

200840037A

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

**保健師等の地域保健従事者の地域住民からの
暴力等に対する危機管理のあり方に関する研究
(H20-健危-一般-004)**

平成 20 年度総括・分担研究報告書

主任研究者：平野かよ子

平成 21 (2009) 年 3 月

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

**保健師等の地域保健従事者の地域住民からの
暴力等に対する危機管理のあり方に関する研究
(H20-健危-一般-004)**

平成 20 年度総括・分担研究報告書

主任研究者：平野かよ子

平成 21（2009）年 3 月

保健師等の地域保健従事者の地域住民からの暴力等に対する

危機管理のあり方に関する研究

目 次

I 総括研究報告

保健師等の保健従事者の地域住民からの暴力等に対する危機管理のあり方に関する研究	・・・	1
平野かよ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）		
鳩野 洋子（九州大学大学院医学系研究院 教授）		
中板 育美（国立保健医療科学院 主任研究官）		
末永カツ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）		
妹尾 栄一（東京都精神医学総合研究所嗜癖行動研究チーム 研究副参事）		
反町 吉秀（青森県上十三保健所 所長）		
川関 和俊（東京都中部総合精神保健福祉センター センター長）		
前野有佳里（九州大学大学院医学系研究院 准教授）		

II 分担研究報告

1. 保健福祉の現場における住民からの暴力に関する研究の文献検討～海外における研究知見を中心に～	・・・	11
妹尾 栄一（東京都精神医学総合研究所嗜癖行動研究チーム 研究副参事）		
2. 地域住民からの暴力に関する事例分析	・・・	17
末永カツ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）		
前野有佳里（九州大学大学院医学系研究院 准教授）		
3. 実態調査の結果		
1) 精神保健福祉センターにおける保健師等の地域保健従事者が地域住民から受けた暴力の実態に関する調査	・・・	23
鳩野 洋子（九州大学大学院医学系研究院 教授）		
2) 保健所における保健師等の地域保健従事者が地域住民から受けた暴力の実態に関する調査	・・・	29
平野かよ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）		
末永カツ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）		
反町 吉秀（青森県上十三保健所 所長）		
3) 児童相談所保健師等の地域保健従事者が地域住民から受けた暴力の実態に関する調査	・・・	41
中板 育美（国立保健医療科学院 主任研究官）		

【資料】

調査依頼文と調査票	・・・	49
研究組織	・・・	58

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
総括研究報告書

保健師等の地域保健従事者の地域住民からの暴力等
に対する危機管理のあり方に関する研究

主任研究者 平野かよ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）
分担研究者 鳩野 洋子（九州大学大学院医学系研究院 教授）
〃 中板 育美（国立保健医療科学院 主任研究官）
〃 末永カツ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）
〃 妹尾 栄一（東京都精神医学総合研究所嗜癖行動研究チーム 研究副参事）
〃 反町 吉秀（青森県上十三保健所 所長）
研究協力者：川関 和俊（東京都中部総合精神保健福祉センター センター長）
〃 前野有佳里（九州大学大学院医学系研究院 准教授）

研究要旨

保健師等の地域保健従事者が経験している暴力の実態と、組織としての暴力防止に関する危機管理体制の実態を把握するために、全国の精神保健福祉センター、保健所および児童相談所を対象として郵送の質問紙調査を行った。1年間で全体では47%の地域保健従事者が何らかの暴力の経験していた。精神保健福祉センターでは40%、保健所は48%、児童相談所は45%であった。被害者としては精神保健福祉センターと保健所では保健師が最も多く、児童相談所では児童福祉司が多かった。事前の予防のための話し合いや連携協力は95%でなされていたが、職場に予防マニュアルがあるのは17%であった。暴力を体験した時に気兼ねなく報告・相談できるかの質問に対しては95%が「できる」との回答であり、職場内での二次的な暴力の回答はなかった。都道府県に暴力防止及びは政治の対応マニュアルが37%にあったが、その多くは「不当要求行為等対応マニュアル」「行政対象暴力対応マニュアル」であった。暴力が発生する状況にあっても支援者としてのアイデンティティとモチベーションを維持し、暴力に至らない状況を生み出す対応方法と暴力の発生を予測し対処する方法、さらに暴力の発生時に住民と従事者の双方の生命と人権を組織的に守る体制を整えることの重要性を確認することができた。

キーワード

住民からの暴力 地域保健従事者 精神保健福祉センター 保健所 児童相談所

A. 研究目的

近年、リスクマネジメントの概念が広く

普及するとともに、ケアの対象である患者
や家族からの暴力の回避に対する意識の高

まが見られる。しかし、保健師等の地域保健従事者の危機的な状況の回避のあり方についてはあまり検討されていない。

実際の現場では、地域保健を担う保健師が家庭訪問や精神科救急事例への対応の際に、対象から身体的な暴力や罵倒される等の言葉の暴力を受ける等の事例が発生し、その後精神的なダメージから立ち直れない等も報告されている。しかし、これまでに地域保健分野での調査としては、限定された地域の保健師を対象に暴力の実態を調査したものだけであり、また、暴力を予防するための指針等はほとんど検討されていない。

本研究の目的は、地域保健従事者が活動の中で遭遇する住民から受ける暴力の危機的な状況の実態と安全管理体制に関して、精神保健センター、保健所、児童相談所別に明らかにし、暴力の防止策および危機的状況に遭遇した際の地域保健従事者と住民への支援、組織的な管理体制について検討することである。そして、それを関係機関に普及し、地域保健従事者の安全を保障し、住民への適切なケアを推進する管理体制の整備に資することである。

B. 研究方法

本年度は文献検討と事例収集・分析、実態調査を行った。

1) 文献検討

文献として取り上げた主なものは、
・東京都健康局「暴力被害防止ガイドライン」.2003、日本看護協会「保健医療福祉施設における暴力対策指針」.2006、
・ US OSHA:Preventive Workplace Violence for Health Care & Social

Service Workers.2004、

・ CDC:Violence-Occupational Hazards in Hospital-.2002、

・ C.L.Cooper,et.:Workplace violence in the health sector –State of the Art.,2000

である。文献からは、暴力の定義、リスクを増加させる特異的な要因、ジェンダーの視点等についての知見を得た。また、対応策としては従事者個人への介入と、職場組織の改善、職場環境の改善に整理して提示すること等の示唆を得た。

2) 事例収集・分析

分担研究者と研究協力者等が経験した8事例を集積し分析を行ったところ、地域保健従事者が受ける直接的な暴力の実施者は、本人、家族、地域住民等に区分され、職場内等で二次的に受ける暴力としては、受けた側の責任追及や暴力防止のための協力依頼に非協力的であること、対応困難な事例の解決を強要すること等であった。

