

目次

第1章 序論	4
第1節 本研究の背景と必要性	4
1. 本研究の背景	4
2. 暴力・攻撃に結びつきやすい「怒り」	4
3. 怒りの表出方法によって影響される利点と欠点	5
4. 怒りを建設的な問題解決へとつなげるために	6
第2節 研究の目的・目標と意義	6
1. 研究目的	6
2. 研究目標	6
3. 研究の意義	7
第2章 文献検討	9
第1節 院内暴力をめぐる近年の研究の概要	9
1. 院内暴力に関する実態調査	9
2. 院内暴力の発生要因	11
3. 患者の暴力、怒りなどに対する対応	13
第2節 暴力と攻撃の関係	16
1. 暴力と攻撃	16
2. 攻撃の心理学的説明	17
第3節 怒り	20
1. 攻撃を喚起する陰性感情：「怒り」	20
2. 怒りの喚起	21
3. 怒りの表出	23
4. 怒りの表出に影響を及ぼす要因	24
5. 怒りの表出を抑制する弊害	25
6. 怒りの鎮静	25
第4節 苦情・クレーム	27
第5節 患者の満足・不満足	28
第6節 怒りと健康	29
第7節 文献検討のまとめ	30
第3章 研究方法	32
第1節 研究デザイン	32
1. 本研究における研究デザイン	32
2. 本研究で使用する研究デザインについて	32
第2節 概念枠組み	34
第3節 本研究の構成	38
第4節 用語の定義	40

第5節 研究方法	40
1. 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する量的調査 (Phase1-1)	40
2. 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する質的調査(Phase1-2)	45
3. 患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルの作成 (Phase2)	51
4. 患者の怒りに対する熟練看護師の対応の探究 (Phase3)	53
5. 患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す看護師の対応についての検討 (Phase4)	57
第4章 結果	58
第1節 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する量的調査	58
1. 研究参加者の概要	58
2. 看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じたりした体験の概要	58
3. 怒りを体験した状況	62
4. 怒り体験の状況や看護師の気づきの有無が体験時の怒りに及ぼす影響	65
5. 怒りの程度が身体の変化や選択行動に及ぼす影響	68
6. 選択された行動による結果	69
7. 怒りの終息に影響を及ぼす要因	71
8. 怒りの体験の過程	73
9. 怒りの体験の特徴	73
第2節 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する質的調査	74
1. 参加者の概要	74
2. 個別のケース分析の結果	75
3. ケース間分析	103
4. 怒りの過程における認知の特徴	104
5. 患者が望む看護師の対応	108
第3節 患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルの作成 (Phase2)	112
1. 患者の看護師に対する怒りの特徴 (質問紙調査結果)	112
2. 患者の看護師に対する怒りの特徴と看護師の関わりの特徴 (面接調査結果)	112
3. 質問紙調査の結果と面接調査の結果の統合	113
4. 怒り体験の過程における一般化可能な部分と個別的な特徴の検討	123
5. 怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデルの修正	126
6. 修正モデルによる各ケースの怒り体験の説明	128
7. 面接調査参加者ならびに医療従事者による修正モデルの確認	130
第4節 患者の怒りに対する熟練看護師の対応の探究 (Phase3)	131
1. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの修正	131
2. 参加者の概要	133
3. 個別ケース分析の結果	133
4. ケース間分析	170
5. 熟練看護師の患者・家族の怒りに対する対応の構造・過程	171

第5節 患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す看護師の対応についての検討 (Phase4)	180
1. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの検討1	180
2. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの検討2	182
3. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの検討3	186
4. 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルの作成 (Phase5)	192
第5章 考察	198
第1節 患者の怒りに対する建設的な対応	198
1. 怒りの発生を予防する	198
2. 発生した患者の怒りを生産的な意見として表出するよう促す	202
3. 患者の怒りの鎮静化を促し、終息させる	207
第2節 研究成果の意義と限界	214
1. 患者の怒りの過程	214
2. 熟練看護師の患者の怒りへの対応	215
3. 患者の怒りに対する看護師の対応モデルの臨床現場における適用の可能性	215
4. 臨床現場におけるモデルの適用の限界	217
第3節 研究方法論の適切性	217
1. 並列的トライアングレーション戦略について	217
2. 複数ケーススタディ・リサーチについて	218
第4節 本研究における限界と今後の課題	218
第6章 結論	220
謝辞	222
引用文献	223
図表のリスト	230
添付資料	232

第1章 序論

第1節 本研究の背景と必要性

1. 本研究の背景

病院で発生する患者からの暴力は、精神科などの特定の部署だけではなく一般病棟でも頻発している (ICN, 1999/日本看護協会, 2004)。これまで患者の暴力については、疾患や症状によるものにとらえ表面化しない傾向にあった。しかし、近年では ICN のガイドラインや日本看護協会から保健医療福祉施設における暴力指針が提示され (日本看護協会, 2004)、院内暴力対策を講じる施設が増加している。

院内暴力に関する先行研究をみると、暴力行為者 (患者) の要因として、アルコール依存症、認知症、統合失調症、せん妄状態、飲酒による酩酊状態など認知機能に問題があるもの、暴力行為の前歴、ストレス (慢性的な痛み、行動制限、時間の長さ) などがあるとされている (三木, 2011)。このうちクレーマーや暴力を用いる注意人物については、情報の共有や警察 OB の活用、監視カメラの設置、暴力発生時の対応マニュアルの作成と周知など組織的な対応が有効であることが示されている (三木, 2011)。また、認知症の患者については、看護者のケアの提供の仕方やケアを提供する環境への配慮により、暴力あるいは暴言を減らすことができる可能性が示唆されて入る (高, 山本, 岡本他, 2010)。さらに、精神科領域における包括的暴力防止プログラム (CVPPP) では、患者の暴力を通常の状態に何らかの刺激が加わり攻撃性がエスカレートしていく過程ととらえ、その過程に応じたリスクアセスメントや介入が示されていた (包括的暴力防止プログラム認定委員会, 2005)。

これらの先行研究をみると、看護者が患者の暴力に対応するためには、患者が暴力に至る過程を理解し、その過程に応じて対応することが重要であると考えられる。しかし、精神科領域以外における患者の暴言やクレームなどへの対応に関する文献をみると、ベテラン看護師のクレーム対応の技能について検討したもの (水口, 片岡, 西森, 2011) や、患者の暴言に対する看護師の対応と患者の態度の変化を検討したもの (天野 富田, 2011)、高齢者の攻撃行動への対処について検討したもの (鈴木, 永田, 大城他, 2008) など数件が見出されるのみであった。精神科領域では、患者が暴力に至る過程や過程に応じた対応が暴力の予防に有効とされているが、認知機能に問題のない一般的な入院患者が暴力に至る心理過程やその過程に応じた看護師の対応については明らかにされていなかった。

2. 暴力・攻撃に結びつきやすい「怒り」

院内暴力を引き起こしたと考えられる要因について検討した先行研究を見ると、「待ち時間の長さ」 (Presley Robinson, 2002) や「行動制限」 (安永, 2005) など外的要因から生じる陰性感情に起因するものがあげられている。陰性感情の中でも暴力や攻撃に結びつきやすいのは「怒り」とされている。「怒り」は、日常生活において他者との間に摩擦や葛藤が生じた経験から生ずると考えられおり、身近で親密な相手に感じやすいこと (大淵 小倉, 1985) が報告されていた。これらのことから、患者に最も身近で親密な存在であり患者と接する

機会の多い看護師は、その関わりの中で患者が怒りを感じ、場合によってはその怒りが看護師に対する攻撃として表出されることが多いと考えられる。

しかし、怒りを感じても全てが「攻撃」につながるわけではなく、人は怒りを感じても表出行動を選択すると考えられている (大淵 小倉, 1985)。怒りの表出行動について大淵らは、直接的な攻撃の実行率はその願望率より低いことから、直接的な攻撃行動は抑制されやすいことを見出した (大淵 小倉, 1985)。同様に木野は、日本人が怒りを感じたときに実際にとる行動は、「いつもと変わらない行動」が多いと報告していた (木野, 2000)。これらの先行研究から、一般的に怒りが喚起されても攻撃行動に結びつくことは少ないことが示唆される。

