

機関番号 : 14101

研究種目 : 基盤研究 (C)

研究期間 : 2008~2010

課題番号 : 20592487

研究課題名 (和文) 看護職の安全を守る暴力防止マニュアルの開発

研究課題名 (英文) preparation of the violence-prevention manual to keep nurses' safe

研究代表者

清水 房枝 (SHIMIZU FUSAE)

三重大学・医学部・教授

研究者番号 : 90456723

研究成果の概要 (和文) : 病院で働く 42 人の看護師を対象に、半構造化面接による調査の結果より、一般病院で働く看護師が受ける暴力の要因が抽出された。暴力を起こした患者が持つ背景と暴力被害にあった看護師が持つ背景・病院という環境が持つ背景から抽出された要因を基礎的資料として、暴力防止マニュアルの原案を作成した。協力病院において妥当性の検討を行った結果、暴力が起こる可能性のある予兆などの観察ポイントから、暴力が起きた場合の対処、収拾までのマニュアルを作成した。その際、重要な暴力防止システムの具体的な活用指針の検討を行いシステムを運用するに至った。

研究成果の概要 (英文) : Our semi-structured-interviews on 42 nurses in a general hospital revealed factors which led to violence to the nurses. We prepared a draft of the violence-prevention manual, based on the factors derived from three domains of backgrounds: 1) the patients who conducted violence, 2) the victim nurses, and 3) the situation as a general hospital. After assessing the validity of the draft, we settled the manual which covered several watch-points to predict violence, strategies to deal with conducted violence immediately and to get it sort out to the routine. Before using the manual, we needed to discuss the hospital's guideline to activate own effective violence-prevention system.

交付決定額

(金額単位 : 円)

| | 直接経費 | 間接経費 | 合計 |
|---------|-----------|---------|-----------|
| 2008 年度 | 1,800,000 | 540,000 | 2,340,000 |
| 2009 年度 | 800,000 | 240,000 | 1,040,000 |
| 2010 年度 | 100,000 | 30,000 | 130,000 |
| 年度 | | | |
| 年度 | | | |
| 総計 | 2,700,000 | 810,000 | 3,510,000 |

研究分野 : 看護管理学 医療倫理 看護倫理

科研費の分科・細目 : 看護学・基礎看護学

キーワード : 労働環境 病院で働く看護職 暴力防止 安全な環境 離職防止 就業継続

1. 研究開始当初の背景

近年、患者や患者家族による看護職への暴力や暴言が増加し、その実態把握と対応に関

心が高まり、社会的に問題となっている。日本看護協会が行った実態調査によると(2002)医療福祉施設で勤務する看護職が過去1年間

で患者からの暴力被害にあったと回答したものが3割を超えた。また、暴力行為(身体への暴行・脅迫・威嚇の意図のある暴言など)の増加が指摘された(2003)。英国の職種別暴力被害率のデータからも、看護職は警官・消防士について第2位の被害職種にあがっていた。医療現場の実態からも、第一線で働く看護職が患者やその家族から暴力や暴力を受けるケースが多くなり深刻さが増し、暴力や暴言を受けた看護職は、心理的ショックから就業継続不可能となり病気になることも少なくない(陰塚 2004)。病院における暴力の増加は、看護職個人の尊厳と、専門職者としての看護職の自尊心を脅かし、安全で質の高い看護の提供を阻害し看護職の専門機能を低下させ、積極的な看護の提供を困難とし、時には看護職の心理的諸ショックから離職することもある(大迫 2004)。

