

## 在宅要介護高齢者の虐待に関する調査研究

上田 照子\* 水無瀬文子<sup>2\*</sup> 大塩まゆみ<sup>3\*</sup>  
橋本美知子<sup>4\*</sup> 高坂 祐夫<sup>5\*</sup> 福間 和美<sup>6\*</sup>  
大西早百合<sup>6\*</sup> 青木 信雄<sup>7\*</sup>

**目的** 在宅の要介護高齢者の虐待の実態と発生の要因を検討することによって、虐待を早期に発見し、予防する方法を確立するための基礎資料を得ることを目的に調査を行った。

**方法** 近畿地区都市部における、保健・医療・福祉専門職のうち、在宅の要介護高齢者において虐待と思われるケースを担当していた者に質問紙を配布し、面接、既存資料等による虐待の状況に関する調査を行った。42のケースを分析の対象とした。

**結果** 1. 被害老人の性別構成は、男性13人(31%)、女性29人(69%)で、年齢構成は70歳代が約1/3、80歳代が約1/3であった。  
2. 加害者の性別は男性17人(42.5%)、女性23人(57.5%)、年齢は60歳代がやや多い分布であった。  
3. 加害者は被害老人の息子、娘が多く、各々約1/4を占めていた。  
4. 虐待の形態は言語的虐待(69.0%)が最多で、ついで心理的虐待(61.9%)、無意図的放任(57.1%)、意図的放任(50.0%)、身体的虐待(47.6%)であった。また、1人の被害老人が受けている虐待の形態別の数は平均3.5であった。  
5. 虐待発生の要因は単純ではなく多くの要因が相互に関与しあった結果生ずるものであり、加害者、高齢者とも、性格や生育歴、人間関係など長い年月の間に形成された要素を持っている者が多いことが認められた。また、介護者の介護負担が大きく、それを補う社会的な支援が未熟であるために虐待や放任に発展したケースが多かった。

**結論** 虐待の発生の予防策および対応策として、介護負担軽減のための保健・福祉サービスの拡充、早期発見と適切な対応のための保健・医療・福祉の専門職に対する教育、早期発見のためのチェックリストの開発、介護家族の介護技術習得の機会の拡大、被害者の緊急避難場所や相談機関の設置などが早急に講じられる必要性が示唆された。

**Key words** : 高齢者虐待, 放任, 在宅要介護高齢者, 虐待発生要因, 介護者, 在宅介護

### I はじめに

高齢者の虐待に関しては欧米ではすでに1970年後半から調査研究が始められ、現在では数多くの報告がなされている<sup>1~3)</sup>。高齢者虐待の研究はアメリカにおいてもっとも進んでいるといわれているが、まだアメリカにおいても虐待の実態は十分

明らかにされていないのが現状である<sup>1)</sup>。

わが国での高齢者虐待は、横浜市で把握した高齢者虐待についての金子の著書<sup>4)</sup>で、はじめてその社会的重要性が指摘されたと言われている。現在のところ、田中ら<sup>5)</sup>の在宅介護支援センターを対象にした調査、高崎ら<sup>6)</sup>の保健所、市町村保健婦を対象とした調査、大國ら<sup>7)</sup>の要介護在宅高齢者の相談援助機関を対象とした調査などが我が国においてなされた高齢者虐待調査の代表的なものであり、詳細な内容についての研究はまだ緒に付いたばかりでその実態は明らかにされておらず、対策もほとんど講じられていないのが現状である。

今後、わが国では高齢者人口の急増とともに、要介護高齢者数が増加することが見込まれてい

\* 関西医科大学公衆衛生学教室

<sup>2\*</sup> 京都市西京保健所

<sup>3\*</sup> 滋賀文化短期大学

<sup>4\*</sup> 仏教大学社会学部

<sup>5\*</sup> 大阪信愛短期大学

<sup>6\*</sup> 京都府立医科大学医療技術短期大学部

<sup>7\*</sup> 梅花女子大学文学部

連絡先：〒570-8506 大阪府守口市文園町10-15

関西医科大学公衆衛生学教室 上田照子

る<sup>8)</sup>。現状では介護の保健・福祉の社会的サービスは量、質ともに十分ではなく<sup>9)</sup>、筆者ら<sup>10,11)</sup>は、在宅の要介護高齢者を抱える家族の介護負担は非常に大きく、多くの介護上の困難をかかえていることを報告した。

このような背景から在宅要介護高齢者の虐待は今後増加することが予測され、その対応が急がれるところである。

今回、在宅の要介護高齢者の虐待の早期発見と予防のための基礎資料を得ることを目的として、近畿地区都市部における保健・医療・福祉専門職によって把握した虐待について、その実態と要因について検討を行ったので報告する。

## II 対象と方法

保健・医療・福祉専門職（以下専門職）で、在宅の要介護高齢者の虐待と思われるケースを担当していた者に質問紙を配布し記入を依頼した。記入については調査者がこれまでのケースとの関わりから把握している情報、被害老人、加害者、家族等との面接、および既存資料等によった。これらの調査者は筆者らが所属する「寝たきり予防研究会」の会員およびその関係者であり、本調査の実施に先立ち高齢者虐待についての研修を行い、虐待の概念などを示した。

質問紙の内容は、①高齢者に関して：属性、性格、住居の状態、日常生活自立度、同別居、収入源、痴呆の程度、異常行動、介護必要度、高齢者と介護者の人間関係、虐待の内容、親戚付き合い、交友関係など、②加害者に関して：属性、性格、就労状況、子供の世話、生活問題、交友関係、副介護者、介護協力者の有無、介護状態、介護者の介護負担感、健康状態、家族問題、経済状況、介護時間、介護機関、介護意欲、③ケースのアウトライン（虐待発生の経過など）と虐待発生の要因、④介護者（加害者と同一でない場合）の状況、⑤地域の保健福祉資源の量、⑥調査者に関して：所属、職種、ケースとの関わり期間、ケースの対応で困難であった事柄、虐待に関する意見（虐待防止策等）などである。

