

患者から暴力を受けた看護師の対処に関する文献レビュー

堀打 学*, 玉井 なおみ**

Nurses' coping with violence from patients: A literature review

Manabu HORIUCHI*, Naomi TAMAI**

要 旨

医療現場での患者による暴力は看護師に精神障害を引き起こす重大な問題である。また、終末期がん患者は全人的な苦痛やせん妄を背景とした怒りの感情により暴力を振るうことがある。本研究の目的は、国内文献のレビューを行い患者から暴力を受けた看護師の対処を明らかにすることである。その上で、終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師に関する研究の方向性を検討した。医学中央雑誌Web版を用いた検索結果から10件を対象文献とした。対象文献からデータを抽出し質的帰納的に分析を行った。分析の結果、行動的対処として【否定的感情を抱き物理的・心理的に患者を避ける】【感情に左右されながら自己と患者の視点から振り返る】等の7カテゴリーが抽出され、認知的対処として【暴力を受けることは仕事の一つで感情を左右されない】【看護師としての成長に繋る体験】等の6カテゴリーが抽出された。これらの結果から、暴力体験を振り返ることが看護師の実践能力を高めることに繋がり、成長体験として捉えなおすことのできる重要な対処であると示唆された。しかし、がん看護領域においては、がんの進行による時間の制約のため暴力を受けた看護師が患者と再び関わり暴力体験を振り返ることは困難になると推察された。今後は、終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師の体験を明らかにする必要がある。

キーワード：暴力、看護師、対処、がん看護、文献レビュー

Abstract

Patient violence in health care settings is a serious problem that can cause mental disorders in nurses. Moreover, terminally ill cancer patients may be violent due to feelings of anger caused by total pain or delirium. The purpose of this study was to review some literatures to identify how nurses cope with violence from patients and to examine directions for future research on nurses who receive expressions of anger by terminally ill cancer patients. Ten articles were selected from the Web version of the Central Journal of Medicine as the target literature. Data were extracted from the literature and analyzed qualitatively and inductively. As a result of the analysis, 7 categories were extracted as behavioral coping, such as "avoiding the patient physically and psychologically with negative feelings" and "reflecting on his or her and the patient's point of view while being affected by feelings", and 6 categories were extracted as cognitive coping, such as "receiving violence is a part of work and nurses should not be affected by feelings" and "experiences leading to development as a nurse". These results suggest that reflecting on the experience of violence is an important coping strategy that can enhance the nurse's ability to practice and can be reinterpreted as an experience leading to development as a nurse. However,

*公立大学法人名桜大学看護学研究科博士前期課程 〒905-8585 沖縄県名護市為又1220-1 Graduate School of Nursing Meio University. Biimata 1220-1, Nago, Okinawa, 905-8585, Japan

**公立大学法人名桜大学人間健康学部看護学科 〒905-8585 沖縄県名護市為又1220-1 Graduate School of Nursing Meio University. Biimata 1220-1, Nago, Okinawa, 905-8585, Japan

it was inferred that due to the time constraints imposed by the progression of cancer, it would be difficult for nurses who have experienced violence to be involve again with patients and reflect on their experiences. Future study is needed to clarify the experiences of nurses who receive expressions of anger by terminally ill cancer patients.

Keywords: violence, nurses, coping, cancer nursing, literature review

I はじめに

死にゆく患者が死を受容する心理過程には怒りの段階があり、怒りはあらゆる方向へ向けられることから家族や医療者はその対応に困難を感じている (Kübler-Ross, 1969/2020, pp89)。がん患者の怒りは、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、霊的苦痛の重なるところに存在するといわれており (山本, 2007a, pp150-158)、川瀬ら (2005) はがん患者には、再発への不安や治るかどうか考えること等の「病気に関する怒り」があることを明らかにしている。一方で、怒りは主に対人的な葛藤によって生じる感情でもあり (湯川, 2004)、がん患者は説明不足や採血の失敗等の「医療、医療従事者に関する怒り」も抱いている (川瀬ら, 2005)。そのため、日常の中でがん患者と身近に関わる看護師は、がんによる内的な怒りや患者看護師関係の中で生じる外的な怒りの表出の対象となりやすいと推察される。

一般的に不快感情は対象との回避反応を促進するが、怒りは対象への接近反応を促進し時に暴力に繋がることがある (高木ら, 2006)。しかし、心理学領域における怒りの表出反応の分類では、身体的暴力や言語的暴力を含む直接的攻撃行動以外にも、他者への告げ口等の間接的攻撃行動、物にあたる等の攻撃転化行動、そして相手と冷静に話し合う等の非攻撃行動もあり、様々な反応があることが示されている (Averill, 1982, pp185-208)。そして、認知機能の低下のない入院患者を対象とした研究では、患者は看護師に対して怒りを喚起しても熟慮的認知処理によって怒りの表出方法を選択しており、ほとんどの患者は怒りの表出を抑えていたことが報告されている (中川ら, 2019)。一方で、終末期がん患者の怒りの表出は、危機的な状況における防衛機制の「置き換え」によるものであり、家族や看護師や若い研修医等の様々な人が対象として表出される特徴があり (明智, 2021, pp328-331)、中には怒りを露わにして病棟を走り周り叫ぶといった衝動的な怒りを表出する患者がいることが報告されている (Granek et al., 2019)。また、がん患者の怒りにはせん妄や精神障害も関係しており (山田, 2015)、認知機能の低下により暴力を起こす患者がいることが報告されている (Grube, 2012)。これらのことから、終末期がん患者の怒りの表出は、全人的苦痛や医

療従事者に対する怒りがせん妄や精神障害と絡み合った結果、時に暴力に発展するという様相があることが推察される。

医療現場において患者からの暴力は以前から世界的にも問題とされている。日本看護協会が実施した調査により、看護職は様々な暴力を受けており心身の健康がおびやかされていることが明らかとなった (日本看護協会政策企画室, 2004)。また、暴力による心身への影響は大きく、医療福祉業界で精神障害として労災認定された職種としては「看護師等」が30.5%で最も多く、精神障害に関連した出来事としては「暴力を体験したこと」が44.2%を占め一番の原因となっている (厚生労働省, 2018, pp86-162)。以上のことから、医療現場における暴力は看護師の精神的健康に影響を与える重大な問題である。

暴力を受けた看護師が患者に対して怒り、嫌悪感や恐怖等の否定的な感情を抱くことは精神科領域の先行研究によって明らかになっている (草野ら, 2007; 金谷ら, 2015)。しかし、看護職は感情労働職の一つであり、「患者の気持ちに共感せよ」「患者には優しく親切に」などの感情規則によって、患者に対する否定的な感情の表出を管理しなければならない職種である上に (武井, 2001)、看護を必要とする人々に共感を求められることにより大きなストレスを抱える職種でもある (水谷, 2013, pp25-26)。そのため、終末期がん患者の怒りの表出の対象となった看護師は患者に対する否定的な感情を管理しながら、怒りの背景にある全人的苦痛に対して共感や受容の姿勢でケアを行うことが求められストレスフルな体験をしていると推察される。一方で、Lazarus et al. (1984/1991) は、出来事や体験そのものが心理的ストレスとなるのではなく、本人がどのように受け取り、解釈し、対処しているかが重要である事を述べている。そのため、暴力を受ける体験は精神障害を引き起こす可能性はあるが、看護師は対処することでストレスフルな体験を乗り越えていると推察される。そこで暴力やその対処は文化や価値観などが影響するものと考え、国内論文に焦点化し、医学中央雑誌Web版で「がん」「怒り」「暴力」「暴言」をキーワードとして検索したが、がん患者の怒りの表出の対象となった看護師の体験や対処の様相を明らかにした文献は見当たらない。

よって、本研究はがん看護分野に限定せずに患者から暴力を受けた看護師がどのような対処を行っているか文献レビューによって明らかにするものである。患者から暴力を受けた看護師が暴力体験にどのように対処しているのか明らかにすることで、患者から暴力を受けた看護師に対する組織としての支援の在り方を検討するための示唆を得ることができると考える。その上で、今後のがん看護領域における終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師に関する研究の方向性を検討する。

II 目的

本研究の目的は、医療現場における暴力に関する国内の文献レビューを行い、暴力を受けた看護師の対処過程を明らかにすることである。

III 用語の定義

1 暴力

医療現場における暴力は一般的に身体的暴力、言語的暴力、性的暴力を含めて扱われる。怒りの表出反応である直接的攻撃行動には身体的暴力と言語的暴力が含まれているが (Averill, 1982, pp185-208)、性的暴力は含まれていない。したがって、本研究はがん患者の怒りの表出として想定される身体的暴力と言語的暴力に関して、他領域の先行研究から検討するものである。そのため、暴力は身体的暴力と言語的暴力の両方を指す用語として定義し、性的暴力を含まないものとする。先行研究 (小宮ら, 2005) から身体的暴力は「平手で叩く、殴るなどの身体的行為」、言語的暴力を「殺すぞ、おまえの住所を知っているぞといった言語による行為」とする。

2 対処

ストレス心理学の立場から Lazarus et al. (1984/1991)

は、対処とは「能力や技能を使い果たしてしまうと判断され自分の力だけではどうすることもできないとみなされるような、特定の環境からの強制と自分自身の内部からの強制の双方を、あるいはいずれか一方を、適切に処理し統制していこうとてなされる、絶えず変化していく認知的努力と行動による努力」と定義している。本研究における対処は、患者から受ける暴力の体験における看護師の認知と行動と定義する。