また怒りは、「損害の程度」「加害者の意図性」「事態の予測性」の順で怒りを喚起させやすいこと (Ben-Zur Breznitz, 1991)も報告されている。つまり怒りは、対人葛藤などの経験により即時に行動として表出されるだけでなく、状況や対象、予測される結果に対する認知・判断の影響を受け表出されたり表出されなかったりすると考えられる。これらのことから、患者が看護師に対して怒りを感じたとしても、怒りが表出されるまでの過程の中で看護師が患者の認知・判断に働きかけることにより、攻撃行動としての表出を未然に防ぐことが可能であることが示唆される。

以上から、患者の怒りに起因する攻撃行動を予防するためには、看護師は患者の怒りからその表出に至る過程を理解し、その過程に応じた働きかけを行うことが重要であると考えられる。

3. 怒りの表出方法によって影響される利点と欠点

怒りの表出行動のひとつである苦情やクレームは、経営面からみると重要な情報源だと位置づけられている。アメリカのマーケティング・リサーチ会社を運営するジョン・グッドマンが考案した「グッドマンの法則」によると、顧客のうち不満を感じても実際に苦情やクレームを言う人は、不満を感じている人の 4%であり、クレームを申し立てない人の再来店率は 10%程度であること、クレームの申し立てを行なった人のうち、その解決が迅速で満足につながった場合は 82%の人がサービスを再利用すること、クレームへの対応に不満を抱いた顧客の非好意的な口コミの影響は、満足した顧客の好意的な口コミに比較して、二倍も強く影響を与えるという。このため経営指標として、患者や家族からの苦情やクレームが重視されるようになってきた (濱川, 2005)。すなわち、怒りという陰性感情は、その表出方法と受け手の対応によっては、サービスの利用者側と経営者側の双方にとって建設的な問題解決へとつながるきっかけとなる。

一方、怒りが暴力や暴言のような直接的攻撃行動として表出されてしまうと、看護師は暴力行為者である患者に対して関わりたくないなどの陰性感情を持つこと (隠塚, 古賀, 武本他, 2004; 萩原, 2007)、暴力を振るった患者に対し共感的に関わらないなどの回避的な対処を行うこと (小宮 (大屋), 鈴木, 石野 (横井) 他, 2005; 吉野, 北川, 福田, 2010)が明らかになっている。つまり患者が怒りを直接的攻撃行動として表出すると、その後の患者・看護師関係や提供される看護ケアの質に悪影響を及ぼす。このことから、患者が感じた怒りを患者満足や看護ケアの質の向上につながる建設的な問題解決の糸口とするためには、

看護師は患者が怒りを直接的攻撃行動以外の形で表出できるよう促すことが必要である。

4. 怒りを建設的な問題解決へとつなげるために

これまで述べてきたように、患者の怒りから発生する院内暴力の予防や、怒りを建設的な問題解決の糸口とするためには、患者の看護師に対する怒りがどのように喚起され、その怒りがどのように処理されるのか、また患者の怒りの喚起と怒りを処理する過程において、看護師はどのように対応することが望ましいのかを明らかにすることが必要不可欠である。

具体的には、看護師に対する患者の怒りが生じるきっかけとなった事象は何か、怒りがなぜ喚起されたのか、喚起された怒りによって患者はどのような行動をなぜとったのか、その行動によってその後どのような結果につながったのか、またその時々看護師はどのような対応をしていたのかという視点から検討することが必要である。これにより、患者の怒りの特徴や影響要因、患者が怒りを体験した時の看護師の対応の特徴などを明らかにすることができる。と考える。

次に、患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者の怒りに対する看護師の望ましい対応を明らかにするためには、患者の怒りに対して熟練看護師が臨床現場でどのように対応しているのかを明らかにする必要がある。と考える。これらを通して、患者の怒りを患者と看護師の双方にとって建設的な問題解決へとつなげるような対応を見出すことができると考える。

第2節 研究の目的・目標と意義

1. 研究目的

本研究の目的は、まず患者が看護師に対して感じる怒りの特徴や傾向、患者が怒りを体験した時の看護師の対応の傾向、患者が看護師に望む対応などを明らかにするとともに、患者の怒りに対する熟練看護師の対応の過程や構造を明らかにする。そしてこれらの結果をもとに、患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者の感じた怒りを問題解決につながる形で表出されるよう促す対応を検討し、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを作成することである。

2. 研究目標

- 1) 患者が看護師との関わりの中で、どのような嫌悪事象によって怒りが喚起されるのか、怒りの喚起にはどのような要因が影響しているのか、喚起された怒りはどのように処理されるのか、その過程には何が影響しているのか、怒りはどのように表出されるのか、また怒りを感じている患者に対する看護師の対応について患者はどのようにとらえているのか、患者は看護師にどのような対応を望むのかについて、特徴や傾向を明らかにする。
- 2) 1) と同時に、患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程のエピソードをより

詳細に理解するために、個々人の怒り体験の過程、怒り体験時やその後の看護師の対応、患者が望む看護師の対応などについて明らかにする。

- 3) 患者の看護師に対する怒りの喚起と処理過程に関するモデルを作成するとともに、発生頻度の高い怒りや攻撃的行動に結びついたり抑制されてしまう怒りなどの特徴や傾向、患者が怒りを体験した時の看護師の対応の傾向などを明らかにする。
- 4) 熟練看護師の患者の怒りに対する対応の構造・過程を明らかにする。
- 5) 以上を統合し、患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す対応を検討し、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを作成する。

3. 研究の意義

一般病院で発生する看護師に対する患者からの暴力には、認知症やせん妄状態など認知機能に問題があるもの、利益を得る手段として意図的に暴力を用いるもの、待ち時間の長さなどなんらかの嫌悪事象の体験により喚起された怒りが攻撃行動として表出されるものなどがある。このうち、認知症やせん妄状態にある患者の対応や意図的に暴力を用いる患者への対応については、先行研究や実践報告などから知見を得ることができた。さらに精神科領域の先行研究では、患者の暴力に対して予防的に対応するためには、患者が攻撃に至る過程を理解し、その過程に応じて対応することが重要であることが示されていた。また心理学領域の先行研究から、陰性感情の喚起から攻撃に至る過程や陰性感情の中で最も攻撃に結びつきやすい感情は「怒り」であること、怒りが攻撃として表出されるまでには認知・判断の処理が行われる過程が存在することなどの知見を得ることができた。しかし先行研究において、精神疾患や認知機能に問題のない患者に焦点を当て、怒りの発生状況や発生要因、攻撃に至る心理過程について明らかにしたものは見出せなかった。

看護師に対する患者の攻撃を予防するためには、認知症や精神疾患以外の患者についても、看護師との関わりの中で患者が感じた怒りが攻撃に至る過程を理解することが必要と考える。患者の怒りの過程を理解し、その過程に応じた対応を検討することで、患者の怒りを察知し攻撃を未然に防ぐような対応を見出すことができると考える。

そこで本研究では、まず先行研究では取り上げられていなかった精神疾患や認知症以外の患者に焦点を当て、心理学領域の知見を参考に、怒りが発生する状況や発生要因、怒りが攻撃に至る心理過程を明らかにする。次に、熟練看護師の患者の怒りに対する対応をもとに、患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者の感じた怒りに対して看護師はどのように対応することが望ましいのかを明らかにする。そして、患者の怒りの過程と熟練看護師の患者の怒りに対する対応の知見から、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを作成する。このモデルが活用されることにより、臨床現場における患者の怒りの原因や患者が怒りをどのように処理をしているのかという過程の理解につながり、嫌悪事象の発生予防、患者の怒りの早期把握、早期対応の手掛かりとなるとともに、患者の怒りの過程をふまえて客観的にアセスメントすることができるようになる。そして、看護師は患者の怒りの発生予防や感じた怒りを非攻撃的行動として表出できるよう促し、患者の怒りを建設的な問題解決へとつなげることができると考え

る。看護師が患者の怒りを回避することなく問題の解決につなげられるような対応を行うことにより、当事者である患者の納得を得ることや問題の改善が他の患者の満足に結びつくとともに、看護師にとっては看護ケアの質の評価や向上につながると考える。

第2章 文献検討

院内暴力をめぐる研究を概観し、次に院内暴力を攻撃行動ととらえ、攻撃の動機づけとなる怒りの概念、怒りが表出されるまでの心理プロセス、さらに怒りの表出行動のひとつである苦情・クレームについて整理していく。

