

家庭内高齢者虐待における保健医療福祉機関の 支援に関する研究動向

林 真 二

Trends in Research on Support Provided by Healthcare, Medical,
and Welfare Institutions to Address Elder Abuse at Home

Shinji HAYASHI

看護学科, 看護学部,
安田女子大学

Abstract

To classify trends in research on support provided by healthcare, medical, and welfare institutions addressing elder abuse at home in Japan, we examined 105 relevant papers published within the period between 2006 and 2018. There were 4 types of related institutions: medical institutions, administrative bodies in charge of healthcare/welfare services, community-based comprehensive support centers, and care service offices.

Medical institutions tended to detect signs of abuse through their emergency outpatient services, and provide medical support for the elderly with dementia and mental disorders. Administrative bodies in charge of healthcare/welfare services coordinated related institutions and created networks for service use, but their initial response systems to appropriately manage abuse on identifying it had yet to be established. Professionals of community-based comprehensive support centers provided support for residents with self-neglect or refusal of intervention in many cases, and had a sense of difficulty in managing these cases. Employees of care service offices frequently detected signs of abuse, but they found it difficult to judge whether these signs indicate abuse, and accurately recognizing the necessity of consulting/reporting was their challenge.

In order to identify abuse early and appropriately manage it, it would be important for administrative bodies in charge of healthcare/welfare services and community-based comprehensive support centers to start close collaboration with other related institutions whenever detecting signs of abuse.

Key words: elderly , abuse , home , healthcare, medical, and welfare institutions

I. 緒 言

日本で高齢者虐待研究を最初に行ったのは精神科医の金子義彦¹⁾と言われ、1987年に著書「老人虐待」で実態が報告された。しかし、本格的な研究は1990年代に入ってからで、国が政策の必要性を認知し全国的な調査を行ったのは2003年である²⁾。2005年に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、法)が制定され養護者による家庭内虐待と施設従事者による施設内虐待の2つの虐待防止が法制化された。

一般的に虐待は、「ひどい傷害の行使、不条理な拘束、脅迫または残酷な罰を与えることで、身体的な傷、苦痛または精神的な苦痛をもたらす行為」³⁾とされており、法では身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、介護・世話の放棄・放任の5つに類型化された。日本は、高齢アメリカ人法の定義を参考としたため、虐待の類型はほぼ同様であるが、「意図的な行為」を前提とするアメリカ^{4),5)}に対し、日本は「虐待の自覚の有無を問わない」⁶⁾ことが相違点である。これは虐待件数全体に占める意図的な虐待の件数がわずか24%という結果であったことに基づく²⁾、意図的ではない虐待を含めたことが虐待か否かの判断をより困難にしている。しかし虐待者も高齢で疾病や障害を抱えていたり、若くても心身の健康問題をもつ方が多かったため²⁾、法では虐待を行った養護者もまた支援の対象として位置付けている。さらに、家庭内高齢者虐待は地域で発生し、周辺の関係者の関わりも必要になることから、第一義的な責任主体を市町村としている。直接の支援機関には、法施行の同年に設置された地域包括支援センターが、相談対応を担うこととなった⁶⁾。

地域包括支援センターは、保健医療、福祉、介護等の多様な相談を住民の身近な場所に対応するため、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3職種が配置されている。市町村や地域包括支援センターが相談・通報の窓口になったことで、全国の虐待件数も把握できるようになった。その件数は法施行より年々増加し、2017年度の相談件数は3万件を超え、虐待認定も17,078件と前年度より694件(4.2%)増加した。近年は虐待の深刻度も高くなり、半数以上が深刻度3以上で生命・身体・生活に著しい影響があった⁷⁾。

高齢者虐待問題は健康指標にも関連しており、虐待による死亡リスク^{8),9)}や入院率¹⁰⁾の増加、抑うつ症状等の精神疾患の罹患^{11),12)}など、健康や財政上の重大な問題と言える。WHO(世界保健機関)は多くの国が急速に高齢化しているため、高齢者虐待も世界的な蔓延を予想し、公衆衛生上の潜在化した優先課題とした。その背景は、近年発行された52編の研究の虐待の推計値を定量的に合成したメタ解析結果によるもので、過去1年間に虐待を受けた高齢者割合を15.7%と報告している¹³⁾。殆どが被虐待者の自己申告であり、認知症や虐待者の報復を恐れ申告しなかった方を除くため、虐待の割合は過小評価されるとしている¹³⁾。しかし過小報告される虐待は、介入の後れによる発生率の増加につながる可能性も指摘されている¹⁴⁾。これらを踏まえると、法施行より把握できるようになった日本の高齢者虐待件数は氷山の一角であり、法成立は問題解決に向けた一歩に過ぎないと考えられる。

以上より本研究は、日本の家庭内高齢者虐待における保健医療福祉機関の支援に関連する研究動向を把握することを目的とし、虐待防止に向けた示唆を整理することとする。

II. 方 法

2019年7月に医学中央雑誌Web Ver.5を用い、2018年12月までに発行された国内文献（以下、文献）を対象に原著論文を検索した。キーワードは「高齢者虐待」である。高齢者虐待は「老人虐待」「ミストリートメント」とも示されるが、今回はデータベースのシソーラスに基づき「高齢者虐待」に統一した。法の対象外虐待として、自傷行為やセルフネグレクト（自己放任）があるが、国は権利擁護として同様に対応することとしているため⁶⁾、本研究の対象虐待とした。該当文献は339編で表題と抄録（抄録がないものは本文）を参照し、両者に虐待の用語が入っていない論文41編を除く298編を抽出した。次に法制定以降の家庭内高齢者虐待164編を選定し、そのうち保健医療福祉機関に関連する105編を分析対象文献とした。論文全体を精読し筆者が重要と考えたトピックの要約内容を抽出し、高齢者虐待の支援を「把握」「対処」「予防」のフレームワーク¹⁵⁾に分類した。以下、被虐待者は「高齢者」、虐待者は「養護者」、地域包括支援センターは「包括センター」、介護支援専門員は「ケアマネジャー」で統一して表記した。

III. 結 果

1. 高齢者虐待研究の法成立前後の推移

表1に示すとおり、1992年以降から本格的に高齢者虐待研究が始まり、家庭内高齢者虐待研究は211編（70.8%）あった。そのうち法成立以降の研究は164編と約8割を占めた。

表1 高齢者虐待研究の法成立前後の推移

分野	期間(年)	《法成立前》		《法成立後》		《合計》	
		1992～2005(13年間)		2006～2018(13年間)		1992～2018	
		文献数	%	文献数	%	文献数	%
家庭内高齢者虐待		47	92.1%	164	66.4%	211	70.8%
施設内高齢者虐待		1	2.0%	51	20.6%	52	17.5%
海外比較調査		1	2.0%	8	3.2%	9	3.0%
レビュー		2	3.9%	13	5.3%	15	5.0%
学生教育		0	0%	11	4.5%	11	3.7%
計		51	100%	247	100%	298	100%