日本における看護職が受ける暴力の研究では、一般病院に勤務する看護職が、患者からの暴力を受けているという認識は少なく、精神科領域での研究が主であり、一般病院で起こる患者からの暴力に関する研究は希少である。これまでの研究で、1991年から2001年までの傾向は、精神科による「事例検討」が中心でリスクマネジメントの関するものが多く、患者からの暴力に、看護師が抱いた感情は、「患者が病気だから仕方がない」といったあきらめや怒りの言葉で表現され(吉田 2000)、多くの看護師の認識は「患者からの暴力は看護師側に要因があり、患者だけでなく自分にも責任がある」と思っている(新波 2003)。2002年~2005年の研究は、看護職が暴力を受ける実態調査や、患者から暴力を受けた精神科看護師の自尊感情に関するもので、暴力を苦手意識として取り上げられている研究がいくつか報告されている。また、看護職のストレスに関する研究から、最も強いストレスは、患者や家族の対応に関するもので、患者や家族の苦情や暴力・暴言であったことが報告されていた(安藤 2002)。その後、救急初療における看護現場で、ほとんどの看護師は、怒る患者や家族の対応をした経験を持ち、強いストレスになっていたことが報告されている(作田 2004)。これらのことから、病院における患者の安全や安心は、職員が、安全で安心して働くことができる職場環境が必要であり、特に365日24時間患者に直接対応する看護師が、安全で安心して働ける職場づくりが求められるところである。そのためには、看護師は患者からの暴力を受けないことであり、暴力防止に向けたシステムの構築が必要である。

2. 研究の目的

本研究では、以下の3つを目的とする。

(1)一般病院で働く看護師が受ける暴力の要

因を明らかにする。

(2)暴力の可能性を予測できる暴力防止マニュアルの開発をする。

(3)暴力防止システム構築を検討する。

3. 研究の方法

目的(1)については質的研究方法である。

対象はA県の一般病院に勤務する看護職で1年以内に患者から暴力を受けた者で、本研究に同意が得られた者。対象の選定については、A県看護部長会で研究説明を行い、協力を得られた病院の看護部長の紹介を受けた。尚、暴力行為者である患者はで、精神科患者・認知症のある患者などを除外条件とした。研究期間は、平成20年4月から平成22年3月31日。

データ収集方法は、患者から暴力を受けた病院で働く看護師に対して、半構成的面接方法で調査を行った。面接はインタビューガイドに沿って行い「暴力を起こした患者の行動」「暴力を受けた時の看護師の行動や感情」「対処後の患者の行動」「暴力の内容」「上司や病院の対応」などを中心に語ってもらった。対象者の許可を得て録音し逐語録を作成した。

データ分析は、面接結果(データ)をコード化し、コードの相違点、共通点、パターンなどについて分析することにより、カテゴリー化する質的帰納的方法を用いた。

目的(2)(3)については、介入方法を用いた。目的(1)から得られた分析結果に基づいて、原案を作成し、病院の看護部長、病院危機管理担当者を対象として、具体的な暴力防止策について検討した。あわせて研究担当で妥当性の検証をおこなった。

用語の定義を以下に示す。暴力は「①身体的暴力②言葉の暴力③精神的暴力を含むもの」として定義した(藤本 2005)。

研究に先立ち、三重大学医学部研究倫理審査委員会に承認を得た。対象者は研究概要、任意であることなど口頭と文書で説明し同意書に署名をもらった。

4. 研究成果

本研究の趣旨を理解し、研究に参加協力することに承諾をしたA県10病院の看護師42名に半構成的面接を行った。

研究対象者の属性及び面接の概要は以下の通りである。対象者の年齢は25歳から45歳であった。全員看護師であり、看護師長が5名、主任・係長が7名、スタッフナースが30名であった。看護師の経験年数は3年以下が4名、3~5年が12名、5~10年が14名、10~15年が8名、15年以上が4名であった。対象者が患者からの暴力を受けた時の勤務場所は、全員病棟であり、内科系16名外科系26名であった。また、対象者が勤務する

病院の規模は、500床以上が22名、500～300床が17名、300床以下が3名であった。これらの病院の主な機能は、教育・研究・治療の機能を持つ特定機能病院、三次救急救命を使命とし急性期を中心とする地域の病院。また、地域の市民の健康問題に関わる市民病院、また、療養型病院を併設する一般病院などであった。10病院の内、7:1入院基本料取得病院6、10:1の取得が4であった。勤務体制は3交替3人夜勤以上であり、1施設のみ2小交替制を採用していた。

