

【事例5】セクシャルハラスメント、身体的接触

加害者：60 歳代男性

被害者：20 歳代女性看護師

発生要因：まったくのいいがかりである。

被害者の心情：不快感。

ハラスメントの詳細、転帰等：「あんたが寝てくれたらいつべんに病気は治るやけど」といいながら胸を触られた。そのときは患者様のすることだからと黙っていた。

【事例6】セクシャルハラスメント、露出行為

加害者：10 代後半男性、糖尿病

被害者：20 歳代女性看護師

患者背景：I 型糖尿病の低血糖発作。

発生要因：まったくのいいがかりである。

被害者の心情：不快感に加え自分の看護に対して自信を喪失した。

ハラスメントの詳細、転帰等：ナースコールがあり訪室した。検尿を依頼した後だったため、採尿できたと思い「取れた？」と声かけると「手伝って欲しい」といきなりパジャマのズボンを下げた。慌てて検尿コップを差し出すと「違うんです。ここんどこモゾモゾしていて・・・たまっている、しごいてほしい」と言われた。「そういうことはできない」ときっぱり断り、退室した。その後少しして、尿検体を確認しに訪室したが、そのような行動はない。そのことについては触れていない。翌日退院となった。発生直後に看護室に戻り同僚に相談し、責任者に報告する。プリセプター-看護師、係長、師長と面接を行う。その日は「自分が看護師らしくなかったのではないか、不適切なことがあったのではないだろうか」などいろいろ考えたが患者の退院が決まっていたので気持ちが切り替えられた。今の所、仕事に支障はない。思春期の患者の対応について考える機会となった。

【事例7】セクシャルハラスメント、ストーカー行為

加害者：40 代男性

被害者：40 歳代女性看護師

40 歳代女性医療ソーシャルワーカー

20 歳代女性精神福祉士

患者背景：ただ誰かと会話したい感じで電話してくる。

発生要因：まったくのいいがかりである。

被害者の心情：不快感、煩雑さに加えて恐怖感もある。

ハラスメントの詳細、転帰等：用件、相談があるような口調で地域連携室に電話を

回し、体調不良を訴え、受診を促すと拒否し、だんだん個人的な話しを始めるのがパターン。「仕事何時に終わる?」「電話番号教えて」「食事に行こう」など。5年前くらいから電話がかかるとなり、職員が名前を知られているので、指名してかけてくる。本人が仕事休みの場合1日4回くらいで平日ほぼ毎日掛けてくる。夜勤では男性が電話に出るとすぐに切れる。本人は名前を名乗らないか、偽名を使うが、声や話の内容で、個人は特定できている。3名とも、氏名を知られており、何をされるか分からない恐怖感を持って仕事に来ている。

【事例8】暴言、血液透析患者

加害者：40歳代男性、慢性血液透析患者

被害者：全ての透析室のスタッフ

発生要因：まったくのいいがかりである。

被害者の心情：恐怖感。

ハラスメントの詳細、転帰等：血液透析患者で バカ看護婦、早くやれ、採血枕、駆血帯を投げつける。透析日（月・水・金）毎回同じような言動がある。現在も透析中である。週3回。常に苦痛である。

【事例9】暴言、患者家族・飲酒

加害者：患者家族 40歳代男性

被害者：30-50歳代男性 事務職3人

患者背景：少し飲酒をしている。

発生要因：まったくのいいがかりである。

被害者の心情：恐怖感、不快感。

ハラスメントの詳細、転帰等：入院費の支払いを夜間に電話にて催促したところ、夜間にこんな電話をかけてくるのはおかしい！と激高し、病院に来院し、夜間当直者に対し、30分にわたって怒鳴り続けた。事務長に連絡したところ警察に連絡し対応せよとの指示。警察に連絡し、対応していただく。最初は警察にも反抗的な態度をしていたが飲酒運転を指摘されて、最後はパトカーにて帰宅した。いいがかりとは言え大声で長時間怒鳴られ精神的に辛かった。早く警察に電話したのはよかったが、警察の対応は遅く、不十分に感じた

【事例10】暴言+不当な要求、患者と患者家族・診察待ち時間に対する不満

加害者：10代後半女性と配偶者、義父

被害者：女性事務職員2人、女性助産師1人、女性医師1人、男性医師1人

発生要因：まったくの言い掛かりである。

被害者の心情：恐怖感、煩雑・面倒。

ハラスメントの詳細、転帰等：12時の予約で12時6分に、患者と夫、義父の3人で来院。2階産婦人科外来の待合で待つように外来事務から伝えたが、夫と義父がすぐに診察をするようにつめよった。医師2名とも診察中のためすぐには対応できないことを伝えるが、壁を蹴ったり、待合の椅子を投げたり、窓口のガラスをたたくなどの行為がみられた。その後「母子手帳を返せ」と要求し、患者本人を引きずりながら病院を出た。その際、助産師が制止しようとするが「うるさい、クソばあ」と言い放つ。1階会計周辺の椅子も2つ投げながら出て行った。16時に会計窓口には本人、母、父、父の知人？が再度来院し、本人と母から夫も父も反省し、今後このようなことはしないので診察してほしいと要求あり。時間的に外来診療はできないことを伝えると「何でや」と診察を強要してきた。産婦人科の医師2名から再度説明して帰宅した。翌日、医師から電話にて予約時間通りの診療は当院では難しいこと、今回の件で他の患者が恐怖を感じ、危害が加わる可能性も否定できないため今後当院での診療は不可能であること、紹介状を作成するので他院での受診をするよう本人へ説明した。当日中に本人と母で紹介状を受け取りに来院した。