2. 保健医療福祉機関別における家庭内高齢者虐待研究の特徴

対象文献は105編¹⁶⁾⁻¹²⁰⁾で4つの支援する保健医療福祉機関があった。「医療機関」23編¹⁶⁾⁻³⁸⁾（1編重複）、「保健福祉行政」34編^{34),39)-71)}（4編重複）、「地域包括支援センター」32編^{52),67),71),72)-100)}（6編重複）、「介護事業所」23編^{72),84),92),101)-120)}（3編重複）であった（表2）。以下、機関別に研究内容を示す。

1) 医療機関の支援に関する研究

虐待は救急外来で把握されることが多く、いずれも入院治療に至った症例であった¹⁶⁾⁻¹⁸⁾。また潜在する虐待を把握するため、入院患者や認知症通院患者の実態調査を行っていた^{19),20)}。入院時点で関係機関の関わりがない事例が70%と多く、退院後の処遇に関しては介護者との分離が81%と虐待のレベルが深刻化したのちに受診する事例が多いことが示唆され問題視されていた¹⁹⁾。看護職調査では約2割が虐待遭遇経験を持ち^{21),22)}、身体的虐待、性的虐待、介護放棄は7割前後、

表2 保健医療福祉機関別の家庭内高齢者虐待研究の概要

関係機関	＜把握＞		＜対応＞		＜予防＞	
	悪化防止(2次予防)	文献番号	悪化防止(2次予防)	文献番号	未然・再発防止(1次予防)	文献番号
医療機関 (23編)	1) 救急外来での虐待の発見 ・救急搬送された被害者等の治療や患者 聴取等による虐待発見 ・患者の介護放棄把握と医療ソーシャルワ ーカー、病棟看護師、行政連携支援	16,17 18	1) 認知症・精神障害高齢者の医療 ・認知症対応に関する息子への教育、介護 拒否した息子との分離判断 ・妻の認知症を受け止められず暴力をふるう 夫への疾患の説明 ・夫の暴力を受け右眼を失明した精神障害者 の不安への介入 ・精神疾患を有する養護者への援助	26 27 28 29	1) 在宅看護(再発予防) ・精神科訪問看護による緩解期の維持と 家族支援 2) 地域連携による虐待予防の啓発 ・地域住民や関係者を対象とした家庭内 高齢者虐待の気づきと対処の研修	35 34*
	2) 患者調査による虐待の把握 ・入院中の患者の虐待把握状況 ・認知症通院患者の虐待要因スクリーニング	19 20	2) 在宅看護(介入) ・共依存関係の家族看護介入(訪問看護) ・家族介護者のアサーティブネス支援による 介護負担軽減(訪問看護)	30-32 33		
	3) 看護職の遭遇意識・観察視点の調査 ・虐待遭遇経験、認識、観察視点 ・虐待の具体事例による認識 ・遭遇意識とエイジズム教育の必要性	21,22 23 24,25	3) 生命倫理、法制度の課題 ・継続治療を拒否する家族への説明 ・非養護者の男児による虐待の法の課題 ・第3者後見人の医療同意権の問題	36 37 38		
医師 看護職 医療ソーシャルワ ーカー 精神保健福祉士	文献数 10	文献数 11	文献数 2			
保健福祉行政 (34編)	1) 虐待判断、介入判断の検討 ・早期発見・介入における保健師の役割 ・虐待の疑い相談内容と虐待認定結果の2つ のスクリーニングの関連性	39 40	1) 介入拒否事例への対応 ・介入拒否事例の実態と支援技術の検討 ・拒否的な養護者との援助関係づくり ・サービス提供困難者への包括的介入(生活・ 経済援助)の検討	44 45 46 47 48	1) 体制整備・関係機関ネットワーク構築 ・早期発見の体制整備(人員、窓口啓発、 相談・対応体制、連携状況等) ・行政(市町村・都道府県)・包括センターの 協働体制の現状 ・防止体制の整備状況の評価 ・専門職ネットワーク構築に向けた権利擁護 勉強会の効果 ・ネットワーク構築と啓発活動への影響 ・行政と包括間の機関協働スキルの分析	54-60 61-63 68,70 65 64 71*
	2) アセスメント・チェックリスト表の導入 ・虐待のリスクアセスメント表の開発 ・DV被害者看護観察簡易チェックリスト開発	41 42	2) 介護者支援・サービス提供支援 ・家族介護者への訪問相談事業の検討 ・家族の力量を捉えた介入方法の検討	46 47	2) 地域の早期発見・見守りネットワーク構築 ・地域の関係者を対象とした家庭内高齢者 虐待の気づきと対処の研修 ・社会福祉協議会による民間団体への啓発 ・ネットワーク構築に向けた民生委員調査	34* 66 69
	3) 虐待把握・事案確認の実態 ・都市部における虐待発生前後の把握、初動 体制及び事案確認の現状	43	3) 他機関連携による支援 ・精神障害者への介護・経済面、精神保健の 包括的支援の検討 4) 分離判断、分離支援の検討 ・分離支援内容の実態と分離判断の検討 ・分離判断時の被害者等の心身の健康状態 と看護職のアセスメントの必要性 ・分離支援対応時の困難感の分析	49 50,53 51 52*	3) DV支援における専門職間の認識調査 ・行政と包括間のDV支援の認識	67*
事務職 保健師	文献数 5	文献数 10	文献数 19			
地域包括支援 センター (32編)	1) 虐待判断の検討 ・虐待の発見経緯や職種を考慮した早期発見 のアセスメントの検討 ・認知症の有無による虐待判断の検討	72* 73	1) セルフネグレクト事例の対応と課題 ・実態、対応の困難感や課題 ・専門職のシシメンと介入方法 2) 精神・発達障害者の事例への対応 ・精神・発達障害のある高齢者への対応課題 と多職種支援	76-78* 78*-80 81	1) 専門職の連携・協働体制 ・高齢者虐待防止事業における社会福祉士の 活動と課題 ・保健師等看護職の権利擁護活動 ・行政と包括間の機関協働スキルの分析	93-95 96 71*
	2) ケアマネジャーとの連携・支援 ・早期発見のための連携強化と調整会議を通 じた後方支援の必要性 ・相談通報を行う虐待兆候の認識の統一と 報告後の情報共有の必要性	74 75	3) 介入拒否事例の対応と課題 ・対応の精神的負担感の現状、困難を感じる 要因の分析 ・関係形成困難な家族の介入方法 4) 対応最終事例・分離保護事例の分析 ・配偶者間虐待の終結に至った事例分析 ・分離支援対応時の困難感の分析 5) 対応スキルの分析・検討 ・看護職の対応支援技術の検討 ・社会福祉士のソーシャルワークの実績 スキルの分析・活用状況 ・保護・分離過程における専門職技能分析 ・養護者支援のアセスメントの実態と方法	82-84* 85,86 87 52* 88 89,90 91 92*	2) DV支援における専門職間の認識調査 ・行政・包括間のDV支援の認識、DVと虐待の 専門職の認識 3) 専門職間の支援における認識調査 ・セルフネグレクトタイプ別の支援意識 ・専門職判断・認識等の差異と統一の検討 ・虐待対応に関する実践意識の分析	67* 97 98 99 100
	保健師 社会福祉士 主任ケアマネジャー	文献数 4	文献数 18	文献数 10		
介護事業所 (23編)	1) 虐待把握と相談・通報意識の課題 ・発見・通報の現状と通報意識の調査 ・相談・通報を促すための方策検討 ・虐待の発見経緯や職種を考慮した早期発見 のアセスメント指標の作成検討	101,102 103 72*	1) 認知症高齢者・家族介護者の支援 ・重度認知症介護を行う息子への支援 ・重度認知症の老老介護を行う妻への支援 ・精神科受診につなげた高齢者の在宅継続 支援 2) 対応困難感 ・養護者との援助関係への戸惑い ・対応に困難を感じる要因の分析 3) 対応スキルの分析・検討 ・ヘルパーによるセルフネグレクト(介護放棄)支援に おける生活視点の検討 ・養護者支援のアセスメントの実態と方法	110 111 112 113-115 84* 116 92*	1) 高齢者・家族の回復支援 ・デイサービスにてエンパワーメントを高める 高齢者支援(未然防止・再発防止) ・虐待で保護入所中の高齢者ケアと在宅生活 移行支援(再発防止) 2) 専門職間の予防意識と連携状況調査 ・虐待予防の意識と取り組み調査 ・包括センターへの虐待相談と連携の認識	117 118 119 120
	ケアマネジャー 介護職	104,107 105	文献数 10	文献数 9	文献数 4	
	文献数 10	文献数 9	文献数 4			

