



## 高齢者虐待予防と早期発見を推進する地域ケアシステムに関する国際的研究

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 地域保健看護学 教授

佐々木 明子

本研究は小野ミツ、ブリット・インゲル・サーブマン、ハリエット・パソ ン、桂晶子、高崎絹子、大島扶美の共同研究者と一緒に行ないました。

### 【ポスター 1】

目的です。我が国では高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援に関する法律が平成 17 年に成立し、平成 18 年 4 月から施行されております。しかし、高齢者虐待予防と早期発見を促進する地域ケアシステムに関しては構築されつつある段階であり、その中で重要な役割を果たす保健師の活動を明確化する必要があります。

一方、社会サービス先進国であるスウェーデンでは、1999 年に施行された社会サービス法第 71 条、通称レックスサーラ(Lex Sarah)により、高齢者及び障害者の不適切処遇に関する通達を出し、人権擁護を目指した活動を進めております。このようにスウェーデンでは我が国より先に虐待防止の活動を推進しているものの、在宅における高齢者虐待については、これからの所がございませう。

そこで本研究は、日本とスウェーデンの比較から、高齢者虐待事例の早期発見と予防に関する地域看護職者の対応と役割を明らかにすることによって、高齢者虐待の予防と早期発見を推進する地域ケアシステムのあり方を検討することを目的に行ないました。

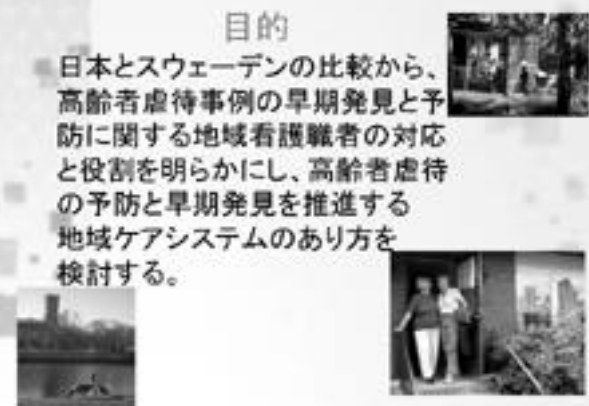
### 【ポスター 2】

研究方法ですが、本研究は 3 つの研究から成り立っております。

ポスター 1

**目的**

日本とスウェーデンの比較から、高齢者虐待事例の早期発見と予防に関する地域看護職者の対応と役割を明らかにし、高齢者虐待の予防と早期発見を推進する地域ケアシステムのあり方を検討する。



ポスター 2

**研究方法**

1. 日本における高齢者虐待の予防と早期発見と対応に対する保健師のフォーカスグループインタビュー調査  
分析対象: 保健師 7 名ずつの 2 グループ
2. 日本とスウェーデンの地域ケアシステムの現地調査
3. 日本とスウェーデンの高齢者虐待の予防と早期発見に関する地域看護職者対象の質問紙調査  
分析対象: 日本の行政機関の保健師 124 名  
スウェーデンの地域看護師 81 名

倫理的配慮: 調査に際し、文書で説明の上、同意を得られた場合、返信する方法にて実施。回答は無記名。

1つは、日本における高齢者虐待の予防と早期発見に対応する保健師へのフォーカスグループインタビューによる調査を行なっております。2つ目としまして、日本とスウェーデンの地域ケアシステムに関する現地調査、3つ目は、日本とスウェーデンの高齢者虐待の予防と早期発見に関する地域看護職者対象の質問紙調査を行なっております。

この1番目の調査について少し詳しく説明しますが、グループインタビュー調査は、平成18年に日本の中国地方と関東地方の保健師7名ずつの、2グループを対象に行ないました。インタビューの内容は、保健師の承諾を得てテープレコーダー及びVTRに撮影・録音し、そこから保健師の発言の逐語録を作成しました。発言をコード化、カテゴリー化して抽象度を上げました。

2番目の地域システムの現地調査は、平成17年、18年にスウェーデンの南部のカールマルム及び中央部のストックホルムにおいて、さらに日本においては、東北地方、関東地方、そして中国地方の保健福祉関係者を対象に、高齢者虐待の事例の把握方法、対応方法を聞き取り調査しました。

