

【論文】

## 養介護施設従事者等による深刻な高齢者虐待の特徴と要因

Characteristics and factors of the serious abuse to elderly people caused by staff members of nursing care facilities

松本 望（北海道医療大学看護福祉学部臨床福祉学科）

### 要旨：

本研究では養介護施設従事者等による深刻な高齢者虐待（以下、虐待）の特徴と、影響を与える要因について明らかにすることを目的とした。研究にあたって、まず深刻な虐待に関する新聞記事を収集した。次に各虐待事例の特徴と影響を与えた要因を整理した。

その結果、ストレスや倫理観など「職員の要因」だけでなく、人員不足や制度上の問題など「社会・職場環境の要因」も影響していることが明らかとなった。また、ネグレクトに関しては施設全体の密室性や閉鎖性を背景に、徐々に深刻化していくプロセスがあると考えられた。一方、ネグレクト以外の虐待の一部には、予兆になるような要因や出来事に関する記述がない事例がみられ、夜間や個室など、人の目のない環境などが突発的な虐待を誘発している可能性が示唆された。今後は調査手法、分析方法も検討しながら研究を蓄積させ、有効な虐待予防策を明らかにしていく必要がある。

Keywords：養介護施設従事者等による高齢者虐待，深刻な虐待，要因，特徴

### I. はじめに

高齢化が進行し介護・福祉サービスのニーズが高まり続ける中、養介護施設従事者等による高齢者虐待 1) が後を絶たない。厚生労働省の調査（厚生労働省 2018）によると、我が国における虐待は減少するどころか、むしろ増加傾向にあり一部の事例は深刻度が高く生命や生活に関する重大な危険があった事例だとされている。この厚生労働省の調査では、平成 24 年度より虐待の深刻度に関する調査結果も公表しているが、これによると毎年約 1.1～5.5%の被虐待者に「生命・身体・生活に関する重大な危険」があったとされており、平成 27 年度には被虐待者が死亡した事例もみられている。

いうまでもなく、虐待はその深刻度にかかわらず予防に向け取り組む必要がある。しかし生命や身体、生活に重大な危険を与える深刻な虐待に関しては、

被虐待者や家族への影響はもとより、加害者や発生した施設・事業所、ひいては社会全体にも多大な影響を及ぼすことになる（松本 2016a）。こうした背景をふまえると、深刻な虐待が発生する要因や特徴について明らかにすることは、その発生を未然に防ぐためにも重要だといえる。

しかし、これまで深刻な虐待に焦点を当てた研究がなく、そのメカニズムや関連する要因については不明な点が多い。例えば、先行研究では虐待の発生メカニズムを「不適切なケア」を底辺とする階層構造としてとらえ、不適切なケアや軽微な虐待が徐々に深刻化していくという説明がなされている（柴尾 2008, 認知症介護研究・研修仙台センター 2009:13）。しかし、このメカニズムを実証した研究は見当たらず、また深刻な虐待に関してもこうしたメカニズムによって説明が可能なのか、明らかではない。さらに、徐々に虐待が深刻化していくのであれば、虐待の深刻化に影響を与える要因を明らかにすることが

予防策を検討する上でも重要だといえるが、そうした研究も見当たらない。

また研究手法に関して、これまでの虐待に関する調査研究の多くは実態調査や介護職員の虐待に対する意識・認識調査をもとに、重要な要因の解明を試みており（厚生労働省 2018, 岸ら 2010, Wang ら 2009), 実際に発生した虐待事例を詳細に分析した研究は極めて少ない（松本 2014). 一方で、深刻な虐待の場合は不適切なケアや深刻度の低い虐待とは異なり件数が少ないため、多くの介護職員は関与したことがなく、介護職員が深刻な虐待に関する重要な要因を理解しているとも限らない。そのため、介護職員への認識調査をもとに深刻な虐待の要因等を解明するよりも、実際に発生した事例の分析や直接虐待に関与した者に調査する方法が適していると考えられる。

以上のように、深刻な虐待の発生メカニズムや関連する要因について十分明らかになっていないことから、本研究はその基礎的な研究として深刻な虐待の特徴、および影響を与える要因を明らかにすることを目的とした。また研究方法に関しては、先行研究の課題等をふまえ実際に発生した深刻な虐待事例を分析することとした。

## II. 研究方法

まず本研究における「深刻な虐待」は、表1の内容を指すこととした。厚生労働省による調査（厚生

労働省 2018) では高齢者に対する虐待の深刻度を1～5段階に分類しているものの、各段階の具体的な判断基準は示されていない。認知症介護研究・研修仙台センターによる報告書では、この厚生労働省による調査結果をもとに、虐待の類型及び深刻度ごとに虐待の具体例を提示しているが（認知症介護研究・研修仙台センター 2018:20), これは平成28年度に発生した虐待の一部の事例を分類したものである。そのため報告書に記載されている具体例とは状況が異なる虐待事例については、分類するための基準が必要である。そこで本研究では、この報告書における具体例とともに、芝野が提示する児童虐待の判断基準（芝野 2001:62) を参考に、表1の「最重度」「重度」に該当する内容を本研究でいう「深刻な虐待」と操作的に定義した。

深刻な虐待の事例の抽出方法については、本研究では新聞記事から抽出することとした。その理由は第一に、虐待事例を扱った研究の場合、虐待事例にアクセスすること自体が難しく、仮に一般に公開されていない情報に研究者がアクセスできたとしても、論文として公開することが倫理的観点から難しいことが挙げられる（松本 2016b). そして第二に、新聞記事を用いた研究では系統的なデータを扱うことができ、ある程度の信頼性と客観性を担保した状態で出来事の全体像や因果連関を事後的に把握することができる点が挙げられる（梅原 2007, 大澤 2013).

一方で新聞記事を用いる場合、抽出される事例や要因については当然、新聞報道された内容に限定さ

深刻度	具体的な虐待の内容
最重度: 生命の危機, 生命に危険がある。	・身体的暴力によって、生命の危険がある外傷を負っている、または、そのような外傷を受ける危険性が高い。たとえば、頭部外傷(慢性型・急性型硬膜下血腫、頭蓋骨骨折など)、腹部外傷(内臓損傷など)、窒息、その他重度の骨折や火傷、眼球への暴力による網膜剥離や眼球内出血、水晶体脱臼など。 ・ネグレクトによって、死亡の可能性が高い。たとえば、高齢者の生理的欲求に対するケア不足、怪我や疾病の医療未受診・放置など。死亡の原因としては肺炎、敗血症、脱水症、突然死、事故死など。
重度: 今すぐには生命の危険はないと感じられるが、現に高齢者の健康に重要な影響が生じている。あるいは生じる可能性がある。高齢者を保護するため、介入が必要である。	・身体的暴力によって、医療を必要とするほどの外傷がある、またはそのような外傷を受ける危険性が高い。たとえば、骨折、裂傷、目の外傷、火傷、打撲症、その他傷害の後遺症の可能性のある症状がある。 ・ネグレクトによって、生存に必要な衣食住のケアが不足している(閉じ込め、監禁を含む)。 ・相当高額の金銭搾取。

