

病院に勤務する看護職への暴力被害の 実態とその心理的影響

和田 由紀子・佐々木 祐子

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Current Status of Violence Suffered by Hospital Nursing Staff and the Psychological Effects thereof

Yukiko Wada, Yuko Sasaki

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

本研究では、病院内で発生する看護職への暴力について、その実態や心理的影響を明らかにすることを目的に、A県内の総合病院に勤務する看護職200名を調査対象とし、2010年2月～3月に託送調査法による質問紙調査を実施した。調査内容は、暴力被害の実態について、その種類や被害を与えられた相手、被害報告の有無についての質問、改訂出来事インパクト尺度（IES-R）、精神健康調査票28項目版（GHQ28）、日本語版バーンアウト尺度の3尺度とした。

その結果、過去1年間においては、79.0%の看護職が患者やその家族から、26.0%の看護職が看護師・医師等のスタッフからの何らかの被害を体験しているが、暴力の種類は双方で異なること、被害を体験した中の約8～9割が複数の種類の暴力を体験し、半数以上が被害報告を行っていなかったということが明らかになった。また暴力被害の実態と3尺度の結果について、分散分析・t検定を行ったところ、看護師・医師等のスタッフからの暴力体験にのみ、IES-R得点・GHQ28得点で有意差がみられた（ $p < .05$ ）。暴力についての認識を統一し、その要因・構造をさらに明確にしていくこと、及び実態に即して被害を吸い上げ対応するための効果的なシステムを作ることが必要と考えられる。

キーワード

看護職への暴力 心理的影響 改訂出来事インパクト尺度 精神健康調査票28項目版 日本語版バーンアウト尺度

Abstract

The objective of the present research is to clarify, with respect to violence toward nursing staff arising within hospitals, the current status and the psychological effects. For the research methodology, 200 nurses working at a general hospital located "A" prefecture were chosen as respondents, and from Feb-Mar 2010, a questionnaire survey was conducted using the consignment survey method. The contents of the questionnaire sheet included questions pertaining to the current status of violent incidents, their types, the person inflicting the violence, and whether or not the violence was reported, as well as three scales, namely the IES-R, GHQ28 and the Japanese Burnout Scale.

As a result, in the past year, 79.0% of nurses have experienced some form of violence from patients or their families, and 26.0% of nurses have experienced some form of violence from staff such as nurses, doctors. The types of violence differed for both, depending on the person inflicting the violence. It became clear that about 80% to 90% among the violence experienced involved those who experienced a plurality of types of violence, and it also became clear that half or more did not file a victim report. Regarding the results for the current status of violence and the three scales, ANOVA and t-tests were conducted, and as a result, only in cases where the perpetrator of violence was staff such as a nurse or doctor, by scoring points for IES-R and GHQ28, a significant difference was observed ($p < .05$). Going forward, we believe that it is necessary to consider having a shared awareness about violence, further clarifying the factors and structure by which violence arises, and constructing an effective system that takes the current status into consideration, in order to identify such violence and appropriately deal with it.

Key words

violence/verbal abuse/harassment toward nursing staff, psychological effects, IES-R, GHQ28, Japanese Burnout Scale

I はじめに

病院内で発生する看護職への暴力・暴言の研究は、この10年程の間に非常に盛んになっている。国際看護協会¹⁾や日本看護協会²⁾から対策のためのガイドラインがそれぞれ出され、各施設でも被害窓口やガイドラインを設置して対策を講じることが広く普及していることから、この分野が大いに注目され、必要とされていることがわかる。背景としては、看護師・医師等の医療従事者を被害者とした暴力事件がいくつも報道されていること³⁾、患者・家族からの医療に対する要求の質・量の変化⁴⁾が指摘されているが、それに加えて、慢性的な看護職の人手不足により、看護職の離職の原因や身体的・精神的健康が意識されるようになったことや、ストレスや心的外傷後ストレス障害に関する研究が盛んになったことも要因としてあるのではないかと考えられる。

しかし研究が盛んになっている一方で、我が国の状況は芳しくないという⁵⁾とおり、看護職への暴力・暴言被害の報告は増加の一途をたどっているが、多くの研究は患者やその家族から被害を及ぼされた場合の被害実態の把握を中心になされている。「暴力」についての定義や概念も一定していないためデータ間の比較も難しいことが多く、被害を受けた看護職の辛さ・傷つきが示唆されていても、看護職に及ぼす被害の影響を具体的な尺度を使って測定した研究は散見できる程度である。患者・その家族からの暴力と共に看護職（同僚）・医師等のスタッフからの暴力も現実には多く、看護師の感じる「辛さ」はこちらがより大きいという指摘もあるが、その実態や被害の影響を調査した研究はさらに乏しい。被害者への対策に活かすためにも、早期にデータを蓄積して行くことが必要と考えられる。

そこで本研究では病院内で発生する看護職

への暴力を広義に捉えることとし、直接的・身体的な苦痛・外傷を与える行動を「直接的行動」、直接的・身体的には苦痛を与えないが心身やその周囲の環境に物理的な脅威を与える行動を「間接的行動」、暴言や言葉によるいじめ・ハラスメントを含めた言語によるものを「ことば」、明らかなセクシャルハラスメントやそれに準じる性的な言動を「セクシャルな言動」という4種類に位置づけた。被害を及ぼされた対象やこの暴力の種類ごとに実態を明らかにし、その体験が看護職に及ぼす心理的影響について実証的に検討することとした。