また、これらの検討経過において、暴力を受ける可能性の高い医療観察法関連機関に従事する者や、一般行政窓口でクレーム対応する職員への暴力も課題であることが予測されたが、今年度の調査対象としては除外することとした。また、医療従事者は支援対象を受容し支援することが職業倫理上強調され、対象からの危害を防止法や対処法等について、基礎教育においてもほとんど教授されることがないことから、今後教育することの必要性についても論議した。

以上の文献検討と事例検討を基に実態把握の調査方法を検討し、今年度は一次調査とし郵送質問紙調査を実施し、次年度に二次調査として聞き取りに調査を行うこととした。今年度の調査対象は全国の精神保健福祉センター、保健所、児童相談所である。

3) 実態調査

調査対象は全国の精神保健福祉センター 66、保健所 517、児童相談所 217 の計 800 か所とした。

調査期間は平成 21 年 1 月から 2 月である。調査内容は、①回答者の属性、②暴力が予測される場合:リスクアセスメント(事前の話し合い、判断、協力依頼等)、③暴力の実態(暴力を受けた職種、場所、暴力の状況)、④職場内の危機管理(報告・相談の状況、予防マニュアル)、⑤都道府県・市区の危機管理体制(予防・発生時の対応指針・マニュアル)、⑥組織外の機関(警察等)との連携、⑦職場内での予防のための研修とした。最後に問い合わせのための連絡先を可能であれば記入することを依頼し、今後、詳細な調査への協力を依頼した。

4. 倫理的配慮

本研究は自治体名や個人を特定する調査ではない。特に回答者の調査への参加及び中断の任意性を保証し、調査の趣旨を書面で説明し回答をもって承諾を得たものとした。回答者の個人情報統計処理を行い研究のみに使用し、結果の公表にあたっては個人名及び組織名は匿名とする。調査を行うにあたり、主任研究者が所属する東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て行った。

C. 結果および考察

1. 結果の概要

回収数は精神保健福祉センター 43 と保健所 371、児童相談所 153 から 567 で、回収率は全体では 70%であった。回答者の所属組織は保健所精神保健福祉部門で、精神保健福祉センターと児童相談所は相談支援部門であった。(表 2、表 3、表 4) 回答者の職種は精神保健福祉センターと保健所は保健師(保健所 344 (92.7%)、精神保健福祉センター 33(76.7%))が最も多い職種であった。児童相談所では児童福祉司が 113 名(73.9%)で最も多かった。次いで多い職種は精神保健福祉センターでは精神保健福祉士(7名)、保健所では事務職(12名)で、児童相談所も事務職(17名)であった。(表 5、表 6、表 7) その他としては医師、臨床心理士、福祉職であった。回答者の経験年数は全体では 20 年以上がもっと多く、次いで 10 年以上 20 年未満であった。(表 8) 回答者の性別は全体では女性 452(80%)、男性 115 (20%)であった。(表 9)

2. 事前の話し合い

暴力が予測される場合、事前の話し合いは全体では 88%でなされ、複数職員での対応や男性職員の協力を得る、他部門や警察に協力依頼をしておく等の対策がとられていた。(表 10)

事前の他部門との協力依頼や連携は 85%でなされていた。(表 11) 係内の関係者で行われるものがほとんどであったが、特に保健所では課内あるいは所長を交えた検討会議を持ち組織的に対応しているところが 66 カ所あった。

3. 暴力の実態

住民からの暴力は平成20年の1年間で全体の47%が経験し、保健所は48%、児童相談所45%、精神保健福祉センターは40%であった。都道府県に数か所の専門機関より、多くの住民が出入りし、精神保健福祉法の緊急対応が課せられた保健所の従事者が最も被害を受けていた。その件数は1件から18件であった。(表12)

都道府県保健所において市町村の保健師等が住民から暴力を受けていることを聞いているかを尋ねたところ、「ある」が22.4%、「ない」75.9%、「未回答」1.9%であった。(表13)

暴力を受ける主な職種は保健師で、暴力を受ける場面は家庭訪問、電話相談、所内相談、その他措置診察や在宅鑑定、医療機関への移送途中と通報による調査や面接時が多かった。

家庭訪問での状況は治療中断者への受診奨励、家族からの受診相談をいけている時に身体的暴力や言葉による精神的暴力などで、暴力を行う者は精神疾患を持つあるいは疑われる者と結核の排菌患者が多かったがいずれも支援対象者本人であった。

相談窓口や電話での暴力は対応に不満を持った者による言葉の暴力や言葉による性的嫌がらせ、ワン切りを数時間繰り返すなどがあった。保健所での所内相談窓口での暴力としては、難病や小児慢性疾患等の医療費助成への対応に不満を持った者による身体的及び言葉による暴力が目立った。児童相談所では職権一時保護の前後が多く、子どもを法的に措置により引き取る時に身体的なおよび言葉による暴力が多かった。

4. 暴力を体験した場合

1) 気兼ねなく相談や報告できる職場の雰囲気

実際に暴力を受けた場合、経験したことについて職場内で気兼ねなく相談や報告できる雰囲気があるかについては、ほぼ全数95%が「ある」と回答していた。(表14)

2) 職場の対応マニュアル

しかし職場で対応マニュアルが用意されているのは17%であった。都道府県として発生予防のマニュアルは全体37%と回答され、発生時マニュアルとしては「不当要求行為等対応マニュアル」「行政対象暴力対応マニュアル」等が全体で37%にあるとの回答であった。(表15、表16、表17)

3) 組織外の機関との連携

組織外の機関(警察等)との連携は86%でなされ、連携の大半は警察生活安全課であった。

4) 職場内の暴力防止に関する現任教育

職場内の予防のための勉強会や職場内研修を実施しているのは21%に過ぎなかった。(表18、表19)

D. 結論

全体では47%の地域保健従事者が何らかの暴力の経験していた。事前の予防のための話し合いや連携協力は95%でなされていたが、職場に予防マニュアルがあるのは17%であった。暴力を体験した時に気兼ねなく報告・相談できるかの質問に対しては95%が「できる」との回答であり、職場内での二次的な暴力の回答はなかった。都道府県に暴力防止及びは政治の対応マニュアルが37%があるとの回答であったが、その多くは「不当要求行為等対応マニュアル」「行政対象暴力対応マニュアル」であった。

