

原則とすることが妥当ではないかと考えられた。

被害の状況をみると、大半は身体的傷害が生じるような重大なものではないが、その一方で治療を要し、心身の不調をきたすような強いストレスを感じている状況も見られている。本調査の中では、この強いストレスを感じた対象への支援状況やその後の回復に関してはわからないが、過去の調査で暴力等を受けた人へのフォローの体制が確立している自治体が少ない²⁾ことも明らかとなっている。英国において暴力被害を受けた対象者に対するサポートプログラムが作成されているように³⁾、我が国においても、一定のガイドラインやプログラムが提示されることが必要であるのかもしれない。

対応においては、複数の職員で対応した状況が多いが、4分の1は終始ひとりで対応していた。本調査に記載される内容は、窓口等でのちょっとしたクレームを超えた状況が回答されていると考えられるが、この割合を表5の暴力がおこった場所の数値と照らし合わせてみると、他のスタッフがいた場合であっても終始ひとりで対応している状況もあることが推察された。可能な限り、複数対応となるような自治体内でのコンセンサスづくりが求められる。

コンセンサスの形成には、その必要性の根拠が求められる。その一つとなるのが、被害の報告である。しかし報告に関して「報告様式はなく、報告していない」が半数に近い状況であった。被害の程度がレベル1の不当クレーム、暴言のみで器物破損や暴力はみられない、というものが7割に近い状況であったためとも考えられるが、その

一方で重大な被害も生じている実態を考えると、被害が軽微だったからといって報告書で被害等が可視可されない状況では、改善は望みにくい。重篤なクレーム、暴言・暴力が「起こりえるもの」という認識のものに、被害を予防し、発生した場合の被害を最小限にする体制づくりの必要性が示唆された。

E. 結論

クレーム、暴言・暴力の被害や対応の実態を数量的に調査した。重篤な被害が生じている実態もあることから、それらが起こりえるという前提のもと、対応に向けた体制づくりの必要性がある。

F. 引用文献

- 1) 厚生労働科学研究「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」平成20年度～22年度総合研究報告書。
- 2) 平野かよ子、末永カツ子、鳩野洋子、中板育美、反町吉秀、妹尾栄一. 保健師等の地域保健従事者への住民からの暴力. 保健師ジャーナル 2010; 66(10):903-908
- 3) Paul Linsley. 池田明子、出口禎子監訳. 医療現場の暴力と攻撃性に向き合う 考え方から対処まで. 医学書院、2010.

G. 研究発表

なし

表1 暴力を受けた当事者の属性

n=56

		n	%
当事者の所属	保健所	17	30.4
	市町村保健センター	25	44.6
	本庁(県あるいは市の各部署)	7	12.5
	地域包括支援センター	4	7.1
	精神保健福祉センター	0	0.0
	児童相談所	1	1.8
	その他	1	1.8
	不明	1	1.8
当事者の職種	保健師*	52	92.9
	PSW	2	3.6
	その他	2	3.6
当事者の職位	管理職(管理的業務に携わっている課長/ 部長など)	3	5.4
	中間管理職(係内での管理的業務も担う係 長など)	13	23.2
	実務担当者	39	69.6
	無回答	1	1.8
当事者の経験年数 (『職種』としての従事年数)	0~4年	11	19.6
	5~9年	4	7.1
	10~14年	15	26.8
	15~19年	9	16.1
	20年以上	17	30.4
	無回答		0.0
当事者の業務形態	地区担当	3	5.4
	業務担当	26	46.4
	地区担当と業務担当の併用	23	41.1
	管理的業務	4	7.1
	無回答		0.0
当事者の担当分野	母子保健	7	12.5
	成人保健	8	14.3
	高齢者(介護予防)	2	3.6
	介護保険	0	0.0
	精神保健	7	12.5
	難病対策	0	0.0
	感染症対策	1	1.8
	障害福祉	0	0.0
	企画調整	1	1.8
	医療相談	0	0.0
	その他	3	5.4
	併合するもの	22	39.3
	無回答	5	8.9

* 当事者の職種で保健師, PSWの重複回答は保健師とした

表2 記入者の属性

n=56

		n	%
記入者の所属	保健所	3	5.4
	市町村保健センター	3	5.4
	本庁(県あるいは市の各部署)	0	0.0
	地域包括支援センター	0	0.0
	精神保健福祉センター	1	1.8
	児童相談所	0	0.0
	その他	0	0.0
	無回答	49	87.5
記入者の職種	保健師	4	7.1
	PSW	0	0.0
	その他	3	5.4
	無回答	49	87.5
記入者の職位	管理職(管理的業務に携わっている課長/ 部長など)	4	7.1
	中間管理職(係内での管理的業務も担う係 長など)	2	3.6
	実務担当者	1	1.8
	無回答	49	87.5
記入者の経験年数 (『職種』としての従事年数)	0~4年	0	0.0
	5~9年	1	1.8
	10~14年	0	0.0
	15~19年	1	1.8
	20年以上	5	8.9
	無回答	49	87.5
記入者の業務形態	地区担当	0	0.0
	業務担当	1	1.8
	地区担当と業務担当の併用	2	3.6
	管理的業務	4	7.1
	無回答	49	87.5

表3 不当クレーム, 暴言・暴力を行った人の属性

n=56

		n	%
年齢	0～7歳未満(就学前)	0	0.0
	7歳～15歳未満	0	0.0
	16歳～20歳未満	1	1.8
	20歳～30歳未満	2	3.6
	30歳～40歳未満	11	19.6
	40歳～50歳未満	14	25.0
	50歳～60歳未満	6	10.7
	60歳～70歳未満	13	23.2
	70歳以上	4	7.1
	複数に回答*	1	1.8
	無回答	4	7.1
性別	男性	28	50.0
	女性	21	37.5
	複数に回答*	1	1.8
	無回答	6	10.7

