

研究報告

精神科閉鎖病棟の看護師長が入院前及び入院中の患者からの暴力リスクを察知した際の実践

Practices of a Closed Psychiatric Ward Head Nurse for Detecting the Risk of Violence from Patients before and During Hospitalization

高橋 建司¹⁾ 山岡 由実²⁾
Kenji Takahashi Yumi Yamaoka

キーワード：精神科閉鎖病棟，看護師長，暴力リスク，実践，防止

Keywords : closed psychiatric wards, head nurses, risk of violence, practices, protection

要 旨

目的：精神科閉鎖病棟の看護師長が、入院前及び入院中に察知する患者からの暴力リスクへの実践を明らかにすることである。

方法：6施設の精神科閉鎖病棟の看護師長10名に、患者からの暴力のリスクが高いと推測あるいは感じ取った場面や、その際に行った実践について半構成的面接を行い、その内容を質的記述的に分析した。

結果：精神科閉鎖病棟の看護師長が、入院前及び入院中に患者からの暴力リスクを察知した際の実践には、9つのサブカテゴリと5つのカテゴリが抽出された。精神科閉鎖病棟の看護師長は、地域における病院の役割を考慮したり、病棟で対応できる患者かどうか判断するといった【患者の受け入れを見極める】こと、医師と行動制限の範囲を調整したり、看護スタッフの配置や対応方法を検討するといった【暴力リスクを最小限にする医療体制を整える】ことを行っていた。また、安全に対応できる人数を確保するといった【病棟スタッフの安全を確保する】ことや、【看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする】こと、【対応技術を習得する機会を作る】ことを行っていた。

考察：精神科閉鎖病棟の看護師長が、入院前及び入院中に察知する患者からの暴力を未然に防ぐための体制を作るには、暴力リスクを最小限にすること、看護スタッフの安全と心身の安寧を作ること、熟練した看護師の対応方法を見て学ぶ機会を作ること、という3つの視点が重要であることが考えられた。

I. 序 論

精神科病棟で働く看護師は、5割以上が患者から何らかの暴力を受けており（鈴木，石野，小宮，2011；酒井，山田，野中，2012）、なかでも精神科急性期病棟、精神科閉鎖病棟は、暴力の発生率が高いことが指摘されている（小宮，2005b）。患者からの暴力が精神科看護師の精神面にもたらすダメージは大き

く（小宮，鈴木，石野，他，2005a；谷本，2006）、離職に影響することも明らかになっている（Itoら，2001）。このようなことから、精神科における暴力への対策は重要な課題である。

一方で、精神科では患者が実際に暴力を振るった際、刺激を避けて興奮を抑えるため、また行動療法的な意味を込めて隔離室の使用という治療が行われ

受付日：2022年3月1日 受理日：2023年5月12日

1) 大阪青山大学 Osaka Aoyama University

2) 大阪医科薬科大学 Osaka Medical and Pharmaceutical University

ている（川野，2007）。また、安永（2010）の研究では、精神科の患者の暴力はやり場のない思いの表出であり、看護師に暴力を振るってしまったことで患者も看護師同様に辛い思いをしていることが明らかになっている。川野（2007）が、看護師が患者の暴力行為に対処することは、単なる危険の防止以上に治療的な意味があると述べているように、精神科における暴力を防ぐことには単なるリスク管理の対象としての暴力以上の意味があるのではないかと考える。

精神科では、些細な暴力も見逃さない、許さないという病棟文化を育てていくことが看護管理者に求められている（鈴木，石野，2005）。また「看護の職場におけるガイドライン」（日本看護協会，2018）では、看護管理者が様々な業務上の危険因子に関わるリスクに早期に気づき対処する必要があるとし、看護管理者の役割の重要性について述べられている。看護管理者である看護師長は、患者・スタッフ双方の安全を確保できる病棟環境を作っていることから（野田，2010）、暴力への対策を考える上で、中心的な存在と言えよう。しかし、先行研究では暴力に関連して精神科看護師長がどのような対策を行っているかについては症例報告（福成，1983；鈴木，大城，永田，他，2009）が中心で、彼らの実践の重要性は記載されているものの、その具体的な内容は明らかになっていない。

