

《そ の 他》

## 精神科病棟において患者-看護師間に発生している対立場面の考察

### — 対立が発生する場所・時間・内容について —

岡 田 実<sup>1)</sup>

**要旨：**患者-看護師間の対立が高まって暴力が発生する場面がある。本稿は精神科病棟において暴力を未然に防止するために、患者-看護師間に発生している対立場面がいつ、どこで、どのようなことをめぐって発生しているのかを明らかにしようとした。

病棟内で発生している患者-看護師間の対立場面を調査した結果、病室では76%が看護師による病室訪問・与薬・小遣金の授受をめぐって、デイルームでは75%が看護師による患者間のトラブルへの介入・拒薬をめぐって、ナースステーションでは92%が患者の私物の管理・約束事・行動制限・苦情の申し立て・治療や管理をめぐって発生しており、その多くが患者への援助場面で発生していることが明らかとなった。

このことから、病棟で発生しやすい患者-看護師間の対立を看護師が事前に承知することによって、援助場面で患者との対立や衝突を慎重に回避する可能性が示唆された。

**キーワード：**精神科病棟、患者-看護師間の対立、対立が発生する場所・時間・内容

#### 1. はじめに

かつて川村（2002）は、精神科病院から収集された暴力に関するヒヤリ・ハット事例を検討し、300床以上の精神科病院6施設で発生した重大な40事例を分析した。その結果、暴力が発生している場面を9つに分類しながら、精神科臨床には暴力が発生するリスク要因が広範囲に潜在していることを明らかにした。精神科臨床で実際に発生している暴力の事例を紹介し、発生状況を分析したのはこれが初めての試みであるとともに、こうした事実は一般医療関係者にも衝撃を与えた。

その後、医療現場での暴力が精神科病院に限定的に発生しているのではなく、医療機関の全体、あるいは福祉施設の一部に広がっている現象であることが明らかになった。そのもとになった調査が日本看護協会（2004, 2006）による調査報告、読売新聞（2007）による全国の大学病院を対象とした実態調査、さらに全日本病院協会（2008）による中規模病院を対象とした調査報告である。これらの報告は、医療従事者が暴力

に曝されているという事実が、精神科病院に限られた現象ではないことを示している。

精神科病院に限らず、医療従事者が患者やその家族らから暴力被害を受けている現実に鑑み、厚生労働省は医療機関が抱える暴力を含む各種リスクの安全管理体制の整備を促した。その結果、各医療機関では安全確保措置をまとめた「医療安全対策マニュアル」に「院内暴力対応マニュアル」を整備するようになった。しかし、マニュアルを整備することと、暴力が発生した場面に首尾よく対処できることは別次元のことである。「院内暴力対応マニュアル」をとっていても、策定したマニュアルを改訂する作業を怠ったり、集積された事故やインシデントの分析と並行してマニュアルの継続的な改訂に取り組むなど、暴力に対処する医療機関の態度はまちまちである。この隙間を縫うように、今この瞬間にも医療現場では暴力（言葉による暴力や身体損傷を伴う暴力、セクシュアルハラスメントなど）が発生しているのである。

筆者（岡田, 2008, 2011）は、精神医療の現場で患

1) 弘前学院大学看護学部

連絡先：岡田 実 〒036-8231 弘前市稔町20-7

Tel: 0172-31-7179, Fax: 0172-31-7101 (代表) E-mail: okada@hirogaku-u.ac.jp

者－看護師間に生じる対立と暴力を解決する方策として、国内で実施されている身体抑制技術に関するトレーニングプログラムの有効性が確かめられていないことを明らかにした。また、精神医療現場での暴力の問題とは、サービス受給者と医療従事者間のコミュニケーションスキルを中心とした援助の質と関連した問題であることも指摘した。

本稿は、精神医療の現場で発生し、暴力に転化する可能性のある患者－看護師間に発生している対立場面が、「いつ、どこで、どのようなこと」をめぐって発生しているのかを明らかにしようとした。病棟内で発生している患者－看護師間の対立場面を時間・場所・内容の3つの切り口で明らかにすることによって、発生しやすい対立場面を回避（あるいは解決）し、暴力への転化を避ける手立てになるのではないかと考えたからである。