* クレーム事案が複数

表4 不当クレーム, 暴言・暴力に至った経緯

	n	%
不当クレーム, 暴言・暴力を行った人との接点		
暴力をふるった本人が相談を持ち込んだ場合(複数回答) n=41		
自分についての相談	30	73.2
その人の家族についての相談	10	24.4
健康増進に関するもの	6	14.6
疾病や障害に関するもの	20	48.8
家族関係に関するもの	5	12.2
申請や手続きに関するもの	17	41.5
診療機関や保健所(保健センター)等への苦情に関するもの	13	31.7
暴力をふるった対象からの相談ではなかった場合(複数回答) n=12		
家族からの相談	7	58.3
近隣からの相談	4	33.3
関係機関からの相談	5	41.7
新規・継続・再来の別 n=56		
新規ケース	30	53.6
継続ケース	14	25.0
再来ケース(以前に終結していたケース)	7	12.5
無回答	5	8.9

表5 不当クレーム, 暴言・暴力の実際

	n	%
不当クレーム, 暴言・暴力が生じた時間帯 n=56		
業務開始直後	2	3.6
午前	22	39.3
午後	16	28.6
業務終了間近	3	5.4
業務時間外(夜間・早朝)	5	8.9
その他*	5	8.9
無回答	3	5.4
不当クレーム, 暴力・暴言が起こった場所(複数回答) n=48		
窓口対応に関連した場所	27	56.3
相談のために使っている個室ないし区切られたスペース	4	8.3
相談のために使っているオープンスペース	2	4.2
家庭訪問先の玄関先	8	16.7
家庭訪問先の室内	7	14.6
関係機関先(医療機関, 福祉事務所, 作業所)	3	6.3
同行して移動中(車中, その他)	4	8.3
電話	1	2.1
初期対応に要した時間 n=56		
30分以内	23	41.1
30～60分	13	23.2
60分以上	16	28.6
無回答	3	5.4
不当クレーム, 暴言・暴力の種類(複数回答) n=53		
理不尽／非常識な要求の繰り返し	35	66.0
暴言・威嚇・脅迫	35	66.0
性的ハラスメント	9	17.0
器物損壊	2	3.8
身体的暴力	5	9.4

*時間帯に限らず終日3件, 午前・午後の重複回答2件

表6 被害の重度

n=56

	n	%
被害の程度		
レベル1 不当クレーム, 暴言のみで器物破損や暴力は見られない	38	67.9
レベル2 明らかな脅迫的暴言, 器物破損, 身体に傷が生じない程度の暴力	13	23.2
レベル3 治療を要する身体的傷害または精神的障害が生じた場合(治癒するまでに要した日数が1週間未満)	1	1.8
レベル4 治療を要する身体的傷害または精神的障害が生じた場合(治癒するまでに要した日数が1週間以上)	1	1.8
レベル5 生死にかかわる重大な障害が生じた場合, または死亡	0	0.0
無回答	3	5.4
ストレスを感じた程度(複数回答)		
不快感はあったが, 比較的早く忘れることができた	17	30.4
不快感は強かったが, 心身の不調をきたすほどには至らなかった	36	64.3
眠れなくなったり, 食欲がなくなったり心身の不調を自覚した(受診せず)	3	5.4
眠れなくなったり, 食欲がなくなったり心身の不調を自覚した(受診した)	0	0.0
心身の不調をきたし, 受診し, 病休を取得した	1	1.8
職場異動を申請することを考えた	1	1.8
退職を考えた	0	0.0
無回答	3	5.4

表7 不当クレーム、暴言・暴力への対応

n=56

	n	%
対応人数		
終始ひとりで対応した	15	26.8
初めから複数の職員で対応した	17	30.4
途中から他の職員が応援に加わり対応した	20	35.7
その他*	1	1.8
無回答	3	5.4
警察への通報		
通報した	8	14.3
通報しなかった	43	76.8
無回答	5	8.9
通報した理由 n=8		
ひとりで判断して通報した	0	0.0
所内の判断で通報した	5	62.5
無回答	3	37.5
通報しなかった理由 n=43		
必要だと思わなかった	36	83.7
必要だと思ったが結局通報しなかった	0	0.0
必要かどうか迷ったが結局通報しなかった	6	13.9
無回答	1	2.3
不当クレーム、暴言・暴力発生後の組織内の対応(複数回答) n=52		
チーム・所内での対応はとくになかった	14	26.9
チーム・所内で今回の事例への対応について話し合った	34	65.4
チーム・所内で今後の発生防止策について話し合った	9	17.3
当事者職員への対応		
とくになかった	15	26.8
上司や同僚のサポートがあった	35	62.5
専門機関(専門職)のケア・治療を受けた	0	0.0
無回答	6	10.7
被害の報告等		
報告様式はなく、報告していない	24	42.9
報告様式はあるが、報告していない	10	17.9
報告様式に記載し、上司に報告した	11	19.6
無回答	11	19.6
不当クレーム、暴言・暴力発生の要因(複数回答) n=53		
被害を受けた人への対応(言葉かけ、言葉遣い、態度など)に難点があった	7	13.2
組織の防止体制が不十分であった	9	17.0
クレーム、暴言・暴力を行った者の性格的な問題が疑われる	27	50.9
クレーム、暴言・暴力を行った者の精神疾患が疑われる	16	30.2
クレーム、暴言・暴力を行った者が精神疾患と診断されている	15	28.3
当事者や組織の側の要因は考えられない	2	3.8
全く分からない	1	1.9

* クレーム事案が複数

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)
分担研究報告書

保健従事者に対する住民からの暴力の実態と対応 2

研究分担者 米澤 洋美 福井大学医学部看護学科 講師

研究要旨:

保健従事者が住民から受けている暴力や、それに対する対応の実態とその対応策等について質的に把握することを目的とした。

協力の得られた 10 自治体の保健師等に対し、平成 23 年度に本研究班で作成したウェブ上のシステムへの入力、およびウェブと同じ質問内容について郵送法による調査用紙への回答を依頼した。