*: 複数の関係機関に分類

経済的虐待、精神的虐待は約5割の認識であった²³⁾。把握では「身体観察」「介護者との関係性」「高齢者の言動」に観察視点を持っており²²⁾、虐待発見のため遭遇の意識を持つことや老年看護学教育の必要性が示唆されていた^{24)、25)}。

対処には認知症^{26)、27)}や精神障害^{28)、29)}をもつ高齢者への医療支援が多く、一方で医師は養護者(息子、夫)に疾患や治療の説明を行っていた。また高齢者の能力低下に対する認識が低かったり、虐待の事実を隠すなどの責任を欠く態度がある場合は再発リスクを予測し、必要に応じて離れて暮らす生活について家族教育を行っていた^{26)、29)}。介護負担が原因で虐待をする夫には、高齢者の抗認知症薬の治療により分離措置から在宅移行へと良好な経過を辿った事例もあった²⁷⁾。訪問看護では、要介護の母親に息子が期待する母親像の隔たりを埋める話し合いや家族の力動評価など共依存関係への介入を行っていた^{30)、32)}。また、介護ストレスや訴えを表出できるようアサーティブネスを高める支援も行っていた³³⁾。

予防では医療機関が中心となり、虐待発見・予防のために地域関係者と協働した普及啓発を行う取り組み³⁴⁾があった。また専門職と地域が現状認識を共有し当事者を見守ることで役割分担が明確になり、安心・安全な環境を維持する再発予防の支援もあった³⁵⁾。

入院中の一人暮らし高齢者の家族が退院後の在宅介護を拒否し医療中断を申し出た事例³⁶⁾、非養護者の男児による虐待は養護者支援に該当しない事例³⁷⁾、高齢者の第三者後見人に医的侵襲の同意権がない事例など、生命倫理や法制度に問題提起をした研究もあった³⁸⁾。

2) 保健福祉行政の支援に関連する研究

把握では、担当者は多種多様な虐待の判断に困難感を持っていた³⁹⁾。一方で、判断根拠を明確化する必要性³⁹⁾が示唆されていた。そのため、虐待の疑い内容と実際の虐待内容の関連性を分析したり⁴⁰⁾、リスクアセスメント表等の開発・導入を検討していた^{41)、42)}。都市部の把握状況では、通報時に「生命に関わる危険な状態」が16.3%で全国平均より高く、虐待発生後の把握は77%、対応も72.8%が通報からの関わりであった。また、通報から「1～4日」に事実確認をした事例は32%と少なく⁴³⁾、生命の危険が生じ得るような事例の把握と関係者からの情報集約を迅速に行う初動体制づくりが今後の課題とされていた⁴³⁾。

対処では、養護者の居留守・威嚇や、養護者に気を使い訪問拒否する高齢者には、双方の健康に気を遣う関わりや、キーパーソン・地域関係者の支援を確保していた^{44)、47)}。また他部署や関連機関と連携し、介護サービスの導入、生活保護の相談、養護者の就労支援、認知症高齢者の成年後見制度利用支援^{46)、49)}、医療受診勧奨など多様な支援を検討していた⁴⁹⁾。一方でやむを得ない場合は分離支援が行われ、介護の放棄・放任が6割以上であった⁵⁰⁾。分離支援は「生命の危険のある状態」が約9割と多く^{51)、52)}、保健師は怪我の程度や放任等の一般状態等の観察・フィジカルアセスメントが重視された^{51)、53)}。並行して病院・主治医に連絡を行い分離保護の妥当性に関する助言を得ていた⁵³⁾。

予防は、介入・分離支援の基準を含む相談対応マニュアルの整備、専門職配置、医療機関・介護施設・警察・地域関係者等とのネットワーク構築を検討していたが^{54)、59)}、多重問題の事例対応には職員の精神的負担や人材不足の課題があった^{57)、60)}。そのため、行政内部の体制は、担当者を固定し対応スキルや高齢者情報・地域資源の情報等を継承し、スーパーバイザー的な役割を持つ機関、障害担当課、保健センター、保健所、法律専門家との連携が提案されていた^{57)、60)、61)}。しかし小規模な自治体では体制整備が困難で、都道府県の広域支援の必要性が示唆されていた^{62)、63)}。体制整備や関係機関連携を積極的に推進する市町村は、広報活動、実態把握、職員研修、連携会

