

201134022A

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

住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する

地域保健従事者の

日常活動の「質」を保証する組織的安全管理体制の構築に関する研究

平成23年度 総括研究報告書

研究代表者 中板 育美

平成24（2012）年 3月

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

住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する

保健従事者の

日常活動を保証する組織的安全管理体制の構築に関する研究

平成23年度 総括研究報告書

研究代表者 中板 育美

平成24（2012）年 3月

目 次

I. 23年度 総括研究報告

住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する保健従事者の日常活動を保証する組織的安全管理体制の構築に関する研究 P1-4

(研究代表者：中板育美 国立保健医療科学院)

II. 分担研究報告

1. 地域保健・医療・福祉従事者が体験する職場暴力

ー見過ごされてきた領域ー

P5-23

(分担研究者：佐野信也 防衛医科大学校)

2. 職場暴力に対応する地域保健版インシデントレポートの開発

P24-32

(分担研究者：中板育美 国立保健医療科学院)

3. 保健従事者に対する住民からの暴力の実態と対応

P33-39

(分担研究者：鳩野洋子 九州大学大学院)

4. 事例分析ー住民からの暴力が保健師にもたらしたものと展望ー

(分担研究者：米澤洋美*, 平野かよ子**

P40-48

福井大学*, 東北大学大学院**)

5. 保健従事者に対する暴言暴力への対応と法的問題

P49-52

(分担研究者：野村武司 獨協大学大学院)

III. 資料

資料 1

P55-63

住民からの不当クレーム, 暴言・暴力に関するインシデントレポート

資料 2

P64

インシデントレポートおよびコンサルテーション事業への協力の依頼

資料 3

P65-72

住民からの暴力や不当クレームに関するインシデントレポート・コンサルテーション事業 (Web 版) 活用の手順

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（1/3年）

住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する

保健従事者の

日常活動を保証する組織的安全管理体制の構築に関する研究

研究代表者 中板育美 国立保健医療科学院 主任研究官（保健師）

分担研究者

平野かよ子 東北大学大学院教授（保健師）

佐野信也 防衛医科大学校 進学課程准教授（医師）

鳩野洋子 九州大学大学院教授（保健師）

米澤洋美 福井大学医学部看護学科地域看護学講師（保健師）

野村武司 獨協大学法科大学院教授（弁護士）

研究協力者

松浦 美紀 新宿区役所（保健師）

池戸 啓子 新宿区役所（保健師）

山内 裕子 宮崎県都城保健所（保健師）

奥山 智絵 元東大和市役所（保健師）

A. 問題の所在

医療施設内での患者および家族からの暴力への対応は、国内外において医療安全の角度からの検討がなされているが、地域保健従事者の対する安全確保方策の提言としてはなお少ないのが現状である。これまでには東京都・特別区の保健師を対象とし地区活動で遭遇する危機的な状況に関する調査と全国保健師長会九州ブロックが行った保健所の精神保健福祉担当保健師のストレスに関する調査研究²⁾があるが、地域保健従事者の危機的な状況の実態把握を始め、回避のあり方についてはあまり検討されていないなど、安全確保体制・方策等にかかわる具体的な提案は少ない。

先行の厚生労働科学研究（H20-22,主任研究者,平野かよ子）から、新たに浮上した課題を整理した。

- 1) 身体的暴力もさることながら、理不尽なクレームや暴言等の心理的暴力に属する行為に苦慮している
- 2) 地域保健福祉従事者は、住民による暴力を病状/障がいから生じる行為と考えたり、従事者側の不適切な対応に由来するものと自責的に考える傾向がいまなお存在し、報告をしない（泣き寝入り）可能性がある
- 3) これらの背景には、保健医療専門職の職業アイデンティティに由来する使命感や、労働環境の安全性保持の向上を追求する意識や加害者対応に関する法律知識の乏しさがある

これらの課題の放置は、住民からの過剰な威嚇や不当クレーム、モラルを欠いた問題行動（ネットを使うなど）などの暴言や暴力への対処の負の循環を招き、

職員に業務の妨害，精神的負担，明らかな心身のマイナスの影響（ストレス反応）を与え，日常活動の質の担保を著しく阻害することになりかねない。

B. 研究目的

地域保健福祉従事者の職務に関連する「暴力」に対する理解を地域保健福祉活動現場において共有し，個々の地域保健福祉従事者のインシデントレポート報告の意義を確認するとともに，実態をタイムリーに報告する仕組みを構築するために，地域保健版インシデントレポートの開発をおこなう。

C. 研究内容

- ①文献レビュー
- ②日本公衆衛生学会の自由集会の場を利用したグループ討論
- ③地域保健福祉現場において地域保健福祉スタッフが経験した「暴力」の事例分析
- ④地域保健版インシデントレポートの開発
- ⑤地域保健 Web 版インシデントレポートの試行

D. 研究対象

- ②日本公衆衛生学会の自由集会の場を利用したグループ討論
平成 23 年 10 月 20 日の日本公衆衛生学会の自由集会「ひとりで耐えていますか。住民からの暴力」の参加者
- ③地域保健福祉現場で働く地域保健従事者が経験した「暴力」の事例分析
自治体で発生した保健師等が受けた暴力等被害の事例について，研究主旨に賛同し，事例提供に合意を得られた自治体の保健師
- ⑤地域保健 Web 版インシデントレポートの試行
住民からの不当なクレーム，暴言・暴力を受けた経験のある全国の地域保健福祉従事者または当事者の所属する機関の管理者。
なお，24 年度は，インシデントレポート入力ならびにコンサルテーション事業について，協力を得られたモデル自治体（都道府県または政令指定都市/中核市）（25 年度以降は，知見を反映させた改訂版で全国に拡大していく予定）

E. 倫理的配慮

本研究は、国立保健医療機関 倫理審査委員会の承認を得ている。

(IPH-IBRA#12009)

