

Q6 躁状態の患者さんに言い寄られ、抱きつかれて思わず相手を突き飛ばした行為は罪ですか？

(保健師歴 13 年 保健所勤務)

所内面接中に大変嫌な想いをしました。「インシデントレポート地域保健版」の存在を知り、このような体験も黙って封じ込めていいはずはないと思い、投稿しました。

相談者 30 歳代の男性 G さんです。20 歳代の頃双極性障害と診断されていたようですが、現在通院は途切れ、当然服薬もしていません。前任者からの申し送りは次のようでした；本人は「治った」と言っているが、主治医情報では、治療を自己中断しており、再発可能性は低くないと聞いている。いずれ時機を見て再通院してもらおうよう話を進めてほしい。治療中断後は保健所に来ても、躁状態だったのか、「スポーツジムを開く」とか「スポーツインストラクターになる」とか決まってもいないことを報告しに来ることがあったようです。

私との初回面接は、「担当の保健師が変わると聞いたので」と本人が突然来所したときでした。このときは所内の相談室でこれまでの経緯を小一時間お聞きただけでとくに問題ありませんでした。面接の終わりに私は、「次に来所の際にはご一報くださいね。出かけて不在でしたら申し訳ありませんから」と伝えました。

しかし、数週間後、2 回目の来所も唐突でした。

この時はやや上気した表情で、自分が得意なスポーツ競技で世界大会に出るんだという話をまくしたてたかと思うと、ふいに

「保健師さんって彼氏いるの。結婚してるの。彼氏いないんじゃないよね」などと言出し、机の下で、足を私の足に絡ませてきました。私はびっくりして席を立ち、相談室を出ようとする、スカートの裾をつかまれ、たじろいだ瞬間に抱きつかれました。私は、とっさにおもいきり G さんを突き飛ばしていました。G さんは軽く頭を打ったようで、激しい勢いで怒り出し、所長を出せと要求しました。幸い？運悪く？所長は不在でしたので、男性事務職員（係長）が対応しました。係長は、G さんの怒った形相に怖気ついたのか、平謝りに謝罪してその場を凌ぎました。

G さんが帰った後、係長は、「突き飛ばす前に、我々を呼んでくれなきゃね。怪我などさせてからでは謝るしかないでしょう」と所長に報告をしていました。

私たちはもっと危機意識を持ち、このような事態にも対応できる方法（相手を傷つけず自らも守れる護身術など）を身に着けないといけないのかもしれませんが、一方では、係長の発言やそれを是とした所長の態度は腑に落ちません。このようなことを軽くあしらう上司のもとでは、保健師として頑張っている私たちってなんなのだろう？とってしまいます。

まずは保健師の間で話し合い、所長に申し入れをしようと考えていますが、申し入れの際に上司にきちんと理解していただくために留意すべき事項などについて御助言いただけないでしょうか。

A6 精神科医の S です

表題の質問に法律的にお答えするのは専門家にお任せするとして、投稿していただ

いた保健師さんが悔しく思うのは、Gさんの行為以上に、上司の係長の発言や態度だったのではないのでしょうか。

躁状態という病的状態の下でのセクハラ行為ですから、係長が即座に「毅然とした対応」をとらず、「当面の興奮状態を収めるため」作戦的に謝罪姿勢を示したというならある程度話は通ります。しかし「突き飛ばす前に我々を呼びなさい」「怪我させてからでは謝るしかない」という発言は、事務職とはいえ、ちょっと信じがたい上司の発言です。しかし実はこのような職場の事後対応はまだ、あちこちに潜在しているようです。

あえて言うまでもありませんが、理不尽に抱きついてきた相手を払いのけようとしたり、ときには（手の自由が奪われていたら）蹴飛ばしたり、結果的にひっかいたりする行為は常識的な防衛行動です。もしもこのような事態で、対応した者の個人的能力や資質が問われてしまうような職場風土が残っているとしたら、ちょっとした手術が必要でしょう。手術というのは、上司があまりにも無頓着である場合は、外部（上級官庁や労働基準監督署や人権擁護委員会等々）への相談も必要となるかもしれません。

しかしまずその前に、職場内での研修、可能な予防策、対応策をリストアップし共有する努力は必要でしょう。事例に関してできるだけ詳しく記録して、事例検討しましょう。事前対応、相談者（患者の背景情報）、事件の詳細、行われた事後対応について整理しておきます。Gさんのように病状と暴言暴力行為とが関連しているようなケースではとくに、起こりうる事態を事務職

