

れるにすぎない（同6条）。一般的な人間関係の場合には暴力は単発的であるが、家庭内の配偶者間暴力の場合には、夫婦関係の継続性ゆえに継続的なものとなる。もちろん家庭内における継続的な配偶者間暴力も、その有形力の行使が一定の限度を超えた場合には、単発的暴力として暴行・傷害などの犯罪構成要件事実を構成することになる。しかし、継続的な配偶者間暴力は、むしろ離婚による婚姻関係の解消によって解決するものと一般に考えられてきた¹⁸。ところが、離婚によって必ずしも問題解決しないからこそ、法改正によって離婚後における元配偶者からの暴力が規制対象に加えられたのである（同1条）。いずれにしても、配偶者間暴力については、わが国では当事者間の法的対等性を前提に、実際に存在する物理的・経済的力関係の格差について、社会保障法的観点から十分な検討を行ってこなかったように思われる。

児童虐待については、特に幼少の子どもについては、加害者である親と被害者である子どもとの関係は、物理的にも経済的・社会的にも非対等な関係にある。また幼少の子でなくても、未成年の子については、親権者と親権に服する子との関係であり、当事者関係は法的に非対等な関係である。したがって、児童虐待の被害者である幼少の子ども本人は、法的にも実際にも親の庇護を必要とする絶対的な弱者であり、本人が自ら虐待の被害を申し出ることは期待できない。したがって、周囲の人たちに対して、社会福祉事務所や児童相談所への通報義務が課せられている（児童虐待6条）。もともと、子どもを単に保護の対象として見るのではなく、権利の主体として見るとの立場に立てば、子どもの成長にともなって、子ども自身が声をあげることを前提に、本人の意思を尊重する保護・救済のシステムがあっても良いのではないかとも思われる。しかし、民法の親権規定が未成年の子を一律に親権に服するとしていることもあってか、また児童福祉法が18歳までの児童を一律に対象としていることもあってか、今のところ子どもの年齢等による別異の定めはなされていない¹⁹。

高齢者虐待については、加害者と被害者との当事者関係は、配偶者間暴力の当事者関係と児童虐待の当事者関係との中間的な位置づけになっているといえる。すなわち、高齢者虐待の被害者である高齢者本人は、一定の判断能力を有することを前提に、まずは加害者

¹⁸ 例えば、ジュリ1413号（2010年）72頁の岩村発言参照。離婚原因として「暴力」が直接的に問題とならないのは、その他婚姻を継続し難い重大な事由があるとき（民770条1項5号）の一態様と解釈されているにすぎないからである。配偶者間暴力の場合には、いわゆる300日問題に象徴されるように、裁判離婚の前提となる当事者の協議や家裁の調停が難しいケースもあり、民法上の議論としては、離婚原因として暴力を条文上明記すること、離婚の手續保障をどうするかが問題となるものと考えている（私見）。

¹⁹ 例えば、民法の親権規定の改正にあたって、親権の一時制限や一部制限が議論されているが、子どもの成長にともなって本人の意思や人格を尊重するために、一定年齢以上の子どもについては、親権の範囲を一部制限するとの一般的な議論もあり得るのではないだろうか。具体的には、事理弁識能力との関係で12歳（例えば中国）、または義務教育終了年齢や養子縁組年齢との関係で15歳を目安として親権の範囲を縮小し、子どもが自己決定できる範囲を法的に拡大する（居住、進学、就職など）ことが考えられる（私見）。これによって古橋報告で指摘する18歳問題も、ある程度解決できるのではないだろうか。

との対等性があるとされる。しかし、判断能力の衰えにともなって、高齢者は保護されるべき弱い従属的な立場に移っていき、当事者関係も非対等な関係へと変化していく²⁰。したがって、周辺の人達による市町村への通報も、一般には努力義務とされているが、生命または身体に重大な危険が生じている場合には、通報義務とされているのである（高齢虐待7条1項、2項）。このように、一般的には努力義務、例外的には通報義務とされていることからして、当事者関係の法的対等性を前提に、実際に存在する物理的・経済的・社会的依存関係について福祉的配慮をしたものといえる。

③ 虐待・暴力に対する法的対応のあり方

このように、わが国の虐待・暴力法制を見る限り、配偶者間暴力は当事者間の対等性、児童虐待は当事者間の非対等性、高齢者虐待は対等性を前提に非対等性を加味しているといえることができる。もっとも、有形力を伴う暴力がある場合、保護を必要としている人々の人権保護、すなわち弱者保護は国家介入によってのみ達成される。しかし、暴力には身体的暴力ばかりでなく、性的暴力や言葉による暴力もある。そして、これら身体的暴力、性的暴力、言葉に拠る暴力は、虐待の態様として挙げられているものである。暴力が虐待を包摂する大概念であるのか、虐待が暴力を包摂する大概念なのか、結局のところ明確ではない（廣瀬報告参照）。

いずれにしても、実際に事件が発生している場合には、人権という根っこのところでとらえながら国家権力が直接的に介入すること、そしてそれによって社会的抑止力＝広義の予防につながるというのが刑事的対応ということになる。これに対し、福祉的対応は、専門職等による相談・助言などのソフトな国家介入を前提に、緊急措置としての通報や一時保護などのハードな国家介入を行いながらも、個人の人権・人格を尊重した関係の再構築や新たな関係の構築、さらには当事者の経済的・社会的自立のために必要な居住保障や自立支援を行おうとするものである。したがって、当事者間の非対等性という事実関係に着目するのではなく、たとえ非対等な力関係があるとしても、人間関係としては法的に対等・平等であるとの人権保障の観点に立つべきことになる²¹。すなわち、虐待や暴力の被害者を保護の対象＝弱者とみるのではなく、権利の主体として、個人の人格を尊重すべきであるということになる。このように人権を法的ベースとして、従来からの刑事的整備とともに、福祉的な体制を整備しようとするのが国際的な流れと言えよう（金川報告および廣瀬報告を参照）。

²⁰ 高齢者虐待における親子関係について、事実上の支配関係はありうるとしても法律関係としては対等平等であり、児童の場合とは前提が違うとの指摘がある（前掲・ジュリ 1413号 73 頁の大村発言参照）。

²¹ 小島妙子「ドメスティック・バイオレンスが方に問いかけるもの」岡野八代『家族（自由への問い（7）』（岩波書店、2010年）137頁以下参照）。

2 各国比較からみえた虐待法制のあり方

① 一般法による対応（フランス）²²

刑法では、親密な関係にある個人と個人であっても、一般の個人と個人との関係として特に区別することはなく、近親者間の虐待・暴力についても、一般の傷害罪・暴行罪・殺人罪を適用する。したがって、配偶者間暴力は親告罪ではなく、通常の事件と同様に捜査・立件が行われることになる。

民法では、夫婦関係は、互いに人格を認め合った関係であると規定されている。また、親子関係については、児童の人格尊重や愛護される権利などが民法で確認されている²³。これらの夫婦関係や親子関係で虐待や暴力があった場合に、これら一般法である民法規定を具体化する方法としては、ガイドラインの作成、裁判所や福祉現場での対応があるとのことである。

