

資料 3

看護職等を受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査

【自由記載資料集】

表 12-16

作成者：関西医科大学看護学部 川崎絵里香、的場圭、三木明子

表 12.暴力発生時の対応

<p>看護師をつねる、ひっかく等の患者からの暴力行為もあったが、それよりも家族の対応が困った。長男、次男共に大声でさわぎたてることも多く、病院に来ない時も電話をしてきて、対応した者に文句や声を荒げた対応で、30分～40分電話が切れない状況となることが度々あった。</p>
<p>理不尽な不満（治療継続が納得できない）に対しては、患者の疾患を考えると中止できず、不満を聞くしかなかった。</p>
<p>家族がその日の気分で勝手に患者に良くないケアをし、スタッフステーションで怒鳴りちらし1時間もその場に居続ける。</p>
<p>院内に居座り長時間職員が対応をせざるをえなかったこと。</p>
<p>担当の看護師、理学療法士、作業療法士をすぐにキャリアのあるスタッフに変更して対応した。しかし、そのNs、PT、OT、CP¹に対し、1回30分以上不満、暴言を言いつづける。</p>
<p>採血を失敗したのは病院側の落ち度であるため患者には謝り続けたが、そのことで患者がどんどんエスカレートしていった。</p>
<p>せん妄に対する早期介入が十分でなかった。患者の暴力のきっかけが不明瞭であり、家族と話し合いの上、退院となった。暴力を受けたスタッフへの精神的フォローは師長、主任が行った。</p>
<p>認知症状によるものか、気分のムラがあり、何が引き金で突然怒り出すか分からず。看護師の支援が必要な状態であるが、介助に対しても拒否的である。</p>
<p>患者はおむつ交換、吸引時に暴力があり、以前から3人がかりでケアを行うことが多かった。今回は静かにオムツ交換を受けていたが突然暴力をふるった為避けることができなかった。</p>
<p>突発的な暴力に対しての対応。</p>
<p>高齢者せん妄や認知症等によって、突然暴力をふるってくるケースが増加しており、防ぐための予測や対応に苦慮している。</p>
<p>時間や症状に応じて関わるタイミングを計っているが、突発的な行為が発生した場合は防ぎようがなく、また、患者がベッドなどで打撲することも考えられるため、双方の受傷は避けたい。</p>
<p>他害のある患者という認識を持ち、複数で対応をしても突発的な行動となってしまう。患者の思いにそうすることができない時などは、気持ちの切りかえができるようにお菓子を食べてもらう、好きな雑誌を渡すなど対応をかえていくが、なかなかうまくいかず困った。</p>
<p>高次脳機能障害、認知の課題のある場合、個々の患者の好みを（会話や生活リズム）を把握し、お互いの信頼ができあがるまでに時間が必要。患者は入院治療が必要であるが、職員は安全に業務ができない。</p>

初診で情報が乏しく危険性の高さ等を予測することが困難である。
易怒的で疎通不良のため、援助に対する理解が得られないこと。
意思の疎通が難しい。興奮して目がすわっている。ユマニチュード ² で対応するが環境の変化についていけない様子。
認知症があり、病気と認識しているが、そのような行為をどうやって回避するか。
相手が酌量していて、説得に応じない。
飲酒での救急外来の来院での暴言、暴力。暴力のある患者へは複数で関わり、近寄りすぎないとマニュアルで周知しているが、患者のふらつきなど看護師は支えようとする。
精神症状によるものが大きく、対応が難しい。
夜間暴れる場合、警察 OB も病棟師長も不在であり、管理的に手薄である。
夜勤帯で、職員が少ない時間帯であり、主治医不在。夜警はほぼ受け付け対応業務で警備的な技術をもちあわせていない体制で、職員に不安や恐怖を強く与えてしまった。
暴力中、制止できるスタッフが女性しかいなかった。
男性ナースの場合には落ち着く患者もいるが、今回の夜勤者はすべて女性ナースだった。今後同様の事例が発生しても”受傷を防ぐ”ための対策がない。
夜間なので、ヘルプを呼ぶにも、人数が限られており、困ったことがあった。
発生日が休日で勤務者も最低限の人数下での体制であった。
スタッフが昼休憩で手薄だったため、暴力を止められなかったうえにしつこく追いかけてきたこと。
夜間帯等人員が少ない時間帯においては、アセスメントをして安全と判断すれば、単独対応を取らざるを得ない場合もある。
緊急連絡してもすぐ来るまでの所要時間が不明のため不安。
警備員がかけつけるまでに既に暴力が発生した。
密室でのケアになることがある。
本人は、セクハラだと分からないように触れてきており、注意しにくかった。
名札を見ているので個人攻撃をする。
若い女性に対してしか行わない。
看護師により要求内容が異なる。(看護師をみて要求内容、クレームを変えてくる)
男性であり、ADL がしっかりしているだけに、言葉が通じないので、困った。力がありすぎる患者だった。
四肢の力が強く、押さえようとしても、振りはられる状態であったが、点滴など医療的行為の指示があったこと。
看護師が把握していない処で、凶器となり得る物品の持ち込み(過去にハサミを持参されていて、CV ルートを切断例あり)。
やめてほしいと言ってもやめてもらえず、くり返されてしまうこと。