表1 深刻な虐待の具体的な内容

れるという限界もある。また新聞報道の回数や記事の内容は、社会的関心の高さにも左右され、出来事の一部や断片的な内容のみ報道される可能性も否定できない(祖父江ら 1999)。

しかし、前述のとおり虐待事例の収集や情報公開の難しさもあることから、本研究では研究手法としての限界もふまえつつ、新聞記事を用いた虐待に関する先行研究(松本 2014, 任 2016)の手法を参考に、新聞記事をもとに深刻な虐待事例を分析することとした。そして事例を収集する上で、できるだけ客観性を担保するために本研究では複数の全国紙を対象に記事を収集し、さらに各事例についての報道回数が少ない事例は、分析から除外することとした。具体的には、各虐待事例に関する全新聞社の記事の数の合計を「報道回数」とし、報道回数が5回未満の事例を分析から除外した。

新聞記事の抽出方法としては、まず「G-search」および「日経テレコン21」を用いて、全国紙の中でも購読数の多い朝日新聞、産経新聞、日本経済新聞、毎日新聞、読売新聞の5紙の記事を対象に検索した。各データベースでは1985年～2017年12月31日の期間を設定し、「虐待」と「職員」の用語に「利用者」「入居者」「入所者」の3つの用語の組み合わせで検索した。そのうち「障害者」「児童」の用語が含まれる記事を除外し、抽出された記事の中から深刻な虐待の事例に関する記事のみ抽出した。また同じ記事が複数回抽出された場合はそれらをまとめて1回の報道として扱い、さらに上述のとおり1つの事例に関する報道回数が5回未満の事例も除外した。

抽出した事例は、深刻な虐待の特徴と関連する要因を明らかにするため、「事例の概要」「虐待の要因」「深刻な虐待以外の不適切なケア等の有無」の三つの観点から整理した。「虐待の要因」に関しては、先行研究(松本 2014, Buzgová 2009)を参考に、①「利用者の要因」(被虐待者の要因)、②「職員の要因」(加害者の要因)、③「社会・職場環境の要因」の三つに分けた。各要因の具体的な内容については、厚生労働省の調査(厚生労働省 2018)で発生要因として指摘されているものを参考に表2のように整理し、各事例の該当する記述を分類した。なお、被虐待者が複数いる事例や虐待が複数回発生している事例については、各要因に関する記述が一か所でもみられた場合は要因に該当する記述があった事例とみなし、整理した。また「深刻な虐待以外の不適切なケア等の有無」については、「本研究の対象となった深刻な虐待事例以外に、施設や事業所であった不適切なケア、虐待行為、トラブル、予兆になるような出来事の有無」を指すこととした。

### III. 倫理的配慮

倫理的配慮として本研究の分析で用いない、虐待が発生した地域、施設名、個人名などについては新聞記事に記載されている場合も伏せることとした。また係争中の事例も含まれているなど、新聞記事に記載された内容が今後、覆される可能性も考慮し、虐待の「疑いがある」という表記に統一した。

利用者の要因	職員の要因	社会・職場環境の要因
「年齢」	「教育・知識・介護技術等に関する問題」(知識・技術・経験の未熟さ、専門資格の有無)	「人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ」(人員不足、発生した時間帯、人の目のなさ)
「性別」	「職員のストレスや感情コントロールの問題」	「管理体制の問題」(職員のマネジメント、職員間の関係性の悪さ、虐待への組織的対応)
「認知症の症状の有無」	「倫理感や理念の欠如」(故意性、罪悪感)	「組織の教育体制、職員教育の不備不足」
「身体的自立度」	「虐待を行った職員の性格や資質の問題」(性格、勤務態度)	「社会的要因の問題」(制度上の課題、行政機関の対応)

表2 虐待の要因

#### IV. 研究結果

##### 1. 抽出された事例の概要

抽出された記事の数は「虐待&職員&入所者」が769件、「虐待&職員&入居者」が281件、「虐待&職員&利用者」が325件であった。このうち、同じ記事が複数回抽出された場合はそれらをまとめて1回の報道としてカウントし、報道回数が5回未満の記事を削除した。さらに本研究が対象とする「深刻な虐待事例」に該当する事例のみ抽出した結果、全部で19件の虐待事例が抽出された。

最初に報道があった時期、報道回数、深刻な虐待が発生した施設種別、深刻な虐待の内容など事例の概要は表3のとおりだった。報道回数については5～252回と幅がみられ、特に被虐待者が死亡した4件の事例（No4, No11, No13, No18）のうち、No13を

除く事例については報道回数が50回以上と多い傾向がみられた。虐待が発生した施設種別に関しては、特別養護老人ホームと認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）がそれぞれ6件と多かった。

深刻な虐待の内容に関しては、本研究の対象となった19件中16件は身体的虐待が含まれる事例だった。そして身体的虐待が発生していなかった3件（No10, No16, No19）は、いずれもネグレクトによる事例だった。

