

た。

- ③暴力対策については、多くが病院の取り組みの紹介にとどまっており、法制定の結果取り組みが進んだという文献はあったが、それにより件数が減少しているとの結果は得られていなかった。総じて取り組み効果の検証はなされていなかった。
- ④特に乳幼児連れ去り防止については、JCAHO や NCMEC による対策・指針が中心的な役割を果たしており、近年乳幼児連れ去り件数が減少したのは、これらに基づいた取り組みが進んだためと指摘されていたが、それを検証した文献はなかった。

- 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 日本看護協会：病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種の夜間対応体制に関する実態調査，2001
- ³ 日本看護協会：保健医療機関における職場の暴力に関する実態調査，2003.
- ⁴ 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.
- ⁵ 東京都・特別区保健婦、保健士会 保健婦(士)問題検討委員会：地区活動における危機的状況及び職場の体制についての調査，2001.
- ⁶ 高崎絹子他：老人保健施設における不適切処遇に関する研究報告書．2001
- ⁷ 矢原隆行：看護職におけるジェンダー体制の今日的状況．看護管理、14(2)；、2004
- ⁸ 栗田かほる他：患者から受ける行為についての実態調査．第34回日本看護学会抄録集—看護管理；238，2003.
- ⁹ 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):232-4
- ¹⁰ 大屋浩美他：精神科における看護職員確保対策に関する研究—20歳代の看護職員の職務満足度と職務継続意志についての調査，精神科看護，29(10)，37-44，2002
- ¹¹ 前掲書 6
- ¹² 前掲書 3
- ¹³ 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.
- ¹⁴ 前掲書 3
- ¹⁵ 前掲書 4
- ¹⁶ 前掲書 5
- ¹⁷ 前掲書 8
- ¹⁸ 前掲書 6
- ¹⁹ 前掲書 7
- ²⁰ 前掲書 1
- ²¹ 前掲書 13
- ²² 前掲書 9
- ²³ 前掲書 10
- ²⁴ 前掲書 8
- ²⁵ 前掲書 5
- ²⁶ 包括的暴力防止プログラム認定委員会編：包括的暴力防止プログラム，医学書院 2005.
- ²⁷ 鈴木啓子、吉浜文洋：暴力事故防止ケア 患者・看護者の安全を守るために．精神看護出版，2005.
- ²⁸ 伊藤五月：病院の保安体制は今どうなっている？ 武蔵野赤十字病院の取り組み．ナーシング・トゥデイ，17(14)73-75，2002.
- ²⁹ Vittorio di Martino. Workplace violence in the health sector Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study Synthesis report.
- ³⁰ Infant kidnappings: new approaches: realistic drills; making low-tech and high-tech improvements. Hosp Secur Saf Manage. 2001 Related Articles. Links 22(2)5-8. 2001Jun.
- ³¹ Burns AL.Protecting infants in healthcare facilities from abduction: a facility's search for a sound infant security system.J Perinat Neonatal Nurs. 17(2)139-147 2003 Apr-Jun.
- ³² Steiner PJ Jr. Planning for and preventing infant abductions in the healthcare environment. J Healthc Prot Manage 19(2)92-97 2003 Summer.
- ³³ Ferns T et al. Personal safety in the accident and emergency department. Br J Nurs. 14(13) 725-730.2005.
- ³⁴ 前掲書 33
- ³⁵ Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work.
- ³⁶ Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. Aust J Adv Nurs. 18(2)8 172000 Dec-2001 Feb.
- ³⁷ 前掲書 33
- ³⁸ 前掲書 35
- ³⁹ Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. Med J Aust. 183(7) 362-265.2005 Oct 3
- ⁴⁰ Jones J, Lyneham J. Violence: part of the job for Australian nurses? Aust J Adv Nurs.18(2)27-32.2000 Dec-2001 Feb
- ⁴¹ Lathwood K. Fighting violence the smart way. Presented at the violence in the workplace conference.RCN headquarters,London.3 April.
- ⁴² Healthcare Security Committee. American Society for Industrial Security. ASIS healthcare security benchmarking study. J Healthc Prot Manage. 17(2)32-48.2001 Summer.
- ⁴³ Leibfried C. Security management performance improvement 2001. J Healthc Prot Manage. 18(1) 24-292002 Winter
- ⁴⁴ 前掲書 32
- ⁴⁵ Butler AJ.Infant abduction: prevention through a multidisciplinary and multidimensional approach.J Healthc Prot manage. 19(1)87-98. 2003 Winter.
- ⁴⁶ Halley C. Patient or visitor, mentally disturbed individuals may pose a safety threat. ED Manag. 16(9)97-1002004 Sep;

-
- ⁴⁷ Weisman RL, Lamberti JS. Violence prevention and safety training for case management services. *Community Ment Health J.* 38(4) 339-348 2002 Aug
- ⁴⁸ Johnson J Jr. An educational plan for handling violence in the workplace. *J Healthc Prot Manage.* 16(2)90-106 2000 Summer
- ⁴⁹ 前掲書 35
- ⁵⁰ Klaas M. Security, stat! ED safety requires cooperation between departments. *Health Facil Manage* 18(1) 22-26. 2005.
- ⁵¹ 前掲書 46
- ⁵² Goodwin AB. Striving for a secure environment: a closer look at hospital security issues following the infant abduction at Loyola University Medical Center. *Ann Health Law.* 10 245-287. 2001.
- ⁵³ New asset tracking systems used for infant abduction prevention. *Hosp Secur Saf Manage.* 21(12) 11-12. 2001 Apr
- ⁵⁴ 前掲書 52
- ⁵⁵ New asset tracking systems used for infant abduction prevention. *Hosp Secur Saf Manage.* 21(12) 11-12. 2001 Apr
- ⁵⁶ 前掲書 33
- ⁵⁷ Taking advantage of security opportunities in new hospitals--large and small. *Hosp Secur Saf Manage.* 21(1), 5-9. 2000.
- ⁵⁸ Eik A. Correct attitude is vital. *Health Estate* 57(5) 42-43 2003 May
- ⁵⁹ White DE. Psychiatric hospital challenges for healthcare security officers *J Healthc Prot Manage.* 19(1) 54-64 2003 Winter
- ⁶⁰ Bowers L, Crowhurst N, Alexander J, Callaghan P, Eales S, Guy S, McCann E, Ryan C. Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 9(4) 427-433 2002 Aug
- ⁶¹ Simon HK, Khan NS, Delgado CA. Weapons detection at two urban hospitals. *Pediatr Emerg Care.* 19(4) 248-51 2003 Aug
- ⁶² Simon HK, Khan NS, Delgado CA. Concealed weapons and children's hospitals: a new look at safety in our changing world. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 156(4) 409 2002 Apr
- ⁶³ New asset tracking systems used for infant abduction prevention. *Hosp Secur Saf Manage.* 21(12) 11-12. 2001 Apr
- ⁶⁴ 前掲書 31
- ⁶⁵ 前掲書 32
- ⁶⁶ Taylor M. Maximum security. High-tech security systems offer myriad benefits for hospitals, but privacy, financial concerns can handcuff decisionmakers.
- ⁶⁷ 前掲書 55
- ⁶⁸ 前掲書 52
- ⁶⁹ 前掲書 52
- ⁷⁰ 前掲書 36
- ⁷¹ 前掲書 35
- ⁷² <http://www.icn.ch/proof3b.screen.pdf>
- ⁷³ Geller M. Infant abduction in the hospital setting. *QRC Advis.* 16(5) 1-4. 2000 Mar
- ⁷⁴ Shogan MG. Emergency management plan for newborn abduction. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 31(3) 340-346. 2002 May-Jun
- ⁷⁵ Nahirny C. Trends in infant abduction. *J Healthc Prot Manage.* 18(2). 30-34, 2002.