<p>明らかな認知症はなく、年齢相応の理解力であるにも関わらず、相手を不快にさせる行為を繰り返すため、業務に支障を来していた。</p>
<p>病院として説明したにも関わらず、同じ行動がくりかえされたことに対する対応。</p>
<p>利き手が使えず介助を要するが男性職員は限りがあり、注意をしても、セクハラと伝えても、「わるいわるい」と笑って相手にしてくれないこと。悪いと思わない人に対する対応に困る。</p>
<p>興奮するとすべてのことを拒否し、その後暴言もひどくなる。患者と職員との信頼関係を回復するのに時間がかかった。</p>
<p>胸痛への対応をしている時に、突然興奮して暴言や暴力を受けると思わず、説明しても更に興奮するために対応に困り、複数の看護師で対応した。</p>
<p>若い男性で暴力を振るう患者に、たとえ複数名で対応しても力ではかなわない。</p>
<p>看護師4名でも抑えきれないことが、予測できず、警備員の要請ができなかった。</p>
<p>夜勤帯は人手も限られているため、全てを複数で対応することは困難である。</p>
<p>排泄の誘導は1日のうち、何度も行う必要があるが、その行為を理解できず、暴れること。</p>
<p>声かけ、了解を得てもケアになると暴力的になり、3人以上の複数人で対応。</p>
<p>認知症の患者は指示が入りにくく、不安が強いため保清面での抵抗がどうしてもある。予知しながらケアするが、実際発生するとスタッフで解決策を検討し、次回につなげていくしかできない現状。</p>
<p>採血中で抜針直後だったので暴力から逃げるができなかった。</p>
<p>短期間の入院中のため必要なケアや処置に暴力が伴い実施しづらかった。</p>
<p>本人の理解が乏しく、病状、生活環境的に強制退院を履行できない。</p>
<p>退院もさせられない。退院先が見つからず家にも帰れない。</p>
<p>職員が何人が退職となったため、幹部も介入していたが、自宅に帰れる状態ではないため、強制退院もできない。転院先も現状を説明すると断られてしまうため長期間の入院となる。</p>
<p>診療契約の解除をしたが、本人をつれて帰らず居座る。居座っている間もずっと看護師の対応に対する苦情と携帯でのカメラ撮影、他患者に病院に対する苦情を言う等のことを繰り返す。</p>
<p>セクハラ、暴力患者は他院に転院できない。転院調整が大変だった。</p>
<p>退院ができない、受け入れ先も拒否される。精神科への転院を家族が拒否。自宅へ帰れるまで調整が必要となった。退院が決まるまで看護師ががまんするしかなかった。</p>
<p>家族が希望する施設へ紹介状を書くが、断られると、紹介状の内容のせいだと、また大声で騒ぐ。</p>

