

筑 波 大 学

博 士 （ 看 護 科 学 ） 学 位 論 文

患者からの暴力に対する
看護師の対応知識チェックリストの作成

2 0 1 6

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

黒 田 梨 絵

目次

第1章 緒言

1. 研究背景	1
2. 研究目的	4
3. 研究の意義	4
4. 用語の定義	5
1) 暴力	5
2) 暴力に対する看護師の対応知識	5
5. 本研究の概念図	5
6. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成プロセス	6

第2章 文献検討

1. 病院で発生する暴力の実態	8
2. 患者からの暴力に対する看護師の対応の現状	10
3. 暴力に対する看護師以外の職種の対応	11
4. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識	14
1) 暴力発生前の知識	15
2) 暴力発生時の予測や判断の知識	16
3) 暴力行為に適切に対応するための知識	17
4) 患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識	18
5. 暴力に関する尺度の特徴と課題	19
6. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成の必要性	23

第3章 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成

I. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の抽出と素案の作成	25
1. 目的	25
2. 研究方法	25
1) 対象者とリクルート方法	25

2) 調査期間	26
3) データの収集方法	26
4) 調査内容	26
5) 分析方法	27
6) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の質問項目 の作成手順	27
7) 倫理的配慮	28
3. 結果	28
1) 対象者の基本属性	28
2) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の抽出	28
3) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の質問項目 の作成	30
4) 次の研究への示唆	31
II. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の内容的妥当性の検討	32
1. 目的	32
2. 研究方法	32
1) 対象者とリクルート方法	32
2) 調査期間	32
3) データの収集方法	32
4) 調査内容	33
5) チェックリストの内容的妥当性の検討のための分析方法	33
6) 倫理的配慮	33
3. 結果	34

1) 対象者の基本属性	34
2) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の内容的妥当性の検討	34
3) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の修正	34
4) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案の回答方法の検討	35
5) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案の逆転項目の検討	36
6) 次の研究への示唆	37

Ⅲ. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性・妥当性の検討	38
1. 目的	38
2. 研究方法	38
1) 対象者とリクルート方法	38
2) 調査期間	39
3) データの収集方法	39
4) 調査内容	39
(1) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案	39
(2) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの基準関連妥当性を検討する尺度	39
① ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度	40
② 暴力対処に関する質問	40
③ 改訂版暴力意識尺度	41
(3) 基本属性	42
5) チェックリストの信頼性・妥当性の検討方法	42
6) 分析方法	42
(1) データの確認	42
(2) 質問項目の選択	42
(3) 探索的因子分析	43

(4) 既存尺度の確認的因子分析	43
(5) 各尺度得点の算出	43
(6) 信頼性の検討	43
(7) 妥当性の検討	43
7) 倫理的配慮	44
3. 結果	44
1) データの確認	44
(1) 分析対象者の選定	44
(2) 対象者の基本属性	45
2) 質問項目の選択	45
(1) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案のフロア効果・ 天井効果	45
(2) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案の I・T 相関分析	46
(3) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案の項目間相関	46
3) 探索的因子分析	46
(1) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの探索的因子分析	46
(2) 因子間相関と項目間相関	48
4) 既存尺度の確認的因子分析と信頼性係数	48
(1) ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度	48
(2) 暴力対処に関する質問	49
(3) 改訂版暴力意識尺度	50
5) 各尺度得点の算出	51
6) 信頼性の検討	52
7) 妥当性の検討	52
(1) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの構成概念妥当性の 検討	52
(2) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの基準関連妥当性の 検討	52

第4章 考察

1. 対象者の特性	54
2. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性・妥当性について	56
1) チェックリストの信頼性について	56
2) チェックリストの妥当性について	56
(1) 内容的妥当性について	56
(2) 構成概念妥当性について	57
(3) 既存尺度の確認的因子分析について	59
① ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度	59
② 暴力対処に関する質問	60
③ 改訂版暴力意識尺度	60
(4) 基準関連妥当性について	61
① 第1因子「適切な対応に関する知識」について	61
② 第2因子「患者理解の方法」について	61
③ 第3因子「患者の言動からの予測や判断」について	62
3. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の特徴	62
4. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの活用可能性	63
5. 看護への示唆	63
6. 本研究の新規性	64
7. 本研究の限界と今後の展望	64

第5章 結論

謝辞	69
文献	70
図表	84

資料

資料 1 I. 説明書・同意書・同意撤回書・インタビューガイド・フェイスシート

資料 2 II. 調査協力依頼ポスター・説明書・調査票

資料 3 III. 説明書・調査票

資料 4 医の倫理委員会審査結果通知書

第1章 緒言

1. 研究背景

暴力は、人間関係の間で発生し、場所を選ばず、人間が生活する地域、学校、医療現場などあらゆる場で発生しており、世界的な問題となっている（角田ら，2011）。暴力は許されない行為であり、暴力は排除しなければならないとして、国連などが中心となって特に子どもや女性に対する暴力に対して世界的に対策が取り組まれてきているが、未だ十分ではなく、今後も問題解決のために取り組みを強化していく必要性が勧告されている（角田ら，2011）。特に、医療現場においては、患者と医療従事者という関係性から暴力とは認識されにくく（仲宗根ら，2012）、仕事だから暴力を受けても仕方がないと我慢し、表面化されにくいなどの報告（Gerberich et al, 2000；和田，2012）があるにもかかわらず、対応への取り組みが進んでいない（井部ら，2006）。

病院において、患者からの暴力被害件数が増加傾向にあり（天野ら，2011）、暴力の内容はエスカレートし、暴力を行う患者はアルコール関連・精神疾患・薬物関連だけでなく特別なトラブルを抱えていないごく一般の患者と報告されている（仁木，2010）。また、暴力は、精神科だけではなく、外科系病棟、内科系病棟、ICU/CCU/救命救急部門、高齢者・認知症ケア病棟、外来、手術室など、どの部署でも発生すると報告されている（Oztunc, 2005；Farrell, 2006；三木ら，2010；鈴木ら，2011）。また、患者から看護師への暴力被害の頻度は高く（Jackson et al, 2005；友田ら，2010；天野ら，2011；岩尾ら，2013；高橋，2014）、看護師の抑うつ、PTSD（Post-Traumatic Stress Disorder、以下、PTSD）のハイリスク、適応障害など心身ともに多大な影響を及ぼすと報告されている（三木ら，1997；大澤ら，2008；三木ら，2012；高橋，2014）。これらの報告より、病院で発生する暴力は、看護師が患者から受ける割合が高く、健康影響が深刻であるといえる。そのため、患者からの暴力に対して、看護師がどのように対応するかが重要となると考える。しかし、看護師は、患者からの暴力に対して解決を図り、適切な対応をとろうとしないと報告されており（谷本，2006）、看護師が患者からの暴力に対して、適切に対応していないことが問題であるといえる。

患者からの暴力に対する看護師の対応について概観すると、看護師は、暴力の前兆に関する知識を理解していないとの報告があり（馬場，2007）、看護師が患者からの暴力に対応できない要因の1つに、「暴力発生前の知識」が十分ではないことが挙げられる。また、暴

力の危険性を予測するスキル、暴力の発生状況に合った適切な対応方針や対応方法を判断するためのスキルが不足しているとの報告があり（下里，2008）、看護師が患者からの暴力に対応できない要因の 2 つ目に、「暴力発生時の予測や判断の知識」がないことが挙げられる。そして、暴力対応マニュアルなどの対応手順を把握していない（仲宗根ら，2012）、暴力のリスクアセスメント、ディエスカレーション、身体介入技術といった対応するための介入方法の知識が不足しているとの報告があり（下里，2008）、看護師が患者からの暴力に対応できない要因の 3 つ目に、「暴力行為に適切に対応するための知識」が不足していることが挙げられる。さらに、暴力発生時においても、看護師は、患者に対して、暴力行為に及ぶまでに至った精神的苦悩などの思いから患者を理解し、ケアとして取り組むと報告されており（川名，2013）、看護師が患者からの暴力に対応できない要因の 4 つ目に、「患者・看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」が十分でないという問題が挙げられる。以上、先行研究を概観し、患者からの暴力に対する看護師の対応の核となりえる構成要素が示され、「暴力発生前の知識」「暴力発生時の予測や判断の知識」「暴力行為に適切に対応するための知識」「患者・看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」の 4 つを、患者からの暴力に対して看護師が対応するために必要となる知識、つまり、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」と捉えた。

暴力に関する尺度については、海外において、看護師の暴力に対する態度や認識を測定する尺度、暴力のリスクの短期予測を測定する尺度、および、暴力に対応するための知識や技術を教育する暴力防止プログラムが開発され、プログラム評価のための測定尺度もいくつか開発されてきた。

これまで海外で開発されてきた尺度は、開発者の住む国の法律を含む尺度項目で、精神科病棟に特化した内容であり、尺度使用が限定的であること（Poster et al, 1989; Belfrage, 1998; Douglas, 1999; Dahle, 2006; Telles et al, 2009; Cesniene, 2010）、暴力防止プログラムを受講した者を対象に教育効果を測定するため、使用が限られていること（Collins, 1994; Hahn et al, 2006）、患者暴力の原因に対する認識を測定する内容であること（Finnema et al, 1994; Duxbury, 2003; Hahn et al, 2006; Stubbs et al, 2011; Dickens, 2013; Pulsford, 2013; Soares et al, 2013）、暴力行為とは何なのかを測定する内容であること（Jansen et al, 2005）、暴力が発生する可能性を予測するアセスメントに限定した指標（Almvik et al, 2000; Hare, 2000; Harris, 2002; Abderhalden et al, 2006; Clarke, 2010; Yao, 2014; Tutuncu et al, 2015）であった。

このように、海外で開発された尺度は、暴力に対する認識や態度、アセスメントに関して測定するものであり、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に焦点を当てた内容を測定するためのもの尺度ではない。また、精神科病棟に勤務する職員や精神科の患者の権利、訴訟や解雇といった我が国とは異なる法律に関する内容を含んでおり、我が国の看護師に対して使用するのに適しているとは言い難い。そして、これらの尺度は、看護師だけではなく、他職種でも共通する暴力に対するリスクアセスメントや対応技術に着目されている。暴力発生時における、暴力の行為自体への介入方法だけでなく、看護師だからこそ、患者との関係性を重要視し、暴力に至った患者の思いを理解しようとしたり、暴力に及んだ原因に介入しようとする視点を持った看護師特有の解決に向けた対応知識が重要になると考えるが、これらの視点については測定されていない。

また、これまで我が国で開発されてきた尺度は、人の攻撃性に関する内容を測定する尺度（大淵ら，1999；谷本，2010；宮崎，2011）や、対象者が女性や認知症などに限定された暴力に関する尺度（片岡，2005；宮崎，2011）、暴力防止プログラムの教育効果に対する主観的評価を測定する尺度で限定的であること（高橋ら，2013）、暴力への介入技術の自己評価を測定する尺度であること（下里ら，2005；川添ら，2014）、一般的な暴力に対する態度や認識を測定する尺度（一瀬，2010）であった。

これらの我が国で開発された尺度は、人の攻撃性の把握や、病院職員などの暴力に対する態度や認識であり、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に焦点を当てて測定するためのものではない。また、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度や暴力対処に関する質問は、ディエスカレーション介入の達成度や暴力対処に関する主観的評価という側面が含まれていることから、暴力への対応知識の一部の主観的評価を測定することは可能である。しかし、測定内容は看護師だけではなく、他職種にも共通した暴力への対応知識であること、質問項目に対して「できる・できない」という視点から主観的な評価を測定するため、正しい対応知識を有しているかを測定できる尺度ではない。看護師は、暴力が発生した時に患者の状態やリスクを見極めて対応方法を検討するための対応知識だけでなく、看護師だからこそ暴力を振るう患者に対して、患者との関係を大切にしたい対応知識が必要であるにもかかわらず、これらを考慮した対応知識を測定する尺度は報告されていない。

以上より、これまで精神科を中心に暴力に対する教育や尺度作成は発展し、暴力のリスクアセスメントや対応技術に対する主観的評価、暴力に対する認識や態度、暴力防止プロ

グラムの評価のための尺度はいくつか開発されてきた。しかし、尺度使用が、各国の法律や診療科・教育プログラムに限定されており、我が国の看護師を対象とした、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に焦点を当てて測定できる内容は見当たらなかった。そのため、病院に勤務する看護師を対象とした患者からの暴力に対する対応知識について測定するためのチェックリストが必要である。しかし、作成されていないことから、患者からの暴力に対する看護師の対応知識を把握できず、医療安全上の問題の1つである暴力への対応知識に関する喫緊の課題を検討することが困難であり、対応知識を獲得するための教育を実施するうえでの障壁となっている。そのため、病院に勤務する看護師を対象とした、暴力行為への介入方法だけでなく、患者の立場に立ち、患者・看護師関係を重要視した適切な暴力への対応知識について測定できる信頼性・妥当性を検討したチェックリストが必要である。

2. 研究目的

本研究は、インタビューデータの内容分析から患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案を作成、また、その素案の内容的妥当性の検討によりチェックリスト原案を作成し、信頼性・妥当性を検討することで、看護師の暴力行為への介入方法だけでなく、患者・看護師関係の下、患者の立場に立ち、解決するために必要な知識を含む「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」を作成することを目的とした。

3. 研究の意義

本研究で作成を目指した「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」は、病院で勤務する看護師が日常で遭遇する医療安全上の問題の1つである暴力を問題視し、暴力に対応するために必要な知識の有無を測定するものである。これまで、患者からの暴力に対する看護師の対応知識について測定できるチェックリストは作成されておらず、看護師は、職場で暴力を受ける割合が高く、被害が深刻であることが明らかになっているが、暴力への対応知識の有無について測定されてこなかった。本研究において、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストを作成することで、暴力発生時における、暴力行為への介入方法だけでなく、看護師だからこそ、患者・看護師関係の下、患者の立場に立ち、暴力に至った患者の思いを理解しようとしたり、患者との関係を大切にして暴力に及んだ原因に介入しようとする看護師特有の視点を持つ、解決に向けて必要な対応知識

について把握することが可能となる。つまり、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の正解率の低い知識を把握することで、該当する知識に関する重点的な教育、対応知識を向上させるための教育につなげることができると考える。また、看護師個人の暴力への対応知識の理解度について把握し、重点的な教育を実施できることで、副次的な効果として患者からの暴力に対する看護師個人の対応の質の向上や対応知識を基にした実践能力の向上に寄与する可能性がある。

4. 用語の定義

1) 暴力

身体的、精神的な危害を与える攻撃的行為

2) 暴力に対する看護師の対応知識

暴力発生時において、暴力行為への介入方法だけでなく、患者-看護師関係の下、患者の立場に立ち、解決するために必要な知識

5. 本研究の概念図

本研究の概念図を図 1 に示した。

患者からの暴力に対する看護師の対応に関する先行研究（谷本，2006；馬場，2007；岡田，2007；重久ら，2007；下里，2008；松下ら，2010；下里，2010；仲宗根ら，2012；川名，2013）を概観し、【暴力発生前の知識】【暴力発生時の予測や判断の知識】【暴力行為に適切に対応するための知識】【患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識】が、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の核となりえる構成要素と捉えた。

また、知識や根拠に基づいた実践が重要であり（中木ら，2015）、本研究で明らかにする「対応知識」は、患者からの暴力に対して、看護師が対応するための基盤となると捉え、本研究で得られる上記の 4 つの構成要素に関する知見は、将来、この「対応知識」が基盤となり、実践するための能力（実践能力）につながる可能性があると捉えた。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の【暴力発生前の知識】は、暴力防止プログラムの教育効果の主観的評価を測定する「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）」「暴力対処に関する質問（下里ら，2005）」、および、暴力に対する一般的態度を測定する「改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）」と関連すると考え、構成概念妥当性の検討に用いた。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の【暴力発生時の予測や判断の知識】は、暴力防止プログラムの教育効果の主観的評価を測定する「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）」「暴力対処に関する質問（下里ら，2005）」と関連すると考え、構成概念妥当性の検討に用いた。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の【暴力行為に適切に対応するための知識】は、暴力防止プログラムの教育効果の主観的評価を測定する「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）」「暴力対処に関する質問（下里ら，2005）」、および、暴力に対する一般的態度を測定する「改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）」と関連すると考え、構成概念妥当性の検討に用いた。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の【患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識】は、暴力に対する一般的態度を測定する「改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）」と関連すると考え、構成概念妥当性の検討に用いた。

6. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成プロセス

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成プロセスを図2に示した。本研究は、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストを作成するために、インタビューデータの内容分析から患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の作成、素案の内容的妥当性の検討によるチェックリスト原案の作成、および、チェックリストの信頼性・妥当性の検討で構成した。

I. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の抽出、および、項目の作成

患者からの暴力に対する看護師の対応知識に関する構成要素の抽出を目的とし、包括的暴力防止プログラム（CVPPP：Comprehensive Violence Prevention and Protection Program）インストラクターである看護師、または、看護師長・副看護師長を対象に、半構成的面接法にて個人インタビュー調査を実施した。

分析方法は、内容分析（Krippendorff, 1980）の手法を用いて患者からの暴力に対する看護師の対応知識を抽出した。患者からの暴力に対する看護師の対応知識として抽出したカテゴリー、サブカテゴリーを基に、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案を作成した。

II. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の内容的妥当性の検討

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の内容的妥当性の

検討を目的とし、病院に勤務する医療安全・教育を担い、暴力対応経験のある、臨床経験5年以上の看護師を対象に、質問紙調査を実施した。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の適切性の検討、内容の修正を行い、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案を作成した。

Ⅲ．患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性・妥当性の検討

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の信頼性・妥当性の検討を目的とし、病院に勤務する看護師を対象に、質問紙調査を実施した。

分析方法は、本チェックリストの質問項目の一貫性を確認し、その構造を明らかにするために探索的因子分析の実施、信頼性の検討は、Cronbach の α 信頼性係数の算出による内的整合性の検討、妥当性の検討は、因子分析の結果から構成概念妥当性の検討、および、本チェックリストと既存尺度との相関の算出による基準関連妥当性の検討を行った。

第2章 文献検討

1. 病院で発生する暴力の実態

病院で発生する暴力の問題が取り上げられるようになったのは、1980年代後半からである。1987年、国際看護師協会（International Council of Nurses：ICN）は、業務上の危険（Occupational Hazard）の1つに暴力を位置付けた。その後、2000年にICNは看護職員に対する虐待および暴力（Abuse or Violence against Nursing Personnel）という声明を発表し、暴力は他者に対して破壊的なものと定義し、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の検討が必要であることを示した。

2002年、国際労働機関（International Labour Organization：ILO）、世界保健機関（World Health Organization：WHO）、国際労務労連（Public Service International：PSI）、ICNの4機関が協働し、保健医療部門における職場暴力に対処するための枠組みガイドライン（Framework Guidelines for Addressing Workplace in the Health Sector）を作成し、暴力を、身体的暴力（physical violence）と精神的暴力（psychological violence）の2つに分類した。

我が国では、1999年、日本看護協会による病院看護基礎調査で「業務上の危険」の1つに、「患者・同僚および第三者による暴力」という項目が含まれた。その後、日本看護協会は、2006年「保健医療福祉施設における暴力対策指針 - 看護者のために -」を作成し、暴力発生時の対応などといった暴力対策マニュアルを整備するための対策指針を示した。

また、2006年、井部ら（2006）は、医療機関における安全管理体制のあり方に関する調査研究で、病院における暴力被害の実態が深刻であるにもかかわらず、具体的な対応への取り組みが進んでいない状況を明らかにした。この結果をふまえ、厚生労働省は「医療機関における安全管理体制について」の通知を出し、職員への暴力被害への取り組みに関して対策マニュアルの整備、職員教育の実施を強く推奨した。

病院で発生する暴力は、これらの国内外における国や機関によって、ガイドラインや指針が作成されるほどの問題として注目されるようになった。

さらに、2007年、医療事故や患者と医療者間で意見の食い違い（コンフリクト）が起きた際、双方の意見を聞く対話の場を持ち、問題解決に導く役割を担う医療メディエーター（医療対話仲介者）の育成と普及を進めるために日本医療メディエーター学会が設立された（豊田，2007）。この学会では、患者と医療者双方の語りを、いずれにも偏らない位置で、

共感的に受け止め、自身の見解や評価・判断を示すことなく、当事者同士の対話の促進を通じて、情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）やコミュニケーションエラーの予防、調整を支援する役割を担う医療メディエーターの育成を実施し、2016 年現在、4,024 名を医療メディエーターとして、認定している（日本医療メディエーター学会, 2016）。このことは、近年、病院において、患者と医療者間のコンフリクトは解決すべき重要な問題とされており、この問題に対して専門的に仲介する役割を担う人材育成にも発展するほど注目されていることを意味する。そして、患者と医療者側とのコンフリクトが生じた結果、対立する中で起こりえる 1 つの事象が暴力であるとされている（和田, 2008 ; 林, 2012）。このことから、本研究では、コンフリクトという事象の中の 1 つである患者からの「暴力」に焦点を当てることとした。

病院で発生する暴力の被害実態を概観してみると、患者からの暴力被害件数が増加傾向にあり（天野ら, 2011）、暴力の内容はエスカレートし、暴力を行う患者はアルコール関連・精神疾患・薬物関連だけでなく特別なトラブルを抱えていないごく一般の患者と報告されている（仁木, 2010）。

全日本病院協会の調査では、1,106 病院において、過去 1 年間に職員に対する暴力（身体的暴力、精神的暴力）の事例が発生した病院は 576 病院（52.1%）であった。全暴力発生件数は 6,882 件で、このうち、身体的暴力の件数 2,315 件（患者から 2,253 件、家族・親族・患者関係者から 62 件）、精神的暴力の件数 3,436 件（患者から 2,652 件、家族・親族・患者関係者から 784 件）、セクハラ 935 件（患者から 900 件、家族・親族・患者関係者から 35 件）などと報告されている（全日本病院協会, 2008）。また、東京都内 11 施設の私立大学附属病院の職員 22,738 名のうち、過去 1 年間に何らかの暴力被害を受けたのは 44.3%（10,079 名）であり、身体的暴力は 14.8%（3,370 名）、暴言は 41.5%（9,447 名）で、患者から身体的暴力を受けた職員の割合は 93.6%、患者から暴言を受けた職員の割合は 69.2%であり、患者から受ける暴力が最も多いと報告されている（岩尾ら, 2013）。

また、病院に勤務する職員 832 名において、過去 1 年間に身体的暴力を受けたのは 7.7%（64 名）、言語的暴力 38.6%（321 名）で、薬剤師を 1 とした場合の看護師の身体的暴力被害は 7.62 倍（95%CI : 1.01-27.34）、言語的暴力被害は 2.38 倍（95%CI : 1.29-4.39）と報告されている（Jackson et al, 2005）。また、1 大学病院の調査では、過去 1 年間で患者から受ける暴力被害経験のある病院職員は、746 名のうち 56.4%（358 名）で、看護職員（395 名）が 67.5%と最も多く、次いで事務職員（38 名）が 50.0%、検査技師（45 名）が

39.5%、薬剤師（32名）が36.7%、医師（133名）が34.6%であった（友田ら，2010）。私立大学病院医療安全推進連絡会議（2013）の調査では、過去1年間に、看護職10,022名のうち49.9%、医師4,230名のうち44.1%、事務職員2,586名のうち41.9%が暴力を受けており、看護職員が最も暴力被害の割合が高いことが認められた。また、暴力は、精神科だけではなく、外科系病棟、内科系病棟、ICU/CCU/救命救急部門、高齢者・認知症ケア病棟、外来、手術室など、どの部署でも発生すると報告されている（Oztunc, 2005 ; Farrell, 2006 ; 三木ら, 2010 ; 鈴木ら, 2011）。さらに、暴力を経験した看護師は経験しない看護師と比較し有意に抑うつの得点が高く（三木ら, 1997）、暴力被害経験のある人は被害経験のない人と比較し、精神健康度が悪く、改訂出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale-Revised : 以下、IES-R）、うつ病・自殺予防対策のためのスクリーニングツール10項目（The Kessler Psychological Distress Scale 10 : K10）の得点が高いとの報告（大澤ら, 2008）、暴力被害経験のある169名のうち37.3%がPTSDハイリスク者（IES-R25点以上）であり（三木ら, 2012）、暴力体験群は非体験群と比較し、仕事の満足感や仕事の継続意思が低いとの報告がある（鈴木ら, 2005）。

これらの報告にみられるように、病院で発生する暴力は、看護師が患者から受ける割合が高く、健康影響が深刻である。また、暴力は精神科だけで発生するものではなく、どの部署でも発生するため、病院に勤務する看護師は暴力に対応する必要性があり、暴力に対してどのように対応するかが重要な課題となっている。

2. 患者からの暴力に対する看護師の対応の現状

看護師が患者から受ける暴力による健康影響は深刻であるが、看護師は、患者からの暴力に対して適切に対応していない現状がある。

患者からの暴力に対して、看護師は、暴力に対して仕方がない、仕事の一部であると認識しているという報告（Gerberich et al, 2000）、暴力は「ケアへの抵抗」、「病気だから仕方がない」「病態的に仕方がない」「気にしていたら仕事にならない」「これも看護だと思う」「自分のケアが未熟だから」として患者から受けた暴力を暴力と思わないという報告がある（石野ら, 2005 ; 三浦ら, 2009）。和田（2012）は、看護師が暴力被害を受けた場合、暴力か否かを判断し対応するのは個人の基準にゆだねられ、表面化するのを恐れ、看護師は患者から暴力を受けても暴力と思わない傾向や、暴力に対応しようとせず、自身を抑圧している傾向があると述べている。また、仲宗根ら（2012）は、看護師は患

者からの暴力は病気に起因するものと捉えて、暴力を暴力と認識しない傾向があり、暴力を暴力と認識できるように改める必要があると述べている。

岩尾ら（2013）は、暴力被害を受けた病院職員10,079名の個人の対応は、「我慢した」24.8%「謝罪した」15.3%、「病院内のルールに従い人を呼んだ」11.8%、「助けを呼んだ」10.9%などであり、院内暴力を受けた時の対応は今後の課題であると述べている。三木（2013）は、暴力を受けた際の対応として「我慢した」対応は対応していることにはならず、また、暴力を受けていながら「謝罪した」対応は適切な対応といえるのか疑問が残ると指摘している。

また、前島ら（2007）は、暴力防止教育を受ける前の職員は、暴力に対応する力がない、暴力にどう対応すればよいのかわからない、暴力発生時に関わるには技術が不足しているといった、暴力に対する知識や対応技術が不足しているため、患者や看護師双方にとって安全な対応が取れないことを指摘している。

谷本（2006）は、看護師は、暴力によって患者にいつか殺されると思っていても、暴力という問題に対して解決を図り、適切な対応をとろうとしないと指摘し、仲宗根ら（2012）は、看護師は、暴力への対応能力がなく、暴力が発生しても事例に適した対応ができていないという現状を指摘し、看護師個人の暴力への対応能力を向上させる必要があると述べている。

これらの先行研究の結果から、看護師が患者からの暴力に対して、適切に対応できていないことが問題であると考える。

3. 暴力に対する看護師以外の職種の対応

前述した通り、看護師は患者からの暴力に対して、適切に対応できていない問題が示された。一方、暴力に対して専門的に対応する職種には、警察官や刑務官が挙げられる。警察官や刑務官は、病院現場で勤務する看護師と比較し、暴力への対応に関する知識や技術が高く、警察官や刑務官の暴力への対応が、看護師の対応知識の参考になるのではないかと考えた。また、近年、教育現場において発生する暴力の問題も注目され、文部科学省が中心となり、教員が暴力に対応するための方法が報告され、暴力に対する教員の対応が、患者からの暴力に対する看護師の対応の参考になるのではないかと考えた。そのため、警察官、刑務官、教員の暴力への対応について、概観する。

警察官は、警察法の下、警察の責務を遂行する国家公務員、および、地方公務員である

（花岡，2011）。警察官の職務執行のために必要な手段に関しては、警察官職務執行法で定められている（花岡，2011）。警察官職務執行法は、職務質問、保護、犯罪の予防、および、静止、立ち入り、武器の使用などについて規定している（花岡，2011）。具体的には、警察官職務執行法第五条「犯罪の予防及び制止」、第七条「武器の使用」などがある。

警察官が職務執行のために必要な技術を術科と呼び、警察官は、柔道、剣道、逮捕術、護身術、けん銃射撃などの術科特別訓練を受けている（松井，2011）。また、総合術科訓練として、日々、術科の訓練を実施し、心構えと技術の鍛錬をしている（石田，2011）。逮捕術とは、警察官などが被疑者や現行犯などを制圧、逮捕、拘束、連行するための技術であり、職務を行う者の受傷事故を予防するための護身術である（田部，2011）。

警察官は、被疑者や現行犯を対象とし、警察官職務執行法の下、自分や対象の生命・身体を守るため、公務執行妨害などが発生した際、術科にて対応する。術科による対応の際は、対象者を打ち負かすことを目的とせず、自分や対象者の生命・身体を守ること、危機的状況からの回避を最優先事項とすると述べられている（Machado et al, 2009 ; 石川，2011）。

暴力に対する警察官の対応は、柔道、剣道、逮捕術、けん銃射撃など（Shjaback et al, 2016）の術科という警察官特有の技術を活用し、法律の下、自分や対象者の生命・身体を守る安全確保の措置や犯罪対応のために、制圧、逮捕、拘束、連行という職務執行を目的に、力に対して力で対応するといえる。

刑務官は、法務省矯正局の国家公務員であり、刑務所、少年刑務所又は拘置所に勤務し、被収容者に対し、日常生活の指導、職業訓練指導、悩みごとに対する指導などを行うとともに、刑務所等の保安警備の任にあたる刑事施設に勤務する法務事務官・技官・教官である（鴨下，2010）。

刑務官は、犯罪、または、非行を犯して収容される者を対象者とし、その人権を尊重しつつ、収容を確保し、処遇のための適切な環境と安全で平穏な共同生活を維持するために規律、及び、秩序を適正に保持し、必要とされる処遇を適正円滑に行うことを業務としている（鴨下，2010 ; Pont J , 2015 ; Ricciardell R ; 2016）。他の職種にはない、特殊性・困難性があり、高い専門的知識、及び、技能と倫理観が求められる。刑務官の職務執行に関しては、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律、刑務官の職務執行に関する訓令に定められている。具体的には、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律第七十七条「制止等の措置」第八十条「武器の携帯及び使用」などがある（鴨下，2010）。

刑務官は、刑務官として必要な学術、実務、及び、術科、護身術等を習得するために教育を受ける（松本，2014）。また、刑務官は、刑務官のために考案された矯正護身術、柔道、剣道、けん銃使用法の実技訓練などを教育される。矯正護身術とは、受刑者などから暴力を受けた際に身を守るための訓練であり、法務省が教範を作成している（本田，2013）。

刑務官は、受刑者を対象とし、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律の下、規律及び秩序を害する行為をしようとした際、矯正護身術などで対応する。暴力に対する刑務官の対応は、刑務官特有の対応技術を活用し、法律の下、受刑者の矯正と受刑を目的に、力に対して力で対応するといえる。

文部科学省（2015）が実施した「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」によると、暴力を振るった加害児童生徒に対する対応には、学級担任や他の教職員が指導、養護教諭が指導、校長、教頭が指導、スクールカウンセラー等の相談員がカウンセリング、警察の刑事司法機関等と連携した対応、児童相談所等の福祉機関等と連携した対応、被害者等（被害者の関係者も含む）に対する謝罪指導、友人関係を改善するための指導、ルールの徹底や規範意識を醸成するための指導、個別の学習支援、当該児童生徒が意欲を持って活動できる場を用意、教職員との関係改善、保護者の協力を求めて、家族関係等の改善・調整、出席停止などが挙げられている。特に、加害児童生徒に対する個別の学習支援や意欲を持つ活動が重要であるとされている（岩堂，2013）。

教育現場である学校では、不適切な人間関係の中におかれた子どもが暴力行為に及ぶことがあり、学校や施設は、子どもの暴力には暴力行為自体の問題だけではなく、子どもの養育環境や家族関係などが関係し、暴力に及ぶ背景に介入しないと問題解決にならないという視点で、子どもの暴力への対応を行っている（浅井ら，2011）。そのため、暴力を振るった子どもの家族関係、生育歴を確認するといった背景を理解し、子ども一人一人の暴力の原因と考えられる材料を把握するための情報収集を行うこと、知的レベルや心理的特徴といった視点から子ども自身を理解するための対応を行うことが大切である（浅井ら，2011）。

教育現場における暴力発生時の教員の対応には、暴力を制止する、児童福祉司・児童心理司に相談する、指導職や管理職に連絡する、気持ちを暴力ではなくことばで伝えられるようにしていく、当該児童に個別に話をきく、事実と気持ちは分けて聞く、大声で叱責しない、否定的なメッセージを伝えない、子どもの視点に立って行動を分析する、人の嫌がる言葉はルールとしていつてはいけないことを伝える、事実確認をする、事実を認めさせ

る、問題となる点について子どもに十分な説明をして理解させる、可能であれば、暴力の相手に謝罪をさせる、保護者へ連絡し、事実経過と当面の方針を説明する、など、具体的な報告がある（Machado et al, 2009；浅井，2011；早川，2011；Swarts et al, 2016）。

また、教育現場における対応のあり方として、教師による子ども理解と信頼関係の構築を基本とし、子どもの成長発達を考慮した教育的指導の観点から、毅然とした対応、罰則基準の明確化と周知徹底、罰則に基づく懲戒といった動向があるとの報告（田代ら，2009）、暴力行為などの問題行動に対して、子どもを罰するという立場より、子どもの発達状況に合わせて扱い方を変え、子どもが真に反省するように自己を見つめさせ、周囲が手助けをすることが大事との報告がある（岩堂，2013）。そして、日頃の学校教育活動の中で、相手が子どもであっても、教職員が人格のある一人の人間として相手（子ども）を認め、児童生徒に感情コントロールを身につけさせ、一人一人の子どもが活躍できる場や機会を意図的につくる働きかけは、「暴力行為」の未然防止のみならず、子どもの社会性を育むことになる（藤平，2015；Swarts et al, 2016）。

