

平成 30 年度日本訪問看護財団 訪問看護等在宅ケア研究完了報告書

暴力のない支援関係の構築に有効なコミュニケーションについての研究

研究代表者 藤田 愛 医療法人社団慈恵会 北須磨訪問看護・リハビリセンター 所長
共同研究者 相馬 敏彦 広島大学大学院社会科学研究科マネジメント専攻教員 准教授
共同研究者 花井 理紗 神戸市看護大学基盤看護学領域 看護管理学分野 助教

研究要旨

本研究では、訪問看護師のコミュニケーションのとり方によって、利用者からの暴力がエスカレートする可能性がどのように変化するかを調査した。全国の 101 事業所の計 305 名に対して 2018 年 9-10 月に第 1 回目調査用紙を、およそ 4 ヶ月後の 2019 年 2 月に第 2 回目の調査用紙を 237 名に対して送付し、郵送で回収した。最終的に 136 名（女性 125 名、男性 11 名）から有効回答を得た。調査の結果、①男性の独居で日常生活の自立度が低いほど暴力が生じやすいこと、②看護師の示す受忍的な態度が暴力のエスカレートを進めうること、③訪問看護師のもついくつかの価値観が受忍的な態度に影響すること、④上司が困った時に頼りになる程度が強いほど受忍的な態度が強い一方、職場外の人間関係において相談をきいてくれるサポーターがいるほど受忍的な態度が抑制されやすいこと。⑤暴力を受けることが主張的なコミュニケーション行為をとりやすくすることが示された。

Key Words : 訪問看護師, 利用者からの暴力, 関係性, コミュニケーション, 受忍的な態度

1. 研究の背景と目的

近年、保健医療福祉の様々な現場で、患者・利用者や家族による看護職員への暴力が社会問題となっている¹⁾。暴力被害の悪影響は、看護職員個人の尊厳や、専門職者としての自尊心を脅かし、安全で質の高い看護の提供を阻害する。また暴力被害により看護師の専門職機能が低下し積極的な看護の提供が困難になったり、被害による心理的ショックから看護師の離職に至ることもある²⁾。

第 1 筆者は、看護職員が利用者や家族からの暴力を経験したことをきっかけ³⁾に、自社での看護師と看護を守るための取り組みをさらに充実することになった。しかし、自社だけの取り組みに限界を感じたこと、また暴力の問題は訪問看護業界全体にかかわること

ではないかと考えるようになり、行政や看護職能団体等からの理解と支援を求めての活動を始めるに至った⁴⁾。平成 23 年に訪問看護師等が利用者・家族から受ける暴力検討会を結成した。会のメンバーは大規模、小規模の訪問看護ステーション所長、介護支援専門員、訪問介護士、精神科医、診療所医師、薬剤師、弁護士、元警察官、臨床心理士、暴力や管理の研究をする大学教員で構成した。会では文献検討、多職種による事例検討や暴力発生の要因分析を行った。2015 年神戸市看護大学・地(知)の拠点整備事業(COC)共同研究助成「訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力とその発生要因」(研究代表者・林千冬)と共同研究を行った⁵⁾。兵庫県下すべての訪問看護ステーションに協力を依頼し、600 人中 358 人から返信を得た。その結果、訪問看護師の半数が暴力を経験していた。また、さまざまな状況で、多様な形の暴力が振るわれていることも明らかになり、現状の取り組みでは、誰からいつどのような暴力を受けるかが予測不可能であることも考察された。

検討会、文献研究、日々の訪問看護師の暴力への対応の研究を通して、訪問看護師の置かれている状況や心境が、利用者・家族からの暴力についてどう対応するか、対処するかを考えることを難しくさせ、結果として暴力リスクヘマネジメント、暴力発生の予防、発生時の対応についての取り組みを遅らせる大きな要因になっているのではないかと考えるようになった。

そこで、訪問看護師の置かれている状況や心境について着目し、暴力を受け入れることなく利用者との健全な援助関係性を構築できるコミュニケーションの方法を明らかにすることを目的に調査研究を企画した。訪問看護師自身が置かれているリスク状況や心境に気づき、利用者との健全な関係を築く力を持つ知識や技術を身につけることで、暴力被害を抑止し、さらに訪問看護を必要とする利用者への看護が質と量ともに充実した訪問看護の実現が可能になると考える。

暴力を受けることのない利用者との健全な援助関係が構築できるコミュニケーションを考えるにおいては、ドメスティック・バイオレンス(以下 DV)予防についての心理的アセスメントを参考にした。DV は「配偶者や恋人など親密な関係にある、又はあった者から振るわれる暴力」と定義されている。DV は訪問看護の利用者・家族からの暴力は対象としていないが、日々の暴力の発生の中に、密室の中でケアの対象者とケアを提供する訪問看護師の関係性やコミュニケーションが影響する点で共通性を見出した。そこで、DV 予防を対人関係論の立場から研究されている研究者と共同で、訪問看護師に対する暴力予防に有効なコミュニケーションを探ることとした。

この研究では、訪問看護師の置かれている状況や心境が、利用者からの暴力の生じやすさとどのように関連するかについての調査を行い、暴力のない利用者との援助関係性の構築の条件を明らかにする。DV に関する研究では、暴力がいきなり生じるのではなく、二者関係の相互作用の中で、徐々にエスカレートしていくエスカレート・モデルが検証され