F. 期待される効果

- 1) 住民からの不当クレーム，暴言，暴力に関するレポート提出が進むことで，暴力への理解を深め，自らの未熟さに責任を感じて精神的苦痛を強いられることから脱することができる。
- 2) 負の循環から脱出することで，活動を正当化する法的根拠についての認識

が高まり、個人的対応スキル並びに組織的体制（「住民の排除」にならない仕組みづくり）が整う。

3) 委縮しない活動や業務遂行の効率向上に寄与する（ことが期待される）。

G. 結果及び考察

1) 事例分析

地域保健福祉スタッフが住民から受けた暴力の実際および、日常的に展開されている入院措置業務に伴う潜在的危機の実態を示す事例について、組織的対応のありよう、被害者となったスタッフ個人の心理的サポートのあり方などに関する示唆を得ることを目的に、事例分析を行った。対象はA市保健所保健師、B県保健所保健師2名で、3人から事例報告をうけ、研究班メンバー（保健、医療、法律の各分野）でのディスカッションを通して事例を分析した。

事例1)精神障がい者に対する「家庭訪問場面」において保健師が甚大な暴力被害を受けた事例

事例2)警察からの連絡/通報により対応した精神疾患患者の救急対応事例

分析事例のように、保健師の家庭訪問という所外での活動の最中に甚大な暴力被害にあうことがある。もちろん頻繁な出来事ではないにしても、受ける被害は重度になりやすく、受けた職員は、深甚なるダメージをうけることになる。職場における労働者の安全と健康の確保（労働安全衛生法第3条）の観点からも、またこのような体験により、日常の保健師活動が委縮した活動になってしまうことを防ぐためにも、職場全体での暴力被害に関する情報の共有や再発の防止に向けた安全確保体制について検討し、良質な組織的職員の安全・安心を護る体制を整える必要がある。

2) 自由集会の場を利用したグループ討論

日本公衆衛生学会の自由集会（平成23年10月20日）の「ひとりで耐えていませんか。住民からの暴力」に参加者は33名であった。対象者33名に対し、①先行研究での暴力に関する実態調査結果説明 ②精神科医からの暴力のメカニズムと必要な対応についてのレクチャーを行ったあと、5つのグループに分かれて、①住民からの暴力体験の実態について ②それに対する個人の対、組織の対応 ③今後の課題について、グループ討論を実施した。

その結果、受けている暴力には、先行研究同様に言葉による暴力が多かったが、匿名性や間接的という情報発信のしやすさから、組織の悪名を不特定多数に発信するといったIT時代が生んだ新たなクレームの形もみられた。また、市町村が、対人保健サービスの多くの実施主体となっている現在、市町村保健師が受ける住民から受ける暴力の実態についても、グループ討論で話題となっていた。中には、暴力被害後の職員への心のケアについて、市が保健所に相談している事例もあったことから、都道府県のみならず、市町村への暴力に対する認識を啓発する取り組みは早急に取り組むことが重要である。

課題としては、改めて暴力に対する認識の薄さとともに、保健従事者だけでは判断できないなど組織的理解を促す必要性が示唆された。保健従事者の暴力に対する認識を、

組織全体で共有できる普及啓発を次年度以降、積極的に行う必要がある。

3) 地域保健 Web 版インシデントレポートの試行

インシデントレポート地域保健版の内容について、種々のレポートや文献を参照したうえで被害の多い分野/領域、被害にあった場所、時間帯、対応、重症度、被害、通報の有無、組織対応の有無とその内容、その後の仕事への影響などを項目とした。

4) インシデントレポートならびにコンサルテーション事業の Web 活用

インシデントレポート・コンサルテーションの Web 化に伴う工夫点・配慮

- ・WEB ページは、会員制とし、氏名記入欄は設けず、地域・個人が特定されることはないプログラムとした。
- ・レポート入力は、住民からの不当クレーム、暴言、暴力を体験した当事者自身であることが望ましいことと、入力環境に配慮した環境整備を組織に依頼した。また、当事者が心身的にも入力困難な場合には、無理をさせず/せず、当事者直属の管理的立場の方に入力を依頼した。

Key Words : 不当クレーム, 暴力, 地域保健福祉従事者, 組織体制, インシデントレポート

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）
分担研究報告

地域保健・医療・福祉従事者が体験する職場暴力 —看過されてきた領域—

分担研究者 佐野 信也 防衛医科大学校 准教授

研究要旨

職場暴力（Workplace violence; WPV）に関する日英語文献を総説した。日本では、労働者が職場で体験する暴言暴力被害に関する全国的調査は行われておらず、地域保健・医療・福祉の分野で働く人々の WPV についての調査も実施されていない。米国公報や ILO のガイドラインを参照すると、地域保健・医療・福祉の職種では、非致命的な WPV が他の職種よりも高頻度に生じており、とくに介護職種の WPV の頻度が高いことが示されている。調査対象や調査範囲は限定的であるが、わが国にも同様の傾向の存在を示唆する調査報告が存在する。地域保健・医療・福祉という職域の勤務環境は、病院等の固定した施設における勤務形態と異なり、家庭訪問等を通じて援助対象者の生活場面に入らなければならないこと、援助対象者本人が必ずしも自発的に治療や支援を求めてくるとは限らないこと、また現場でスタッフをバックアップしてくれる同僚や警備員が少ないことが多いことなどの特性を有し、それらが WPV を招きやすくしている可能性がある。それにもかかわらず、とくに地域保健、在宅介護・看護分野の WPV に関する実態把握が不十分である要因を検討した。すなわち、「患者中心医療」という概念のもとに、医療施設では制度化され一定の保険収入の対象にもなっている医療安全対策、とりわけインシデント・アクシデントレポートの普及により、医療従事者の被る WPV も医療安全環境を脅かすインシデントの一種と理解されつつある一方で、地域保健・医療・福祉領域では、医療安全を重視する社会的ムーブメントが未だ十分には波及しておらず、レポートシステムも試行段階にあることなどの要因が考えられ、患者・クライアントの安全管理と勤務スタッフの安全管理は表裏一体であることを認識する必要性を指摘した。