職場内での暴力防止のための研修会等はほとんどなされていない状況であった。地域保健従事者には、たとえ暴力的な行為を行う住民であっても、その住民の人権を守り、また従事者を含めその住民の周辺にいる人々が危害を受けることを防止する公共の利益を守る公的責任を負っている。単に従事者が受ける暴力を阻止する対応や体制という観点だけではなく、暴力が発生する状況にあっても支援者としてのアイデンティティとモチベーションを維持し、暴力に至らない状況を生み出す対応方法と暴力の発生を予測し対処する方法、さらに暴力の発生時に住民と従事者の双方の生命と人権を守る対応方法について組織的に準備し訓練しておくことの重要性を確認することができた。

今後の研究計画としては、平成 21 年度に平成 20 年度実態調査の中から暴力を経験し対策を講じている施設を選定し、聞き取り調査により、暴力に至らない状況を生み出す対応方法と暴力の発生を予測し対処する方法、さらに発生時の住民と従事者の人権を守る対応方法について組織的な管理体制について詳細なデータ収集を行う。これ

を基に「暴力の防止のための手引き」を作成するための検討を法医学、犯罪・法看護学、社会学、人権擁護等の専門家の参加を得て行う。

さらに、平成 20 年度調査では実施しなかった医療観察法関連の施設に従事する者、また、一般行政窓口でのクレーム対応にあたる者を対象とした調査、さらに保健医療従事者の基礎教育における危害の予防、対処の仕方についての教育内容についての調査の可能性を検討する。

平成 22 年度は「暴力の防止のための手引き」を作成し、その実効性を数自治体と協議し検証し、冊子にして普及させる予定である。

E. 健康危機情報

なし

F. 研究発表

第 68 回日本公衆衛生学会（2009.10：奈良）で発表する予定である。

表1 回答者の所属機関

No	所属機関	回答数
1	都道府県保健所	304
2	区市保健所	67
3	精神保健福祉センター	43
4	児童相談所	153
	合計	567

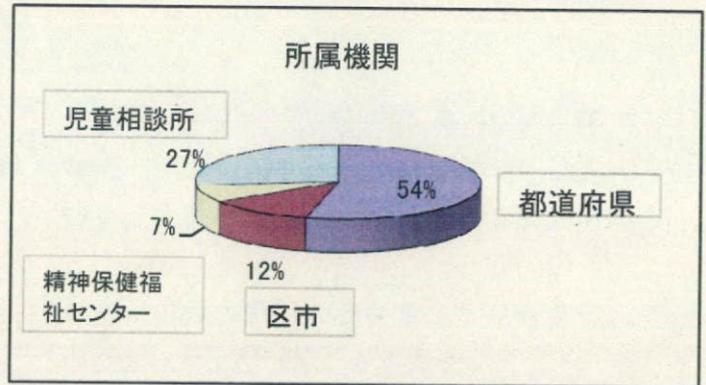


表2 回答者の組織内の部門(保健所)

No	組織内部門	回答数
1	精神保健福祉部門	166
2	その他の事業部門	97
3	企画部門	34
4	その他	67
	未回答	7

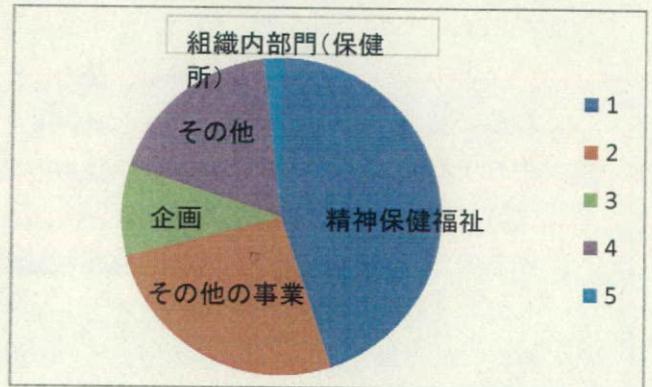


表3 回答者の組織内の部門(精神保健福祉センター)

No	組織内部門	回答数
1	相談支援部門	23
2	事業部門	2
3	企画部門	2
4	その他	16
	未回答	0

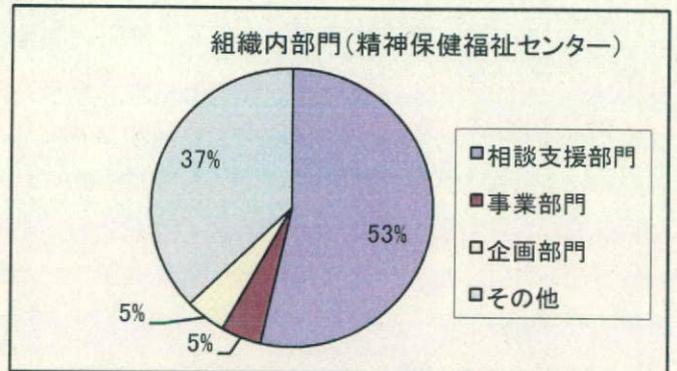


表4 回答者の組織内の部門(児童相談所)

No	組織内部門	回答数
1	相談支援部門	146
2	事業部門	0
3	企画部門	1
4	その他	5
	未回答	1

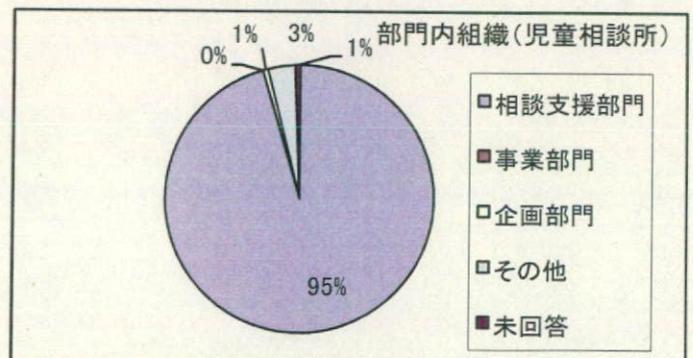


表5 回答者の職種(保健所)

No	組織内部門	回答数
1	医師	3
2	保健師	344
3	精神保健福祉士	4
4	看護師	0
5	事務職	12
6	その他	8
	未回答	0

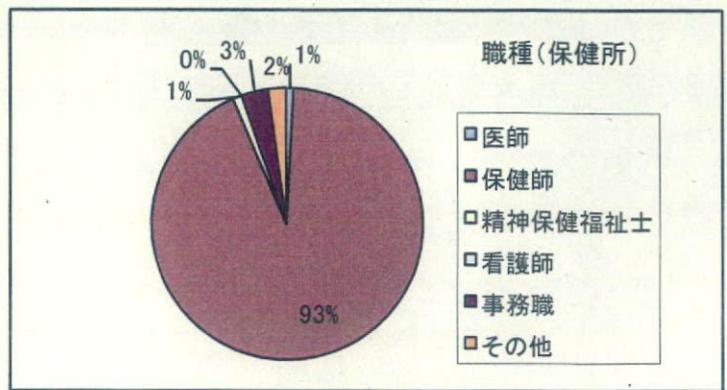


表6 回答者の職種(精神保健福祉センター)

