

外来患者の院内暴力に関する一検討

山崎久美子* 本山麻美子** 小原美樹**

Violent Outpatients against Medical Staffs

*Kumiko Yamazaki, Ph.D.,

**Mamiko Motoyama, ** Miki Ohara

*Faculty of Human Sciences, Waseda University

**Graduate School of Human Sciences, Waseda University

キーワード

院内暴力 violence in general hospital settings

外来患者 outpatients

弱いコヒアレンス感 weak sense of coherence

The purpose of this study was to explore the background of occurrence of violence in general hospital settings. 184 outpatients responded to questionnaires, which included the Stress Inventory for Outpatients, the Psychological Stress Responses Scale-50 Items Revised, Coping Inventory, and short version of SOC Scale. The relationships between negative stress coping (namely violence), sense of coherence (namely pathological personality tendency), and psychological stress responses (namely mental health) were analysed. The results showed that outpatients with weaker sense of coherence reflected negative coping styles such as the violence-related behaviour.

I. はじめに

患者や患者家族の理不尽なクレームや「院内暴力（暴言を含む）」が医の現場に混乱を招き、医療従事者が疲弊しているという新聞報道が散見される^{1~4)}。唐沢¹⁾は、院内暴力を、立場の違う者を思いやれない現代社会の縮図であると指摘し、長野³⁾は、治療がうまくいかないなど、患者にとって不本意な結果になったときに、その怒りを

* 早稲田大学人間科学学術院

** 早稲田大学人間科学研究科（現所属 本山、南山堂；小原 神田東クリニック）

医療従事者にぶつける傾向があると指摘している。また、豊田¹⁾は、医療従事者の不誠実な態度が、読売新聞の調査²⁾は、病気によるストレスや不安もその背景にあるとしている。日本医師会⁴⁾は、2006年10月から「医師の心ない一言」というテレビCMを流しており、医師の暴言をテロップで流している。これは、医療者側の問題を認識しての政策のひとつといえよう。

和田他⁵⁾によると、過去半年間に患者の暴言を受けた医師は24.1%、何らかの暴力を受けた医師は2.1%であり、こうした深刻な事態はわが国のみならず、スウェーデンの保健医療従事者を対象とした大規模調査⁶⁾の結果からも明らかである。看護師や医師がかなりの率で患者から暴力を受けている。精神科急性期病棟⁷⁾や救命救急医療⁸⁾の場で暴力が発生する頻度が高いとされ、内科医の経験に限っても、暴力的エピソードの過半数は精神科的既往のある者や薬物乱用者であった⁹⁾。総合病院において精神科医のコンサルテーションを受けた390名の患者のうち、暴力が認められたのは4.4%であり、多くは脳器質性の精神障害かパーソナリティ障害と診断された¹⁰⁾。

本研究では、患者の暴力や暴言の背景にあるいくつかの要因（病気や医療に関わるストレス、精神的健康、コーピング、パーソナリティの偏り）を考慮に入れ、こうした行動が何によって引き起こされるかについての若干の考察を試みることを目的とした。

II. 方法

1. 調査協力者および調査の手続き

第1著者によって事前に面接の訓練を受けた医療系ならびに臨床心理系の大学生が面接者となって、彼らの周辺（身内や親戚や親友等）で調査の趣旨に賛同し、協力が得られた外来通院患者に対面で調査を行った。精神科および心療内科を受診している患者は調査の対象外とした。本調査に協力した外来患者は247名であり、回答に欠損値がある、あるいは倫理的な配慮のもとに途中で調査を中止した計63名を除く184名を最終的に有効票とした（有効回答率 74.5%）。調査期間は、2006年6月から9月であった。184名の調査票の男女の内訳は、男性75名（平均年齢41.1歳；SD 18.3）、女性109名（平均年齢 38.7歳；SD 22.1）であり、通院期間（平均年数 3.7年）や1ヶ月の通院回数（平均回数 2.1回）においても性差はみられなかった。

2. 調査内容

(1) 外来患者用ストレス・スケール¹¹⁾：外来患者が医療場面において経験するス

トレッサーを測定する。コントロール項目とされた「身体的苦痛」を表す1項目と、因子分析によって抽出された「診療と治療（6項目）」、「医師との軋轢（5項目）」、「説明の不足（5項目）」、「医療環境的負荷（7項目）」の4因子を5カテゴリーとして使用した（合計24項目）。そのイベントがあれば、インパクトを4件法で評定させ、両方の評点を乗じたものがストレス評価点となる。