これら刑法や民法といった一般法での対応が可能であるのは、①警察・司法と福祉行政との連携、②司法・行政と福祉専門職の連携、③福祉専門職のためのガイドラインの作成などが実効的に作用しているからである。逆にいえば、これらの諸機関の有機的連携や福祉専門職の専門性が確保されていなければ、一般法である刑法や民法での対応は難しいということになる。

② 児童福祉法や高齢者福祉法などによる対応（一般的）

家庭内での親密な関係は、特殊な感情や情緒を伴う関係であり、他人間の関係とは異なることを前提に、一般の個人と個人との関係と親密な関係にある個人と個人とを区別する。刑事法的対応であろうと、福祉的対応であろうと、これが大前提となる。その上で、福祉の対象者・保護の対象者である弱者（児童・女性・高齢者・障がい者）には特別な支援が必要であるとの考えに基づき、児童福祉法、高齢者福祉法、ファミリーバイオレンス防止法などの一般特別法によって、近親者間の虐待・暴力に対応しようとする。そこでは、一般法に対する特別法として、それぞれの法律の中で、親密な関係や虐待・暴力などを定義することが必要となる。

そして、実際の近親者間における虐待・暴力に対応するにあたっては、①警察や司法と対象者別福祉行政との連携、②対象者別福祉行政と民間福祉団体との連携、③対象者別福祉行政や民間福祉団体と福祉専門職との連携、④ガイドラインの整備と専門職の専門性が必要とされている。逆にいえば、これらの諸機関の有機的連携や福祉専門職の専門性が確保されていなければ、一般特別法での対応は難しいということになる。

²² フランスにおける法状況について、詳しくは、神尾真知子「<シリーズ>ファミリーバイオレンス 海外の動向－ヨーロッパ」ジュリ 1411号 129頁以下を参照されたい。

²³ わが国の民法においても、夫婦の同居・協力・扶助義務、親の子に対する監護・教育義務などの義務を十分に果たしていない場合には、警察や司法などが関与することも可能であるように思われる。また、このような場合には、家族に対する育児支援・介護支援や家族支援として、保健・福祉行政がソフトに関与して行くことも可能であろう。

③ 被虐待者別の個別の虐待防止法による対応（日本、中国）

一般の個人と個人の関係と親密な関係にある個人と個人とを区別すること、親密な関係や虐待・暴力の定義が必要である点は、上記（2）と同様である。そうであるならば、一般特別法による対応も可能であったはずである。たとえば児童福祉法は、児童の健全育成を法の目的としているのであるから、暴力を受けたり遺棄されたりしている児童を発見したら、速やかに児童相談所に一時保護をしたり、里親委託や養護施設への入所なども可能なはずである。いわゆる「親権の壁」は、監護・教育に対する国家の干渉から私的な親子関係を保護するために構築されたものであり、親が法の予定する適正な監護・教育を行うことが前提となっている。したがって、その前提が崩れた場合には、「親権の壁」はなくなり、子どもの利益を守るために、必要な範囲で国家が後見的に介入するということは、わが国においても法解釈学的に可能である。

しかし、社会的な家族観や一般法（刑法や民法）について確立されてきた法解釈の壁に対抗するために、また縦割り行政（警察・司法・福祉行政）の壁を乗り越えるために個別の特別法を制定する必要があったものと思われる。そこでは、一般特別法に対する対象者別の個別特別法であるがゆえに、個別法ごとに警察・司法と対象者別福祉行政との関係が法定されることになる。結果として、対象者の枠を超えた諸機関の連携や多様な専門職との連携は難しく、縦割り行政の弊害が生じやすくなる。

3 各国比較からみえたわが国の課題～社会保障法の観点から～

① 初期対応：通報、早期発見、一時保護

通報：各国比較からみえた通報のあり方は、児童・高齢者・配偶者に対する暴力・虐待を家庭内の親密な関係におけるファミリーバイオレンスとして対応しようとする姿勢であり、そこでは被虐待者本人および周辺の人達が 24 時間簡単にアクセスできる総合的な窓口の設置が図られていた（高田報告）。これに対し、わが国の虐待・暴力に関する通報は、既述の如く児童・女性・高齢者によって取り扱いが異なっており、それゆえに対象者別の特別法に従った個別対応となっている。しかし、実際には、夫婦間暴力が児童虐待と複合する場合、あるいは高齢者夫婦間において配偶者間暴力と高齢者虐待とが重複する場合などもあるから、多様な通報システムを有機的に活用することが必要である。限られた人的資源や金銭的資源の中では、縦割り行政の壁を超えた総合的な通報システムの構築を考えるべきであろう。利用する側が適切な通報窓口を探すのではなく、通報を受けた側が適切な部署や専門職に繋げることが重要である。

発見・一時保護：各国で多様な試みが行われている（高田報告）。わが国においても同様である。しかし、一時保護の場所が絶対的に不足しており、そのため最悪の事態を回避するために、加害者の存在しているところで被害者にこわごとと対応している状況がある。親密な関係であるからこそ、一定の時間的・物理的距離をおいてみる必要がある。

もつとも、個々の人間関係によって必要な距離は異なるため、適切な時間的・物理的距離を判断するためにも複数の専門職による専門的な対応が必要になる。それと同時に、一時保護の手続きにおける司法の関与や行政機関のあり方、行政機関や民間福祉団体と専門職との連携なども検討しなければならない。

② 中間的対応：継続的・長期的対応のあり方の判断

早期発見・一時保護の次の段階として、どのような継続的・長期的対応が適切であるかを判断するために、加害者および被害者に対する専門家による治療と継続的なかわりが必要となる（片桐報告）。このような虐待・暴力の原因の発見や継続的治療といった中間的対応は、精神科医や心理専門職を中心に行われることになる。たとえば児童虐待の場合には、虐待者と被虐待者との関係を維持しながら、できるだけ家族関係を維持し関係を再構築する方向で、被虐待児の治療を行うとともに、虐待者に対する精神的・心理的治療が行われることになる。わが国においては、被虐待児の精神的・心理的治療だけでなく、虐待者に対する心理的支援も十分ではない²⁴。配偶者間暴力の場合にも、加害者に対して強制的に治療プログラムを受けさせる手段が法的に確立されていない²⁵。これらの点については、諸外国の例を参考に、被害者の精神的・心理的治療を継続的に行うことはもちろん、加害者に対しても実効性のある治療を行うべきであり、そのために必要な法整備を行う必要がある。

