現在、わが国においてセルフ・ネグレクトに関する法的な定義、また正式に研究者や援助専門職の中で共通認識されたセルフ・ネグレクトの定義は存在しない。しかし、わが国における先行研究や高齢者虐待の研究者間での議論を振り返ることで、ある程度の操作的定義化は可能であると考えられる。高齢者虐待に関する対応・研究に関してアメリカ合衆国の影響を大きく受けたわが国において頻繁に引用されるのが、全米高齢者虐待問題研究所（National Center for Elder Abuse：以下 NCEA）の「自分自身の健康や安全を脅かす事になる、自分自身に対する不適切なまたは怠慢の行為」という定義である²⁵⁾。さらに、この NCEA における高齢者虐待研究において重要な役割を果たした多々良が中心となる多々良研究班の「高齢者自身による、自分の健康や安全を損なう行動」という定義も初期の議論では多く引用されている⁴⁾。一方で、セルフ・ネグレクト研究においてわが国における文化的背景に基づく議論を強調する、津村が主宰する大阪の高齢者虐待防止研究会ではこの NCEA の定義を平易に、「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」と定義している¹⁰⁾。これらの NCEA の定義の影響を強く受けた定義が、現在わが国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、研究者間の基盤となっている。これらの定義は、後述するセルフ・ネグレクトの状態になった背景における意図性の有無の議論を除いて、表現こそ異なるものの同様の内容を表していると考えられる。この中でも、本論では野村をはじめとする今までの調査研究が津村の定義を使用して行われているということから、無用の混乱を避けて各研究者間のデータの比較を容易にするという目的でも含め、津村らの定義を本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義とする。

3) 測定尺度の問題

一方で、どのような状態（横軸）がどの程度（縦軸）であればセルフ・ネグレクトであるのかという概念規定と測定尺度の問題も明確化されていない。この点に関しては、アメリカ合衆国では、Dyer らにより『セルフ・ネグレクト重症度スケール（Self-Neglect Severity Scale）』の作成が現在なされており、関係者間である程度のコンセンサスの得られた概念規定とそれに基づく評価尺度の作成が試みられている²⁰⁾。一方で、この尺度も信頼性と妥当性の検証が現時点ではなされておらず、また項目によってはわが国の文化背景とそぐわない部分もある。そのため、概念の明確化と測定尺度の作成については、今後わが国の文化的な背景に基づいて研究者間で共有化された尺度の開発を行う必要があると考える。この問題に関しては今後の課題とし、理論的で抽象的なレベルの定義を用いて論を進めていくことしたい。すなわち、セルフ・ネグレクトの範囲は前述した本論の定義における「生活において当然なされるべき行為」（横軸）とし、程度は「安全や健康が脅かされている状態」と緩やかに定義する。また、具体的な状態像に関する指標については、野村の先行研究を中心に本研究の研究者で議論して作成した 34 項目のセルフ・ネグレクトの状態像を指標とした上で、調査結果からその概念について述べる。

4) 意図的なセルフ・ネグレクトをめぐる議論

セルフ・ネグレクトを巡る議論の中で、重要な論点の一つがアメリカ合衆国の定義に見られる、その行為が意図的になされているのか、認知症などの結果としてその状態になってしまっているのかという問題である。前述の NCEA では、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は、セルフ・ネグレクトの定義から除外している⁹⁾。この問題は、客観的に考えるとセルフ・ネグレクトと呼ばれる状態像であったとしても、意図的にこのような状態になっている者を「セルフ・ネグレクト」というラベル付けをしてしまうことは新たなスティグマの付与であり、「個人の自由」や「自己決定の尊重」という観点から、保護や介入というある程度の強制的な援助を行なうのは権利の侵害であるという考え方である。

一方で、わが国の研究者からはこの点について異論を述べる者も多い。上田らの対たきり予防研究会はセルフ・ネグレクトを「自己放任」と訳した上で、「意図的自己放任」と「無意図的自己放任」に分類している⁷⁾。また、津村ら大阪の高齢者虐待防止研究会の定義では、「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」という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る「わが国の高齢者の特徴」という問題に言及し、人権を守るという立場からセルフ・ネグレクトは見過ごせないという立場をとっている¹⁰⁾。この意図的なセルフ・ネグレクトを巡る扱いに関しては、倫理的な面を含めた検討が必要であるとともに、津村らが主張するように欧米社会とは異なるわが国の文化背景の中での実態に基づく議論が必要であるため、本論のセルフ・ネグレクトの定義に含んだ上で議論したい。

5) 高齢者虐待の視点からのアプローチ

セルフ・ネグレクトの予防・支援の法制化における最大の問題が、高齢者虐待の範疇に含むのかという議論である。先行研究を検討する中で最初に混乱することは、この事象に対するアプローチを高齢者虐待というカテゴリーの周辺で行っているアメリカ合衆国とその影響を受けたわが国の研究者達¹²⁾¹³⁾²⁶⁾⁴⁾¹¹⁾⁷⁾¹⁶⁾²⁾²⁴⁾¹⁹⁾と、基本的にはヘルスケアやメンタルヘルスの問題としてとらえるイギリスを中心とした研究者に分かれているということである²⁸⁾²⁷⁾¹⁸⁾²⁹⁾¹⁷⁾。さらに混乱することは、実際に高齢者虐待の支援システムである APS による介入が行われているアメリカ合衆国の研究者間でも議論が別れており、州法の規定も州によってはなされていない²⁴⁾。

セルフ・ネグレクトは他者の介在しないネグレクトという観点、つまり、他者が介在するか否かだけであり「放任」されているという状態像は同じであるという観点からは、少なくとも高齢者虐待の周辺概念として扱える。また、実際にはネグレクトとセルフ・ネグレクトの境は曖昧であるとの報告や、その原因として社会がその役割を果たさないいわゆる社会的ネグレクトであるという議論もある。このように他者や社会からの影響も受けている現象である一方で、「他者からの権利侵害」という高齢者虐待の持つ中心概念、特にその犯罪性という観点から考えるとセルフ・ネグレクトと高齢者虐待とは明らかに違う次元の事象であることも確かである。Bonnie と Wallace は「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」とし、「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」²⁴⁾。

このようにセルフ・ネグレクトは高齢者虐待との関係においては様々な議論があるものの、本研究では、高齢者虐待防止法とその周辺の制度においての予防・支援策の構築を考えるというわが国の流れを

考え、まずは高齢者虐待の周辺領域の中でアプローチすることを前提とし、調査の結果の中から論じていきたい。

また、いわゆる路上生活者の状況は今まで述べてきたセルフ・ネグレクトの理論的な定義・概念に含まれる状態であるものとも考えられる。一方で、理論的な概念にはあてはまるものの、路上生活者の場合は放任状態になった背景に「貧困」、「失業」など社会的な要因が強い。加えて、路上生活者に関しては、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今までにも研究や実践がなされている。そのため、議論が必要であるものの前述した本研究のアプローチを考慮し、本研究では路上生活者をセルフ・ネグレクトの概念から除外する。

<引用文献>

- 1) 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』.
- 2) Tatara. T. et al. (1998) The National Center on Elder Abuse (NCEA) National Incidence Study of Elder Abuse Study: Final Report.
- 3) 多々良紀夫編著 (2001)『高齢者虐待』中央法規, 16–113.
- 4) 多々良紀夫 (2004)『高齢者虐待早期発見・早期介入ガイド（4）』長寿科学総合研究事業・多々良研究班.
- 5) 金子善彦 (1987)『老人虐待』星和書店
- 6) 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
- 7) 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.
- 8) 津村千恵子, 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
- 9) 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.
- 10) 津村智恵子 (2006b)「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』, 14-17(2006b).
- 11) 山口光治(2002)：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
- 12) 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, p58-75.
- 13) 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・テル学院紀要』41, 101-116.
- 14) 野村祥平 (2011)「セルフ・ネグレクトの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), p82-99.
- 15) 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』
- 16) O'Brien, James G., Thibault, Jane M. and Turner, L. C. et al. : Self-Neglect: An Overview, O'Brien, James G. ed. Self Neglect: Challenges for Helping Professionals, The Haworth Maltreatment & Trauma Press, 1-19 (1999).
- 17) Macmillan, D. : Features of senile breakdown, Geriatrics, 24, 109-118(1966)

- 18) 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.
- 19) Duke, J. et al. A National Study of Self-Neglecting about Adult Protecting Services Client, National Aging Resource Center on Elder Abuse.
- 20) Dyer, B. C, et al. (2006) The Making of a Self-Neglect Severity Scale, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18 (4), p13-23.
- 21) XinQi Dong, Melissa Simon and Carlos Mendes de Leon, et.al. (2009): Elder Self-Neglect and Abuse ans Mortality Risk in a Community-Dwelling Popolation, *The Journal of The American Medical Association*, 302(5), 517-526
- 22) Pavlou M. P. and Lachs M. S. (2008) Population at Risk: Self-Neglect in Older Adults: A Primer for Clinicians, *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1841-1846.
- 23) Pavlou MP, Lachs MS. (2006) Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 831-842.
- 24) Richard, J. Bonnie and Robert, B. Wallace (2003) Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Aging America, The National Academies Press. (=多々良紀夫監訳 (2008)『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)
- 25) 多々良紀夫, 二宮加鶴香著 (1994)『老人虐待』, 筒井書房.
- 26) 津村智恵子, 入江安子, 廣田麻子, 他 (2006) 「高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題」『大阪市立大学看護学雑誌』2, p1-10.
- 27) Lauder, W. et al. (2001) Nurses' judgements of self-neglect ; a factorial survey, *International Journal of Nursing Studies*, 38 : 601-608.
- 28) Lauder, W. et al. (2005) Housing and self-neglect: The responses of health, social care and environmental health agencies, *Journal of Interprofessional Care*, 19(4), 317-325.
- 29) Macmillan, D. and Shaw, P. : Senile Breakdown in Standards of Personal and Environmental Cleanliness, *British Medical Journal*, 2, 227-229 (1969).

第4章 専門職が関わる高齢者のセルフ・ネグレクト事例の実態と今後の課題

1. 緒言

2006年4月に施行された「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)では、「身体的虐待」「介護・世話の放棄・放任」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」の5行為が虐待と定義され、「セルフ・ネグレクト(自己放任)」については定義から除外されている。一方、アメリカ合衆国では、全米高齢者虐待問題研究所(National Center for Elder Abuse:以下NCEA)が、「自分自身の健康や安全を脅かす事になる、自分自身に対する不適切な、または怠慢の行為」と定義している¹⁾。セルフ・ネグレクトは、「他者からの人権侵害」ではなく、「自分自身」による人権侵害であるという点で、高齢者虐待の概念の中に含むことに対しては、高齢者虐待研究の先進国であるアメリカ合衆国においても統一的な見解に至っていないが¹⁾、日本においても法改正が必要な課題として議論されている²⁾。

セルフ・ネグレクトに関するわが国の先行研究は総説的なもの³⁾⁴⁾⁵⁾、一地域に焦点を当てた調査研究⁶⁾があるが、全国規模の実態調査は行われておらず、高齢者虐待に関する全国調査⁷⁾でも、操作的定義によりセルフ・ネグレクトが除外されている。海外、特にアメリカの研究では、O'brienらの総説的な研究⁸⁾、Dongらのセルフ・ネグレクトと死亡リスクの関連に関する研究⁹⁾、Dyerらの評価尺度の作成¹⁰⁾が試みられている。また、同じくアメリカでは、1991年にAPSの全国組織であるNAAPSA(National Association of Adult Protective Service:以下NAAPSA)による、APSで保護されたクライアントを対象にした実態調査¹¹⁾、1998年には全米高齢者虐待問題研究所(National Center for Elder Abuse:以下NCEA)の調査¹²⁾が報告されるなど、準公的な機関による実態調査も行われている。

専門職の高齢者虐待への具体的な対応を示した『東京都高齢者虐待対応マニュアル』¹³⁾では、セルフ・ネグレクトについて「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、客観的にみると本人の人権が侵害されている事例」とした上で、高齢者虐待に準じた対応が求められる例として記述している。厚生労働省のマニュアルである『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)』¹⁴⁾でもそれを引用し、セルフ・ネグレクトのチェックリストを提示している。しかし高齢者虐待防止法にセルフ・ネグレクトが規定されていない上、他の虐待に比較し有効な介入方法がないため、医療やサービスの拒否の事例では専門職が対応に極めて苦慮しているのが現状である。

セルフ・ネグレクトは、高齢者の生命や安全を脅かし、少子高齢化に伴う独居高齢者の増加や核家族化の進展に伴いますます深刻化すると予想される。その予防・支援策の整備が急務であるが、実態調査が行われていない日本では、まず実態を明らかにすることが喫緊の課題であると考える。

そこで本研究の目的は、高齢者の権利擁護として高齢者虐待相談の機能を担っている地域包括支援センターにおいて、関わっているセルフ・ネグレクト事例の実態を明らかにし、専門職が対応するまでの今後の課題を検討することである。

2. 研究方法

1) 調査対象および方法

平成20年にWAM NET(ワムネット)に登録されていた全国の4,038地域包括支援センター(サブセンターを除く)を対象に郵送で質問紙調査を実施し、高齢者虐待事例に主にかかわっている専門職に記

載を依頼した。調査期間は2009年12月～2010年1月である。調査内容は、①施設の概要とセルフ・ネグレクト事例への関わりの状況、②セルフ・ネグレクト事例への支援の必要性の認識、③介入初期の関わったセルフ・ネグレクト事例の状況、④関わったセルフ・ネグレクト事例への介入、とした。①では、施設の概況、回答者の属性、関わった高齢者虐待事例件数およびセルフ・ネグレクト事例件数とした。回答者が関わったセルフ・ネグレクト事例について、③では、関わったセルフ・ネグレクト事例の背景、状況および状態、事例の把握のきっかけとなった機関、関わっている機関等とした。介入初期における事例の状況については、先行文献^{3-6,10,15-18}を参考に、事例の発生因子、リスク要因、サインおよび兆候とされている内容を、研究者間で検討して項目として整理した。介入初期のセルフ・ネグレクトの状態については、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して、この検索結果にアメリカのO'brienらのレビュー論文⁸⁾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、セルフ・ネグレクトの事例や実態の記述を抽出した。さらに本研究グループの野村がセルフ・ネグレクトの実態から状態像を抽出⁶⁾し、Gibbonsらの看護診断への提案として作成されたセルフ・ネグレクトの分類の特徴¹⁶⁾を参考にして、研究者グループの経験も踏まえ、研究者間で検討しセルフ・ネグレクトの実態を示す項目を作成し、「極端な住居の不衛生」、「極端な個人の不衛生」「医療やサービスの拒否」「必要なケアや注意の怠慢」「近隣・地域からの孤立」「不十分な金銭管理」等の34項目とした。

2) 分析方法

今回は調査内容のうち実態の分析に焦点を当て、さらに事例の意図性の有無で2群に分け、事例の背景および状況との関連を分析した。データはすべて数量化し、統計解析ソフトSPSSVer.16.0を用い、 χ^2 検定、t検定を行い、有意水準は5%とした。

3) 本研究におけるセルフ・ネグレクトの定義

セルフ・ネグレクトはNCEAの定義によれば、「自分自身の健康や安全を脅かす事になる、自分自身に対する不適切な、または怠慢な行為」とされている¹⁾。しかしこの「行為」の意図性の有無については、日本の文化的背景から介入初期に明確に判断し難いこと、また支援が必要な対象者の実態を把握することが目的であるため、広く事例を把握することをねらいとして、無意図的・意図的を含めた。そのため本調査ではセルフ・ネグレクトを、津村ら⁴⁾の定義を参考に、「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」とし、「認知症などのような疾患から適切な判断力や意欲が低下しているために自己放任の状態になっている場合（無意図的）と、判断力や認知力が低下していないが本人の自由意志によって自己放任の状態になっている場合（意図的）を含む」と定義した。

対象事例については、未だ概念や評価基準が明確でないことから疑いも含むこととした。また65歳以上の高齢者とし、他の研究の対象である路上生活者については、介入方法や課題が異なると考えられたため除外し、一戸建てや集合住宅に居住する者とした。

4) 倫理的配慮

本調査は研究者が所属する大学の医学部倫理委員会の承認を得て実施した。研究依頼書に、質問紙への記入は無記名で自由意思であり、質問紙調査票の返送をもって研究の同意が得られたものと判断し、得られたデータは全て統計的な処理を行い、厳重に保管し、研究目的以外には使用しないこと、研究終了後は破棄することを明記した。また学会等で成果発表をする際には個人が特定されないように配慮し、希望者に結果を還元することを約束した。

3. 研究結果

1,046人の有効回答（有効回収率25.9%）が得られ、記載のあった事例は846事例（複数事例の記入があった施設を含む）であった。

1) 地域包括支援センターの概況と事例への関わり（表1、表2）

地域包括支援センターの概況と高齢者虐待・セルフ・ネグレクトの事例件数については表1に、地域包括支援センターの設置形態と高齢者人口比率および事例件数の関連については表2に示した。回答のあった地域包括支援センターは、「直営」が439施設（42.0%）、「委託」が599施設（57.3%）であった。

平成20年度に高齢者虐待事例に関わった総数は5,796件であり、高齢者虐待の種類は、「身体的虐待」は3,138件（54.1%）で最も多く、「心理的虐待」が1,965件（33.9%）、「介護放棄・放任」1,544件（66.7%）、「経済的虐待」1,403件（24.2%）であった。一方、関わったセルフ・ネグレクト（疑いを含む）事例総数は1,528件で、「0件」が429施設（41.0%）、「1件」が213施設（20.4%）、「2件」が101施設（9.6%）であったが、5件以上も81施設（7.7%）であった。

1地域包括支援センターあたりの高齢者虐待事例総数は平均 6.3 ± 8.2 件であり、セルフ・ネグレクト事例件数は平均 1.7 ± 3.2 件であった。関わった高齢者虐待事例件数は直営型が有意に多かったが、セルフ・ネグレクト事例件数は「委託型」は平均 1.9 ± 3.4 件、「直営型」は平均 1.3 ± 3.0 件であり、「委託型」が有意に多かった。65歳以上の人口比率を比較すると、「直営型」は65歳以上の人口比率が「25～30%未満」、「30%以上」に多く、「委託型」は「21%未満」「21～25%未満」に多い傾向であった。

回答者のうち、セルフ・ネグレクト（疑いを含む）事例にかかわった経験が「ある」者は652人（62.3%）、関わった経験がない者は390人（37.3%）であり、関わりがあると答えた者のうち職種別に最も多かったのは、社会福祉士で37.7%、次いで主任介護支援専門員が11.9%、保健師・看護師はあわせて1割に満たなかった。

2) セルフ・ネグレクト事例の背景と状況（表3）

記載のあった846事例の介入初期の事例の属性および状況については、表3に示した。

（1）事例の属性

年齢区分で最も多かったのは「80～84歳」217人（25.7%）、次いで「70～74歳」177人（20.9%）、「75～79歳」170人（20.1%）はほぼ同じ割合であり、性別では「男性」420人（49.6%）、「女性」422人（49.9%）でほぼ同数であった。認知症高齢者の自立度は、「自立度I」が最も多く242人（28.6%）、次いで「自立度II」が213人（25.2%）、「自立」が162人（19.1%）であった。障害老人の日常生活自立度は、「J-2」が290人（34.3%）で最も多く、次いで「J-1」が154人（18.2%）、「A-1」が116人（13.7%）であった。介護保険は「申請していない」が470人（55.6%）で最も多く、認定されている者は346人（40.9%）で、障害者手帳は「なし」が742人（87.7%）であった。

（2）生活の状況

家族構成は、「独居」が579人（68.4%）で最も多く、主な支援者は「いない」が351人（41.5%）で最も多かった。「家族構成」が「独居」以外の者の同居家族からの支援は「あまりない」が63人（23.6%）、「ない」が78人（29.2%）で5割以上を占めた。別居家族からの支援は「ない」が426人（50.4%）で最も多く、「あまりない」の177人（20.9%）をあわせると7割以上を占め、家族以外の支援者についても「ない」が301人（35.6%）、「あまりない」が194人（22.9%）で、あわせると約6割であった。住居の形態は「一戸建て持家」が457人（54.0%）で最も多く、次いで「共同住居賃貸」が240人（28.4%）

であった。サービスは「利用していない」が 562 人（66.4%）で最も多く、介護保険サービスを利用している者は 199 人（23.5%）であった。経済的には、「年金のみ」が 552 人（65.2%）で最も多く、経済状態として「余裕がない」が 244 人（28.8%）、「あまり余裕がない」が 241 人（28.5%）であわせると約 6 割は余裕のない状態であった。

（3）心身の状態

複数回答で、「性格や人格の問題」が 499 人（59.0%）で最も多く約 6 割を占め、「精神疾患」が 167 人（19.7%）、「アルコール問題」が 156 人（18.4%）、「その他の依存」が 88 人（10.4%）、「知的障害」が 38 人（4.5%）であった。また内科疾患としては、「糖尿病」が 93 人（11.0%）で約 1 割を占め、「その他（糖尿病以外）の治療が必要な内科的な慢性疾患」が 324 人（38.3%）で約 4 割を占め、糖尿病か慢性疾患がある者は 372 人で 44.0% と 4 割を超えていた。

（4）関わっている機関と事例の把握のきっかけ

地域包括支援センター以外に事例に関わっている機関は、「民生委員」が最も多く 500 人（59.1%）、次いで「医療機関」334 人（39.5%）、「居宅介護支援事業所」226 人（26.7%）であった。2 か所の機関以上で関わっている割合は、「民生委員」と「医療機関」を含む多機関が 206 件（24.3%）で、「民生委員」と「福祉事務所」が 133 件（15.7%）、「民生委員」と「居宅介護支援事業所」が 122 件（14.4%）であり、「民生委員」の関わりが最も多かった。

事例の把握のきっかけは、「民生委員からの報告」が 335 人（39.6%）で最も多く、次いで「他機関からの情報連絡」が 266 人（31.4%）、「住民からの連絡相談」が 199 人（23.5%）と続き、「あなた自身による気づき」「あなた以外の職員による気づき」は約 1 割程度であった。

（5）行為の意図性および背景

行為の意図性については、「ある」が 192 人（22.7%）、「少しある」が 239 人（28.3%）で合わせて 431 人（51.0%）が行為をある程度意図をもって行っていた。行為の結果の理解については、「ある」が 172 人（20.3%）、「ややある」が 222 人（26.2%）で合計 394 人（46.5%）がある程度理解をしていた。しかし「行為の意図性」が「わからない」は 104 人（12.3%）、「行為の理解」が「わからない」が 87 人（10.3%）と判断が難しい事例も約 1 割みられた。

行為の背景が「ある」は 502 人（59.3%）、「ややある」は 213 人（25.2%）で、「ある」「ややある」と答えたものの背景は、「疾患」が最も多く 321 人（44.9%）、人間関係が 308 人（43.1%）、「習慣」が 281 人（39.3%）、「無気力」が 233 人（32.6%）と続いた。

3) 介入初期のセルフ・ネグレクト事例の状態（表4）

介入初期の事例の状態については表 4 に示した。34 項目のうち、「ある」「ややある」をあわせて 50% 以上となった項目は 18 項目で、最も多かったのは「1.栄養的に不十分な食事しか摂取していない」が 82.4%、次いで「26.必要な保健・福祉サービスを拒否していた」が 79.0%、「16.入浴がされていなかった」が 76.7%、「17.汚れた衣類を着用していた」が 74.6%、「7.食べ物やゴミが放置されていた」が 73.3% であった。また「わからない」と 10% 以上が回答した項目は 13 項目で、最も「わからない」が多かったのは「23.慢性疾患のコントロールがされていなかった」で 24.2%、次いで「9.家屋内にカビが発生していた」が 19.4%、「3.腐ったものを摂取していた」が 19.1%、「6.ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた」が 16.8%、「2.制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた」が 16.4% であった。

4) 意図性の有無と介入初期のセルフ・ネグレクト事例の背景および状況との関連（表5）

行為の意図性について「わからない」を除き、「ある」「少しある」を「意図性有り群」、「あまりない」「ない」を「意図性なし群」の2群にわけ、セルフ・ネグレクト事例の背景および状況との関連を示したのが表4である。

「意図性有り群」は「意図性無し群」に比較し、「男性」、「60歳代」、認知症自立度「自立・I」、障害者手帳「あり」、アルコール問題「あり」、性格や人格の問題「あり」、「糖尿病を除く内科的な慢性疾患「あり」が有意に多かった。他の項目では有意差がみられなかった。

5) 関わったセルフ・ネグレクト事例への介入（表6～11）

介入後の、現在の事例の状態：「変わらない」が210人（24.8%）、「改善した」が326人（38.5%）、「終結した」が304人（35.9%）であった。（表6）「改善した」「終結した」理由は、「サービスを受け入れた」が237人（37.6%）、「介護施設に入所」が199人（31.6%）、「医療機関の入院」が174人（27.6%）、「本人の死亡」が125人（19.8%）であった。（表7）

事例への働きかけの内容としては、「状況が悪化しないよう見守る」が592人（70.0%）、「本人の話を聞く」が566人（66.9%）、「サービス利用を勧める」が565人（66.8%）、「身体状況を確認する」が545人（64.4%）、「適切な医療を受けるよう勧める」が527人（62.3%）であった。（表8）

支援の困難性については、「とても困難である」と答えたのは351人（41.5%）、「やや困難である」が308人（36.4%）であり、合わせて約8割を占めた。（表9）その理由としては、「本人が拒むため介入できない」が399人（47.2%）、「介入しても同じ状態に戻る」が349人（41.3%）、「現行制度で介入に限界がある」が231人（27.3%）、「緊急時に保護する場所がない」が220人（26.0%）であった。（表10）

事例への対応の悩みとしては、「とても悩んだ」「少し悩んだ」を合わせると、「どのように関わればよいか技術的に悩む」が629人（74.3%）、「介入拒否に関わりなく働きかけるべきか悩む」が568人（67.1%）、「誰が主導的に関わればよいか悩む」が408人（48.2%）であった。（表11）

4. 考察

1) 地域包括支援センターのセルフ・ネグレクト事例への関わり

地域包括支援センターが1年間に関わったセルフ・ネグレクト事例の件数は1,528件であり、高齢者虐待事例の総数5,796件の約1/4にあたる。また今回の調査回収率が約1/4であったことから、全国の地域包括支援センターを想定すると、1,528件の4倍である約6,000件のセルフ・ネグレクト事例に関わっていると推察され、他の機関で関わっている事例や潜在的な事例を含めるとさらに多いと考えられる。

前述の1998年に報告されたNCEAによる全米調査では、単純に表のみで計算するとAPSのレポートからその証拠が確認された115,110の虐待総数の中で、その他の虐待を含めた総数の約50%である57,345ケースをセルフ・ネグレクトが占めていたという¹²⁾。アメリカに比較し日本では件数の割合が少ないように思われるが、本調査では約4割の地域包括支援センターで、セルフ・ネグレクト事例が0件という回答であったことから、セルフ・ネグレクト事例の知識や理解が不足していて回答できなかつたために、件数が少なかったとも考えられる。また委託型が直営型に比較しセルフ・ネグレクト事例への関わりが多い傾向にあった。このことは委託型では直営型に比べ管轄地域の高齢化率がやや低かったことから、委託型は直営型より都市型の地域に配され、若い世代との交流も少なく高齢者が近隣から孤立

する事例が多いのではないかと推測された。

2) 地域包括支援センターが関わるセルフ・ネグレクト事例の実態

本調査では、事例の属性として、障害老人自立度は比較的高く、認知症自立度も比較的高い高齢者の割合が多く、半数以上が介護保険を申請せず、約9割が障害者手帳を所持していなかった。これだけから判断すると、心身の自立度が高く支援の必要がないように思われるかもしれない。しかし心身の状況としては、性格や人格の問題がある者は約6割、アルコール問題や精神疾患がある者はそれぞれ約2割であり、内科的疾患としては糖尿病に罹患している者は約1割、その他の治療が必要な慢性疾患がある者は約4割を占めた。また事例の状態の34項目のうち、最も多かったのは「1.栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった」、次いで「26.必要な保健・福祉サービスを拒否していた」でどちらも約8割を占め、「2.制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた」が約2割であったことから、事例は生命に関わる深刻な状況にあることが推察された。

Dyer ら¹⁹⁾のセルフ・ネグレクト事例の調査では、最も多かったのは循環器系疾患で84.0%を占め、そのうち高血圧が51.6%、糖尿病が25.2%であったと報告されている。Gibbons ら¹⁶⁾も危険因子として慢性疾患、栄養不良、脱水をあげており、Pavlou¹⁵⁾は文献検討によりセルフ・ネグレクト事例の要因として、内科的疾患、医療に対する理解力等を挙げている。Dong ら⁹⁾は、シカゴにおける1993年から2005年のコホート調査の結果、セルフ・ネグレクトは、1年以内の死亡リスク増加に関連し、死亡リスクは高齢者虐待の約4倍であることを明らかにしている。本調査でも、慢性疾患がある事例は4割を超えており、さらに栄養不良や脱水状態が危険因子として加わることや、支援のためのサービスを拒否すること、医療上の指導を守らないことで、生命に関わる状況に容易に陥ることが予測され、セルフ・ネグレクト事例への対応は緊急の課題であると考える。

また今回は介入初期の状態を聞いていたため、うつの判断は難しく、認知症やADLの低下ほど状況が明確に回答できなかった可能性がある。しかし精神疾患ありの者が約2割、性格や人格の問題がある者が約6割であったことから、これらの高齢者がうつである可能性も否定できないだろう。現在地域包括支援センターではセルフ・ネグレクト事例の経験は社会福祉士が最も多く、次に主任介護支援専門員であり、看護職では最も経験が少なかった。うつや認知症、ADLの低下等、セルフ・ネグレクトの要因の多くは、高齢期になるほどそのリスクが増大すると指摘されている⁶⁾¹⁰⁾¹⁶⁾。権利擁護を主に担当するのは社会福祉士であるが、今後ますます深刻化することを考えると、社会福祉士のみでなくうつや認知症を早期に判断できるよう、看護職が早期から介入するとともに、他機関の医療専門職とチームで対応する必要があると考える。

3) セルフ・ネグレクトの要因としての「社会的孤立」

今回の調査でセルフ・ネグレクト事例の状態の34項目のうち、「社会的孤立」を示す「28.他人との関わりを拒否していた」「20.近隣住民との関わりがなかった」「27.閉じこもり状態であった」が6割を超え、「30.近隣住民との間でトラブルが発生していた」も過半数を超えていた。事例の属性としては、独居が7割を占め、別居家族の支援がない者が約7割、家族以外の支援がない者が約6割を占めていた。また独居以外、つまり家族等と同居していても、同居家族からの支援がない者が5割を超え、「家庭内孤立」の状態にある高齢者の存在が明らかになった。家族からも地域からも孤立しているセルフ・ネグレクトの高齢者を早期に発見するために、家族と同居していても、高齢者の心身の状

況だけでなく家族との関係をアセスメントすることが必要であると考える。

セルフ・ネグレクトの要因に「社会的孤立」をあげている研究者は多い⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。津村ら⁴⁾は社会関係の有無と生活の満足感は相関しており、生活への満足感が高い者ほどセルフ・ネグレクトのリスクは低いと述べている。社会との関わりは日常生活を営む上で必要不可欠なことであると考えられるが、独居で日常生活が自立しているセルフ・ネグレクトの高齢者は、サービスが導入されないため支援者との接点がない。慢性疾患の悪化や認知能力の低下により支援が必要になったとしても、あるいは経済的な問題でライフラインが止まることがあったとしても、自ら支援を求めてこない可能性が高い。さらに本調査の結果から、性格や人格の問題や精神疾患、アルコール問題を抱えているセルフ・ネグレクト高齢者の場合は、他者とのコミュニケーションが難しいことが明らかであり、介入することが極めて難しい事例であると言える。

我が国は高齢化、核家族化の進行により、平成20年度に65歳以上の者のいる世帯数は全世帯の約4割であり、夫婦のみ世帯は23.2%、単独世帯は22.0%と、今後ますます増加することが予測される²⁰⁾。こうした世帯では、地域や社会的なつながりが希薄化し、地域から「孤立」した暮らしになりがちで、社会的な支援を望まない「孤立」した中・高年者の「孤立死」が増加していると報告されている²¹⁾。今回の調査結果では、セルフ・ネグレクト事例を把握しているのは民生委員が最も多く4割を占め、地域包括支援センターの職員の把握は約1割という現状であった。地域包括支援センターのみではマンパワーが不足し、対応が手遅れになる可能性があるので、今後は潜在的なセルフ・ネグレクトの高齢者を発見するために、住民との連携による見守りやボランティアの育成等が必要であると考える。

4) 行為の意図性に関する判断の難しさと専門職のジレンマ

本調査ではセルフ・ネグレクトの定義に“意図性がある者”を含めた。調査の結果、行為の意図性がある者、行為の結果を本人が理解している者は「ある」「少しある」を合わせると約半数であった。行為の背景としては「疾患」、「人間関係」、「習慣」、「無気力」が多かった。

Gibbonsら¹⁶⁾は意図的なセルフ・ネグレクトとして「ライフスタイル」「選択」「コントロールの保持」「パーソナリティのタイプ」「施設入所に対する恐怖」をあげ、非意図的タイプとして「認知障害」「機能障害」「精神疾患」「物質嗜癖」「生活上の大きなストレス」をあげている。本調査の結果では、意図性がある者は意図性がない者にくらべ、認知症自立度は高く、アルコール問題、性格や人格の問題、内科的な慢性疾患がある者が有意に多かった。一方、意図性がない者では、認知症の自立度が低く、精神疾患ありの者が多い傾向にあった。自立度が高いと「ライフスタイル」「選択」、疾患の「コントロールの保持」が自分の意思で可能であり、性格や人格の問題としての「パーソナリティのタイプ」が意図的なセルフ・ネグレクトにつながると考えられ、「認知障害」、「精神疾患」がある者は、意思決定能力が低下するため、非意図的なセルフ・ネグレクトにつながると考えられる。

しかし意図性については、「わからない」が1割を占めること、「ある」と回答したのは約2割であることから、意図性があるかどうかを初期介入時に判断することは難しく、簡単に意図性があると決めつけることは危険であると思われる。津村ら⁴⁾は日本の高齢者の特徴として、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と述べている。気兼ねや世間体から本心を言えず、「意図的に行っている」と客観的に判断される高齢者も少なくないと考えられる。日本の高齢者は家庭内のことや自分自身のことは、気兼ねや世間体等を気にして他言しない傾向にあり、周囲の住民も相談されない限り、積極的に踏み込まないという傾向がある。一方専門職の側は、個人情報保護を重視するあまり個人に介

入することは難しく、まして本人に拒否をされれば介入できることから、介入には「本人の安全や健康の保障」と「個人の意志の尊重」という大きなジレンマが生じることになる。個人が「意図的に行っている」と判断される場合、「個人の自由」や「ライフスタイル」の尊重という観点からすると、援助の対象とするには根拠が必要であり、対応するための法的な裏付けのない日本では介入の根拠が不明確である。また援助の必要性を専門職が判断しても、本人に認知の問題がなく援助の「必要はない」と判断すれば、専門職であるがゆえに大きな倫理的ジレンマを生じる。これは意図的と思われるセルフ・ネグレクト事例特有の問題であるが、意図的に見ても疾患や人間関係、日本文化などの背景を考慮し、簡単に意図的と決め付けずに対応すべきであり、対象者の「自己決定」を専門職がどう支援するかも含めて、介入技術の検討が必要であると考える。

5) セルフ・ネグレクト事例への介入の困難

専門職が関わるセルフ・ネグレクト事例は、介入しても「変わらない」が2割を超え、「改善した」「終結した」事例は約7割を占めるが、入院・入所など在宅での生活の継続はできず、1割以上が死亡していた。介入として、約7割の事例で、「身体状況を確認する」とともに「状況が悪化しないよう見守る」「本人の話を聞く」「サービス利用を勧める」「適切な医療を受けるよう勧める」を行っていたが、約8割の事例で対応が困難であると答えていた。セルフ・ネグレクトの事例では、身体状況を確認することだけでなく、悪化しない見守りや、本人の話を聞くこと、医療やサービスの利用を勧めることなどを同時にしているが、専門職でさえ介入困難な事例であることは、1割が死亡していたことからも明らかである。介入困難な理由として、「本人が拒むため介入できない」が5割、「介入しても同じ状態に戻る」が4割を占め、「現行制度で介入に限界がある」が約3割を占めていたことから、本人が拒否する状況でどう介入するかという介入技術やマニュアルの開発、事例のセルフ・ネグレクト状態の改善を評価するための介入評価指標、緊急時に介入できる介入基準や法制度の整備が早急に必要であると考える。

6) セルフ・ネグレクトの定義からみた介入および予防における今後の課題

Pavlou¹⁷⁾は、セルフ・ネグレクトの定義を①個人の、あるいは環境の衛生を継続的に怠る、②QOLを高めるために当然必要とされるいくつか、あるいはすべてのサービスを繰り返し拒否する、③明らかに危険な行為により、自身が危険にさらされる（例えば傷の治療の継続的な拒否、家で家事のもとを引き起こすなど）、としている。また、NAAPSAの全国調査では、セルフ・ネグレクトを「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。」と定義しており¹⁸⁾、いざれも高齢者の問題、あるいは高齢者虐待の範囲に限定していない。

セルフ・ネグレクトを高齢者虐待の概念として捉えようとする場合、多々良が指摘するように、「セルフ・ネグレクトと他者によるネグレクトの分岐点は曖昧」¹⁹⁾になり、同居家族のネグレクトにより、結果として本人がネグレクトの状態になっても主張できない場合、「他者によるネグレクト」とも「セルフ・ネグレクト」とも解釈できる。また、家族が支援しようと思っても、本人の強い拒否がある場合は、家族によるネグレクトか、本人によるセルフ・ネグレクトかを判断することは困難である。また行政の対応が遅れ、支援の必要な対象者が亡くなった場合は、地域や社会によるネグレクトから、セルフ・ネグレクトに陥ったともいえる。

本調査の結果からセルフ・ネグレクト事例は、意図的・非意図的に関わらず、心身の問題があり生命

に関わる事例が少なくない上に、援助がないか援助を拒否する「社会的孤立」の状態にあることが明らかになった。概念や定義の曖昧さ、特に高齢者虐待の概念である「他者による人権侵害」ではないという点で、支援の対象から外されることは、高齢者を生命の危機にさらすことにつながるだけでなく、セルフ・ネグレクトの高齢者をさらに増加させることにつながる。しかし一方では、セルフ・ネグレクトの診断指標¹⁶⁾である「不十分な個人衛生」「不十分な環境衛生」「保健行動を守らない」から考えると、対象を高齢者に限定することで対応が遅れる可能性があり、成人期から予防し、早期発見できる体制の整備が必要である。セルフ・ネグレクトは自立度が高くても、慢性疾患、精神疾患などをかかえ、十分な栄養や水分を摂取しないことや治療に関するノンコンプライアンスがある上に、支援が必要になっても助けを求めないことから、生命にかかるリスクが極めて高いことが明らかになった。専門職が的確なアセスメント能力を持ち、他職種で多角的にアセスメントし、事例検討会等を設けて介入方法を検討することだけでなく、法的整備と援助システムの構築を早急に行う必要があることが示唆された。

5. 研究の限界と今後の課題

本調査は、セルフ・ネグレクトに関する初めての全国調査として有意義であると考えるが、回収率は25.9%とやや低かったのは、セルフ・ネグレクトに関する知識あるいは認識が低いことが影響していると考えられる。今後は、自治体の高齢・障害福祉部門にも調査を拡大し、より詳細な分析により有効な支援方法を追求する必要がある。

<引用文献>

- 1) 多々良紀夫, 二宮加鶴香 : 老人虐待(1). 83, 筒井書房. 東京. 1994.
- 2) 津村智恵子 : セルフ・ネグレクト防止活動に求める法的根拠と制度的支援. 高齢者虐待防止研究, 5(1) : 61-65, 2009.
- 3) 津村智恵子 : セルフ・ネグレクト(自己放任)を防ごう. 高齢者虐待防止研究, 3(1) : 53-58, 2007.
- 4) 津村智恵子, 入江安子, 廣田麻子, ほか : 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, 2006.
- 5) 野村祥平 : 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, 2007.
- 6) 野村祥平 : ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトの実態. 高齢者虐待防止研究, 4(1) : 58-75, 2008.
- 7) 厚生労働省(医療経済研究機構)調査検討委員会 : 家庭内における高齢者虐待に関する調査(平成15年度老人保健健康推進事業), 2004.
- 8) O'Brien, James G., Thibault, Jane M. and Turner, L. C. et al. : Self-Neglect: An Overview, O'Brien, James G. ed. Self Neglect: Challenges for Helping Professionals, The Haworth Maltreatment & Trauma Press, 1-19, 1999.
- 9) XinQi Dong, Melissa Simon and Carlos Mendes de Leon, et.al.: Elder Self-Neglect and Abuse ans Mortality Risk in a Community-Dwelling Population, The Journal of The American Medical Association, 302(5) : 517-526(2009).
- 10) Dyer,C. B, et al : The Making of a Self-Neglect Severity Scale. Journal of Elder Abuse and

- Neglec, 18(4) : 13-23, 2006.
- 11) Duke, J. : A National Study of Self-Neglecting about Adult Protecting Services Client. National Aging Resource Center on Elder Abuse.1991.
- 12) Tatara. T., Thomas, C., Certs, J., et al. : The National Center on Elder Abuse (NCEA) National Incidence Study of Elder Abuse Study: Final Report. 1998.
- 13) 東京都保健福祉局高齢社会対策部在宅支援課: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. 2006.
- 14) 厚生労働省老健局：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）. 2006.
- 15) Pavlou MP, Lachs MS. : Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome? Journal of the American Geriatrics Society, 54(5) : 831-842. 2006.
- 16) Gibbons S, Lauder W, and Ludwick R. : Self-neglect: a proposed new NANDA diagnosis. International journal of nursing terminologies and classifications: the official journal of NANDA, 17(1) : 10-18. 2006.
- 17) Pavlou MP, Lachs MS. : Self-neglect in Older Adults : Primer for Clinicians. Journal of General Internal Medicine, 23(11) : 1841-6. 2008.
- 18) 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.
- 19) Dyer,CB,Goodwin,JS, et al : Self-neglect Among the Elderly : A Model Based on More Than 500 Patients Seen by a Geriatric Medicine Team. Amerian Journal of Public Health, 97(9) : 1671-1676. 2007.
- 20) 財団法人 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生の指標 増刊, 56(9) : 42. 2009.
- 21) 高齢者が一人でも安心して暮らせるコミュニティづくり推進会議（「孤立死」ゼロを目指して）：報告書, p1-11.