## 2. わが国および欧米における精神科病院の暴力防止対策について

精神医療がかつて幾多のリスクに対処してきた経験を有しているとはいえ、暴力への対処策や防止策に万全の態勢が確立されているとはいえない。転倒・誤薬・離院・自殺などの事故に翻弄されながら、相変わらず精神科看護師が高い頻度で患者の暴力に曝されている実態がある。田辺（2009）による某県下の精神科病院を対象とした最近の調査では、精神科看護師の94%が身体的暴力と言葉の暴力に、78%がセクシュアルハラスメントに遭遇した経験があると報告している。精神医療の現場では、依然として暴力を防止する有効策を探しあぐねているかのようである。

暴力への対処や予防をテーマとする技術研修の真の有効性とは、参加した精神科看護師の所属する臨床現場において、暴力をめぐるインシデント報告の増加（あるいは減少）とアクシデント件数の減少によって評価されるべきものである。先に述べたように、従来行われてきた研修プログラムは、研修直後の参加者の満足度調査によって研修の有効性を評価しようとしてきたが、これは暴力への対処と予防の有効性を評価する指標にはならない。暴力が発生している現場とは、患者－看護師間が置かれた状況そのものである。研修プログラムに満足することと、臨床現場で暴力を回避できることは別問題なのである。

英国ではNHS内に発生している暴力件数を減らすという観点から、人々の健康と安全問題のマネジメント向上を目的に早くから各種の訓練プログラムを実施している。NHS Security Management Service(2010)によると、特に2004/2005年には、NHSの全スタッフを対象に身体的及び非身体的介入技術を用いた暴力のマネジメントと予防を目的とするプログラムが展開され、2007/2008年にはNHS従事者に対する訓練プログラムに260万ポンド（3億2,604万円、1£：125.4円換算、2011年10月）の経費が投入されている。

しかし、Richterら（2006）の文献検討によると、1976～2004年の間に発表された欧米文献で、患者の攻撃性をマネジメントする訓練プログラムに関する研究39件を検討した結果、訓練プログラムに参加することでスタッフが攻撃場面に対応する知識や主観的感覚を高めていても、必ずしも病棟での攻撃インシデント率の減少につながっていないことを示唆した。また、客観的なインシデント率の増減でプログラムの有効性を検討するのではなく、アンケート調査だけでプログラムを評価する研究の中にプログラムの肯定的な結果を導き出しているものが多いと報告されている。さらに、Bowersら（2006）英国の研究者は、国内で広範囲に実施されているPMVA（Prevention and Management of Violence and Aggression）プログラムの有効性について、攻撃的インシデントの増加が訓練コースへの参加を促進することはあっても、訓練コースへの参加が暴力を減少させているという根拠はなく、むしろスタッフが訓練コースに参加し病棟を留守にする結果、病棟では有意に身体的・言語的攻撃が増加していると指摘している。

以上のように、英国では早くから医療現場で発生する暴力の問題に向き合い、国策として予算措置も行って訓練プログラムを実施しているが、その有効性は確かめられていないのが現状のようである。しかし、無策なままでいいはずはなく、医療における暴力問題への対処策を有効にするには、身体による抑制訓練プログラムに重きをおかない方法が考えられていかななくてはならない。

## 3. 精神科看護師が患者の暴力に対処する効果的な方策とは

以上に述べた知見は、研修プログラム参加者への満

足度調査が肯定的であったとしても、参加した看護師の所属する病棟のアクシデントやインシデント件数の減少とは直接にはつながっていないことを指摘している。暴力の発生を抑制する実効性を伴っていないということである。患者の暴力に対して実効性を確保するには、精神科看護師の足元（病棟）で発生しているアクシデントやインシデント事例の状況分析が避けられない。

精神科閉鎖病棟をフィールドに行ったNijmanら（1997）による実験研究の結果は貴重であると筆者は考えている。コミュニケーションスキルを用いた5つの介入法が、インシデント件数を減少させることができるかどうかをテーマとした実験であった。結果、実験病棟と対照病棟のいずれもインシデント（言語的・身体的攻撃を含む）件数が減少し、双方に有意差が認められなかったことから、介入効果の有意差が確かめられなかった。しかし、Nijmanらはその原因を「スタッフが暴力のエスカレーションの早期兆候に警戒し、よりタイムリーに言語的介入を行ったからである」とし、実験病棟で測定されたインシデント件数の減少の中に実は「実験による介入効果が隠されている」（p.697）と結論づけた。すなわち、インシデントに留まっているうちに介入を効果的に実施できれば、暴力への進展をくい止めることができることを示唆しているのである。