全部で 56 件の回答が得られ、自由記載部分の内容分析を行った。不当クレーム、暴言・暴力を受けるに至った経緯は、緊急事態が疑われる事象の発生に伴うものや、以前からの関わりのある精神疾患患者に関する事柄、登録やサービス申請に関することが発端となり発生していた。これら暴言・暴力の実際には言葉の暴力や身体的暴力のほか、繰り返す説明にも納得しないなどの対応に苦慮するものも含まれていた。また、これらの報告事例に対する考えられる対応策としては、組織としての対応の強化として、複数対応や男性職員同行、マニュアル作成や発生時の対応訓練、発生事例の職場内での検討と防止策の話合いなどをより実践に即した職場環境の整備があげられた。このほか不当クレーム、暴言・暴力を行った本人が精神疾患患者である場合には、日頃からのかかわりの強化や関係機関との連携等があげられた。また、性的嫌がらせの類の事例については職場内でもオープンにしづらく抱え込んでしまいやすく対応が難しいことがうかがえた。警察官の通報をためらうような軽微な事象に対しても一人で抱え込まず組織として対応ができ安心して働けるような体制の整備が示唆された。

研究協力者

鳩野 洋子 (九州大学大学院 教授)
中板 育美 (日本看護協会 常任理事)
平野 かよ子 (東北大学大学院 教授)
佐野 信也 (防衛医科大学校 准教授)
野村 武司 (獨協大学法科大学院教授)

暴力の実態、および暴力への対応状況や被害の実態を質的に明らかにした。

A. 目的

地域保健従事者の暴力等への安全確保対策は十分行われていない。安全確保対策への提言に向けて、地域保健従事者が受けた

B. 方法

対象:協力の得られた 10 自治体(県・政令指定都市・中核市)

データ収集:ウェブ上に作成したシステムへの入力、およびウェブと同じ質問内容について郵送法による調査用紙への回答を依頼した。なお、回答は暴力を受けた本人が回答しても、その暴力に関わった他者が

回答してもよいとした。

調査内容:暴力を受けた人の属性、暴力の状況(対象、発生場所、暴力の種類等)、対応、被害の状況等

分析方法 自由記載のある4項目(不当クレーム・暴言・暴力に至った経緯、暴力の実際、不当クレーム、暴言・暴力発生の要因、報告事例に対する防止策への考え)について内容分析を行った。記載内容について意味のわかる最小単位に区切った後、類似する意味内容を分類しサブカテゴリとし、抽象度を上げたカテゴリを作成した。

【倫理的配慮】調査は無記名で実施した。

また無記名でも個人が特定されると回答者が考えた項目に関しては、記載しなくてもよいことを伝えた。郵送においては個別の返送を依頼した。本調査は国立保健医療科学院 倫理審査委員会の承認を得て行った。(IPH-IBRA#12009)

C. 結果

全部で56件の回答があった。そのうち自由記載のあった回答について、内容を分析した。以下、カテゴリを【】、サブカテゴリを「」で示す。

1) 不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯

不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯についての自由記載は14件あった。これらを分類した結果は表1に示すとおりである。

【緊急事態の疑われる事象の発生に伴うもの】では、これまで担当者として関わってきたケースに対して「虐待の恐れのある家庭にコンタクトがとれなくなった」という緊急性をうかがわせる事態が発生したために急行した中で発生していた。【以前からか

かわりのある精神疾患患者に関すること】では、「以前から担当としてかかわっていた」精神疾患患者とのやり取りの中での発生であり「近隣住民からの役所の対応に関する不満」としてこれまでの対応に納得ができていない。との思いやその精神疾患患者が「措置入院にならないことへの近隣住民の不満」が増大して発生したものがあつた。これらは何度となく発生している精神疾患患者の行動に対して相談も複数回あり、積年の思いからの発生が伺われた。

【登録やサービス申請に関すること】では役所サービスの申請に係る内容を契機として発生していた。「その場の対応への不満(声が小さい)」等の申請そのものではなく、その場の対応に対しての不満から「公務員批判」に発展するなどの要因がみられた。また、「申請のために来所」、「手続きの煩雑さに対する不満」等の申請に係る一連の行動に対して難しい、納得がいかないなどの思いを誘発するものがみられた。他にも「申請結果に対する不服・納得できない思い」といった出された結果に対して自分が思ったものとは異なるという理由で来所しクレームや暴言暴力に発生しているものもあつた。

2) 不当クレーム、暴言・暴力の実際

実際の不当クレーム、暴言・暴力の内容に関する自由記載は16件あつた(表2)。

【言葉の暴力】では「上司を出せ、解雇してやるなどの暴言」や応えられないような内容を持ち出し「いいがかりや個人で解決できないような問題を一方的に提起」するなどの嫌がらせや精神疾患に由来する「躁状態の暴言」などがみられた。一方【身

体的暴力】では「刃物を握りしめて突進」や「身体の一部をつかみ暴れる」等の頭髪をつかんだり衣服をつかんでひっぱりまわすなどの暴力がみられた。このほか、「車を蹴る、窓ガラスを叩く」等の【物損】や「繰り返す説明に納得しない」等対応について繰り返し説明しても全く納得できないという長時間訴えを繰り返す等がみられた。

3) 通報しなかった理由

不当なクレーム、暴言・暴力が見られたにもかかわらず、警察官に通報しなかった理由について、自由記載では12件がみられた(表3)。ちなみに通報したのは56件中8件であった。

【軽微なものと判断した】では「身体的暴力がなかった」「威嚇と判断した」「金銭要求がなかった」等の理由により警察官の通報をするほどでもないと判断していた。また、【以前から知られたクレーマー】では、不当なクレーム、暴言・暴力を起こした本人が「職場内で認知されたクレーマー」か「警察も知っているクレーマー」であったため、敢えて通報を行わなかった。そのほかは「職場内の問題と判断」したり、見守りをしてくれる「男性職員が対応することになった」ために通報をしていなかった。

4) 不当クレーム、暴言・暴力発生 of 要因 (表4)