面接に要した時間は最長120分、最短35分であった。面接場所は対象者の希望により、対象者の勤務先の1室で実施したが、1名のみ研究者の勤務する施設で実施した。

(1) 看護師が受ける暴力の要因

面接によって得られた内容から、研究目的に沿って主題を抽出した(表1～6)。看護師が受けた暴力の内容は(表1・2)言葉の暴力が最も多く、42名全員が言葉の暴力を受けていた。脅しや中傷などの精神的暴力は、ついで多く、経験年数の短い看護師や、看護師長歴が短い看護師が該当した。また、同一の看護師が何度も暴力を受けることが半数の看護師で見られた。

表1 看護師が受けた暴力行為1

| | |
|-------|--|
| 身体的暴力 | 叩く・蹴る・殴る・引っかく・物を投げる・ドアを蹴る(7) |
| 言葉の暴力 | ブス・バカヤロウなどの罵声・上司を出せなどと怒鳴る・お前呼ばわり(42) |
| 精神的暴力 | うそつきなどの中傷・殴るぞ、殺すぞ、などの脅し・仲間を呼び脅迫や威嚇(12) |

表2 看護師が受けた暴力行為2

| | |
|-------------------------|---|
| 暴力の終結 | 上司が警察に届けると注意・身体的暴力のあと患者が反省(21) |
| 1人の患者から1人の看護師が何回も暴言を受けた | 他の病棟で看護師の悪口を言う・廊下で大声で怒鳴る・病室に呼びつけ時間を拘束・通る所にわざと待っている・(32) |
| 1人の患者から同看護単位の看護師が暴言を受けた | ナースステーションで怒鳴る・訪床すると威嚇する・すぐ看護師長を出せと呼び出す・何でも文句をつける・(8) |

多くの語りからカテゴリを要約した結果『暴力行為者である患者が持つ背景』『暴力対象者である看護師が持つ背景から』『病院環境が持つ背景から』と大きく3つのカテゴリに分かれた(表3)。暴力のリスクファクターとして、暴力加害者となる者に統一した見解は先行研究には見えないが、下里がまとめた「暴力のリスクファクター」によれば、患

者要因は暴力を引き起こす大きな要素であるとしている(下里 2005)。患者要因には大きく分け、【暴力の前歴】【病気による苦痛】【入院によるストレス】【看護師業務への認識不足】があった(表4)。【暴力行為の前歴】とは、過去に暴力で問題解決を図り暴力で利益を得た体験をいい、いいがかりをつけることで特別な扱いを受ける「暴力のサブカルチャー」として、暴力により自分の思うとおりの価値が得られることを経験した者が、暴力で利益を得ることに価値を見だし繰り返しとする行動である(宝月 1980)。医師には言わないが、看護師には怒鳴る、呼びつけるなどの行動あり、怖がって要求を聞くことや恐怖で避けて通るなどで利益を得ていくクレーマーと言われる人達に類する(宝月 1980)。

また、患者が暴力を起こす背景に、病気そのものや入院生活がある。手術やがん治療など、治療による痛み、不安や絶望感などの精神的苦痛が伴う。さらに入院による環境に変化は患者の心理に大きく影響する。病院の規則や対人関係など、自由にならない集団生活や病院規則などプライバシーの確保ができない環境は緊張状態を招き暴力が起こる。