ている⁶⁾。これは、暴力をふるう側からの理不尽な言動が繰り返され増幅することで、徐々に深刻な暴力加害が生じやすくなるというものである。訪問看護においても、初回訪問時に利用者やその家族から深刻な暴力が振るわれることは少なく、何度か訪問した後の段階で暴力が振るわれるケースが少ない。つまり、DVと同じように、相互作用を繰り返す中で暴力的な行為が深刻化する可能性がある。とするならば、DVのエスカレートを予防するための方策が、訪問看護場面での暴力の予防にも援用できると考えることができる。

DV 予防の研究においては、エスカレート・モデルにもとづいて、暴力に支配される側によるコミュニケーションの取り方（例えば、相手を尊重しながらの自己主張）によって、後の DV が防げることが示されている⁷⁾。そこで、この研究では、訪問看護師のコミュニケーションの取り方によって、理不尽な言動や暴力へのエスカレートが低下するのかを調査する。

2. 研究方法

訪問看護師約 150 名を対象にパネル調査を行った。これは、同一の回答者に複数回アンケート調査を依頼し、期間中の変化を調査するものである。回答者には、ある利用者（調査者には匿名）との関係性、コミュニケーション、利用者から受ける理不尽な言動、暴力について、2 回にわたって回答してもらった。約 4 ヶ月後の 2 回目の回答時点での暴力被害が、初期のコミュニケーションによってどのように継続したり抑制されたりするのかを検証する。

なお、分析に際しては、フリーの統計分析プログラム Had⁸⁾ を用いた。また、帰無仮説を棄却する際の危険率は 5%を基本とし、補足的に一部 10%を基準とした。

1) 調査手続きと対象者

研究協力依頼文を作成し、SNS、平成 30 年度兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会に加入もしくは、平成 27 年介護サービス事業者ガイドブック(ハートページ)に記載されている兵庫県下の訪問看護ステーション 461 ヶ所に FAX を送信し、調査協力者を募った。依頼文には、調査の目的が「訪問看護の実践において、どのようなコミュニケーションが看護師と利用者との関係づくりに影響するのか、特に看護師にとって安全でハラスメントのない関係づくりが可能となるのかを調べること」であること、2 回にわたる調査の両方に回答した場合、謝礼が与えられることなどの研究概要を記載した。

協力依頼の申し込みがあった 101 事業所の計 305 名に対して、2018 年 9-10 月に第 1 回目（以下 time1）の調査用紙を送付し、郵送で回収した。回答したそのおよそ 4 ヶ月後の 2019 年 2 月に第 2 回目（以下 time2）の調査用紙を 237 名に対して送付し、郵送で回収した。最終的に time1 と time2 の両方に回答したのは 164 名であった。ただし、利用者が途中で入院したり亡くなったりしたケース、あるいは事業所の変更等によって time1 と time2 とで回答対象の利用者の同一性が確認されなかった回答を除き、最終的に 136 名（女性 125 名、男性 11 名）から有効回答を得た。利用者の選定においては、調査期間中の継続的な訪問見込みがあり、その中でその利用者を受けもってからの期間が一番短い利用者をあげるよう求めた。

有効回答者の看護師としての経験年数は平均 19.5 年（標準偏差 8.2）、訪問看護師としての経験年数は 6.9 年（標準偏差 6.2）であった。年代を表 1 に示す。

表1 有効回答者の年齢

出現値	度数	累積確率(%)
20歳台	3	2.21
30歳台	33	26.47
40歳台	61	71.32
50歳台	34	96.32
60歳台	5	100.00

対象となった回答者には、time1 から time2 にかけて同一の利用者との関係について回答するよう求めた。

倫理的配慮として、調査依頼時に、調査協力が任意のものであり、謝礼の送付以外においては匿名性が確保されることや、個人を特定しない形で全体的な傾向を見出し、その成果の一部については学会等で報告されることを説明した。これらの点に同意した対象者だけが回答に進んだ。共同研究者の所属する広島大学大学院社会科学研究科マネジメント専攻の倫理審査を受けた上で研究を進めた。

2) 質問紙に含めた尺度の内容

（１）訪問期間中の暴力 先行研究を参考にしながら、訪問看護場面で利用者から受けうる暴力 12 項目を暴力尺度として用いた（表 2）。time1 については、回答時点までにそれぞれの行為を受けた頻度を「全くなかった」（1 点）から「非常によくあった」（5 点）で評定するよう求めた。また、time2 については、time1 以降の行為の頻度を同様に尋ねた。

表2 暴力尺度の項目

1. ものを投げつけられる
2. 叩かれる・殴られる・蹴られる
3. 噛みつかれる・引っ搔かれる・つねられる
4. 理不尽な要求を繰り返される
5. 威圧的な態度をとられる
6. 侮辱する言葉を投げつけられる
7. 性的な嫌がらせをされる
8. 大声で怒鳴られる
9. 容姿や体型について不快な言葉を吐かれる
10. 身体を触られる
11. あからさまに無視される
12. こちらを傷つけるような発言を投げつけられる