研究協力者

平野かよ子 東北大学大学院 教授
鳩野 洋子 九州大学大学院 教授
米澤 洋美 福井大学 講師
野村 武司 獨協大学 教授
中板 育美 国立保健医療科学院
上席主任研究官

A. はじめに

生命倫理概念の普及や医療における自律性（Autonomy）を重視する社会的潮流の中で、保健・医療・福祉の活動

現場において、本来の権利概念を履き違えた、ときに理不尽な患者・クライアントからの要求が、これらの職に従事する者への暴言・暴力の形をとって現れることがある。このような暴言・暴力は、円滑なサービス提供や診療を妨げ、職員の燃えつきや離職に繋がる要因となる¹⁻⁴⁾。

こうした職務関連暴力は、医師、看護師等病医院に勤務する狭義の医療従事者のみならず、保健師、ソーシャルワーカー、在宅看護（介護）スタッフ

の間においても、速やかな対応を要する重要な労働安全衛生ないし公衆衛生学的課題であるが、わが国においてこの問題への社会的関心や調査研究はこれまで主に前者を対象としたものが多く、地域社会において患者やクライアントの生活の場に立ち入った活動を必要とする各職種者が職務に関連して体験する暴言・暴力ストレスに関する調査研究は希少である。小論では、欧米及び日本の先行調査・研究を要約整理し、地域保健・医療・福祉（以下「地域活動」と略記）従事者が体験する職場暴力被害に関する実態や対応に関して今後取り組むべき事項について考察したい。

B. 「職場暴力」(Workplace Violence ; 以下 WPV) の定義

身体に加えられる攻撃、暴力についてはその有無も程度も評価しやすく、排除されるべきであることに異論はないだろうが、暴言、すなわち心理的な脅威に関しては可視的評価が困難である。スタッフの必ずしも適切とはいえない発言や態度に触発された患者やクライアントの暴言であればなおさら、それをインシデント・アクシデントとして報告しにくい事情も生じる。実際、攻撃的な言葉や態度による心理的暴力

が暴力の一形態であるとすべての調査において認められているわけではない⁵⁾ものの、職業的「燃えつき」現象⁶⁾と密接に関連する「職務満足度 (job satisfaction)」に対する心理的暴力の影響は大きいことが広く知られている⁷⁻⁹⁾。最近の調査・研究、それらに基づいて編まれたガイドラインでは通常、身体的、心理的両面における攻撃的言動、脅迫的・威嚇的言動、性的嫌がらせ、執拗なつきまとい行為、相談内容と直接関係ない反復的な電話等々、広範囲の侵害行為を WPV に含めている。

例えば日本看護協会が 2006 年に発行した「保健医療福祉施設における暴力対策指針—看護者のために—」¹⁰⁾においては、「暴力」を「身体的暴力、精神的暴力（言葉の暴力、いじめ、セクシュアル・ハラスメント〈以下セクハラと略記〉、その他いやがらせ）」と規定し、職場において特に看護者が受ける可能性のある暴力的行動を具体的に例示している。カナダの Hesketh KL⁹⁾は、表 1 のように 5 つのタイプを簡潔に規定して、WPV を包括的にとらえ、同国内の 3 州における医療機関において看護師が体験した WPV に関する広範な調査を実施している。

表 1 看護師が体験する職場暴力の類型－1⁹⁾

暴言・暴力の種類		具体例
1	身体的暴力 physical assault	唾を吐きかけられる, かみつかれる, 叩かれる, 体を押されること
2	威嚇的態度 threat of assault	傷つけるぞという意味のことを言葉で伝えたり, 紙に書いて渡したりすること
3	相手の心を傷つける態度や発言 emotional abuse such as hurtful attitudes or remarks	同僚の前で侮辱したり, 指さしたり, 屈辱的なことを言う。あるいは無理強い行為
4	言葉上の性的嫌がらせ verbal sexual harassment	聞かれない個人的なことについて, あるいは性的内容(女性のスリーサイズなど)について何度も尋ねること
5	性的暴力 sexual assault	どんなやり方にせよ, 無理やり体に触ったり, 抱きしめたりすること, また強姦を含むあらゆる性行為の強制

したがって本論においても、**職場で職務遂行中に行われた身体接触の有無を問わないあらゆる心理的、身体的攻撃的言動、および休日などで職場を離れている時間にあっても、職務上知り合った人物からの同様の言動をすべて「職務関連の暴言・暴力」として検討の対象とする。**職場で働く人々が体験する暴言・暴力は、

必ずしも患者や相談者、クライアントからの被害に限定されない。WPV の包括的理解のために、加害者と被害者の関係性に注目した米国労働安全衛生研究所 (National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH) 「医療および対人サービス職部会」による職場暴力のタイプ¹¹⁾表 2 にあげておこう。

表 2 医療および対人サービス業における職場暴力の類型－2¹¹⁾

タイプ	内容
I 犯意のある暴力	加害者は、その仕事あるいは被雇用者と何ら法律に則った関係性にはなく、暴力とともに何らかの犯罪行為を行っていることが多い。この場合の犯罪には、強盗、万引き、不法侵入、テロ行為などがある。職場で起こる殺人のほとんど (85%) は、このカテゴリーに該当する。
II 顧客／依頼人からの暴力	加害者は被害者の従事する仕事において契約関係を結んでおり、職務的サービスを受けている間に暴力的となる。このカテゴリーに含まれる加害者には、顧客、依頼人、患者、学生、受刑者、その他その仕事のサービスを受け取る側ならどのような人物も含まれる。顧客／依頼人による暴力的事例の多くは、養護 (介護) 施設や精神医療施設などの医療・保健・福祉分野で生じており、被害者は患者を世話する立場にある人々であることが多いと考えられている。他にも警察官、刑務所吏員、飛行機の客室乗務員、そして教師などが、

