

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

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

令和元年度 総括研究報告書

研究代表者 三木 明子

令和2年(2020)年 8月

目 次

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 3

・ 研究成果の刊行に関する一覧表..... 20

資料 1 : 看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査票

資料 2 : 看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査【資料集】

資料 3 : 看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査【自由記載資料集】

資料 4 : 実地調査【先駆的な暴力・ハラスメント対策の取り組み】

資料 5 : 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 6 : 医療施設における暴力・ハラスメント対策マニュアル【12 のポイント】

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ったと考えられる。

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.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

資料 1

看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査票

看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査票

返送日：○年○月○日（○）必着でお願いします。

どちらかに☑を入れてください。

研究への参加に

同意します

同意しません

同意いただかない場合は、アンケートの提出は不要です。

本調査では暴力・ハラスメント（以下、暴力等とする）を以下のように定義します。

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けや性的ないやがらせ行為（例：身体を触る、卑猥な発言など）

* 看護職に対する暴力・ハラスメントに関して包括的に把握している方（例えば、医療安全管理責任者など）がお答えください。

．回答者の属性と回答施設の概要

問1．回答者の職位・役割（該当する番号すべてに○をつけてください）

1. 看護部長 2. 副看護部長 3. 医療安全管理者 4. その他（ ）

問2．開設主体（該当する番号1つに○をつけてください）

1．厚生労働省（国立ハンセン病療養所等）	9．日本赤十字社
2．独立行政法人国立病院機構	10．済生会
3．国立大学法人	11．厚生農業協同組合連合会
4．独立行政法人労働者健康安全機構・地域医療機能推進機構	12．公共団体法人、公益財団法人
5．その他の国の機関（防衛省、法務省、宮内庁等）	13．医療法人
6．都道府県、市町村（一部事務組合を含む）	14．私立大学法人
7．社会保険関係団体（健康保険組合、共済組合など）	15．社会福祉法人
8．地方独立行政法人（公立大学法人を含む）	16．その他（ ）

問3．貴院に該当する番号に○をつけてください。

- 1．一般病院 2．精神科病院（精神科病棟のみを有する病院）
3．その他（ ）

問4. 病院全体の許可病床 () 床

問5. 看護職等の人数 () 人 本研究では准看護師、看護補助者を含みます

問6. 貴院の地域での主な役割について、該当する番号すべてに○をつけてください

1. 高度・専門的な入院医療を提供し、重度の急性期疾患に対応する
2. 急性期疾患で入院医療が必要な患者や、比較的軽度な急性期患者に対応する
3. 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
4. 急性期病院の後方支援やリハビリテーションの機能をもち、在宅復帰を目指す患者に対応する
5. 長期にわたり療養が必要な疾患・障害のある患者に対応する
6. その他 ()

問7. 2019年9月1日現在で算定している入院基本料について、該当する区分すべてに○をつけてください

1. 急性期一般入院基本料	6. 特定機能病院入院基本料 (一般病棟、結核病棟、精神病棟)
2. 地域一般入院基本料	7. 専門病院入院基本料
3. 療養病棟入院基本料	8. 障害者施設等入院基本料
4. 結核病棟入院基本料	9. 入院一般基本料を算定していない
5. 精神病棟入院基本料	

問8. 暴力等に対するリスク管理の体制 (該当する番号に○をつけてください)

- (1) 担当部署 1. ある 2. なし
- (2) 医療安全管理者 1. 専任者がいる 2. 専従者がいる 3. 兼任者がいる 4. いない
- (3) 担当者 1. ある職種が担当 担当職種は医師・看護職・事務・その他 ()
2. 事務管理者が担当 担当職位は事務長/事務部長・事務次長・課長・係長・主任
3. 特に決まっていない
4. その他 ()

問9. 暴力等の対策の状況

1. 暴力等の対策を検討する委員会等の人数 () 人
2. 暴力等の対策を検討する会議の開催頻度 年に () 回
3. 暴力等の対応に関する研修の開催回数 () 回

．暴力等を予防するための管理体制

全職員を対象とした暴力等を予防するための対策について以下の質問に回答ください

問 10．貴院の「施設環境づくり」の実施状況について回答ください

		実施中	一部 実施	実施 せず	実施を 検討
1	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	1	2	3	4
2	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）	1	2	3	4
3	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）	1	2	3	4
4	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	1	2	3	4
5	監視カメラや録音機（レコーダー）の数と設置場所を適切に定めている	1	2	3	4
6	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	1	2	3	4

問 11．貴院の「患者との良好なコミュニケーションの工夫」の実施状況について回答ください

		実施中	一部 実施	実施 せず	実施を 検討
1	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	1	2	3	4
2	親切的な接遇を常に心掛けるよう職員に周知している	1	2	3	4
3	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	1	2	3	4
4	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	1	2	3	4
5	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	1	2	3	4

問 12．貴院の「暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知」の実施状況について回答ください

		実施中	一部 実施	実施 せず	実施を 検討
1	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	1	2	3	4
2	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	1	2	3	4
3	全職員に暴力等の医療施設の対策について周知している	1	2	3	4
4	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	1	2	3	4
5	暴力等の対応に関するマニュアルを作成している	1	2	3	4
6	緊急時に応援を呼ぶ手順や護身のための対応や避難についてマニュアルに記載している	1	2	3	4
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	1	2	3	4

問 13．貴院の「暴力等の発生を防止するための体制づくり」の実施状況について回答ください

		実施中	一部 実施	実施 せず	実施を 検討
1	患者の状態や病状を把握して、暴力等の発生の可能性を評価し、予防や注意した対応をしている	1	2	3	4
2	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	1	2	3	4
3	深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫している	1	2	3	4
4	外来、病棟における単独勤務時間を回避・短縮している	1	2	3	4
5	過去に暴力等のある患者のスクリーニングをしている	1	2	3	4
6	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	1	2	3	4
7	暴力等の発生のリスクが高い場合、複数人でかかわる	1	2	3	4
8	問 10、11、12、13 の項目以外に、貴院で実施している取り組みがあればご記入ください				

・看護職等 に対する暴力等の実態 本研究では准看護師、看護補助者を含みます

問 14．看護職に対する暴力等の発生件数 1．把握している 2．把握していない

本調査での暴力等の定義は以下のものとします。

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
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
セクシュアルハラスメント	意に添わない性的誘いかけや性的な嫌がらせ行為

問 15-1. 貴院の平成 30 年度における看護職等に対する暴力等の報告件数（内容・当事者別）

内容	行為者	報告件数
身体的暴力	患者本人によるもの	件
	家族、親族、患者関係者によるもの	件
精神的暴力	患者本人によるもの	件
	家族、親族、患者関係者によるもの	件
セクシュアルハラスメント	患者本人によるもの	件
	家族、親族、患者関係者によるもの	件

問 15-2. 貴院の平成 30 年度における看護職等に対する暴力等の応援・届出・相談別件数

看護職等に対する暴力等の報告件数のうち他部署や警備員などへの応援依頼件数	件
看護職等に対する暴力等の報告件数のうち警察への届出件数	件
看護職等に対する暴力等の報告件数のうち弁護士への相談件数	件

問 15-3. 貴院の平成 30 年度における看護職等に対する暴力等の影響

看護職等に対する暴力等の報告件数のうち労災の適用件数	件
看護職等に対する暴力等の報告件数のうち身体的受傷件数	件
看護職等に対する暴力等の報告件数のうち精神的不調となった件数	件
平成 30 年度の暴力が原因で退職した看護職等の人数	人
平成 30 年度の暴力が原因で離職した看護職等の人数	人

問 16．報告されない看護職等への潜在的な暴力等はあると思いますか

1．とてもあると思う	2．あると思う	3．どちらともいえない
4．あまりないと思う	5．全くないと思う	

．暴力等の発生時・発生後の対策の実施状況

全職員を対象とした暴力等の発生時・発生後の対策の実施状況について以下の質問に回答ください

問 17．貴院の暴力等の「発生時の対策」の実施状況について回答ください

		実施中	一部 実施	実施 せず	実施を 検討
1	元警察職員（警察 OB）に応援依頼する	1	2	3	4
2	警備員に応援依頼する	1	2	3	4
3	警察に通報する	1	2	3	4
4	マニュアルに決められた対応をとる	1	2	3	4
5	緊急時や夜間時、責任者へ定められた手順で連絡をとる	1	2	3	4
6	警備委託先への非常通報ボタンや非常電話を利用する	1	2	3	4
7	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	1	2	3	4
8	暴力等制止のための器具を使用する	1	2	3	4

問 18．貴院の暴力等の「発生後の対策」の実施状況について回答ください

		実施中	一部 実施	実施 せず	実施を 検討
1	発生後に記録し報告書を提出する	1	2	3	4
2	発生後には決められた対応手順で報告する	1	2	3	4
3	暴力等の行為者に迅速に対応策を検討する	1	2	3	4
4	暴力等のケースを振り返り院内で再発防止を検討する	1	2	3	4
5	暴力等のケースについて他の医療機関と情報共有する	1	2	3	4
6	警察に被害届を出す体制がある	1	2	3	4
7	弁護士に相談する体制がある	1	2	3	4
8	問 17、18 の項目以外に、貴院で実施している対策があればご記入ください				

．暴力等の被害を受けた職員への支援体制

全職員を対象とした暴力等の被害を受けた職員への支援体制について以下の質問に回答ください

問 19．貴院の「暴力等の被害を受けた職員への支援体制」について回答ください

		実施中	一部 実施	実施 せず	実施を 検討
1	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	1	2	3	4
2	被害を受けた職員に対し、必要な面談やケアを提供する体制がある	1	2	3	4
3	被害者のケアのために管理者を支援する体制がある	1	2	3	4
4	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	1	2	3	4
5	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	1	2	3	4
6	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	1	2	3	4
7	被害者を支援する病院以外の資源・サービスがある	1	2	3	4
8	その他、貴院で実施している支援体制があればご記入ください				

．暴力等の被害場面

貴院の看護職等 において、これまでに発生した患者・家族からの暴力等のうち、最も対応に困った事例を1つ挙げ、資料を参考にお書きください。

本研究では准看護師、看護補助者を含みます

参考資料

暴力の種類は、身体的暴力（なぐる、ける、物を投げつけるなど）、精神的暴力（暴言、無視するなど）、セクシュアルハラスメント（身体を触る、卑猥な発言など）のいずれかあるいはすべてを含んでもかまいません。

記載例

1.患者について

70代、女性、認知症の患者。薬物療法にて経過をみていた。人格の貧困化が目立ち、身だしなみや衛生管理が不十分で、自己に対しても無関心であった。行為失行の障害が見られ、日常生活に支障があった。

2.被害を受けた看護職について

30代、女性、主任看護師、看護師歴は13年であった。

3.暴力発生時の状況

午前10時頃、浴室にて看護師が患者の入浴介助を行おうとしていたところ、発生した。患者は看護師に「バカ」「アホ」「死ね」などの言葉を繰り返し、介助時には看護師の腕を中心に、つねる、ひっかくなどの暴力行為を行った。看護師は、腕にあざ、擦過傷を負った。

A. 患者について（年代、性別、疾患名、治療内容・治療経過、症状など）

--

B. 暴力等の被害を受けた看護職等について（年代、性別、職歴、職位など）

--

C. 発生時の状況について（発生時間、場所、暴力の内容、被害状況など）

--

D. 今回挙げていただいた事例において、最も対応に困ったことは何ですか。

--

ご協力ありがとうございました。

資料 2

看護職等を受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査

【資料集】

表 1-11、図 1-68

作成者：関西医科大学看護学部 矢山壮、三木明子

． 回答者の属性と回答施設の概要

アンケートは 5341 施設に配布し、2020 年 3 月 10 日現在、941 施設回答を得た（回収率 17.6%）。

問 1 回答者の職位・役割（複数回答可）

回答者のうち看護部長が 637 施設（67.7%）、医療安全管理者が 205 施設（21.8%）、副看護部長が 129 施設（13.7%）、その他が 56 件（6.0%）であった（[図 1](#)）。

問 2. 開設主体

回答施設のうち最も多かったのは「医療法人」が 475 施設（50.5%）であった。次に「都道府県、市町村（一部事務組合を含む）」が 156 施設（16.7%）、「独立行政法人国立病院機構」が 37 施設（3.9%）と続いた（[表 1](#)）。

問 3. 病院の種類

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。調査対象施設（5341 施設）で精神病床が 100 床以上の施設が 1281 施設（24.0%）であったため、分析対象施設の精神科病院の割合はやや少なかった（[図 2](#)）。

問 4. 病院の病床数

平均病床数が 251 床であった。200 床以下は 497 施設、201～400 床は 313 施設、401 床以上は 130 施設であった。分析対象施設と調査対象施設の病床数別の割合に大きな違いはなかった（[図 3](#)）。

問 5. 看護職等の人数

本調査では准看護師、看護補助者を含み、平均看護職等数は 216 人であった。最も少ない施設は 29 人で、最も多い施設が 1221 人であった（[図 4](#)）。

問 6 . 地域での主な役割（複数回答）

回答施設のうち最も多かったのは「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 447 施設（47.5%）であった。次に「急性期疾患で入院医療が必要な患者や、比較的軽度な急性期患者に対応する」が 374 施設（39.7%）、「長期にわたり療養が必要な疾患・障害のある患者に対応する」が 351 施設（37.3%）と続いた（[図 5](#)）。

問 7 . 算定している入院基本料

回答施設のうち最も多かったのは「急性期一般入院基本料」が 549 施設（58.3%）であっ

た。次に「療養病棟入院基本料」が 307 施設 (32.6%)、「精神病棟入院基本料」が 171 施設 (18.2%) と続いた (図 6)。

問 8 . 暴力等に対するリスク管理の体制

担当部署があると回答した施設は 616 施設 (65.5%) であった。病床数別に分けて集計すると、病床数 200 床以下は 59.2%、201 ~ 400 床は 76.6%、401 床以上は 82.8% が担当部署があると回答した。看護職数別に分けて集計すると、看護職数 100 人以下は 50.2%、101-200 人は 66.7%、201-300 人は 84.8%、301 人以上は 81.3% が担当部署があると回答した。

医療安全管理者では「専任者がいる」と回答した施設は 282 施設 (30.0%)、「専従者がいる」は 371 施設 (39.4%)、「兼任者がいる」は 242 施設 (25.7%)、「いない」は 40 施設 (4.3%) であった。

担当者については「ある職種が担当」と回答した施設は 597 施設 (63.4%)、「事務管理者が担当」は 242 施設 (25.7%)、「特に決まっていない」は 82 施設 (8.7%) であった。

問 9 . 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) であった。最も多いのは 44 人であった。病床数別に分けて集計すると、病床数 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。看護職数別に分けて集計すると、看護職数 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。

「暴力発生時」など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」は平均平均 1.0 ± 1.4 回 (中央値 1.0) であった (表 2)。

. 暴力等を予防するための管理体制

問 10 . 施設環境づくりの実施状況

回答施設の中で、「実施中」が最も多かった施設環境作りは「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」で 530 施設 (56.3%) だった。次に「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)」が 505 施設 (53.7%)、「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)」が 400 施設 (42.5%) と続いた (図 7)。

問 11．患者との良好なコミュニケーションの工夫の実施状況

回答施設の中で、「実施中」が最も多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」で 831 施設（88.3%）あった。次に「親切な接遇を常に心掛けるよう職員に周知している」が 818 施設（86.9%）、「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 774 施設（82.4%）と続いた（[図 8](#)）。

問 12. 暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知の実施状況

回答施設の中で、「実施中」が最も多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」で 604 施設（64.9%）あった。次に「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 552 施設（58.8%）、「緊急時に応援を呼ぶ手順や護身のための対応や避難についてマニュアルに記載している」が 541 施設（58.0%）と続いた（[図 9](#)）。

問 13．暴力等の発生を防止するための体制づくりの実施状況

回答施設の中で、「実施中」が最も多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」で 622 施設（66.1%）あった。次に「深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫している」が 392 施設（41.7%）、「外来、病棟における単独勤務時間を回避・短縮している」が 332 施設（35.3%）と続いた（[図 10](#)）。

．看護職等に対する暴力等の実態

問 14. 看護職に対する暴力等の発生件数の把握

回答施設のうち看護職に対する暴力等の発生件数の把握しているのは 713 件（78.8%）把握していないのは 192 件（21.2%）であった（[図 11](#)）。

問 15-1．看護職等に対する暴力等の報告件数

平成 30 年度における看護職に対する暴力等の報告件数で、身体的暴力の「患者によるもの」が平均 5.6 ± 18.8 件（中央値 2.0）、「家族、親族、患者関係者によるもの」が平均 0.2 ± 0.7 件（中央値 0.0）であった。精神的暴力の「患者によるもの」が平均 2.2 ± 7.9 件（中央値 0.0）、「家族、親族、患者関係者によるもの」が平均 1.1 ± 2.6 件（中央値 0.0）であった。セクシュアルハラスメントの「患者によるもの」が平均 1.0 ± 3.0 件（中央値 0.0）、「家族、親族、患者関係者によるもの」が平均 0.1 ± 0.5 件（中央値 0.0）であった（[図 12～17](#)）。

病床数別に暴力等の平均報告件数を比較すると、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も病床数が多くなるほど、報告件数が多かった（[表 3](#)）。看護職数別

に暴力等の報告件数を比較すると、100人以下はその他の看護職数と比べて、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も報告件数が少なかった（表4）。一般病院と精神科病院で暴力等の平均報告件数を比較すると、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も精神科病院の報告件数が多かった（表5）。公的病院と民間その他で暴力等の平均報告件数を比較すると、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も大きな違いはなかった（表6）。

問 15-2 . 看護職等に対する暴力等の応援・届出・相談別件数

平成 30 年度における看護職等に対する暴力等の報告件数のうち他部署や警備員などへの応援依頼件数は平均 1.4 ± 5.0 件（中央値 0.0）であった。警察への届出件数は平均 0.3 ± 1.0 件（中央値 0.0）であった。弁護士への相談件数は平均 0.1 ± 0.5 件（中央値 0.0）であった（表7）。

問 15-3 . 看護職等に対する暴力等の影響

平成 30 年度における看護職等に対する暴力等の報告件数のうち労災の適用件数は平均 0.6 ± 1.9 件（中央値 0.0）であった。身体的受傷件数は平均 1.4 ± 4.1 件（中央値 0.0）であった。精神的不調となった件数は平均 0.2 ± 0.7 件（中央値 0.0）であった。暴力が原因で休職した看護職等の人数は平均 0.1 ± 0.3 人（中央値 0.0）であった。暴力が原因で離職した看護職等の人数は平均 0.1 ± 0.3 人（中央値 0.0）であった（表8）。

問 16 . 報告されない看護職等への潜在的な暴力等

回答施設の中で、「とてもあると思う」と回答した施設が 150 施設（16.1%）、「あると思う」と回答した施設が 574 施設（61.7%）であった（図18）。

. 暴力等の発生時・発生後の対策の実施状況

問 17 . 暴力等発生時の対策の実施状況

回答施設の中で、「実施中」が最も多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」で 717 施設（76.2%）あった。次に「マニュアルに決められた対応をとる」が 609 施設（64.7%）、「警察に通報する」が 499 施設（53.0%）と続いた（図19）。

問 18 . 暴力等発生後の対策の実施状況

回答施設の中で、「実施中」が最も多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」で 689 施設（73.2%）あった。次に「発生後には決められた対応手順で報告

する」が667施設(70.9%)、「暴力等の行為者に迅速に対応策を検討する」が605施設(64.3%)と続いた(図20)。

問19. 暴力等の被害を受けた職員への支援体制

回答施設の中で、「実施中」が最も多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」で582施設(61.8%)あった。次に「被害を受けた職員に対し、必要な面談やケアを提供する体制がある」が565施設(60.0%)、「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」が434施設(46.1%)と続いた(図21)。

. 対策実施別暴力報告件数

「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項目の対策実施数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すると、ほとんどが対策件数の多い施設ほど報告件数が多かった(表9-11)。

. 病床数、看護職数、一般・精神科病院、公的・民間病院別結果

回答施設のうち、病床数については病床数200床以下、201～400床、401床以上で分けて集計した。200床以下は497施設、201～400床は313施設、401床以上は130施設であった。

看護職数については看護職数100人以下、101-200人、201-300人、301人以上で分けて集計した。100人以下は231施設、101-200人は364施設、201-300人は154施設、301人以上は169施設であった。

また、一般病院と精神科病院で分けて集計した。一般病院(その他含む)は786施設、精神科病院(精神科病棟のみを有する病院)は148施設であった。

また、公的病院と民間その他で分けて集計した。公的病院は258施設、民間その他は677施設であった。

1. 「施設環境づくり」の実施状況について

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

病床数別では大きな違いは見られなかったが、看護職数別では看護職数が多くなるほど

「実施中」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 22-1～4）。

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）

病床数別、看護職数別では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 23-1～4）。

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）

病床数別では、400床以上では「実施中」の割合がやや多くなっていたが、看護職数別では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では精神科病院では「実施中」の割合がやや多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 24-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」の割合が多くなっていた。看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」の割合がやや多くなっていたが、301人以上となるとやや少なくなっていた。一般・精神科病院別では精神科病院では「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 25-1～4）。

監視カメラや録音機（レコーダー）の数と設置場所を適切に定めている

病床数別では401床以上が他と比べ「実施中」の割合が多くなっていた。看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 26-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 27-1～4）。

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

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」の割合がやや少なくなっていた。看護職数別では301人以上のみが「実施中」の割合がやや少なくなっていた。一般・精神科病院別、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 28-1～4）。

親切的な接遇を常に心掛けるよう職員に周知している

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」の割合がやや少なくなっていた。看護職数別では301人以上のみが「実施中」の割合がやや少なくなっていた。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」の割合がやや多くなっていた（図 29-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていたが、看護職数別では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では精神科病院では「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた（図 30-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」の割合がやや多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」の割合がやや多くなっていた。一般・精神科病院別、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 31-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 32-1～4）。

3. 暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知の実施状況

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 33-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一

一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた(図 34-1~4)。

全職員に暴力等の医療施設の対策について周知している

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた(図 35-1~4)。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた(図 36-1~4)。

暴力等の対応に関するマニュアルを作成している

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた(図 37-1~4)。

緊急時に応援を呼ぶ手順や護身のための対応や避難についてマニュアルに記載している

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた(図 38-1~4)。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」の割合がやや多くなっていた(図 39-1~4)。

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

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 40-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており（図 41-1～4）。

深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫している

病床数別、看護職数別では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっており、公的・民間別では民間その他で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており（図 42-1～4）。

外来、病棟における単独勤務時間を回避・短縮している

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっており、一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっており、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 43-1～4）。

過去に暴力等のある患者のスクリーニングをしている

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 44-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 45-1～4）。

暴力等の発生のリスクが高い場合、複数人でかかわる

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 46-1～4）。

5. 発生時の対策の実施状況

元警察職員（警察 OB）に応援依頼する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 47-1～4）。

警備員に応援依頼する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 48-1～4）。

警察に通報する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 49-1～4）。

マニュアルに決められた対応をとる

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 50-1～4）。

緊急時や夜間時、責任者へ定められた手順で連絡をとる

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた（図 51-1～4）。

警備委託先への非常通報ボタンや非常電話を利用する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 52-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった（図 53-1～4）。

暴力等制止のための器具を使用する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった（図 54-1～4）。

6. 発生後の対策の実施状況

発生後に記録し報告書を提出する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていった。看護職数別では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 55-1～4）。

発生後には決められた対応手順で報告する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった。看護職数別では 201-300 人と 301 人以上では「実施中」の割合がやや多くなっていった。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていった。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 56-1～4）。

暴力等の行為者に迅速に対応策を検討する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」の割合が多くなっていった。看護職数別では 201-300 人と 301 人以上では「実施中」の割合がやや多くなっていった。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」の割合が多くなっていった。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 57-1～4）。

暴力等のケースを振り返り院内で再発防止を検討する

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。看護職数別では201-300人で「実施中」の割合がやや多くなっていた。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」の割合が多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 58-1～4）。

暴力等のケースについて他の医療機関と情報共有する

病床数別では201-400床で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。看護職数別では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別、公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 59-1～4）。

警察に被害届を出す体制がある

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 60-1～4）。

弁護士に相談する体制がある

病床数別では200床以下で「実施中」「一部実施」の割合がやや少なくなっていた。看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていたが、201-300人、301人以上では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では一般病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた（図 61-1～4）。

7. 暴力等の被害を受けた職員への支援体制

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」の割合が多くなっていたが、201-300人、301人以上では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた（図 62-1～4）。

被害を受けた職員に対し、必要な面談やケアを提供する体制がある

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていたが、301人以上では201-300人より「実施中」の割合が少なくなっていた。一般・精神科病院別

では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 63-1～4）。

被害者のケアのために管理者を支援する体制がある

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」の割合がやや多くなっていた（図 64-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合がやや多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 65-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていたが、201-300人、301人以上では大きな違いは見られなかった。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 66-1～4）。

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

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では201-300人のみ「実施中」の割合がやや多くなっていた。一般・精神科病院別では精神科病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。公的・民間別では大きな違いは見られなかった（図 67-1～4）。

被害者を支援する病院以外の資源・サービスがある

病床数別では病床数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっており、看護職数別では看護職数が多くなるほど「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた。一般・精神科病院別では大きな違いは見られなかった。公的・民間別では公的病院で「実施中」「一部実施」の割合が多くなっていた（図 68-1～4）。

図表一覧

表 1. 開設主体

開設主体	施設数	%
厚生労働省（国立ハンセン病療養所等）	3	0.3
独立行政法人国立病院機構	37	3.9
国立大学法人	5	0.5
独立行政法人労働者健康安全機構・地域医療機能推進機構	22	2.3
その他の国の機関（防衛省、法務省、宮内庁等）	2	0.2
都道府県、市町村（一部事務組合を含む）	156	16.5
社会保険関係団体（健康保険組合、共済組合など）	13	1.4
地方独立行政法人（公立大学法人を含む）	32	3.4
日本赤十字社	20	2.1
済生会	20	2.1
厚生農業協同組合連合会	20	2.1
公共社団法人、公益財団法人	36	3.8
医療法人	475	50.5
私立大学法人	15	1.6
社会福祉法人	21	2.2
その他	57	6.1

表 2. 暴力等の対策の状況

質問項目	平均件数	1人、1回以上の施設数	最大値
暴力等の対策を検討する委員会等の人数	10.0人	630施設（84.1%）	44人
暴力等の対策を検討する会議の開催頻度（年間）	6.2回	587施設（75.4%）	72回
暴力等の対応に関する研修の開催回数	1.0回	563施設（69.9%）	15回

表 3. 病床数別暴力等の平均報告件数

内容	行為者	200床 以下	201- 400床	401床 以上
身体的暴力	患者によるもの	3.0	8.3	10.0
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.2	0.3	0.2
精神的暴力	患者によるもの	1.7	2.2	6.2
	家族、親族、患者関係者によるもの	1.0	1.1	2.2
セクシュアル ハラスメント	患者によるもの	0.8	1.0	1.9
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.1	0.1	0.1

表 4. 看護職数別暴力等の平均報告件数

内容	行為者	100人 以下	101- 200人	201- 300人	301人 以上
身体的暴力	患者によるもの	3.4	6.8	6.5	5.6
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.2	0.2	0.2	0.2
精神的暴力	患者によるもの	1.5	2.3	2.9	3.9
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.7	1.2	1.4	1.8
セクシュアル ハラスメント	患者によるもの	0.6	1.1	1.3	1.1
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.1	0.1	0.1	0.1

表 5. 一般・精神科病院別暴力等の平均報告件数

内容	行為者	一般	精神
身体的暴力	患者によるもの	3.0	17.9
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.2	0.2
精神的暴力	患者によるもの	2.0	4.4
	家族、親族、患者関係者によるもの	1.3	0.9
セクシュアル ハラスメント	患者によるもの	0.9	1.5
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.1	0.1

表 6. 公的病院・民間病院別暴力等の平均報告件数

内容	行為者	公的病院	民間病院
身体的暴力	患者によるもの	5.5	5.8
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.2	0.2
精神的暴力	患者によるもの	2.2	2.5
	家族、親族、患者関係者によるもの	1.0	1.2
セクシュアル ハラスメント	患者によるもの	0.8	1.1
	家族、親族、患者関係者によるもの	0.1	0.1

表 7. 看護職等に対する暴力等の応援・届出・相談別件数

質問項目	平均件数	1 件以上の施設数	最大値
他部署や警備員などへの応援依頼件数	1.4 件	297 施設 (36.3%)	91 件
警察への届出件数	0.3 件	126 施設 (15.5%)	16 件
弁護士への相談件数	0.1 件	70 施設 (8.7%)	8 件

表 8. 看護職等に対する暴力等の影響

質問項目	平均件数・人数	1 件、1 人以上の施設数	最大値
労災の適用件数	0.6 件	185 施設 (22.4%)	32 件
身体的受傷件数	1.4 件	335 施設 (41.0%)	60 件
精神的不調となった件数	0.2 件	127 施設 (15.6%)	10 件
暴力が原因で休職した看護職等の人数	0.1 人	46 施設 (5.6%)	3 人
暴力が原因で離職した看護職等の人数	0.1 人	32 施設 (3.9%)	3 人

表 9. 管理体制の対策件数別暴力報告件数

暴力等を予防するための管理体制の対策件数	身体的暴力平均報告件数	精神的暴力平均報告件数
0-14 件	2.4 件	1.0 件
15-19 件	3.8 件	2.0 件
20-25 件	8.7 件	3.4 件

表 10. 暴力等の発生時・後の対策件数別暴力報告件数

暴力等の発生時・発生後の対策件数	身体的暴力平均報告件数	精神的暴力平均報告件数
0-5 件	1.5 件	0.5 件
6-10 件	5.6 件	2.5 件
11-15 件	6.4 件	2.7 件

表 11. 職員への支援体制の対策件数別暴力報告件数

暴力等の被害を受けた職員への支援体制の対策件数	身体的暴力平均報告件数	精神的暴力平均報告件数
0-2 件	2.8 件	2.3 件
3-5 件	4.7 件	1.3 件
6-7 件	6.9 件	3.0 件

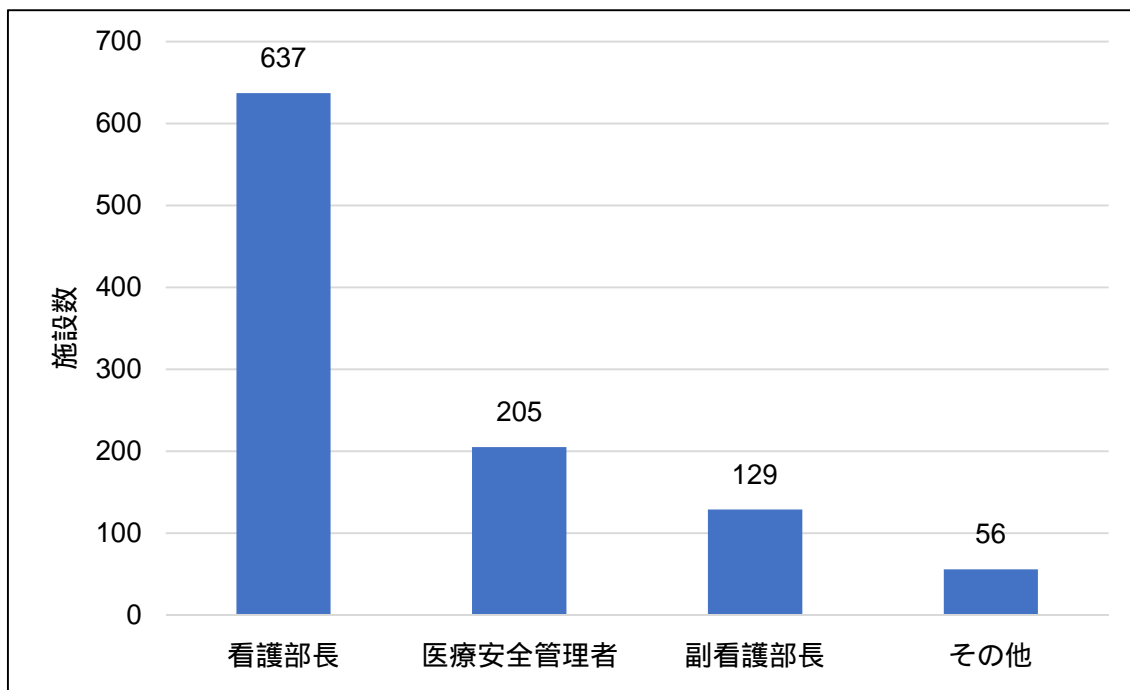


図 1. 回答者の職位・役割

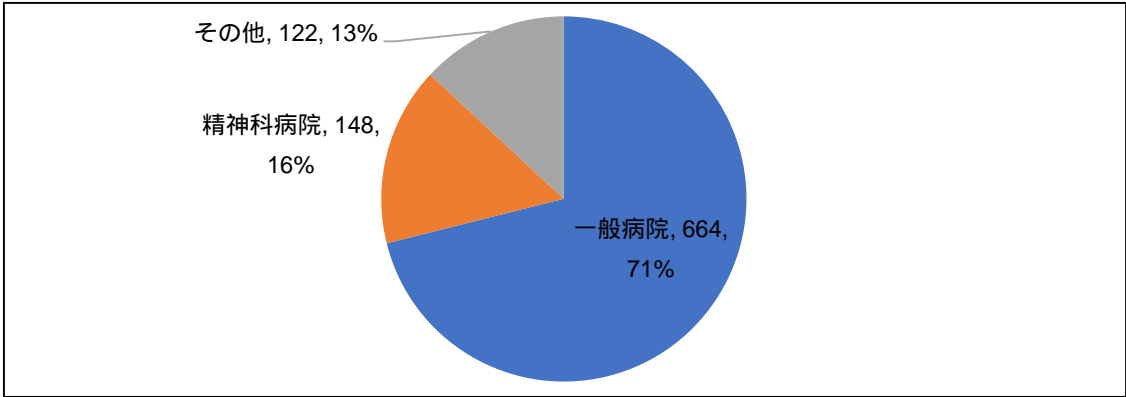


図 2. 施設の種類

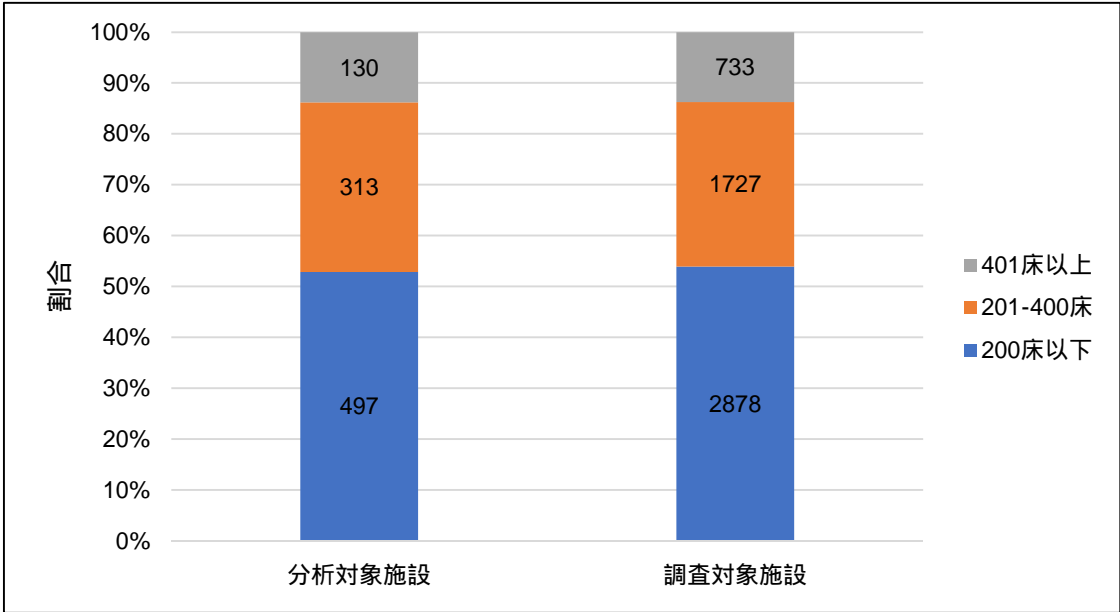


図 3 . 病床数

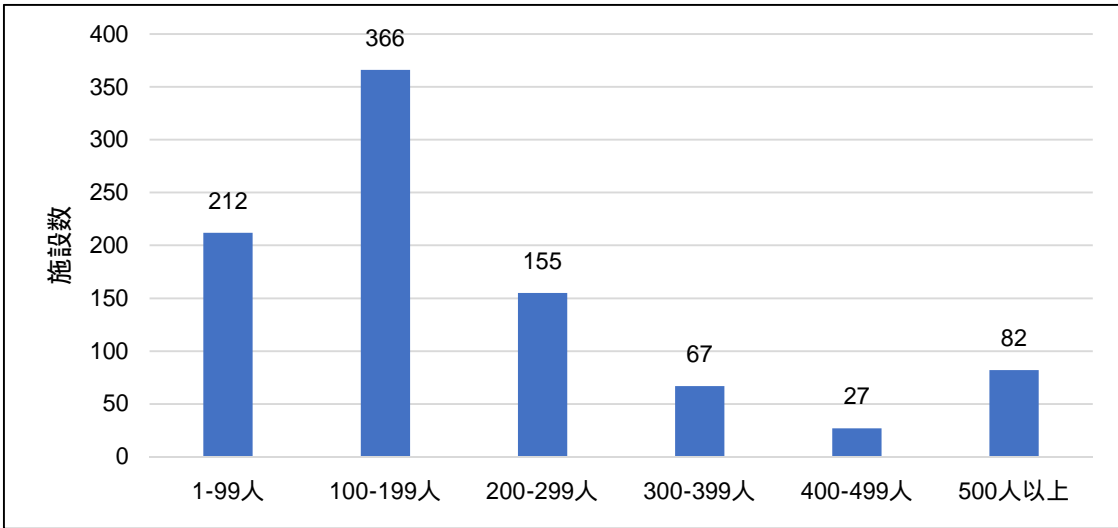


図 4 . 看護職等の人数

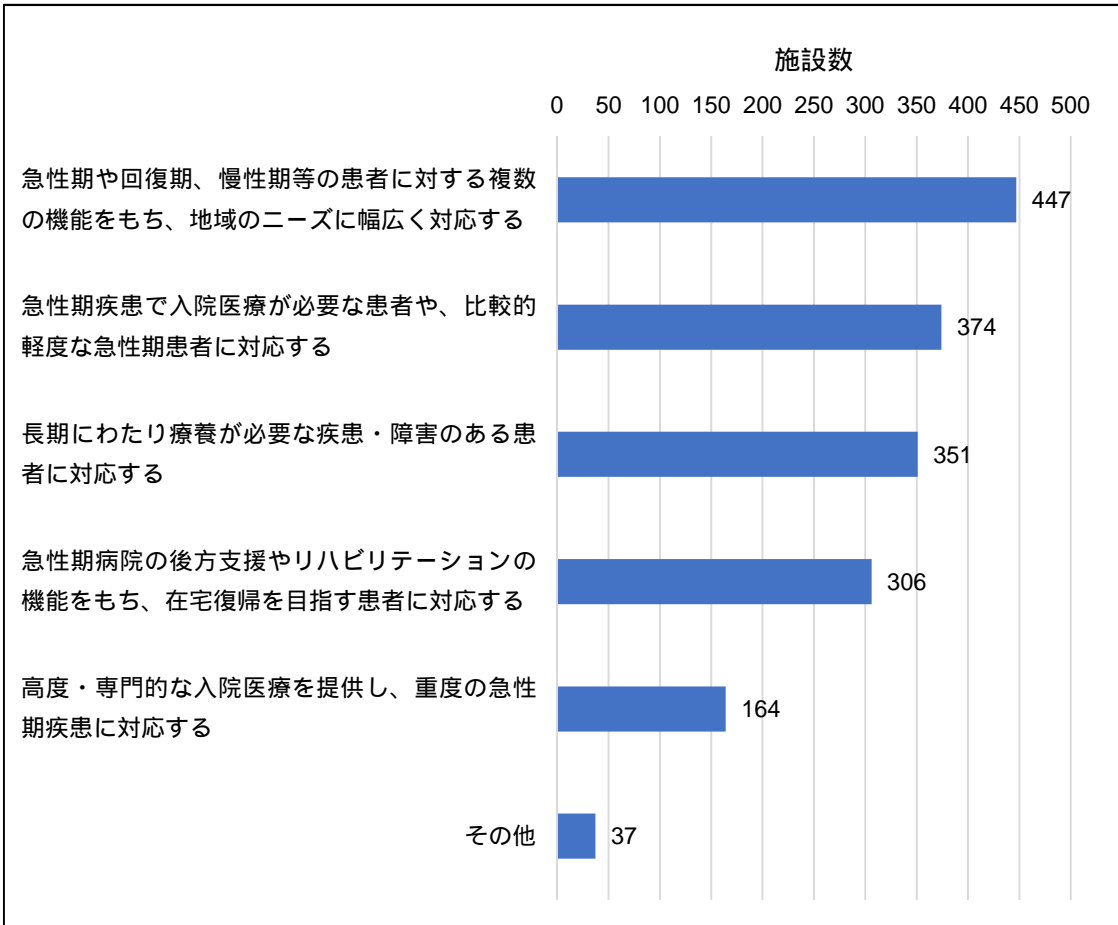


図 5 . 地域での主な役割

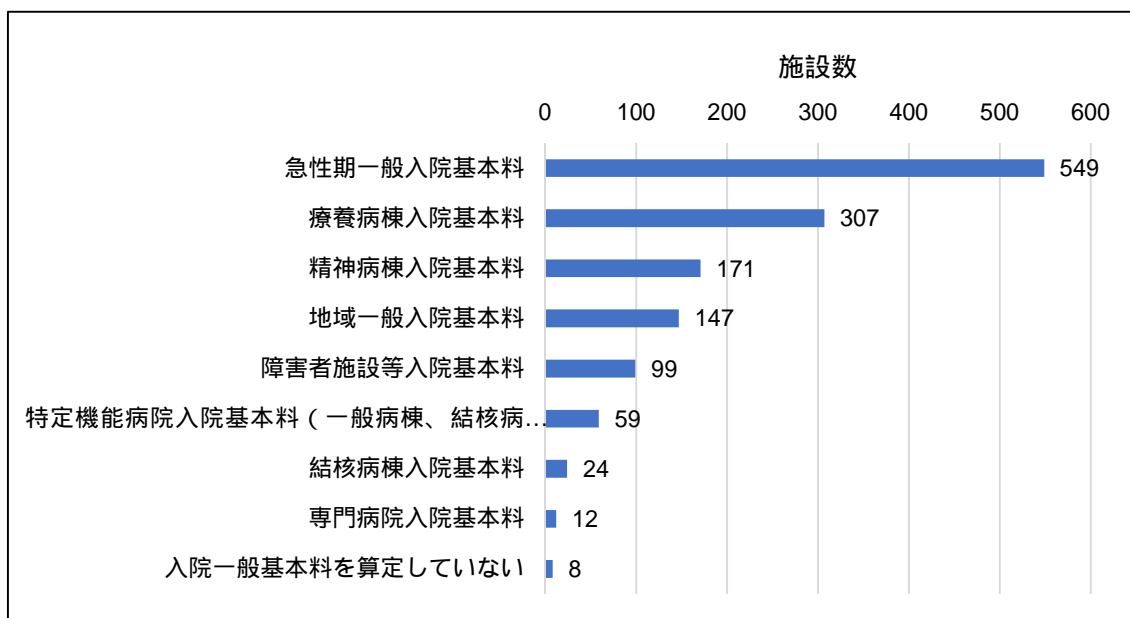


図6. 算定している入院基本料

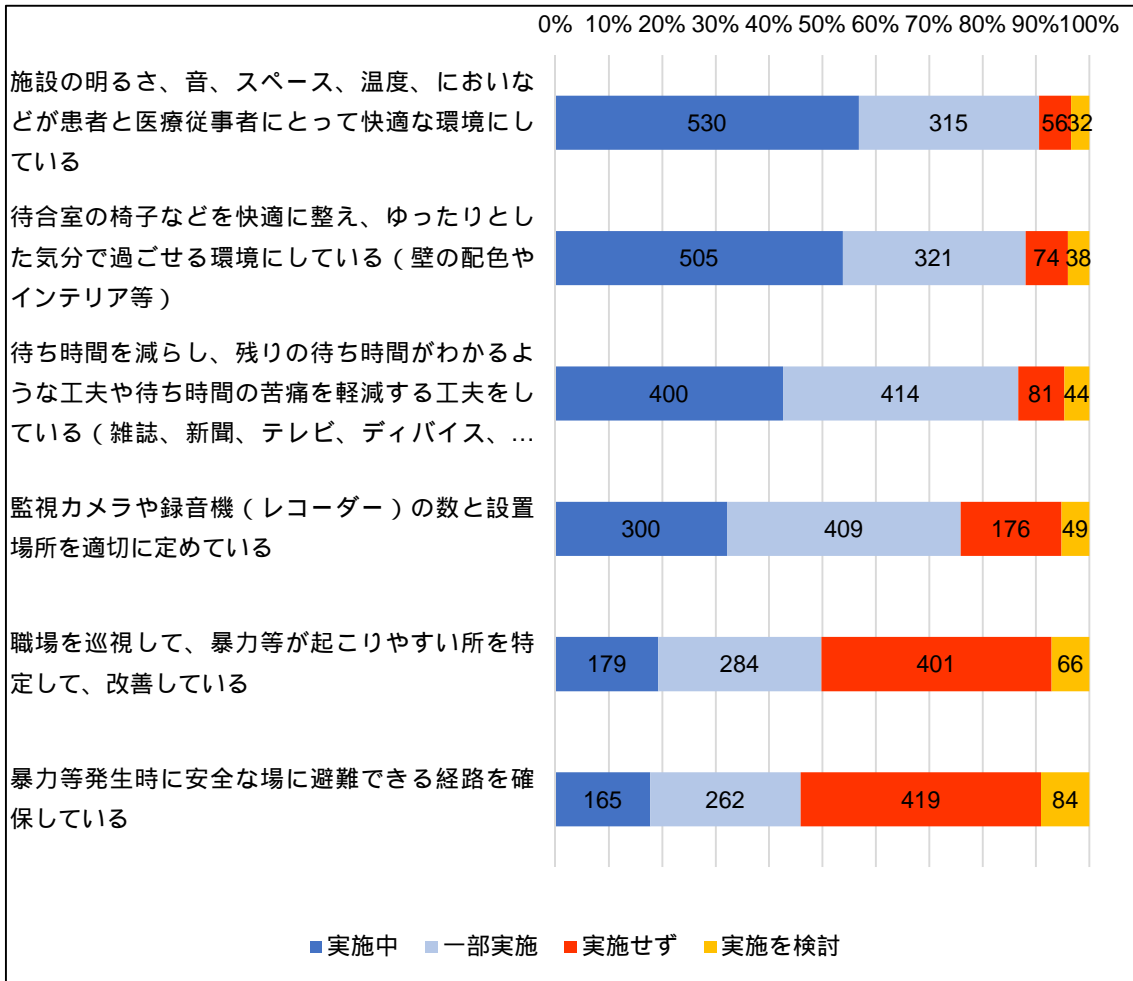


図7. 施設環境づくり

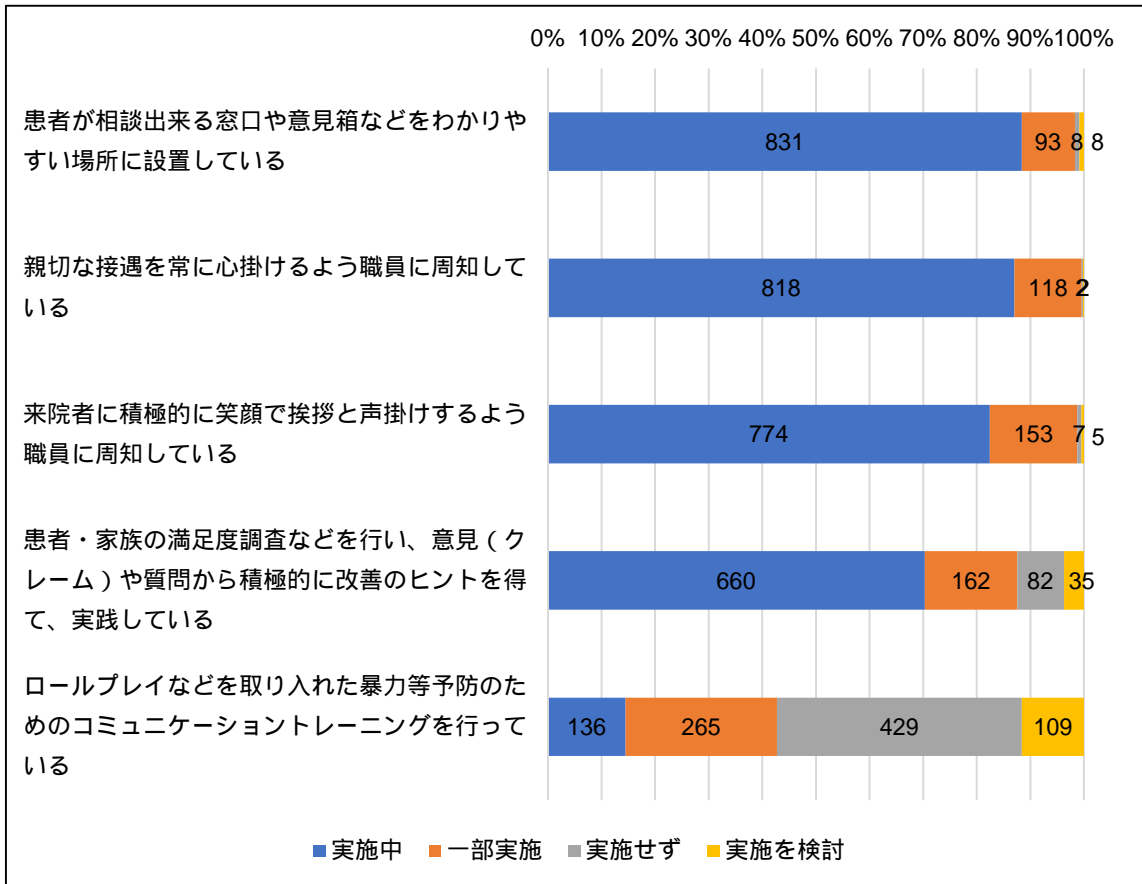


図 8 . 患者との良好なコミュニケーションの工夫

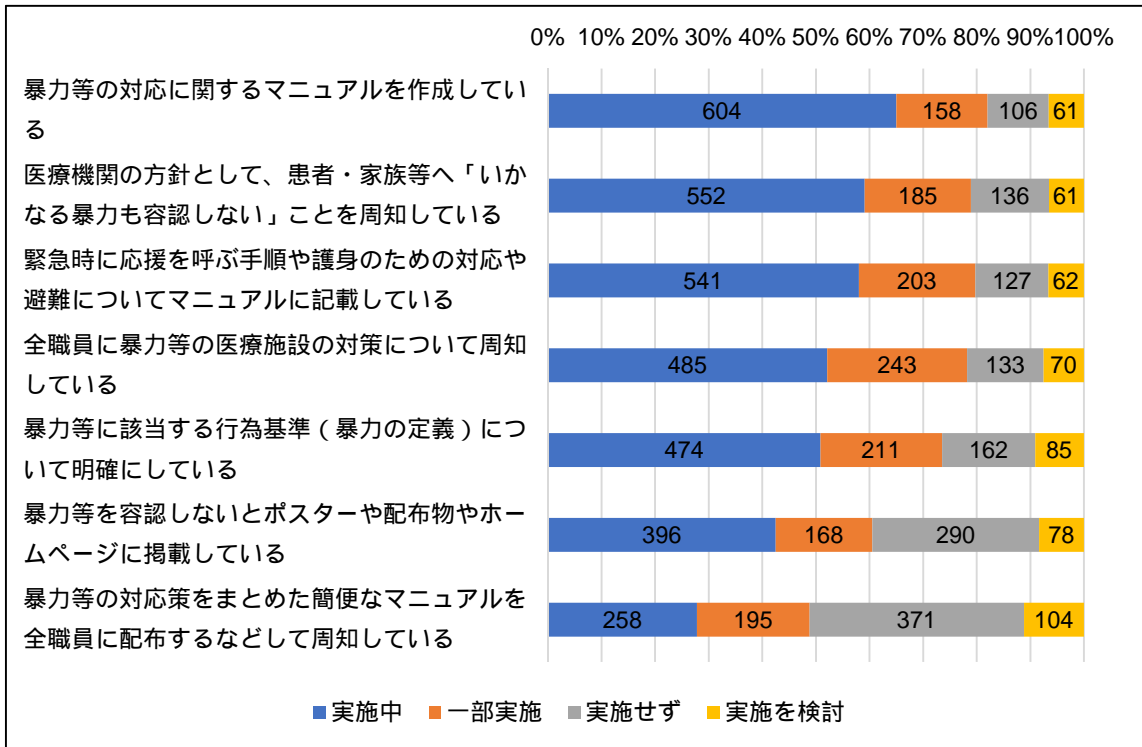


図 9．暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知

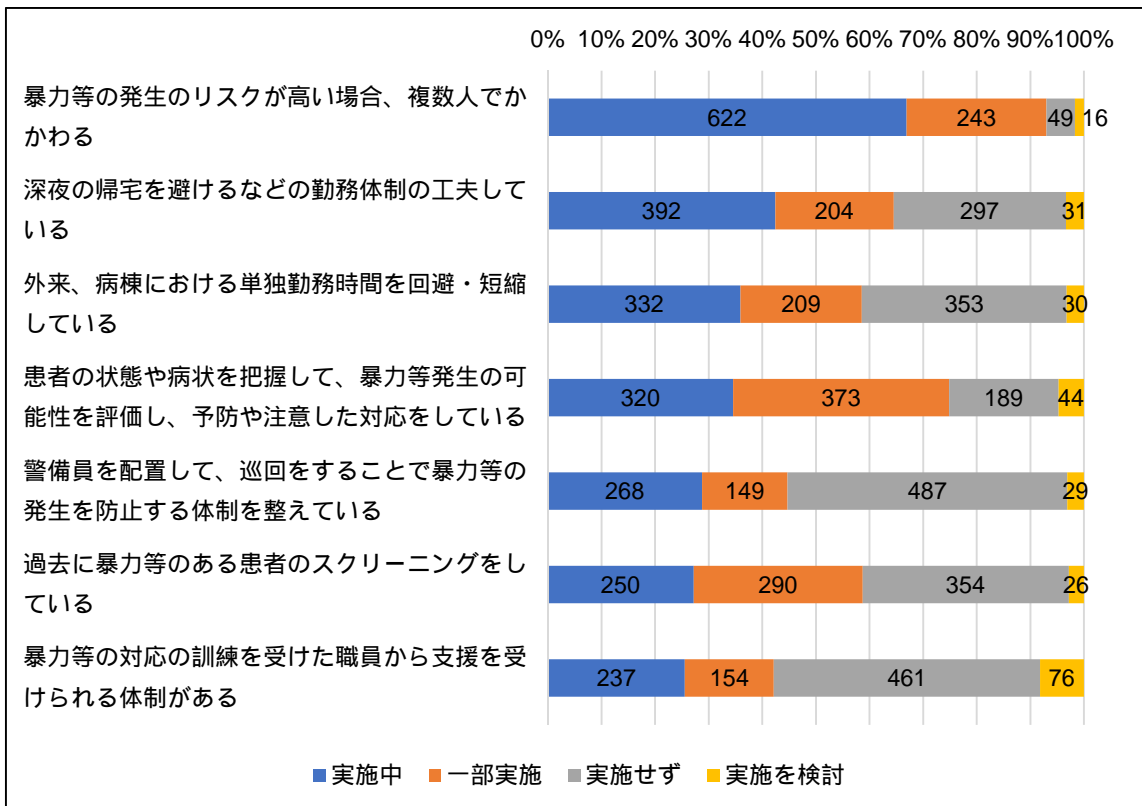


図 10．暴力等の発生を防止するための体制づくり

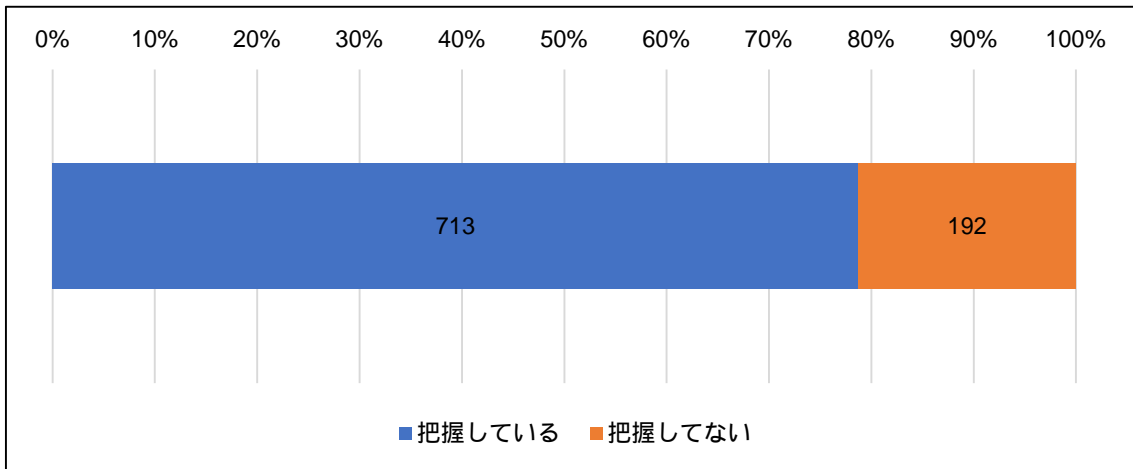


図 11 . 看護職に対する暴力等の発生件数の把握状況

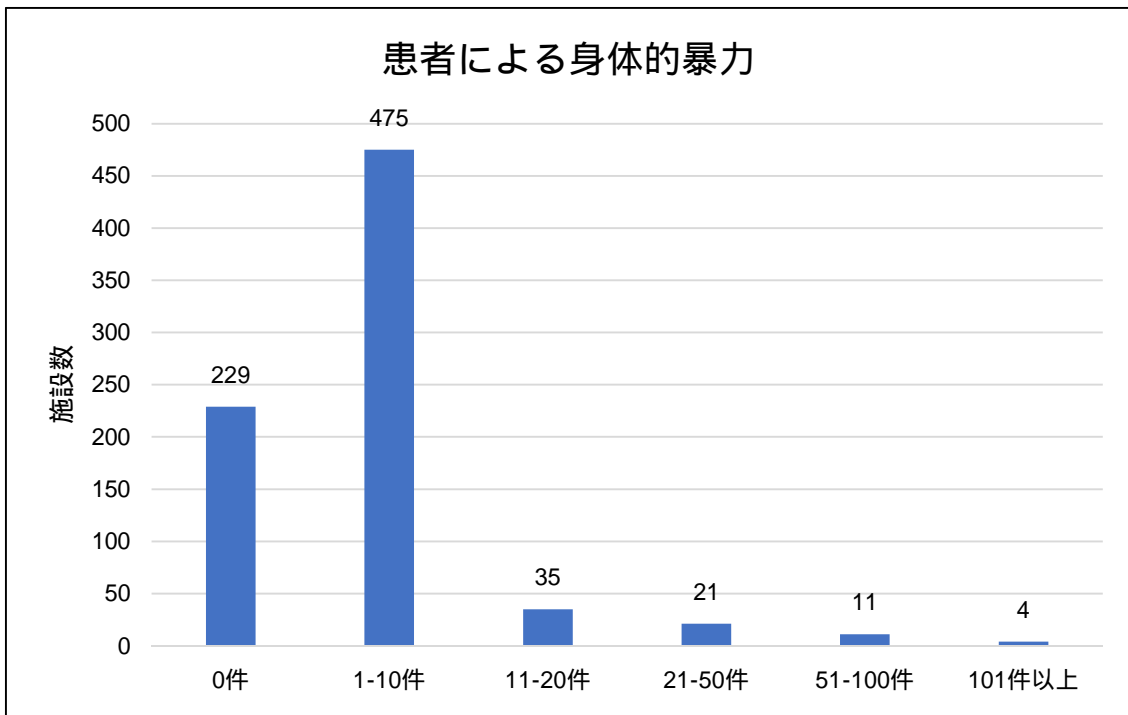


図 12 . 患者による身体的暴力の件数

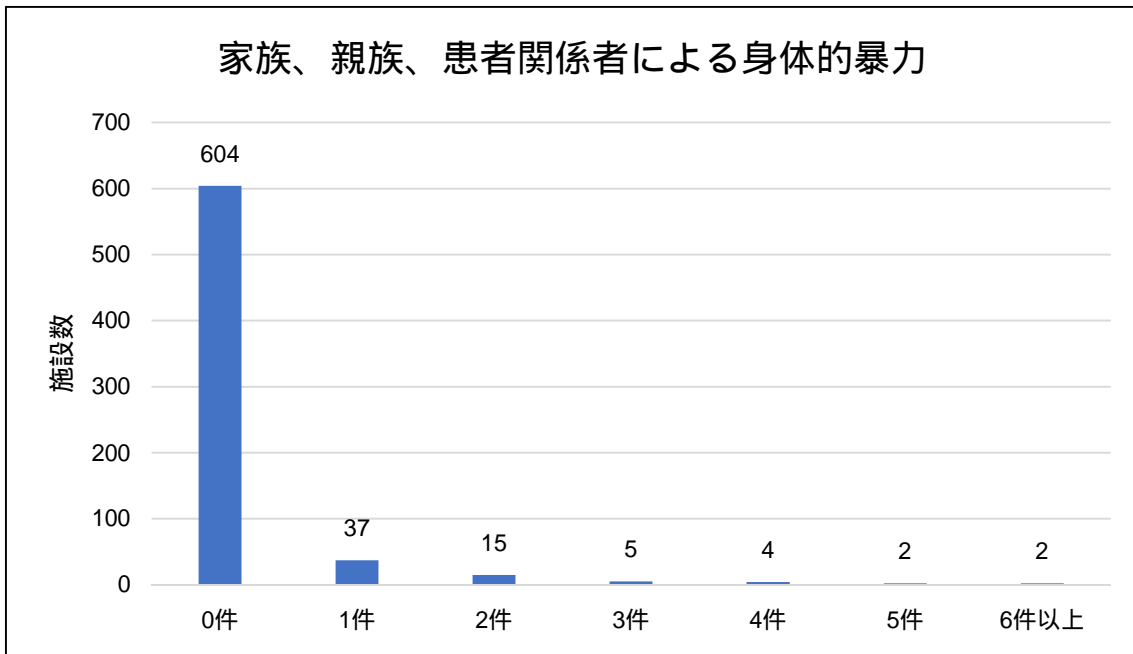


図 13 . 家族、親族、患者関係者による身体的暴力の件数

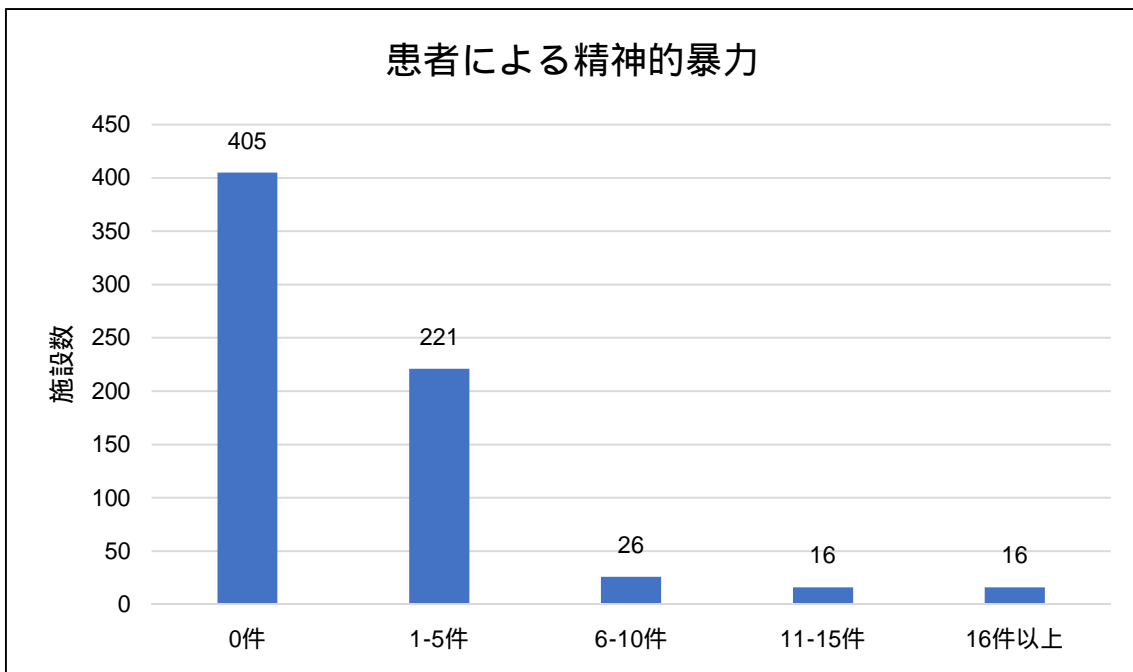


図 14 . 患者による精神的暴力の件数

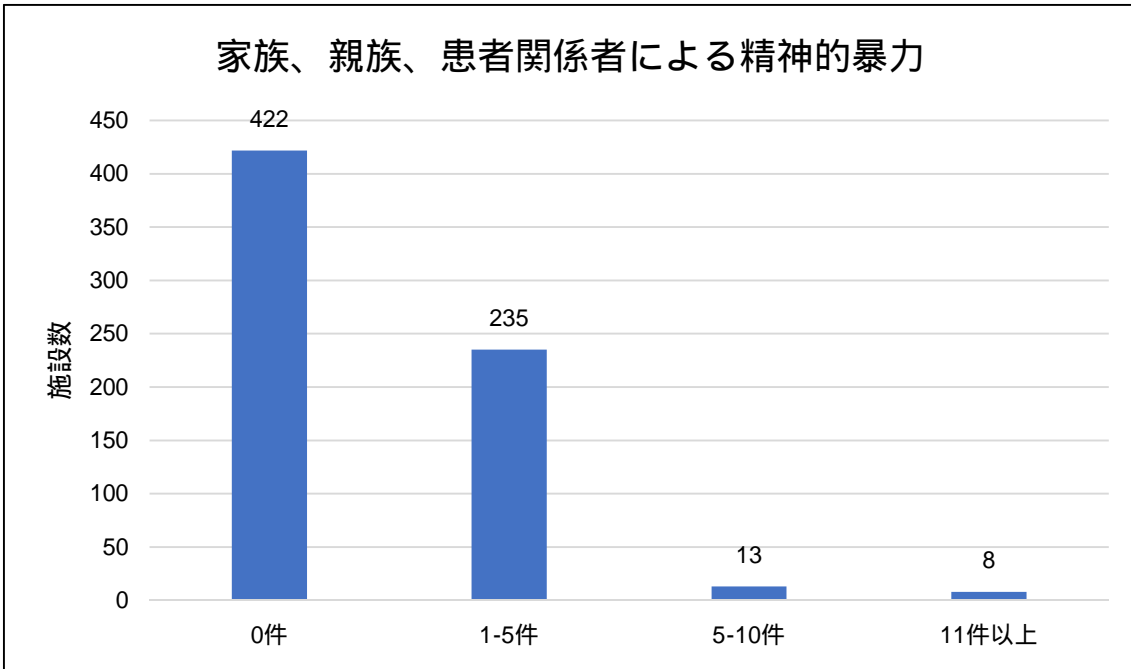


図 15 . 家族、親族、患者関係者による精神的暴力の件数

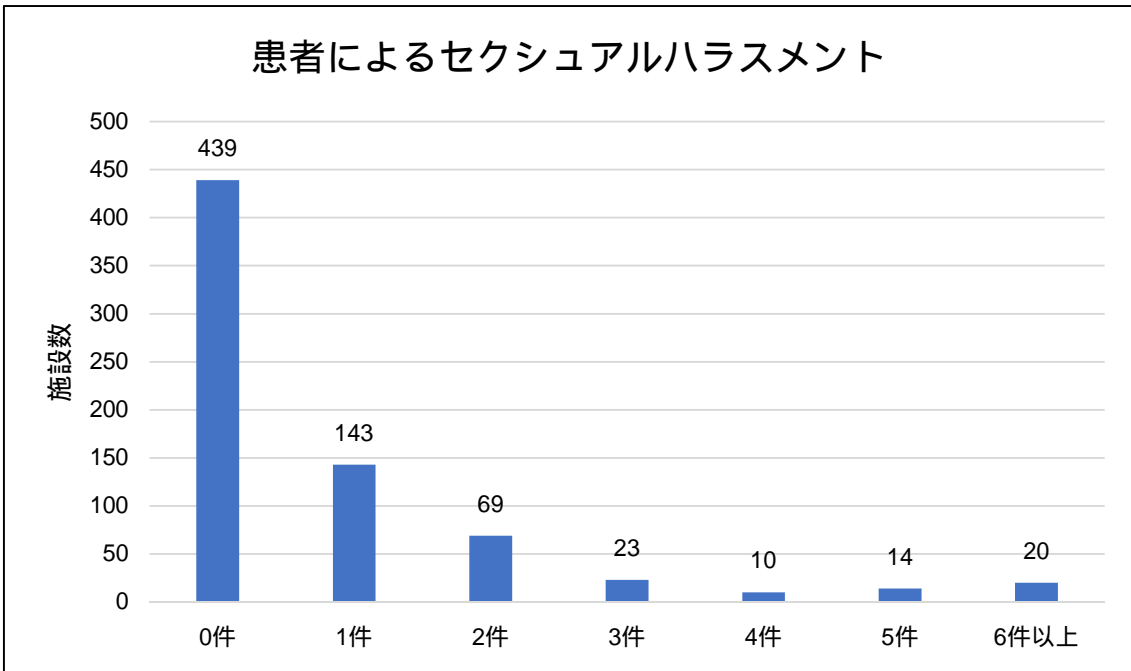


図 16 . 患者によるセクシュアルハラスメントの件数

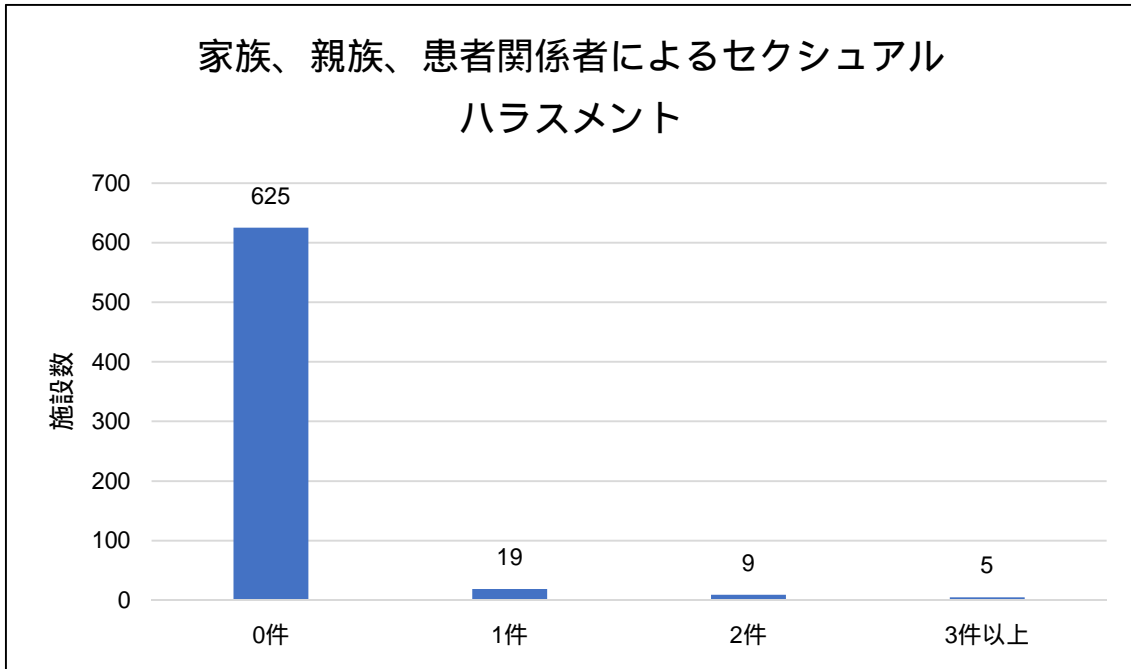


図 17 . 家族、親族、患者関係者によるセクシュアルハラメントの件数

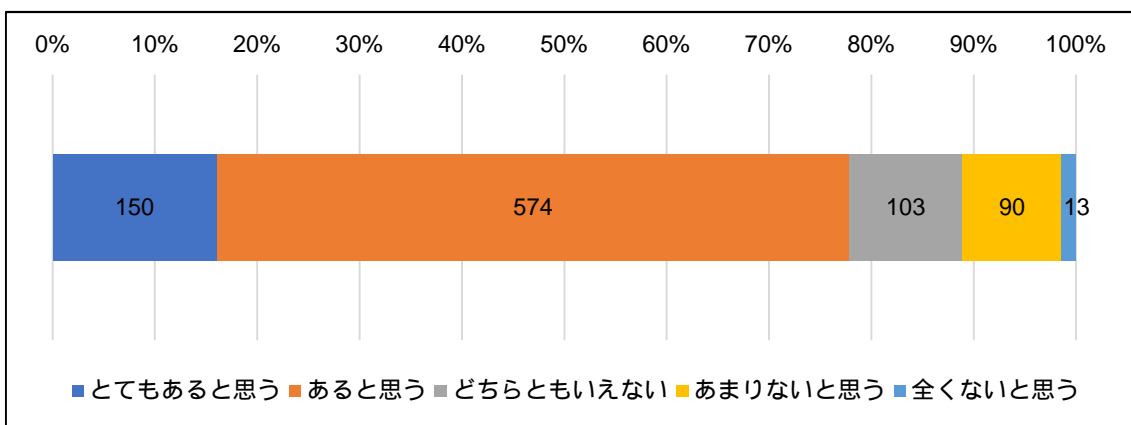


図 18 . 報告されない看護職等への潜在的な暴力

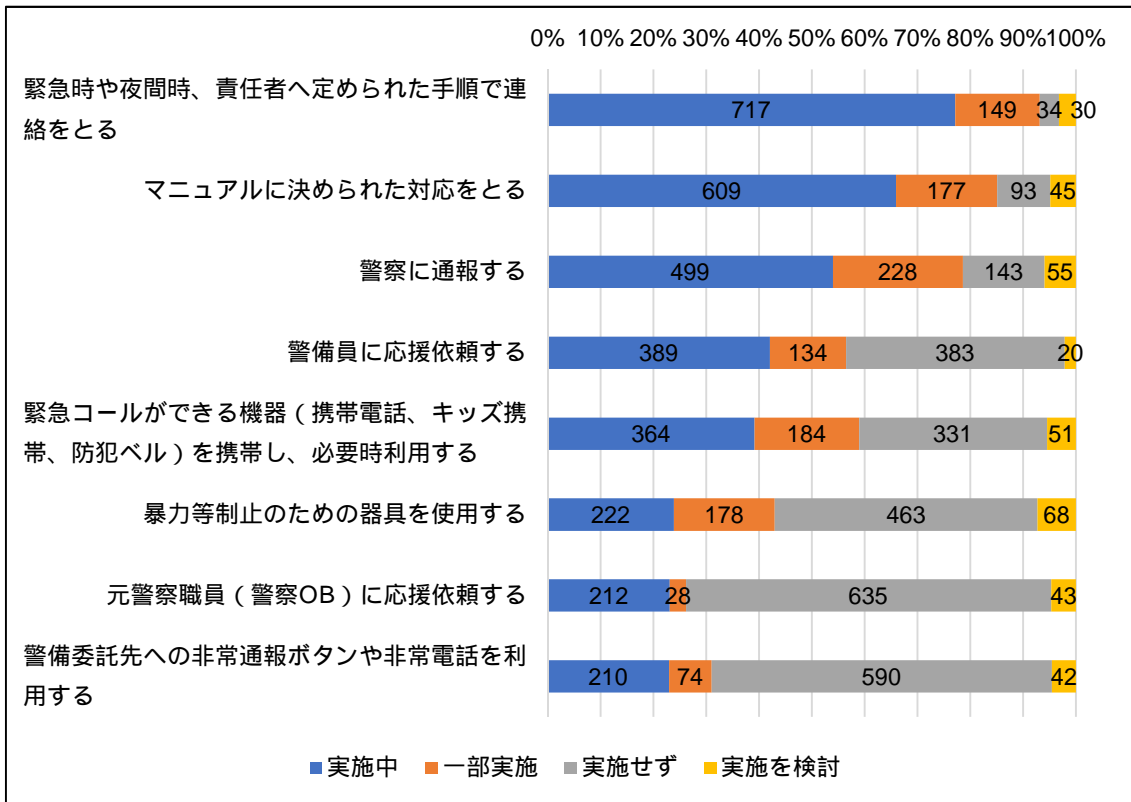


図 19．暴力等発生時の対策

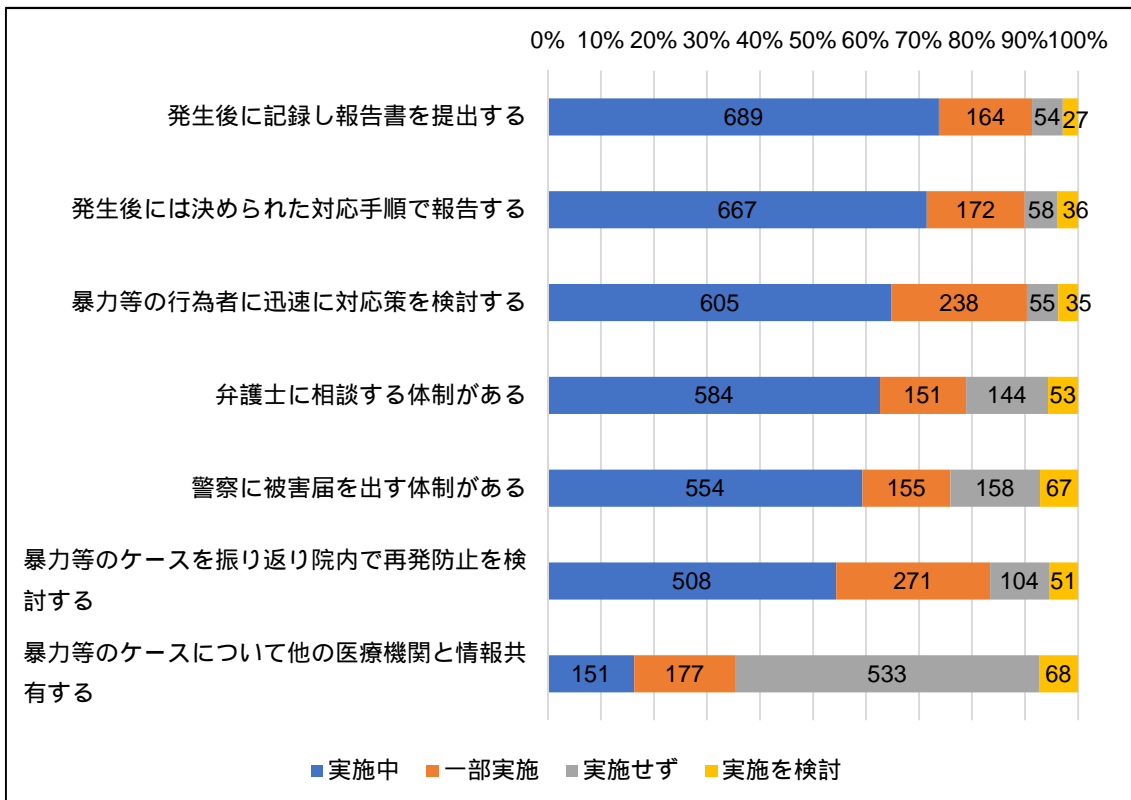


図 20．暴力等発生後の対策

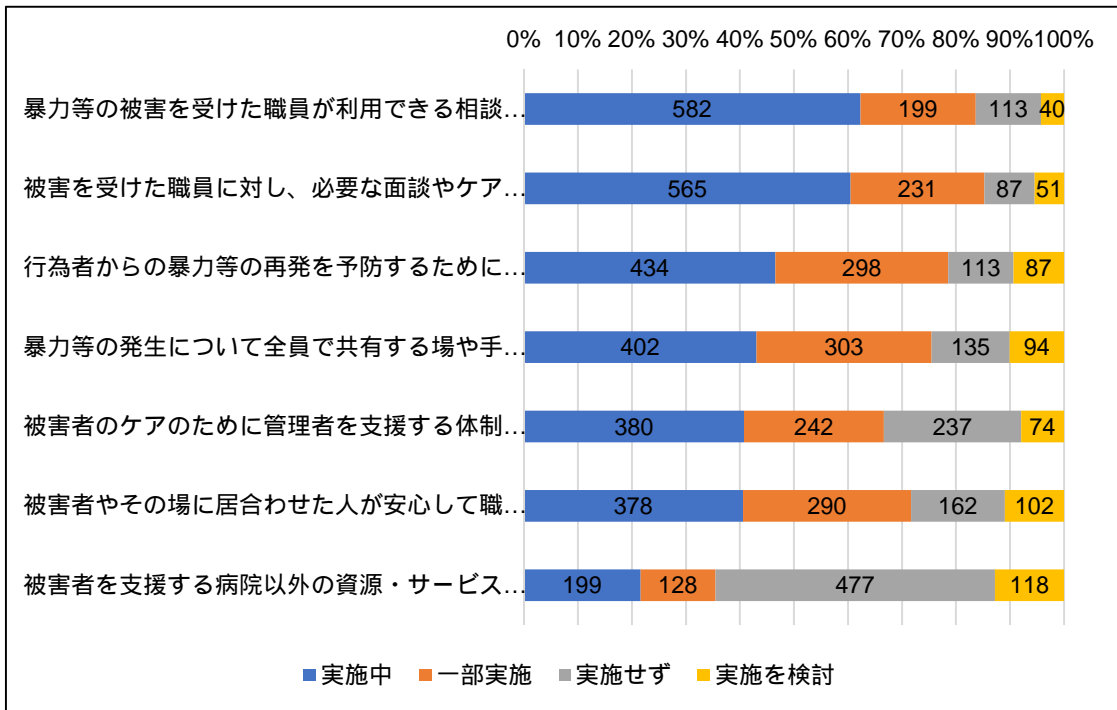


図 21 . 暴力等の被害を受けた職員への支援体制

1. 「施設環境づくり」の実施状況について

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

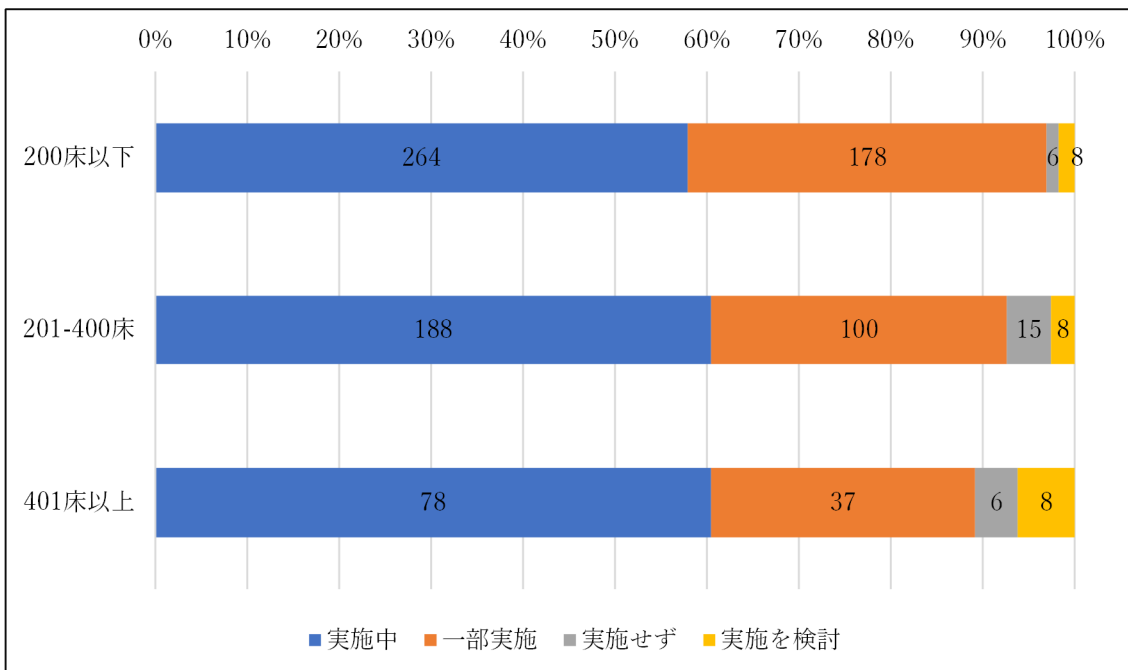


図 22-1.病床数別

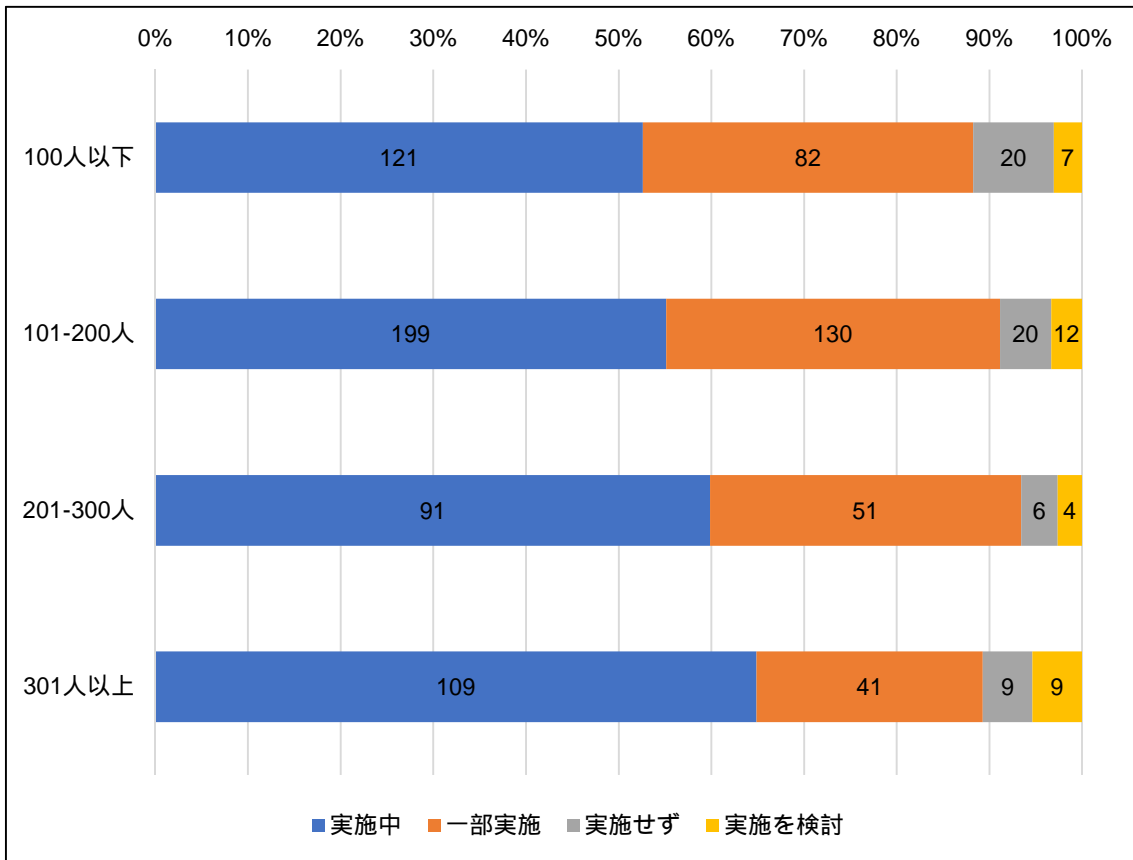


図 22-2.看護職数別

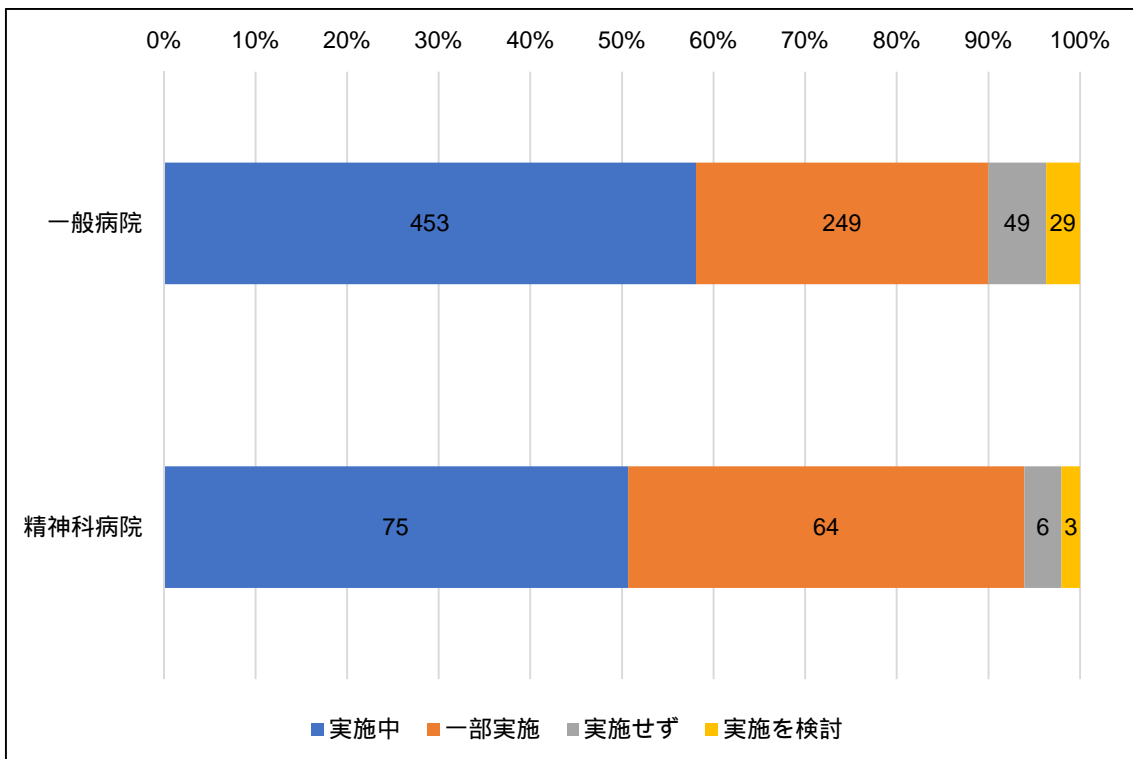


図 22-3. 一般・精神科病院別

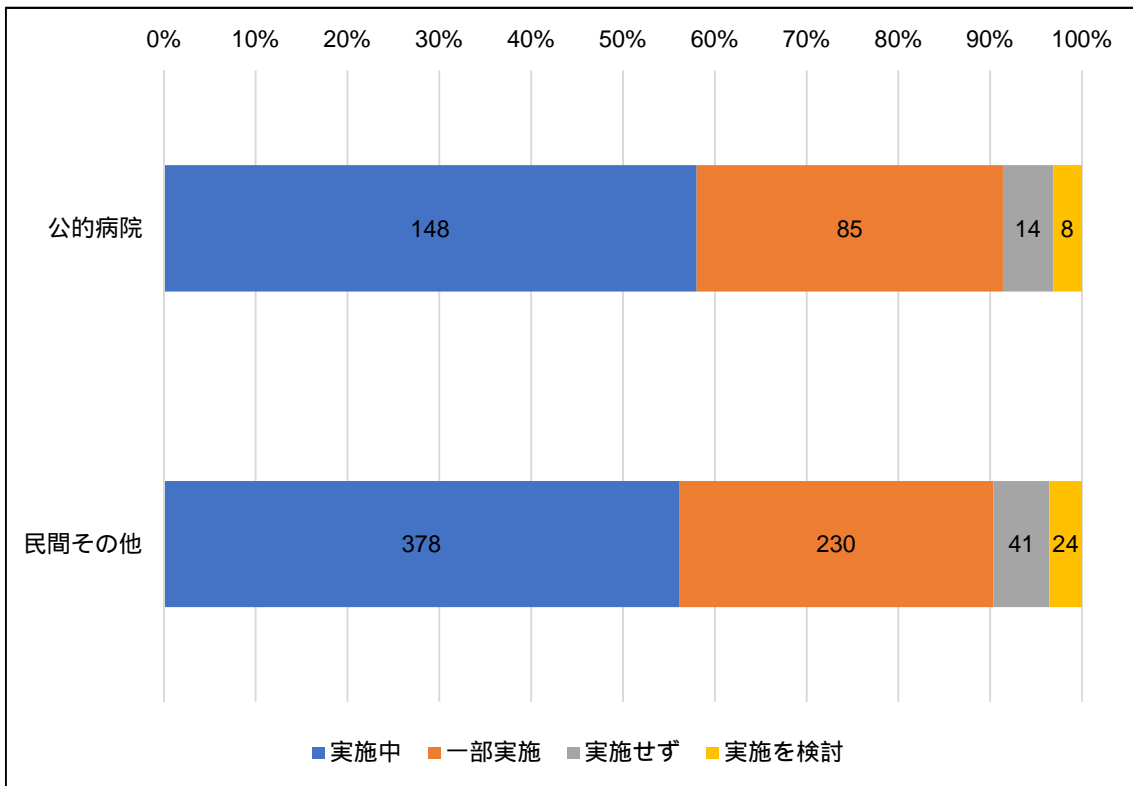


図 22-4. 公的・民間別

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)