このようなNijmanら（1997）の実験研究は、精神科看護実践に重要な問題を投げかけている。すなわち、精神科病棟単位でインシデントやアクシデントを集積させ、患者と対立しやすい場面や暴力に進展しかねないリスク要因をスタッフ全員が事前に承知しておくことによって、暴力につながるリスクが逡減できることを示唆しているからである。したがって、精神科病棟のどのような場所で、いつ、どのようなことをテーマに患者－看護師間に対立場面が生じているのかその全体像、また、その対立が暴力に転化する状況要因は何かについて、看護師のみならず他の医療従事者とも共通理解と認識を得ることが重要なのである。

#### 4. 精神科病棟のどこで・いつ・どんな対立場面が発生しているのか

筆者ら（菅原、岡田、2010a,2010b）は、精神科病棟で発生する患者－看護師間の対立場面67件を分析し

た。その結果を標準的な精神科病棟の平面図に表示すると、図1のようになる。このような視覚化表示は、精神科病棟のどこで・いつ・どんな対立場面が発生しているのか、すなわち、発生している対立場面の場所・時間・内容を俯瞰できるというメリットがある。

図1に示したように、対立場面が発生した場所として病室（21件、31%）、デイルーム（16件、24%）、ナースステーション（12件、18%）、廊下（11件、16%）、保護室（2件）その他（5件、喫煙室・車中・面会室・浴室・トイレが各1件）があげられた。病室・デイルーム・ナースステーション・廊下だけで60件の対立場面が見られ全体の約90%を占めていることがわかる。

対立場面が最も多く見られた病室では、患者の病状が変化して幻覚妄想状態等の急性期症状を呈した場面が7件、与薬の際に拒薬に遭遇した場面が5件、小遣金の不足をめぐる場面が4件、合計16件が病室で発生し対立場面の76%を占めている。病室では病状観察を兼ねた看護師による病室訪問、与薬、小遣金授受の場面を背景に患者－看護師間に対立が発生していた。

デイルームでの対立場面は、患者同士のトラブルに看護師が介入した場面が7件、デイルームでの与薬中に拒薬に遭遇した場面が4件、隔離室からの時間開放中の患者とのトラブルが1件、合計12件がデイルームで発生した対立場面の75%を占めている。デイルームは患者が集う空間であり、病院によっては患者が集合し与薬を受ける場所でもある。こうした事情を背景に患者－看護師間に対立が発生していた。

ナースステーションでの対立場面は、患者の私物管理や患者個々の約束事などの取決めをめぐる対立場面が6件、退院の見通しについて看護師と応答する場面が3件、看護師の態度に対する苦情の申し立てをめぐる場面が2件、合計11件がナースステーションでの対立場面の92%を占めている。ナースステーションは患者が自由にいつでも往来できる空間ではなく、入退室を明確にすることが求められる管理区域であることが多い。患者の私物管理、約束事、行動制限、苦情の申し立て、退院など、治療や管理に関わることを背景に、患者－看護師間に多くの対立が発生していた。

廊下での対立場面は、安静度の違反、唐突な退院の要求、看護師による服薬確認を逃れようとする行為、着衣の拒否など、患者と看護師が共に移動しながら、あるいはすれ違いながら看護師たちは患者の多種多様な要求に遭遇し対応していることがわかる。発生した