看護師業務に対する社会一般の認識は、何でもしてもらえぬ認識があり、セルフケア能力があるにも関わらず看護師を呼び、看護師が意に反すると怒る。

以上から、『暴力行為者である患者が持つ背景』では①暴力行為の前歴②病気による苦痛③入院のストレス④看護師業務の認識は、患者が暴力を起こす1因となる。

表3 面接から抽出された上位カテゴリ要約

| | |
|--------------------|--|
| 暴力行為者である患者が持つ背景から | 過去に暴力行為の前歴がある・病気そのものの苦痛・入院によるストレスや苦痛・看護師業務への認識不足 |
| 暴力対象者である看護師が持つ背景から | 看護師の対応に起因するもの・看護特有業務の状況に起因するもの・勤務体制に起因するもの |
| 病院環境が持つ背景から | 物理的な環境・人的な環境 |

表4 暴力行為者の患者が持つ背景

| | |
|------------------------------------|----|
| 暴力の前歴 | |
| ・暴力行為の前歴を持っており過去に暴力で問題解決を図り利益を得ている | 18 |
| ・乱暴者のレッテルを貼られその扱いで利益を得ている | 13 |
| 病気による苦痛 | |
| ・病気や症状による痛み | 44 |
| ・治療による苦痛 | 38 |
| ・病気の不安や苦痛からくる精神的苦痛 | 53 |

| | |
|---------------------------------------|---------|
| ・急な入院で仕事や家庭の心配で入院や病気を受け入れられない ・その他 | 28 3 |
| 入院のストレス | 63 |
| ・病院の規則や日常生活への不満 | 56 |
| ・自由にならない集団生活 | 23 |
| ・社会との遮断による情緒不安 | 40 |
| ・仕事への不安や焦り | 21 |
| ・医療者の説明や態度への不満 | 22 |
| ・入院設備や食事などへの不満 | |
| 看護業務への認識 | 13 |
| ・看護師は患者の意に反さない | 11 |
| ・受け持ち看護師は自分だけの受け持ち | |
| ・看護師は言えば何でもする | 31 |

暴力の対象者である看護師は、24時間患者の周辺で看護業務を行い最終ケア行為者になり、暴力の標的になりやすい状況にある。患者から暴力を受けた状況や、その時看護師が取った行動から、【看護師の対応に起因するもの】【看護特有業務の状況に起因するもの】【勤務体制に起因するもの】があった(表5)。【看護師の対応に起因するもの】には、患者から受けた暴力に恐怖を持ち、患者の言うことを聞いてしまう、患者を避けてしまうなど、暴力に怯えてしまう看護師のことである。暴力に無抵抗な看護師や暴力に怯える看護師は、暴力の前歴を持つ患者の標的になりやすく、暴力行動を起こす患者は、暴力を振るっても報復できない相手を選ぶ傾向にある(下里 2004)。患者からの要求や暴力に対して断わったり、注意したりする看護師は、患者に攻撃性を示す態度と取られ、さらに患者を怒らせてしまう。看護師が患者をせかしたり指導したりする特に、高圧的な態度をとり患者の言うことに耳をかさない等、患者の意に添わないコントロールを行うことや、コミュニケーションの未熟さも合わせて暴力を助長する要因となる(下里 2004)。他者から管理される立場を嫌がる患者にとっては、看護師の対応は自分の意に反し、攻撃性を取る態度として受け取り暴力に及んだ(下里 2004)。また、看護業務は、直接患者の身体に触れるケアや治療支援を行う。病気や治療で痛みがある場合は、患者は治療援助日常生活支援を拒むことがある。また、ケア時に患者と2人になる環境は、イライラする患者の暴力の場を作ってしまう。勤務体制に起因するものは、夜勤の人数は少なく、患者の訴えがあってもゆっくり聞けないことが多く、患者の話聞き流したり、患者の要求を受け止めないことなど、患者が怒る要因がより多い。また夜勤は管理者が勤務していないことで、問題の解決が出来ないことも1つの要因である。

