

久留米大学大学院比較文化研究科
審査博士学位論文

介護老人福祉施設における虐待防止に向けた
セルフチェックシステムの研究

小南 佐智

2023 年

目 次

序章 本研究の背景と目的 1

第1節 研究の背景 1

1. 英米における高齢者虐待防止に関する取組みの変遷
2. 高齢者虐待の定義及び分類
3. 日本における高齢者虐待防止の取組み
4. 日本における高齢者虐待研究の変遷
5. 日本における施設内虐待の実態と防止策の特徴

第2節 研究目的と研究対象 11

1. 研究目的
2. 研究対象
3. 本研究の独自性

第3節 研究課題と研究方法及び論文構成 13

第1章 日本における施設内虐待の実態と発生要因 . . 17

第1節 日本における施設内虐待の実態

－高齢者虐待防止法施行後15年間の推移－ . . . 17

1. 相談・通報件数及び虐待判断件数と虐待判断率
2. 通報・相談者の実態
3. 介護老人福祉施設における虐待発生状況

4. 虐待判断事例における過去の監査等による指導歴の実態
5. 厚労省調査結果に基づく施設内虐待の特徴

第2節 施設内虐待の発生要因 22

1. 厚労省調査結果における施設内虐待の発生要因と推移
2. 先行研究における発生要因の整理
3. 先行研究から明らかになった施設内虐待の発生要因

第2章 施設内虐待の防止策と 兆候発見を支える組織体制の必要性 . . . 29

第1節 施設内虐待の防止策 29

1. 法令等に基づく施設内虐待防止策
2. 厚生労働省による「高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について(通知)」
の変遷
3. 先行研究における施設内虐待防止策の整理

第2節 虐待の兆候発見を支える組織体制の必要性 ー地域包括支援センターにおけるインタビュー調査結果を基にしてー . 35

1. 不適切ケアの特徴と兆候発見の必要性
2. 虐待の兆候発見を支える組織体制

第3章 施設内虐待防止に向けた 介護老人福祉施設職員の認識の実態 . . . 39

第1節 調査目的 . . . 39

第2節 調査の設計 . . . 40

1. 調査対象
2. 調査実施期間及び調査方法
3. 調査項目と回答方法
4. 分析方法
5. 倫理的配慮

第3節 結果 . . . 43

1. 回収率及び回答者の属性
2. 施設の組織体制に対する認識
3. 不適切ケアに対する認識と遭遇経験
4. 業務上の意識

第4節 考察 . . . 53

1. 施設の組織体制に対する認識の差異
2. 不適切ケアに対する認識と遭遇経験の差異
3. 業務上の意識に対する差異

第5節 結論 . . . 55

**第4章 施設内虐待の発生要因と防止策に対する
介護老人福祉施設職員の認識の比較**
—施設長・生活相談員・主任介護職員における自由記述の分析— 57

第1節 調査目的 57

第2節 調査の設計 58

1. 調査対象，調査実施期間，調査方法，倫理的配慮
2. 調査項目
3. 分析方法

第3節 結果 59

1. 回収率及び回答者の属性
2. 職種別にみた施設内虐待の発生要因
3. 職種別にみた施設内虐待の防止策

第4節 考察 68

第5節 結論 69

**第5章 介護老人福祉施設における虐待防止に向けた
取組みの現状と課題**
—介護老人福祉施設における施設長インタビュー調査から— 71

第1節 調査目的 71

第2節 調査の設計 72

1. 調査対象と抽出方法
2. 調査方法と内容
3. データの分析方法と分析プロセス
4. 倫理的配慮

第3節 結果 74

1. 施設長が捉える施設内虐待の発生要因
2. 施設内虐待防止に向けた有用な取組み
3. 施設内虐待防止の取組みを実施する上での困難な点

第4節 考察 81

1. 施設長が捉える施設内虐待の発生要因
2. 施設内虐待防止に向けた取組みの有用性と阻害要因

第5節 結論 84

終章 介護老人福祉施設における虐待防止に向けた セルフチェックシステムの提案 . . . 86

第1節 介護老人福祉施設における虐待防止に向けた セルフチェックシステムの必要性 . . . 86

1. 本研究結果から得られた介護老人福祉施設における虐待の発生要因
2. 本研究結果から得られた介護老人福祉施設における虐待防止策の課題
3. 施設内虐待防止のための既存のチェックリストとシステムの実態

4. 施設内虐待防止に向けたセルフチェックシステムの提案

第2節 本研究の課題と今後の展望 97

1. 本研究の意義
2. 本研究の課題
3. 今後の研究の展望

謝辞 100

引用・参考文献一覧 101

構成論文一覧 113

図表一覧 114

参考資料 117

序章 本研究の背景と目的

日本における高齢者虐待は、厚生労働省(2022)によると、家庭内虐待が相談・通報件数 3万5774件、そのうち虐待判断件数は1万7281件であるのに対し、施設内虐待は、相談・通報件数2097件、そのうち虐待判断件数は595件である。このように、施設内虐待は、家庭内虐待と比較すると、相談・通報件数、虐待判断件数共に圧倒的に少ない。しかし、本研究対象である介護老人福祉施設は、利用者に対して、専門的介護サービスを提供する施設である。さらに、社会福祉士や介護福祉士等の国家資格有資格者(専門職)が配置されており、このような施設において、虐待事案が存在することはあってはならないと考える。

以上のことから本研究では、虐待を根絶できていない要因を探求解明し、必要な防止策を提示することを目的とする。そこで、序章では、まず研究の背景として、英米における高齢者虐待防止の政策的取組みの変遷及び高齢者虐待の定義について整理する。また、日本における高齢者虐待研究の動向と併せて高齢者虐待防止法の特徴についても示す。その上で、本研究の目的と方法等について記す。

第1節 研究の背景

高齢者虐待防止についての取組みは、アメリカを中心に始まった。そこで、まず研究の背景として、英米における高齢者虐待防止の政策的取組みの変遷と、高齢者虐待の定義について概観する。その上で、日本における高齢者虐待研究の動向と併せて高齢者虐待防止法の特徴について整理する。

1. 英米における高齢者虐待防止に関する取組みの変遷

「虐待」が社会問題として顕在化するようになったのは、「児童虐待」が嚆矢と考えることができる。19世紀のイギリスにおける過酷な児童労働(長時間にわたる年少者の工場労働や煙突掃除等:climbing boys)や劣悪な救貧院での処遇等の児童を酷使した状況は、「児童虐待」そのものであった(田澤2006:48)。児童保護を目的とした1833年工場法の制定によって、過酷な労働から多少保護されるようになったが、虐待防止ではなく教育的側面を強化した法律であった。その後、イギリスで児童虐待問題への関心が高まったのは1870

年代であり、1883年には「児童虐待防止協会」(Society for Prevention of Cruelty to Children)が設立された。そして、1889年に「児童虐待防止法」(Prevention of Cruelty to children Act)が制定された(櫻谷 2009 : 36)。

他方、アメリカでも同様に、1960年代前半に児童虐待を深刻な社会問題として認められるようになり、その問題への対応を法制化した。その後、配偶者間の虐待(domestic violence: ドメスティック・バイオレンス)が取り上げられるようになった(多々良 2003a : 340)。このように、「虐待」の社会問題化は、英米における「児童虐待」から始まっており、続いて「配偶者虐待」が認識されるようになった。そして、アメリカにおける1978年のドメスティック・バイオレンスの公聴会の中で、はじめて「高齢者虐待」が社会問題として捉えられた(多々良 2003a : 339)。

*Encyclopedia of Social Work 19th Edition (1995 : 837-9)*によると、アメリカにおける高齢者虐待に関する取組みは、連邦政府よりも州レベルで先行していた。1980年代初頭までに、すべての州に高齢者虐待防止プログラムの根拠となる成人保護サービス(Adult Protective Services ; 以下、APS と略す。)が確立していた。しかし、各州間で統一されたAPSの提供モデルは存在せず、虐待の統一された定義もないため、APSに基づく高齢者虐待防止における取組みは、高齢者の年齢の定義や通報システム、虐待防止プログラム等の内容など、州によって異なっている。

連邦政府では、1987年の議会において、高齢アメリカ人法(The Older Americans Act)の一部としての「高齢者の虐待、ネグレクト、搾取の防止」と題する連邦プログラムを承認したが、予算措置はなされなかったと指摘されている。連邦政府レベルで高齢者虐待への対応が制度化されたのは、1992年の高齢アメリカ人法(The Older Americans Act)⁽¹⁾の改正時である。同法第7条の「社会的に弱い立場にある高齢者の権利擁護活動(The Vulnerable Elder Rights Protection Activities)」において、高齢者虐待に関する具体的な連邦プログラムが法的に規定され、1993年に全国高齢者虐待センター(National Center on Elder Abuse : 以下、NCEA と略す。)を設立された。さらに、2000年に、高齢アメリカ人法が再び改正され、州に対し虐待に対する法的支援と裁判所との連携を促進することが求められた。

以上のように、アメリカにおける高齢者虐待に関する取組みは、連邦レベルでの取組みと州レベルでの取組みの二本立てで実施されている。特に、各州レベルにおけるAPSには、高齢者虐待対応のソーシャルワーカーが配置されており、虐待問題の対応や臨床サービス

の提供、被害者ケアのためのフォローアップサービス、介護家族間の危機的状況を解決するための支援等を行っている (*Encyclopedia of Social Work 20th Edition, 2008: 114-5*)。

他方、イギリスでは、アメリカと比較すると、高齢者虐待の社会問題としての認識は遅れ、1990年代から高齢者虐待に関する実態調査が実施された。その後、英国老年医学会 (British Geriatrics Society) とエイジコンサーン (Age Concern) ⁽²⁾、英国看護協会 (Royal College of Nursing) 等の各専門職団体が、虐待についてのそれぞれの指針を出し、高齢者虐待防止の取組みが活発化したが、多くの自治体は虐待についての手続きや方針を整備していない状況であった。その後、1993年に民間非営利の全国組織である Action on Elder Abuse (以下、AEA と略す。) が、高齢者虐待防止に関心をもつ保健福祉分野の専門職、研究者、民間団体の代表を中心に組織された。AEA は、高齢者虐待防止のための一般の人々の啓発、高齢者虐待に関する教育と研究の推進、情報収集と発信に力を入れている組織である (黒田 2004: 43-4)。

以上のように、イギリスは高齢者虐待防止のための民間組織は発展しており、世界的にも影響力があるが、高齢者虐待のための特別な法律や虐待通報制度は存在しておらず、各自治体に任されている現状がある。

2. 高齢者虐待の定義及び分類

高齢者虐待の定義及び分類は、国によっても異なっており、明確に定まっていない。表 1 は、アメリカ及びイギリス、そして WHO 等における高齢者虐待の定義及び分類を示したものである。

前述したように、アメリカでは州によって虐待の定義が異なっているものの、多くの類似点が存在する。*Encyclopedia of Social Work 19th Edition (1995: 384-5)* によると、身体的虐待とネグレクトは全ての州の定義に含まれており、ほぼ全て州が、金銭的または物質的な搾取 (経済的虐待) を高齢者の虐待の一形態として認識されている。また、セルフネグレクトも大多数の州が定義に加えているが、性的虐待や心理的または感情的な虐待などを定義に加えている州は、少数である。しかし、ニューヨークなどの一部の州では、積極的ネグレクト (介護者がサービスまたはケアの推敲を医的に怠ること) と消極的ネグレクト (介護者が不十分な知識等によりサービスまたはケアの遂行を意図的でなく怠ること) を区別している。さらに、「搾取」とは、高齢者の金銭や財産の不正または不適切な使用を指している州が多いが、例えばアイオワ州等は、性的虐待のような人の搾取も含め定

義している。このように、虐待の分類は各州間で類似性がみられるが、定義の解釈の仕方は異なっている。

表 1 虐待の定義及び分類

| | 虐待の定義及び分類 |
|--|--|
| 全米高齢者虐待問題研究所 (the National Aging Resource Center on Elder Abuse ; NCEA) | <p>①身体的虐待:身体的傷害,痛み,または機能障害を引き起こす身体的暴力</p> <p>②性的虐待:高齢者とのあらゆる種類の合意に基づかない性的接触</p> <p>③感情的または心理的虐待:脅迫,屈辱,またはその他の言語的または非言語的虐待行為による精神的または感情的な苦痛</p> <p>④ネグレクト:介護者が介護の義務または義務を履行することを故意または不本意に放棄した場合</p> <p>⑤金銭的または物質的な搾取:高齢者の許可されていない資金,財産の使用</p> <p>⑥セルフネグレクト:自分自身による健康や安全を脅かす虐待的または怠慢な行為</p> <p>⑦その他のタイプ:最初の6つのカテゴリーに属さない他のすべてのタイプの高齢者虐待。</p> |
| 高齢アメリカ人法 (The Older Americans Act)第 102 条 | <p>傷害,不当な監禁,脅迫,または結果として生じる身体的危害または痛み,または精神的苦痛を伴う残酷な故意の侵害,またはネグレクト(身体的危害,精神的苦痛,または精神的病気を避けるために必要なサービスの世話人(介護者)による剥奪)。</p> |
| イギリス Action on Elder Abuse (AEA) | <p>高齢者虐待は,高齢者に危害や苦痛をもたらす,信頼が期待される関係の中でも発生する,単一または繰り返しの行為,または適切な行動の欠如。</p> |
| 高齢者虐待防止国際ネットワーク (INPEA) | <p>①身体的虐待,②心理的または感情的な虐待,③金銭的または物的虐待,④性的虐待,⑤ネグレクト</p> |
| WHO (2002) | <p>高齢者虐待は,ネグレクト,身体的虐待,心理的虐待,経済的虐待,その他の重大な虐待があり,虐待の種類に関係なく,不必要な苦痛,怪我や痛み,人権の喪失や侵害,高齢者の生活の質の低下をもたらす。</p> |
| WHO (2008) | <p>高齢者虐待は,高齢者の健康と幸福に深刻な影響を及ぼし,身体的,言語的,心理的・感情的,性的,経済的など,さまざまな形をとることがある。そして,人権侵害であり,怪我,病気,生産性の低下,孤立,絶望の重大な原因となるものである。</p> |

注:筆者(小南佐智)整理

WHOは、表1のとおり、1995年にイギリスのAEAによって開発された高齢者虐待の定義を採用している(WHO2008;拙訳)。その後、WHOの2002年の報告書では、高齢者虐待の定義に加え、「それらの行動が虐待的、怠慢、搾取的と判断されるかどうかは、虐待が発生する頻度、その期間、重症度と結果、文化的背景に依存する」と説明している(WHO2002;拙訳)。1995年と2002年の定義と比較すると、具体的な虐待の分類が含まれている一方で、虐待の判断は、画一的な基準を設けることが難しいことを示している。

WHOの具体的な高齢者虐待の分類は、AEAによって開発され、国連の諮問機関でもある高齢者虐待防止国際ネットワーク(International Network for the Prevention of Elder Abuse;以下、INPEAと略す。)によって採用された①身体的虐待、②心理的または感情的な虐待、③金銭的または物的虐待、④性的虐待、⑤ネグレクトの5分類を提示している。

さらにWHO(2008)では、高齢者虐待の分類として、身体的、言語的、心理的・感情的、性的、経済的虐待の5分類を提示した上で、高齢者虐待は人権侵害であり、怪我、病気、生産性の低下、孤立、絶望の重大な原因となると記している。つまり、これまでの定義と比べて、より深刻な人権侵害であることを明記し、高齢者虐待が被虐待者に及ぼす影響も示唆している。

以上のように、高齢者虐待の定義及び分類は、身体的虐待、心理的虐待、経済的虐待、性的虐待、ネグレクトの5つに分類されているものが多く、日本の定義も影響を受けていることが分かる⁽³⁾。

3. 日本における高齢者虐待防止の取組み

(1) 高齢者虐待防止法制定の背景

日本では、高齢者虐待防止策として、2005(平成17)年11月に成立し、2006(平成18)年4月から施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、高齢者虐待防止法と略す。)がある。この法制定の背景としては、「高齢者のための国連原則」や「介護保険法」では、高齢者の尊厳を保障しなければならないことを謳っているにもかかわらず、家庭や介護施設等で高齢者虐待が表面化したことにある。特に、2000(平成12)年の介護保険法施行後、居宅サービスには社会福祉法人以外の民間事業者も参入し、サービス利用者・事業者ともに増大した。その結果、職員の人材不足や専門性が欠如した事業者も増え、不適切なケアや虐待等が生じてきた。これらの状況を踏まえ、高齢者虐待防止法は、高齢者の尊厳の保持し、権利を守ることを目的として制定された。

そして、尊厳の保持を妨げる高齢者虐待の防止のために必要な措置を定めている。

(2) 高齢者虐待防止法の特徴

高齢者虐待防止法の特徴としては、次の7点が示されている（認知症介護研究・研修仙台センター2009：2）。すなわち、①高齢者虐待を初めて定義したこと、②高齢者虐待の早期発見・早期対応を主眼としていること、③養護者による虐待（以下、家庭内虐待と記す。）と養介護施設従事者等による虐待（以下、施設内虐待と記す。）に分けて定義したこと、④高齢者を養護する者の支援も施策の柱の1つとしていること、⑤経済的虐待の防止も施策の1つに取り挙げていること、⑥住民に身近な市町村を虐待防止行政の主たる担い手として位置づけていること、⑦法施行後に検証を重ねることが予定されていること、である。

特に、高齢者虐待防止法は、虐待の定義を明確化してはいるが、虐待者を罰することを目的とした制度ではなく、⑥に示されているように、家族や従事者といった高齢者に関わる者が、虐待を防ぐことができるよう支援すること掲げていることだといえる。そのため、高齢者虐待防止法には、保健・医療・福祉関係者の責務や通報の義務（第21条第1項）を定めていることと併せて、通報等を行うことは、守秘義務に妨げられないこと（第21条第6項）や、通報したことによる不利益な扱い（解雇、昇格、減給など）の禁止（第21条第7項）が規定されている。

さらに、児童虐待防止法やDV防止法と異なり、③の養護者による虐待と養介護施設従事者等による虐待を分けて定義したことも着目すべき点の1つである。平田（2007：8）の指摘のとおり、虐待事件は、閉鎖的な状況化で発生しやすいため、そのような環境に置かれた施設では虐待が発生しやすく、さらに施設内虐待は、介護ストレスを正当化できない専門職が行っている点で、養護者による虐待とは全く意味が異なる。

⑦については、定義の妥当性といった観点から、法改正の必要性を示唆する研究もあるが、法施行後18年が経過した2022（令和4）年現在、改正は一度も行われていない。

4. 日本における高齢者虐待研究の変遷

(1) 高齢者虐待防止法制定以前の研究の変遷

日本における高齢者虐待研究は、1990年代前後から取り組まれてきた。その萌芽をたどると、在宅の高齢者虐待の実態把握を通して、①虐待の分類（定義）に関する研究や②高齢者虐待の発生要因に関する研究が中心である（金子1987、高齢者処遇研究会1995、武田

1994, 高崎ら 1998, 大國 1997, 高齢者処遇研究会 1998, 上田ら 1998, 多々良 2003b 等)。

①虐待の分類(定義)に関する研究については, 2006 年の高齢者虐待防止法制定以前は, 高齢者虐待の定義を法上の定義と同じ, 身体的虐待, 性的虐待, 心理的虐待, 経済的虐待, 介護等の世話の放棄の 5 分類とした研究(高齢者処遇研究会 1995, 大國 1997, 多々良 2003b) や, これの定義に「自虐・自己放任, 過干渉など」のセルフネグレクトや 5 分類に当てはまらない「その他」を追加して提示した研究(高崎ら 1997, 高齢者処遇研究会 1998) がある。また, これらの分類とは異なり, 他者の分類では心理的虐待に含まれている内容を, 言語的虐待と心理的虐待のように, 言葉と態度によるものを分けている点や, その行為が意図的か無意図的かについても分類し, 具体的に表記した研究(上田ら 1998) も存在する。

②高齢者虐待の発生要因に関する研究については, ①において示した研究を通して, 家庭内の虐待要因についても指摘している。具体的には, 発生要因として, 家族間の「人間関係の不和」と「介護に伴う介護者の心身の疲労」を挙げ, 虐待の背景には, 家族間の家庭問題や経済問題等があることの指摘(高齢者処遇研究会 1994) や, 高齢者側の要因, 加害者側の要因, 両者の人間関係及び社会的支援の状況が相互に関係しながら生じることを指摘した研究(高崎ら 1998) 等がある。また, 大國(1997) や上田ら(1998) は, 家族間の人間関係の不和と加害者(介護者側)の介護負担等が発生要因になると指摘している。

③施設内虐待に関する研究については, 田中らの高齢者処遇研究会(2000)による全国調査が最も古い。この研究では, 虐待者を他の利用者, 職員, 家族に分けて検討し, 他の利用者による身体的虐待や職員による心理的虐待の実態を示している。虐待者を施設職員に限定していない点が特徴的である。

以上のように, 高齢者虐待防止法制定以前は, 家庭内の虐待の実態把握から発生要因分析に焦点を当てた研究が中心であり, 施設内虐待についての研究はごく少数である。また虐待防止に向けた取組みについての研究等は必ずしも十分に行われていない。虐待の分類についても, 高齢者虐待防止法の 5 分類に加え, 自己放任(セルフネグレクト)や 5 分類のどれにも当てはまらないものをその他として, 定義に含めている。この特徴は, 第 1 節 2 で述べた諸外国の定義と類似しており, 日本の虐待の定義が, 山本(2014)が示唆するように, 英米の影響を受けているからだといえる。

(2) 高齢者虐待防止法制定以降の研究の変遷

高齢者虐待防止法制定以降の高齢者虐待に関する研究としては, ①高齢者虐待防止法上

の定義の妥当性に関する研究（河野 2008，萩原 2009，中村 2012，任 2014 等）や、②家庭内虐待の実態研究及び発生要因に関する研究（橋本ら 2009，藤江 2009，大越・田中 2010，柴田 2012 等），③虐待防止に向けた自治体の取組みに関する研究（山口 2006，坂田 2006，水上・黒田 2010 等），④セルフネグレクトに関する研究（岸ら 2011，津村 2009，野村ら 2014 等），⑤施設内虐待の要因に関する研究（西元ら 2007，吉川・加藤 2007，大村 2010，松下ら 2010，松本 2015 等），⑥施設内虐待の防止に関する研究（永島ら 2010，加賀谷・大和田 2010，土屋 2014 等）が行われている。

1) 家庭内虐待に関する研究

高齢者虐待防止法の定義の妥当性については，河野（2008）は，5 分類に該当しない虐待規定を設ける必要性や，不適切ケアも含めた検討の必要性を提示している。また，中村（2012）も，虐待の防止と減少を目的とするならば，その他の類型を設ける必要性を掲げている。さらに，任（2014）は，高齢者虐待防止法における定義は，明確さや精密さが欠如しており，虐待の判断を難しくしている点や，不適切ケアの存在，人権侵害が含まれていないことを指摘し，「準虐待」として，尊厳の侵害，役割の侵害，自律の侵害，交流の侵害を提起している。

家庭内虐待の発生要因についての研究は，虐待者と被虐待者の共依存関係（難波ら 2006）や家族病理（佐々木ら 2006），家族意識（三浦 2008）など家族関係に焦点が当てられている。また，虐待者の特徴（鶴沼・関根 2007）や虐待者である息子の特徴について論じた研究（大島 2010）もある。そのため，家庭内虐待を防止していくためには，その家庭に関わる専門職が発生要因となる家族関係や介護者の状況を把握し，虐待の兆候を察知していくことが求められる。したがって，家庭内虐待の防止策に関する研究としては，民生委員の役割（柴田 2008），地域包括支援センターの役割（山下 2008），虐待防止のための専門職のスキルや虐待の認識（一瀬 2009，松岡・生野 2011），介護支援専門員の役割（柴田 2010，本郷 2017）について着目されている。

2) 施設内虐待に関する研究

施設内虐待に関する研究については，家庭内虐待に関する研究と同様に，虐待の発生要因や防止策についての研究が存在するが，家庭内虐待に関する研究と比較すると研究数は少ない。

研究対象も虐待者として最も多い「介護職員」に焦点を当てた研究が中心であり、介護職員以外の職員も研究対象とした研究は、西元ら（2007）、大和田（2007）、岩沢ら（2009）、松本・今井（2013）、田中・望月（2012）、吉田（2016b）と実施数は少ない。虐待者の職種は、「介護職」が他の職種と比較して圧倒的に占める割合が高く、直接的なケアを担う介護職員の虐待防止策を検討することも重要である。

しかし、介護職員による虐待の発生件数は、職員配置基準の影響もあることや、施設内虐待の発生要因は、介護職員の個人に起因するものに限定されないため、施設内虐待防止のに向けた研究は、職員を限定しない施設組織を対象とした研究が必要であると考えられる。

5. 日本における施設内虐待の実態と防止策の特徴

2006年の高齢者虐待防止法施行以降、厚生労働省は、毎年、同法に基づく対応状況等に関する調査結果（以下、厚労省調査結果と略す。）を発表している。その調査結果によると、施設内虐待は、相談・通報件数及び虐待判断件数、共に増加傾向である。

最新の2021年度の厚労省調査結果では、相談・通報件数2097件、そのうち虐待判断件数は595件を記録している。これに対し、家庭内虐待は相談・通報件数3万5774件、そのうち虐待判断件数は1万7281件である（表2）。このように、施設内虐待は、家庭内虐待と比較すると、相談・通報件数、虐待判断件数共に圧倒的に少ない。その要因としては、家庭内虐待の相談・通報者は、「警察」が最も多く（1万1978人；31.2%）、次いで「介護支援専門員」（9760人；25.4%）となっており、虐待の相談通報を、家庭外の第三者が行っていることにある。

表2 家庭内虐待及び施設内虐待の相談通報件数と虐待対応件数の推移

| | | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 家庭内虐待 | 相談通報件数 | 18,390 | 19,971 | 21,692 | 23,404 | 25,315 | 25,636 | 23,843 | 25,310 | 25,791 | 26,688 | 27,940 | 30,040 | 32,231 | 34,057 | 35,776 |
| | 虐待判断件数 | 12,569 | 13,273 | 14,889 | 15,615 | 16,668 | 16,599 | 15,202 | 15,731 | 15,739 | 15,976 | 16,384 | 17,078 | 17,249 | 16,928 | 17,282 |
| 施設内虐待 | 相談通報件数 | 273 | 379 | 451 | 408 | 506 | 687 | 736 | 962 | 1,120 | 1,640 | 1,723 | 1,898 | 2,187 | 2,267 | 2,093 |
| | 虐待判断件数 | 54 | 62 | 70 | 76 | 96 | 151 | 155 | 221 | 300 | 408 | 452 | 510 | 621 | 644 | 596 |

注：2022年厚労省調査結果を基に筆者作成

他方、施設内虐待は、詳細は第1章で示すが、「当該施設職員」が最も多く（637人；26.7%）、次いで「当該施設管理者等」（346人；14.5%）となっている。つまり、施設内

虐待の相談通報者は、内部告発によるものが中心であり、厚労省調査結果で明らかになっている施設内虐待の実態は、ごく一部しか捉えられていない可能性がある。

さらに、施設内虐待の虐待者である施設職員は、家庭内虐待の虐待者とは異なり、専門職として施設に勤務し、サービスを提供している。専門職として、本来高い権利擁護意識が求められるにもかかわらず、虐待が生じている点が問題である。このように、施設内虐待は、安心安全が保障されるべき社会福祉施設で起こっていることや、介護の専門職が虐待をしていること、そして多くの利用者やその家族に対して心身の被害を生じさせることなど（平田 2007：8）から、早急に防止策を講じる必要がある。

以上のような状況を鑑み、厚生労働省は 2015 年度以降、各都道府県知事に対し、「高齢者虐待の状況等を踏まえた高齢者虐待の再発防止、対応の強化に関する通知」を出し、その通知において、自治体を通し、定期的な研修の実施や苦情処理体制の運用、メンタルヘル스에配慮した職員面談等の組織的な対応、業務管理体制の点検と改善等に務めることなど、各施設が実施すべき施設内虐待防止策を示しているが、高齢者虐待は依然として増加傾向のままである。

なお、2021（令和 3）年 4 月 1 日より、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」が施行され、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが義務づけられた。3 年の経過措置期間が設けられているため、2021 年からの 3 年間は努力義務として施行され、2024 年以降は義務化させることとなり、さらなる虐待防止体制の強化が各施設に求められることになった。

第 2 節 研究目的及び研究対象

1. 研究目的

介護老人福祉施設は、利用者に対して、専門的介護サービスを提供する施設である。そのため、利用者からすれば、そこでのサービスは良質であり、安全・安心なサービスが提供されなければならない。しかし、厚生労働省の「高齢者虐待防止法」に基づく対応状況等に関する調査結果によると、介護老人福祉施設における虐待は、増加傾向にある。本来、社会福祉士や介護福祉士等の国家資格有資格者（専門職）が配置されている介護老人福祉

施設において、虐待事案が存在することはあってはならないのである。

当然のことながら、同法施行後、行政及び施設が虐待の根絶（防止・予防も含む）に取り組んでいることは承知している。しかし、施設内虐待が根絶できていないことは、その方法に問題があるからではないか、すなわち虐待防止策の取組みがトップダウン方式に留まっていることが、虐待の防止と根絶できていない要因であると推察する。なお、この点に関して、先行研究ではこれまで十分に検討されていない。

以上のことから、本研究では、第一に、トップダウン方式の防止策が機能していない実態を探究解明するために、介護老人福祉施設における施設内虐待の発生要因と防止の取組み課題を明らかにすることを目的とする。

第二に、第一の研究結果を踏まえ、各施設の実態に応じた虐待防止策を実施していくために、セルフチェックシステムを提案することを目的とする。これは、各施設の抱える課題をセルフチェックで明確にし、その結果を基に施設内の課題改善に取り組むボトムアップ方式によるシステム体系で示す。しかし、このようなセルフチェックシステムに関する先行研究はなく、本研究で新たに提案する。

2. 研究対象

研究対象は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の職員とする。その設定理由は、前述した厚生労働省調査結果における施設・事業所別の虐待は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が 29.5%で最も多く、15年間を通して、毎年3割程度は介護老人福祉施設において施設内虐待が発生していることにある。

また、介護老人福祉施設は、原則要介護度3以上の要介護者を対象としており、自分自身で身を守ることや意思表示をすることができない利用者も多数存在する。そのため自らの意思で虐待から逃れることが難しいことや、虐待の発見が遅れてしまう可能性が高いため、利用者の生活環境である施設側から防止策をアプローチする必要がある。

さらに、虐待者の職種は、「介護職」が他の職種と比較して圧倒的に占める割合が高いが、前述したように介護職員による虐待の発生件数は、職員配置基準の影響もあることや、職員全体に焦点を当てた先行研究は少ないため、本研究では、職種を限定しない。

3. 本研究の独自性

本研究の独自性について、次の2点を挙げる。

第一に、今まで先行研究では明らかにされてこなかったトップダウン型の虐待防止策が機能していない要因として、量的調査分析（第3章）、自由記述分析（第4章）を通して、施設内虐待の発生要因を明らかにする。また、質的調査（第5章）より施設内の虐待防止に向けた取組み課題を明らかにする。

第二に、施設職員の認識・実態に応じた防止策を実施していくために、セルフチェックシステムを提案する。提案するセルフチェックシステムは、各施設の抱える課題をセルフチェックで明確にし、その結果を職員間で共有し、職員自らが施設内の課題改善に取り組むボトムアップによるシステム体系を築く。このようなセルフチェックシステムに関する先行研究はなく、本研究にて新たに提案していくものである。

第3節 研究課題と研究方法及び論文構成

研究目的を達成するために、次の4点を研究課題とした。また、本研究では、文献研究、量的調査研究、質的調査研究の3つの方法を用いた。

1. **研究課題①**: 厚労省調査結果及び先行研究を整理し、その結果に基づいた施設内虐待の実態及び発生要因を示す。また、国の通知、法制度、先行研究等における施設内虐待防止策を把握し、課題を示す。

研究課題①については、文献研究を行った結果を第1章及び第2章に述べた。厚生労働省における我が国の虐待の実態を踏まえ、先行研究等を概観し、施設内虐待の発生要因と防止策について整理を行った。その上で、施設内虐待の防止の取組み課題を提示した。

2. **研究課題②**: 介護老人福祉施設に対する実態調査を通して、職員間の比較を行い、施設内虐待の発生要因を示す。

研究課題②については、九州の介護老人福祉施設における施設長・生活相談員・主任介護職員に対する郵送調査の研究結果を、第3章及び第4章に述べた。

まず、第3章では、施設内虐待の要因の中の「組織マネジメントの要因」（施設の組織体制に対する認識の実態）と「職員の個人的要因」（不適切ケアに対する認識及び遭遇した経験、業務上の意識）に対する介護老人福祉施設の3職種の認識の把握と比較を実施した。量的研究を行い、各質問項目の職種間の認識の差を明らかにするために、 χ^2 検定（両側）と残差分析を行った。

さらに、主任介護職員のみデータを抽出し、虐待遭遇経験と不適切ケアに関する意識の関連について分析した。分析方法は、虐待遭遇経験と不適切ケアに対する認識の関係を明らかにするために、 χ^2 検定（両側）を用いた。

第4章では、調査票の自由記述結果を用いて、3職種が捉える施設内虐待の発生要因と防止策について、認識内容の把握と比較を行った。研究方法は、質的調査研究で、自由記述をテキストマイニングで分析、抽出語を共起ネットワークで表記し、カテゴリー化を行い、職種間比較を行った。

3. **研究課題③：介護老人福祉施設の施設長に対するインタビュー調査を通して、施設内虐待防止に向けた取組み課題を示す。**

研究課題③については、A県内における介護老人福祉施設10施設の施設長に対してインタビュー調査を行い、施設内虐待防止に向けた取組みの有用性及び阻害要因を検討した結果を第5章に述べた。研究方法は、質的調査研究であり、半構造化インタビューの結果を、定性的コーディングを用いて分析した。

4. **研究課題④：(1)～(3)の研究結果を踏まえ、施設内虐待防止に向けた「セルフチェックシステム」を提案する。**

研究課題④については、上記(1)～(3)の研究結果を基に、介護老人福祉施設における虐待の発生要因と防止の取組み課題を示した。その上で、施設内虐待防止に向けた「セルフチェックシステム」の必要性とそのシステムの具体的な提案内容について、終章で述べた。

上記の内容の論文構成を図1に示す。

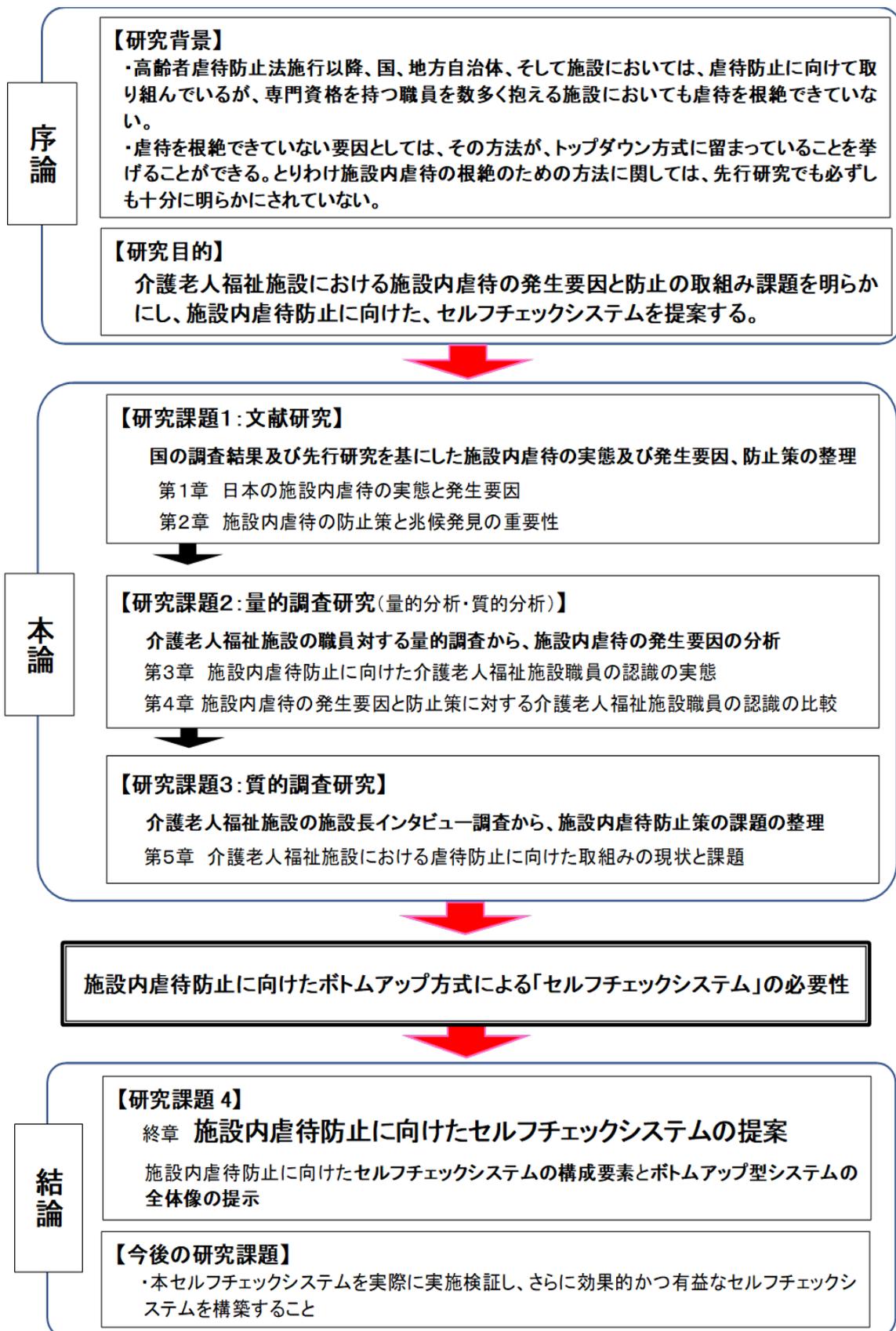


図1 本論文の構成

なお、本研究における用語の操作的定義は次のとおりである。

①介護老人福祉施設

本研究では、介護老人福祉施設を対象とするが、地域密着型介護老人福祉施設を含めて、介護老人福祉施設と表記する。

②施設内虐待

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下、高齢者虐待防止法）に基づく、介護老人福祉施設、有料老人ホーム等の「養介護施設」及び介護保険法に規定される居宅サービス等の「養介護事業」の業務に従事する者による高齢者虐待を総称して、本研究では「施設内虐待」と定義する。

③不適切ケア

柴尾（2008）が示している「高齢者虐待の構造は、『不適切ケア』の連続線上にある」ことを踏まえ、本研究における「不適切ケア」とは、「高齢者虐待防止法第2条5に定められた虐待と判断することはできないが、利用者への配慮が欠けており、その行為の積み重ねにより虐待の兆候となる行為」と定義とする。

【注】

- (1) 高齢アメリカ人法（The Older Americans Act）は、1965年に制定された高齢者の権利擁護を謳った法律。
- (2) 日々の介護サービスや中高齢者への、様々な情報発信をサービスの中心としている民間非営利団体。
- (3) 2006（平成18）年に制定されたわが国の高齢者虐待防止法では、養護者による虐待と養介護従事者による虐待に区分し、虐待の種類を「身体的虐待」、「介護・世話等の放棄・放任（ネグレクト）」、「心理的虐待」、「性的虐待」、「経済的虐待」の5つに分類し定義している。

第1章 日本における施設内虐待の実態と発生要因

本章では、はじめに、日本における施設内虐待の実態について把握するために、厚労省調査結果を基に、15年間の推移とその特徴を整理する。

次に、先行研究等から、現在明らかになっている施設内虐待の発生要因について記す。

第1節 日本における施設内虐待の実態

－高齢者虐待防止法施行後15年間の推移－

厚生労働省は、高齢者虐待防止法施行以降、毎年、同法に基づく対応状況等に関する調査結果を発表している。本節では、2006年度から～2020年度までの厚労省調査結果を基に、本研究に関連のある項目について、15年間の推移について述べる。なお、表の特徴的な数値には、色付けで示す。

1. 相談・通報件数及び虐待判断件数と虐待判断率

施設内虐待の相談・通報件数及び虐待判断件数の推移を図1-1に示した。高齢者虐待防止法施行後、相談・通報件数、虐待判断件数共に、14年間増加し続けている。調査開始時の2006年度と最新の2019年度を比較すると、相談・通報件数、虐待判断件数共に、10倍程度増加している。2020年度は、相談・通報件数、虐待判断件数がやや減少している。それは、新型コロナウイルス感染症の影響に伴い、デイサービス等の通所サービスが一部休止されたことや入所施設が面会謝絶となり、相談・通報につながらなかったことが理由として考えられる。また、表1-1の相談・通報者において、「家族・親族」の割合が2020年度において減少していることも、相談・通報件数が減少した理由を示している。

さらに、相談・通報された件数(A)のうち、虐待と判断された件数(B)の割合を判断率として示した。判断率に着目すると、2007年度と2015年度は、前年度より減少しているが、全体的に見ると増加傾向である。通報・相談件数が減少した2020年度も、虐待判断率は減少していない。