議が活発に行われ^{34),64)-71)}、虐待通報件数の増加⁶⁸⁾、実務者の判断のズレの解消^{67),70),71)}に寄与していた。

3) 地域包括支援センターの支援に関連する研究

把握では、職種別の意識の違い⁷²⁾や認知症の有無による虐待判断に課題⁷³⁾があった。介護負担を抱えるハイリスク家族にはケアマネジャーが関わっているため、連携強化や⁷⁴⁾虐待兆候の認識の統一が示唆され、把握後も密な情報共有が必要とされていた⁷⁵⁾。

対処では、セルフネグレクト事例⁷⁶⁾⁻⁸⁰⁾、精神・発達障害のある高齢者⁸¹⁾、介入拒否事例⁸²⁾⁻⁸⁶⁾の対応に専門職は困難感やジレンマを抱えていた。特に、セルフネグレクトは、自覚がないが約8割、社会的孤立が約7割、慢性疾患が約4割、栄養不良が約8割いたにも関わらず、必要な医療や保健福祉サービスの利用拒否が約7割、性格や人格の問題がある者が約6割で、高齢者自身や住環境の不衛生があった⁷⁶⁾⁻⁷⁸⁾。セルフネグレクトや介入拒否には、初動期に信頼関係を構築し、展開期は生命の尊重を重視し、行動変容を促す介入、家族介入、ソーシャルネットワークの活用、他機関連携、情報の入る仕組みを確立し^{78)-80),85),86)}、見守り介入、緊急時介入、予防的介入を駆使して関わっていた^{78),85),86)}。配偶者間虐待の対応では、養護者の介護負担が原因の場合は、悩みや気持ちの理解、介護者交流会への参加などが解決の有用な方法であった⁸⁷⁾。しかし、心理的虐待やDV(配偶者間暴力)が継続した事例は、介入後も虐待が無くなる割合が低かった⁸⁷⁾。また配偶者間虐待の半数以上が、65歳前のDV延長であると報告されており⁶⁷⁾、この場合は被害者の安全確保や分離の検討も必要であることが言及されていた⁸⁷⁾。対処方法の改善には、看護職の支援行動指標⁸⁸⁾や、家族関係に介入する社会福祉士の実践スキル^{89),90)}、関係職種間で保護・分離の見解を一致させる技能項目⁹¹⁾、養護者支援のアセスメント方法の導入が検討されていた⁹²⁾。

予防では、虐待対応が圧迫すると他機関連携に時間的齟齬、認識不一致、虐待対応の温度差がみられた⁹³⁾。特に、キーパソン不在、病院受診やサービス利用の拒否、費用がない、各機関の役割や位置づけが不明瞭な事例では予防や見守りの課題があった⁹⁴⁾。しかし研修会参加や関係資料の購読を積極的に行い職員の専門性の強化に努める包括センターもあった⁹⁵⁾。保健師等は「家庭訪問による観察判断」(65.7%)、「家族調整」(29.0%)が多く、主に医療連携の役割を果たしていたが、主体的に活動できるよう包括センターでの条件や位置づけを整える必要性があった⁹⁶⁾。予防意識では、配偶者間虐待の原因を介護ストレスや認知症と考える傾向が強く、DV延長によるストレス障害やうつ病等の精神疾患を見逃していると指摘している⁹⁷⁾。また、配偶者暴力相談支援センターは都道府県の管轄であるため、担当者はその存在、機能や役割に関する認識が低く、活動しているピアサポートグループやカウンセリングの利用、制度活用⁶⁷⁾などについて、高齢者福祉でもDV研修の必要性が示唆されていた⁹⁷⁾。また専門職は「認知機能やADLに問題がなく、自らの意思でセルフネグレクトに陥っている事例」には、支援の必要性を判断できない困難感を抱えていた⁹⁸⁾。そのため、会議を開くなど互いに葛藤を抱えない手段により支援の認識を統一する必要性が示唆されていた⁹⁹⁾。虐待情報の把握技術を習得する行動やビジョンのある相談対応は、職務の特徴を理解し支援過程でも意識して関わる実践的意識が関与していた¹⁰⁰⁾。

4) 介護事業所の支援に関連する研究

把握では、発見した虐待を「すべて通報した」事業所職員は2006年で23.7%¹⁰¹⁾と少なく、2012年でも「必ず通報している」人は56.1%であった¹⁰²⁾。その特徴は深刻になってからの通報が多かったが、通報事例は71.4%が解決し、通報しなかった事例は29.1%と低かった¹⁰³⁾。これら虐待の通報・把握の阻害要因として、虐待判断や介入の指標が不明確であり(判断基準の不在¹⁰⁴⁾、

健康問題予測の限界¹⁰⁵⁾、虐待の兆候だけで相談・通報できない現状（証拠がない¹⁰²⁾、脅え・不安・無表情な顔つき等の未確定な虐待サイン¹⁰⁶⁾があった。そのため、医療職に最終判断を委ねたい¹⁰⁵⁾など虐待対応への不安¹⁰⁴⁾を抱えていた。また、これまでの本人・養護者への接点から、養護者の事情に過度に配慮¹⁰⁷⁾したり、高齢者本人も保護を求めている（50%）¹⁰¹⁾ため、専門職は虐待を認めることへの抵抗感¹⁰⁵⁾があった。さらに、生活や健康状況を評価し、生命が危ぶまれるような状況が確認されず（69%）¹⁰¹⁾、虐待も恒常的でなく現状の見守りで改善が見込める（81%）¹⁰¹⁾場合は、自分ができる対処を試みていた¹⁰⁵⁾。一方で虐待判断を促進する要因には、「情報量・源が多いこと」が示唆され¹⁰⁷⁾、ケアマネジャーは自宅や本人・家族の様子¹⁰⁸⁾、通所系介護職員は身体面、訪問系介護職員は家族関係の悪化や心理面、介護放棄の予兆をよく察知していた¹⁰⁸⁾。これより、安心して相談できる包括センターの役割と¹⁰⁶⁾、発見・介入を遅らせないための虐待判断をサポートするシステム構築が必要とされていた⁷²⁾、¹⁰⁵⁾。

対処では、養護者の心理面の受容による介護負担感の軽減や¹¹⁰⁾、¹¹¹⁾、精神科医療と連携したことで、認知症の周辺症状（BPSD）が緩和するだけでなく、10年以上ネグレクト支援をする訪問介護職員側の負担も軽減していた¹¹²⁾。しかし「サービス利用の説得」「家族内の意見の不一致の際の調整」¹¹³⁾、「養護者と対峙する」「介護者との関係を維持したい」¹¹⁴⁾、「養護者のバリアに気持ちが萎える」「養護者が受け入れるプランにならざるをえない」¹¹⁵⁾など様々な困難感を持っていた。その中でも、ホームヘルパーとして専門職アイデンティティが高い人ほど、生活面の様々な問題に気づき対処できることが報告されていた¹¹⁶⁾。