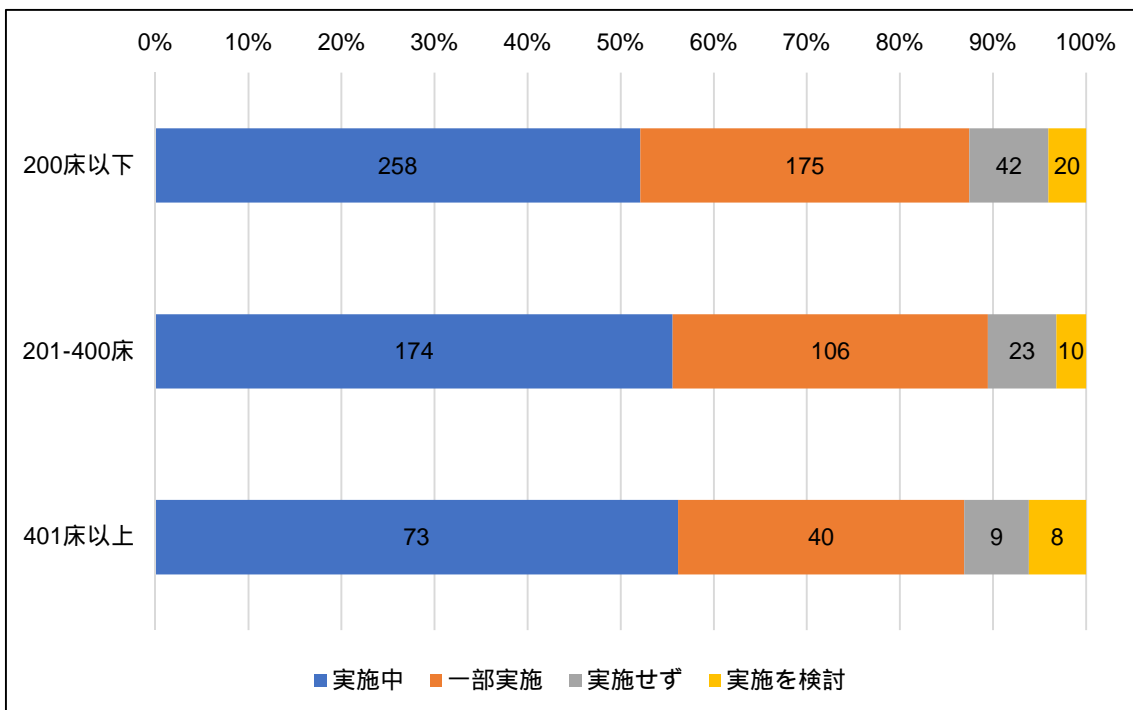


図 23-1. 病床数別

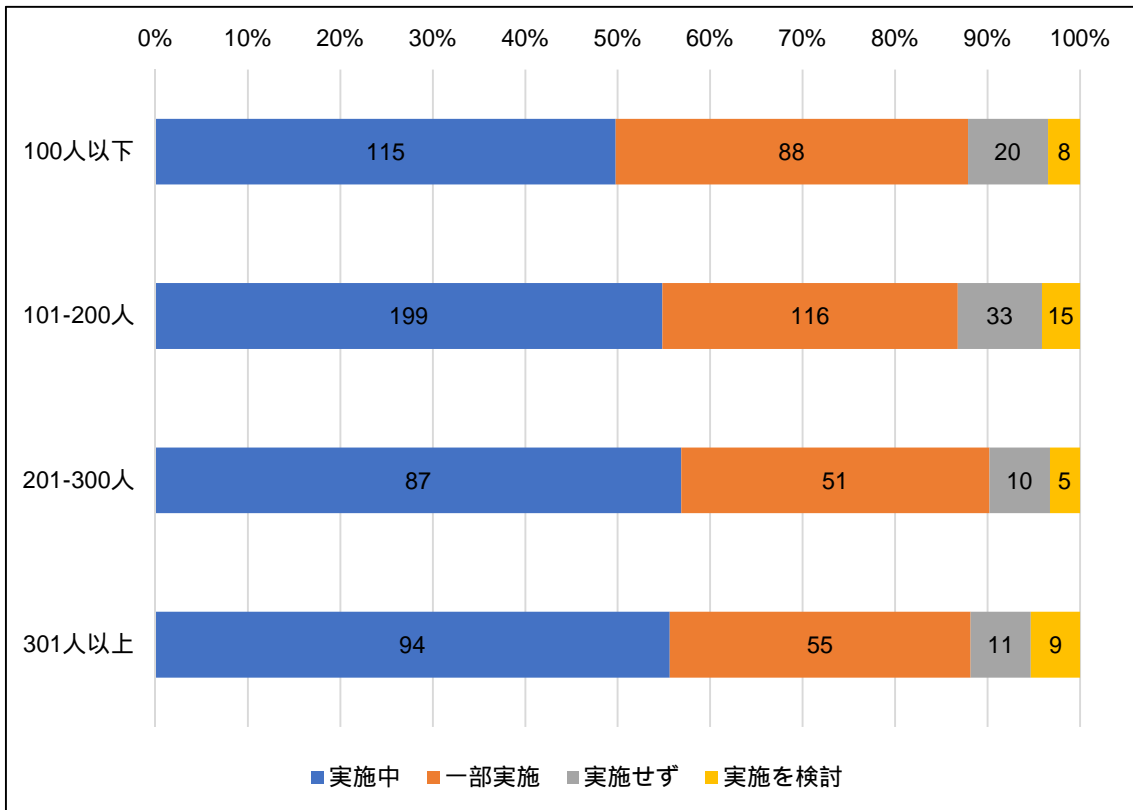


図 23-2. 看護職数別

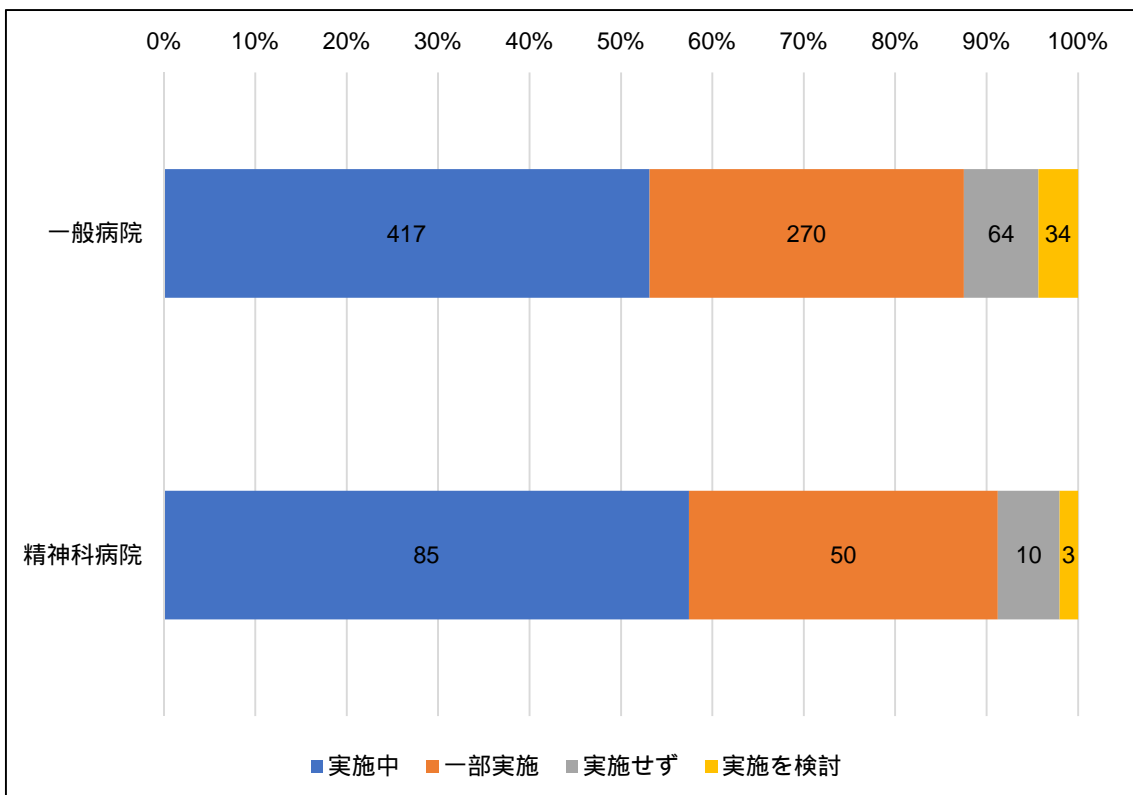


図 23-3. 一般・精神科病院別

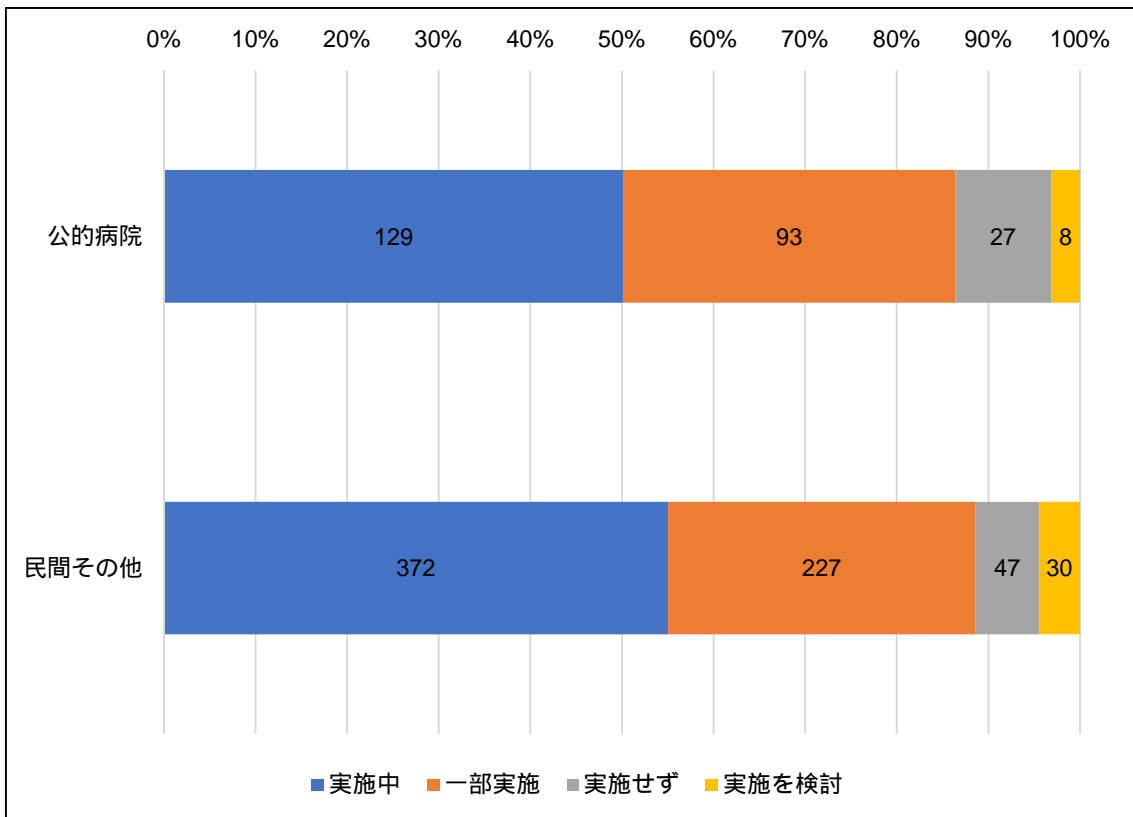


図 23-4. 公的・民間別

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）

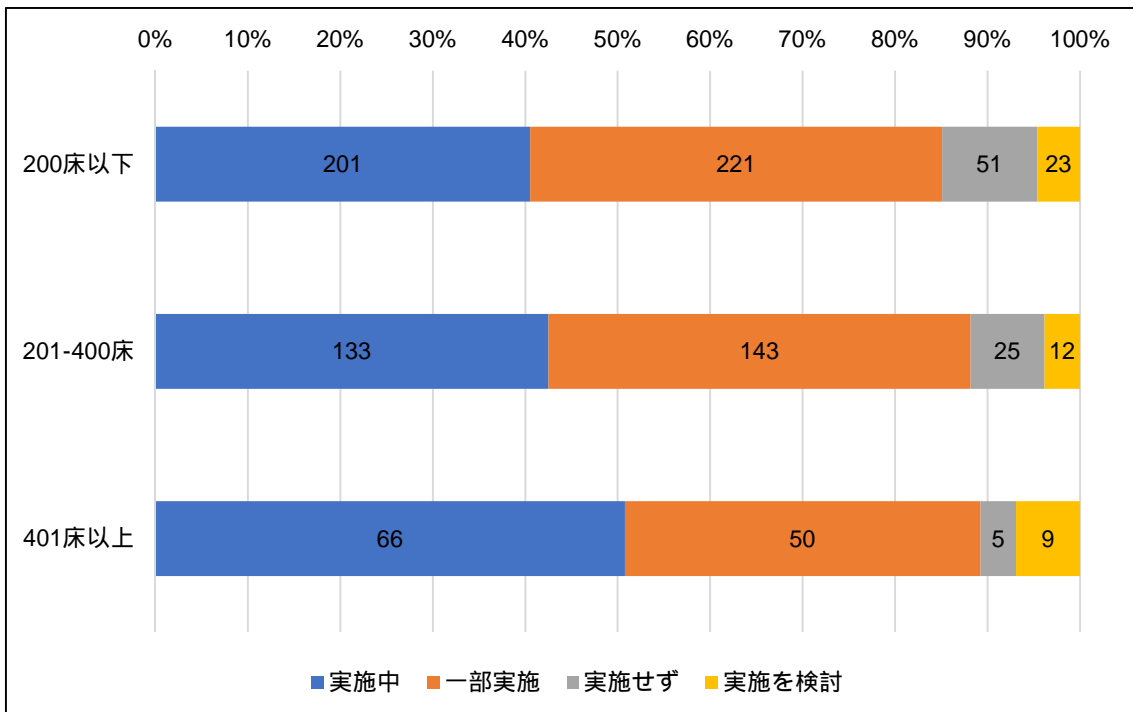


図 24-1. 病床数別

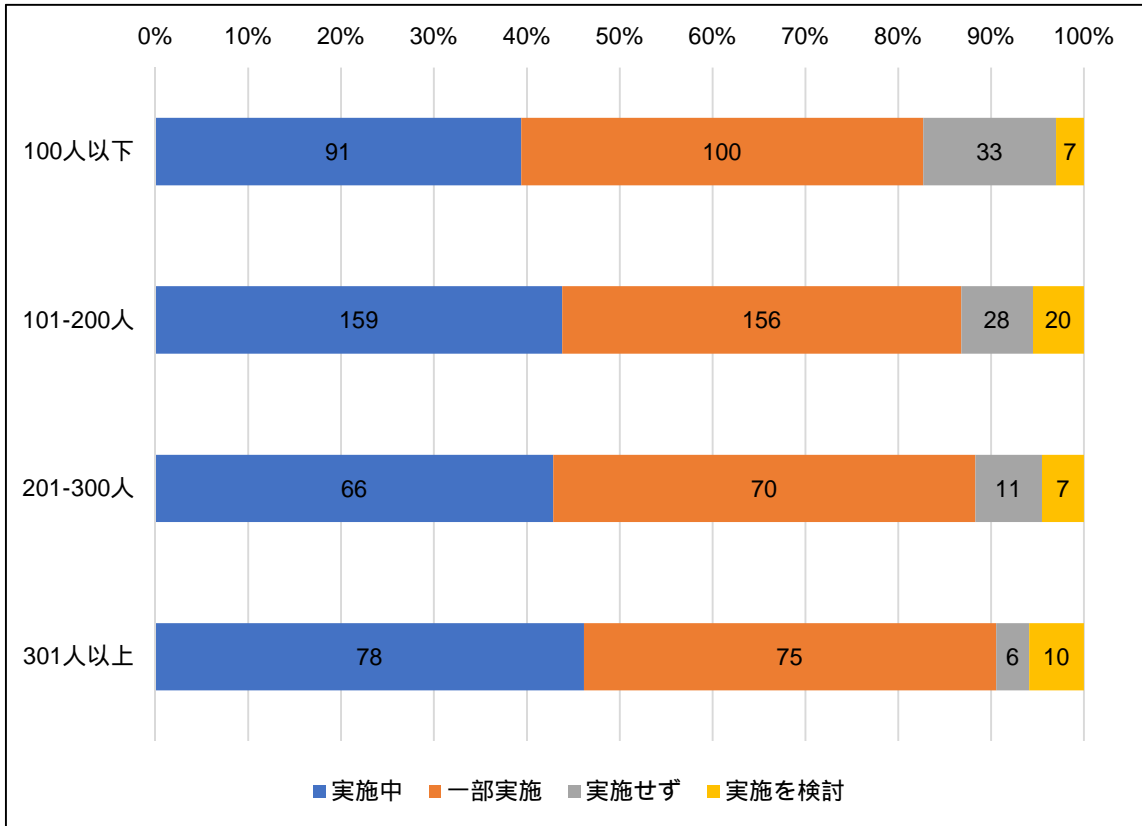


図 24-2. 看護職数別

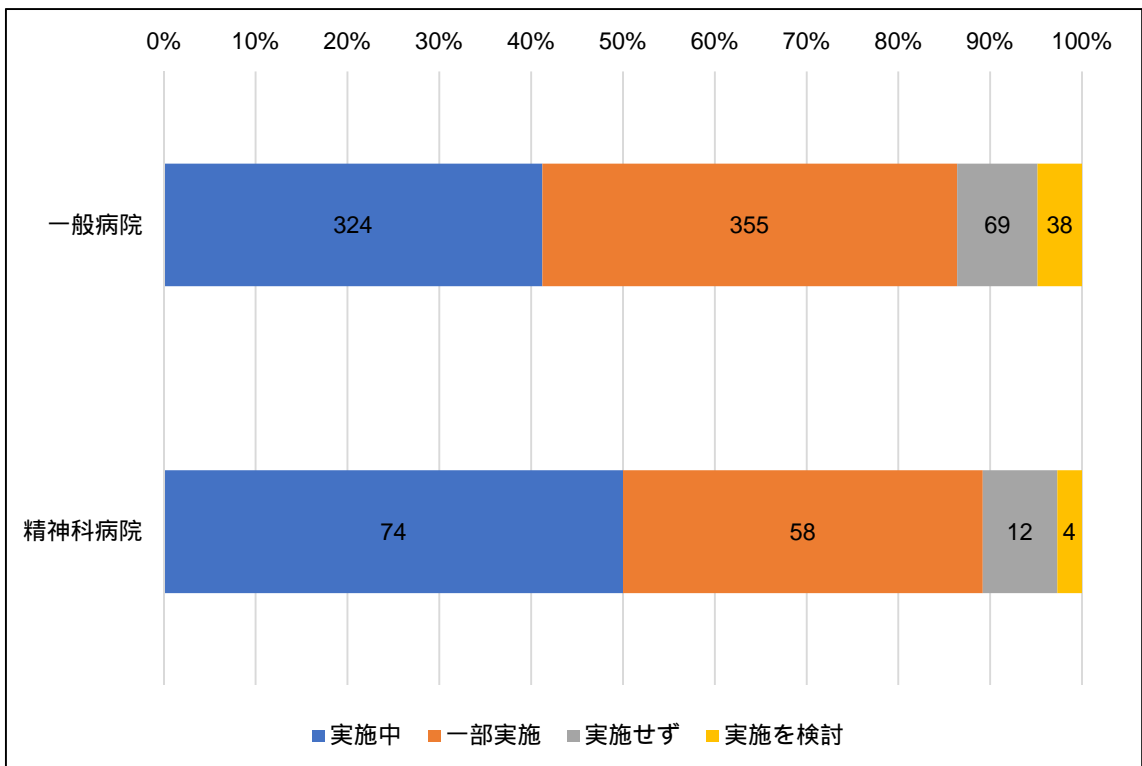


図 24-3. 一般・精神科病院別

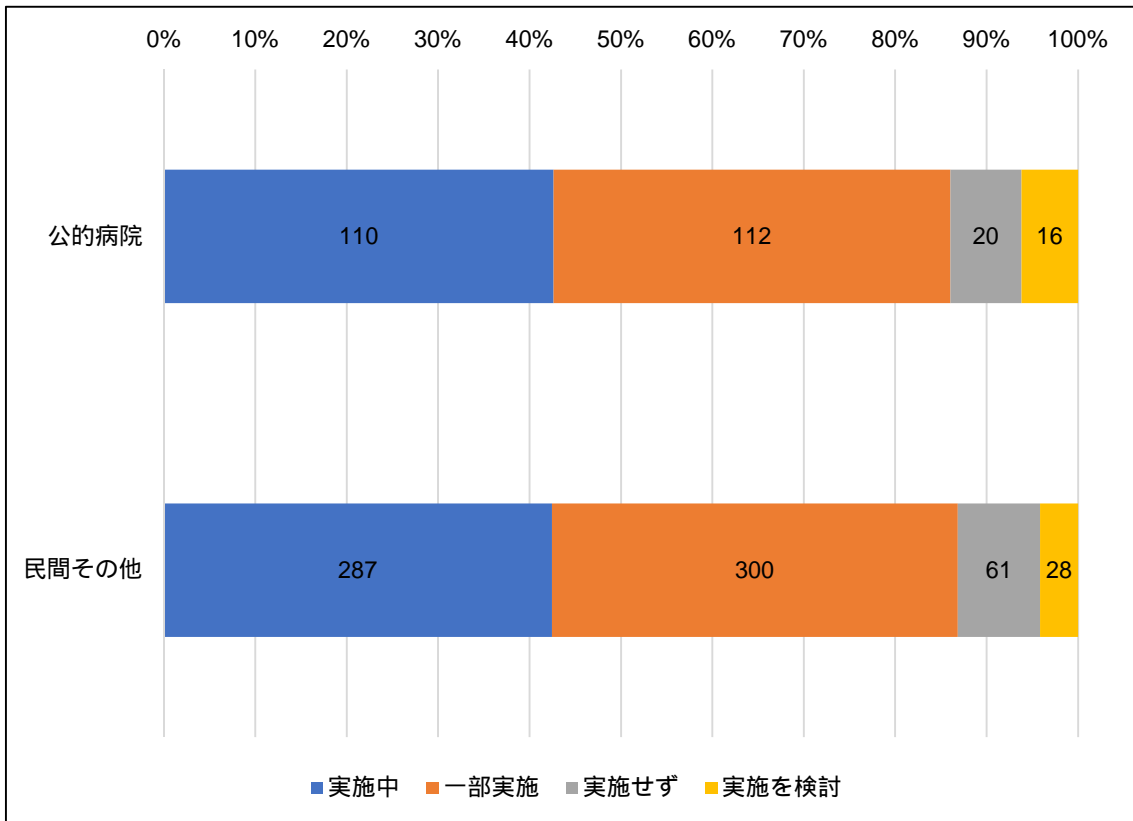


図 24-4. 公的・民間別

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

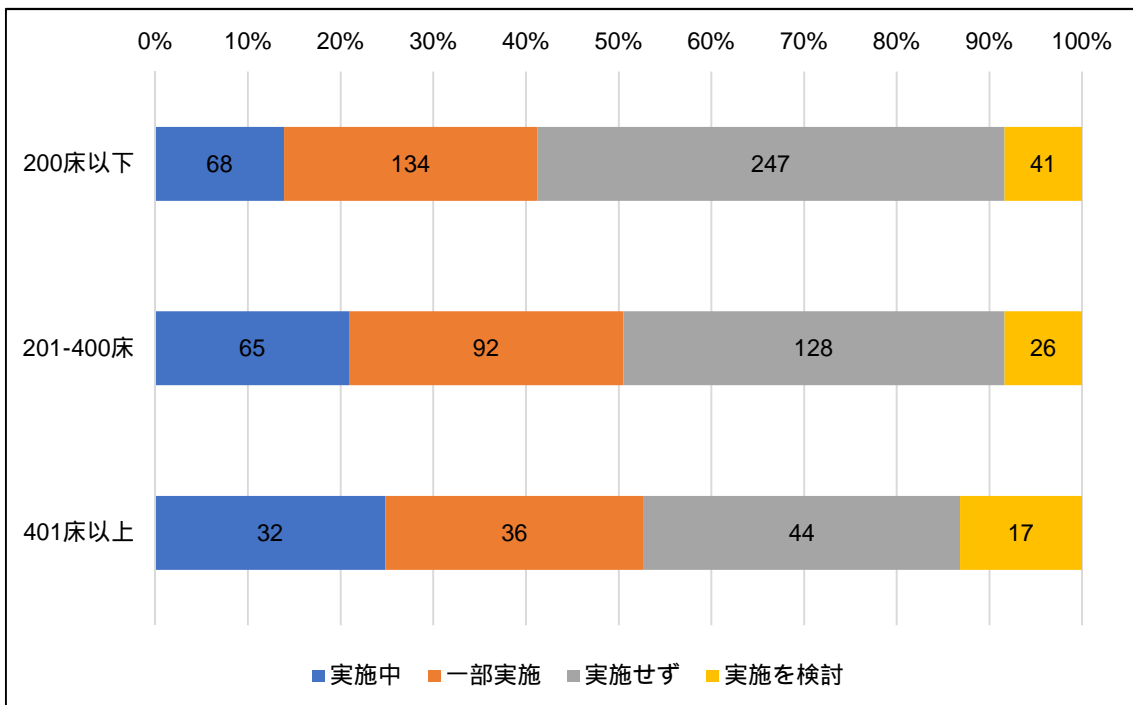


図 25-1. 病床数別

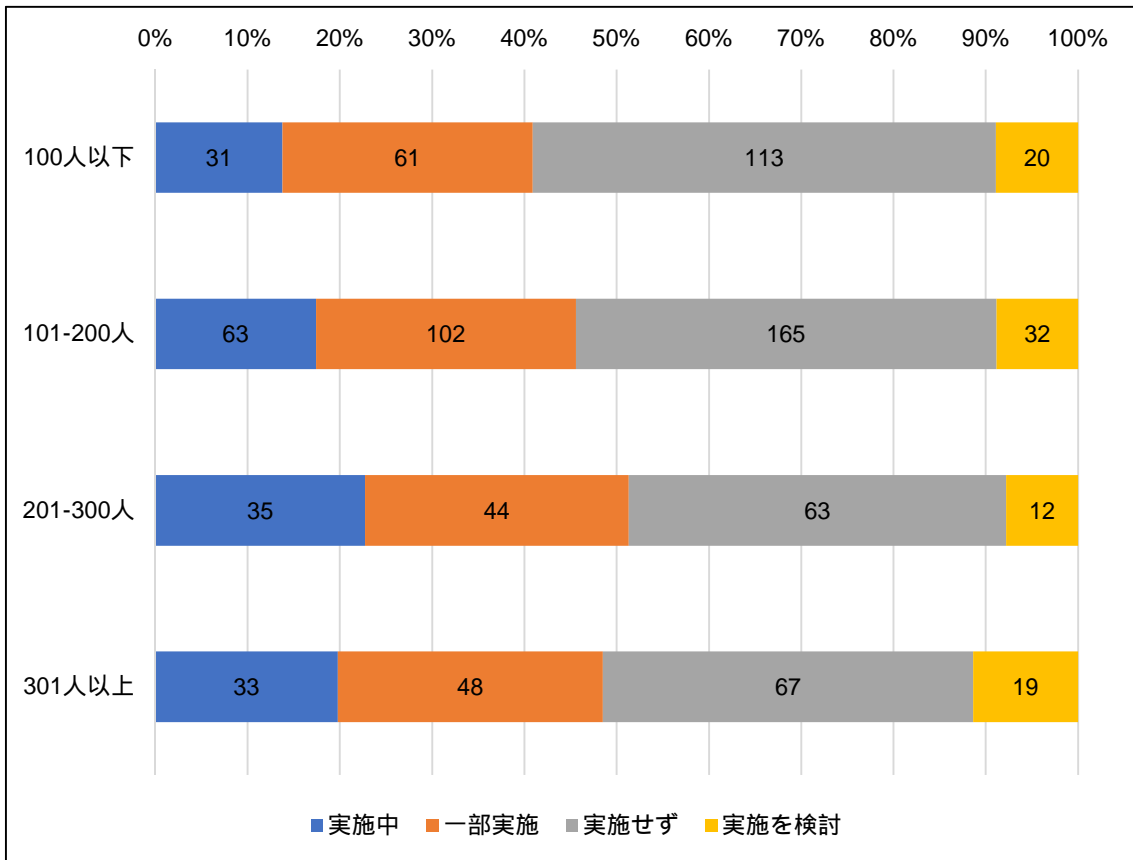


図 25-2. 看護職数別

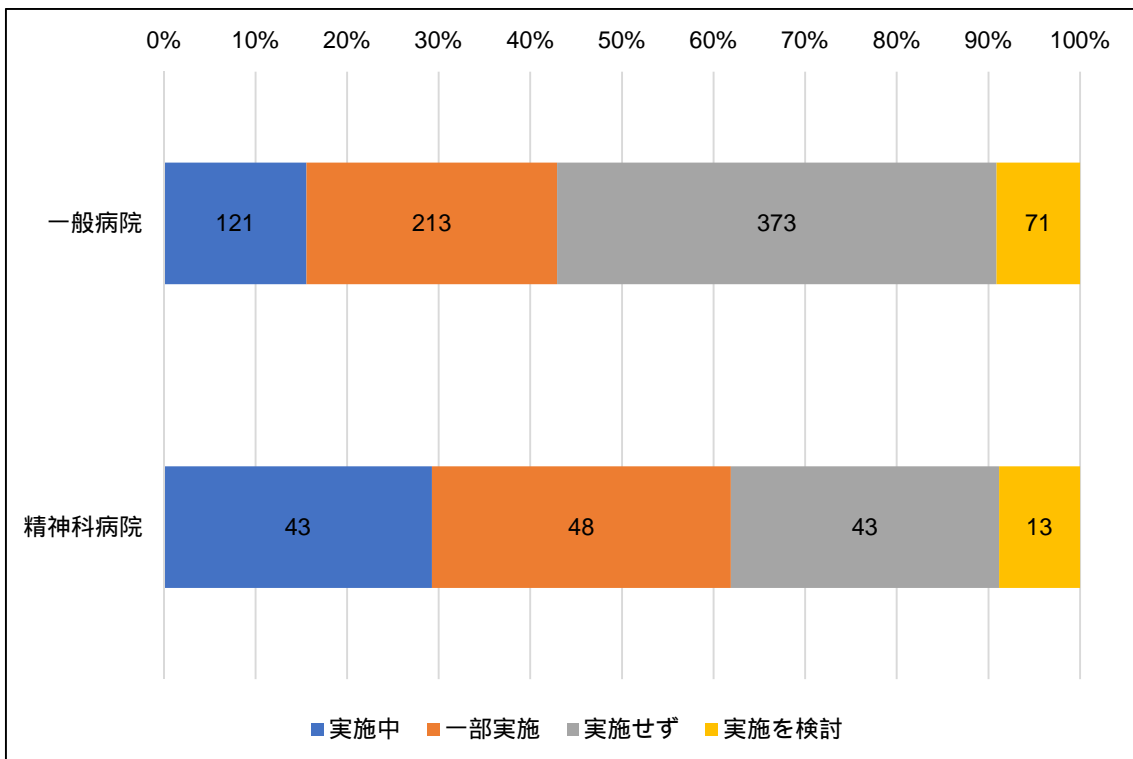


図 25-3. 一般・精神科病院別

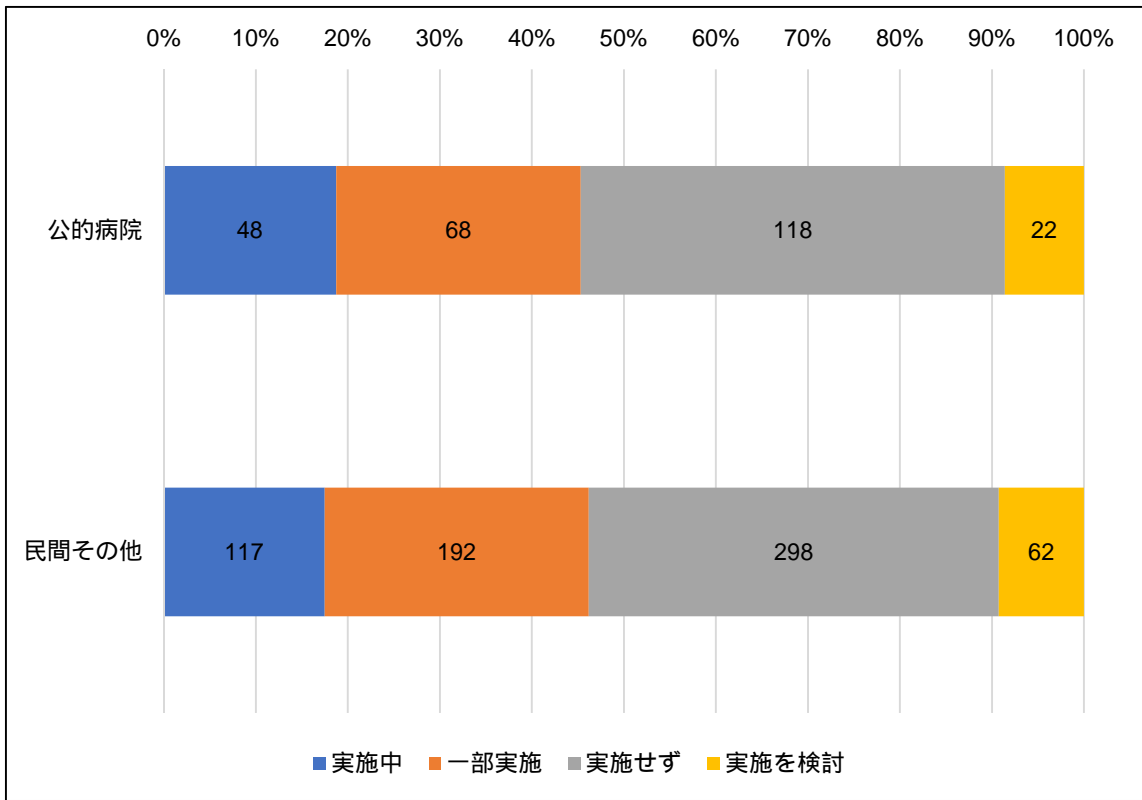


図 25-4. 公的・民間別

監視カメラや録音機（レコーダー）の数と設置場所を適切に定めている

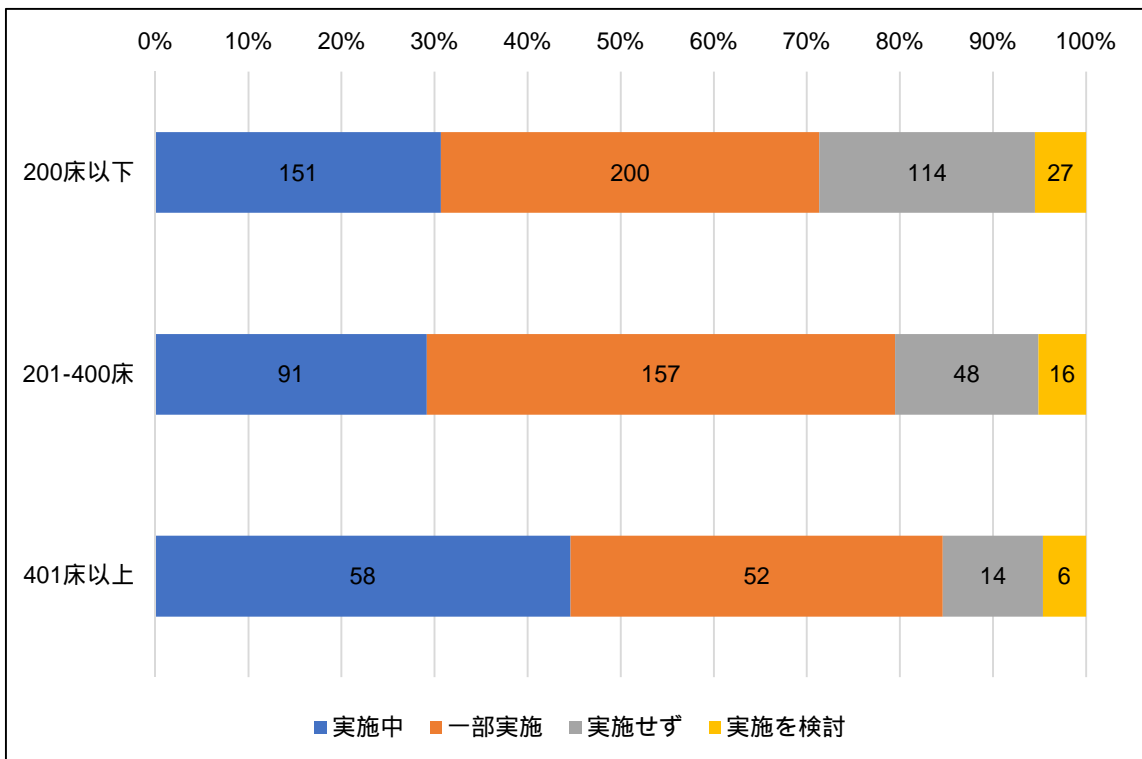


図 26-1. 病床数別

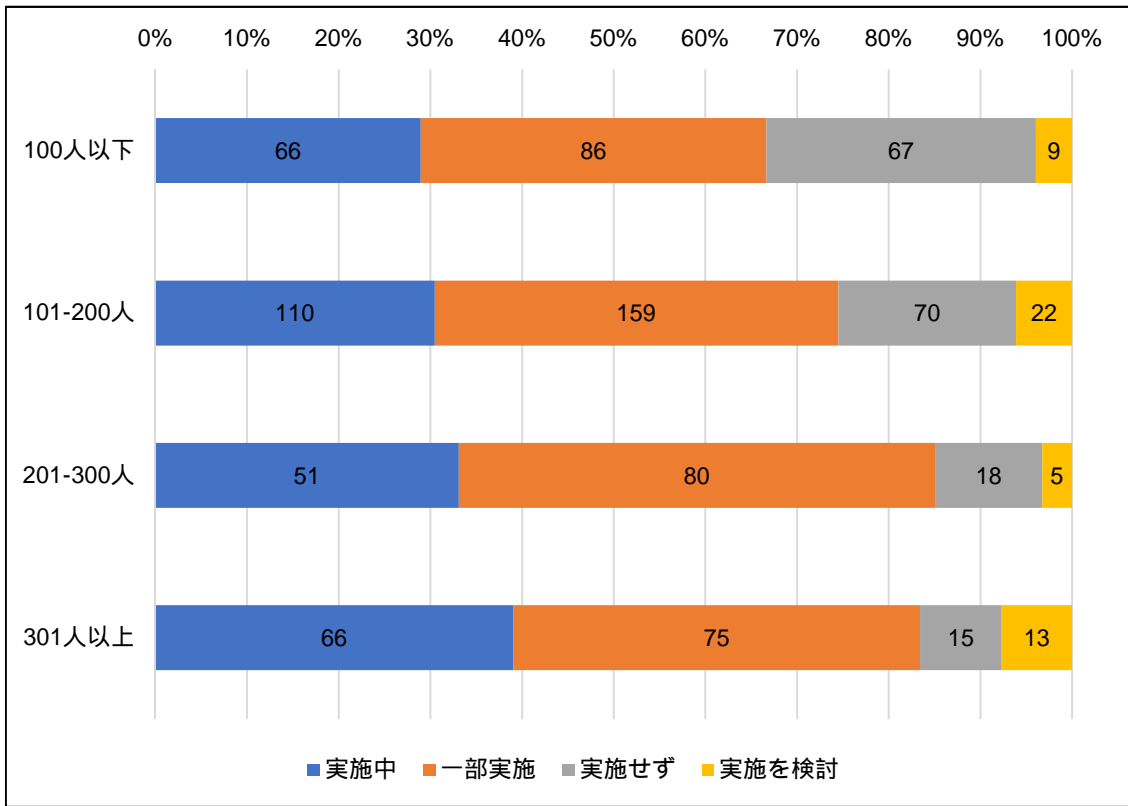


図 26-2. 看護職数別

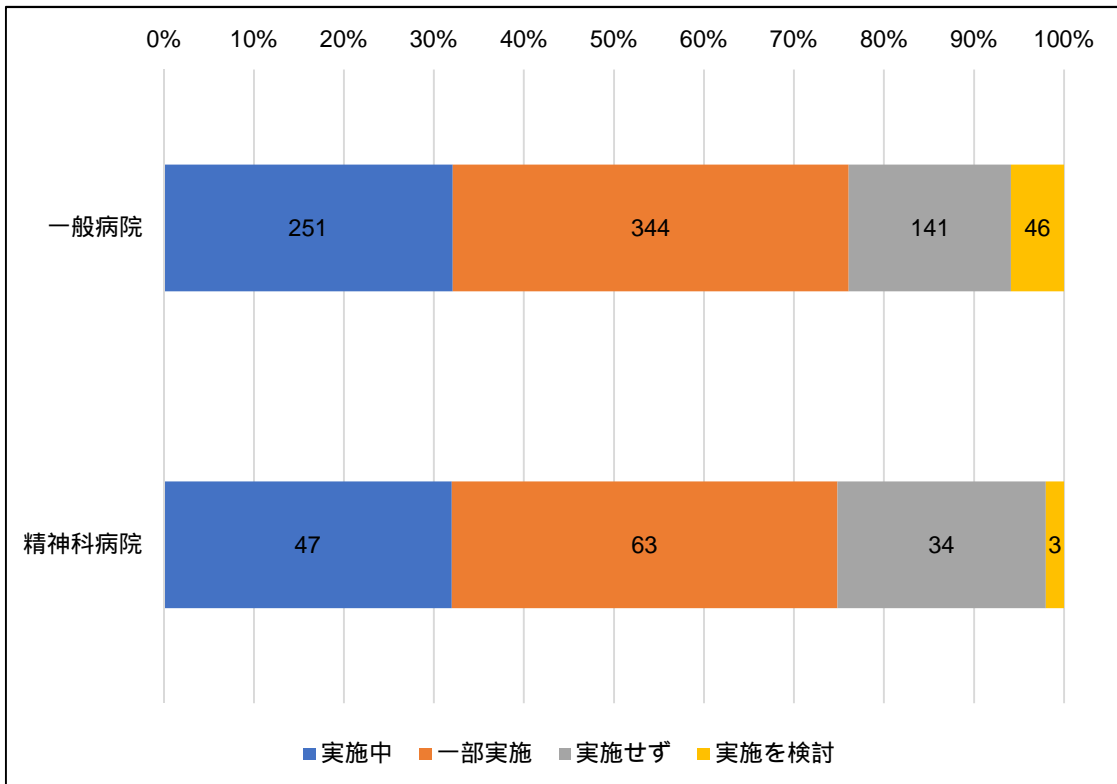


図 26-3. 一般・精神科病院別

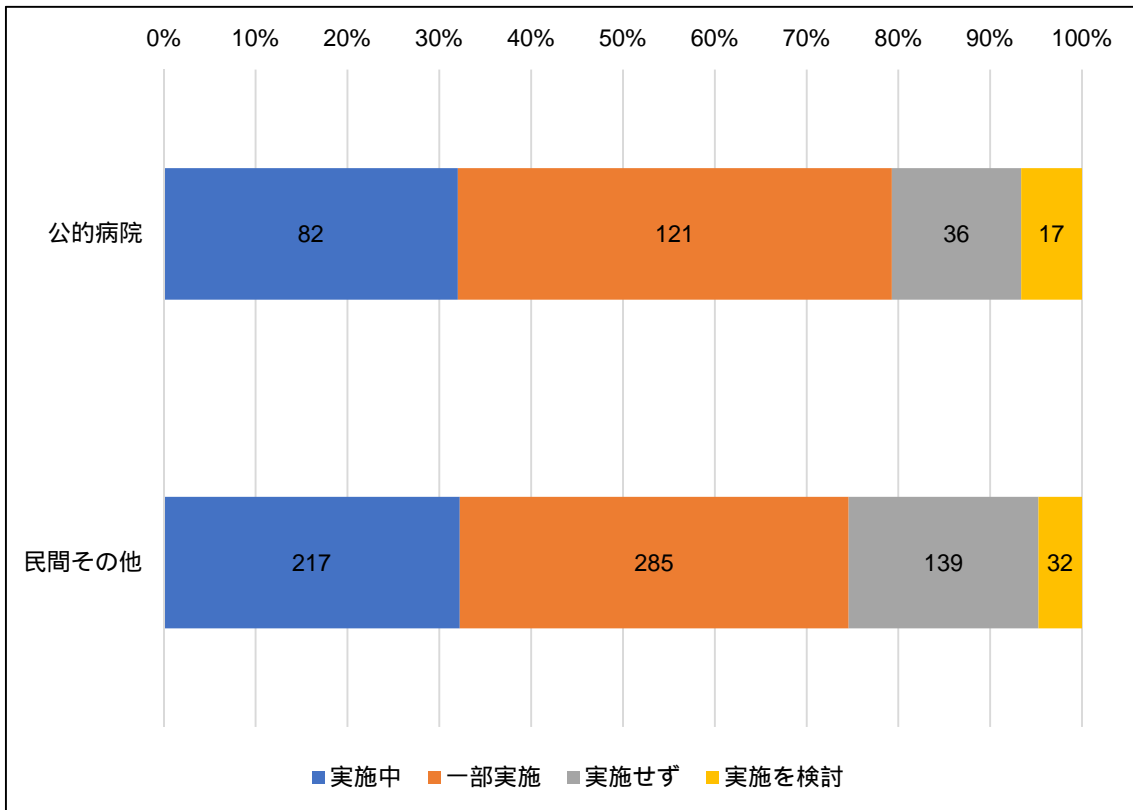


図 26-4. 公的・民間別

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

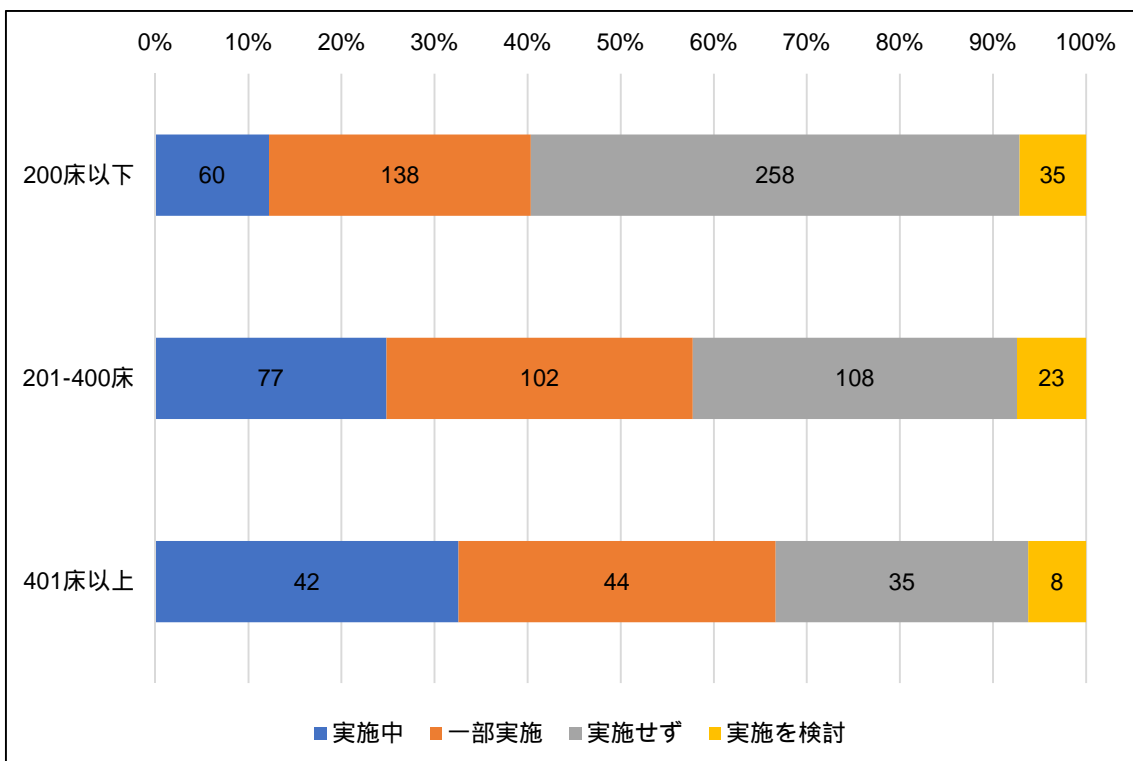


図 27-1. 病床数別

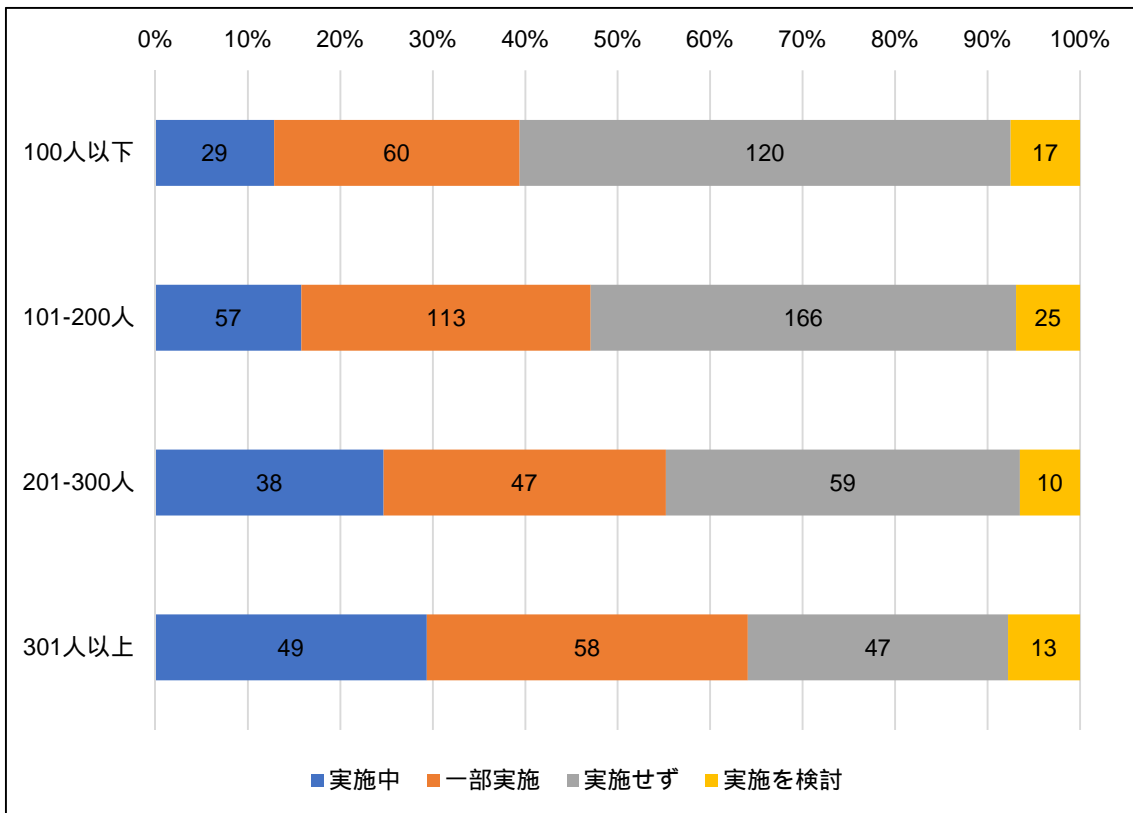


図 27-2. 看護職数別

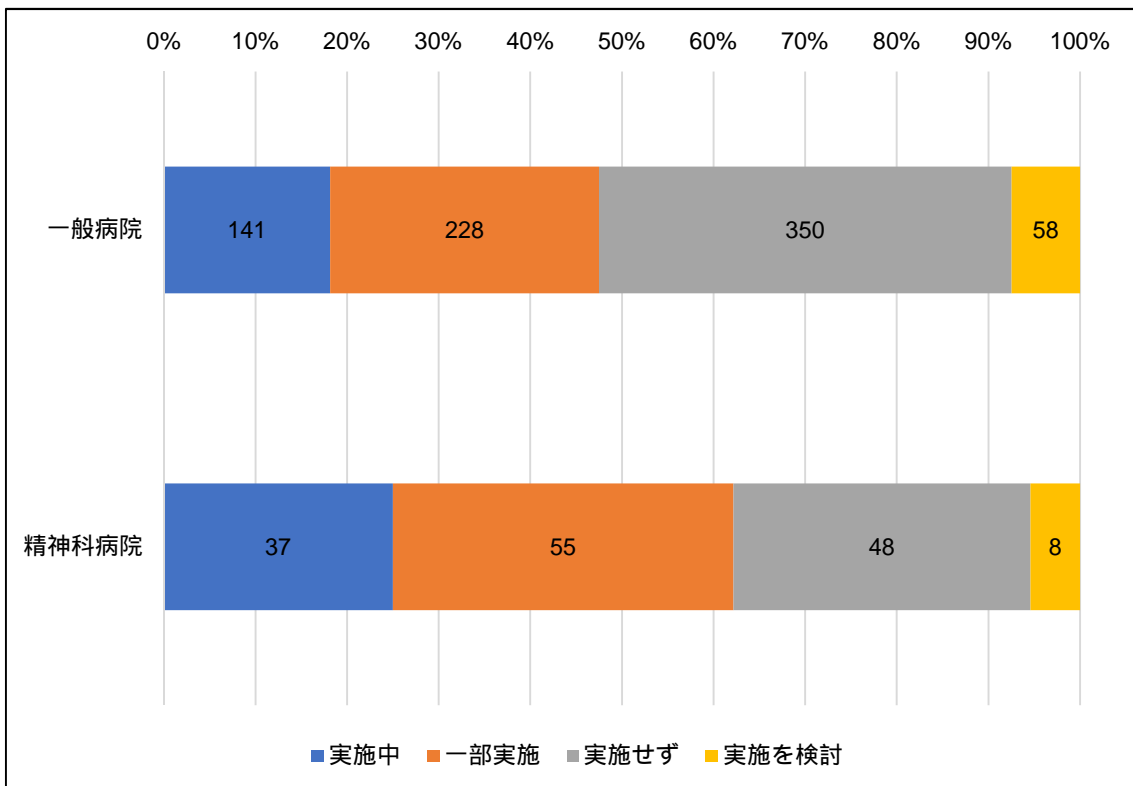


図 27-3. 一般・精神科病院別

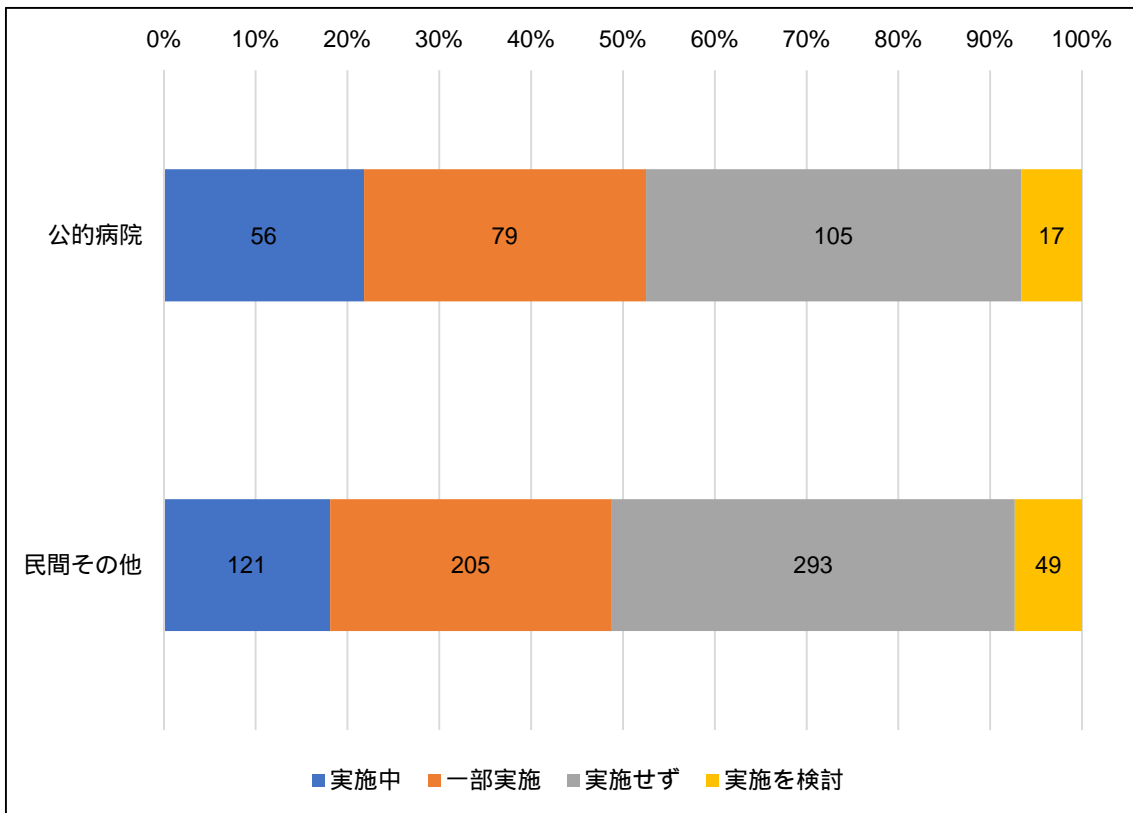


図 27-4. 公的・民間別

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

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

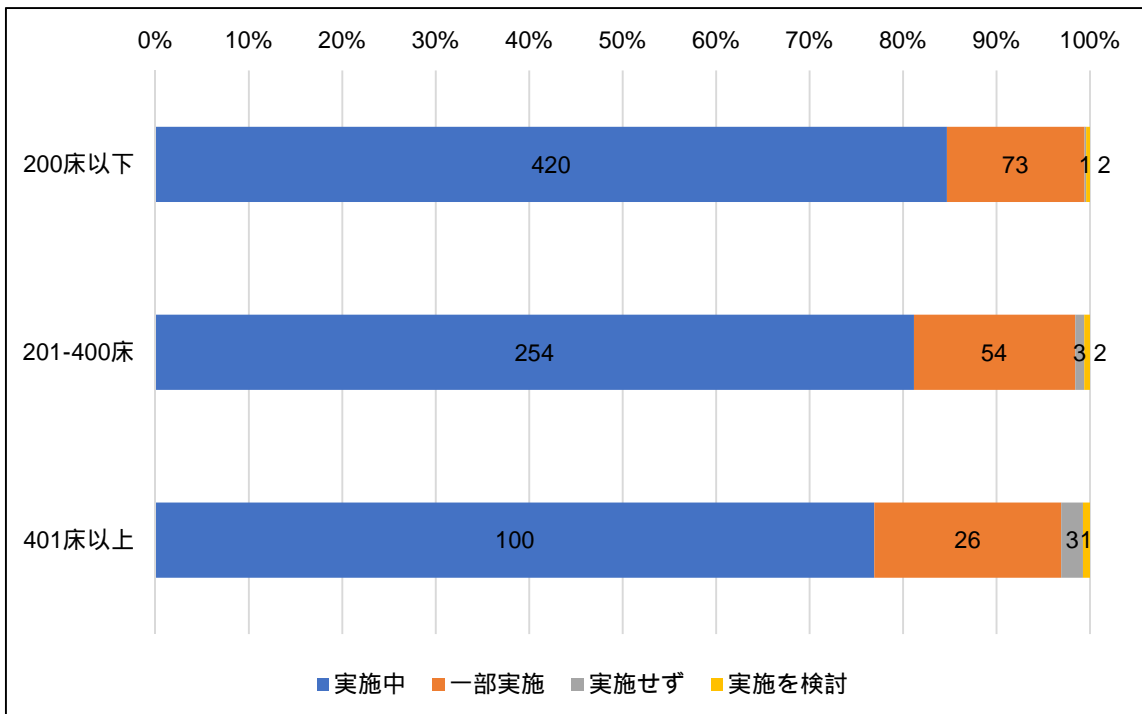


図 28-1. 病床数別

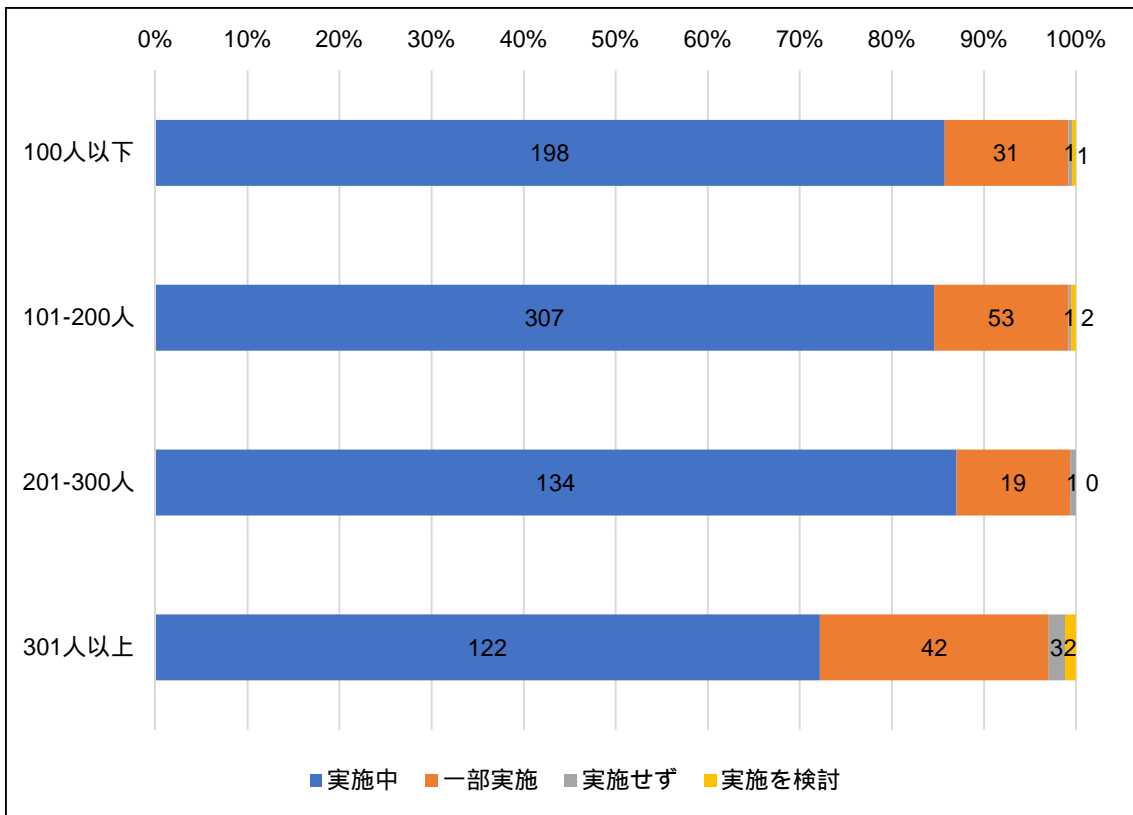


図 28-2. 看護職数別

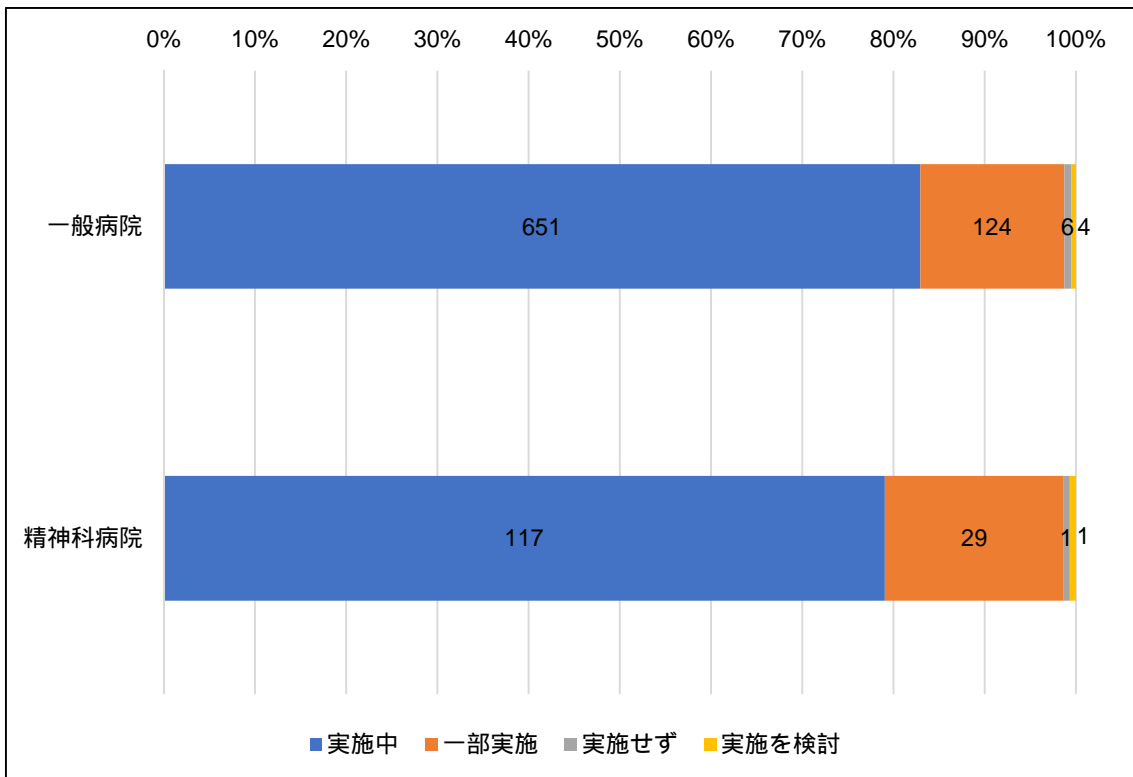


図 28-3. 一般・精神科病院別

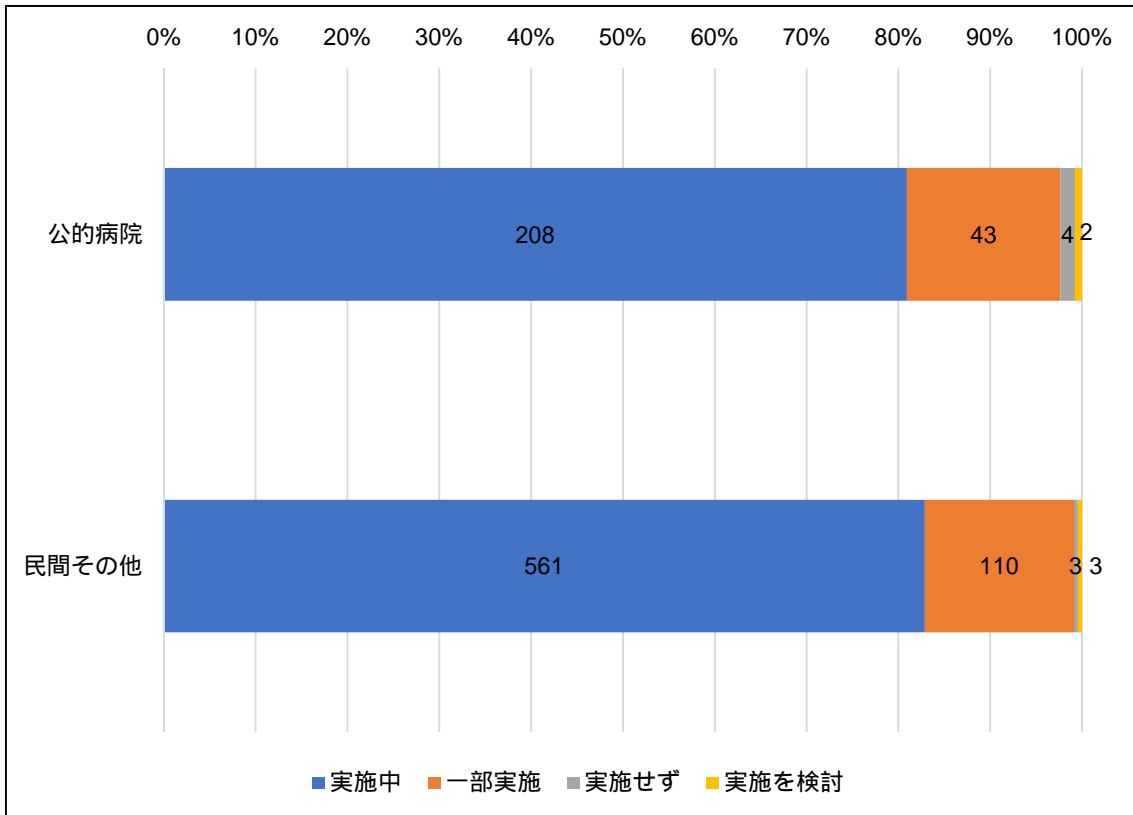


図 28-4. 公的・民間別

親切な接遇を常に心掛けるよう職員に周知している

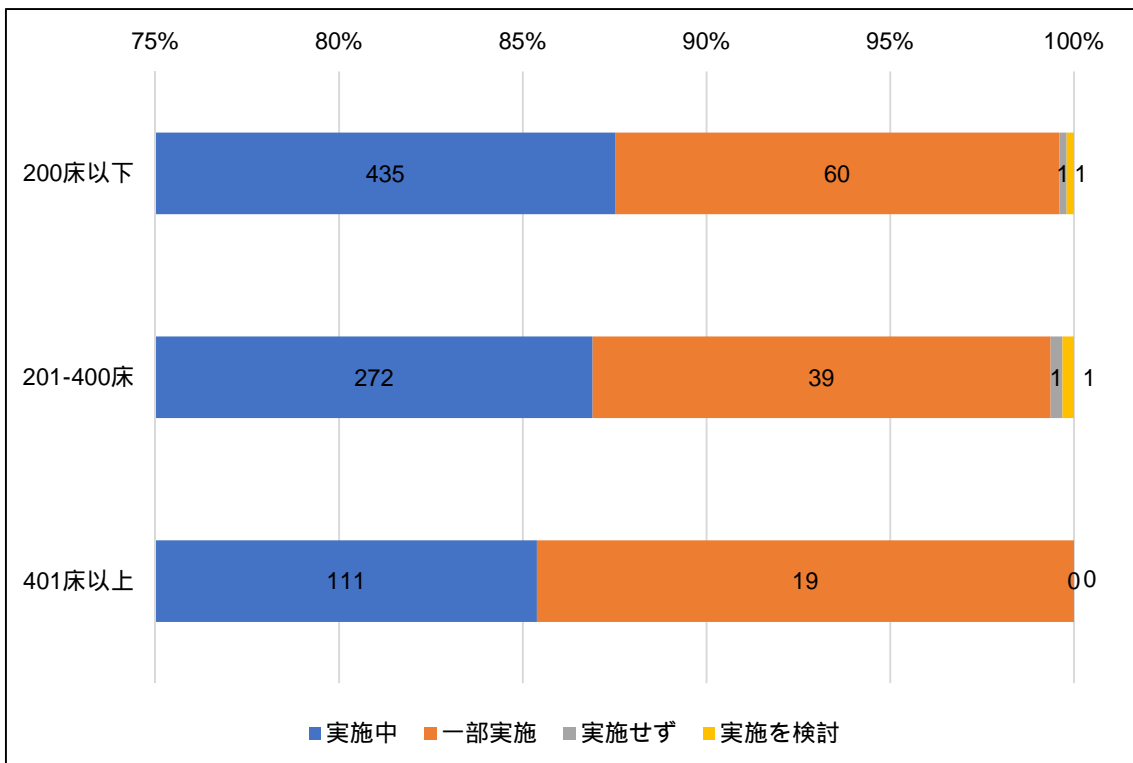


図 29-1. 病床数別

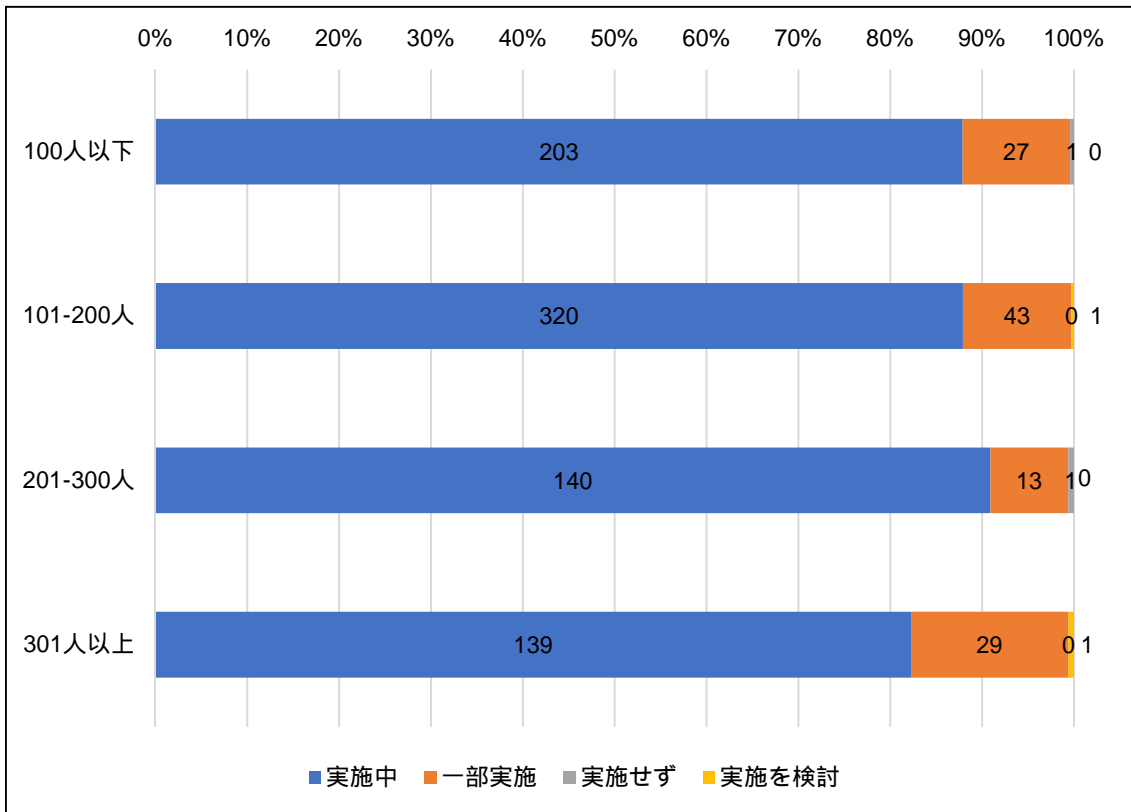


図 29-2. 看護職数別

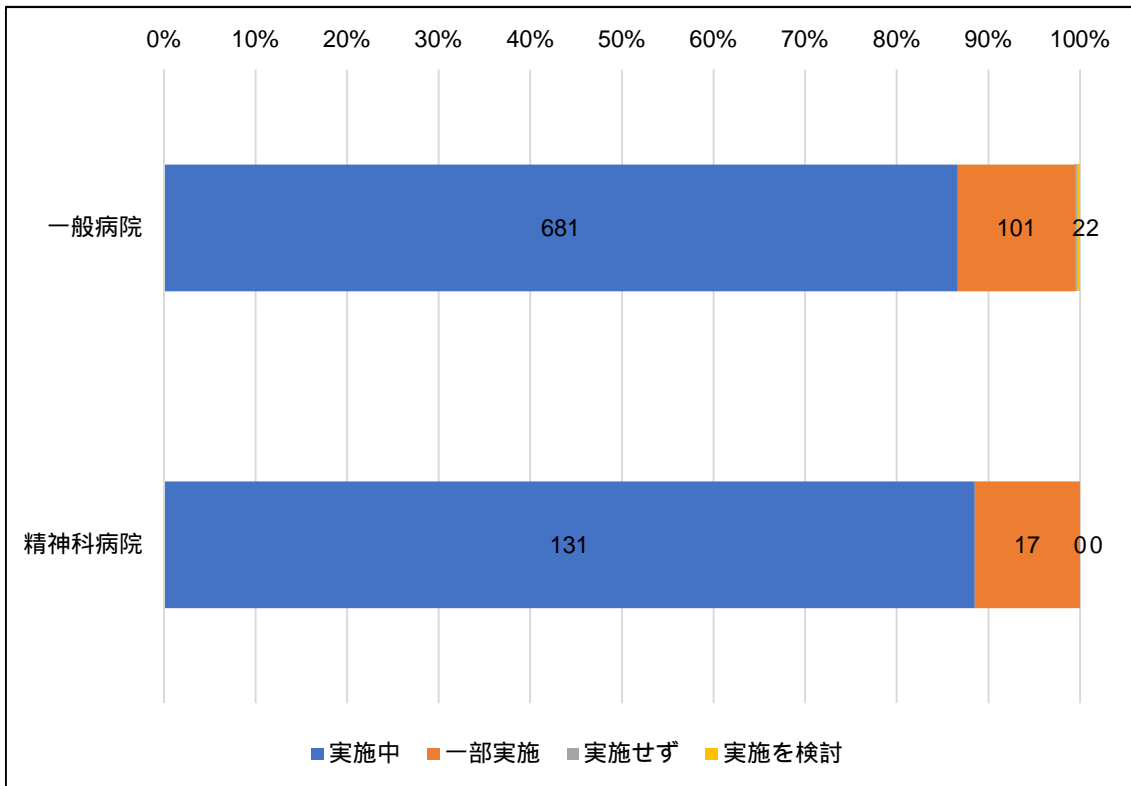


図 29-3. 一般・精神科病院別

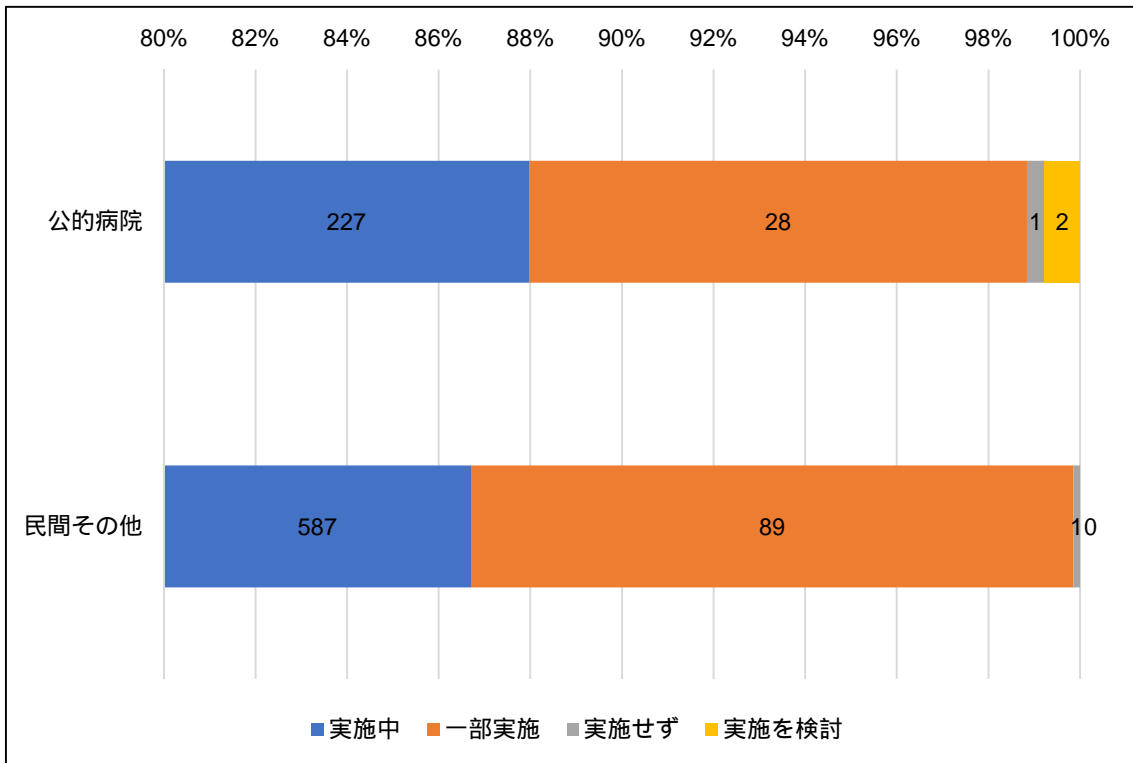


図 29-4. 公的・民間別

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

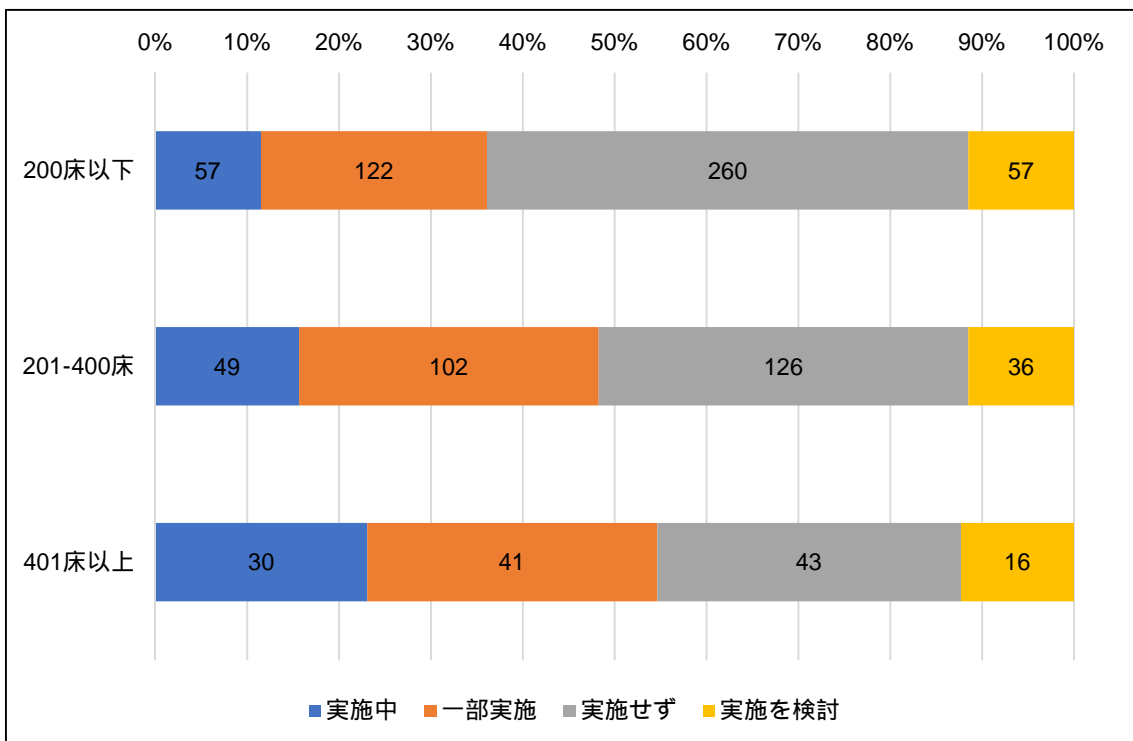


図 30-1. 病床数別

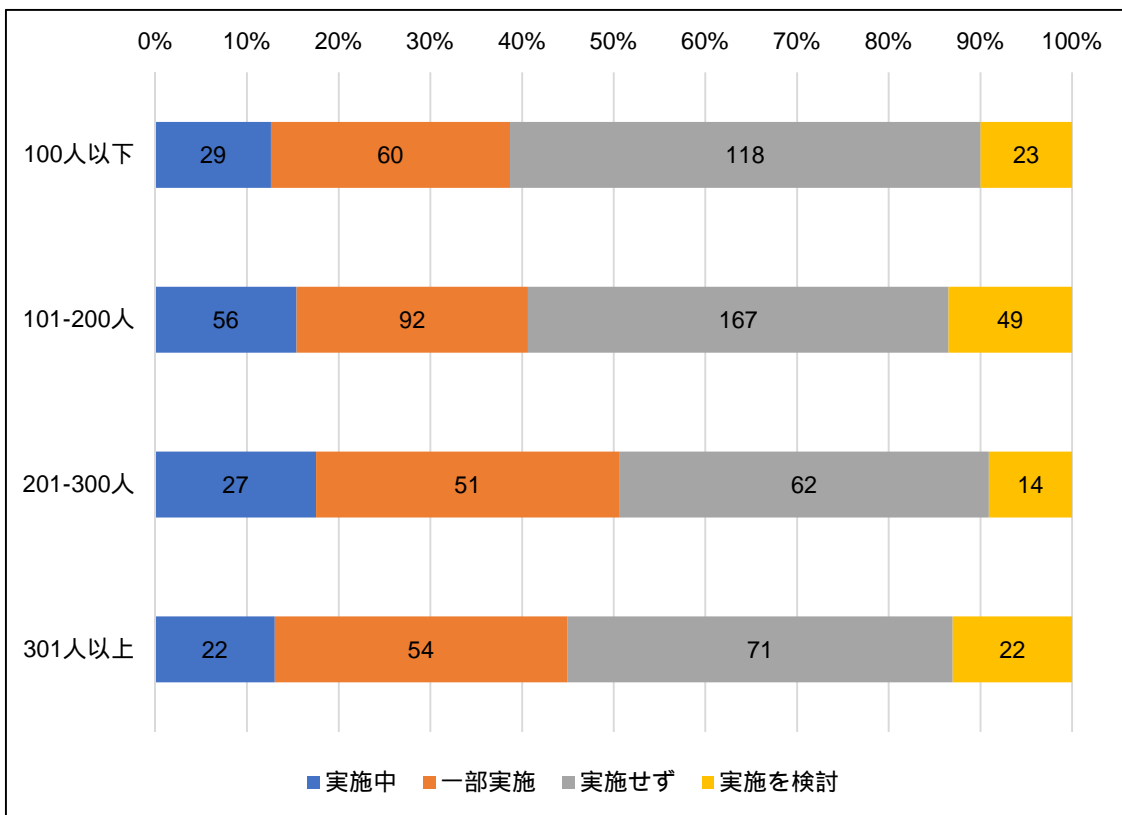


図 30-2. 看護職数別

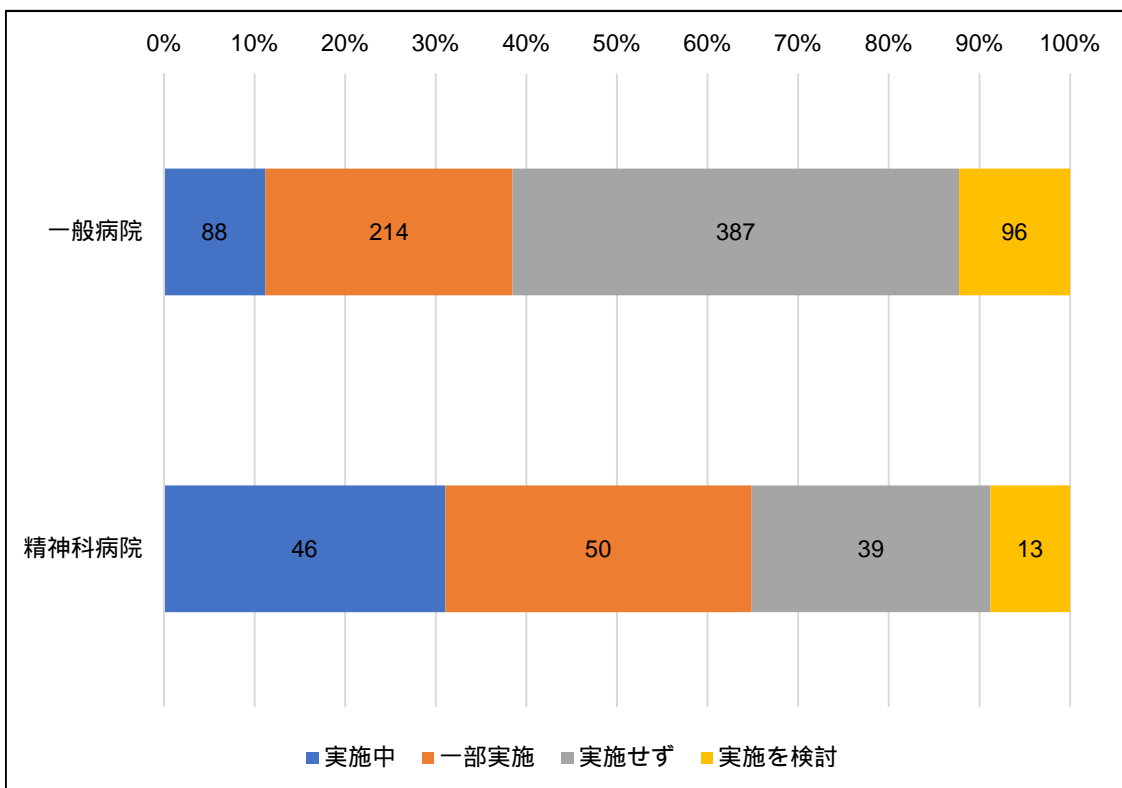


図 30-3. 一般・精神科病院別

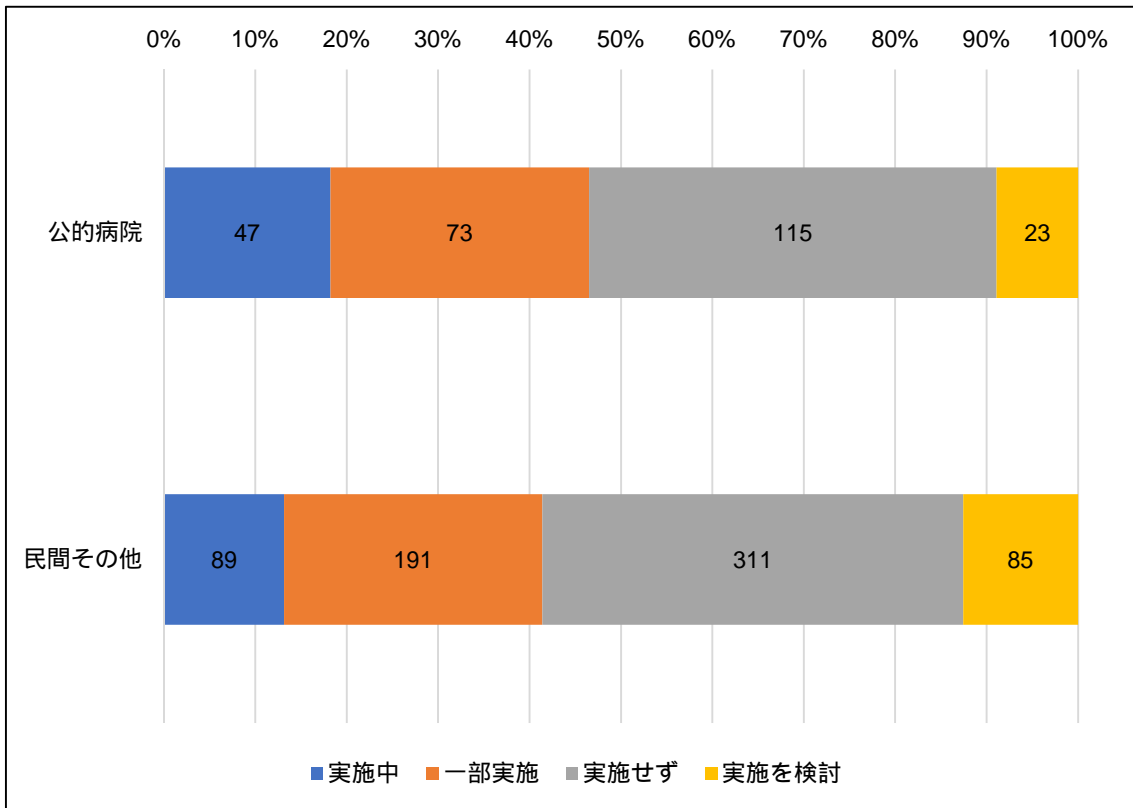


図 30-4. 公的・民間別

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

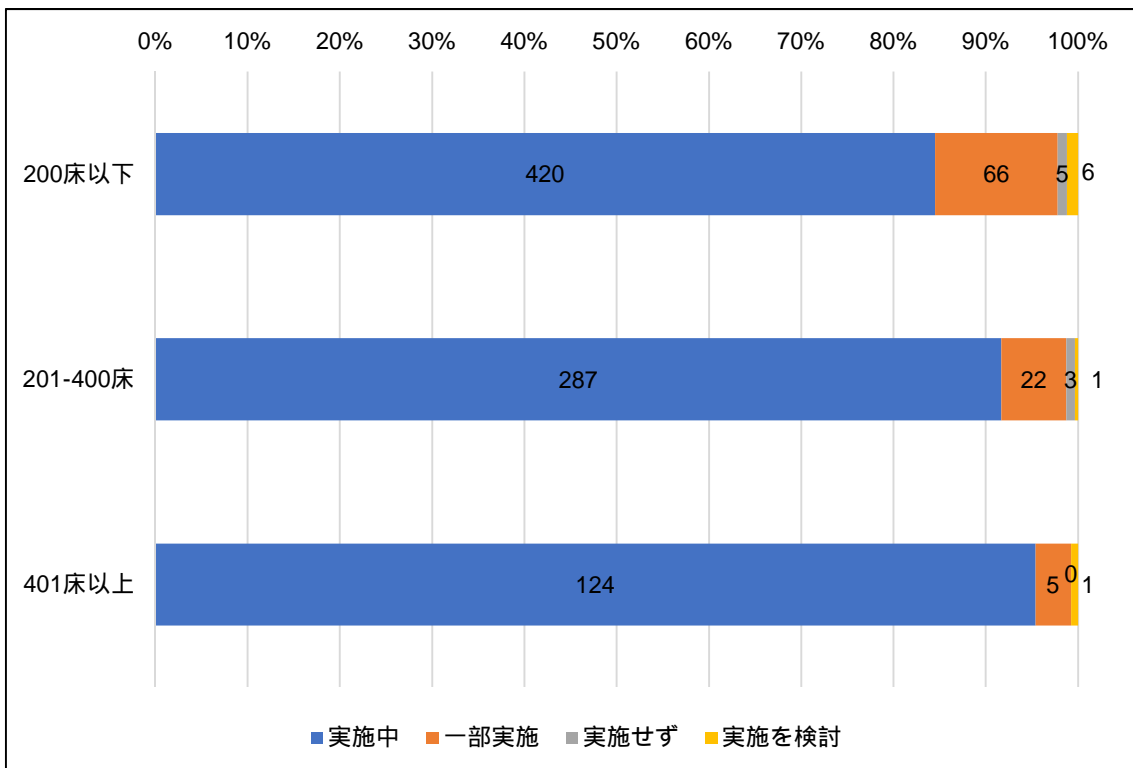


図 31-1. 病床数別

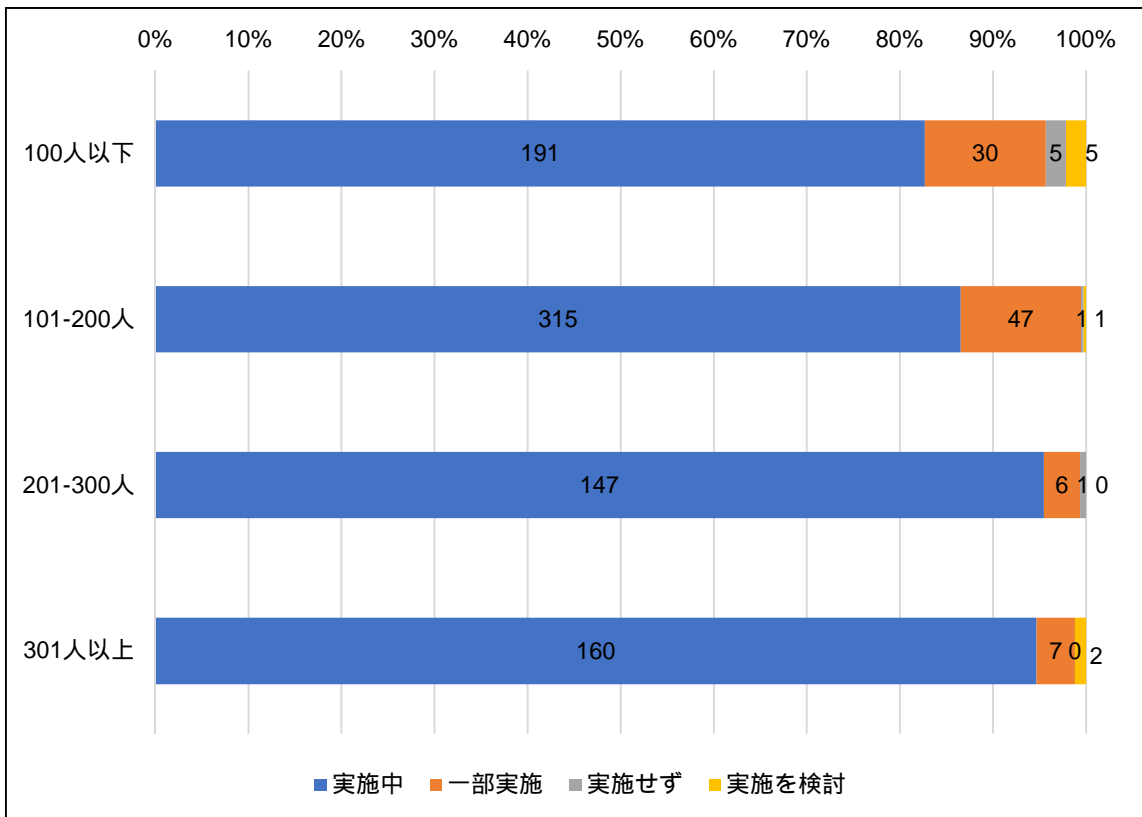


図 31-2. 看護職数別

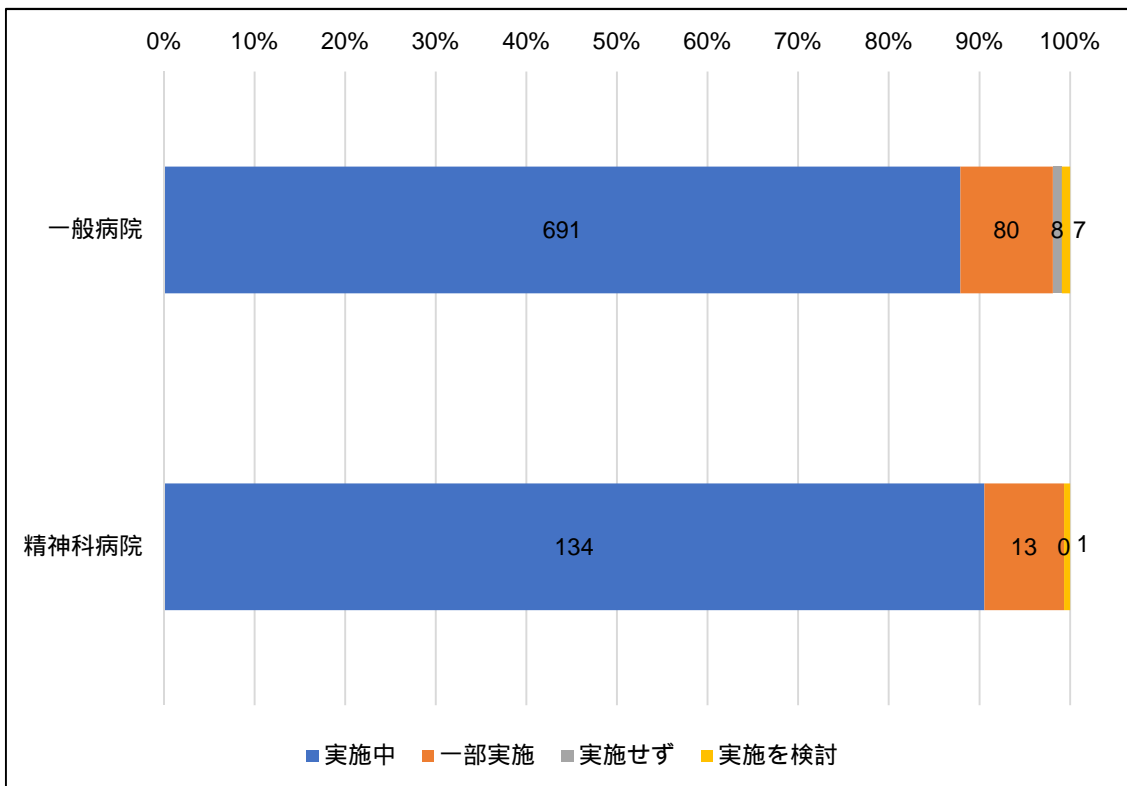


図 31-3. 一般・精神科病院別

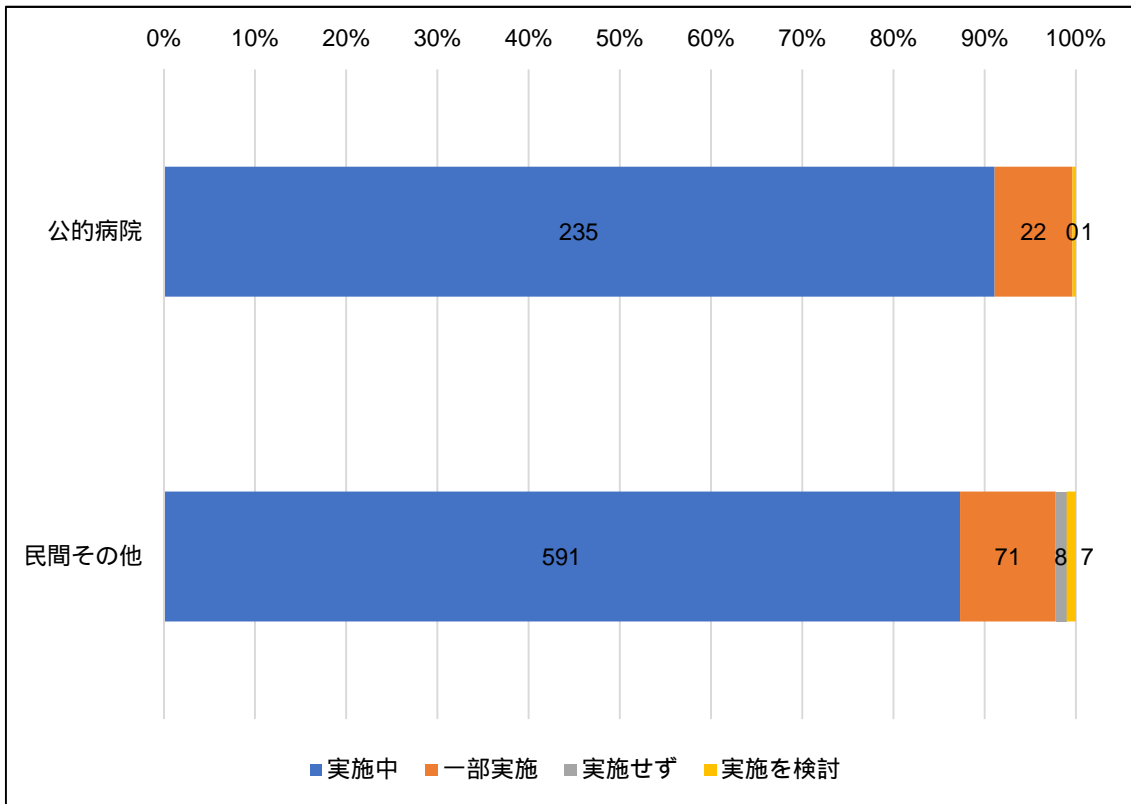


図 31-4. 公的・民間別

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

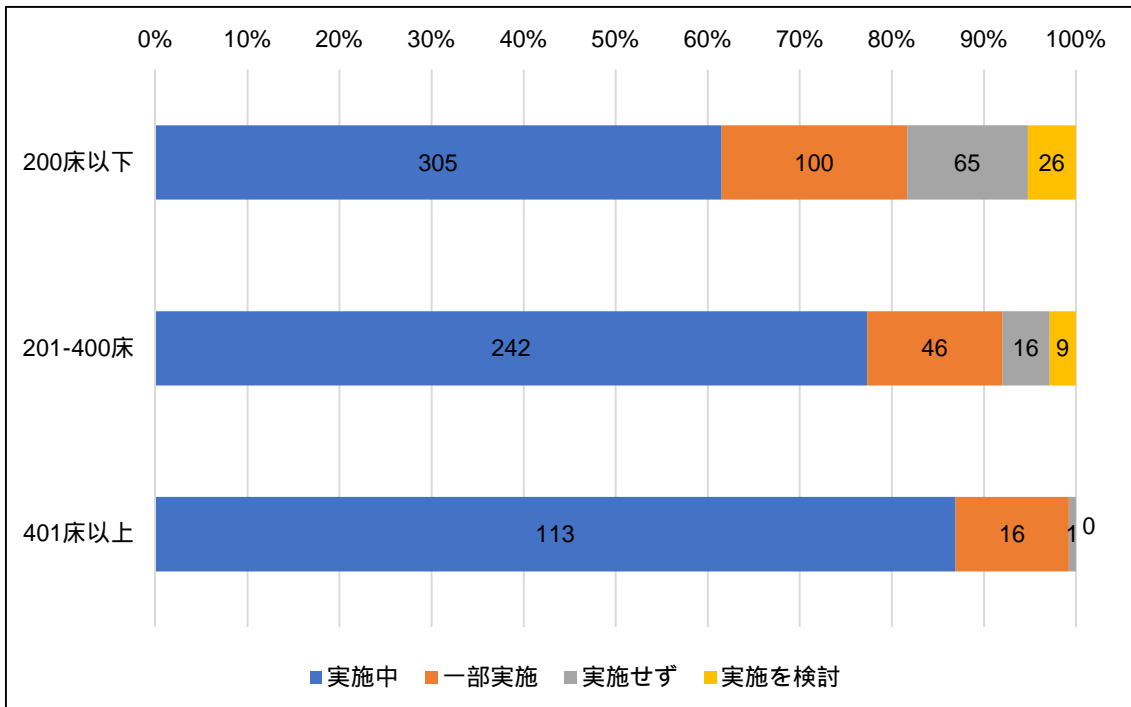


図 32-1. 病床数別

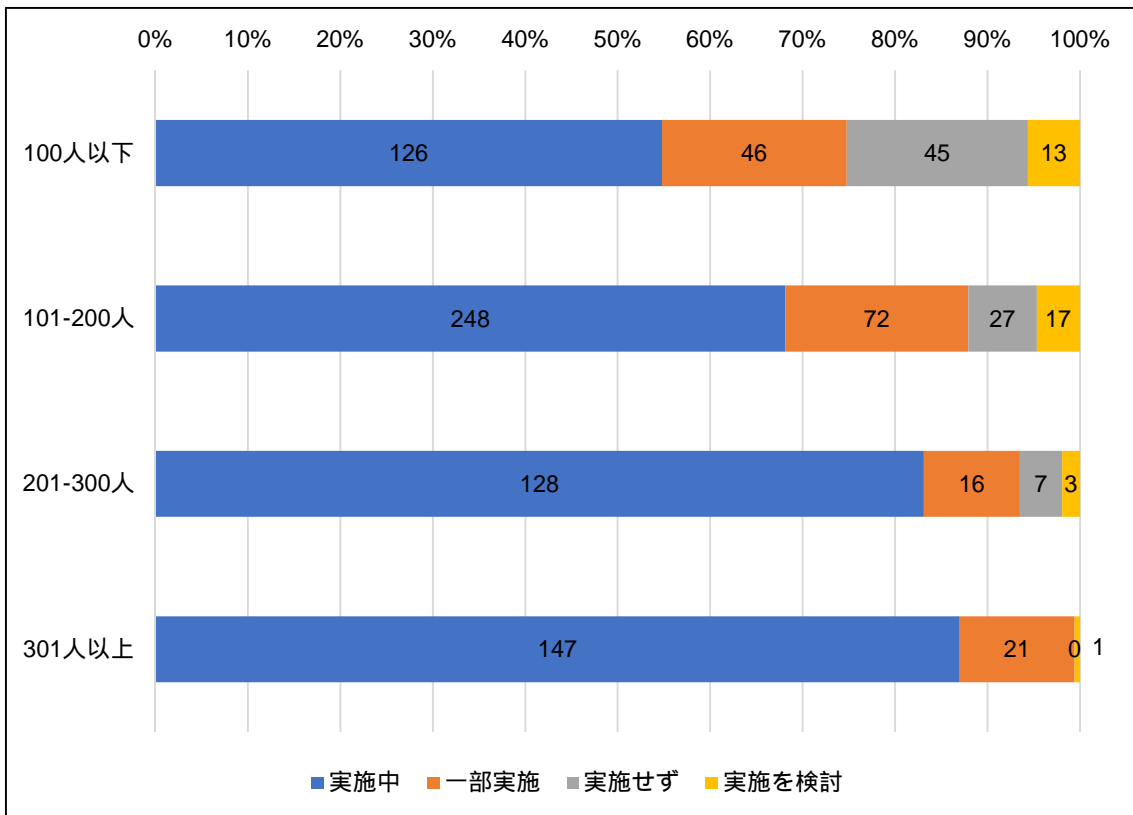


図 32-2. 看護職数別

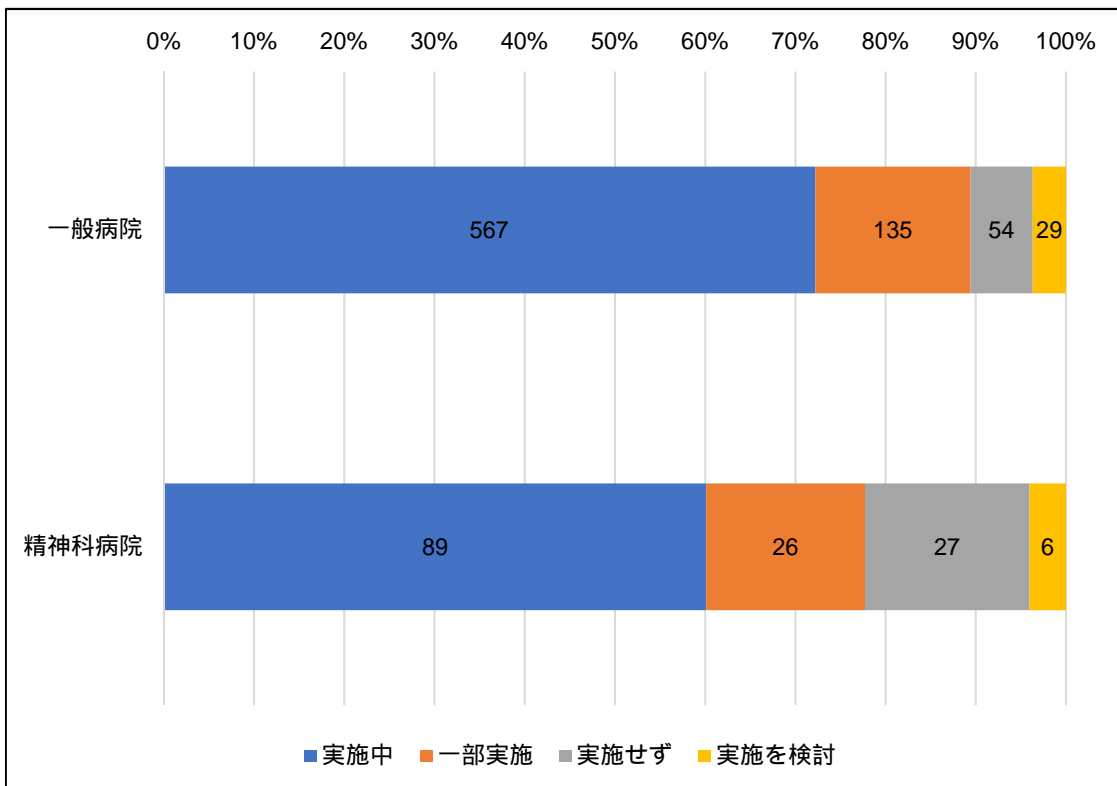


図 32-3. 一般・精神科病院別

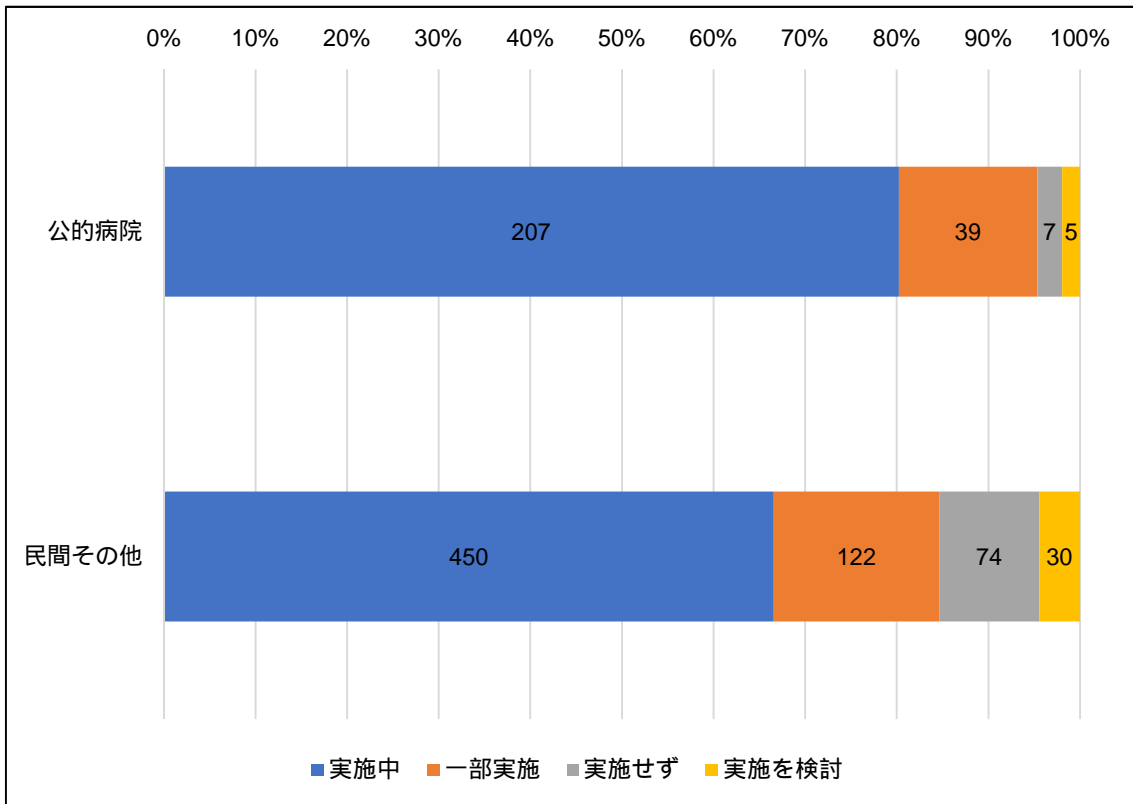


図 32-4. 公的・民間別

3. 暴力等の方針やマニュアル等の作成、周知の実施状況

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

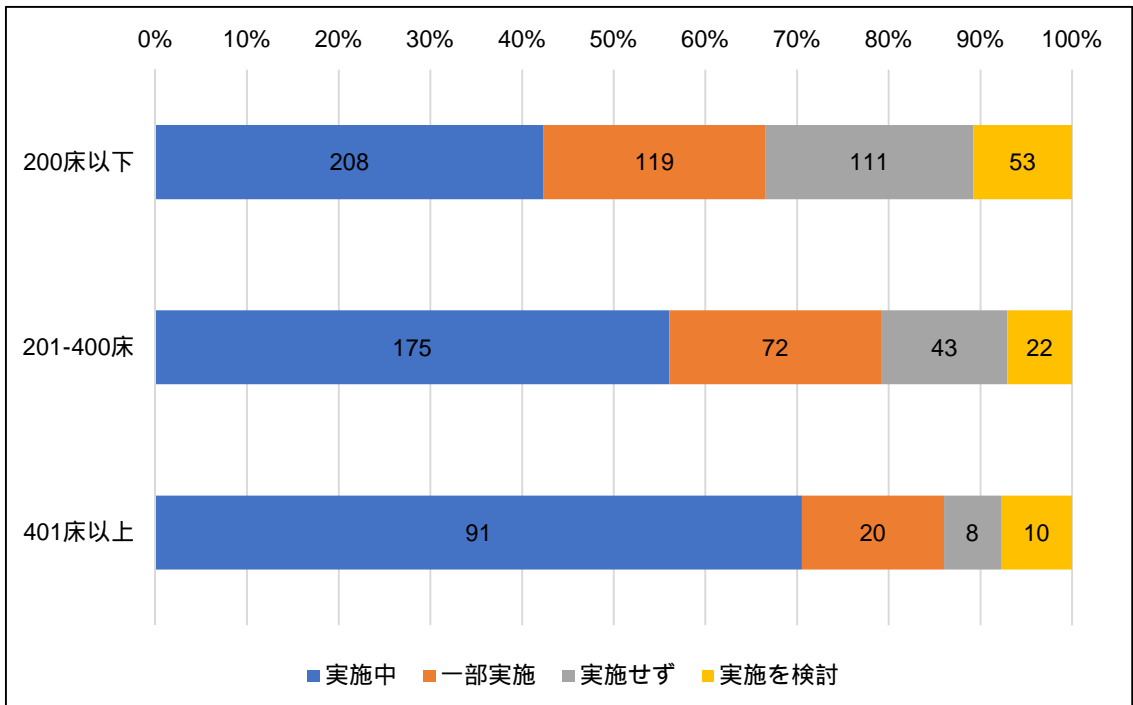


図 33-1. 病床数別

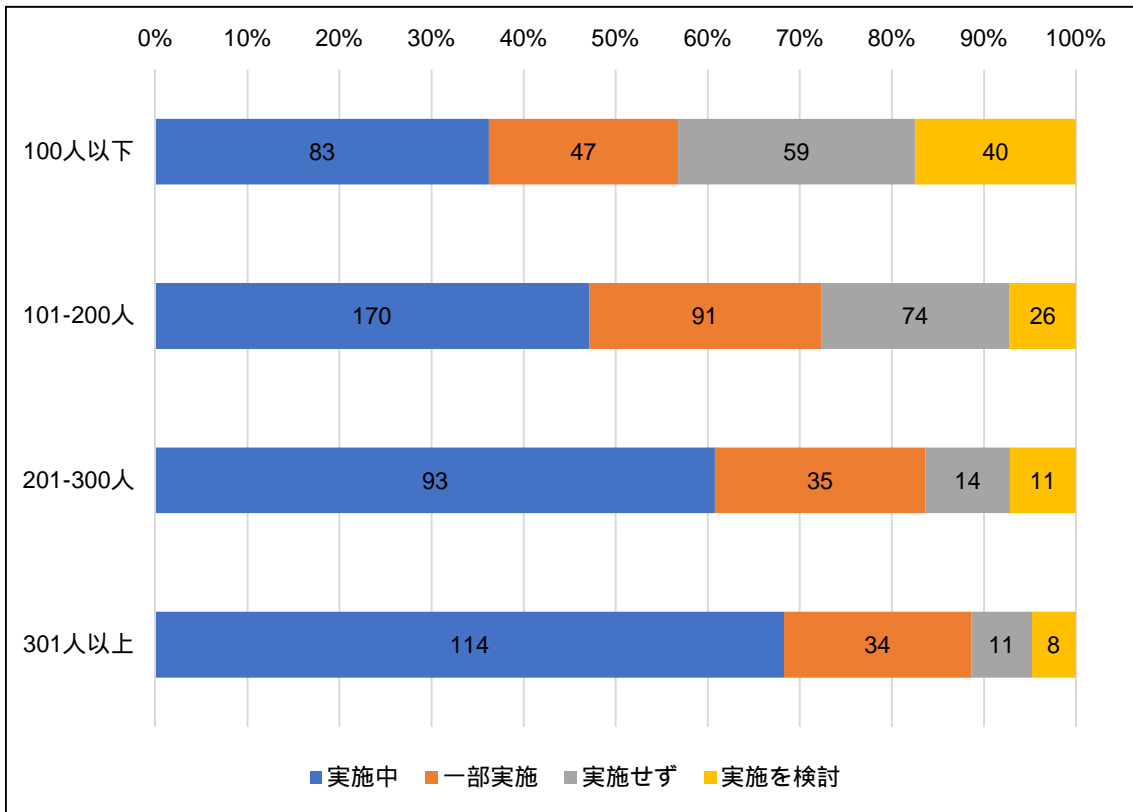


図 33-2. 看護職数別

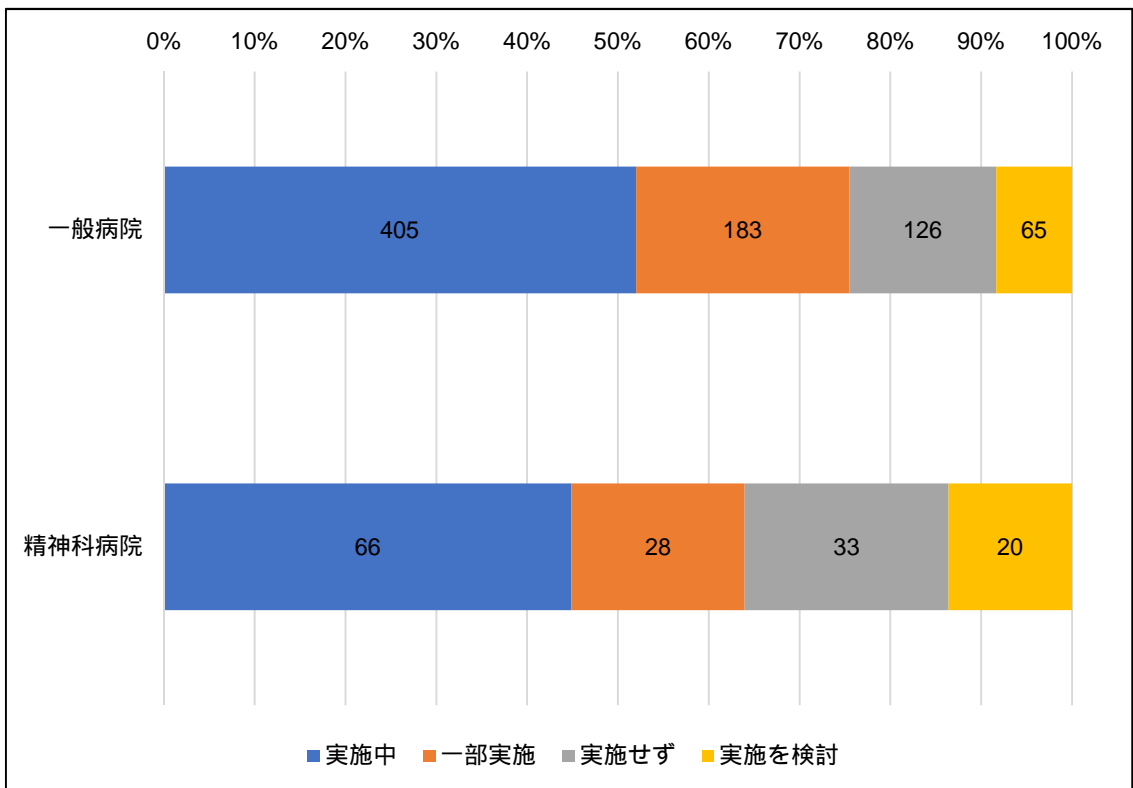


図 33-3. 一般・精神科病院別

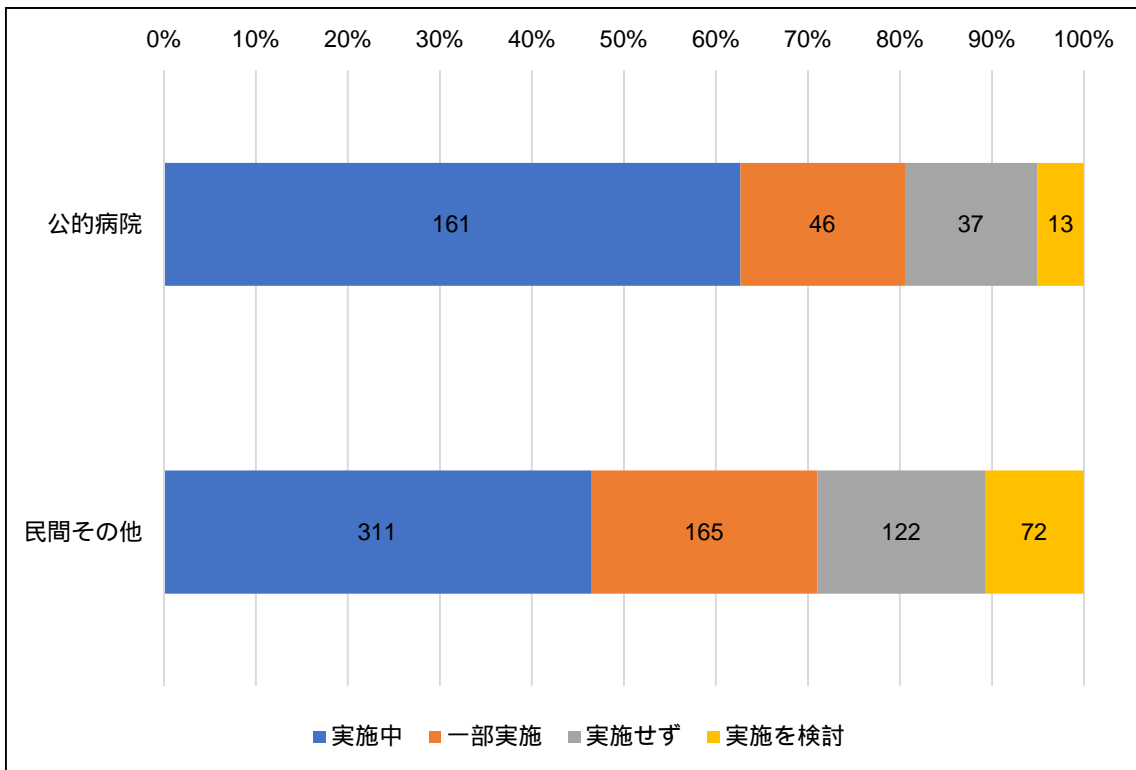


図 33-4. 公的・民間別

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

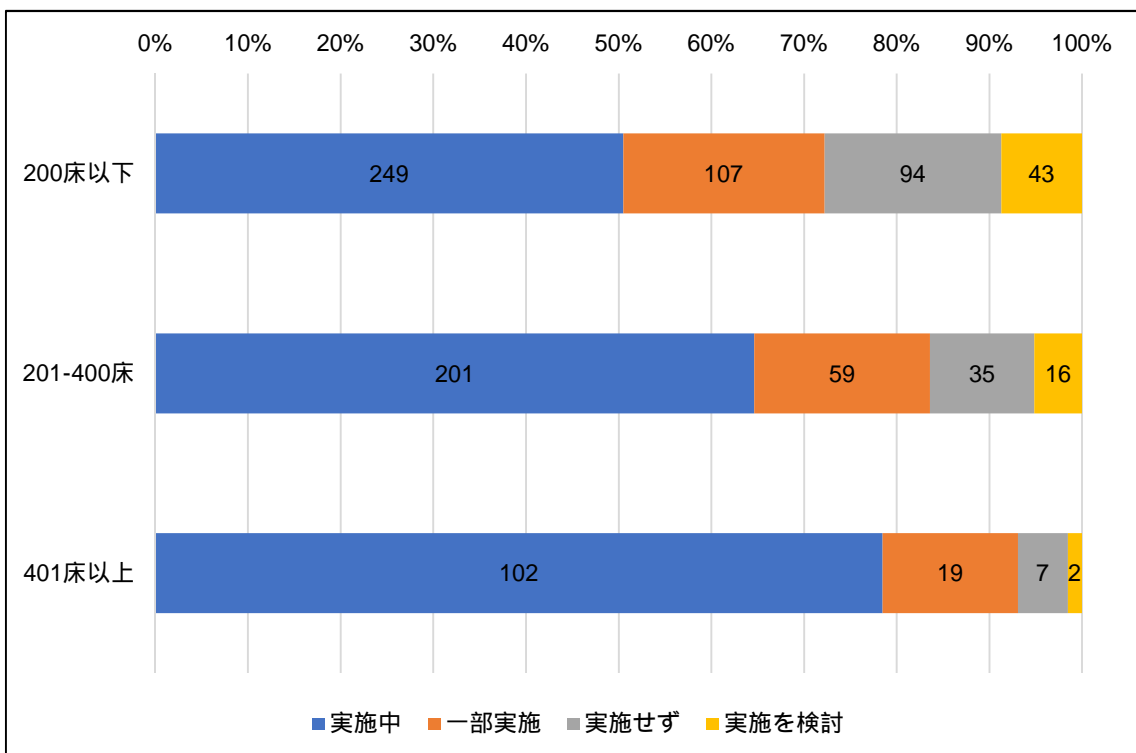


図 34-1. 病床数別

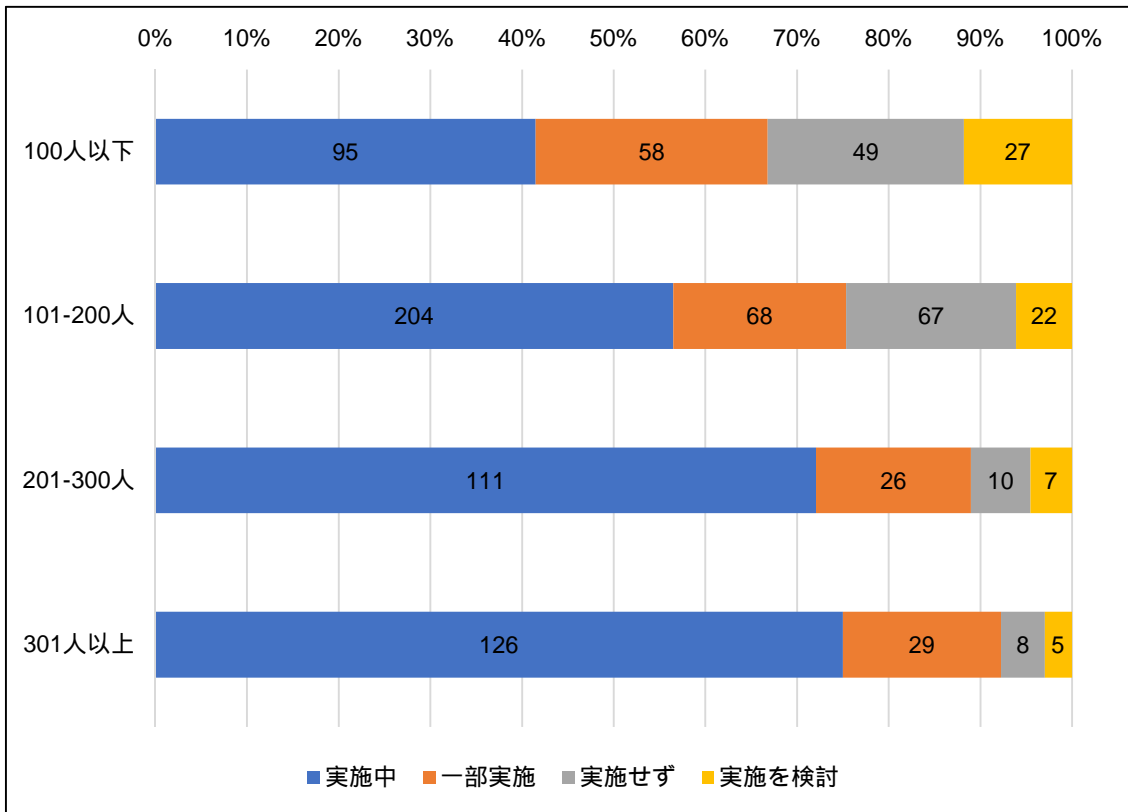


図 34-2. 看護職数別

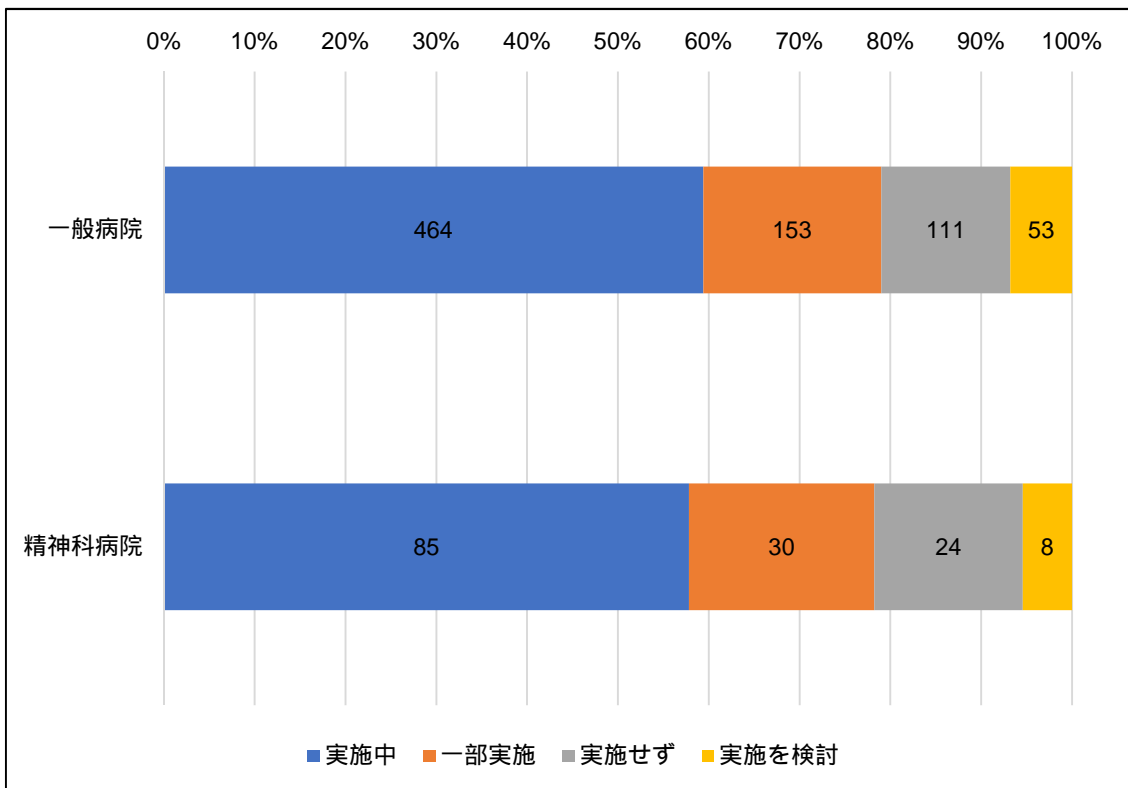


図 34-3. 一般・精神科病院別

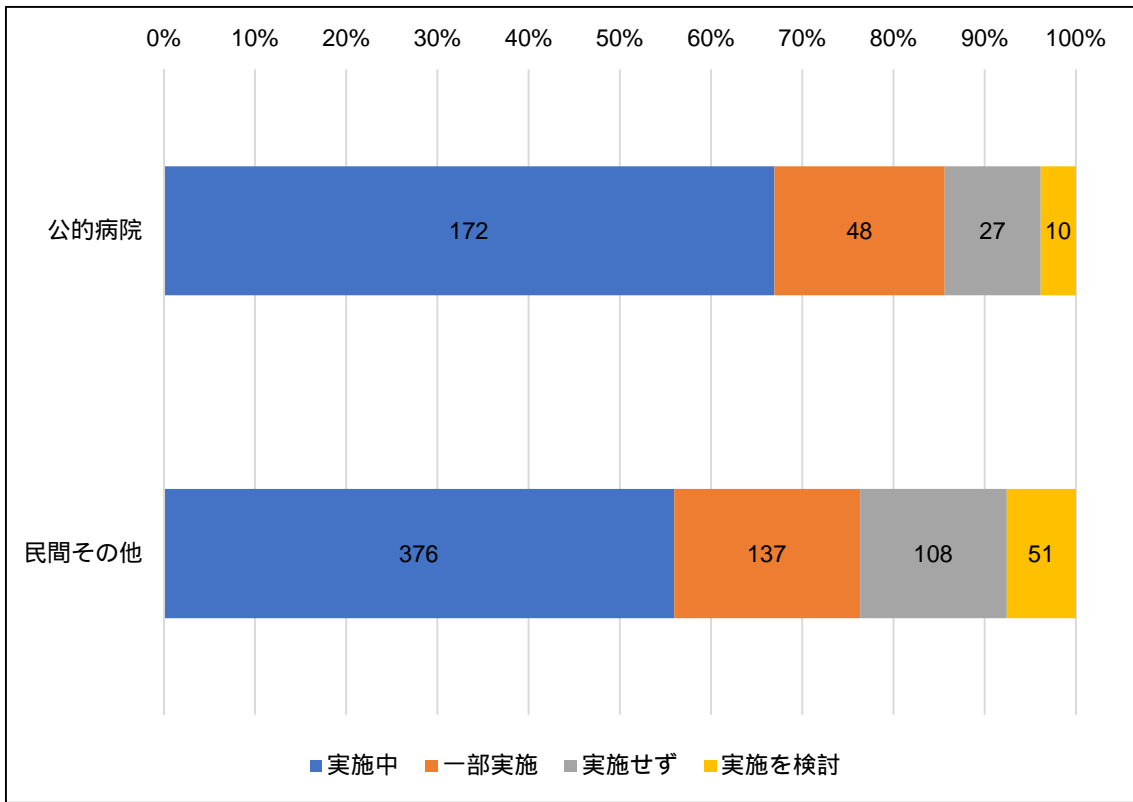


図 34-4. 公的・民間別
全職員に暴力等の医療施設の対策について周知している

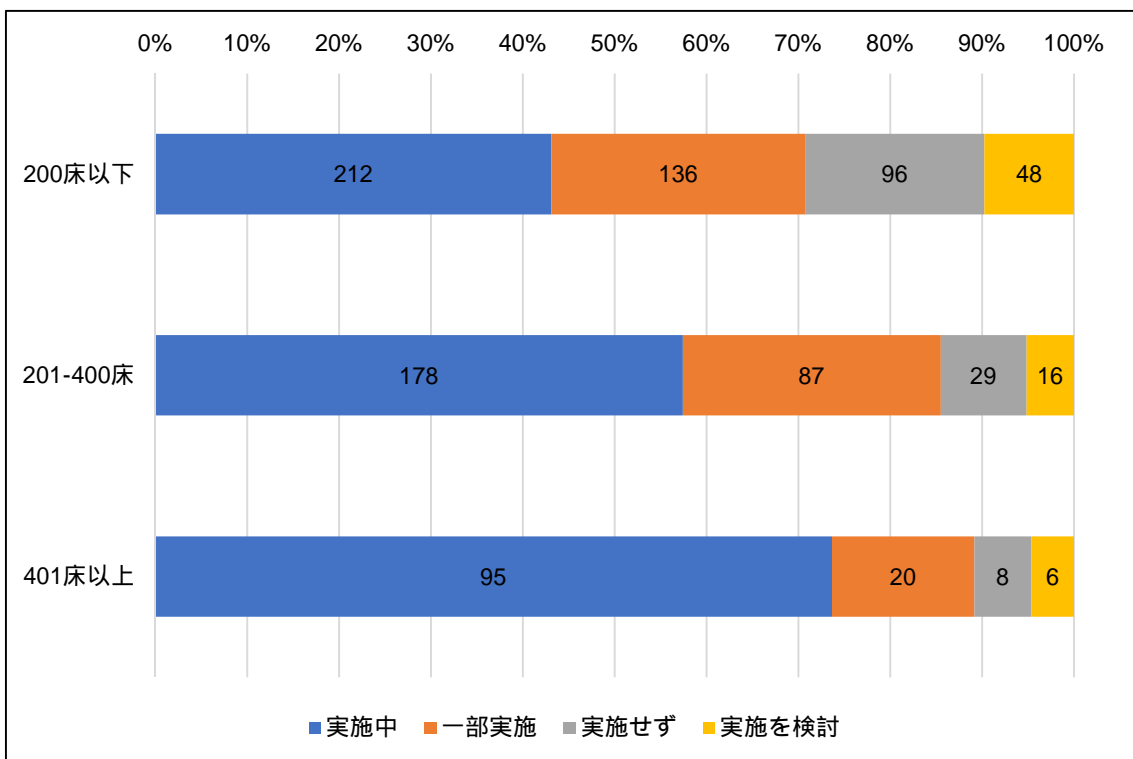


図 35-1. 病床数別

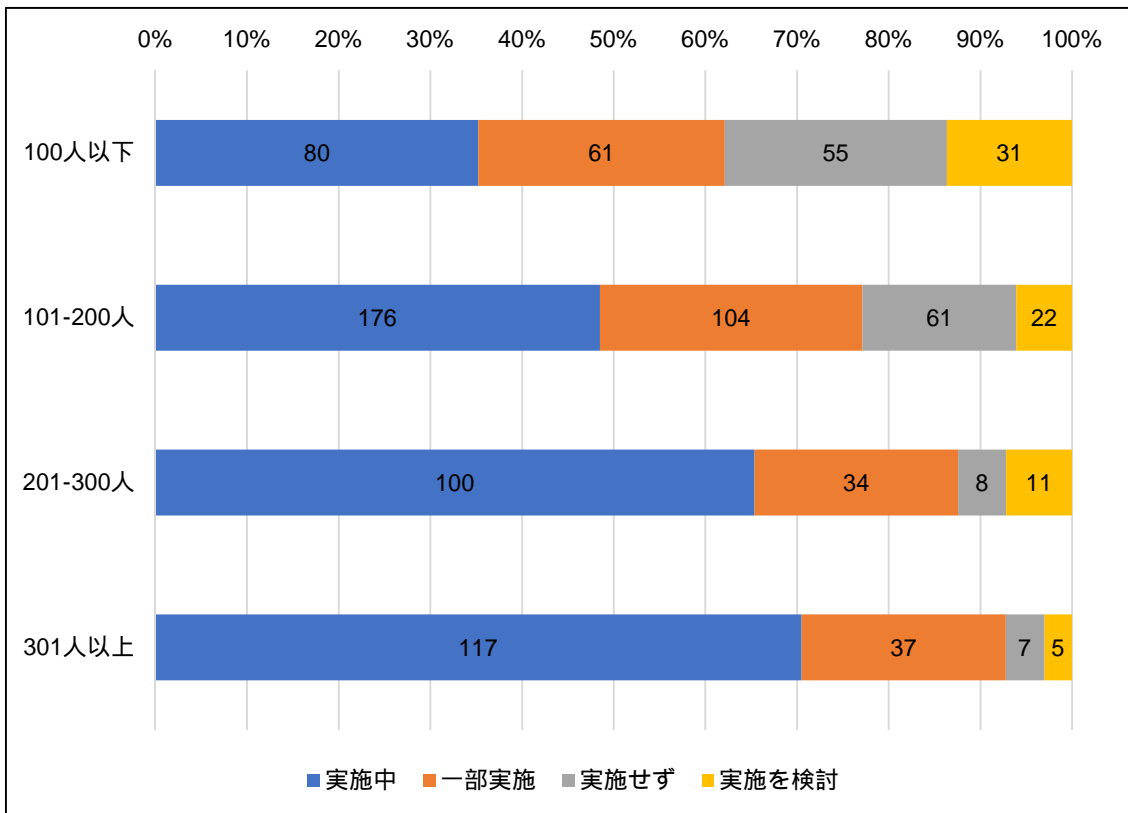


図 35-2. 看護職数別

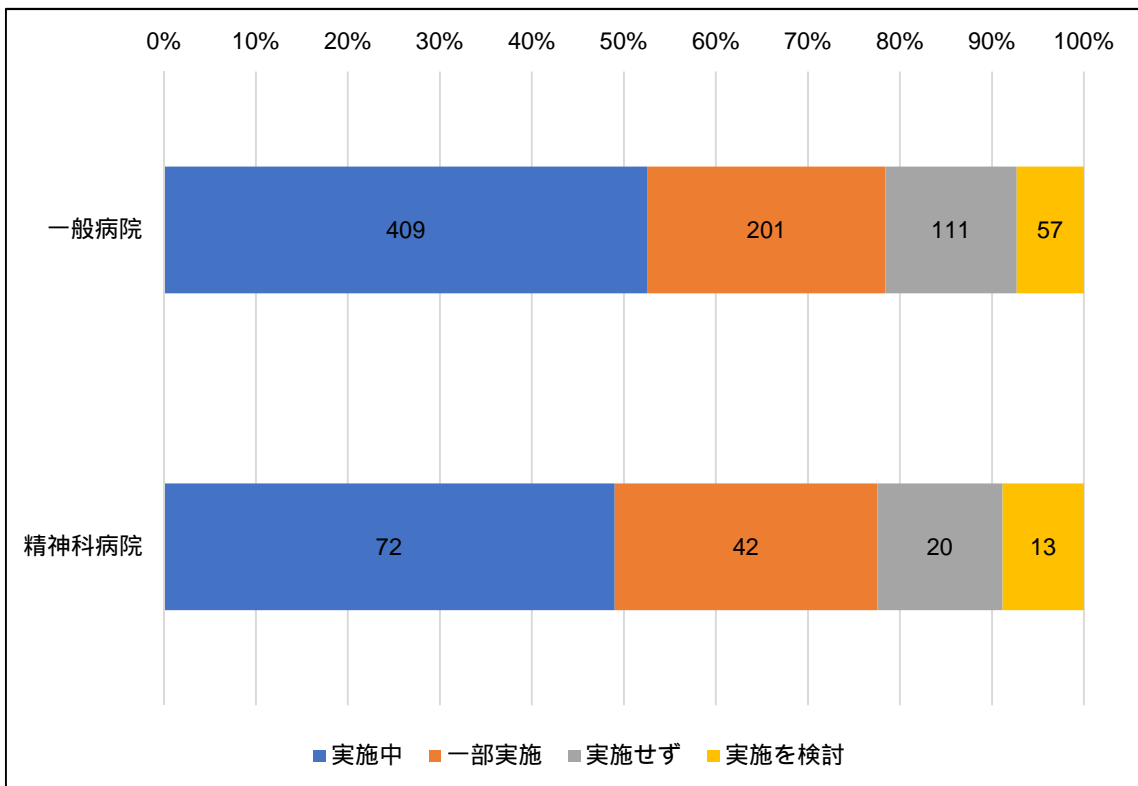


図 35-3. 一般・精神科病院別

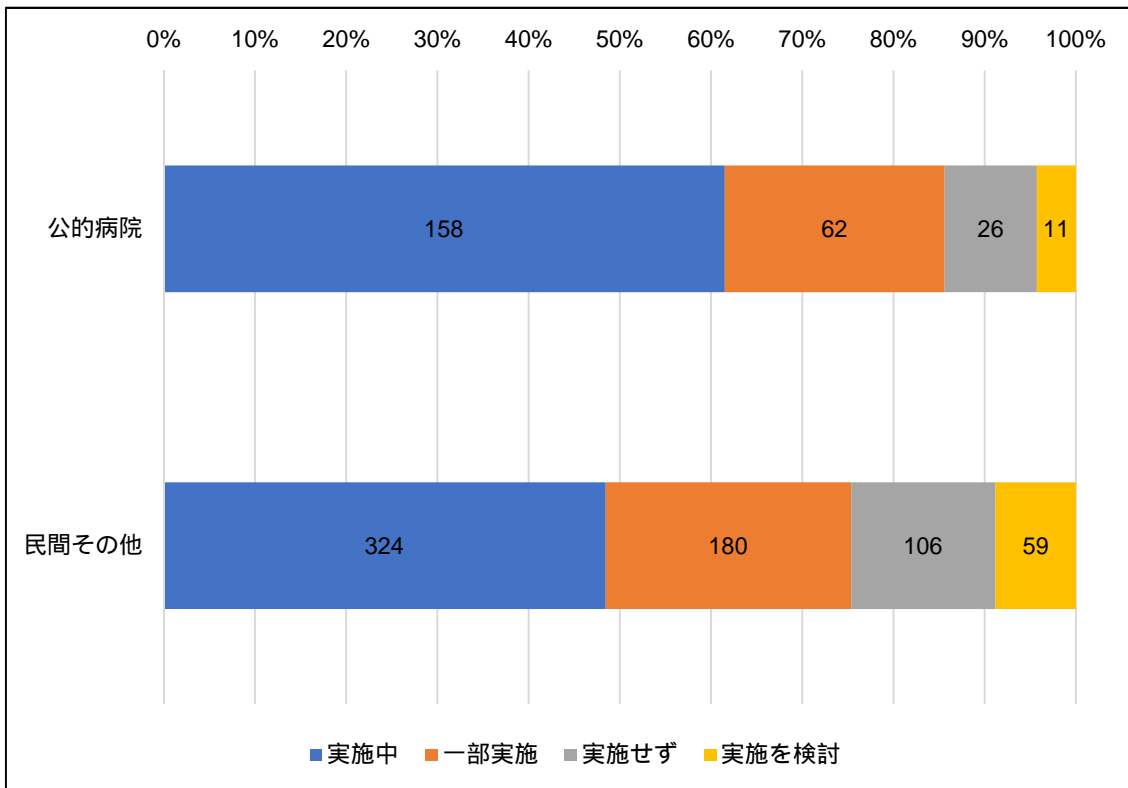


図 35-4. 公的・民間別

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

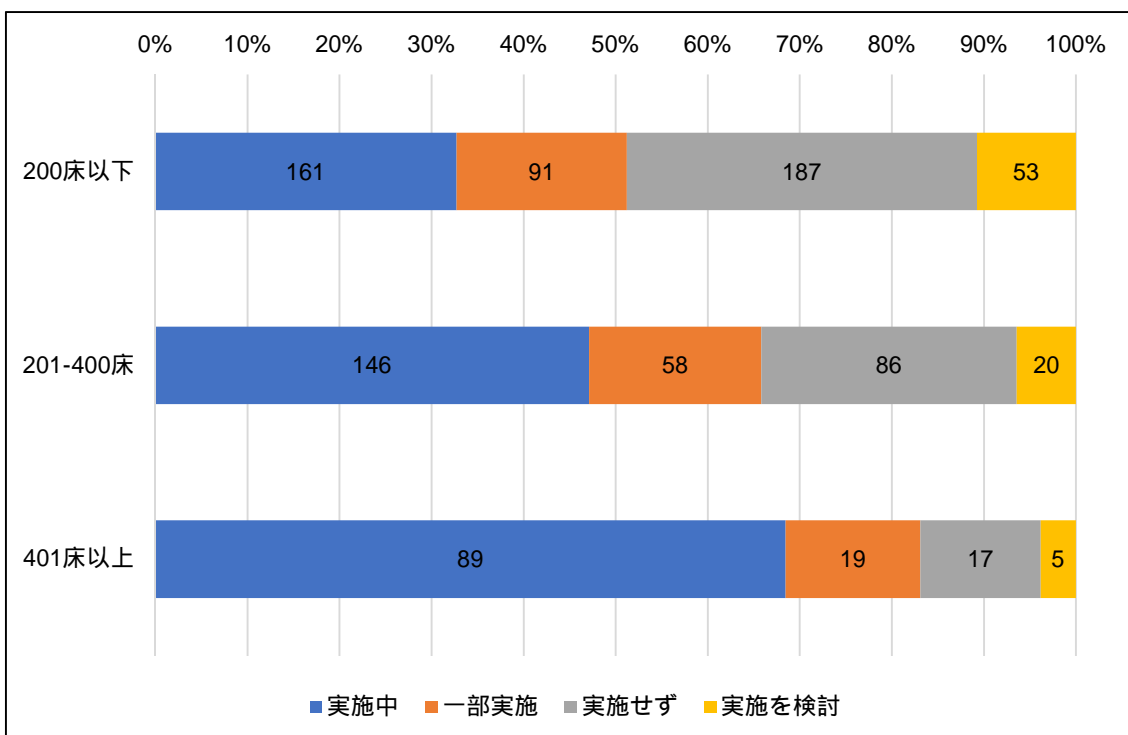


図 36-1. 病床数別

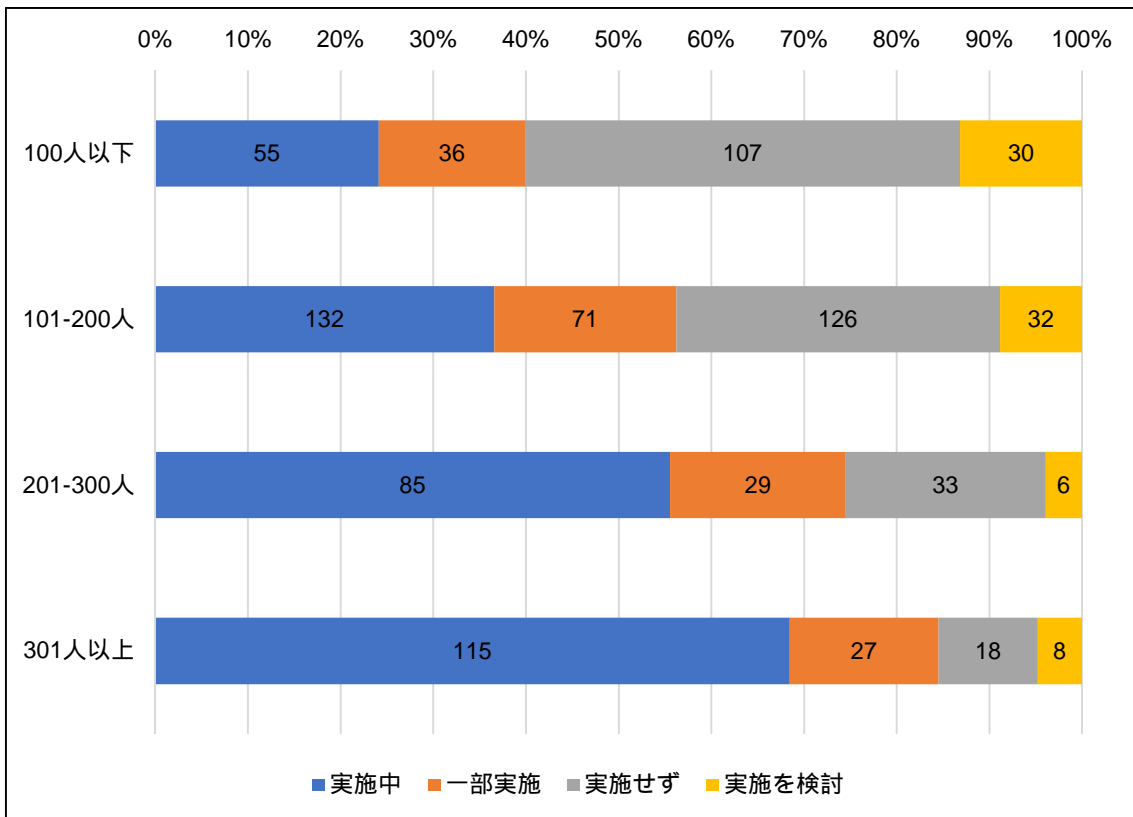


図 36-2. 看護職数別

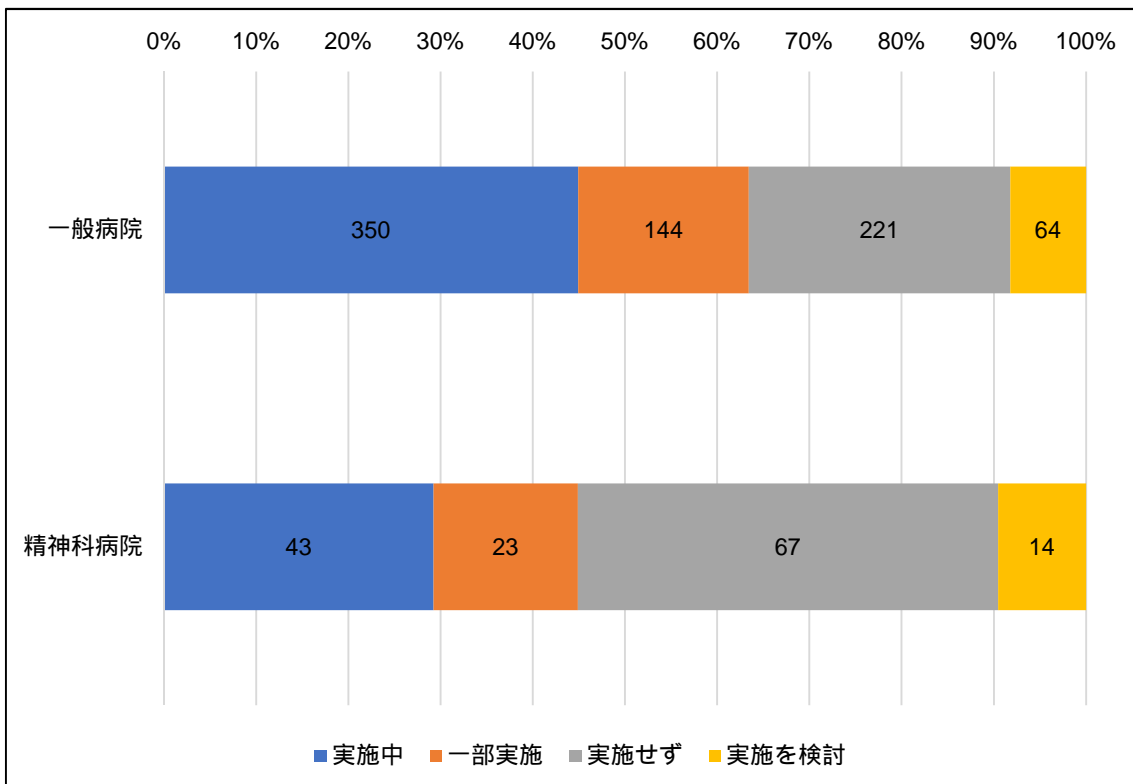


図 36-3. 一般・精神科病院別

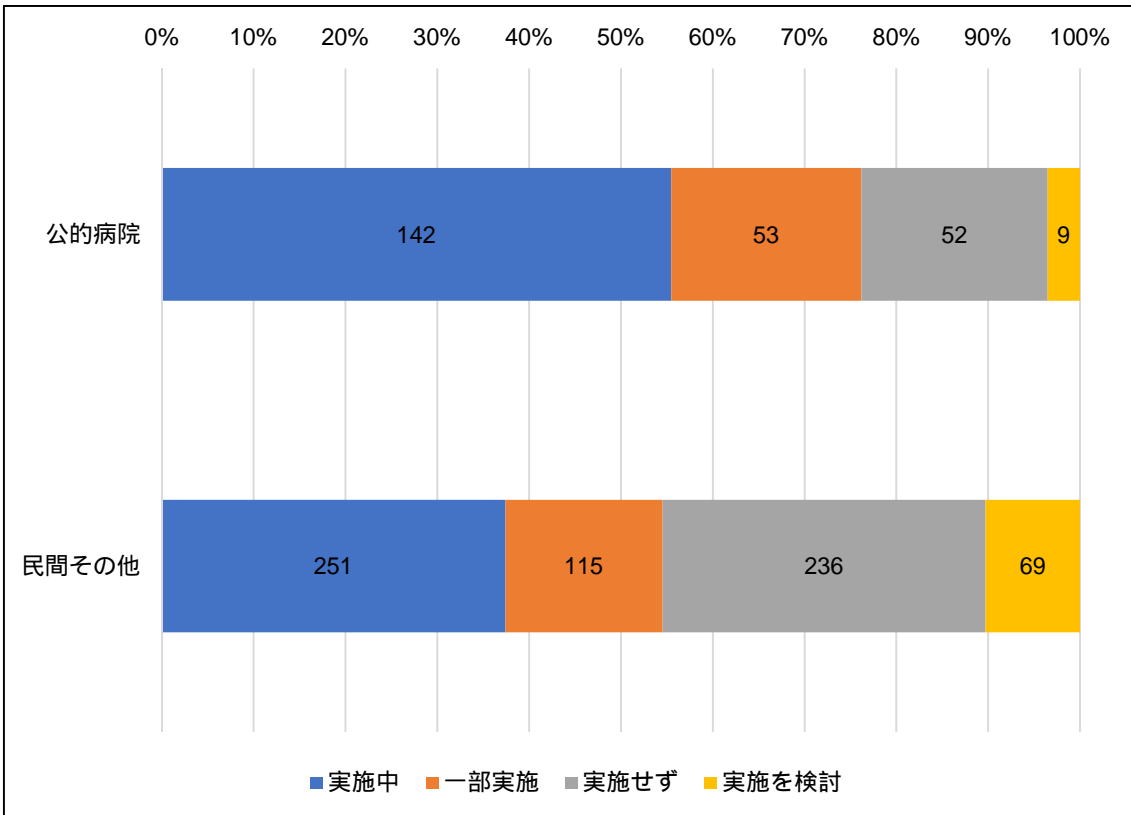


図 36-4. 公的・民間別
暴力等の対応に関するマニュアルを作成している

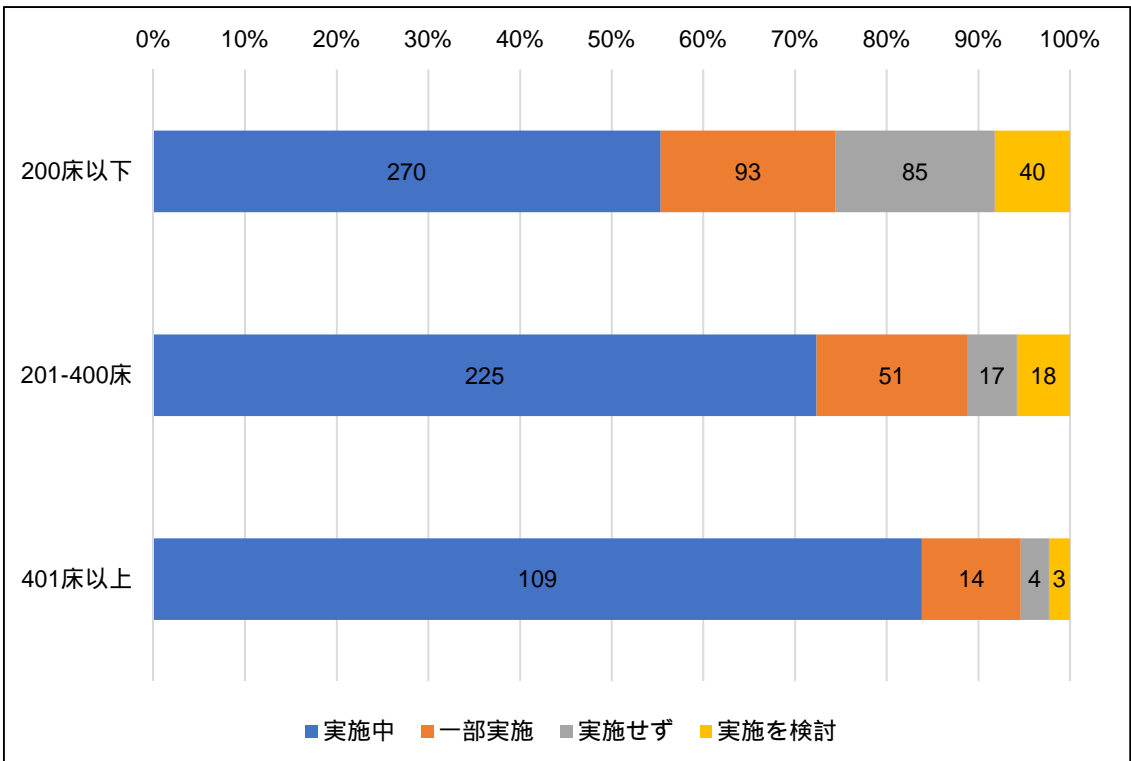


図 37-1. 病床数別

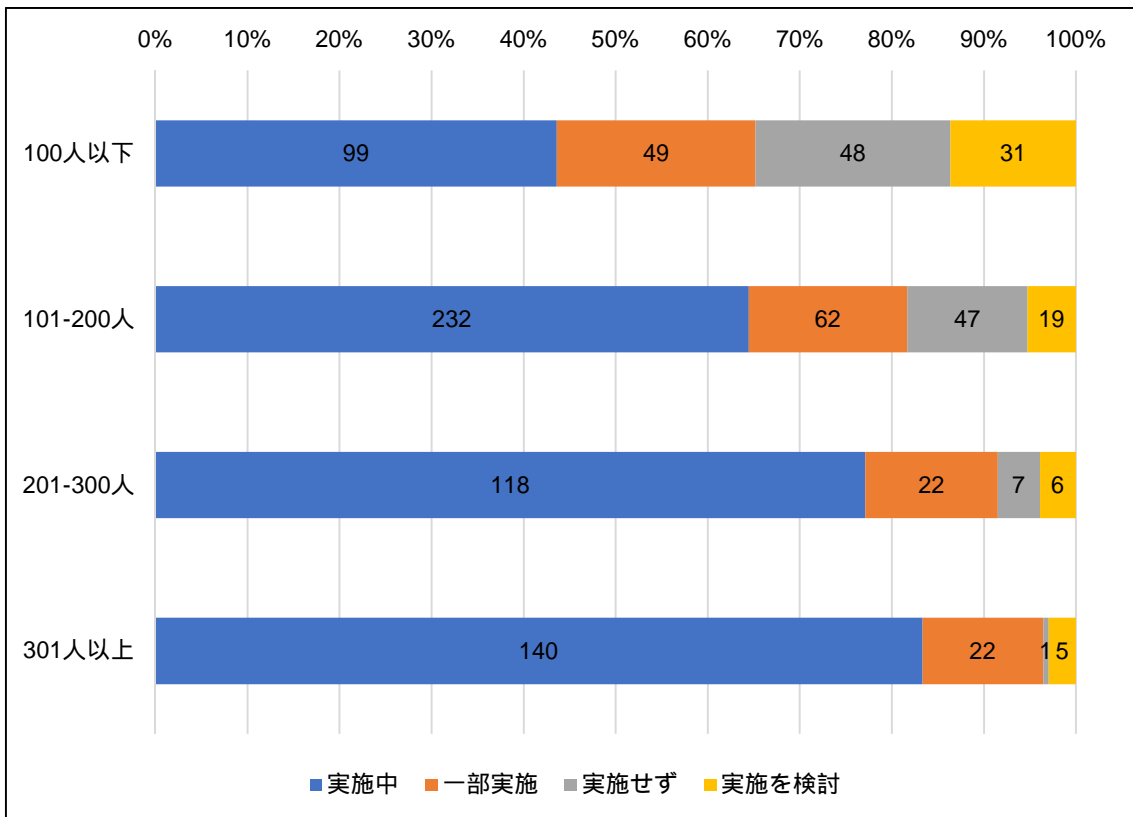


図 37-2. 看護職数別

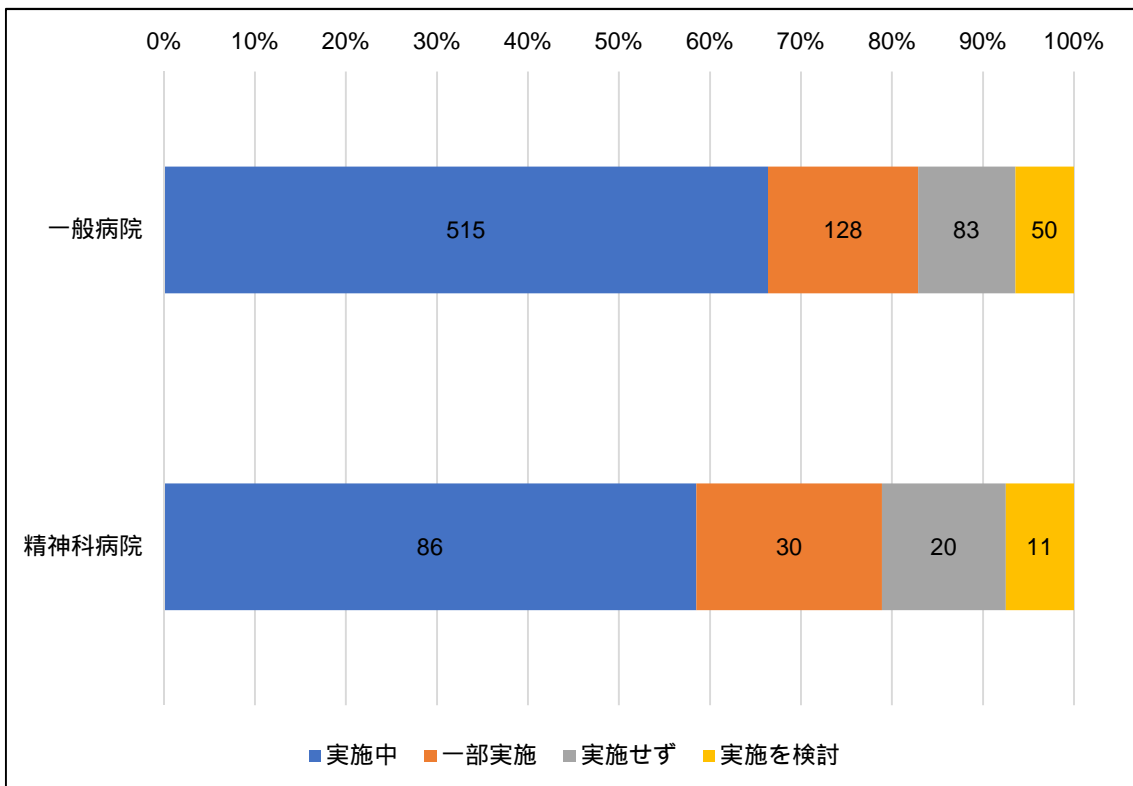


図 37-3. 一般・精神科病院別

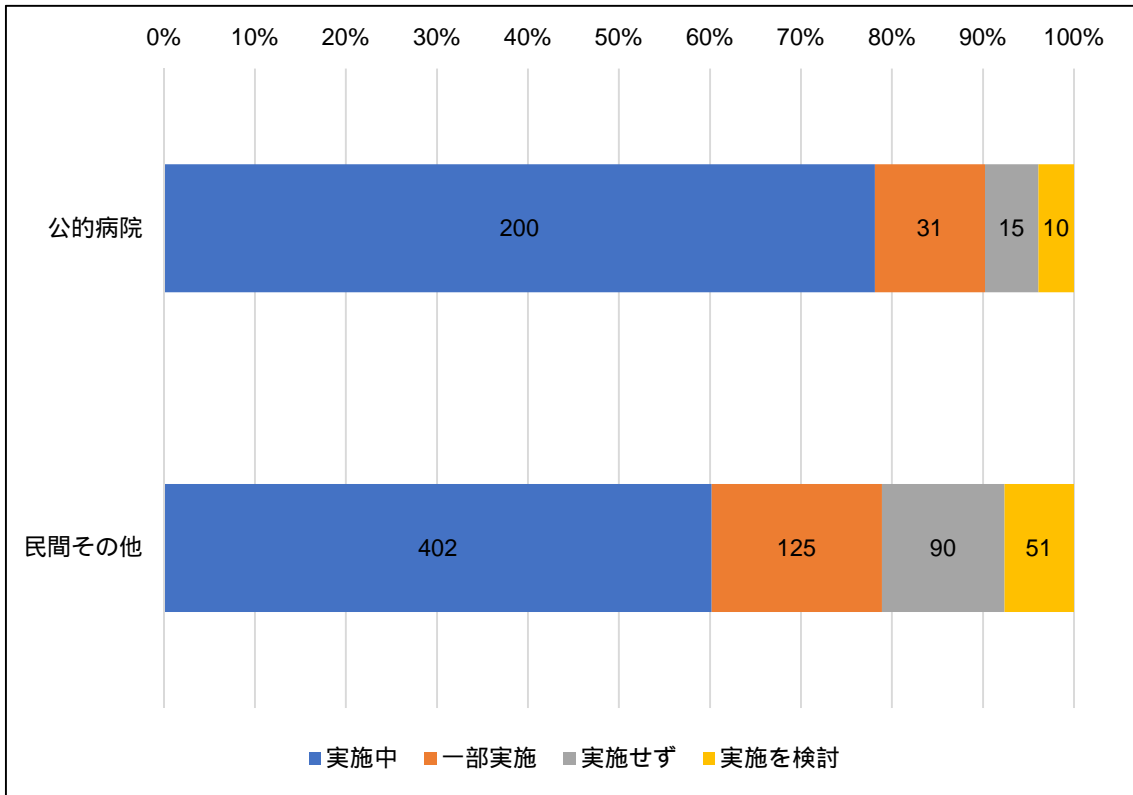


図 37-4. 公的・民間別

緊急時に応援を呼ぶ手順や護身のための対応や避難についてマニュアルに記載している

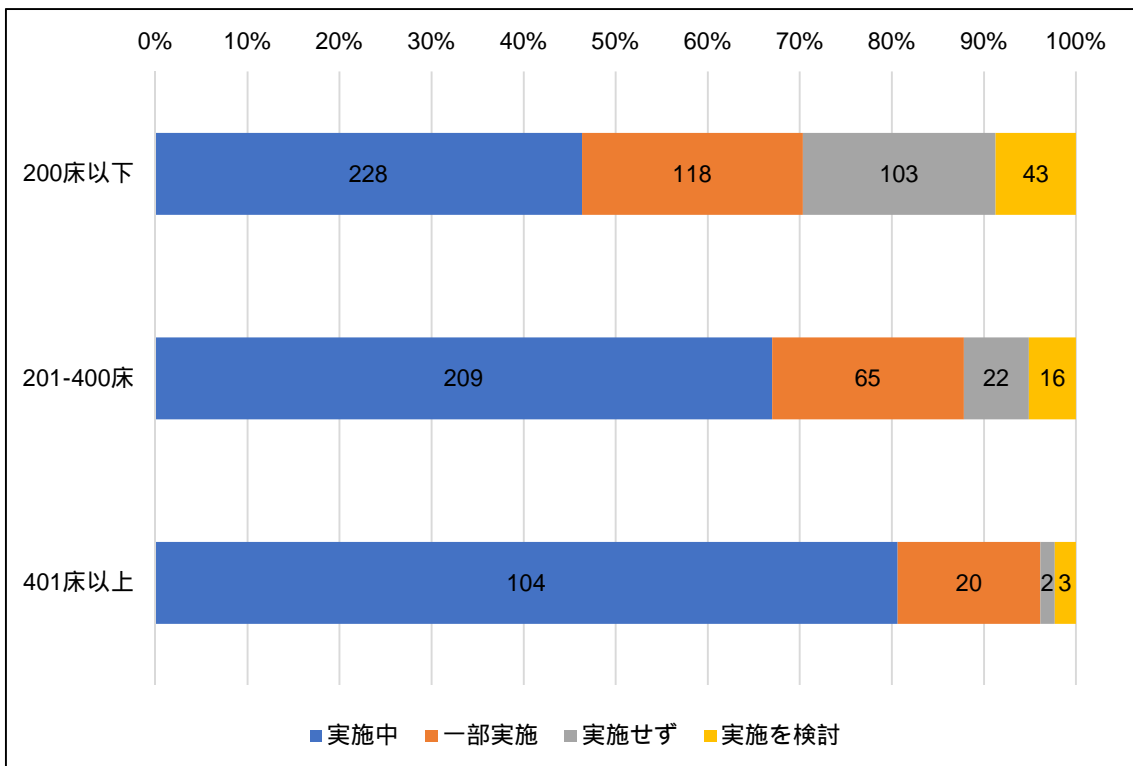


図 38-1. 病床数別

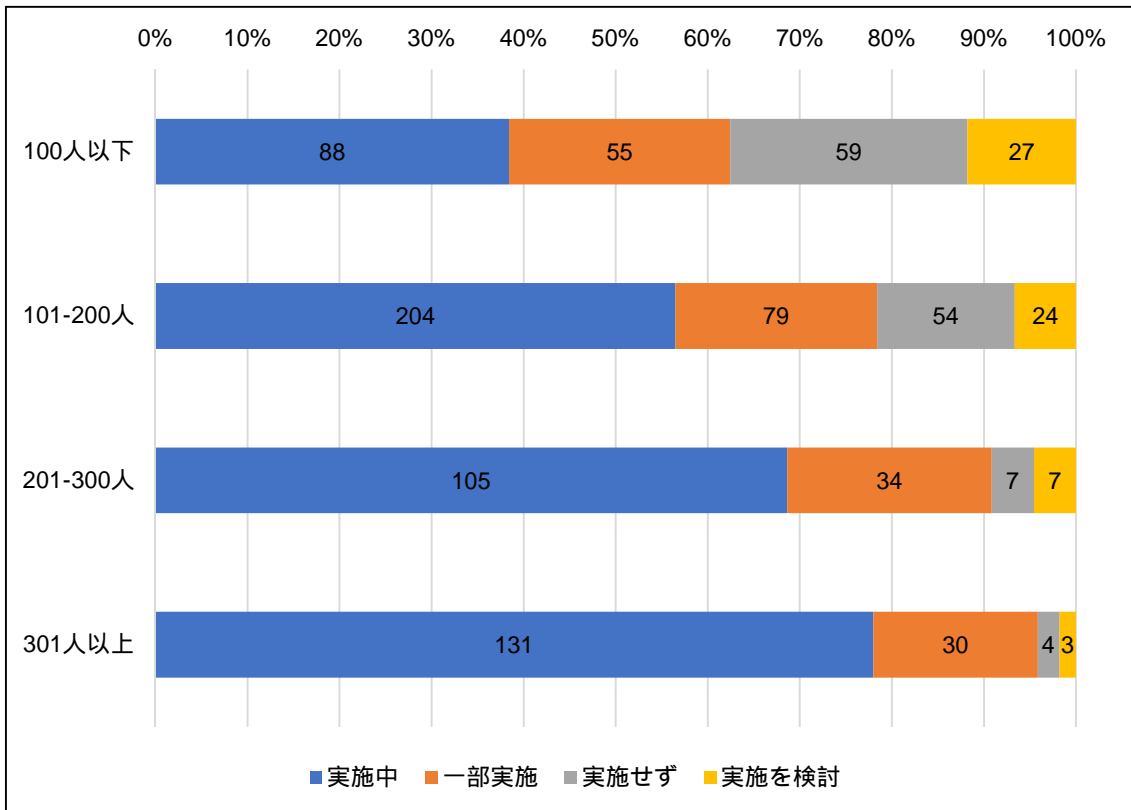


図 38-2. 看護職数別

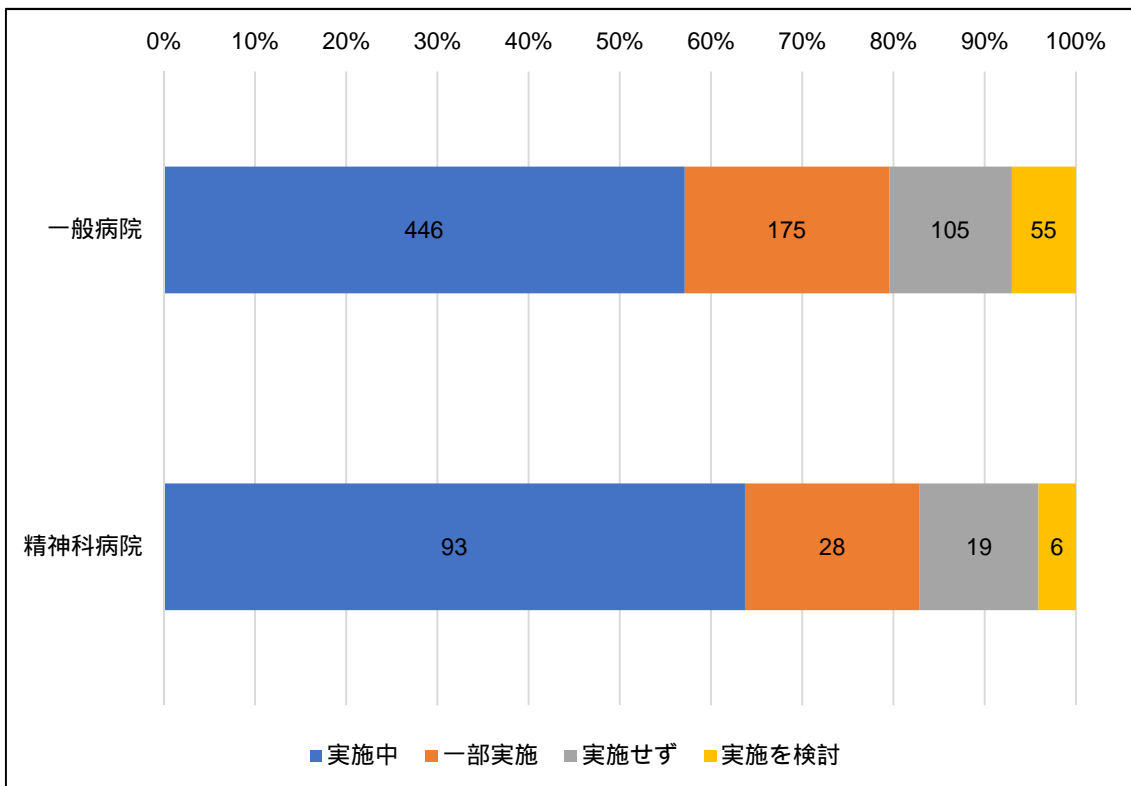


図 38-3. 一般・精神科病院別

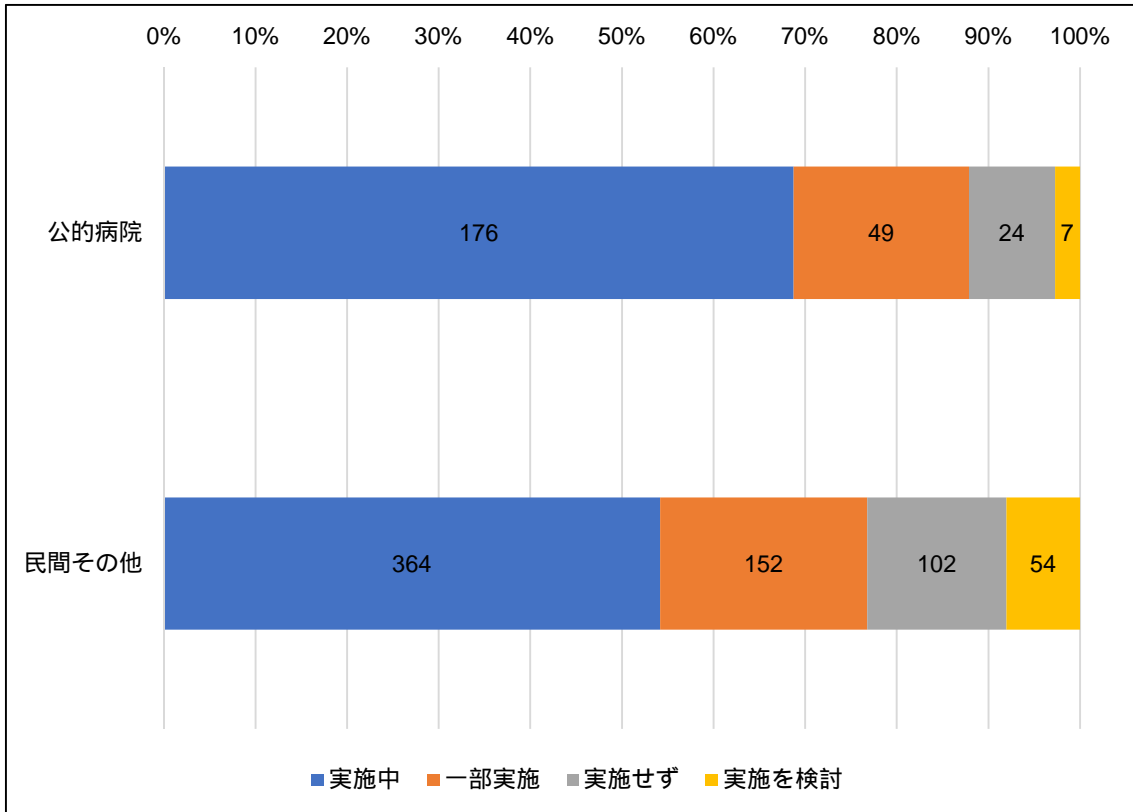


図 38-4. 公的・民間別

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

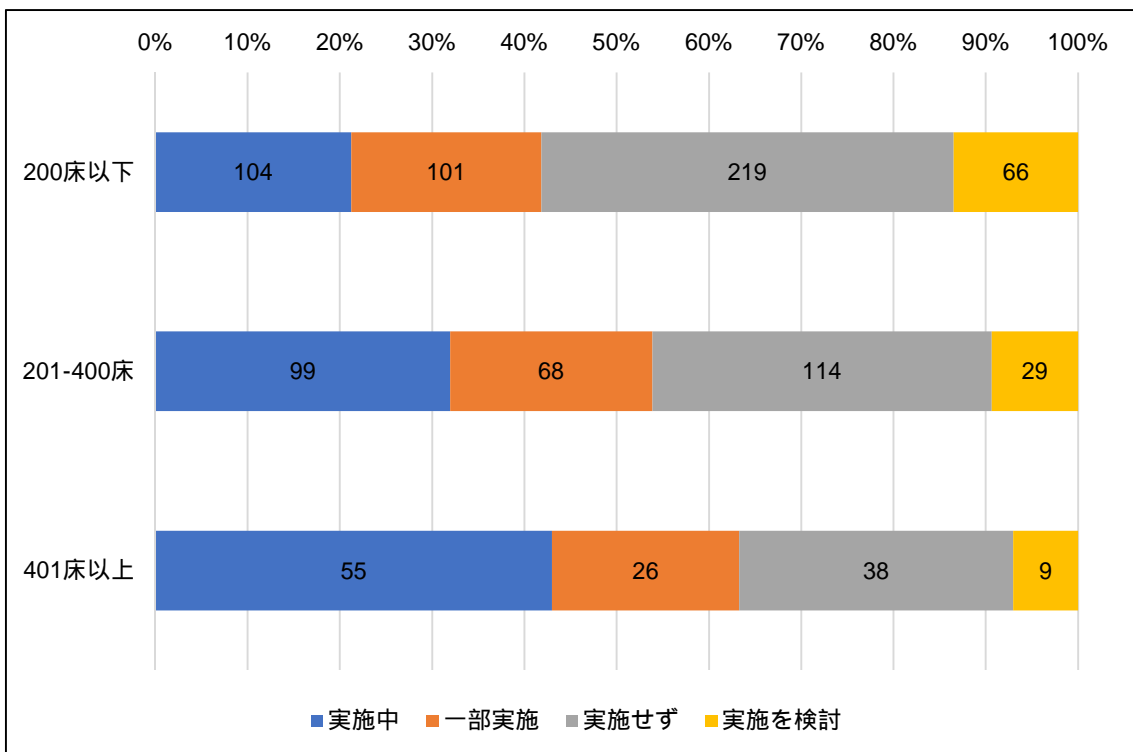


図 39-1. 病床数別

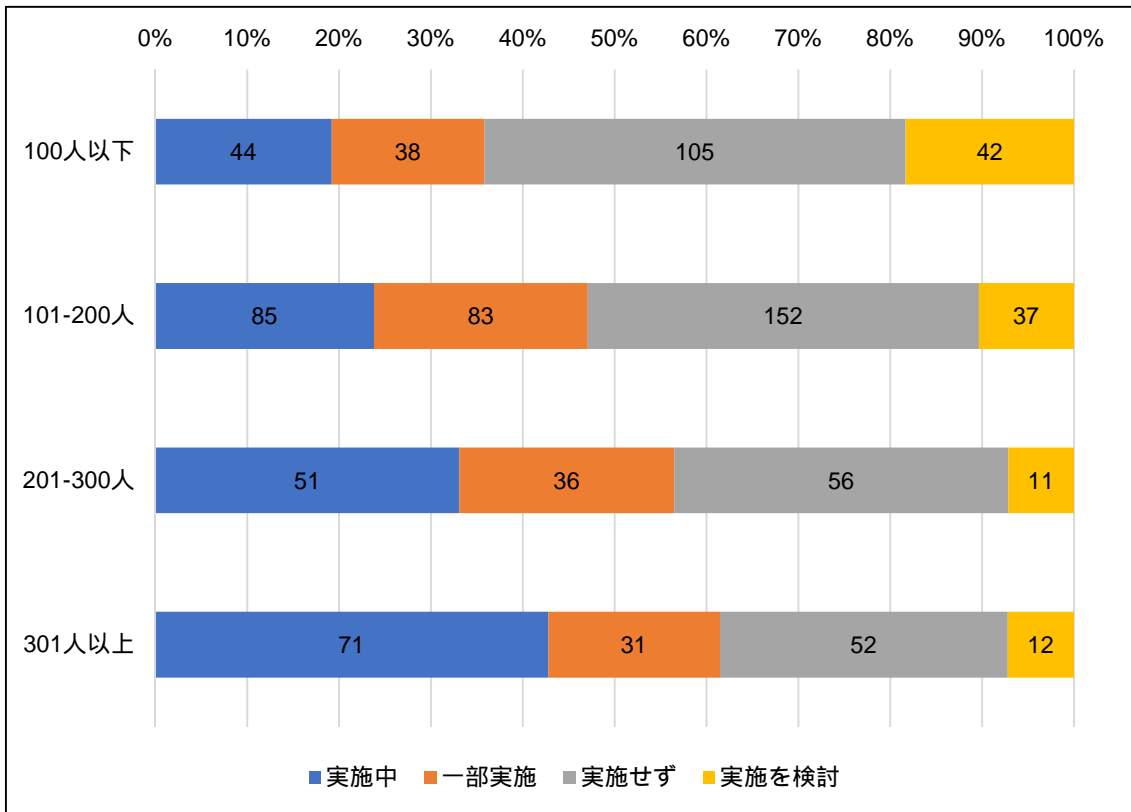


図 39-2. 看護職数別

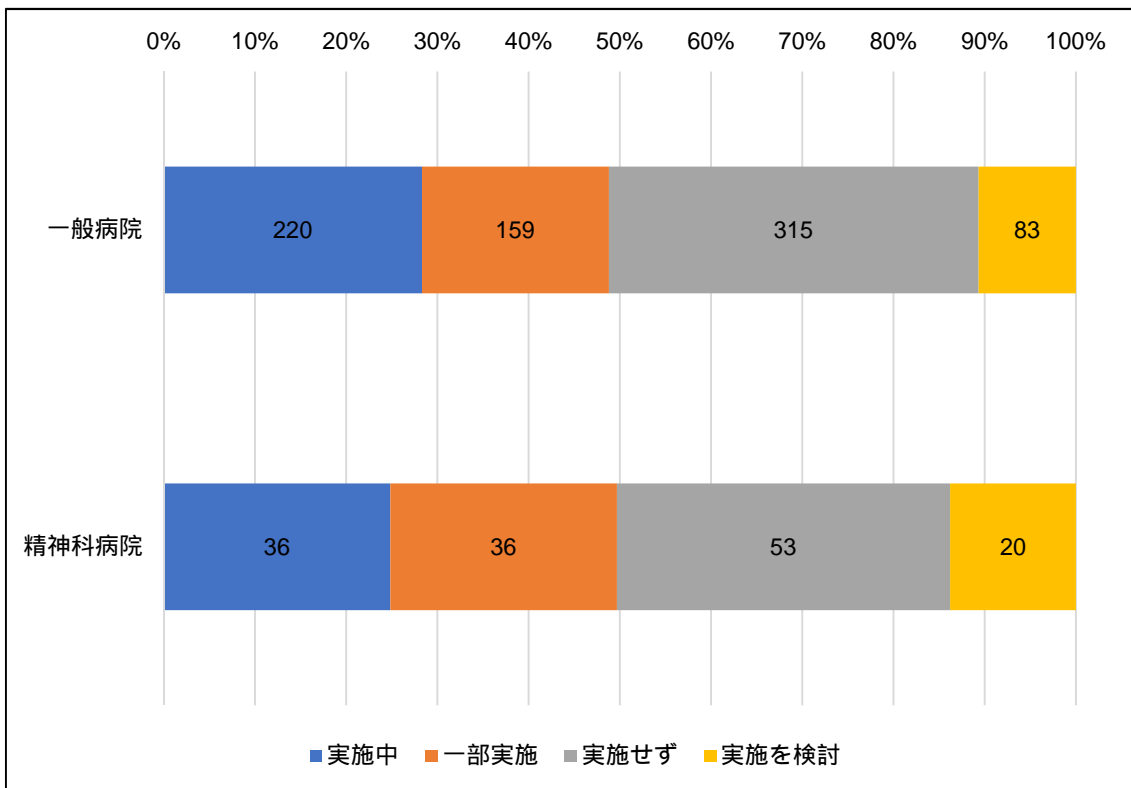


図 39-3. 一般・精神科病院別

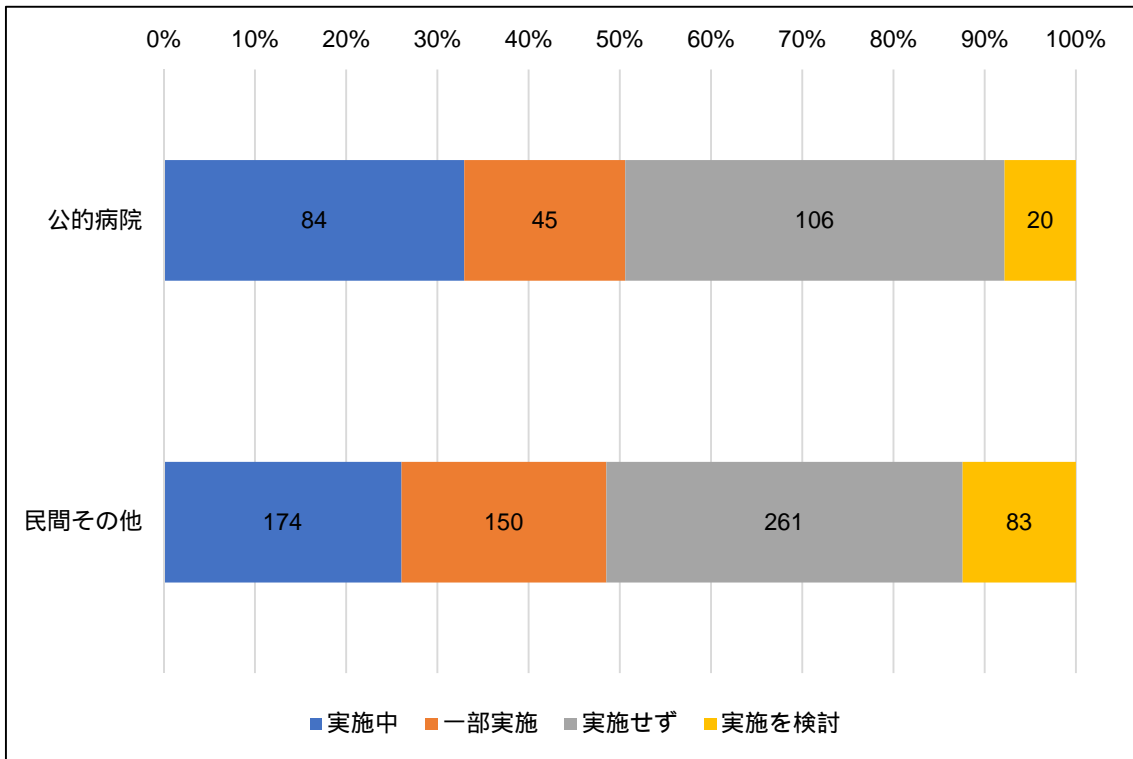


図 39-4. 公的・民間別

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

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

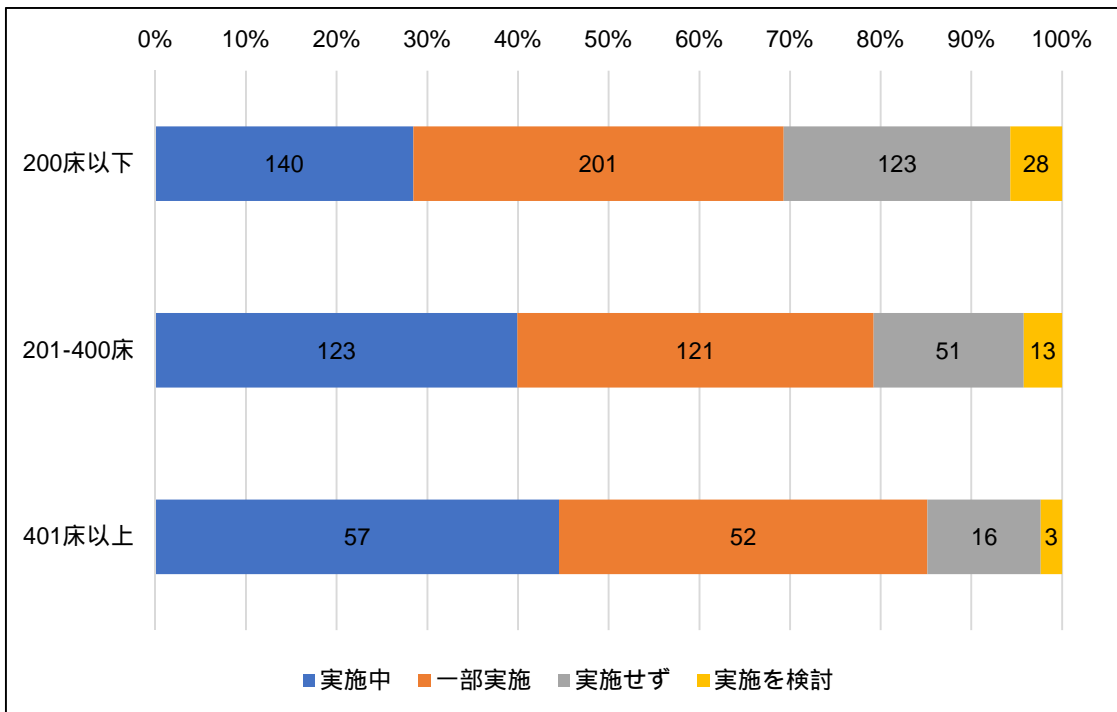


図 40-1. 病床数別

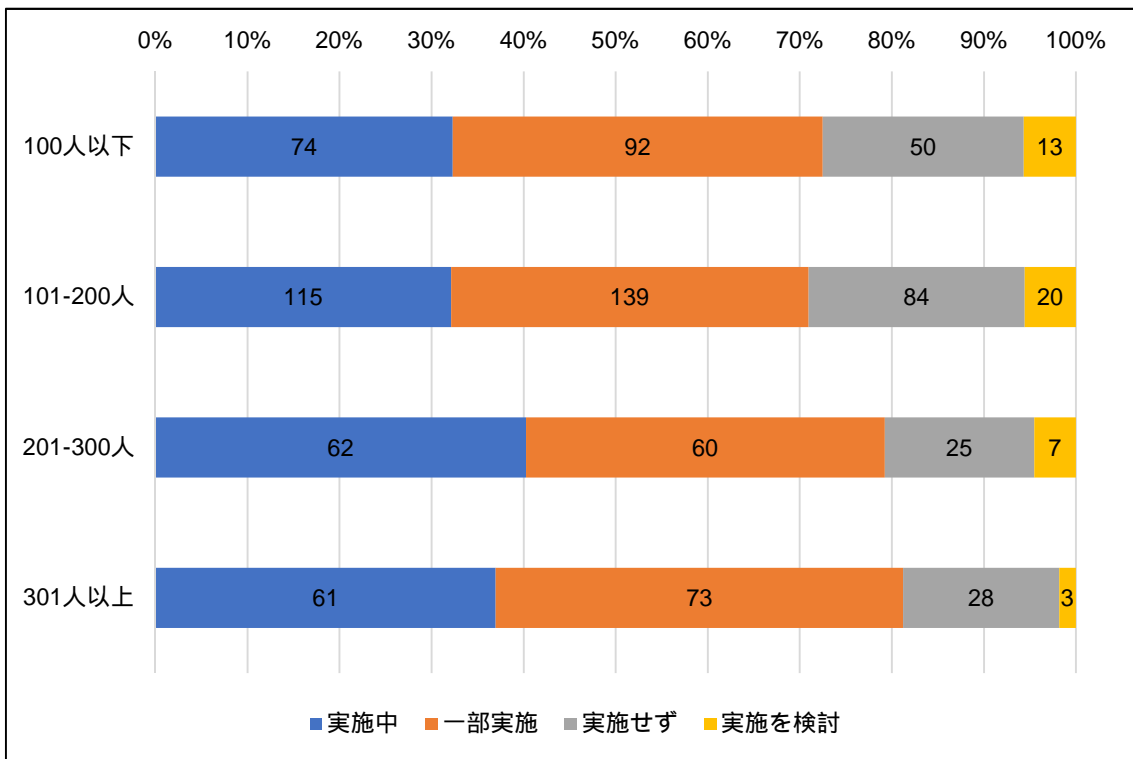


図 40-2. 看護職数別

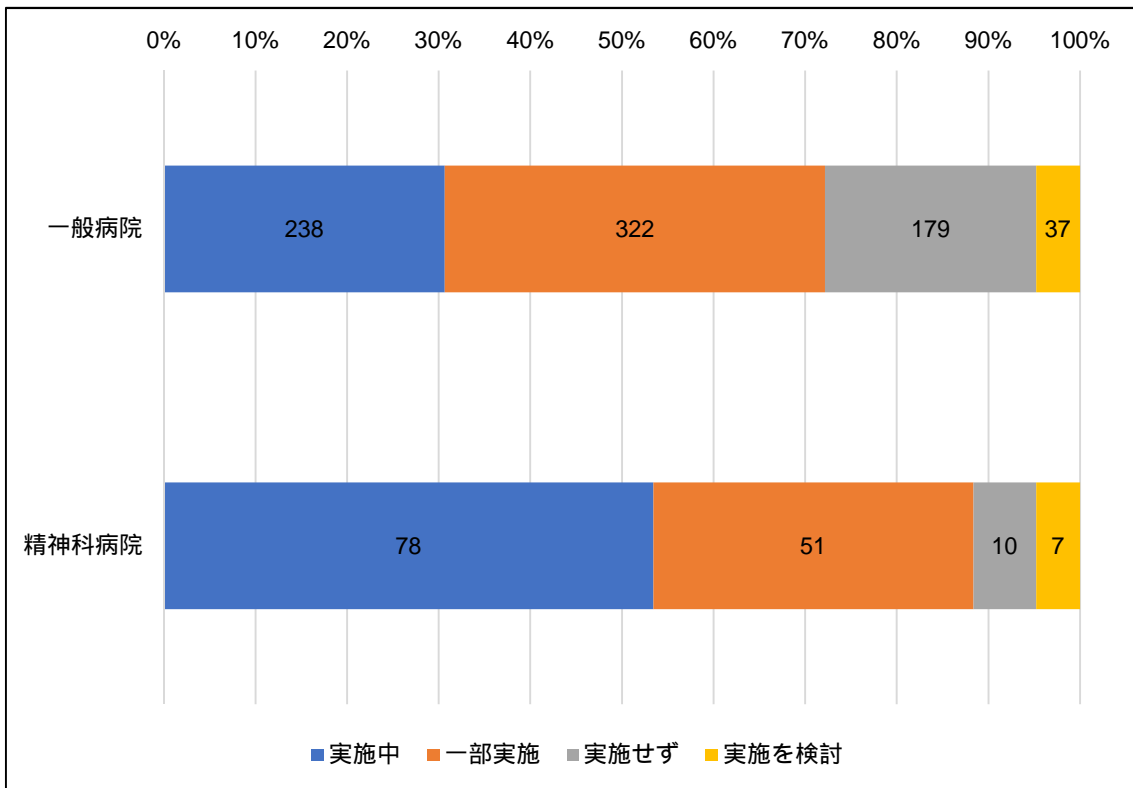


図 40-3. 一般・精神科病院別

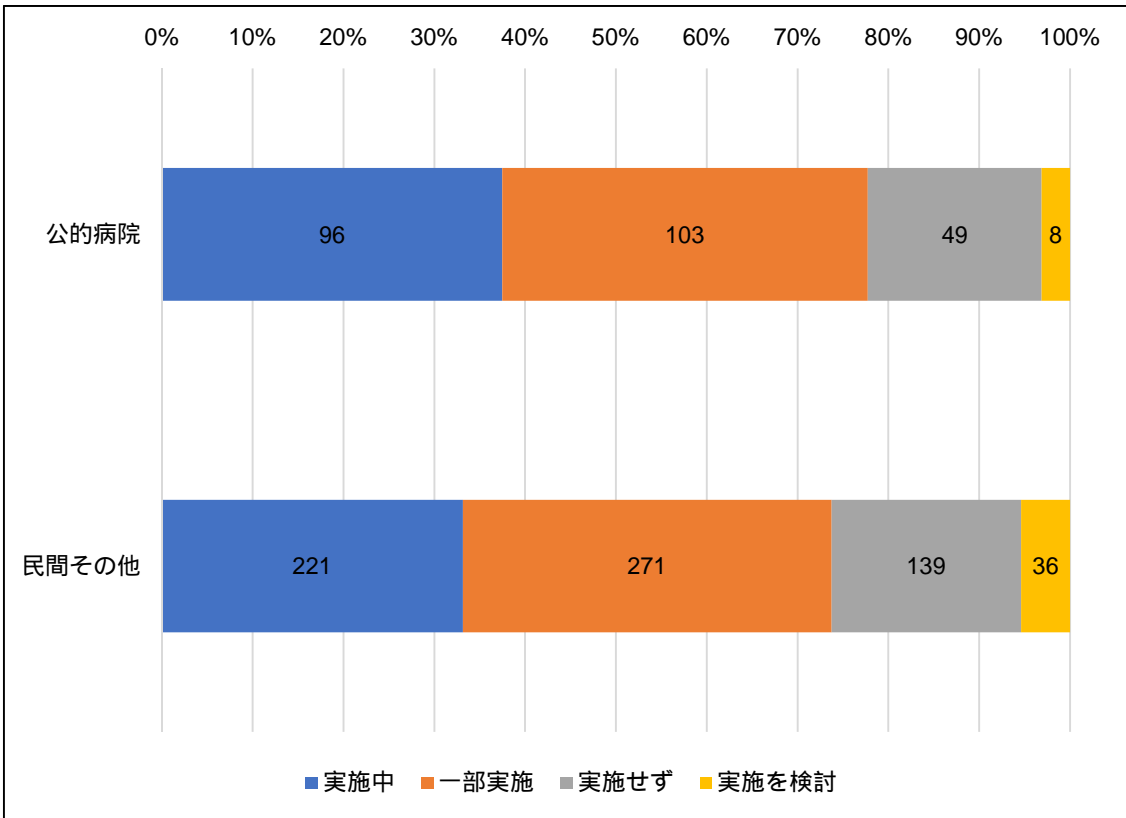


図 40-4. 公的・民間別

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

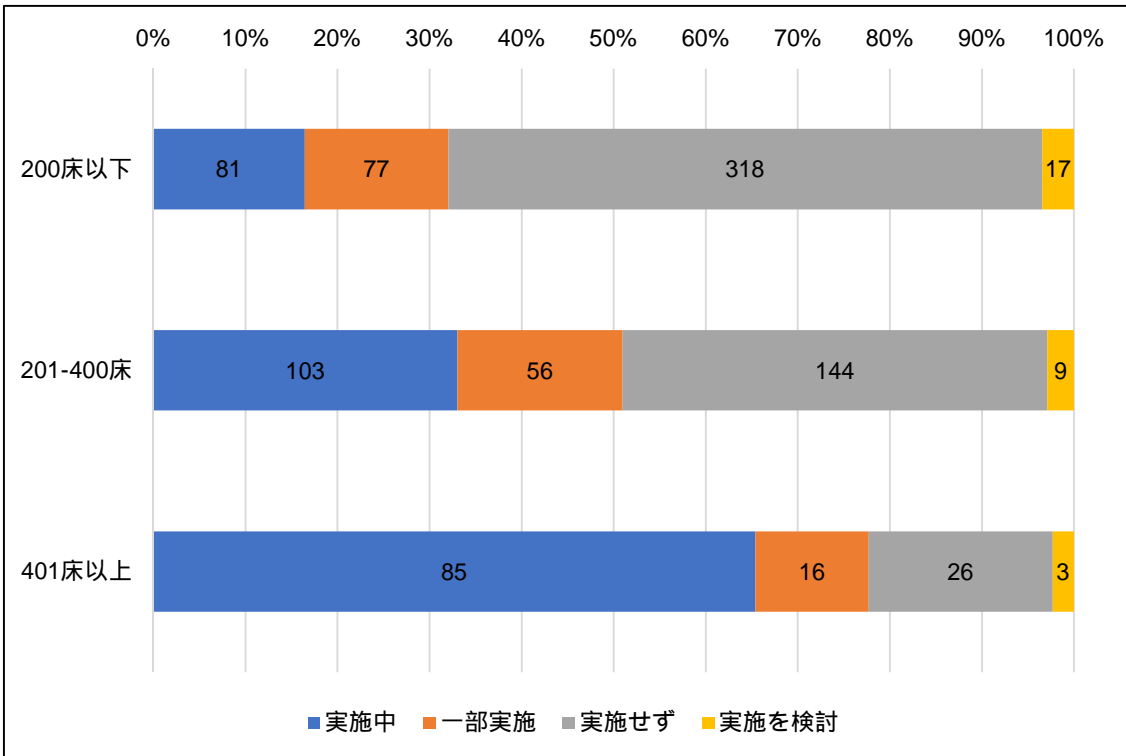


図 41-1. 病床数別

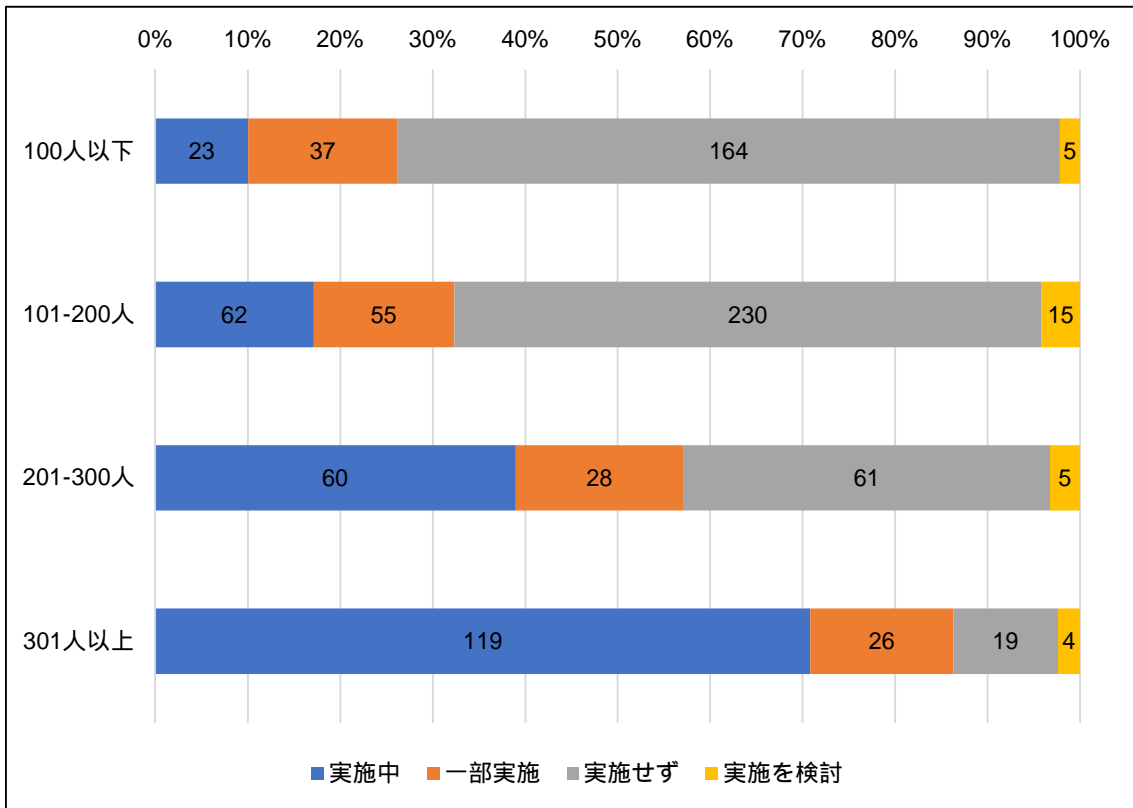


図 41-2. 看護職数別

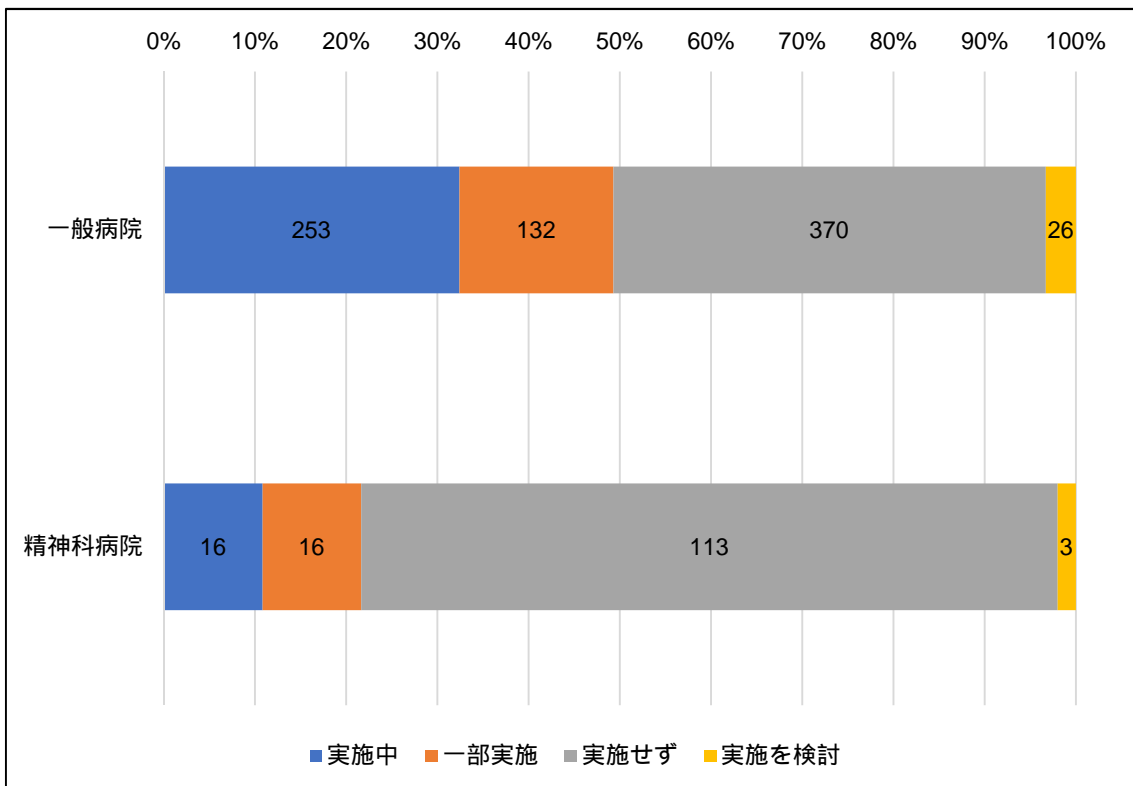


図 41-3. 一般・精神科病院別

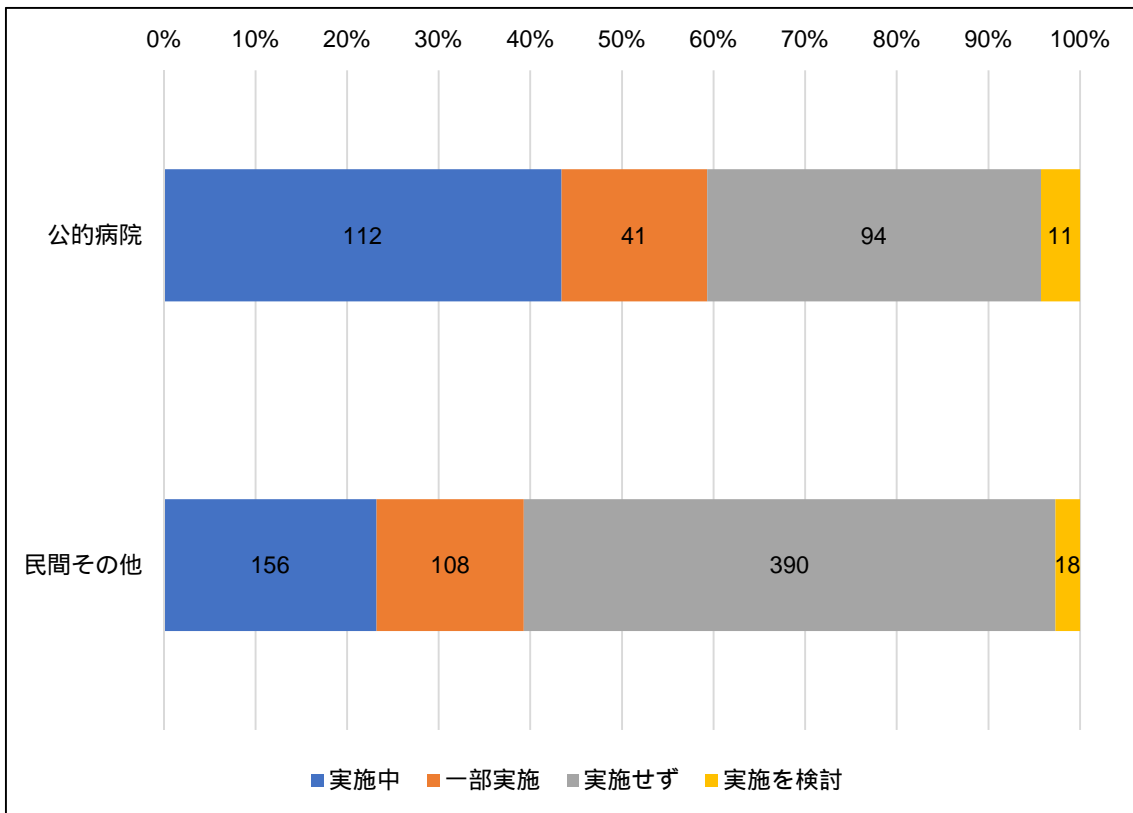


図 41-4. 公的・民間別
深夜の帰宅を避けるなどの勤務体制の工夫している

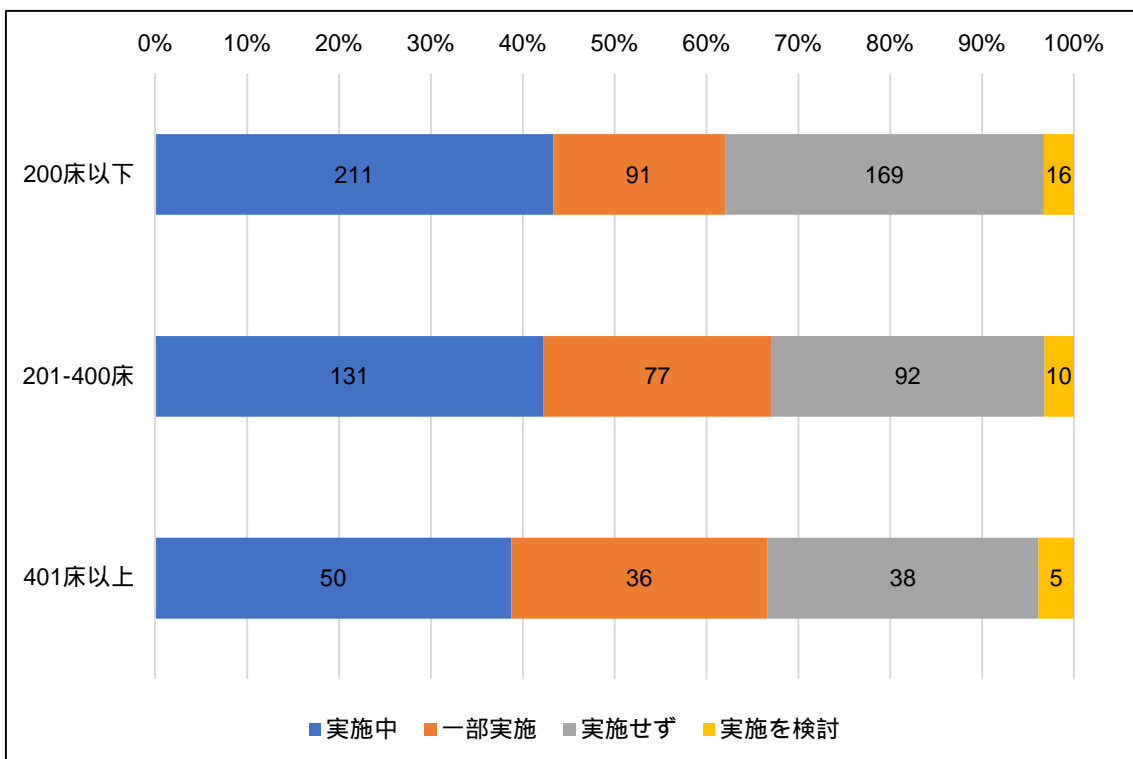


図 42-1. 病床数別

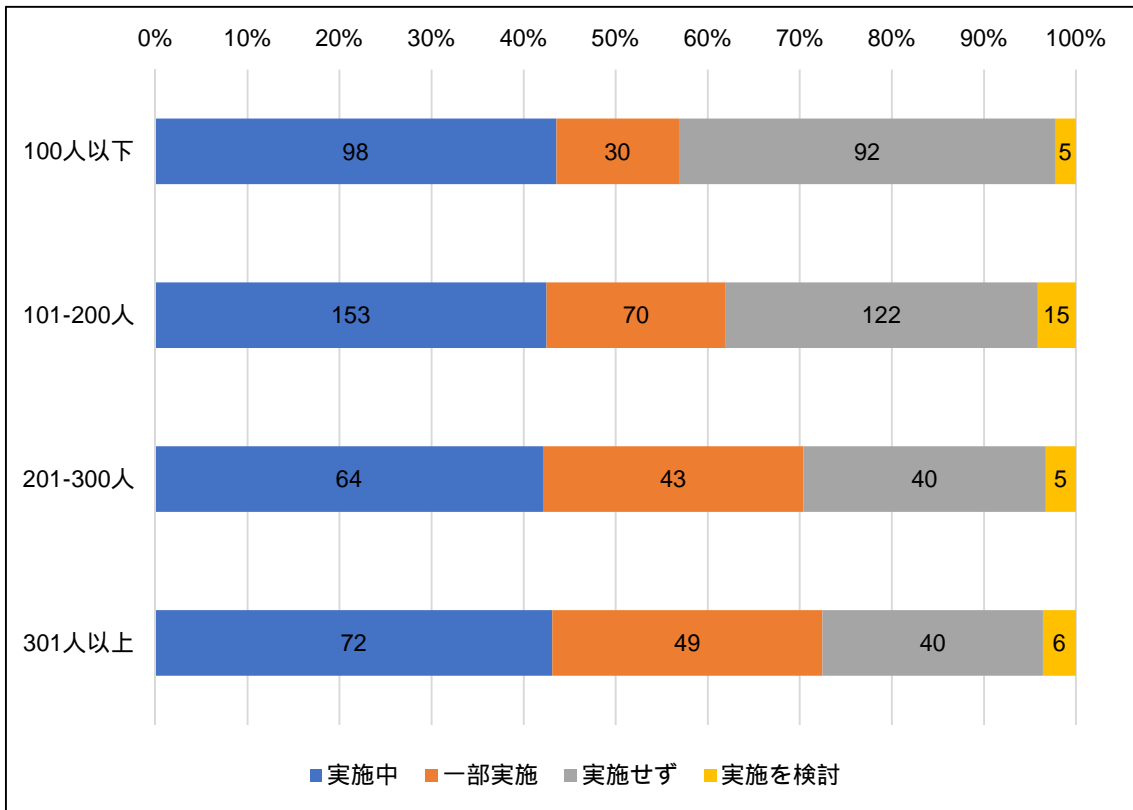


図 42-2. 看護職数別

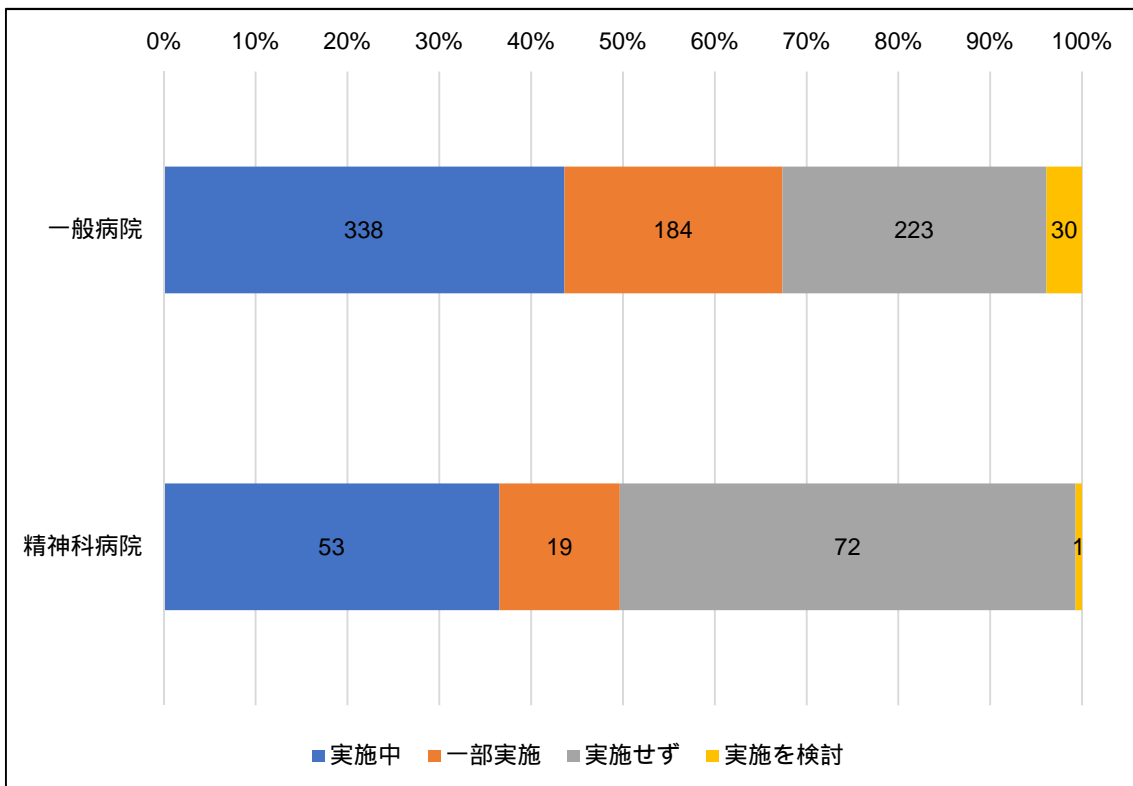


図 42-3. 一般・精神科病院別

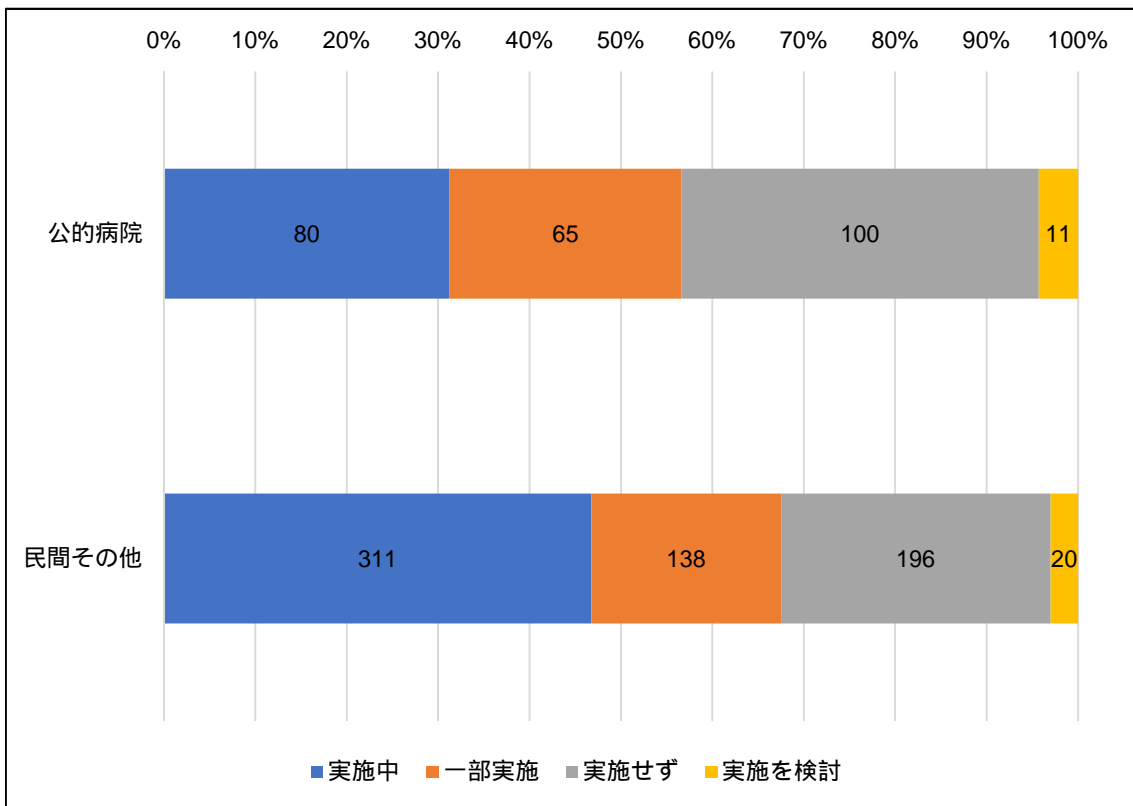


図 42-4. 公的・民間別

外来、病棟における単独勤務時間を回避・短縮している

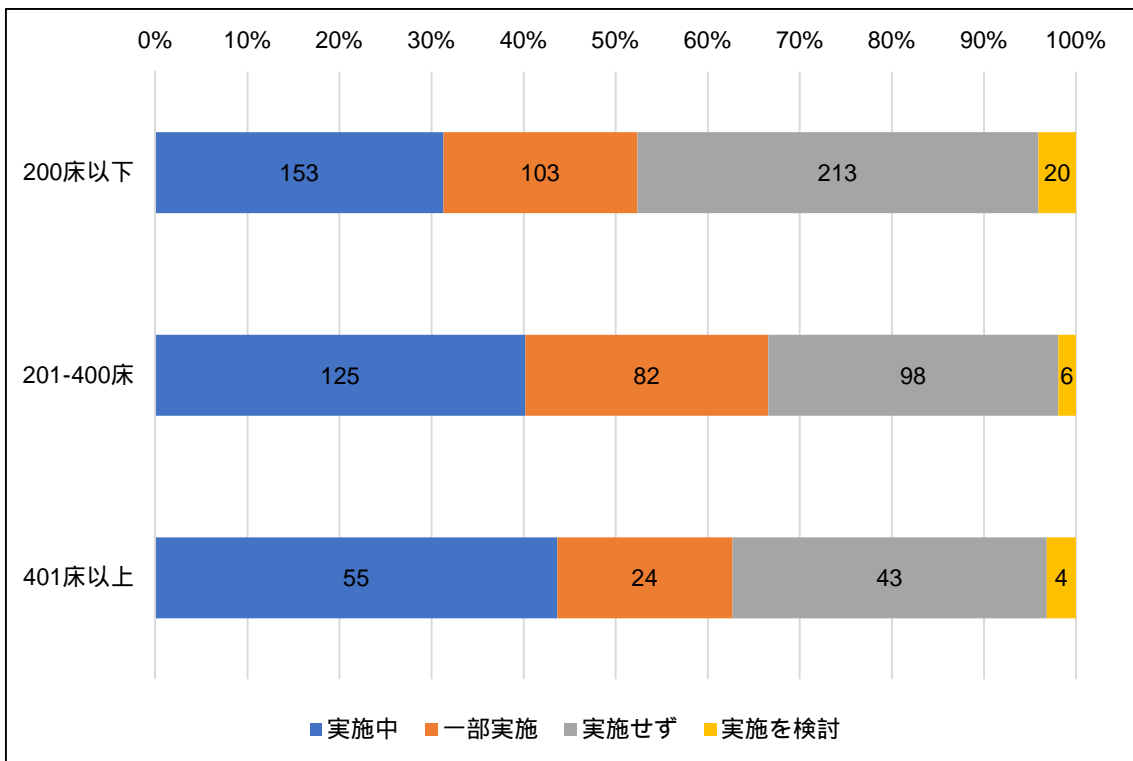


図 43-1. 病床数別

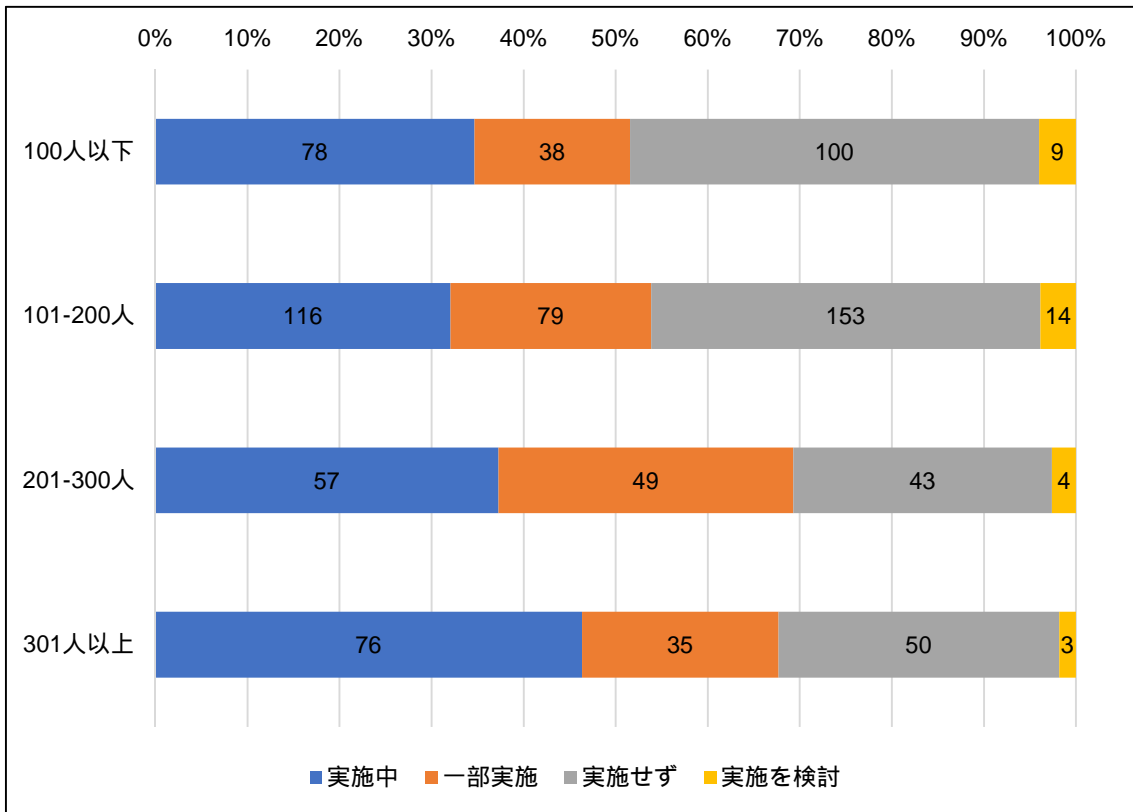


図 43-2. 看護職数別

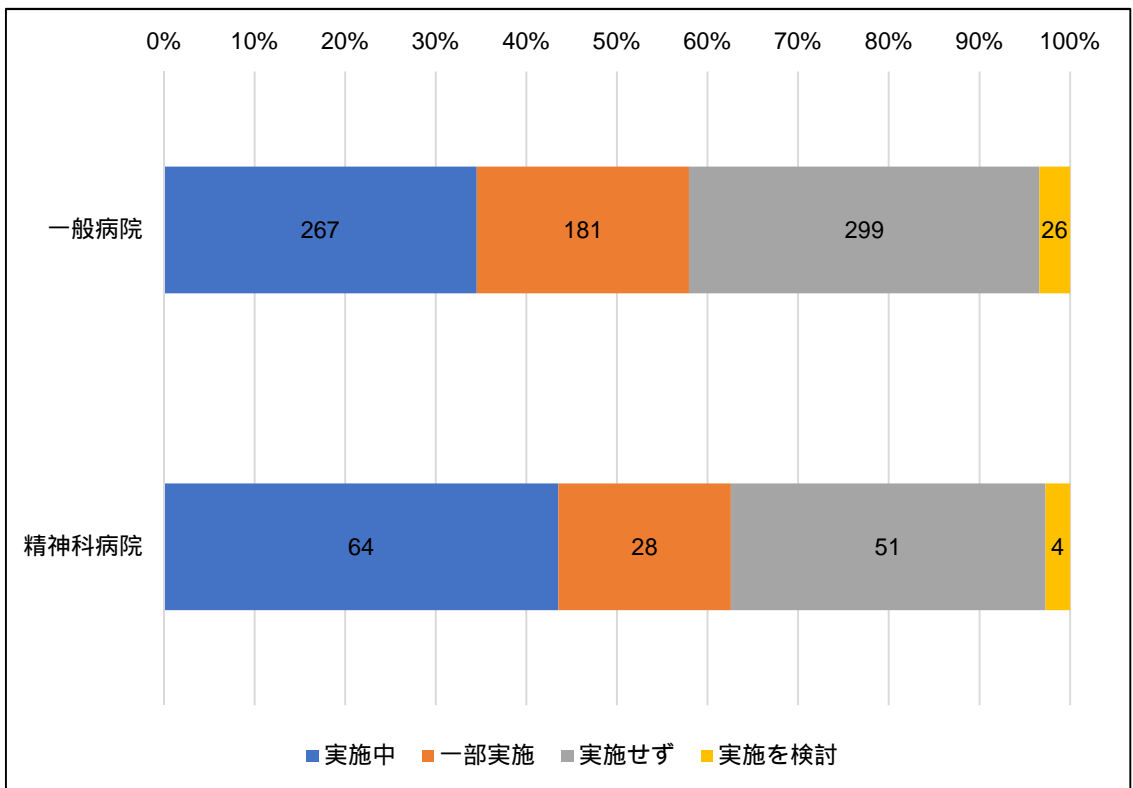


図 43-3. 一般・精神科病院別

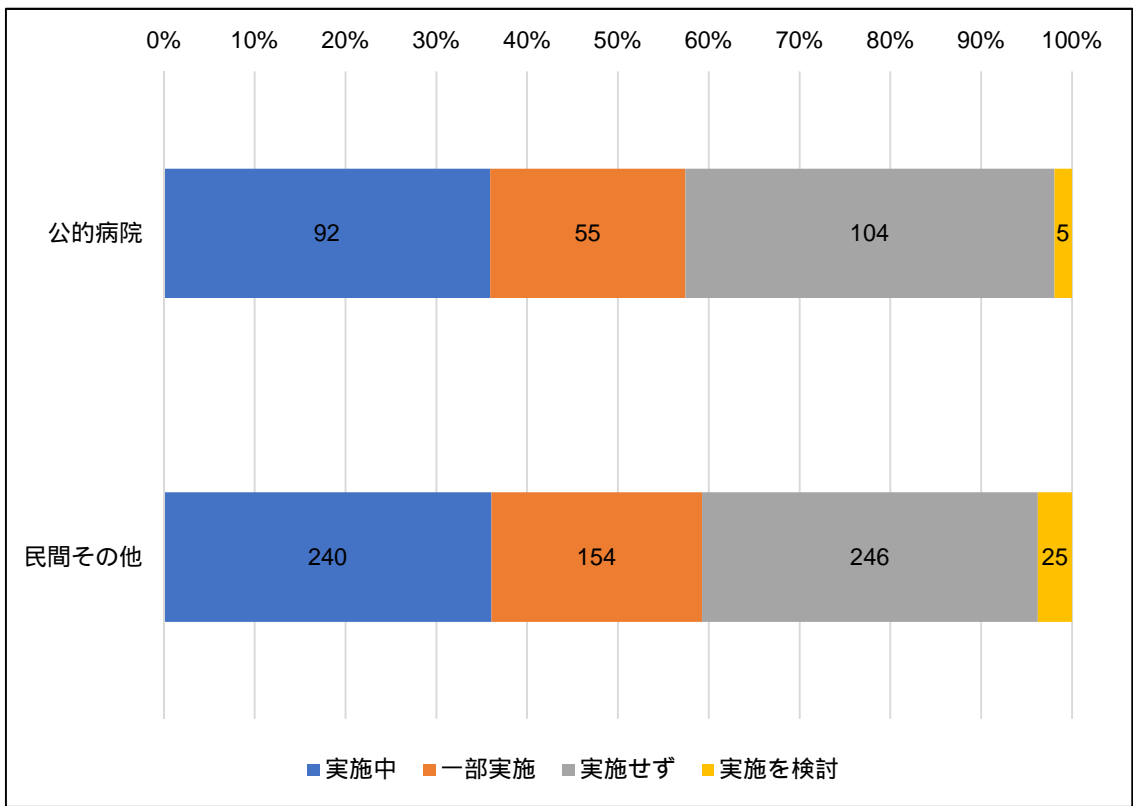


図 43-4. 公的・民間別
過去に暴力等のある患者のスクリーニングをしている

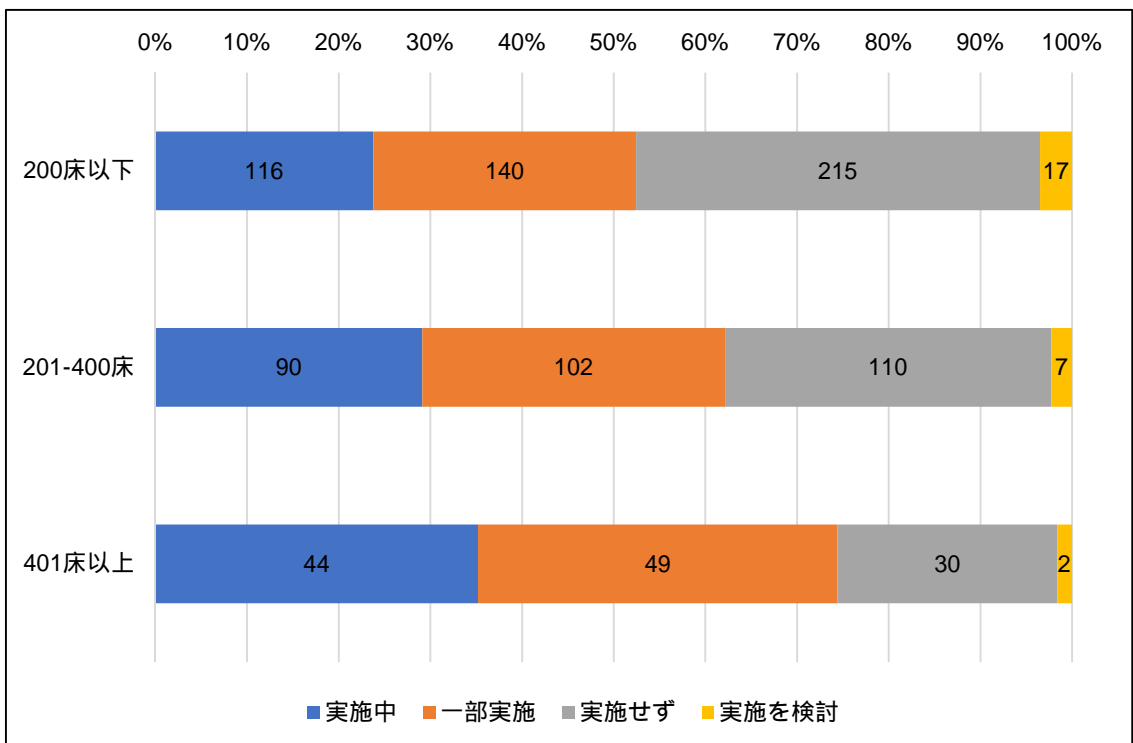


図 44-1. 病床数別

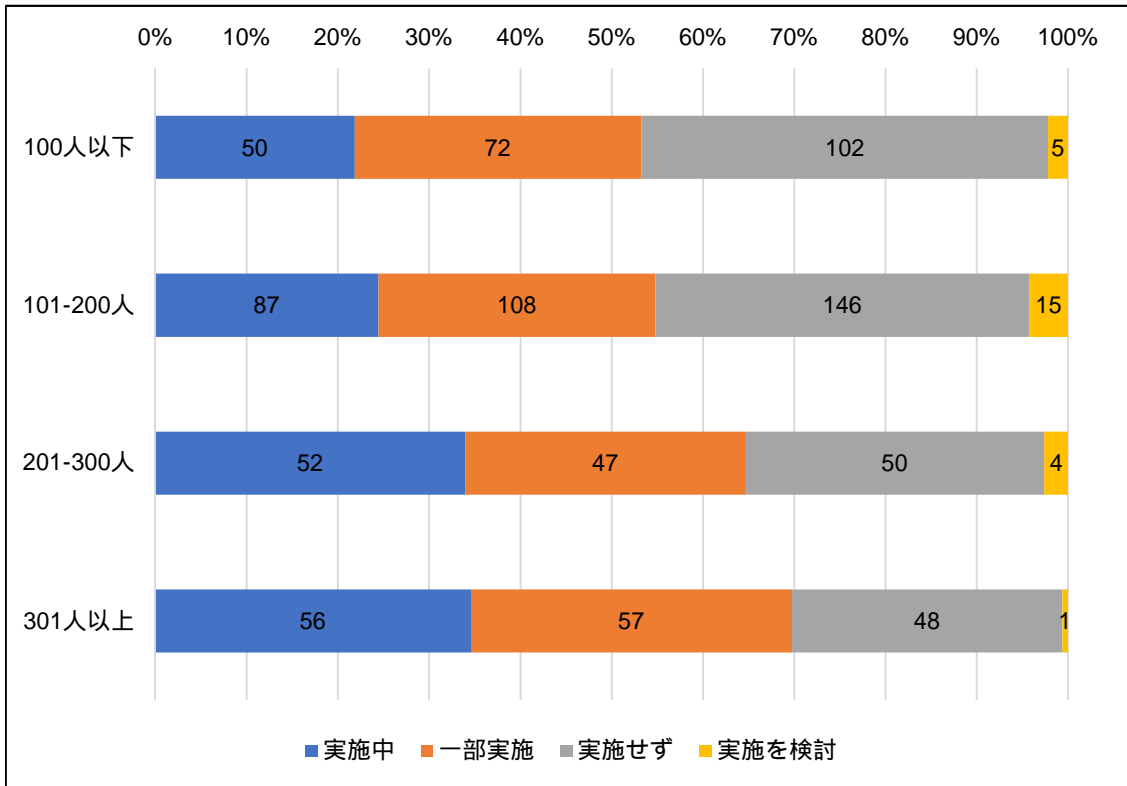


図 44-2. 看護職数別

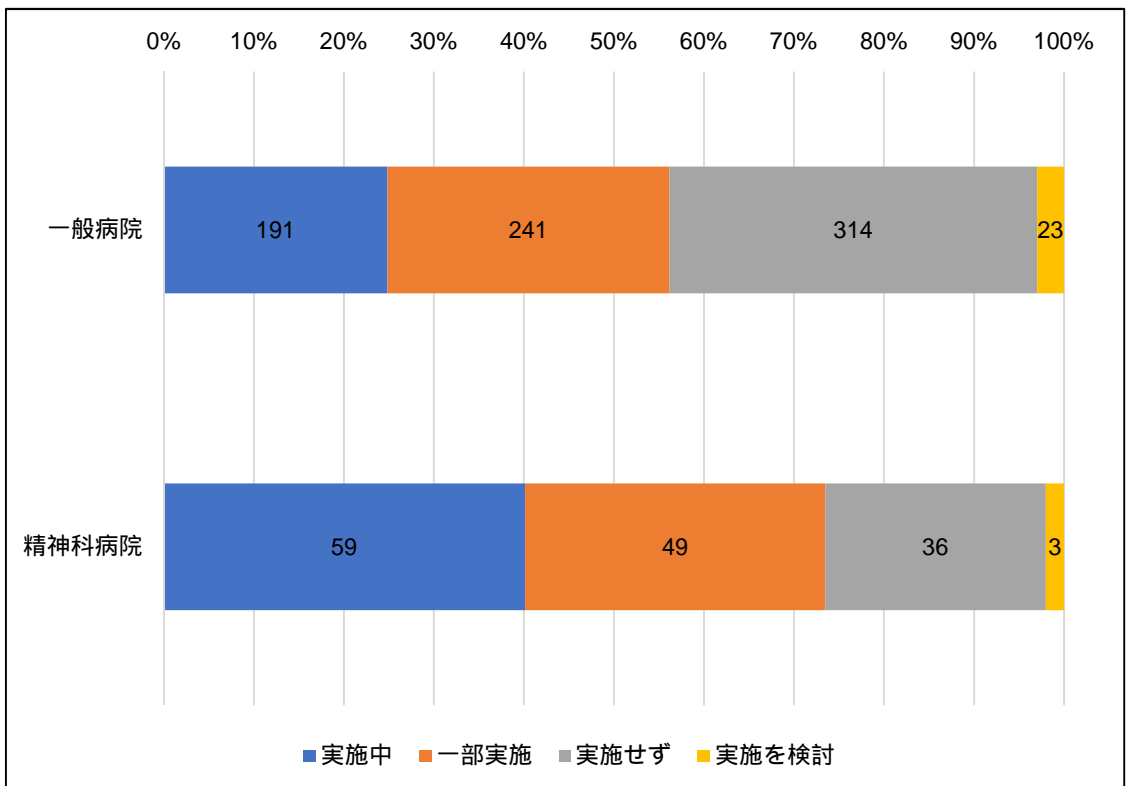


図 44-3. 一般・精神科病院別

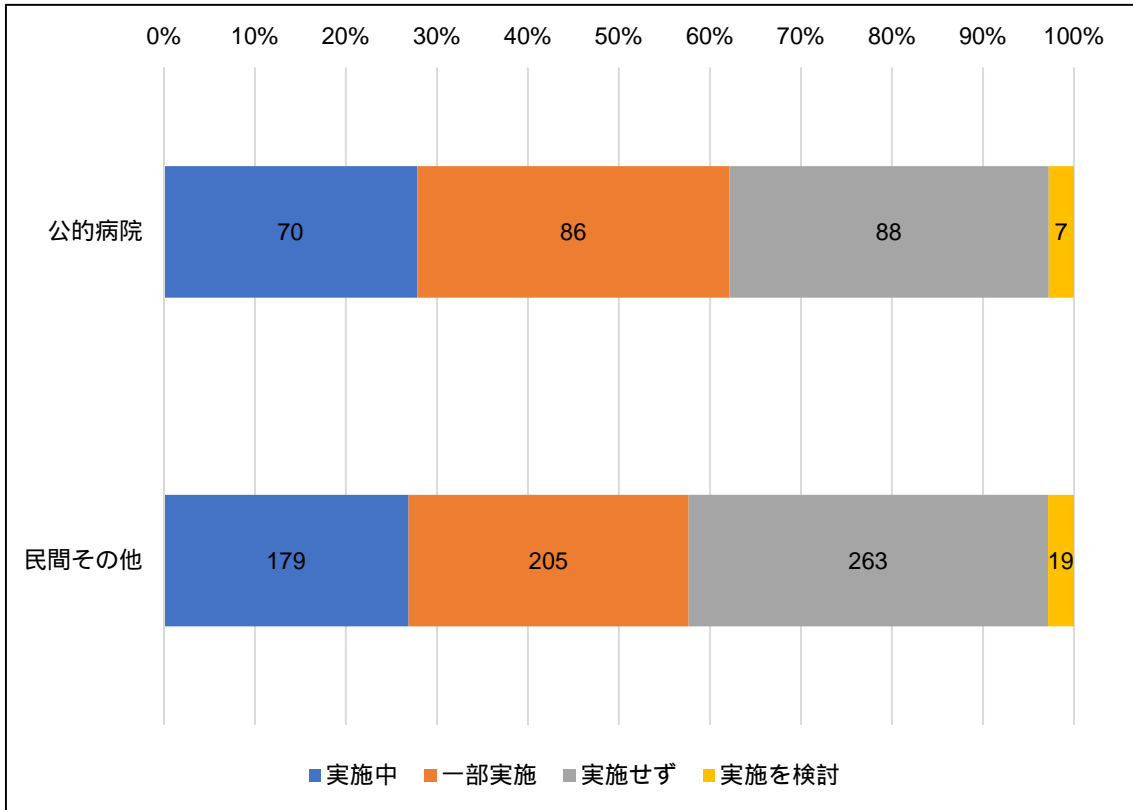


図 44-4. 公的・民間別

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

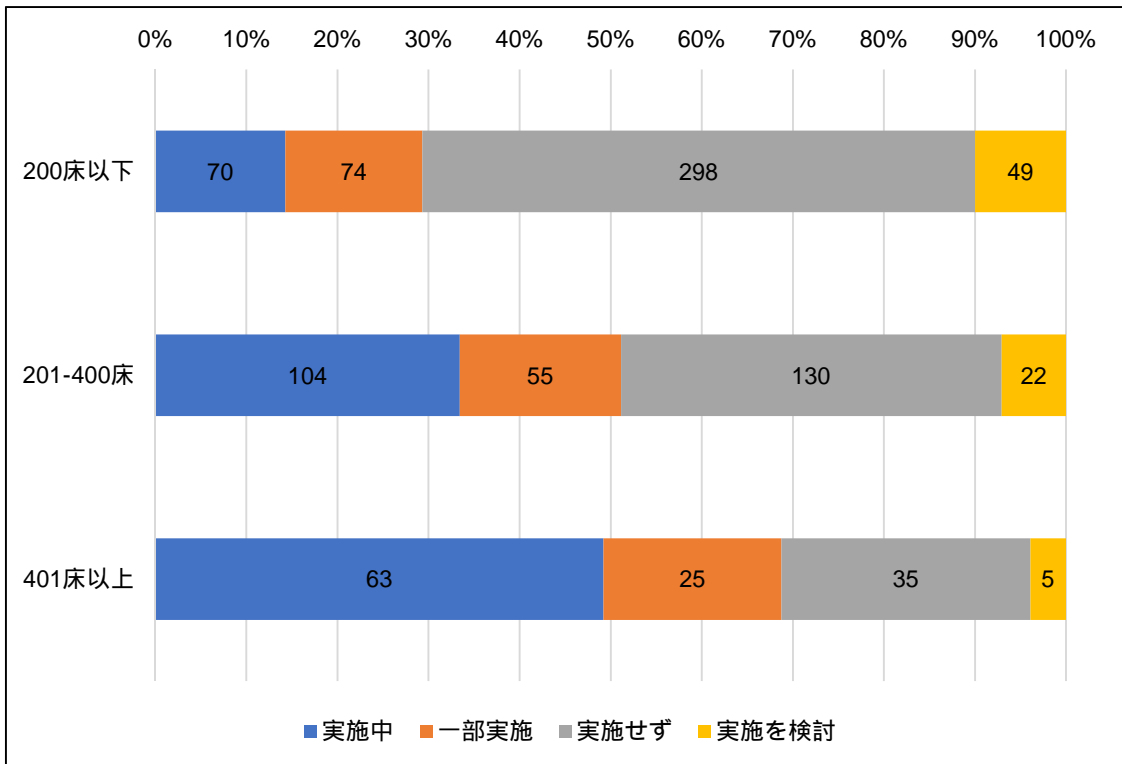


図 45-1. 病床数別

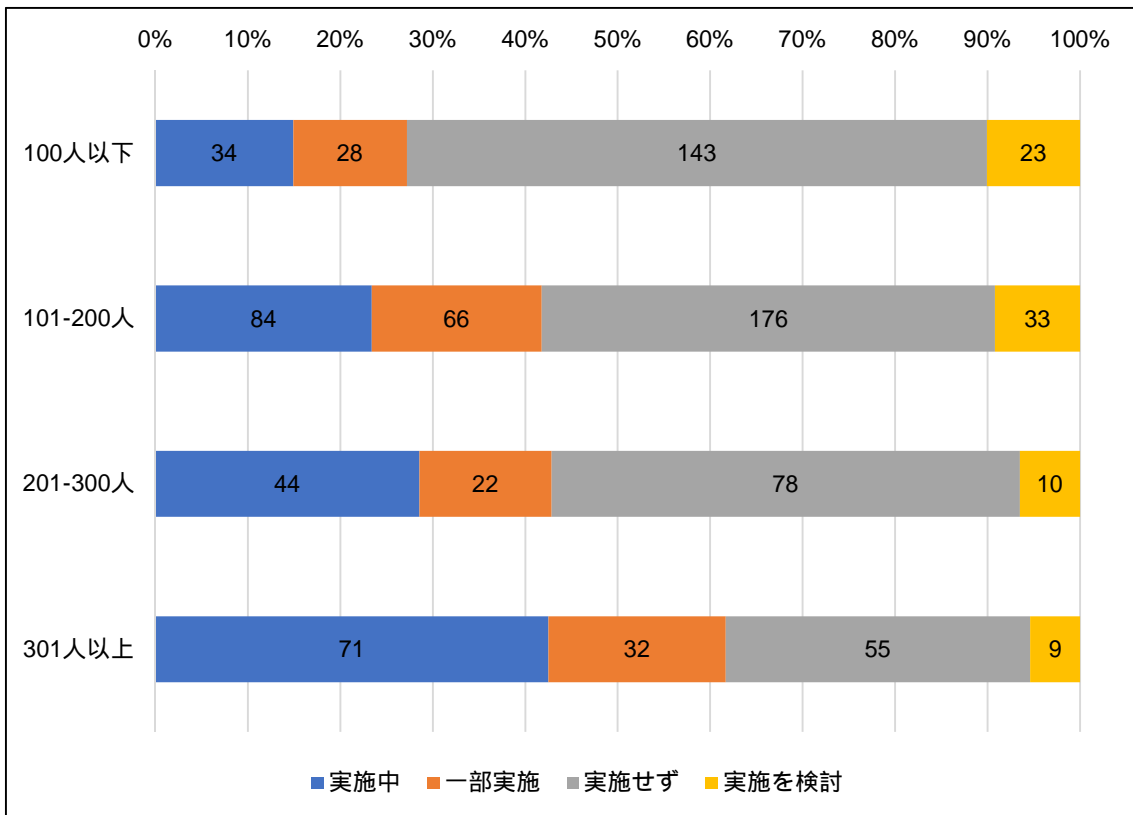


図 45-2. 看護職数別

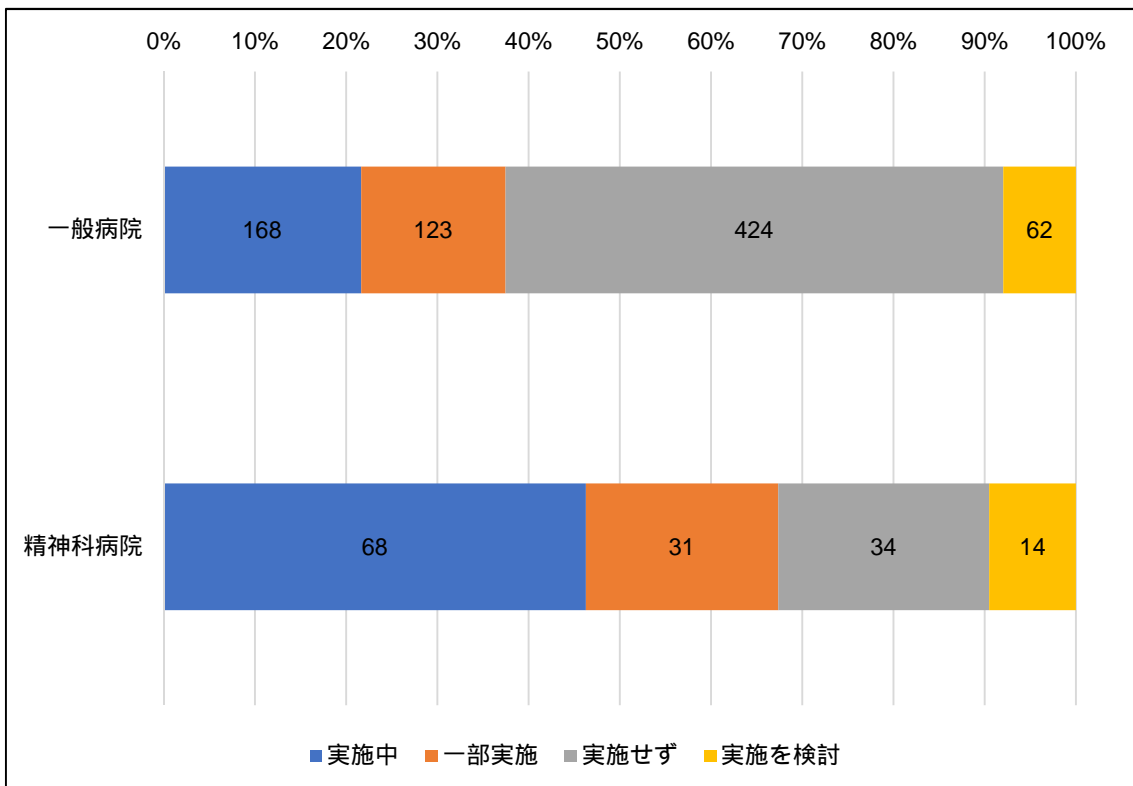


図 45-3. 一般・精神科病院別

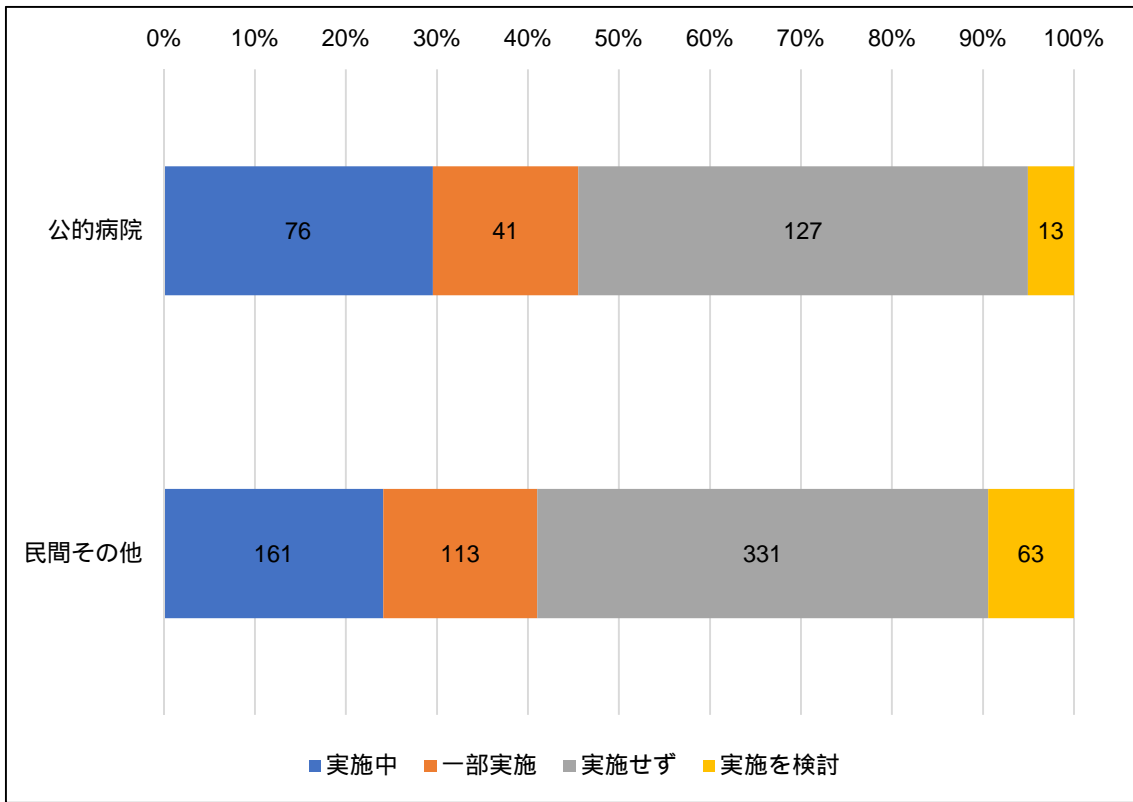


図 45-4. 公的・民間別

暴力等の発生のリスクが高い場合、複数人でかかわる

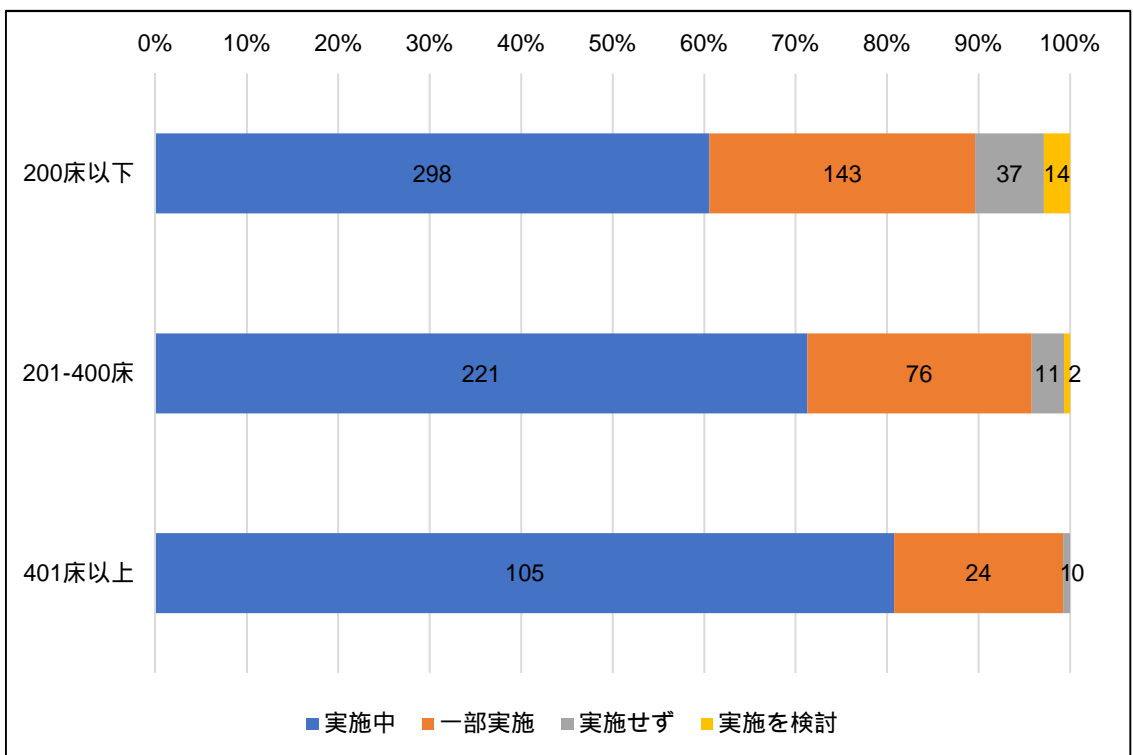


図 46-1. 病床数別

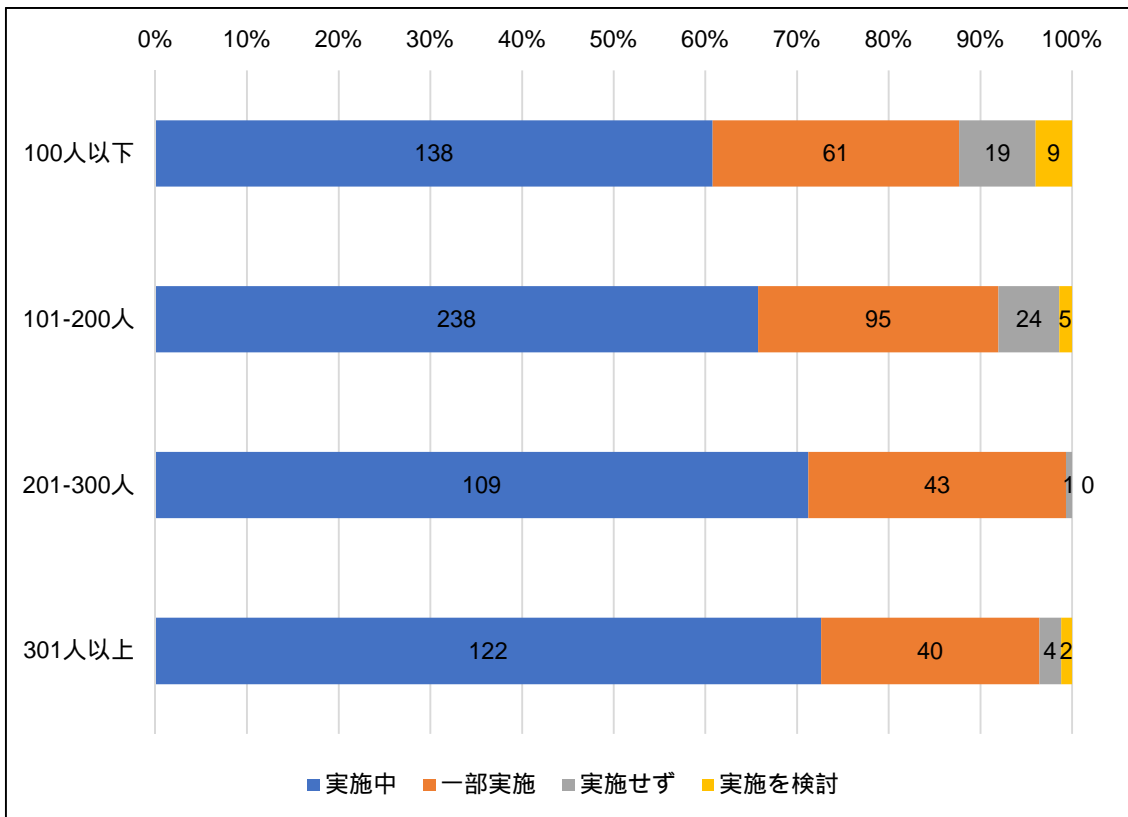


図 46-2. 看護職数別

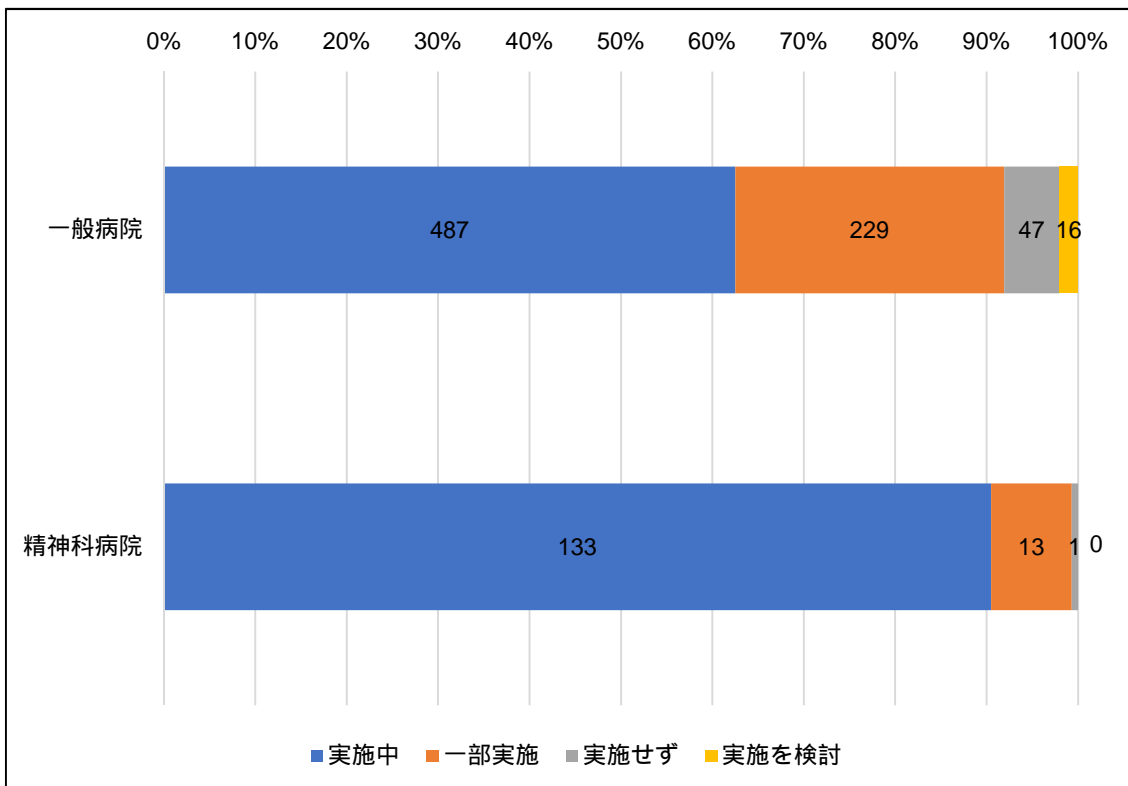


図 46-3. 一般・精神科病院別

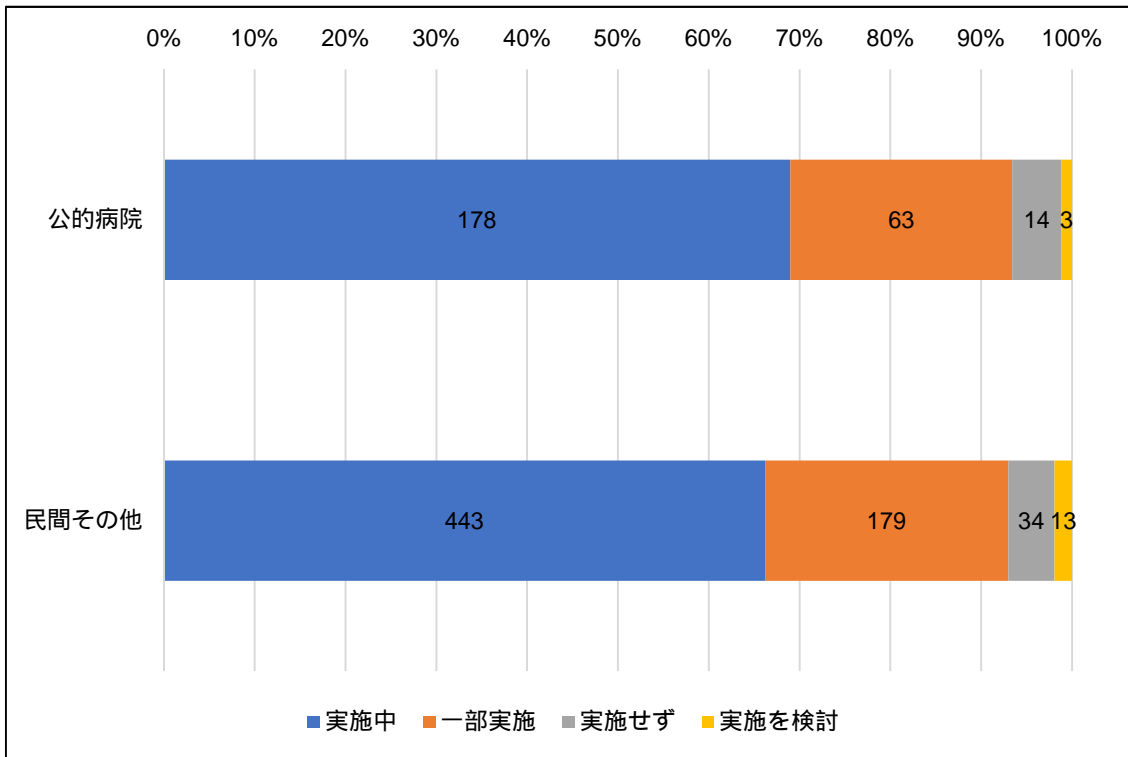


図 46-4. 公的・民間別

5. 発生時の対策の実施状況

元警察職員（警察OB）に応援依頼する

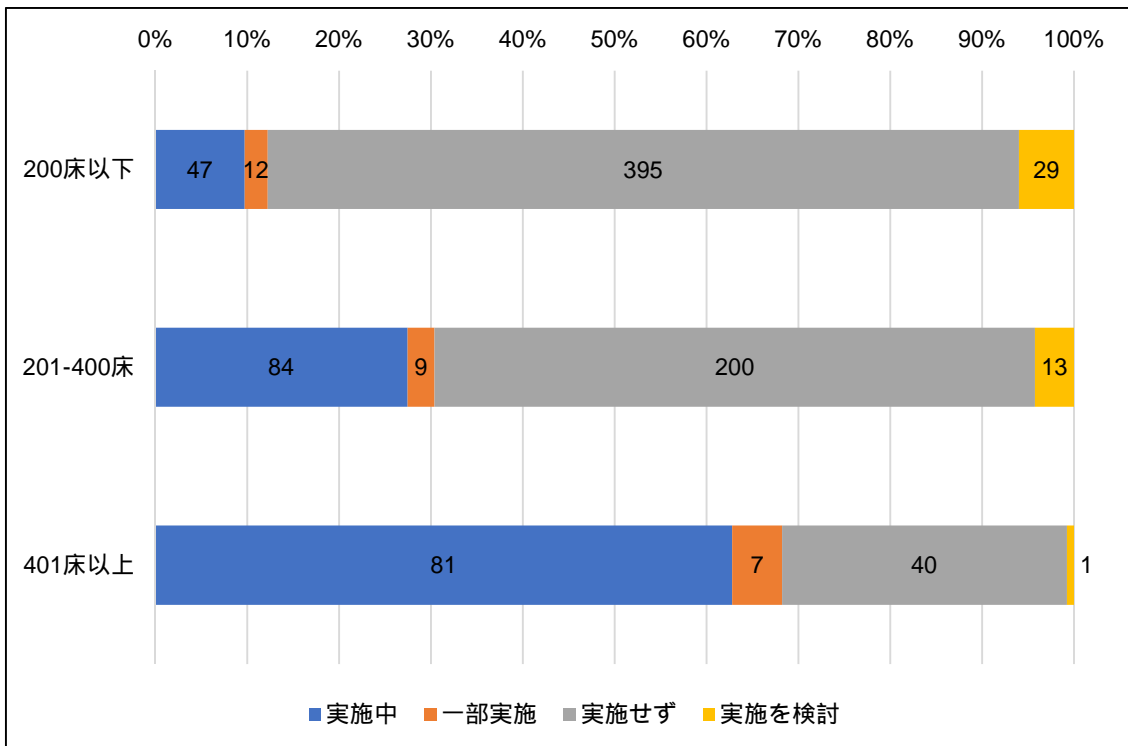


図 47-1. 病床数別

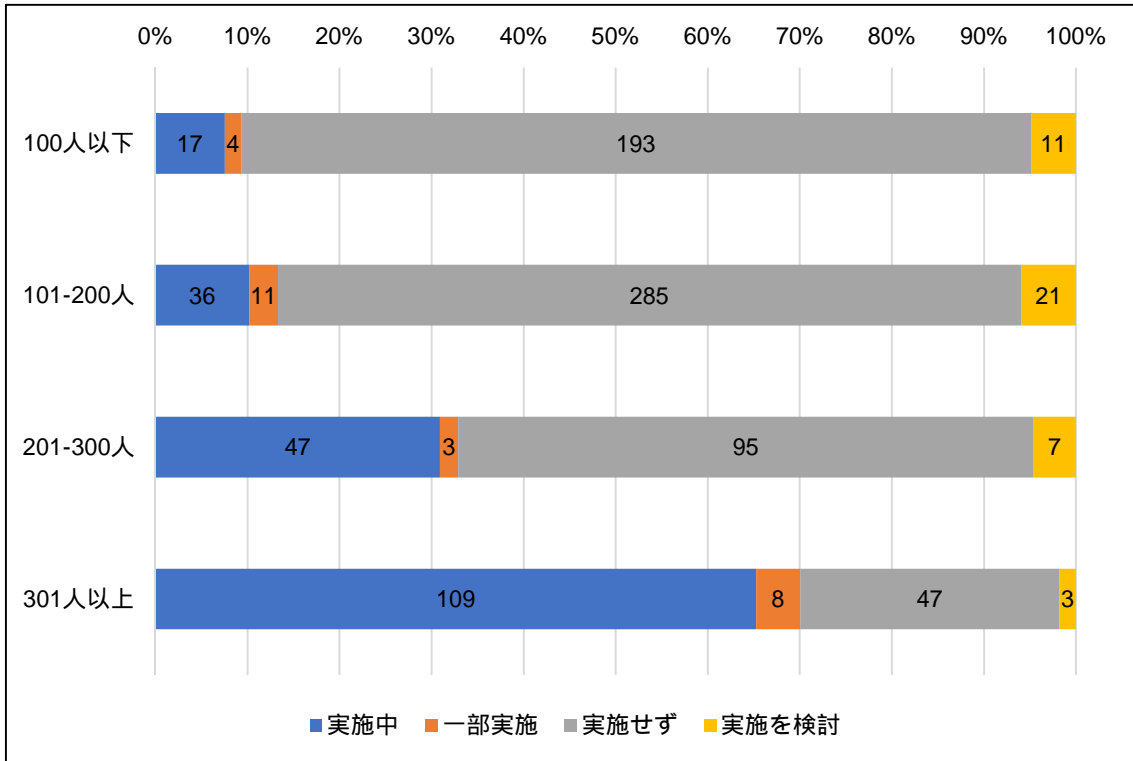


図 47-2. 看護職数別

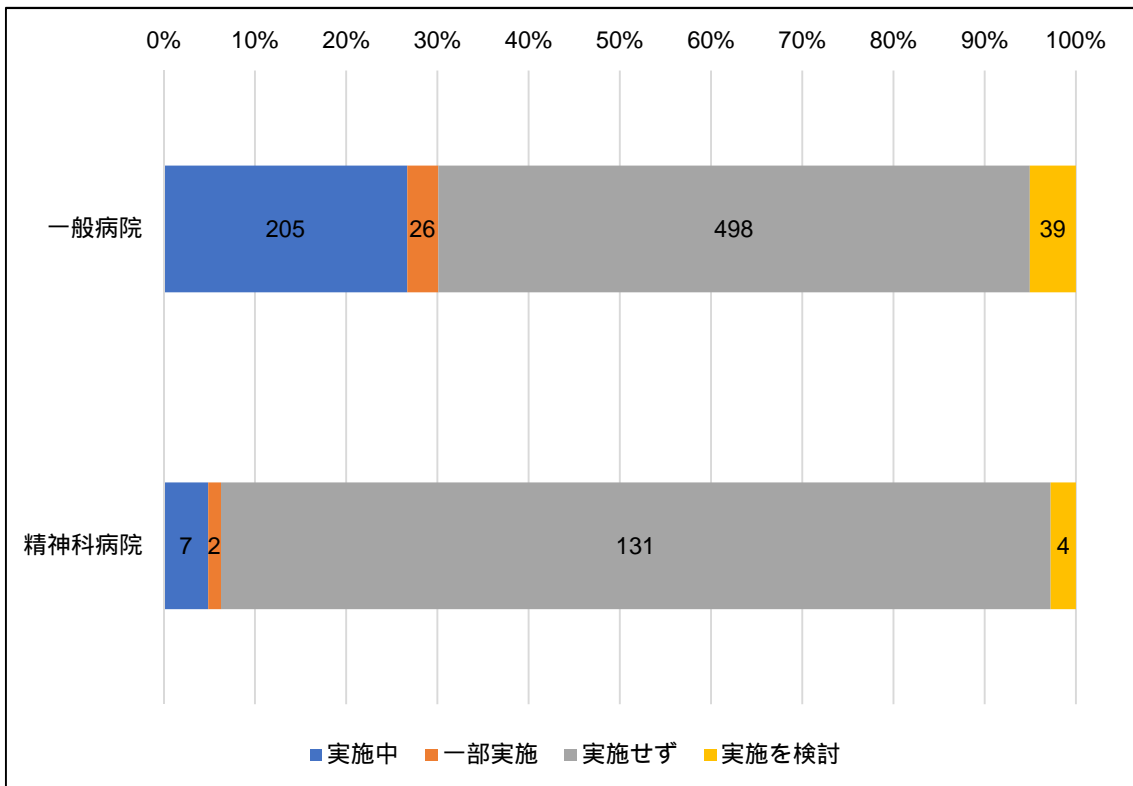


図 47-3. 一般・精神科病院別

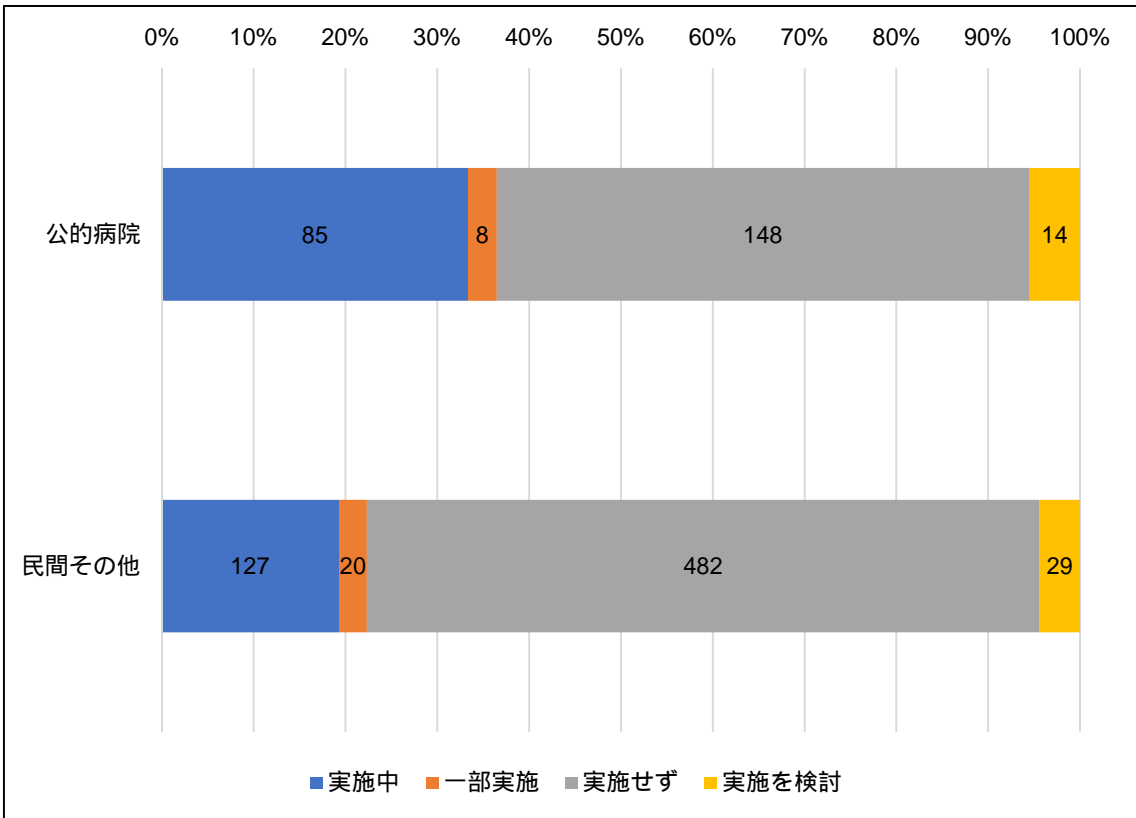


図 47-4. 公的・民間別
警備員に応援依頼する

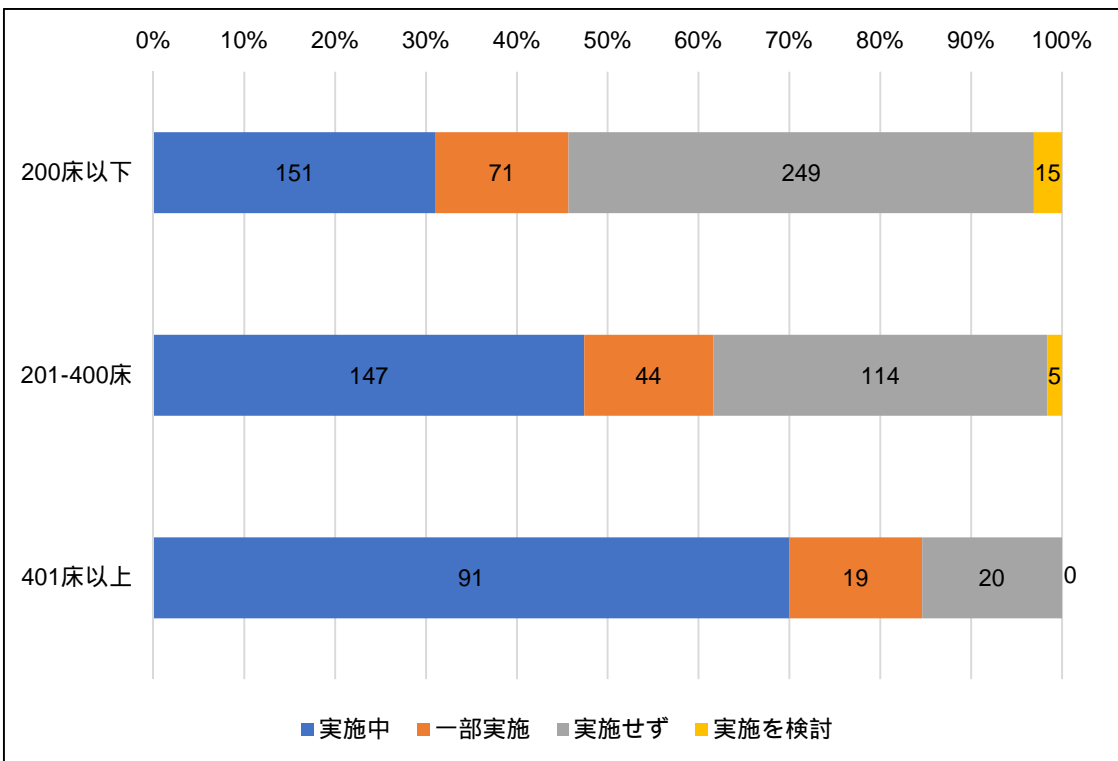


図 48-1. 病床数別

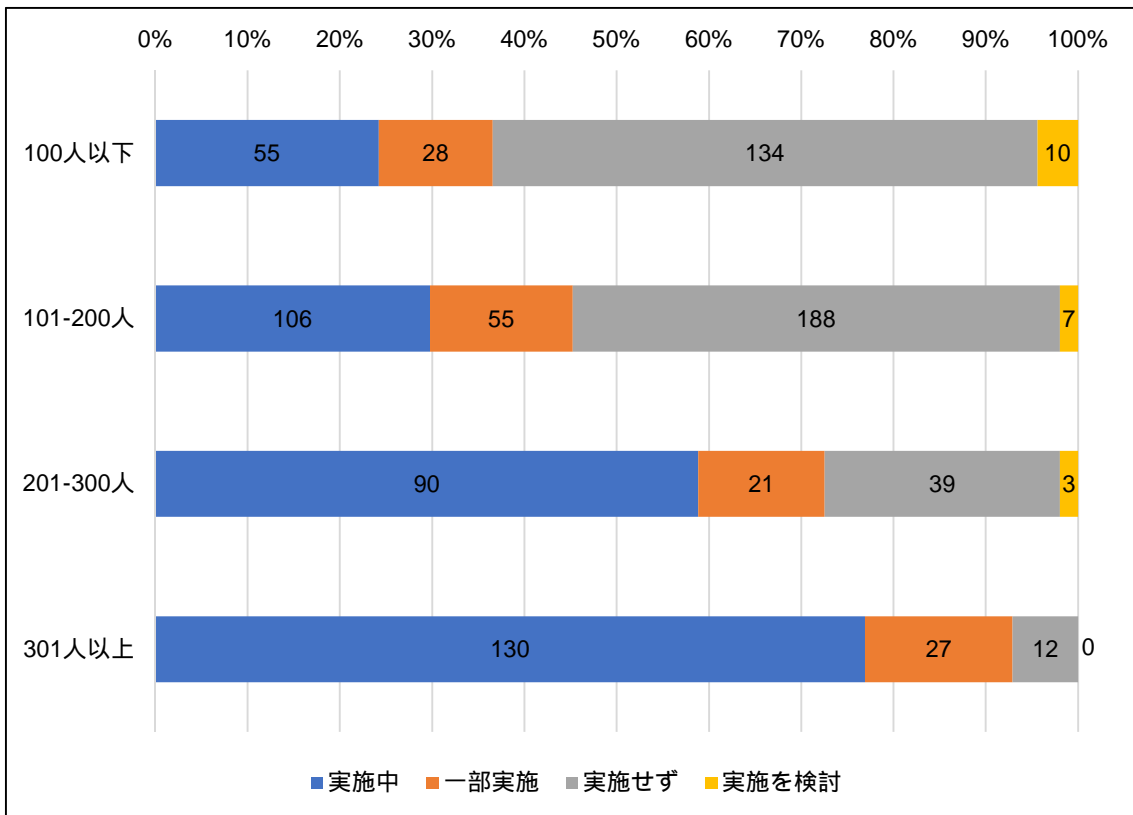


図 48-2. 看護職数別

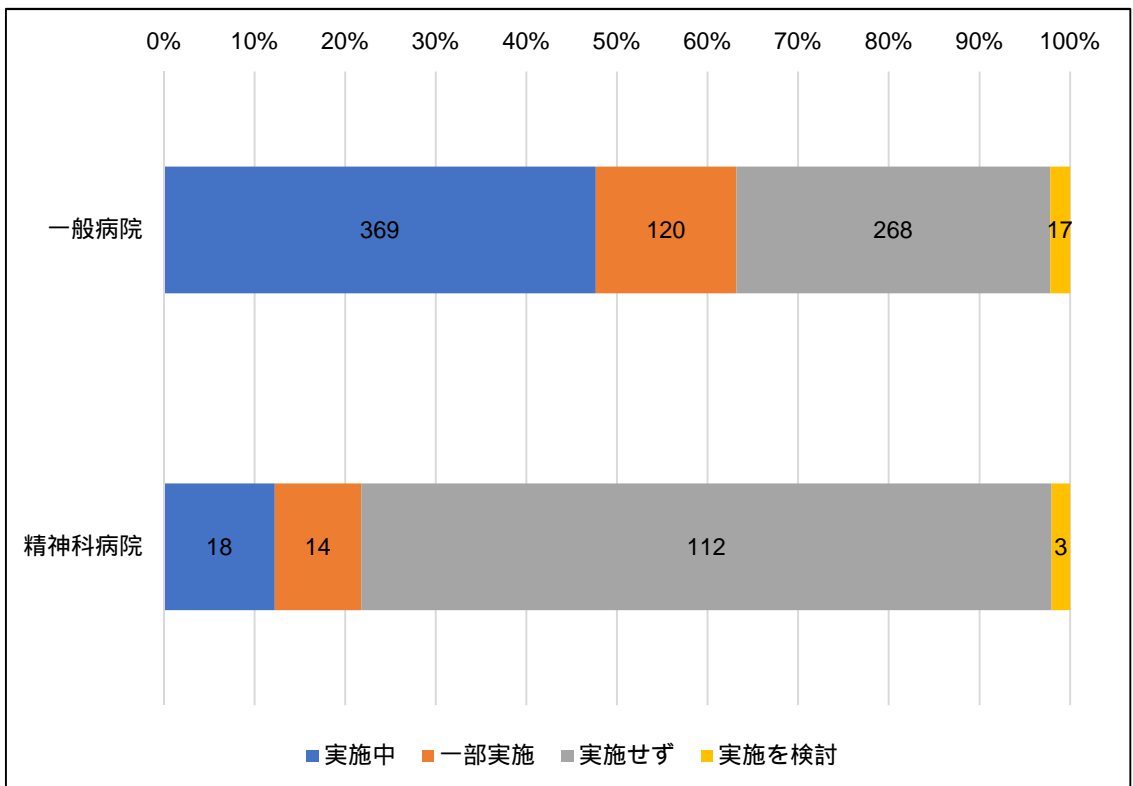


図 48-3. 一般・精神科病院別

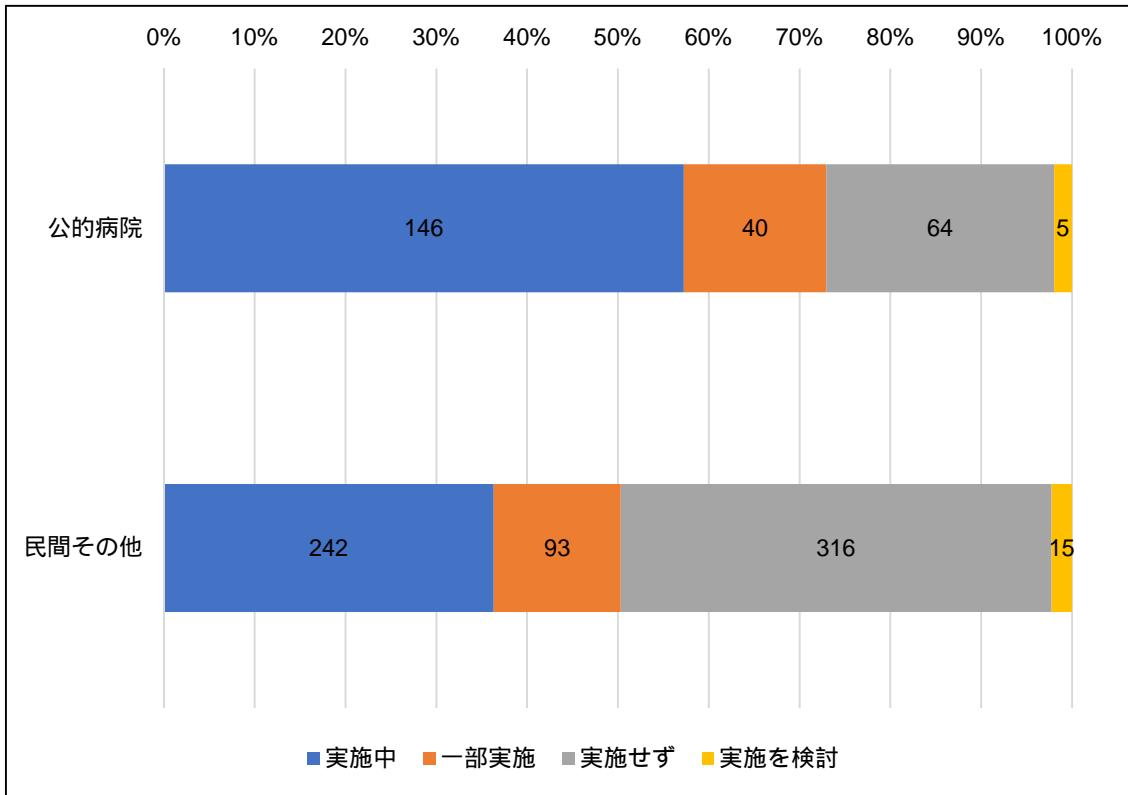


図 48-4. 公的・民間別
警察に通報する

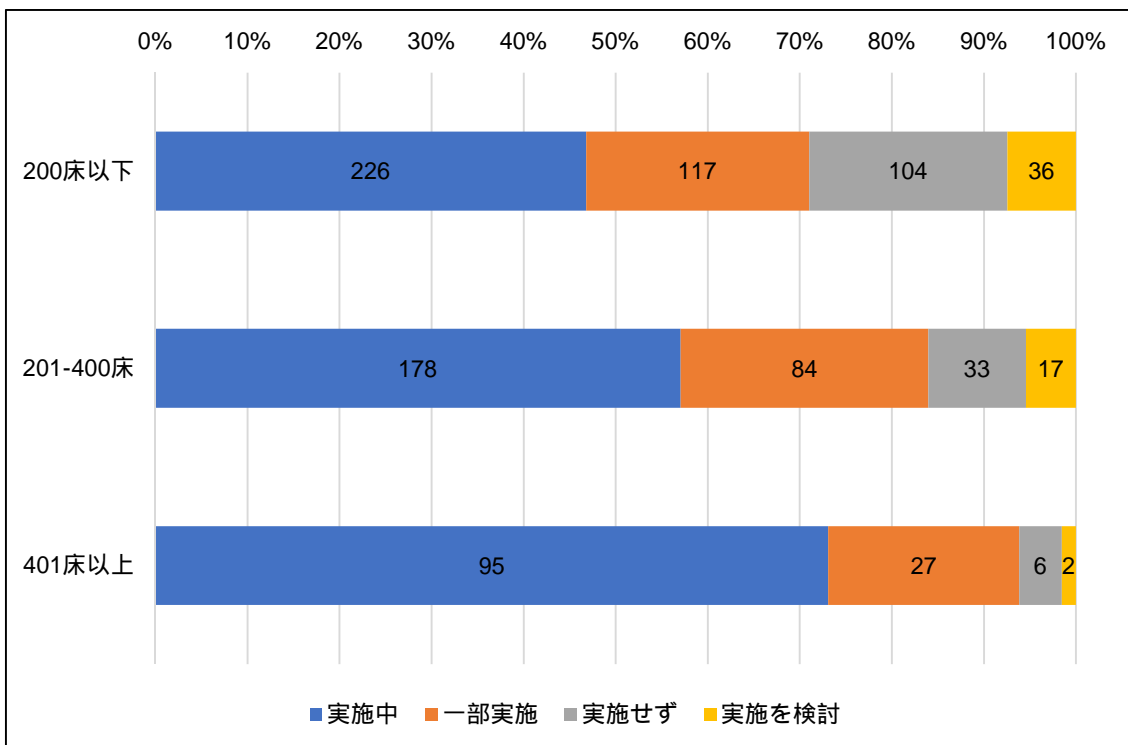


図 49-1. 病床数別

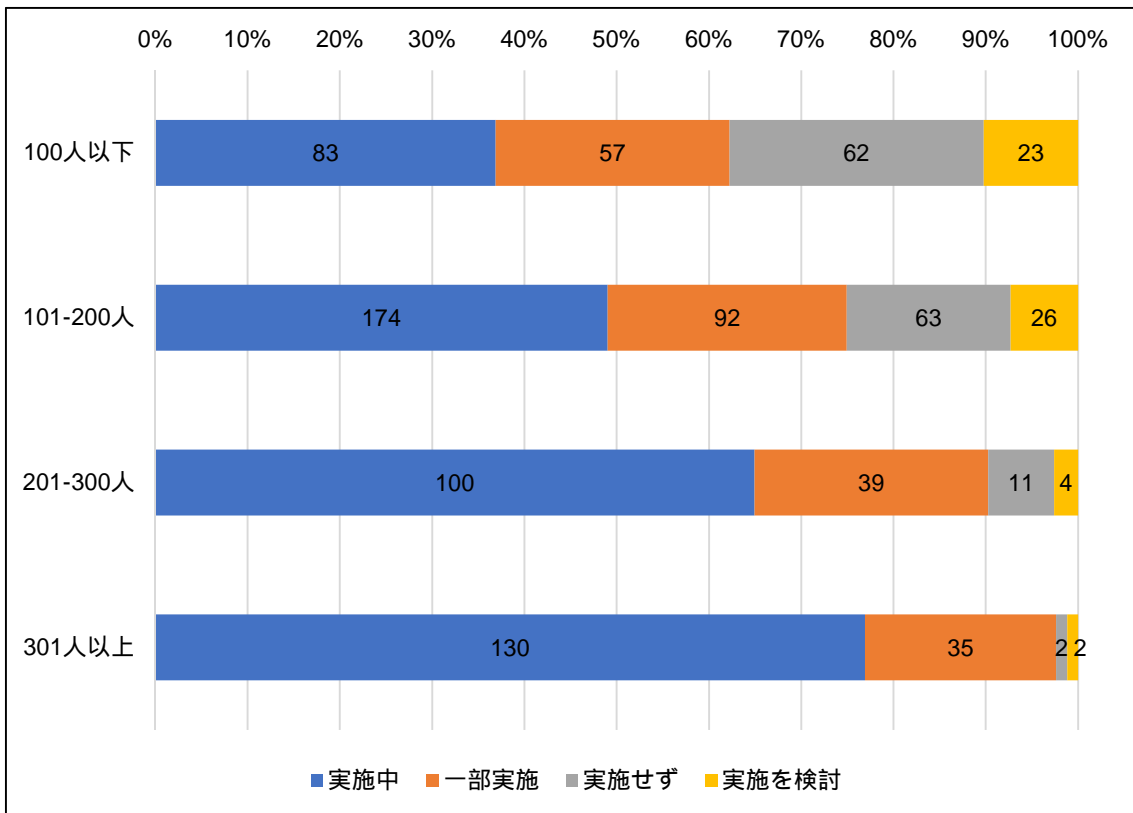


図 49-2. 看護職数別

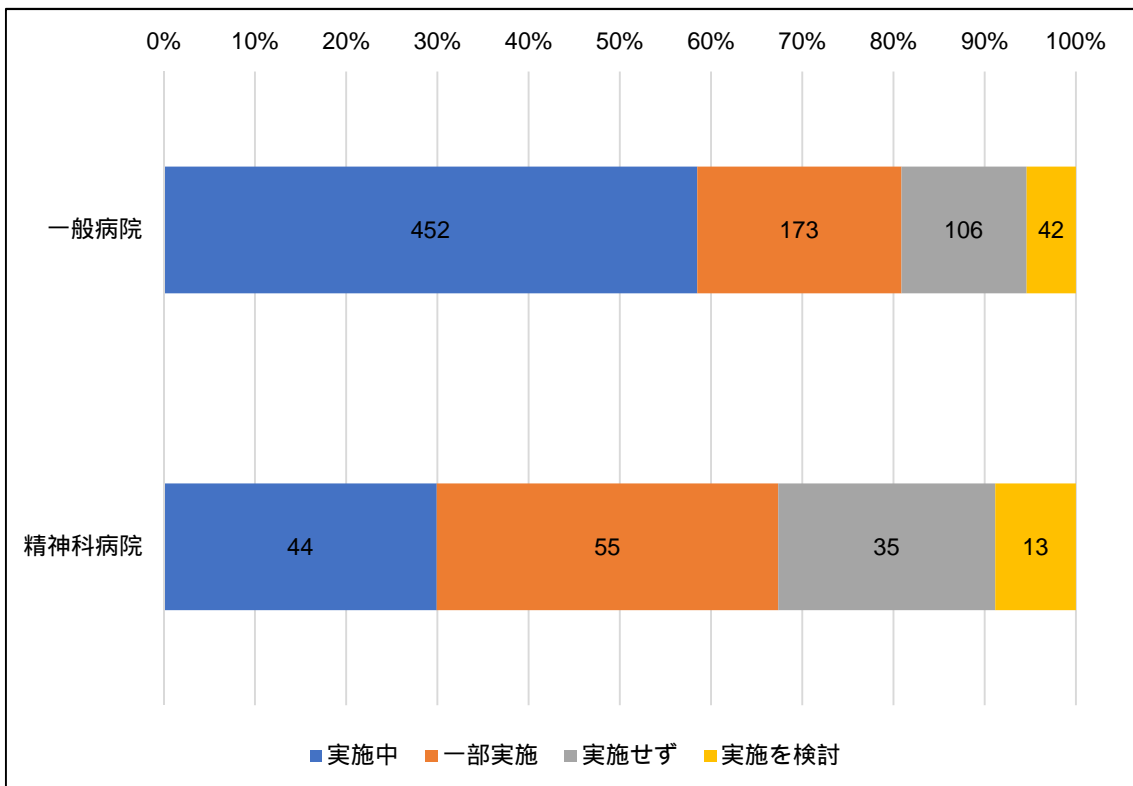


図 49-3. 一般・精神科病院別

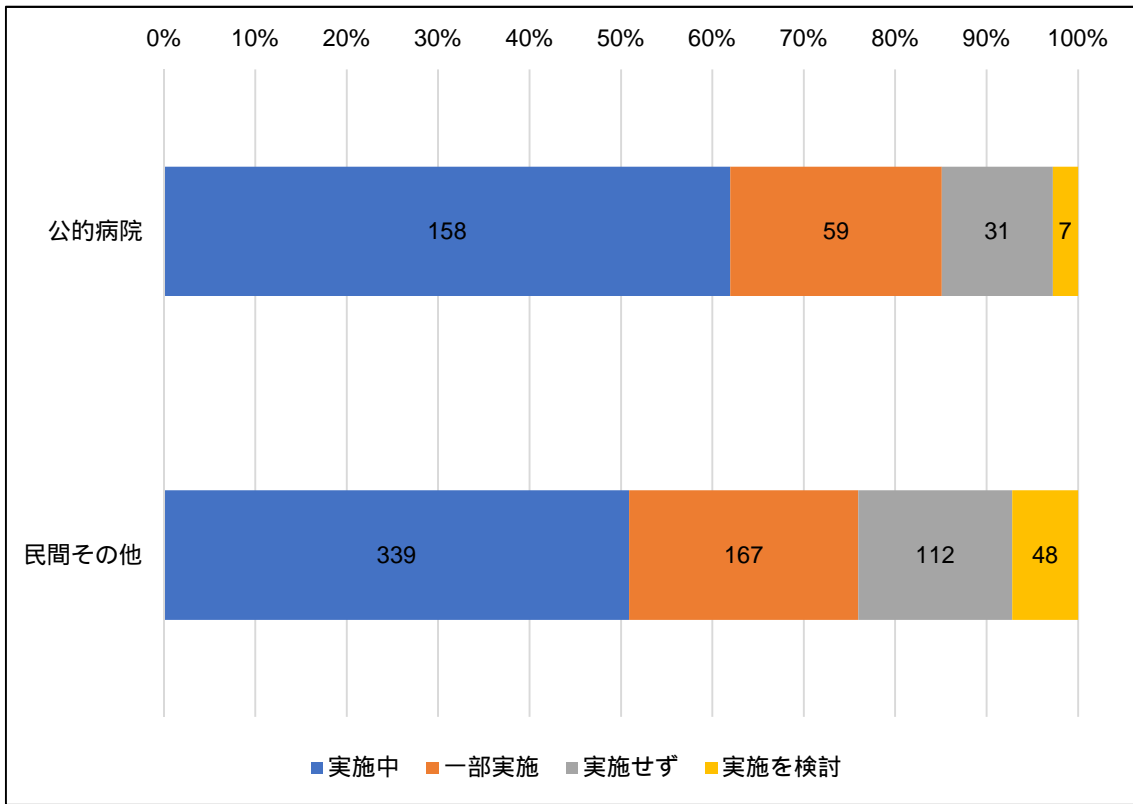


図 49-4. 公的・民間別
マニュアルに決められた対応をとる

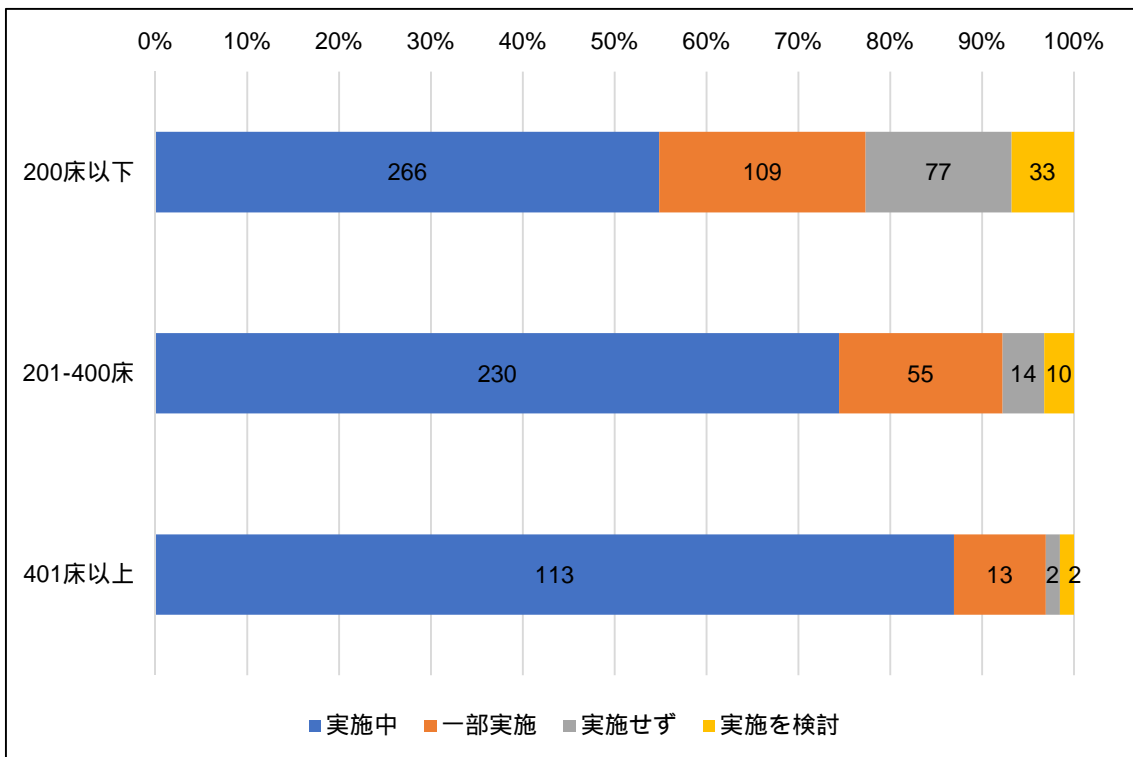


図 50-1. 病床数別

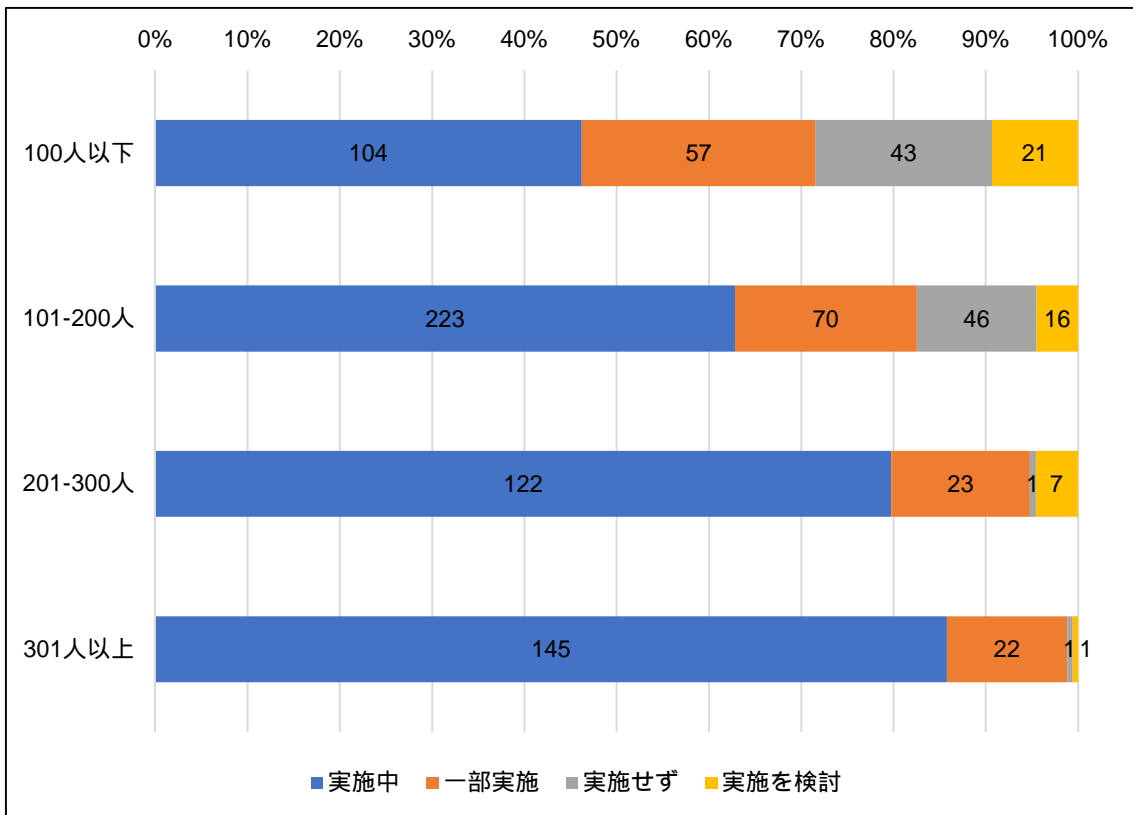


図 50-2. 看護職数別

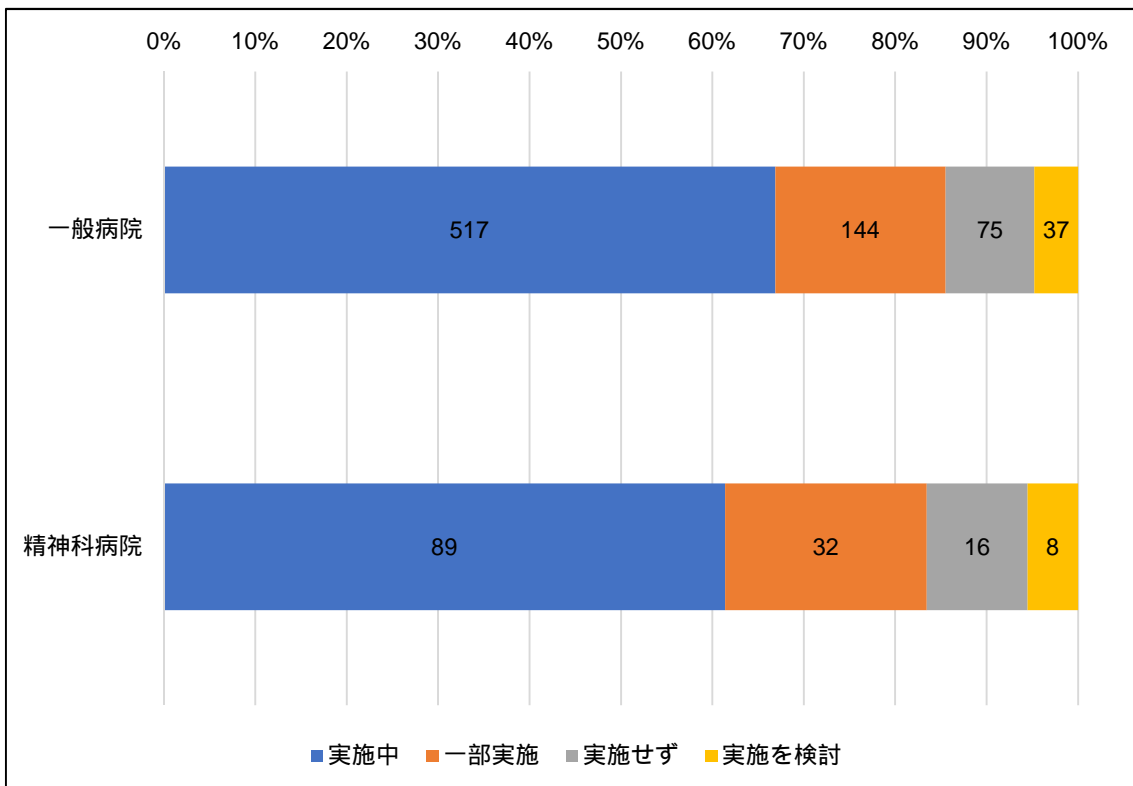


図 50-3. 一般・精神科病院別

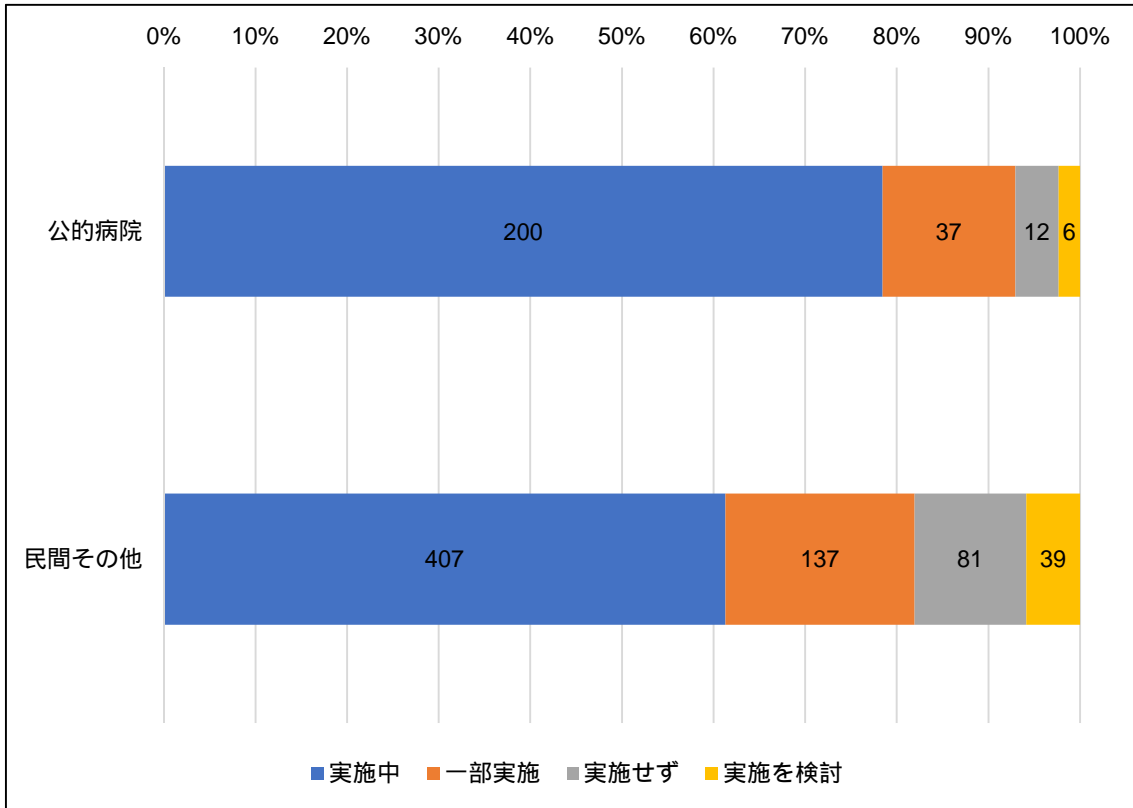


図 50-4. 公的・民間別

緊急時や夜間時、責任者へ定められた手順で連絡をとる

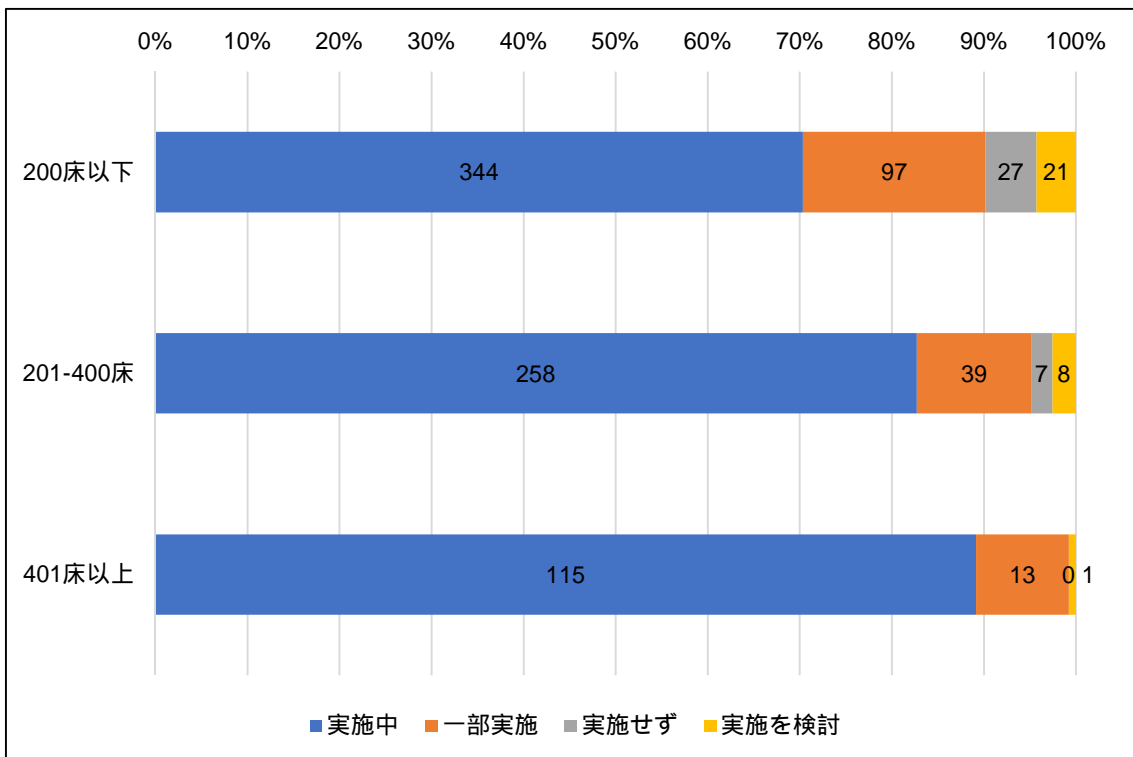


図 51-1. 病床数別

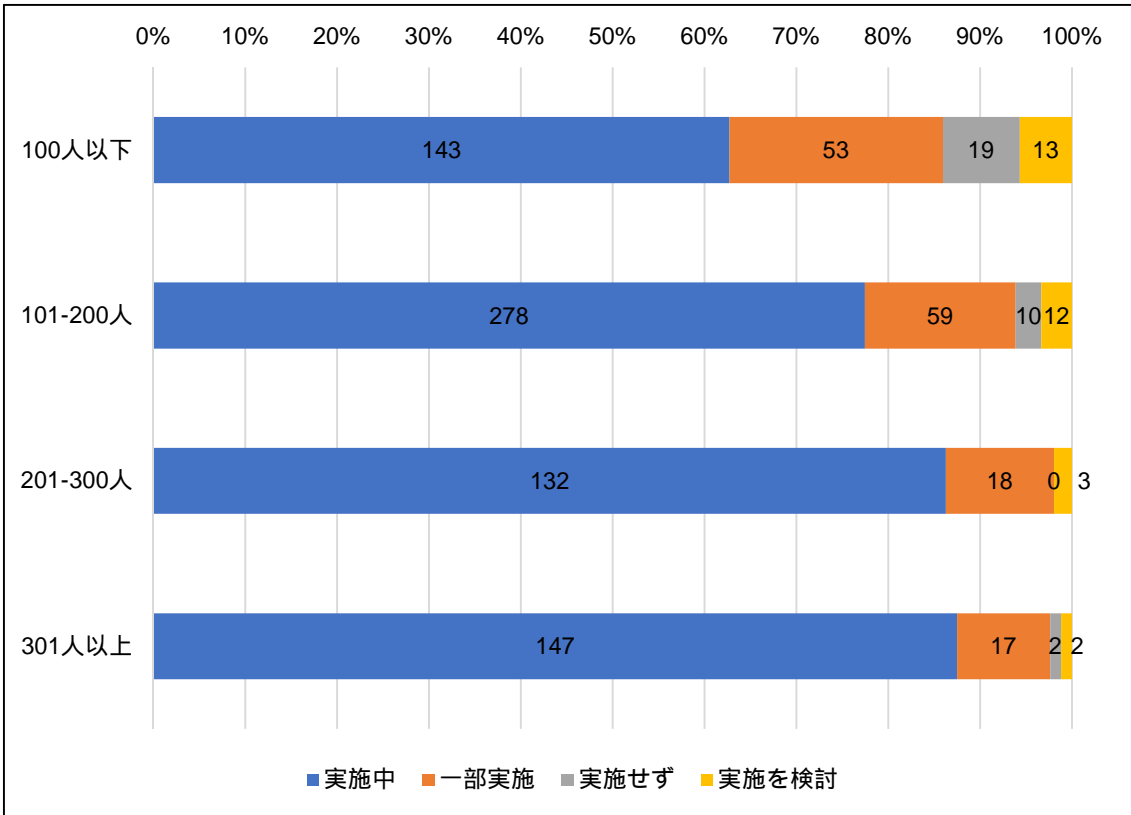


図 51-2. 看護職数別

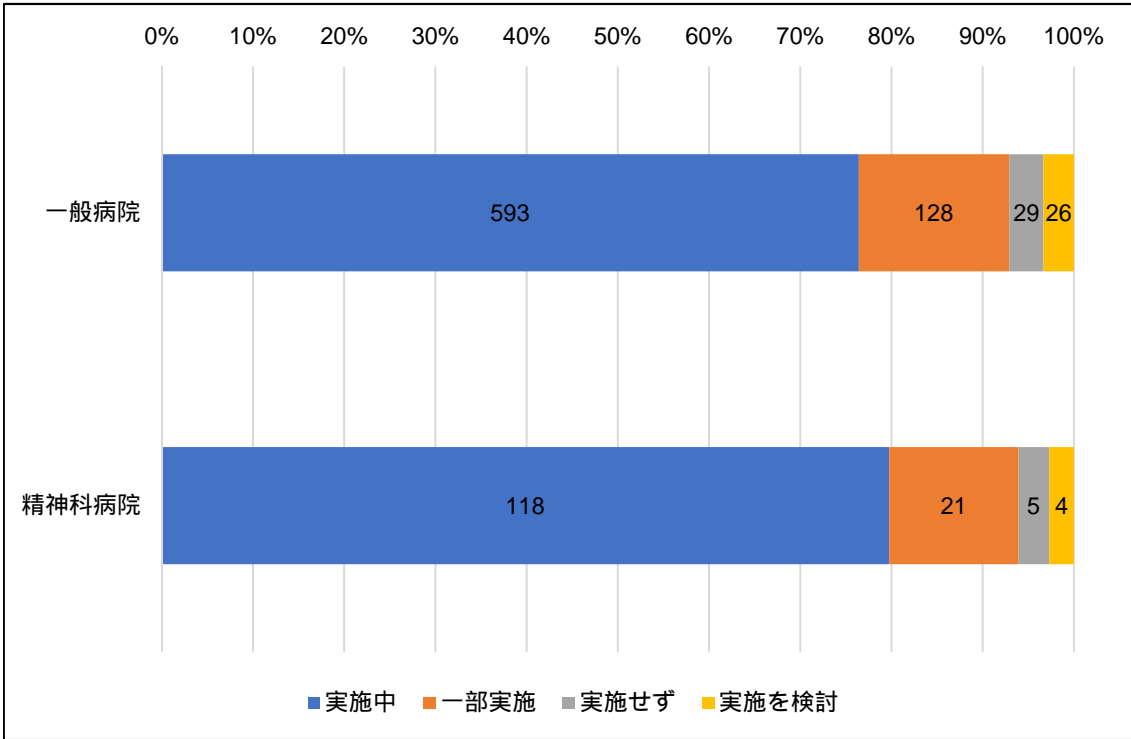


図 51-3. 一般・精神科病院別