以上のことから、施設内虐待は増加傾向にあることが分かる。この実態は、高齢者虐待防止法施行以降、高齢者虐待に関する認識が高まった結果とも考えられるが、虐待判断率

も増加傾向にあることから、実質的に施設内虐待が増加していると捉えることができる。

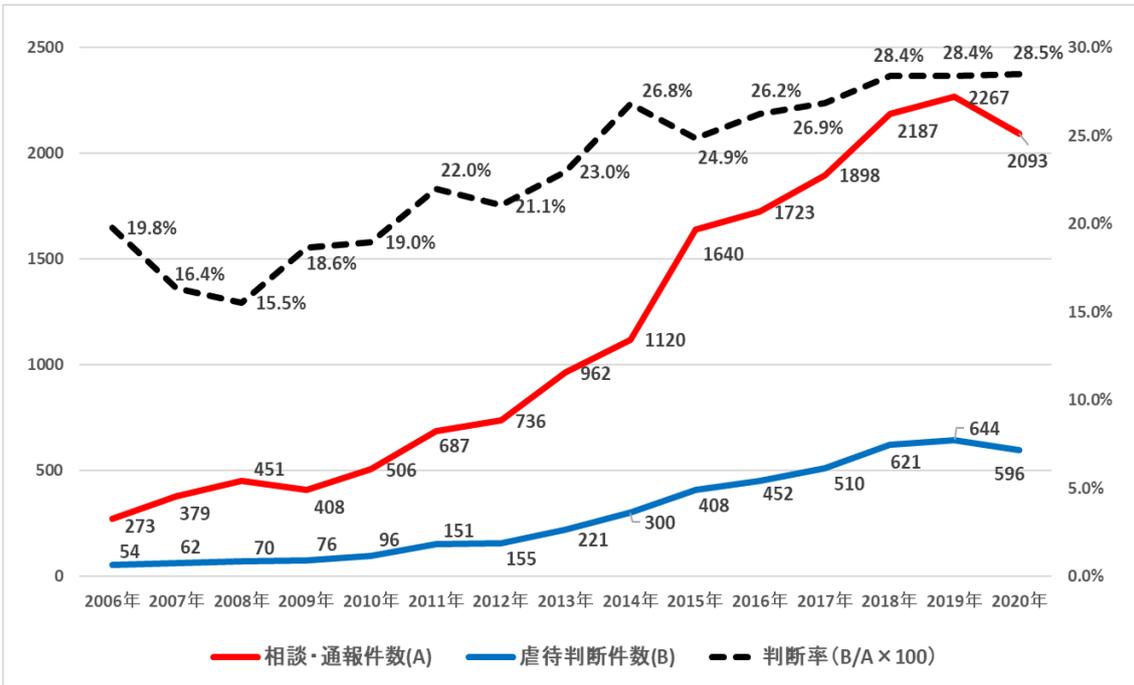


図 1-1 相談・通報件数及び虐待判断件数と虐待判断率

注：2006 年度～2020 年度厚労省調査結果を基に筆者作成

2. 相談・通報者の実態

高齢者虐待防止法では、前述したように施設職員の早期発見の責務（第 5 条）や通報義務（第 21 条第 1 項）、通報を行うことは守秘義務に妨げられないこと（第 21 条第 6 項）、通報したことによる不利益な取り扱いが禁止されること（第 21 条第 7 項）が定められている。つまり、高齢者虐待防止法では、施設職員に早期発見や通報を行う役割を規定するとともに、早期発見・通報をする職員を擁護する仕組みを作っている。

しかし、施設内虐待の相談・通報者の実態については、表 1-1 のとおり、2009 年度以降、「当該施設職員」が最も多いが、3 割程度にとどまっている（2014 年以降の「当該施設管理者等」も含む）。加えて、「当該施設元職員」によるものも、14 年間を通して 1 割程度存在しており、施設を退職後に相談・通報していることから、法で守られていても、職員にとって相談・通報することの難しさが存在していることがうかがえる。

入所施設は、動もすると閉鎖空間にあるため、施設職員以外の他者の目が届きにくい現状がある。早期発見を行うためには、職員の通報意識を高めることと併せて、施設組織と

して不適切ケアの段階で問題を認識し、改善していく必要がある。

表 1-1 相談・通報者の実態

| | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 本人による届出 | 11(3.8%) | 20(4.6%) | 14(2.8%) | 14(3.1%) | 24(4.2%) | 18(2.4%) | 18(2.1%) | 24(2.1%) |
| 家族・親族 | 67(23.1%) | 97(22.5%) | 156(30.8%) | 105(23.2%) | 132(23.0%) | 187(25.2%) | 177(20.5%) | 221(19.2%) |
| 当該施設職員 | 63(21.7%) | 99(22.9%) | 116(22.9%) | 123(27.2%) | 176(30.7%) | 209(28.2%) | 258(29.9%) | 403(34.9%) |
| 当該施設元職員 | 29(10.0%) | 47(10.9%) | 56(11.1%) | 51(11.3%) | 68(11.9%) | 102(13.8%) | 103(11.9%) | 116(10.1%) |
| 当該施設管理者等 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| その他 | 120(41.4%) | 169(39.1%) | 164(32.4%) | 159(35.2%) | 173(30.2%) | 225(30.4%) | 306(35.5%) | 390(33.8%) |
| | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | |
| 本人による届出 | 28(2.1%) | 46(2.4%) | 36(1.8%) | 43(2.0%) | 51(2.0%) | 41(1.6%) | 63(2.6%) | |
| 家族・親族 | 247(18.9%) | 385(20.0%) | 350(17.6%) | 460(20.9%) | 493(19.7%) | 499(18.9%) | 332(13.9%) | |
| 当該施設職員 | 314(24.0%) | 420(21.9%) | 464(23.4%) | 510(23.2%) | 541(21.6%) | 628(23.8%) | 637(26.7%) | |
| 当該施設元職員 | 148(11.3%) | 193(10.0%) | 164(8.3%) | 169(7.7%) | 190(7.6%) | 188(7.1%) | 237(9.9%) | |
| 当該施設管理者等 | 155(11.9%) | 225(11.7%) | 244(12.3%) | 296(13.4%) | 384(15.3%) | 401(15.2%) | 346(14.5%) | |
| その他 | 416(31.8%) | 653(34.0%) | 726(36.6%) | 723(32.8%) | 847(33.8%) | 885(33.5%) | 775(32.4%) | |

注：2006年度～2020年度厚労省調査結果を基に筆者作成⁽¹⁾

3. 介護老人福祉施設における虐待発生状況

介護老人福祉施設における虐待発生状況は、2006年度、2009～2020年度では、「特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）」が最も多く、15年間を通して、毎年約3割は、介護老人福祉施設において施設内虐待が発生している。

介護老人福祉施設は、施設の特徴として、要介護度が高く、認知症を発症した利用者が多く入居している。そのため、自らの意思で虐待から逃れることが難しいことや、利用者自らが、自身の権利を主張することが難しいために、虐待の発見が遅れてしまう可能性が高い。また、施設の特徴として、職員以外の外部の目が届きにくい現状がある。したがって、このような入所施設で虐待を防止してゆくためには、利用者の生活環境である施設職員側からの積極的なアプローチが必要である。

表 1-2 虐待の事実が認められた施設・事業所の種別

| | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|
| 特別養護老人ホーム | 19(35.2%) | 17(27.4%) | 21(30.0%) | 23(30.3%) | 28(29.2%) | 45(30.0%) | 46(29.7%) | 69(31.2%) |
| 介護老人保健施設 | 10(18.5%) | 9(14.5%) | 11(15.7%) | 11(14.5%) | 17(17.7%) | 17(11.3%) | 14(9.0%) | 26(11.8%) |
| 介護療養型医療施設 | 0(0.0%) | 2(3.2%) | 0(0.0%) | 2(2.6%) | 1(1.0%) | 1(0.7%) | 2(1.3%) | 3(1.4%) |
| 認知症対応型共同生活介護 | 10(18.5%) | 19(30.6%) | 22(31.4%) | 17(22.4%) | 21(21.9%) | 36(24.0%) | 41(26.5%) | 34(15.4%) |
| 有料老人ホーム | 7(13.0%) | 7(11.3%) | 0(0.0%) | 7(9.2%) | 8(8.3%) | 18(12.0%) | 11(7.1%) | 26(11.8%) |
| その他 | 8(14.8%) | 8(12.9%) | 16(22.9%) | 16(21.1%) | 21(21.9%) | 33(22.0%) | 41(26.5%) | 63(28.5%) |
| | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | |
| 特別養護老人ホーム | 95(31.7%) | 125(30.6%) | 124(27.4%) | 155(30.4%) | 217(34.9%) | 190(29.5%) | 168(28.2%) | |
| 介護老人保健施設 | 35(11.7%) | 37(9.1%) | 52(11.5%) | 53(10.4%) | 50(8.1%) | 72(11.2%) | 50(8.4%) | |
| 介護療養型医療施設 | 3(1.0%) | 6(1.5%) | 0(0.0%) | 3(0.6%) | 7(1.1%) | 4(0.6%) | 2(0.3%) | |
| 認知症対応型共同生活介護 | 40(13.3%) | 65(15.9%) | 66(14.6%) | 73(14.3%) | 88(14.2%) | 95(14.8%) | 83(13.9%) | |
| 有料老人ホーム | 67(22.3%) | 85(20.8%) | 120(26.5%) | 110(21.6%) | 143(23.0%) | 178(27.6%) | 161(27.1%) | |
| その他 | 60(20.0%) | 90(22.1%) | 90(19.9%) | 116(22.7%) | 116(18.7%) | 105(16.3%) | 131(22.0%) | |

注：2006年度～2020年度厚生労働省調査結果を基に筆者作成⁽²⁾

4. 虐待判断事例における過去の監査等による指導歴の実態

虐待の事実が認められた施設・事業所のうち、過去に監査等による指導（虐待以外の事案に関する指導等を含む）を受けている施設の実態が、表 1-3、表 1-4 である。この結果については、厚生労働省は 2012 年度以降から明らかにしていることと、2020 年度は質問形式が変更されたため、過去 8 年間の傾向を示す。

過去の指導歴の有無については、8 年間平均して 3 割弱の施設が、過去に指導を受けている（表 1-3）。

指導内容としては、虐待防止や身体介助の研修体制や不適切ケア、事故報告の遅れ等に関するもののほか、人員基準違反や介護報酬・利用料に関する指導、衛生管理面、記録整備等に関するものが挙げられている。さらに、過去にも虐待が発生している施設が 2015 年度では 23%、2016 年度では 17.1%を占めている。過去に虐待に関する通報等対応歴がある施設と合算すると、2 割程度存在しており、一度指導を受けても、その後施設の体制等が改善されてない状況がうかがえる（表 1-4）。

2020 年度の調査結果においても、虐待があった施設・事業所のうち、過去に虐待が発生していた割合は 15.6%、過去に指導を受けていた割合は 25.7%であったことが示されて

おり、過去 8 年間と同様の傾向を示している。

表 1-3 虐待判断事例における過去の指導歴の有無

| | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| なし・不明 | 116(74.8%) | 167(75.6%) | 221(73.7%) | 286(70.1%) | 335(74.1%) | 353(69.2%) | 421(67.8%) | 445(69.1%) | 442(74.3%) |
| あり | 39(25.2%) | 54(24.4%) | 79(26.3%) | 122(29.9%) | 117(25.9%) | 157(30.8%) | 200(32.2%) | 199(30.9%) | 153(25.7%) |

注：2006 年度～2019 年度厚労省調査結果を基に筆者作成

表 1-4 虐待判断事例における過去の指導内容

| | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 虐待歴あり | 3(7.7%) | 3(5.6%) | 4(5.1%) | 28(23.0%) |
| 過去に虐待に関する通報等対応あり | - | 7(13.0%) | 2(2.5%) | 6(4.9%) |
| 苦情対応あり | 10(25.6%) | 9(16.7%) | 11(13.9%) | 24(19.7%) |
| 事故報告あり | 4(10.3%) | 2(3.7%) | 1(1.3%) | 8(6.6%) |
| 指導あり | 25(64.1%) | 40(74.1%) | 59(74.7%) | 47(38.5%) |
| 身体拘束に関する減算・指導あり | - | - | - | - |
| 監査・立ち入り検査等の実施あり | - | - | - | - |
| その他 | 4(10.3%) | 2(3.7%) | 4(5.1%) | 19(15.6%) |

| | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 |
|------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| 虐待歴あり | 20(17.1%) | 16(10.2%) | 20(10.0%) | 23(11.6%) |
| 過去に虐待に関する通報等対応あり | 9(7.7%) | 20(12.7%) | 9(4.5%) | 29(14.6%) |
| 苦情対応あり | 26(22.2%) | 34(21.7%) | 30(15.0%) | 34(17.1%) |
| 事故報告あり | 4(3.4%) | 2(1.3%) | 2(1.0%) | 5(2.5%) |
| 指導あり | 60(51.3%) | 75(47.8%) | 121(60.5%) | 108(54.3%) |
| 身体拘束に関する減算・指導あり | 3(2.6%) | 4(2.5%) | 6(3.2%) | 11(5.5%) |
| 監査・立ち入り検査等の実施あり | 4(3.4%) | 18(11.5%) | 16(8.0%) | 11(5.5%) |
| その他 | 3(2.6%) | 18(11.5%) | 3(1.5%) | 11(5.5%) |

注：2006 年度～2019 年度厚労省調査結果を基に筆者作成

5. 厚労省調査結果に基づく施設内虐待の特徴

上記 (1) ～ (4) を踏まえ、厚労省調査結果に基づく日本の施設内虐待の特徴は、次の 4 点を挙げることができる。

第一に、相談・通報件数及び虐待判断件数は増加傾向であり、虐待判断率も増加していることから、実質的に施設内虐待は増加していることである。

第二に、相談・通報者は、当該施設職員による内部通告は 3 割程度にとどまっており、

法で守られていても、職員にとって相談・通報することの難しさが存在していることある。

第三に、施設内虐待の約 3 割は介護老人福祉施設で発生しており、自らの権利を主張することが難しい高齢者の多くが虐待の被害者になっていることである。

第四に、虐待が発生している施設は、過去に監査や通報等により指導を受けている施設が 3 割程度存在し、そのうち虐待事例が発生していた施設が 2 割程度ある。つまり、一度指導を受けても、その後施設の体制等が改善されず、同じ施設で虐待が繰り返されている状況があることである。

以上のような、施設内虐待の実態を踏まえた虐待防止策を構築する必要がある。

第 2 節 施設内虐待の発生要因

1. 厚労省調査結果における施設内虐待の発生要因と推移

厚労省調査結果における、2012~2020 年度の施設内虐待の発生要因は、**表 1-5** のとおりである。

発生要因として最も多いのは、「教育・知識・介護技術等に関する問題」であり、2012 年から 2019 年において 6 割程度を占めている。次いで、「職員のストレスや感情コントロールの問題」が挙げられており、2 割以上を占めており、職員の個人的要因が 8 割を占める結果となっている。

表 1-5 施設内虐待の発生要因

| | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 教育・知識・介護技術等に関する問題 | 78(55.3%) | 128(66.3%) | 184(62.6%) | 246(65.6%) | 289(66.9%) |
| 倫理感や理念の欠如 | 16(11.3%) | 20(10.4%) | 20(6.8%) | 29(7.7%) | 54(12.5%) |
| 職員のストレスや感情コントロールの問題 | 42(29.8%) | 51(26.4%) | 60(20.4%) | 101(26.9%) | 104(24.1%) |
| 人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ | 14(9.9%) | 23(11.9%) | 15(5.1%) | 29(7.7%) | 38(8.8%) |
| 虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ | 14(9.9%) | 25(13.0%) | 17(5.8%) | 22(5.9%) | 25(5.8%) |
| 虐待を行った職員の性格や資質の問題 | 40(28.4%) | 20(10.4%) | 29(9.9%) | 38(10.1%) | 52(12.0%) |
| その他 | - | - | - | 8(2.1%) | 9(2.1%) |
| | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | |
| 教育・知識・介護技術等に関する問題 | 303(60.1%) | 358(58.0%) | 366(56.8%) | 290(49.2%) | |
| 倫理感や理念の欠如 | 58(11.5%) | 66(10.7%) | 75(11.6%) | 102(17.3%) | |
| 職員のストレスや感情コントロールの問題 | 133(26.4%) | 152(24.6%) | 170(26.4%) | 132(22.4%) | |
| 人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ | 38(7.5%) | 66(10.7%) | 81(12.6%) | 63(10.7%) | |
| 虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ | 37(7.3%) | 62(10.0%) | 132(20.5%) | 87(14.7%) | |
| 虐待を行った職員の性格や資質の問題 | 28(5.6%) | 51(6.3%) | 59(9.2%) | 57(9.7%) | |
| その他 | 21(4.2%) | 19(3.3%) | 10(1.6%) | 19(3.2%) | |

注：2006年度～2020年度厚生労働省調査結果を基に筆者作成

他方、「人員不足や人員配置の問題関連する多忙さ」は8年間平均して1割程度であり、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係性の悪さ」は、2012～2018年度までは1割以下であり、2019年度のみ2割を占めている。

以上の結果を踏まえると、施設内虐待は、虐待を起こした職員の個人的要因が理由により発生していると捉えることができる。しかし、この厚生労働省の調査結果は、吉田(2016a:39)も指摘するように、市町村が虐待と判断し都道府県に報告した内容(任意記載)を分析し、カテゴリー化したものであり、施設内虐待の発生要因の全容を捉えているとは言い難い。

2. 先行研究における発生要因の整理

施設内虐待の発生要因に関する研究は、様々な実態調査から発生要因を捉える研究が複数実施されてきた。研究の対象は、序章でも指摘した通り、介護職員を対象とした研究が中心であり、単一の発生要因に着目した研究や、実態調査から複数の発生要因を指摘した研究が存在する。これらの先行研究を整理すると、高齢者処遇問題研究会(2000)やBuzgová(2009)等によって提示された(1)職員の要因、(2)組織の要因、(3)利用者の

要因の3要因に分類することができる。

(1) 職員の要因

職員の要因としては、施設で行われているケアを虐待（不適切ケア）として職員が認識することができない「虐待の認識不足」がある（有馬 2006, 西元ら 2007, 山田・橋本 2012 等）。職員が虐待を認識できない理由は、次の2点が挙げられる。

第一に、実際の現場では、高齢者虐待防止法に定義された5つの虐待に含まれていない人権侵害や不適切ケア等が存在していることがある（武田 2010）。そのため、虐待の認識は個人差が大きく、同じ行為に対しても虐待か不適切ケアかの職員の判断に違い出ている（土屋 2014）。

第二に、「職員の倫理観の欠如」である。倉林（2009）は、介護専門職が「虐待」行為を『虐待』と認識できない、「虐待」とある程度認識しつつ、その行為を行ってしまうことがあり得るとすれば、それは「介護」に携わる専門職意識、あるいは、専門職としての倫理観の欠如であると指摘している。そのため、虐待は、判断の難しさはあるが、職員の倫理観の欠如によって認識できていないと捉えることができる。

また、「職員の専門性の欠如」も指摘されている。先に述べた職員の倫理観の欠如も専門性の欠如に含まれる⁽³⁾が、高齢者の介護に携わる職員として、本来習得しておくべき知識や介護技術等の欠如が指摘されている（西元ら 2007, 岸ら 2010）。具体的には、認知症等の疾患に関する知識不足（高齢者処遇問題研究会 2000, 認知症介護研究・研修仙台センター2007）や、利用者よりも、施設の都合や家族の意向を優先する（倉林ら 2014）といった利用者本位の考え方に沿った介護が行われていない状況も専門性の欠如に該当する。

さらに、「感情コントロールの問題」（岸ら 2010）や「人間性」（認知症介護研究・研修仙台センター2014）といった職員の「適性の問題」（高齢者処遇問題研究会 2000）も職員の要因に含まれる。

(2) 組織の要因

「組織の要因」としては、「人員不足」（有馬 2006, 松下ら 2010, 柴尾 2008 等）を指摘する研究が多数存在する。実際、介護労働安定センター（2019）の「事業所における介護労働実態調査（事業所調査）」によると、介護サービスに従事する従業員の不足感

は、全体で 65.3%であり、特に介護職員の不足感は年々上昇していることが明らかになっている⁽⁴⁾。これに伴い、業務多忙や勤務体制⁽⁵⁾等の「労働環境」の問題も挙げられている(西元ら 2007, 岸ら 2010)。

また、職員間で施設の理念が共有できていない状況(認知症介護研究・研修仙台センター2008)や上司の指導力不足、職員研修の不足(高齢者処遇問題研究会 2000)の指摘もあることから、「組織体制」の問題も組織の要因の1つである。

さらに、施設内の「職員間の関係性」の問題を指摘した研究もある。例えば、「職員同士で注意できない、慣れ合いのような関係性」(斎藤 2008)や、「組織として個人の意見が反映しづらい状況」(河野・桜井 2018)、「職員間の上下関係・人間関係」(藤江 2016)といった職員間のコミュニケーションが上手くいかない「組織風土の問題」も組織の要因と捉えることができる。「組織風土の問題」については、「処遇方針の不明確さ」(西元 2007)や「運営姿勢の問題」(柴尾 2009)についての指摘もある。

(3) 利用者の要因

「利用者の要因」としては、「認知症高齢者の BPSD の問題」を挙げた研究が多い(松下ら 2008, 吉川 2010, 岸ら 2010, 松本 2019)。認知症の理解や対応の難しさ、利用者からの暴言暴力といった介護の困難性が発生要因として指摘されている。

しかし、「利用者の要因」については、虐待要因を明らかにする目的が組織的・社会的観点から虐待防止・対応策を検討するためならば、利用者要因をあえて設定する意義は乏しく、「利用者の理解不足」として、組織あるいは職員の要因と位置付けることが妥当だとする考え方もある(原田 2014)。これに対し、松本(2019)は、実態として BPSD 等認知症と因果関係のない利用者および家族からの暴言・暴力やハラスメント、過度な要求等も存在していることから、単に職員の専門性の欠如といった職員個人の資質の問題とするのは拙速であると指摘している。このため、施設内虐待の防止策を講じていく際には、「利用者の要因」も捉える必要があると考える。

(4) 職員のストレス

虐待の発生要因としては、職員のストレスも着目されている。

ストレスの内容も様々であり、職員の個人的要因に伴うストレスのみでなく、職員間のコミュニケーション不足に伴うストレス(三好 2009)、対人関係に伴うストレス(横山

2019), BPSD に対するストレス (松本 2015) なども指摘されている。「組織の要因」, 「職員の要因」, 「利用者の要因」に伴うストレスが増加するにより, 施設内虐待の発生要因となる。

3. 先行研究から明らかになった施設内虐待の発生要因

前述した 1 及び 2 までの先行研究等を踏まえ, 施設内虐待の発生要因を再考すると, 「組織マネジメントの要因」, 「職員の個人的要因」, 「利用者の要因」と, その 3 要因から生じる「職員の業務に伴うストレスの増加の要因」と捉えることができる (図 1-2)。

「組織マネジメントの要因」は, 組織体制 (理念の共有・職員教育・委員会等の組織化等) における問題, 運営体制 (勤務体制・人員配置・給与等) における問題, 組織風土 (運営姿勢・職員同士の関係性・コンプライアンス等) における問題等, 施設における組織マネジメントの不全から派生する要因である。

「職員の個人的要因」は, 虐待 (不適切ケア) の認識の問題, 職員の倫理観 (虐待防止意識・人権意識) の欠如, 専門性の欠如 (知識不足・ケアの質の低下), 適性の問題が挙げられる。

「利用者の要因」は, 認知症 (BPSD) の特性, 利用者・家族からの暴言暴力や過度な要求等が挙げられる。

以上の 3 要因は, 職員, 組織, 利用者といった単一の要因のみで捉えるのではなく, 構造的な問題として捉える必要性 (柴尾 2007) も指摘されていることから, 各要因同士が互いに影響を及ぼし, その関係性から虐待の発生要因が生じることもある。そのため, 図 1-2 では, 3 要因を双方向の矢印で示した。

さらに「組織マネジメントの要因」, 「職員の個人的要因」, 「利用者の要因」から「職員の業務に伴うストレスを増加」させ, さらなる虐待の要因となると考える。

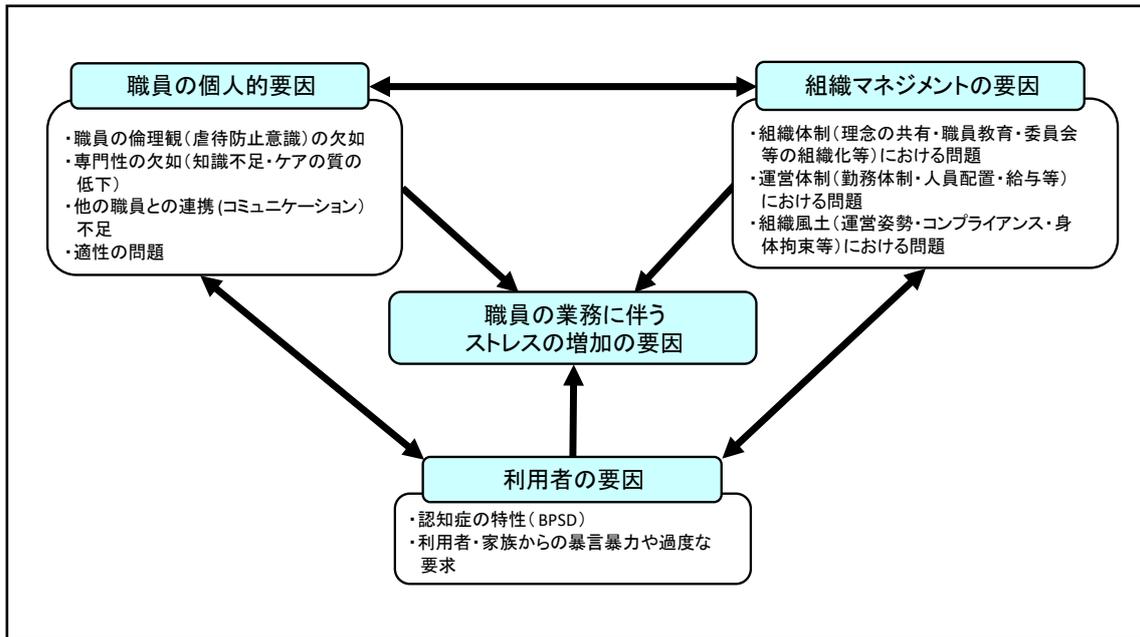


図 1-2 施設内虐待の要因（先行研究を基に筆者作成）

注：松岡佐智・本郷秀和（2020）「介護老人福祉施設における施設内虐待防止に向けた課題－施設内虐待の要因に対する施設長・生活相談員・主任介護職員の認識の比較－」『高齢者虐待防止研究』, 16(1), p.56 を一部改変。

【注】

- (1) 施設内の職員の状況について把握するために、施設外の職員は、「その他」として合算し、再集計して示した。
- (2) 施設・サービス種別については特徴を理解するために、上位 5 つまでを表記し、その他の施設・サービスは、「その他」として合算し、再集計して示した。
- (3) 職員の倫理観の欠如については、「職員の人権意識の低さ」（大和田 2007, 山田 2012）も指摘されている。
- (4) 施設における職員の人員不足感が高まる中で、厚生労働省（2021）の「第 8 期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」では、2023 年度には約 233 万人、2025 年度には約 243 万人、2040 年度には約 280 万人の介護職員の確保が必要だと公表している。2019 年度の 211 万人と比較すると、2023 年度までには約 22 万人、2025 年度までには約 32 万人、2040 年度までには 69 万人の増員が必要となる。国は、①介護職員の処遇改善、②多

様な人材の確保・育成，③離職防止・定着促進・生産性向上，④介護職の魅力向上，⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組むとしているが，今後も職員の人員不足は継続すると推測できる。

- (5) 介護老人福祉施設の「職員配置基準」は，介護職員は，利用者3人に対し，常勤換算で1人以上配置することになっている。ユニット型施設では，1ユニット(利用者10名位程度)に対して1名以上で対応している。夜勤時は，日中よりも職員配置人数は減少し，入所者25名以下の場合，1名以上の配置，26～60名：2名以上，61～80名：3名以上，81～100名以下：4名以上の配置となり，ユニット型施設は，2ユニットに1名以上の職員配置となる。特に，夜勤時等は，一人ひとりが担わなければならない仕事量や責任が増え，身体的，精神的負担が増すことにより，入居者へのきめ細やかなケアよりも，時間的短縮や省力化が優先されてしまう可能性や，過度のストレスが，利用者に対する不適切ケアや虐待につながる危険性もある。

第2章 施設内虐待の防止策と 兆候発見を支える組織体制の必要性

本章では、まず、施設内虐待の防止策について、第一に、介護老人福祉施設に課された虐待防止に関連する法令について述べる。第二に、厚生労働省が2015年以降、各都道府県知事に対し、「高齢者虐待の状況等を踏まえた高齢者虐待の再発防止、対応の強化に関する通知」（以下、厚労省通知と略す。）の内容を概観し、その特徴を示す。第三に、これまでの先行研究において提示された虐待防止策について整理を行う。

次に、虐待は顕在化する前に、その兆候の段階で発見することが重要であることから、虐待の兆候発見を高めるための組織体制のあり方について示唆を得るために、筆者らが実施した地域包括支援センターの調査結果⁽¹⁾について着目する。

第1節 施設内虐待の防止策

1. 法令等に基づく施設内虐待防止策

介護老人福祉施設が施設サービスの質の確保・向上、そして施設内虐待を防止するための施策としては、行政による指導監査、第三者評価、苦情解決制度の整備、介護サービス相談員派遣事業等のオンブズマンの活用等が挙げられる。

通常、行政による指導監査は、原則として2年に1回実施され、施設に対する実地指導は1か月前に予め通知によって知らされる。そのため、事前の準備が可能となっているが、高齢者虐待が疑われる場合は、指導開始日に書面によって通知される。つまり、いわゆる抜き打ち検査が可能となっている。

利用者及び家族からの苦情処理の体制整備については、高齢者虐待防止法第20条において義務付けられているが、第三者評価やオンブズマンの活用も含めて、これらの取組みは、施設間によって取組み状況の格差が大きく、必ずしも有効な防止策とは言い難い。

法令等に基づく施設内虐待防止策としては、(1)「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」に基づく「虐待の防止のための措置」、(2)「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」に基づく「身体拘束の適正化」と介護報酬における「身体拘束廃止未実施減算」、(3)労働安全衛生法に基づく「ス

トレスチェック制度」が挙げられる。

(1) 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」に基づく「虐待の防止のための措置」

2021年4月1日に「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」が施行され、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、「虐待の防止のための措置」として、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが義務づけられた。3年の経過措置期間が設けられているため、2021年からの3年間は努力義務として施行され、2024年以降は義務化させることとなり、さらなる虐待防止体制の強化が各施設に求められることになっている。

(2) 「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」に基づく「身体拘束の適正化」と介護報酬における「身体拘束廃止未実施減算」

本基準の第11条第4項では、サービスの提供に当たっては、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないと定めている。

しかし、緊急やむを得ず、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないとしている。

さらに、身体的拘束等の適正化を図るため、①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3か月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること、②身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること、③介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施することが定められている。なお、これらを実施していない場合は、介護報酬における「身体拘束廃止未実施減算」が適応される。減算の対象となった場合は、速やかに都道府県等へ改善計画を提出し、事実が生じた月から3か月後に改善計画に基づく改善状況を報告することが必要とされている。

(3) 労働安全衛生法に基づく「ストレスチェック制度」

2014年に「労働安全衛生法の一部を改正する法律」が制定され、心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）及びその結果に基づく面接指導の実施等を内容

としたストレスチェック制度が新たに創設された。

本制度は、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気づきを促すとともに、職場改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって労働者がメンタルヘルス不調となることを未然に防止することを目的としている。この制度により、2015年12月より常時50名以上の従業員が勤務する事業場を有する事業主に、該当する事業場に勤務する従業員に対して、年1回のストレスチェック制度を実施することが義務付けられている⁽²⁾。

ストレスチェックを実施した場合には、事業者は、検査結果を通知された労働者の希望に応じて医師による面接指導を実施し、その結果、医師の意見を聴いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならない。

以上のような、介護老人福祉施設に適用される法令は、施設内虐待防止策に寄与すると考えられるが、トップダウンの防止策であるため、施設長等の組織幹部の考え方の影響を受けやすく、施設内の全職員に対する抑止力にはなり難いのではないかと考える。

2. 厚生労働省による「高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）」の変遷

厚生労働省は2015年以降、各都道府県知事に対し、「高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）」（以下、厚労省通知と略す。）を出している。その通知では、各施設が実施すべき施設内虐待防止策を示している。その中における施設内虐待防止に関する内容を抽出したものが表2-1である。

厚労省通知の特徴としては、第一に、「研修の実施」に重点を置いている点である。ただし、虐待防止策として実施すべき研修の内容としては、身体拘束、虐待に関する研修、法制度の理解、介護に関する実践的手法の修得法、怒りの感情のコントロール等を含むストレスマネジメント等、年々具体的に示している。また2017年以降の通知では、施設長や指導的立場にある職員に対する研修の必要性を明記しており、施設内虐待の発生要因である「組織マネジメントの要因」を解決していく上で重要な役割を担う存在と捉えていることが推測される。

第二に、虐待の抑止力及び早期発見のための「第三者による介入の必要性」を挙げている点である。2020年度通知では、「介護相談員制度」の充実を掲げ、介護相談員を介護サービス相談員へ改称し、利用者目線の明確化や、介護相談員にかかわる研修の充実等が挙

げられている。施設の閉鎖的な空間が、虐待の発見及び通報を阻害していると捉え、第三者である外部の目を積極的に導入することの必要性を示している。さらに、2021年度及び2022年度の通知においても、介護保険の地域支援事業の任意事業である介護サービス相談員派遣事業の実施を促進している⁽³⁾。

第三に、2021年度からは、運営基準の改正に伴い、「虐待防止体制の整備」を強調している。運営基準が改正され、指針の整備や研修の実施等、虐待防止体制整備が義務付けられたことが影響として考えられるが、先行研究において明らかになっているように、組織体制や運営体制、組織風土といった「組織マネジメントの要因」を改善していく必要性が強く認識された結果とも捉えることができる。

表 2-1 厚生労働省における施設内虐待防止に向けた通知の内容（抜粋）

| 年 度 | 施設内虐待防止に向けた通知内容（抜粋） |
|--------|---|
| 2015年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・メンタルヘル스에配慮した職員面談等を組織的に対応すること。 ・高齢者権利擁護等推進事業を積極的に活用し、施設の指導的立場にある職員等の研修の機会を確保すること。 ・施設におけるストレスを軽減するとともに、介護の質を向上させる仕組みづくりを施設全体が一丸となって取り組むこと。 ・施設が自ら企画した研修を定期的実施すること。 ・苦情処理体制を施設長等の責任の下で運用すること。 ・メンタルヘル스에配慮した職員面談等を組織的に対応すること。 ・業務管理体制について、常に自主的に点検し、必要に応じて体制の見直しや運用の改善に努めること。 |
| 2016年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設職員の研修等に重点的に取り組むこと。 ・高齢者虐待の兆候をきめ細かく把握し、早期発見につなげること。 |
| 2017年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設に対し外部の目（地域住民、介護相談員等）を積極的に導入し、虐待等の抑止、早期発見につなげること。 ・施設長等を対象にした身体拘束、虐待に関する研修を各自治体が行い、各施設内での適切な研修、職員へのストレス対策を行うこと。 |
| 2018年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設長等向け研修の「権利擁護推進員研修」により、施設長等が職員のストレス対策（怒りの感情のコントロールを含むストレスマネジメント等）を行うこと。 |
| 2019年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設長や指導的立場にある職員を対象にした研修の実施（法制度の理解、介護に関する実践的手法の修得法、怒りの感情のコントロール等を含むストレスマネジメント等）。 |
| 2020年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・「介護相談員制度」を充実させ、第三者である外部の目を積極的に導入すること。 |
| 2021年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・運営基準の改正に伴い、虐待防止体制等を整備すること。 ・「介護サービス相談員」を活性化させること。 |
| 2022年度 | <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止体制を確実に整備すること。 ・虐待防止に係る計画策定及び評価（PDCAサイクル）の計画的な実施。 ・介護サービス相談員派遣事業等の推進。 |

注：厚生労働省『「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」の結果及び養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）」（2015～2022）、「養介護施設従事者等による高齢者虐待の再発防止及び有料老人ホームに対する指導の徹底等について」の9つの通知を基に筆者作成。

3. 先行研究における施設内虐待防止策の整理

これまで先行研究等で示されてきた施設内虐待の防止策は、実態調査を踏まえた上で必要な防止策を提示した研究が中心である。

第一に、前述した厚労省通知と同様に、「研修の必要性」を指摘した研究が複数存在するが、その内容は多様である。例えば、職場内協働や促進や対人関係のスキル向上を目的とした「コミュニケーションスキル」の研修（加賀谷・大和田 2010, 土屋 2014, 横山 2019）や、虐待の発生要因に示されていた通り、利用者の BPSD に対して、職員が理解や対応の難しさを抱えていることから、「利用者の BPSD の理解」についての研修の必要性も指摘されている（松本 2015）。

また、職員のストレスやバーンアウトを防ぐための取組みも実施しなければ、虐待行為への高い意識（虐待の抑止力としての効果）を維持させることが困難である（松本 2015）ことから、ストレスマネジメントの方法などを理解し実践できる「メンタルケア（ストレス対策）」の研修の必要性（加賀谷・大和田 2010, 松本 2015, 吉田 2016b, 松本 2019）も挙げられている。

第 1 章で述べたように、虐待の発生要因としては、職員の個人的要因として、虐待（不適切ケア）の認識の問題、職員の倫理観（虐待防止意識・人権意識）の欠如、専門性の欠如（知識不足・ケアの質の低下）が指摘されていた。厚労省通知（2019）においても「虐待に関する法制度の理解」や「介護に関する実践的手法の修得法」にいての研修実施の必要性が提示されている。しかし、施設内虐待防止策に関する先行研究においては、これらの内容は抽出できなかったことから、土屋（2014）が示唆するように、「介護サービス情報」の評価項目にもなっている「身体拘束廃止に関する研修」や「虐待防止などの研修」が現場において定着していることが推察できる。

第二に、「研修」と併せて、「組織マネジメントの改善」を防止策として掲げた研究も複数存在する。具体的には、施設職員全体で理念の共有を行うために「組織ミッションの明確化」（土屋 2014）や、職員が気持ちに余裕をもち業務を遂行できるように「人員の増加」（吉田 2016b）や「業務の見直し」（永島ら 2010）の必要性が指摘されている。

また、利用者との関係性・言葉遣いなどに対して職員間で注意できるような「組織風土の改善や相談できる環境づくり」（吉田 2016b）、「職員間のコミュニケーションの場の確保」（岸ら 2010）、「スーパービジョン体制の構築」（加賀谷・大和田 2010）等の必要性も提示されている。

以上のように、施設内虐待の防止策についての先行研究は、「研修」と「組織マネジメントの改善」が挙げられているが、実態調査から明らかになった発生要因を踏まえ、防止策としてその必要性を提示するに留まっている。実践的な虐待防止策として介入方法やプロセス等を示した研究は少なく、土屋（2019）の「解決志向アプローチを援用した高齢者介護施設における虐待予防研修プログラム」と、落合ら（2021）による「『虐待を生み出す要因を構造的に理解するための研修プログラム』と『不適切なケアを低減するための研修プログラム』をセットにした『介護老人福祉施設介護職員向けの虐待予防研修』の2点である。

しかし、藤江（2015）が指摘するように、施設職員は経験や技量、知識に差があるため、ただ単に研修を実施するだけでは効果は期待できず、施設の職員全体や施設的环境、利用者の状況等を的確に把握して、状況に即した研修を実施していかなければならない。そのため、虐待防止策として有効な研修を実施するためには、各施設組織や職員が抱える課題を明確にした上で実施する必要がある。加えて、研修に限定するのではなく、各施設の実情に応じた施設の組織マネジメントの改善も必要である。

以上のことから、先行研究では、施設の実態を把握した上で、各発生要因に応じた対応策（研修や組織マネジメントの改善）を示す包括的な虐待防止策の研究は取り組まれておらず、これらの検討が喫緊の課題であると考えられる。

第2節 虐待の兆候発見を支える組織体制の必要性

ー地域包括支援センターにおけるインタビュー調査結果を基にしてー

1. 不適切ケアの特徴と兆候発見の必要性

施設内虐待を捉える上で、虐待と不適切ケアの概念の関係性について理解する必要がある。不適切ケアの明確な定義や基準は存在していないが、柴尾（2008）の概念が、多くの資料や先行研究等で用いられている。柴尾（2008）は、高齢者虐待の構造は、不適切ケアの連続線上にあり、顕在化していない虐待や身体拘束・抑制を「潜在的虐待」とし、虐待かどうかのグレーゾーンとして示している。

また、柴尾（2008）の概念を基に、認知症介護研究・研修仙台センター（2009）が、不

適切なケアを底辺とする高齢者虐待の概念として、施設・事業所向けの学習テキストに掲載している。それには、明確に「虐待である」と判断できる行為の周辺には、判断に迷う「グレーゾーン」が存在し、その底辺には不適切なケアがあると捉えている。そのため、施設内虐待の問題は、不適切なケアの段階から連続的に考える必要性を示している。

以上のことから、施設内虐待の防止するためには、不適切ケアや虐待に至る前の兆候の段階で発見することが必要である。また、介護老人福祉施設は、閉鎖的な空間であるため、施設職員や利用者及び家族以外が発見し、相談・通報している実績は少ない。そこで、虐待の兆候発見を高めるための示唆を得るために、家族内虐待の虐待防止策の1つである介護支援専門員と地域包括支援センターの連携の実態について着目する。

2. 虐待の兆候発見を支える組織体制

(1) 家庭内虐待における介護支援専門員の役割

家族内虐待における高齢者虐待の相談・通報者は、「介護支援専門員」（以下、CMと略す。）が多く（25.4%）⁽⁴⁾、発見上の重要な役割を果たしている。CMは、利用者及び介護者の両者の身近に存在する専門職であり、且つサービス事業者からの報告を受ける機会もあるため、虐待につながる兆候を発見できる立場にある。先行研究においても、家族介護の負担増大等を原因とする虐待の発生では、その前段階でのCM等による「気づき」が重要であることなどが指摘されている（加藤・矢吹 2011：12）。

しかし、CMの虐待兆候の認識は高いとはいえないこと（本郷 2017a）や、CM自身が虐待の判断・認識に戸惑いを感じている状況も示唆されている（本郷 2017b）。