ここでの高齢者の虐待は、5種の虐待と4種の放任にその他を加えた10種の形態に分類したもの<sup>12)</sup>を用いた。その概要は以下のとおりである。

1. 身体的虐待：身体に傷やあざ、やけど、打撲、

骨折、脱臼をひきおこすような暴力的行為（叩く、殴る、蹴る等）を加えること。2. 性的虐待：本人との合意にもとづかずに、さまざまな形態の性的接触をすること。3. 言語的虐待：ののしり、侮辱、脅迫、叱責、非難など言葉により精神的な苦痛を与えること。4. 心理的虐待：わざと無視したり、蔑視したり、返事をしなかったり、孤立させたりして、感情的に傷つけること。5. 経済的虐待：資産・現金等を無断で使用したり、許可なく、または、だまして自分の名義に変更したり、クレジットカードや所有物を使用すること。6. 意図的放任：介護者が故意に身体的損傷や精神的苦痛・ストレスを与えようとして、世話をしないこと。わざと保健、医療、福祉サービスの利用を拒否したり、高齢者に必要な義歯や眼鏡を奪ったり服用させるべき薬をのまさないこと。7. 無意図的放任：介護者が意図せず、適切な世話がなされなかったり放置された結果何らかの身体的・精神的苦痛が引き起こされること。8. 意図的自己放任：自分ですべき身の周りの清潔・健康管理、家事などを本人にする力があっても自分から放棄すること。9. 無意図的自己放任：身の周りの清潔・健康管理、家事などが本人の体力・知識・技術等の不足により本人も気付かないうちにできなくなった結果、心身の健康上の問題がひき起こされること。10. その他。ここでの放任は他者によるものだけでなく自分自身が清潔保持や健康管理を怠る自己放任も含めている。また、これらの虐待、放任の疑いも含めた。

なお、被害老人の性格、痴呆の程度、加害者の性格、地域の保健福祉資源の量などについては、既存資料や調査者の判断によるものである。

調査の期間は、1995年8月から1996年8月である。

46の虐待ケースが得られたが、施設入所中の者など本調査の対象外のケースを除き、分析の対象は42ケースとした。なお、加害者数に関しては、被害老人42人のうち、自己放任1人、同一加害者による虐待2ケースがあったためこれらの2人を除き40人を加害者数とした。

42ケースの調査者の職種別の内訳は、ソーシャルワーカー11、看護婦10、保健婦8、介護福祉士6、医師2、ホームヘルパー1、研究者4で、所属機関別の内訳は、在宅介護支援センター11、医療

機関9(居宅療養部3を含む)、保健所7、デイサービスセンター6、訪問看護ステーション4、その他5であった。

虐待発生の要因の検討では、ケースごとに調査票の記載内容および調査者から直接に情報を得、虐待に至った経過や背景、虐待者、被害老人の性格、生育歴、介護負担、地域の保健福祉のかかわりなどについて虐待発生との関連を詳細に検討した。この際、欧米での先行研究<sup>13-15)</sup>において認められている要因を参考にした。得られた要因は大きく、被害老人側の要因、加害者側の要因、両者の人間関係、社会的要因の4つに分類されることから、個々のケースについてこれらの要因をあてはめ、どのような要因の組み合わせによって発生したかを検討した。なお、本調査は事例研究方法によっているので、ここから得られた要因は、虐待発生にどのような要件が影響する可能性があるかの仮説にすぎないこと、さらに主観を伴うという限界を持つものであると考えられる。

なお、データの解析はMacintoshにてHulinksの統計解析プログラムStat View 4.11を用いて行った。結果のうち、虐待の形態と被害老人の性、加害者の性、ADL、痴呆の有無との差異については $\chi^2$ 検定により、有意差の有無を分析した。

### Ⅲ 結 果

#### 1. 被害老人と加害者の概況

表1に虐待を受けていると思われる者(以下被害老人とする)の性別の年齢構成を示した。本調査は高齢者を対象としているが、50歳代の脳内出血1人、脊髄小脳変性1人の要介護者を含んでいる。

被害老人の日常生活自立度と痴呆の有無は、表2のとおりである。ランクBとCの寝たきりに相当する者が約3分の2を占め、痴呆のある者も半数以上を占めていた。

表3に加害者の性年齢分布を示した。女性が約6割を占め、半数近くが60歳台であった。

表4に被害老人からみた加害者の続柄を示した。加害者で多かったのは順に被害老人の娘、息子、妻の順であった。加害者40人のうち主介護者である者は30人75.0%、介護協力者であるもの5人12.5%、介護者でないもの5人12.5%であった。また加害者40人のうち被害老人と同居してい

表1 被害老人の性・年齢構成

	合計	男性	女性
対象数	42(100.0)	13(100.0)	29(100.0)
年齢			
～69	6( 14.3)	3( 23.1)	3( 10.3)
70～79	15( 35.7)	3( 23.1)	12( 41.4)
80～89	14( 33.3)	5( 38.5)	9( 31.0)
90～	7( 16.7)	2( 15.4)	5( 17.2)

表2 被害老人の日常生活自立度と痴呆の有無

	合計	男性	女性
対象数	42(100.0)	13(100.0)	29(100.0)
日常生活自立度			
痴呆			
自立 <sup>a)</sup>	3( 7.1)	1( 7.7)	2( 6.9)
ランクJ <sup>b)</sup>	4( 9.5)	2( 15.4)	2( 6.9)
ランクA <sup>b)</sup>	8( 19.0)	2( 15.4)	6( 20.7)
ランクB <sup>b)</sup>	16( 38.1)	5( 38.5)	11( 37.9)
ランクC <sup>b)</sup>	11( 26.2)	3( 23.1)	8( 27.6)
痴呆			
なし	18( 42.9)	8( 61.5)	10( 34.5)
あり	22( 57.2)	5( 38.5)	17( 58.6)

a) : とくに障害はないが何らかの支援が必要

b) : 厚生省の障害老人の日常生活自立度判定基準による

表3 加害者の性・年齢構成

	合計	男性	女性
対象数	40(100.0)	17(100.0)	23(100.0)
年齢			
～49	11( 27.5)	5( 29.4)	6( 26.1)
50～59	8( 20.0)	4( 23.5)	4( 17.4)
60～69	16( 40.0)	6( 35.3)	10( 43.5)
70～	5( 12.5)	2( 11.8)	3( 13.0)