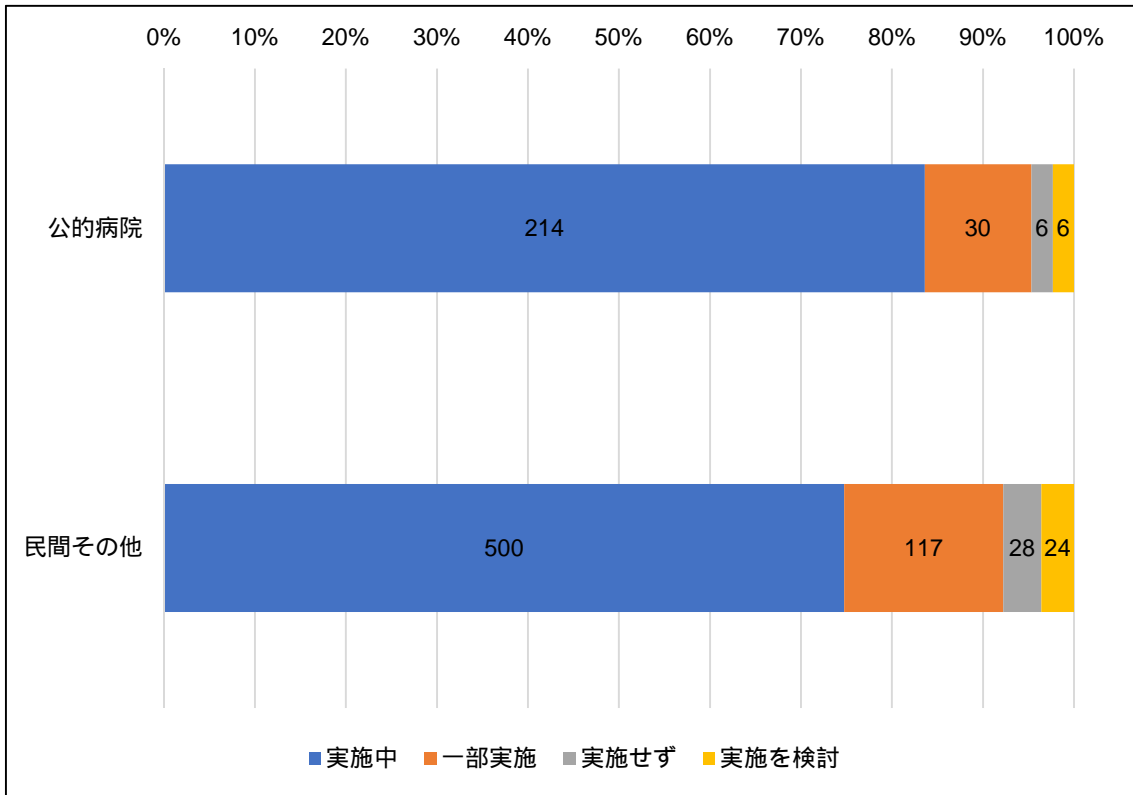


図 51-4. 公的・民間別
警備委託先への非常通報ボタンや非常電話を利用する

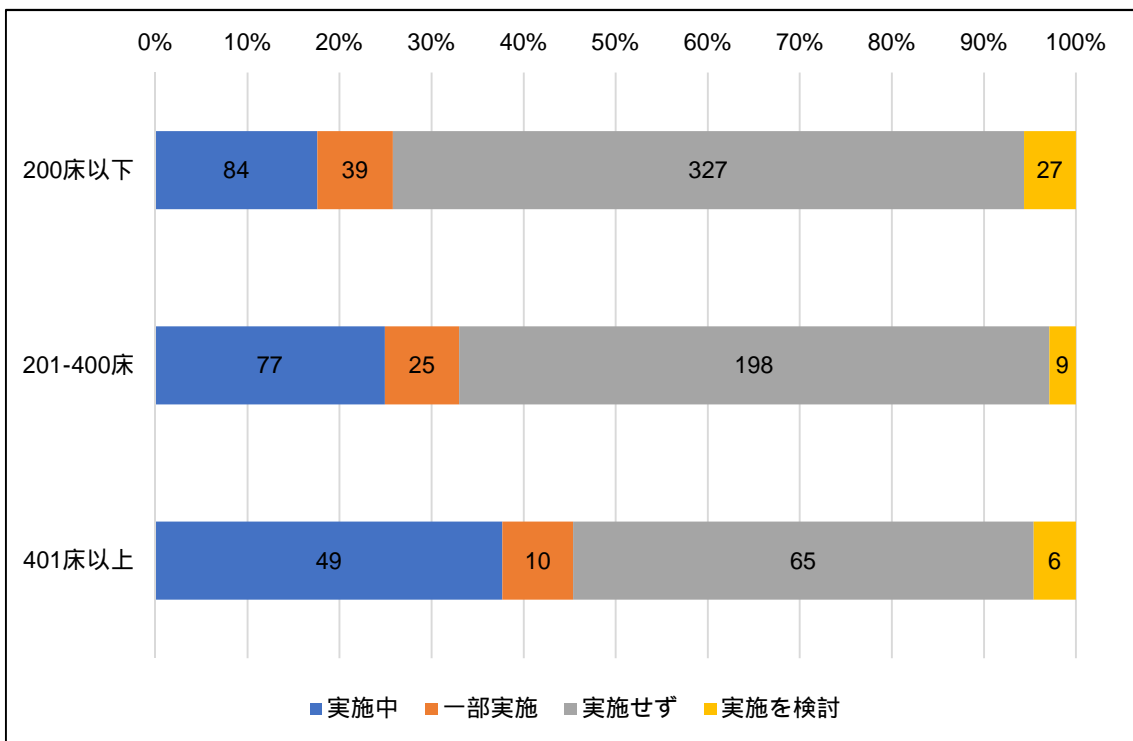


図 52-1. 病床数別

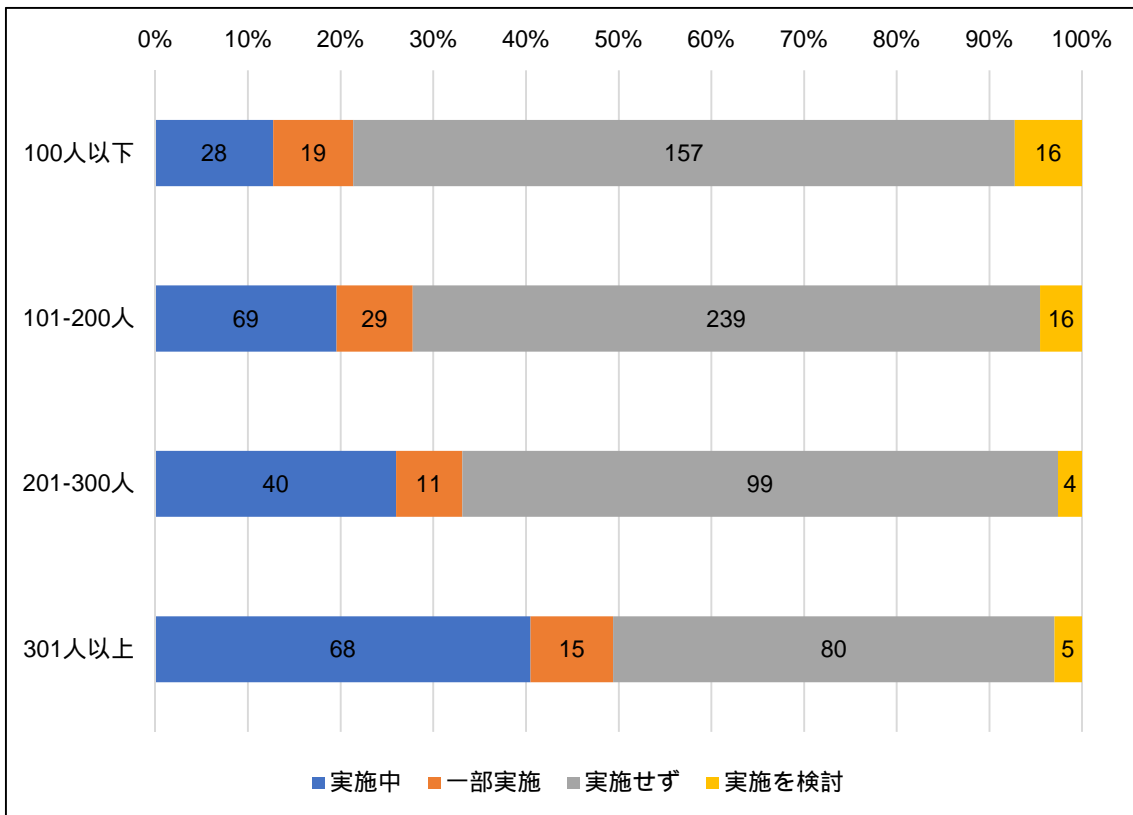


図 52-2. 看護職数別

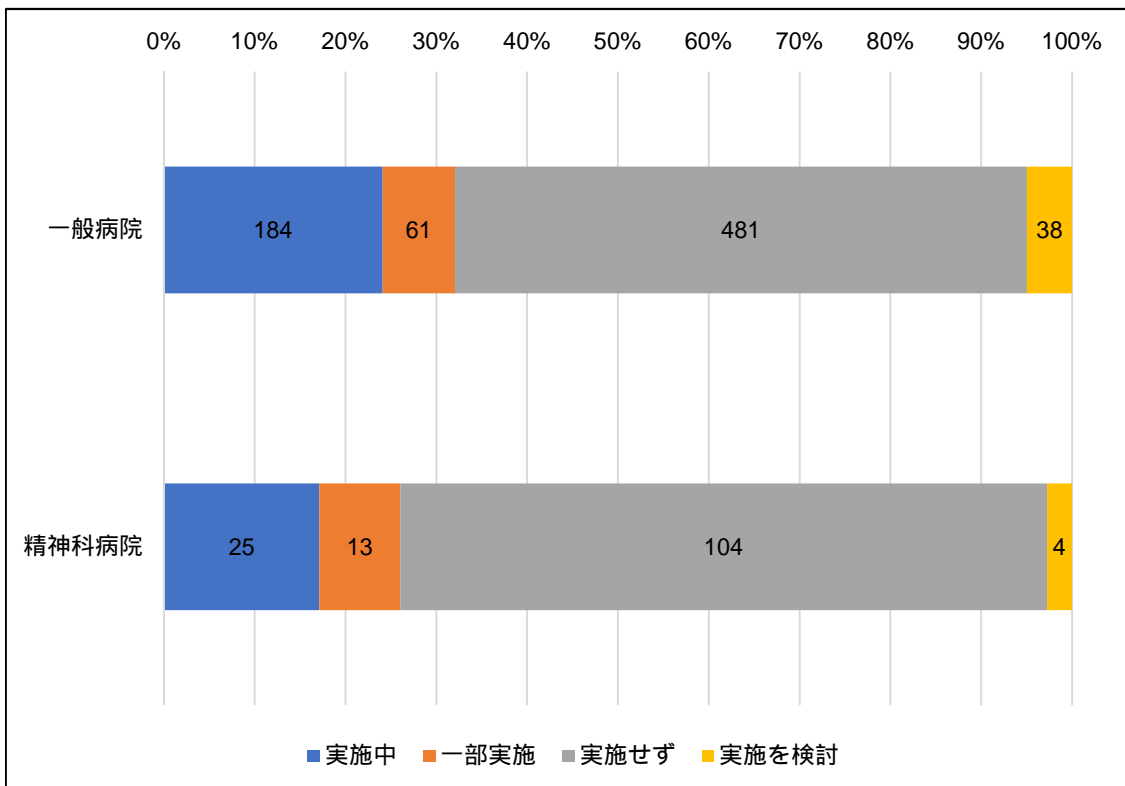


図 52-3. 一般・精神科病院別

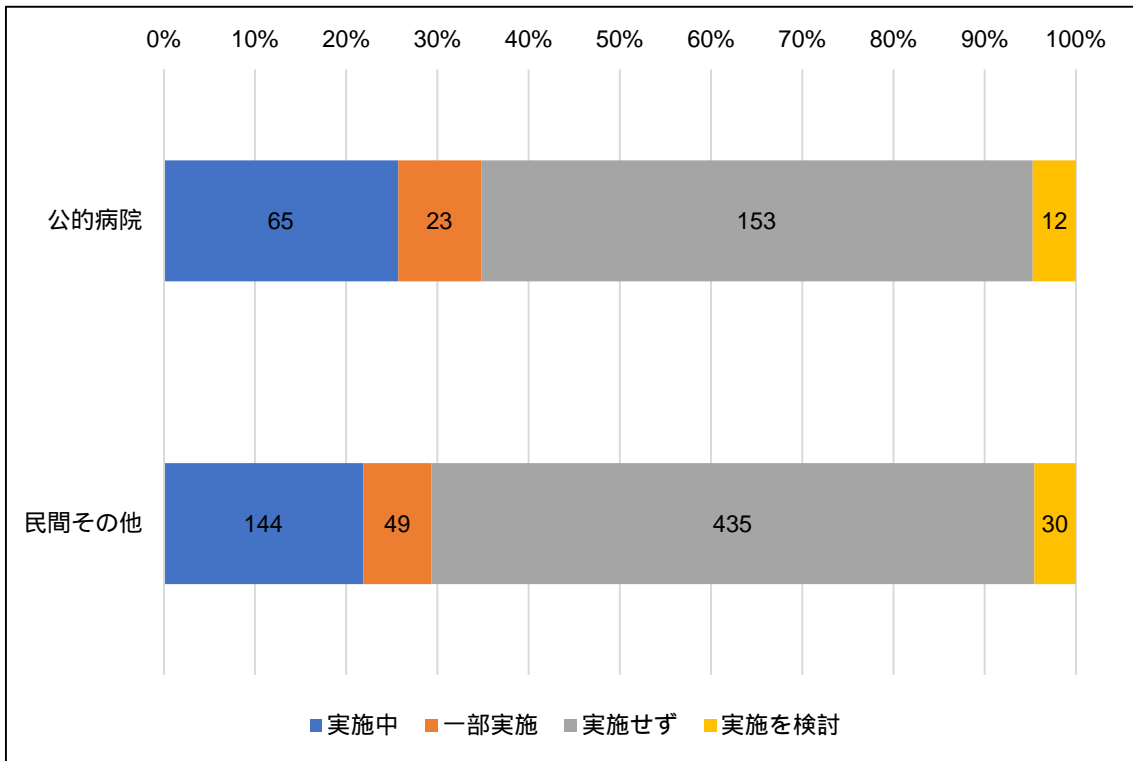


図 52-4. 公的・民間別

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

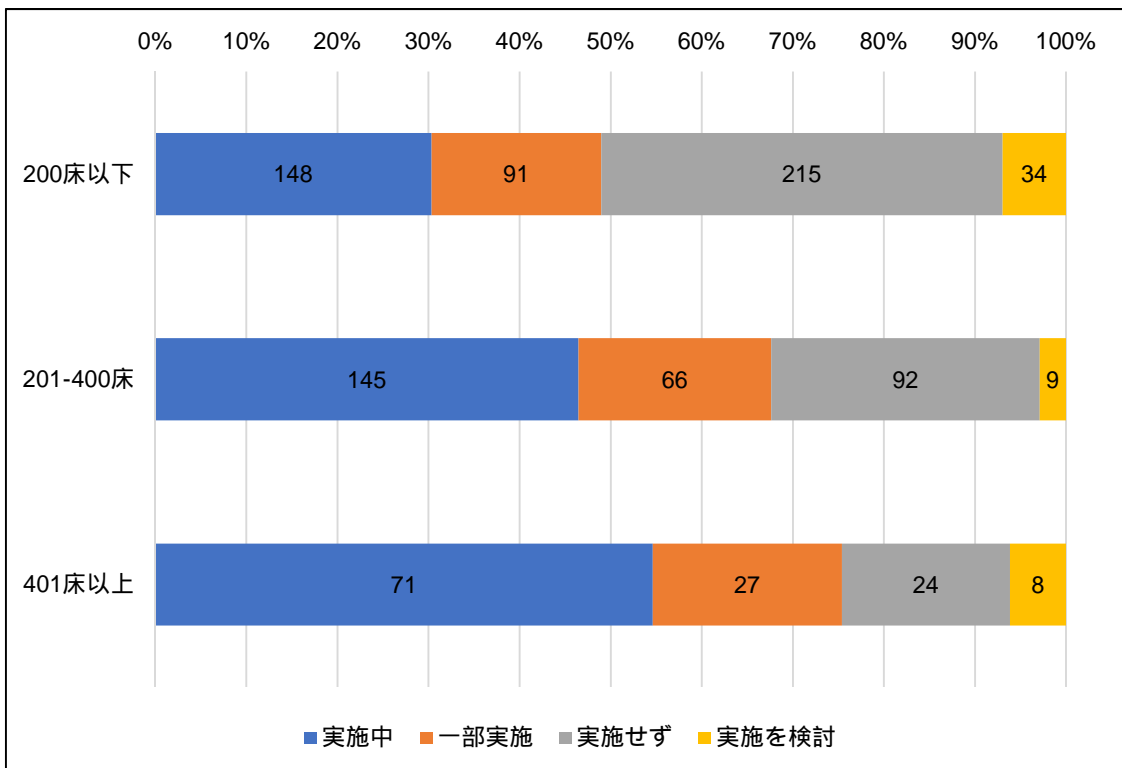


図 53-1. 病床数別

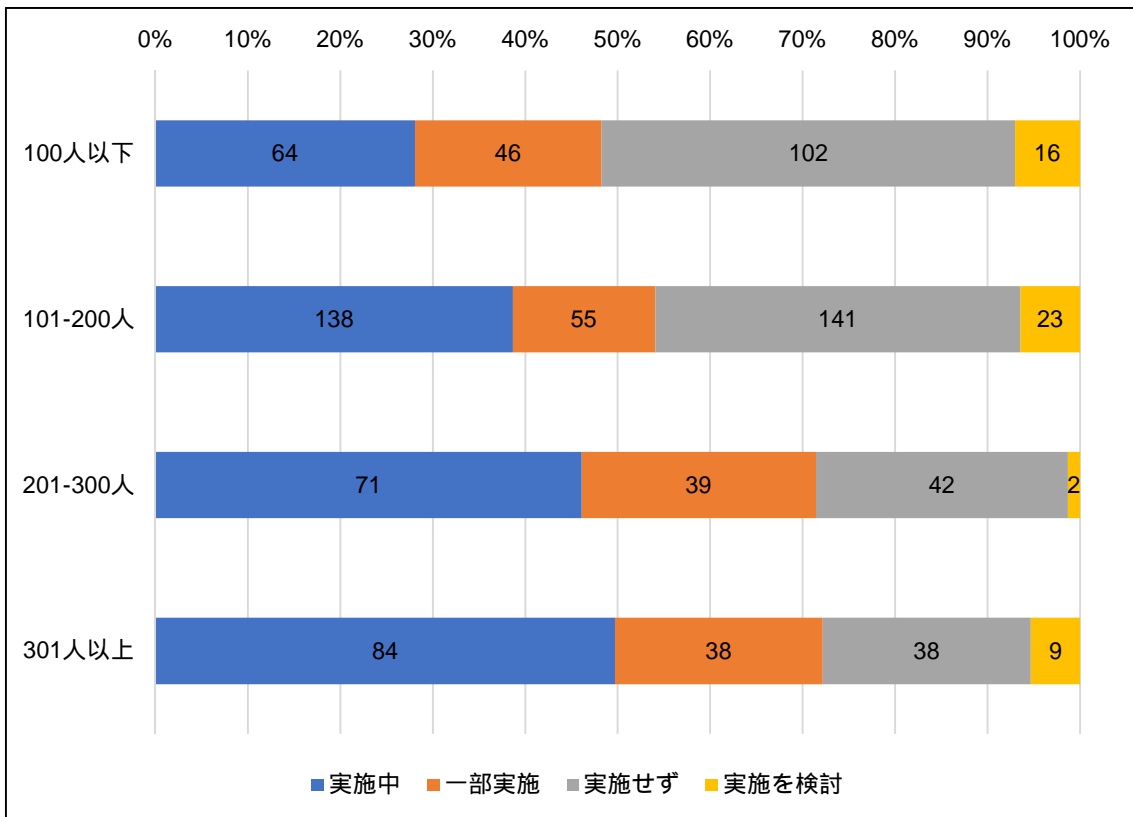


図 53-2. 看護職数別

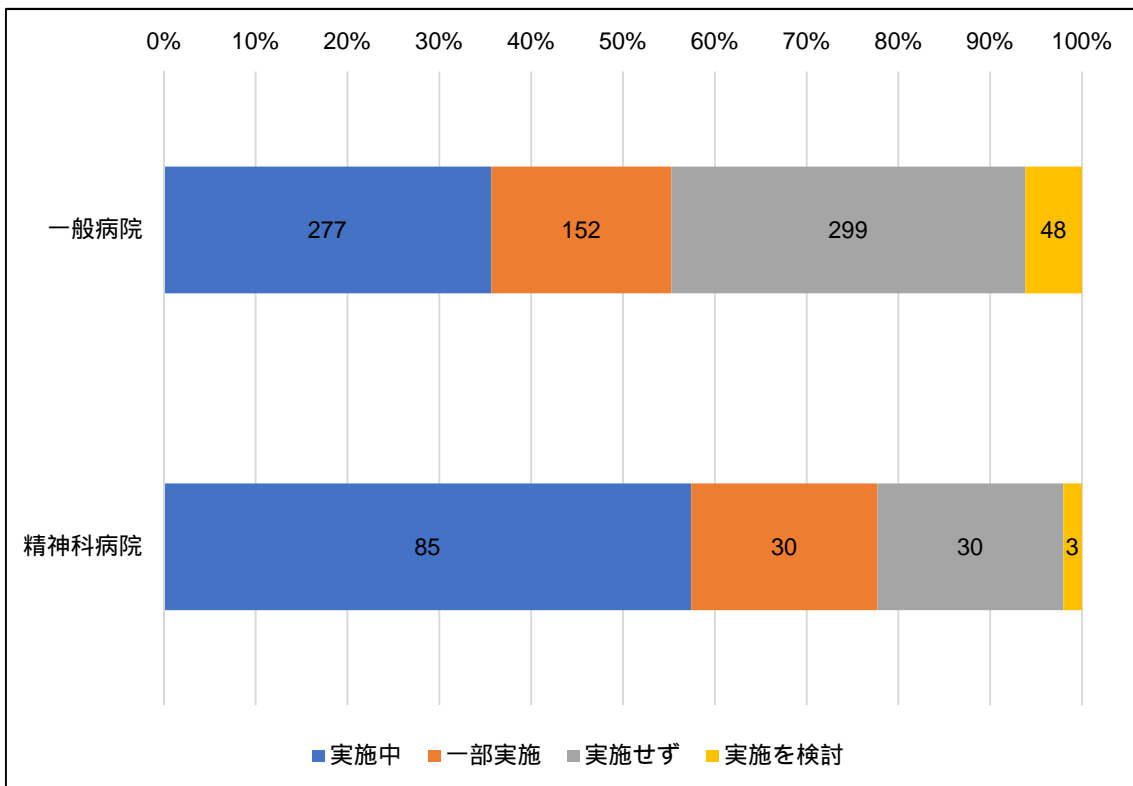


図 53-3. 一般・精神科病院別

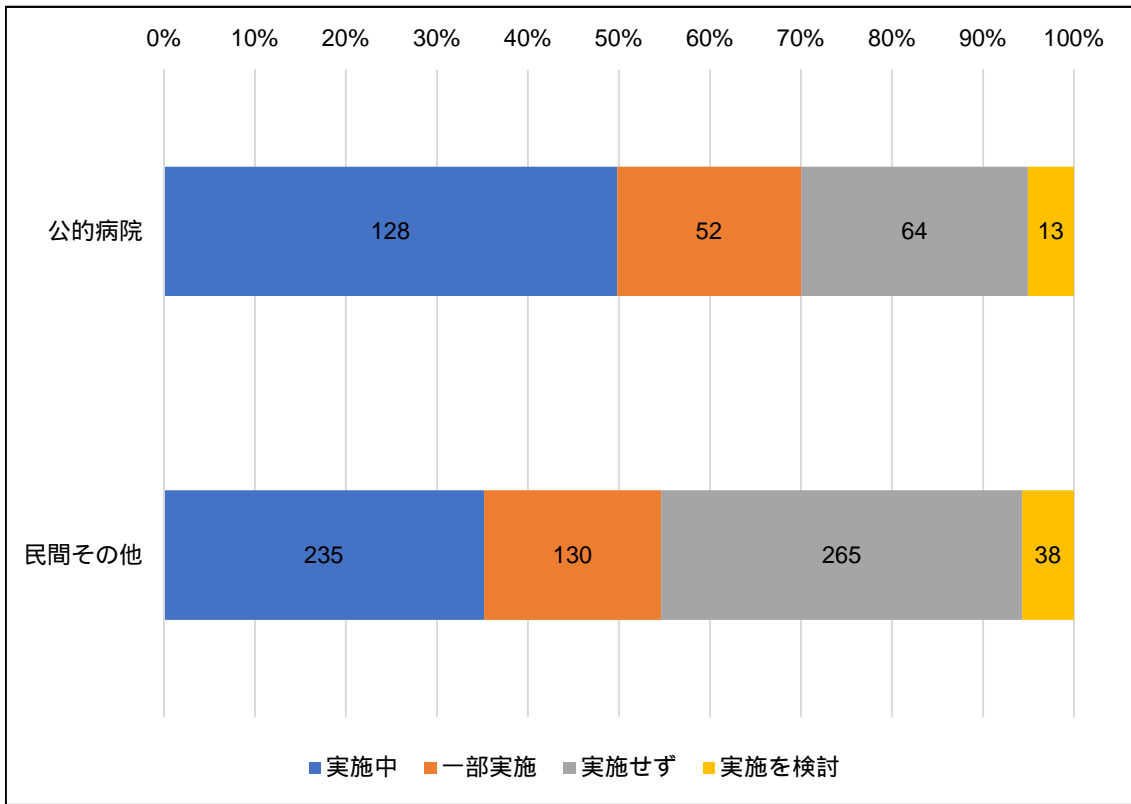


図 53-4. 公的・民間別
暴力等制止のための器具を使用する

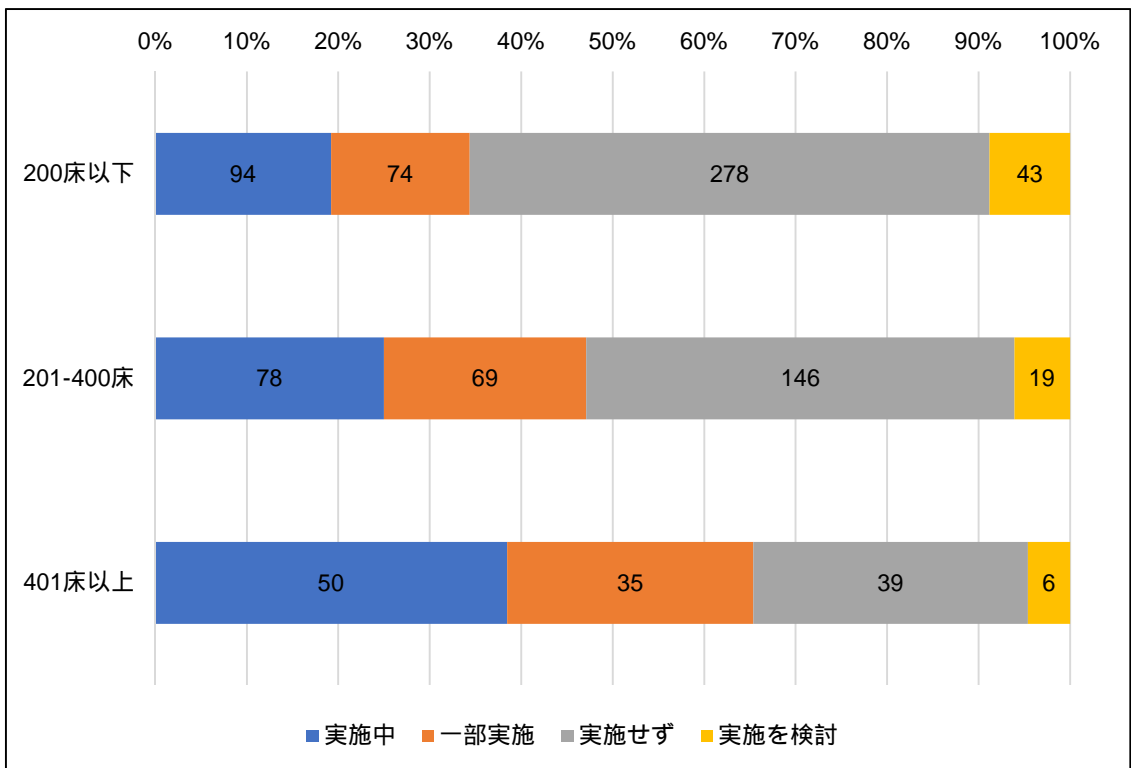


図 54-1. 病床数別

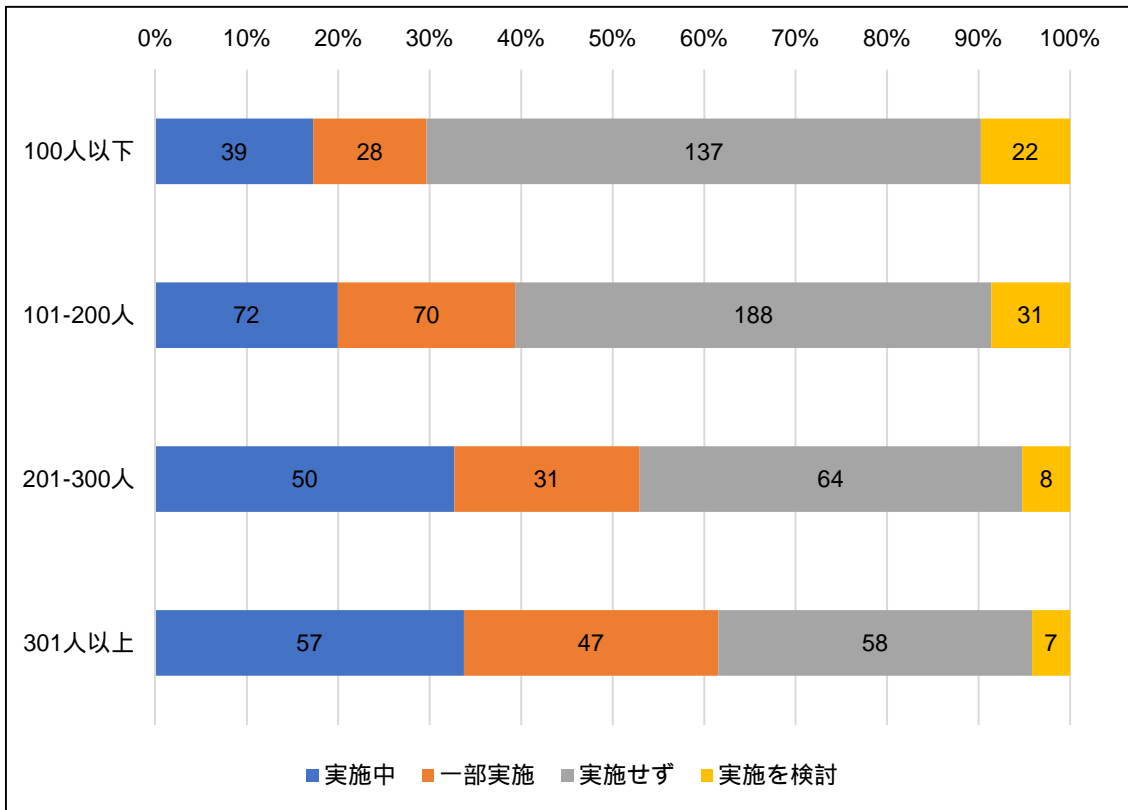


図 54-2. 看護職数別

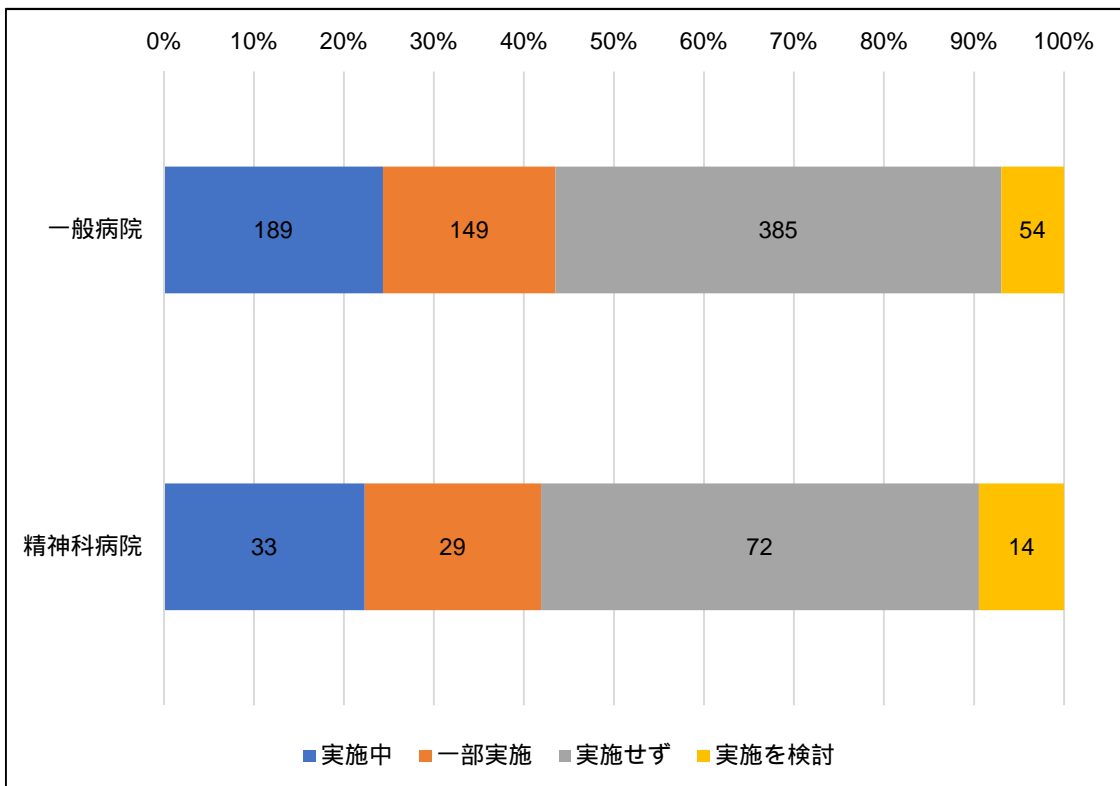


図 54-3. 一般・精神科病院別

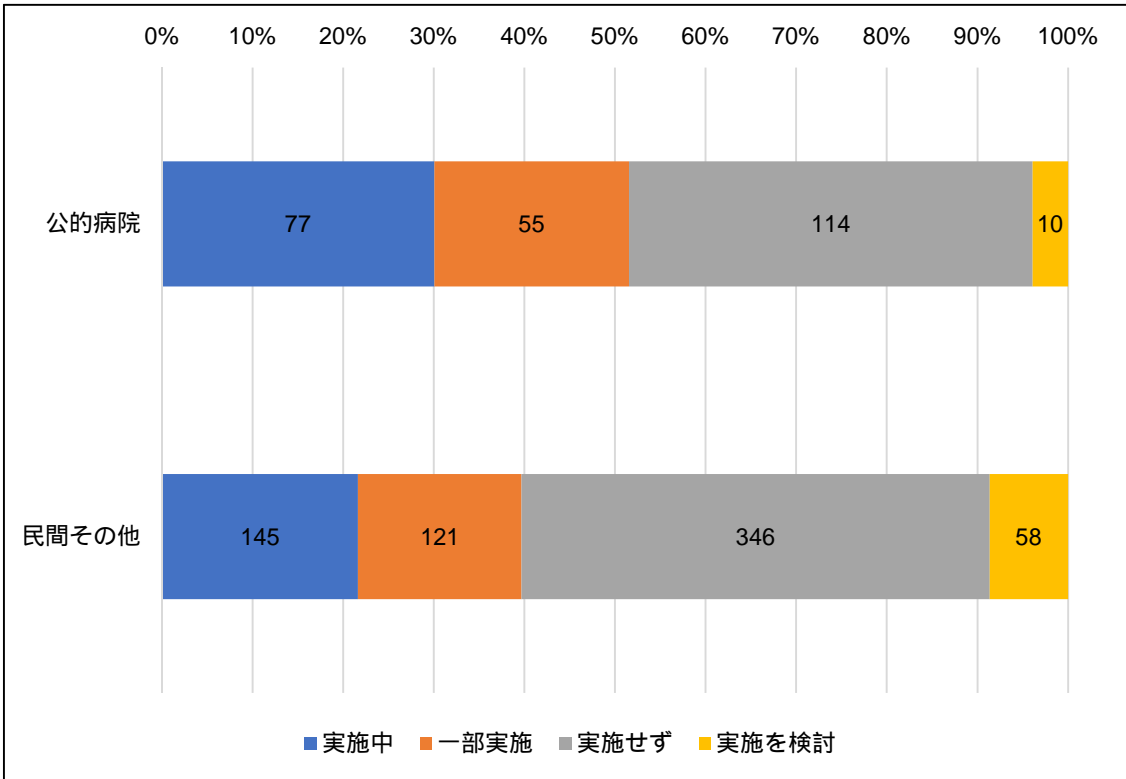


図 54-4. 公的・民間別

6. 発生後の対策の実施状況

発生後に記録し報告書を提出する

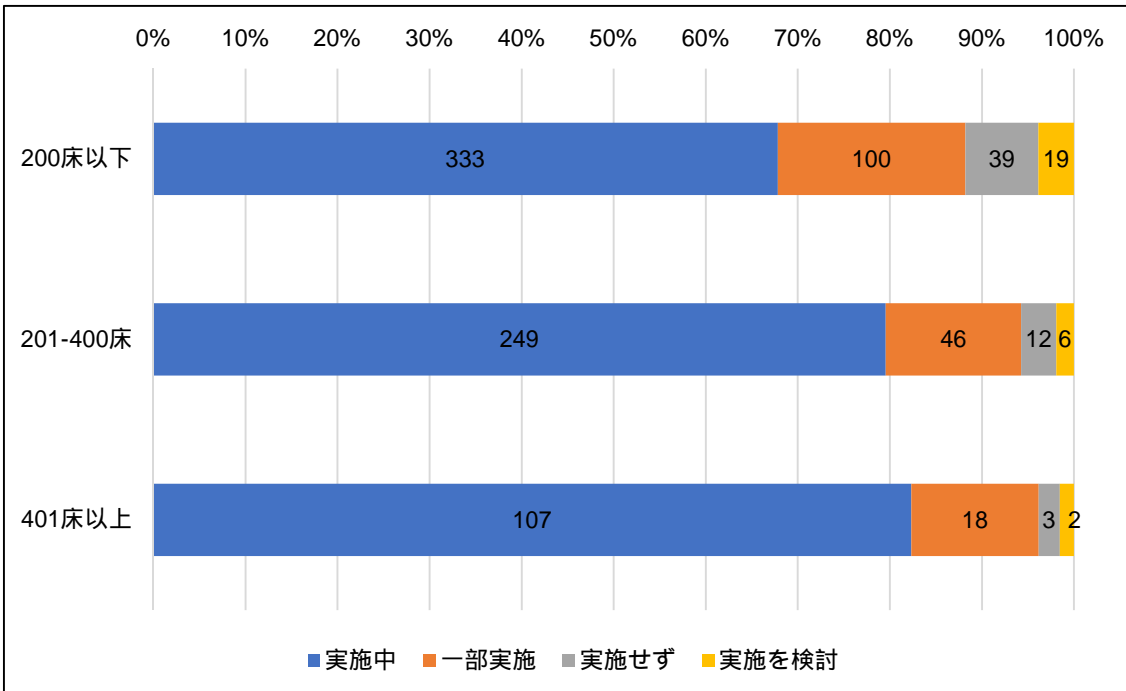


図 55-1. 病床数別

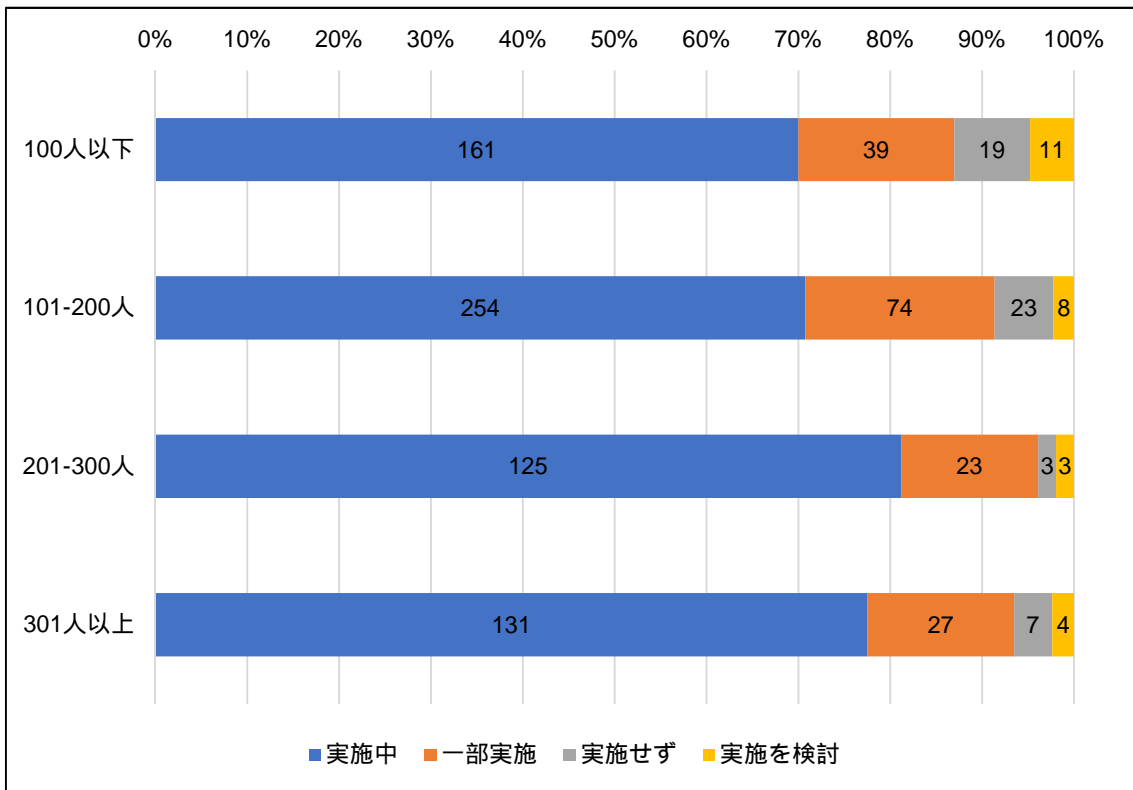


図 55-2. 看護職数別

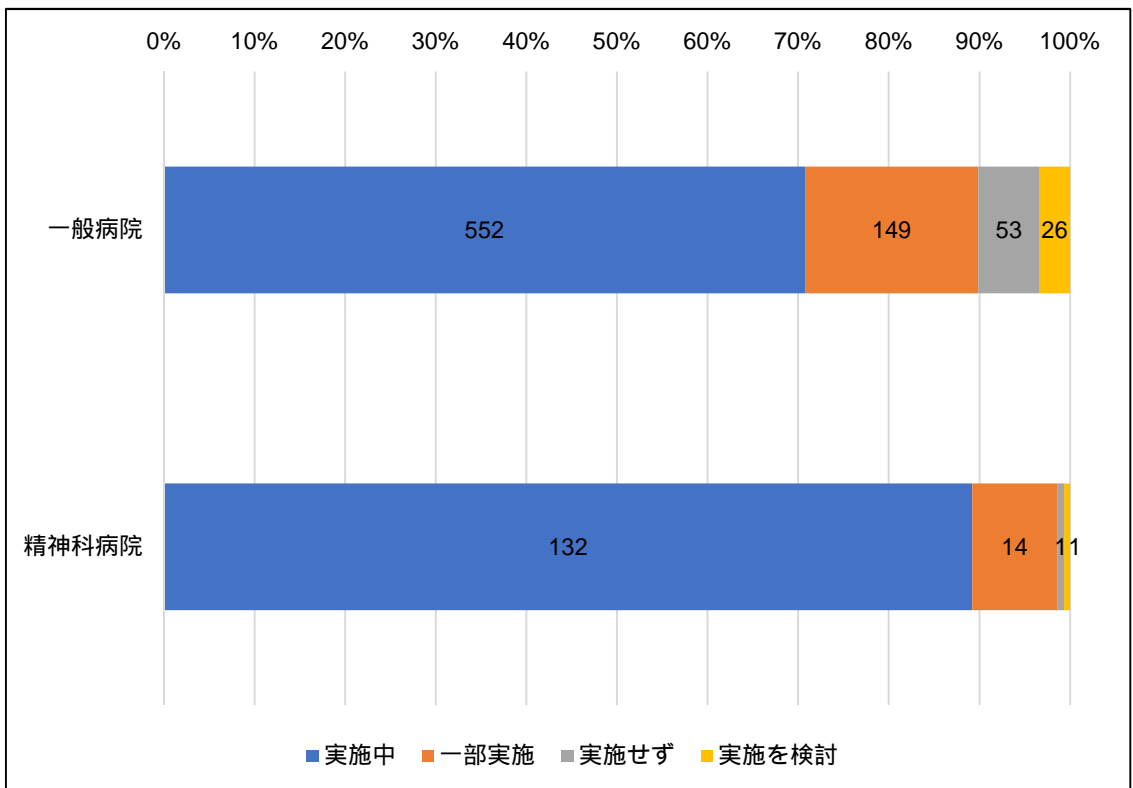


図 55-3. 一般・精神科病院別

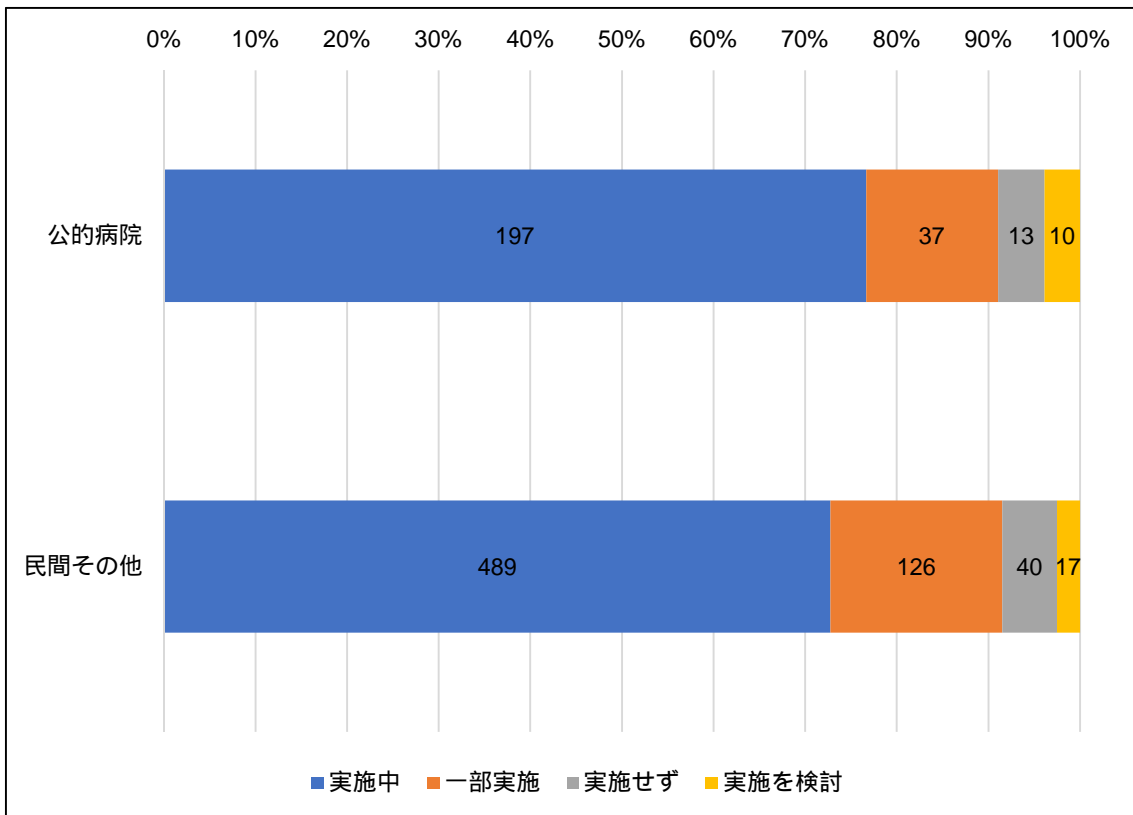


図 55-4. 公的・民間別

発生後には決められた対応手順で報告する

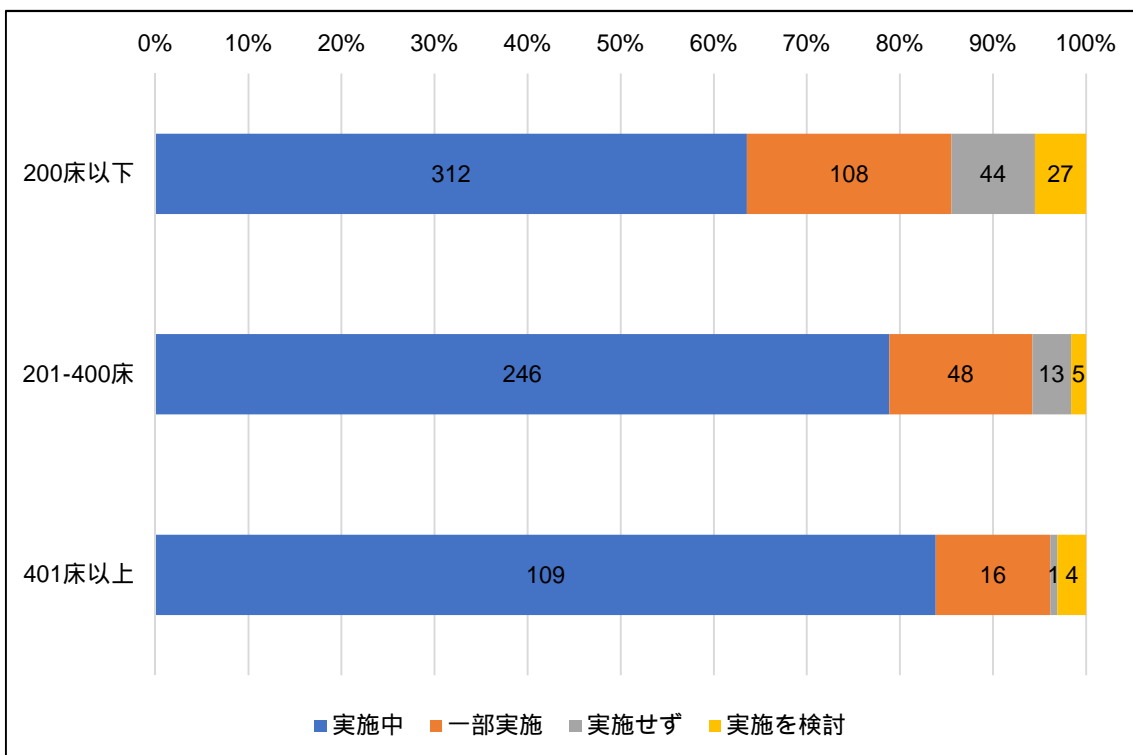


図 56-1. 病床数別

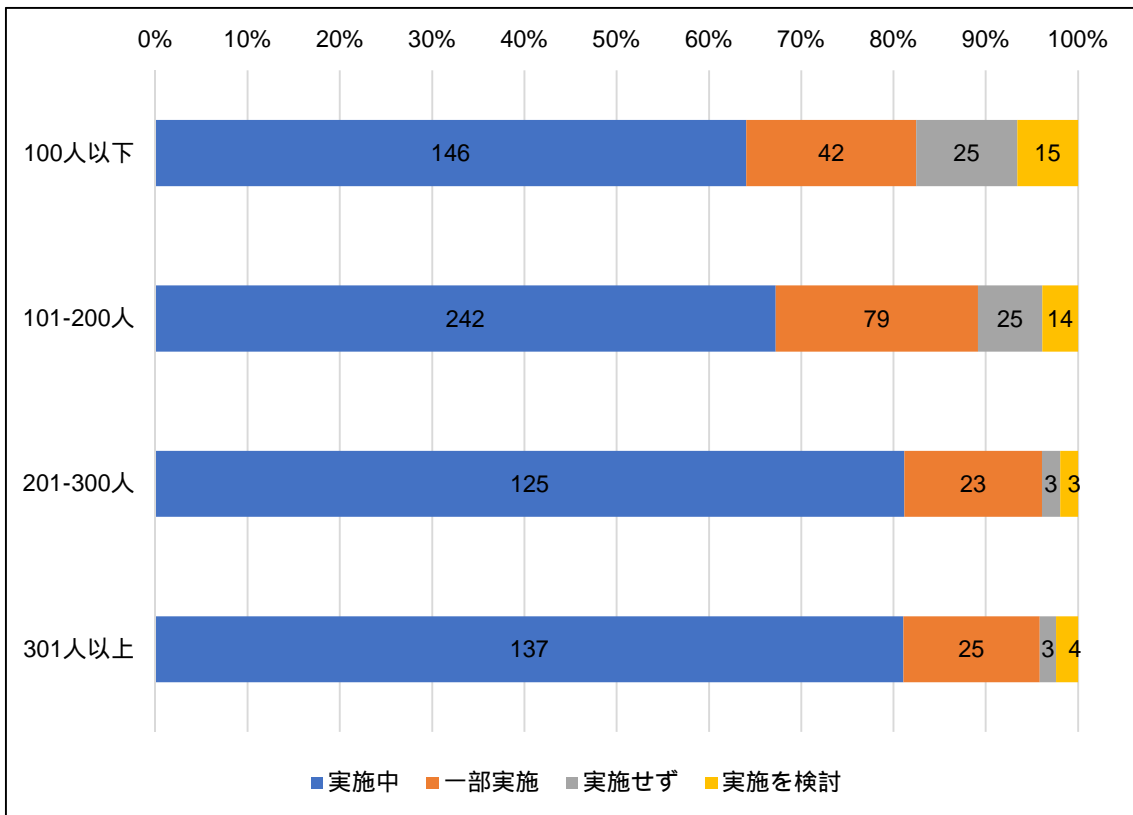


図 56-2. 看護職数別

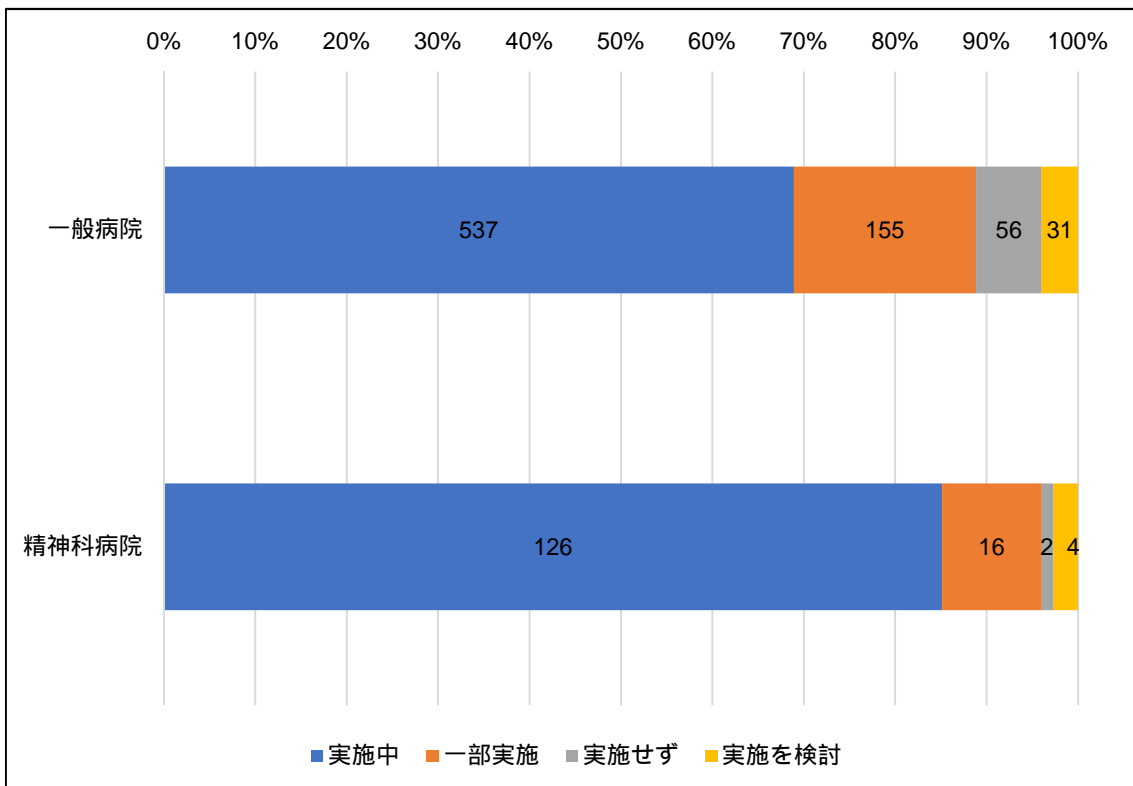


図 56-3. 一般・精神科病院別

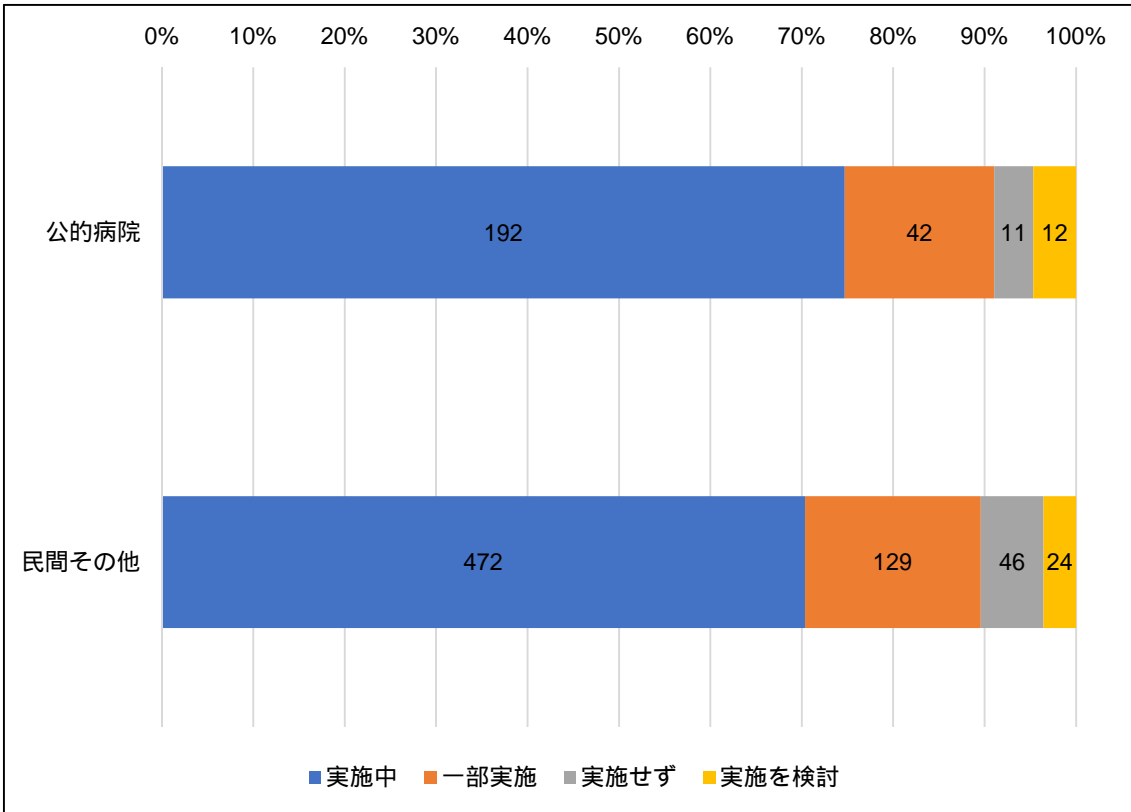


図 56-4. 公的・民間別
暴力等の行為者に迅速に対応策を検討する

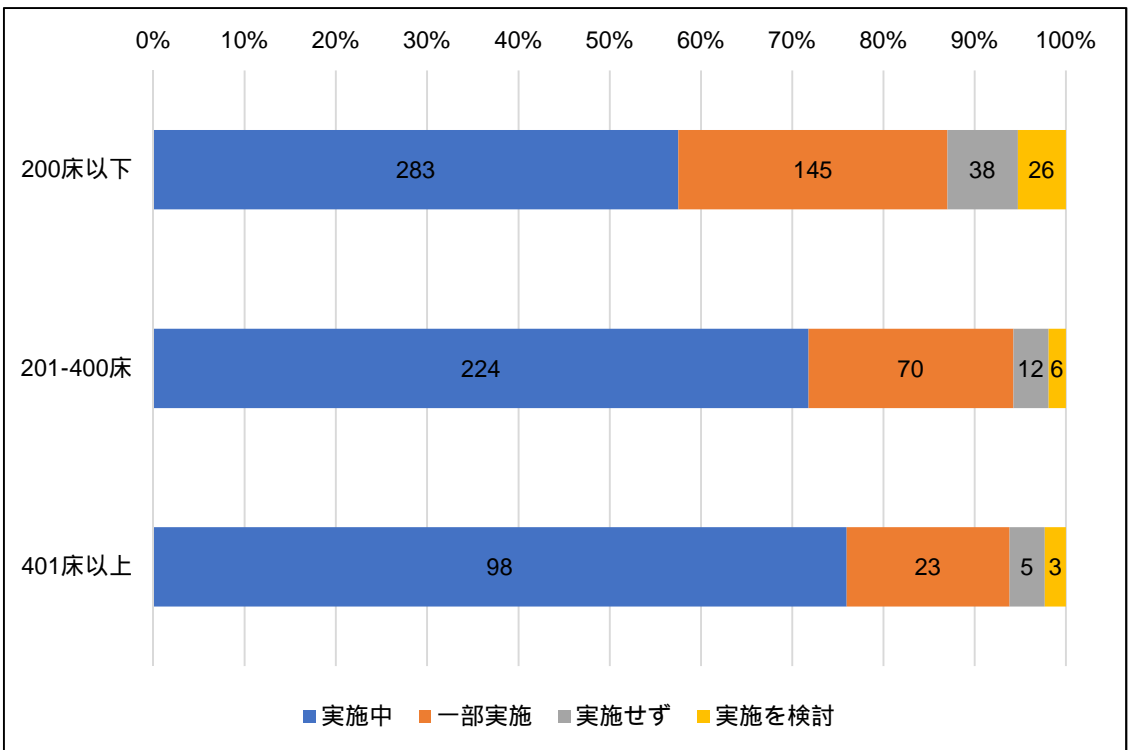


図 57-1. 病床数別

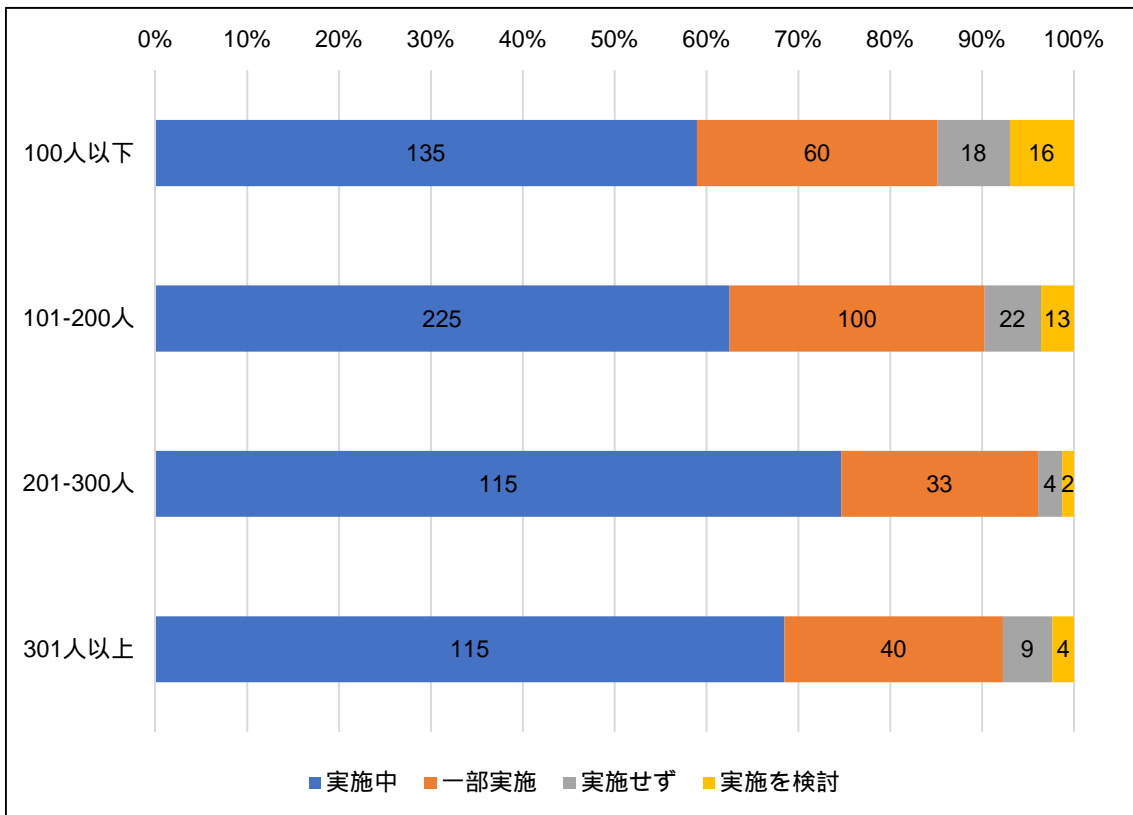


図 57-2. 看護職数別

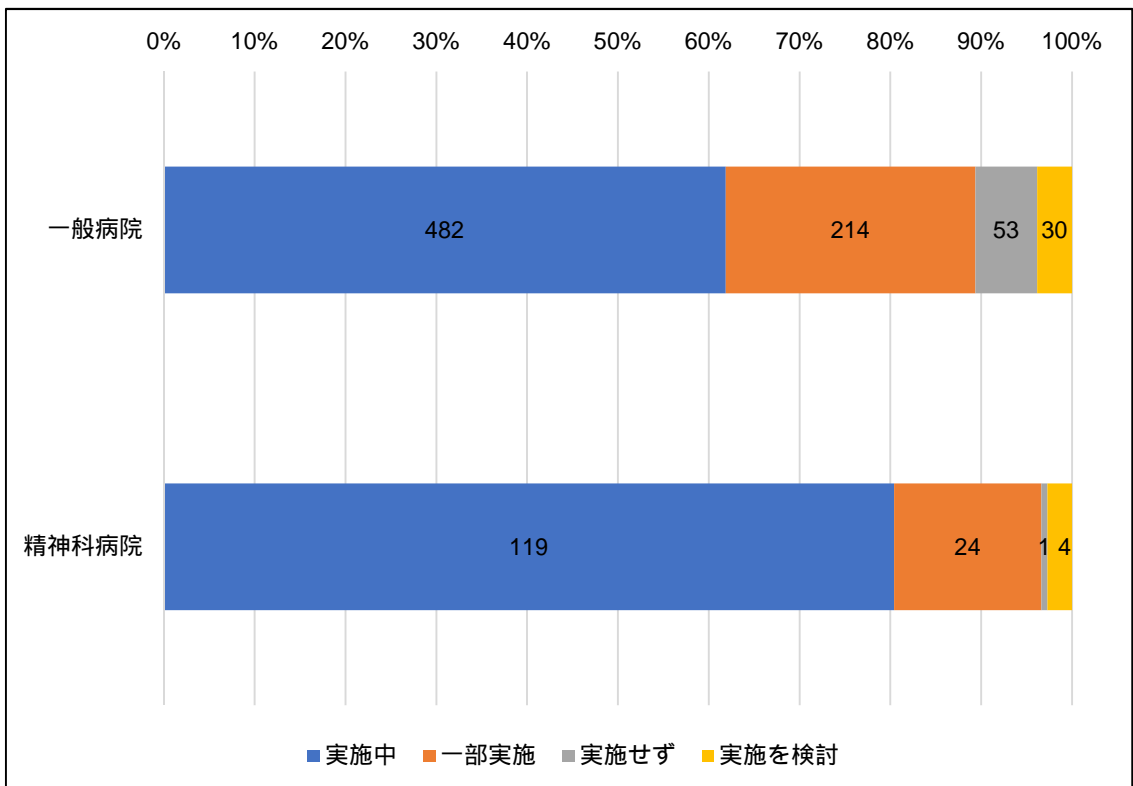


図 57-3. 一般・精神科病院別

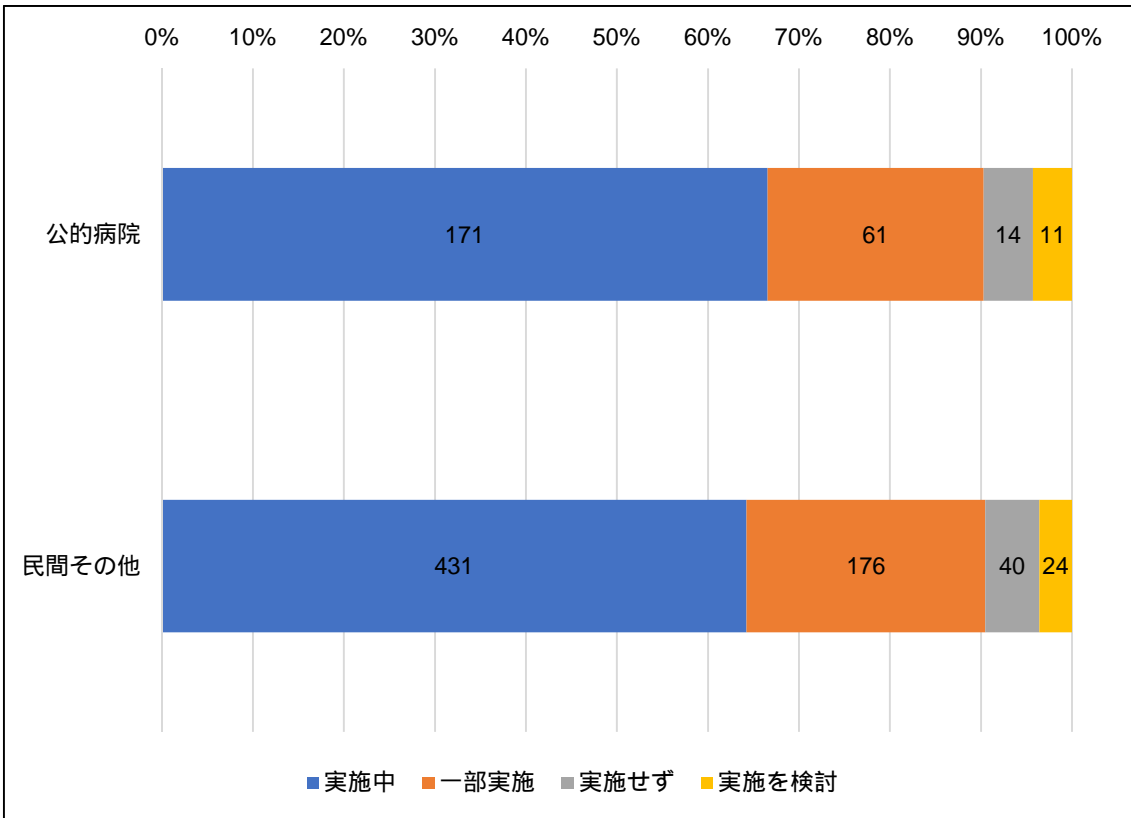


図 57-4. 公的・民間別

暴力等のケースを振り返り院内で再発防止を検討する

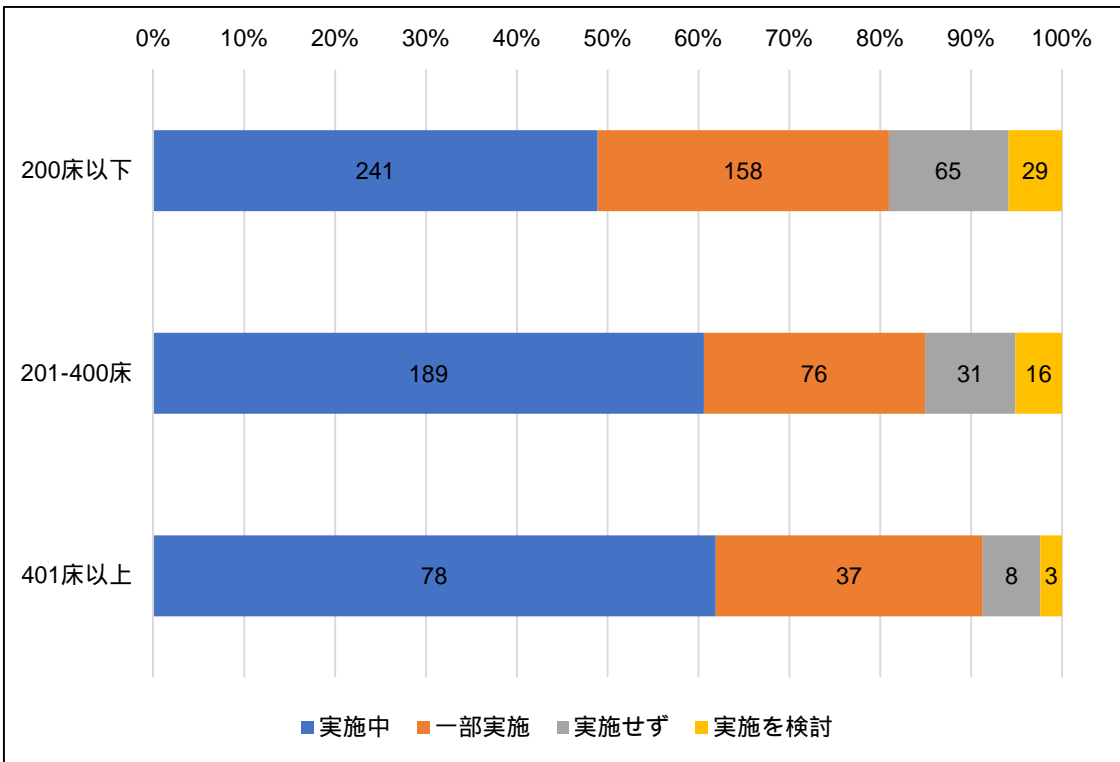


図 58-1. 病床数別

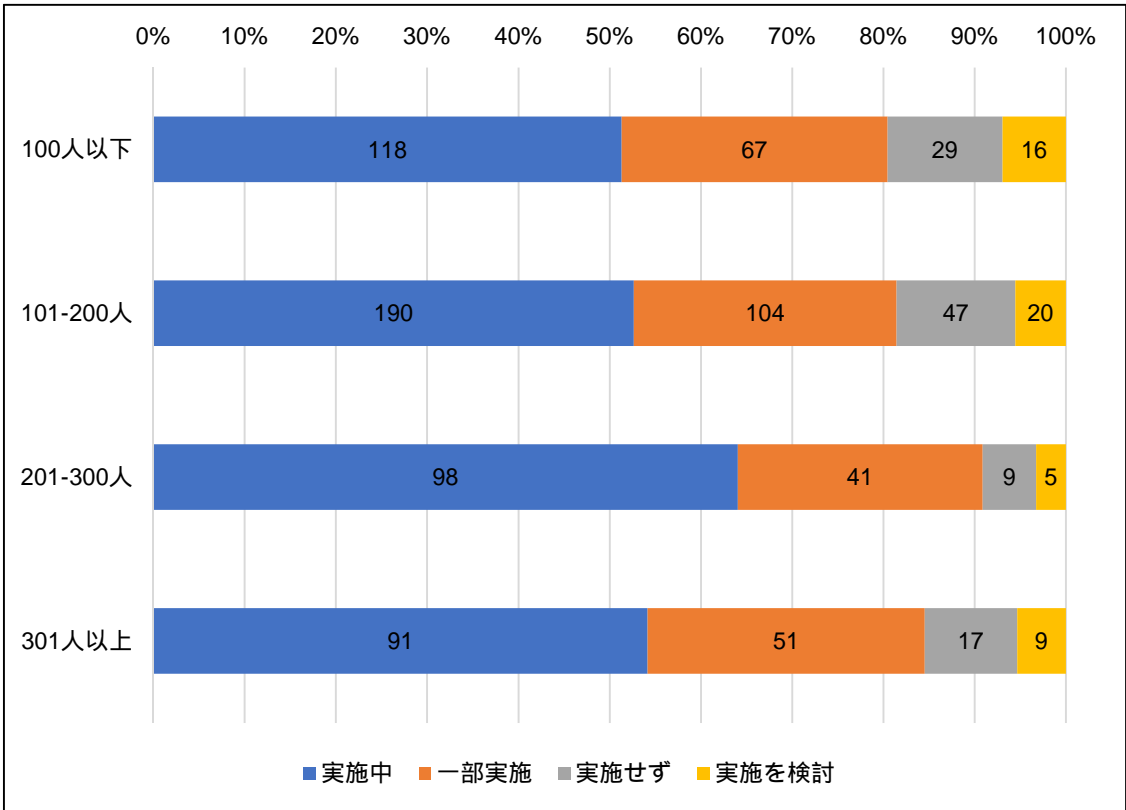


図 58-2. 看護職数別

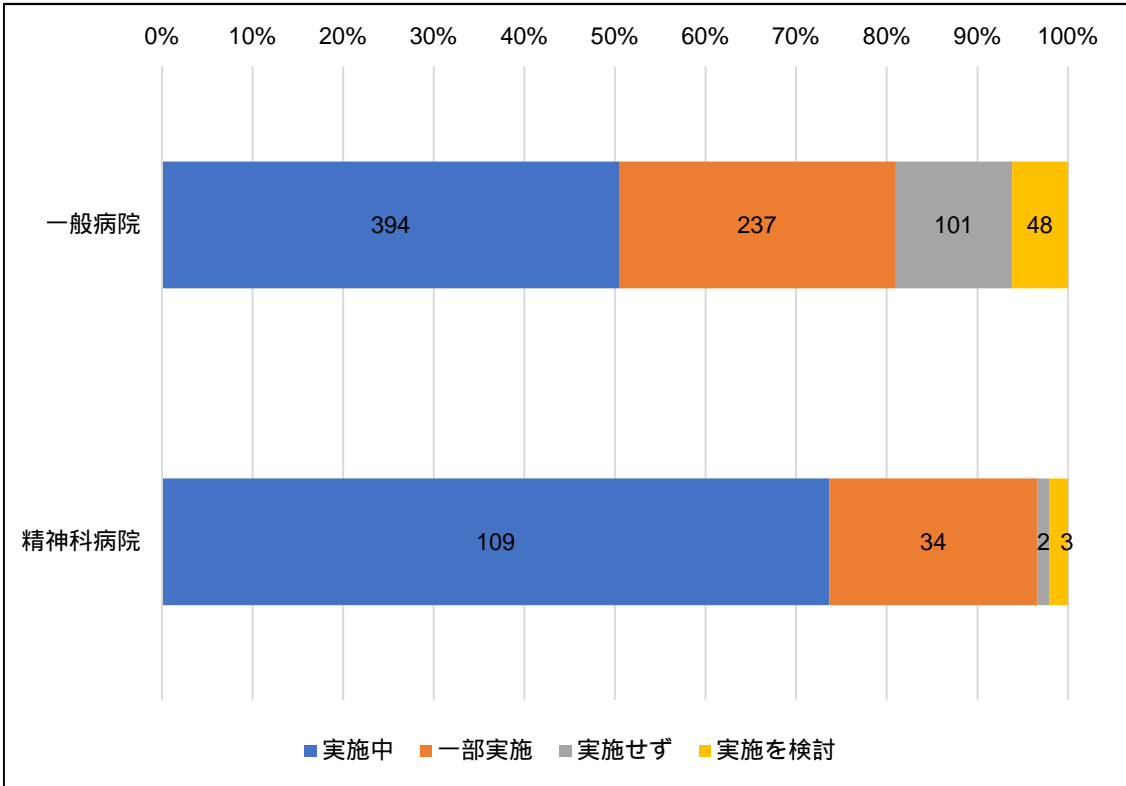


図 58-3. 一般・精神科病院別

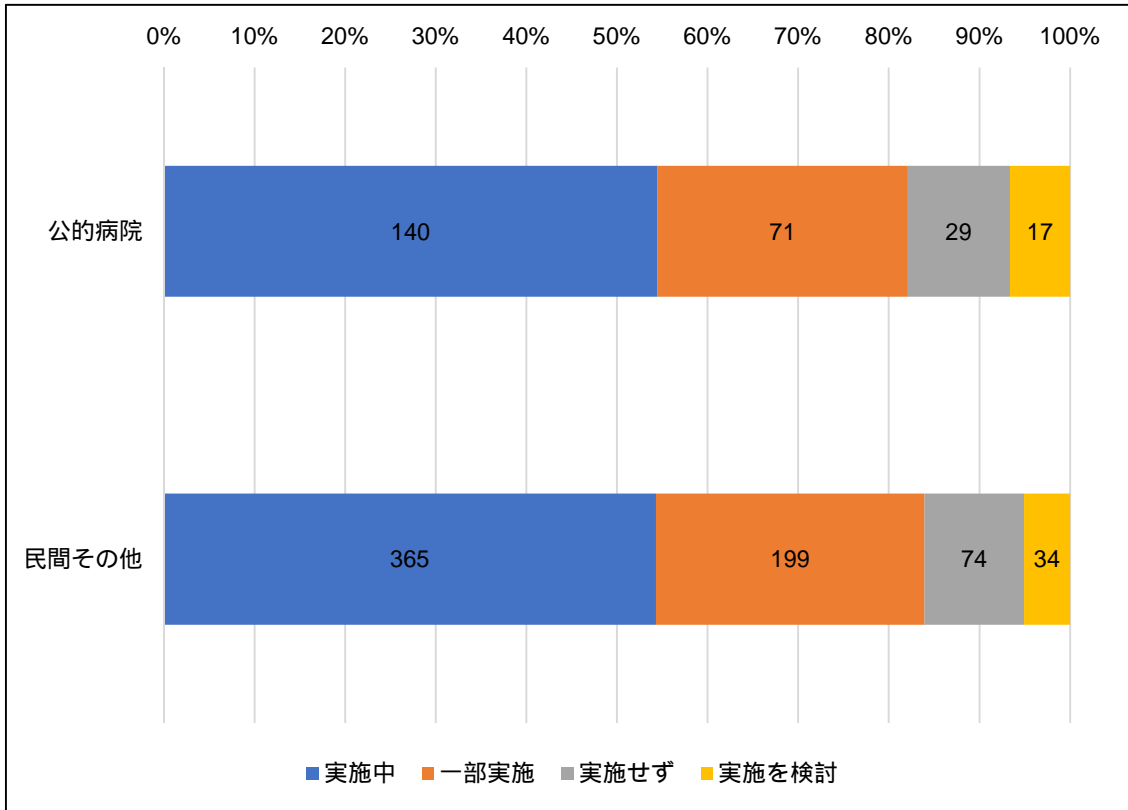


図 58-4. 公的・民間別
暴力等のケースについて他の医療機関と情報共有する

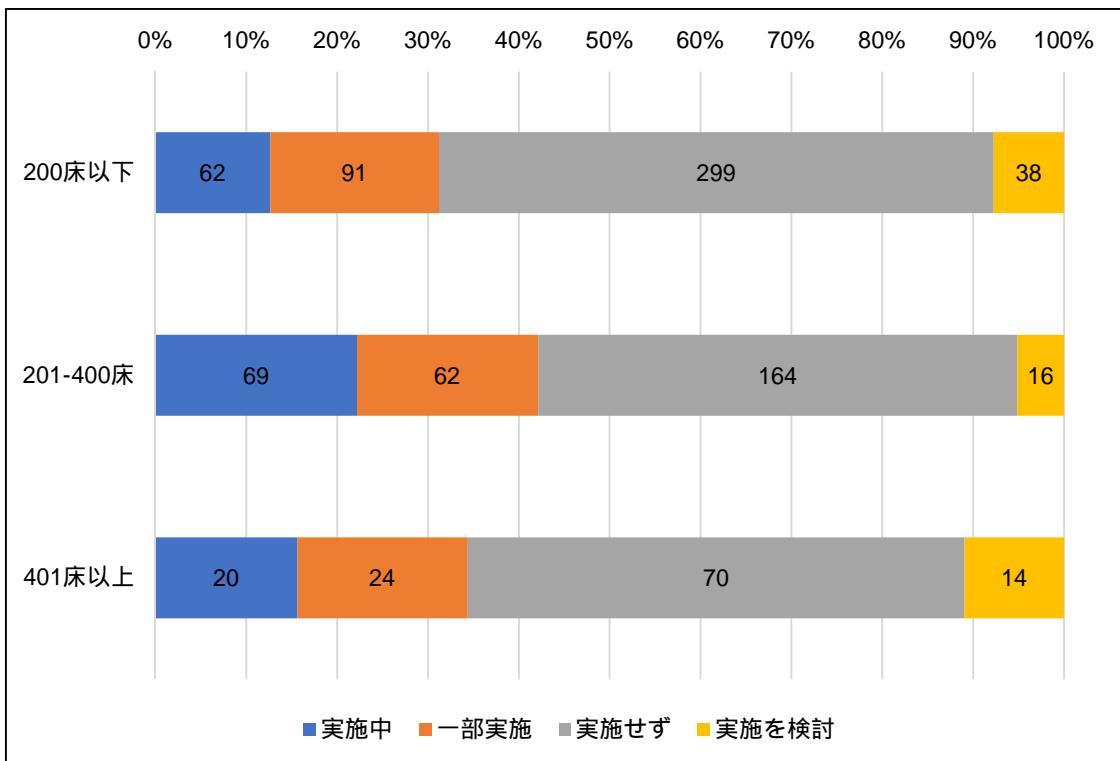


図 59-1. 病床数別

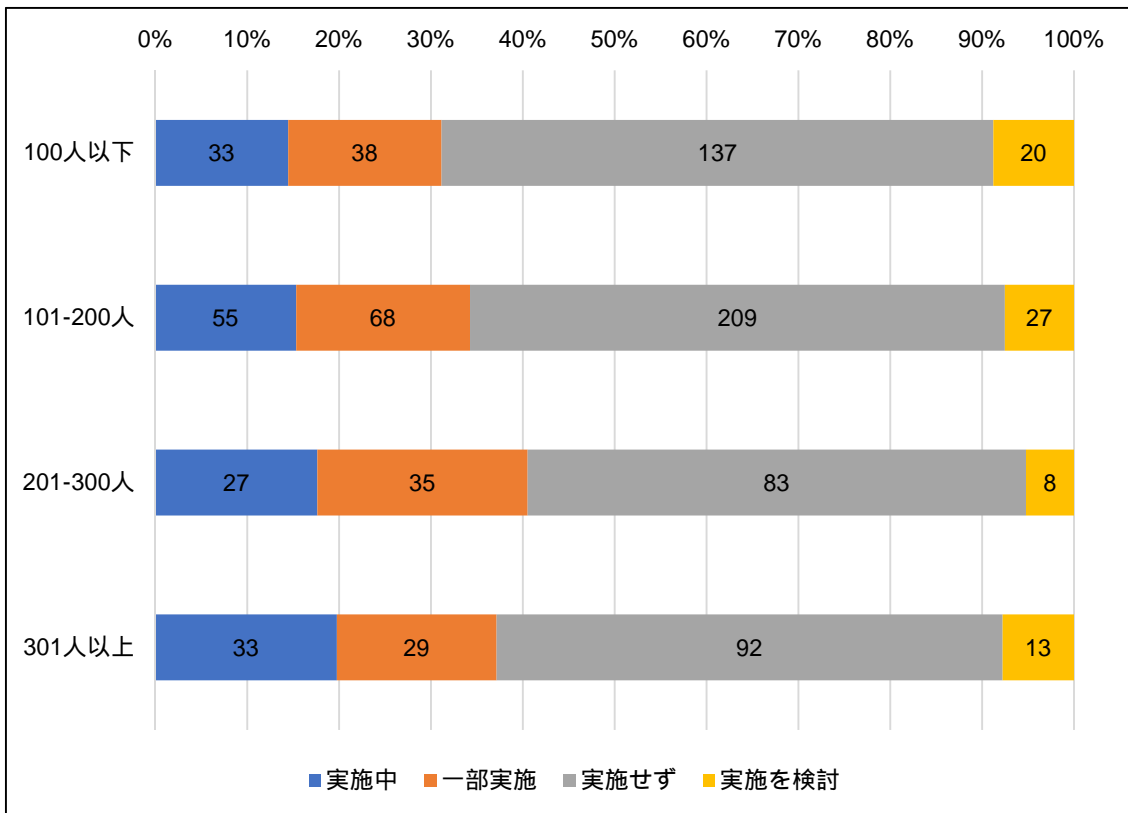


図 59-2. 看護職数別

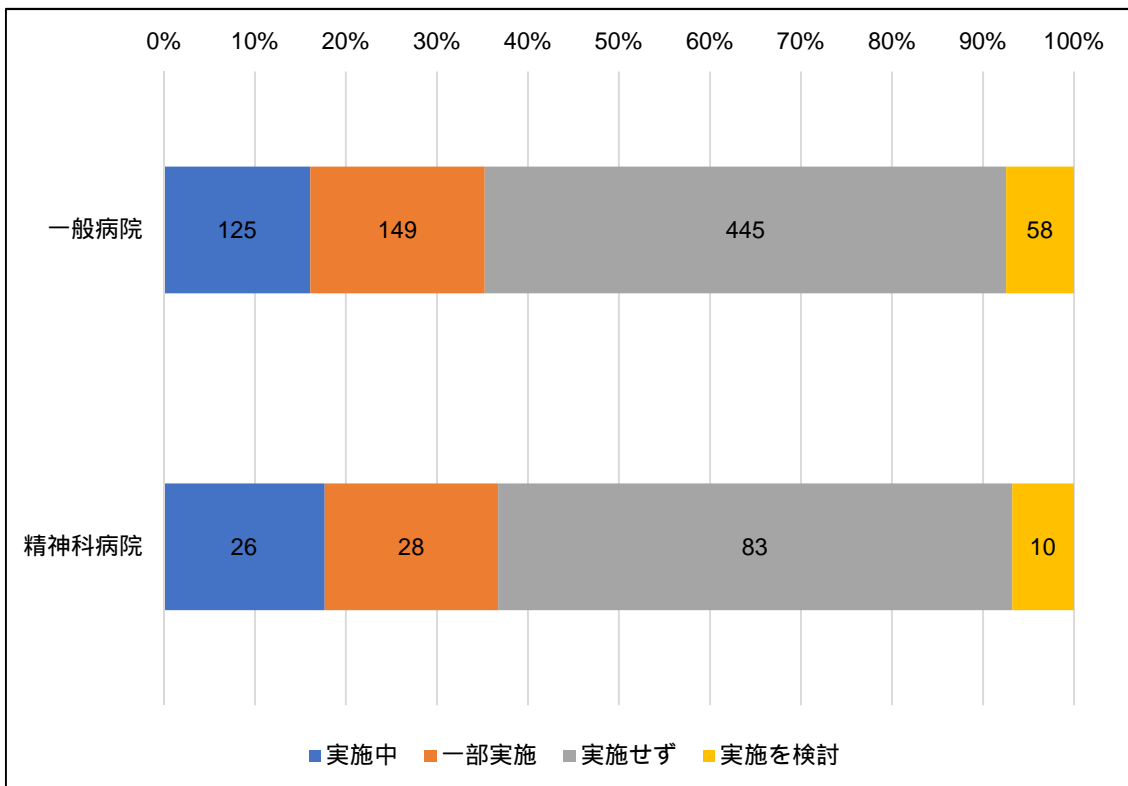


図 59-3. 一般・精神科病院別

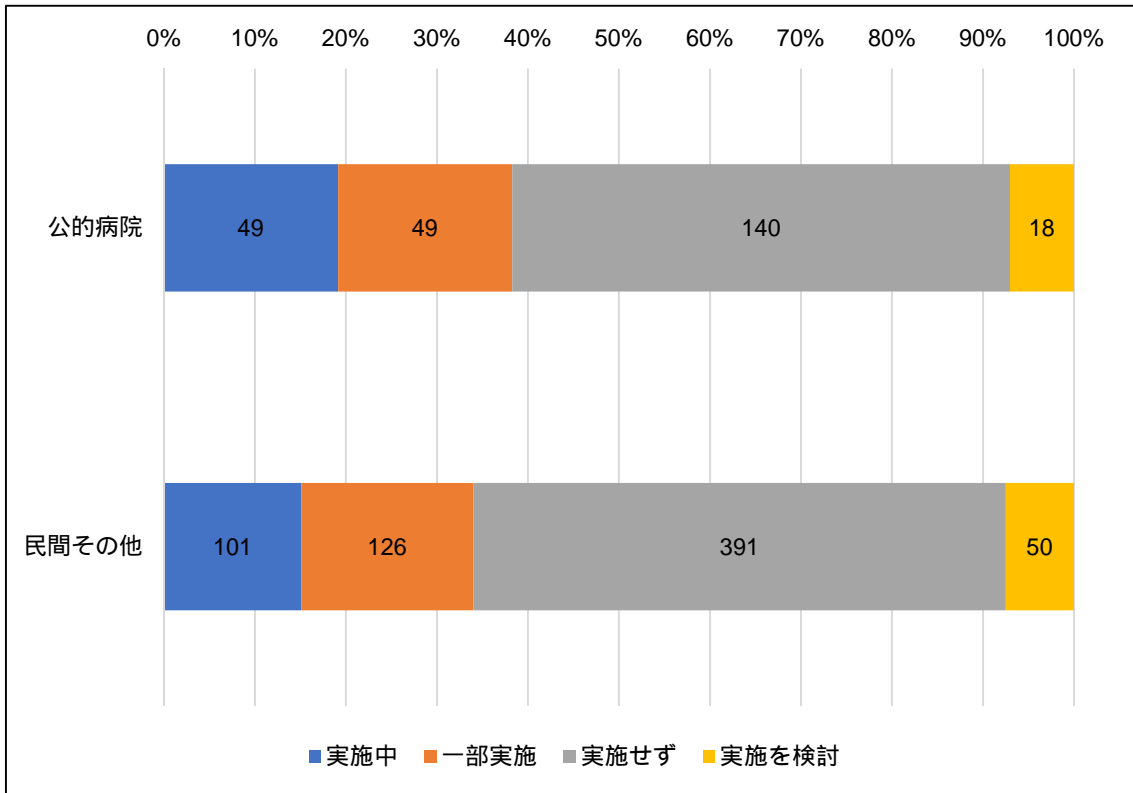


図 59-4. 公的・民間別
警察に被害届を出す体制がある

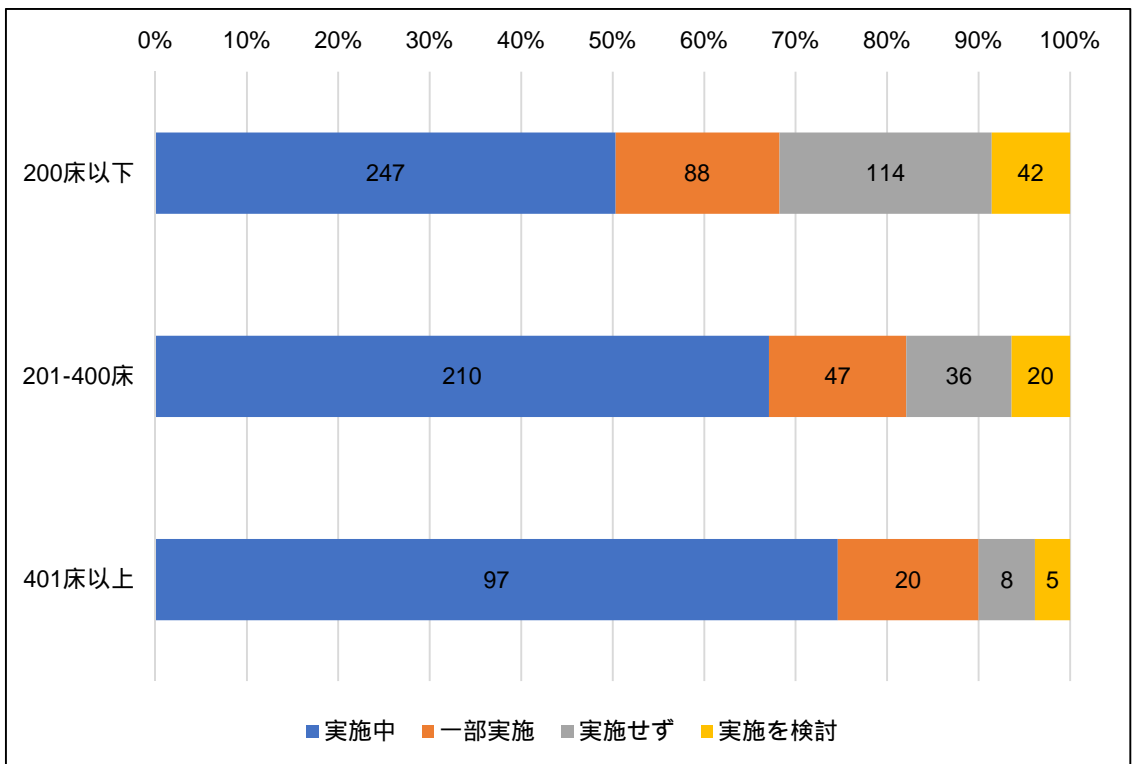


図 60-1. 病床数別

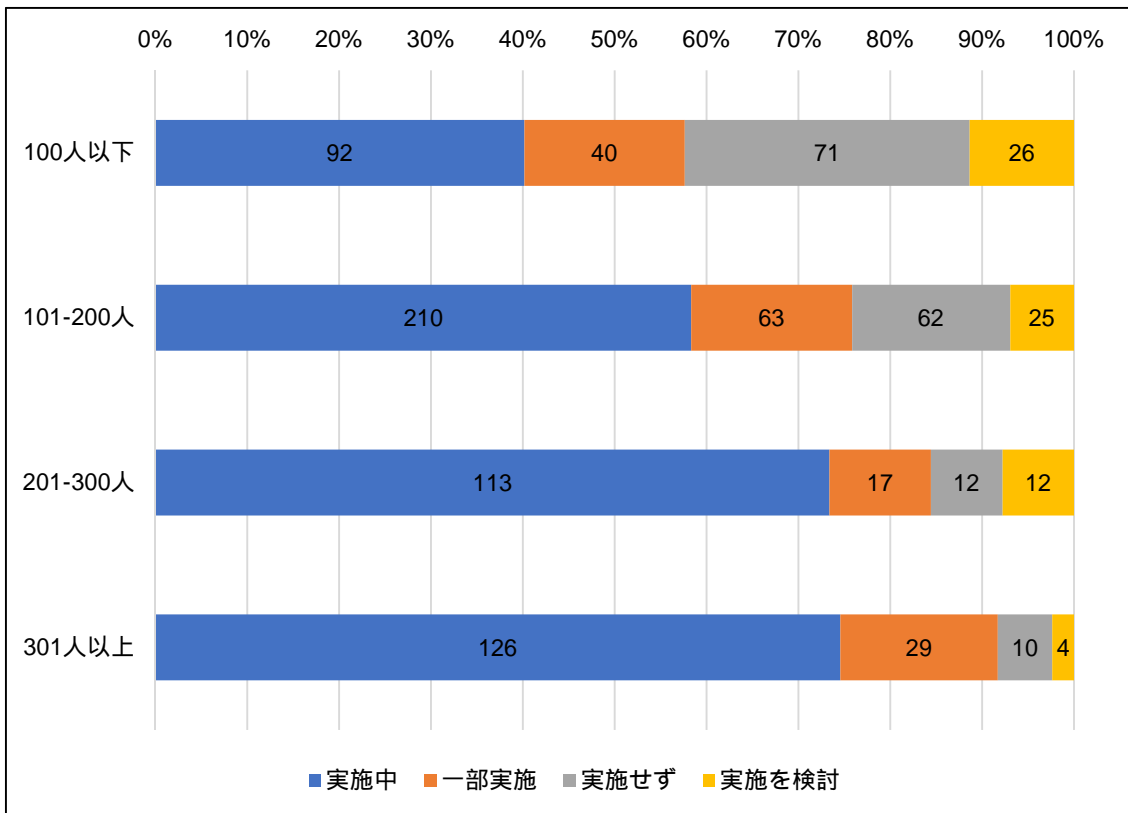


図 60-2. 看護職数別

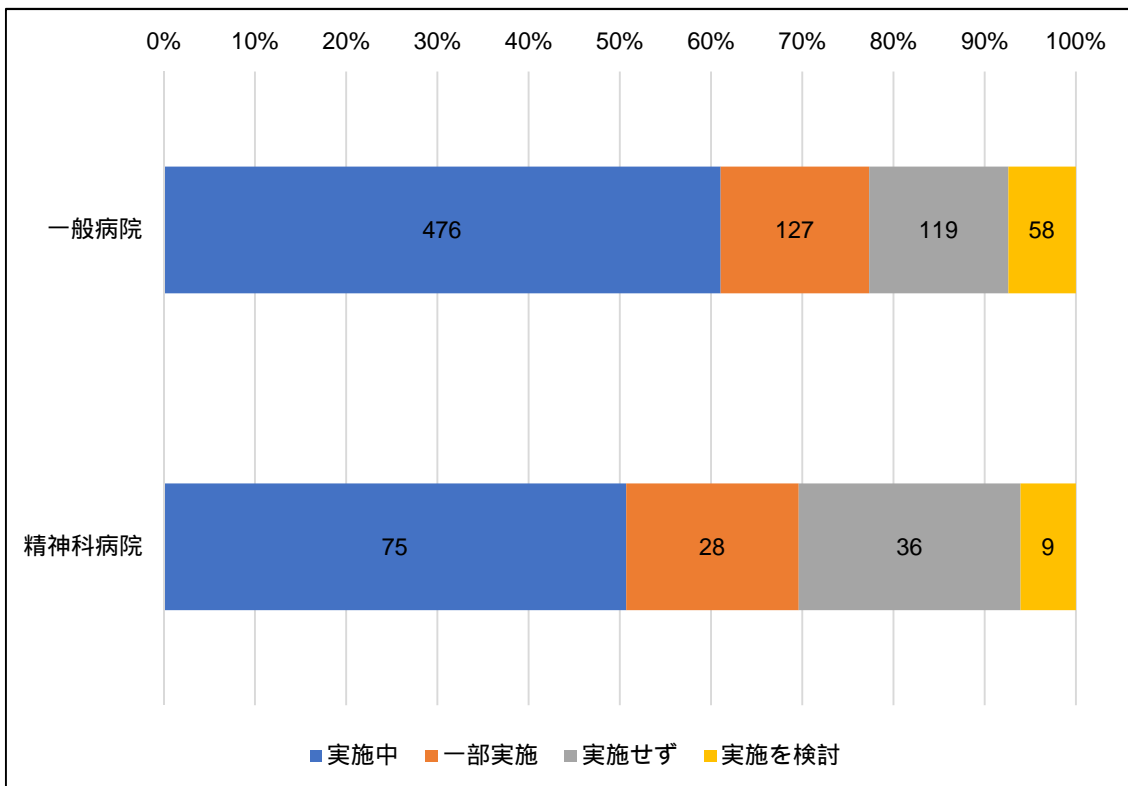


図 60-3. 一般・精神科病院別

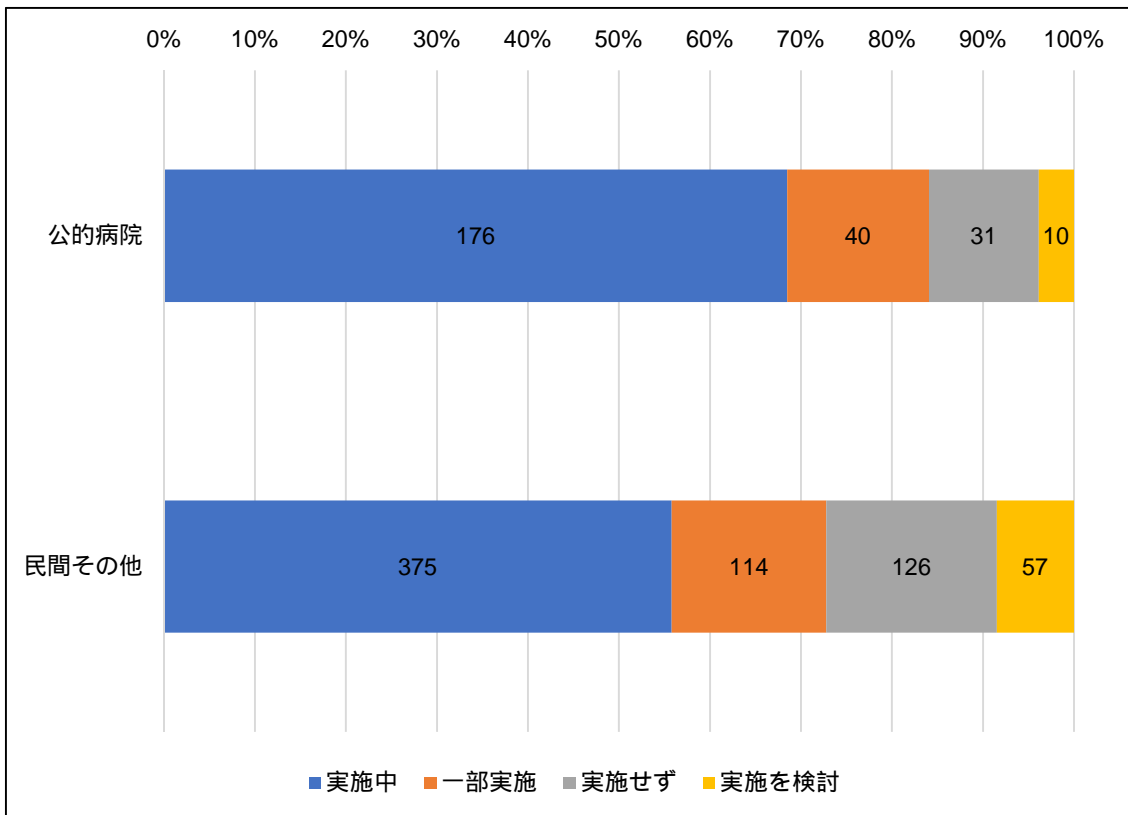


図 60-4. 公的・民間別
弁護士に相談する体制がある

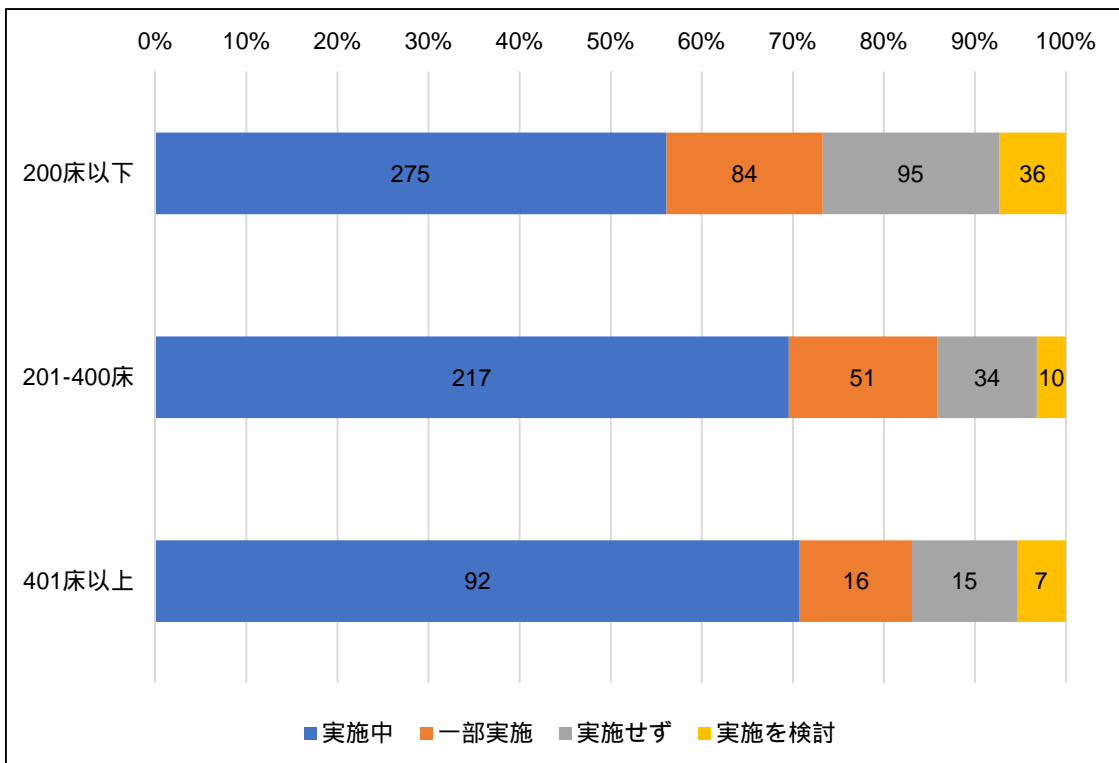


図 61-1. 病床数別

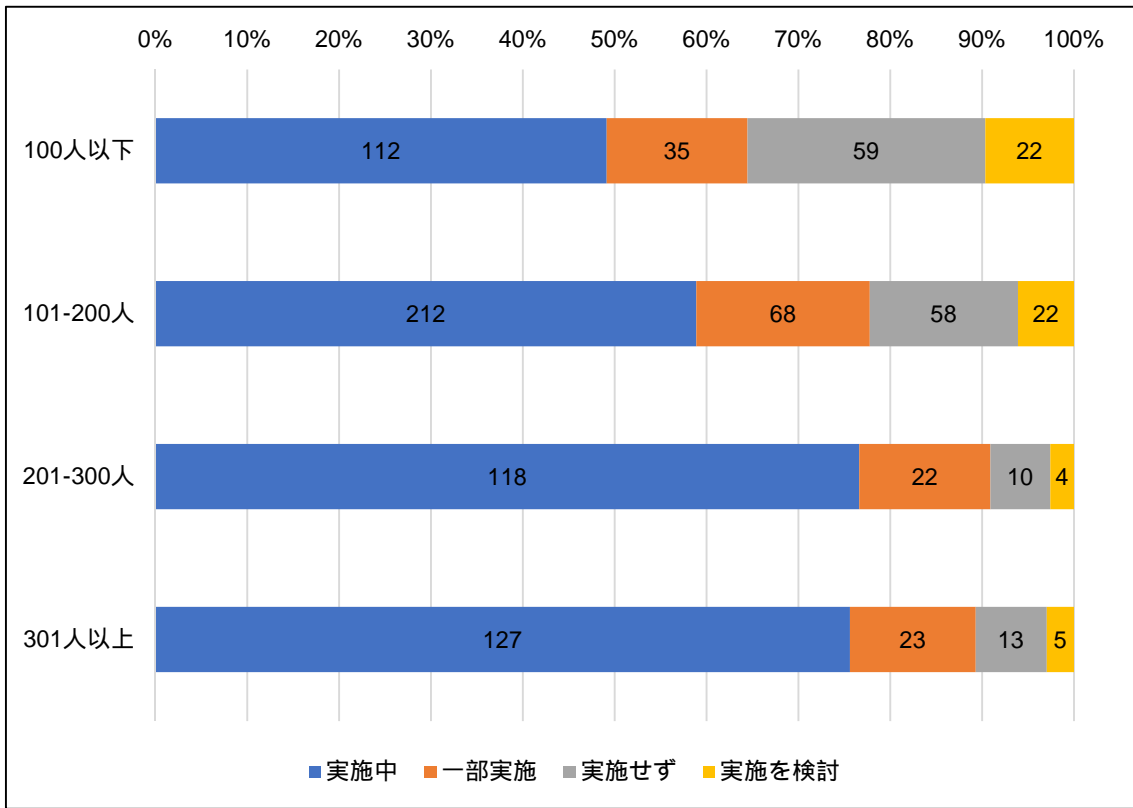


図 61-2. 看護職数別

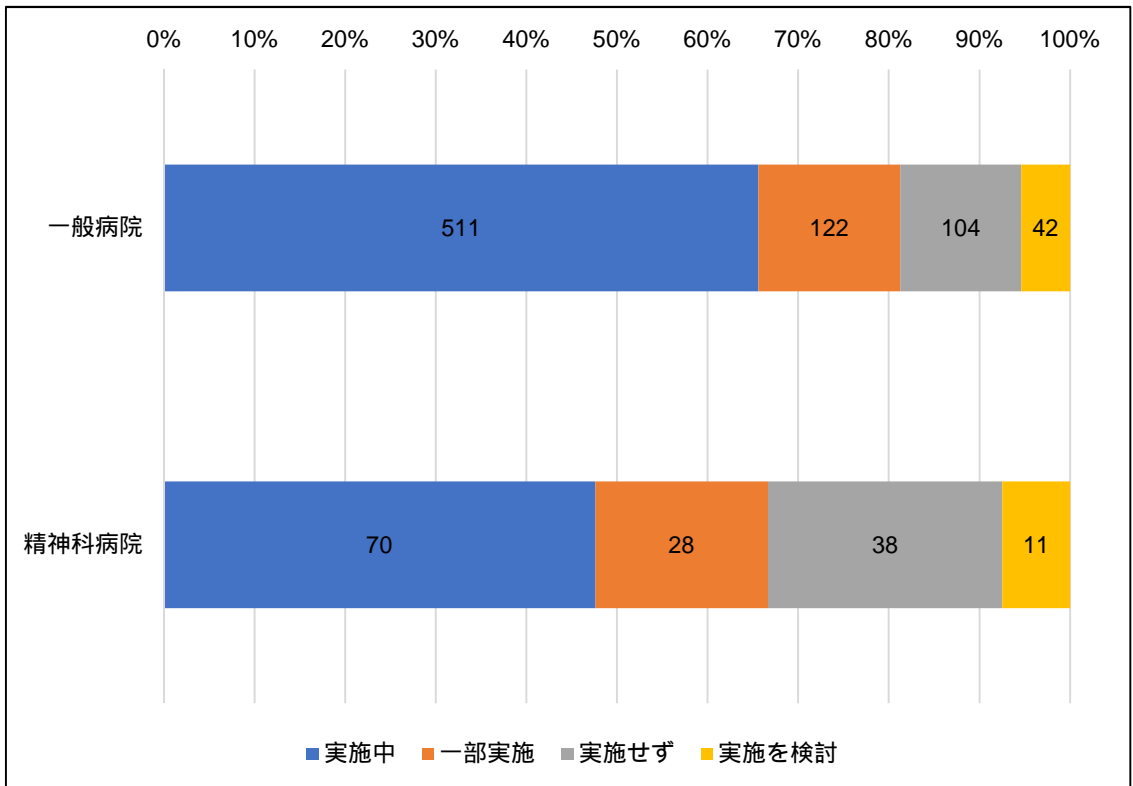


図 61-3. 一般・精神科病院別

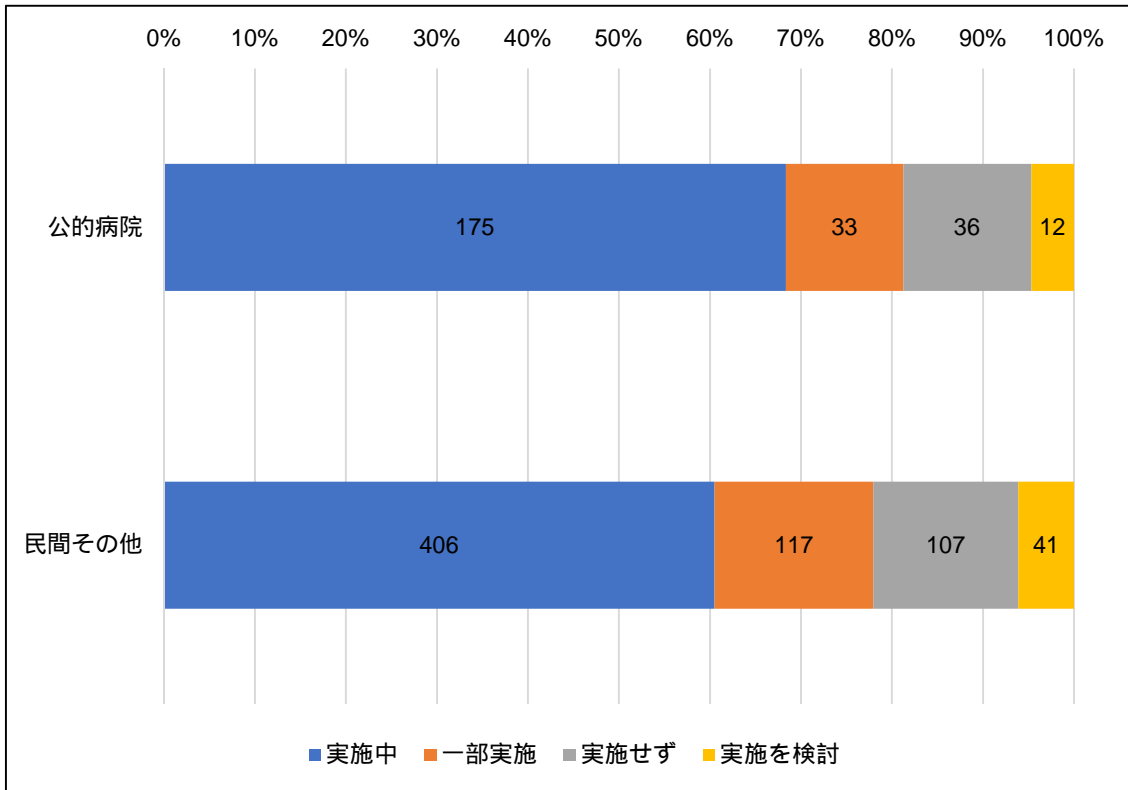


図 61-4. 公的・民間別

7. 暴力等の被害を受けた職員への支援体制

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

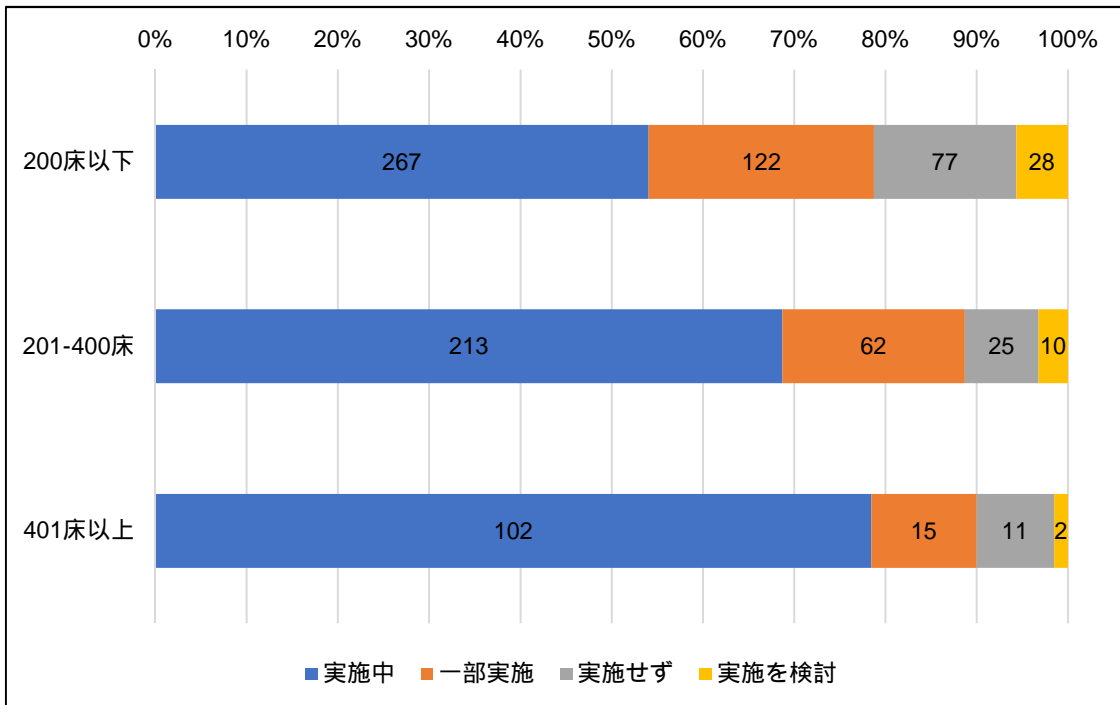


図 62-1. 病床数別

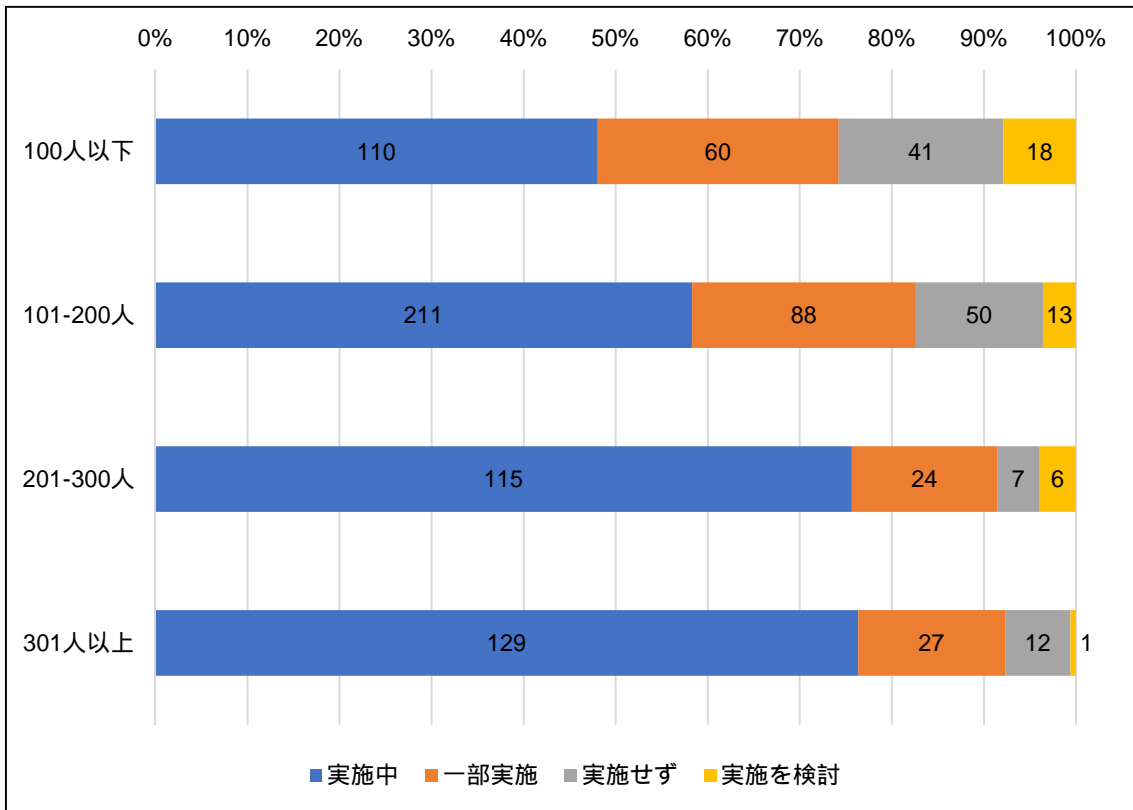


図 62-2. 看護職数別

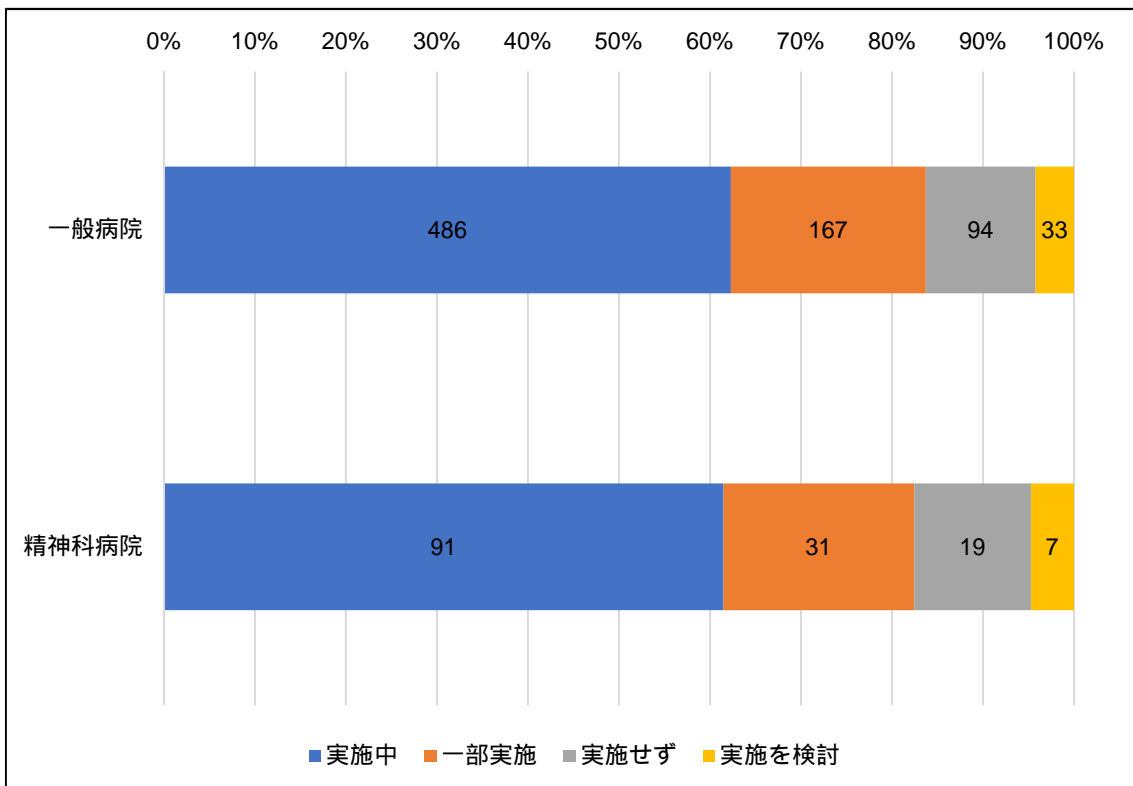


図 62-3. 一般・精神科病院別

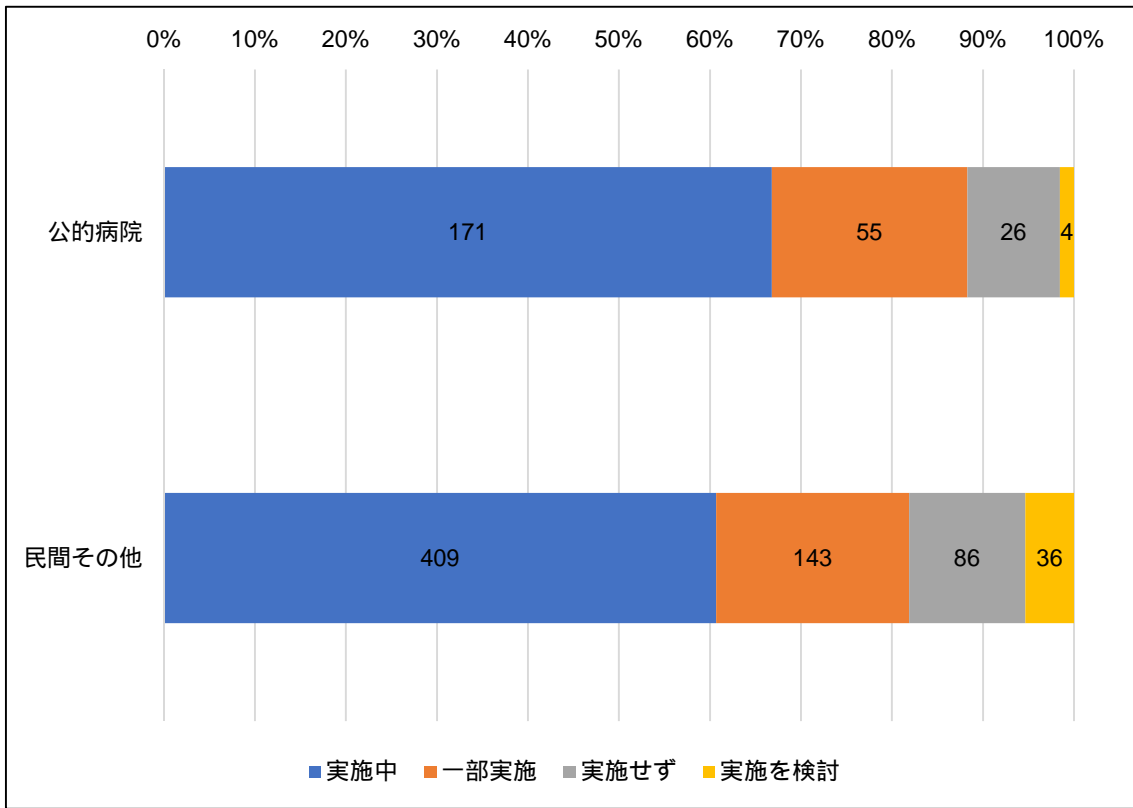


図 62-4. 公的・民間別

被害を受けた職員に対し、必要な面談やケアを提供する体制がある

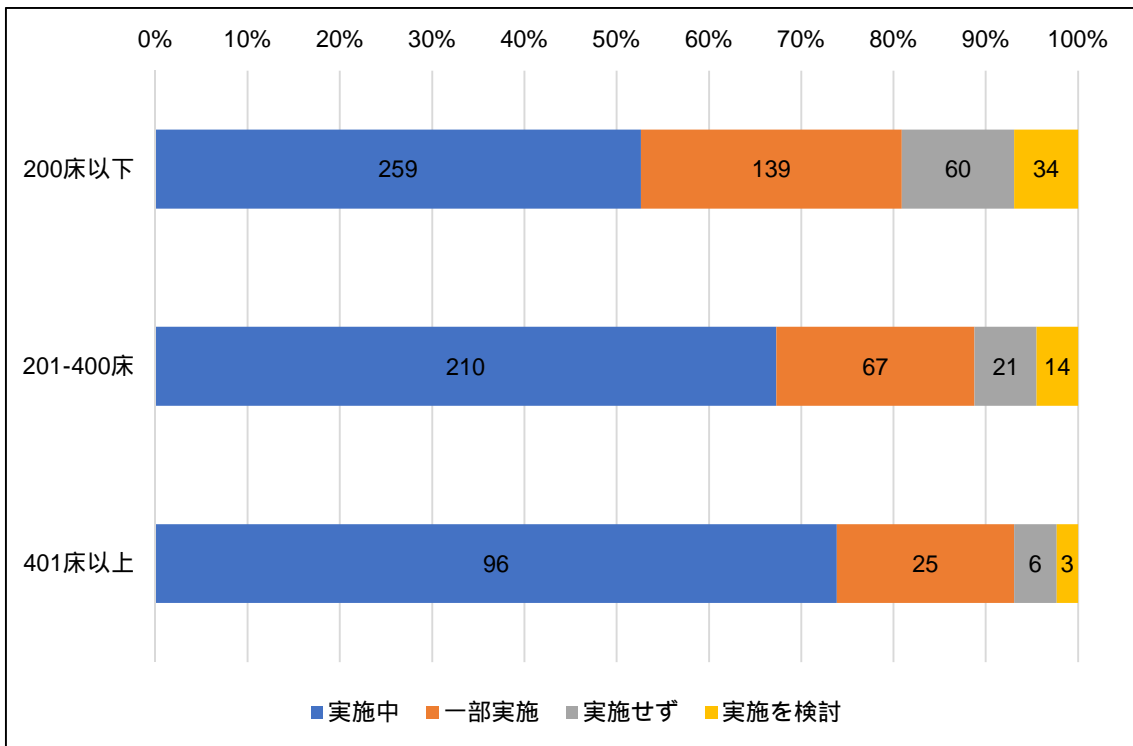


図 63-1. 病床数別

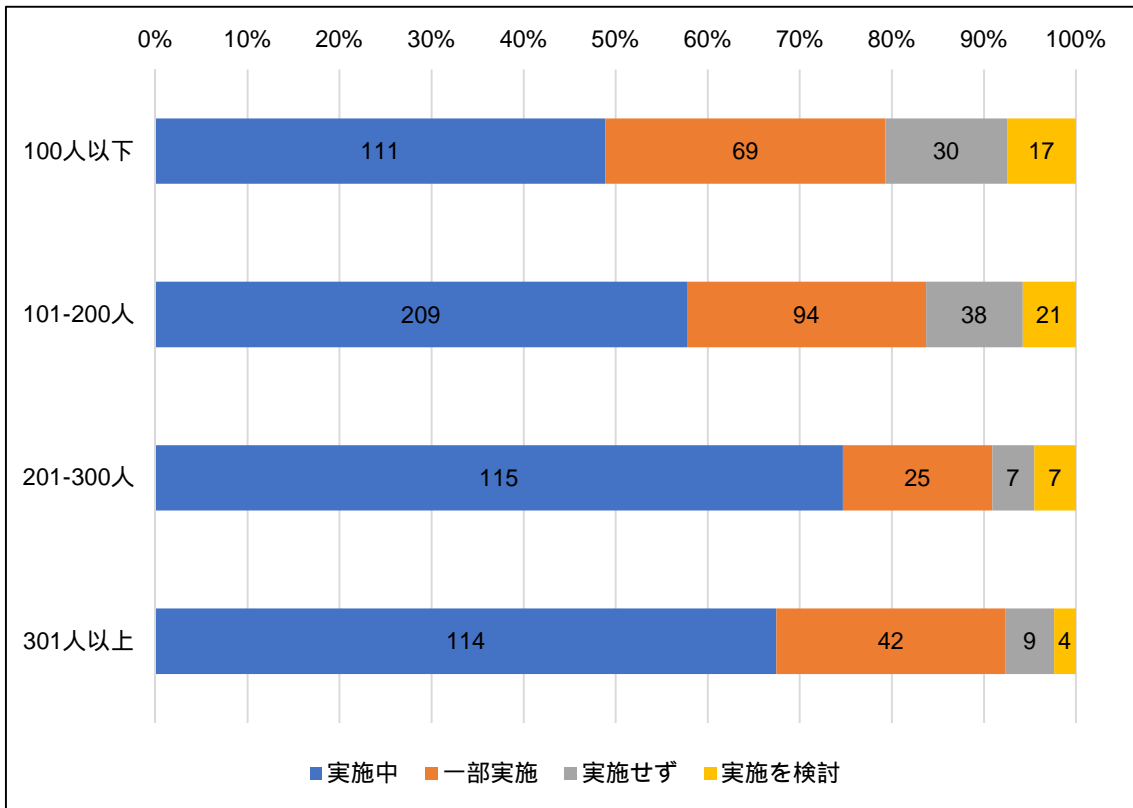


図 63-2. 看護職数別

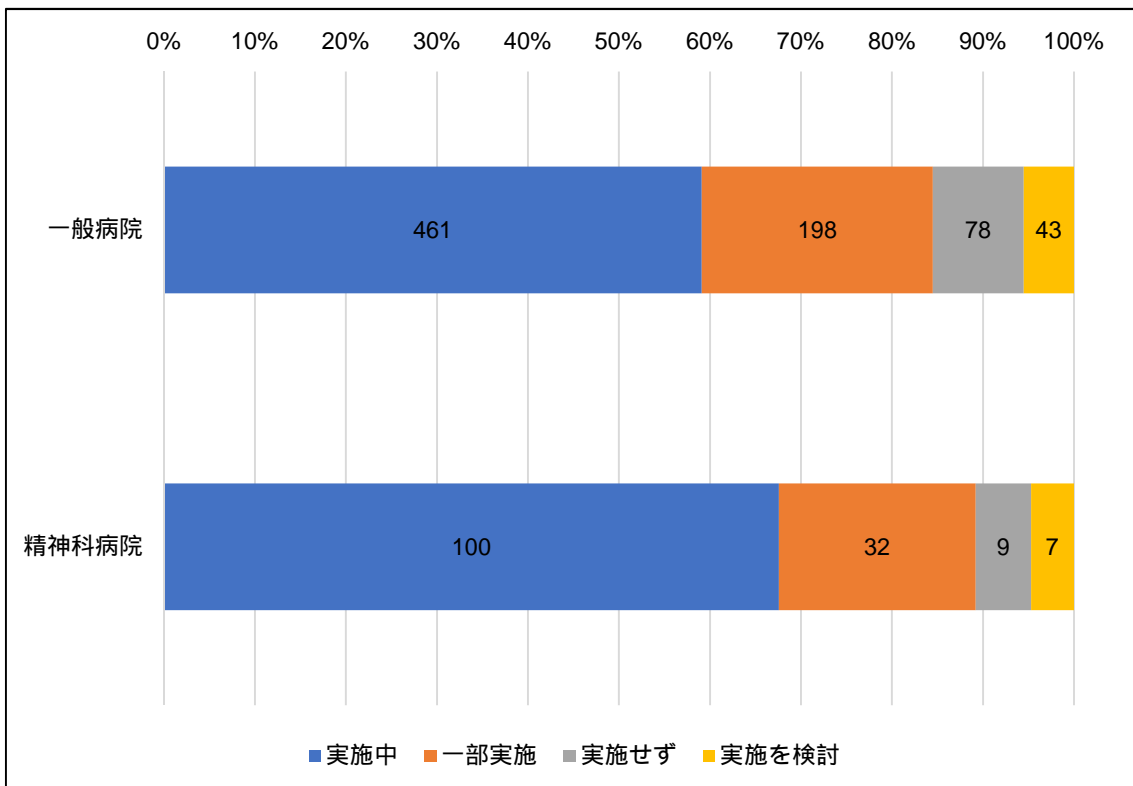


図 63-3. 一般・精神科病院別

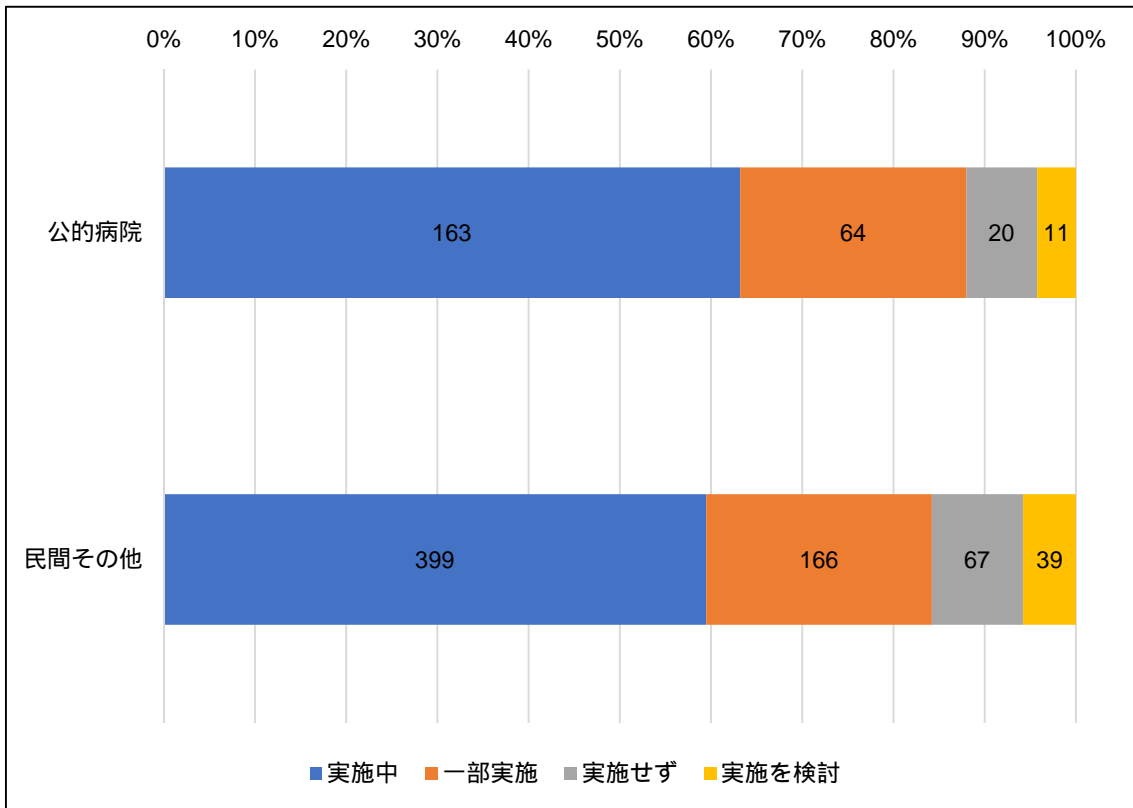


図 63-4. 公的・民間別
被害者のケアのために管理者を支援する体制がある

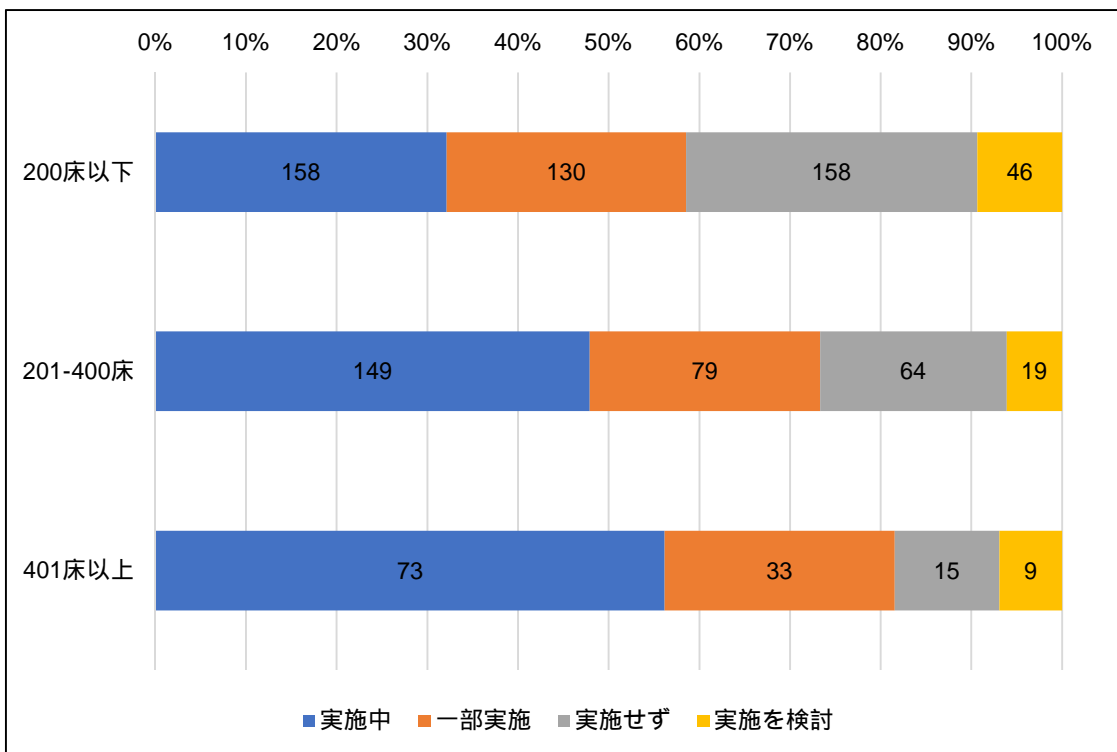


図 64-1. 病床数別

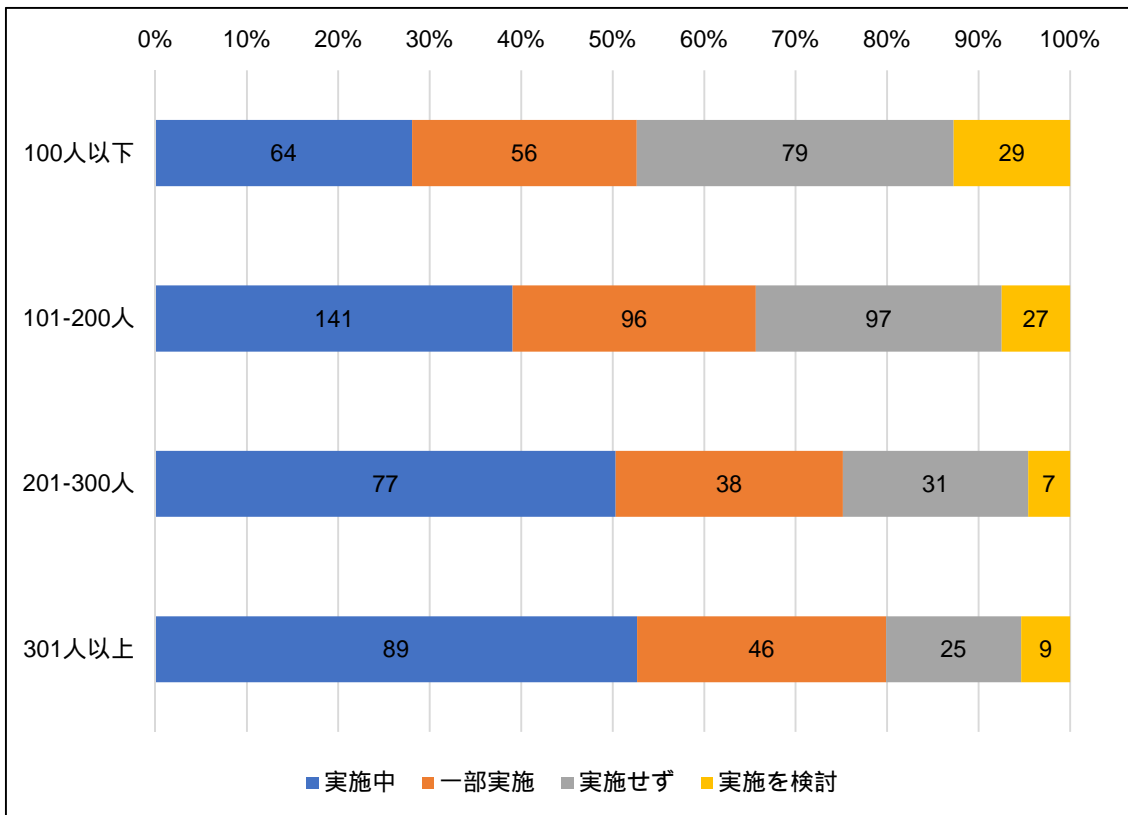


図 64-2. 看護職数別

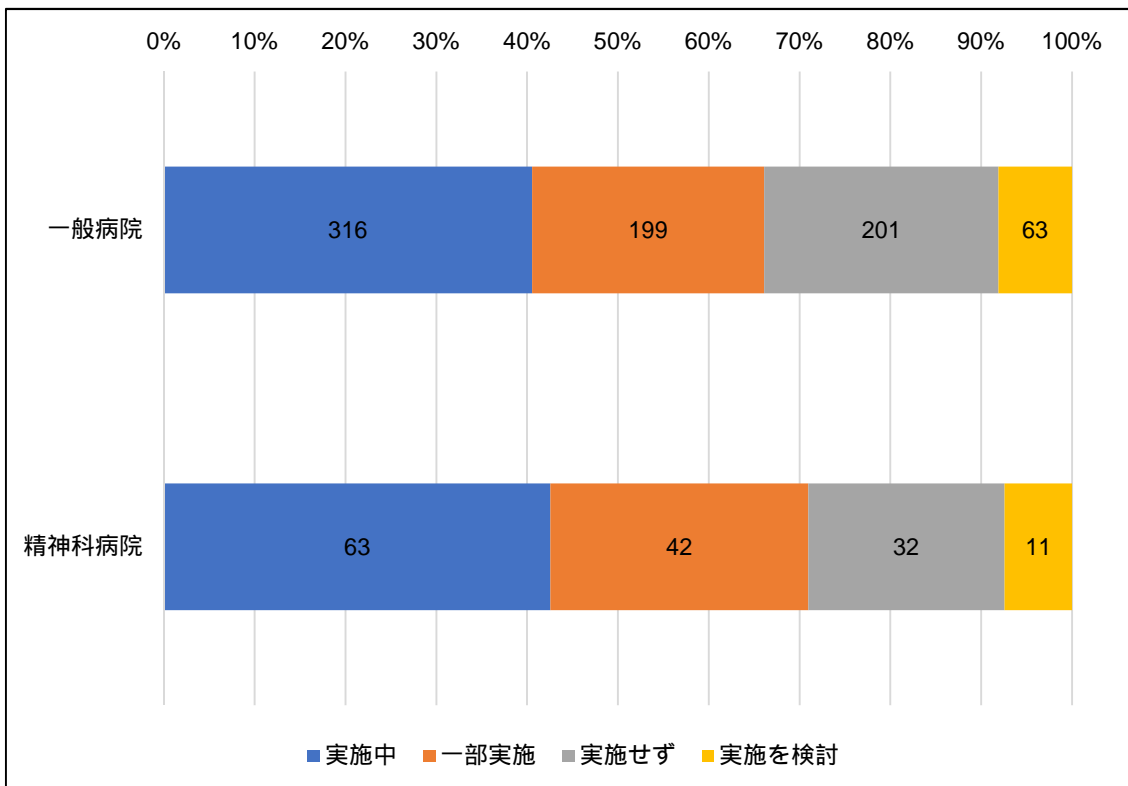


図 64-3. 一般・精神科病院別

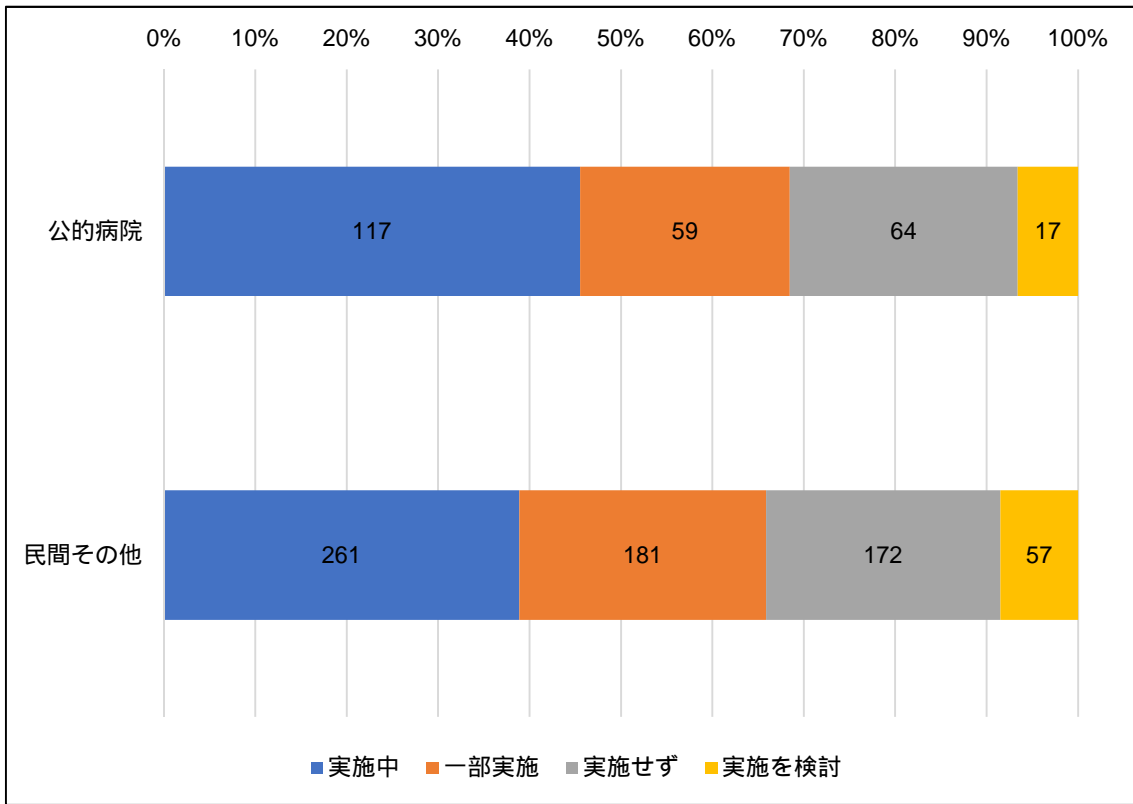


図 64-4. 公的・民間

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

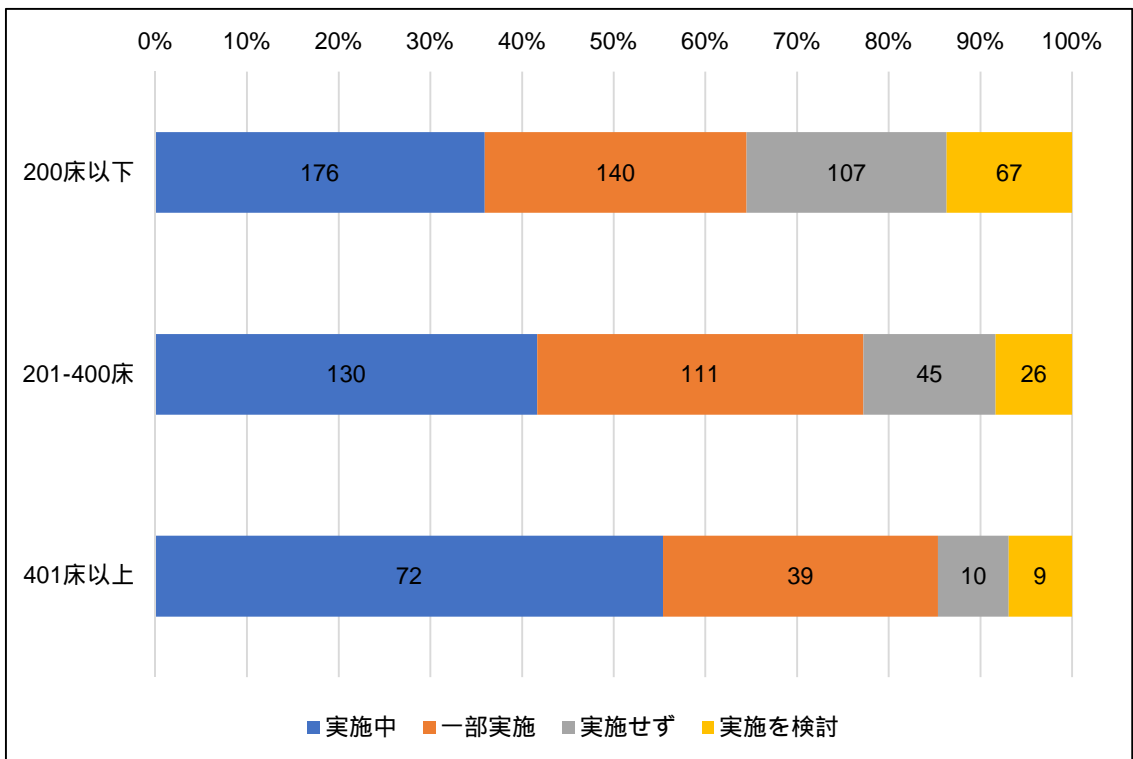


図 65-1. 病床数別

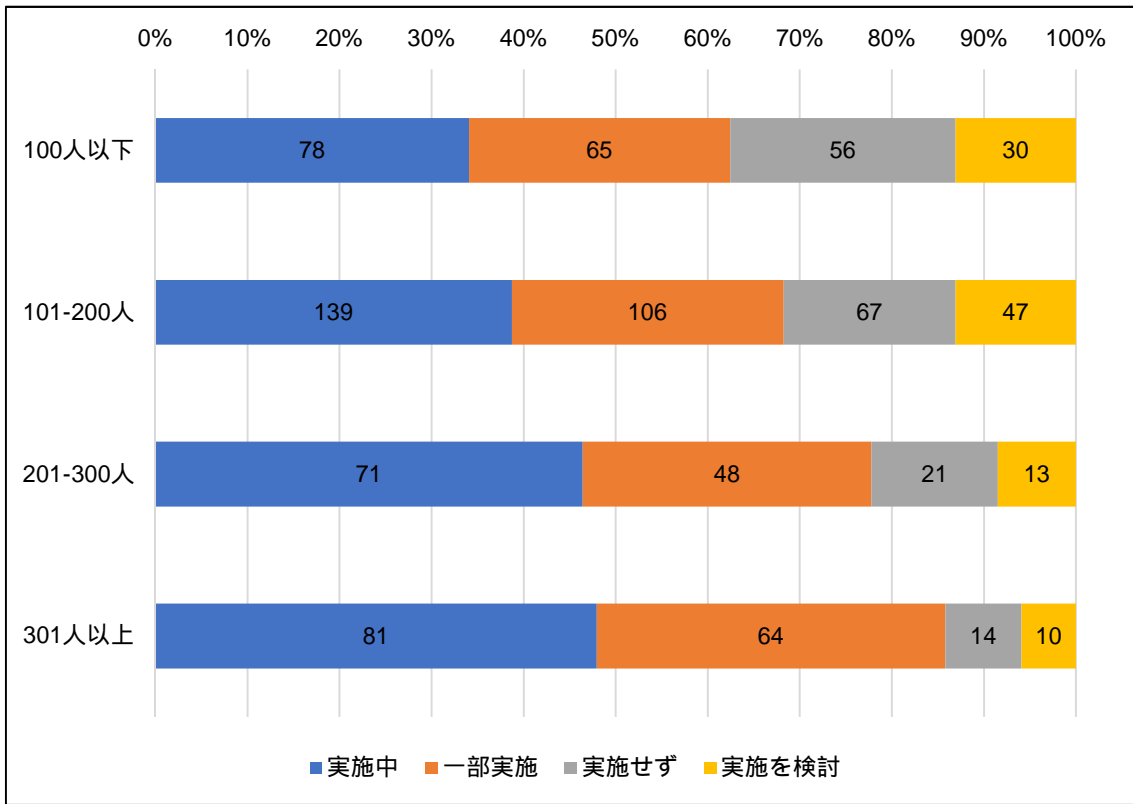


図 65-2. 看護職数別

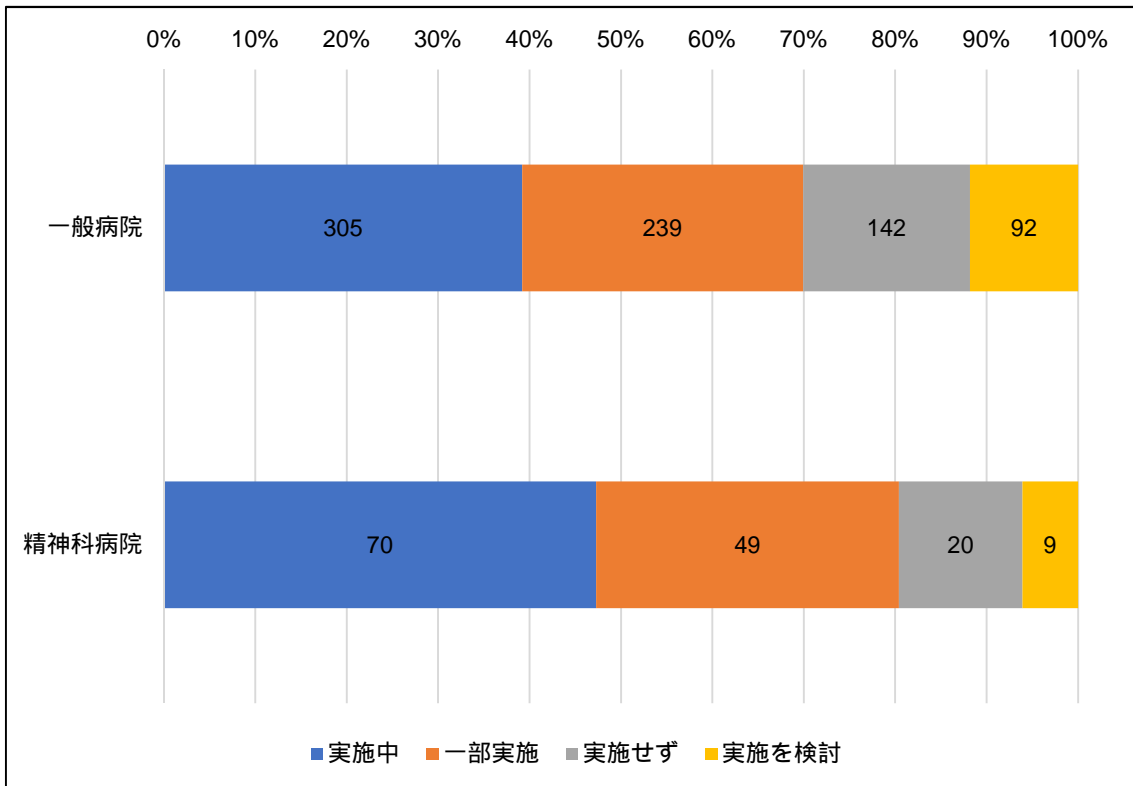


図 65-3. 一般・精神科病院別

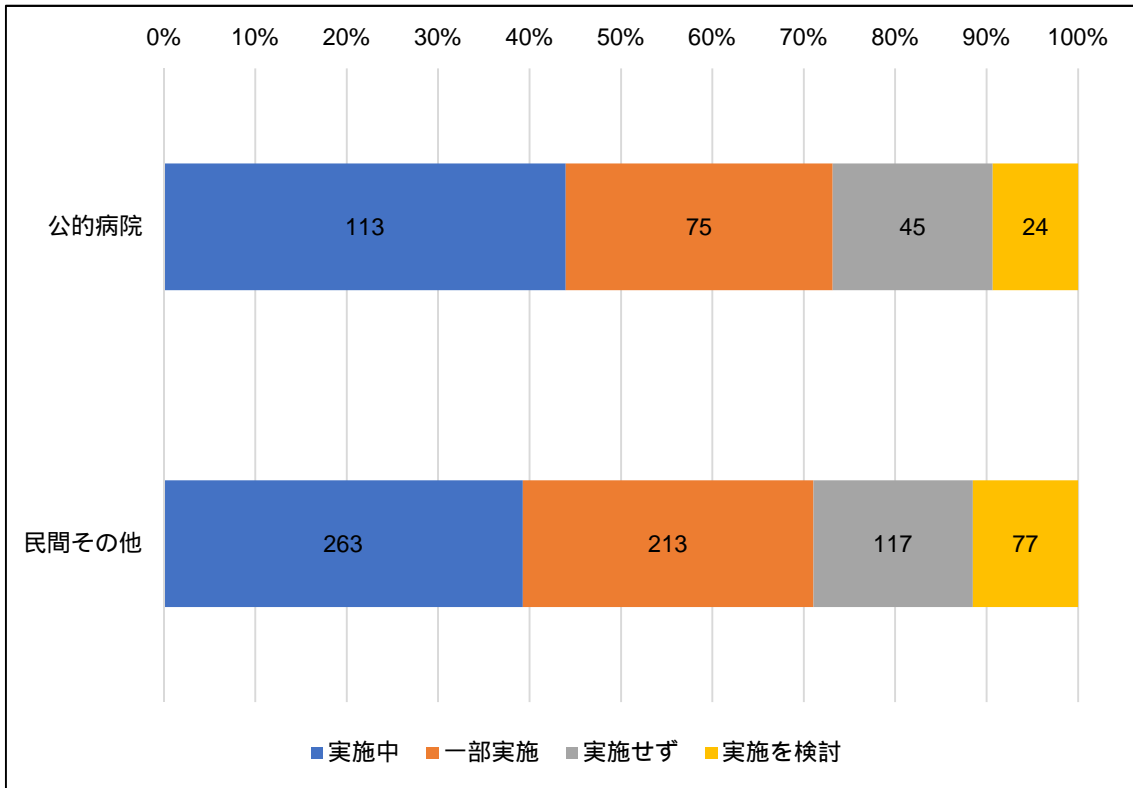


図 65-4. 公的・民間別

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

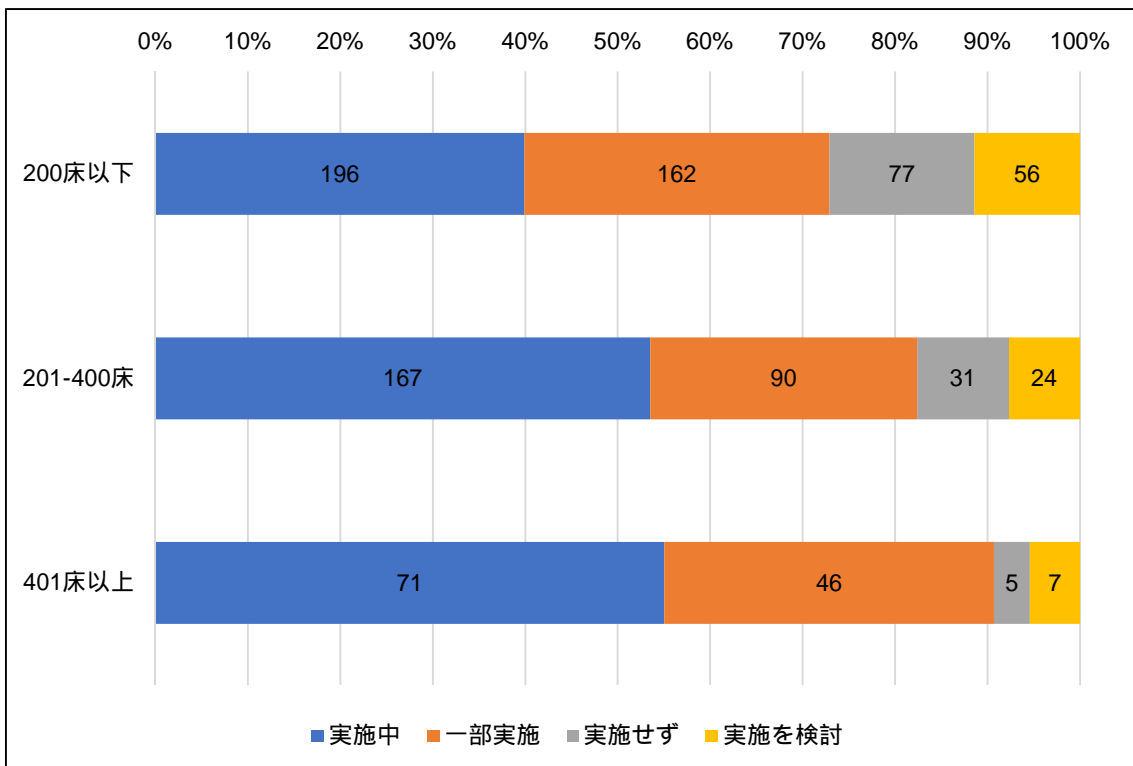


図 66-1. 病床数別

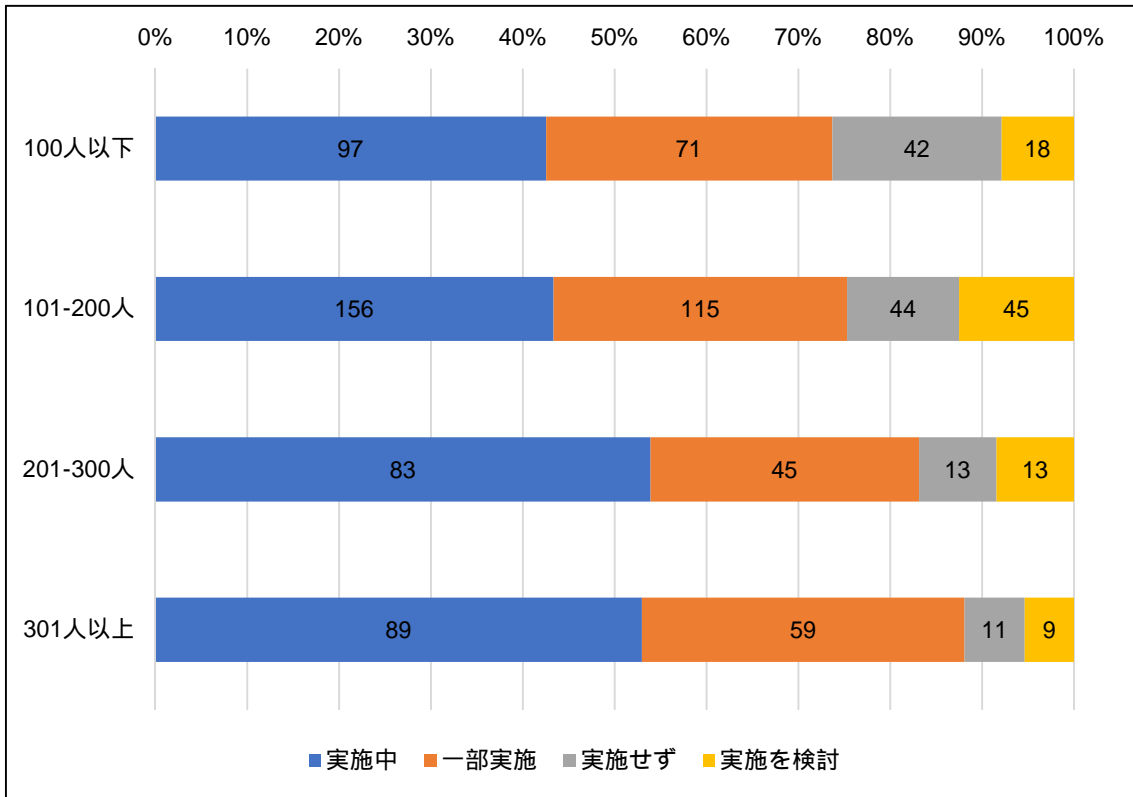


図 66-2. 看護職数別

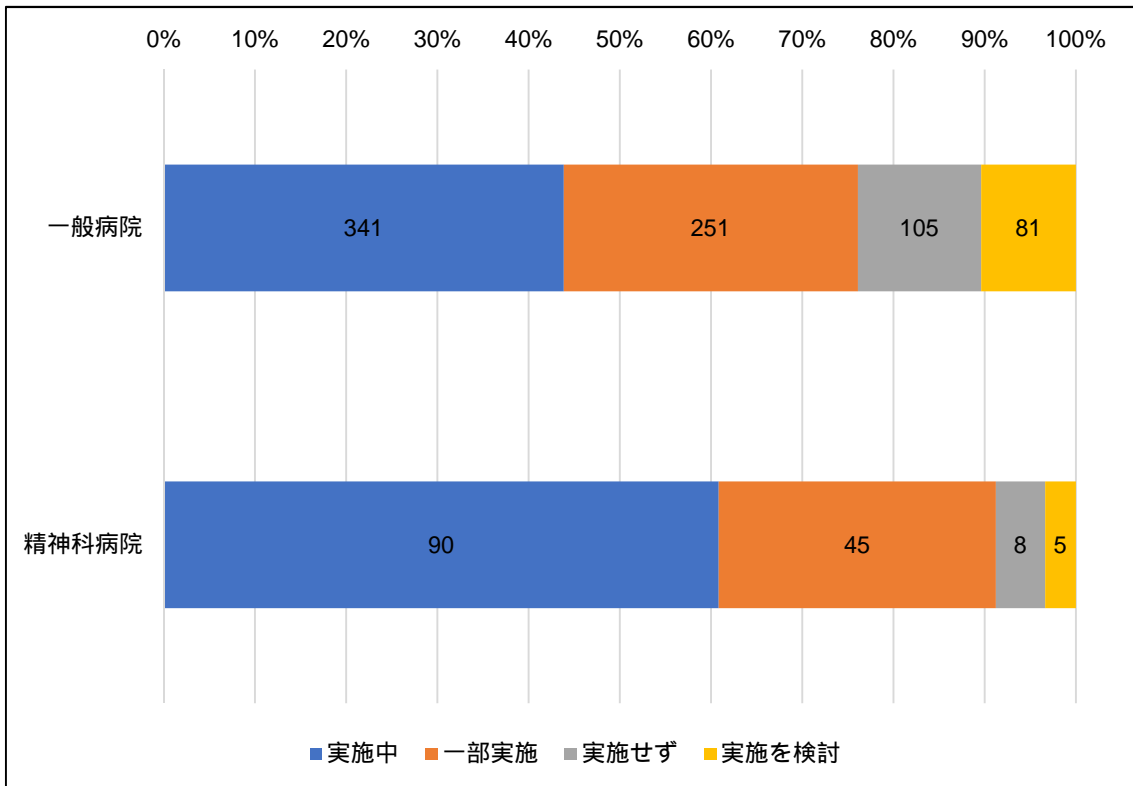


図 66-3. 一般・精神科病院別

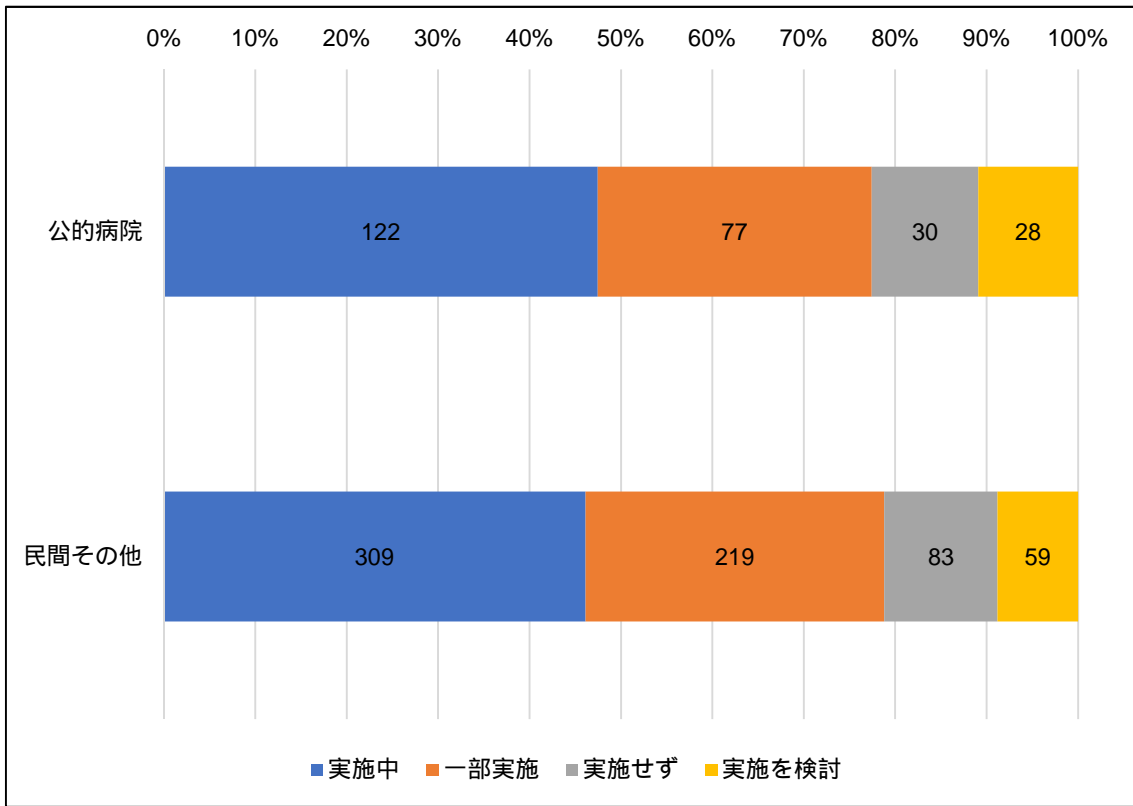


図 66-4. 公的・民間別

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

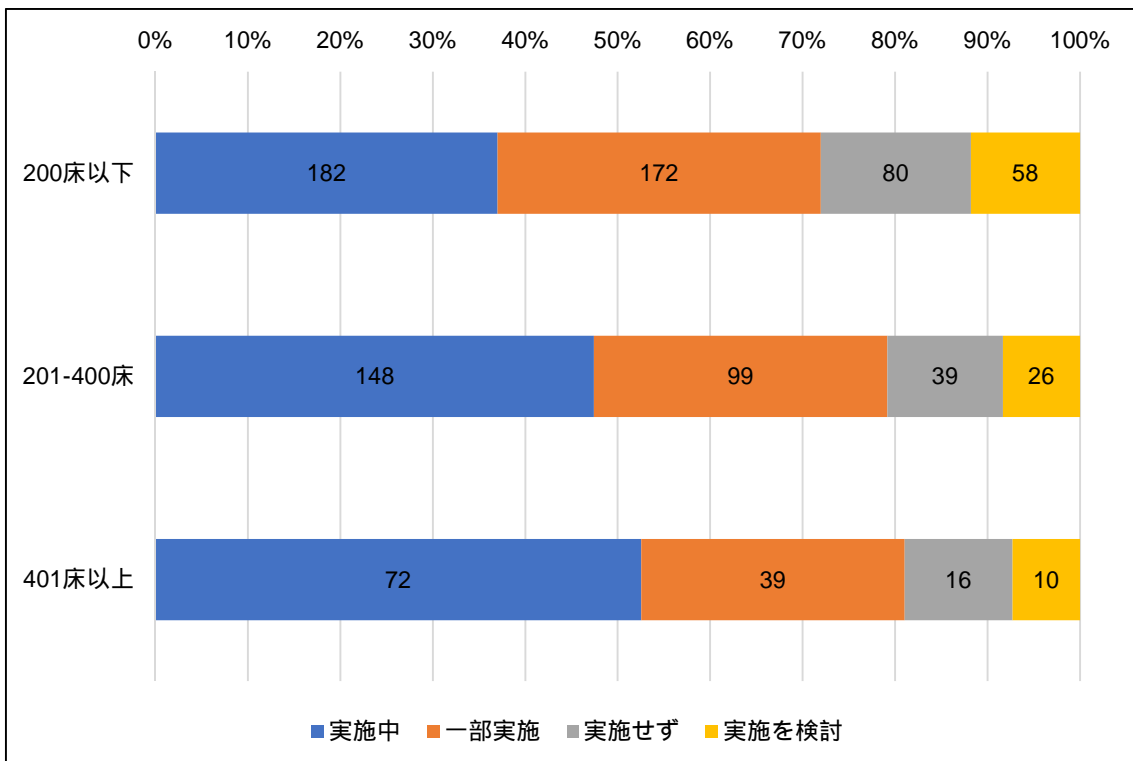


図 67-1. 病床数別

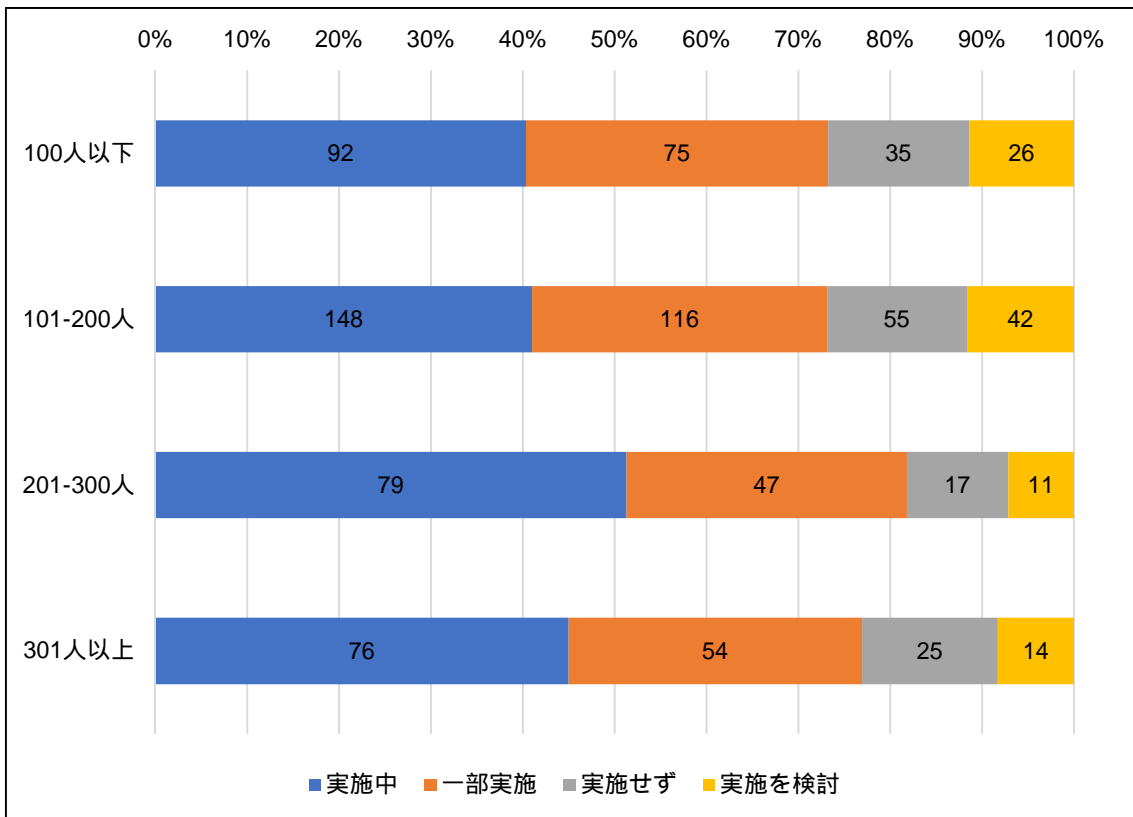


図 67-2. 看護職数別

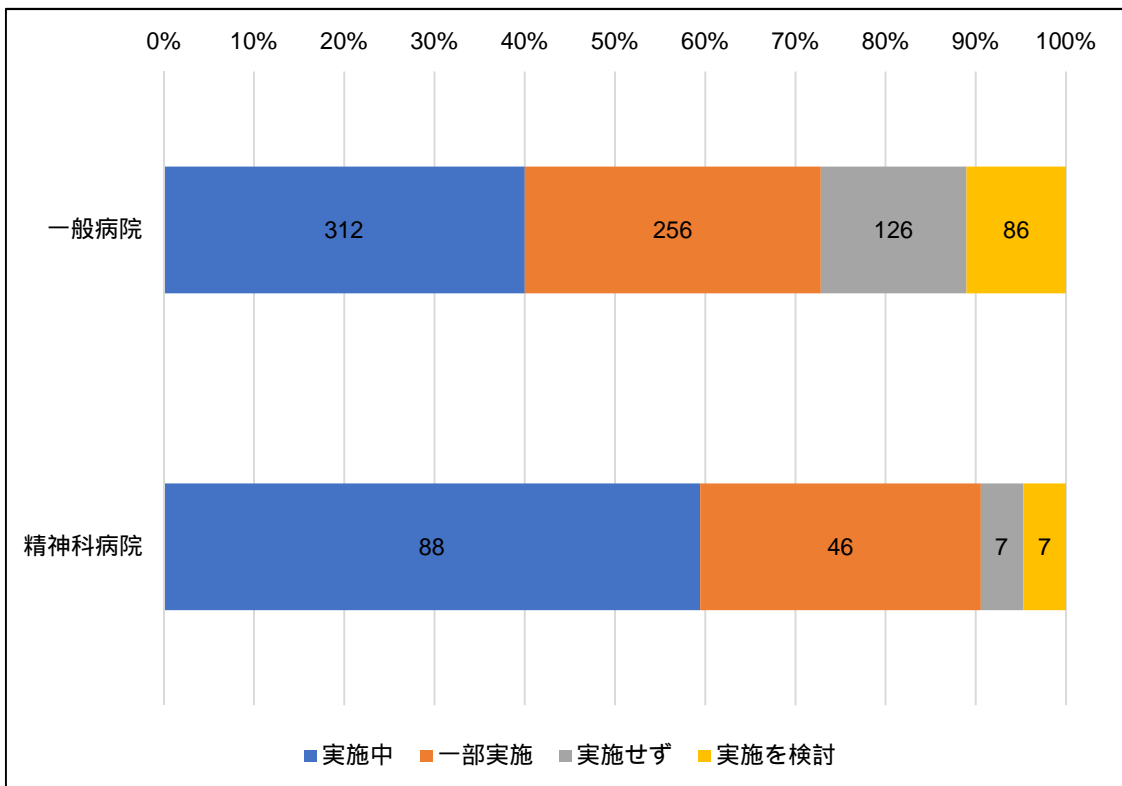


図 67-3. 一般・精神科病院別

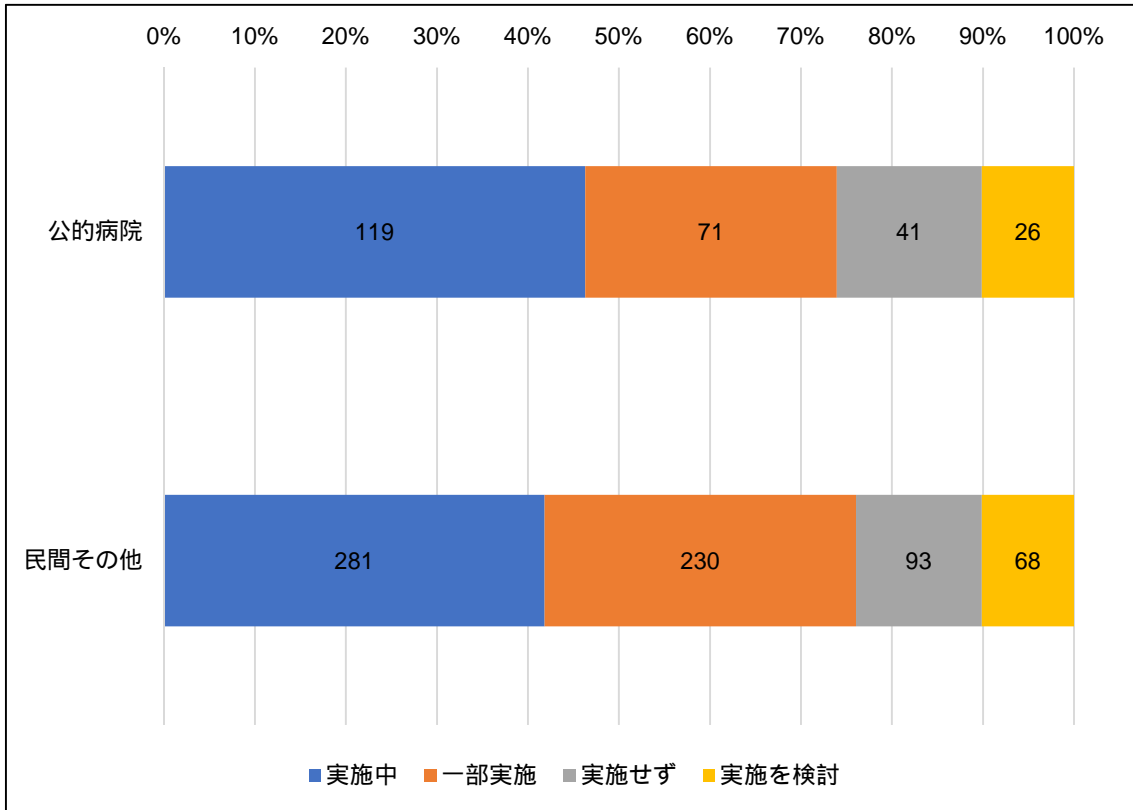


図 67-4. 公的・民間別
被害者を支援する病院以外の資源・サービスがある

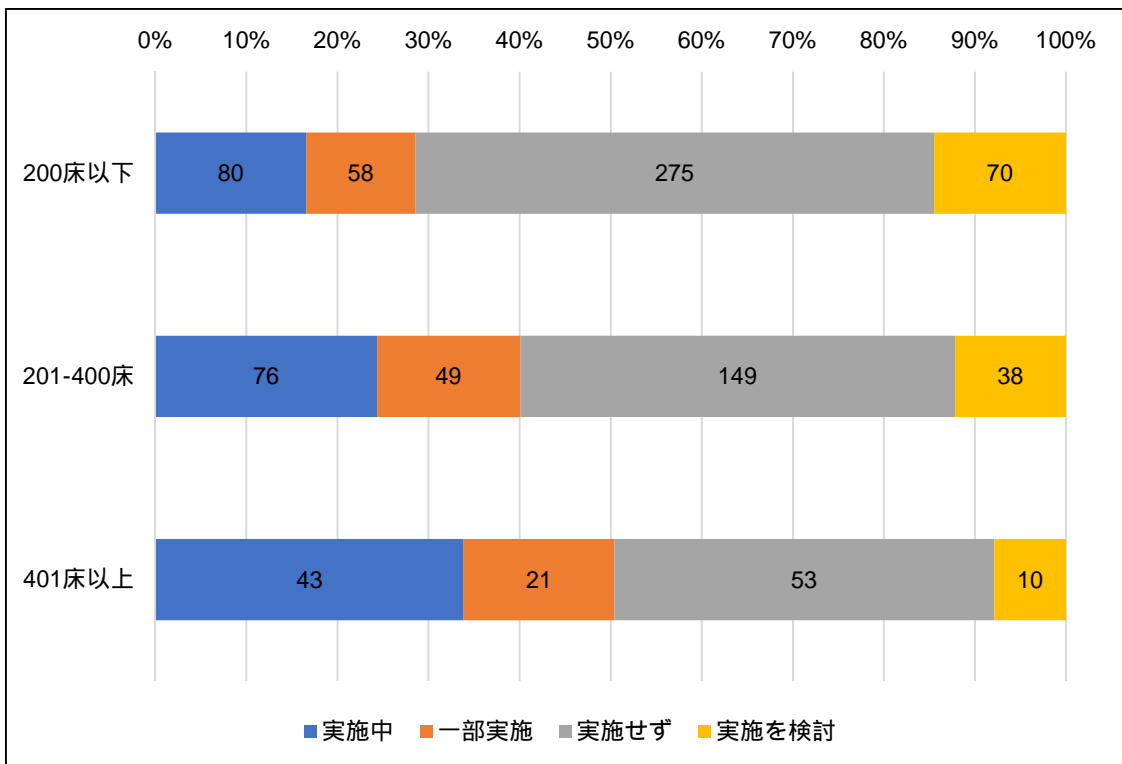


図 68-1. 病床数別

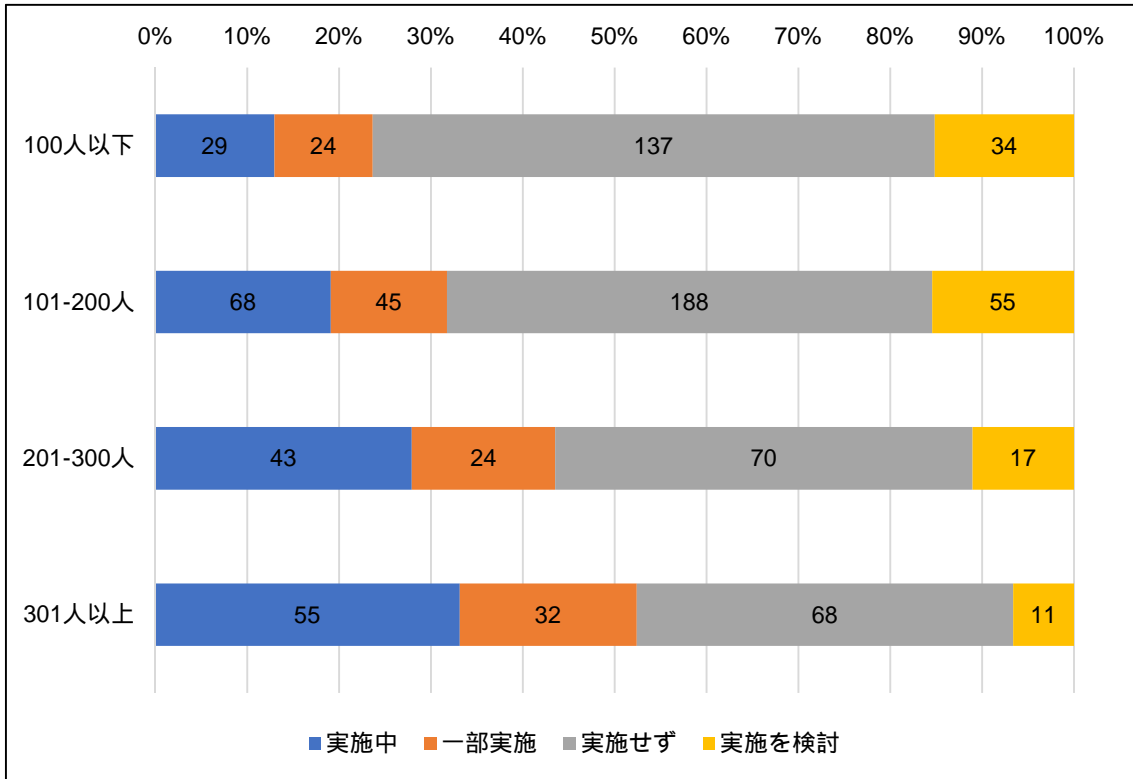


図 68-2. 看護職数別

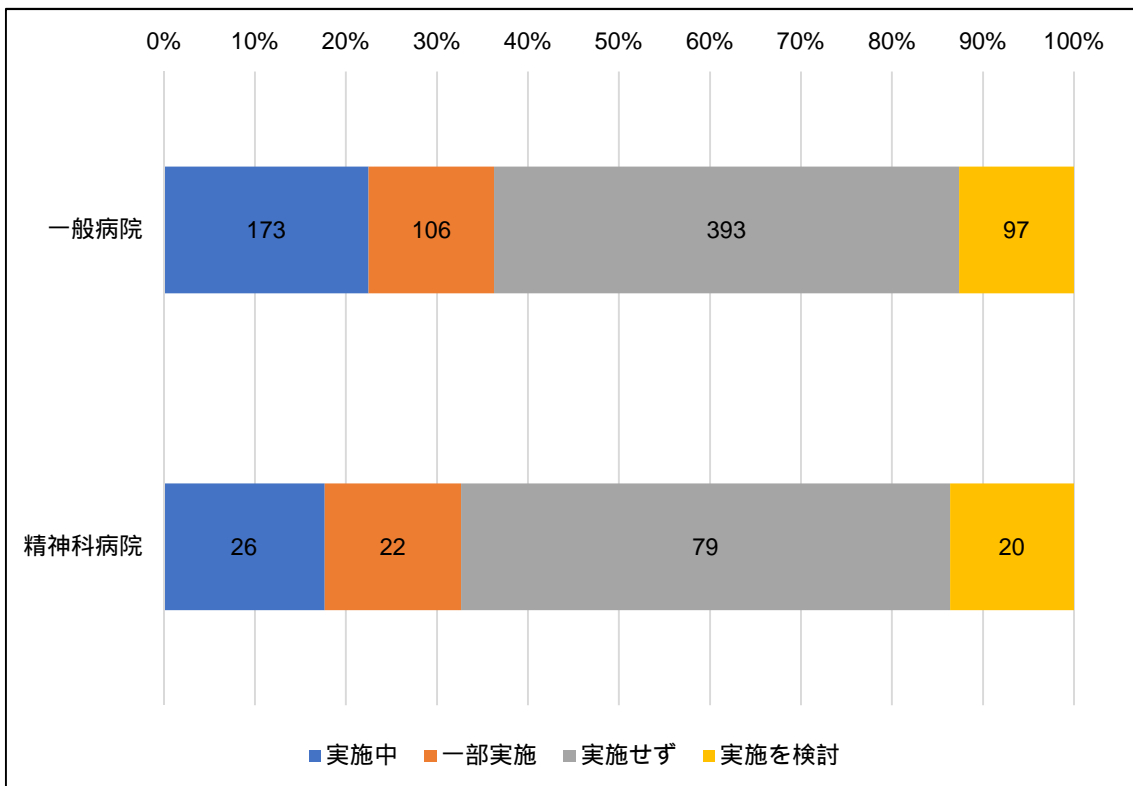


図 68-3. 一般・精神科病院別

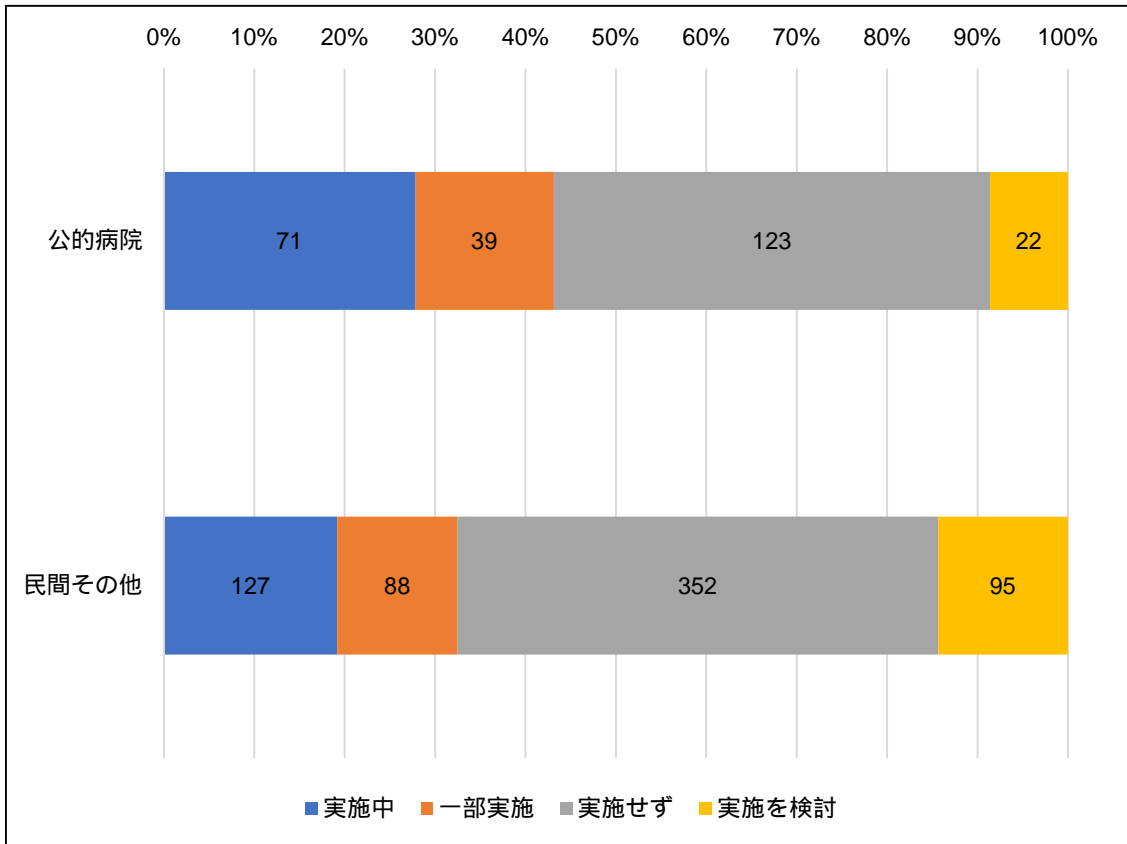


図 68-4. 公的・民間別

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。

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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。
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。

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、「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

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
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。
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。
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？
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。
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。
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。
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。
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。
看護師の安全確保のための組織的なしくみがない。
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。
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。
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。
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？
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。
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。
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>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）

資料 4

実地調査

【先駆的な暴力・ハラスメント対策の取り組み】

【概要】

10 施設を目標としていたが、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。また、感染拡大防止のために、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）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の内容を以下に示す。

<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

収集した写真・資料について、今回は掲載していない。

作成者：関西医科大学看護学部 的場圭、三木明子

施設 A . 公益財団法人 浅香山病院 (大阪府堺市)

施設概要

病床数 : 1,027 床 (精神病床 804、一般病床 223)

従業員数 : 約 1,200 人

2019 年 5 月時点

1922 年堺脳病院として開院し、1960 年には総合病院の許可を受け、それ以来、地域における精神科医療、一般科医療の中心的役割を担ってきた。一般科医療では、循環器内科を中心とした 24 時間救急をはじめ、地域の医療ニーズに対応すべく良質かつ適切な医療サービスを提供している。精神科医療では、救急病棟をはじめ、精神科総合リハビリテーションを含めたトータル的な精神科医療の提供体制を築き上げ、精神医療のパイオニア的役割を果たしている。

暴力対策の組織

2 つの委員会 で組織体制を強化

病院の暴力対応委員会

重大な暴力が発生した場合に組織される委員会 で、メンバーは、委員長が法人本部長 (事務) 副委員長が看護副部長、精神科・一般科副院長、精神保健指定医 (医局部長) 暴力発生時の主治医、看護師長 1 人、医療安全管理者 1 人、精神科・一般科医事課長である。

看護部の暴力対策委員会

主なメンバーは CVPPP (Comprehensive Violence Prevention and Protection Program : 包括的暴力防止プログラム) トレーナーで構成されている。各病棟に担当トレーナーを位置づけ、各部署で暴力が発生した時に被害者本人の希望もしくは重大事案であればコンサルテーションを受けて介入している。

暴力に関連し精神症状の査定が必要な時は、精神科認定看護師も介入している。実際には暴力対策の再学習や、場面を再現してどのようにすれば暴力を予防できたかなどを検討している。

暴力の被害に遭った場合は、暴力報告書を記載するように働きかけも行っている。暴力報告書は身体的暴力のみならず、看護師が嫌な気持ちになった時にも記載するように周知している。大学と連携し、暴力報告書のデータを分析し、各病棟へ結果をフィードバックしている。定期的に大学教員が師長会等で暴力報告書の結果を報告し、共有している。特に暴力の多かった病棟には詳細に分析した結果を示し、師長と共同で独自の暴力報告書を作成し、発生予防に役立てている。

暴力発生時に応援を呼ぶ方法

緊急コールができる機器 (キッズ携帯¹⁾) の活用

2010 年より、緊急コールができるキッズ携帯が導入された。導入理由として、1 人で患者対応をしている時に、暴力が発生した場合、他のスタッフの応援を呼ぶ方法が声をあげることしかなかったため、応援手段を作るためであった。暴力の発生頻度の高かった認知症治療病棟 2 病棟に各 4 台、精神科救急病棟 2 病棟に各 3 台、精神科急性期病棟 1 病棟に 3 台配置されている。台数の根拠は夜勤者の数になっている。

キッズ携帯は、紐を引っ張るとブザーが鳴り、同じ病棟のキッズ携帯へ自動で順番に電話がかかり、最終的に防災センター (守衛室) に電話がかかり、応援を呼ぶことができる。使

い方は各病棟に設置している「精神科看護基準・手順」というファイルに記載しており、使い方のシミュレーションもしていた。職員の声として、持っているとう安心感があり、お守り代わりになっているとのことであった。

また、警備員は24時間常駐し院内を巡回しており、看護師は夜間の病棟内の巡回を2人で行い、1人になる時間を減らすようにしていた。病棟によっては、各部屋に緊急コール用のボタンが設置されていた。

院内一斉放送

暴力が発生した場合、指定の内線番号に電話をかけることで院内一斉放送となり、「発生病棟名、2番です」と3回繰り返す。そうすることで暴力が発生した場所に各部署の男性スタッフ（看護師以外の医療者や事務職員も含む）が集まることになっている。人数が集まれば、暴力発見者が中心となり、役割分担や環境調整などを集まったスタッフに指示する。ポスターが各病棟のナースステーションに貼られており、暴力発生時の緊急時にすぐに一斉放送ができるようになっている。

暴力発生後の対応

警察通報、警察署との緊密な連携、治療方針の見直し

