

保健福祉専門職による支援を拒否する住民の特徴と その関連要因の解明

ヨシオカ キョウコ* クロダ マリコ*
吉岡 京子* 黒田眞理子*

目的 本研究の目的は、行政の保健福祉専門職が対応に苦慮する困難な事例のうち、その支援を拒否する住民の特徴および関連要因を検討することである。

方法 本調査は、対応困難事例への支援について精神科医等が助言する専門相談事業を2006年から実施しているA自治体と共同研究協定を締結し実施した。この事業に2006～2012年に提出された372人を分析した。対象者の基本属性、家族要因、精神科的要因、問題行動、保健福祉専門職による支援への拒否の有無について個人名を特定できない状態でデータ提供を受けた。保健福祉専門職による支援への拒否の有無とその関連要因を検討するためロジスティック回帰分析を行った。

結果 分析対象とした309人のうち、支援拒否なし群は102人(33.0%)、支援拒否あり群は207人(67.0%)だった。ロジスティック回帰分析の結果、生活保護を受給していること(Odds Ratio=1.86, 95%CI=1.02-3.39)、拒薬があること(Odds Ratio=2.07, 95%CI=1.10-3.90)、暴言があること(Odds Ratio=1.97, 95%CI=1.09-3.55)が、保健福祉専門職による支援への拒否があることに有意に関連していた。

結論 本結果から支援拒否あり群は、支援拒否なし群よりも病状悪化の危険性や危機介入の必要性がより高い者である可能性が示唆された。

Key words : 地域住民, 支援拒否, 公衆衛生, 社会的弱者, 困難事例, 多問題家族

日本公衆衛生雑誌 2015; 62(1): 20-27. doi:10.11236/jph.62.1_20

I 緒 言

日本では、市区町村の行政機関に働く保健師や福祉事務所のケースワーカーなどの保健福祉専門職(以下、保健福祉専門職とする。)は、憲法第25条を具現化するために住民の健康や生活に関する支援を担っている^{1,2)}。しかし、住民の中には行政の保健福祉専門職による支援を拒否する者が存在することが近年の研究で指摘されている。たとえば、認知症やセルフ・ネグレクト状態にある高齢者らがその代表的な存在とされている³⁻⁵⁾。

また、精神障害者の治療を病院施設から地域へ移行する「脱施設化」は、世界的な潮流であり⁶⁾、精神障害者が地域で安定した生活を営むための継続的な支援方法の開発は、公衆衛生の今日的課題である⁷⁾。ところが、地域で生活する精神障害者も支援

を拒否することが近年指摘されており⁸⁾、そのことによってケア提供者が精神的な負担感や困難感を抱いているという問題が生じている⁹⁻¹¹⁾。このように、先行研究では支援を拒否する者について、認知症や精神障害などの疾病を中心とした切り口で分析しているものの、地域での生活者としての住民の特徴や支援の拒否の有無との関連要因については十分に検討していない¹²⁻¹⁴⁾。また、支援を拒否する住民は様々な背景を有するが、行政の保健福祉専門職は公的な立場のケア提供者であるが故に、支援を拒否されたからといって彼らへの支援を中断することは難しいため、対応に苦慮している⁹⁻¹¹⁾。保健福祉専門職の精神的な負担感や困難感を軽減し、燃え尽きを予防するためには、支援を拒否する住民の特徴を解明し、彼らへの理解を深める知見を得ることが焦眉の急の課題である。

本研究では、保健福祉専門職が対応に苦慮する困難な事例(以下、対応困難事例とする。)のうち、その支援を拒否する住民の特徴および関連要因を検討することにより、地域における住民支援について