II 研究方法

1. 調査対象者

A県内の2か所の総合病院に勤務する看護職200名に対して、各病院の看護部を通した託送調査法による質問紙調査を2010年2月～3月に実施した。

質問紙の回収数は140（回収率70.0%）であった。本研究では、暴力被害の実態に関する設問において、暴力被害の遭遇の有無について全て回答し、且つ、使用した各尺度での無回答数が3項目以下である質問紙を有効回答とした。有効回答数は100（有効回答率50.0%）、その基本的属性は表1に示すとおりであった。

2. 倫理的配慮

本研究では、使用した各尺度の作成者・販売元に使用の許可を得、新潟青陵大学倫理審査委員会の承認を得た後実施した。

調査対象者には、①研究の主旨、②協力するか否かは個人の自由で拒否をしても何ら不利益を生じない、③研究結果は学術的な目的以外では使用しない、④回答者以外が回答後の調査用紙を見ることができないように、回答後の質問紙は所定の封筒に入れて回収す

る、⑤回答されたことにより、研究協力の同意を得たものとする、⑥個人のプライバシーは無記名であることと分析方法・回収方法で保障される、⑦調査結果は、調査対象が所属する病院の看護部へ文書で報告する、を病棟への依頼文書および質問紙の冒頭で説明・実施し、回答をもって協力への同意を得たものとした。

3. 質問紙の内容

本研究で使用した質問紙は、基本的属性への設問の他に、看護職の暴力被害に対する認識の枠組みについて被害を及ぼした対象・言動の種類・状況別に尋ねた設問、暴力被害の実態に関する設問、及び3つの尺度により構成した。詳細は以下のとおりである。なお、看護職の暴力被害に対する認識の枠組みについて、被害を及ぼした対象・言動の種類・状況別に尋ねた設問は、本稿の目的からずれるので今回の分析から除外したため省略する。

1) 暴力被害の実態に関する設問

病院で生じた暴力について、過去10年間に国内で報告された文献^{5) 6) ~12)}をもとに、「病院（施設）内でおこりやすいトラブル例の『相手の言動』」として、直接的行動7項目、間接的行動5項目、ことば4項目、セクシャルな言動9項目を独自に作成した（表2）。そして被害を及ぼした対象を「患者・その家族の場合」と「看護師・医師等のスタッフの場合」に分け、「実際に何回くらいそれらの言動に遭遇したか」を言動の種類ごとに体験の有無を質問し、体験があった場合にはその頻度、及び被害に遭遇したことを病院内の相談窓口または上司に話したかを尋ねた。その際、本研究では被害体験が急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害を起こす可能性があるものと仮定し、過去1カ月以内、及び過去1カ月を除く1年以内に分けて質問した。「ののしられながら叩かれた」の様に、2種類以上の言動を同時にされた場合には、種類ごとに分けて各々カウントするように依頼した。

表 1. 基本的属性 (n=100)

属 性	区 分	人数 (名)	割合 (%)
職 種	准看護師	13	13.0%
	看護師	81	81.0%
	助産師	6	6.0%
年 齢	20歳代	18	18.0%
	30歳代	32	32.0%
	40歳代	31	31.0%
	50歳以上	18	18.0%
	無回答	1	1.0%
勤 務 形 態	日勤のみ	4	4.0%
	3交代制	93	93.0%
	2交代制	1	1.0%
	無回答	2	2.0%
学 歴	高等学校	6	6.0%
	専門・専修学校	76	76.0%
	短期大学	9	9.0%
	大学	5	5.0%
	大学院	1	1.0%
	その他	3	3.0%
看護職経験年数	平均16.3年 (SD = 9.7)		
現在の病棟経験年数	平均4.0年 (SD = 5.1)		

表2. 暴力被害の実態に関する設問で提示した「病院（施設）内でおこりやすいトラブル例」

言動の種類	相手の言動
直接的行動	A. 叩かれた
	B. 爪を立てられた
	C. 引っ掻かれた
	D. つねられた
	E. 体当たり・突き飛ばされた
	F. 髪を引っ張られた
	G. 首を絞められた
	H. 唾を吐きかけられた
間接的行動	I. 暴力を振るう仕草をされた（例：拳を振り上げる、ファイティングポーズをとる）
	J. 側にあった物品・器物に暴力を受けた（例：椅子を蹴る、物を壊すなどの器物破損）
	K. 物を投げられた
	L. 威圧・威嚇された
ことば	M. 「もう来るな」と介入拒否された
	N. ののしられた（例：「アホ」「バカヤロウ」）
	O. 脅迫された（例：「殴るぞ」「殺すぞ」）
	P. 中傷・皮肉を言われた
セクシャルな言動	Q. 体（胸・お尻など）を触られた
	R. 手や腕をなでられた
	S. 抱きつかれた
	T. 必要以上に体を露出された
	U. 「大きな胸」などの身体の特徴を言われた
	V. 性的な関係を迫られた
	W. 個人情報について尋ねられたり、調べられたりされた
	X. 執拗に食事に誘われた
	Y. 卑猥な質問をされた

