

## 精神科閉鎖病棟において患者から看護師への 暴力が起こった状況と臨床判断

安永 薫梨\*

### The Situation and the Clinical Judgment Resulting from Violence against Nursing Staffs by Inpatients in a Psychiatry Closing Ward

Kaori YASUNAGA

#### Abstract

The purpose of this research is to examine the risk management of violence against nursing staffs by inpatients in the psychiatry closing ward. A method of study was to have an interview with 10 nursing staffs. Data were analyzed qualitatively. Consequently, four situations of violence against nursing staffs by inpatients in the psychiatry closing ward were definite: <Nursing staffs received the violence from inpatients when they came into the patient's personal space suddenly.>, <Nursing staffs received the violence from inpatient incoherently>, and <Nursing staffs received the violence from inpatient when they were attempting to change the patient's behavior.>, <Nursing staffs received the violence from symptoms which inpatients had>. About clinical judgment of nursing staffs received the violence from inpatient, nursing staffs didn't analyze inpatient's problems based on knowledge such as observed information. Nursing staffs judged from standards of a prejudice and a small number of staffs. Nursing staffs had negative feelings such as fear and anger when received the violence from inpatient. And the nurse-patient relationship changed in quality, motivations for inpatient care fell. On the other hand nursing staffs considered next countermeasures and felt keenly the immaturity of own judgment for receiving the violence from inpatients.

*Key Words:* violence, risk management, psychiatry closing ward

#### 要 旨

本研究の目的は、精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力に関するリスクマネジメントについて検討することである。研究方法は、10名の看護師に面接調査を行い、収集したデータは質的に分析した。その結果、暴力を受けた状況は、<患者の場に踏み込んだ時、突然、暴力を受けた状況>、<脈絡もなく暴力を受けた状況>、<看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況>、<患者の症状により暴力を受けた状況>と4つが明らかになった。暴力を受けた看護師の臨床判断については、観察した情報など知識をもとに患者の問題を分析したり、判断したりせず、先入観やスタッフの人数が少ないなどの基準により判断が行われていた。暴力を受けた時、看護師は患者に対し、恐いなどの陰性感情を抱き、看護師-患者関係は変質し、ケアの意欲低下を示すが、その一方で、看護師は暴力を受けてしまったことに対して、判断の未熟さを痛感したり、次回の対応策について考えるなど前向きな姿勢がみられた。

キーワード：暴力、リスクマネジメント、精神科閉鎖病棟

\* 福岡県立大学看護学部精神看護学講座

Department of Mental Health Nursing, Faculty of Nursing,

Fukuoka Prefectural University

連絡先：〒 825-8585 福岡県田川市伊田 4395

福岡県立大学看護学部 安永薫梨

E-mail : yasunaga@fukuoka-pu.ac.jp

## 緒言

暴力の実態はつかみにくいものであるが、世界中で毎年 200 万人以上の人々が虐待などを含む暴力による傷害で死亡していると言われている(国際看護師協会, 2001)。医療の場における暴力としては患者から看護師への暴力があげられ, National Institute for Occupational Safety and Health(以下 NIOSH, 2002)は病院で働く人は誰でも暴力の被害者になるかもしれないが, 看護師が最も患者の身近にいますので暴力を受ける危険性が高いと報告している。このような暴力は被害者である看護師の心や身体に影響を与えるだけでなく, 看護ケアの質の全般的低下や仕事意欲の低下, 看護師の欠勤や離職によるケア提供体制の脆弱化などを招くことから, 看護管理上の重要な課題となっている。

研究者が実施した 2003 年 7 月の事前調査では, 精神科閉鎖病棟に勤務する看護師 230 名中, 暴力を受けた経験が「ある」と答えた人は 158 名(68.7%)であり, 暴力への対処可能性については, 暴力を受けた経験の有無に関わらず, 暴力を防ぐことができると答えた研究対象者は 230 名中 51 名(22.2%)であった。そして, 暴力を受けた経験のない対象者は, 患者から看護師への暴力が起きている現状について, ①患者への敬意不足, ②患者に関する情報収集や患者理解の不備, ③他職種との連携不足, ④暴力への注意不足といった指摘をしており, 今後の課題が浮き彫りになった。先行研究では, 川村(2002)が事前対応としての発生の予見と防止, 発生しかけた時にいかに暴力から逃れ, 安全を確保するかという方策について検討した研究を実施している。また, 近藤(1997)はアメリカの興奮状態や暴力的・攻撃的行動のマネジメントの方法を紹介している。江波戸(2004)は職場暴力への専門的な対応と行動制限の最小化を目指した教育プログラムを, 実際に導入した経過について報告している。日本精神看護技術協会主催のニコニコ研修では腕をつかまれた場合にどのように対処するかなど包括的暴力防止プログラムが行われている(日本精神看護技術協会, 2004)。

Spokes(2002)はイギリスの精神病院に勤務する看護師を対象として半構成的面接調査を行い, 暴力を防ぐための危機管理の重要性を示唆している。Lanza(1998)はアメリカの臨床の場で実際に暴力を防ぐためのスタッフトレーニングに取り組んでいる。そして, 数はまだ少ないが, アメリカにおいて精神科看護師を対象とした, スタッフトレーニングなどの効果, 評価に関

する研究も行われ始めている(Jambunathan, 1996)。

そこで, 本研究では精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力に関するリスクマネジメント, 特に暴力が起きている状況と看護師の臨床判断に注目し, 検討することを目的とした。