表1 地域包括支援センターの概況および高齢者虐待・セルフ・ネグレクト事例への関わり

n=1046							
項目	カテゴリー	n	(%)	項目	カテゴリー	n	(%)
開設年	2006年以前	80	(7.6)	回答者の職種	社会福祉士	630	(60.2)
	2006年	758	(72.5)		主任介護支援専門員	174	(16.6)
	2007年	135	(12.9)		看護師	45	(4.3)
	2008年	38	(3.6)		保健師	126	(12.0)
	2009年	11	(1.1)		事務職	33	(3.2)
	無記入	29	(2.3)		その他	25	(2.4)
設置形態	直営	439	(42.0)		無記入	13	(1.2)
	委託	599	(57.3)	回答者のセルフネグレクト事例経験数	あり	652	(62.3)
	無記入	8	(0.8)		1件	168	(16.1)
管轄の65歳以上人口	4000人未満	266	(25.4)		2件	165	(15.8)
	4000~5000人未満	115	(11.0)		3件	92	(8.8)
	5000~6000人未満	102	(9.8)		4件	28	(2.7)
	6000~10000人未満	249	(23.8)		5件以上	94	(9.0)
	10000人以上	251	(24.0)		ない	390	(37.3)
	無記入	63	(6.0)		無記入	4	(0.4)
65歳以上の人口比率	14%未満	20	(1.9)	セルフネグレクト事例経験の有無と職種別内訳	あり	652	(62.6)
	14~21%未満	299	(28.6)		社会福祉士	393	(37.7)
	21~25%未満	258	(24.7)		主任介護支援専門員	124	(11.9)
	25~30%未満	215	(20.6)		看護師	34	(3.3)
	30%以上	200	(19.1)		保健師	64	(6.1)
	無記入	54	(5.2)		事務職	14	(1.3)
平成20年度の高齢者虐待事例数 注1)	0件	82	(7.8)		その他	13	(1.2)
	1件	109	(10.4)		無記入	10	(1.0)
	2件	109	(10.4)		ない	390	(37.4)
	3件	111	(10.6)		社会福祉士	236	(22.6)
	4件	83	(7.9)		主任介護支援専門員	49	(4.7)
	5件以上	414	(39.6)		看護師	11	(1.1)
平成20年度のセルフネグレクト事例数 注2)	無記入	138	(13.2)		保健師	62	(5.9)
	0件	429	(41.0)		事務職	18	(1.7)
	1件	213	(20.4)		その他	12	(1.1)
	2件	101	(9.6)		無記入	2	(0.2)
	3件	73	(7.0)		無記入	4	(0.4)
	4件	31	(2.9)				
5件以上	81	(7.7)					
	無記入	118	(11.3)				

注1) : 平成20年度の高齢者虐待事例総数5,796

注2) : 平成20年度のセルフ・ネグレクト総数1,528

表2 地域包括支援センターの設置形態と人口比率・虐待およびセルフ・ネグレクト事例件数との関連

項目	カテゴリー	直営	委託	合計	n(%)	有意確率	
65以上の人 口比率	21%未満	79	(18.4)	236	(42.4)	315	(32.0)
	21~25%未満	99	(23.1)	157	(28.2)	256	(26.0)
	25~30%未満	114	(26.6)	101	(18.1)	215	(21.8)
	30%以上	136	(31.8)	63	(11.3)	199	(20.2)
	合計	428	(100.0)	557	(100.0)	985	(100.0)
虐待事例件 数	地域包括件数	399		503		902	
	事例総数	2878		2890		5768	
	平均件数	7.2(±9.0)		5.7(±7.6)		6.3(±8.2)	
セルフネグレ クト事例件数	地域包括件数	397		526		923	
	事例総数	526.5		996.5		1523	
	平均件数	1.3(±3.0)		1.9(±3.4)		1.7(±3.2)	

注1) 設置形態、虐待事例件数、セルフ・ネグレクト事例件数は無記入を除く

注2) ** P<0.01, *** P<0.001

表3 セルフ・ネグレクト事例の背景と状況

n=846

項目	カテゴリー	n (%)	項目	カテゴリー	n (%)	項目	カテゴリー	n (%)		
年齢	60~64歳	37 (4.4)	支援・家族の支援状況	同居	ある	30 (11.2)	心身の状態	知的障害	あり	38 (4.5)
	65~69歳	92 (10.9)		～注家	ややある	81 (30.3)		なし	642 (75.9)	
	70~74歳	177 (20.9)		1族	あまりない	63 (23.6)		わからない	162 (19.1)	
	75~79歳	170 (20.1)		～支援	ない	78 (29.2)		無記入	4 (0.5)	
	80~84歳	217 (25.7)		別居	わからない	7 (2.6)		あり	93 (11.0)	
	85~89歳	111 (13.1)		～家族	無記入	8 (3.0)		なし	539 (63.7)	
	90歳以上	29 (3.4)		支援	ある	58 (6.9)		わからない	204 (24.1)	
	無記入	13 (1.5)		～家	ややある	140 (16.5)		無記入	10 (1.2)	
	男性	420 (49.6)		族	あまりない	177 (20.9)		慢性疾患	あり	324 (38.3)
	女性	422 (49.9)		～支	ない	426 (50.4)		なし	208 (24.6)	
性別	無記入	4 (0.5)		援	わからない	25 (3.0)		わからない	297 (35.1)	
	自立	162 (19.1)		～	無記入	20 (2.4)		無記入	17 (2.0)	
	認知I	242 (28.6)		者	ある	94 (11.1)	関わっている機関・把握のきっかけ	事例に関わっている機	民生委員	500 (59.1)
	自症II	213 (25.2)		～外	ややある	205 (24.2)		に関わっている機	医療機関	334 (39.5)
	立高III	118 (13.9)		～支	あまりない	194 (22.9)		～	居宅介護支援事業所	226 (26.7)
	度齢IV	20 (2.4)		援	ない	301 (35.6)		～	福祉事務所	216 (25.5)
	者M	7 (0.8)		～	わからない	34 (4.0)		～	訪問介護事業所	171 (20.2)
	の無記入	84 (9.9)		～	無記入	18 (2.1)		～	保健所・保健センター	147 (17.4)
	障害J-1	154 (18.2)		～	ある	457 (54.0)		～	在宅介護支援センター	111 (13.1)
	老人J-2	290 (34.3)		～	ややある	76 (9.0)		～	訪問看護事業所	30 (3.5)
事例の属性・自立度・介護度の状態	A-1	116 (13.7)		～	あまりない	33 (3.9)		～	その他	282 (33)
	A-2	105 (12.4)		～	ない	240 (28.4)		～	民生委員からの報告	335 (39.6)
	B-1	35 (4.1)		～	わからない	32 (3.8)		～	他機関	266 (31.4)
	B-2	38 (4.5)		～	無記入	8 (0.9)		～	住民	199 (23.5)
	C-1	13 (1.5)		～	利用していない	562 (66.4)		～	高齢者の家族等	111 (13.1)
	C-2	11 (1.3)		～	介護保険サービス	199 (23.5)		～	あなた自身	88 (10.4)
	自無記入	84 (9.9)		～	障害福祉サービス	3 (0.4)		～	あなた以外の職員	80 (9.5)
	申請していない	470 (55.6)		～	その他	60 (7.1)		～	高齢者本人	39 (4.6)
	要支援1	60 (7.1)	生活の状況	～	無記入	22 (2.6)		～	介護保険の申請	38 (4.5)
	要支援2	74 (8.7)		～	年金のみ	552 (65.2)		～	他の利用者等	13 (1.5)
介護保険認定状態	要介護1	80 (9.5)		～	年金と生活保護	53 (6.3)		～	その他	53 (6.3)
	要介護2	61 (7.2)		～	生活保護	66 (7.8)	行行為の意図性～注2～	～	ある	192 (22.7)
	要介護3	43 (5.1)		～	不明	50 (5.9)		～	少しある	239 (28.3)
	要介護4	19 (2.2)		～	その他	89 (10.5)		～	あまりない	149 (17.6)
	要介護5	9 (1.1)		～	無記入	36 (4.3)		～	ない	145 (17.1)
	非該当	7 (0.8)		～	余裕がない	244 (28.8)		～	わからない	104 (12.3)
	無記入	23 (2.7)		～	あまり余裕がない	241 (28.5)		～	無記入	17 (2.0)
	障害なし	742 (87.7)		～	やや余裕がある	140 (16.5)		～	ある	172 (20.3)
	身体障害者手帳	71 (8.4)		～	余裕がある	126 (14.9)		～	少しある	222 (26.2)
	療育手帳	3 (0.4)		～	わからない	83 (9.8)		～	あまりない	206 (24.3)
家族構成	精神保健福祉手帳	12 (1.4)		～	無記入	12 (1.4)		～	ない	146 (17.3)
	無記入	18 (2.1)		～	ア	156 (18.4)		～	わからない	87 (10.3)
	独居	579 (68.4)		～	なし	616 (72.8)		～	無記入	13 (1.5)
	高齢夫婦二人	77 (9.1)		～	わからない	68 (8.0)	本人の行為の理解～注2～	～	ある	502 (59.3)
	本人と息子	70 (8.3)		～	無記入	6 (0.7)		～	少しある	213 (25.2)
	本人と娘	18 (2.1)		～	あり	88 (10.4)		～	あまりない	13 (1.5)
	息子夫婦	13 (1.5)		～	なし	569 (67.3)		～	ない	4 (0.5)
	その他	80 (8.0)		～	わからない	177 (20.9)		～	わからない	103 (12.2)
	無記入	9 (1.1)		～	無記入	12 (1.4)		～	無記入	11 (1.3)
支援・家族の状況	いない	351 (41.5)	心身の状態	～	格性の格	499 (59.0)	背景の内～注3～	～	文化	31 (4.3)
	夫	17 (2.0)		～	なし	169 (20.0)		～	宗教	15 (2.1)
	妻	23 (2.7)		～	わからない	164 (19.4)		～	習慣	281 (39.3)
	息子	110 (13.0)		～	問題人	14 (1.7)		～	癖	110 (15.4)
	娘	90 (10.6)		～	無記入	167 (19.7)		～	疾患	321 (44.9)
	孫	7 (0.8)		～	精神疾患	389 (46.0)		～	人間関係	308 (43.1)
	その他	220 (26.0)		～	わから	284 (33.6)		～	無気力	233 (32.6)
	無記入	28 (3.3)		～	ない	6 (0.7)		～	地域性	30 (4.2)
				～	無記入			～	その他	181 (25.3)

注1:「家族構成」が「独居」以外の内訳

注2:複数回答

注3:「背景の内容」は、複数回答で「行為の背景」が「ある」「少しある」の内訳

表4 介入初期のセルフ・ネグレクト事例の状態

n=846

項目	カテゴリー	n (%)	項目	カテゴリー	n (%)	項目	カテゴリー	n (%)
1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかつた	ある	433 (51.2)		ある	224 (26.5)	24. 医療的なケア(カテーテルや人工肛門など)を怠った	ある	62 (7.3)
	ややある	264 (31.2)		ややある	146 (17.3)		ややある	35 (4.1)
	あまりない	61 (7.2)	13. 失禁が放置されていた	あまりない	130 (15.4)		あまりない	51 (6.0)
	ない	48 (5.7)		ない	280 (33.1)		ない	550 (65.0)
	わからない	29 (3.4)		わからない	53 (6.3)		わからない	123 (14.5)
	無記入	11 (1.3)		無記入	13 (1.5)		無記入	25 (3.0)
2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	ある	198 (23.4)		ある	290 (34.3)	25. 生命にかかるような日常生活の注意を怠った	ある	135 (16.0)
	ややある	108 (12.8)		ややある	219 (25.9)		ややある	162 (19.1)
	あまりない	154 (18.2)	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	あまりない	164 (19.4)		あまりない	157 (18.6)
	ない	230 (27.2)		ない	149 (17.6)		ない	280 (33.1)
	わからない	139 (16.4)		わからない	14 (1.7)		わからない	97 (11.5)
	無記入	17 (2.0)		無記入	10 (1.2)		無記入	15 (1.8)
3. 腐ったものを摂取していた	ある	71 (8.4)		ある	335 (39.6)	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	ある	470 (55.6)
	ややある	158 (18.7)		ややある	225 (26.6)		ややある	198 (23.4)
	あまりない	135 (16.0)	15. 身体から悪臭がした	あまりない	135 (16.0)		あまりない	54 (6.4)
	ない	306 (36.2)		ない	122 (14.4)		ない	99 (11.7)
	わからない	162 (19.1)		わからない	18 (2.1)		わからない	16 (1.9)
	無記入	14 (1.7)		無記入	11 (1.3)		無記入	9 (1.1)
4. 家屋内に悪臭がした	ある	415 (49.1)		ある	455 (53.8)	27. 閉じこもり状態であった	ある	351 (41.5)
	ややある	178 (21.0)		ややある	194 (22.9)		ややある	201 (23.8)
	あまりない	82 (9.7)	16. 入浴がなされていなかつた	あまりない	60 (7.1)		あまりない	113 (13.4)
	ない	142 (16.8)		ない	67 (7.9)		ない	163 (19.3)
	わからない	19 (2.2)		わからない	61 (7.2)		わからない	9 (1.1)
	無記入	10 (1.2)		無記入	9 (1.1)		無記入	9 (1.1)
5. 家屋内にペット類がたくさんいた	ある	77 (9.1)		ある	408 (48.2)	28. 他人との関わりを拒否していた	ある	338 (40.0)
	ややある	56 (6.6)		ややある	223 (26.4)		ややある	252 (29.8)
	あまりない	45 (5.3)	17. 汚れた衣類を着用していた	あまりない	103 (12.2)		あまりない	109 (12.9)
	ない	625 (73.9)		ない	88 (10.4)		ない	120 (14.2)
	わからない	31 (3.7)		わからない	14 (1.7)		わからない	17 (2.0)
	無記入	12 (1.4)		無記入	10 (1.2)		無記入	10 (1.2)
6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	ある	236 (27.9)		ある	47 (5.6)	29. 近隣住民との関わりがなかった	ある	356 (42.1)
	ややある	144 (17.0)		ややある	60 (7.1)		ややある	262 (31.0)
	あまりない	82 (9.7)	18. 全裸に近い状態でいた	あまりない	89 (10.5)		あまりない	110 (13.0)
	ない	231 (27.3)		ない	629 (74.3)		ない	97 (11.5)
	わからない	142 (16.8)		わからない	10 (1.2)		わからない	14 (1.7)
	無記入	11 (1.3)		無記入	11 (1.3)		無記入	7 (0.8)
7. 食べ物やゴミが放置されていた	ある	451 (53.3)		ある	117 (13.8)	30. 近隣住民との間でトラブルが発生していた	ある	274 (32.4)
	ややある	169 (20.0)		ややある	200 (23.6)		ややある	163 (19.3)
	あまりない	72 (8.5)	19. 気候に見合った服装をしていなかつた	あまりない	197 (23.3)		あまりない	132 (15.6)
	ない	124 (14.7)		ない	306 (36.2)		ない	208 (24.6)
	わからない	21 (2.5)		わからない	14 (1.7)		わからない	59 (7.0)
	無記入	9 (1.1)		無記入	12 (1.4)		無記入	10 (1.2)
8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	ある	282 (33.3)		ある	142 (16.8)	31. お金や通帳などが放置されていた	ある	129 (15.2)
	ややある	153 (18.1)		ややある	189 (22.3)		ややある	125 (14.8)
	あまりない	117 (13.8)	20. ポロポロの衣類を着用していた	あまりない	196 (23.2)		あまりない	163 (19.3)
	ない	227 (26.8)		ない	304 (35.9)		ない	321 (37.9)
	わからない	53 (6.3)		わからない	9 (1.1)		わからない	96 (11.3)
	無記入	14 (1.7)		無記入	6 (0.7)		無記入	12 (1.4)
9. 家屋内にカビが発生していた	ある	207 (24.5)		ある	377 (44.6)	32. 預金の出し入れができなかった	ある	228 (27.0)
	ややある	158 (18.7)		ややある	162 (19.1)		ややある	142 (16.8)
	あまりない	93 (11.0)	21. 必要な医療の提供を拒否していた	あまりない	82 (9.7)		あまりない	123 (14.5)
	ない	211 (24.9)		ない	168 (19.9)		ない	241 (28.5)
	わからない	164 (19.4)		わからない	45 (5.3)		わからない	101 (11.9)
	無記入	13 (1.5)		無記入	12 (1.4)		無記入	11 (1.3)
10. 家屋が著しく老朽化していた	ある	190 (22.5)		ある	382 (45.2)	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	ある	289 (34.2)
	ややある	174 (20.6)		ややある	142 (16.8)		ややある	165 (19.5)
	あまりない	142 (16.8)	22. 服薬がなされていなかつた	あまりない	57 (6.7)		あまりない	111 (13.1)
	ない	308 (36.4)		ない	131 (15.5)		ない	154 (18.2)
	わからない	22 (2.6)		わからない	119 (14.1)		わからない	114 (13.5)
	無記入	10 (1.2)		無記入	15 (1.8)		無記入	13 (1.5)
11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかつた	ある	238 (28.1)		ある	284 (33.6)	34. 家賃や公共料金が未払いであった	ある	212 (25.1)
	ややある	189 (22.3)		ややある	97 (11.5)		ややある	91 (10.8)
	あまりない	127 (15.0)	23. 慢性疾患のコントロールがされていなかつた	あまりない	60 (7.1)		あまりない	112 (13.2)
	ない	231 (27.3)		ない	185 (21.9)		ない	309 (36.5)
	わからない	49 (5.8)		わからない	205 (24.2)		わからない	113 (13.4)
	無記入	12 (1.4)		無記入	15 (1.8)		無記入	9 (1.1)
12. 口腔ケアがなされていなかつた	ある	363 (42.9)						
	ややある	175 (20.7)						
	あまりない	76 (9.0)						
	ない	67 (7.9)						
	わからない	155 (18.3)						
	無記入	10 (1.2)						

表5 行為の意図性の有無とセルフ・ネグレクト事例の背景および状況との関連

n=846

項目	カテゴリー	意図性あり		意図性なし		合計	有意確率		
		n	(%)	n	(%)				
事例の概要・自立度・介護度の状態	性別	男性	248	(57.8)	118	(40.4)	366	(50.8)	
		女性	181	(42.2)	174	(59.6)	355	(49.2)	
		合計	429	(100.0)	292	(100.0)	721	(100.0)	
認知症高齢者の自立度	年齢	60歳代	86	(20.3)	29	(10.0)	115	(16.1)	
		70歳代	168	(39.7)	129	(44.3)	297	(41.6)	
		80歳代以上	169	(40.0)	133	(45.7)	302	(42.3)	
		合計	423	(100.0)	291	(100.0)	714	(100.0)	
障害老人の日常生活自立度	自立・I	J	258	(64.5)	92	(34.2)	350	(52.3)	
		A	142	(35.5)	177	(65.8)	319	(47.7)	
		B・C	400	(100.0)	269	(100.0)	669	(100.0)	
		合計	396	(100.0)	269	(100.0)	665	(100.0)	
介護保険認定状態	申請していない	申請していない	238	(56.3)	152	(53.5)	390	(55.2)	
		自立・要支援・要介護1	124	(29.3)	74	(26.1)	198	(28.0)	
		要介護2-5	61	(14.4)	58	(20.4)	119	(16.8)	
		合計	423	(100.0)	284	(100.0)	707	(100.0)	
障害者手帳	手帳なし	手帳なし	368	(87.2)	269	(92.8)	637	(89.5)	
		手帳あり	54	(12.8)	21	(7.2)	75	(10.5)	
		合計	422	(100.0)	290	(100.0)	712	(100.0)	
		家族形態	独居	300	(70.4)	196	(66.9)	496	(69.0)
支援・生活の状態		独居以外	126	(29.6)	97	(33.1)	223	(31.0)	
		合計	426	(100.0)	293	(100.0)	719	(100.0)	
	主な支援者	いない	183	(43.5)	115	(40.6)	298	(42.3)	
		家族	118	(28.0)	95	(33.6)	213	(30.3)	
		その他	120	(28.5)	73	(25.8)	193	(27.4)	
		合計	421	(100.0)	283	(100.0)	704	(100.0)	
同居家族からの支援	支援あり	支援あり	63	(18.4)	39	(15.9)	102	(17.3)	
		支援なし	279	(81.6)	207	(84.1)	486	(82.7)	
		合計	342	(100.0)	246	(100.0)	588	(100.0)	
	別居家族からの支援	支援あり	103	(24.9)	74	(26.3)	177	(25.5)	
家族以外の支援		支援なし	310	(75.1)	207	(73.7)	517	(74.5)	
		合計	413	(100.0)	281	(100.0)	694	(100.0)	
		住居形態	戸建	277	(66.7)	183	(65.8)	460	(66.4)
		共同住宅	138	(33.3)	95	(34.2)	233	(33.6)	
利用サービス		合計	415	(100.0)	278	(100.0)	693	(100.0)	
	経済的背景	利用していない	286	(67.5)	190	(66.4)	476	(67.0)	
		利用している	138	(32.5)	96	(33.6)	234	(33.0)	
		合計	424	(100.0)	286	(100.0)	710	(100.0)	
経済状態の様子	年金のみ	年金のみ	278	(67.3)	200	(70.2)	478	(68.5)	
		年金・生活保護	66	(16.0)	38	(13.3)	104	(14.9)	
		その他・不明	69	(16.7)	47	(16.5)	116	(16.6)	
		合計	413	(100.0)	285	(100.0)	698	(100.0)	
アルコール問題	余裕ない	余裕ない	268	(67.3)	160	(61.1)	428	(64.8)	
		余裕あり	130	(32.7)	102	(38.9)	232	(35.2)	
		合計	530	(100.0)	237	(100.0)	767	(100.0)	
	その他の依存	あり	92	(22.8)	43	(15.6)	135	(19.9)	
心身の状態		なし	312	(77.2)	232	(84.4)	544	(80.1)	
		合計	404	(100.0)	275	(100.0)	679	(100.0)	
	性格や人格の問題	あり	46	(13.5)	27	(10.8)	73	(12.4)	
		なし	295	(86.5)	222	(89.2)	517	(87.6)	
精神疾患	合計	341	(100.0)	249	(100.0)	590	(100.0)		
	知的障害	あり	288	(81.6)	150	(62.8)	438	(74.0)	
		なし	65	(18.4)	89	(37.2)	154	(26.0)	
		合計	353	(100.0)	239	(100.0)	592	(100.0)	
糖尿病	あり	77	(26.8)	69	(32.9)	146	(29.4)		
		なし	210	(73.2)	141	(67.1)	351	(70.6)	
		合計	287	(100.0)	210	(100.0)	497	(100.0)	
	内科的な慢性疾患	あり	18	(5.0)	18	(7.3)	36	(5.9)	
内訳		なし	344	(95.0)	230	(92.7)	574	(94.1)	
		合計	362	(100.0)	148	(100.0)	610	(100.0)	
	心身の状態	あり	52	(15.3)	30	(13.3)	82	(14.5)	
		なし	287	(84.7)	195	(86.7)	482	(85.5)	
内訳		合計	339	(100.0)	225	(100.0)	564	(100.0)	
	その他の依存	あり	183	(65.1)	105	(55.6)	288	(61.3)	
		なし	98	(34.9)	84	(44.4)	182	(38.7)	
		合計	281	(100.0)	189	(100.0)	470	(100.0)	

わからない無回答を除く、 P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

表6. 現在のセルフネグレクトの状態

n=846

	人 (%)
変わらない	210 (24.8)
改善した	326 (38.5)
終結した	304 (35.9)
無回答	6 (0.7)
合計	846 (100.0)

表7. 「改善した」「終結した」理由

n=630 複数回答

	人 (%)
医療機関に入院	174 (27.6)
介護施設に入所	199 (31.6)
適切な介護者が介護を開始した	46 (7.3)
介護保険などのサービスを受け入れた	237 (37.6)
成年後見制度を利用した	55 (8.7)
話し合いにより、不適切な行為が改善した	44 (7.0)
本人のADLが改善した	26 (4.1)
本人の死亡	125 (19.8)
その他	67 (10.6)

表8. 事例にどのような働きかけをしているか、あるいはしたか

n=846 複数回答

事例への働きかけ	行っている (%)	時々行っている (%)	あまり行っていない (%)	行っていない (%)	無回答
本人の話を聞く	566 (66.9)	200 (23.6)	35 (4.1)	13 (1.5)	32 (3.8)
身体状況を確認する	545 (64.4)	227 (26.8)	31 (3.7)	12 (1.4)	31 (3.7)
セルフネグレクトを行う気持ちの理解に努める	394 (46.6)	262 (31.0)	118 (13.9)	28 (3.3)	44 (5.2)
本人に不衛生な環境を改善するよう勧める	362 (42.8)	247 (29.2)	115 (13.6)	82 (9.7)	40 (4.7)
本人に身体を清潔に保つよう勧める	362 (42.8)	234 (27.7)	127 (15.0)	82 (9.7)	41 (4.8)
本人に健康行動をとるよう勧める	419 (49.5)	243 (28.7)	95 (11.2)	49 (5.8)	40 (4.7)
本人に介護保険などのサービスの利用を勧める	565 (66.8)	146 (17.3)	48 (5.7)	57 (6.7)	30 (3.5)
本人に介護施設などへの入所を勧める	225 (26.6)	128 (15.1)	176 (20.8)	281 (33.2)	36 (4.3)
本人に適切な医療を受けるよう勧める	527 (62.3)	185 (21.9)	43 (5.1)	58 (6.9)	33 (3.9)
家族や住民から相談が来るまで待つ	145 (17.1)	153 (18.1)	140 (16.5)	298 (35.2)	110 (13.0)
家族の話を聞く	366 (43.3)	171 (20.2)	80 (9.5)	173 (20.4)	56 (6.6)
家族に改善への協力を求める	357 (42.2)	178 (21.0)	71 (8.4)	186 (22.0)	54 (6.4)
家族に介護保険などのサービスの利用を勧める	382 (45.2)	134 (15.8)	65 (7.7)	209 (24.7)	56 (6.6)
状況が悪化しないよう見守りを続けている	592 (70.0)	175 (20.7)	19 (2.2)	22 (2.6)	38 (4.5)
ネットワークの構築をする	475 (56.1)	214 (25.3)	72 (8.5)	41 (4.8)	44 (5.2)

表9. この事例の支援は困難でしたか

n=846

人 (%)	
とても困難である	351(41.5)
やや困難である	308(36.4)
どちらかといえば困難である	145(17.1)
全然困難ではない	19(2.2)
無回答	23(2.7)
合計	846(100.0)

表10. 「とても困難である」「やや困難である」と答えた方の困難な理由

n=659

	よくある	少しある	あまりない	全くない	無回答	合計
どのように関わればよいか技術的にわからない	158 (24.0)	284(43.1)	159(24.1)	35(5.3)	23(3.5)	659(100.0)
本人が拒んでいため介入できない	375 (56.9%)	184(27.9)	67(10.2)	25(3.8)	8(1.2)	659(100.0)
介入をしてもしばらくすると同じ状態に戻ってしまう	327(49.6)	199(30.2)	83(12.6)	24(3.6)	26(3.9)	659(100.0)
誰が主導的に関わればよいか明確でない	111(16.8)	195(29.6)	243(36.9)	85(12.9)	25(3.8)	659(100.0)
家族が介入を拒む	127(19.3)	126(19.1)	145(22.0)	231(35.1)	30(4.6)	659(100.0)
経済的理由でサービスを導入できない	149(22.6)	166(25.2)	175(26.6)	157(23.8)	12(1.8)	659(100.0)
現行制度では介入に限界がある	220(33.4)	200(30.3)	163(24.7)	55(8.3)	21(3.2)	659(100.0)
緊急時に保護をする場所がない	207(31.4)	187(28.4)	175(26.6)	68(10.3)	22(3.3)	659(100.0)
他機関が支援に消極的でネットワークが構築できない	73(11.1)	132(20.0)	290(44.0)	139(21.1)	25(3.8)	659(100.0)

表11. 事例に対応した（する）時、どのような悩みがあったか

n=846 複数回答

	とても悩んだ (%)	少し悩んだ (%)	あまり悩まない (%)	全く悩まない (%)	無回答
どのように関わればよいか技術的に悩んだ	253(29.9)	376(44.4)	172(20.3)	26(3.1)	19(2.2)
本人の介入拒否に関わりなく働きかけるべきか悩んだ	222(26.2)	346(40.9)	209(24.7)	52(6.1)	17(2.0)
誰が主導的に関わればよいか悩んだ	117(13.8)	291(34.4)	334(39.5)	84(9.9)	20(2.4)
近隣からの苦情が多く悩んだ	91(10.8)	214(25.3)	316(37.4)	200(23.6)	25(3.0)
状態が悪化してしまった場合自分の責任になると悩んだ	82(9.7)	203(24.0)	344(40.7)	194(22.9)	23(2.7)
自分は問題視しているが行政や上司が問題視せず悩んだ	53(6.3)	143(16.9)	313(37.0)	312(36.9)	25(3.0)

第5章 高齢者のセルフ・ネグレクトの状態を構成する因子の抽出

1. 援助の必要性としてのセルフ・ネグレクト

セルフ・ネグレクトに関しては高齢者虐待と定義するかどうか曖昧なまま法制定から5年が経過しようとしている。問題となるのは、地域の民生委員や、高齢者の問題を広く引き受ける地域包括支援センターなどには、著しく不潔な状態などですごしている高齢者の相談が持ち込まれ、主に高齢者虐待を担当している職員が、介入方法や相談機関が見つからずに苦慮している実態があることである。

これらの不潔な状態やサービスの拒否などが認知症や依存症、うつ病あるいは脳血管障害など医学的な診断がついた場合には、老人福祉法施行令などの対応が可能である。しかし高齢者虐待の担当職員が苦慮する場合は、高齢者本人の判断能力の低下があっても、高齢者本人が「自分の世話をしない」と自己決定をしている場合である。極端に不潔な状態や医療の拒否によって人間としての権利や尊厳が損なわれている生活を、医療保健福祉のサービスを提供する専門職として見て見ぬふりをしてよいのかというジレンマが生じている。このように気持ちの上のジレンマを抱えながらもセルフ・ネグレクトに対しても専門職による介入や措置を踏みとどまらざるを得ず、たとえ家族と同居をしても介護や世話を拒否して死亡事例につながることもある。

このようなセルフ・ネグレクトは実態としては存在していても調査研究の側面からすると研究の蓄積は少なく、近年では本研究グループの野村が先行研究の動向¹⁾や、1つの地域におけるセルフ・ネグレクトの実態の報告²⁾などがあるが、それ以前では、山口(2003)の「高齢者放任の概念整理に関する一考察」³⁾や津村の「高齢者のセルフ・ネグレクトに関する研究」⁴⁾に限られている。そのために、津村は、日本におけるセルフ・ネグレクトの定義をまず明確にして調査研究を進めることや、原因の追及と適切なアプローチ、効果的な予防プログラムなどを開発し早急にセルフ・ネグレクトを防ぐことが重要な課題である⁵⁾ことを指摘している。

そこで地域の中で孤立しがちなセルフ・ネグレクトの当事者を見つけ出すためにも、どのような状態や行為をセルフ・ネグレクトと称することができるのか、その要素や側面を、専門職が共通に認識することが重要な課題であると考える。専門職がセルフ・ネグレクトと共に認識することによって原因の解明や関連要因を探り出し、その後の介入や支援方法の開発に結び付けることができると考える。

2. セルフ・ネグレクトの特徴の抽出方法

セルフ・ネグレクトに関しては当研究グループの野村がいくつかの研究を実施しているが、野村の先行研究を中心に本研究の研究者で議論して作成したセルフ・ネグレクトの状態や行為を示す34項目について、医療保健福祉のサービスを提供する専門職が支援の必要性を認識する程度から、高齢者のセルフ・ネグレクトを構成する因子を探り、その特徴を明らかにした。

セルフ・ネグレクトの定義として、「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」⁴⁾と調査票には明記した。これは、認知症などのような疾患から適切な判断力や意欲が低下しているために自己放任の状態になっている場合（無意図的）と、判断力や認知力が低下していないが本人の自由意志によって自己放任の状態になっている場合（意図的）があり、それぞれのタイプによってセルフ・ネグレクトへの対応が異なるであろうと考え、質問紙もそれぞれのタイプに従って回答を求めた。

1) 調査項目の選定

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してこの検索結果にアメリカの O'brien らのレビュー論文⁶⁾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、セルフ・ネグレクトの事例や実態の記述を抽出した。さらに本研究グループの野村がセルフ・ネグレクトの実態から状態像を抽出²⁾し、表1のように類型化したものと、Gibbons らの看護診断への提案として作成されたセルフ・ネグレクトの分類の特徴⁷⁾を参考にして、研究者グループの経験も踏まえ、研究者間で検討しセルフ・ネグレクトの実態を示す項目を作成した。

2) 調査方法

表3に示したセルフ・ネグレクトの状態や行為を示す34項目について、専門職がセルフ・ネグレクトとして支援するときに、その必要性を認識する程度が対象者の状態によって異なると考えられるために①「判断力や認知力が低下し、精神障害や認知症など診断がついている」、②「判断力や認知力が低下し精神障害や認知症など診断がついていない」、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」、④「判断力や認知力の低下ではなく、ADLにも問題がない」の4つのタイプそれぞれに対する支援の必要性の認識に対して「全く必要でない」「あまり必要ない」「判断がつかない」「わりに必要」「とても必要」の5段階（「全く必要ない（1点）」から「とても必要（5点）」）に分け尋ねた。

3) 分析方法

先行研究および先行文献と研究者間による抽出されたセルフ・ネグレクトの実態項目34項目に対して、認知症や精神障害の診断あり、診断がない、ADLの低下がある、認知症や精神障害の診断もなくADLの問題もないという4つのタイプそれぞれに支援の必要性を質問した。今回はどのような対象者に対しても支援の必要性を感じるセルフ・ネグレクトという状態の特徴を抽出するために4つのタイプを総計し無回答を削除した全3,771データを分析対象とした。それらは各状態に対しての平均値や度数分布によってセルフ・ネグレクトとして支援の必要性を認識しない項目はないか確認をし、その後最尤法、直接オブリミン斜交回転で因子分析を行った。

3. セルフ・ネグレクトとして専門職が支援の必要を認識した程度

セルフ・ネグレクトの行為や状態を示す項目34項目に対して、①認知症や精神障害の診断がついている、②認知症や精神障害の診断がついていない、③ADLに問題がある、④認知機能や精神障害の診断はついておらず、ADLにも問題がないという4つのタイプそれぞれに支援の必要性の程度を質問した。今回はセルフ・ネグレクトの状態を特徴付ける因子を探索する目的であるために、無回答を除く4つのタイプを合計して全ての質問に回答をしていた全3,771データを対象とした。

選定した34項目について支援の必要性が表4のように「とても必要」と「わりに必要」と6割近くが回答しており、「全く必要ではない」と「あまり必要ではない」を足した割合とで2峯性を示す項目はなかった（図1）。特に「生命にかかるような日常生活の注意を怠る」「失禁の放置」「医療的ケアを怠る」などは90%以上が支援の必要性を認識していた。逆に支援の必要性が「全く必要でない」「あまり必要ない」と回答していた項目は「近隣住民との関わりがない（9.1%）」、「家屋の著しい老朽化（12.1%）」、「家屋内に多くのペット類（12.9%）」であったが、他の項目は支援の必要性は「全く必要でない」「あまり必要ない」と回答したのは1割以下であり、提示した34項目に対して多くが支援の必要性があると感じていたといつてよいと考える。

4. セルフ・ネグレクトの状態の特徴を抽出するための因子分析

34項目に対してその特徴を抽出するために固有値1以上で最尤法、直接オブリミン斜交回転で因子の抽出を行った。

その結果4因子が抽出されたが、第1因子が19項目と多く、第1因子に分類された19項目を詳細に見ると、身体の汚れと家屋が古くて手入れがされていない様子のものが混在していた。

そこで、身体と環境の汚れた状態は分類して解釈をする可能性を考慮して因子数を6と指定し、同様に最尤法、直接オブリミン斜交回転で因子の抽出を行った結果、共通性はすべて0.4以上が得られ、第1因子から第6因子までのそれぞれの回転後の負荷量平方和は表5のように13.13、11.54、11.68、13.30、12.173、5.56と高い値が得られた。またそれぞれの因子の信頼係数も0.9前後でまとまりのある因子として信頼性・妥当性が示された。

抽出された6つの因子に研究者間で検討した結果以下の名前をつけた。第1因子は「入浴がなされていない」「身体から悪臭」「汚れた衣服の着用」などの負荷量が高いことから「不潔で悪臭のある身体」とした。第2因子は「他人とのかかわりを拒否する」「近隣住民とのかかわりがない」「閉じこもり状態」などから「地域の中での孤立」とした。第3因子は「慢性疾患のコントロールがされていない」「服薬がなされていない」「必要な医療の提供を拒否する」などから「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」とした。第4因子は「金銭の適切な使い方ができない」「預金の出し入れができない」などから「金銭や財産管理がなされていない」とした。第5因子は「家屋内にペット類がたくさんいる」「家屋が著しく老撃化」「家屋内にカビが発生」などから「悪臭のある汚い家屋」とした。第6因子は「排泄物や排せつ物で汚れた衣類や物が放置」「腐ったものを摂取」などから「奇異にみえる生活のありさま」とした。

なお、6つの因子間の相関は表5のように「悪臭のある汚い家屋」と「不潔で悪臭のある身体」は0.67、「地域の中で孤立」と「悪臭のある汚い家屋」は0.66、「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」と「金銭や財産管理がなされていない」は0.66とそれの中程度の相関を示した。

5. 支援の必要性からみたセルフ・ネグレクトの状態を構成する因子の特徴

セルフ・ネグレクトの定義に関しては、野村が文献を詳細に検討した結果、定義はその文化的背景の影響を受け研究者によってそれぞれの定義が示されていると述べている¹⁾。今回、現代の日本の文化や思想、経済状態、医療や福祉の水準が反映したセルフ・ネグレクトの状態像を明らかにするために、セルフ・ネグレクトとして専門職が支援の必要性があると認識する程度を問うことに焦点を当てて調査を実施した。その結果34項目すべてに高い援助の必要性があるという認識が示された。

さらに特徴を探るために因子分析を行った結果6つの因子が抽出された。セルフ・ネグレクトの6つの側面として「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」、「奇異にみえる生活のありさま」、の側面であり、互いの因子間で密接に関係をしており、セルフ・ネグレクトは1つあるいはそれ以上を併せ持つ複合的な課題を抱えた状態像といえた。

今回セルフ・ネグレクトの状態を構成する因子の特徴を抽出するためのアイテムは、文献検討により主に野村の文献やGibbonらの文献から抽出した。Dyerら⁸⁾はCRES(Consortium for Research in Elder Self-Neglect)によって、個人の衛生状態を査定するセクションA、認知、健康、安全面を査定するセクションB、そして家屋の状態を査定するセクションCからセルフ・ネグレクトの程度を測る

SSS(Self-Neglect Severity Scale)を開発している。NANDA の新しい看護診断名の提案として書かれた Gibbons の論文は社会的孤立に関しては危険因子の一つとして挙げられているが、SSS では、ネグレクトをもとにチェックリストとして開発されているために、金銭の管理と地域の中の孤立に関する項目が含まれていなかった。セルフ・ネグレクト本人が血縁者や近隣から孤立することは多くの文献^{9,10,11)}が触れており、今回の結果でも地域の中の孤立の因子は不潔な身体や、治療の放置と相関係数が高く、他人とのかかわりを拒否する、近隣住民とのかかわりがないなどの地域の中での孤立に関する項目はセルフ・ネグレクトの特徴を示す重要な要因と考えられた。

また「不十分な栄養」は支援の必要性の認識が非常に高いにもかかわらず、34 項目での負荷量が 0.281 と低く、セルフ・ネグレクトの状態像には含まれないという解釈もできたが、先にあげた Gibbons は危険因子の一つとして挙げ、その他の報告にも「栄養状態が良くない」、「低栄養による皮膚の統合性の障害」の事例をあげているものが多く、セルフ・ネグレクトの状態像の 1 つであると考える。また因子分析をすると「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」の因子の一つとして分類され、低栄養から死に至る可能性もあるために重要な項目であると考える。今回は負荷量が低かったが、必要な栄養素を摂取せずに不健康な状態に陥る状態像を専門職が端的に発見できる文言の工夫が必要であったと考える。

6. 高齢者のセルフ・ネグレクトの予防と対応

アメリカではセルフ・ネグレクトが高齢者の虐待として位置づけられていることは先に述べたが、アメリカにおいては、本人の知的レベルや精神状態を専門職が判断し、知的レベルや精神状態に問題がなければセルフ・ネグレクトとはみなさず、本人の意志を尊重するという対応を行っており、この点において他の虐待とは一線を画している。

日本では高齢者虐待防止法の制定に伴い作成された高齢者虐待対応マニュアル¹²⁾（東京都老人総合研究所）には「セルフ・ネグレクト」を、「高齢者虐待に準じた対応が求められる」としている。そのために準拠する法的根拠はなくとも、医療保健福祉サービスの提供者はセルフ・ネグレクト本人や家族の拒否があっても、それをそのまま受け取るのではなく、少しづつ信頼関係を構築して介入する努力をしている。しかしそれらは個人の熱意や力量にゆだねられており、とくに緊急性が求められる死亡に至る事例の場合など、抛って立つ何らかの法的枠組みのある介入プログラムが求められる。

O'Brien はセルフ・ネグレクト本人を Victims とよび、これらの犠牲者は地域の中で孤立しがちであり、病院施設にたどりつくこともなく、近所が彼らに気付くことさえないと述べている¹³⁾。今回セルフ・ネグレクトの円状の必要性の認識が高い上位 10 項目の中には「生命を脅かす自身による治療やケアの放置」と「奇異に見える生活のありさま」の項目が多く、これらの状態像の要素を明らかにしたことにより専門職だけでなく民生委員や近隣住民にも統一した状態像を示すことができ、セルフ・ネグレクトの状態にある高齢者を一定の判断要素で把握し支援することができるを考える。

また高齢者の支援としてはケアチームを構成したネットワークの構築が重要であるといわれている。今回抽出した 34 項目はセルフ・ネグレクトの状態にある高齢者を 6 つの側面から多角的に共通の視点を持ってチーム内で話し合うことができ、ネットワークの構築にも有用なツールとなると考える。本研究はセルフ・ネグレクトに関して初めての全国調査であるが、回収率が 25.9% とやや低いことや、今回の分析はあくまで医療保健福祉のサービスを提供する専門職が支援の必要性を認識する程度から、高齢者のセルフ・ネグレクトを構成する因子を探ったものにとどまるために、今後は実際に事例の初動調査時や介入の評価などに使用できる尺度開発の研究をする必要があると考える。

【引用文献】

- 1) 野村祥平：高齢者のセルフ・ネグレクトに関する先行研究の動向と課題. ルーテル学院研究紀要, 41 : 101-115 (2007).
- 2) 野村祥平：ひとつの地域における高齢者のセルフ・ネグレクトの実態. 高齢者虐待防止研究, 4(1) : 58-75 (2008).
- 3) 山口光治：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 : 1-10(2003).
- 4) 津村知恵子, 入江安子, 廣田麻子ほか：高齢者のセルフ・ネグレクトに関する課題.. 阪市立大学看護学雑誌, 2 : 1-10(2006).
- 5) 津村知恵子：セルフ・ネグレクトを防ごう. 日本高齢者虐待防止研究, 3(1) : 1-10 (2007).
- 6) James G. O'brien,Jane M. Thibault, L. Carolyn Turner, et al. : Self-Neglect: An Overview. Journal of Elder Abuse and Neglect, 11(2) : 1-19(1998).
- 7) Susanne Gibbons, William Lauder, Ruth Ludwick : Self-Neglect : A Proposed New NANDA Diagnosis. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 17(1) : 10-17(2008).
- 8) Carmel Bitondo Dyer, P Adam Kelly, Valory N Pavlik et al: The Making of a Self-Neglect Severity Scale.Journal of Elderly Abuse & Neglect, 18(4) : 13-23(2006).
- 9) Longres John F. : Self-Neglect Among the Elderly. Journal of Elder Abuse & Neglect,7(1) : 69-86(1995).
- 10) Bozinovski Susanna D. : Older Self-Neglecters: Interpersonal Problems and the Maintenance of Self-Continuity. Journal of Elder Abuse & Neglect,12(1) : 37-56(2000).
- 11) Reyes-Ortiz Carlos A. : Diogenes Syndrome: The Self-Neglect Elderly. Comprehensive Therapy, 7(2). 117-121(2001).
- 12) 東京都保健福祉局高齢社会対策部在宅支援課: 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. 2006.
- 13) Mary Cay Sengstock,Jane M Thibault,Rochelle Zaranek: Community Dimensions of Elderly Self-Neglect. Journal of Elderly Abuse & Neglect, 11(2) : 77-93(1999).

表1. セルフ・ネグレクトの状態や行為

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

野村祥平：事例から見たセルフ・ネグレクトの状態像

高齢者虐待防止研究、58-75、4(1)、2008 から抜粋

表2. Gibbons らによるセルフ・ネグレクトの診断指標

指標	観察
住居の様子	不衛生な居住空間 ネズミが横行している証拠 ため込み（新聞、空の食器） 多数のペット 所有物の構造的破綻
個人の様子	汚い衣類 体臭 手入れされていない毛髪や爪 汚い身体
保健行動	ヘルスケアに関する勧奨を守らない、または守れない 服薬の拒否 薬のため込み カテーテルや人工肛門のバッグのような医療器材のためのケア ができない 酸素療法中の喫煙のような危険行動 病気の徴候や症状の無視

Susanne Gibbons, Wikkiam Lauder, & Ruth Ludwick : Self-Neglect: A Proposed New NANDA Diagnosis, International Journal of Nursing Terminologies and Classification, 10-18, 17(1), 2006. Table3, Defining Characteristic for Self-Neglect より抜粋(筆者ら訳)

表3. 文献検討や研究者間で検討したセルフ・ネグレクトの状態

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. 腐ったものを摂取している
4. 家屋内に悪臭がする
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・つめが伸び放題である
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. 全裸に近い状態でいる
19. 気候に見合った服装をしていない
20. ボロボロの衣類を着用している
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なされていない
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. 近隣住民との間で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4 セルフ・ネグレクト項目に対して支援の必要性の認識を感じる程度の割合

N=3771

セルフ・ネグレクト項目	平均値	標準偏差	歪度	尖度	支援が「わりに」、「とても」と回答した割合(%)	支援の必要性があるのか「判断つかない」と回答した割合(%)	支援が「全く必要ない」と「あまり必要ない」と回答した割合(%)
生命にかかわるような日常生活の注意を怠る	1.31	.72	3.19	11.89	95.2	2.4	2.3
失禁が放置されている	1.48	.75	2.25	6.94	94.2	3.4	2.4
医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る	1.47	.80	2.37	6.79	92.9	4.1	3.0
排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている	1.55	.79	2.02	5.58	92.6	4.7	2.7
腐ったものを摂取している	1.50	.80	2.16	5.79	91.8	5.5	2.7
全裸に近い状態でいる	1.56	.88	2.14	5.18	90.8	5.1	4.1
必要な医療の提供を拒否する	1.60	.87	2.03	5.00	90.7	5.6	3.7
服薬がなされていない	1.63	.86	1.95	4.79	90.6	5.8	3.6
栄養的に不十分な食事しか摂取していない	1.65	.82	1.74	4.23	89.8	7.2	2.9
慢性疾患のコントロールがされていない	1.68	.88	1.87	4.41	89.8	6.3	4.0
預金の出し入れができない	1.71	.89	1.85	4.29	89.6	6.1	4.3
家賃や公共料金が未払いである	1.72	.89	1.78	3.95	88.8	6.9	4.3
食べ物やゴミが放置されている	1.79	.84	1.53	3.58	87.7	8.8	3.5
制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている	1.79	.85	1.54	3.48	87.2	9.1	3.7
近隣住民との間でトラブルが発生している	1.84	.94	1.72	3.58	87.2	7.5	5.3
金銭の適切な使い方ができない	1.80	.93	1.69	3.44	87.0	7.9	5.1
身体から悪臭がする	1.82	.86	1.53	3.44	86.6	9.6	3.8
ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している	1.81	.92	1.57	3.08	85.4	10.1	4.5
家屋内に悪臭がする	1.87	.88	1.50	3.20	85.2	10.5	4.3
お金や通帳などが放置されている	1.81	.95	1.55	2.73	84.4	10.4	5.2
必要な保健・福祉サービスを拒否する	1.95	.91	1.53	3.15	84.3	10.4	5.4
入浴がなされていない	1.90	.88	1.42	3.02	84.0	11.8	4.2
汚れた衣類を着用している	2.00	.88	1.35	2.78	81.4	13.8	4.8
髪・髪・つめが伸び放題である	2.02	.89	1.31	2.55	80.1	14.9	5.0
閉じこもり状態である	2.11	.91	1.47	2.91	80.0	13.7	6.3
気候に見合った服装をしていない	2.06	.89	1.22	2.32	78.0	17.0	5.0
口腔ケアがなされていない	2.11	.89	1.25	2.42	76.9	17.8	5.3
冷暖房器具がなく温度調節がなされていない	2.06	.99	1.24	1.72	76.8	16.4	6.8
他人との関わりを拒否する	2.22	.97	1.27	1.86	73.3	18.9	7.8
家屋内にカビが発生している	2.19	1.01	1.16	1.45	72.3	19.8	7.9
ボロボロの衣類を着用している	2.23	.95	1.11	1.57	70.6	22.2	7.2
近隣住民との関わりがない	2.33	1.01	1.14	1.31	67.5	23.4	9.1
家屋が著しく老朽化している	2.44	1.08	.92	.50	61.3	26.6	12.1
家屋内にペット類がたくさんいる	2.47	1.08	.87	.40	59.7	27.3	12.9

表5 専門職が支援が必要と認識するセルフネグレクトの状態の因子分析 N=3771

因子名	Cronbach の α	因子						平方和** (項目数)
		1	2	3	4	5	6	
不潔で悪臭のある身体 $\alpha^*=0.93$	入浴がなされていない	.836	-.097	-.080	.010	-.060	.014	
	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	13.13 (6)
	髪・髪・つめが伸び放題である	.570	-.060	-.036	-.095	.171	-.014	
	口腔ケアがなされていない	.345	-.071	-.155	-.054	.338	.106	
地域の中での孤立 $\alpha^*=0.89$	気候に見合った服装をしていない	.320	-.085	-.085	-.179	.262	.004	
	他人との関わりを拒否する	.011	-.958	.024	-.011	-.062	-.010	
	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	11.54 (5)
	近隣住民との間でトラブルが発生している	.014	-.394	-.020	-.209	.070	-.121	
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 $\alpha^*=0.91$	必要な保健・福祉サービスを拒否する	.103	-.369	-.276	-.084	.091	.026	
	慢性疾患のコントロールがなされていない	.061	.019	-.882	.010	.044	.101	
	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	11.68 (7)
	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	
金銭や財産管理がなされていない $\alpha^*=0.92$	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	
	金銭の適切な使い方ができない	-.053	-.016	-.019	-.908	.042	.089	
	預金の出し入れができない	.020	.017	.009	-.896	-.051	-.023	13.30 (4)
悪臭のある汚い家屋 $\alpha^*=0.90$	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	
	家屋内にペット類がたくさんいる	-.051	-.120	.012	-.040	.685	-.028	
	家屋が著しく老朽化している	-.009	-.111	-.046	-.066	.670	.103	
	家屋内にカビが発生している	.063	-.063	-.079	.052	.655	-.099	
	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	12.17 (7)
奇異にみえる生活のありさま $\alpha^*=0.90$	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	
	ボロボロの衣類を着用している	.302	-.167	-.022	-.106	.358	.084	
	家屋内に悪臭がする	.287	-.071	.034	-.104	.325	-.258	
	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	
	腐ったものを摂取している	.064	-.020	-.244	-.153	.131	-.423	

*: Cronbach の α 係数

最尤法(直接オブリミン)