家族間の意見の相違によって生じる新しい不満が増えていくばかりで、病院や看護師が原因ではない問題への対応。
当事者を出せば、気持ちをおさめると言うが、逆うらみもあり、当事者を本人の前に出すことは避けたかった。興奮おさまらない。
気に入らない職員を受け持ちからはずせなどの不当な要求。
家族の要求が、常識を超えていて、社会性の欠如が一番問題である。
話し合いでの謝罪では何も納得いかず、出すもの出してと、必要以上に請求してくることに大変な思いをした。
落ち度があったため、相手に強く出れなかった。
理不尽な暴言で（人格否定等含め）大声でさわぎたてられ、他患者もおびえるようなことが、病院のあちこちのセクションで行われたこと。
周囲の患者へも怒鳴りちらし、影響があった。
外来など、周囲に患者がいる場面で職員を怒鳴り、制止できなかったこと。
HPのことをSNS等で広め、いくら家族とはいえ、個人情報観点からも守秘義務違反ではないか。
SNSに対する個人の考え。

1 臨床心理士

2 フランス発症の認知症ケアの技法。知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションにもとづいたケアの技法であり、日本でも取り組む医療福祉施設が増えている。

表 13 . 暴力発生後の対応

説明にも聞く耳もたず、一方的に病院のせいだと言いつけられたこと。
あり得ない状況であり、説明するが「密室だから対応した看護師がうその報告をしたら、誰もわからない。」と患者の言い分だけを信じて、家族は聞く耳を持たれなかったこと。看護師長の説明だけでは納得されず、看護部長も同席した。患者の狂言であったが、他にも携帯番号をしつこく聞くなどの行動があり退院していただいた。
本来は本人同士の問題であり、夫へ確認する前に一方的に職員の責任とし、病院に訴えてきた。
状態がよいので退院の許可がでていと伝えたところ、「追い出すんだね。」と言われた。妻も日常的に殴られている様子。熱も下がり食事もとれているために退院の許可が出たのだが、看護師を殴ったことを病院が大騒ぎし強制的に退院させられると思われたことが困った。
検査結果を自己解釈し、「だましている」などと決めつけて、医師・看護師を罵倒する。誤解を修正しようと説明するも、理解を得られなかったこと。
説明に納得いただけず、暴力に発展してしまったこと。
患者家族の被害感情がはなはだしい。経過説明等を行うが、話し合いの場にならず。現在、月1回の本事業対応会議を定例化している。
一方的に話をして、こちらの話は聞こうとしない。大声を出すので他の患者やスタッフが怯えてしまう。対応している医療者が悪くて、自分は正しいことを言っていると思っている。
独居であり、家族からの協力を得ることができず、強制退院などの対応ができなかったこと。
家族は県外で生活されており連絡がとれない状況。家族同居中も思いどおりにならないと暴力行為があったため、寄りつかない。金銭的な解決を望んだ。
家族の協力も得られない状況で職員が骨折を起こすケガに至ってしまったため、警察へ届け出を出すかどうか、本人がどのようにすれば反省するか対応が難しかった。
家族から「ベテランなら対応すべき、プロなんだから」と言われたこと。
被害状況を家族に伝える際に、病院での発生であるために、自分たち家族には関係がない出来事として対応されたこと。
精神科受診を勧めても、本人・家族ともに拒否したこと。
症状が発生した時点では認知症の診断を受けておらず、同居していない長女が説明を受けた際、理解してもらえなかった。同居していた長男にも”認知症”という認識はなく「病院の対応が悪いから怒ったのだろう」と言われた。その後、状況説明をことあるごとに重ね、やっと理解を得ることができた。「若い頃の患者は国家公務員で役職であった。」という家族のプライドがあり、認知症の診断を専門医で受けることに強い抵抗を示したことに困った。