* 東京医科大学医学部看護学科地域看護学
責任著者連絡先: 〒160-8402 東京都新宿区新宿 6-1-1 東京医科大学医学部看護学科地域看護学
吉岡京子

示唆を得ることを目的とした。

II 研究方法

1. 対象者

本調査は、A自治体B保健所（以下、B保健所とする。）と共同研究協定を締結して実施した。B保健所の管内人口は約50万人で、都市部に位置している。B保健所では、精神科医や保健師等が、保健福祉専門職の支援についてスーパーバイズを行う専門相談事業を2006年から実施している。この相談事業は、何らかの健康問題を有する住民の対応に苦慮している保健福祉専門職が、今後どのように支援すればよいのかという方向性すら見いだせない状況に陥った時に利用するものである。提出される事例は、健康問題の種類による制限はかけていないため、統合失調症やアルコールおよび薬物の依存症をはじめとして、児童虐待や高齢者虐待などまでも含む幅広いものである。専門相談事業では、精神科医や保健師等のスーパーバイズを受けることにより、保健福祉専門職が効果的かつ円滑な支援を展開できるようにすることを目的としている。支援者のための専門相談事業は全国的にみても非常に先駆的であり、地域における対応困難事例が多数蓄積されているため、この専門相談事業に2006年から2012年に提出された372人を調査対象とした。

2. 調査項目

1) 対象者の属性

対象者の属性として、性別、年齢、教育年数、高校卒業後の不適応の有無、職歴、生活保護の受給の有無、婚姻歴の有無、離婚歴の有無、自立生活の困難の有無、何年前から健康問題を抱えていたかについて把握した。

2) 家族要因

家族要因として、同居家族の有無、キーパーソンになれる親族の有無、子どもの頃の被虐待経験の有無、実親の健康問題の有無、実親の要介護状態の有無、実親への高齢者虐待の有無、実子の有無、実子の健康問題の有無、実子への児童虐待の有無、児童相談所による実子の保護の有無について把握した。

3) 精神科的要因

精神科的要因として、精神科主治医の有無、精神科診断名の有無と主な精神科診断名の内訳、精神科治療状況、精神科治療中断歴の有無、過去の精神科入院歴の有無、過去の精神保健福祉法23条通報歴の有無、過去の近隣苦情相談歴の有無、病識の有無、拒薬の有無、自傷および他害のおそれの有無を把握した。

4) 問題行動

保健福祉専門職が認識した対象者の具体的な問題行動について計上した。

5) 保健福祉専門職による支援への拒否の有無

対象者が保健福祉専門職による支援を拒否したか否かについて、保健福祉専門職の認識を把握した。

3. 分析方法

まず、専門相談事業を利用した年度と利用した保健福祉専門職の所属および利用の理由を把握し、対応困難事例の特徴について整理した。

次に、対象者を行政の保健福祉専門職による支援への拒否の有無により2群に分けて比較した。すなわち、保健福祉専門職による支援への拒否のない者を「支援拒否なし群」、保健福祉専門職による支援への拒否のある者を「支援拒否あり群」とした。単変量解析として対応のないt検定と χ^2 検定を実施した。有意差のみられた独立変数間の多重共線性について、variance inflation factor (VIF)を用いて検討し¹⁵⁾、従属変数を保健福祉専門職による支援への拒否の有無としたロジスティック回帰分析(変数強制投入法)を行った¹⁶⁾。

統計解析には、IBM PASW Statistics 18 (Windows)を使用し、統計的有意水準は5%未満(両側検定)とした。

4. 倫理的配慮

本調査の実施に当たり、B保健所から個人情報やデータを特定できない状態でデータ提供を受けた。また、個人情報やデータなど研究に関する資料は、鍵をかけて厳重に保管し、分析はインターネットに接続しない状態のパソコンで行った。本調査は、東京医科大学医学部看護学科看護研究倫理審査委員会の承認を得て行った(承認日:2014年1月14日)。

III 研究結果

1. 専門相談事業の概要

372人のうち、欠損値の多い63人を除外した309人を分析対象とした。専門相談事業の概要を表1に示す。専門相談事業を利用した年度別の対象者数は、40人前後で推移していた。専門相談事業を利用した保健福祉専門職の所属の内訳は、保健センターが208人(67.3%)、福祉事務所が54人(17.5%)、高齢者部門が23人(7.5%)、その他が24人(7.7%)であった。

専門相談事業を利用した理由は、「本人への対応方法が分からない」が最も多く299人(96.8%)、次いで「今後の支援の糸口を知りたい」、「家族への対応方法が分からない」の順であった。