精神科閉鎖病棟において, 看護師が患者から暴力を受けた状況や暴力を受けた際の看護師の臨床判断に焦点をあてた研究はほとんどない。看護師が患者から暴力を受ける状況というのはどのようなものなのか, その際, 看護師はどのような臨床判断を行っているのか, 明らかにすることにより, 患者から看護師への暴力に関するリスクマネジメントが示唆されれば, 看護師の人権は尊重され, 質の高いケアの提供につながると考える。

## 用語の定義

暴力とは「恐怖を覚えるような身体的攻撃, 暴言, 性的攻撃を含む行為」と定義する。リスクマネジメントとは「職場の安全を守ること」と定義する。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

暴力はデリケートな問題であり, 実態が把握しにくい。匿名性に細心の注意を払い, 前段階で行った質問紙調査より, 面接調査に協力できるという承諾が得られ, かつ暴力を受けた経験を持つ看護師を選出し, 面接調査を行った。

### 2. 研究の対象

#### 1) 対象病院の選定

F県内のサービス内容を把握している病院を 8 つ選んだ。

#### 2) 対象病院の患者から看護師への暴力に対する組織的な対処方法

病院における組織的な対処方法は研究者が 2003 年 7 月に実施した事前調査より, 8 施設中「チームメンバーと話し合う機会がある」が 4 施設, 「上司への報告」が 4 施設, 「暴力に対する予防対策の開発及びその評価をする」が 3 施設, 「カウンセリングを受けることができる」が 2 施設, 「暴力から身を守るマニュアルがある」が 2 施設, 「相談する場がある」が 1 施設であった。

#### 3) 面接調査

任意で面接調査に協力できるという暴力を受けた経験を持つ研究対象者を質問紙調査の回答から選定し,

10名に実施した。

### 3. データ収集期間

データ収集は、平成15年7月～平成15年9月に行った。

### 4. データ収集と分析の方法

#### 1) 研究対象者への依頼方法

(1) 各病院の看護部に研究の主旨を説明し、研究協力を依頼した。

(2) 各病院の看護部に研究対象として該当する病棟の看護師全員に対して、研究協力の依頼文と面接調査への協力の可否を記入する用紙、そして、それらを返信する封筒の配布を依頼した。

(3) 面接対象者となる承諾を得た看護師には、研究協力の可否を記入する用紙に、アポイントを取るための連絡方法を記入し、直接研究者に郵送にて返信してもらった。

#### 2) 面接調査

##### (1) データ収集

a) 調査協力の承諾を得た研究対象者に対して、研究者から直接連絡をし、調査日時や場所について相談した。

b) 患者から暴力を受けた看護師の思いを聴取できるようにインタビューガイドを作成した。

c) 作成したインタビューガイドに沿って、研究対象者へ面接を行い、データを収集した。なお、面接調査は個室(使用可能な部屋を借りる)で行い、面接の内容は対象者の許可が得られた場合、テープレコーダーに録音した。

##### (2) 分析の方法

録音したテープを記述化し、その内容から看護師が患者から暴力を受けた状況、その際、看護師が行った臨床判断に関するデータを1事例ずつ抽出し、質的・帰納的に分析した。なお、看護師が患者から暴力を受けた状況については、過去の文献を参考に分類し、看護師が行った臨床判断については、図を用いて、患者の状態、看護師の判断、看護師がとった行動、患者がとった行動に分類し、分析した。

### 5. 倫理的配慮

本研究は看護師の暴力を受けた感情に焦点を当てるため、以下の点に留意した。

1) 面接調査の依頼を病院長及び看護部長に説明し、許可を得てデータ収集を実施した。

2) 研究の実施にあたって、研究への協力は任意であ

り、協力しなくても不利益を被らないこと、面接調査はいつでも中止や回答の拒否ができること、対象者の匿名性が保持されることを説明した。

3) 面接調査に応じてくれた研究対象者については、必要に応じて本人から調査協力することを病棟管理者に伝えてもらった。また、プライバシーの保持についても慎重に行った。

4) 研究者は個人的なデータが外部に漏れないよう厳重に管理した。研究が終了した時点で収集したデータは消去し、研究を報告する際には対象者名や病院名、患者名を匿名にし、特定できないように配慮した。

## 結果

### 1. 面接協力者と面接調査の概要

#### 1) 面接協力者の内訳

面接協力者は任意で面接調査に協力できると答えた人は23名であり、そのうち、暴力を受けた経験がない人は4名、暴力を受けた具体的な状況・場面の記載がない人は5名、記載がある人は14名であった。

#### 2) 面接した事例の概要

面接対象者は任意で面接調査に協力できると答えた人23名より、10名を質問紙調査の回答から選定した。具体的な面接調査の対象者選出根拠については対象者、患者の特性を含め、表1に示す。

### 2. 暴力を受けた状況と看護師の臨床判断

10名の看護師(研究対象者)によって語られた患者から暴力を受けた状況は、看護師が病室に入った時のように患者の場に踏み込んだ場合、たまたまそばを通りかかった対象者に患者が突然、押し倒すといった、何の脈絡もない、なぜ、暴力を受けたのかもよくわからない場合、他の患者をいじめている患者への注意、けんかの仲裁、抑制のように看護師が患者の行動を変えようと働きかけた場合、妄想、入院拒否、不安など患者の症状による場合がみられた。この状況は、事例を分析すると看護師あるいは患者一方向からの働きかけと看護師、患者がかかわりあい相互作用している場合との2つに分かれ、さらに看護師からか、患者からかの働きかけの方向により2つに分かれ、<患者の場に踏み込んだ時、突然、暴力を受けた状況>、<脈絡もなく暴力を受けた状況>、<看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況>、<患者の症状により暴力を受けた状況>という4つのパターンに