<p>家族も一緒になってせめてくる。</p>
<p>患者のセクハラ言動、セクハラ行為について「まさかそんなはずはない」と家族からの理解を得られなかった。</p>
<p>家族が「本人はイライラして暴力をふるうので優しくしてほしい」という認識。家族の理解が得られるまで時間がかかった。</p>
<p>セクシャルハラスメント行為のエスカレートを担当ケアマネージャーに報告。家族との担当者会をするが、「酒が一番の楽しみ。ボケている年寄りが言っていることを、セクハラ、セクハラと大騒ぎして」と怒られ、家族の理解も得られなかったこと。</p>
<p>理解ができない。振り返りができない。</p>
<p>本人の認知能力にムラがあるため、追及できず確信犯と思っているが、「覚えてない」などの発言あり。</p>
<p>相手が認知症で記憶がないこと。</p>
<p>患者は全くハラスメント行為だと思っていなかった。</p>
<p>事例発生後、患者からは「ちょっと看護師を手で押しただけで怒られた。最近はそのうのにも厳しくなっているのね」との発言あり、暴力やハラスメントに対する感覚の差が大きく、その差は埋めがたいと思った。防衛心が攻撃に繋がった事例であり、伝達方法の選択や、看護師のコミュニケーション手技研鑽の対策を講じている。</p>
<p>患者に暴力を行っている認識がなく、ケアは複数で行うことにしたが、暴言がくりかえされ、おさまることがなかった。</p>
<p>家族には言わないでくれという。</p>

表 14 . 通常業務への影響

その患者に多くの手間（人・時間）がとられ、業務に支障が出た。
夜勤の人数（スタッフ）が少なくなっている時にクレームを繰り返し、1時間以上引き止められたこと。
受け持ち看護師や若い看護師がターゲットになり、他の患者の対応ができない。受けもつことが怖いなどの状況が発生している。
執拗に患者の家族から「それでも看護師か」というようなことを何時間も面会のたびに看護師が言われ続け、担当窓口を師長にしたが、改善されず、クレーム担当の事務長が対応し、退院していただいた。今後、入院はお受けしないことになった。患者というより、家族の暴言が多く、業務に支障があるケースが多い。
暴力を受けた看護師が、精神的なダメージを受けた。病休となった。1年半の病休後に職場復帰プログラムを経て、復職している。看護師本人も周りの職員もかなり精神的にも労力的にもダメージを受けた。
患者通院時には、来訪するかもしれない不安や暴言・大声での威嚇等を受け、患者と対応しなければならないストレス(緊張や恐怖等)は、対応手順(マニュアル)や防犯カメラを設置しても、ぬぐいさることは出来ない精神的負担として看護師に負わせることとなった。(警察と連携して通報する調整は整っていた。)
暴言、暴力による心の傷もスタッフに根強く残り、チーム交代をするまでに至った。
暴言行為は医療スタッフを疲弊させる要因となりエスカレートすると、けがや病気になる可能性も十分考えられる。
患者自身にたびたび注意しても行為を繰り返し、職員の業務(担当)に対する嫌悪感が増し、意欲が低下した。
精神科病院なので暴力を理由で該当患者を隔離することはできるが、暴力に対する治療が目的である為、スタッフが疲弊していくことが対策として困った。当該患者は結局クロザピンの効果がないと判断して元の施設へ転院した。チームとして敗北感が残ってしまった。
病棟スタッフは、入院中・退院後も家族に対して恐怖感や精神的ストレスが続いた。(地域のスーパーで会った時、声をかけられたが怖くて言葉に困った等)
暴力行為があった場合、退院の方向で調整したが、地域では人工呼吸器を装着しているだけで、支援体制が整わないと拒否。受け入れ先が決まらず、スタッフは疲弊していき、対応に苦慮した。
実際に危害を加えられた訳ではないが、「殴られる」という不安を持ち続けながら対応をしなければならなかった。
看護師も怖い思いをしながら対応しなければならない。
職員は PTSD になり当分仕事に出ることができなかった。男性患者のケアができるまで時間を要した。3年経った今でもフラッシュバックする。