これに対し、被虐待者を元の家庭に戻さず、新たな生活環境や親しい関係を新たに構築する方が良いと判断される場合もある。このような場合には、専門家の判断を根拠に司法判断が行われ、被虐待者は新たな家庭や福祉施設等における生活をスタートさせ、そこで新たな人間関係を構築して行くことになる。ただし、その際にも、元の家庭の近親者との精神的・情緒的関係を完全に断絶するのか、ある程度の時間的・物理的距離を置きつつ、近親者との精神的・情緒的関係の維持・継続を図るのかなど専門家の判断が必要となる。わが国では、特に被虐待児の処遇との関係で、児童福祉法は養護施設入所や里親家庭での養育については規定するが、実親との関係を断絶させる特別養子縁組に関する規定がないなど、長期的対応を決定するために必要な法的・手続き的一貫性がないなどの法的諸問題が指摘されている²⁶。

③ 長期的対応：親しい関係の構築と自立支援

²⁴ 西澤哲「子ども虐待―虐待傾向のある親の心理の理解と支援」ジュリ 1407号（2010年）100頁など参照。

²⁵ 岩井宜子「保護命令制度の新設と配偶者暴力相談支援センター」ジュリ 1409号（2010年）167頁など参照。

²⁶ 日本家族＜社会と法＞学会第22回学術大会・シンポジウム「施設・里親による子の監護と親権」家族 22号（2006年）24頁以下、第25回学術大会・シンポジウム「特別養子制度 20年：子どもの幸せを求めて」家族 25号（2009年）39頁以下など参照。

児童虐待や配偶者間暴力、障がい者虐待の場合には、被害者が自立した個人として生活して行けるように、居住を確保するとともに、教育支援や就労支援をする必要がある。高齢者虐待の場合には、単純な自立支援としての就労支援等ではなく、安心して日常生活を送ることのできる居住の確保と日常生活支援が主たるものとなろう。いずれにしても、長期的対応の段階では、従来の社会保障制度で考えられてきたように、ニーズに応じた社会保障給付を行うことにより対応することが考えられる。

しかし、わが国では、既述の如く虐待や暴力の被害者に対する中間的対応が不十分であるため、長期的対応に繋げるための司法機関と行政機関との連携が必ずしも十分ではなく、また被害者が児童か配偶者か障がい者か高齢者かによって行政機関の管轄が異なるなど、行政機関相互の連携も不十分である。児童・配偶者・障がい者・高齢者が親密な関係の中で暴力や虐待の被害者となる場合については、当事者間の親密な関係性に着目して諸施策を総合的・包括的に組み合わせる必要がある。このような社会政策を超えた総合政策としての家族政策は、その概念すらもわが国には定着しておらず、それゆえ諸外国における家族政策を管轄する国や地方自治体の省庁等も存在しない状況である²⁷。現存する人的・物的資源や社会保障給付を有効活用するためにも、わが国でも家族政策を所管する国や自治体の機関を確立し、長期的対応の決定後も、継続的に相談・助言等を通して当事者に関わっていくシステムを構築する必要がある。

④ 広義の意味での「予防」

長期的対応として挙げた家族のための横断的な総合的施策としての家族政策の一つである育児支援や介護者支援は、大きな意味で近親者間の虐待・暴力の予防（広義）に役立つことになる。しかし、近親者間の虐待・暴力の広義の予防策としての家族政策は、予算対効果を短期間に要求する現在の財政システムや従来の箱もの行政には馴染まないものである。しかし、家族は当たり前に存在するものではなく、社会や国家の支援によって正常に機能する最も重要な人間関係であることを確認した上で、関係諸機関や関係諸施策を横断的にネットワーク化することが必要である²⁸。育児や介護を精神的・情緒的に支えるために重要な存在である近親者の関係性は、わが国の社会保障制度にとっても重要だからである。

おわりに

最初にも指摘したように、わが国の虐待・暴力法制の特徴は、諸外国と比較した場合、被虐待者別に虐待・暴力防止に関する個別の特別法が存在している点にある。そのメリットは、個別法の対象者や対象となる虐待・暴力の態様が明確に法文上定義されることにあ

²⁷ 本澤巳代子/ベルント・バロン・フォン・マイデル『家族のための総合政策―日独国際比較の視点から』（2007年、信山社）および『家族のための総合政策Ⅱ―市民社会における家族政策』（2009年、信山社）など参照。

²⁸ 詳しくは、前掲書（注13）を参照されたい。

る。これに対しデメリットは、定義から漏れたり狭間に落ち込んだりするケース²⁹、定義が重複するケース³⁰などが生じ、そうした場合には管轄が不明確になり、被害者の救済が難しくなることである³¹。

わが国が被虐待者別の虐待・暴力法制を維持しようとする場合、上記のようなデメリットをできるだけ除去ないし緩和することが必要である。そのためには、対象別による縦割り行政の弊害を生じさせないように、司法機関・行政機関（福祉機関や警察など）・福祉団体やNPOなどの民間団体の連携・協力体制を構築するとともに、責任主体が不明確とならないように全体のコーディネータとしての中心的な存在が必要である。そして、継続的な中長期的対応を可能とするためには、継続的な治療や支援とともに、それを支える専門職の数と質の確保、さらには諸外国の例を参考にしたガイドラインの作成などが必要である。さらには、これらの諸施策を総合的かつ継続的に実施して行くために、国・地方自治体・地域における総合的な支援体制を構築することも必要である³²。

これらの課題については、今後も研究グループにおいて学際的・比較法的検討を進め、具体的な解決策を模索していきたいと考えている。

D. 結論

Iにおいては、高齢者虐待には、その発生要因として「介護」の問題が介在しているケースが多く、被害者である高齢者のみならず、加害者である養護者に対しても支援が必要な場合が多いこと、また、被害者は成人であり、経済的虐待を伴う場合が多いことから、成年後見制度等の活用とそのための施策が不可欠であること、問題の発見と虐待の発生防止のためのネットワークの構築は不可欠であるが、その中心的役割を担うことが期待されている地域包括支援センターの態勢が必ずしも十分とはいえないこと、ネットワーク構築のあり方については、他の虐待類型との関係も視野に入れた総合的な検討が必要であることなどが示唆された。

IIにおいては、各国法制の比較検討からみえたわが国の課題として、初期対応（通報・早期発見・一時保護）においては、縦割り行政の壁を越えた総合的な通報システムの構築が必要なこと、一時保護には複数の専門職による対応が必要であると同時に、一時保護の手続きにおける司法の関与や行政機関のあり方、行政機関や民間福祉団体と専門職との連携

²⁹ いわゆる18歳問題が、このケースに当たる。

³⁰ 高齢者夫婦や障がい者夫婦の配偶者間暴力のように、配偶者間暴力なのか、高齢者虐待や障がい者虐待なのか不明確なケースもある。

³¹ 障害者自立支援法によって、障がい児支援は障がい者支援の中に位置づけられたが、それでは障がい児に対する虐待は障がい者虐待か児童虐待か、管轄は地域包括支援センターか児童福祉事務所かなど、必ずしも明確ではない。

³² 研究グループでは、対象別のわが国の虐待・暴力法制を前提に、児童・高齢者・配偶者・障がい者について法的対応と課題を整理し、日本法政学会第133回研究会シンポジウム「虐待防止法に関する総合的研究」において報告した。それらの成果は、法政論叢47巻2号に掲載されることになっているので、そちらも併せ参照されたい。