IV 方法

1 対象文献の選定

文献の選定プロセスの詳細を図1に示す。

文献検索は医学中央雑誌Web版を使用した (検索日7月18日)。キーワードは「看護師」、「暴力」、「暴言」、「体験」、「対処」、「コーピング」を掛け合わせ、検索期間は全年とした。また、対象文献の引用参考文献等を参考にハンドサーチを行った。収集した文献は、除外条件に照らし合わせて絞り込みを行った。

選定条件を患者から暴力を受けた看護師の対処に関連した国内文献とし、除外条件を①患者から看護師に対する暴力でない文献、②患者から受けた暴力に対する対処について記載のない文献、③日本語以外の言語である文献、④解説/総説/特集/会議録/学会発表収録/レビュー文献とした。データベースで検索件数は699件であった。除外条件に照らし合わせ文献の絞り込みを行い対象文献は10件となった。

本研究では、暴力を身体的暴力と言語的暴力を指す用語として定義しており、性的暴力に限定している文献は対象文献から除外した。しかし、対象文献の10件中5件の文献は身体的暴力と言語的暴力に加えて性的暴力に関する内容も含んでいた。これらの5件については、文献中の性的暴力に限定して記述された内容を分析時に抽出しないことを条件として対象文献に含めることとした。

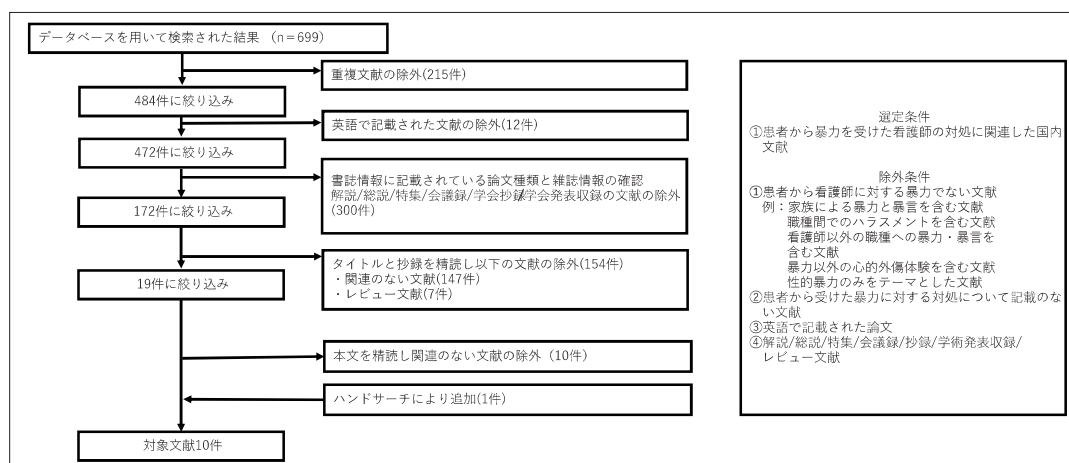


図1：文献選定のプロセス

2 分析方法

対象文献の概要について、年代、著者、目的、研究方法、対象者、文献内で対象としている暴力の分類、研究領域、結果の要約の項目を設定しマトリックスシートを作成した（表1）。

暴力に対する対処について質的帰納的に分析を行った。方法は、対象文献の分析結果を確認し患者から受ける暴力の対処が記載されている箇所を抽出した。抽出し

た箇所の前後の文脈を考慮して、意味内容が損なわれないようにコード化した。次にコードの意味内容の共通性と類似性のあるものを統合し、コードの意味内容を損なわない表現になるように抽象度を上げカテゴリーを抽出した。

また、対象文献の多くに暴力体験によって生じた看護師の感情が記述されており、本文を精読した上で分類し集計した。

表1 文献の概要

文献No	著者 (出版年)	目的	研究方法	対象者	暴力の分類	研究領域	全体の結果の要約
1	松原ら, 2022	言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する実態について分析し、示唆を得ること	質的研究 半構造化個別インタビュー	精神科病院に勤務する12人の看護師	言語的暴力のみ	精神科領域	感情体験は「患者への拒否感」などの【仕事に意欲を与えない感情】の否定的な感情が最も多い一方で、「患者を気遣いたい」などの【関係を修復したいという感情】の肯定的感情が2番目に多く相反する感情を体験している。個人の対応では「あきらめる」等の【合理的対応】が最も多い。
2	江部ら, 2020	患者からの言葉の暴力によって傷ついた精神科看護師の心のプロセスを明らかにすること	質的研究 半構造化グループインタビュー	精神科急性期病棟に勤務する看護師5名	言語的暴力のみ	精神科領域	心のプロセスとして「深い傷つき」「ネガティブな感情」「納得できないその場の対応」「傷つきの軽減」「蓄積するストレス」「新たな対応の模索」の6つのカテゴリーが抽出された。言葉の暴力によって傷ついた精神科看護師の心のプロセスは「言葉の暴力に対して自己と他者との対峙を経たケアの向上と自己の成長」というコアカテゴリーで捉えることができた。
3	石塚ら, 2018	看護師が患者から攻撃を受けられたときに、どのようにしてケアリング態勢を立て直しているのか明らかにすること	質的研究 半構造化個別インタビュー	精神科病院に勤務する看護師4名	攻撃（身体的暴力、言語的暴力）	精神科領域	拒絶される、怒りをぶつけられる等のカテゴリーからなる【自己を否定される】局面、その場を離れる、患者から離れるカテゴリーからなる【距離をとる】局面、状況を整理する、患者理解、自己理解からなる【状況を捉えなおす】局面がケアリングを断ちなおすプロセスに含まれていた。
4	古川ら, 2016	患者と関わる際の状況と他者を受けた時の看護師の感情を明らかにすること	質的研究 半構造化個別インタビュー	重症心身障害者病棟に勤務する強度行動障害者に関わったことのある看護師9名	身体的暴力のみ	小児科領域	嫌悪感、徒労感、恐怖感や混乱の4種類の陰性感情を抱いていた。他者を受けた後の対処方法として、1～2年目では看護師は患者に対して自責の念があり、6年目以上の看護師は原因を理解し兆候を感じていた。
5	金谷ら, 2015	患者から暴力を受けた精神科看護師が抱いた感情および介入した要因を明らかにすること	質的研究 半構造化個別インタビュー	精神科病院に勤務している看護師10名	身体的暴力 言語的暴力 性的暴力	精神科領域	直後の感情は【患者に対する怒りと不満】【患者に対する嫌悪感と拒否感】など12コアカテゴリーであった。現在の感情は【患者に対する諦め】、【患者の病状安定への心配】など11コアカテゴリーであった。直後と現在の感情に介した要因は【患者理解の深まり】、【暴力への解釈の転換】など6コアカテゴリーであった。理解の深まりや解釈の転換によって否定的感情を減少させている看護師もいる一方で現在も否定的感情を抱いている看護師もいることが明らかとなった。
6	生田ら, 2012	一般病棟で働く看護師が、患者から受けた暴力の実験とサポートまでの体験の意味を、自身の中でどのように意味付けているのか明らかにすること	質的研究 非構造化個別インタビュー	一般病棟に勤務する看護師9名	身体的暴力 言語的暴力 性的暴力	一般科領域	12のテーマが見出され、テーマとして局面Ⅰ:困惑と精神的ショックの中にある、局面Ⅱ:不安や恐怖などの体験がフラッシュバックすることがあるが上司、同僚、家族からの支援を実感する、局面Ⅲ:看護師としての成長を感じ、アイデンティティを再構築するの3つの局面が構成された。看護師は同僚、上司、家族から感情面、対応面、組織面の支援を受け肯定的サポートと位置付けていた。
7	仲宗根ら, 2012	患者の暴力を受けた看護師の体験から、暴力の発生状況及び看護師の状況判断と対応行動を明らかにすること	質的研究 半構造化個別インタビュー	A（一般）病院内に勤務する看護師16名	身体的暴力 言語的暴力 性的暴力	一般科領域	23事例を1群:看護師の言動や対応が誘因で発生した暴力、2群患者の危険行為の制止時に発生する暴力、3群:処置やケア等の介入時に発生する暴力、4群:性的暴力の4つに分類した。1群では看護師の患者対応の習熟度や経験年数で対応行動に差があった。2群では、看護師の生命危機が発生する対処もあったが、患者を興奮させず収めることが最優先されていた。3群では暴力を回避しながら処置・ケアを実施することが最優先されていた。4群では全事例が1～2年目の看護師であり、さりげなく強い口調で中止せずさりげなく注意していた。
8	草野ら, 2007	精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の感情と、その感情に影響を及ぼす要因について明らかにすること	質的研究 半構造化個別インタビュー	精神科病院に勤務する看護師14名	身体的暴力のみ	精神科領域	感情として【暴力行為によって生じた情緒的反応】【自己概念をゆるがす感情】【患者と関わることへの戸惑い】【暴力行為の解釈】【看護師としての職業意識】【体験を分かち合うことの困難さ】【支えになった同僚の存在】【患者との関係修復】【暴力行為を受けた体験からの学び】の9カテゴリーが抽出された。感情の変化に影響を及ぼす要因として【暴力行為の解釈】【支えになった同僚の存在】【体験を分かち合うことの困難さ】【看護師としての職業意識】が抽出された。
9	谷本ら, 2006	入院患者から暴力を受けた精神科看護師が抱いた感情と対応、さらに周囲の人々の対応をどのように感じたのかを含めた暴力体験を時間軸を用いて明らかにすること	質的研究 半構造化個別インタビュー	精神科病院に勤務する看護師（准看護師を含む）14名	身体的暴力 言語的暴力 性的暴力	精神科領域	【暴力に対する感情】【暴力をふりつた患者に対する感情】【自分に対する感情】【周囲の対応に対する感情】【暴力への対処】の5カテゴリーが抽出された。暴力被害を受けた直後では否定的感情が生じ、対象者の心の傷となっていた。周囲の無関心な対応や気遣いのない対応は否定的感情、迅速な介入には肯定的感情を抱いていた。対処では安全の確保や患者との関係修復を目指していた。時間を経過した後では、意味付けを行っていた。
10	小宮ら, 2005	精神科病棟で働く看護師が患者から受けた暴力の内容とその看護師への影響および対処について明らかにすること	質的研究 半構造化個別インタビュー	精神科病棟に勤務する看護師18名	身体的暴力 言語的暴力 性的暴力	精神科領域	身体的暴力によって身体的影響として『治療を要するもの』も生じていたが『問題ないように振る舞う』対処が見られた。心理的影響として『怒り』や『自己嫌悪』などの否定的感情が生じ、『その事件や患者について考えない』や『心理的なダメージについて話さない』などの対処が見られた。言語的暴力に対して、『患者に注意を与える』、心理的影響に対して『親しい同僚に愚痴を言う』『患者と振り返る』などの対処が見られた。性的暴力に対して『患者に注意を与える』心理的影響に対して『親しい同僚に愚痴を言う』対処が見られた。