員を含めて職場全体に周知徹底する必要があります。

Gさんの迷惑行為が反復されたり、程度を増すようであればこれは精神保健福祉法上の措置入院の対象となりますから、保健所、保健センターが緊急対応する必要性を所内会議で検討しなければなりません。症状行為だとしても、セクハラ行為や長時間拘束される相談者の振る舞い（著しい長電話や所内居座りなど）は、「他害行為」と位置付けて対応する必要があります。

この事例に即して、所内のミーティングで検討するとしたら、以下の諸点が検討事項になると思います。1) 治療中断している双極性障害の患者Gさんを以下に治療につなげていくか。2) 躁状態下のGさんがスタッフを長時間拘束したり、プライバシーに立ち入る発言をなしたり、セクハラ行為に及ぶことがあったが、このような際にどのように対応するか：相談する場所や時間の設定、対応するスタッフの人数、応援の呼び方等について。3) 警察や医療機関とどのように連携するか。4) Gさんへの対応で傷ついたスタッフをどのようにフォローするか。

こうした検討は1回でもきちんと実施しておけば、必ず次の事例に活かすことができます。そのためには検討した内容についてきちんと記録しておきましょう。

A6 弁護士のNです

仕事の中で、こうした性的な興味にさらされなければいけないのは、本当に辛いことだと思います。こうした経験をされている保健師の方も多いのではないのでしょうか。その意味では、保健師という職業に伴うリ

スクとして常に念頭に置かれなければいけない事態であるように思います。

この男性の行った行為は、相談内容だけでは一義的に断定はできませんが、暴行罪、強制わいせつ罪、態様次第では、公務執行妨害罪、強要罪等に当たる可能性があります。ただし、こうした行為が仮に犯罪に当たるとまでは言えない場合であっても、急迫不正の侵害に対して、自己を防衛するために、とっさに（やむをえず）突き飛ばしたということであれば、正当な防衛行為として非難されないばかりか、必要なことであつたともいえます。

何れにせよ、こうしたリスクがあることを踏まえ、対処方法は組織として決めておく必要があります。基本的には、まず、自分の身を守り、逃げる事、必要な場合には、相談事例のように、突き飛ばす事、振り切る事などの行為、相手の行為を制止するための実力行使も許されるでしょう。

こうした行為をさせないための対応、最小限のとどめるための対応を組織的にしておくことも大切です。面談室内での緊急を知らせるブザーの設置は不可欠で、退出しやすいレイアウトの工夫も大切です。また、何かあった場合に、誰が駆けつけるか、駆けつけた時の対応、対応方法も決めておく必要があります。

相談者に対して上司から出た発言の中に「突き飛ばす前に人を呼ぶ」といった対応がありますが、こうした対応が得ないことは少し考えれば誰にでもわかります。こうした発言が上司からあること自体、組織的な対応がなされていない証左でもあります。むしろ、面談室内で起こったことに対する避難、防衛行為を踏まえて、相談者に毅然

とした態度で臨むことが駆けつけた者の責任ある行動となるはずでず。リスク管理、不当な行為に対する対処の手順方法を組織としてきちんと決めておけば、面談室内で自信を持って振る舞えるようになるはずでず。

研究成果の刊行物・別刷
-学会発表-

Workplace violence (WPV) experienced by professionals working in the area of community health, home medical care and community welfare services

- A phenomenon that has been overlooked-

1) Ikumi NAKAITA, RN, PHN, PhD 2) Shin-ya SANO, MD, PhD 3) Kayoko HIRANO, RN, PHN, PhD
4) Yoko HATONO, RN, PHN, PhD 5) Takeshi NOMURA, Attorney at Law 6) Hiromi YONEZAWA, RN, PHN, Master 7) Shoichi TACHIBANA, MD, PhD

- 1) Japanese Nursing Association
- 2) Department of Psychology, National Defense Medical College
- 3) International Nursing Management, Health Department Nursing Science, Health Science, Tohoku University Graduate School of Medicine
- 4) Community Health Nursing, Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University
- 5) Dokkyo Law School
- 6) Community Health Nursing, School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui
- 7) Division of Environmental Medicine, Defense Medicine Research Institute, National Defense Medical College

Background

Workplace violence (WPV) such as verbal abuse/physical violence against workers in the area of community health, home medical care, and community welfare services influences serious and adverse effects to their working environment. However, WPV in community services are not recognized well compared to WPV in hospitals.