3番目の事例調査に関しましては、平成18年に関東、東北、北陸、中国地方の行政機関に働く保健師554人を対象に、統括部署の代表者へ調査趣旨を説明の上、郵送法による自記式質問紙調査を実施しました。回収数は124人で、その全てを分析対象としました。スウェーデンにおいては北部、中央部、南部の地域看護師204人を対象に、保健センターの責任者と市町村の高齢者看護の責任者が、自記式質問紙調査票を配布し、郵送法により回収しました。回収数81人を有効回答とし、分析対象としました。倫理的配慮としましては、調査の同意を文書にて得て、その同意が得られた場合に返信する方法で行い、調査に協力しない場合も不利益を被らないことを明示しました。回答は無記名を原則にしました。

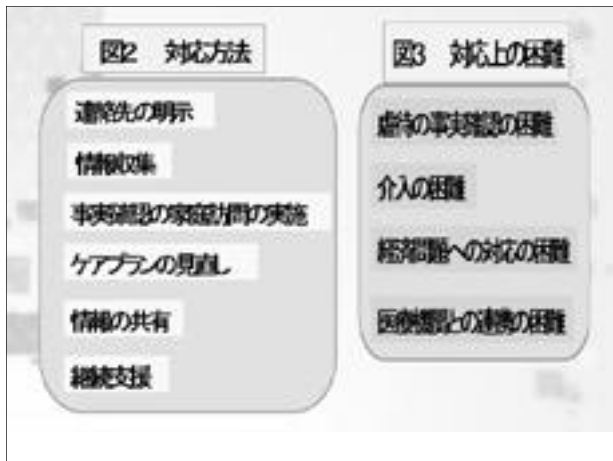
### 【ポスター3】

高齢者虐待事例の把握経路ですけれども、これは、日本のグループインタビュー調査による結果です。グループインタビューに参加した保健師の平均年齢は43.5歳で、保健師の経験年数は18年と、長い経験を持っている者がほとんどでした。実際に高齢者事例はどのようなところから把握されるかというと、本人、家族、親族、地域住民、自治会から、そして民生委員から、というのがみられました。行政としては担当窓口の人、保健師以外の他部署の市町村職員、それから医師、看護師、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、デイサービス職員、サービス提供者など、サービス提供者などの保健医療福祉関係者、そして警察からというの

ポスター3



ポスター 4



ポスター 5



があります。その他、日頃の家庭訪問を通しての保健師自身の地区活動から把握されている現状が明らかになりました。

【ポスター 4】

続いて日本の事例からの状況ですが、対応方法としましては、連絡先を明示すること、情報収集をすること、事実確認のための家庭訪問を実施すること、ケアプランの見直し、それから情報の共有、継続的な支援をするというような対応が取られておりました。

このような対応をする中での困難なこととしまして、虐待の事実確認が難しいということ、それから介入を実際に進める上で、その家庭に入り込んでケアにつなげていくのが難しいということが挙げられております。また、経済問題への対応の困難、医療機関との連携の困難が挙げられました。

【ポスター 5】

図 4 は高齢者虐待の早期発見、予防における保健師の役割を示したものです。

早期発見においては、虐待の判断根拠を明確化すること、事例についての情報を共有すること、それから医療機関との連携を強化すること、虐待の啓蒙活動を実施していくこと、予防訪問を展開していくこと、適材適所への保健師の配置、が今後高齢者虐待の早期発見を促進していく上で重要なこととして挙げられております。

それから、予防に関しては虐待に関する相談窓口の設置、虐待防止のための介護者支援、虐待予備群への対応、虐待への第三次予防、地域活動のリーダーへの啓発、高齢者虐待防止関連ネットワークの構築、支え合える地域づくりが予防活動を推進する上で重要であるということがグループインタビューから把握されております。