以上より、本研究では、精神科閉鎖病棟の看護師長が、入院前及び入院中に患者からの暴力リスクを察知した際の実践を明らかにし、暴力を未然に防ぐための体制構築への示唆を得ることとした。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、精神科閉鎖病棟の看護師長が、入院前及び入院中の患者からの暴力リスクを察知した際の実践を明らかにすることである。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究とした。

2. 用語の定義

1) 「暴力」：患者から病棟スタッフに向けられた暴力として、「身体的暴力」、「言葉の暴力」、「セクシャルハラスメント」の3つを含むものとした。

2) 「リスク」：患者から病棟スタッフに対する臨床的に望ましくない事態が発生する可能性とした。

3) 「察知」：入院前や入院中に得られた情報や経験をもとに、患者から病棟スタッフへの暴力の発生リスクが高い、あるいは患者の粗暴な言動が今後エスカレートして重大な暴力による結果を引き起こす、と看護師長が推測する又は感じ取ることとした。

4) 「実践」：暴力リスクを察知した際に、看護師長が感じたことや考えたものを含めた実際に行っていることとした。

3. 研究協力施設及び研究参加者

研究協力施設は、近畿、中国地方で250床以上の精神科閉鎖病棟で、院内暴力対策の教育として包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme：以下CVPPPと略す）を組織での導入及び開催していることを、ホームページで公表されている病院とした。

研究参加者は研究協力施設の精神科閉鎖病棟で2年以上勤務経験がある研究の同意が得られた看護師長とした。

4. データ収集期間

2015年5月～2015年9月

5. データ収集方法

研究者は研究参加者に対し、インタビューガイドを用いて、1名につき1回、約60分の半構造的インタビューを行った。その内容は、患者からの暴力のリスクが高いと推測あるいは感じとった場面や、その際に行った実践であった。インタビューは、プライバシーの守れる個室で行い、許可を得てICレコーダーを用いて録音した。

6. データ分析方法

インタビューで得られたデータは全て逐語録にし、繰り返し読むことで意味を把握した。意味のまとまりごとにデータをコード化して、比較しながら共通点や相違点を検討し分類してサブカテゴリー化し、それらの抽象度を上げてカテゴリー化した。

7. 厳密性の確保

分析結果の確実性は、LincolnとGuba（1985）が

示す確実性、適用性、一貫性、確証性の4つの基準によって確保した。

- 1) 確実性：分析結果について研究参加者2名にメンバーチェックを行い、真実であることの信用性を確保した。
- 2) 適用性：研究参加者が使用した言葉をそのまま用いて、見いだした概念についてできるだけ詳細な記述を行うことで確保した。
- 3) 一貫性：研究のプロセス全般において大学院教育で質的研究を専門としている教員と定期的にディスカッションを行うことで確保した。
- 4) 確証性：大学院教育で質的研究を専門としている教員から定期的にスーパービジョンを受けると共に、さらに洗練させるために結果、考察の内容を再考した。

8. 倫理的配慮

本研究は神戸市看護大学倫理審査委員会の承認を得た研究計画書に基づき実施した（承認番号2015-2-4）。研究協力者の看護部長と研究参加者である看護師への倫理的配慮として自己決定の権利の保障、不利益を受けない権利の保障、プライバシーと匿名性、厳密性確保の権利を保障した。これらは文書と口頭で十分説明し、文書で同意を得た。インタビュー中に暴力に関する想起に伴い不快な感情が生じた場合は途中であっても中断してもらってよいことを依頼文に記載した。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は10名であり、精神科勤務年数は10～25年であった（表1）。