不当クレーム、暴言・暴力発生 of 要因(複数回答)n=53 では「クレーム、暴言・暴力を行った者の性格的な問題が疑われる」27件が最も多かった。そのうち自由記載がみられたのは8件であった。【組織対応の甘さ】では「事前にクレーム等に対して上司と協

議していなかった」や「一人職場で発生する危機対応を想定していなかった」等の起こりうる危険性を回避するための協議やシミュレーションを事前に行っていなかったことによるものや直後の周囲の反応や発言から「殴られた人の方にも何か要因がある」というような職場の風土があげられた。このほか、【精神疾患から来るもの】では「虚言癖や被害妄想等の症状から来るもの」や「人格障害が疑われる対象者」「入院時に警察官対応を繰り返すような対象者」等の精神疾患から由来するような症状や病気が疑われるような相手側の要因が挙げられた。また、【地元有力者への「特別扱い」の期待】や【市民対応の不満の結果】等行政サービスのかかわりの中での要因もあった。このほか、【内省からくる反応】として「(もしかしたら)自分が悪かったのかもしれない」という自責感があった。

5) 報告事例に関する防止策 (表5)

今回の報告事例に対しての防止策について自由記載では35件がみられた。

【意識改革】では、これまでの事を荒立てないという姿勢が不当要求を助長させているという面があり「不当な要求には毅然と対応するという考え方の徹底」や「相手が虐待の疑われる家庭だから(従事者が被害を受けても)仕方がないというとらわれ方の改善」「事を荒立てないようにという旧態然とした考え方の改善」が挙げられた。

不当クレーム暴言暴力を行う【本人への予防的働きかけ】については場あたりのない事前の対応が未然に防ぐことに繋がることの判断から「来所時のみでなく事前に関わることで(暴力等を)未然に防ぐ」や「主

治医との連携により本人が暴れた場合の対応を事前に協議しておく」「早期医療に結びつける働きかけ」などがあげられた。一方で不当暴力や暴言を起こしたものが、事前情報の無い新規ケースであった場合には事前に精神疾患を有するとわかっていたら対応も変わったであろうとの判断から「新規かつ緊急性の高いケースに関して所内での対応を協議」が抽出された。

発生事例が複数の関連機関とのかかわりを持つ事例であった場合等については【連携・情報の共有】があげられた。これは「チーム・所内・課内の情報の共有と対応を一致させる」や「関係機関との連携」「関係機関との情報共有と対応の統一化」が挙げられた。職場の内外を問わず一貫した態度で対応することや「一人で抱え込まないような職場の雰囲気づくり」の必要性があげられた。

発生事例が決して個人対応で終わらないように【組織としての対応強化】が挙げられた。仕組みとしては「複数対応・男性職員の同行」「クレーム対応に関するマニュアル作成」「物的対応」「事故発生時の対応への訓練」等の強化であり、また、「上司の理解」「事前に上司にも報告し支援が得られるような仕組みづくり」「事後の職場内の話し合いと防止策の検討」等の職場内で情報を共有し予防できる職場づくりがあげられた。そのほか事後の対応として「被害を受けた職員のメンタル面のフォロー」や「警察官通報に関する共通認識」等が上げられた。このほか【専門家によるスーパーバイズ】として「理不尽な要求が出ている場合の専門家によるスーパーバイズ」を求める声もあった。

D. 考察

不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯について、突発的に発生した対応への不満等はあるものの【以前からかかわりのある精神疾患患者に関すること】や【以前の対応に対する不満】等のこれまでのかかわりのある事例に関連した事柄が挙げられた。保健師は暴力リスクのあるなしにかかわらず精神疾患患者の相談に応じることも多く、継続性のあいまいな治療システムの狭間に生じる危機的状況に巻き込まれることが少なくない¹⁾ため、これら事象の発生を予測することが困難であることがうかがえる。また、【登録や申請に関すること】の場面では登録そのものの煩雑さやそこから付随した不満、ひいては公務員批判等、登録や申請そのものを発端としながらクレーム等が肥大化する可能性を秘めていることがうかがわれた。暴力被害は精神関連の事例のみならず結核・感染症の事例や難病等の医療費助成申請の窓口でも発生するという先行研究²⁾同様に、精神関連の窓口だけでなく誰にでも起こりうることが示唆された。

不当なクレーム、暴言暴力の実際では【言葉の暴力】【身体的暴力】【物損】等のわかり易い暴言や暴力だけでなく、【苦情を大きくする】【納得しない】といった警察への通報を躊躇するような内容もみられた。これらが警察官に通報しなかった理由の【軽微なものと判断した】にあげられる「身体的暴力はない」「金銭的要求はない」「威嚇と判断」等に繋がるものと考えられた。

さらに、これらの不当なクレーム、暴言暴力が起こった要因について考えられることとして【組織対応の甘さ】があった。これは不当なクレーム、暴言暴力が起きるこ

とを未然に防ぐための危機管理体制の甘さについてあげたものであった。繰り返されているクレームを上司と事前に協議したり、一人配置の職場環境の中で不当なクレーム、暴言暴力が発生した場合の対応策を事前に協議し、取り決めておくなどの組織的に予防措置を講ずるための取り組みがこれまでされてこなかったことを指し、暴力が発生した直後の周囲の職員の反応や発言から「殴られた人の方にも何か要因があるというような職場の風土」にも問題があり、不当なクレーム、暴言暴力に対する職場ぐるみの啓発活動や研修等による意識改革が必要と考える。また【内省からくる反応】として「(もしかしたら)自分が悪かったのかかもしれない」という自責感があったように、先行研究同様²⁾ 地域保健職の職業観も影響しているものと思われる。突発的に発生した事象に対しても、対応側の要因を考えてしまいがちであり、これがどんな些細な事象に対してもオープンに報告し、要因分析を行い、予防策を講じる仕組みを妨げているおそれがあることが示唆された。