対応困難事例の特徴は、「本人と家族の関係性が

表1 専門相談事業の概要

		n=309	
項目		n	%
専門相談事業を利用した年度	2006年度	45	14.6
	2007年度	42	13.6
	2008年度	33	10.7
	2009年度	32	10.4
	2010年度	53	17.2
	2011年度	49	15.9
	2012年度	55	17.8
保健福祉専門職の所属	保健センター	208	67.3
	福祉事務所	54	17.5
	高齢者部門	23	7.5
	その他	24	7.7
専門相談事業を利用した理由 (複数回答)	本人への対応方法が分からない	299	96.8
	今後の支援の糸口を知りたい	246	79.6
	家族への対応方法が分からない	187	60.5
	現状をどう整理したらよいか分からない	108	35.0
	医師の見立てを知りたい	101	32.7
	関係機関の役割分担をしたい	35	11.3
	対応困難事例の内訳 (複数回答)	本人と家族の関係性が悪化している	201
本人のみならず家族も何らかの健康問題を有する		133	43.0
本人が児童を虐待している		84	27.2
本人の過去に犯罪歴がある		47	15.2
本人が高齢者を虐待している		34	11.0
本人が複数の精神疾患を有する		23	7.4
(再掲) 本人が児童を虐待している	本人が精神疾患を有する場合	55	65.5
(再掲) 本人が高齢者を虐待している	本人が精神疾患を有する場合	18	52.9

註1) 専門相談事業を利用した理由は、記述があった人数を計上した。

註2) 対応困難事例の内訳のうち、(再掲)の本人が精神疾患を有する場合の割合は、各々の該当者に対する割合である。

悪化している」者が201人(65.0%)で最も多く、「本人のみならず家族も何らかの健康問題を有する」が133人(43.0%)、「本人が児童を虐待している」が84人(27.2%)、「本人の過去に犯罪歴がある」が47人(15.2%)と多かった。

なお、本人が児童や高齢者を虐待している事例の

うち、本人が精神疾患を有する者の割合は、それぞれ5割を超えていた。

2. 保健福祉専門職による支援への拒否の有無別の属性の比較

保健福祉専門職による支援への拒否の有無別の属性の比較の結果を表2に示す。支援拒否なし群は102人(33.0%)、支援拒否あり群は207人(67.0%)であった。

基本属性のうち、性別は、支援拒否なし群が男性39人(38.2%)、支援拒否あり群が84人(40.6%)と有意な差は認められなかった。一方、平均年齢は支援拒否なし群が38.5歳(SD=13.3)、支援拒否あり群が43.4歳(SD=15.6)であり、支援拒否あり群は支援拒否なし群に比して有意に年齢が高かった。また、生活保護の受給は、支援拒否あり群の方が支援拒否なし群よりも有意に多かった。さらに、「何年前から健康問題を抱えていたか」では、支援拒否なし群が平均7.5年(SD=8.0)、支援拒否あり群が平均9.6年(SD=8.1)であり、支援拒否あり群の方が有意に長期だった($P=0.035$)。

家族要因については、2群間に有意差は認められなかった。

精神科的要因については、精神科治療状況のうち、未治療・治療中断の者は、支援拒否なし群よりも支援拒否あり群の方が有意に多かった($P=0.001$)。また、拒薬がある者も、支援拒否なし群に比して支援拒否あり群に有意に多かった($P<0.001$)。

問題行動については、支援拒否なし群よりも支援拒否あり群の方が、暴言がある者($P<0.001$)、著しい固執がある者($P=0.040$)、金銭管理が困難である者($P=0.019$)が有意に多かった。

3. 保健福祉専門職による支援への拒否と関連要因のロジスティック回帰分析による検討

単変量解析の結果、有意差が認められた8個の独立変数と保健福祉専門職による支援への拒否の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。なお、独立変数間でVIFを算出したところ、すべて2.0未満で多重共線性は認められなかったため、一括投入した。また、年齢については平均年齢を考慮し、40歳未満と40歳以上の2群に分けて解析を行った。同様に、「何年前から健康問題を抱えていたか」についても平均年数が8.9年であることを考慮し、9年未満と9年以上の2群に分けた。なお、「精神科主治医なし」の者は、精神科治療状況と拒薬の有無について「未治療」および「拒薬なし」の者として扱った(表3)。