2) 改訂出来事インパクト尺度

Weiss・Marmarが開発し、Asukai et al (2002)¹³⁾が日本版に標準化した22項目からなる尺度である。心的外傷性ストレス障害の3症状である侵入症状・回避症状・覚醒亢進症状の3症状から構成され、殆どの外傷的出来事について使用可能な心的外傷性ストレス症状尺度であるとされている¹⁴⁾。総得点は0～88点であり、得点が高いほど心的外傷性ストレス症状が高いことを示す。高危険者をスクリーニングする目的で、24/25のカットオフポイントが推奨されているが、本研究では衝撃的な出来事に対するストレス反応の強さを測定するための尺度として、算出した得点を使用した。

3) 日本版GHQ精神健康調査票28項目版

Goldbergが開発し、中川・大坊が日本版に標準化した精神健康調査票の28項目の短縮版（以下GHQ28とする）を使用した。精神健康調査票は、神経症状および不安や社会的な機能の不全さを反映し、神経症のみならず、緊張やうつを判別するのに優れており¹⁵⁾、GHQ28は身体症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の4因子を代表項目としている。総得点は0～28点であり、得点が高いほど精神健康状態が前述のように芳しくないことを示し、本研究でも対象の精神健康状態を測定する指標として使用した。スクリーニング的な意味での弁別点は5/6点とされ、平均点を比較しても男女差はないとされている

が、青年期層では高い得点傾向を示すという特徴がある¹⁵⁾。

4) 日本語版バーンアウト尺度

バーンアウトは、過度で持続的なストレスに対処できず張り詰めていた緊張が緩み、意欲が急速に萎えてしまった心身の症状に関して用いられ、長期的なストレスの結果として生じたストレス反応である。日本語版バーンアウト尺度（以下日本版MBIとする）は、Maslach Burnout Inventoryをもとに作成された17項目から成る尺度であり、情緒的消耗感・脱人格化・個人的達成感の低下の3つの下位尺度をもつ。情緒的消耗感とは「仕事を通じて、精力的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態」、脱人格化とは「サービスの受け手に対する無情で、非人間的な対応」、個人的達成感とは「ヒューマン・サービスの職務に関わる有能感、達成感」とそれぞれ定義される¹⁶⁻¹⁸⁾。各尺度の総得点は、情緒的消耗感尺度が5～25点、脱人格化尺度・個人的達成感の低下尺度が6～30点、全体尺度が17～85点の範囲をとるが、この尺度は今のところ得点基準はなく、本研究でも得点の高低による相対評価として使用した。

4. 分析方法

暴力被害の実態に関する項目については、その被害を及ぼした対象・言動の種類・期間別に集計した。

被害体験と各尺度得点との関連については、被害を及ぼした対象が患者・その家族の場合は、①被害に遭遇したか、②過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも暴力被害に遭遇した調査対象者の各年代、③被害があったことを院内の相談窓口または上司に話したかという被害体験後の行動、の①～③に焦点を当ててそれぞれ群を抽出し、分散分析（ $p < .05$ ）を実施した。被害を及ぼした対象が看護師・医師等のスタッフの場合は、被害に遭

遇したかに焦点を当てて群を抽出し、t検定（ $p < .05$ ）を実施した。

Ⅲ 結果

1. 暴力被害の実態

患者・その家族が対象の場合では、過去1年間にいずれの言動にも遭遇しなかったのは21.0%（21名）、何らかの言動に遭遇していたのは79.0%（79名）だった。

過去1カ月内に4種類のいずれの言動にも遭遇しなかったのは35.0%（35名）、4種類のいずれかの言動に遭遇したのは65.0%（65名）であった。65.0%（65名）のうち2種類以上の言動に遭遇していたのは59.0%（59名）であり、遭遇した群の90.8%を占めていた。被害に遭遇したことを病院内の相談窓口または上司に話したかについては、65.0%（65名）中話さなかったのは40.0%（40名）、話したのは21.0%（21名）、無回答3.0%（3名）だった。同様に、過去1カ月以上1年以内に4種類のいずれの言動にも遭遇しなかったのは29.0%（29名）、4種類のいずれかの言動に遭遇したのは71.0%（71名）であり、そのうち2種類以上の言動に遭遇していたのは64.0%（64名）で、遭遇した群の90.1%を占めていた。被害に遭遇したことを病院内の相談窓口または上司に話したかについては、71.0%（71名）中話さなかったのは36.0%（36名）、話したのは29.0%（29名）、無回答5.0%（5名）だった（図1）。被害の種類別・期間・頻度別では、両期間ともに直接的行動が最も多く、次いで間接的行動とことばによるものが多いという結果が得られた（表3）。

看護師・医師等のスタッフが対象の場合では、過去1年間にいずれの言動にも遭遇しなかったのは74.0%（74名）、何らかの言動に遭遇したのは26.0%（26名）だった。