予防では、デイサービスに通所する高齢者にエンパワメントを高める支援¹¹⁷⁾や保護入所中の高齢者の在宅復帰を支援していた¹¹⁸⁾。また、職員研修では介入拒否事例の関わりを検討したり、虐待対応チームとの合同研修会が望まれていた¹¹⁹⁾。さらに、ケアマネジャーの後方支援を包括センターや市町村が、積極的に関わることも示唆されていた¹²⁰⁾。

Ⅲ. 考 察

本稿では家庭内高齢者虐待における保健医療福祉機関の研究から虐待防止に向けた示唆を得る事を目的とし、法成立以降の虐待防止のための支援に関する研究動向を「医療機関」「保健福祉行政」「地域包括支援センター」「介護事業所」ごとにレビューした。

医療機関では、主に救急外来で虐待の把握が多く、認知症や精神障害を有する高齢者の医療や介護者教育を通して家庭内高齢者虐待への関わりがあった。医療機関の入院患者における家庭内高齢者虐待の7割が入院後の発見であったという報告¹⁹⁾もあり、虐待の遭遇意識や観察視点が必要であった。同時に、救急外来の受診者は重症化した結果であり、関係する保健福祉行政等は地域での早期発見や予防について事例検証が必要と考える。また、認知症通院患者への虐待スクリーニングの試み²⁰⁾は、認知症が虐待要因になることも多いため、発生・悪化予防の効果的な対策と考えられた。アメリカで実態調査するPillemerら¹²¹⁾は、近年の3つの大規模調査から自国で虐待を受ける高齢者割合を7.6%～11%と予想し、1日20人～40人の高齢者を診察する臨床医では毎日1人以上の虐待に遭遇する可能性を報告している。また、かかりつけ医、内科医の60%以上が虐待について患者に尋ねたことがないという報告もある¹²²⁾。そのため、保健福祉行政は緊急入院時の連携だけでなく、発生予防においても医療機関と連携体制を構築する必要がある。

保健福祉行政では、虐待事例の通報から「1～4日」の事実確認が32%であるため⁴³⁾、対応職員は通報事例が、すでに深刻度の高い事例が多い事⁴³⁾も認識して迅速対応に努める必要がある。先行する児童虐待防止法のように、通報から48時間以内に事実確認を行うことは高齢者の虐待防止法に規定はないが、虐待の判断や介入の一定の基準をマニュアルに明記し行動に移す必要があると考える。専門職不足や後方支援機関の少ない市町村は、研修体制の確保、スーパーバイズを行う関係機関との連携、協働に努める必要がある。

地域包括支援センターは、介入拒否やセルフネグレクト等の事例への対処が多く、困難感やジレンマを抱えていた。困難事例は、対応に時間や労力を取られるが、早期発見し対処したことで虐待の低減や、終結を早期に図れたという調査結果もある¹²³⁾。そのため、要介護高齢者はケアマネジャーへの周知や連携、介護保険未申請の高齢者は民生委員、ボランティア、民間団体等による見守りネットワークを構築し、潜在化している虐待や虐待予備群を把握し予防的介入が行なえるよう体制整備を行う必要がある。

介護事業所では、虐待の判断に困難感を感じ、虐待通報が約半数行われていない状況と通報事例も深刻化した状態であった^{102),103)}。虐待は、不適切なケアから軽中度の潜在した虐待もあるため、介入の遅れにより虐待が深刻化しないよう相談連携が必要である。高齢者、養護者との接点がある場合には定期訪問時に虐待の有無を確認したり、前回からの変化を観察する機会も必要である。早期に発見されても相談通報につながらなければ介入は困難である¹⁰³⁾ことも専門職に周知していく必要がある。

以上を通して高齢者虐待が顕在化しにくいのは、高齢者や養護者側の要因の他に虐待を把握する関係機関の専門職側の要因も含まれていた。そのため、保健福祉行政や地域包括支援センターは、顕在化した事例への対処や発見・介入のネットワーク構築だけでなく、虐待が顕在化しやすくなるような判断基準を検討し、高齢者の医療・介護等の問題を抱えているハイリスク家族の把握とその家族を対象とした虐待予防の体制を構築するために、他の関係機関からの個別の相談を受け入れ密に関わることが重要であると考えられる。

文 献

1. 金子善彦：老人虐待。星和書店，東京，1987。
2. 厚生労働省（医療経済研究機構）：家庭内における高齢者虐待に関する調査報告書。2004。
3. 高崎絹子（監修）ら：実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防。日本看護協会出版会，東京，2010。
4. Wallace R.B., Bonnie R.J.(Eds.):Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America. Washington, DC: *National Academies Press*, 2003.
5. Pillemer K, et al. : Elder Abuse : Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*, 56(Suppl 2) : S194-S205, 2016.
6. 厚生労働省：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（改訂版）。2018。
7. 厚生労働省：平成29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。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000491672.pdf>(2019年8月10日)。
8. Mark S. Lachs,et al.: The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*. 280(5): 428-432, 1998.
9. Dong X, et al.: Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*, 302(5): 517-526. 2009.
10. Dong X,et al.: Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Intern Med*, 173(10): 911-917, 2013.