【ポスター 6】

次に質問紙調査の結果について、説明いたします。

日本とスウェーデンにおきまして、想定事例をもとに調査を行ないました。その想定事例に対して、保健師あるいはスウェーデンにおける地域看護師がどのように対応

するか、誰に連絡するか、そしてそれをどのように報告するかを質問し、早期発見報告、予防のためのガイドラインと日常業務に関する実践体験について質問しました。

想定事例を制定しましたのは、共通して虐待を定義するというのがなかなか難しいために、事例として判断がぶれるといけませんので、サーブマン (Savemn) らが行なった先行研究を基に、虐待として典型的な事例として考えられるものを想定しております。

事例1は、介護者の夫が要介護状態の妻に身体的虐待をする事例、事例2に関しては、アルコール中毒の息子が母親に身体的、経済的虐待をする事例、事例3については介護者の娘が認知症の父親に身体的、心理的虐待を行なう事例となっております。

実際の想定事例の経験なのですが、日本の場合とスウェーデン場合を比較しますと、事例1、2、3をみますと、日本の場合は事例1が約25%、事例2に関しては26.6%、事例3に関しては27.4%、スウェーデンでは事例1が13.6%、事例2が18.5%、事例3が22.2%と、全体的に日本の方が想定事例への類似経験が多い傾向がありました。それから、過去1年以上に1回以上経験あった割合に関しましても、日本は事例1に関しては16.9%、事例2に関しては16.1%、事例3に関しては15.3%あるのに対し、スウェーデンでは事例1が7.4%、事例2が9.9%、事例3が12.3%という状況が挙げられております。

この事例の把握に関しては、両国ともここには述べておりませんが、グループインタビューでの事例の把握方法と類似しておりました。日本では民生委員による把握が見られましたが、スウェーデンではそれがみられないのが日本との差異になっております。ここには書いておりませんが、事例への対応に関しましては両国とも類似の傾向が見られましたが、スウェーデンでは、市町村に配置されているマース (MAS) という医療責任看護師の果たす役割が重要なことが明らかになりました。また、高齢者虐待の予防には、地域看護職が家族と良好な関係を構築し、変化をもたらしたり、家族介護者を休息サービスの利用や頻繁な家庭訪問で支援し、課題の共有と情報の提供が有効なことが示されております。

ポスター6

	経験あり		1回以上経験あり	
	日本 n = 124	スウェーデン n = 81	日本 n = 124	スウェーデン n = 81
事例1	32(25.8)	11(13.6)	21(16.9)	6( 7.4)
事例2	33(26.6)	15(18.5)	20(16.1)	8( 9.9)
事例3	34(27.4)	18(22.2)	19(15.3)	10(12.3)

注)勤務経験場所は問わない  
想定事例への対応内容は両国ともほぼ同様。  
スウェーデンではMAS等の役割が重要。  
事例1:介護者の夫が要介護状態の妻に身体的虐待  
事例2:アルコール中毒の息子が母親に身体的、経済的虐待  
事例3:介護者の娘が認知症の父親に身体的、心理的虐待

#### 【ポスター7】

続いて、高齢者虐待予防と早期発見のためのガイドライン等の整備状況についてです。

日本の場合は「早期発見、報告、予防のためのガイドラインがない」が60.5%、スウェーデンの場合は66.7%、「ガイドラインを知らない」が29.0%、スウェーデンの

ポスター 7

日本 (N=124)	n	(%)	スウェーデン (N=81)	n	(%)
発見、報告、予防のためのガイドラインがない	75	(60.5)	発見、報告、予防のためのガイドラインがない	54	(66.7)
ガイドラインを知らない	36	(29.0)	ガイドラインを知らない	20	(25.0)
ガイドラインがある	8	(6.5)	ガイドラインがある	7	(8.6)
定義がない	63	(51.6)			
記録の方法がない	72	(58.1)			

スウェーデンのガイドラインの内容:  
虐待の予防には、家族・親族やその支援グループへの教育、発見には、具体的な作業プラン、法的な報告義務の活用など。

ポスター 8

日本 N=124		
	有	n (%)
高齢者虐待に関する研修受講経験	有	30 (24.2)
	無	94 (75.8)
高齢者虐待に関する事例検討会参加	有	28 (22.6)
	無	95 (76.6)
	無回答	1 (0.8)