表1  
面接した事例の概要

	対象者	患者	面接調査の対象者選出根拠
事例1： 保護室において、幻覚・妄想状態の患者に指を噛みつかれた事例	20代, 女性, 急性期病棟, 精神科経験年数 5～10年	50代, 女性, 統合失調症	指を噛み付かれたり、顔や手を引っかかれたりといった身体的な暴力により、患者を避けたいなど心や身体に与えた影響が大きかったからである。また、年齢が若い看護師は暴力を受けた際の心や身体への影響を受けやすいと考え、20代であるこの対象者を選んだ。
事例2： 妄想の対象となり、集中的に暴言、嫌がらせを受けた事例	40代, 女性, 急性期病棟, 精神科経験年数 5～10年	50代, 男性, 統合失調症	暴力により、6ヵ月を経過した頃、身体的な不調が出現、仕事を辞めたい思い、勤労意欲の低下、ストレスと不安の増大、患者を避ける行動が変わらないといった心や身体への影響が大きかったため、対象者として選んだ。
事例3： 患者の要求に応じたにもかかわらず、暴力を受けた事例	30代, 男性, 慢性期病棟, 精神科経験年数 5～10年	70代, 男性, 統合失調症	患者から頭部を殴られたりと暴力により、受診をしていたこと、頭部痛といった身体的傷害が6ヵ月後も続いていたため、対象者として選んだ。
事例4： 入院拒否の患者より、暴言を受けたり、威嚇された事例	30代, 男性, 慢性期病棟, 精神科経験年数 10～20年	30代, 男性, 覚醒剤後遺症	入院拒否の患者から罵声をあびせられたり、威嚇されたことにより、6ヵ月後も不信や勤労意欲の低下と能率の低下を認めたため、対象者として選んだ。
事例5： いじめの注意をしたら暴言を受けた事例	40代, 男性, 急性期病棟, 精神科経験年数 10～20年	50代, 男性, 人格障害	急性期病棟であり、患者から突然、身体的な暴力を受けた事例であったため、対象者として選んだ。
事例6： 妄想により、暴言を受け、殴りかかれた事例	30代, 女性, 慢性期病棟, 精神科経験年数 10～20年	50代, 女性, 統合失調症	暴力を受けた具体的な状況・場面、心や身体に与える影響が質問紙に記載されていたため、対象者として選んだ。
事例7： 患者同士のけんかの仲裁に入ったら、飛ばされた事例	20代, 男性, 急性期病棟, 精神科経験年数 5年未満	50代, 男性, 統合失調症	年齢が若い看護師は暴力を受けた際の心や身体への影響を受けやすいと考えたため、20代であるこの対象者を選んだ。
事例8： 信頼関係ができていた患者に突然、暴言を吐かれた事例	50代, 女性, 急性期病棟, 精神科経験年数 20年以上	50代, 女性, 非定型精神病	経験年数が長い看護師であっても、暴言を受けるとショックや意欲低下を認めることに疑問を感じたため、対象者として選んだ。
事例9： 椅子に抑制していた患者から突然、押し倒された事例	40代, 女性, 慢性期病棟, 精神科経験年数 5～10年	20代, 男性, 精神遅滞・ 水中毒症	突然、患者に押し倒され、1週間以内にショックや怒りといった心への影響が質問紙に記載されていたため、対象者として選んだ。
事例10： 抑制の際に蹴飛ばされ、つばを吐きかけられた事例	40代, 女性, 慢性期病棟, 精神科経験年数 5年未満	50代, 女性, 統合失調症	患者の暴力により、ショックや怒りを抱いた事例が質問紙に記載されていたため、対象者として選んだ。

分類することができた。また、暴力に至った過程を看護師の臨床判断に焦点をあて分析した結果、臨床判断の不十分→暴力→陰性感情→看護師-患者関係の悪化→ケアの意欲低下といったプロセスが明らかになったので以下に述べる。

なお、ここでは臨床判断を「看護師がクライアントとの関係において行なう一連の決定である。」(Tanner, 1989)とする。

1) 暴力を受けた4つの状況

(1) 患者の場に踏み込んだ時、突然、暴力を受けた状況  
看護師が患者の病室に入った時のように患者の場に踏み込んだ時に突然、暴力を受けた状況を示す(図1参照)。

例えば、事例3では夜中の3時頃、看護師が巡視した際に、患者が「部屋が臭いので、見て欲しい。」と言った。実際にその部屋には尿失禁をする患者がいたので、部屋に入ったところ、突然、水入りのペットボトルで頭と腕を殴られ、股間をけられた。看護師が患者を抑えたこと、同室の患者が殴るのをやめるように言ったこと、他のスタッフが駆けつけたことで、その場はおさまった。

このように看護師は患者に「部屋が臭いので、見て欲しい。」と言われたため、無防備に部屋に入り、自分の働きかけの意図を伝えることなく暴力を受けてしまった。こうした場合、看護師は目に見えない患者のテリトリーに無用心に入ってしまったということが考えられる。