過去1カ月内に4種類のいずれの言動にも遭遇しなかったのは81.0%（81名）、4種類の

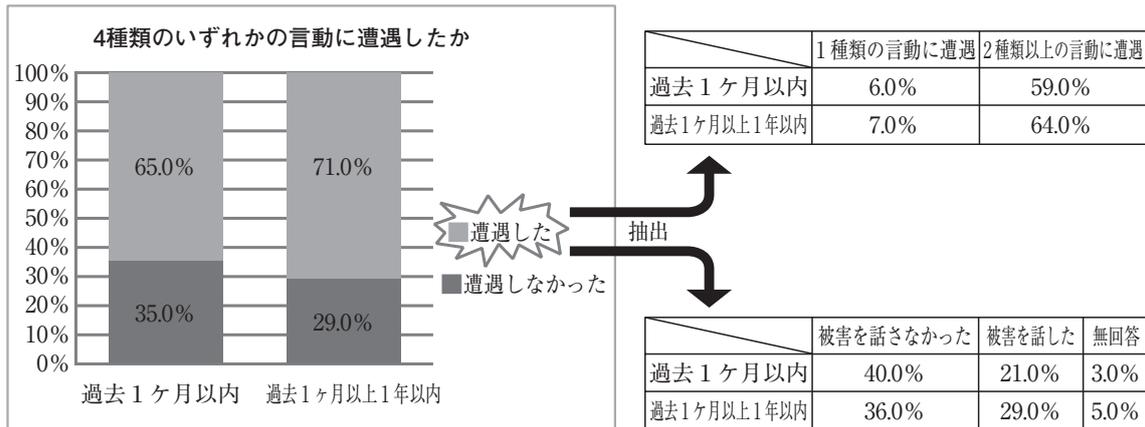


図1. 相手が患者・その家族の場合：暴力被害の有無についての集計結果（n=100）

表3. 相手が患者・その家族の場合：種類・期間・頻度別の集計結果（n=100） %（人数）

	なかった	1～5回あった	6～10回あった	11回以上あった	無回答
直接的行動	47.0% (47)	44.0% (44)	3.0% (3)	6.0% (6)	0.0% (0)
	41.0% (41)	33.0% (33)	10.0% (10)	16.0% (16)	0.0% (0)
間接的行動	71.0% (71)	27.0% (27)	1.0% (1)	0.0% (0)	1.0% (1)
	61.0% (61)	28.0% (28)	7.0% (7)	4.0% (4)	0.0% (0)
ことば	70.0% (70)	25.0% (25)	1.0% (1)	3.0% (3)	1.0% (1)
	59.0% (59)	27.0% (27)	8.0% (8)	6.0% (6)	0.0% (0)
セクシャルな言動	80.0% (80)	18.0% (18)	0.0% (0)	1.0% (1)	1.0% (1)
	72.0% (72)	19.0% (19)	6.0% (6)	3.0% (3)	0.0% (0)

注) 上段が過去1カ月以内に遭遇した%（人数），下段が過去1カ月以上1年以内に遭遇した%（人数）を示す

いずれかの言動に遭遇したのは19.0%（19名）であり、そのうち2種類以上の言動に遭遇していたのは6.0%（6名）で、遭遇した群の31.6%を占めていた。被害に遭遇したことを病院内の相談窓口または上司に話したかについては、19.0%（19名）中話さなかったのは10.0%（10名）、話したのは8.0%（8名）、無回答1.0%（1名）だった。同様に、過去1カ月以上1年以内に4種類のいずれの言動にも遭遇しなかったのは75.0%（75名）、4種類のいずれかの言動に遭遇したのは25.0%（25名）であり、そのうち2種類以上の言動に遭遇していたのは19.0%（19名）で、遭遇した群の76.0%を占めていた。被害に遭遇したことを病院内の相談窓口または上司に話したかについては、25.0%（25名）中話さなかったのは14.0%（14名）、話したのは7.0%（7名）、無回答3.0%（3名）だった（図2）。被害の

種類別・期間・頻度別の集計では、両期間ともにことばによるものが多いという特徴がみられた（表4）。

2. 被害体験と各尺度得点との関連

被害を及ぼした対象・状況と各尺度得点の関連性を検討した。なお調査対象全体（n=100）の中で、改訂出来事インパクト尺度（以下IES-Rとする）が25点以上だったのは28.0%（28名）、GHQ28が6点以上だったのは79.0%（79名）であった。

1) 相手が患者・その家族の場合：被害遭遇の有無と相談の有無

被害に遭遇したか否かに焦点を当て、4種類の言動のどれかについて、過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも被害に遭遇しなかった群（n=21）、過去1カ月以内には遭

