

(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さされている一方で、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

リ・ハット事例報告すなわちインシデント・アクシデントレポートのいわゆる「厚労省標準」を構成しており⁴⁸⁾、その後必ずしも同事業に参加していない医療機関においてもインシデント・アクシデントレポート項目として準用されている。

このようにして構成された項目群を含むレポート導入当初は、当然ながら医療過誤や事故に関する報告に限られていたが、ある時期から、院内で医療従事者が患者やその関係者から被る暴言・暴力事例も含まれるようになったのではないだろうか^{脚注5}。

恐らく1998（平成10）年以來のわが国自殺率の高止まりに端を発する労働者一般のメンタルヘルス対策の一環として、旧来のバーンアウト調査（職場のメンタルヘルス向上施策）が再活発化し、一方で患者からの暴言暴力事件がマスコミ等によって注目されるようになって

た社会情勢と折り重なって生じたものではないかと推定される。

加えて、電子カルテの導入により、インシデント・アクシデントレポートについても業者がソフトを開発し、オンライン化されるようになったことも、記入しやすさ、集計事務の簡易化、データ管理および共有しやすさ等につながり、勤務スタッフが「WPVも医療事故の一環」と捉えることによって、WPV経験者の過剰な自責感や報告への躊躇い⁴¹⁾が相対化され、結果的にWPV報告への心理的抵抗感を減じさせているのではないだろうか。

実際、著者の勤務する防衛医科大学校病院が採用しているWEB版レポートシステムでは、「インシデントの場面、内容」のプル・ダウン項目に「暴言・暴力」が含まれており、2009年から当院医療安全委員会の中に設置されている「暴力暴言対応小委員会」において、これを活用してWPV被害者へのコンサルテーションやケア、教育啓発の素材としている。

一方、平野らの調査⁵¹⁾によると、保健所、保健センター等で暴力発生時の職場の対応マニュアルが用意されているのは19%であった。そのうち35%がいわゆる行政に向けられる暴力等行為に対応するための「不当要求行為等マニュアル」「行政対象暴力対応マニュアル」を流用しており、保健・医療・福祉の職場特性を考慮した修正は施されていない。

在宅介護の領域ではWPVの実態把握はさらに遅れており、平成20年度厚労省補助金を受けた三菱総合研究所による全国調査⁵²⁾では、事故報告の基準及び

⁵日本医療機能評価機構の病医院機能チェック項目に医療従事者が被るWPVに関する項目は含まれていないが、日本医師会が提供している「病院・医院のためのインシデント・アクシデントレポート書式（モデル）」⁴⁸⁾には、「接遇」の項目が設定されておりこの中に、①診察拒否、②診療中トラブル、③盗難・紛失、電話応対トラブル、④窓口応対トラブル、⑤患者間トラブル、⑥無断離院、⑦禁止品持ち込み、⑧暴言、⑨暴行、⑩自傷、⑪自殺・自殺未遂、⑫訪問者による乱暴、⑬院内器具設備の破壊、⑭その他の各小項目が含まれている。東京都は2000（平成12）年8月から全都立病院のインシデント・アクシデントレポートを集計公表している⁴⁹⁾が、2002（平成14）年の集計項目にはすでに上記日医版の「接遇」項目が含まれている。因みにこの集計によると、医師によるレポートで全事例のうち「接遇」に該当するものは、H19年集計1.6%、H20年集計2.2%であり、看護師によるレポートではH19年集計0.7%、H20年集計0.6%であったが具体的内容の記述はない。

様式を規定している自治体は、回答した31都道府県（回答率66%）のうち、いずれも77.4%であり、同様に回答した889市町村（回答率49.3%）のうち、それぞれ40.5%、54.7%であった。同研究では、介護事故情報収集分析について、医療事故情報の収集に準じた電子入力ツールを開発し、報告及びデータ解析を容易にしているが、介護従事者のWPV被害を報告項目に含ませてはいない。

多くの推定を挟むものの、以上の経緯を考慮すると、地域保健・医療・福祉領域におけるWPVの実態を把握し、予防・対応策を洗練させるためには、本領域の公的機関および各事業所において、患者、利用者の安全管理と勤務者の安全管理を統合させた職域共通のインシデント・アクシデントレポートシステムを用意し、恒常的にチェックできる態勢の整備が要請される。

地域保健・医療・福祉領域の従事する多くの人々が安心して働くことができる環境を作ることは、地域で在宅医療、介護を受ける多くの患者、障害者の安全確保と表裏一体である。地域保健・医療・福祉におけるWPVを抑止する方策を開発するために、過去にあった深刻なWPV被害体験⁴²⁾が再現されるのを契機として待つことはもはや許容されない。

G. まとめ

- 1) 日本には、労働者が職場で体験する暴言暴力被害（Workplace violence; WPV）に関する全国統計はない。
- 2) 地域保健・医療・福祉の分野で働く人々のWPVについての全国的調査も