<p>暴力を受けた看護師はしばらく休職した後、精神科病棟からストレスケア病棟へと異動となったが、なかなかトラウマが消えず動悸や不眠も残り、結局退職となった。</p>
<p>担当病棟の看護師の気持ちがつらくなってしまい、リエゾンナースの介入や院内全体でサポートしたがトラウマを残したこと。</p>
<p>この患者は介護拒否という（暴言・暴力）という状況があった。接し方には注意していたが、被害を受けた職員はやりきれない気持ちが沸き上がり、しばらくはモチベーション低下がみられた。「対応の仕方が・・・」と自分を責めている部分もあった。そのような事が退職の要因となったケースも少なくない。</p>
<p>庶務課、看護部、患者支援課等で協議して対応したが、日中に来た場合など、巡回しても限界があった。</p>
<p>気の弱いスタッフに特にひどくあたるので、一部の人しか対応できずシフトが組めず。スタッフのストレスが溜まっていった。</p>
<p>病院を転々とし、住民票もなく、行政の介入困難。精神科があり透析が出来る病院が少なく、転院の話が進まなかった。毎回透析時に透析センタースタッフ以外に事務部、技術部職員にもシフト制で貼りついてもらった。</p>
<p>特定の職員を責めたことで勤務や配置がむずかしかった。</p>

表 15 . 状況判断

<p>患者の理解度低く、眼鏡の修理代を家族へ説明したが、理解し納得していただかず、修理は本人が行い、請求書が保留になっている。</p>
<p>幻覚妄想等の疾患の影響を受けた暴力行為による被害であれば、患者や家族に対して看護師等の職員が要した治療費の請求をするのは難しい。</p>
<p>意識障害、高次脳機能障害のため、本人にも家族にも理解してもらうことや補償等請求できなかった。</p>
<p>外来受診処置が発生したが、病院払いとしたが、家族への状況報告と受診代金の請求ができるかどうか迷った。</p>
<p>どこまでが限界か。言葉の暴力は、自分自身の許せる範囲からはずれた場合が基準が難しい。どこからが過剰要求なのか。患者本人は普通に看護、介護してくれることを望みただけ、差別はしていないとのことだった。</p>
<p>身体的暴力の定義は分かるが、患者さんが故意に行っている場合でないことが明らかであると、暴力ととらえづらい。</p>
<p>認知症からの発言なのか、わかっての発言なのかの判断が困難であったこと</p>
<p>元来、認知症傾向にあり、せん妄と判断するのか、意識的な暴力と捉えるのか判断に困った事例である。（高齢者の場合、患者本人の状況判断に困る場合がある）</p>
<p>精神症状で訴えているのであれば、おさまるまで傾聴し、気分を変えるなど精神科特有の対応が必要であるため、長時間になっても対応する。暴言があっても対応で鎮静化を図ることが必要となるが、それなりのストレスも発生する。これは、暴力ととらえるのか迷うことがある。</p>
<p>診療行為の質に影響を与える内容を超えた過剰なクレームや要求が疾患に伴う障害か患者個人の性格の問題か区別がつかないため、職員は「患者だから仕方ない」と我慢してしまう傾向にある。</p>
<p>通常、職員に対し暴力行為があった場合、退院していただくことが多いが、今回のケースでは、患者の身体（疾患）的状況および、在宅での介護の難しさから、倫理的に退院させられる状況ではないと判断したが、そのため看護師が暴言を受け続けることになった。どのような対応をするべきだったのか、今でも分からない。</p>
<p>実際に看護師には身体的被害はないが、精神的に影響があった。ただ、患者本人、家族から強い否定をされると何も対応できない。家族からも「弁護士に相談する」等の訴えも聞かれどう対応したらよかったかは難しい。</p>
<p>悪質なクレームに対して、どう対応すればよかったか悩んだ。言われた言葉がずっと心に残っていて、私達は看護師というだけで、こんな言われ方をしなければならないのか、悲しくなった。</p>
<p>1人で対応可能かの判断力。</p>

<p>せん妄と思われる症状があったため対応をしていたが、見守りながら、どの程度まで患者の安全を守らなければならないかの判断。</p>
<p>患者が転倒し、大きな怪我をしないか、看護師は心配し制止しようとしたようだが、その行為が患者の暴力を助長した。暴力を振るっている患者と他患者の安全をいかに守るか。</p>
<p>患者がベッドから転倒・転落しないかの危険回避と看護師の身の安全のジレンマ。</p>
<p>皆で対応していると応援を呼ぶタイミングが難しい(3人夜勤のため)。</p>
<p>警察通報のタイミングが難しい。精神科に勤務する看護師は、患者が怒鳴り・興奮・物を投げるなどは、病状の一つと捉え、また、対応もできるため大きな事故に至らないかぎり(受傷程度が重大)、警察通報はしていなかった。今回も被害を受けた看護師は、警察通報は拒否していたため、病院としてもサポートが遅れた。</p>
<p>警察への通報基準(病的に暴れる際)。</p>
<p>どのタイミングで緊急コールを発令するか、または、どのタイミングで警察介入のための警察連絡をすれば良いのか分からない。</p>
<p>時間をかけて説明し、父親は落ち着いた。コードホワイト要請のタイミング等が難しい。</p>