加害者となった職員に関しては、関連する記述があった事例のうち、No7, No13以外の14件の事例では、全て加害者の年齢が20代から30代と若い傾向がみられた。

事例 No	事例の概要	初掲載日	報道回数	サービス種別	身体的虐待	心理的虐待	ネグレクト	経済的虐待
1	20代介護職員の女性が、90代の女性入所者の顔や腹部を数回殴った上、胸などを数回踏みつけ、顔や腕にあざができた疑い	2017	8	介護老人保健施設	○	—	—	—
2	30代介護職員の男性が、80代男性入所者をベッドから起こして車いすに乗せようとした際、左腹部と顔を素手で数回殴り、眼底出血や顔面挫傷と診断された疑い	2016	5	介護老人保健施設	○	—	—	—
3	30代介護職員の男性が、50代男性入居者をトイレ内で入所者の頭部を拳で数回殴り、暴言を吐いた疑い	2016	31	有料老人ホーム	○	○	—	—
4	20代介護職員の男性が、80～90代の男女の入居者3人をベランダから転落させ、殺害した疑い	2015	252	有料老人ホーム	○	—	—	—
5	30代介護職員の男性が、70代女性入居者の頭部やほおを平手打ちし、腰を蹴ったほか、首を数秒間絞め、もみ合った際に転倒させて頭部に3週間のけがを負わせた疑い	2015	13	有料老人ホーム	○	—	—	—
6	20代介護職員の男性が、90代女性入所者の首を両手で絞め、殺害しようとした疑い	2015	10	特別養護老人ホーム	○	—	—	—
7	50代介護福祉士の男性が、90代女性入所者の頭を殴るなどし、急性硬膜下血腫で全治1か月のけがをさせ左半身まひの後遺症を負わせた疑い	2015	7	特別養護老人ホーム	○	—	—	—
8	20代介護職員の男性が、90代女性入所者の顔や胸を何度も殴り、左まぶたの打撲傷や胸骨骨折などした疑い	2014	20	特別養護老人ホーム	○	—	—	—
9	20代介護職員の男性が、90代女性入居者2名の顔や腹部のやけど、肋骨や指の骨折をさせ、施設内で現金を盗んだ疑い	2014	13	グループホーム	○	—	—	○
10	70～90代の男女の入居者6人の栄養管理を怠ったため低栄養状態になった、適切な判断を怠り医療機関を受診せず重症化するまで放置した疑い	2013	40	グループホーム	—	—	○	—
11	20代介護職員の男性が、70～90代の女性入所者の胸付近を拳で殴り肋骨を折るなどの傷害を負わせ3人が死亡、1人を負傷させた疑い	2013	77	特別養護老人ホーム	○	—	—	—
12	20代介護福祉士の女性、40代介護福祉士の男性が、60～90代の男女の利用者の後頭部を踏みつけたり蹴ったほか、浴室で利用者に洗面器内のお湯を浴びせかけ顔を平手で2回殴った、顔や胸を数回殴った、暴言を吐いた疑い	2013	19	デイサービス	○	○	—	—
13	40代介護福祉士の男性が、60代男性入居者の腹をけったり殴ったり、首を手や腕で圧迫したりする暴行を加え腸間膜破裂、腹腔内出血、窒息により死亡させた疑い	2009	7	グループホーム	○	—	—	—
14	20代介護職員の女性が、入浴室で90代女性入居者の顔や首などに浴槽の湯をかけ顔などに2週間のやけどを負わせた疑い	2009	9	グループホーム	○	—	—	—
15	30代パート職員の男性が、65～100歳の入所者21人に対して、頭を殴ったり顔をつねったりする暴行を加え、暴言も浴びせていた疑い	2008	9	特別養護老人ホーム	○	○	—	—
16	70～90代の女性入居者5人に、衰弱させるような着しい減食や長時間の放置などの虐待を繰り返し栄養状態を悪化させ、衰弱させ放置した疑い	2008	11	グループホーム	—	—	○	—
17	20代介護福祉士の女性が、ベッドに横になっていた70代女性入所者の胸や腹に自分の両手を置き体重をかけて何度も強く圧迫し左の肋骨が9本折れるなどの重傷を負わせた疑い	2005	13	特別養護老人ホーム	○	—	—	—
18	20代介護職員（パート）の男性が、80代女性入居者に石油ファンヒーターの熱風を長時間当てて顔や腹部などにやけどを負わせ殺害した疑い	2005	98	グループホーム	○	—	—	—
19	60代の男性入所者が腸閉塞でショック状態に陥っていたのに救急車を呼ぶまで10時間以上かかった、心筋梗塞を起こしたのに1時間以上救急車を呼ばなかった疑い	2004	10	盲養護老人ホーム	—	—	○	—

表3 事例の概要

## 2. 深刻な虐待の要因

### 1) 利用者の要因（性別、年齢、自立度）

利用者の要因については、表4のとおりだった。まず性別についてはNo2, No3, No13以外の16件の事例に女性の被虐待者が含まれていた。年齢に関しては、5件（No3, No5, No13, No17, No19）以外の14件の事例に80歳以上の被虐待者が含まれていた。

認知症に関しては、No1, No8, No19以外の16件の事例の被虐待者に、何らかの認知症の症状がみられた。具体的には「窓ガラスに向かって放尿した」（No3）、「深夜に徘徊しており言うことを聞いてくれなかった」（No5）、「夜に入所者が勝手に服を脱ぐなど、思い通りに動いてくれなかった」（No15）など、職員の捉え方によってはストレスを感じてしまうような利用者による言動の他、「被害を申告できない」（No3）、「抵抗できない」（No11）、「通常会話のままならない」（No17）など被虐待者の脆弱性に関する記述もみられた。

身体的自立度に関しては「手足が不自由」（No2）、「歩行にも難があり、移動する時には手押し型の

歩行補助車を利用していた」（No4）、「寝たきり」（No6, No8, No11）、「病気でよく転倒していた」（No13）、「食事や入浴に介助が必要」（No14）などの記述がみられた。

### 2) 職員の要因

#### ①「教育・知識・介護技術等に関する問題」（知識・技術・経験の未熟さ、専門資格の有無）

職員の要因は表5のとおりだった。まず職員の教育や知識、介護技術に関しては、「経験年数1年未満」（No4, No6）「3か月の試用期間中」（No9）など経験年数が短い加害者、介護福祉士資格を保有しない加害者（No4, No11, No18）がみられた。一方、介護福祉士資格を保有していた事例が4件（No7, No12, No13, No17）、経験年数が「8年以上」（No17）と長い加害者もみられた。なお、ネグレクトの3件（No10, No16, No19）の事例に関しては、明確な加害者としての職員に関する記述がみられなかった。

事例No	年齢、性別、人数	認知症の症状の有無、身体的自立度
1	90代女性	—
2	80代男性	軽度の認知症状、手足が不自由、要介護3
3	50代男性	認知症などにより被害を申告できない、男性が言うことを聞かない、男性が窓ガラスに向かって放尿した
4	A氏:80代男性、B氏:80代女性、C氏:90代女性	A氏:認知症、要介護3、特に言うことを聞いてくれなかった、B氏:認知症、要介護2、C氏:要介護3、認知症、徘徊が多く世話が焼けた、歩行にも難があり、移動する時には手押し型の歩行補助車を利用していた
5	70代女性	自室を出て深夜に徘徊しており言うことを聞いてくれなかった
6	90代女性	認知症、寝たきり状態
7	90代女性	抵抗できない、施設内を徘徊していた
8	90代女性	寝たきり、朝食を吐き出した、言うことを聞かなかった
9	A氏:90代女性、B氏:90代女性	A氏:認知症、B氏:認知症
10	70～90代の男女6人	認知症
11	A氏:90代女性、B氏:80代女性、C氏:70代女性、D氏:70代女性	A氏:抵抗できない、B氏:寝たきり、(C氏、D氏含め、いずれも認知症や寝たきりで抵抗できない)
12	A氏:90代女性、B氏:60代女性、C氏:80代男性、D氏:70代男性、E氏:90代女性、F氏:80代男性	A氏:言うことを聞かなかった、B氏:認知症、C氏:認知症
13	60代男性	認知症、病気でよく転倒していた
14	90代女性	認知症、いうことを聞かずじっとしていなかった、食事や入浴に介助が必要で、手間のかかる入所者だった
15	65～100歳の入所者21人、女性(91)	認知症、夜に入所者が勝手に服を脱ぐなど、思い通りに動いてくれなかった、おむつを外したりして仕事が多くなった
16	70～90代の女性5人	認知症
17	70代女性	重度の認知症、通常会話のままならない、食事・トイレ介助が必要な状態、指示に従わず仰向けになることを拒んだ
18	80代女性	認知症、要介護4、寒さを訴えたため加害者がファンヒーターをつけたが再三、足でヒーターを揺らして消した
19	60代男性	—