【事例11】 不当な要求、医療側の連携ミス・謝罪の強要

加害者：30歳代男性、呼吸器疾患

被害者：20歳代女性看護師3人

発生要因：原因の一部は医療側にある。

被害者の心情：恐怖感、自信喪失、煩雑・面倒。

ハラスメントの詳細、転帰等：受付、診察、連携ミスによる待ち時間発生。受付から診察までの過程で医療者の伝達・連携ミスにて一時間以上の待ち時間に対し、かかわった3人を出せと興奮状態、かかわったスタッフが一人は終業時間で帰ってしまったことに、対し人は何時間も待たせ、対応した職員が帰っているとは何事だと待合室で怒鳴りだし、安全管理者が管理者として謝罪するも、当事者を呼び出し自宅に謝罪に來いと言われ患者さんは帰宅、明らかに医療者の連携ミスにて、当事者を自宅から呼び出し3人が揃い次第、安全管理者、管理課、保安警備員計6名にて自宅訪問謝罪する。

明らかに医療者側の連携ミスであったため、職員を補佐しながら自宅訪問するしかなかった。訪問してくれたことには誠意ある態度として評価されたが、当事者へは人を人と思っていないなどと罵倒された。当事者は自分達の連携ミスで患者に迷惑をかけ、罵倒されたことで1人は外来担当が出来ない自信がないと精神的ショックで6日ほどの休みとなった。

【事例 12】 不当な要求、患者と母親

加害者：20 歳代女性患者（内分泌疾患）とその母親

被害者：20-30 歳代女性 看護師 5 人以上

発生要因：まったくのいいがかりである。

被害者の心情：自信喪失し厭世的な気分になった

患者背景：母親は看護師のケアに対し一挙一動に眼を凝らしている。看護師は常に過緊張でその日の担当ということで毎日眠れない、夢を見る

ハラスメントの詳細、転帰等：看護師の一挙手一投足をみて順序が異なったり手元が狂ったりするとすぐ苦情として申し入れしてくる。「新人看護師ははやめて、手技がちゃんとできない〇〇さんは何とかして」などと看護師の個人も否定してくる。常に看護師長が対応。その日の担当と言うだけで眠れなかったりするが、どんな些細なことでも複数で処置をすることで気持ちが少し緩和された。この患者の担当になるとストレスになり自信をもって対応できない。やめたいと言う看護師が多くいた。

【事例 13】 不当な要求、パワーハラスメント・患者の娘

加害者：70 歳代女性患者（脳出血後遺症、糖尿病、血液透析患者、）の長女

被害者：男性看護師も含む当該部署の全看護スタッフ

患者背景：長女は市民オンゲズマンを自称しマスコミ関係に知り合いが多いことを強調する

発生要因：まったくのいいがかりである。ただし、薬剤に対して十分な説明がない、掛け布団を掛けずに放置されていたなどの患者側の勘違い等多数。

被害者の心情：怒り、自信喪失、厭世的。本当にいやになってくる。

ハラスメントの詳細、転帰等：万事につけて物を申すタイプのクレーム。医療、ケアの上でほとんど問題とならないようなことについて「これは医療事故だ」「人権障害だ」などとクレームをつける。特に若手の男性も含め若手の多くの看護師が対象となっていた。患者の転院によって終了。入院中にさまざまな方策を試みたが本質的な解決はなく、師長が安全管理部と連携しながら対応していた。病棟スタッフの多くが疲弊し、自信喪失とともに厭世的な気分となっていた。

【事例 14】 不当な要求、土下座の強要・患者と内縁の夫

加害者：40 歳代女性（悪性疾患末期）のその内縁の夫

被害者：男性医師 2 人、当該病棟の全ての看護スタッフ

患者背景：少し飲酒をしている。

発生要因：原因の一部は医療側にある。

被害者の心情：恐怖感、怒り、自信喪失、厭世的、煩雑

ハラスメントの詳細、転帰等：もともと、些細なことで謝罪を求めることが多かった。報告された事例は、主治医が多床室で患者の治療予定について説明したところ（内容はそれほどプライバシーに関わるものではない）、プライバシーの侵害であるとメールを受けた内縁の夫が謝罪を強要した。執拗な恫喝と謝罪（土下座）を強要された。口頭による謝罪は行うも土下座は拒否すると土下座しないのなら自殺してやると患者自身が言い出した。患者は自分の病状について理解していたため自殺する可能性も否定できず、主治医・担当医は納得しないまま土下座した。その後も医療者を弄ぶような言動が続いた。患者の退院によって終了。当該部署全体が物理的・精神的に疲弊し、他の患者に影響が出かねない状況だった。安全管理部に報告はされていたが、矢面に立ったのは当該診療科だけだった。

D. 考察

19年度からの3年間で29施設から解析可能な患者ハラスメント事例として594事例を把握することができた。29施設のベッド数の合計は13610ベッドにおよび合計の職員数はわが国の一般的な病院におけるベッド数と職員数の関係から推定しても少なくとも2万人程度の職員が調査対象となったと考えられる。しかしながら、2万人の医療提供者に対する3年間におよぶ調査結果としての594件は著しく少ない件数である。日本看護協会の調査では30%程度の看護・介護職員が1年以内に身体的暴力を受けたと回答しており¹⁰⁾、本研究は患者ハラスメントの発生実数の数パーセントとしか把握していない可能性がある。これは研究協力者（多くは安全管理者、いわゆるゼネラルリスクマネージャ）が自施設内で発生したハラスメント事例の把握が困難であることがもっとも考えられる。その理由として以下の3点があげられる。

① 患者ハラスメントの考え方や定義そのものが浸透していない。

ハラスメントの定義は被害者側の感覚でも相当異なり、たとえば、今回、精神科病院勤務者にインタビューを行ったが、一般病院では暴力とされるような患者の行為も精神科病院においては日常のケアに対する反応のひとつという捉え方もされており、ハラスメントの定義を明確にすることは困難である。

② ハラスメント被害者はインシデントレポートと比較して報告しなければいけないという意識が低い。

インシデントの当事者となった場合はインシデントレポートとして報告しないことは悪いことであるという意識は浸透しているが、ハラスメントの被害者となった場合は自分だけ我慢すれば済むことであるという意識、あるいは患者のすることだから仕方がないという意識が働き、被害者となっても報告しない場合が多いと推測される。実際、事例5のように胸を触られても患者“様”のすることだから仕方がないと考えたとの報告もある。