2. 分析結果

データ分析の結果、5つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが抽出された（表2）。

以下、カテゴリーを【 】で、サブカテゴリーは〈 〉で、参加者の語りを「 」を用いて斜体字で示す。結果では、部署内の看護職者は「看護スタッフ」、看護師長は「師長」と表記する。それぞれのカテゴリーを順次とりあげ、精神科閉鎖病棟の看護師長が入院前及び入院中の患者からの暴力リスクを察知した際の実践について述べる。

1) 【患者の受け入れを見極める】

【患者の受け入れを見極める】は〈病棟で対応できる患者かどうかを判断する〉こと、〈地域における病院の役割を考慮して患者の受け入れを検討する〉ことの2つのサブカテゴリーで構成され、患者からの暴力リスクを察知した際、師長が患者を病棟に受け入れるかどうかについて検討して判断する実践であった。

〈病棟で対応できる患者かどうかを判断する〉は、暴力リスクの高い患者を病棟で受け入れるにあたり、その病棟の人的、物的環境で対応できる患者かどうかを検討して判断する実践である。

表1 研究参加者の背景

	年齢	性別	看護経験年数	精神科経験年数	看護師長経験年数	現在所属している病棟
A	40代	男性	22年	22年	10年	慢性期病棟
B	40代	男性	20年	18年	8年	児童思春期病棟
C	40代	男性	23年	20年	3年	救急病棟
D	40代	女性	15年	10年	4年	急性期治療病棟
E	50代	男性	20年	20年	8年	救急病棟
F	40代	女性	13年	13年	5年	急性期治療病棟
G	50代	女性	31年	25年	8年	依存症病棟
H	50代	男性	26年	23年	7年	急性期治療病棟
I	50代	男性	34年	23年	6年	児童思春期病棟
J	50代	女性	32年	12年	9年	急性期治療病棟

表2 精神科閉鎖病棟の看護師長が入院前及び入院中の患者からの暴力リスクを察知した際の実践

カテゴリー	サブカテゴリー
患者の受け入れを見極める	病棟で対応できる患者かどうかを判断する 地域における病院の役割を考慮して患者の受け入れを検討する
暴力リスクを最小限にする医療体制を整える	医師と行動制限の範囲を調整する 暴力リスクにつながる刺激を避けた看護スタッフの配置を検討する 看護スタッフの対応方法を徹底して統一する
病棟スタッフの安全を確保する	安全に対応できる人数を確保する 看護スタッフに1人で患者対応させない
看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする	看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする
対応技術を習得する機会を作る	対応技術を習得する機会を作る

サブカテゴリーの語りについて、J師長は暴力行為に至った患者の転入を受け入れる際、医療スタッフの情報から医師と共に患者の受け入れを判断したことを、以下のように語っていた。

「何で暴力を起こすんだろうってところを、私と医師とで（患者を）受けるに当たって重々その辺は聞いて、じゃあ、うちで受けましょうっていう判断をして……」（J師長）

また、〈地域における病院の役割を考慮して患者の受け入れを検討する〉は、地域のなかでの病院としての役割を考え、患者を受け入れるか否かを検討する実践である。

サブカテゴリーの語りについて、I師長は患者の入院前情報から自部署での入院歴がなく性的な暴力リスクが高いことから、実際に暴力が発生してしまうと女性スタッフにとって取り返しがつかないと考えていた。しかし、そのような患者の受け入れについて病院としての影響を考え、院長に相談したことを、以下のように語っていた。

「（暴力を起こして）警察沙汰にもなってる子を、先入観だけで、受け入れられないのは、やっぱり基幹病院としては、好ましくないんじゃないかっていう……何かあった時に、病院として問われるので……（入院を検討した）」（I師長）

2) 【暴力リスクを最小限にする医療体制を整える】

【暴力リスクを最小限にする医療体制を整える】は、〈医師と行動制限の範囲を調整する〉こと、〈暴力リスクにつながる刺激を避けた看護スタッフの配

置を検討する〉こと、〈看護スタッフの対応方法を徹底して統一する〉ことの3つのサブカテゴリーで構成され、暴力リスクを察知した際に病状に応じて患者の治療環境を整えるため多職種で話し合い、患者の暴力リスクを最小限にするための医療体制を整えるための実践であった。

