名桜大学紀要14号　6-30(2009)

患者からの攻撃的行動に対する効果的看護実践の検討

—精神科看護経験を有する熟練看護師への面接調査より—

鈴木啓子[1)]、石野麗子[2)]、永田美和子[1)]、大城凌子[1)]、森田恵子[1)]
石川幸代[1)]、金城祥教[1)]、安和やよい[1)]

1) 名桜大学人間健康学部看護学科、2) 聖隷クリストファー大学看護学部

要旨

近年、医療機関において患者から看護師が攻撃や暴力を受けるリスクが高まっている。患者からの攻撃や暴力は看護師の職務満足の低下、抑うつ、離職に関係することが指摘されているが、多くの場合、「し方のないこと」「仕事のうち」と臨床現場では充分な検討がされていない。本研究の目的は、医療機関を利用する患者による攻撃的行動に焦点を当て、患者、看護師双方の安全および安心感を確保する効果的看護実践を明らかにすることである。精神科看護経験を含む看護臨床経験を5年以上有する熟練看護師8名を対象に半構造的面接調査を実施し、内容を質的に検討した。その結果、患者からの攻撃的行動の深刻さに合わせて、①入院直後の不安や混乱を緩和する予防的実践、②攻撃的行動のエスカレーションを防ぐ実践、③患者看護師双方にとっての危険防止のための実践が行なわれていた。また、いずれの段階にも一貫して④継続的な心身の状態のモニタリング、⑤心身の状態を整える看護実践が行なわれていた。以上の看護実践には精神科看護における危機予防的看護実践技術が応用されており、その基盤には、攻撃的行動が看護師の心身および看護の質に重大な影響を及ぼすという認識があることが明らかになった。

A Study on Effective Nursing under Patient Violence

—Through Interviews with Experienced Nurses in Psychiatric Nursing and Mental Health Care—

Keiko Suzuki[1)], Reiko Ishino[2)], Miwako Nagata[1)], Ryoko Oshiro[1)], Keiko Morita[1)], Yukiyo Ishikawa[1)], Yoshinori Kinjo[1)], Yayoi Awa[1)]

1) Faculty of Human Health Sciences, Meio University
2) Faculty of Nursing, Seirei Christopher University

ABSTRACT

Recently, in health care settings, the risk of nurses being attacked by patients is increasing. It has been shown that these offensive actions by patients are related to mental depression, dissatisfaction with care, and nurses leaving their jobs. However, many of these cases have not been examined thoroughly. The problem is often dismissed as "an inevitable part of the job."

The purpose of this study is to clarify effective nursing intervention and to assure the safety and peace of mind of both nurses and patients. A semi-structured interview was conducted on eight nurses with more than five years experience in clinical nursing, including psychiatric nursing. The contents of nursing care were analyzed by qualitative research.

As a result, we identified three kinds of nursing intervention in according to the severity of the offensive actions.

1. Preventative intervention to ease patient anxiety or confusion after hospitalization.
2. Intervention to prevent the escalation of offensive actions.
3. Intervention to avoid danger to both nurses and patients.

Two courses of action are also indicated:

4. Continuous monitoring of mental condition.
5. Nursing to regain mental stability.

These nursing interventions to prevent the escalation of offensive action are often taken by psychiatric nurses. Nurses realize that patient attacks have a severe influence on nurses and nursing care.

Ⅰ．はじめに

近年、医療機関において心身の健康問題を抱え治療やケアを必要とする人々から、ケア提供者が攻撃や暴力を受けるリスクが高まっている。中でも内科や外科、リハビリテーション病棟などの一般診療科における暴力の発生率は、精神科病棟よりも高く、その内容も深刻なことが明らかになっている(鈴木,2007)。

看護者が受ける患者からの暴力の問題については、諸外国ではすでに様々な実態調査が行われている。英国(Whittingtonら，1996；Wellsら，2002；Winstanleyら，2004)，米国(Coxら，1987；Carmelら,1989；Rees ら，1996)，カナダ(Duncanら，2001)，スウェーデン(Arnetzら，1996；Menckelら，2002)，オーストラリア(Hegney ら，2006)，ニュージーランド(Mckennaら，2003)，トルコ(Senuzunら，2005)など各国の看護者が、ケア対象者から受ける攻撃的行動の実態が多数報告され、世界的にも医療現場における暴力の問題は深刻で重大な課題と指摘されている。国際看護師協会（International Council of Nurses，以下ICNとする）は、2000年に暴力に関する所信声明を全面改訂し、暴力を「個人の尊厳と高潔、そして危害からの自由に対する看護師の権利を侵害する」ものとし、各国の看護師協会に暴力への対策や取り組みを積極的に行うよう強く勧めている。海外の状況をみると、暴力対策の進んでいる英国においても、疾患をもつ高齢の入院患者による暴力の問題について、その実態および効果的対応方法、スタッフ間の組織的連携など具体的な看護実践は不十分であると指摘されている（Pulsford，2006)。

一方、わが国では，昨年末に日本看護協会から初めて『医療保健福祉施設における暴力対策指針―看護者のために』(日本看護協会,2006)が各都道府県看護協会に提示されたところである。この指針では、院外の不審者や乳幼児連れ去りの問題や組織としてのこれらへの対策については具体的に示しているが、先に述べた入院治療を受けている患者からの攻撃や暴力への具体的介入方法については、示されていない。患者は、認知症や精神障害がなくても、せん妄や混乱も起こしやすく、また、吸引やおむつ交換、食事介助、入浴介助といったケアを受ける側に心身のストレスのかかる日常生活場面において、攻撃や暴力の問題が日常的に起きている。しかしながら、一般的に医療機関におけるリスクマネジメントでは患者の生命への影響が最優先される。このため、患者からの攻撃や暴力の問題は二の次となり、医療従事者が安全に働く環境への考慮がなかなかされない状況がみられる。攻撃や暴力が、看護者の抑うつ(三木,1997)や職務満足度の低下(Ito，2001)離職にも関連することが指摘されている(Ito，2001)。