暴力発生時には警察通報も行っていた。暴力発生時の警察通報基準を作成し、医療安全室と共同してポスターを作成して各病棟に配布し、ナースステーションに掲示している。そのため、警察通報をした場合には制服警官が来院し、暴力加害者が事情聴取を受けている。このため所管の警察署とは密に連携をとっている。また、暴力行為を行った患者は主治医による治療の見直しなども検討されている。

暴力被害を受けた職員への支援体制

基本的には所属している病棟の師長などの管理者が暴力被害者へのフォローを行っている。必要に応じてクリニックの受診や日勤のみの対応、または部署の異動などの対応も行っていた。大きな暴力被害を受けた場合には、看護部長や看護副部長などが面接をし、必要と判断すれば臨床心理士によるメンタルサポートを行っている。臨床心理士にはそれぞれの担当病棟があり、看護スタッフのメンタルケアをしている。本人からの希望でも臨床心理士の介入は可能である。また、暴力被害者が希望した場合は、警察への被害届の提出も組織として積極的に支援している。被害届提出時には事務職員が被害者に付き添うこともしている。

研修会の開催

院内の集合教育で行っていることは1年に2回（各2時間）の暴力対策研修である。看護部の暴力対策委員会のメンバーよりディエスカレーション²の講義、チームテクニクス³の技術についての演習を行っている。参加者は看護師のみならず、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士、事務職員なども参加している。

暴力発生時の対応として、逃げる場所を確保する方法について動画を作成し、定期的に研修を行い、実地訓練を行っている。

また、認知症治療病棟においては患者同士のトラブルがあった場合などの対応について、望ましい対応方法の動画を作成し研修で活用している。また、暴力を予防するために、認知症ケア教育プログラムの動画を作成し、研修で活用しており、組織の状況に合わせた研修動画を作成している。

- 1 「子どもへの配慮と保護」をコンセプトにした携帯電話で、GPS 機能や、アラーム・緊急発呼連動型防犯ブザー等を搭載している
- 2 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、攻撃性を和らげること
- 3 複数の職員による身体介入法

施設 B . 社会福祉法人恩賜財団 済生会支部神奈川県済生会横浜市東部病院(神奈川県横浜市)

施設概要

病床数：562 床

従業員数：1,406 人

2019 年 12 月時点

横浜市の東部地域の急性期医療を支える中核病院として 2007 年に開設された。地域の最先端医療、高度急性期医療の役割を担っており、救命救急センター・集中治療センターなどを中心とした急性期医療および種々の高度専門医療を中心に提供している。また、がん診療連携拠点病院、災害医療拠点病院、横浜市の政策的医療の一環として精神科、重症心身障害児(者)施設も併設されており、地域医療の中心的役割を担っている。

暴力対策の組織

院内ハラスメント・バイオレンス委員会

院内におけるハラスメント・バイオレンス対策に関する事項について検討し、具体策を立案することを目的としており、委員長は看護部長、医師 1 人、看護師 2 人、コメディカル 1 人、医療安全管理者 1 人、臨床心理士 1 人、事務職員 3 人で構成されている。定例会のほか、実際に暴力が発生した場合に開催される。

●警察 OB (保安員) の活用と効果の分析

★保安員の活動

4 人の警察 OB が保安員として雇用されており、少なくとも 1 人が 24 時間常駐している体制を整えていた。保安員は暴力発生時、職員からの連絡あるいは全館放送があった際に、現場に駆け付け、説得、制止、制圧など状況に合わせた対応を行っている。また、不穏な状態や暴力歴などの情報から職員が暴力発生のリスクを感じた場合に連絡を受け、診療に付き添うことで、暴力の発生を未然に防いでいる。その他、職員に対するストーカー行為などの相談や被害届を警察署に提出する際のフォロー、捜査が必要な場合の病院と警察との仲介役なども行っている。

★保安員の活動による効果

効果として、スタッフコール(全館放送)の減少があげられる。全館放送はスタッフにとって心理的負担があり、ためらうことも多いが、保安員の PHS 番号を院内各所に掲示することで、気軽に連絡をとることができるようになった。このことにより、暴力発生前から迅速な対応が可能となり、暴力の予防につながっている。また、不穏な患者・家族への対応において、状況が過大になる前に、保安員が患者・家族とコミュニケーションをとることで抑制することができており、医師や看護師などの治療時に一緒に付き添うことで、「守ってもらえている」という職員の安心感にもつながっている。

★保安員の姿勢

保安員が病院で効果的に働くためには、「病院の職員になろう」とする姿勢が大切と考えている。警察官であったことよりも、警察官としての経験や訓練による資質をもって病院職員の安全を守ることが重要であり、そのためには、病院から求められている役割や病院の仕

組み、職員の考え方などを理解する必要があると考えている。そのため、採用後の教育も重要視していた。

保安員の役割は、暴力を抑止しつつ、治療につなげることであり、治療を継続してもらうためにはどのようにすればいいかを考え対応している。

●暴力防止のための対策

★バイオレンス対応マニュアルの設置と定期的な改定

各部署にバイオレンス対応マニュアルが設置されている。マニュアルは、改定を前提としてページ別にファイリングされており、改定された箇所はその都度、差し替えを行っている。

★カメラ・ポスターの設置

病院内では、エントランスやナースステーションなど各所にカメラが設置されている。これは、暴力発生時の証拠保全の役割を担っている。また、録画・録音が可能な場所も用意されている。これらの環境を整えることで、職員への対応の安心感につながっている。

エントランスには、暴力防止のための患者・家族の禁止行為を記載したポスターが掲示されている。このポスターの内容は実情に合わせて定期的に改定されている。また、ポスターの内容の文言などは弁護士にも確認してもらい作成している。このように院内の暴力防止対策の段階から弁護士と連携することで効果的な予防策を検討している。

★悪質行為を繰り返す患者への対応システムの構築

患者・家族からの悪質行為に対する対策として、受診を断るためのシステムを設けている。繰り返される悪質行為に対して事前予告書を提示し、改善を促す。それでも繰り返される場合は、決定通知書を提示し、受診を断ることになる。これらは、院内の委員会で検討され、また弁護士にも相談して決定されている。

暴力発生後の対応

暴力被害を受けた職員への支援体制

暴力が発生した場合、看護師長などが積極的に労働災害における療養補償給付の申請を促しており、報告された暴力は基本的にすべて申請している。被害者が申請しやすいように、受傷した際に受診する救急外来の受付で、本人からの希望がなくても申請書の記入を確認している。また、保安員と協力して、警察への被害届の提出を支援している。感染症や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は、危険手当が給付されており、給与面での補償も行っている。被害者に対しては、必要時に臨床心理士によるメンタルサポートを行い精神面へのケアも行っている。

施設 C . 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院（宮城県仙台市）

施設概要

病床数：409 床

従業員数：971 人

2019 年 4 月時点

1945 年に開設され、研究と診療を行いながら、地域医療支援病院としての役割を果たしてきた。また、「選択と集中」の原則を取り入れ、「1.心臓血管」、「2.消化器」、「3.呼吸器」の 3 センターで高度先進医療・急性期医療を提供し、専門としない領域については「分担と連携」をもとに、他の医療機関と連携し、患者にとって最適な医療が提供できる体制を整備してきた。

●暴力対応の指針

★暴言・暴力への 3 原則の周知徹底

暴言、暴力への対応の指針として、脅迫には応じない、恐怖を感じたら直ちに避難行動、警察への通報を躊躇しないという 3 つの原則を掲げている。この 3 原則は、病院内のポスターやマニュアルの中に記載されており、職員への周知がされている。暴力に対しては、自分自身の安全を考え、躊躇せずに対応することを指針として示している。

★職員優先主義

“職員優先主義こそは、究極の患者優先主義”という方針のもと、暴言、暴力への対応だけでなく、職員の安全を守る施策を実施している。地域医療支援病院として高度先進医療を 24 時間体制で提供し患者を救うためにも、病院職員を守ることが重要と考え、暴力対策も行っている。

●暴力防止のための対策

★証拠保全のための対策

病院内には、防犯カメラを複数個所に設置している。応援に駆け付ける職員は、IC レコーダーを持参することが決められている。これは、暴力発生時の証拠保全の役割を担っている。暴言・暴力時の対応チャートにも、カメラ設置場所や、応援職員が IC レコーダーを持参することを記載しており、職員がスムーズに対応できるような工夫がなされている。

★緊急連絡

暴力が発生した場合、防災センターへ連絡することで、院内へ一斉放送を行うことができる。渉外部や防災センターが対応することになるが、現場に近い職員も暴言・暴力時の対応チャートや不審者対応チャートに従って対応することとなる。ここでは必ず複数人で対応することが決められている。

また、応援職員は、パニックボタン⁴を持参することも決められており、パニックボタンを押すことで警備会社へ通報が可能となる。

★職員への面会要望者への対応

入院中の患者や家族を除いて、職員を名指しして面会を要望する人への対応が決められている。原則として、アポイントメントなしでは職員との面会はさせず、対応チャートに従

う。

★警察通報

指針の 3 原則にもあるように、警察への連絡は、どの時点でだれが行ってもよいことになっている。警察への通報を躊躇しないこと、恐怖を感じたら直ちに避難、警察へ連絡を示している。

- 4 緊急事態が発生したときに警備会社へ通報を行うことができるボタン

施設 D . 北播磨総合医療センター（兵庫県小野市）

施設概要

病床数：450 床

従業員数：1,011 人

2020 年 3 月時点

旧三木市民病院、旧小野市民病院という自治体病院が再編統合され、2013 年に地域の高度医療を担う中核病院として開設された。「患者と医療人を魅きつけるマグネットホスピタル」を理念に、患者にとっても医療人にとっても魅力ある病院を地域とともに築いている。患者総合サポートセンターを設置し、患者や家族への充実した支援を提供し、地域連携強化のため、地域全体でチームワークのある医療体制を構築している。

暴力対策の組織

ハードクレーム・応招義務違反案件・警察対応案件・法的対応案件等、重大事例に関しては、「医療事故・苦情対応委員会」で検討する（適宜開催、病院長・副院長等 18 人構成）。その他、暴言・暴力・セクシュアルハラスメントによる強制退院等の患者・家族への説明等、日常的な対応困難事例の対応に関しては、タイムリーに主治医・診療部科長・看護課長・管理部・医療安全・医事課等の関係者で対応を検討している。

●暴力対応の指針

★基本方針

「良質な医療サービスを提供するためには、サービスを提供する側の医療者と受ける側の患者の安全が守られていることが前提条件になる」という方針のもと、いかなる理由でも暴力行為等を許さないこと、患者・職員の安全を守り、病院全体のこととして組織的に対応することを基本方針としている。

●暴力防止のための対策

★院内暴力行為等対応マニュアルの作成と改定

マニュアルでは、暴力に対する指針、暴力行為等の基準を明示しており、暴力に対する組織の姿勢が明確に示されている。暴力行為等の基準には、疾患や酩酊状態による暴力行為も対象であることが明文化されている。暴力発生時の対応手順では、平日や夜間・休日での手順の違いを分かりやすく記載し、対応方法も具体的にどのようにすればいいかが示されている。また、マニュアル内には、暴力発生後の措置として、被害職員や発見者への対応、支援についても記載されている。

★応援を呼ぶ方法

兵庫県警察本部の 110 番通信指令室へ直通の「非常通報装置」を導入しており、救急初療室ほか、複数個所に設置されている。警察要請が必要な場合は、「非常通報ボタン」を押すことで病院最寄りのパトカーに出動要請が入っている。出動要請に対して数分で警察が病院に到着できるという立地条件の良さもある。

警察の要請は、現場判断に任されており、暴力行為がなくとも身の危険を感じた場合は、発見者も含めてためらわずに警察を呼ぶことがマニュアルに示されている。

また、暴言・暴力発生時には、「コード アシスト」コールという全館放送が導入されてお

り、放送を聞いた職員は直ちに現場に駆けつけることになっている。「コード アシスト」コールは、「コード アシスト、部署、場所」を 2 回繰り返すことになっており、固定電話、PHS から行うことが可能である。緊急コードが 2 段階あり、暴力発生状況に応じて、職員の初動が異なるように設定されている。

★医療安全研修に暴力対策に関する研修を導入する計画

職員は、年に 2 回ある医療安全研修の受講を義務付けられており、受講率はおよそ 96～97%となっている。2020 年度は医療安全研修に暴力対策に関する研修を導入することを計画している。

●安全相談員（警察 OB）との連携

★安全相談員の役割

兵庫県警察の OB が安全相談員として 1 人常駐しており、暴力発生時の対応だけでなく、不当要求等への対応、警備員の指導・管理などを行っている。また、日ごろから連携をとることで、職員個人に対する対応困難事例への助言・指導など様々なことにも対応している。

●暴力発生後の対応

★職員への支援体制

職員は、暴力を受けた場合、受傷の有無に関わらず公務災害扱いとして受診するようになっている。状況に応じ、所属長は勤務調整を行っている。また、精神的なサポートが必要な場合は、必要な措置を講じている。これらのことはマニュアルにも示されている。

★暴力行為者に対する対応

暴言・暴力行為が繰り返され、診療行為ができないと判断された場合には、救急要請以外当該患者の診療を受け入れない、あるいは安全相談員・警備員立ち合いのもとでの診療などを行うことがある。この判断は、医療事故・苦情対応委員会等で検討され、組織として判断される。

施設 E . 社会福祉法人 京都福祉サービス協会（京都府京都市）

施設概要

従業員数：2,679 人

2019 年 4 月時点

1986 年、在宅の高齢者や障害のある方にホームヘルプサービスを提供する団体「京都ホームヘルプサービス協議会」として発足した。その後、1993 年には社会福祉法人京都福祉サービス協会として認可を受け今日に至る。

現在、特別養護老人ホーム、デイサービス、訪問介護事業等、100 事業（指定事業所数）を超える介護サービスの運営を始め、障害のある方へのサービス提供や児童館の運営など幅広い分野で福祉サービスを展開している。

●危機管理への取組

★組織体制

多くの事業を運営する上で、京都福祉サービス協会では、組織内でのコンプライアンスの推進やガバナンスの強化を最重要課題の 1 つとして位置付けている。協会では、取り組みとして、危機管理を担当する専門部門を設け、コンプライアンス推進会議、虐待等防止委員会を開催している。また、内部監査や虐待防止研修などを継続的に実施している。

★職員への支援体制

職員や各事業所が業務を実施していくうえで、対応の困難な事案が発生した場合などに対して、早い段階からその専門性を活かした相談やアドバイスを受けることができるよう法人本部内に、弁護士及び警察 OB の非常勤での配置体制をとっている（表 1）。

表 1 区分別の担当業務

区 分	担当業務	備 考
専門官 （弁護士、契約職員）	業務運営に係る法的な相談助言 事故や不適切支援等のリスク分析と事故防止への助言 定期的な研修ほか	週 4 回勤務 （2010.4-）
顧問 （警察 OB、委託契約）	危機管理に係る相談等を委託 各事業所の巡回ヒアリング等による日常的な状況把握 危機管理に係る研修 個別事案への相談、助言ほか	週 3 回 各業務を実施 （2018.6-）

補足

特別養護老人ホーム、デイサービス、訪問介護事業等の介護サービスの運営を行っている社会福祉法人において、虐待防止に積極的に取り組む一方、専門官や顧問を配置し、職員が受ける暴力対策についても先駆的に取り組み、今後、職員に向けての暴力・ハラスメント対策研修を実施予定である。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考え、紹介した。

資料 5

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

【概要】

2010 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をまとめた。

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）が偏っていた。

これらの文献からは、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。

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これらの研究で明確になったが、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。

作成者：関西医科大学看護学部 矢山壮、的場圭、川崎絵里香、三木明子

1. 文献検索方法

2019年5月、看護職等が受ける暴力・ハラスメント（以下、暴力等と表記する）に対する実態と対応策を調査した文献をMEDLINE、CINAHLを用いて検索した。主なキーワードは「nurses/nursing staff」「Violence」「Sexual Harassment」「crime/sex offenses」「Aggression」で検索し、文献の重複があった場合は除外した。

2. 検索結果