以上の実態を踏まえ、家庭内虐待におけるCMの兆候発見を向上するために、地域包括支援センターとの連携の必要性が示されている。

(2) 地域包括支援センターにおけるインタビュー調査結果からの示唆

松岡ら（2018）が実施した地域包括支援センターにおけるインタビュー調査結果によると、地域包括支援センターが地域のCMの高齢者虐待の発見力（兆候発見）を向上させるために実施している取組みとして、地域包括支援センター側からCMに働きかけ、連携しやすい関係性の構築が明らかになっている。

また、虐待に関するCMが抱えやすい悩みとして、利用者本人や家族（虐待者）との関係が壊れること、被虐待者、虐待者の双方に問題があることの2点が挙げられ、この2点

は CM が地域包括支援センターに相談・通報することの阻害要因として示されていた。このことから、地域包括支援センターと CM との良好な関係性は、虐待の早期発見につながることも示唆された。

さらに同調査結果では、CM によって虐待の認識や対応における姿勢が異なることや CM の専門職としてのスキル不足があること、CM と家族（虐待者）の距離感の近いことに伴い、センターへの相談・通報を阻害していること等も明らかになっている。施設内虐待とも共通するが、家庭内虐待には簡単に判別できないグレーゾーンが多いことや高齢者に対する不適切な扱いや望ましくない扱いが虐待の発端になる（大谷 2006）。そのため、地域包括支援センターと CM、関係機関における虐待の認識及び虐待兆候の認識に対する判断基準の共有化や CM の権利擁護の視点に基づいた専門職のスキルの向上に関する研修を強化していく必要性が示されている。

以上のことから、家庭内虐待においては、その兆候発見者として CM が重要な役割を果たしており、その CM を支える役割を地域包括支援センターが担っている。CM と地域包括支援センターの良好な連携体制は、虐待の早期発見につながっていることから、施設内虐待においても、施設内の職員同士の良好な関係性は、虐待の兆候発見に寄与すると考える。

ただし、CM と地域包括支援センターは別組織であり、介護老人福祉施設等の職員同士の関係性とは異なる。職員同士で注意できない、慣れ合いのような関係性の場合、不適切ケアは放置されやすく、虐待にも発展しやすいという指摘（斎藤・白濱 2008）からも、職員間で注意できるような関係性（吉田 2016b）が必要である。加えて、CM と地域包括支援センターのような異なる立場の者に対して、職員が業務上の悩みやストレスについて気軽に相談できる体制の構築（例えば、産業医や外部コンサルタント等）も必要であると考える。

【注】

- (1) この調査では、家庭内虐待の主要な対応機関である地域包括支援センター側（権利擁護担当職員）の視点から、地域包括支援センターと介護支援専門員が連携するための課題を明らかにし、高齢者虐待対応における地域包括支援センターが取り組むべき介護支援専門員の後方支援の課題を検討することを目的とし、5市8カ所のセンターへのインタビュー調査を実施した。詳細な調査結果等については、松岡佐智・本郷秀和・畑香理ら（2018）「高

齢者虐待における地域包括支援センターと介護支援専門員の連携の意義と課題 - 地域包括支援センターにおけるインタビュー調査を通して - 、『高齢者虐待防止研究』14(1), pp36-48に掲載されている。

- (2) 従業員 50 人未満の事業場については、当分の間努力義務とされている。
- (3) 介護サービス相談員派遣等事業を介護保険の地域支援事業（任意事業）として実施している市町村数は、現在のところ 3 割程度である。
- (4) 2022 年度厚労省調査結果。

第3章 施設内虐待防止に向けた

介護老人福祉施設職員の認識の実態

第1章及び第2章で述べてきた様に、施設内虐待は増加傾向にあり、潜在化している事例も含めると一層深刻な状況である。このような状況を鑑み、国や自治体等は、虐待防止に向けた取組み（トップダウン型の防止策）を行っているものの、減少には至っていない実態がある。

本章では、施設内虐待の発生要因として、職種による虐待行為や業務に関する認識の差異に着目し、施設職員（施設長、生活相談員、主任介護職員）の「虐待行為及び不適切ケア」、「施設の虐待防止に関する取組み」、「職員間の関係性・業務の状況」に関する認識状況に関する調査から、職種間比較を行った結果について述べる。

第1節 調査目的

施設内虐待の発生要因としては、第1章で述べたように、先行研究等から「組織マネジメントの要因」、「職員の個人的要因」、「利用者の要因」と、その3要因から生じる「職員の業務に伴うストレスの増加の要因」と整理できる。しかし、トップダウン型の虐待防止策が機能していない理由として、先行研究等では明らかにされていない施設内虐待の発生要因が存在する可能性がある。

また、介護老人福祉施設には、様々な職種の職員が勤務しており、それぞれの担う役割は異なっている。特に、施設長、生活相談員、主任介護職員は、施設内における職員を統括・指導する役割や施設外に向けた説明責任を担う役割をもっている。そのため、このような役割をもつ3職種の考え方は、他の職員に対する業務上の認識に影響を与える可能性があり、3職種の職種による認識の差異が存在すると、施設内の不和やストレスを生み、結果的に施設内虐待の発生要因となるのではないかと考える。先行研究では、介護職員の虐待に関する意識調査等は存在する（松本・今井 2013, 土屋 2014, 吉田 2016 等）が、この3職種の認識の比較をした研究は確認できなかった。

以上のことから本調査では、施設内虐待の要因である「組織マネジメントの要因」、「職員の個人的要因」、「利用者の要因」、「職員の業務に伴うストレスの増加の要因」のうち、

「組織マネジメントの要因」と「職員の個人的要因」に着目し、この2要因に関する介護老人福祉施設の実態について職員の認識を明らかにする。「組織マネジメントの要因」は、施設の組織体制に対する認識の実態、「職員の個人的要因」は、不適切ケアに対する認識及び遭遇した経験、業務上の意識の実態を把握し、その上で3職種間の認識の差異を明らかにし、施設内虐待防止策の課題を検討することを目的とする。

第2節 調査の設計

1. 調査対象

九州圏域の介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む）1175施設（福岡県355、熊本県182、佐賀県57、大分県98、宮崎県88、長崎県145、鹿児島県181、沖縄県69）とした。調査対象施設は、2018年5月時点における「介護サービス情報公表システム」から全数抽出したものであり、同一住所の施設は1施設とみなし、調査対象リストを作成した。なお、調査対象者は、施設長、生活相談員、主任介護職員（または、主任介護職員に準ずる人）の各施設3名とした。

2. 調査実施期間及び調査方法

調査実施期間は、2018年8月10日～10月10日とした。データの収集方法は、調査対象者に対して、郵送留置回収法による無記名の自記式調査を実施した。調査票の配布は、依頼文書、研究計画、調査票、返信用の封筒を3セット準備し、各施設3セット（施設長、生活相談員、主任介護職員用の3人分）を施設長宛に郵送した。回答対象者が複数存在する場合の回答者の選出は、施設長に依頼した（依頼文に記載）^①。また、調査票の回収は回答者が個人で返送できるようにした。

3. 調査項目と回答方法

調査項目は、施設内虐待の要因である「施設の組織マネジメントの要因」、「職員の専門性の要因」、「職員の業務に伴うストレスの増加の要因」に対する3職種（施設長、生活相談員、主任介護職員）の認識の現状を明らかにし、職種間比較を行うために、①調査対象者の属性（現在の職種、年齢、現在の職種での経験年数、保持資格）、②勤務する施設の組織

体制に対する認識，③不適切ケアに対する認識及び遭遇した経験，④業務上の意識，の4点に分類した。

①調査対象者の属性については，現在の職種，年齢，現在の職種での経験年数，保持資格について回答を求めた。特に，保持資格については，複数回答と活動歴が最長のものを単回答の2種類で回答を得た。

②勤務する施設の組織体制に対する認識については，実施状況と各職種間の認識の差を把握するために，実施の有無についての回答を求めた。

③不適切ケアに対する認識及び遭遇した経験については，田中（2016），東京福祉保健財団（2016）等の先行研究を参考に，不適切ケアとされる項目を21項目（施設入所の生活を意識し，身体拘束，食事，排泄，入浴，コミュニケーションの5分類に設定）を抽出した。回答方法は，意識については，「適切な言動だ」，「やむを得ない言動だ」，「あまり適切な言動ではない」，「不適切な言動だ」の4件法とした。ただし，本論文においては，不適切ケアに関する言動を不適切と判断できないことを問題と捉え，「1.適切な言動だ」，「2.やむを得ない言動だ」，「3.あまり適切な言動ではない」の合計を「不適切な言動ではない」と集計し，「4.不適切な言動だ」は「不適切な言動である」とし，2件法で集計した。また，不適切ケアに遭遇した経験については，これまでの他施設での経験を含めた見聞きした経験の有無について回答を求めた。

④業務上の意識については，「自分や他の職員の介護方法に対する疑問」，「業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気」，「職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通」，「施設外研修への参加意欲（自ら望んで行きたいという気持ち）」4項目を設定した。回答方法は「1. ない」，「2. まれにある」，「3. 時々ある」，「4. しばしばある」，「5. いつもある」の5件法としたが，本論文では意識の実態をより明確にするために，「1. ない」を「ない」，「2. まれにある」，「3. 時々ある」，「4. しばしばある」の合計を「時々ある」，「5. いつもある」を「いつもある」の3件法で集計をした。

なお，調査票の項目の信頼性及び妥当性を担保するため，複数の高齢者福祉領域の研究者に，複数回スーパービジョンを受け，調査票の作成を行った。さらに調査票には引用・参考文献として，著書名等を記載し，これらの文献を引用・参考にし，調査票を作成したことを明記した。

4. 分析方法

回答者の属性については、記述統計量を求めた。各質問項目の職種間の認識の差を明らかにするために、 χ^2 検定（両側）と残差分析を行い、有意水準を5%とした。 χ^2 検定の有意差については、 $p < 0.05$ の項目に*、 $p < 0.01$ の項目に**を記載した。残差分析については、調整済残差の欄に「ある」群（表 3-2, 3-3）及び「いつもある」群（表 3-5）の残差を示し、 χ^2 検定において有意差がみられた項目で、調整済残差の絶対値が1.96以上であるものを特徴的とみなし、 $p < 0.05$ の項目に*、 $p < 0.01$ の項目に**を記載した。分析には、IBM SPSS Statistics ver.25を使用した。

5. 倫理的配慮

本調査の実施にあたっては、福岡県立大学研究倫理委員会の承認を受け実施した（承認番号：H30-9）。なお、次の7点について、倫理的配慮を行った。

- ①調査対象者の同意については、依頼文及び研究計画概要に目的、方法、倫理的配慮、研究への協力は自由意志での参加であり、参加の可否が可能であることを記載し、この文書をもって説明とし、調査票への回答をもって同意とした。
- ②調査票への回答は無記名で実施し、個人及び施設名が特定できないようにした。
- ③研究対象施設内においても、研究参加への可否及び回答内容が明らかにならないよう、返信は回答者個人でできるよう、返信用封筒を1人1枚（各施設3枚）用意した。
- ④回答対象者が複数存在する場合の回答者の選出は、施設長に依頼するが、その際に回答者に強制力が働かないよう依頼した。
- ⑤得られたデータについては、統計学的分析をし、個人及び施設名が特定できないようにした。
- ⑥回収した調査票及びデータの保存・破棄については、研究代表者の研究室内の鍵のかかるロッカーで10年間保管した後、シュレッダーにて破棄する。
- ⑦研究結果は、学会及び学術雑誌で公表する予定であることを依頼文及び研究計画概要に明記した。

第3節 結果

1. 回収率及び回答者の属性

(1) 回収率

回収率は全体で33.5%（1181部／3525部：1175施設×3職種）であった。職種別にみると、施設長34.0%（400部／1175部）、生活相談員34.6%（407部／1175部）、主任介護職員31.8%（374部／1175部）となった。

(2) 回答者の属性

回答者の年齢層は、施設長は「60代以上」が最も多く（183人；45.8%）、次いで「50代」が110人（27.5%）であった。生活相談員は「40代」が最も多く（160人；39.3%）、次いで「30代」が147人（36.1%）であった。また主任介護職員は「30代」が最も多く（140人；37.6%）、次いで「40代」が128人（34.4%）であった。

経験年数については、施設長及び生活相談員が「5年未満」が最も多く、施設長164人（41.2%）、生活相談員171人（42.3%）であった。一方、主任介護職員は「10年以上15年未満」が最も多く107人（29.0%）を占めていた。

保持資格については、複数回答及び保持資格の中で活動歴が最長の資格について単回答で回答を得た。複数回答においては、施設長は「介護支援専門員」167人（47.6%）、生活相談員は「介護福祉士」294人（73.3%）、主任介護職員が「介護福祉士」363人（97.6%）が最も多く占めていた。

活動歴が最も長い保持資格は、施設長は「社会福祉主事」67人（23.2%）が最も多く、生活相談員は「介護福祉士」が294人（43.2%）、主任介護職員も「介護福祉士」が363人（92.3%）であった。また、施設長の48人（16.6%）は「資格なし」であった。

表 3-1 回答者の属性

| | 施設長 人数(%) | 生活相談員 人数(%) | 主任介護職員 人数(%) | 合計 人数(%) | |
|---------------------|--------------|----------------|-----------------|-------------|------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 21(5.2%) | 9(2.4%) | 30(2.5%) |
| | 30代 | 33(8.3%) | 147(36.1%) | 140(37.6%) | 320(27.1%) |
| | 40代 | 74(18.5%) | 160(39.3%) | 128(34.4%) | 362(30.7%) |
| | 50代 | 110(27.5%) | 59(14.5%) | 77(20.7%) | 246(20.9%) |
| | 60代以上 | 183(45.8%) | 20(4.9%) | 18(4.9%) | 221(18.7%) |
| | 合計 | 400(100%) | 407(100%) | 372(100%) | 1179(100%) |
| 経験年数 | 5年未満 | 164(41.2%) | 171(42.3%) | 23(6.2%) | 358(30.6%) |
| | 5年以上～10年未満 | 78(19.6%) | 100(24.8%) | 77(20.9%) | 255(21.8%) |
| | 10年以上～15年未満 | 57(14.3%) | 66(16.3%) | 107(29.0%) | 230(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 40(10.1%) | 44(10.9%) | 92(24.9%) | 176(15.0%) |
| | 20年以上 | 59(14.8%) | 23(5.7%) | 70(19.0%) | 152(13.0%) |
| | 合計 | 398(100%) | 404(100%) | 369(100%) | 1171(100%) |
| 保持資格 (複数回答) | 社会福祉士 | 68(19.4%) | 126(31.4%) | 11(3.0%) | 205(18.2%) |
| | 介護福祉士 | 103(29.3%) | 294(73.3%) | 363(97.6%) | 760(67.6%) |
| | 精神保健福祉士 | 5(1.4%) | 11(2.7%) | 0(0.0%) | 16(1.4%) |
| | 介護支援専門員 | 167(47.6%) | 236(58.9%) | 117(31.5%) | 520(46.3%) |
| | 看護師 | 39(11.1%) | 8(2.0%) | 3(0.8%) | 50(4.4%) |
| | 准看護師 | 11(3.1%) | 10(2.5%) | 2(0.5%) | 23(2.0%) |
| | 介護職員初任者研修 | 27(7.7%) | 72(18.0%) | 78(21.0%) | 177(15.7%) |
| | 社会福祉主事 | 116(33.0%) | 97(24.2%) | 19(5.1%) | 232(20.6%) |
| | その他 | 95(27.1%) | 17(4.2%) | 17(4.6%) | 129(11.5%) |
| 保持資格 (最長活 動歴) | 社会福祉士 | 27(9.3%) | 58(21.4%) | 2(0.7%) | 87(10.3%) |
| | 介護福祉士 | 34(11.8%) | 117(43.2%) | 262(92.3%) | 413(48.9%) |
| | 精神保健福祉士 | 0(0.0%) | 1(0.4%) | 0(0.0%) | 1(0.1%) |
| | 介護支援専門員 | 34(11.8%) | 47(17.3%) | 6(2.1%) | 87(10.3%) |
| | 看護師 | 18(6.2%) | 3(1.1%) | 1(0.4%) | 22(2.6%) |
| | 准看護師 | 3(1.0%) | 2(0.7%) | 0(0.0%) | 5(0.6%) |
| | 介護職員初任者研修 | 1(0.3%) | 4(1.5%) | 10(3.5%) | 15(1.8%) |
| | 社会福祉主事 | 67(23.2%) | 30(11.1%) | 0(0.0%) | 97(11.5%) |
| | その他 | 57(19.7%) | 3(1.1%) | 1(0.4%) | 61(7.2%) |
| | 資格なし | 48(16.6%) | 6(2.2%) | 2(0.7%) | 56(6.6%) |
| 合計 | 289(100%) | 271(100%) | 284(100%) | 844(100%) | |

注：無回答や誤回答等は除いた。

2. 施設の組織体制に対する認識

(1) 施設の取組みに対する認識

施設の取組みに対する認識について、3 職種の合計としては「③業務としての施設外研修への参加の機会」、「④トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム」は90%以上が取り組まれていた。一方で、「①職員の悩みを相談できる相談体制の設置」は72.7%、「②職員の働きやすさに関する改善に向けた取組み」82.0%と職員の労働環境の整備に関する取組みはやや低かった。職種との関連性について、 χ^2 検定(両側)の結果4項目すべてで有意差があった。

残差分析の結果、「ある」に着目すると、施設長は4項目共に有意に高い値を示していたことに対し、生活相談員は、「④トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム」が有意に低かった。また、主任介護職員は、「①職員の悩みを相談できる相談体制の設置」、「②職員の働きやすさに関する改善に向けた取組み」が有意に低かった。

(2) 施設の虐待防止に向けた取組みに対する認識

施設の虐待防止に向けた取組みに対する認識について、3 職種の合計としては、「①虐待防止に向けた施設内の研修」、「②虐待防止に関するマニュアル」、「⑤身体拘束について定期的に検討する会議の開催」は90%以上が取り組まれていた。しかし、「③虐待事案の発生時の対応方法等を記したマニュアル」は76.3%、「④虐待防止・権利擁護に関する委員会の定期開催」85.5%とやや低かった。

職種との関連性についてみると、 χ^2 検定(両側)の結果4項目で有意差がみられた。残差分析の結果、「ある」に着目すると、施設長は「①虐待防止に向けた施設内の研修」、「②虐待防止に関するマニュアル」、「③虐待事案の発生時の対応方法等を記したマニュアル」、「⑤身体拘束について定期的に検討する会議の開催」が有意に高かった。一方、主任介護職員は、これら4項目について有意に低くなっていた。生活相談員については、有意差はなかった。

表 3-2 施設の組織体制に対する認識

| 取組み内容 | | 職種 | ある 人数 (%) | ない 人数 (%) | 調整済残差 | p値 |
|-------------------|------------------------------|--------|--------------|--------------|----------|---------|
| 施設の取組みに対する認識 | ① 職員の悩みを相談できる相談体制の設置 | 施設長 | 310 (78.7%) | 84 (21.3%) | 3.273** | 0.004** |
| | | 生活相談員 | 284 (70.6%) | 118 (29.4%) | -1.144 | |
| | | 主任介護職員 | 253 (68.6%) | 116 (31.4%) | -2.160** | |
| | | 合計 | 847 (72.7%) | 318 (27.3%) | | |
| | ② 職員の働きやすさに関する改善に向けた取組み | 施設長 | 359 (90.4%) | 38 (9.6%) | 5.395** | 0.000** |
| | | 生活相談員 | 323 (80.1%) | 80 (19.9%) | -1.172 | |
| | | 主任介護職員 | 277 (74.9%) | 93 (25.1%) | -4.296** | |
| | | 合計 | 959 (82.0%) | 211 (18.0%) | | |
| | ③ 業務としての施設外研修への参加の機会 | 施設長 | 395 (99.5%) | 2 (0.5%) | 3.334** | 0.004** |
| | | 生活相談員 | 391 (96.1%) | 16 (3.9%) | -1.859 | |
| | | 主任介護職員 | 359 (96.2%) | 14 (3.8%) | -1.487 | |
| | | 合計 | 1145 (97.3%) | 32 (2.7%) | | |
| | ④ トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム | 施設長 | 378 (95.7%) | 17 (4.3%) | 3.833** | 0.001** |
| | | 生活相談員 | 357 (88.8%) | 45 (11.2%) | -2.158* | |
| | | 主任介護職員 | 331 (89.2%) | 40 (10.8%) | -1.692 | |
| | | 合計 | 1066 (91.3%) | 102 (8.7%) | | |
| 虐待防止に向けた取組みに対する認識 | ① 虐待防止に向けた施設内の研修 | 施設長 | 392 (98.7%) | 5 (1.3%) | 3.695** | 0.000** |
| | | 生活相談員 | 387 (95.3%) | 19 (4.7%) | -0.424 | |
| | | 主任介護職員 | 347 (92.8%) | 27 (7.2%) | -3.319** | |
| | | 合計 | 1126 (95.7%) | 51 (4.3%) | | |
| | ② 虐待防止に関するマニュアル | 施設長 | 371 (94.2%) | 23 (5.8%) | 2.797** | 0.003** |
| | | 生活相談員 | 368 (91.1%) | 36 (8.9%) | 0.202 | |
| | | 主任介護職員 | 324 (87.1%) | 48 (12.9%) | -3.045** | |
| | | 合計 | 1063 (90.9%) | 107 (9.1%) | | |
| | ③ 虐待事案の発生時の対応方法を記したマニュアル | 施設長 | 318 (81.7%) | 71 (18.3%) | 3.104** | 0.001** |
| | | 生活相談員 | 305 (77.0%) | 91 (23.0%) | 0.415 | |
| | | 主任介護職員 | 256 (69.8%) | 111 (30.2%) | -3.573** | |
| | | 合計 | 879 (76.3%) | 273 (23.7%) | | |
| | ④ 虐待防止・権利擁護に関する委員会の定期開催 | 施設長 | 348 (88.5%) | 45 (11.5%) | 2.097 | 0.097 |
| | | 生活相談員 | 341 (84.6%) | 62 (15.4%) | -0.637 | |
| | | 主任介護職員 | 309 (83.3%) | 62 (16.7%) | -1.478 | |
| | | 合計 | 998 (85.5%) | 169 (14.5%) | | |
| | ⑤ 身体拘束について定期的に検討する会議の開催 | 施設長 | 393 (98.5%) | 6 (1.5%) | 2.649** | 0.000** |
| | | 生活相談員 | 396 (97.5%) | 10 (2.5%) | 1.382 | |
| | | 主任介護職員 | 348 (93.3%) | 25 (6.7%) | -4.107** | |
| | | 合計 | 1137 (96.5%) | 41 (3.5%) | | |

注：無回答や誤回答等は除いた χ^2 検定（両側）を実施した。有意水準 $p < 0.05$ と設定し、 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **で表記した。調整済残差の欄には、「ある」群の残差を示し、有意水準 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **で表記した。

3. 不適切ケアに対する認識と遭遇経験

(1) 不適切ケアに対する認識

不適切ケアに対する認識について、職種間で統計学的有意差がみられた項目は、「①危ないので利用者の部屋のドアに鍵をかける」、「②利用者には、『動かないで!』『座ってて!』などの言葉かけを行う」、「⑤食べにくそうにしていたので、食事をすべて同じ器にのせて出す」、「⑥時間節約のため、自分で食べられる人にも食事介助を行う」、「⑦食事介助の際、言葉かけをせずに、複数の利用者に順番にスプーンを口に入れる」、「⑧トイレで対応できる利用者にもオムツ対応をする」、「⑬入浴時、裸の状態に順番を待たせている」、「⑮入浴を拒否する利用者に対して、無理やり入浴介助を行う」、「⑱利用者に親しみを込めてニックネームや○○ちゃんと呼ぶ」、「⑳利用者がいる前で、他の利用者の話を職員同士で行う」、「㉑ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする」の21項目中11項目であった。

残差分析の結果、「不適切な言動である」に着目すると、11項目中、施設長が有意に高く、主任介護職員が有意に低い項目が9項目（①②⑥⑦⑧⑬⑮⑱㉑）、施設長が有意に高く、生活相談員及び主任介護職員が有意に低い項目は1項目（⑤）、施設長のみ有意に高い項目が1項目（㉑）であった。

(2) 不適切ケアに遭遇した経験

不適切ケアに遭遇した経験について職種間の比較を行った結果、「②利用者には、『動かないで!』『座ってて!』などの言葉かけを行う」、「③寝るときにつなぎ服に着替えさせる」、「④食事介助中、食べさせやすい位置に利用者の顔向きを変えている」、「⑤食べにくそうにしていたので、食事をすべて同じ器にのせて出す」、「⑥時間節約のため、自分で食べられる人にも食事介助を行う」、「⑦食事介助の際、言葉かけをせずに、複数の利用者に順番にスプーンを口に入れる」、「⑧トイレで対応できる利用者にもオムツ対応をする」、「⑨大声で排泄確認を行う」、「⑩他の利用者がいるホールのベッドでオムツ交換を行う」、「⑪オムツ交換は決められた定時にのみ行う」、「⑫入浴前の脱衣室のドアを開けたままで着替えをさせる」、「⑬入浴時、裸の状態に順番を待たせている」、「⑮入浴を拒否する利用者に対して、無理やり入浴介助を行う」、「⑯助言のつもりで、利用者のやり方を否定する」、「⑰子どもをほめるような言い方をする」、「⑱利用者に親しみを込めてニックネームや○○ちゃんと呼ぶ」、「⑲あまりにも要求が多いので、適当に聞き流す」、「⑳利用者がいる前で、他の利用者の話を職員同士で行う」、「㉑ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする」の21

項目中 19 項目において有意差がみられた。

残差分析の結果、「遭遇経験がある」に着目すると、施設長が有意に低く、生活相談員及び主任介護職員が有意に高い項目が 12 項目（②⑤⑥⑦⑧⑨⑮⑰⑱⑳㉑），施設長が有意に低く、主任介護職員が有意に高い項目が 6 項目（③④⑩⑫⑬⑯），施設長のみ有意に低い項目が 1 項目（①）であった。

表 3-3 不適切ケアに対する認識と遭遇経験

| 項目 | 職種 | 不適切ケアに対する認識 | | | | 不適切ケアに遭遇した経験 | | | |
|--|--------|-------------|------------|----------|---------|--------------|------------|----------|---------|
| | | 不適切な言動 | | 調整済残差 | p値 | ある | | ない | |
| | | 人数(%) | 人数(%) | | | 人数(%) | 人数(%) | 調整済残差 | p値 |
| ① 危ないで利用者の部屋のドアに鍵をかける | 施設長 | 354(89.8%) | 40(10.2%) | 2.304* | 0.038* | 128(34.4%) | 244(65.6%) | -2.370 | 0.059 |
| | 生活相談員 | 346(86.3%) | 55(13.7%) | -0.257 | | 158(41.5%) | 223(58.5%) | 1.076 | |
| | 主任介護職員 | 305(83.6%) | 60(16.4%) | -2.087* | | 147(42.1%) | 202(57.9%) | 1.309 | |
| ② 利用者に、「動かないで!」「座ってて!」などの言葉かけを行う | 施設長 | 251(63.5%) | 144(36.5%) | 2.869** | 0.005** | 331(89.0%) | 41(11.0%) | -5.523** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 231(57.3%) | 172(42.7%) | -0.212 | | 366(96.8%) | 12(3.2%) | 2.571* | |
| | 主任介護職員 | 193(52.0%) | 178(48.0%) | -2.700** | | 339(97.4%) | 9(2.6%) | 2.993** | |
| ③ 寝るときにつなぎ服に着替えさせる | 施設長 | 361(92.3%) | 30(7.7%) | 1.248 | 0.440 | 144(38.2%) | 233(61.8%) | -4.334** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 361(89.8%) | 41(10.2%) | -0.899 | | 190(49.9%) | 191(50.1%) | 1.264 | |
| | 主任介護職員 | 330(90.4%) | 35(9.6%) | -0.349 | | 190(54.1%) | 161(45.9%) | 3.124** | |
| ④ 食事介助中、食べさせやすい位置に利用者の顔向きを変えている | 施設長 | 220(57.1%) | 165(42.9%) | 1.450 | 0.075 | 157(43.3%) | 206(56.7%) | -6.015** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 222(55.6%) | 177(44.4%) | 0.744 | | 218(58.4%) | 155(41.6%) | 1.167 | |
| | 主任介護職員 | 179(49.3%) | 184(50.7%) | -2.234 | | 230(66.9%) | 114(33.1%) | 4.907** | |
| ⑤ 食べにくそうにしていたので、食事をすべて同じ器にのせて出す | 施設長 | 294(75.2%) | 97(24.8%) | 5.322** | 0.000** | 182(49.3%) | 187(50.7%) | -8.459** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 246(60.9%) | 158(39.1%) | -1.992* | | 285(76.0%) | 90(24.0%) | 4.916** | |
| | 主任介護職員 | 212(57.8%) | 155(42.2%) | -3.369** | | 258(73.7%) | 92(26.3%) | 3.572** | |
| ⑥ 時間節約のため、自分で食べられる人にも食事介助を行う | 施設長 | 326(83.2%) | 66(16.8%) | 4.828** | 0.000** | 177(48.1%) | 191(51.9%) | -8.678** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 289(71.4%) | 116(28.6%) | -1.800 | | 277(73.1%) | 102(26.9%) | 3.797** | |
| | 主任介護職員 | 253(68.8%) | 115(31.2%) | -3.063** | | 263(76.0%) | 83(24.0%) | 4.932** | |
| ⑦ 食事介助の際、言葉かけをせずに、複数の利用者に順番にスプーンを口に入れる | 施設長 | 352(89.6%) | 41(10.4%) | 3.017** | 0.000** | 175(46.7%) | 200(53.3%) | -7.777** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 352(86.9%) | 53(13.1%) | 1.227 | | 256(67.9%) | 121(32.1%) | 2.695** | |
| | 主任介護職員 | 289(78.5%) | 79(21.5%) | -4.325** | | 256(73.6%) | 92(26.4%) | 5.176** | |
| ⑧ トイレで対応できる利用者にもオムツ対応をする | 施設長 | 346(88.3%) | 46(11.7%) | 4.756** | 0.000** | 183(48.8%) | 192(51.2%) | -5.280** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 314(77.7%) | 90(22.3%) | -1.753 | | 248(65.6%) | 130(34.4%) | 2.914** | |
| | 主任介護職員 | 278(75.3%) | 91(24.7%) | -3.037** | | 224(64.9%) | 121(35.1%) | 2.411* | |
| ⑨ 大声で排泄確認を行う | 施設長 | 339(86.3%) | 54(13.7%) | 1.126 | 0.269 | 221(59.2%) | 152(40.8%) | -8.875** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 345(85.2%) | 60(14.8%) | 0.411 | | 306(80.7%) | 73(19.3%) | 2.997** | |
| | 主任介護職員 | 304(82.2%) | 66(17.8%) | -1.564 | | 305(86.6%) | 47(13.4%) | 5.954** | |
| ⑩ 他の利用者があるホールのベッドでオムツ交換を行う | 施設長 | 377(96.2%) | 15(3.8%) | -0.051 | 0.703 | 47(12.6%) | 326(87.4%) | -2.571** | 0.022* |
| | 生活相談員 | 391(96.8%) | 13(3.2%) | 0.742 | | 66(17.4%) | 314(82.6%) | 0.473 | |
| | 主任介護職員 | 350(95.6%) | 16(4.4%) | -0.708 | | 71(20.1%) | 282(79.9%) | 2.126* | |
| ⑪ オムツ交換は決められた定時のみ行う | 施設長 | 262(67.0%) | 129(33.0%) | 1.480 | 0.170 | 210(56.6%) | 161(43.4%) | -2.575** | 0.029* |
| | 生活相談員 | 260(64.5%) | 143(35.5%) | 0.224 | | 238(63.5%) | 137(36.5%) | 0.779 | |
| | 主任介護職員 | 222(60.5%) | 145(39.5%) | -1.735 | | 229(65.8%) | 119(34.2%) | 1.824 | |
| ⑫ 入浴前の脱衣室のドアを開けたままで着替えをさせる | 施設長 | 367(93.6%) | 25(6.4%) | -1.251 | 0.426 | 116(31.1%) | 257(68.9%) | -4.389** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 385(95.1%) | 20(4.9%) | 0.328 | | 156(41.4%) | 221(58.6%) | 0.603 | |
| | 主任介護職員 | 353(95.7%) | 16(4.3%) | 0.934 | | 168(48.6%) | 178(51.4%) | 3.857** | |
| ⑬ 入浴時、裸の状態を順番を待たせている | 施設長 | 376(96.2%) | 15(3.8%) | 2.227** | 0.043* | 88(23.5%) | 286(76.5%) | -5.883** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 379(93.8%) | 25(6.2%) | -0.177 | | 143(37.7%) | 236(62.3%) | 1.205 | |
| | 主任介護職員 | 338(91.8%) | 30(8.2%) | -2.081* | | 157(45.5%) | 188(54.5%) | 4.772** | |
| ⑭ 入浴後バスタオル1枚かけたまま廊下を移動する | 施設長 | 379(96.7%) | 13(3.3%) | -0.418 | 0.528 | 59(15.9%) | 312(84.1%) | -0.987 | 0.103 |
| | 生活相談員 | 387(96.5%) | 14(3.5%) | -0.678 | | 79(20.8%) | 300(79.2%) | 2.127 | |
| | 主任介護職員 | 357(97.8%) | 8(2.2%) | 1.120 | | 54(15.5%) | 294(84.5%) | -1.170 | |
| ⑮ 入浴を拒否する利用者に対して、無理やり入浴介助を行う | 施設長 | 287(73.4%) | 104(26.6%) | 3.551** | 0.001** | 174(47.2%) | 195(52.8%) | -7.204** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 264(65.3%) | 140(34.7%) | -0.605 | | 250(66.0%) | 129(34.0%) | 1.979* | |
| | 主任介護職員 | 223(60.4%) | 146(39.6%) | -2.985** | | 254(73.4%) | 92(26.6%) | 5.299** | |
| ⑯ 助言のつもりで、利用者のやり方を否定する | 施設長 | 244(63.0%) | 143(37.0%) | 1.467 | 0.065 | 247(66.4%) | 125(33.6%) | -4.057** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 249(61.6%) | 155(38.4%) | 0.796 | | 290(76.9%) | 87(23.1%) | 1.647 | |
| | 主任介護職員 | 202(55.2%) | 164(44.8%) | -2.304 | | 273(78.7%) | 74(21.3%) | 2.447* | |
| ⑰ 子どもをほめるような言い方をする | 施設長 | 280(71.6%) | 111(28.4%) | 0.510 | 0.302 | 277(75.3%) | 91(24.7%) | -5.000** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 292(72.5%) | 111(27.5%) | 0.983 | | 333(87.6%) | 47(12.4%) | 2.852** | |
| | 主任介護職員 | 249(67.7%) | 119(32.3%) | -1.524 | | 302(86.8%) | 46(13.2%) | 2.157* | |
| ⑱ 利用者に親しみを込めてニックネームや○○ちゃんと呼ぶ | 施設長 | 312(79.6%) | 80(20.4%) | 4.414** | 0.000** | 275(74.3%) | 95(25.7%) | -6.905** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 287(70.9%) | 118(29.1%) | -0.284 | | 339(89.0%) | 42(11.0%) | 2.798** | |
| | 主任介護職員 | 234(63.2%) | 136(36.8%) | -4.190** | | 319(91.4%) | 30(8.6%) | 4.149** | |
| ⑲ あまりにも要求が多いので、適当に聞き流す | 施設長 | 245(63.0%) | 144(37.0%) | 2.190 | 0.090 | 294(79.7%) | 75(20.3%) | -4.871** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 226(56.1%) | 177(43.9%) | -1.230 | | 341(90.0%) | 38(10.0%) | 2.326* | |
| | 主任介護職員 | 209(56.5%) | 161(43.5%) | -0.962 | | 316(90.5%) | 33(9.5%) | 2.567** | |
| ⑳ 利用者がいる前で、他の利用者の話を職員同士で行う | 施設長 | 318(81.1%) | 74(18.9%) | 3.502** | 0.002** | 275(74.5%) | 94(25.5%) | -7.710** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 291(72.0%) | 113(28.0%) | -1.629 | | 346(90.6%) | 36(9.4%) | 3.245** | |
| | 主任介護職員 | 264(71.4%) | 106(28.6%) | -1.889 | | 324(92.8%) | 25(7.2%) | 4.502** | |
| ㉑ ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする | 施設長 | 332(84.5%) | 61(15.5%) | 5.673** | 0.000** | 201(54.3%) | 169(45.7%) | -7.084** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 291(71.9%) | 114(28.1%) | -1.391 | | 273(72.2%) | 105(27.8%) | 2.036* | |
| | 主任介護職員 | 244(66.1%) | 125(33.9%) | -4.342** | | 275(78.8%) | 74(21.2%) | 5.114** | |

注：無回答や誤回答等は除いた χ^2 検定（両側）を実施した。有意水準 $p < 0.05$ と設定し、 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **で表

記した。調整済残差の欄には、「ある」群の残差を示し、有意水準 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **で表記した。

(3) 主任介護職員における不適切ケアに関する認識と虐待遭遇経験の関連性

前述した(1)及び(2)から、特に主任介護職員は、3職種の中で不適切ケアに対する認識が低い一方で、虐待遭遇経験は高い傾向が示された。そのため、ここでは、主任介護職員における不適切ケアに関する認識と虐待遭遇経験の関連性について分析した結果を示す。

不適切ケアの認識状況と不適切ケアの遭遇経験の関連性については、21項目中、20項目(①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑩, ⑪, ⑫, ⑬, ⑭, ⑮, ⑯, ⑰, ⑱, ⑳, ㉑)において有意差がみられた。

表 3-4 主任介護職員における不適切ケアに関する認識と虐待遭遇経験の関連性

| 不適切ケアに関する認識 | 不適切ケアに遭遇した経験 | | | p値 |
|--|--------------|------------|------------|---------|
| | 不適切である | ある人(%) | ない人(%) | |
| ① 危ないので利用者の部屋のドアに鍵をかける | 不適切である | 109(74.1%) | 179(91.8%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 38(25.9%) | 16(8.2%) | |
| ② 利用者に、「動かないで!」「座ってて!」などの言葉かけを行う | 不適切である | 167(49.3%) | 9(100.0%) | 0.004** |
| | 不適切でない | 172(50.7%) | 0(0.0%) | |
| ③ 寝るときにつなぎ服に着替えさせる | 不適切である | 161(85.6%) | 150(96.2%) | 0.001** |
| | 不適切でない | 27(14.4%) | 6(3.8%) | |
| ④ 食事介助中、食べさせやすい位置に利用者の顔向きを変えている | 不適切である | 73(32.0%) | 93(83.0%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 155(68.0%) | 19(17.0%) | |
| ⑤ 食べにくそうにしていたので、食事をすべて同じ器にのせて出す | 不適切である | 121(47.5%) | 79(87.8%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 134(52.5%) | 11(12.2%) | |
| ⑥ 時間節約のため、自分で食べられる人にも食事介助を行う | 不適切である | 164(62.6%) | 73(89.0%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 98(37.4%) | 9(11.0%) | |
| ⑦ 食事介助の際、言葉かけをせずに、複数の利用者に順番にスプーンを口に入れる | 不適切である | 186(73.2%) | 84(93.3%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 68(26.8%) | 6(6.7%) | |
| ⑧ トイレで対応できる利用者にもオムツ対応をする | 不適切である | 150(67.6%) | 109(90.8%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 72(32.4%) | 11(9.2%) | |
| ⑨ 大声で排泄確認を行う | 不適切である | 247(81.3%) | 41(89.1%) | 0.220 |
| | 不適切でない | 57(18.8%) | 5(10.9%) | |
| ⑩ 他の利用者があるホールのベッドでオムツ交換を行う | 不適切である | 56(80.0%) | 275(99.3%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 14(20.0%) | 2(0.7%) | |
| ⑪ オムツ交換は決められた定時にのみ行う | 不適切である | 116(51.1%) | 91(77.8%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 111(48.9%) | 26(22.2%) | |
| ⑫ 入浴前の脱衣室のドアを開けたままで着替えをさせる | 不適切である | 154(92.2%) | 173(98.3%) | 0.009** |
| | 不適切でない | 13(7.8%) | 3(1.7%) | |
| ⑬ 入浴時、裸の状態を順番を待たせている | 不適切である | 134(85.4%) | 181(97.8%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 23(14.6%) | 4(2.2%) | |
| ⑭ 入浴後バスタオル1枚かけたまま廊下を移動する | 不適切である | 47(87.0%) | 287(99.7%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 7(13.0%) | 1(0.3%) | |
| ⑮ 入浴を拒否する利用者に対して、無理やり入浴介助を行う | 不適切である | 127(50.0%) | 82(91.1%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 127(50.0%) | 8(8.9%) | |
| ⑯ 助言のつもりで、利用者のやり方を否定する | 不適切である | 135(49.6%) | 57(80.3%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 137(50.4%) | 14(19.7%) | |
| ⑰ 子どもをほめるような言い方をする | 不適切である | 195(65.0%) | 40(87.0%) | 0.002** |
| | 不適切でない | 105(35.0%) | 6(13.0%) | |
| ⑱ 利用者に親しみを込めてニックネームや○○ちゃんと呼ぶ | 不適切である | 193(60.9%) | 28(93.3%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 124(39.1%) | 2(6.7%) | |
| ⑲ あまりにも要求が多いので、適当に聞き流す | 不適切である | 168(53.3%) | 29(87.9%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 147(46.7%) | 4(12.1%) | |
| ⑳ 利用者がある前で、他の利用者の話を職員同士で行う | 不適切である | 219(68.0%) | 25(100.0%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 103(32.0%) | 0(0.0%) | |
| ㉑ ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする | 不適切である | 155(56.8%) | 72(98.6%) | 0.000** |
| | 不適切でない | 118(43.2%) | 1(1.4%) | |

注：無回答や誤回答等を除いた χ^2 検定（両側）を実施した。有意水準 $p < 0.05$ と設定し、 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **で表記した。

