

ICN ガイドライン

## 職場における暴力対策ガイドライン

---

Guidelines on coping with violence in the workplace

2007 年改訂版



国際看護師協会 (International Council of Nurses)

---

社団法人 日本看護協会

訳注) この文書中の「看護師」とは、原文では nurse であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを指す。

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際看護師協会(ICN)から文書による許諾を得ることなく、本書の一部または全部を何らかの方法で複製することや検索システムに登録することなど、一切の伝播を禁じます。ただし、短い引用(300語未満)に関しては許可は不要ですが、その場合は出典を明記してください。

Copyright ©2007 by ICN—International Council of Nurses,  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

この文書は、国際看護師協会の許可のもとで日本看護協会が日本語訳としました。  
許可のない商業目的での使用は禁止します。

## 目次

	ページ	
はじめに	.....	1
定義	.....	1
職業上の危険としての暴力	.....	2
暴力に対する即座の反応	.....	3
虐待と暴力の影響	.....	4
職場における安全確保	.....	7
社会構造		7
法的背景		7
臨床における問題		7
組織の風土		8
物理的環境		9
スタッフの能力		10
各国看護師協会の見解		10
暴力への取り組み	.....	11
セクシュアル・ハラスメント	.....	13
ICNの見解	.....	14

## はじめに

---

保健医療の現場における虐待および暴力事件の増加は、質の高いケアの提供を妨げ、個人の尊厳と保健医療従事者の自尊心を脅かしている。各国看護師協会（NNA's）は、既にその危険を認識しており、それが各々の会員の専門職としての生命と個人としての生命の両方にマイナスの影響をおよぼすことを立証している。そして、この重大な職業上の危険を排除するための方策を実施しているところである。

このガイドラインは、ICN所信声明「看護職員に対する虐待および暴力」（2006年）を補足するものであり、その目的は以下のとおりである。

1. 看護職員に対する虐待および暴力の蔓延、発生率、影響について検討すること。
2. 暴力事件に対する看護師の責任を識別すること。
3. 職場に影響をおよぼす、安全確保の主な要因を明確にすること。
4. 職場における暴力に取り組み、削減・排除することを目的とした方策を提供すること。

## 定義

---

このガイドラインで使用する主な用語は、以下のように定義する。

虐待	個人の尊厳と価値に屈辱を与え、おとしめ、または敬意の欠如を示す行為 <sup>1</sup> 。
セクシュアル・ハラスメント	ある人が不快な思いをし、不要で一方的かつ嫌悪される、性的性質をもつ行為で、その人物に対し、脅し、侮辱、当惑を引き起こすもの <sup>2</sup> 。
暴力	他者に対して破壊的であること。
職場内暴力*	スタッフが、通勤途中を含む自己の職務に関連する状況において、罵倒、脅迫または攻撃される事件。本人の安全、幸福または健康を明白に、もしくは暗に脅かす事件を含む <sup>3</sup> 。

\*欧州委員会にて採択。

## 職業上の危険としての暴力

---

職場における暴力は様々な形で現れる。その形態には、言葉による虐待、身体的暴行および殺人などが含まれる。

看護職員に対する暴力の広がりや、他の専門職と比較すると重大な問題である。既に1990年にペンシルベニア州（アメリカ）で行われた研究では、回答のあった救急救命室勤務の看護師のうち36%が、過去12ヶ月間で少なくとも一度は身体的暴行を受けていた。一方、保護観察官および監察官で同期間に身体的暴行を受けたのは、調査されたうちの6%にすぎなかった<sup>4</sup>。

ごく最近スウェーデンでは、保健部門における職場内暴力の発生率（24%）が小売、警察、教育、運輸、銀行などの他部門（4～7%）に比べてかなり高いと報告されている<sup>5</sup>。これは、以前は主として先進国の問題と考えられていたが、「保健部門における職場内暴力に関する国際労働機関（ILO）・国際看護師協会（ICN）・世界保健機関（WHO）・国際公務労連（PSI）合同プログラム」が行った先駆的調査によると、今やこれは世界的な課題といえる。もっともよくある暴力の形態は言葉の暴力、いじめ、セクシャルハラスメントであり、これらは身体的暴力と同等の精神的外傷を残す<sup>6</sup>。職場内暴力は有害性がきわめて高いため、看護師が離職する理由の1つになるという報告が増加している。エイケン<sup>7</sup>は、患者やその家族が受けるケアの質に不満を抱き、いわば「病棟の怒り」として保健医療施設で引き起こされる暴力が増えていると指摘している。こうした行為は職場環境から礼節を失わせ、燃え尽きる看護師の割合を高めている<sup>7</sup>。

保健部門の職場において、患者とその家族は身体的暴力の加害者となりがちであるが、精神的暴力の容認しがたいほど高い発生率は、同僚と上司がその原因であることが多い。上記の合同プログラムの調査によれば、回答した保健医療従事者の半数以上がその前年に身体的または精神的暴力を1回以上受けていた。国別に見ると、ブルガリアでは76%、オーストラリア67%、南アフリカ61%、タイ54%、ブラジル47%であった。職業別では救急職員、看護師、医師が最も暴力を受けやすい。調査対象国のいずれにおいても、職場内暴力は外傷後ストレス障害（PTSD）を生む大きな要因であると認識され、被害者の40～70%にPTSDの症状が顕著に見られると回答している<sup>8</sup>。保健医療施設においてストレスが世界的に高いことをふまえると、暴力とストレスの相関関係はとくに重要である。