V 結果

1 文献の詳細

文献の詳細を表2に示す。

表2 文献の詳細

		件数	%
出版年	2022年	1	10.0
	2016～2020年	3	30.0
	2011～2015年	3	30.0
	2005～2010年	3	30.0
研究デザイン	質的研究	10	10.0
	量的研究	0	0.0
目的	暴力の影響と対処	4	40.0
	暴力体験のプロセス	3	30.0
	暴力を受けた感情と感情に影響する要因	2	20.0
	暴力が発生している場面での状況判断との対応	1	10.0
暴力の分類	身体的暴力	2	20.0
	言語的暴力	2	20.0
	身体的暴力×言語的暴力	1	10.0
	身体的暴力×言語的暴力×性的暴力	5	50.0
研究領域	精神科領域	7	70.0
	小児科領域	1	10.0
	一般科領域	2	20.0
対象者の属性	対象者数	111	100.0
	性別		
	男性	41	36.9
	女性	61	55.0
	不明	9	8.1
	臨床経験年数		
	1～5	24	21.6
	6～10	13	11.7
	11～15	4	3.6
	15～20	6	5.4
	20<	11	10.0
	内訳不明	53	47.7
	所属病棟		
	精神科領域		
	急性期病棟（閉鎖病棟を含む）	36	32.4
	開放病棟	2	1.8
	慢性期病棟	8	7.2
	外来	2	1.8
	療養病床群	1	0.9
	不明	28	25.2
	小児領域		
	重症心身障害者病棟	9	8.1
	一般科領域		
	病棟	19	17.1
	外来	6	5.4
	患者の病状記載の有無		
	記載している文献	2	20.0
	記載していない文献	8	80.0
	患者に対する感情		
	恐怖/不安	9	90.0
	嫌悪感/拒否感/憂鬱/苦手意識	9	90.0
	混乱/困惑	8	80.0
	驚き/ショック	7	70.0
	心配/気遣う/傷つけたくない/寂しさ	7	70.0
	怒り	6	60.0
	身の危険/脅威	4	40.0
	理不尽/納得できない	4	40.0
	あきらめ/お手上げ/仕方ない	3	30.0
	安心感/安堵感/充実感（患者の関係修復による）	3	30.0
	覚悟している/気にならない	2	20.0
	自分自身に対する感情		
	罪悪感/自責感/自己嫌悪	9	90.0
	自身喪失/無力感/劣等感	6	60.0
	看護師としての役割意識（責任感/義務感/使命感）	5	50.0
	傷つき/悲しみ/切ない/落ち込み	4	40.0
	自己を否定される/自尊心の低下/劣等感	3	30.0
	羞恥心	2	20.0
	仕事を辞めたい	2	20.0
	学びの実感	2	20.0
	周囲に対する感情		
	感謝/安心/充実	7	70.0
	傷つき/失望/悲しみ/寂しさ	3	30.0
	違和感/釈然としない	2	20.0
	申し訳なさ/遠慮	2	20.0
	相談相手の動揺の負担感	1	10.0
	怒り	1	10.0

1) 出版年

文献の出版年は2022年に1件（No. 1）、2016年から2020年に3件（No. 2, 3, 4）、2011年から2015年の間に3件（No. 5, 6, 7）、2005年から2010年の間に3件（No. 8, 9, 10）であった。

2) 研究デザイン

研究デザインはすべての文献が質的研究であった。データ収集方法としては半構造化個別インタビュー8件（No. 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9）、半構造化グループフォーカスインタビュー1件（No. 2）、非構造化個別インタビューが1件であった（No. 6）。

3) 研究目的

対象文献は暴力を受けたことによる看護師の体験を明らかにした文献であった。体験の詳細別に分類すると、暴力による身体的・心理的な影響と対処について明らかにした文献が4件（No. 1, 4, 9, 10）、暴力体験のプロセスを明らかにした文献が3件（No. 2, 3, 6）、暴力を受けた後の感情と感情に影響する要因を明らかにした文献が2件（No. 5, 8）、暴力発生場面での状況判断と対応を明らかにした文献が1件（No. 7）であった。

4) 暴力の分類

身体的暴力のみをテーマにした文献2件（No. 4, No. 8）、言語的暴力のみをテーマにした文献2件（No. 1, 2）、身体的暴力と言語的暴力をテーマにした文献1件（No. 3）、身体的暴力と言語的暴力と性的暴力（No. 5, 6, 7, 9, 10）をテーマにした文献5件であった。

5) 研究対象領域と研究対象者の属性

精神科領域の文献は7件（No. 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10）であり、複数の病棟と外来の看護師が対象者であった。小児科領域の文献は1件（No. 4）であり重症心身障害者病棟の看護師が対象者であった。一般科領域の文献が2件（No. 6, 7）であり病棟と外来の看護師であり特定の診療科には限定していなかった。

研究対象者の性別は男性が41名、女性が61名、不明が9名であった。研究対象者の臨床経験年数の詳細が記載された文献は5件（No. 1, 2, 5, 6, 7）であった。記載された5件の文献で経験年数の内訳は1～5年目が24人、6～10年が13人、11～20年が10人、21年以上が11人であり、様々な経験年数の看護師が対象となっていた。また、詳細が記載されていない文献（No. 3, 4, 8, 9, 10）においても対象者の臨床経験年数を限定していないが、幅広い臨床経験年数の看護師が対象であった。

6) 患者の病状

患者の病状について記載している文献は2件だった（No. 4, 7）。一般診療科領域の文献（No. 7）は、外科、アルコール依存・酩酊・飲酒後のケンカ、脳血管疾患、精神科疾患、骨折、拘束中の透析患者、糖尿病、認知症、重症不整脈、意識消失の患者が含まれていた。小児科領

域の文献 (No. 4) は、強度行動障害者の患者に限定していた。精神科領域の文献 7 件と (No. 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10) と一般診療科領域の文献 1 件 (No. 6) は患者の詳細な病状は記載していなかった。

2 暴力を受けた看護師の感情

各文献に記載された暴力を受けた看護師の感情を、患者に対する感情、自分自身に対する感情、周囲の対応に対する感情に分類し集計した (表 2)。本研究で集計した感情を『』で示し、特徴的な感情について記載する。

1) 患者に対する感情

患者に対して『恐怖/不安』(No. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)、『嫌悪感/拒否感/憂鬱/苦手意識』(No. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10) 等の否定的感情を抱いていた。また、『驚き/ショック』(No. 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10)、『混乱/困惑』(No. 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10)、『身の危険/脅威』(No. 5, 7, 9, 10) の感情を抱いており、暴力を受けることは看護師にとって衝撃的で危害が及ぶような体験であった。

一方で看護師は『心配/気遣う/傷つけない/寂しさ』(No. 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10) といった患者に心を寄せる感情も抱いていた。そして、暴力後に患者と関係を修復することによって『安心感/安堵感/充実感』(No. 5, 6, 8) を抱いていた。

2) 自分自身に対する感情

自分自身に対する感情では『罪悪感/自責感/自己嫌悪』(No. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) といった自分を責める感情を抱いていた。また、『自信喪失/無力感/劣等感』(No. 1, 2, 6, 8, 9, 10)、『自己を否定される、自尊心の低下、劣等感』(No. 2, 3, 6) といった、看護師としての能力や自己を否定される感情を抱いており、『仕事を辞めたい』(No. 5, 6) 感情も抱いていた。否定的感情が生まれる一方で、責任感や義務感等の『看護師としての役割意識』(No. 1, 2, 5, 6, 8) や暴力を体験することで『学びの実感』(No. 6, 9) を抱いていた。

