

サービス利用者による訪問看護師への暴力と訪問看護ステーションの地域連携との関連

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公益社団法人 日本看護科学学会 公開日: 2019-05-23 キーワード (Ja): 身体的暴力, 言葉の暴力, セクシャルハラスメント, 訪問看護師, 地域連携 キーワード (En): physical violence, verbal aggression, sexual harassment, home-visiting nurse, community cooperation 作成者: 武, ユカリ メールアドレス: 所属: 大阪市立大学
URL	https://doi.org/10.24544/ocu.20190523-001

サービス利用者による訪問看護師への暴力と 訪問看護ステーションの地域連携との関連

武 ユカリ

Date of granted	2019-03-25
Type	Thesis or Dissertation
Right	© 日本看護科学学会.
JaLC DOI	info:doi/10.24544/ocu.20190523-001
URI	http://dlistv03.media.osaka-cu.ac.jp/il/meta_pub/G0000438repository_111TDA3819
is Version of	武 ユカリ. サービス利用者による訪問看護師への暴力と訪問看護ステーションの地域連携との関連. 日本看護科学会誌. 2018, Vol.38, p.346-355, DOI:105630/jans.38.346

原 著

サービス利用者による訪問看護師への暴力と 訪問看護ステーションの地域連携との関連

Relationship between Violence to Visiting Nurses by Service Users and Community
Cooperation of Visiting Nursing Station

武ユカリ^{1),*}

Yukari Take

キーワード：身体的暴力、言葉の暴力、セクシャルハラスメント、訪問看護師、地域連携

Key words : physical violence, verbal aggression, sexual harassment, home-visiting nurse, community cooperation

Abstract

Purpose: The association between the presence or absence of clients who are known to use violence against visiting nurses (VN) by the administrator of the visiting nursing station (VNST) and community cooperation is investigated.

Method: Anonymous self-administered questionnaire mail survey for VNST administrators. Survey questions included the personal attributes of VNST administrators, affiliation, the number of clients acting violently against VN, and the Identifiable Relation Rating Scale score in home care providers (community cooperation). Logistic regression analysis was performed using community cooperation as the independent variable and the presence of abusive clients as the dependent variable.

Result: A total of 805 responses were collected (response rate 27.3%). The numbers of ST having abusive clients were 240 for physical violence (29.8%), 296 for verbal abuse (36.8%), and 251 for sexual harassment (31.2%). Each type of violence was associated with personal attributes and affiliation. The percentage of verbally abusive or sexually harassing clients was higher in the ST group which scored low in community cooperation compared with other groups with a high cooperation score.

Conclusion: It was suggested that the lowness of community cooperation of VNST were related to the verbal aggression and occurrence of sexual harassment.

要 旨

目的：訪問看護ステーション（以下、訪看 ST）で、管理者が把握する訪問看護師（以下、訪問 Ns）に暴力行為のある利用者の有無と、地域連携の関連を検討する。

方法：訪看 ST 管理者を対象とした無記名自記式質問紙郵送調査。調査項目は訪看 ST 管理者個人属性、所属先状況、訪問 Ns に暴力行為のある利用者数、在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度（以下、地域連携）で、地域連携を独立変数、暴力の有無を従属変数とし、ロジスティック回帰分析をした。

受付日：2018 年 6 月 4 日 受理日：2018 年 12 月 7 日

1) 関西医科大学看護学部・看護学研究科 Kansai Medical University Faculty of Nursing・Graduate School of Nursing

* E-mail: takeyuk@hirakata.kmu.ac.jp

結果：回収 805 名（回収率 27.3%）。各暴力行為の利用者ありとした訪看 ST 数は、身体的暴力 240 件（29.8%）、言葉の暴力 296 件（36.8%）、セクシャルハラスメント（以下、セクハラ）251 件（31.2%）。個人属性、所属先状況と各暴力に関連が示され、地域連携の低得点群は高得点群より言葉の暴力、セクハラのある利用者割合が多かった。

結論：本結果より訪看 ST の地域連携の低さと言葉の暴力、セクハラが発生が関連していることが示唆された。

I. 緒 言

医療従事者は、病院や施設で患者や家族から身体的暴力、言葉の暴力、セクハラ等（以下、3 つを総称して暴力）を受けており、加害者が患者であることが多く、看護師は被害を受けやすい職種であることがわかっている（Pompeii et al., 2015；Wei et al., 2016）。国際機関では暴力防止ガイドラインが作成されている（国際看護師協会, 2006；日本看護協会, 2007）。日本国内の調査でも、病院看護師のおよそ 5 割（Fujita et al., 2012）、保健師のおよそ 8 割が暴力被害をうけた報告があり（平野, 2014a）、保健医療福祉施設における看護師のための暴力対策指針（日本看護協会, 2007）や、地域保健従事者のための暴力防止マニュアル（平野ら, 2014b）が作成されている。病院や地域保健分野では、暴力の実態調査が行われ、具体的な対策も徐々に行われている状況にある。

一方で、訪問 Ns のおよそ 3 割が暴力を体験しており、ほとんどの当事者は利用者である（石野ら, 2005）、訪問 Ns のおよそ 5 割がハラスメントを受け、言葉によるものが最も多かった（開田, 2015）、訪問 Ns のおよそ 3 割が暴力を体験していた（武・畑, 2008）との報告がある。また、精神科訪問看護に限定した調査（松岡ら, 2015）や、認知症高齢者の事例報告（野口, 2015）などもあり、暴力を受けたことのある訪問 Ns 数や、暴力の種類、利用者の疾患に関連した実態は明らかにされつつある。訪問 Ns の多くは女性で、利用者宅に単独で出向き利用者にケアを提供する。利用者宅は生活の場であるため、密室性が高く、暴力が発生した場合でも、訪問 Ns は単独で対応しなければならない状況にある。医療保険制度の中には、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為が認められる者には、複数名で訪問ができる複数名訪問看護加算がある（全国訪問看護事業協会, 2016a）。しかし、利用者またはその家族の同意を得ることが必要で、暴力行為や迷惑行為を理由に、複数名で訪問看護を行うことはかなり難しいといえる。実際に利用者の暴力行為に、訪看 Ns 個人での対応には限界があり、組織で適切な手立てを