No	職種	回答数
1	医師	0
2	保健師	33
3	精神保健福祉士	7
4	臨床心理士	1
5	看護師	0
6	事務職	0
7	その他	2
	未回答	0

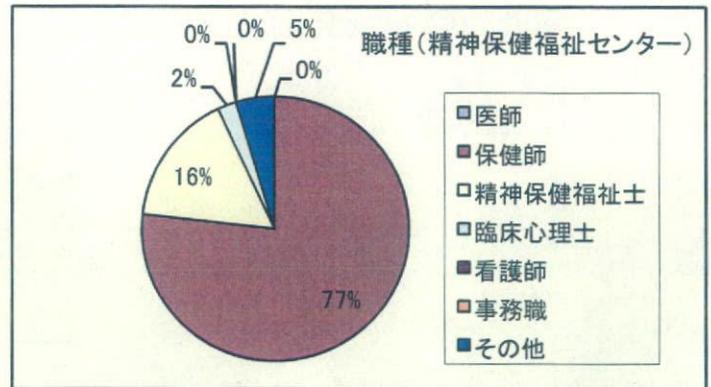


表7 回答者の職種(児童相談所)

No	職種	回答数
1	医師	1
2	保健師	13
3	児童福祉司	113
4	臨床心理士	1
5	看護師	0
6	事務職	17
7	その他	8
	未回答	0

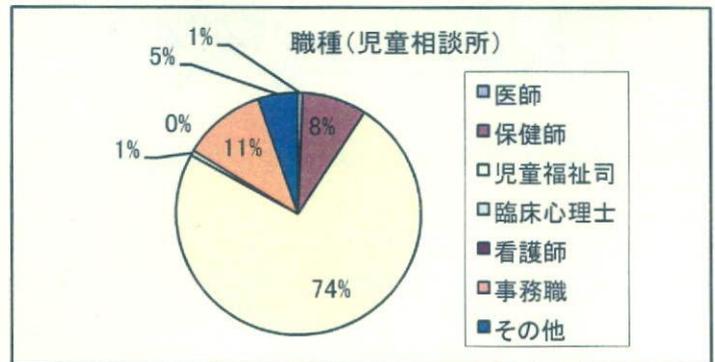


表8 回答者の実務経験年数

No	実務経験年数	回答数
1	5年未満	59
2	5年以上10年未満	56
3	10年以上20年未満	91
3	20年以上	356
	未回答	5

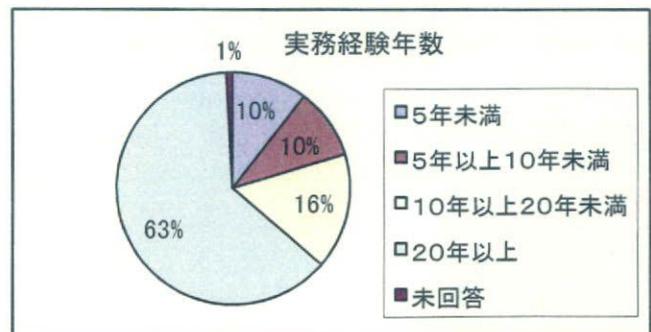


表9 回答者の性別

No	性別	回答数
1	男	115
2	女	452

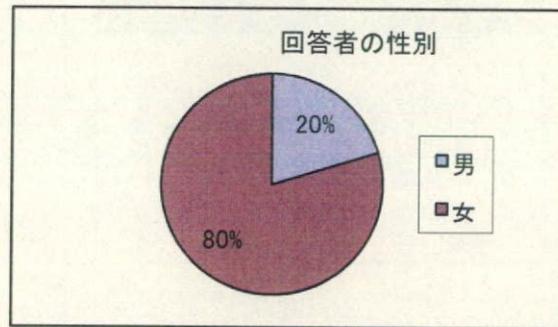


表10 予防に関する話し合い

No	予防の話し合い	回答数
1	ない	59
2	ある	498
	未回答	10

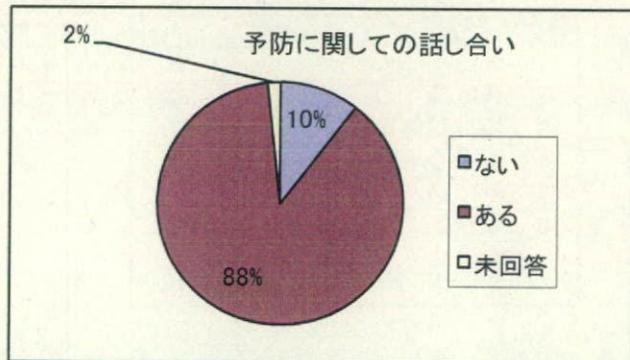


表11 事前の他部署との協力依頼や連携

No	他部署との協力・連携	回答数
1	ない	64
2	ある	481
	未回答	22

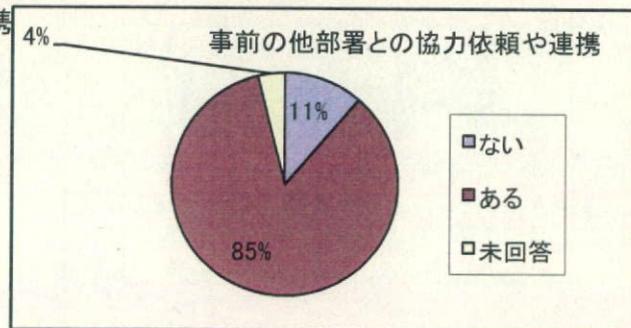


表12 暴力を受けた経験

No	何らかの暴力を受けた	回答数
1	ない	302
2	ある	264
	未回答	1