Purpose

- To find out factors which induce WPV to frequently happen in community health/welfare services.
- To make clear why efforts to reduce WPV in community services are falling behind compared to hospital services

Methods

- Review of reports and articles on WPV in community services
- Pilot survey on 517 public health centers¹⁾
 - 1) We investigated WPV in community services by questionnaires to senior health nurses²⁾
 - 2) Fact-finding survey on the suffered health nurses

Definition of WPV in this study

- WPV in this study includes;
- All psychological and/or physical aggressions against a worker in work place
 - All psychological and/or physical aggressions against a worker by a person with whom the worker becomes acquainted through his/her duty, including aggressions in off-duty hour

Examples

- unreasonable and persistent complaint or demand
- frequent calls repeating the same thing
- threat by shouting or shaking fist at
- railings or usage of abusive language
- threatening words, such as "I'll kill you", "I'll sue you", or "I'll show you"
- physical violence
- damage to property
- sitting in the office
- dangling or stalking
- sexual harassment

Results of Literature Review

- Official Report by US Government²⁾ indicated that non-life-threatening WPV occurred in community services more frequently than in other occupational fields. This report is based on the nationwide survey that has been continued since 1990s. Guideline of International Labor Organization (ILO)³⁾ suggested the similar tendency as in the US Government report.
- These reports insisted that WPV in community services, although it is not life-threatening, may seriously influence the safety, health, and morale of community workers because many of the victims wrecked their health, burned out, and quit their job.
- Small number of surveys on this issue was also done in Japan, although its object and range were limited. These surveys reported that grasp and countermeasure of WPV in community services were delayed compared to WPV in hospitals.

Results of Questionnaire Investigation

Pilot Survey on WPV in community service facilities:

- Method: Questionnaires
- Object: Senior public health nurses in 517 public health centers in Japan
- Contents of questions: Frequency of WPV, Situations, Severity of damage, Characteristics of attacker (assailants), Characteristics of victim, Attitude of service facility (before and after the incident)

Response rate: 371/517 (71.8%)
Experience of WPV: 178 (47.9%)
Frequency of WPV: 1-8 cases / year
Having the Manual against WPV: 98/ 371 (26.4%)

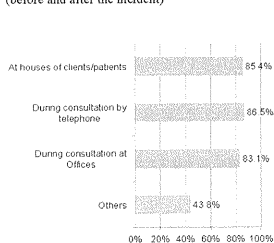


Table 1: Situations or Places where WPV happened (n=178)

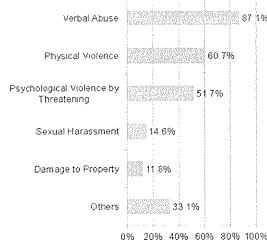


Table 2: Type of WPV (n=178)

Case Analysis

Piece Type of Violence	Situation (1 assailant, 2 victim, 3 progress, 4 causing factor)	Considering Points
1. Consultation Withdraw for Incurable Diseases Verbal abuse, Physical violence	1. A male patient with ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) who came to the public health center to apply for Official Support for Specific Diseases. 2. A public health nurse who attended to the patient at consulting desk. 3. The patient shouted and accused attitude of the nurse as "too businesslike". He tried to fall from the office building. The nurse got slightly injured by his violence when she tried to hold him. 4. Unstable mental state of the patient with serious physical illness.	a) The nurse didn't understand well about the patient's shock to his diagnosis of ALS and his unstable mental state. b) Need of pre-education how to deal with patients of incurable diseases.
2. During home visit Verbal abuse, Threatening	1. A male patient with TB (Tuberculosis) who left hospital during treatment due to economic problem. 2. A public health nurse who visited his house to persuade him to return to hospital. 3. He got angry because the nurse told the story to his family without his permission. He used abusive language and tried to threaten her. 4. Psychopathology of patient with physical illness, Conflict between family members of the patient.	a) Lack of communication and cooperation with the attending doctor in hospital.
3. During consultation at office Verbal abuse, Damage to property	1. A male patient with BPD (Borderline Personality Disorder). 2. A health nurse who had consultative relationship with him in his family. 3. He complained about her past words and abuses toward her. He requested change of consultant nurse. He continued to sit in the health center office all day long insisting his demands for several days. He entered into the office with his bike and destroyed the property later. 4. Psychopathology of the patient (BPD).	a) Lack of communication and cooperation with the attending doctor in hospital.
4. During home visit Physical violence	1. A male patient with schizophrenia who discontinued his treatment. 2. A public health nurse who visited his house following request from his family. 3. He was attacked and stuck with knife more than ten times by the patient when she was to leave because there was no response to her call. 4. Psychopathology of the patient (delusion of persecution).	a) Lack of sharing information on past history of consultation b) Failure of post-event management by the office
5. During home visit Verbal abuse, Physical violence	1. A female patient with BPD (Borderline Personality Disorder). 2. A public health nurse who visited her house following request from the patient. 3. The patient complained unreasonably and violated her admission. The nurse was attacked, scratched, and kicked by the patient. 4. Psychopathology of the patient (BPD).	a) Decision failure of sending a nurse alone to the patient who didn't know her.
6. During consultation at office Verbal abuse, Physical violence	1. A female patient of mental disorder whose boyfriend requested the public health center to seek hospital for her admission. 2. A health nurse who interviewed her at the office. 3. The patient who was forcible taken to the office refused admission to hospital and got angry. The patient used abusive language and punched the nurse. The nurse got injured. 4. Psychopathology of the patient.	a) Lack of information on the patient