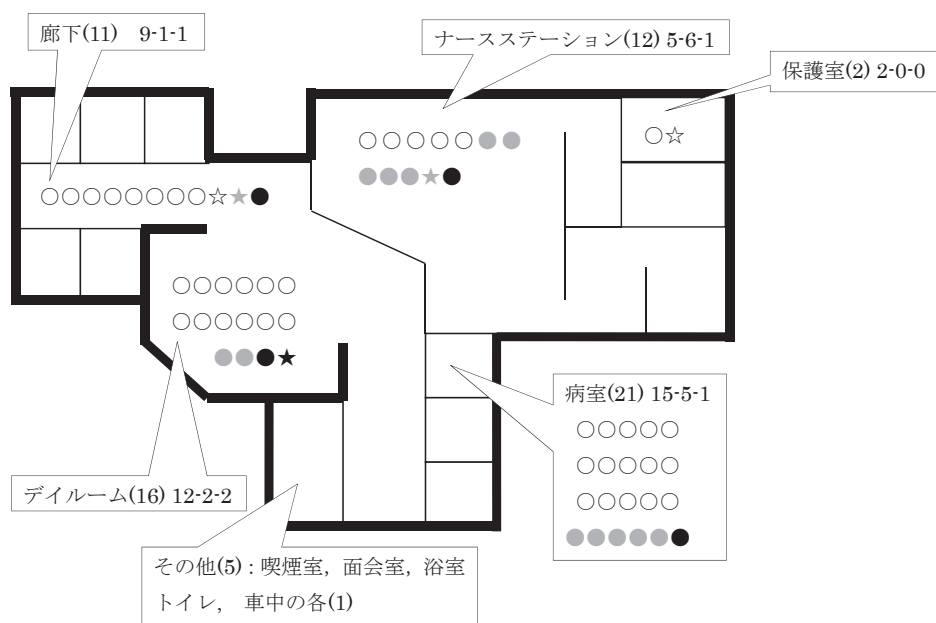


図1 標準的な精神科病棟の構造において患者－看護師間に発生した対立場面の場所と時間帯

(図は病棟の標準的な構造を模式化したものである。○印の数は対立場面の件数を示し、☆印は身体的暴力に進展した対立場面の件数を示している。○は日勤帯、●は準夜帯、●は深夜帯を示し、X-Y-Zの数字の並びは、日勤帯－準夜帯－深夜帯で発生した対立場面の件数を示している。)

身体的暴力5件のうち2件がこの「廊下」で発生していた。

このように患者－看護師間の対立場面の多くが、両者の相互作用が展開される援助場面で発生していることがわかる。したがって、病状変化、服薬、行動制限、退院、金銭管理、私物管理など、精神医療の管理的側面が患者－看護師間の対立場面の背景になっていることを知り、患者個々に理解や協力を促す説明に慎重に配慮する姿勢や態度が求められる。また、高いリスク状態にある事例では、看護師が単独で対応するのではなく、援助に複数の看護師が対応することで暴力に転化するリスクを減らすことができることを示唆している。

患者と看護師が援助場面をめぐって対立する光景は、決して稀なことではない。この対立が衝突に進展した結果、看護師が患者から暴力を受けるリスクは常にある。援助を提供する場面での対立から暴力に至るリスクは、看護師であれば誰でも負っている。こうした対立局面を解決することで衝突を慎重に回避できるかどうか、看護師にとって暴力への重要な対処策になる。Nijmanら(1997)の実験研究に見られた介入法は、患者との間に生じやすい対立の要因を分析し、患者－看護師間に衝突が生じやすい場面として治療手

続き、病棟規則、行動制限などの場面を抽出し、事前に適切な情報提供を行うことによって暴力のリスクを減じようとする試みだったのである。

先の川村(2002)は、重大な暴力が発生した場面を表1のように9つに分類している。救急・急性期状態にある患者に入院告知、保護、隔離など、入院直前あるいは入院中に強いられる行動制限が適用される場面に暴力が多く発生していることがわかる。その他、救急・急性期状態を脱した時期においても、「呼びかけ、注意、説得」など看護師の応対が原因で暴力が発生していることがわかる。また、安永(2006)による研究では、暴力を受けた経験のある看護師158名を対象に、暴力に至った引き金と種類を「看護師の働きかけが引き金となった暴力」「行動制限が引き金となった暴力」「患者の問題が引き金となった暴力」「引き金は何だか分からない暴力」の4つに分類している。このうち「看護師側からの働きかけが引き金となって発生した暴力」の要因に、看護師から患者に対する「注意・促し・呼びかけ・説明・説得」をあげている。この研究においても、患者－看護師間の援助関係や具体的な援助場面に多くの対立が生じていること、そして、対立が解決されなければ暴力に転化する可能性を示唆している。

表1 40件の重大な暴力事例が発生した9つの場面（川村，2002）

精神科看護師が報告した患者から医療者への重大な暴力40事例の場面\*

1. 離院，保護室からの脱出行動，入院拒否による暴力（7）
2. 保護室患者の暴力（6）
3. 呼びかけ，注意，説得が引き金となった暴力（5）
4. 業務・対応へのイライラによる暴力（4）
5. 妄想対象への暴力（4）
6. 妄想・幻聴の激しい患者の暴力（3）
7. 環境変化による不安定期の患者の暴力（2）
8. 医療側への不満による暴力（1）
9. 抑制しようとしたときの暴力（1）
10. 不明（7）