2 インタビュー調査結果

第2章-1でまとめた文献調査に加え、病院における事件発生状況や取り組み等を把握するために、病院、警備会社、有識者に対するインタビュー調査を実施した。インタビュー調査の対象は以下の通りである。

<インタビュー調査対象一覧>

インタビュー先	インタビュー施設概要	インタビュー担当者
施設(病院)1	病床数約250床、主として急性期対応	常務理事、看護部長
施設2	病床数約1,000床、主として急性期対応	副看護部長(医療安全管理者)
施設3	病床数約800床、主として急性期対応	看護副部長
施設4	病床数約1,000床、主として急性期対応	リスクマネジャー
施設5	病床数約500床、主として急性期対応	施設管理担当、リスクマネジャー
施設6	病床数約120床、産婦人科・小児科中心	ゼネラルリスクマネジャー、看護部長
施設7	病床数約140床、内科中心	事務局長、看護部長
施設8	病床数約1,000床、主として急性期対応	副院長兼看護部長
警備会社	—	営業部課長、営業部担当
有識者	—	大学看護学部教授

1) 職員への暴力等病院内における事件の発生状況と対応方法

暴力の発生状況についてみると、病院の立地条件や主な機能、規模により差異はあるものの、暴力事件の発生状況は最も多い病院で1年に10件であり(施設4)、次いで1年に4～5件との回答があった(施設3)ほかは概ね年に1～2件程度であった。ある病院では暴力事件も盗難も1度しか発生しておらず、防犯という意識を有していなかったり(施設7)、「昔から発生していたが暴力と捉えていなかった」「患者のすることだから仕方がないと上司がとりあわなかった」等、暴力への認識が十分ではなかったと回答した病院もみられた(施設4、8)。

また、警備会社からは従来に比較して安全管理に関する相談が増えてきたこと、有識者からは県内の病院へのアンケートの結果、この1年で暴力被害を受けた経験のある看護職員が58%みられたことが指摘された。

上記のような状況に対し、対応方法をみると、半数以上の病院で、暴力事件の報告を規定の書式により行っている(施設1、2、4、5、7、8)。

(施設1)

- ・院外の第三者による器物損壊事件、脅迫電話が発生したことがある。
- ・安全管理規定に基づき報告書を作成、保管している。
- ・病院は、評判を気にしてこのような事件があったことを外部に発表するのが遅れる場合が多いと感じる。
- ・近年、これまでなかったような様々な犯罪が発生するような社会状況であり、一病院だけでは対応しきれない、事件が発生した場合に病院の恥ではない、という考えに基づき、警察をはじめ関係機関への通報を鉄則としている。
- ・当院がこのような対応をとることを明示することによる予防効果も期待している。

(施設2)

- ・暴力・トラブルは1年に1回程度発生。
- ・暴力・トラブルに限らず、院内の安全管理に係ることについては、決まった書式で報告する体制をとっている。

- ・事例ごとに、どのような課題があったかを議論し、対応の改善につなげている。

(施設 3)

- ・暴力事件は、医療安全対策部署の相談窓口にも年 4～5 件程度寄せられる。刑事事件での起訴に至る事例も年 1 件程度ある。職員から病院に対して暴力対策をとってほしいとの要望があった。
- ・救急部門、ICU での発生が多い。職位の高い職員ではなく、研修医や看護職員、事務職員等が対象となる場合が多い。医療従事者だけではなく、事務部門の被害も大きいのではないかとと思われる。
- ・当院では入院患者用に施錠可能なセキュリティボックスを配置しているが、患者がそれを利用していないと盗難被害にあう。防犯に関する患者の認識を高めない限り、盗難は防ぐことが難しい。
- ・暴力発生の背景として病院の人員に余裕がないこと、外来患者数の多さが要因の 1 つとして挙げられる。
- ・基礎教育時の技術研修が不足していることも理由ではないかと感じている。未熟な技術によって患者が苦痛を感じるとトラブルにつながることもある。
- ・患者に対するインフォームドコンセントの不足も感じる。事前に治療内容等に十分な説明がなされていれば、誤解やストレスが起きず、暴力につながらなかつた場合もあったのではないかと。
- ・病院の環境も暴力発生の一因と考えられる。在院日数短縮に伴い患者転院・退院が増加している中、病院は効率性重視で、気持ちのやわらぐ癒しの場が設けられていない。環境の悪さが暴力と結びつくこともあると考えているので、病院建築を含めた療養環境の整備は大変重要と思う。

(施設 4)

- ・暴力事件の実態調査を行った。昨年は約 10 件発生し、すべて警察に通報している。
- ・昔から多く発生していたが、「暴力」という捉え方をしていなかった。今までは「患者だから」と思って我慢してきた職員も、暴力・暴言が病態によるものでない場合には疑問に思うようになってきている状況である。
- ・暴力・暴言を繰り返す利用者がおり、職員の安全を確保するために組織的な取り組みを始めた。
- ・職員が暴力被害を受けたことがきっかけで、全職員に防犯ベルを携帯させたり、オープンカウンターを廃止する等の対応を行った。女性の看護職員へのセクシュアル・ハラスメントや、医療事故ではないかとの疑いをもった家族とのトラブルも発生する。
- ・被害があった場合には必ず定められた書式で報告を行う。また、院内で診察を受け、軽傷でも必ず記録のために診断書をとる(治療費は労災扱いとする)。また、事件発生後、事例分析を行い対策に活用している。
- ・安全管理対策は、安全管理室、防災センター、色々な職種で構成される委員会が担当する。安全管理室は病院の方針で設置されているため、看護部等の単独部署よりもヒト・モノ・カネが動かせる。委員会は色々な職種の意見が出てよい。
- ・医療事故の増加や、医療者と患者が相互に協力しあうということに理解のない人がいること、医療費負担増への不満等が主な背景として考えられる。

(施設 5)

- ・盗難は 1 年に 20 件程度発生する。救急部門での暴力は 2004 年に 2 件発生した。
- ・暴力の件数は入院及び外来患者数と関係しているように思われる。

- ・面会者確認方法として、首から吊り下げるタイプの入館証を導入しようとしている。また、夜間帯の面会の安全性を確保する工夫を実施するのが現在の課題である。

(施設6)