	この種の職場暴力にさらされる可能性がある職種の例としてあげられる。このカテゴリーに該当する事例は、職場内殺人全体の3%を占める。
Ⅲ 勤務者間暴力	加害者は、その仕事の被雇用者（上司、同僚）あるいはそれに以前就いていた被雇用者（上司、同僚）であり、職場で他の被雇用者あるいはそれに以前就いていた被雇用者（上司、同僚）を攻撃したり脅かしたりする。勤務者間暴力による職場内殺人は全体の7%を占める。
Ⅳ 個人的関係性による暴力	加害者は通常その仕事には関係ないが、狙われた被害者と個人的な関係がある人物である。このカテゴリーに該当するのは、ドメスティック・バイオレンスの被害者が工作中に襲われたり、脅迫されたりする事例であり、職場内殺人全体の5%を占める。

C. 地域保健・医療・福祉職種の WPV の実態調査

(1) 日本の公的調査

厚生労働省（以下厚労省）は労働安全衛生に関する種々の調査を実施しているが、WPV を主対象とした全国調査は行われていない。警察庁が公開している統計資料においても、職場でどのくらい暴力犯罪が発生しているかの分析は行われていない。

主に病院における WPV に関しては、井部らによる「医療機関における安全管理体制のあり方に関する調査研究（2006）」¹²⁾の結果を参照して、同年9月に「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して）」が医政局総務課長通知（医政総発第0925001）として発簡されているが、これには院外業務における暴言暴力の実態や対策は触れられていない。

一方、新たな視点として、表2のⅢに該当する職場におけるいじめや嫌がらせ（いわゆるパワー・ハラスメント）という上司や同僚からの心理的・身体的暴

力に関する調査や議論^{脚注 1}が最近行われているが、地域保健・医療・福祉領域で体験される WPV を、個々の職種の特殊性との関連性において他職種と比較分析した調査研究は未だ提出されていない。

(2) 米国および ILO の公的資料から

したがって、WPV と職種の関連性を鳥瞰するには、国情、社会背景の異なる欧米の公報を参考にせざるを得ない。

銃火器の所有が許され、暴力犯罪が多いとされる米国においても、WPV という問題が注目されるようになったのは1990年代に入ってからである。1980年代に、NIOSH が外傷による労働者死亡事例の調査を開始し、予想外に多い職場における労働者死亡が明らかになった。その後職域別発生率、暴力や侵害行為の

¹ 職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ：いわゆるパワー・ハラスメントの問題はもちろんわが国においても労働安全衛生上の重要課題であり、積極的な議論が行われる必要がある^{13,14)}。最近公開された同ワーキンググループ報告書¹⁵⁾を見ると、厚労省による「個別労働紛争解決制度施行状況」年次統計が存在し、パワー・ハラスメントの現況について重要な考察資料となっている。本論の立場から要請したいことは、警察庁による犯罪統計部署と協力して、労働安全衛生の視点から、WPV の実態がわかるように調査分析項目を組み直すことである。

内容別発生率、また被害者及び加害者のプロフィール等に関する詳細な全国調査を数年毎に実施し、2005年の集計報告¹⁶⁾によると、職場で毎年平均1,700万人が受傷し、1992年から2004年までの13年間に800人以上がWPVにより死亡している。そしてこれらの情報を元に、WPVから労働者を保護するための多くの勧告やガイドラインが公表されている。

WPVの中で殺人事件に関する予防や対策はもちろん最重要課題であるが、保健・医療・福祉を含む対人サービス業においては、患者やクライアントからの致命的にはならない水準の暴力、脅しやストーカー行為などの心理的暴力の方がはるかに多く発生している。これらの侵害行為は人々の心身の健康を侵害するだけでなく、この分野における職務を本質的に遂行不能にし、燃えつきや離職を著しく助長するという点で重視されており、米国や国際労働機関(International labor organization; ILO)では、とくに対人サービス職種におけるWPVに関しては、特別の枠を設けて検討している¹⁷⁾。

米国労働安全衛生局(U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration; 以下 OSHA)が2004年に公表した「医療保健及び社会的サービス分野で働く人々に対するWPV防止のためのガイドライン」¹⁸⁾の前文では、次

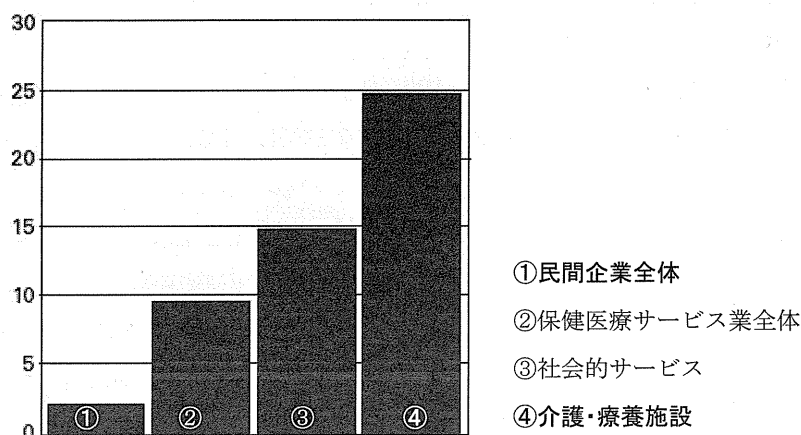
のように非致命的暴言・暴力について注視するよう求めている。以下に抄訳して示す。

「1996年から2000年までの間、医療関係の諸々の職場において、69名の殺人が起こっている。職場における殺人事件こそ以前より耳目を惹くようにはなっただろうが、殆どの職場暴力は、命にかかわるほどではないものである。2000年においてすべての職場で発生した致命的ではない暴力・暴力的言動全事例の48%は医療及び社会的サービス提供という職域で起こっている。これらの多くは、病院、介護施設、在宅介護サービスにおいて発生している。看護職種者、介護職種者、看護補助者、付き添い者などが、致命的ではない暴力による被害を受けている。

