

総括研究報告書

看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策検討に向けた研究

研究代表者 三木 明子 関西医科大学看護学部 教授

研究要旨

本研究は、医療施設で看護職等が患者やその家族から受ける暴力・ハラスメント（以下、暴力等）やその対策についての実態把握を行い、暴力等の予防策、暴力等の対応策、被害を受けた看護職等（准看護師、看護補助者を含む）の健康状態や勤務継続への影響を明らかにし、看護職等が安全に安心して働くことができるための組織における対応策について考察したものである。実態調査では 100 床以上の全医療機関 5,341 施設の看護管理者へ調査票を配布し、941 施設より回答が得られた（回収率 17.6%）。200 床以下は 497 施設（52.9%）であった。

平成 30 年度における看護職等に対する暴力等の実態は、患者・家族等による身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメントのいずれかの報告があった施設は 85.5%であった。暴力の内容別にみると、患者による身体的暴力が最も多く平均 5.6±18.8 件、精神的暴力は平均 2.2±7.9 件、セクシュアルハラスメントが 1.0±3.0 件であった。暴力等による他部署や警備員への応援依頼は全報告件数のうち 14.7%、警察への届出は 2.8%、弁護士への相談は 1.2%であった。看護職等の労災適用があった施設は 22.4%、身体的受傷は 41.0%、精神的不調は 15.6%、暴力が原因で看護職等が休職した施設は 5.6%、離職した施設は 3.9%であった。

暴力等の予防策として、「暴力等の対応に関するマニュアルを作成している」が 82.0%、「医療機関の方針として、患者・家族等へいかなる暴力も容認しないことを周知している」が 78.9%、「暴力等の発生のリスクが高い場合、複数人でかかわる」が 92.0%と実施率が高かったが、「職場を巡視して、暴力等が起こりやすい所を特定して、改善している」が 49.8%、「暴力等の発生時に安全な場に避難できる経路を確保している」が 45.9%、「ロールプレイなどを取り入れた暴力等予防のためのコミュニケーショントレーニングを行っている」が 42.7%、「暴力等の対応策をまとめた簡便なマニュアルを全職員に配布するなどして周知している」が 42.6%、「警備員を配置して、巡回することで暴力等の発生を防止する体制を整えている」が 44.7%と低かった。

暴力等の発生時の対策として、「緊急時や夜間時、責任者へ定められた手順で連絡をとる」が 93.1%と実施率が高かったが、「元警察職員（警察 OB）に応援依頼する」が 26.1%、「警備委託先への非常通報ボタンや非常電話を利用する」が 31.0%と低かった。

暴力等の発生後の対策として、「発生後に記録し報告書を提出する」が 91.3%と実施率が高かったが、「暴力等のケースについて他の医療機関と情報共有する」が 35.3%で低かった。

被害者への支援体制は「暴力等の被害を受けた職員が利用できる相談窓口がある」が 83.6%と実施率が高かったが、「被害者を支援する病院以外の資源・サービスがある」が 35.5%と低かった。

以上の結果をふまえて、医療施設における暴力等の対策マニュアルの内容に含めてほしい 12 のポイント

トを示した。本調査の結果では、暴力等に対するリスク管理体制がある施設は 65.5%、暴力等の対応に関する研修を開催した施設は 69.9%であり、平成 20 年に実施された同様の調査と比較すると、約 10 年で暴力等の対応に関する管理体制を整えている施設が増えている。また、過去 1 年間における看護職等に対する患者・家族等による暴力等の報告も増えていた。一方で、精神的暴力、セクシュアルハラスメントの報告が少なく、報告されていない潜在的な暴力等があると看護管理者等の 77.8%が回答していることから、傷害などの身体的影響が少ない暴力でも看護職等が報告できるような職場の安全文化の醸成、システムの整備が早急に必要である。また、被害者への支援については相談窓口があると 83.6%が回答しているが、実際に相談体制が機能し実効しているのか、被害者支援が十分に行われているのかについては検証が必要である。今後は、暴力等の対応策のうち実施率の低かった、避難経路の確保、ロールプレイを取り入れた実地訓練、簡便なマニュアルの全職員への配布と周知、警備員による巡回体制について、改善が望まれる。

研究分担者

佐々木美奈子 東京医療保健大学 医療保健学部
看護学科 教授

林千冬 神戸市看護大学 基盤看護学領域看護管
理分野 教授

吉川徹 独立行政法人労働者健康安全機構労働安
全衛生総合研究所 過労死等防止調査研究センタ
ー 統括研究員

和田耕治 国際医療福祉大学 医学研究科 教授

矢山壮 関西医科大学 看護学部 講師

的場圭 関西医科大学 看護学部 助教

事者を対象とした住民への対応マニュアルの提示にとどまり、医療施設における患者や家族からの暴力等に対する組織的な対応策に踏み込んだものはみられない。

本研究は、看護管理者または医療安全管理責任者を対象に、医療施設で看護職等が患者やその家族から受ける暴力等やその対策の実態把握を行い、暴力等の予防策、暴力等の対応策、被害を受けた看護職等の健康状態や勤務継続への影響などを明らかにし、看護職等が安全に安心して働くことができるための組織における対応策について検討することを目的とする。

A. 研究目的

平成 30 年版過労死等防止対策白書¹⁾によれば、医療においては看護職等が精神障害となる事案の割合が高いことが示されており、これらの事案においては、患者から暴力を受けたことが精神障害と関連しているものが一定数存在する。被害を受けた看護職等は、メンタルヘルスの低下、病欠、出勤、離職に至るなど、その影響は甚大である。さらに、個人への影響にとどまらず、組織の安全体制の問題へと拡大し、看護職等と患者、両者の安心と安全が揺るがされるといえる。

しかし日本のこれまでの研究においては、医療施設における事例の収集や、自治体の地域保健従

B. 研究方法

1. 医療施設調査

1) 調査期間

令和元年 12 月 17 日から令和 2 年 2 月 10 日

2) 対象者

100 床以上の全医療機関 5,341 施設 (令和元年 10 月時点)の看護管理者または医療安全管理責任者

3) 調査項目 (資料 1)

調査項目は「 . 回答者の属性と回答施設の概要」、「 . 暴力等を予防するための管理体制」、「 . 看護職等に対する暴力等の実態」、「 . 暴

力等の発生時および発生後の対策の実施状況」
「暴力等の被害を受けた職員への支援体制」
「暴力等の被害場面」で構成した。暴力等の被害場面については自由記載を設け、これまでに発生した患者・家族からの看護職等への暴力被害のうち、最も対応に困った事例を1つ挙げるように依頼した。

暴力等の対策実施状況については「実施中」「一部実施」「実施せず」「実施を検討」から回答してもらった。なお、調査項目は公益社団法人全日本病院協会の「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」²⁾や関連書籍³⁾の一部を参考に作成した。