第1節 院内暴力をめぐる近年の研究の概要

1. 院内暴力に関する実態調査

1) 院内暴力の発生頻度

一般病院に勤務する看護師が患者から受ける暴力に対して研究的に取り組まれるようになったのは最近のことである(楨平, 丸山, 井上, 他, 2012)。

研究報告の内容をみると、暴力被害の実態調査が最も多い。実態調査から看護師が受ける身体的暴力と言語的暴力の発生状況をみると、調査対象者数が最も多い日本看護協会の調査では看護師の約30%が経験していたと報告していた(日本看護協会, 2004)。その他の研究者の報告をみると、研究者によって暴力の定義、調査参加者、暴力加害者の範囲や経験率の算出方法、暴力体験の期間などの調査方法などが異なっていたが、精神科も含めた暴力被害(身体的暴力、暴言などの言語的暴力、セクシャルハラスメントなど)の経験率は33.2~96%であり、看護師あるいは医療従事者が受ける暴力被害は高い傾向にあった(表2-1)。

ICNによると、ペンシルベニア州で1990年に実施された研究では回答のあった救命救急室勤務の看護師のうち36%が過去12カ月間で少なくとも1度は身体的暴行を受けていたこと、一方保護観察官および監察官で同期間に身体的暴行を受けていたのは6%だったこと(ICN, 1999/日本看護協会, 2004)、日本国内の医療機関を対象とした調査においても院内暴力の被害にあう医療従事者の中で看護師が最も多かったという報告(河野, 2012; 瀬戸, 藤田, 飯田他, 2010)や若い看護職が身体的暴力を受けやすい傾向にあるという報告(小野 玉井, 2011)もある。これらのことから、看護職員に対する暴力は他の専門職と比較しても重大な問題となっている。

2) 暴力被害を受けた看護師への影響

暴力被害を受けた看護師への影響として、身体的暴力や精神的暴力(威嚇、さげすみなど)を受けた精神的ダメージで日常生活が困難になった者がそれぞれ7.7%、11.8%いたという報告(児玉, 門内, 那良他, 2008)や、暴力を受けた時に感じる「怖い」という感情は後でよみがえること(奥山, 歌川, 村井, 2011)、時間の経過とともに「身の危険を感じる」までに増大すること(目片, 中山, 山中, 2007)、暴力を受けた後に患者に対して関わりたくないなどの陰性感情を持つこと(隠塚, 古賀, 武本他, 2004; 萩原, 2007)、暴力を振るった患者に対し看護師は共感的に関わらないなどの回避的な対処を行ったり(小宮(大屋), 鈴木, 石野(横井)他, 2005; 吉野, 北川, 福田, 2010)、戸惑いを感じたりしていること

表 2-1 看護師に対する院内暴力の実態調査：(2003～2012 年)

文献	対象	調査内容
日本看護協会, 2004	保健医療福祉施設に勤務する職員 1218 名	過去 1 年間の身体的暴力の発生状況をみると、約 3 割が「受けたことがある」と回答
栗田, 2006	大学病院 2 施設 1205 名回収 832 (99.5%)	過去 1 年に患者から暴言・暴力を受けた経験がある 67.6% (身体的暴力 58.6%、言葉の暴力 25.9%、セクハラ 14.0%)
水田, 西林, 西口他, 2006	和歌山県看護協会会員で就業している看護職者の約 20% (1000 人)。回収率 85.2%。対象 852 人	過去 1 年間に暴力を受けた経験あり 33.2% (身体的暴力 20.4%、言葉の暴力 21.7%、セクハラ 11.4%)。加害者は身体的暴力 96%が患者、言葉の暴力患者 68.1%、医師 26.5%、看護職者 17.3%。
児玉, 門内, 那良他, 2008	県内の保健医療福祉機関に勤務する看護協会員のうち 2485 人抽出。回答 2088 人 (84.0%)	暴力を受けたことのある者、身体的暴力 32.9%、精神的暴力 13.8%
三浦, 田中, 野水他, 2008	過去 5 年間に患者・家族から受けた暴力行為について、単独施設 780 名、回収 726 名 93%	暴力を受けたことがある 610 名 (86.9%)
山下, あべ松, 東, 2008	鹿児島医療センター全職員 493 名、回収 343 名 (69.7%)	89 名 (25.9%) に過去 1 年間の院内暴力の体験あり、被害を受けた職種では看護師が、受けた被害は精神的暴力が最も多かった。
三浦, 田中, 野水他, 2008	総合病院 1 施設の看護職員 780 名。有効回答数 631、回収率 86.9%	過去 5 年間に患者・家族から暴力を受けた者 610 名 (84%)
小林, 日坂, 山本他, 2009	近畿 12 施設 7852 名、回収 2851 (36.3%) 有効回答 2824、	過去 1 年間に受けた暴力被害、暴力被害を受けたのは 1955 人 (69.2%)
田辺, 2009	岩手県内 22 病院の精神科看護師 1852 名、902 名の有効回答。	看護師が患者からの暴力を受けた割合は、言葉の暴力 94.9%、身体的暴力 94.2%、セクシャルハラスメント 78.5%
瀬戸, 藤田, 飯田, 他, 2010	社団法人全日本病院協会 2248 施設対象。有効回答 1106 (49.2%)	過去 1 年間に 576 病院 (52.1%) で 6882 件の院内暴力。精神的暴力 49.9%、身体的暴力 33.6%、セクハラ 13.6%、その他 2.8%。被害を受けた職種：看護師 88.6%、事務職 30.9%、医師 25.5%、その他の職種 22.3%
長谷川, 藤田, 瀬戸, 他, 2010	ベッド数約 1000 床の教育病院の前看護師対象、有効回答 788 (79.9%)	過去 1 年間に受けた被害：身体的暴力 19.8%、言葉の暴力 33.6%、セクハラ 0.2%、
小野 玉井, 2011	単独施設、看護師・助産師 433 人	院内暴力を受けた経験がある人 60%、暴言等の精神的な被害が身体的暴力より高い、若い看護職が身体的暴力を受けやすい傾向
和田 佐々木, 2011	A 県内の総合病院に勤務する看護職 200 名	過去 1 年間に 79.0%の看護職が患者や家族から、26.0%の看護職が看護師・医師等のスタッフから何らかの暴力被害を体験していた
酒井 野中, 2013	東海地方 B 県下の精神科病院 13 施設に勤務する看護師 714 名(内訳:男性 205 名,女性 509 名)	被暴力体験のある者は 655 名(91.7%)、精神科勤務経験が短い被暴力体験者が多い。

(草野, 影山, 吉野他, 2007)、暴力被害を受けた直後では、人格の否定・安全への脅威・患者との信頼関係の破綻といった感情が生じていたが、時間が経過した後では、暴力エピソードの意味づけを行い心の傷をいやしていた (谷本, 2006)などの報告があった。

また最近では、院内における職員間暴力の実態も明らかになってきており (黒田 三木, 2009)、暴力を受けた被害者の心身の被害は重大であり離職に至るケースも少なくないことが報告されている。

このように院内暴力は、看護師の労働安全衛生の面だけでなく看護ケアの質への影響も考慮し、組織的に取り組まなければならない問題となっている (ICN, 1999/日本看護協会, 2004)。

2. 院内暴力の発生要因

次に内外の先行研究から院内で患者が行為者となる暴力の要因について検討したものを概観する。

1) 精神科領域における発生要因

安永は、精神科閉鎖病棟に勤務している看護師 269 名を対象に行った質問紙調査の結果から、患者から受けた暴力の引き金となったものを、看護師の働きかけ (注意、促し、呼びかけ、説明、説得など)、行動制限 (身体的拘束、保護室、離院や入院拒否)、患者の問題 (幻覚・妄想、けんかの仲裁、業務・対応へのいらいら、医療者側への不満、環境変化など)、原因不明の 4 つに分類していた (安永, 2006)。また藤森らは、民間の精神病院 1 施設の暴力に関するインシデント・アクシデントレポート 287 件を分析し、「本人の要求がすぐに満たされない状況」「ケアプランや治療方針の変更」など 16 項目の暴力の誘引環境・状況と、「暴力発生前の精神状態についての観察項目」として「精神状態が不安定」「不穏な言動」など 19 項目を示していた (藤森, 大谷, 小菅, 他, 2005)。