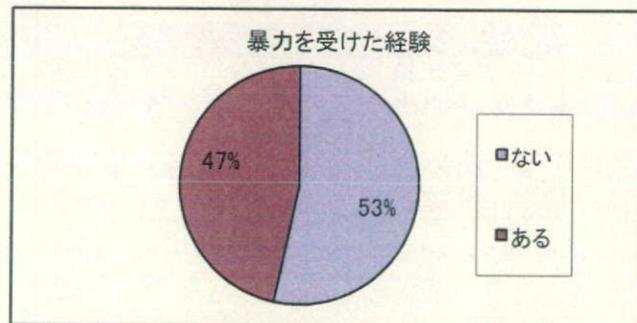


表13 保健所管内の市町村の保健師等の住民から暴力の経験

n=304

No	住民から暴力を受けた	回答数
1	ない	230
2	ある	68
	未回答	6

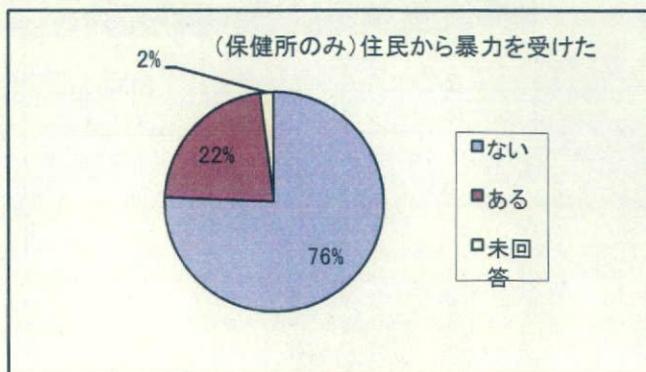


表14 暴力の体験を気兼ねなく報告、相談できる雰囲気

No	相談できる雰囲気	回答数
1	ない	12
2	ある	539
	未回答	16

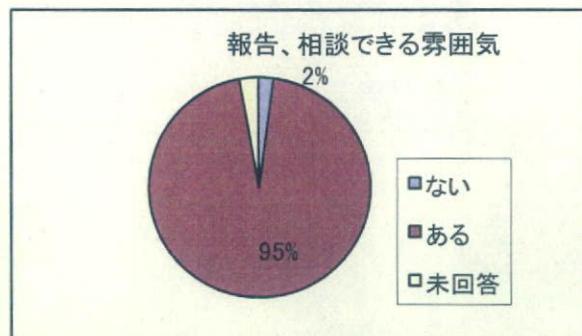


表15 職場の暴力防止、予防のためのマニュアル

No	職場のマニュアル	回答数
1	ない	464
2	ある	97
	未回答	6

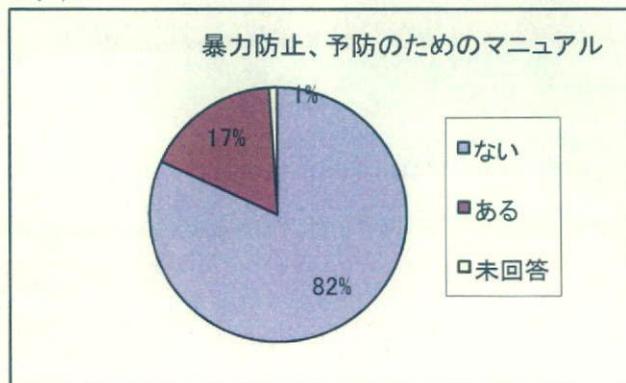


表16 都道府県または区市の予防の指針やマニュアル

No	予防指針やマニュアル	回答数
1	ない	341
2	ある	209
	未回答	17

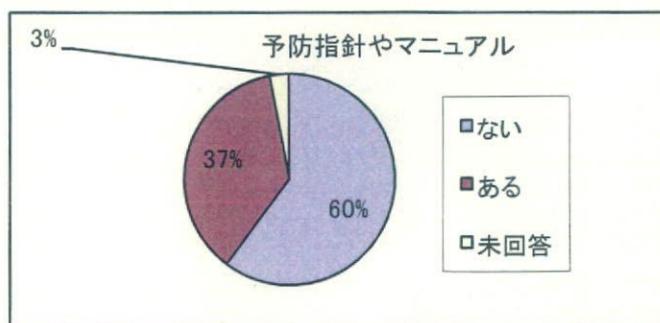


表17 都道府県または区市の暴力発生時の指針やマニュアル

No	対処方針指針やマニュアル	回答数
1	ない	332
2	ある	211
	未回答	24

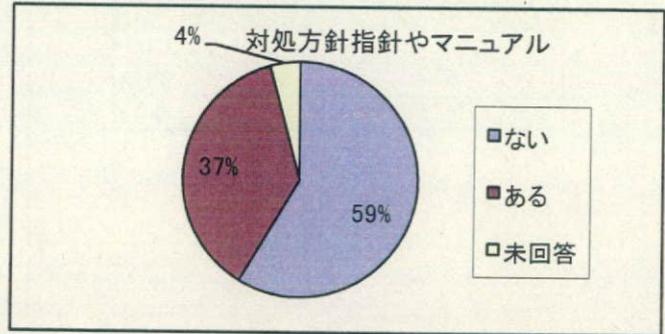


表18 警察の生活安全課等の組織外の機関と連携

No	組織外機関との連携	回答数
1	ない	71
2	ある	489
	未回答	7

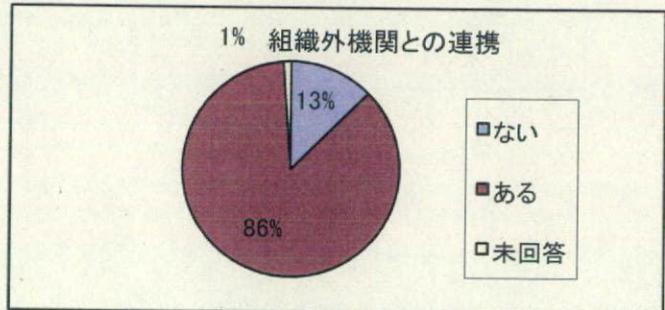
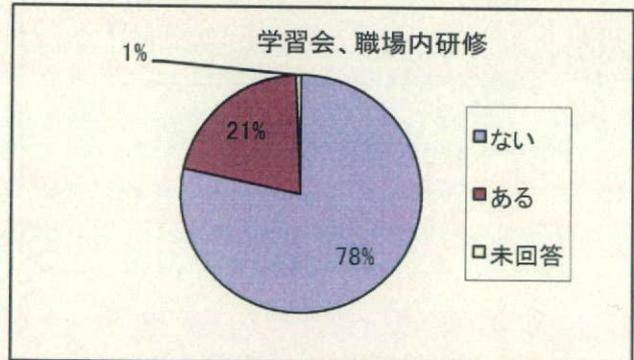