表4 利用者の要因



二つ目は、「夜勤の時にコールが重なり対応しきれず、『いい加減にしてくれ』とカッとなった」(No3)、「利用者が言うことを聞いてくれず、(心理的に)追い込まれた」「イライラするのを抑えられなかった」(No12)など、深刻な虐待の発生の引き金になるような、その場で生じたストレスに関する記述がみられる事例だった。

### ③「倫理観や理念の欠如」(故意性, 罪悪感)

倫理観や理念に関しては、「暴行を加えたことについては後悔している」(No3)、「犯行を通じて介護する苦しみを周囲に気づかせようとした、止めてほしかったが、手に力が入っていった。殺意があったかは分からない」(No6)、「当初から殺意があったわけではなく衝動的に熱風をあてたのち未決的な殺意を抱いた」(No18)など、虐待してしまったことに対する後悔や、当初から危害を加えようと意図していなかった事例がみられた。

一方、「殺すつもりで男性の部屋に入った、(複数の入居者が亡くなったことで)死に対しての感覚が麻痺し、なんとも思わなくなった」「入所者の物を盗むことへの罪悪感が少なかった」(No4)、「食事や排泄の介助がうまくできないことを入所者のせいにしては暴行を重ねた」(No8)、「容体が急変し死亡した入所者を発見して報告し施設長にほめられた、またほめられるために殴って異変を作りだそうと考えた」(No11)など倫理観の低さや罪悪感の無さに関する記述も一部の事例でみられた。

その他、「社長から『利用者になめられるな』と指示されていた」(No12)、「痛みでのたうち回る患者を尻目に上司は帰るし、救急隊が来るまで心肺蘇生していた同僚たちも『もうダメやね』と、休んだりしていた」(No19)のように、職員個人の倫理観というよりも職場全体の倫理観の低さが要因となっていた事例も一部にみられた。

### ④「虐待を行った職員の性格や資質の問題」(性格, 勤務態度)

職員の性格については、「おとなしい」(No3, No6, No9, No11, No18)、「まじめ」「優しい」(No4, No18)、「責任感が強く」(No17)など、虐待の要因になると

は考え難い性格に関する記述がみられた。一方、「自分をよく見せたい、見え(原文ママ)を張りたいという気持ちが強かった」「よくカッとなった」(No4)など深刻な虐待の発生の影響したと思われる性格に関する記述も一部みられた。

勤務態度に関しては、「遅刻や無断欠勤は一切ない」「まじめに仕事をしていた」(No9)、「勤務態度はまじめで仕事をまかせられる人だった、仕事熱心との評判だった」(No17)など、勤務態度に関する記述の多くは虐待の要因とは考え難い内容だった。一方、「職歴について虚偽の報告があった」(No11)、「夜勤中に入居者の部屋などで寝ていた」「ソファで寝ていたと上司に告げ口され不満もあった」(No18)といった記述がみられた事例が2事例あった。

## 3) 社会・職場環境の要因

### ①「人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ」(人員不足, 発生した時間帯, 人の目のなさ)

職場環境の要因については表6のとおりだった。まず虐待が発生した時間帯については19件中、12件は日中以外の夜間等に発生した事例だった。また、日中に発生した事例に関してもネグレクト(No10, No16)以外の事例に関してはすべて「個室」や「入浴室」「トイレ」など周囲に他の職員がいない環境で発生していた(No3, No6, No11, No12, No14)。

その他「人手不足の状態、夜勤では約30人の入所者を1人で担当していた」(No3)、「分刻みで定められた業務表(ライン)に沿って、おむつ交換や呼び出しの対応などに追われていた、横のつながりがもちにくくライン通りにはこなせていなかった」(No4)、「要介護度が高く手のかかる入所者が多く」(No8)など、人員不足に関する記述もみられた。

### ②「管理体制の問題」(職員のマネジメント, 職員間の関係性の悪さ, 虐待への組織的対応)

管理体制については、「対処が難しい入居者への対応が現場に任せられ支援体制が不十分だった」(No4)、「4月から業務が拡大したために管理監督も行き届いていなかった」(No15)など組織としての職員への

事例 No	人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ	管理体制の問題	組織の教育体制、職員教育の不備不足
1	時間帯：午後11時10分頃、施設の5人部屋 時間帯：夕	—	—
2	人手不足の状態、夜勤では約30人の入所者を1人で担当していた。時間帯：午後1時20分頃、人の目：防犯カメラのない男性の部屋、人目につかない居室内のトイレに連れ込んで暴行した	—	虐待防止に関わる研修などもあまり行われていなかった
3	分刻みで定められた業務表(ライン)に沿って、おもむき交換や呼び出しの対応などに追われていた。横のつながりがもたれにくくライン通りにはこなせていなかった。時間帯：未明の時間帯(夜間)、人の目：容疑者が1人で行動している間、人目のつかない裏庭を選んだ	他の職員から上司へ報告があったにもかかわらず、施設は虐待防止の措置を十分取らず市への報告を怠った	介護の資格を持たずに働く職員も少なくなかった。採用後の教育およびフォロー態勢に問題があったと思われる。(介護職員初任者研修は)施設が補助制度を設けて取得を推奨する資格
4	時刻のみで定められた業務表(ライン)に沿って、おもむき交換や呼び出しの対応などに追われていた。横のつながりがもたれにくくライン通りにはこなせていなかった。時間帯：未明の時間帯(夜間)、人の目：容疑者が1人で行動している間、人目のつかない裏庭を選んだ	難聴率が高い、対応が難しい入居者への対応が現場に任せられ支援体制が不十分だった。報告義務がある事故が未報告、個々の施設を全社的に対応するための連絡や運用が不十分だった。虐待を管理者が把握せず、窃盗事件を事故や苦情として処理していた。全体としての管理体制が不十分だった	介護の資格を持たずに働く職員も少なくなかった。採用後の教育およびフォロー態勢に問題があったと思われる。(介護職員初任者研修は)施設が補助制度を設けて取得を推奨する資格
5	時間帯：午前0時ごろ、人の目：居室 職員数には余裕があり、残業もほとんどなかった、時間帯：午後2時半ごろ、人の目：個室	職員は同様に「いつか手が出そうだ」と相談していたが、同僚は上司に報告しなかった	職員向けの虐待防止研修なども不十分だった
6	時間帯：午前4時40分頃 要介護度が高く手のつかない入所者が多くストレスを感じていた。時間帯：朝午前6時半頃、人の目：場所は個室とみられる	—	—
7	夜間の勤務態勢に問題はなく、時間帯：午後7時～午前4時50分ごろ、人の目：個室、3階を1人で担当	施設長は暴行について認識はなく、介護上の不注意だと思っていた。施設から市への報告が報告はなかった。ため込んだストレスや悩みを誰にも話さず抱え込んだ	—
8	職員数が規定より少ない	—	—
9	時間帯：午前、人の目：1人で巡回中に殴った、目撃者がいなかった、被害者の証言が得られなかった	重大な危険が生じているのに速やかに町に通報しなかった、適切な判断を怠り医療機関を受診せず重症化するまで放置した	—
10	職員1人で宿泊者を見守る宿直勤務(午後4時～午前9時)はひと月に10回近く回ってきた。勤務者は両施設を掛け持ち、時間帯：午後2時頃、午前10時30分頃、人の目：浴室	施設が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	介護福祉士は国の基準数以上の41人いた
11	時間帯：午後1時45分頃、人の目：入浴室	—	管理者になる訓練もなかった
12	人の目：一人で夜勤の巡回をした際	職員が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—
13	職員1人で宿泊者を見守る宿直勤務(午後4時～午前9時)はひと月に10回近く回ってきた。勤務者は両施設を掛け持ち、時間帯：午後2時頃、午前10時30分頃、人の目：浴室	職員が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—
14	職員1人で宿泊者を見守る宿直勤務(午後4時～午前9時)はひと月に10回近く回ってきた。勤務者は両施設を掛け持ち、時間帯：午後2時頃、午前10時30分頃、人の目：浴室	職員が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—
15	職員1人で宿泊者を見守る宿直勤務(午後4時～午前9時)はひと月に10回近く回ってきた。勤務者は両施設を掛け持ち、時間帯：午後2時頃、午前10時30分頃、人の目：浴室	職員が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—
16	職員1人で宿泊者を見守る宿直勤務(午後4時～午前9時)はひと月に10回近く回ってきた。勤務者は両施設を掛け持ち、時間帯：午後2時頃、午前10時30分頃、人の目：浴室	職員が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—
17	時間帯：午後7時半ごろ、人の目：全館を担当するフリー介護士が1人配置されたが逮捕された介護士は2階部分の19人を1人で担当	施設が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—
18	時間帯：午前1時ごろ、人の目：1人夜勤体制	施設が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—
19	時間帯：午後7時10分ごろ、午前6時過ぎ	施設が市に通報したのは3人目の死者が出てから2日後だった	—