- ・院内での暴力・トラブルは、当院の立地条件もあり、ほとんど見られない。暴力団員が怒鳴り込んできた、患者同士が駐車場でトラブルを起こした、盗難があった等の事件はあったが、発生頻度としては1～2年に1回程度。

(施設7)

- ・最近、院外の第三者による犯罪事件が発生したが、それまで暴力事件はほとんど発生していない。盗難も一度しか発生しておらず、これまで防犯という意識を有していなかった。
- ・犯罪事件に対しては、病院が外部の力を借りずに自分たちのみの力で解決できるとは思えず、また解決までの時間が長ければ長いほど利用者にも病院にも悪影響を及ぼすため、このような事件が起こった際病院は即座に警察に届け出て情報を提供し、その指示に従うことが必要と考える。
- ・マスコミへの対応は、報道陣との窓口を一本化し、担当者を定めて対応することとした。
- ・事件後、看護職員、病棟師長の心のケアが必要な状況となり、院外のカウンセリングを利用し、大変役立った。
- ・当事者ではない看護職員が被害を受けた患者・家族への対応に苦慮したり、警察の事情聴取やマスコミからの取材に心痛を覚える等、「見えない被害者」がいることもわかった。このような事件が発生した際には、被害者のケア、職員のケア双方が重要と感じた。
- ・警察の事情聴取は職員に負担がかかると思い、職員に付き添いをつけ、警察には事情聴取時の対応について配慮するよう求めた。
- ・被害者家族には事件後に再発防止の取組みについて説明する等当院の真摯な姿勢を先方に伝えるよう尽力し、ご理解いただいた。

(施設8)

- ・近年電話や直接の暴言や、一部では暴力、セクシュアル・ハラスメント等が問題となっている。特に救急部門の職員より「安心して仕事ができない」との訴えがある。
- ・職員に対し実態調査を行ったところ、想像していた以上に院内のセクシュアル・ハラスメントや暴言の事例が多いことが明らかになった。さらに欄外の自由記述には、「事例を報告する場がない」と記されていた。また、上司は「患者のすることだから仕方がない」と取り合わない場合もあることが明らかにされた。
- ・調査はコメディカルにも実施したため、看護職員以外の被害状況も広く明らかになった。
- ・データを院長に報告し、これにより、暴力を報告して病院全体で対応するかたちをとることができた。データに基づいた報告だったため説得性が高く、スムーズな意志決定につながったと思われる。
- ・具体的な発生事件としては、特定の看護師に対する誹謗・中傷の掲示、ナーススーションに陣取っての長時間の暴言、看護師が患者の家族に殴打される事件、医師が患者から刃物で障害を受けた事件も起きた。
- ・これらに対し院長は、顧問弁護士や診療科長等とともに、患者と治療契約を含めた交渉を行う等、職員個人で対応させるのではなく組織でサポートした。このように、現場で院長が直接対応してくれることが大変重要であり、有り難いと感じている。

(警備会社)

- ・最近、建替え時や統合時に病院より相談を受けることが多くなった。安全管理対策に関し、以前の病院は警備員を置き、人の目で監視するという認識だったが、最近ではよりセキュリティに配慮した管理体制の導入に向けての相談が増えたと思われる。
- ・以前よりは、警備の外部委託を進め、防犯カメラや非常時通報装置を館内設備として備え、緊急時には防災センターに配置された警備員が迅速に対応するといった病院が少しずつ増えてきているが、病院による取組みの違いがかなりあると認識している。
- ・オフィスビルや美術館、ホール等では、防災、防犯、情報セキュリティ等様々な事件を想定して、顧客、管理担当、警備会社等全ての職員が意識を共有化し、毎日の朝礼(打ち合わせ)、定期的な連絡会議、訓練を行っている場合が多い。しかし病院ではこのような体制をとっている事例は大変少ない。

(有識者)

- ・県の看護部長会を通じて看護職員約 3,500 名に院内暴力に関するアンケート調査を実施したところ、この1年で患者からの身体的暴力の経験があるとの回答が58%くらいあった。
- ・特に若い看護職員の被害が多い傾向にあり、このことは、看護管理者に「問題」として届きにくい一要因となっているのではないかと。
- ・詳細なデータ分析はまだ行っていないが、データや自由回答を見た印象では、地域的な特徴もみられる。
- ・暴力の内容は、病態からくる暴力と、病院職員の対応や、待ち時間等待遇への不満から発生した暴力がある。ただし、重大な犯罪となるような事例は少ないのではないかと。
- ・このような暴力事件が起こる背景は、大きく三点あると考えられる。まず、患者の権利意識が非常に高まっていることに伴い、「権利意識」をはきちがえる患者もいること、次に、医療現場が多忙すぎて患者への対応に不十分な場合があること、最後に、看護師に対する敬意に欠けること等である。
- ・例えば「看護師のくせに」等と罵られ、看護職員は傷つくが、患者からみれば、長時間待たされた上、看護師の交代があった場合には引継ぎを幾度もされる等したことイライラして怒るが、看護師からみれば理不尽なことにうつる。双方の立場からみて事象の受け取り方が異なることもある。

2) 具体的な安全管理対策の取り組み

安全管理対策マニュアルを作成し、それに基づいた対応をしているとした病院が7病院(施設1、2、3、5、6、7、8)、マニュアルづくりに今後取り組む予定と回答した病院が1病院(施設4)みられた。

安全管理対策マニュアルの具体的な内容には、安全管理対策に対する基本的な考え方(警察への通報の有無等)、予防対策(利用者への声かけ等)、出入・動線管理、実際に事件が発生した際の緊急対応(報告、緊急連絡網等)が施設3、7、8により例示された。

また、自院での事例や他の病院での事件の分析をもとに、安全管理マニュアルを見直す等、対策の改善につなげているとした病院が4病院みられた(施設1、2、4、5)。

ただし、警備会社からは、マニュアルの定期的な改定の重要性とともに、オフィスビルや美術館等に比較して、様々な事件を想定した上で、定例会議や訓練等部署横断的な取り組みを行っている病院はまだ少ないとの指摘があった。

安全管理マニュアルの整備以外では、特に、産婦人科・小児科のある6病院で、出入・動線管理、新生児を一人にしないような取り組みを中心に、乳幼児連れ去り防止対策を検討・実施して

いた(施設1、2、3、5、6、7)。

さらに、近年の事件発生状況では病院単独で対応するのは困難であり、迅速な解決が必要であること等から、必要に応じて警察等関連機関への連絡を行うとした病院(施設1、2、3、4、7、8)、警察OBを配置している病院もみられた(施設4)。警察等関連機関への連絡の重要性については、警備会社、有識者からの指摘もあった。

出入・動線管理、警備員の配置、安全管理マニュアルの整備・改訂、防犯設備の拡充等の予防対策、緊急時の対応の一方で、暴力事件の被害者となったり、暴力事件を目撃した職員に対するケア(事件後の対応)も実施する必要があるとし、院内・院外においてカウンセリングを受けられる体制を整備する等した病院も5病院みられた(施設2、3、4、5、7、8)。有識者からも、暴力被害が看護職員の離職の遠因となる可能性も指摘され、事件後の職員のケアの重要性に特に言及があった。