さらに菅原は、精神科看護師を対象とした質問紙調査の結果から、暴力が発生する前段階に患者と看護師の間の対立場面として、「治療や看護をめぐる対立」「入院生活での要求をめぐる対立」「病的確信や行動による対立」という 3 つのカテゴリを見出した (菅原, 2010)。下里は、精神科の入院患者における暴力の発生要因として、人の過密などの環境ストレス、病棟活動への誤った解釈などの認知的ストレス、患者・看護師関係の問題などのコミュニケーション・ストレスの 3 つの要因をあげ、これらの要因が相互に関係しあった結果、攻撃性が発動されると述べている (包括的暴力防止プログラム認定委員会, 2005)。

以上の先行研究から、患者と看護師の関係や看護師の関わりが、患者の攻撃の誘引や要因となることが示唆された。

2) 救急部門における発生要因

小出は、救急外来に勤務している看護師 11 名への質問紙調査の結果から、暴力を振るった患者の背景として精神疾患、アルコール摂取、以前にも暴力をふるっていたなどの傾向

が示されたとしていた (小出, 2007)。

Crilly は、オーストラリアのクィーンズランドで 2 つの公立救急部門において 71 人の看護師を対象にした調査で、暴力をふるった患者は「アルコール」「薬物」の影響下にあったとこと、「精神疾患」と結び付けられる行動を示したことが分かったとしていた (Crilly, Chaboyer, Creedy, 2004)。また Lyneham は、オーストラリアのニューサウスウェールズの救急部門で勤務する看護師に面接調査と質問紙調査を行った結果、薬物、アルコール、待ち時間が最も重要な暴力発生の要因であったと報告していた (Lindsay Anderson, 2000)。Presley らは、1998 年にテキサス、オースティンの 6 つの病院で行なった研究で得られたデータから、救急部門における暴力を発生しやすくする要因として、長い待ち時間、待つ環境の不快感、リフレッシュメントへのアクセスの欠如などを示していた (Presley Robinson, 2002)。

これらの文献から救急部門においては、精神疾患やアルコール・薬物以外に、待ち時間や待つ環境の不快感などが攻撃の要因となっていることが示唆された。しかし、これらの要因が攻撃に結びつく過程を明らかにしたものではなかった。

3) 部門を限定していない調査において検討された発生要因

三木らは、患者暴力への対処法に関する看護協会の研修会へ参加した看護師 104 名に職場で起こった暴力のうち最も困った事例を一つ提示させた。その結果、暴力に及んだ患者の疾患及び状態は認知症が最も多く、ほかに不穏状態、術後せん妄状態、がん末期状態、アルコール依存症などであったと報告していた (三木 小日山, 2007)。また三木は、病院で発生する患者から職員への暴力について、暴力行為者の要因として①アルコール依存症、薬物中毒、②認知症、脳血管障害、統合失調症、③不穏状態、せん妄状態、不安状態、癌末期状態、④ストレス (慢性的な痛み、行動制限、待ち時間の長さ)、⑤飲酒による酩酊状態、⑥暴力行為の前歴をあげていた。さらに暴力被害者の要因として、①女性、若年者、新人、②暴力に無抵抗あるいは暴力に過剰に怯える、③コミュニケーション技術の未熟、④挑発に乗ってしまうあるいはキレやすい性格、⑤正義感が強すぎて 1 人で対応しようとする、⑥患者のパーソナルスペースに不用意に侵入する、⑦暴力のリスクを把握できない、⑧暴力のトレーニングを受けていないをあげていた (三木, 2011)。

清水らは、過去に患者からの暴力被害にあった病院に勤務する看護師 15 名に暴力被害の内容やその時の状況などについてインタビューし、暴力の要因と考えられるものとして、「暴力行為の前歴」「病気による苦痛」「入院によるストレス」「看護師業務への認識の不足」から構成される『暴力行為者である患者が持つ背景』、コミュニケーションの未熟さなど「看護師そのものに起因」するものと患者の意に反しても行わなければならないという「看護業務の状況に起因」するものから構成される『暴力対象者の看護師が持つ背景』、「人的環境」「物的環境」から構成される『病棟環境が持つ要因』を挙げ、入院・疾病によるストレスや医療従事者との対人関係の中で発生する暴力以外に、暴力行為により利益を得た経験から患者が暴力行為に及ぶことを示唆していた (清水, 作田, 坂口他, 2008)。

さらに清水らは、看護師が患者から受ける暴力の特徴と要因を明らかにするため、過去に看護師に対して暴力行為に及んだ患者 10 名に半構成的面接を実施した。その結果、暴力

の原因としては「待たせる」「痛みを我慢させられた」「言うことを聞かない」など、患者の要求を聞かない看護師の対応に問題があったこと、入院による生活の制約なども1要因であったと述べていた(清水, 瀬川, 種田, 他, 2010)。

これらの先行文献から、院内暴力は、認知症やせん妄状態・飲酒などによる認知機能の問題や暴力行為の前歴などの患者の個人要因、入院や疾患からくるストレスなどの状況要因、看護師のコミュニケーション技術の未熟さなど暴力被害者である看護師側の要因、患者の期待と看護師の認識や対応のずれによる対人葛藤や欲求不満などの知覚に起因して発生するものと推察できる。

しかしこれらの調査は、実際に暴力行為に及んだ患者を対象に調査することは困難なこともあり、1文献を除き患者が暴力を起こした原因や要因について被害にあった看護師を対象に調査したものであった。このため、これらの要因がなぜ暴力や攻撃に至ったのか、その過程は明らかにされていなかった。

3. 患者の暴力、怒りなどに対する対応

1) 組織的な対応

院内暴力に対する組織的な取り組みに関する研究では、暴力被害を受けた看護師へのサポート体制に関するもの(大迫, 鍋田, 瀬野他, 2004)、院内暴力対策の取り組みを報告したもの(浦川 木村, 2012; 河野, 2012)、暴力防止教育プログラムの作成や実施の効果(古屋, 千野, 新田, 2012; 三木 小日山, 2007; 森岡 三木, 2011; 富永, 三木, 五十嵐, 2008)やマニュアル作成(大橋, 太田, 久米他, 2007)、患者暴力や二次被害に対する看護管理者の認識を調査したもの(三木, 金子, 石橋, 2011)、看護師・介護職員への性的暴力対応指針の作成(小柳, 内藤, 窪田他, 2010)などがあった。また、クレーマーや暴力を用いる注意人物に関する情報の共有や警察 OB の活用、監視カメラの設置、発生時の対応マニュアルの作成と周知など組織的な対応が有効であることが示されていた(三木, 2011)。

医療機関で組織的に暴力対策を行うためには、あらゆる暴力(患者医療者間暴力、患者間暴力、職員間暴力)を容認しない「文化」を醸成し、医療機関のトップである院長や理事長が職員を守るという強い意識を持ち、組織的に対応することが必要であることが示されていた。

2) 看護師の対応

(1) 精神科領域における看護師の対応

患者の暴力に対する看護師の対応に関する研究の多くは、精神科領域のものであった。

岡田は、精神科看護師20名に対し半構成的面接を行い、入院患者の暴力に対する介入技術について質的に分析した。その結果、精神科看護の介入技術が適応される臨床場面として、「基本的ケアの実践」「救急・急性期ケアの原則」「攻撃場面の収拾」の3つに区分していた。このうち「基本的ケアの実践」における介入技術では、人間として尊重するなどの援助態度、患者理解と信頼関係、言語的・身体的な接近法、距離感、相互作用をあげてい

た。「救急・急性期ケアの原則」では、警戒、リスクの回避、傾聴、情報伝達と人的資源の確保、介入の専門性、アプローチの多様性、対象の安全確保と保護、援助者の安全確保、安全と危険度の判定、場面理解についての認知、攻撃への転化要因の特定をあげていた。さらに「攻撃場面の収拾」として、ハイリスクへの備え、場面のコントロール、攻撃パターンの理解、援助者の沈静、「場の読み」と状況判断、脱エスカレーションの方策、状況推移による判断、「逃げ場」の確保、状況の「落としどころ」の模索、中立的・非評価的態度、攻撃行動の機能的理解、暴力の機能的理解をあげていた。そして、救急・急性期場面に適用される介入技術は、「基本的ケアの実践」の延長上に展開される高度な介入技術であることを見出した（岡田, 2007）。