3) 周囲の対応に対する感情

周囲の対応に関する感情では、体験を共有できることやすぐに駆け付けてくれて対応してれること等の支援を受けて、『感謝/安心/充実』(No. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9) といった肯定的感情を抱いていた。

一方で相談しても周囲からの理解が得られないことや自分の対応を責められたりすることで『傷つき/失望/悲しみ/寂しさ』(No. 7, 8, 9) といった否定的感情を抱いていた。また、業務に影響することや休むことに対する周囲への気兼ね等の『申し訳なさ/遠慮』(No. 2, 10) を感じていた。

3 暴力に対する対処

暴力に対する行動的対処として 123 コード、22 サブカテゴリー、7 カテゴリーが抽出された (表 3)。認知的対処として、30 コード、12 サブカテゴリー、6 カテゴリーが抽出された (表 4)。以下にそれぞれの対処について述べる。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》、コードを「」で示す。

1) 行動的対処

(1) 【回避や身体的・言語的方法で暴力に対応する】

この対処は、暴力が起こっている場面や危害が及ぶことへの対処である。

《切迫した状況では身体的な方法で抑える》は、患者が包丁を振り回す、不穩でベッドから転落するリスクがある場合などの状況で患者を抑えつけることや安全帯を装着する対処であった。《感情をコントロールし言語的な介入で解決する》は、「頭にきても患者にたいして冷静に対応する (No. 5)」のように冷静に言語的に解決する対処であり言語的暴力に特徴的な対処であった。また、《暴力が起きている場から回避する》は、対応困難な場面等でその場を一旦引き下がることである。《私生活でも防衛する》は「家族を襲ってやるといった患者が退院した後に、自分の枕元に催涙スプレーをおいて自衛する (No. 10)」のようにプライベートにまで影響が及んでいるための対処であった。

(2) 【暴力の影響を隠し信頼できる環境で打ち明ける】

この対処は、暴力を受けた後の影響を隠しつつも信頼できる環境で他者に共有する対処である。

看護師は《感情を表出してもよい環境の看護チーム内で共有する》対処や、《心の奥に体験を閉じ込め親しい人にだけ打ち明ける》対処をしていた。「愚痴を聴いてくれる環境は良いと思うから、スタッフに打ち明ける (No. 2)」、「意見やアドバイスを求めているわけではなく、自分の話をただ聞いてくれる配偶者に話す (No. 6)」ように、愚痴を言っても受け入れてもらえる環境であればチームで共有する一方で、チームに話す懸念もあり、ありのままを受け入れてくれる同期や家族に体験を共有していた。また、周囲への遠慮から《周囲にサポートを求めず働く》対処もしていた。

(3) 【暴力の体験から離れる】

この対処は、暴力の体験を忘れ仕事として割り切り何もせず時間によって風化させる対処である。

《感情を処理できず忘れようとする》は私生活にまで傷つきを引きずり忘れようとする努力する対処であり、《仕事として割り切り何もしない》は仕事の事として割り切り、何もせず時に身を任せる対処であった。物理的な休息や休暇をとり《私生活で気分転換する》対処もあった。また、「一緒にいたいなと思えて、一緒にいれば自分が回復できる患者の看護に専念することで仕事の中で気分

転換する (No.10)」のように《自分を認めてくれる他の患者の看護に専念する》対処は、看護師特有の対処であった。

(4) 【否定的感情を抱き物理的・心理的に患者を避ける】

この対処は、患者に対する否定的感情のため患者と物理的、心理的距離を取る対処である。

《患者に嫌悪感抱き患者と関わる事を避ける》は、物理的に患者との関わりを避ける対処である。《否定的感情があり心の距離を取った対応を行う》は「関わらざるを得ない状況では、事務的や気持ちを込めて対応しない等、共感的に関わらない (No.10)」のように患者に心を寄せず心理的な距離を取り関わる対処であった。

(5) 【否定的感情抑え距離を調整して患者と関わる】

この対処は、患者への否定的感情を抱き抑えながらも患者と関わりを継続していく対処である。

《否定的な感情はあるが役割を果たすため患者と関わる》は、「暴力後は患者に近づきにくいと感じたが、関係を良くしたいと思ひなるべく話しかける (No. 9)」ように看護師としての役割を意識し患者と関わる対処であった。一方で、《関わりを継続できるようにあえて距離をとる》は、「患者との関係をもとに戻したいと思ひ距離を置いた (No. 9)」のように関わるために一旦距離を取る対処であった。また、関わる中では《患者の状態に合わせて患者と関わる》ことや、「殴るぞ、暴力ふ

るぞと言われても、病気の症状だから許されるということに矛盾を感じながらも関わる (No. 2)」という《否定的な感情を抑えながら患者と関わる》対処をとっていた。

(6) 【暴力に対応するため周囲に協力を求める】

この対処は、暴力に対応するために看護チームや多職種に協力を求める対処である。

《チームで協力して組織として対応する》はチーム内で共有し対応を代理してもらうことや、組織として統一した対応を決める対処であった。《今後の対応や暴力の原因について周囲に相談する》は先輩や医師から今後の対応や暴力の原因についてアドバイスを受ける対処であった。

(7) 【感情に左右されながら自己と患者の視点から振り返る】

この対処は、暴力について自分の対応や患者の状況を振り返り暴力を理解する対処である。

《自己と患者の視点から暴力の体験を振り返る》は暴力に至った自分の対応や患者の病状や状況を振り返り理解することである。また、《心理的余裕が出たら患者に自分の感情を伝え一緒に振り返る》ように患者と一緒に振り返る対処もあった。しかし、《嫌悪感や患者への気遣いから患者と振り返りを行わない》ように看護師の心の状態や患者に対する感情によって、患者と一緒に振り返りを行うかは左右されていた。

表3 行動的対処

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
患者の行動を抑えるために患者の足を踏みつけ床に倒す ベッドからの転落したら大変なことになると考え、顔を蹴られ出血したが患者を抑えることを優先し他看護師と安全帯を装着した (他6コード)	切迫した状況では身体的な介入で抑える	
患者の中傷的発言を訂正させ止めさせるために論じた 興奮している患者にも積極的に傾聴する 頭にきて患者にたいして冷静に対応する (他8コード)	感情をコントロールし言語的な介入で解決する	回避や身体的・言語的方法で暴力に対応する
その場で対応しない 患者の対応を続けていても暴力は助長される一方なので対応しきれないと思ひ退散する(他3コード)	暴力が起きている場から回避する	
家族を襲ってやるといった患者が退院した後に、自分の枕元に催涙スプレーをおいて自衛する 愚痴を聴いてくれる環境は良いと思うから、スタッフに打ち明ける	私生活でも防衛する	
辛さを共感してもらうことや、頑張っていることを理解してもらうことで傷つきを軽減する 同僚との話題の共有により気持ちを整理し解消する (他4コード)	感情を表出してもよい環境の看護チーム内で共有する	
患者への恐怖や怒りなどの否定的感情はチーム全体で話し合わず、親しい人に愚痴を言う 意見やアドバイスを求めているわけではなく、自分の話をただ聞いてくれる配偶者に話す 先輩には話せない内容もあり、どんな内容でも話すことができる同僚に話す (他8コード)	心の奥に体験を閉じ込め親しい人にだけ打ち明ける	暴力の影響を隠し信頼できる環境で打ち明ける
周囲に気兼ねして休みを取らない スタッフから大丈夫かと聞かれても、たいしたことない、大丈夫と答える (他2コード)	周囲にサポートを求めない	
嫌なことを言われたら引きずるので、さらに刺激のある録音番組を見てなるべく忘れようとする 暴力があった事実をなるべく考えない (他1コード)	感情を処理できず忘れようとする	
何もしない 白衣を脱いで私服に着替えて仕事のこととしてリセットする (他3コード)	仕事として割り切り何もしない	暴力の体験から離れる
余裕がないとダメージが大きくなるので、休息や休暇をとる (他1コード)	私生活で気分転換する	
一緒にいたいなと思ひ一緒にいれば自分が回復できる患者の看護に専念することで仕事の中で気分転換する	自分を認めてくれる他の患者の看護に専念する	
患者のことが嫌だったから、その後積極的に関わらない 患者を見てみぬふりをしたり回避する (他6コード)	患者に嫌悪感抱き患者と関わる事を避ける	否定的感情を抱き物理的・心理的に患者を避ける
普通に関わろうと努めたが警戒心と不信感があって治療的に関わるのができず徐々に対応した 関わらざるを得ない状況では事務的や気持ちを込めて対応しない等共感的に関わらない(他1コード)	否定的感情があり心の距離を取った対応を行う	