実施されていないが、米国公報やILOのガイドラインを参照すると、非致命的なWPVは他の職種よりも高頻度に生じている。とくに介護職種のWPVの頻度が高い。わが国の限定的調査においても米国の状況を追認する報告がみられる。

- 3) 地域保健・医療・福祉の職場特性を病院等の施設と比較すると、前者では家庭訪問等を通じて、プロフィールの知られていない援助対象の生活の現場に立ち入らなければならないこと、援助対象者が必ずしも治療や支援を積極的に求めているとは限らないこと、施設外活動をバックアップしてくれる同僚や警備員がいない場所で働かなければならないことなどがWPVを被りやすくする可能性がある。
- 4) 地域保健・医療・福祉に就く各職種者のWPVに関する日本の文献を要約して示した。
- 5) 地域保健・医療・福祉におけるWPVの実態把握が不十分である理由として、2000年代に入る頃から浸透した「患者中心医療」概念のもとで、政策的、制度的に取り組みされた医療安全を重視する社会的ムーブメントが未だ病院等狭義の医療施設内に留まっていること、同様に医療施設では、制度化されたインシデント・アクシデントレポートの普及が医療従事者の被るWPVも医療安全環境を脅かすインシデントと理解される方向性が仄見える一方、地域保健・医療・福祉領域では未だに試行段階にあるこ

となどに基づいている可能性を指摘した。

- 6) 患者・クライアントの安全管理とスタッフの安全管理は表裏一体であることを強調した。

H. 引用文献

- 1) 三木明子他：看護婦における職場の暴力と抑うつとの関連，日本公衆衛生雑誌，44(10)：1003, 1997
- 2) 三木明子，原谷隆史：医療現場で看護師が経験する暴力の実態．産業衛生学雑誌 45：258, 2003.
- 3) Ito H, Eisen SV, Sedere LI, Yamada O, Tachimori H: Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatr Serv*, Feb: 52(2): 232-234, 2001
- 4) 佐々木美奈子，原谷隆史：病院で働く看護婦のハラスメント被害について．産業精神保健，10(1):29-39, 2002
- 5) Campbell JC: A celebration of nursing research on violence. *Canadian Journal of Nursing Research* 32(4): 3-10, 2001
- 6) 佐野信也，野村総一郎：燃えつき症候群とは何か．総合病院精神医学 12(2)：117-125, 2000
- 7) Manderino MA, Berkey N. verbal abuse of staff nurses by physicians. *Journal of Professional Nursing* 13(1): 48-55, 1997
- 8) Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal* 161: 1245-1248, 1999
- 9) Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA et al: Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 63:311-321, 2003
- 10) 社団法人日本看護協会：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 - . 2006
- 11) 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. 17-19, 2004, Baltimore, Maryland [http://www.cdc.gov/niosh/docs/2006-144/pdfs/2006-144.pdf 2012/4/4 accessed]
- 12) 井部俊子．厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業「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．平成 17 年度総括研究報告書．2006 [http://www.kango-net.jp/project/13/pt/h17_iryō.pdf 2012/4/27 accessed]
- 13) Kiyoko A. Susan J.: Bullying (ijime) among Japanese hospital nurses: modeling responses to the revised Negative Acts Questionnaire. *Nursing Research* 59(2):110-118, 2010
- 14) 鈴木啓子：医療者間の暴言や暴力被害の問題と対策．医療安全 No.26：86-90, 2010
- 15) 厚生労働省：[http://www.mhlw.go.jp/]

- 16) National Institute of Occupational Safety and Health (Workplace violence prevention strategies and research needs. NIOSH Publication No 2006-144, 2006).
[<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2006-144/>: 2012/5/5 accessed]
- 17) International labor organization; ILO: Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. 2003 [国際安全衛生センター訳「サービス業における職場暴力及びこの現象を克服する対策についての実施基準案」]
[http://www.jniosh.go.jp/icpro/jicosh-old/japanese/kikan/ilo/topics/other/Codeofpractice_violence.html 2012/5/6 accessed]
- 18) U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration; OSHA: Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. (OSHA 3148-01R, 2004)
[<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>: 2012/4/4 accessed]
- 19) U.S. Department of Justice: Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics
[<http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf>:2012/5/6 accessed]
- 20) 佐野信也：精神保健地域医療における援助者のストレス。ストレス科学 14(1)：18-27, 1999
- 21) 佐野信也：医療従事者のメンタルヘルスケア－医療者の「燃えつき」研究の動向と課題。日本サイコセラピー学会雑誌 10(1)：17-28, 2009
- 22) 宮本ふみ, 西山直美, 吉田久美子他：保健所における対応 保健所に来談した思春期・青年期のケースの特性と、医療機関につなげるまでの困難性について。最新精神医学 6(5)：431-440, 2001
- 23) Olds DL, Eckenrode, Henderson CR Jr, et al: Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect; fifteen-year follow up of randomised trial. JAMA, 278(8): 637-643, 1997
- 24) Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, et al: Effects of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing - a randomised controlled trial. JAMA, 278(8): 644-652, 1997
- 25) 東京都・特別区保健婦, 保健士会 保健婦(士)問題検討委員会：地区活動で保健師が遭遇する危機的状況と職場体制についての調査, 保健婦雑誌 58(3)：224-229, 2001
- 26) 社団法人日本看護協会：保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査。日本看護協会出版会, 2004
- 27) 鈴木啓子, 石村佳代子, 金城祥教他：医療現場において看護者が受ける職場暴力の問題と安全対策に関する研究。社会安全研究財団 平成 17 年度一般研究助成報告書, 2006