データベースから抽出した論文数はMEDLINEでは764件、CINAHLでは376件、合計1140件を検出した。これらの文献から、2010年以降の論文に絞ると、166件であった。医療機関以外の施設を対象にしている研究、介護士や看護助手のみを対象にしている研究、資料等を32件除外し、134件をレビュー対象論文とした。

国別で見ると、アメリカが20件、オーストラリア17件、中国が14件、台湾が10件、イラン6件、ヨルダンが6件、カナダが5件、トルコが5件、エジプト4件と続いた。日本は1件のみであった。レビュー論文は6件含まれていた。

実態調査で対象者数が少ない論文、同様な結果を示した論文などは本資料には掲載せず、87件を抜粋し、88件をまとめた結果を以下に示した。

なお、本文中の文献番号は赤字で示した。

1) 暴力等の調査方法

暴力等の調査方法では多くの論文が質問紙により、過去1年間や6か月以内の暴力の経験を尋ねているものが多かった。質問紙は、ILO（国際労働機関）、ICN（国際看護師協会）、WHO（世界保健機関）、PSI（国際公務労連）（2003）が共同で設計および開発した職場暴力調査の項目を使用している研究（12件）が多くあった。

質問紙調査を用いずに実際に起こった暴力等の報告を分析している論文が2件あった。1つ目のRodríguez-Acostaらの研究によると、1997年から2004年にかけて労働者の補償請求レポートを調査していた。その結果、1,266件の暴力が発生しており、197人の看護職等から合計220件の暴力による負傷が報告され、その内訳は76.0%が看護師、24.0%が看護助手であった。暴力の50.0%は休職や医療処置を必要とする傷害であった。報告された負傷の86.4%は、患者によるもので、打撃/蹴り（25.0%）、噛む（13.6%）、引っ掻き（11.4%）、握り（10.0%）であった。暴力のリスクは、在職期間が短く、若年看護師において高かった。発生率は精神科、神経科、リハビリテーションユニットで高かった¹⁾。2つ目のJacksonらの研究では、1,150時間の観察を行った。210件の観察記録から言語的暴力の内容を分析したところ、3つのカテゴリが明らかになった。「性的暴言」、「侮辱・嘲笑・不当な要求」、「敵意・脅威・脅迫的な言葉」であった²⁾。

2) 各国の暴力等の経験率

先進国での医療機関における看護職等への暴力等の調査は2010年以前にも多く行われているが、アフリカ、中東地域等の国での医療機関における暴力の経験率を調査した研究が少ないため、表 に示した。

表 . 各国の看護職等が受ける暴力等の経験率 (%)

国	病棟	N	暴力経験 調査期間	身体的 暴力	精神的 暴力	セクシュアル ハラスメント
ガーナ 3)	一般	592	1年	9.0	52.7	12.2
エチオピア 4)	一般	642	6か月	18.2	89.6	13.0
エチオピア 5)	一般	386	1年	60.2	39.8	
エジプト 6)	一般	970	1年	9.3	69.5	
ボツワナ 8)	精神	179	1年	44.1		
南アフリカ共和国 9)	一般	300	1年			6.0
ヨルダン 10)	一般	468	1年	52.8	67.8	
パキスタン 13)	一般	309	1年	53.4	57.3	26.9
サウジアラビア 14)	一般	391	1年		30.7	
イラン 15, 16)	一般	5,874	1年	23.5	74.7	
トルコ 17)	一般	538	1年	13.9	41.8	
ギリシャ 18)	一般	80	1年	19.7	98.3	15.0
ネパール 19)	一般	200	6か月	15.5	61.5	9.0
ブラジル 21)	一般	112	1年	1.7	67.0	4.2
中国 22)	一般	15,970	1年	11.8	64.9	3.9

Boafo の研究では、ガーナの 12 病院の看護師 592 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力が 9.0%、精神的暴力が 52.7%、セクシュアルハラスメントが 12.2%であった 3)。

Futeらの研究では、エチオピアの看護師 642 人の過去 6 か月間の暴力の経験率は 29.9%で、身体的暴力が 18.2%、精神的暴力が 89.6%、セクシュアルハラスメントが 13.0%であった 4)。Tiruneh らの研究では、エチオピアの看護師 386 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 26.7%で、身体的暴力が 60.2% (62 件)、精神的暴力が 39.8% (41 件)であった 5)。

Abbas らの研究では、エジプトの看護師 970 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 27.7%で、身体的暴力が 9.3%、精神的暴力が 69.5%であった 6)。Ali らの研究では、今までに 70.2%のエジプトの看護師がセクシュアルハラスメントを経験していた。「挑発的な方法で見つめる」が 70.9%、「性的な言葉やコメント」が 58.6%、「性的な冗談」は 57.3%であった 7)。

Olashore らの研究では、ボツワナの精神科病院で医療職 179 人（看護師は 78.1%）のうち、今までに身体的暴力を経験したのは 69.8%、過去 1 年間の身体的暴力の経験率は 44.1%であった 8)。

Mahani らの研究では、南アフリカ共和国の看護師 300 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 85.0%で、威嚇が 95.0%、押されるが 92.0%、人種ハラスメントが 82.0%、セクシュアルハラスメントが 6.0%であった 9)。

Al-Omari の研究では、ヨルダンの看護師 468 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力が 52.8%、精神的暴力が 67.8%であった 10) 。AbuAlRub らの研究では、ヨルダンの看護師 422 人の暴力の経験率は、身体的暴力が 22.5%(95 人)であった。身体的暴力を受けた看護師のうち 55.8% (53 人) が負傷し、負傷した看護師のうち 60.4% (32 人) が治療を必要とした。身体的暴力を受けた看護師の 49.5%(57 人)は休職していた 11)。

Azar らの研究では、レバノンでの看護師 1,053 人の約 70%が毎月 1~5 回の破壊的/虐待的な状況を経験したが、17.2%は経験していなかった。41.7%の看護師が過去 1 週間に 1~5 回の破壊的/虐待的な状況を経験していた 12)。

Jafree の研究では、パキスタンの女性看護師 309 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 73.1%で、身体的暴力が 53.4%、精神的暴力が 57.3%、セクシュアルハラスメントが 26.9%であった 13)。

Al-Shamlan らの研究では、サウジアラビアの看護師 391 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、精神的暴力 30.7%であった 14)。

Fallahi-Khoshknab らの研究では、イランの医療従事者 5,874 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力 23.5%、精神的暴力 74.7%であった 15)16)。

Aksakal らの研究では、トルコの看護師 538 人の過去 1 年間の暴力の経験率は、身体的暴力 13.9%、精神的暴力 41.8%であった 17)。

Fafliora らの研究では、ギリシャの看護師 80 人のうち 76.3%が過去に暴力を経験していた。そのうちの 78.7%が過去 1 年に経験していた。身体的暴力が 19.7%、精神的暴力が 98.3%、セクシュアルハラスメントが 15.0%であった 18)。

Pandey らの研究では、ネパールの看護師 200 人の過去 6 か月間の暴力の経験率は 64.5%で、身体的暴力 15.5%、精神的暴力 61.5%、セクシュアルハラスメント 9.0%であった 19)。

Cheung らの研究では、マカオの医療職（看護師は 85.1%）720 人の 1 年間の暴力の経験率は 57.2%で、身体的暴力は 16.1%、精神的暴力が 53.4%、セクシュアルハラスメントが 4.6%、人種ハラスメントが 2.6%であった 20)。

Alessandro らの研究では、ブラジルの看護師 112 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 73.2%で、身体的暴力が 1.7%、精神的暴力が 67.0%、セクシュアルハラスメントが 4.2%であった 21)。

Shi らの大規模調査では、中国の看護師 15,970 人の過去 1 年間の暴力の経験率は 65.8%

で、身体的暴力が 11.8%、精神的暴力が 64.9%、セクシュアルハラスメントが 3.9%であった 22)。

3) 診療科別の暴力の実態

レビュー対象論文の中で、診療科別で見ると、報告が多かったのは精神科が 24 件と救急が 22 件であった。

以下に、診療科別の暴力の実態を示した。

(1) 精神科

暴力発生状況

Ezeobele らの研究では、アメリカで職種別に暴力の被害頻度を比較しており、精神科看護師と精神科技師が患者からの暴力被害を最も多く報告しており、次いで医師であった。看護補助者は患者の暴力被害が低かった。看護師は、患者と直接接する時間が長いので、精神科病院で働いた年数が長いほど、暴力の危険性が高まると報告していた 23)。

James らの研究では、ナイジェリアの男性看護師は身体的暴力を経験し、10 年以上の経験がある看護師は精神的暴力を経験する可能性が高かった。また、看護師は患者からの暴力をコミュニケーションの手段や患者自身を守るための手段であるとは認識せず、暴力は攻撃的で、破壊的で、侵襲的と認識していた 24)。

Moylan らの研究では、アメリカの精神科看護師の 80% が暴力を受けており、65% が負傷し、26% が重傷を負っていた。また、暴力を受けた看護師と受けなかった看護師との間では拘束する決定までの時間に違いは見られなかったが、負傷した看護師は、負傷していない看護師よりも拘束の決定までに時間がかかっていた 25)。

暴力による影響

Hsieh らの研究では、台湾で暴力被害に遭った精神科看護師の 75.9% に抑うつ症状があると報告していた。家族のサポートがある看護師の抑うつ症状は低かったことから、家族のサポートは抑うつ症状の発症を防ぐ要因として重要であると報告していた 26)。

暴力の認識

Stevenson らのインタビュー研究によると、カナダの精神科救急病棟のインタビューに協力した看護師の多くは、患者の暴力を「仕事の一部」と見なしていた。看護師は、暴力被害に遭った後、ケアを提供する際に、患者へのケアの義務と自身を守る義務の対立に悩まされることが多かったと報告していた。暴力後には看護師は安全を守り、暴力を防止するためにさまざまな対策を行い、さらに暴力防止教育の改善、事件後の報告などの支援的な職場環境の必要性を報告していた 27)。

報告しない理由

Khoshknab らの研究では、暴力を報告しなかったイランの精神科看護師は 62.3%で、理由として報告しても役に立たないが 55.3%、重要であるとは思えないが 42.1%であった (28)。Niu らは、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、報告しても役に立たないがセクシャルハラスメントで 46.8%であった。そのため、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り、精神科での報告システムを再考する必要があるとしていた (29)。

暴力対策

Khoshknab らの研究では、イランの精神科看護師の 61.2%はトレーニングコースが必要であると感じており、72.7%はこれらのコースを修了していた。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 (28)。Niu らの研究では、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 (29)。

スタッフ配置

Staggs の研究では、看護師の配置と精神科病棟における患者の暴力発生は関係していなかったと報告していた (30)。また、同じく Staggs の正看護師、准看護師、看護助手によって看護ケア、人員配置と暴力の関連を調査した研究では、患者の 1 日あたりの准看護師や看護助手らのケア時間を含む総看護ケア時間が増えると、暴力の発生率は高くなったが、正看護師が患者へケアを提供する時間が長くなると暴力の発生率は低くなったと報告していた (31)。

児童思春期病棟の状況

Dean らの研究では、オーストラリアの児童思春期病棟の医療職が今までに身体的暴力の経験が 84.8%で、精神的暴力が 90.9%であった。97.0%が暴力を仕事の一部として捉えていた (32)。

(2) 救急

暴力発生状況

Pich らのシステマティックレビューでは、救急病棟の看護師において最も多い暴力の種類は精神的暴力で 53-99%であった。内容としては罵ることが最も多かった。身体的暴力は 9-79%であった (33)。Ramacciati らの研究によると、イタリアの救急病棟の看護師において精神的暴力は 76.0%、精神および身体的暴力は 15.5%経験していた。イタリア南部の方が暴力リスクは高かった (34)。Darawad らの研究によると、ヨルダンの救急病棟の看護師の

91.4%が暴力を経験していた（精神的暴力 95.3%、身体的暴力 23.3%）³⁵⁾。Ogundipe らの研究では、ナイジェリアの救急病棟の看護師の 65.0%が過去 1 年間に暴力を経験していた。夕方に発生することが多く、15.8%が武器で脅迫されていた³⁶⁾。Abou-ElWafa らの研究では、エジプトの救急病棟で勤務する看護師は、他の病棟よりも暴力の経験率が高かった。交替勤務をしていること、年齢が若いこと、同僚の数が少ないほど、暴力の経験率が高かった³⁷⁾。

暴力の要因

Pol らの研究では、救急および ICU で暴力発生に関与した患者の特徴を分析し、薬物の過剰摂取、頭部外傷、および心停止後の入院は、暴力関連の緊急通報に関連している特徴があった。オーストラリアの独自の制度（NEAT：救急（ED）入室後、4 時間以内に転棟させる制度）が関係していると報告していた³⁸⁾。Pich らの研究では、オーストラリアでトリアージが最も暴力のリスクが高い看護活動であった。その他にも患者とのコミュニケーション、遅延の管理、拘束、待合室対応が暴力の発生が有意に高い状況であった。患者の臨床像としてはアルコール中毒、メンタルヘルス問題、薬物乱用、不安・興奮、せん妄が有意に高かった³⁹⁾。Ogundipe らの研究では、ナイジェリアの救急病棟では暴力の主な原因は、緊急治療室の過密化、長い待機時間、不十分なセキュリティシステムであり、すべての施設は暴力予防のための基本的対策ができていなかった³⁶⁾。

報告しない理由

Pinar らの研究では、トルコの救急看護師の 80%は暴力の発生を報告していなかった。暴力を報告しない理由として挙げられたのは、管理者の対応に満足していない、報告してもフォローアップしてくれない、報告することに無関心である、管理者から非難される、仕事を失うことの恐怖などがあった⁴⁰⁾。Gacki-Smith らの研究では、救急看護師 3,465 人のうち、暴力を報告しない理由として挙げられていたのは、報復されることの恐れや管理者からのサポートの欠如であった⁴¹⁾。

暴力の認識や看護師への影響

Han らのインタビュー研究によると、台湾における救急看護師の暴力の認識として、「仕事の一部」「生活を直接脅かすもの」「継続する悪夢」「救急医療への情熱を弱めるもの」が挙げられていた⁴²⁾。Jeong らの研究では、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。多重ロジスティック回帰分析により、女性、感情に焦点を合わせた対処法、および仕事の満足度は、救急看護師の退職意思に大きく関連していることが明らかになっている⁴³⁾。Gates らは 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していた⁴⁴⁾。Pinar らのトルコの研究によると、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(40)。

Hsiehらの研究では、暴力被害を受けた救急病棟の看護師のレジリエンス(回復力)について調査し、抑うつ傾向のないグループではレジリエンスと仲間のサポートが高い傾向にあった。レジリエンスの5つの要素のうちの個人の強さ、社会的能力などが、被害を受けた看護師の抑うつ傾向に対する保護要因であることを示した(45)。同じく、Hsiehらの研究では、暴力被害を受けた救急看護師の個人のレジリエンスを高めるにはピアサポート、性格特性と関連付けられており、宗教はレジリエンスを高める上で重要な役割を果たしていなかった(46)。

Ogundipeらの研究では、ナイジェリアの救急看護師のほとんどは、安全でない救急病棟に満足していなかったが、他の部署への異動を希望する看護師はほとんどいなかった(36)。

暴力の原因

Darawadらの研究によると、ヨルダンの救急病棟での暴力の原因は混雑と作業負荷(75.9%)が最も多く、次に認知症またはアルツハイマー型認知症(35.6%)の患者のケアであった(35)。

暴力対策

Gillespieらは暴力を防止し、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を挙げている(47)。Pinarらの研究によると、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。また、暴力後、組織からではなく、主に救急部門の同僚からの支援を求めている(40)。Morphetらは管理者から暴力報告の支援を含むゼロトレランスポリシーの導入と実施が、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(48)。