以前は、暴力事件は病院の中でも特定の部署で発生していたが（例えば、救急救命室や精神科病棟）、これはもはや当てはまらなくなっている。精神科に代わり、一般病棟が二番目に暴行の頻発する領域になっている。このように暴力が全体的に増加する傾向は、都心や都市圏だけでなく地方も含めて、あらゆる保健医療の場において見られる。

職場で男性の看護師が虐待や暴力の犠牲者となることがあるのは事実であるが、これは比較的最近の現象である。頻度は少ないが、同じく見過ごせないことである。

合同プログラムの委託を受けた調査によれば、どの国でも精神的暴力が広く見られ、最も多いのが言葉の暴力である。ブラジルでは回答者の39.5%が前年に言葉の暴力を受けていた。ブルガリアでは32.2%、ポルトガルでは総合保健センターで52%、病院で27.4%、レバノンでは40.9%、オーストラリアでは67%であった。

次に憂慮されるのはいじめと集団暴行である。被害を受けた割合は、ブルガリアで30.9%、南アフリカ20.6%、タイ10.7%、ポルトガルでは総合保健センターで23%、病院で16.5%、レバノンで22.1%、オーストラリアで10.5%、ブラジルで15.2%であった。今まで職場における暴力といえば、単発で起こる大事件がほとんどであった。ところが近年、同じ行為が繰り返される暴力や、それ自体は比較的些細なものであっても積み重なればきわめて深刻な暴力になりかねないタイプにも注意が向けられつつある。いじめと集団暴行が途上国で新たな話題となったのはこの10年間のことで、それまでは途上国ではほとんど知られていなかった。国別調査の結果、途上国と経済移行国でいじめと集団暴行という2つの精神的暴力が懸念されていることが初めて明らかになった<sup>9</sup>。

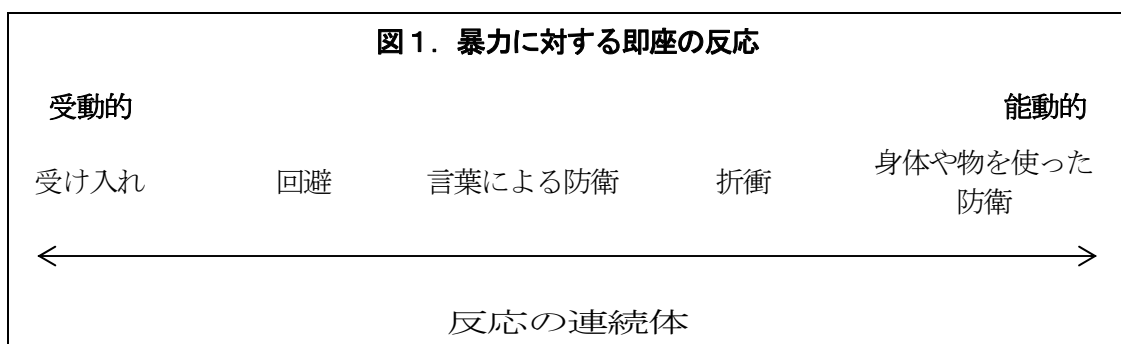
虐待の中でも特定の形態であるセクシュアル・ハラスメントが、憂慮すべき頻度で看護師に起こっている。調査では、セクシュアル・ハラスメントが大きな広がりを見せていることが示されている。例えば、インタビューを受けた看護師のうちインドでは64%<sup>10</sup>、イスラエルでは90%<sup>11</sup>、日本では56%<sup>12</sup>がセクシュアル・ハラスメントを受けていた。この数値は先進国にはほぼ共通し、イギリスで69%、アイルランドで48%、アメリカで76%であった<sup>13</sup>。重要なことは、セクシュアル・ハラスメントというのは一度きりで終わるものではないと考えるべきであるということである。実際には、セクシュアル・ハラスメントがあることを届けなければ、時間が経つごとにその深刻さがエスカレートしていく傾向にあることが経験的に示されている。

## 暴力に対する即座の反応

暴力を受けた看護師が、個人として即座にどう反応するかは、以下の要因によって決まる。

- 性格のタイプ
- (意識的および無意識の) 学習メカニズム
- 物理的環境
- (文化的小および専門職としての) 社会的期待

暴力に対する即座の反応は、非常に受動的なものから非常に能動的なものにまでわたる(図1)。看護師はしばしば「仕事の一部」として虐待や暴力に無抵抗に応じている。これは時に、一般の人々や司法の指導者にも認識されている残念な考え方である。1986年、暴行をはたらいた患者を訴えた2人の看護師の訴訟を担当した裁判官は、「当該の場所(精神科病院)で働くことへの同意は、暴行をうけることへの同意に等しい」と裁定した<sup>14</sup>。



暴力を回避するために、多くの看護師が虐待について知らないふりをしている。例えば、カナダでの調査によると、回答した看護師の約30%がこの方法を選んでいる。また、この看護師のうち25～30%が、この行動が役立ったと答えている<sup>15</sup>。しかしながら、このような行動は看護師と患者の関係に支障をきたす可能性があり、この結果について真剣に検討する必要がある。