（２）コミュニケーション行為 先行研究を参考にして、協調的な行為と主張的な行為からなる行為項目について、回答者の普段よくとる態度として、あてはまる程度の回答を求めた（表 3）。「全くあてはまらない」（1 点）から「非常によくあてはまる」（5 点）で評定するよう求めた。time1 尺度の探索的因子分析の結果（表 5）、利用者への受容的で丁重な態度を示す「共感」（ $\omega=.84$ ）、利用者とのやりとりで理不尽や違和感が生じても我慢しようとする「受忍」（ $\omega=.79$ ）、利用者の問題のある言動に反論したり距離をおこうとしたりする「主張」（ $\omega=.70$ ）の 3 因子が抽出された。time2 については、time1 以降の行為の程度を同様に尋ねた（表 4）。

表3 コミュニケーション行為 (tim e1) の因子分析結果

項目	共感	受忍	主張	共通性
9. どんな些細なことでも話しやすい雰囲気を作るようにしている	0.84	0.01	-0.16	0.67
16. Aさんの表情を読み取るようにしている	0.63	0.06	0.02	0.41
4. Aさんの今の状況を思い図って、具体的に声をかけている	0.62	-0.10	0.00	0.39
3. Aさんのつらさを理解しようとしている	0.61	-0.01	-0.02	0.37
6. つらいと思っていることでも自然に話しやすい雰囲気を作っている	0.60	0.15	0.05	0.41
18. Aさんから語ってもらうための質問をしようとしている	0.60	-0.11	0.05	0.38
11. Aさんの本当の思いを聞き、それをふまえた上で、今後の方針を決定するようにしている	0.59	-0.02	0.06	0.37
1. Aさんの心の緊張をほぐすようにしている	0.58	0.06	-0.03	0.34
7. Aさんが言っていることをそのまま受け止めるようにしている	0.34	0.27	0.09	0.22
12. Aさんから理不尽な振る舞いを受けても我慢してしまう	-0.03	0.82	0.06	0.66
5. 不快なことをされても、何もせず、波風を立てないようにしている	-0.01	0.70	-0.05	0.50
8. Aさんに非があると思っても、こちらが謝罪して済むならそうしている	0.12	0.62	-0.02	0.42
13. Aさんと気まずくならないように考えて、断りたくても断れないことがある	-0.08	0.61	0.07	0.36
14. Aさんがおかしいと思っても、Aさんの言い分をただ聞くようにしている	0.10	0.49	0.08	0.26
17. Aさんの理不尽な言動には、止めて下さいとその場で明確に伝えるようにしている	-0.11	0.11	0.75	0.51
15. Aさんの言動に問題があると思う時には、そのことを伝える	0.12	-0.12	0.51	0.34
10. Aさんの言動に危険や理不尽さを感じたときには、距離をおくようにしている	-0.10	0.23	0.50	0.25
19. 過剰な要求に対しては、応じることなく断ることができる	0.23	-0.08	0.45	0.33
2. Aさんから不快なことをされたら、不快だとはっきり言う	0.03	-0.38	0.41	0.36
因子寄与	3.66	2.57	1.81	
ω 係数	.84	.79	.70	

表4 コミュニケーション行為 (tim e2) の因子分析結果

項目	共感	受忍	主張	共通性
11. Aさんの本当の思いを聞き、それをふまえた上で、今後の方針を決定するようにしている	0.77	0.08	-0.08	0.64
16. Aさんの表情を読み取るようにしている	0.74	-0.04	0.00	0.53
9. どんな些細なことでも話しやすい雰囲気を作るようにしている	0.64	-0.10	0.04	0.39
1. Aさんの心の緊張をほぐすようにしている	0.59	-0.03	0.00	0.34
3. Aさんのつらさを理解しようとしている	0.59	0.03	-0.01	0.36
4. Aさんの今の状況を思い図って、具体的に声をかけている	0.55	0.08	0.04	0.34
6. つらいと思っていることでも自然に話しやすい雰囲気を作っている	0.47	0.04	0.11	0.25
18. Aさんから語ってもらうための質問をしようとしている	0.44	0.20	-0.04	0.28
7. Aさんが言っていることをそのまま受け止めるようにしている	0.40	-0.14	0.07	0.15
17. Aさんの理不尽な言動には、止めて下さいとその場で明確に伝えるようにしている	-0.09	0.93	-0.03	0.81
19. 過剰な要求に対しては、応じることなく断ることができる	0.03	0.76	-0.14	0.56
15. Aさんの言動に問題があると思う時には、そのことを伝える	0.00	0.63	0.10	0.44
2. Aさんから不快なことをされたら、不快だとはっきり言う	0.06	0.57	-0.10	0.33
10. Aさんの言動に危険や理不尽さを感じたときには、距離をおくようにしている	-0.03	0.57	0.32	0.51
12. Aさんから理不尽な振る舞いを受けても我慢してしまう	-0.06	0.09	0.88	0.82
13. Aさんと気まずくならないように考えて、断りたくても断れないことがある	-0.03	-0.08	0.75	0.54
8. Aさんに非があると思っても、こちらが謝罪して済むならそうしている	0.12	-0.05	0.72	0.52
5. 不快なことをされても、何もせず、波風を立てないようにしている	-0.01	-0.06	0.66	0.42
14. Aさんがおかしいと思っても、Aさんの言い分をただ聞くようにしている	0.10	0.02	0.55	0.32
因子寄与	3.39	3.07	2.94	
ω 係数	.82	.84	.84	

（３）訪問看護についての価値観 因子分析を行い、抽出された 13 項目を作成し、質問項目として用いた（表 5）。回答者の訪問看護についての考えとして、あてはまる程度の回答を求めた。「全くあてはまらない」（1 点）から「非常によくあてはまる」（5 点）で評定するよう求めた。各項目の得点をそれぞれ用いた。