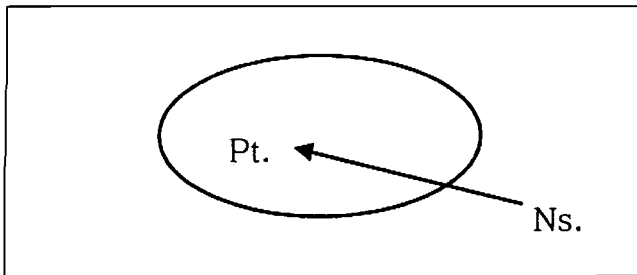


図1 患者の場に踏み込んだ時、突然、暴力を受けた状況

(2) 脈絡もなく暴力を受けた状況

たまたまそばを通りかかった看護師に患者が突然、押し倒すといった、何の脈絡もない、なぜ、暴力を受けたのかもよくわからず暴力を受けた状況を示す(図2参照)。

例えば、事例9では患者がダイルームで足だけ抑制をされ、いすに座っていた。たまたま、そばを通りかかった看護師を突然、患者が押し倒した。患者の力は強

く、患者のいすをひもで固定していた手すりが壊れ、看護師の予防衣も破けた。

このように、突然、何の脈絡もなく患者から暴力を受けた状況では、看護師は患者の精神状態を把握する余裕もなく、臨床判断を下すことができないことから、暴力を防ぐことは難しい。

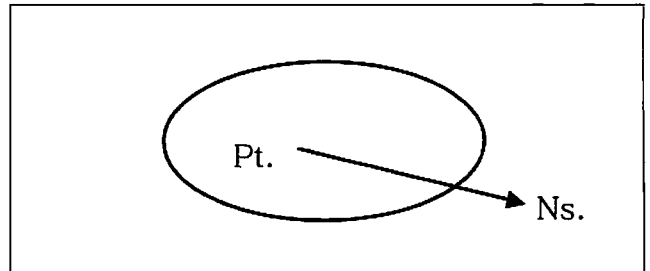


図2 脈絡もなく暴力を受けた状況

(3) 看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況

他の患者をいじめる行為への注意、けんかの仲裁、抑制のように看護師が患者の行動を制止するなどの働きかけから暴力を受けた状況を示す(図3参照)。

例えば、事例10では常に胴抑制と食事以外は四肢抑制をされている患者に対して、夕食後、看護師は準夜帯であり、スタッフの数も少ないことから再抑制を1人でしようとした。すると、患者が興奮し始めて、看護師に「そんなことをやったら、殺すぞ。」と暴言を吐いたり、蹴飛ばしたり、つばを吐きかけた。看護師は1人では無理だと思い、他のスタッフを呼んだ。

このように、看護師は患者がいる場を共有し、抑制するという働きかけを行った状況では、患者に抑制をすることを伝えたにもかかわらず、拒否され暴力を受けた。これより、精神状態のアセスメントや事前に患者の状態が把握できている状況でも暴力は起きている。

(4) 患者の症状により暴力を受けた状況

妄想、入院拒否、症状の悪化、不安により患者が看護

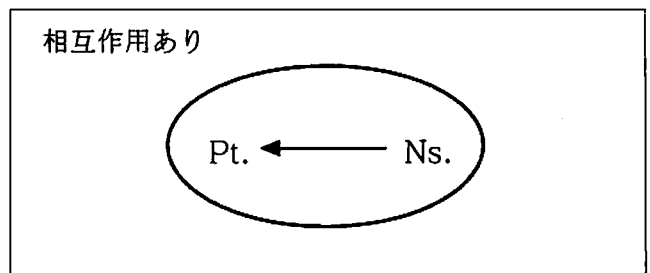


図3 看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況

師に暴力を振るった状況を示す(図4参照)。

例えば、事例2では看護師は突然、何の前ぶれもなく、患者の妄想に組み込まれ、「頭に電波を入れるな。」と暴言や威嚇を6ヶ月に渡り受け続けた。暴言が始まる時というのは、自分の要求が通らない時やお小遣いが足りなくなり、好きなものが買えずいらした時であった。夜勤帯にはトイレのドアをすごい音をたて強く閉めたり、自分の部屋から詰め所に罵声を浴びせていた。また、他のスタッフも詰め所にいたとしても、患者は看護師を名指して「ふざけんなよ、このやろう。」と暴言を吐いていた。看護師はいつも見られているような気がし、結局、自律神経失調症になってしまった。

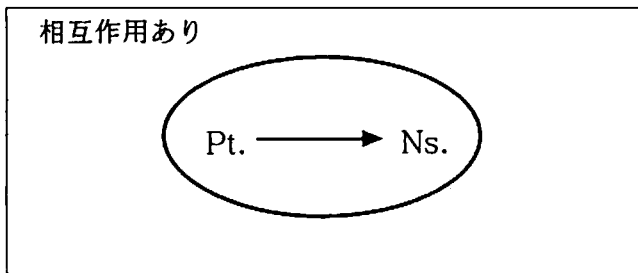


図4 患者の症状により暴力を受けた状況

事例8では、患者が突然、看護師を含め3名のスタッフに暴言を吐き始めた。具体的には、看護師が学生に聞いていると、患者はその半径5メートルくらい離れたところで、わざとみんなに聞こえるように「〇〇、真っ黒な顔して何をしてるんだ。」と看護師の名前を呼び捨てにし、歌をうたうような調子でぐるぐる回っていた。しかし、5日後に患者から看護師に「ごめんなさい。看護師さんがうらやましかった。いいお母さんしているし。」と謝罪があった。