についても検討が必要なこと、中間的対応（継続的・長期的対応のあり方の判断の段階）においては、被害者・加害者双方に対して実効性のある精神的・心理的治療を行うための法整備が必要なこと、長期的対応（親しい関係の構築と自立支援の段階）においては家族政策を所管する国や自治体の機関を確立し、長期的支援の決定後も継続的に相談・助言等を通して当事者に関わっていけるシステムの構築が必要なこと、また、広い意味での虐待の「予防」のためには、家族支援としての育児支援や介護者支援が有効であるが、そのためには、関係諸機関や関係諸施策を横断的にネットワーク化することが必要であることなどが示唆された。

資料 1

「平成 21 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」（厚生労働省・抜粋）

養護者による高齢者虐待についての対応状況等

表 1 相談・通報件数

	21 年度	20 年度	増減 (%)
件数	23,404	21,692	1,712 (7.9%)

表 2 相談・通報者（複数回答）

	介護支援 専門員・ 介護保険 事業所職 員	近隣 住民・ 知人	民生 委員	被虐 待高 齢者 本人	家族・ 親族	虐待 者自 身	当該 市町 村行 政職 員	警察	その 他	不明	合計
人数	10,346	1,318	1,856	2,728	2,908	417	1,679	1,734	2,041	113	25,140
構成割 合(%)	44.2	5.6	7.9	11.7	12.4	1.8	7.2	7.4	8.7	0.5	—

(注) 構成割合は、相談・通報件数 23,404 件に対するもの。

表 3 事実確認調査の結果

	件数	構成割合(%)
虐待を受けた又は受けたと思われたと判断した事例	15,615	68.5
虐待ではないと判断した事例	4,029	17.7
虐待の判断に至らなかった事例	3,147	13.8
合計	22,791	100.0

表4 虐待の種類・類型（複数回答）

	身体的虐待	介護等放棄	心理的虐待	性的虐待	経済的虐待	合計
件数	9,919	3,984	5,960	96	4,072	24,031
構成割合(%)	63.5	25.5	38.2	0.6	26.1	—

（注）構成割合は、虐待判断事例件数 15,615 件に対するもの。

表5 被虐待高齢者の要介護認定

	人数	構成割合(%)
未申請	3,919	24.5
申請中	441	2.8
認定済み	10,972	68.6
認定非該当(自立)	553	3.5
不明	117	0.7
合計	16,002	100.0

表6 被虐待高齢者における虐待者との同居の有無

	虐待者と同居	虐待者と別居	その他	不明	合計
件数	13,487	1,928	178	22	15,615
構成割合(%)	86.4	12.3	1.1	0.1	100.0

表7 世帯構成

	単身世帯	夫婦二人世帯	未婚の子と同一世帯	既婚の子と同一世帯	その他	不明	合計
件数	1,378	2,890	5,864	4,153	1,307	23	15,615
構成割合(%)	8.8	18.5	37.6	26.6	8.4	0.1	100.0

表8 虐待者の被虐待高齢者との続柄

	夫	妻	息子	娘	息子の配偶者(嫁)	娘の配偶者(婿)	兄弟姉妹	孫	その他	不明	合計
人数	3,016	867	6,999	2,604	1,336	353	322	750	797	33	17,077
構成割合(%)	17.7	5.1	41.0	15.2	7.8	2.1	1.9	4.4	4.7	0.2	100.0

資料 2

養介護施設従事者等による高齢者虐待についての対応状況等

表 9 相談・通報件数

	21年度	20年度	増減 (%)
件数	408	451	△43(△9.5%)

表 10 相談・通報者内訳 (複数回答)

	本人による届出	家族・親族	当該施設職員	当該施設元職員	医師	介護支援専門員	国民健康保険団体連合会	都道府県から連絡	その他	不明(匿名を含む)	合計
人数	14	105	123	51	2	16	1	38	61	41	452
構成割合 (%)	3.4	25.7	30.1	12.5	0.5	3.9	0.2	9.3	15.0	10.0	-

(注) 構成割合は、相談・通報件数 408 件に対するもの。

表 11 虐待の事実が認められた事例件数

区分	市町村から都道府県へ報告があった事例	都道府県と共同して事実確認を行った事例	都道府県が直接把握した事例	総数
件数	68	3	5	76

表 12 虐待の種類・類型 (複数回答)

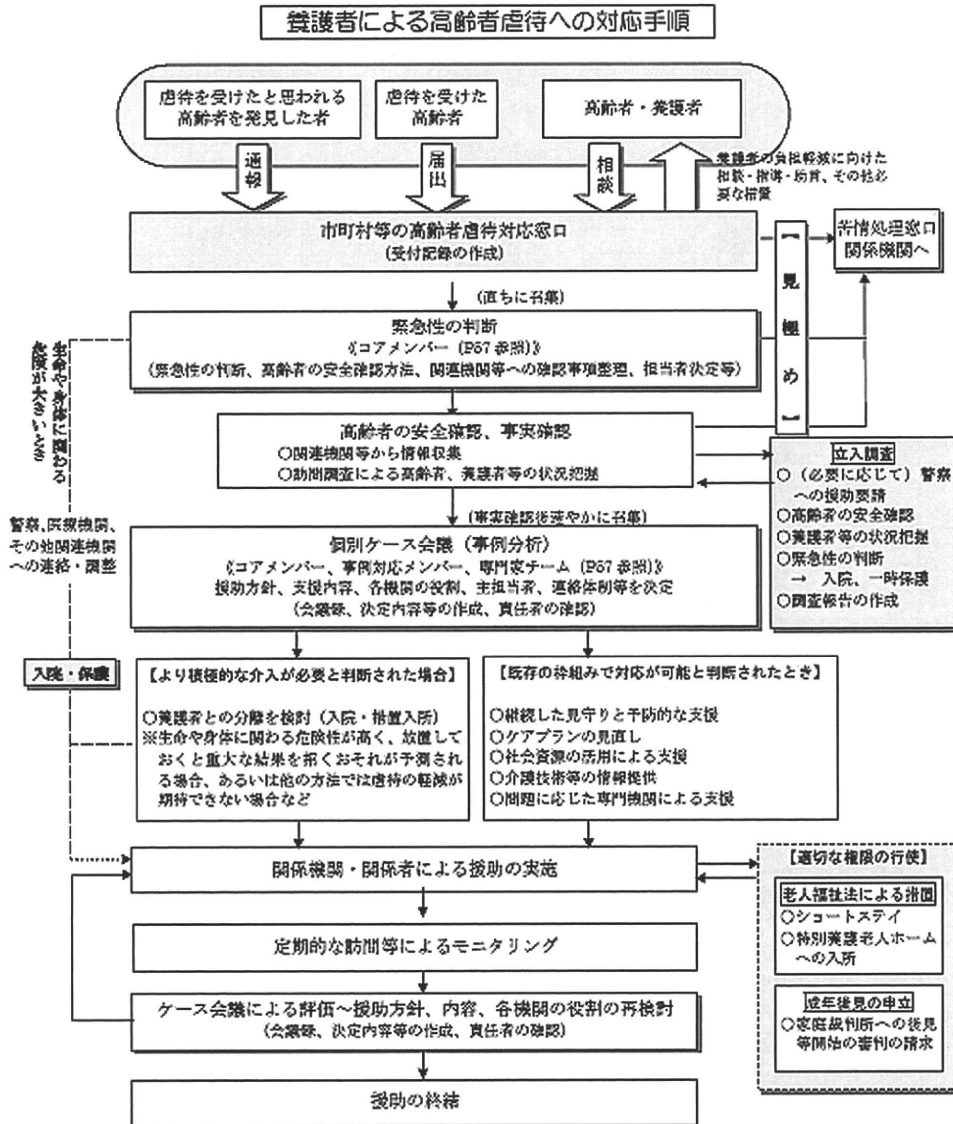
	身体的虐待	介護等放棄	心理的虐待	性的虐待	経済的虐待	合計
件数	53	2	26	8	1	90
構成割合 (%)	69.7	2.6	34.2	10.5	1.3	-