Discussion

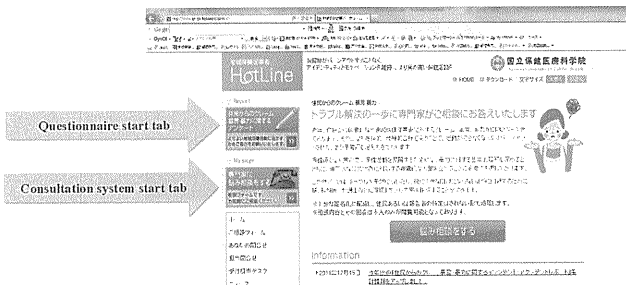
- A As we expected, this survey showed that the number of workplace violence cases in community services were not small. A couple of reasons why this fact has been overlooked are considered to be as follows;
1. The workers lack the sense of danger or sense of security in their workplace.
 2. The victimized workers felt sense of guilt or shame which prevented them from reporting the cases.
 3. There is no official incident/accident report system on violence in community service.
- B This survey also indicated some inducing factors of violence in community services.
1. The workers have to enter the living scene of the clients, which makes difficult to protect the workers from violence.
 2. The clients are not always wanting the services and sometimes strongly refuse them.
 3. Some of the workers have poor communication skills which stimulate displeasure and violence from the clients.
- C We propose the following measures to solve this problem and reduce the violence in community services.
1. Introducing the Incident/Accident Report System into community services.
 2. Education of the community workers on the sense of security in workplace and communication skills with their clients.
 3. Establishment of Security Policy and System using the Report System in community services.

References

- 1) Kayoko H, Ikumi N, Yoko H, et al: Investigation of Current condition on Violence victims working in the area of community health in Japan. Report of Science Research Program granted by Ministry of Health, Labor and Welfare, 2010
- 2) Department of health and human services, National Institute for Occupational Safety and Health: Workplace Violence Prevention Strategies and Research Needs: Report from the Conference Partnering in Workplace violence Prevention: Translating Research to Practice. Nov. 2004,17-19. Baltimore, Maryland
- 3) International Labor Organization(ILO): Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. 2003

Web-based Incident Accident Report: <http://www.go-go-hokenshi.com/#>

- It is necessary to introduce the Incident/Accident Report System into community services to grasp the actual conditions of WPV in this field.
- We've developed the Web-based Incident/Accident Report System for Community Services and are gathering cases of WPV in this filed using this system.
- This system includes the Consultation System to encourage users to input the information. By giving the information into the system, users can receive consultation services from experts if they need.