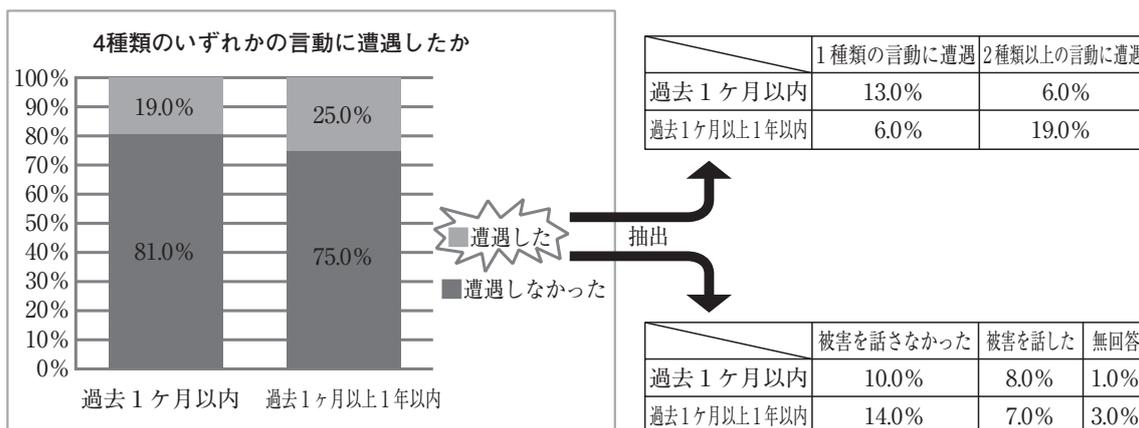


図2. 相手が看護師・医師等スタッフの場合：暴力被害の有無についての集計結果（n=100）

表4. 相手が看護師・医師等スタッフの場合：種類・期間・頻度別の集計結果（n=100） %（人数）

	なかった	1～5回あった	6～10回あった	11回以上あった	無回答
直接的行動	97.0% (97)	2.0% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	1.0% (1)
	95.0% (95)	5.0% (5)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
間接的行動	97.0% (97)	2.0% (2)	0.0% (0)	0.0% (0)	1.0% (1)
	94.0% (94)	6.0% (6)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)
ことば	85.0% (85)	11.0% (11)	2.0% (2)	0.0% (0)	2.0% (2)
	83.0% (83)	10.0% (10)	5.0% (5)	2.0% (2)	0.0% (0)
セクシャルな言動	92.0% (92)	5.0% (5)	2.0% (2)	0.0% (0)	1.0% (1)
	90.0% (90)	4.0% (4)	3.0% (3)	2.0% (2)	1.0% (1)

注) 上段が過去1カ月以内に遭遇した%（人数），下段が過去1カ月以上1年以内に遭遇した%（人数）を示す

遇していないが1カ月以上1年以内には遭遇した群（n=15）、過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも遭遇した群（n=64）の3群を抽出し、分散分析（ $p < .05$ ）を行った結果、どの尺度の得点でも3群間に有意差はなかった（表5）。被害に過去1カ月以内には遭遇したが、1カ月以上1年以内には遭遇していない調査対象者はいなかった。

更に、過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも遭遇した群（n=64）の中から、人数が少なかった50歳代以上を除き、20歳代・30歳代・40歳代の年代別に分けて分散分析（ $p < .05$ ）を行った結果、IES-R得点で20歳代・30歳代と比較して40歳代が低い傾向がみられたものの、全ての尺度の得点でも各年代に有意差は認められなかった（表6）。

被害にあったことを病院内の相談窓口または上司に話したかに焦点を当て、4種類の言動

のどれかについて、過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも遭遇しなかった群（n=21）、過去1カ月以内または1カ月以上1年以内に遭遇したが話さなかった群（n=28）、過去1カ月以内または1カ月以上1年以内に遭遇し且つ話した群（n=17）の3群を抽出し、分散分析（ $p < .05$ ）を行った結果、全ての尺度の得点で3群間に有意差は認められなかった（表7）。なお、質問する期間が違うことで話すか否かの対応に違いがみられたり、この設問に無回答がみられたりした調査対象（n=34）は、分析から除外した。

2) 相手が看護師・医師等のスタッフの場合：被害遭遇の有無

4種類の言動のどれかについて、有効回答の中で過去1カ月以内には遭遇していないが1カ月以上1年以内には遭遇した調査対象

表5. 相手が患者・その家族の場合：被害体験の有無別の各尺度得点の平均値，及び分散分析結果

	IES-R	GHQ28	日本語版MBI			
			情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下	合計得点
被害に遭遇していない群 (n=21)	20.1 (SD=16.3)	13.0 (SD=6.2)	17.0 (SD=4.6)	12.7 (SD=3.9)	24.1 (SD=3.9)	53.8 (SD=10.4)
過去1カ月以内には遭遇していないが、1年以内には遭遇した群 (n=15)	13.4 (SD=19.1)	10.3 (SD=5.9)	15.1 (SD=3.3)	12.1 (SD=4.2)	23.5 (SD=3.3)	50.7 (SD=7.9)
過去1カ月以内にも1年以内にも遭遇した群 (n=64)	17.1 (SD=19.8)	10.3 (SD=5.7)	17.5 (SD=4.7)	13.1 (SD=5.2)	23.6 (SD=4.0)	54.2 (SD=9.6)
F 値	F (2,99)=0.543	F (2,99)=1.720	F (2,99)=1.752	F (2,99)=0.283	F (2,99)=0.114	F (2,99)=0.840

*p<.05

表6. 相手が患者・その家族の場合：過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも被害に遭遇した群の年代別各尺度得点の平均値，及び分散分析結果

	IES-R	GHQ28	日本語版MBI			
			情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下	合計得点
20歳代 (n=16)	20.8 (SD=18.9)	10.8 (SD=6.2)	17.8 (SD=5.3)	13.3 (SD=5.8)	22.6 (SD=4.4)	53.6 (SD=10.8)
30歳代 (n=21)	20.1 (SD=25.7)	9.1 (SD=4.5)	17.7 (SD=4.5)	13.4 (SD=5.4)	22.6 (SD=5.5)	53.7 (SD=8.4)
40歳代 (n=18)	10.7 (SD=13.8)	11.6 (SD=6.6)	17.4 (SD=4.4)	13.6 (SD=5.1)	25.0 (SD=3.0)	56.0 (SD=10.4)
F 値	F (2,52)=1.351	F (2,52)=.890	F (2,52)=.022	F (2,52)=.014	F (2,52)=1.779	F (2,52)=.357