また、精神科閉鎖病棟において患者の変化にいち早く気付くために看護師の違和感や一体感を大事にして状況を小刻みに判断し行動することが重要であることを見出したもの（安永, 2005）、暴力につながりそうな威嚇状態にある患者に対し看護師は基本的なコミュニケーション技術を活用していることやいつもと違うという感覚を持って対処していることを見出したもの（山田, 渥美, 野澤他, 2010）、患者の暴力に直面した看護師の経験に焦点を当て暴力を回避するヒントを検討したもの（岡田, 2012）などがあった。

また、下里らは精神科医療の中で発生する患者からの暴力に対応するために「包括的暴力防止プログラム CVPPP」を提案している。これは包括的に暴力を予防、防止するためのプログラムであり、患者が暴力を起こさない普段の状態から攻撃性に対するリスクアセスメントを行うと述べている。そして、怒りや攻撃性を鎮めるためのディエスカレーション、暴力行為に対してチームで身体的介入をはかるチームテクニクス、突発的に襲われた際に適切に逃げるためのブレイクアウェイ、暴力がおさまった後のアフターケアとしてのディブリーフィングという5つの要素で構成されていた。CVPPPでは、攻撃を通常の状態に何らかの刺激が加わり攻撃性がエスカレートしていく過程ととらえ、過程に応じた介入が示されていた（包括的暴力防止プログラム認定委員会, 2005）。

その他精神看護領域では、精神疾患を有する患者の暴力行動のリスクアセスメントに関するツールの作成やそのツールの実践への適用性の検討や実践報告などもみられた（川野, 1997; 松尾, 2006; 齋藤, 坂上, 田中他, 2007; 下里 松尾, 2004; 新福, 2005）。

これらの文献から、看護師のコミュニケーション技術や看護師のいつもと違うという経験に基づく対応の効果、日常的な援助場面における患者・看護師関係を見直すことが暴力への進展を防止する重要な活動になること、病状変化やその可能性を見極めることができれば突発的な攻撃の回避につながることで、患者の攻撃性がエスカレートしていく過程をとらえたアセスメントや介入が暴力防止には有効であることなどが示唆された。

(2) 精神科領域以外における看護師の対応

精神科領域以外における患者の暴言やクレームなどの対応に関する文献をみると、ベテラン看護師のクレーム対応の技能について検討したものや患者の暴言に対する看護師の対応と患者の態度の変化を検討したもの（天野 富田, 2011）、高齢者の攻撃行動に対する対応について検討したもの（高, 山本, 岡本他, 2010）、院内暴力に対する看護師の状況判断と対処行動を検討したもの（仲宗根 池田, 2012）、院内暴力に対する看護師長のセーフティマネジメントについて検討したもの（栗納, 名越, 南, 2013）などがみられた。

水口らは、ベテラン看護師4名に対し、患者のクレームに対してどのような対応をしているのか半構成的面接を行い検討した。その結果、ベテラン看護師のクレーム対応の技能として、[傾聴する][受容・共感する][言葉づかい・態度に注意する][謝罪する][クレームの内容・原因を確認する][軌道修正する][自分から行動する]という「コミュニケーション技術を駆使する」こと、[最初の対応を重要視する][相手に合わせて対応する][迅速に対応する][話すときの環境を整える]という「患者・家族との関係性を構築する」こと、[クレームを貴重な意見と思い対応する][患者を十分に理解する][信頼関係を作る][プライバシーを保護する]という「クレーム対応のための場を作る」こと、[直観・経験で判断する][客観的・冷静に対応・判断をする][自分で判断し、解決する]という「判断する」、「次の策を考える」、「医療スタッフ間で協力する」、「患者に解決方法を伝える」という7つの技能が明らかになったと報告していた(水口, 片岡, 西森, 2011)。

また天野らは、患者の暴言に対する看護師の対応と患者の態度の変化を明らかにすることを目的に、暴言を最後まで聴いた看護師52人に対し、患者の態度に変化があったか否かについて質問紙調査を行った。その結果、患者の暴言を最後まで看護師が聴くことにより、患者の怒りはおさまり患者自身の気持ちを看護師に話すようになったが、一部の患者の態度は変化せず悪化したこと、ベテラン看護師はコミュニケーション技術を用いてクレーム状況を全体的に把握し、患者が何を求めているのか理解したうえで問題を解決しようとしていたと報告していた(天野 富田, 2011)。

鈴木らは、高齢者による怒りや攻撃的行動に焦点をあて、熟練看護師によるケア場面の参加観察および看護師への面接調査を実施することにより、QOLを尊重し、かつ高齢者と看護師双方の安全および安心感を保持する上での効果的ケア技術とは何かを検討した。その結果、きめ細やかな継続的観察、なじみの関係づくり、本人の願いやニーズの把握、ケアの目的や意図のわかりやすい説明、ケアチーム間でのケア理念の共有、攻撃的言動に関する情報のスタッフ間での共有など21項目の効果的ケア技術を抽出していた(鈴木, 永田, 大城他, 2008)。

高らは、高齢者施設で働く看護師と介護職員14人を対象に認知症高齢者の攻撃行動に対する対処方法についてグループインタビューを行った。その結果、攻撃行動を起こさないためにケア提供者が体得している技術として、認知症高齢者とのつながりを構築する、認知症高齢者とのつながりを保つ、認知症高齢者とのつながるための理解の3つをあげていた(高, 山本, 岡本他, 2010)。

仲宗根らは、患者からの暴力を体験した看護師16名から得られた23事例(精神科領域の患者も含む)を暴力の発生状況に着眼し、看護師の状況判断と対処行動について分析した。その結果、各群の特徴を捉えた対応策として、1群;看護師の言動や対応が誘因で発生した暴力では、看護師の言動が刺激となるため、患者へのアサーティブな対応の訓練プログラムが必要であること、2群;患者の危険行為の制止時に発生する暴力では、組織的な対応マニュアルが必要であること、3群;処置やケア等の介入時に発生する暴力では、暴力を容認する傾向にある看護師の認識を改める必要があること、4群;性的暴力では毅然とした態度を示せるようにチーム全体で支える必要があると示唆していた(仲宗根 池田, 2012)。

これらの文献から、患者の暴力や怒りに適切に対応するために、看護師には状況に応じたコミュニケーション能力、患者の状況を全体的に把握し理解する能力や患者との信頼関

係を形成する能力、看護チーム内でのケア理念や患者の攻撃的言動に関する情報などの共有が、組織にはアサーティブな対応の訓練プログラムの提供や組織的な対応マニュアルの作成などが必要であることが示唆された。しかし、一般病院に入院しているせん妄状態や認知症以外の一般の患者に焦点を当て、発生状況や発生要因、暴力に至る心理過程について検討したものはほとんどなかった。

第2節 暴力と攻撃の関係

次に、一般の患者が引き起こす暴力を理解する手掛かりとして、心理学領域における暴力や怒りに関する文献を検討する。

1. 暴力と攻撃

心理学領域では、「暴力」は「破壊、処罰、支配する目的で、人やその人の持ち物に対して激しい身体的な力を行行使すること」（湯川, 2005）とされ、「攻撃」の下位分類である極端な身体的攻撃の形態のことを指している（Krahe, B., 2001/秦, 湯川, 2004）。また「攻撃」とは、「どんな形であれ、危害を避けようとする生活体に対して、危害を加えようとなされる行動」と定義される一種の社会的行動である。そして攻撃には、攻撃者の心理的機能の違いにより、敵意的攻撃と道具的攻撃がある。攻撃行動の一次的動機が、敵意的攻撃では否定的感情の表現として相手に危害を加えることにあるのに対し、道具的行動では攻撃行動を手段として意図した目標に到達することを目的としている。これによると、攻撃はその心理プロセスの違いから、陰性感情の喚起によって相手に危害を加えることを目的に引き起こされるものと、目的を達するための手段として意図的に起こされるものに大きく分けられる（Krahe, 2001/秦, 湯川, 2004）。

これを、第1節でとりあげた院内暴力を引き起こしたと考えられる要因と照らし合わせてみると、院内暴力の発生は、精神疾患や認知症、脳血管障害などの疾患による認知機能の障害によるもの、「長い待ち時間」や「待つ環境の不快感」「行動制限」など嫌悪事象（aversive events）から生じる陰性感情（negative affect）に起因するもの、清水らが示唆した暴力行為により利益を得た経験から暴力行為に及ぶ（清水, 作田, 坂口他, 2008）という、目的を達するための手段として意図的に起こすものに分けることができる。