- Incident/Accident Report Form (Community Service Version)
 - a. Victim (age, affiliation, position, years of experience, current responsibility)
 - b. Details of WPV
 - c. Profile of assailant, contributing factors of WPV
 - d. Degree of damage, stress reaction of victim
 - e. Way of report to superior, Way of management of the office
 - f. Report to police, action of police
 - g. Contributing factors of WPV and lessons learned from the viewpoint of victim

住民からの暴力の予防にむけた組織体制整備のあり方の検討

—暴力事件を契機とした体制整備が行われた事例分析から—

米澤洋美¹⁾, 平野かよ子²⁾, 松浦美紀³⁾, 鳩野洋子⁴⁾, 佐野信也⁵⁾, 野村武司⁶⁾
 中板育美⁷⁾

1)福井大学、2)東北大学、3)東京都新宿区、4)九州大学、5)防衛医科大学校、6)獨協大学
 7)日本看護協会

目的

地域保健福祉分野、なかでも精神保健領域担当の保健師が、住民からの暴力等の危機的状況に遭遇する機会が多く、被害を受ける危険性が高い状況にあることが明らかとなっている。地域保健福祉従事者が住民からの暴力の発生を予測し、暴力の発生時に適切に対応でき、また未然に発生を防ぐためには、支援者個人の努力だけではなく組織全体の課題として取り組むことが喫緊の課題である。

そこで自治体で発生した精神保健領域の保健師が受けた暴力等被害の事例を契機として、ガイドライン策定・職員研修体制整備に繋がった事例に関して、組織管理体制の在り方の観点から分析を行い、地域保健福祉従事者が住民から受ける暴力の予防に関する示唆を得ることを目的とした。

方法

対象：A市保健所保健師2名

方法：当事者による事例報告後、保健、医療、法律各分野の研究班構成メンバーとのディスカッションを行った。

倫理的配慮：調査対象者に口頭で研究の趣旨・匿名性の保護、研究協力および中止の自由の保証と情報管理に留意することを説明し同意を得た。

結果

医療中断中の精神障がい者への家庭訪問時に、面識のない保健師が重傷を負うという事件を契機とした事例である。事件発生直後からの組織の対応の経過は表1の通りである。あまりに甚大な暴力被害のため事件発生直後は、組織全体が何も語らないという機能不全に陥り、現場保健師が事件の詳細を知るまで10年を要していた。その後、暴力被害の実態調査を実施した結果、保健師経験3年以上の者は全て暴力被害の経験や危機を感じたことがあるとの結果が得られ、その結果、保健師活動が暴力被害の危険性が高い業務であることが推察されたことから、「相談業務における暴力被害防止ガイドライン(2002年2月)」の策定に繋がった。組織として起きたことを共有し、集約された情報を管理者が伝える体制の必要性が話し合われた結果、相談業務や暴力被害に関する基本的事項に加え、具体的暴力被害に対する防止策、暴力被害発生時の対応等に基づく職場環境チェック表や暴力被害防止チェック表等の様式も整備された。さらにこれらに則った研修が実施されていた。現在は事件発生から10年以上を経過し、事件を風化させないようにガイドラインを見直しや研修会の必要性から、2012年1月に「保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版)」と名称を変更し活用していく取り組みが進められている(表2)。

表1 A市における保健師が受けた暴力被害とその後の対応

時期	内容	
1999年	担当保健師が精神疾患患者からの暴力により重傷を負う事件が発生。	組織全体の機能不全
事件発生直後	事件は、トップシークレット扱いとなり、組織構成員に対する詳細な報告はなかった。	事件の把握
事件発生から1年後	現場保健師が事件の詳細を知る。	組織内での相談時の実態を把握
2000年	A市保健師の相談・訪問活動時における暴力被害の実態調査	ガイドライン策定
2002年2月	相談業務における暴力被害防止ガイドライン策定	研修会開催
2002年5月	事件後最初のガイドラインに基づく研修会の開催	
2004年	ガイドラインに基づく研修会の実施 ・保健師向け研修 ・管理者向け研修	事件の風化や事件を知らない保健師の存在
2006年	ガイドラインに基づく研修会の実施	
2012年1月	保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版)へ名称変更	ガイドラインの見直し

全国の保健師のみなさんからの暴力被害の実態を集めております。
 インシデントレポートへのご協力を
 お願いします。

表2 保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版)

1 相談業務における暴力被害に対しての基本的考え方
2 相談業務に関する基本的事項
3 暴力被害に関する基本的事項
4 相談業務における暴力
5 具体的防止策
6 暴力被害発生時の対応
参考
1 第三者からの相談でおさえおきたいこと
2 訪問前におさえおきたいこと
3 セックス通話者からの電話対応
様式
1 職場環境チェック表
2 暴力被害防止自己チェックリスト 等