その結果、生活保護を受給していること(Odds Ratio=1.86, 95%CI=1.02-3.39)、拒薬があること

表2 保健福祉専門職による支援への拒否の有無別の比較

n = 309

項目			拒否なし (n=102)		拒否あり (n=207)		P-value
			n	(%)	n	(%)	
基本属性	性別	男性	39	38.2	84	40.6	0.713
	年齢 ^{a)}	平均 (SD)	38.5 (13.3)		43.3 (15.6)		0.008
	教育年数 ^{a)}	平均 (SD)	12.7 (2.5)		12.4 (2.6)		0.412
	高校卒業以降の不適応	あり	83	96.5	183	97.9	0.682
	職歴	あり	76	85.4	160	87.0	0.710
	生活保護の受給	あり	31	30.4	96	46.4	0.010
	婚姻歴	なし	41	41.8	102	50.2	0.652
	離婚歴	あり	28	28.6	54	26.7	0.783
	自立生活 何年前から健康問題を抱えていたか ^{a)}	困難 平均 (SD)	24 7.5 (8.0)	23.5 (8.0)	72 9.6 (8.1)	34.8 (8.1)	0.050 0.035
家族要因	同居家族	なし	25	24.5	79	38.3	0.055
	キーパーソンになれる親族	あり	31	30.7	65	31.4	1.000
	子どもの頃の被虐待経験	あり	35	71.4	62	63.3	0.325
	実親の健康問題	あり	30	35.7	62	36.3	1.000
	実親の要介護状態	あり	9	8.8	20	9.7	1.000
	実親への高齢者虐待	あり	10	9.8	24	11.6	0.703
	実子 (以下は、実子ありの者のみ)	あり	44	44.0	85	41.7	0.549
	実子の健康問題	あり	16	36.4	25	29.4	0.687
	実子への児童虐待	あり	28	63.6	56	65.8	0.768
	児童相談所による実子の保護	あり	6	13.6	17	20.0	0.326
精神科的要因	精神科主治医	あり	70	68.6	156	75.7	0.218
	精神科診断名	あり	66	64.7	152	73.4	0.562
	主な精神科診断名の内訳	統合失調症	11	16.7	36	23.6	
		うつ病	12	18.2	25	16.4	
		物質嗜癖	9	13.7	29	19.0	
		人格障害	5	7.6	17	11.2	
		摂食障害	1	1.5	11	7.2	
		精神発達遅滞	7	10.6	3	2.0	
		てんかん	5	7.6	5	3.3	
		双極性障害	4	6.1	4	2.6	
		不安障害	3	4.5	3	2.0	
		強迫性障害	1	1.5	5	3.3	
		非定型精神病	2	3.0	1	0.7	
		認知症	0	0.0	3	2.0	
		その他	6	9.0	10	6.7	
		精神科治療状況	未治療・治療中断	16	25.0	76	50.0
		治療中・治癒	48	75.0	76	50.0	
	精神科治療中断歴	あり	34	58.6	101	71.6	0.095
	病識	あり	26	39.4	41	27.0	0.079
	拒薬	あり	19	29.2	79	56.8	<0.001
過去の精神科入院歴	あり	36	37.5	81	40.7	0.614	
過去の精神保健福祉法23条通報歴	あり	6	5.9	21	10.2	0.285	
過去の近隣苦情相談歴	あり	8	7.8	34	16.4	0.051	
自傷のおそれ	あり	37	36.3	80	38.6	0.710	
他害のおそれ	あり	48	47.1	121	58.5	0.068	
問題行動	暴言	あり	42	41.2	130	62.8	<0.001
	著しい固執	あり	38	37.3	103	49.8	0.040
	自傷行為	あり	40	39.2	80	38.6	1.000
	暴力	あり	36	35.3	78	37.7	0.708
	パニックになる	あり	33	32.4	69	33.3	0.898
	自殺念慮	あり	27	26.5	54	26.1	1.000
	無為自閉	あり	25	24.5	55	26.7	0.783
	自殺企図	あり	22	21.6	37	17.9	0.445
	幻覚・妄想	あり	19	18.6	48	23.2	0.383
	過量飲酒	あり	15	14.7	44	21.3	0.218
	金銭管理が困難	あり	14	13.7	53	25.6	0.019
	破壊行為	あり	17	16.7	39	18.8	0.754
	大量服薬	あり	17	16.7	29	14.0	0.611
	刃物をふるう	あり	10	9.8	15	7.2	0.507
	片づけられない	あり	9	8.8	21	10.1	0.839
	性的逸脱	あり	7	6.9	23	11.2	0.308