〈医師と行動制限の範囲を調整する〉は、患者の暴力リスクに見合った処遇（行動制限）を、医師と話し合って決めたことを、以下のように語っていた。

「（患者の行動制限解除において）主治医との交渉ややりとりも絶対必要になってくるので、外したり緩めていったりとか（医師と話した）」（A師長）

また、〈暴力リスクにつながる刺激を避けた看護スタッフの配置を検討する〉は、暴力の対象となっている看護スタッフを意識的に避けた配置になるよう検討したことを、以下のように語っていた。

「女性に対してわあってところがあるので、その方に対しては、夜間でも昼間でも男性スタッフが一応対応していくって風にしていってますね。」（E師長）

さらに、〈看護スタッフの対応方法を徹底して統一する〉は、患者の行動制限が長引かないようにするため、看護スタッフに判断基準を守るよう取り決めるための実践であった。

サブカテゴリーの語りについて、D師長は患者の疾患特性やスタッフとの相性から、スタッフ間での行動制限解除の判断に差異が生じることで患者が混乱すると考えていた。そのことから、行動制限解除

における判断基準が守れるよう看護スタッフと取り決めたことを、以下のように語っていた。

「看護師によって行動制限の判断が違ふと、患者さんが混乱するので、そこは統一しないとというところで、(看護スタッフに毎朝伝えた)」(D師長)

3) 【病棟スタッフの安全を確保する】

【病棟スタッフの安全を確保する】は、〈安全に対応できる人数を確保する〉こと、〈看護スタッフに1人で患者対応させない〉ことの2つのサブカテゴリーで構成され、患者の暴力リスクが高まっても、対応する病棟スタッフの安全を確保できる体制を整えるための実践であった。

〈安全に対応できる人数を確保する〉は、患者の暴力リスクが高まっても、患者・医療者ともに怪我をしないよう安全を守ることができる人数をそろえるための実践であった。

サブカテゴリーの語りについて、D師長は患者が病棟外で身体的暴力(他患者を殴る)を振ったことから、医師の診療が安全に行えるよう他部署に応援を依頼したことを、以下のように語っていた。

「診察に(病棟の看護スタッフである)男性2人つけて、廊下にも居てもらって、よその病棟にも(スタッフの)応援頼みましたね。」(D師長)

また、〈看護スタッフに1人で患者対応させない〉は、行動制限中の暴力的となった患者への対応は1人ではさせないことを、以下のように語っていた。

「(夜勤帯は)2人でラウンドして、巡室をしなさいと、(中略)1人じゃなくて複数で対応しなさい。何で、2人で来るんやって言われたら、●●さん怒った口調なので、私達はね、怖い感じがするっていうのを言ってあげたらいいわ(と指導した)」(J師長)

4) 【看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする】

【看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする】は、〈看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする〉ことの1つのサブカテゴリーで構成され、看護スタッフが患者の粗暴な言動に対して、当然抱く不快な感情を認めてサポートするための実践であった。

〈看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情

をサポートする〉は、看護スタッフは暴力的な行為に対して不快な感情を抑圧してしまうのではないかと考え、不快な感情を言語化するように促すための実践であった。

サブカテゴリーの語りについて、B師長は患者が看護スタッフに向けて物を投げた行為を知り、今後、暴力に発展する可能性があると察知した。精神科における暴力行為の多くは病状と関連しているため、看護スタッフは暴力的な行為に対して不快な感情を抑圧してしまうのではないかと考えていた。そのことから、不快な感情を言語化するように促したことを、以下のように語っていた。

「今、どんな感情だった?というのも、とにかくスタッフの意見を怖かったら怖かったでいいし、患者さんを、悪く、悪くというか、何であんなことするんや〜みたいな感じ、自分の抱いた感情をとにかく出しなさいってみたいな感じですねえ、スタッフの感情も出させて。」(B師長)