注：複数の加害者が存在する場合は主な加害者一人を、一人で二人を虐待している場合は一人として示し、自己放任1人を除いた。

る者は35人87.5%であった。

つぎに、被害老人と親戚や友人との交流の状況については、親戚づきあいのほとんどない者54.4%、友人との交流のほとんどない者59.5%であった。交流があまりないを加えると両者とも約3/4を占め、被害老人が孤立化している状況が示唆された。

表4 被害老人からみた加害者の続柄

続柄	対象数	加害者		
		40(100.0%)	主介護者 30	同居者 35
夫	3( 7.3)	3	3	
妻	7( 17.1)	7	7	
息子	10( 24.4)	6	7	
娘	10( 24.4)	9	9	
嫁	4( 9.8)	3	3	
婿	1( 2.4)	1	1	
兄弟の妻	1( 2.4)	0	1	
甥	1( 2.4)	0	1	
養子	1( 2.4)	0	1	
兄	1( 2.4)	0	1	
先妻の息子の妻	1( 2.4)	1	1	

加害者のうち主介護者である30人の介護状況につき分析を行った。介護期間は平均3.5年（標準偏差3.3年）であった。介護への負担が「とても大変」である者は73.3%であった。専門職からみて介護に関する知識が「不適切」な者43.3%、「やや不適切」が40.0%、介護意欲については「したくないがしている」者が66.7%であった。介護者の健康状態の「良くない」者（疲労している26.7%、体調を壊している10.0%、病気治療中20.0%）は56.7%であった。

## 2. 虐待の形態

表5に観察された虐待の形態を被害老人の性別と加害者の性別に示した。全体では、言語的虐待は69.0%、心理的虐待は61.9%と高率に認められたが、これらの両者が同時になされているケースが多かった。ついで無意図的放任57.1%、意図的放任50.0%、身体的虐待47.6%などが高率であった。身体的虐待は20ケース中18ケースが他の形態の虐待を伴っていた。虐待の率は被害老人の性別では、男女の間に有意な差は見られなかったが、無意図的の自己放任ではやや男性に高率であった（ $p=0.09$ ）。加害者の性別は両者の間に有意な差はなかったが、心理的虐待は女性加害者にやや多かった（ $p=0.08$ ）。ADL別では心理的虐待、経済的虐待では障害が軽いほど高率となる傾向がみられた。無意図的の放任では、ADLの障害の程度が重いほど高率で群間に有意な差が認められ、意図的の放任、意図的の自己放任、無意図的の自己放任においても有意ではないが同様の傾向がみられた。痴呆の有無別では言語的虐待が痴呆のない場合に有意に高率であった。

一高齢者に対する虐待の形態別の数は、平均3.5（標準偏差1.7）であり、最少1種類、最大7種類であった。

なお、各種虐待の具体的な内容についてはさらに、表6にあげたように、多種多様な内容となっ

表5 虐待の形態

虐待の形態	対象数	被害老人の性別 加害者の性別 ADL別 <sup>1)</sup> 痴呆の有無別									
		総数	被害老人の性別		加害者の性別		ADL別 <sup>1)</sup>			痴呆の有無別	
			男	女	男	女	A	B	C	無	有
	42(100.0%)	13	29	18	24	15	16	11	18	22	
身体的虐待	20	47.6	53.8	44.8	55.6	41.7	53.3	37.5	54.5	55.6	45.5
言語的虐待	29	69.0	69.2	69.0	61.1	75.0	73.3	81.2	45.5	88.9*	54.5
心理的虐待	26	61.9	53.8	65.5	50.0	70.8	73.3	68.8	36.4	55.6	68.2
経済的虐待	10	23.8	23.1	20.7	27.8	16.7	33.3	18.8	9.1	22.2	22.7
意図的放任	21	50.0	53.8	48.3	38.9	58.3	33.3	56.2	63.6	44.4	59.1
無意図的放任	24	57.1	53.8	58.6	61.6	54.2	33.3	62.5	81.8*	55.6	59.1
意図的の自己放任	7	16.7	23.1	13.8	11.1	20.8	6.7	12.5	36.4	16.7	18.2
無意図的の自己放任	12	28.6	46.2	20.7	11.1	41.7	20.0	31.2	36.4	22.2	27.3
性的虐待	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	5	11.9	7.7	13.8	27.8	0.0	33.3	0.0	0.0	16.7	9.1

<sup>1)</sup> : Aは表2に示したランクAとランクJと自立, BはランクB, CはランクCを表わす  
表中の数値のうち、総数の左側の数値は実数を、その他は%を示す。

\* :  $\chi^2$ 検定において  $p < 0.05$

表6 虐待の内容(行為・状況)