表5 訪問看護についての価値観の項目

- | |
|---|
| 1. 判断能力がない病者の言動を暴力と捉えることに心理的抵抗がある
2. 利用者の行き場のない不安や怒りを、どこまで看護の対象として受け止めるのか線引きが難しい
3. 自分が利用者から暴力を受けても、被害者だとは思いたくない
4. 利用者のとる行動の原因は看護者である私にあると思う
5. 訪問看護では利用者の文化や価値観・思いを受け入れることなしに援助関係を構築できない
6. 援助関係は利用者から信頼を得られることで成立する
7. 閉鎖的空間で二者関係となるため距離のある健全な関係性を取りづらい
8. 少々ことは我慢して利用者を確保しないと経営が成り立たない
9. 利用者が、さまざまな感情をもつことを忘れないようにしている
10. 利用者から暴力を受けていても命と引き換えになる場合は訪問看護を終了できない
11. どんな状態でも、利用者には自身の行為を制御する力があると思う
12. 利用者と「訪問看護の効果」についての考え方が共有しづらい
13. 利用者の要求に応じることで訪問看護の価値を認めてもらいたい |
|---|

可

（４）サポーター 回答者にとって困ったときに頼りになる程度、ならびに個人的な問題を相談したらきいてくれる程度それぞれについて、①上司、②職場の同僚、③それ以外の仕事上の知り合い、④配偶者、家族、友人等それぞれについて「全くない」（1 点）から「非常に」（4 点）として回答するよう求めた。各項目の得点をそれぞれ用いた（表 6）。

表6 サポーターの項目

- | |
|--|
| あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらい
いきいてくれますか？
1. 上司
2. 職場の同僚
3. それ以外の仕事上の知り合い
4. 配偶者、家族、友人等 |
|--|

3. 研究結果

1) 利用者の特徴、関係性の特徴

time1 時点での利用者への平均訪問期間は 15.9 ヶ月（標準偏差 20.6）であり、平均して一月あたり 5.4 回（標準偏差 3.2）訪問していた。利用者の性別は男性の方がやや多く（男性 70 名、女性 66 名）、70 歳以上が多く（表 7）、家族と同居している者が 80 名、独居が 46 名であった。

表7 対象となった利用者の年齢

出現値	度数	累積確率 (%)
30歳台	5	3.68
40歳台	4	6.62
50歳台	5	10.29
60歳台	20	25.00
70歳以上	102	100.00

利用者の日常生活の自立状況を表 8 に示す。なお、欠損値があり総数は 136 にならない。

表8 利用者の自立状況

自立状況項目	度数	累積確率
1 交通機関等を利用して外出する	13	9.63
2 隣近所へなら外出する	21	25.19
3 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活	28	45.93
4 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をして	31	68.89
5 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う	12	77.78
6 介助により車いすに移乗する	17	90.37
7 自力で寝返りをうつ	5	94.07
8 自力では寝返りもうたない	8	100.00

2) 暴力尺度の信頼性と分布の偏り

time1 の信頼性係数 ω は.86 であり、time2 の信頼性係数 ω は.87 であった（表 9）。暴力尺度得点（time1）の分布は、図 1 に示す通り「全くなかった」（1 点）に偏っている。

ることがわかる。time1 時点で 8 割の回答者が何ら暴力を経験していないことがわかる。このため、以降の分析において暴力尺度を従属変数とするトービット回帰分析を用いた。

表9 暴力尺度項目

- | |
|---------------------------|
| 1. ものを投げつけられる |
| 2. 叩かれる・殴られる・蹴られる |
| 3. 噛みつかれる・引っ搔かれる・つねられる |
| 4. 理不尽な要求を繰り返される |
| 5. 威圧的な態度をとられる |
| 6. 侮辱する言葉を投げつけられる |
| 7. 性的な嫌がらせをされる |
| 8. 大声で怒鳴られる |
| 9. 容姿や体型について不快な言葉を吐かれる |
| 10. 身体を触られる |
| 11. あからさまに無視される |
| 12. こちらを傷つけるような発言を投げつけられる |

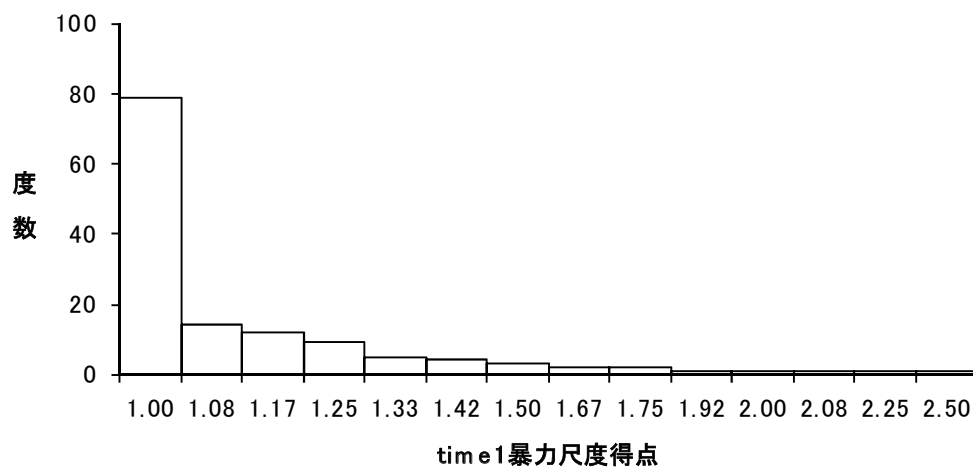


図1 time1暴力尺度得点の分布

3) 利用者属性と暴力のエスカレートとの関連

Time1 の暴力尺度得点を従属変数とし、利用者の性別、居住形態、年代、訪問期間、訪問頻度、自立状況を独立変数とするトービット回帰分析を実施した。表 10 に示すように、男性利用者ほど time1 暴力尺度得点が高いことがわかる。また、独居であり、日常生活の自立状況が低くなるほど time1 暴力が高い傾向があることがわかった。