海外における実態や取り組みについての先行研究(Astrom S.ら2004，Skovdahl K.ら2004，Pulsford D.ら 2006,Bates Jら2004，関ら2002)によると、患者のChallenging Behaviorへの日常的なケア技術に焦点を当てた研究は非常に少なく、患者のより高いQOLを目指すための効果的な介入方法に関する研究の必要性が指摘されている。患者からの攻撃や暴力は、国際的にも、重要な課題であると認められているものの、焦点が当てられてこなかった(Department of Health of UK 2002)。このような国内外の状況からも、本研究に取り組む意義があるものと考える。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は、医療機関を利用する患者から看護師が受ける攻撃的行動(例：暴言、噛む、たたく、蹴るなど)に焦点をあて、患者と看護師双方の安全および安心感を保持する上での効果的看護実践とは何かを明らかにすることである。

Ⅲ．用語の操作的定義

今回の調査対象は一般病院を利用している患者を対象にした看護実践についての調査を実施するが、これまであまり注目されてこなかった攻撃的行動を受ける看護師の側に焦点を当てて検討するため、本研究では、医療機関を利用する患者による攻撃的行動(aggressive behavior)を、「直接的に他者、自己自身あるいは物に向けられた有害な行動」とし、これには身体的攻撃的行動(例：叩く、殴る、蹴るなど)、言語的攻撃的行動(例：誹謗、中傷、威嚇など)、そして性的攻撃的行動(例：卑猥な発言、性的いやがらせ、望まない身体的接触など)が含まれるとした。

Ⅳ．研究方法

1．対象者の選定手続き

本研究の趣旨を理解し研究協力の承諾の得られたＡ県内にある一般リハビリテーション病院の看護管理者宛に、面接対象者となる熟練看護師の選択を依頼した。本研究では、熟練看護師を精神科における経験含み看護師としての臨床経験が５年以上であり、かつ病棟管理者から臨床能力の優れた者との推薦があった者とした。これは先行研究(鈴木,石野他2005a、下里2004、鈴木2004a,2004b)より、精神科看護においてが患者からの攻撃的言動に対する危機予防的介入技法および危険防止のための介入技術が明確化されていることから、精神科の臨床経験を有する看護師は経験的にこれらの技術を修得しており、これらが効果的に活用されていると考えられるためである。その後、病棟において研究の趣旨を説明し、同意を得て、実施されている看護について参加観察を３日間にわたり、８時間実施した。この参加観察は病棟の特徴や環境などについて研究者自身が理解を深め、面接調査のデータを補完するためのものである。各々の対象者に個別に研究協力依頼書および研究協力同意書を用いて実施した。

2．面接およびデータ分析方法：

事前に行った参加観察による病棟の特性や環境を理解の上で、その看護師が受けた患者からの攻撃的行動の具体的な状況や対応について面接ガイドを用いて半構成的面接調査を実施した。個々の対象者の語りから逐語録を作成し、患者と看護師双方の安全および安心感を保持する看護実践に関連する部分を意味のまとまりごとに抽出し、意味内容が類似共通するものグループ化し、その内容を要約した。要約の抽象度を比較しながらグループ化と要約の作業を繰り返し抽象度を整えた。次に個別分析で得られたすべての要約内容を、統合分析にて攻撃的行動への効果的看護実践とは何かという視点からカテゴリ化した。結果の妥当性を確保するために研究

者間での継続的検討を重ね、また、信頼性を高めるために、分析結果を対象者にフィードバックし意見をもらい分析を進めた。

3．研究に当たっての倫理的配慮

研究協力者に対しては、研究依頼文書を作成し、研究の趣旨および目的、研究への参加および中止は自由であること、参加協力の有無により不利益や問題は一切生じないこと、プライバシーが守られること、研究成果の公表について伝えた。協力の承諾の得られた対象者には、面接当日、再度文書および口頭で研究の概要と対象者の権利の擁護について説明し、研究協力同意書に署名をもらい、研究者、対象者双方で保管するものとした。なお、本研究は名桜大学人間健康学部研究倫理審査委員会における倫理審査を受け、研究倫理に関する承認を得た後に、研究に着手した。

V．結果

1．対象者の概要

面接調査時間は74分～134分(平均96分)であった。対象者は８名であり、年齢は20代２名、30代４名、40代２名であり、平均臨床経験年数は15.3年であり、うち精神科看護臨床経験年数は6.9年であった。