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	.407	.432	-.281	1.000

**: 回転後の負荷量平方和

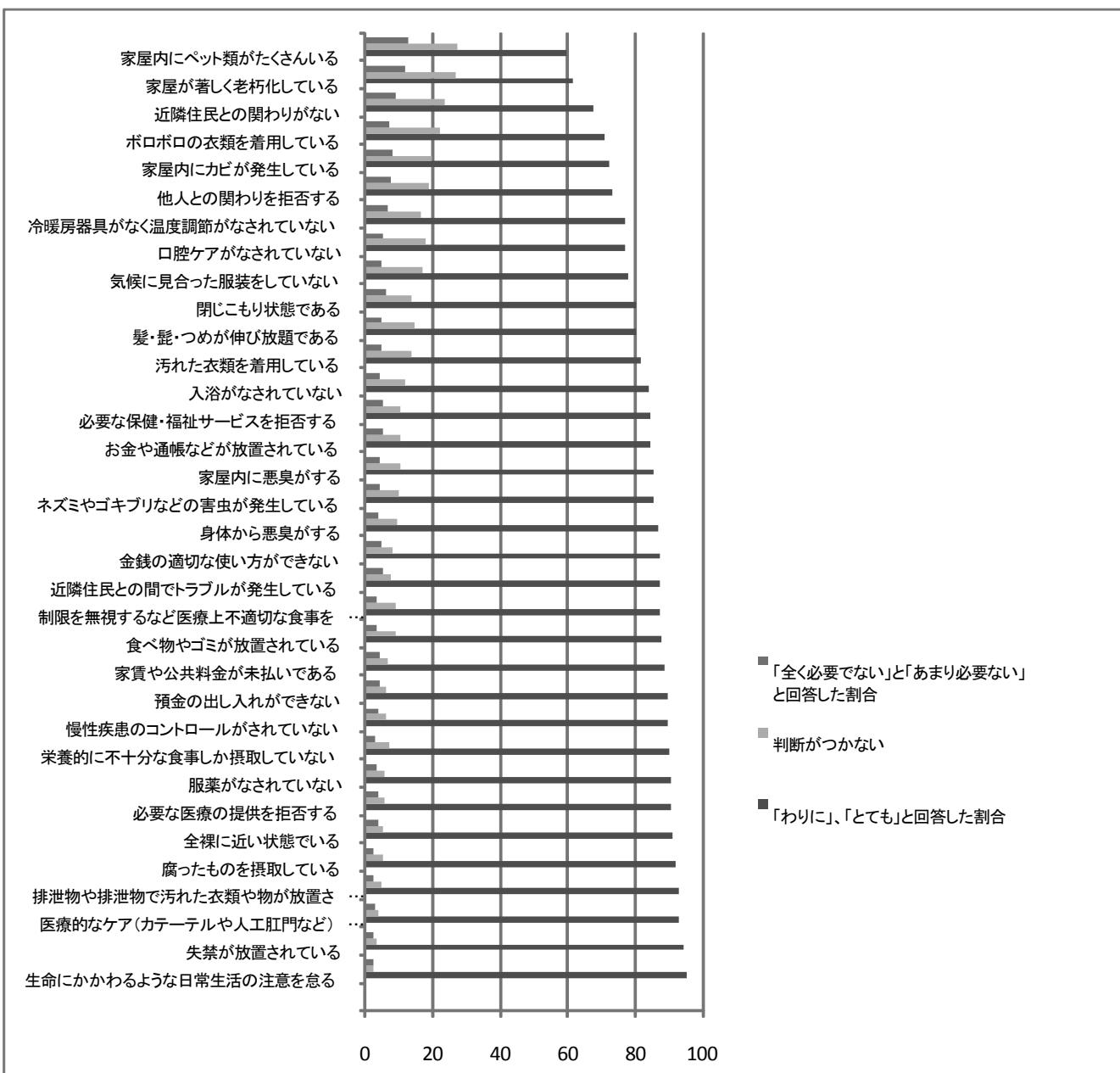


図 1 セルフ・ネグレクト項目に対して支援の必要性の認識を感じる程度の割合

第6章 セルフ・ネグレクトに関して専門職が困っていること・ジレンマ －自由回答より－

質問紙調査の自由回答として「現在、セルフネグレクトに関するお困りの事、ジレンマを感じることなどお書き下さい」で記載された内容は529件であった。そのうち、まず①質問紙に対する挨拶・謝辞のみのもの、②事例を挙げただけの言述（「～という事例」とだけあり、意見がないもの）を除外し、回答中に複数の内容がある場合は内容毎にデータを分けたところ、593データが抽出された。

593データを内容の類似性に着目して分類したところ、12カテゴリに分類された。以下に分類ごとに、意味内容を変えずに、できるだけ回答者の記載した内容を記述する。但し、全てを掲載することは紙面の都合で困難であるため、一部の言術のみ記載する。

【分類された内容】

1. セルフ・ネグレクトの定義・判断基準 (68データ)
2. セルフ・ネグレクトの認識 (15データ)
3. 法整備・行政の体制・新たな社会資源の必要性 (43データ)
4. 本人の自己決定の尊重、個人の尊厳・権利 (60データ)
5. 介入拒否・医療拒否 (97データ)
6. 精神疾患・認知症がある場合の介入 (29データ)
7. 当事者と家族の関係 (23データ)
8. 経済的な困難性 (16データ)
9. 必要な関わり・対策と介入のタイミング、援助者と当事者との関係 (62データ)
10. フォーマル・インフォーマルな連携 (62データ)
 11. 支援・連携上の困難 (72データ)
 12. 包括の現状からの困難 (46データ)

1. セルフ・ネグレクトの定義・判断基準

- ・セルフ・ネグレクトの定義がわからない。どのようなケースをセルフ・ネグレクトと判断してよいのかに迷う。
- ・セルフ・ネグレクトの判断基準が不明確なため、放置されやすく掘り起こしが難しい。
- ・本人が良ければ問題ないとする部分と、セルフ・ネグレクトがあるので介入して支援するべきであるという判断がとても難しいと思う。
- ・健全な個人の判断とそうでない場合の線引きは難しい。論理的な問題も含め第3者の介入がどの時点で許されるか、個別の状況や環境などによって左右される。
- ・セルフ・ネグレクトの基準判断は何なのか。その人によって価値観が違う。入浴しなくても生活はできている人はいる。腐った物を少々食べてもどうもない人もいる。ただ見守り確認は怠ることのないようにする必要はある。
- ・本人の癖や習慣、文化、地域性を考慮していくと、どのケースがセルフ・ネグレクトなのか、そうでないのか定義しづらい。関わる者の主觀も影響したり、センター内で統一できなかったり、ケースにより支援の必要性を見極める状態、ポイントが違ったりするのは、自分自身の中で定義づけがしっかりとしていないからなのかと悩む。
- ・福祉関係者同士でも対応方法、判断に相違がでる。対応方法が明確になっていないことと、専門職種によって研修などで受ける対応方法が異なっていることが原因と思われる。

- ・対応する職員の主觀で対応の頻度や緊急度の判断が左右されることがある。統一されたチェックシートや明確な対応チャート等が整備され、関係者間で共通した認識で対応できるとよりよい支援ができると思う。
- ・事例がセルフ・ネグレクトに該当するのか判断がつきにくいため、判断基準となるチェックリストや指標があるとよいと思う。また、対応のマニュアルもあるとよいと思う。本人の性格とセルフ・ネグレクトをどう判断するか、疑問に思うことがある。
- ・セルフ・ネグレクトの定義として、無意図的な場合というのは多くの事例が該当してくる。セルフ・ネグレクトの定義に入るか定義づけも大きな課題ではないか。
- ・高齢者虐待との関連もあるが、地域包括や行政がこうした例に関わる際は根拠が必要と思われる。本人の意志に反する支援が必要となる場合が多いため、そうした根拠ある支援を検討するしきみがなく、また責任の所在が明らかでないため、支援に消極的になりがちである。また、こうしたセルフ・ネグレクトについて支援者間に共通の認識が乏しいため、セルフ・ネグレクトと一言でいっても捉え方が違う。
- ・セルフ・ネグレクトに対して、東京都マニュアルでは「支援を必要としている状態」として支援対象にあがっているが、具体的にセルフ・ネグレクトの根拠となるような資料がなく、対応に困る。
- ・本人の今まで生活してきた歴史があつて、その人自身の生活がある。その中でどこまでがその人らしい生活として、見守っていくのか、どこからがセルフ・ネグレクトとして介入していくのかなければいけないのか、明らかなセルフ・ネグレクトでない場合ケースバイケースでの対応となるが、セルフ・ネグレクトの判断の境界線が非常に難しいと思う。
- ・意図的ネグレクトについては、基本的に支援の必要はないのではないかと考える。
- ・個人のライフスタイルの多様化に伴い、プライバシー保護、個人情報の制限もあり、本人の意志でそのような生活をしているのか、必然的にそうなってしまい本当は介入してほしいのかの見極めが難しい。
- ・虐待のカテゴリーにセルフ・ネグレクトは入れていくべきだと思う。支援する側も、セルフ・ネグレクトのカテゴリーの中で、支援計画方向づけを他機関とも連携して行ないたいと思っている。無気力になり、人生に先の光を見出せない高齢者は大小にかかわらず、セルフ・ネグレクトを実感することが多くなった。共通して孤独感があり、孤立しておられるように思う。孤立とセルフ・ネグレクトの関係についても研究していただいたらよろしいかもと思う。
- ・セルフ・ネグレクトの判断基準である「判断能力状態」について、医療につなげるまでが時間がかかる。生命の危機に関わる状態ではないが、本人に判断能力の低下や認知症の自覚がない場合、次の手だてや動きがある（状況に変化があり物事が進む）まで、周囲が我慢できないことも多く、放っておいていいのか行政や包括は何をしていくと批判を受けることが、セルフ・ネグレクトだけでなく虐待対応や権利擁護において度々ある。

2. セルフ・ネグレクトの認識

- ・正直、セルフ・ネグレクトを意識して対応をこれまでに行っていなかった。
- ・「セルフ・ネグレクト」という概念がなく、視点から抜けていた様だ。多くの支援困難事例は「セルフ・ネグレクト」の意見合いが見られる。これから的事例に会った際、この概念を視野に入れておきたい。
- ・「セルフ・ネグレクト」という概念があることを、不勉強で恥ずかしいのですが初めて知った次第である。私どもは診断名や利用者のADLの低下等には敏感だが、その他で問題なく過ごされているケースには無頓着だったかもしれない。
- ・セルフ・ネグレクトとして捉えず（計上しないまま）介入、支援をしていることが多い。
- ・地域的にセルフ・ネグレクトの方は少ない。はじめはどのような状態の方を指すのか分からなかつたが、アンケ

ートに答えているうち自然とイメージが湧いてきた。『他人の助言を聞き入れず「自分はどうなってもいい」と考えているわりに、他人の迷惑になる行為が多い。周りの迷惑にならないよう、いろいろと提案されることを嫌い、ますます自暴自棄になる』。今後、このような方が現れればどのように対応すべきかわからない。

・セルフ・ネグレクトという言葉を初めて目にした。生活習慣や性格など個人的な要因や生活環境により、セルフ・ネグレクト的な状況の方は言われてみればたくさんいらっしゃる様に感じる。個人主義、自由意志、選択権等、個人を尊重するあまり、必要な支援ができていないことにも気付かされる。しかし、解決策もなく「しょうがない」で終わることや、ケア会議等でも困難として片付けられることがしばしばで、“要見守り”となるケースが多い。

・ゴミ屋敷のようになっている世帯にも複数関わっているが、「セルフ・ネグレクト」という視点自体があまりなかった。今後、セルフ・ネグレクトの事例に対する関わり方について、まとめた資料があると参考になるかと思う（事例集や対応スキルなど）。

・生命の危機に直結しなければ、緊急性が低くなり後まわしになってしまう。セルフ・ネグレクトの理解が乏しく、本人の意志尊重、家族の意向を理由に関わりづらいと思う。

・本人との信頼関係を築くためのケースワークを行う時間の余裕がない。セルフ・ネグレクトに対する行政、住民、関係者の理解が少ない。

・マニュアルや文献では「セルフ・ネグレクト」と示されているが、専門職であっても「セルフ・ネグレクト」を知っている者はおそらく少ないとと思う。自分自身も文言だけで経験としてはないに等しいと感じる。

3. 法整備・行政の体制・新たな社会資源の必要性

・まずは法整備を整えないことには、市町村毎に支援のバラつきが見られると考えられる為、一刻も早く、法整備を行う必要がある。

・セルフ・ネグレクトに積極的対応が可能である法整備がなされていない。そのために現場職員の価値観に対応を委ねられる面が多く、対応に差があると思う。

・現時点では、セルフ・ネグレクトに対する「法整備」や「明確な基準や根拠」が示されていない為、所内でのケースカンファレンスなどでも個人の主觀を判断の基準にせざるをえない。

・ぜひ虐待の種類にして欲しい。認知症が増加しており、セルフ・ネグレクトは増えていくと思う。関係者が一同に集まって会議するなど、しくみづくりを急いでほしい。

・高齢者虐待防止法の6番目に位置づけるべきである。本人はもちろん地域住民の方々の良好な関係をも損なう場面もある。本人の安全・安心を含め、ADLを維持し、地域住民の関わり、関係性を健全に維持する必要がある。

・近隣住民とトラブルを起こしているケースや衛生面等で公共の福祉や公衆衛生で周囲に悪影響を明らかに及ぼしているにもかかわらず、介入や強制力を持った法律等の整備がされていないので手が出せない。

・独居で認知機能が低下している場合に、意思決定者がいないため、どうにもならず、本人が弱るまで待つしかない事もある。介入権限や措置権限などの必要性を感じる。

・法制化されていないこともあり、住民の認知度も低い。まずは、セルフ・ネグレクトも虐待であるという認識を皆がもつべきではないかと思う。しかし、現行の高齢者虐待防止法のなかに、併記されたら疑問が残る。別 の法律として法制化していったほうが支援もしやすい。

・認知症状をもつケースに対する強制的な専門医の受診等、強い権限を持つような法制度の整備を求めたい。

・セルフ・ネグレクトについては法整備がされていないこと、まだまだ虐待の1つとして捉えてもらいにくいことがある。虐待枠での特養への緊急入院などの、「誰かに何かをされて」いないと対象としてもらえない現実がある。

・実態が未だ不十分であったり、制度の整備も不十分で本人が拒否したり無視したりすれば積極的な介入が困難で

ある場合も多く、近隣住民が困って様々な機関に相談を寄せても、大抵の場合そのまま放置されているのが現状である。

- ・判断力や認知の低下ではなく、ADLにも問題がない場合の介入は、特に判断がわかれれる点かと思う。しかし、セルフ・ネグレクトという状態になっている以上、判断力に何らかの問題があると捉えていいのではないだろうか。高齢者虐待防止法の中で位置づけする必要はあると思う。
- ・高齢者虐待防止法では、セルフ・ネグレクトへの対応に関する権限や、行政の責任は謳われていないと思うが、本人の同意の他に介入できる法的根拠もあると、行政としては動きやすいように思う。
- ・セルフ・ネグレクトの方に対し、援助を求めていないからと放置するのではなく、必要な支援を求められない援助を必要とする人、として行政がしっかり対象としてくれる方法（システム）整備を切に望む。
- ・セルフ・ネグレクトの背景には複合的要因を含んでいることが多く、それぞれに対し支援できるスキルやチームアプローチの手法を確立することが急務だと思う。
- ・在宅で困難な場合に入院・入所の運びとなるケースは多いと思われる所以、緊急時ややむを得ない場合における行政による“措置入所”の権限行使しやすくするために、措置費を検討すべきと考える。
- ・第3者の介入を拒むため支援が難しいケースも増えてくると思われる。虐待防止法にセルフ・ネグレクトも加えて、行政や包括がある程度介入できるように改正を望む。
- ・セルフ・ネグレクトの背景として疾患の有無を問わず、大きな違いなく対応を行っていると思う。介護保険・医療保険を問わずに、シェルター的に保護出来るような施設等があれば良いと思う。個々人のスキルも十分に必要だと思うが、法的制度や市役所、社協等相談できる所も必要だと思う。

4. 本人の自己決定の尊重、個人の尊厳・権利

- ・個人の自由意志をどうとらえるか、何をもってセルフ・ネグレクトかが自分の中で明確でない以上、他人の単なるおせつかいととらえられてしまうと思う。
- ・セルフ・ネグレクトの場合、本人が正常な判断ができなくなっている場合もあり、本人の意思を優先していくよいのだろうかと感じる。
- ・「本人の意思」としてサービスを拒否する以上、入所やサービスを導入できない。相談しても市としては「本人が入所したいという意志を示さなければ…」というが、こちらから見ても明らかな事なのに…とやりきれない事がある。
- ・第3者から見て、本人の生活について判断することは困難であると思う。本人の趣味や嗜好によるものであれば、第3者の考え方を押しつけることも、適当ではないと思う。身体状況について本人が服薬拒否するのであれば、本人の意志を尊重することも必要と思う。
- ・判断力・認知力があり、ADLも自立しているケースの場合、身体、生命財産の保護によほどの緊急性がなければ、その人の考えに基づく生き方（その人の勝手）を尊重すると思う。
- ・本人の生き方、価値観もあるので、関係者のジレンマがあってもそれは本人との価値観の違いによるものであると思う。本人の生き方を尊重して、経過を見守っていくことでよいと思う。
- ・認知症や何らかの精神疾患がある場合に、本人が適切な判断ができていないと思われるため、私たち支援者はなんとか改善しようと支援するが、果たして私達が思う普通の生活とは本人にとって本当の幸せなのか、時にパトナリズムに陥った支援になっていないか悩むことがある。
- ・意図的なセルフ・ネグレクトの場合で第三者に影響が及ばないケースは、手の出しようがない。
- ・意図的である場合は介入が難しいと思う。本人の意思も尊重する必要があると思う。

- ・自己決定と生命危機との間でどの様に支援していくか悩むところである。メニューの提示と自己決定を大切にして関わることで、介入後の良好な支援の提供が出来ると考える。
- ・自己決定にどこまで委ねれば良いのか。説得して何かしら行動があっても、それを本人が良いと思えなければ、支援者側の自己満足になる。かと言って、命の危険があるような場合は放っておく事もできないジレンマがある。
- ・認知症や精神疾患などが原因というよりは、昔からの本人の性格や習慣からくるものであった場合は、介入すること自体が「本人らしさ」をなくすことになる事を感じる。
- ・本人も地域で生活していく権利があると思うので、地域の方が施設入所を強引にすすめることもあり困った。人それぞれの生き方があるので、生命に危険がない限りは、本人が満足していればそれでよいのだろうか等、関わる人の価値観の違いもとても影響するように思う。
- ・「その人らしさ」はその人自身の基準で選択し、その人らしく暮らされているのではと考えると、先へ進めないジレンマがあり、かかわる側の自己満足の支援と、本当に本人が望まれている生活が何なのかを見きわめるのが難しい。
- ・人それぞれの生活スタイルについて常識で諂る事は難しい。客観的に支援が必要ではないかと感じても、それが本人のスタイルであり介入する事によって悪化してしまう可能性もある。見極めが非常に難しいが、アセスメントまで行けないケースに非常に苦慮している。
- ・本人の判断能力の有無によって対応がかなり変化すると思う。さらに、家族の考え方にも大きく支援が影響を受ける。本人がどう生きたいのか、どこまでその人の生き方を尊重すべきなのか、愚行権を有する人の生き方にどこまで切り込めるのかわからない。生命に危険がおよんでいる最終段階にならないと支援に入れず、本人、家族にも理解を得るにも、何かが起こらないと支援ができないケースが多いと思う。
- ・認知やADLの低下も一切ない方で、周りからの心配の声という場合、ただその方の生き方とすると、専門職がゆえに介入していく場合もあるだろうが、良かれと思って行うことが権利侵害になると表裏一体であることを、常に意識していかなければならないと考える。
- ・援助、支援等を行っていくために、本人の生活環境や生育歴等を考慮すべきであると思いながら援助してきていくが、援助者が本来あるべきライフスタイルと違った場合、例えば、金銭的感覚やゴミ問題等、判断力が一定程度ある人が本人の意思で行っていることに対して、改善を求めるることは権利擁護として正当化し行うべきなのか、それとも単に援助者が思うライフスタイルを押しつけているのかわからなくなる。
- ・自由意思との兼ね合いがあり、強制的な介入が出来ない。仮に強制介入が可能だとしても、孤独死、孤立死対策である反面、尊厳死の問題にぶつかるのではと懸念することがある。

5. 介入拒否・医療拒否

- ・本人に拒否がある時、どの程度まで積極的なアプローチが必要か迷う。強い拒否につながってしまうのではないかという不安がある。
- ・ご本人が介入を拒否しているケースの場合、どの範囲まで支援していくのか、権利擁護が逆に権利侵害になりはしないか悩んでしまうことがある。
- ・訪問して自宅内の状況が明らかに一般常識の範囲より荒廃した印象を受けたとしても、本人にとってそれで満足していて干渉されることを拒否されると、生命の危機があると判断した時以外は、行政でもなかなか入り込めない。
- ・支援者側から見れば、明らかに生活環境も劣悪で改善、介入が必要と思っていても、ご本人（判断応力のある）が支援を拒否すれば介入できないところにジレンマを感じる。生存権の保障、QOLなど様々な面で説明、説得しても、強制力もないため、見守り等しかできることに対して、毎日これで良いのかどうか考えさせられる。

- ・本人の福祉・医療・保健サービス等の強い拒否がある場合、サービス利用の必要性を感じていてもそれ以上強制することができないため、ジレンマを感じる。またこのような場合地域の方や関係機関の見守りという方向性になるので、地域の方々の理解・協力・忍耐力が鍵となってくる。
- ・本人が強く医療を拒否している場合、治療しないことのリスクを説明しているが、それでも拒否する人にはどうにもできない。
- ・本人の意志の尊重という部分と、本人自身の不利益の天秤をどのように判断するべきなのか、本人の QOL はどこにあるのか、自分の価値観を押し付けていないか、という社会福祉士の基本の感じ方との相違に悩むことが多い。
- ・本人が支援を拒否して、全く介入できない場合、本人が SOS を出すまで待つていいのか、それとも強制的でも介入すべきなのか、介入するならどのタイミングがいいのか判断するのが難しい。
- ・私達の目から見て、不衛生であったり、金銭管理に不安がある、閉じこもりである、といった状態であっても、本人、関わる家族から介入を拒否されると、見守り声かけの支援以上には介入できにくい。健康をそこなう（生命の危機）ところまでいかないと介入できない場合にはジレンマを感じる。
- ・他者からの暴力等と違い、分離等の対応ができず、本人に「何一つ困っていない」と言われてしまうと、それ以上介入出来ず、ただただ状態が悪くなるのを見守るのは辛い。
- ・人の世話になりたくないとの理由から関わり自体を拒まれる方がいた場合は、孤立死（孤独死）防止の観点から誰がどんな切り口でどう見守っていくか、その環境づくりが難しいと思う。
- ・福祉や介護サービス、地域との関わりを利用して、どれだけ今の生活が改善されていくのか、説明しても本人の拒否等で前に進まず見守りしかできない現状があり、少しづつ時間をかけながら良い方向の輪を広げていきたい。
- ・本人が現状に不満を感じておらず、介入を拒否する場合など、本人が良いと思っていればそのままで良いのではないかと感じることが多い。
- ・特に認知症になりかけている（軽度）人等は、言葉に困る。治療拒否、支援拒否の場合、どこまで本人の意思を尊重すべきなのか、またどのラインから本人の意思を無視して強制介入すべきなのか。
- ・本人の拒否により、結果的に本人のみに影響がある場合は時間もかけることができるが、周囲への影響があると短期間での解決を求められる。
- ・特に問題視をしていても介入拒否があり、進展がみられない場合、正直「本人が決めたことなのだからどんな結果でも仕方がない」と心の底で思っている自分がいる。援助者としてそんな考えをしてはいけないと思うが、介入拒否が強い時にはどう対応すれば良いのか苦慮する。
- ・本人の受診拒否があり、家族の問題意識も低いため、近隣住民から苦情や心配なので「何とかして欲しい」といった声に適切な支援ができない。近隣に対して大きな問題行動を起こしていないので、行政も介入しづらい。
- ・閉じこもりの方に対して、全く一人でいる人に対しては、ご本人が出て来て下さらなければ、本人の状態・生活状況などがわからず、支援するために必要な情報が得られない。
- ・非衛生的な生活を送ったことによる疾病の発症、しっかりとした金銭管理を行わないことによる金銭トラブルなどさまざまな問題が生じるおそれがある。こういった人たちのための予防部分についての介入も必要かと考える。
- ・本人は現状の生活で困った様子は無く、他者からの干渉を望んでいないため無理な介入ができない。本人との信頼関係を崩さないためにも消極的な対応しか出来ないのが現実である。
- ・住環境、寝具や衣服、身体の清潔度、適度な食事、態度、表情の変化、必要な医療、介護サービスの利用の視点から、本人が虐待へのサインを出していくればよいが、サインを出さず、構わないでほしいと言われると介入に困る。
- ・成年後見制度自体に拒否があり、なかなかつなげられないジレンマもある。“本人にとっての利益”が何にあたるのか、医療的な診断や生活状況の把握、親族の同意などできる限りの客観的な情報を収集し、本人の言葉からだ

けではない訴えに耳を傾けなければと思いながらも迷いながら関わっているのが現状である。

6. 精神疾患・認知症がある場合の介入

- ・認知症があり支援が必要な状況であっても、独居の場合、身内が近くにいなかつたり、いても十分な支援が得られないことがある（キーパーソンがいない）。
- ・今までの生活歴や思いを把握した上で、現状を理解するように努めているが、認知症が進んでいる場合では本人を納得させたり話をする事が難しい。
- ・精神疾患が明らかにありそうだが、病院へ行くことを拒否されるケース（妄想、閉じこもりなど）はキーパーソンが不在でなかなか受診、入院へ至らない。キーパーソンをやっと見つけてきても、疎遠だった場合が多く、医療機関と家族の間の調整が大変である。
- ・認知症状の進行、精神疾患の重複により、関わる私たちに対しても妄想が出現することがあり、警察に通報されたりするなど適切な環境を提案するまでにも非常に骨が折れる。また、いくら判断能力が低下していても、全てが低下している訳ではなく、部分部分での理解をされている方の場合は特に悩む。
- ・精神的に問題のある人の場合、キーパーソンとなる人がいない場合でも利用可である制度等があるとよいと考える。イギリスのように精神的疾患のある人が、地域で生活するには医療を中心としたネットワークの構築が必要であると考える。
- ・認知症に関しては、早期の診断をすすめ、協力してもらえる医療機関とのネットワークはあるが、その他の精神疾患に関してのネットワークが弱いと思う。
- ・情報が少ない場合、その方が認知症、アルコール、精神など何らかの理由があるのかないのかわからない状況下で、支援することを困難にしていると思う。
- ・昔からの習慣が、高齢になるにつれてセルフ・ネグレクトに繋がることが多いのではと考える。高齢になってから習慣を変えるのは難しく対応に困る。また、認知症や精神疾患の方は考えが固執しており、キーパーソンがいない場合、定期的な働きかけが必要で労力や時間を費やす。
- ・精神疾患や認知症の介護者等で、金銭管理や重要書類の管理ができず、日常生活自立支援事業の導入を検討するも、実施主体の社会福祉協議会より、ケース的に難しいとはじかれてしまう。金銭的に厳しい状況のこのような対象者を手続き等援助できる機関の必要性を感じている。
- ・認知症などの疾患、その他の病気によりセルフ・ネグレクトのような状態になることは多くみられる（一人暮らしなど）。虐待の定義に位置づけなくても支援はしていけるし、支援が必要な状態であれば、本人が拒否していても放置はしないし、介入もしていけると思う。

7.当事者と家族の関係

- ・セルフ・ネグレクトがある場合、親族との関わりがほとんどない、若しくは存在していないこともあり、さらに関わり、支援が難しい。
- ・伴侶、子供たちの関わりが希薄な例が多い。その様な関係になってしまった家族間の歴史やいろいろな事情があると思われるが、家族の協力を得るために時間がかかる。
- ・親族が遠方の場合に、協力を依頼しても支援ができないことが多かつたり、状況を伝えて理解してもらえないことがある。
- ・最も関わりにくいのは、本人の判断能力に心配があるが、家族が介入を拒否する状況、また、よほど生命、身体への危険があれば行政の介入も行えるが、そこまでいかない状況の場合、結局何もできない。

- ・家族関係やその方の人生観からセルフ・ネグレクトが発生している時、最低限必要な支援とは何か。
家族などが誰もかかわらないということが問題なこともあるが、天涯孤独というセルフ・ネグレクトの方の場合、かかわり方がとても困難である。
- ・本人や家族の性格、このようになった生活歴の背景をアセスメントしにくい状況（家族が遠方）にあったので、ジレンマを感じた。
- ・同居していない家族が、当事者の実情を受け入れることができず、支援のための共通認識を持つまで時間がかかった。
- ・別居家族にも諸事情あり、どこまで援助をお願いできるか様子を見つつしていくしかないと思われた。
- ・本人が受け入れず、他にキーパーソンとなる判断できる家族等が不在のケースは、介入も難しく、解決に向かうことがなかなかできない。
- ・家族等キーパーソンがいないケースの場合、判断能力が低下している本人との契約になるため難しい。
- ・家族がない場合は行政等と共に権利擁護へつなげる方向で関わるが、まだ本人の意志が強く介入に拒否的な方は、身体的に弱ってしまうまで介入できないことが多い。早期に介入して生活を立て直すのはほとんど難しい。
- ・本人の価値観も大切にする必要があり、どこまで介入していく必要があるのかはケースバイケースだと言えると思う。人に迷惑をかけていたり、生命の危険性がある場合には行政を巻き込んで介入していく必要が基本的にはあると思って行動している現状である。
- ・認知症の疑いがあり、それが原因ではないかと予想される場合でも、家族や親族の協力が得られないと支援が進まないという現実にジレンマを感じることも多い。社会資源の多い地域と少ない地域によっても対応の困難さが変わってくると思う。
- ・本人が家族の支援しか受け入れず、サービスにつながらないとき、家族は困り果て抱え込み過労となる。簡単に臨機応変に使える支援があれば、突破口になるかもしれない。
- ・精神科疾患の病名はついていないが、疑いのある方では、病院受診や入浴の拒否などで、同居の家族の精神負担が大きく家族の訴えを受けとめることも重要である。

8.経済的な困難性

- ・医療機関に受診し、身体状況の判断をしたくても、経済的問題（保険料未納など）ですぐに受診できない。
- ・今懸念しているのは、深刻な不況で、お金がない理由から食事をとれない（とらない）、必要な治療を受けられない（受けない）等に陥る人が増えてくるのではないかということ。経済基盤の崩壊（貧困）とセルフ・ネグレクトは連動していると思う。
- ・金銭的な理由により受診できなかつたり、サービスを導入できない方の支援は難しい。
- ・ギャンブル等（精神疾患があるかどうかは不明）で多額の借金があり、本人は困っていないが周りが困っている場合に、権利擁護（成年後見制度）の判断に迷ってしまう。
- ・本人の自覚がない分サービス導入が難しい。時に“お金がない”と思いこんでおり、自分にお金を使わない。
- ・毎月借金の返済をおこなっている方に、十分な生活費、介護サービス費を確保する必要性を提案しても、本人がそれに同意してくれない場合、介入方法がない。債務整理に向けた法律相談等を紹介しても、本人にその意思がない限り、同じ状況が継続していってしまう。
- ・愚行として、本人に任せている喫煙などもあるが、受診や食の確保、入浴等の介入には経済的負担もあるので、介入困難なケースもある。
- ・多重債務のある高齢者でセルフ・ネグレクトの場合、生活費が不十分で食事を切りつめ、未納のため電話も止め

られてしまい解決の糸口が難しい。こうした意識を変えられない高齢者に対する意識、行動変容プログラムが研究されることを望んでいる。

- ・年金が低額で保護の対象には該当しない場合、必要なサービスを利用したり、施設へ入所することができずに支援方法に悩むことがある。
- ・年金も医療介護保険も払えず、病気になっても介護が必要になつても自分は何もしない、死んでいいんだと訴える人もある。雇用の不安定さから、若者も含めそんな世代が増えるのではと懸念される。
- ・公共料金未払い等の問題が起こつてから判明することがある。未払いになって督促しても支払いがないことは、請求先機関が把握しているので、問題が起る前に対応できるシステムづくりができるとよい。

9.必要な関わり・対策と介入のタイミング、援助者と当事者との関係

・我々が心掛けるのは、本人の命を尊重すべきという時に適切な支援をすることができるよう定期的な訪問等を通じ、タイミングを見計らいながら、状態把握に努めるということである。

- ・基本的には本人との関わり、話を聞いてもらう体制を作ることが支援の第一歩になると思うが、セルフ・ネグレクトのどんな点が問題なのかを本人にも関係者にも認識してもらう事も重要ではないかと感じている。
- ・マニュアル通りの対応ができないからこそ、セルフ・ネグレクトとして様々な対応を、多職種で協議して対応していくかなければならない。
- ・当市ではセルフ・ネグレクトを虐待防止マニュアルに盛り込み、対応している。
- ・長年の生活習慣の成果が現在の状況になっているため、現在の状況について批判をすることは、対象者の人生を否定しかねない発言となる。初回介入時は対応者の言動には十分注意する必要がある。信頼関係を確立するとともに本人の思いが少しずつ改善されていく手法を個々に検討し対応していく必要がある。
- ・セルフ・ネグレクトケースは他人との関わりを拒否する人がほとんどであると思うので、その人とどう関わっていくのか技術的なところを学びたいと思ってはいるが、結局は「この人に任せても大丈夫、相談したい」と思ってもらえるような、支援者側からの信頼関係をいかに築くかというところがポイントではないかと思う。その信頼関係が築けたところで、健康面、医療や生活環境の整備などの支援につながっていくと思う。ねばり強く顔つなぎしていくことが必要だと思う。
- ・判断能力がある場合には、支援に結びつかないケースも多いのではないかと感じる。虐待には、フローチャート等の判断材料があるため、そういったツールを開発していくことができれば、支援者にとって一つの目安になる。
- ・セルフ・ネグレクトによる生命の危機や他者に迷惑をかける行為に対しては、支援、介入が必要となると思う。私共の仕事は相談援助を主としているので、本人・家族・関係者へ気づき（提案）を行い、本人自らの意思表示が出来るようなスキルをこれからも身につけていきたいと思う。
- ・生きることを捨てた人は、希望的な事や人の道を話しても初めのうちは拒否が多い。ただ、寄りそう姿勢を示すしかない。しかし、生命の危機に陥つてきている状況が見えた時、「保護」する時期の判断が難しい。
- ・虐待は最終的な部分として生命の維持が最優先という考えがあると思うが、果たして生命が脅かされない状況であれば対応を急ぐ必要がないのか。また、長期にわたつてネグレクトが続いている場合にどの部分で積極的介入をすればいいのか迷うことがある。
- ・最悪の事態に至らないようにと焦りを感じながらも、本人に会う事すらできず、手をこまねくしかない時が焦りや不安を強く感じる時だと思っている。そのためにも常に見守りのネットワークができるだけ早い段階で作るよう心掛けている。
- ・現在、サービスが申請主義、契約行為となつてゐるため、本人の自覚や希望のない場合に、誰も関わりがもてず、

行政もそれを理由に積極的な対応をしてくれていない。こういったケースへの支援は必要であり選択できるチャンスや条件を提示できると良いと思う。

- ・病気でなく怠慢からくる日常生活の著しい怠り（トイレに行くのが面倒で食べない等）で生命に危険を及ぼすことにもなるので、どの様に支援したらいいかわからない。
- ・セルフ・ネグレクトに至る過程を明確にすることによって対応がスムーズにいく場合がある。元気な時のその方の様子、その方の生き方等、丁寧に聴き取らなければ、支援は難しいと思う。
- ・セルフ・ネグレクトの解決は時間を要する事が多い（1年～3年）。必ず何人かのスタッフで支援する。また、情報を共有しておく、焦らず見守りながら本人のニーズを引き出し対応する、介入のタイミングを見逃さない、あらかじめシミュレーションしておく、などが大切である。
- ・セルフ・ネグレクトにより本人が困窮しているケースはないが、本人と支援関係を築くことが難しいケースは多々ある。高齢者福祉全体として、本人と支援関係を築きやすい制度があればと考える。
- ・本人の思いを優先するしかないので、見守り体制しかない。時々は、顔つなぎをしているが、本人の意思が強力なので時間を掛けてゆっくり関わっていく様にしている。
- ・関係者は少しでも状態改善を図ろうとするが、本人の受け入れが悪いとか、改善を望まないことが多く、関係作りから始めるため時間がかかる。
- ・ゴミ屋敷の問題は高齢者に限ったことではなく、子育てに追われて家事ができなくなった若い母親や、長時間労働でゴミ出しができない若者にも見られると聞いた。セルフ・ネグレクトには誰もが陥る可能性があることを認識し、予防策は「福祉」の糸を超えて検討する必要があると思う。

10.フォーマル・インフォーマルな連携

- ・民生委員や区長を通じ、事例が挙げられた場合、関係者を集めたケア会議等で対応策が話し合われる。そこで、生命の危険度や近所からの苦情を元に誰がどのように対応していくか検討し、対応している。
- ・住民や民生委員、家族などいろいろなところに支援のネットワーク、見守りする体制をつくっていくことが大切だと思う。今すぐ、状況が解決することは「まれ」なので、見守りをしつつ本人が困って支援を求めてくるまで待つこともあると思う。
- ・本人が人との関わりや支援、サービスの導入や医療（受診）を拒んでいる場合、本人が望んでいないことではあるが、支援者側が必要性を判断することになり、関わりの度合いや立場の違う関係者（地域住民、民生委員、行政、相談窓口機関等）の見解はそれぞれ異なる中、支援の方向性を決めていくのは難しさを感じことがある。支援者側の意向が優先され、本人が望むことに本当に向き合うことができているのかは悩む。
- ・医療機関の場合、治療を拒否すれば退院となり、それ以降本人の自己責任をしてしまうことが多いように思われるが、在宅生活を支援する場合本人に関わりを拒否されたとしても、近隣住民の心配や不安、トラブル等もあり、個人という視点だけでなく地域という視点も考えねばならない。
- ・専門職により視点も違う為、チームとして対応する場合にリーダーの存在が不可欠といえる。現状においては、手探りの状態で支援を行っているが、チーム全体のスキルをあげることを目的に、虐待を含めセルフ・ネグレクトに関する研修の機会が講座形式であれば、地域包括としても担当課としても質の向上に繋がると考える。
- ・ネットワークの構築が大切である。本人の生活を変えることは困難で付かず離れず状況を見きわめ、制度の説明をしていく。本人の生活歴、経済状況を把握することが大切である。
- ・セルフ・ネグレクト並びにその他の虐待ケースもそうだが、現在取り組んでいる事として市内精神科のP S W等の相談員と近隣町村の在介、保健師、同じく近隣町村の包括センター、障害者地域活動支援センター等のスタッフ、

行政職員を集め、事例検討を中心に養護者も含めた支援ネットワークの構築を行っている。これにより、精神疾患、アルコール依存、認知症等のケースについての医療と連携はうまくいっていると思う。

- ・行政や保健所との連携が上手くいかなかった事もあるが、今後同様の事が起こらない様に行政と共に対応を考えていかねばならないと思う。また、本人への介入の方法等の勉強をする機会（事例検討会）等があると良いと思う。
- ・権利擁護の研修に行くと最近「愚行権」とさかんに言われる。それで済まされる範囲とそうでない範囲に悩んでしまう。基本的に生命にかかわるリスクには強力に介入すると認識しているが、難しい面もある。支援をしていくチームを作ることが1番難しい。
- ・「ゴミ屋敷」の対応に、自治体が関わる理由づけのため条例を作られている例があると聞いている。「支援する姿勢」が大切なことは理解できるが、労力を要するものであり他の行政（保健衛生など）との連携が必要だと思う。
- ・本人に障害の認定がなされていないとしても、生活上の多大な支障を発生させている方に対しては生活障害としてどこかの機関が関わいたらよいと思う。
- ・最近は相談場所としての存在をアピールすることで、本人等が困った時を介入時期として考えている。民生委員との連絡体制をとること等、役割分担をして、きっかけを逃さない見守り体制の構築を重視している。
- ・行政が問題を認識して、在介や包括とチームを作り主導的に動くことが必要だと思う。
- ・市の担当職員は数年で替わってしまい、また、保健師もたくさんいるが介護予防ばかり人がとられる。専門的に関わられる人を市に配置すべきだ。今回のアンケート等実態を明らかにする事で、予防や体制作りに役立てほしい。
- ・地域によって住民の強力の度合いが異なる為、インフォーマルサービスが機能しないことがある。
- ・近隣住民、関係機関との温度差を感じる場合の対応がわからない。本人が支援を拒否している場合、ネットワーク構築を目指しながら継続的な見守りを行うが「とにかく何とかしてくれ！行政の責任だ！」と訴える方がいる。
- ・地域の住民に迷惑となっていなければ、本人の希望や今までの生活様式などふまえながらベースに合わせて関わっていくこともできるが、苦情が相次ぐと、関わる側のプレッシャーが強くなる。
- ・セルフ・ネグレクトを地域の人に理解してもらうにはどういう説明がよいのか迷う。「判断能力が低下してこうなったみたいです」しかし、丁寧に適切に対応すれば時間を要する場合もある。
- ・行政の制度では限界がある。近隣住民との協力はどうしても必要である。
- ・個人情報を地域のネットワークに載せる事を地域が拒否し見て見ぬふりをする。関わりたがらない。
- ・初期の段階で関わりを持つためには、地域づくりが必要だと感じている。無関心なようで、近隣の方は早くから気付いて見て見ぬふりをしている。その声を届けてもらえるようになればと思う。

11. 支援・連携上の困難

- ・地域の特徴からか、経済的に困難で親族がいない（関わりがない）事例が多く、どう対応すれば良いのかわからない。市に親族の情報について相談しても個人情報保護の問題があり、結局は支援に行き詰まる。
- ・本人が周囲の人々やサービスの利用を拒否している事例では、解決の糸口を見つけるまでに時間がかかる。支援者が誰もいない場合には、生命維持の危険性を理由に身柄を保護できるレベルに至るまで見守りのみしか行うことができないこともあります（周囲から様々な話が入っても）、どうにもできないことに対してジレンマを感じる。
- ・リスク・マネジメントという観点では、「パーソナリティーの問題だから…」という理由をつける事で、介入を避けたいという気持ちが先にたつこともある。
- ・本人が長年、その性格なり考え方で生きてきて、人の話しや考えを受け入れないで、悪化していくのを見ているだけの状態に、支援者側として「これが支援の限界」と言えない所が、苦しい時がある。
- ・アプローチ手法が分からない。本人の意志を尊重するのが大前提とは思うが、支援者が考えることと、本人の意

向が合わない場合悩んでしまうと思う。

- ・セルフ・ネグレクトを感じても現在対応策がまったくわからない。生命や最低限の食事や清潔の維持を支援する方法を考えているだけで、根本的な解決はできない。
- ・介入できず、なかなか状態が改善しないともどかしさを感じ、本当にこれでいいのかと悩む。今自分が行っていることが間違っていないか、悩みながら対応している。「明日行ったら死んでるかも…」など考えてしまうこともあるが、介入するタイミングが必ずやってくると思い日々励んでいる。
- ・本人の背景を探りたくても、本人との直接的な接触がとれず、支援の方向性が検討できない。
- ・今までの生活や家族環境によって線引きが異なるので、生命に関わるようなセルフ・ネグレクト以外は介入が困難である。また自己の主張が強い場合も多く、見守っていく事ばかりである。
- ・その時起きている問題に対処するだけの日々が続き、先がどうなるか不安になった。結果的に本人が倒れ入院したことで終了したが、本人が倒れるまでどうしようもないのか空しい気持ちになった。
- ・調査対象のような人達を、地域や我々が支えなければならないのは理解できるが、対応方法や制度を整備してまで救わねばならないのか、本人たちの姿を現場で見ていると疑問を感じる。
- ・こちらとの関係ができていたことや、介護保険の利用ができるようになったことなど、小さな進歩を励みにやっているが、こちらの心配や支援に比べて、ご本人の状況の改善が少く、簡単に悪化する可能性が消えない。
- ・障害者団体、介護サービス事業の病院、包括、生活保護、沢山の関係機関が本人のことを考え、心配し色々な策をねって支援しているのに“訴えてやる！”“ウソつき”と呼ばれる現実に大変空しさと矛盾を感じる。
- ・高齢化率の高い都営住宅ではセルフ・ネグレクトの問題はもはや日常的な相談になっている。緊急性が高く、生命の維持や他者に対する権利侵害につながる恐れが高いケースから対応しているが、独居高齢者が1,000人以上いる担当地域に包括職員3名の体制では、マンパワーを考えた場合手不足気味である。家族関係が希薄、低所得、教育水準の低さなども影響し、そのような方が認知症であったり精神障害であった場合のフォローアップには限界を感じることもある。
- ・成年後見制度の活用につなげるケースもあるが、市長申立がスムーズに進まなかったり、受任者がなかなか見つからない等の問題にジレンマを感じている。
- ・対応スキルとして、これまで特に困ったことはないが、解決までのプロセスに時間がかかってしまうことがある。また、他職種との「専門職の価値観」の違いから、センター内での合意を得るのに手間がかかることがある。
- ・セルフ・ネグレクト事例も含めた困難事例、高齢者虐待事例において、どこがリーダシップを取り進めていくのか明確になっていない。
- ・本人が助けを求めない為、問題が解決しないことにジレンマを感じている。ドメスティックバイオレンスから高齢者虐待に移行するケースの場合、切り離しが容易ではない。
- ・セルフ・ネグレクトを含む虐待対応には緊急性の判断が最も重要と考えられるが、虐待対応の責任主体は行政であることの認識を行政側に持つもらうことが大切であると思う。
- ・認知症、知的障害、精神障害と明確に判定が出ているケースについては対応も見えてくるが、認知症や精神障害の判断が出ないので近隣とトラブルになる程のゴミ屋敷を出現させるケースについては、本当に処遇が困難である。
- ・関わりを持つ際、決定権がある機関ではないため、相手が拒否的な反応をした場合に、対応できなくなる。目の前にそれが起こっていたとしても、何もできないことがある。
- ・介入していくに改善に努力していても本人が大きな問題を起こしたり、亡くなったりした時に責任が持てない上、いつも…もし間に合わず大変な事が起こったらどうしよう？という重圧感が毎日のようにのし掛かっている。特に地域的に困難ケースが多く、多問題ケースも沢山存在するエリアなので苦労している。

- ・地域によって過疎化が進み、高齢者が多くなっている。地域での見守りも少なくなってきており、地域の民生委員の情報を頼りに活動している状況である。また、実態把握も他の業務に追われ行えていない状態である。

12.包括の現状からの困難

- ・各機関がチームとなって機能できる制度作りが必要である。各機関があっても行政のように、縦割りであるといくらチームを作っても機能しない。機能するチームを包括内に置くとか、包括と連携がとれるよう予算も人材も増やしてほしい。
- ・高齢者、障害者、生活保護受給者などは関与する機関が明確に位置づけられているが、そのどれにもあてはまらない方で本人の行動に周囲が大変困るような時、どう対応するとよいか悩み、答えがでないことがこれまで何度もあった。
- ・どこまで地域包括として関わったり、介入したりするべきか迷うこと多い。セルフ・ネグレクトに対する援助技術の蓄積が少なく力不足を感じる。地域包括は取り扱う業務範囲がとても広く、1つ1のこと、1人1人に対して丁寧に対応している余裕がなく、充分な関わりや介入がなかなかできない。
- ・対応する職員の専門的なスキルや力量も不足していると痛感する。包括ができてケアマネの相談窓口の役割を果たすようになったが、包括はどこに相談すればよいのだろうと感じることもある。
- ・包括の業務が多く、多忙であるため、困難事例にしっかり関わる時間がとれない。そのためさらに問題解決が困難となると考える。
- ・包括では幅広い人を担当し相談受け付けを行っており、セルフ・ネグレクトのケースがあった数ヶ月後は、そのケースへの比重が高くなってしまい、他のケースへ職員自身の体や心がまわらなかつた。ケースが亡くなってしまった後も思い出され、何とかできたのではないか、死ななくても良かったのではないかと、自分の関わりを反省する事があり、今でもそのケースの事を考えると辛くなる。
- ・家族の拒否があると本人もサービス利用や介入を拒否することが多い。本人の認知度の低下や同居中の家族の精神疾患によるサービス利用拒否や介入拒否が見られる事例で、行政やその他の機関への連携依頼がスムーズに進まず、包括スタッフのみで対応せざるを得ない状況が発生した場合、対応で権限が無いため限界を感じている。
- ・虐待を報告し、包括では緊急性が高いと考えるが、でもそう判断するには不安がある場合に行政に動いて欲しい。包括の現在の人数では対応が難しい時もあり、担当地域内で虐待の相談窓口として、そして虐待防止に向け業務は行うが、実際に虐待が発生した時は、緊急性が高いかどうかの判断は行政が行うべきだと思う。
- ・発見が遅れる原因のひとつは、地域の高齢者人口に見合ったセンター職員が確保されていないことが挙げられると思う。
- ・包括職員のメンタルケアを充実させ、バックアップできる対応を強く望む。
- ・セルフ・ネグレクトの発見はとても難しい。包括も予防支援のケースや相談がよせられるケースで手一杯で地域をくまなくまわることはできていない。地域の方もまだ細かく見守りにまではいたっていない。対応よりまず、地域での発見について考えていかなくてはいけないと思う。

第7章 セルフ・ネグレクトに対する専門職の現状と困難

1. 要旨

包括センターの専門職は、個人の自己決定の尊重に関するジレンマを抱え、見守り介入、緊急時介入、予防的介入を駆使し解決に向けて対応していた。その過程で住民と関係機関とのジレンマや業務上のジレンマに悩むことになった。これらは、専門職の認識や使命感に関する困難、支援体制に関する困難、法的な未整備に関する困難につながっていた。また、対応困難事例の多いセルフ・ネグレクトの特徴から、専門職としての力量に関する困難を感じていた。