註1) a) t検定, その他は χ^2 検定。

註2) 婚姻歴, 離婚歴は全体に対して算出した。

註3) 精神科診断名は, 全体に対する割合を算出した。

註4) 精神科的要因のうち, 主な精神科診断名の内訳, 治療状況, 精神科治療中断歴, 病識, 拒薬は, 「精神科診断名あり」の者に対して算出した。この5項目以外については, 全体に対する割合を示す。

表3 保健福祉専門職による支援への拒否と関連要因のロジスティック回帰分析による検討

n = 254

独立変数		Odds Ratio	95%CI	P-value	
基本属性	年齢	40歳以上	2.66	0.78-9.07	0.117
	生活保護受給	あり	1.86	1.02-3.39	0.043
	何年前から健康問題を抱えていたか	9年以上	1.60	0.88-2.91	0.120
精神科的要因	精神科治療状況	未治療・治療中断	0.57	0.31-1.07	0.080
	拒薬	あり	2.07	1.10-3.90	0.023
問題行動	暴言	あり	1.97	1.09-3.55	0.024
	著しい固執	あり	1.71	0.94-3.10	0.078
	金銭管理が困難	あり	1.93	0.90-4.15	0.092

Hosmer-Lemeshow 検定: $\chi^2=4.253$ (自由度 8), $P=0.834$

Nagelkerke R^2 乗: 0.212

註1) 従属変数: 保健福祉専門職による支援への拒否なし=0, 拒否あり=1とした。

註2) 独立変数の参照カテゴリは、年齢は「40歳未満」、何年前から問題を抱えていたかは「9年未満」、精神科治療状況は「治療中・治癒」である。他の独立変数は「なし」を参照カテゴリとした。

(Odds Ratio = 2.07, 95%CI = 1.10-3.90), 暴言があること (Odds Ratio = 1.97, 95%CI = 1.09-3.55) が、保健福祉専門職による支援への拒否があることに有意に関連していた。

IV 考 察

1. 対応困難事例や多問題家族を支援する保健福祉専門職への支援の必要性について

本研究の結果、精神科医等がケースワークのスーパーバイズをする専門相談事業は、毎年40人前後の利用があり、利用者の所属は保健センターと福祉事務所がその大半を占めていた。また、専門相談を利用した理由は、本人や家族への対応方法や今後の支援の糸口を掴みたいというものが中心であった。これらの知見は、保健センターや福祉事務所が支援に行き詰まりを感じるような困難な事例を少なからず抱えていることを示唆するものと考えられる。

また、対応困難事例は、家族関係が悪化したり、本人のみならず家族も健康問題を有することが明らかになった。つまり、対応困難事例の中には、古くから行政で重要な課題とされてきた「多問題家族」¹⁷⁾が含まれていると考えられる。とくに、対応困難事例の中で本人が児童や高齢者を虐待している事例の半数以上が、精神疾患を有していた。厚生労働省は、保護者に精神疾患が疑われる事例については、児童虐待の予防において特別な視点が必要と指摘しており¹⁸⁾、質的研究を中心に解明が進んでいる¹⁹⁾。また、高齢者虐待についても、精神障害者の

子が親を虐待する事例は指摘されているが、量的研究として実証したものは見当たらなかった²⁰⁾。本研究は、児童虐待や高齢者虐待のような対応困難事例に、対象者本人の精神疾患が絡んでいることを量的研究によって初めて実証した点に意義がある。精神障害者の退院促進が国の政策として推進されているが²¹⁾、本知見は精神障害者が地域で安定した生活を継続できるように、家族も視野に入れた支援体制の構築の必要を示唆するものである。

さらに、本結果では本人が過去に犯罪歴を有する事例が15.2%含まれていた。保健福祉専門職は、憲法第25条を具現化するために、住民の健康や生活を支援しているが^{1,2)}、住民側にどのような複雑な事情があろうとも、それを考慮しながら支援しなければならない困難な状況に置かれていることが窺える。

一方、対応困難事例の最も多い問題行動として暴言が認められた。暴言には、専門職が臨床現場で多く経験するストレスフルな問題という側面がある^{22,23)}。近年、公衆衛生分野でも住民からの暴力や暴言に対する安全管理体制を構築する必要性が指摘されている²⁴⁾。行政の保健福祉専門職は、支援を拒否する住民にも関わり続けなければならない立場にあることを鑑みると、彼らが安全に職務を全うできる体制づくりとメンタルヘルスをサポートする体制の双方の構築が課題である。