また、本研究の暴力等の定義について、先行研究⁴⁾⁵⁾を参考に以下のものとした。

「身体的暴力」: 物理的な力を用いて危害を及ぼすまたは物を壊す行為(例: なぐる、ける、物を投げつけるなど)

「精神的暴力」: 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(例: 暴言、無視するなど)

「セクシュアルハラスメント」: 意に添わない性的誘いかげや性的な嫌がらせ行為(例: 身体を触る、卑猥な発言など)

4) データ収集方法

調査方法は郵送調査とし、看護管理者宛に調査依頼書、調査票を郵送した。期日までに調査票の記入を依頼し、各自で調査票を返信用封筒にて郵送してもらった。

5) データ分析

各項目の記述統計を算出し、開設主体別(公的病院と民間病院)、病院別(一般病院と精神科病院)、病床数別で各項目の比較をした。暴力等の対策実施状況については「実施中」「一部実施」を「実施」として集計した。暴力等の被害場面の事例の自由記載については内容ごとに集計し、意味内容で分類した。

2. 実地調査

1) 調査期間

令和2年1月16日から令和2年3月31日

2) 対象施設

全国から調査協力の承諾を得られた医療施設
4施設

3) 方法

先駆的な取り組みを行っている医療施設の選定にあたっては、書籍、雑誌、ホームページなどで暴力対策が公表されていること、暴力に対する組織体制が整備されていることが確認できる資料が豊富にあること、暴力対策に継続的に取り組みかつその内容が複数あること、他の医療機関の看護管理者や医療安全管理責任者からの推薦があることを条件に選定した。

調査協力の承諾の得られた施設への訪問および電話やWeb会議システムを用いたヒアリングを行った。また、実際に運用・使用しているマニュアル、報告書、研修資料などを提示してもらい、写真撮影や資料や素材の収集をした。

4) ヒアリング内容

ヒアリング内容は、対応マニュアルの記載内容、組織における対応の基本方針、暴力等に関する報告書の内容と実態、被害者の状況と支援体制、ポスターの掲示、研修の実施状況、法的措置をとる体制、取り組み内容であった。

(倫理面への配慮)

研究対象者には倫理指針にしたがった趣旨説明文書による調査協力の依頼を行い、調査票へ同意の確認欄を設けることにより適切な同意を受ける。その説明文書は、倫理審査委員会で承認の得たものを使用した。説明文書は、研究の概要、研究機関の名称及び研究責任者名、

研究計画書及び研究の方法に関する資料を入手又は閲覧できる旨(他の研究対象者等の個人情報及び知的財産の保護等に支障が無い範囲に限られる旨を含む)並びにその入手・閲覧の方法、個人情報の開示に係る手続き、個人情報

報の利用目的の通知、個人情報の取り扱い方法（当該研究対象施設を識別することができる個人情報等について、情報の提供を行う機関外の者への提供を停止することができる旨を含む）、問い合わせ・苦情等の相談窓口（連絡先）を含むものとした。

本研究は関西医科大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（整理番号：2019181、承認日：令和元年12月13日）。また、本研究に関して開示すべき利益相反はない。以上により倫理面の問題はないと判断した。

C. 研究結果

1. 医療施設調査（資料2、3）

1) 回答者の属性

5,341施設に調査票を郵送し、941施設より返送があった（回収率17.6%）。回答者は看護部長が637施設（67.7%）で最も多く、次に医療安全管理者が205施設（21.8%）、副看護部長が129施設（13.7%）であった（図1）。

2) 回答施設の概要

公的病院は258施設（27.6%）、民間病院は677施設（72.4%）であった。一般病院は664施設（70.6%）、精神科病院148施設（15.7%）、その他122施設（13.0%）であった（図2）。回答施設の平均病床数は251床であった。200床以下は497施設（52.9%）、201～400床は313施設（33.3%）、401床以上は130施設（13.8%）であった（図3）。看護職等の人数は准看護師、看護補助者を含み、平均看護職等数は216人であった（図4）。地域での主な役割は「急性期や回復期、慢性期等の患者に対する複数の機能をもち、地域のニーズに幅広く対応する」が最も多く、447施設（47.5%）であった（図5）。算定している入院基本料は「急性期一般入院基本料」が最も多く、549施設（58.3%）であった（図6）。

3) 暴力等に対するリスク管理体制

担当部署があると回答した施設は65.5%（616施設）であった。病床数別に分けて集計すると、担当部署があると回答した施設は病床数200床以下が59.2%、201～400床が76.6%、401床以上が82.8%であった。一般病院では66.8%（525施設）、精神科病院では58.1%（86施設）であった。公的病院では72.9%（188施設）、民間病院では62.8%（425施設）であった。

4) 暴力等の対策の状況

暴力等の対策を検討する委員会等の人数は平均 10.0 ± 7.3 人（中央値10.0）、最大は44人であった（表2）。病床数別に分けて集計すると、200床以下は平均 9.3 ± 7.0 人、201～400床は平均 10.6 ± 6.9 人、401床以上は平均 11.6 ± 9.0 人であった。看護職等の人数別に分けて集計すると、100人以下は平均 8.9 ± 6.9 人、101～200人は平均 10.1 ± 7.0 人、201～300人は平均 11.1 ± 6.9 人、301人以上は平均 10.1 ± 8.8 人であった。暴力等の対策を検討する会議の開催頻度（年間）は平均 6.2 ± 7.5 回（中央値2.0）であった（表2）。暴力発生時等、適宜開催している施設は89施設であった。

暴力等の対応に関する研修の開催回数は1回以上と回答した施設は69.9%（563施設）であった（表2）。病床数別に分けて集計すると、研修を実施している施設は病床数200床以下が54.3%、201～400床が65.8%、401床以上が66.9%であった。一般病院は56.1%（441施設）、精神科病院は80.4%（119施設）であった。公的病院は57.8%（149施設）、民間病院は60.9%（412施設）であった。

5) 暴力等を予防するための管理体制

(1) 施設環境づくりの実施状況

回答施設で「実施中」「一部実施」と回答した項目数は平均 4.3 ± 1.4 であった。7項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は72.4%であった。

そのうち、実施率が高かった施設環境づくりは「施設の明るさ、音、スペース、温度、においなどが患者と医療従事者にとって快適な環境にしている」が90.6%（845施設）であった（図7）。しかし、「職場を巡視して、暴力等が起こりやすい所を特定して、改善している」は49.8%、「暴力等の発生時に安全な場に避難できる経路を確保している」は45.9%と実施率が低かった（図7）。

一般病院と精神科病院で比較すると、「職場を巡視して、暴力等が起こりやすい所を特定して、改善している」は一般病院が42.9%、精神科病院が61.9%、「暴力等の発生時に安全な場に避難できる経路を確保している」は一般病院が47.5%、精神科病院が62.2%と、精神科病院の実施率が高かった（図25-3、図27-3）。