表6 職場環境の要因



支援・管理体制に関する問題、「他の職員から上司へ報告があったにもかかわらず、施設は虐待防止の措置を十分取らず、市への報告を怠った」(No3) など虐待が発生する前後の施設・事業所としての問題に関する記述がみられた。

また、「重大な危険が生じているのに速やかに町に通報しなかった、適切な判断を怠り医療機関を受診させず重症化するまで放置した」(No10)、「介護記録では何らかの異変に気付いた記述が3人分しかなく、内容が形式的で危機意識が低い」(No15)、「園長に取り入った係長が傍若無人な言動を始め、職員が園長に報告しても、入所者が直訴しても、園長は係長をかばい、逆に指摘した職員を冷遇した」(No19)など、施設全体の介護の質の低さに関する記述がみられる事例もあった。

#### ③「組織の教育体制、職員教育の不備」

組織の教育体制、職員教育に関する要因は全体的に記述が少なかったが、「虐待防止に関わる研修などもあまり行われていなかった」(No3)、「採用後の教育およびフォロー態勢に問題があったと思われる」

(No4)、「管理者になる訓練もなかった」(No12)など、職員教育の不十分さに関する記述が一部にみられた。一方、「(介護職員初任者研修は)施設が補助制度を設けて取得を推奨する資格」(No4)、「介護福祉士は国の基準数以上の41人いた」(No11)など、虐待の要因とは考え難い記述もみられた。

#### ④「社会的要因の問題」(制度上の課題、行政機関の対応)

社会的要因に関する記述については、表7のとおりだった。まず行政の対応に関しては、「市・県警・消防局の情報共有が十分ではなく、同じ施設で転落死が続いていることの把握が遅れた」(No4)、「施設は虐待の疑いがあると市に報告したが、市は加害者から話を直接聞くことはせず文書で回答を要請することとどめ」(No11)、「介護保険課の担当者が経営者に電話をし、事実確認もしないまま、『注意するように』と求めただけだった」(No12)など、虐待発覚後の行政の対応の問題が指摘されている事例があった。ま

た被虐待者が死亡した事例に関しては『『変死』として処理し死因などを詳しく調べるための司法解剖はしていなかった」(No4)、「司法解剖せずに火葬された」(No11)など司法解剖に関する記述がみられた。

さらに広い社会的要因である法制度上の問題としては、「高齢者虐待防止法では虐待を見つけた場合に行政に『速やか』な通報を義務づけているが何をもって速やかと判断するのか具体的な基準は示されていない」(No11)、「(監査項目は)職員の介護実態や内面に抱える問題などは点検できない」(No17)、「夜間介護に関する法制度、無資格かつ正規の職員でない人間に複数の命を預けすべての責任を取らせることを許す仕組み」「人材育成の前にグループホームを急速に産業化させたツケ」(No18)などの記述がみられた。

#### 4) 深刻な虐待以外の不適切なケア等の有無

本研究の対象となった深刻な虐待事例以外に、施設や事業所であった不適切なケア、虐待行為、トラブルに関して、19件中10件は何らかの予兆になるような出来事や複数の虐待が発生していた(表8)。具体的には、「他の職員らにばれないように暴行を加え、『これまでに10回程度やった』と述べた。」(No3)、「(加害者が)入所者の現金、ネックレス、指輪など19件の盗みを重ねていた。(加害者とは別の複数の職員が)、頭をたたいたりしていた、首を手でつかむ、『うるせえ』、『死ね』と暴言を吐く、投げるようにしてベッドの上に移動させる、ナースコールを鳴らないように細工をした」(No4)、「21人に対し殴る、暴言を吐くなどを繰り返し、次第にエスカレートした」(No15)、「施設内で入所者を衰弱させるような著しい減食や長時間の放置などの虐待が繰り返されていた」(No16)などの記述がみられた。

一方「日常的な虐待や他の入所者への暴行は確認できていない」(No2)、「定期監査では入所者数や健康状態など異常はなかった」(No17)など、深刻な虐待の予兆になる出来事や他の虐待に関する記述がみられない事例もあった。