表19 職場内での学習会など職場内研修

No	学習会、職場内研修	回答数
1	ない	444
2	ある	119
	未回答	4



保健福祉の現場における住民からの暴力に関する研究の文献検討
～海外における研究知見を中心に～

分担研究者 妹尾栄一（財団法人東京都医学研究機構東京都精神医学総合研究所嗜癖
行動研究チーム 研究副参事）

研究要旨：保健福祉の現場での暴力の実態、ならびに暴力事態への対処について、海外で推進されている成果の紹介を中心に、暴力の定義と、さまざまなハイリスク状況、職場での暴力が及ぼす影響、暴力事態への効果的な介入、そして最後に暴力防止のためのプログラムについて論じた。

キーワード：暴力の定義、暴力が職場に及ぼす影響、暴力事態への効果的な介入、
暴力防止プログラム

I. はじめに

保健福祉の現場において、援助職が遭遇する暴力の問題は、これまで系統的に取り上げられ分析されることの無かったテーマであり、研究によって理解されてきた知見も充分活用されているとは言い難い。研究班では東京都健康局「暴力被害防止ガイドライン」.2003 や、日本看護協会「保健医療福祉施設における暴力対策指針」.2006、US OSHA:Preventive Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers.2004 CDC:Violence-Occupational Hazards in Hospital-.2002、C.L.Cooper,et.:Workplace violence in the health sector -State of the Art-.2000 の文献を概観したが、拙論では、保健福祉の現場での暴力の実態、ならびに暴力事態への対処について、上記の文献以外の海外で推進されている成果の紹介を中心に、要点を絞って論じることとする。なお、本研究プロジェクトで調査対象とされている保健所、精神保健福祉センター、児童相談所など、いずれも日

本の保健福祉政策の伝統と革新の影響を色濃く受けているため、全く同じ職域を海外に求めることは不可能である。海外での調査研究は、「ER」に代表される純粋に医療モデルで運営されている臨床の現場、認知症を含む高齢者の為のナーシングホームでの援助の問題など、それぞれの調査地域での制度を反映した知見である（むしろ当然であるが）。従って、今回のまとめをそのまま日本の保健福祉の現場（事業所）に、そのままストレートに当てはめることは難しいであろう。ただし、暴力的事態が発生する「リスクの高い要因」に関しては、かなりの共通性を有している。

なお、以下に述べる論旨は、巻末に掲げる参考文献の記述を筆者が要約し、論点を整理し直して文章化したものであり、得られている知見はオリジナル文献の著者による点であることを、あらかじめお断りしておく。

II. 暴力の定義

職場の暴力を論じるときに、まず明らかにしておくべきは、「暴力」の定義で有る。外傷や痣などを生じる身体的暴力については明白に理解できるが、今日理解では、当人（被害者）に身体的又は心理的な有害性・外傷・疾患を生じるような、実際の行為、または企図または脅迫、とかなり広義に定義されている。また、このテーマで論じられる時には、患者・来所者やその家族などを加害者として想定するのみならず、その職場での職員相互のいわゆる「いじめ」の問題、職員の身近な家族からの暴力（家庭内暴力やドメスティックバイオレンスに相当する）についても、包摂して論じられることが多い。事実、その職場で深刻ないじめが生じている場合には、職員の士気も低下し、その結果来所者に対する評価やスクリーニングなどの通常業務の質にも影響することとなり、結果として部外者からの暴力リスクを増加させることになる。

Ⅲ. さまざまなハイリスク状況

暴力が発生しやすい職場環境について、得られている知見は極めて多岐にわたる。たとえば、職員（援助職）の個人的要因として、女性であること、援助対象（患）者が精神疾患、アルコールや薬物の乱用を患っている場合などが、よく知られている。職場の環境要因も影響することが知られており、照明が不十分であること、保安が不十分、武器として使う製品を入手しやすいなどが、指摘されている。この他、職員の充足率が低いこと（離職などが多くてベテランが定着しにくい状況も含む）も影響する。さらにリスクを増加させるストレス要因としては、仕事の負担、職場の集団内での関係性の希薄、労働環境の変化（例えば

リストラなどの構造改革）などが攻撃性の亢進をもたらす。当該地域での暴力犯罪の頻度、社会的資源の乏しさ、マイノリティーの住民とマジョリティーの為政者との間での誤解や不信など、広い意味の地域の文化社会的要因も影響する。さらに広範な社会的要因、例えば、暴力や攻撃性を受容する方向への社会規範の変化なども関連している。

Ⅳ. 職場での暴力が及ぼす影響

日本の現状に照らしてもっとも不足しているのは、被害発生後のアフタケアの整備である。事件発生後の対応や評価の体制を整備していることは、実は予防体制のシステムとして必須である。特に、被害を受けた従事者、あるいは暴力事件を目撃した従事者への治療体制が最も重要である。職場での暴力の被害者に発生する様々な影響を以下のように整理することができる、

- 1) 心理的トラウマ
- 2) 職場へ復帰する事への恐怖感
- 3) 同僚や家族との人間関係の変化
- 4) 無力感、罪悪感、能力のなさなどなど、喪失感覚
- 5) 管理職や上司からの叱責への懸念

海外で実際に採用されている治療方法としては、トラウマカウンセリング、デブリーフィング、いわゆる EAP などが挙げられる。

また、常日頃から安全性確保へむけた訓練を心がける必要がある。特に強調すべきは、

職場の従事者全員が、暴力被害予防のための訓練を受けることは、重要な要素である。保健福祉の業務を遂行していく上で、暴力被害が生じる可能性をゼロにすることはできないが、事前に予防のため

のトレーニングを受講することで、たとえ事態が発生したとしても被害を最小化し回避することが可能となる。予防のトレーニングで行われるべきプログラム内容としては、その職場で発生する可能性のある暴力事態のタイプや頻度、さらには特定の事態発生を予防するための方法などを学ぶ。

この他、暴力的事態の発生を前提に(どの様に完全な予防策を講じても、なお発生自体を回避できないとの、現実的な判断に基づき)、以下の点への配慮が求められる。

1) 業務日誌の記載

死亡事例や外傷、職場から離れていた休職期間、就労に制限されていた期間などを日報に記録しておく

2) 職場での受傷に関する医学的レポート

本レポートによって、受傷の種類や誰が暴行の被害に遭ったのか、どの様な状況で生じたのかなどが記載される。

3) 暴力的事態の定義は幅広く把握されるべきであり、言葉による攻撃、攻撃行動で、押ししたり叫ぶなど他の来所者への脅威となる行動が該当する。

4) 対象者の過去の経歴で、暴力行為の既往がある場合、薬物乱用や犯罪活動の記録が残っている場合は見落としはしない。

V. 暴力事態への効果的な介入

保健福祉領域の職場で発生する暴力は、そこに勤務するスタッフにとって最も深刻かつ複雑な打撃を与える「職務災害」の一つである。一般的な職務災害と様相を異にするのは、保健福祉の援助職の多くが、暴力に巻き込まれる事態を「仕事の一部」と考える傾向があり、そのために発生の報告がなされにくい(過少申告)ことが指摘される。こうした傾向を