(中略) 医療及び社会的サービスを提供する職に就く人々は、勤務中に暴力的言動にさらされやすい。BLSが集計した暴力行為、暴力的言動によって何らかの傷害が生じた事象の発生率(フルタイム勤務者10,000人ごとの事例数)は、2000年において、民間企業 private sector 全体では2であったのに対して、医療従事者全体では9.3であった。社会的サービス提供の職に就く者でこの率は15であり、介護施設で働く者では25に達していた。

(図1)」(抄訳引用終わり)

図1 産業種別に見た致命的でない攻撃や暴力行為の発生頻度（米国，2000年¹⁸⁾



(常勤職員 1,000 人あたり)

出典：米国労働省労働統計局 (2001)

[2000年の労働災害，疾病調査から]

WPVに関する最新の米国の公報として、米国司法省による2009年までの集計¹⁹⁾がある。この報告は警察等により認知された暴力犯事例データベース (National Crime Victimization Survey: NCVS) から被害者が16歳以上の雇用されている労働者を対象として抽出・分析されたものなので、非致命的暴力とはいえ、警察への届け出あるいは警察の出動に至った相当の重篤な被害事例に限定されるであろう。しかし、発生率はともかく職種別の「危険度」について比較する資料にはなる。

この報告によると、16歳以上の労働者が被る非致命的なWPVは、非致命的な暴力犯罪全体の約15%を占め、2002年から2009年までの間には1000人あたり6人から4人へと約35%減少していた。2005年から2009年までのWPV発

生率を職種別にみると、バーテンダー (16歳以上の労働者1000人あたり79.9)、法律執行機関 (47.7)、技術・工業学校の教師 (54.9) に続いて、精神医療・保健分野 (20.5) が高値を示している。これらと合わせて本論の関心である医療・保健・福祉分野の部分を抜粋して表3に示す。表3で注目されるのは、介護職のWPVが突出して高いこと、暴力被害を受けた医療スタッフの中では職場内で被害をより多く受けたのは医師だけであることである。前者については、次項で述べるような勤務環境、クライアントや患者との関与構造が関連していると推察される^{20,21)}。後者の理由については報告書ではとくに考察されていないが、職種別の性別比率の違いや私生活環境の相違など多くの要因を考慮しなければならないだろう。

表3 WPVと non-WPV 発生率 (米国 2005-2009) ¹⁹⁾

職種	WPV	non-WPV	WPV全体における 職種別比率(%)	16歳以上の労働者にお ける職種別比率(%)
全体	5.1	16.4	100%	100%
医療全体	6.5	15.0	10.2%	8.2%
医師	10.1	7.7	1.1	0.6
看護師	8.1	13.8	3.9	2.5
医療技術者	11.1	12.2	2.3	1.1
その他	3.7	17.5	2.9	4.1
精神医療全体	20.5	17.2	3.9%	1.0%
専門職	17.0	12.8	1.4	0.4
介護職	37.6	4.4	0.7	0.1
その他	20.3	24.1	1.8	0.5
教育職全体	6.5	8.8	9.0%	7.2%
技術・工業学校	54.9	0.05未満	0.7	0.1
法律執行機関全体	77.8	3.5	9.1	0.6
小売業全体	7.7	24.3	13.2%	9.0%
バーテンダー	79.9	38.7	1.9	0.1

注 1) non-WPV：16歳以上の労働者が、職場外で、仕事と関係なく被った暴力被害

2) 発生率は16歳以上の労働者千人あたり

3) 全国犯罪被害調査、致命的労働災害に関する全国調査では本表とは異なる職業類型を採用

4) 出典：全米犯罪被害調査（2005-2009）：National Crime Victimization Survey

D. 地域活動領域の職場特性

以上参照した米国の統計情報から、一般企業と比較して、地域保健・医療・福祉領域で働く人々は暴言・暴力被害（とくに非致命的なもの）が多いこと、とりわけ介護職が高率の被害を体験していることが窺われるが、これはどのような要因によるものであろうか。

第一に、保健師、在宅看護・介護を担う看護師あるいは介護福祉士、PSW、児童福祉司等の働くフィールドの特性に、第二には、彼らが援助を提供する対象者の特性の両者に由来すると推定される。

地域精神保健の場²⁰⁾を例に採ると、彼らは、構造化しにくい関与体制のもと、援助対象者のときに悲惨な生活の現場を直視せざるを得ない。児童福祉司や保健師等が関与するDomestic Violence(DV)や児童虐待が行われている家族は、そもそも隠蔽された暴力の温床であり、また未治療ないし治療中断の精神病患者は症状の一部として暴力的行動を包含している。

こうした援助対象者はしばしば重度の家族病理を有した家族の成員であり、病識が欠けている上に、対象者を医療に繋げていくためのキーパーソンを対象

者の周辺に見出し難いことが稀ではない^{20,22)}。したがって、保健師、児童福祉司、保健所からの往診医などは、援助対象本人に関する情報が乏しいまま家庭訪問を行わなければならない機会が稀

