

試み」が挙げられるのではないかと考えている。

「地域生活定着支援センター」は、基本的には、刑務所を出た後の人たちに關する生活支援プログラム作り（それによる再犯防止）であり、虐待対応とは一見「畑違い」の感があるが、従来、特に刑事司法分野では、やや「水」と「油」くらいの隔たりがあった感のある「福祉」と「司法」について、その「連携」を積極的に模索するという意味においては、質的に近いものがあるように思う。

従って、「地域生活定着支援センターの試み」の評価を積極的に位置づけ、言わばこれを「踏み台」にして、虐待問題においても、「司法」と「福祉」の連携を図っていく。また、検察官の業務範囲を広げ、虐待対応部門を設け、法曹人口の増加の問題をも吸収する。財政負担増大という問題もあるが、社会的コストは、虐待問題に精密に対応した方が低く抑えられることを実証する。そのような構想のもとに、日本版の法医学センターの試行プログラム、すなわち、虐待問題での「司法」と「福祉」の連携の必要性和有効性を実証する仕掛けを立ち上げて、本来「検察官」がシステムの的に担えばもっと効果的に果たせるはずの役割を敢えて当面は「弁護士」に担わせて四苦八苦させるようなプログラムを、実施してみる。そのような動きがまずは必要なのではないかと考えている。

以上

## (2) 医師関与の可能性について・・・医師 大江洋介

### 1) 老年専門医の役割

アメリカの高齢者虐待の現状は、身体虐待と経済虐待では圧倒的に経済虐待が多くなっており、高齢者の判断能力（認知機能の評価）が重要になっている。日本で「オレオレ詐欺」があるように、アメリカにも認知機能の低下した高齢者につけこんで、預金を引き出させたり、高額な物を買わせたりする事例が多くあり、経済虐待として認識されている。この場合、重要なポイントは高齢者の認知機能の程度である。

Forensic Center のケース会議では、法的に介入すべき事例にあたるかどうかについて、高齢者が認知症などの疾患があり、正常な判断ができる状態かどうかが多岐にわたることが多い。実際、シャルワーカーや APS スタッフ、副検事らはその点に注目しており、医師の助言が重要となる。また、銀行係員にも経済虐待通報義務を課することが試験的に行われ、実際に通報されて検事が対応した事例もあげられていた。銀行での本人の筆跡などが証拠として提出され、別の時期に書いたサインと比較して意識状態が良好であったかどうかの評価された。

大学医学部と深い連携があるオレンジ郡以外の法医学センターでは、Forensic Center に協力する医師の確保が重要課題となっている。ロサンゼルス郡では実質 2 名の医師が尽力している。サンフランシスコ郡では実質 1 名の医師が協力しているのみである。Dr. Landsverg は HouseCall Doctor で、多くの在宅患者を抱えており、訪問調査での会合の途中でも患者（あるいは家族）からの携帯電話が頻繁にかかっていた。しかし、今のところサンフランシスコで Forensic Center に協力している医師は彼女だけであり、頑張っているとのことであった。協力する医師の確保は難しい問題だということであった。

さて、乳幼児虐待に関しては、救命救急の場などで取り上げられることも多くあり、救急医の取り扱うべき領域として確立してきている。また、小児科臨牀医のための詳細なテキストブック<sup>1)</sup>も出版されている。これに対して、高齢者虐待については、法医学のテキストに少し記述が見られ、日本医師会の機関紙特集号<sup>2)</sup>に 2 ページで概説されてはいる程度であって、一般医への周知という意味ではまだこれからの段階である。

### 2) 提言

日本においても、以前より高齢者虐待事例は存在していたが、なかなか社会問題として論じられることがなく、グループホームにおける身体虐待など、個々の例が報じられるだけであった。平成 22 年夏の「所在不明の高齢者」報道は、高齢者の問題をマスコミが全国規模で取り上げた初めての事件であった。

高齢大国と自認していたわが国であったが、その実、高齢者の存否確認さえ行政で十分になされていない（だから死亡者に対して年金が払いだされていた）という実情が明白となったのである。平成 22 年 9 月 1 日時点で住民基本台帳から確認される 100 歳以上の高齢者は 44,000 人あり、そのうち所在・存命が確認できたのは 23,000 人であることから、21,000 の存否が不明ということである。存否確認すらできないのであるから、ましてや、暮らし

ぶりまで知ることとは不可能である。

振り返って考えると、日本には、高齢者の生活の安全を保障する仕組みが、十分とはいえないことがわかる。それは無理からぬことである。戦後 60 年あまり、日本は歴史上類をみないスピードで高齢化が進んできたため、社会制度がそれに追いつけなかったのである。だからといって、高齢者虐待は見過ごしてよい問題ではない。現時点で実現可能なシステムを構築していくことが求められているのである。