施設環境づくりは病床数が多いほど実施率が高くなっていったが、「施設の明るさ、音、スペース、温度、においなどが患者と医療従事者にとって快適な環境にしている」、「待合室の椅子などを快適に整え、ゆったりとした気分で過ごせる環境にしている（壁の配色やインテリア等）」、「待ち時間を減らし、残りの待ち時間がわかるような工夫や待ち時間の苦痛を軽減する工夫をしている（雑誌、新聞、テレビ、デバイス、アプリなど）」は病床数で実施率の違いはなかった（図22-1、図23-1、図24-1）。

公的病院と民間病院では、実施率に大きな違いはなかった。

（2）患者との良好なコミュニケーションの工夫の実施状況

回答施設で「実施中」「一部実施」と回答した項目数は平均4.3±0.7であった。5項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は85.3%であった。

そのうち、実施率が高かった患者との良好なコミュニケーションの工夫は「患者が相談出来る窓口や意見箱などをわかりやすい場所に設置してい

る」が98.3%（924施設）、「親切的な接遇を常に心掛けるよう職員に周知している」が99.6%（936施設）、「来院者に積極的に笑顔で挨拶と声掛けするよう職員に周知している」が98.7%（927施設）であった。しかし、「ロールプレイなどを取り入れた暴力等予防のためのコミュニケーショントレーニングを行っている」は42.7%（401施設）で、最も実施率が低かった（図8）。

「ロールプレイなどを取り入れた暴力等予防のためのコミュニケーショントレーニングを行っている」は一般病院が38.5%、精神科病院が64.9%で、精神科病院の実施率が高かったが（図30-3）、「患者・家族の満足度調査などを行い、意見（クレーム）や質問から積極的に改善のヒントを得て、実践している」は一般病院89.4%、精神科病院77.7%で、一般病院の実施率が高かった（図32-3）。

病床数が多くなるほど実施率が高かったが、「来院者に積極的に笑顔で挨拶と声掛けするよう職員に周知している」は病床数が少ないほど実施率が高かった（図28-1）。「親切的な接遇を常に心掛けるよう職員に周知している」は病床数では実施率に大きな違いはなかった（図29-1）。

公的病院と民間病院では実施率に大きな違いはなかったが、「患者・家族の満足度調査などを行い、意見（クレーム）や質問から積極的に改善のヒントを得て、実践している」では公的病院（95.3%）が民間病院（84.6%）より実施率が高かった（図32-4）。

（3）暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知の実施状況

回答施設で「実施中」「一部実施」と回答した項目数は平均5.0±2.2であった。7項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は71.0%であった。

そのうち、実施率が高かった暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知は「暴力等の対応に関するマニュアルを作成している」が82.0%（762施

設)「医療機関の方針として、患者・家族等へ「いかなる暴力も容認しない」ことを周知している」が78.9%(737施設)であった。しかし、「暴力等の対応策をまとめた簡便なマニュアルを全職員に配布するなどして周知している」は42.6%(353施設)で、最も実施率が低かった(図9)。

「暴力等に該当する行為基準(暴力の定義)について明確にしている」は一般病院が75.5%、精神科病院が63.9%、「暴力等を容認しないとポスターや配布物やホームページに掲載している」は一般病院が75.7%、精神科病院が44.9%と、どちらも一般病院の実施率が高かった(図33-3, 図36-3)。

すべての項目において病床数が多くなるほど実施率が高く、公的病院の方が、民間病院よりも実施率が高かった。

(4)暴力等の発生を防止するための体制づくりの実施状況

回答施設で「実施中」「一部実施」と回答した項目数は平均 4.3 ± 1.8 であった。7項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は61.6%であった。

そのうち、実施率が高かった暴力等の発生を防止するための体制づくりは「暴力等の発生のリスクが高い場合、複数人でかかわる」が92.0%(865施設)であった。しかし、「警備員を配置して、巡回することで暴力等の発生を防止する体制を整えている」が44.7%(417施設)で、最も実施率が低かった(図10)。

「患者の状態や病状を把握して、暴力等発生の可能性を評価し、予防や注意した対応をしている」は一般病院72.2%、精神科病院88.4%、「過去に暴力等のある患者のスクリーニングをしている」は一般病院56.2%、精神科病院73.5%、「暴力等の対応の訓練を受けた職員から支援を受けられる体制がある」は一般病院37.5%、精神科病院67.3%と、いずれも精神科病院の実施率が高かった(図40-3, 図44-3, 図45-3)。しかし、「警備員を配置して、

巡回をすることで暴力等の発生を防止する体制を整えている」は一般病院49.3%、精神科病院21.6%、「深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫している」は一般病院67.4%、精神科病院49.7%と、一般病院の実施率が高かった(図41-3, 図42-3)。

病床数が多いほど実施率が高かったが、「深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫している」は病床数では大きな違いはなかった(図42-1)。

公的病院と民間病院では実施率に大きな違いはなかったが、「警備員を配置して、巡回をすることで暴力等の発生を防止する体制を整えている」では公的病院59.8%、民間病院39.3%と、公的病院の実施率が高かった(図41-4)。しかし、「深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫している」では公的病院56.6%、民間病院67.5%で、民間病院の実施率が高かった(図42-4)。

6)平成30年度における看護職等に対する暴力等の実態

(1)看護職等に対する暴力等の報告件数

看護職等に対する「患者による」あるいは「家族、親族、患者関係者による」身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメントのいずれかが報告されていた病院は85.5%(805施設)であった。暴力の内容別にみると、患者による「身体的暴力」が最も多く、平均 5.6 ± 18.8 件(中央値2.0)であった。次に患者による「精神的暴力」が多く、平均 2.2 ± 7.9 件(中央値0.0)、家族、親族、患者関係者による「精神的暴力」が 1.1 ± 2.6 件、患者による「セクシュアルハラスメント」が 1.0 ± 3.0 件であった(表4, 図12-17)。

(2)看護職等に対する暴力等の応援・届出・相談別件数

暴力等による他部署や警備員などへの応援依頼件数は平均1.4件で、全報告件数のうち約14.7%であった。警察への届出件数は平均0.3件で、全報告件数のうち2.8%であった。弁護士への相談件

数は 0.1 件で、全報告件数のうち 1.2%であった (表 7)。

(3) 看護職等に対する暴力等の影響

労災の適用が 1 件以上の施設は 185 施設 (22.4%) であった。身体的受傷が 1 件以上の施設は 335 施設 (41.0%) であった。精神的不調となった件数が 1 件以上の施設は 127 施設 (15.6%) であった。暴力が原因で休職した看護職等の人数が 1 人以上の施設は 46 施設 (5.6%)、暴力が原因で離職した看護職等の人数が 1 人以上の施設は 32 施設 (3.9%) であった (表 8)。

(4) 報告されない看護職等への潜在的な暴力等

回答施設のうち看護職等に対する暴力等の発生件数の把握しているのは 78.8% (713 施設) であった (図 11)。報告されない潜在的な暴力等が「とてもあると思う」「あると思う」と回答したのは 77.8% (724 施設) であった (図 18)。