5) 【対応技術を習得する機会を作る】

【対応技術を習得する機会を作る】は、〈対応技術を習得する機会を作る〉ことの1つのサブカテゴリーで構成され、看護スタッフが、暴力リスクがある患者への対応技術を習得する場を作るための実践であった。

〈対応技術を習得する機会を作る〉は、看護スタッフが、実践モデルとなるような人の対応方法を見て学ぶ場を作るための実践であった。

サブカテゴリーの語りについて、J師長は、看護スタッフが暴力リスクの高い患者対応に慣れていないことを認知していた。そのことから、患者へ介入方法を看護スタッフに直接見せたことを、以下のように語っていた。

「怖いっていう人には、とにかく私と一緒にお風呂の誘導したり、その前には必ずさっき言った、3点、叩かない、蹴らない、人を叩かないって約束できるって、したよねって言った所をして、じゃあ絶対しないよねって、じゃあ、お風呂入りましょうかあ〜開けますよって。」(J師長)

V. 考 察

本研究では、精神科閉鎖病棟の師長が、入院前及び入院中の患者からの暴力リスクを察知した際の実践が明らかになった。ここでは、それらの実践が暴

力を未然に防ぐための体制構築にどのように応用できるかについて、1. 暴力リスクを最小限にする体制作り、2. 看護スタッフの安全と心身の安寧における体制作り、3. 熟練した看護師の対応方法を見て学ぶ体制作り、の視点から考察する。

1. 暴力リスクを最小限にする体制作り

本研究の結果では、精神科閉鎖病棟の師長は、患者の行動制限の範囲を医師と調整したり、看護スタッフの配置や対応方法を検討するといった【暴力リスクを最小限にする医療体制を整える】ことを行っていた。医療体制を整えるうえで、患者や医師、作業療法士など他職種とお互いの立場や役割を認識して調整することが必要である。橋本（2002）は、患者や看護者、医師が、それぞれの立場による認識を把握しない場合、薬を巡って治療の流れに妨げが生じると述べている。師長が患者や医師、作業療法士など他職種と調整し、医療体制を整えることは、患者の暴力を引き起こす病状を速やかに回復させることにもつながり、暴力リスクを最小限にする効果を高めると考えられる。

また師長は、患者の状態から病棟での対応が可能かを判断し、【患者の受け入れを見極める】ことをしていた。岡田（2013）は、入院直後の患者について、彼らの暴力は予測が難しく、その現れ方も唐突な場合があることを述べている。このように、入院前に、患者の状態以外に病棟の設備や人員などの状況も踏まえ、自分たちの病棟で対応できて十分な治療や看護が行えるのかを可能な限り想定し、現時点の体制では難しいと判断した場合は入院を引き受けないとするこも、暴力の発生リスクを極力抑えるためには重要な視点と考えた。

精神科では、患者の暴力が症状の一つとして治療的に扱われる（川野，2007）。そのため、暴力リスクの高い患者であってもできる限り入院を受け入れなければならない場合は多い。しかし、暴力が生じるとしても、そのリスクを最小限にして、患者とスタッフが共にできる限り安全で、重大なケガや障害などの結果につながらないような体制作りが必要であると考えられた。

2. 看護スタッフの安全と心身の安寧における体制作り

本研究の結果では、師長が【病棟スタッフの安全

を確保する】という実践をしていた。Ward（2003）が、患者の暴力リスクが高まった時、患者とスタッフ双方の安全を確保するため、対応に必要な数のスタッフを集めることが求められると述べているように、他部署への依頼や調整が可能な立場である師長が、暴力リスクの状況に応じてスタッフを増やすなど看護スタッフの安全を確保することは重要と考えられる。