同調査では、ほとんどの回答者が“言葉による防衛”を利用しており、さらなる暴力を防ぐためには、これが概して有効な方法であったと考えている（拡大ケア・個人ケア施設を除く）。興味深いことに、この調査では、使用されている様々な手段の効果は、保健医療施設および患者のカテゴリーまたはタイプに大いに依るものであるということが示されている。

折衝または対立解決という方法は、全ての保健医療施設における大多数の看護師が採用しており、精神科、外来、地域ケアにおいては最も有効であると考えられている<sup>12</sup>。

使用頻度が最も低いのは、身体や物を使って防衛する手段である。しかし、この対応手段を用いた看護師の80%が、この行動が役立ったと答えている。

倫理的および法的な点から、身体や物を使った防衛手段の使用には問題がある。スタッフが利用できる、暴行への主な防衛方法は護身術であると言われているが、多くの看護師はこの手段の利用には抵抗を感じており、護身術の使用には戸惑いがあるとの報告がされている。

例えば、オンタリオ州（カナダ）における調査で回答した看護師の70%は、たとえ自分が護身術のトレーニングを受けたとしても、暴力行為に身体を使って対処することは看護師として不適切であると感じている。しかしながら、同調査の看護師の半数以上（56%）は、職場における暴力を減らす方策として、護身術のトレーニングを支持したのである<sup>16</sup>。

## 虐待と暴力の影響

---

身体的暴力、言葉による虐待、およびセクシュアル・ハラスメントによる影響は、その広がりを考慮すると、重大な問題である。このような行為が引き起こす結果には、次のようなものが含まれる：

- ショック、不信、罪悪感、怒り、抑うつ状態、抑えようのない恐怖
- 身体的な傷害
- ストレスの増大
- 身体的不調（例：偏頭痛、嘔吐）
- 自尊心の喪失および専門職者としての自己の能力への自信の喪失
- 無力になるほどの自責の念
- 無力感と搾取されているという感情
- 性的障害
- 職務の遂行に悪影響をおよぼし、その結果、提供するケアの質を低下させうる回避行動
- 対人関係への悪影響
- 仕事への満足感の喪失
- 無断欠勤
- スタッフの勤労意欲と能率の低下

- 看護師の離職率の上昇
- 患者、スタッフおよび近親者の不安

言葉による虐待の影響を軽視してはならない。言葉による虐待の影響は、身体的暴行によるものと同様であり、ケアの提供に深刻な影響をもたらす。看護師の離職率の主たる理由が言葉による虐待と関係があり、その結果、多くの看護師が看護キャリアを離れることを選んでいるということが、調査によって立証された。必然的に、有資格看護師の離職は、スタッフ不足に陥りがちな保健医療施設の負担を増大させることとなる。

暴力は本来破壊的なものであり、被害者だけでなく目撃者にも甚大な悪影響をもたらす。そのような衝撃的な出来事を目撃することのなかった近い同僚にさえも、同様に心的外傷後ストレス反応の症状が表れるということが明らかにされている<sup>17</sup>。

このような事件は、短期的、長期的に関わらず、忘れがたい痕跡を残す。ある調査では、患者に身体的暴行を受けた看護師の犠牲者のうち18%（61人中11人）が、暴行後6週間にわたる、中程度から重度の心的外傷の症状を経験し続けたことがわかった。長期追跡調査では、回答した者のうち16%（25人中4人）が、1年後もまだその症状に苦しんでいることが浮き彫りになった<sup>18</sup>。こうした結果は、ILO・ICN・WHO・PSI合同プログラムによる国別事例研究によって確認されている。暴力が、個人としても専門職者としても看護師を傷つけ、また、看護師の人生と、看護師が寄与するヘルス・サービスの質を変えてしまうことは明らかである。

さらに、看護師への暴力は、有資格看護師の雇用、定着を図るうえで、専門職の能力をも低下させるのである。

病気休暇や生産性の低下は労働災害や職業病の副作用であることが多い。「ストレスが大きく傷害を受けやすい看護師は他のほとんどの職業より欠勤率が高く、職務の遂行が不能となる比率も高い。そのためにケアが混乱し、看護計画の立案が困難になり、保健医療制度に莫大な費用がかかる」<sup>19</sup>。個人の安全が懸念されれば、看護職に就く者やとどまる者がいなくなるだけでなく、一時的な欠勤も増える。そうなると同僚の労働負荷が増し、ケアの質に悪影響が及ぶ。労働災害や職業病への対応には多額の費用がかかり、十分な数の看護師を採用・確保するための資金をそちらに回すことになる<sup>20</sup>。

## **事後反応**

暴力が発生すると、必要な場合には傷害の治療が優先される。治療の要・不要に関わらず、看護職員は以下の反応のいずれかを選ぶ傾向がある：

- **回避**  
これには、問題を回避する場合と、暴力を犯した者を回避する場合がある。職務遂行への妨げが明らかであり、問題解決は不可能である。
- **否認**  
心的外傷を引き起こした出来事はしばしば抑圧される。問題解決は不可能であり、不適応な行動が現れる場合がある。