利用者との適切なコミュニケーションにより、暴力事件を防止できるとの考えのもと、接遇の向上が重要と指摘した病院も2病院みられた(施設2、3)。

(施設1)

- ・安全管理規定を作成し、不測の事態が生じた際には、遅滞なく警察や消防に連絡することを原則として定めている。病院の改築にあわせてセキュリティシステムを一新し、電子ロックの導入、出入り口・非常口の管理、時間外の警備員の配置や出入り口の限定、駐車場・病棟内・新生児室・個人執務室等の警備体制等を定めた。
- ・特に新生児室については、出入り口をナースステーションの前にしたり、出入りできる人間を限定する、防犯カメラを設置し映像をナースステーションで確認したり録画できるようにする等の安全管理体制とした。入院中の母親には院内であっても新生児を1人にしないよう注意を促している。
- ・院内・他病院を問わず事件が発生したその都度当院に置き換えて対策を考え、規定の見直し・改定の努力を行っている。

(施設2)

- ・当院は建物構造上の制約が大きく、動線管理がしにくい。そのため、安全管理対策として防犯カメラの設置、時間外出入り口の限定等主にハード面の整備を主として行った。「人の配置」は予算上限界がある。
- ・当院には安全管理に関するガイドライン・マニュアルがあり、年に一度改訂し、職員、患者に周知している。このマニュアルを大前提として、各部署、病棟等で業務にあわせたマニュアルを作成している。他の病院の事件が発生した場合、「どこかで事件が起きる」→「当院でも起きる」という意識をもち、その都度対策を検討・ガイドライン・マニュアルを改訂するようにしている。
- ・乳幼児連れ去り対策として、「家族はアクセスしやすく、部外者にはクローズド」なシステムを目的として、新生児室、小児病棟で、施錠や定期的な人数チェック、職員に声をかけないと新生児室等に入れないような対策を実施している。
- ・院内であっても新生児を1人にしないよう注意を促している。また、時間外の面会の際には声かけを行い、ノートに記入してもらっている。

(施設3)

- ・暴力対策としてあまりに安全管理を強めても限界があり、また患者の自由度を高めたいという病院の理念とも合致しない。そのため、ある程度の予防策は講じるが、基本的には個々の患者

の自由と責任を大事にしたいと考えている。

<予防>

- ・基礎教育時の技術研修の不足を補うため、院内研修を充実させている。
- ・面会バッジを渡しているが、あまり活用されていない。待たされる、とクレームが出る可能性があるが、患者の安全確保の観点から推進すべきと考える。
- ・病棟において動線管理をするのは病院規模からいっても患者の自由の確保からいっても困難。防犯カメラの設置、時間外出入り口の限定と警備員の配置を行った。

<乳幼児連れ去りの予防>

- ・病室は医療者と母親のみが入れるように限定した。特に新生児室出入り口はナースステーションからのみとし、出入り口は電子ロック方式。
- ・院内であっても新生児を1人にしないよう母親に注意を促している。

<事件発生時の対応>

- ・緊急時の電話連絡網を作成・周知し、警察に電話する役割も規定している。

<事後対応>

- ・暴力被害を受けた職員のケアが適切ではないと離職につながることもあると考えられる。そのため事後対応を重視し、職員の心のケアのために、産業医への相談、外部のカウンセラーへの相談等病院に知らせずに可能となるようにしている。

(施設4)

- ・暴力・暴言の前面にたつのは看護職員が多い。多くは女性であるため危険なので、警備員の巡回を増やし、ブザーや防犯カメラの設置、外来等人の多いところへの警備員の配置、緊急通報システム(院内で担当者へのメールが一斉に配信される)の導入、IDカードによる入室管理、駐車場を明るくする等の対応をとった。夜間は出入り口を一箇所のみとし、日中の対応については、対応を検討中である。非常口は中からしか開けられないタイプとしている。
- ・院内に警察OBを2人配置しており、24時間でクレーム対応している。また、OBがいることで警察に相談をしやすい。常に巡回しており、抑止力、職員の安心感につながる。コストはかかるが安全にはかえられない。
- ・病院の安全確保＝患者の安全確保と捉え、職員の意識啓発、マニュアルづくりに取り組む予定である。
- ・面会時の記名を行っているが、患者の家族からクレームが出る。「安全確保のため」と説明しても納得してもらえない場合もある。
- ・被害にあった職員の事後フォローを行っている。院内では相談しにくい場合もあるため、院外のクリニックへの紹介も行っている。

(施設5)

- ・暴力に対する認識は高まってきているが、当院で大きな事件が発生したわけではないので、具体的な対応、取り組みについては端緒についたばかりである。
- ・ICカード、防災センターへの緊急通報システム、防犯カメラの導入を行った(防犯カメラだけでは不十分と考えている)。
- ・警備員はトラブルの時に介入をしなかったことがあり、病院職員から医療安全管理室に苦情が

来ている。警備員と病院職員の間意識上のギャップがあり、勉強会を開くなどして対応している。

- ・病院職員への暴力は医療安全管理室に報告が上がってくる。事件の内容によっては委員でない職員も呼ばれて共に事例分析に当たる。職員へのケア等も同じ部署で対応している。
- ・他院における暴力事件が報道された後、マニュアルを見直し、警察署から警察官を派遣してもらい、取り抑える訓練を行っている。マニュアル見直しの際には職員と警備会社とでミーティングを行い、警備から見ての意見等を聞いて、内容に反映させている。
- ・乳幼児連れ去り防止対策のため、新生児室には職員が誰か必ずいるようにしており、産科病棟、乳幼児病棟については、エレベーターホールと病棟をパーティションスタンド等で仕切る、インターホンで出入り口のロックを解除してもらって入室する仕組みを取り入れる等の対応をしている。

(施設6)

- ・乳幼児連れ去り防止の観点から、面会者用バッジを、首からひもでかけるカードタイプに改善し(時間ごとにひものカラーを変更する、分娩立会い者は別カラーのひも)、面会者カードをつけていない人には職員が声をかけることとしたり、時間外受付時の記名等不審者をチェックするために実施していた体制の再確認を行った。
- ・出入り口は正面玄関を含めて数箇所あるが、夜間の出入りができるのは正面玄関のみとし、警備員が常駐している。正面玄関以外は施錠し、中からは出られるが外からは入れない。エレベーターホール、ナースステーションから死角になる部分には防犯カメラを設置している。看護師からの要望もあり、今年度以降防犯カメラの増設を検討している。
- ・特に NICU(24 時間面会可能)、GCU、新生児室は、職員に声をかけてドアをあけてもらい、職員がいる場所を通らないと入れないように管理している。特に新生児室は 24 時間職員が常駐している。
- ・出入・動線管理は、安全管理対策マニュアルに基づいて実施しており、マニュアルの内容は職員に周知している。特に出入り口の管理については、入退室のためのオリエンテーションとしても周知する。面会者カードをつけていない人への声かけはかなり浸透してきた。
- ・母親には連れ去りを防ぐ、という意識がまだあまりないため、院内であっても乳幼児を 1 人にしないよう注意を促している。
- ・警備員は警備会社からの派遣であるが、長期間当院の警備を担当しており、非常に対応が良い。外来患者数が限られているため、大体患者や職員の顔を覚えていて不審者チェックをしやすい。