2. 対象・方法

石川県金沢市の地域包括支援センター（以下、包括センター）の職員のうち、研究の趣旨を説明し、同意の得られた専門職 7 名を対象者とした。対象者はすべて女性で、包括センターの前身である在宅介護支援センター時代から引き続き従事している者が 4 名いた。平均在職年数は 7.9 ± 4.3 年（範囲：2 年～12 年）であった。職種は看護師 3 名、社会福祉士 3 名、主任ケアマネジャー 1 名であり、役職はセンター長 4 名、その他 3 名であった。

今回、グループインタビューを採用した理由は、対象者によっては、法的な拠り所がない「セルフ・ネグレクト」の理解そのものがあいまいな状況が想定され、各自が抱える対応困難事例と「セルフ・ネグレクト」をつなぐためには、他の対象者の事例やその対応を聞くことによって具体的なイメージと共通の認識を持つ必要があった。さらに、グループダイナミクスを引き出すことにより潜在的な意見を見出すことが可能となると考えた。

グループインタビューは同じ対象者に対して 1 週間の間隔で 2 回にわたり実施し、1 回の所要時間は 1 時間 30 分とした。対象者にはあくまで専門職という立場で発言するよう促し職位によって視点のずれが生じないよう配慮した。

インタビューは、インタビューガイドにそって実施した。質問項目は、1 回目は基本属性、事例の特徴及び具体的な介入方法について、2 回目は1 回目の発言を踏まえて、セルフ・ネグレクトの介入において専門職が直面するジレンマおよび困難を中心に進めた。研究デザインは質的研究であり、インタビュー内容は逐語録を起こし、繰り返し読んで全ての発言をデータとし、類似したデータの内容を集め、サブカテゴリー、カテゴリーへと分類を進めた。

本研究では、「セルフ・ネグレクト」、「ジレンマ」、「困難」を次のように定義し 1 回目のインタビュー開始時に提示した。セルフ・ネグレクトは、本報告書にすでに提示した定義とした。ジレンマは、先行研究や英英辞典を参考に、セルフ・ネグレクト事例を支援する過程で、専門職が地域のニーズと行政の方針のどちらか一方を優先することができないなどの 2 つの重要な事柄の板挟みになっている状況とした。困難は、専門職自身がセルフ・ネグレクト事例を支援する過程で、解決が難しく苦しんだり悩んだりする様子とした。

倫理的配慮として、研究者の所属する機関の倫理審査委員会の承認を得たうえで、対象者および所属長に本研究の主旨と目的、匿名性の保持などについて口頭と文書で説明し、同意書をかわしてから実施した。

3. 結果

1) 「セルフ・ネグレクト」の介入方法

10 サブカテゴリーから 7 カテゴリーが抽出された。さらに、『見守り介入』、『緊急時介入』、『予防的介入』の 3 つの局面に類型化した。カテゴリーは以下のとおりである。『見守り介入』：[本人との関係性の保持]、[地域や家族からの変化予測可能な情報の把握]、[かかりつけ医との協力体制の構築][関係者の情報共有と方針の決定]。『緊急時介入』：[介入のタイミングを見極め一気に介入]。『予防的介入』：[セルフ・ネグレクトの自覚の促し]、[セルフ・ネグレクトの原因となった基礎疾患の改善]。

2) 「セルフ・ネグレクト」の介入において専門職が直面するジレンマ

8 サブカテゴリーから 7 カテゴリーが抽出された。さらに、『個人の自己決定の尊重に関するジレンマ』、『住民と関係機関とのジレンマ』、『業務上のジレンマ』の 3 つのジレンマに類型化した。カテゴリーは以下のとおりである。『個人の自己決定の尊重に関するジレンマ』：[本人の自己決定と生命の保証とのジレンマ]、[本人の自己決定の尊重と専門職としての使命とのジレンマ]、[本人の自己決定と地域の安心・安全とのジレンマ]。『住民と関係機関とのジレンマ』：[住民と行政との板挟み]、[住民と関係機関との板挟み]。『業務上のジレンマ』：[住民と法人管理者との板挟み]、[予防プラン業務とセルフ・ネグレクト対応との板挟み]。

3) 「セルフ・ネグレクト」の介入において専門職が直面する困難

9 サブカテゴリーから 6 カテゴリーが抽出された。さらに、『専門職としての力量に関する困難』、『専門職の認識や使命感に関する困難』、『支援体制に関する困難』、『法的な未整備に関する困難』の 4 つの困難に類型化した。カテゴリーは以下のとおりである。『専門職としての力量に関する困難』：[精神疾患を伴うセルフ・ネグレクトへの困難]、[解決に結びつかない支援方針に対する困難]。『専門職の認識や使命感に関する困難』：[専門職の認識の違いで協力体制がとれないことの困難]、[専門職としての使命感の違いに対する困難]。『支援体制に関する困難』：[予防的介入を担う機関がないことの困難]。『法的な未整備に関する困難』：[法律に基づく制度になっていないことの困難]。

4. 考察

1) セルフ・ネグレクトの介入方法

『見守り介入』について、極端に不衛生で身体状態が悪い事例では、本人の事態がどのように変化するか予測し、事前に施設と連絡を取る等の必要な手立てを念入りに準備していた。そして、介入タイミングを見極めるために、日頃から細い関係であっても [本人との関係性の保持] に努め、[地域や家族からの変化予測可能な情報の把握]により地域に情報ネットワークをはり巡らし緊急時介入に備えていた。さらに、[かかりつけ医との協力体制の構築] を図ることで、健康状態の悪化による緊急時の対応がスムーズになり、入院の手配などを含めて主治医との関係性を強めていた。近隣住民との摩擦については、

[関係者の情報共有と方針の決定] を行うことで、地域と協働した問題解決を目指し、行政との役割分担を明確にすることで協力体制を整えていた。このような日頃の『見守り介入』による介入準備状態の継続によって、[介入タイミングを見極め一気に介入] という『緊急時介入』ができると考えられる。

一方、セルフ・ネグレクトに対する『予防的介入』の視点も持っており、本人に対して [セルフ・ネグレクトの自覚の促し] をを行い、[セルフ・ネグレクトの原因となった基礎疾患の改善] に努めることで、

命に関わる最悪の事態を招くことなくセルフ・ネグレクト状態を脱することを目指していたと考えられる。

2) セルフ・ネグレクトの介入において専門職が直面するジレンマ

高齢者虐待以上に命に関わる可能性の高いセルフ・ネグレクトは、法的根拠や明確な定義がないうえに、本人の権利侵害の面からも介入がむずかしい。セルフ・ネグレクトの対応上のジレンマは我が国の現行制度での介入の限界によるジレンマと考えられる。

『個人の自己決定の尊重に関するジレンマ』について、専門職は、これらのジレンマを抱えながら、介入方法を駆使し解決に向けて対応する過程で、『住民と関係機関とのジレンマ』や『業務上のジレンマ』に悩んでいたと考えられる。

『住民と関係機関とのジレンマ』について、岸ら¹⁾の調査結果において、セルフ・ネグレクトの把握のきっかけは民生委員と住民で 63%を占め、民生委員は事例に関わる機関として全体の 59.1%を占めていた。したがって、“民生委員さんからは包括センターが何もしてくれないと責められる”といった状況は専門職にとって現実的な大きなジレンマと考えられる。行政や警察などの関係機関は、セルフ・ネグレクトは法的後ろ盾がないため、積極的介入を躊躇していると考えられ、今後、法的に整備されていくことで関係機関との関係性は変化しジレンマから抜け出せると思われる。

『業務上のジレンマ』もやはり法的根拠のなさが大きな要因と考えられるが、包括センターの体制的な課題も影響していると思われる。

3) セルフ・ネグレクトの介入において専門職が直面する困難

『専門職としての力量に関する困難』について、岸ら¹⁾の調査（2011）によると、性格や人格の問題があるセルフ・ネグレクトは 59%を占めており、多くの事例が精神的課題を抱えていることから、[精神疾患を伴うセルフ・ネグレクトへの困難]を感じていたと思われる。[解決に結びつかない支援方針に対する困難]は、関係者の会議を開催しても、今後の介入方法の検討が不十分なため、専門職として適切な支援方針になっていないと感じていたと思われる。『専門職の認識や使命感に関する困難』、『支援体制に関する困難』、『法的な未整備に関する困難』は、包括センターの専門職が対応上のジレンマを抱えながら介入する過程で感じる困難と考えられる。

『専門職の認識や使命感に関する困難』は専門職としての倫理的な部分ともいえ、セルフ・ネグレクト事例の場合、法的根拠がないこともあり、『住民と関係機関とのジレンマ』に加えて『組織や業務に関するジレンマ』を抱えてしまうと、ジレンマを回避する方向に進む可能性もあり、専門職個人によって大きな差が生じて困難を感じるのではないかと考えられる。

『法的な未整備に関する困難』について、法的に未整備であることが現場の包括センターの業務にどのように影響を及ぼしているかを改めて考えた時に生じた困難感であると考えられる。しかし、<法的後ろ盾があれば、気持ちや対応が違ってくる>と感じており、専門職は法的整備により包括センターの支援体制を構築できると考えていることがうかがえる。

<引用文献>

- 1) 岸恵美子、吉岡幸子、野村祥平、小長谷百絵、浜崎優子、米澤純子、野尻由香、望月由紀子；専門職がかかわるセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題－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ー、査読有、高齢者虐待防止研究、第 7 卷(1) : 125-138, 2011.

第8章 セルフ・ネグレクト事例への具体的な介入・支援（事例）

本章では、セルフ・ネグレクト事例に具体的にはどのような介入・支援をすることが効果的であるのか、本研究結果を踏まえて以下に述べ、続いて実際の介入・支援事例を提示する。

1. セルフ・ネグレクト事例への効果的な介入・支援

介入初期には、信頼関係を構築し、セルフ・ネグレクトに至った背景を理解するために、まず本人の話を聞き、現在の状況を理解することに努めながら、「心身のアセスメントと背景の理解」を行い、「セルフ・ケア行動獲得への介入」「医療・サービス利用への介入」を行うことが効果的であると考える。「心身のアセスメントと背景の理解」を行う前に、「セルフ・ケア行動獲得への介入」「医療・サービス利用への介入」を行ってしまうと、高齢者のこれまでの生活やライフスタイルを否定することにもなりかねない。長い年月の間に獲得した現在のライフスタイルは簡単に変更できるものではないため、じっくりかかわって、まずは少しづつ一緒に行動を改善していくことが効果的であると思われる。

介入にあたっては、「家族への介入」を同時にを行うことで、高齢者への介入がうまくいくことも少なくない。入院や入所している間に、家族とともに家の中を整理することがあるが、予め本人に同意を取っておくことは「人権を尊重する」ためにも不可欠である。

また、以上の介入や支援を行うにあたり、生命のリスクが高くなった場合に備えて、予め介入の基準やサインを決めておくことが最も重要である。緊急性が高くないと判断されれば、「心身のアセスメントと背景の理解」を行いながら、時間をかけて信頼関係を構築していくことが可能である。しかし、本人の姿が長期間確認できなかったり、近所の人たちから悪臭がするなどの連絡が入った場合に備えて、関わる関係者でケア会議等を開催し、「〇〇の状況になったら、〇〇が、〇〇のために、〇〇を〇〇する」などと予め検討して方針を決めておき、その際には、専門職の判断により、「緊急介入」として一気に介入することが有効であると考える。

2. セルフ・ネグレクト状態の高齢者の特徴と対応

セルフ・ネグレクトはその人のライフスタイルでもあり、そもそも簡単に変わるものではない。セルフ・ネグレクトの事例では、見守りの訪問や家族からの近況確認、本人の説得以外に対応する術がなく、最終的には状態が悪化して入院し、介護保険を申請し、サービスを利用する、という後手に回ってしまう対応となってしまうことが少なくない。もちろんやむを得ない場合もあるが、予防的に対応することが必要である。セルフ・ネグレクトなのか今までの生活習慣なのかということではなく、今までの生活習慣、ライフスタイルが、セルフ・ネグレクトという状態に至らしめたということを考え、少しづつ生活の変化を本人が受け入れられるよう介入・支援していくことが必要である。

また、「本人に拒否がある時、どの程度まで積極的なアプローチが必要か迷う」という不安は多くの専門職から聞く。本人が介入を拒否しているケースの場合、どの範囲まで支援していくのか、権利擁護が逆に権利侵害になりはしないか悩むという専門職が多い。また自分の価値観を押し付けていないか、自分の価値判断で決めてしまってはいないかと悩むことが多い。

生命の危機があると判断した時は、専門職でなくても警察や救急車を呼ぶことは人道的に当然であるが、そうでなくとも、虐待と同様、生命や身体に影響を及ぼす恐れがあるとき、あるいはあると思われるときには、専門職として介入し、支援する必要があると考える。生存権の保障、QOL など様々な面

で説明・説得しても強制力はなく、多くの場合、見守り等しかできないかも知れないが、それでも時間をかけて支援していくことが重要であると考える。しかしこれは専門職だけの対応では困難であり、地域住民の理解・協力が不可欠である。地域住民と話し合い、どのように協力してもらうかを検討することが必要である。

本人が支援を拒否して、全く介入できない場合、本人がSOSを出すまで待ってよいのか、それとも強制的に介入すべきなのか、介入するならどのタイミングが良いのか、これを判断するのは難しいので、専門職一人の判断ではなく、ケア会議を開催して決めることが重要である。

例えば、「ゴミ屋敷になっていて、どこに寝ているのか、何を食べているのかわからないような方で、介入を拒否される時にどう対応すればよいか」「明らかに何らかのサービス導入が必要なのに、何度も説得しても断られてしまう」「どう考へてもこのままだと生命が危ないと思うのに、『私はここで死ぬの、私がいいと言っているからいいの！』と頑張られてしまうと本当に困ってしまう」という声を包括支援センターの職員からしばしば聞く。また、本人に聞けば「何一つ困っていない」と言い、「どれだけ今の生活が改善されていくのか、説明しても本人が拒否するので前に進まず見守りしかできない」と対応する職員はジレンマにも陥ることも少なくない。しかしそのようなときこそ、どのような生活を望んでいるのかを考えてみる必要がある。

本人は、生命の危機を感じていないことがあり、説得は必ずしも有効ではない。本人が望んでいる生活を提案することで、スムーズに支援を受け入れてくれることがある。例えば「寒い間、少し暖かいところに泊りませんか」という声かけは、比較的成功することが多い。「こんなところにいると死んでしまいます」という声かけは、その人のライフスタイルを否定することにもつながり、「改善」という言葉は、すでにその人のライフスタイルを否定しているとも聞こえる。「本人が決めたことなのだからどんな結果でも仕方がない」と言えるには、本人にわかるレベルで具体的に説明し、選択肢を提示してもなお、本人が拒否する場合を考えれば、かなりの説明が必要と考える。

3. セルフ・ネグレクト状態の高齢者への具体的な介入・支援

1) 時間をかけて対応する

セルフ・ネグレクトの解決は短くても1年ぐらいと、時間を要する事が多いので、対応する専門職も担当者が一人だけでは疲弊してしまうため、必ず何人かのスタッフで支援することが必要である。また、情報を複数の支援者で共有しておき、焦らず、見守りながら本人のニーズを引き出し対応することを、時間をかけて行っていく必要がある。その中でも介入のタイミングを見逃さない事が大切であり、できれば、事例の転機にどう対応するかを計画表に明記し、役割分担をしていくことが望ましい。

何らかの終結までには数年間かかる事例もあり、その間に民生委員や近隣住民より心配の声があがるが、介護保険に結び付くまで時間がかかることが多い。一度、信頼関係が築けたとしても、コミュニケーションが困難な事例では、何かの一言で関係が悪化することがある。その場合を想定して、引き継ぐことが可能な次の支援者を確保しておく、現在の支援者との関係が悪化した場合でも、関係を完全に断ち切らない手立てが必要である。

2) 自己決定を支援する

高齢になると、認知力や判断力の低下もあり、すべて自分で決定していくことが困難になる人もいる。しかし自からそのことを認めることは、なかなかできない。家族や周囲の支援者は、まずできてい

ることを認めることから始める。ここでできていないことから始めると、無力感や罪責感にさいなまれることがあるためである。できていることから始め、少しできなくなり始めていること、もう少し誰かの手があればうまくできることを探していく、そのできない部分を家族やサービス提供者が支援することが有効である。自己決定を支援するのは、家族でも専門職でもできることであり、それは自分の老いを受け入れ、死をも受けいれることになる。

そしてこの時に重要なことは、あくまでも選択権や自己決定権は高齢者本人にあるということである。もちろん、認知力の低下や判断力の低下がある場合には、成年後見制度や社会福祉協議会の財産管理などのサービスを利用することが必要になる場合も多くあるが、高齢者が自分自身の利益、健康と安全のための適切な選択ができるように、実際がイメージできるような具体的な説明が必要になる。

セルフ・ネグレクト事例では、“本人が拒否しているのだからどうしようもない”と考えるのではなく、高齢者の理解できるレベルで具体的に説明し、それでもなお拒否するのかどうかを確認する必要がある。現在、介護保険の申請やサービス利用の開始、生活保護の申請、どれをとってもまず申請が必要な申請主義になっている。その書類が複雑だということもあるが、申請することは高齢者にとって非常に難しいことなのである。まず自分に必要な情報を調べて、そのサービスをどうしたら受けられるかを調べて、さらに書類を取りに行き、また申請に行くというプロセスが必要となる。介護保険の場合には、要介護認定を受けるまでに、医師の診断や訪問調査を受けることがさらに必要である。そこまでの高いハードルを越えてもなお、要介護度が認定されたらそれで終わりではなく、次はケアマネジャーに依頼しケアプランを立ててもらわなければサービスは受けられない。今まで受けたことのないサービスを、パンフレット1枚で理解するのは高齢者にとっても、また高齢者を介護する世代にとっても容易ではない。

3) 個人の尊厳・権利を尊重すること

専門職が必要だと判断しても「本人の意思」としてサービスを拒否する以上、入所やサービス導入に踏み切れないことがある。「本人の意思を尊重する」ことは、認知や判断力が低下していない成人に対応するときには、当然のことであろう。

第三者から見て、本人の生活の善し悪しを判断することは困難だが。本人の趣味や嗜好によるものであれば、第三者の考えを押しつけることも、適當ではないであろう。しかし心身の状況については、本人が正しい情報と知識のもとに行動しているのかを確かめるアセスメントが支援の一つであると考える。正しい知識がなければ、正しい知識を正しい情報によって提供する必要がある。

例えば、本人が服薬を拒否するのであれば、薬の効果や副作用、薬を服用しない場合のリスクについて、本人にわかるように説明し、それでも服用しないことを選択するのであれば、本人の意思を尊重することはやむを得ないであろう。しかしその手続きを踏まないで、本人が服薬を拒否しているからそのまま説明をせずに放置しておくことは、専門職としての倫理に反し、本人にとっては社会からのネグレクトとも言えるのではないだろうか。

確かに、生命にかかわる場合は別として、判断力・認知力があり、ADLも自立している高齢者の場合、身体、生命、財産の保護に緊急性がなければ、その人の考えに基づく生き方を尊重することは当然のことと言える。しかし今緊急性がないとしても、今後安全や健康を損なうことが予測されるのであれば、専門職はそのリスクを明確に本人に伝えることが必要であろう。

4) ライフスタイルを尊重する

その人には、今まで生活してきた歴史があり、そこにはその人自身の生活がある。客観的には支援の必要な状態であったとしても、その人のストーリーに耳を傾けることから始める。その中でどこまでその人らしい生活として尊重していくのか、見守っていくのか、どこからは介入していかなければいけないのかを専門職がアセスメントするだけでなく、ケア会議等で検討し合意を形成する必要がある。

個人の自由に関する範疇まで踏み込んでよいのか疑問が生じるのは当然であるが、その人の健康や安全に関わることであれば、介入していくことは単なる「おせっかい」ではなく、専門職のアセスメントに基づいた指導・助言となる。

アセスメントの第1として、本人が正しい情報を得て、正しい知識を習得しているのかを確かめる必要がある。長年、外出をせず親族や知人の交流がない場合は、時代とともに変化した社会資源や保健医療福祉サービスを理解していないなつたり、以前にくらべて進歩した、疾病の治療技術などの情報を得ていない可能性がある。しかし、こうした情報を「調べていない」とか「わからない」ということは、プライドの高い高齢者ほど、難しい。第2に、第1がクリアできたとして、正しい知識と情報に基づいて判断しているかどうかである。刹那的に今日や明日の自分をイメージするのではなく、今後起こりうる問題も予測して判断できているかの確認が重要である。もし予測できていないとすれば、起こりうる問題を提示し、イメージしてもらったうえで、再度判断してもらうことが必要であろう。

5) 予防的な関わり

認知症や精神的な障害がなければ、個人のライフスタイル・自己責任の問題として専門職の介入対象とはならないと決めつけてしまうのではなく、非衛生的な生活を送っている人たち、金銭管理ができない、金銭トラブルなどさまざまな問題が生じるおそれがある人たちに、予防として早期に対応していかなければ、今後はますますセルフ・ネグレクト事例は増加すると思われる。ひきこもりの若者、退職を余儀なくされた中高年の男性、被介護者を亡くした男性介護者などにも起こる可能性がある。セルフ・ネグレクトには誰もが陥る可能性があることを認識し、予防策を「福祉」の枠を超えて検討する必要があるだろう。

「結局見守るしかできない」という言葉も包括センターの職員からよく聞く。保健福祉サービスや制度の説明をしてもわかってもらえない、あるいは、それ以前に説明すら拒否されることがあることもあるだろうが、最低限の見守りを民生委員やボランティア、近隣の人にも協力して行ってもらうことで、セルフ・ネグレクト状態の悪化、孤立死を防ぐことにつながると考える。ただし、「ただ待つ」のでは「見守りという名の放置」になってしまう危険がある。「・・・したら、再度訪問して説得する」などの具体的な見守り基準をケア会議で決めておくことが必要である。セルフ・ネグレクト高齢者本人は現状の生活で困った様子は無く、他者からの干渉を望んでいないため無理な介入ができないような場合は、本人との信頼関係を壊さないためにも、消極的な対応しか出来ないことが現実には多くある。しかし本人から緊急のサインがあったときにすぐにに対応できるように、体制を整えておくことが具体的な見守りとなる。

6) 介入・支援のタイミングとネットワーク構築

本人が重大な疾患を患っている、生命の危険を感じる等、明らかに本人の意思よりも、本人の生命を尊重すべきという時に適切な支援をすることができるよう、定期的な訪問や民生委員・近隣住民からの連絡を通じ、状態把握に努めることが重要である。基本的には本人との関わり、話を聞く体制を作るこ

とが支援の第一歩になる。セルフ・ネグレクトのどのような点が問題になるのかを本人にも関係者にも認識してもらい、セルフ・ネグレクトに至った人たちに自覚してもらうことは、極めて難しいことである。まずは小さいことから変えていって、その変化を気持ちよいことだと実感してもらい、次のステップにつなげていくことが効果的である。

セルフ・ネグレクトでは、他人との関わりを拒否する人が多いため、その人とどう関係を構築していくかにコミュニケーション技術が必要となる。「この人に任せても大丈夫。相談したい」という信頼と安心を与える存在になるよう、支援者側からの信頼関係をいかに築くかというところが介入技術となる。信頼関係が築け、助言を受け入れる状態になったところで、健康面、医療面の支援や生活環境の整備などの支援につながっていく。まず小さい生活の変化を受け入れてもらい、それを「快」と感じてもらうことで、信頼関係を少しづつ深めていくことが可能となる。

コミュニケーションとして、説得・指導をするというよりも、ライフストーリーを聞きながら、その人のこれまでの歴史・考え方を理解することが必要となる。そして抽象論ではなく、より具体的な生活を提案し、その提案に関心を示してくれたら、どのように実行していくかと一緒に考え、一緒に行動していくことで、新たな環境や生活の変化を受け入れる不安を察知し、軽減することができるのではないかだろうか。

最悪の事態に至らないようにと焦りを感じることは少なくない。例えば本人に会う事すらできず、手をこまねくしかない支援者は、焦りや不安を強く感じると思われる。しかしそのようなときこそ、ケア会議を開いて、具体的な見守りのネットワークを早期に作ることが必要である。特に、本人だけの拒否にとどまらず、家族の拒否があると、行政やその他の機関との連携がスムーズにいかないことが生じるが、民生委員、民間業者、地域住民との協働により、支援者を増やしていくことで本人のSOSを見逃さないネットワークが構築できる。

次に具体的な介入・支援事例を示す。事例はいずれも法制度や体制が整わない現状で、地域包括支援センターの専門職がネットワークを構築しながら、他職種と連携し、改善あるいは悪化防止に向けて支援した事例である。しかし実際にはセルフ・ネグレクト事例への介入・支援は困難であり、必ずしも改善できる事例ばかりではない。今後介入技術の開発、法制度や体制の整備が必要であることを認識してもらうための資料として提示する。

なお、事例については個人が特定されないよう、事例の展開に影響しない範囲で一部フィクションを加えている。

事例No.①	飲酒による度重なる暴力で妻が家を出てしまい、無年金の一人暮らしとなり、生活が破たんし受診拒否している78歳男性		
本事例のキーワード	DV、アルコール問題、受診拒否、無年金、高度難聴		
本事例に関わった主な機関	包括センター、居宅介護支援事所、市の担当課		

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	78歳 男性	2)障害老人自立度	J1
3)認知症老人自立度	自立	4)要介護認定・サービス利用状況	要支援2 予防訪問介護
5)既往歴・現病歴	第一腰椎圧迫骨折、アルコール問題、難聴（筆談）		
6)生活歴			

大卒後大手電機メーカーに入社したが、長続きせず、その後も仕事を転々とし定職に就いていない。50歳代で現住所に転入し、今の妻と再婚。子供はおらず、妻と二人暮らし。互いに再婚同士できょうだいは県外に居る。本人の年金はなく、生活費は全て妻の年金でまかなっていた。

高度難聴でコミュニケーションが上手く取れないこともあり、食事内容など「日常生活の様々な不満が原因でよく妻と喧嘩をしていた。その上、飲酒すると、妻に対する暴言や暴力がみられ、度々警察が仲裁に入っていた。また、朝から外出先で飲酒をすることもあり、何処へ寄ったか記憶がないこともあった。

7)発見時の状況

仕事もずっとしておらず、妻の年金で生活をしていたが、妻が本人の暴力に耐えかねて友人宅に避難して以来一人暮らしとなり、妻と生計も別となつたため無年金状態が続き、介護保険料や医療保険料も滞納し督促状が来ている状況であった。

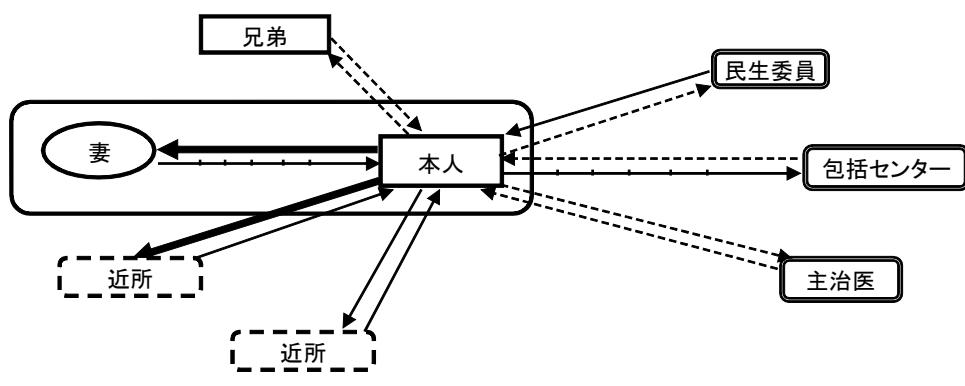
本人は、腰痛があり、和式でのトイレが困難で、下着やトイレ、廊下等所々に便汚染がみられた。食べると下痢をする状態で本人がいうには、18日間食べていないとのことであった。コーラやサイダー等は飲んでいたようだが、やせがひどく、脱水もみられた。部屋は掃除していない様子で、物は散らかり、布団も引きっぱなしの状態であった。本人からは、「病院には行かなくていい、もう死んだ方がいい」等の言葉がみられた。

本人は難聴が強く、コミュニケーションがなかなか取れないうえに、妻も物忘れが出て来ており、妻との会話のずれや、食事のことで食器や卵を投げつけたり、飲酒をして妻への暴言暴行を繰り返していた。

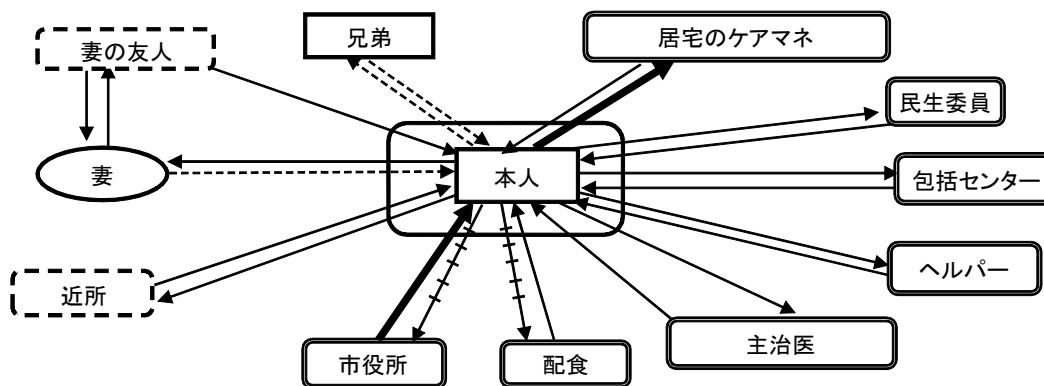
妻は身の危険を感じたため、自宅を出て友人を頼りシェルターに避難し、友人と一緒に市の担当者やシェルターの担当者と相談しながら、入所施設を探していた。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
支援開始 平成22年 2月	妻の状況を確認しながら、妻のことを知らないように注意して本人と関わり、状況を把握していった。 DVから妻を守ると同時に本人の置かれている状況を把握し、問題を早く抽出するため、他職種や関係機関と連携を取っていった。	
平成22年 3月		
平成22年 4月	なかなか本人への接近が難しい状況であることを関係機関で情報共有しながらアプローチを継続し、介入チャンスを見逃さず、素早い対応をとるために、市の担当部署と相談しながら訪問を継続することとした。	
平成22年 4月	包括センター内の共通認識の下でチームとして対応するため、包括センターの3職種で訪問時の状況を確認し、対応を検討した。 病院受診に同行し、医療相談員にも状況を説明し協力を求めた。 本人に対しては、生命維持に必要不可欠な部分をまず改善していくようにした。まず、経済的支援として生活保護の受給に向けて働きかけた。そのために、まず、本人の思いを出来るだけ聞きながら、信頼関係を作るろうと二体制で入院中に何度も本人を訪問した。筆談しながら、家族の状況や今までの本人の生活歴等を確認した。 また、アルコールによる弊害等を本人に理解してもらい、DVについても、いけないことだと気付いてもらうよう働きかけた。	身体の衰弱の自覚もあって、ようやく受診し、入院することを受け入れた。 入院中に、治療の効果に加えて、禁酒となったことで、身体状況が改善したことを自覚し始めた。
平成22年 5月	訪問等介入を拒否していた時期は、本人は文才があったので、アプローチの方法を手紙にして何度かやり取りした。民生委員や市の担当部署の職員等、関係機関と連絡を密にし、協力しながら見守り支援を継続した。 また、申請手続きが滞るとスムーズな支援ができないくなるため、同行した。申請手続き時は、本人に付き添った。	包括センター職員との信頼関係ができ、制度やサービスを受け入れてくれるようになった。
平成22年 6月	要介護1になったので、ケアマネジャーに引き継ぐ形になったが、これまでと同様に関係機関が連携して支援し、タイミングを見ながら配食サービスやヘルパーの支援等を導入した。	多量飲酒はなくなったが、禁酒するまでには至っていない。
平成22年 7月～11月	地域ケア会議を開催し、民生委員や生活支援課、包括センター、ケアマネ、配食サービス、ヘルパー事業所、病院等関係者で見守りや支援を行いながら、本人の状態や生活環境で何か問題があればその都度対処できる支援体制とした。 本人の生活状況や行動に変化がない状況なので、生命の安全や生活の安定を図るために関係機関が連携し、ケアマネのみに負担がかからないように配慮した。	基本的な生活はさほどの変化はないが、経済的、栄養的に安定し心身状況は改善し、自分を取り巻く支援者への拒否が少なくなった。 また、この間も包括センターがアルコール摂取について根気よく指導したことが功を奏し、多量飲酒による身体状態の悪化や問題行動はなくなってきた。

平成22年12月		
病院受診時、妻の書類を渡され、妻が病院にかかるかっているとわかり、気持ちも不安定になつてゐる状態。寂しさからかケアマネやヘルパーに過剰な依存がみられる。	本人と適切な距離感を保ちながら、本人の心身の安全と安心を保つため、訪問時もしくはサービス提供時は二人体制で行くこととした。	ゴミ捨てはいやがり放置しているが、何日目にはヘルパーが声かけ、対応しているので、以前のようにゴミが堆積して極端に不衛生な状況にはなっていない。

(4) 本事例の問題点と対応のポイント

問題点:

- (1) アルコール依存による生活全般の乱れ、妻への暴言暴行。食事もきちんと取れておらずやせており、脱水症状がみられた。
- (2) 腰椎圧迫骨折で腰痛が悪化等、身体的に問題あり。掃除や食材の管理、入浴、排泄面等の衛生面にも問題があった。
- (3) 妻の年金で生活していたのが、妻と分離したことで経済的基盤をなくし、自暴自棄になっている状態だった。
- (4) 高度の難聴でコミュニケーションがなかなか取れない状態であった。

対応のポイント:

- (1) 何度も足を運び安否確認したり、筆談でコミュニケーションを取りながら、本人との信頼関係を図った。
- (2) 本人の思いを尊重しながら、生活改善に向け必要なことを伝えて行った。
- (3) 市役所や市の担当課、民生委員、病院のソーシャルワーカー、ケアマネ、配食事業者、ヘルパー事業者、近隣の方々など関係者と連絡を密に取り、地域ケア会議等で情報共有と支援方針の確認をしながら対応した。
- (4) 本事例は、本人のライフスタイルは支援前後で大きな変化は見られないが、支援を導入したことでの経済的、栄養的に安定し、ゴミの堆積が減少し生活環境が良くなつたことで、深刻なセルフネグレクト状態は回避できた。
- (5) 本人にしてみれば、ある程度の生活の安全・安心が得られれば、これまでのライフスタイルのまま暮らしたかったのではないかと考えられる。セルフケア能力の不足をフォーマル・インフォーマルサービスを活用して補うという当たり前の看護援助の大切さを感じた。

事例No. ①高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 廉ったものを摂取していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

事例No.②	自由気ままな独身生活だったが、認知症の進行と腰痛の悪化により、ゴミが堆積した家屋で、不衛生な身体状況に陥って経済的にも困窮しているにもかかわらず支援を拒否している84歳の女性		
本事例のキーワーズ	極端に不衛生な住環境、アルツハイマー型認知症、支援拒否、金銭的困窮		
本事例に関わった主な機関	包括センター、居宅介護支援事業所、民生委員、大家		

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	84歳 女性	2)障害老人自立度	J1
3)認知症老人自立度	II a	4)要介護認定・サービス利用状況	未申請
5)既往歴・現病歴	アルツハイマー型認知症（初期）		

6)生活歴

本人は、裕福な家庭の7人兄妹の3番目（現在、妹が1人生存）として生まれ、何不自由なく育った。これまで結婚歴はなく、ずっと一人暮らしをしていた。以前はカバンや靴の卸売りを行い生計を立て、バブル時は商売もうまくいき贅沢な暮らしをしていた。しかし、バブルの崩壊とともに徐々に商品が売れなくなっていた。

数年前から家のゴミや商品を片付ける事ができなくなってしまい、間間に未払いのお金が残っていたり、販売した商品の集金が滞っていたりして金銭管理が十分できない状況がみられた。また、バブル時の贅沢な感覚が抜けず最近になってもデパートで買物を繰り返し多額の借金を作り返済が困難な状況になっていた。家賃はここ10年以上滞納している。

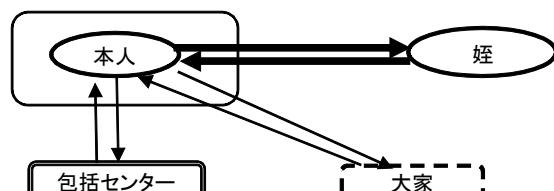
7)発見時の状況

元来プライドが高く、自由気ままに暮らしていた。バブルが崩壊し徐々に商品が売れなくなったと平行して認知症が出現してきた。自宅を片付けられなかつたり、商品の集金や支払いが出来なくなってきたのもこの頃からであった。年金が25000円のため暮らして行けず、友人・親族に嘘をついてお金を借りるが返済できないことから絶えずトラブルが起きていた。また、家が片付けられなくなり、家中に物が散乱し、階段やトイレ・台所も使用できず、洗面や排泄等は近隣のデパートや自宅内でバケツに排泄をし外に捨てていたようである。雑然とした家屋と悪臭のため近隣から苦情が出るようになった。

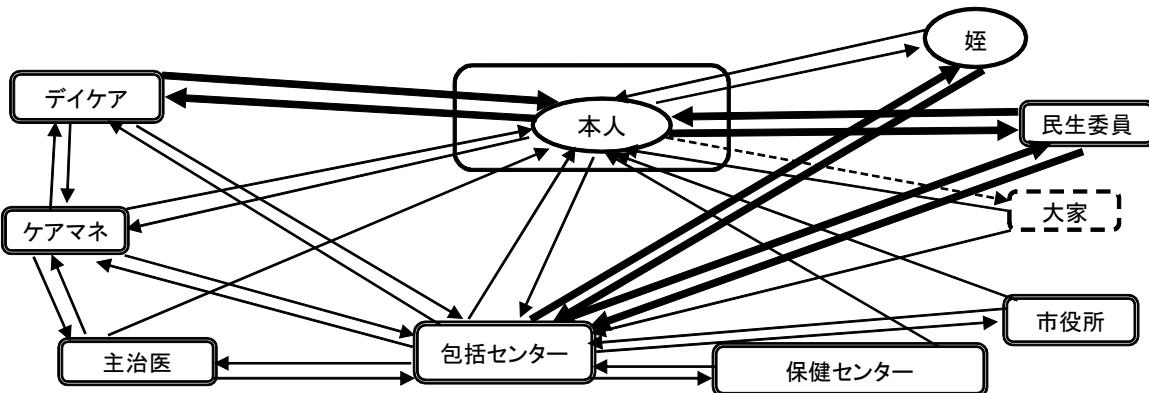
発見時は、本人は、堆積したゴミの上を駆け上がり移動。居間は蛍光灯のスイッチ紐の部分まで物が積み上げられ、本人はそのゴミの間で生活し他の介入を拒否していたが、認知症及び転倒による腰痛の悪化など心身機能が低下し始めて一人暮らしが困難な状況に陥っていた。体には湿疹や搔き傷の出血がみられ、半年以上入浴はしていなかったため強烈な悪臭があった。妹が一人生存しているが高齢のため姪2人が4～5年前から関わってきた。姪が自宅を片付けるよう本人を説得し、大がかりな掃除に掛かるお金の援助や片付けの手伝いを申し出るが、本人は自宅内を見られることを嫌って強く拒否していた。姪がしつこく言うと喧嘩になり、2～3ヶ月連絡をしてこないが、お金に困ると姪にお金を借りに行くということを繰り返していた。姪への返済はずっとされていない状況である。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
支援開始 平成18年 7月10日	姪から相談あり。 「最近物忘れがあり自宅の鍵をよくなくす。自宅は片付けられず物が山のように積んであり、それを駆け上って移動している。何とかしてほしい」と相談あり。	自宅訪問して今後の関わりを改めて連絡すると伝える。 相談内容から緊急度の高い事例と判断したため、姪との連絡先を確認しつながりを確保した。
平成18年 7月18日	自宅訪問実施する。 2ヶ月で年金5万400円のため、毎日の食事・家賃・光熱費の支払いも滞り、水道や電話は止まっていた。家中、物やゴミで溢れ、冷蔵庫内は小バエが沸いていた。本人の身体は、湿疹やかきむしした傷があり悪臭が強い。	介護保険認定申請のため、保健センター保健師と訪問調査アセスメントを行った。本人が1番困っている金銭的困窮の解決のため、生活保護受給に向けて支援を行い、本人との信頼関係を構築した。
平成18年 8月～平成19年 2月	介護サービスの利用に至らず、本人の生活状況には大きな改善はなかった。	担当ケアマネジャーが訪問により見守りを継続した。介入の糸口が見つかったので、関係を保持し見守り、次の段階への準備期間とした。
平成19年 3月 1日	転倒による腰痛悪化のため、病院受診を希望し、包括センター職員が同行し即日入院となった。 姪より「本人が不在の間に自宅を片付けていたので退院後何処かのショートステイを利用したい」と連絡があり手続きを行った。その後、入院中の病院を無断で飛び出し行方不明となり強制退院となったので、そのままショートステイを利用した。	入院及びショートステイ利用を機会に医療保険証の再発行と、介護保険の申請代行やデイケア通所に向けての支援を開始した。 今後は、安心した在宅生活の確保を目標とした支援目標を立てケアマネジャーと連携し見守り支援を行っていくこととした。
平成19年 3月22日	1階居間部分の片づけが終ったころ本人が自宅に戻った。 自宅からゴミの山が無くなった状況が理解できず、「泥棒が家に入った」と警察に行ったり、近くに言いふらしたりしていた。	
平成19年5月21日	退院後も友人にお金を借り歩くようになった。	本人、アパートの大家、生活支援課、包括センターで話し合い、生活保護の申請および要介護認定の申請することとした。
平成19年 6月	生活保護受給となり、家賃も支払われるようになった。本人の強い希望でデイケア通所が開始された。	本人の生活態度に大きな変化はないが、自分の支援者に対して拒否的な態度は少なくなつており、公的支援の導入を受け入れ始めた。
平成19年 7月	デイケアで認知症の方々からお金を借り、家族から苦情が来てデイケアの利用が中止となる。本人は、デイケア中止は包括センターの職員が仕組んだ事と勘違いし、これ以降包括センター職員を拒否するようになった。	包括センターへの拒否があつても、他の関係者を拒否していないので、支援は継続できると判断した。地域ケア會議では、ケアマネ、民生委員などと連携し、状態悪化時に対応できる体制をとり見守りを継続することを決めた。

平成19年 7月～平成20年 7月	ケアマネから施設入所を打診してもらったが拒否された。	
平成20年 7月20日	入院設備がある病院を包括センターが紹介し、検査の結果胆のう炎と診断され手術することとなった。	
平成20年 8月	精神科入院とその後の特養入所に向けてケア会議を開催した。 包括センターと本人との関係性に変化がなく、拒否しているため、民生委員を窓口として、包括センターが行政や病院と連携し、最終的に特養入所まで支援を継続した。	

(4)本事例の問題点と対応のポイント

問題点:

- (1) 非衛生的な住居に住み支援に拒否的だった。
- (2) 遅かれ早かれ命に関わる健康問題が発生し、支援が必要になるであろうと予測できたが、現行の法体制では強制的に介入する事は本人の自己決定権を侵害する事になりかねないとも考えられ、支援者側にジレンマが生じていた。
- (3) 途中から、本人の誤解から包括センターの支援を拒否したことで、直接的支援を行うことができなくなった。

対応のポイント:

- (1) 今回の事例のような『拒否的な人』に対しては、弱い関係であっても繋がり続け見守っていく事が大切だと考える。
- (2) 訪問を重ねながら本人が困っている事をアセスメントし、よりよい方法を提供し支援していく事で信頼関係を築いていく事が大切と考える。
- (3) 経済的支援により本人の生活の質が改善されたことで、劣悪な生活環境には戻りたくないといった感覚が少しづつ芽生えてきたことが、本人の変化につながった。
- (4) 本人に直接関わる事だけが支援であるとは限らず、包括センターが中核となって支援ネットワークを構築し、『見守り、細くとも繋がり続ける』体制が整うことで、高齢者が『困った状況に陥った時、判断能力や意欲が衰えてきた時』に素早く気付きタイムリーに支援する事が出来たのではないかと感じた。

事例No. ②高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 廉ったものを摂取していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

事例No.③	若い頃から引きこもり状態だったが、最近、自力生活が困難となり、発熱、褥瘡があるにも関わらず、「お願いですから死なせて下さい」と、医療・介護の介入を拒否していた76歳男性。
本事例のキーワーズ	社会的孤立（引きこもり）、妄想、支援拒否、生きる力の減退
本事例に関わった主な機関	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市の担当課

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	76才・男性	2)障害老人自立度	A1
3)認知症老人自立度	I	4)要介護認定・サービス利用状況	なし
5)既往歴・現病歴	肺炎		

6)生活歴

22歳の頃から弁護士を目指していたが、希望通りにならず断念した。以降、挫折感から家にこもるようになった。結婚歴はなし。両親が健在だった頃は両親が面倒を見ていたが、両親が相次いで他界した後は、亡くなった兄の嫁と二人暮らしをするようになった。

若い頃から1人で部屋に閉じこもり、「水道に毒が入っている」という妄想があり、水道管の蛇口を縛るなど特異な行動があった。

7)発見時の状況

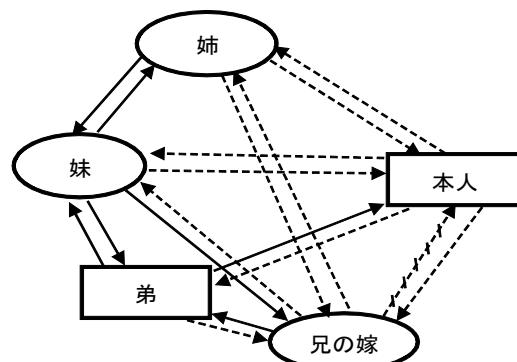
若い頃からきょうだいも含め人と会うことを拒み、真っ暗の光の当たらない寒い部屋に引きこもった生活を送っていた。最近は、20年間敷きっぱなしの布団で寝たり起きたりしており、長い棒を杖代わりにしてふらつきながらやっと歩いていた。食事、洗濯は自分で行い、入浴はせず、自分で体を拭いていた。しかし、加齢に伴い下肢の筋力低下が進み、トイレまで間に合わず失禁するようになつたため、スーパーの袋に排尿するようになり室内は悪臭が漂っていた。食事はご飯に味噌汁をかけて何とか食べていた。