ではなく、援助対象から予想外の唐突な攻撃的行動にもさらされやすい。

これらの特性を、とくに WPV の生じやすさという観点から病院（施設）内活動と地域保健・医療・福祉活動の特性を表 4 に比較列挙した。

表 4 地域活動領域の職場特性

病院（施設）内活動	VS	地域活動
<ul style="list-style-type: none"> ・ 堅固な建物 ・ 原則として建物外の活動はない ・ 施設内の構造（逃げ道）を知悉 	活動の場	<ul style="list-style-type: none"> ・ 種々雑多な建物あるいは戸外 ・ スタッフの移動距離が大きい場合もある ・ 間取りも広さも出口も不詳
<ul style="list-style-type: none"> ・ 限定的（確実な交代制） 	活動時間	<ul style="list-style-type: none"> ・ しばしば不規則
<ul style="list-style-type: none"> ・ 仲間（警備員）がいる ・ 応援依頼が容易 	対応スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ・ しばしば一人/女性のみ ・ 応援依頼に手間がかかる
<ul style="list-style-type: none"> ・ 主訴がある ・ 主訴を表明しない場合も患者を連れてくるキーパーソンがいる ・ 診断・評価の手段（検査機器等）が豊富 	患者/援助対象の特徴、診断評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主訴が曖昧（または関わりに拒否的） ・ しばしばキーパーソンが不在 ・ 診断評価はスタッフの知識経験に依存
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が病院を訪れる 	治療/援助方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事前情報が乏しいまま、家庭訪問（往診を含む）を実施しなければならないことが稀ではない

しかしながら、医療機関に繋がりにくい病識の乏しい患者、複合的問題を抱え、どこにどのように相談を持ち込むべきか途方に暮れているクライアント家族に対する、家庭訪問を主とする保健師、児童福祉司、PSW らによる家族介入はきわめて重要な方法である。

援助対象の生活の現場を直接観察できることは、診察室では見えない多側面の情報を主治医にもたらし、対象者が必

ずしも主訴として表明しない生活上の欠損を評価し、医療のみならず生活万般に及ぶ社会資源を導入する糸口となる。

例えば、看護師や保健師による長期的な家庭訪問が子どもの虐待を予防し、養育状況を改善するという報告^{23,24)}があり、また、現在のところ十分には機能しているとは言い難い精神科患者移送業務（精神保健福祉法第 34 条）が、今後日常業務化されていく際にも、保健師等

の事前家庭訪問の重要性はますます増大していくと予想される。したがって、各職種者の地域活動、家庭訪問などに際して生じうる WPV を予防し、万一生じた WPV に適切に対応するための方策を洗練させるためには、今後全職種別 WPV の調査を踏まえた上で、各職種別の詳細な実態把握が要請される。

F. 地域保健・医療・福祉職種における WPV の実態把握には何が必要か

医療従事者が体験する WPV に関する比較的多数例を対象としたわが国の調

査を表 5 にまとめた。一覧してわかるように、地域活動現場における WPV に関しては、「東京都特別区保健婦、保健士会」²⁵⁾による保健師を対象としたもの以外にまとまった調査はない。そもそも、3-(1) 項で述べたように、わが国では、地域保健・医療・福祉領域のみならず、WPV に関する全国規模の調査が行われていないが、地域保健、在宅医療・介護等の現場で働く人々の精神保健に関しては、最近まで多くの調査報告が存在するので、ここから検討しよう。

表 5 日本の調査

報告者	調査期間	対象	解析対象数(回答率)	被害体験率				特記事項
				暴言暴力全体	身体的暴力	心理的暴力	性的嫌がらせ	
1) 東京都特別区保健婦、保健士会：2001 ²⁵⁾	1997.1～2000.6	東京都特別区保健婦、保健士会会員 1,338	1000 (74.7%)	26.1% [危機的状況の体験率]				<ul style="list-style-type: none"> 過去3年半の被害体験に関するアンケート 家庭訪問中44.7%/所内相談中21.5% 精神科患者によるものが32.7%と最多
2) 日本看護協会：2004 ²⁶⁾	2003.2	全国病院、診療所、保健所、訪問看護ステーション、介護老人保健・福祉施設の保健師、助産師、看護師	首都圏 826 (52.9%)	記載なし	33.3%	42.1%	13.9%	<ul style="list-style-type: none"> 回答者には保健師28(首都圏)、13(首都圏以外)含む 「心理的暴力」は「言葉の暴力」と上司、同僚からの「いじめ」を含む これを元に作成されたマニュアルでは、施設外で発生した暴力に関する記述は1頁のみ
		首都圏以外 389 (30.7%)	記載なし	27.5%	40.4%	14.9%		
3) 鈴木啓子：2006 ²⁷⁾	2006	静岡県内看護職種者	3,549 (49.3%)	記載なし	59.6%	76.7%	34.5%	<ul style="list-style-type: none"> 過去1年間の被害体験 上司や同僚など患者以外からのWPVも多数含まれる
4) 安井はるみ他：2010 ²⁸⁾	2005	病院、訪問看護ステーション、老人保健施設等) 517か所	看護職員 2,273 看護管理者 517	50.1%	74.6%	58.6%	37.9%	<ul style="list-style-type: none"> 過去1年間の被害体験に関する個人アンケート調査 職員間のWPVも調査
5) 瀬戸加奈子他：2010 ²⁹⁾	2007	全日本病院協会会員病院 2,248か所	1106 病院	57.1%	33.6%	49.9%	13.6%	<ul style="list-style-type: none"> 加害者全体の86.9%は患者 被害者全体の88.6%は看護師 職員間のWPVは含まず

(1) 地域活動スタッフの精神保健に関する調査

保健師に関する仕事内容・職場特性とストレスの関連性に関する報告は比較的多い³⁰⁻³²⁾。その中で、医療従事者の中では医師や看護師よりも保健師のバーンアウト・スコアの方が高いことを指摘する報告³³⁾もあり、これは海外の報告³⁴⁾をわが国で検証した結果にもなっている。その要因として、菅原ら³⁰⁾、片桐ら³³⁾は、保健婦（引用文献の記載のまま；以下同）が医療行為と重複する援助行為についても、しばしば医師等他の医療職と十分相談・連携できずに自ら判断して行わなければならないことや、行政組織の枠組みの中では実施することを断念せざるを得ない場合もあることが、その達成感、職務満足感を低下させることにつながっている可能性を指摘し、河原田³²⁾は、医療専門職である保健婦と行政事務職との間でときに生じる互いの理解不足が高いストレス体験の一因となっている可能性を指摘している。