表10 time1の利用者の特徴がtime1の暴力に及ぼす影響

変数名	time1暴力	95% 下限	95% 上限	VIF
訪問期間	0.07	-0.12	0.25	1.10
利用者性別（1男、2女）	-0.37 **	-0.58	-0.16	1.04
訪問頻度	-0.11	-0.33	0.12	1.04
利用者年代	-0.08	-0.25	0.10	1.10
利用者居住（1一人、2家族同居）	-0.23 +	-0.47	0.02	1.25
自立状況	0.22 +	-0.01	0.45	1.27
R2	0.20 *			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

次に、暴力尺度得点の変化に及ぼす利用者属性の影響を知るため、time1 暴力尺度得点を統制した上で同様の分析を行った。結果として、表 11 に示すように、男性であり、また独居である利用者ほど暴力がエスカレートしやすいことが示された。

表11 time1の利用者の特徴がtime2の暴力に及ぼす影響

変数名	time2暴力	95% 下限	95% 上限	VIF
time1暴力	0.48 **	0.28	0.68	1.15
訪問期間	0.00	-0.17	0.18	1.11
利用者性別（1男、2女）	-0.20 *	-0.39	-0.01	1.13
訪問頻度	0.02	-0.17	0.20	1.04
利用者年代	-0.03	-0.19	0.13	1.10
利用者居住（1一人、2家族同居）	-0.17 +	-0.35	0.01	1.30
自立状況	0.10	-0.17	0.36	1.31
R2	0.37 **			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

4) 暴力のエスカレートと、看護師のコミュニケーション行為との関連

暴力尺度得点の変化に及ぼす利用者属性の影響を知るため、time1 暴力尺度得点を統制した上で time1 のコミュニケーション行為を独立変数とするトービット回帰分析を行った。表 12 に示すように、time1 時点で看護師が受忍する態度を示しているほど、time1 から time2 にかけて利用者から看護師への暴力がエスカレートしやすいことが示された。他方、共感的な態度や主張的な態度と暴力のエスカレートの関連は見いだせなかった。

表12 time1のコミュニケーション行為がtime2暴力に及ぼす影響

変数名	time2暴力	95% 下限	95% 上限	VIF
time1暴力	0.48 **	0.28	0.68	1.15
time1共感	0.02	-0.15	0.20	1.22
time1受忍	0.20 *	0.02	0.37	1.15
time1主張	0.04	-0.15	0.22	1.24
利用者性別 (1男、2女)	-0.23 *	-0.41	-0.05	1.19
利用者居住 (1一人、2家族同居)	-0.14 +	-0.31	0.02	1.04
R ²	0.41 **			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

5) 看護師のコミュニケーション行為に影響する要因

コミュニケーション行為のうち、受忍的な態度が暴力のエスカレートに影響を与えることが示された。そこで、受忍的態度の規定因を探るため、次の二つの視点から検証を行った。第一の視点は、time1で測定した訪問看護についての価値観がtime1での受忍的な態度に与えた影響、ならびにtime1での受忍を統制した上でtime2での受忍的態度に及ぼす影響について。第二の視点は、time1で測定した回答者の特徴やサポーターの存在がtime1での受忍的な態度に与えた影響、ならびにtime1での受忍を統制した上でtime2での受忍的態度に及ぼす影響について検証を行った。いずれも独立変数が多いため、重回帰分析のステップワイズ法を用いた。

第一の視点に関する結果として(表13)、「訪問看護では利用者の文化や価値観・思いを受け入れることなしに援助関係を構築できない」と「自分が利用者から暴力を受けても、被害者だとは思いたくない」という項目の高さが、time1での受忍的態度の強さと関連があった。また、表14に示すように、「少々のことは我慢して利用者を確保しないと経営が成り立たない」という認識の高さが、time1からtime2での受忍的態度の高まりと関連があった。

表13 time1の価値感がtime1の受忍に及ぼす影響

変数名	time1受忍	95% 下限	95% 上限	VIF
訪問看護では利用者の文化や価値観・思いを受け入れることなしに援助関係を構築できない	0.33 **	0.16	0.49	1.01
自分が利用者から暴力を受けても、被害者だとは思いたくない	0.21 *	0.05	0.37	1.01
R2	0.16 **			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

表14 time1の価値感がtime2の受忍に及ぼす影響

変数名	time2受忍	95% 下限	95% 上限	VIF
time1受忍	0.33 **	0.17	0.50	1.04
少々ことは我慢して利用者を確保しないと経営が成り立たない	0.21 *	0.05	0.38	1.04
R2	0.19 **			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