\*川村（2002）の論文の内容をもとに筆者が表に構成したものである。

表2 突然後方から攻撃を受けた事例について

事例	■患者：女性，統合失調症，60歳代 ■看護師：女性，30歳代 ■場所：廊下，準夜勤
場面と状況	女性患者同士が病棟の新聞の貸し借りをめぐって口論になった。それを見ていた別の患者が看護師に連絡し，看護師が現場に急行した。すると患者は困惑し言葉では疎通がとれない状態だった。看護師は患者に「一緒にナースステーションに行こう」と促し，視線の方向をナースステーションに向けて歩き出した。その時，患者は看護師の後方からついてきたが，途中でいきなり看護師の背後から看護師に組みかかってきた。それを見ていた他の看護師が緊急ブザーを押し，応援に駆けつけたスタッフが患者を看護師から引き離した。患者は医師の診察を受けた後，注射処置のうえ隔離された。
解釈	この患者は新聞をめぐる口論によって緊張が高まり，被害感情や被害妄想の影響が強まり困惑を呈していた可能性がある。この場面で看護師は患者に抑えつけられてしまった。数日後，落ち着いてから患者から謝罪の言葉が聞かれた。
教訓	困惑，緊張状態にある患者との距離のとり方に注意したい。疎通が取りにくい状態の患者の場合，看護師単独でのアプローチは難しいと思った。

この事例は菅原，岡田（2010b）による看護師を対象にしたアンケート調査の自由記述欄から構成したものである。

## 5. 暴力への対処や予防は援助スキルの基本原則で充分か

筆者ら（菅原，岡田，2010ab）の調査では，精神科看護師が経験した患者との対立場面について，どのようなことをめぐっての対立なのか，対立場面の具体的な様子，そのときの患者の言い分，看護師の受け止め方と具体的な行動，対立場面がどのような結果になったのか，これらの点について具体的な記述を求めている。また，対立場面が解決に至ったのか，それとも解決されず事態が悪化する結果になったのかについて記述を求めている。これは解決に至った事例，解決に至らなかった事例を分析し，それぞれの結果に至った要因を，適用されていた援助スキルと共に考えようと意図したものである。

精神科病棟全体を標準的に俯瞰した図では，精神科病棟の「廊下」で2件の暴力が記録されていた。この

うち，突然後方から攻撃を受けた事例（表2参照），すなわち，対立場面が解決されず悪化する方向に進展した事例を検討してみたい。言うまでもなく，暴力は環境・患者・スタッフなどの複雑な要因を原因に発生し，時と場合によっては回避するどころか防御すらできない場合もある。

この事例は暴力を受ける場面が看護師によって要領よく説明され，意義ある教訓も引き出されており，これ以上言及の余地がないように思われる。看護師が患者をナースステーションに誘導しようとしたのは，興奮した患者の気持ちを静めるために，冷静になることができる環境を患者に提供しようとしたものであって，多くの精神科看護師が適用しているスキルである。しかし，この事例では患者間のトラブルに介入した看護師が逆に攻撃を受ける結果となり，緊急アラームによって迅速に応援を要請し，速やかに医師の診察につなげ鎮静処置をとり，患者・看護師双方に外傷もなく

場面は収拾されるに至った。悪化した事態ではあっても、事後が首尾よく対処されている事例でもある。看護師であればこのような場面で何をしようとするのか、自分自身をこの事例と同じ場面に置いてみることは意義深いことである。

病院では安全管理委員会がこうしたアクシデントやインシデントを検討している。暴力が発生した場面を検討し、暴力や攻撃を受けた当事者が、看護師として『すべきこと』の何が抜け落ち、『してはならないこと』の何をしてしまったのかという観点で点検（場合によっては「原因（犯人）探し」）される。表2の事例に対し「看護師が患者をナースステーションに誘導しようとした際に、患者に背を向けたために攻撃される隙をつくった」と指摘する安全管理委員がいるかもしれない。場面の複雑な要因を解きほぐす状況分析や真の教訓を手に入れるには、この委員はなぜ隙をつくる結果になったのか誠実に検討しなくてはならない。

先の事例は模範的に報告され、これ以上検討の余地がないように思われるが果たしてそうだろうか。看護師がこのような場面に比較的に広く適用される介入戦術をとったのに、なぜそれが効果的でなかったのだろうか。この部分に焦点が当てられなければ、看護師の抱える疑問は解決されないままになってしまう。

## 6. 事例検討を通じた看護経験の蓄積へ

この場面の鍵は、看護師が患者をナースステーションに誘導しようとした部分である。看護師は他の患者たちで混んでいるデイルームではなく、静かなナースステーションに場所を変え、患者からじっくり事情を聴こうとしたに違いない。この途中で患者はなぜ背後から抱きついたのか（看護師を攻撃しようとしたのかどうか）、また、看護師はなぜ患者に背を向けることになったのか、患者に声をかけナースステーションに誘い患者に背を向けてからのわずかな時間に、患者－看護師間にどんなことが進行していたのかが焦点になる。