払拭するような効果的介入プランが要請される所以であるが、その前に、職場での暴力に影響を与える要因について、概観しておく。現在知られている種々の要因は、以下のように列挙することができる。

「職場でのストレスレベルの上昇」

「アセスメントや治療など特別な部門への受診に、待ち時間が長いこと」

「挑戦的な行動に対処できるような職員が限られていること」

「病院などの職域で、特に看護職などの人員が不足している」

「ケアの複雑性が増加している」

また別の観点から見れば、一旦発生した暴力、その職域に深刻なダメージを与える。深刻な影響としては、

「積極的な関与や生産性の低下」

「相談(来所)者の満足度の低下」

「スタッフの離職が増え、離職の意思が強くなる」

「欠席が目立ち始める」

「外傷や疾病が増える」

などなど列挙すればきりがなく、なおかつこれらのダメージがさらに暴力リスク増加の要因となる。

今日では多岐にわたる職場の暴力を、以下のように4分類する方式が定式化している。

タイプⅠ 犯罪的意図

タイプⅡ 来談者/消費者

タイプⅢ 被雇用者関連

タイプⅣ 個人的人間関係

各タイプを概説すると、

タイプⅠに関して、その職場に関係のない人物が、暴力行為に及ぶ場合。例えば、金銭や車両などの略取を目的とする場合、恨みをはらしたり/誘拐などの意図を持つ場合、身体的暴行を意図した場合など。

タイプⅡに関しては、職域の暴力の加害者は大半の場合、この類型の来所者が占めている。彼らは身体面か心理面いずれかの問題を抱えており、そのことで、行動化に結びつきやすい。痴呆や精神疾患が潜在している場合が典型である。ほとんどがこの類型に包摂されるため、さらに下位類型化し他者を傷つけようとする明白な意図が有るタイプの「暴力」と、そうした意図はなく、身体面または心理面での状況に由来して反応性の「攻撃行為」に及ぶタイプをわける考え方もある。

特に後者の、反応性の攻撃行動に関しては、職場の暴力を防止する観点から、有益なエビデンスが積み重ねられてきた。まず、認知症の入居者による攻撃行動についての調査知見としては、むしろ反応性または受動的行為と命名した方が適切との見方もある。なお「入居者」とは、高齢者向けハーフウェイハウスなどの施設に入居していることを前提に、そうした福祉施設の援助スタッフが、しばしば攻撃対象になす易いことを示唆する。攻撃行動は、何らかのコントロールの表現、あるいは自己を守ろうとしたり保護しようとの行為と見なすのが、もっとも相応しいとされる。換言すれば攻撃的な行動は、周囲に対してコミュニケーションを意図しての、反応的な行動と理解しうる。またこれらの攻撃行動は、時間的に限られており、挿話的な点に特徴があり、事前に理解して接することで、暴発を防ぐこともできる。

タイプⅢに関しては、この様関係のある全ての関係者を包摂している。管理部門や医師、契約社員などもすべて含まれる。暴力の発生は、被雇用者同士の間で生起する場合、上司から部下に対して、または部下から上司に対して生起する場

合が有る。医師から職員へ、職員から医師に対する場合も有る。契約社員による場合もある。これらの類型でしばしば発生するのはいわゆる「いじめ」である。これまでの調査知見では、職場でのイジメは、有る特定の一個人または複数の対象者に対して、否定的な行為を繰り返し持続される場合を示している。この結果自らの職場が、力関係の不均衡と、敵意に満ちた環境に映り始める。また看護師を対象にしたリサーチによれば、健康関連の職場が縮小されようとするタイミング、あるいは職場の再編が図られる場合に、ストレスに満ちた労働環境となりがちで、その様において燃え尽き状態を経験する看護師が、より一層他の看護師を苛めがちなことが判明している。

タイプⅣに関しては、親密な関係者や家族メンバーが職員に対して暴力を振るう場合が該当する。例えばドメスティックバイオレンスの事例など。各種調査によってもドメスティックバイオレンスの発生頻度が高いことが知られており、社会的コストも多大である。

VI. 暴力防止のためのプログラム

それでは、こうした事態を踏まえ、暴力事態の防止のためどのような対処が求められるのであろうか。効果的な暴力防止プログラムの構築には、以下の諸点へ留意が必要である。

上級の管理者が責任をもって取り組む必要がある。その根拠は、

- 1) その権限で、予算、人的資源、資料、研修などを統括する必要がある。
- 2) 複数の利害関係者により構築する。
- 3) 説明責任を担保しつつ方針を実行する。

それ以外には、「リスクアセスメント」「当該地域の職場での暴力問題」

「内部文章」「物理的環境」「職場の環境や来所者」「つぼを押さえた仕事の実践」「被雇用者の捉え方」などが列挙される。その中でも、人的資源充実の方針は重要である。人材の雇用、終結、脅威への対処方法、凶器への対策、人権に対する方針などがかわってくる。

プログラムを構成する要素としては、管理上の方針をきちんと定めることも欠かせない。何よりも職務の特性から暴力にさらされる可能性がある全職員を対象として、安全に仕事を進めることができる体制を確立することが重要である。細かく述べるならば、大切な事項としては、来所者の受付、評価やスクリーニング、来所者への支援、コミュニケーションのとりかた、暴力傾向が発現しそうな潜在的に危険な対象者へ援助を行うか否か、職場や地域で単独/孤立して従事する場合があるか否か、公衆や家族を対象として働きかける場面、潜在的に暴力傾向が予想される対象と面接を行う場面、業務の関連で出張旅行を伴う場面、などなど列挙すればきりが無いほどである。

一点だけ詳述するならば、援助の内容が「対象者中心のケア」として成り立っているかいなか、との関連に付言しておく。ある援助者、援助の仕事（受動的に）負わされているのか、それとも対象者中心の援助を提供できているのか否かにかかわる。そのためには援助の働きかけが、かえって対象者の反動的な行為を誘発するリスクを増加させていないかどうかを、評価する必要がある、つまるところ、対象のことをどれだけ理解しているかが決め手となる。またリスクの増加を回避するためには、対象者とその家族が、面接までの待ち時間はどのく