2．対象者によって語られた事例の概要

表１　対象によって語られた事例の概要

	性	年齢	疾患・状態	攻撃的行動
1	男	70代	くも膜下出血	帰宅欲求時の対応時、暴言
2	男	60代	胃癌術後廃用性症候群	離院、暴言、車椅子を投げる
3	男	80代	脳梗塞左半身麻痺	夜間せん妄による攻撃、暴力
4	男	60代	心血管系術後	入院後、混乱、攻撃、強硬な帰宅欲求があり、家族の同意の上での外泊中、家人が目を離した間に車を運転し事故を起こす。
5	男	70代	脳梗塞・パーキンソン病	看護師へのセクハラ
6	男	70代	脳梗塞半身麻痺	看護師への罵声（召使扱い等）
7	男	70代	脳梗塞半身麻痺	入浴拒否時の抵抗（蹴る、殴る）
8	男	60代	脳梗塞・パーキンソン病	夜間せん妄による攻撃、暴力
9	女	80代	大腿骨頚部骨折術後	食事摂取拒否への対応時噛む
10	女	80代	重度認知症、低栄養、脱水	食事摂取拒否への対応時抵抗
11	女	90代	重度認知症、聴覚・視覚障害	大声、暴れる、食事摂取拒否
12	女	60代	脳梗塞半身麻痺	スタッフへの中傷
13	女	90代	大腿骨転子部骨折術後	スタッフ・他患者/家族への暴力

対象者が語った攻撃的行動を受けた事例は13ケースであり、60歳代～90歳代で、男性８名、女性５名であった。疾患では脳梗塞６名、大腿骨骨折２名、重度認知症２名、他３名であった。概要は表１のとおりである。攻撃的行動の内容は身体的暴力７、暴言４、セクシャルハラスメント１、自動車運転中の自損事故１であった。攻撃的行動が起きた状況としては、安全確保のための介入時、食事介助時、排泄介助時、清拭時、処置時、夜間、術後、外泊中が上がった。

3．患者からの攻撃的言動に対する効果的看護実践

対象者が語った患者からの攻撃的行動への効果的看護実践について以下述べる。カテゴリは【　】、サブカテゴリは[　　]、対象者の語りは「　　」で表現する。

1）患者による攻撃的行動に対する看護者の基本的な認識

患者による攻撃的行動に対する熟練看護者の基本的な認識として【個別性のない看護が提供されている場で、攻撃や暴力が起こる】、【患者の攻撃的行動は、ケア提供者にとって重大な問題でありケアに影響する】の２つの内容が抽出された。熟練看護者は患者による攻撃や暴力の問題を患者側の問題と認識するのではなく、個別性のない看護が提供されている場で起こる問題、すなわち看護実践の問題と関連付けて認識していることが明らかになった。以下は具体的語りの例である。

「患者による攻撃や暴力の問題を、『大したことではない』、『相手は患者だから、仕方がない』、『高齢者だから、どうしようもできない』等といった認識では、ケアの改善点も、何も検討されないままになってしまい、患者の個性や個別性を考えたり、こちらの対応を振り返るといったきめ細かなケアの検討そのものがされないことになっちゃうので・・・」(30代看護師)

「患者の暴言や暴力を受けても平気な人もいるけど、そうじゃないスタッフもいる。看護がチームで機能しているからこそ、そうじゃないスタッフが受けているダメージを共有したり、暴力によるケアへの影響の重大を認識していかないといけないと思いますよ。」(40代看護師)

2)患者による攻撃的行動への効果的看護実践

データ分析の結果、患者による攻撃的行動への効果的看護実践は以下の22サブカテゴリに集約され、それらは最終的に５カテゴリに整理された。各カテゴリの内容を表２に示した。

【患者の変化とニーズを察知するためのモニタリング】とは、〔①きめ細やかな継続的観察〕、〔②患者のニーズや願いの把握〕から集約された。以下は①のサブカテゴリであり精神科看護実践経験の適応の具体的語りの例である。

「もし、(自分が)他の看護師と違う点があるといえば、患者さんの部屋の前を通りかかるときに、ちょっと顔をのぞき、様子を確かめるなどして、とにかく頻回に、様子を見るようにしていますね。そうすることで、些細な変化もつかめるし、特に昼夜逆転のサインを見逃さないことが重要だと思うし、意識的にやっていると思います。」(30代看護師)

【患者の心身の状態を整える日常的セルフケア支援】とは、〔①身体の生理的状態の調整の工夫〕、〔②好みの食べ物・品物の検討と用意〕、〔③苦痛の緩和〕、〔④睡眠の確保のためのケア〕から集約された。このうち④が精神科看護実践経験の適応例であり、具体的語りは以下のとおりである。

「不眠というのは精神科では症状悪化の重要なサインですけど、こちら(回復期リハビリ病棟)に来てからも、精神科で活用されている睡眠チェック表を使って睡眠時間の詳細な把握をし、睡眠確保のための看護を検討するようにしています。それにより、睡眠の分散の状況や昼夜逆転傾向もわかるので、せん妄や混乱などの予防につながると思います。」(30代看護師)

【患者の不安や混乱の予防のための実践】とは、〔①安心できる人・物・場の確保〕、〔②なじみの関係づくり〕、〔③穏やかで落ち着いた環境づくり〕、〔④心地よさやリラクゼーションの提供〕、〔⑤今の時間を生き生きと過ごせる工夫〕から集約された。

【患者の攻撃的行動のエスカレーション防止のための実践】とは、〔①さりげない同伴と声

かけ・誘導〕、〔②拒否や抵抗感を確認したときの介入の中断〕、〔③患者の言動の制限以外の方法の探究〕、〔④攻撃をエスカレートさせないコミュニケーション技術の活用〕、〔⑤タイミングを見計らった介入の再開〕、〔⑥患者の注意の意図的変換〕、〔⑦本人への直面化〕から集約された。これらはすべて精神科看護経験の適応された実践であった。たとえば、①の具体例は以下のとおりである。