表 16 . 組織としての対応

<p>長い間、病棟師長とスタッフで対処していたため、最初から病院として対応していれば、もう少し対応が違ったのではないかと考えています。医療安全の担当者も暴力対応まで管轄するのは厳しいため、病院の中に専門の対応部署の設置が望ましいと思います。組織としての対応がなかったこと</p>
<p>言葉で精神的に追い詰められるので、明確な被害が伝わりづらく、組織として対応するのが遅くなったと思う。</p>
<p>早期にこの事案にきづけなかったことで招いた出来事だと思う。 早期の報告のむずかしさ。</p>
<p>今後どのようにマニュアルを作成し、すぐに対応するにはどうしたらよいか？</p>
<p>暴力時の連絡体制のマニュアルはあったが周知されていなかった。</p>
<p>緊急コール「コードブルー」はあるが、現段階では暴力に関する緊急コールがない。</p>
<p>暴力発生時から対策を重ねたが、有効に改善しなかった。暴力ホットラインの時の役割分担、他職員の協力体制が上手くいかなかった。</p>
<p>インシデント事例として報告は受けるが暴力の分類としていない。院内体制が未整備であること。</p>
<p>相談する場所がなく主治医へ相談し専門医への紹介となったが、暴力、暴言に対するマニュアルがなくどの様に対応するかがわからない状態。暴力はなくとも暴言によりスタッフの精神的苦痛がはかりしれなかった。対策が何もされずに今日にいたるため、医療安全や事務等と検討をすすめていく方向で検討中。</p>
<p>看護師の安全確保のための組織的なしくみがない。</p>
<p>何度注意をされても聞き入れず、問題行動を起こしている患者であったが、対応がほぼ看護部にまかされたこと。院内でのハラスメントに対応する委員会がなく、ルールも整備されていなかった。</p>
<p>応援体制やマニュアルがなかったため、対応できなかった。</p>
<p>また「病気のせいだから」ということで容認する医師、看護師がいて、心に傷を負った看護師の事例を共有しようという風潮が乏しかった。</p>
<p>部署内は上記の事実を知っていたが、そこだけにとどまり、全体としての対応が遅れた。また、部署内にも温度差があった。声をあげ言い出すことが出来ない？</p>
<p>直接関わることのない部署がスタッフのつらさを理解せず支えてくれないこと。「なぜ退院しないの」「怒らせるなよ」などと言われてしまう。</p>
<p>医師に報告しても対応してもらえなかった。事務に報告しても「そういうときは自分たちで警察に電話してください」と、現場では守ってもらえない。</p>
<p>主治医（男性）や事務側から看護師がそのような時に毅然とした態度でいればそのようなことが起こらないのではと言われる。施設側の職員の認識の低さ。</p>