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
看護師だから仕事として看護をしないといけない義務感から暴力を受けても患者と関わりを持とうとする	役割を果たすため積極的に患者と関わる	
暴力後は患者に近づきにくいと感じたが、関係を良くしたと思えるべく話しかける		
患者と関係性を深める (他4コード)		
今日はどうなんだとうと患者の精神状態を気にしつつ接する行動		
更なる暴力を防ぐために二人で対応する、ドアを開けないで対応するなど安全な対応方法を採択する	患者の状態に合わせて患者と関わる	否定的感情を抑え距離を調整して患者と関わる
自分の対応、患者はどう考えや行動をとったのかと自分の考えをまとめ自分の行動や対応を修正する (他4コード)		
暴力を受けている最中は必至で怒りを抑えるそれで精一杯		
看護師として、暴力を回避するために患者に手をあげる気持ちは働かず自己規制する	否定的な感情を抑えながら患者と関わる	
殴るぞ、暴力ふるうぞと言われても、病気の症状だから許されるということに矛盾を感じながらも関わる (他1コード)		
他の看護師との関わりを観察できるように距離を取る	関わりを継続できるようにあえて距離をとる	
患者との関係をもとに戻したいと思ひ距離を置く		
強く言われても、一貫した態度でいこうとカンファレンスで統一して対応する		
直接対応しないように他のスタッフに対応を代わってもら (行動)	チームに協力を求め組織として対応してもらう	暴力に対応するため周囲に協力を求める
自分では解決できない問題は師長に相談し、業務交代や、患者に注意をしてもらったり組織として対応してもらう (他5コード)		
自分がとった対応や今後の対応方法について、先輩などにアドバイスをもらう	今後の対応や暴力の原因について周囲に相談する	
なぜ自分だけ患者が中傷するのか医師から精神分析的なアドバイスをもらう (他2コード)		
患者のことが嫌だった、話しても分からない、傷つけたくない、刺激になるという思いから、暴力について患者と振り返りを行わない	患者への嫌悪感や気遣いから患者と振り返りを行わない	
心理的余裕が出てから、暴力時のことの投げかけや自身の痛みを告げる患者と振り返りの機会を持つ	心理的余裕が出たら患者に自分の感情を伝え一緒に振り返る	感情に左右されながら自己と患者の視点から振り返る
患者に自分の思いを打ち明ける (他2コード)		
先輩から振り返るようにアドバイスを受けて、自分のケア、自分の対応と患者の反応から自分の考えは適切だったのか振り返る		
何が起きているのか、事実と照らし合わせて、暴力の理由や原因や意味を考える	自己と患者の視点から暴力の体験を振り返る	
患者がいらつき罵声している状況的な原因を探る (行動)		
なぜ患者が暴力を振るったのかを患者のそれまでの経験を辿り、患者の気持ちや状況を振り返る (他13コード)		

2) 認知的対処

(1) 【暴力を受けることも仕事の一つ】

この対処は、暴力を受けることは看護師の仕事の一つ捉え、悩むことや感情を露わにするものではなく仕方ないと捉える認知である。

《看護師の仕事のうちであり仕方ないこと》は暴力を受けることに対して「いちいち落ち込んでいては仕事にならず、暴力が起きることは仕方ない (No. 9)」と感情を左右されては仕事にならないと認知する対処であった。また、《怒りを表出することはプロではないため仕方ないこと》は「周りのベテランの姿をみて自分が腹を立てていたらあかんという考えから、また言っている仕方ない (No. 1)」のように周囲の看護師の対応に同調し感情を表出しても仕方ないと認知する対処であった。

(2) 【暴力が起こることは誰の責任でもない】

この対処は、暴力が起こることの責任は患者にある訳でも自分の看護にある訳でもないため仕方ないと捉える認知である。

《意味もなく突然起こること》は「近寄れない、自分との葛藤、怖さもあるが意味もなく突然来るもの (No. 4)」ように、突然起こるものと認知する対処であった。また、《病状に左右されて起こること》は「否定的感情を抑えるために、病気だから病気で左右されてやむをえ

なくやっている」と捉える (No. 8)」のように患者自身への否定的感情を抑えるために、病気が患者に暴力を振るわせていると認知する対処であった。また、《自分の看護の責任ではない》は、「自分だけが暴力を振るわれているわけではないので仕方ない (No. 9)」のように他の看護師も暴力を受けているため、暴力が起きたことは自分自身の問題ではなく仕方ないと認知する対処であった。

(3) 【暴力による自分への被害は小さい】

この対処は暴力で受けた自分の被害を小さいと捉える認知である。

《大したことではなく些細なこと》は「自分の機嫌をよくするために、これぐらいとかちょっとぐらいならいいやと捉える (No. 1)」のように、身体的な被害は小さく些細なこととして認知する対処であった。《疾患によるものなので自分より患者の方がつらい》は、疾患を抱える患者の方が辛く、相対的に自分の被害は小さいと認知する対処であった。

(4) 【暴力が起きたのは医療者側の責任】

この対処は、暴力が起きた責任は医療者にあると捉える認知である。

《暴力が起きたのは自分が原因》は自分の関わりが暴力を誘発させたと認知する対処であった。また、自身の

表4 認知的対処

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
怒りを表出してしまっではプロではないという思い、仕事だから仕方ない	怒りを表出することはプロ	暴力を受けることも仕事のひとつ
周りのベテランの姿をみて自分が腹を立てていたらあかんと考え、また言っている仕方ない	ではないため仕方ないこと	
暴力を受けてショックを受けたが仕事だから仕方ない	看護師の仕事のうちであり仕方ないこと	
いちいち落ち込んでいては仕事にならならず、暴力が起きることは仕方ない (他1コード)	意味もなく突然起こること	暴力が起ることは誰の責任でもない
近寄れない、自分との葛藤、怖さがあるが、意味もなく突然来るもの	病状に左右されておること	
精神科だし病状だと思って仕方なく、我慢しないといけないと思ってあきらめる	自分の看護が悪いわけではないこと	
否定的感情を抑えるために、病気だから病気で左右されてやむをえなくやっていると捉える (他3コード)	自分の看護が悪いわけではないこと	暴力による自分への被害は小さい
その患者だけに言われるだけで、すべての患者からではない	疾患によるものなので自分より患者の方がつらい	
自分だけが暴力を振るわれているわけではないので仕方ない (他2コード)	大した被害ではなく些細なこと	
爪を立てられたり抵抗されても、疾患によるものだと思って、自分より患者の方がつらい	看護師の関わりや治療内容が暴力を誘発させた	暴力が起きたのは医療者側の責任
自分の機嫌をよくするために、これぐらいとかちょっとぐらいならいいや	暴力が起きたのは自分が原因	
傷を負ったわけでもないのに、些細な暴力として受け止め仕方ない (他3コード)	思い出すので詮索されたくない、触れられたくない体験	触れられたくない体験
看護師のかかわりや油断、治療内容が暴力を誘発させた	看護師として成長につながる体験	看護師としての成長に繋がる体験
自分の関わりが悪かった (他1コード)	看護師の素晴らしさがわかった貴重な経験	
暴力行為を思い出すので詮索されたくない、触れられたくない体験	看護師の素晴らしさがわかった貴重な経験	
今後のために、大丈夫だともって関わりを持っていた方が良いので、今を自分のケアを向上させるチャンス		
自分自身が看護師として成長するきっかけとなった (他2コード)		
マイナスなイメージで自分の中に残っているが、看護師の素晴らしさがわかった貴重な経験		

関わりだけでなく《看護師の関わりや治療内容が暴力を誘発させた》のように治療内容も原因であり、医療者側の責任と認知していた。

(5) 【触れられたくない体験】

この対処は、暴力を受けた体験自体を他者に触れられたくないと思える認知である。

「暴力行為を思い出すので詮索されたくない、触れられたくない体験 (No. 8)」と捉えており、暴力を想起することによるストレスを回避するために触れられたくないと思える認知であった。

(6) 【看護師としての成長に繋がる体験】

この対処は、暴力を受けた体験自体にポジティブな意味を見出す対処である。

看護師としての成長するチャンスや実際に成長するきっかけとなったことで《看護師として成長につながる体験》として認知していた。また、「マイナスなイメージで自分の中に残っているが、看護師の素晴らしさがわかった貴重な経験 (No. 8)」のように看護師という職業を新たに見つめなおす体験として認知していた。

VI 考察

1 文献の概観について

ここでは、文献の概観から医療機関において患者から受ける暴力に関する今後の研究の方向性について考察する。

対象文献10件中、精神科領域の文献が7件であった。患者による看護師への暴力は精神科領域だけではなく一

般科領域や (鈴木ら, 2011)、小児科領域でも起きている実態が明らかとなっている (湧水ら, 2018)。本研究における対象領域の内訳からは、精神科領域以外の看護師の暴力体験については未だ十分検討されていないことが伺える。今後は精神科領域以外でも患者から暴力を受けた看護師の対処を明らかにしていく必要がある。また、患者の病状について記載している文献は2件であり、一般科領域の文献では患者の病状は多様であり限定はされていない。暴力が起る患者側の要因は、アルコール依存、薬物中毒、認知症、統合失調症、せん妄状態、終末期状態、慢性的な痛みや待ち時間によるストレス等で多様であり (三木, 2011, pp41-72)、患者の病状や暴力が起った状況による対処の違いについても検討する必要がある。

次に、研究対象となる看護師の経験年数は限定されおらず多様であった。古川ら (2016) の研究では1～2年目の看護師は自責感が強く、6年目以上の看護師はこれまでの経験による能力や内面的な強さを持ち患者を理解しようするという経験年数による対処の違いがあったことを報告している。このように看護師の経験年数などの属性によっては、暴力体験における感情や対処は異なるため経験年数によってどのような違いがあるの検討していく必要がある。