このように、看護師は妄想や不安という症状を呈している患者と場を共有している以上、暴力は避けられない状況が作られている。

2) 暴力に至ったプロセス

(1) 先入観による判断から暴力を受けてしまった事例

事例1では、患者は入院時、大部屋にいたが、幻覚・妄想に左右され、対応困難となり保護室に入室することになった。看護師は患者の印象について、「妄想があったので、表情は硬く、いつも目がギョロギョロしていた。」と語る。保護室入室後も落ち着かず、家に帰りたいと言っていた。一応、複数対応とはなっていたが、訪室した際に患者が布団の上にきちんと正座をしていたので看護師は①深夜帯でありスタッフも3名と少なかったこと、②高齢者であることから、今日は大丈夫と判断し、ドアを開けてお膳を置いた。すると、患者は「ありがとうございます。」と言ったかと思うと、急に立ち上って走り出すような感じがあった。看護師は保護室から出られたらまずいと右手を引っ張ったが、力は強く「お前が入れ」と室内に押し込められそうになり、ちょっと、抵抗したら、蹴られ、叩かれ、顔は引っかかれ傷だらけとなり、右指は噛み付かれた。そして、引っ張られて保護室内に入れられそうになったところを男性のスタッフが気付き、制止してくれた(図5参照)。

看護師は暴力を受けたことについて振り返り次のように語った。「配膳して保護室の中に入った時『ありがとうございます。』と言われたにもかかわらず、その変わり様をみて、ショックというかそんなはずではなかったという感じでした。やはり、判断や考えが甘かったと思い、観察力などの未熟さを痛感しました。そのような状況では、患者を止めないで一緒に保護室に入れば、引っかかれたりこんなにけがはしなかったのではないか。これからはどうしようかなと迷った時は一人じゃなくて、他のスタッフに行ってもらおうとか、暴力を受ける前に防ぐことができるような対処方法を自分でとらないといけない。」また、暴力を受けた後の気持ちについて看護師は、「他のスタッフが(患者の具合が)よくなったから、安全だよって言ってもやっぱり不安でちょっとひとりではしばらくは(対応することが)無理でした。」、「患者は転棟する頃、落ち着いていたが、対応した際に、もしかしたら、また暴力を振るわれるかもしれないと思ったら、恐くて、おどおどしていた。」と語った。

看護師は患者がきちんと布団の上に正座していたので、①深夜帯はスタッフが3名と少ないこと、②高齢者だから危なくないという先入観から保護室のドアを開けても大丈夫と判断した。しかし、看護師は患者が走り出しそうな感じを察知し、③保護室から逃げ出すのを止めなければいけないと判断し、患者の手を引っ張ったら、暴力を受けてしまった。暴力を受けた後は、患者の状態が落ち着いても恐いという陰性感情がみられた。また、しばらくはひとりで患者の対応ができなかったり、対応ができるようになってもおどおどしていたことから、看護師-患者関係は変質し、ケア意欲は低下していた。これより、臨床判断の不十分→暴力→陰性感情→看護師-患者関係の変質→ケアの意欲低下といったプロセスが明らかになった。

看護師は患者がきちんと布団の上に正座していたので、①深夜帯はスタッフが3名と少ないこと、②高齢者だから危なくないという先入観から保護室のドアを開けても大丈夫と判断した。しかし、看護師は患者が走り出しそうな感じを察知し、③保護室から逃げ出すのを止めなければいけないと判断し、患者の手を引っ張ったら、暴力を受けてしまった。暴力を受けた後は、患者の状態が落ち着いても恐いという陰性感情がみられた。また、しばらくはひとりで患者の対応ができなかったり、対応ができるようになってもおどおどしていたことから、看護師-患者関係は変質し、ケア意欲は低下していた。これより、臨床判断の不十分→暴力→陰性感情→看護師-患者関係の変質→ケアの意欲低下といったプロセスが明らかになった。