7) 暴力等発生時の対策の実施状況

回答施設で「実施中」「一部実施」と回答した項目数は平均 4.7 ± 1.9 であった。8 項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は 58.2% であった。

そのうち、実施率が高かった暴力等発生時の対策は「緊急時や夜間時、責任者へ定められた手順で連絡をとる」が 93.1% (866 施設) であった。しかし、「元警察職員 (警察 OB) に応援依頼する」が 26.1% (240 施設)、「警備委託先への非常通報ボタンや非常電話を利用する」が 31.0% (284 施設) と実施率が低かった (図 19)。

「緊急コールができる機器 (携帯電話、キッズ携帯、防犯ベル) を携帯し、必要時利用する」は一般病院 55.3%、精神科病院 77.7% で、精神科病院の実施率が高かった (図 53-3)。しかし、「元警察職員 (警察 OB) に応援依頼する」は一般病院 30.1%、精神科病院 6.2%、「警備員に応援依頼する」は一

般病院 63.2%、精神科病院 21.8%、「警察に通報する」は一般病院 80.9%、精神科病院 67.3% と、一般病院の実施率が高かった (図 47-3, 図 48-3, 図 49-3)。

すべての項目において病床数が多くなるほど実施率が高く、公的病院の実施率が高かった。

8) 暴力等発生後の対策の実施状況

回答施設で「実施中」「一部実施」と回答した項目数は平均 5.4 ± 1.7 であった。7 項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は 77.3% であった。

そのうち、実施率が高かった暴力等発生後の対策は「発生後に記録し報告書を提出する」が 91.3% (853 施設) であった。しかし「暴力等のケースについて他の医療機関と情報共有する」が 35.3% (328 施設) で最も実施率が低かった (図 20)。

「暴力等のケースを振り返り院内で再発防止を検討する」は一般病院 80.9%、精神科病院 96.6% で、精神科病院の実施率が高かった (図 58-3)。しかし、「弁護士に相談する体制がある」は一般病院 81.3%、精神科病院 66.7% で、一般病院の実施率が高かった (図 61-3)。

病床数が多いほど実施率が高かったが、「暴力等のケースについて他の医療機関と情報共有する」は病床数では実施率に大きな違いはなかった (図 59-1)。

公的病院と民間病院では実施率に大きな違いはなかったが、「警察に被害届を出す体制がある」では公的病院 84.0%、民間病院 72.8% と、公的病院の実施率が高かった (図 60-4)。

9) 暴力等の被害を受けた職員への支援体制

回答施設で「実施中」「一部実施」と回答した項目数は平均 4.9 ± 2.1 であった。7 項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は 70.4% であった。

そのうち、実施率が高かった暴力等の被害を受

けた職員への支援体制は「暴力等の被害を受けた職員が利用できる相談窓口がある」が83.6%（781施設）であった。しかし、「被害者を支援する病院以外の資源・サービスがある」が35.5%（327施設）で最も実施率が低かった（図21）。

「被害者やその場に居合わせた人が安心して職場へ復帰できる支援体制がある」は一般病院69.9%、精神科病院80.4%、「行為者からの暴力等の再発を予防するために被害者の配置を検討する」は一般病院76.1%、精神科病院91.2%、「暴力等の発生について全員で共有する場や手順を決め、さらなる被害を予防する」は一般病院72.8%、精神科病院90.5%で、精神科病院の実施率が高かった（図65-3、図66-3、図67-3）。

すべての項目において病床数が多くなるほど実施率が高かった。

公的病院と民間病院では実施率に大きな違いはなかったが、「被害者を支援する病院以外の資源・サービスがある」では公的病院43.1%、民間病院32.5%で、公的病院の実施率が高かった（図68-4）。

10) 対策実施別暴力報告件数

本調査項目に挙げた、「暴力等を予防するための管理体制」25項目、「暴力等の発生時・発生後の対策」15項目、「暴力等の被害を受けた職員への支援体制」7項目の対策実施別に、患者による身体的暴力と精神的暴力の報告件数を比較した。その結果、暴力等を予防するための管理体制の対策実施項目数が0～14件の施設では身体的暴力は平均2.4件、精神的暴力は平均1.0件、15～19件の施設では身体的暴力は平均3.8件、精神的暴力は平均2.0件、20～25件の施設では身体的暴力は平均8.7件、精神的暴力は平均3.4件と対策実施項目数の多い施設ほど暴力等の報告件数が多かった。

暴力等の発生時・発生後の対策実施項目数0～5件の施設では身体的暴力は平均1.5件、精神的暴力は平均0.5件、6～10件の施設では身体的暴力は平均5.6件、精神的暴力は平均2.5件、11～15

件の施設では身体的暴力は平均6.4件、精神的暴力は平均2.7件と対策実施項目数の多い施設ほど暴力等の報告件数が多かった。

暴力等の被害を受けた職員への支援体制の対策実施項目数0～2件の施設では身体的暴力は平均2.8件、精神的暴力は平均2.3件、3～5件の施設では身体的暴力は平均4.7件、精神的暴力は平均1.3件、6～7件の施設では身体的暴力は平均6.9件、精神的暴力は平均3.0件と対策実施項目数の多い施設ほど暴力等の報告件数が多かった。

11) 対策実施数が多い施設の特徴

全47対策で、平均対策実施数は32.9項目であった。36対策以上の施設数は422施設（44.8%）あり、対策実施数が多い施設（以下、対策多実施施設）とした。対策多実施施設は公的病院が49.2%（127施設）、民間病院が43.3%（293施設）であった。一般病院が53.5%（355施設）、精神科病院が44.6%（66施設）であった。200床以下が34.4%（171施設）、201～400床は54.3%（170施設）、401床以上は62.3%（81施設）であった。

算定している入院基本料の種類の中で、対策多実施施設の割合が多いのは「結核病棟入院基本料」が62.5%、「急性期一般入院基本料」が51.0%であった。逆に対策多実施施設の割合が少ないのは「専門病院入院基本料」が33.3%、「障害者施設等入院基本料」が33.3%であった。

「暴力等を予防するための管理体制」25項目、「暴力等の発生時・発生後の対策」15項目、「暴力等の被害を受けた職員への支援体制」7項目のそれぞれの「実施中」「一部実施」の項目数の相関係数を求めたところ、中程度の相関関係が認められた（管理体制-発生時・後の対策 $r=0.674^*$ 、管理体制-職員への支援体制 $r=0.590^*$ 、発生時・後の対策-職員への支援体制 $r=0.577^*$ 、 $*<0.01$ ）。

12) 暴力等の被害場面の事例の自由記載（資料3）

941施設中、548施設において自由記載があっ

た(58.2%)。患者から看護職等への暴力の記載は54.6%(514施設)であった。一般病院は84.4%、精神科病院は15.6%であった。

対応困難な被害事例について、暴力行為者の属性は「患者」が最も多く87.7%、次に「家族・親族」が11.1%であった。性別は「男性」が72.7%であった。被害者は「特定のスタッフ」が68.7%、「特定の複数スタッフ」が19.2%、「不特定(全スタッフ)」が11.9%であった。被害者の性別は「女性」が81.6%であった。