「前に、『今から家に帰る』と出て行こうとする患者さんがいたんですけど、止めると興奮して暴力的になるので、そのまま同僚に声をかけ、ピッチを持ち、さりげなく院外を一緒に付き添い、途中で、『向こうで声が聞こえますね』などと声をかけ、病院に戻ってくることもありましたよ。」(40代看護師)

〔④攻撃をエスカレートさせないコミュニケーション技術の活用〕の具体例としては、

「こういう高齢の混乱している状態が理解できない看護師は、患者さんを説得しようとしてしまうんですね。そうすると返って刺激してしまうので、表情や様子から自分が相手の刺激にならないように注意をすることや、言い争いをしないこと、低い、ゆっくりとした声の調子で、はっきりとした言葉で、短く話すことは心がけるようにしていますね。」(30代看護師)

〔⑦本人への直面化〕の具体例としては、

「以前に看護師の身体を触ってきたり卑猥なことを繰り返し言う高齢の患者さんがいたんですけど、入院しているからとか高齢者だから、多めに見るなんてことはしません。『世の中でこんなことを大の大人がしたら犯罪ですよ』とか『こんなことが続くと○○さんの看護を私たちは出来なくなってしまいます』と本人の責任をはっきり伝えていきます。そうすると行動が変わりますよ。」(40代看護師)

【患者自身および他者への危険防止のための実践】とは、〔①有害な環境刺激の調整〕、〔②無理な介入を一人でしないという判断〕、〔③複数のスタッフによる対応〕、〔④危険な場合には、患者・看護師双方にとって安全な四肢関節部位の確実な保持〕、〔⑤攻撃をエスカレートさせないコミュニケーション技術の活用〕、〔⑥困難な場合には精神科へのコンサルテーション〕から集約された。これらはすべて精神科看護経験の適応された実践であった。

表2　患者による攻撃的行動への効果的看護実践

	カテゴリ	サブカテゴリ	具体的実践例の要約
1	患者の変化とニーズを察知するためのモニタリング	①きめ細やかな継続的観察＊	例1 昼夜逆転などの生活リズムの変化を見逃さない。 例2 ベッドから離床したのがわかるようにコールマットを使用する。 例3 どのような食べ物であれば摂取できるのか、その形態、色、暖かさ、冷たさ、硬さ、柔らかさ、大きさ、介助時にどちらの口腔側に入れるとよいのか、その分量等を各個人による違いを細かく検討し、情報を収集する。
		②患者のニーズや願いの把握	例4 何が食事摂取を拒む理由や原因があるのかを、いつも考え患者と会話をするようにし、理由をさぐる努力をする。
2	患者の心身の状態を整える日常的セルフケア支援	①身体の生理的状態の調整の工夫	例5 空腹の時間を作るようにする(例：経管栄養の患者の場合には、経管による栄養補給の時間帯を通常の食事の時間帯には胃内部が空になるような時間に実施し、通常の食事時間帯には経口による介助をし、経口からの摂取を勧める。 例6 昼間に摂取する水分として、紅茶やコーヒーなどカフェインの入っている飲み物を勧め、昼間の覚醒を高める。
		②好みの食べ物・品物の検討と用意	例7 好きな食べ物、在宅での日常生活で使用していた身の回りの品物を用意しておく。
		③苦痛の緩和ケア	例8 身体的苦痛については我慢させずに、早めに鎮痛剤を使用する。
		④睡眠の確保のためのケア＊	例9 起床時間になったら起床させ、昼間の休息時間、夜の入眠時間になったらベッドへ誘導するなどはっきりとメリハリのある生活を維持する。 例10 昼間は、可能な限り、日光浴をしたり屋内でも明るい場所で過ごすなど、覚醒をさせるための体内的ホルモンバランスのよい状態を保持する。
3	患者の不安や混乱の予防のための実践	①安心できる人・物・場の確保	例11 入院直後の場合には、混乱や不安の緩和するように、家族あるいは関係者に付き添いを依頼する。写真や馴染みの品物を持ってきてもらいベッドサイドに置く。
		②なじみの関係づくり	例12 入院したばかりの状況では、なるべく部屋を頻回に訪室して声をかける等なじみの関係づくりを心がける。