2 暴力を受けた時の感情について

ここでは、患者から暴力を受ける体験が看護師にどのような精神的問題を引き起こすのか、看護師が抱く感情

をもとに考察する。

PTSDを発症するのは命の安全を驚かされることや恐怖感や無力感等の精神的衝撃を受ける体験をすることであり、周囲の無理解、社会的な孤立や後処理での二次的ストレスがPTSDをこじらせる要因となる（加藤ら、2001, pp5-14）。暴力を受けた看護師は『身の危険/脅威』のように安全を脅かされ『恐怖/不安』『自信喪失/無力感/劣等感』を抱き精神的衝撃を受けている。そして、精神的衝撃を受けた後に周囲からのサポートを受けることで『感謝/安心/充実』の肯定的感情を抱いてた。しかし、周囲の対応に対して『傷つき/失望/悲しみ/寂しさ』といった否定的感情も抱いていた。看護職の特徴として暴力を受けた当事者を支援するのではなく罰することで、暴力で生じた集団の不安を回避するという特徴がある（横井ら、2001）。谷本（2006）の研究でも暴力を受けた後に看護師は対応を責められ傷ついていた。暴力を受ける精神的衝撃に加え、当事者を責めるという周囲の傾向が2次被害を及ぼすことになりPTSDの発症を引き起こす体験になると推察される。

また、看護師は患者に対して否定的感情を抱きながらも『心配/気遣う/傷つけない/寂しさ』を抱き、責任感や使命感といった『看護師としての職業意識』を抱いていた。たとえ暴力を受けた相手であっても患者はケアを提供する対象であるため、これらの感情はケア

労働者としての特有の感情と考えられる。Hochschild（1993/2000, pp214-217）は感情労働においてバーンアウトの危険性があるのは、労働者があまりにも仕事に献身してしまうスタンスを持っているケースであると述べており、患者を気遣い暴力で生じた問題を解決しようと職務に献身しすぎることによって、看護師はバーンアウトを引き起こす可能性があるという推察される。

3 患者から暴力を受けた看護師の対処過程と支援の在り方

本研究で抽出されたカテゴリーを時間性に着目して、暴力を受けた看護師の対処過程を（1）暴力発生場面から直後の局面、（2）心の傷つきを軽減する局面、（3）患者との距離を調整して関わる局面、（4）暴力体験を振り返る局面、の4つの局面に分類し、対処過程と支援の在り方についての考察を図2に示した。以下に各局面の特徴と支援の在り方の考察を述べる。

1) 暴力発生場面から直後の局面

暴力の発生場面としては様々な状況があり【回避や身体的・言語的方法で暴力に対応する】という多様な方法での対応だった。重大な被害が生じると判断された場面には抑制などの身体的な対応が行われ、対応できないと判断した場合にはその場から離れる対応が行われていた。しかし、身体的危害が及びそうな状況でも《感情

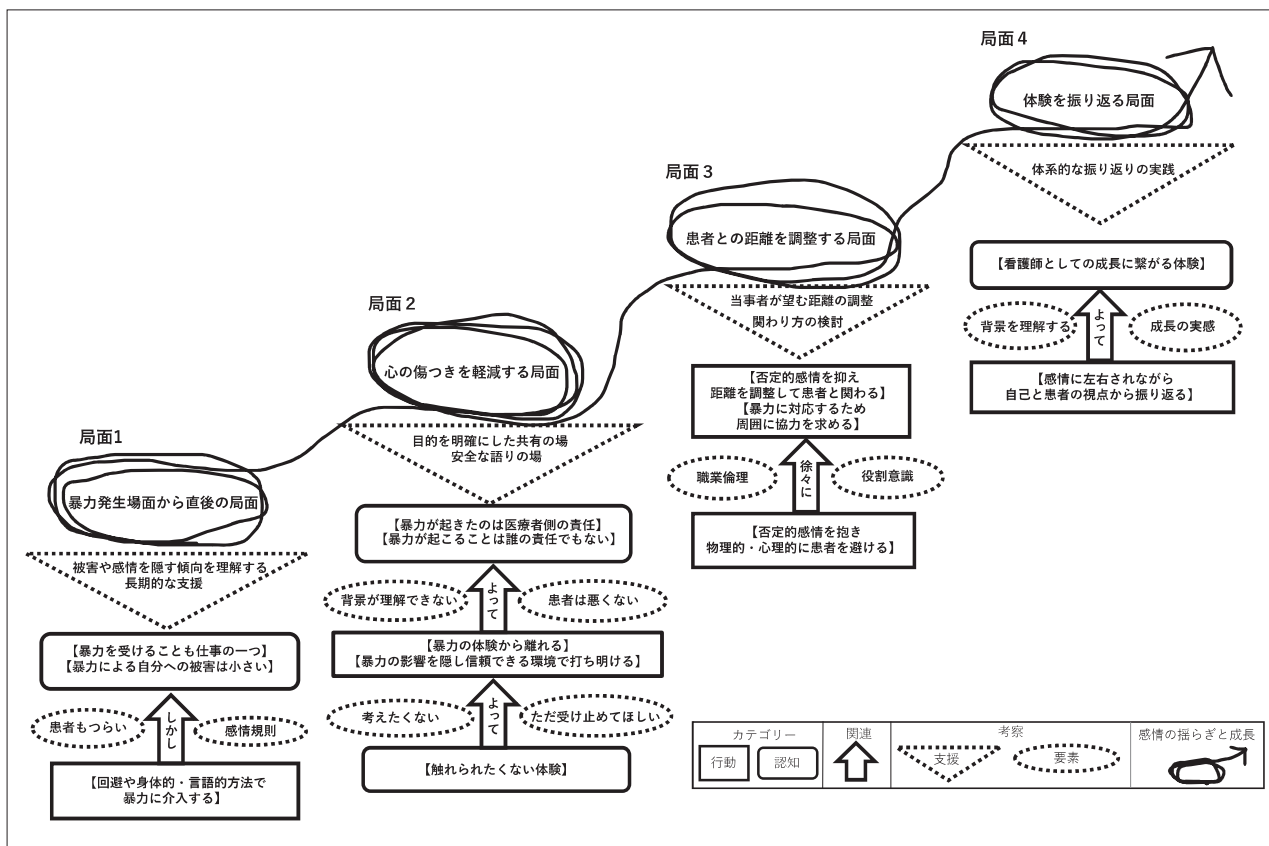


図2：暴力を受けた看護師の対処と支援の在り方

をコントロールし言語的な介入で解決する》対処も行われていた。精神科領域ではCVPPPという患者の怒りや暴力をケアの対象とするケアが普及している（下里, 2019）。本研究は精神科領域の研究が7件であり精神科領域としての特徴が結果に反映され、危険な状況においてもケアの視点を持った対応が行われていたと推察される。

しかし、暴力の発生場面には顔面を蹴られる、鉈を持った患者の対応のように私生活では経験しないような状況もあり、看護師は『身の危険/脅威』を感じる衝撃的な体験をしている。衝撃的な体験をしているのにも関わらず、看護師は患者を思う気持ちにより【暴力による被害は小さい】と捉える傾向や、感情を露わにしていけないと思いつつ【暴力を受けることは仕事の一つ】と捉える傾向があった。武井（2001）は、看護師は感情規則により感情的になることを禁じられ感情を抑制することが求められると述べている。感情規則は明文化されたものではないが、暴力を受けた看護師が被害を小さく捉えたり、仕事の一つとして捉え感情を露わにしない背景には看護職としての感情規則が存在していると考えられる。組織としては、当事者には衝撃的な体験をしているにも関わらず本当の被害や感情を隠す傾向があること認識し、自分の感情を語ることでできる時まで長期的に気にかけて支援していく事が必要であると考えられる。

2) 心の傷つきを軽減する局面

看護師は【暴力で受けた影響を隠し、信頼できる環境で打ち明ける】ことで傷つきを軽減していた。体験を打ち明ける対象は看護チームまたは、家族や同期等の親しい人に分かれていた。

当事者は、暴力体験を【触れられたくない体験】と捉えており、「意見やアドバイスを求めているわけではなく、自分の話をただ聞いてくれる配偶者に話す（No. 6）」のように、問題解決のための支援ではなく、ありのままを受けて入れてくれる情緒的支援を求めている。暴力を受けた看護師への支援では情緒的支援が土台にあることが重要であるが（松本, 2019）、実際は当事者が求めている情緒的支援に対して、上司が行う支援は再発防止が重視されている（久保, 2014）。上司を含めた看護チームで共有することは暴力の背景の検討や患者へのケアが中心となり、当事者が求める情緒的支援との乖離が起こりやすいと推察される。そのため、家族や同期といったありのままを受けて入れてくれる人に感情を表出し心の傷を軽減していたと推察される。しかし、暴力を受けた看護師の支援に対する満足度には、同僚の支援以外にも、看護師長の面談が関連していることが報告されており（高木ら, 2021）、誰にも責められず安全に感情を表出することを保証した師長の面談も必要であると考えられる。

次に、看護師は【暴力の体験から離れる】対処をしていた。衝撃的な体験の再想起を防ぐ対処であり、職務に

献身せずにバーンアウトを防ぐためにも重要な対処であると推察される。一方で、何もせず忘れようとすることは暴力の背景に対する理解が促進されず、【暴力が起こることは誰の責任でもない】と認知したり、責任を考えた時には患者が悪いと思えないため【暴力が起きたのは医療者側の責任】のように自分を責めたり、偏った認知を生み出す可能性があると考えられる。そのため、当事者自身が暴力の背景を理解するための支援も必要となる。しかし、【触れられたくない体験】を深く考えることは更に傷つくことにもつながる。そのため、チームとしての共有の場合は当事者の情緒的支援が目的なのか、暴力の背景や対策を検討することが目的なのかを明確にした上で異なる場として実施する必要があると考える。そして暴力の背景や対策を検討する場に、当事者を含める際は、当事者の心の傷つきが軽減され向き合える状態なのかを確認する必要があると考える。