教育現場における暴力に対する教員の対応は、児童生徒とその親などを対象とし、警察や児童相談所、スクールカウンセラーなどの他職種と連携し、暴力行為に対する罰則やルール周知の視点からの教育的介入と共に、児童生徒-教員関係の下、暴力行為に及ぶに至った背景といった対象理解を重要視し、児童生徒への学習支援といった教育的視点や成長発達の促進、養育環境や家庭生活の確認、社会性の育成のための指導を視野に、行っているといえる。

以上より、暴力に対する警察官や刑務官、教員の対応を概観し、警察官や刑務官は、法の下、術科という技術をもって暴力を力で制圧し、また、教員は、児童生徒への教育的視点や成長発達の促進といった特徴があるものの、児童生徒-教員関係の下、暴力行為に及ぶに至った背景といった対象理解を重要視する暴力への対応をしていたことがわかった。

4. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識

暴力に対する警察官や刑務官の対応を概観し、警察官や刑務官が法の下、術科という技術をもって暴力を制圧するというような暴力への対応とは、病院現場における患者からの暴力に対する看護師の対応は、質が異なるのではないかと考えた。また、教育現場における暴力に対する教員の対応を概観し、教員は、児童生徒への教育的視点や成長発達の促進といった特徴があり、児童生徒-教員関係の下、暴力行為に及ぶに至った背景といった

対象理解を重要視する点は、看護師に類似する可能性があると推察した。そこで、「2. 患者からの暴力に対する看護師の対応の現状」で記述した患者からの暴力に対して看護師が適切に対応できていないことをふまえ、次に、看護師は、なぜ、患者からの暴力に対応できないのかの視点から研究を概観する。

1) 暴力発生前の知識

前島ら（2007）は、暴力には遭遇しないと思っている職員がいることを示した。また、谷本（2006）は、暴力発生後、看護師は「何が起きたかわからなかった」「暴力を受けるとは思わなかった」「なぜ暴力を受けたのかわからない」といった体験を明らかにしている。看護師は、そもそも自分が暴力を受けると思っていないという理解不足があり、病院現場における患者からの暴力が発生する実態を理解し、看護師が患者からの暴力の被害を受ける可能性に備えるための知識が不足していると指摘されている。

馬場（2007）は、暴力発生前には、表情、目つき・視線、声色などの変化、話を聞かない、要求を聞き入れない、一方的な要求だけを話す、説得しても応じないなどのコミュニケーション状態の変化、前のめりになる、逆上するといった行動が認められるが、看護師が、これらの暴力の前兆に関する知識を十分に理解していないと指摘している。また、仲宗根ら（2012）も、暴力が発生しやすい状態には、イライラしている、興奮している、説得できない、協力が得られないなどが認められるが、これらの暴力の発生の前兆に関する知識を看護師は知らないと指摘している。そして、疾患や内服、暴力履歴などの暴力のリスクファクターについて事前に情報を収集して把握し、暴力のリスクをアセスメントし、暴力が発生する可能性があることを前もって把握し、周知をしておくことが重要であり、これらの知識に関する専門的な教育が必要となり、今後の実施が期待されると述べている（Finnema et al, 1994 ; Duxbury, 2003 ; Hahn et al, 2006 ; Stubbs et al, 2011, ; Dickens, 2013 ; Pulsford, 2013 ; Soares et al, 2013)。

下里（2008）は、暴力の危険性の予測は、連続体として行われ続けるため、非常に高度なスキルを必要とするが、看護師は、暴力の危険性が高まった状態にあわせて柔軟にアセスメントし、予測するスキルが不足していると指摘している。また、岡田（2007）は、看護師を襲う危険を予測し脅威を感知する、患者の状態や感情から適宜リスクアセスメントをし直すといった暴力の危険の予測は個人の知識に依拠しており、看護師全てに予測するための知識があるとは言えないと指摘している。

これらの報告にみられるように、看護師が暴力に対応できない要因の1つに、暴力発生前における、暴力発生の可能性に関する情報の収集やリスクアセスメント、暴力が発生する前兆を把握するための知識が十分ではないことが挙げられる。このことから、「患者からの暴力に対して看護師が対応するために必要な知識」の1つは、「暴力発生前の知識」と捉えた。

2) 暴力発生時の予測や判断の知識

暴力発生時において、下里（2008）は、看護師は、暴力が発生した状況に合わせて身体的暴力発生のリスクやエスカレートの予測をしたり、状況に合った適切な対応方法や対応方針を判断するためのスキルに関する知識の理解が不十分であると指摘している。また、暴力発生時において、徐々に声が大きくなっていくなどの状態の変化が認められるが、看護師は適切に予測するための知識があるとは言い難いと指摘されている（馬場，2007）。そして、暴力発生時において、患者が看護師の要求に応じる状態であるときには、説得するという判断をする、患者が看護師に「向かってくる」行動が現れた時、「患者を抑え込む、応援を依頼する」など、患者・看護師の安全を考慮しつつ、暴力の予防、最小化のための判断をするが、それらを判断するための知識があるとは言い難いとしている（馬場，2007）。

仲宗根ら（2012）も、危険を先読みした上でエスカレートさせないための対応方針を判断する、患者の状態や周囲の状況を踏まえた上で対応行動を判断するなど、変化に応じた状況判断が十分できているとはいえないと述べている。さらに、岡田（2007）は、暴力発生時においては安全と危険度について判断する、時間の経過と状況変化に応じて介入方法の変更を判断する、患者の表情・態度・身振りから介入のタイミングを判断する、自分達だけで対応できるかを判断するなど、さまざまな判断を全ての看護師ができるとはいえないと指摘している。

加えて、下里（2008）は、これまで病院において、暴力のリスクを高めに判断し、過剰防衛的判断になりがちな現状があるとも指摘している。また、暴力発生状況に対してどのようにアプローチするかを判断するための知識が十分ではないと指摘している（下里，2009）。

これらの報告にみられるように、看護師が暴力に対応できない要因の2つ目に、暴力発生時において、暴力のリスクや成り行きの予測と状況判断や対応方法を判断するための知

識がないことが挙げられる。このことから、「患者からの暴力に対して看護師が対応するために必要な知識」の2つ目は、「暴力発生時の予測や判断の知識」と捉えた。

3) 暴力行為に適切に対応するための知識

仲宗根ら（2012）は、暴力に対応するための手順を示した暴力対応マニュアル、院内暴力の報告システムや、暴力から自身を守るためのパーソナルスペース、距離の取り方、対応方法など、暴力に対応するためのマニュアルやシステムに関する知識を看護師は理解していないと指摘している。

また、患者からの暴力への対応に関して、小宮ら（2005）は、暴力発生時に「どうしたらよいのかわからない」「どう行動したら良いのかわからない」など、暴力に対応するための方法やスキルに関する知識がないと述べている。そして、下里（2010）は、看護師が、患者の興奮状態を鎮静化させるためのコミュニケーション技法であるディエスカレーションスキル、身体介入技術であるブレイクアウェイ、チームテクニクスといった暴力発生時に対応するための具体的な介入方法の知識が不足していると指摘している。さらに、看護師は、暴力発生時における、患者と看護師の安全を考慮しつつ、ディエスカレーションスキルを用いて興奮の鎮静を試みたり、ブレイクアウェイやチームテクニクスを活用して暴力被害を最小化させるための知識が不足していると指摘している（下里，2009）。加えて、三木ら（2006）は、外来における暴力への対応方法には、大声に左右されない平等な対応、脅しに応じないなどといった基本的な内容を示した暴力対応マニュアルに示してあってもスタッフが知らない・理解していない割合が高いなどの問題点を指摘している。仲宗根ら（2012）も、暴力発生時において、看護師は、他者を避難させる、他の看護師と共に抑え込む、安全帯を使用して抑制する、応援を呼ぶ、警察に通報するといった具体的な対応方法に関する知識が乏しいと指摘している。

そして、暴力発生時において、看護師は、実際は自分の身を守ることを後回しにする傾向にあるとの安全配慮に関する知識の不足が指摘されていること、暴力を振るう患者の身の安全については考えずに行動する、力で抑え込む、患者がケガをしてもいいといった暴力に対する看護師の対応の誤った知識を問題視している（前島ら，2007；仲宗根ら，2012）。

これらの報告にみられるように、看護師が暴力に対応できない要因の3つ目に、暴力発生時において、暴力行為に対して適切に対応するための知識が不足していることが挙げら

れる。このことから、「患者からの暴力に対して看護師が対応するために必要な知識」の3つ目は、「暴力行為に適切に対応するための知識」と捉えた。

4) 患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識

川名（2013）は、暴力発生時においても、看護師は、患者に対して、暴力行為に及ぶまでに至った不安や精神的苦悩、悲しみ、などといった思いや背景から患者を理解し、ケアとして取り組むことも重要で、専門的な教育や研修が必要となり、今後、実施や参加が期待されると述べている。また、「暴力への対応」は、暴力を振るうに至った危機的状況に陥った患者と向き合い、個人と個人の関係性の中で、相手を尊重し、ケアすることが大切であると述べられている（包括的暴力防止プログラム認定委員会，2007）。しかし、患者は、困った時や意思決定の際、看護師や医師などの医療者に丁寧に話を聞いてもらうと、ケアをしてもらったと感じるが、実際には看護師と十分に話をする機会がないと指摘している（松下ら，2010）。

看護師には、常に患者を尊重して関わる、関係づくりに努める、患者の話を聞くときは、意識して座るようにする、患者の話を耳を傾ける、などの看護師が果たす役割があるが報告されている（重久ら，2007）。しかし、暴力などといった問題行動を起こした患者に対する否定的態度の表出、また、仕事のパフォーマンスの低下などにつながるなどの報告（Collins, 1994 ; Nicola, 2011）、さらに、暴言・暴力のある対象者に対して敬遠しがちになり、対象者とできれば関わりたくないといった否定的態度をとったり、対象者に対して恐怖心をもってしまうとその対象者に対する見方、態度を改めることが難しいとの報告もあり（山本ら，2012）、暴力を振るうに至った危機的状況に陥った患者に向き合い、ケアとして対応するための知識は明らかではなく、今後の課題であると述べられている（包括的暴力防止プログラム認定委員会，2007）。

このように、看護師が暴力に対応できない要因の4つ目に、暴力発生時において、暴力に至った患者の背景を理解し、患者-看護師関係を大切にし、患者の立場に立ち、解決に向けた対応に関する知識が十分でないという問題が挙げられると考えた。しかし、この知識に関する知見は、前の3つの知識に関する知見と比較し、あまり報告されていなかった。このことから、「患者からの暴力に対して看護師が対応するために必要な知識」の4つ目は、「患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」と捉えた。

以上、先行研究を概観し、「暴力発生前の知識」「暴力発生時の予測や判断の知識」「暴力

行為に適切に対応するための知識」「患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」が不足しているために、看護師は、患者からの暴力に対応できてないと推察され、これらの4つの知識が「患者からの暴力に対応するための知識」として必要であると捉えた。特に、これまでは、「暴力発生前の知識」「暴力発生時の予測や判断の知識」「暴力行為に適切に対応するための知識」といった、暴力行為に適切に介入するための方法に関する知識の一部は先行研究で示されているが、「患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」はほとんど明らかにされていなかった。このことから、本研究において、これら4つの知識を「患者からの暴力に対して看護師が対応するために必要な知識」、つまり、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」と捉えた。しかし、これらの「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に関して、これまで十分に明らかにされてきたとは言い切れない。したがって、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の構成要素について、まずは、質的に明らかにする必要があると考えた。

5. 暴力に関する尺度の特徴と課題

暴力に関する尺度については、海外において、暴力に対する看護師の態度や認識を測定する尺度、暴力のリスクの短期予測を測定する尺度、および、暴力に対応するための知識や技術を教育する暴力防止プログラムが開発されプログラム評価のための測定尺度もいくつか開発されてきた。海外における暴力に関する尺度やチェックリストの特徴と課題の検討を表1に示した。

The Overt Aggression Scale (OAS) は、暴力の行為と介入方法に焦点をあて、暴力の深刻さや頻度を評価できる尺度で、小児科、精神科など、さまざまな場所で発生する暴力を対象としている (Yudofsky et al, 1986)。しかし、暴力場面における暴力行為とその介入方法の深刻さや頻度に焦点があてられ、患者からの暴力に対する看護師の対応知識を測定する内容ではない。

The Attitudes Towards Physical Assault Questionnaire は、精神科病棟における看護師の患者からの暴力に対する態度を測定できる (Poster et al, 1989 ; Poster, 1996)。しかし、作成されたアメリカの法律を含む尺度項目で、精神科病棟に特化した内容であり、尺度使用が限定的である点が課題であるといえる。

The Attitudes Toward Aggressive Behaviour Questionnaire は、The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme (PMAB) を受講した精神科看護師を

対象に、患者からの身体的暴力に対する態度を測定できる（Collins, 1994）。しかし、尺度使用は PMAB の教育効果のみと限定的である。

The Perception of Aggression Scale（POAS）は、精神科看護師の暴力に対する認識を測定できる（Finnema et al, 1994）。しかし、暴力に対する認識を測定するため、暴力への対応知識を測定する内容ではなく、尺度使用が精神科のみと限定的である。

The Attitudes Toward Aggression Scale（ATAS）は、暴力行為とは何なのかを測定できる（Jansen et al, 1997）。しかし、暴力行為を測定するため、暴力への対応知識を測定する内容ではない。

HCR-20（Historical Clinical Risk management-20）は、精神障害者や犯罪者による暴力のリスク要因を、ヒストリカル（過去）、クリニカル（現在）、リスク・マネジメント（未来）の視点からアセスメントするツールである（Belfrage, 1998）。しかし、精神障害者や犯罪者による暴力に限定されたリスクアセスメントツールであり、尺度使用が限定的であること、暴力が発生する可能性を予測する指標であり、暴力に対応するための知識を測定する内容ではない。

Psychopathy Check List Revised（PCL-R）は、精神科病棟や刑務所で使用する暴力のリスクアセスメントツールとして作成された（Hare, 2000）。暴力のリスクファクターから、暴力のリスクをアセスメントし、暴力が発生する可能性を予測する指標である（Rotermund, 2013）。しかし、暴力のリスクファクターから、暴力のリスクをアセスメントし、暴力が発生する可能性を予測する指標であり、暴力への対応知識を測定する内容ではない。

The Broset Violence Checklist（BVC）は、精神科病棟内において、短期間（24 時間以内）に暴力が発生する可能性（短期予測）を予測する指標である（Almvik et al, 2000）。しかし、精神科病棟における暴力の発生する可能性を予測するアセスメント指標であり、尺度使用が限定されている。

Violence Risk Appraisal Guide（VRAG）は、精神科や刑務所などで使用するツールで、PCL-R の得点や暴力のリスクファクターから、暴力のリスクを測定するアセスメントツールとして作成され、暴力のリスクを定量化することができる（Harris, 2002 ; Rosales, 2008 ; Van Heesch, 2016）。しかし、PCL-R の得点や、暴力のリスクファクターから、暴力のリスクをアセスメントし、暴力が発生する可能性を予測する指標であり、暴力に対応するための知識を測定する内容ではない。

The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS) は、精神科看護師を対象に、患者からの暴力の原因に対する認識を測定できる (Duxbury, 2003)。しかし、患者からの暴力の原因に対する認識を測定するため、暴力に対応するために必要な知識を測定する内容ではない。

The Impact of Patient Aggression on Carers Scale (IMPACTS) は、精神科看護師を対象に、暴力を振るった患者に対する看護師のネガティブな感情や行動の程度を測定できる (Needham, 2005a)。しかし、暴力を振るった患者に対する看護師のネガティブな感情や行動を測定するため、暴力に対応するための適切な知識を測定する内容ではない。

これまで海外で開発されてきたこれらの尺度は、開発者の住む国の法律を含む尺度項目で、精神科病棟に特化し、尺度使用が限定的な内容で (Poster et al, 1989 ; Belfrage, 1998 ; Douglas, 1999 ; Dahle, 2006 ; Telles et al, 2009 ; Cesniene, 2010)、暴力防止プログラムを受講した者を対象に教育効果を測定するため、使用が限られていること (Collins, 1994 ; Hahn et al, 2006)、患者暴力の原因に対する認識を測定する内容であること (Finnema et al, 1994 ; Duxbury, 2003 ; Hahn et al, 2006 ; Stubbs et al, 2011, ; Dickens, 2013 ; Pulsford, 2013 ; Soares et al, 2013)、暴力行為とは何なのかを測定する内容であること (Jansen et al, 2005)、暴力が発生する可能性を予測するアセスメントに限定した指標 (Almvik et al, 2000 ; Hare, 2000 ; Harris, 2002 ; Abderhalden et al, 2006 ; Clarke, 2010 ; Yao, 2014 ; 下里ら, 2007 ; 下里, 2008 ; Tutuncu et al, 2015) であった。このように、これらの海外で開発された尺度は、暴力に対する認識や態度を測定するものであり、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に焦点を当てた内容を測定するためのものではない。また、精神科病棟に勤務する職員や精神科の患者の権利、訴訟や解雇といった我が国とは異なる法律に関する内容を含んでおり、我が国の看護師に対して使用するのに適しているとは言い難い。そして、これらの尺度は、看護師だけではなく、他職種でも共通する暴力に対するリスクアセスメントや対応技術に着目している。暴力発生時における、暴力の行為自体への介入方法だけでなく、看護師だからこそ、「患者-看護師関係を大切に、解決に向けた知識」という視点を持った「対応知識」が重要となると考えるが、これらの視点については測定されていない。

次に、これまで我が国で開発されてきた尺度を概観する。日本における暴力に関する尺度の特徴と課題の検討を表 2 に示した。

機能的攻撃性尺度 (FAS : the Functional Aggression Scale) は、人の攻撃性について、

回避・防衛、強制・影響、制裁・報復、同一性の側面から測定できる（大淵ら，1999）。しかし、人の攻撃性を測定する尺度であり、暴力に対する対応知識を測定する尺度ではない。

暴力対処に関する質問は、CVPPP の教育を受けた病院職員や児童養護施設の職員などがどのくらい CVPPP の技術を活用して暴力に介入できるかの自己評価を測定できる（下里ら，2005）。暴力に対応するためには、スタッフに自信を与えることが重要とされ（Lewis et al, 2002 ; Southcott et al, 2002）、教育の効果を「できる」という自信の側面から測定するために使用されている。しかし、尺度使用は CVPPP の教育評価のみと限定的で、CVPPP の技術に対する主観的評価であるため、暴力に対応するための知識を測定する尺度ではない。

女性に対する暴力スクリーニング尺度（VAWS : Violence Against Women Screen）は、周産期における親密的な関係の男性から女性への暴力（Domestic Violence、以下、DV）被害のスクリーニングツールである（片岡，2005）。しかし、周産期の女性に対する男性からの暴力、DV に焦点を当てた尺度で使用が限定的である。

改訂版暴力意識尺度は、小学生や中学生など、一般の人々の暴力に対する態度や認識を測定できる（一瀬，2010）。しかし、一般の人々の暴力に対する態度や認識を測定する尺度であり、暴力への対応知識を測定する尺度ではない。

自他攻撃性尺度は、一般の人々の自己、および、他者に対する攻撃性を測定でき、攻撃性について表出、非表出の視点より測定できる（谷本，2010）。しかし、一般の人々の攻撃性を測定する尺度であり、攻撃や暴力に対応するための知識を測定する尺度ではない。

攻撃的言動に関する対処効力感尺度は、介護職員を対象とし、認知症の攻撃的言動に対処する自信の程度を測定できる（宮崎，2011）。しかし、認知症の攻撃的言動に限定し、対処する自信の程度を測定することが可能であるが、暴力への対応知識を測定する内容ではない。

ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度は、包括的暴力防止プログラム CVPPP の教育内容のディエスカレーション介入を病院職員などがどのくらいできるかの主観的評価を測定できる（高橋ら，2013）。教育直後、および、1 ヶ月後の 2 時点で測定し、教育直後では一部の尺度項目の得点が高くなるものの、1 ヶ月後では尺度項目の得点は低下すると報告されている（高橋ら，2013）。しかし、ディエスカレーション介入という側面より、暴力への対応知識の一部を測定することが可能であるが、主観的評価を測定する内容であるため、知識を測定する内容ではない。また、測定内容は看護師だけではない。

く、他職種にも共通した暴力への知識であり、ディエスカレーション介入に限定されている。

以上のように、これまで我が国で開発されてきた尺度は、人の攻撃性に関する内容を測定する尺度（大淵ら，1999；谷本，2010；宮崎，2011）や、対象者が限定された暴力に関する尺度（片岡，2005；宮崎，2011）、暴力防止プログラムの教育効果に対する主観的評価を測定する尺度で限定的であること（高橋ら，2013）、暴力への介入技術の自己評価を測定する尺度（下里ら，2005；川添ら，2014）、一般的な暴力に対する態度や認識を測定する尺度（一瀬，2010）であった。このように、我が国で開発された尺度は、前述した海外で開発された尺度とほぼ同じ傾向にあったと考えられ、人の攻撃性の把握や、病院職員などの暴力に対する態度や認識に関するものであり、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に焦点を当てて測定するための尺度ではない。また、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度」や「暴力対処に関する質問」は、ディエスカレーションに関する介入内容や暴力への対処という側面が含まれていることから、本研究で捉える「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の中の「暴力発生前の知識」「暴力発生時の予測や判断の知識」「暴力行為に適切に対応するための知識」の一部の内容を測定している可能性があると考えた。しかし、質問項目に対して「できる・できない」という視点から主観的な評価を測定するため、正しい知識を有しているかを測定できる尺度ではない。さらに、看護師は、「暴力発生前の知識」「暴力発生時の予測や判断の知識」「暴力行為に適切に対応するための知識」だけでなく、看護師だからこそ、「患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」が必要であるにもかかわらず、これらを測定できる尺度やチェックリストは報告されていない。

6. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成の必要性

看護師は、職場で暴力を受ける割合が高く、被害が深刻であることが明らかになっている実情から、これまで精神科の看護師を中心に暴力に対する教育や尺度作成は発展し、暴力のリスクアセスメントや対応技術に対する主観的評価、暴力に対する認識や態度、暴力防止プログラムの評価のための尺度はいくつか開発されてきた。しかし、尺度使用が、各国の法律や診療科・教育プログラムに限定されており、我が国の看護師を対象とした、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に焦点を当てて測定できるものは見当たらなかった。

また、暴力は精神科だけで発生するものではなく、どの診療科でも発生するため、病院に勤務する看護師を対象とした患者からの暴力に対する対応知識について測定するためのチェックリストが必要である。病院で勤務する看護師の、「暴力発生前の知識」「暴力発生時の予測や判断の知識」「暴力行為に適切に対応するための知識」だけではなく、暴力に至った背景に焦点を当て、「患者・看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」という看護師特有の視点が測定できるチェックリストが必要である。しかし、現在までに作成されていないことから、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」を把握できず、医療安全上の問題の1つである暴力への対応知識に関する喫緊の課題を検討することが困難であり、対応知識を獲得するための教育を実施するうえでの障壁となっている。そのため、病院で勤務する看護師を対象とした、暴力行為への介入方法だけではなく、患者の立場に立ち、患者・看護師関係を重要視した適切な暴力への対応知識について測定できる信頼性・妥当性を検討したチェックリストが必要である。

以上の理由により、患者からの暴力に対する看護師の、暴力行為への介入方法だけではなく、患者・看護師関係のもと、患者の立場に立ち、解決に向けた対応をするための知識について測定できる「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」を作成する必要があると考えた。

第3章 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成

1. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の抽出と素案の作成

1. 目的

患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素を抽出し、チェックリストの素案を作成することを目的とする。

2. 研究方法

1) 対象者とリクルート方法

対象者は、患者からの暴力が発生した時に対応を主に担当し、病院における暴力対応歴3年以上で、暴力に対応する能力があると管理者に推薦された看護師を選定基準とし、7名を対象とした。また、対象者数は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に関する新たなカテゴリーが抽出されなくなったところで募集終了とした。

対象者のリクルートは、関東圏の複数の精神科単科病院、および、総合病院の看護管理者に研究説明および依頼を行い、各施設の看護管理者が対象者に連絡し、その対象者が、研究協力を希望する際には、研究者に直接連絡をする手続きとした。研究協力の連絡のあった対象者に、研究者が研究について文書を用いて説明をし、同意が得られた者を対象者とした。

対象者の選定については、精神科では実技を含む暴力防止教育を1年に1回以上実施し、一般病院では暴力の定義などの講義や一部では実技教育を実施しているとの報告(牧野ら, 2007; 三木ら, 2007; 前島ら, 2008; 赤城ら, 2010; 森岡ら, 2010; 倉持ら, 2012; 高橋ら, 2013)から、暴力防止教育を受講し、暴力について理解している精神科単科病院、および、総合病院の看護師を対象とした。また、暴力が発生した時、女性が多い職場であるが故に、男性看護師に応援を依頼して対応したり、男性に暴力の対応を期待したり、暴力の対応を男性看護師が役割と受け入れていること、男性の腕力に頼り、暴力を振るう患者を抑制する役割を担っているとの報告がある(大原ら, 2006; 酒井ら, 2012)。そこで、本調査の対象者は、精神科の看護師、男性に偏る可能性が考えられたが、臨床現場で養った患者からの暴力に対する看護師の対応知識を聴取するため、看護管理者に推薦していただく方法を取った。

2) 調査期間

調査期間は、2014 年 8 月～12 月であった。

3) データの収集方法

データの収集には、半構成的面接法にて個人インタビュー法を用いた。

対象者より、研究協力に関する連絡を受けた後、インタビュー実施日時、場所を調整した。

調査場所は、対象者が勤務する各施設内の個室とした。研究対象者への説明文書を用いて研究課題名、研究の目的、研究の背景、研究の意義、研究方法、倫理的配慮等について文書を用いて口頭にて説明し、同意書への署名により研究参加の同意を得た。

対象者の承諾を得た上でインタビュー内容をすべて 1 台の IC レコーダーで録音を行った。インタビュー時間は 60 分程度とした。インタビュー中は ID 番号を付与し、対象者の名前の代わりにすることで、プライバシーを保証し、安心して話ができるように配慮した。

インタビュー調査のインタビュアーは、研究者が務めた。

4) 調査内容

(1) インタビューガイド

病院で発生する暴力は、遭遇頻度の高い暴力と低い暴力、危険度の高い暴力と低い暴力など、さまざまである。そのため、インタビュー項目は、看護師が、患者からの暴力に対応したさまざまな暴力場面をもとに、何を考え、気をつけたのか、どのような行動をとったのか、対応時に必要な心構えは何かについて聴取できるように工夫した。また、暴力への対応に関して、過去の対応と現在の対応とを振り返ることで、看護師として経験を重ねることで養った暴力への対応を聴取できると考え、これらの内容をインタビュー項目とした。

質問項目は、「対応困難な患者からの暴力への対応」「患者からの暴力への日頃の対応」「現在と過去の患者からの暴力への対応の違い」の 3 点とした。

(2) フェイスシート

性別、職種、年代、病院勤務年数、暴力防止や暴力対応に関する研修の受講歴について、インタビュー実施前に質問紙にて尋ねた。

5) 分析方法

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の構成要素を明らかにするため、データの分析は、内容分析（Krippendorff, 1980）の手法を用いた。内容分析とは、データを基にそこから（そこに組み込まれた）文脈に関して反復可能で、かつ、妥当な推論を行うための1つの調査技術であるとし、研究対象のメッセージを構造的に捉え、メッセージの生じた文脈を重要視する分析方法である（舟島, 2012）。Krippendorff（1980）の内容分析の定義は、「調査で得られたデータ（記述的データ）をもとに記録単位で分析し、分類・命名することによって、ある事象を客観的に明らかにすること」である。本研究において、Krippendorff（1980）の示した内容分析を用いて、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に該当する構成要素を捉えることとした。

まず、インタビュー調査で収集した録音データから逐語録を作成した。次に、逐語録の中から不要な部分を削除し、「看護師は、患者から受ける暴力に対して、どのように対応したか」に該当する文節や文章ごとにデータのスライス化を行った。データは、ひとつの意味のあるまとまりとなるよう、各データにコード番号をつけた。コードの表現は、生データの表現をできる限り生かしながら、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に関する表現を端的に表すようにした。各コードから類似性を確認し、サブカテゴリーを抽出した。さらに、サブカテゴリーから類似性を確認し、カテゴリーを抽出した。

抽出したコードは、信頼性・妥当性を高めるため、質的分析の専門家からスーパーバイズを受けながら、検討を繰り返し、文脈を考慮しながら再分析して修正を行った。

6) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の項目の作成手順

患者からの暴力に対する看護師の対応知識に該当する構成要素として抽出されたサブカテゴリーを基に、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の質問項目を作成した。

質問項目を作成する際には、内容を考慮しながら、逐語録やコードを反映しているか何度も見直し、わかりにくく専門的な表現になっていないかを考慮し、項目を精選した。

質問項目の作成にあたっては、妥当性を高めるため、質的分析の専門家からスーパーバイズを受けながら、検討を繰り返し、項目の表現の検討・修正を行った。

7) 倫理的配慮

本研究は、研究対象の人権擁護を図るため、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」で承認後、必要時、各研究対象施設の研究倫理委員会で研究計画書の内容および実施について承認を受けた上で実施した（通知番号 874）。

看護管理者に、研究目的、方法、意義、自由意思等を文書と口頭で説明し、同意書への署名により研究参加の同意を得た後、対象選定を依頼した。対象選定の際、管理者による強制力が働かないように十分注意した。

対象者に、研究目的、方法、能力評価や人事考課のための調査ではないこと、個人名は語らないこと、名前や所属などの個人情報外部に出ないこと、研究への参加は自由であり、不参加であっても不利益を受けることはないこと、同意した場合でも、対象者が不利益を受けることなく、同意を撤回することができること、研究の成果を学会で発表することなどについて、文書と口頭にて説明し、同意書への署名により研究参加の同意を得た。

また、記録をとる理由を説明し、対象の承諾を得た上で IC レコーダーに録音した。インタビュー中は、実名は語らず ID 番号で呼ぶことで名前が表に出ないことを保証した。

インタビューする際、患者からの暴力に対する看護師の対応に関する内容を重視することを強調し、患者が特定されないように背景等の個人情報については具体的に聴取しないこととした。

3. 結果

1) 対象者の基本属性

研究同意の得られた 4 施設で研究を実施した。4 施設は、精神科単科病院 2 施設、総合病院 2 施設であった。

対象者の基本属性を表 3 に示した。

対象者は、男性 6 名、女性 1 名の計 7 名で、そのうち、包括的暴力防止プログラム (CVPPP) インストラクターである看護師は 4 名、看護師長・副師長は 4 名で、年代は 40 代 4 名、50 代以上 3 名で、平均病院勤務年数は 25.4 (SD=6.1) 年であった。

2) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の抽出

逐語録より、696 のコードを得た。696 のコードの表現は、生データの表現をできる限り生かしながら、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に関する表現を端的に表す

ようにした。

696 のコードの類似性や関係性を考慮した意味内容の要素を探し、37 のカテゴリーと、70 のサブカテゴリーを抽出した。カテゴリーを命名する際には、意味を端的に伝える表現とした。患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素を表 4 に示した。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識に関して、暴力発生前と発生時の対応、暴力発生前と発生後の態度が挙げられた。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを<>で表した。

発生前には、<患者が暴力を起こしやすい場面、時間帯、暴力発生後の情報を整理する>【暴力履歴の把握】、<平常時の言動と興奮時の違いを察知する>【平常時と興奮時の状態の把握】、<事前にスタッフに応援を依頼し待機する>などの【暴力対応のための環境調整】、<患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で注意し合う>【リスクの注意喚起】、<暴力対応に関する知識や技術、計画をスタッフ間で共有しておく>【共有知識の統一】の 5 カテゴリー、6 サブカテゴリーが抽出された。

発生前の態度には<患者が嫌と思う言葉や上から目線で話さず、話を聞く姿勢をとる>などの【発生防止のための自身の態度】の 1 カテゴリー、3 サブカテゴリーが抽出された。

発生時には、<興奮状態の患者の言動を観察する>などの【興奮状態の観察】、<患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する>などの【暴力リスクの予測】、<患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する>【エスカレートの予測】、<患者の状態と自分の精神的余裕から、1 人で対応するか応援を待つかの判断をする>【単独対応可否の判断】、<患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする>などの【緊急性の判断】、<患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する>などの【介入方法の判断】、<危害が及ばない安全なところに他の患者を避難させる>などの【安全な環境整備】、<腕 2 本程度の距離をとり、真正面ではない位置から接近する>などの【接近】、<自分が攻撃対象と判断した時は患者から離れる>などの【退避】、<患者に拘束された時、離脱する>【離脱】、<まず部署内のスタッフに応援を要請する>などの【応援の要請と対応】、<訴えを聞く目的を想定して移動を提案し、同意確認後、自ら移動するのを待つ>などの【場の移動】、<暴力発生の事実確認をする>【現状の把握】、<暴力に及んだ原因を把握する>などの【原因・要求の把握】、<患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くようになだめる>【感情へのケア】、<患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する>【思いの理解】、<患者に暴力をやめ、凶器となる物を置くように声をかけて制止する>などの【暴力の制止】、<暴力制止時、患者とスタッフが傷害を負わない安全な妥当な

力を配慮する＞【行動制止時の安全配慮】、＜患者に体を動かすように伝え、怒りを発散させる＞などの【代替方法の実施】、＜対応が長期化する時、スタッフを交替する＞【対応者の変更】、＜スタッフ間で対応手順や役割を打ち合わせて確認し、共有知識をもとに連携する＞【共有知識下の連携】、＜患者の味方となり、裏切らず支援することを保証する＞などの【立場の保障】、＜患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する＞などの【相互理解】、＜患者の訴えに対する実現可能な限界ラインを提示する＞などの【限界ラインの設定】、＜話が平行線で進展しない時は交渉を中止し、交渉日時の再設定を行う＞【交渉の一時中止と再設定】、＜攻撃対象や原因から意識をそらす話をする＞【意識をそらす】、＜暴力被害を受けた相手の苦痛や気持ちを患者に伝え、理解させる＞などの【暴力による影響を伝える】、＜患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける＞【医師との患者の状態評価】、＜今後とる行動の方向性を具体的に複数提案し、患者自身に意思決定させる＞【意思決定】、＜患者の興奮が沈静した後、自身がとった行動の問題を明確化して謝罪を促す＞などの【沈静状態の評価】の 30 カテゴリー、58 サブカテゴリーが抽出された。