- 28) 安井はるみ：医療現場での暴力対策への取り組みと今後の課題. 労働の科学 63 (3) : 145-148, 2008
- 29) 瀬戸加奈子, 藤田茂, 飯田修平他：医療機関における院内暴力の実態と院内体制整備に関する研究. 日本医療マネジメント学会雑誌 11 (3) : 171-178, 2010
- 30) 菅原京子, 西山悦子, 桜井浩治他：医療者側のストレス その実態と対応 保健婦のストレス. ストレス科学 Vol.12 (No.3) : 98-102, 1997
- 31) 永田耕司, 門司和彦, 竹本泰一郎他：一般健康質問票 (GHQ) 調査からみた保健婦と看護婦のメンタルヘルス. 民族衛生 59 (4) : 186-195, 1993
- 32) 河原田まり子：ヒューマンサービスにおけるバーンアウト研究—メンタルヘルスケアシステムの予防医学的考察. 北海学園大学大学院経済学研究科研究年報 1:127-142, 2000
- 33) 片桐敦子, 斎藤功, 真島一郎他：医療従事者のストレスとその関連事項の比較. ストレス科学 14(1):39-43, 1999
- 34) Prosser D, Johnson S, Kuipers S, et al: Mental health, “burnout” and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. Br J Psychiatry 169: 334-337, 1996
- 35) 山下由紀子, 伊藤美花, 嶋崎淳子他：市町村保健師の二次性外傷性ストレスの観点から見たメンタルヘルス. ト라우マティック・ストレス 2(2) : 187-199, 2004
- 36) 田辺毅彦:第5章 社会福祉司のバーンアウト調査. 清水隆則, 田辺毅彦, 西尾祐吾編著「ソーシャルワーカーにおけるバーンアウト その実態と対応策」, 中央法規出版, 74-108, 2002
- 37) 高橋重宏, 澁谷昌史, 才村純, 他：児童福祉司の職務とストレスに関する研究. 日本子ども家庭総合研究所紀要 43 : 3-42, 2007
- 38) 望月宗一郎：地域包括支援センターの専門職にみられる職業性ストレスの実態. 山梨大学看護学会誌 9 (2) : 33-40, 2011
- 39) 長野県企画局：
[<http://www.pref.nagano.lg.jp/kikaku/danjo/danjo/chosa19.8.1.2.pdf#search=介護・看護労働者の実態・意識調査> 2012/5/5 accessed]
- 40) 松浦美紀, 木村久子, 高尾良子他：保健婦の相談・訪問活動における暴力被害の実態—新宿区の保健婦へのアンケート調査から. 東京都衛生局学会誌 105号 : 396-397, 2001
- 41) 松浦美紀：相談・訪問活動における暴力被害—保健師が受ける暴力被害の実態とその影響について—東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科人間科学専攻修士学位論文, 2003
- 42) 新宿区衛生部・新宿区保健所：相談業務における暴力被害防止ガイドライン, 2002
- 43) 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. 2003

- 44) 全国保健所長会「精神保健福祉研究班」:保健所精神保健福祉業務における危機介入手引, 2007
- 45) Freudenberger HJ: Staff burn-out. Journal of Social Issues 30(1): 159-165, 1974
- 46) Hochschild A: The management Heart; Commercialization of Human Feeding. University of California Press, Berkeley, 1983 [石川准, 室伏亜季訳「管理される心—感情が商品になるとき」, 世界思想社, 2000]
- 47) 厚生労働省 :
[<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/jiko/index.html>:2012/5/5 accessed]
- 48) 厚生労働省 :
[<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/torikumi/naiyou/hiyari/siryu/3.html>: 2012/5/5 accessed]
- 49) 日本医師会 :
[<http://www.med.or.jp/anzen/manual.html>: 2012/5/7accessed]
- 50) 東京都病院経営本部 :
[http://www.byouin.metro.tokyo.jp/hokoku/anzen/incident_accident_report.html: 2012/5/7accessed]
- 51) 平野かよ子他 : 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在り方に関する研究 平成 20-22 年度 総合研究報告書, 2010
- 52) 三菱総合研究所 : 高齢者介護施設における介護事故の実態及び対応策のあり方に関する調査研究事業 報告書. 平成 20 年度厚生労働省老人保健
- 事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分), 2009
- I. 研究発表
1. 論文発表 保健医療科学に投稿中
2. 学会発表 なし
- K. 知的財産権の取得状況
- なし