事例No	社会的要因の問題(制度上の課題, 行政機関の対応)
4	検視官が3件とも別人だった、「変死」として処理し死因などを詳しく調べるための司法解剖はしていなかった。どの検視官も特異性を踏まえた捜査の必要性を幹部に進言していなかった。市・県警・消防局の情報共有が十分ではなく、同じ施設で転落死が続いていることの把握が遅れた
11	施設は虐待の疑いがあると市に報告したが、市は加害者から話を直接聞くことはせず文書で回答を要請するにとどめ、市は「虐待の事実は確認できない」と県に最終報告していた。施設に関連する病院の嘱託医がいずれも病死と判断し、司法解剖せずに火葬された。高齢者虐待防止法では虐待を見つけた場合に行政に「速やか」な通報を義務づけているが何をもって速やかと判断するのか具体的な基準は示されていない
12	介護保険課の担当者が経営者に電話をし、事実確認もしないまま、「注意するように」と求めただけだった
17	(事故報告書に)事件性があるなどの記載がなかったため、特別な対応はしなかったという。監査は1月に行い、身体拘束の廃止に向けた取り組みをすることなど、他施設でもある一般的な内容2点を指摘した。(監査項目は)職員の介護実態や内面に抱える問題などは点検できない。また、入所者の処遇が前提で、職員の処遇改善は、国の基準に定めはない
18	夜間介護に関する法制度、無資格かつ正規の職員でない人間に複数の命を預けすべての責任を取らせることを許す仕組み、管理者などに認知症に関する研修が義務付けられているが現場の介護職員には何の資格も研修も求められていない、人材育成の前にグループホームを急速に産業化させたツケ

表7 社会の要因

※社会の要因に関する記述がみられなかった事例は除外し作成した

事例No	深刻な虐待以外の不適切なケア等の有無
2	(加害者による)日常的な虐待や他の入所者への暴行は確認できていない
3	入所者からの(加害者に対する)不満も出ていなかった。(施設では)加害者の当直明けの日にはけがの報告が多いなど不審な点があり、(加害者は)他の職員らにばれないように暴行を加え、「これまでに10回程度やった」と述べた。別の介護職員も入所者を殴っていた可能性が強まった
4	(加害者が)入所者の現金、ネックレス、指輪など19件の盗みを重ねていた。(加害者とは別の複数の職員が)頭をたたいたりしていた。首を手でつかむ、「うるせえ」、「死ね」と暴言を吐く、投げるようにしてベッドの上に移動させる。ナースコールを鳴らないように細工をした
5	(加害者は)5月にも計2回、この女性に対して顔をたたくなどの虐待をしていた
6	(加害者は)誰かに止めてほしかったが、両手にどんだん力が入った
8	(加害者は)逮捕されるまで少なくとも入所者5人の顔を殴るなどして虐待した
9	(加害者が)施設内で現金を盗んだ疑い(処分保留)。施設では夜間の勤務態勢に問題はなく過去にトラブルも報告されていない
10	(事業所では)一部ケアプランの未作成、重大な危険が生じているのに速やかに町に通報しなかった
11	(施設では)4日間で入居者3人が死亡し、1人がけがをした
12	(事業所では)定期指導で問題は見つからなかったが、先月、「利用者が暴行を受けている」との匿名の投書が同市にあり、告発を受けて同署が捜査
13	(事業所)他の入所者への虐待は確認されなかった。トラブルについても確認できなかった
14	(加害者が)恒常的に虐待していた事実は確認されなかった
15	(加害者が)21人に対し殴る、暴言を吐くなどを繰り返し、次第にエスカレートした。日常的に「座れ」「立て」などと暴言を浴びせていた約半年前から虐待が続いていたにもかかわらず、同園が把握していなかった。他職員の虐待はなかったとしている
16	施設側は状況を把握していながら適切な対応をしなかった。施設内で入所者を衰弱させるような著しい減食や長時間の放置などの虐待が繰り返されていた
17	定期監査では入所者数や健康状態など異常はなかった。市は03年10月から介護相談員派遣事業を実施し同施設には今年1月から計6回派遣していたが虐待などの問題は明らかにならなかった
18	(加害者が)過去に入所者に暴行した事実はない。入所者の家族や付近住民などからも苦情などは1件もない
19	(施設では)骨折しても放置したり、「食べに来る者は食べていい」と、体調が悪く食堂に行けない入所者への配ぜんを禁じるなど、エスカレートした

表8 深刻な虐待以外の不適切なケア等の有無

※深刻な虐待以外の不適切なケア等に関する記述がみられなかった事例は除外し作成した

## V. 考察

本研究の結果、深刻な虐待事例の特徴として、これまで指摘されてきたように不適切なケアや軽微な虐待が徐々に深刻化していったと考えられる事例以外にも、予兆となるような出来事に関する記述がみられない事例もあった。また利用者の要因、職員の要因、社会・職場環境の要因として、それぞれ深刻な虐待に関連する特徴がみられたことから、ここでは深刻な虐待事例の種類・特徴をまとめた上で、各要因について先行研究と比較しながら考察する。

### 1. 深刻な虐待の種類と特徴

まず、虐待の種類に関しては本研究の対象となった事例は身体的虐待によるものが多く、ネグレクトがみられた3事例(No10, No16, No19)では、いずれも職員個人の要因に関する記述がほとんどみられないなど、身体的虐待とは異なった特徴がみられた。つまり職員個人がネグレクトを行っているというよりも、むしろ組織全体で行われており、その背景には職場全体の要因が存在すると考えられる。

具体的には、ネグレクトの3事例のうち2事例は、予めから閉鎖性・密室性の高さが指摘されてきた(外

山 2000 : 28) グループホームで発生しており、実際に「医療機関を受診させず重症化するまで放置した」(No10)などの記述がみられた。残る1事例(No19)に関しても「職員が園長に報告しても、入所者が直訴しても、園長は係長をかばい、逆に指摘した職員を冷遇した。入所者も他の職員も、2人の顔色をいつもうかがうような状態だった」など、施設内の閉鎖性、風通しの悪さに関する記述がみられた。さらに、3事例とも複数の被虐待者が存在し、虐待が継続的に繰り返し行われている事例だった。

このようにネグレクトに関しては特に、施設全体の密室性や閉鎖性を背景に、深刻な虐待が繰り返し発生していると考えられる。したがって、被虐待者の周囲にいる職員や家族など関係者の虐待に対する認識を向上させる取り組みの実施や、相談・通報義務や相談・通報先について関係者に周知することで、虐待の継続や深刻化を防ぐことができると考えられる。

虐待に限らずいじめなどの権利侵害の多くは、傍観者の存在がエスカレートさせる要因の一つとして指摘されており(梶川 2008, 森田 2010 : 128-142)、周囲の人間がいかに権利侵害を重大な問題として捉え適切に対応するのかが、事態の深刻化を防ぐためには重要だといえる。介護・福祉に携わる者はこのことを深く認識し、継続的かつ組織的に虐待が行われているような場合は特に、自身が「加害者」にならないのはもちろんのこと、「傍観者」にもならないよう努めなければならない。

またネグレクト以外の事例に関しては、深刻な虐待以外の不適切なケアなど、予兆になるような要因・出来事に関する記述がみられない事例もあった(No1, No2, No7, No9, No13, No14, No17, No18)。そして、これらの事例はいずれも日中以外の時間帯、居室等の人の目のない環境で発生していた。