考える必要がある。

保健医療福祉施設における看護師のための暴力対策指針（日本看護協会, 2004）には、看護管理者の責務として、暴力の予防と対策について明確な方針と方法を持ち「暴力は許さない」と意思表示すること、職場の安全への配慮、セクハラ防止、他部門との協働、看護師への支援に取り組む必要があると明記されている。訪看 ST においては、管理者が職員の安全を保障する責務を負っているため、管理者が地域の多職種と連携して情報収集し、訪問先の利用者による暴力のリスクを把握したうえで、防止や発生時の対応策を検討することが求められる。訪看 ST で利用者の暴力防止を検討するには、訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者があるか、管理者が把握することが重要である。

訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者は、訪問 Ns が援助困難だと認識するケースに含まれている（武ら, 2006）。このような利用者は、地域のケアマネジャーや他の居宅サービス提供者も同様に支援困難とらえており（吉江, 2010）、その地域でケアに関わる人たちの連携が必要である（林ら, 2010）。一方、困難事例は、地域包括ケアシステムの中で話し合う体制づくりが進められ（竹端ら, 2015）、地域ケア会議でケアチームが意見を出し合って対応策を検討している（厚生労働省老健局, 2014）。訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者の事例で地域協力体制を組み、関連機関と連携することで対応できた（星・北田, 2013）、言葉の暴力のある認知症高齢者に、多職種で協力して対応した（野口, 2015）という報告もあり、訪問看護では地域連携が良好な方が、訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者の情報を得られやすく、暴力対策をしやすと考えられる。しかし、地域連携と訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者との関連はまだ検討されていない。

そこで本研究の目的は、訪看 ST 管理者が把握する訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者の有無を調査し、地域連携と関連について検討する。

Ⅱ. 研究方法

1. 用語の操作的定義

本研究で使用する用語の暴力、身体的暴力、言葉の暴力、セクシャルハラスメントの4つについて、『保健医療福祉施設における暴力対策指針』（日本看護協会、2007）をもとに以下のように定義する。暴力とは、身体的暴力、言葉の暴力、セクシャルハラスメントの総称とする。身体的暴力とは、叩く、殴る、蹴る、かみつ়く、引っ搔く、つまむといった身体的な接触を伴う行為という。武器として使用した身体的接触をとまう行為で、未遂も含む。言葉の暴力とは、個人の尊厳や価値を言葉によって傷つけたり、おとしめたり、敬意の欠如を示す行為をいう。セクシャルハラスメントとは、意に沿わない性的誘いや好意的態度の要求など性的な嫌がらせ行為をいう。

2. 対象者と調査方法

本研究の対象者は訪看 ST の管理者である。まず、平成 28 年度訪看 ST の全国稼働数 9,070 か所（全国訪問看護事業協会、2016b）を 100% として、42 都道府県別に稼働数を百分率で算出した。次に、「介護事業所・生活関連情報検索」（厚生労働省、2016）を利用して都道府県別稼働数に応じた割合になるよう調整し、合計 3,000 か所を無作為抽出した。調査方法は郵送による無記名自記式質問紙調査である。調査期間は 2016 年 8～10 月であった。調査対象者 3,000 名のうち、宛先不明の返送 43 名、未回収者 3 名で調査対象者は 2,954 名となった。

3. 調査内容

1) 管理者の個人属性と所属先の状況

管理者の個人属性としては、性別、年齢、訪問看護経験年数、管理者経験年数を把握した。その他に、地域での多職種との会議への出席状況として、管理者自身が過去 1 年間のサービス担当者会議、多職種連携会議へ出席したか、また、それぞれの会議で利用者や家族による暴力について話し合ったことがあるかを把握した。所属先（訪看 ST）の状況としては、設置主体、開設経過年数、看護職員数（全国訪問看護事業協会ら、2013）、看護職員の平均年齢、最近 1 か月間の利用者数、利用者の特性（高齢者、難病、精神など）、認知症や精神疾患の割合、24 時間対応体制、所在地域、訪問先までの交通手段を把握した。

2) 管理者が把握していた訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者の数

暴力について、管理者の解釈が異なることがあると考えられるため、用語の操作的定義内容と例を示した。その例示内容は、身体的暴力は「手をつねられる、杖を振りまわす」、言葉の暴力は「傷つけたり、けなしたりすること、電話で怒鳴る」、セクハラは「不快に感じる性的な意味合いの言葉をいう、無意味な、あるいは過剰な身体的接触をしてくる。」などである。その上で、管理者を務める訪看 ST 内において、管理者が把握していた過去 1 か月間で訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者の人数の記載を求めた。

3) 地域連携

地域連携については、在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度（福井、2014）（以下、地域連携）を使用した。本尺度は合計 21 項目で 7 つの下位尺度（他施設の関係者とのやりとり、他職種の役割がわかる、関係者の名前と顔・考え方がわかる、多職種で会ったり話し合う機会がある、相談できるネットワークがある、リソースが具体的にわかる、病院と地域連携がよい）、各 3 項目と、合計で構成されている。内部一貫性は下位尺度ごとおよび全体ともに Cronbach の α 係数が 0.92 以上で、基準関連妥当性および併存的妥当性についても検証されている。「1 そう思わない～5 そう思う」の 5 段階で、合計点数が高いほど、地域連携の程度が高いと判定される。尺度開発者には使用の承諾を得た。