(施設7)

<安全管理対策マニュアルの作成>

- ・院内における事件発生を受け、安全管理に関する基本的な事項、緊急時の対応、看護部の緊急時の対応の3点がある。また、緊急の度合いを3レベルに分け、マニュアルに明示した。
- ・職員が挨拶・声かけを行い、積極的に「どちらにいかれますか？」などと声をかけていれば、結果的に不審者にも声かけをすることになり、予防の観点から効果的である。院内での声かけの重要性について意識付けがなされるよう、マニュアルでは特に声かけ、挨拶の重要性について強調した。

<基本的な事項>

- ・病院内の出入り口の開閉曜日、時間を提示
- ・来院者の名簿への記入と面会証の携帯

- ・警備員の配置と職務内容

<緊急時の対応>

- ・声かけ（あいさつ・用件を聞く）
- ・不審者のチェックと退去要請の方法
- ・不審者の通報と隔離
- ・緊急事態発生時の連絡先一覧表
- ・負傷者状況記録用紙、状況記録用紙フォーマット

<看護部の緊急時の対応>

- ・事件発生時の行動基準
- ・夜間来棟者への対応

<セキュリティシステムの導入>

- ・病院の特性として、急な事態に備えて、通用口を開けておくのが従来常識であった。また、防犯カメラ等のセキュリティシステムも設置されていない状況にあった。事件発生を受けて、被害者という意識と病院としての社会的責任を果たすという意識の双方から、院内の安全管理体制検討に基づき、コストをかけてセキュリティシステムを導入した。院内から外には出られるが、外から中には入れないようにする点に留意した。
- ・ただし、改善したセキュリティシステムについては、患者より警備過剰との指摘もあり、様子を見て日中の警備員の減員も考えている。

<セキュリティシステムの主な改善点>

- ・警備員の増員と定期的な巡視、職員との連携体制。警備員からの報告が病院事務にあがってくる。
- ・防犯カメラを設置。事務室で映像を確認でき、録画を行っている。
- ・夜間は夜間通用口以外は施錠しており、警備員が常駐している。夜間は警備員が窓口から顔を識別してその度に正面玄関を開けて通している。
- ・産婦人科病棟にカードキーを必要とする電子ロックのドアを設けた。面会者にはカードキーを渡さず、看護職員がその都度面会者を確認する方法を採用している。
- ・以前よりナースステーションの隣に授乳室が設けられ、ステーションを通らないと授乳室には入れない仕組みになっていたが、現在は授乳室のドアにもカードキー、電子ロックをつけている。
- ・面会者には正面玄関で名前を記入してもらい、首からかけるタイプの面会者用札を渡している。病棟により面会証の色分けをしている。
- ・IC タグの導入を検討中である。

<警察との連携強化>

- ・事件を経て、警察との連携の重要性を認識し、連携を強化した。職員の事情聴取や被害者への説明時等に病院や職員の心痛を増やさないような様々な配慮をもらった。
- ・定期的に警察の巡回がある。
- ・警察とのホットラインの導入を検討している。

(施設 8)

- ・事件発生を経て、暴力に対するガイドライン作成に取り組むこととなった。ガイドラインには責任者及び現場保存、情報把握、通報等の担当者を明記している。また、暴言・暴行のレベルを4段階に区分し、各レベルでの対応方法を明記している。

<報告の徹底>

- ・暴力、特にセクシュアル・ハラスメントについては NO と言うこと、報告を中間管理職のところでとめるのではなく、その上まで必ず上げるようにと求めている。
- ・看護部長は、師長に呼ばれた際にはなるべくすぐに現場に向かうことにしている。
- ・顧問弁護士に「一人で対応しないこと」とアドバイスを受け、複数で対応することにしている。
- ・現場の職員を巻き込まないように執行部で対応することにしている。
- ・紙・レポートでの報告では緊急性のある場合等に対応できず、報告数も減少すると思われるため、まずは師長への速やかな報告を心がけるよう求めている。

<暴力を起こす患者への対応の検討>

- ・暴言や脅迫に対して、患者側と幾度も交渉しその経過を記録にとっておけば、その行為が収まらない患者に対し受付をせずとも応召義務違反ではない、ということを経験して明確化した。
- ・具体的には、①交渉の記録を取っておく、②忠告状を文書で複数回送り、保存しておく、③忠告状を内容証明郵便で患者に送付する、の3点を踏まえることが必要とのアドバイスを弁護士より受け、その通りに実施している。

<警備会社との契約によるセキュリティシステム導入>

- ・コストをかけて警備会社と契約し、防犯カメラと非常通報ボタンを導入している。
- ・ボタンをおすと警備会社の管理センターにつながり、マイクを通じて現場に声をかけてもらうことも可能。状況をみて警備会社から警察に通報してもらうこともできる。このようなシステムを導入していることを掲示したところ、暴言被害が激減した。

<動線の工夫>

- ・建物の構造上出入り口があり、昼間動線管理を行うことは困難である。夜間には、出入り口を1つに絞り、IDカードで開閉するようにしている。
- ・面会者に対しては、日中は自由に出入りしてもらって、特にカードやバッジ等は配っていない。夜は夜間窓口のみで対応している。

<警備員の配置>

- ・警察 OB を配置している病院の例等を聞くに及び当院でも配置を検討したが、交代勤務による複数配置等を考慮に入れると非常にコストがかかるため見送った。
- ・警備員を配置している。

<緊急連絡網、PHS の緊急同報メール>

- ・緊急連絡網を3段階設けており、数分以内に担当者に緊急同報メールが入る仕組みを作っている。
- ・被害にあった職員への事後対応は大変重要な課題である。本院では、職員のメンタルヘルスマネジメントシステムとして院外の医療機関と提携している。電話、メール相談は何回でも無料、来所相

談は6回まで無料で受けられるという契約である。また、院内では心療内科を専門とする医師や産業医、総合患者支援センターの看護師長が相談を受ける体制をとっている。

<その他>

- ・患者サービス及びインフォームドコンセントの不足による訴訟防止の観点からも、カルテ開示や丁寧な説明等、対応を心がけている。
- ・乳児連れ去り防止対策として、産科病棟では、「中から出られるが、外からは入れない」という仕組みで対応している。

(警備会社)

- ・3)参照

(有識者)

- ・精神科では、病態からくる暴力の事例があるため、職員の研修など組織的に取り組んでいる病院が多い。ネームカードに緊急通報ボタンを入れる等の試みもある。
- ・精神科急性期病院では経験の積み重ねによるリスクアセスメントができています。むしろ、そういったアセスメントができていない(精神科急性期病院ではない)病院で対応に苦慮しているかもしれない。
- ・静岡県内の施設対象調査では、発生した暴力事件について分析ができていたのは、暴力・トラブルを報告するための報告書(フォーマット)を、医療安全やその他の報告書とは別に設けている施設であり、分析ができていない施設では、そのような形式をとっていない。
- ・精神科では近年、職員に対し、暴力の背景や事例分析、コミュニケーションのとり方に関する研修を行う病院も増えており、職員の満足度は高い。ただし、効果を実証した研究はないので実践の場でどの程度生かせるかどうか判断は難しい。