考察

自治体で発生した精神保健領域の保健師が受けた暴力被害の事例から、被害が甚大な暴力事件発生直後は、予測不能である程度の被害であったことから、一部上層部を除き詳細は現場の保健師には知らされないという組織全体が機能不全の状態となっていた。その後、組織管理体制の在り方および被害の実態の分析を行った結果、保健師経験3年以上の者は全てに暴力被害の経験や危機を感じる経験があった。このことから保健師という専門職としてひとりで対応せざるを得ない状況下で個人の力量にゆだねられた対人支援の現状が把握され暴力被害防止ガイドラインの策定ならびにそれに基づく研修の実施へと結びついている。また、事件発生からの時間の経過は、事件そのものを風化させ、危機意識が薄らいだり、事件そのものを知らない保健師が増えるなどの変化が予測される。

暴力等の被害を防止する上では、日頃からの暴力等被害に備えた危機管理を組織ぐるみで推進する必要があり、相談業務における暴力被害防止のためのガイドラインの作成やそれを用いた研修の継続的な積み重ねが、組織全体への意識付けとなり暴力被害発生時の被害を最小限に抑えることに繋がることが示唆された。

引用・参考文献

1 地域保健福祉領域において従事者が住民から受ける暴力防止のためのマニュアル「暴力防止マニュアル」保健師等の地域保健従事者が住民から受ける暴力等の危機管理のあり方に関する研究班 2011

2 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生活を保障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 2012

3 保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版)新宿区健康部 2012

* 本研究は平成23年度厚生労働省科学研究費補助金(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障する組織的安全管理体制の構築に関する研究」の一部である。

地域保健従事者ホットラインでは以下のサイトで保健師のみなさんのお立ち寄りをお待ちしています！
 本サイトでは、暴力被害に関する相談や関連情報の提供を行っています。

ゴーゴー保健師サイト <http://www.go-go-hokenshi.com/>

保健師等へのサポートセンター
 あなたの悩みを解決し、より良い働きを実現しよう

HotLine

住民からのクレーム被害
 トラブル解決の第一歩に専門家がご相談にお答えいたします

また、自治体保健師に悩みや不安を抱えているスタッフも、専門家に相談することができます。それは、自分だけの悩みを解決するだけでなく、自治体全体の課題を解決する一助となります。

研修会・セミナー
 研修会・セミナーの開催は、保健師等に対する重要な活動の一つです。研修会・セミナーを開催する際には、自治体全体の課題を解決する一助となります。

このサイトは、自治体保健師の悩みや不安を抱えているスタッフをサポートするための情報提供サイトです。また、自治体全体の課題を解決する一助となります。

※ 自治体保健師の悩みや不安を抱えているスタッフは、必ずしもこのサイトを利用する必要はありません。自治体保健師の悩みや不安を抱えているスタッフは、必ずしもこのサイトを利用する必要はありません。

お問い合わせ
 相談フォーム
 相談の受付
 相談内容
 受付時間
 お問い合わせ

information
 〒230-0601 東京都新宿区 2-1-1 新宿区保健師会館3F 101号室

平成 23 年度報告書

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^{1~4)}ているが、地域保健従事者の対する安全確保方策の提言^{3~7)}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⁵⁾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、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
—看過ごされてきた領域—

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い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	聞かれない個人的事について, 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仕事中に襲われたり、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

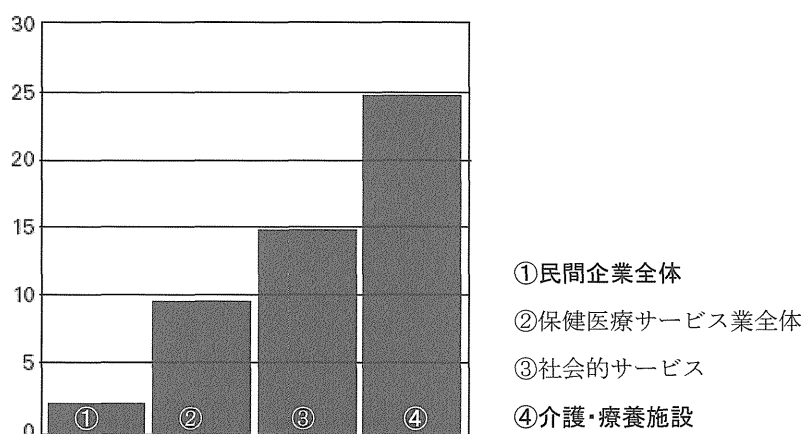
のように非致命的暴言・暴力について注視するよう求めている。以下に抄訳して示す。

「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 人当たり)

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人当たり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