

患者等からのハラスメント対策 の重要性と管理者の役割

山田佐登美

第62回国立病院総合医学会
(平成20年11月12日 於東京)

IRYO Vol. 63 No. 9 (569-572) 2009

要旨

近年、病院内において患者またはその関係者から職員への暴言・暴力、セクシャルハラスメント（以下「ハラスメント」という）事例が増加傾向にある。とくに看護職員は、患者の身体への接近や接触の機会が多いため、ハラスメントの被害者になりやすい。そして、看護職員は、いかなるときもケアの対象者を受容しようとする、あるいは自分に責任があると考えられる傾向があり、問題が顕在化しにくい。

患者の治療・療養環境と同様に職員の働く環境を整えることは、労働安全衛生法第2条にあるように病院管理者の責務である。まず、「ハラスメントを容認しない」というトップのメッセージが重要である。その上で、ハラスメント事例を分析し、弁護士や警察署員等の意見を聞きながら、予防対策、発生時の対応、発生後のフォローアップ体制、被害に遭った職員等のメンタルヘルスサポートについてシステム化し、職員へ周知していくことが望まれる。このような組織的取り組みは、迅速な解決とノウハウの蓄積により職員の安全と安心を保障する。「ハラスメント対策」は、そのプロセスを通して患者・医療者の信頼関係を再構築することを目指すものである。

キーワード ハラスメント、労働環境、組織的取り組み、信頼関係の再構築

はじめに

病院において患者やその関係者から医療従事者が暴言による精神的暴力や身体暴力、そして不必要に身体に接触される、卑猥なことばを浴びせられるなどのセクシュアルハラスメント（セクハラ）の被害を受けることは、決して今に始まったことではない。医療者の忍耐と辛抱によって隠れていた実態がやっこの数年の間に顕在化してきたのだといえる。その状況を明らかにしながら、岡山大学病院での具体的な取り組みを紹介したい。

病院内における暴力の実態

2004年8月に前任の岡山大学病院で看護師を対象に行ったアンケート調査をみると次のとおりであった。セクハラを受けた経験を持つ看護師は、216名で回答した看護師数450名（回収率83.7%）の48%であった。その「相手」と「セクハラの内容」については、「患者」が最も多く、「身体に触られる、抱きつかれた」という内容が多かった。暴言を受けた経験を持つ看護師は、261名で回答者の約58%であった。相手は、「医師」に次いで「患者」であった。

尾道市立市民病院 副院長・看護部長（前岡山大学病院）

別刷請求先：山田佐登美 尾道市立市民病院 副院長・看護部長 〒722-8501 尾道市新高山3-1170-177
(平成21年3月27日受付, 平成21年9月11日受理)The Importance of Preventing Workplace Violence in Hospital and Administrator's Responsibility
Satomi Yamada, Onomichi Municipal Hospital

Key Words: violence, working environment, organizational approach, recovery patient-health care provider relationship

内容は、「大声でどなる」、「軽視」、「人格否定」、「呼び捨て」などであった。「暴力」を受けた経験を持つ看護師は、56名で回答者の約12%であり、その相手は、約90%が患者であった。

暴力を受けたとき、看護師は「怒り」や「悔しさ」を感じ、「ショック」や「悲しさ」「憂うつ感」「恐怖感」「不安」を感じている。対応には、「友人に相談（148名）」、「無視する（112名）」、「仕方がないとあきらめる（95名）」といったものや「上司に報告・相談（80名）」「家族に相談（18名）」、あるいは「抗議をする（56名）」、「何もできない（31名）」があった。そして、暴力を経験した多くの者は、意欲が減退する（207名）と回答している。「うつ状態になった（25名）」、「職場変更や辞職を申し入れた（9名）」、「仕事を休んだ（2名）」、「専門的なクリニック等を受診した（2名）」という回答もあった。コメント欄には「暴力によって深く傷ついている者がいるということをもっと真剣に捉え、取り組むべき」「患者の辛さもわかるが、働く者も一人の人間であり、傷つくことを知ってほしい」などのたくさんの意見が寄せられた。

病院の医療従事者に対する患者やその関係者からの暴力の問題は、「医療崩壊」のこととともに社会的問題としてクローズアップされ始めた。「尊重されない」「認められない」職場環境は、医療人としての誇りを奪い、離職の大きな原因となる。現状を正しく把握し、組織的に迅速に取り組む必要がある。