以上、『暴力対象者である看護師が持つ背景』では、①看護師の対応に起因するもの②

看護師特有業務の状況に起因するもの③勤務体制に起因するものは、患者が暴力を起こす1因となる。

表5 暴力を受けた看護師が持つ背景

| | |
|--------------------------|----|
| 看護師の対応に起因するもの | |
| ・暴力患者に怯える | 16 |
| ・要求や暴力に対して断わる・注意する | 25 |
| ・患者の意に添わないコントロールを行う | 11 |
| ・コミュニケーション技術の未熟さ | 18 |
| 看護師特有業務の状況に起因するもの | |
| ・直接患者の身体に触れるケアや治療支援を行う仕事 | 38 |
| ・1人でケアを行うことが多い | 86 |
| ・痛くても行う仕事 | 12 |
| ・指導することが多い | 38 |
| 勤務体制に起因するもの | |
| ・夜勤の人数は少なく患者の訴えを聞けない | 39 |
| ・夜勤は管理者が勤務していない | 22 |

病院という環境は患者にとって異文化であり看護師には慣れた環境であるが、その背景(表6)、患者は治療を受けながら病室に居住しているため、自分の病室や病棟のディールームは生活空間であり場所である。大部屋は集団生活やプライバシー確保できない緊張状態を招きやすく、となりの患者が気になり迷惑だったりする。患者が何かと不満を感じ怒りやすくなる状況が起こる。また、1人部屋の患者は他の患者と関わることがなく、自分の部屋に来た医師や看護師は、自分の先生であり看護師であり、来ない場合は怒る。個室での看護業務は患者と2人で対面するため社会規範を受けにくく暴力は発生しやすい(宝月 1980)。救急を受け持つ病院や病棟は、患者家族の出入りがあり、夜間の保安体制は手薄である。暴力の起きた夜間の時間帯の殆どは18時～24時であり夜勤の看護師が最も忙しい時間帯である。医師や看護管理者は帰宅し勤務員が少なく問題が起こっても十分な解決が出来ない状況である。『病院という環境の持つ背景』は、リスクマネジメントの観点から整備されていることが望まれるが、組織対応ができない①物的環境や、職員が尊重されにくい文化や、暴力は直接看護の対応に任せられ看護師が黙って受け入れ暴力をあきらめる文化などの②人的環境は、患者が暴力を起こす1要因である。

表6 病院という環境が持つ背景

| | |
|--------------------|----|
| 物理的な環境 | |
| ・患者はプライバシーの確保ができない | 18 |
| ・病質隣の患者の行動が迷惑 | 22 |
| ・自分の生活観と病院規則との乖離 | 19 |
| ・24時間夜間の出入りが自由である | 11 |

| | |
|---|----------|
| ・1人部屋患者は看護師と2人になる ・夜勤勤務交代時の警備不安 | 36 8 |
| 人的な環境 ・1人病室に看護師1人が入る ・夜間責任者がいないため患者の要求が多い | 36 22 |
| ・夜間少ない人数で患者の訴えに対応できないことがある | 39 |
| ・夜勤時の患者の無断外出など行動マネージメント | 12 |

以上、目的(1)について、一般病院で働く看護師が受ける暴力の要因について抽出した。

(2) 暴力防止マニュアルの開発をする。

抽出した要因を、研究協力者でデスクッションし、精神科領域の包括的暴力防止プログラム構成要素を基礎資料として比較検討した(下里 2005)。また、職場における暴力防止ガイドライン(国際看護協会 1999)を参考に、暴力の可能性を予測できる暴力防止マニュアルの開発の原案を作成し、病院の看護部長、病院危機管理担当者を対象として、具体的な暴力防止策について検討した。あわせて研究担当者で妥当性の検証をおこなった(表7)。医療機関で起こりうる暴力は、いくつかパターンがある。今回、本研究の取り組みが「看護師一患者」に言及した。暴力の危機管理としては、予防・発生時対処・収拾の3段階における取り組みが必要であり、病院組織が暴力に関する方針が定められていることである。協力病院では、病院組織が暴力に関する方針を検討して方針を定めた。①○病院ではいかなる暴言や暴力を許さない。不当要求には応じない②職員は組織として守る。これらの方針から、職員は暴力についての知識を正しく認知できるように研修などの必要性を討議した。その上でマニュアルを検討した。