発生時の態度には、＜患者の言動に対して感情的に反応せず冷静な態度を保つ＞などの【対峙時の自身の態度】の 1 カテゴリー、3 サブカテゴリーが抽出された。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素として抽出したカテゴリーは、信頼性・妥当性を高めるため、質的分析の専門家からスーパーバイズを受けながら、数回の検討を行い、コードを見直ししながら修正を行い、表現を精練した。

3) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の質問項目の作成

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の 70 のサブカテゴリーを基に尺度の質問項目を作成した。質問項目を作成する際には、内容を考慮しながら、逐語録やコードを反映しているか何度も見直し、わかりにくい専門的な表現になっていないかを検討した。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の質問項目の作成にあたっては、妥当性を高めるため、質的分析の専門家からスーパーバイズを受けながら、数回の検討を行い、項目の表現の検討・修正を行った。

その結果、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案 70 項目を作成した。

4) 次の研究への示唆

患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の検討では、患者からの暴力が発生した時に対応を主に担当し、病院における暴力対応歴 3 年以上で、暴力に対応する能力があると管理者に推薦された看護師を対象に、インタビューを実施し、そのデータを内容分析し、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に関する構成要素を抽出し「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案を作成した。

対象は、先行研究（倉持ら，2012）の知見から暴力への対応知識があるとされる精神科に勤務し包括的暴力防止プログラムの教育者であるインストラクター、および、看護師長が中心であった。本研究で作成するチェックリストは、精神科はもとより精神科以外の一般病院で勤務する看護師を対象に活用できるチェックリストを目指しているため、精神科以外の看護師にも理解でき、適する内容か、また、暴力行為への介入方法だけでなく、患者・看護師関係の下、患者の立場に立ち、解決するために必要な知識として不足した内容がないかについて検討する必要がある。

そのため、次に、さまざまな診療科を有する総合病院に勤務する看護師を対象とし、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案 70 項目の内容的妥当性を検討することとした。

Ⅱ．患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の内容的妥当性の検討

1. 目的

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の内容的妥当性を検討することを目的とする。

2. 研究方法

1) 対象者とリクルート方法

本チェックリストは、病院で勤務する看護師を対象に活用できるチェックリストを目指しているため、どの科に勤務している看護師も理解でき、適する内容か、また、暴力発生時における、暴力行為に対する適切な介入方法や解決に向けた対応知識として不足した内容がないかについて検討する必要がある。そのため、対象施設は、さまざまな診療科を有する総合病院とした。

看護師において、臨床経験 1～5 年の者の暴力被害の割合が最も高く、経験年数に比例して暴力を受ける割合は少なくなるとの報告がある（中村ら，2010；酒井ら，2012；槇平ら，2012；Henderson et al, 2012；Rodriguez et al, 2013）。また、病院内の暴力対策に関しては医療安全の担当や、教育担当が担い、中心となって対応している（岩尾ら，2013）。このことから、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の内容的妥当性を検討する対象者は、臨床経験 5 年以上、または、各部署で医療安全や教育を担う、または、暴力への対応経験のある看護師とした。

対象者のリクルートは、事前に研究対象施設の看護管理者より貼付許可を得た調査協力依頼ポスターを、看護管理者が希望する場所に貼付し、対象者を公募する方法とした。

2) 調査期間

調査期間は、2016 年 1 月～2 月であった。

3) データの収集方法

データの収集には、無記名自記式質問紙調査を実施した。

調査協力依頼ポスターに記載した連絡先に、研究協力の連絡をしてきた看護師を対象に、説明文書を用いて、研究課題名、研究の目的、研究の背景、研究の意義、研究方法、

倫理的配慮等について口頭と文書にて説明し、調査票および返送用封筒を手渡しにて配布した。調査票の留置期間は2週間とし、返送用封筒にて郵送での任意提出とした。研究への同意は、調査票の提出をもって得られたと判断した。

4) 調査内容

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案 70 項目の適切性、および、質問項目の表現の修正案、および、他に必要な項目がある場合は自由記述にて尋ねた。チェックリスト素案の適切性は、「全く適切でない」「あまり適切でない」「少し適切である」「適切である」の4件法で回答を求めた。

基本属性として、臨床経験年数、病院内での役割について尋ねた。

5) チェックリストの内容的妥当性の検討のための分析方法

適切性は、「全く適切でない」「あまり適切でない」「少し適切である」「適切である」の4件法で回答を求め、項目ごとに「少し適切である」「適切である」と回答された割合を算出する。「少し適切である」「適切である」と回答した割合が、83%以上得られた場合を適切であると判断し、内容的妥当性を検討した (Lynn, 1986)。

また、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の質問項目の修正案、および、他に必要な項目として挙げられた自由記述の内容について Krippendorff (1980) の内容分析の手順に沿って分析し、チェックリスト項目の追加、修正を行った。項目の削除・修正の際は、暴力発生時における、暴力行為への介入方法だけでなく、患者・看護師関係の下、患者の立場に立ち、解決するために必要な知識が含まれるように項目選定をした。

分析にあたっては、妥当性を高めるため、質的研究、指導に携わっている専門家にスーパーバイズを受け、数回の検討を行い、文脈を考慮しながら、修正を行った。

6) 倫理的配慮

本研究は、研究対象の人権擁護を図るため、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」で承認後、研究対象施設の研究倫理委員会で研究計画書の内容および実施について、倫理的な側面の審議承認を受けた上で実施した (通知番号 1018)。

研究対象施設の看護管理者に、研究目的、方法、意義、自由意思等を文書と口頭で説明

し、承諾書への署名により研究参加の同意を得た。

調査協力への自由意思を尊重し、調査協力依頼ポスターの貼付による公募にて研究対象者を募集した。

ご連絡いただいた研究対象者に、説明文書を用いて、研究課題名、研究の目的、研究の背景、研究の意義、研究方法、倫理的配慮等について口頭と文書にて説明した。説明後、調査票および返信用封筒を配布した。後日、調査票は個別投函法による郵送回収を行い、それをもって研究参加の同意は得られたと判断した。

3. 結果

1) 対象者の基本属性

臨床経験 5 年以上であり、各部署で医療安全や教育を担う、あるいは、患者からの暴力に対応した経験のある看護師 28 名に調査票を配布し、26 名より回収した(回収率 92.9%)。

チェックリストの内容的妥当性の検討の対象者の基本属性を表 5 に示した。

対象者の病院内の役割は、医療安全 7 名、教育担当 15 名、暴力発生時における招集職員 1 名、スタッフ 3 名で、平均臨床経験年数は 16.7 (SD=6.8, 範囲 7-32) 年であった。

2) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の内容的妥当性の検討

適切性の判断については、「少し適切である」「適切である」と回答した割合を項目ごとに算出し、83%以上得られた場合を適切であるとする手法 (Lynn, 1986) を採用し、内容的妥当性を検討した。

適切性が確保されなかった項目は、70 項目中、16 項目 (項目番号 3、4、12、16、17、19、21、34、44、46、47、50、56、58、59、63) であり、削除を行った。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の適切性の検討結果を表 6 に示した。適切性が確保できなかった項目は網かけで示した。

3) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の修正

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の質問項目の表現修正案、および、他に必要な項目として挙げられた自由記述の内容について Krippendorff (1980) の内容分析の手順に沿って分析し、チェックリスト項目の追加、修正を行った。

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の各質問項目の表現修正案とした挙げた内容から、15 項目（項目番号 1、5、25、26、27、30、31、35、37、40、45、55、62、67、68）の表現の修正、項目の統合（項目番号 25 と 26、30 と 31）を行った。患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の質問項目の表現の修正を表 7 に示した。

また、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に関し、本チェックリストの項目の他に必要な内容として自由記述に挙げられたのは、13 文であった。13 文より、20 のコードが得られた。20 のコードの類似性や関係性を考慮した意味内容の要素を探し、7 のカテゴリー、10 のサブカテゴリーを抽出した。7 のカテゴリーは、前述したインタビューデータから抽出した患者からの暴力に対する看護師の対応知識のカテゴリー(表 4 参照)にあり、新たなカテゴリーの抽出はなかった。サブカテゴリーは、10 のうち、5 のサブカテゴリーが新たな内容であった。自由記述に挙げた患者からの暴力に対する看護師の対応知識の抽出内容を表 8 に示した。

質問項目の作成にあたり、自由記述から抽出した 10 のサブカテゴリーについて、尺度素案にある項目と類似した 5 のサブカテゴリーは、項目内容を考慮しながら、統合させた。また、チェックリスト素案になかったサブカテゴリーの 5 項目は、質問項目として新たに追加した。

項目の削除・修正の際は、暴力発生時における、暴力行為への介入方法だけでなく、患者・看護師関係の下、患者の立場に立ち、解決するために必要な知識が含まれるように項目選定をした。

分析にあたっては、妥当性を高めるため、質的研究、指導に携わっている専門家にスーパーバイズを受け、数回の検討を行い、文脈を考慮しながら、修正を行った。

その結果、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案 57 項目を作成した。

4)「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案の回答方法の検討

本チェックリストは、看護師を対象とし、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」を問うチェックリストである。知識を問う質問項目に対する回答方法として、「できる」「できない」や、「知っている」「知らない」といった回答者の主観的評価を測定する方法（織田, 1999 ; 宮岡ら, 2013 ; 高橋ら, 2013）と、知識に関する質問内容の「正解」「不正解」

を問い、知識の正確性を測定する方法（新田，2006；金ら，2011；村上，2013；酒井ら，2014）とがある。

本研究で作成する「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」は、看護師が、暴力発生時において、暴力行為に対する適切な介入方法だけでなく、暴力に及んだ原因に対する解決に向けた患者理解に必要な知識の正確性を測定することを目的としている。そのため、本チェックリストは、「正解」「不正解」を問う回答方法とした。

また、「どちらでもない」「どちらともいえない」などといった中間選択を設けると、回答者が回答しやすくなるとの報告や、中間選択がないと「わからない」と判断し、欠損値になるとの報告がある（Kalton et al, 1981；尾崎ら，2011；村上，2013）。本チェックリストは作成途中であり、「正解」「不正解」の2件法にして知識を問うと、回答方法の選択肢が少なく、回答者が「わからない」と判断し、欠損値が増える可能性があると考え、「どちらともいえない」の回答方法を設けることとした。そして、チェックリストを作成するために因子分析を実施する予定であり、因子分析は相関を算出して項目を集積させ因子を決定づけるため、データに得点の幅を持たせたほうがよいとされている（松尾ら，2008；村上，2013；柳井ら，2015）。そのため、「どちらともいえない」の回答方法を設けて3件法にし、「どちらともいえない」に得点を与えることとした。

以上より、本チェックリストは、「正解」「不正解」「どちらともいえない」の3件法とした。

5) 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案の逆転項目の検討

本尺度は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の正解、不正解を問うチェックリストである。回答バイアスを軽減するためや一般に回答が偏らないように、肯定文だけでなく否定文の項目を入れたほうがよく（Paulhus, 1991；山口，2008；柳井ら，2015）、肯定文と否定文はほぼ同数にするとよい（鈴木ら，1999）といわれている。そのため、正解、不正解となる項目数をほぼ同数となるように、否定文に表現を修正した逆転項目を設定した。逆転項目（不正解と回答＝真の正解）として20項目を設定した。項目は、理解しやすいように肯定文・否定文での表現について検討した。

チェックリストにおける質問項目の順番は、種々の項目が混在するようランダムに定めることが多い（山口，2008；増田ら，2012）とされている。また、質問項目の回答に同方向が続くと、どの項目にも機械的に同じ選択肢を選ぶという同一回答傾向が生じやすい

(Herzog et al, 1981) との報告や、同方向の項目を連続して配置するグループ化をする
と中間選択が少なくなる（増田ら，2012）との報告があるため、逆転項目の位置は、点在
しての配置と、連続しての配置のどちらもとることとした。20 項目の逆転項目の位置は、
項目番号 2、9、16、18、20、21、22、24、28、29、31、32、36、38、40、44、47、48、
50、55 とした。

検討にあたっては、妥当性を高めるため、質的研究、指導に携わっている専門家に分析
方法、カテゴリーの信頼性についてスーパーバイズを受け、数回の検討を行い、合意が得
られるまで分析を繰り返し、検討・修正を行った。

その結果、逆転項目 20 項目を設定した「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チ
ェックリスト」原案 57 項目を作成した。

6) 次の研究への示唆

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の内容的妥当性を検
討するために、臨床経験 5 年以上、または、各部署で医療安全や教育を担う、または、暴
力への対応経験のある看護師を対象に、質問紙調査を実施し、「患者からの暴力に対する看
護師の対応知識チェックリスト」原案 57 項目を作成した。

本研究で作成するチェックリストは、病院で勤務する看護師を対象者とし、患者からの
暴力に対する看護師の対応知識を測定するために活用するものである。そのため、暴力に
対する研修を実施し、暴力に対する報告体制が整っており、また、救急対応施設で比較的
暴力案件の多い総合病院を選定し、チェックリストの信頼性・妥当性を検討する必要があ
る。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストを作成するために、次に、前
述した総合病院に勤務する看護師を対象とし、内容的妥当性を検討した「患者からの暴力
に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案 57 項目の信頼性・妥当性を検討するこ
ととした。

Ⅲ. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性・妥当性の検討

1. 目的

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の信頼性・妥当性を検討することを目的とする。

2. 研究方法

1) 対象者とリクルート方法

本研究で作成するチェックリストは、病院で勤務する看護師を対象者として活用するチェックリストであるため、対象者は、さまざまな診療科を有する総合病院に勤務する看護師とした。この条件を満たす看護師が所属する 4 つの総合病院の看護管理者に、研究の目的や意義、方法等に関する説明、および、研究協力に関する依頼を行い、そのうち、研究対象施設は、研究協力の得られた 3 施設となった。

調査対象者の選定は、無作為抽出で行われることが望ましいが、尺度の信頼性・妥当性というテストを目的とする際の対象者には、尺度の活用対象とし、尺度が測定したいとする目的を正しく理解でき、その目的に関する内容を経験したり、行動している者を選定し、黙従傾向やでたらめ応答を回避できる者を選定するとよいとされている（村上，2013；舟島，2015）。そのため、本研究の研究対象施設は、暴力に対する研修を実施し、暴力に対する報告体制が整っており、また、救急対応施設で比較的暴力案件の多い関東圏の総合病院を選定することとした。

対象者数は、1,000 名とした。1,000 名とした根拠は、因子分析に必要な標本数は、項目数の 5～10 倍程度を目安とすること（松尾ら，2002）、看護師を対象者とした先行研究において、尺度開発での信頼性・妥当性の検討のための対象者数は、368 名（上野，2005）～562 名であり（吉岡ら，2009）、調査の回収率は、7 割程度（Poster et al, 1989）～8 割程度と言われている（一瀬ら,2007）ためである。そこで、本研究の因子分析予定のチェックリストの項目数は 57 項目で、調査票回収率 70%を想定し、調査票を、病院に勤務する看護師 1,000 名程度に配布すると、570 名を超える対象者より回収することができると考えた。

2) 調査期間

調査期間は、2016 年 5 月～6 月であった。

3) データの収集方法

データの収集には、無記名自記式質問紙調査を実施した。

研究協力に同意が得られた 3 施設の各研究対象施設の看護管理者を通して、各部署の師長より、研究対象者へ、説明文書、および、調査票と封筒の配布を依頼した。

研究課題名、研究の目的、研究の背景、研究の意義、研究方法、倫理的配慮等について説明した研究対象者への説明文書を表紙に添付した。記入した調査票は厳封の上、各研究対象施設の指定した回収場所に設置した回収袋への任意提出とした。調査票の提出をもって同意が得られたと判断した。調査票の留置期間は 2 週間とし、2 週間後に研究者が対象施設に伺い、看護管理者より回収袋を受け取った。

4) 調査内容

(1) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案

本チェックリスト原案は 57 項目で構成される。

「正解」「不正解」「どちらともいえない」の 3 件法で回答を求め、正しく回答していれば 1 点、回答していなければ 0 点、どちらともいえないを 0.5 点とし、得点を算出した。

得点が高いほど、患者からの暴力に対する看護師の対応知識が高いことを示す。

(2) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの基準関連妥当性を検討する尺度

国内外において、暴力に関する尺度に関する先行研究を概観した結果、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」については測定されておらず、これまで開発されてきた暴力に関する尺度は、暴力防止プログラムの教育効果の主観的評価、リスクの予測、暴力に対する態度などの側面より測定されていた（中里ら，2008；一瀬，2010；高橋ら，2015）。そのため、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の「暴力発生前の知識」「発生時の予測や判断」「暴力行為に適切に対応するための知識」「患者・看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」の一側面について限定的に測定されてきたと捉え、本チェックリストの基準関連妥当性を検討するための外部基準とする尺度として、以下の 3 つの尺度を選定し

た。

① ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）

包括的暴力防止プログラムの書籍（包括的暴力防止プログラム委員会，2005）や開発プロセス（松尾，2006）、先行研究（折笠ら，2010）を参考に開発され、病院職員などがディエスカレーション介入をどのくらいできるかの主観的評価を測定することができる尺度である。この尺度は、尺度の活用対象が看護師のみではなく病院職員であることや、精神科病院の職員を対象に1度測定されたのみであり、信頼性・妥当性の検討が行われていない。しかし、ディエスカレーション介入は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の構成要素である「暴力発生前の知識」「発生時の予測や判断」「暴力行為に適切に対応するための知識」の一部であると考え、基準関連妥当性を検討できる尺度であると考えた。

この尺度は、信頼性・妥当性は検討されていない。そのため、本研究でこの尺度の信頼性・妥当性の検討を試みた。この尺度の信頼性・妥当性の確認後、本研究における基準関連妥当性を検討するために使用できる尺度かどうかを確認した。

この尺度は、「実践的知識とスキル」「理論的知識」の2下位尺度22項目で構成される。この尺度は、「できない」～「できる」の4件法で回答を求め、得点を算出する。

この得点が高いほど、ディエスカレーション介入に関する知識の主観的評価が高いことを示す。

② 暴力対処に関する質問（下里ら，2005）

McGowan（1999）の調査用紙を参考に作成され、病院職員や児童養護施設などが、CVPPPの知識と技術をもとに「対応可能性」「攻撃対処可能性」「身体介入可能性」「対応への自信」「心理介入可能性」「攻撃安心感」「攻撃対処技術」「攻撃ニード対応」「攻撃防御可能性」について「どの程度できるか」という自己評価を測定できる尺度である。この尺度は、尺度の活用対象が看護師のみではなく病院職員や児童養護施設などであることや、CVPPPに特化した内容であり汎用性が低いこと、川添ら（2014）によって内的整合性（ $\alpha=0.948$ ）が確認されているが、看護学生での検証であること、CVPPPの教育効果として測定され複数報告されている（牧野ら，2007；赤城ら，2010；細谷ら，2010；星名ら，2012；川添ら，2014）が信頼性・妥当性の検討は行われていないことに課題がある。しかし、CVPPPの知識や技術は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の構成要素である

「暴力発生前の知識」「発生時の予測や判断」「暴力行為に適切に対応するための知識」の一部であると考え、基準関連妥当性を検討できる尺度であると考えた。

そこで、この尺度は信頼性・妥当性が十分に検討されていないことから、本研究でこの尺度の信頼性・妥当性の検討を試み、本研究における基準関連妥当性を検討するために使用できる尺度かどうかを確認した。

この尺度は、「対応可能性」「攻撃対処可能性」「身体介入可能性」「対応への自信」「心理介入可能性」「攻撃安心感」「攻撃対処技術」「攻撃ニード対応」「攻撃防御可能性」の 9 項目を「全然できない」～「完全にできる」の 5 件法で回答を求め、得点を算出した。

この得点が高いほど暴力への対処ができることを示す。

③ 改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）

改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）は、小学生、中学生を対象とし、一般的な暴力に対する態度や認識を測定できる尺度であり、信頼性、妥当性は検討されている。この尺度は、尺度の活用対象が一般の人々であること、また、一般的な暴力への態度や認識を測定するもので、病院で発生する暴力に関する尺度とは異なる。しかし、一般的な暴力に対する態度や認識は、病院における暴力の対応知識と共通するものがあると考えられ、また、暴力への態度は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の構成要素である「暴力発生前の知識」「暴力行為に適切に対応するための知識」「患者-看護師関係を大切にし、解決に向けた知識」と関連する可能性があると考え、基準関連妥当性を検討できる尺度であると考えた。

改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）のコンセプトは、暴力に対して望ましい認識や考え方、行動様式の評価、さらに、暴力対応に関する教育の効果の検証である。この尺度で測定する暴力に対する意識の 3 側面は、小学生・中学生・高校生・成人で変わるものではない。本研究では、尺度開発者の承諾を得て、看護師用に、教示文で使用されている学校という表現を職場、項目 16 の勉強という表現を仕事、項目 23 の友だちという表現を人に修正し、使用することとした。

この尺度は、「暴力を容認する態度」「暴力抑止に向けた適切な態度」「暴力被害への理解」の 3 因子 27 項目で構成されている。この尺度は、「まったくそう思わない」～「とてもそう思う」の 6 件法で回答を求め、下位尺度ごと、項目の合計点を算出する。

この得点が高いほど「暴力を容認する態度」が高く、「暴力抑止に向けた適切な態度」「暴

力被害への理解」が低いことを示す。

(3) 基本属性

基本属性として、性別、年代、職位、勤務形態、臨床経験年数、所属部署、クリニカルラダー、精神科勤務経験の有無、暴力・暴言経験回数、暴力対応のための救援経験の有無、暴力に対する研修・講演会の受講経験の有無と種類の 12 項目を尋ねた。

5) チェックリストの信頼性・妥当性の検討方法

信頼性（内的整合性）を検討するため、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」のCronbachの α 係数を算出した。

妥当性を検討するため、構成概念妥当性を検討するために、因子分析を行った。また、基準関連妥当性を検討するため、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」と「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）」「暴力対処に関する質問（下里ら，2005）」「改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）」を外部基準とした相関の検討を行った。

6) 分析方法

統計学的分析にあたっては、分析方法や分析結果の妥当性を高めるため、統計学の専門家にスーパーバイズを受けながら、分析手順に沿って進めた。

分析においては、統計パッケージ IBM SPSS Statistics24 を使用し、以下の統計学的分析を実施した。統計学的有意水準は 5%とした。

(1) データの確認

- ① 基本属性の項目について記述統計を示し、対象の特徴を把握した。
- ② 基本属性別に「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案の合計点、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）」「暴力対処に関する質問（下里ら，2005）」「改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）」の合計点の差の検定を行った。

(2) 質問項目の選択

- ① 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の回答方法は、3 件法「正解（1 点）」「不正解（0 点）」「どちらともいえない（0.5 点）」とし、フロア効果

(Mean-SD) が 0 以下、天井効果 (Mean+SD) は 1.5 以上の項目を確認した。フロア効果 0 以下、天井効果 1.5 以上を基準として項目選択を行った。

② 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案について、Item-Total (I-T) 相関分析を行い、合計得点と各項目間の相関係数を確認した。I-T 相関分析において、相関係数 0.2 以上を基準として項目選択を行った。

③ 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案の項目間の相関係数を確認した。項目間相関が 0.7 以下を基準として項目選択を行った。

(3) 探索的因子分析

① 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の質問項目の一貫性を確認し、その構造を明らかにするために探索的因子分析を行った。抽出された因子の構造を因子負荷量にて把握した後、抽出された因子間の相関を確認しながら、因子の解釈が可能な因子数を検討した。検定には、一般化された最小 2 乗法、プロマックス回転を用いた。固有値 1.00 以上、因子負荷量 0.30 以上を基準として項目選択を行った。

② 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の因子間、および、項目間の相関係数を確認した。

(4) 既存尺度の確認的因子分析

① 「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度 (高橋ら, 2013)」「暴力対処に関する質問 (下里ら, 2005)」「改訂版暴力意識尺度 (一瀬, 2010)」について、分析方法の (3) の手順に沿って、本対象者における信頼性・妥当性の検討を行った。

(5) 各尺度得点の算出

① 因子分析で得られた下位尺度をもとに「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度 (高橋ら, 2013)」「暴力対処に関する質問 (下里ら, 2005)」「改訂版暴力意識尺度 (一瀬, 2010)」の記述統計を示した。

(6) 信頼性の検討

① 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の内的整合性について検討するために Cronbach の α 係数を算出した。

(7) 妥当性の検討

① 構成概念妥当性については、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の因子分析の結果から検討した。

② 基準関連妥当性については、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」と「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）」「暴力対処に関する質問（下里ら，2005）」「改訂版暴力意識尺度（一瀬，2010）」を外部基準とした相関を検討した。

7) 倫理的配慮

本研究は、研究対象の人権擁護を図るため、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会」で承認後、研究対象施設の研究倫理委員会で研究計画書の内容および実施について、倫理的な側面の審議承認を受けた上で実施した（通知番号 1045）。

3 施設の看護管理者に、研究目的、方法、意義、自由意思等を文書と口頭で説明し、同意書への署名により研究協力の同意を得た。

対象者への調査票の表紙に、研究課題名、研究の目的、研究の背景、研究の意義、研究方法、倫理的配慮等について説明した文書を添付した。調査票の回収をもって研究参加の同意は得られたこととした。

「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度（高橋ら，2013）」「改訂版暴力意識尺度」を使用するにあたり、各尺度の開発者の承諾を得てから尺度を使用した。

「改訂版暴力意識尺度」の使用、および、質問項目の表現の修正について、尺度の開発者に承諾書を得た。

3. 結果

1) データの確認

(1) 分析対象者の選定

3 病院に勤務する看護師 1,186 名に調査票を配布し、1,040 名より回収した（回収率 87.7%）。本尺度は、一般科の病院に勤務する看護師を対象としているため、所属部署が病院内勤務以外の者 34 名を除外した。また、看護師の暴力への対応に関して、男性と女性では暴力対応経験や暴力経験回数に差があること（青木ら，2003b；酒井ら，2012）、管理職とスタッフでは暴力への対応の質に違いがあること（佐藤，2015）、常勤と非常勤では暴力発生時の対応頻度に差がある（Crilly et al, 2004；Wei et al, 2013）との知見があるため、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度」「暴力対処に関する質問」「改訂版暴力意識尺度」

において、性別、職位、勤務形態の基本属性で差の検定を実施した。その結果、有意差が認められたため、基本属性による影響を調整するため、男性 51 名、管理職 89 名（男性 2 名含む）、非常勤 31 名の合計 169 名を除外した。また、回答に欠損がある者 193 名を除外し、最終分析対象者を 644 名とした。本研究において削除した 396 名の調査データは、今後、得点を算出し、対象者の特徴を把握するために、活用する予定である。

(2) 対象者の基本属性

チェックリストの信頼性・妥当性の検討の対象者の基本属性を表 9 に示した。対象者は、性別は全員が女性で、年代は 20 代 331 名（51.3%）、30 代 204 名（31.7%）、40 代 79 名（12.3%）、50 代以上 30 名（4.7%）であった。職位は全員がスタッフで、勤務形態は全員が常勤、所属部署は病棟 431 名（66.9%）、外来 90 名（14.0%）、ICU93 名（14.4%）、手術室 30 名（4.7%）であった。クリニカルラダーにおいては、レベル I 110 名（17.1%）、レベル II 429 名（66.6%）、レベル III 91 名（14.1%）、レベル IV 14 名（2.2%）であった。精神科勤務経験がある者は 8 名（1.2%）、ない者 636 名（98.8%）であった。暴力対応救援経験がある者は 213 名（33.1%）、ない者 431 名（66.9%）であった。患者からの暴力研修受講経験がある者は 99 名（15.4%）、ない者は 545 名（84.6%）で、受講経験のある暴力研修の種類は、CVPPP（Comprehensive Violence Prevention and Protection Program：包括的暴力防止プログラム）15 名、CPI（Crisis Prevention Institute：非暴力的危機介入法）4 名、PART（Professional Assault Response Training：専門的暴力対応トレーニング）4 名、その他（院内研修）58 名であった。平均臨床経験年数は、8.4 年（SD=7.5，範囲 0.1-38）であった。

2) 質問項目の選択

(1) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案のフロア効果・天井効果

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」原案の回答の分布、フロア効果・天井効果、I-T 相関について検討した。患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案の回答の分布、フロア効果・天井効果、I-T 相関を表 10 に示した。フロア効果を認めた項目、および、I-T 相関分析の結果が $r < 0.2$ を示した項目は網かけで示した。

本チェックリストは、3 件法「正解（1 点）」「不正解（0 点）」「どちらともいえない（0.5 点）」のため、フロア効果が 0 以下、天井効果は 1.5 以上の項目を検討した。フロア効果として、0 以下を示す項目が 3 項目（項目 24、36、54）みられた。天井効果を認めた項目はなかった。

（2）患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案の I-T 相関分析

Item-Total (I-T) 相関分析を行い、合計得点と各項目間の相関係数を確認した。I-T 相関分析において、相関係数 (r) 0.2 以上を基準として項目選択を行った結果、 $r < 0.2$ を示す項目が 20 項目（項目 1、3、4、5、6、8、9、17、23、24、26、27、36、37、39、41、47、52、53、54）みられた。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案の項目で、フロア効果を示した 3 項目、および、I-T 相関分析の結果が $r < 0.2$ を示した 20 項目を削除した 37 項目における項目間の相関係数を算出した。

（3）患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案の項目間相関

項目間の相関係数が 0.7 以上を示した項目はなかった。

よって、37 項目を採択した。

3) 探索的因子分析

（1）患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの探索的因子分析

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストについて、採択した 37 項目で因子分析を実施した。患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの探索的因子分析による質問項目の洗練過程を表 11 に示した。

第 1 回目の因子分析では、37 項目について、一般化された最小 2 乗法、回転なしにて因子分析を実施した。Kaiser-Meyer-Olkin (以下、KMO) の標本妥当性は、0.791 ($p < 0.001$) で、適合度検定の結果は、 $\chi^2 = 309.067$, $p = 0.188$ であり、データが因子分析に適合していることを確認した。固有値 1.00 以上を示し、抽出されたのは、12 因子で、累積寄与率は 54.078%であった。スクリープロット基準によると、3 因子が妥当であると示された。第 1 回目の因子分析で示された因子のスクリープロットを図 3 に示した。

第 2 回目の因子分析では、37 項目について、一般化された最小 2 乗法、プロマックス回

転にて因子分析を実施した。固有値 1.00 以上を示し、抽出されたのは、11 因子であった。各因子を構成する項目数をみてみると、1 項目で構成している因子があることから、スクリープロット基準から考え、3 因子が妥当であると考えた。

第 3 回目の因子分析では、因子数を 3 で固定し、一般化された最小 2 乗法、プロマックス回転にて因子分析を実施した。以下の 9 項目の因子負荷量が 0.3 以下だった。

- ・ q_2 暴力に関連する疾患や内服に関する情報は考慮する必要はない
- ・ q_16 危害が及ばない安全なところであれば他の患者を避難させる必要はない
- ・ q_19 部屋では出口側に位置し、退避できる距離と退路を確認して接近する
- ・ q_25 暴力発生に気づいた時、暴力対応のために救援に向かう
- ・ q_28 訴えを聞く目的で移動を提案し、強制的に移動させる
- ・ q_30 患者やスタッフの状態を見極め、移動場所を選択する
- ・ q_44 スタッフの行動の意図は患者に伝えない
- ・ q_49 患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける
- ・ q_51 暴力への介入効果を経過観察し、平常時に近い回復状態かを評価する

第 4 回目の分析では、因子負荷量が 0.3 以下だった上記の 9 項目を削除し、28 項目で再度因子分析を行った。以下の 3 項目が因子負荷量 0.3 以下、または、複数の因子に重複して負荷を示した。

- ・ q_7 暴力履歴のある患者に対し、事前に抑制承諾の説明をし同意を得る
- ・ q_42 患者の立場に立ち、状況や原因の解決に向けて支援する
- ・ q_46 患者の訴えに対する病院側の実現可能な範囲を提示する

第 5 回の分析では、上記の 3 項目を削除し、25 項目で再度因子分析を行った。その結果、因子負荷量が 0.3 以下、または、複数の因子に重複して負荷を示す項目はなく、項目間の共通性が 0 に近い項目も確認されなかった。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの因子分析結果を表 12 に示した。

回転前の 3 因子での 25 項目の全分散を説明する割合は、32.286%であった。

第 1 因子は、12 項目で構成され、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の「接近」「退避」「場の移動」「現状の把握」「原因・要求の把握」「行動制止時の安全配慮」「対応者の変更」「暴力による影響を伝える」「意思決定」「対峙時の自身の態度」で示された。第 1 因子は、暴力発生時において、看護師が暴力に対峙する際の適切な言語的・身体

的介入を表していることから、「適切な対応に関する知識」と命名した。

第 2 因子は、7 項目で構成され、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の「原因・要求の把握」「感情へのケア」「思いの理解」「相互理解」「対峙時の自身の態度」で示された。第 2 因子は、暴力発生時において、看護師は、患者・看護師関係の下、患者の立場に立って患者が暴力をふるう背景を捉え、対象を理解し、病院側の意見も伝えるという解決に向けた対応知識を表していることから、「患者理解の方法」と命名した。

第 3 因子は、6 項目で構成され、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の「暴力リスクの把握」「エスカレーターの予測」「緊急性の判断」「介入方法の判断」で示された。第 3 因子は、暴力発生時の患者の言動や状態から、身体的暴力に発展するリスクやエスカレーターの可能性に備えて予測し、緊急性と介入方法について決定する思考を表していることから、「患者の言動からの予測や判断」と命名した。

(2) 因子間相関と項目間相関

因子間相関は、 $r=0.090\sim0.280$ であった。

また、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト 25 項目の項目間相関は、第 1 因子は $r=0.080\sim0.351$ 、第 2 因子は $r=0.109\sim0.422$ 、第 3 因子は $r=0.123\sim0.354$ であった。患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの項目間相関を表 13 に示した。

4) 既存尺度の確認的因子分析と信頼性係数

(1) ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度

ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度は、高橋ら（2013）によって開発された尺度であるが、尺度の信頼性・妥当性の検討がされていない。そのため、本研究で確認的因子分析を行った。ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度の確認的因子分析の結果を表 14 に示した。

ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度 22 項目について、一般化された最小 2 乗法、プロマックス回転にて因子分析を実施した。

その結果、KMO の標本妥当性は、0.955 ($p<0.001$) であり、データが因子分析に適合していることを確認した。固有値 1.00 以上を示し、抽出されたのは、3 因子で、回転前の累積寄与率は 59.118%であった。高橋ら（2013）によると、項目 1～20 の「実践的知識と