アメリカでは、1973 年に最初の APS がノースキャロライナ州で制定され、広まっていった。現在ではほとんどの州が高齢者虐待の通報を APS が受けており、APS が直接対応する場合もあるが、事件性（犯罪性）が強い事例では法医学センターが対応する。

身体的虐待や、年金詐取などの経済虐待や、必要な医療を親族が受けさせないネグレクト以外にも、高齢者に対する虐待はさまざまである。カリフォルニア州では、①遺棄、②暴力行為、③経済的虐待、④心理的虐待、⑤無視、⑥身体的虐待が高齢者虐待として定義されている。

法医学センターの役割は、虐待通報者であるヘルパーや介護サービス提供者、APS 職員、保安官や判事などが一堂に会して、個々の事例についての解決の方向性を検討する（多職種ミーティング）ことである。それぞれの専門家が集まることにより、事例に対して迅速な対応を行うことができる。高齢者を保護するのが優先課題だとなれば、会議終了直後よりサービス担当者が保護に動き出すし、犯罪性を立件するのが重要だとなれば警察と判事が立件に動き出す。筆者が最も感銘を受けたのは、この機動性・迅速性であった。本当に高齢者を虐待から守ろうとするのであれば、すぐに対応をしなければならないのである。

法医学センターに参加する医師の役割は、高齢者の判断能力（認知機能）の評価がもっとも重要であるが、そのためには、向精神薬の内服状況や、診療録（カルテ）からの日常生活のレベル推定、本人との面談、写真による肉体的虐待の確認などがある。アメリカでも白人系社会ではあまり問題にならないが、東洋人社会においては、高齢者虐待について家庭内の問題や個人的な問題と考える傾向があるといわれている。日本においても、ムラ社会が残っている地域では、原因追求が困難な場合も考えられるが、専門家として強いプロフェッショナリズムを持った医師の参加が求められていると考える。開業医、病院勤務医、行政官としての医師など、医師にもいろいろの立場があるが、どのようにして求められるスキルを磨いていくか、そのための研修（卒後教育）が必要である。現地報告の部分でも述べたが（p. 30）、オレンジ郡ではカリフォルニア大学 Irvine 大学医学部の協力があり、高齢者虐待についての CME コースが創設されている。しかし、それ以外の法医学センターではこれほど組織立って後継者医師を育成することはできていない。

日本に法医学センターを導入する場合、医師の参加をはずすことはできないが、素養のある医師を招聘する手段をも十分に考えなければならない。しかし、OECD 諸国の中で、わが国の医師の数は極めて少ないため、法医学センターに参加する医師の確保は困難である。病院にしる、クリニックにしる、臨床現場にいる医師は状況判断に秀でるが、多忙のため

ミーティングの時間に集まるのが困難である。研究職や管理職の医師は時間の都合はつけ易いが、現場のことが理解できないと判断が総論的になってしまう恐れがある。

毎回、参加する医師が変わると、医師は業務内容の理解に時間がかかるし、他のスタッフはその医師の特性（ものをハッキリ言うタイプかそうでないか、など）の理解に時間がかかるためミーティング自体が効率的でなくなってしまう。希望としては、短くても半年程度は継続して担当できる医師を探すべきであると考える。

以上。

壇  
源  
く

#### 参考文献

- 1) 稲垣由子、岡田由香訳「子供の虐待とネグレクトー臨床家ハンドブック」、日本小児医事出版社、2008年
- 2) 日本医師会「高齢者診療マニュアル」日本医師会雑誌 第135巻・特別号(1) S322-S323、2009年
- 3) 岩田充永「高齢者救急：急変予防&対応ガイドマップ」医学書院、2010年

### (3) 日本における米国型法医学センター設置の可能性について・・・MSW 仲谷恵美子

高齢社会である日本においても、高齢者虐待は社会問題である。高齢者虐待対応に有効な仕組みである法医学センターを日本に設置する可能性について考えたい。まず、日本においてオレンジ郡の大学中心型、サンフランシスコ郡の地域発生型の法医学センターを設置できるか検討する。続いて、日本国内にすでにある仕組みのなかで法医学センターとして応用できる仕組みについて検討する。最後に、まとめとして、日本における米国型法医学センターの設置の可能性について検討する。

#### 1) 日本における米国型法医学センターの設置型についての検討

##### ①大学中心型

大学中心型の法医学センターを設置する場合、老年医学や老年学の講座を有する大学の関係者が中心になることを仮定して検討してみる。オレンジ郡のように大学関係者が旗振り役を担う形である。しかし、その場合、参加する専門職メンバーの人件費やその他の運営費をどのように確保するかという課題が残る。アメリカの場合は、法医学センターの会議に出席することは、所属組織から認められており、人件費も所属組織から払われるということであった。しかし、現在のところ、日本においてはそこまでのコンセンサスを得ることは難しいと考えられる。