11. Dong X,et al.: Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*,57(6): 549-58, 2011.
12. Mehra A,et al.: Prevalence of Elder Abuse and its Association with Psychiatric Morbidity in a Rural Setting. *J Neurosci Rural Pract*, 10(2): 218-224, 2019.
13. Yon Y,et al.: Elder abuse prevalence in community settings:a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 5(2): e147-e156. 2017.
14. Murphy K,et al.: A literature review of findings in physical elder abuse. *Canadian Association of Radiologists Journal*. 64(1): 10-4, 2013.
15. 認知症介護研究・研修仙台センター：高齢者虐待の実態と防止・対応上の留意点. 東北福祉会, 72-89, 2014.
16. 関野啓史ら：高齢者虐待による、たこつぼ型心筋症の1例. 仙台市立病院医学雑誌, 32, 49-52, 2012.
17. 上村亮介ら：救急搬送された高齢者虐待(ネグレクト)の一例. 帯広厚生病院医誌, 11, 103-108, 2008.
18. 塚田千春ら：高齢者虐待の事例を通して学んだ急患室看護師の役割. 群馬県救急医療懇談会誌, 7, 65-67, 2011.
19. 小林宏美ら：高齢者の生活・いのちを守るためにできること 高齢者虐待の事例からMSWの役割について考察する. 日本農村医学会雑誌, 65(2), 188-195, 2016.
20. 北村立ら：家庭内虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴に関する検討. 老年精神医学雑誌, 25(9), 1027-1034, 2009.
21. 尾崎美恵子ら：診療所で働く看護師等スタッフの高齢者虐待に関する認識と行動. 埼玉医科大学短期大学紀要, 22, 61-66, 2011.
22. 松岡聖美ら：医療施設看護職が持つ高齢者虐待防止法の知識と家庭内高齢者虐待発見の為の観察視点との関連. 日本看護福祉学会誌, 16(2), 115-125, 2011.
23. 松岡聖美ら：家庭内高齢者虐待の具体例に対する認識の現状 A地域の医療施設に就業する看護職の場合. 高齢者虐待防止研究, 7(1), 64-71, 2011.
24. 大津山優葵：看護職の高齢者虐待遭遇の可能性の意識とその関連要因について. 子どもと女性の虐待看護学研究, 5(1), 33-42, 2018.
25. 大津山優葵ら：看護職の高齢者虐待遭遇の可能性の意識とその関連要因について 救急外来に勤務する看護職へのアンケート調査をとおして. 北海道科学大学研究紀要, 41, 123-130, 2016.
26. 宇田川充隆：認知機能低下を伴った高齢者身体的虐待の2症例. 精神医学, 50(10), 1025-1027, 2008.
27. 宇和典子：高齢者虐待に医学的介入が奏功した一例. 仁明会精神医学研究, 12(1), 97-99, 2015.
28. 原口祥典ら：高齢者虐待防止法の適用における処遇困難ケース 虐待により視力障害を合併した統合失調症の1例. 精神科, 14(2), 167-170, 2009.
29. 眞野典子ら：要介護高齢者を親にもつ精神障害者支援 精神保健福祉士による援助の実際. 神戸女子大学健康福祉学部紀要, 8, 41-54, 2016.
30. 難波貴代ら：共依存関係にもとづく高齢者虐待への看護介入. 日本保健福祉学会誌, 12(2), 25-32, 2006.
31. 難波貴代ら：共依存関係にある主介護者と被介護高齢者間の高齢者虐待に対する看護介入. アディクション看護, 4(1), 1-10, 2007.
32. 難波貴代ら：高齢者虐待における介入モデルの開発 主介護者と被介護高齢者間の共依存関係に焦点をあてて. 日本保健福祉学会誌, 13(1), 7-18, 2006.
33. 森本雪子ら：在宅で高齢者を介護する家族のアサーティブネスと介護負担感の関連. 日本健康医学会雑誌25(1), 52-57, 2016.
34. 岡部立志ら：虐待事例に気付き、対処するために 地域支援者からの調査. 三重看護学誌, 12, 49-52, 2010.
35. 西出薫：虐待を行っている家族に対する訪問看護の役割 虐待者に対する訪問看護のあり方とネットワークの持ち方. 日本精神科看護学会誌, 50(2), 543-547, 2007.
36. 熊田恵介ら：臨床倫理室での協議を必要とした高齢者の熱傷症例. 日本臨床救急医学会雑誌, 21(6), 776-779, 2018.
37. 石川博康ら：子どもの家庭内暴力の被害者となった高齢者の1例 法律の盲点. 老年精神医学雑誌, 26(11), 1274-1278, 2015.

38. 大野真朋ら：高齢認知症患者に対する経済的虐待の対応に苦慮した1例 成年後見制度の限界と問題点. 日本老年医学会雑誌, 55(4), 663-667, 2018.
39. 佐々木明子ら：地域の高齢者虐待の予防と早期発見における保健師の役割と対応上の困難. お茶の水看護学雑誌, 4(2), 8-18, 2009.
40. 水上然：高齢者虐待対応におけるスクリーニングとその関連要因の検証. 社会福祉士, 17, 132-139, 2010.
41. 上羽累理ら：高齢者虐待予防のためのリスクアセスメント表の作成. 日本地域看護学会誌, 8(2), 43-50, 2006.
42. 山田典子：DV被害者早期発見看護観察チェックリストの検討. 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 34-43, 2008.
43. 榊田聖子ら：都市部における高齢者虐待の被虐待者と養護者の実態と課題 個別事例調査. 高齢者虐待防止研究, 10(1), 24-32, 2014.
44. 大光房枝ら：在宅の高齢者虐待事例の介入拒否の実態と介入支援技術の検討 行政保健師の活動から. 高齢者虐待防止研究, 10(1), 83-94, 2014.
45. 副田あけみら：高齢者虐待防止のための実践アプローチ開発. 高齢者虐待防止研究, 7(1), 115-124, 2011.
46. 佐藤暁美：公的介入による在宅家族介護者支援の有効性と継続支援の考察 花巻市「在宅介護者等訪問相談事業」の実践から. コミュニティ福祉学研究科紀要, 11, 15-28, 2013.
47. 山岸貴子：保健師の支援した高齢者虐待事例の家族関係の特徴とその対応. 日本赤十字看護大学紀要, 24, 104-111, 2010.
48. 鈴木浩子ら：介護サービスの導入が困難な高齢者にみられる生活上の問題. 保健師ジャーナル, 67(7), 620-625, 2011.
49. 松山真知子ら：精神障害者を持つ親の精神的健康およびこれに関わる要因 精神障害者による親への虐待に注目して. アディクションと家族, 29(1), 50-59, 2013.
50. 長谷川明美ら：高齢者虐待事例への支援における分離の検討 A市高齢者虐待防止ネットワークの実践から. 高齢者虐待防止研究, 5(1), 130-138, 2009.
51. 大光房枝ら：在宅の高齢者虐待事例に対する養護者と被虐待者の分離に関する実態と課題. 高齢者虐待防止研究, 8(1), 72-82, 2012.
52. 水上然ら：高齢者虐待防止における市町村の体制と分離保護について 人口3万人以上の市町村への全国調査から. 社会福祉学, 50(3), 66-77, 2009.
53. 大光房枝ら：在宅の被虐待高齢者と養護者の分離の判断根拠と分離を行う際の支援内容 行政保健師の役割を中心に. 高齢者虐待防止研究, 9(1), 64-74, 2013.
54. 桂晶子ら：宮城県内の地域包括支援センターにおける高齢者虐待防止・早期発見への取り組み状況. 宮城大学看護学部紀要, 12(1), 61-69, 2009.
55. 桂晶子ら：東北地方の5県における地域包括支援センターの高齢者虐待への取り組み. 宮城大学看護学部紀要, 13(1), 45-52, 2010.
56. 白井キミカ：都市型自治体における高齢者虐待防止・早期発見のための行政サービスの実態と課題 行政調査. 高齢者虐待防止研究, 10(1), 41-49, 2014.
57. 中村京子ら：A県内市町村の高齢者虐待相談・対応体制の現状について 高齢者虐待に関わる市町村職員へのアンケート調査から. 保健科学研究誌, 13, 69-82, 2016.
58. 坂田伸子：高齢者虐待防止法施行後の自治体の高齢者虐待への取り組み 平成18年度全国調査から. 高齢者虐待防止研究, 4(1), 148-158, 2008.
59. 坂田伸子：地域包括支援センターの現状と高齢者虐待対応について 平成19年度自治体地域包括支援センター担当部署全国調査から. 介護福祉学, 15(2), 213-220, 2008.
60. 春名苗ら：高齢者虐待対応に影響を与える市区町村の役割 地域包括支援センターの調査結果からみた課題. 花園大学社会福祉学部研究紀要, 26, 61-69, 2018.
61. 坂田伸子：高齢者虐待防止体制に向けて インタビューから把握した課題の解決策の提案. 高齢者虐待防止研究, 11(1), 85-94, 2015.
62. 中島民恵子ら：市区町村における高齢者虐待防止のための取り組みの進展と都道府県による取り組みへの支援との関連. 高齢者虐待防止研究, 7(1), 72-81, 2011.