4. 業務上の意識

業務上の意識については、4項目全てにおいて職種間で有意差がみられた。残差分析の結果、「いつもある」に着目すると、「①自分や他の職員の介護方法に対する疑問」では、施設長が有意に低く、主任介護職員が有意に高かった。「②業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気」では、施設長が有意に高く、生活相談員が有意に低かった。「③職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通」では、施設長が有意に高く、生活相談員及び主任介護職員は有意に低かった。「④施設外研修への参加意欲（自ら望んで行きたいという気持ち）」では、施設長のみ有意に高くなった。

表 3-5 業務上の意識

| 項目 | 職種 | 業務上の意識 | | | 調整済残差 | p値 |
|--------------------------------|--------|-----------------|----------------|--------------|----------|---------|
| | | いつもある 人数 (%) | 時々ある 人数 (%) | ない 人数 (%) | | |
| ① 自分や他の職員の介護方法に対する疑問 | 施設長 | 28 (7.2%) | 342 (87.5%) | 21 (5.3%) | -4.505** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 64 (15.8%) | 336 (83.0%) | 5 (1.2%) | 1.665 | |
| | 主任介護職員 | 66 (17.7%) | 305 (81.8%) | 2 (0.5%) | 2.860** | |
| ② 業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気 | 施設長 | 115 (29.3%) | 266 (67.7%) | 12 (3.0%) | 3.168** | 0.025* |
| | 生活相談員 | 82 (20.2%) | 308 (75.9%) | 16 (3.9%) | -2.064* | |
| | 主任介護職員 | 81 (21.7%) | 282 (75.6%) | 10 (2.7%) | -1.102 | |
| ③ 職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通 | 施設長 | 114 (29.0%) | 277 (70.5%) | 2 (0.5%) | 4.374** | 0.000** |
| | 生活相談員 | 73 (18.0%) | 321 (79.3%) | 11 (2.7%) | -2.165* | |
| | 主任介護職員 | 66 (17.7%) | 301 (80.7%) | 6 (1.6%) | -2.223* | |
| ④ 施設外研修への参加意欲（自ら望んで行きたいという気持ち） | 施設長 | 116 (29.4%) | 269 (68.1%) | 10 (2.5%) | 3.106** | 0.013* |
| | 生活相談員 | 86 (21.2%) | 298 (73.6%) | 21 (5.2%) | -1.574 | |
| | 主任介護職員 | 79 (21.1%) | 276 (73.8%) | 19 (5.1%) | -1.544 | |

注：無回答や誤回答等は除いた χ^2 検定（両側）を実施した。有意水準 $p < 0.05$ と設定し、 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **で表記した。調整済残差の欄には、「いつもある」群の残差を示し、有意水準 $p < 0.05$ * $p < 0.01$ **で表記した。

第4節 考察

1. 施設の組織体制に対する認識の差異

施設体制の現状については、「施設の取組みの現状（4項目）」及び「虐待防止に関する取組みの現状（4項目）」において、職種間の認識の差異がみられた。

特に、施設長は虐待防止に関する取組みに対して「ある」が有意に高い一方で、主任介護職員は有意に低かった。

組織体制に対する認識について、職種間の認識の差異がみられたことから、施設内で虐待防止や環境改善を目的とした取組み体制が構築されていても、職員にこれらの取組みの趣旨等が浸透していない可能性や職員がこれらの取組み内容に満足していない状況が示唆された。

2. 不適切ケアに対する認識と遭遇経験の差異

(1) 不適切ケアに対する認識

不適切ケアに対する認識については、21項目中11項目、職種間において有意差がみられた。特に施設を統括する施設長と直接的なケアに携わる主任介護職員において認識の差が明らかになった。

不適切ケアに対する認識については、施設長と比較して主任介護職員の不適切ケアや虐待行動に対する意識が欠如しているのではなく、現場としてこのような行動を容認せざるを得ない状況があるのではないかと推測できる。その理由として、不適切ケアに対する認識について有意差があった11項目のうち7項目（「①危ないので利用者の部屋のドアに鍵をかける」、「②利用者に、『動かないで!』『座ってて!』などの言葉かけを行う」、「⑥時間節約のため、自分で食べられる人にも食事介助を行う」、「⑦食事介助の際、言葉かけをせずに、複数の利用者に順番にスプーンを口に入れる」、「⑧トイレで対応できる利用者にもオムツ対応をする」、「⑬入浴時、裸の状態順番を待たせている」、「⑳ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする」）は、業務の多忙さや人員不足に起因する項目と考えられるためである。

松本（2019）が指摘するように、単に主任介護職員個人の資質の問題と捉えるのは拙速であり、主任介護職員が利用者主体の考え方やケアについて理解していたとしても、そうした認識を低下させる要因が介護現場に存在している可能性について考える必要がある。

他方、主任介護職員は、施設内に複数勤務する介護職員を統括する立場であり、主任介護職員の不適切ケアに対する認識が他の介護職員に影響を与え、組織風土の悪化につながる可能性がある。そのため、研修等を通して、主任介護職員の不適切ケアについての認識を向上させると共に、業務の多忙さや人員不足といった組織体制の課題について提起することが求められる。

(2) 不適切ケアに遭遇した経験

不適切ケアに遭遇した経験については、21項目中19項目に有意差がみられた。特に、施設長は、「経験あり」が有意に低いことに対して、生活相談員及び主任介護職員は「経験あり」が有意に高く、利用者及びその家族と関わる生活相談員や直接的なケアに携わる介護職員と施設を統括する施設長における経験の差がみられた。

遭遇経験の差は、施設長は、生活相談員や主任介護職員と比較すると、日常の介護現場の様子を目にすることは少ないという職種の特徴が大きく反映していると考えられる。施設長は、すでに多くの施設で実施されているが、「ヒヤリハット報告」のシステム等を活性化させ、施設の統括責任者として施設のケアの実態を常に把握しておくことが重要である。

危惧される点は、生活相談員及び主任介護職員が、食事介助や排泄、利用者とのコミュニケーションに関する項目の経験率が高いことである。生活相談員、主任介護職員共に7割以上の者が遭遇経験している項目が10項目(②⑤⑥⑨⑬⑰⑱⑲⑳㉑)存在した。

藤江(2016)の調査結果では、虐待行為や不適切な介護をしまっている介護スタッフは、同僚の虐待行為及び不適切な介護を発見していることが多く、そのことが虐待行為等に影響を及ぼしていることを指摘している。つまり、生活相談員や主任介護職員の不適切ケアの遭遇経験が高いことは、他の職員も遭遇経験が高いことが推測され、無意識のうちに職員間で同僚の不適切な言動を真似てしまうという伝染が起こる可能性があるということである(藤江2016)。

(3) 主任介護職員における不適切ケアに関する認識と虐待遭遇経験の関連性

(1)及び(2)の結果を踏まえ、主任介護職員における不適切ケアに関する認識と虐待遭遇経験の関連性について分析した結果、21項目中20項目(「⑨大声で排泄確認を行う」以外のすべての項目)において有意差がみられた。

したがって、藤江(2016)の指摘と同様に、不適切ケアの遭遇経験があることが、虐待

防止意識の低下につながる事が明らかになった。

3. 業務上の意識に対する差異

業務上の意識の実態については、「①自分や他の職員の介護方法に対する疑問」、「②業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気」、「③職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通」、「④施設外研修への参加意欲（自ら望んで行きたいという気持ち）」4項目全てに有意差がみられ、②③④は施設長が他職種と比較して意識が高い傾向がある一方で、①については意識が低い傾向がみられた。このことから、施設長と生活相談員及び主任介護職員は、職員間のコミュニケーションの実態に対する認識と施設外研修に対する意欲に差異があることが分かった。

前述した 1) 施設体制の現状に対する回答結果と併せて考えると、生活相談員及び主任介護職員は、施設内の職員間の情報共有や連携、相談体制に対する満足度が低いと推測できる。職員間のコミュニケーション不足は、職員のストレスの増大に繋がり（三好 2009）、結果的に虐待の発生要因となりうる。施設長は職員を統括する立場としてこのような実態を把握し、改善していくことが必要であると考えます。

第 5 節 結論

本調査結果から、施設の統括責任者である施設長と利用者と直接かかわりを持つ生活相談員及び主任介護職員において、施設の組織体制に対する認識、不適切ケアに対する認識及び遭遇した経験、業務上の意識に対する認識の差異が明らかになった。

以上のような施設内において指導的立場にある職員による認識の差異は、他の職員にも影響を及ぼし、施設内の組織風土の悪化や職員のストレスを増加させ、結果的に施設内虐待の発生要因につながると考える。施設長に求められる役割としては、施設長が現場の職員との考えや認識の差異を放置せずに、日頃より職員の意見やニーズをくみ取り、話し合い、職場環境や労働条件等に取り入れるようなマネジメントしていくことである（立花・九十九 2012）。生活相談員及び主任介護職員は、自身の専門性を高めると共に、不適切ケアを容認せざるを得ない組織体制の課題や他の職員の状況を施設長に報告・情報共有し、施設全体として改善していくことが必要である。

加えて、主任介護職員の不適切ケアの遭遇経験は、虐待防止意識の低下に影響があることが分かった。施設内虐待の防止策としての研修の有用性は、さまざまな先行研究（岸ら 2010, 加賀谷・大和田 2010, 土屋 2014, 松本 2015 等）において明らかにされている。知識の向上やストレスケアに関する研修の意義も当然認められるが、今回の研究結果において不適切ケアの遭遇経験が虐待防止意識の低下に影響を与えていることから、さまざまな不適切ケア事例を具体的に提示した研修を実施し、無意識のうちに職員間で同僚の不適切な言動を真似てしまうという伝染（藤江 2016）を防いでいくことが必要と考える。

しかし、虐待防止の研修や取り組みを実施していても、職員がその趣旨や具体的内容を理解して取り組まなければ、有用ではない。施設内虐待の防止のためには、施設内の虐待防止に向けた体制構築のみでなく、定期的に職員の認識を把握し、認識の状況や職員間の差異の有無を確認していくことが必要ではないか。その上で、施設の組織マネジメント改善や職種や業務の特性に応じた専門性向上策を講じていく必要があると考える。

以上のことから、施設の実態や職員の認識を把握するためには、セルフチェックシートの活用が有効であると考ええる。各職員が定期的に虐待防止に関するチェックシートに回答し、職員の知識についての確認だけでなく、施設の組織的な課題や職員の抱えているストレスの状況など虐待につながる兆候を多面的に把握し、改善へとつなげるようなセルフチェックシートを考案し、虐待防止システムとして活用していくことが必要だと考える。

【注】

(1) 依頼文及び調査票には、別住所地の施設における兼務の取り扱いについて明記しなかったため、回答者が重複している可能性も考えられる。

第4章 施設内虐待の発生要因と防止策に対する 介護老人福祉施設職員の認識の比較 —施設長・生活相談員・主任介護職員における自由記述の分析—

本章では、第3章で実施した介護老人福祉施設の調査における自由記述に着目し、施設長、生活相談員、主任介護職員の3職種が捉える施設内虐待の発生要因と必要とする防止策について比較検討を行う。この3職種は、施設内における職員を統括・指導する役割や施設外に向けた説明責任を担う役割は共通するが、それぞれが携わる業務内容は異なる。そのため、各職種が日々の業務の中でとらえている虐待の発生要因に、認識の差異の有無があるのかを明らかにする。

また、施設内虐待の防止策は、統括責任者である施設長主導の下で実施している。しかし、画一的に取り組むのではなく、利用者に身近な存在である職員が捉える虐待発生要因も踏まえ、実態に応じた防止策を講じなければ、虐待防止の効果は薄いと考える。そこで、3職種が必要と考える防止策についても比較・分析を行い、施設内虐待防止に向けた取り組みの課題について述べる。

第1節 調査目的

本調査では介護老人福祉施設の職員（施設長、生活相談員、主任介護職員）に焦点をあて、業務や役割の異なる3職種が捉える虐待の発生要因と防止策の認識を比較し、施設内虐待防止に向けた取り組みの課題を明らかにすることを目的とする。

調査対象の設定理由は、施設長、生活相談員、主任介護職員は、施設内における職員を統括・指導する役割や施設外に向けた説明責任を担う役割をもっており、この3職種の業務上の意識や考え方は、他の職員に影響を与える可能性が高いためである。

第2節 調査の設計

1. 調査対象，調査実施期間，調査方法，倫理的配慮

本調査における調査対象，調査実施期間，データ収集方法，倫理的配慮は，第3章と同様であるため，省略する。

2. 調査項目

本調査では，施設内虐待の発生要因である「組織マネジメントの要因」，「職員の個人的要因」に対する3職種（施設長，生活相談員，主任介護職員）の認識を定量データで把握するための項目と，3職種が捉える具体的な虐待の発生要因とその防止策を把握するための自由記述項目で設問を構成した。

自由記述の質問項目は，「回答者様がお考えの「虐待につながる可能性がある行為・状況（虐待の発生要因）」についてお教えてください。」と「回答者様は，施設内で虐待を防止するためにどのような仕組み・支援が必要だとお考えですか（虐待の防止策）」の2項目である。本章では，3職種が捉える具体的な虐待の発生要因とその防止策を明らかにし，比較検討することを目的としたため，自由記述を分析対象とした。

3. 分析方法

分析方法は，テキストマイニングの手法を用いた。テキストマイニングとは，質的な文字データを数値化し，統計的に分析する方法である（荒井 2015：52）。本研究では，自由記述項目に記載された3職種が捉える発生要因と防止策の内容について把握し，比較検討を行うことを目的としたため，この手法を選択した。

まず，分析の精度を上げるため，原文を1つずつ確認し，同種の単語を統一する作業を行った。例えば，「入所者」，「入居者」を「利用者」への置換，「スタッフ」，「従事者」を「職員」への置換，「人手不足」，「マンパワー不足」，「スタッフ不足」を「人員不足」へと置換した。また，無回答の削除，ひらがなと漢字の表記の統一も行った。

分析ソフトは，樋口（2014）によって開発されたKHCoder3を使用した。発生要因と防止策について3職種ごとにデータを入力し，複合語を確認した後，語句の抽出を行った。さらに，記述統計にて抽出後の出現回数等を確認し，出現回数を頻度の高い語句からリスト化し，累積パーセントが95%以上の抽出語とその出現回数を把握した。

次に、抽出語を共起ネットワークで表示した。その際の最小出現数は、前述した累積パーセントが95%以上の出現回数に設定した。この共起ネットワークは、出現回数が大きいほど円が大きくなり、円を結ぶ線は共起性や関連性の有無を示し、線種（実線及び点線）が関連の強さを表している。その結果と抽出語を含む原文を確認し、各職種が捉えた施設内虐待の要因及び防止策をカテゴリーに分類し、線で囲み表示した。さらに、3職種から抽出された共通のカテゴリーについては、同じ意味をもつ項目をグルーピングし、再カテゴリー化した。

なお、分析の信頼性及び妥当性を担保するため、高齢者福祉領域の研究者にもスーパービジョンを受けた。

第3節 結果

1. 回収率と回答者の属性

回収率と回答者の属性は、第3章の表3-1に示すとおりである。

2. 職種別にみた施設内虐待の発生要因

「施設内虐待につながる可能性がある行為・状況(発生要因)」について、総抽出語数は、施設長 2069、生活相談員 2303、主任介護職員 2670であった。3職種における異なり語数、出現回数の平均、出現回数の標準偏差、累積パーセント95%以上の抽出語の出現回数は表4-1に示した。

表4-1 抽出語数と出現回数についての記述統計結果

| | 発生要因 | | | 防止策 | | |
|--------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|
| | 施設長 | 生活相談員 | 主任介護職員 | 施設長 | 生活相談員 | 主任介護職員 |
| 総抽出語数 | 2,069 | 2,303 | 2,670 | 2,751 | 2,585 | 2,732 |
| 異なり語数 | 606 | 641 | 684 | 723 | 621 | 633 |
| 出現回数の平均 | 3.41 | 3.59 | 3.90 | 3.80 | 4.16 | 4.32 |
| 出現回数の標準偏差 | 8.28 | 9.05 | 10.68 | 11.03 | 11.47 | 12.05 |
| 累積95%以上の出現回数 | 10 | 11 | 12 | 12 | 13 | 15 |

頻出語（累積パーセントが 95%以上の抽出語）とその出現回数については、表 17 に示した。上位 3 位に着目すると、施設長では、「利用者（74）」、「職員（68）」、「不足（67）」、生活相談員では、「不足（90）」、「職員（76）」、「介護（65）」、主任介護職員は、「不足（106）」、「利用者（89）」、「業務（78）」が挙げられた。

表 4-2 職種別にみた虐待の発生要因と防止策の頻出語と出現回数

| 発生要因 | | | | | | 防止策 | | | | | |
|------------|------|------------|------|------------|------|--------------|------|--------------|------|--------|------|
| 施設長 | | 生活相談員 | | 主任介護職員 | | 施設長 | | 生活相談員 | | 主任介護職員 | |
| 抽出語 | 出現回数 | 抽出語 | 出現回数 | 抽出語 | 出現回数 | 抽出語 | 出現回数 | 抽出語 | 出現回数 | 抽出語 | 出現回数 |
| 1 利用者 | 74 | 1 不足 | 90 | 1 不足 | 106 | 1 研修 | 165 | 1 研修 | 165 | 1 職員 | 148 |
| 2 職員 | 68 | 2 職員 | 76 | 2 利用者 | 89 | 2 職員 | 138 | 2 職員 | 122 | 2 研修 | 138 |
| 3 不足 | 67 | 3 介護 | 65 | 3 業務 | 78 | 3 虐待 | 79 | 3 環境 | 67 | 3 虐待 | 73 |
| 4 介護 | 60 | 4 人員 | 62 | 3 職員 | 78 | 4 環境 | 57 | 3 虐待 | 67 | 4 環境 | 65 |
| 5 人員 | 37 | 4 利用者 | 62 | 5 人員 | 73 | 5 ストレス | 51 | 5 定期的 | 50 | 5 同士 | 56 |
| 6 ストレス | 36 | 6 対応 | 39 | 6 介護 | 61 | 6 防止 | 43 | 6 同士 | 47 | 6 ストレス | 44 |
| 6 言葉遣い | 36 | 7 業務 | 37 | 7 余裕 | 47 | 7 同士 | 41 | 7 介護 | 45 | 7 改善 | 39 |
| 8 余裕 | 26 | 7 余裕 | 37 | 8 ストレス | 43 | 8 介護 | 37 | 8 ストレス | 43 | 8 人員確保 | 38 |
| 9 対応 | 25 | 9 言葉遣い | 36 | 9 対応 | 42 | 9 定期的 | 33 | 9 意識 | 31 | 9 ケア | 36 |
| 10 コール | 23 | 10 ストレス | 35 | 10 コール | 32 | 10 施設 | 29 | 9 人員確保 | 31 | 10 介護 | 34 |
| 11 夜勤 | 22 | 11 スピーチロック | 25 | 11 一人 | 29 | 11 ケア | 26 | 9 体制 | 31 | 10 定期的 | 34 |
| 12 業務 | 21 | 12 認知症高齢者 | 22 | 12 多忙 | 27 | 12 人員確保 | 26 | 12 施設 | 29 | 12 利用者 | 32 |
| 12 認知症高齢者 | 21 | 13 一人 | 19 | 13 夜勤 | 26 | 13 注意 | 24 | 13 改善 | 28 | 13 注意 | 30 |
| 14 スピーチロック | 19 | 13 多い | 19 | 14 スピーチロック | 25 | 14 意識 | 22 | 14 ケア | 27 | 14 意識 | 29 |
| 15 一人 | 18 | 15 コール | 18 | 15 言葉遣い | 24 | 15 委員 | 21 | 15 相談 | 26 | 14 余裕 | 29 |
| 16 理解 | 17 | 16 言葉 | 17 | 15 認知症高齢者 | 24 | 15 体制 | 21 | 16 注意 | 24 | 16 施設 | 28 |
| 17 知識 | 16 | 17 行動 | 16 | 17 知識 | 23 | 15 対応 | 21 | 17 コミュニケーション | 23 | 17 業務 | 24 |
| 18 都合 | 14 | 17 知識 | 16 | 17 暴力 | 23 | 18 コミュニケーション | 19 | 18 余裕 | 22 | 18 委員 | 23 |
| 18 無視 | 14 | 19 声かけ | 15 | 19 多い | 20 | 18 向上 | 19 | 19 業務 | 19 | 18 体制 | 23 |
| 20 多い | 12 | 20 気持ち | 13 | 20 言葉 | 17 | 18 職場 | 19 | 19 利用者 | 19 | 18 認知症 | 23 |
| 20 暴力 | 12 | 20 時間 | 13 | 21 声かけ | 16 | 18 余裕 | 19 | 19 理解 | 19 | 21 相談 | 22 |
| 22 悪い | 11 | 20 無視 | 13 | 22 理解 | 15 | 18 利用者 | 19 | 22 職場 | 18 | 21 防止 | 22 |
| 22 言葉 | 11 | 20 夜勤 | 13 | 23 強い | 14 | 23 チェック | 17 | 23 会議 | 17 | 23 理解 | 19 |
| 22 仕事 | 11 | 24 状況 | 12 | 23 都合 | 14 | 23 相談 | 17 | 24 必要 | 16 | 24 職場 | 18 |
| 25 オムツ | 10 | 25 ケア | 11 | 25 時間 | 13 | 23 認知症 | 17 | 24 防止 | 16 | 25 高齢 | 17 |
| 25 意識 | 10 | 25 悪い | 11 | 26 イライラ | 12 | 23 理解 | 17 | 26 持つ | 15 | 26 事例 | 16 |
| 25 環境 | 10 | 25 強い | 11 | 26 少ない | 12 | 27 改善 | 15 | 27 上司 | 13 | 26 対応 | 16 |
| 25 時間 | 10 | 25 心 | 11 | 26 不適切ケア | 12 | 27 知識 | 15 | | | 28 指導 | 15 |
| | | 25 多忙 | 11 | 26 暴言 | 12 | 27 徹底 | 15 | | | 28 知識 | 15 |
| | | 25 不適切ケア | 11 | 26 無視 | 12 | 30 仕組み | 14 | | | | |
| | | 25 理解 | 11 | | | 31 設置 | 13 | | | | |
| | | | | | | 32 共有 | 12 | | | | |
| | | | | | | 32 場 | 12 | | | | |
| | | | | | | 32 配置 | 12 | | | | |

共起ネットワークから抽出されたカテゴリーは、施設長は、「利用者介護の困難さ」、
「人員不足に伴うストレス」、「認知症高齢者の理解の欠如」、「職員都合の介護」、「夜勤時
の一人対応」、「余裕のない業務状況」、「知識不足」、「仕事をする上での意識の低さ」の 8
点であった。

生活相談員は、「人員不足に伴うストレス」、「職員の利用者への不適切な言動」、「利用
者介護の困難さ」、「夜勤時の一人対応」、「精神的な余裕の無さ」、「業務多忙」、「認知症高
齢者の理解の欠如」、「知識不足」の 8 点が抽出された。

主任介護職員は、「人員不足」、「知識不足」、「業務多忙によるストレス」、「利用者から
の暴言暴力などの対応の困難さ」、「職員都合の介護」、「夜勤時の一人対応」、「認知症高齢
者の理解の欠如」の 7 点が抽出された。

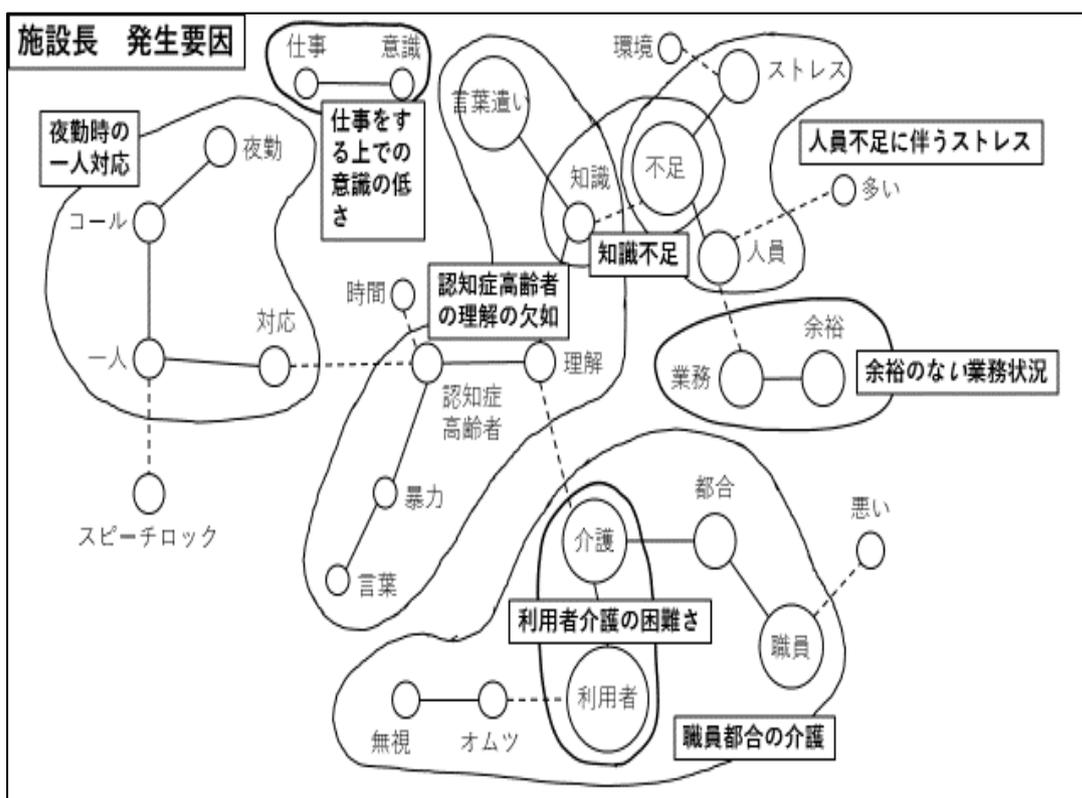


図 4-1 施設長が捉えた施設内虐待の発生要因

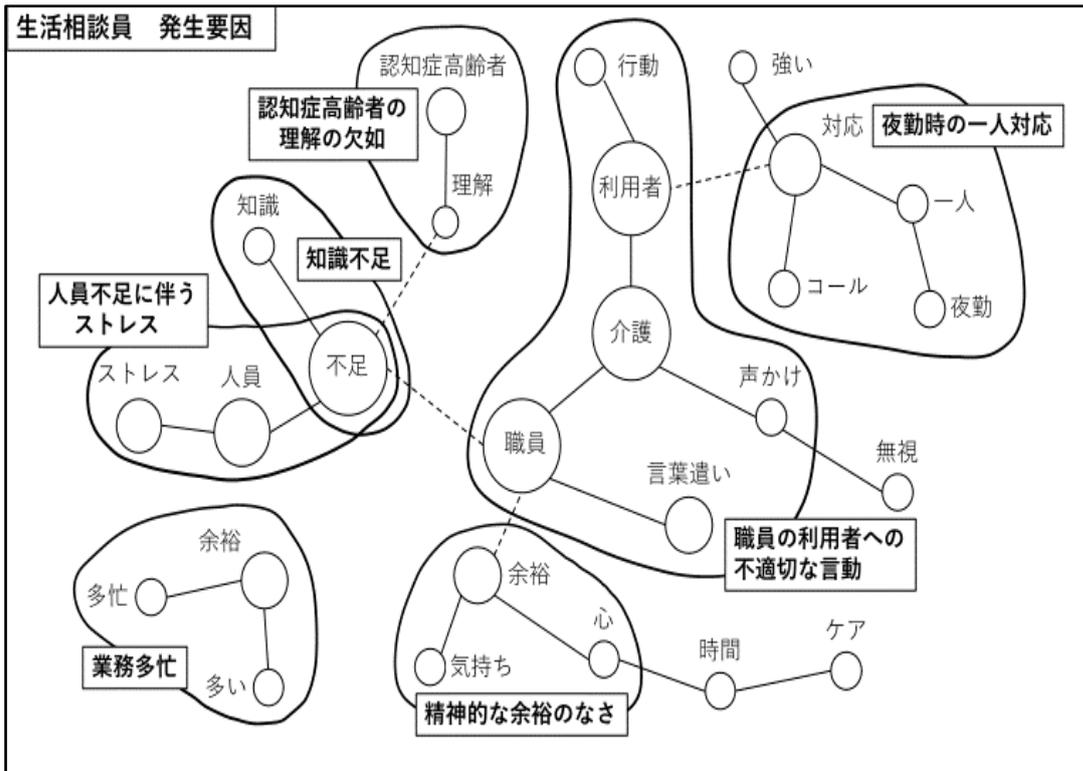


図 4-2 生活相談員が捉えた施設内虐待の発生要因

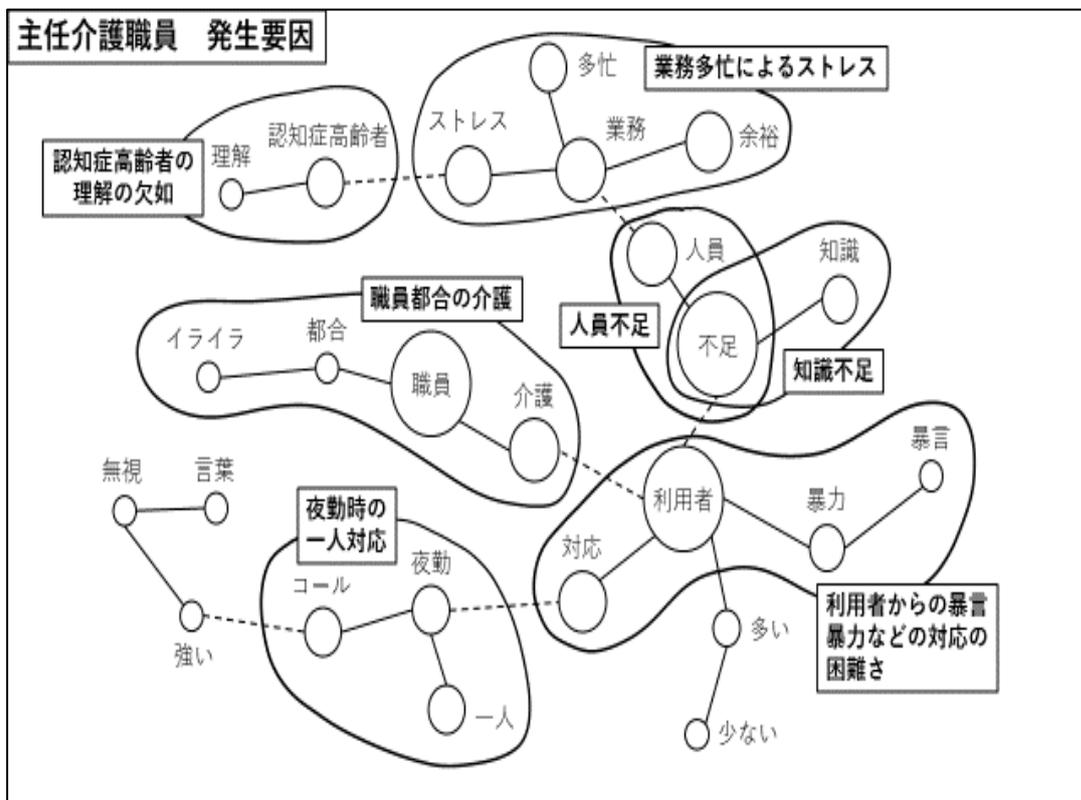


図 4-3 主任介護職員が捉えた施設内虐待の発生要因

以上の結果から 3 職種から抽出されたカテゴリーの共通点は、再カテゴリーの結果、「人員不足による業務多忙とそれに伴うストレス」、「夜勤時の一人対応」、「不適切ケア」、「認知症等の知識の不足」、「利用者介護の困難さ」の 5 点であった。相違点は、施設長のみ抽出されたカテゴリーである「仕事をする上での意識の低さ」の 1 点であった。

表 4-3 発生要因におけるカテゴリーの共通点と相違点

| | | 3職種から抽出されたカテゴリー | 再カテゴリー |
|-------------|--------------------------|--------------------|-------------------------|
| 発生要因 | 3職種 共通 カテゴリー | 「人員不足に伴うストレス」(施・生) | 「人員不足による業務多忙とそれに伴うストレス」 |
| | | 「人員不足」(介) | |
| | | 「余裕のない業務状況」(施) | |
| | | 「精神的な余裕の無さ」(生) | |
| | | 「業務多忙」(生) | |
| | | 「業務多忙によるストレス」(介) | |
| | | 「夜勤時の一人対応」(施・生・介) | 「夜勤時の一人対応」 |
| | | 「職員都合の介護」(施・介) | 「不適切ケア」 |
| | 「職員の利用者への不適切な言動」(生) | | |
| 相違 カテゴリー | 「認知症高齢者の理解の欠如」(施・生・介) | 「認知症等の知識の不足」 | |
| | | | 「知識不足」(施・生・介) |
| 相違 カテゴリー | 「利用者介護の困難さ」(施・生) | 「利用者介護の困難さ」 | |
| | 「利用者からの暴言暴力などの対応の困難さ」(介) | | |
| 相違 カテゴリー | 「仕事をする上での意識の低さ」(施) | | |

注：3 職種から抽出されたカテゴリーにおいては、施設長を（施）、生活相談員（生）、主任介護職員を（介）と表記している。

3. 職種別にみた施設内虐待の防止策

「施設内で虐待を防止に向けた必要な仕組み・支援(防止策)」について、総抽出語数は、施設長 2,751、生活相談員 2,585、主任介護職員 2,732 であった。3 職種における異なり語数、出現回数の平均、出現回数の標準偏差、累積パーセント 95%以上の抽出語の出現回数は表 4-1 に示した。

また、頻出語（累積パーセントが 95%以上の抽出語）とその出現回数については、表 4-2 に示した。上位 3 位に着目すると、施設長は、「研修 (165)」、「職員 (138)」、「虐待 (79)」、生活相談員は、「研修 (165)」、「職員 (122)」、「環境 (67)」、主任介護職員は、「職員 (148)」、「研修 (138)」、「虐待 (73)」が挙げられた。

さらに、共起ネットワークから抽出されたカテゴリーは、施設長は、「虐待防止研修」、「定期的な虐待防止委員会」、「職員同士のコミュニケーション」、「余裕ある職員配置」、「人員確保」、「ストレスケア」、「職員間で注意できる環境」、「相談体制」、「職員の意識改善と知識向上」、「認知症の理解」の 10 点であった (図 4-4)。

生活相談員は、「定期的な虐待防止研修」、「職員同士のコミュニケーション」、「人員確保」、「余裕ある職場環境」、「業務体制の改善」、「相談体制」、「ストレスケア」の 7 点が抽出された (図 4-5)。

主任介護職員は、「定期的な虐待防止研修」、「虐待防止委員会」、「職員間で注意できる環境」、「業務改善」、「人員確保」、「ストレスケア」、「相談体制」、「認知症高齢者の理解」の 8 点が抽出された (図 4-6)。

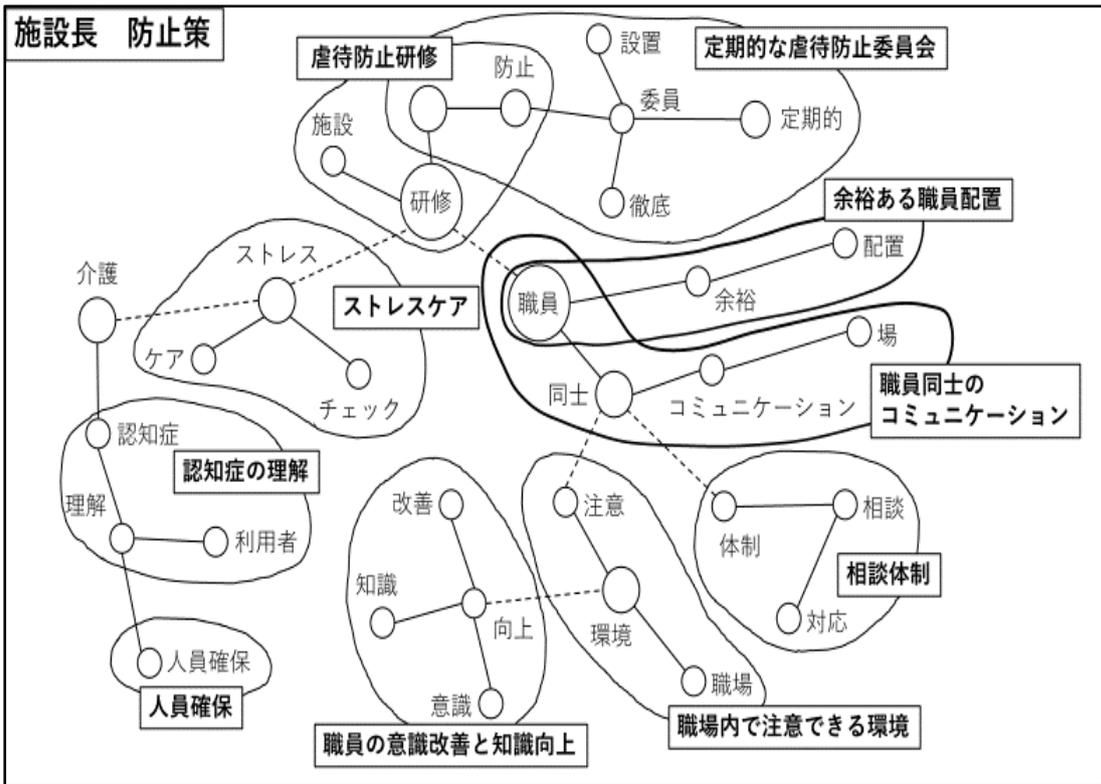


図 4-4 施設長が捉えた施設内虐待防止策

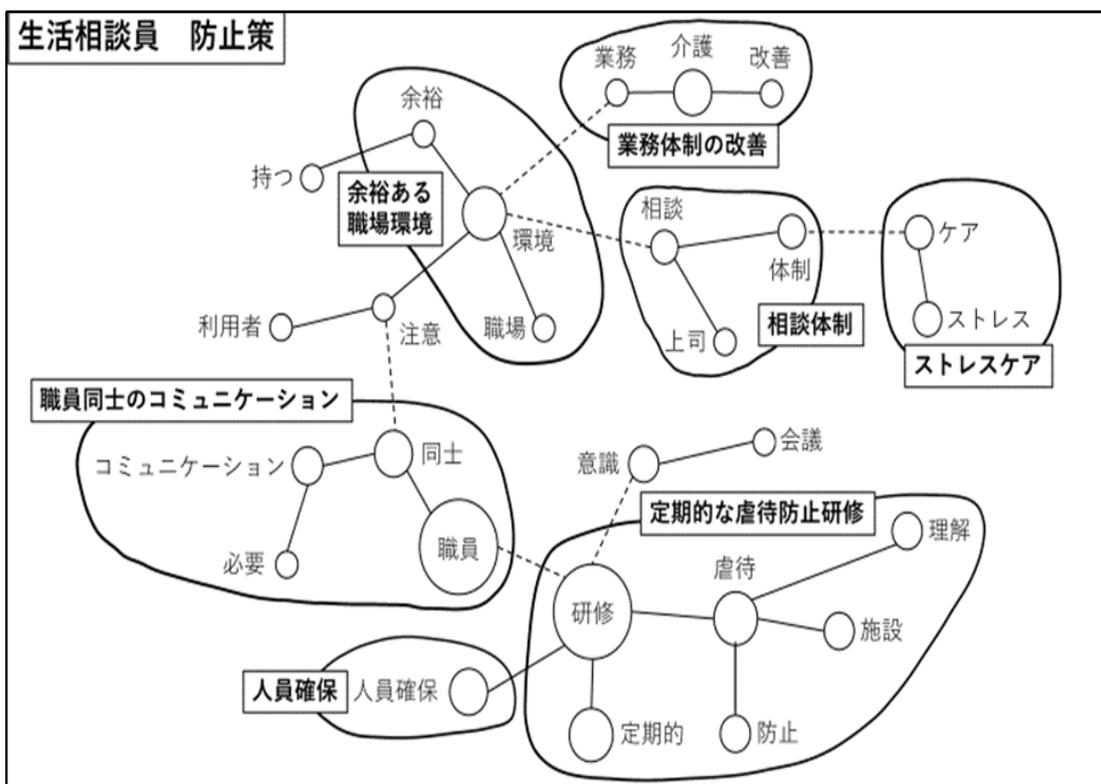


図 4-5 生活相談員が捉えた施設内虐待防止策

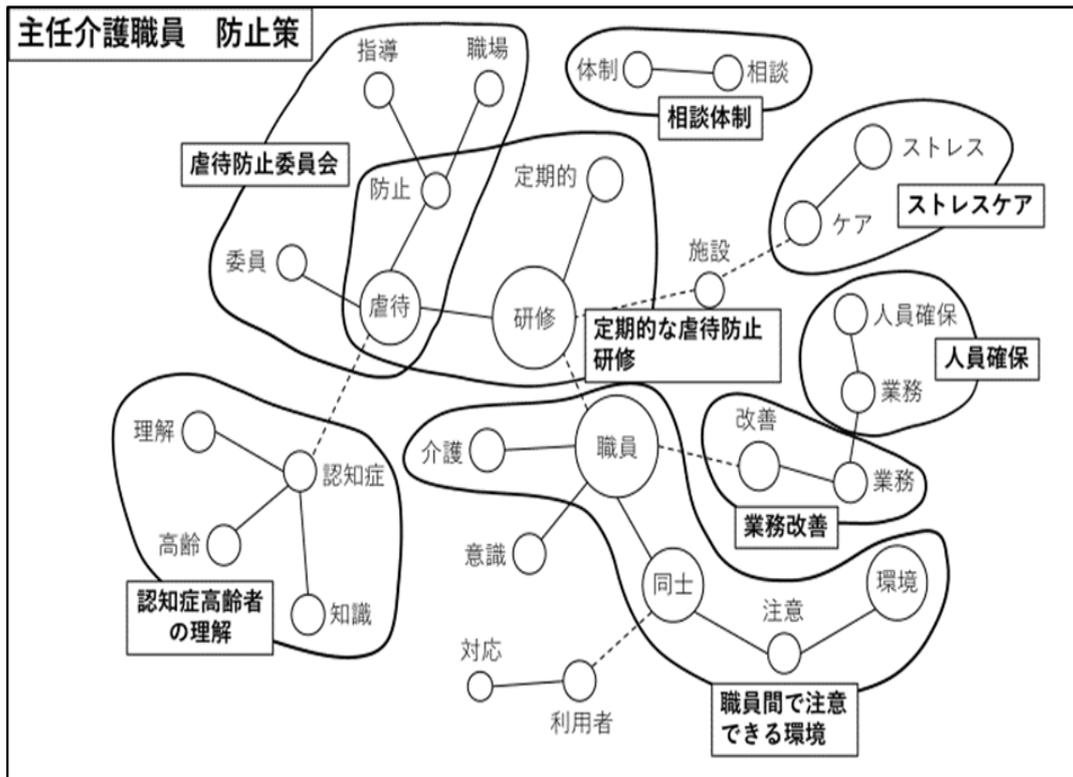


図 4-6 主任介護職員が捉えた施設内虐待防止策

以上の結果から、抽出されたカテゴリーにおける3職種の共通点は、再カテゴリーの結果、「定期的な虐待防止研修」、「余裕ある人員配置」、「ストレスケア」、「相談体制」、「職員間のコミュニケーション」の5点であった。施設長と主任介護職員のみ共通していたカテゴリーは、「虐待防止委員会」、「認知症の理解」であり、生活相談員と主任介護職員のみ共通カテゴリーは「業務体制の改善」であった。相違点は、施設長のみ抽出されたカテゴリーである「職員の意識改善と知識向上」の1点であった。