スキル」と、項目 21、22 の「理論的知識」の 2 下位尺度とされていた。しかし、本研究における、因子分析の結果、高橋ら（2013）の示す第 1 因子の項目 1～20「実践的知識とスキル」が 2 因子に分かれる結果が示された。高橋ら（2013）が示す第 2 因子の項目 21、22「理論的知識」は、本研究では第 3 因子として同じ項目で構成される結果が示された。既存尺度の確認的因子分析のため、項目削除をせず全項目を示した。

第 1 因子は、15 項目で構成され、患者との距離や立ち位置、安全な場所や言動といった患者の興奮状態をエスカレートさせないための介入に関する主観的評価を表していることから、「興奮の亢進予防」と命名した。

第 2 因子は、5 項目で構成され、患者の興奮や不安といった感情の興奮状態への対応やリスクアセスメント、介入技術に関する主観的評価を表していることから、「興奮状態への介入」と命名した。

第 3 因子は、2 項目で構成され、既存尺度と構成する項目は同じであるが、本研究では、自身の知識やスキルの理解度や、対応方法の教育力に関する主観的評価を表していることから、「興奮への介入に関する理解度（興奮介入の理解度）」と命名した。

尺度の各下位尺度の信頼性係数は、「興奮の亢進予防」 $\alpha=0.931$ 、「興奮状態への介入」 $\alpha=0.851$ 、「興奮介入の理解度」 $\alpha=0.847$ であった。全項目の信頼性係数 $\alpha=0.941$ であった。

因子間相関は、 $r=0.545\sim0.703$ であった。

(2) 暴力対処に関する質問

暴力対処に関する質問は、McGowan（1999）の調査用紙を参考に下里ら（2005）によって作成された尺度であり、開発者による信頼性・妥当性は検討されていないが、川添ら（2014）によって内的整合性（ $\alpha=0.948$ ）が確認されている。しかし、看護学生を対象とした結果のみであることから、本研究で確認的因子分析を行った。

暴力対処に関する質問 9 項目について、一般化された最小 2 乗法、プロマックス回転にて因子分析を実施した。暴力対処に関する質問の確認的因子分析の結果を表 15 に示した。

その結果、KMO の標本妥当性は、0.936（ $p<0.001$ ）であり、データが因子分析に適合していることを確認した。固有値 1.00 以上を示し、抽出されたのは、1 因子で、回転前の累積寄与率は 68.223%であった。

尺度の各下位尺度の信頼性係数は、 $\alpha=0.941$ であった。

(3) 改訂版暴力意識尺度

改訂版暴力意識尺度は、一瀬（2010）によって開発された尺度であり、小学生、中学生を対象とし、一般的な暴力に対する態度や認識を測定できる尺度であり、信頼性、妥当性は検討されている。尺度使用の対象者は、小学生や中学生であるが、この尺度で測定する暴力に対する意識の3側面は、小学生・中学生・高校生・成人で変わるものではないと考え、看護師用に、教示文で使用されている学校という表現を職場、項目16の勉強という表現を仕事、項目23の友だちという表現を人に修正して使用したため、確認的因子分析を行った。

改訂版暴力意識尺度27項目について、一般化された最小2乗法、プロマックス回転にて因子分析を実施した。改訂版暴力意識尺度の確認的因子分析の結果を表16に示した。

その結果、KMOの標本妥当性は、0.804 ($p<0.001$) であり、データが因子分析に適合していることを確認した。固有値1.00以上を示し、抽出されたのは、8因子で、回転前の累積寄与率は58.550%であった。一瀬（2010）によると、改訂版暴力意識尺度27項目は、3因子構造とされ、本研究で示されたスクリープロット基準によると、3因子が妥当であると示された。

次に、因子数を3で固定し、一般化された最小2乗法、プロマックス回転にて因子分析を実施した。既存尺度の確認的因子分析のため、項目削除をせず全項目を示した。

一瀬（2010）によると、第1因子は、項目1、4、7、11、14、17、22、24、25の「暴力を容認する態度」9項目であり、本研究の因子分析の結果では第2因子として同じ項目で構成される結果が示された。そのため、第2因子は、「暴力を容認する態度（容認態度）」とした。

本研究における、因子分析の結果、一瀬（2010）の示す第2因子「暴力抑止に向けた適切な態度」に、第3因子「暴力被害への理解」の2項目が含まれる結果が示された。

本研究における第1因子は、15項目で構成され、一瀬（2010）の示す暴力抑止に向けた適切な態度で構成する13項目と、項目9、13で構成され、暴力に対して抑止する態度や環境、相談といった暴力に対処するための適切な態度を表していることから、「暴力対処への適切な態度（適切態度）」と命名した。

第3因子は、3項目で構成され、暴力を受けたことによる集中力の低下、不眠、つらさを表していることから、「暴力被害による影響の理解（影響理解）」と命名した。

尺度の各下位尺度の信頼性係数は、「適切態度」 $\alpha=0.816$ 、「容認態度」 $\alpha=0.729$ 、「理解

度」 $\alpha=0.606$ であった。全項目の信頼性係数 $\alpha=0.762$ であった。

因子間相関は、 $r=-0.071\sim0.248$ であった。

5) 各尺度得点の算出

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度、暴力対処に関する質問、改訂版暴力意識尺度の各下位尺度得点と合計点の平均値および標準偏差を算出した。各尺度得点を表 17 に示した。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの得点は、「正解=1点」「どちらともいえない=0.5点」「不正解=0点」で算出する。本尺度の合計点の得点範囲は 0-25 で、平均 22.64 (SD=2.17) で、「適切な対応に関する知識」の得点範囲は 0-12 で、平均 10.35 (SD=1.67)、「患者理解の方法」の得点範囲は 0-7 で、平均 6.61 (SD=0.76)、「患者の言動からの予測や判断」の得点範囲は 0-6 で、平均 5.68 (SD=0.63) であった。

ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度の合計点の得点範囲は 22-88 で、平均 56.61 (SD=9.36) で、「興奮の亢進予防」の得点範囲は 15-60 で、平均 11.92 (SD=2.52)、「興奮状態への介入」の得点範囲は 5-20 で、平均 40.50 (SD=6.54)、「興奮への介入に関する理解度」の得点範囲は 2-8 で、平均 4.19 (SD=1.32) であった。

暴力対処に関する質問の合計点の得点範囲は 9-45、平均 22.87 (SD=9.36) で、「対応可能性」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.92 (SD=0.83)、「攻撃対処可能性」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.67 (SD=0.80)、「身体介入可能性」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.54 (SD=0.82)、「対応への自信」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.46 (SD=0.79)、「心理介入可能性」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.45 (SD=0.79)、「攻撃安心感」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.46 (SD=0.80)、「攻撃対処技術」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.34 (SD=0.79)、「攻撃ニード対応」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.41 (SD=0.78)、「攻撃防御可能性」の得点範囲は 1-5 で、平均 2.62 (SD=0.84) であった。

改訂版暴力意識尺度の合計点の得点範囲は 27-162、平均 76.89 (SD=10.89) で、「暴力対処への適切な態度」の得点範囲は 15-90 で、平均 44.45 (SD=7.85)、「暴力を容認する態度」の得点範囲は 9-54 で、平均 20.57 (SD=5.24)、「暴力被害による影響の理解」の得点範囲は 3-18 で、平均 11.87 (SD=8.16) であった。

6) 信頼性の検討

尺度の3つの各因子項目の信頼性係数は、「適切な対応に関する知識」 $\alpha=0.731$ 、「患者理解の方法」 $\alpha=0.709$ 、「患者の言動からの予測や判断」 $\alpha=0.628$ であった。全項目の信頼性係数 $\alpha=0.742$ であった（表12）。

7) 妥当性の検討

(1) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの構成概念妥当性の検討

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの構成概念妥当性を検討するため、因子分析を行い、3因子25項目で構成された（表12）。

(2) 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの基準関連妥当性の検討

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの基準関連妥当性を検討するため、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度、暴力対処に関する質問、改訂版暴力意識尺度の、各尺度の合計点、および、各下位尺度得点との相関係数を算出した。各因子間の相関を表18に示した。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの第1因子「適切な対応に関する知識」との相関係数は、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度の「興奮介入の理解度」($r=-0.120, p=0.002$)、暴力対処に関する質問の「攻撃対処可能性」($r=-0.081, p=0.039$)、「身体介入可能性」($r=-0.123, p=0.002$)、「対応への自信」($r=-0.149, p<0.001$)、「心理介入可能性」($r=-0.119, p=0.003$)、「攻撃安心感」($r=-0.127, p=0.001$)、「攻撃対処技術」($r=-0.118, p=0.003$)、「攻撃ニード可能性」($r=-0.122, p=0.002$)、「尺度合計点」($r=-0.130, p=0.001$)、改訂版暴力意識尺度の「適切態度」($r=-0.236, p<0.001$)、「容認態度」($r=-0.200, p<0.001$)、「合計点」($r=-0.236, p<0.001$)であった。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの第2因子「患者理解の方法」との相関係数は、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度の「興奮の亢進予防」($r=0.100, p=0.011$)、改訂版暴力意識尺度の「適切態度」($r=-0.160, p<0.001$)、「合計点」($r=-0.130, p=0.001$)であった。暴力対処に関する質問とは相関は認めなかった。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの第3因子「患者の言動から

の予測や判断」との相関係数は、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度の「興奮の亢進予防」($r=0.128$, $p=0.001$)、「興奮状態への介入」($r=0.125$, $p=0.001$)、「興奮介入の理解度」($r=0.112$, $p=0.001$)、暴力対処に関する質問の「対応への自信」($r=0.078$, $p=0.047$)、「心理介入可能性」($r=0.105$, $p=0.008$)、「攻撃安心感」($r=0.137$, $p<0.001$)、「攻撃対処技術」($r=0.114$, $p=0.004$)、「攻撃ニード可能性」($r=0.095$, $p=0.016$)、「合計点」($r=0.109$, $p=0.006$)で、改訂版暴力意識尺度とは相関は認めなかった。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの合計点との相関係数は、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度の「興奮の亢進予防」($r=0.096$, $p=0.015$)、暴力対処に関する質問の「身体介入可能性」($r=-0.083$, $p=0.036$)、「対応への自信」($r=-0.109$, $p=0.005$)、改訂版暴力意識尺度の「適切態度」($r=-0.252$, $p<0.001$)、「容認態度」($r=-0.167$, $p<0.001$)、「合計点」($r=-0.234$, $p<0.001$)であった。

第4章 考察

1. 対象者の特性

本研究は、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成のため、まず、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の抽出および質問項目の作成を、次に、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の内容的妥当性の検討を、そして、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性・妥当性の検討という作成プロセスをとった。

患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の抽出および質問項目の作成における対象施設は、精神科単科病院 2 施設、一般病院 2 施設とした。精神科の看護師は、常に患者の精神状態や病状の変化と暴力の発生という危険の側面を意識しながら患者にアプローチしているが、精神科以外の看護師は、精神科の看護師と比較し無防備に患者に近づいているとの報告（倉持ら，2012）があることから、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストを作るために、精神科単科病院の看護師を対象者とした。また、対象者は、患者からの暴力が発生した時に対応を主に担当し、病院における暴力対応歴 3 年以上で、看護管理者が患者からの暴力に対応する能力があると推薦された者を選定基準とし、包括的暴力防止プログラム（CVPPP）インストラクターや師長・副師長で、平均病院勤務年数 25.4 年の、男性 6 名、女性 1 名を対象とした。対象者に男性が多かったのは、暴力が発生した時、女性が多い職場であるが故に、男性看護師に応援を依頼して対応したり、男性に暴力の対応を期待したり、暴力の対応を男性看護師が役割と受け入れていること、男性の腕力に頼り、暴力を振るう患者を抑制する役割を担っている（大原ら，2006；酒井ら，2012）ことから、看護管理者から推薦された対象者は、男性看護師が多くなったと考えられる。臨床現場を管理する看護管理者が推薦した看護師を対象者とし、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の一部を抽出できた可能性が示唆された。

このように、チェックリスト項目の作成における対象者は、患者からの暴力に対応する知識があると看護管理者から推薦された看護師であった。そこで、本研究で作成するチェックリストは、精神科だけではなく一般病院で勤務する看護師を対象に活用できるチェックリストを目指しているため、チェックリスト素案の内容的妥当性の検討では、精神科以外の看護師にも理解でき、適する内容か、また、暴力発生時における、暴力行為に対する適切な介入方法だけでなく、解決するために必要な知識として不足した内容がないかにつ

いて検討するために、さまざまな診療科を有する総合病院に勤務する看護師を対象とした。対象者は、病院内で医療安全や教育担当の役割を担い、平均臨床経験年数は16.7(SD=6.8)年であった。患者からの暴力に対する看護師の対応知識として適切かを判断でき、チェックリスト項目に不足している暴力に対する看護師の対応知識を記述できる対象であったと考える。

本研究で作成するチェックリストは、病院に勤務する看護師を対象者として活用するものであるため、さまざまな診療科を有する総合病院に勤務する看護師を対象に信頼性・妥当性を検討した。また、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に関して、男性と女性では暴力対応経験や暴力経験回数に差があること(青木ら, 2003b; 酒井ら, 2012)、管理職とスタッフでは暴力への対応の質に違いがあること(佐藤, 2015)、常勤と非常勤では暴力発生時の対応頻度に差がある(Crilly et al, 2004; Wei et al, 2013)との知見から、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性・妥当性を検討するための対象者は、性別を女性、職位を非管理職、勤務形態を常勤とした。対象者の年代は20代、30代が多く、看護職員の年齢階層別百分率によると、20~30代が占める割合が高い(厚生労働省, 2014)ため、本分析対象者の年代別割合は全国の比率と概ね一致すると考える。また、対象者は病棟の割合が高く、さまざまな所属部署、さまざまなキャリアラダーのレベルにある対象者であり、平均的な病院勤務の看護師であると考えた。また、本研究で作成した25項目のチェックリストの合計点は22.64(SD=2.17)点、第1因子の得点は10.35(SD=1.67)点、第2因子の得点は6.61(SD=0.76)点、第3因子の得点は5.68(SD=0.63)点であった。チェックリストの正解率は、54.8%~96.4%であった。本チェックリストは、得点が高いほど、患者からの暴力に対する看護師の対応知識が高いことを示すため、チェックリスト得点や正解率が高かったこと、標準偏差(SD)が小さかったことは、チェックリストの信頼性・妥当性を検討する目的で対象者を絞ったためと考えられる。このことから、チェックリストの信頼性・妥当性を検討しうる対象者であったといえる。

以上のように、対象者は、病院に勤務する看護師であるが、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素の調査対象者、内容的妥当性の検討の調査対象者は、ある程度暴力への対応知識を有する対象者に焦点化し、チェックリストの信頼性・妥当性の検討の対象者は、チェックリストの使用対象とした病院に勤務する看護師として実施した。このことから、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案の項目作成、チェックリスト原案の内容的妥当性の検討、チェックリストの信頼性・妥当性の検討とい

う、本チェックリストの作成プロセスで選定した対象者として、概ね適切であったと考える。

2. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性・妥当性について

1) チェックリストの信頼性について

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの α 係数は0.742で、下位尺度の「適切な対応に関する知識」 $\alpha=0.731$ 、「患者理解の方法」 $\alpha=0.709$ 、「患者の言動からの予測や判断」 $\alpha=0.628$ であった。クロンバックの α 係数は、一般的には0.80以上の値が望ましいとされている（松尾ら，2008；村上，2013）。本尺度の α 係数は0.742で、下位尺度は $\alpha=0.628\sim0.731$ であり、内的一貫性を示したとは言い切れないと考える。これは、患者からの暴力に対する看護師の対応知識として、現在の構成する因子内の項目では、たとえば、小児からの暴力への対応、暴力の再発に関するリスクアセスメント、鎮静状態の評価などといった不足している内容があることが推察され、今後、信頼性を高めるために、項目内容の洗練と他の項目内容の検討もする必要性があると考ええる。

因子間相関は、 $r=0.090\sim0.208$ であり、3因子は、それぞれ相互に独立した因子に近いことを意味し、因子として意味があると考ええる。

2) チェックリストの妥当性について

(1) 内容的妥当性について

内容的妥当性を検討するための対象者は、臨床経験1～5年の看護師の暴力被害の割合が最も高く、経験年数に比例して暴力を受ける割合は少なくなる（中村ら，2010；酒井ら，2012；槇平ら，2012；Henderson et al, 2012；Rodriguez et al, 2013）という知見から、臨床経験5年以上の看護師とした。また、病院内の暴力対策に関しては医療安全の担当や、教育担当が担い、中心となって対応している（岩尾ら，2013）ことから、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に関する内容について検討できる、各部署で医療安全や教育を担う、あるいは、暴力への対応経験のある看護師とし、内容的妥当性の検討のための対象者として概ね適していたと考える。

内容的妥当性を検討するための適切性を問う回答方式は、「全く適切でない」から「適切である」の4件法である。適切性の判断については、「少し適切である」「適切である」と回答した割合を項目ごとに算出し、83%以上得られた場合を適切であるとする手法（Lynn,

1986) を採用し、内容的妥当性を検討した。その結果、70 項目中、16 項目に適切性が確保されないことが確認できた。

また、チェックリスト素案の質問項目の表現修正案、および、他に必要な項目として挙げられた自由記述の内容について Krippendorff(1980) の内容分析の手順に沿って分析し、5 項目の追加、修正を行った。分析には、質的研究、指導に携わっている専門家のスーパーバイズを受けて実施したため、分析の質も担保できたと考える。その結果、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案は、適切と判断された 57 項目で構成した質問項目として、内容的妥当性は担保されたと考えた。

(2) 構成概念妥当性について

因子分析の結果、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」は、3 因子で構成された。このチェックリストの素案を作成するためのインタビューで得たデータを内容分析した結果、暴力発生前の対応と態度、発生後の対応と態度が抽出された。しかし、このチェックリストを因子分析した結果で得られた項目には、暴力発生前の対応と態度は含まれなかった。本チェックリストは、暴力発生前の対応知識を示す項目 10 項目、発生後の対応知識を示す項目 47 項目で構成されたため、I-T 相関、および、各質問項目の関連の度合いが低く、因子分析の結果、発生前の対応と態度は含まれなかったと考えた。また、暴力発生時、どのようなリスクがあるか、どのような対応があるかなどの対応する際の具体的な予測や判断を表す因子と、どのように対応するかという患者に接触する対応を表す因子とに分かれた。これは、暴力発生時、予測や判断をしながら、対応することが必要となることを示したと考える。

さらに、暴力発生時においては、暴力行為への対応だけではなく、感情へのケア、思いの理解などの患者-看護師関係の下、患者の立場に立ち、暴力行為に至った背景に焦点を当てて対応する「患者理解の方法」が第 2 因子で抽出された。警察官や刑務官の暴力への対応は、法の下、暴力を制圧することに焦点が当たっており（鴨下，2010；花岡，2011；松井，2011；Pont et al，2015；Ricciardell，2016；Shjaback et al，2016）、暴力行為に至った背景に焦点をあてるといった側面は含まれず、本研究で対象とした、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の患者理解の視点とは異なると考える。また、教育現場における教員の暴力への対応には、暴力行為への対応だけではなく、児童生徒-教員関係の下、暴力行為に及ぶに至った背景といった対象理解を暴力への対応とする点は看護師に類似する

と思われるが、児童生徒の成長発達促進や社会性の育成も視野に行っているため (Machado et al, 2009 ; 浅井ら, 2011 ; 藤平, 2015 ; Swarts et al, 2016)、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の患者理解との視点とは異なると考える。これまで明らかにされてきた他職種を対象とした暴力への対応知識に関する研究知見には、患者・看護師関係の下、患者の立場に立ち、暴力行為に至った背景に焦点をあてて患者を理解し、病院側の意見も患者に伝える「患者理解の方法」という対応知識はなく、この因子は、看護師特有であるといえる。

また、第 1 因子は、12 項目で構成され、暴力発生時において、看護師が暴力に対峙する際の適切な言語的・身体的介入を表していることから、「適切な対応に関する知識」と命名した。暴力発生時においては、身体介入技術であるブレイクアウェイやチームテクニクスといった介入方法、興奮状態を沈静化させるためのコミュニケーション技術のディエスカレーションスキル、暴力への対応手順を示した暴力対応マニュアル、院内暴力の報告システム、暴力から自身を守るためのパーソナルスペース、距離のとり方、対応方法などの知識を理解しておくことが大切であると示され、この因子はこれらに該当する (下里, 2010 ; 仲宗根ら, 2012)。この因子は、暴力発生時、看護師が患者に言葉や態度で直接対応する具体的な対応知識が測定できる内容であるといえる。

第 2 因子は、7 項目で構成され、暴力発生時において、看護師が、患者が暴力をふるう背景を捉えようとし、対象を理解し、病院側の意向も伝える、解決に向けた対応知識を表していることから、「患者理解の方法」と命名した。暴力発生時においても、看護師は、患者に対して、暴力行為に及ぶまでに至った不安や精神的苦悩、悲しみ、などといった思いや背景から患者を理解し、ケアとして取り組むことも重要と述べている (川名, 2013)。この因子はこの点を含むものであり、暴力発生時における、暴力行為への対応ではなく、病気を抱えて入院している患者が暴力を振るうに至った思いや言葉に耳を傾け、患者・看護師関係の下、看護として重要な患者理解のための方法に関する知識が測定できる看護師特有の内容であるといえる。

第 3 因子は、6 項目で構成され、暴力発生時の患者の言動や状態から、身体的暴力に発展するリスクやエスカレートの可能性に備えて予測し、緊急性と介入方法について決定する思考を表していることから、「患者の言動からの予測や判断」と命名した。下里 (2010) は、暴力発生リスクアセスメントを行い、エスカレートさせないことが重要であると示している。また、暴力発生時における暴力の危険性の予測は、連続体として行われ続け、

徐々に声が大きくなっていくなどの状態の変化から適切にリスクを予測すること、襲ってくるリスクを予測し脅威を感知すること、患者の状態や感情、言動から、適宜アセスメントをし直す必要がある（Brorum, 1996；Elgobogen, 2002；馬場, 2007；岡田, 2007；下里, 2008；Clarke, 2010；Yao, 2014；Tutuncu et al, 2015）と示されている。また、暴力発生時においては、患者の状態や周囲の状況を踏まえた上で対応行動を判断したり、安全と危険度の判断や介入のタイミングを判断する必要がある（馬場, 2007；岡田, 2007；下里, 2008；仲宗根ら, 2012）。この因子はこれらを含むもので、暴力発生時、病状だけではない感情や精神状態、言動などから、暴力の予測や判断に必要な知識が測定できる内容であるといえる。

(3) 既存尺度の確認的因子分析について

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」25 項目 3 因子の基準関連妥当性の検討の外部基準とする尺度は、信頼性・妥当性が検討されていなかった。そのため、本研究において、確認的因子分析を行った。

本研究では、既存尺度の合計点ではなく、既存尺度の下位尺度と本研究で作成するチェックリストとの関連があると推測したため、本研究対象者において、既存尺度の因子分析を行うこととした。

① ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度

ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度は、包括的暴力防止プログラム（CVPPP）の教育内容のディエスカレーション介入を病院職員などがどのくらいできるかの主観的評価を測定できる。第 1 因子である「実践的知識とスキル」と本尺度とが関連していると想定したが、この尺度の信頼性・妥当性は検討されていなかった。そのため、本研究対象者における確認的因子分析を実施した。

因子分析の結果、高橋ら（2013）の示す第 1 因子の項目 1～20「実践的知識とスキル」が 2 因子に分かれる結果が示され、本研究においては第 1 因子を「興奮の亢進予防」「興奮状態への介入」と命名した。ディエスカレーションとは、「言語的・非言語的なコミュニケーションスキルによって怒りや衝動性、攻撃性をやわらげ、患者を普段の穏やかな状態に戻すこと（Paterson et al, 1999）」と示されている。ディエスカレーションスキルとしての、興奮を亢進させずにやわらげるための予防的介入と、興奮した状態を脱し穏やかな

状態に戻すための介入が因子として分かれたものと考えた。

② 暴力対処に関する質問

暴力対処に関する質問は、病院職員や児童養護施設などが、CVPPP の知識と技術をもとに「対応可能性」「攻撃対処可能性」「身体介入可能性」「対応への自信」「心理介入可能性」「攻撃安心感」「攻撃対処技術」「攻撃ニード対応」「攻撃防御可能性」について「どの程度できるか」を自己評価できる尺度である。しかし、これまでに信頼性・妥当性は検討されていない尺度で、1 項目ごとに下位尺度名が示されていた。そこで、下位尺度である「対応可能性」「攻撃対処可能性」「身体介入可能性」「心理介入可能性」「攻撃対処技術」と本尺度とが関連していると想定し、本研究対象者において、確認的因子分析を実施した。

因子分析の結果、1 因子と確認できたため、既存尺度同様に 1 項目ごとの得点と合計点で本尺度との関連を検討することとした。

③ 改訂版暴力意識尺度

改訂版暴力意識尺度は、一般的な暴力に対する態度や認識を測定でき、小学生、中学生を対象に信頼性、妥当性は検討されている。しかし、本研究において、尺度開発者の承諾を得て、看護師用に、教示文で使用されている学校という表現を職場、項目 16 の勉強という表現を仕事、項目 23 の友だちという表現を人に修正し、使用したため、看護師を対象者とした確認的因子分析を実施した。また、第 1 因子「暴力を容認する態度」および、第 2 因子「暴力抑止に向けた適切な態度」と本尺度とが関連していると推察した。

その結果、既存尺度の第 1 因子は、「暴力を容認する態度」が本研究結果の第 2 因子として示された。小学生、中学生、成人になった看護師においても、暴力を容認する態度は、変わるものではないことが示唆された。

また、一瀬（2010）の示す第 2 因子「暴力抑止に向けた適切な態度」に、従来は第 3 因子「暴力被害への理解」に含まれていた 2 項目（項目 9：暴力を受けている人は、それを知られたくないため、隠そうとする、項目 13：暴力を受けている人はそれを相談できないことがある）が含まれる結果が示された。対象者となった看護師は、項目 9 と 13 の内容を暴力被害への理解というよりも、暴力を受けている人が暴力に対処するためにとる態度と捉えたと考えた。そして、看護師は、暴力の影響を考慮する傾向があるため、本研究の第 3 因子は、暴力被害によって生じる影響を示す項目で構成されたと考えた。

(4) 基準関連妥当性について

次に、既存尺度を外部基準とし相関係数を算出し、基準関連妥当性を検討した。

① 第1因子「適切な対応に関する知識」について

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の第1因子「適切な対応に関する知識」と、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度」「暴力対処に関する質問」の各下位尺度と相関があると予想していたが、相関はなかった。本チェックリストの回答方法は対応知識の「正解」「不正解」の回答方法であり、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度」「暴力対処に関する質問」は、「できるか」「できないか」の主観的評価を回答しているため、捉え方に差異があり、相関がなかったのではないかと推察した。この結果は、回答方法の違いによる結果であること、「適切な対応」に関する知識の正しさは、対応できるといった主観的評価とは関連しない可能性があるかと推察した。

また、第1因子「適切な対応に関する知識」と、改訂版暴力意識尺度の「適切態度」「容認態度」、改訂版暴力意識尺度の「合計点」とは、相関係数 $r = -0.2$ 程度の弱い相関を認めた。暴力に対して「適切な対応」に関する知識の正しさは、「暴力対処への適切な態度」「暴力を容認しない態度」と負の弱い相関があることが示され、患者からの暴力に対する看護師の対応知識を向上させるためには、暴力に対する適切な意識や態度も共に考慮する必要がある可能性が示唆された。

② 第2因子「患者理解の方法」について

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の第2因子「患者理解の方法」と、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度」「暴力対処に関する質問」とは、相関はなかった。「患者理解の方法」は、看護師という専門職特有の因子である。「患者理解の方法」は、暴力行為に焦点を当てず、暴力を振るうに至った患者の思いを理解する知識を測定するため、興奮の亢進予防や興奮状態への対応といった興奮状態への介入ができるといった主観的評価とは相関はないという結果が示されたと推察した。

また、「患者理解の方法」と、改訂版暴力意識尺度の「適切態度」「容認態度」と相関があると予想していたが、相関はなかった。しかし、相関係数は $r = -0.1$ 程度で相関はなかったものの、負の相関の方向を示した。患者理解に関する知識と、看護師個人の持つ暴力

に対する適切な態度や意識は関連する可能性があると考えた。また、患者-看護師関係を崩壊させず、患者が抱える問題を理解することは、適切な暴力への態度につながる傾向があると推察した。

③ 第3因子「患者の言動からの予測や判断」について

「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の第3因子「患者の言動からの予測や判断」は、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度」の「興奮の亢進予防」、「興奮状態への対応」、および、「暴力対処に関する質問」の各下位尺度と相関すると予測していたが、相関はなかった。しかし、相関係数は $r=0.1$ 程度で相関はなかったものの、正の相関の方向を示しており、暴力発生時において、患者の言動からの「患者の言動からの予測や判断」に関する正しい知識と、興奮の亢進予防や興奮状態への対応とは関連する傾向にあると推察した。この結果も、本チェックリストの回答は知識の「正解」「不正解」の回答方法であり、ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度は、「できるか」「できないか」の主観的評価を回答するため、捉え方に差異があったことから、相関がなかったのではないかと推察した。

また、「患者の言動からの予測や判断」と改訂版暴力意識尺度とに関連はみられなかった。暴力のリスクの予測や対応方法の判断に関する知識の正しさは、暴力に対する適切な態度や容認する態度に左右されない可能性があると考えた。

3. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の特徴

暴力に遭遇し、対応する職種には、警察官、刑務官、教員、看護師など、さまざまな職種が挙げられる。これまで、暴力への対応というと身体的暴力への対応や暴力発生時の連絡を行う順番に関するマニュアルや手順作成の充実（池田，2008；田辺，2009；松澤ら，2012）に重点が置かれ、暴力発生時において、「どうしたらよいかわからない」「どう行動したらよいかわからない」など暴力に対応する知識がない（小宮ら，2005；仲宗根ら，2012）ため、具体的に暴力に対して何を考え、どう行動をとるとよいのかという具体的な対応知識は明確でなかった。その中で、病院における患者からの暴力に対する看護師の適切な「接近」「退避」「場の移動」「現状の把握」「原因・要求の把握」「行動制止時の安全配慮」「対応者の変更」「原因・要求の把握」「感情へのケア」「思いの理解」「患者理解」「対峙時の自身の態度」「暴力リスクの把握」「エスカレートの予測」「緊急性の判断」「介入方

法の判断」といった具体的な対応知識が本研究において示され、本研究で作成されたチェックリストは、臨床現場で実際に使用可能な内容であると考えた。

特に、本チェックリストは、第1因子「適切な対応に関する知識」や第3因子「患者の言動からの予測や判断」といった、暴力発生時の患者の状態やリスクを見極めて対応方法を検討し対応するといった暴力行為に対して介入するための知識だけでなく、第2因子で示された「患者理解の方法」といった看護師だからこそ患者・看護師関係の下、患者の立場に立ち、暴力を振るうまでに至った患者の思いを理解するという視点を持った患者からの暴力に対する対応知識が重要であり、看護師特有の特徴が示されたと考える。

4. 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの活用可能性

今後、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストを活用することで、病院に勤務する看護師を対象とし、患者からの暴力に対応するための知識の実態を把握することができると考える。また、本チェックリストを継続的に活用することで、患者からの暴力に対する看護師の対応知識を医療安全の視点からの評価の指標として活用することができると考える。さらに、病院において、暴力に関する教育や非熟練者に対する教育がまったく不十分である（青木ら，2003a）との報告から、今後、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの正解率を算出し、正解率の低い項目を把握することで、該当する項目に関する重点的な教育、対応知識を向上させるための看護職員教育につながる資料として活用できると考える。例えば、本チェックリストを回答した施設ごとや所属部署別の結果を示し、施設や各所属部署に必要な対応知識をフィードバックして教育することも可能であると考え。そして、看護師に対する暴力対策教育を実施した教育効果を測定するチェックリストとして、活用することも可能であると考え。

また、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に関するパンフレット作成等を行い、臨床で勤務する看護師に広く対応知識を啓発することも可能であると考え。

5. 看護への示唆

本研究において、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストを作成した。看護師は、暴力発生時、患者に対して「接近」「退避」「場の移動」「現状の把握」「原因・要求の把握」「行動制止時の安全配慮」「対応者の変更」「原因・要求の把握」「暴力リスクの把握」「エスカレーターの予測」「緊急性の判断」「介入方法の判断」といった暴力行為に対

する介入だけでなく、「患者理解」「感情へのケア」「思いの理解」といった、看護師が暴力行為に至った背景や思いを捉えて解決しようとする、他職種にはない暴力に対応するための知識を必要としていた。このことは、暴力という問題においても、看護師は患者-看護師関係を念頭に、患者の立場に立ち、状況に合わせて共感、傾聴から患者への看護を試みている可能性を示唆している。暴力発生時において、看護師が患者と適切に対応し、解決のための実用的な知識の1つとして、医療安全対策のなかの暴力対策の一助となり得る可能性があると考えられる。

6. 本研究の新規性

本研究は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」とは、暴力発生時、暴力行為に介入するための「適切な対応に関する知識」、「患者の言動からの予測や判断」だけではなく、「患者理解の方法」という、患者-看護師関係の下、患者の立場に立ち、暴力を振るうに至った患者の思いを理解するという視点を見出したことにあると考える。また、構成概念妥当性に用いた尺度との相関係数は低かったという結果から、本研究において、これまで明らかにされてこなかった、新たな「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」を見出した点より、新規性があると捉えることもできると考える。

7. 本研究の限界と今後の展望

本研究では、まず、患者からの暴力に対する看護師の対応知識を抽出するために、7名の看護師を対象にインタビューを実施し、構成要素を抽出した。対象者は、患者からの暴力が発生した時に対応を主に担当し、病院における暴力対応歴3年以上で、暴力に対応する能力があると管理者に推薦された看護師を選定基準としたため、患者からの暴力に対する看護師の対応知識に関する構成要素を抽出するには適した対象者であったと考えるが、男性が6名であり、暴力への対応知識に関する内容に偏りが生じた可能性がある。これは、対象施設の看護管理者に推薦された看護師を対象者としたため、研究者による調整が困難であったといえる。今後は、女性の対象者を増やし、暴力への対応知識について調査を行い、本研究で作成された「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の項目を精練させていく必要があると考える。また、対象者数は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」に関する新たなカテゴリーが抽出されなくなったところで募集終了とした。しかし、子ども等からの暴力に対する対応知識は抽出するに至っておらず、今後は