次に、これらの報告事例に対する考えられる防止策については【組織としての対応強化】としてハード・ソフト両面から対応策が挙げられた。「事後の職場内の話し合いと防止策の検討」は何が暴力であるかを認識するプロセスが重要であり、この過程によりチームあるいは組織として暴力に対処する体制を築くことが課題である³⁾ことが示唆された。対応策として【よくわからない】としてあげられた性的嫌がらせ等に対しては一人で抱え込み易い性格にあるため今後とも対応策を協議する必要がある。

E. 結論

クレーム、暴言・暴力の被害の実態と(考えられる)対応策を質的に分析した。求められる対応策としては特に【組織としての対応強化】について多様な意見が挙げられた。具体的な防止策や訓練、万が一発生した場合の対応について等実践に即した対応が求められていた。また性的嫌がらせに関連した事象に対しては一人で抱え込み易く、今後とも組織内で共有できるような仕組みを工夫する必要性が示唆された。保健師が暴力を暴力として認識しインシデントレポートを書き、暴力の実態を組織が共有し、組織として対応する組織風土を高めるために、職場風土づくりとインシデントレポートのシステムを構築する必要性が示唆された。

F. 引用文献

- 1) 東京都健康局医療サービス部精神保健福祉課：相談業務従事者向け暴力被害防止ガイドライン、平成15年3月
- 2) 厚生労働科学研究「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」平成20年度～22年度総合研究報告書。
- 3) 平野かよ子、末永カツ子、鳩野洋子、中板育美、反町吉秀、妹尾栄一。保健師等の地域保健従事者への住民からの暴力。保健師ジャーナル 2010; 66(10):903-908

G. 研究発表

なし

表1 不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯

カテゴリ	サブカテゴリ
緊急事態が疑われる事象の発生に伴うもの	虐待の恐れのある家庭にコンタクトがとれなくなった 以前から担当としてかかわっていた
以前からかかわりのある精神疾患患者に関する事	近隣住民からの役所の対応に関する不満 措置入院にならないことへの近隣住民の不満
登録やサービス申請に関する事	その場の対応への不満(声が小さい) 手続きの煩雑さに対する不満 申請のために来所 申請結果に対する不服・納得できない思い 公務員批判
以前の対応に対する不満	以前に受けたサービスで傷ついた
性的な興味に関する事	性的な興味に対して発言を求める

表2 不当クレーム、暴言・暴力の実際

カテゴリ	サブカテゴリ
言葉の暴力	上司を出せ、解雇してやるなどの暴言 いいがかりや個人で解決できないような問題を一方的に提起 帰れ、関係ないといって追い返す 躁状態の暴言
身体的暴力	刃物を握りしめて突進 身体の一部をつかみ暴れる
物損	車を蹴る、窓ガラスを叩く
苦情を大きくする	首長への手紙や近隣住民へのビラ配布
納得しない	繰り返す説明に納得しない なんとかしてほしいと繰り返す

表3 通報しなかった理由

カテゴリ	サブカテゴリ
軽微なものと判断した	身体的暴力は無い 金銭的要求は無い 威嚇と判断
以前から知られたクレーマー	職場内で知られている 警察も知っている
職場内の問題と判断	職場管内の問題
警察官が必要なかった	男性職員が対応することになった

表4 不当クレーム、暴言・暴力の要因

カテゴリ	サブカテゴリ
組織対応の甘さ	事前にクレーム等に対して上司と協議していなかった 一人職場で発生する危機対応を想定していなかった 「殴られた人の方にも何か要因がある」というような職場の風土
精神疾患から来るもの	虚言癖や被害妄想等の症状から来るもの 人格障害が疑われるような対象者 入院時に警察官対応を繰り返すような対象者
地元有力者への「特別扱い」の期待	地元有力者であり、不当な要求でもある程度通用すると思いこんで
市民対応の不満の結果	市民(の相談)がたらいまわしになった結果起こった
内省からくる反応	「自分が悪かったのかもしれない」という自責感

表5 考えられる対応策

カテゴリ	サブカテゴリ
意識改革	不当な要求には毅然と対応するという考えかたの徹底 相手が虐待の疑われる家庭だから仕方ないというとられ方の改善 事を荒立てないようにという旧態然とした考え方の改善
(不当クレーム暴言暴力をする)本人への予防的働きかけ	来所時のみでなく事前に関わることで未然に防ぐ 主治医との連携により本人が暴れた場合の対応を事前に協議して 早期に医療に結びつける働きかけ 新規かつ緊急性の高いケースに関して所内での対応を協議
専門家によるスーパーバイズ 連携・情報の共有	理不尽な要求が出ている場合の専門家によるスーパーバイズ チーム・所内・課内の情報の共有と対応を一致させる 関係機関との連携 関係機関との情報共有と対応の統一化 一人で抱え込まないような職場の雰囲気づくり
組織としての対応強化	複数対応・男性職員の同行 クレーム対応に関するマニュアル作成 上司の理解 被害を受けた職員へのメンタル面のフォロー 事故発生時の対応への訓練 警察官通報に関する共通認識 物的対応(防刃チョッキ等) 事後の職場内の話し合いと防止策の検討 事前に上司にも報告し支援も得られるような仕組みづくり
よくわからない	性的な電話の事例を外に相談しにくい 性的な嫌がらせに毅然とした態度をとると冷たいとののしられた

地域保健版暴力防止 Web でのコンサルテーション事業について

分担研究者 中板育美 日本看護協会 常任理事（保健師）
佐野信也 防衛医科大学校 心理学科目 准教授（精神科医）
野村武司 獨協大学法科大学院 教授（弁護士）

研究要旨

保健師が活動する領域で住民からの暴力の発生を予測・予防し、万一事故が生じた場合にはこれに迅速かつ的確に対応するための知識や技術を模索することを目的に、Web を活用したコンサルテーション事業（住民からの暴力被害に関する何でも相談）に寄せられた相談事例を検討した。コンサルテーションに寄せられた事例のうち比較的詳細に記述されていた 6 事例を採りあげ、事例のテーマ、暴力が発生または発生しそうになった状況、暴力の種類、組織的対応の実態と課題、課題に向けた解決案を分析した。