*p<.05

表7. 相手が患者・その家族の場合：被害体験後の行動別の各尺度得点の平均値，及び分散分析結果

	IES-R	GHQ28	日本語版MBI			
			情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下	合計得点
被害に遭遇していない群 (n=21)	20.1 (SD=16.3)	13.0 (SD=6.2)	17.0 (SD=4.6)	12.7 (SD=3.9)	24.1 (SD=3.9)	53.8 (SD=10.4)
被害に遭遇したが、話さなかった群 (n=28)	14.6 (SD=16.4)	11.5 (SD=5.4)	17.6 (SD=4.2)	12.9 (SD=4.6)	23.4 (SD=3.9)	53.9 (SD=8.8)
被害に遭遇し、話した群 (n=17)	20.1 (SD=25.0)	9.0 (SD=5.5)	17.1 (SD=4.8)	13.7 (SD=6.5)	21.7 (SD=5.5)	52.4 (SD=10.5)
F 値	F (2,63)=0.688	F (2,63)=2.335	F (2,63)=0.136	F (2,63)=0.231	F (2,63)=1.579	F (2,63)=0.135

*p<.05

表8. 相手が看護師・医師等スタッフの場合：被害に遭遇していない群と過去1カ月以内と1年以内の両方で遭遇した群の各テストの得点

	IES-R	GHQ28	日本語版MBI			
			情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感の低下	合計得点
被害に遭遇していない群 (n=74)	15.1* (SD=18.4)	10.1* (SD=5.7)	16.7 (SD=4.5)	12.5 (SD=4.8)	23.8 (SD=3.9)	53.0 (SD=8.9)
被害に遭遇した群 (n=18)	26.4* (SD=18.2)	13.9* (SD=6.0)	17.3 (SD=4.9)	13.2 (SD=5.4)	22.6 (SD=4.7)	53.1 (SD=11.9)
t 値 (df)	-2.349 (26.485)	-2.467 (25.005)	-.484 (24.488)	-.474 (23.935)	.983 (22.941)	-.028 (21.846)

*p<.05

(n=7) と、過去1カ月以内には遭遇したが1カ月以上1年以内には遭遇していない調査対象 (n=1) を、人数が少ないため分析の対象から除外した。そして被害に遭遇したか否かに焦点を当て、4種類の言動のどれかに過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも遭遇しなかった群 (n=74)、過去1カ月以内にも1カ月以上1年以内にも遭遇した群 (n=18) の2群を抽出し、t検定 (p<.05) を実施した。その結果、過去1カ月以

内にも1カ月以上1年以内にも遭遇した群がIES-RとGHQ28の得点が有意に高く、GHQ28の各因子と日本語版MBIおよびその下位尺度では有意差はなかった。(表8)。

IV 考察

1. 暴力被害の実態

本研究では、過去1年間に、患者・その家

族からの何らかの暴力に遭遇した割合は79.0%であり、その内容としては直接的行動が最も多く、次いで間接的行動とことばによるものが多かった。三木（2008）によれば身体的暴力は30～70%、言語的暴力20～60%、間接的暴力約8%と報告されており、暴力の定義・概念が研究者によりそれぞれ異なるものの、本研究も同程度の発生率とみることができると考えられる。暴力に遭遇した看護職の9割以上が2種類以上の暴力に遭遇していたことから、患者・その家族から受ける暴力被害が、複合的または多様であることが改めて示唆された。

また他研究でも同程度とはいえ、患者・その家族からの暴力被害の発生率が高いことが本研究でも示された。勿論、互いに異なる考えや感情をもつ人間であり、様々な事情・背景を持ち医療を必要とする患者・その家族を看護するという職務上、全くなくなることは考えにくい。しかし、2002年から2003年に行われた英国の職種別暴力被害率の調査において、看護職は2番目に高い被害職種にあがっており、本研究で「直接的行動」に相当する暴力の攻撃では医師の倍以上の被害率であるように、他職種と比較してかなり高いであろうことがわかる。

その原因として、看護職には「医師のもとで従順に病氣と死と闘う女性」という社会・文化的イメージがあり、患者やその家族と日常的且つ最も身近に接する存在であるため暴力の対象となりやすく、暴力が発生しやすい状況・場面に接する機会が多いことがあげられる。同時に、暴力に対する認識そのものが看護職と患者・その家族の間でギャップがある可能性もあるのではないかと考えられる。近年は暴力や迷惑行為について注意喚起するポスター等が施設内に明示されていることも多く、暴力に対して看護職と患者・その家族の間で共通認識が図られつつある。しかし実際に発生するレベルでの暴力に対する具体的な認識の一致まで至っておらず、それが発生

率を高める一因になっているのではないだろうか。それぞれの暴力について全て網羅することは難しいが、少なくとも病院内で発生しやすい暴力については、より具体的・明確な認識の基準を示す必要があると考えられる。