(3) 精神科病棟、救急病棟、外科病棟の比較

Pekurinenらの研究によると、フィンランドの精神科病棟、外科病棟、救急科病棟における看護師の健康と暴力の関連を比較した過去1年間に受けた身体的暴力、精神的暴力は救急病棟の看護師(47%、75%)が精神科病棟(38%、61%)、外科病棟の看護師(21%、29%)よりも多かった。暴力後には精神科看護師は他の病棟の看護師よりも自己評価が悪く、仕事能力の低下があったが、睡眠障害の問題は少なかった。外科病棟の看護師は他の病棟の看護師よりも心理的苦痛および睡眠障害があった(49)。Havaeiらの研究によると、精神科看護師の75.8%が病棟内のアラームにアクセスできると報告していたが、外科看護師は61.4%にとどまった。個人用アラームにアクセスできるのは精神科看護師が80.8%、外科看護師

が 9.4%であった 50)。

(4) 小児科

Meier らの研究では、スイスの小児リハビリテーション病棟の患者を 6 か月間調査し、患者の 13%が暴力に関与しており、1 日あたり 0.44 件暴力が発生していた。月曜日に多く発生しており、土曜日曜は発生率が低かった。98%は身体的暴力、22%は言葉の暴力が含まれていた。被害者の 43.0%は看護師であった。患者の暴力のリスク要因として過去の暴力の既往、認知機能の低下、高い可動性であった 51)。

(5) 産婦人科

Samir の研究では、エジプトの産婦人科で過去 6 か月間に 86.1%の看護師が暴力を経験していた。患者の家族(38.5%)から最も多く暴力を受けており、精神的暴力が 78.1%であった。暴力の原因として、看護師の仕事量の増加や看護師不足によるケア提供の遅れ(40.5%)と看護師の不注意や過誤(35.8%)が挙げられていた。看護師の 50.0%が正式なシステムを使用して暴力を報告していた 52)。

4) 交代勤務と暴力との関連

Aksakal らの研究によると、週に 40 時間以上働くと、身体的暴力のリスクが 1.86 倍に増加するという研究もあるが 17)、Sun らの研究では暴力の発生率が日勤と比較して夕方勤務は 1.55 倍、夜勤は 3.54 倍高かったが、勤務時間の長さでは差がなかった。発生率、発生傾向等の分析のためには継続的な記録管理の必要性、安全衛生訓練、勤務シフト、同僚と緊急支援の利用可能性、適切な照明、防護壁、警報システム、個人用携帯電話などの環境条件への注意を含む要因の頻繁な制度的評価が挙げられていた。これらには経営陣のコミットメント、従業員の関与を含むリーダーシップ、暴力軽減を確実にするための経営陣による関連リソースの提供が挙げられていた 53)。

5) 医療機関の開設主体

Wei らの台湾の全国調査をした研究では、過去 1 年間に少なくとも 1 回以上暴力の被害を受けたことがある看護師は公立病院では 52.8%であったが、私立病院では 48.3%であった。また、認定健康増進病院(Health Promoting Hospital:HPH)で働く看護師は 44.5%と他の医療機関と比較して低かった 54)。Hegney らの研究では、オーストラリアの公的機関、民間病院、高齢者ケア施設の看護師へ過去 3 か月の暴力の経験率を比較したところ、公的機関(53.4%)が民間病院(35.8%)、高齢者ケア施設(49.7%)と比較して高かった 55)。同じく Farrell らの研究では、オーストラリアにおいて過去 4 週間の患者からの暴力は、公的機関が 38.4%、民間病院では 30.7%であり、公的機関の方が高かった 56)。

6) 医療機関の種類

Chen らの研究では、中国の高度教育病院における看護師の暴力発生率を調査し、過去 1 年間の暴力の経験率は 49.4% で、身体的暴力が 6.3%、精神的暴力が 49.0% であり、中国の地域病院の発生率よりも低かった。暴力関連要因として、46 歳以上の看護師が有意に低く、女性、救急病棟が高かった (57)。Hensel らの研究では、グループホームのスタッフと知的障害者のケアを提供する専門病院のスタッフの暴力の発生率を比較し、グループホームのスタッフと専門病院のスタッフで発生率の大きな違いはみられなかった。しかし、負傷するような暴力に遭遇する頻度はグループホームのスタッフよりも専門病院のスタッフの方が高く、感情的疲労が高かった (58)。Fasanya らの研究では、長期療養施設で暴力を経験した看護職の 22% は、作業環境が安全ではないと回答していた (59)。

7) 暴力等の影響 (表)

Zhao らの研究では、職場での暴力は、仕事の満足度と学習への情熱を持ち、組織にとどまり、進歩することに悪影響を及ぼし、看護師の退職意図に大きな影響を与えると報告している (60)。Shahzad らの研究では、パキスタンの暴力の影響として、仕事の成果が低下、仕事の満足度の低下、欠勤率上昇、退職率上昇を報告していた (61)。また、Zhao らの研究では暴力は看護師の不安およびうつ病レベルと正の相関があった。さらに、勤続年数が暴力と不安症の関係に緩和の役割を果たしていた (60)。

Rees らの研究によると、オーストラリアの暴力を経験した看護職等はバーンアウト率が高く、回復力が低いと報告していた (62)。Hsieh らの研究では、台湾での暴力からの回復とレジリエンスの関連を検討した外向性があり、神経症のスコアが低く、家族のサポート、仲間の支援があると、回復力が高かったと報告していた (63)。Chapman らの研究では、被害を受けた看護師へインタビューした結果、暴力の経験の意味を見つけ、習得し、職場の暴力に適応するために自己を強化する認知プロセスを使用していることを報告していた (64)。

表 . 看護職等が受けた暴力等の影響

著者	病棟	身体的暴力	精神的暴力	セクシュアルハラスメント	影響
Zhao ら 60)	一般	職場暴力の7項目(精神的暴力、トラブルメイキング、中傷、いじめ、威圧的行動、身体的暴力、セクシュアルハラスメント)の尺度を用いて評価。「全くない」から「毎日」の6段階で評価。得点が高いほど職場暴力の頻度が高い。			仕事の満足度と学習への情熱を持ち、組織にとどまり、進歩することに大きな悪影響を及ぼし、看護師の退職意図に大きな影響を与える 看護師の不安およびうつ病レベルの増加
Shahzad ら 61)	一般	20.0%	100%		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
Rees ら 62)	一般	53.0%			バーンアウト率が高く、回復力が低い
Hsieh ら 26)	精神	暴力の重傷度 軽度 86.0%、中等度・重度 14.0% 暴力のタイプ 1つの暴力 61.5% 複数の暴力 38.5%			75.9%に抑うつ症状がある
Han ら 42)	救急				生活を直接脅かす、救急医療への情熱を弱める
Jeong ら 43)	救急	精神的暴力 患者から 87.9% / 家族から 89.3% 身体的暴力 患者から 26.0% / 家族から 18.3%			61.0%が退職を考えている
Gates ら 44)	救急				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
Pinar ら 40)	救急	74.9%	91.4%		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3%

8) バーンアウトとの関連

Campana らの研究では、患者と家族の無礼な行動 (incivility) は看護師のバーンアウトの増加に関連していると報告していた (65)。

9) 被害者サポート

Moylan らの研究では、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いなかった。また、看護師の 76% が専門のサポートグループを利用したいと報告していた。これらの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いたため、看護師に対する暴力の深刻な悪影響とフォローアップのサポートに対する要望を考慮すると、専門のサポートグループが必須であると考えられる (66)。

10) 暴力の被害を受ける看護師と組織および個人の関連要因

多くの先行研究では暴力の被害を受ける看護師の要因の一つに経験年数が短いことが挙げられている。Chang らの研究では、韓国の新人看護師の過去 1 年間における暴力経験率は身体的暴力が 27.6%、精神的暴力が 59.6%、セクシュアルハラスメントが 22.4% であった (67)。

Zhang らの研究では、経験年数が短い、交替勤務で働く、集中治療室や小児科で働く、共感レベルが低い、劣悪な看護環境で働く中国の看護師は、暴力を経験する確率が高いと報告していた (68)。また、Cheung らの研究では、仕事に不満がある、不安症状がある、自傷行為の既往がある香港の看護師は暴力リスクが高いと報告していた (69)。この他にも Tiruneh らの研究によると、エチオピアは、少ない人員配置、男性病棟勤務、暴力被害の履歴がある、独身、離婚が暴力リスクを高める要因として挙げられていた (70)。

Pekurinen らの研究では、組織の環境と暴力の関連を調査しており、組織の正義が不十分であるという看護師の認識と看護師間の連携の欠如は、患者への暴力の増加に関連していた。一方、看護師のストレスは、患者への暴力の増加には関連していなかった。組織の正義と看護師間の連携に関連する問題を解決することが、精神医学的環境における患者の攻撃を最小限に抑える上で重要であると報告していた (71)。

11) 暴力を報告しない理由

先行研究では暴力の被害にあった際に、上司などに報告しておらず、報告や相談が役に立たないと指摘されている (14)(15)。Sato らの研究では、過去 1 か月間にレベル 1 の身体的暴力 (暴力により怪我や機能障害がない) を経験した日本の看護師は 32.8% であったが、このうち約 70% は報告していなかった。暴力による影響が少ないほど、報告されていなかった。報告しない要因として、状況によって暴力がおさまったと感じる傾向、経験年数の少なさ、管理者が患者からの暴力から看護師を守るといった信頼の欠如であった (72)。Speroni らの研究では、アメリカでは、暴力を報告しなかった理由として、「怪我を負わなかった/怪我の

証拠がない」が 49.5%、「不便/時間がかかる」が 26.1%、「仕事には暴力が伴う」が 19.6%であった。暴力による負傷を報告した 2.1%の看護師の対応にかかった年間費用は 94,156 ドルであった(治療に 78,924 ドル、補償に 15,232 ドル)73)。ALBashtawy らの研究では、暴力を経験したヨルダンの救急看護師の 16.6%が上司に報告していた。暴力を上司等に報告していなかった理由は「職場での暴力に慣れている」が最も多く 33.3%であった。次に「怪我がなかった」が 31.7%、「同僚からの圧力」が 30.6%、「非難される恐れ」が 15.9%と続いた74)。Al-Azzam らの研究では、ヨルダンの精神科看護師が報告しない理由として、「暴力の原因を調査するための機関がない」が 88%、「暴力は自分の仕事の一部であると感じている」が 73%、「攻撃者に罰則はない」が 72%、「報告することを無益であると感じた」が 63%であった75)。

Ferri らの研究では、イタリアの暴力の報告に影響する要因として「暴力を受けている際に助けを求めること」と「暴力で負傷した身体的傷害」が挙げられていた76)。Gifford らの研究では、暴力を報告するために精神科看護師に影響を与える要因は、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。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ると判断された場合、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77)。

Morphet らの研究では、医療安全管理者等へインタビューし、職場での暴力の報告に一貫性がなく、その結果、暴力予防対策が不正確になったため、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78)。

12) 暴力の予防策

Xing らの研究では、中国の医療従事者の暴力の予防策として、暴力発生前であれば、「民事紛争解決のチャンネルを広げる(61.6%)」、「料金の透明化(59.9%)」、「対象者を絞った暴力対処訓練(58.6%)」、「治療とケア、診断の質の向上(57.0%)」、「暴力に関する法律(53.0%)」、「暴力防止ガイドライン・計画の策定(40.5%)」が挙げられていた。暴力時であれば、「医師-患者のコミュニケーションスキル改善(81.0%)」、「待ち時間の短縮(59.9%)」であった。暴力後であれば、「マスメディアを介した医療従事者の権利擁護(58.5%)」、「暴力報告・統計・介入メカニズムの改善(39.0%)」が挙げられていた79)。

暴力予防のトレーニングが暴力を予防する効果があると知られているが、Marshall らの研究によると、ニュージーランドの看護師の暴力管理トレーニングへの参加は暴力被害にほとんど影響を及ぼさず、暴力に対する看護師の態度への影響は限定的であったと報告されている80)。これはトレーニングの内容、配信方法が原因である可能性が指摘されているため、トレーニングを行う際にも十分な内容や配信方法などを検討する必要がある。Spector らは、医療機関が暴力を防止するという環境(風土)があることと暴力発生は有意な相関があり、高い風土があると暴力発生の可能性が低く、暴力が発生したとしても風土に影響を与

えないことが報告されている 81)。暴力を発生させないという組織の風土も暴力の予防策として挙げられると考えられる。

13) 介入研究

アメリカ合衆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機関に行うよう求める法律がある。Ridenour らの研究では、アメリカ合衆国のニュージャージー州の看護師への暴力の実態と暴力トレーニングを受けた看護師の特徴を調査し、暴力トレーニングを受けた看護師の特徴として、正看護師、夜勤勤務者、男性、法律を聞いたことがある、職場での安全性が高い、在職期間が短いが挙げられた 82)。

Lakatos らの研究では、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を開発し、実施した。トレーニングはディエスカレーション技術や臨床的アセスメント能力を高める内容であった。介入前 1 年間の看護スタッフ 100 名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、看護スタッフの傷害率は平均 40%減少していた 83)。また、de la Fuente らは、暴力管理トレーニングの効果検証をした。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。患者の攻撃に対処することに対する看護師の自信は、行動管理トレーニングの後に有意に高かった。看護師は、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 84)。

Burkoski らはテクノロジーに基づく暴力防止介入として、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「パニックアラームボタン」（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ていた。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。しかし、看護師は患者関連の暴力は「避けられない」ものであり、テクノロジーは暴力の発生を完全に防ぐことはできないと報告していた 85)。

Larson らは、暴力リスクの高い患者が転棟することを容易にするためのハドルハンドオフコミュニケーションツールおよびその他の方法は、医療現場での暴力事件の数と深刻度を低減する可能性があると報告している 86)。

Irvine らは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役者による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。その結果、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。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 87)。

Heckemann らの看護師と看護学生のための攻撃性管理トレーニングの効果に関する 9 つ

の研究をレビューした論文によると、トレーニング後のリスク要因に関する自信の向上、態度、スキル、知識の向上が報告されていた。患者の攻撃性の発生率に有意な変化なかった。トレーニングは暴力の発生率を減らさないため、組織レベルで暴力対策に取り組む必要があると報告している 88)。

文献

- 1) 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.
- 2) Jackson D, Hutchinson M, Luck L, Wilkes L. Mosaic of verbal abuse experienced by nurses in their everyday work. *J Adv Nurs*. 69(9):2066-75. 2013.
- 3) Boafo IM. The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Hum Resour Health*. 16(1):6. 2018.
- 4) Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nurs*. 14:9. 2015.