被害を受けた暴力等の内訳は、身体的暴力120件、精神的暴力83件、セクシュアルハラスメント26件であり、組み合わせとしては身体的暴力・精神的暴力62件、身体的暴力・精神的暴力・セクシュアルハラスメント2件、身体的暴力・精神的暴力3件、身体的暴力・セクシュアルハラスメント3件、身体的暴力・精神的暴力3件、精神的暴力・セクシュアルハラスメント9件、合計311件であった。

発生した暴力等被害場面の最も対応に困った内容については「暴力発生時の対応」「暴力発生後の対応」「通常業務への影響」「状況判断」「組織としての対応」に分類された。

最も困った暴力発生時・発生後の対応として、長時間電話がきれない状況、長時間の居座り、理不尽な不満、突発的な暴力、酩酊状態の患者による暴力、夜間帯の職員数が少ない時間帯での暴力の発生、必要なケア時の暴力の発生、繰り返しの暴力、家族の協力が得られず強制退院ができないなどの記載があった(表12、表13)。

通常業務への影響として、患者に多くの人と時間を要した、患者を受け持つことが怖くなった、病休となった、PTSDになった、退職となったなどの記載があった(表14)。

最も困った状況判断として、眼鏡の修理代の請求書が保留、看護職等が要した治療費の請求、暴力ととらえるのかの判断、言葉の暴力の基準、応援を呼ぶタイミング、警察への通報基準、緊急コ

ードの発令のタイミングなどの記載があった(表15)。

組織としての対応として、マニュアルがない、マニュアルが周知されていない、緊急コードがない、委員会がない、報告しない、職員教育が実施されていない、管理者の理解がない、病気だから仕方ない・防御できない人が悪いという認識がある、被害者への支援が十分でない、証拠となる映像がなく被害届がだせないなどの記載があった(表16)。

2. 実地調査(資料4)

当初、10施設の調査を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、医療機関の業務が逼迫している時期と重なり、対象施設は4施設(総合病院3施設、精神科病院1施設)となった。地域は大阪府、神奈川県、宮城県、兵庫県であった。また、感染拡大防止のために、現地の訪問以外に、電話やWeb会議システムを用いたヒアリングを行った。社会福祉法人(施設E:京都府)については、今後の介護施設における暴力・ハラスメント対策のモデルケースとして紹介した。

先駆的な暴力・ハラスメント対策の取り組み例を以下に示す。

<暴力等の予防策>

- ・緊急コールができる機器を使用
- ・警察直通の非常通知装置の設置
- ・警備員による24時間巡回、夜間の看護師2人での巡回の実施
- ・警察OB・警備員の立ち合いのもとでの診療の実施
- ・予防策の段階から弁護士と連携できる体制
- ・暴力発生リスクの高い救急外来・精神科病棟に勤務する看護師に危険手当を給付
- ・1年に2回の暴力対策研修の実施
- ・医療安全研修に暴力対策研修を位置づけ実施

<暴力等の発生時の対策>

- ・発生時の初動体制を2段階の緊急コード(院内

一斉放送)で周知

・証拠保全のための対策(応援職員がICレコーダーや警備会社への通報ボタンを持参する体制)

<暴力等の発生後の対策>

・臨床心理士等による被害者へのメンタルサポートの実施

・管理者が被害者に積極的に労働災害における療養補償給付の申請を促す体制

・警察OBと協力して警察への被害届の提出の支援

3. 諸外国における看護職等が受ける暴力・ハラスメントに関する文献レビュー(資料5)

平成22年以降の諸外国における患者等から看護職等が受ける暴力・ハラスメントに関する88論文を分析した結果、多くの国で看護職等が受ける暴力・ハラスメントの被害の実態は報告されていたが、この10年間に限定すると、実態調査の結果を報告する国(アメリカ、オーストラリア、中国など)、一部の国に偏っていた(詳細は資料参照)。

D. 考察

1. 看護職等が受ける暴力等の被害実態

全国の医療施設を対象にした本調査では、過去1年間における看護職等に対する患者や家族による身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメントのいずれかの報告があった病院は85.5%と多かった。また、患者等から看護職等への暴力の自由記載があったのは54.6%と過半数以上を占めた。回収率は17.6%と低かったが、回答施設においては暴力等の対策の実施状況が高いことから、暴力等の問題に関心が高い看護管理者等がいる医療施設が回答したと推察される。

本調査結果では、平成30年度の看護職等に対する患者による身体的暴力が1施設あたり平均5.6±18.8件、精神的暴力が平均2.2±7.9件、セクシュアルハラスメントが1.0±3.0件であった。平成20年の社団法人全日本病院協会が実施した「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²⁾では、病院職員を対象にしている点(本調査では看護職等に限定)最も多い回答者が事務長・事務部長である点(本調査では看護管理者)回収率の高さ(49.2%、本調査では17.6%)暴力等の定義、調査施設が異なる点があるが、身体的暴力が平均3.9件、精神的暴力が平均4.6件、セクシュアルハラスメントが1.6件であり、平成20年当時と比べて、本調査結果は、身体的暴力は平均1.7件増加したが、精神的暴力は2.4件減少、セクシュアルハラスメントは0.6件減少した。都内の私立大学病院11施設の病院職員22,738人の調査では、過去1年間に暴言を受けたのは41.5%、身体的暴力は14.8%、セクシュアルハラスメントは14.1%と、暴言の経験率が身体的暴力、セクシュアルハラスメントの経験率と比べてかなり高い⁶⁾。また、1大学病院での調査では、看護職等が他の病院職員に比べ、暴力等の被害経験率が最も高く、看護職等の中では精神的暴力、身体的暴力、性的暴力の順であった⁷⁾。つまり、病院職員(看護職等を含む)の院内暴力の被害については身体的暴力のみならず、精神的暴力やセクシュアルハラスメントも経験しているが、今回の調査において、それらがあまり報告されていない現状があると考えられる。

本調査における暴力等の報告率は85.5%であり、全日本病院協会の調査²⁾の52.1%と比較して、約10年間で高くなっていったが、報告されない潜在的な暴力等が「とてもあると思う」「あると思う」と77.8%の看護管理者等が回答している。本調査の自由記載では、暴力等の被害のうち最も対応に困った1事例を挙げるように依頼したが、その暴力等の内訳は、身体的暴力120件、精神的暴力83件、セクシュアルハラスメント26件と、身体的暴力が最も多い結果であった。つまり、職員を対象にした実態調査では精神的暴力の被害報告が最も多いのに対し、本調査では管理職者を対象にしており、看護管理者等として把握しやすい、あるいは報告