表 4-4 防止策におけるカテゴリーの共通点と相違点

| | | 3職種から抽出されたカテゴリー | 再カテゴリー |
|--------------|-----------------------|-------------------|--------------|
| 防止策 | 3職種 共通 カテゴリー | 「虐待防止研修」(施) | 「定期的な虐待防止研修」 |
| | | 「定期的な虐待防止研修」(生・介) | |
| | | 「人員確保」(施・生・介) | 「余裕ある人員配置」 |
| | | 「余裕ある職員配置」(施) | |
| | | 「余裕ある職場環境」(生) | |
| | | 「ストレスケア」(施・生・介) | 「ストレスケア」 |
| | | 「相談体制」(施・生・介) | 「相談体制」 |
| | 「職員同士のコミュニケーション」(施・生) | 「職員間のコミュニケーション」 | |
| | 「職員間で注意できる環境」(施・介) | | |
| | 2職種 共通 カテゴリー | 「定期的な虐待防止委員会」(施) | 「虐待防止委員会」 |
| | | 「虐待防止委員会」(介) | |
| | | 「認知症の理解」(施) | 「認知症の理解」 |
| | | 「認知症高齢者の理解」(介) | |
| 「業務体制の改善」(生) | | | |
| 「業務改善」(介) | 「業務体制の改善」 | | |
| 相違 カテゴリー | 「職員の意識改善と知識向上」(施) | | |

注：3職種から抽出されたカテゴリーにおいては、施設長を(施)、生活相談員(生)、主任介護職員を(介)と表記している。

第4節 考察

施設内虐待の発生要因として、3職種が共通して捉えていたものは、「認知症等の知識の不足」、「人員不足による業務多忙とそれに伴うストレス」、「夜勤時の一人対応」、「不適切ケア」、「利用者介護の困難さ」の5点であった。特に、頻出語に着目すると3職種共に「利用者」、「不足」、「介護」、「人員」、「ストレス」、「余裕」が上位に挙がっていることから、3職種共通して「人員不足による余裕のなさ」とそれに伴う「ストレス」及び「利用者介護の困難さ」を主たる虐待の発生要因と捉えていることが分かる。

相違点としては、施設長のみが「仕事をする上での意識の低さ」を挙げており、職員の専門職としての意識の低さを要因と捉えていた。施設長は、統括責任者として、職員の全体の状況を把握できる立場にあり、人事考課等を通して、意識の低い職員の問題視

していることが推測できた。

以上の抽出されたカテゴリーは、松岡・本郷（2020：56）が施設内虐待の発生要因として整理している、「組織マネジメントの要因」、「職員の個人的要因」、「利用者の要因」と、その3要因から派生する「職員の業務に伴うストレスの増加の要因」に全て分類することができ、新たな発生要因は抽出されなかった。

施設内虐待の防止策として、3職種が共通して捉えていたものは、「定期的な虐待防止研修」、「余裕ある人員配置」、「ストレスケア」、「相談体制」、「職員間のコミュニケーション」の5点であり、2職種共通カテゴリーは、「虐待防止委員会」、「認知症の理解」（施設長と主任介護職員）、「業務体制の改善」（生活相談員と主任介護職員）であった。

頻出語に着目すると3職種共に「研修」、「職員」、「虐待」、「改善」、が上位に挙がっていることから、3職種共通して「職員研修」と「環境」の改善（整備）を虐待の防止策と捉えていることが推察できた。

相違点としては、施設長のみが「職員の意識改善と知識向上」を防止策として挙げている。これは、施設長が発生要因として捉えていた「仕事をする上での意識の低さ」に基づいた防止策である。施設長は施設の組織マネジメントを担っていく役割がある。そのため職員個々人の虐待防止意識の改善や知識の向上を行うことが、組織全体の意識改善や知識向上につながり、結果として虐待を起こさない風土の形成になると捉えていることが示唆された。

他方、「業務体制の改善」については、生活相談員と主任介護職員からのみ抽出されたカテゴリーであり、施設長からは抽出されなかった。現場の職員の勤務体制や具体的な業務内容の実態と職員が抱える負担感を施設長が把握する必要性が明らかになった。

第5節 結論

虐待の発生要因と防止策について、3職種共通の認識も多くみられたが、職種間の認識の差も明らかになった。特に、防止策として、施設長のみが「職員の意識改善と知識向上」を捉えていたことに対して、「業務体制の改善」については、生活相談員と主任介護職員からのみ抽出された。この要因としては、職種の特性による認識の違いも考えられるが、3職種共通して防止策に挙げている「職員間のコミュニケーション」の不足や職員間

の「相談体制」の不備に伴う共通認識の欠如とも考えられる。

施設内において指導的立場にある3職種の認識の差異は、他の職員にも影響を及ぼし、組織風土の悪化や職員のストレスを増加させ、結果的に施設内虐待の発生要因につながる。そのため、組織マネジメントの課題に対する職種間の共通認識を高めていくことが重要である。

例えば、主任介護職員は、施設内で最も多く存在する介護職員が抱える課題や施設内の状況を施設長や生活相談員に報告・情報共有し、施設全体として改善していくことが必要である。このことは、生活相談員と主任介護職員からのみ抽出された防止策のカテゴリーである「業務体制の改善」についても同様である。職員の勤務体制や具体的な業務内容の実態と職員が抱える負担感を、生活相談員や主任介護職員だけでなく施設長も把握できるようなシステムを形成する必要がある。

また、「職員の意識改善と知識向上」についても、施設長が現場の職員の実態を踏まえて取り組む必要がある。3職種共通して必要な防止策として挙げた「研修」を実施する場合は、藤江（2015：159）が指摘するように、単に研修を実施するだけでは効果は期待できず、施設の職員全体や施設の環境、利用者の状況等を的確に把握して、状況に即した研修を継続的に実施していく必要がある。つまり職員の認知症等に対する理解の状況や不適切ケアに対する意識など、職員の認識の状況と組織的課題の実態を把握し、その上で研修の内容と必要性について、職員間の共通認識の下で取組んでいくことが虐待防止に有効に機能すると考える。

第5章 介護老人福祉施設における虐待防止に向けた 取組みの現状と課題 —介護老人福祉施設における施設長インタビュー調査から—

第2章で述べたとおり、介護老人福祉施設における施設内虐待防止策は、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等（以下、施設基準）に基づき、施設内に身体拘束廃止の委員会や虐待防止委員会などを設置し、研修等を施設長主導の下で実施されている。

しかし、施設内虐待の実態としては、虐待行為の判断の難しさや、事実確認の困難さ、職種・職責によって把握している虐待内容が異なっている状況等がある（藤江 2015）。加えて、職員が施設内虐待防止策として必要だと認識していることと、実施すべきニーズがあることが合致していない可能性（松本・今井 2013）や、施設内での様々な虐待防止に向けた取組みについての認識が、職種間で異なることも指摘されている（松岡・本郷 2020）。

そこで、本章では、介護老人福祉施設の施設長に対するインタビュー調査から明らかになった防止策の現状と課題から、施設内虐待防止策の課題について検討する。

第1節 調査目的

第3章の結果から、施設内での様々な虐待防止に向けた取組みについての認識が、施設長と生活相談員及び主任介護職員との間で、異なることが明らかになった。特に、主任介護職員は、施設長と比較して、組織体制についての認識が低いことや、施設内で虐待防止や環境改善を目的とした取組み体制が構築されていても、職員にこれらの取組みの趣旨等が浸透していない可能性や、職員が取組み内容に満足していない状況があることが指摘された。

以上のことから、本調査では、介護老人福祉施設の施設長にインタビュー調査を行い、施設内虐待防止に向けた取組みの具体的内容と、その有用性及び阻害要因を把握し、その上で、施設内虐待防止策の課題について検討することを目的とした。

なお、調査対象者の施設長は、施設の統括責任者であり、施設の経営、運営、労務管理、苦情解決責任者などの役割がある。さらに、第2章で述べた厚労省通知⁽¹⁾においては、

2017年以降、施設長や指導的立場にある職員に対する研修の必要性が明記されている。つまり、施設長は、施設内虐待の防止策である「組織マネジメントの改善」を行う上で、重要な役割を担う存在と捉えられている。そのため、本調査では、施設長を施設内虐待防止策の主導者と捉え、調査対象者に設定した。

第2節 調査の設計

1. 調査対象と抽出方法

調査対象は、A県内の介護老人福祉施設10施設における施設長9名及び施設長代理1名の計10名とした。調査対象施設の抽出方法は、2018年に実施した郵送調査対象施設である施設から、無作為抽出し、事前に電話と書面で調査内容を説明し、同意を得られた施設を調査対象とした。なお、2018年に実施した郵送調査の際は、2018年5月時点における「介護サービス情報公表システム」から全数抽出し、同一住所の施設は1施設として調査を実施した。

調査対象者の現職の経験年数及び保持資格については、表5-1のとおりである。

表5-1 調査対象者の概要

| | 現在の職種 | 現職の経験年数 | 保持資格 |
|---|-------|---------|---------------------|
| a | 施設長 | 29年 | 社会福祉主事 |
| b | 施設長 | 4年 | 社会福祉士,介護支援専門員 |
| c | 施設長 | 2年 | 社会福祉士,介護支援専門員 |
| d | 施設長 | 8年 | 社会福祉士,介護福祉士,介護支援専門員 |
| e | 施設長 | 19年 | 社会福祉主事 |
| f | 施設長 | 1年 | 社会福祉士,介護支援専門員 |
| g | 施設長 | 1年 | 介護福祉士,介護支援専門員 |
| h | 施設長 | 25年 | 社会福祉主事 |
| i | 施設長 | 11年 | 社会福祉士,介護支援専門員 |
| j | 施設長代理 | 3年 | 介護福祉士,社会福祉主事 |

2. 調査方法と内容

調査方法は、半構造化インタビューを実施した。インタビューは、調査対象者の施設で

行い、時間は1人60分~90分程度であった。インタビュー内容は、書面と口頭で調査対象者からの同意を得て、ICレコーダーで録音した。なお、調査実施期間は2019年8月6日~2019年12月16日であった。

調査内容は、各施設の具体的な虐待防止策の実態を把握するために、①施設長が捉える施設内虐待の発生要因、②施設内虐待防止の取組みの具体的内容、③施設内虐待防止に向けた有用な取組み(有用性)、④施設内虐待防止の取組みを実施する上での困難な点(阻害要因)の4点とした。③の有用な取組みについては、②で行っている具体的取組みを通して、調査対象者が有用だと感じている取組みについて回答して頂いたため、取組み内容は共通するものである。

3. データの分析方法と分析プロセス

データの分析方法は、佐藤(2008:93)の質的データ分析法を参考に、定性的コーディングを行った。定性的コーディングとは、データの中から、「たたき上げ式」に個々の具体的な事実を基にして、一般的な原理を導き出す帰納的なアプローチを行う手法である。本研究は、施設で取り組まれている虐待防止策の有用性と阻害要因について、帰納的に検討するため、この分析手法を採用した。

分析プロセスは、得られた録音データから逐語記録を作成し、質問項目ごとの語り(文書セグメント)を抽出した。その後、定性的コードを作成し、類似する定性的コードを集め、カテゴリーの生成というプロセスで行った。このプロセスにおいては、元の文書セグメントに立ち戻り、修正を繰り返しながらコードの割り当てとカテゴリー化を行った。分析の信頼性及び妥当性を担保するため、高齢者福祉領域の研究者にもスーパービジョンを受けた。

結果の記述にあたっては、カテゴリーを【】、コードを<>、セグメントを「」で示す。

4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたっては、福岡県立大学研究倫理委員会の承認を受け実施した(承認番号:2019-06)。なお、次の7点について、依頼文及び研究計画概要に明記し、倫理的配慮を行った。

①本研究に参加することは、自由意志によるもので、参加する義務はないこと。承諾した研究への協力についても、無条件に途中で中止することができ、そのことによる不利益

が生じることもないこと。

②インタビュー中に不快な質問だと思った場合、その場で研究を中止することができること。また、研究対象者に体調不良や心身に不都合が生じた場合は、研究を中断、あるいは中止できること。

③インタビューは、研究対象者の許可を得て、ICレコーダーで録音すること。ICレコーダーで録音した音声データと個人情報は匿名化し、個人及び施設等が特定できないように処理を行うこと。

④本調査で得られたデータは、目的外使用をしないこと。保管及び処分については、研究代表者の研究室内の鍵のかかるロッカーにて10年間保管後、資料や書類はシュレッダーにて裁断処分し、USB内に保存したデータは全消去すること。

⑤研究実施前には、説明書を基に調査内容について説明をした後に、同意書を交わすこと。同意書を交わした後も、いつでも研究協力の辞退は可能であること。

⑥研究実施前、研究実施中、研究実施後も研究対象者からの質問には、真摯に対応すること。

⑦研究結果は、学会及び学術雑誌で公表する予定であること。

第3節 結果

1. 施設長が捉える施設内虐待の発生要因

施設長が捉える施設内虐待の発生要因は、全体で16のセグメント、11のコードから、4つのカテゴリーが抽出された。抽出したカテゴリーは、【職員の個人的要因】、【組織マネジメントの要因】、【利用者の要因】、【業務上のストレス】である（表5-2）。

【職員の個人的要因】は、〈職員の精神的な余裕の無さ〉、〈職員の知識不足〉、〈職員の適性の問題〉、〈職員の倫理感の問題〉の4つがコード化された。

〈職員の知識不足〉は、積み重ねによって虐待につながる「不適切ケアに関する認知不足」や「職員としての基本的知識の不足」で構成された。

〈職員の適性の問題〉は、介護業界の人員不足の影響でもある「介護分野に合わない職員が働きだしたこと」や「専門的な教育を受けずに、業務についている人が多く、研修だけではなかなか理解が難しいこと」で構成された。

〈職員の倫理感の問題〉は、「個人の倫理観の欠如」、「福祉的な価値観の形成ができていないこと」で構成された。

【組織マネジメントの要因】は、〈人員配置の問題〉、〈職員間のコミュニケーションの問題〉、〈組織マネジメント能力の問題〉の3つがコード化された。

〈人員配置の問題〉は、「ゆとりある人員配置ができていないこと」で構成され、〈職員間のコミュニケーションの問題〉は、「職員の年齢層が20～70歳代と幅広く、考え方が違うこと」といった組織の中で共通認識が持てない状況を示すセグメントであった。そして、〈組織マネジメント能力の問題〉は、「施設のリスクマネジメント能力の欠如」で構成された。

【利用者の要因】は、職員が業務の中で、「利用者からの暴力やセクハラ」を受けている状況を示す〈利用者対応の難しさ〉と、介護保険法の改正による〈利用者の介護度の重度化〉の2つがコード化された。

【業務上のストレス】は、〈利用者対応からくるストレス〉、〈精神的なゆとりの欠如からくるストレス〉の2つがコード化された。

〈利用者対応からくるストレス〉は、「認知症の利用者理解が難しく、ストレスを抱えてしまうこと」や「認知症高齢者の対応の難しさからくる職員のストレス」といった認知症高齢者の理解の難しさと、「利用者の家族への対応の難しさからくる職員のストレス」で構成された。

表 5-2 施設長が捉える施設内虐待の発生要因

| カテゴリー | コード | セグメント(抜粋) |
|-------------|-------------------|--|
| 職員の個人的要因 | 職員の精神的な余裕の無さ | 職員の精神的な余裕がないこと |
| | 職員の知識不足 | 不適切ケアに関する認知不足 職員としての基本的知識の不足 |
| | 職員の適正の問題 | 介護分野に合わない職員が働きたこと 専門的な教育を受けずに、業務についている人が多く、研修だけではなかなか理解が難しいこと |
| | 職員の倫理感の問題 | 個人の倫理観の欠如 福祉的な価値観の形成ができていないこと |
| 組織マネジメントの要因 | 人員配置の問題 | ゆとりある人員配置ができていないこと |
| | 職員間のコミュニケーションの問題 | 職員の年齢層が20～70歳代と幅広く、考え方が違うこと |
| | 組織マネジメント能力の問題 | 施設のリスクマネジメント能力の欠如 |
| 利用者の要因 | 利用者対応の難しさ | 利用者からの暴力やセクハラ |
| | 利用者の介護度の重度化 | 制度改正により、介護老人福祉施設の利用者層が重度化したこと |
| 業務上のストレス | 利用者対応からくるストレス | 認知症の利用者理解が難しく、ストレスを抱えてしまうこと |
| | | 利用者の家族への対応の難しさからくる職員のストレス |
| | | 認知症高齢者の対応の難しさからくる職員のストレス |
| | 精神的なゆとりの欠如からのストレス | 精神的なゆとりの欠如からくるストレス |

2. 施設内虐待防止に向けた有用な取組み

施設で実施している施設内虐待防止に向けた取組みの中において、調査対象者が有用だと感じている取組みについては、全体で 54 のセグメント、11 のコードから、4 つのカテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリーは、【研修】、【職員の認識に基づいた組織改善】、【職員状況に応じた組織対応】、【外部委託による取組み】の 4 つである（表 5-3）。

【研修】は、〈施設内研修〉、〈施設外研修〉、〈具体的な事例の提示〉の 3 つがコード化された。

〈施設内研修〉は、介護サービス情報の評価項目にもなっている身体拘束廃止に関する研修や虐待防止研修以外の、施設独自で実施している「不適切ケアについて、具体的に確認していく研修」や「アンガーマネジメントの研修」といった具体的な研修内容や、「職員全員を対象とした同じテーマでの研修を受け、理解のズレをなくす」や「職員が参加しやすい時間帯に、同じ研修を複数回実施」といった職員全員が同じ研修を受講することの有用性を示すセグメントで構成された。

〈施設外研修〉では、多くの職員が施設外研修に参加することを示す「施設外研修の積極的な情報提供」や「多くの職員に外部研修への参加」と、「施設外の研修で、利用者体験

をしたりする研修等も受講」で構成された。

〈具体的な事例の提示〉は、虐待や不適切ケアなどの具体的な事例を基にした研修を示す「新しい情報や具体的な虐待事例の伝達」、「具体的な事例を基にした不適切ケアに関する認識の共有」、「職員に意図が伝わりやすいように、具体的な事例をもとにした研修」など8つのセグメントで構成された。

【職員の認識に基づいた組織改善】は、〈チェックリストの実施〉、〈職員の意見を基にした取組み〉の2つがコード化された。

〈チェックリストの実施〉は、「東京福祉保健財団作成のチェックリストを使って、数値化し、課題を見つけ対処」や「インターネットで探したセルフチェックリストを実施し、その結果を職員間で共有」、「様々なチェックリストを基に作成した、施設独自のセルフチェックの実施」など、既存のチェックリストを基にした職員のチェックリストの実施の有用性を示すセグメントで構成された。

〈職員の意見を基にした取組み〉は、「介護職員が発案して作成する虐待防止のキャッチコピーを、職員のステーションに配置」、「職員が受講したい研修についての情報を収集し、事業計画に反映」、「現場の意見を取り入れて、不適切ケアについてのチェックリストをバージョンアップする」など、職員の発案に基づく取組みで構成された。

【職員状況に応じた組織対応】は、〈上司による職員の理解〉、〈職員の業務負担の軽減〉、〈職員同士の関係性向上に向けた取組み〉の3つがコード化された。

〈上司による職員の理解〉では、上司が職員の様子の変化に気づき、対応する「職員の対応の変化を主任クラスで共有」、「職員の対応で気になることがあった場合は、上司が把握し面接をするようにしている」や、施設長と職員の良い関係性の形成を意図する「施設長に対して職員が気軽に意見を言えるような雰囲気づくり」、「施設長側からの職員への積極的なコミュニケーションをとり、職員の様子の変化がないかを確認」で構成された。

〈職員の業務負担の軽減〉では、「介護補助業務をアルバイトに移行し、介護職員の業務負担の軽減」や「対応が難しい利用者の場合は、担当を交代する」といった業務負担軽減の取組みで構成された。

〈職員同士の関係性向上に向けた取組み〉では、「現場の中で、職員同士がお互いに注意し合ったり、意見を言い合ったりする」、「職員同士が自らの意見を言いやすいような風通しのよい組織づくり」など職員同士がお互いに意見を言い合えるような雰囲気づくりを示すセグメントで構成された。

【外部委託による取組み】では、〈産業医（産業カウンセラー）による相談対応〉、〈外部委託の研修〉、〈外部委託の取組みに基づいた組織改善〉の3つがコード化された。

〈産業医（産業カウンセラー）による相談対応〉では、定期的な産業医または産業カウンセラーによる相談体制を示す「月に1回の産業医による相談対応と、それを踏まえた会議」、「産業カウンセラーによる相談の実施」で構成された。また、産業医による相談体制の効果を示す「守秘義務が守られた上での産業医との面接が、職員の安心感につながっている」や「職員が産業医には気持ちを伝えられたり、先生が客観的に読み取って、アドバイスをもらっている」も含まれた。

〈外部委託の研修〉では、施設内で外部委託の講師による研修を示す「保険会社による虐待事例等の勉強会で、最新の情報を知る」、「産業医によるメンタルヘルスのための研修を全職員対象に行っている」などで構成された。

〈外部委託の取組みに基づいた組織改善〉では、「研修結果を、外部委託会社が評価し、次の研修計画を立てる」や「定期的な産業医との面接結果を基に、施設の業務体制についてアドバイスをもらっている」など、施設外の第三者による指導や評価を基にした取組みで構成された。

表 5-3 施設内虐待防止に向けた有用な取組み

| カテゴリー | コード | セグメント(抜粋) |
|--|----------------------|---|
| 研修 | 施設内研修 | 職員全員を対象とした同じテーマでの研修を受け、理解のズレをなくす |
| | | 不適切ケアについて、具体的に確認していく研修 |
| | | 中堅職員の研修の実施 |
| | | 職員が参加しやすい時間帯に、同じ研修を複数回実施 |
| | | アンガーマネジメントの研修 |
| | 施設外研修 | 施設外研修の積極的な情報提供 |
| | | 多くの職員に外部研修への参加 |
| | 具体的な事例の提示 | 施設外の研修で、利用者体験をしたりする研修等も受講 |
| | | 具体的な虐待事例集を各部署に配置 |
| | | 新しい情報や具体的な虐待事例の伝達 |
| | | 虐待事例等、様々な情報を収集し、職員に情報共有 |
| | | 虐待事例の情報提供をし、注意喚起 |
| | | 具体的事例を基にした不適切ケアに関する認識の共有 |
| | | 最新の虐待事例を収集し、職員に情報共有 |
| | | 具体的な虐待事例についての勉強会 |
| 職員に意図が伝わりやすいように、具体的な事例をもとにした研修 | | |
| 職員の認識に基づいた組織改善 | チェックリストの実施 | 東京福祉保健財団作成のチェックリストを使って、数値化し、課題を見つけ対処 |
| | | 法人全職員でのコンプライアンス自己チェックと他者チェック(見たこと聞いたことあるか) |
| | | インターネットで探したセルフチェックリストを実施し、その結果を職員間で共有 |
| | | 無記名での組織運営に関するアンケートの実施 |
| | | 様々なチェックリストを基に作成した、施設独自のセルフチェックの実施 |
| | | 全職員に対しての言葉遣いや、利用者に対する尊厳の姿勢とか、言動についてのチェックするためのアンケートの実施 |
| | 職員の意見を基にした取組み | 介護職員が発案して作成する虐待防止のキャッチコピーを、職員のステーションに配置 |
| | | ヒヤリハットの報告書の書式を、職員からの意見で変更し、簡素化し、意見を出しやすいようにした |
| | | 職員が受講したい研修についての情報を収集し、事業計画に反映 |
| | | 現場の意見を取り入れて、不適切ケアについてのチェックリストをバージョンアップをする |
| 施設のサービスの質の評価を職員全体で行う | | |
| 職員状況に応じた組織対応 | 上司による職員の理解 | 職員の対応の変化を主任クラスで共有 |
| | | 人事考課制度の面接者が研修を受講 |
| | | 職員面接の中で、ストレスをため込んでいる職員が吐き出せる場を作った |
| | | 配置基準よりも多い人員配置もするが、人手が足りない場合は、施設長も介護職員のフォローに入る |
| | | 施設長に対して職員が気軽に意見を言えるような雰囲気づくり |
| | | 施設長側からの職員への積極的なコミュニケーションをとり、職員の様子の変化がないかを確認 |
| | 職員の業務負担の軽減 | 職員の対応で気になることがあった場合は、上司が把握し面接をするようにしている |
| | | 施設長から職員に対してコミュニケーションをとるようにしている |
| | | 介護補助業務をアルバイトに移行し、介護職員の業務負担の軽減 |
| | 職員同士の関係性向上に向けた取組み | 夜勤専門職員を配置し、職員の負担軽減 |
| | | 対応が難しい利用者の職員の負担集中を分散 |
| | | 対応が難しい利用者の場合は、担当を交代する |
| 現場の中で、職員同士がお互いに注意合ったり、意見を言い合ったりする | | |
| 外部委託による取組み | 産業医(産業カウンセラー)による相談対応 | 職員同士がいつでもフォローしあえるように、情報共有を密に行う |
| | | 職員同士が自らの意見を言いやすいような風通しのよい組織づくり |
| | | 月に1回の産業医による相談対応と、それを踏まえた会議 |
| | | 産業医による月に1回の巡回指導で、毎月の指摘事項に対応 |
| | | 産業カウンセラーによる相談体制の設置 |
| | 外部委託の研修 | 産業カウンセラーによる相談の実施 |
| | | 守秘義務が守られた上での産業医との面接が、職員の安心感につながっている |
| | | 職員が産業医には気持ちを伝えられたり、先生が客観的に読み取って、アドバイスをもらっている |
| | 外部委託の取組みに基づいた組織改善 | 保険会社による虐待事例等の勉強会で、最新の情報を知る |
| | | 外部委託の職員研修を実施する |
| 産業医によるメンタルヘルスのための研修を全職員を対象に行っている | | |
| 研修結果を、外部委託会社が評価し、次の研修計画を立てる | | |
| 外部のメンタルヘルスケア会社による相談体制の設置と、その対応結果の把握(匿名) | | |
| 定期的な産業医との面接結果を基に、施設の業務体制についてアドバイスをもらっている | | |

3. 施設内虐待防止の取組みを実施する上での困難な点

施設内虐待防止の取組みを実施する上での困難だと感じている点については、全体で 22 のセグメント、8 のコードから、3 つのカテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリーは、【人員不足】、【職員に対する組織の対応】、【不適切ケアの認識】の 3 つである（表 5-4）。

【人員不足】は、〈職員の人員不足〉、〈職員の適性〉、〈職員の早期離職に伴う問題〉の 3 つがコード化された。

〈職員の人員不足〉では、人員不足による「職員の精神的余裕の無さ」や「職員の業務多忙の状況」、「経営上の理由から、職員体制の充実ができない」こと、また、「人手不足のため、職員の退職を恐れて注意できない」や「職員にやめられたら困るため、注意ができない環境」といった職員の退職を懸念する状況を示すセグメントで構成された。

〈職員の適性〉は、介護業界の人員不足や採用の難しさを背景とした「職員の適性の問題」や「福祉マインドが欠如した職員を採用せざるを得ない」で構成された。

【職員に対する組織の対応】では、〈職員間の関係性〉、〈職員のストレス〉、〈職員理解の難しさ〉、〈利用者対応の難しさ〉の 4 つがコード化された。

〈職員間の関係性〉は、「職員間または上司との関係性の問題」や組織内で統一した認識を持ってない状況を示す「職員間の意識やケアのあり方の格差が、他の職員のストレスになる」で構成された。

〈職員理解の難しさ〉は、「職員が本音をいわない」や「職員の悩みに対する早期対応ができない」、「業務に追われて、職員同士の対応に目が届いていない」といった、職員の業務上の悩みや意識について、「職員の気持ちが分からない」ことを示すセグメントで構成された。

〈利用者対応の難しさ〉は、組織として、利用者対応で疲弊する職員を擁護する難しさを示す「利用者対応が困難化しており、職員を守れない不安」や「カスタマーハラスメントによる職員の疲弊」で構成された。

【不適切ケアの認識】は、不適切ケアの判断基準の難しさを示す〈不適切ケアについての認識の難しさ〉の 1 つがコード化された。

表 5-4 施設内虐待防止の取組みを実施する上での困難な点

| カテゴリー | コード | セグメント(抜粋) |
|--|--------------------------|--|
| 職員に対する組織の対応 | 職員間の関係性 | 職員間または上司との関係性の問題 |
| | | 職員間の意識やケアのあり方の格差が、他の職員のストレスになる |
| | 職員のストレス | 指導側の主任クラスのストレスの増加 |
| | 職員理解の難しさ | 職員が本音をいわない |
| | | 職員の悩みに対する早期対応ができない |
| | | 業務に追われて、職員同士の対応に目が届いていない |
| | 利用者対応の難しさ | 職員の気持ちが分からない |
| | | 利用者対応が困難化しており、職員を守れない不安 |
| 利用者のご家族の要望が増えてきていて、職員のストレスの増加 カスタマーハラスメントによる職員の疲弊 | | |
| 不適切ケアの認識 | 不適切ケアについての認識の難しさ | 自分の行為が虐待につながるかどうかという、具体的な行為がイメージしにくい 不適切ケアについての認識のばらつきがある |
| 人員不足 | 職員の人員不足 | 職員の精神的余裕の無さ |
| | | 職員の業務多忙の状況 |
| | | 職員の人員配置の問題 |
| | | 経営上の理由から、職員体制の充実ができない |
| | | ゆとりある人員確保ができない |
| | | 人手不足のため、職員の退職を恐れて注意できない |
| | 職員にやめられたら困るため、注意ができない環境 | |
| | 職員の適性 | 職員の適性の問題 福祉マインドが欠如した職員を採用せざるを得ない |
| 職員の早期離職に伴う問題 | 職員の早期離職に伴って、職員間で知識が定着しない | |

第 4 節 考察

1. 施設長が捉える施設内虐待の発生要因

施設内虐待の発生要因について、松岡・本郷（2020）は、「組織マネジメントの要因」、
「職員の個人的要因」、「利用者の要因」と、その3要因から派生する「職員の業務に伴う
ストレスの増加の要因」の4要因があると指摘している。

本調査においても、分析の結果、【職員の個人的要因】、【組織マネジメントの要因】、【利
用者の要因】、【業務上のストレス】の4つのカテゴリーが抽出され、一致していた。その
うち、【職員の個人的要因】のカテゴリーは、セグメント全体の約半数で構成された。コー
ドに着目すると、〈職員の知識不足〉や〈職員の倫理観の問題〉が挙げられていたが、その
背景要因としては、同様にコード化された〈職員の適正の問題〉があると推測できる。介

護業界全体の採用の難しさや人員不足があり、施設運営上、適性に課題がある職員を採用せざるを得ず、「介護分野に合わない職員が働きだしたこと」が、〈職員の知識不足〉や〈職員の倫理観の問題〉につながっていると思料される。

また、【利用者の要因】や〈利用者対応からくるストレス〉など、認知症高齢者の理解の難しさや、利用者および家族対応の複雑さが職員の負担となり、ストレスにつながり【業務上のストレス】として発生要因となっていると捉えていた。背景には、介護保険法の改正に伴い、利用者の要介護度が要介護度3以上となり重度化したことや、利用者の個人を尊重としたケアへの転換が、人員不足や業務多忙な状況の中で、職員の負担を増加させていることも一因として考えられる。

一方、【組織マネジメントの要因】については、施設の組織運営のあり方を要因として捉えていたのは、〈組織マネジメント能力の問題〉のコード1つで、抽出されたセグメントは、「施設のリスクマネジメント能力の欠如」のみであった。

2. 施設内虐待防止に向けた取組みの有用性と阻害要因

(1) 施設内虐待防止に向けた取組みの有用性

施設内虐待防止に向けた取組みの有用性について、分析した結果、【研修】、【職員の認識に基づいた組織改善】、【職員状況に応じた組織対応】、【外部委託による取組み】の4つのカテゴリーが抽出された。コード及びセグメントに着目すると、基準省令等に定められた防止策だけでなく、施設独自の取組みを実施し、その有用性を感じていることが明らかになった。

特に、施設長や管理職主導のトップダウンの取組みではなく、〈チェックリストの実施〉や〈職員の意見を基にした取組み〉といった【職員の認識に基づいた組織改善】は、組織の実態に応じた虐待防止策であり、その有用性を感じていた。

藤江(2016)は、施設内虐待の対応策や防止策を考える上では、如何に施設内虐待の実態を多面的に可視化していくかが一つの着眼点となると指摘している。〈チェックリストの実施〉は、その結果から、組織の現状や課題を客観的に把握することができ、可視化しやすいといえる。さらに、有馬(2006)は、虐待の発生要因の認識化は、職員の専門性が向上され、虐待の発生を抑止すると述べている。ゆえに、チェックリストや職員の意見を基にした虐待防止策を講じることで、職員の虐待に対する認識が高まり、専門性も向上し、結果施設内虐待を防止することができる。

【研修】についても、形式的な知識の伝達ではなく、職員が自らの業務と照らし合わせて理解することができるように、〈具体的な事例の提示〉を行うことや、介護に係る法制度や利用者の状況等が変化する中で、常に新しい情報を収集し、職員間で共有することで、職員個々人の意識の向上につながる。このように、職員の認識や職員の目線に立った研修を実施することは、有用である。

さらに、〈産業医（産業カウンセラー）による相談対応〉や〈外部委託の研修〉とその取組みに基づいた組織改善は、施設外の第三者が客観的に組織や職員の状況を把握することができる。特に、職員の業務上の悩みやストレスの状況は、直接上司に打ち明けることの難しさもあり、「守秘義務が守られた上での産業医との面接が、職員の安心感につながっている」ことが示されていた。

施設職員によって実施される防止策も、前述したように意義は認められるが、職員の業務過多や専門性の観点からも、外部のコンサルタントや産業医等に委託することによって、内部職員では見出すことのできない課題把握にもつながる。

以上のように、職員の認識に基づいたボトムアップ方式の取組みと、施設外の専門職による取組みが、虐待防止策としては有用であることが明らかになった。

（2）施設内虐待防止に向けた取組みの阻害要因

施設内虐待防止に向けた取組みの阻害要因については、虐待防止策を講じていく前提としての困難さとして、【人員不足】がある。これは施設内虐待の発生要因とも共通していた。慢性的な人員不足がゆえに、職員が業務多忙な状況で余裕がないことや、適性が欠如した職員を採用せざるを得ない状況、主任クラスの職員が退職を懸念して、不適切ケアを行っていても厳しく注意ができないことが阻害要因となっていた。

介護労働安定センター（2019）によると、介護サービスに従事する従業員の不足感は、全体で 65.3% であり、特に介護職員の不足感は年々上昇している。不足理由は、本調査結果同様、「採用の困難さ」が挙げられており、全体の 9 割を占める。国は、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組むとしているが、介護職員の必要数も 2040 年度までには 69 万人の増員が必要となることを見込まれているため^②、今後も職員の【人員不足】は継続すると推測できる。そのため、【人員不足】の中でも、施設内虐待を防止することができるような方策を検討する必要がある。

また、〈職員間の関係性〉や〈職員理解の難しさ〉といった【職員に対する組織の対応】の難しさも阻害要因として抽出された。立花・九十九（2012）は、施設長に求められる役割として、施設長が現場の職員との考えや認識の差異を放置せずに、日頃より職員の意見やニーズをくみ取り、話し合い、職場環境や労働条件等に取り入れるようなマネジメントをしていくことであると述べている。しかし、「職員が本音をいわない」、「業務に追われて、職員同士の対応に目が届いていない」、「職員の気持ちが分からない」、さらには「指導側の主任クラスのスプレッドの増加」している状況の中で、施設長や管理職だけ職員全員の対応をしていくことには限界がある。今回の研究結果の有用性として示された【産業医（産業カウンセラー）による相談対応】や、【外部委託の取組みに基づいた組織改善】は、この阻害要因に対応できると考える。

第5節 結論

本調査から明らかになったことは、施設内虐待の発生要因として、介護業界全体の採用の難しさや慢性的な人員不足の状況から、適性が欠如した職員を採用せざるを得ない状況があり、それが虐待防止策の阻害要因にもつながっていた。介護老人福祉施設に従事している職員は、社会福祉の養成課程を経ている職員だけでなく、様々な経歴を持つ職員がいる。そのため、入職時の職員の知識や倫理観は、差があることも推測できる。

以上のような介護老人福祉施設を取り巻く状況を踏まえ、今回の調査結果から明らかになった有用な施設内虐待防止策は、3点挙げられる。

第一に、虐待や不適切ケアについて【具体的な事例の提示】を通して、職員全体の認識を高めていくことである。先行研究においても、特に不適切ケアの判断は難しく、介護職員の虐待の認識が異なり、何をもって虐待とするかの判断が個人に委ねられている現状（土屋 2014）があることや、介護職員間の虐待行為の定義そのものが不明確となり、結果として無意識のうちに虐待行為をしてしまっている可能性（西本 2007）が指摘されている。そのため、職員間で共通認識をもつことができるような【具体的な事例の提示】を行う【研修】が有用である。

第二に、職員の認識や実態に基づいた〈チェックリストの実施〉や〈職員の意見を基にした取組み〉のようなボトムアップ式の取組みであると考えられる。実際に複数の施設でも実

施されていたが、職員がセルフチェック（チェックリストやアンケート）を実施し、組織として、職員の知識や倫理観の状況及び課題、施設の課題(虐待につながる兆候)を把握する。そして、事業計画への反映や組織改善につなげることが重要である。定期的に職員がセルフチェックを行うことは、自らの認識を確認する機会にもなり、虐待防止意識が高まり、施設内虐待の抑止力となる。

しかし、セルフチェックの内容については、抽出されたセグメントによると、各施設手探り状態で実施している状況が示されていた。職員の虐待意識や知識・倫理観のみに視点を当てるのではなく、職員の業務上の意識や施設の組織的課題を含んだ包括的なセルフチェックシステムを検討する必要がある。

第三に、〈産業医（産業カウンセラー）による相談対応〉や〈外部委託の研修〉といった【外部委託による取組み】を導入し、施設外の第三者が客観的に組織や職員の状況を把握し、改善につなげていくことである。介護報酬等の限られた予算の中で導入していく難しさもあるが、職員の状況、利用者の状況等、介護老人福祉施設を取り巻く状況の複雑さを考えると導入を検討する必要性があると考ええる。

【注】

(1) 厚生労働省は、2015年以降、各都道府県知事に対し、「高齢者虐待の状況等を踏まえた高齢者虐待の再発防止、対応の強化に関する通知」を出している。その通知の中で、自治体を通し、各施設が実施すべき施設内虐待防止策を示している。

(2) 厚生労働省（2021）の「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」では、2023年度には約233万人、2025年度には約243万人、2040年度には約280万人の介護職員の確保が必要だと公表している。2019年度の211万人と比較すると、2023年度までには約22万人、2025年度までには約32万人、2040年度までには69万人の増員が必要となると見込まれている。

終章 介護老人福祉施設における虐待防止に向けた セルフチェックシステムの提案

終章では、はじめに文献研究及び量的・質的調査研究を通して明らかになった、施設内虐待の発生要因と防止策の課題を述べる。その上で、本研究の到達点である、施設内虐待防止に向けたセルフチェックシステムについて提案する。さらに、本研究の課題と今後の研究の展望を述べる。

第1節 介護老人福祉施設における虐待防止に向けたセルフチェックシステムの必要性

1. 本研究結果から明らかになった介護老人福祉施設における虐待の発生要因

(1) 文献研究からの知見（研究課題①）

文献研究（研究課題①）によって明らかになった、介護老人福祉施設における虐待の発生要因として、「職員の個人的要因」、「組織マネジメントの要因」、「利用者の要因」と、その3要因から生じる「職員の業務に伴うストレスの増加の要因」がある。

「職員の個人的要因」は、虐待（不適切ケア）の認識の問題、職員の倫理観（虐待防止意識・人権意識）の欠如、専門性の欠如（知識不足・ケアの質の低下）、適性の問題が挙げられる。

「組織マネジメントの要因」は、組織体制（理念の共有・職員教育・委員会等の組織化等）における問題、運営体制（勤務体制・人員配置・給与等）における問題、組織風土（運営姿勢・職員同士の関係性・コンプライアンス等）における問題等、施設における組織マネジメントの不全から派生する要因である。

「利用者の要因」は、認知症（BPSD）の特性、利用者・家族からの暴言暴力や過度な要求等が挙げられる。

「組織マネジメントの要因」、「職員の個人的要因」、「利用者の要因」は、各要因同士が互いに影響を及ぼし、その関係性から虐待の発生要因が生じることもある。さらに「組織マネジメントの要因」、「職員の個人的要因」、「利用者の要因」から「職員の業務に伴うストレスを増加」させ、さらなる虐待の要因となると捉えた。