日々のケースワークは感情労働であり、対象者の生活の変化に左右されるが故に、関係者の予測とは異なる展開になることも多々ある²⁾。このため、支援者自身の燃え尽き症候群化を予防するためには、自らの経験を語りスーパーバイズを受けることが重要といわれている²⁵⁻²⁸⁾。保健所はこれまでも、管轄市町村に対して困難ケースへの同行訪問や相談にのってきた実績がある²⁹⁾。B保健所のように精神科医等がケースワークの助言をする専門相談事業は、市町村の技術支援の新機軸になると考えられる。保健福祉専門職が本人や家族の抱える問題への理解を深め、日々の支援活動を円滑に行えるようになれば、燃え尽き症候群化を予防するだけでなく、支援を受ける側の住民にとっても有益と考えられる。支援者が自身のケースワークについて精神科医等のスーパーバイズを受ける専門相談事業は、今後他の地方公共団体においてもその必要性が認識され広がっていく可能性があると考えられる。

2. 保健福祉専門職による支援への拒否とその関連要因について

ロジスティック回帰分析の結果、支援拒否あり群は支援拒否なし群よりも生活保護を受給している者が有意に多かった。生活保護受給者は、家族と疎遠

でソーシャルサポートネットワークが乏しいだけでなく、経済的課題と健康問題を併せ持つ者が多いことが知られている^{30,31)}。本結果は、支援拒否あり群の方が支援拒否なし群よりも社会的弱者である可能性を示唆するものである。このため、支援を拒否する住民に対しては、福祉事務所のケースワーカーや保健センターの保健師などがチームを組み、支援拒否なし群よりも手厚く支援する必要があると考えられる。

また、支援拒否あり群は支援拒否なし群よりも拒薬や暴言がある者が有意に多かった。拒薬や暴言の有無は、治療中断などによる病状悪化を示唆し、危機介入の必要性や緊急度を判断する根拠となっている³²⁾。つまり、支援拒否あり群は、支援拒否なし群よりも病状悪化の危険性や危機介入の必要性がより高い者である可能性が考えられる。

一方、年齢や何年前から健康問題を抱えていたか、精神科治療状況、著しい固執、金銭管理が困難の5変数については、単変量解析では有意差が認められたがロジスティック回帰分析では有意差が消失していた。支援の拒否は、社会から孤立し生活や健康状態が悪化することを意味している³³⁾。つまり、生活保護受給や拒薬、暴言といった関連の認められた独立変数は、生活や健康状態の悪化をより端的に示すものであり、関連の認められなかった他の独立変数は、その悪化を婉曲的に示すものだった可能性が考えられる。

3. 限界と意義

本調査の限界は三点ある。第一に、調査対象が一自治体に限定されているため、事例の代表性を担保できない。このため、本研究の結果を他の自治体で支援拒否している住民に一般化して適応できるかについては、今後の検討課題である。第二に、本研究は横断調査のため、因果関係が特定できない。第三に、保健福祉専門職による支援への拒否と問題行動は、保健福祉専門職の認識について把握したものである。これらの変数には保健福祉専門職の判断が影響しており、客観性に欠ける可能性が否定できない。行政では上司や同僚への相談や支援記録の決裁を受けることにより、その支援の適切性と客観性を保つ努力がされているが、今後は調査対象の地域を拡大すると共に支援拒否を客観的に判断するための指標やアプローチ方法の開発が必要である。

上記のような限界はあるものの、本研究は国内外を問わずほとんど検討されていない対応困難事例の特徴と保健福祉専門職による支援を拒否する住民の特徴を具体的に明示し、その関連要因を量的研究により検討した点に意義がある。支援を拒否している

住民は、病状悪化の危険性や危機介入の必要性が高い可能性を示した点は、現場の保健福祉専門職にとって彼らへの理解を深化させる有用な知見と言える。

V 結 語

本研究は、保健福祉専門職が対応に苦慮する困難な事例のうち、その支援を拒否する住民の特徴とその関連要因を検討することを目的に、対応困難事例への支援について精神科医等が助言する専門相談事業を2006年から実施しているA自治体と共同研究協定を締結し、横断調査を行った。