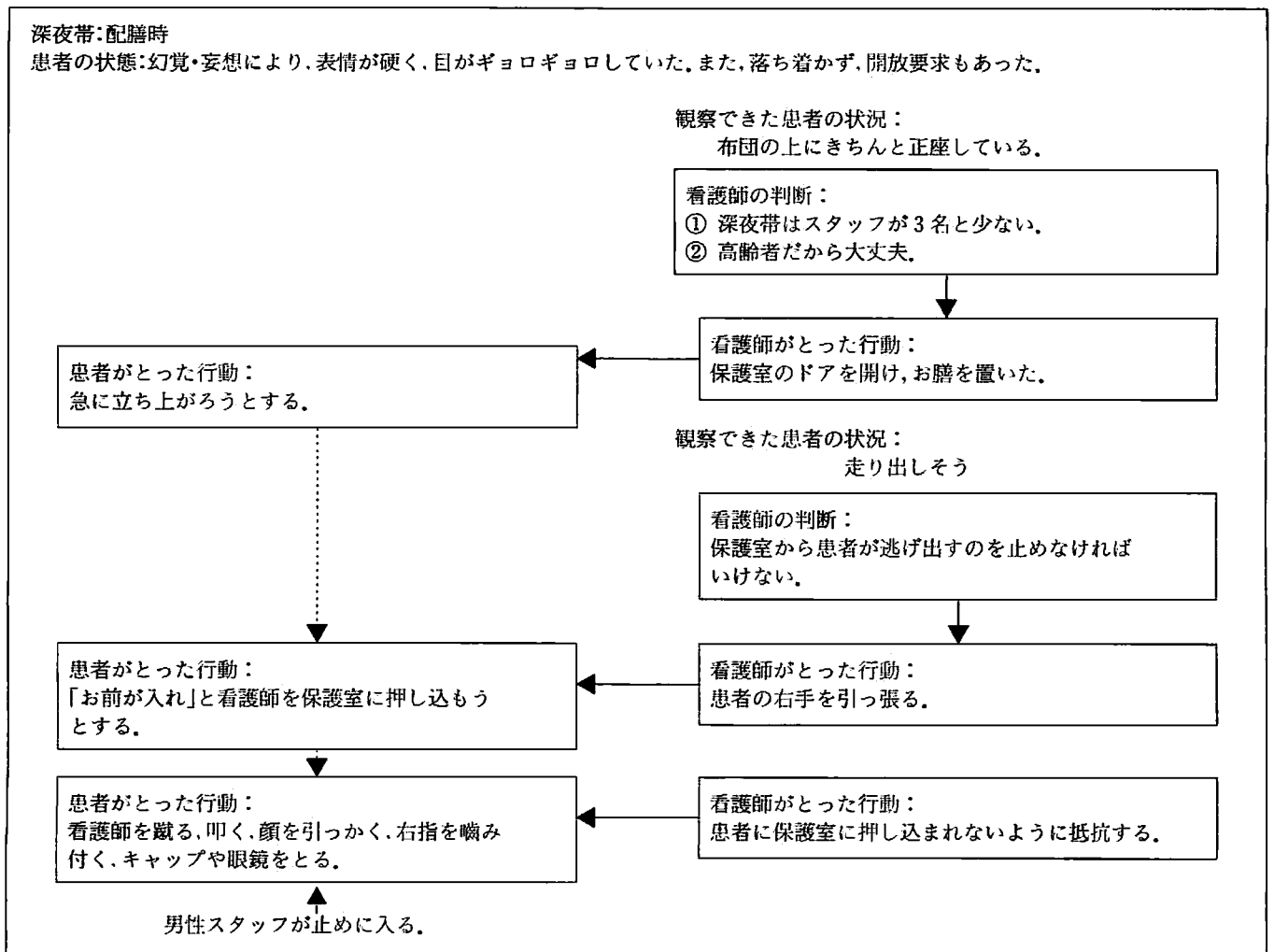


図5 先入観による判断から暴力を受けてしまった事例

(2) けんかの仲裁に関する判断から暴力を受けてしまった事例

看護師は落ち着いていない時、対応が難しい患者と他の患者がささいなことでけんかになっているのが詰め所の窓から見たので、①けんかを止めなければならぬ、②患者を守らなければならぬと判断し、二人の体を抑え、「とりあえず、離れて、話を聞くから。」と言ったら、「邪魔をするな。」と突き飛ばされ、恐い思いをした。しばらくして、「あの時は、ごめんね、いらいらしていた。」という謝罪が患者から看護師にあった。しかし、看護師としては「自分から接する分には構えないが、意外に患者が近づいて来ると構えてしまう。」と語っていた(図6参照)。

暴力を受けた時のことを振り返り、看護師は「仲裁に入った時は暴力を受ける、受けないと思うよりもその状況を止めないといけないということが先だったので考えずに行動してしまった。働いている場所が精神科

だからしょうがない。気をつけないとやられるなとも思いました。結局、こちらからは患者さんに暴力は振るえないので、けんかを止めるとなると、暴力を受ける形になってしまう。看護師の人権というよりは患者を守るほうが先という話になるのでしょうかないと思いません。また、先輩看護師に相談すると、けんかの仲裁に入る際、危険が伴うことを判断しなかったことは、自分の責任でもあるから暴力を受けたことはしょうがないと言われました。」と語った。

看護師は詰め所の窓から二人の患者がけんかをしているのが見たので、①けんかを止めなければならぬ、②患者を守らなければならぬと判断し、仲裁に入ったら突き飛ばされた。暴力を受けた時、恐いという陰性感情を抱き、その一方で「精神科だから暴力を受けることはしょうがない。」と諦めていたことから、看護師-患者関係は変質し、ケアの意欲低下がみられた。これより、臨床判断の不十分→暴力→陰性感情→看護師