③ ハラスメント事例を一元化して収集するシステムが構築されている施設が少ない。

表3に示したように報告先が空欄の施設が多く、また、記載されていても同一施設でも複数以上の報告先が記載されていることも多く一部署で一元的に収集されていることが少ないことを示している。例えば、暴言・暴力は危機管理として事務分門で処理され、セクシャルハラスメントは看護部門のみで対処されていることと考えられる。施設内で取りまとめる部署がなければ、報告そのものも少なくなる上に、報告された事例であってもその扱いが一定でなく、記録も散逸する可能性がある。

患者ハラスメント対策を検討するためにはその実態に関する基本的なデータが必要不可欠であるので、ハラスメント事例を医療施設には組織的に収集する重要性、医療者個人には報告する重要性について周知する必要がある。また、組織的な対応が困難な事例であっても、事例7のようにハラスメントによる行き場のない怒りを「第三者に報告するだけで少しは気分が晴れた。」というような事例もあり、医療従事者にありがちな「自分さえ我慢すれば、問題にはならない」という認識では現状が改善されないということを啓蒙し報告しやすい環境を整える必要がある。日本病院協会の調査でも報告制度を整備しているとしたわが国施設は40%程度であり⁶⁾、早急な改善が望まれる。

本研究で、解析対象となった事例は安全管理者も把握している当該施設では大きな問題、あるいは有名な事例が多いということになる。

患者によるハラスメントの中で身体的な暴力はもっとも早くから対策が行われてきた領域である^{18,19)}。理由の如何に問わず、身体的暴力は明確な犯罪であるので、院内の報告制度を緊急時も含めて整備し、基本的には警察への通報を行うという姿勢を医療提供者、患者、来院者に対して明確にすることが前提となる。次いで、身体的暴力の大半は医療提供者側には何の落ち度もない事例であり、また、加害者の多くは何らかの精神障害を有していることから、その対策としては精神障害を有する事例（精神科事例を含む。）か否かを検討し、障害を有する事例であれば何らかの医学的対応、あるいは人員増員も含む施設面での対応が求められる。看護ケアの際に看護師が被害を受けることが多いことから、現場でまず行うべきことは、ケアの手順等の見直しであろう。保護室入室前後の精神科事例においては男性看護職員の配置を希望する被害者が多かったが、その一方で被害者自身も不用意な対応をしてしまったとする事例も少なくなかった（事例2）。従って、身体的暴力を受けにくいケアの手順、あるいは受けても被害が最小となる手順について検討するべきである。また、組織としてのケア手順などの検討とともに個人レベルで暴力被害を最小限にするための講習²⁰⁾を受講することも有効であると考えられる。次のステップとして、精神障害に起因する身体的暴力事例の多くは精神科疾患のほかに脳出血・脳梗塞後遺症などの脳の器質的障害、悪性疾患末期や手術直後の特殊な状態などが原因となっていることから、薬物療法の見直しなども暴力行為の軽減が期待できる。また、適正な身体抑制が実施されていたら未然に防止できていた可能性がある事例もあり、身体抑制を一律に否定するのではな

く、適正な身体抑制は患者の安全のためだけでなく、医療提供者の安全のためにも必要なことがあることを広く社会に周知するべきである。一般病院における身体的暴力の加害者のピークが60-70歳代にあり高齢者による偶発的な暴力事例も多い。これは厭世的な気分になるというような精神面での被害は暴言による被害よりは少ないが、被害者の4分の1程度が傷害を負っておりこの点においては被害は深刻ではある。身体的暴力によって生じた被害者の恐怖心に対するケアは必要であろう。一方、加害者が患者以外である場合（事例3）や精神障害を有しない患者である場合（事例1）は警察への通報も含めて毅然とした対応をとるべきである。実際、表4に示した警察介入事例は一般病院においては加害者に精神障害を認めない事例であった。精神科事例の多くは外来での発生であり、身体的暴力から物理的に身を守るために警察への応援依頼的な要素のある事例が多かった。事例1のように医療側にも何らかの非があったとしても暴力は絶対に許されないことであり、毅然とした対応が求められる。多くの施設でコードホワイトやサポートコールと称して院内の緊急時の職員応援を要請する連絡体制は整備されつつあるが、事例3のように十分機能しない場合も多いと考えられる。特に夜間の保安体制はまだ不十分な施設が多い²⁰⁾。今後はたとえば救急指定病院に対する特例として所管警察署とのホットラインの開設を許可するなど、警察との関係の強化は必要であろう。

セクシャルハラスメントの90%以上は女性看護師が被害者であり、その種類は表5に示したが多彩である。特筆すべきことは、被害者は不快感や怒りの感情を持つのは当然としても、ストーカー行為に対する恐怖心、身体的接触、露出行為に対する自信喪失が少数ながら認められることである。特に事例6のように加害者が心春期の男性患者の場合に被害者であるはずの20歳代の女性看護師が、「自分の看護師としての接し方がよくなかったのでは」と悩む事例が複数見られた。このような事例に対しては被害後の心理的ケアが重要であると考えられる。セクシャルハラスメントと身体的な暴力との共通点はほとんどの場合、医療側には落ち度のない、まったくのいいがかりである点であるが、決定的に異なることは加害者の70%以上が精神状態に問題がないと考えられることである。これはセクシャルハラスメントの大半はいいわけのすることができない犯罪行為であることを意味する。実際、満員電車の中で痴漢行為を行えばすぐに逮捕となるが、病院内で同じことをしたとしてもほとんどの場合、不問に付されてきた。患者側には「病気だから許される」というような考えがあり、事例5に示したように被害者側にも「患者“様”のすることだからしかたがない」というような感情があることも一因であろう。また、セクシャルハラスメントは「被害者は自分さえ我慢すれば問題はない」と考える被害者も多いと考えられ、安全管理者も把握していない事例がハラスメントの中で一番多いと考えられる。今後はセクシャルハラスメントは犯罪であるという院内に表示し、警察への通報も辞さないという姿勢を明確にする必要がある。また、女性被害者が安全管理者に安心して相談、届出を行える環境