(注) 構成割合は、虐待の事実が認められた事例件数 76 件に対するもの。

表 13 虐待の事実が認められた事例への対応状況

市町村による指導等	施設等に対する指導	61 件
	改善計画提出依頼	46 件
	従事者への注意・指導	14 件
介護保険法又は老人福祉法の規定による権限の行使(都道府県又は市町村)	報告徴収、質問、立入検査、指導	39 件
	改善勧告	6 件
	改善命令	1 件
	指定の停止	0 件
	指定取消	0 件
	合計	46 件
	当該施設等における改善措置(複数回答)	施設等から改善計画の提出
勧告・命令等への対応		6 件
その他		21 件

養護者による高齢者虐待の具体的な対応



資料出所：厚生労働省老健局

「市町村・都道府県における高齢者虐待と養護支援について」

(平成 18 年 4 月) p.28

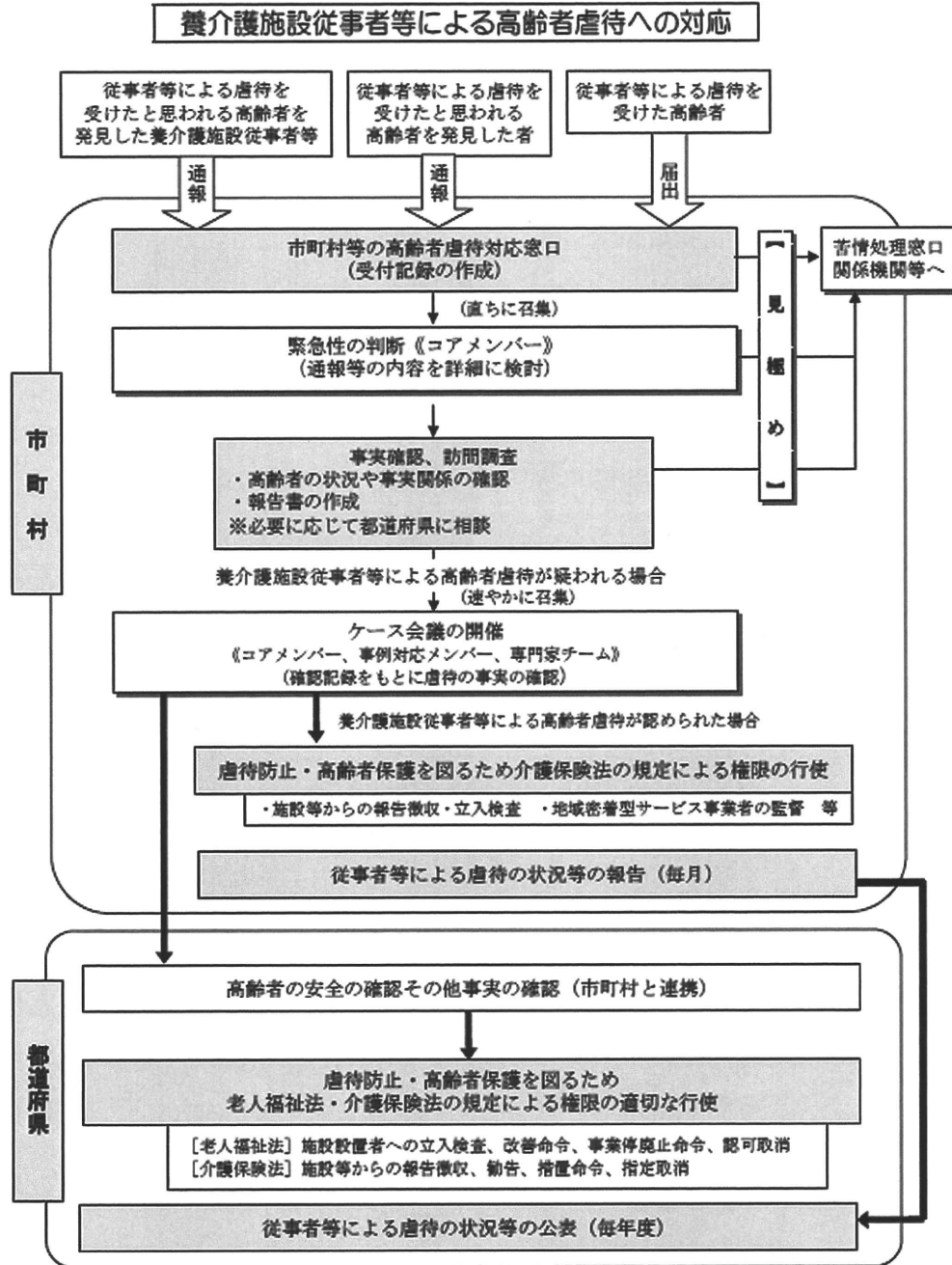
2 地域包括支援センターに業務委託した場合の市町村及び地域包括支援センターの役割

この項では、高齢者虐待防止法の規定に基づいて市町村が地域包括支援センターに業務を委託した場合の市町村及び地域包括支援センターの役割について、第Ⅱ章に掲げる養護者による高齢者虐待に関連する業務項目に沿い、整理しました。(すべての市町村における業務の指針として示すものではありません。)