伝統的な精神科看護実践の基本原則（鉄則）に、「看護師は頭の後ろにも目をつけておかななくてはならない」というのがある。だとすれば、看護師が背後から暴力を受ける結果になったのは、「興奮している患者に無防備にも背中を見せた看護師の未熟さ」に原因があったのだろうか。

暴力が発生した現場を起点に、そこから遡って関連する原因を検索するという線形的な方法では、暴力の発生現場に生じた患者や看護師の認知・感情・行動のすべては解明されない。先にも述べたように、現場はさまざまな要因が複雑に入り組み原因を構成しているため、伝統的な看護実践の鉄則だけを当てはめたのでは、解釈は一面的にならざるを得ない。確かに看護師が患者に背中を見せた瞬間が、患者の攻撃を誘発することにつながったのかもしれない。患者は背後から攻撃するために、看護師が背中を見せるタイミングを患者は狙っていたのだろうか。事態の複雑さを考えると、攻撃する者と攻撃を受ける者との間の「狙う－狙われる」という関係の解釈は単純すぎる。看護師がナースステーションに誘導するためにかけた声が、看護師の意に反して患者には「事態の責任を問う責めの声」に聞こえていたのかもしれない。

事例の解釈の中で看護師は、「新聞の貸し借りをめぐる口論によって緊張が高まり、被害感情か被害妄想の影響が強まって困惑を呈していた可能性がある」と述べている。看護師は自分が攻撃の対象となった原因を、患者の「誘導された後に待っていること」への被害感に求めようとしている。患者は他患者と言い争いながら、自我境界に脆さが増し困惑を強めたという解釈も成り立つ。患者は言い争いをした他患者とのいきさつから始まり、現場での言い争いのプロセスを経て、自己コントロールが難しくなる方向にどんどん病状を悪くしていったのであろう。このような患者に対して看護師は、今度、同じような場面に遭遇したときに自分自身が心がけたい対処の基本原則として、「疎通の取りにくい患者とは距離に注意し、看護師単独のアプローチを避ける」という教訓を引き出している。

このように考えると、伝統的な精神科看護実践の基本原則は「後頭部にも目がついているかのように常に周囲を警戒せよ」ということではなく、「対象となる患者の病状変化が見極められるように患者への視線を外すな」ということになるはずである。事例の当事者となった看護師は、患者に背中を見せたことではなく、視線を外してしまい患者の表情から観察できる病状変化を見失ったことを悔いているのではないだろうか。したがって、疎通が取りにくい患者には距離をとって、一部ではなく全体を視野にいれるようなまなざしを使って患者を視界に入れて置くということ、それができず一旦視線を外さなくてはならない場合には、看



護師単独ではなくもう一人の看護師の視線に協力を得る、というのが教訓になっていくのである。

かつて筆者（岡田，2010，2011）が、攻撃を受けた看護師の語りからその場面を俯瞰し状況変化を再構成する手法を用いたように、場面のあらゆる現象を、あり得ることとしてありのまま受け止めるには、看護師自身の語りを待たなくてはならない。この語りを通じて、複雑な場面のありのままの理解が可能になるように思われる。ありのままを辛抱強く説明しようとするか、あるいは二度と思い出したいこととして封印するかは、看護師が苦々しい経験を貴重な看護経験として獲得できるかどうかの分岐点となる、すなわち、看護師個々の心に深く刻まれ、看護の予測や見通しを立てる際の基盤となる「範例」（Benner，2006）として内面化できるかどうかの分かれ目がある。

この事例の看護師は、後に「精神科の看護師をこのまま続けていけるのか自信をなくした。自信をなくした時のサポートも欲しいと思った。」と語っている。臨床経験の年数とは関係なく、暴力に遭遇した精神科看護師たちの多くは傷ついている。看護師の配置換えや患者の転棟や転院などにより、暴力が発生した現場から被害を受けた看護師を完全に分離してしまうプランは、必ずしも本人の納得のいくサポートとはいえないという報告（久保・則村，2011）もある。また、安永（2006）は精神専門看護によるコンサルテーションの体制を整え、陰性感情なども含めて同僚に相談できる病棟の組織文化の必要性を述べている。暴力被害の程度によってはプランを変える必要もあるだろう。しかし、言葉による暴力（暴言）が身体的暴力に比べ身体に侵襲がないからといって、必ずしも被害が軽いとはいえない。場合によっては心理的侵襲が看護師の傷を深くしている場合もあるだろう。