暴力被害にあったことを病院内の相談窓口または上司に話したかという設問について、被害にあった看護職の半数以上が「話さなかった」としていたことは、病院・管理職側に報告され把握されているよりも倍以上の被害がある実態があることがわかる。報告しない理由は今回明らかにできなかったが、鈴木は看護職として語ることへの強い抵抗感をもたせてしまう精神的動機があること、あまりにも日常的に経験している現象であるための問題意識のなさ、忙しさを理由に穏便にすませようとしてしまう傾向が看護職にはあることを指摘している。被害状況や程度、被害を把握するシステムとしての組織の機能と共にこれらの要因が影響を与えていることが推測され、今後はこれらの要因が看護職の「報告しない意識」にどのように関与しているか明確にし、改善を促していかなければならない。そして、パソコンの端末・書面等を利用した簡便なチェック形式の報告のように、所属する組織や人からの二次被害をおこさないようにしつつ、隠れた被害を組織として如何に把握するかに焦点をあてたシステムを構築する必要がある。

看護師・医師等のスタッフからの暴力に遭遇した割合では、「ことば」によるものが多いという結果が得られた。鈴木は「同僚・上司からの暴力の特徴としては、精神的な行動やいじめが主となっている」と述べているが、それを裏付ける結果であり、同じ「暴力」という表現でも、患者・その家族からのものとはその種類・性質が異なっている可能性を示している。患者・その家族からの場合と比較して全体的に遭遇した割合は低く、被害を受けた側の認識にも左右されるという面

はあるものの、十数%の看護職がことばによる被害に遭遇し、過去1年間では26.0%がことばを含めた何らかの被害に遭遇していたということ、及び、被害を受けた看護職の大半は2種類以上の暴力に遭遇していたことは、重視すべき結果であるといえる。

暴力被害にあったことを病院内の相談窓口または上司に話したかという設問では、半数以上の看護職で話さなかったという回答が得られた。患者・その家族からの場合同様に、やはり約半分は表面化せずに埋もれている実態がある。理由としては、先述のような精神的力動や心理が働いていることがあげられるが、さらに、同じ職場・組織に属している長期的に関わらざるを得ない相手との関係性や組織としての力動を考え、報告しにくいのではないかということも考えられる。仮に、被害に遭遇した側にとって、被害を与えた相手が指導的・指示的立場にある場合では、一層報告しにくさは増すのではないだろうか。江波は「上下関係があるところは高いところから低いところへ水が流れるように、暴力が連鎖してもたらされる²²⁾」と述べているが、看護師・医師等のスタッフ間でも、暴力はより弱い立場のものへ向かいやすいということが容易に推測できる。また、研究者間でも暴力の概念が一定でない以上、スタッフの間でも暴力に対する認識が一定していない可能性が高い。被害を及ぼしたとされる側も自分が発した言動が、暴力や暴力に準じるものになっていると意識しない場合もあると考えられる。このような状況に、「ことば」による暴力は事実として形に残りにくいという特徴も作用し、患者・その家族が相手の場合とは異なった報告のしにくさがあるのではないだろうか。被害をより実態に即して把握するためには、被害を及ぼした相手と受けた看護職の双方のどちらにも依らない第三者的な組織、即ち双方へ公平かつ客観的に対応することが可能な、患者やその家族からの暴力被害を把握

するシステムとは別系統のシステムを構築することが非常に重要となると考えられる。

以上のように、看護師・医師等のスタッフからの暴力被害については、相手が患者・その家族からの場合とは異なり、一層複雑化した要因・構造をもつことが考えられるが、その一方で、詳細な実態やなぜ生じるのかといった原因・要因等が、患者・その家族からの暴力被害以上に曖昧である。まず何を暴力とするかの概念・定義を広く統一し、その上で患者やその家族を対象とする場合と異なった種類・質をもつ暴力であるという認識をもち、被害がおこる機序や要因、構造を明らかにすることが必要と考えられる。それらを明らかにすることは、スタッフからの暴力被害そのものを減少させるための対策としても期待できる。

2. 暴力被害に対する心理的影響

患者・その家族からの暴力に遭遇した場合には、被害の有無や時間の経過、看護職の年代、被害を窓口や上司に話すか否かについて、ストレス反応や神経症的症状、バーンアウトとの関連性を明らかにすることはできなかった。また、看護師・医師等のスタッフからの暴力に遭遇した場合には、被害の有無により、ストレス反応や神経症的症状を生じる傾向が異なることが示唆された。これは大澤・加藤⁵⁾の研究とも一部一致する結果であり、看護職の暴力被害における一つの特徴であると述べることができる。

勿論、直接的な関連性が乏しくても間接的・相互に作用していることは容易に考えられ、両者における暴力の種類・質が異なるであろうことも考慮しなければならない。また、使用した3尺度の全体の得点が高かったため差が出にくかった可能性や、今回使用した各尺度に単に反映されていない可能性もある。しかし、患者・その家族からの暴力被害において、ストレス反応や神経症的症状、

バーンアウトが、被害の有無や時間の経過、看護職の各年代で有意差がなかったことは、これらの要因が直接的に与える影響が低い可能性を示している。少なくとも、患者・その家族からの暴力に遭遇した場合で認められなかったにも関わらず、看護師・医師等のスタッフからの暴力に遭遇した場合において、暴力被害の有無によりストレス反応や神経症的症状を生じる傾向に差があったという点は、看護師や医師等のスタッフからの暴力に遭遇した場合に、より直接的に心理的ダメージを与えられているということを示唆している。