を受けやすい身体的暴力の件数や自由記載が多くなつたと考えられる。

日本看護協会による、看護師を対象に過去1年間の暴力の経験を調査した研究⁸⁾では身体的暴力、言葉の暴力がいずれも約3割にのぼった。このことから、被害に遭った看護職等の多くは依然として暴力の報告、特に精神的暴力やセクシュアルハラスメントの報告を行っていない可能性がある。

これについて、過去1か月間に暴力により怪我や機能障害がない身体的暴力を経験した看護師は32.8%あったが、そのうち約70%は報告していなかった⁹⁾。暴力による自身への心身の影響が少ないほど、報告されていないと指摘している。また、報告しない要因として、暴力が収まった(事態が收拾した)と感じること、経験年数の低さ、管理者の患者からの暴力を受けた看護師を守る意識の低さが挙げられていた。本調査の自由記載にも、「暴言、つねる、ひっかく行為は頻回にあり、ひとつひとつ報告に上がらない」、「病気からくる症状だからとがまんし報告しない」、「防御できない人が悪いという認識がある」、「管理者の理解がない」との回答があった。

こうした傾向は、海外の研究においてもみられ、特に患者からの暴力を仕事の一部として捉えている看護職等が多い実態が明らかにされている¹⁰⁻¹²⁾。例えば、トルコの救急看護師の80%は暴力の発生を報告しない理由として「管理者が無関心」、「フォローアップしない」、「非難する」、そして「仕事を失うことの恐怖」があった¹³⁾。また、同じく救急看護師が暴力を報告しない理由に、報復の恐れや管理者のサポート不足があった¹⁴⁾。このことから、看護職等が正確な報告を挙げるためには、管理者が非難せずに、報告を受けて適切に対応することが必要である。

イランの精神科看護師で暴力を報告しなかったのは62.3%で、その理由として「報告しても役に立たない」が55.3%、「重要であるとは考えない」が42.1%であった¹⁵⁾。台湾の精神科看護師が報告

しない理由として、「重要と思わない」が身体的暴力で32.0%と最も多く、報告プロセスを簡素化し、あらゆる種類の暴力の報告を奨励するようにスタッフを訓練する必要があるとしていた¹⁶⁾。

小さな暴力でも曖昧にせず、暴力等の根絶・防止をめざす「ゼロ・トレランス」の姿勢を組織が示し、各自が暴力の報告を重要度で判断するのではなく、傷害などの身体的影響が少ないあらゆる暴力でも看護職等が報告できるような職場の安全文化の醸成が早急に必要である。

2. 暴力等を予防するための管理体制と対策の実施状況

暴力等の対応に関する研修の開催回数は1回以上と回答した施設は69.9%であったが、全日本病院協会の調査²⁾では12.7%、暴力等に対するリスク管理体制で担当部署があると回答した施設は本調査では65.5%であったのに対し同調査では22.0%と、約10年で暴力等の対応に関する管理体制を整えている施設が増えている。施設環境づくりの実施状況では7項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は72.4%、患者との良好なコミュニケーションの工夫の実施状況では5項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は85.3%、暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知の実施状況では7項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は71.0%、暴力等の発生を防止するための体制づくりの実施状況では7項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は61.6%であった。

一方で、実施率が低い対策がみえてきた。特に実施率が50%以下であった「暴力等発生時に安全な場に避難できる経路を確保している」は45.9%、「職場を巡視して、暴力等が起こりやすい所を特定して、改善している」は48.9%、「ロールプレイなどを取り入れた暴力等予防のためのコミュニケーショントレーニングを行っている」は42.7%、「暴力等の対応策をまとめた簡便なマニュアルを

全職員に配布するなどして周知している」は42.6%、「警備員を配置して、巡回することで暴力等の発生を防止する体制を整えている」44.7%に留まっており、今後、周知していく必要がある。

海外の実施状況を見ると、イランの精神科看護師の72.7%はトレーニングコースを修了しており、最も重要な予防策として、「スタッフのトレーニングの実施」が68.9%、「病棟のセキュリティ対策の整備」が67.8%、「警備員の配置」が56.8%であった¹⁶⁾。台湾の精神科看護師によると暴力を防ぐための主な対策として挙げられていたのは、「セキュリティ対策(警備員、警報器、携帯電話)の整備」が79.0%、「患者のプロトコル(拘束、転棟、薬の変更など)の明確化」が60.8%、「トレーニング(コミュニケーションスキル、自己防衛など)の実施」が58.5%であった¹⁶⁾。

暴力を防止し、職場の安全を促進するための取り組みとして挙げられていたのは、「看護師がすぐに逃げることができる職場環境の設計」、「暴力防止のポリシーの確立と継続的な実施」、および「セキュリティ担当者との積極的な協力関係の維持」等であった¹⁷⁾。このように、暴力等の対策は何か1つを実施するのではなく、包括的に講じることが重要である。

トルコの看護師の83.5%は、現任教育の一環として暴力防止・管理トレーニングをする必要があると回答したが、82.7%はそのようなトレーニングを受けていなかった¹³⁾。本調査においてもロールプレイを取り入れた暴力等を予防するためのトレーニング(実地訓練)の実施率は42.7%と低く、精神科病院に比べ一般病院でのトレーニングの実施率が低かった点が課題である。

暴力を減らし、スタッフの安全性を改善するため、ゼロトレランスポリシーの実施を法的にサポートする必要があるとしている¹⁸⁾。米国のニュージャージー州では、職場での暴力トレーニングを医療施設に行うよう求める法律がある¹⁹⁾。トレーニングを行うように医療施設に義務付けられると

実施率は向上するが、日本では、暴力等に関する研修の教材開発がすすんでいない。

海外の研究によると、暴力による傷害を防止するためのeラーニング教育トレーニングが開発、実施され、そのトレーニング内容はディエスカレーション(言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性、攻撃性を和らげる)技術や臨牀的アセスメント能力を高める内容であった²¹⁾。介入前1年間の看護職等100人あたり暴力発生率は2.20%であったが、介入後3か月ごとの暴力発生率は0.54-2.19%へ減少し、看護職等の傷害率は平均40%減少した²⁰⁾。また、暴力管理トレーニングは4時間の対面コースで行われ、内容は暴力行動注意サイン、暴力的状況を和らげるコミュニケーション技術、安全確保の方法であった²²⁾。患者の攻撃に対処することに対する看護職等の自信は、行動管理トレーニングの後に有意に高く、トレーニングをタイムリー、役立つ、有益であると評価した²¹⁾。

また、長期療養施設の看護助手を対象に、ディエスカレーション技術、髪を掴まれた・腕を握られた・こぶしで殴られたときの対応などの正しい方法と間違った方法を紹介したビデオによるインターネット介入を行った結果、知識については8週間後で非介入群と有意に異なり、16週間後も維持されていた²²⁾。介入群の1日あたりに報告された暴力のインシデント数は、8週間後では有意ではなかったが、16週間後には大幅に減少していた²²⁾。