虐待の形態	行為, 状況等	N=42	%
身体的虐待	殴る	8	19.0
	蹴る	5	11.9
	棒でたたく	6	14.3
	打撲	10	23.8
	青あざ	9	21.4
	擦り傷	4	9.5
	その他	8	19.0
言語的虐待	ののしり	18	42.9
	侮辱	9	21.4
	叱責	20	47.6
	脅迫	4	9.5
	非難	10	23.8
	悪口	5	11.9
	その他	1	2.4
心理的虐待	無視	11	26.2
	蔑視	12	28.6
	返事をしない	4	9.5
	隔離	7	16.7
	移動制限	9	21.4
	その他	3	7.1
経済的虐待	金銭使い込み	5	11.9
	無断で本人の物を使い込む	3	7.1
	資産や現金を自分名義にする	5	11.9
意図的放任	おむつをぬれたまま放置する	10	23.8
	適切な食事を作らない	9	21.4
	わざと医者につれていけない	3	7.1
	保健福祉サービスを費用を理由に利用させない	5	11.9
	一人だけにさせておく	11	26.2
	その他	4	9.5
	無意図的放任	食事内容が適切でない	11
水分補給が適切でない		10	23.8
排泄に対する世話が適切でない		18	42.9
入浴の回数が少ない		12	28.6
保健福祉サービスを利用しない		5	11.9
家族親族の反対のため本人がいやがるので費用がかかるため		2	4.8
費用がかかるため		2	4.8
その他	1	2.4	
意図的自己放任	本人が意識的に		
	自分の清潔保持や健康管理をしない	3	7.1
	食事や水分を取ろうとしない	3	7.1
	食事制限を守ろうとしない	1	2.4
無意図的自己放任	本人の知識・技術不足で健康管理ができていないために健康上の問題が生じている	3	7.1
	本人の知識・技術不足で健康管理ができていないために健康上の問題が生じている	8	19.0
	本人の知識・技術不足で健康管理ができていないために健康上の問題が生じている	8	19.0
	その他	1	2.4
その他			
本人の体力不足で健康管理等ができていないために健康上の問題が生じている	8	19.0	
本人の知識・技術不足で健康管理ができていないために健康上の問題が生じている	8	19.0	
その他	1	2.4	
その他			
本人の知識・技術不足で健康管理ができていないために健康上の問題が生じている	5	11.9	

複数回答

ている。特に高率であった行為や状況は、叱責47.6%、ののしり42.9%、排泄に対する世話の不適切(無意図的)42.9%、蔑視28.6%などであった。

### 3. 事例

表7に今回の42の虐待ケースのうち代表的な10ケースにつき、ケースのアウトラインを示した。42のケースの虐待発生のメカニズムは多種多様であったが、おおむね次の3つのタイプに分類された。①高齢者の要介護状態に対して、介護者の介護負担が大きく、それを補う社会的な支援が未熟であるために虐待や放任が生じているタイプ(表7のケース番号2, 5, 6, 7, 8, 10)、②これまでの人間関係や家族問題などが、介護のストレスや不満を鬱積させ虐待や意図的な放任を発生させているタイプ(ケース番号4, 9)、③財産や金品の搾取など経済的な問題が絡み、同時に暴力や放任を伴っているタイプ(ケース番号1, 3)。

### 4. 虐待の要因

つぎに、虐待の発生に影響を及ぼしたと考えられる要因について検討を行った結果を表8に示した。

高齢者側の要因を含むケースは13人31.0%であった。その内訳は高齢者の性格が11人26.2%であり、これらの内容は、性格が頑固、強引である、自己中心的である、プライドが高いなどが主なものであった。心身の状況については、多くのケースにおいて高齢者が要介護であること、さらに要介護であることが虐待発生になんらかの影響を及ぼしている可能性は十分にあると考えられるため、ここには、心身に重度の障害のある者の数を示した。過去の経歴では、現在の加害者である子供あるいは嫁に対してきつくあたった、子供に対して親らしいことをしなかった、若い頃に女性問題があったなどが主なものである。貧困の1人は自己放任のケースである。

加害者側の要因を含むものは36人85.7%にみられ、今回の4分類の中で最多であった。その内容では、金品や財産を目的としたものが5人にみられたが、これはすべて男性であり、また介護者でないか、あるいは介護者となってもほとんど介護に携わっていないケースであった。この5人以外にも、4人に金品の搾取などの経済的虐待の記載はあったが、介護をするかたわらの金品の搾

表7 高齢者虐待の事例

被害老人	加害者	ケースのアウトライン	虐待の形能
1 女 80歳代 A・痴	男 60歳代 次男	四女が介護をしてきたが、本人が入院し、退院を機に、次男が同居を申し出て介護。次男は自営業を営んでいるが経済的に困窮しており、財産を目当ての介護であり、不適切な介護がなされている。殴る蹴るの暴力行為がみられ、本人は殺されるとの訴えをしている。次男は財産が他の家族に行くことを恐れ、他の家族を近づけないようにしている。次男は身体障害あり。	a, b, c, d, e, f
2 女 70歳代 J	自己	老夫婦二人暮らし。本人の診療所に来院時、衣服の汚染や異臭がひどく再三援助の申し出をしたが拒否。生活はかなり苦しい。当診療所医師より保健所への情報提出によりケースワーカー訪問するも拒否された。さらに近隣からの異臭の苦情による訪問も拒否。本人の舌癌判明により入院のため、要介護の夫は老人病院に入院。部屋は湿った新聞紙や食べ残しの生ごみが散乱し、うじがわき、便の付着したちり紙が散らかっている状況であった。	h
3 女 70歳代 A	男 40歳代 息子	夫死亡後、一人暮らしをしていたが、息子がお金をせびりに来て、酒を飲んで夫を振るう。息子は幼い頃養子に出され離れて暮らしており、本人は親らしいことをやれなかったと、息子をかばう。息子はアルコール依存があり、定職につかずぶらぶらしており、介護はせず。本人は老人病院に緊急非難した。親子の長年の関係のことで、第3者の関わりが困難であった。	a, b, d
4 男 70歳代 B	女 60歳代 妻	脳梗塞で半身麻痺の夫を10年来介護してきたが、夫の昔の不倫の告白を契機に、暴力をふるう、ののしるなどの虐待が始まった。	a, b
5 女 90歳代 C・痴	女 60歳代 嫁	介護者である嫁は農業が忙しく日中枕元におにぎりとお茶だけ置き、仕事に出ている。嫁ももっとしてやりたいという気持ちはあったが健康状態が悪く、多忙のため十分な介護ができなかった。本人死亡後、介護者も1ヵ月後に死亡。	f
6 女 60歳代 C・痴	男 60歳代 夫	要介護の妻に対し、夫は過干渉、過保護など不適切な介護をし、本人の自立意欲をなくし、ADLの低下をきたし全介助になってしまっている。夫は介護を理由に退職しており、生保を受けるために介護を辞められず、わざと注入食の管を抜いたりして脱水状態や、低栄養状態をつくり、医師に検査入院を迫る。介護意欲も低下しており、介護が不十分である。入退院の繰り返し。	b, c, d, e, f, g, h
7 女 70歳代 C	女 30歳代 長女	脱水、低栄養のため緊急入院になったケース。長女がつきっきりで世話をしていたが、適切な世話がされておらず、髪や爪は伸び放題で、入浴もされておらず、不衛生。顔面を殴打されたあとがある。介護者は自閉的で精神疾患が疑われ、介護知識もなく、荷が重い。小さい頃から家族団欒を知らずに育ち家族をろって食事をしたことがない。	a, b, c, e, f, g, h
8 男 70歳代 A	女 60歳代 妻	介護者である妻は全盲で点字も読めない。妻は夫と別れたいと思っている。夫は物を言えば何十倍ものセリフが帰され棒でたたかれるので、思っていることも言えず、離婚されるのではないかとおびえる毎日である。介護者は介護の仕方が悪いと専門職から責められ、言い分を聞いてくれる人がおらず一方的に指導されていることに戸惑い、介護の負担は死ぬほど辛いと感じている。	a, b, c, e, f, h
9 男 50歳代 C・痴	女 60歳代 妻	本人は脳内出血により半身不随となった。入院中、問題行動多く、退院させられ以後在宅介護。妻は支援を求めて奔走したが50歳代のためヘルパー以外のサービスがなく制度への不信感をもつ。若い時からアルコール依存症があり苦勞させられた上に介護ストレスなどの不満があった。ADLは徐々に低下し、寝たきりになったが、本人の意思尊重と称して、食事も必要量を与えず、生かさず殺さすような介護。本人も妻の介護の場合には意識的に食事や水分を取ろうとしない。脱水がひどく入院となるも、妻は入院費用が払えないとの理由から強引に退院させた。その後、多くの枠を超えた支援の甲斐なく本人死亡。	e, f, g, h
10 女 80歳代 A・痴	男 60歳代 息子	介護をしてきた嫁が死亡し、同居の孫も下宿を始めたため、本人と息子との2人暮らしで日中独居となった。息子が介護をするようになったが介護負担大で、本人も痴呆があり息子に対し攻撃的でののしることがしばしばあり、息子は暴力をふるうことがあった。ある深夜に本人は家から放り出されたようで、負傷して路上にいるところを警察に保護され救急車で病院に運ばれたが、単なるケガとして処理された。首を絞められた痕、目の周辺の大きな青痣、耳からの出血、臀部の擦り傷等が見られた。	a