63. 中島民恵子ら：小規模自治体における高齢者虐待防止に向けた体制に関する研究. 高齢者虐待防止研究, 7(1), 139-149, 2011.
64. 堤千代ら：高齢者虐待防止に関する専門職種間ネットワーク構築にむけた研修会活動 A市高齢者権利擁護勉強会による帰属意識の効果. 高齢者虐待防止研究,12(1),39-48,2016.
65. 水上然ら：市町村における高齢者虐待防止ネットワーク構築への取り組みと実績. 日本在宅ケア学会誌 .13(2),26-33,2010.
66. 梅崎薫：高齢者虐待防止の啓発と民間団体の育成における社会福祉協議会への期待. 高齢者虐待防止研究, 10(1), 129-138, 2014.
67. 勝亦麻子：高齢者虐待対応専門職およびドメスティック・バイオレンス(DV)相談員における高齢配偶者間虐待の被害者支援の認識の比較に関する研究. 高齢者虐待防止研究, 14(1), 49-60, 2018.
68. 水上然ら：高齢者虐待防止の取り組みへの評価に対する市町村職員の意識 評価活動への積極性と高齢者虐待防止体制構築の関係. 高齢者虐待防止研究, 6(1), 92-100, 2010.
69. 佐佐木智絵ら：民生委員からみた家庭内での高齢者虐待の現状. 日本公衆衛生雑誌, 55(9), 640-646, 2008.
70. 副田あけみら：市町村による「委託地域包括の高齢者虐待防止ネットワーク構築」支援. 高齢者虐待防止研究, 6(1), 63-70, 2010.
71. 副田あけみら：高齢者虐待対応における機関間協働スキル 行政と地域包括支援センターの場合. 高齢者虐待防止研究, 10(1), 95-105, 2014.
72. 一瀬貴子：在宅介護場面における高齢者虐待に関する研究 虐待の判断に対する援助職の意識および初期対応の実態. 関西福祉大学研究紀要, 10, 19-27, 2007.
73. 牧田潔ら：高齢者援助専門職における虐待意識について 高齢者の認知症の有無が専門職の虐待判断に与える影響について. 心的トラウマ研究, 5, 65-70, 2009.
74. 松岡佐智ら：高齢者虐待における地域包括支援センターと介護支援専門員の連携の意義と課題 地域包括支援センターにおけるインタビュー調査を通して. 高齢者虐待防止研究, 14(1), 36-48, 2018.
75. 馬淵仁美ら：居宅介護支援事業所の介護支援専門員と地域包括支援センター職員との高齢者虐待に関する認識の比較. 高齢者虐待防止研究, 11(1), 95-105, 2015.
76. 岸恵美子ら：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, 7(1), 125-138, 2011.
77. 野村祥平：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), 82-99, 2011.
78. 一瀬貴子：セルフ・ネグレクト状態にある高齢者の生活実態および社会福祉士のソーシャルワーク実践スキルに関する研究. 関西福祉大学研究紀要, 21, 51-59, 2018.
79. 浜崎優子ら：地域包括支援センターにおけるセルフ・ネグレクトの介入方法と専門職が直面するジレンマおよび困難. 日本在宅ケア学会誌, 15(1), 26-34, 2011.
80. 岸恵美子ら：地域包括支援センター看護職のセルフ・ネグレクト事例への介入方法の分析. 高齢者虐待防止研究, 10(1), 106-120, 2014.
81. 山岸幸平ら：家族介護者による在宅療養高齢者への虐待が疑われた事例への専門職のかかわり. 医療看護研究, 15(1), 21-30, 2018.
82. 藤江慎二：高齢者虐待の対応に困難を感じる援助者の認識 地域包括支援センターの援助者へのアンケート調査をもとに. 高齢者虐待防止研究, 5(1), 103-111, 2009.
83. 藤江慎二：高齢者虐待対応に困難を感じる援助者の虐待者や被虐待者に対する感情・認識 地域包括支援センターの援助者の語りからの考察. 大妻女子大学人間関係学部紀要, 12, 99-107, 2011.
84. 大越扶貴ら：援助職が高齢者虐待の対応に困難を感じる要因. 日本在宅ケア学会誌, 13(2), 51-57, 2010.
85. 浜崎優子ら：高齢者虐待における家族の関係性から見た介入・支援方法の検討 地域包括支援センターで関わった対応困難事例の分析. 家族看護, 7(1), 130-138, 2009.
86. 綿谷聡成ら：高齢者虐待対応における関係形成が困難な養護者に対するソーシャルワーク実践 「中間域」に焦点をあてた質的分析. 福井県立大学論集, 44, 123-145, 2015.
87. 勝亦麻子ら：高齢配偶者間虐待の終結に関する研究. 高齢者虐待防止研究, 11(1), 106-116, 2015.
88. 上原たみ子ら：高齢者虐待に対する地域包括支援センター看護職の支援行動指標の開発. 千葉看護学会