最近では、子どもあるいは高齢者に対する虐待事例やDV被害者への支援を通じて、援助対象者のトラウマ体験を目撃あるいは聴取する機会が多い保健師は、二次性外傷性ストレスを被りやすい立場にもあることを指摘した山下らの報告³⁵⁾がある。

そのほかの職種に関する最近の調査報告は、社会福祉士の燃えつきに関する田辺らの調査³⁶⁾、児童福祉司の職場ストレスに関する高橋らの調査³⁷⁾地域包括支援センターに勤務する保健師、社会福祉士、介護支援専門員の職場ストレスに

関する望月の調査³⁸⁾などがあり、いずれもWPV自体の発生率について詳述されてはいないものの、それぞれの職種者の燃えつきの要因として、患者（利用者）やその家族による粗暴な態度、あからさまな暴力被害や暴言が挙げられている。

(2) 介護現場における WPV

1997（平成9）年に介護保険法が成立し、在宅介護、看護（在宅ケアと総称する）の現場は新たな局面を迎えた。これに先立つ1993年には日本介護福祉学会が設立されているが、在宅介護を担当するスタッフは介護福祉士のほかに比較的簡易な教育プログラムにより認定される訪問介護員（ホームヘルパー）も含み^{脚注2}、その勤務環境や職場安全は医療機関における水準には達していない。

このような中で、長野県は、2007（平成19）年同県介護福祉士会に所属する介護福祉士2,535名と訪問看護ステーション連絡協議会加盟事業所の看護師610名を対象として「介護・看護労働者の実態・意識調査」³⁹⁾を実施し、この中で利用者等からのWPV、とくにセクハラ被害について詳しく調査している。この調査は回収率が27.3%と比較的低いという制約はあるが、介護現場におけるWPVの現況の一端を示している。調査

²厚労省は2005年、介護に携わる者の資格を介護福祉士に一本化する方針を打ち出した。しかし現況では2級以上のホームヘルパーの需要は依然として高い。2012年5月現在ホームヘルパーの上位資格として介護福祉士があり、さらにその上位資格として『認定介護福祉士』制度が日本介護福祉士会で検討されるなど、介護職員のキャリアパスの形成過程にある。また2007年から介護職員基礎研修が開始されたことに伴い、1級課程は2012年をめどに、介護職員基礎研修への統合が予定されている。

結果によると、利用者やその家族から暴言・暴力を受けたものは回答者の47.3%、暴言・暴力被害のうち身体的暴力は43.3%、言葉の暴力は80.5%であった。またセクハラ被害を受けたものは回答者の40.9%あり、そのうち身体接触を伴うものが75.2%に達している。これらの結果は米国の公報（図1、表3）の知見が日本でも該当することを示唆している。

介護現場における暴言・暴力は認知症の利用者によるものが、病院内のそれより高率であることが推定される。認知症や譫妄状態のような精神・身体疾患の一症状として、すなわち悪意のない加害者による暴言・暴力でも職務への意欲や職務満足度は低下し、早期離職要因となることが知られている²⁷⁾が、この間の事情は施設内WPVに限らないだろう。

（3）保健師のWPV

「東京都特別区保健婦、保健士会」による調査²⁵⁾およびその契機となった事件とその後の対応について再見しよう。

同調査は、治療中断統合失調症患者宅への家庭訪問に際して、保健師が患者に刃物で刺されて重傷を負うという1999（平成11）年の事件に端を発している。この事件を契機として、当該自治体（新宿区）は「暴力被害防止ガイドライン」を策定するために、速やかにWPVの実態把握を試み、同自治体の45名の保健師を対象としてアンケート調査が実施された。その結果、約9割が暴力またはその脅威を体験し、暴力被害の半数以上は家庭訪問時に発生し、とくに単独で訪

問した時に被害を受けやすいことが判明した⁴⁰⁾

この被害当事者同僚らによる最初の調査の後、調査者の一人松浦は、同事件被害者を含み職務中に暴力被害を体験した3名の保健師に詳細なインタビューを試みている⁴¹⁾。この報告には、質問紙アンケートでは明らかにし難い被害体験者の相矛盾した感情の推移、とりわけ職場の同僚や上司の対応への反応等が克明に記されている。

対象となった保健師3名には、自己の対応への罪責感・自信喪失感が強く、加害者への怒りの感情が少なかったことが共通していた。その一方、加害者の家族、治療担当医療機関、職場の上司等へ怒りが転嫁されていたことは、精神科患者であること等の加害者の属性よりも、被害者たる保健師の側の職業意識の強さに根差している可能性が指摘されている。さらに、とくに重傷を負った被害者（事例1）が二次的に体験した一種の被ネグレクト感（事件後見舞いに来た同僚や上司は腫れものに触るように接し、事件の状況について一切聴かれることはなく、また職場でもかなりの期間検討会も開かれなかったこと等）により職業人のみならず個人としての自尊心が棄損された経緯が描かれ、心的外傷学（psycho-traumatology）の視点からも貴重な文献となっている。

対象を都の特別区全体に広げて実施された調査（表5の1）では、調査時から遡り過去3年半の体験を調査し、261名（26.1%）が「危機的状況」を体験していると回答した²⁵⁾。