4) 分析方法

まず、訪問 Ns に対する利用者の①身体的暴力、②言葉の暴力、③セクハラについて、過去 1 か月間にそれぞれ該当する利用者が 1 名以上いたとした回答者を、「あり群」、該当する利用者は全くいなかったとした回答者を「なし群」に分類した。次に全体における単純集計の後、 χ^2 検定を用いて、管理者の基本属性と各暴力間の関連を検討した。さらに地域連携は各下位尺度の合計得点と全項目の合計得点の中央値をカットオフ値として分類し、高得点群を 1、低得点群を 0 とした。地域連携における 7 つの下位尺度は、それぞれ具体的な地域連携の在り方を示している。そのため各下位尺度を独立変数、各暴力を従属変数とするロジスティック回帰分析を実施した。次に管理者の個人属性・所属先の状況と各暴力で有意な関連がみられた変数を調整

変数とした多変量ロジスティック回帰解析を行い、オッズ比（以下、OR）および 95%信頼区間（以下、95%CI）を比較した。統計解析には SPSS ver25 を使用し、有意水準は 5%未満とした。

5) 倫理的配慮

管理者には、調査の趣旨や目的を明記した文書を郵送し、質問紙の返送をもって協力に同意を得たものとした。本研究は、大阪市立大学大学院看護学研究科倫理審査委員会で承認された。（受付番号 28-1-1）

Ⅲ. 結 果

1. 管理者の個人属性と所属先の状況

質問紙の回収数は 805 名（回収率 27.3%）であった。対象の基本属性を表 1 に示す。管理者の個人属性として、管理者の性別は女性が 754 名（93.7%）、年齢は 40～59 歳が 627 名（77.9%）であり、訪問看護経験年数は 10 年以上が 358 名（44.5%）、管理者経験年数は 3 年未満が 320 名（39.8%）であった。所属先の状況としては、訪看 ST 開設年数は 10 年以上が 430 名（53.4%）、看護職員の年齢は 40 歳代が 534 名（66.3%）、1 か月間の利用者数は 50 人未満が（43.0%）、認知症高齢者の訪問割合は「いない」が 5 名（0.6%）で、「1～3 割」が 390 名（48.4%）であった。精神科訪問看護の割合は「いない」が 428 名（53.2%）、「24 時間対応体制である」は 697 名（86.6%）であった。

地域での多職種との会議への出席状況としては、「過去 1 年でサービス担当者会議に出席した」が 793 名（98.5%）であり、そのうち「暴力の話し合い経験あり」が 117 名（22.0%）、「暴力の話し合い経験なし」が 612 名（76.0%）、無回答が 4 名（0.5%）であった。過去 1 年で多職種連携会議に出席した」が 581 名（72.2%）で、そのうち「暴力の話し合い経験あり」が 113 名（14.0%）、「暴力の話し合い経験なし」が 467 名（58.0%）、無回答が 3 名（0.4%）であった。

2. 管理者の地域連携

管理者の地域連携の得点は、I～VII の各項目が平均 9.34～12.4 点（min3-max5, SD2.45～2.9）で、合計得点が 78.4 点（min21-max105, SD14.1）であった（表 1 参照）。

表 1 管理者の個人属性・所属先の状況と地域連携

n = 805

対象者の個人属性		<i>n</i>	(%)
性別	女性	754	(93.7)
	30 歳代以下	89	(11.1)
	40～50 歳代	627	(77.9)
年齢	60 歳代以上	87	(10.8)
	3 年未満	158	(19.6)
訪問看護経験年数	3 年以上 10 年未満	284	(35.3)
	10 年以上	358	(44.5)
管理者経験年数	3 年未満	320	(39.8)
	3 年以上 10 年未満	292	(36.3)
	10 年以上	162	(20.1)
サービス担当者会議	出席した	793	(98.5)
多職種連携会議	出席した	581	(72.2)
所属先の状況			
訪看 ST 開設年数	3 年未満	164	(20.4)
	3 年以上 10 年未満	203	(25.2)
	10 年以上	430	(53.4)
看護職員数	3 人以下	120	(14.9)
	4～5 人	283	(35.2)
	6～9 人	274	(34.0)
	10 人以上	122	(15.2)
看護職員平均年齢	30 歳代	93	(11.6)
	40 歳代	534	(66.3)
	50 歳代以上	169	(21.0)
1 か月の利用者数	50 人未満	346	(43.0)
	50 人以上 100 人未満	276	(34.3)
	100 人以上	158	(19.6)
認知症高齢者の訪問割合	いない	5	(0.6)
	1～3 割	390	(48.4)
	4～7 割	242	(30.1)
	8 割以上	38	(4.7)
精神科訪問看護の割合	いない	428	(53.2)
	1～3 割	305	(37.9)
	4～7 割	15	(1.9)
	8 割以上	35	(4.3)
24 時間対応体制	あり	697	(86.6)
	なし	107	(13.3)
地域連携		Mean	SD
I	他の施設の関係者と気軽にやり取りできる	12.4	2.5
II	地域の他の職種の役割がわかる	10.4	2.5
III	地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	9.3	2.8
IV	地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	10.7	3.0
V	地域の相談できるネットワークがある	11.4	2.9
VI	地域のリソースが具体的にわかる	11.8	2.5
VII	退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい	12.4	2.5
合計（I～VIIの合計）		78.4	14.1

(%) は欠損値を含め対象者数を 100%とした割合を示す。

Mean は平均値、SD は標準偏差

3. 訪問 Ns に対する暴力行為のある利用者がいる訪看 ST の数

管理者が把握していた範囲での訪問 Ns に対する暴力

表2 訪問Nsに対する暴力行為のある利用者の有無についての訪看ST件数

n = 805

	あり群 (%)	なし群 (%)
身体的暴力	240 (29.8)	561 (69.7)
言葉の暴力	296 (36.8)	503 (62.5)
セクハラ	251 (31.2)	546 (67.8)