		③穏やかで落ち着いた環境づくり	例 13 食事の環境を患者が落ち着いて食べることのできるように、小テーブルで、穏やかで、落ち着いた、楽しい雰囲気となる場作りを進める。
		④心地よさやリラクゼーションの提供	例 14 昼間に、心地よい身体感覚を味わってもらえるようにマッサージ等をする。 例 15 入浴が嫌な場合には、足浴や手浴などを行い、心地よさを味わってもらうようにする。
		⑤今の時間を生き生きと過ごせる工夫	例 16 日中、起きている間はただ椅子に座っているのではなく、関心のありそうな活動への参加を誘導し、精神的機能また身体的機能を効果的に活性化させる。
4	患者の攻撃的行動のエスカレーション防止のための実践	①さりげない同伴と声かけ・誘導＊	例 17 患者の移動が確認されたら、職員はピッチをもち、状態により 1-2 名のスタッフが見守りながら付き添う 例 18 歩行時には、様子を見ながら、「むこうで声が聞こえますね」「あちらから呼んでいるようですね」等と自然に気が向くように声をかける。 例 19 食事を勧めるときにも、世間話をしながら気分を変える言葉がけをする
		②拒否や抵抗感を確認したときの介入の中断＊	例 20 内服を勧めるときにも、無理に勧めずに、断られたら、引き下がる。 例 21 食事の介助をしていて「もう嫌だ」と抵抗が強く出た場合には、無理に食事を勧めない
		③患者の言動の制限以外の方法の探究＊	例 22 患者に対して行動を制限するような声かけ(例:「戻りましょう」「危険だから」「静かにしましょう」等)や身体への接触は原則としてしない。 例 23 苛立ち院内外を歩き回る場合には、患者の気がすむように歩いてもらい、一緒に邪魔にならないようにスタッフが付き添う。 例 24 ベッド周辺の床頭台、タンス、p トイレ等の位置を工夫し、安全に自由に動き回ることのできるスペースを確保する。
		④攻撃をエスカレートさせないコミュニケーション技術の活用＊	例 25 夜間のせん妄時の対応(例：部屋の電気をすべて消灯しない、看護室の近くの部屋で夜間は過ごす等)として必要なケアの理由をあらかじめ昼間の意識が明瞭なときに、わかりやすく説明をしておく。 例 26 患者とのコミュニケーション時には、声のトーンを低めにして、ゆっくりと明快な言葉で短く話しかけるようにする。 例 27 患者の主張に耳を傾け、説得したり、口論になることを避ける。
		⑤タイミングを見計らった介入の再開＊	例 28 食事の誘導や介助が無理な場合には、一旦引き下がり、また訪問し、声をかける。
		⑥患者の注意の意図的変換＊	例 29 内服の拒否があった場合には、「のどが渇きませんか」「甘い飲み物を飲みませんか」等と服薬ではないことに一旦話題を変えてみる。 例 30 徘徊時には、様子を見ながら、「むこうで声が聞こえますね」「あちらから呼んでいるようですね」等と自然に気が向くように声をかける
		⑦本人への直面化＊	例 31 セクシャルハラスメントがあったときに、病人だから高齢者だから仕方ないとせずに、「そのようなことをされると○○さんの看護ができなくなります」「これは世の中では犯罪ですよ」と明確に伝える。
5	患者自身および他者への危険防止のための実践	①有害な環境刺激の調整＊	例 32 周囲からの音刺激（ざわつき、騒音等）や視角刺激（患者さんにとって気になる物品）は、混乱しているときには避けるよう調整するか、患者自身を静かな環境に誘導する。
		②無理な介入を一人でしないという判断＊	例 32 攻撃や暴力行為のリスクの高い患者さんのケアをするとき、あるいは自分一人でかかわると不安がある場合には、一人で無理に介入しないと判断する。
		③複数のスタッフによる対応＊	例 33 攻撃や暴力行為のリスクの高い患者さんのケアをするときには、複数のスタッフがそろってから行う。
		④危険な場合には、患者・看護師双方にとって安全な四肢関節部位の確実な保持＊	例 34 更衣中に蹴る、殴るなどの行動が多いときには、複数のスタッフが四肢関節部位などを安全に注意して保持する。
		⑤攻撃をエスカレートさせないコミュニケーション技術の活用＊	例 35 話しかけるスタッフは、取り押さえにはかかわらずに、ゆっくりと本人の気がまぎれるように話題を変えたり、本人の好きな物、昔話などを話ながら注意を転換させる 例 36 患者とのコミュニケーション時には、声のトーンを低めにして、ゆっくりと明快な言葉で短く話しかけるようにする。

＊は対象者により語られた精神科看護経験から適応できた看護実践内容をさしている。

たとえば、〔②無理な介入を一人でしないという判断〕の具体例は以下のとおりである。

「精神科では攻撃や暴力の危険性が高い患者さんにかかわるときって、絶対に一人では行ってはいけないのは常識だったですよ。まさか、一般科では暴力なんてあるとは思っていなかったので、実際に病棟の中でこんなにいろいろな問題がおきているんだって初めて知って、一人では行かないようにチーム内でも共有しているし、不安なときには誰かに声をかけて一人で無理に何かをするなんてしないですね。」(20代看護師)

また、〔③複数のスタッフによる対応〕の具定例は以下のとおりである。

「危ないときには、複数、最低2人以上で対応しますね。もし、がたいが大きい人や暴力行為がある人は、4-5人で行きますね。それは、患者さんの安全を守るためでもあるし、スタッフの安全を守るためでもあるんですね」(30代看護師)

〔④危険な場合には、患者・看護師双方にとって安全な四肢関節部位の確実な保持〕の具体的な例は以下のとおりである。

「たとえば、脳梗塞の後遺症で入院していた方ですけど、混乱して消火器を投げてしまう患者さんがいたときに、スタッフ5名で対応して、とりあえず、車椅子に座って頂いて、4人で四肢を押えました。そのときには、高齢者なので、押さえどころが悪いと骨折させてしまうこともあるので、たとえば手掌を押えると手首をひねってしまうこともあって危険なので、関節部位の上と下を保持するようにして、固定するとか・・・・」(30代看護師)

〔⑥困難な場合には早めに精神科へのコンサルテーション〕の具体的な例は以下のとおりである。

「精神症状が相当悪化してから精神科へコンサルテーションでは遅いんですね。早めに専門医に相談することで、混乱を早期に改善できるんですね。どうしても、いずれよくなるはずだからと抱え込んでしまうと、そう簡単になかなか回復できなくなるので、不眠の対応、痛みの対応、食べること、水分、排泄を整えても駄目な場合には、早めに相談しますね」(40代看護師)

4．効果的看護実践に関するカテゴリの関連

対象者の語りより、患者から看護師が受ける攻撃的行動には危険性の低い段階から高い段階があり、それぞれの段階において実践内容が異なっていた。このため抽出されたカテゴリを患者の攻撃的言動のリスクのエスカレーション段階に合わせて関連性を検討した結果、患者と看護師双方の安全および安心感を保持する上での効果的看護実践は図１のように整理された。