- **話し合い**

事件について、チーム・メンバー、家族および／または友人と非公式に話し合う。ある調査によると、チーム・メンバーとの話し合いが最もよく用いられており、暴力が将来発生することを予防するうえで効果的だと考えられていることが明らかとなった。一方、家族や友人との話し合いは、暴力の予防に役立つとは考えられていない。

- **報告**

正式に報告される事件は、5分の1であると推定される。このような事件を訴える看護師の多くは、真剣に取り上げられていないと感じ、報告しても無駄だと考えている。暴力事件の報告に関して言えば、雇用者は、無言の拒絶や懲罰の恐れを看護師に感じさせることなく報告を奨励しているというよりは、むしろ、事件に対する患者からの悪評を恐れて、報告させないように大きな圧力をかけている。

- **カウンセリング**

カウンセリングは、暴力の犠牲者と事件に間接的に関与した人々の両方にとって良い効果があることが確認されているが、利用できるサービスは、まだ数少ない。暴力の結果に具体的に対処するために、デブリーフィング技法が開発されている。感情を表す手法と精神医学手法の統合が、情緒の安定を促進すると考えられる。感情のケアには、受容、尊重と理解を示すこと、安心感を与えて支援すること、感情の表出を促すこと、ガイダンスを行い、十分なフォローアップを保障することが求められている。

法的カウンセリングも、しばしば望ましい場合がある。事件に関与した人全員の権利が正しく理解される、ということ徹底させることができるからである。

- **起訴**

看護師には虐待行為を忍従する法的義務はないが、看護師が暴力を犯した者を起訴することは稀である。起訴することは、患者が暴力を振った場合でも、しばしば専門職としてふさわしくないことであり、非倫理的であると見なされる。看護師はよく、攻撃的な行為を対処することができないことで自分自身を責めたり、法廷で自分の能力や法的権利を弁護する用意が十分にできていないと感じる。しかし、起訴することは、損害補償を請求する手段としてだけでなく、看護師自身を癒すプロセスの一部として考えることもできるであろう。ただし、起訴は全てのケースにおいて有効なわけではない。例えば、精神科患者は、自己の行為に責任があるとは見なされない。

ILO・ICN・WHO・PSI合同プログラムによれば、報告は有効な対応に不可欠な前提条件である。多くの場合、報告手順が決まっておらず、適切な調査が行われず、加害者は告訴されないため、被害者は事件への対処方法に不満を感じている。このように対応の仕方がお粗末で、被害者支援がなければ、報告件数はかなり少なくなる。職場内暴力の被害者が事件を報告しないのは、そんなことをしても無駄だと思い、屈辱感にさいなまれ、悪影響を恐れるからである。

多くの場合、職場内暴力に対する特別な方針は定められていない。国別報告書で強調された職場の方針づくりはそれほど進んでおらず、職場内暴力への有効な対処を妨げる主たる要因になっている<sup>21</sup>。

## 職場における安全確保

---

雇用者は、安全な労働環境を整えなければならない。つまり被雇用者は、安全な労働環境を期待する権利がある。保健医療の職場における安全確保は以下の要因に依るものであり、高い安全水準に到達するためには、各要因を徹底的に調査し、適切な対策をとらなければならない。

### 社会構造

伝統的に、女性に対する身体的暴力、セクシュアル・ハラスメントまたは言葉による虐待を暗黙のうちに認めている文化は多い。女性の看護師による訴えは、「人間の本性」という名目から、しばしば軽視され、一笑に付され、無用なものとして考えられてきた。男性の看護師に対する暴力の頻度は少ないが、やはり容認しがたいことである。女性および男性の被害者の口を封じようとする圧力は強く、過少報告が、職場における暴力を排除または少なくとも削減させる効果的な対策の開発の妨げとなっている。個人の尊厳とプライバシーへの権利の尊重は、社会規範と行動規準に取り入れられなければならない。

### 法的背景

先述したように、司法は、保健分野に雇用されているという事実は、攻撃の対象となることへの同意であると見なしている。したがって、(保健医療従事者を含む) あらゆる個人が安全な労働環境で働く権利があることを支援する法律が導入されなくてはならない。

安全に関する問題を取り扱う特定法が制定されれば、雇用者に対策を義務づけ、その実施状況の監視方法を導入させ、法律違反の場合は懲戒処分を下すことができる。例えば、法律により、以下のようなことを要求することが可能となる。

- ・ 病院に安全性の評価を導入すること。
- ・ 目撃された暴力事件を分析すること。
- ・ 識別された問題の是正計画を作成すること。
- ・ ハイリスクあるいは責任を負うべき被雇用者に、特定の教育義務を課すこと。
- ・ あらゆる暴行あるいは暴力行為の報告を妨害する人物を懲戒すること。

法制定はまた、保健医療従事者への(言葉による、あるいは身体的)暴行に対する罰則の厳罰化にもつながる。

### 臨床における問題

暴力の可能性を予測する信頼のおける手段は、まだ開発されていない。しかし、複数の調査では、保健医療従事者が暴行を受ける可能性が最も高い相手は、暴力行為の前歴があり、また実際にほとんどの虐待に関与している少数の患者であるという説が支持されている。興味深いことに、過去数時間以内に振るった暴力行為から、救急救命部門で発生する暴行を相当程度予測することができる。