「あり群」は過去1か月間に該当する利用者数が1人以上いると回答した群、「なし群」は過去1か月間に該当する利用者は全くいないと回答した群である。

(%)は欠損値を含め対象者数を100%とした割合を示す。

行為のある利用者がいる訪看STの数は表2に示す。身体的暴力「あり群」が240名(29.8%)、言葉の暴力「あり群」が296名(36.8%)、セクハラ「あり群」が251名(31.2%)であった。

4. 管理者の個人属性・所属先の状況と訪問Nsに対する暴力行為のある利用者の有無との関連

管理者の個人属性・所属先の状況と訪問Nsに対する暴力行為のある利用者の有無との関連を表3に示す。身体的暴力の「あり群」と「なし群」の間に、サービス担当者会議で暴力の話し合い経験($p < .001$)、看護職員数($p = .007$)、24時間対応体制($p = .016$)、認知症高齢者の訪問割合($p = .029$)、で関連が示された。言葉の暴力の「あり群」と「なし群」の間に、管理者経験年数($p = .033$)、サービス担当者会議で暴力の話し合い経験($p < .001$)、看護職員数($p < .001$)、1か月の利用者数($p = .011$)、認知症高齢者の訪問割合($p = .018$)、精神科訪問看護の割合($p < .001$)で関連が示された。セクハラ「あり群」と「なし群」の間に、管理者の年齢($p = .023$)、サービス担当者会議での暴力の話し合い経験($p = .001$)、1か月の利用者数($p = .022$)で関連が示された。

5. 訪看STの地域連携と訪問Nsに対する身体的暴力行為のある利用者の有無との関連

訪看STの地域連携と訪問Nsに対する身体的暴力のある利用者の有無との関連について表4に示す。サービス担当者会議での暴力の話し合い経験、看護職員数、認知症高齢者の訪問割合、24時間対応を調整した、多変量ロジスティック回帰分析では、有意差はみられなかった。

6. 訪看STの地域連携と訪問Nsに対する言葉の暴力のある利用者の有無との関連

訪看STの地域連携と訪問Nsに対する言葉の暴力の

ある利用者の有無との関連について表5に示す。管理者経験年数、サービス担当者会議での暴力の話し合い経験、看護職員数、1か月利用者数、認知症高齢者の訪問割合、精神科訪問看護の割合を調整した、多変量ロジスティック回帰分析を行った。訪問Nsに対する言葉の暴力のある利用者「あり群」は、地域連携の下位尺度のうち、次の2つの項目と合計得点で低得点群の方が高得点群よりも、OR(オッズ比)が高かった。II「他の職種の役割がわかる」はORが1.492(95%CI: 1.034~2.153, $p = .019$)、V「地域の相談できるネットワークがある」はORが1.442(95%CI: 1.010~2.058, $p = .033$)、地域連携の合計得点はORが1.574(95%CI: 1.097~2.257, $p = .012$)と、有意に高かった。つまり、「地域の他の職種の役割がわかる」で低得点群は高得点群のおよそ1.49倍、「地域の相談できるネットワークがある」で低得点群は高得点群よりもおよそ1.44倍、地域連携の「合計」が低得点群は高得点群よりもおよそ1.57倍、訪問Nsに対する言葉の暴力のある利用者がいる割合が多かった。

7. 訪看STの地域連携と訪問Nsに対するセクハラのある利用者の有無との関連

訪看STの地域連携と訪問Nsに対するセクハラのある利用者の有無との関連について表6に示す。管理者年齢、サービス担当者会議での暴力の話し合い経験、1か月の利用者数を共変量とし、多変量ロジスティック回帰分析を行った。訪問Nsに対するセクハラのある利用者の有無については、地域連携の下位尺度のうち、I「他の施設の関係者とやりとりができる」高得点群よりも低得点群の方が、OR1.747(95%CI: 1.254~2.434, $p = .001$)と、有意に高かった。つまり、「他の施設の関係者とやりとりができる」で低得点群の方が高得点群よりもおよそ1.75倍、セクハラのある利用者がいる割合が多かった。

IV. 考 察

本研究では、管理者が把握していた訪問Nsに対する暴力行為のある利用者がいる全国の訪問STの割合と、管理者の地域連携との関係が明らかになった。まず、本研究では全国の訪看STの管理者に対する調査から、訪問Nsに対する利用者の身体的暴力が240件(29.8%)、言葉の暴力が296件(36.8%)、セクハラが251件(31.2%)にあったことが明らかになった。全国