3)安全管理体制整備の課題と今後のあり方

病院における安全管理体制の今後のあり方について、出入・動線管理の徹底等により安全管理を優先する傾向にある病院(施設1、4、7)と、利用者の自由を最大限尊重し過剰警備はしないとする病院(施設3、5)に意見が分かれた。その一方で、安全管理は病院で取り組むべき事項であると位置づけること(施設1、2、4、8)、職員の安全管理に関する意識の共有・向上(施設1、2、4、7、8)、予防対策としての利用者への声かけの実施(施設1、7)、適切な出入・動線管理(施設1、3、5、6、7、8)、防犯設備の拡充(施設1、2、3、5、6、7、8)に取り組んでいるとの回答は共通してあげられる傾向にあり、警備会社からも同様の意見があった。また、警備員の配置・拡充については全病院で取り組みがなされていた。

(施設1)

効果的な安全管理体制整備のためには、「職員の共通認識」「防犯設備(ハード面)の整備」「出入・導線管理」がポイントと考えられる。ハード面の整備はコストがかかるが、「声かけ」「動線管理」で相当の予防ができると考えている。

<出入・動線管理>

- ・「24時間誰でも入れる」ということが病院の特性であり、安全管理が困難である。予防と事件が発生した場合の事後対応をどうするかをあらかじめ検討しておくことが重要である。
- ・利用者の出入・動線管理は困難な場合が多い。利用者から不便とのクレームがつくことも多い。

また、一病院だけ安全管理対策を進めると利用者の中で「あの病院はサービスが悪い」等と地域での病院の評判にかかわることがあるため、地域の病院群で、安全面を重視する共通認識をもって対応しなくてはならない。

<防犯設備の整備>

- ・医療安全への対応や医療機器の高度化で、ただでさえ看護職員を中心に病院職員に負荷がかかっている状況では、面会者のチェックなどこれ以上の負担をかけられない。やはり、防犯カメラや電子ロックなどハード面及び警備員の配置等で補うことも重要である。

<職員の共通認識>

- ・安全管理体制を整備するにあたっては、病院全体で取り組むべき課題であるという意識が重要である。当院では、病院の最高意思決定の場である委員会で安全管理対策を検討した。安全管理を優先させる、といった病院のポリシーを明確にしておかないと、利用者から不便とのクレームが来たとき、「安全を優先しているのでご理解ください」と言いにくい。
- ・ハード面の整備も重要である一方、職員全員が安全管理に関する共通認識を持つことが大変重要である。例えば見慣れない人や挙動不審者、行き先に迷っている人などをみかけた「こんにちは、どちらに行かれますか？」と声をかける「声かけ運動」を実施し、常に見られている、という感じをもたせることも防犯上大切である。

<報道機関への対応>

- ・以前当院で院外の第三者による事件が発生した際、事件発生した当院に管理の手落ちがある、という想定であらさがしともうけとれるような取材をされ、対応に苦慮した。そのため、報道機関への対応は窓口を一本化し、病院としての見解を内部で整理した上で発表しないと混乱する可能性がある。安全管理規定で内規として定めた。

(施設2)

- ・安全管理は予算や病院管理者の意識に左右される場合もあるかもしれないが、当院では予算上の限界はあるにせよ、「医療にとって何がよいか」という視点にたって検討し、よいという判断がなされれば対策を進めることはできる。
- ・これまで想定していなかったような事例が起こると、対策やそれにかかるコストは全て病院の負担となり、不満は残るが、国の支援(例:安全管理加算の創設)が必要とまでは考えていない。
- ・事件が発生した場合の事後対応(職員のケア)は大変重要で、きちんと対応しないと看護師の退職につながる。
- ・暴力・トラブル時の対応に限らず、新卒職員(全職種)への安全に関する研修を充実させていきたいと考え、現在取り組み中である。ポイントは、医療は「(患者を含めた)チームで行っている」と意識し患者・家族が医療に参加するためのシステムづくりを、病院全体の取り組みとして整備していることを説明をしている。今のところ防犯は、新入職員オリエンテーションでのプログラム(所轄警察との連携で行っている)しか入っていないが、患者と職員との情報の共有と両者のコミュニケーションを進めていけば、結果的に暴力・トラブルを減らせるのではないと思われるため、その意味で職員の「接遇」教育は重要である。
- ・特に過去に起きた事象では、職員側の態度で患者・家族が立腹してしまうことの他、患者の中には、新人看護師や患者自身が関心のある者に執着したり、お金を払っているから(特に看護師に)何を言っても、やっても良いと、医療サービスのついて間違った考えを持った患者や家族もいるため、職員(とくに、管理者)の毅然とした態度が重要である。医療サービスと暴力

(さまざまな)は違うと、くっきりと一定線をおかなければ、新人などが暴力を加えられる可能性が高くなる。

- ・「患者様へのお願い」を作成し、良い医療を提供するためにルールを遵守するよう、利用者にもよびかけている。

(施設3)

- ・過剰な警備になると、そもそも病院とはそこまで警備をするべき施設なのかという、病院のあり方の議論にもつながる。病院とは、患者と医療者とが自由な交流ができるところと認識しており、防犯に対して病院の基本的な姿勢を示すが、過剰と感じられる警備はどうかと考える。
- ・待ち時間を短くすることは困難であるが、例えば分娩室を日常生活に近い家庭的な雰囲気にしたたり、待ち時間を少しでも気持ちのよいものとするための工夫が必要ではないか(読書スペースの設置等)。
- ・人員に余裕を持たせることが必要で、特に救急外来等に適正な配置が望まれるが、看護職員の確保や経費の面で厳しい。

(施設4)

- ・面会手続き管理をしたいが、患者の家族の了解を得るのに苦慮している。
- ・盗難対応として、スポーツセンターで使用するようなカギバンドの利用を考えている。利用者の意識醸成も必要である。
- ・今は事件を「暴力」として捉えず、職員が悩んでいる状態である。もっと病院として取り組むべき課題として明示し、「暴力は許さない」という方針をPRして、取り組みを強化したい。
- ・医師ではなく看護職員への暴力・暴言が多い傾向がある。主治医がチーム医療のトップとして、責任をもって対応していかないと、看護職員だけでは対応しきれない。深刻な場合は看護師の退職につながることもある。
- ・病院のルールに反し職員や他の利用者に危害が及ぶような行動をとる患者については、退院してもらってもできるような対応を検討してはどうかと考えている。セクシュアル・ハラスメントや暴言などについても、深刻なケースは当事者に警告を行うくらいのシステムがあってもよいと感じている。
- ・個人情報に配慮する必要があるが、組織的に取り組むためにも、暴力の危険性のある患者については、院内(特に責任当直)への注意喚起を行い、被害を予防することも必要である。