地域保健版インシデントレポートの開発

主任研究者 中板育美 国立保健医療科学院 上席主任研究官

研究要旨

保健師等地域保健に関わる従事者(以下、保健師等)に対する住民からの暴力に対し、種々の課題が指摘されているにもかかわらず、医療施設内での患者および家族からの暴力に対する対応の検討と比較すると、地域保健においてのそれはガイドラインもさることながらインシデントの報告システムはなお乏しいのが現状である。そこで保健師等が働く環境における「暴力被害」実態を明らかにし、対応策の組織的検討を促す目的も含め、インシデントレポート地域保健版の開発を行った。その結果、インシデントレポートの報告を通常業務に位置付けていくためには、暴力に対する定義づけや保健師等地域保健スタッフの暴力に対する認識/意識の向上にむけた取り組み、さらにインシデントレポートを提出する環境整備についてきめ細やかさが重要であることが示唆された。

研究協力者

佐野信也 防衛医科大学校 准教授
鳩野洋子 九州大学大学院 教授
平野かよ子 東北大学大学院 教授
米澤洋美 福井大学 講師
野村武司 獨協大学 教授
奥山智絵 元東大和市役所 保健師

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^{5,6)}などがあるが、保健師等の危機的な状況への遭遇の実態や回避のあり方についてはあまり検討されていないなど、地域住民からの不当クレームや暴言・暴力に対する安全確保体制・方策等にかかわる具体的な提案は少ないのが現状である。先行の厚生労働科学研究（H20-22,主任研究者,平野かよ子）^{7~10)}から改めて浮上した課題を整理した。

A. はじめに

看護職は日常生活援助を院内あるいは家庭に赴いて展開するため、暴力や性的嫌がらせなどを受ける可能性が高いことはすでに指摘されており、医療施設内での患者および家族からの暴力への対応については、国内外において医療安全の角度からの検討が数多くなされている^{1~4)}。一方、保健師等地域保健従事者(以下、保健師等)に対する安全確保方策の提言としては、これまでは東京都・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

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) 保健師等は、住民による暴力を症状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、報告率が低い可能性がある

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に関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、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. 研究課題

新たに浮上した課題/疑問に対し、本研究における研究課題は以下の通りである。

1) 議論の余地のない暴言・暴力はもちろんだが、判断に困惑する事例が組織的に表面化されていない/しないという現象は看過されるべきではなく、抜本的対策について考察を行うこと。

2) クレームを不当ととらえるか否かの段階、あるいは不当ととらえたクレームへの対応の段階で、個別的、チーム的、組織的な個別対象への対応技法の違いがある現実に対し、洗練が必須であることを、事例に即して論証すること

3) それらの結果を通して、暴力に対する現場スタッフ、管理スタッフの理解を深めるための精緻なスキーム（情報）の提示を行うこと

C. 目的

研究課題に取り組むに当たり、地域住民からの「暴力」に関わる被害についての実態（基礎資料）の提示を行うためのツールとなるインシデントレポート地域保健版とその収集システムを開発する。

（これにより可能な限りリアルタイムで被害情報を収集し、保健師等が住民から受けている暴力の実態やそれに対する対応の実際、困難や課題を分析する）

D. 用語の定義

1) 暴力（不当クレーム、暴言・暴力）

本研究で言う暴力（不当クレーム、暴言、暴力）とは、「理不尽なあるいは非常識なしつこい訴えや要求」、「類似の内容の頻回の電話」、「大声で怒鳴る」、「拳を振り上げるなどして威嚇する」、「名指しで攻撃するなどの暴言」、「殺すぞ・訴えるぞ・覚えてろよなどの脅迫的言動」、「身体的暴力」、「器物損壊行為」、「所内への居すわり」、「個人への付きまとい行為」、「性的なハラスメント」などのように広く捉えている。

2) インシデントレポート

本研究におけるインシデントレポートは、住民からの理不尽な行為にさらされている実態をまずは広くとらえて自覚する視点の啓発が目的の一つにあることから、インシデントとアクシデントの区別については行わずにすべてをインシデントレポートとした。

E. 方法

既存の医療安全にかかわるインシデントレポートの項目や精度を解釈し、参照したうえで、新たな地域保健版レポート（案）を作成する。開発の際には、保健医療行政等の体制整備の実用の促進につながるよう配慮すること、また、インターネットなどの手法を利用し、レポートの目的に応じて、定性的方法を情報収集できうる体制に配慮することとした。

方法は、グループダイナミクスを利用したディスカッションを繰り返し、インシデント項目のアイテムプールの作成を行い、そこから項目を取り出して（案）を作成、プレテストを実施して、項目を精練した。