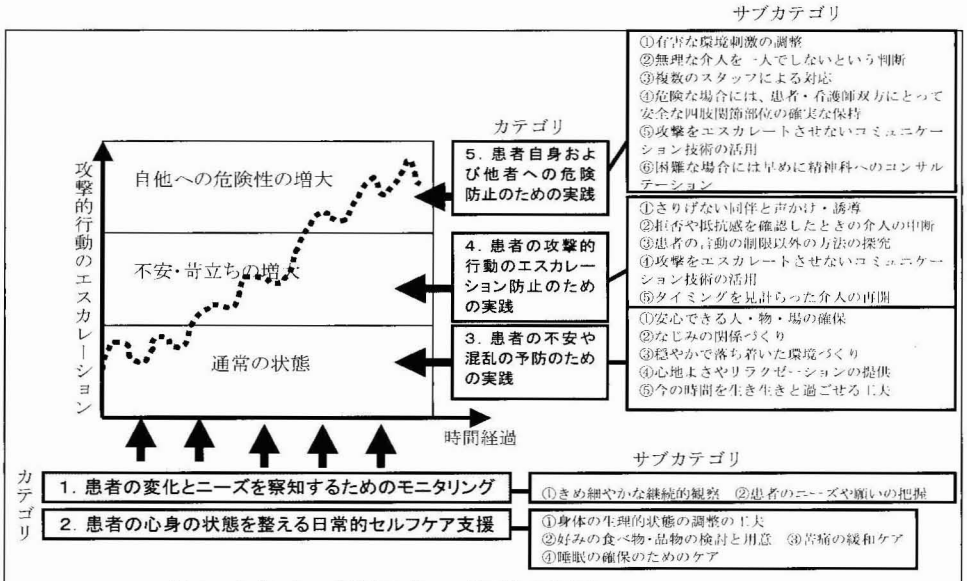

図１　患者からの攻撃的行動への効果的看護実践

Ⅵ. 考察

本研究では、精神科臨床経験を含む看護経験が平均15.3年であり、臨床実践能力の優れた看護師たちが回復期リハビリテーション病院において受けた患者からの攻撃的行動に対する看護実践のうち、効果があったと対象者自身および研究者が判断したものを詳細に分析した。

1．患者からの攻撃的行動への効果的看護実践の検討

本研究における対象者は、患者からの攻撃的行動への効果的実践として、患者の入院後から退院までの時間経過において、一貫して【患者の変化とニーズを察知するためのモニタリング】および【患者の心身の状態を整える日常的セルフケア支援】を実践していた。また、一方で患者の怒りや苛立ちといった攻撃的言動のエスカレーションの段階に合わせて、【入院直後の患者の不安や混乱の予防のための実践】、【患者の攻撃的行動のエスカレーション防止のための実践】、【患者自身および他者への危険防止のための実践】を実施していた。これらの実践には、既述した【個別性のない看護が提供されている場で、攻撃や暴力が起こる】、【患者の攻撃的行動の問題はケア提供者にとって重大な問題でありケアに影響する】の基本的な認識が基盤になっていることが明らかになった。

わが国では身体疾患の治療目的で一般診療科に入院している患者からの攻撃的行動への危機の段階に合わせた介入モデルは存在しないため、今回、精神科領域で開発されたプログラム(下里ら、2004)と比較してみた(表３参照)。本研究の【患者の変化とニーズを察知するためのモニタリング】カテゴリは下里らの＜攻撃性に対する「リスクアセスメント」＞に相当すると考えられた。本研究では、患者の変化とニーズを探るためのモニタタリングによりリスクアセスメントが実施されている点が特徴的であった。また、【患者の心身の状態を整える日常的セルフケア支援】は、下里らにはない内容であった。このカテゴリは、食事、睡眠、水分摂取、排泄といった身体の生理的機能を整えることが、患者の苛立ちや怒り、不安、混乱を緩和するための基本的に重要な実践内容であることを示しており、本研究の対象者が受ける攻撃的行動は、身体疾患を基盤にしていることによる。

表３　先行研究との比較検討

精神科看護モデル(下里ら、2004)	本研究結果
攻撃性に対する「リスクアセスメント」	1. 患者の変化とニーズを察知するためのモニタリング
	2. 患者の心身の状態を整える日常的セルフケア支援
怒りや攻撃性を静める「ディエスカレーション」	3. 患者の不安や混乱の予防のための実践 4. 患者の攻撃的行動のエスカレーション防止のための実践
暴力行為に対して身体的介入「チームテクニクス」	5. 患者自身および他者への危険防止のための実践
突発的に襲われた際に逃げる「ブレイクアウェイ」	
暴力がおさまった後のアフタケアとしての「ディブリーフィング」	

また、本研究の【入院直後の患者の不安や混乱の予防のための実践】、【患者の攻撃的行動のエスカレーション防止のための実践】カテゴリは、先行モデルの＜怒りや攻撃性を静める

「ディエスカレーション」＞に相当すると考えられた。これは、本研究の対象者は精神科看護経験があり、精神科臨床における脱エスカレーションのためのコミュニケーション技術を活用した患者へのかかわり方を熟知していることから出た共通性と思われた。また、【患者自身および他者への危険防止のための実践】は先行モデルの＜暴力行為に対して身体的介入「チームテクニクス」＞に相当すると思われた。ただし、その介入方法については、明らかに異なっており、これも対象者の身体的疾患の有無の違いが影響しているものといえる。