一般に病院で発生する暴力も、認知機能の障害によるもの、陰性感情の喚起が引き金となっているもの、目的を達するための手段として意図的に起こすものがあると考えられる。このうち病院では、入院生活による様々なストレスから陰性感情が喚起され、それが暴力行為の引き金になりやすいと推察される。しかし、陰性感情を喚起する嫌悪事象があったからといって、そのすべてが「攻撃」や「暴力」に結びつくわけではない（大淵 小倉, 1984）。そこで次に、攻撃行動を心理学的に説明する理論を概観する。

2. 攻撃の心理学的説明

1) 情動発散説

欲求不満－攻撃仮説（*frustration aggression hypothesis*）の初期の理論では、攻撃は欲求不満状態を終結させようとする動因の結果として説明された。しかし、欲求不満がすべて攻撃的な反応を示すわけではないことから、欲求不満が結果として攻撃的な反応を生むかどうかは、変数の影響に左右されると考えられた。つまり欲求不満をもたらす出来事と攻撃的な反応を結ぶ重要な媒介変数としての状況的な手がかり（例えば武器の存在など）を、どう認知的に評価するかに強調点が置かれるようになった（Carlson, Marcus-Newhall, Miller, 1990）。

また Berkowitz は、怒りの形をした陰性感情が欲求不満と攻撃を結ぶ重要な媒介変数になるという認知的新連合モデル（*Cognitive Neoassociation Model*）を提唱した（Berkowitz, 1989）。これによると、フラストレーション、刺激、大きい騒音、心地悪い温度と不快なおいのような嫌悪事象が陰性感情を引き起こし、攻撃と逃走の両方に結び付けられる種々の考え、思い出、生理的反応などを促進するという。また、攻撃連想は怒りの基本的な感情を高揚させるのに対して、逃走連想は恐れ of 基本的な感情を高揚させ、さらに嫌悪事象に存在している合図が事象によって引き起こされた認知的、感情的な反応と結び付けられると想定した。この理論によると、攻撃は嫌悪事象によって引き起こされる感情の処理によって促進も抑制もされうるととらえられる。

また、覚醒転移理論（*Excitation Transfer Theory*）では、ある個人がある刺激に対して攻撃的な反応を示すかどうかは、嫌悪事象によって喚起された生理的覚醒（興奮）の強さとその覚醒をどのように解釈するかによって怒りが喚起されるか喚起されないかが決まるといふ（Krahe, 2001/秦, 湯川, 2004）。

2) 社会的機能説

社会的認知アプローチでは、社会的情報処理の違いを攻撃の個人差として捉え、攻撃行動の実行に向かわせる認知的スキーマの発達（スキーマ：人が経験によって身につける体験的知識のまとまり）と、攻撃的な個人と被攻撃的な個人を分ける特徴的な社会的情報処理の仕方の2つの問題が探求されてきた。状況や出来事に適用される認知的スキーマは「スクリプト（*scripts*）」と呼ばれ、スクリプトは「ある特定の文脈における出来事の適切な連鎖」を示す知識構造からなる。こうした知識構造は、状況の経験を通して直接的・代理的（メディアを介するなど）に獲得され、特に攻撃行動は、早期の社会化の過程で獲得された行動レパートリーに左右される（Huesmann, 1988a; Huesmann, 1988b）。

学習理論（*Social Learning Theory*）では、攻撃行動は他の形態の社会行動の大半と同様、学習過程を通して獲得されるということを経験した（Bandura, 2001）。道具的条件づけ（強化と罰を通じた学習）とモデリング（モデルの観察）を通じた学習の両方は、攻撃行動の獲得と実行に関する有力なメカニズムとされてきた。この理論では、攻撃行動に対して報酬が与えられたり、観察したモデルの攻撃行動の結果がよいほど、攻撃行動が獲得される

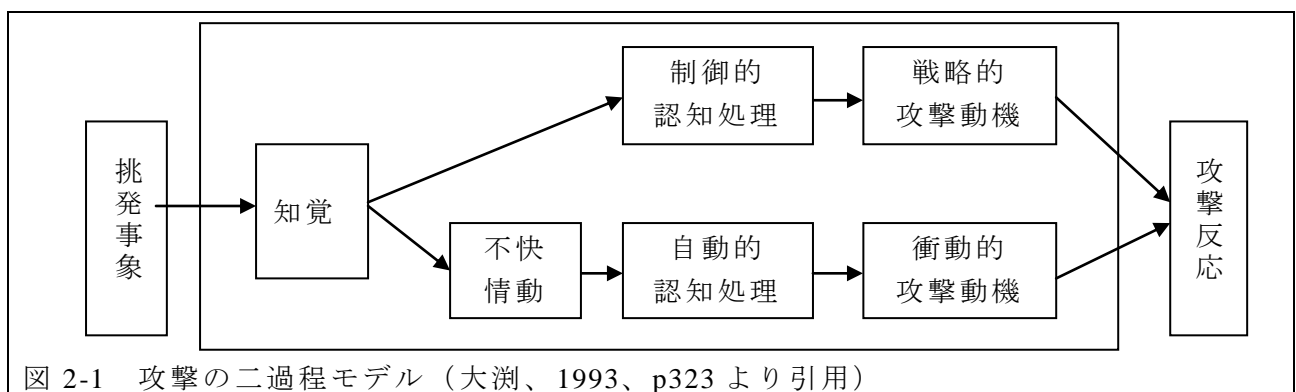
可能性は高くなると説明されていた。

社会的相互作用主義モデル (Social Interaction Theory) では、攻撃よりも広い概念である強制行為を用い、その道具的機能に注目した (Krahe, 2001/秦, 湯川, 2004)。強制行為 (coercive action) は、相手に危害を加えたり、気の進まない相手から応諾を得たりする重要な戦略として、肉体的な力ばかりでなく脅迫も罰も含む。行為者は、他者に影響を与える社会的影響行動の戦略の一つとして、損失と利益、さまざまな見込み、態度や価値などを考慮して、強制行為を選択するかしないかを意思決定すると考える。しかし、このように常に制御的に行動を選択するという説明は現実的ではないという批判も受けている (湯川, 2005)。

3) 攻撃の二過程モデル

大淵は、人が攻撃的な気持ちを喚起されるには、常に挑発的な事象が先行していることを確認し、情動発散説 (欲求不満説、不快情動説)、社会的機能説 (学習理論、社会的認知説) を統合した二過程モデル (図 2-1) を提案した (大淵, 1993)。

このモデルでは、対人葛藤や欲求不満などの葛藤事象を知覚した場合に 2つの処理過程が働くと仮定する。一方の過程は、帰属、判断、予測などを含む高次の認知処理によって喚起され、反応過程が制御的に営まれる戦略的攻撃動機であり、もう一方は、不快情動が連想的・反射的に生み出す衝動的な攻撃動機である。この説では、衝動的な攻撃動機は、人が不快な経験をしたとき、ほとんど常に固体内に生ずると仮定される。しかし、それがいつも行動に表れるわけではなく、多くの場合、制御的な認知処理過程が同時に活性化されているため、衝動的な反応が抑制されるとされていた。



4) 攻撃の一般モデル

Anderson は、これまでの攻撃理論を統一したモデルとして攻撃の一般モデル (General Aggression Model) を提唱した (図 2-2)。このモデルは、攻撃行動が生起するまでの段階として、入力—経路—結果の 3つの段階を想定していた。

入力 (Inputs) には、個人要因と状況的要因がある。個人要因は、怒りや敵意に関する特性や信念 (自己効力感など)、態度 (ものの見方、暴力に対する肯定的な態度は攻撃行動に結びつきやすい)、価値、長期的目標、スクリプトなどが含まれる。状況的要因は、攻撃