◎：中心的な役割を担う ○：関与することを原則とする
△：必要に応じてバックアップする 空欄：当該業務を行わない

		市町村	地域包括支援センター	養護者
ネットワーク	・高齢者虐待防止ネットワークの構築・運営	△	◎	
広報・啓発活動	・高齢者虐待に関する知識・理解の啓発 ・認知症に関する知識や介護方法の周知・啓発 ・通報（努力）義務の周知 ・相談等窓口・高齢者虐待対応協力者の周知 ・専門的人材の確保	◎ ◎ ◎ ◎ ◎	△ △ △ ◎	
相談・通報・届出への対応	・相談、通報、届出の受付 ・相談への対応（高齢者及び養護者への相談、指導及び助言）（第6条・第14条第1項） ・受付記録の作成 ・緊急性の判断	△ △ △ ○	◎ ◎ ◎ ◎	有 有
事実確認・立入調査	・関係機関からの情報収集 ・訪問調査 ・立入調査 ・立入調査の際の警察署長への援助要請	○ ○ ◎ ◎	◎ ◎ (直営のみ◎)	有 有 (直営のみ)
援助方針の決定	・個別ケース会議の開催（関係機関の招集） ・支援方針等の決定 ・支援計画の作成	○ ○ △	◎ ◎ ◎	
支援の実施	(やむを得ない事由による措置等の実施) ・措置の実施 ・措置後の支援 ・措置の解除 ・措置期間中の面会の制限 ・措置のための居室の確保 (成年後見制度の活用) ・市町村長による成年後見制度利用開始の審判の請求	◎ △ ◎ ◎ ◎ ◎	(市町村への働きかけ) ◎ △ △	
養護者支援	・養護者支援のためのショートステイ居室の確保	◎		
モニタリング	・支援の実施後のモニタリング	△	◎	
その他	(養護者による高齢者虐待防止関係) ・個人情報取扱ルール作成と運用 (財産上の不当取引による被害の防止関係) ・被害相談 ・消費生活関係部署・機関の紹介	◎ ◎ ◎ ◎	△ △ ◎	有 有

資料出所：前掲厚生労働省老健局 p.91



資料出所：前掲厚生労働省老健局 p.96

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Olivares-Tirado P, Tamiya N, Kashiwagi M, Kashiwagi K	Predictors of the highest Long-term Care expenditures in Japan	BMC Health Services Research	17(1)	103	2011
Nishi A, Tamiya N, Kashiwagi M, Takahashi H, Sato M, Kawachi I.	Mothers and daughters-in-law: a prospective study of informal care-giving arrangements and survival in Japan.	BMC Geriatrics	29(10)	61	2010

著書

発表者氏名	論文タイトル名	著書タイトル	ページ	出版年
田宮菜奈子	各職種とケアの質の向上—施設における医療面を中心に—	根拠にもとづく高齢者施設ケア. 田宮菜奈子編集代表, 阿部芳道, 山本秀樹. 京都, 金芳堂, 第I部1章	2-8	2010
田宮菜奈子	施設ケアの質の評価 (日本の現状と海外の質の評価方法の紹介)	同上 第II部1章	44-51	2010
松澤明美	高齢者虐待と身体拘束 (法と倫理)	同上 第II部4章	74-82	2010
宮石 智	異常死体への対処	同上 第II部5章	83-69	2010
柏木聖代	施設ケアにおける訪問看護	同上 第II部8章	108-114	2010

Display Settings: Abstract

[BMC Health Serv Res.](#) 2011 May 17;11(1):103. [Epub ahead of print]

Predictors of the highest long-term care expenditures in Japan.

[Olivares-Tirado P](#), [Tamiya N](#), [Kashiwagi M](#), [Kashiwagi K](#).

Abstract

ABSTRACT:

BACKGROUND: In Japan, as the number of elderly covered by the Long-term Care Insurance (LTCI) system has increased, demand for long-term care services has increased substantially and consequently growing expenditures are threatening the sustainability of the system. Understanding the predictive factors associated with long-term care expenditures among the elderly would be useful in developing future strategies to ensure the sustainability of the system. We report a set of predictors of the highest long-term care expenditures in a cohort of elderly persons who received consecutive long-term care services during a year in a Japanese city.

METHODS: Data were obtained from databases of the LTC insurer of City A in Japan. Binary logistic regression was used to examine the predictors of the highest long-term care expenditures. We used a simplified model that focused on the effects of disability status and type of services used, while controlling for several relevant factors. Goodness of fit, a multicollinearity test, and logistic regression diagnostics were carried out for the final model.

RESULTS: The study cohort consisted of 862 current users of LTCI system in city A. After controlling for gender and income, age, increased utilization rate of benefits, decline in functional status, higher care needs level and institutional care were found to be associated with the highest LTCI expenditures. An increased utilization rate of benefits (OR=24.2) was a strong main effect predictors of the high LTC expenditures. However, a significant interaction between institutional care and high care need level was found, providing evidence of the combined effect of the two covariates.

CONCLUSIONS: Beyond to confirm that disability status of elderly persons is the main factor driving the demand of LTC services and consequently the expenditures, we showed that changes in utilization rate of benefits -a specific insurance factor- and the use of institutional care conditional on the high care level, were strongest predictors of the highest LTC expenditures. These findings could become crucial for tracking policies aimed at ensuring financial sustainability of LTCI from a public insurer perspective in Japan.

PMID:21575260[PubMed - as supplied by publisher] [Free Article](#)

[LinkOut - more resources](#)

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Mothers and daughters-in-law: a prospective study of informal care-giving arrangements and survival in Japan

Akihiro Nishi^{1,2,3}, Nanako Tamiya^{1*}, Masayo Kashiwagi¹, Hideto Takahashi⁴, Mikiya Sato^{1,5}, Ichiro Kawachi²

Abstract

Background: Daughters-in-law have played an important role in informal care-giving arrangements within East Asian traditional norms. The aim of this study was to measure the impact of daughter-in-law care-giving on the survival of care recipients. We prospectively examined the associations between different types of kinship relationship between the main family caregiver and the care recipient in relation to survival among care recipients.

Methods: A questionnaire was administered to Japanese community-dwelling seniors who were eligible to receive national long-term care insurance (LTCI) community-based services. Among 191 individuals whose informal care-giving arrangement was definitively determined, we observed 58 care recipients receiving care from spouses, 58 from daughters-in-law, 27 from biological daughters, 25 from other relatives, and 23 care recipients living alone.

Results: During 51 months of follow-up from December 2001, 68 care recipients died, 117 survived, and 6 moved. Hazard ratios of each care-giving arrangement were estimated by Cox proportional hazard models adjusted for care recipients' demographic factors, their care needs level based on their physical and cognitive functioning and their service use, caregivers' demographic factors, and household size. The highest risk of mortality was found for female elders receiving care from daughters-in-law (HR 4.15, 95% CI 1.02-16.90) followed by those receiving care from biological daughters (HR 1.64, 95% CI 0.37-7.21), compared to women receiving spousal care. By contrast, male elders receiving care from daughters-in-law tended to live longer than those receiving care from their spouses.

Conclusions: Our finding suggests that there may be a survival "penalty" for older Japanese women who are cared for by their daughters-in-law.