表7 暴力防止マニュアル

| |
|---|
| 暴力の前歴をチェックする (対応する医療者は患者の特徴を出来る限り知った上で対応する。不当要求内容を共有することができるようにカルテ記載をシステム化する) ・救急受診や診察時、入院時に患者情報をカルテでチェック ・暴力の前歴ブラックリスト作成しチェック |
| 予兆のポイントを知る (理由もなく怒ることは少ないことから、相手の立場に立ちその背景を知ることが重要。暴力に発展させないために予兆の段階で対処) ・時間を気にしながら時計を時折見る ・落ち着きがない ・早口になる ・語気が荒くなる ・目つきが鋭くなる |
| 予兆を感じ取ったら |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・相手の立場にたち積極的に傾聴をする ・問題解決を急がないでじっくり向き合う ・相手のチャンネルに合わせ相手を理解する ・どんな相手にも丁寧な言葉使いで対応する ・否定しない |
| <p>タイプを見分ける</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クレーム型：広義の正義感から意見を言う主張は間違っていない ・八つ当たり型：症状改善や病気原因がわからずイライラし不満をぶつけてくる ・不当要求型 1：待ち時間を自分だけ早く・食事を自分だけA食になど身勝手な要求 ・不当要求型 2：病院の落ち度を見つけて金銭などの要求をする |
| <p>タイプを見分けたら</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クレーム型八つ当たり型は基本的に傾聴 ・不当要求型 1は関係法令に基づき対応するなど終始一貫毅然とした対応 ・落ち度が病院にあっても要求をのまない。金銭要求内容は相手に述べさせ記録に残す。また、上司必要があれば弁護士を通して返答すると伝える |
| <p>役割を分担し複数での対応 (医療機関での最初の対応は複数のほうが冷静に観察しやすい。相手も社会規範からも冷静になりやすい)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1人が対応する(説明)・スキルアップ観察(警察のOBなど) ・記録(繊細に記録) |
| <p>対応ポイント (患者の意に反することを行わなければならない場合も、対応によりスムーズに行く)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相手の話を遮らない(自分の主張を話すことで怒りが収まる場合もある) ・議論をしない(言った・言わないの、水掛け論争はしない)で診療録などから客観的に判断できるもの以外は議論の対象せず、わからないことはわからない。 ・責任転嫁しない：他の職種の責任にしない ・挑発に乗らない・挑発しない：相手の暴言に便乗しない ・頭から否定しない：不当でも言っている事柄の理解は示すが要求は否定する ・相手のプライドを傷つけない ・相手の今の状況の理解をする |
| <p>暴言をはかれたら (暴言は大声で威圧的な態度で行われるが、慌てず落ち着いて対応することが重要)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「こちらにも考えがある」等言われたら「困りましたね」と言い時間を空け観察する ・話し合える状況にない場合は「私に対応できる範疇ではない」ことを伝え、「別なものに対応させていただきますがよろしいですか」と毅然とした態度を取る ・内容に応じて担当者と呼ぶ(ここで大切なのは暴力の方針に基づき運用システムが出来担当者が対応できること) |

暴力を振るわれたら
(暴力を振るった段階で相手は患者でも患者
家族でもない。加害者であることを認識する
こと)

- ・即座に他の職員に応援を求めること
- ・速やかに警察に通報すること
(マニュアル化しておくこと)
- ・積極的な反撃はせず自分の身は自分で守る
＝逃げること
- ・大声で助けを求め周囲に暴力行為があった
ことを知らせる
- ・現場を保存して証拠を確保する(組織)
- ・一緒に対応していた職員と共に暴力行為に
対する報告書作成
- ・相手が逃げたら追わない(警察に相手の情報
を提供するあとは警察にまかせる)
- ・被害者(職員)を救助し診察を受けさせる(必
ず診断書作成)