の整備も求められる。実際、事例 4 のように安全管理者に相談しただけで気分が晴れたという事例も散見された。

暴言、あるいは不当な要求は医療現場特有の問題を含み、現在、もっとも対応に苦慮するハラスメントとなっている。身体的暴力やセクシャルハラスメントとの違いは、一方的ないいがかりではなく、医療側にも原因が両者ともに 40%以上存在することである。従って、暴言や不当な要求であってもまったくのいいがかりであると考えられる事例は身体的暴力やセクシャルハラスメントと同様に毅然とした対応で対処可能であると考えられるが、医療側に何らかの問題があった場合はそれを“ネタ”とした執拗なハラスメントが行われることが多い。事例 12、13 で示したように、軽微ではあるが医療上のミスや事例 11 のように医療サービス上のミスが原因となり、必要以上に罵声を浴びせられたり、謝罪を強要されたりする事例が目立つ。また、加害者が身体的暴力やセクシャルハラスメントと比較して患者以外がなることも多く、特に入院患者の関係者が加害者となった場合はハラスメントは終日行われ、その病棟全体が疲弊し、対応のために業務にも支障をきたし、厭世観から被害者が離職することもある。また、その加害者の前では過緊張状態でのケアを強いられるため、ヒューマンエラーを惹起しやすい環境にあり、医療安全対策上も継続的なハラスメントは大きな問題となる。医療側に非がない事例であっても事例 8 のように暴言が継続する事例は被害者のダメージも大きい。同様の事例が毎日機能訓練を実施するリハビリテーション部においてもみられ、被害は部署全体におよび深刻な状況となった事例もみられる。

不当な要求や暴言は外来部門でも多くみられ、事務職員が矢面に立つことが多い。対策としては、ハラスメントの誘因となる医療上のミスや病院サービス上のミスを犯さないことがもっとも根本的な防止策である。いわれのない暴言への対応はセクシャルハラスメントと同様の対応が可能であると考えられる。従って、医療安全対策と患者サービス体制の徹底がハラスメント対策としてまず求められる。執拗なハラスメントに対しては、組織全体で対応し、当事者や当該部署の負担をできるだけ軽減することがもっとも求められる。必要に応じて弁護士や警察とも相談可能な状況を普段から構築しておく必要がある。図 11 に患者ハラスメント対策の概略をまとめた。

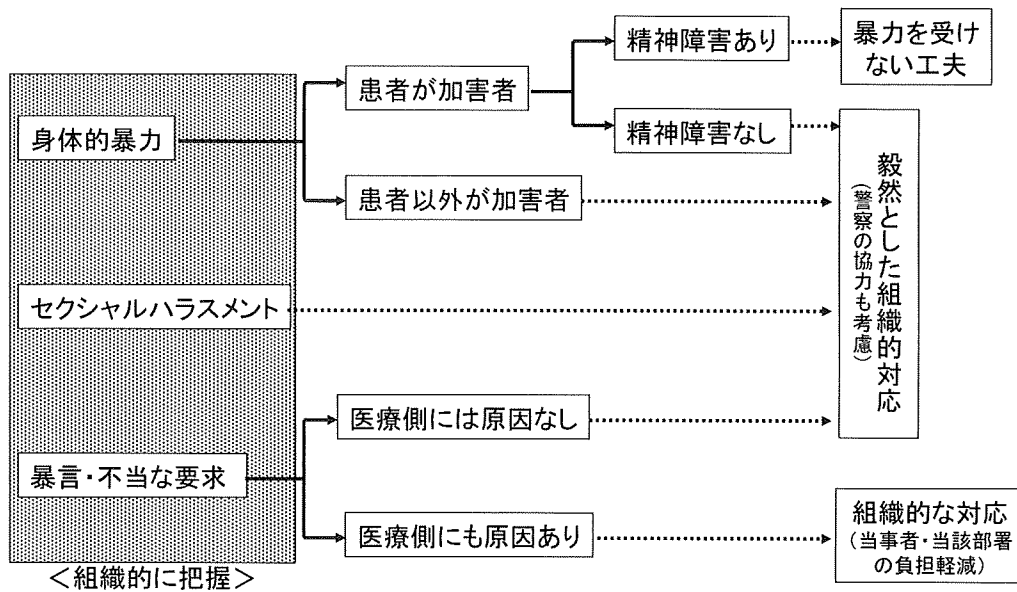


図 11 患者ハラスメント対策の概略

患者ハラスメントの報告体制を整備して情報を一括して取りまとめる部署を明確にすることが第一にすべきことである。実際は医療側にも原因がある暴言・不当な要求事例は対応に苦慮することが多いが、被害が個人に集中することを回避する体制の確立も求められる。

E. 結論

患者ハラスメント事例を組織全体で把握・共有していく体制の構築が必要である。実務的にはハラスメントを暴力、セクシャルハラスメント、暴言・不当な要求と分類し対策を講じることが効果的であると考えられるが、暴言・不当な要求によるハラスメント対策は今後の検討課題である。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