その結果、分析対象とした309人のうち、支援拒否なし群は102人(33.0%)、支援拒否あり群は207人(67.0%)だった。ロジスティック回帰分析の結果、生活保護を受給していること、拒薬や暴言があることに有意に関連していた。本結果から、支援拒否あり群は支援拒否なし群よりも病状悪化の危険性や危機介入の必要性がより高い者である可能性が示唆された。

本研究の遂行にあたり多大なるご協力を賜りましたA自治体B保健所の関係者の皆様にお礼を申し上げます。本研究はひと・健康・未来研究財団の平成25年度研究助成を受けて実施した。本結果の一部は、第73回日本公衆衛生学会(栃木県宇都宮市)にて発表した。

注記

障害の表記については、「障害」、「障がい」、「障害」など様々あるが、本稿では現行の法律で一般的に用いられている「障害」に統一した。

(受付 2014. 6.10)
(採用 2014.10.23)

文 献

- 1) 名原壽子. 日本における「保健師」誕生プロセスと意義. 保健の科学 2008; 50(3): 170-182.
- 2) 小村由香. 公的部門における感情労働: 生活保護ケースワーカーを事例に. 日本労働社会学会年報 2009; 19: 63-81.
- 3) Dong X, Simon MA, Wilson RS, et al. Decline in cognitive function and risk of elder self-neglect: finding from the Chicago Health Aging Project. J Am Geriatr Soc 2010; 58(12): 2292-2299.
- 4) Turner A, Hochschild A, Burnett J, et al. High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. Drugs Aging 2012; 29(9): 741-749.
- 5) 岸恵美子, 吉岡幸子, 野村祥平, 他. 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: 地域包括支援センターを対象とした全国調査の

- 結果より. 高齢者虐待防止研究 2011; 7(1): 125-138.
- 6) Stubnya G, Nagy Z, Lammers CH, et al. Deinstitutionalization in Europe: two recent examples from Germany and Hungary. *Psychiatr Danub* 2010; 22(3): 406-412.
 - 7) Machado V, Leonidas C, Santos MA, et al. Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *Int Nurs Rev* 2012; 59(4): 447-457.
 - 8) Henderson J, Willis E, Walter B, et al. Community mental health nursing: keeping pace with care delivery? *Int J Ment Health Nurs* 2008; 17(3): 162-170.
 - 9) Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, et al. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med* 2004; 61(9): 764-768.
 - 10) 平野美千代, 平野憲子, 和泉比佐子, 他. 地域保健活動における中堅保健師の自信のなさ: 精神障害者支援を展開した保健所中堅保健師のインタビューを通して. *日本地域看護学会誌* 2007; 10(1): 66-71.
 - 11) Happell B, Hoey W, Gaskin CJ. Community mental health nurses, caseloads, and practices: a literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2012; 21(2): 131-137.
 - 12) Halliday G, Banerjee S, Philpot M, et al. Community study of people who live in squalor. *Lancet* 2000; 355(9207): 882-886.
 - 13) Ballard J. Legal implications regarding self-neglecting community-dwelling adults: a practical approach for the community nurse in Ireland. *Public Health Nurs* 2010; 27(2): 181-187.
 - 14) Lauder W, Ludwick R, Zeller R, et al. Factors influencing nurses' judgements about self-neglect cases. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13(3): 279-287.
 - 15) Kats MH. 6. 独立変数の関係. Kats MH. 医学的研究のための多変量解析: 一般回帰モデルからマルチレベル解析まで [Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians] (木原雅子, 木原正博, 監訳). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2008; 71-75.
 - 16) Kats MH. 8. 分析を行う. Kats MH. 医学的研究のための多変量解析: 一般回帰モデルからマルチレベル解析まで [Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians] (木原雅子, 木原正博, 監訳). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2008; 101-120.
 - 17) 渡辺顕一郎, 松岡克尚. 多問題家族へのアプローチ: 家族とコミュニティ資源との関係から. *社会福祉学* 1991; 32(2): 1-21.
 - 18) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課. 子ども虐待対応の手引き. 第13章 特別な視点が必要な事例への対応. 2007. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/13.html> (2014年8月6日アクセス可能)
 - 19) 蔭山正子, 田口敦子. 精神障がいをもつ母親への保健師による育児支援技術: 病状と育児のバランスを図る. *日本地域看護学会誌* 2013; 16(2): 47-54.
 - 20) 神奈川県. 養護者による高齢者虐待対応事例集. 2011. <http://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/369358.pdf> (2014年8月6日アクセス可能)
 - 21) 精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要). 2004. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (2014年8月6日アクセス可能)
 - 22) Inoue M, Tsukano K, Muraoka M, et al. Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60(1): 29-36.
 - 23) Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, et al. Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 245.
 - 24) 鳩野洋子. 保健従事者に対する住民からの暴力の実態と対応. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 (健康安全・危機管理対策総合研究事業)総括研究報告書 住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する地域保健従事者の日常活動の「質」を保証する組織的安全管理体制の構築に関する研究 (研究代表者 米澤洋美) 2013; 6-15.
 - 25) Edwards D, Burnard P, Hannigan B, et al. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *J Clin Nurs* 2006; 15(8): 1007-1015.
 - 26) 小宮敬子. ケアと感情労働. *アディクションと家族* 2008; 25(3): 198-204.
 - 27) Gonge H, Buus N. Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: a survey study. *Int J Ment Health Nurs* 2011; 20(2): 102-111.
 - 28) 山田晴美, 山口一郎, 青木 清. 保健所保健師の職業性ストレスに関する調査研究. *産業医学ジャーナル* 2013; 36(3): 42-46.
 - 29) 安武 繁, 三浦公嗣, 名越雅彦, 他. 精神保健福祉法一部改正施行への対応に伴う市町村の機能強化と都道府県による支援の方策に関する研究. *人間と科学: 広島県立保健福祉大学誌* 2005; 5(1): 7-20.
 - 30) Ide-Okochi A, Yamazaki Y. Social support networks and health-oriented behaviors among skid row residents with disabilities utilizing social rehabilitation services in Kotobuki, Japan. *Japanese Journal of Health and Human Ecology* 2008; 74(5): 250-266.
 - 31) 丸谷美紀. 福祉事務所における保健師の経済的困窮者の支援に用いる援助技術. *日本地域看護学会誌* 2012; 15(2): 46-54.
 - 32) 全国保健所長会「精神保健福祉研究班」. 保健所精神保健福祉業務における危機介入手引. 平成18年度地域保健総合推進事業「精神保健対策の在り方に関する研究」. 2007. http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiki-hoken/pdf/2006_10b.pdf (2014年8月6日アクセス可能)
 - 33) 野村祥平, 岸恵美子, 小長谷百絵, 他. 高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的な概念と実証研究の課題に関する考察. *高齢者虐待防止研究* 2014; 10(1): 175-187.