(施設5)

- ・当院は開放的な構造であり、外来患者数も非常に多く、また患者の自由を尊ぶという病院の理念もあり、どのように安全管理対策を行うかは難しい問題である。
- ・また、現場の職員にできることには限度があり、どこまでコストをかけて安全管理を充実させるかは、病院経営者等幹部の安全管理に対する考え方、患者や家族の自由を尊重するのか、安全のための管理を優先させるのかといった病院の理念と大きく関わってくる。その病院の状況や理念にマッチして機能するセキュリティシステムを作ることが重要と考える。
- ・施設管理担当としては個人的には安全・安心にはコストをかけてもよいと考えている。最新式のセキュリティシステムを導入すると大きなコストがかかるが、近年の病院内での事件発生状況を考えればそれだけの取り組みも必要ではないかと感じている。
- ・設計の段階からセキュリティを考慮することができればよかったが、建築時はそこまで防犯が重要課題にはなっていなかった。主要な場所に警備員を配置することや、部外者と関係者との識別の仕組みを導入するために、施設環境に予算措置を講じることが重要と思われる。また、

病院の構造を図面的にわかりやすくすることが利用者の利便性を高めるといわれているが、それは院外の第三者(不審者)にとってもわかりやすいことになるため、その按配が難しい。

- ・避難階である1階は消防法上常に開いており、安全管理上不安な面もある。防犯カメラなどハード面の設備と動線管理や面会者確認、頻繁な巡回等ソフト面の対策を併用して対応する必要がある。

(施設6)

- ・建物構造上の問題もあり、本来は適切な動線管理、不審者チェックをするために、専任の案内係をおきたいが人員に余裕がない。そのため、病棟の看護師やクラークが、面会者カードをつけていない人に声をかけているが、基本的には正面玄関など出入り口で不審者をブロックする体制である。
- ・防犯カメラ等特に設備面を整備するにはコストがかかるが、当院は安全面にコストをかけて対応しようという意識はある。
- ・「安全管理」は、夜勤看護師を増やすなど、人の配置で対応することが重要である。建物構造上の問題もあるが、例えば病棟入り口に1人常駐しているかないかでは、安全管理面の効果は大きく異なる。当院は家族の要望(時間外の面会希望等)にもなるべく便宜を図ることにしており、その対応のために人手が足りないときもある。

(施設7)

- ・職員全体が安全管理という同じベクトルを共有し、その度合いを高めることが必要と考えている。そのためには、安全管理に関する意識付けと訓練が必要である。

(施設8)

- ・当院では看護部長が副院長になり、病院の質管理を担当することが有効であったと考える。看護部長は看護部門のみを担当するが、副院長は病院全体を担当するため、他のコメディカルや事務部門に指示をし、領域横断的な活動を行うことができるからである。
- ・暴力・暴言それ自体が直接的ではないが離職の遠因になっていると感じる。もともと業務的に価値を低く見られ報われないと感じているところに患者や職員からのハラスメントがあるとそれがきっかけとなって離職することもありえる。
- ・病院と個々の患者との関係は、従来病院のパターンリズムな対応が問題視されていた時期を過ぎ、少し以前から医療事故等もあり患者の権利意識が拡大し、時には過大な状況になっている。それが今般の暴力事件の関連で患者の権利のみではなく義務にも認識が及ぶようになってきている。

(警備会社)

<警備員の配置>

- ・病院職員は患者・第三者に対し厳格にものを言うことが難しいと考えられるため、警備員が第三者的に制服を着た形で配置され、施設内規則を守らない者に対して注意するということが重要と思われる。

<マニュアルの整備及びそれに基づく訓練>

- ・起こりうる様々な事態(防犯、防災、個人情報漏洩等)を想定し、個々に対策を検討した上で、マニュアルを整備する必要がある。
- ・報告、指示、連絡体制、役割分担等を明示する必要がある。

- ・マニュアルは定期的に見直し・改訂を行い、常に実態に即して活用できるようにしておく必要がある。

<安全管理への意識醸成>

- ・セキュリティのためのシステムや設備を充実させたとしても、実際に対応する職員の安全管理に対する意識が高くなければ効果はない、そのために、職員の安全管理に関する意識醸成や意識共有も重要であり、システム・設備面と安全管理に対する意識の両方が大切である。

<ハード面で効果の期待される予防策：動線管理と防犯カメラ>

- ・安全管理上有効であると効果があると認識しているのは、動線管理・アクセスコントロールシステム(情報システム部門、薬剤管理室、カルテ保管庫等への入室制限、PCへのアクセス制限等)である。
- ・最近ではICカードを職員証とし、出退勤の管理、PCへのアクセスの認証の他、職位・職種別に立ち入り可能エリアの制限をきめ細かく設定する等が可能である。
- ・新生児室等の安全管理を構造的に行うには、本当は施設の構造から工夫した方がよいが、それが無理な場合は動線を管理することによって、関係者以外が立ち入れないようなかたちにすればよい。
- ・乳幼児連れ去り対策としては上記動線管理に加え、IDバンドや乳幼児の服にICタグをつけ、部屋から出ると警報が鳴る仕組み等もある。ただしこのシステムを導入している病院は非常に少数である。ICタグの今後の課題は、電池が必要なこと(ただし、最近では在室管理や所在地の把握等を実施するアクティブタグ(タグに電池がついているため、以前より離れた所での送受信も可能)も出てきている)、サイズが大きいこと、強力なアンテナがつけられないこと、である。
- ・従来に比べて防犯カメラの導入は進んでいる。近年ではデジタル録画が可能になったことにより、大量のデータ保管が容易になったり時刻等による画像検索が可能になる等、事件が起こった際の検証資料として活用することもできる。
- ・病院の安全管理体制として念頭におくべきことは、出入り口を少なくすること、防犯設備による監視を行うこと、①建物全体、②フロア単位、③個別の部屋といったようにセキュリティのレベルを整理し、さらに昼間と夜間の立ち入り可能時間や誰が立ち入り可であるか、等をあらかじめ決めておくこと、が考えられる。

<予防策へのコスト>

- ・近年、病院の安全管理体制に対する認識は高まっており、新築・建替えの場合は必ず相談を受ける。新築・建替えではなく、かつ予算面の理由から病院全体をカバーするような大規模なセキュリティシステムの導入が困難な場合には、特に必要と思われる場所を重点的に管理するようなセキュリティシステムを提案している。安全管理体制整備にコストをかけても、事件・事故が起きない限り効果が測れないため、コストをかけたメリットが見えづらい。安全管理体制の整備にコストをかけることをためらう病院があるのは、このような理由があると思われる。

<消防法への対応>

- ・日本看護協会へは、「出入り口を施錠しようとしても、消防法との関係で施錠してはならない出入り口もあり、安全管理と消防法のどちらを優先したらよいのか迷う」といった相談が寄せられているということだが、近年では、「パニックオープンシステム」(火災警報器等とドアの施錠が連動しており、普段施錠をしていますが、警報が鳴った場合にはドアがあくようになる)