学会発表 2010年6月 第12回日本医療マネジメント学会で発表予定

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

参考文献

- 1) World Medical Association
<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005e.pdf>
- 2) Kohn L, Corrigan J, Donaldson ME 1999. To err is human. National Academy Press, Washington, DC.
- 3) Yokohama City University Hospital
<http://www.yokohama-cu.ac.jp/jimukyoku/kaikaku/bk2/bk21.html>
- 4) Abe, R., Matsuoka, K., Kurita, H. Kangoshi ga uketa sexual harassment: shitsumon-shi niyoru jittai no haaku [Sexual harassment of nurses: Investigation of reality through a questionnaire survey]. 1998 *Mental Health*, 13 (2), 81-88.
- 5) Sasaki, M., Hara, T. *Biyouin de hataraku kangoshi no sexual harassment higai ni tsuite*[Sexual harassment experience among hospital nurses]. *Occupational Mental Health*, 2002 10 (1), 29-39.
- 6) All Japan Hospital Association
http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/080422.pdf
- 7) Universal problems during residency: abuse and harassment. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. *Med Educ*. 2009 Jul;43(7):628-36.
- 8) ILO/ICN/WHO/PSI. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector. 2002
- 9) Di Martino V. Workplace violence in the health sector Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand plus an additional Australian study: synthesis report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in Health Sector. 2002
- 1 0) Japanese Nursing Association Survey & Research Section: Survey on workplace violence in the health/medical sector. Japanese Nursing Association Research Report 2004 No.71 (in Japanese)
- 1 1) Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health*. 2008 May;50(3):288-93.
- 1 2) Whittington R, Shuttleworth S and Hill L: Violence to staff in a general hospital setting. *J Adv Nurs* 1996 24, 326-333
- 1 3) Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P and Hyndman K: Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 2002 63, 311-321
- 1 4) Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, Tong JM, Yen

- PF and Leung WC: Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Med J 2006 12, 6-9
- 1 5) May DD and Grubbs LM: The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. J Emergency Nursing 2002 28, 11-17
 - 1 6) Privitera M, Weisman R, Cerulli C, Tu X and Groman A: Violence toward mental health staff and safety in the work environment. Occup Med (Lond) 2005 55, 480-486
 - 1 7) Kaneko T, Ishibashi M, Hibi M: Patient harassment of medical staff in Japan. J Japan Society for Health Care Management 2009 Vol10 399-403 (in Japanese)
 - 1 8) Madden DJ, Lion JR, Penna MW Assaults on psychiatrists by patients. Am J Psychiatry. 1976 Apr;133(4):422-5.
 - 1 9) Drummond DJ, Sparr LF, Gordon GH. Hospital violence reduction among high-risk patients. JAMA. 1989 May 5;261(17):2531-4.
 - 2 0) Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. Int J Ment Health Nurs. 2005 Mar;14(1):44-53.
 - 2 1) Japanese Nursing Association Survey & Research Section: Survey on systems for overnight hospitals security. Japanese Nursing Association Research Report 2002 No.63 (in Japanese)

2 平成 21 年度 分担研究報告①

教育病院の看護師が受ける院内暴力の実態について

分担研究者

長谷川友紀（東邦大学医学部社会医学講座）

教育病院の看護師が受ける院内暴力の実態について

分担研究者

長谷川友紀（東邦大学医学部社会医学講座）

研究協力者

藤田 茂（東邦大学医学部社会医学講座）

瀬戸 加奈子（東邦大学医学部社会医学講座）

伊藤 慎也（東邦大学医学部社会医学講座）

城川 美佳（東邦大学医学部社会医学講座）

長谷川 敏彦（日本医科大学医療管理学講座）

I. はじめに

入院や傷病によりストレスを感じている患者・家族は、医療職に対し身体的暴力や言葉の暴力を振るうことがある。全国約 2248 病院を対象にした我々の先行研究では、回答した 1106 病院のうち 52.1% (576/1106) が院内暴力を経験しており、院内暴力の予防は医療職にとって大きな関心となっていた¹⁾。英国の調査では、業務に伴う暴力被害の発生率は全体で 1.7% であるが、職種別に見ると最も多いのが警察官・消防士等が含まれる Protective service occupations の 14.0% であり、それに次ぐのが看護師・理学療法士等が含まれる Health and social welfare associate professionals の 5.0% であった²⁾。このように、看護師に対する院内暴力については国内外でも関心が高く、日本看護協会をはじめ多くの研究が進められている³⁾⁴⁾。

本研究では、教育病院の看護師が患者やその関係者から受ける院内暴力の実態について調査し、看護師の中でもハイリスクな集団の特定と、院内暴力への対応に関する今後の課題を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

ベッド数約 1000 床の教育病院の全看護師を対象に、無記名自記式の調査票と封筒を配布した。回答者には、回答後に調査票を封筒で密封したうえで事務部に設置した回収箱に提出してもらった。調査期間は 2009 年 8 月 6 日から 23 日までとした。

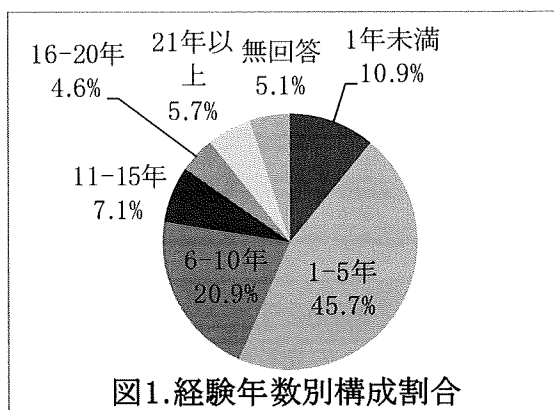
調査票は 150 項目の設問から成り、院内暴力だけでなく、医療安全文化に関する設問等も含まれる。院内暴力に関する 25 項目の設問は、1 項目の自由記載（暴力の詳細な内容に関する設問）を除き、他は全て選択技法とした。設問は、身体的暴力と言葉の暴力、セクシャルハラスメントの 3 つについて、過去 1 年間にそれぞれの暴力を受けた経験の有無のほか、その暴力への対処方法や暴力の原因等について質問する内容とした。また、過去 1 年間に暴力を受けた経験ある者については、その中で最も被害が大きかった事例について、