F. 結果

1. 不当クレームおよび暴言暴力に対応

するインシデントレポート

医療安全の観点から多くの医療機関が、医療事故防止には取り組んでおり、医療機関においては、医療安全管理マニュアルに基づく医療事故インシデントレポートの提出は、今や常識となってきた。

「患者や家族からの暴言暴力」の組織的報告は、医療事故の一部としてなされているところは散見するが、個別に患者からの暴力被害をレポートで収集している機関はそう多くはない(表 1)。暴力被害インシデントレポートを医療事故と区別して用意している医療機関や保健機関^{11~12)}は、そうでない機関と比較すると、経験的に危機に遭遇しており、暴力の定義を提示、暴力発生時や対応、職員のメンタルヘルスや対応について詳細に問う項目を設定されている(表 1)。また、本研究で取り上げている「不当クレーム」に特化すると、暴力被害の一部に明確に定義づけているレポートは見当たらないが、クレームに対する職員側の適切な対応のありようについては、接遇として重視されており、研修の必要性や実施につなげている医療機関は多い。

2. 地域保健版の作成について

以下の点を配慮して作成した(資料 1)。

- ・報告すべきか否かに迷うようなケースの多様性を提示し、組織的共有を促すためには事例の詳細を収集する必要がある。
- ・暴力被害を受けた後の職員の支援についての体制整備が目的の一つであることを考慮すると、当事者に対する職場/組織の対応について当事者の立場からの要望も聴取する必要がある。
- ・クレームについては、クレーム対応力を高めることで住民(患者)との関係構築のチャンスという側面はある。しかし不当と判断せざるを得ない対応困難なクレームがヒアリングやワークショップで少なくはないことが推察されており、まずはそのようなクレームがもたらされる実態を把握し、それによるダメージの程度を知り、その最小化を図るための方策を検討する必要がある。従って、「不当」についても当事者の主観的判断を優先して聴取できる形にする。

(資料 1 参照：インシデントレポート地域保健版「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」)

表1 暴力被害に関するガイドラインの中のインシデントレポートの有無と項目(抜粋)

項目	A 県立病院	B 大学病院	C 都立病院	D 個人病院	E 保健機関 (区)	F 保健機関 都道府県
インシデントレポートの有無	有 医療事故 と区別	有 医療事故 と区別	有 医療事故 一環	有 医療事 故と区別	有 暴力被害に 特化	無 ガイドのみ
■報告者	○	○	○	○	○	
■被害当事者						
職種		○	○	○	○	
年齢		○		○	○年代	
勤務年数	○		○	○		
職位		○		○		
勤務形態	○			○		
■暴力行使をした者						
時間帯(曜日)	○	○	○	○	○	
場所・場面	○	○	○	○	○	
加害者の性別	○	○		○	○	
加害者の年齢	医療事故 の対象と して記載	○	医療事故 の対象と して記載	○	○	
疾患/障害				○		
暴力形態	○(定義を 例示)	○(暴言に ついて詳 細に定義)	○(医療事 故の一部 の接遇の 一つ)	○(医療事 故と区別 して提示)	○定義を例 示	
経過・頻度		○			○	
■被害状況						
物理的(人、物)	○	○		}	○	
精神的(心理的)	○	○			○	
被害の重症度		○		} 自 由 記 載	○	
■対応						
同席者の有無						○
組織判断/対応		○	○		○	
一斉放送の有無						
組織対応満足度		○				
警察連絡の有無						
■本事象の原因	○	○	○			

3. インシデントレポート収集(Web ページを活用)

本研究では、インシデントレポートの

報告を Web 活用で行うこととした。その際に以下の3点を配慮した。

- ①プライバシーへの配慮

- ・会員制 Web プログラムとする。すなわち、一般公開はされない形にした。
- ・インシデントレポート入力画面の最初の記入要領には、「個人特定はしないこと」「数的処理で行い関連学会等での報告には使用すること」「暴力防止体制づくりへの資料として活用すること」を明記し、画面にて同意を得た上で入力開始画面に移るよう設定した。
- ・入力されたインシデントレポートは、CSV にて管理者および研究班員のみが閲覧可能にした。
- ・レポート入力最終画面に、「入力内容は事後閲覧できませんので、入力終了後の画面で、「印刷」ボタンをクリックして印刷保存しておいてください」という注記を挿入した。

②インシデントレポートの記入しやすさ

- ・各都道府県/政令指定都市など自治体の担当部署および保健師等に研究主旨を説明したのち、各衛生部長あてに、研究計画書と依頼文書、調査票(インシデントレポート)を送付し、組織的理解を得た。
- ・被害にあった当事者のありのままの気持ちインシデントレポートに反映されるよう配慮し、管理者に対し、下記のように「入力におけるお願い」をした(資料 2)。

「なるべく不当クレーム、暴言・暴力の被害に遭った当事者に回答をしていただきたいと思います。その際、当事者の思いのままに、自由に回答いただける環境を整えてくださいますようご配慮いただければ幸いです。」

③アンケートの答えやすさ(質問項目)