一方、先行モデルの＜突発的に襲われた際に逃げる「ブレイクアウェイ」＞、＜暴力がおさまった後のアフタケアとしての「ディブリーフィング」＞は本研究結果において確認することができなかった。突発的に襲われる事例についての語りがなかったためであるが、攻撃的行動の中には、こうした事例もないとはいえないことからも、検討しておく必要はあるのではないかと思われた。〔ディブリーフィング〕への意識がなかった点は、アフタケアそのものは、多くの場合カンファレンスなどの場が活用されることが多いことや、精神科ではないために、ディブリーフィングそのものが一連の看護実践であるという認識を対象者たちが持っていないこと、また精神科領域においてもわが国では暴力がおさまった後の「ディブリーフィング」を明確に位置づけた看護は普及していないためではないかと考えられる。

以上より、本研究で明らかになった患者からの攻撃的行動への効果的看護実践には精神科看護における危機予防的看護実践技術が応用されており、その基盤には、攻撃的行動が看護師の心身および看護の質に重大な影響を及ぼすという認識があることが明らかになった。身体疾患を持つ入院患者による攻撃的行動に対する危機予防的看護実践や危険防止のための看護技術については、現段階では明確化されていない。本研究で明らかになったような実践からモデルを作成することは、環境や対象の条件が限定されるものの、一般診療科の入院治療の場における患者からの攻撃的行動に対する危機予防・危険防止のために、今後必要になってくるものと考える。

2．高齢患者からの攻撃的行動の検討

本研究で語られた事例は60歳代～90歳代で、すべて高齢患者の事例であった。本研究成果は、高齢者による怒りや攻撃的言動への熟練看護師による看護実践内容ともいえる。語られた攻撃的行動は、①自宅への帰宅欲求からの安静保持困難・徘徊・離院、②食事を摂取することへの拒否・食事介助への拒否、③夜間せん妄時における混乱、④入浴介助への拒否、⑤処置や身体的介助時の性的言動といった状況おいて分類された。この結果から、高齢者から看護師が受ける攻撃や暴力は、高齢者のセルフケアが低下した状態において、高齢者がケア提供者から直接的ケアを受ける相互交流場面において起きていることが明らかになった。

高齢者による怒りや攻撃的言動については、一般的に英国および先進国ではPulsford D (2006)が指摘しているように、暴力という表現をほとんどせずに、攻撃や攻撃的行動といった用語が使用されている。これは高齢による精神的問題やせん妄などの認知機能の低下が伴う場合、攻撃や暴力を起こす加害者として高齢者を捉えること自体、看護者にとって困難であること、また、暴力という言葉には深刻な内容が含まれていると思われるため、看護師にとっては、そう簡単に使うことができない用語であるためだ(Astrom他,2004)。

本研究では、対象者により高齢者による攻撃的行動も実際にあり、その問題にどのように対

策をとっていくべきかを現場の中で試行錯誤している旨が語られていた。対象となった熟練看護師たちは、かつては高齢患者からの攻撃や暴力的言動の問題をPulsford D(2006)が指摘しているように、取り上げることへの抵抗感を強く抱いていた。それが様々な精神科看護領域からの攻撃や暴力の問題に関する情報や自身の研修経験などを通して大きく変化し、医療チーム内での問題と認識し、きちんと対応すること自体が、高齢者のQOLを尊重したケアを提供する上では不可欠であるという認識を明確にもっていることが明らかになった。すなわち、高齢者からの攻撃は看護師の受け止め方によっては暴力にもなりうるが、暴力と受けとめる看護師自身の認識がおかしいと看護師側の問題としてしまうのではなく、また、身体的な外傷があって初めて暴力と意味づけるのではなく、たとえ原因や理由が様々な疾患や病状によるものとはいえ、看護師自身の心身に深刻な影響を与える可能性があることを認識していた点が共通していた。

高齢者による攻撃や暴力には、「ひっかかれる」、「つねられる」、「かまれる」、「たたかれる」などの行為が含まれ、あまりにも日常的に生じているために、しばしば大したことではないと認識されことが多い。仕事上は些細な不便さであり、攻撃を受けているスタッフ間でも共有されることはない。しかし、慢性的で継続的に生じる不快感や苛立ちは、ケア提供者自身の高齢者への対応を攻撃的で高圧的なものにしてしまう可能性が大きく、ケアの悪循環を引き起こしかねない。Gatesら(2005)は似たような施設においても攻撃的事例の発生率は大きく異なることを報告する中で、攻撃性に対応するスタッフのさまざまなやり方が影響していることを指摘している。

高齢者による攻撃的行動の問題について正しい知識や情報を共有する機会をもつこと、また、各々の看護師が高齢患者から受けた攻撃や暴力の問題に関する体験を率直に語り合える機会を定期的にもつことも必要になってくると思われる。熟練看護師自身が日ごろから教育的に攻撃や暴力に関する情報を職場で流す、職場の同僚と話し合うことを意識的に実施していることからも、看護師自身が自分が前提としている高齢者の攻撃や暴力への認識について、互いに話し合うことが重要になってくることが示唆された。

3．本研究の限界と課題について

本研究の対象者はネットワークサンプリングにより選定された対象者であり、地域や医療機関の特性、医療機関を利用している患者の特性、対象となった熟練看護師個人の特性が及ぼす研究結果への影響を考慮すべきである。また、対象者数が少ないということも、結果を一般化できない研究の限界であると考えられる。また、今回は医療機関を対象に調査を実施したが、老人保健施設や介護施設における熟練介護士あるいは熟練看護師による効果的看護実践に関する調査や、本研究結果より明らかになった食事介助、排泄介助、入浴介助、安全を保持するための介入といった高齢者による攻撃や暴力的言動が比較的多く見られる状況に、重点的に焦点を当てた詳細な参加観察や面接調査を実施することにより、介入技術を明確化することは今後の課題である。