その暴力に対する対応やその暴力の原因、周囲のサポート等を回答してもらった。

なお、回答者には、患者やその関係者から受けた暴力についてのみ回答してもらい、他の職員から受けた暴力について回答されたものは除外した。

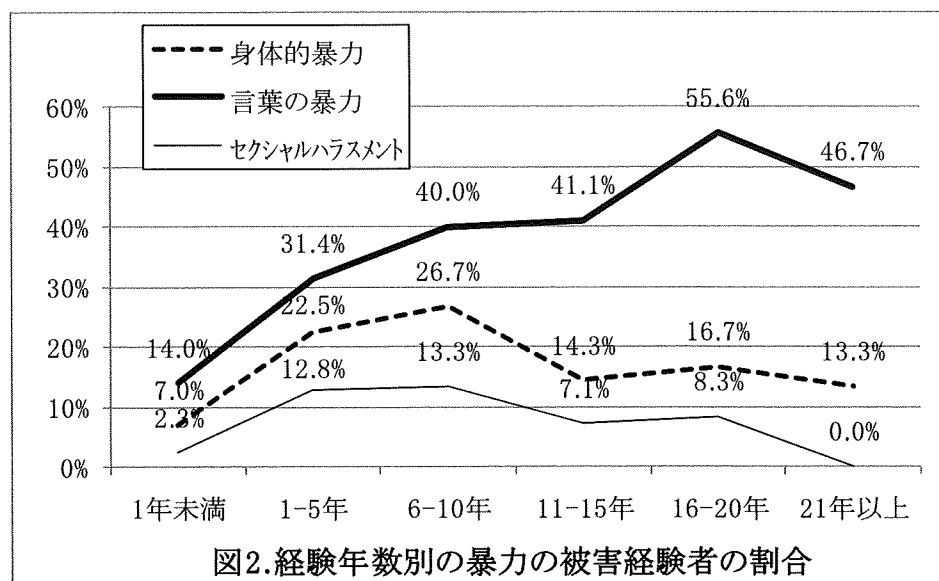
III. 結果

回収率は 79.9% (788/986) であった。回答者の 87.4% (689/788) が女性であり、経験年数 5 年以下が約半数を占めた (図 1)。



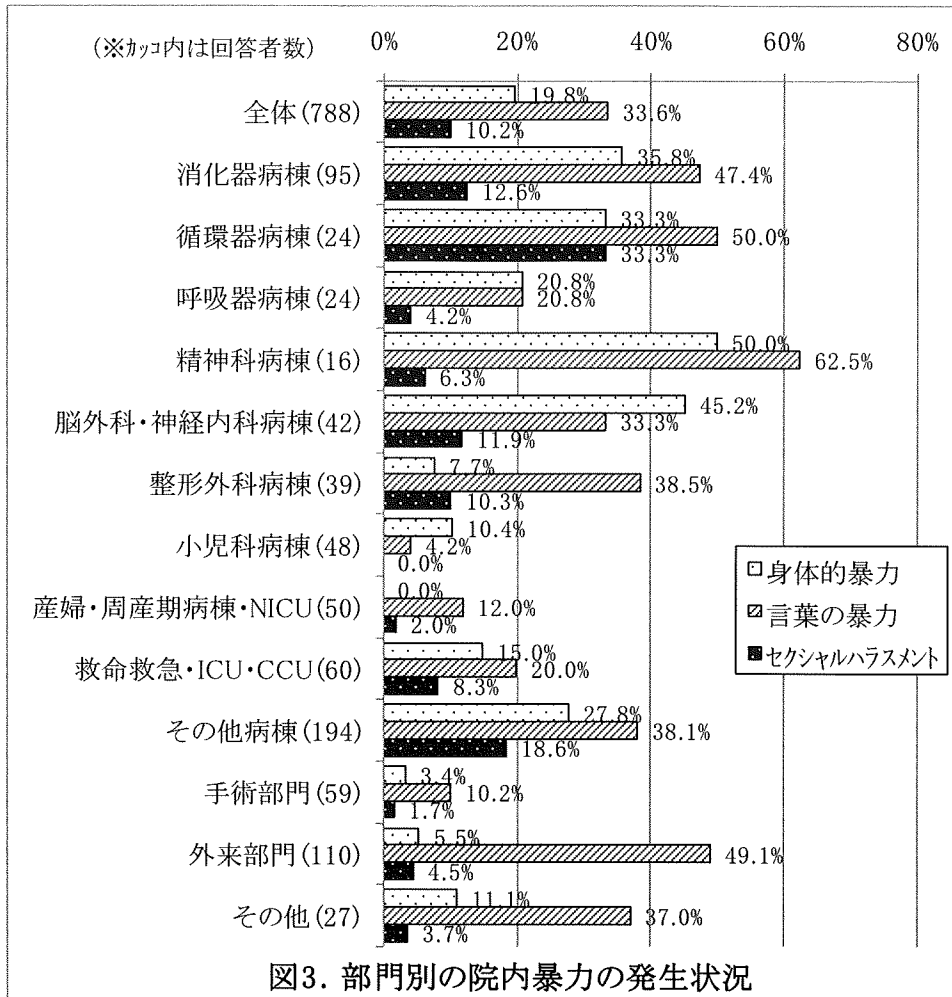
過去 1 年間に暴力を受けた経験を聞いた設問では、19.8% (156/788) が身体的暴力を、33.6% (265/788) が言葉の暴力を、10.2% (80/788) がセクシャルハラスメントを受けた経験があると回答した。

経験年数別では、経験年数 10 年以下の者に身体的暴力とセクシャルハラスメントを受けた経験のある者が多い傾向が見られた。また、経験年数が長いほど言葉の暴力を受けた経験のある者が増加する傾向が見られた (図 2)。