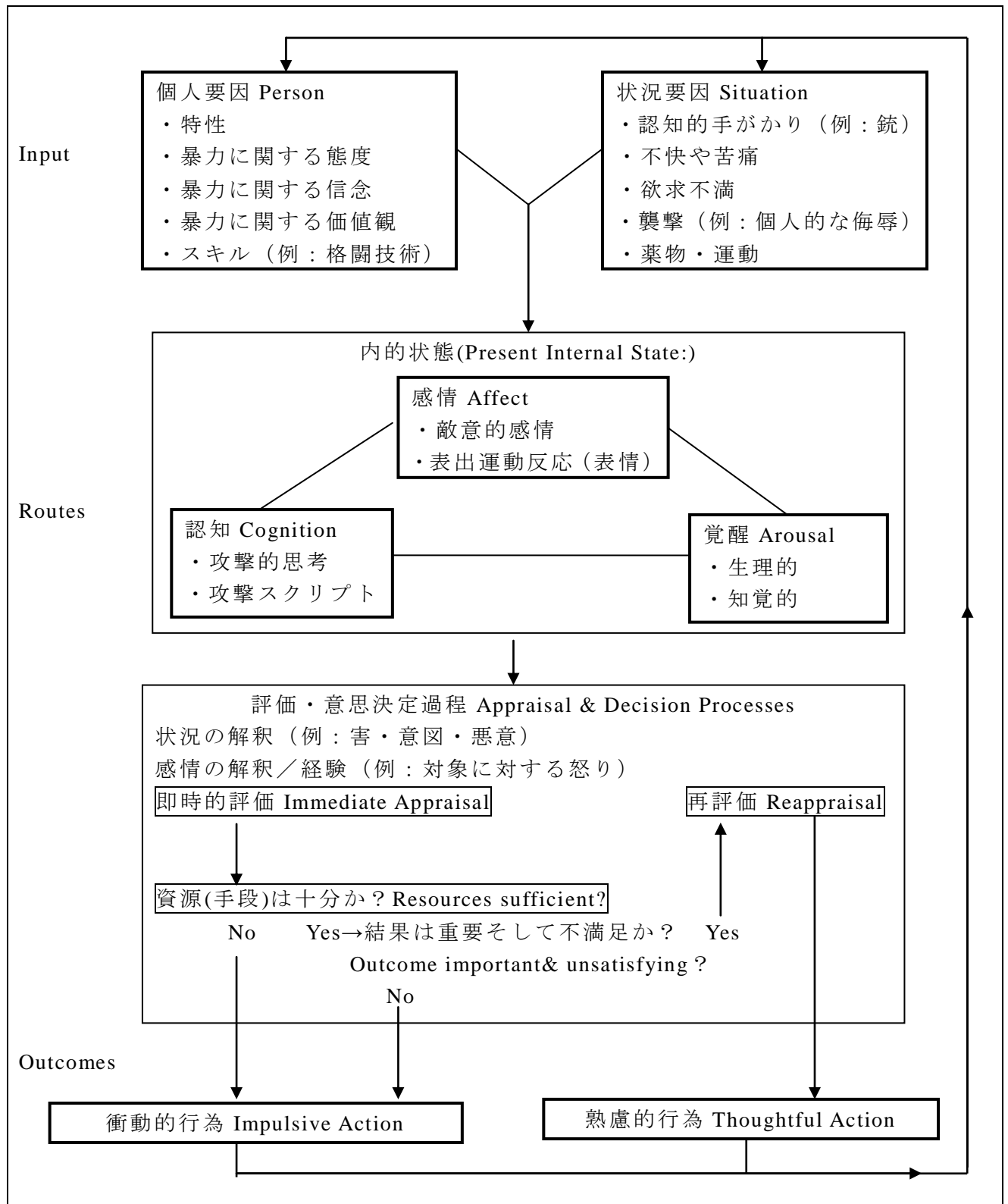


図 2-2 攻撃の一般モデル (GAM)

(Lindsay, Anderson, 2000, Anderson, Bushman, 2002 に基づいて作成)

的手がかり（武器の視覚刺激：武器の写真を見るなどの視覚刺激が攻撃に結びつきやすくなる）、挑発（侮辱、軽視、言葉による攻撃、身体的攻撃、干渉、不正行為など）、欲求不満、苦痛（痛み）、不快、薬物、アルコール、誘因（Incentives）などが含まれる。

続く経路（Routes）は、認知（Cognition）、感情（Affect）、覚醒（興奮）（Arousal）の3つの要素からなり、それぞれ相互に作用する。認知では、敵対的思考（Hostile thoughts）や攻撃的なスクリプトをもつ者は、入力変数の影響を受け攻撃的発想に結びつきやすいと考えられている。感情では、例えば暴力映画を見た後に敵意的な感情が増すように、入力変数によって影響を受けた気分と感情（Mood and emotion）は攻撃行動に結びつきやすくも結びつきにくくもなる。覚醒については、興奮状態にある時に攻撃や挑発があると攻撃行動に結びつきやすい、無関係な原因によって生じた覚醒（興奮）が刺激を含む状況を怒りと間違えて攻撃行動を起こすなどが考えられている。

次に結果（Outcomes）に至るが、ここでは評価・決定過程（Appraisal & Decision Processes）として、行動の表出を決定するための即時的評価（Immediate Appraisal）と再評価（Reappraisal）がされる。即時的評価は自動的な処理のため、処理時間や認知的資源が少ないと衝動的な行為が出力される。一方、処理のための十分な時間や認知的資源があり、さらに即時的評価の結果に不満足であれば再評価を行う。その結果、熟慮された行為が出力される。さらに衝動的あるいは熟慮されて出力された行為は、その後の経験（Episode）として入力（個人要因あるいは状況要因）の一部となる。このように Anderson は攻撃行動の生起を説明した（Anderson Bushman, 2002; Lindsay Anderson, 2000）。

この攻撃の一般モデルは、従来の理論で指摘されてきた情動や認知のメカニズム、個人要因や状況要因による影響の説明まで含んでいるため、攻撃の説明理論として有力視されている（湯川, 2005）。しかしこのモデルでは、入力はすべて個人要因と状況要因として説明されているため、武器の存在、不快や苦痛、欲求不満、挑発（例：個人的な侮辱）、薬物が状況要因として並列で示されている。つまりこのモデルでは、不快や苦痛、挑発など攻撃行動を引き起こす直接的な原因となるものと、武器の存在や薬物など攻撃行動を起こしやすくする間接的な要因を一括して扱っているものととらえられる。

第3節 怒り

1. 攻撃を喚起する陰性感情：「怒り」

怒りは陰性感情の中でも攻撃に結びつきやすい感情である。しかし、怒りが喚起されても、攻撃の一般モデルで説明されるように、必ずしも攻撃行動が表出されるわけではない。ここで、「怒り」に焦点を当て、怒りの概念、怒りという感情が処理される心理プロセスについて順に整理していく。

怒りは、驚き、喜び、恐れ、嫌悪、悲しみなどとともに人の主要な感情のひとつである（北村 木村, 2006）。これらの感情については、多面的な研究がおこなわれており、感情のひとつである怒りも認知、生理、進化、社会という4つの理論的観点からとらえることができる（Cornelius, R., 1996/斎藤, 1999）。

湯川は、4つの理論的観点から怒りの定義づけを試みている。認知的な視点として、怒

りの対象（経験）をどのように評価するかが重要な鍵となるとし、怒りを「故意に不当な扱いを受けた時に生じる感情」ととらえている。生理的な視点では、人は緊急事態に陥ると、交感神経の活動性が亢進し、心拍・血圧の上昇、呼吸数の増加、消化活動の抑制、瞳孔の散大、骨格筋への血流の増大、立毛、発汗などが起こることから、怒りを「緊急事態に対する交感神経系の活動亢進を中心とした身体の準備状態」としている。怒りはこうした身体的変化（生理的覚醒）と、敵意性（故意性・不当性）の認知の両方によって生じる主観的な感情状態と考えている。また、進化的な視点では、自然淘汰の有利さという点から、怒りは「侵害に対する防衛のために警告として喚起される心身の準備状態」とみなし、怒りを、権限の侵害に対する攻撃準備と警告（具体的には表情の変化や身体的な緊張など）という機能を持つとしている。最後に社会的な視点では、怒りとは「所属する特定の社会システムの範囲内で、社会的安定の維持（道徳的秩序の確認と調整）に貢献する社会的に構成されたシンドローム」となり、人が怒ることの社会的意味に注目している。さらに湯川は、これら4つの視点から、怒りとは「自己もしくは社会への、不当なもしくは故意による（と認知される）、物理的もしくは心理的な侵害に対する、自己防衛もしくは社会維持のために喚起された心身の準備状態」と定義している（湯川, 2008）。これによると、怒りは自己防衛や社会維持のために次にどのような行動をとるのかを準備している状態ととらえることができる。