このように暴力被害を受けた看護師のサポートは大変難しい側面がある。さらに、自身の看護人生の中で暴力を受けた外傷体験とどのように向き合うことができるかという問題が看護師に残されるため、問題を一層難しくしている。しかし、筆者は暴力被害を乗り越えるのはその看護師自身であり、自分自身が語り始めることによって乗り越えるのプロセスが始まっていくことを強調したい。この問題は本研究の範疇を超えているため別の機会に譲るとして、暴力被害を受けた看護師は病院組織で護り、決して一人にせず同僚の誰かが心理的に寄り添う環境づくりが必要であることを指摘

するにとどめる。

## 7. おわりに

本稿は精神科病棟の一般的な構造図に、病棟内で発生している患者－看護師間の対立をその「場所」「時間」「内容」別に表示し検討した。67件のデータは3医療法人の精神科病院に従事する看護師からのデータであるが、退院促進の途上にある国内の平均的な精神科病院の傾向、それも慢性期病棟を反映している。思春期病棟や認知症病棟単独では、おのずとこれらとは内容の異なった対立場面が集積されるだろう。この67件のデータは見方を変えれば、平均的な精神科病院で発生しているインシデントを集積したものと考えることができる。

精神科病院が単独で院内のインシデントの相当数を集積し、分析することには困難が伴う。本研究で得られた対立場面の場所・時間・内容についてのデータは、日常的な看護場面の患者－看護師関係に発生するインシデントの要因を見直す契機になるだろう。また、病棟で発生しやすい患者－看護師間の対立を看護師が事前に承知することにより、看護援助場面において患者との対立や衝突を慎重に回避する可能性が示唆された。

精神科看護師が今手にできる暴力への対処策を、次のように要約することができる。

- 1) 身体的暴力を報告するアクシデントレポートだけでなく、侮蔑的・攻撃的・挑発的・脅迫的な言葉による暴力、猥褻な言動や身体的接触を迫るなどのセクシュアルハラスメントに関連するシンシデントを、軽視せずに報告しこれらを集積すること。
- 2) 日々、病棟全体の暴力や攻撃に関するリスクを口頭で報告し合い、スタッフ間の共通理解と認識が得られるように情報を集約すること。
- 3) 身体的暴力やインシデントに留まっている患者－看護師間の対立場面が、いつ（時間）・どこで（場所）・どのようなことが（内容）・どのように（形態）発生しているのか、その現状分析を病棟や病院単位で定期的に行ない、リスク全体を俯瞰するとともに防止策に有効な具体策をとること。
- 4) このような現状分析に基づき、対立場面の解決に有効な治療環境を患者とともに考える機会をつくること。

5) 身体抑制術を中心とした技術研修プログラムを過大に評価せず、足元の臨床現場に立脚して具体的な事例を用いて、原因追求型ではなく経験を共有し深め合うことに重点をおいた事例検討を定期的に行うこと。本稿で言及したい要点は以上の5点である。

以上のような環境を整え暴力を予防するということは、どのようにすれば患者に安心と安全に基づく治療と看護を提供できるのかという問題、あるいは看護師や他の医療従事者にどのようにすれば安全な職場環境を提供できるのかという問題、すなわち、精神科治療と精神看護の質をどのようにすれば確保できるかという、総じて治療と看護の現場に求められる安全文化の問題でもある。今後は、さらに具体的な対立場面を収集・分析していくことが求められている。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただいた精神科看護師の皆様へ心から感謝申し上げます。なお、本研究は文部科学省平成23年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金（基盤研究（C）））課題番号（23593468）の助成を受けたものである。

## 文 献

- 1) Benner P. (2005) / 井部俊子監訳 (2006), ベナー看護論; 初心者から達人へ (新訳版), p.255, 医学書院, 東京
- 2) Bowers L., Nijman H., Allan T., Simpson A., Warren J. & Turner L. (2006). Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatric Services* 57(7), 1022-1026
- 3) 川村治子 (2002), 看護師が報告した精神病院・病棟における患者の暴力; 暴力に関するヒヤリ・ハット事例を分類して, 精神看護, 5(4), 36-40
- 4) 久保恵・則村良 (2011). 精神科病棟で暴力を受けた看護師の上司から受けたサポートと期待するサポート, 日本精神保健看護学会, 第21回総会・学術集会抄録, 114-115
- 5) NHS Security Management Service: Cost of violence against NHS staff; A Report Summarizing the Economic Cost to the NHS of Violence Against Staff. 2007/2008 <[http://www.nhsbsa.](http://www.nhsbsa.nhs.uk/SecurityManagement/Documents/SecurityManagement/2007_2008_Cost_of_Violence_Against_NHS_StaffFINAL.pdf)