3) 患者との距離を調整する局面

看護師は【否定的な感情を抱き物理的・心理的に患者と関わる事を避ける】対処を行うが、徐々に【否定的感情抑え距離を調整して患者と関わる】対処を行っていた。また【暴力に対応するため周囲に協力を求める】対処も行っていた。

松原ら（2022）は内容分析の結果、言語的暴力を受けた看護師は否定的感情と関係を修復したいという感情を同程度抱いていると述べている。看護職の倫理綱領では、平等に看護を提供することや信頼関係を築くことが規定されており（日本看護協会, 2021）、患者に対して否定的な感情を抱いたとしても関わりを避け続けることは倫理に反することになる。そのため、《役割を果たすため積極的に患者と関わる》ことは看護師の職務特性を反映した対処である。しかし、関わりを継続する中で「普通に関わろうと努めたが警戒心と不信感があって治療的に関わることができず淡々と対応した（No.10）」のように治療的に関われない状況に陥ることもある。三橋（2008）は感情労働したくてもできない状況で職務に献身することがバーンアウトに繋がる可能性があることを指摘している。まさに、関わろうと思っても否定的感情があり看護師として関われない状況はバーンアウトに繋がる可能性を秘めている。この局面においても当事者は、患者への否定的感情を抱きながら看護師としての役割を果たすために感情を抑え込み患者と関わっているのであり、継続的な面談等で当事者の思いを聞きながら当事者が望む患者との関係性を考慮して距離を調整することや、具体的な関わり方を共に検討する等の支援が必要であると考えられる。

4) 体験を振り返る局面

看護師は【感情に左右されながら自己と患者の視点から暴力体験を振り返る】対処をしていた。自己の対応や

患者の状況について振り返ることで暴力体験の理解を深めていた。

看護師が患者に否定的感情を抱いた後に前向きな関わりを継続するために必要な要素は状況を客観的に捉えなおすことであり（松浦，2014；浮舟ら2014）、振り返りを行うことは暴力が起きた状況を客観的に捉えなおすことができるため、患者との関係性を修復していく上で重要な対処である。

また、松谷ら（2010）は、看護実践能力として人々と状況を理解する力があり、これはアセスメント能力や人々との関係を作る能力であると述べている。暴力体験を振り返ることは、暴力に対するアセスメント能力向上や患者との関係を修復することに繋がり看護実践能力の向上をもたらす対処となる。そのため、患者から暴力を受けた看護師は、振り返りを通じて看護実践能力の向上を実感し、暴力体験の意味を【触れられたくない体験】から【看護師としての成長に繋がる体験】として意味付けしていくことで乗り越えることができると推察される。そのため、暴力体験を振り返ることを当事者個人に委ねるのではなく組織として体系的に実践し、当事者が暴力の背景を理解し看護実践に活かし、暴力を受けた体験を意味づけていくことが必要であると考えられる。

4 がん看護領域における今後の研究の方向性についての検討

本研究では、7件が精神科領域の文献であり対処については精神科領域の特徴が反映されている。そのため、精神科領域と比較した上で今後の終末期がん患者の怒りの表出に関する研究の方向性について検討する。

1) 対処について

暴力発生場面での対処は、言語的な介入により怒りを鎮め、対応できない時にはその場から離れる介入が行われていた。CVPPPの項目としてはディエスカレーションとブレイクアウェイに該当するものである（下里，2019）。緩和ケア領域においては患者の怒りの表出には傾聴が求められる（明智，2021）。そのため、看護師は言語的暴力と呼べるような場面でも危険性を考慮せず傾聴することを優先し、更なる被害を受けることに繋がる可能性もある。看護師の安全性を検討するために、終末期がん患者から怒りを表出された場面の詳細と看護師はどのような行動を取っているのか明らかにする必要があると考えられる。

次に患者と関係性を修復する過程は、心の傷つきを軽減する局面から患者との距離を調整するという局面へと段階的に進んでいくことが示唆された。我が国の平均在院日数を見ると、精神科病床は277.0日ある一方で、一般病床が16.5日（厚生労働省，2020）、緩和ケア病床は28.5日（平山ら，2021，pp56-97）である。そのため、精神

科領域と比較してがん看護領域においては、患者と看護師の関係性には時間の制約が生まれる。大川ら（1993）は怒りを表出した終末期がん患者の事例報告で、患者を受け止めることができず難しい患者と捉えたまま死に至ったため、無力感や不全感が残る体験であったことを報告している。終末期がん患者は進行性に病状が悪化するため、回避する間に患者との関係性が修復できない場合があると推察される。そして、患者との関係性がどのような帰結を迎えたかによって看護師の感情や暴力体験の意味も変わることが推察される。そのため、時間の制約がある中で、終末期がん患者から怒りの表出をうけた看護師はどのように患者との関係性を修復しているのか明らかにする必要があると考える。

次に、CVPPPには振り返りと報告が含まれており（下里，2019）、暴力体験を振り返ることがケアとして根付き患者と一緒に振り返りが行われていたと推察される。一方、一般科領域ではCVPPPは普及しておらず、病状が悪化している終末期がん患者と共に振り返りを行うことは困難になると推察される。角甲ら（2012）による60件のデスカンファレンスの内容分析では、患者との関わりに苦慮する内容として患者に怒りをぶつけられる辛さが含まれていた。デスカンファレンスの看護師に対する効果としては、自己肯定感の回復や心残りの解消等が報告されている（中浦ら，2019）。このように患者の死後であっても暴力を振り返ることは暴力体験を乗り越えるために重要な機会となる可能性がある。そのため、終末期がん患者から怒りを表出された時に、振り返りがどのように行われているのか明らかにする必要があると考える。また、振り返りの有無と暴力体験の捉え方の関連性についても検討する必要があると考える。

2) 感情について

暴力を受けた看護師の中には、患者に対して『心配/気遣う/傷つけたくない/寂しさ』を抱き、「疾患によるものなので自分より患者の方がつらい」と捉えていた。看護師として患者の状況を思いやる共感の心は、後に患者との関係性を修復する原動力となっていた。一方でケア提供者が患者に共感し感情移入することによって心身が疲弊することを共感疲労と呼び（Figley，2015，pp1-21）、共感疲労は看護師の心身を疲弊させることもある。

がん患者は診断時期から終末期に至る多くの時間を病院で過ごし、看護師は時間を共にすることで患者に感情移入し深い情緒的関係を持ち、患者の死に深い喪失感を抱いており（Wentzel et al., 2019）、高レベルの共感疲労を示すことが報告されている（Jarrad et al., 2010）。これらのことから、がん患者と関わる多くの看護師は共感の姿勢を日常の看護実践で持ち合わせていることが伺える。本研究では《否定的感情があり心の距離を取った対応を行う》看護師がいたように、患者への否定的感情

を緩和しなければ共感を持ったケアは困難となることが示唆された。そのため、終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師が患者に否定的感情を持った場合、ケアの質の低下をもたらし、共感したくてもできない状況は看護師を苦しめるものになる可能性がある。これらのことから、終末期がん患者から怒りを表出された看護師がどのような感情を抱き、自らが抱いた感情とどのように向き合いながら、患者と関わっているのか明らかにする必要があると考える。

3) 支援について

がん看護領域においても、患者から怒りが表出された際には病棟内のスタッフが団結し感情を共有し目標を統一して介入することが重要とされている (Philip et al., 2007)。また、がん患者の怒りは医学的な評価や対応が求められるものであり (安井ら, 2019)、緩和ケアチームの介入が必要となる場合もある。また、緩和ケアチームの精神科医と看護師が病棟の看護師の心理的支援を行うことも重要とされている (山本, 2007b)。このように、支援の重要性が述べられているが具体的な支援の方法や体制について述べた文献は見当たらない。そのため、今後の研究の方向性としては、終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師がどのような感情を持ちながら対処しているのか当事者の体験を明らかにした上で、具体的な支援を検討していくことが必要であると考えられる。

VII 今後の課題

本研究では、医療現場における患者から受ける暴力に対する対処を文献レビューによって明らかにした。対象文献10件中7件が精神科領域であり、単純に他領域における患者から受ける暴力の対処に外挿することはできない。しかし、患者から暴力を受けた看護師が暴力体験を乗り越えるため対処や支援の在り方の示唆を得ることができた。

また、本研究では対象分野を広げての文献検索を行ったが、終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師について記載された文献は見当たらなかった。そのため、終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師がどのような感情を持ちながら対処しているのか、当事者の体験を明らかにすることが今後の課題である。

VIII 結論

国内文献の文献レビューから、患者から受ける暴力に対する看護師の対処を明らかにした。行動的対処として【否定的感情を抱き物理的・心理的に患者を避ける】【感情に左右されながら自己と患者の視点から振り返る】等の7カテゴリーが抽出され、認知的対処として【暴力を

受けることは仕事の一つで感情を左右されない】【看護師としての成長に繋がる体験】等の6カテゴリーが抽出された。これらの結果から、暴力体験を振り返ることが看護師の実践能力を高めることに繋がり、触れられたくない体験を成長体験として捉えなおすことのできる重要な対処であると示唆された。