発見時は、食欲も減退し、発熱、褥瘡があるにも関わらず、きょうだいや関係者には「お願いですから死なせて下さい。」と、医療・介護の介入を拒否していた。

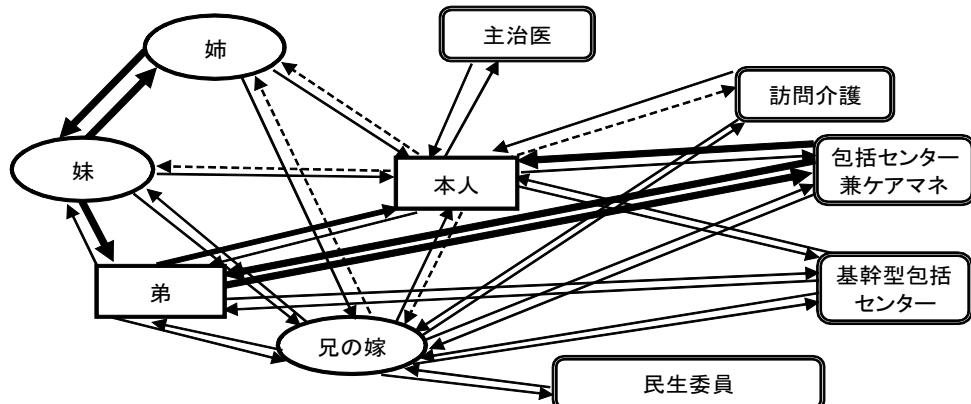
亡くなった兄の嫁と二人で暮らしていた。きょうだいは、兄が1人（他界）、姉、弟、妹がそれぞれ1人いる。本人の状態が悪くなつてからきょうだいが定期的に見守りに訪れていた。また、兄の嫁は物忘れが現れ、物の紛失が目立ち始めて本人の介護や緊急時の判断ができない状態であった。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
支援開始 平成16年 6月25日 妹より相談あり。 本人が若い頃から引きこもりで風呂にも入っていない。最近足の力が弱りトイレまで間に合わず、スーパーの袋に排尿し自分で捨てに行っている。 同居の義姉は物忘れが出てきて物事が理解できない状態であり、二人暮しが難しくなってきてるので、兄を精神科に入れてほしい。	本人及び義姉の二人の生活実態を把握及びアセスメントを行ない、義姉以外の親族と今後の対応を考え、情報を共有するため、きょうだい同席で、本人及び義姉に会う日時調整を行なう。	
平成16年 7月 8日 基幹型職員と同行で自宅訪問。 本人及び義姉と面接。本人は腰痛あり座位保持も困難な状態で、質問には小声で返答あり。 基幹型職員から、「精神疾患を疑うべきで、在宅生活は困難だろう。受診を勧め、精神科入院を視野に入れるべき」と助言があった。	本人は、性格がおとなしく、他者に対し自分の意見をはつきり言える点から、時間をかけければ介護サービスの導入も可能であると判断したため、事業所内でケアミーティングを開催し、本人との信頼関係を築くため訪問を継続する事とした。また、要介護認定の手続きを開始することにした。	地域包括支援センターの職員は、本人にとっては「敵」ではなく「味方」であると認識され、受け入れに対して好意的になってきた。
平成16年 7月30日 状況確認のため自宅訪問。 自分で調理した食事を摑っているが、座位保持も困難な様子。あえぎながら立ち上がり食器を片付ける、体は汗ばみ異臭あり。本人に皮膚清潔の必要性を話し入浴を勧めるが「まだいいです。」と断られる。 訴えを聞くと健康状態に不安あり「点滴でもしてもらったら良いだろうか」と言つたため、往診を提案すると応じる。 主治医に相談し同日往診に同行した。今後、月2回の往診を実施することとなった。	医療の介入ができれば、緊急時や入院時の対応がスムーズにできると共に、今後のサービス導入についても医師からの助言を聞き入れてくれる可能性が高くなると判断して、本人の訴えに対し時間をかけて聞き出し、不安に感じている思いやニーズを確認し、医療との連携をとつた。往診に同行することで、本人の健康状態の把握を行ない、緊急性の有無を確認した。	自分の思い（嫌なことや了解できること）をはつきり言うようになった。主治医の定期的な往診を受け入れた。
平成16年 8月30日 医師より「本日往診に行ったら入浴に来てもらうと言っていた。」と電話連絡あり。 すぐに訪問介護事業所に連絡し、サービス導入の依頼をする。同日、ヘルパーと同行訪問し、清拭について説明し同意を得る。本人は「長いこと風呂に入っていないかったので垢が出る。」と照れ笑いあり。今後定期的に清拭はどうか問うと「またいつか…」と返事あり。様子を見て声をかけると約束する。	本人が清拭に興味を示したと情報が入ったため、気が変わらないうちに同日訪問介護の導入を試みた。また、今後定期的にサービスを受けるよう助言した。 介入チャンスを見逃さず訪問介護による清拭を導入することで、今後の定期的なサービス導入につなぎ、継続的な健康状態の把握を可能にするため実施した。	専門職の関わりやサービス利用を前向きに考えてくれるようになり、笑顔が見られるようになった。
平成16年 9月13日 ヘルパーと同行訪問。 清拭に対し笑顔あり。今後定期的にサービス導入することに同意してくれた。	事業所の都合でヘルパー担当者が変更になるため同行訪問した。本人の様子を伺いながら、定期的なサービスの導入を勧めた。 ヘルパーの交代によってサービスの拒否が生じないように地域包括支援センターの職員が同行しスムーズに引き継ぎし、本人の機嫌が良いときにサービス利用継続の話しを勧める事で、同意に導くために実施した。	初めてサービスを受け入れた。
平成16年10月 キーパーソンである妹と相談し、本人に、清拭を訪問入浴に切り替えることを勧めたが拒否された。		清拭は受け入れたが、訪問入浴は拒否した。
平成16年11月 ヘルパーから「本人がしばらく清拭を中止したい。」と言ってきた。と連絡あった。	妹に本人の現状を理解してもらい、親族の協力を得るために、清拭中止を伝え、「きょうだいからも入浴したらよいと説得するが、なかなか言うことを聞かない。しばらく様子を見たい。」との今後の関わりの意思を確認した。	

平成16年11月	本人の「中止したい」という思いを受け止めながら、サービス再開のチャンスを見つけるため、無理に介護サービスは勧めず定期訪問を続けていくこととした。	「入浴」を勧められたことには不満があったようだが、包括センター職員の訪問は楽しみにしている。
平成17年 1月	暖房器具も置かず冷えた室内で、季節柄、健康上問題なく過ごせているか確認をするため、主治医に本人の状態に対する情報を得るよう働きかけた。	職員に対して信頼を持ち始め、訪問を待つようになった。
平成17年 2月	早めの医療介入により、状態の悪化を防止し、体力を回復させるため。本人の同意を得て主治医の往診を依頼する。	地域包括支援センター職員の助言に対し、信頼を抱くようになった。しかし、生活全般が改善するまでの介入は受け入れないため、寒さによって身体状況は以前より弱っている。
平成17年 3月14日	主治医から在宅で必要最低限のサービス導入を勧めてもらう。 医療の介入が必要な状態であると本人に理解してもらうことと、在宅生活を希望するなら必要最低限のサービス利用が必要である事を主治医から説明してもらうために依頼した。	主治医に対して信頼をもっており、進言に対して好意的に受け止めている。しかし、本人は生きる気力が減退している。
平成17年 3月22日	ヘルパーの連絡内容から本人の状態悪化と命に関わる緊急性を予測して、緊急訪問を実施した。全身状態の観察の結果、命に関わる緊急事態と判断し主治医に往診を依頼した。サービス拒否があるため、入院勧奨はこれまで往診していた主治医から説明してもらうことが最善と考えた。	これまで受け入れていたサービスを拒否し始めたため、身体状態が著しく悪化した。本人の拒否の真意は不明だが、発見時と異なって、包括センター、ケアマネジャーおよび主治医の訪問の受け入れ、緊急入院の指示に従ってくれた。
平成17年 4月	現在入院している病院を退院した後の生活場所として、福祉施設での共同生活が可能かどうか見極めるために、病院訪問を行った。	声に活気があり、表情も明るくなっていた。今後は施設での生活を送り、入居者や職員との交流を望むまでに変化した。

(4)本事例の問題点と対応のポイント

問題点:

- (1)若い頃から自分のことは自分で行なってきたが、ずっと引きこもりの状態だった。
- (2)加齢に伴い、下肢筋力低下が進行し排泄や食事準備ができなくなったものの、兄の嫁に頼る事も拒みきょうだいの助言や援助に拒否し続けてきた。
- (3)水道に毒が入っているという妄想から、長年入浴せず体を拭くだけだったので、皮膚汚染や悪臭があった。
- (4)きょうだいが受診を勧めても「このまま死なせて欲しい」と言い、関わりを拒否してきた。

対応のポイント:

- (1)本人が、性格がおとなしかった点、職員に対しての質問に返答があった点、理解力が良く、きちんと説明する事と自分の意志を伝達できる能力があった点から、時間をかければ信頼関係がとれると判断できたことである。
- (2)本人が、包括センターの職員は、本人にとっては「敵」ではなく「味方」であると認識したこと。
- (3)初動支援時に本人および家族のアセスメントを迅速に適切に行なったことが支援の根拠となっていた。
- (4)本事例は何度か健康危機状況があつたため、主治医の理解と協力が得られたことが支援をしていく上で大きく、孤独死という最悪の事態を避けることができ、施設における安心・安全な生活が確保できたと思われる。

事例N○. ③高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わか らない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わか らない	やや ある	ある
不潔で悪臭の ある身体の放 置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での 孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生命を脅かす 自身による治 療やケアの放 置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 医療的なケア（カテールや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の 放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不適当な金銭・ 財産管理 4項 目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不衛生な住環 境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 腐ったものを摂取していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異に見える 生活状況 5項 目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
必要な医療・ サービスの拒 否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

事例No.④	脳性麻痺を抱え単身で生活するも、機能低下により徐々に劣悪な環境に至ってしまった82歳の女性
本事例のキーワーズ	脳性麻痺、ゴミ屋敷、支援拒否
本事例に関わった主な機関	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、民生委員、

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	82歳 女性	2)障害老人自立度	A 2
3)認知症老人自立度	II a	4)要介護認定・サービス利用状況	未申請
5)既往歴・現病歴	先天性脳性麻痺		
6)生活歴			

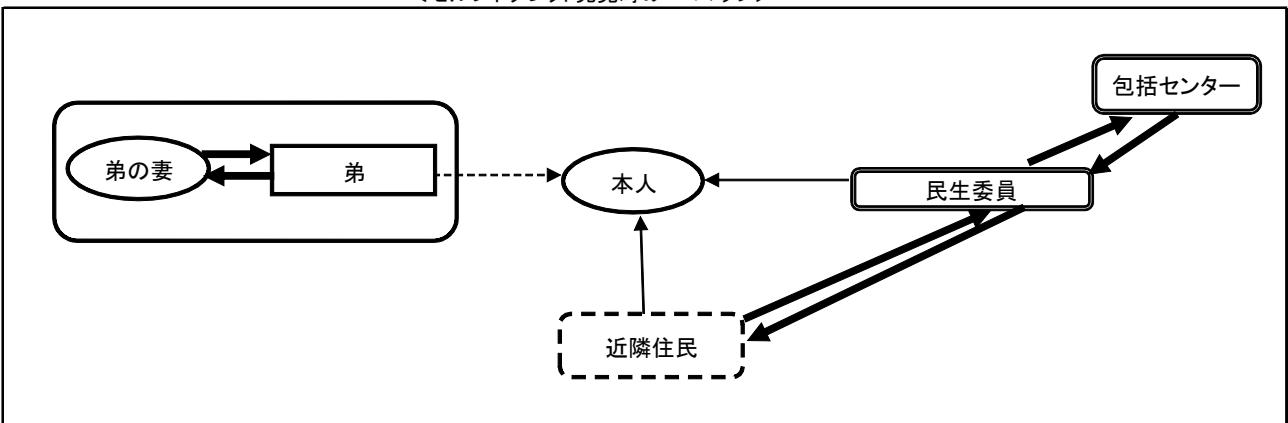
本人は、先天性脳性麻痺があり、歩行は杖を使用し不安定ながら自立した生活を送っていた。結婚歴なし。子供なし。兄2人、弟2人の5人兄弟の3番目。現在、4番目の弟以外は他界している。父親を早くに亡くし、兄弟たちが独立した後も長年母親と2人で同居していた。母親は20年前に他界。本人は60歳半ばまで工場で仕事をしていた。退職後も職場の人とは付き合いがあったが、2年位前より徐々に生活機能の低下見られるようになってからは、外出をすることが少なくなっていた。

7)発見時の状況

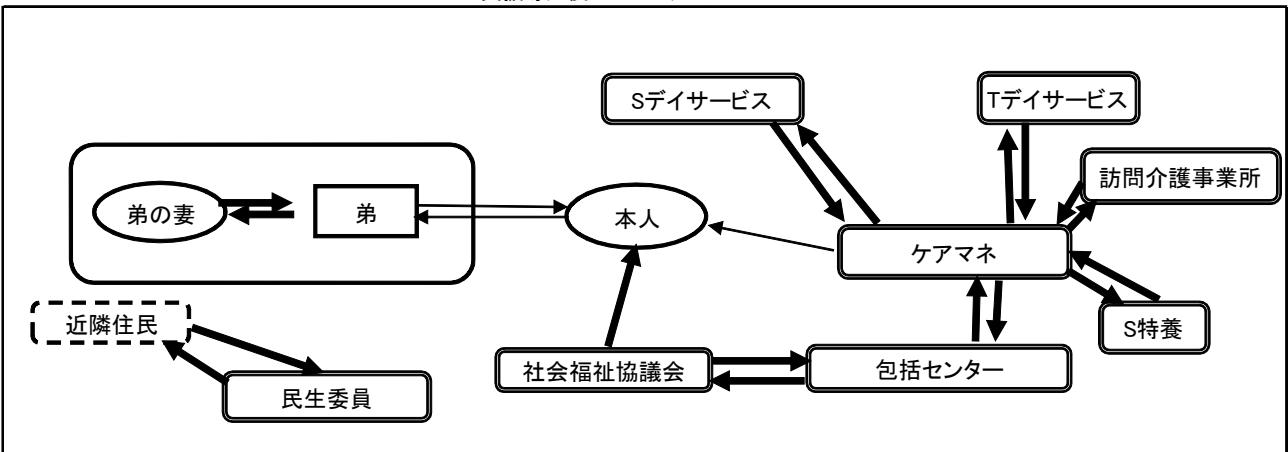
近隣住民から民生委員に連絡が入り、道端で倒れていたところを発見し、救急車を呼ぼうとするもどうしても乗りたくないと言い、自宅まで送り届けた。本人は、顔に擦過症と衣服の汚れあり。自分で下駄箱にぶつけたと話していた。受診を勧めても行かなくて大丈夫、心配なこともないと応じなかった。自宅内より悪臭もあり、玄関先からは居室内にゴミが溜まっているのが窺えた。近隣住民からは、今まであまり関わりのない人だが、高齢でひとり暮らしであり、心配という声があがつた。唯一の身内である弟（76歳）は、車で2時間の近県に、妻との2人暮らしをしていた。弟自身は本人とは、母親が亡くなつてから法事の際に会う位であり、何かあれば電話をしてくれるものもあったが、ここ数年は互いに連絡は取つていなかつたとのことであった。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化	
支援開始 平成20年 5月 8日	<p>民生委員より区へ連絡あり。</p> <p>買い物に行く途中に、道で倒れているのを近隣の人が発見した。救急車を呼ぼうとしても拒否し、本人が帰ろうとするので近隣の方が自宅まで送つて行った。</p> <p>その後ここ1週間位、姿を見ていないとのことで地域包括支援センターに連絡があり、安否確認のため同日訪問。</p> <p>玄関先へは出てきたが、部屋には上げてもらえたかった。玄関先から見える範囲の居室内はごみであふれており、悪臭が著明であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 実態把握時は関わりを拒否している。 まずは信頼関係を築いていくことが必要と考え、継続的な訪問を許可してもらう様に関わることとした。 継続的な訪問だけは了解してくれたので、初回訪問ということもあり、玄関先で話を聞き様子を見ることとした。 	
平成20年 5月28日	<ul style="list-style-type: none"> 民生委員からの連絡を受け、近県に住む弟夫婦が本人宅訪問。それまでに近隣の方からとても心配だと何度か報告が入る。 弟夫婦は、高齢や体調不良のため、日常的な支援は難しいということがわかった。 弟や民生委員の説得もあり、介護保険申請に同意。翌日、介護保険申請に行ってもらうこととした。 介護保険申請のため、同行受診。介護保険の利用について説明するが、自分で掃除などはできるうちは何でもやりたいと話す。 室内の環境は劣悪で、とても生活ができる状態ではないことから、医療保険証などを探すという名目で、包括職員が掃除をすることを提案。 	<ul style="list-style-type: none"> 弟夫婦が来てくれたことで安心したのか笑顔が見られた。 頻回の訪問・電話、さらに受診の同行により、職員に対する本人の態度は柔軟になった。 担当者の顔を憶えてくれ、自分のことを少しづつ話すようになった。 	
平成20年 5月29日	<p>介護保険申請。同日認定調査時に初めて家に上げてくれたが、部屋の中はネズミの糞が散乱し、スーパーの袋やお弁当のごみ等であふれかえっており、悪臭がひどい状態だった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 初めて室内の状況確認ができた。 居室内の清掃は、包括が行える範囲を超えていることが分かり、業者による掃除の必要性を判断した。 	<ul style="list-style-type: none"> 調査時、やや緊張した様子であったが、調査に協力されていた。 調査内の質問事項は、易しく言い換えないと理解できない様子がみられた。
平成20年 6月 6日	<p>包括で大掃除をする。本人にいるもの、いらぬるものに分けてもらう。750のゴミ袋、20袋以上ゴミを捨てるが、まだ全体の1/4付いた程度であった。</p> <p>掃除をしながら話をする中で、本人はねずみやごきぶりなど見たことがないと話していた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 一緒に掃除をすることで、信頼関係が促進された。 室内の状況確認ができ、ねずみの糞が散乱し、物も多く、業者にはねずみ駆除も依頼していくことに決定した。 本人の認知機能について、意思は伝えるものの、ねずみやごきぶりを見たことがないと話しており、もともとの知能の低下が多少あるのかもしれないと考えた。 保険証等は見つからず、再発行の手続きをとることとした。 	<ul style="list-style-type: none"> 掃除の中で、いるものといらぬものの判断が付かず困った様子をしていることが多かった。

平成20年 6月13日	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意思確認。このまま自宅で生活をしたいという希望があることが分かる。今までがんばつてひとりでやってきたと思うが、大変になってきたことがあるのではと話すと2年くらい前より歩行が大変になってきたと話を聞くことができた。 ・現在の居住環境では、体調を崩す可能性もあり、普通に掃除をすることは難しいので、業者に依頼することを提案すると了承された。 ・大掃除の間にショートステイを利用することについても提案し、了承される。 ・掃除とねずみ駆除業者の見積もりを取る。弟は、よくわからないので、本人のお金があるようなら、任せたいとのこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の状況をどう考えているのか、今後の生活をどうしていきたいのか、本人の意思確認をする必要があると考えた。何度か「このままで体調を崩す恐れがある」と説明して了承を得られた。身体のことと結び付けて説明したことで受け入れられやすかったと思われた。 ・これまでの包括のみとの関係から、ケアマネジャーやデイサービス、介護福祉施設、ケアマネジャー、掃除業者など、様々職種が関わるようになっていくことから、本人の受け入れ状況に不安があった。それぞれの関係機関が連携できることと、本人との関係作りのために、包括が中心となって支援をしていった。 	
平成20年 6月25日	<p>入浴目的でのデイサービス、食事の確保のための訪問介護の利用が開始された。デイサービスは嫌がらずに通所でき、入浴については本人は楽しみであるとのこと。</p> <p>ヘルパーが買い物に行くことで食事の確保もできるようになった。</p> <p>金銭管理については通帳等は見つからず、所持金は現金数万円。一区に年金の問い合わせをする。年金は十数万円月にあることがわかった。</p> <p>今後の金銭管理については日常生活地域支援事業の利用を検討。</p>	<p>ケアマネジャーと一緒に訪問し、デイサービスや訪問介護の利用について説明した。自分でできるという姿勢はあまり変わっていなかったが、家事等が負担になっていること、歩行がかなり大変になっていることを本人に説明し、同意を得る。金銭管理については、弟に了解を取り、社会福祉協議会へ連絡。</p>	<p>本人の自分でできるという思い=自分でやらなければいけないという思いはある。ただ単にだれかに助けてもらうといだけではなく、大変なところがあれば、無理しないように、金銭面の負担についても、年金内で収まるかとわかると安心していた。</p>
平成20年 7月 7日	<p>(本人7月5~12日ショートステイ利用中。)自宅の大掃除実施。必要な物を最低限残し、2トントラック2台分以上のごみが出た。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通帳がこたつの下から発見される。 ・畳が全て腐っており、取り替える必要があると連絡あり。 <p>住宅改修にて畳からフローリングへの変更、畳の取り替えを業者に依頼。同時にねずみ退治も依頼。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大家へも挨拶に行き、家賃の滞納があることがわかる。今までの経過報告をすると事情をわかつてくれ、家賃に関しても待ってもらうことができた。住宅改修の許可をもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> ・少しずつ本人の今までの生活や、状況がわかり、日常生活全般にわたり、支援が必要な状態と判断。介護保険だけでなく、利用できる制度などを利用し、連携して対応していく必要がある。 	<p>ショートステイでは、問題もなく過ごされていた。元来の温厚な性格で、周囲から心配されやさしく声をかけられると、安心している様子が見られたとのこと。ちぎり絵に興味を持って楽しそうに行っていた。</p>
平成20年 7月28日	<p>ショートステイ退所後、在宅生活へ。住宅改修を終え、ベッドのレンタルも開始された。ヘルパーによる洗濯や掃除の支援を開始。日常生活支援事業の利用を開始。サービスや家賃などの支払いを依頼。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスを徐々に増やすにあたり、ケアマネジャーにこれまでの詳細を伝達した。 ・地域包括だけの関わりから、拡大していくにあたり、本人が不安に思ったりしないように助言をしていった。介護保険サービス以外については引き続き包括で支援していくこととした。 	<p>ショートステイ後、各スタッフが自宅に来るのを楽しみに待っている様子が見られた。</p>
平成20年 9月 2日	<p>9月、介護保険サービス開始後、2ヶ月経過。デイサービス利用中に意識消失あり。救急搬送。意識消失の原因は不明だが、入院する必要はないとのことで帰宅された。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急通報システム導入を早急に進めていく必要性があると判断した。 ・訪問介護やデイサービス、宅配の利用で食事の確保はできているが、十分に摂取できていない可能性もある。 ・今後定期的に、ショートステイの利用を検討していく。 ・継続的な受診の確保が必要である。 	<p>入院せずに済んだことにほっとしていた。自宅に戻ると、普段と変わらない様子であった。</p>

(4)本事例の問題点と対応のポイント

問題点:

先天性の脳の障害は一つも仕事を持ち、同居していた母親の死亡後も自立した日常生活を送っていた女性が、加齢に伴うADL・認知機能の低下により、徐々に日常生活に支障をきたしていった事例である。

幼少時より障害を持っている当事者は、家族の中で庇護されて地域生活を送っていることが多い。成人し就労しても、職場の中での交友関係はあるが、地域の人々と交流をもつ機会が少なく、近隣からは「お勤めしている娘さんがいる。」程度の認識しかもたれない場合がある。また、親から他人に迷惑をかけないように教えられながら育った場合、そのことからもますます本人自ら他者に支援を求めることが少なくなる可能性がある。そのような方は、ご高齢になって身体機能が低下しても、今まで通りの方法で生活を送ることに固執したり、できない部分を他者に補ってもらうことに拒否的である場合が多い。

本事例も、自分でできると思っていること、やらなければいけないと思っていることに執着が強く、介入するための信頼関係を構築するまでに時間がかかったため、サービス導入にも時間がかかったことが問題点のひとつであるといえよう。

対応のポイント:

(1) 援助者は、ゴミやねずみがいることなど不衛生なことが目につき、介護保険のサービスを導入するためにも、まずは部屋を片付けることを優先し、その後のスムーズなサービスの利用に繋ぐという計画を立てることが多い。しかし、そのような中でも本人がなぜサービス利用の拒否をしているのか、その理由をアセスメントすることや本人なりの考えを知ることが大切である。

ご本人との信頼関係を築くために、頻回に訪問を計画するが、特に認知機能の低下した高齢者や地域との交流が少ない方の場合は、ご本人が信頼している「誰か」と同行することが効果的である。本事例の場合では、弟がその「誰か」であろう。

(2) 今後のサービス導入に向けて、早い段階で地域包括支援センターだけで解決できることは限られていることを認識し、支援チームを構成し様々な事業者や関係機関と連携を取り支援をすることが重要である。本事例でも、包括はケアマネ支援や、介護保険事業者以外の関係機関とケアマネジャーをつなぐことなどを中心に役割を果たすことができていた。

事例N o. ④高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	○	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	○	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	○	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	○	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	○	3	4	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	○	1	2	3	○	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	○	1	2	3	○	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	○	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	○	4	5	1	2	○	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	○	1	2	3	4	5	1	○	3	4
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	○	4	5	○	1	2	3	4
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	○	5	1	○	2	3	4
	24. 医療的なケア（カテールや人工肛門など）を怠った	○	1	2	3	4	○	1	2	3	4
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	○	5	1	○	2	4
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	○	1	2	3	4	5	○	1	2	3
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	○	1	2	3	4	5	○	1	2	3
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	○	5	1	2	3	○	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	○	5	1	2	3	○	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	○	5	1	○	2	3
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	○	5	1	○	2	3
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	○	5	○	1	2	3
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	○	5	○	1	2	3
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	○	5	1	○	2	3
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	○	5	○	1	2	3
	3. 腐ったものを摂取していた	1	2	○	3	4	5	1	○	2	3
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	○	1	2	3	4	5	○	1	2	3
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	○	4	5	1	○	2	3
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	○	2	3	4	5	1	○	2	3
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	○	4	5	1	○	2	3
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	○	2	3	4	5	○	1	2	3
	18. 全裸に近い状態でいた	○	1	2	3	4	5	○	1	2	3
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	○	5	1	○	2	3
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	○	5	○	1	2	3

事例No⑤	医者嫌いで視力の悪い妻の介護、家事を行っていた84歳の夫。生活に不自由が出始め、妻のみ介護保険導入。夫は介護保険申請を拒否していたが、本人の希望通りのデイが見つかり、生活が変化し始めた事例。		
本事例のキーワーズ	医療拒否 サービス利用拒否 妻の介護 娘の介護疲労		
本事例に関わった主な機関	訪問診療医 高齢福祉課 ケアマネ 地域包括		

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	82歳 男性	2)障害老人自立度	J 2
3)認知症老人自立度	I	4)要介護認定・サービス利用状況	なし
5)既往歴・現病歴	高血圧、心疾患、糖尿病（30年前に言われたが、放置）、下肢のむくみ		
6)生活歴			

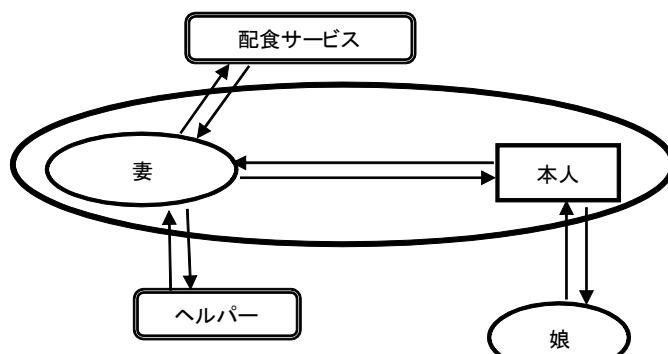
妻はもともと視力が悪いが治療もせず生活していた。経理の仕事をしていた夫は定年後は、妻の介護をしながら、年金だけで生活していた。60年も同じ土地に住んでいるが、近隣との付き合いではなく、新興住宅が徐々に建ち始め、住宅地の一番奥地に本人宅が位置するようになった経緯がある。自宅はうっそうとした林の中にあり、道路からは見えない。自宅は築40年以上たっており、屋根瓦、雨どいなども壊れている部分も目立ち、人が住んでいる家には見えない。現役の頃には、高血圧、心疾患、糖尿病と言われたことがあるが、受診はしていない様子で、時々漢方を服薬する程度。娘は近隣区に嫁いでおり、週に1回程度は家事をするために訪ねてくる。

7)発見時の状況

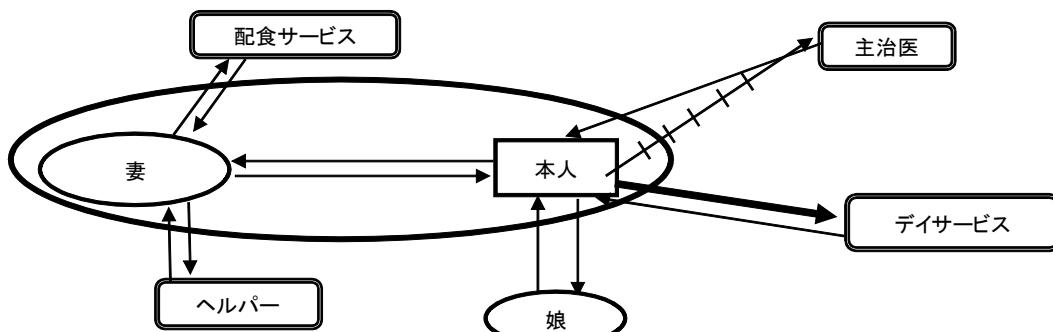
自宅は古く、日中でも陽も差さないため、暗い。家は4部屋程あるが、使っている部屋は居間と寝室のみ。悪臭はするものの、生ゴミが散乱している様子ではなかった。しかしゴミや衣類、書類など散乱し、整理されている家ではない。視力障害の妻は、家事はあまり出来ず、1週間に1回、娘がまとめて家事をしていたが、日常は夫が家事をしていた。生活は昼起きて夜遅い生活になっている。夫は、ADLには問題はなく、会話もしっかりとしている。疎遠であった娘が、最近になって、両親の衰えを心配し、毎週1回訪問し、家事を手助けしていた。入浴は、自宅でしているようだが、時折、娘が錢湯に付き添っていた。しかし娘は、自分の生活と両親の世話で疲弊状態であった。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
支援開始 平成22年 3月16日	高齢者二人暮らしのため、すぐに介護保険導入し、サービス開始対象者であると判断し、4月に家庭訪問の予定を計画	
平成22年 4月 2日	<p>・妻と夫の二人とも、介護保険サービス導入を考えたが、夫の拒否が強く、まずは、妻のみ介護保険導入へ申請手続きを勧めた。</p> <p>・夫は、下肢が青紫色になっており、むくみがあり、血流の悪さが見られるため、医師の受診が早急に必要であると判断したが、夫の拒否があるため、受診干渉、介護保険導入を視野に入れ介入方法を検討中である。</p> <p>・夫の下肢だけは確認したが、そのことも拒否の引き金になってしまい、血圧も測定できなかった。</p>	<p>・妻の介護保険導入には、娘さんが強引に説得し、本人も否応なしに同意した様子であった。</p> <p>・娘さんが、「お父さん、身体を見てもらいたいなさいよ」と言つただけで、本人は怒り出し、「もう帰ってくれ」と言い出した。</p>
平成22年 5月28日	他事業所ケアマネージャーが妻を担当し、訪問介護、配食サービスが入ることにより、娘の負担は軽減し、夫の状況把握が出来るように変化した。	<p>ヘルパーは、主に食事を作るだけであり、室内の片付けは拒否していた。</p> <p>時折、余計なことするな とヘルパーに怒鳴ることもあり、事業所では行くことを嫌がるような家庭となっていた。</p>
平成23年 1月 日	<p>・今後の予測を娘に説明した。</p> <p>①夫婦ともに閉じこもりがちであり、父親の認知症の問題、ADLの低下、下肢のむくみ等々受診の必要性</p> <p>②ヘルパーに対して怒鳴ることやつづまの合わないことを言い、精神疾患も疑われたため、往診の必要性</p> <p>③今後は夫も妻もデイサービス等サービス拡大する必要性</p>	<p>・訪問時、夫に受診を勧めたが、拒否。</p> <p>・室内に閉じこもりがちである</p>
平成23年 2月 日	医師の往診を拒否されないように、区民健診の未受診者への家庭訪問という理由で設定した。 認知症の診断を専門医に診てもらう	<p>血圧は180/120であるが、本人の自覚症状は不明。</p> <p>血圧測定や医師の診察の対応は、問題なく診察は終了。医師に高血圧を指摘されたときも素直にうなずいていた。</p>

平成23年 2月 日	<p><関わっている人と情報共有会議>『ケア会議?></p> <p>娘、医師、高齢福祉課の保健師、ヘルパー、妻のケアマネージャーと情報共有した。</p> <p>方針></p> <p>①現在の本人のニーズが、自分の思うように生活を送りたいという意思を一番に考え、サポートしていく。</p> <p>②健康状態（血圧測定など）が把握できるデイサービスにつなげる。</p>	<p>本事例に対し、各々で関わっている情報を共有しながら、支援の方向を考える必要性がある。</p> <p>娘の情報から、もともと几帳面な性格であり、長年経理の仕事をしていたため、金銭管理はしっかりとていた。老後のためにと、貯金をしており、今は年金生活のため、お金がかかることには過剰に反応することが分かった。</p> <p>綺麗好き、几帳面、銭湯が好き 等の情報が得られた。</p>	
平成23年 4月 日	<p><家庭訪問></p> <p>受診勧奨のため、娘とともに訪問</p> <p>受診は、断固拒否。介護サービスも拒否。</p>	<p>妻のサービスに合わせて本人に支援している。</p> <p>入浴は、妻がデイサービスに行っている間、1人で銭湯に行くことがあり、以前から長湯であったため、心臓への負担が懸念された。</p>	<p>ヘルパー導入してから、本人も生活が多少楽になったため、地域包括職員には、拒否的な対応ではなくなってきた。</p>
平成23年 6月28日	<p><家庭訪問></p> <p>区内に銭湯のデイサービス事業所が開所し始めたため、本人に説明</p> <p>銭湯、週2回、費用の安価により、本人は関心を持ち始め、介護保険の申請の同意を得られた。</p>	<p>銭湯が好きであることと、夫婦で通所できることを前提に、再度、パンフレットを持参しデイサービスを勧めた。</p>	<p>費用が安価、夫婦で通所可能に関心を持ち、見学に参加した。</p>
平成23年 7月 日	<p>デイサービスに通所するために必要な受診も積極的に行き、介護認定もスムーズに行うことができた。</p> <p>本人は要支援1であり、デーサービスに週2回行くことができた。</p> <p>非常に喜び、今では妻も一緒にデイに通所することができた。</p>	<p>介護保険申請が整い、本人の生活も徐々に変化し始めている。</p> <p>しかし、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療に繋がったものの、服薬中断、精密検査拒否等の問題 ・室内の掃除などに対する拒絶等も残っている。 	<p>医師の受診はしたもの、高血圧の服薬も中途半端であり、精密検査も拒否はし続けている。デイサービスは通所したばかりであり、これから徐々に自己管理ができるよう見守っていく必要性は残っている。</p>

(4) 本事例の問題点と対応のポイント

問題点

- (1) この事例は、「今の生活で何も不自由していない」というご本人たちの「思い」に対して、「介護保険を利用すればもっと生活が良くなる」という専門職や娘さんの「予測した判断」があり、毎回説得という形の関わりになっていた。
- (2) 特に男性介護者の場合は様々な介護保険の情報は理解しにくく、また、他人を自宅に入れるこの抵抗があり、拒否事例と判断していた。

対応のポイント

- (1) 自己決定できる事例であり、緊急事例でなければ、対応や介入を早急にしない。
- 「拒否」や「怒鳴る」状態があっても、その行為は他者が自分の生活に介入することへの防衛反応であると判断したほうが自然である。専門家自らが持っているコミュニケーションの手法を駆使し、家族や専門職の辛抱強い対応と雪解けのようなゆっくりとした対応が大切と考える。
- (2) 専門職の支援計画は本人の意思に反していないかを見極めながら関わる。
- 時として専門職は良かれと思って行なうことが、やや強引で本人の意思に反してしまうことも見受けられる。介入初期は、本人も拒否を言い出しにくいこともあり、気持ちが揺らぐこともありますため、時折、ご本人の意思を確認していく必要性もある。

事例N○. ⑤高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 医療的なケア（カテールや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 腐ったものを摂取していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

事例No.⑥	独居で、人とのかかわり、医療などを拒否し死亡に至った事例
本事例のキーワーズ	拒否 医療 孤立 友人 死亡
本事例に関わった主な機関	地域包括 高齢福祉課 保健師

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	80歳	2)障害老人自立度	C1
3)認知症老人自立度	I	4)要介護認定・サービス利用状況	なし
5)既往歴・現病歴	関節リウマチ、アレルギー（本人申告）		
6)生活歴			

A県生まれ、離婚歴あるが子どもはいなかった。その後再婚。相手は3回目の結婚、大工の夫と知り合い再婚（夫は2回目）、本人は事務をしていた。子供はない。S55年夫が死亡、H3年アパートが取り壊しにより、転居。隣人Bさん夫婦と親しかったため、別なアパートと一緒に引越しした。H8年、Bさんの奥さんとちょっとしたことで喧嘩をして、近くのアパートに転居。しかし、お互い時々行き来はしていた。H23.3現在のアパートの大家さんが状況が悪化を心配し民生委員に連絡、包括がH22年11月初回訪問する。

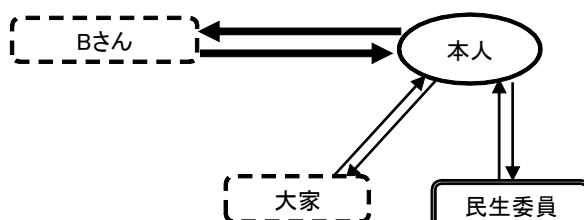
7)発見時の状況

アパートの大家さんから連絡を受けた民生委員が訪問したが、小窓から顔を出しただけで、拒否的であり、家の中もゴミが散乱している印象であった。食事は、コンビニで弁当で済ましているようだ。

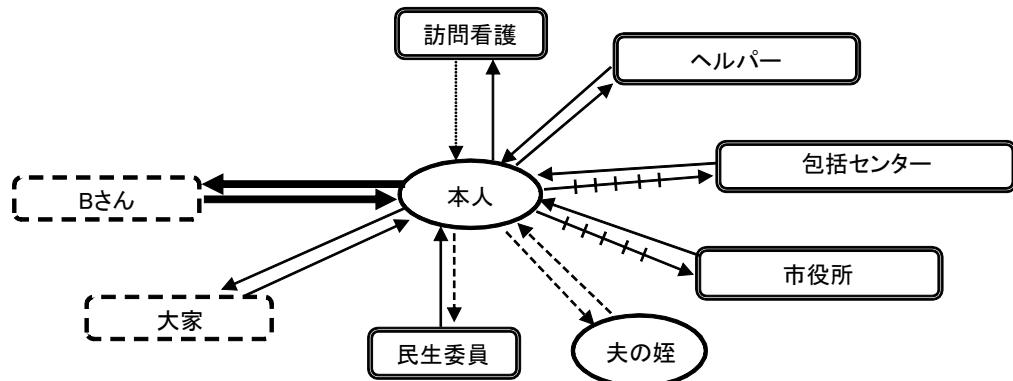
地域包括支援センターが訪問すると、小窓からの対応であったが、しぶしぶ玄関に入ってくれた。家中には、ゴミは散乱していたが、悪臭はなかった。暖房はない様子であった。浴室は使用しておらず、「体は拭いている。食事は弁当。夫の遺族年金があり、生活は大丈夫。ほつといてくれ」と訪問20分で、終了となる。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
支援開始 平成21年11月 1日	<ul style="list-style-type: none"> H21年11月1日 初回訪問 訪問理由は、1人暮らしの住民へ全員訪問している旨を伝えた。 ADLは問題なく、会話など問題なかった。 玄関先で20分ほど対応。家の中は、ゴミが散乱しているが、片付けた形跡もある。入浴はせず、体は拭いている。身内はいない。夫の遺族年金で生活は困っていない。これ以上話すことはない。」 	<p>・民生委員からの情報提供で訪問</p> <p>・高齢、1人暮らし、ゴミが散乱、栄養不良、拒否的な対応等々の情報提供により、親族の把握、健康状態把握のため、家庭訪問を実施。</p> <p>・今後、定期的な訪問をすることにはさほど拒否的ではなく、承諾を得られた。</p> <p>・親族の情報は一切得られない。</p> <p>・アパートの保証人は友人Bさんである。</p> <p>短時間の訪問であったが、仕方なく会話している様子であった。応対にも、拒否的で、何を言っても困っていない、役所の世話は知らない。知らない人が家に入るのは嫌の一点張りであった。</p>
平成22年 1月～平成22年 3月	<p>毎月、定期訪問していたが、小窓から顔を出し、数分話す程度で戸を開めてしまう。</p> <p>「元気で過ごしていますので。」という程度の会話であり、拒否的ではあるが、対応はしっかりしており、室内より悪臭などはなかった。</p>	<p>月に1回の訪問継続。</p> <p>本人の安否確認のため、訪問継続。拒否事例であるが、月1回でも本人と会話し、介護保険申請に向けて、訪問を継続。</p> <p>市役所には報告すみであるが、ケース会議は開いていない。</p> <p>小窓で対応。変化なく、いつも、拒否的であった。</p>
平成22年 4月10日	<ul style="list-style-type: none"> 5回目の訪問 Bさんが訪問中のため室内に入ることができた。体調不良のため、この数日毎日Bさんが食事を持参してくるが、「いらない」と言いつつも、Bさんが帰ってから食べるという、「変人だ」とBさんは笑いながら言っている。 室内は失禁で汚染した衣類も散らかっており、尿臭がきつい。トイレに間に合わなかつたとのことであった。 訪問時、本人が居室から寝室に行き、布団で横になったため、Bさんと共に掃除と洗濯を行った。 受診や往診も、「医者は嫌い。ほっておいて」と頑なに拒否していた。 Bさんがおにぎりを3個作り、枕もとに置いたが、「おにぎりはいらない。自分でできる。困っていない」と目を閉じながら、Bさんにも怒っている様子であった。 Bさんの情報から姪のC情報が得られた。 	<p>・包括で緊急ケース会議 緊急受診の必要性を判断したが、本人の強固な拒否のため、断念した。</p> <p>・Bさんに、体調が落ち着くまで、訪問するように依頼した。</p> <p>親族への連絡 Bさんから姪のCさんへ連絡してもらい、地域包括支援センターに電話してもらうよう依頼した。</p> <p>「医者は嫌い。行かない。」「Bさんにお願いするから、役所には世話にならない」と、役所のサービスを拒否している。</p>
平成22年 4月12日	<p>Bさんと待ち合わせ家庭訪問</p> <ul style="list-style-type: none"> 本人は、昨日のおにぎりは半分程度しか食べておらず、臥床していた。 Bさんが購入したリハビリパンツもはかず、室内の悪臭がひどい。昨日のおにぎりもそのままであり、冷蔵庫に保存したお弁当等を出す力もない様子であった。 配食サービス勧めるが、拒否。 <p>《救急車要請》 救急隊も病院入院を勧めるも、本人の強固な拒否と親族との連絡が取れず、断念。</p>	<p><緊急入院の必要性></p> <p>救急車要請 体力低下が顕著で、栄養状態も悪化、水分不足などにより、生命の危機を感じ、半ば強制であったが、救急車を要請した。</p> <p>救急車拒否 ・救急隊員は本人に入院を勧めるも、断念。</p> <p>残された問題 「入院拒否」という意思の尊重と生命の危機とのジレンマを感じつつ、行政機関との調整をすることで、救急隊には帰つてもらった。</p> <p>救急車要請するも、「本人は大丈夫、病院には行かない。病気じゃない。の一点張りであった。</p>

平成22年 4月13日	<p>翌日、姪とBさんと家庭訪問</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護付き老人ホームに入所が決定するまで、Bさんが毎日通い、面倒をみることになった。 本人の希望は、「体調が良くなるまで、Bさんに面倒を見てもらいたい」と言いつつ、「もういつ死んでも構わない」とも言い、受診は頑なに拒否であった。 <p><姪からの説得></p> <ul style="list-style-type: none"> Bさんの腰痛が悪化し、面倒をみことができないという理由で、介護保険申請の準備を進め、同意してもらった。 	<p>今後の方針 施設入所の手続きを進める</p> <ul style="list-style-type: none"> 包括では、独居生活は限界と判断し、体力が回復し入所施設が見つかるまでは、即日入所できる介護付き有料老人ホームへ入所する手続きを進めた。 	<p>本人は相変わらず、入院は拒否、Bさんに面倒見てもらう。死んでも構わない」という。</p> <p>姪の説得により、短期間なら、老人ホームへの入所は了解した。</p>
平成22年 4月15日	介護保険の申請のため内科医往診 介護認定も同時に実施 医師より、血液検査の結果、栄養状態が悪く、入院が妥当と連絡が入った。	介護保険の申請の準備	
平成22年 4月18日	<p>・高齢介護課、地域包括で家庭訪問</p> <p>高齢介護課職員、保健師が状況把握のため、家庭訪問をしたが、本人は拒否しており、面会は出来なかつた。</p> <p>・姪の強引な説得により、当面、介護保険（訪問看護、通所介護）で自宅療養をすることとなつた。</p>	<p>包括と高齢福祉課と会議</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関への入院を拒否しているため訪問看護・訪問介護を利用し、本人の生命を守る方針を立てた。 民生委員、大家さんへ見守りの依頼 	<p>「役所には、用事はないから帰つてくれ！」</p>
平成22年 4月20日	介護保険暫定プラン開始 訪問看護、訪問介護も、1日2回とし、暫定プラン開始	早急に訪問看護、訪問介護を導入し、生命の管理をすることが優先と考えた。	
平成22年 4月30日	介護保険開始7日後、ヘルパーが訪問すると死亡が確認された。		前日は、Bさんが来訪し、布団に寝たままであったが、意識はしっかりとしており、ご主人によろしくとの言葉が最後となつた。

(4) 本事例の問題点と対応のポイント

問題点

関わりの最初から拒否的な事例であったが、キーパーソンである友人のBさんを介しながら支援を行った。急な身体状況の悪化がみられたが、頑なまでの医療拒否があり、介入が難しい事例であった。

(1) 生命に関わるリスクがあるにも関わらず、本人が受診を拒否していた。

地域包括およびキーパーソンであるBさんが生命の危険を感じ救急車を要請したが、本人が受け入れず、医療に繋がる機会を逸した。認知症もなく、会話も問題なく、「もう死んでもいい」が口癖の本人に対して、本人の意思に反して、強引に医療につなげる事が出来なかつた。

(2) 急変時以降、行政機関へ報告はしていたが、展開が早く、行政機関の対応が後手後手にまわり、調整不足は否めない。

対応のポイント

(1) 単身高齢者で介入拒否事例は、ADLが自立であってもハイリスク事例であり、体調不良の場合や急変時への対応を支援計画に入れておく。

(2) キーパーソン（親族含む）との調整

拒否的な高齢者は、親族と疎遠の場合が多いが、近隣住民や古くからの友人等キーパーソンを見つけることが介入初期には重要である。キーパーソンと共に専門職が信頼関係を築きながら、対応していく。

(3) 拒否的となった背景を探る

精神的疾患、認知の問題も見据えながら、生育歴、本人の性格、言動などから推測を立て、支援計画に反映させる。

(4) 本人の人権を尊重できる見守りネットワークの構築

民生委員はじめ近隣住民による見守りの体制をつくり、本人との会話の機会を増やし、無理のない介入をしながら状況が悪化しないよう見守ることが大切である。

事例N○. ⑥高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	17. 汚れた衣類を着用していた	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	15. 身体から悪臭がした	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	(3)	4	5	1	2	3	(4)	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	(5)	1	2	3	(4)	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	(5)	1	2	3	4	(5)
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	(5)	1	2	3	4	(5)
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	(3)	4	5	1	2	3	4	(5)
	22. 服薬がなされていなかった	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠った	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	(3)	4	5	1	2	3	4	(5)
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	(1)	2	3	4	5	1	(2)	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	(3)	4	5	1	(2)	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	(1)	2	3	4	5	1	2	3	(4)	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	(1)	2	3	4	5	1	(2)	3	4	5
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	(1)	2	3	4	5	(1)	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	(1)	2	3	4	5	1	(2)	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	4. 家屋内に悪臭がした	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	3. 廉ったものを摂取していた	(1)	2	3	4	5	1	2	3	(4)	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	(1)	2	3	4	5	(1)	2	3	4	5
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	(2)	3	4	5	1	(2)	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	(1)	2	3	4	5	(1)	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	(2)	3	4	5	1	(2)	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	(1)	2	3	4	5	(1)	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	(1)	2	3	4	5	(1)	2	3	4	5
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	(1)	2	3	4	5	1	2	3	4	(5)
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	(5)	1	2	3	4	(5)

事例No⑦	荷物やゴミなどが散乱した極端な不衛生な住居で、人との接触を強く拒否しながら暮らし、夫の死亡後、認知症でハイリスク状態の独居生活に陥った80歳代女性
本事例のキーワーズ	強い拒否、 認知症、 極端な不衛生な住居、 高齢世帯、
本事例に関わった主な機関	包括センター、区役所、民生委員、医師、所管警察

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	80歳 女性	2)障害老人自立度	不明
3)認知症老人自立度	不明	4)要介護認定・サービス利用状況	未申請
5)既往歴・現病歴	不明		