したがって、大学中心型で実行される場合には、当初は、有志による業務時間外のケース検討会議といった形式になると予測される。その場合、医師や弁護士（研究会のなかで、日本の場合、判事の出席は難しく、弁護士の対応になるだろうとのことだった）を確保できるのかといった人材の安定性の問題、必要な人材がそろわない場合は法医学を含めた見地から十分は議論ができるかという質の問題、会議が安定的に継続していけるかという継続性の問題、個人情報管理に問題はないかという個人情報保護の問題等のリスク管理が必要になると考えられる。

##### ②地域発生型

次に、地域発生型について検討する。草の根運動的に、地域の有志が有志を募り、会議を行う場合である。この場合も、大学中心型と同様に、メンバーの人件費および運営費をどのように確保するか、あるいは人材を確保できるか、法医学センターとしての質を保てるか、会議を継続できるか、個人情報の管理に問題はないか等の課題がある。

大学中心型、地域発生型ともに、前提として、そうした有志がいた場合に実行の可能性があるという仮定の上になつての検討であり、実行する場合も先に述べたような課題が考えられる。

#### 2) 日本の仕組みの応用 ―高齢者虐待防止ネットワークの強化―

ここでは、まったく新しい仕組みとして法医学センターを始めるのではなく、現在日本で実行されている仕組みを応用もしくは強化することで、法医学センターの機能を果たせるものがあるかについて検討する。

日本では、平成18年度から市町村が設置する地域包括支援センターが、高齢者虐待の

通報受理機関に位置づけられた。センターは、様々なメンバーによりネットワークを構築し、スクリーニングや支援会議を行い、虐待のケースの対策を検討し、計画を立て、実行するものとされる<sup>1)</sup>。

さらに、地域包括支援センターを中心とした高齢者虐待防止ネットワークの構築が示されている。平成 21 年度の厚生労働省資料「高齢者虐待防止対策について」では、高齢者虐待防止ネットワークの構築の例が示されている<sup>2)</sup>。地域包括支援センターを中心として、地域の「早期発見・見守りネットワーク（社会福祉協議会、民生委員、NPO 等）」、「保健医療福祉サービス介入ネットワーク（ケアマネジャー、訪問介護、介護施設等）」、「関係専門機関支援介入ネットワーク（家庭裁判所、警察、医療機関、権利擁護団体等）」が相談・助言・支援等を行う仕組みである。この仕組みは、関係専門機関支援介入ネットワークとして家庭裁判所や医療機関が含まれているという意味において、法医学センターのコンセプトに近いと考えられ、日本においても、法医学センターの機能を果たせる可能性があるのではないかと考える。

ところが、平成 19 年の厚生労働省の調査結果によれば、各市町村の整備状況は、対応窓口の設置は 100%に達したが、ネットワーク作りの取り組みの割合は低い状況にあり、特に、関係専門機関支援介入ネットワークの構築の取り組みは 40%未満であった。<sup>3)</sup> これは、人の確保や予算、実際のネットワーク作りのノウハウ等に難しさがあるのではないかと推察される。しかし、本研究会の議論の中でも、少数だが取り組みをしている地域があるとのことであった。例えば、松戸市 HP によれば、「平成 16 年 7 月 20 日に、高齢者虐待の予防と早期発見・早期対応、再発防止を図り、高齢者の平穏な生活を確保することを目的に『松戸市高齢者虐待防止ネットワーク』を設立し」、「法務局、弁護士、県職員、医療機関や警察、民生委員や市政協力委員の代表や介護保険サービス事業者、学識経験者および市職員等からなる 33 人」<sup>4)</sup> が構成員であり、定期の会議を行っており、独自のマニュアルを作成している。そして、「本ネットワークは、各関係機関の役割を明確にして連携を強化して行くと同時に、高齢者虐待防止の支援方法の構築に取り組んで」<sup>4)</sup> いるとしている。松戸市の例は、法医学センターの形式に近いと考える。こうした先駆的な取り組みをしている地域のやり方を参考として、さらに法医学センターの特徴である優秀なコーディネーターを地域包括支援センター内に育成・配置する、頻度の高い定期開催を行う、討議に必要な情報を明確にして必要な情報が集まるようにする等の要素を強化していくことで、日本においても法医学センターのコンセプトは活かされると考える。

### 3) 日本における米国型法医学センターの設置の可能性

以上から、日本における法医学センターは、高齢者虐待防止ネットワークの強化という方法で可能性があると考えられる。つまり、ある程度の行政の関与がある行政関与型であると考えられる。しかし、現状では、高齢者虐待対応ネットワークの整備の割合は高くない。小川（2006）は、高齢者虐待防止ネットワークが機能する条件として、システム制度として整備できる条件（定例の実務者会議、随時の事例検討会、常勤事務局職員、事例検