ある調査では、暴行あるいは破壊的行為の前歴がある患者のカルテに印をつけることにより、スタッフに対する虐待が91%も減少したことがわかり<sup>22</sup>、患者履歴を完全に聴取することの重要性が強調されている。

すぐに起こりうる暴力の可能性を示唆する最も有用な基準は、患者の自律神経系統における変化である。発汗、顔面紅潮、瞳孔の大きさの変化、筋肉の緊張などは、看護師が読み取る微妙な手がかりである。その他の前兆としては、声の調子が高くなること、握りこぶし、顎の緊張、廊下を歩き回ることなどがある。看護師は、少し離れてアセスメントを行い、自分の本能を信じることを学ぶ必要がある。

調査の対象となった、暴力事件による傷害の多くは、患者の暴力を阻止しようとしたときに受けており、これはより適切な抑制技術や職員配置の必要性を裏付けている。さらに職場では、隔離と同様に、化学的および医学的抑制に関するプロトコールと手順が開発されるべきである。そして、そこには保健医療従事者および患者の権利と同じく、治療の正当性が考慮されていなければならない。

## 組織の風土

組織の公式な方針と経営姿勢は、職場の風土に大きく作用する。個人の安全と尊厳がどの程度重要と考えられているかは、労働環境における安全に大きな影響をおよぼすであろう。

経営者の看護職員に対する伝統的な「パターナリスティック(父権主義的)な」態度は、多くの看護師に依存と無力を感じさせ、暴力事件に対応することができないときには、自責の念にかられてしまうのである。これらのことが、犠牲者が罰せられるというプロセスを助長してきたのである。これに反して経営者は、職場における虐待、セクシュアル・ハラスメントおよび暴力を許さないという、首尾一貫した強いメッセージを放つことが必要である。秘密が保持される苦情処理機関など明文化された方針と手順とともに、全ての被雇用者の行動規準にこのような姿勢が組み入れられなければならない。

前向きな組織風土には、以下のような側面がある。

- 経営者は、スタッフが自分の権利、法的遵守事項および責任を認識するように徹底している。
- 暴力を許さないと表明している。
- 安全確保の方針の作成が、多分野にわたり取り組まれている（管理、看護、医学、警備、補助スタッフ、院内スタッフ）。
- 暴力を振るう患者の入退院についての決定を、医師および看護師が連携して行っている。
- 危険を識別し、それらを削減するための方策を開発するために、安全確保の要因について定期的に調査している。
- 継続教育プログラムが、暴力を含む職業上の危険を抑制するために開発されており、そのプログラムに出席するために十分な勤務体制が配分されている（「スタッフの能力」 p.9を参照）。
- 職員配置が被雇用者の安全を保障したうえで決められている。これは、スタッフ不足や臨時スタッフの起用が、ヘルスケア・ユニットにおける暴力事件の増加に関係があると考えられているからである。
- ケアの質とスタッフの能力が、最良のレベルに維持されている。
- 未熟な職員に対する監督責任が、専門職スタッフに合理的に割り当てられている。
- 保健医療従事者のスキル・ミックスが、患者のニーズに見合っている。
- スタッフが安全な業務プロトコールを導入し、それに従って自分の業務を整理することが認められている。

- 患者に、規則や方針が過度の拘束であると解釈されないよう、専門職スタッフにはある程度の自由が与えられている。
- 安全確保対策（例：警備員、十分な照明、警報装置、電話、警備付き駐車場）の実施と維持のために、資金が確保されている。
- 職員が利用しやすい支援体制（例：医療サービス、秘密が保持される苦情処理機関、精神保健専門職が加わっているデブリーフィング・チームによるカウンセリング・サービス）がある。
- 攻撃的事件の前後対策の管理に対する、責任と説明責任が明確に打ち出されている。
- 交通・輸送に関する方針に、職員のリスクが考慮されている。
- 様々なヘルスケア・ユニットとサービス間の患者の移動と管理が合理的で、関係者にとって明確になっている。例としては、救急救命室で長時間待たされることや、必要なサービスや説明を得られないことが、暴力の原因の一端となっている。
- ハイリスクな行動と場所が認識され、特別な対応が行われている（例：麻薬の現場保管、現金取り扱い機能）。
- 特殊なリスクに対応するための、外勤者向けの方針が展開されている（例：本部への定期的な報告、ハイリスクな地域にペアで訪問すること、特定の任務には警察の支援があること、ハイリスクな状況にとどまるか立ち去るかに関する明文化されたプロトコール）。

## 物理的環境

ストレスが増したり、暴力の引き金になったりするような物理的環境の要因を削減するためには、あらゆる対策を講じる必要がある。これらの対策は、これまでも病院や保健所で取られてきたが、その他の保健医療施設でも同様に適用できる。そのような対策の例としては、以下のものが含まれる：