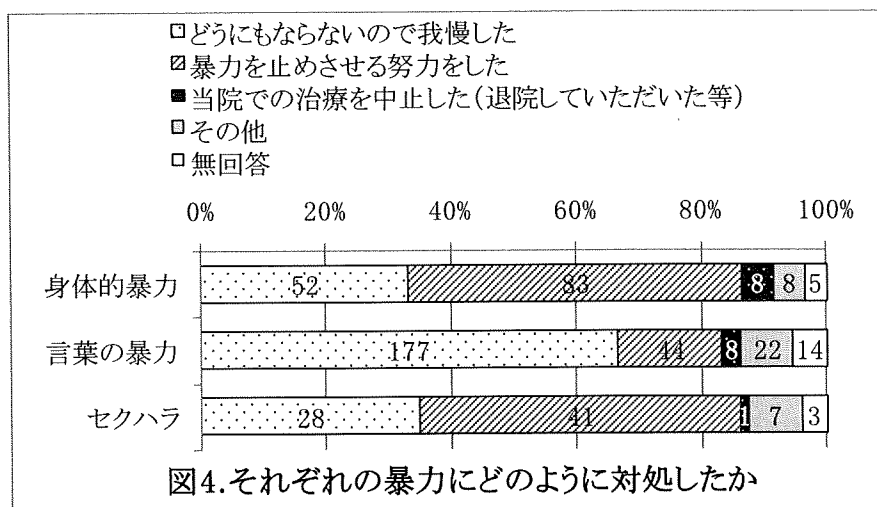


部門別では、身体的暴力を受けた経験のある者が多いのは「精神科病棟」と「脳外科・

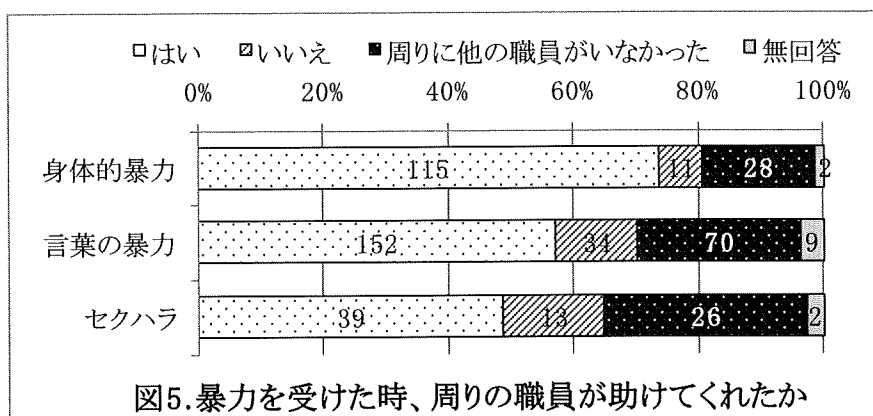
神経内科病棟」であり、言葉の暴力を受けた経験のある者が多いのは「精神科病棟」と「循環器病棟」などであり、セクシャルハラスメントを受けた経験ある者が多いのは「循環器病棟」と「その他病棟」であった（図3）。



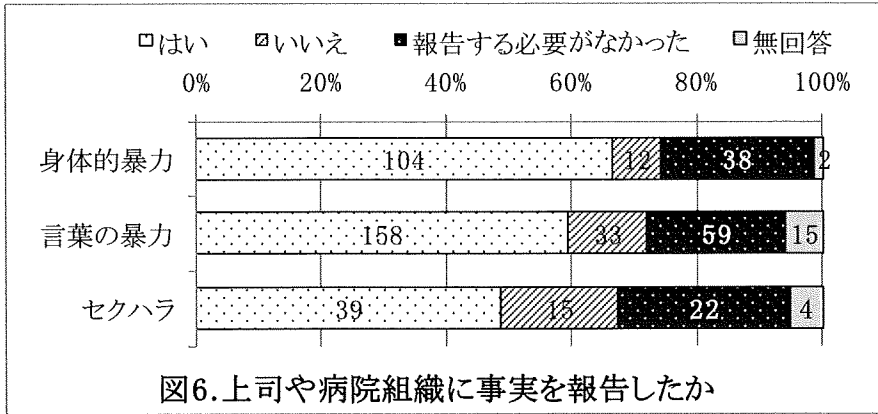
身体的暴力とセクシャルハラスメントに対する対処は、「暴力を止めさせる努力をした」と回答した者がそれぞれ53.2% (83/156) と51.3% (41/80) であり、過半数が我慢せずになんらかの対処をしていた。しかし、言葉の暴力は「どうにもならないので我慢した」が66.8% (177/265) と過半数を占めていた（図4）。



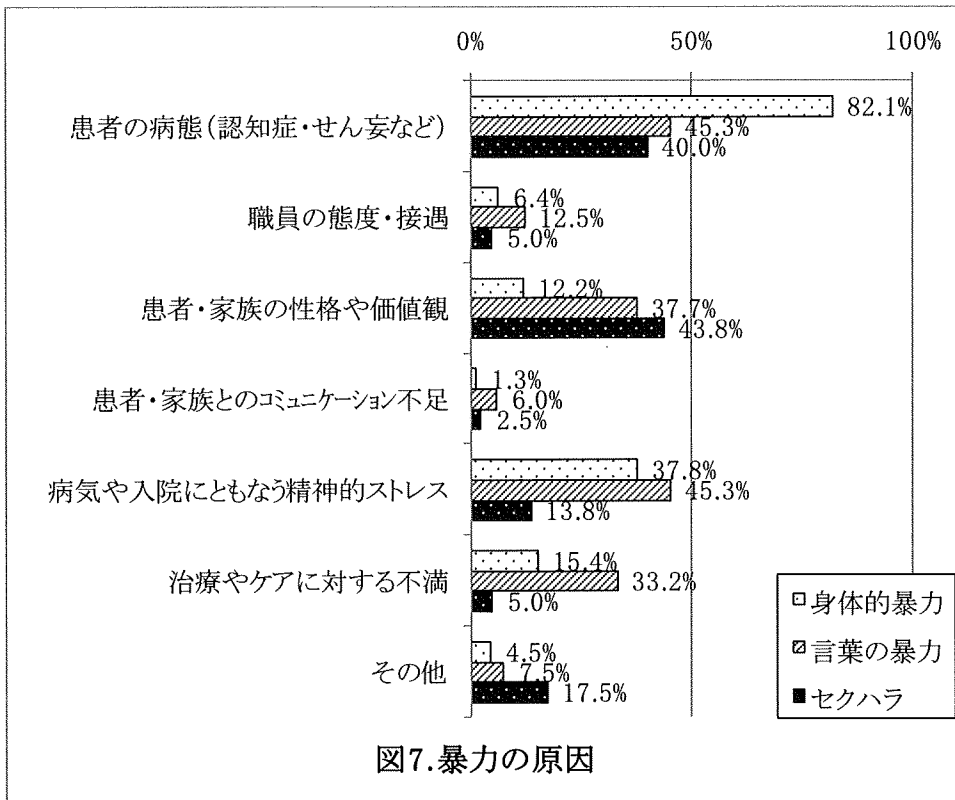
暴力を受けた時、周りの職員が助けてくれたかとの設問に「はい」と回答した者の割合は、身体的暴力が73.7% (115/156)、言葉の暴力が57.4% (152/265)、セクシャルハラスメントが48.8% (39/80)であった(図5)。