Background

Across societies in East Asia - China, Taiwan, Korea, and Japan - daughters-in-law have played a central role in providing informal care for older people, in accord with Confucian traditions [1-7]. The traditional life course pattern for Japanese women has been to take care of their parents-in-law and their husbands, then subsequently be cared for by their own daughters-in-law [1]. Although some studies have pointed out that the female caregiver role has changed in Japan due to the increasing popularity of westernized values (including the shift from multi-generational to nuclear family

arrangements), and the expanded labor force participation of women, informal care provided by adult children (especially, daughters-in-law living together with their parents-in-law) remains one of the most common sources of care-giving for aging individuals in Japanese society [1,5,6]. According to a national survey, the most common sources of care for Japanese elders are co-habiting spouses (25.9% in 2001, 24.7% in 2004 and 25.0% in 2007), co-habiting children-in-law (22.5% in 2001, 20.3% in 2004 and 14.3% in 2007) and co-habiting biological children (19.9% in 2001, 18.8% in 2004 and 17.9% in 2007)[8-10].

Recent studies have begun to document the potentially deleterious health consequences of intensive care-giving for the health of care providers. For example, Epel and colleagues (2004) [11] demonstrated that women

* Correspondence: ntamiya@md.tsukuba.ac.jp

¹Department of Health Services Research, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Ibaraki, Japan
Full list of author information is available at the end of the article



providing care to chronically ill children had significant shortening of leukocyte telomere length - a biological marker of stress and accelerated aging. Other studies have also documented the adverse effects of care-giver stress on markers of immune functioning, such as wound healing and response to influenza virus vaccine [12,13]. Indeed, Schulz & Beach [14] demonstrated that spouse caregivers exhibited a greater risk for mortality than non-caregivers. Although a meta-analysis found that caregivers exhibited a slightly greater risk of health problems compared to non care-givers [15], it has not been conclusively established that providing active help produces harmful levels of stress among caregivers [16]. These studies from western contexts, however, mainly focused on spouses as the main family caregiver, not on daughters-in-law.

In a U.S. prospective study of 54 412 middle-aged women free of heart disease at baseline [17], those who reported providing more than 9 hours of care-giving to sick spouses per week were at nearly twice the risk of developing incident coronary heart disease, compared to women reporting no care-giving duties (Relative risk 1.82, 95% CI 1.08-3.05). In the same cohort study, women who reported providing intensive care to sick parents did not exhibit a similar increased risk of heart disease (multivariable-adjusted RR 0.81, 95% CI 0.43-1.53), which the authors interpreted as the reflection of the fact that the responsibilities for providing care to parents can be shared between siblings, whereas care-giving for sick husbands falls primarily on the shoulders of wives - at least in the U.S. social context.

In contrast to the typical North American pattern of informal care delivery, the primary responsibility for elder care in the East Asian traditional norm has fallen on the shoulders of daughters-in-law, not spouses. This distinctive arrangement has given rise to numerous accounts of mother-in-law/daughter-in-law tensions in the popular literature - e.g. see Niwa Fumio's celebrated novella, "The Hateful Age" (1948). Anecdotes aside, there have been very few empirical attempts to establish the health consequences of care-giving in the Japanese context [18-21]. Emerging studies have sought to examine the association between type of familial living arrangement - as a crude proxy for care-giving responsibilities - and the health status of Japanese women. For example, Ikeda and colleagues [19] prospectively examined the association between living arrangement and risk of coronary heart disease incidence and mortality within a cohort of 90 987 Japanese women and men aged 40-69 years, free of cardiovascular disease at baseline. The authors found that women living in multi-generational households (living with spouse-children-parents; or spouse-parents) had 2.0 to 3.0-fold higher risk of coronary heart disease compared to women living

with spouses only. In the same study, Japanese men living in multi-generational households did not experience an increased risk of heart disease compared to those living with their wives only.

In contrast to the foregoing studies which examined the health impact of living arrangement on potential care-givers [14-16], almost no study has examined the effects of different types of care-giving arrangements on the health of the care recipients. Although Merrill [22] suggested that in-law caregivers provide less help to their parents-in-law than blood-tied caregivers, whether these differences translate into different health outcomes for the care recipient remains unknown. Fujino and Matsuda [18] prospectively explored the health impact of 2773 Japanese individuals aged 60 years or older living in Japan, and found that men living with others who were able to provide care to them throughout the day had better survival compared to either men living alone, or living with others who were unable to provide care due to infirmity. By contrast, in the same study, women did not experience the same survival advantage by living with others who were able to provide care for them. The focus of this study, however, was not the relationship of the care-giver to the recipient but rather the former's ability to provide care.

In the present report, we sought to prospectively examine the associations between informal care-giving arrangement (defined by kinship of main family caregiver to the recipient) and care recipients' survival in a cohort of Japanese elders.

Methods

Study population

Our study was conducted in a middle-sized city in rural Japan. The population of the city was around 55 000 in 2001 and around 53 000 in 2006. Following the roll-out of the national long-term care insurance (LTCI) program including community-based services and institutional care services in 2000 [23], 871 older people (696 community-dwelling and 175 institutionalized) had been classified as eligible for the LTCI services by 2001 out of approximately 10 000 older people (65 years or older) in the city. In December 2001, the municipality mailed a questionnaire to a 50% random sample ($n = 348$) of all the community-dwelling care recipients (and their primary care-givers) in order to document their needs related to the services and their living arrangement.

Following return of the questionnaires, the municipal authority followed up each care recipient's vital status and service use within the LTCI system data contained in the Vital Statistics of Population and the long-term care insurance claims from the municipality between 1st December 2001 and 28th February 2006 (51 months).

The municipality thus provided the investigators with three sets of data: questionnaire information, vital status, and LTCI service utilization. The Ethics Committee of University of Tsukuba approved the secondary use of all three set of data and any kind of subsequent statistical analyses by the investigators. All data were obtained without any information that could be used to identify each individual.

A total of 216 care recipient/care-giver dyads returned the baseline questionnaire for a response rate of 62.1%. We excluded ten subjects for whom the age of the care recipient was less than 65 years old, because the eligibility criteria of LTCI for people less than 65 years old differs from that for people 65 years or older [24]. We further excluded 15 subjects who did not answer questions about their informal care-giving arrangement (kinship of main family caregiver). Consequently, we utilized the data of 191 care recipients (54.9%) for our study analyses.

Exposure/covariate assessment

To create the informal care-giving arrangement variable, we utilized information combining the caregiver's gender and kinship relation to the care recipient. Following the classification scheme adopted by the Comprehensive Survey of the Living Conditions of People on Health and Welfare [8], we divided care-giver types into five categories, as follows: a) spousal care (receiving care mainly from co-habiting spouse), b) daughter-in-law care (receiving care mainly from co-habiting daughter-in-law), c) biological daughter care (receiving care mainly from co-habiting biological daughter), d) other relative care (receiving care mainly from other co-habiting relative, such as siblings or grandchildren), and e) living alone.