場合は 25.0 %で、「ガイドラインがある」と明確に答えたのが 6.5 %、スウェーデンの場合は 8.6 %で、両国とも高齢者虐待予防と早期発見のための地域でのガイドラインの整備状況がまだ充分でない現状が明らかになっております。

スウェーデンのガイドラインの内容としましては、虐待の防止には、家族・親族やその他のグループへの教育が重要であること、それから発見には具体的な作業プラン、法的な報告義務などの活用を行なうべきというようなことが挙げられております。また、日本においては「虐待の記録方法がない」というのが 58.1 %で、6 割近い現状が挙げられております。

【ポスター 8】

このような結果を踏まえ、実際に地域で高齢者虐待に関わる保健師や看護職種に対して、日本においては研修や事例検討会などで、力量を向上する機会があるかどうか尋ねましたところ、高齢者虐待に関する研修受講経験有りというのが 24.2 %、高齢者虐待に関する事例検討会への参加有りが 22.6 %ということで、高齢者虐待に関する研修や事例検討会に参加した割合が少ない結果でした。先ほど挙げましたように、高齢者虐待事例の対応上の困難を感じる保健師職が大変多いことから、このような事例検討会やあるいは研修会への参加の機会を増やし、保健師の対応能力を高めていく必要があることが示唆されました。

【ポスター 9】

まとめに移ります。

高齢者虐待の発見には、専門職者同士で協力し兆候を早めにキャッチすること、家族、住民、保健医療関係者が連携し、対応すること、相談窓口の設置とその機能の充実が重要であることが明らかになりました。

高齢者虐待の報告が重要であり、記録の文書化、報告の義務、家族や他の専門職者との連絡の重要性が示唆されました。

高齢者虐待の予防には、家族と良好な関係を構築し、変化をもたらすこと、家族介護者を休息サービスの利用や頻繁な家庭訪問で支援し、課題の共有と情報の提供が有

効であることが明らかになりました。

住民や民生委員などの制度ボランティア、関係職者との連携の強化、虐待予防の啓蒙活動の推進、虐待を起こさない地域づくりが、特に日本においては重要性が示唆されております。

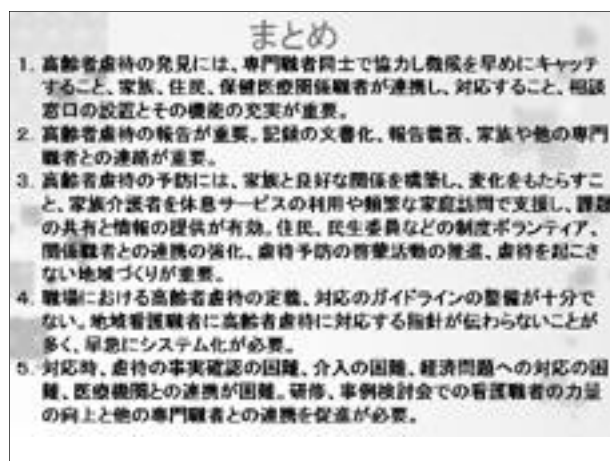
それから、職場における高齢者虐待の定義や対応のガイドラインの整備が、両国とも十分ではない現状が明らかになりました。

たので、地域看護職者に高齢者虐待に対応する指針が伝わっていないことが予想され、早急にシステム化を進めることが必要とされております。

虐待の対応や、虐待の事実の確認の困難、介入の困難、経済的な問題への対応の困難、医療機関との連携が困難等が挙げられておりますので、日頃の活動の他、研修や事例検討会での看護職者の力量の向上を図っていき、かつ、他の専門職者との連携をさらに強化していくことが重要であることが示唆されました。

最後に、この研究を実施するにあたりまして、多大なる支援をいただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団に心から感謝申し上げます。