-患者関係の変質→ケアの意欲低下といったプロセスが明らかになった。

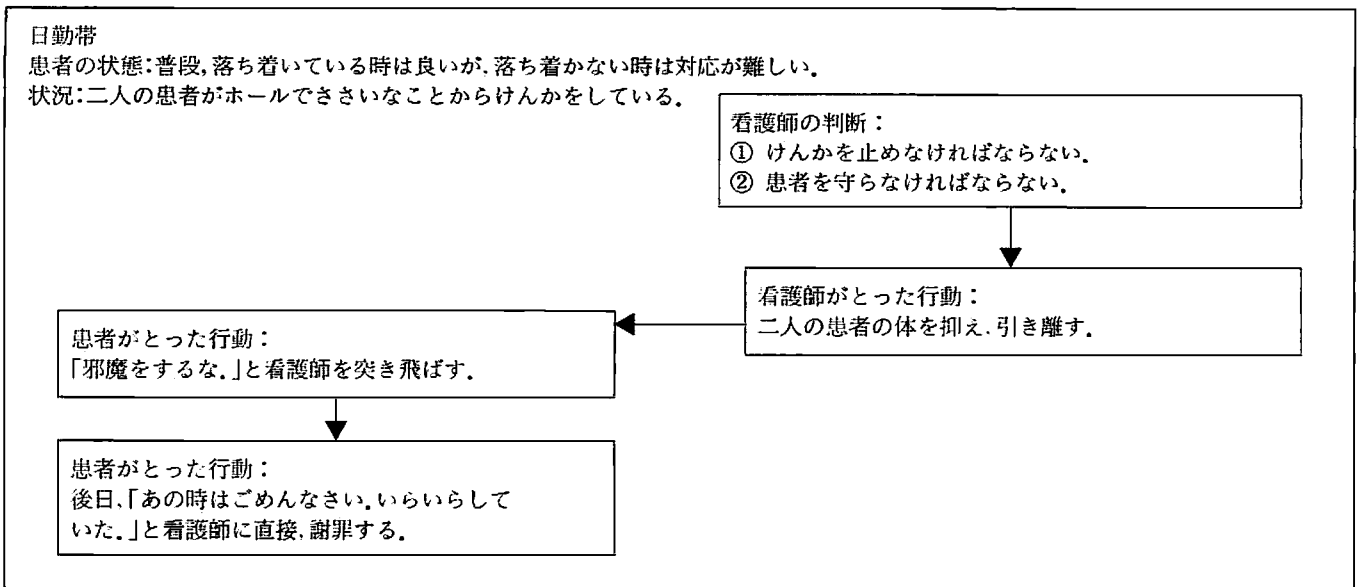


図6 けんかの仲裁に関する判断から暴力を受けてしまった事例

考 察

面接調査より, <患者の場に踏み込んだ時, 突然, 暴力を受けた状況>, <脈絡もなく暴力を受けた状況>, <看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況>, <患者の症状により暴力を受けた状況>という4つの状況のパターン, 臨床判断の不十分→暴力→陰性感情→看護師-患者関係の変質→ケアの意欲低下といったプロセスが明らかになった。これより, 患者から看護師への暴力に関するリスクマネジメントを明確にするために, 暴力を受けた状況, 看護師の臨床判断について考察する。最後に, 本研究の限界と今後の課題について述べる。

1. 暴力を受けた状況

4つの状況として明らかになった<患者の場に踏み込んだ時, 突然, 暴力を受けた状況>, <脈絡もなく暴力を受けた状況>, <看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況>, <患者の症状により暴力を受けた状況>について, 過去の文献と照らし合わせてみた。

患者の場に踏み込んだ時, 突然, 暴力を受けた状況については, 宮下(1999)の研究で「看護師が患者に声掛けをすると具体的な言葉での反応はわずかで, 険しい表情で突然, 殴りかかり威嚇するといった行為がみられた。」と看護師が患者の場に踏み込んだとき, 突然, 暴力を受けるといった本研究と同様の状況がみられた。

脈絡もなく暴力を受けた状況については, 森田(1994)の研究で「『頭に力が入った』, 『同じ事を4回したから』と無関係な理由で, スタッフへの暴力, ガラス破損を頻繁に起こした。」と看護師は患者から脈絡なく暴力を受けるといった本研究と同様の状況がみられた。

看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況については, 田島(2000)の研究で「『体温計を壊された, タバコを盗まれた。』などと被害妄想により興奮し, 他患者にいきなり詰め寄り殴ったり, 蹴ったりした。制止しようとした看護師にも殴りかかり負傷を負わせた。」といった患者が他の患者を殴ったので, 看護師が止めるよう働きかけたら殴られるといった本研究と同様の状況がみられた。

患者の症状により暴力を受けた状況については, 大隈(2001)の研究で「患者は躁症状に支配され, 次から次へと実現不可能な要求をし, 要求が通らないと看護師に激しく興奮, 攻撃をした。」といった患者は躁の症状により, 看護師に暴力を振るうといった本研究と同様の状況がみられた。

したがって, 4つの状況は先行研究においても取りあげられており, かなり, 暴力を受ける状況は一般的と言える。したがって, 今後, 状況に応じた暴力を防ぐための方法を見出していく必要がある。



## 2. 看護師の臨床判断

実際に暴力を受けてしまった看護師(研究対象者)の臨床判断に注目し、分析した結果、<脈絡もなく暴力を受けた状況>、<患者の症状により暴力を受けた状況>では自覚的な判断は行わず、<患者の場に踏み込んだ時、突然、暴力を受けた状況>、<看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況>では自覚的な判断を行っているにもかかわらず、暴力を受けてしまっていた。例えば、深夜帯はスタッフが3名と少ないなどの理由から判断を下し、結果的には患者から暴力を受けてしまった事例やけんかの仲裁に入り暴力を受けてしまった事例の臨床判断には3つの特徴がみられた。それは、①看護師自身の先入観、②患者を守らなければならないといった使命感、③スタッフの人数への配慮である。これらは、観察した情報など知識をもとに患者の問題を分析したり、判断したりせず、先入観やスタッフの人数が少ないなどの基準により判断が行われていたと考える。

このように患者の状態に基づく判断ではなく、周囲の事柄に影響されて判断し、暴力を受けた時、看護師は患者に対し、恐いなどの陰性感情を抱き、看護師-患者関係は変質し、ケアの意欲低下を示すことは同じであるが、その一方で、看護師は暴力を受けてしまったことに対して、判断の未熟さを痛感したり、次回の対応策について考えるなど前向きな姿勢がみられた。