- 安全な通勤経路を提供する。
- スタッフの居住区も含めて、病院構内への一般出入り口の数を最小限にする。
- 訪問者用の出入り口を1ヶ所に限る。
- 表玄関、訪問者用通路と救急部門の近辺には警備サービスを配置する。
- 職場の近距離にスタッフ用の駐車場を配備する。
- 十分かつ効果的な照明を設置する。
- 適切な患者用通路を設置する。
- 職員用スペースを十分にとった、広くて静かな受付部門を設置する。
- 公衆トイレを設置する。
- 攻撃を促すことのないような配色をする。
- スタッフが受付部門を監視できるようにする。
- 待合時間に行うこと（例：読み物、テレビ）を提供して、退屈感を軽減する。
- 武器として使えないような家具、備品、調度品を選ぶ。暴力発生時には、ペン、聴診器、コード、椅子などは危険物になりうる。
- 室温を調整する。
- 適切な場所に警報システムを設置する。
- 治療区域と公共スペースを離す。
- スタッフ用の連絡通信装置を配備する。
- 来訪者には、金属探知機でスクリーニングを行う。

## スタッフの能力

不十分なトレーニングは、暴行が横行する要因として認識されており、事実、暴行行為に対する管理トレーニングを行うことによって、暴行による傷害の数を減少させることができるということが、3つの研究で示されている。

暴力に対処するには、姿勢が重要である。このような事件によって看護師が自分自身を責める傾向は、排除されなくてはならない。職場暴力や嫌がらせは耐えがたく、もはや許されるものではないということを看護師ははっきりと認識しなければならない。確固とした方針が作成され、それが誠実に実施されるには、暴力を許さないという姿勢は不可欠である。したがって、包括的な教育プログラムには、以下の事項が含まれる：

- 過去のデータに基づくリスク・レベル。
- 職員と管理者の法的小よび倫理的権利と責任。
- 攻撃的な患者に関する、雇用者の方針と手順（例：予防、管理、フォローアップ）。
- 攻撃的行為の医学的・精神医学的・社会的原因。
- 保健医療施設において暴力を誘発する引き金。
- 暴行のサイクル。
- 暴力が起りそうな状況の認識。
- 暴力行為がエスカレートすることを防ぐ技術。
- 紛争解決の技術。
- アサーティブ・トレーニングとデブリーフィング技法を含むコミュニケーション・スキル。
- 医学的小よび身体的拘束の技術。
- 事後管理と分析。

保健部門における職場内暴力の削減に有効な戦略について、さらに詳しい情報は「保健部門の職場内暴力対策枠組ガイドライン」に示されている

([www.icn.ch/sewworkplace.htm#Framework](http://www.icn.ch/sewworkplace.htm#Framework) 参照)。付随する訓練マニュアルもICNのウェブサイトから無料で入手できる ([www.icn.ch/SEW\\_training\\_manual.pdf](http://www.icn.ch/SEW_training_manual.pdf))。

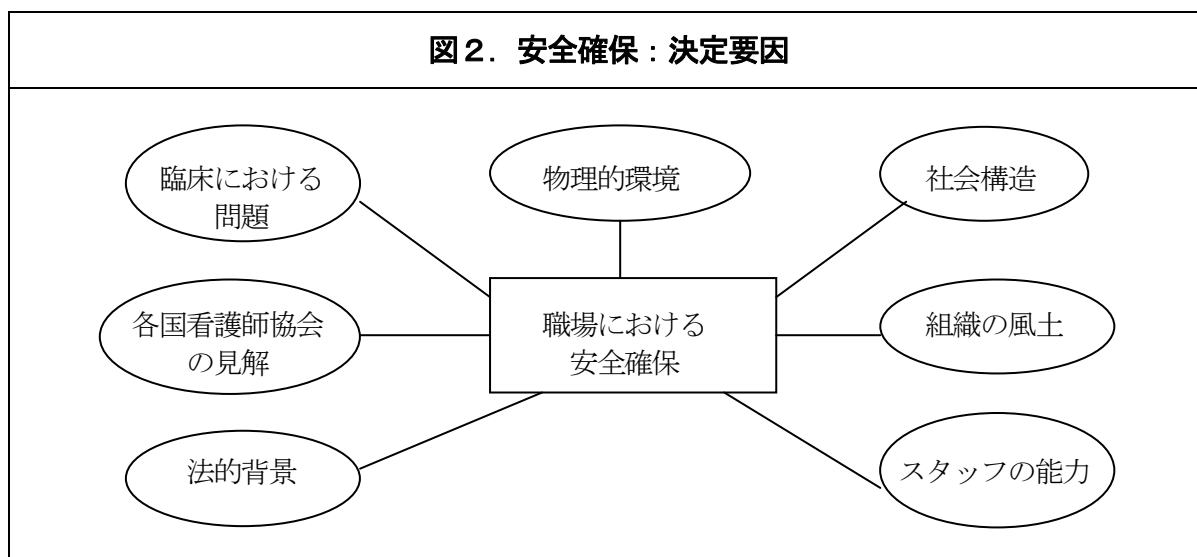
## 各国看護師協会の見解

各国看護師協会 (NNAs) は、会員の関心事項に取り組み、看護師の専門的目標と個人目標の達成を確実にし、看護師が安全な労働環境において専門職として実践が行えるような方針を推進しなければならない。NNAs およびその指導者が表明する公式および非公式な見解は、看護師、同僚、雇用者、立法者、および一般の人々を取り入れる見解に大きな影響を与える。