第二の視点に関する結果として、上司が頼りになる程度が強いほどtime1で受忍しやすい傾向がある（表15）、ならびに配偶者や家族、友人が相談をきいてくれる程度が強いほど、time1に比してtime2で受忍的態度が減る傾向にあることが示唆された（表16）。

表15 time1のサポーターの存在がtime1の受忍に及ぼす影響

変数名	time1受忍	95% 下限	95% 上限	VIF
上司が頼りになる程度	0.21 *	0.04	0.38	1.00
R2	0.05 *			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

表16 time1のサポーターの存在がtime2の受忍に及ぼす影響

変数名	time2受忍	95% 下限	95% 上限	VIF
time1受忍	0.38 **	0.23	0.54	1.00
配偶者、家族、友人等が相談を きいてくれる程度	-0.18 *	-0.34	-0.02	1.00
R2	0.18 **			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

6) 暴力被害がコミュニケーション行為に及ぼす影響

4) において、暴力尺度得点と受忍的態度が影響をもつことを示した。一方で、コミュニケーション行為の変化が暴力によって影響される可能性もある。そこで、time2 の共感、受忍、主張のいずれか一つを従属変数として、time1 指標と time1 暴力尺度得点を独立変数とする回帰分析（強制投入法）を計 3 回行った。その結果、time2 の主張を従属変数とした場合に、time1 の暴力が有意に予測した（表 17）。つまり、time1 で暴力を受けていることで、time1 から time2 にかけて主張的行為が強まることが示された。

表17 time1の暴力がtime2のコミュニケーション行為に及ぼす影響

変数名	time2コミュニケーション行為	95% 下限	95% 上限	VIF
time1共感	0.11	-0.05	0.26	1.25
time1受忍	0.04	-0.11	0.19	1.14
time1主張	0.52 **	0.37	0.68	1.18
time1暴力	0.15 *	0.01	0.30	1.08
R2	0.39 **			

**p < .01, *p < .05, + p < .1

7) 結果のまとめ

第一に男性の独居で日常生活の自立度が低いほど暴力が生じやすいこと、第二に看護師の示す受忍的な態度が暴力のエスカレートを進めること、第三に訪問看護師のもついくつかの価値観が受忍的な態度に影響すること、第四に上司が困った時に頼りになる程度が強いほど time1 で受忍しやすくなること（表 11）職場外の人間関係において相談をきいてくれるサポーターがいるほど受忍的な態度を抑制しやすいこと、第五に暴力を受けることが主張的なコミュニケーション行為をとりやすくなることが示された。

4. 考察

1) 暴力行為のあった利用者の背景と、暴力発生に関連について

本研究では、男性で独居、日常生活の自立度が低い利用者ほど、訪問看護師への暴力が生じやすいという結果が示された。一般に、性別にかかわらず、生活自立度が低下し生活範囲が自宅内に限られ、他者との会話や交流の乏しい生活をしていると心理的欲求不満が生じやすいといわれる。例えば、独居高齢者では同居者がいる高齢者と比較して、生活上の不安を多く抱えるなど、精神・心理面で問題を抱えた人が多い。精神的な支えや手段的な支えという社会的支援の面においても、独居高齢者は同居者がいる高齢者と比較して不利な状況に置かれているとも言われている⁹⁾。また、高齢者の社会的孤立に関する研究では、女性より男性が孤立に陥りやすいという知見が積み重ねられてきている¹⁰⁾。これらのことから、今後、増加する独居高齢者、特に男性の高齢者をどのように支援してゆくかが課題である。ただし、武らの報告¹¹⁾では暴力を振るった相手の性別に偏りはみられなかった。そもそもこれまでの先行研究では、性別や、世帯の状況、日常生活度と暴力の傾向や程度の直接的な関連を明らかにしたものではなく、今後、厳密な因果関係を確認する必要がある。

2) 看護師の態度と暴力のエスカレートとの関連について

看護師が受忍する態度を示しているほど、利用者から看護師への暴力がエスカレートしやすいことが示された。他方、共感的な態度や主張的な態度が暴力のエスカレートに影響することは示されなかった。利用者の理不尽な態度や過度だと感じる要求に対して、訪問看護師の受忍的態度が、利用者の暴力をエスカレートしやすくなる可能性が示された。このことから逆に暴力やそれにつながる利用者の言動に対して、受け入れたり我慢したりしない姿勢を明確に伝える態度が必要だといえる。一方で、利用者への理不尽な振る舞いに対して主張的な態度を取っていても、それが暴力のエスカレートを抑止するとはいえないことも示された。これは自分では主張的な態度を取っていると思っても、行為が表面的な伝達行為にとどまり相手にその意図が明確に伝わりにくい可能性を示唆する。つまり、訪問看護師の主張的な態度や言動を利用者がどのように認識するのかにより、その効果が異なると思われる。主張的な態度で必ずしも相手の理不尽な言動の反復やエスカレートを抑止できない場合、受け手である利用者の特性や認識に合わせて主張の仕方を変更したり、

より強い態度を示すことが必要だと推測できる。そして、実務上、それでも避けがたい深刻な暴力が続く時は、複数名での訪問や訪問の終了を検討する必要があると考えられる。いずれにせよ、暴力に対しての主張的な態度の示し方について、根本にある受忍的な姿勢が重要であると考えられる。暴力行為への主張的な態度については、個人ではなく、カンファレンス等の場で、個別のケースに応じてどのような態度、どのような言葉で主張するか
の検討やトレーニングの開発が必要と思われる。