が開発される等、色々な方策が考えられる。

<職員と警備との連携>

- ・警備と職員の連携に関しては、警備員のあり方が問われている。看護職員の中には、患者や第三者が院内で暴力事件を起こしても、警備員が取り押さえてくれなかった、等の不満が寄せられているとのことだが、警備会社は警察ではなく、現行犯以外では犯人をとり押さえられない。警備員は館内に決められたルールを守らせるために存在するというのが基本的なスタンスであり、それを踏まえた上での連携が必要ではないか。

<警察との連携>

- ・院内で事件・事故が発生しても、評判が低下するのを恐れて通報しない、という対応をとるのは病院やホテルで多いと感じている。しかし、事件を起こす人は繰り返し同様の事件を起こす可能性も高いため、何か事件が発生したら直ちに通報する、というスタンスを明示しておかないと、予防効果がない。普段から警察とコミュニケーションをとり、事件が発生した場合には直ちに警察が来る仕組みを構築しておくことが重要である。その際には、警察や消防に通報するかどうかの判断基準、役割分担も含めてあらかじめ検討しておく必要がある。

(有識者)

- ・県内の施設対象調査では、対策を実施しているという回答が比較的多かったように思うが、年齢の若い看護職員では「勤務先施設は対策を実施していない」と捉えられている割合が高い印象である。被害に遭った看護師は問題に対して様々な意見を有しており、一般の職員に対策を浸透させるためには、その意見を取り込むことも含めた暴力・暴言の経験を語り合う場をつくることが重要である。いきなり対応システムをたちあげようとしても、「これまで何もしてくれなかったのに今さら」と感じる職員もいる。そのため、経験を語り合う場を設け、そこから対策(システム)をたちあげていくことが望ましい。
- ・被害にあった職員は、加害者の病態等にかかわらず、ある程度不満を持っており、病院側が組織としてしっかり対応することで、病院に大事にされているという感じがないと、いくら取り組みを行っても浸透しない。
- ・警察との連携は重要である。これまで病院は事件が発生しても警察への通報をためらう場合もあったが、近年では、外来で発生した事件については多くの場合通報しており、精神科の閉鎖病棟でも事件発生時には必ず通報する病院もある。通報については、誰がどのような時に通報するか(管理職ではなく状況によっては職員が通報してもよい等)をあらかじめ定めておく必要もある。「暴力問題がきちんと問題として扱われている」「泣き寝入りしないでよい」と職員が感じるためにも、むしろ積極的に警察を社会資源として活用するのではないか。
- ・事件発生後の職員のケア(事後フォロー)は重要である。ただし、被害を受けた職員が、誰からの、どのようなサポートを望んでいるかが重要であり、多くの場合フォローを行う病棟師長等と看護職員との間に信頼関係がなければ、師長の関わりがさらに二次被害を引き起こすなどうまくいかない可能性もある。県内の調査でも、看護部長に相談している人がいる一方で、「誰も頼りにならない」と回答した職員もいる。病棟師長など病院内部のフォローのみではなく、院外のカウンセラーの紹介等多様なチャンネルを準備する必要がある。
- ・個々人の心のケアだけではなく、職場の安全確保・向上にも組織的に取り組む必要がある。そのような取り組みがないと、被害にあった職員が安心して職場復帰ができない状況に陥り、最終的には退職や休職につながる可能性がある。

- ・マニュアル作成は重要であり、作成するだけではなく、他院の事件を参考にアップデートすることが必要である。
- ・看護職員は暴力被害を受けても「自分の対応が悪かった」「大したことではない」と思ってしまうことが多い。しかし、本来は組織的に取り組むべき課題であり、職員1人1人が声をあげていく必要がある。そのためには、暴力が発生したら上司に報告をする決まりをつくる等、組織的に取り組むことが重要である。
- ・認知症、ターミナルにおけるケア中の暴力が多いことに対しては、精神科で実施しているような対策を調べて導入することも考えられる。例えば、精神科ではケア中に蹴られることが多く、蹴られないようにするためにはどのような位置に立つか等のリスクマネジメントができていく。対策の具体的な技術として、このような事例分析や先進事例を活用することにより、経験の積み重ねによる対応のみではなく、新人看護職員でも取り組めるものができる。
- ・個々の職員がこの問題について「重要」という認識をどのように持たせていくか。組織的に取り組むためには、まず実態を明らかにする必要があるが、現場が“問題”として捉えていないと、実態としてあがってこない。
- ・さらに患者・国民に向けて、NHS のゼロ・トレランス・ゾーンキャンペーン(第2章参照)等を参考に、日本看護協会によるキャンペーンも必要ではないか。ジャーナリストックにとりあげるのではなく、その後の対応のあり方も含めてとりあげていく必要がある。安全・安心な病院でこそ患者にとってよい医療を提供できることを、看護から発信していく必要がある。

4) 国または自治体への要望

また、国や自治体に望むこととして、安全管理体制を整備していることを診療報酬上で評価する「安全管理加算」の創設を望む病院が4病院(施設1、6、7、8)、医療機能評価機構の評価項目として入れるべきとする病院が1病院(施設3)及び有識者、防犯カメラ等の増設に活用できるような一時的な補助金を望む病院が2病院(施設4、5)みられた。

(施設1)

- ・安全管理体制を整備していることを評価してほしい。例えば警備員を複数の出入りに配置すること1つをとっても、配置必要箇所数ごとに二交代制を考慮した人員配置が必要となり、コストがかかる。しかし、今の診療報酬体系を含む医療制度には「安全管理(防犯)」の視点はなく、全て病院設置者の努力に転化している状況である。

(施設3)

- ・防犯や暴力防止の取組みを医療機能評価機構の項目に取り入れる。
- ・病院が癒しの空間になるよう、環境面に配慮した基準を設けてはどうか。

(施設4)

- ・防犯について「国」の対応が必要かどうかは疑問である。しかし、例えば、防犯について対処をしたら一時的な補助金を出してくれるとありがたい。一時的なものであれば、防犯カメラの増設などが可能となる。防犯対策は「建物構造」の問題も大きいので、本当は建替えのときに防犯の視点をいれて設計することが望ましいが、それができない病院にとってそのような補助は便利である。
- ・暴力事件を起こす患者への対応について、「診療応招義務」があるため対応に苦慮し、顧問弁護士に相談して対応を検討している。

(施設 5)

- ・国が病院に薦めるセキュリティ機材の導入、あるいはセキュリティ全般のコンサルタントを依頼する場合等、病院に補助金を出す等の施策を行って欲しい。

(施設 6)

- ・診療報酬で評価されるとなれば誘導効果があるため、「安全管理加算」は必要と考える。
- ・国の指針が必要という意見もあるようだが、そこまでの必要があるかどうか疑問も感じる。

(施設 7)

- ・患者安全の体制を整備していることを評価して欲しい。診療報酬上の安全管理加算を望む。
- ・病院の安全管理に関する指針等あればよいと思う。

(施設 8)

- ・安全管理体制への診療報酬があれば有難い。

(有識者)

- ・まずは医療機能評価の項目として取り上げることが必要である。