## ポスター 9



## 質疑応答

会場： 日本とスウェーデンの共通している点で、ガイドラインがないということは、ガイドラインを知らないわけで、実際に虐待という定義を知らない専門職あるいは保健師があると思うのです。しかしそういう現状がもしあったときにどのようにアプローチしたりとか、実際の虐待の定義づけをしてあると思うのです。ここではないのですが、私も訪問看護を實際させていただいているのですが、ネグレクトティブというのは結構見失いがちです。フィジカル・アブユースの場合はブルース（青痣）がある云々ということであるのですが、そういうことで、予防・早期発見という部分で教えていただければと思います。

佐々木： 発見のための力量をつけるのは、日頃の活動の中で発見してきたことを職場の中で共有して、こういう事例の場合はこう判断したらいいのではないかと、こういう場合はこうではないかと、複数の福祉や看護職との関わりの中で共有していつて見つける方法とか、兆候を早めにキャッチする力を身につけていくということ。それから、日頃のオン・ザ・ジョブ・トレーニング的なこと

もそうですし、それに、ガイドラインをきちんと明確化して、共通認識を持っていくということが大切です。それから、国によっては、取りこぼしがないようにチェックできるような家庭訪問的なアセスメントシートを作っています。イギリス等はそれを進めています、そういうものも作っていくことも必要ではないかと思っています。

会場： 具体的に、例えばスウェーデンのことで日本に取り入れていった方がいいというようなものは、どんなものでしょうか。

佐々木： スウェーデンでは、マース（MAS）という医療責任看護師の役割が大変重要で、虐待の兆候をキャッチした場合にマース（MAS）にきちんと報告して、マース（MAS）がまた再度それを確認して、必要に応じて市町村から県、それから社会庁に報告を上げていくというようなことになります。そのマース（MAS）という制度が、1992年のエーデル改革以降、市町村に配置が義務付けられました。このマース（MAS）は看護職で老年看護専門の者が、あるいは保健師の経験のある人がなっているようです。経験豊かな、判断力、想像力、それから精神力を持っている人がなって、重要な役割にいて権限も持っています。そういう、総合的に判断して活動できるような位置づけの人を、きちんとそれぞれの所に配置していく必要があるのではないかと考えております。

会場： 虐待が起こり、それを見つけた場合に、例えば医師とか看護師の側が、スウェーデンではどのように対処しているのか、そういうマニュアルとかがあるのですか。

佐々木： 見つけた場合には、今のマース（MAS）に連絡します。メディカルな面ですと、マース（MAS）がラックスマリアという法律に基づいて訴えを上を起こしていくし、社会関係の面ですと、ラックスサーラという法律に基づいて社会サービス部門の責任者から上の方に上げていくような形になっております。

会場： 現場の医師として、時々そうかな（虐待かな）と思うことがあるのですけれども、なかなか、どこにどうしたらいいのかというのが分からない。一度カナダでアディクシオン・センターというところを見たことがあるのですが、カナダでは電話一本、そのアディクシオン・センターにかけると、その職員が来て全部してくれるようなことがあって、非常によかったなぁと思ったのです。

佐々木： 日本も市町村に通報義務ができております。スウェーデンは今のよう形ですが、日本ですと市町村の方ということで、対応していけると思います。

座長： スウェーデンと日本というのは、恐らく、ケアの社会化というレベルでもかなり違うだろうと思うのですけれども、我が国も介護保険が導入されて、かな

---

り在宅あるいは家庭の中に社会から人が入っていくというような環境作りが進んでいるのだらうとは思いますが、そういったものを今後もさらに、色々な視点を加えていくという必要があるわけですね。特に、虐待というようなもの、恐らく家庭の中ではかなりあったのではないかと思うので、是非こういう研究は今後も進めていっていただいて、実際に役に立つものに構築をしていただくということだと思えます。

佐々木： この結果を基に、スウェーデンの研究者とともに、次の段階の研究で、先ほどのアセスメントとか、虐待の兆候をさらに正確に把握するにはどうしたらいいかというようなことも含め、あるいは地域でのケアシステム作りをさらにどう強化していたらいいかというようなことについても、討議をしながら研究を進めていきたいと思えます。

座長： 是非お願いいたします。

---