表 3 管理者の個人属性・所属先の状況と訪問Nsに対する暴力行為のある利用者の有無との関連

n = 805

管理者の個人属性		身体的暴力				言葉の暴力				セクハラ			
		なし群	(%)	あり群	(%)	なし群	(%)	あり群	(%)	なし群	(%)	あり群	(%)
性別	女性	522	(93.9)	228	(95.0)	475	(95.2)	274	(92.9)	512	(94.3)	235	(94.4)
	男性	34	(6.1)	12	(5.0)	24	(4.8)	21	(7.1)	31	(5.7)	14	(5.6)
年齢	39 歳以下	62	(11.1)	27	(11.2)	47	(9.4)	42	(14.3)	50	(9.2)	39	(15.5) *
	40～59 歳	437	(78.2)	189	(78.8)	400	(79.7)	224	(75.9)	435	(80.0)	189	(75.3)
	60 歳以上	60	(10.7)	24	(10.0)	55	(11.9)	29	(9.8)	59	(10.8)	23	(9.2)
訪問看護経験年数	3 年未満	112	(20.1)	46	(19.2)	106	(21.1)	52	(17.6)	110	(20.3)	48	(19.2)
	3 年以上 10 年未満	196	(35.3)	87	(36.2)	183	(36.7)	99	(33.6)	187	(34.5)	96	(38.4)
	10 年以上	248	(44.6)	107	(44.6)	210	(42.1)	144	(48.8)	245	(45.2)	106	(42.4)
管理者経験年数	3 年未満	226	(40.0)	94	(40.5)	213	(44.0)	106	(37.3) *	206	(39.2)	113	(46.9)
	3 年以上 10 年未満	198	(36.8)	93	(40.1)	180	(37.2)	109	(38.4)	209	(39.8)	78	(32.4)
	10 年以上	114	(21.1)	45	(19.4)	91	(18.8)	69	(24.3)	110	(21.0)	50	(20.7)
サービス担当者会議	あり	100	(18.1)	76	(32.9) **	73	(14.8)	103	(35.5) **	101	(18.9)	74	(30.0) **
での暴力の話し合い経験	なし	454	(81.9)	155	(67.1)	420	(85.2)	187	(64.5)	433	(81.1)	173	(70.0)
多職種連携会議での	あり	75	(18.6)	37	(21.4)	60	(17.0)	51	(23.1)	69	(17.9)	42	(22.6)
暴力の話し合い経験	なし	329	(81.4)	136	(78.6)	293	(83.0)	170	(76.9)	317	(82.1)	144	(77.4)
所属先の状況													
訪 看 ST 開設年数	3 年未満	123	(22.2)	41	(17.2)	111	(22.3)	52	(17.7)	119	(22.1)	45	(18.0)
	3 年以上 10 年未満	141	(25.4)	61	(25.6)	130	(26.1)	72	(24.6)	136	(25.2)	65	(26.0)
	10 年以上	291	(52.4)	136	(57.2)	257	(51.6)	169	(57.7)	284	(52.7)	140	(56.0)
看護職員数	3 人以下	98	(17.6)	22	(9.3) **	87	(17.4)	33	(11.2) **	87	(16.1)	33	(13.3)
	4～5 人	197	(35.3)	84	(35.4)	182	(36.5)	99	(33.7)	192	(35.4)	90	(36.1)
	6～9 人	183	(32.8)	90	(38.0)	170	(34.1)	101	(34.4)	187	(34.5)	82	(32.9)
	10 人以上	80	(14.3)	41	(17.3)	60	(12.0)	61	(20.7)	76	(14.0)	44	(17.7)
看護職員の年齢	30 歳代	72	(12.9)	19	(8.1)	59	(11.8)	32	(11.0)	62	(11.5)	30	(12.1)
	40 歳代	388	(66.2)	166	(70.3)	327	(65.7)	204	(69.8)	360	(66.7)	169	(68.1)
	50 歳代以上	116	(20.9)	51	(21.6)	112	(22.5)	56	(19.2)	118	(21.8)	49	(19.8)
1 か月の利用者数	50 人未満	244	(45.0)	101	(43.1)	232	(47.6)	112	(39.0) *	253	(48.2)	93	(37.6) *
	50 人以上 100 人未満	192	(35.4)	83	(35.5)	168	(34.5)	107	(37.3)	173	(32.9)	100	(40.5)
	100 人以上	106	(19.6)	50	(21.4)	87	(17.9)	68	(23.7)	99	(18.9)	54	(21.9)
24 時間対応体制	あり	475	(84.8)	219	(91.2) *	435	(86.5)	257	(87.1)	477	(87.5)	214	(85.3)
	なし	85	(15.2)	21	(8.8)	68	(13.5)	38	(12.9)	68	(12.5)	37	(14.7)
認知症高齢者の訪問割合	いない	5	(1.1)	0	(0.0) *	5	(1.2)	0	(0.0) *	5	(1.1)	0	(0.0)
	3 割以下	278	(60.2)	110	(52.1)	252	(60.6)	137	(53.1)	269	(58.6)	117	(55.5)
	4～7 割	154	(33.3)	88	(41.7)	138	(33.2)	104	(40.3)	165	(35.9)	76	(36.0)
	8 割以上	25	(5.4)	13	(6.2)	21	(5.0)	17	(6.6)	20	(4.4)	18	(8.5)
精神科訪問看護の割合	いない	303	(55.7)	123	(52.3)	291	(59.5)	136	(47.1) **	310	(57.6)	116	(48.9)
	3 割以下	202	(37.1)	102	(43.4)	175	(35.8)	128	(44.3)	194	(36.1)	106	(44.7)
	4～7 割	12	(2.2)	3	(1.3)	8	(1.6)	7	(2.4)	10	(1.9)	5	(2.1)
	8 割以上	27	(5.0)	7	(3.0)	15	(3.1)	18	(6.2)	24	(4.5)	10	(4.2)

 χ^2 乗検定. * $p < .05$, ** $p < .01$

の病院を対象とした調査で、1,106病院（52.1%）で暴力が発生していた（社団法人全日本病院協会、2008）との報告がある。このことから、本研究で得られた暴力行為のある利用者の割合は、病院での暴力の発生と比較し多いとはいえない。しかし、訪問Nsは利用者の暴力が生じていても、利用者の援助ニーズを重視し訪問看護を長期間に継続している報告や（武、2018）、訪問Nsの半数以上が、暴力を体験した直後から精神的、肉体的ダメージを受け日常生活に支障が出た、仕

事を辞めなくなったとの報告もあり（林ら、2017）、訪問Nsが利用者の自宅という密室性の高い環境で、利用者の暴力に対峙していることを、重く受け止めなければならない。被害を最小限にするために、訪問看護時間中のケア中断の判断基準を取り決めておく、また、訪問Nsの暴力に対する認識や利用者からの暴力を体験したことによる訪問Nsの身体的、精神的な健康被害や、訪問Nsの就労継続への影響などの把握等も必要であると考えられる。