トレーニング以外では、電子フラグシステム(患者の診療記録や患者の部屋のドアの横にあるデジタルサイネージに表示できる標準化された記号)やpanic alarm button(デバイスは従業員のバッジの背面にあり、押すとSOS遭難信号を送信して、セキュリティスタッフからの即時支援を呼び出す)の実施に関する看護師の経験を調査し、暴力の可能性のある患者の発見や、暴力事件が発生したり差し迫っていると思われるときに、警備員からの

支援を提供したりするのに効果的であるとしていた²³⁾。

本調査において、対策実施数別に患者による暴力等の報告件数を比較すると、対策数の多い施設ほど報告件数が多かった。また、対策数の多い施設の特徴として、病床数が多い傾向にあった。

これは、対策を積極的に実施している施設ほど、報告するシステムが構築されており、報告しやすい環境になっている可能性が考えられる。暴力等発生後の対策のうち「発生後に記録し報告書を提出する」「発生後には決められた対応手順で報告する」については病床数が多い程、実施率が高かった。病床数の少ない施設で、対策の実施率を高めると同時に、暴力発生後に記録し報告書を提出することや発生後には決められた対応手順で報告することを推奨、支援していく必要がある。

海外の研究においても、暴力被害後に報告する必要があると規定されている組織は報告が多くなり、報告作成の作業負荷が大きいと報告が少なくなっていた²⁴⁾。また、報告するスタッフ数や被害の大きさで、適切な人員配置へ変更される可能性があるかと判断された場合、報告する意欲が高まっており、報告システムの理解促進が重要であると報告していた²⁴⁾。医療安全管理者等へのインタビュー結果では、職場での暴力の報告に一貫性がないと、暴力の予防策が不正確になるため、迅速かつ簡単に報告できるシステムが必要であると報告していた²⁵⁾。

以上からも、あらゆる暴力等を迅速に報告できるシステムの整備が必要と思われる。

3．一般病院と精神科病院との比較

暴力等の対策の実施について、一般病院と精神科病院では違いがみられた。一般病院では、元警察職員への応援依頼や警察通報、被害届の提出体制や弁護士への相談など、外部機関の活用に関する実施が高い傾向にあった。

一方で、精神科病院では、暴力等が起こりやす

い場所の特定や患者のスクリーニングなどリスク評価の実施率が高く、また暴力対応訓練を受けた職員からの支援や被害者の再配置の検討など施設内での対応の実施が高い傾向にあった。

4．暴力等が看護職等へ与える影響について

本調査では、労災適応の暴力が1件以上の施設が22.4%、身体的受傷が1件以上の施設は41.0%、精神的不調が1件以上の施設は15.6%であった。また、暴力が原因で休職、離職した看護職等が1人以上の施設が5.6%、3.9%あった。発生した暴力等被害場面の最も対応に困った自由記載の内容でも、患者を担当することが怖くなるといった影響や、病休やPTSD、退職となった事例が報告された。

労働者の補償請求レポートを調査によると、暴力を受けた看護職等の50.0%は休職や医療処置を必要とする傷害であった²⁶⁾。海外では、ヨルダンの身体的暴力を受けた看護師のうち55.8%が負傷し、負傷した看護師のうち60.4%が治療を必要とし、49.5%は休職した²⁷⁾。韓国の暴力を経験した救急病棟の看護師の61.0%が退職を考えていた²⁸⁾。アメリカの94%の看護師は暴力を受けた後に少なくとも1つの心的外傷後ストレス障害の症状を経験し、17%は心的外傷後ストレス障害の可能性が高いと報告された²⁹⁾。トルコでは、暴力を経験した後、ほとんどの看護師は恐怖を感じていたが、病気休暇を取ったと述べたのはわずか3%であったと報告された¹³⁾。職場での暴力は、仕事への満足度と学習への情熱、組織にとどまり進歩する意欲に悪影響を及ぼし、看護師の退職意図に大きな影響を与えるとの報告がある³⁰⁾。パキスタンの暴力被害の影響として、仕事の成果が低下、仕事の満足度の低下、欠勤率上昇、退職率上昇が報告されている³¹⁾。

平成30年版過労死等防止対策白書によると、看護職等の20.3%が患者・家族からの暴力等にストレスを感じている¹⁾。日本においても、患者・家族からの暴力等が労働災害や休職・離職につながる

可能性が十分考えられる。

暴力等の被害を受けた職員への支援体制では、本調査において7項目中「実施中」「一部実施」と回答した項目の割合は70.4%であったが、「被害者を支援する病院以外の資源・サービスがある」は35.5%であった。先行研究では、患者から暴力を受けた精神科看護師の88%がフォーマルなサポートを受けておらず、76%が専門のサポートグループの利用を望んでいると報告された³²⁾。暴力の被害を受けた看護師は心的外傷後ストレス障害の複数の兆候と症状を報告しており、専門のサポートグループが必須である³²⁾。また、施設内に限らず施設外においても被害者への支援体制が求められる。

5. 諸外国における文献レビューからみた当該分野の研究課題

看護職等が受ける暴力・ハラスメントは、諸外国においての共通の問題であることは文献レビューで明確になった(資料5)。しかし、暴力・ハラスメントに関する組織の対応策の有効性を示したエビデンスは認められなかったのが現状である。今後は、あらゆる種類の被害実態の迅速な報告を可能にするシステムの構築、暴力・ハラスメントを測定するツールの開発、より多くのRCT(Randomized Controlled Trial)研究の実施、標準化された組織的介入プログラムの評価が、当該分野の共通の研究課題であると考えられる。

6. 医療施設における暴力・ハラスメント対策マニュアルについて(資料6)

以上の実態調査、実地調査、文献レビューの結果をふまえ、医療施設における暴力・ハラスメント対策マニュアルの内容に含めてほしい12のポイントについて、以下に示す。これらのポイントは、看護職等をはじめすべての病院職員が安心して良質な医療を提供することができるよう、患者との良好な関係構築を前提に、病院職員を守るための組織としての考え方や、最低限の対応策につ

いてまとめたものである。

病院職員から積極的に患者等とコミュニケーションをとる

暴力等を絶対に許さない病院の姿勢を示す

患者の症状や状態を把握し、暴力等の発生の誘因を取り除く

暴力等の履歴を把握し、事前にチームで対応方法を決めておく

発生した事例に基づき、暴力等の対応マニュアルを改訂する

暴力等の発生しやすい時間帯や場所を同定し、警備員等による巡回を行う

緊急コード、通報手順、報告ルートを確認しておく

暴力等の発生時には安全確保を優先し、応援要請を行う

あらゆる暴力等を報告できる体制を整える

被害者や目撃者への心理的ケアを行う体制を整える

暴力等の被害に関する記録や証拠を残す

定期的に暴力等の対応のための実地訓練を行う

なお、今回は看護職等が患者や家族から受ける暴力等の被害実態について焦点を当てた。暴力等の問題において、看護職等が患者や家族から一方的に暴力等の被害を受けているわけではなく、逆に看護職等からの暴力等により患者や家族が被害者になることもあり得ることを心に留めておく必要がある。