この暴力被害に対する受け止め方が異なる理由としては、看護職は「患者の暴力・暴言を『仕事の一部』として受け入れ²⁴⁾」、患者の怒りのメッセージを理解し援助しようとする方向へ動く⁶⁾という傾向があるため、心理的に葛藤しつつも患者やその家族からの被害について対処可能な技術的・心理的素地がある程度あり実施できること、一方、異なる機序や要因をもつ看護師・医師等のスタッフからの暴力にこれらのスキルは応用できず、より直接的・深刻なダメージを受けているのではないかと考えられる。兼児・石橋らが「一過性の暴力よりも、持続的であり医療者の本質に迫るような暴力は厭世的な感情や喪失感が強まる¹²⁾」と述べているように、患者・その家族との関わりは退院までという一定の見通しがある限定的なものであり、スタッフとの場合は、異動・退職がなければ逃れにくい永続性をもつものであるという状況の差や、それぞれの暴力の種類・質も影響を及ぼしている可能性が高い。これらについては、今後さらに研究を進めていく必要がある。

また、患者・その家族からの暴力において、被害を窓口や上司に話すか否かとストレス反応や神経症的症状、バーンアウトで有意差が認められなかったことについては、「被害を受けたことを報告すること自体は、本人

にとって効果的な対処になっていない」ということを示唆している。報告した後にどのように周囲に対応されたかが、その後の心理的ダメージを軽減させるためにはより重要であると考えられ、二次被害をおこさず如何に心理的ダメージを軽減するか、被害を受けた後の回復過程に合わせたサポート方法等の対策についても、今後検討する必要がある。

V おわりに

本研究では、病院に勤務する看護職の暴力被害の実態を明らかにし、その体験が及ぼす心理的影響について実証的に検討することを目的とした。暴力を与えた相手や暴力の種類ごとに被害の実態やその傾向については明らかになり、暴力に対する認識の統一を図り、被害把握の方法をそれぞれ改善する必要があることが示唆された。その一方で暴力に遭遇する要因の検討は十分ではなく、構造・機序等、多くが明らかにされていない。今後はそれらに焦点を当て、インタビュー等の手法も取り入れて、さらにデータを積み重ねていく必要がある。

VI 謝辞

本研究にご協力くださいました看護部および看護職の皆様、ならびに使用許可を下さった各尺度の作成者・販売元の方々に深く感謝申し上げます。

VII 文献

- 1) 国際看護協会／看護協会（訳）．職場における暴力対策ガイドライン1999年改訂版．看護．2005;57(14):96-104.

- 2) 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．<<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/bouryokusisin.pdf>>． 2009.12.
- 3) 栗田かおる．暴力から看護師を守る職場作りを願って．看護管理．2004;14(6):476-480
- 4) 新幅知子．看護師のための“院内暴力”予防と対応．看護展望．2005;30(13):1447-1450.
- 5) 大澤智子・加藤寛．看護師の職場における被暴力体験とその影響に関する調査研究．心的トラウマ研究．2008;4:69-81.
- 6) 清水房枝，坂口桃子 他．看護師が受ける患者・家族からの暴力，暴言への危機管理．看護管理．2006;16(12):1014-1018.
- 7) 武井麻子．医療福祉の場の暴力 暴力をめぐるさまざまな問題を考える．精神科看護．2004;31(3):10-15.
- 8) 小宮浩美，鈴木啓子 他．暴力による身体的・心理的影響と被害を乗り越える法．精神科看護．2004;31(3):16-23.
- 9) 鈴木啓子．保健医療現場における職場暴力について② 診療科を問わない職場暴力の実態と看護者の課題．臨床看護．2007;33(13):2022-2028.
- 10) 鈴木久子．暴力発生にどう対応するか－対応マニュアルの作成・活用－．看護展望．2005;30(13):1431-1440.
- 11) 友田尋子．特別講演1 隠蔽されてきた看護師への暴力．看護．2009;66-70.
- 12) 兼児敏浩，石橋美紀 他．患者ハラスメントの実態調査とその対策に関する研究．日本医療マネジメント学会雑誌．2009;9(2):399-403.
- 13) Asukai M, KATO H, Kawamura N et al. Reliability and Validity of the Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J) :Four Studies of Different Traumatic Events. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2002;19(3):175-182.
- 14) 飛鳥井望．IES-R (改訂出来事インパクト尺度)．金吉春 (編) 心的トラウマの理解とケア第2版. 312-313. 東京都:じほう;2006.
- 15) 中川泰彬・大坊郁夫．日本版GHQ精神健康調査票<手引>．57-62．東京都:日本文化科学社;1985.
- 16) 田尾雅夫．ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定．京都府立大学学術報告「人文」．1987;39:99-112.
- 17) 田尾雅夫・久保真人．バーンアウトの理論と実際．5-112．東京都:誠信書房;1996.
- 18) 久保真人．バーンアウトの心理学．1-61．東京都:サイエンス社;2004.
- 19) 三木明子．医療現場で看護師が受ける患者からの暴力の実態．産業精神保健．2008;16(1):43-46.
- 20) 坂口桃子・作田裕美．病院で発生する暴力－いま病院で何が起きているのか－．看護展望．2005;30(13):1425-1430.
- 21) 鈴木啓子．診療科を問わない職場暴力の実態と看護者の課題．臨床看護．2007;33(13):2022-2028.
- 22) 江波戸和子．職場暴力への対応－職場暴力防止のプログラムを導入して－．臨床看護．2007;33(13):2029-2033.
- 24) 小澤淳子．スタッフへの身体暴力の実際と予防的取り組み．こころのマネジメント．2007;10(4):34-39.