(2) 量的調査研究（研究課題②）からの知見

施設長，生活相談員，主任介護職員を対象とした量的調査研究（**研究課題②**）からは，「組織マネジメントの要因」（施設の組織体制に対する認識の実態）と「職員の個人的要因」（不適切ケアに対する認識及び遭遇した経験，業務上の意識）に関する職員の認識の差異があることが明らかになった。また，同調査に基づく質的分析からも，各職員が捉える虐待の発生要因と必要な防止策について，認識の差異が明らかになった。

組織において，特に指導的立場にある職員による認識の差異は，他の職員にも影響を及ぼし，施設内の組織風土（介護や利用者に対する考え方・職員同士の関係性等）の悪化や職員のストレスを増加させ，結果的に施設内虐待の発生要因になると捉えた。

また，主任介護職員における不適切ケアについての認識と遭遇経験の関連を分析した結果，藤江（2016）の研究と同様に，不適切ケアの遭遇経験があることが，虐待防止意識の低下につながることも明らかになった。

以上の結果を踏まえ，本研究結果から得られた介護老人福祉施設における虐待の発生要因を**図 6-1**に示す。職員間の認識の差異は，職員の個人的要因と組織マネジメントの要因の関係性の中から生じる。また，両要因に対しても影響を及ぼすため，双方向の矢印で表記した。

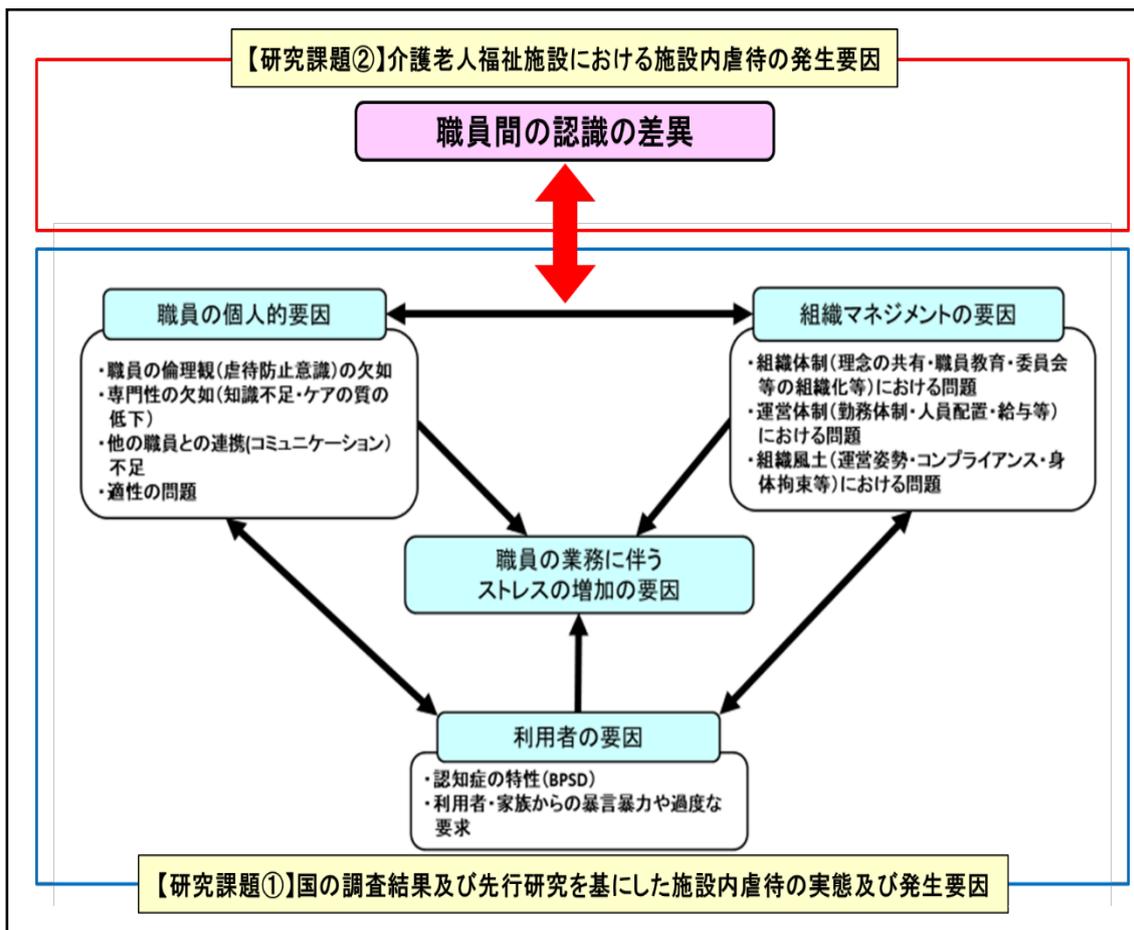


図 6-1 本研究で明らかになった施設内虐待の発生要因

2. 本研究結果から得られた介護老人福祉施設における虐待防止策の課題

(1) 文献研究から示された課題（研究課題①）

現在、介護老人福祉施設が取り組んでいる施設内虐待防止策としては、第三者評価、苦情解決制度の整備、介護サービス相談員派遣事業等のオンブズマンの活用等が挙げられる。

また、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」に基づく虐待の防止のための措置における各施設の指針の整備や研修の実施等、「虐待防止体制整備の義務化」や、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」に基づく「身体拘束の適正化」と介護報酬における「身体拘束廃止未実施減算」、労働安全衛生法に基づく「ストレスチェック制度」も虐待防止策として位置付けることができる。

さらに、厚労省通知においても、各施設が実施すべき施設内虐待防止策として、研修と組織マネジメントの改善が提示されている。

介護老人福祉施設は、以上のような法令等に基づくトップダウン型の虐待防止策を講じているが、本研究ではこれらの虐待防止策は、各施設を取り巻く現状踏まえずに画一的に実施している点を課題として挙げた。

他方、先行研究では、施設内虐待の実態等を踏まえ、防止策として、「研修」と「組織マネジメントの改善」について具体的内容を指摘しているが、それらの必要性を提示するに留まった研究が中心である。施設職員が防止策として必要だと認識していることと、実施すべきニーズがあることが合致していない可能性の指摘（松本・今井 2013）や、施設の職員全体や施設的环境、利用者の状況等を多面的に把握して、状況に即した研修を継続的に実施していく必要性（藤江 2015）は指摘されているが、その方法を示した研究は実施されていなかった。

以上のことから、施設内虐待の防止策の課題として、施設や職員の実態に応じた防止策（研修や組織マネジメントの改善）が講じられていないことが明らかになった。

(2) 量的調査研究及び質的調査研究から示された課題（研究課題②・③）

量的調査研究及び質的調査研究の結果から、現行の虐待防止策と併せて取り組むべき課題として、次の3点が明らかになった。

第一に、施設内の職員の認識を把握し、その差を是正することである。本研究では、不適切ケアや施設の虐待防止体制に対する職員間の認識の差が明らかになった。職員間の認識の差が生じる要因としては、不適切ケアや施設内の虐待防止策について、職員間で共通認識を持つことができていることが挙げられる。そのため、施設内の職員が共通認識を持つことができるようなシステムが必要であることが明らかになった。

第二に、職員の認識や実態に基づいたボトムアップ式の取組みを導入することである。職員の認識や実態を把握し、それに応じた事業計画の立案や組織改善を行うことにより、職員の虐待防止意識の向上と、施設内虐待の抑止力となることから導入の必要がある。

第三に、職員や施設の課題を客観的立場で指摘できるような第三者的役割を担う存在の確保である。職員や施設に対して、批判的な立場ではなく、職員や施設との信頼関係に基づき、客観的に組織や職員の状況を把握し、改善案を提示できるような存在（外部コンサルタントや学識経験者等）の導入である。特に、職員が抱える様々なストレスは、施設内虐待の発生要因となることから、産業医やカウンセラーの活用も有効であると考えられる。これらは、介護報酬等の限られた予算の中で導入していく難しさもあるが、介護老人福祉施設

設を取り巻く状況の複雑さを考えると必要であると考え。

以上、(1)、(2) から示された課題を踏まえ、各施設・職員の実態に応じた施設内防止策を実施するために、職員のセルフチェック結果を基に、各施設の抱える課題を明確にし、職員間での共有、課題に応じた取組み・改善策の実施につなげていくボトムアップ式のシステムを講じる必要性が明らかになった。

3. 施設内虐待防止のための既存のチェックリストとシステムの実態

虐待防止策の1つとして、チェックリストの活用がある。本郷(2020:29)によると、養護者による高齢者虐待の発見や予防のためのチェックリストは、18の自治体において作成されていることが明らかになっている。

そこで、施設内虐待防止のためのチェックリストの実態を把握するため、「高齢者虐待」「職員」「チェックリスト」の3つのキーワードで、インターネット検索をした結果、5つの自治体と東京都福祉保健財団にて作成されていた。その6つのチェックリストを、対象者、チェックリストの項目、回答方法、活用方法について比較を行った(表6-1)。また、参考資料として、全国社会福祉協議会が作成している障害者虐待防止のためのチェックリストの内容も掲載した。

6つの施設内虐待防止の既存のチェックリストを比較した結果、その特徴及び傾向は、次の4点が挙げられる。

第一に、東京都福祉保健財団を除いた5自治体のチェックリストの対象者は、管理者・経営者用と職員用に分類して作成されている点である。松戸市の職員用のチェックリストは、さらに経験年数(3年未満または3年以上)に応じ、作成している。

他方、東京都福祉保健財団の「虐待の芽チェックリスト」は、対象者で分類するのではなく、サービス種別(訪問系・通所系・入所施設系等)で分類している。

第二に、対象者によって、チェックリストの項目が異なる点である。管理者用と職員用を比較すると、5自治体において管理者用のチェックリストは、組織体制に関する項目が中心であるのに対し、職員用は、虐待及び不適切ケア等に関する項目や利用者対応に関する項目が中心である。特に、厚木市及び日置市は、管理者用は組織体制に関する項目、職員用は、利用者への対応に関する項目と分類し、作成している。なお、東京都福祉保健財団のみ、全職員を対象とした「組織体制に関するチェックリスト」を作成している。

第三に、職員の業務上の認識(職員同士の関係性やコミュニケーションの状況等)に関

する項目が少ないことである。項目がある和歌山県、神奈川県をチェックリストに着目すると、全項目数の1割程度の設定になっている。

第四に、チェックリストの活用方法としての例示について、4自治体（和歌山県、神奈川県、厚木市、松戸市）は、具体的な活用方法の例示がなく、自己点検や研修での使用にとどまっている。これに対し、日置市及び東京都福祉保健財団は、チェックリストを基に課題を抽出し、原因分析や事業計画への反映まで示している。

全国社会福祉協議会の作成した障害者虐待防止のためのチェックリストは、対象者別に作成し、項目も分類して設定しているが、業務上の認識に関する項目は、職員用のチェックリストで半数を占めており、チェックリストの活用方法も具体的に例示している。

以上の特徴及び傾向から明らかになった課題として、職種別に設定したチェックリストは、各職種の業務応じたチェックはできるが、施設全体の職員の認識状況の比較が難しいことが挙げられる。特に、施設内虐待防止策は、施設長等管理者の指揮の下、実施されるが、その取組みに対しての意義や有用性を、各職員が認識し、取り組んでいるかどうかを把握する必要がある。そのため、職員に対しても、管理者と同様に組織体制に関する項目が必要であると考えられる。

加えて、業務上の認識についての項目も充実させる必要がある。職員のストレスの状況は、「ストレスチェック制度」を活用することによって把握することはできるが、施設内虐待の発生要因の1つに含まれる「職員同士の関係性(コミュニケーションの不足)」については、確認することができない。そのため、職員が日々働く中で感じている思いを把握できるような項目を増やすことが求められる。

チェックリストの活用方法についても課題がある。チェックリストを自己点検や研修で使用し、さらにその結果を、どのように防止策に活かしていくのかを具体的に示す必要がある。東京都福祉保健財団や全国社会福祉協議会が示す活用方法は、施設内虐待防止のためのセルフチェックシステムを検討する上でも参考になるといえる。

表 6-1 施設内虐待防止のチェックリストの比較

| 作成者 | チェックリスト名 | 対象者 | 項目 | 回答方法 | 活用方法等の例示 |
|-----------|--|------------|---|--|--|
| 和歌山県 | 「管理者・経営者のための自己チェックリスト」 | 管理者・経営者用 | 65項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：41項目、組織体制に関する項目：21項目、業務上の認識：3項目） | 2項目（YES、NO） | チェックリストの各項目についての解説を記載し、研修等で活用する。 |
| | 「施設従事者のための自己チェックリスト」 | 施設従事者用 | 52項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：36項目、組織体制に関する項目：11項目、業務上の認識：5項目） | | |
| 神奈川県 | 「自己点検シート」 | 管理者用 | 30項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：20項目、組織体制に関する項目：6項目、業務上の認識：4項目） | 2項目（はい、いいえ） | チェックリストの各項目についての解説を記載し、自己点検を行う。 |
| | | スタッフ用 | 30項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：22項目、組織体制に関する項目：4項目、業務上の認識：4項目） | | |
| 厚木市 | 「自己チェックリスト」 | 管理者用 | 22項目（組織体制に関する項目） | 2項目（ある、ない） | 具体的になし。 |
| | | 職員用 | 28項目（利用者への対応に関する項目） | 3項目（よくある、時々ある、ない） | |
| 松戸市 | 「管理者・経営者のためのチェックリスト」 | 施設長・管理者用 | 66項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：38項目、虐待対応の方法、組織体制に関する項目：28項目） | 2項目（YES、NO） | チェックリストの各項目についての解説を記載し、経験年数や職種別に、虐待に関する知識や事例を通じたポイント解説等を研修で利用する。 |
| | 「施設従事者等のための自己チェックリスト」 | 経験3年以上の職員用 | 19項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：13項目、自己研鑽に関する項目：2項目、組織体制に関する項目：4項目） | | |
| | | 経験3年未満の職員用 | 25項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：15項目、虐待対応の方法、組織体制に関する項目：10項目） | | |
| 日置市 | 「施設従事者等のための自己チェックリスト」 | 管理者用 | 20項目（組織体制に関する項目） | 2項目（はい、いいえ） | 年に1回以上、チェックリストによる評価・検証を行い、課題の原因分析を行う。 |
| | | 職員用 | 26項目（利用者への対応に関する項目） | 3項目（ある、ない、見たことがある） | |
| 東京都福祉保健財団 | ①「虐待の芽チェックリスト」：サービス別の虐待の芽や不適切ケアを自己チェックするためのリスト | 職員用 | 15項目（不適切ケアに関する項目：13項目、業務上の認識に関する項目：2項目） | 3項目（している、していない、見たこと・聞いたことがある） | 無記名で定期的に実施・回収（年数回）し、集計・分析による課題把握を行う。 |
| | ②「高齢者虐待防止のセルフチェックリスト」：虐待につながりやすい心理状況 | 職員用 | 12項目（利用者の対応をする上での職員の心理状況に関する項目） | 2項目（ある、ない）と、「ある」と答えた場合その時の心理状況と対応方法についての自由記述 | 虐待が生じる自らの感情について、職場内で共有し、対応方法を検討する。 |
| | ③「高齢者虐待防止のための組織体制チェックリスト」 | 職員全体用 | 16項目（組織体制に関する項目） | 3項目（ある、ない、わからない） | 「ない」、「わからない」項目について、管理職が運営体制の見直しや事業計画案を行うにあたり、結果を参考にする。 |
| 全国社会福祉協議会 | ①体制整備チェックリスト | 施設長・管理者用 | 36項目（組織体制に関する項目） | 2項目（はい、いいえ） | 体制の点検や実践課題等の抽出に用いる。 |
| | ②職員セルフチェックリスト | 職員用 | 20項目（虐待及び不適切ケアの知識に関する項目：11項目、業務上の認識に関する項目：9項目） | 2項目（はい、いいえ） | 施設の虐待防止委員会等が、職員の意識及びサービス提供の状況を把握し、体制の整備、所用の対応を行うために、定期的実施する。 |

注：筆者作成

4. 施設内虐待防止に向けたセルフチェックシステムの提案（研究課題④）

(1) セルフチェックの構成要素

本研究の結果から明らかになった施設内虐待の発生要因を、虐待が顕在化する前の兆候の段階で発見するために、職員が取り組むべきセルフチェックの内容は、次の4要素が挙げられる。①虐待行為及び不適切ケアについての実態及び認識に関する項目、②施設の虐待防止策についての認識に関する項目、③施設の職員間の関係性・業務に関する認識に関する項目、④職員の抱えるストレス状況に関する項目である。各項目の目的と具体的な項目、対応する発生要因については、表6-2に示す。

①虐待行為及び不適切ケアについての実態及び認識に関する項目は、施設内で各職員が把握している虐待行為及び不適切ケアの実態とそれらの行為について、職員がどのように認識しているかを把握するための項目である。

特に不適切ケアは、その適切さについて判断が難しいことが明らかになっているが、その状況を放置しておくことで、虐待の発生要因となる。そのため、施設内の実態と職員の認識を把握することが必要である。具体的な項目は、東京都福祉保健財団の「虐待の芽チェックリスト（入所施設版）」等が参考になる。また、施設内の新たな課題を把握することも必要であるため、項目を固定するのではなく、各施設の「ヒヤリハット報告書等」を活用し、施設独自の項目を作成し、毎年更新する。さらに、本研究結果では、職員の業務多忙さや人員不足に起因する不適切ケアは、職員に容認されやすいことが明らかになったため、項目に含める必要がある。

②施設の虐待防止策についての認識に関する項目は、各施設が取り組んでいる虐待防止策（組織体制）についての職員の認知度（または理解度）を把握する項目である。この項目の設定理由は、本研究において、施設内で虐待防止や環境改善を目的とした取り組み体制が構築されていても、職員にこれらの取り組みの趣旨等が浸透していない可能性が明らかになったためである。そのため、施設で作成している虐待防止のためのマニュアルや虐待防止委員会等、各施設が取り組んでいる虐待防止策に対する認知度（または理解度）を確認する項目で構成する。

③施設の職員間の関係性・業務に関する認識に関する項目は、職員同士のコミュニケーションの実態や施設内の雰囲気、業務を遂行する上での運営体制及び組織風土について、職員の認識を把握する項目である。本研究では、特に、生活相談員及び主任介護職員は、施設内の職員間の情報共有や連携、相談体制に対する満足度が低いと示唆された。また、

職員間のコミュニケーション不足やそれに伴う共通認識の欠如も明らかになったことから、各職員が仕事をする上で、弊害となっている実態を把握する。

④職員の抱えるストレス状況に関する項目では、労働安全衛生法に基づく「ストレスチェック制度」を活用し、職員の抱えるストレス状況の把握を把握する。このチェック制度は、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」、「当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」、「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」で構成され、最低1年に1回、定期に実施しなければならない仕組みになっている。このチェック制度では、結果を踏まえて高ストレス者を選定し、医師による面接指導の要否を確認する流れになっているため、職員のストレス状況については、この制度を活用する。

以上の4要素におけるセルフチェックを施設内の全職員が定期的実施することにより、職員の認識を把握し、虐待につながる兆候を早期発見できると考える。

表 6-2 セルフチェック項目の構成要素

| 構成要素 | 目的 | 具体的内容 | 施設内虐待の発生要因 |
|--------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| ① 虐待行為及び不適切ケアについての実態及び認識に関する項目 | 施設内で虐待行為及び不適切ケアが起きているかどうかを把握すること、それらの行為についての適切な有無についての認識の把握。 | 施設内のヒヤリハット報告書等を活用し、実際に施設内で起きている、あるいは起こる可能性の高い不適切ケアを基に項目を作成する。 職員の業務多忙さや人員不足に起因する不適切ケアは、容認されやすいため、項目に含める。 | 職員の個人的要因 |
| ② 虐待防止の取組みについての認識に関する項目 | 各施設の虐待防止の取組み(組織体制)についての認知度(または理解度)の把握。 | 施設で作成している虐待防止のためのマニュアルや虐待防止委員会等、各施設が取り組んでいる虐待防止策で項目を構成する。 | 組織マネジメントの要因 |
| ③ 職員の関係性・業務に関する認識に関する項目 | 職員同士のコミュニケーションの実態や施設内の雰囲気、業務を遂行する上での運営体制及び組織風土についての認識の把握。 | 職員間で相談や連携がしやすい雰囲気か、または問題を指摘できる雰囲気かなどの職員間のコミュニケーションの実態や、運営体制、業務体制、組織風土についての項目で構成する。 | 職員の個人的要因 組織マネジメントの要因 利用者の要因 |
| ④ 職員の抱えるストレス状況に関する項目 | 職員の抱えるストレス状況の把握。 | 労働安全衛生法に基づく「ストレスチェック制度」を活用する。 | 職員の業務に伴うストレス増加の要因 |

注：筆者作成

(2) セルフチェックシステムの提案

本研究の結論として提示する「施設内虐待防止に向けたセルフチェックシステム」は、次の1) **STEP1**～2) **STEP4**までの流れで実施する。

1) **STEP1**

施設内の虐待防止委員会等を中心に、セルフチェックを行う4要素の具体的項目を確定する。セルフチェックの具体的項目は、各施設のヒヤリハット事例や取組み状況を反映した項目を含む必要があるため、はじめに4要素の具体的項目を確定する。

2) **STEP2**

施設内の全職員によるセルフチェックを実施する。このセルフチェックは、職員や施設の負担等を考慮し、4要素を同時に実施する必要はないと考えるが、全職員同一の要素を同時期に実施する。

3) **STEP3**

セルフチェック結果を集約し、その結果に基づき、職員の認識状況及び施設の課題を把握する。さらに、セルフチェックで明らかになった職員の認識状況や施設の課題については、幹部職員や虐待防止委員会等が把握するのではなく、各職員も自らが勤務する施設の実態について理解する必要があるため、結果の共有を行う。

4) **STEP4**

STEP3で明らかになった施設の課題を踏まえ、課題解決に向けた研修や組織マネジメント改善を行う。

①不適切ケアの実態が明らかになった場合は、その不適切ケアの具体的な行為に焦点を当てた研修を実施し、職員の不適切ケアに対する共通認識を形成する。

②各施設が取り組んでいる虐待防止策（組織体制）について、職員の認知度（または理解度）が低い場合は、施設内で虐待防止に関する取組みを共有する方法を再検討する。幹部職員や施設内の一部の職員のみが把握するのではなく、全職員が施設内の虐待防止に関する取組みを認知できるような周知方法を検討する。

③施設の職員間の関係性・業務に関する認識については、現状の労働環境、組織風土を見直し、職員がより働きやすいような環境整備を検討する。特に、対応困難な利用者に対

する支援の方針やコンプライアンスに基づいた説明責任などの組織としての対応方法を明確する。また、職員同士のコミュニケーション不全が明らかになった場合は、各部署内、または部署を超えた施設全体で、職員間の連携強化に向けた検討を行うとともに、施設内に職員が気軽に相談できるような体制を構築する。この場合、相談対応者は、施設内の職員ではなく、第三者的立場の者が望ましいと考える。

④職員の抱えるストレス状況については、「ストレスチェック制度」の仕組みに沿って対応する。このストレスチェックにより、高ストレス者が把握された場合は、医師による面接指導を受けるよう勧奨することに加え、面接指導の受診が可能となりやすい業務の調整を行う。加えて、全職員に対するストレスマネジメントの研修の実施や、職員の希望により産業医やカウンセラーに相談できるような体制も検討する。

以上のような1) **STEP1**～4) **STEP4** までのセルフチェックシステムの全体像は、**図 6-2**のとおりである。すでに各施設が実施している法令等に基づくトップダウン型の虐待防止策と併せて、このボトムアップ型のセルフチェックシステムを実施することにより、各施設の課題を包括的に把握し、その実態に応じた虐待防止策を講じることができ、施設内虐待の防止に寄与すると考える。

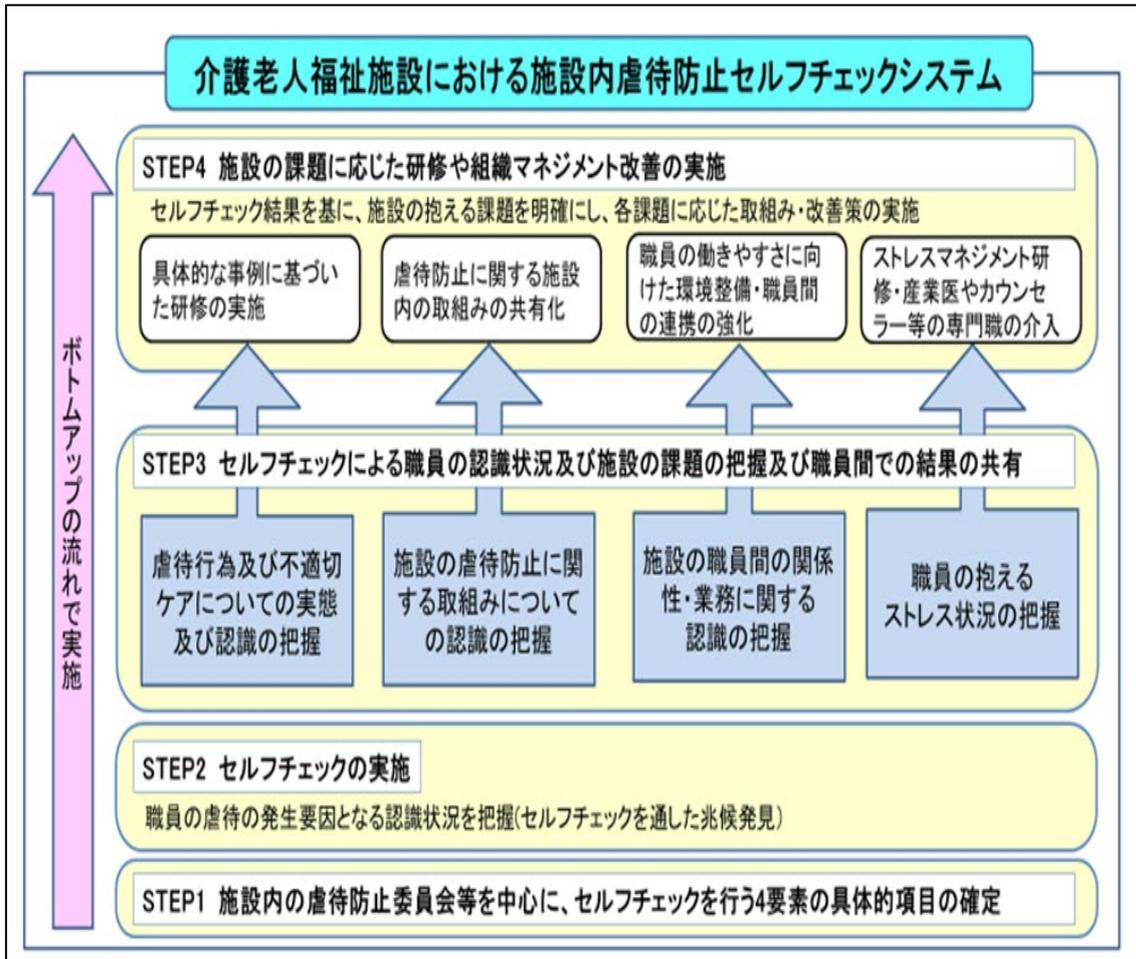


図 6-2 介護老人福祉施設における施設内虐待防止セルフチェックシステムの全体像

注：筆者作成

第 2 節 本研究の課題と今後の展望

1. 本研究の意義

本研究は、介護老人福祉施設における施設内虐待の発生要因の実態を把握し、施設内虐待防止に向けた「セルフチェックシステム」を提示することを目的とした研究である。本研究の意義は、次の 2 点が挙げられる。

第一に、今まで先行研究では明らかにされてこなかったトップダウン型の虐待防止策が機能していない要因として、九州の介護老人福祉施設における職員の認識調査と分析を通して、施設内虐待の発生要因に職種間の認識の差異があることを明らかにした。また、介

護老人福祉施設の施設長に対するインタビュー調査から、施設内の虐待防止に向けた取り組み課題を明らかにした。そして、これらの研究結果から、施設内虐待防止のためのセルフチェックシステムの必要性を明らかにした。先行研究では明らかにされていなかった施設内虐待の発生要因とその要因に基づくセルフチェックの必要性を提示した点は、開拓的研究であると考えられる。

さらに、先述した調査結果を踏まえ、施設職員の認識・実態に応じた防止策を実施していくために、セルフチェックシステムを提案した。本セルフチェックシステムは、各施設の抱える課題をセルフチェックで明確にし、その結果を職員間で共有し、職員自らが施設内の課題改善に取り組むボトムアップによるシステム体系として示した。このようなセルフチェックシステムに関する先行研究はなく、新たな知見を示すことができた。

2. 本研究の課題

本研究における課題を、(1) 量的調査研究、(2) 質的調査研究、(3) 提示したセルフチェックシステムの3点について述べる。

(1) 量的調査研究

量的調査研究における限界は、調査対象を九州圏域に限定し、回収率が33.5%と必ずしも高くはなかったことである。

また、依頼文及びアンケート票には、別住所地の施設における兼務の取り扱いについて明記しなかったため、回答者が重複している可能性も考えられることである。

さらに、同一施設の3職種を調査対象としたが、調査票の返送は別々に行ったにも関わらず、回収率の職種間の差はなかったことから、同一施設の職員が多く含まれていることが推測され、データ間に相関構造が含まれている可能性があることである。そのため、結果の一般化には十分な検討を要する。

(2) 質的調査研究

量的調査研究における限界は、A県内の10施設における施設長（代理も含む）10名のインタビュー調査に基づいている研究のため、調査データ数が少ないことや施設長の資格や経歴等の関係性については言及していないことが挙げられる。加えて、インタビュー対象者が施設長のみで、他の職員の考えについては明らかにしていないことが挙げられる。

今後は、さらに調査データ数を増やした上で、介護職員等の他の職員の調査も実施していく必要がある。

(3) セルフチェックシステム

本研究で提案したセルフチェックシステムは、先行研究と本研究において明らかになった調査結果を踏まえ、考案した。しかし、セルフチェックシステムのフローチャートを提示するにとどまり、具体的なセルフチェック項目を提示できなかったことが課題である。

また、実際の介護老人福祉施設において、本セルフチェックシステムが活用可能かどうかを検証できなかった点も課題として残された。

3. 今後の研究の展望

本研究で提示したセルフチェックシステムを、有効な虐待防止システムとするためには、今後の研究の展望として、次の3点に取り組む必要がある。

第一に、セルフチェックの項目の妥当性を検証し、セルフチェック項目の4要素において、施設の課題として捉えるための明確な判断基準を設定することである。そのためには、施設職員とともに、モデルのセルフチェックシートを作成し、検証を行うことが必要である。その上で、組織として改善が必要と捉えるための基準を定める必要がある。

第二に、各施設が実施するセルフチェック項目を確定する作業、職員の回答方法及び集計方法等の実施方法等について、職員や施設に負担のない方法を検討することである。本研究結果からは、施設における人員不足や業務多忙の状況が虐待の発生要因になっていることが明らかになっている。そのため、本セルフチェックシステムに伴う業務が、施設や職員に対して過度な負担となってしまってはならない。特に、各職員の回答方法や結果の集計方法については、既存の無料アンケート集計ソフト等を活用し、負担軽減の方法を検討する必要がある。

第三に、施設内虐待は、近年、介護老人福祉施設にとどまらず、特に有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅等においても増加傾向にある。有料老人ホーム等は、介護老人福祉施設とは異なり、社会福祉法人以外の民間営利企業も運営している。そのため、介護老人福祉施設とは、運営理念等も異なり、新たな施設内虐待の発生要因が潜在している可能性もある。このような有料老人ホーム等の施設内虐待の実態を把握し、今回提示したセルフチェックシステムを活用できるかについて、検討していく必要がある。

謝 辞

本論文を作成するにあたり、多くの方々から温かいご指導とご支援をいただきました。

久留米大学大学院比較文化研究科 客員教授の鬼崎信好先生には、福岡県立大学の修士課程時代からこれまで20年間、研究に対する姿勢や研究方法、具体的な論文の書き方等について、丁寧なご指導とご助言をいただけてきました。特に、博士論文の執筆に際しては、なかなかスムーズに進まない私を常に温かく励ましていただき、そして最後までとても熱心にご指導していただきました。鬼崎信好先生の存在がなければ、成し得なかったことであり、深謝の意を表します。

同研究科 教授の門田光司先生は、博士論文をまとめるにあたり、的確なご助言と丁寧なご指導をしていただきました。そして、同研究科 教授の辻丸秀策先生には副査として貴重なご助言をいただきました。ここに深謝の意を表します。

福岡県立大学人間社会学部社会福祉学科 教授の本郷秀和先生、村山浩一郎先生をはじめとする学科の先生方には、業務や研究のことでお心遣いと励ましをいただきました。改めて心より感謝申し上げます。

久留米大学後期博士課程の先輩である久留米大学文学部 島崎剛先生、西南女学院大学保健福祉学部 荒木剛先生、福岡県立大学人間社会学部 畑香理先生には、研究を進めるうえで、様々なご助言をいただきました。また、久留米大学文学部 永松美菜子先生との交流は心の支えとなりました。心より感謝申し上げます。

本研究では、調査研究を行いました。研究対象者としてご協力いただきました九州の介護老人福祉施設の施設長、生活相談員、主任介護職員をはじめとする職員の皆様には、改めて深謝の意を表します。

また、本研究は科学研究費助成事業の助成及び大和証券ヘルス財団の研究助成を受けて実施しました。ここに感謝の意を表します。

最後に、常に応援してくれた夫と娘、そして両親には、この場をお借りして、心からの感謝の気持ちを表します。

本当にありがとうございました。

【引用・参考文献一覧】

1. 荒井浩道（2015）「テキストマイニングとはなにかーその解析の仕組みと基礎的分析方法ー」『介護福祉学』22（1），52-60.
2. 有馬良建（2006）「施設における高齢者虐待防止対策の展望--評価基準策定とチェックリスト活用の提案」『総合ケア』16（7），20-24.
3. 厚木市「施設従事者等のための自己チェックリスト」
(<https://www.city.atsugi.kanagawa.jp/soshiki/shogaifukushika/11/1/2957.html>
: 2021.7.29)
4. Buzgová,R, Ivanová,K, (2009),Elder abuse and mistreatment in residential settings, Nursing Ethics, 16(1),110-26.
5. Eloise Rathbone-McCuan（2008）'Elder Abuse' in Terry Mizrahi, et al (ed) , Encyclopedia of Social Work, 20th edition, 112-115, NASW Press , Oxford University Press.
6. 藤江慎二（2009）「高齢者虐待の対応に困難を感じる援助者の認識--地域包括支援センターの援助者へのアンケート調査をもとに」『高齢者虐待防止研究』5（1），103-111.
7. 藤江慎二（2015）「介護老人福祉施設の介護スタッフが虐待行為等を回避している構造—アンケート調査における自由記述の分析を通して—」『社会福祉学』, 56（2），152-162.
8. 藤江慎二（2016）「介護スタッフの“してしまいそうになった虐待”等の現状とその要因；職員間の人間関係と同僚の虐待行為の発見に焦点をあてて」『高齢者虐待防止研究』, 12（1），49-59.
9. 萩原清子（2009）「あいまい概念としての「高齢者虐待」とその対応 —虐待の定義と虐待の判断基準の再構築に向けて—」『関東学院大学文学部紀要』117, 131-156.
10. 原田聖子（2014）「高齢者施設における虐待の発生と対応：先行研究の検討を中心として」『東洋大学大学院紀要』, 51, 75-93.
11. 橋本和明・村木博隆・大橋稔子（2009）「高齢者虐待が深刻化する要因についての研究：事例のメタ分析を用いた虐待のメカニズムの解明」『花園大学社会福祉学部研究紀要』17, 23-50.

12. 樋口耕一（2014）『社会調査のための計量テキスト分析 ―内容分析の継承と発展を目指して―』 ナカニシヤ出版.
13. 日置市「日置市施設従事者等のための自己チェックリスト」
(<https://www.city.hioki.kagoshima.jp/houkatsukea/kurashi/tetsuzuki/hoken-nenkin/kaigohoken/g-check.html> : 2021.7.29)
14. 平田厚（2007）「Ⅰ. 高齢者虐待の防止，高齢者の養護者の支援等に関する法律の解説」『全社協ブックレット・2 高齢者の虐待防止・権利擁護の実践』全国社会福祉協議会，7-14.
15. 本郷秀和（2017a）「介護支援専門員の高齢者虐待の兆候の認識に関する現状と課題―政令指定都市における介護支援専門員の意識調査を通じて―」『高齢者虐待防止研究』13（1），48-65.
16. 本郷秀和（2017b）「高齢者虐待における介護支援専門員の課題―6 政令市の状況と地域包括支援センターとの連携に向けて―」『地域ケアリング』19（4），56-59.
17. 本郷秀和（2020）『高齢者虐待と介護支援専門員』，中央法規.
18. 一瀬貴子（2009）「家庭内高齢者虐待事例に対する社会福祉士のソーシャルワーク実践スキルの構造―家族システム内機能・構造変容を目指したソーシャルワーク実践スキルを中心に」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』12，71-80.
19. 岩沢純子・吉岡幸子・松下年子（2009）「高齢者虐待防止法施行後の介護老人福祉施設のスタッフの認識―防止法1年後のアンケート調査より(第1報)」『高齢者虐待防止研究』5（1），120-129.
20. 加賀谷真紀・大和田猛（2010）「特別養護老人ホームにおける高齢者虐待防止研修ニーズの実態と課題―青森県内の特別養護老人ホーム職員のニーズ調査結果を手掛かりに―」『青森県立保健大学雑誌』11，29-40.
21. 介護労働安定センター（2019）「平成30年度介護労働実態調査事業所における介護労働実態調査結果報告書」(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2019_chousa_jigyousho_chousahyou.pdf : 2021.8.5)
22. 神奈川県「自己点検シート」
(<https://www.pref.kanagawa.jp/uploaded/attachment/17104.pdf> : 2021.7.29)
23. 金子善彦（1987）『老人虐待』星和書店.

24. 加藤伸司・矢吹知之（2011）『高齢者虐待の予兆察知—在宅介護における家族支援と対応のポイント』第1版，中央法規出版。
25. 河野正輝（2008）「高齢者虐待防止法見直しの論点；法律学者の立場から」『高齢者虐待防止研究』4(1)，14-20.
26. 河野由美子，桜井志保美（2018）「認知症グループホームの介護職におけるストレスの実態と虐待の認識との関連」『日本在宅ケア学会誌』21(2)，67-75.
27. 岸恵美子・岩沢純子・松下年子・吉岡幸子・林有子（2010）「施設内高齢者虐待が生じる背景と介護職の認識及び体験」『高齢者虐待防止研究』，6(1)，101-114.
28. 岸恵美子・吉岡幸子・野村祥平・他（2011）「専門職がかかわるセルフ・ネグレクト事例の実態と対応の課題-地域包括支援センターを対象とした全国調査の結果より-」『高齢者虐待防止研究』7(1)，125-138.
29. 高齢者処遇研究会（代表；田中荘司）（1995）「高齢者の福祉施設における人間関係の調整に係わる総合的研究—わが国における高齢者虐待の基礎研究—」『月間地域福祉情報』32，200-224.
30. 高齢者処遇研究会（代表；田中荘司）（1998）『在宅・施設における高齢者及び障害者の虐待に関する意識と実態調査』
31. 高齢者処遇研究会（2000）『特別養護老人ホームにおける高齢者虐待に関する実態と意識調査：調査研究報告書』1-46.
32. 厚生労働省（2007）「平成18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（確定版）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867331.pdf> : 2021.7.24)
33. 厚生労働省（2008）「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」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867316.pdf> : 2021.7.24)
34. 厚生労働省（2009）「平成20年度『高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867297.pdf> : 2021.7.24)
35. 厚生労働省（2010）「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」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867281.pdf> : 2021.7.24)

36. 厚生労働省（2011）「平成 22 年度『高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867259.pdf> : 2021.7.24)
37. 厚生労働省（2012）「平成 23 年度『高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867234.pdf> : 2021.7.24)
38. 厚生労働省（2013）「平成 24 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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867341.pdf> : 2021.7.24)
39. 厚生労働省（2014）「平成 25 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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867145.pdf> : 2021.7.24)
40. 厚生労働省（2015）「平成 26 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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000866023.pdf> : 2021.7.24)
41. 厚生労働省（2016）「平成 27 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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000865965.pdf> : 2021.7.24)
42. 厚生労働省（2017）「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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000860343.pdf> : 2021.7.24)
43. 厚生労働省（2018）「平成 29 年度『高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000860338.pdf> : 2021.7.24)
44. 厚生労働省（2019）「平成 30 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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000584235.pdf> : 2021.7.24)
45. 厚生労働省（2020）「令和元年度『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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000708460.pdf> : 2021.7.24)

46. 厚生労働省（2021）「令和2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（添付資料）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867331.pdf> : 2022.3.29)
47. 厚生労働省老健局（2015）「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の強化について（老発 0206 第 2 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000867146.pdf> : 2019.7.15)
48. 厚生労働省老健局（2016）「平成26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』の結果及び養介護施設従事者等による高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）（老発 0219 第 1 号）」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000866024.pdf> : 2019.7.15)
49. 厚生労働省老健局（2017）「平成27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』の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）（老発 0323 第 1 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000865968.pdf> : 2019.7.15)
50. 厚生労働省老健局（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』の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）（老発 0328 第 2 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000860344.pdf> : 2019.7.15)
51. 厚生労働省老健局（2019）「平成29年度『高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査』の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）（老発 0401 第 9 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000860335.pdf> : 2019.7.15)
52. 厚生労働省老健局（2020）「平成30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』の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）（老発 0924 第 4 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000860329.pdf> : 2020.6.26)

53. 厚生労働省老健局（2021）「令和元年度『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』の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）（老発 0311 第 2 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000860283.pdf> : 2021.7.29)
54. 厚生労働省老健局（2022）「令和 2 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』の結果及び高齢者虐待の状況等を踏まえた対応の強化について（通知）（老発 0309 第 4 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000910573.pdf> : 2022.6.27)
55. 厚生労働省老健局（2015）「養介護施設従事者等による高齢者虐待の再発防止及び有料老人ホームに対する指導の徹底等について（老発 1113 第 1 号）」
(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000104374.pdf> : 2019.7.15)
56. 倉林しのぶ（2009）「施設における高齢者虐待と介護職のための倫理教育の展望」『地域ケアリング』11 (3), 44-49.
57. 倉林しのぶ・芝山江美子・宮崎有紀子・他（2014）「養介護施設従事者における『高齢者虐待と不適切な行為』の認識およびその認識に関わる背景と要因」『生命倫理』24 (1), 76-86.
58. 黒田研二（2004）「第 1 章 高齢者虐待を理解する 3. 諸外国における高齢者虐待への取り組み」『高齢者虐待に挑む－発見，介入，予防の視点』中央法規，34-50.
59. 松戸市（2021）「松戸市高齢者虐待防止マニュアル〔養介護施設用〕」
(<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/soudan/gyakutai-bousinet.files/youkaigosisetu.pdf> : 2021.7.29)
60. 松本望・今井幸充（2013）「認知症グループホームの介護職員が求める虐待予防策因子の構造と課題：職員・職場の属性による認識の違いをもとに」『高齢者虐待防止研究』9 (1), 44-53.
61. 松本望（2015）「認知症グループホームの介護職員の虐待に対する意識に影響を与える要因の検討」『高齢者虐待防止研究』11 (1), 49-58.
62. 松本望（2019）「虐待リスクが高い利用者要因とその対策；要介護施設従事者へのインタビュー調査をもとに」『高齢者虐待防止研究』，15 (1), 53-63.