討会に外部専門家の活用、マニュアル・ガイドライン等)と事務局の質に関連する条件(事務局職員の能力、事例検討会の座長の実力、事務局職員のネットワーク意識等)を挙げている。<sup>5)</sup>つまり、会議を運営する予算と優秀な人材の確保が課題である。ここに加えて、前提として関係者に高齢者虐待には多職種からなるアプローチが必要であること、高齢者虐待が人権問題であり関係者が前向きに取り組むべき問題であることについて、社会的なコンセンサスを形成することも必要であると考えられる。

小川(2006)によれば、都道府県や市町村の高齢者虐待防止対策事業、防止ネットワーク事業、モデル事業等の予算は2,000千円から8,000千円までと幅があったということである。<sup>5)</sup>予算については地域ごとの差異もあるが、事務局の常設化を維持できる予算の確保が必要であると考えられる。人材については、事務局担当者の教育を行うことが必要である。さらに、アメリカの法医学センターがメンバーの所属組織から認められていたように、高齢者虐待対応が急務であることを広く啓蒙し、各専門職団体の協力を得られるよう図る必要がある。これらの教育や啓蒙のために、アメリカ型法医学センターの仕組みについて紹介することや、法医学センターで用いられているフォーマットやハンドブックを取り入れることが役立つと考えられる。

以上により、日本においても、法医学センターの仕組み・機能を根付かせることは可能であると考えられる。そして、世界一の高齢社会である日本において、法医学センターの仕組み・機能を取り入れることは、高齢者の生活を守るために非常に有効であると考えられる。

以上。

#### 参考・引用文献およびサイト

- 1) 公益財団法人長寿科学振興財団 HP「健康長寿ネット」  
<http://www.tyojyu.or.jp/hp/page000000300/hpg000000236.htm>
- 2) 厚生労働省(2009)「高齢者虐待防止対策について」
- 3) 厚生労働省 HP「平成19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/houdou/2008/10/h1006-1.html>
- 4) 松戸市公式 HP  
[http://www.city.matsudo.chiba.jp/index/kurashi/hukushi/koureisya/koureisya-gyakutaibousi\\_net.html](http://www.city.matsudo.chiba.jp/index/kurashi/hukushi/koureisya/koureisya-gyakutaibousi_net.html)
- 5) 小川孔美・副田あけみ・梶川義人・萩原清子(2006)「高齢者虐待防止ネットワークが機能するための条件」, 日本高齢者虐待防止研究、No.3

(4) 日本の高齢者虐待対応システムへの米国型法医学センター機能の応用可能性について  
社会福祉士・精神保健福祉士 川端伸子

前節の現地調査結果を踏まえ、日本に法医学センターの機能を持ち込む場合に必要なることを考察し、まとめた。

1) 市町村・地域包括支援センターへの「事実確認調査」研修

虐待対応担当者に、事実確認調査が重要であるという意識を徹底させ、事実確認調査を行うための研修を実施していく必要がある。アメリカで行われている研修の内容を早期に調べ、日本で展開できるものについては展開していくことができるだろう。

現在、日本社会福祉士会が作成した帳票を用いた研修が全国で展開されており、どのような情報を集めたらよいのかについては整理されてきている。しかし、どのように情報を集めて事実を確認していくのかについての細かい研修がない。「質問の仕方」「行政が管理している個人情報の集め方」「関係機関からの情報収集の仕方」「情報収集をする際の思考プロセス」（「この情報が確認できないのであれば、あちらの情報を確認しなければならない」、あるいは、「この情報とこの情報に『ずれ』があるということは、別の情報をとらなければならない」など）について、丁寧な研修を実施する必要があると考える。

2) 協力を得なければならない関係機関への「高齢者虐待の概要」研修

医療関係者、法律関係者、地域の様々な組織・機関、地域住民からの協力がなければ、高齢者虐待対応を行うことはできない。そして、適切な虐待対応のためには、高齢者虐待対応についての共通認識（「法が示す虐待の基本的考え方」「虐待対応の流れ」）を、関係機関全てが持つておく必要がある。これがなければ、関係機関に虐待についての認識不足があるため対応できない、ケース会議が開催できない、ということが起こる。

医療関係者、法律関係者、警察・検察関係者といった虐待対応に関係する関係機関・関係者に対して、高齢者虐待の概要についての基本的内容の研修を行う必要がある。この際、保健福祉医療関係者の協力義務についても周知を行う必要があるだろう。

3) 金融機関の協力義務の徹底

アメリカの金融機関に通報義務・協力義務があるという仕組みは日本でも導入すべきであると考えられる。これがなければ、現在増え続けている、認知症高齢者に取り入って経済搾取を行う事例に早期に対応することができない。対応出来る時は、全ての預貯金が使われて生活に困ってしまった後、措置⇒生保で生活を保障するということになってしまう。