なるべく正確な事例件数を出すためにも、どの程度までを「当事者」と設定するかなど言葉の定義に配慮した。当事者は、原則として、不当クレーム、暴言・

暴力被害を、最初に直接受けた方とした。

(複数のスタッフが同時に被害を受けた場合には、そのうちの 1 人が代表して記入してもらうよう指示した。) また、当事者の精神的なダメージが大きく記入できない場合などは、上司による記入を依頼した。なお、当事者以外の記入の場合には、「当事者の所属、職位等」欄と「記入者の所属、職位等」欄に記載を依頼して区別できるようにした。

4. Web ページを活用してのコンサルテーション事業について

コンサルテーション事業は、依頼された相談内容については、精神科医、弁護士、保健師が個人的に返信をおこない、その管理は個人のパスワードで行うこととした。相談しやすさとして、相談者が選択するメールアドレスは、個人用端末、携帯電話アドレスでも可能になるようにした。

以上について、Web 入力版マニュアルを作成した(資料 3)

G. 考察

1. 暴力の定義について

筆者らが行った全国規模の地域保健領域における住民からの暴力に関する実態把握^{7~10)}から、地域保健福祉従事者を困惑させ、活動に負の影響を及ぼしている背景には、理不尽なクレームがあり、対応に疲弊している様子が把握された。また、住民からの理不尽なクレームや暴力に対し、保健師等には自責感情が働き、自分の胸のうちに収めている傾向が強いことも知り覗うことができた。さらに本研究でのワークショップや事例分析を通して、不当クレームも含めて、職場復帰不能になるほどの心身ダメージを負わせるような重篤な事例が頻発しているわけではな

いが、心身に重い負担を負わせた事例の裾野には、より軽度の事例があることを知った。それらの多くは、本人にも組織にも日常的に看過されている可能性も共有した。これは、医療現場に限らず、明らかな事故 (accident) の背景には何十倍かの回避された有害事象 (occurrence, sentinel event) が存在するという Heinrich の法則¹³⁾が作動しているという考えと合致する。

本来であれば、保健師等にとってクレーム対応は、それぞれのものが職務に含まれることを否定するつもりはないが、理不尽なクレームにより、恐怖心を抱くことになり、その結果、住民対応に負の感情を抱くようになってしまうことは、公衆衛生活動の主体的かつ積極的活動には不利益と考えた。そこで、暴力被害を含めて不当クレームについてもその実態をまずはレビューし、詳細に分析することを

通じて、よりきめの細かい対応策を考案しようというのが本研究の目的の一環でもある。

「不当クレーム」という言葉にはすでに、「不当」と判断するプロセスが入り込んでおり、その基準についても議論を要すると考えるが、判断に迷う事例が看過されてしまう弊害を本研究では重視し、「不当クレーム」という言葉を含め、判断は当事者の主観に任せた^{14~16)}。今後は、それにより報告された事例を含めて、評価分析の中でクレームの「不当性」を再評価する必要もある (表 2)。

以上のことから、本研究の暴力の定義について、「暴言暴力」、「不当クレーム」ともに言葉のみの採用では、その暴力性について判断に迷うことも考慮し、正確に実態を把握するために、具体例を提示し、より軽度の被害も収集できるよう配慮した。

表 2 クレームの捉え方

	従来の認識	新たな観点での認識
クレームの発生	あつてはならないもの・汚点	常に起こり得る
クレームの原因	注意すれば防止可能	誰でも対象になる可能性あり
調査範囲と対象	個人的・局地的・限定的	組織的・業務全体
調査目的	原因特定・原因究明 責任所在の明確化	再発防止
クレーム収集	クレーム発生現場	クレーム発生現場 対応窓口 (院内/所内全体)
クレーム事例の管理	各自で処理・保存・管理	体系化し保存 組織共有・公表・改善策提示
クレーム活用手段	殆どなし	業務改善・対応スキル改善

引用) 医業経営情報レポート：患者満足度向上に有用なクレーム対応のポイント (中板加筆)

2. インシデントレポート地域保健版作成と Web 活用について

インシデントレポートは、日本看護協会が行った保健医療分野におけ

る職場の暴力に関する実態調査³⁾をベースに種々の文献や全国の医療安全委員会での経験 (報告等)^{12,17~20)}を踏まえ作成した。暴言、暴力、不

当クレーム事例を全て「インシデント」に含め、内容的には、当事者の背景、加害者の背景、暴力被害重度基準レベル（5段階）、対応の詳細、組織的対応の有無、事象の原因の分析などで構成されている。インシデントレポート提出には、個人あるいは単一部署のみの課題ではなく、組織の問題として扱われるために必要な事例の共有や透明性の確保、組織的支援、組織対応としての改善などの意義があることから、日々、多忙な業務の中でも短時間で、しかも上司の検閲なしに報告ができる入力方法としてWeb入力を設定した。