暴力を受けた事実を上司や病院組織に報告したかとの設問に「はい」と回答した者の割合は、身体的暴力が66.7% (104/156)、言葉の暴力が59.6% (158/265)、セクシャルハラスメントが48.8% (39/80)であった(図6)。



暴力の要因として考えられるものを複数選択で回答してもらったところ、身体的暴力は「患者の病態（認知症・せん妄など）」を挙げる者が最も多く、次いで「病気や入院にともなうストレス」を挙げる者が多かった。言葉の暴力も同じく「患者の病態（認知症・せん妄など）」と「病気や入院にともなうストレス」を挙げる者が多かったが、「患者・家族の性格や価値観」と「治療やケアに対する不満」を挙げる者も同じくらいいた。セクシャルハラスメントは、「患者・家族の性格や価値観」と「患者の病態（認知症・せん妄など）」を挙げる者が多かった（図7）。



IV. 考察

過去1年間に、看護師の19.8%が身体的暴力を、33.6%が言葉の暴力を、10.2%がセクシャルハラスメントを受けた経験があった。身体的暴力とセクシャルハラスメントは経験年数10年以下に多く、言葉の暴力は経験年数が長くなるにつれ増加する傾向が見られた。身体的暴力と言葉の暴力は精神科病棟で最も多く、セクシャルハラスメントは循環器病棟で最も多かった。

看護師は経験年数が長くなるにつれ直接業務が減り、間接業務が増加するものと考えられる。したがって、直接業務が多いと考えられる経験年数10年以下の看護師は、患者の手の届く範囲で業務を行うことが多いために身体的暴力やセクシャルハラスメントを経験する割合が高くなったものと考えられる。また、言葉の暴力が経験年数が長くなるにつれ増加するのは、患者やその関係者が苦情や暴言を言う相手として、責任能力の低い若手よりも、より責任能力の高いベテランを選んでいる可能性が考えられる。精神科病棟で身体的暴力や言葉の暴力が多いのは、精神科の患者の特性が影響していると考えられるが、循環器病棟でセクシャルハラスメントが多い理由は不明である。調査を実施した時期に、たまたま頻繁にセクシャルハラスメントをする患者やその関係者がいたという可能性もある。本研究では各種の暴力を受けるリスクが高い看護師の集団が明らかにされたので、今後はそれらの集団に対し重点的に暴力の予防策や対処法を教育して行く必要があると考えられる。

看護師は、身体的暴力やセクシャルハラスメントを受けた際は、暴力を止めさせるためになんらかの対処をする場合が多いが、言葉の暴力については「どうにもならないので我慢」するケースが多かった。身体的暴力の主な原因は「患者の病態（認知症・せん妄など）」であるとしているため、看護師が暴力を受ける可能性があると分かれば、疾病の治療や抑制により身体的暴力を受ける可能性を低くすることができる。セクシャルハラスメントについても、周りに他の職員がいない時に被害を受けやすいので、複数の職員で対応するか、男性看護師に対応してもらうことでセクシャルハラスメントを受ける可能性を低くできる。しかし、言葉の暴力については、その要因が患者の病態や入院によるストレス、患者の性格や価値観など多岐に渡るうえ、即効性のある効果的な対処法が無いため、被害を受けることが分かっても我慢するしかないと考えられている可能性がある。看護師を対象とした海外の研究では、看護師は「暴力を受けるのも仕事のうち」と考え我慢する傾向があることが指摘されている⁴⁾。言葉の暴力については、その内容によって対処法が異なると考えられるので、今後はその内容に応じた対処法を検討して行く必要がある。そのためには、言葉の暴力の内容を詳細に分析し、分類することから始める必要があると考えられる。

V. まとめ

過去1年間に、看護師の19.8%が身体的暴力を、33.6%が言葉の暴力を、10.2%がセクシャルハラスメントを受けた経験があった。身体的暴力とセクシャルハラスメントは経験年

数10年以下に多く、言葉の暴力は経験年数が長くなるにつれ増加する傾向が見られた。身体的暴力と言葉の暴力は精神科病棟で最も多く、セクシャルハラスメントは循環器病棟で最も多かった。今後はこれらのハイリスク集団に対する院内暴力の予防策や対処法の教育を進める必要がある。また、言葉の暴力に対する即効性のある効果的な対処法を検討する必要がある。

VII. 文献

- 1) 全日本病院協会：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、
http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/080422.pdf、アクセス 2010年1月26日
- 2) Home Office: Violence at work: Findings from the 2002/2003 British Crime Survey,
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr0404.pdf>, accessed on Jan 26, 2010
- 3) 日本看護協会：2003年「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（東京），2004
- 4) O'Brien-Pallas L, Hayes L, Wang S, Laporte D: Creating work environments that are violence free, *World Hosp Health Serv* 45(2):12-18, 2009

3 平成 21 年度 分担研究報告②

医療安全に係るコミュニケーションスキルに関する研究

～患者ハラスメントに焦点をあてて～

(初期研修医を対象として)

分担研究者

江村 正 (佐賀大学医学部附属病院)