部署も考慮した対象者の選定を行い、本チェックリストの項目を洗練していく必要もあると考える。さらに、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素を抽出するための対象者は、臨床現場で養った対応知識を聴取するために看護管理者に推薦していただく方法を取った結果、精神科の看護師と男性に偏ったため、今後、医療メディエーターのような、患者と看護師との関係を調整する役割を持つ看護師も対象者とし、患者からの暴力に対する看護師の対応知識について調査を行い、チェックリストの項目内容を洗練することも必要であると考ええる。

本研究は、「暴力に対し、どのように対応するか」という、暴力に対する看護師の対応知識に焦点を当て、暴力被害に着目はしていない。本研究の過程では、暴力対応の専門家等を対象とした研究Ⅰ・Ⅱと、看護師を対象に自由参加の調査を実施した研究Ⅲとし、暴力に脆弱性のある対象者に負担ないようにした。しかし、本チェックリストの活用時、暴力被害の経験者にとっては、フラッシュバック等の可能性もあると考える。今後、臨床でチェックリストを使用する際は、対象者への脆弱性を考慮することが大切だと考える。

また、臨床現場において発生する患者からの暴力の場面と、その場面に合わせた対応もさまざま、暴力場面によって対応知識の正解・不正解が異なる可能性があり、本チェックリストに回答する際、回答者が回答しづらかった可能性が考えられる。本研究では、患者からの暴力に対応する際の基本となる知識に対する正解・不正解を回答するチェックリストの作成を目的としたため、今後、回答者の回答のしづらさがないようにチェックリストの命題の表現を修正していく必要があると考える。

本研究において、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの信頼性（内的整合性）を検討した結果、 $\alpha=0.7$ 程度が示された。この結果から、チェックリストの信頼性が十分に検討できたとは言い切れないことが限界である。今後、チェックリストの質問項目について再検討した後、内的整合性を検討すると共に、再テスト法を実施して信頼性を検討するなど、継続した検証をしていく必要があると考える。

本研究において、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの基準関連妥当性を検討した結果、「弱い関連がある」「関連がない」といった程度の相関が示された。この結果から、基準関連妥当性が十分に検討できたとは言い切れないことが限界である。これは、患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの回答は知識の正誤であり、基準関連妥当性を検討する外部基準の尺度の回答は項目内容ができるかできないかの主観的評価であり、捉え方に差異があった可能性があるため、本チェックリストとの相

関はなかったと考える。他に、本尺度の外部基準となりうる既存尺度が見当たらず、各既存尺度の特徴を捉えた上で、本チェックリストと近しい内容を持つ尺度を外部基準として使用せざるをえなかったことも限界と考える。しかし、本チェックリストの知識の正解と、外部基準として用いた暴力対処への適切な態度、暴力を容認する態度との相関をみた結果、暴力に対する適切な知識と適切ではない態度は負の方向を示したという相関の向きから、適切な知識と態度は関連する可能性があり、この点を考慮して基準関連妥当性を検討することが可能であると考ええる。今後、本チェックリストの基準関連妥当性に関しては、凝集性を確認する相関係数の算出だけでなく、一貫性を確認するために級内相関係数を算出し、検証を行っていく必要があると考える。また、今後、本チェックリスト得点が、対象者の将来をどの程度予測するかという予測的妥当性の検討を行うこと、異なる構成概念を測定すると想定している変数を測定して相関係数の低さをみる弁別的妥当性の検討を行うなど、継続した検証をしていく必要があると考える。

また、現時点ではカットオフポイントの設定をしていないが、今後、調査対象者を増やし、本チェックリストを継続的に検討することで、正解率に関するカットオフポイントを設定できるかを検討し、看護師の対応知識に関する重点的な教育の内容や対象の選定をすることも可能であると考ええる。さらに、臨床で活用できるチェックリストとなるよう、短縮版の作成などを検討し、看護師の対応知識として重要な項目に絞る検討も重要となると考える。

さらに、看護師を対象に使用できる患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストを作成できたことは、今後、本チェックリストをさまざまな病院に勤務する看護師を対象者に活用し、教育に生かすことができる点で、大変意義深いと考える。しかし、本研究の対象者は、関東圏に限られた者であること、チェックリストの信頼性・妥当性を検討するために選定した対象施設は、暴力に対する研修を実施し、暴力に対する報告体制が整っており、また、救急対応施設で比較的暴力案件の多い総合病院という基準を設けたことから、チェックリスト使用の一般化に限界があり、関東圏以外の地域の看護師を対象とした使用に課題があると考ええる。今後、関東圏以外の地域の看護師を対象に測定し、検討していく必要があると考える。

第 5 章 結論

本研究は、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案を作成することを目的とし、看護師 7 名を対象にインタビューを実施し、そのデータを内容分析し、「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」素案 70 項目を作成した。その後、チェックリスト素案の内容的妥当性の検討を目的に、病院に勤務する医療安全や教育を担当する看護師 26 名を対象に質問紙調査を実施し、チェックリスト原案 57 項目を作成した。そして、チェックリスト原案の信頼性・妥当性の検討を目的に、病院に勤務する看護師 1,040 名を対象者に質問紙調査を実施、644 名を最終分析対象者とし、25 項目で構成される「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」を作成し、信頼性・妥当性を検討した。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト」の信頼性係数は、「適切な対応に関する知識」 $\alpha=0.731$ 、「患者理解の方法」 $\alpha=0.709$ 、「患者の言動からの予測や判断」 $\alpha=0.628$ 、「全 25 項目」 $\alpha=0.742$ であった。
2. 本チェックリストの構成概念妥当性を検討した結果、25 項目、3 下位尺度「適切な対応に関する知識」「患者理解の方法」「患者の言動からの予測や判断」で構成された。
3. 本チェックリストには、他職種にはない「患者理解の方法」という看護師特有の暴力への対応知識が抽出された。
4. 本チェックリストの基準関連妥当性を検討した結果、「弱い関連がある」「関連がない」程度の相関が示された。
5. 本チェックリストの内的整合性、および、基準関連妥当性について十分に検討できなかったことに課題がある。今後、チェックリストの項目内容の検討を継続し、信頼性・妥当性の検証を継続する必要がある。

6. 今後、本チェックリストは、正解率の低い項目に関する知識を向上させるような教育につなげるために活用できると考える。

謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきました研究対象施設の看護部長、副看護部長、各部署の看護師長、ならびに、看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

また、「ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度」の使用を承諾していただきました社会医療法人北斗会さわ病院の高橋宗男先生、「暴力対処に関する質問」の使用を承諾していただきました信州大学学術研究院保健学系広域看護学領域の下里誠二先生、「改訂版暴力意識尺度」の一部の項目表現を修正のうえ、尺度の使用を承諾していただきました山梨県総合教育センターの一瀬英史先生に厚く御礼申し上げます。

本論文を作成するにあたり、御指導賜りました筑波大学医学医療系の森千鶴教授、岡田佳詠准教授、三木明子准教授にご心より深謝いたし、御礼申し上げます。また、研究を進めるにあたり、ご指導いただきました健康科学大学健康科学部の篠原亮次教授にご心より感謝申し上げます。

そして、本論文の構成において、貴重な御助言・御指導を下さいました筑波大学医学医療系川口孝泰教授、小泉仁子准教授、涌水理恵准教授、高橋晶准教授に深く感謝申し上げます。

その他、論文作成にあたり、ご支援賜りました皆様にご感謝申し上げます。

引用文献

- Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T. (2004). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 110-117.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Hang HJ, Fischer J (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset Violence Checklist : instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry*, 6, DOI : 10.1186/1471-244X-6-17.
- 赤城いちよ, 大迫充江, 杉山茂, 高崎邦子, 高野和夫, 成田賢栄, 他 (2010). 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) 研修効果の検討 (第 1 報) - 研修形態の違いによる教育効果の比較 -. 第 41 回日本看護学会論文集 看護教育, 314-317.
- Almvik R, Woods P, Rasmussen K (2000). The Broset Violence Checklist-Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (2), 1284-1296.
- 天野寛, 加藤憲, 宮治眞, 藤原奈佳子, 勝山貴美子, 小林三太郎, 他 (2011). 暴言・暴力およびセクシャルハラスメントに関する愛知県下病院アンケート調査の分析. *日本医療・病院管理学会誌*, 48 (4), 35-47.
- 青木実枝, 久米和興 (2003a). 精神科入院患者の攻撃行為に関する研究 - 看護職員が暴力を受けた実態と暴力への対応システムに関する看護職員の意識 -. *日本精神科看護学会誌*, 46 (1), 295-298.
- 青木実枝, 久米和興 (2003b). 精神科入院患者の攻撃行為に関する研究 (第 2 報) - 看護師が攻撃的言動を受けた実態 -. *山形保健医療研究*, 6, 25-32.
- 浅井春夫 (2011). 子どもの暴力問題の発見. 浅井春夫編著, 子どもの暴力対応実践マニュアル. 東京: 建帛社.
- 馬場香織 (2007). 精神科急性期病棟における暴力の危険性の察知と看護師の臨床判断. *日本精神保健看護学会誌*, 16 (1), 12-22.
- Belfrage H (1998). Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital : integrating research and clinical practice. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9 (2), 328-338. DOI : 10.1080/09585189808402200.

- Borum R (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment : technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51 (9), 945-956.
- Cesniene I (2010). VIOLENCE RISK ASSESSMENT IN TWO FORENSIC SAMPLES USING THE HCR-20 IN LITHUANIA. *European Psychiatry*, 25 (Suppl.), 1.
- Clarke DE, Brown AM, Griffith P (2010). The Broset Violence Checklist : clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (7), 614-620, DOI : 10.1111/j.1365-2850.2010.01558.x.
- Collins, J (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at 'The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme'. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), 117-131.
- Crilly J, Chaboyer W, Creedy D (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12, 67-73.
- Dahle KP (2006). Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample : A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 (5), 431-442, DOI : 10.1016/j.ijlp.2006.03.001.
- Dickens G, Piccirillo M, Alderman N (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22 (6), 532-544.
- Douglas KS, Webster CD (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme- Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26 (1), 3-19, DOI : 10.1177/0093854899026001001.
- Douglas KS, Kevin S (2014). Interrater Reliability and Concurrent Validity of the HCR-20 Version3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 130-139, DOI:10.1080/14999013.2014.908429.
- Duxbury J (2003). Testing a new tool: the Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS). *Nurse Researcher*, 10 (4), 39 -52.
- Elbogen EB, Mercado CC, Scalora MJ, Tomkins AJ (2002). Perceived relevance of factors for violence risk assessment : A survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1 (1), 37-47.

Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P (2006) . Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6) , 778-787.

Finnema E, Dassen T, Halfens R (1994). Aggression in psychiatry : A qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (6), 1088-1095.

藤平敦 (2015). 小学校の「暴力行為」の増加問題について. *教育委員会月報*, 67 (9), 1-6.

舟島なをみ (2012). 質研究への挑戦. Krippendorff (1980) の内容分析. 東京：医学書院.

舟島なをみ (2015). 看護実践・教育のための測定用具ファイル. 東京：医学書院.

Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al (2000). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence : the Minnesota Nurses' Study. *Occupational Environment Medicine*, 61 (6), 495-503.

Hahn S, Needham I, Abderhalden C, Duxbury JA, Halfens RJ (2006). The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (2), 197-204.

花岡和道 (2011). 術科のススメ ; 何のために術科をやるか. *警察公論*, 66 (5), 22-28.

原雅子 (2009). 看護師が患者・家族等から受ける院内暴力の実態調査. *社会保険医学雑誌*, 45 (1), 79-85.

Hare RD, Clark D, Grann M, Thornton D (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R : an international perspective. *Behavioral Science & the law*, 18 (5), 623-645, DOI: 10.1002/1099-0798(200010)18:5<623::AID-BSL409>3.0.CO;2-W.

Harris GT, Race ME, Cormier CA (2002). Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and Human Behavior*, 26 (4), 377-394, DOI : 10.1023/A:1016347320889.

早川悟司 (2011). こどもから職員への暴力への対応. 浅井春夫編著, 子どもの暴力対応実

実践マニュアル. 東京：建帛社.

林里都子 (2012). 医療メディエーターの役割：真実と心に寄り添って. 日本医療秘書学会学会誌, 9 (1), 7-12.

Henderson E, Harada N, Amar A (2012). Caring for the forensic population: recognizing the education needs of emergency department nurses and physicians. Journal of Forensic Nursing, 8, 170-177.

Herzog AR, Bachman JG (1981). Effects of questionnaire length on response quality. Public Opinion Quarterly, 45 (4), 549-559.

本田久人 (2013). 矯正における矯正護身術と武道について. 刑政, 124 (6), 90-100.

星名紀子, 樋口誠一, 加藤勝一 (2012). 暴力対処教育の効果を考える：包括的暴力防止プログラムを活用して. 日本精神科看護学術集会誌, 55 (1), 288-289.

細谷和男, 若林幸久, 小出浩史, 小林佳恵子, 折原智樹, 石崎有希, 他 (2010). 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) 研修参加による暴力に対する意識の変化と関連性についての研究. 国立病院総合医学会, 64, 570.

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

Huang HC, Wang YT, Chen KC, Yeh TL, Lee IH, Chen PS, Yang YK, Lu RB (2009). The Reliability and validity of the Chinese version of the Modified Overt Aggression Scale. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13 (4), 303-306.

Hurlebaus A E (1997). The effects of an aggressive behavior management program on nurses' levels of knowledge, confidence, and safety. Journal of Nursing Staff Development, 13 (5), 260-265.

一瀬英史 (2010). 改訂版暴力意識尺度の作成. 心理臨床学研究, 28 (4), 534-539.

一瀬久美子, 堀江令子, 牟田典子, 松山育枝, 佐藤逸子, 浅田まつえ, 他 (2007). 看護師が抱える職場のストレスとその対応. 保健学研究, 20 (7), 67-74.

井部俊子 (2006). 厚生労働科学研究費補助金. 厚生労働科学特別研究事業. 医療機関における安全管理体制のあり方に関する研究.

池田勝紀 (2008). 対応マニュアルを中心とした患者・家族による暴力への対応. 月刊新医療, 35 (4), 122-124.

今関美喜子, 片岡弥恵子, 櫻井綾香 (2015). 女性に対する暴力スクリーニング尺度への回

- 答と想起した状況の分析．日本助産学会誌，29（1），22-34.
- 石田利也（2011）．術科のススメ；剣道は私の財産である．警察公論，66（8），37-43.
- 石川幸一（2011）．術科のススメ；職務を支える警察柔道．警察公論，66（7），48-53.
- 石野麗子，鈴木啓子，小宮浩美（2005）．看護者が職場で受ける暴力の実態について．日本看護学会論文集：精神看護，36，106.
- 岩堂秀明（2013）．今、岡山の学校教育は 中学校現場で起きていること、そして改善に向けて．岡山大学教師教育開発センター紀要，3，1-9.
- 岩尾亜希子，藤原喜美子，長谷川志保子，上野京子，太田久子，長谷川幸子，他（2013）．都内私立大学病院本院の職員が患者・患者家族などから受ける院内暴力の実態．日本医療・病院管理学会誌，50（3），35-43.
- Jackson M, Ashley D（2005）．Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health, 18（2）, 114-121.
- Jansen G, Dassen T, Moorer P.（1997）．The perception of aggression. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 11（1），51-55.
- Jansen GJ, Middel B, Dassen TWN（2005）．An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale. International Journal of Nursing Studies, 42（4），467-477.
- 角田由紀子，柳本祐加子解説（2011）．女性への暴力防止・法整備のための国連ハンドブック．東京：梨の木舎．
- Kalton G, Roberts J, Holt D（1980）．The Effects of Offering a Middle Response Option with Opinion Questions. The Statistician, 29（1）, 65-75.
- 鴨下守孝（2010）．受刑者処遇読本：明らかにされる刑務所生活．東京：小学館集英社プロダクション．
- 片岡弥恵子（2005）．女性の対する暴力スクリーニング尺度の開発．日本看護科学学会，25（3），51-60.
- 川名典子（2013）．杏林大学病院でのがんと心のケア．杏林医会誌，44（2），91-95.
- 川添郁夫，則包和也（2014）．看護学生に対する包括的暴力防止プログラム（CVPPP）の教育効果．保健科学研究，4，1-10.
- 金高閭，黒田研二（2011）．認知症の人に対する態度に関連する要因-認知症に関する態度

- 尺度と知識尺度の作成-. 社会医学研究, 28 (1), 43-55.
- Knoedler DW (1989). The Modified Overt Aggression Scale. *American Journal of Psychiatry*, 146 (8), 1081-1082.
- 小宮浩美, 鈴木啓子, 石野麗子, 石村佳代子, 金城祥教 (2005). 入院患者から看護者が受ける暴力的行為に関する研究 - 18 人の精神科看護者の体験 -. 日本精神保健看護学会誌, 14 (1), 21-31.
- 厚生労働省 (2014). 看護職員の現状と推移. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-iseikyoku-Soumuka> (平成 29 年 10 月 11 日確認)
- Krippendorff K (1980). メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. (三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳). 東京: 勁草書房.
- 久米島美紀子, 豊田久美子, 藤田みか, 毛利由布子, 品田知恵, 三枝弘美, 松田和子 (2007). 看護師のクリニカルラダーに対する認識. *人間看護学研究*, 5, 49-55.
- 倉持裕子, 切明幸, 山本広美, 奥本ますみ (2012). ロールプレイを取り入れた実践的な暴力対策研修. *看護人材教育*, 8 (6), 49-54.
- Lewis DM (2002). Responding to a violent incident : Physical restraint or anger management as therapeutic interventions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (1), 57-63.
- Love CC, Hunter ME (1996). Violence in public sector psychiatric hospitals . Benchmarking nursing staff injury rates. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34 (5), 30-34.
- Lynn ML (1986). Determination and quantification of content validity, *Nursing Research*, 35 (6), 382-385.
- Machado C, Matos M, Saavedra R, Cruz O, Antunes C, Pereira M, et al (2009). Beliefs and attitudes of professional about matital violence studies with Health Proffissionals, Policeman and Teachers. *Acta Medica Portuguesa*, 22 (6), 735-742.
- 前田樹海 (2006). 看護従事者の教育背景の推移: 長野県内の就業看護職の全数調査より. *医療情報学*, 26 (2), 121-128.
- 前島宏之, 三木明子, 小日山千絵 (2007). 病院職員の暴力の教育前後で認めた認識の変化. 第 38 回日本看護学会看護管理, 442-444.
- 槇平一隆, 丸山昭子, 井上善久, 有賀美恵子, 鈴木英子 (2012). 精神科病棟入院患者の看

- 護師に対する暴力に関する国内の文献検討. 長野県看護大学紀要, 14 (1), 87-97.
- 牧野英之, 中原つかさ, 西村幸子, 吉川久子, 森本佳代子 (2007). 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) 導入のための研修の教育効果, 国立病院総合医学会, 61, 371.
- Margari F, Matarazzo R, Casacchia M, Roncone R, Dieci M, Safran S, et al (2005). Italian validation of MOAS and NOSIE: a useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. 14 (2), 109-118, DOI : 10.1002/mpr.22
- 増田真也, 北岡和代, 荻野佳代子 (2012). 心理尺度における項目の方向性とグループ化の影響. 健康心理学研究, 25 (1), 31-41.
- 松井伴繁 (2011). 術科のススメ ; 体力トレーニングを始めましょう. 警察公論, 66 (6), 30-36.
- 松本祐二 (2014). 川越少年刑務所における CAD 技術科訓練の取組. 刑政, 125 (8), 32-41.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002). 誰も教えてくれなかった因子分析. 東京 : 北大路書店.
- 松尾康史 (2006). 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) の開発プロセス. 精神科看護, 33 (3), 31-35.
- 松澤剛毅, 三村敦輝, 宗像正樹, 戸部理絵, 下村陽子 (2012). 院内暴力における対応の共有～院内の検討会の報告～. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 40 (1), 90-91.
- 松下年子, 野口海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介 (2010). がん患者が受けた心のケア・サポート : インターネットによる実態調査. 日本総合病院精神医学, 22 (2), 142-152.
- McGowan S, Wynaden D, Harding N, Yassine A, Parker J (1999). Staff confidence in dealing with aggressive patients : A benchmarking exercise. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 8 (3), 104-108.
- 三木明子 (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), 1103.
- 三木明子 (2013). 院内暴力への対応力を育む職員教育. 看護展望, 38 (9), 4-10.
- 三木明子, 大松奈津子 (2006). 看護師が外来で受ける暴力の内容と対応方法. 日本看護学会論文集 : 精神看護, 37, 130-132.
- 三木明子, 小日山千絵 (2007). 病院職員と看護学生のための暴力防止プログラムの有用性の検討. 日本看護学会論文集 : 精神看護, 38, 18-20.
- 三木明子, 友田尋子 (2010). 事例で読み解く 看護職が体験する患者からの暴力. 東京 :

日本看護協会出版会.

三木明子, 佐藤百合 (2012). 職場で院内暴力を経験した看護師における PTSD の実態.

日本産業衛生学会講演集, 85, ROMBUNNO.P-1-038.

三木明子, 友田尋子, 宇垣めぐみ, 河本さおり (2010). 病院現場での職種別の患者暴力の被害実態と対応. 日本看護学会論文集: 精神看護, 40, 42-44.

三浦百合子, 田中淳子 (2009). 看護職が患者・家族から受ける暴力行為と組織対応に向けた取り組み. 日本看護学会論文集: 看護管理, 39, 279-281.

宮崎章夫 (2011). 認知症の攻撃的言動に関する介護職員の対処効力感尺度の信頼性と妥当性-グループホーム職員における検討-. 健康心理学研究, 24 (2), 22-32.

文部科学省 (2015). 平成 26 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について. www.mext.go.jp/b_menu/houdou/.../1362012_1_1.pdf (2016 年 10 月 11 日確認)

森岡真美, 三木明子 (2010). 新人看護師に対する暴力防止研修の成果. 日本看護学会論文集: 精神看護, 41, 231-234.

村上宣寛 (2013). 心理尺度のつくり方. 京都: 北大路書房.

長坂桂子, 井上梢, 堀井泉, 宮川絵美子, 梅田優美, 瀧真弓, 片岡弥恵子 (2012). 産褥期の女性に対する DV スクリーニングと支援の実際と評価. 母性衛生, 52 (4), 529-537.

中木高夫, 川崎修一訳 (2015). 看護における理論構築の方法. Lorraine OW, Kay CA (2005). Strategies for theory construction in nursing. 東京: 医学書院.

中村日出夫, 丸本典子 (2010). 組織的な暴力対策のこれからの課題. 日本精神科看護学会誌, 53 (1), 366-367.

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.

Needham I, Abderhalden C, Halfens RJ, Dassen T, Hang HJ, Fischer JE (2005a). The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19 (3), 296-300, 10.1111/j.1471-6712.2005.00344.x.

Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, Dassen T, Hang HJ, Fischer JE (2005b). The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. International

Journal of Nursing Studies, 42, 649-655.

Nicola M (2011). Violence prevention in a Small-scale Psychiatric Unit : Program Planning and Education. International journal of occupational and environmental health : Official Journal of the International Commission Occupational Health, 17 (4), 336-344.

日本看護協会 (2006). 保健医療福祉施設における暴力対策指針. 1-4.

<http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/bouryokusisin.pdf> (2016 年 10 月 11 日 確認)

日本看護協会 (2016). 看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版) 活用のための手引き. <http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/pdf/tebiki.pdf> (2016 年 10 月 11 日 確認)

日本医療メディエーター学会 (2016). 医療メディエーター (医療対話仲介者) の約束・行動倫理. <http://jahm.org/pg198.html> (2016 年 11 月 26 日 確認)

仁木智織 (2010). 組織内部からみた看護職への暴力. 三木明子, 友田尋子編. 事例で読み解く看護職が体験する患者からの暴力. P22-24, 東京: 日本看護協会出版会.

新田純子 (2006). 看護師の臓器提供に対する態度尺度・知識尺度の開発と信頼性・妥当性の検討-臓器提供関係施設看護師を対象とした実証的研究-. 日本看護研究学会雑誌, 29 (4), 15-22.

織田揮準 (1999). 日本語の程度量表現用語に関する研究. 教育心理学研究, 18 (3), 38-48.

岡田実 (2007). 精神科病院における患者の暴力と攻撃行動に対する看護介入技術に関する研究. 日本精神保健看護学会誌, 16 (1), 1-11.

岡田実 (2007). 暴力と攻撃行動に対処する精神科看護実践の技術的諸相 - 「読みと見極め」および「身体準備性」について -. 弘前学院大学看護紀要, 2, 9-22.

大淵憲一, 山入端津由, 藤原則隆 (1999). 機能的攻撃性尺度 (FAS) 作成の試み. 犯罪心理学研究, 37 (2), 1-14.

大原竜児, 田中茂夫, 前園親寿, 繪幡学 (2006). 看護師が患者から受ける暴力行為の実態. 精神看護, 9 (1), 90-92.

大澤智子, 加藤寛 (2008). 看護師の職場における非暴力体験とその影響に関する調査研究. 心的トラウマ研究, 4, 69-81.

折笠精士, 常名一弘, 川上修, 大澤峰芳 (2010). 看護師のディエスカレーションに対する

- 意識の傾向と教育の方向性について．日本看護学会論文集：精神看護，41，84-87.
- 尾崎フサ子，金井 Pak 雅子，柳井春夫，上泉和子，柏木公一（2011）．尺度は威喝の課題と今後の方向性．日本看護管理学会誌，15（2），175-184.
- Oztunc G（2005）．Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses．*Journal of Nursing Care Quality*，21（4），360-365.
- Palmstierna T, Barredal E（2006）Evaluation of the Perception of Aggression Scale（POAS）in Swedish nurses．*Nordic Journal of Psychiatry*，60（6），DOI：10.1080/08039480600601021803.
- Paterson B, Leadbetter D, McComish Alex（1999）．De-escalation in the management of aggression and violence．*Nursing times*，93（36），58-61.
- Paulhus DL（1991）．*Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. CHAPTER2-Measurement and control of response bias. San Diego, CA：Academic Press.
- Pont J, Stover H, Getaz L, Casillas A, Wolff H（2015）．Prevention of violence in prison-The role of health care professionals．*Journal of Forensic and Legal Medicine*，34，127-132.
- Poster EC, Ryan JA（1989）．Nurses' attitudes toward physical assaults by patients．*Archives of psychiatric nursing*，3（6），315-322.
- Poster EC（1996）．A Multinational Study of Psychiatric Nursing Staffs' Beliefs and Concerns About Work Safety and Patient Assault．*Archives of Psychiatric Nursing*，10（6），365-373.
- Pulsford D, Crumpton A, Baker A, Wilkins T, Wright K, Duxbury J（2013）．Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes．*Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*，20（4），296-304.
- Ricciardell R（2016）．Producing Social（Dis）Order in Prison: The Effects of Administrative Controls on Prisoner-on-Prisoner Violence．*The Prison Journal*，96（2），210-231.
- Rodriguez VA, Paravic TM（2013）．A model to investigate workplace violence in the health sector．http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n1/en_25.pdf，34（1），196-200.
- Rosales AV, Rossegger A（2008）．Validation and calibration of the VRAG in Switzerland.

European Psychiatry, 23 (2), S345.

Rotermund P, Berger K, Lehmann K (2013). The prognostic validity of PCL-R and custodial addiction treatment (64 of the German Criminal Code). Monatsschrift fur Kriminologie und Strafrechtsreform, 96 (4), 314-324.

酒井千知, 山田静子, 野中浩幸 (2012). 精神科看護師が患者から受けた暴力の実態・勤務中に受けたすべての暴力について-. 岐阜医療科学大学紀要, 6, 109-116.

酒井貴庸, 設楽雅代, 脇田貴文, 金澤潤一郎, 坂野雄二, 園山繁樹 (2014). 自閉症スペクトラム障害の障害特性に関する知識尺度の開発. 日本自閉症スペクトラム研究, 12 (1), 19-28.

佐藤可奈 (2015). 患者による看護師への暴力に関する日本の看護師長の対応. 東京医科歯科大学博士論文.

重久加代子, 渡辺孝子, 兵頭明和 (2007). がん患者のケアを担う看護師のケアリング行動を測定する質問紙の開発. がん看護, 12 (6), 648-655.

下里誠二 (2008). 暴力のリスク・アセスメント. 精神医療, 52, 110-113.

下里誠二 (2009). 暴力のリスク・マネジメント: 暴力を回避する対処方法. 精神医療, 53 (1), 105-109.

下里誠二 (2010). 包括的暴力防止プログラム Comprehensive Violence Prevention and Protection Program : CVPPP～専門的な知識と効果的な対応能力を高めるために～. 東京精神科病院協会誌, 25, 46-50.

下里誠二, 西谷博則, 松尾康志, 平石孝美 (2005). 包括的暴力防止プログラムの教育効果に関する研究, 日本看護尾研究学会雑誌, 28 (3), 305.

下里誠二, 塩江邦彦, 松雄康志, 西谷博則, 石川博康, 伊藤憲治, 佐伯幸治, 他 (2007). Broset Violence Checklist (BVC) 日本語版による精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測の検討. 精神医学, 49 (5), 529-537.

Shjarback JA, White MD (2016). Departmental Professionalism and Its Impact on Indicators of Violence in Police-citizen Encounters. Police Quarterly, 19 (1), 32-62.

私立大学病院医療安全推進連絡会議 (2013). 松葉杖で殴打、刃物で脅し やまぬ院内暴力 - 私大病院本院で4割強が被害. 医療介護CBニュース. <http://www.cabrain.net/news/regist.do> (2016年10月11日確認)

Soares MH, de Vargas D (2013). The translation and cultural adaptation of the

- Management of Aggression and Violence Attitude Scale - MAVAS - for nurses in Brazil. Rev Esc Enferm USP, 47 (4), 896-903.
- Southcott J, Howard A, Collins E (2002). Control and restraint training in acute mental health care, Nursing Standard, 16 (27), 20-26.
- Steinert T, Gebhardt RP (2000). Fire seclusion and restraint carried out arbitrarily?. Psychiatrische Praxis, 27 (6), 282-285.
- Stubbs B, Rayment N, Soundy A (2011). Physiotherapy students' experience, confidence and attitudes on the causes and management of violent and aggressive behaviour. Physiotherapy, 97 (4), 313-318.
- 菅原大輔 (2011). 精神科看護師と患者間に生じた対立場面の解決についての考察. 弘前学院大学看護紀要, 6, 11-22.
- 鈴木勲 (2011). 子どもの暴力問題への対応の基本. 浅井春夫編著, 子どもの暴力対応実践マニュアル. 東京: 建帛社.
- 鈴木佳苗, 坂元章, 木村文香, 足立にれか, 坂元桂 (1999). 国際理解測定尺度の作成. 日本心理学会発表論文集, 63, 1013.
- 鈴木啓子, 吉浜文洋 (編著) (2005). 暴力事故防止ケア. 東京: 精神看護出版.
- 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.
- Swartz K, Osborne DL, Dawson-Edwards C, Higgins GE (2016). Policing Schools: Examining the Impact of Place Management Activities on School violence. American Journal of Criminal Justice, 41 (3), 465-483.
- 田部正久 (2011). 術科のススメ: 最高の逮捕術とは. 警察公論, 66 (9), 45-52.
- 高橋正俊 (2014). 暴力によって適応障害となった看護師と解雇の可否. 安全と健康, 65 (1), 49-51.
- 高橋宗男, 前山桜, 稲田光一, 武藤教志 (2013). ディエスカレーションスキル・トレーニングの効果の検証. 第43回日本看護学会論文集 精神看護, 26-29.
- 田辺有理子 (2009). 精神科看護師が患者から受ける暴力の経験と報告に関する認識. 岩手県立大学看護学部紀要, 11, 13-22.
- 谷川千佳子 (2010). 看護職員に対する能力評価と能力主義管理. 社会政策学会誌, 2 (1),

107-119.

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.

谷本泰子 (2010). 人間の攻撃性の探求-自他攻撃性尺度の作成-. 徳島文理大学研究紀要, 80, 37-49.

田代高章, 八重樫一矢 (2009). 高校生徒指導の現状と課題. 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 8, 17-36.

Telles LED, Day VP, Folino JO, Taborda JGV (2009). Reliability of the Brazilian version of HCR-20 Assessing Risk for Violence. Revista Brasileira de psiquiatria, 31 (3), 253-256, DOI : 10.1590/S1516-44462009005000001.

友田尋子, 三木明子, 宇垣めぐみ, 河本さおり (2010). 患者からの病院職員に対する暴力の実態調査 - 暴力の経験による職種間比較 -. 甲南女子大学研究紀要, 4, 69-77.

豊田郁子 (2007). 病院で働くスペシャリスト いちばん苦しい思いをしている人に寄り添う. 看護, 59 (5), 94-97.

Tutuncu R, Kilic S, Basoglu C, Ates MA, Algul A, Balibey H, Gunay H, et al (2015). The Reliability and Validity of the Turkish Version of Psychopathy Checklist-Revised (Turkish PCL-R). Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 25 (2), 118-124, DOI : 10.5455/bcp.20150310105903.

上野栄一 (2005). 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. 日本看護科学学会誌, 25 (2), 47-55.

梅川奈々 (2014). 看護系大学における職業教育のあり方-経験をとおした省察への支援-. 千里金欄大学紀要, 11, 49-56.

Van Heesch B, Jeandarme I, Pouls C, Vervaeke G (2016). Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders. Psychology, Crime & Law, 22 (6), 530-537, 10.1080/1068316X.2016.1168423.

和田仁孝 (2008). 裁判外紛争処理の現状とその問題点. 日本外科学会雑誌, 109 (3), 163-166.

和田由紀子 (2012). 病院内で発生する暴力に対する看護職の認識と対応の枠組み. 新潟青陵学会誌, 4 (3), 21-31.

Wei C, Gerberich SG, Alexander BH, Ryan AD, Nachreiner NM, Mongin SJ (2013).