以上より、看護師が行った臨床判断を意識化することで暴力を受けたショックからの立ち直りによい影響をもたらすと共に暴力を防止する方法につながると考える。また、暴力を未然に防ぐためには、研究的・経験的な検証に基づいた原則や経験を通して得られた知識を基盤にして、患者の問題を分析すると共に、患者の変化にいち早く気付くために日頃のかかわりの中で観察力を磨き、「あれ、おかしい」といった看護師の違和感や一体感を大事にして、状況を小刻みに判断し、行動に起こすことが必要と考える(外口, 1981)。また、Benner (1987)が述べるように、看護師の直感を看護ケアに積極的に生かすためにも暴力を受けた事例について事例検討会やフィードバックをする機会を積み重ねていく必要がある。

## 3. 研究の限界と今後の課題

本研究では、患者から暴力を受けた看護師を対象としたため、患者の反応は調査しておらず、看護師の臨床能力や対応の仕方には触れていない一方向からの調査

である。暴力は相手があって成り立つ出来事であり、状況における看護師の対応を患者がどのように受けとめるかが重要になる。したがって今後は、患者側からの調査や看護師の臨床判断や対応に焦点をあてた研究が必要になるだろう。

また、本研究ではリスクマネジメントと看護師-患者関係については検討することができなかった。リスクマネジメントを行う上で、看護師の患者へのかかわり、看護師と患者の距離の問題があると考えるので、今後はリスクマネジメントと看護師-患者関係について検討する必要があるだろう。

## まとめ

暴力を受けた状況は、<患者の場に踏み込んだ時、突然、暴力を受けた状況>、<脈絡もなく暴力を受けた状況>、<看護師が患者の行動を変えようと働きかけを行った時に暴力を受けた状況>、<患者の症状により暴力を受けた状況>と4つ明らかになった。これらの4つの状況は先行研究においても個別ではあるが取り上げられており、かなり、暴力を受ける状況は一般的と言える。

暴力を受けた看護師の臨床判断については、患者の状態に基づく判断ではなく、周囲の事柄に影響されて判断し、暴力を受けた時、看護師は患者に対し、恐いなどの陰性感情を抱き、看護師-患者関係は変質し、ケアの意欲低下を示すが、その一方で、看護師は暴力を受けてしまったことに対して、判断の未熟さを痛感したり、次回の対応策について考えるなど前向きな姿勢がみられた。

したがって、自覚的な判断を行わず暴力を受けるよりは、看護師が行った臨床判断を意識化することで暴力を受けたショックからの立ち直りによい影響をもたらすと共に暴力を防止する方法につながると考える。

以上より、患者から看護師への暴力に関するリスクマネジメントとして以下のことが示唆された。

1. 状況に応じた暴力を防ぐための方法を見出す。
2. 研究的・経験的な検証に基づいた原則や経験を通して得られた知識を基盤にして、患者の問題を分析すると共に、患者の変化にいち早く気付くために日頃のかかわりの中で観察力を磨き、「あれ、おかしい」といった看護師の違和感や一体感を大事にして、状況を小刻みに判断し、行動する。
3. 看護師の直感を看護ケアに積極的に生かすために

も暴力を受けた事例について事例検討会やフィードバックをする機会を積み重ねる。

### 謝 辞

本研究に協力してくださいましたF県内の病院の看護師の方々に心より御礼申し上げます。また、福島県立医科大学看護学部の中山洋子教授には研究計画より終始丁寧にあたたかくご指導下さり、深く感謝致します。なお、本研究は福島県立医科大学看護学研究科修士課程の修士論文に修正・加筆を加えたものである。

### 文 献

Benner, Patricia. Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87 (1), 23-31.

江波戸和子. (2004). 職場暴力への教育プログラム導入の実際. *日精看ニュース*, 527.

Jambunathan, J & Bellaire, K. (1996). Evaluating staff use of crisis prevention intervention techniques. *Issue Mental Health Nursing*, 17, 541-558.

川村治子. (2002). 看護師が報告した精神病院:病棟における患者の暴力「暴力に関するヒヤリ・ハット事例」を分類して. *精神看護*, 5 (4), 36.

国際看護師協会. (2001). 「国際看護師の日」広報用資料.

近藤房江. (1997). Management of assaultive behavior. *こころの看護学*, 1 (2), 197-201.

Lanza, M. (1998). A multidisciplinary course to teach staff to conduct psychodynamic group psychotherapy for assaultive men. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34 (1),

28-35.

南裕子. (1987). 看護婦の燃えつき現象とストレスおよびソーシャルサポートの関係について. *聖路加看護大学紀要*, 聖路加看護大学, 東京, 12, 26-33.

National Institute for Occupational Safety and Health. (2002). Violence: Occupational hazards in hospitals. 2002/4 参照 (<http://www.cdc.gov/niosh/2002-101.html>)

太隈美代子. (2001). 攻撃, 拒否の態度のある患者との関わりの中での看護. *精神保健*, 46, 76.

Spokes, K. (2002). Hovis: The Hertfordshire/Oxfordshire violent incident study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 199-209.

Tanner, A. C. (1989). Use of research in clinical judgment: Using nursing research. *National League for Nursing*, 20.

田島修. (2000). 被害妄想により暴力行為を繰り返す患者の看護: 精神症状悪化に伴う兆候の早期発見と心理的教育的介入. *日本精神看護学学会*, 43 (1), 454-456.

外口玉子. (1981). *方法としての事例検討*. (第1版). 東京: 日本看護協会出版会.

日本精神科看護技術協会. (2004). 包括的暴力防止プログラム. *日精看ニュース*, 527.

安永薫梨. (2003). 精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力の実態とサポート体制. *福島県立医科大学大学院看護学研究科修士論文*.

受付 2005.7.25

採用 2005.11.8