そして本研究では、師長が看護スタッフに対して【看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする】という実践をしていたことが明らかになった。浮舟、田嶋（2014）は、否定的感情体験を経験した看護師が前向きな関わりに至るためには、感情のコントロールのための支持的な支援が重要であると述べており、この師長の実践は、看護スタッフが自身の感情をコントロールし、効果的なケアを行うために師長が行う支持的な支援と考えた。

また、人が粗暴な言動や暴力を自分に向けられた場合は、傷ついたり不快な感情を抱くのが当然である。しかし精神科の看護者には暴力の被害による影響を「考えない」と否認する傾向があり（Lanza, 1983）、実際に患者から受けた暴力が報告されない可能性があることが指摘されている（小宮，2005b）ように、看護スタッフは自分の否定的な感情に目を向けにくい傾向があると考えられる。その看護スタッフが暴力を認識できない状況が、さらに患者の粗暴な言動をエスカレートさせて、ケガを被るほどの暴力に発展させるといった結果を引き起こすのである。このように【看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする】という実践は、心身の安寧を保つとともに、暴力がエスカレートすることを防ぐという意味をもつといえる。

以上のことから、病棟スタッフの安全を確保すること、そして心理的負担を軽減するとともにさらなる暴力から身を守るという予防的な意味合いとしての安全確保が、体制づくりに重要であると考えた。

3. 熟練した看護師の対応方法を見て学ぶ体制作り

暴力発生トリガーは明確ではなく予測がしにくいと言われているが（Linsley, 2010）、岡田（2013）は、精神科に熟練した医療従事者であれば、予防可能な暴力を見極め対処することができると述べている。つまり、暴力を防ぎ、対処するためには、対応するスタッフの実践能力を高めることが必要であ

り、本研究では、スタッフの実践能力を高めるために師長が【対応技術を習得する機会を作る】ことを行っていた。増山（2014）が、「看護師長には、スタッフ看護師への直接指導や支援などを通して教育する責務がある」（p.24）としているように、本研究で師長が行っていた実践は、暴力に対する看護スタッフの実践能力を育成するための教育の機会の一つになっていたと考えられる。

また佐藤（1988）は、経験が未熟なスタッフが多いようであれば、師長自らがモデルとなって質の高いケアを実践すべきだと述べている。本研究では、10年～34年の精神科経験があり、CVPPPの研修を受けて暴力に対する高度な実践力を持っている師長が研究参加者となっている。そのため、師長が自らモデルとなり実践することで【対応技術を習得する機会を作り（る）】、教育の機会としていたことが考えられた。

このように、師長が看護スタッフの実践力を高めるために、教育の機会を作ることも、暴力を防ぐ体制作りには重要な視点であると考えられる。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、院内暴力対策に組織的にかつ、精神科臨床経験が豊富でCVPPPに取り組んでいる精神科単科病院の師長を対象にした。そのため、総合病院の精神科や、精神科開放病棟における師長の実践については、施設規模や看護体制の違いなどにより本研究からは言及できない。また、研究データ収集方法はインタビューを用いたため、師長が行っているすべての実践を引き出すことができなかつた可能性がある。

今後、対象を広げて精神科における暴力を未然に防ぐ体制をさらに検討する必要がある。さらに師長の実践が院内暴力を減らす上で、どのような効果をもたらすか、また、看護スタッフにどのような影響を与えるかについて検討していく必要がある。

VI. 結 論

1. 精神科閉鎖病棟の師長から得られた語りを質的記述的に分析した結果、精神科閉鎖病棟の師長が、入院前及び入院中の患者からの暴力リスクを察知した際の実践として、5つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、【患者の受け入れを見極める】【暴力リ

スクを最小限にする医療体制を整える】【病棟スタッフの安全を確保する】【看護スタッフが粗暴な言動に対して当然抱く感情をサポートする】【対応技術を習得する機会を作る】であった。

2. 精神科閉鎖病棟の師長が、入院前及び入院中に察知する患者からの暴力を未然に防ぐための体制を作るには、暴力リスクを最小限にすること、看護スタッフの安全と心身の安寧を作ること、熟練した看護師の対応方法を見て学ぶ機会を作ること、という3つの視点が重要であることが考えられた。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