63. 松岡聖美・生野繁子（2011）「家庭内高齢者虐待の具体例に対する認識の現状：A 地域の医療施設に就業する看護職の場合」『高齢者虐待防止研究』7 (1), 64-71.
64. 松岡佐智・本郷秀和・畑香理・田中将太（2018）「高齢者虐待における地域包括支援センターと介護支援専門員の連携の意義と課題ー地域包括支援センターにおけるインタビュー調査を通してー」『高齢者虐待防止研究』14(1), 36-48.
65. 松岡佐智・本郷秀和（2020）「介護老人福祉施設における施設内虐待防止に向けた課題ー施設内虐待の要因に対する施設長・生活相談員・主任介護職員の認識の比較ー」『高齢者虐待防止研究』, 16(1), 55-67.
66. 松本望・今井幸充（2013）「認知症グループホームの介護職員が求める虐待予防策因子の構造と課題；職員・職場の属性による認識の違いをもとに」『高齢者虐待防止研究』9 (1), 44-53.
67. 松下年子・岸恵美子・吉岡幸子・他（2008）「施設内高齢者虐待が生じる背景と介護スタッフの課題；介護スタッフを対象としたグループインタビュー調査の結果より」『高齢者虐待防止研究』4 (1), 89-101.
68. 松下年子・吉岡幸子・岩沢純子（2010）「施設内介護スタッフの否定的感情体験と、虐待ないしそれが疑われる行為を目撃した時の対処行動：高齢者虐待防止法 1 年後のアンケート調査より(第2報)」『高齢者虐待防止研究』6 (1), 52-62.
69. 三浦美子（2008）「高齢者在宅介護における家族の介護意識に関する研究：高齢者虐待予防の視点から」『保健福祉学研究』6 , 185-200.
70. 三好明夫（2009）「特別養護老人ホームの介護職員が必要とするスーパービジョンについての研究；介護職員を対象としたグループインタビュー調査の結果より」『人間関係研究』16 (1), 1-12.
71. 水上然・黒田研二（2010）「高齢者虐待防止の取り組みへの評価に対する市町村職員の意識：評価活動への積極性と高齢者虐待防止体制構築の関係」『高齢者虐待防止研究』6 (1), 92-10.
72. 永島稔子・倉田康路・滝口真・他（2010）「介護サービスの改善を視点とした高齢者虐待防止策の検討：介護従事者を対象としたアンケート調査の分析から」『介護福祉学』17 (2), 155-163.
73. 中村京子（2012）「わが国の高齢者虐待防止法の「虐待」定義に関する一考察」『社会関係研究』18 (1), 79-109.

74. 難波貴代・北山秋雄・三縄 久代 (2006) 「高齢者虐待における介入モデルの開発--主介護者と被介護高齢者間の共依存関係に焦点をあてて」『日本保健福祉学会誌』13 (1), 7-18.
75. 任貞美 (2014) 「介護職員の虐待認識に基づいた高齢者虐待定義の再構築への試み : 「準虐待」の構造と特徴に着目して」『社会福祉学』54 (4), 57-69.
76. 認知症介護研究・研修仙台センター (2008) 『高齢者虐待を考える 養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための事例集』17.
77. 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』認知症介護研究・研修仙台センター.
78. 認知症介護研究・研修仙台センター (2014) 『高齢者虐待対応の実態と施策推進のポイント』42.
79. 西元幸雄・小林好弘・紀平雅司 (2007) 「高齢者施設における虐待の構造的分析」『老年社会科学』28 (4), 522-537.
80. 野村祥平・岸恵美子・小長谷百絵 (2014) 「高齢者のセルフ・ネグレクトの理論的な概念と実証研究の課題に関する考察」『高齢者虐待防止研究』10 (1), 175-187.
81. 落合克能・松島範正・増田公基・他 (2021) 「介護老人福祉施設における虐待予防プログラムを用いた研修実施と効果検証」『聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要』19, 11-30.
82. 大越扶貴・田中敦子 (2010) 「援助職が高齢者虐待の対応に困難を感じる要因」『日本在宅ケア学会誌』13 (2), 51-57.
83. 大國美智子 (1997) 『高齢者虐待の全国実態調査-主として保健 福祉機関調査より』長寿社会開発センター.
84. 大村壮 (2010) 「特別養護老人ホーム職員の高齢者イメージのズレが施設内老人虐待に与える影響」『心理学研究』81 (4), 406-412.
85. 大島康雄 (2010) 「息子による高齢者家庭内虐待に関する一考察」『北星学園大学大学院論集』1, 127-140.
86. 大谷昭 (2006) 「第 1 章 1 高齢者虐待を理解する」, 高齢者虐待防止研究会編『高齢者虐待に挑む一発見, 介入, 予防の視点一, 増補版』中央法規出版, 38-41.

87. 大和田猛 (2007) 「施設内における高齢者虐待防止のための基礎的研究—「青森県高齢者虐待および障害者虐待に関する アンケート調査報告書」の分析を通して—」『高齢者虐待防止研究』3 (1) 81-90.
88. 斎藤正彦・白濱龍興 (2008) 「老人病院における高齢者虐待等不祥事とその対応をめぐって」『老年精神医学雑誌』19 (5), 577-586.
89. 坂田伸子 (2006) 「自治体における高齢者虐待予防の現状と課題：高齢者虐待の全国調査から」『東洋大学社会学部紀要』43 (2), 113-127.
90. 櫻谷眞理子 (2009) 「イギリスの児童保護の現状と課題：ビクトリア・クリンビエ、ペービーP 事件を基に」『立命館産業社会論集』45 (1), 35-51
91. 佐々木美奈子・市川隆一郎・水上 脩 (2006) 「高齢者を介護する家族の病理--最近の虐待事例から見た家庭における高齢者虐待について」『家族問題相談研究：聖徳大学家族問題相談センター紀要』 (4), 83-100.
92. 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法』新曜社, 93.
93. 柴尾慶次 (2008) 「施設内における高齢者虐待の実態と対応」『老年精神医学雑誌』, 19, 1325-1332.
94. 柴尾慶次 (2009) 「養介護施設従事者,養介護事業従事者等による虐待発生の構図」『高齢者虐待防止研究』5 (1), 45-48.
95. 柴尾慶次 (2007) 「施設内虐待を防止するために；構造的につくられる施設内虐待」『高齢者虐待防止研究』3(1), 8-14.
96. 社会・援護局 (2021) 「第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/000804129.pdf> : 2021.8.5)
97. 柴田益江 (2008) 「愛知県 I 市における民生委員に対しての高齢者虐待の調査から」『研究紀要』名古屋柳城短期大学[編] (30), 63-71.
98. 柴田益江 (2010) 「家庭内の高齢者虐待に対する介護支援専門員の対応の問題— I 市の介護支援専門員に対するアンケート調査の分析を通して」『金城学院大学大学院人間生活学研究科論集』(10), 11-17.
99. 柴田益江 (2012) 「高齢者に対する家庭内虐待の発生要因に関する研究」『研究紀要』名古屋柳城短期大学 [編] (34), 15-28.

100. 立花直樹・九十九綾子 (2012) 「介護業務における『バーンアウト』改善に向けた調査研究—特別養護老人ホームの介護職員・施設長に対する調査からみえた課題—」『厚生の指標』59 (8), 29-36.
101. 高崎絹子・谷口好美・佐々木明子・他 (1998) 『“老人虐待”の予防と支援：高齢者・家族・支え手をむすぶ』日本看護協会出版会.
102. 武田京子 (1994) 『老女はなぜ家族に殺されるのか—家族介護殺人事件—』ミネルヴァ書房.
103. 武田卓也 (2010) 「『不適切な処遇』の概念枠組みに関する基礎的研究」『桃山学院大学社会学論集』43 (2), 49-74.
104. 田中とも江 (2016) 『えっ!これも NG!?介護職員のための虐待予防チェックノート』第一法規株式会社, 1-24.
105. 田中結香・望月宗一郎 (2012) 「介護サービス事業所職員の高齢者虐待防止法に対する理解と高齢者虐待対応の認識」『日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携』5 (1), 2-10.
106. 多々良紀夫 (2003a) 「高齢者の虐待について;アメリカと日本の取り組みの現状」『老年社会科学』25 (3), 339-348.
107. 多々良紀夫 (2003b) 『高齢者虐待—日本の現状と課題—』中央法規, 40-70.
108. 田澤あけみ (2006) 『20世紀児童福祉の展開：イギリス児童虐待防止の動向から探る』ドメス出版.
109. 特定非営利活動法人 地域ケア政策ネットワーク 介護相談・地域づくり連絡会(2017) 『身体拘束及び高齢者虐待の未然防止に向けた介護相談員の活用に関する調査研究事業報告書』6.
110. 東京都福祉保健財団「養介護施設従事者等による高齢者虐待防止に役立つ資料等のリンク集」(<https://www.fukushizaidan.jp/105kenriyogo/link/> : 2021.7.29)
111. 東京福祉保健財団 高齢者権利擁護支援センター (2016) 「虐待の芽チェックリスト (入所施設版)」(http://www.fukushizaidan.jp/105kenriyogo/link/04_checklist.pdf : 2018.5.10)
112. Toshio Tatara (1995) 'Elder Abuse' in R. L. Edwards, et al (ed) , Encyclopedia of Social Work, 19th edition, 834-842, NASW press, Washington, D.C.

113. 土屋典子 (2014) 「養介護施設従事者の虐待への意識に関する調査研究 ―養介護施設における虐待予防のための実践アプローチ・研修プログラム開発に向けて―」『立正社会福祉研究』15 (2), 51-59.
114. 土屋典子 (2019) 「解決志向アプローチを援用した高齢者介護施設における虐待予防研修プログラムの開発」『立正大学社会福祉研究所年報』21, 157-170.
115. 津村智恵子 (2009) 「セルフ・ネグレクト防止活動に求める法的根拠と制度的支援」『高齢者虐待防止研究』5 (1), 61-65.
116. 上田照子・水無瀬文子・大塩まゆみ・他 (1998) 「在宅要介護高齢者の虐待に関する調査研究」『日本公衆衛生雑誌』45 (5), 437-448.
117. 鵜沼憲晴・関根薫 (2007) 「虐待者である「息子」の特徴と高齢者虐待防止への視点 ―研修参加訪問介護員へのアンケート調査からの知見」『社会福祉学』47 (4), 111-123.
118. 和歌山県「管理者・経営者のための自己チェックリスト」
(https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/040300/koureisagyakutai/gyakutai_check_d/fil/kanrisya_check.pdf : 2021.7.29)
119. 和歌山県「施設従事者のための自己チェックリスト」
(https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/040300/koureisagyakutai/gyakutai_check_d/fil/juujisya_check.pdf : 2021.7.29)
120. World Health Organization (2002) 'Chapter 5. Abuse of the elderly' World report on violence and health, 123-146, Geneva.
121. World Health Organization (2008) A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report, 1-6, France.
122. 山田昇・橋本佳子 (2012) 「老人福祉施設等における「不適切な介護」事例の発生要因と改善方策について」『佐野短期大学研究紀要』(23) 45-58.
123. 山口光治 (2006) 「高齢者虐待防止に関する自治体の取り組みの現状と課題」『総合福祉研究(淑徳大学)』第10号, 40-58.
124. 山本克司 (2014) 「高齢者虐待の定義についての一考察」『法政論叢』50 (2), 61-78.
125. 山下興一郎 (2008) 「高齢者虐待対応や権利擁護における地域包括支援センター等の役割と課題」『ソーシャルワーク研究』34 (2), 114-121.

126. 横山さつき (2019) 「介護職員による不適切ケアの発生に関連する要因の検討」『高齢者虐待防止研究』15 (1), 40-52.
127. 吉田輝美 (2016a) 『介護施設で何が起きているのか～高齢者虐待をなくすために知っておきたい現場の真実～』ぎょうせい.
128. 吉田輝美 (2016b) 「養介護施設従事者がとらえる高齢者虐待発生要因とその再発防止策」『厚生指標』, 63 (6), 33-40.
129. 吉川悠貴・加藤伸司 (2007) 「介護施設における身体拘束の防止」『老年社会科学』28 (4), 538-544.
130. 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.
131. 全国社会福祉協議会 (2012) 「障害者虐待防止の手引き (チェックリスト) [Ver.3]」
(<https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/2021/220201guide/list.pdf> : 2021.7.29)

【構成論文一覧】

〈第1章・第2章〉

小南（松岡）佐智（2020）「施設内虐待の発生要因と防止策の課題－高齢者虐待に関する先行研究等の整理から－」『福岡県立大学人間社会学部紀要』29(1), pp35-44 を加筆修正。

〈第2章〉

小南（松岡）佐智・本郷秀和・畑香理・田中将太（2018）「高齢者虐待における地域包括支援センターと介護支援専門員の連携の意義と課題－地域包括支援センターにおけるインタビュー調査を通して－」『高齢者虐待防止研究』14(1), pp36-48 を加筆修正。

〈第3章〉

小南（松岡）佐智・本郷秀和（2020）「介護老人福祉施設における施設内虐待防止に向けた課題－施設内虐待の要因に対する施設長・生活相談員・主任介護職員の認識の比較－」『高齢者虐待防止研究』16(1), pp55-67 を加筆修正。

小南（松岡）佐智（2021）「介護老人福祉施設における介護職員の虐待防止意識に影響を与える要因」『福岡県立大学人間社会学部紀要』30(1), pp103-112 を加筆修正。

〈第4章〉

小南（松岡）佐智（2021）「施設内虐待の発生要因と防止策に対する介護老人福祉施設職員の認識の比較－施設長・生活相談員・主任介護職員による自由記述の分析－」『九州社会福祉学』第17号, pp15-28 を加筆修正。

〈第5章〉

小南（松岡）佐智（2022）「介護老人福祉施設における虐待防止に向けた取組みの現状と課題－介護老人福祉施設における施設長インタビュー調査から－」『九州社会福祉学』第18号, pp33-47 を加筆修正。

【図表一覧】

表 1 虐待の定義及び分類

表 2 家庭内虐待及び施設内虐待の相談通報件数と虐待対応件数の推移

図 1 本論文の構成

図 1-1 相談・通報件数及び虐待判断件数と虐待判断率

表 1-1 相談・通報者の実態

表 1-2 虐待の事実が認められた施設・事業所の種別

表 1-3 虐待判断事例における過去の指導歴の有無

表 1-4 虐待判断事例における過去の指導内容

表 1-5 施設内虐待の発生要因

図 1-2 施設内虐待の要因（先行研究を基に筆者作成）

表 2-1 厚生労働省における施設内虐待防止に向けた通知の内容（抜粋）

表 3-1 回答者の属性

表 3-2 施設の組織体制に対する認識

表 3-3 不適切ケアに対する認識と遭遇経験

表 3-4 主任介護職員における不適切ケアに関する認識と虐待遭遇経験の関連性

表 3-5 業務上の意識

表 4-1 抽出語数と出現回数についての記述統計結果

表 4-2 職種別にみた虐待の発生要因と防止策の頻出語と出現回数

図 4-1 施設長が捉えた施設内虐待の発生要因

図 4-2 生活相談員が捉えた施設内虐待の発生要因

図 4-3 主任介護職員が捉えた施設内虐待の発生要因

表 4-3 発生要因におけるカテゴリーの共通点と相違点

図 4-4 施設長が捉えた施設内虐待防止策

図 4-5 生活相談員が捉えた施設内虐待防止策

図 4-6 主任介護職員が捉えた施設内虐待防止策

表 4-4 防止策におけるカテゴリーの共通点と相違点

表 5-1 調査対象者の概要

表 5-2 施設長が捉える施設内虐待の発生要因

表 5-3 施設内虐待防止に向けた有用な取り組み

表 5-4 施設内虐待防止の取組みを実施する上での困難な点

図 6-1 本研究で明らかになった施設内虐待の発生要因

表 6-1 施設内虐待防止のチェックリストの比較

表 6-2 セルフチェック項目の構成要素

図 6-2 介護老人福祉施設における施設内虐待防止セルフチェックシステムの全体像

【参考資料】

〈資料 1〉

「施設内虐待の防止に向けた介護老人福祉施設職員の意識調査」の調査票及び結果

〈資料 2〉

「施設内虐待の防止に向けた介護老人福祉施設の実態調査」のインタビュー調査に関する説明書

〈資料 1〉

施設内虐待の防止に向けた 介護老人福祉施設職員の意識調査

I. ご回答者様の状況について

次の(1)～(3)の項目について、現在のご回答者様の状況について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

(4) につきましては、お持ちの資格すべてに○をつけていただき、保持資格のうち、活動歴が最長のもの1つに◎をつけて下さい。

また、「8. その他」を選んだ場合は（ ）内に具体的内容をご記入ください。

| 質問項目 | 回答項目 |
|---|--|
| (1) 現在の職種 | 1. 施設長 2. 生活相談員 3. 介護職員 |
| (2) 年齢 | 1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代以上 |
| (3) 現在の職種での経験年数 | 1. 5年未満 2. 5年以上～10年未満 3. 10年以上～15年未満 4. 15年以上～20年未満 5. 20年以上 |
| (4) 保持資格 ※複数お持ちの方は、お持ちの資格 <u>すべてに○</u> をつけていただき、その資格に関する <u>活動歴が最長のものを1つに◎</u> をつけてください。 | 1. 社会福祉士 2. 介護福祉士 3. 精神保健福祉士 4. 介護支援専門員 5. 看護師 6. 准看護師 7. 介護職員初任者研修(ヘルパー2級) 8. その他 () 9. 資格はない |

II. お勤めの施設の現状について

次の(5)～(8)の項目について、現在お勤めの施設の現状としてあてはまるもの1つに○をつけてください。

| 質問項目 | 回答項目 | |
|-------------------------------|-------|-------|
| (5)施設内での職員の悩みを相談できる相談体制の設置 | 1. ある | 2. ない |
| (6)職員の働きやすさに関する改善に向けた取組み | 1. ある | 2. ない |
| (7)業務としての施設外の研修への参加の機会 | 1. ある | 2. ない |
| (8)トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム | 1. ある | 2. ない |

III. お勤めの施設の虐待防止に向けた取組みについて

次の(9)～(14)の項目について、現在お勤めの施設の現状としてあてはまるもの1つに○をつけてください。

| 質問項目 | 回答項目 | |
|-----------------------------|-------|-------|
| (9)虐待防止に向けた施設内の研修 | 1. ある | 2. ない |
| (10)虐待防止に関するマニュアル | 1. ある | 2. ない |
| (11)虐待事案の発生時の対応方法を記したマニュアル | 1. ある | 2. ない |
| (12)虐待防止や権利擁護に関する委員会の定期的な開催 | 1. ある | 2. ない |
| (13)身体拘束について定期的に検討する会議の開催 | 1. ある | 2. ない |
| (14)苦情に対応する第三者委員会の定期的な会議の開催 | 1. ある | 2. ない |

IV. 介護場面での言動についての意識と実態

次の(15)～(35)の介護場面での言動について、どのようにお考えですか。あてはまるもの1つに○をお付けください。また、そのような言動を見聞きしたご経験(これまでの他施設でのご経験も含めて)があるかについてもお答えください。

| 質 問 項 目 | ① 介護場面での言動に対する意識 | | | | ② ご経験 | |
|---|------------------|-----------|--------------|---------|---------------|---------------|
| | 適切な言動だ | やむを得ない言動だ | あまり適切な言動ではない | 不適切な言動だ | 見たこと・聞いたことがある | 見たこと・聞いたことがない |
| (15) 危ないので利用者の部屋のドアに鍵をかける | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (16) 利用者に、「動かないで!」「座ってて!」などの言葉かけを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (17) 寝るときにつなぎ服に着替えさせる | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (18) 食事介護中、食べさせやすい位置に利用者の顔の向きを変えている | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (19) 食べにくそうにしていたので、食事をすべて同じ器にのせて出す | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (20) 時間節約のため、自分で食べられる人にも食事介助を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (21) 食事介助の際、言葉かけをせずに、複数の利用者の口に順番にスプーンを口に入れる | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (22) トイレで対応できる利用者にもオムツ対応をする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (23) 大声で排泄確認を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (24) 他の利用者があるホールのベッドでおむつ交換を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |

| 質 問 項 目 | ①介護場面での言動に対する意識 | | | | ②ご経験 | |
|---------------------------------|-----------------|-----------|--------------|---------|---------------|---------------|
| | 適切な言動だ | やむを得ない言動だ | あまり適切な言動ではない | 不適切な言動だ | 見たこと・聞いたことがある | 見たこと・聞いたことがない |
| (25) おむつ交換は決められた定時にのみ行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (26) 入浴前の脱衣室のドアを開けたままで着替えをさせる | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (27) 入浴時、裸の状態で順番を待たせている | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (28) 入浴後バスタオル1枚かけたまま廊下を移動する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (29) 入浴を拒否する利用者に対して、無理やり入浴介助を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (30) 助言のつもりで、利用者のやり方を否定する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (31) 子どもをほめるような言い方をする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (32) 利用者に親しみを込めてニックネームや〇〇ちゃんと呼ぶ | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (33) あまりにも要求が多いので、適当に聞き流す | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (34) 利用者がある前で、他の利用者の話を職員同士で行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| (35) ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |

V. ご回答者様の業務上の意識について

次の(36)～(51)の項目について、現在のあなたの業務上の意識について、あてはまるもの1つに○をつけてください。

| 質問項目 | 回答項目 | | | | |
|--------------------------------------|-------|--------|------|-------|----|
| | いつもある | しばしばある | 時々ある | まれにある | ない |
| (36)「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (37) 我を忘れるほど仕事に熱中することがある | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (38) こまごまと気配りをすることが面倒に感じることもある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (39) この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (40) 同僚や利用者の顔を見るのも嫌になることがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (41) 自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (42) 一日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (43) 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (44) 仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (45) 同僚や利用者、何も話したくなくなることもある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| 質問項目 | 回答項目 | | | | |
|---------------------------------------|-------|--------|------|-------|----|
| | いつもある | しばしばある | 時々ある | まれにある | ない |
| (46) 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (47) 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (48) 今の仕事に、心から喜びを感じるがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (49) 今の仕事は、私にとってあまり意味がないと思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (50) 仕事が楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (51) 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (52) 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うことがある。 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (53) 自分や他の職員の介護の方法に対する疑問 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (54) 業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (55) 職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| (56) 施設外の研修への参加意欲（自ら望んで研修に行きたいという気持ち） | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

VI. 回答者様がお考えの「虐待につながる可能性がある行為・状況」についてお教えてください。

※箇条書きでご記入下さい。

| |
|--|
| |
| |
| |

VII. 回答者様は、施設内で虐待を防止するためにどのような仕組み・支援が必要だとお考えですか。

※箇条書きでご記入下さい。

| |
|--|
| |
| |
| |

大変お忙しい中、ご協力ありがとうございました。

※引用・参考文献：本調査票は、以下の文献を引用・参考にし、作成しています。

- ・(公財)東京福祉保健財団 高齢者権利擁護支援センター作成「虐待の芽チェックリスト（入所施設版）」
- ・特定非営利法人 地域ケア政策ネットワーク 介護相談・地域づくり連絡会『身体拘束及び高齢者虐待の未然防止に向けた介護相談員の活用に関する調査研究事業報告書』2107年
- ・田中とも江 監修『えっ！これもNG?介護職員のための虐待予防チェックノート』第一法規, 2016年
- ・久保真人『バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは』サイエンス社, 2004年

【 結 果 】

1. 回収率

33.6% (1185/3525)

2. 回答者の属性

(1) 年齢

| 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代以上 | 合計 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 30 (100%) | 320 (100%) | 362 (100%) | 246 (100%) | 221 (100%) | 1179 (100%) |

(2) 現在の職種の経験年数

| 5年未満 | 5年以上～ 10年未満 | 10年以上～ 15年未満 | 15年以上～ 20年未満 | 20年以上 | 合計 |
|---------------|----------------|-----------------|-----------------|---------------|----------------|
| 358 (100%) | 255 (100%) | 230 (100%) | 176 (100%) | 152 (100%) | 1171 (100%) |

(3) 保持資格 (MA)

| 社会福祉士 | 介護福祉士 | 精神保健福祉士 | 介護支援専門員 | 看護師 | 准看護師 | 介護職員初任者研修 | 社会福祉主事 | その他 |
|-------|-------|---------|---------|-----|------|-----------|--------|-----|
| 205 | 760 | 16 | 520 | 50 | 23 | 177 | 232 | 129 |

3. 施設体制の現状 (SA)

| 施設の取組みの現状 | | ある (%) | ない (%) |
|-----------|----------------------------|--------------|-------------|
| ① | 職員の悩みを相談できる相談体制の設置 | 848 (72.6%) | 320 (27.4%) |
| ② | 職員の働きやすさに関する改善に向けた取組み | 961 (81.9%) | 212 (18.1%) |
| ③ | 業務としての施設外研修への参加の機会 | 1148 (97.3%) | 32 (2.7%) |
| ④ | トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム | 1069 (91.3%) | 102 (8.7%) |

4. 施設の虐待防止に向けた取組み (SA)

| 施設の取組みの現状 | | ある (%) | ない (%) |
|-----------|-------------------------|--------------|-------------|
| ① | 虐待防止に向けた施設内の研修 | 1128 (95.6%) | 52 (4.4%) |
| ② | 虐待防止に関するマニュアル | 1064 (90.7%) | 109 (9.3%) |
| ③ | 虐待事案の発生時の対応方法等を記したマニュアル | 879 (76.1%) | 276 (23.9%) |
| ④ | 虐待防止・権利擁護に関する委員会の定期開催 | 999 (85.4%) | 171 (14.6%) |
| ⑤ | 身体拘束について定期的に検討する会議の開催 | 1140 (96.5%) | 41 (3.5%) |
| ⑥ | 苦情に対応する第三者委員会の定期的会議開催 | 751 (64.7%) | 410 (35.3%) |

5. 介護場面での言動についての意識

①危ないので利用者の部屋のドアに鍵をかける

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 1(4.0%) | 29(2.6%) | 30(2.6%) |
| | 30代 | 9(36.0%) | 306(27.0%) | 315(27.2%) |
| | 40代 | 7(28.0%) | 350(30.9%) | 357(30.8%) |
| | 50代 | 3(12.0%) | 238(21.0%) | 241(20.8%) |
| | 60代以上 | 5(20.0%) | 211(18.6%) | 216(18.6%) |
| | 合計 | 25(100.0%) | 1134(100.0%) | 1159(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 8(32.0%) | 346(30.7%) | 354(30.7%) |
| | 5年以上～10年未満 | 6(24.0%) | 241(21.4%) | 247(21.4%) |
| | 10年以上～15年未満 | 3(12.0%) | 223(19.8%) | 226(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 6(24.0%) | 167(14.8%) | 173(15.0%) |
| | 20年以上 | 2(8.0%) | 150(13.3%) | 152(13.2%) |
| | 合計 | 25(100.0%) | 1127(100.0%) | 1152(100.0%) |

②「動かないで!」「座ってて!」などの言葉かけ

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 1(1.2%) | 29(2.7%) | 30(2.6%) |
| | 30代 | 30(37.0%) | 287(26.4%) | 317(27.1%) |
| | 40代 | 23(28.4%) | 336(30.9%) | 359(30.7%) |
| | 50代 | 12(14.8%) | 233(21.4%) | 245(21.0%) |
| | 60代以上 | 15(18.5%) | 202(18.6%) | 217(18.6%) |
| | 合計 | 81(100.0%) | 1087(100.0%) | 1168(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 26(32.1%) | 329(30.5%) | 355(30.6%) |
| | 5年以上～10年未満 | 16(19.8%) | 235(21.8%) | 251(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 13(16.0%) | 215(19.9%) | 228(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 13(16.0%) | 162(15.0%) | 175(15.1%) |
| | 20年以上 | 13(16.0%) | 139(12.9%) | 152(13.1%) |
| | 合計 | 81(100.0%) | 1080(100.0%) | 1161(100.0%) |

③寝るときにつなぎ服に着替えさせる

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 29(2.5%) | 29(2.5%) |
| | 30代 | 7(43.8%) | 308(27.0%) | 315(27.2%) |
| | 40代 | 3(18.8%) | 355(31.1%) | 358(30.9%) |
| | 50代 | 5(31.3%) | 237(20.8%) | 242(20.9%) |
| | 60代以上 | 1(6.3%) | 212(18.6%) | 213(18.4%) |
| | 合計 | 16(100.0%) | 1141(100.0%) | 1157(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 5(33.3%) | 349(30.7%) | 354(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 2(13.3%) | 244(21.5%) | 246(21.4%) |
| | 10年以上～15年未満 | 4(26.7%) | 223(19.6%) | 227(19.7%) |
| | 15年以上～20年未満 | 3(20.0%) | 170(15.0%) | 173(15.0%) |
| | 20年以上 | 1(6.7%) | 149(13.1%) | 150(13.0%) |
| | 合計 | 15(100.0%) | 1135(100.0%) | 1150(100.0%) |

④食べさせやすい位置に利用者の顔向きを変える

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 3(2.1%) | 26(2.6%) | 29(2.5%) |
| | 30代 | 52(35.9%) | 259(25.9%) | 311(27.1%) |
| | 40代 | 29(20.0%) | 325(32.5%) | 354(30.9%) |
| | 50代 | 35(24.1%) | 205(20.5%) | 240(20.9%) |
| | 60代以上 | 26(17.9%) | 186(18.6%) | 212(18.5%) |
| | 合計 | 145(100.0%) | 1001(100.0%) | 1146(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 38(26.2%) | 314(31.6%) | 352(30.9%) |
| | 5年以上～10年未満 | 33(22.8%) | 213(21.4%) | 246(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 26(17.9%) | 194(19.5%) | 220(19.3%) |
| | 15年以上～20年未満 | 21(14.5%) | 152(15.3%) | 173(15.2%) |
| | 合計 | 145(100.0%) | 994(100.0%) | 1139(100.0%) |

⑤食べにくそうなので、食事すべて同じ器を出す

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 6(8.7%) | 25(2.3%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 25(36.2%) | 289(26.5%) | 314(27.0%) |
| | 40代 | 20(29.0%) | 339(31.0%) | 359(30.9%) |
| | 50代 | 13(18.8%) | 229(21.0%) | 242(20.8%) |
| | 60代以上 | 5(7.2%) | 210(19.2%) | 215(18.5%) |
| | 合計 | 69(100.0%) | 1092(100.0%) | 1161(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 22(31.9%) | 333(30.7%) | 355(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 18(26.1%) | 231(21.3%) | 249(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 14(20.3%) | 211(19.4%) | 225(19.5%) |
| | 15年以上～20年未満 | 8(11.6%) | 166(15.3%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 7(10.1%) | 144(13.3%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 69(100.0%) | 1085(100.0%) | 1154(100.0%) |

⑥時間節約に、自分で食べられる人に食事介助

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 31(2.7%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 20(55.6%) | 295(26.2%) | 315(27.1%) |
| | 40代 | 9(25.0%) | 350(31.0%) | 359(30.8%) |
| | 50代 | 6(16.7%) | 238(21.1%) | 244(21.0%) |
| | 60代以上 | 1(2.8%) | 214(19.0%) | 215(18.5%) |
| | 合計 | 36(100.0%) | 1128(100.0%) | 1164(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 14(38.9%) | 342(30.5%) | 356(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 9(25.0%) | 241(21.5%) | 250(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 5(13.9%) | 221(19.7%) | 226(19.5%) |
| | 15年以上～20年未満 | 5(13.9%) | 169(15.1%) | 174(15.0%) |
| | 20年以上 | 3(8.3%) | 148(13.2%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 36(100.0%) | 1121(100.0%) | 1157(100.0%) |

⑦言葉かけせず、複数利用者に順番にスプーンを口へ

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 1(5.6%) | 30(2.6%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 10(55.6%) | 306(26.7%) | 316(27.1%) |
| | 40代 | 4(22.2%) | 356(31.0%) | 360(30.9%) |
| | 50代 | 1(5.6%) | 241(21.0%) | 242(20.8%) |
| | 60代以上 | 2(11.1%) | 214(18.7%) | 216(18.5%) |
| | 合計 | 18(100.0%) | 1147(100.0%) | 1165(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 6(33.3%) | 351(30.8%) | 357(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 2(11.1%) | 247(21.7%) | 249(21.5%) |
| | 10年以上～15年未満 | 4(22.2%) | 223(19.6%) | 227(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 4(22.2%) | 170(14.9%) | 174(15.0%) |
| | 20年以上 | 2(11.1%) | 149(13.1%) | 151(13.0%) |
| | 合計 | 18(100.0%) | 1140(100.0%) | 1158(100.0%) |

⑧トイレで対応できる利用者にもおむつ対応

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 31(2.7%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 5(45.5%) | 310(26.9%) | 315(27.1%) |
| | 40代 | 4(36.4%) | 356(30.9%) | 360(30.9%) |
| | 50代 | 2(18.2%) | 242(21.0%) | 244(21.0%) |
| | 60代以上 | 0(0.0%) | 214(18.6%) | 214(18.4%) |
| | 合計 | 11(100.0%) | 1153(100.0%) | 1164(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 4(36.4%) | 352(30.7%) | 356(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 3(27.3%) | 247(21.6%) | 250(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 3(27.3%) | 224(19.5%) | 227(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 0(0.0%) | 173(15.1%) | 173(15.0%) |
| | 20年以上 | 1(9.1%) | 150(13.1%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 11(100.0%) | 1146(100.0%) | 1157(100.0%) |

⑨大声で排泄確認を行う

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 31(2.7%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 6(40.0%) | 311(27.0%) | 317(27.2%) |
| | 40代 | 6(40.0%) | 354(30.7%) | 360(30.8%) |
| | 50代 | 1(6.7%) | 243(21.1%) | 244(20.9%) |
| | 60代以上 | 2(13.3%) | 213(18.5%) | 215(18.4%) |
| | 合計 | 15(100.0%) | 1152(100.0%) | 1167(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 6(40.0%) | 351(30.7%) | 357(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 3(20.0%) | 247(21.6%) | 250(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 4(26.7%) | 224(19.6%) | 228(19.7%) |
| | 15年以上～20年未満 | 1(6.7%) | 173(15.1%) | 174(15.0%) |
| | 20年以上 | 1(6.7%) | 150(13.1%) | 151(13.0%) |
| | 合計 | 15(100.0%) | 1145(100.0%) | 1160(100.0%) |

⑩他の利用者があるホールのベッドでおむつ交換

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|-----------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 30(2.6%) | 30(2.6%) |
| | 30代 | 4(80.0%) | 311(26.9%) | 315(27.1%) |
| | 40代 | 1(20.0%) | 359(31.1%) | 360(31.0%) |
| | 50代 | 0(0.0%) | 242(20.9%) | 242(20.8%) |
| | 60代以上 | 0(0.0%) | 214(18.5%) | 214(18.4%) |
| | 合計 | 5(100.0%) | 1156(100.0%) | 1161(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 2(40.0%) | 355(30.9%) | 357(30.9%) |
| | 5年以上～10年未満 | 0(0.0%) | 246(21.4%) | 246(21.3%) |
| | 10年以上～15年未満 | 1(20.0%) | 225(19.6%) | 226(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 1(20.0%) | 173(15.1%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 1(20.0%) | 150(13.1%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 5(100.0%) | 1149(100.0%) | 1154(100.0%) |

⑪おむつ交換は決められた定時にのみ行う

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 3(6.1%) | 28(2.5%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 25(51.0%) | 291(26.2%) | 316(27.2%) |
| | 40代 | 10(20.4%) | 347(31.2%) | 357(30.8%) |
| | 50代 | 5(10.2%) | 238(21.4%) | 243(20.9%) |
| | 60代以上 | 6(12.2%) | 207(18.6%) | 213(18.4%) |
| | 合計 | 49(100.0%) | 1111(100.0%) | 1160(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 17(34.7%) | 340(30.8%) | 357(31.0%) |
| | 5年以上～10年未満 | 14(28.6%) | 233(21.1%) | 247(21.4%) |
| | 10年以上～15年未満 | 12(24.5%) | 215(19.5%) | 227(19.7%) |
| | 15年以上～20年未満 | 4(8.2%) | 167(15.1%) | 171(14.8%) |
| | 20年以上 | 2(4.1%) | 149(13.5%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 49(100.0%) | 1104(100.0%) | 1153(100.0%) |

⑫入浴前の脱衣室のドアを開けたままで着替え

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|-----------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 31(2.7%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 1(100.0%) | 316(27.1%) | 317(27.2%) |
| | 40代 | 0(0.0%) | 360(30.9%) | 360(30.9%) |
| | 50代 | 0(0.0%) | 243(20.9%) | 243(20.9%) |
| | 60代以上 | 0(0.0%) | 214(18.4%) | 214(18.4%) |
| | 合計 | 1(100.0%) | 1164(100.0%) | 1165(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 1(100.0%) | 356(30.8%) | 357(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 0(0.0%) | 249(21.5%) | 249(21.5%) |
| | 10年以上～15年未満 | 0(0.0%) | 227(19.6%) | 227(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 0(0.0%) | 174(15.0%) | 174(15.0%) |
| | 20年以上 | 0(0.0%) | 151(13.1%) | 151(13.0%) |
| | 合計 | 1(100.0%) | 1157(100.0%) | 1158(100.0%) |

⑬入浴時、裸の状態で順番を待たせている

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|-----------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 31(2.7%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 2(40.0%) | 313(27.1%) | 315(27.1%) |
| | 40代 | 2(40.0%) | 358(30.9%) | 360(31.0%) |
| | 50代 | 0(0.0%) | 243(21.0%) | 243(20.9%) |
| | 60代以上 | 1(20.0%) | 212(18.3%) | 213(18.3%) |
| | 合計 | 5(100.0%) | 1157(100.0%) | 1162(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 1(20.0%) | 354(30.8%) | 355(30.7%) |
| | 5年以上～10年未満 | 2(40.0%) | 247(21.5%) | 249(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 1(20.0%) | 225(19.6%) | 226(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 0(0.0%) | 174(15.1%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 1(20.0%) | 150(13.0%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 5(100.0%) | 1150(100.0%) | 1155(100.0%) |

⑭入浴後バスタオル1枚かけたまま廊下を移動

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|-----------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 0(0.0%) | 31(2.7%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 1(100.0%) | 314(27.2%) | 315(27.2%) |
| | 40代 | 0(0.0%) | 358(31.0%) | 358(30.9%) |
| | 50代 | 0(0.0%) | 242(20.9%) | 242(20.9%) |
| | 60代以上 | 0(0.0%) | 211(18.3%) | 211(18.2%) |
| | 合計 | 1(100.0%) | 1156(100.0%) | 1157(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 0(0.0%) | 355(30.9%) | 355(30.9%) |
| | 5年以上～10年未満 | 1(100.0%) | 247(21.5%) | 248(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 0(0.0%) | 223(19.4%) | 223(19.4%) |
| | 15年以上～20年未満 | 0(0.0%) | 174(15.1%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 0(0.0%) | 150(13.1%) | 150(13.0%) |
| | 合計 | 1(100.0%) | 1149(100.0%) | 1150(100.0%) |

⑮入浴を拒否する利用者に、無理やり入浴介助

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 4(5.6%) | 27(2.5%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 29(40.3%) | 288(26.4%) | 317(27.3%) |
| | 40代 | 19(26.4%) | 340(31.2%) | 359(30.9%) |
| | 50代 | 15(20.8%) | 229(21.0%) | 244(21.0%) |
| | 60代以上 | 5(6.9%) | 207(19.0%) | 212(18.2%) |
| | 合計 | 72(100.0%) | 1091(100.0%) | 1163(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 22(30.6%) | 334(30.8%) | 356(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 20(27.8%) | 229(21.1%) | 249(21.5%) |
| | 10年以上～15年未満 | 12(16.7%) | 215(19.8%) | 227(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 11(15.3%) | 163(15.0%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 7(9.7%) | 143(13.2%) | 150(13.0%) |
| | 合計 | 72(100.0%) | 1084(100.0%) | 1156(100.0%) |

⑯助言のつもりで、利用者のやり方を否定する

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 1(2.7%) | 30(2.7%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 15(40.5%) | 301(26.9%) | 316(27.3%) |
| | 40代 | 9(24.3%) | 350(31.3%) | 359(31.1%) |
| | 50代 | 8(21.6%) | 230(20.6%) | 238(20.6%) |
| | 60代以上 | 4(10.8%) | 208(18.6%) | 212(18.3%) |
| | 合計 | 37(100.0%) | 1119(100.0%) | 1156(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 7(18.9%) | 346(31.1%) | 353(30.7%) |
| | 5年以上～10年未満 | 12(32.4%) | 236(21.2%) | 248(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 8(21.6%) | 218(19.6%) | 226(19.7%) |
| | 15年以上～20年未満 | 4(10.8%) | 170(15.3%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 6(16.2%) | 142(12.8%) | 148(12.9%) |
| | 合計 | 37(100.0%) | 1112(100.0%) | 1149(100.0%) |