Work-related violence against educators in Minnesota : Rates and risks based on hours exposed . Journal of Safety Research , 44 (1) , 73-85 , DOI : 10.1016/j.jsr.2012.12.005.

山口洋 (2008). 尺度における項目の位置と項目信頼性. 社会学部論集, 47, 75-88.

山本哲也, 湊拓也, 菊池淳史 (2012). 特別養護老人ホームに入所する暴言・暴力のある利用者の理解と対応. つくば国際大学研究紀要, 18, 57-70.

柳井晴夫, 伊部俊子 (2015). 「看護を測る」. 東京: 朝倉書店.

Yao X, Li Z, Arthur D, Hu L, An FR, Cheng G (2014). Acceptability and psychometric properties of Broset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21 (9), 848-855, DOL: 10.1111/jpm.12132.

Yodofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. The American Journal of Psychiatry, 143 (2), 35-39, DOI : 10.1176/ajp.143.1.35.

米満友香, 殿村江里佳, 武用百子 (2012). 暴力対応マニュアル活用に対する救急看護師の困難感の内容. 日本救急看護学会雑誌, 14 (2), 1-10.

吉川和男 (2011). 暴力のリスク・アセスメントとリスク・マネージメント. 精神科臨床サービス, 11 (3), 388-392.

吉岡さおり, 小笠原和江, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 他 (2009). 終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. 日本看護科学会誌, 29 (2), 11-20.

全日本病院協会 (2008). 院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査. <http://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/080422.pdf> (2016 年 10 月 11 日確認)

図 表

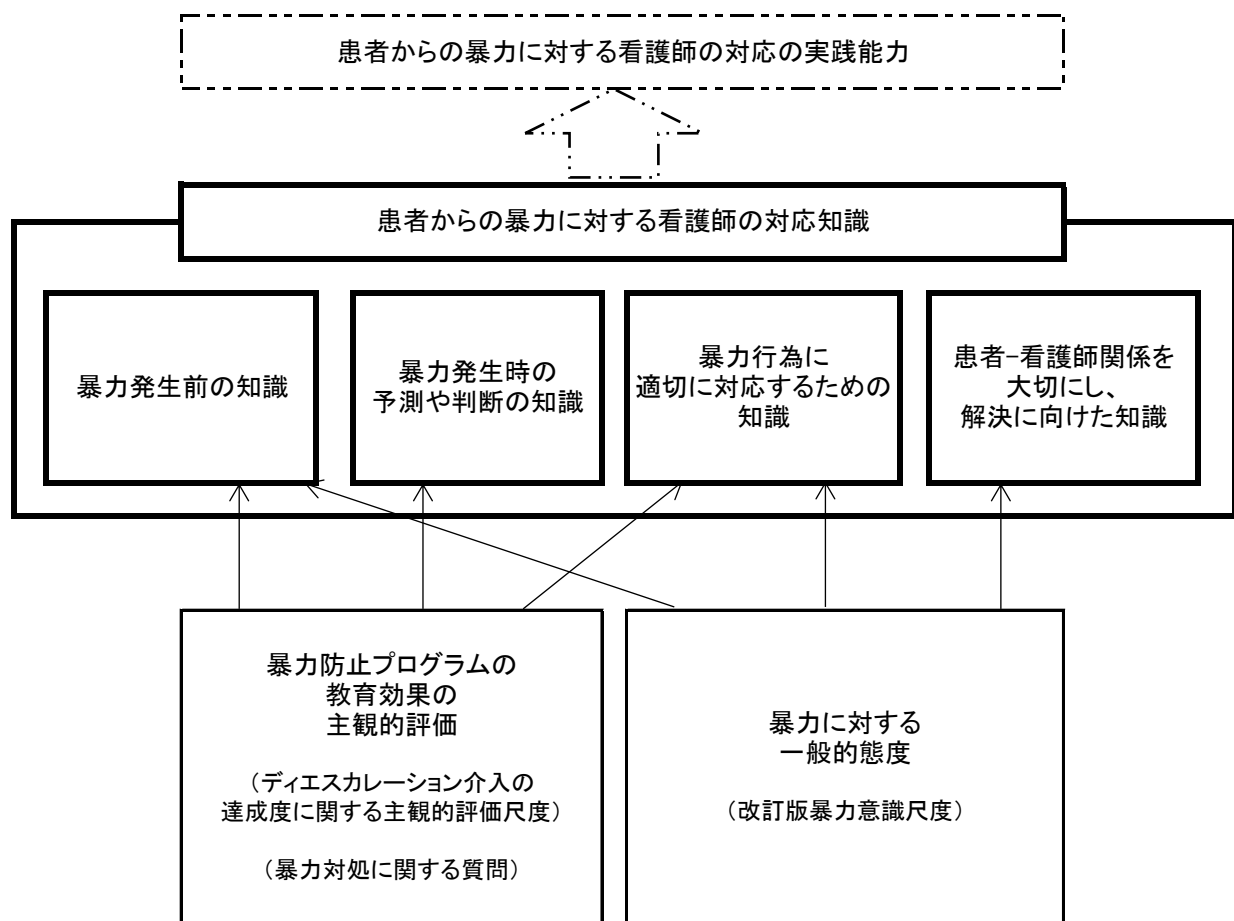


図1 本研究の概念図

- 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の構成要素
- 「患者からの暴力に対する看護師の対応知識」の構成概念妥当性の検討に用いる要素
- 本研究で得られる知見が基盤となって、つながると予想した概念

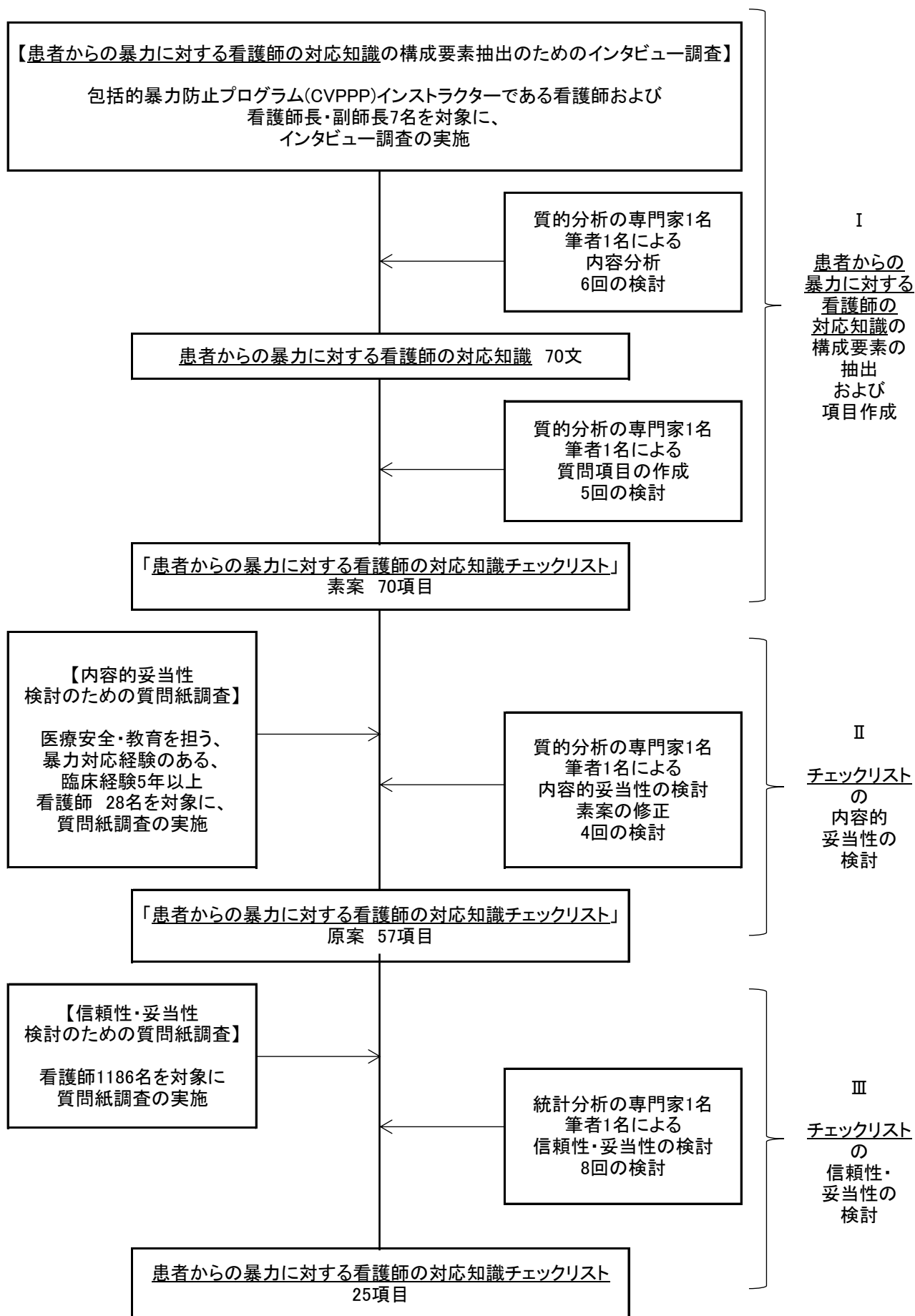


図2 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの作成プロセス

表1 海外における暴力に関する尺度の特徴と課題の検討

尺度開発者 (年代)	尺度名	尺度の特徴	課題
1 Yudofsky SC et al (1986)	The Overt Aggression Scale (OAS)	暴力の行為と介入方法に焦点をあて、暴力の深刻さや頻度を評価できる。小児科、精神科など、さまざまな場所で発生する暴力を対象としている。The Modified Over Aggression Scale (MOAS) も作成されている (Knoedler, 1989)。複数の国で翻訳され、使用されている (Steinert et al, 2000; Margari et al, 2005; Huang et al, 2009)。	暴力場面における暴力行為とその介入方法の深刻さや頻度に焦点があてられ、暴力への対応知識を測定する内容ではない。
2 Poster et al (1989)	The Attitudes Towards Physical Assault Questionnaire	精神科病棟における看護師の患者からの暴力に対する態度を測定できる。さまざまな国の精神科に勤務している看護師を対象に測定され、得点分布を比較検討し、国の違いで得点分布の差があると報告されている (Poster EC, 1996)	作成されたアメリカの法律を含む尺度項目で、精神科病棟に特化した内容であり、尺度使用が限定的である。
3 Collins (1994)	The Attitudes Toward Aggressive Behaviour Questionnaire	The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme (PMAB) を受講した精神科看護師を対象に、患者からの身体的暴力に対する態度を測定できる。	尺度使用はPMABの教育効果のみと限定的である。
4 Finnema et al (1994)	The Perception of Aggression Scale (POAS)	精神科看護師の暴力に対する認識を測定でき、短縮版 (Jansen et al, 1997; Abderhalden et al, 2004) も作成されている。いくつかの国で翻訳され、使用されている (Palmstierna T et al, 2006)	暴力に対する認識を測定するため、看護師の対応知識を測定する内容ではない。尺度使用が精神科のみと限定的である。
5 Jansen et al (1997)	The Attitudes Toward Aggression Scale (ATAS)	暴力行為とは何なのかを測定できる。短縮版も作成されている (Jansen GJ et al, 2006)。	暴力行為を測定するため、看護師の対応知識を測定する内容ではない。
6 Belfrage H (1998)	HCR-20 (Historical Clinical Risk management-20)	精神障害者や犯罪者による暴力のリスク要因を、ヒストリカル (過去)、クリニカル (現在)、リスク・マネジメント (未来) の視点からアセスメントするツールである。現在、バージョン3まで作成されている (Douglas KS, 2014)。複数の国で翻訳されて利用されており (Douglas KS, 1999; Dahle KP, 2006; Telles LED et al, 2009; Cesniene I, 2010)、日本語訳も作成されている (吉川, 2011)。	精神障害者や犯罪者による暴力に限定されたリスクアセスメントツールであり、尺度使用が限定的である。暴力が発生する可能性を予測する指標であり、暴力発生時における看護師の対応知識を測定する内容ではない。
7 Hare RD (2000)	Psychopathy Check List Revised (PCL-R)	精神科病棟や刑務所で使用する暴力のリスクアセスメントツールとして作成された。暴力のリスクファクターから、暴力のリスクをアセスメントし、暴力が発生する可能性を予測する指標である。他国で翻訳され、使用されている (Rotermund P, 2013)。	暴力のリスクファクターから、暴力のリスクをアセスメントし、暴力が発生する可能性を予測する指標であり、暴力発生時における看護師の対応知識を測定する内容ではない。

8	Almvik R, et al (2000)	The Broset Violence Checklist (BVC)	精神科病棟内において、短期間(24時間以内)に暴力が発生する可能性(短期予測)をする指標である。 いくつかの国で翻訳され(Abderhalden C et al, 2006; Clarke DE, 2010; Yao X, 2014)、日本語版も作成されている(下里ら, 2007; 下里, 2008)。	精神科病棟における暴力の発生する可能性を予測するアセスメント指標であり、暴力発生時における看護師の対応知識を測定する内容ではない。
9	Harris GT (2002)	Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)	精神科や刑務所などで使用するツールで、PCL-Rの得点や暴力のリスクファクターから、暴力のリスクを測定するアセスメントツールとして作成された。 暴力のリスクを定量化することができる。 いくつかの国で翻訳され、使用されている(Van Heesch B, 2016; Rosales AV, 2008)。	PCL-Rの得点や、暴力のリスクファクターから、暴力のリスクをアセスメントし、暴力が発生する可能性を予測する指標であり、暴力発生時の看護師の対応知識を測定する内容ではない。
10	Duxbury (2003)	The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS)	精神科看護師を対象に、患者からの暴力の原因に対する認識を測定できる。 MAVASは、いくつかの国で翻訳されている(Hahn et al, 2006; Stubbs et al, 2011, ; Dickens, 2013; Pulsford, 2013; Soares et al, 2013)。 MAVASは、Aggression management training programmeを受講した精神科看護師を対象に教育効果の検討のために使用されている(Hahn et al, 2006)。	患者からの暴力の原因に対する認識を想定するため、暴力に対応するために必要な看護師の対応知識を測定する内容ではない。 精神科のみと限定的である。
11	Needham I (2005a)	The Impact of Patient Aggression on Carers Scale (IMPACTS)	精神科看護師を対象に、暴力を振るった患者に対する看護師のネガティブな感情や行動の程度を測定できる。 尺度開発者によって、暴力防止教育効果の評価指標に使用されている(Needham et al, 2005b)	暴力を振るった患者に対する看護師のネガティブな感情や行動を測定するため、暴力発生時の看護師の対応知識を測定する内容ではない。

表2 日本における暴力に関する尺度の特徴と課題の検討

尺度開発者 (年代)	尺度名	尺度の特徴	課題
1 大淵ら (1999)	機能的攻撃性尺度(FAS)	人の攻撃性について、回避・防衛、強制・影響、制裁・報復、同一性の側面から測定できる。	人の攻撃性を測定する尺度であり、患者からの暴力に対する看護師の対応知識を測定する尺度ではない。
2 下里ら (2005)	暴力対処に関する質問	CVPPPの教育を受けた病院職員や児童養護施設の職員などがどのくらいCVPPPの技術を活用して暴力に介入できるかの自己評価を測定できる。暴力に対応するためには、スタッフに自信を与えることは重要とされ(Lewis et al, 2002; Southcott et al, 2002)、教育の効果を「できる」という自信の側面から測定するために使用されている。精神科病院に勤務する看護師や看護学生などを対象者とし、CVPPPを教育し、教育効果として用いられている(下里ら, 2005; 牧野ら, 2007; 赤城ら, 2010; 細谷ら, 2010; 星名ら, 2012; 川添ら, 2014)	尺度使用はCVPPPの教育評価のみと限定的である。CVPPPの技術に対する主観的評価であるため、暴力発生時における患者からの暴力に対する看護師の対応知識を測定する尺度ではない。
3 片岡 (2005)	女性に対する暴力スクリーニング尺度(VAWS)	周産期におけるDV被害のスクリーニングツールである。尺度はDVのスクリーニングのために使用した報告(長坂ら, 2012; 今関ら, 2015)がある。	周産期の女性に対する男性からの暴力、DVIに焦点を当てた尺度で使用が限定的である。
4 一瀬 (2010)	改訂版暴力意識尺度	小学生や中学生など、一般の人々の一般的な暴力に対する態度や認識を測定できる。	一般の人々の暴力に対する態度や認識を測定する尺度であり、患者からの暴力に対する看護師の対応知識を測定する尺度ではない。
5 谷本 (2010)	自他攻撃性尺度	一般の人々の自己、および、他者に対する攻撃性を測定できる。攻撃性は表出、非表出の視点より測定できる。	一般の人々の攻撃性を測定する尺度であり、攻撃や暴力に対応するための看護師の対応知識を測定する尺度ではない。
6 宮崎 (2011)	攻撃的言動に関する対処効力感尺度	介護職員を対象とし、認知症の攻撃的言動に対処をおこなう自信の程度を測定できる。	認知症の攻撃的言動に限定し、対処する自信の程度を測定することが可能であるが、暴力発生時の患者からの暴力に対する看護師の対応知識を測定する内容ではない。
7 高橋ら (2013)	ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度	包括的暴力防止プログラムComprehensive Violence Prevention and Protection Program(以下CVPPP)の教育内容のディエスカレーション介入を病院職員などがどのくらいできるかの主観的評価を測定できる。教育直後、および、1ヶ月後の2時点で測定し、教育直後では一部の尺度項目の得点が高くなるものの、1ヶ月後では尺度項目の得点は低下すると報告されている。	ディエスカレーション介入という側面より、患者からの暴力に対する看護師の対応知識の一部を測定することが可能であるが主観的評価であるため対応知識を測定する内容ではない。測定内容は看護師だけではなく、他職種にも共通した暴力への対応知識である。ディエスカレーション介入に関する内容に限定される。

表3 対象者の基本属性

N=7

		n	%
性別	男性	6	85.7
	女性	1	14.3
職種(重複回答)	CVPPPインストラクター	4	57.1
	看護師長・副師長	4	57.1
年代	40代	4	57.1
	50代以上	3	42.9
		<i>M</i>	<i>SD</i>
病院勤務年数		25.4	6.1

Note. *M*=平均値; *SD*=標準偏差.

CVPPP=Comprehensive Violence Prevention and Protection Program

表4 患者からの暴力に対する看護師の対応知識の構成要素

カテゴリー	サブカテゴリー
発生前	暴力履歴の把握
	患者が暴力を起こしやすい場面、時間帯、暴力発生後の情報を整理する
	平常時と興奮時の状態の把握
	平常時の言動と興奮時の違いを察知する
	暴力対応のための環境調整
発生前の態度	事前にスタッフに応援を依頼し待機する
	患者の部屋を個室に近い状況に調整する
	リスクの注意喚起
	患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で注意し合う
	共有知識の統一
発生時	暴力対応に関する知識や技術、計画をスタッフで共有しておく
	発生防止のための自身の態度
	患者が嫌と思う言葉や上から目線で話さず、話を聞く姿勢をとる
	普段から落ち着いた雰囲気ですぐに接し、患者との関係を構築する
	暴力対応に関する知識を持っているという自信を持つ
発生時	興奮状態の観察
	興奮状態の患者の言動を観察する
	興奮が再燃する可能性があるため、数時間は患者の状態を経過観察する
	暴力リスクの予測
	患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する
発生時	暴力による被害の程度を予測する
	エスカレート
	患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する
	単独対応可否の判断
	患者の状態と自分の精神的余裕から、1人で対応するか応援を待つかの判断をする
発生時	緊急性の判断
	患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする
	介入方法の判断
	興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な者を見極める
	患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する
発生時	安全な環境整備
	暴力に及ぶ時、声かけでの介入はせず、制止の判断をする
	暴力を制止しても興奮が収まらない時、投薬の判断をする
	危険が及ばない安全なところに他の患者を避難させる
	危険物所持の確認のために身体検査をする
発生時	接近
	患者の周囲にある凶器につながるものを除去する
	腕2本程度の距離をとり、真正面ではない位置から接近する
	スタッフの声かけによる患者の反応を確認してから接近する
	部屋では出口側に位置し、退避できる距離と退路を確認して接近する
発生時	退避
	一人では患者に接近せず、複数のスタッフが応援に来た後に接近する
	自分が攻撃対象と判断した時は患者から離れる
	攻撃を避けながら一時退避する
	患者に拘束された時、離脱する
発生時	離脱
	患者に拘束された時、離脱する
	応援の要請と対応
	まず部署内のスタッフに応援を要請する
	病棟内で対応困難な暴力発生時、他部署からの応援を要請する
発生時	暴力発生に気づいた時、暴力対応を優先させて応援に駆けつける
	各部署を守る最小限の人員以外は、暴力発生場所に駆けつける
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場
	場
	場
	場
発生時	場
	場

立場の保障	患者の味方となり、裏切らず支援することを保証する
相互理解	患者の立場に立ち、状況や原因の解決に向けて支援する 患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する
限界ラインの設定	スタッフの行動の意図を患者に説明する 事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する 患者の訴えに対する実現可能な限界ラインを提示する 患者の立場に立って意見を引き出し、実現可能な範囲のかけひきをする
交渉の一時中止と再設定	話が平行線で進展しない時は交渉を中止し、交渉日時の再設定を行う
意識をそらす	攻撃対象や原因から意識をそらす話をする
暴力による影響を伝える	暴力被害を受けた相手の苦痛や気持ちを患者に伝え、理解させる 暴力に及ぶことによって患者が被る不利益を伝える
医師との患者の状態評価	患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける
意思決定	今後とる行動の方向性を具体的に複数提案し、患者自身に意思決定させる
沈静状態の評価	患者の興奮が沈静した後、自身がとった行動の問題を明確化して謝罪を促す 暴力への介入効果を経過観察し、平常時に近い状態かを評価する
発生時の対応時の自身の態度	患者の言動に対して感情的に反応せず冷静な態度を保つ 患者の訴えを親身になって聞く雰囲気で臨む 一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える

表5 チェックリストの内容的妥当性の検討の対象者の基本属性 N=26

		n	%
病院内の役割	医療安全	7	26.9
	教育担当	15	57.7
	暴力発生時における招集職員	1	3.9
	スタッフ	3	11.5
		<i>M</i>	<i>SD</i>
臨床経験年数		16.7	6.8

Note. *M*=平均値; *SD*=標準偏差.

表6 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の適切性の検討結果

N=26

項目 番号	項目	適切である		適切でない	
		n	%	n	%
1	患者が暴力を起こしやすい場面、時間帯、暴力発生後の情報を把握する	24	92.3	2	2.0
2	平常時の言動と興奮時の違いを察知する	26	100.0	0	0.0
3	事前にスタッフに応援を依頼し待機する	19	73.1	7	26.9
4	患者の部屋を個室に近い状況に調整する	21	80.8	5	19.2
5	患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で注意し合う	23	88.5	3	11.5
6	暴力対応に関する知識や技術、計画をスタッフで共有しておく	26	100.0	0	0.0
7	興奮状態の患者の言動を観察する	26	100.0	0	0.0
8	興奮が再燃する可能性があるため、数時間は患者の状態を経過観察する	26	100.0	0	0.0
9	患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する	26	100.0	0	0.0
10	暴力による被害の程度を予測する	24	92.3	2	7.7
11	患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する	26	100.0	0	0.0
12	患者の状態と自分の精神的余裕から、1人で対応するか応援を待つかを判断する	19	73.1	7	26.9
13	患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする	25	96.2	1	3.8
14	興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な患者を見極める	24	92.3	2	7.7
15	患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する	24	92.3	2	7.7
16	暴力に及ぶ時、声かけでの介入はせず、制止の判断をする	12	46.2	14	53.8
17	暴力を制止しても興奮が収まらない時、投薬の判断をする	19	73.1	7	26.9
18	危害が及ばない安全なところに他の患者を避難させる	25	96.2	1	3.8
19	危険物所持の確認のために身体検査をする	17	65.4	9	34.6
20	患者の周囲にある凶器につながるものを除去する	26	100.0	0	0.0
21	腕2本程度の距離をとり、真正面ではない位置から接近する	21	80.8	5	19.2
22	スタッフの声かけによる患者の反応を確認してから接近する	25	96.2	1	3.8
23	部屋では出口側に位置し、退避できる距離と退路を確認して接近する	23	88.5	3	11.5
24	一人では患者に接近せず、複数のスタッフが応援に来た後に接近する	24	92.3	2	7.7
25	自分が攻撃対象と判断した時は患者から離れる	26	100.0	0	0.0
26	攻撃を避けながら一時退避する	25	96.2	1	3.8
27	患者に拘束された時、離脱する	22	84.6	4	15.6
28	まず部署内のスタッフに応援を要請する	26	100.0	0	0.0
29	病棟内で対応困難な暴力発生時、他部署からの応援を要請する	26	100.0	0	0.0
30	暴力発生に気づいた時、暴力対応を優先させて応援に駆けつける	23	88.5	3	11.5
31	各部署を守る最小限の人員以外は、暴力発生場所に駆けつける	22	84.6	4	15.4
32	傷害のリスクがある時、他職種や管理者、警察を呼ぶ	26	100.0	0	0.0
33	訴えを聞く目的を想定して移動を提案し、同意確認後、自ら移動するのを待つ	24	92.3	2	7.7
34	興奮し暴力が続く時、患者の身体を押さえながら移動する	16	61.5	10	38.5
35	暴力に関係した人を引き離し、別々の場所に移動させる	25	96.2	1	3.8
36	患者やスタッフの状態を見極め、移動場所を選択する	26	100.0	0	0.0
37	暴力発生の実事確認をする	24	92.3	2	7.7
38	暴力に及んだ原因を把握する	26	100.0	0	0.0
39	暴力に及んだ背景から患者の要求を把握する	25	96.2	1	3.8
40	患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くようになだめる	25	96.2	1	3.8
41	患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する	24	92.3	2	7.7
42	患者に暴力をやめ、凶器となる物を置くように声をかけて制止する	25	96.2	1	3.8
43	暴力を受けている人を保護し、暴力をふるう患者を制止する	25	96.2	1	3.8
44	患者を制止した後、鎮静化するまで押さえる	18	69.2	8	30.8
45	暴力制止時、患者とスタッフが傷害を負わない安全な妥当な力を配慮する	24	92.3	2	7.7
46	患者に体を動かすように伝え、怒りを発散させる	12	46.2	14	53.8
47	患者が興奮や暴力を抑制できるように報酬を与える	5	19.2	21	81.8
48	対応が長期化する時、スタッフを交替する	24	92.3	2	7.7
49	スタッフ間で対応手順や役割を打ち合わせて確認し、共有知識をもとに連携する	26	100.0	0	0.0
50	患者の味方となり、裏切らず支援することを保証する	21	80.8	5	19.2
51	患者の立場に立ち、状況や原因の解決に向けて支援する	26	100.0	0	0.0
52	患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する	26	100.0	0	0.0
53	スタッフの行動の意図を患者に伝える	26	100.0	0	0.0
54	事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する	25	96.2	1	3.8
55	患者の訴えに対する実現可能な限界ラインを提示する	22	84.6	4	15.4
56	患者の立場に立って意見を引き出し、実現可能な範囲のかけひきをする	19	73.1	7	26.9
57	話が平行線で進展しない時は交渉を中止し、交渉日時の再設定を行う	22	84.6	4	15.4

58 攻撃対象や原因から意識をそらす話をする	20	76.9	6	23.1
59 暴力の被害を受けた相手の苦痛や気持ちを患者に伝え、理解させる	19	73.1	6	26.9
60 暴力に及ぶことによって患者が被る不利益を伝える	22	84.6	4	15.4
61 患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける	25	96.2	1	3.8
62 今後とる行動の方向性を具体的に複数提案し、患者自身に意思決定させる	22	84.6	3	15.4
63 患者の興奮が鎮静した後、自身がとった行動の問題を明確化して謝罪を促す	14	53.8	12	46.2
64 暴力への介入効果を経過観察し、平常時に近い回復状態かを評価する	26	100.0	0	0.0
65 患者が嫌と思う言葉や上から目線で話さず、話を聞く姿勢をとる	26	100.0	0	0.0
66 普段から落ち着いた雰囲気で接し、患者との関係を構築する	26	100.0	0	0.0
67 暴力対応に関する知識を持っているという自信を持つ	24	92.3	2	7.7
68 患者の言動に対して感情的に反応せず冷静な態度を保つ	25	96.2	1	3.8
69 患者の訴えを親身になって聞く雰囲気で臨む	26	100.0	0	0.0
70 一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える	25	96.2	1	3.8

Note. 適切性が確保できなかった項目は網かけで示した。

表7 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト素案の質問項目の表現の修正

項目 番号	修正前	修正後
1	患者が暴力を起こしやすい場面、時間帯、暴力発生後の情報を把握する	患者が暴力を起こしやすい場面、暴力発生後の情報を把握する
5	患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で注意し合う	患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で共有し注意し合う
25	自分が攻撃対象と判断した時は患者から離れる	自分が攻撃対象となった時、一旦患者から離れる
26	攻撃を避けながら一時退避する	
27	患者に拘束された時、離脱する	患者につかまれた時、安全にはずす
30	暴力発生に気づいた時、暴力対応を優先させて応援に駆けつける	暴力発生に気づいた時、暴力対応のために救援に向かう
31	各部署を守る最小限の人員以外は、暴力発生場所に駆けつける	
35	暴力に関係した人を引き離し、別々の場所に移動させる	暴力に関係した患者やスタッフを引き離し、別々の場所に移動させる
37	暴力発生の実事確認をする	患者やスタッフに暴力発生の実事確認をする
40	患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くようになだめる	患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くよう努める
45	暴力制止時、患者とスタッフが傷害を負わない安全な妥当な力を配慮する	暴力制止時、患者とスタッフが傷害を負わない安全な抑え方を考慮する
55	患者の訴えに対する実現可能な限界ラインを提示する	患者の訴えに対する病院側の実現可能な範囲を提示する
62	今後とる行動の方向性を具体的に複数提案し、患者自身に意思決定させる	今後とる行動の方向性を具体的に複数提案し、患者自身に意思決定を促す
67	暴力対応に関する知識を持っているという自信を持つ	スタッフは暴力対応に関する知識を持っているという自信を持つ
68	患者の言動に対して感情的に反応せず冷静な態度を保つ	患者の言動に対して感情的に反応せず冷静な態度を保つよう努める

表8 自由記述に挙げた患者からの暴力に対する看護師の対応知識の抽出内容

カテゴリー	サブカテゴリー	質問項目
発生前		院内暴力対応マニュアルに沿って行動する 項目番号6に統合
	共有知識の統一	暴力歴のある患者への対応方法を予め決めておく 項目番号6に統合
		暴力をふるう患者に対し、強制退院などの措置が行われることがある 暴力をふるう患者に対し、強制退院などの措置が行われることがある
		暴力履歴のある患者に対し、事前に抑制承諾の説明をし同意を得る 暴力履歴のある患者に対し、事前に抑制承諾の説明をし同意を得る
	リスクの注意喚起	暴力歴についてカルテに記載する
	暴力履歴の把握	暴力に関連する疾患や内服に関する情報を把握する 暴力に関連する疾患や内服に関する情報を把握する
	対応者の変更	スタッフだけで対応せず、患者の家族に連絡し、家族と共に話をする スタッフだけで対応せず、患者の家族に連絡し、家族と共に話をする
発生時	行動静止時の安全配慮	抑制による合併症の有無を確認する 抑制による合併症の有無を確認する
	応援の要請と応対	暴力発生時、院内コールで救援を呼ぶ 項目番号30・31に統合
	原因・要求の把握	暴力に及ぶ原因についてアセスメントする 項目番号38に統合

表9 チェックリストの信頼性・妥当性検討の対象者の基本属性 N=644

		n	%
性別	女性	644	100.0
年代	20代	331	51.3
	30代	204	31.7
	40代	79	12.3
	50代以上	30	4.7
職位	スタッフ	644	100.0
勤務形態	常勤	644	100.0
所属部署	病棟	431	66.9
	外来	90	14.0
	ICU	93	14.4
	手術室	30	4.7
クリニカルラダー	レベルⅠ	110	17.1
	レベルⅡ	429	66.6
	レベルⅢ	91	14.1
	レベルⅣ	14	2.2
精神科勤務経験	あり	8	1.2
	なし	636	98.8
暴力対応救援経験	あり	213	33.1
	なし	431	66.9
患者からの暴力研修受講経験	あり	99	15.4
	なし	545	84.6
暴力研修の種類（重複回答）	CVPPP	15	2.3
	CPI	4	0.6
	PART	4	0.6
	その他（院内研修）	58	9.0
		<i>M</i>	<i>SD</i>
臨床経験年数		8.4	7.5

Note. *M*=平均値; *SD*=標準偏差.