注1：被害老人の欄のJABCは厚生省の障害老人の日常生活自立度判定基準による。痴は痴呆有のケース。

注2：ケースのアウトラインの記載は被害老人を本人、加害者は被害老人から見た続柄で示した。

注3：虐待の形態欄のアルファベットはa：身体的虐待，b：言語的虐待，c：心理的虐待，d：経済的虐待，e：意図的放任，f：無意図的放任，g：意図的自己放任，h：無意図的自己放任を示す

表8 虐待発生要因の分類と該当ケース数

要因の所在	要因細目	ケース数	(n=42) %	加害者の性別	
				男 (n=17)	女 (n=25)
A 高齢者	1. 性格	11	26.2	17.6%	32.0%
	2. 心身の状況	27 <sup>#</sup>	64.3	64.7	68.0
	3. 過去の経歴	5	11.9	5.9	16.0
	4. 貧困	1	2.4	0.0	4.0
B 加害者	1. 財産・金品搾取	5	11.9	29.4	0.0
	2. アルコール依存, 飲酒	3	7.1	17.6	0.0
	3. 生育歴, 虐待体験	9	21.4	17.6	24.0
	4. 性格	16	40.5	23.5	52.0
	5. 介護知識・技術	17	40.5	47.1	36.0
	6. 介護負担, ストレス, 健康	19	45.2	41.2	48.0
	7. 就業, 育児	11	26.2	35.3	20.0
	8. 経済問題 (貧困, 財産)	7	16.7	17.6	16.0
C 高齢者加害者間 家族内	1. 夫婦	7	16.7	0.0	28.0
	2. 親子	15	35.7	41.2	32.0
	3. 嫁と舅・姑	7	16.7	5.9	24.0
	4. 兄弟姉妹	1	2.4	5.9	0.0
	5. 家族問題	6	11.9	17.6	8.0
D 社会 (地域・政治・文化)	1. 社会資源の量	1	2.4	0.0	4.0
	2. サービス利用の費用	6	14.3	11.8	16.0
	3. サービス利用の制約	2	4.8	0.0	8.0
	4. 専門職の対応	1	2.4	0.0	4.0
	5. 制度利用拒否	5	11.9	11.8	12.0
	6. 家族制度等	4	9.5	5.9	12.0

42ケースのうちABCDそれぞれの要因をもつケース数 (のべ数) は A: 13(31.0%) B: 36(85.7%)  
C: 32(76.2%) D: 14(33.3%)

<sup>#</sup>: 本調査の対象は主として要介護高齢者であり, 心身の状況と虐待との関連については調査票への記載があえてしていない場合も考えられるため, 介護の必要が昼夜とも目が離せない, あるいは重度の痴呆がある, あるいは重度の障害がある者の数で示した。

取であり, これが要因であるのかどうかの判断はむずかしいので含めていない。生育歴や虐待体験が要因となったと考えられるケースが9人に見られ, その内容は人間らしい生活技術を教わっていない, 家族団欒を知らない, 幼い時に養子に出された, 幼い時に受けた心理的虐待などであった。加害者の性格に起因すると考えられたものは16人38.1%と高率であり, その内容では特に加害者が自己中心的であるものが多かった。さらに強引, 几帳面, 神経質, 放任主義, 冷静さに欠ける, 自閉的, 世間体を気にする, プライドが高い, 未熟であるなど種々のものがみられた。

介護者の介護知識, 介護技術, 介護意欲の欠如によると考えられた虐待は17人40.5%と高率に認

められた。また, 健康状態が悪かったり, 介護負担が大きいことから健康を害したり, ストレスの増大により, 虐待や放任に至ったと考えられるケースが19人45.2%に見られた。