その後当該自治体（2002）〔新宿区衛生部・新宿区保健所〕⁴²⁾、次に東京都健康局医療サービス部精神保健福祉課（2003）⁴³⁾がそれぞれガイドラインを策定し、さらに2007年には、全国保健所所長会の研究班による、「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」⁴⁴⁾が発行されている。

これらのガイドラインに共通する骨子は、1) 事前教育、2) 事例報告の活性化と情報共有（機関・施設内／間）3) 組織的対応（個人の責任に帰さない、個人的対応に任せない）、4) 反省（事例を学習素材として予防に活かす）5) 組織的・継続的な対応、6) 他機関（とくに精神科医療機関と警察）との日常的連携の重視などである。

3つのガイドラインを見比べると、当該自治体によるものが必須項目に絞り簡潔明瞭さを企図しているのに対して、後の二者はより包括的、網羅的な記述となっており、精神保健福祉法などとの整合性が企図されている。

（4）地域活動スタッフにおける WPV に関する報告が少ない理由

a) 医療従事者（対人サービス業）における職業性ストレス調査は地域活動の現場から始まり、病院勤務の看護職に広がった

すでに指摘したように、病院等施設内で発生する WPV に関する調査は数多く行われ、それに伴い医療安全、労働安全衛生双方の視点から予防や対応に関する検討が繰り返しながら一方で、地域保健・医療・福祉職種における WPV に関する報告は少ない。

WPV はしばしば深刻な「職業性ストレス」とその反応症候を惹起するが、そもそも医療従事者の体験する職業性ストレスに関する調査研究は、1970年代の米国における「燃えつき」現象への注目が端緒とされている。すなわち、精神分析の教育を受けた Freudenberger が『Staff burn-out』⁴⁵⁾として記述し、その予防策や対応策を考察したときの staff とは、無料の福祉診療所や種々の社会的シェルターで働くボランティアや専門職等であった。

その後の調査研究は教師やソーシャルワーカーを含むものの、Medline および医学中央雑誌による公刊論文の推移を見ると²¹⁾、公刊された日英語論文数の推移は次第に医療施設に勤務する、とくに看護職員の職業性ストレスや燃えつきに関するものが多くなっている。

つまり、最初は『地域医療・福祉』領域における対人サービス業の職業性ストレスとその反応が注目されたわけであるが、次第に病院等『医療施設内』で看護職員が体験する職業性ストレスに関する実態調査や予防・対応策へと探求の主領域が移っていったように見える。こうした動きの要因はいくつか推定される。

例えば、1) 施設内で働く看護職員の数が多く、組織化率も高いために、勤務環境改善の組織的努力の一環として職業性ストレスに関する調査が実施されやすかったのではないかと。また、2) 患者、家族との接点が多く、感情負荷の高い職務（感情労働）に従事すること、つまり、仕事の質としては、暗黙の裡に女

性を発揮すること（母性的、抱擁的関与）が期待され、「感情管理」を自明視されてきた⁴⁶⁾ことへの反動が生じたのではないか。

これらに加えて、3) とりわけ保健、福祉領域における「医療安全」への取り組みに関連する制度的、構造的な未熟性が基礎にある可能性を指摘したい。

b) 医療安全への取り組みの制度化が医療機関内 WPV 把握を容易にした可能性

すなわち、最近十数年、医療事故を低減させるための医療安全への取り組みが重視され、それが形式的な目標にとどまらず、医療監視（医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査）の重要項目に含まれるようになり^{脚注3}、同様に医療機関におけるインシデント・アクシデントレポートが制度化されたことが、施設内で生じる WPV への配慮をより恒常化させやすくしているのではないかという可能性である。

その一方、保健所、保健センター、在宅医療・看護・介護を担う往診医院、訪問看護ステーションや地域包括支援センター等においては、個々の公的機関、事業所それぞれに「事故報告」等の様式

が備えられていたかもしれないが、病院のように、一定の権限を持つ外部の評価者に厳しくチェックされる機会はなく、事業所の収入に反映されることもなかった。

もう少し詳しく述べよう。

この十数年、「患者中心医療」のかけ声の中で、医療過誤、医療事故の存在を隠蔽することを許容せず、減らしていかなければならないという社会的ムーブメントが生じ、厚労省は、平成 13(2001)年、医療安全対策ネットワーク事業を開始した。

この事業により同省に「ヒヤリ・ハット事例収集・分析検討会」が設置されて活動を開始し、この年から平成 16 年度集計分までがコード化されて WEB 上に公開されている⁴⁷⁾。この調査はあくまで医療過誤・事故に相当する事例収集が目的なので、収集された事例は、以下の 5 項目に区分され、コード化されている。① 処方・与薬、② ドレーン・チューブ類の使用・管理、③ 医療機器の使用・管理、④ 輸血、⑤ 療養上の世話等であり、医療従事者が被る WPV は含まれていない。

平成 16(2004)年 4 月からは、財団法人日本医療機能評価機構が事例収集および広報・啓発事業を委託された。この年からは、CSV 形式^{脚注4}によるデータ報告のための入力プログラムが厚労省 WEB 上でダウンロードできるようになっており、その収集データ項目がヒヤ

³ 2007(平成 19)年 4 月の第 5 次医療法改正に伴い、すべての病院、診療所又は助産所において医療の安全を確保するための措置等を講じなければならなくなった。調査項目の中では、安全管理体制、院内感染防止対策、食中毒対策、無資格者による医療行為の防止、臨床研修を修了した旨の医籍への登録、診療用放射線の安全管理対策の徹底について重点的に指導を行っている。医療従事者の暴力被害等も含めたインシデント・アクシデントレポートの提出は、この安全管理体制に含まれている。この改正に先立って、2006(平成 18)年の診療報酬項目に「医療安全対策加算」が新設され、2010(平成 22)年度の改定では点数が若干アップされている。

⁴ Comma-Separated Values の略。主にテキストデータをカンマ区切りで並べたファイル交換フォーマット