高齢者の生活・財産を護るためにも、法の改正時に、金融機関の通報義務・協力義務について盛り込むことを提案したい。

4) 都道府県レベルのセンターによる会議の定期的開催

都道府県レベルで虐待対応協力（支援）センターをおき、Forensic Center の仕組みを導入すべきであると考えられる。具体的には以下の通りである。

① 虐待対応困難ケースの為の定期的ケース会議開催

高齢者の判断能力の見立てを行うことができる医療の専門職については、各都道府



県に必ず設置されている精神保健福祉センターからの協力を得ることができる。また、犯罪捜査については、各都道府県警察署（東京であれば警視庁）に会議出席の協力を得ることができるであろう。

さらに、前出の現地報告（p.33）で述べたように、認知症の高齢者本人に後見人をつけなければ対応できないケースについて適切に対応していくためには、今の日本にはアメリカのようなパブリック・ガーディアン事務所（公的後見事務所）は存在しないため、成年後見制度の活用について詳しい権利擁護専門職団体（弁護士会、リーガルサポート、社会福祉士会など）からのケース会議参加も求められるであろう。ただし、これは全ての団体から各1名ではなく、持ち回りで1名の出席で良いと思われる。（人数が多すぎると会議が有効に機能しない）

## ② 研修の実施

上述した研修等も、この都道府県レベルの虐待対応協力（支援）センターが実施していくことが望ましい。

## ③ 受け入れ可能施設一覧の作成

日本の市町村が行っているケース対応がうまくいかない理由の一つに、保護先が確保されていないことが挙げられる。措置費が用意されていないというよりも受けてくれる施設がない、ということが大きな理由である。よって、都道府県レベルの Forensic Center で、各都道府県にある老人福祉施設協議会と連携し、受け入れ可能施設一覧を作成し、週ごとに更新し続けていくことを提案したい。これによって、会議が実質的なものとなるはずである。

## ④ 市町村の Forensic Center 機能のサポート

都道府県レベルの Forensic Center が有効に機能しているだけでは、増え続ける高齢者数を見込んでの適切な虐待対応はできにくい。市町村が行うケース会議のサポートを実施し、市町村レベルの Forensic Center 機能が育っていくよう支援することも都道府県の Forensic Center の役割である。具体的には、表1に、都道府県レベルでの Forensic Center が行う業務についてまとめてみた。

## ⑤ コーディネーター職員の配置

上記①～④を実施するため、常設の職員2名を配置することが大切である。常設職員を配置することにより、ここに虐待対応の専門的知見が集積されていき、適切な市町村支援を行うことができるようになる。そして、それが研修内容にも反映されていくことになるからである。

表1. 都道府県レベルでの Forensic Center が行う業務概要

業務	概要
虐待対応困難ケースの為の 定期的ケース会議開催	<p>&lt;参加者&gt;            都道府県の Forensic Center 職員（コーディネーター）            事例を提出する市町村職員・地域包括職員            精神保健福祉センターの医師            各都道府県警察署の警察官            権利擁護専門職団体からの専門職</p>
研修の実施	<p>市町村・地域包括支援センター職員のための事実確認調査研修            医療機関・法律関係者（弁護士・司法書士等）・地域の関係機関（社会福祉協議会・介護支援専門員・介護サービス事業者・民生委員など）に向けた高齢者虐待の概要についての研修            金融機関向けの高齢者虐待の概要についての研修</p>
受入可能施設一覧の作成	<p>各都道府県の老人福祉施設協議会に緊急一時保護先の際の協力について説明会を実施            毎週更新される受け入れ可能施設の一覧の作成</p>
市町村の Forensic Center 機能へのサポート	<p>コーディネーター職員の配置数によっては、市町村が行うケース会議のサポートを実施し、市町村レベルの Forensic Center 機能が育っていくよう支援する</p>
コーディネーター職員の配置	<p>上記を行うための職員の配置（2名程度とし、研修の実施回数や規模によって調整する）</p>

#### 5) 市町村レベルのネットワークを活用した会議の効果的開催

日本の市町村でも、警察や医師、法律家を交えた事例検討会を定期的に開催している市町村が（数は少ないが）ある。この市町村レベルでの会議を効果的に開催し、市町村にも Forensic Center 的機能を持たせていくことが、迅速な虐待対応には重要である。そのためには、これらの会議の開催方法について具体的な提案が必要である。


表2に、参加を呼び掛けたい関係機関、会議の開催例、使用する書式等の案を示す。書式としては筆者が所属している(財)東京都福祉保健財団高齢者権利擁護支援センターが作成している事例検討用シートを添付した。