暴力被害は、保健師活動の軸である地区活動の場面で起きている。この事態に迅速かつ的確に対応するための知識や技術を検討した結果、保健師活動の質の向上に向けた知識・技術修得機会（基礎教育及び現任教育など）に暴力に関する基礎知識、対処策、防衛策の享受を加えること、組織内対応の強化、組織内・外の安全対策のための仕組みづくり（インシデント・レポートシステムの導入、警察など外部機関との日常的連携）、組織内理解を深めるためのさらなる啓発活動、被害者の二次被害防止に向けた安全文化の醸成とメンタルヘルス対策に取り掛かる必要がある。

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

A. はじめに

保健師は、病院のような施設内での看護活動と異なり、公民館での健康教育や住民への家庭訪問など施設外の活動が多い。援助対象者自身が支援を求めない場合でも、対象者に心身の健康問題が存在する可能性が高い場合には、その問題を明確化し、介入の必要性を正しく評価し、有効な支援を開始するために、様々の手段を講じて対象者の家庭や生活の現場に入ってゆかなければならない。このように、職務遂行上地域住民との軋轢に巻き込まれる可能性に保健師は常にさらされている。実際に住民からの暴言・暴力等の被害を受ける事件が散発しており、被害を受けた保健師は心身の健康を阻害され、職務を継続できなくなる事態も生じている。

しかし、施設外では、危険な状況が生じてても保健師を援護する同僚や警備員がそばにいる

わけではない。また暴力を受ける危険性が指摘されたとしても、「保健師ならば仕事に一定の危険を伴うのは仕方ない」と事前の対応策を細かく検討する労を厭ったり、「少しくらいの威嚇行為に対応できるのは当たり前」という考え方が未だに根強く残存している組織もある。さらに暴力事例が生じた際の報告、対応の仕方に関しては、組織的にも、個々の保健師の意識上でも大きなばらつきがある。

2011 年、2012 年の公衆衛生学会でわれわれが主催したワークショップでは、「どの程度から報告するという基準が職場にない」、「自分の対応がまずかったからだ」と、誰にも言えなかった」、「精神病患者からの暴力では、相手を責められない」などの発言が聞かれ、保健師が働く職場では、勤務する側の安全を重視する意識はまだ浸透しておらず、そのための仕組みも不

十分である実情が窺われた。

どのような暴力に対しても容認しない毅然とした姿勢を啓発し、事例が生じたなら必ず報告するという意識を定着させるため、その第一歩として、われわれは昨年度の本研究において Web を活用したインシデントレポートの地域保健版とコンサルテーション事業を開発した。

このコンサルテーション事業は試行段階ではあるが、寄せられた質問（事例）を具体的に提示し、現場で生じている暴言・暴力事例の特徴をもう一度輪郭づけ、事前準備（予防啓発）、事例対応（被害者、加害者双方への対応）、事後の組織的対応に関する知識方策を整理する。

B. 目的

Web を活用したコンサルテーション事業（住民からの暴力被害に関する何でも相談）に寄せられた相談内容とそれに対する精神科医、および弁護士の助言を踏まえ、保健師が活動する領域で住民からの暴力の発生を予測・予防し、万一事故が生じた場合にはこれに迅速かつ的確に対応するための知識や技術を模索する。

C. 方法

Web コンサルテーションに寄せられた質問事例のうち、比較的詳細に記述されていた 6 事例を採り上げ、事例のテーマ、暴力が発生または発生しそうになった状況、暴力の種類を整理した。Web コンサルテーションシステムでは投稿者の匿名性は完全に保護されているが、本論記述にあたっては、他の相談事例の内容も組み合わせ、登場する人物の年齢、性別や背景情報に関して改変して示し、採りあげられた事例のプライバシー保護を徹底した。

これらの事例分析を踏まえて、保健師、精神科医、法律家それぞれの立場から考察を加えた。

D. 結果

6 事例について、報告者の所属／経験、発生状況（場所）、暴力の種類、上司や組織の対応、問題点、解決案について、コンサルタントの回答を整理して表 1 に示した。

表1 コンサルテーション事例の問題点と解決案

事例	報告者の所属／経験	テーマ	発生状況	暴力の種類	上司や組織の対応	問題点	解決案 (回答から)
1	市保健センター 7年	先輩や上司の無理解、乏しい支援	子ども虐待が疑われる家庭への初回訪問	・身体的暴力(軽度) ・脅迫的、威嚇的言動	・訪問先からの電話相談に対し、職場に戻るよう指示 ・慰労の言葉がけがない ・批判的評価しか与えない(訪問の必要性の判断の適切性、訪問時の説明の不足を指摘)	・被害保健師への上司や先輩の対応が二次的被害になり、仕事への意欲を低下させている	・訪問前の職場内での事前検討 ・複数での訪問 ・事後の事例検討 ・法的にも訪問は妥当。しかしながら援助者側の危機管理意識の向上も重要。
2	保健所 5年	警察と効果的に連携するための事前準備	せん妄状態が疑われるアルコール依存症者への初回訪問	・脅迫的、威嚇的言動	・複数で訪問を実施 ・警察に協力を要請 ・保健所医師に協力要請	・警察への依頼に際して、状況の切迫性や警察の出動必要性について十分説明できていない	・精神科患者への対応に関して、精神的知識の共有を含めて、予め警察担当部署と連携を深めておく ・警察に依頼する際には明確な言葉づかいで「暴力が起きている」と言う
3	市地域包括支援センター 11年	職員に明確な身体的被害がない場合の警察通報の意義はあるか	窓口対応やメール	・心理的暴力一般(メールでの脅し等も含む)	(一般的質問なので上司・組織の対応はなし)	・窓口やメール等において、身体的外傷を伴わない心理的暴力を被った際の対応について、職場に対応基準がない	・対象者の具体的要請事項が不明確であるにもかかわらず、不満を訴え、所内に居座り、暴言等迷惑行為を行う場合には、警察通報は妥当 ・リスク管理および対応は組織的に行う
4	保健所 8年	報告すべき事項の基準がわからない	家庭訪問	・性的ハラスメントの可能性	・上司に報告していない	・恐怖と認識しているが、報告すべきか迷い、報告、情報共有していない	・「報告すべきか迷う」事例はすべからず報告する ・本例のような暴言・暴力準備状況は必ず報告し、スタッフは情報共有すべきである ・事例検討を行い、事例を再評価し、安全な介入方法を検討する ・恐怖を体験した仲間に対する情緒的支援 ・保健師は毅然とした対応を心掛け、その働きかけに対しての暴言を超えて嫌がらせに及ぶようであれば、「被害」としてこれを警察に届ける準備をすることも大切である。