- (2) 心理的ストレス反応尺度-50項目改訂版（以下PSRS-50R）¹²⁾：外来患者の精神的健康を測定する。情動（うつ、不安、怒り）、意欲（自信喪失、無気力、絶望）、対人（引きこもり、依存、対人不信）、思考（思考力低下、侵襲的思考）の4領域（11の下位尺度）から成る5件法の尺度である。
- (3) 対処行動リスト¹³⁾：外来患者のコーピングを測定する23項目から成るリストである。各項目に対して、「よくした」、「ときにした」、「しない」の3件法で回答を求めた。
- (4) SOC13項目短縮版質問票¹⁴⁾：外来患者のパーソナリティの偏りを測定する。把握可能感、処理可能感、有意味感の3つの下位尺度から成る合計13項目の短縮版（4件法）である。「弱いSOC（コヒアレンス感）」が表すものは、自暴自棄、失望、困惑・混乱、自己卑下、不安定な自己像、生活や人生に対する不満足感、将来の見通しのなさ等であると理解した。

Ⅲ. 結果

1. 対象外来患者のストレスと SOC

184名の外来患者のストレス評価点合計得点の平均値は8.5（SD 7.9）であった。また、SOC合計得点の平均値は42.6（SD 7.4）であった。性別にかかわらず、医療の場で同様なストレスに曝されていた。個人内要因といえるSOCにも性差が認められなかった。

2. SOC と対処行動との関係

SOC合計得点と対処行動リスト23項目の相関を検討した結果、有意な正の相関がみられたのは、「8（項目番号）：病気がよくなるだろうと期待した（ $r = .17, p > .05$ ）」のみであった。一方、有意な負の相関がみられたのは、「13：親や家族を責めたり、文句をいった（ $r = -.33, p < .01$ ）」、「10：医師や病院の悪口をいったり、批判した（ $r = -.29, p < .05$ ）」、「21：思いっきり、泣いたりして、感情を発散した（ $r = -.29, p < .01$ ）」、「23：病院や医師を変えようと思った（ $r = -.24, p < .01$ ）」、「11：宗教や占いなどに頼ること

を考えた ($r=-.18, p<.05$)」, 「14: 医師や看護師に不安な気持ちをさらけ出したり, 訴えた ($r=-.16, p<.05$)」, 「1: なるようになれと開き直った ($r=-.15, p<.05$)」であった。

対処行動リスト23項目に対してクラスター分析(Ward法)を行なった結果, 4つのクラスターが抽出された。第1クラスターには項目10, 23, 11, 13, 14, 21が, 第2クラスターには項目12, 18, 4, 8, 9, 6が, 第3クラスターには項目1, 15, 17, 20, 16が, 第4クラスターには項目3, 5, 2, 19, 7, 22がまとまった。このことから, SOC合計得点と有意な負の相関を示した7項目のうちの6項目が1つのクラスターを形成していることが示された。これら6項目を「否定的対処行動」と命名し, 外来患者の問題行動とみなした。

3. SOCと精神的健康との関係

平均点で分割したSOC高群($n=125$)・低群($n=59$)の2群間で, 精神的健康度を比較したところ, 情動領域得点の平均値は高群で7.3 (SD 7.9), 低群で23.9 (SD 15.2), 意欲領域得点の平均値は高群で4.0 (SD 4.9), 低群で14.1 (SD 10.6), 対人領域得点の平均値は高群で4.9 (SD 5.2), 低群で15.3 (SD 9.9), 思考領域得点の平均値は高群で3.1 (SD 3.6), 低群で9.6 (SD 5.9)であり, いずれもSOC低群はSOC高群に比べ, 0.1%水準で有意に得点が高く, 精神的健康の不良が顕著であることが示唆された。

4. 外来患者の問題行動に影響をおよぼす要因

第1クラスターの合計得点を従属変数に, ストレッサーの5つのカテゴリー合計得点とSOC合計得点を独立変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)を行なった結果, 患者の問題行動を説明するモデルとしては, SOCと「医療環境的負荷」を独立変数とするモデルが採用された ($R^2=.20, p<.01$)。その他の変数である「身体的苦痛」, 「診療と治療」, 「医師との軋轢」, 「説明の不足」は寄与していなかった。