また, 介護者の就労のため十分な介護がなされていなかったり, 日中独居となるため部屋に閉じ込めたりするケースが11人26.2%に見られた。また, 嫁が育児のために介護ができず, その夫である息子が介護にあたり虐待が生じているケースもあった。

経済的な要因によって生じたと考えられるものとしては, 貧困のため十分な介護ができていないケースのほか, 生保を受けるためにわざと不適切な介護がなされている, 財産が自分に相続されな

かったために介護を放棄しているなどのケースも含まれている。

つぎに、加害者と被害老人の両者の人間関係や家族内の問題に起因したと考えられるものは32人76.2%であった。人間関係が要因となったと考えられるものでは親子の関係が15人、夫婦7人、嫁と舅・姑7人、兄妹1人であった。これらは、高齢者と加害者の過去からの関係が悪く、それまでに存在していた問題が解決されないまま高齢者が要介護となり、介護をしながら仕返しをしたり、これ以上苦勞させられたくないとして放任しているケースが多く、親や配偶者という意識が薄く、介護の必要性の認識を持たずに放任しているケースがみられた。また、高齢者と加害者の関係以外の家族問題として、家族の中に病人がいる、離婚した家族がいる、借金を抱えているなどの家族内の問題の存在の関与も認められた。

社会的要因は保健・医療・福祉にかかわる政策や地域の保健福祉サービスの量や質などが発生の一因となったと考えられるものであり、ここでは儒教的親孝行道徳や家思想などの文化的な要因によるものも含めた。これらの要因を含むものは14人33.3%であった。その内容はサービスの利用に費用がかかることから制度があっても利用しないケースが5人あった。人の目にふれさせたくないという介護者の意識などから、保健福祉サービスの制度があっても利用を拒むケースも5人みられたが、このうち1人は加害者とは別の介護者が利用を拒んだものである。なお、本人が利用を拒むケースもあったがここでは数には含めていない。嫁や長女が、他にも家族がいるのになぜ自分だけが介護をしなければならないのかというような不満が虐待の一因となったり、また、専門職による介護者を責めるような助言が、介護者の負担となり虐待がさらに悪化したケースもみられた。

表9に虐待の発生要因の組み合わせを示した。

42ケースにおける虐待の発生要因を、高齢者側の要因(A)、加害者側の要因(B)、人間関係(C)、社会的要因(D)の4つの組み合わせで検討した(なお、高齢者側の要因には、心身の状況は含めていない)。

これらの組み合わせの中で最多であったのは加害者側の要因と人間関係の組み合わせであり11ケース約1/4にみられ、さらにこの組み合わせを合

むケースは全体では27ケースであった。社会的要因が単独で発生したものはなく、また高齢者側の要因単独も自己放任の1ケースのみであった。

## 5. 虐待発生防止に関して

調査に携わった専門職の担当ケースについての虐待の発生の予防や解決策を自由記載の形で問うた結果は、「保健福祉サービスの利用による介護負担の軽減」や「社会的支援制度の充実」を求める意見がもっとも多く、「家族の人間関係の調整」、「介護者の健康回復」、「ストレスの軽減」、「精神的支援」、「介護技術の指導」、「経済問題の解決」、「財産・相続問題の解決」等が主なものであった。

## Ⅳ 考 察

### 1. 虐待の形態について

我が国においてはまだ高齢者虐待についての研究は緒についたばかりであり、現在その定義や分類については統一されたものはない。欧米においても種々の分類が用いられているのが現状である<sup>14,16~18)</sup>。

本調査では、虐待の形態を他の多くの報告に比べ細かく分類したものをを用いた。放任においては他者によるものと自己によるもの、さらに各々の放任を意図的なものと無意図的なものに区分した。これらの境界はかならずしも明確でないが、今回の調査は高齢者虐待に関する知識をもった専門職による観察や聞き取り、さらには既存資料などをもとに実施するものであることから、詳細な把握がある程度可能であり、虐待の実態やメカニズムを詳細に検討する上で有用であると考えたためである。本調査のなかでも介護者による放任が意図的であることが明らかなケースや、まったく社会的な介護サービスを拒否した自己放任など、明らかに区別が可能なケースも見られた。これらの相違を観察し、明確にすることは被害老人や加害者への適切な対応を行うためにも必要であると考えられた。

自己放任の見られたケースは大部分が加害者から何らかの虐待や放任を受けており、自己放任単独であったケースは老夫婦世帯の1ケースのみであった。このことは、虐待を生ずる背景や虐待を受けている状況が自己放任をも生みだしている可能性を示唆するものであると考えられた。アメリカ

カにおいては13の州において自己放任を「成人保健サービス/老人虐待」に関わる法文の中で扱っている<sup>1)</sup>。多々良は自己放任と介護者の怠慢による放任との区別は非常に曖昧であるが、ケア提供者がきちんとしたケアを提供することを怠ったところから高齢者が自己放任行動に流されるという進展を辿ると述べている<sup>1)</sup>。

虐待の形態と被害老人との関連をみると、心理的虐待ではADLの障害が軽度ほど高率であるのに対し、4種の放任ではADLの低下が大であるほど高率となる傾向がみられている(表5)。これらのことはADLの機能低下が軽度である場合は言語をはじめとした心理的虐待が生じやすいが、重度になると介護者の介護負担が大となり十分な介護がなされず介護の怠慢や放任につながったり、高齢者本人が自分の健康管理や清潔保持が意図的あるいは意図せずになされなくなるメカニズムが考えられた。

高齢者が受けている虐待の種類は単独である場合は少なく、数種の形態の虐待を同時に受けている者が多く、さらに一種の虐待の中においても数種の行為や状況が観察されているケースが多いことが認められた。このことは、虐待が単に突発的に起こったものではなく、日常的に生じていることを示唆するものであると考えられた。したがって、まず最初に起きた虐待や放任の現象を見落とすことなく早期に対応することが重度化防止策の一つであると考えられた。