組織としての收拾(職員を守る)

- ・被害者への対応：暴力の影響の把握・事情
の確認・傾聴の場を持つ・十分な療養とス
トレス要因からの保護・カウンセリング・
警察への被害届を出す

組織としての收拾(暴力は許さない)

- ・加害者への対応：事情の確認・言葉による
説明や文書による警告・治療やケア中断の
判断

組織としての收拾

- ・組織全体への影響の把握
- ・被害者支援
- ・職場支援
- ・対応の評価
- ・暴力リスク要因の検討
- ・情報の共有
- ・事例を通してリスクアセスメント
- ・体制整備継続
- ・マニュアルの改正継続

((3)暴力防止システム構築を検討する。

暴言や暴力に対する危機管理は、一般的に
予防から始まり予兆に気がつく、発生時に対
応する。そして起こった事象に対して被害者
のケアや報告などの收拾とある。今回の研究
では最も注視すべき予防についてマニュアル
を作成した。その際、協力病院の看護部
長・危機管理担当者と5回にわたりディスカ
ッションを行い、暴力防止運用システムを検
討したものを示す。①基本的方針②目的③対
象④暴力の種類と定義⑤法律⑥院内暴力行
為のレベル⑦防止マニュアル(表7)⑧コード
ホワイト⑨報告書⑩危機管理フローチャート
である。医療機関での暴言暴力に対する方
針が定められ、マニュアル開発が行われ運
用されていくことが重要である。また、それ
を活かしていく上でさらに、以下の内容①医
療機関の経営者を含む、暴力を知るための
教育・訓練の実施。②患者の健康問題を支
援す

る医療従事者にも、人間の尊厳があることを
患者・患者家族に知ってもらう広報・教育③
暴力予防・対策マニュアル作成④患者の意見
を改善に活かす積極的活動を継続する⑤暴
力防止に向けた病院のハード環境の整備⑥
患者の満足度の高いケア提供ができる人的
環境の整備⑦患者への接遇・コミュニケーション
の見直しから患者に安心感を持たせる
接遇など、今後具体的に検討を進めることと
した。

(4)研究の限界

本研究の限界として、それぞれの背景の中
で分析を試みる中で、対象者の背景から匿
名性を優先する必要がある、病院の環境の
特徴や勤務体制、看護体制からの看護職員
特有の業務の環境を入れたマニュアル開
発ではないこと、また、マニュアル運用途
中であることから、今後さらなる検討を行
い介入していくことを進める必要がある。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者に
は下線)

雑誌論文【計3本】

- ①清水房枝、瀬川雅紀子、種田ゆかり
他、病院に働く看護師が受ける暴力の特徴
と要因(第2報)査読有 三重学術誌 12
巻2010 p59~66
- ②清水房枝、暴力・クレーム被害の現状と課
題、査読無 Nursing Business 12 nol2 2008
p15~19
- ③清水房枝、作田裕美、坂口桃子、伊津美孝
子、病院に働く看護師が受ける暴力の
特徴と要因(第1報) 三重看護学誌
査読有 10巻2008 p33~45

6. 研究組織

(1)研究代表者

清水 房枝 (SHIMIZU FUSAE)
三重大学・医学部・教授
研究者番号：90456723

(2)研究分担者

瀬川 雅紀子 (SEGAWA MAKIKO)
三重大学・医学部・助教
研究者番号：70437101

(3)連携研究者

- ①坂口 桃子 (SAKAGUTI MOMOKO)
大阪市立大学医学部看護学科
研究者番号：40290481
- ②大西 香代子 (OHNISHI KAYOKO)
園田女子学園大学人間健康学部人間看護
学科
研究者番号：00344599
- ③作田 裕美 (SAKUTA HIROMI)
京都大学医学部保健学科
研究者番号：7036310