NNAs は様々なプログラムを通じて、以下のような事項を提供できる。

- 看護職員に対する虐待および暴力に関する所信声明 ([www.icn.ch/psviolence00.htm](http://www.icn.ch/psviolence00.htm)を参照)。
- 関連問題に対する、看護界、保健医療従事者、関係当局、一般の人々などの意識を高めること。
- 「職場における暴力対策ガイドライン」 ([www.icn.ch/guide\\_violence.pdf](http://www.icn.ch/guide_violence.pdf)を参照)。
- 現場でも、様々な報告や補償要求手続きの最中でも、個々のケースへの支持または支援を暴力発生直後および事後にも行うこと。
- 暴力の防止に関する学校教育。

- 看護師が暴力事件によって自責の念をおこす傾向をなくすような、協力的な看護文化を創りだすことへの支援。
- 看護のポジティブなイメージと、尊厳および個人の安全への看護師の権利を尊重する看護カリキュラムに関する協議。
- 暴力とその管理に関する継続教育プログラム。
- 暴力をテーマとした文献目録。
- 暴力の犠牲者となった会員へのカウンセリング・サービス（感情的、身体的、法的）。
- 暴力行為を行った会員へのカウンセリング・サービス（感情的、身体的、法的）。
- 暴力に対する確固とした方針作成のための統計および事例に関する支援。
- 暴力に対する方針を求めるロビー活動やネットワーク支援。
- 安全な労働環境への看護師の権利擁護。
- 質の高いケアを提供し、十分な職員配置を維持し、また、安全な行動パターンを推進する業務方法の開発支援。



## 暴力への取り組み

前述した調査で実証されたポイントを以下に列挙する。

- 社会における暴力は、増加している問題である。
- 保健医療従事者、特に看護職員は、職場における虐待や暴力の犠牲者となっている。
- 看護師は、暴力事件に様々な方法で対応しており、その成功の度合いも様々である。
- 暴力は極めて破壊的なものであり、看護師の専門職としての生命と個人としての生命だけでなく、提供されるケアの質にも悪影響をおよぼすものである。

職場における暴力が看護師の関心事項や専門職の課題として認識された場合、NNAsは、そのような事件の排除、または、少なくとも削減するための適切な方策を開発する必要がある。看

護職員がそれぞれの労働環境において経験している、虐待および暴力の増加への対策として、以下にあげるステップの使用を勧める。

## 1. リスク行為と環境的誘引を認識する

暴力行為に関連があると認識されているリスク因子として以下がある。

- 攻撃的または暴力的行為の前歴。
- 認知症の診断。
- 薬物またはアルコールによる中毒症状。
- 環境または治療自体の特性。

以上のリスク因子に関する十分な情報を、暴力事件に関わる可能性のある職員全員と、そのリスクがあるスタッフの責任者に周知しなくてはならない。

## 2. リスク因子を削減／排除する予防対策を講じる

リスク因子が認識されたら、それらを労働環境から削減・排除する方策を開発し、適用し、実施しなくてはならない。実際のNNAの役割は直接の関係者によって異なるが、何よりもまず、NNAは看護師の擁護者となり、安全な職場への看護師の権利を擁護しなければならない。適切かつ安全な業務方法、安全確保対策、秘密が保持される苦情処理機関を労働環境に導入し、維持されるように折衝することは、暴力に関わる看護師の懸念に対する基本的な対応である。

NNAsは、雇用関係団体やその他の保健医療団体の関係者と会って看護師の懸念事項を表明し、看護師とその他の保健医療従事者を軽視した行動を許さない環境を整える支援を求めなくてはならない。

## 3. 暴力発生時の事故管理体制を適用する

NNAは、暴力事件に巻き込まれた会員を支援するために、会員が暴力問題を認識し、基礎教育課程や継続教育課程において暴力管理技術を習得できるように徹底しなくてはならない。

## 4. 関係者全員が効果的な支援体制を利用できるようにする

雇用者には、暴力の犠牲となったスタッフへの効果的な支援体制を整える責任があるが、NNAは、職場におけるこのような支援体制の導入または見直しを求める圧力団体として機能することができる。もし支援体制が利用できない場合、NNAは、暴力事件後の相関的な即時支援対応策を含めて、自身の構造基盤の中に、会員のニーズに見合った体制を開発しなくてはならない。面接はしばしば心的外傷の原因になりやすいため、報告手続時（例：ヘルスケア・ユニット、警察）には同伴者が必要である。事件によるショックは、時に、事件後数日間にわたって、次第に大きく感じられることがある。

もしNNAに財政的余裕があれば、有用なオリエンテーションと法的支援が行われるよう、法律家を雇用することも可能である。もしこれが不可能ならば、NNAは、これらの問題を専門に取り扱う女性ボランティア団体（例：レイブ・センター）や、法律家の専門職協会ま

たは最終学年の学生が法律サービスを提供している法科大学と協力関係を構築することもできる。

もし看護師が暴力行為の実行者となった場合、NNAは、異なった性質のカウンセリング・サービスや支援サービスを提供しなくてはならない。

## 5. 信頼のおける記録を保持する

統計データは、リスク因子の識別、傾向分析、効果的な予防対策の開発およびこれらの対策の評価のためにとっても重要である。NNAは、これらの調査を行い、他の団体と協力し、収集したデータを立証し、分析および方針決定に参画することができる。