らいか、治療の内容がどうなっているのか、ケアの過程や計画がどのように組み立てられるのかなど、説明されて納得しているのか否か。また、援助に携わるそのつどのタイミングで、援助者が何を行おうと計画しているのか、またどのように行おうとしているのかを、相手が理解しているかが重要である。

対象者中心の援助を具現するための、実際的な工夫としては、一回に一ステップずつのゆったりした流れで説明できていること。援助の内容もゆとりを持って提供できていること。援助をしている最中に、対象者と相互的交流を心がけているか否か（仕事の遂行にではなく、対象者個人に焦点を当てているか）。援助職によるチームの支援やコンサルテーションを得つつ、最新の状況を把握しつつ、援助計画が立てられていること。以上のような留意点に配慮すべきである。

参考文献

- 1) The Ontario Safety Association for Community and Healthcare (OSACH) : A Pilot Project to Evaluate the Health and Safety Management System (HSMS)
- 2) P. Boucher RN, BHSc(N), MHSM, COHN(C), CRSP, CDMP : Protecting our Caregivers and Patients from Workplace Violence and Acts of Aggression. the Ontario Safety Association for Community and Healthcare (OSACH)
- 3) Cary L. Cooper and Naomi Swanson : Workplace violence in the health sector
State of the Art

地域住民からの暴力に関する事例分析

末永カツ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）

前野由佳里（九州大学大学院医学系研究院 准教授）

研究主旨：分担研究者等が経験した暴力に関連する 8 事例を取り上げて、暴力の内容、暴力を行う者、暴力に至った背景、暴力を受けた者の職場環境等の側面から分析検討し、地域保健従事者の置かれている状況や暴力の予防と対応について必要な取り組みについて提言することの必要性について論議した。特に地域保健従事者は精神保健福祉法や児童虐待防止法など地域保健と司法の構図を理解し、支援者としてのアイデンティティやモチベーションを維持し効果的な支援を実践していくには、職場内外での率直な話し合いや職場研修と共に安全と安心を確保できる組織的な体制とひいては地域づくりが必要であることの示唆を得た。

キーワード 住民による暴力 地域保健 地域保健従事者

A. 研究目的

保健師等の地域保健従事者は、地域住民の健康課題の解決のためにそのニーズに応じて健康相談や家庭訪問等を行いながら様々な支援活動を行っている。住民等からの暴力には、地域住民と直接対面する地域保健従事者なら誰にでも体験する可能性があるのである。しかし、ひとたび暴力に遭遇すると、専門職としてのアイデンティティや仕事へのモチベーションを阻害しかねず、メンタルヘルスやバーンアウトの問題につながりかねない大きな心理的ストレスとなる。

このような保健師等の地域保健従事者が遭遇する暴力の全国的な実態の把握はなされていず、暴力の予防やその対応は、それぞれの現場での試行錯誤によりなされてい

る状況にある。そこで、暴力の実態を把握するために全国調査を実施するにあたり調査方法を検討するために、分担研究者と研究協力者が経験した暴力の事例について分析を行った。

B. 研究方法

分担研究者と研究協力者の経験した事例 8 事例について、暴力の内容、暴力を行う者、暴力に至った背景、暴力を受けた者の職場環境等の側面から分析検討し、文末の表に整理した。

C. 結果

1. 暴力を行う者

暴力を行う者は、支援の対象者本人、その家族、関係者、地域住民等に区分された。暴力を行う者の背景としては、飲酒やメン

タル上の問題（措置入院経験者、精神的疾患を疑われる者等）をもつ者、暴力の前歴が確認される者、また、生活保護受給者や単身生活者であることや家族や近隣からの孤立等があげられる。また、暴力を行う者に共通していることとしては、何らかの被害者意識や行政に対する不満や不信感を根底にもち暴力を行使するに至っていることである。さらに、今回の事例においては、支援対象者本人だけではなく、支援対象者の家族や支援チームの一員となる地域関係者も暴力を行う者となっていることがわかった。

2. 暴力の発生した場面

暴力は、家庭訪問先や相談や電話を受ける事務所内での場面で発生している。これらの場面は、地域保健従事者にとって業務上避けることはできず、多くの場合、職場の理解が得られない限り単独で臨むことが多い状況にある。

3. 暴力を受ける状況

暴力の内容は、殴ろうとする行為や蹴るなどしての器物破壊行為や、言葉や態度及び振る舞いによる威嚇・脅迫、性的嫌がらせ行為等であった。そして、執拗に繰り返されるこれらの言動により被害者は強い精神的苦痛を受けていることがわかった。また、暴力行為はすべての事例において、その行為が単独で行われることはなく言葉による威嚇や脅迫、相手をコントロールしようとする振る舞いなどが複合して行使されていた。

さらに、暴力を受けた者は、暴力を行う者からの直接的暴力だけではなく、支援対象者等からの暴力を受けたことを契機に、状況報告を行った職場内の上司や同僚から

パワーハラスメントとも解せる二次的に受ける暴力もあることがわかった。具体例としてとしては、被害者の上司による被害者自身への責任追及や、暴力防止のための協力依頼に非協力、対応困難な事例の解決を被害者のみに強要することなどであった。

D. 考察

今回の検討事例の被害者はすべて保健師等の地域保健従事者である。保健師等の援助職の基礎教育においては、支援対象を受容し支援することが強調され、そのことが支援の出発点とされており、対象者からの危害防止や対処法等についてほとんど教育がなされていない。それゆえ、暴力を受けた上に自分の支援が適切ではなかったのではないかと自責の念をもつことが多く、職場やチーム内で共有しにくい状況におかれる。このことから、保健師等が支援対象者からの暴力に遭遇すると、支援対象者と強い緊張状態を保ちながら関わり続けることになり、熱心な者ほど孤立感を深めバーンアウトやメンタル上の問題を持つ可能性が生じてくることが考えられる。

また、暴力の排除やバーンアウトの防止等に努力すべき職場の上司や同僚が、暴力を受けた者個人への責任追及を行ったり、被害者からの暴力への対処や防止への協力要請に応じない等によって、さらに暴力を受けた者は二重、三重の強い精神的苦痛を負うことになる。このような場合、暴力を受けた者は職場内でのハラスメントと解せる暴力を受け、孤立した状況に追い込まれる。支援者はこのような強いストレス状況の下で暴力を行う者と対峙することになり、精神的な消耗はさらに大きくなる。この様