表 4 訪看 ST の地域連携と訪問 Ns に対する身体的暴力のある利用者の有無との関連

n = 805

			利用者の身体的暴力				2 変量			多変量 ¹⁾	
			なし群	(%)	あり群	(%)	M	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
I	他の施設の関係者と気軽にやり取りできる	低得点群	322	(58.0)	150	(62.5)	13	1.206	(0.884-1.646)	1.353	(0.954-1.918)
		高得点群	233	(42.0)	90	(37.5)					
II	地域の他の職種の役割がわかる	低得点群	346	(62.3)	143	(59.6)	11	0.891	(0.653-1.214)	0.977	(0.686-1.390)
		高得点群	209	(37.7)	97	(40.4)					
III	地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	低得点群	285	(51.3)	122	(50.8)	9	0.983	(0.726-1.331)	1.117	(0.792-1.575)
		高得点群	271	(48.7)	118	(49.2)					
IV	地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	低得点群	280	(50.4)	121	(50.4)	11	1.002	(0.740-1.357)	1.015	(0.718-1.435)
		高得点群	276	(49.6)	119	(49.6)					
V	地域の相談できるネットワークがある	低得点群	223	(40.3)	103	(42.9)	12	1.116	(0.821-1.517)	1.359	(0.958-1.929)
		高得点群	331	(59.7)	137	(57.1)					
VI	地域のリソースが具体的にわかる	低得点群	234	(42.2)	97	(40.4)	12	0.931	(0.684-1.266)	0.983	(0.690-1.401)
		高得点群	321	(57.8)	143	(59.6)					
VII	退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい	低得点群	339	(61.2)	140	(58.6)	15	0.897	(0.659-1.222)	1.013	(0.712-1.441)
		高得点群	215	(38.8)	99	(41.4)					
合計		低得点群	281	(50.5)	119	(49.6)	73	0.962	(0.711-1.303)	1.081	(0.763-1.531)
		高得点群	275	(49.5)	121	(50.4)					

地域連携の各項目は、中央値 (M) を cut off 値として低得点群と高得点群に分類した。

OR (95%CI) : オッズ比 (95%信頼区間)

1) 調整した変数は、サービス担当者会議での暴力の話し合い経験、看護職員数、認知症高齢者の訪問割合、24 時間対応である。

表 5 訪看 ST の地域連携と訪問 Ns に対する言葉の暴力のある利用者の有無との関連

n = 805

			利用者の言葉の暴力				2 変量			多変量 ²⁾	
			なし群	(%)	あり群	(%)	M	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
I	他の施設の関係者と気軽にやり取りできる	低得点群	288	(57.9)	181	(61.1)	13	1.142	(0.851-1.532)	1.210	(0.851-1.721)
		高得点群	209	(42.1)	115	(38.9)					
II	地域の他の職種の役割がわかる	低得点群	305	(61.4)	182	(61.5)	11	1.005	(0.748-1.351)	1.492	(1.034-2.153)*
		高得点群	192	(38.6)	114	(38.5)					
III	地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる	低得点群	252	(50.6)	152	(51.4)	9	1.030	(0.773-1.374)	1.295	(0.912-1.839)
		高得点群	246	(49.4)	144	(48.6)					
IV	地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	低得点群	255	(51.2)	144	(48.6)	11	0.903	(0.677-1.204)	1.175	(0.826-1.671)
		高得点群	243	(48.8)	152	(51.4)					
V	地域の相談できるネットワークがある	低得点群	199	(40.0)	127	(43.1)	12	1.064	(0.780-1.452)	1.442	(1.010-2.058)*
		高得点群	298	(60.0)	168	(56.9)					
VI	地域のリソースが具体的にわかる	低得点群	210	(42.2)	119	(40.3)	12	0.927	(0.692-1.243)	1.169	(0.817-1.673)
		高得点群	288	(57.8)	176	(59.7)					
VII	退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい	低得点群	302	(60.8)	175	(59.5)	15	0.950	(0.707-1.275)	1.280	(0.890-1.840)
		高得点群	195	(39.2)	119	(40.5)					
合計		低得点群	246	(49.4)	153	(51.7)	73	1.096	(0.822-1.462)	1.574	(1.097-2.257)*
		高得点群	252	(50.6)	143	(48.3)					

地域連携の各項目は、中央値 (M) を cut off 値として低得点群と高得点群に分類した。

OR (95%CI) : オッズ比 (95%信頼区間), * $p < .05$

2) 調整した変数は、管理者経験年数、サービス担当者会議での暴力の話し合い経験、看護職員数、1 か月利用者数、認知症高齢者の訪問割合、精神科訪問看護割合である。

次に、身体的暴力、言葉の暴力、セクハラ「あり群」との関連ありの項目から、本研究の対象となった管理者の個人属性および所属先の状況が、各暴力に関連していることが示された。言葉の暴力には管理者経験年数が、セクハラには管理者の年齢が関連していた

ことから、管理者の特性によって言葉の暴力やセクハラの受け止め方が異なる可能性がある。身体的暴力は、実際に暴力を受けたことによって暴力があったと認識しやすいが、言葉の暴力やセクハラは同じ言動であっても受け止め方によって個人差があるため、管理者の