表2. Forensic Center のケース会議に参加を呼びかけたい関係機関・職員のリスト

<p>ケース会議に参加を呼び 掛けたい関係機関</p>	<p>市町村職員・地域包括支援センター職員                  認知症専門医（できれば訪問診療を行う医師）                  警察署の警察官                  権利擁護専門職団体からの専門職                  （会議開催のサポートが必要な場合、都道府県の Forensic                  Center のコーディネーター職員）                  （提出事例に関係している介護サービス事業者や民生委員等）</p>
<p>会議の開催例</p>	<p>できれば1週間に1回あるいは2週間に1回程度の開催が                  望ましい。                  少なくとも月に1回は開催が必要。</p>
<p>使用する書式</p>	<p>事例検討シート（A）・事例検討シート（記入例：（B））                  虐待の構造把握（アセスメント）と支援課題の抽出シート（C）                  ※（A）～（C）の書式については次頁以降参照</p>

## 事例検討シート(A)

事例検討年月日		記入者	
家族構成・エコマップ			
事例の概要			
検討したい事項（事例対応上、課題となっている事項）			
高 齢 者 虐 待 に つ い て	虐待の種別・具体的内容		
	事実確認の状況（根拠をもって把握できていることと疑いのままのこと）		
	いつから起きているのか（発生時期）		
	どのように起きているのか（発生状況や発生のきっかけ）		
	どの程度起きているのか（発生頻度）		
虐待の要因と考えられるものは何か？何が虐待を起こしていると考えられるか？			
今後予測されるリスク			

高齢者本人氏名		年齢		性別	男性・女性
高 齢 者 本 人 に つ い て	本人の意思・意向（これからどう生活したいと思っているか、養護者への思い等）				
	現状認識（虐待の事実をどう受け止めているか）				
	危機回避能力（逃げることができるか、助けを呼ぶことができるか、呼ぶ意欲があるか等）				
	判断能力（認知症の有無、意思表示能力、契約能力、財産管理能力など）				
	身体状況（基礎疾患、既往歴等など）				
	心理状況（追い詰められた精神状況、パワレス、うつ等精神疾患の有無など）				
	生活状況（1日の生活状況、一週間の生活状況など）				
	介護状況（要介護認定や利用している介護サービス）				
	介護を要する状況		実際に受けている介護		
経済状況（給与・年金額・各種手当等所得・預貯金額、不動産等資産の状況、金銭管理者、介護に使うことができる金額）					
					
各種制度の活用状況（地権・成年後見制度等、生保、低所得者向けのサービス利用等）					
生活歴（今までどのような生活を送ってきたか）					
今までの養護者との関係性（ずっと同居してきたのか、折り合いの良さ・悪さ等）					

	その他親族との関係			
	地域との関係			
	関係している（していた）関係者・関係機関			
支援の受け入れ状況（受け入れやすい支援・支援者や介入拒否の状況等）				
養護者（本人との関係）		年齢	性別	男性・女性
養 護 者 に つ い て	養護者の意思・意向（これからどう生活したいと思っているか、本人への思い等）			
	現状認識（虐待の事実をどう受け止めているか）			
	判断能力（認知症の有無、意思表示能力、契約能力、財産管理能力など）			
	身体状況（基礎疾患、既往歴等など）			
	心理状況（追い詰められた精神状況、パワレス、うつ等精神疾患の有無など）			
生活状況（1日の生活状況、一週間の生活状況など）				
養護者の介護状況（どのような介護をしているつもりか、どのような介護を実際に行っているか、介護負担を感じているか、睡眠時間等）				
就労状況・経済状況（給与額・年金額・各種手当額等の所得、預貯金額、不動産等資産の状況、金銭管理者、介護に使うことができる金額）				

各種制度の活用状況（介護サービス・自立支援サービスの利用状況、地権・成年後見制度の活用状況、生活保護の適用の有無、低所得者向けのサービスの利用状況など）
養護者への支援の必要性
その他親族との関係
地域との関係
関係している（していた）関係者・関係機関
支援の受け入れ状況（受け入れやすい支援・支援者や介入拒否の状況等）