つまり、これまで指摘されてきたように不適切なケアや軽微な虐待など予兆になるような出来事があり、徐々に深刻化していくケースだけでなく、夜間帯など人の目のない環境や、突発的な出来事が虐待の引き金となり、深刻な虐待が発生するケースもあると考えられる。予兆がないということは事前にリ

スクを把握することが難しいことを意味する。そのため、虐待がそもそも起こりにくい環境とは何か、後述するようにこれまで指摘されてきた夜勤体制の問題なども含め、検討すべきだと言えよう。

## 2. 利用者の要因

利用者の要因の特徴としては、女性や80歳以上の被虐待者が多いこと、被虐待者に認知症の症状がみられるケースが多いこと、そして被害を訴えられない・身体的自立度が低いといった「脆弱性」に関する要因がみられることがわかった。厚生労働省の調査においても被虐待者に女性が多いこと、80歳以上の高齢者が多いことが明らかとなっており(厚生労働省 2018)、本研究が対象とした深刻な虐待事例も同様の特徴がみられた。一方、認知症の症状に関しては、これまで認知症の行動・心理症状(以下、BPSD)が虐待の引き金となると考えられ、職員に対する教育の必要性などが指摘されてきた(吉川 2010)。しかし、本研究ではBPSDに関する要因以外にも、「被害を申告できない」「抵抗できない」「通常会話のままならない」といった被害を訴えられない被虐待者の脆弱性に関する記述もみられた。先述した利用者の要因の特徴でもある、女性や80歳以上の被虐待者が多いという特性も、この脆弱性と関係していると考えられる。

このことから、抵抗力や虐待を訴える力の弱い脆弱性を有する利用者は、潜在的に深刻な虐待被害に遭うリスクを抱えているといえる。これらの利用者の要因に対しては、当然のことながら利用者自身が予防に向けて取り組み脆弱性を克服するのではなく、職員の要因や社会・職場環境の要因への働きかけが必要となる。したがって、次に職員の要因、社会・職場の要因とその対策について具体的に検討していく。

## 3. 職員の要因

まず、「抽出された事例の概要」でも述べたように、本研究の対象となった事例のうち、加害者である職員に関する記述がみられたものに関しては、職員の年齢が20代~30代と若い傾向がみられた(No1, No2,

No3, No4, No5, No6, No8, No9, No11, No12, No14, No15, No17, No18). 厚生労働省の調査(厚生労働省2018)においても、虐待者の年齢として30歳未満、30代の者の割合がそれぞれ19.7%, 21.9%と高い傾向がみられており、本研究の結果、こうした傾向が深刻な虐待事例においてもみられることが明らかとなった。したがって、若い職員のストレスや負担への配慮については、各施設・事業所で意識的に取り組む必要があるといえる。

一方で職員の年齢が若かった事例で、かつ加害者の現場経験の年数が3年未満だった事例(No4, No6, No9, No11, No18)をみると、いずれも夜間や個室で虐待が発生しているなど、必ずしも年齢の若さや経験年数の短さだけが虐待の要因ではない可能性も考えられる。より具体的には、No18の「経験や知識のない職員1人が夜に18人担当するなど無理な勤務態勢」といった記述に代表されるように、経験年数の短い職員自身が問題なのではなく、そうした職員へのマネジメントの問題、支援体制の不備が背景にあると考えられる。また、「職員のストレスや感情コントロールの問題」「倫理感や理念の欠如」に関する記述があった事例に関しても、いずれも社会・職場環境の要因に関する記述もみられており、深刻な虐待が職員の知識不足や性格、資質の問題だけに帰結できるものではないことが分かる。

さらに、被虐待者が死亡した事例(No4, No11, No13, No18)について、No11の事例では「適応障害」などといった記述が一部みられたものの、その他には病的な加害者の気質に関する記述はみられなかった。それどころか、勤務態度などの記述には、虐待の要因とは考え難い要因もみられた。さらに「職員のストレスや感情コントロールの問題」についても、職場や入居者に対するストレスなど、ごく一般的な介護現場にもあるような内容であった。

以上のことから、深刻な虐待は加害者の要因も確かに存在するものの、それのみによって虐待が発生しているのではなく、社会・職場環境の要因も含めた様々な要因の積み重ねが虐待を引き起こしていると考えられる。したがって、職員への研修等により職員個人の知識や技術を向上させれば虐待は防げる

という単純な話ではなく、社会・職場環境の要因に対する働きかけも含め、対策を講じる必要がある。

#### 4. 社会・職場環境の要因

社会・職場環境の要因についてはまず、職員が少ない夜間帯や、個室・浴室など人の目がない環境が虐待を誘発する重要な要因であることが示唆された。夜間に発生した事例をみると、深刻な虐待が発生する以前から職員が不満やストレスを募らせていたと考えられる事例と(No4, No5, No8, No17, No18)、そうした記述がみられなかった事例(No1, No2, No7, No9, No13, No15, No19)があった。このことが意味するのは、夜間をはじめ人の目のない環境下では、不満やストレスを抱えている職員による深刻な虐待の発生リスクが高まるだけでなく、その場で生じた突発的な出来事が職員にストレスを与え、深刻な虐待のリスクを急激に高める可能性もある、ということである。

これまで養介護施設の夜間帯では、火災事故や虐待などが相次いで発生しており、夜勤労働の在り方に関しては多くの問題点が指摘されてきたが(下村ら2005:59-62, 曾我2010)、人員配置の強化など具体的な対策は講じられていない。しかし、生命や身体、生活に重大な影響を与える深刻な虐待が、こうした夜間をはじめ人の目が少ない環境下で発生している事実がある以上、人員配置基準の見直しなど制度改正も含め、今一度検討すべきである。

また厚生労働省による調査では、これまで虐待が発生した時間帯については公表されてこなかった。しかし、深刻な虐待を含め虐待の予防に取り組むうえでは、どのような環境下で虐待が発生しているのか、発生しやすい環境や状況について把握できるように、虐待が発生した時間帯や環境についても調査し公表すべきである。

その他、本研究によって管理体制に関する問題なども多く抽出され、先述したように職員の要因のみによって深刻な虐待が発生しているのではなく、職場に係る要因も深刻な虐待の発生に影響を与えていることが分かった。また、こうした「社会・職場環境の要因」の多くが「職員の要因」と同様、一般的

な介護現場に存在する要因であった。このことは、深刻な虐待が特殊な職員や職場だけで発生するのではなく、あらゆる介護現場で発生する可能性があることを示唆している。したがって、深刻な虐待も含め、全ての介護職員、介護現場が虐待の予防に向けて取り組む必要があるといえる。