## 6. 暴力事件とその管理について評価する

NNAや雇用者だけでなく、関与した看護師もまた、暴力と攻撃的行為への規制を評価する必要がある。方針や手順を継続して適用するかどうかの判断は、現在の業務の妥当性を維持するうえで重要である。

## 7. 調査結果に基づいた適切な勧告を作成する

方針や手順の妥当性と適用の継続を決定したら、暴力事件に関与する可能性がある関係者全員に、その見直しと正当性について提示しなくてはならない。それによって、行動規準の中にその見直し事項を組み込むことができる。

# セクシュアル・ハラスメント

---

セクシュアル・ハラスメントは、虐待および暴力の一種と見なされる。現在では、セクシュアル・ハラスメントの最たるものであるレイプが、性的な誘惑ではなく、支配力の欲求が動機となっているということが広く認識されている。したがって、暴力への対策として勧める管理技術の多くは、セクシュアル・ハラスメントの管理方法としても適用する。

セクシュアル・ハラスメントと暴力への身体的および感情的反応は酷似しており、いずれの場合も、訴えが認められると、その犠牲者を当惑させ、罰してしまう傾向がある。また、どちらのケースにおいても、犠牲者は職を失うという恐れを経験する。

防止プログラム的一端としてセクシュアル・ハラスメントの明確な定義は必要である。そして、この種の訴えを処理するうえで、秘密が保持される苦情処理機関が一層必要となる。スタッフ全員が方針、調査手段、懲戒手順を理解できるように、教育プログラムが提供されなくてはならない。



## ICNの見解

---

国際看護師協会（ICN）は、セクシュアル・ハラスメントを含む、看護職員に対するあらゆる虐待および暴力を非難する。この種の行為は、個人の尊厳と品位に対する看護師の権利の侵害と見なされる。さらに医療現場における暴力は、有益な患者サービスの提供を脅かすものである。質の高いケアが提供されるためには、看護職員に安全な労働環境と敬意ある対応が保障されなければならない。

看護職員は、最もリスクが高いと考えられる労働者カテゴリーの一つであるため、看護職員に対する虐待および暴力の排除には特別な注意が向けられてきた。しかしながら、ICNは、いかなる分野の保健医療従事者、被雇用者または一般市民に対してもそのような行為がなされることを強く非難するということが強調しておかなくてはならない（[www.icn.ch/psviolence00.htm](http://www.icn.ch/psviolence00.htm)を参照）。

## 参考文献

1. ILO/ICN/WHO/PSI. 2002. *Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector*, p.4.
2. Ibid. p.4.
3. Ibid. p.3.
4. Mahoney BS. 1990. Doctoral dissertation.
5. Chappell D and Di Martino V. 2006. *Violence at Work*, 3rd ed. Geneva: International Labour Office.
6. Di Martino V. 2002. *Workplace violence in the health sector: Country case studies – Synthesis Report*. Geneva: International Labour Office.
7. Aiken LH. 2001. *The Hospital Nurse Workforce: Problems and Prospects* [Electronic version]. Prepared for the Council on the Economic Impact of Health System Change, University of Pennsylvania. [www.sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/council-Dec-14-2001-Aiken-paper.pdf](http://www.sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/council-Dec-14-2001-Aiken-paper.pdf)
8. Di Martino V. 2002.
9. Di Martino V. 2002.
10. Anand A. 2006. *Doctors, nurses face sexual harassment at workplace*. India e-news: [www.indianews.com/health/2006/106/27654.htm](http://www.indianews.com/health/2006/106/27654.htm)(2007.2.12確認).
11. Bronner G and Ehrenfeld M. 2003. *Sexual harassment of nurses and nursing students*. *Journal Advanced Nursing* 42(6):637-44.
12. Hibino Y, Ogino K, Inagaki M. 2006. *Sexual harassment of female nurses by patients in Japan*. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4): 400-405.
13. Gbézo B. 2001. *Health Services: Where danger lurks*. *World of Work* (41), Geneva. International Labour Office.
14. Cust K. 1986. *Assault: Just part of the job?* *The Canadian Nurse*. 82(6), p.19-20.
15. Manitoba Association of Registered Nurses. 1989. *Nurse Abuse Report*. Winnipeg, Canada. October 12, p.16.
16. Nurse Assault Project Team Executive Summary. 1991. Registered Nurses Association of Ontario.
17. Worthington K. June 1993. *Taking action against violence in the workplace*. *The American Nurse*. p.12.
18. Poster EC and Ryan J. 1993. *Nursing staff responses to patient physical assaults*. Presentation at Conference Violence: Nursing Debates the Issues. American Academy of Nursing. Washington.
19. Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S, Irvine Doran D, Kerr M, McGillis Hall L, Vzina M, Butt M and Ryan L. 2001. *Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system – A Policy Synthesis*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, i.
20. Kingma M. 2006. *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Ithaca: Cornell University Press.
21. Di Martino V. 2002.
22. Drummond DJ, Sparr LF and Gordon GH. 1989. *Hospital violence reduction among high-risk patients*. *JAMA* 261(17), p. 2531-2534.