3. 暴力によるコミュニケーションに対する新たな認識の促進とインシデントレポート

先行調査^{3,7~10,21)}により、患者及び住民からの暴言・暴力について「仕方がないと思った」あるいは「病態的に仕方がないから」「障がいの一部であるのに適切に対応しなかったせい」など、特に疾患/障がいによる暴力について自責感情を抱く場合が多いことがわかっている²¹⁾。

故意の脅しや威圧、自己の利益を得るためのものなど、暴力行為が明らかに作為的であれば、警察通報や法的な対応なども取りやすく、援助職が受ける精神的負担も軽減されるだろうが、判断能力の低下や不穏状態、幻覚がある場合などのように、作為的に暴力行動を行っているものではない場合は、我慢も含めて症状のケアとしての看護の役割/機能だと考えてしまう。それにより保健師等の援助職は、暴力被害の行き場のないやるせなさに打ちのめされそうにな

る。もちろん、ケアの工夫や対応技術の向上などでの改善は期待されるものも多いだろうが、まずは、作為的か否かに関わらず、暴力行為を通じたコミュニケーションのあり方に「NO」を言う姿勢を個人的にも、チーム的にも、組織的にも醸成していく必要がある、そのための教育/普及啓発は重要な取り組みの一方策といえる。その一環としてのレポートの組織的用意は教育的意義があると考える。また、保健師等援助職も、自らの技量や記憶力に万能感を抱くことなく、注意力や記憶力も持続あるいは永続的ではないという前提²²⁾を認識し、インシデント事例が、各々が外部環境の影響を受けたり、心理学的環境の影響を受けることも知識として持ち合わせる必要がある。そのためにも、一つ一つの事例が重要視される環境整備が必要であり、レポート提出は、分析・評価とともに対策を考えるという意味で、私たち援助職の責務と考えることもできる。

4. インシデントレポートを提出する環境整備について

既述したように、保健師等の保健医療福祉職を対象としたインシデントレポートの報告は、仕組み化されていないのが現状である。たとえインシデントレポートの報告システムがあっても、前述のように、援助職の責務としての意識醸成も乏しければ、インシデントレポートが主体的かつ積極的に提出されるかについては、課題が残る^{23,24)}。レポート提出の動機づけと組織内の安全管理体制や安全風土とは、必ずしも関連せず、むしろ組織の中でインシデントレポートの報告が簡便で

あることや非懲罰性が影響していると言われている²³⁾。確かに、同僚や上司から「ほかに方法はなかったの」「どうして避けられなかったのか」などの質問に、二次的な被害を受けたという保健師の声もある⁵⁾。Griffin らの調査結果でもインシデントレポートの報告の動機づけは知識を介して行動につながるとされている²⁵⁾。

地域保健版インシデントレポートの定着には、我々の職務特性から潜在的に暴力傾向が予測される対象との接触が多いことを改めて認識するとともに、それに伴いインシデントレポートを報告する意義や効果が理解されるための啓蒙活動がまずは必要であろう。同時に、レポートそのものを簡便化することや「被害にあった保健師等の未熟性を暗に指摘する」「住民の攻撃性について相談しづらい職場の雰囲気」「起きた被害を隠す」といった組織内での暴力被害者に対する意識的・無意識的懲罰性を払しょくしていくことが求められる。

H. 結語

インシデントレポートの分析を通して、地域保健版地域保健従事者が住民から受ける多様な不当クレームや暴言・暴力の実態を通じて暴力に対する認識を深めるための方策および、個別的、チーム的、組織的な個別対象への対応技法を導き、暴力に対する現場スタッフ、管理スタッフの理解を深めるための精緻なスキーム（情報）の提示を行っていく。

I. 引用文献

- 1)国際看護師協会：職場における暴力対策ガイドライン。1999
- 2)U.S. Department of Labor, Occupational Safety and

Health Administration:
Guidelines for Preventing
Workplace Violence for Health
Care & Social Service Workers.
2004

- 3)社団法人日本看護協会：保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査。日本看護協会出版会、2004
- 4)佐々木美奈子，原谷隆史：病院で働く看護婦のハラスメント被害について。産業精神保健，10(1):29-39, 2002
- 5)地区活動で保健師が遭遇する危機的状況と職場体制についての調査。東京都・特別区保健婦会保健婦問題検討委員会。保健婦雑誌。58(3)。224-229。2002
- 6)小坂みち代，他。精神保健福祉活動と保健師活動。平成17年度地域保健総合推進事業報告書。2005.3
- 7)平野かよ子，鳩野洋子，中板育美，末永カツ子，妹尾栄一，反町吉秀。地域保健従事者が住民から受ける暴力の実態（1）保健所。第68回日本公衆衛生学会抄録集。p 600。2009
- 8)鳩野洋子，内野由佳里，平野かよ子，中板育美，末永カツ子，妹尾栄一，反町吉秀，川関和俊。地域保健従事者が住民から受ける暴力の実態（3）精神保健福祉センター。第68回日本公衆衛生学会抄録集。p600。2009
- 9)中板育美，平野かよ子，鳩野洋子，内野由佳里，末永カツ子，妹尾栄一，反町吉秀，地域保健従事者が住民から受ける暴力の実態（2）児童相談所第。68回日本公衆衛生学会抄録集。p600。2009