## VI. 研究の限界と今後の課題

まず、先述したとおり研究方法の限界として、本研究では新聞記事を研究材料としたことから、事例に関わるすべての要因を抽出できていない可能性がある。例えば No13 に関しては被虐待者が死亡した事例ではあるものの、職員の要因、社会・職場環境の要因のいずれも該当する記述が少なかったが、これは記事の件数が他と比べ多くはなかったことが影響しているとも考えられる。また本研究では、先行研究(任 2016)を参考に報道回数が5回以上の事例を対象としたが、初めて記事として掲載された時期が2017年の事例(No1)に関しては記事が比較的少なく、抽出された要因も少ない傾向がみられた。したがって、虐待が発生した時期が新しい事例については、今後も報道回数が増える可能性もあり、今後は報道回数だけでなく、初めて新聞報道された時期から1年以上は猶予をもたせるなど、検索をする時期についても検討する必要がある。

しかし、例えば厚生労働省の調査では死亡事例について平成27年度の1件のみしか把握できていないが、本研究では4件の死亡事例が抽出されるなど、広く様々な虐待事例を抽出できたといえる。また、各事例に関する複数の記事をもとに、時系列に沿ってある程度、客観性の担保された情報を得ることができるなど、新聞記事を用いることのメリットもある。こうした新聞記事を用いる研究手法以外にも、裁判記録を用いる方法なども考えられるが、この方法では訴訟に発展していない事例は対象外となってしまう、本研究のように幅広い事例を収集できないデメリットもある。

このように、いずれの事例の抽出方法が適してい

るのか、研究目的に合わせて検討する必要がある、いずれの研究手法にもメリット・デメリットがあることをふまえて、今後も研究を蓄積させていながら、本研究で得られた要因等について検証し続けることが重要である。とりわけ、具体的な事例をより詳細に分析し、影響力も含めた深刻な虐待の要因や、虐待が深刻化していくプロセスを明らかにし、効果的な予防策を解明することが求められる。

また分析方法に関しては、本研究では先行研究で虐待の要因として指摘されているものに当てはめ、抽出された要因を整理するという手法を用いた。その中で、各事例には複数の要因が関連していることが明らかとなり、また複数の事例に共通してみられる要因があることが分かった。今後は複数存在する要因の中でも、深刻な虐待の発生に強く影響している要因を明らかにしていくことが、実際の予防に向けて取り組むうえでは重要である。

具体的な方法としては、QCA (qualitative comparative analysis) などが考えられる。QCAは、集合論や論理学をもとにした分析手法であり因果関係の分析に用いられることが多く、要因の影響力についても検証でき、また事例数が少なく統計的処理が難しい場合なども活用できるとされている(森 2017)。

以上のように、今後は研究方法や分析方法も検討しながら研究を積み重ね、有効な虐待予防策やその効果について明らかにしていくことが課題である。

## 謝 辞

この研究はJSPS 科研費 16K17272 の助成を受け行ったものである。

## 注

1) 本研究でいう「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは「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」の第2条に規定される「養介護施設」「養介護事業」の業務に従事する者による同法に規定される虐待を指すこととする。そして単に「虐待」「施設」と表記しているものも上記の内容を指すこととする。

## 文 献

- Buzgová, R. Ivanova, K. (2009) Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16 (1) , 110-126.
- 任貞美 (2016) 「高齢者虐待の定義および概念を確立するための研究課題の検討」『社会福祉学』57(2), 15-28.
- 梶川義人 (2008) 「高齢者施設における高齢者虐待への対応 (特集 高齢者虐待とソーシャルワーク)」『ソーシャルワーク研究』34 (2), 136-142.
- 岸恵美子, 岩沢純子, 松下年子, ほか (2010) 「施設内高齢者虐待が生じる背景と介護職の認識および体験」『高齢者虐待防止研究』6 (1), 101-114.
- 厚生労働省 (2018) 「平成 28 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/file/04-Houdouhappyo-u-12304250-Roukenkyoku0000197120.pdf>, 2018. 3. 25) .
- 松本望 (2014) 「新たな高齢者の施設内虐待モデルの構築に向けて—組織事故におけるスイスチーズモデルを参考に」『高齢者虐待防止研究』10 (1), 74-82.
- 松本望 (2016a) 「養介護施設従事者等による高齢者虐待が与える社会的影響—新聞報道の分析をもとに」『第 13 回日本高齢者虐待防止学会 横浜大会抄録集』横浜市立大学, 54.
- 松本望 (2016b) 「養介護施設従事等による高齢者虐待が顕在化する背景と課題; 新聞記事の分析をもとに」『高齢者虐待防止研究』12 (1), 69-77.
- 森大輔 (2017) 「質的比較分析(QCA)のソフトの使用方法— fs/QCA と R の QCA・SetMethods パッケージ (1)」『熊本法学』(140), 250-209.
- 森田洋司 (2010) 『いじめとは何か—教室の問題, 社会の問題』中央公論新社.
- 認知症介護研究・研修仙台センター (2009) 『介護現場のための高齢者虐待防止教育システム施設・事業所における高齢者虐待防止学習テキスト』(平成 20 年度 老人保健健康増進等事業) 認知症介護研究・研修仙台センター.
- 認知症介護研究・研修仙台センター (2018) 『高齢者虐待の要因分析及び高齢者虐待防止に資する地方公共団体の体制整備の促進に関する調査研究事業報告書』(平成 29 年度 老人保健健康増進等事業) 認知症介護研究・研修仙台センター.
- 大澤卓也 (2013) 「社会問題に対する社会的反作用のエスカレーションする過程分析—新聞報道における大津いじめ問題による検討」『立命館産業社会論集』49 (3), 113-131.
- 芝野松次郎編 (2001) 『子ども虐待ケース・マネジメント・マニュアル』有斐閣.
- 柴尾慶次 (2008) 「施設内における高齢者虐待の実態と対応 (特集 高齢者虐待と虐待防止)」『老年精神医学雑誌』19 (12), 1325-1332.
- 下村恵美子, 高口光子, 三好春樹 (2005) 『あれは自分ではなかったか; グループホーム虐待致死事件を考える』筒井書房.
- 祖父江文宏, 安藤明夫, 加藤悦子, ほか (1999) 「子ども虐待死に関する統計的基礎研究—過去 5 年間に新聞報道された事件から読み取れる傾向と課題」『研究助成論文集』(35), 135-142.
- 曾我千春 (2010) 「グループホーム『たかまつ』・『さくら館』, 『静養ホームたまゆら』の事件・事故に学ぶ」『月刊ゆたかなくらし』(333), 56-61.
- 外山義 (2000) 『グループホーム読本—痴呆性高齢者ケアの切り札』ミネルヴァ書房.
- 梅原恵子 (2007) 「メディアが創り出す『現実』—少年犯罪をめぐる新聞報道を手がかりにして」『文化環境研究』1, 86-94.
- Wang JJ, Lin M, Tseng HF, et al (2009) Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities; a structural equation model approach, *International Psychogeriatrics*, 21 (2) , 314-320.
- 吉川悠貴 (2010) 「認知症者への虐待には適切に対応できているか」『老年精神医学雑誌』21 (1), 52-59.