Other questions asked of the care recipients and their caregivers included demographic information (care recipient's gender and age-group and family caregiver's gender and age-group), and the number of family members living together in the same home. We also recorded the care needs level for each individual at the beginning of the follow-up. All care recipients were classified into six care needs levels, ranging from assistance required to care needs levels 1 through 5, based upon each individual's level of physical and cognitive functioning [24]. The utilization of five types of LTCI services are shown: daycare service (nursing home daycare and health-related daycare), home-help service (home help with care-giving or housekeeping), home-visit nursing, respite stay (short-term nursing home stay), and institutional care (special nursing home, health service facility for the elderly, and sanatorium type medical care facility for the elderly requiring care for a long-term period). All of the five variables were given a dichotomous number based

upon whether care recipients had utilized each LTCI service for at least one month during the follow-up. We selected the one-month cutoff because it is the shortest duration of service use that certified care managers (care planners) are able to assign to the care recipient - and hence likely to be the most sensitive measure of service use [24,25]. Table 1 shows the basic characteristics in December 2001 and the patterns of LTCI service use in our cohort from 1st December 2001 to 28th February 2006.

The outcome of our study was care recipient's survival time. Survival time was monitored during the follow-up period, from 1st December 2001 to 28th February 2006. When individuals died or moved during follow-up, the date of death or the move was recorded. For each individual, length of follow-up period was calculated from 1st December 2001 until the date of death or move from the municipality. Otherwise, individuals were proved to be alive as of 28th February 2006 and recognized as censored cases.

Statistical analysis

We estimated cumulative survival rates 24-months and 48-months after the beginning of follow-up on 1st December 2001 according to the five categories of informal care-giving arrangement for males, females and both genders combined. The difference between the main two categories: spousal care and daughter-in-law care was tested by log-rank statistic, utilizing the Kaplan-Meier method. Because of the small sample size for males, we merged the following categories: receiving biological daughter care, receiving other relative care, and living alone. We checked the proportionality of the Cox proportional hazard models graphically by using the negative log plots of the survivor function, and the interactions among gender and informal care-giving arrangement were explored by Cox models. We then estimated the effect of informal care-giving arrangement for female care recipient's survival by Cox models. A two-tailed p value of less than 0.05 was considered statistically significant. We carried out all the analyses using SAS version 9.1.3.

Results

Of the 191 care recipients whom the municipality followed for 51 months, 68 died, 6 moved (and were lost to follow-up), and 117 survived until the study's end, yielding a total of 631.3 person-years of follow-up (188.5 for men and 442.8 for women). Table 1 shows the cumulative survival rates up to 24-months and 48-months following the start of follow-up for male and female care recipients.

In the overall sample, there were no significant differences in survival among the care-giving arrangement

Table 1 Baseline characteristics, formal service use, and survival of community-dwelling elders in a city in Japan

	Informal care-giving arrangement (kinship of main family caregiver)					
	All n (%)	(main two categories)		(other three categories)		Living alone n (%)
		Spousal care n (%)	Daughter-in-law care n (%)	Biological daughter care n (%)	Other relative care n (%)	
	191 (100)	58 (100.0)	58 (100.0)	27 (100.0)	25 (100.0)	23 (100.0)
Baseline characteristics						
Care recipient's gender						
Female	129 (67.5)	19 (32.8)	48 (82.8)	24 (88.9)	20 (80.0)	18 (78.3)
Male	62 (32.5)	39 (67.2)	10 (17.2)	3 (11.1)	5 (20.0)	5 (21.7)
Care recipient's age-group (year)						
65-79	80 (41.9)	38 (65.5)	20 (34.5)	4 (14.8)	11 (44.0)	7 (30.4)
80-89	81 (42.4)	18 (31.0)	23 (39.7)	18 (66.7)	9 (36.0)	13 (56.5)
90-	29 (15.2)	2 (3.5)	15 (25.9)	5 (18.5)	4 (16.0)	3 (13.0)
Baseline care needs level						
Assistance required	24 (12.6)	2 (3.5)	7 (12.1)	5 (18.5)	4 (16.0)	6 (26.1)
Care needs level 1 and 2	105 (55.0)	34 (58.6)	32 (55.2)	15 (55.6)	11 (44.0)	13 (56.5)
Care needs level 3, 4 and 5	50 (26.2)	18 (31.0)	18 (31.0)	7 (25.9)	5 (20.0)	2 (8.7)
Number of people living together						
0-5	153 (80.1)	46 (79.3)	39 (67.4)	24 (88.9)	22 (88.0)	22 (95.7)
6-	35 (18.3)	11 (19.0)	19 (32.8)	3 (11.1)	2 (8.0)	0 (0.0)
Care-giver's age-group (year)*						
<49	37 (19.4)	1 (1.7)	21 (36.2)	7 (25.9)	8 (40.0)	-
50-59	38 (19.9)	2 (3.5)	18 (31.0)	12 (44.4)	6 (30.0)	-
60-69	40 (20.9)	17 (29.3)	12 (20.7)	7 (25.9)	4 (20.0)	-
70-	47 (24.6)	38 (65.5)	6 (10.3)	1 (3.7)	2 (10.0)	-
Formal service use in follow-up						
Daycare service use						
No	46 (24.1)	19 (32.8)	6 (10.3)	4 (14.8)	10 (40.0)	7 (30.4)
Yes	145 (75.9)	39 (67.4)	52 (89.7)	23 (85.2)	15 (60.0)	16 (69.6)
Home help service use						
No	86 (45.0)	25 (43.1)	31 (53.5)	15 (55.6)	11 (44.0)	4 (17.4)
Yes	105 (55.0)	33 (56.9)	27 (46.6)	12 (44.4)	14 (56.0)	19 (82.6)
Home-visit nursing service use						
No	151 (79.1)	45 (77.6)	46 (79.3)	18 (66.7)	22 (88.0)	20 (87.0)
Yes	40 (20.9)	13 (22.4)	12 (20.7)	9 (33.3)	3 (12.0)	3 (13.0)
Respite stay service use						
No	139 (72.8)	39 (67.2)	40 (69.0)	16 (59.3)	23 (92.0)	21 (91.3)
Yes	52 (27.2)	19 (32.8)	18 (31.3)	11 (40.7)	2 (8.0)	2 (8.7)
Institutional care service use						
No	131 (68.6)	33 (56.9)	47 (81.3)	16 (59.3)	18 (72.0)	17 (73.9)
Yes	60 (31.4)	25 (43.1)	11 (19.0)	11 (40.7)	7 (28.0)	6 (26.1)
Cumulative survival rate						
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
			All			
After 24-month follow-up	79.4	77.6	74.0	88.9	83.3	82.6
After 48-month follow-up	66.0	63.5	56.4	74.1	70.8	82.6
			Male			
After 24-month follow-up	72.6	71.8	80.0	100.0	60.0	60.0
After 48-month follow-up	57.6	53.2	80.0	66.7	40.0	60.0
			Female			
After 24-month follow-up	82.7	89.5	72.7	87.5	89.5	88.9
After 48-month follow-up	70.0	84.2	51.3	75.0	79.0	88.9

* The 29 missing data included all the 23 older people living alone.