Ⅶ. おわりに

本研究は、近年問題になっている一般の医療機関を利用する高齢者による怒りや攻撃的言動(例：暴言、噛む、たたく、蹴るなど)に焦点をあて、高齢者のQOLを尊重し、かつ高齢者と看護者双方の安全および安心感を保持する看護実践は何かを明らかにするために、リハビリテーション病院に勤務する精神科看護経験を有する熟練看護師を対象にケア場面の参加観察そして面接調査を実施した。本研究の対象者は、先進的な取り組みをここ数年にわたり実施している施設の看護管理者、看護者が中心であり、数も少ない。対象者が限定されているが、ある地域における患者集団や看護師集団に特徴的な実践モデルが導かれたものと考えられる。今後、さらに対象者数を増やすなどして、本研究で得られた結果に関する妥当性の検証をしていきたい。

謝辞

本研究に御協力を頂きました医療関係者の皆様、特に面接調査に御協力を頂きました看護師の皆様には貴重なご経験を語っていただきましたこと感謝申し上げます。

最後になりましたが、本研究の一部は財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団から平成19年度の研究助成を受けて実施したものです。関係者の皆様には改めて感謝申し上げます。

引用文献

Arnetz JE, Arnetz BB, Peterson IL(1996):Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. Work Stress 10,119-27.

Astrom S, Karlsson S, Sandvide A, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, Saveman B(2004) : Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. Scandinabian Journal of Caring Sciences18,410-416.

Bates J, Boote J, Beverley C(2004) : Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: a Systematic review. Journal of Advanced Nursing.

Cox,H.C.(1987):Verbal abuse in nursing: a report of a study. Nursing Management,18(11), 47-50.

Duncan SM, Hyndman K, Hesketh K, et al(2001): Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals, Canadian Journal of Nursing Research,32(4), 57-78.

Department of Health (2002) :2000/2001Survey of Reported Abusive Incidents, Accident Involving Staff and Sickness Absence in NHS Trusts and Health Authorities, in England: http://www.dh.gov.uk./AssetRoot/04/01/47/96/0401476.pdf

Gates D, Fitswater E, Sucoop P(2005) : Reducing assaults against nursing home caregivers, Nursing Research54(2),119-127.

包括的暴力防止プログラム認定委員会編(2005)：医療職のための包括的暴力防止プログラム,医学書院.

ICN著,日本看護協会訳（2001）：職場における暴力対策ガイドライン,看護,53(9),66-101.

Ito Hiroto, Susan V. Eisen, Lloyd I et al. Sederer(2001) : Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. Psychiatric Services. 52(2),232-234.

Menckel E, Viitasara E(2002): Threats and Violence in Swedish care and Welfare-magnitud of the

problems and impact on municipal personnel, Scandinavia Journal of Caring Science,16,376-385.

Mckenna BG, Poole SJ, Smith NA, et al(2003) : A study of threats and violent behavior by patients against registered nurses in their first year of practice, International Journal of Mental Health Nursing,12(1),56-63.

三木明子，原谷隆史（1997）：看護婦における職場の暴力と抑うつとの関連，日本公衆衛生雑誌，44（10）特別附録号，1103.

Pulsford,D.,Duxbury,J(2006):Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,13,611-618.

Rees C, Lehane M.(1996) : Witnessing violence to staff: a study of nurses' experiences. Nurs Stand. 1996 Dec 18;11(13-15):45-7.

関千代子, Brown P(2000):ナーシングホーム入所者による攻撃的行動を伴う痴呆PART-2;痴呆と攻撃的行動,看護技術46(4),95-103.

Senuzun Ergun F, Karadakovan A(2005): Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city, International Nursing Review,52,154-160.

下里誠二，松尾康志(2004)：『包括的暴力防止プログラム』の開発，精神看護，7(6)，32-39.

Skovdahl K, Kihlgren,A.L,Kihlgren,M(2004) : Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. Journal of Clinical Nursing13,515-525.

鈴木啓子，他(2004a)：精神科における危機予防・危険防止のための看護実践―看護者の聞き取り調査から，精神科看護31(3),24-31.

鈴木啓子，河内俊二，石村佳代子，永井優子，金城祥教(2004b)：精神科における危機予防的看護実践に関する研究―危機予防的看護に関する看護師の認識の検討，千葉看護学会誌，10(2)，25-32.

鈴木啓子，吉浜文洋編著(2005a)：暴力事故防止ケア，精神看護出版社.

鈴木啓子，石野麗子(2005b)：職場暴力の被害に遭った看護者への支援について看護管理者に考えてほしいこと，看護．57(15),48-53.

鈴木啓子他(2007)：保健医療の場における暴力の問題と安全対策に関する研究，平成18年度社会安全研究財団報告書，1-41.

Wells J, Bowers L(2002): How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?, Journal of Advanced Nursing, 39(3), 230-240.

Winstanley S,Whittington R (2004) : Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. Journal of Clinical Nursing, 13(1), 3-10.

Whittington R, Shuttleworth S, et al(1996) : Violence to staff in a general hospital setting, Journal of Advanced Nursing, 24, 326-333.

Whittington R, Wykes,T(1996) : An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. Journal of Clinical Nursing, 5(4), 257-261.