表10 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト原案の回答の分布、フロア効果・天井効果、I-T相関

N=644

項目	回答の分布						フロア効果 M-SD	天井効果 M+SD	I-T相関
	正解		不正解		どちらともいえない				
	n	%	n	%	n	%			
1 暴力履歴のある患者は、事前に暴力を起こしやすい場面、暴力発生後の情報を把握する	605	93.9	6	0.9	33	5.1	0.820	1.110	0.176
2 暴力に関連する疾患や内服に関する情報は考慮する必要はない ※	596	92.5	21	3.3	27	4.2	0.746	1.147	0.226
3 平常時の言動と興奮時の違いを察知する	631	98.0	4	0.6	9	1.4	0.889	1.085	0.180
4 患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で共有し注意し合う	634	97.1	1	0.2	9	1.4	0.921	1.062	0.107
5 暴力対応に関する知識や技術、計画をスタッフで共有しておく	635	98.6	2	0.3	7	1.1	0.916	1.067	0.160
6 暴力をふるう患者に対し、強制退院などの措置が行われることがある	513	79.7	34	5.3	97	15.1	0.600	1.144	0.098
7 暴力履歴のある患者に対し、事前に抑制承諾の説明をし同意を得る	524	81.4	28	4.3	92	14.3	0.628	1.142	0.206
8 興奮状態の患者の言動を観察する	621	96.4	7	1.1	16	2.5	0.848	1.105	0.153
9 興奮が落ち着いた後は再燃することはないため、患者の状態を経過観察しない ※	613	95.2	23	3.6	8	1.2	0.765	1.151	0.200
10 患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する	615	95.5	4	0.6	25	3.9	0.851	1.098	0.204
11 暴力による被害の程度を予測する	579	89.9	9	1.4	56	8.7	0.762	1.123	0.312
12 患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する	621	96.4	8	1.2	15	2.3	0.843	1.109	0.201
13 患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする	596	92.5	9	1.4	39	6.1	0.791	1.121	0.251
14 興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な患者を見極める	563	87.4	11	1.7	70	10.9	0.731	1.127	0.266
15 患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する	541	84.0	20	3.1	83	12.9	0.672	1.137	0.323
16 危害が及ばない安全なところであれば他の患者を避難させる必要はない ※	340	52.8	127	19.7	177	27.5	0.273	1.058	0.279
17 患者の周囲にある凶器につながるものを除去する	633	98.3	5	0.8	6	0.9	0.888	1.087	0.086
18 スタッフの声かけによる患者の反応を確認せずに接近する ※	606	94.1	31	4.8	7	1.1	0.727	1.166	0.257
19 部屋では出口側に位置し、退避できる距離と退路を確認して接近する	539	83.7	18	2.8	87	13.5	0.675	1.134	0.219
20 複数のスタッフが応援に来る前に一人で接近する ※	577	89.6	19	3.0	48	7.5	0.724	1.142	0.361
21 自分が攻撃対象となった時は、患者から離れない ※	492	76.4	26	4.0	126	19.6	0.597	1.127	0.316
22 患者につかまれた時は、はさずさずにつかまれたままにする ※	353	54.8	51	7.9	240	37.3	0.415	1.054	0.274
23 暴力発生時、部署内のスタッフに応援を要請する	623	95.4	6	0.9	15	2.3	0.858	1.100	0.179
24 部署内で暴力が発生した時は、必ず他部署からの応援を要請する ※	54	8.3	337	52.3	253	39.4	-0.042	0.602	0.168
25 暴力発生に気づいた時、暴力対応のために救援に向かう	494	76.7	16	2.5	134	20.8	0.625	1.117	0.212
26 傷害のリスクがある時、他職種や管理者、警察を呼ぶ	575	89.3	17	2.6	52	8.1	0.728	1.139	0.166
27 スタッフだけで対応せず、患者の家族に連絡し、家族と共に話をする	572	88.8	7	1.1	65	10.1	0.759	1.119	0.145
28 訴えを聞く目的で移動を提案し、強制的に移動させる ※	206	32.0	183	28.4	255	39.6	0.129	0.906	0.296
29 暴力に関係した患者とスタッフは、同じ場所に移動させる ※	462	71.7	47	7.3	135	21.0	0.516	1.129	0.405
30 患者やスタッフの状態を見極め、移動場所を選択する	615	95.5	9	1.4	20	3.1	0.826	1.115	0.215
31 患者本人にのみ暴力発生の実確認をする ※	559	85.6	46	7.1	39	6.1	0.622	1.175	0.376
32 暴力に及んだ原因は把握する必要はない ※	616	95.7	20	3.1	8	1.2	0.782	1.144	0.285
33 暴力に及んだ背景から患者の要求を把握する	571	87.4	28	4.6	45	7.0	0.687	1.156	0.360
34 患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くように努める	614	95.3	4	0.6	26	4.0	0.849	1.099	0.228
35 患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する	537	83.4	21	3.3	86	13.4	0.664	1.138	0.303
36 患者に暴力をやめるように声をかけながら、凶器となる物を取り上げる ※	66	10.2	393	61.0	185	28.7	-0.091	0.584	0.012
37 暴力を受けている人を保護し、暴力をふるう患者を制止する	461	71.6	44	6.8	139	21.6	0.521	1.126	0.186
38 暴力を制止する時、患者とスタッフの障害のリスクを考慮しない抑え方で制止する ※	533	82.8	59	9.2	52	8.1	0.561	1.175	0.366
39 抑制による合併症の有無を確認する	617	95.8	9	1.4	18	2.8	0.830	1.114	0.159
40 患者が拒否、エスカレートした場合でも、スタッフを交替せずに対応し続ける ※	573	89.0	21	3.3	50	7.8	0.712	1.145	0.368
41 スタッフ間で対応手順や役割を打ち合わせて確認し、共有知識をもとに連携する	638	99.0	3	0.5	3	0.5	0.917	1.069	0.137
42 患者の立場に立ち、状況や原因の解決に向けて支援する	615	95.5	6	0.9	23	3.6	0.840	1.105	0.277
43 患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する	613	95.2	6	0.9	25	3.9	0.836	1.106	0.277
44 スタッフの行動の意図は患者に伝えない ※	430	66.8	52	8.1	162	25.2	0.475	1.112	0.409
45 事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する	586	91.0	10	1.6	48	7.4	0.770	1.124	0.243
46 患者の訴えに対する病院側の実現可能な範囲を提示する	557	96.5	13	2.0	74	11.5	0.715	1.130	0.303
47 話が平行線で進展しない時でも時間をかけて粘り強く交渉する ※	138	21.4	228	35.4	278	43.2	0.059	0.801	0.120
48 暴力に及ぶことによって患者が被る不利益は伝えない ※	463	71.9	51	7.9	130	20.2	0.508	1.132	0.403
49 患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける	609	94.6	1	0.2	34	5.3	0.854	1.090	0.203
50 患者の要求や暴力に及んだ原因に対する解決策を指示し、患者に意思決定はさせない ※	5.3	78.1	42	6.5	99	15.4	0.569	1.147	0.418
51 暴力への介入効果を経過観察し、平常時に近い回復状態かを評価する	597	92.7	10	1.6	37	5.7	0.788	1.123	0.276
52 患者が嫌と思う言葉や上から目線で話さず、話を聞く姿勢をとる	620	96.3	11	1.7	13	2.0	0.826	1.119	0.162
53 普段から落ち着いた雰囲気ですぐに接し、患者との関係を構築する	633	98.3	4	0.6	7	1.1	0.895	1.082	0.186
54 暴力対応に関する知識を持っている自信がある	46	7.1	358	55.6	240	37.3	-0.056	0.571	-0.015
55 患者の言動に合わせて同じような言動をとる ※	377	58.5	93	14.4	174	27.0	0.354	1.087	0.283
56 患者の訴えを親身になって聞く雰囲気の中で臨む	584	90.7	15	2.3	45	7.0	0.748	1.135	0.288
57 一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える	587	91.1	7	1.1	50	7.8	0.783	1.117	0.211

Note. M=平均値; SD=標準偏差; I-T=Item-Total.

※: 逆転項目

フロア効果を認めた項目、および、I-T相関分析の結果が $r < 0.2$ を示した項目は網かけで示した。

表11 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの探索的因子分析による質問項目の洗練過程

N=644

構成要素	①	②	③	項目
発生 前	暴力履歴の把握	●		1 暴力履歴のある患者は、事前に暴力を起こしやすい場面、暴力発生後の情報を把握する
			●	2 暴力に関連する疾患や内服に関する情報は考慮する必要はない ※
	平常時と興奮時の状態の把握	●		3 平常時の言動と興奮時の違いを察知する
	リスクの注意喚起	●		4 患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で共有し注意し合う
	共有知識の統一	●		5 暴力対応に関する知識や技術、計画をスタッフで共有しておく
		●		6 暴力をふるう患者に対し、強制退院などの措置が行われることがある
			●	7 暴力履歴のある患者に対し、事前に抑制承諾の説明をし同意を得る
発生 時	興奮状態の観察	●		8 興奮状態の患者の言動を観察する
		●		9 興奮が落ち着いたら後は再燃することはないため、患者の状態を経過観察しない ※
	暴力リスクの予測			10 患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する
				11 暴力による被害の程度を予測する
	エスカレートの予測			12 患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する
	緊急性の判断			13 患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする
				14 興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な患者を見極める
	介入方法の判断			15 患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する
	安全な環境整備		●	16 危害が及ばない安全なところであれば他の患者を避難させる必要はない ※
		●		17 患者の周囲にある凶器につながるものを除去する
	接近		●	18 スタッフの声かけによる患者の反応を確認せずに接近する ※
			●	19 部屋では出口側に位置し、退避できる距離と退路を確認して接近する
				20 複数のスタッフが応援に来る前に一人で接近する ※
	退避			21 自分が攻撃対象となった時は、患者から離れない ※
	離脱			22 患者につかまれた時は、はずさずにつかまれたままにする ※
	応援の要請と対応	●		23 暴力発生時、部署内のスタッフに応援を要請する
		●		24 部署内で暴力が発生した時は、必ず他部署からの応援を要請する ※
			●	25 暴力発生に気づいた時、暴力対応のために救援に向かう
		●		26 傷害のリスクがある時、他職種や管理者、警察を呼ぶ
		●		27 スタッフだけで対応せず、患者の家族に連絡し、家族と共に話をする
	場の移動		●	28 訴えを聞く目的で移動を提案し、強制的に移動させる ※
			●	29 暴力に関係した患者とスタッフは、同じ場所に移動させる ※
	現状の把握			30 患者やスタッフの状態を見極め、移動場所を選択する
	原因・要求の把握			31 患者本人にのみ暴力発生の実確認をする ※
				32 暴力に及んだ原因は把握する必要はない ※
				33 暴力に及んだ背景から患者の要求を把握する
	感情へのケア			34 患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くように努める
	思いの理解			35 患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する
	暴力の制止	●		36 患者に暴力をやめるように声をかけながら、凶器となる物を取り上げる ※
		●		37 暴力を受けている人を保護し、暴力をふるう患者を制止する
	行動制止時の安全配慮			38 暴力を制止する時、患者とスタッフの障害のリスクを考慮しない抑え方で制止する ※
		●		39 抑制による合併症の有無を確認する
	対応者の変更			40 患者が拒否、エスカレートした場合でも、スタッフを交替せずに対応し続ける ※
	共有知識下での連携	●		41 スタッフ間で対応手順や役割を打ち合わせて確認し、共有知識をもとに連携する
	立場の保障		●	42 患者の立場に立ち、状況や原因の解決に向けて支援する
	相互理解			43 患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する
			●	44 スタッフの行動の意図は患者に伝えない ※
			●	45 事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する
	限界ラインの設定			46 患者の訴えに対する病院側の実現可能な範囲を提示する
	交渉の一時中止と再設定	●		47 話が平行線で進展しない時でも時間をかけて粘り強く交渉する ※
	暴力による影響を伝える			48 暴力に及ぶことによって患者が被る不利益は伝えない ※
	医師との患者の状態評価		●	49 患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける
	意思決定			50 患者の要求や暴力に及んだ原因に対する解決策を指示し、患者に意思決定はさせない ※
	沈静状態の評価		●	51 暴力への介入効果を経過観察し、平常時に近い回復状態かを評価する
発生 前 の 態 度	発生防止のための自身の態度	●		52 患者が嫌と思う言葉や上から目線で話さず、話を聞く姿勢をとる
		●		53 普段から落ち着いた雰囲気でき、患者との関係を構築する
		●		54 暴力対応に関する知識を持っている自信がある
発生 時 の 態 度	対峙時の自身の態度			55 患者の言動に合わせて同じような言動をとる ※
				56 患者の訴えを親身になって聞く雰囲気でも臨む
				57 一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える

Note. ①回答の偏りによって削除した項目
 ②第3回目の因子分析によって削除した項目
 ③第4回目の因子分析によって削除した項目
 注: ●は、削除した項目をさす
 ※:逆転項目

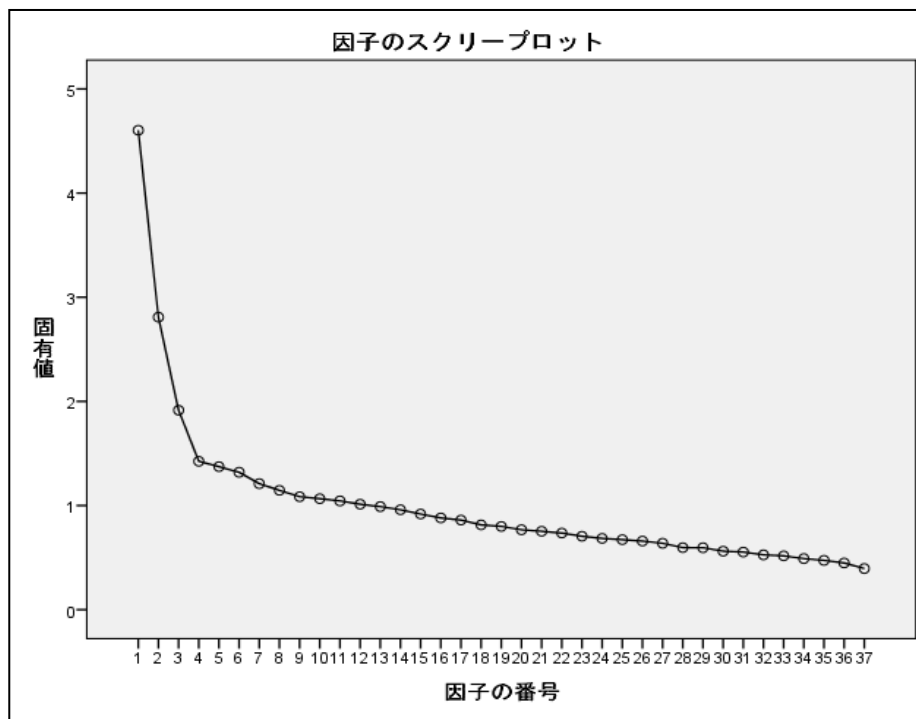


図3 第1回目の因子分析で示された因子のスクリープロット

表12 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの因子分析の結果

N=644

	項目	因子負荷量		
		適切な対応	患者理解	予測や判断
q_20	複数のスタッフが応援に来る前に一人で接近する ※	0.589	-0.012	-0.073
q_40	患者が拒否、エスカレートした場合でも、スタッフを交替せずに対応し続ける ※	0.587	-0.052	0.049
q_31	患者本人にのみ暴力発生の事実確認をする ※	0.537	0.001	0.011
q_29	暴力に関係した患者とスタッフは、同じ場所に移動させる ※	0.518	0.017	0.001
q_32	暴力に及んだ原因は把握する必要はない ※	0.466	0.182	-0.033
q_38	暴力を制止する時、患者とスタッフの障害のリスクを考慮しない抑え方で制止する ※	0.452	0.069	-0.018
q_18	スタッフの声かけによる患者の反応を確認せずに接近する ※	0.439	0.073	-0.068
q_50	患者の要求や暴力に及んだ原因に対する解決策を指示し、患者に意思決定はさせない ※	0.422	0.051	0.112
q_48	暴力に及ぶことによって患者が被る不利益は伝えない ※	0.395	-0.033	0.141
q_21	自分が攻撃対象となった時は、患者から離れない ※	0.376	-0.082	-0.020
q_55	患者の言動に合わせて同じような言動をとる ※	0.375	-0.069	-0.063
q_22	患者につかまれた時は、はずさずにつかまれたままにする ※	0.338	-0.191	0.023
q_56	患者の訴えを親身になって聞く雰囲気で臨む	-0.034	0.620	-0.082
q_35	患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する	-0.105	0.578	0.004
q_34	患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くように努める	0.102	0.558	-0.094
q_57	一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える	0.011	0.497	-0.053
q_33	暴力に及んだ背景から患者の要求を把握する	0.015	0.493	0.146
q_43	患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する	0.063	0.387	0.080
q_45	事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する	-0.092	0.343	0.094
q_11	暴力による被害の程度を予測する	0.007	-0.004	0.579
q_15	患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する	-0.002	0.088	0.574
q_12	患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する	0.054	-0.098	0.470
q_13	患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする	-0.048	-0.007	0.456
q_14	興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な患者を見極める	-0.098	0.088	0.422
q_10	患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する	0.074	-0.048	0.418
α 係数	各因子項目	0.731	0.709	0.628
	全項目		0.742	
因子間相関	適切な対応	1.000		
	患者理解	0.122	1.000	
	予測や判断	0.090	0.280	1.000

Note. 一般化された最小2乗法、プロマックス回転

※: 逆転項目

回転前の3因子での25項目の全分散を説明する割合は32.286%、因子負荷量0.3以上のものを四角で囲んだ

因子名:「適切な対応」適切な対応に関する知識,「患者理解」患者理解の方法,「予測や判断」患者の言動からの予測や判断

表13 患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの項目間相関

N=644

	20	40	31	29	32	38	18	50	48	21	55	22	56	35	34	57	33	43	45	11	15	12	13	14	10
20 複数のスタッフが応援に来る前に一人で接近する ※	1.000																								
40 患者が拒否、エスカレートした場合でも、スタッフを交替せずに対応し続ける ※	.253**	1.000																							
31 患者本人にのみ暴力発生の事実確認をする ※	.246**	.244**	1.000																						
29 暴力に関係した患者とスタッフは、同じ場所に移動させる ※	.303**	.351**	.254**	1.000																					
32 暴力に及んだ原因は把握する必要はない ※	.265**	.153**	.350**	.214**	1.000																				
38 暴力を制止する時、患者とスタッフの障害のリスクを考慮しない抑え方で制止する ※	.145**	.260**	.251**	.155**	.237**	1.000																			
18 スタッフの声かけによる患者の反応を確認せずに接近する ※	.296**	.148**	.215**	.174**	.303**	.169**	1.000																		
50 患者の要求や暴力に及んだ原因に対する解決策を指示し、患者に意思決定はさせない ※	.183**	.242**	.228**	.172**	.171**	.306**	.182**	1.000																	
48 暴力に及ぶことによって患者が被る不利益は伝えない ※	.146**	.269**	.191**	.154**	.146**	.232**	.094*	.289**	1.000																
21 自分が攻撃対象となった時は、患者から離れない ※	.249**	.254**	.127**	.234**	.081*	.145**	.118**	.095*	.094*	1.000															
55 患者の言動に合わせて同じような言動をとる ※	.176**	.213**	.150**	.209**	.106**	.170**	.125**	.166**	.170**	.132**	1.000														
22 患者につかまれた時は、はみずにつかまれたままにする ※	.199**	.149**	0.054	.132**	.106**	.083*	0.050	0.041	.161**	.285**	.080*	1.000													
56 患者の訴えを親身になって聞く雰囲気で臨む	-0.019	0.072	0.055	.095*	.170**	.150**	.102**	.160**	.099*	0.010	-0.018	-0.022	1.000												
35 患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する	.080*	0.028	0.017	0.061	.113**	0.062	0.067	.088*	0.064	0.029	-0.069	-0.042	.238**	1.000											
34 患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くように努める	.121**	.110**	.095*	.117**	.175**	.112**	0.073	.094*	.090*	0.039	0.025	-0.056	.289**	.320**	1.000										
57 一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える	0.040	.116**	0.038	0.069	.097*	.098*	.107**	.198**	.086*	0.017	-0.005	0.008	.422**	.219**	.170**	1.000									
33 暴力に及んだ背景から患者の要求を把握する	0.054	0.067	.116**	.112**	.139**	.108**	0.059	.212**	.133**	0.033	0.040	-0.009	.305**	.380**	.271**	.245**	1.000								
43 患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する	.113**	.108**	0.064	0.037	.097*	.155**	0.037	.123**	.109**	0.030	0.068	-0.023	.200**	.272**	.192**	.109**	.266**	.331**	1.000						
45 事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する	0.049	0.010	-0.027	0.009	0.016	0.069	0.015	0.069	.085*	0.013	0.020	0.003	.179**	.194**	.163**	.147**	.242**	.331**	1.000						
11 暴力による被害の程度を予測する	0.001	0.072	0.049	0.064	0.065	0.038	0.040	0.067	0.033	0.024	-0.020	0.017	0.058	0.007	0.024	.144**	.131**	0.020	0.011	1.000					
15 患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する	.104**	0.065	0.032	0.061	0.054	0.010	0.026	.132**	.078*	-0.013	0.034	-0.004	.091*	.173**	.120**	0.039	.233**	0.072	.097*	.300**	1.000				
12 患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する	-0.006	0.041	0.072	-0.001	.083*	0.041	0.061	0.026	.093*	-0.013	-0.023	-0.035	0.025	0.048	.115**	-0.001	.136**	-0.043	0.057	.279**	.354**	1.000			
13 患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする	0.002	0.014	0.025	0.032	-0.002	0.002	0.003	0.014	.095*	0.038	-0.004	0.032	0.014	.108**	.079*	0.015	.159**	.127**	.139**	.219**	.241**	.202**	1.000		
14 興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な患者を見極める	-0.010	0.001	0.016	0.017	0.009	-0.004	-0.057	.096*	.081*	0.019	-0.047	0.017	0.058	.159**	0.030	0.052	.168**	.236**	.169**	.123**	.229**	0.058	.246**	1.000	
10 患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する	-0.037	0.025	.096*	0.067	.103**	0.055	0.037	.138**	.086*	0.016	-0.038	0.014	.123**	.141**	.084*	.122**	.244**	.225**	.155**	.221**	.301**	.153**	.322**	.347**	1.000

Note. Spearmanの順位相関分析. *p < .05. **p < .01. ***p < .001.

表14 ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度の確認的因子分析の結果

N=644

項目	因子負荷量		
	興奮の亢進予防	興奮状態への介入	興奮介入の理解度
15 患者との距離を考えながら対応できる	0.848	0.029	-0.040
16 患者との立ち位置を考え対応ができる	0.835	0.108	0.061
20 患者を追い詰めないように対応できる	0.829	-0.083	0.045
19 安全な場所での対応ができる	0.813	-0.152	0.076
18 理解できない言葉を使わないで対応できる	0.745	-0.008	-0.015
14 表情や態度を患者に伝えることができる	0.665	0.092	0.061
17 不安・興奮のサインの観察ができる	0.612	0.042	0.121
10 守れない約束はしないで対応できる	0.548	0.154	-0.185
12 患者の不安・興奮を増大させない対応ができる	0.487	0.253	0.097
11 話を適切に聞いて適切に返答することができる	0.463	0.311	-0.012
8 考える時間と余裕を与えて急がさずに対応できる	0.460	0.267	-0.106
6 低い声で静かに話すことができる	0.435	0.238	-0.086
9 エスカレートする様子が理解できる	0.397	0.274	-0.033
7 意見を表現できるように助けることができる	0.384	0.363	-0.025
13 興奮の段階に応じた対応ができる	0.308	0.273	0.291
2 患者の不安や興奮に対応できる	0.000	0.842	-0.055
1 攻撃的な患者に落ち着いて対応できる	-0.014	0.774	-0.057
3 興奮に対し、効果的な技術を用いることができる	-0.124	0.658	0.229
4 リスクアセスメントをしながら対応できる	0.009	0.647	0.127
5 はっきりと曖昧でなく話すことができる	0.081	0.622	0.005
22 不安・興奮に対応できる知識とスキルを理解している	-0.091	0.034	0.971
21 他のスタッフに、不安・興奮の対応の方法を教えることができる	0.048	-0.029	0.787
	固有値	10.337	1.535
	各因子項目	0.931	0.851
α 係数	全項目	0.941	
因子間相関	興奮の亢進予防	1.000	
	興奮状態への介入	0.703	1.000
	興奮介入の理解度	0.545	0.559
			1.000

Note. 一般化された最小2乗法, プロマックス回転

回転前の3因子での22項目の全分散を説明する割合は59.118%。既存尺度の確認的因子分析のため、項目削除をせず全項目を示した
 因子名: 第3因子「興奮介入の理解度」興奮への介入に関する理解度

表15 暴力対処に関する質問の確認的因子分析の結果

N=644

項目	因子負荷量
7 患者さんへの攻撃に対してどのくらい効果的な技術を持っていますか？	0.878
4 患者さんの攻撃に対してどのくらい対応することに自信がありますか？	0.874
8 患者さんの攻撃性に対してどのくらいニードを満たすことができますか？	0.854
3 患者さんの攻撃に対してどのくらい身体的介入ができますか？	0.820
2 患者さんへの攻撃性への対処能力はどの程度だと思いますか？	0.820
5 患者さんの攻撃に対してどのくらい心理学的介入ができますか？	0.819
9 患者さんからの攻撃に対してどのくらい防御できますか？	0.748
1 攻撃的な患者さんにどのくらい落ち着いて対応できますか？	0.718
6 攻撃的な患者さんを前にしてどのくらい安全だと感じていますか？	0.712
	固有値 6.140
α 係数	全項目 0.941

Note. 一般化された最小2乗法, プロマックス回転

回転前の3因子での9項目の全分散を説明する割合は68.223%であった

表16 改訂版暴力意識尺度の確認的因子分析の結果

N=644

項目	因子負荷量			
	適切態度	容認態度	影響理解	
26 私には、嫌なことがあってもホッとできる場所がある	0.599	-0.024	-0.099	
27 私は、暴力を受けたら、信頼できる人に相談する	0.587	-0.025	-0.064	
20 私は、無視されている人をみると、何かしてあげたくなる	0.569	-0.015	-0.008	
21 暴力をなくしていくためには、自分の気持ちに気づくことが大切だ	0.567	-0.032	-0.001	
8 私は、意見が対立した時、話し合いで解決できる	0.552	0.049	-0.038	
18 私はイライラしたとき人や物などを傷つけずにその気持ちを落ち着かせる方法を知っている	0.517	0.037	-0.089	
15 私は、相手に自分の気持ちを伝えるとき、相手がそれをどんなふうを感じるかを考える	0.502	0.130	0.062	
5 私は身近な人が暴力を受けているときそれを止めるために自分にもできることがある	0.478	-0.081	0.009	
10 私は怒りの気持ちを落ち着いて相手に伝えることができる	0.452	0.029	0.084	
6 私は、腹が立ったとき、冷静に自分の気持ちに気づくことができる	0.440	0.127	-0.039	
3 私は自分の気持ちの変化に気づくことができる方だ	0.436	-0.075	0.149	
13 暴力を受けている人はそれを相談できないことがある	0.431	-0.005	0.204	
23 私は、人がケンカをしていたら止めに入る	0.422	-0.107	0.024	
9 暴力を受けている人は、それを知られたくないため、隠そうとする	0.414	-0.052	0.123	
12 私は、自分と考え方が違う人とでも上手につきあうことができる	0.388	0.038	-0.122	
24 怒りの気持ちを暴力で発散したら気持ちがスッキリする ※	0.019	0.730	0.048	
25 私は気に入らないことがあったとき、人や物などに当たり散らすと気持ちがおさまる ※	-0.007	0.668	0.017	
7 問題を解決するのに、時には暴力を使ってもよい ※	0.147	0.573	0.012	
22 人の痛みを知るためには、暴力が必要だ ※	0.146	0.553	0.029	
11 私は殴られたら殴り返す ※	-0.053	0.542	-0.033	
4 暴力を振るいなくなる衝動は、人間の本能としてもともと備わっているものだ ※	-0.116	0.441	0.040	
1 正しさを主張するためには、暴力を使わざるを得ないときがある ※	0.103	0.440	0.037	
14 人が自分の言うことを何でも聞き、思い通りになったら、良い気分になる ※	-0.249	0.385	-0.058	
17 もし、世の中を自分の思い通りに変えることができたなら楽しい ※	-0.146	0.323	-0.124	
16 暴力を受けるとそのときのことを急に思い出して仕事に集中できなくなることがある	-0.006	-0.043	0.826	
2 暴力を受けたことを思い出すと、ドキドキしたり寝られなくなったりすることがある	-0.006	0.021	0.798	
19 暴力を受けても、死にたくなるほど辛くなることはない ※	-0.189	0.176	0.261	
	固有値	4.902	2.759	1.939
α 係数	各因子項目	0.816	0.729	0.606
	全項目		0.762	
因子間相関	適切態度	1.000		
	容認態度	0.248	1.000	
	影響理解	-0.071	-0.027	1.000

Note. 一般化された最小2乗法, プロマックス回転

※: 逆転項目

回転前の3因子での27項目の全分散を説明する割合は29.736%。既存尺度の確認的因子分析のため、項目削除をせず全項目を示した
 因子名:「適切態度」暴力対処への適切な態度,「容認態度」暴力を容認する態度,「影響理解」暴力被害による影響の理解

表17 各尺度得点

N=644

	得点範囲	M	SD
患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリスト(25)	0-25	22.64	2.17
適切な対応に関する知識(12)	0-12	10.35	1.67
患者理解の方法(7)	0-7	6.61	0.76
患者の言動からの予測や判断(6)	0-6	5.68	0.63
ディエスカレーション介入の達成度に関する主観的評価尺度(22)	22-88	56.61	9.36
興奮の亢進予防(15)	15-60	11.92	2.52
興奮状態への介入(5)	5-20	40.50	6.54
興奮への介入に関する理解度(2)	2-8	4.19	1.32
暴力対処に関する質問(9)	9-45	22.87	5.96
対応可能性(1)	1-5	2.92	0.83
攻撃対処可能性(1)	1-5	2.67	0.80
身体介入可能性(1)	1-5	2.54	0.82
対応への自信(1)	1-5	2.46	0.79
心理介入可能性(1)	1-5	2.45	0.79
攻撃安心感(1)	1-5	2.46	0.80
攻撃対処技術(1)	1-5	2.34	0.79
攻撃ニード対応(1)	1-5	2.41	0.78
攻撃防御可能性(1)	1-5	2.62	0.84
改訂版暴力意識尺度(27)	27-162	76.89	10.67
暴力対処への適切な態度(15)	15-90	44.45	7.85
暴力を容認する態度(9)	9-54	20.57	5.24
暴力被害による影響の理解(3)	3-18	11.87	3.16

Note. M=平均値; SD=標準偏差.

表18 各因子間の相関

N=644

		患者からの暴力に対する 看護師の対応知識チェックリスト				ディエスカレーション介入に関する主観的評価尺度				暴力対処に関する質問										改訂版暴力意識尺度			
		適切な 対応	患者理解	予測や 判断	尺度 合計点	興奮の 亢進予防	興奮状態 への介入	興奮介入の 理解度	尺度 合計点	対応 可能性	攻撃対処 可能性	身体介入 可能性	対応への 自信	心理介入 可能性	攻撃 安心感	攻撃 対処技術	攻撃ニード 対応	攻撃防御 可能性	尺度 合計点	適切態度	容認態度	影響理解	尺度 合計点
患者からの 暴力に対する 看護師の 対応知識 チェックリス ト	適切な対応	1.000																					
	患者理解	.122**	1.000																				
	予測や判断	.090*	.280**	1.000																			
	尺度合計点	.824**	.503**	.446**	1.000																		
ディエスカ レーション介 入に関する 主観的 評価尺度	興奮の亢進予防	0.021	.100*	.128**	.096*	1.000																	
	興奮状態への介入	-0.029	0.035	.125**	0.025	.703**	1.000																
	興奮介入の理解度	-.120**	-0.014	.112**	-0.069	.559**	.545**	1.000															
	尺度合計点	-0.009	0.076	.139**	0.065	.960**	.840**	.682**	1.000														
暴力 対処に 関する 質問	対応可能性	-0.031	-0.023	0.068	-0.011	.577**	.640**	.461**	.636**	1.000													
	攻撃対処可能性	-.081*	-0.022	0.076	-0.051	.583**	.631**	.508**	.643**	.723**	1.000												
	身体介入可能性	-.123**	-0.013	0.055	-.083*	.469**	.522**	.482**	.533**	.584**	.718**	1.000											
	対応への自信	-.149**	-0.038	.078*	-.109**	.512**	.583**	.517**	.585**	.628**	.729**	.760**	1.000										
	心理介入可能性	-.119**	-0.013	.105**	-0.062	.516**	.570**	.499**	.584**	.569**	.654**	.625**	.756**	1.000									
	攻撃安心感	-.127**	0.025	.137**	-0.037	.378**	.388**	.384**	.415**	.450**	.527**	.561**	.572**	.523**	1.000								
	攻撃対処技術	-.118**	-0.002	.114**	-0.053	.477**	.534**	.539**	.551**	.537**	.645**	.682**	.739**	.711**	.672**	1.000							
	攻撃ニード対応	-.122**	0.011	.095*	-0.061	.513**	.521**	.497**	.563**	.540**	.620**	.656**	.684**	.703**	.645**	.809**	1.000						
	攻撃防御可能性	-0.058	0.014	.092*	-0.005	.465**	.480**	.385**	.505**	.490**	.585**	.668**	.616**	.551**	.583**	.679**	.680**	1.000					
	暴力対処合計点	-.130**	-0.009	.109**	-0.068	.593**	.649**	.578**	.667**	.747**	.831**	.846**	.866**	.806**	.738**	.869**	.841**	.782**	1.000				
改訂版 暴力意識 尺度	適切態度	-.236**	-.160**	-0.061	-.252**	-.339**	-.219**	-0.056	-.300**	-.174**	-.135**	-0.075	-0.053	-.103**	-.082*	-0.020	-.102**	-.133**	-.114**	1.000			
	容認態度	-.200**	-0.054	0.039	-.167**	-.088*	-0.028	0.002	-.078*	-0.011	0.018	.091*	.085*	0.049	0.038	0.046	0.037	.087*	0.060	.248**	1.000		
	影響理解	0.074	0.008	0.000	0.064	0.050	.150**	-0.003	0.067	.148**	.132**	.105**	.090*	.101*	.103**	.079*	0.065	.149**	.130**	-0.071	-0.027	1.000	
	尺度合計点	-.236**	-.130**	-0.015	-.234**	-.276**	-.133**	-0.037	-.237**	-.085*	-0.061	0.018	0.027	-0.019	-0.014	0.029	-0.036	-0.003	-0.017	.805**	.648**	.233**	1.000

Note. Spearmanの順位相関分析, *p <.05, **p <.01,***p <.001.