表 6 訪看 ST の地域連携と訪問 Ns に対するセクハラのある利用者の有無との関連

n = 805

			利用者のセクシュアルハラスメント				2 変量		多変量 ³⁾		
			なし群	(%)	あり群	(%)	M	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
Ⅰ	他の施設の関係者と気軽にやり取り できる	低得点群	303	(55.9)	166	(66.7)	13	1.578	(1.153-2.158)**	1.747	(1.254-2.434)**
		高得点群	239	(44.1)	83	(33.3)					
Ⅱ	地域の他の職種の役割がわかる	低得点群	334	(61.6)	155	(62.2)	11	1.027	(0.754-1.399)	1.207	(0.866-1.683)
		高得点群	208	(38.4)	94	(37.8)					
Ⅲ	地域の関係者の名前と顔・考え方が わかる	低得点群	281	(51.7)	124	(49.8)	9	0.925	(0.685-1.249)	0.965	(0.704-1.322)
		高得点群	262	(48.3)	125	(50.2)					
Ⅳ	地域の多職種で会ったり話し合う機会 がある	低得点群	280	(51.6)	118	(47.7)	11	0.846	(0.627-1.142)	0.849	(0.618-1.167)
		高得点群	263	(48.4)	131	(52.6)					
Ⅴ	地域の相談できるネットワークがある	低得点群	217	(40.1)	108	(43.4)	12	1.144	(0.844-1.550)	0.760	(0.551-1.047)
		高得点群	324	(59.9)	141	(56.6)					
Ⅵ	地域のリソースが具体的にわかる	低得点群	231	(42.6)	97	(39.0)	12	0.859	(0.632-1.167)	0.885	(0.641-1.222)
		高得点群	311	(57.4)	152	(61.0)					
Ⅶ	退院前カンファレンスなど病院と地域 の連携がよい	低得点群	322	(59.6)	153	(61.4)	15	1.079	(0.793-1.468)	1.127	(0.815-1.558)
		高得点群	218	(40.4)	96	(38.6)					
合計		低得点群	270	(49.7)	129	(51.8)	73	1.087	(0.805-1.467)	1.187	(0.862-1.633)
		高得点群	273	(50.3)	120	(48.2)					

地域連携の各項目は、中央値 (M) を cut off 値として低得点群と高得点群に分類した。

OR (95%CI) : オッズ比 (95%信頼区間), ** $p < .01$

3) 調整した変数は、サービス担当者会議での暴力の話し合い経験、管理者年齢、1 か月の利用者数である。

特性による認識の差があると考えられる。また、どの暴力も管理者のサービス担当者会議での暴力の話し合い経験に関連していることから、暴力に関する話し合いが利用者の暴力についての現状把握や防止対策への意識につながっている可能性がある。所属先の状況では、身体的暴力が看護職員数、24 時間対応体制と、言葉の暴力が看護職員数、1 か月の利用者数、セクハラは 1 ヶ月の利用者数と関連があった。精神科訪問看護での調査結果から、組織および管理者は暴力の事実に基づき、組織の方針及び対策をすべきであるとされている (Fujimoto et al., 2017)。精神科訪問看護に特化しない訪看 ST においても、組織体制や訪問 Ns の職場の現状に沿った、組織的な暴力防止対策を検討する必要があるといえる。

最後に、本研究の結果では、「地域の他の職種の役割がわかる」で低得点群は高得点群のおよそ 1.49 倍、「地域の相談できるネットワークがある」で低得点群は高得点群よりもおよそ 1.44 倍、地域連携の「合計」が低得点群は高得点群よりもおよそ 1.57 倍、訪問 Ns に対する言葉の暴力のある利用者がある割合が多かった。また、「他の施設の関係者と気軽にやり取りできる」で低得点群の方が高得点群よりおよそ 1.75 倍、セクハラのある利用者がある割合が多かった。管理者が把握していた範囲で、地域連携が良好でない方が、言葉の暴力とセクハラのある利用者がある割合が高いことの背

景には、訪問 Ns は地域の他のサービス提供者と共に、利用者の病状や生活状況といった様々な情報を共有し、その中で、利用者の言葉の暴力やセクハラの予防対策について検討されていることがあると考えられる。言葉の暴力のあった利用者に対して、ケアマネジャーや行政職員が関わり、情報の集約・タイムリーな共有がなされ、顔を合わせた話し合いで、チームがお互いをねぎらい支え合いながら、利用者への訪問看護が継続できた事例についての報告もみられている (松永, 2016)。本研究の結果は、地域の多職種が利用者の情報を共有し、話し合えるような連携体制を作ること、つまり、管理者の地域連携を高めることで、言葉の暴力、セクハラの防止につながる可能性が示唆されたと考える。

先行研究では過去 1 年間の暴力の発生を問うものが多いが、本研究では過去 1 か月間という短期間の暴力行為のある利用者数についての回答を得たことから、管理者の記憶が鮮明で、実態を示しているといえる。しかし、暴力被害についてスタッフが管理者へ報告しにくい状況があり (天野ら, 2011; Kvas & Seljak, 2014)、本研究では暴力の把握方法に関して限界があると考えられる。さらに、利用者側、訪問 Ns 側、療養環境にも、発生する要因がある可能性があるが、本研究では暴力の発生要因については、詳細に把握できる調査項目はないため言及できない。今後、もっとも望ましい

訪問看護利用者からの暴力の把握方法、発生要因を含めた分析方法について検討を重ねる必要がある。また、本研究では訪看 ST の地域連携として、管理者の地域連携を調査した。そのため、多職種の地域連携の検討については、今後、訪問 Ns や多職種を含めた調査も必要と考える。

本結果より訪看 ST の地域連携の低さと言葉の暴力、セクハラが発生が関連していることが示唆された。利用者による訪看 Ns に対する暴力を防止するためには、地域連携について検討する必要がある。

謝辞：本研究にあたり、繁忙な中、質問紙調査にご協力くださいました訪看 ST 管理者の皆様、執筆のご指導を頂きました大阪市立大学大学院看護学研究科在宅看護学河野あゆみ先生に、心より感謝申し上げます。

本研究は科学研究費助成事業（基盤 C）「訪問看護利用者、家族による暴力の危険予知訓練プログラム構築と実施効果の検討」（2015～2018 年度）により、実施された研究の一部である。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文 献

天野寛，加藤憲，宮治眞，他（2011）：暴言・暴力およびセクシャルハラスメントに関する愛知県下病院アンケート調査の分析，日本医療・病院管理学会誌，**48**(4)，221-233。

Fujita, S., Ito, S., Seto, K., et al. (2012): Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan, *J. Hosp. Med.*, **7**(2), 79-84.