- 5) Tiruneh BT, Biftu BB, Tumebo AA, Kelkay MM, Anlay DZ, Dachew BA. Prevalence of workplace violence in Northwest Ethiopia: a multivariate analysis. *BMC Nurs*. 15:42. 2016.
- 6) Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman GA, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 85(1-2):29-43. 2010.
- 7) Abo Ali EA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 90(3):94-100. 2015.
- 8) Olashore AA, Akanni OO, Ogundipe RM. Physical violence against health staff by mentally ill patients at a psychiatric hospital in Botswana. *BMC Health Serv Res*. 18(1):362. 2018.
- 9) Mahani TO, Akinsola HA, Mabunda J, Oni HT. Workplace Violence Against Nurses: Vhembe District Hospitals, South Africa. *Res Theory Nurs Pract*. 31(1):28-38. 2017.
- 10) Al-Omari H. Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. *Int Nurs Rev*. 62(1):111-8. 2015.

- 11) Abualrub RF, Al-Asmar AH. Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. *J Transcult Nursing*. 22(2):157-65. 2011.
- 12) Azar M, Badr LK, Samaha H, Dee V.
Does administrative support negate the consequences of nurse abuse? *J Nurs Manag*. 24(1):E32-43. 2016.
- 13) Jafree SR.
Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. *Nurs Outlook*. 65(4):420-427. 2017.
- 14) Al-Shamlan NA, Jayaseeli N, Al-Shawi MM, Al-Joudi AS. Are nurses verbally abused? A cross-sectional study of nurses at a university hospital, Eastern Province, Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 24(3):173-180. 2017.
- 15) Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Afshani S.
Physical violence against health care workers: A nationwide study from Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 21(3):232-8. 2016.
- 16) Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Ahmadvand H.
Psychological violence in the health care settings in Iran: a cross-sectional study. *Nurs Midwifery Stud*. 4(1):e24320. 2015.
- 17) Aksakal FN, Karaşahin EF, Dikmen AU, Avci E, Ozkan S.
Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. *Turk J Med Sci*. 45(6):1360-8. 2015.
- 18) Fafliora E, Bampalis VG, Zarlis G, Sturaitis P, Lianas D, Mantzouranis G.
Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work*. 53(3):551-60. 2015.
- 19) Pandey M, Bhandari TR, Dangal G. Workplace Violence and its Associated Factors among Nurses. *J Nepal Health Res Council*. 15(3):235-241. 2018.
- 20) Cheung T, Lee PH, Yip PSF.
Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *Int*

J Environ Res Public Health. 14(8)879. 2017.

21) Cavalcanti AL, Belo EDR, Marcolino EC, Fernandes A, Cavalcanti YW, de Carvalho DF, Valença AMG, Cavalcanti AFC, Padilha WWN. Occupational Violence against Brazilian Nurses. Iran J Public Health. 47(11):1636-1643. 2018.

22) Shi L, Zhang D, Zhou C, Yang L, Sun T, Hao T, Peng X, Gao L, Liu W, Mu Y, Han Y, Fan L. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. BMJ Open. 7(6):e013105. 2017.

23) Ezeobele IE, McBride R, Engstrom A, Lane SD. Aggression in Acute Inpatient Psychiatric Care: A Survey of Staff Attitudes. Can J Nurs Res. 51(3):145-153. 2019.

24) James BO, Isa EW, Oud N. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 14(2):130-3. 2011.

25) Moylan LB, Cullinan M.

Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. J Psychiatr Ment Health Nurs. 18(6):526-34. 2011.

26) Hsieh HF, Wang HH, Shen SH, Li YC. Predictors of depressive symptoms among psychiatric nurses who suffered from workplace violence. J Adv Nurs. 74(2):425-432. 2018.

27) 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.

28) 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.

29) 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.

30) Staggs VS.

Deviations in Monthly Staffing and Injurious Assaults Against Staff and Patients on Psychiatric Units. *Res Nurs Health*. 39(5):347-52. 2016.

31) Staggs VS. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health*. 36(1):26-37. 2013.

32) Dean AJ, Gibbon P, McDermott BM, Davidson T, Scott J. Exposure to aggression and the impact on staff in a child and adolescent inpatient unit. *Arch Psychiatr Nurs*. 24(1):15-26. 2010.

33) Pich J, Kable A. Patient-related violence against nursing staff working in emergency departments: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 12(9): 398-453. 2014.

34) Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L. Violence towards Emergency Nurses: The 2016 Italian National Survey-A cross-sectional study. *Jo Nurs Manag*. 27(4):792-805. 2019.

35) Darawad MW, Al-Hussami M, Saleh AM, Mustafa WM, Odeh H. Violence against nurses in emergency departments in Jordan: nurses' perspective. *Workplace Health Saf*. 63(1):9-17, 2015.

36) Ogundipe KO, Etonyeaku AC, Adigun I, Ojo EO, Aladesanmi T, Taiwo JO, Obimakinde OS. Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses' perceptions in Nigeria. *Emerg Med J*. 30(9):758-62. 2013.

37) Abou-ElWafa HS. El-Gilany AH, Abd-El-Raouf SE, Abd-Elmouty SM, El-Sayed REH. Workplace Violence Against Emergency Versus Non-Emergency Nurses in Mansoura University Hospitals, Egypt. *J Interpers Violence*. 30(5):857-72. 2015.

38) Pol A, Carter M, Bouchoucha S. Violence and aggression in the intensive care unit: What is the impact of Australian National Emergency Access Target?. *Aust Crit Care*. 32(6): 502-508. 2019.

39) Pich JV, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from

the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australas Emerg Nurs J.* 20(3):107-113. 2017.

40) 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.

41) 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.

42) 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.

43) 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.

44) Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurs Econ.* 29(2):59-66. 2011.

45) Hsieh HF, Chen YM, Wang HH, Chang SC, Ma SC. Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 25(17-18):2639-47. 2016.

46) Hsieh HF, Hung YT, Wang HH, Ma SC, Chang SC. Factors of Resilience in Emergency Department Nurses Who Have Experienced Workplace Violence in Taiwan. *J Nurs Scholarsh.* 48(1):23-30. 2016.

47) Gillespie GL, Gates DM, Berry P. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *Online J Issues Nurs.* 18(1):2. 2013.

48) 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.

49) Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and

Non-Psychiatric Settings. *Int J Environ Res Public Health*.14(10):1245. 2017.

50) Havaei F, MacPhee M, Lee SE. The effect of violence prevention strategies on perceptions of workplace safety: A study of medical-surgical and mental health nurses. *J Adv Nurs*. 75(8): 1657-1666. 2019.

51) Meier SBB, Uenver Y, Stooss A, Meyer-Heim A. Frequency, Characteristics and Risk Factors of Aggressive Incidents in a Paediatric Rehabilitation Setting: A Prospective Survey. *Dev Neurorehabil*. 23(1):9-17. 2020.

52) Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *East Mediterr Health J*. 18(3):198-204. 2012.

53) Sun S, Gerberich SG, Ryan AD. The Relationship Between Shiftwork and Violence Against Nurses: A Case Control Study. *Workplace Health Saf*. 65(12):603-611. 2017.

54) Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses--prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 56:63-70. 2016.

55) Hegney D, Tuckett A, Parker D, Eley RM. Workplace violence: differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: a cross-sector analysis. *Int J Nurs Pract*. 16(2):188-202. 2010.

56) Farrell GA, Shafiei T, Chan SP. Patient and visitor assault on nurses and midwives: an exploratory study of employer 'protective' factors. *Int J Ment Health Nurs*. 23(1):88-96. 2014.

57) Chen X, Lv M, Wang M, Wang X, Liu J, Zheng N, Liu C. Incidence and risk factors of workplace violence against nurses in a Chinese top-level teaching hospital: A cross-sectional study. *Appl Nurs Res*. 40:122-128. 2018.

58) Hensel JM, Lunskey Y, Dewa CS. The mediating effect of severity of client aggression on burnout between hospital inpatient a