6)生活歴

夫と二人暮らし。夫は若いころは紳士服仕立て業を行っていた。親族はおらず、実妹は数年前に死去している。誰が訪問しても「私は女学校を出ているのよ、あなたたちとは違うの」と、ドア越しでの簡単な会話で終わるか、または無視をして関わりを拒否している。

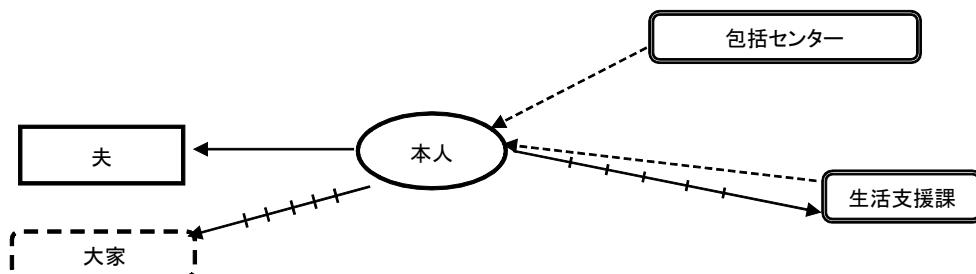
7)発見時の状況

誰が訪問しても、関わりを拒否していたため、手紙やメモに連絡先を書いてドアポケットに入れ、何かあつたら連絡するように伝えていたが、ある日「夫が食事をしなくなった」と地域包括支援センターに来所したため、本人と共に自宅へ訪問した。極端に不衛生な住居であり、社会資源を利用し、健康レベルを少しでも向上できるような関わりが必要があることが考えられた。しかし、大家からの情報では、近所とのトラブルが続いていることや、民生委員との関わりも拒否しているとのことで、すべての人に対する関わりを拒否している様子であった。

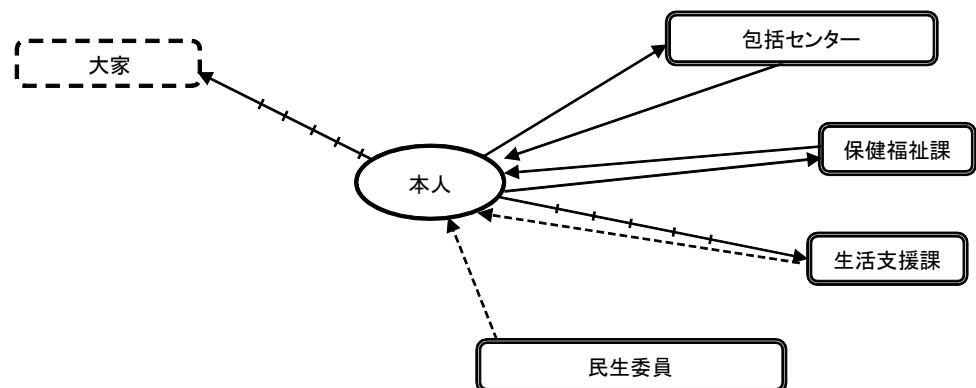
実妹は、数年前に死亡しており、他に親族はおらず、身寄りもない。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
平成19年12月18日 地域包括支援センターへ来所 夫が「食事をしなくなった。」と地域包括センターに来所した。そのまま、本人と共に、自宅へ家庭訪問を行った。玄関先には、荷物やゴミなどが散乱しており、悪臭もひどく極端に不衛生な住居であった。本人に了承を得て、室内に上がり、夫の全身状態を観察した。呼吸、心拍停止を確認したところ、すでに夫は死亡している状態であった。死亡している夫の状態を見ても、本人は動搖せず、ただ状況を受け止める様子があった。本人に説明し行政機関へ通報した。	行政機関の担当者が本人宅を訪問し、警察へ通報した。かけつけた警察官は、「事件性はない」と判断したため、行政サイドで夫の死後の対応、火葬等の対応すべてを行うことになった。	夫の死亡をきっかけに、極端な不衛生な自宅内に沢山の人々が出入りし事態が展開する中、地域包括支援センターの助言は受け入れていた。
平成20年12月19日 区役所の職員と訪問した。「ご主人が亡くなられて大変でしたね。」と声掛けを行った。訪問時、室内には入れず玄関先でドア越しから話すだけであった。	夫の状態の異変に気付かず、夫が死亡しても自分自身では対応が分からなかった事から、認知症の可能性が考えられた。また近隣住民や地域とのつながりもなく、社会と何らかのつながりをつくっていく必要があると考えられた。夫の死による悲しみを共感するため、継続的に家庭訪問を続けた。	
平成20年 2月18日 夫の死亡後定期的に訪問していたが、4か月程経過してから、ようやくトイレの窓を徐々に開け会話をするようになった。顔面には浮腫が見られ、本人も気になっていた。室内には、荷物がゴミの山となり積まれた状態で、片づけられていない状況であった。	夫の死に対して、悲しみを共感するため家庭訪問を続けた。夫の死に対する悲嘆よりも、自分自身の浮腫を気にしている為、対応方法を変更し、本人の体調を気遣う言葉かけにした。区が委託している往診医（女医）を紹介し、介入のチャンスを待った。	これまで、ずっと他者を拒否していたが、地域包括支援センター職員の訪問は、拒否的かつ消極的な態度ではあるが徐々に受け入れていた。
平成20年 5月 1日 往診医（女医）に往診依頼 往診医（女医）と共に訪問すると、初めてドアを開けた。玄関先から室内を見渡すと、台所には、開封された飲みかけのペットボトルや食べかけのおにぎり等が食い散らかされていた。室内には荷物や食べた後のゴミなどが散乱している状態であった。往診医（女医）や地域包括支援センターの職員が入るスペースがない為、玄関先に足を半分入れた状態で血圧測定と採血を実施した。また、介護保険の申請はされておらず、促すが「まだ必要ない」と拒否していた。	往診医の調整を行った。 台所の様子から、長い間台所で調理した形跡もないことが予想された。そして、本人が気にしていた浮腫は、低栄養状態により出現している事がアセスメントできた。高齢者の配食サービスを促したが、「ドアポケットに入れておいて」というのみで、実際には利用しなかった。往診時、介護保険の申請については、地域包括支援センターの職員と区役所の職員が一緒に本人に再度促していくこととした。	
平成20年 7月10日 往診医（女医）の往診は、3回実施できた。血液検査結果も大きな異常は見られず、本人から「もう女医の往診は不要」と拒否が見られ中止することとなった。往診医（女医）の往診時、医師からも何度も介護保険手続きを促してもらうように連携を取っていた。しかし、プライドが高い性格であり、介護保険に対し抵抗感を示し、頑なに拒否があり、申請までにつながらなかった。	往診医（女医）の往診時、医師からも何度も介護保険手続きを促してもらうように連携を取っていた。しかし、プライドが高い性格であり、介護保険に対し抵抗感を示し、頑なに拒否があり、申請までにつながらなかった。	

平成20年11月21日	訪問時、右下肢に水泡（大）が出来たと訴えがあった。電気毛布の取り扱い不注意による火傷であった。「一緒に同行するから病院に行こう」と促し近医への受診に同行した。	訪問時、地域包括支援センターの職員に自分から心配ごとを訴えるようになった。閉じこもりがちであり、外出も促していきたと考えていた。医療に関しては、以前も往診を受け入れた経緯があることから、受診につなげることで、外出のきっかけとなり、地域包括支援センターとの関係性も広がるのではないかと予測した。近医（往診医とは別の医師）では、電気毛布で低温やけどをした認識がなく、認知症の症状が日常生活へ影響を及ぼし始めているのではないかと考えられた。認知症により、独居の在宅生活の継続性が困難になる可能性も考えられた。	本人の生活態度に大きな変化はないが、地域包括支援センターの職員からの助言に対する拒否的な態度は少くなり、受け入れ始めてきた。
平成21年 2月 2日	次第に徘徊症状が出現した。近隣宅に不法侵入したりと、近所から警察へ通報されるトラブルが発生した。本人に状況を確認すると、「妹の家に行こうと思つて出かけたけれども、妹の家が見つからない」と話す（実妹は数年前に死亡している）。	警察からの通報や近所とのトラブルから、独居生活維持は困難であると考え、区役所のソーシャルワーカーとのケース会議を設定した。	
平成21年 2月27日	区役所のソーシャルワーカーと対応についてケース会議 今後の独居生活は困難と考えられるため、施設へ入所させる方向で本人に勧めていくこととした。 ゴミ等に躓き、下肢に沢山の傷がみられていた。下肢の傷の手当て目的で隔日で近医への受診に同行した。	室内は足の踏み場もないほどゴミが散乱している状態であり、生活環境が著しく悪い状態であった。室内で動き回ることが多く、手足のあざから、ゴミ等に躓き、転倒している状況が予想された。しかしながら転倒やけがをしてそのままになっている。また、身体の清潔保持もできず、浮腫やるい痩が著明であることから、食事もあまりとれていないとアセスメントができた。80歳代で認知症の症状出現もあり、近隣住民とのトラブルが発生していることから、今後の独居生活は困難であり、施設入所についても検討する必要性が考えられた。	下肢の傷の手当て目的で隔日で近医への受診に同行したことで、さらに地域包括支援センターの職員を信頼するようになった。
平成21年 3月	施設への入所に関して、「暖かい部屋に転居しましょう」と説明すると「嬉しいわ、ありがとう」と言い、入所に関する同意はスムーズに得られた。	孤独死はさせたくないため、施設への入所を促し、支援を受けながら生活の質を高め、安心できる生活を判断をする時期であった。できるだけポジティブに受け入れられるように勧める必要があった。	スムーズに施設入所を受け入れることが出来た。

(4) 本事例の問題点と対応のポイント

問題点	<p>社会とのつながりに対し「拒否」している様子であった。「拒否」状態であっても、明らかなうい痩は見られず、コンビニなどで何かしら食べている情報から、少しの食事量ではあるが、口から摂取できていると考えられた。また訪問時窓をあける行動もスムーズで、今すぐに生命の危機ではないことから、強引な介入は必要ではない状態であった。そのため介入や対応は本人の意志を優先して信頼関係を築きながら継続的に関わることで本人の心が開くのを待てる事例であった。</p> <p>対応のポイント</p> <p>(1) 関係性を拒否する事例は、介入までに時間がかかることが多い。しかし、そのような中でも本人がなぜサービス利用の拒否をしているのか、その理由をアセスメントすることや本人なりの考えを知る事が大切であり、根気よく継続して関わっていくことが重要である。</p> <p>(2) 社会とのつながりを拒否しており、地域から孤立する原因となっていた事例である。介入当初は関係性が弱くても、家庭訪問を継続することで、関係性を維持しながら根気よく見守っていく必要がある。他機関と連携しながら、地域包括支援センターの職員も訪問を重ねアセスメントし続け、よりよい支援を提供していくことが信頼関係を築いていく上で重要である。</p> <p>(3) 住み慣れた地域での生活を希望する高齢者の場合、不衛生な状況であっても在宅生活は継続する。しかし、公衆衛生上の問題や近隣トラブルなど独居生活の限界の時期を見極めすることが大切である。 また、長期的な関わりをしていくことで、些細な変化から認知症等の悪化をアセスメントでき、独居生活の限界の見極めにつながった。また、多角的な視点で検討できるように、自治体等の関係機関とのケース会議を密に開催していくことも重要である。</p>
-----	---

事例N○. ⑦高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 生命にかかるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 廉ったものを摂取していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

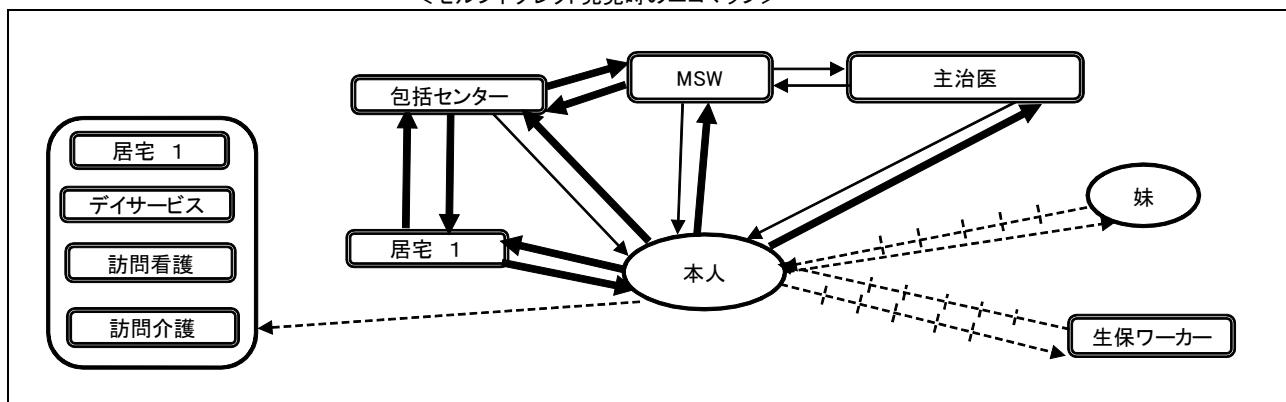
事例No.⑧	心不全による倦怠感や呼吸困難から自立生活が困難であるにも関わらず、介護保険サービスを拒否しつづけ、入退院を繰り返す82歳男性。
本事例のキーワーズ	心不全、猜疑心、支援拒否、独居、孤立
本事例に関わった主な機関	福祉事務所・病院・地域包括・居宅介護・訪問介護・訪問看護

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

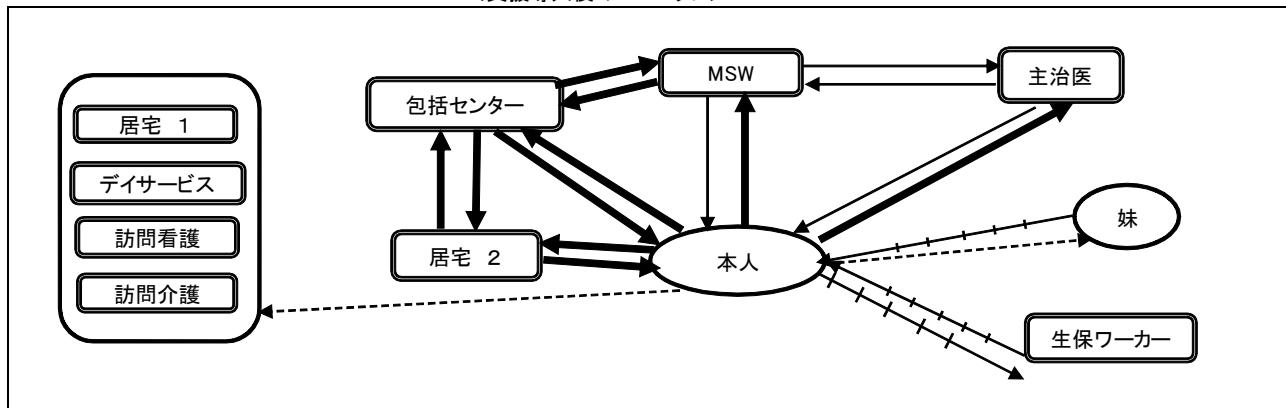
1)年齢・性別	82歳・男性	2)障害老人自立度	J2			
3)認知症老人自立度	自立	4)要介護認定・サービス利用状況	要介護3 サービス利用なし			
5)既往歴・現病歴	出血性胃潰瘍・狭心症・心不全					
6)生活歴 中学卒業後より様々な仕事につき、羽振りの良い時期には責任ある仕事を任され指導的立場でもあったが、50代後半に会社が倒産し、仕事を失う。その後もいろいろな仕事に就くが長続きせず、借金なども重なり、生活保護受給に至る。一度結婚をしたが離婚し子どもはない。兄は早くに他界し、妹とは疎遠になっている。						
7)発見時の状況 心不全があり、外出や買物が一人では難しい事、入浴が出来ておらず、食事が十分摂取出来ていないことから、生保のワーカーから介護保険サービスの利用を依頼されるが、その直後入院・転院となる。介護保険サービスを利用する上で退院許可がおりたため、MSWと共に病院内で退院前調整を行い、本人の同意を得て契約をしたが、退院後は電話に全く出ない、サービスも利用しないといった状況であった。妹がいるが、生保ワーカーから連絡しても折り返しがない状態であった。						

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
支援開始 平成18年 7月 1日		
<u>初回訪問</u> 生保ワーカーから介護保険サービスの依頼があり、生保ワーカーと同行訪問するが、ドアも開かず、電話にも出ない。夕方に、再度一人で訪問するが反応なし。	心不全があることから、最低限の生活状態を維持しなければ、入退院を繰り返すと考え、情報収集と今後の関係作りの為に再度訪問を行った。心不全の症状が辛い時には、身体もだるく、怒りっぽくなったりすることも考えられ、体調や生活を維持していく為に、本人と関わりをもつ必要があると考えた。	本人の反応はなし。
平成18年 7月 4日		
<u>初回面会</u> 本人の外出からの帰りを、1時間位、アパートの前で待ち、生保ワーカーからの差し入れを渡しに来たと伝え、困っている様子がないかを確認を行う。長居せず、自己紹介をし、名刺を渡す。	初めての対面であることから、無理じいをせず、生保ワーカーと連携をとっている事を伝え、怪しい者という疑惑を持たれないよう対応に注意を払いながら、体調や自室の様子を確認し、食事など困っている事がないか確認する。	差し入れを受け取り、自分の体調について話す。
平成18年 7月20日		
<u>緊急入院</u> 電話でも連絡がつくようになったため、介護保険の担当であることを伝える。介護保険サービスを利用してくために、生保ワーカーとケアマネージャーとの同行訪問を本人が了承した矢先、下部消化管出血のため、救急車で緊急入院となる。	本人は病識もなく、食事時間や内容が乱れており、服薬もできておらず、体調によっては買い物も困難であることから、介護保険サービスを利用し、体調を整えていく必要があると考えた。しかし、その矢先に救急車にて緊急入院となる。	病院での療養生活によって、症状が改善される。
平成18年 8月 3日		
<u>退院準備</u> 入院先から近隣の病院に転院となる。転院先の病院に訪問し、MSWや医師と本人の状態を確認をする。生保ワーカーと連携し、退院後の在宅生活に向けて準備を進めていくこととなる。	退院後に、本人が安心して介護保険サービスを利用してく為に、入院中に在宅支援者が本人と面会を行っていく必要があると考え、各機関にその旨を連絡し、了承を得る。	本人は体調が改善され、在宅生活へ向けた予定について受け入れている様子に見えた。
平成18年 8月 9日		
<u>退院</u> 退院時カンファレンスにおいて、医師の指示書も受け、訪問介護・訪問看護・デイサービスの担当者が集合し、在宅支援の方向性を確認し、本人とも面会をする。しかし、退院後は電話に出なくなり、「信用できない」と言い、サービスを拒否する。	本人は病院から自宅に戻ると、がらりと意見が変わる。体調悪化は否めないが、本人の気持ちが落ち着くまで様子を見守ると判断する。体調の確認だけはしつこくない程度に電話をし、生保ワーカーと病院のMSWの情報を交換を行い、本人の状態を確認しながら、介護保険サービス事業者には、次回にも依頼が可能なように連絡をとつておく。	時折、病院の食堂にふらっと出かけて来る本人と面会し、気にかけていることを伝えるが、介護保険サービスには拒否的な反応を示す。
平成19年 8月30日		
<u>再入院・退院</u> 看護師には反抗的で、文句を言ったりするが、MSWや医師との話はムードに受け入れている事がわかる。本人が退院時の雑費を生保ワーカーがごまかしたと言いだし、生保ワーカーに拒否的になり、関係が劣悪となる。	病院のMSWとの関係は良好のため、MSWから情報を得ていくこととする。在宅サービスの話になると本人の拒否が強いため、通院だけは続けるようにMSWから働きかけてもらう。その際に、地域包括担当者も心配している事を伝えてもらう。	生保ワーカーと本人との関係は修復できず。退院後、地域包括の電話にも出なくなる。病院には受診はしないものの、不定期に来ていた。また、地域包括の窓口に一般人を装って来所し、担当者がいるか確認する行為を3回ほどしていた。

平成19年10月20日		
本人より包括へ連絡 本人より、「ヘルパーを利用したい」と突然電話がかかってくる。掃除が希望。訪問すると部屋の中の環境は悪化しており、搔痒感と不眠を訴える。本人と相性の良さそうなケアマネージャーに依頼をし、ヘルパーの利用から介護保険サービスを開始することとする。	本人との相性の良さそうなケアマネージャを依頼をする。また、前回の介護保険サービスのスタート時にネットになったのが「契約書」であることから、ケアマネージャーと連携して、契約の時期やタイミングを見計らうこととする。	ケアマネージャーとも相性が良く、電話をするようになっていった。
平成19年10月26日		
緊急入院 ケアマネージャーに「しんどい。病院に着いていってほしい」という連絡があり車椅子で病院へ。再度入院となる。介護保険サービスが入る直前であった。	これから本人との関わりが主体となるケアマネージャーとの関係が構築されるように、地域包括からは電話などの連絡は入れてない中での再入院であった。	心不全の悪化による入院であった。 治療開始2週間経過した後、突然状態悪化し、永眠される。

(4) 本事例の問題点と対応のポイント

問題点:

本事例は、心不全の状態が悪く、生活を整える必要があるにも関わらず、人嫌い・猜疑心・気に入らないと罵声を浴びせたりすることなどから、生保ワーカーも疲れが見えていた時期に、地域包括への介護保険導入への依頼があった事例である。本人は病識がない上に通院や服薬を全くせず、入退院を繰り返し、退院すれば自室は荷物の山となり、不衛生な状態に加え、食事も不規則であった。お金に関してのみ異常なくらい神経質な面で生保ワーカーを困らせていた。

対応のポイント:

本事例のポイントは、人嫌いな本人にどう接觸して、話ができるようになるかといった事であった。しつこくならないように、ほど良いスタンスで関わりを持ちながら、本人を気にかけていることを伝え続けた。最初の退院時には、本人が退院後安心してサービスを利用できるようにするため、訪問介護、訪問看護、デイサービスの連携機関が集合できるように調整し、入院中に顔合わせを行い同意を得ることができたが、自宅に帰ったとたん気が変わってしまいサービスを拒否されてしまった。しかし、その後も、しつこくない程度に電話をし、気にかけている事を伝え続けた。このことが、本人から地域包括に連絡を入れることにつながり、本人と相性が良さそうなケアマネージャーに依頼をすることから、本人自らケアマネージャーに相談するようにと変化することができた。

事例N○. ⑧高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 腐ったものを摂取していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

事例No.⑨	夫や子どもに先立たれ、60代半ばから独居生活。孤立し不衛生な環境で生活している高血圧・脳梗塞の既往のある83歳女性。		
本事例のキーワード	独居、孤立、不衛生な住宅環境、介護保険サービス拒否		
本事例に関わった主な機関	地域包括支援センター、高齢福祉課、図書館ボランティア、近隣住民		

(1)セルフネグレクト発見時の本人の状況

1)年齢・性別	83歳・女性	2)障害老人自立度	J1
3)認知症老人自立度	I	4)要介護認定・サービス利用状況	未申請
5)既往歴・現病歴	高血圧・脳梗塞（軽度左不全麻痺）		
6)生活歴			

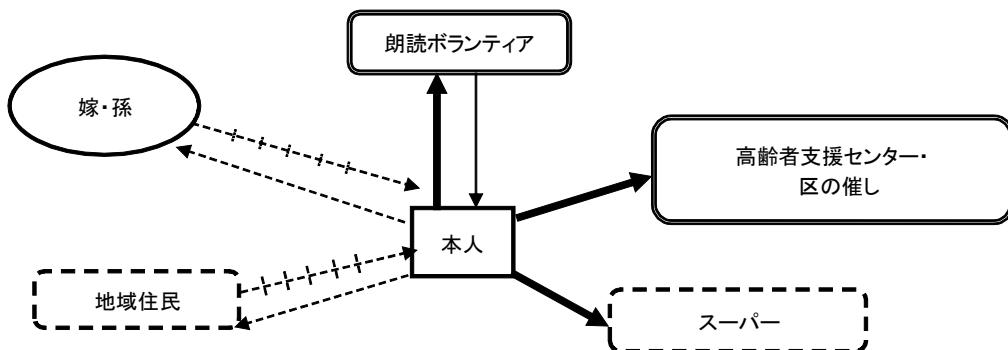
20代に結婚し、弁護士の夫との間には4人の子どもをもうけ、3男・1女を育てた。子どもたちには娘が厳しく、4人とも優秀であった。長男と三男は30代で病気で死去。本人が50代後半の時に夫が病気で他界。溺愛していた次男は自殺。その後、長女も病気を発症して他界と次々と家族が亡くなり、60代半ばからほぼ一人の生活。70代後半に脳梗塞を発症し、左不全麻痺となり、軽度の障害が残っている。

7)発見時の状況

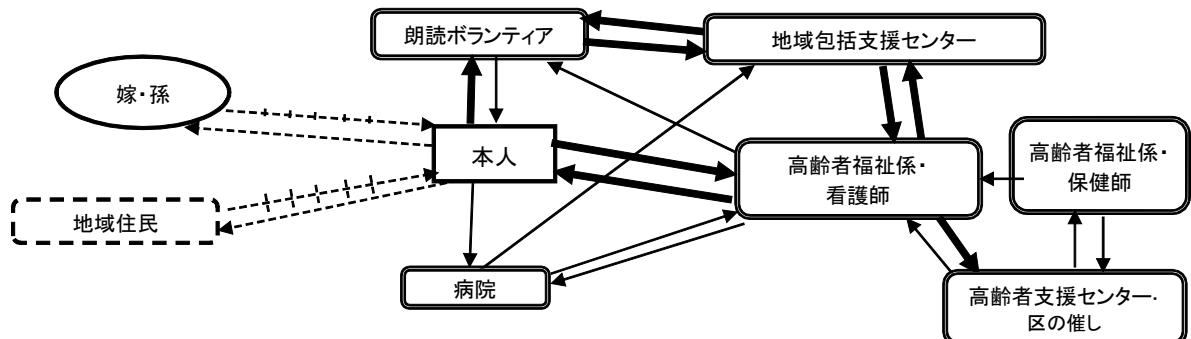
図書館の朗読ボランティアから、「今後の生活について悩みを話しており、一人暮らしのため心配である」と、地域包括支援センターに連絡があり、本人の了承を得て、最初は図書館で面会したが、一般的な説明に終わる。衣類の汚れや軽度の尿臭が気になり、何度か偶然に装い図書館で会話を重ね、自宅まで送っていったところ、玄関前の庭から、大量のゴミが山になっており、蝶やいろいろな虫が庭に飛び交じっていた。本人は、「片付かないが、自分で少しずつやっている」と言っていた。亡くなつた4人の子どもの配偶者とその子（孫6人）がいるが、本人が厳しい関わりをしていたため、親戚も寄りつかない。3男の妻や孫とは時々電話をしている。

(2)本人をとりまく社会関係

<セルフネグレクト発見時のエコマップ>



<支援導入後のエコマップ>



(3) 支援の導入・構築経過(支援導入後のエコマップ参照)

経過	専門職としての働きかけとその根拠	働きかけによる事例の変化
支援開始 平成18年 6月20日		
<u>初回面接</u> 図書館の朗読ボランティアの方より、「地域包括相談にのってほしい方がいる」と電話が入る。一人暮らしの不安を訴えているとのこと。	朗読ボランティアの方に同席してもらい、本人に話を伺うが、ボランティアの方に相談をしていた内容とは全く違うことから、一度に話を聞くことは難しいと判断し、地域包括が高齢者の相談機関であること事を伝える。軽い尿臭や衣類の汚れがあることから、一人暮らしの困難さを感じる。その後、図書館に偶然を装い、面接を重ねる。	初回ではやや警戒し緊張している様子が見られた。何回か会う中で担当者の顔を憶えてくれた様子で、表情が柔軟になった。
平成18年 7月15日		
<u>初回訪問</u> 図書館からの帰りに声をかけたことをきっかけに自宅まで見送っていく。自宅を案内してくれたが、門の入り口からゴミがあふれていた。	包括や担当者のことを受け入れてもらうためには、時間も必要であると判断し、介入へのきっかけづくりとして、何度か話かけを行っていく。	さらに何度も顔を合わせて話すようになったことから、受け入れられ、本人が困っていることや既往歴を話すようになる。
平成18年 7月30日		
<u>訪問指導導入</u> 本人の困りごとは、血圧が高いこと、今後何かあったときにどうしたらよいかという不安があることが聞き出せたことから、かかりつけ医を持ち、何かの時のために介護保険を申請できるようにと本人の了承を得る。ここで区役所の「訪問指導」を申込み、保健師と共にサービスにつながる事をゴールに訪問指導をスタートする。	本人の言動から、これまで一人でやりこなせるという自信があったものの、体調管理や今後のことへの不安があることを聞き取れたことから、その不安を解消するための、かかりつけ医と介護保険の申請について了承を得た。しかし、本人は自宅に関して他者に干渉されることを嫌っているため、訪問指導を導入し、ベテランで相性が合いそうな看護師を指定した。 定期的な訪問指導により本人との関係性を作り、本人の生活上の困り事や心配事を掴み、具体的な介護サービスにつなげていきたいと考えた。	訪問指導が順調にスタートし、本人が訪問指導看護師の訪問を楽しみにするようになった。同時に本人の生活背景や人生の経過も少しずつわかってくるようになった。
平成18年10月30日		
<u>服薬開始・意識変化</u> 区民健診の結果から、高血圧が診断され、服薬が開始される。介護保険の申請も同意され、要介護2が認定される。それと同時に本人が自宅の片付けを気にするようになり、訪問指導看護師と包括で、数回に渡って、自宅を本人と共に片付けた。また、身なりや入浴なども気にするようになり、訪問指導看護師と高齢者支援センターの入浴やヘアカットなども行った。	訪問指導看護師と本人の信頼感が増してきた時期と判断し、相互に情報を交換しながら、①通院の継続、②高血圧等の内服の継続、③食事が概ね摂取できるを目標として支援を行ってもらった。	訪問看護師の対応を通じて、本人は、今まで一人で難しかった生活面が誰かが声をかけてくれたり、ある程度手伝ってくれる事で生活が上手く運ぶ事を実感し、誰かに助けてもらって生活する事に抵抗がなくなってきた様子。 訪問指導看護師への信頼感も増し、年金の額や金銭の状態・親戚との状態なども本人から聞きだせるようになった。
平成18年12月13日		
<u>介護保険サービス導入準備</u> 高齢者福祉の保健師・訪問指導看護師・地域包括で話し合いをもち、介護保険サービス導入に向けて動いていくこととなった。 本人からも包括と親戚が話す事は許可され、三男の妻と子供との連絡がスムーズに行き、何かの時には連絡可能という返事をもらう。	本人が他者への信頼感をもてるようになり、親戚の情報も得たため、介護保険サービス導入に向けて親戚へ働きかけを行う。 親戚の方の本人とのこれまでの経過や思いを聞きながら、体調や今後一人暮らしで難しくなってくる場面（火の元・金銭管理など）を説明し、本人が孫をとても可愛いがっている思いも伝える。今後、何かの時に本人の支援になってもらえないか確認する。	親戚の方には、何かの折には支援をするという事で話はまとまる。
平成19年 1月30日		
<u>介護保険サービスの拒否</u> 本人は介護保険サービスは絶対に利用したくないと拒否が続く。訪問指導は期間的に終了せざるを得ず、包括で定期的にモニタリングしていくこととする。	訪問指導が終了する前に介護保険サービスにつなげたかったが、本人の了承を得ることができなかつた。しかし、訪問指導と共に動いていた事で、モニタリングが継続できていき、体調を確認する事ができる。	親戚の方は協力してくれると、本にも話してくれるが、介護保険に関する事は本人が威圧的出てくる為に提案ができない。

平成19年5月20日		
<p>定期的にモニタリングをしているうちは、本人の状態も良かったが、4月より担当が変わり、モニタリングの頻度が少なくなると、徐々に元の状態に戻っていった。近所からも不安の声が持ち上がったため、「火災警報器」を助成で設置する。親戚の足も遠のく。本人は、訪問指導が入っていた時期よりもかなり痩せ、認知機能も低下しているが、気ままにバスに乗って出かけている。</p>	<p>担当者の変更時に、申し送りを行ったが、訪問指導の終了とともに、包括と本人との関わりが薄くなっている。高齢者の方には、声かけだけではなく、共に行う支援が必要である。</p>	

(4) 本事例の問題点と対応のポイント

問題点:

本人は担当者に対して厳しい言動が多く関わりの難しさがあり、気位の高さから、親戚や地域とうまく関わりが取れず孤立していた状態であった。そのため身体上の心配について相談することができない状態であった。また、関係が構築された後も、最後まで介護保険の利用を拒否し続けていたことは、本人なりの信念や解釈があつてのことと思われるが、本事例での問題点である。

対応のポイント:

(1) ヘルプサインを見逃さず介入する。

何回かの関わりの後に、本当は見られたくないはずの自宅を担当者に見せたことを本人からのヘルプサインと捉えて、根気強く関わり続けた。実際に自宅を見せたことで、本人も相談者に対して構えていたものが楽になるということも考えられる。

(2) 本人が拒否しているものを強要せずに、その時点で利用できる他の方法で対応し、生活の質の改善を図る。

この事例では、介護保険サービスの導入が困難であったため、高齢者福祉係の訪問指導を導入し、看護師が疾患を切り口に本人を心配していること伝え続けた。通院や服薬が継続可能となり援助者と関係がとれてくると、援助を受けて生活が上手く運ぶことを実感できるようになり、生活が改善され、自身で洗濯をしたり、新しい洗濯機を購入したり、衣類にも気を遣うようになり、「美容院に一緒にに行ってほしい」という発言も見られるなどの変化が見られてきた。

(3) モニタリングの継続

声かけや誰かの見守りがあることにより、本人は安心し、自信を回復し、他者と交流をしながらの生活ができるように変化した。しかし、その後の訪問指導の終了や、包括の担当者の変更や関わりが変化したことによって本人の生活が元に戻ってしまった。今後は、担当が替わっても継続支援ができるよう支援の方向性を再検討する必要がある。

事例N○. ⑨高齢者のセルフ・ネグレクト事例の介入初期の状態を構成する因子

因子名 因子数	項目	介入(支援)前					介入(支援)後				
		ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある	ない	あまり ない	わから ない	やや ある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置 5項目	16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
地域の中での孤立 3項目	28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置 6項目	23. 慢性疾患のコントロールがなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の放置 2項目	13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不適当な金銭・財産管理 4項目	32. 預金の出し入れができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	33. 金銭の適切な使い方ができなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
不衛生な住環境 6項目	6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3. 廉ったものを摂取していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
奇異に見える生活状況 5項目	20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
必要な医療・サービスの拒否 2項目	21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

第9章 セルフ・ネグレクト介入プログラム（試案）

1. セルフ・ネグレクトの定義と介入のポイント

セルフ・ネグレクト（自己放任）とは、津村によると「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」と定義されている¹⁾。これは、認知症などのような疾患から適切な判断力や意欲が低下しているために自己放任の状態になっている場合（無意図的）と、判断力や認知力が低下していないが本人の自由意志によって自己放任の状態になっている場合（意図的）も含む。本研究でも、すでに述べたように津村の定義を用いた。この津村の定義はセルフ・ネグレクトという幅広い構造を持つ現象全体を抱合し、抽象化した理論的な定義であり、現在までわが国における調査研究で多く用いられている。

一方で、現実の援助場面ではセルフ・ネグレクトという現象を一言で表現するのは非常に困難である。これは、セルフ・ネグレクトという理論的な概念が非常に幅広い概念であることによる。具体的にどの範囲の状態（横軸）がどの程度の状態（縦軸）であれば、セルフ・ネグレクトとするのかという問題や、セルフ・ネグレクトの概念は長い時間軸を含んでおり、どの時点での現象をセルフ・ネグレクトと判断するかについても明確な答えが出ていない。例えば、援助の拒否を考えた場合、援助者が上記の定義に当てはまるような状態の高齢者を発見した、発見した時点での状態像で判断するのか、援助に拒否があった時点でセルフ・ネグレクトと判断するのかという問題が生じる。場合によっては、数回目の訪問で援助に結びつく場合もあると思われる。この場合、セルフ・ネグレクトとはいいったいどの時点の状態を言うのだろうか。

これらの問題に関して、明確な答えを出すのは現時点では困難であり、今後詳細な研究が必要である。また、明確な他者からの権利侵害である高齢者虐待と異なり、自らの意思でこのような状態にある者も多く、安易にセルフ・ネグレクトとして断定してしまうこと自体が権利侵害と表裏一体の関係にもある。しかし、この理論的定義に当てはまる状態像にある高齢者は確かに存在する。そして、多くのセルフ・ネグレクトの理論的定義に当てはまる高齢者が、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥っているということを認識し、見逃すことがあってはならないと考える。セルフ・ネグレクトを明確化することも重要であるが、最も重要なことは、客観的に援助が必要な状態に着目し、その生命・生活を守ることである。つまり、援助専門職が専門家として、客観的に支援が必要と判断する状態に対して、いかに対象者の権利を尊重しながら介入していくかが課題であると考える。

そこで、本研究チームでは、研究の成果から、セルフ・ネグレクトの状態を示す具体的なチェックリストを作成し、生命のリスクや生活の安全に焦点を当てた介入ツールを開発したので、その活用時期・段階を含めたプログラムとしてここに報告する。本来ならば、より詳細な研究を進めた後にこのようなプログラムを提示すべきところであるが、生命や健康に影響を及ぼすセルフ・ネグレクト状態の高齢者を早期に発見することや、予防することが最優先であり、未熟なものであっても介入プログラムとして提示することで示唆を得ることが重要であると研究者らで判断した。地域包括支援センターをはじめ、関係する機関に活用いただき、さまざまな意見をいただくことで、チェックリストや介入ツールを改善し、より活用できる介入プログラムとなるよう更なる検討をしていきたいと考える。

2. 介入プログラムと各ツールの概要

セルフ・ネグレクト介入プログラムは、①通報・相談受理、②事実確認、③アセスメントと緊急性の

判断、④支援計画立案、⑤介入・支援の実施、⑥評価に基づいて作成した。以下に、介入プログラムおよび介入ツールの概要について説明する。

1) セルフ・ネグレクト介入プログラム（図1）

セルフ・ネグレクト介入プログラムは、前述したように、①通報・相談受理、②事実確認、③アセスメントと緊急性の判断、④支援計画立案、⑤介入・支援の実施、⑥評価の順序である。ポイントは、緊急性（重症度）の判断である。セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は援助の拒否がある場合が多く、サービスを受け入れるまでに何度も訪問を繰り返すなど、長期的な計画に基づいた支援が必要な場合が多いと考えられる。一方で、発見時に既に極度の脱水や低栄養、疾病の悪化など生命の危機にある場合も多い。そのため、まずはアセスメントの段階で、緊急介入のケースか、長期的な計画に基づく介入かを見極める必要がある。また、長期的な介入に移った場合でも、緊急時の対応方法を決めておくことで、生命のリスクを最小限に留めることができる。図1では、このような視点に立った、介入のフロー図を示し、各ツールをどの段階で使用するかについて明記した。以下、図1を参考にツールの使用手順について述べる。

2) セルフ・ネグレクト発見；セルフ・ネグレクトが疑われるサイン（図2）

高齢者虐待については、高齢者虐待防止法に通報の義務や努力義務、関わる職種には発見の努力義務が課せられているが、セルフ・ネグレクトについては高齢者虐待に定義されていないため、発見や通報がなされない、あるいは遅れる可能性がある。これまでの文献¹⁾²⁾³⁾を参考に研究者らで検討し、「セルフ・ネグレクトが疑われるサイン」を作成した。関わる職種、民生委員、地域住民に広く周知し、まず発見や通報・相談が必要であることを地域の人たちに認識してもらうことが重要である。

3) 相談受理票（図3）

セルフ・ネグレクト相談受理票は、初回の相談時に使用するものである。各機関すでに使用しているものがあれば、それを使用することで代用可能である。

4) セルフ・ネグレクトチェックリスト（図4）

セルフ・ネグレクトの状態把握の際に使用するものである。研究者らで、全国調査の結果から介入初期のセルフ・ネグレクト事例の状態について分析した結果より、当初 34 項目であったセルフ・ネグレクト状態を構成する因子を検討し、33 項目とした。33 項目のあてはまるところに○をつけ、最初のアセスメント時に使用する。また支援導入後、支援の効果を測定し、ケア会議などの際に関係者間で共有するツールとしても使用できる。

5) 基本情報シート（図5）

基本情報シートは、「本人の状況」、「セルフ・ネグレクトになったと思われる要因」等で構成されている。「セルフ・ネグレクト発見時の本人の状況」、「セルフ・ネグレクトになったと思われる要因」は、先行文献⁴⁾⁵⁾や今回の研究結果から、セルフ・ネグレクトの背景や要因と考えられる内容をチェックできるようにした。セルフ・ネグレクトの要因には、身体心理的問題だけでなく、社会的孤立に関する項目を含めた。このシートはセルフ・ネグレクトの状態に関する詳細で多角的なアセスメントをすることを

目的とした。

6) 緊急度アセスメントシート（図6）

対象者の緊急度をアセスメントするためのツールであるが、判定には専門職の意見や判断を参考にすることが望ましい。深刻な精神症状を伴う場合の対応も想定しており、必要なことは保健所と連携するなど、専門機関との関係構築を行なって対処することが重要である。判定された緊急度は本シートに記入するとともに、図8の支援計画表の該当箇所に記入する。

7) ネットワークイメージ（図7）

セルフ・ネグレクト高齢者の支援のネットワークについて、高齢者虐待に関するネットワーク図⁶⁾を参考に、目的と状況に応じて3つの構造のネットワークを作成した。これらの3層のネットワークが有機的に連携することで、幅広い支援ネットワークの構築が可能であると考えられる。支援計画の策定の参考として、目標とするネットワーク構築の参考に活用するものである。

8) 支援計画表（図8）

この支援計画表の特徴は、緊急時の対応方法を策定することを目的としている。セルフ・ネグレクト状態にある高齢者は、既にサービスを拒否するなどした結果、発見時点で、深刻な事態にある場合が多いのが特徴である。いざ緊急事態が起こっても事前に関係者間で計画が決まっていれば、スムーズに緊急介入を行なうことが可能となる。研究結果からも、計画的に見守りを続けながら、事例の転機で一気に介入することが有効であると示唆された。

活用に際して、この計画表は、最初のケア会議から次のケア会議まで有効で、ケア会議ごとに最新のものに更新していくことが必要である。必ず次回の評価時期（次回ケア会議の日時）を計画し、シートに記入する。ポイントは、誰にでもわかりやすいような単純な計画を策定することである。セルフ・ネグレクトに関する支援は、インフォーマルな資源も含めた多くの社会資源を活用した支援が必要であるが、支援者が多くなると情報も複雑になり、混乱する場合も想定される。そのため、誰にでもわかる緊急介入時のサインとその対処方法を決め、重要な点を特に強調したプランとし、複数の関係者で共通認識をもつことが必要である。

9) 支援経過記入シート（図9）

支援経過記入シートは、訪問毎に状況と支援内容を記載していくものである。図7の支援計画表に基づく日々の支援活動の記録であり、内容は次の支援計画表作成の基礎資料ともなる。この支援経過記入シートは、すでに各機関で使用しているもので代用可能である。

10) 支援評価シート（図10）

支援評価シートは、ケア会議の前の評価の際に、あるいはケア会議において、関係者で前回のケア会議で決めた目標の達成度や支援内容の振り返りを行うためのシートである。図4のセルフ・ネグレクトチェックリスト、セルフ・ネグレクト緊急度アセスメントシートと合わせて、ケア会議の資料とすることが望ましい。

3. 介入ツールの使用手順について（図1参照）

①通報・相談受理、②事実確認とアセスメント、③緊急性（重症度）判断、④介入・支援、⑤評価の順に説明する。

①通報・相談受理

支援は、地域・家族もしくは本人の相談からはじまる。この時点では、図3の相談受理票を作成し、事実確認の方法、時期を決定する。この時点で緊急性が高ければ、緊急性アセスメントシートに記入し、それを基に相談後すみやかにコアメンバーによる会議（第1回包括センター内会議）を開催し、情報共有、介入方法を検討することもある。

使用ツール：相談受理票（図3）

②事実確認

次に、セルフ・ネグレクトの事実確認である。事実確認は生命の危機のリスクが高いセルフ・ネグレクト状態を想定し、本人の自宅を訪問することを相談後48時間以内に行うことが望ましい。また合わせてこれまで関係したと思われる機関に、相談歴や対応歴を確認することや、民生委員や住民が相談者である場合には、相談者の個人情報保護を念頭に置きながら、相談者に直接会って事実確認のための情報をさらに聞き取ることがある。事実確認時は、図4のセルフ・ネグレクトチェックリストを活用し、セルフ・ネグレクトの状態をチェックするとともに、図5の基本情報シートの記入、図6のセルフ・ネグレクト緊急性アセスメントシートの記入を行う。

その後

使用ツール：セルフ・ネグレクトチェックリスト（図4）

基本情報シート（図5）

セルフ・ネグレクト緊急性アセスメントシート（図6）

③アセスメントと緊急性の判断

事実確認が終了したら、図5の基本情報シート、図6のセルフ・ネグレクト緊急性アセスメントシートを完成させ、すみやかにコアメンバーによる会議（第2回包括支援センター内会議）を開催する。特に、ここでは図6の緊急性アセスメントシートを基に緊急性のアセスメントを行い、レベルA・Bの場合は緊急時として対応する。

使用ツール：セルフ・ネグレクトチェックリスト（図4）

基本情報シート（図5）

セルフ・ネグレクト緊急性アセスメントシート（図6）

④支援計画立案

長期的な支援が必要なレベルCの場合は、初回の相談後2週間以内に第1回の地域ケア会議を実施する。第1回地域ケア会議では前述した図4・5・6での情報を基に、支援の優先順位、中長期的対応方針、支援者としての対応方法を検討するとともに、図7のネットワーク図を参考に支援ネットワークの

構築と役割の明確化を行う。そして、これらの計画は図8の支援計画表に記入して共有化することが必要である。また、必ず次回のケア会議の時期を明確にする。

使用ツール：セルフ・ネグレクトチェックリスト（図4）

基本情報シート（図5）

セルフ・ネグレクト緊急度アセスメントシート（図6）

セルフ・ネグレクト支援ネットワークイメージ（図7）

支援計画表（図8）

⑤介入・支援の実施

図7の支援計画表に基づいて、いよいよ本格的な支援が開始される。この時期は図7のネットワークイメージを活用し、本人との関係性の確立および介入可能性の確保、健康危機状況の早期発見と対応、フォーマル・インフォーマルサービスの調整、サービス、制度、機関へのつなぎを念頭に置いて支援する。また、緊急時は図8の計画表に基づいて支援する。経過に関しては、図9の支援経過記入シートに記入する。

使用ツール：支援経過記入シート（図9）

⑥評価

評価として、定期的なモニタリングを行うことが重要である。最初のモニタリングは初回相談からおおむね1ヶ月後とする。モニタリングの時期は、ケア会議で決定する。ケア会議時には、必ず次回の開催日時を決定し、それに基づいた定期的なモニタリングの時期の設定を行う。モニタリング内容は状況変化の評価であり、図4のセルフ・ネグレクトチェックリストと図10の支援評価シートを活用して行う。

使用ツール：セルフ・ネグレクトチェックリスト（図4）

支援評価シート（図10）

モニタリングが終了したら、図4のセルフ・ネグレクトチェックリストに記入された情報を、前回の状態と比較した図を作成する。そして第2回のケア会議を実施する。第2回ケア会議では、図4の比較とともに、今までの支援経過から中長期的対応方針の検討と決定、支援者としての対応方法の検討と決定、支援ネットワークの構築と役割の明確化を行い、再度図8の支援計画表の作成を行う。そして、この時点でのケア会議の日程を決定しておく。その日程に基づき、次回の評価日程を決め、新たな計画表に基づいた援助がスタートする。この後は、⑤介入・支援にもどり援助を開始する。

使用ツール：セルフ・ネグレクトチェックリスト（図4）

基本情報シート（図5）※第2回ケア会議時のみ

支援評価シート（図10）

<引用・参考文献>

- 1) 東京都保健福祉局高齢社会対策部在宅支援課：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. 2006.
- 2) 厚生労働省老健局：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）. 2006.
- 3) 津村智恵子、入江安子、廣田麻子他：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). 2006.
- 4) 野村祥平：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 : 1 (4) : p 58 - 75. 2008.
- 5) 埼玉県福祉部高齢者福祉課高齢者虐待防止担当：高齢者虐待対応ハンドブック改訂版：判断基準等資料 22年1月. 2010.
- 6) 厚生労働省老健局：地域包括支援センター業務マニュアル：平成17年12月19日. 2005.