IV. 考察

昨今, クローズアップされている患者の暴力や暴言といった問題行動にどのような変数がかかわっているかを検討した結果, 病気による苦痛, 多くの検査や治療, 医師との軋轢および説明の不足といったストレッサーは患者の否定的対処行動とは関連せず, 弱いSOCとして表現される患者のパーソナリティの偏りが否定的対処行動の発現に関連していることが示唆された。ここで扱われた否定的対処行動は同時に採用されやすいことが示されたことから, これらの行動の根底には患者のパーソナリティの

偏りが存在しているといえよう。SOC低群における精神的健康の不良はこのことを傍証しているだろう。Otto¹⁵⁾は、暴力とメンタルな障害の関連を強調している。また、職場暴力への曝露とSOCとストレス反応との関連についての報告¹⁶⁾があり、ほどよく高いSOCが暴力への曝露や各種のストレス反応の媒介要因になるとされるが、本研究では、弱いSOCが暴力・暴言の発生に寄与していた。

パーソナリティ障害の傾向がある患者が医療的環境負荷のある状態（看護師や病院事務職員の応対が不親切であると感じられた場合、待ち時間やシステムに不満を感じた場合、自分の都合を優先できない場合など）に置かれる、すなわち、自分の要求や希望が通らない場面に遭遇すると、パーソナリティの病理に後押しされて、相手を責める、相手を批判する、相手に対して感情的になるといった行動が生起すると考えられる。Atkinson¹⁷⁾は、患者の暴力を防止するためにも患者の疑い深さ、フラストレーション、無力感およびコントロール不全感を増大させないことが大切であると警告している。また、患者のメンタルな問題に気づき、スタッフは治療的なコミュニケーションを図れるようにそのスキルを磨くことが大切であるとされる¹⁸⁾。

本研究から、最近トピックスになっている患者の「問題行動」は患者のパーソナリティの偏りが関与していることが示唆された。この理解をなくして、医療現場の抱える深刻な事態に対応できないのではないかと考える。

文献

- 1) 読売新聞:「医の現場 疲弊する勤務医(2)」患者の「院内暴力」急増, 5月1日号, 2007
- 2) 読売新聞:横暴な患者に病院苦悩…暴力430件 暴言990件, 8月19日号, 2007
- 3) 産経新聞:快適の代償(2)“怪物”患者「治らない」と暴力, 11月14日号, 2007
- 4) 読売新聞:クレーム「医師側にも問題」…訴える患者, 9月18日号, 2007
- 5) 和田耕治, 吉田和朗, 佐藤恵美:患者の暴言・暴力の現状と対策-医療従事者をどう守るか, 日本医事新報, 4354, 81-84, 2007
- 6) Arnetz JE, Arnetz BB, Soederman E: Violence toward health care workers. Prevalence and incidence at a large, regional hospital in Sweden. AAOHN J, 46 (3), 107-114, 1998

- 7) Fottrell E : A Study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals. *The British Journal of Psychiatry*, 136, 216-221, 1980
- 8) Keely BR : Recognition and prevention of hospital violence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21 (6), 236-241, 2002
- 9) Paola F, Malik T, Qureshi A : Violence against physicians. *J Gen Intern Med.*, 9 (9), 503-506, 1994
- 10) Travin S, Lee HK, Bluestone H : Prevalence and characteristics of violent patients in a general hospital, *NY State J. Med.*, 90(12), 591-595, 1990
- 11) 新名理恵, 坂田成輝, 山崎久美子 : 外来患者の心理的ストレス・プロセス (I) - ストレッサーと心理的ストレス反応との関係, *日本保健医療行動科学会年報*, 10, 121-139, 1995
- 12) 新名理恵 : ストレス反応の測定 - 心理的検査. *CLINICAL NEUROSCIENCE 別冊*, 12, 54-57, 1994
- 13) 山崎久美子 : 病気と人間行動, 21世紀の医療への招待 (山崎久美子編), 20-34, 誠信書房, 東京, 1991
- 14) 穴井千鶴, 岡田直子, 津田 彰 : 健康生成論とポジティブ心理学, *ポジティブ心理学 - 21世紀の心理学の可能性* (島井哲志編), 223-240, ナカニシヤ出版, 京都, 2006
- 15) Otto RK : Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *J Clin Psychol.*, 56 (10), 1239-1262, 2000
- 16) Høgh A, Mikkelsen E : Is sense of coherence a mediator or moderator of relationships between violence at work and stress reactions? *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 429-437, 2005
- 17) Atkinson JH Jr : Managing the violent patients in the general hospital. 71(1), 193-197, 200-201, 1982
- 18) Duxbury J, Whittington R : Cause and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 469-478, 2005