							<ul style="list-style-type: none"> ・訪問している間、定期的に外部から電話を入れるなどの対応の他、何かあった場合の連絡方法の確認を事前しておく
5	政令指定都市保健所 11年	薬物依存症者への対応、関係機関間の適切な役割分担	家庭訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・こぶしを振り上げるなどの威嚇的行為 	<ul style="list-style-type: none"> ・不詳（事前に報告していない） 	<ul style="list-style-type: none"> ・警察との連携が不可欠な事例だが、暴力被害を受ける危険性が高い無理な役割を、組織内で検討しないままに引き受けてしまった ・訪問の判断や方法が、保健師個人に任されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事前情報（覚せい剤の再使用、幻覚妄想状態、凶器を保持）により危険度を評価 ・介入前に組織で検討し、先輩や上司の意見をきちんと聴く ・地元警察と日常的な相互協力できる関係性を作る努力を重ね、危機を最大限に予防できる体制を構築する
6	保健所 13年	躁状態の患者との面接時に抱きつかれ、防衛的に相手を突き飛ばした行為に対する上司の理不尽な対応	所内面接	<ul style="list-style-type: none"> ・性的ハラスメント 	<ul style="list-style-type: none"> ・被害を受けた保健師に、「突き飛ばす前に SOS を出さない」と上司が理不尽な指摘 ・精神科的知識の乏しさ 	<ul style="list-style-type: none"> ・職場の一体感や士気喪失を招く上司の不適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師の反応は、当然の自己防衛的行動である。暴力に対しては、まず逃げるのが大切である。暴力に対してこれを制止する、振り払う、突き飛ばすなどの行為は、正当な防衛行為である。 ・個人的能力や資質不足に言及して、被害を受けた保健師を批判する職場風土を改善する必要性 ・専門職以外のスタッフにも一定の精神保健の知識を導入 ・対象者の迷惑行為が続き、エスカレートするようであれば、措置入院も視野に入れた対応 ・医療機関と速やかに連携する ・位置関係といった物理的な対応の他、面談室における応援要請体制について確認をする

E. 考察

1. 保健師の視点から

(1) 暴言・暴力発生の場合となる地区活動

保健師は、治療や療養上の世話を要する患者のみならず、適切な介入がなされなければ、健康破綻を招く可能性のある住民、すなわち潜在的ニーズを有する対象者を見極め、予防的に介入する役割も担っている。潜在的ニーズには、自殺や虐待、社会的引きこもり問題などと切り離せない、経済的問題、社会的格差、家族や地域社会のつながりの崩壊など社会背景にまつわる問題も含まれる。これらを俯瞰して、健康障害に至らしめる要因を構造的に明らかにしていくことを業務の一つ（地域診断）としており、家庭訪問や公民館などで行う健康教育、個別の健康相談、民生委員や主任児童委員など住民との組織化活動という地区活動は、その過程で使う重要な手法である。

住民からの暴言・暴力についてコンサルテーションに寄せられた事例の多く、そして今回詳細な記述があった6事例においても、家庭訪問や個別の所内相談などまさに保健師が活動の軸としている地区活動の場面で起きていた。要するに、暴力発生と保健師活動とは地続きであり、保健師が保健師の本務を効果的に遂行するためには、保健師活動の基本を学んだり、確認する機会（基礎教育場面や卒後教育/現任教育）に、暴力に関する基礎知識、対処策、防衛策の享受を加えることも考慮する必要があるのではないかと考える。

(2) 地区活動—家庭訪問での出来事—

6事例中4事例が家庭訪問の場面での出来事であった。家庭訪問とは、対象者が望む、望まないに関わらず、保健師自身が生活実態を把握する必要があると判断した場合、病状などにより対象者が外出困難である場合、あるいは緊張度を下げ、話しやすい環境下でないと対象者との関係が結び難いと判断した場合などに選択される。

保健師が家庭訪問に価値を置くのは、援助者側の馴染みの場所に対象者を呼びつけるのではなく、彼らがふだん身を置く生活の場に援助者の方が赴くことにより、対象者の心理的負担も軽減させることができ、相互の信頼関係が深まりやすいと考えられるからである。今回の4例のように、対象者が援助者を歓迎していないときでさえ、対象者の心理的負担を最小限にすることや、相談関係を築きやすくするなど考慮するため、電話等では

なく、家庭訪問という手法を使おうとする。

しかし一方では、家庭訪問の場では、対象者はより自由にふるまいやすく、1対1の密室対面状況が生まれやすい。身体的看護ケアを要する対象者の場合には、身体接触を伴うことも避けられない。しかも、緊急時にも職場や警察等との連絡がスムーズにいかない可能性もある。要するに、家庭訪問は、対象者との関係性を拓き深めるための重要な手法である反面、暴言・暴力を誘発しやすい状況を生起するものでもあることを、コンサルテーション事例は改めて認識させるものであった。

(3) 同僚や上司の無理解による傷つき体験

幸いにも、生命にかかわる事件や出来事にはなっていないが、一歩間違えば重大な被害が生じた可能性を否定できない事例がある。また、暴力被害を被っているが、自分の対応のまずさが、相手の暴力を引き出してしまったかもしれないと悩む保健師もあつた。