- 会誌, 23(1), 33-42, 2017.
89. 一瀬貴子：家庭内高齢者虐待事例に対する社会福祉士のソーシャルワーク実践スキルの構造 家族システム内機能・構造変容を目指したソーシャルワーク実践スキルを中心に, 関西福祉大学社会福祉学部研究紀要, 12, 71-80, 2009.
 90. 一瀬貴子：家庭内高齢者虐待発生事例の家族システム内特性に対する社会福祉士が活用するソーシャルワーク実践スキルの効果, 関西福祉大学社会福祉学部研究紀要, 17(1), 17-26, 2013.
 91. 大越扶貴ら：保護や分離を要する高齢者虐待事例対応に不可欠な専門職の技能, 金沢大学つるま保健学会誌, 39(2), 1-12, 2016.
 92. 眞野典子：高齢者虐待における養護者支援に関する研究 援助職者の養護者アセスメントの実態, 神戸女子大学健康福祉学部紀要, 2, 31-47, 2010.
 93. 藤江慎二：高齢者虐待問題に対応する地域包括支援センターの社会福祉士職の実態, 社会福祉士, 17, 125-131, 2010.
 94. 須藤昌寛ら：高齢者虐待に取り組む社会福祉士の現状と課題 栃木県地域包括支援センターにおける聞き取り調査より, 社会福祉士, 15, 75-82, 2008.
 95. 多々良紀夫ら：社会福祉士と高齢者虐待防止活動 全国調査から分かったこと 最終調査報告書にかえて, 高齢者虐待防止研究, 5(1), 72-83, 2009.
 96. 高崎絹子ら：地域包括支援センターにおける権利擁護に関する活動 保健師等看護職の役割と機能を中心に, 高齢者虐待防止研究, 7(1), 100-114, 2011.
 97. 勝亦麻子：地域包括支援センターにおける高齢期のドメスティック・バイオレンス(DV)の実態調査 DVケースの特徴と社会福祉士における虐待の発生原因の捉え方, 高齢者虐待防止研究, 9(1), 86-96, 2013.
 98. 小長谷百絵ら：地域包括支援センターの専門職による高齢者のセルフ・ネグレクトへの支援の必要性の認識 高齢者の特性による支援の必要性の認識の違い, 高齢者虐待防止研究, 11(1), 117-132, 2015.
 99. 坂本陽亮：高齢者虐待をめぐる専門職のマイクロな定義 専門職間での差異・統一方法に焦点を当てて, 高齢者虐待防止研究, 8(1), 44-52, 2012.
 100. 一瀬貴子：高齢者虐待対応専門職としての社会福祉士の『専門職性自己評価』に対するアイデアルイメージと実践的意識との比較, 関西福祉大学社会福祉学部研究紀要, 16(2), 19-28, 2013.
 101. 伊藤薫：家庭内高齢者虐待の発見および通報に関する介護職員への意識調査, 高齢者虐待防止研究, 4(1), 127-133, 2008.
 102. 相山馨：ケアマネジメント実践者による高齢者虐待対応の現状と今後の課題 早期発見・早期対応を目指して, 高齢者虐待防止研究, 9(1), 114-127, 2013.
 103. 八田睦美ら：A市介護保険事業所職員の高齢者虐待対応実態と相談・通報を促すための方策, 高齢者虐待防止研究, 8(1), 53-62, 2012.
 104. 矢吹知之ら：養護者による高齢者虐待の未然防止に向けた予兆察知に関する検討 在宅介護にかかわる職種間の特徴から, 日本認知症ケア学会誌, 11(4), 817-830, 2013.
 105. 表志津子：介護支援専門員が高齢者虐待の存在を明らかにすることの困難さ 介護職への面接から, 金沢大学つるま保健学会誌, 29(2), 85-92, 2006.
 106. 大塚理加ら：介護支援専門員の高齢者虐待事例への対応プロセスとその促進・阻害要因に関する研究, 社会福祉学, 51(4), 104-115, 2011.
 107. 伊藤薫：在宅高齢者虐待通報に関する要因の研究, 三重県立看護大学紀要, 11, 73-80, 2008.
 108. 藤江慎二ら：介護支援専門員が虐待の有無の判断に迷うプロセス 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた分析をもとに, 介護福祉学, 20(1), 23-33, 2013.
 109. 本郷秀和：介護支援専門員の高齢者虐待の兆候の認識に関する現状と課題 政令指定都市における介護支援専門員の意識調査を通じて, 高齢者虐待防止研究, 13(1), 48-65, 2017.
 110. 杵渕美智子ら：重度認知症の母親を介護する家族に対するケアマネジャーの関わり 息子介護と高齢者虐待, 悠久崇徳学園長岡看護福祉専門学校紀要, 6, 23-24, 2010.
 111. 藤江慎二：老老介護における高齢者虐待の予防的相談面接 家族介護者に対する相談面接に焦点を当てての一考察, 高齢者虐待防止研究, 4(1), 159-167, 2008.
 112. 吉田光枝ら：長年の家族不和による10年にわたる「ネグレクト」の事例 訪問介護職の立場から, 訪問看護と介護, 6, 460-463, 2013.

113. 齋藤智子ら：介護支援専門員のケアマネジメントにおける対応困難の実態. 千葉看護学会誌, 12(2), 8-14, 2006.
114. 表志津子ら：高齢者を虐待する家族への介入に介護支援専門員が抱く困難さ 介護職への面接から. 金沢大学つるま保健学会誌, 30(2), 93-101, 2007.
115. 表志津子ら：看護職の介護支援専門員が認識する高齢者虐待事例ケアマネジメントへの困難と対処. 老年看護学, 14(2), 60-67, 2010.
116. 広瀬美千代：ホームヘルパーの専門職アイデンティティとネグレクト支援との関連 構造方程式モデリングを用いて. 総合福祉科学研究, 9, 21-30, 2018.
117. 梅崎薫：日本における高齢者デイ修復的正義の対話プログラムの試み 高齢者虐待を予防する地域づくりにむけて. 社会福祉学, 58(3), 54-67, 2017.
118. 福泉麻衣子ら：施設に保護された被虐待高齢者への支援に関する研究. 高齢者虐待防止研究, 5(1), 112-119, 2009.
119. 春名苗ら：ケアマネジャーの高齢者虐待への対応 地域包括支援センターの調査結果からみた課題. 花園大学社会福祉学部研究紀要, 26, 71-78, 2018.
120. 岡部由紀夫ら：介護支援専門員が持つ高齢者虐待に対する意識と防止に向けての課題 「高齢者虐待防止ネットワークさが」によるアンケート調査から. 日本看護福祉学会誌, 15(2), 43-53, 2010.
121. Pillemer K, et al. : Elder mistreatment : priorities for consideration by the white house conference on aging. *Gerontologist*, 55(2) : 320-7. 2015.
122. Kennedy RD, et al. : Elder abuse and neglect : the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med*, 37(7) : 481-485, 2005.
123. 水上然：市町村における高齢者虐待への初期対応の現状と課題：相談通報事例の全事例評価を通して. 社会問題研究, 61(140), 69-78, 2012.

[2019. 9. 26 受理]

コントリビューター：宇治 雅代 教授（看護学科）