終末期がん患者から怒りの表出を受けた看護師がどのような感情を持ちながら対処しているのか、当事者としての体験を明らかにすることが今後の課題である。

利益相反

本研究で開示すべき利益相反はない

引用文献

- 明智龍男. (2021). 緩和ケアにおける精神医学の解説. 精神科治療学編集委員会 (編). 精神科治療学：今日の精神科治療ハンドブック, 36 (432), (pp328-331). 星和書店.
- Averill, R. J. (1982). Anger as Experienced by The Angry Person : Responses and Consequences. Anger and Aggression An Essay on Emotion (pp185-208). Springer-Verlag.
- 江部由恵, 平澤彩子, 上村正紀, 西川薫. (2020). 患者からの言葉の暴力によって傷ついた精神科看護師の心のプロセスフォーカス・グループ・インタビューを通して見えてきた思い. 新潟看護ケア研究学会誌, 6, 1-8.
- Figley, C. R. (2015). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder : An Overview. C-ompassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the tra-umatized (pp1-20). Routledge.
- 古川由美, 山口亜里紗, 木村充代, 橋本理香, 隅田美紀. (2016). 患者から他害をうけた時の看護師の体験. 国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター医学雑誌, 3 (1), 68-71.
- Granek, L., Ben-David, M., Bar-Sela, G., Shapira, S., & Ariad, S. (2019). "Please do not act violently towards the staff": Expressions and causes of anger, violence, and aggression in Israel cancer patients and their families from the perspective of oncologists. Transcultural Psychiatry, 56 (5). 1011-1035.
- Grube, M. (2012). Violent behavior in cancer patients a rarely addressed phenomenon in oncological treatment. Journal of Interpersonal Violence, 27(11), 2163-2182.

- 平山英幸, 升川研人, 宮下光令. (2021). データでみる日本の緩和ケアの現状. 木澤義之, 志真泰夫, 高宮有介, 恒藤暁, 宮下光令 (編). ホスピス緩和ケア白2021: がんのリハビリテーションと緩和ケア—その人らしさを大切に— (pp56-97). 青梅社. https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2021/2021_all.pdf
- Hochschild, A. R. (1993/2000). 石川准, 室伏亜 (訳). 管理される心: 感情が商品になるとき (pp214-217). 世界思想社.
- 生田奈美可, 稲垣順子, 浅井美穂, 佐藤美幸. (2012). 一般病棟で働く看護師が患者から受けた暴力に関する現象学的研究: 暴力の実際とサポート体験の意味. 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 5 (1), 11-20.
- Jarrad, R. A., & Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction. *Annals of General Psychiatry*, 19, 22.
- 角甲純, 大園康文, 小林成光, 關本翌子. (2018). がん専門病院の緩和ケア病棟で行われているデスカンファレンスの内容分析. *Palliative Care Research*, 13 (1), 115-120.
- 金谷文代, 田村文子, 大澤真. (2015). 患者から暴力を受けた精神科看護師の感情に関する研究. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 10, 39-59.
- 加藤進昌, 樋口輝彦, 不安・抑うつ臨床研究会. (2001). PTSD: 人は傷つくとどうなるか (pp5-14). 日本評論社.
- 小宮 (大屋) 浩美, 鈴木啓子, 石野 (横井) 麗子, 石村佳代子, 金城祥教. (2005). 入院患者から看護師が受ける暴力的行為に関する研究: 18人の精神科看護師の体験. *日本精神保健看護学会誌*, 14 (1) 1, 21-31.
- 厚生労働省 (2018). 過労死等をめぐる調査・分析結果. 平成29年度我が国における過労死等の概要及び政府が過労死等の防止のために講じた施策の状況 (pp86-162). <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/karoushi/18/dl/18-4-1.pdf>
- 厚生労働省 (2021). 病院報告. 令和2年医療施設調査・病院報告の概況 (pp29-30). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/03byouin02.pdf>
- 久保恵. (2014). 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. 医療法人財団青溪会駒木野病院看護研究集録, 1, 24-36.
- 草野知美, 影山セツ子, 吉野淳一, 澤田いずみ. (2007). 精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験: 感情と感情に影響を与える要因. *日本看護科学会誌*, 27 (3), 12-20.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984/1991). 本明寛 (訳). ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究. 実務教育出版.
- 松原渉, 畑吉節未. (2022). 言葉の暴力を受けた精神科看護師の感情体験と対応に関する実態の分析. 神戸常盤大学紀要, (15), 1-11.
- 松谷美和子, 三浦友里子, 平林優子, 佐居由美, 卯野木健, 大隅香, ...佐藤エキ子. (2010). 看護実践能力: 概念、構造、および評価. *聖路加看護学会誌*, 14 (2), 18-28.
- 松本陽子, 笹本美佐, 丹下友馨. (2019). 患者から暴力を受けた看護師が上司からサポートされたこと認識する介入内容および関係性のプロセスの解明. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 19, 33-41.
- 松浦利江子. (2010). 患者に対して陰性感情をもつ体験に付随する倫理的葛藤. *日本看護管理学会誌*, 1 (1), 77-84.
- 三木明子. (2011). 患者 (家族を含む) から職員への暴力. 和田耕治, 三木明子, 吉川徹 (編), 医療機関における暴力対策ハンドブック 患者も医療者も安心できる環境をめざして (pp41-72). 中外医学社.
- 三橋弘次. (2008). 感情労働で燃え尽きたのか?. *社会学評論*, 58 (4), 576-592.
- 水谷英夫. (2013). 感情労働とは何か (pp25-26). 信山社.
- 中川典子, 林千冬. (2019). 入院患者の看護師に対する怒りの過程. *日本看護管理学会誌*, 23, (1), 71-81.
- 仲宗根房子, 池田明子. (2012). 患者による院内暴力に対する看護師の状況判断と対処行動: A病院の看護師16名への面接調査から. *沖縄県立看護大学紀要*, (13), 49-59.
- 中浦裕子, 和田阿佑美, 大浦まり子. (2019). 看護師が感情を表出できるデスカンファレンスがもたらすグリーフケアとしての効果. *死の臨床*, 42 (1), 195-200.
- 日本看護協会 (編). (2021). 看護職の倫理綱領. 日本看護協会. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf
- 日本看護協会政策企画室 (編). (2004). 2003年保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査. 日本看護協会出版会. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/pdf/71.pdf>
- 大川智, 渡会丹, 武井麻子. (1993). 「闘う患者」と看護師の無力感・不全感: ターミナル・ケアにおける困難事例の分析. *日本精神保健看護学会誌*, 2 (1), 75-82.
- 下里誠二 (編). (2019). 最新CVPPPトレーニングマニュアル: 医療職による包括的暴力防止プログラムの理論と実践, 中央法規出版.
- 鈴木啓子, 石野麗子, 小宮浩美. (2011). わが国の医療機関において看護師が受ける職場暴力の現状と課題: 第1報—患者から受ける暴力被害の実態—. *名桜大学紀要*, 16, 275-290.
- 高田規久子, 成順月, 葉袋淳子. (2021). 患者からの暴力被害の実態と支援状況及び支援に対する満足度との

- 関連：一般病院の看護師を対象とした調査より．医療の質・安全学会誌, 16 (3), 302-311.
- 高木修, 阿部晋吾. (2006). 怒りとその表出に関わる心理学的研究の概観 (感情科学の展開). 関西大学社会学部紀要, 37 (2), 71-86.
- 武井麻子. (2001). 感情と看護:人とのかかわりを職業とすることの意味. 医学書院.
- 谷本桂. (2006). 入院患者から暴力を受けた精神科看護師の主観的体験. 日本精神保健看護学会誌, 15 (1), 21-31.
- Philip, J., Gold, M., Schwarz, M., & Komesaroff, P. (2007). Anger in palliative care: A clinical approach. *Internal Medicine Journal*, 37 (1), 49-55.
- 浮舟裕介, 田嶋長子. (2014). 否定的感情を抱いた患者への精神科看護師の体験. 日本精神保健看護学会誌, 23 (2), 31-40.
- 山田了士. (2015). 「怒り」の精神医学的考察：緩和ケアの場面を中心に. 岡山医学会雑誌, 127 (3), 197-201.
- 山本賢司. (2007a). 緩和ケア医療における「怒り」の問題とその対応. 江花昭一, 小野真吾, 天保英明 (編), 現代のエスプリ (478) (pp150-158). 至文堂.
- 山本賢司. (2007b). がん緩和チーム：精神科医の関与と役割. 日本臨床, 65 (1), 139-143.
- 安井玲子, 清水研. (2019). 特集 医療現場での怒り-どのように評価しどのように対応すべきか 身体疾患患者やその家族の怒りに対応する. 精神医学, 61 (11), 1305-1314.
- 横井麗子, 入江拓. (2002). 急性期精神科看護領域における患者からの暴力に対する看護者の認識とその背景についての一考察：日本と諸外国の文献比較から. 聖隷クリストファー看護大学紀要, (10), 49-70.
- 湯川進. (2004). ストレスと攻撃. 日本ストレス学会誌, 19 (3), 167-174.
- 湧水理恵, 三木明子, 齋藤誠, 大戸達之, 福島敬, 今井博則, 前野哲博, ...黒木春郎. (2019). 小児医療現場における患者・家族からの暴言・暴力・セクハラ・嫌がらせの実態と対策. 外来小児科22 (4), 452-461.
- Wentzel, D., Collins, A., & Brysiewicz, P. (2019). Describing compassion fatigue from the perspective of oncology nurses in durban, south africa. *Health SA*, 24, 1279.