今までの経緯のまとめ（「事例の経過」ではなく、支援や対応上における分岐点等のポイント）	
時期	関わりの内容

## 事例検討シート(記入例)(B)

事例検討年月日		記入者	
家族構成・エコマップ			
事例の概要			
<p>高齢者(80代前半、女性、要介護3、脳血管性認知症)への息子(養子、亡くなった夫の甥)からの放棄放任、心理的虐待があり、経済的虐待も疑われるケース。高齢者の夫が半年前に心疾患で急死してから、隣区に住んでいた息子が高齢者宅に同居。それまで使っていた介護サービス(デイサービス)を止め、現在はポータブルトイレ、ベッドの貸与のみ。ケアマネジャーや地域包括支援センターがサービス利用を勧めるが受け入れず、高齢者は不衛生な状態で脱水症状で病院を救急受診することを繰り返している。</p>			
検討したい事項(事例対応上、課題となっている事項)			
<p>高齢者自身が、「甥にしか頼れないから、養子縁組の解消はできない」としており、ショートステイ利用等による保護を拒否している。どのように保護したらよいか？ かなりの資産家である高齢者の財産を使っていることが予想されるが、本人の同意によるものである可能性もあり、経済的虐待の認定ができない。財産を護る方法は？</p>			
高 齢 者 の 虐 待 に つ い て	虐待の種別・具体的内容		
	放棄放任、心理的虐待(どちらも認定)		
	経済的虐待(疑い)		
	事実確認の状況(根拠をもって把握できていることと疑いのままのこと)		
	不適切な介護によって脱水症状を繰り返し替えている、必要なサービスを頑なに拒否する(デイサービスの利用は高齢者本人も望んでいるが、養護者が拒否)		
	包括の訪問の際、高齢者が養護者にとってまずいことを話そうとすると脅す、怒鳴る等を繰り返す。(目の前で確認)		
	高齢者の預貯金をどんどん使っている？(疑いはあるが、根拠なし)		
	いつから起きているのか(発生時期)		
	高齢者の夫が亡くなって養護者が同居を始めた半年前から。		
	どのように起きているのか(発生状況や発生のきっかけ)		
心理的虐待は、高齢者が養護者の意に逆らったときに怒鳴りつけるという形で発生している。放棄放任は常時。経済的虐待については不明。			
どの程度起きているのか(発生頻度)			
日常的に繰り返されている(心理的虐待、放棄放任)			
経済的虐待については不明			



	虐待の要因と考えられるものは何か？何が虐待を起こしていると考えられるか？					
	養護者自身が経営している会社があまりうまくいっていないと、ケアマネジャーに養護者がかつて話をしたことがあり、経済的困窮から同居を開始し、高齢者の財産を使いたいためにサービスを切っていると思われる。(あくまでも推測の段階)					
	今後予測されるリスク					
	放棄放任が継続することにより、高齢者自身が衰弱していくことが予想される。高齢者の財産が全て使いきられてしまうことが予想される。					
	高齢者本人氏名	Tさん	年齢	80代前半	性別	女性
高 齢 者 本 人 に つ い て	本人の意思・意向（これからどう生活したいと思っているか、養護者への思い等）					
	甥は怖い。でも甥にしか頼れないから、養子縁組を解消する気はない。					
	現状認識（虐待の事実をどう受け止めているか）					
	怒鳴られることは怖いと思っている。介護がなされずに救急搬送を繰り返していることについては、自分が悪いと思っている。経済的虐待についてはだまっしてしまい、どのようにとらえているか確認できない。					
	危機回避能力（逃げることができるか、助けを呼ぶことができるか、呼ぶ意欲があるか等）					
	室内伝い歩きの状態で、逃げることはできない。また、電話をかける等の行為は、認知症のため全くできない。					
	判断能力（認知症の有無、意思表示能力、契約能力、財産管理能力など）					
	脳血管性認知症。意思は表示することができるが、だまりがち。契約能力はかろうじてあるとかなないか、だと思われるが、財産管理能力はなし（年金がいくらあるか等が全くわかっていない）。					
	身体状況（基礎疾患、既往歴等など）					
	3年前に脳こうそくを発症。その他に重大な疾患はなし。					
	心理状況（追い詰められた精神状況、パワレス、うつ等精神疾患の有無など）					
	甥にしか頼れないから、怖くても我慢しなければならぬと思いついており、追い詰められた精神状況あることが疑われる。					
	生活状況（1日の生活状況、一週間の生活状況など）					
甥と二人きりで誰とも関わらない生活を送っている。民生委員、ケアマネジャー、地域包括で役割分担して2日に1回は誰かが訪問するようにしているが、寝ているとあって併せてもらえないことが3日に1回のペースである。						
介護状況（要介護認定や利用している介護サービス）						
要介護3、福祉用具の貸与のみ（夫が亡くなる前はデイサービス週3回を利用）						

介護を要する状況	実際に受けている介護
買い物・食事の用意、入浴介助、受診のための外出介助が必要	コンビニに買ってきたものを不定期に与えているのみ、入浴は1ヶ月に1回程度、甥が「入れた」と言っているだけ。救急搬送時に薬がだされている形で受診支援はなし。
経済状況（給与・年金額・各種手当等所得、預貯金額、不動産等資産の状況、金銭管理者、介護に使うことができる金額）	
本人年金は年額24万、土地・不動産は本人名義（広く、資産価値にある土地・不動産）。夫は国鉄職員だったため、遺族年金が相当額あると思われるが金額不明。預貯金も相当額あると思われるが金額不明。	
各種制度の活用状況（地権・成年後見制度等、生保、低所得者向けのサービス利用等）	
なし	
生活歴（今までどのような生活を送ってきたか）	
夫と共に、両親から相続した現在の家屋に生まれた時から生活をしてきた。子どもはおらず、平成14年頃？に夫の末弟の三男と養子縁組を行ったとのこと（本人談）	
今までの養護者との関係性（ずっと同居してきたのか、折り合いの良さ・悪さ等）	
夫の死後、同居を開始（本人が望んだわけではなく、甥が強引に引っ越してきた模様） 夫の生前は盆と正月に会う程度の中だった模様（ケアマネ談）	
その他親族との関係	
本人の親族は全て亡くなっており、甥の父（亡くなった夫の末弟）も亡くなった模様（本人談）	
地域との関係	
ずっと生活してきたので、民生委員や近隣住民は本人や亡くなった夫のことをよく知っているが、甥と同居を始めてから、近隣との関係も甥によって絶たれてしまっている。	
関係している（していた）関係者・関係機関	
ケアマネジャー、民生委員 （自治会長が以前は訪問していたが、甥が家の中にのことに口を出さないで欲しい、自治会も抜けるといったため、訪問できなくなっている）	
支援の受け入れ状況（受け入れやすい支援・支援者や介入拒否の状況等）	
本人は家を離れることを嫌がっているが、デイサービスは楽しみにしていたとのこと。甥が怖くてサービスを利用したいと言えずにいると考えられる。	