看護師の共感的な態度が暴力のエスカレートに影響しなかったのは、訪問看護師が利用者に心を寄せ、相手の価値観や生き方を理解しようとする姿勢や関わりそのものが、利用者の暴力を抑制させることもあれば、逆に助長させることもあり、結果的に効果が相殺された可能性が示唆される。つまり、ケアとしての共感姿勢を保ちつつ、暴力に対しては区別して、決して受忍する態度を示さず、効果的な主張的な態度をとることが必要と考える。

3) 訪問看護師のもついくつかの価値観が受忍的な態度に影響する

「訪問看護では利用者の文化や価値観・思いを受け入れることなしに援助関係を構築できない」と「自分が利用者から暴力を受けても、被害者だとは思いたくない」という認識が、time1での受忍的な態度の強さと関連した。「少々ことは我慢して利用者を確認しないと経営が成り立たない」という認識も受忍的な態度の高まりと関連した。

訪問看護は「対象となる人とその家族の生活をまず受け入れる態度は、欠かせない訪問看護技術である。そこからその人の困っていることを一緒に洗い出し、なぜ困っているのかを一緒に紐解きながら、訪問看護計画を立案してゆくことが訪問看護実践の基本である」¹²⁾。病院の入院患者は治療を受けるために病院のルールに合わせて過ごすが、訪問看護が対象とするのは、様々な個性、家庭環境、生活様式、文化、価値観の中で生活する人々である。時に劣悪な生活環境や、他者との関係性が形成できない、療養に関しての認識が乏しい利用者に出会うことがある。しかし、それを看護師の善悪で問題視するような姿勢であると相手に受け入れられることはできない。必要なケアを提供するためには、個々の生活状況を受け入れ、理解してこそ信頼感が生まれ、初めて援助関係が構築される。ただし、その心理プロセスが強く働き過ぎると、暴力を振るう個人の事情や疾患的な背景を寛容に理解しようとする面が生じるのかも知れない。今後は、訪問看護師と利用者との関係性をかけがえのないものとする事や、関係の維持や利用者の健康を支援するための必要なケアを継続しようとする事と、利用者による理不尽な言動に対する受忍的な態度との関連について考える必要があるだろう。

4) 訪問看護ステーションの経営と暴力への受忍的態度の関係

「少々のごことは我慢して利用者を確保しないと経営が成り立たない」という認識が受忍的態度の高まりと関連した点には、現在の訪問看護ステーションの在り方が影響していると言わざるを得ない。平成30年4月1日現在、日本全国に10,418ヶ所の訪問看護ステーションが存在するが¹³⁾、66.2%が看護師の常勤換算数が5人未満の小規模であり、3人未満51.6%、3～5人未満35.6%である¹⁴⁾。収支経営面において、利用者が少ないと赤字傾向を強まるため非採算な事業所も多く、利用者を失うと赤字になり事業が存続できない。このような状況が¹⁵⁾、暴力に対する受忍的な態度を形成する要因になってしてしまうものと思われる。

5) 暴力の受忍的態度が形成された背景

これまで、看護師に対する暴力について容認を要求する文化が育まれてきた。虐待や暴力を看護師の「仕事の一部」として従順に受け入れる場合が多かった。このような考え方は、一般の人々や司法関係者にも見られることがある。男女を問わず被害者に沈黙を求める圧力が大きく、過少報告は、効果的な職場暴力の削減のための戦略の立案・実施を妨げている。潜在的に危険な状況を認識し、攻撃に対処する効果的な手段を練り上げるために看護職員を訓練するプログラムはほとんどないにも関わらず、看護師は暴力に対処することを期待されている¹⁶⁾。また「指定訪問看護事業者は、正当な理由なく指定訪問看護の提供を拒んではならない」¹⁷⁾という応召義務において、これまで訪問看護師が利用者から受ける暴力行為に関してどのように解釈するのか議論はなされていない。このような歴史的な背景ゆえに、看護師たちが知らず知らずに暴力についての受忍的な意識を根付かせ、対応策を講じることを遅らせてきたと思われる。しかしながら、暴力行為が心身に及ぼすダメージは大きい。訪問看護師の安全と健康なくして良質な看護の提供は不可能である。利用者の健康を守り、支える使命と信頼関係を基盤とした健全な援助関係を保ちつつ、暴力を受忍しない態度や対応の両立を目指すことが、訪問看護師のやりがい、提供する看護の質の高さ、心身の健康を保つことにつながる。訪問看護師の暴力の受忍的態度を変化させることは、今後の重大な課題であると考ええる。

6) 自分を支えてくれる人がいることが、暴力の受忍的態度を抑制する

本調査で、配偶者や家族、友人が相談をきいてくれるサポーターがいるほど、受忍的態度を抑制しやすいということが示唆された。訪問看護師の仕事は病院とは違い、一人で看護ニーズを判断し実践していくことが大半であるため、提供する看護がこれでいいのかと不安を抱きやすく、また利用者との関係も密室での二者関係になるため、利用者の信頼を得たいがゆえに、何が健全な援助関係なのかという線引きを見失うこともある。自由に話せて、自分を支えてくれる存在があると、起きていることを客観視できたり、自分の存在価値を感じられるようになり、そのことが、他者だけでなく、自分を守る力を与え、暴力に対する受忍的態度を抑制するものと思われる。