行政組織という枠組みの中で、個人の傷つき体験を大々的に主張するのが憚られたり、諦めざるを得ない場合があると思いついていたり、医学的知識を吸収し、それに基づく経験を重ねている保健師ならば「対応できるはず」といった周囲の過剰な期待に虚勢を張らざるを得ない状況もあつたかもしれない。

しかし、いずれにしても暴力を体験したときの恐怖や再体験への怖れを感じ、自身の仕事が継続していけるかと考えた事例等から、心身への相当な影響が生じていることが推察される

事例6のように、守ってもらえるはずの所属組織や上司の無理解による理不尽な対応が、傷つき体験となり、二次被害を構成することは、広く知られている¹⁾。医療職に限らず、組織全体として、共通に修得しなければならない知識や技術がある。

(4) 組織的位置づけとしての安全管理体制

保健師らが、日常的に頻繁に暴力被害にあっているというわけではないことも理由の一つであろうが、保健師の職務に関連した暴力被害の実態を職場内で振り返り、検証し、具体的な対処策（事後対応策…警察等との連携/窓口決定/職員のケア）や今後の行動指針（事前予防策…予防/暴力発生リスク軽減）を考えておくこと²⁾は、未だにわれわれ組織内で、共通合意事項にはなっていない。

しかし、暴力が切迫した場面が、地区活動場面であることを踏まえれば、暴言・暴力の被害を受

けた後の対処が適切に行われるように、暴力に対するリスクマネジメントとして、法的対応や警察との連携も含めた対処策や被害者を守る体制やメンタルヘルスに対する検討などの具体を共有できるマニュアル整備が必要である。そこに、暴力を予測するためのリスクアセスメントツールを用意することも不可欠である³⁾。われわれが開発したインシデントレポートなどを組織的に取り込むことそれ自体が、スタッフの暴力被害を無視せずきちんと対応するとの態度表明である。

2. 精神科医の視点から

コンサルテーションへの回答を記述しながら、保健師やソーシャル・ワーカーがアウトリーチ活動において暴言暴力被害にさらされやすいにもかかわらず、その体験が過少申告される理由として、援助対象と関係を結びそれを維持することを基本とする、保健師、ワーカーの専門職としての意識が関与しているのではないかと考えられた。本節では、彼(女)らの専門職意識の重要性を踏まえつつ、アウトリーチ活動における援助対象者からの暴力被害を予防するための本質的問題について精神科医の立場から考えてみたい。

(1) 関係を結び、維持しようとする専門職意識

職務上であるか否かを問わず、どのような状況にあっても、またどのような関係にある相手からのものでも暴力被害を甘受すべき理由はない。したがって、暴力の予兆を看取り、あるいは相手の荒々しい態度や言葉に恐怖心を抱いた時点で、即刻同じ職場の仲間をコールし、警察通報することを躊躇する理由もないと言えるだろう。

しかし一方で、援助対象―援助者関係が緊張をはらんだ出会いから始まることは珍しくない。その緊張を解きほぐし、信頼関係を樹立する息の長い作業の中で、保健師やワーカーが一貫して平穏な感情を維持できると楽観的に考える現場担当者は少ないだろう。

「怖いから逃げる」というのは自然な感情であり反応行動だが、そればかり優先しては関係が成立しないことを彼(女)らは知っている。「怖さに堪え、暴力被害を予防しつつ、援助対象の懐に踏み込んで援助のパイプを繋げる」ことが自らの仕事だと認識しているのである⁴⁾。

経験を積んだ保健師ならば、事前調査のうちですでに、援助対象と目された住民が有するであろう健康問題の背景に、医療だけではカバーしき

れない多くの問題―失業による家計の破綻、未解決の原家族間の葛藤や現在の家族内におけるその反復再演、夫婦間ないし親子間暴力、様々な嗜癖的問題等々をしばしば見出している。

病識があり自発的に治療を望む人々を主対象とした通常の医療の網が掬いきれない、孤立した人々や多問題家族に生きる人々にこそ、保健機関はセーフティネットとして機能することを要請されている。彼(女)らが一度でも家庭訪問すれば、直接の援助対象の周囲に、子どもやパートナーの声なき悲鳴を感じ取ることは稀ではない。当初援助が必要と想定された人物以外にも、援助を(ときには本人よりも切実に)必要としている者の存在が目に入ってしまうのである。

アルコール依存症、治療拒否する精神科患者、自らの子ども時代を虐待環境の中で生きてきたDV加害者・被害者、そうした人々が、比較的健康度の高い家族メンバーからの依頼か近隣からの情報提供か、何らかのきっかけで事例化し、保健機関に関与の要請が入ったならば、保健スタッフはその細い糸を何とか切らさずに実効的な援助関係を作ろうと努力する。

対象者が保健スタッフからの支援の申し出に明白な理由なく拒絶の姿勢を示すことそれ自体が、対象者の何らかの精神病理や症候を体現していることは珍しくはない。外からの視線を厭う家族には隠蔽すべきその家族固有の事情がある。そこに踏み込まずに解決の芽は生まれないという意識が、保健師の専門職意識の基本にある。そして彼(女)らのアイデンティティの中心にあるこの意識なしには、積極的援助は成立しない。端的に言って、保健師、ソーシャル・ワーカーとは援助関係を結び維持する専門職なのである。

(2) 出会いがしらの暴力被害

保健機関を対象とした平野らの調査⁵⁾によると、治療につながっていない精神科患者に対する家庭訪問時に暴力被害が生じやすい。東京都⁶⁾や日本看護協会の調査²⁾の契機となった事件⁷⁾も、母親の依頼により治療中断中の統合失調症患者のところへ家庭訪問した際の被害であった。

保健所等に来所してもらい、所内相談を経て生活実態を把握するために家庭訪問するという段階を踏める対象については、暴力、攻撃性について予め一定の評価ができるが、来所相談を促してもなかなか実現せず、事前情報の乏しいまま家庭訪問せざるを得ない事例は稀ではない。しかしそう