nd community residential staff who support adults with intellectual disabilities. *J Clin Nurs.* 23(9-10):1332-41. 2014.

59) Fasanya BK, Dada EA. Workplace Violence and Safety Issues in Long-Term Medical Care Facilities: Nurses' Perspectives. *Saf Health Work.* 7(2):97-101. 2016.

60) 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.

61) Shahzad A, Malik RK. Workplace Violence: An Extensive Issue for Nurses in Pakistan:- A Qualitative Investigation. *J Interpers Violence.* 29(11):2021-2034. 2014.

62) Rees C, Wirihana L, Eley R, Ossieran-Moisson R, Hegney D. The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses. *J Nurs Adm.* 48(9):452-458. 2018.

63) Hsieh HF, Chang SC, Wang HH. The relationships among personality, social support, and resilience of abused nurses at emergency rooms and psychiatric wards in Taiwan. *Women Health.* 57(1):40-51. 2017.

64) Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Nurses' experience of adjusting to workplace violence: a theory of adaptation. *Int J Ment Health Nurs.* 19(3):186-94. 2010.

65) Campana KL, Hammoud S. Incivility from patients and their families: can organisational justice protect nurses from burnout?. *J Nurs Manag.* 23(6):716-25. 2015.

66) 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.

67) Chang HE, Cho SH. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 10(4):271-276. 2016.

68) Zhang L, Wang A, Xie X, Zhou Y, Li J, Yang L, Zhang J. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 72:8-14. 2017.

- 69) Cheung T, Yip PS.
Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*. 17(1):196. 2017.
- 70) Tiruneh BT, Bifftu BB, Tumebo AA, Kelkay MM, Anlay DZ, Dachew BA.
Prevalence of workplace violence in Northwest Ethiopia: a multivariate analysis. *BMC Nurs*. 15:42. 2016.
- 71) Pekurinen VM, Välimäki M, Virtanen M, Salo P, Kivimäki M, Vahtera J.P
Organizational Justice and Collaboration Among Nurses as Correlates of Violent Assaults by Patients in Psychiatric Care. *Psychiatr Serv*. 68(5):490-496. 2017.
- 72) 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.
- 73) Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M.
Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *J Emerg Nurs*. 40(3):218-28. 2014.
- 74) ALBashtawy M, Aljezawi M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *Int Emerg Nurs*. 24:61-5. 2016.
- 75) 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.
- 76) Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R.
Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 9:263-275. 2016.
- 77) 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.
- 78) 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.

79) Xing K, Zhang X, Jiao M, Cui Y, Lu Y, Liu J, Zhang J, Zhao Y, Zhao Y, Li Y, Liang L, Kang Z, Wu Q, Yin M. Concern about Workplace Violence and Its Risk Factors in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 13(8):811. 2016.

80) Marshall B, Craig A, Meyer A. Registered nurses' attitudes towards, and experiences of, aggression and violence in the acute hospital setting. *Kai Tiaki Nurs Res.* 8(1):31-36. 2017.

81) Spector PE, Yang LQ, Zhou ZE. A longitudinal investigation of the role of violence prevention climate in exposure to workplace physical violence and verbal abuse. *Work & Stress.* 29(4):325-340. 2015.

82) 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.

83) 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.

84) 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.

85) 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.

86) Larson LA, Finley JL, Gross TL, McKay AK, Moenck JM, Severson MA, Clements CM. Using a Potentially Aggressive/Violent Patient Huddle to Improve Health Care Safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 45(2):74-80. 2019.

87) 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.

88) Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JM, Halfens RJ. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today.* 35(1):212-9. 2015.

資料 6

医療施設における暴力・ハラスメント対策マニュアル【12のポイント】

- 1．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りましょう
- 2．暴力等を絶対に許さない病院の姿勢を示しましょう
- 3．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きましょう
- 4．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きましょう
- 5．発生した事例に基づき、暴力等の対応マニュアルを改訂しましょう
- 6．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いましょう
- 7．緊急コード、通報手順、報告ルートを確認しておきましょう
- 8．暴力等の発生時には安全確保を優先し、応援要請を行いましょう
- 9．あらゆる暴力等を報告できる体制を整えましょう
- 10．被害者や目撃者への心理的ケアを行う体制を整えましょう
- 11．暴力等の被害に関する記録や証拠を残しましょう
- 12．定期的に暴力等の対応のための実地訓練を行いましょう

医療施設における暴力・ハラスメント対策マニュアル【12のポイント】

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。

なお、国内の暴力対策マニュアルとして、日本看護協会が2006年に「保険医療福祉施設における暴力対策指針 看護者のために」¹⁾、2018年に「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン：ヘルシ ワークプレイス(健康で安全な職場)を目指して」²⁾、日本医師会が2007年に「医療従事者のための医療安全対策マニュアル」³⁾、厚生労働省が2019年に「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」を出している⁴⁾。

また、海外の医療現場における暴力防止マニュアルとしては、国際労働機関(International Labour Organization ; ILO)、国際看護師協会(International Council of Nurses ; ICN)、世界保健機構(World Health Organization ; WHO)、国際公務労連(Public Services International ; PSI)が2002年に共同で作成した「Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector」⁵⁾がある。また、2004年には

アメリカの労働安全衛生局（Occupational Safety and Health Act；OSHA）から「Guidelines for Preventing workplace violence for Healthcare and Social Service Works」6）が出されている。

今回の医療施設における暴力・ハラスメント対策マニュアル【12のポイント】は、国内および海外の暴力等に関するマニュアルと関連書籍 7）に照らしてみると、共通項目が多く、予防策、発生時・発生後の対応策、被害者支援の内容が盛り込まれている。12のポイントに引用文献を追記し示す。

- 1．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りましょう 5)7)
- 2．暴力等を絶対に許さない病院の姿勢を示しましょう 1-7)
- 3．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きましょう 1),4-7)
- 4．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きましょう 1),3),4-7)
- 5．発生した事例に基づき、暴力等の対応マニュアルを改訂しましょう 1)4)7)
- 6．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いましょう 1),5-7)
- 7．緊急コード、通報手順、報告ルートを確認しておきましょう 1)2)7)
- 8．暴力等の発生時には安全確保を優先し、応援要請を行いましょう 1)2)4)7)
- 9．あらゆる暴力等を報告できる体制を整えましょう 1),4-7)

10. 被害者や目撃者への心理的ケアを行う体制を整えましょう 1)2)4),5-7)

11. 暴力等の被害に関する記録や証拠を残しましょう 1),5-7)

12. 定期的に暴力等の対応のための実地訓練を行いましょ う 1)2)6)7)

引用文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会「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」(2006年)
<https://www.urse.or.jp/publication/pdf/guideline/bouryokusisin.pdf>(2020.3.1 閲覧)
- 2) 公益社団法人日本看護協会「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン：ヘルシークワークプレイス(健康で安全な職場)を目指して」(2018年)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-oyoukintoujidoukateikyoku/00.pdf>(2020.3.1 閲覧)
- 3) 日本医師会「医療従事者のための医療安全対策マニュアル」(2007年)
<https://www.med.or.jp/anzen/manual/pdf/honbun.pdf>(2020.3.1 閲覧)
- 4) 厚生労働省「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」(2019年)
- 5) International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. (2002)
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/
(2020.3.1 閲覧)
- 6) Occupational Safety and Health Act. Guidelines for Preventing workplace violence for Healthcare and Social Service Works. (2004)
https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit5_5(2020.3.1 閲覧)
- 7) 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.

西暦2019年12月13日

倫理審査結果通知書

関西医科大学
学長 友田 幸一 殿

倫理審査委員会
委員長 蔦 幸治

審査依頼のあった件についての審査結果を下記のとおり通知いたします。

記

課題名	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
審査事項 (審査資料)	<p>■研究の実施の適否 (倫理審査申請書(西暦2019年12月13日付))</p> <p><input type="checkbox"/>研究の継続の適否</p> <p><input type="checkbox"/>研究に関する変更 (変更申請書(西暦 年 月 日付))</p> <p><input type="checkbox"/>継続審査 (実施状況報告書(西暦 年 月 日付))</p> <p><input type="checkbox"/>重篤な有害事象等 (<input type="checkbox"/>重篤な有害事象および不具合に関する報告書(西暦 年 月 日付))</p> <p><input type="checkbox"/>安全性情報等 (<input type="checkbox"/>安全性情報等に関する報告書(西暦 年 月 日付))</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
審査区分	<p><input type="checkbox"/>委員会審査(審査日:西暦 年 月 日)</p> <p>■迅速審査(審査終了日:西暦2019年12月13日)</p>
審査結果	<p>■承認 <input type="checkbox"/>条件付承認 <input type="checkbox"/>却下 <input type="checkbox"/>変更の勧告 <input type="checkbox"/>不承認 <input type="checkbox"/>非該当</p>
「承認」以外の 場合の理由等	
備考	

西暦2019年12月17日

研究責任者 精神看護学領域
教授 三木 明子 殿

申請のあった研究に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

関西医科大学 学長 友田 幸一

[公印省略]