## 2. 虐待の要因について

虐待の発生要因は第三者には把握しにくい要素を含んでいる。このため、本報告で示した要因のみではなく、把握できていない要因によるものも多く含まれると考えられる。また、背景要因の客観的な把握が困難な場合が多く、調査者の主観にたよらざるを得ない部分が多いことなど、正確な要因の把握は非常に難しい。表9での組み合わせの検討では大きく4つの要因の組み合わせを見たものであるが、さらに細かく表8の細目での組み合わせから見るとさらに複雑であり、単独の要因によって生じたものはほとんどないと考えられた。このように虐待の発生は単一の要因のみで生じるものではなく、多くの要因が複雑に関与した結果、虐待へと発展していく性格のものであることや、単に近年の状況のみでなく、加害者や

表9 虐待発生要因の組み合わせ

要因の組み合わせ	ケース数 42(100.0%)
A	1( 2.4)
A+B+C	6( 14.3)
A+B+C+D	3( 7.1)
A+B+D	1( 2.4)
A+C	2( 4.8)
B	6( 14.3)
B+C	11( 26.2)
B+C+D	7( 16.7)
B+D	2( 4.8)
C	2( 4.8)
C+D	1( 2.4)

A: 高齢者側の要因 B: 加害者側の要因

C: 高齢者と加害者との人間関係と家族内問題

D: 社会的要因

被害老人の生育歴までも関与しているケースも少なからず見られ非常に複雑であり、多角的な対応の必要性が考えられた。

今回の調査対象は要介護や要援護の高齢者とその介護者であることから、介護に起因する要因が多く存在した。とくに多くみられたものは、高齢者の要介護状態に対して、介護者の介護負担が大きく、これを補う社会的な支援体制が未熟であるために虐待や放任が生じているもの、あるいはこれまで解決されずにかかえていた人間関係や家族問題などが介護のストレスや不満を鬱積させ、虐待や意図的な放任を発生させていると考えられるものであった。筆者ら<sup>10)</sup>の先行研究においても、家族介護者は介護上で多くの困難を抱えており、介護に対する心境として「逃げ出したい」、「できるならやめたい」とする介護者が多いことを認めている。

これまでの欧米の報告では、高齢者の不健康や機能障害が虐待発生要因の一つとなるとされており<sup>13)</sup>、本調査においても、前述のごとくADLの程度と放任の関連の可能性が考えられ、虐待発生要因として心身の状況が関与することが示唆されたが、今回の調査の対象者すべてが要介護・要援護の高齢者であることや、対象数も少ないことなどから十分な検討には至っていない。しかし近年、欧米では障害の程度と虐待の発生には直線的な関係を見出ししていないという報告も多くな

されており<sup>19,20)</sup>わが国での検討が必要と思われる。

### 3. 虐待の予防と対応について

本調査において高齢者の虐待には介護負担やストレス、健康障害、介護知識、介護技術の不足や、社会サービスの利用費用などが要因となったと考えられるものが最も多かった。調査者の虐待発生防止に関する意見の中でも保健・福祉サービスの向上の必要性を指摘する者が最も多くみられた。萩原<sup>20)</sup>も、家族介護が前提となっているわが国において、社会的支援システムが未整備のまま多くの家族が介護負担に耐えてきたことが、虐待を生む最大の原因であると指摘している。これらのことから在宅要介護高齢者における虐待の発生防止にとって、だれもが簡単な手続きで、いつでも、料金の心配がなく利用できるシステムづくりや、介護者の介護技術・知識の習得の機会の増大など、介護者の介護負担をサポートする保健・福祉サービスの量的・質的な拡充が最も重要であり、その実現には政治的、政策的な対応が必要と考えられた。

高齢者虐待の予防は、前述のごとく虐待に発展する前にその前兆を早期に発見することが重要である。しかし被害老人自身が外部に助けをもとめることは少ない。したがって介護者、被害老人以外の第三者がこれを察知しなければ虐待やその前兆が見逃され、放置されてしまい高齢者や介護家族の生活や健康状態がさらに悪化し、生命の危機にまで発展することもある。深刻となった虐待はその回復が困難であること、その対応策も現在確立されていないことなどから、早期に発見することは、被害をより小さいうちにいとめ、深刻な状態に発展することを防ぐ意味でより重要である。

現状では、保健・医療・福祉専門職が虐待の発見者となることが多く、またその対応にもこれらの専門職が関わることが多い。したがって、専門職に対して虐待の正しい認識の徹底や、早期発見・早期対応のための力量の向上を目的とした研修、教育の機会が必要である。あわせて虐待を早期に適確に把握するための医学、心理、社会的な側面を総合的に診断できるチェックリストの開発が求められる。また、早期発見、早期対応のために保健・医療・福祉関係者の連携が迅速にできる

システムの整備も必要であると考えられる。さらに被害老人の過去の経歴や、加害者の生育歴等が要因と考えられるケースも多く認められたことから、その予防については、予防医学の概念に基づく一次予防の段階に相当する教育、指導など早期の段階からの予防策の必要性が示唆され、一般市民に対しても、高齢者の介護や虐待に対する啓発活動、介護知識、介護技術普及のための研修、教育の場が必要と考えられた。多々良によると、米国において高齢者虐待の予防に対してもっとも一般的に行われているアプローチは、専門家や一般の人々の知識を高め、正しい知識を普及する教育的プログラムであり、これらが高齢者虐待の早期発見に大きな役割を果たしている<sup>1)</sup>。

一方、身体的虐待が深刻なケースにおいては、生命の危機におびやかされている場合もあり、両者の隔離が必要と認められるケースへの対応策として緊急的、一時的に避難できる機関の設置が望まれた。

本調査は、対象数も少なく予備調査的なものであるが、多くの事例を詳細に検討したことによって、虐待の要因やその発生のメカニズムを被害老人や加害者の生育歴、過去の人間関係などにまで言及することができ、今後の虐待の研究に有用な示唆を与えるものと思われる。