- 10) Hirano Kayoko,
SuenagaKastuko, Nakaita Ikumi,
Hatono youko, Sorimachi
Yoshihide, Workplace Violence
from Citizens(1):Public Health
Center, 41st APACPH Conference
108 頁. 2009
- 11)松浦美紀, 木村久子, 高尾良子
他: 保健婦の相談・訪問活動にお
ける暴力被害の実態—新宿区の保
健婦へのアンケート調査から. 東
京都衛生局学会誌 105 号:396-397,
2001
- 12)新宿区衛生部・新宿区保健所: 相
談業務における暴力被害防止ガイ
ドライン, 2002, 2012
- 13)五十嵐寛. リスクマネージメント
とは. 精神看護エクスペール1 リ
スクマネージメント (第2版). 中
山書店. 東京. pp2-14. 2009
- 14)谷山悌三. 悪質クレマー. スト
ップ病医院の暴言・暴力対策ハン
ドブック. 相澤好春監修. メジカ
ルビュー社. 東京. pp163-167.
2008
- 15)荒井俊行. 法律家の立場から 医
療現場における患者による暴力.
看護 60 : 50-53. 2008
- 16)山田佐登美. 患者等からの暴力に
どう対処していくか. 医療安全
20 : 84-88. 2009
- 17)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.
2003
- 18)全国保健所長会「精神保健福祉研
究班」: 保健所精神保健福祉業務に
おける危機介入手引, 2007
- 19)日本医師会:
<http://www.med.or.jp/anzen/manual>
.html (2012/4/28accessed)
- 20)東京都病院経営本部:
http://www.byouin.metro.tokyo.jp/hokoku/anzen/incident_accident_report.html: (2012/4/28accessed)
- 21)栗田かほる. 看護の場における
暴力—大学病院における実態調
査から—看護管理 .6 (10).
P.805-810. 2006
- 22)医療安全推進者ネットワーク. 日
本医師会.
<http://www.medsafe.net/medsafe.html> (2012/4/28accessed)
- 23)山岸まなほ, 宮腰由紀子, 小林敏
生: 病院職員の安全風土とインシ
デントレポートの提出に影響する
要因. 日本職業・災害医学会会誌
JJOMT 55 (4) .194-200
- 24)高橋弘枝. 山川正信. 病院職員が
患者及び家族から受ける暴力被害
防止に関する研究. 大阪教育大学
- 25)Griffin MA, Neal A : Perception
of safety at work : aframework
for linking safety climate to
safety performance,knowledge
and motivation. J Occup Health
Psychol. 5. 347-358, 2000.
- J. 研究発表
1. 論文発表 なし
 2. 学会発表 なし
- K. 知的財産権の取得状況
なし

保健従事者に対する住民からの暴力の実態と対応

分担研究者 鳩野 洋子 九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授

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，困難と感じている事項について把握することを目的とした。

方法は，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である。グループから得られた意見に関して，意味内容を損なわないよう配慮して整理した。

受けている暴力には様々な種類があり，身体的暴力の中には，生命の危険性が高い暴力があった。そのほか電話や対面での言葉による暴力をはじめ，ブログに情報を流すといったものもあった。対応としては，人的，物理な対応の工夫のほか，組織内での情報の共有や，組織内外との役割分担が行われていた。課題として，暴力の捉え方の問題や認識の薄さとともに，対応方法がわからないことや，暴力を受けた場合でも組織内でその辛さを共有できない状況があること，また，スーパービジョンや警察等との連携といった問題が挙げられた。

新しい形の暴力や市町村における暴力への対応への支援への検討を加えつつ，地域保健従事者に対して暴力への認識を高める啓発を積極的に行う必要性が考えられた。

研究協力者

中板 育美 （国立保健医療科学院
主任研究官）

佐野 信也 （防衛医科大学准教授）

野村 武司 （獨協大学 教授）

そこで保健従事者がこれらの状況を認識したうえで自らの状況を振り返ることを通じて，保健従事者が住民から受ける暴力の実態とその対応や課題を検討することを目的とした。

A. 目的

住民からの暴力に対して，保健従事者は暴力を受けてもそれを暴力としては認識せず，自分自身の対応スキルの問題としてとらえる状況があることが先行研究から明らかになっている¹⁾。しかしこの認識は広く共有されているとは言い難い状況にあることが考えられる。

B. 方法

1) 対象 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せんか。住民からの暴力」に参加した33名

2) 方法 自由集会に参加した対象に対して，①先行研究での暴力に関する実態調査結果 ②精神科医からの暴力のメカニズムと必要な対応，についての報告を行った上で，参加者に5グループに分かれてもらい，①暴力の実態