養護者（本人との関係）	Mさん	年齢	50代後半	性別	男性
養 護 者 に つ い て	養護者の意思・意向（これからどう生活したいと思っているか、本人への思い等）				
	自分が精一杯みているのだから、他人が口を出すな。				
	現状認識（虐待の事実をどう受け止めているか）				
	自分がやっていることは悪いことだと思っている節があり、本人が訴えられないように監視したり、怒鳴りつけたりしている。				
	判断能力（認知症の有無、意思表示能力、契約能力、財産管理能力など）				
	インターネットビジネスあり、判断能力の低下等はない。				
	身体状況（基礎疾患、既往歴等など）				
	自立				
	心理状況（追い詰められた精神状況、パワレス、うつ等精神疾患の有無など）				
	追い詰められている、うつ等はないと思われる。				
	生活状況（1日の生活状況、一週間の生活状況など）				
	殆ど1日中高齢者と一緒に生活している。毎日コンビニで買い物をするほか、1週間に1回、日曜日は、半日家を空けている。				
	養護者の介護状況（どのような介護をしているつもりか、どのような介護を実際に行っているか、介護負担を感じているか、睡眠時間等）				
	買い物をして食事を食べさせている。高齢者の体調がいい時は、入浴もさせている（しかし、体調が悪いため1ヶ月に1回しか入浴させられないと言う説明）。高齢者の状況から言って、睡眠時間が少なくなっている等の介護負担があるとは思えない。				
	就労状況・経済状況（給与額・年金額・各種手当等の所得額、預貯金額、不動産等資産の状況、金銭管理者、介護に使うことができる金額）				
	インターネットビジネスをやっているとのこと。（具体的な資産状況は、隣区に住民票があるため不明。				
各種制度の活用状況（介護サービス・自立支援サービスの利用状況、地権・成年後見制度の活用状況、生活保護の適用の有無、低所得者向けのサービスの利用状況など）					
なし					
養護者への支援の必要性					
債務整理が必要な状況かもしれないが、特に取り立てにあっている等の様子はない。日常的に支援が必要な養護者ではない。					

その他親族との関係	-
他に親族がいない状況と思われる。	
地域との関係	
養護者は強引に同居を始めたため近隣から嫌われており、養護者も近隣を嫌っている。	
関係している（していた）関係者・関係機関	
養護者自身に関与していた関係者等は不明。高齢者は以前デイサービスに通っていた。現在は民生委員、本人のケアマネジャー、地域包括が関与するのみ。	
支援の受け入れ状況（受け入れやすい支援・支援者や介入拒否の状況等）	
支援を受け入れる気はないとはっきりと言いきっている。	

今までの経緯のまとめ（「事例の経過」ではなく、支援や対応上における分岐点等のポイント）	
時期	関わりの内容
2007年6月	本人脳梗塞を発症
2007年12月	介護保険サービス利用開始（現在のケアマネジャーが関わる） ↓ 夫から介護受けつつ、週に3回デイサービスに通う
2010年1月	夫の死亡（心不全による急死）
同年 2月	甥が強引に同居を開始、サービス利用を止める
同年 4月	脱水症状により救急搬送、ケアマネより包括へ通報 ↓ 包括が関与を開始し、訪問によって事実確認 包括、ケアマネとも繰り返しサービスを増やす必要性を説明するが養護者が拒否 6月、7月に1回 8月は3日間入院 入院中、銀行の人が訪ねて来ていて名義変更のようなことをしていたことがある？本人の手をもって、書類を書かせていた（看護師からの情報） 9月に2回 10月に1回、脱水症状によって救急搬送されている
同年 12月	甥は救急車を呼び、救急車には同乗してくる 現在は、2日に1回訪問（民生委員、包括、ケアマネ）で訪問し、安否確認を行っている