⑰子どもをほめるような言い方をする

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|-----------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 1(11.1%) | 30(2.6%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 4(44.4%) | 312(27.1%) | 316(27.2%) |
| | 40代 | 1(11.1%) | 358(31.1%) | 359(30.9%) |
| | 50代 | 1(11.1%) | 242(21.0%) | 243(20.9%) |
| | 60代以上 | 2(22.2%) | 210(18.2%) | 212(18.3%) |
| | 合計 | 9(100.0%) | 1152(100.0%) | 1161(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 3(33.3%) | 351(30.7%) | 354(30.7%) |
| | 5年以上～10年未満 | 1(11.1%) | 249(21.7%) | 250(21.7%) |
| | 10年以上～15年未満 | 4(44.4%) | 221(19.3%) | 225(19.5%) |
| | 15年以上～20年未満 | 0(0.0%) | 174(15.2%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 1(11.1%) | 150(13.1%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 9(100.0%) | 1145(100.0%) | 1154(100.0%) |

⑱親しみを込めてニックネームや〇〇ちゃんと呼ぶ

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 1(3.2%) | 30(2.6%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 16(51.6%) | 301(26.5%) | 317(27.2%) |
| | 40代 | 11(35.5%) | 349(30.7%) | 360(30.9%) |
| | 50代 | 2(6.5%) | 242(21.3%) | 244(20.9%) |
| | 60代以上 | 1(3.2%) | 213(18.8%) | 214(18.4%) |
| | 合計 | 31(100.0%) | 1135(100.0%) | 1166(100.0%) |
| 現在の職種の経験 年数 | 5年未満 | 12(38.7%) | 345(30.6%) | 357(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 10(32.3%) | 240(21.3%) | 250(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 2(6.5%) | 225(19.9%) | 227(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 3(9.7%) | 171(15.2%) | 174(15.0%) |
| | 20年以上 | 4(12.9%) | 147(13.0%) | 151(13.0%) |
| | 合計 | 31(100.0%) | 1128(100.0%) | 1159(100.0%) |

⑱あまりにも要求が多いので、適当に聞き流す

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 5(7.1%) | 26(2.4%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 31(44.3%) | 285(26.1%) | 316(27.2%) |
| | 40代 | 17(24.3%) | 342(31.3%) | 359(30.9%) |
| | 50代 | 13(18.6%) | 228(20.9%) | 241(20.8%) |
| | 60代以上 | 4(5.7%) | 210(19.2%) | 214(18.4%) |
| | 合計 | 70(100.0%) | 1091(100.0%) | 1161(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 24(34.3%) | 330(30.4%) | 354(30.6%) |
| | 5年以上～10年未満 | 14(20.0%) | 236(21.8%) | 250(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 12(17.1%) | 214(19.7%) | 226(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 11(15.7%) | 163(15.0%) | 174(15.1%) |
| | 20年以上 | 9(12.9%) | 142(13.1%) | 151(13.1%) |
| | 合計 | 70(100.0%) | 1085(100.0%) | 1155(100.0%) |

⑳利用者の前で、他の利用者の話を職員同士で行う

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 1(4.5%) | 29(2.5%) | 30(2.6%) |
| | 30代 | 10(45.5%) | 307(26.9%) | 317(27.2%) |
| | 40代 | 8(36.4%) | 352(30.8%) | 360(30.9%) |
| | 50代 | 1(4.5%) | 243(21.3%) | 244(20.9%) |
| | 60代以上 | 2(9.1%) | 212(18.5%) | 214(18.4%) |
| | 合計 | 22(100.0%) | 1143(100.0%) | 1165(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 9(40.9%) | 348(30.6%) | 357(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 4(18.2%) | 245(21.6%) | 249(21.5%) |
| | 10年以上～15年未満 | 1(4.5%) | 226(19.9%) | 227(19.6%) |
| | 15年以上～20年未満 | 4(18.2%) | 170(15.0%) | 174(15.0%) |
| | 20年以上 | 4(18.2%) | 147(12.9%) | 151(13.0%) |
| | 合計 | 22(100.0%) | 1136(100.0%) | 1158(100.0%) |

②1 ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする

| | | 適切である | 適切でない | 合計 |
|----------------|-------------|------------|--------------|--------------|
| 年齢 | 20代 | 3(6.7%) | 28(2.5%) | 31(2.7%) |
| | 30代 | 23(51.1%) | 294(26.2%) | 317(27.2%) |
| | 40代 | 8(17.8%) | 352(31.4%) | 360(30.9%) |
| | 50代 | 7(15.6%) | 236(21.1%) | 243(20.8%) |
| | 60代以上 | 4(8.9%) | 211(18.8%) | 215(18.4%) |
| | 合計 | 45(100.0%) | 1121(100.0%) | 1166(100.0%) |
| 現在の職種の 経験年数 | 5年未満 | 12(26.7%) | 345(31.0%) | 357(30.8%) |
| | 5年以上～10年未満 | 11(24.4%) | 239(21.5%) | 250(21.6%) |
| | 10年以上～15年未満 | 9(20.0%) | 219(19.7%) | 228(19.7%) |
| | 15年以上～20年未満 | 7(15.6%) | 167(15.0%) | 174(15.0%) |
| | 20年以上 | 6(13.3%) | 144(12.9%) | 150(12.9%) |
| | 合計 | 45(100.0%) | 1114(100.0%) | 1159(100.0%) |

6-1. 主任介護職員における組織体制・組織の状況・不適切ケアの遭遇経験の有無からみた不適切ケアの認識状況①

| | | ①危ないで利用者の部屋のドアに鍵をかける | | ②利用者に、「動かないで!」「座って!」などの言葉かけを行う | | ③寝るときにつなぎ服に着替えさせる | | ④食事介助中、食べさせやすい位置に利用者の顔向きを変えている | | ⑤食べにくいようにしていたので、食事をすべて同じ器にのせて出す | | ⑥時間節約のため、自分で食べられる人にも食事介助を行う | | ⑦食事介助の際、言葉かけをせずに、複数の利用者に順番にスプーンを口に入れる | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------|----------------------|------------|--------------------------------|------------|-------------------|------------|--------------------------------|------------|---------------------------------|------------|-----------------------------|------------|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|--------|
| | | 不適切である | 不適切でない | 不適切である | 不適切でない | 不適切である | 不適切でない | 不適切である | 不適切でない | 不適切である | 不適切でない | 不適切である | 不適切でない | 不適切である | 不適切でない | | | | | | | | |
| | | 人(%) | 人(%) | ρ値 | 人(%) | 人(%) | ρ値 | 人(%) | 人(%) | ρ値 | 人(%) | 人(%) | ρ値 | 人(%) | 人(%) | ρ値 | | | | | | | |
| 組織体制 | 職員の悩みを相談できる相談体制の設置 | ある | 216(87.8%) | 30(12.2%) | 0.001** | 134(53.4%) | 117(46.6%) | 0.431 | 224(91.1%) | 22(8.9%) | 0.451 | 121(49.4%) | 124(50.6%) | 0.910 | 144(58.1%) | 104(41.9%) | 0.909 | 172(69.4%) | 76(30.6%) | 0.718 | 197(79.4%) | 51(20.6%) | 0.416 |
| | | ない | 84(73.7%) | 30(26.3%) | | 56(48.7%) | 59(51.3%) | | 101(88.6%) | 13(11.4%) | | 55(48.7%) | 58(51.3%) | | 65(57.0%) | 49(43.0%) | | 77(67.0%) | 38(33.0%) | | 87(75.7%) | 28(24.3%) | |
| | 職員の働きやすさに関する改善に向けた取り組み | ある | 239(87.5%) | 34(12.5%) | 0.001** | 148(53.4%) | 129(46.6%) | 0.396 | 250(91.6%) | 23(8.4%) | 0.294 | 134(49.3%) | 138(50.7%) | 1.000 | 159(58.0%) | 115(42.0%) | 0.902 | 193(70.2%) | 82(29.8%) | 0.429 | 220(80.3%) | 54(19.7%) | 0.140 |
| | | ない | 63(71.6%) | 25(28.4%) | | 43(47.8%) | 47(52.2%) | | 77(87.5%) | 11(12.5%) | | 43(49.4%) | 44(50.6%) | | 51(57.3%) | 38(42.7%) | | 58(65.2%) | 31(34.8%) | | 65(72.2%) | 25(27.8%) | |
| | 業務としての施設外研修への参加の機会 | ある | 294(83.5%) | 58(16.5%) | 1.000 | 189(52.9%) | 168(47.1%) | 0.158 | 319(90.6%) | 33(9.4%) | 0.324 | 170(48.6%) | 180(51.4%) | 0.084 | 204(57.8%) | 149(42.2%) | 1.000 | 249(70.1%) | 106(29.9%) | 0.011* | 280(79.1%) | 74(20.9%) | 0.164 |
| | | ない | 10(83.3%) | 2(16.7%) | | 4(30.8%) | 9(69.2%) | | 10(83.3%) | 2(16.7%) | | 9(75.0%) | 3(25.0%) | | 8(61.5%) | 5(38.5%) | | 4(33.3%) | 8(66.7%) | | 8(61.5%) | 5(38.5%) | |
| | トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム | ある | 275(85.1%) | 48(14.9%) | 0.020* | 174(52.9%) | 155(47.1%) | 0.311 | 293(90.7%) | 30(9.3%) | 0.563 | 164(50.8%) | 159(49.2%) | 0.083 | 198(60.7%) | 128(39.3%) | 0.003** | 229(70.2%) | 97(29.8%) | 0.099 | 256(78.5%) | 70(21.5%) | 0.838 |
| | | ない | 27(69.2%) | 12(30.8%) | | 17(43.6%) | 22(56.4%) | | 34(87.2%) | 5(12.8%) | | 13(35.1%) | 24(64.9%) | | 13(34.2%) | 25(65.8%) | | 22(56.4%) | 17(43.6%) | | 30(76.9%) | 9(23.1%) | |
| | 虐待防止に向けた施設内の研修 | ある | 287(84.9%) | 51(15.1%) | 0.026* | 186(54.1%) | 158(45.9%) | 0.005** | 309(91.2%) | 30(8.8%) | 0.09 | 170(50.3%) | 168(49.7%) | 0.214 | 203(59.5%) | 138(40.5%) | 0.022* | 238(69.8%) | 103(30.2%) | 0.124 | 272(79.8%) | 69(20.2%) | 0.051 |
| | | ない | 18(66.7%) | 9(33.3%) | | 7(25.9%) | 20(74.1%) | | 21(80.8%) | 5(19.2%) | | 9(36.0%) | 16(64.0%) | | 9(34.6%) | 17(65.4%) | | 15(55.6%) | 12(44.4%) | | 17(63.0%) | 10(37.0%) | |
| 虐待防止・権利擁護に関する委員会の定期開催 | ある | 263(83.5%) | 52(16.5%) | 1.000 | 173(53.9%) | 148(46.1%) | 0.207 | 287(90.8%) | 29(9.2%) | 0.631 | 151(47.8%) | 165(52.2%) | 0.477 | 188(59.1%) | 130(40.9%) | 0.153 | 216(67.9%) | 102(32.1%) | 0.172 | 249(78.3%) | 69(21.7%) | 0.232 | |
| | ない | 40(83.3%) | 8(16.7%) | | 20(41.7%) | 28(58.3%) | | 41(87.2%) | 6(12.8%) | | 27(60.0%) | 18(40.0%) | | 24(51.1%) | 23(48.9%) | | 36(75.0%) | 12(25.0%) | | 38(79.2%) | 10(20.8%) | | |
| 身体拘束について定期的に検討する会議の開催 | ある | 211(84.4%) | 39(15.6%) | 0.091 | 145(57.1%) | 109(42.9%) | 0.089 | 228(91.6%) | 21(8.4%) | 1.000 | 114(45.8%) | 135(54.2%) | 0.827 | 155(61.5%) | 97(38.5%) | 0.080 | 175(69.4%) | 77(30.6%) | 0.065 | 202(80.5%) | 49(19.5%) | 0.193 | |
| | ない | 88(81.5%) | 20(18.5%) | | 45(40.9%) | 65(59.1%) | | 95(87.2%) | 14(12.8%) | | 62(57.9%) | 45(42.1%) | | 55(50.9%) | 53(49.1%) | | 74(67.9%) | 35(32.1%) | | 81(73.6%) | 29(26.4%) | | |
| 虐待防止に関するマニュアル | ある | 251(83.4%) | 50(16.6%) | 1.000 | 165(53.7%) | 142(46.3%) | 0.123 | 274(90.7%) | 28(9.3%) | 0.429 | 145(48.2%) | 156(51.8%) | 0.152 | 181(59.3%) | 124(40.7%) | 0.343 | 214(70.4%) | 90(29.6%) | 0.404 | 242(79.6%) | 62(20.4%) | 1.000 | |
| | ない | 51(83.6%) | 10(16.4%) | | 27(44.3%) | 34(55.7%) | | 53(88.3%) | 7(11.7%) | | 32(54.2%) | 27(45.8%) | | 29(49.2%) | 30(50.8%) | | 37(60.7%) | 24(39.3%) | | 44(72.1%) | 17(27.9%) | | |
| 虐待事案の発生時の対応方法を記したマニュアル | ある | 287(84.4%) | 53(15.6%) | 0.535 | 184(53.2%) | 162(46.8%) | 0.006** | 307(90.3%) | 33(9.7%) | 0.196 | 169(49.7%) | 171(50.3%) | 0.038* | 203(59.2%) | 140(40.8%) | 0.080 | 241(70.3%) | 102(29.7%) | 0.805 | 273(79.6%) | 70(20.4%) | 0.165 | |
| | ない | 17(70.8%) | 7(29.2%) | | 8(33.3%) | 16(66.7%) | | 22(91.7%) | 2(8.3%) | | 10(45.5%) | 12(54.5%) | | 9(39.1%) | 14(60.9%) | | 12(50.0%) | 12(50.0%) | | 16(66.7%) | 8(33.3%) | | |
| 組織の状況 | 業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気 | ある | 174(88.3%) | 23(11.7%) | 0.010** | 107(53.5%) | 93(46.5%) | 0.602 | 185(93.9%) | 12(6.1%) | 0.019* | 107(54.6%) | 89(45.4%) | 0.035* | 126(63.6%) | 72(36.4%) | 0.015* | 146(73.7%) | 52(26.3%) | 0.032* | 163(82.7%) | 34(17.3%) | 0.042* |
| | | ない | 131(78.0%) | 37(22.0%) | | 86(50.3%) | 85(49.7%) | | 145(86.3%) | 23(13.7%) | | 72(43.1%) | 95(56.9%) | | 86(50.9%) | 83(49.1%) | | 107(62.9%) | 63(37.1%) | | 126(73.7%) | 45(26.3%) | |
| | 職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通 | ある | 172(86.9%) | 26(13.1%) | 0.066 | 115(56.9%) | 87(43.1%) | 0.037* | 188(94.5%) | 11(5.5%) | 0.004** | 101(51.3%) | 96(48.7%) | 0.400 | 132(66.0%) | 68(34.0%) | 0.000** | 154(77.0%) | 46(23.0%) | 0.000** | 167(83.5%) | 33(16.5%) | 0.011* |
| | ない | 132(79.5%) | 34(20.5%) | | 77(45.8%) | 91(54.2%) | | 141(85.5%) | 24(14.5%) | | 77(46.7%) | 88(53.3%) | | 79(47.6%) | 87(52.4%) | | 98(58.7%) | 69(41.3%) | | 121(72.5%) | 46(27.5%) | | |
| 不適切ケアに遭遇した経験 | ある | 109(74.1%) | 38(25.9%) | 0.000** | 167(49.3%) | 172(50.7%) | 0.004** | 161(85.6%) | 27(14.4%) | 0.001** | 73(32.0%) | 155(68.0%) | 0.000** | 121(47.5%) | 134(52.5%) | 0.000** | 164(62.6%) | 98(37.4%) | 0.000** | 186(73.2%) | 68(26.8%) | 0.000** | |
| | ない | 179(91.8%) | 16(8.2%) | | 9(100.0%) | 0(0.0%) | | 150(96.2%) | 6(3.8%) | | 93(83.0%) | 19(17.0%) | | 79(67.8%) | 11(12.2%) | | 73(69.0%) | 9(11.0%) | | 84(83.3%) | 6(6.7%) | | |

※無回答や誤回答等を除いたχ²検定(両側)を実施した。有意水準p<0.05と設定し、p<0.05 * p<0.01**で表記した。

6-2. 主任介護職員における組織体制・組織の状況・不適切ケアの遭遇経験の有無からみた不適切ケアの認識状況②

| | ⑧トイレで対応できる利用者にもオムツ対応をする | | | ⑨大声で排泄確認を行う | | | ⑩他の利用者がいるホールのベッドでオムツ交換を行う | | | ⑪オムツ交換は決められた定時にのみ行う | | | ⑫入浴前の脱衣室のドアを開けたまま着替えをさせる | | | ⑬入浴時、裸の状態を順番を待たせている | | | ⑭入浴後バスタオル1枚かけたまま廊下を移動する | | | |
|----------------------------------|-------------------------|------------|-----------|-------------|------------|-----------|---------------------------|------------|-----------|---------------------|------------|------------|--------------------------|------------|----------|---------------------|------------|-----------|-------------------------|------------|----------|---------|
| | 不適切である | 不適切でない | p値 | 不適切である | 不適切でない | p値 | 不適切である | 不適切でない | p値 | 不適切である | 不適切でない | p値 | 不適切である | 不適切でない | p値 | 不適切である | 不適切でない | p値 | | | | |
| | 人(%) | 人(%) | | 人(%) | 人(%) | | 人(%) | 人(%) | | 人(%) | 人(%) | | 人(%) | 人(%) | | 人(%) | 人(%) | | 人(%) | 人(%) | 人(%) | 人(%) |
| 職員の悩みを相談できる相談体制の設置 | ある | 188(75.5%) | 61(24.5%) | 0.896 | 209(83.8%) | 41(16.4%) | 0.306 | 235(95.5%) | 11(4.5%) | 1.000 | 148(59.9%) | 99(40.1%) | 0.817 | 237(95.2%) | 12(4.8%) | 0.784 | 226(91.1%) | 22(8.9%) | 0.683 | 239(97.2%) | 7(2.8%) | 0.444 |
| | ない | 86(74.8%) | 29(25.2%) | | 91(79.1%) | 24(20.9%) | | 110(95.7%) | 5(4.3%) | | 71(61.7%) | 44(38.3%) | | 111(96.5%) | 4(3.5%) | | 107(93.0%) | 8(7.0%) | | 113(99.1%) | 1(0.9%) | |
| 職員の働きやすさに関する改善に向けた取組み | ある | 212(77.1%) | 63(22.9%) | 0.205 | 228(82.6%) | 48(17.4%) | 0.752 | 262(96.3%) | 10(3.7%) | 0.242 | 168(61.5%) | 105(38.5%) | 0.536 | 261(94.9%) | 14(5.1%) | 0.129 | 253(92.3%) | 21(7.7%) | 0.509 | 265(97.1%) | 8(2.9%) | 0.207 |
| | ない | 63(70.0%) | 27(30.0%) | | 73(81.1%) | 17(18.9%) | | 84(93.3%) | 6(6.7%) | | 52(57.8%) | 38(42.2%) | | 89(98.9%) | 1(1.1%) | | 81(90.0%) | 9(10.0%) | | 88(100.0%) | 0(0.0%) | |
| 業務としての施設外研修への参加の機会 | ある | 270(76.1%) | 85(23.9%) | 0.320 | 294(82.6%) | 62(17.4%) | 0.708 | 336(95.5%) | 16(4.5%) | 1.000 | 217(61.5%) | 136(38.5%) | 0.146 | 340(95.8%) | 15(4.2%) | 0.444 | 327(92.4%) | 27(7.6%) | 0.081 | 344(97.7%) | 8(2.3%) | 1.000 |
| | ない | 8(61.5%) | 5(38.5%) | | 10(76.9%) | 3(23.1%) | | 13(100.0%) | 0(0.0%) | | 5(38.5%) | 8(61.5%) | | 12(92.3%) | 1(7.7%) | | 10(76.9%) | 3(23.1%) | | 12(100.0%) | 0(0.0%) | |
| トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム | ある | 251(76.8%) | 76(23.2%) | 0.113 | 272(82.9%) | 56(17.1%) | 0.375 | 312(96.3%) | 12(3.7%) | 0.080 | 201(61.8%) | 124(38.2%) | 0.122 | 313(95.7%) | 14(4.3%) | 0.683 | 301(92.3%) | 25(7.7%) | 0.348 | 317(98.1%) | 6(1.9%) | 0.209 |
| | ない | 25(64.1%) | 14(35.9%) | | 30(76.9%) | 9(23.1%) | | 35(89.7%) | 4(10.3%) | | 19(48.7%) | 20(51.3%) | | 37(94.9%) | 2(5.1%) | | 34(87.2%) | 5(12.8%) | | 37(94.9%) | 2(5.1%) | |
| 組織体制 虐待防止に向けた施設内の研修 | ある | 262(76.6%) | 80(23.4%) | 0.061 | 284(82.8%) | 59(17.2%) | 0.293 | 326(96.2%) | 13(3.8%) | 0.105 | 211(62.1%) | 129(37.9%) | 0.040* | 328(95.9%) | 14(4.1%) | 0.330 | 315(92.4%) | 26(7.6%) | 0.259 | 331(97.9%) | 7(2.1%) | 0.463 |
| | ない | 16(59.3%) | 11(40.7%) | | 20(74.1%) | 7(25.9%) | | 24(88.9%) | 3(11.1%) | | 11(40.7%) | 16(59.3%) | | 25(92.6%) | 2(7.4%) | | 23(85.2%) | 4(14.8%) | | 26(96.3%) | 1(3.7%) | |
| 虐待防止・権利擁護に関する委員会の定期開催 | ある | 241(75.5%) | 78(24.5%) | 0.332 | 267(83.4%) | 53(16.6%) | 0.141 | 301(95.3%) | 15(4.7%) | 0.157 | 195(61.5%) | 122(38.5%) | 0.473 | 307(96.2%) | 12(3.8%) | 0.737 | 295(92.5%) | 24(7.5%) | 0.603 | 309(98.1%) | 6(1.9%) | 0.361 |
| | ない | 36(75.0%) | 12(25.0%) | | 37(77.1%) | 11(22.9%) | | 47(97.9%) | 1(2.1%) | | 26(54.2%) | 22(45.8%) | | 44(91.7%) | 4(8.3%) | | 41(87.2%) | 6(12.8%) | | 46(95.8%) | 2(4.2%) | |
| 身体拘束について定期的に検討する会議の開催 | ある | 198(78.6%) | 54(21.4%) | 0.330 | 215(85.0%) | 38(15.0%) | 0.165 | 241(96.0%) | 10(4.0%) | 0.015* | 155(62.0%) | 95(38.0%) | 1.000 | 244(96.8%) | 8(3.2%) | 1.000 | 233(92.5%) | 19(7.5%) | 1.000 | 245(98.0%) | 5(2.0%) | 1.000 |
| | ない | 76(69.1%) | 34(30.9%) | | 85(77.3%) | 25(22.7%) | | 102(94.4%) | 6(5.6%) | | 64(58.2%) | 46(41.8%) | | 102(92.7%) | 8(7.3%) | | 98(89.9%) | 11(10.1%) | | 105(97.2%) | 3(2.8%) | |
| 虐待防止に関するマニュアル | ある | 233(76.4%) | 72(23.6%) | 1.000 | 256(83.7%) | 50(16.3%) | 0.307 | 292(96.4%) | 11(3.6%) | 0.706 | 186(61.4%) | 117(38.6%) | 0.345 | 292(95.7%) | 13(4.3%) | 0.143 | 281(92.4%) | 23(7.6%) | 0.25 | 293(97.3%) | 8(2.7%) | 0.286 |
| | ない | 43(70.5%) | 18(29.5%) | | 46(75.4%) | 15(24.6%) | | 55(91.7%) | 5(8.3%) | | 34(55.7%) | 27(44.3%) | | 58(95.1%) | 3(4.9%) | | 55(90.2%) | 6(9.8%) | | 61(100.0%) | 0(0.0%) | |
| 虐待事案の発生時の対応方法等を記したマニュアル | ある | 261(75.9%) | 83(24.1%) | 0.062 | 286(82.9%) | 59(17.1%) | 0.096 | 329(96.5%) | 12(3.5%) | 0.578 | 207(60.5%) | 135(39.5%) | 0.558 | 329(95.6%) | 15(4.4%) | 0.097 | 315(91.8%) | 28(8.2%) | 0.413 | 332(97.6%) | 8(2.4%) | 0.702 |
| | ない | 16(66.7%) | 8(33.3%) | | 17(70.8%) | 7(29.2%) | | 20(83.3%) | 4(16.7%) | | 15(62.5%) | 9(37.5%) | | 23(95.8%) | 1(4.2%) | | 22(91.7%) | 2(8.3%) | | 24(100.0%) | 0(0.0%) | |
| 組織の状況 業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気 | ある | 156(78.8%) | 42(21.2%) | 0.115 | 167(83.9%) | 32(16.1%) | 0.345 | 192(98.5%) | 3(1.5%) | 0.008** | 125(63.5%) | 72(36.5%) | 0.239 | 191(96.5%) | 7(3.5%) | 0.447 | 182(91.9%) | 16(8.1%) | 1.000 | 192(98.5%) | 3(1.5%) | 0.481 |
| | ない | 122(71.3%) | 49(28.7%) | | 137(80.1%) | 34(19.9%) | | 158(92.4%) | 13(7.6%) | | 97(57.1%) | 73(42.9%) | | 162(94.7%) | 9(5.3%) | | 156(91.8%) | 14(8.2%) | | 165(97.1%) | 5(2.9%) | |
| 職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通 | ある | 163(81.5%) | 37(18.5%) | 0.003** | 175(87.1%) | 26(12.9%) | 0.009** | 194(98.0%) | 4(2.0%) | 0.020* | 129(64.8%) | 70(35.2%) | 0.068 | 193(96.5%) | 7(3.5%) | 1.000 | 185(92.5%) | 15(7.5%) | 0.703 | 194(98.5%) | 3(1.5%) | 0.478 |
| | ない | 114(67.9%) | 54(32.1%) | | 128(76.2%) | 40(23.8%) | | 155(92.8%) | 12(7.2%) | | 92(55.1%) | 75(44.9%) | | 159(94.6%) | 9(5.4%) | | 152(91.0%) | 15(9.0%) | | 162(91.0%) | 5(3.0%) | |
| 不適切ケアに遭遇した経験 | ある | 150(67.6%) | 72(32.4%) | 0.000** | 247(81.3%) | 57(18.8%) | 0.220 | 56(80.0%) | 14(20.0%) | 0.000** | 116(51.1%) | 111(48.9%) | 0.000** | 154(92.2%) | 13(7.8%) | 0.009** | 134(85.4%) | 23(14.6%) | 0.000** | 47(87.0%) | 7(13.0%) | 0.000** |
| | ない | 109(90.8%) | 11(9.2%) | | 41(89.1%) | 5(10.9%) | | 275(99.3%) | 2(0.7%) | | 91(77.8%) | 26(22.2%) | | 173(98.3%) | 3(1.7%) | | 181(97.8%) | 4(2.2%) | | 287(99.7%) | 1(0.3%) | |

※無回答や誤回答等を除いたχ²検定(両側)を実施した。有意水準p<0.05と設定し、p<0.05 * p<0.01**で表記した。

6-3. 主任介護職員における組織体制・組織の状況・不適切ケアの遭遇経験の有無からみた不適切ケアの認識状況③

| | | ⑨入浴を拒否する利用者に対して、無理やり入浴介助を行う | | | ⑩助言のつもりで、利用者のやり方を否定する | | | ⑪子どもをほめるような言い方をする | | | ⑫利用者に親しみを込めてニックネームやOOちゃんと呼ぶ | | | ⑬あまりにも要求が多いので、適当に聞き流す | | | ⑭利用者がある前で、他の利用者の話を職員同士で行う | | | ⑮ナースコールが何度も鳴る場合は、後回しにする | | |
|----------------------------------|----|-----------------------------|----------------|---------|-----------------------|----------------|---------|-------------------|----------------|---------|-----------------------------|----------------|---------|-----------------------|----------------|---------|---------------------------|----------------|---------|-------------------------|------------|---------|
| | | 不適切である 人(%) | 不適切でない 人(%) | p値 | 不適切である 人(%) | 不適切でない 人(%) | p値 | 不適切である 人(%) | 不適切でない 人(%) | p値 | 不適切である 人(%) | 不適切でない 人(%) | p値 | 不適切である 人(%) | 不適切でない 人(%) | p値 | 不適切である 人(%) | 不適切でない 人(%) | p値 | | | |
| 職員の悩みを相談できる相談体制の設置 | ある | 155(82.2%) | 94(37.8%) | 0.250 | 143(57.9%) | 104(42.1%) | 0.139 | 164(65.9%) | 85(34.1%) | 0.277 | 157(62.8%) | 93(37.2%) | 0.816 | 145(58.0%) | 105(42.0%) | 0.427 | 182(72.8%) | 68(27.2%) | 0.266 | 163(65.5%) | 86(34.5%) | 0.813 |
| | ない | 64(55.7%) | 51(44.3%) | | 56(49.1%) | 58(50.9%) | | 82(71.9%) | 32(28.1%) | | 74(64.3%) | 41(35.7%) | | 61(53.0%) | 54(47.0%) | | 77(67.0%) | 38(33.0%) | | 77(67.0%) | 38(33.0%) | |
| 職員の働きやすさに関する改善に向けた取組み | ある | 174(63.3%) | 101(36.7%) | 0.082 | 162(59.1%) | 112(40.9%) | 0.010** | 188(68.4%) | 87(31.6%) | 0.603 | 179(64.9%) | 97(35.1%) | 0.316 | 162(58.7%) | 114(41.3%) | 0.222 | 198(71.7%) | 78(28.3%) | 0.789 | 186(67.6%) | 89(32.4%) | 0.370 |
| | ない | 47(52.2%) | 43(47.8%) | | 38(43.2%) | 50(56.8%) | | 58(65.2%) | 31(34.8%) | | 53(58.9%) | 37(41.1%) | | 46(51.1%) | 44(48.9%) | | 63(70.0%) | 27(30.0%) | | 56(62.2%) | 34(37.8%) | |
| 業務としての施設外研修への参加の機会 | ある | 217(61.1%) | 138(38.9%) | 0.387 | 196(55.5%) | 157(44.5%) | 0.773 | 240(67.8%) | 114(32.2%) | 1.000 | 227(63.8%) | 129(36.2%) | 0.560 | 204(57.3%) | 152(42.7%) | 0.254 | 255(71.6%) | 101(28.4%) | 0.533 | 236(66.5%) | 119(33.5%) | 0.768 |
| | ない | 6(46.2%) | 7(53.8%) | | 6(50.0%) | 6(50.0%) | | 9(69.2%) | 4(30.8%) | | 7(53.8%) | 6(46.2%) | | 5(38.5%) | 8(61.5%) | | 8(61.5%) | 5(38.5%) | | 8(61.5%) | 5(38.5%) | |
| トラブルやミス(ニアミス)を積極的に報告するシステム | ある | 204(62.4%) | 123(37.6%) | 0.036* | 185(57.1%) | 139(42.9%) | 0.062 | 222(68.1%) | 104(31.9%) | 0.593 | 208(63.4%) | 120(36.6%) | 0.861 | 191(58.2%) | 137(41.8%) | 0.059 | 237(72.3%) | 91(27.7%) | 0.191 | 215(65.7%) | 112(34.3%) | 0.723 |
| | ない | 17(43.6%) | 22(56.4%) | | 16(41.0%) | 23(59.0%) | | 25(64.1%) | 14(35.9%) | | 24(61.5%) | 15(38.5%) | | 16(41.0%) | 23(59.0%) | | 24(61.5%) | 15(38.5%) | | 27(69.2%) | 12(30.8%) | |
| 組織体制 虐待防止に向けた施設内の研修 | ある | 210(61.4%) | 132(38.6%) | 0.220 | 194(57.1%) | 146(42.9%) | 0.013* | 237(69.3%) | 105(30.7%) | 0.027* | 225(65.6%) | 118(34.4%) | 0.001** | 201(58.6%) | 142(41.4%) | 0.004** | 245(71.4%) | 98(28.6%) | 1.000 | 227(66.4%) | 115(33.6%) | 0.833 |
| | ない | 13(48.1%) | 14(51.9%) | | 8(30.8%) | 18(69.2%) | | 12(46.2%) | 14(53.8%) | | 9(33.3%) | 18(66.7%) | | 8(29.6%) | 19(70.4%) | | 19(70.4%) | 8(29.6%) | | 17(63.0%) | 10(37.0%) | |
| 虐待防止・権利擁護に関する委員会の定期開催 | ある | 190(59.6%) | 129(40.4%) | 1.000 | 177(55.8%) | 140(44.2%) | 0.024* | 217(67.8%) | 103(32.2%) | 0.547 | 206(64.4%) | 114(35.6%) | 0.665 | 185(57.8%) | 135(42.2%) | 0.572 | 231(72.2%) | 89(27.8%) | 0.878 | 212(66.5%) | 107(33.5%) | 0.104 |
| | ない | 32(66.7%) | 16(33.3%) | | 25(53.2%) | 22(46.8%) | | 31(67.4%) | 15(32.6%) | | 28(58.3%) | 20(41.7%) | | 23(47.9%) | 25(52.1%) | | 31(64.6%) | 17(35.4%) | | 31(64.6%) | 17(35.4%) | |
| 身体拘束について定期的に検討する会議の開催 | ある | 160(63.5%) | 92(36.5%) | 0.388 | 149(59.6%) | 101(40.4%) | 0.089 | 174(68.8%) | 79(31.2%) | 0.547 | 165(65.2%) | 88(34.8%) | 0.192 | 150(59.3%) | 103(40.7%) | 0.020* | 183(72.3%) | 70(27.7%) | 0.818 | 165(65.5%) | 87(34.5%) | 0.504 |
| | ない | 59(53.6%) | 51(46.4%) | | 51(46.8%) | 58(53.2%) | | 72(66.7%) | 36(33.3%) | | 65(59.1%) | 45(40.9%) | | 55(50.0%) | 55(50.0%) | | 76(69.1%) | 34(30.9%) | | 74(67.3%) | 36(32.7%) | |
| 虐待防止に関するマニュアル | ある | 184(60.3%) | 121(39.7%) | 0.429 | 175(57.8%) | 128(42.2%) | 0.755 | 209(68.3%) | 97(31.7%) | 1.000 | 195(63.7%) | 111(36.3%) | 0.425 | 175(57.2%) | 131(42.8%) | 0.214 | 218(71.2%) | 88(28.8%) | 0.306 | 196(64.3%) | 109(35.7%) | 0.870 |
| | ない | 37(60.7%) | 24(39.3%) | | 25(41.7%) | 35(58.3%) | | 38(64.4%) | 21(35.6%) | | 37(60.7%) | 24(39.3%) | | 32(52.5%) | 29(47.5%) | | 43(70.5%) | 18(29.5%) | | 46(75.4%) | 15(24.6%) | |
| 虐待事案の発生時の対応方法等を記したマニュアル | ある | 205(59.6%) | 139(40.4%) | 0.081 | 193(56.6%) | 148(43.4%) | 0.028* | 237(69.1%) | 106(30.9%) | 0.712 | 221(64.1%) | 124(35.9%) | 0.287 | 201(58.3%) | 144(41.7%) | 0.108 | 246(71.3%) | 99(28.7%) | 0.530 | 229(66.6%) | 115(33.4%) | 0.810 |
| | ない | 17(70.8%) | 7(29.2%) | | 9(37.5%) | 15(62.5%) | | 12(50.0%) | 12(50.0%) | | 12(50.0%) | 12(50.0%) | | 8(33.3%) | 16(66.7%) | | 18(75.0%) | 6(25.0%) | | 14(58.3%) | 10(41.7%) | |
| 組織の状況 業務上感じた疑問を同僚や上司と話し合える雰囲気 | ある | 126(63.6%) | 72(36.4%) | 0.200 | 114(58.2%) | 82(41.8%) | 0.247 | 144(72.7%) | 54(27.3%) | 0.026* | 131(65.8%) | 68(34.2%) | 0.281 | 117(58.8%) | 82(41.2%) | 0.346 | 149(74.9%) | 50(25.1%) | 0.108 | 136(68.7%) | 62(31.3%) | 0.272 |
| | ない | 97(56.7%) | 74(43.3%) | | 88(51.8%) | 82(48.2%) | | 105(61.8%) | 65(38.2%) | | 103(60.2%) | 68(39.8%) | | 92(53.8%) | 79(46.2%) | | 115(67.3%) | 56(32.7%) | | 108(63.2%) | 63(36.8%) | |
| 職員会議等で情報共有と職員間の意思疎通 | ある | 131(65.5%) | 69(34.5%) | 0.032* | 116(58.3%) | 83(41.7%) | 0.205 | 146(73.0%) | 54(27.0%) | 0.019* | 138(68.7%) | 63(31.3%) | 0.017* | 125(62.2%) | 76(37.8%) | 0.015* | 154(76.6%) | 47(23.4%) | 0.015* | 146(72.6%) | 55(27.4%) | 0.004** |
| | ない | 91(54.2%) | 77(45.8%) | | 85(51.2%) | 81(48.8%) | | 102(61.1%) | 65(38.9%) | | 95(56.5%) | 73(43.5%) | | 83(49.4%) | 85(50.6%) | | 109(64.9%) | 59(35.1%) | | 97(58.1%) | 70(41.9%) | |
| 不適切ケアに遭遇した経験 | ある | 127(50.0%) | 127(50.0%) | 0.000** | 135(49.6%) | 137(50.4%) | 0.000** | 195(65.0%) | 105(35.0%) | 0.002** | 193(60.9%) | 124(39.1%) | 0.000** | 168(53.3%) | 147(46.7%) | 0.000** | 219(68.0%) | 103(32.0%) | 0.000** | 155(56.8%) | 118(43.2%) | 0.000** |
| | ない | 82(91.1%) | 8(8.9%) | | 57(80.3%) | 14(19.7%) | | 40(87.0%) | 6(13.0%) | | 28(93.3%) | 2(6.7%) | | 29(87.9%) | 4(12.1%) | | 25(100.0%) | 0(0.0%) | | 72(98.6%) | 1(1.4%) | |

※無回答や誤回答等を除いたχ²検定(両側)を実施した。有意水準p<0.05と設定し、p<0.05* p<0.01**で表記した。

〈資料 2〉

インタビュー調査に関する説明書

1. 調査テーマ

「施設内虐待の防止に向けた介護老人福祉施設の実態調査
ー虐待防止のためのセルフチェックシステム開発に向けてー」

2. 調査の目的

介護老人福祉施設の職員に対してインタビュー調査を行い、(1)高齢者虐待及び不適切ケアの防止に向けた施設内の取組み、(2)職員のストレス対策に向けた施設内の取組みについて把握し、介護老人福祉施設における虐待防止・再発防止のためのセルフチェックシステム開発に向けた課題を明らかにすることを目的とします。

3. 調査の依頼事項

貴施設の施設長様に、50 分程度お時間を頂戴できれば幸いです。なお、調査時にご質問がございましたら、その都度お受けいたします。

[お尋ねしたい内容]

- (1)施設内虐待の発生要因としてお考えのものを教えてください。
- (2)施設内虐待防止のために必要だと考える取組みについて教えてください。
- (3)現在貴施設で取組まれている施設内虐待防止のための取組み内容について具体的に教えてください。また、その効果と取組みを実施する上での困難な点についても教えてください。
- (4)現在貴施設で取組まれている職員のストレス対策について具体的にお答えください。また、その効果と取組みを実施する上での困難な点についても教えてください。
- (5)施設内虐待防止と再発防止のために、施設が取り組むセルフチェックの仕組みとしてどのようなものが望ましいと考えますか。
- (6)その他(施設長様の経歴、経験年数、保持資格など)

4. 調査(インタビュー)日時 (※おおむね 50 分以内で終了予定)

2019 年 11 月～12 月中の調査を予定しております。事前にお電話にてご都合のよろしい日時をお伺いした上で、ご訪問させていただきたいと考えています。

5. 倫理的配慮

- (1) 本研究に参加することは、自由意志によるもので、参加する義務はありません。また、承諾した研究への協力についても、無条件に途中で中止することができます。そのことによる不利益が生じることはありません。
- (2) インタビュー中に不快な質問だと思った場合、その場で研究を中止することができます。また、研究対象者に体調不良や心身に不都合が生じた場合は、研究を中断、あるいは中止いたします。
- (3) インタビューは、研究対象者の許可を得て、IC レコーダーで録音させていただきます。IC レコーダーで録音した音声データと個人情報は匿名化し、個人及び施設等が特定できないように処理を行います。
- (4) 本研究で得られたデータは本研究のみで使用することとします。そして、研究代表者の研究室内の鍵のかかるロッカーにて 10 年間保管後、資料や書類はシュレッダーにて裁断処分し、USB 内に保存したデータは全消去します。
- (5) 研究実施前には、本説明書を基に本研究についてご説明をした後に、同意書を交わさせていただきます。しかし、同意書を交わした後も、いつでも研究協力の辞退は可能です。研究辞退を希望される場合は、下記研究代表者までご連絡ください。同意撤回書にて、研究辞退の確認をさせていただきます。
- (6) 研究実施前、研究実施中、研究実施後も研究対象者からのご質問には、真摯に対応いたします。お気軽にお問い合わせください。

6. 研究結果の公表

本研究で得られた結果については、学会発表及び学術雑誌で公表する予定です。その際も個人及び施設等が特定できるような情報は記載しません。