Characteristics and related factors of individuals who refuse the support of health and welfare professionals

Kyoko YOSHIOKA-MAEDA* and Mariko KURODA*

Key words : community, refusal to support, public health, socially vulnerable, difficult case, multi-problem family

Objectives Health and welfare professionals experience difficulties during their casework on individuals in the community. The purpose of this study was to identify the characteristics and related factors of those in the community who refuse the support of health and welfare professionals.

Methods Since 2006, based on a signed research agreement between researchers and local government office A, the series of psychiatric consultation services was initiated for healthcare professionals who experienced difficulties in carrying out their casework on individuals in the community. Data were acquired from local government office A and included the patient's basic attributes, family-related factors, psychiatric factors, and problematic behaviors. Additionally, information on whether individuals refused support was obtained. The data did not include private information. To investigate risk factors for refusing healthcare professional support, 372 profiles of patients who underwent consultation services from 2006 to 2012, were analyzed by logistic regression analysis.

Results Among 309 persons, only 102 (33.0%) accepted support from health and welfare professionals, and 207 (67.0%) persons refused support. Logistic regression analysis revealed that individuals in the community who received welfare benefits (odds ratio [OR]=1.86, 95% confidence interval [CI]=1.02-3.39), refused medication (OR=2.07, 95%CI=1.10-3.90), or used abusive language towards healthcare professionals (OR=1.97, 95%CI=1.09-3.55) were more likely to refuse support from health and welfare professionals.

Conclusion The results indicate that individuals in the community who refused support of health and welfare professionals tend to have a worsening condition and a greater need for crisis intervention than those who did not refuse support.

* Department of Community Health Nursing, School of Nursing, Faculty of Medicine, Tokyo Medical University