院内暴力の背景・要因

1. 医療者側

- ・「患者は特別な存在」という認識から「暴力であること」に気づかない。暴力を受けても「病気がそうさせているのだから」「患者は、自分の辛さを表現しているのだろう」と受容的態度を取り続ける。さらに、「患者等に暴力行為をさせたのは、私がいたらないから」と自分自身に非があるように思い、病院は、「治外法権」化しやすい。
- ・患者からの暴力は医療者側にも問題があると考え、がために「穏便に済まそう」と謝罪を繰り返す、患者に合わせようとする。そして、退院を早めるなど追い出しにかかることになり、患者や家族の怒りをあおることになる。
- ・病院という組織は、「プロフェッション」の組織

である。フロントラインに多くの権限が委譲されており、現場で問題解決しようとする文化がある。その逆機能として暴力にあったある個人、ある部署にとどまり、表面化しにくい。

- ・病院の安全神話：他の施設に比べて病院の構造や警備体制は隙だらけである。建物内への出入りが比較的自由であり、警備員さえ十分配置しているとはいえない。

2. 患者やその関係者側

- ・過剰な権利主張、非現実的な期待：「医療は万能」
- ・「お客様」等の意識が強化され最大の医療サービスを要求する傾向がある。医療は「サービス」とか「患者さま」の流行によりさらに助長されてきた。

3. 患者－医療者関係の変化

- ・医療事故報道により医療者へのバッシングや社会不安、モラル低下等から「専門性」に対する価値観が低下し、尊重や信頼しあう関係性がゆらいでいる。
- ・在院日数の短縮・患者の重症化や人手不足により、患者とかわる十分な時間が確保できないことによる関係の希薄化がある。

具体的な院内暴力対策

病院の顧問弁護士や警察のアドバイスも受けながら進めていった。「人間尊重意識の確立」と「患者－医療者の信頼関係の再構築」を目指して、病院執行部会議でマニュアルの整備とその周知を早急に進めるとともに、まず「病院組織として患者家族といえども理不尽な暴力を容認しない」という方針を打ち出した。

1. 予防対策

- 1) 患者側のリスク（暴力の既往の有無、薬物やアルコール中毒の既往の有無、主要精神疾患の不安定期や進行期等）をアセスメントし、共有（記録）する。
- 2) 誘因の排除：できるだけ静かな療養環境や適切な空調の提供や、待ち時間対応、十分な説明や親切さ等を考慮する。
 - ①患者の自尊心を傷つけない態度

- ②十分に聴いて十分に説明，親切的な行動
 - ③医療者間の切れ間のない連携，重層的かかわり
 - ④身体的苦痛の緩和（痛み，発熱）
 - ⑤静かな環境づくり
 - ⑥清潔で明るい病院環境づくり（「清潔感」「誠実さ」「正確さ」「専門職らしさ」）
 - ⑦フレンドリーな関係づくり
- 3) 職員への啓発活動：職員全体へハラスメントに対する考え方やマニュアルを周知するとともに，管理者は，ハラスメントの実態を把握し，問題として提案していく積極的な姿勢が重要である。

2. 暴力発生時の対応：レベルによる対応

- 1) 「レベル1：暴言や脅迫」，「レベル2：器物破損をとまなう」の場合
- ①電話による暴言：医事課内の一定の電話（録音装置付）で対応する。暴言者には「録音する」ことを告げることで抑止力になる。
 - ②外来・入院患者の暴力：主治医，現場責任者，病院責任者が該当患者に「やめるよう」説明するとともに再度事件がおこれば退院もありうる旨を警告する。その後も改善がなければ公式書面による警告を行い，それでも変化がない場合は，治療契約を解約（退院）する。器物破損やセクハラについては，明らかに犯罪行為なので場合によっては警察に通報する。
- 2) 「レベル3：被害者に医療処置を要する障害が生じる」，「レベル4：被害者に生死にかかわる重大な障害が生じる」の場合
- ①報告・連絡ルートを一元化し，優先順位を決め，それらを周知する。
 - ②決して一人で対応せず，またむやみに加害者を追いかけて拘束しようとせず，大きな声で人を呼びながら通報手段を適切に用いる。
 - ③被害者が傷害を負った場合は，院内の緊急コール体制を活用する。岡山大学病院の場合は，「院内緊急連絡同報メール」（もともとは院内の患者急変時に応援を依頼する時に活用するシステム。医師の持つPHSを利用しており，ICU麻酔蘇生科医師と救急部医師が最優先でつながる）で医師を呼ぶ。尾道市立市民病院の場合は，ドクターコール（患者の急変時）やホワイトコール（事件発生時）といった一斉呼び出しによる。
 - ④指揮官（病院長）による統率と情報の一元化の