- [nhs.uk/SecurityManagement/Documents/SecurityManagement/2007\\_2008\\_Cost\\_of\\_Violence\\_Against\\_NHS\\_StaffFINAL.pdf](http://www.nhs.uk/SecurityManagement/Documents/SecurityManagement/2007_2008_Cost_of_Violence_Against_NHS_StaffFINAL.pdf)>[2011, Oct, 31]
- 6) 日本看護協会 (2004), 保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査
- 7) 日本看護協会 (2006), 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
- 8) Nijman H., Merckelbach H., Allerts W. & Campo J. (1997). Prevention of Aggressive Incidents on a Closed Psychiatric Ward. *Psychiatric Services* 48(5), 694-698
- 9) 岡田実 (2008). 暴力と攻撃への対処: 精神科看護の経験と実践知, すびか書房, 和光
- 10) 岡田実 (2011). 暴力のリスクを減らすために臨床で精神科看護師ができること, (所収: 阿保順子編著, 回復のプロセスに沿った精神科救急・急性期ケア, 精神看護出版, pp.81-92, 2011)
- 11) 岡田実 (2010), 患者からの暴力被害を乗り越え看護主体を再構築する精神科看護師の経験; 添い寝のエピソードに焦点をあてて, 北海道医療大学看護福祉学会誌, 6(1), 77-80
- 12) 岡田実 (2011), 患者の攻撃性と向き合うことを可能にする精神科看護師の主体条件: 興奮の de-escalation に焦点を当てて, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 7(1), 79-84
- 13) Richter D., Needham I. & Kunz S. (2006). The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: A systematic Review. (in : Richter & Whittington : Violence in Mental Health Settings; causes, consequences, management. 211-227, Springer, New York, 2006)
- 14) 菅原大輔, 岡田実 (2010a), 精神科臨床における患者-看護師間の対立場面の広がりとその構造に関する研究, 第41回日本看護学会学術集会 (精神看護), pp.102-105
- 15) 菅原大輔, 岡田実 (2010b), 精神科において患者-看護師間に生じている対立の様相, 第17回日本精神科看護学会専門学会, pp.164-168
- 16) 田辺友理子 (2009), 精神科看護師が患者から受ける暴力の経験と報告に関する認識, 岩手県立大学看護学部紀要 11(1), 13-22
- 17) 安永薫梨 (2006), 精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力の実態とサポート体制, 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 96-103
- 18) 読売新聞 (2007), 横暴な患者に病院苦悩 (全国47都道府県の大学病院79施設を対象に2006年1年間に経験された暴言と暴力の調査, 8月19日付)
- 19) 全日本病院協会調査 (2008), 病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 (報告書) <<http://mhlw.go.jp/topics/2004/09/do/tp0902-1a.pdf>>[2006, June, 10]



## PATIENT-NURSE CONFRONTATIONS ON A PSYCHIATRIC WARD: PLACES, TIMES, AND CAUSES OF CONFLICTS

Minoru OKADA<sup>1)</sup>

**Abstract:** In some cases, violence from patients is attributed to worsened patient-nurse relations. With the aim of preventing violence on psychiatric wards, the present study examined when, where, and why conflicts occurred between patients and nurses.

According to the results of a survey of patient-nurse confrontations on a psychiatric ward, the majority of the conflicts occurred while nurses were providing patients with support or nursing care: 76% of the conflicts in patient rooms were related to room visits by nurses, medication, and the provision and acceptance of allowance; 75% of the problems in the day room were associated with interventions to patient-patient conflicts by nurses and the refusal of medication; 92% of those in the nurse station were related to the management of patients' personal belongings, promises, restrictions on their behaviors, complaints, and treatment and patient management.

Patient-nurse confrontations often occur in nursing care settings on hospital wards. It is important for nurses to increase their awareness of these conflicts to prevent them.

**Key words:** psychiatric ward, patient-nurse confrontations, "places, times, and causes of conflicts"

---

1) Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University, 20-7 Minorichou, Hirosaki, Aomori Pref., 036-8231, Japan  
TEL: 0172-31-7179 FAX: 0172-31-7101  
E-mail: okada@hirogaku-u.ac.jp