患者からの暴力に対する看護師の対応知識チェックリストの因子名:「適切な対応」適切な対応に関する知識,「患者理解」患者理解の方法,「予測や判断」患者の言動からの予測や判断

ディエスカレーション介入に関する主観的評価尺度の因子名:第3因子「興奮介入の理解度」興奮への介入に関する理解度

改訂版暴力意識尺度の因子名:「適切態度」暴力対処への適切な態度,「容認態度」暴力を容認する態度,「影響理解」暴力被害による影響の理解

資 料

インタビュー調査のご説明

1. 研究課題名

「看護師が受ける患者からの暴力への対応の構成要素の検討」

2. 研究の目的

「看護師が受ける患者からの暴力への対応の構成要素の検討」を目的としています。

【本研究における用語の定義】

患者からの暴力

看護師に対する患者からの身体的、精神的な危害を与える攻撃的行為

3. 研究の背景

病院において、患者から看護師が受ける暴力被害の頻度は高く、暴力被害は心身ともに多大な影響を及ぼすと報告されています。また、暴力が発生しても場面に適した対応ができないなどの問題が指摘されており、暴力への対応の把握が急務です。

これまで開発されてきた暴力防止プログラムの内容には、暴力への対応の要素が組み込まれ、プログラム評価のために知識や態度の一部が測定されてきました。しかし、これまでの暴力防止プログラム評価は、当該プログラムの内容を反映した知識や態度を測定する尺度として開発されてきており、尺度使用が限定的でした。そこで、暴力場面に応じた適切な知識、予測、判断、行動をとる能力を測定できる尺度の開発のために暴力への対応の構成要素の検討は喫緊の課題であると考えました。

4. 研究の成果

患者からの暴力場面に応じた適切な知識、予測、判断、行動について包括的に測定できる尺度の作成につながります。また、本研究によって、具体的な暴力への対応方法が明らかになります。

また、これまで検討することができなかった看護師の暴力防止プログラムの評価指標の1つになりえる尺度の開発につながります。

そして、看護職員の暴力への対応について把握し、対応の低い教育内容を発展させ、看護師個人の暴力への対応の向上を目指した看護職員教育の充実のための示唆を得ることができます。

5. 研究方法

1) 対象

包括的暴力防止プログラム(CVPPP)インストラクター、看護師長

2) 実施方法

インタビュー回数は1回で、時間は約60～90分を予定しています。

ご本人様と相談のうえ、ご都合の良い日時にインタビューを実施致します。

インタビュー内容は、「①対応困難な患者からの暴力への対応」「②患者からの暴力への日頃の対応」「③現在と過去の患者からの暴力への対応の違い」です。

6. 倫理的配慮

1) 研究への参加・協力の自由意思・拒否権

研究への参加・協力は、お断りになることができます。お断りになっても、不利益になること、人事考課等は一切生じません。研究への参加・協力は、自由意思によって行ってください。

研究への参加・協力の同意をいただいた後、1週間程度の時間をおいてからインタビューを実施します。研究への参加・協力を同意した場合であっても、インタビューを途中でやめることができます。

研究への同意撤回は、いつでも可能です。同意撤回の際はお知らせください。データの削除を致します。研究への参加・協力を取りやめることによって不利益を被ることは一切ありません。遠慮なく研究者にお伝えください。

3) プライバシーの保護

研究にご協力いただける場合、プライバシーは固く守ります。研究のデータおよび結果は、研究の目的以外に用いることはありません。インタビューは同意いただいた場合にのみ IC レコーダーで録音します。インタビューでは、患者からの暴力に対応した場面について伺います。患者からの暴力に対応した内容を重視し、ご自身や患者の実名や個人が特定できる情報等についてはお聞きしません。なお、個人が特定できるような情報を話そうとされた際は録音を一時中断し、個人情報等は話さない事を確認後再開致します。

録音データは、研究者が分析し、調査結果がまとまった時点で消去・破棄いたします。録音データから作成した文章の閲覧も、研究者のみとし、研究終了後に破棄します。また、録音データ内の個人が特定できるような情報は、その該当部分は文章に一切起こししません。結果を公表する際には、得られた情報・データをそのまま公表することはありません。ご自身や患者等の個人ならびに施設が特定できないようデータを処理します。

4) 研究に協力することによるデータの情報漏えいの危険性への対応

インタビューでは、ご自身や患者等の個人情報を含まずにお話してください。

得られた情報やデータについては、匿名性をまもるため、研究対象者の個人名は、録音データに記録せず、ID に置き換えます。データは研究専用の USB メモリーにパスワードを設定して保存します。また、得られた情報の一切は、研究者の保管庫に施錠して保管し、研究終了後に消去・裁断して破棄します。

5) 研究に協力することによる負担とそれが生じた時の対応

この研究に参加・協力による、人事考課は一切ありません。また、能力評価でもありません。

インタビューで語る過程で、自身の患者からの暴力場面とその対応について語っていただくことから、不安等の症状を感じる可能性があります。その際にはインタビュー協力者の方の状況により、インタビューを中止させていただきます。

インタビュー時、または、インタビュー実施 3 日以内に、インタビューによる不安等の症状が強く生じるなど気になることがある場合には、研究者までご連絡ください。ご希望時、医師による電話相談を実施し、必要時には専門機関の紹介等の適切な対応をさせていただきます。

6) 情報の開示

ご希望のある場合には、ご本人様のものに限り、逐語録、分析過程のデータをお見せすることができます。ただし、すでに消去・破棄したものについては、お見せできません。また、研究結果がまとまった後には、結果をご報告いたします。

7) 研究結果の公表

研究結果は、論文投稿、学会発表することを予定しております。

研究の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

研究への参加に同意される場合は、同意書にご署名ください。

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認をいただいて、皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われています。この調査に関するご意見ご質問がございましたら、下記の研究者にご連絡ください。

【研究責任者】筑波大学医学医療系 教授 森千鶴

【連絡先】

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県つくば市〇〇〇

FAX : 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 E-Mail : 〇〇@〇〇〇〇.ac.jp

【研究分担者】筑波大学医学医療系 准教授 三木明子

【連携研究者】筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程 黒田梨絵

同 意 書

筑波大学医学医療系長 殿

私は、「看護師が受ける患者からの暴力への対応の構成要素の検討」の研究について、その目的、方法、その成果並びに危険性について十分な説明を受けました。また、本研究を受けることに同意しなくても何ら不利益を受けないことも確認した上で、本研究の協力者になることに同意します。

ただし、この同意は、あくまでも私自身の自由意思によるものであり、随時撤回できるものであることを確認します。

平成 年 月 日

氏 名 印

自筆署名または記名押印

「看護師が受ける患者からの暴力への対応の構成要素の検討」の研究について、書面及び口頭により平成 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

説明者 所属・職名

氏 名 印

同 意 撤 回 書

筑波大学医学医療系長 殿

私は「看護師が受ける患者からの暴力への対応の構成要素の検討」の研究に協力することに同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回いたします。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印
自筆署名または記名押印

「看護師が受ける患者からの暴力への対応の構成要素の検討」の研究に協力することの同意撤回を確認いたしました。

平成 年 月 日

確認者

所属・職名 _____

氏名 _____ 印

インタビューガイド

導入 病院における患者からの暴力への対応の役割

*病院の中で、患者からの暴力が発生した時に対応されると伺いました。

具体的にはどのようなことをされていますか？

・どのような時に呼ばれる、誰から、どの場所で、どのような暴力発生時に、時間帯

1. 対応困難な患者からの暴力への対応

Q1. 対応が難しかった患者からの暴力の場面の概要についてお話しください。

*どのような対応が難しいと感じるのか

*必要な「知識」、リスク・成り行きの「予測」、状況や対応の方法の「判断」とは

*暴力を受けた後を振り返ると、どのような「知識」「予測」「判断」「行動」が必要だと考えるか
他にはどのような要素が必要であるとするか

2. 患者からの暴力への日頃の対応

Q2. 患者からの暴力が発生した時、あなたは普段どのような対応をされていますか。

*「行動」をとる時に考えること

*解決するために必要な「知識」、リスク・成り行きの「予測」、状況や対応方法の「判断」とは
他に必要な要素とは

*対応が上手くいった場合、何が良かったのか

*対応が上手くいかなかった場合、どうすれば、上手く対応できたと思うか

3. 現在と過去の患者からの暴力への対応の違い

Q3. はじめて患者からの暴力に対応した時と比べて、今は、どのような対応の違いがありますか。

*はじめて暴力に対応した時と今とで成長していると思う点とは

*何を習得していれば、暴力に対して上手く対応できるか

*患者からの暴力に対応するためにスタッフに持っていてほしい力とは

フェイスシート

＊対象者に該当する最低限の項目のみを聞き取ること

1. 性別

- 1) 男性 2) 女性

2. 職種

- 1) CVPPP インストラクター 2) 暴力に対応する専門職員（事務職員）
3) 暴力に対応する専門職員（警察 OB） 4) 看護師長

3. 年代

- 1) 20 代 2) 30 代 3) 40 代 4) 50 代以上

4. 病院勤務年数

（ ） 年

5. これまでにどのような研修を受けてきましたか

・ 研修内容

・ 研修回数

調査協力をお願い

私どもは現在「看護師の暴力への対応知識尺度の内容的妥当性の検討」をテーマに研究に取り組んでおります。

「暴力への対応知識」に関する内容についてご意見をいただくことを目的とした無記名のアンケート調査にご協力ください。

調査期間

●月●日(●)～●月●日(●)

本調査は、病院内で勤務する看護師が日常で遭遇する医療安全上の問題の1つである暴力を問題視し、暴力への対応知識を測定するために生かします。

*本調査は、質問項目数74項目、回答時間は10分程度です。

本調査は、筑波大学医学医療系の倫理委員会の承認を得て、皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われます。

★ 募集対象 ★ *①であり、②または③にあてはまる方*

①
臨床経験
「5年以上」

②
各部署で
「医療安全」や
「教育」を
担当されている方

③
暴力への
対応経験の
ある方

*調査にご協力いただける「看護師」の方は、以下の「連絡先」にご連絡ください。その後、日程を合わせて研究説明を行います。

【研究責任者】 筑波大学医学医療系 教授 森 千鶴
【研究分担者】 筑波大学医学医療系 准教授 岡田 佳詠
筑波大学医学医療系 准教授 三木 明子
【連携研究者】 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程3年次
筑波メディカルセンター病院 救急診療外来 黒田梨絵

<連絡先> 住所：〒○○○-○○○○ 茨城県つくば市○○○○
Tel：○○○-○○○-○○○○(内線○○○○)
E-Mail：○○○@○○○co.jp

「看護師の暴力への対応知識尺度の内容的妥当性の検討」 に関する調査協力をお願い

本研究では、看護師の暴力への対応知識尺度の内容的妥当性を検討することを目的としております。

本研究において「暴力への対応知識尺度」の内容的妥当性を検討することによって、病院に勤務する看護師の暴力に対する発生前の準備、および、暴力発生後から鎮静化までに必要な対応知識を測定することができる尺度を作成することができます。

本尺度は、今後、病院で勤務する看護師が日常で遭遇する医療安全上の問題の1つである暴力を問題視し、暴力への対応知識を測定するために生かします。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、是非とも調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。本調査は、質問項目数が74項目、回答時間は10分程度です。

倫理的配慮

- ・本調査は、個人を特定する可能性のある情報を収集しない無記名の調査です。
- ・調査用紙や返信封筒に氏名等の個人情報を記入しないようお願いいたします。
- ・本調査への参加は、ご本人の自由意思と判断によって決めてください。
- ・調査に参加いただけても、不利益になる事は生じません。
- ・調査の目的以外にはデータを使用いたしません。
- ・統計学的に分析しますので、個人が特定されることはありません。
- ・調査項目を読んで回答しにくい項目や回答したくない項目があった場合、無理に回答せず、次の項目に移動したり、中断することができます。
- ・本調査は能力評価ではございません。
- ・調査票および調査データは保存期間終了後、消去・破棄いたします。
- ・個人が特定されないようにデータを処理し、調査結果を学会や論文にて発表する事をご了承ください。
- ・調査票の提出をもって本調査への参加に同意が得られたものとさせていただきます。

本調査は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て、皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われます。この調査に関するご意見・ご質問がございましたら、下記の連携研究者にご連絡ください。

【研究責任者】筑波大学医学医療系 教授 森千鶴

【研究分担者】筑波大学医学医療系 准教授 岡田佳詠

筑波大学医学医療系 准教授 三木明子

【連携研究者】筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程

筑波メディカルセンター病院 救急診療外来 黒田梨絵

<連絡先> 住所：〒0000-0000 茨城県つくば市0000

TEL：000-0000-0000（内線0000） E-Mail：00@00.co.jp

**調査票は封筒に厳封の上、
〇月〇日までに、ポストに投函ください。**

資料2 II. 調査票

I	以下の項目は、看護師の暴力に対する「発生前の準備、および、暴力発生後から鎮静化までの対応知識」を示す質問項目です。 各質問項目の内容が適切かどうかについて、当てはまるところに○をつけてください。				
		全く適切でない	あまり適切ではない	少し適切である	適切である
1	患者が暴力を起こしやすい場面、時間帯、暴力発生後の情報を把握する	0	1	2	3
2	平常時の言動と興奮時の違いを察知する	0	1	2	3
3	事前にスタッフに応援を依頼し待機する	0	1	2	3
4	患者の部屋を個室に近い状況に調整する	0	1	2	3
5	患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で注意し合う	0	1	2	3
6	暴力対応に関する知識や技術、計画をスタッフで共有しておく	0	1	2	3
7	興奮状態の患者の言動を観察する	0	1	2	3
8	興奮が再燃する可能性があるため、数時間は患者の状態を経過観察する	0	1	2	3
9	患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する	0	1	2	3
10	暴力による被害の程度を予測する	0	1	2	3
11	患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する	0	1	2	3
12	患者の状態と自分の精神的余裕から、1人で対応するか応援を待つかの判断する	0	1	2	3
13	患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする	0	1	2	3
14	興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な者を見極める	0	1	2	3
15	患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する	0	1	2	3
16	暴力に及ぶ時、声かけでの介入はせず、制止の判断をする	0	1	2	3
17	暴力を制止しても興奮が収まらない時、投薬の判断をする	0	1	2	3
18	危害が及ばない安全なところに他の患者を避難させる	0	1	2	3
19	危険物所持の確認のために身体検査をする	0	1	2	3
20	患者の周囲にある凶器につながるものを除去する	0	1	2	3
21	腕2本程度の距離をとり、真正面ではない位置から接近する	0	1	2	3
22	スタッフの声かけによる患者の反応を確認してから接近する	0	1	2	3
23	部屋では出口側に位置し、退避できる距離と退路を確認して接近する	0	1	2	3
24	一人では患者に接近せず、複数のスタッフが応援に来た後に接近する	0	1	2	3
25	自分が攻撃対象と判断した時は患者から離れる	0	1	2	3
26	攻撃を避けながら一時退避する	0	1	2	3
27	患者に拘束された時、離脱する	0	1	2	3
28	まず部署内のスタッフに応援を要請する	0	1	2	3
29	病棟内で対応困難な暴力発生時、他部署からの応援を要請する	0	1	2	3
30	暴力発生に気づいた時、暴力対応を優先させて応援に駆けつける	0	1	2	3

		全く適切でない	あまり適切ではない	少し適切である	適切である
31	各部署を守る最小限の人員以外は、暴力発生場所に駆けつける	0	1	2	3
32	傷害のリスクがある時、他職種や管理者、警察を呼ぶ	0	1	2	3
33	訴えを聞く目的を想定して移動を提案し、同意確認後、自ら移動するのを待つ	0	1	2	3
34	興奮し暴力が続く時、患者の身体を押さえながら移動する	0	1	2	3
35	暴力に関係した人を引き離し、別々の場所に移動させる	0	1	2	3
36	患者やスタッフの状態を見極め、移動場所を選択する	0	1	2	3
37	暴力発生の実事確認をする	0	1	2	3
38	暴力に及んだ原因を把握する	0	1	2	3
39	暴力に及んだ背景から患者の要求を把握する	0	1	2	3
40	患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くようになだめる	0	1	2	3
41	患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する	0	1	2	3
42	患者に暴力をやめ、凶器となる物を置くように声をかけて制止する	0	1	2	3
43	暴力を受けている人を保護し、暴力をふるう患者を制止する	0	1	2	3
44	患者を制止した後、鎮静化するまで押さえる	0	1	2	3
45	暴力制止時、患者とスタッフが傷害を負わない安全な妥当な力を配慮する	0	1	2	3
46	患者に体を動かすように伝え、怒りを発散させる	0	1	2	3
47	患者が興奮や暴力を抑制できるように報酬を与える	0	1	2	3
48	対応が長期化する時、スタッフを交替する	0	1	2	3
49	スタッフ間で対応手順や役割を打ち合わせて確認し、共有知識をもとに連携する	0	1	2	3
50	患者の味方となり、裏切らず支援することを保証する	0	1	2	3
51	患者の立場に立ち、状況や原因の解決に向けて支援する	0	1	2	3
52	患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する	0	1	2	3
53	スタッフの行動の意図を患者に伝える	0	1	2	3
54	事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する	0	1	2	3
55	患者の訴えに対する実現可能な限界ラインを提示する	0	1	2	3
56	患者の立場に立って意見を引き出し、実現可能な範囲のかけひきをする	0	1	2	3
57	話が平行線で進展しない時は交渉を中止し、交渉日時の再設定を行う	0	1	2	3
58	攻撃対象や原因から意識をそらす話をする	0	1	2	3
59	暴力の被害を受けた相手の苦痛や気持ちを患者に伝え、理解させる	0	1	2	3
60	暴力に及ぶことによって患者が被る不利益を伝える	0	1	2	3
61	患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける	0	1	2	3

		全く適切 でない	あまり適切 ではない	少し適切 である	適切 である
62	今後とる行動の方向性を具体的に複数提案し、患者自身に意思決定させる	0	1	2	3
63	患者の興奮が鎮静した後、自身がとった行動の問題を明確化して謝罪を促す	0	1	2	3
64	暴力への介入効果を経過観察し、平常時に近い回復状態かを評価する	0	1	2	3
65	患者が嫌と思う言葉や上から目線で話さず、話を聞く姿勢をとる	0	1	2	3
66	普段から落ち着いた雰囲気で接し、患者との関係を構築する	0	1	2	3
67	暴力対応に関する知識を持っているという自信を持つ	0	1	2	3
68	患者の言動に対して感情的に反応せず冷静な態度を保つ	0	1	2	3
69	患者の訴えを親身になって聞く雰囲気で臨む	0	1	2	3
70	一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える	0	1	2	3
II	I でお答えいただいた、看護師の暴力に対する「発生前の準備、および、暴力発生後から鎮静化までの対応知識」の各項目について、表現や内容の修正案がございましたら、お書きください。				
	項目番号()				
	項目番号()				
	項目番号()				
	項目番号()				
	項目番号()				
	項目番号()				
	項目番号()				
III	看護師の暴力に対する「発生前の準備、および、暴力発生後から鎮静化までの対応知識」として、不足している内容があれば、お書きください。				
IV	次のうち該当するものに○、もしくは()内に適当な語句をご記入ください。				
Q1	臨床経験年数 () 年				
Q2	病院内での役割	1) 医療安全 2) 教育担当 3) 暴力発生時における招集職員			
	4) その他()				
	ご協力、ありがとうございました。				

「看護師の暴力への対応知識尺度の信頼性・妥当性の検討」 に関する調査協力をお願い

本研究では、「看護師の暴力への対応知識尺度」の信頼性・妥当性を検討することを目的としております。

「看護師の暴力への対応知識尺度」の信頼性・妥当性を検討することによって、今後、暴力発生前の準備、および、暴力発生後から鎮静化までの対応知識を測定することができます。

また、今後、病院で勤務する看護師が日常で遭遇する医療安全上の問題の1つである暴力への対応に必要な対応知識を測定し、対応知識の向上のための看護師教育に生かします。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、是非とも調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。本調査は、質問項目数が127項目、回答時間は12分程度です。

倫理的配慮

- ・ 本調査は、無記名の調査です。
- ・ 本調査は、能力評価ではございません。
- ・ 調査用紙や封筒に氏名等の個人情報を入力しないようお願いいたします。
- ・ 本調査への参加は、ご本人の自由意思と判断によって決めてください。
- ・ 調査に参加いただけても、不利益になる事は生じません。
- ・ 調査の目的以外にはデータを使用いたしません。
- ・ 統計学的に分析しますので、個人が特定されることはありません。
- ・ 調査項目を読んで回答しにくい項目や回答したくない項目があった場合、無理に回答せず、次の項目に移動したり、中断することができます。
- ・ 調査票および調査データは保存期間終了後、消去・破棄いたします。
- ・ 調査結果を学会や論文にて発表する事をご了承ください。
- ・ 調査票の提出をもって本調査への参加に同意が得られたものとさせていただきます。

本調査は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て、皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われます。この調査に関するご意見・ご質問がございましたら、下記の研究責任者にご連絡ください。

【研究責任者】筑波大学医学医療系 教授 森千鶴

【研究分担者】筑波大学医学医療系 准教授 岡田佳詠

筑波大学医学医療系 准教授 三木明子

【連携研究者】筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程3年次 黒田梨絵

<連絡先> 住所：〒〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県つくば市〇〇〇〇

TEL：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 E-Mail：〇〇@〇〇〇〇.ac.jp

調査票は封筒に厳封の上、
〇月〇日までに、回収袋に提出ください。

I	以下の各項目について、 <u>あなたが考える暴力への対応</u> として正しいと思う項目には「正解」、間違っていると思う項目には「不正解」、どちらか判断がつかない場合には「どちらともいえない」を○をつけてください。				
			正解	不正解	どちらともいえない
1	暴力履歴のある患者は、事前に暴力を起こしやすい場面、暴力発生後の情報を把握する		1	2	3
2	暴力に関連する疾患や内服に関する情報は考慮する必要はない		1	2	3
3	平常時の言動と興奮時の違いを察知する		1	2	3
4	患者の情報から暴力のリスクをスタッフ間で共有し注意し合う		1	2	3
5	暴力対応に関する知識や技術、計画をスタッフで共有しておく		1	2	3
6	暴力をふるう患者に対し、強制退院などの措置が行われることがある		1	2	3
7	暴力履歴のある患者に対し、事前に抑制承諾の説明をし同意を得る		1	2	3
8	興奮状態の患者の言動を観察する		1	2	3
9	興奮が落ち着いた後は再燃することはないため、患者の状態を経過観察しない		1	2	3
10	患者の言動から暴力をふるうリスクを予測する		1	2	3
11	暴力による被害の程度を予測する		1	2	3
12	患者の態度を観察し、興奮や暴力がエスカレートすることを予測する		1	2	3
13	患者の反応から即時介入か経過観察かの緊急性の判断をする		1	2	3
14	興奮状態の患者が複数いる場合、最も早急に介入が必要な患者を見極める		1	2	3
15	患者の反応から解決に向けた交渉の可否を判断する		1	2	3
16	危害が及ばない安全なところであれば他の患者を避難させる必要はない		1	2	3
17	患者の周囲にある凶器につながるものを除去する		1	2	3
18	スタッフの声かけによる患者の反応を確認せずに接近する		1	2	3
19	部屋では出口側に位置し、退避できる距離と退路を確認して接近する		1	2	3
20	複数のスタッフが応援に来る前に一人で接近する		1	2	3
21	自分が攻撃対象となった時は、患者から離れない		1	2	3
22	患者につかまれた時は、はずさずにつかまれたままにする		1	2	3
23	暴力発生時、部署内のスタッフに応援を要請する		1	2	3
24	部署内で暴力が発生した時は、必ず他部署からの応援を要請する		1	2	3
25	暴力発生に気づいた時、暴力対応のために救援に向かう		1	2	3
26	傷害のリスクがある時、他職種や管理者、警察を呼ぶ		1	2	3
27	スタッフだけで対応せず、患者の家族に連絡し、家族と共に話をする		1	2	3
28	訴えを聞く目的で移動を提案し、強制的に移動させる		1	2	3
29	暴力に関係した患者とスタッフは、同じ場所に移動させる		1	2	3
30	患者やスタッフの状態を見極め、移動場所を選択する		1	2	3
31	患者本人にのみ暴力発生の実事確認をする		1	2	3
32	暴力に及んだ原因は把握する必要はない		1	2	3
33	暴力に及んだ背景から患者の要求を把握する		1	2	3
34	患者の気持ちを傾聴、共感して理解し、興奮が落ち着くように努める		1	2	3
35	患者の立場に立ち、暴力に及ぶ思いを理解する		1	2	3
			次のページにお進みください。		

次のページにお進みください。

			正解	不正解	どちらとも いえない
36	患者に暴力をやめるように声をかけながら、凶器となる物を取り上げる		1	2	3
37	暴力を受けている人を保護し、暴力をふるう患者を制止する		1	2	3
38	暴力を制止する時、患者とスタッフの障害のリスクを考慮しない抑え方で制止する		1	2	3
39	抑制による合併症の有無を確認する		1	2	3
40	患者が拒否、エスカレートした場合でも、スタッフを交替せずに対応し続ける		1	2	3
41	スタッフ間で対応手順や役割を打ち合わせて確認し、共有知識をもとに連携する		1	2	3
42	患者の立場に立ち、状況や原因の解決に向けて支援する		1	2	3
43	患者と病院側の相互の意見を伝えて理解し合い、納得できる解決の方向性を検討する		1	2	3
44	スタッフの行動の意図は患者に伝えない		1	2	3
45	事実を説明して誤解を解き、患者の理解を確認する		1	2	3
46	患者の訴えに対する病院側の実現可能な範囲を提示する		1	2	3
47	話が平行線で進展しない時でも時間をかけて粘り強く交渉する		1	2	3
48	暴力に及ぶことによって患者が被る不利益は伝えない		1	2	3
49	患者の状態を医師と評価し、投薬や処遇の指示を受ける		1	2	3
50	患者の要求や暴力に及んだ原因に対する解決策を指示し、患者に意思決定はさせない		1	2	3
51	暴力への介入効果を経過観察し、平常時に近い回復状態かを評価する		1	2	3
52	患者が嫌と思う言葉や上から目線で話さず、話を聞く姿勢をとる		1	2	3
53	普段から落ち着いた雰囲気で接し、患者との関係を構築する		1	2	3
54	暴力対応に関する知識を持っている自信がある		1	2	3
55	患者の言動に合わせて同じような言動をとる		1	2	3
56	患者の訴えを親身になって聞く雰囲気で臨む		1	2	3
57	一方的な追及や否定をせず、同調し理解したことを意識して伝える		1	2	3
Ⅱ 次のうち該当するものに○、もしくは()内に適当な語句をご記入ください。					
Q1	性別 1) 男性 2) 女性				
Q2	年代 1) 20代 2) 30代 3) 40代 4) 50代 5) 60代～				
Q3	職位 1) 師長 2) 主任 3) スタッフ 4) その他()				
Q4	勤務形態 1) 常勤 2) 非常勤				
Q5	臨床経験年数 () 年				
Q6	所属部署 1) 病棟(科) 2) 外来(救急外来, 一般外来: 科) 3) ICU 4) 手術室 5) その他()				
Q7	クリニカルラダー 1) レベルⅠ 2) レベルⅡ 3) レベルⅢ 4) レベルⅣ				
Q8	あなたはこれまで、精神科における勤務経験はありますか。		1) ある 2) ない		
Q9	あなたは、 暴力対応のために救援に行った経験 はありますか。		1) はい 2) いいえ		
Q10	あなたは、 患者からの暴力に対する研修・講演会 を受けたことがありますか。		1) はい 2) いいえ		
Q12で、「はい」と回答した方に、伺います。					
患者からの暴力に対する研修・講演会の 種類 について、該当する数字全てに○、その他の場合はプログラム名を記入ください。					
1) 包括的暴力防止プログラム(CVPPP)		2) 非暴力的危機介入法(CPI)			
3) 専門的暴力対応トレーニング(PART)		4) その他()			
次のページにお進みください。					

Ⅲ 暴力への介入に関する以下の質問について、当てはまるところに○をしてください。						
		できない	あまり できない	だいたい できる	できる	
1	攻撃的な患者に落ち着いて対応できる	0	1	2	3	
2	患者の不安や興奮に対応できる	0	1	2	3	
3	興奮に対し、効果的な技術を用いることができる	0	1	2	3	
4	リスクアセスメントをしながら対応できる	0	1	2	3	
5	はっきりと曖昧でなく話すことができる	0	1	2	3	
6	低い声で静かに話すことができる	0	1	2	3	
7	意見を表現できるように助けることができる	0	1	2	3	
8	考える時間と余裕を与えて急がさずに対応できる	0	1	2	3	
9	エスカレートする様子が理解できる	0	1	2	3	
10	守れない約束はしないで対応できる	0	1	2	3	
11	話を適切に聞いて適切に返答することができる	0	1	2	3	
12	患者の不安・興奮を増大させない対応ができる	0	1	2	3	
13	興奮の段階に応じた対応ができる	0	1	2	3	
14	表情や態度を患者に伝えることができる	0	1	2	3	
15	患者との距離を考えながら対応できる	0	1	2	3	
16	患者との立ち位置を考えた対応ができる	0	1	2	3	
17	不安・興奮のサインの観察ができる	0	1	2	3	
18	理解できない言葉を使わないで対応できる	0	1	2	3	
19	安全な場所での対応ができる	0	1	2	3	
20	患者を追い詰めないように対応できる	0	1	2	3	
21	他のスタッフに、不安・興奮の対応の方法を教えることができる	0	1	2	3	
22	不安・興奮に対応できる知識とスキルを理解している	0	1	2	3	
Ⅳ 以下の質問について、当てはまるところに○をしてください。						
		全然 できない	あまり できない	どちら でもない	だいたい できる	十分に できる
1	攻撃的な患者さんにどのくらい落ち着いて対応できますか？	1	2	3	4	5
2	患者さんへの攻撃性への対処能力はどの程度だと思いますか？	1	2	3	4	5
3	患者さんの攻撃に対してどのくらい身体的介入ができますか？	1	2	3	4	5
4	患者さんの攻撃に対してどのくらい対応することに自信がありますか？	1	2	3	4	5
5	患者さんの攻撃に対してどのくらい心理学的介入ができますか？	1	2	3	4	5
6	攻撃的な患者さんを前にしてどのくらい安全だと感じていますか？	1	2	3	4	5
7	患者さんへの攻撃に対してどのくらい効果的な技術を持っていますか？	1	2	3	4	5
8	患者さんの攻撃性に対してどのくらいニーズを満たすことができると 思いますか？	1	2	3	4	5
9	患者さんからの攻撃に対してどのくらい防御できますか？	1	2	3	4	5
次のページにお進みください。						3

V 職場で発生する暴力について、以下の文章が、どの程度あなたの考えにあてはまるかを答えてください。							
		全く そう 思わない	そう 思わない	どちらか といえば そう 思わない	どちらか といえば そう 思う	そう 思う	とても そう 思う
1	正しさを主張するためには、暴力を使わざるを得ないときがある	1	2	3	4	5	6
2	暴力を受けたことを思い出すと、ドキドキしたり寝られなくなったりすることがある	1	2	3	4	5	6
3	私は自分の気持ちの変化に気づくことができる方だ	1	2	3	4	5	6
4	暴力を振るいたくなる衝動は、人間の本能としてもともと備わっているものだ	1	2	3	4	5	6
5	私は身近な人が暴力を受けているときそれを止めるために自分にもできることがある	1	2	3	4	5	6
6	私は、腹が立ったとき、冷静に自分の気持ちに気づくことができる	1	2	3	4	5	6
7	問題を解決するのに、時には暴力を使ってもよい	1	2	3	4	5	6
8	私は、意見が対立した時、話し合いで解決できる	1	2	3	4	5	6
9	暴力を受けている人は、それを知られたくないため、隠そうとする	1	2	3	4	5	6
10	私は怒りの気持ちを落ち着いて相手に伝えることができる	1	2	3	4	5	6
11	私は殴られたら殴り返す	1	2	3	4	5	6
12	私は、自分と考え方が違う人とでも上手につきあうことができる	1	2	3	4	5	6
13	暴力を受けている人はそれを相談できないことがある	1	2	3	4	5	6
14	人が自分の言うことを何でも聞き、思い通りになったら、良い気分になる	1	2	3	4	5	6
15	私は、相手に自分の気持ちを伝えるとき、相手がそれをどんなふうに感じるかを考える	1	2	3	4	5	6
16	暴力を受けるとそのときのことを急に思い出して仕事に集中できなくなることがある	1	2	3	4	5	6
17	もし、世の中を自分の思い通りに変えることができたなら楽しい	1	2	3	4	5	6
18	私はイライラしたとき人や物などを傷つけずにその気持ちを落ち着かせる方法を知っている	1	2	3	4	5	6
19	暴力を受けても、死にたくなるほど辛くなることはない	1	2	3	4	5	6
20	私は、無視されている人を見ると、何かしてあげたくなる	1	2	3	4	5	6
21	暴力をなくしていくためには、自分の気持ちに気づくことが大切だ	1	2	3	4	5	6
22	人の痛みを知るためには、暴力が必要だ	1	2	3	4	5	6
23	私は、人がケンカをしていたら止めに入る	1	2	3	4	5	6
24	怒りの気持ちを暴力で発散したら気持ちがスッキリする	1	2	3	4	5	6
25	私は気に入らないことがあったとき、人や物などに当たり散らすと気持ちがおさまる	1	2	3	4	5	6
26	私には、嫌なことがあってもホッとできる場所がある	1	2	3	4	5	6
27	私は、暴力を受けたら、信頼できる人に相談する	1	2	3	4	5	6
		ご協力ありがとうございました。 4					

様式4(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 874 号

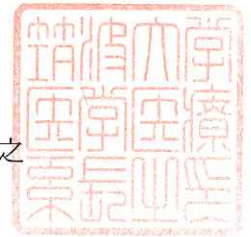
平成 26 年 7 月 29 日

申請者(研究責任者)

森 千鶴 殿

医学医療系長

吉 川 裕 之



平成26年6月13日付けで 審査申請(新規・変更)のありました研究の実施について、審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

1 研究題目「看護師が受ける患者からの暴力への対応の構成要素の検討」

2 判 定

- ☒ 承 認
- ☐ 条件付承認
- ☐ 変更の勧告
- ☐ 不承認
- ☐ 中止
- ☐ 非該当

3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等

4 その他

様式3(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1018 号
平成 27 年 12 月 10 日

申請者(研究責任者)

森 千鶴 殿

医学医療系長
原



平成27年11月12日付けで審査申請(新規)のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

1 研究題目 「看護師の暴力への対応知識尺度の内容的妥当性の検討」

2 判定

- ☒ 承認
- ☐ 条件付承認
- ☐ 変更の勧告
- ☐ 不承認
- ☐ 中止
- ☐ 非該当

3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等

4 その他

様式3(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1045 号

平成 28 年 4 月 15 日

申請者(研究責任者)

森 千鶴 殿

医学医療系長
原



平成28年3月15日付けで審査申請(新規)のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

1 研究題目 「看護師の暴力への対応知識尺度の信頼性・妥当性の検証」

2 判定

- ☒ 承認
- ☐ 条件付承認
- ☐ 変更の勧告
- ☐ 不承認
- ☐ 中止
- ☐ 非該当

3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等

4 その他