一方、上司が困った時に頼りになるほど、暴力に対する受忍的な態度が抑制されることも示された。これはそのような上司がいるからこそ、期待に応えて看護に臨みたいという気持ちをもたらすことと関連するのかもしれない。困った時に上司が頼りになるという信頼関係が職場にあることは看護師が安心感を持って働くことを可能にする一方で、利用者からの理不尽な要求や態度にも耐える姿勢をもたらす可能性がある。この悪影響を断ち切るため、信頼する上司と暴力についての受忍を語り合い、受忍しないことを一緒に決めてゆくことが必要だろう。その手続きが、看護師の精神面の安定をもたらし、受忍しないで利用者との関係をどのように構築してゆくかを検討する機会を生み出すものと思われる。

7) 暴力を受けることが主張的なコミュニケーション行為を強める

暴力に対して受忍的な態度を取りつつも、暴力を自覚できることで主張的な態度により拒否したり不愉快だと伝えることができることが、結果的に示された。社内だけでなく、看護職能団体等の開催する研修の中で、暴力に対するあるべき態度を学習し、かつ主張的なコミュニケーションスキルを身につけることで、暴力のエスカレートの抑止に効果を上げるものと思われる。

5. 結論

訪問看護師の置かれている状況や心境が、利用者からの暴力の生じやすさとどのように関連するかについて2回に渡るパネル調査を行った結果、①男性の独居で日常生活の自立度が低いほど暴力が生じやすいこと、②看護師の示す受忍的な態度が暴力のエスカレートを進めること、③訪問看護師のもついくつかの価値観が受忍的な態度に影響すること、④上司が困った時に頼りになる程度が強いほど受忍的な態度が強まること、また、職場外の人間関係において相談をきいてくれるサポーターがいるほど受忍的な態度を抑制しやすい

こと、⑤暴力を受けることが主張的コミュニケーション行為をとりやすくなることが示された。今後、利用者の健康を守り、支える使命と信頼関係を基盤とした健全な援助関係を保ちつつ暴力を受忍しない態度や対応がいかにあるべきかの検討が必要であると考え。

本研究の限界と課題

本研究では、個々の利用者の特性、背景要因がどのように暴力行為の発生に影響するか明らかにするまでには至らなかった。訪問看護師が受ける暴力には、それぞれに利用者側の要因、看護師側の要因、環境要因など複数の要因が絡み合っているだろう。今後さらに実態解明と効果的な対応を見出すために行政、看護関連団体、訪問看護ステーション、様々な分野の研究者が協力して、暴力についての質量面での実態を明らかにしてゆく必要があると考える。一方、早急に、暴力に対して対処できる必要なスキルを身に着けることができる教育プログラムの開発が待たれる。

最後に、今回の調査にご協力いただいた 164 名の訪問看護師の皆様に感謝する。

引用文献

- 1) 日本看護協会：保健医療分野における職場の暴力に対する実態調査, 日本看護協会出版会, 東京, 2004.
- 2) 清水房江ほか：病院に働く看護師が受ける暴力の特徴と要因（第一報）, 三重看護学誌 33, 33-45, 2008.
- 3) 藤田愛：利用者家族による薬物混入の暴力被害への対応, コミュニティケア , 18(2), 10-14, 2006.
- 4) 藤田愛：「暴力」の問題に取り組まざるを得なくなった日からの歩み, 訪問看護と介護, 22(11), 818-827, 2017.
- 5) 林千冬：調査報告「訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力の実態と対策」兵庫県下における実態調査の結果から, 訪問看護と介護, 22(11), 847-857, 2017.
- 6) 加藤司・谷口弘一（編著）：対人関係のダークサイド, 北大路書房, 京都, 2008.
- 7) 相馬敏彦・浦光博：「かけがえのなさ」に潜む陥穽：協調的志向性と非協調的志向性を通じた二つの影響プロセス, 社会心理学研究 26(2), 131-140, 2010.

8) 清水裕士：フリーの統計分析ソフトHAD：機能の紹介と統計学習・教育，研究実践における利用方法の提案，メディア・情報・コミュニケーション研究 1, 59-73, 2016.

9) 杉澤秀博：独居高齢者が抱える問題とその背景、それを解消するには何が必要か，公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネット，
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/koreisha-koritsu/dokkyokoreisha.html> (2019/4/22) .

10) 小谷みどり：配偶者と死別した独居高齢者の人間関係，LIFE DESIGN REPORT 2010(10), 42-44, 2010.

11) 武ユカリ：在宅ケアにおけるモンスターペイシエントに関する調査，2008 年度前期優美財団在宅医療推進財団研究助成完了報告書. 2008.

12) 日本訪問看護財団：訪問看護基本テキスト，日本看護協会出版会，東京，2018.

13) 全国訪問看護事業協会：平成 30 年訪問看護ステーション数調査結果（訪問看護ステーション），<https://www.zenhokan.or.jp/new/topic/basic/> (2019/4/22) .

14) 全国訪問看護事業協会：平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健康増進等事業「訪問看護の質確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業 ～訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して～」報告書，2014/3

15) 社団法人全国訪問看護事業協会；訪問看護ステーション経営概況緊急調査報告書，2008.

16) 国際看護師協会；ICN 所信声明“看護師の社会経済福祉” 看護職員に対する虐待および暴力，2000.

17) 平成十二年厚生省令第八十号；指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準，第四章第六条提供拒否の禁止，2000.