Fujimoto, H., Morita, M., Kodama, T., et al. (2017): Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan, *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, **24**(8), 638-647.

福井小紀子（2014）：在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度の適切性の検討，日本在宅医学会誌，**16**(1)，5-11。

林裕栄，内田恵美子，田中敦子（2010）：訪看 ST における在宅精神障害者の援助実態とその困難性，訪問看と介護，**15**(1)，41-46。

林千冬，今岡まなみ，藤田愛，他（2017）：訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力の実態と対策，訪問看と介護，**22**(11)，847-857。

平野かよ子（2014a）：住民からの暴力防止に組織として取り組むことの重要性「暴力防止マニュアル第 2 版」の作成を通して，保健師ジャーナル，**70**(12)，1034-1037。

平野かよ子（研究代表者）（2014b）：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班，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第 2 版，Retrieved from: <http://www.go-go-hokenshi.com/pdf/2014manuals.pdf>（検索日：2016 年 7 月 15 日）

星智子，北田晴美（2013）訪問看護師が受けた独居高齢者に

よる暴力，*インターナショナル Nurs. Care Res.*, **12**(1)，57-64。

石野麗子，鈴木啓子，金城祥教，他（2005）：訪問看護において看護者が受ける暴力の実態と安全対策における研究，財団法人フランスベッド・メディカルケア研究助成報告書，485-539。

開田ひとみ（2015）：訪問看護の場におけるハラスメントと看護倫理，性ところ，**7**(1)，45-60。

国際看護師協会 ICN（2006）／日本看護協会（2007）：職場における暴力対策ガイドライン“Guidelines on Coping With Violence in the Workplace”，Retrieved from: https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/icn_02.pdf（検索日：2016 年 7 月 15 日）

厚生労働省（2016）：介護事業所生活関連情報検索，Retrieved from: <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>（検索日：2016 年 7 月 15 日）

厚生労働省老健局（2014）：地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集 ～地域の特色を活かした実践のために～，Retrieved from: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf（検索日：2018 年 1 月 15 日）

Kvas, A., Seljak, J. (2014): Unreported workplace violence in nursing, *Int. Nurs. Rev.*, **61**(3)，344-351。

松永薫（2016）：暴言・暴力のある利用者にチーム力で対応，コミュニティケア，**18**(2)，23-27。

松岡篤史，岩熊栄一，今福克仁，他（2015）：精神科訪問看護における患者暴力の実態と精神科訪問看護師の意識 医療安全から見えてくるもの，第 45 回日本看護学会論文集精神看護，254-257。

日本看護協会（2007）：保健医療福祉施設における暴力対策指針，Retrieved from: <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/bouryokusisin.pdf>（検索日：2016 年 7 月 15 日）

日本看護協会（2004）：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，Retrieved from: <https://www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/pdf/71.pdf>（検索日：2016 年 7 月 15 日）

野口智子（2015）：入浴拒否や暴言のある在宅認知症高齢者のケアを振り返る：ひもときシートを活用して，認知症ケア事例ジャーナル，**8**(2)，99-104。

Pompeii, L. A., Schoenfish, A. L., Lipscomb, H. J., et al. (2015): Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six US hospitals, *Am. J. Ind. Med.*, **58**(11)，1194-1204。

竹端寛，伊藤健次，望月宗一郎，他編著（2015）：自分たちで創る現場を変える地域包括ケアシステム（第 1 版），74-81，ミネルヴァ書房，京都。

武ユカリ，小杉眞司，浅井篤，他（2006）：在宅ケアにおける困難事例に関する研究と対応ツールの作成，Retrieved from: http://www.zaitakuiro-yuumizaidan.com/data/file/data1_20080328111849.pdf（検索日：2016 年 7 月 15 日）

武ユカリ，畑吉節未（2008）：在宅ケアにおけるモンスターベイシメントに関する調査，Retrieved from: http://www.zaitakuiro-yuumizaidan.com/data/file/data1_20091002032834.pdf（検索日：2016 年 7 月 15 日）

武ユカリ（2018）：訪問看護師が受ける暴力・ハラスメントの実態調査ーストレスを受けやすい暴力・ハラスメントの実

- 態調査一，産業精保健，26(1), 10-15.
- Wei, C., Chiou, S., Chien, L., et al. (2016): Workplace violence against nurses—Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study, *Int. J. Nurs. Stud.*, 56, 63-70.
- 吉江 悟 (2010)：困難事例とは，世田谷区地域福祉部介護保険課，ケアマネジメント困難事例集，支援が困難と感じたときのヒント，56-77，Retrieved from: http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/105/880/881/888/d00029863_d/fil/29863_1.pdf (検索日：2018 年 1 月 15 日)
- 全国訪問看護事業協会 (2016a)：看護補助者との複数名訪問加算活用のためのガイド，Retrieved from: <https://www.zenhokan.or.jp/pdf/guideline/assiance.pdf> (検索日：2016 年 7 月 15 日)
- 全国訪問看護事業協会 (2016b)：平成 28 年訪看 ST 数調査結果，Retrieved from: <https://www.zenhokan.or.jp/pdf/new/h28-research.pdf> (検索日：2016 年 7 月 15 日)
- 全国訪問看護事業協会，日本看護協会，日本訪問看護財団 (2013)，訪問看護アクションプラン 2025，Retrieved from: <http://www.jvnf.or.jp/top/plan2025.pdf> (検索日：2016 年 7 月 15 日)
- 全日本病院協会 (2008)：院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査，Retrieved from: <https://ajha.or.jp/voice/pdf/other/080422.pdf> (検索日：2018 年 3 月 20 日)