<p>スタッフも(保護室入室は必ず2名でとのルールがあるものの)ルールを守らず、他の看護師に遠慮し、1人で入室してしまっている。忙しさの中でルールを守らない(甘く見てしまう)ことに対する教育や、本人に対する指導は、ふり返り方によっては本人を責めてしまうものとなりむずかしかった。</p>
<p>認知症のある患者からの暴力について、予防的な関わりが必要と感じるが、忙しさもあり、適切な対応を浸透させていくことが課題と感じる。</p>
<p>執拗に繰り返す訴えと迷惑行為として共通認識し毅然と対応してもらうための知識とスキルの周知が必要。</p>
<p>入職時に精神科患者の病気(暴力、興奮も含め)教育を行っていたが、実際の暴力に対しての驚きが予想以上であった様だった。しかし、精神疾患の患者の中には、どうしても症状に随伴した暴力や興奮があるため、職員にどの様に説明、教育をすれば良いか悩んでいる。</p>
<p>患者が認知症であるということ。患者には処置前に声かけなどで不安を軽減するよう努力していたが、協力や理解を得られないため、医療者側に身を守る方法や被害後の対応について指導を周知徹底することに時間を要した。</p>
<p>暴力をふるわれるのは、職員のせいだとされ、病院として対応してもらえなかった。</p>
<p>患者が認知症等、責任能力がない場合、医療者側に”病気だから仕方ない””防御できなかった自分が悪い”という誤った認識があるため、事例に対する対応や再発防止策などの検討が十分行われない。</p>
<p>患者が暴れている時、看護師は近づかず見守っていて、その時に起こったこと(転倒など)で看護師を責めないで欲しいと言ったが、病院長や事務長の理解は得られなかった。</p>
<p>夜間の外来当直は医師・看護師・事務当直の3名で行っている。被害を受けた看護師は精神的苦痛があり、睡眠障害も出現した。どのようにその看護師に支援できたら良かったのか。また、この事例を「院内の問題として検討していく為のプロセスが難しいと思った。</p>
<p>暴力を受けてしまったスタッフの心のケアの難しさ。</p>
<p>患者は他患者への危害は見られないが、対応する看護師の不安の軽減や、医療従事者だから、仕方がないと思っている職員がいる。</p>
<p>継続的に続き、病棟師長もお手上げ状態。他スタッフも、いつ自分に矛先が向かってくるのかという気持ちがあり、フォローが十分にできなかった。当人も強がっており、我慢していた。こちらから、病棟配置換えを提案した。</p>
<p>出勤できなくなった看護師への支援が十分できなかったこと。</p>
<p>仕事復帰にむけて調整(患者転棟、異動)。</p>
<p>受傷した看護師は警察に訴えるつもりでいたが、事件扱いになると、労務災害の対象にならないため、やむなくあきらめることになった事例。</p>

警察～裁判まで業務支障が大きい。
悪質な行為だが、証拠となる映像もなく被害届が出せなかった。その後、玄関、待合が撮れるカメラを設置した。
警察を呼んでも注意だけで根本的な解決にならない。
警察に通報し、警察官が来院し、事情聴取、現場検証が行われたが、「病院内のことは病院で対応しろ」「警察では事件にしない」等の暴言を、被害を受けた看護師に言っていた。また、「被害届を提出するな」との圧力もあり、県警本部へ意義申し立てを行い、対応を依頼した。
被害を受けた看護師等の意向に沿って警察へ通報しても、精神科病院の中で発生したことであるため、警察が事件化するの難しいと言われるケースが非常に多い。
患者自身、自分の言動を悪いとは思っていないため（都合よく理解していく）、師長を中心に弁護士とも相談し対策を立て対応にあたったが、状況変わらず。
院内の連携はとてもスムーズで無駄もなかったが、警察への通報の際に「刃物を持って興奮している」をつけておらず、通報を受けた警察が緊急性を把握できていなかった。
主治医が全く看護師の訴えを聞かず、クレームを言われるのは看護師が悪いためだと、相手にされず。そのうち主治医自身も脅されて、やっと理解した（看護協会や顧問弁護士へ相談する）。病院全体でこの件に取り組む意識がなく、医師の意識の低さが看護師の離職へとつながったと考える。
被害者は、体も心も傷ついたが、周りのスタッフの中には、「一人で対応したのがまずかったのではないかと、被害看護師の対応に問題があったと発言する者があり、よけいに被害者は傷ついた。被害者の心の傷に配慮しながらも、事の経緯や今後の対応策を検討するのは難しく、配慮が必要。
CVPPP ³ の訓練など実施しているが、ベテランの男性ほど、自分で何とかしようとして逆に暴力を助長させることがある。
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ことも、問題と考えている。
病気からくる症状だからと我慢し報告しない現場。気持ちもわかるが、このままではいけないという判断に悩んだ。
職員の暴力に対する認識の甘さ（このくらいは耐えられる等）があり、上司への報告をしなかったこと。

3 包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Program）