ためにも，明確に役割分担し，正確な情報と指示の下で効率的に対応する。

- ⑤対策本部は情報の集約と患者や職員の安全にかかわる指示や診療機能の維持にかかわる指示，警察との連携やマスコミ対応を担う。
- ⑥事件のおこった現場は，通行を禁止する等して指示があるまで保存する。むやみに始末しないように注意する。

メンタルヘルスサポート

事故直後から，被害者ならびに関係者のメンタルヘルスサポートは重要である。被害者および関係者に対しては，被害者に過失があるかのような言動は避け，話すことが可能な状態であれば15-30分の短時間に不安や恐怖心を出出できる場をつくる。このときには被害者自身の思いを尊重し，「プライバシーを十分守ること」，「個人ではなく病院として対処すること」等と伝える。できるだけ早い時期からカウンセリングなどの専門医を紹介し，受診を勧める。某医療機関と契約し，院内だけでなく院外にも利用できるサービスがあればより活用しやすい。

記 録

患者やその関係者からの暴力の場合は，診療録等に時間を追って詳細に記録しておくことが重要である。また電話による暴言も記録をとっておくことを忘れない。それらは，事後報告書とともに「証拠」にもなるし，改善の糸口にもなる。

患者等との信頼関係の再構築と 管理者の役割

医療法第1条の2の「医療の理念」には，「医療は，生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし，医師・歯科医師・薬剤師・看護師その他の医療担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき，及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに，その内容は，単に治療のみならず，疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」とある。患者と医療者との信頼関係の構築は，互いをより深く理解することから始まる。過剰で非現実的なニーズがあるのも社会の人々の医療技術や医療提供者への理解不足

からきている面もある。私たち医療者側は、患者やその家族等に積極的に歩み寄り、本当のニーズや期待を知ると同時に、「今、ここで私たちのできること」や「どれほど熱心にかかわろうとしているか」を十分に伝えなければならない。

日本看護協会が出している看護業務基準¹⁾の中にも「看護実践の組織化の基準」として「看護管理者は、看護スタッフの実践環境を整える」という一文がある。倫理的側面からも日本看護協会の「看護者の倫理要綱」には、「看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める」とある。

「組織は人なり」、病院の管理者は、フロントラインにしっかり目を向け、よいことも悪いこともおこっていることを顕在化させ、先頭にたって立ち向かっていくべきである。職員の一人ひとりが大切な存在として扱われ、のびのびと働いてこそ、生産性は向上する。掛け声だけでは、何も始まらない。「あるべき姿」を示し、何をすべきか意思決定し、あるシステムを構築するとか資源をどう配分するか等具体的な行動をおこすのが、管理者の責任である。行動が組織文化をつくり、その文化がまた人の行動を変えていくのである。

おわりに

医療サービスのコアとなるのは、質の高い専門的

なスキルであるがそれを患者が納得できるように提供していくためには、関係性の向上や組織的には価値観の共有、患者と十分かかわることのできる労働環境の整備が求められる。「患者中心の医療サービス」を探求する中で、そのサービスを提供する側の職場環境があまり大切にされてこなかったように思う。

日本国憲法第11条には「基本的人権の享有」、第12条に「自由・権利の保持の責任とその濫用の禁止」、第3条に「個人の尊重・幸福追求権・公共の福祉」が掲げられている。これは患者にも医療者にも両方にある権利である。患者にとっても職員にとっても安心で安楽、安全であることが最適な医療環境であると思う。振り子は、患者側あるいは医療者側とどちらかに傾くのではなくバランスよく振られるべきで、互いの尊重があってこそ信頼関係が生まれ、治療・ケアが成り立っていくものと考えられる。

[文献]

- 1) 日本看護協会. 看護業務基準. 東京; 日本看護協会出版会, 2003
- 2) 山田佐登美. 院内暴力防止への取り組み. 看管理 2006; 16: 811-7.
- 3) 山田佐登美. 患者をクレイマー化させないために医療従事者ができること. 看護誌 2008; 72; 22-6.