謝辞：本研究実施にあたり、ご協力いただいた病院、看護スタッフの皆様から心から感謝申し上げます。また、故安藤幸子先生には研究全般において多大なご指導・ご助言をいただき感謝申し上げます。なお本研究は2015年度神戸市看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 橋本喜次郎（2002）. 第3章急性期病棟での治療と保護室. 内村英幸, 吉住昭（編）, 55-63. 精神科保護室の看護とチーム医療—困難事例への対応と援助, 金剛出版.
- 福成孝子（1983）. 攻撃と依存をめぐって—治療看護の展開. (内村英幸編), 慢性分裂病の臨床, 95-104, 金剛出版.
- Ito Hiroto, Susan V. Eisen, Lloyd I. Sederer, Osamu Yamada, Hisateru Tachimori (2001). Factor Affecting Psychiatric Nurses Intention to leave Their current job, *Psychiatric Services*, 52(2), 232-234.
- 川野雅資（2007）. 精神科看護管理の実践, 38-39, 医学書院.
- 小宮（大屋）浩美, 鈴木啓子, 石野（横井）麗子, 他（2005a）. 入院患者から看護師が受ける暴力的行為に関する研究—18人の精神科看護師の体験, *日本精神保健看護学会誌*, 14(1), 21-31.
- 小宮裕美（2005b）. 鈴木啓子, 吉浜文洋（編）, アンケート調査でわかった暴力被害の実態暴力事故防止ケア患者・看護師の安全を守るために, 22-32, 精神看護出版.
- Lanza ML (1983). The reactions of nursing staff to

- physical assault by a patient. *Hospital and Community psychiatry*, 34(1), 44-47.
- Lincoln, YS. Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Newbury Park, CA, 301-331.
- Linsley, P. (2010). 池田明子, 出口禎子 (監訳), 出口禎子, 宮澤正幸 (編), 暴力と攻撃の管理: リスクの軽減と防止, 医療現場の暴力と攻撃性に向き合う, 48-77, 医学書院.
- 増山路子 (2014). 特集看護師長の役割と業務, 看護実践の科学, 39(13), 19-26, 看護の科学社.
- 日本看護協会 (2018). 看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドラインヘルシーワークプレイス (健康で安全な職場) を目指して, 労働安全衛生ガイドライン—日本看護協会. from <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/rodoanzensei.pdf>
- 野田有美子 (2010). スタッフナースを惹きつける看護師長のリーダーシップ行動, 聖路加看護学会誌, 14(1), 1-8.
- 岡田実 (2013). 「暴力」をできる限り発生させない環境をつくるために, 精神科看護, 40(7), 12-18.
- 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, 1881-9168(6), 109-116.
- 佐藤紀子 (1998). 変革期の婦長学, 126-138, 医学書院.
- 鈴木啓子, 石野麗子 (2005). 職場暴力の被害に遭った看護者への支援について看護管理者に考えてほしいこと, 看護, 57(15), 48-53.
- 鈴木啓子, 大城凌子, 永田美和子, 他 (2009). 患者からの攻撃的行動への看護実践を支える看護管理の検討, 名桜大学紀要, 14(6-30), 245-255.
- 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者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.
- 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.
- 浮舟裕介, 田嶋長子 (2014). 否定的感情を抱いた患者への精神科看護師の体験, 日本精神保健看護学会誌, 23(2), 31-40.
- Ward, M. (2003). 阿保順子, 田崎博一, 岡田実, 他 (監訳), 精神科臨床における救急場面の看護, 68-113, 医学書院.
- 安永薫梨 (2010). 精神科病院における患者から看護師への暴力の実態と看護の在り方—看護師に暴力を振るった患者を対象とした質問紙調査より—, 福岡県立大学看護学研究紀要, 7(2), 72-81.