図1：セルフ・ネグレクト介入プログラム（試案）

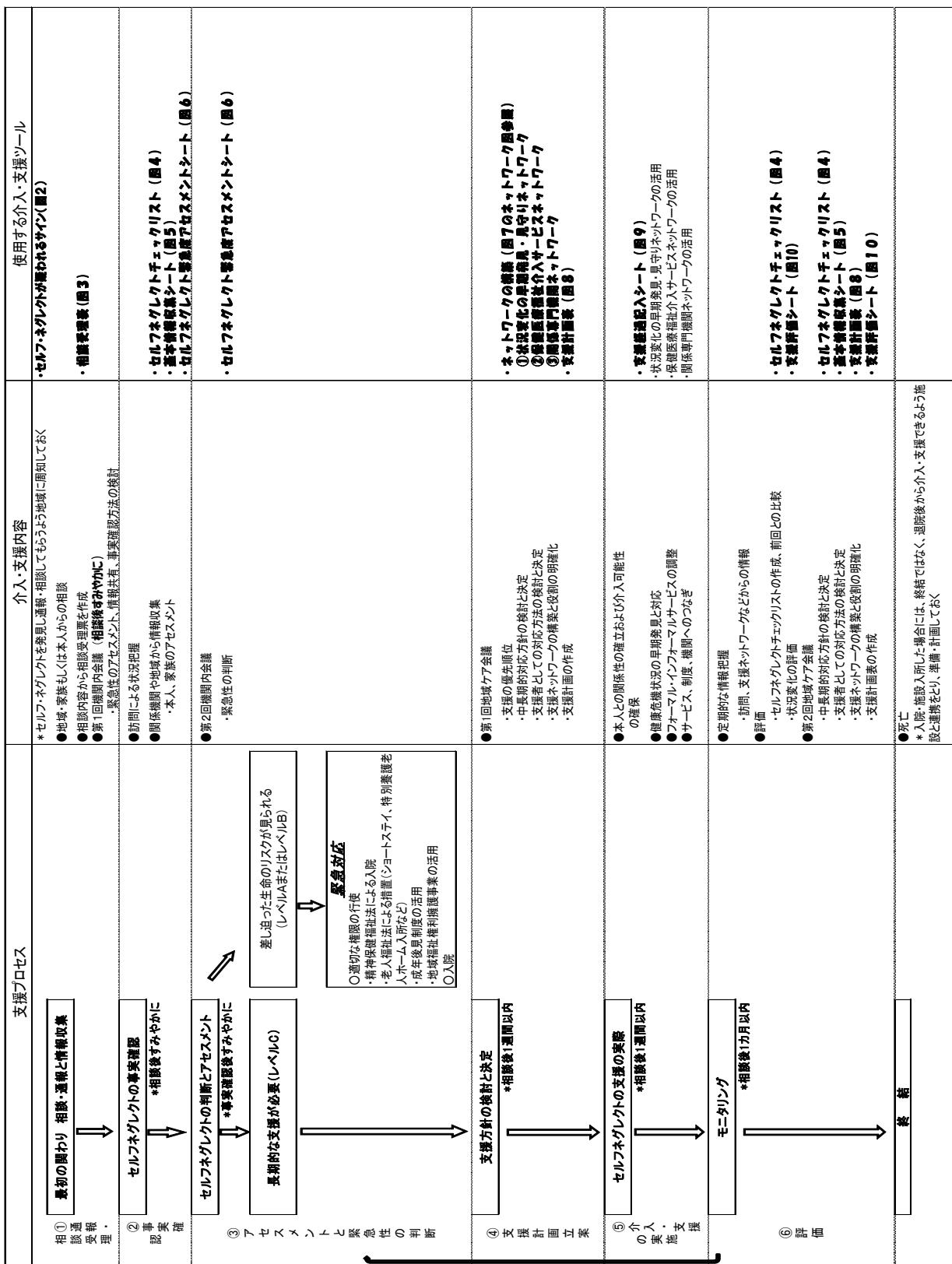


図2：セルフ・ネグレクトが疑われるサイン(試案)

サイン	ある	ない	わからない
<不潔で悪臭のある身体の放置> 寝具や衣服が汚れたままの場合が多い 身体から悪臭・異臭がするようになってきている			
<地域の中での孤立> 自分の周囲に関して極度に無関心になる 何を聞いても「いいよ、いいよ」と言って遠慮をし、世間や周囲に 気兼ねする態度がみられる 無力感、あきらめ、投げやりな様子がみられる 近所づきあいがなく、訪問しても高齢者に会えない、または嫌がる 親族・別居家族の出入りがみられない			
<生命を脅かす自身による治療やケアの放置> 適度な食事を食べていない 適度な水分を摂取していない 必要な服薬をしていない			
<失禁・排泄物の放置> 部屋に下着・おむつ等が散乱している 汚れた下着を身につけるようになる			
<不適当な金銭・財産管理> 新聞・家賃等の支払いを滞納している 経済的に余裕があるように見えるのに、最低限の生活ができていな い 経済的に困っていないのに、必要なサービスを利用したがらない			
<不衛生な住環境> 住居・部屋が極めて不衛生である 住居・部屋が悪臭・異臭を放っている 室内や住居の外にゴミがあふれていったり、虫がわいている 庭や家屋の手入れがされていない、または放置されている			
<奇異に見える生活状況> 長期間、雨戸が閉まっている 電気・ガス・水道が止められている 他人の助言を聞き入れず、極端に健康を害する生活をしている 昼夜問わず、室内の照明がついていない			
<医療・福祉サービスの拒否> 何らかの症状があるが、医師の診断を受けていない 必要な受診や入院の勧めを拒否する 保健・福祉の担当者と会うのを嫌う			
<その他>			

図3：セルフネグレクト相談受理票（試案）

新規・継続

対応者

氏名：

職種：

相談者	氏名：	連絡先	関係：
対応日時	年	月	日 時 分
対象者氏名	性別：男・女		
生年月日	M・T・S	年 月 日	(歳)
住所			
連絡先			
要介護度			
疾病状況			
家族の状況	«家族関係図»	<備考>	
セルフネグレクトの状況	・図2「セルフネグレクトが疑われるサイン」を参考に、問題と思われることを詳細に記載してください。		
その後の対応	訪問・他機関紹介・終結・その他()		

※相談受理票に関しましては貴機関でご使用になられているものでも構いません。

図4：セルフネグレクトチェックリスト（試案）

評価者：

評価日： 年 月 日

		ない	あまりない	わからない	ややある	ある
不潔で悪臭のある身体の放置	入浴がなされていない	1	2	3	4	5
	汚れた衣類を着用している	1	2	3	4	5
	身体から悪臭がする	1	2	3	4	5
	髪・鬚・つめが伸び放題である	1	2	3	4	5
	口腔ケアがなされていない	1	2	3	4	5
地域の中での孤立	他人との関わりを拒否する	1	2	3	4	5
	近隣住民との関わりがない	1	2	3	4	5
	閉じこもり状態である	1	2	3	4	5
生命を脅かす自身による治療やケアの放置	慢性疾患のコントロールがなされていない	1	2	3	4	5
	服薬がなされていない	1	2	3	4	5
	医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る	1	2	3	4	5
	生命にかかわるような日常生活の注意を怠る	1	2	3	4	5
	制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている	1	2	3	4	5
	栄養的に不十分な食事しか摂取していない	1	2	3	4	5
失禁・排泄物の放置	失禁が放置されている	1	2	3	4	5
	排泄物や排せつ物で汚れた衣類や物が放置されている	1	2	3	4	5
不適当な金銭・財産管理	預金の出し入れができない	1	2	3	4	5
	金銭の適切な使い方ができない	1	2	3	4	5
	お金や通帳などが放置されている	1	2	3	4	5
	家賃や公共料金が未払いである	1	2	3	4	5
不衛生な住環境	ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している	1	2	3	4	5
	家屋内にカビが発生している	1	2	3	4	5
	食べ物やゴミが放置されている	1	2	3	4	5
	家屋内に悪臭がする	1	2	3	4	5
	腐ったものを摂取している	1	2	3	4	5
	家屋内にペット類がたくさんいる	1	2	3	4	5
奇異に見える生活状況	ボロボロの衣服を着用している	1	2	3	4	5
	家屋が著しく老朽化している	1	2	3	4	5
	気候に見合った服装をしていない	1	2	3	4	5
	冷暖房器具がなく温度調節がなされていない	1	2	3	4	5
	全裸に近い状態でいる	1	2	3	4	5
医療・福祉サービスの拒否	必要な医療の提供を拒否している	1	2	3	4	5
	必要な保健・福祉サービスを拒否している	1	2	3	4	5

図5：基本情報収集シート（試案）

記入者 _____ 記入日 年 月 日

（1）現在の本人の背景および状況

氏名						
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢： _____ 歳（代）						
住所&TEL等：						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病					
精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ）					
精神状況	うつ傾向・飲酒問題・性格のかたより その他（ _____ ）					
生活状況						
健康状態						
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他（ _____ ）					
介護保険情報	介護認定：未申請・申請中・非該当・要支（ _____ ）・要介（ _____ ）					
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（希望有・希望無し） <input type="checkbox"/> 不明					
	サービス内容：デイ（回/週）・ショート（回/月）・訪問看護（回/週）・訪問					
【家族の状況】 <家族関係図>						
氏名	続柄	同別居	職の有無	年齢	健康状態	
<家族関係備考>						
日常生活の状況 ※該当箇所の□をチェックしてください。	日常生活自立度： 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 不明					
	排泄：	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	介助状況（ _____ ）	
	食事：	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	介助状況（ _____ ）	
	入浴：	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	介助状況（ _____ ）	
	更衣：	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	介助状況（ _____ ）	
	移動：	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	介助状況（ _____ ）	
	睡眠：	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> その他	
	コミュニケーション・感覚器の障害等： <input type="checkbox"/> 有（ _____ ）					<input type="checkbox"/> 無

身体的観察所見 ※該当箇所を○で囲み、必要箇所は具体的状況を記入してください。	血圧（ ）・脈拍（ ）・体温（ ） ※バイタルサインを測定してください。
	発熱（ある・ない・その他： ）
	顔色（紅潮・青白い・どす黒い・普通・その他： ）
	表情（無表情・険しい・おびえ・目が合わない・その他： ）
	やつれ（ある・ない）
	褥瘡の有無（場所と程度： ）
	傷・けが・あざ・やけどなど：（場所と程度： ）
	湿疹・かぶれ（ある・ない 部位： ）
	拘縮・麻痺（ある・ない 部位： ）
	痛み（ある・ない 部位： ）
	脱水（眼窩の落ち込み・強い頭痛の訴え・言語不明瞭・冷感・口腔内の乾燥・その他： ）
	栄養（極端なやせ・極端な肥満・その他： ）
	むくみ（ある・ない 部位： ）
	意識の状態（ある・ない・その他： ）
	肛門・性器の状態（ ）
	その他（ ）
認知・判断 ※該当箇所を○で囲み、必要箇所は具体的状況を記入してください。	認知症高齢者の自立度： 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 不明
	判断能力：問題あり（状況： ）
	問題なし（状況： ）
	不明（状況： ）
	被害念慮・作話・何回も同じ話をする・幻覚・感情の不安定・昼夜逆転・暴言暴行 ・大声を出す・介護への抵抗・徘徊・落ち着きがない ・外出して戻らなくなる・収集癖・火の不始末・物や衣類を壊す・ ・不潔行為・異食・性的な問題行動 その他（ ）
	自傷・他害の可能性（ 高・中・低 ）

(2) セルフネグレクトになったと思われる背景・要因

身体的な問題	精神疾患・心理的な問題	社会的な問題
<input type="checkbox"/> 慢性疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 加齢や疾病によるADLの低下 <input type="checkbox"/> 手帳の対象となる身体障害 (具体的に：) <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 認知症（疑いも含む） <input type="checkbox"/> 気分障害（うつ病など） <input type="checkbox"/> 統合失調症（疑いも含む） <input type="checkbox"/> 人格・性格のかたより <input type="checkbox"/> アルコール問題 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 加齢に伴う理解力の低下 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 借金、浪費癖 <input type="checkbox"/> 近隣、社会との関係の悪さ、孤立 <input type="checkbox"/> 家族との交流がない <input type="checkbox"/> その他（ ）

※埼玉県福祉部高齢者福祉課高齢者虐待防止担当（2010）『高齢者虐待対応ハンドブック改訂版：判断基準等資料22年1月』、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、p58 - 75を参照に改変して作成。

図6：緊急度アセスメントシート（試案）

記入者：_____ 作成：_____ 年 _____ 月 _____ 日

内 容	
緊急 介入 支援	①身体的・精神的に生命にかかわるような重大な結果を生じている 意識混濁、重度の褥そう、重い脱水症状、脱水症状の繰り返し、栄養失調、全身衰弱、下肢や顔面の重度のむくみ、極端なやせ、頻脈、徐脈、脈が触れにくい、呼吸がおかしい、低血圧、発熱、自殺年慮 その他（ ）
	②認知症・精神疾患により、生命維持に必要な最低限の生活に支障をきたしており、措置入院や医療保護入院の対象になるような、自傷他害の恐れが著しいと思われる。 徘徊、昼夜逆転、頻繁な訴え、異食、弄便、大声、不快音、噛みつき、引っ搔き、蹴飛ばし等 顕著な独語・空笑、火やナイフを持ち出す、無動 その他（ ）
	<その他>
相談・調整支援・社会資源活用	①身体的・精神的に今後生命にかかわるような重大な結果が生じるおそれの高い状態が見られる 軽度の脱水、低栄養・低血糖の疑い、入退院の繰り返し、はやせが目立つ、頭痛や下痢 その他（ ）
	②認知症・精神疾患により、生活に支障をきたしている 徘徊、昼夜逆転、頻繁な訴え、異食、弄便、大声、不快音、噛みつき、引っ搔き、蹴飛ばし等 顕著な独語・空笑 その他（ ）
	③ライフラインが途絶えており、生命維持に必要な最低限の生活に支障をきたしている
要見守り・状況確認	④重度の慢性疾患があるのに医療を拒否しているため、生命に関わるような重大な結果が生じるおそれの高い状態が見られる
	<その他>
レベルC（軽度）	①身体的・精神的な影響は部分的であるか、顕在化していない状態であるが、孤立化している ②経済的困窮により、最低限の生活（衣食住等）に支障をきたしている

本事例のレベル（該当箇所に○）

○レベルA・・・緊急保護、入院
○レベルB・・・保護、入院を検討
○レベルC・・・定期的な状況確認・支援 保護・入院の可能性の検討
レベルA・レベルB・レベルC

※支援計画表にレベルを記入
(図7)

※1項目以上該当ありの場合、
高いレベルの条件に従い支援を行う

※副田あけみ「高齢者虐待リスクアセスメントシート」様式を改変して作成。出典は埼玉県福祉部高齢者福祉課高齢者虐待防止担当（2010）『高齢者虐待対応ハンドブック改訂版：判断基準等資料22年1月』。

図7:セルフネグレクト支援ネットワーカイメージ図(試案)

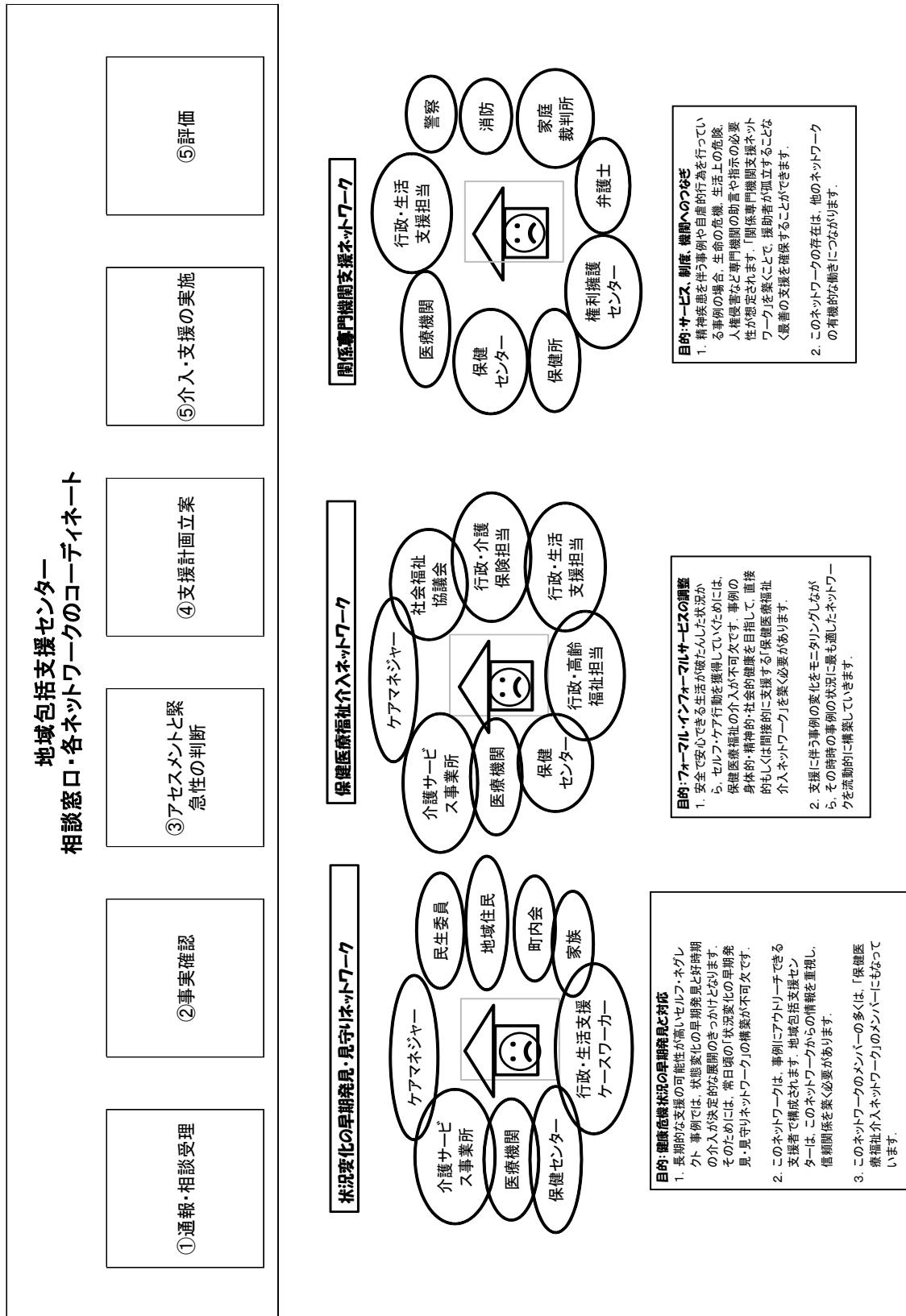


図8：セルフネグレクト支援計画表（試案）

作成者：	年	月	日	作成日時：	年	月	日
本事例の緊急レベル（該当箇所に○）				レベルA・レベルB・レベルC			
<援助の目標>							
<状況変化時の対応方法>							
長期的な目標		予想される状況		対応			
短期目標		予想される状況		対応			
<支援プラン>							
<緊急時の連絡先>							
機関名 内容 備考							
予想される状況 対応							
<緊急時の連絡先>							

図9：セルフネグレクト支援経過記入シート（試案）

日時	状況	支援内容

※支援経過記入シートに関しましては貴機関でご使用になられているものでも構いません。

図10：セルフネグレクト支援評価シート（試案）

記入者： 記入日： 年 月 日

1. 援助内容 サービスの導入、サービスの追加、専門的な支援、養護者支援、見守り、 入院、介護保険によるサービス、措置（ショートステイ・特養）、 その他（ ）	
2. セルフネグレクトのレベル レベルA レベルB レベルC その他（ ）	
3. 援助目標の達成度（※評価者の言葉で記入してください） 長期目標： 短期目標：	
4. セルフネグレクトの各項目と、それに対する対応の記載 (図4のチェックリスト再作成後の表と比較して現在の状況を評価者の言葉で記入してください)	
セルフネグレクトの状況	<セルフネグレクトの具体的な内容と支援状況>
不潔で悪臭のある身体の放置	
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	
失禁・排泄物の放置	
不適当な金銭・財産管理	
不衛生な住環境	
奇異に見える生活状況	
医療・福祉サービスの拒否	

第10章 海外の視察報告

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者の支援に関する法律（以下「高齢者虐待防止法」）が、2006年11月に議員立法として成立してから、5年が経過しようとしている。高齢者虐待防止法は、通報の義務、立ち入り調査等、高齢者の保護のみならず養護者への支援も含めた内容が規定されている。しかし、厚生労働省報告¹⁾によると平成21年度に高齢者虐待の事実が確認できた事例件数は15,615件であり、高齢者をめぐる状況はいまだ深刻下にある。虐待事例は、問題が複雑で多岐にわたるため、行政担当者や地域包括支援センターの職員も多くのストレスやジレンマを抱え対応している現状である。そして困難事例の中には、サービスを拒否する高齢者で自己放任・自虐（セルフ・ネグレクト）と思われる事例も多いが、セルフ・ネグレクトに関しては、高齢者虐待防止法には規定されておらず、定義も介入方法も未確立のため、関わっている自治体や担当者の熱意や判断にかかっているのが現状である。

アメリカにおける高齢者虐待の定義は、州により異なるが、多くは身体的虐待、経済的虐待、心理的な虐待、不適切な扱い、積極的で意図的な放任（active neglect）、消極的で意図的でない放任（passive neglect）、自己放任（self-neglect）等があり、日本とは異なっている。さらに対応においても成人保護機関である Adult Protect Service（以下 APS という）には、身体的・精神的な疾患などが原因で虐待を受けるリスクのある脆弱な成人を保護するプログラムがあり、サービスを提供することを規定している。

研究者らは2009年にアメリカ、2010年にイギリスに視察した。

アメリカ視察の目的は、セルフ・ネグレクト研究の第一人者である Dr.James G. O'Brien 先生に研究的示唆を得ることと高齢者虐待対応の先駆的国家であるアメリカの APS で高齢者虐待防止のシステムと対応の実際を視察し、ディスカッションを通して今後の研究の示唆を得ることであった。

Dr.James G. O'Brien 先生は、日本人の私達を温かく歓迎して下さり、また熱心にセルフ・ネグレクト研究についてディスカッションが出来、多くの研究的示唆を得ることが出来た。APS では、職員とのインタビューと電話相談場面の見学が出来た。日本とは予算、職員の研修体制、スタッフ人数等が大きく異なることで圧倒されたが、広い管轄地域であっても、オンライン化が充実しているため、緊急時にはスーパーバイザーにもすぐに相談できるシステムが確立されており、現場のスタッフは安心して虐待対応が出来ることを強く感じた。しかし視察の中で、人種・貧困・教育・家族問題等々日本より深刻な問題を抱えているアメリカの課題も垣間見ることが出来た。今後日本では虐待対応にあたり、高齢者の見守り活動など地域特性にあわせた高齢者虐待防止のシステムを構築し、さらにそのシステムを充実していくことが急務であると再認識した。

また、視察後のアメリカでは、高齢者虐待防止に関する大きな展開があった。それは2010年3月23日、アメリカヘルスケア改革案（The Patient Protection and Affordable Care Act : PPACA）がアメリカ大統領のサインによってスタートしたことであり、その制度の中にアメリカ公正法（The Elder Justice Act : 以下 EJA という）が含まれていることである。アメリカでは高齢者虐待防止対応は主に州法により対応している。EJA では、高齢者虐待の連邦政府の対応を審議される仕組みになったこと、次に学識経験者による高齢者虐待助言グループの設置により政策やプログラムに関する提言する、高齢者虐待法医学センターの設置が規定されたこと等々、実践者や研究者、アドボカシー活動に関わる人々が待ち望んでいた内容が盛り込まれた法律として立法化に向けて動きだしたのである²⁾。

多々良は、「EJA は、高齢者虐待に対応するアメリカの法律としてもっとも包括的な、したがってもっとも高額な内容を含むものである。合計 13 の構成部分から成り立っており、これから先の4年間に

750 億ドル近い連邦資金の使用が承認されたのである。」と述べている³⁾。今後は、EJA の動向も含め、大きく変化していくアメリカの高齢者虐待対応の動きに注目していきたい。

次にイギリス視察では、先駆的な高齢者福祉国家の地域支援システムの実際を学び、セルフ・ネグレクトに対する支援を検討するための示唆を得ることが出来た。

多くの視察施設で、ケアの質や評価と財源との関連の話を聞くことが出来た。「Putting People First」の理念に基づき、サービスの質を落とさず、職員、機関同士が連携している話も聞くことが出来た。市の経済状態が逼迫し予算削減の中、従来の定型化されたサービスではなく、自立促進のために使われる Personal Budgets (個人の予算) の説明を受けた。この Personal Budgets による評価は、介護度の変化ではなく、本人の設定した「自立」に対する評価であること、これは研究者にとって目からうろこであり、新たな視点を学ばせていただいた。

また本研究における視察では、多くの方々のご協力を得た。関係各位に感謝申し上げたい。アメリカ視察では鈴木美穂氏、またイギリス視察ではワイマント直美氏には全ての行程に同行と通訳もお願いした。深く感謝する。最後になったが、淑徳大学多々良紀夫教授には、Dr.James G. O'Brien 先生との調整のほか、アメリカ視察に関して多くのアドバイスをいただき、心より謝意を申し上げる。

1. アメリカ視察の概略

月日	視察地	視察の概要
2010 年 2 月 19 日 (木)	成田発・ヒューストン着 ヒューストン発・ルイビル着	
2月 20 日(金)	ケンタッキー州ルイヴィル大学	セルフ・ネグレクト研究の第一人者である Dr.James G. O'Brien 先生から研究内容や概念等について講義を受けた後、ディスカッションを行った。概念や介入方法について、多くの研究的示唆を得た。
2月 21 日(土)	ルイビル発・ニューヨーク着	
2月 22 日(日)	ニューヨーク The Mount Sinai Medical Center	Nurse Practitioner (以下 NP) の機能と役割の実際を伺った。アメリカにおける看護教育や教育体制、NP の役割と責任について情報を得ることが出来、日本の在宅看護に不足している地域システムや看護の発展性について考えることが出来た。
2月 23 日(月)	1) ニューヨーク市 A P S (Human Resources Administration Department of Social Services) 2) New York University College of Nursing	1) ニューヨークで勤務する管理者や社会福祉士から高齢者虐待に対応する実際を伺い、施設見学も通し、システムティックに高齢者虐待に対応していることが理解できた。 2) Carolyn Auerhahn 先生より、アメリカの高齢者虐待の実情を伺った。虐待者へのサポ

		ートについてディスカッションを行った。セルフネグレクトも含め、高齢者のエンパワメントの必要性や研究の必要性等の共通点も認識できた。
2月 24 日(火)	Jewish Home	高齢者施設を視察し、施設内虐待防止のためのオンブズマン制度について伺う事が出来た。また高齢者虐待事例に関わったことのある社会福祉士と看護師から、事例への対応の実際を伺った。家族が高齢者虐待の事実を否認することや通報することに対して躊躇していることなど、日本と類似していることも理解でき、家族支援の共通性も見出すことが出来た。
2月 25 日(水)	ニューヨーク発	
2月 26 日(木)	成田着	

1) 2009年2月20日(金)

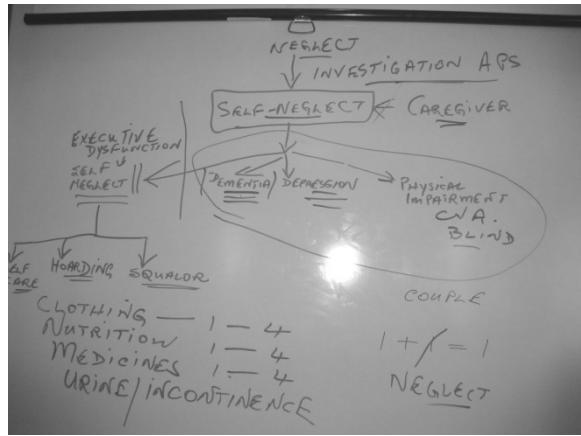
○ Dr.James G. O'Brien 先生へのインタビューおよびディスカッション

場所：ケンタッキー州ルイヴィル大学

視察内容：セルフ・ネグレクト研究の第一人者であるオブライアン先生に、セルフ・ネグレクトの研究や概念等について講義を受け、意見交換をすることが出来た。

当日は、セルフ・ネグレクト事例を通して状態像や対応を医学生に示すためのオブライアン先生が作成した教材（DVD）を拝聴し、それを基に意見交換を始めた。DVD の事例は、4 年間 3 食ともバナナとシリアルしか食べていなかったほぼ寝たきりの状態の事例であった。APS から通報があり入院。その後、積極的な治療に対して、本人と妻との考えに違いがあるという事例であった。この DVD を通して、ご本人が医療やケアを拒否していたこととハートアタックや胃瘻造設時に、家族が彼の意志を無視して意志決定をしたことの二つの問題があることを共通認識できた。

セルフ・ネグレクトに対する支援には、「生命にかかわること」と「社会で暮らしている」ことの縦軸と横軸の視点があり、今後も二つの考え方を基に研究していく必要性も一致した事であった。日本でもアメリカにおいても、セルフ・ネグレクトを医学モデルだけで病態を理解することは非常に難しい。オブライエン先生の研究では、医師がセルフ・ネグレクトを報告しないという結果であったと聞いたが、これは日本も同様であろう。今後、地域では医師をも含めた多くの職種と論議を重ねていき、地域の特性を生かした方法で、セルフ・ネグレクトに対してシステム的に介入していく必要性を実感した。



セルフ・ネグレクトの概念の説明を受けた。

2) 2009年2月21日(月)10時~12時

○ ニューヨーク市APS Human Resources Administration Department of Social Services (HRS)
視察内容

(1) ニューヨーク市APS (Adult Protective Service : 以下APS) の状況

- ・ニューヨーク市の人口は約820万人で市内は5地区の行政区にわかれ、それぞれの行政区にAPSはあるが、私達の視察場所は、マンハッタンにあるHuman Resources Administration Department of Social Services (HRS)であった。ここでは市の中でも対応するケース数が多く、オフィス全体のスタッフは約15000人でAPS担当は約450人と説明を受けた。相談の内容は、2008年の統計では日常生活の援助や金銭的な追立てなど様々で、虐待(疑い含む)が約15%、経済的搾取(疑いを含む)が17.3%、セルフ・ネグレクト(疑いを含む)は約30%であり、日本との相違を実感した。

(2) 相談の流れと実際

ここでは、全てのAPSのオフィスとリンクしたコンピューターシステムを導入し、電話相談員に相談や通報が入ると、パソコン画面上で数項目のチェックをするシステムが開発されていた。相談内容情報はオンライン上で、全て管理者のPC画面に集約され、管理者は、PC画面上で瞬時に相談の状況がわかるようになっていた。どの相談員が相談中か、どのような相談内容かがわかるPC画面であり、視察中も相談が入っている状況を実際に確認することができ、件数の多さに圧倒された。またどの相談員の机上には、Desk Guide(相談対応マニュアル)がおかれていた。Desk Guideの中に、「24時間以内訪問」、「3日以内訪問」に対する訪問時期や回数の基準⁴⁾が明記されており、日本では明確な基準はないため、基準づくりの参考になった。

- ・緊急性の判断は、スーパーバイザーとともにを行い、その地域のソーシャルワーカーにオンラインでケース連絡をしてから介入の開始となる。主な訪問者はソーシャルワーカーで、APSの対象ケースの判断をすることが目的であり、ケアの対象者と判断するとアンダーケアワーカーに引き継ぎ、ケアプランを考え、サービスを開始するという流れであった。しかし、プランを本人に勧めても、ケースには「No.」と言う権利があるので、同意をとることは重要で難しいとの話であった。

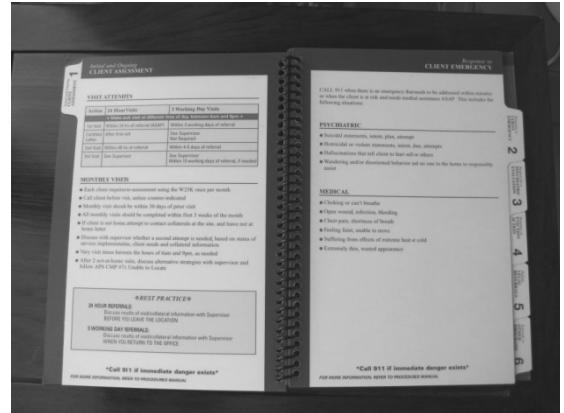
(3) 通報から立ち入り調査にいたるまでの流れ(困難事例対応の実際についてインタビュー)

通報により訪問するため、対象者自身は、誰が何のために来訪しているのか分からず、玄関先で拒否されることも多い。実際に担当者は「拒否もそのケースの権利である」と話していた。実際には、裁判所で強制介入命令(Involuntary Intervention)が出ていないと介入はできず、通報で得た情報を元に法

的手続きの書類を作成する。裁判所の許可があれば警察と共に家庭訪問をして、その家のドアの鍵を壊してでも入ることができる。そこで初めてアセスメントをして、APSの対象ケースかどうかを決める判断をするという実際の話を伺い、日本にはない法的裏付けのある介入システムだと実感した。



相談内容を集約しているホスト PC



Desk Guide (相談対応マニュアル)

2. イギリス視察

1) イギリス視察行程

月日	視察地	視察の概要
3月21日(日) 3月22日(月)	Newcastle International Airport 着	
3月23日(火)	1) Newcastle Adult & Culture Services An Introduction,.Tony Metcalf 2) Personalization –Mr Colin Williams ,Head of Transformation 3) Adult social care and Social Care Direct ,Davud Forster 4) Charlotte Straker Residential and Nursing Care ,Corbridge	1) ニューキャッスル市庁舎内で、Mr.Tony Metcalf 氏より、市の高齢福祉に関する各部署の責任者からの講義を受けた。イギリスにおける高齢福祉の歴史的変遷やニューキャッスル市のソーシャルサービスに関する改革の具体的な話を伺い、多くの知見を得た。 2) 特養ホームを視察し、看護師と GP (家庭医) から説明を受けた。家庭医 (General Practitioner : GP) から紹介の Bed, 緩和ケア Bed, ナーシングケアの Bed 等が混在している特徴があり、入院前や退院後のサポート機能を併せ持っており、地域との密な連携の実際を伺い、多くの知見を得た。
3月24日(水)	1)Safeguarding Adults,Shieldfield Centre Introduction to Safeguarding,Manager Margaret Lester 2) Safeguarding practice,Shoena	Newcastle Safeguardingにおいて、市内の高齢者虐待防止やセルフ・ネグレクトに関する各機関の担当者から説明を受けた。 Newcastle Safeguarding (成人保護機関) の概要と実際、脆弱な高齢者を犯罪から守る地

	Duffy,karen Wright 3) A Health perspective,Mary Burns and Suzanne Scott 4) The Dignity Network,Andrea Marshall 5) Deprivation of Liberty,Linda Gray 6)MAPPA,Jackie Cox	域システム、高齢者の人権を守る機関などから、各機関の事例への対応をも伺い、多機関が関わっている地域システムについて、多くの知見を得た。
3月25日(木)	1)Connie Lewcock Resource Center-Connect for Care(Digital Care) 2) Tour of Connie Lewcock Resource Centre 3)Byker Lodge Resource Centre	1) Dr.Sanjeet Pakrasi 先生から、セルフ・ネグレクトの概念や事例への対応について、講義を受けた。 2) デジタルケアの開発者である Dr.Sanjeet Pakrasi 先生と Dementia Care Technologist の方から、デジタルケアについて説明を受け、デモンストレーションも見学した。独居の認知症の方が在宅で生活するための Web を通したアプローチについて、最新の知見を得た。 3) チャリティで経営されている認知症グループホームの見学と説明を受けた。
3月26日(金)	1)Dementia Care Partnership,The Bradbury Centre 2) DCP Independent Supported Living Gouse 3)The Quality of Life Partnership	ニューキャッスル市における高齢者のボランティア団体のある機関に見学と説明を受けた。
3月27日(土) 3月28日(木)	移動日	

2) 観察日時：3月23日（火）

○観察場所：ニューキャッスル市庁舎内にて、高齢福祉関係の各部署の責任者から説明を受けた。

（1）予算削減の中での行政の考え方

観察はニューキャッスル市庁舎で、市の高齢福祉関係の各部署の責任者の方々から、イギリスの長い福祉国家が歩んできた歴史と現在の行われている施策や残された課題について説明を受けた。財政が逼迫した状況下で、費用対効果に着目したベストバリューフォーマー、結果が良ければあらゆることを試してみるという柔軟な考え方や新たな施策に取り組んでいることを窺い知ることが出来た。担当者から、高齢者施策に関するレクチャーを受けたが、サービスは量から質へ、またサービスの質を下げずボトムアップの発想のもと、施策に取り組んでおり、大きな転換期であることが理解できた。また文化的背景は違うものの、今の日本に必要な柔軟な考え方を学ぶことが出来た。印象的だったことの一つに観察時

期が選挙直前だったこともあるが、福祉に関する税金の使われ方が、政策論争になっていることなど、政党別に明確な政策論点が見えてこない日本との違いを実感した。

* 「Putting people First」「Personal Budgets」導入について

Putting people First「まず人を最初に考えよう」という理念について伺った。具体例として、要介護者が生活上のこと自分自身で決めることが出来るように、相談窓口の一本化もその理念に基づいているとのことであった。

Personal Budgets（個人予算）とは、個人のニーズに合わせて、サービスの種類や方法を柔軟に選択でき、予算管理についても個人に主導権があるという今までとは違う新たなサービス提供の仕組みである。よりエンパワメントされ障害があっても、自立した生活の実現を目指すため、その使途は生活が向上し、自立の促進に使われる予算である。ニューキャッスル市でも、今まででは自宅とデイサービス等に通所するだけでは、コミュニティーとの距離が離れるばかりであり、自立意欲も損なわがちであった。しかし、この Personal Budgets は、自立促進につながることであれば、既存のソーシャルケアのみならず、複数名目のサービス利用に使えることが出来るというまさに地域住民の今までどおりの暮らしを支える仕組みであると実感した。また、Personal Budgets に対する個人の評価は、介護度の変化ではなく、アセスメントの段階でご本人の設定した「自立」に対して達成されたか否か、プラン通りに進んでいるか、Budgets が適切に使われているかということであると説明を受け、評価に対する新たな考え方を学ぶことが出来た。ニューキャッスルは、Personal Budgets への移行を 2011 年の 4 月までに全て終らせる計画で、順調に進んでいるとのことであった。今後この Personal Budgets の動向について注目していく、日本においても Personal Budgets やこの考え方を検討していく必要性を実感した。

* 高齢者に関する相談の実際

ソーシャルケアダイレクト（ニューキャッスル市全体の相談を受けている部署）は、職員は 4 人のソーシャルワーカーと 8 人のコンタクトオフィサーがいる。1 ヶ月おおよそ 1500 件の相談があり、処遇は様々で、アドバイスで終了する事例や他機関紹介で終了する事例もある。

・高齢者、特に認知症とセルフ・ネグレクト事例に対する実際

高齢者の中で申し込み状況が多いのは認知症と記憶障害の事例であり、専門家（医療スタッフ）だけでなく、家族から申し込みもあり、その中には拒否事例もある。

拒否的な事例、認知症、セルフ・ネグレクトの事例では、Mental Capacity Act（日本でいう成年後見人制度）により、精神的疾患の有無や程度、その人の決定能力の見極めをする。当然、その事例の多くの情報を得ることは重要であり、環境のアセスメントとリスクのレベルの情報はとても大事である。リスクが低ければ、その人ができる限りの選択を広げられるようにというアプローチに変わってくる。例えばかなり深刻な精神疾患で、生活が危険にさらされている場合は、権限をポリスや病院等に委譲し、ソーシャルワーカーと 2 人の医師（一人は精神科医）が関わる。

・サービス拒否事例と緊急事例への対応

サービス提供を拒否する例では、ソーシャルワーカーがまずリスクについて考え、本人だけではなく家族にもゆっくりコンタクトをしていく。このような事例のケアの提供については、「とにかくゆっくり説明することが大切。例えば、1 週間に 1 回、ひとつぐらいのペースで進めていきます。そうすると生活が崩れない」という担当者の具体的な介入方法は今後の関わりに参考になった。また、クライシスな逼迫した命の危険の考えられる事例は、きちんとしたアセスメントをして病院に連れていく。つまり成年後見制度に基づき、行動を起こすことが大切であることも説明された。

・セルフ・ネグレクト事例への対応

ゴミ屋敷同然の家に住んでいた事例を伺った。ニューキャッスル市には低家賃の公営住宅があり、貧困の方が借りていることが多い。プロフェッショナルクリーン（有料清掃業者）を入れても、変化しない。イギリスには、クリーンホームズポリシーというのがあり、家を綺麗にしなければならないというポリシーがある。しかしポリシーがあるにも関わらず、不衛生な状態が続いている場合には、契約が自動的に解約され、退去せざるを得ない。

ニューキャッスル市では、ハウジングオフィサーが、入居者のリスクをアセスメントしている。入居者に障害等が出てきた場合には、ソーシャルケアダイレクトに連絡し、ソーシャルワーカーとハウジングオフィサーと共に家庭訪問し、アセスメントし、対応していくことを伺った。

3) 観察日時：3月 24 日（火）

観察場所 Newcastle Safeguarding

（1） Newcastle Safeguardingについて、担当者から概要の説明を受けた。

市の保護機関であり、Safeguarding Adults Board（成人保護に関する主要会議）があり、メンバーは自治体の方、警察、保護観察、救急の病院、地域の病院あらゆる組織の方々で構成されていた。

成人の alerts(アラート：警告、日本でいう通報数は 2005 年～2006 年が 105 件、その後年々増加し、2008～2009 年には 824 件であった。このような経過からセーフガーデンアダルトボードが設立され、住民にとっては通報しやすくなり、あらゆる機関のスタッフ教育がしやすくなったと説明を受けた。

現在の課題は、ケアスタッフが法律をどのように理解し、行使するのかという事とヘルスの部分では、伝統的に家庭医（General Practitioner : GP）は虐待にはあまり関わっていないため、GPへのガイダンスの必要性であるとのことであった。

最近、警察では虐待を深刻な問題として捉え始め、特に経済的搾取に注目しているそうである。たとえば、独居高齢者で家族に家をとられてしまう事例に関して警察がどう介入するかについて問題意識を持っているという説明を受けた。

（2） Multi-Agency Public Protection Arrangements (MAPPA)

イギリスでは、弱い立場に置かれている高齢者を犯罪から守っていくという地域システムについて、保護観察官から説明を受けた。

・機関の概要

Criminal Justice Act にもとづいてできた機関であり、警察、保護観察、刑務所の 3 つの主要機関がある。Multi-Agency Public Protection Arrangements (MAPPA) は、コミュニティーに害を与える可能性のある危険人物（性犯罪や暴力犯罪者等）について警察、保護観察・市などが協力してアセスメント・管理していくというリスクマネージメントをする機関である。その目的は再犯を防ぐことにより、地域を犯罪の脅威から守り、犯罪を阻止したり、犯罪を犯した場合には刑務所に戻す責任もある。

・MAPPA における管理

コミュニティーに害を与える可能性のある危険人物について、レベルを 3 つに分け、管理、マネージメントしている。レベル 1 は 1 つの機関が関わり、レベル 2 になると複数機関で関わる。レベル 3 は経費が発生てくるレベルである。つまりレベル 3 の費用とは、例えば、暴力や性的犯罪を起こすかどうかわからないハイリスクな人は監視下におかなくてはいけないため、見張りのための多額の経費がかかるとの説明であった。また、犯罪者のカテゴリーは、1. 性的犯罪者、2. 一般暴力（殺人者も含む）、それ以外の犯罪者（1 や 2 に含まれないリスクの高い人）の三つにカテゴリーされ、高齢者虐待や DV、精神的

な障害などは、カテゴリー3に該当しているとのことであった⁵⁾。

・事例の実際

性的犯罪者の場合は、警察だけなくマルチの部分での責任を共有する必要性がある。ハウジング（住宅を提供する）部門の人は、住人に関する多くの情報を持っている。市で把握している情報では、子どもがいない家庭が、実際は多くの子どもがいる場合もあり、住宅部門の人たちと情報の共有をすることが重要である。精神障害者の場合も犯罪や再犯のリスクが高いと言われており、このような事例に対し、MAPPAは会議を開き、リスクについてディスカッションしていく。その人が地域で暮らすために、どのような生活やどのようなサポートができるかということを決め、これはJoint decision（共同決断）であると説明を受けた。つまり一つの機関が責任を持つのではなく、関わったグループが責任を持つということであった。縦割り行政の日本では、責任の所在が、Joint decision（共同決断）という事は現実的には難しい印象を受け、日本との相違を感じた。

（3）セルフ・ネグレクト事例の対応について（Dr.Sanjeet Pakrasi先生からの講義）

アルツハイマー等高齢者精神疾患領域等で臨床活動と研究分野において活躍されている精神科医 Dr.サージ先生から、セルフ・ネグレクト事例への対応について説明を受けた。

イギリスでは、セルフ・ネグレクト（Self-neglect）という言葉ではなく、Diogenes Syndrome（ディオゲネス・シンドローム）と言われ、その中にはメンタルに問題のある人やインテリジェントの人もいる。食事を取らず栄養面に問題がある人やゴミを捨てなかつたり集めてしまう等のゴミを溜めてしまう等の問題も起こっている。

・70代の娘と90代の母の二人暮らしの事例。90代の母親が認知症となって特養に入り、収集癖のある娘は一人暮らしとなった。娘はペットを沢山飼っており、死骸も放りっぱなし、悪臭も漂っていた。ソーシャルワーカー（Social Worker：以下SW）が助けようとしても拒否しており、Mental health actを使って彼女にアセスメントをした。法律を行使するには3人が必要であり、SW、彼女に関わっていない医師、精神科医師の3人でアセスメントし、統合失調症という診断が出た。その後、法廷で治療をすべきかどうかを審判したが、法廷の判断は治療すべきという結果が出た。彼女は、強制入院で8ヶ月間入院し、退院後在家で精神科ナースが注射等の治療を継続しながら、現在では、完全にコミュニティーに溶け込み普通の生活をしている。

・アクティブな70代の女性。行動範囲が広く外に出るたびにゴミを溜めこむ。近隣の人が苦情を言い出してきたため、SWが訪問したが拒否されていた。SWは手に負えず、コミュニティーメンタルヘルスチームに依頼がありDr.サージ達が関わった。前述の事例と違う所は、メンタルには問題がなく、彼女の主張は「私の願いでなにが悪い、私がやりたいようにしているので、なにが悪い。栄養のこともわかっている」と主張し、介入の余地がなかった。

この時点ではメンタルに問題がないので、近隣の苦情があるが家の中に入ることができなかった。モニタリングをしたが、外から見守る計画を立案した。この事例は、1年後に認知症を発症したため、介入できた。しかし、メンタルに問題がないと介入は難しい。

このような事例は、精神訪問看護専門ナース、SWと精神科医と一緒に介入しないと解決できない。イギリスではメンタルに問題がある場合は法律があるが、メンタルに問題がない場合は難しい。

・Dr.Sanjeet先生から2事例について、対応に至る経過まで丁寧に説明を受けたが、驚くほど日本と類似点が多くあった。日本においても、精神的に問題もなく意図的にセルフ・ネグレクト状態となっている

事例へ介入は難しい。明確な法的裏付けがないため、関わっている自治体や担当者の熱意や判断にかかっているのが現状である。事例の見守り計画については詳細を伺えなかつたが、日本でも介入できない場合は、見守りを続いている事例が多い。しかし今後はこの“見守り”に対する基準づくりも喫緊の課題であることを実感した。

4) 観察日時：3月25日（火）

観察場所： Connect for Care System

デジタルケアの開発者である Dr.Sanjeet Pakrasi と Dementia Care Technologist の方から、デジタルケアについて説明を受け、デモンストレーションも見学した。

・在宅で暮らす認知症の高齢者にとって服薬管理は大きな問題であり、さらに独居の場合は定時に服薬することはなかなか難しく、大きな問題となっている。認知症で独居の場合は、服薬だけではなく、孤立など他人とのコミュニケーション障害も生じてくる。これらの問題を解決するために開発された機器についてその実際を見学することが出来た。

・デジタルケアの実際

ホスト側のパソコンと認知症高齢者ご本人の自宅に設置されたパソコンと一体となった開発された機器により、Web カメラを通し会話をされている実際を見学した。開発された機器は、スイッチやボタンではなくタッチするだけになっており、その下に設置されたピルケースとセットになっていた。認知症の高齢者の方は、タイマーによって機器から服薬指示の声が聞こえるため、自然に機器に近づく。そして機器から飛び出したピルケースの中にある薬を自分で取り出し服用する。施設側は、服薬状態を Web カメラを通して確認できる仕組みになっていた。（写真①）

・実際に使っている方の共通点は、アルツハイマー等により記憶が衰退し始めている、ADL が鈍くなっている、自力で外に出られない、家族は遠方、独居等である。多くの方は、使い始めは説明もステップバイステップだったが、今では自信を持って使っているそうである。それは開始当初から、「コンピューターを使いましょう」とは一切言わず、パソコンに慣れることを第一として、とにかくエンパワメントすることだと説明を受けた。この機械は、認知機能が落ちる初期段階の導入は効果的ではあるが、それにはやはり家族の協力も必須であるとも感じたが、一方で機械に触り、徐々に慣れてきて、そのうちには使いこなせるという人間の適応能力についても再確認でき、説明で理解するより順応していくまで待つことの大切さも学んだ。

・デモンストレーションで実際のやりとりを見学した（写真②）が、にこやかな表情の認知症高齢者の方が、友人と共に画面上に映り、視察者達と会話させていただくことも出来た。Web カメラ上ではあるものの、画像を通して、独居の認知症高齢者自身の安否確認のみならず身体状況、生活実態も把握でき、さらに服薬管理も可能であることが実感できた。デジタルケアは、決して服薬管理だけの遠隔操作ではないことも理解できた。

日本では、多くの分野において Web 上のコミュニケーションツールは開発され実用化されている。特に遠隔会議や大学における講義なども、実用化されている。しかし医療分野では遠隔医療等も試行されているものの一般化には程遠く、特に独居の認知症高齢者の方への Web を通したアプローチは全く未開発分野であろう。今後、在宅における様々な機器の開発が独居の認知症高齢者のみならず、超高齢社会の日本では、必要なツールであることが実感できた。



5) 観察日時：3月 26 日（火）

観察場所：The Quality of Life Partnership

（1）概要と対象者について

The Quality of Life Partnership は、様々なボランティア組織を統合している施設である。対象者は、ニューキャッスル市に住むすべての 50 歳以上の中・高齢者である。50 歳を対象とした理由は、高齢に向かって準備をするのは 50 歳で始めるのがベストということであった。その理由は、高齢者は様々な準備ができておらず、とても危機的状況になってから気付くことが多いこと。また親、親戚、友人等介護が必要になるのが 50 歳頃だが介護についての情報がわからない人が多い等であると説明を受けた。

Quality of Life Partnership の使命は、高齢者から意見をダイレクトに受け取り、その声を行政機関を含めた様々な所に届けることをしている。

（2）活動内容と人数について

・「エルダリーカウンセル」というボランティア組織は、ニューキャッスル市の 50 歳以上の住民であれば、誰でも参加できる組織であった。メンバー数は 2000 人程度であり、多くの活動を活発に行っており、また会員相互の交流を図るための新聞は、年 4 回～6 回発行していると説明を受けた。

・ワーキンググループは、①ヘルス＆ソーシャルケア②トランスポート、交通・移動手段③オールダーパーソンズフレンドリーシティーの 3 つであった。ワーキンググループは、独自に開発したチェックリストを持ち、街をチェックする活動等をしており、トイレの設置、町に休めるための椅子の設置の有無等々、高齢者の視点でチェックしていることが理解できた。説明者の女性は、「私たちは市へ改善を求め、改善したことも数々ある」と話され、「まだまだ、変えたいことがある」とにこやかに話されていたが、ニューキャッスル市に住み、ご自分たちの役割を果たしている自負や使命等の熱い思いが伝わってきた。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省ホームページ：平成 21 年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果。
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000vhb9.htm>) 2011.5.2.
- 2) 多々良紀夫：アメリカにおける高齢者虐待防止の取り組み 高齢者公正法（EJA）の成立と今後の課題. 高齢者虐待防止研究, 7(1) : 24-25, 2011.
- 3) 多々良紀夫：アメリカにおける高齢者虐待防止の取り組み 高齢者公正法（EJA）の成立と今後の課題. 高齢者虐待防止研究, 7(1) : 26, 2011.
- 4) The City of New York Department of Social Services : Adult Protective Services Desk Guide. 3-4, 2005.
- 5) Multi Agency Public Protection Arrangements (MAPPA), Northumbria Area Annual Report.7-8, 2008-2009.