今後は本調査の結果をふまえ、疫学的な手法による調査から虐待の実態を明らかにし、詳細な検討を行っていきたい。

本研究は(財)大同生命厚生事業団の「平成7年度地域保健福祉助成」の助成を受けて行ったものである。

本調査を遂行するにあたり、ご協力をいただきました方々に厚く御礼を申し上げます。

なお、本報告の一部は、第55回日本公衆衛生学会において発表した。

(受付 '97. 9.17)  
採用 '98. 3.19)

## 文 献

- 1) 多々良紀夫. 二宮加鶴香訳. 老人虐待. 東京: 簡井書房, 1990.
- 2) Joseph J. Costa.. 中田智恵美訳. 老人虐待. 東京: 関東出版社, 1994.
- 3) (財)長寿社会開発センター編. イギリス社会サービス改革の現状Ⅴ—イギリスにおける高齢者虐待対策—東京: (財)長寿社会開発センター, 1997.

- 4) 金子善彦. 老人虐待, 星和書房, 東京, 1994,
  - 5) 田中莊司, 他. わが国における高齢者虐待の基礎研究. I, II, III; 日本老年社会学会第36回大会報告要旨集 1994; 28-30.
  - 6) 高崎絹子, 他. 老人虐待と支援に関する研究(2). 東京; 老人虐待研究プロジェクト, 1996.
  - 7) 大國美智子, 他. 高齢者虐待の全国実態調査. 東京: (財)長寿社会開発センター, 1997.
  - 8) 厚生統計協会. 国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊 1997; 43. 127.
  - 9) 厚生省編集, 平成7年厚生白書, 財団法人厚生問題研究会, 1995; 193-198.
  - 10) 上田照子, 他. 在宅障害老人の施設入所に関する介護家族の希望とその関連要因. 日本公衛誌, 1993; 40. 1101-1110.
  - 11) 上田照子, 他. 在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究. 日本公衛誌 1994; 41. 499-506.
  - 12) 大塩まゆみ. 老人虐待の発見と介入—その視点と考え方—. 滋賀文化短大研究紀要 1996; No. 6: 57-70.
  - 13) Mark S. Lachs, M. D., M. P. H., Karl Pillemer, PH. D. Abuse and neglect of elderly persons. The New England Journal of Medicine 1995; . 332: 437-443.
  - 14) Elder abuse and neglect Council Report. JAMA. 1987. 257; 966-971.
  - 15) Mark S. et al. A Prospective Community-Based Pilot Study of Risk Factors for the Investigation of Elder Mistreatment. J Am Geriatrics Society 1994; 42: 169-173.
  - 16) O'Malley TA, Everitt DE, O'Mally HC, et al: Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. Ann Intern Med 1983; 98: 998-1005.
  - 17) Ann C Homer, C Gillcard: Abuse of elderly people by their carers. BMJ 1990; 301: 1359-1362.
  - 18) Anthony J. Costa, MD. Elder Abuse. Prim Care 1993; 20: 375-389.
  - 19) Paveza GJ, Cohen D, Eisendorfer C. et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. Gerontologist 1992; 32: 493-7.
  - 20) Pillemer K, Finkelbor D. Cause of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives. Am J Orthopsychiatry 1989; 59: 179-87.
  - 21) 萩原清子. 福祉の視点からみた高齢者の権利保護の課題. 家族〈社会と法〉1996—成年後見をめぐる諸問題—. 日本家族〈社会と法〉学会 No 12, 1996; 61-78.
-

## STUDY ON ABUSE AND NEGLECT OF THE DISABLED ELDERLY LIVING AT HOME

Teruko UEDA\*, Fumiko MINASE<sup>2\*</sup>, Mayumi OHSHIO<sup>3\*</sup>, Michiko HASHIMOTO<sup>4\*</sup>  
Masao KOSAKA<sup>5\*</sup>, Kazumi FUKUMA<sup>6\*</sup>, Sayuri OHNISHI<sup>6\*</sup>, Nobuo AOKI<sup>7\*</sup>

**Key word:** Elder abuse and neglect, Disabled elderly living at home, Domiciliary care, Caregivers

To obtain basic information on elderly abuse and neglect in order to provide for its early discovery and prevention, a questionnaire survey about the present situation regarding abuse and neglect of the disabled elderly living at home was performed on health/medical service/welfare professions. Forty-two cases were analyzed. The major results were as follows;

1. Victims were 13 men and 29 women, approximately 1/3 of whom were in their 70's and another 1/3 in their 80's. Approximately 1/4 of the abusers were either sons or daughters of the victims.

2. Verbal abuse was the most frequent type of abuse with a rate of 69.0%. The percentage of psychological abuse was 61.9, passive neglect was 57.1%, active neglect was 50.0%, physical abuse was 47.6%, passive self-neglect was 28.6%, financial/material exploitation was 23.8%, active self-neglect was 16.7% and the others was 11.9%.

The average number of abuse and neglect that an elderly received was 3.5.

3. The main causes of abuse and neglect did not appear to be simple but was complicated by related causes, many of both victims and abusers had elements in their personality, developmental history and interpersonal relationships that over a period of years formed the basis for the problematic behavior.

Many abuse or neglect cases arose from caregiving burden of family caregivers or insufficient social systems for support to meet the needs of caring for the elderly.

4. The results suggest that for prevention and countermeasures for elderly abuse, there is an urgent need to arrange for expansion of health and welfare services to reduce burden of caregivers, provide for education of professionals of health/medical service/welfare for early discovery and proper handling of abuse problems, development of a checklist for early discovery, expansion of opportunities of improving care skill for family caregivers and establishment of consultation system for the elderly and caregivers, and organizing emergency shelter for victims of elderly abuse.

---

\* Department of Public Health, Kansai Medical University

2\* Nishikyo Public Health Center, Kyoto

3\* Shiga Bunka College

4\* Department of Sociology, Bukkyo University

5\* Osaka Shin-ai College

6\* Department of Medical Technology, Kyoto Prefectural University of Medicine

7\* Department of Literature, Baika Women's University