E. 結論

全国の5,341の医療施設を対象に、看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査を行った。941施設(回収率17.6%)の回答を分析した結果、暴力等に対するリスク管理体制がある施設は65.5%、暴力等の対応に関する研修を開催した施設は69.9%であり、約10年で暴力等の対応に

関する管理体制を整えている施設が増えている。

平成 30 年度における看護職等に対する暴力等の実態は、患者・家族等による身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメントのいずれかの報告があった施設は 85.5%であり、約 10 年間で報告率が高くなっていった。患者による身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメントの順で報告が多く、報告されていない潜在的な暴力等があると看護管理者等の 77.8%が回答していることから、あらゆる暴力等を報告できるシステムの整備が早急に必要である。また、被害者への支援については相談窓口があると 83.6%が回答しているが、実際に相談体制が機能し実効しているのか、被害者支援が十分に行われているのかについては検証が必要である。

今後は、暴力・ハラスメントの実施率の低かった、避難経路の確保、ロールプレイを取り入れた実地訓練、簡便なマニュアルの全職員への配布と周知、警備員による巡回体制等について、実施率の増加が望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

- 1) 厚生労働省：「平成 30 年版過労死等防止対策白書」(平成 30 年 10 月 30 日)
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000179592_00001.html (2020.3.1 閲覧)
- 2) 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(2008 年)
<http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/080422.pdf> (2020.3.1 閲覧)
- 3) 三木明子編著：ガマンしない、させない！院内暴力対策「これだけは」メディカ出版. 2018.
- 4) 日本看護協会：保健医療福祉施設における暴力対策指針 看護者のために
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/bouryokusisin.pdf> (2020.3.1 閲覧)
- 5) 三木明子監修・著：訪問看護・介護事業所必携！暴力・ハラスメントの予防と対応 スタッフが安心・安全に働くために。メディカ出版. 2019.
- 6) 岩尾亜希子, 他 17 名：都内私立大学病院本院の職員が患者・患者家族などから受ける院内暴力の実態(私大病院医療安全推進連絡会議共同研究). 日本医療・病院管理学会誌 50 (3); 35-43, 2013 .
- 7) 友田尋子, 三木明子, 宇垣めぐみ, 河本さおり：患者からの病院職員に対する暴力の実態調査 - 暴力の経験による職種間比較 - . 甲南女子大学研究紀要 4 ; 69-77 , 2010 .
- 8) 日本看護協会政策企画室編 . 保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査 . (2004 年)
<https://www.nurse.or.jp/home/publication/saisaku/pdf/71.pdf> (2020.3.1 閲覧)
- 9) Sato K, Wakabayashi T, Kiyoshi-Teo H, Fukahori H. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: a cross-sectional survey. Int J Nur Stud.

- 50(10):1368-76. 2013.
- 10) Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nurs.* 14:35. 2015.
 - 11) Han CY, Lin CC, Barnard A, Hsiao YC, Goopy S, Chen LC. Workplace violence against emergency nurses in Taiwan: A phenomenographic study. *Nurs Outlook.* 65(4):428-435. 2017.
 - 12) Al-Azzam M, Al-Sagarat AY, Tawalbeh L, Poedel RJ. Mental health nurses' perspective of workplace violence in Jordanian mental health hospitals. *Perspect Psychiatr Care.* 54(4):477-487. 2018.
 - 13) Pinar R, Ucmak F. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *J Clin Nurs.* 20(3-4):510-7. 2011.
 - 14) Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Healthc Prot Manage.* 26(1):81-99. 2010.
 - 15) Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. *Pak J Biol Sci.* 15(14):680-4. 2012.
 - 16) Niu SF, Kuo SF, Tsai HT, Kao CC, Traynor V, Chou KR. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PLoS One.* 14(1):e0211183. 2019.
 - 17) Gillespie GL, Gates DM, Berry P. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *Online J Issues Nurs.* 18(1):2. 2013.
 - 18) Morphet J, Griffiths D, Innes K. The trouble with reporting and utilization of workplace violence data in health care. *J Nurs Manag.* 27(3):592-598. 2019.
 - 19) Ridenour ML, Hendricks S, Hartley D, Blando JD. Workplace Violence and Training Required by New Legislation Among NJ Nurses. *J Occup Environ Med.* 59(4):e35-e40. 2017.
 - 20) Lakatos BE, Mitchell MT, Askari R, Etheredge ML, Hopcia K, DeLisle L, Smith C, Fagan M, Mulloy D, Lewis-O'Connor A, Higgins M, Shellman A. An Interdisciplinary Clinical Approach for Workplace Violence Prevention and Injury Reduction in the General Hospital Setting: S.A.F.E. Response. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 25(4):280-288. 2019.
 - 21) de la Fuente M, Schoenfisch A, Wadsworth B, Foresman-Capuzzi J. Impact of Behavior Management Training on Nurses' Confidence in Managing Patient Aggression. *J Nurs Adm.* 49(2):73-78. 2019.
 - 22) Irvine B, Billow MB, Gates DM, Fitzwater EL, Seeley JR, Bourgeois M. An internet training to reduce assaults in long-term care. *Geriatr Nurs.* 33(1):28-40. 2012.
 - 23) Burkoski V, Farshait N, Yoon J, Clancy PV, Fernandes K, Howell MR, Solomon S, Orrico ME, Collins BE. Violence Prevention: Technology-Enabled Therapeutic Intervention. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 32(SP):58-70. 2019.
 - 24) Gifford ML, Anderson JE. Barriers and motivating factors in reporting incidents of assault in mental health care. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 16(5):288-98. 2010.
 - 25) Morphet J, Griffiths D, Plummer V,

- Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev.* 38(2):194-201. 2014.
- 26) Rodríguez-Acosta RL, Myers DJ, Richardson DB, Lipscomb HJ, Chen JC, Dement JM. Physical assault among nursing staff employed in acute care. *Work.* 35(2):191-200. 2010.
- 27) Abualrub RF, Al-Asmar AH. Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *J Transcult Nursing.* 22(2):157-65. 2011.
- 28) Jeong IY, Kim JS. The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence. *J Clin Nurs.* 27(7-8):1692-1701. 2018.
- 29) Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ.* 29(2):59-66. 2011.
- 30) Zhao SH, Shi Y, Sun ZN, Xie FZ, Wang JH, Zhang SE, Gou TY, Han XY, Sun T, Fan LH. Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 27(13-14):2620-2632. 2018.
- 31) Shahzad A, Malik RK. Workplace Violence: An Extensive Issue for Nurses in Pakistan-: A Qualitative Investigation. *J Interpers Violence.* 29(11):2021-2034. 2014.
- 32) Moylan LB, McManus M, Cullinan M, Persico L. Need for Specialized Support Services for Nurse Victims of Physical Assault by Psychiatric Patients. *Issues Ment Health Nurs.* 37(7):446-50. 2016.