【参考文献】

- 1)パトリシア・プラウネル他著／多々良紀夫, 塚田典子監訳：世界の高齢者虐待防止プログラム. 明石書店, 東京. 2004.
- 2)塚田典子,多々良紀夫：アメリカテキサス州の高齢者虐待防止・介入および支援システムに関する研究. 高齢者虐待防止研究, 4(1) : 117, 2008.
- 3)多々良紀夫,二宮加鶴香：老人虐待(1), 83. 筒井書房. 東京. 1994.
- 4)Tatara. T., Thomas, C., Certs, J., et al. : The National Center on Elder Abuse (NCEA) National Incidence Study of Elder Abuse Study: Final Report, 1998.
- 5)津村智恵子,河野あゆみ,和泉京子他：高齢者のセルフ・ネグレクト（自己放任）を防ぐ地域見守り組織のあり方と見守り基準に関する研究－平成 20 年度～22 年度調査（3 年間）報告書＜津村智恵子代表：厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業＞, 平成 22 年 3 月.
- 6)三富紀敬;イギリスのコミュニティーケアと介護者－介護者支援の国際的展開. ミネルヴァ書房, 2008.
- 7)コネクトケアホームページ：<http://www.connectforcare.com>. 2011.5.2
- 8)吉岡幸子, 岸恵美子, 山岸貴子：看護職が担う高齢者虐待の対応と予防～実践事例. 活動から学ぶ. 高齢者虐待防止における日米の対応. コミュニティケア, 12(2) : 68-71, 2010.

第11章 セルフ・ネグレクトの今後の課題

1. セルフ・ネグレクトの判断をめぐる課題

1) セルフ・ネグレクトとは何か

現段階では、セルフ・ネグレクトという現象を一言で表現するのは非常に困難である。それは、これまで述べたように、セルフ・ネグレクトという理論的な概念が、非常に幅広い概念であるからである。具体的にはどの範囲の状態（横軸）がどの程度の状態（縦軸）であればセルフ・ネグレクトとするのか、という問題が生じ、セルフ・ネグレクトの概念は長い時間軸を含んでおり、どの時点での現象をセルフ・ネグレクトとするかについても現段階で明確な答えを出すことは困難である。

例えば、援助の拒否を考えたとき、支援者が上記の定義に当てはまるような状態の高齢者を発見した場合、発見した時点での状態像で判断するのか、援助に拒否があった時点でセルフ・ネグレクトと判断するのかという問題が生じる。場合によっては数回目の訪問で援助に結びつく場合もあると思われる。この場合、セルフ・ネグレクトとはいったいどの時点の状態を言うのかという明確な答えを出すことは、現時点では困難である。

さらに、明確な他者からの権利侵害である高齢者虐待と異なり、自らの意思でこのような状態にある者も多く、安易にセルフ・ネグレクトとして断定してしまうこと自体が権利侵害と表裏一体の関係にあることを否定できない問題がある。しかしこのようなセルフ・ネグレクトの状態にある高齢者の中にも、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥っている者が少なくないことが今回の調査で明らかになった。セルフ・ネグレクトの定義・概念を明確化することも重要であるが、今回明らかになったように、意図的にせよ、無意図的にせよ、客観的に援助が必要な状態であることに着目し、その生命・安全をいかに守っていくかが重要な課題であると考える。こうした援助の視点に立ち、専門職が客観的に支援が必要と考えるセルフ・ネグレクト状態の高齢者に対して、いかに対象者の権利を尊重しながら介入していくかを検討することが、喫緊の課題であると考える。

2) セルフ・ネグレクトの判断

「本人の生き方とセルフ・ネグレクトの境がはっきりしない」「セルフ・ネグレクトに該当するのかしないのか、判断すること自体に非常に悩む」という現場からの声をよく聞く。定義についてはすでに述べたが、その範囲と程度が未だ明確にされていないため、セルフ・ネグレクトを断定することは現時点では難しい。これについてはこれから研究を進めていかなければならないところであるが、まずは客観的に援助が必要な状態かどうかを判断することが必要であると考える。範囲については、すでに「セルフ・ネグレクトチェックリスト」で示した8領域を、程度については、主に生命にどの程度関わるかを判断基準とした「セルフ・ネグレクト緊急度アセスメントシート」を研究者らで試案として示した。

「“本人が良ければ問題ない”とする部分と、“介入して支援するべきである”という判断がとても難しい」と支援に悩む専門職も多いと考えるが、東京都高齢者虐待対応マニュアル¹⁾ではセルフ・ネグレクトを、「支援を必要としている状態」として支援対象にあげている。セルフ・ネグレクトと高齢者虐待は、第3者による虐待か本人自身によるものかの違いであり、高齢者の置かれている状況は変わりない。高齢者虐待でも、高齢者が虐待と自覚しているかどうかにとらわれずに虐待と判断することが重要であるとしている一方、高齢者の意思を尊重しながら支援をしていく必要があるとされている。セルフ・ネグレクトも同様に、まずは客観的に援助が必要かどうかを判断し、その後にその人の人権を尊重しなが

ら支援できる方法を検討することになる。しかしその判断は、個人の価値観に大きく影響を受けることが予測されるため、高齢者虐待と同様に、ケア会議により検討し決定していくことが必要であろう。ただし、生命に関わる場合などは、本人の意思に反する支援が必要となる場合も起こり得る。そのようなときに備えて、会議で方針を決めておくことが必要である。そうした支援を検討するしくみがなく、また責任の所在が明確でないままに支援を個人の判断で行ってしまうと、支援は消極的なものになり、事例の改善は難しい。

3) 意図的なセルフ・ネグレクト事例への支援の必要性

「意図的なセルフ・ネグレクトは、自分で自分がわかっているのだから、介入や支援の必要はない」という考え方があり、現にアメリカでは、意図的であるかを専門職が判断し、認知や判断力に問題がなければ支援の対象としていない州も多い。しかし日本人の歴史的背景、文化的背景を考えると、遠慮や気兼ねから本心を語らない高齢者が少なくなつたため、意図的かどうかを判断することは困難である。また専門職が意図的かどうかを判断する仕組みも整っていない。

個人のライフスタイルの多様化に伴い、真に本人の意思でそのような生活をしているのか、例えば依存関係などの誰かとの力関係や、家族への気兼ねでそうなってしまい、言い出せないでいるのかを見極めることが難しくなっている。しかし「本当は助けてもらいたい」のに遠慮や気兼ねをしてセルフ・ネグレクト状態になっていると思われる高齢者や、助けてもらえる手立てがあることを知らない高齢者の本心を見逃さないことが専門職として重要な視点となる。

また高齢者の中には、配偶者との死別や、仕事のリストラ、親しい人の死、自分自身の病気やけがなどの出来事により、無気力状態になり、これから先の人生に希望を見出せない者も少なからずいる。未曾有の東日本大震災の影響は、直接被災した高齢者のみならず、それを支援できなかつた被災地の高齢者にも無力感をもたらしたと言われている。こうした無気力や、絶望感から、セルフ・ネグレクトに移行することが考えられ、地域の中で孤立したり、震災により家族や親しい人を失う体験は、孤独感を増し、孤立状態を加速させることにつながるだろう。孤立死の約8割はセルフ・ネグレクトが疑われる事例であったという報告がある²⁾。孤立を予防することがセルフ・ネグレクトを予防することにつながり、結果的には孤立死を予防することにつながると考える。

2. セルフ・ネグレクトをめぐる今後の課題

本研究では、「セルフ・ネグレクト」について、津村らの定義を参考に操作的定義を行い、地域包括支援センターを対象とした悉皆調査の結果や地域包括支援センターの専門職を対象としたフォーカスグループインタビューにより、日本における「セルフ・ネグレクト」の実態、専門職の「セルフ・ネグレクト」に対する認識を、概要ではあるものの明らかにすことができた。しかし一方で、「個人の人権の尊重と生命や安全の尊重のどちらを優先すべきか」と「法的な位置づけのない中でどこまで介入が可能か」の2点について、今後もさらに検討が必要な課題だと思われる。そのため、現時点での考察を以下に述べていく。

1点目の「個人の人権の尊重と生命や安全の尊重のどちらを優先すべきか」については、地域包括支援センターを対象とした悉皆調査の自由記述やフォーカスグループインタビューでは、生命や安全が優先されるべきという回答が多くみられたが、ここで議論になるのは、どの程度生命や安全が損なわれたら「個人の人権の尊重と生命や安全の尊重のどちらを優先すべきか」ということであろう。目の前に頻

死の状態のセルフ・ネグレクトの高齢者がいれば、ほとんどの専門職は救急隊を呼び、看護職でなくとも救急蘇生を行うに違いない。しかし、すぐには死に至らないが、このまま放置しておけば明らかに生命や安全を損なうと思われる場合は、「個人がこのままにしておいてほしい」と言っているから、「個人にも好きに生きる自由がある」からと、それ以上の介入を行わない場合と、そうであってもまずは健康で安全な方向に向かう選択ができるよう、根拠を示して説得する場合があるだろう。

日本国憲法には「健康で文化的な生活を営む権利」が保障されている。高齢者は知識が不足していたり、何らかの判断力の低下があつたりする可能性がある。また生きることに消極的になつたり、自暴自棄になっている可能性もある。そのような高齢者に対して、一概に「自分の好きなように生きたい」を個人の生き方の尊重という観点からうのみにしてしまい、全く介入しないのでは、個人が健康で生きる権利を奪うことになる可能性もある。また一方では、公衆衛生上の問題がある。本人が好きなように生きる権利を主張しても、それにより周囲が健康や安全を損なうような状態に置かれるのであれば、地域住民の公衆衛生という観点から、まず個人の生き方を改めるよう指導する必要があるだろう。以上より、健康で安全な生活を送るための、さまざまな選択肢の提案や説得を試みても、その具体的なレベルの提案を明確に拒否することが確認されるまで、介入・支援すべきであると考える。

次に、2点目の「法的な位置づけのない中でどこまで介入が可能か」についてである。フォーカスグループインタビューでも、法的な位置づけがないため介入の根拠が乏しく、強制的に介入することに組織的に消極的にならざるを得ない。一方で健康や安全が損なわれていると予測され、専門職として介入すべきと考えるとその狭間でジレンマを感じるという意見が多く聞かれた。また包括支援センターを対象とした悉皆調査でも同様に、高齢者虐待防止法に位置づけられていない以上、介入することは難しいのでは、という意見も散見された。しかしそもそも日本においては高齢者虐待防止法制定以前より、老人福祉法が制定されており、高齢者が健康に生きる権利が保障されている。またそれが損なわれている場合には、「やむを得ない措置」という形で、自治体が執行権を持てることになっている。もちろん高齢者虐待防止法で明確に位置づけられることにより、他の虐待と同様に立ち入り調査や警察への援助要請が認められ、介入できる可能性は広がるが、現在の立ち入り調査権では鍵を壊して家に入ることはできない。また警察への援助要請についても同様に、犯罪捜査のための法律ではないので、自傷他害の恐れや何らかの事件性がなければ、強制的に警察が踏み込むことはできないだろう。これらのことから考えると、高齢者虐待防止法に組み込まれれば専門職はより介入しやすくなり、法制度化を要望することはもちろんだが、現在の法制度の中でも、「セルフ・ネグレクト」を放置してよいということにはならない。むしろ、老人福祉法の観点から介入し、本人の意思を尊重しつつ支援すべきであると考える。

以上述べたように、現場の第一線で働く職員の間でもセルフ・ネグレクトの捉え方が統一されておらず、現在の法制度では「セルフ・ネグレクト」に介入するための直接的な裏付けがないため確かに介入に困難はある。しかし介入する根拠としては、本人の健康や安全を損なわないと個人への支援の視点と、周囲の住民の公衆衛生上の健康支援の視点から、これまでの老人福祉法や公衆衛生学の観点、高齢者の権利擁護の観点からセルフ・ネグレクト高齢者に介入する根拠は十分説明がつくものであると考える。

研究者らが委員となった調査²⁾では、「孤立死」の事例の8割が「セルフ・ネグレクト」であったことが報告されている。事例の中には、ゴミ屋敷に住んでいた高齢者、ペットを大量に飼っていた高齢者、医療機関の受診や保健・福祉のサービスを勧める民生委員やケアマネジャー・行政職員等の訪問を頑なに拒否していた高齢者などが含まれ、セルフ・ネグレクトと深く関連していると思われる事例がみられ

た。これらのセルフ・ネグレクトの事例では発見までの経過日数に関わらず、「社会から孤立していた」という点で「孤立死」と捉えられた。

セルフ・ネグレクト高齢者に介入せず放置しておくことは、やがて「孤立死」につながる可能性が極めて高いと考えられる。セルフ・ネグレクト状態になることを予防することは、すなわち「孤立死」を予防することにつながると考えられる。セルフ・ネグレクトに関しては、まだ明確な定義づけがなされておらず、また広く一般に周知されている言葉と言えないが、自治体などでは「支援困難者」として見守りの対象とするなど、サポートするための多職種連携がすでに始まっている。今後、セルフ・ネグレクトの概念が統一され、広く住民に周知され、高齢者虐待の一つとして認定されるといった制度的取り組みがなされることによって、「セルフ・ネグレクトは孤立死につながる危険がある=孤立死予防の対象」として、見守りや支援の対象とする動きを強化していく必要があろう。

介護保険や民生委員、ケアマネジャーの定期訪問など、さまざまな行政関係のサービスを組み合わせたとしても、在宅で生活する独居高齢者を1日24時間体制で見守る体制を作ることは、制度的にも費用的にも残念ながら不可能である。しかし、地域からの情報を吸い上げ、ニーズの掘り起こしを行い、家族関係や地域の関係者との連携を図り情報収集のネットワークを作る、住民との協働で町づくりを主に活動を展開することで、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の発見や孤立死予防につなげている自治体もある。自治体の事業、取り組みやサービスだけで孤立死を防ぐことはできないので、自治体サービスはもちろん、民生委員や近隣住民、新聞や乳酸菌飲料の配達員、ガス、水道の検針員といった、地域にあるリソースを活用することで、他者とかかわる「頻度」を上げることが可能となる。たとえ支援拒否のある独居高齢者であっても、地域の見守りの目を増やせば、本人の尊厳を保ちながら、本人のSOSをすぐにキャッチすることができる仕組みが作れるのではないだろうか。

セルフ・ネグレクトの定義については今後議論を深めより精査していくこと、何らかの法制度に位置づける取り組みを進めていくことも重要だが、現状でも「セルフ・ネグレクト」に介入・支援する方法は十分ある。今後「セルフ・ネグレクト」の実態の詳細を明らかにし、専門職が介入できるスキルを高めるための研究をさらに進めていきたい。

<引用文献>

- 1) 東京都保健福祉局高齢社会対策部在宅支援課：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. 2006.
- 2) ニッセイ基礎研究所：『セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書』. 2011.

おわりに

本報告書は、これまで系統だった調査・研究のなされていない「セルフ・ネグレクト」に着目し、その実態把握と対応する専門職の認識および困難、セルフ・ネグレクト事例への対応について、全国調査と専門職へのフォーカスグループインタビューの結果をもとに、分析結果を報告書にまとめたものである。参考となる先行研究や調査が少ないため、セルフ・ネグレクト事例への介入ツールはあくまでも試案として提示したが、実践で使用できるツールとして提示し、かつ自治体での取り組みを事例として紹介したことは、本研究の大きな成果と言えるだろう。特に、急速な高齢化、そして独居高齢者が増加している昨今、孤立死に対する社会的関心が高まっており、孤立死の高いリスクと考えられるセルフ・ネグレクトへの自治体の対応モデルとして、多くの自治体において孤立死予防としても貴重な資料となると思われる。

今後は、介入プログラムの完成度を高め、現場で専門職に有効に活用できるものを目指して、さらに研究を進めていきたい。

謝辞

本研究にあたり、ご助言をいただきました国際医療福祉大学の福島道子先生、淑徳大学の多々良紀夫先生、甲南女子大学の津村智恵子先生に心より感謝申し上げます。また高齢者看護、高齢者の地域ケアシステムの視点からご助言いただきました元放送大学の高崎絹子先生に深謝申し上げます。

最後に、本研究にご協力いただきました、全国の地域包括支援センターの専門職の皆さんに、感謝申し上げます。

付属資料

「セルフ・ネグレクトに関する実態調査」

質問紙調査票

セルフネグレクトに関する実態調査

調査のお願い

「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」が施行されて4年目を迎え、地域包括支援センターの専門職の皆様のお力で、高齢者の権利擁護のネットワークが出来つつあると考えられます。同法作成の途上で議論はなされたもののその範囲に含まれなかった高齢者のセルフネグレクトの問題は、今回の高齢者虐待防止法の見直しにおいても同様に法制化されませんでした。

セルフネグレクトは、身体的虐待や財産の搾取などの他者からの権利侵害と異なり、虐待とは言えない部分を抱えております。人としての尊厳という観点から考えると放置できない状態ではあるものの、これを個人のライフスタイルの一環・自由意志による選択と考えると援助に迷いを生じ、セルフネグレクトの援助に専門職の皆様は倫理的ジレンマをお持ちになることと思います。私たちは、このような倫理的ジレンマが発生する問題であるからこそ、予防・支援の体制づくりが必要であると考え、セルフネグレクトについてお聞きするために本調査を実施することに致しました。

今回の調査では、セルフネグレクトを巡る様々なことをお聞きして、セルフネグレクトの実態の把握、定義の確認や介入の基準作り、技術としての介入方法の基礎資料として活用していきたいと考えております。なにとぞご協力のほど、よろしくお願い申し上げます

尚、大変恐縮ですが 平成21年12月19日（土）までにご返送いただければ幸いに存じます。

本研究は、「セルフネグレクトに対応する介入プログラムの開発と地域ケアシステムモデルの構築」
(平成20~22年度科学研究費補助金基盤研究(B)) の一部として実施しております。

研究者：

代表者	岸 恵美子	帝京大学医療技術学部看護学科
	吉岡 幸子	帝京大学医療技術学部看護学科
	野尻 由香	帝京大学医療技術学部看護学科
	望月 由紀子	帝京大学医療技術学部看護学科
	小長谷 百絵	東京女子医科大学看護学部
	米澤 純子	国立保健医療科学院 公衆衛生看護部
	浜崎 優子	金沢医科大学看護学部
	野村 祥平	国立病院機構久里浜アルコール症センター

問合せ先： 吉岡 幸子 帝京大学医療技術学部看護学科
〒173-8605 板橋区加賀2-11-1 TEL：03-3964-1211（内線2807）
E-mail：sayoshi@med.teikyo-u.ac.jp

調査に関する説明及び誓約

この調査は、主に貴施設で高齢者虐待にかかわっているご担当の方にお答えいただきます。

- ① この調査は質問紙による無記名式のアンケート調査です。
- 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いかなる不利益も生じません。
- ④ 調査への同意はアンケート用紙の返信をもちまして同意を得たこととさせて頂きます。収集したデータは全て統計的に処理され、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。また、所属機関に関しても特定できる情報は一切公表いたしません。
- ⑤ 情報の保護には細心の注意を払っております。
- ⑥ 本調査で得られたデータは、学術目的以外には使用いたしません。
- ⑦ 本調査に関しては、帝京大学医学部倫理委員会による承認を得ております。
- ⑧ この研究に関する質問や苦情がございましたら下記までご連絡ください。

○本調査では、無意図的・意図的を含めて、セルフネグレクトを以下のように定義します。

セルフネグレクトとは、高齢者が通常一人の人として、生活において当然行うべき行為を行わない、あるいは行う能力がないことから、自己の心身の安全や健康が脅かされる状態に陥ることとします。これは、認知症などのような疾患から適切な判断力や意欲が低下しているために自己放任のような状態になっている場合(無意図的)と、判断力や認知力が低下していないが本人の自由意志によって自己放任のような状態になっている場合(意図的)を含みます(津村(2007)の定義を参考に一部改変)

○本調査では、地域に暮らすセルフネグレクトの高齢者についてお聞きします

本調査では、地域に暮らすセルフネグレクト(疑いも含みます)の高齢者についてお聞きしますが、地域に暮らすセルフネグレクトの高齢者を以下のように限定します。

- ① 高齢者は、65歳以上の方といたします。
- 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とっ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含みません。
- ③ 野宿生活をしている高齢者は含みません。

1. 貴センターについてお伺いします。

1) 貴センターの所在地 県

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) 貴センターで管轄している 65 歳以上人口は約何人ですか？ 約 人

5) 貴センターの管轄の 65 歳以上の人口比率の番号に○を付けてください(○印は1つ)

1. 14%未満 2. 14~21%未満 3. 21~25%未満 4. 25~30%未満 5. 30%以上

6) 常勤、非常勤を含めて職員数は何人ですか。またそのうち高齢者虐待事例にかかる職員は何人ですか。

職種	職員数	高齢者虐待事例にかかる職員数
a. 主任介護支援専門員	人	人
b. 社会福祉士	人	人
c. 保健師・看護師等	人	人
d. 事務職	人	人

7) 貴センターで平成 20 年度(平成 20 年 4 月から平成 21 年 3 月)に高齢者虐待事例として何事例くらいかかわりましたか。

事実確認を行った事例				事実確認を行わなかった事例			
	事実が認められた	事実が認められなかつた	判断に至らなかつた		虐待ではなく調査不要と判断した	調査を予定しているまたは検討中	その他
総数	件	件	件	総数	件	件	件

総数 _____ 件 → 総数が 1 件以上の場合は内訳をご記入ください(重複可)

a. 身体的虐待	件	b. 心理的虐待	件	c. 性的虐待	件
d. 経済的虐待	件	e. 介護・世話の放棄・放任	件		件

8) 貴センターでこの 1 年間(平成 20 年 4 月から平成 21 年 3 月)にセルフネグレクト(疑いを含む)の事例として何事例くらいかかわりましたか。

セルフネグレクト(疑いを含む) 件数 _____ 件

9) 本調査票をご記入の方の職種に○をお付けください(○印は1つ)

1. 主任介護支援専門員 2. 社会福祉士 3. 看護師 4. 保健師 5. 事務職 6. その他()

10) あなたは、貴センターでこれまでセルフネグレクト(疑いを含む)事例にかかわったことがありますか(○印は1つ)

1. はい () 件ぐらい 2. いいえ …3P~6P と 11P をご記入いただき終了になります。

2. あなたは、「判断力や認知力が低下しており、精神障害や認知症など診断がついている事例」について、以下の行為がある場合にどの程度支援が必要だと思いますか。当てはまる番号に○印をお付け下さい。

* 判断力や認知力が低下しており、精神障害や認知症など診断がついている事例	支援の必要性				
	1 とても必要	2 わりに必要	3 あまり必要ない	4 全く必要でない	5 判断がつかない
1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していない	1	2	3	4	5
2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている	1	2	3	4	5
3. 腐ったものを摂取している	1	2	3	4	5
4. 家屋内に悪臭がする	1	2	3	4	5
5. 家屋内にペット類がたくさんいる	1	2	3	4	5
6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している	1	2	3	4	5
7. 食べ物やゴミが放置されている	1	2	3	4	5
8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている	1	2	3	4	5
9. 家屋内にカビが発生している	1	2	3	4	5
10. 家屋が著しく老朽化している	1	2	3	4	5
11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていない	1	2	3	4	5
12. 口腔ケアがなされていない	1	2	3	4	5
13. 失禁が放置されている	1	2	3	4	5
14. 髪・髭・つめが伸び放題である	1	2	3	4	5
15. 身体から悪臭がする	1	2	3	4	5
16. 入浴がなされていない	1	2	3	4	5
17. 汚れた衣類を着用している	1	2	3	4	5
18. 全裸に近い状態でいる	1	2	3	4	5
19. 気候に見合った服装をしていない	1	2	3	4	5
20. ポロボロの衣類を着用している	1	2	3	4	5
21. 必要な医療の提供を拒否する	1	2	3	4	5
22. 服薬がなされていない	1	2	3	4	5
23. 慢性疾患のコントロールがされていない	1	2	3	4	5
24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る	1	2	3	4	5
25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠る	1	2	3	4	5
26. 必要な保健・福祉サービスを拒否する	1	2	3	4	5
27. 閉じこもり状態である	1	2	3	4	5
28. 他人との関わりを拒否する	1	2	3	4	5
29. 近隣住民との関わりがない	1	2	3	4	5
30. 近隣住民との間でトラブルが発生している	1	2	3	4	5
31. お金や通帳などが放置されている	1	2	3	4	5
32. 預金の出し入れができない	1	2	3	4	5
33. 金銭の適切な使い方ができない	1	2	3	4	5
34. 家賃や公共料金が未払いである	1	2	3	4	5

3. あなたは、「判断力や認知力が低下しており、精神障害や認知症など診断がついていない事例」について、以下の行為がある場合にどの程度支援が必要だと思いますか。当てはまる番号に○印をお付け下さい。

* 判断力や認知力が低下しており、精神障害や認知症など診断がついていない事例	支援の必要性				
	1 とても必要	2 わりに必要	3 あまり必要ない	4 全く必要でない	5 判断がつかない
1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していない	1	2	3	4	5
2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている	1	2	3	4	5
3. 腐ったものを摂取している	1	2	3	4	5
4. 家屋内に悪臭がする	1	2	3	4	5
5. 家屋内にペット類がたくさんいる	1	2	3	4	5
6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している	1	2	3	4	5
7. 食べ物やゴミが放置されている	1	2	3	4	5
8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている	1	2	3	4	5
9. 家屋内にカビが発生している	1	2	3	4	5
10. 家屋が著しく老朽化している	1	2	3	4	5
11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていない	1	2	3	4	5
12. 口腔ケアがなされていない	1	2	3	4	5
13. 失禁が放置されている	1	2	3	4	5
14. 髪・髭・つめが伸び放題である	1	2	3	4	5
15. 身体から悪臭がする	1	2	3	4	5
16. 入浴がなされていない	1	2	3	4	5
17. 汚れた衣類を着用している	1	2	3	4	5
18. 全裸に近い状態でいる	1	2	3	4	5
19. 気候に見合った服装をしていない	1	2	3	4	5
20. ボロボロの衣類を着用している	1	2	3	4	5
21. 必要な医療の提供を拒否する	1	2	3	4	5
22. 服薬がなされていない	1	2	3	4	5
23. 慢性疾患のコントロールがなされていない	1	2	3	4	5
24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る	1	2	3	4	5
25. 生命にかかるわるような日常生活の注意を怠る	1	2	3	4	5
26. 必要な保健・福祉サービスを拒否する	1	2	3	4	5
27. 閉じこもり状態である	1	2	3	4	5
28. 他人との関わりを拒否する	1	2	3	4	5
29. 近隣住民との関わりがない	1	2	3	4	5
30. 近隣住民との間でトラブルが発生している	1	2	3	4	5
31. お金や通帳などが放置されている	1	2	3	4	5
32. 預金の出し入れができない	1	2	3	4	5
33. 金銭の適切な使い方ができない	1	2	3	4	5
34. 家賃や公共料金が未払いである	1	2	3	4	5

4. あなたは、「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」について、以下の行為がある場合にどの程度支援が必要だと思いますか。当てはまる番号に○印をお付け下さい。

* 判断力や認知力の低下はないが、 疾病などにより <u>ADL</u> に問題がある事例	支援の必要性				
	1 とても必要	2 わりに必要	3 あまり必要ない	4 全く必要でない	5 判断がつかない
1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していない	1	2	3	4	5
2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている	1	2	3	4	5
3. 腐ったものを摂取している	1	2	3	4	5
4. 家屋内に悪臭がする	1	2	3	4	5
5. 家屋内にペット類がたくさんいる	1	2	3	4	5
6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している	1	2	3	4	5
7. 食べ物やゴミが放置されている	1	2	3	4	5
8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている	1	2	3	4	5
9. 家屋内にカビが発生している	1	2	3	4	5
10. 家屋が著しく老朽化している	1	2	3	4	5
11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていない	1	2	3	4	5
12. 口腔ケアがなされていない	1	2	3	4	5
13. 失禁が放置されている	1	2	3	4	5
14. 髪・髭・つめが伸び放題である	1	2	3	4	5
15. 身体から悪臭がする	1	2	3	4	5
16. 入浴がなされていない	1	2	3	4	5
17. 汚れた衣類を着用している	1	2	3	4	5
18. 全裸に近い状態でいる	1	2	3	4	5
19. 気候に見合った服装をしていない	1	2	3	4	5
20. ポロボロの衣類を着用している	1	2	3	4	5
21. 必要な医療の提供を拒否する	1	2	3	4	5
22. 服薬がなされていない	1	2	3	4	5
23. 慢性疾患のコントロールがなされていない	1	2	3	4	5
24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る	1	2	3	4	5
25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠る	1	2	3	4	5
26. 必要な保健・福祉サービスを拒否する	1	2	3	4	5
27. 閉じこもり状態である	1	2	3	4	5
28. 他人との関わりを拒否する	1	2	3	4	5
29. 近隣住民との関わりがない	1	2	3	4	5
30. 近隣住民との間でトラブルが発生している	1	2	3	4	5
31. お金や通帳などが放置されている	1	2	3	4	5
32. 預金の出し入れができるない	1	2	3	4	5
33. 金銭の適切な使い方ができない	1	2	3	4	5
34. 家賃や公共料金が未払いである	1	2	3	4	5

5. あなたは、「判断力や認知力の低下ではなく、ALD にも問題がない事例」について、以下の行為がある場合にどの程度支援が必要だと思いますか。当てはまる番号に○印をお付け下さい。

* 判断力や認知力の低下ではなく、 <u>ADL にも問題がない事例</u>	支援の必要性				
	1 とても必要	2 わりに必要	3 あまり必要ない	4 全く必要でない	5 判断がつかない
1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していない	1	2	3	4	5
2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしている	1	2	3	4	5
3. 腐ったものを摂取している	1	2	3	4	5
4. 家屋内に悪臭がする	1	2	3	4	5
5. 家屋内にペット類がたくさんいる	1	2	3	4	5
6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生している	1	2	3	4	5
7. 食べ物やゴミが放置されている	1	2	3	4	5
8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されている	1	2	3	4	5
9. 家屋内にカビが発生している	1	2	3	4	5
10. 家屋が著しく老朽化している	1	2	3	4	5
11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていない	1	2	3	4	5
12. 口腔ケアがなされていない	1	2	3	4	5
13. 失禁が放置されている	1	2	3	4	5
14. 髪・髭・つめが伸び放題である	1	2	3	4	5
15. 身体から悪臭がする	1	2	3	4	5
16. 入浴がなされていない	1	2	3	4	5
17. 汚れた衣類を着用している	1	2	3	4	5
18. 全裸に近い状態でいる	1	2	3	4	5
19. 気候に見合った服装をしていない	1	2	3	4	5
20. ボロボロの衣類を着用している	1	2	3	4	5
21. 必要な医療の提供を拒否する	1	2	3	4	5
22. 服薬がなされていない	1	2	3	4	5
23. 慢性疾患のコントロールがなされていない	1	2	3	4	5
24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠る	1	2	3	4	5
25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠る	1	2	3	4	5
26. 必要な保健・福祉サービスを拒否する	1	2	3	4	5
27. 閉じこもり状態である	1	2	3	4	5
28. 他人との関わりを拒否する	1	2	3	4	5
29. 近隣住民との関わりがない	1	2	3	4	5
30. 近隣住民との間でトラブルが発生している	1	2	3	4	5
31. お金や通帳などが放置されている	1	2	3	4	5
32. 預金の出し入れができない	1	2	3	4	5
33. 金銭の適切な使い方ができない	1	2	3	4	5
34. 家賃や公共料金が未払いである	1	2	3	4	5

6. あなたが関わったセルフネグレクト(疑いを含む)事例についてご記入ください。

1)セルフネグレクトと思われる事例の概要について○印をおつけください (介入初期の状態でご記入ください)						
年齢	1. 60歳～64歳 5. 80歳～84歳	2. 65歳～69歳 6. 85歳～89歳	3. 70歳～74歳 7. 90歳以上	4. 75歳～79歳		
性別	1. 男性 2. 女性					
認知症自立度	1. 自立 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. M					
日常生活自立度	1. J-1 2. J-2 3. A-1 4. A-2 5. B-1 6. B-2 7. C-1 8. C-2					
介護保険認定	1. 申請していない 4. 要介護1 2. 要支援1 5. 要介護2 3. 要支援2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5 9. 非該当					
障害者手帳	1. なし 2. 身体障害者手帳(級 部位) 3. 療育手帳() 4. 精神障害者保健福祉手帳(級)					
同居家族の有無	1. 独居 2. 高齢夫婦二人 3. 本人と息子 4. 本人と娘 5. 息子夫婦 6. 娘夫婦 7. 孫世代と同居 8. わからない 9. その他()					
主な支援者	1. いない 2. 夫 3. 妻 4. 息子 5. 娘 6. 孫 7. その他()					
同居家族からの支援	1. ある 2. ややある 3. あまりない 4. ない 5. わからない					
別居家族からの支援	1. ある 2. ややある 3. あまりない 4. ない 5. わからない					
家族以外の支援者	1. ある 2. ややある 3. あまりない 4. ない 5. わからない					
住居の形態	1. 一戸建持家 2. 一戸建て賃貸 3. 共同住居持家 4. 共同住居賃貸 5. その他()					
利用サービス	1. サービスは利用していない 4. その他() 2. 介護保険サービス 3. 障害福祉サービス					
経済的背景	1. 年金のみ 5. その他() 2. 年金と生活保護 3. 生活保護 4. 不明					
経済状態の様子	1. 余裕がない 2. あまり余裕がない 3. やや余裕がある 4. 余裕がある 5. わからない					
アルコール問題	1. あり 2. なし 3. わからない					
その他の依存	1. あり 2. なし 3. わからない					
性格や人格の問題	1. あり 2. なし 3. わからない					
精神疾患の有無	1. あり 2. なし 3. わからない					
知的障害の有無	1. あり 2. なし 3. わからない					
糖尿病	1. あり 2. なし 3. わからない					
その他の治療が必要な内科的な慢性疾患	1. あり 2. なし 3. わからない					
この事例にはどのような機関が関わっていますか(複数回答可)	1. 地域包括支援センター 4. 保健所や保健センター 7. 訪問看護事業所 10. その他() 2. 在宅介護支援センター 5. 居宅介護支援事業所 8. 医療機関 3. 福祉事務所 6. 訪問介護事業所 9. 民生委員					
把握のきっかけ (複数回答可)	1. あなた自身による気づき 4. 高齢者本人の家族、親族からの申告 6. 住民からの連絡相談 9. 介護保険のなどの申請 2. あなた以外の貴機関職員の気づき 5. 貴機関の他の利用者やその家族からの連絡 7. 民生委員からの報告 10. その他() 3. 高齢者本人からの申告 8. 他機関からの情報連絡					

2)この事例の介入初期時のセルフネグレクトの状態について、思い当たる項目全てに○印をお付けください。項目以外の状態に関しては自由回答欄にご記入ください。

	ある	やや ある	あまり ない	ない	わから ない
1. 栄養的に不十分な食事しか摂取していなかった	1	2	3	4	5
2. 制限を無視するなど医療上不適切な食事をしていた	1	2	3	4	5
3. 腐ったものを摂取していた	1	2	3	4	5
4. 家屋内に悪臭がした	1	2	3	4	5
5. 家屋内にペット類がたくさんいた	1	2	3	4	5
6. ネズミやゴキブリなどの害虫が発生していた	1	2	3	4	5
7. 食べ物やゴミが放置されていた	1	2	3	4	5
8. 排泄物や排泄物で汚れた衣類や物が放置されていた	1	2	3	4	5
9. 家屋内にカビが発生していた	1	2	3	4	5
10. 家屋が著しく老朽化していた	1	2	3	4	5
11. 冷暖房器具がなく温度調節がなされていなかった	1	2	3	4	5
12. 口腔ケアがなされていなかった	1	2	3	4	5
13. 失禁が放置されていた	1	2	3	4	5
14. 髪・髭・つめが伸び放題であった	1	2	3	4	5
15. 身体から悪臭がした	1	2	3	4	5
16. 入浴がなされていなかった	1	2	3	4	5
17. 汚れた衣類を着用していた	1	2	3	4	5
18. 全裸に近い状態でいた	1	2	3	4	5
19. 気候に見合った服装をしていなかった	1	2	3	4	5
20. ボロボロの衣類を着用していた	1	2	3	4	5
21. 必要な医療の提供を拒否していた	1	2	3	4	5
22. 服薬がなされていなかった	1	2	3	4	5
23. 慢性疾患のコントロールがされていなかった	1	2	3	4	5
24. 医療的なケア（カテーテルや人工肛門など）を怠った	1	2	3	4	5
25. 生命にかかわるような日常生活の注意を怠った	1	2	3	4	5
26. 必要な保健・福祉サービスを拒否していた	1	2	3	4	5
27. 閉じこもり状態であった	1	2	3	4	5
28. 他人との関わりを拒否していた	1	2	3	4	5
29. 近隣住民との関わりがなかった	1	2	3	4	5
30. 近隣住民との間でトラブルが発生していた	1	2	3	4	5
31. お金や通帳などが放置されていた	1	2	3	4	5
32. 預金の出し入れができなかつた	1	2	3	4	5
33. 金銭の適切な使い方ができなかつた	1	2	3	4	5
34. 家賃や公共料金が未払いであった	1	2	3	4	5
<その他> ※上記以外の状態がありましたらお書きください					

3)このような行為の意図性についてお伺いいたします。該当する箇所に○印をおつけください

1. このような行為を本人は意図的に行っていますか	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない 5. わからない
2. このような行為の結果を本人は理解していますか	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない 5. わからない
3. このような行為には何らかの背景がありますか	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない 5. わからない
4. 【3. で「1. ある」、「2. 少しある」と答えた方】 その背景は何ですか(複数回答可)	1. 文化 2. 宗教 3. 習慣 4. 癖 5. 疾患 () 6. 人間関係 7. 無気力 8. 地域性 9. その他 ()

4)この事例の現在の状態についてお伺いします。該当箇所に○印をお願いいたします。

1. 現在のセルフネグレクトの状態についてお聞きします	1. 変わらない → 5)へ 2. 改善した } 下記質問2へ 3. 終結した
2. 「改善した」あるいは「終結した」と答えた方、その理由は何ですか。(複数回答可)	1. 医療機関に入院 2. 介護施設に入所 3. 適切な介護者が介護を開始した 4. 介護保険などのサービスを受け入れた 5. 成年後見制度を利用した 6. 話し合いにより、不適切な行為が改善した 7. 本人のADLが改善した 8. 本人の死亡 9. その他()

5)この事例のご本人と家族についてお伺いいたします。該当する箇所に○印をおつけください

1. 家族との関わり	1. 家族がない → 6)へ 2. いるが関わりがない 3. いるが関わりはわからない } 下記質問2へ 4. 関わりがある → 下記質問3へ
2. 家族がご本人と関わらない理由 (家族側の要因) (複数回答可)	1. 遠方に居住 2. 高齢 3. アルコールを含めた依存 4. 仕事や家庭 5. 精神疾患 6. 性格や人格の問題 7. その他() 8. もともと疎遠 9. 疾患や障害 10. わからない
3. 家族の具体的な関わりがございましたら記述してください	

6)この事例に対してどのような働きかけをしていますか、あるいはしましたか。

1. 本人の話を聞く	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
2. 身体状況を確認する	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
3. セルフネグレクトを行う気持ちの理解に努める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
4. 本人に不衛生な環境を改善するよう勧める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
5. 本人に身体を清潔に保つよう勧める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
6. 本人に健康行動をとるよう勧める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
7. 本人に介護保険などのサービスの利用を勧める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
8. 本人に介護施設などへの入所を勧める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
9. 本人に適切な医療を受けるよう勧める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
10. 家族や住民から相談が来るまで待つ	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
11. 家族の話を聞く	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
12. 家族に改善への協力を求める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
13. 家族に介護保険などのサービスの利用を勧める	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
14. 状況が悪化しないよう見守りを続けている	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
15. ネットワークの構築をする	1. 行っている 2. 時々行っている 3. あまり行っていない 4. 行っていない
16. その他の働きかけの内容を具体的にお答えください。	

7)ー1 この事例の支援は困難でしたか？

1. とても困難である 2. やや困難である 3. どちらかといえば困難である 4. 全然困難ではない

7)ー2 「困難である」と答えた方(1または2と答えた方)に、支援が困難になった理由をお尋ねします。

1. のように関わればよいか技術的にわからない	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
2. 本人が拒んでいるため介入できない	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
3. 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. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
4. 誰が主導的に関わればよいか明確でない	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
5. 家族が介入を拒む	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
6. 経済的理由でサービスを導入できない	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
7. 現行制度では介入に限界がある	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
8. 緊急時に保護をする場所がない	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
9. 他機関が支援に消極的でネットワークが構築できない	1. よくある 2. 少しある 3. あまりない 4. 全くない
10. その他(ご自由にお書き下さい)	

8)この事例に対応した(する)時、どのような悩みがありましたか？

1. のように関わればよいか技術的に悩んだ	1. とても悩んだ 2. 少し悩んだ 3. あまり悩まない 4. 全く悩まない
2. 本人の介入拒否に関わりなく働きかけるべきか悩んだ	1. とても悩んだ 2. 少し悩んだ 3. あまり悩まない 4. 全く悩まない
3. 誰が主導的に関わればよいか悩んだ	1. とても悩んだ 2. 少し悩んだ 3. あまり悩まない 4. 全く悩まない
4. 近隣からの苦情が多く悩んだ	1. とても悩んだ 2. 少し悩んだ 3. あまり悩まない 4. 全く悩まない
5. 状態が悪化してしまった場合自分の責任になると悩んだ	1. とても悩んだ 2. 少し悩んだ 3. あまり悩まない 4. 全く悩まない
6. 自分は問題視しているが行政や上司が問題視せず悩んだ	1. とても悩んだ 2. 少し悩んだ 3. あまり悩まない 4. 全く悩まない
7. その他(ご自由にお書き下さい)	

7. 私どもはセルフネグレクトの実態を明らかにして、対応スキルや制度などを整備していく方法を模索しております。もしよろしければ、現在セルフネグレクトに関するお困りの事、ジレンマを感じることなどお書き下さい。
(自由回答)

さらに事例がございましたら、別紙にご記入くださいますようお願い申し上げます。

お忙しい中、調査にご協力ありがとうございました。

<執筆者一覧>

岸 恵美子：帝京大学・医療技術学部・教授
吉岡 幸子：帝京大学・医療技術学部・准教授
小長谷 百絵：昭和大学・保健医療学部・教授
浜崎 優子：金沢医科大学・看護学部・講師
野尻 由香：帝京大学・医療技術学部・講師
望月 由紀子：帝京大学・医療技術学部・助教
米澤 純子：国立保健医療科学院・生涯健康研究部・主任研究官
野村 祥平：独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター・医療福祉相談室・
医療社会事業専門員

<執筆協力者一覧>

大塚 美和：文京区駒込地域包括支援センター
奥田 尚子：北区みずべの苑地域包括支援センター
佐々木 螢子：川口市戸塚地域包括支援センター
鈴木 稔：王子光耀苑地域包括支援センター
関根 クニヨ：元 世田谷区若林地域包括支援センター大塚
岡 亜矢子：医療法人洋弘会 平和町クリニック
池森 好美：お年寄り地域福祉支援センターおおてまち
山本 由紀子：お年寄り地域福祉支援センターきしかわ

(順不同 敬称略)