では、怒りはどのような時に感じるのだろうか。次に怒りがどのように喚起されるのか検討する。

2. 怒りの喚起

Berkowitzによると、入力された嫌悪刺激から生じた未分化な陰性感情は、認知、覚醒、感情の相互作用をうけ、さらに状況や感情の解釈という評価過程を経て、怒りという特定の感情に向かう（Berkowitz, 1989）。したがって同じ事象であっても、それがどのような感情を喚起するかは、個人の特性や状況によって異なるということになる。

まずある出来事を体験した時、それが不快な体験として感じるかどうかは、その時の状況や個人の特性によって異なる。欲求不満一攻撃仮説（frustration aggression hypothesis）から、体験した時に疼痛を伴っていたり、イライラするような欲求不満状態などの状況に置かれていると、同じ事象でも不快と感じる度合いは高くなると考えられる。また、個人の要因として、認知・判断過程になんらかの障害がある場合は、表出した行動から及ぼされる対人利害や社会的利害などの評価が行われることなく衝動的な攻撃行動に結びつきやすいことが考えられる。

湯川は、人が怒りを感じる時には、「被害にあった」という感覚と「加害者の責任性」という2つの要素が必要としていた（湯川, 2008）。また、身近で親密な人（大淵 小倉, 1985）や自分より年上の人（大平, 1987）が怒りの対象になりやすいこと、「損害の程度」「加害者の意図性」「事態の予測性」の順で怒りを喚起させやすいこと（Ben-Zur Breznitz, 1991）などが示されていた。つまり、怒りは、嫌悪事象の体験によって即時に喚起されるだけでなく、状況や対象、事象の発生原因に対する認知・判断が関係していると考えられる。

大淵によると、日常生活において感じる怒りのほとんどは、他者との間に摩擦や葛藤が

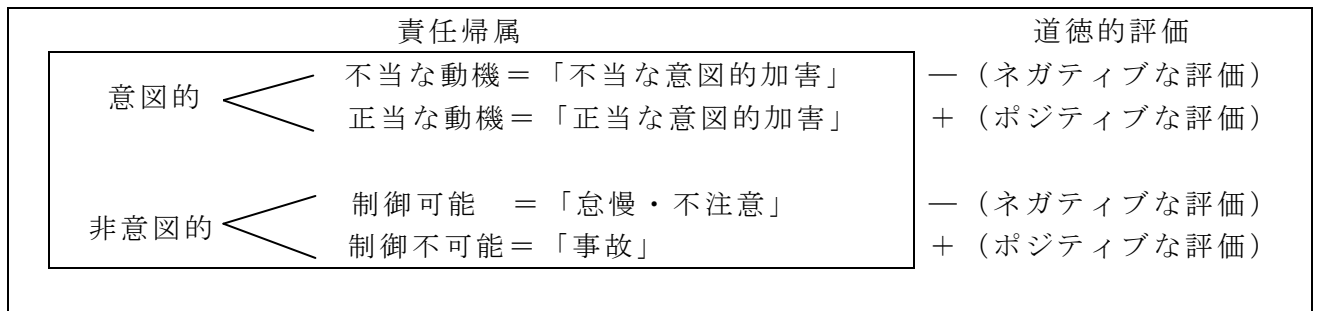


図 2-3 被害の責任帰属と道徳的評価：責任判断の 3 次元説 (大淵, 1993, p246 より引用)

生じた経験であるという (大淵 小倉, 1985)。葛藤の知覚が怒りなどの不快感情を喚起するならば、それは同時に衝動的な攻撃動機を覚醒する (大淵, 1993)。そして自分が受けた被害に対し、加害者がどのように関わっていたか、加害者の行動に関連した原因探索を行うという。この原因探索は、その事態にどう対処するかを決定するための高次の認知判断過程の一環として行われる (これを原因帰属という)。原因帰属のうち加害者の行動に関連したものは責任帰属とよばれ、被害者が受けた被害に対する反応を決定する要因のひとつである。大淵は、責任の帰属において、加害者の意図性 (intentionality)、動機の正当性 (justifiability of motives)、制御能力 (controllability) を組み合わせた三次元モデル (図 2-3)

を設定し、「不当な意図的加害」「正当な意図的加害」「制御可能な非意図的加害 (怠慢・不注意)」「制御不能な非意図的加害 (事故・偶然)」の 4 カテゴリに分類し実験を行った。その結果、「不当な意図的加害」の場合に被害者は最も強い攻撃反応を示した。次いで「制御可能な非意図的加害」が攻撃反応を示したが、「正当な意図的加害」や「制御不能な非意図的加害」が原因の時には攻撃反応はほとんど起こらなかったと報告していた (大淵, 1993)。

また、責任帰属の 4 カテゴリを提示した質問紙調査において、怒りの原因として最も多かったのは、加害者の怠慢、次いで不当な意図的加害であったと報告している (大淵 小倉, 1984)。さらに、怒りの認知要素として、「快適性 (出来事の快・不快に関する判断)」「目的関連性 (個人にとっての出来事の重要度)」「主体性 (出来事を引き起こした人物の関与)」「統制可能性 (出来事の発生の制御)」などをあげていた (大淵, 1999)。このうち「快適性」と「目的関連性」は被害の程度に関わる下位要素であり、「主体性」と「統制可能性」は加害者の責任性に関わる下位要素と捉えられる (湯川, 2008)。

このように怒りの喚起には、被害の程度と加害者の責任に関する認知・判断が影響を与えていると考えられる。また Lazarus は、感情は完全に情報処理された後に生じるのではなく、人は事象の全てが明らかになる前から少しずつ事象の評価を開始しており、情報処理の初期段階での刺激に反応してなされる迅速な評価においても感情は喚起され、さらにその際の反応がその後の評価過程を方向づけると考えた (Lazarus, 1982)。つまり怒りの喚起には、嫌悪事象を体験した時に即時に喚起されるとともに、事象を体験する過程の中で少しずつ評価・判断しながら喚起されるという二つの過程が同時に関わっていると考えられる。

なお、前項で湯川は怒りを「身体的変化 (生理的覚醒) と、敵意性 (故意性・不当性) の認知の両方によって生じる主観的な感情状態」と述べていたが、生理的覚醒の認知が怒りの喚起に及ぼす影響について実証された研究は見いだせなかった。

3. 怒りの表出

怒りが即時的あるいは判断的な過程を経て喚起されたとしても、いつもそのまま表出されるわけではない。

怒りに伴う反応は、表出的反応と道具的反応に分類されていた（湯川，2008）。表出的反応とは、顔が赤らむ、イライラする、声が震えるなどの生理的徴候を含む反応で、道具的反応は社会化の程度を反映するもので、意図的にコントロールすることが可能な反応である。道具的反応は、直接的攻撃行動群（言語的攻撃、利益停止、身体的攻撃）、間接的攻撃行動群（告げ口、相手の大事なものへの攻撃）、攻撃転化行動群（人に八つ当たり、物に八つ当たり）、非攻撃行動群（相手との冷静な話し合い、怒りと反対の表現、心を鎮める、第三者と相談）の4群に大別されている。このうち直接怒りを感じた対象者への攻撃は直接的攻撃行動群である。日本人の直接的攻撃について、大淵らは、大学生と社会人を対象に怒りを感じた相手に対し言語的な攻撃を願望した者は、怒りを感じた人のうち82.8%だったが、それを実行した者は53.7%、身体的攻撃は44.0%の人が実行を願望したが実行した人は6.5%であったという結果から、直接的な攻撃的行動は抑制されやすいことを見出した（大淵 小倉，1984）。

大平は、大学生を対象とした質問紙調査で、怒りの動機の構造として「逃避的動機因子（関係解消、責務回避）」「道具的動機因子（別の期待、自分のための行動規制、うつぶんばらし、相手のための行動規制）」「敵意的動機因子（過去の罪への仕返し、単純な仕返し、嫌悪の伝達）」の3因子を、怒りの反応として「直接的攻撃（身体的攻撃、他の罰、言語的攻撃、相手の大事なものへの攻撃）」「攻撃転化（告げ口、八つ当たり）」「怒りの抑制（心を鎮める、怒りと反対の表現）」「非攻撃的解決（冷静な話し合い、第三者に相談）」の4因子を抽出した。そして怒りの動機と怒りの反応の関係として、道具的動機は非攻撃的解決以外のすべての反応と相関が高く、相手から何らかの利益や自分（ときには相手自身）に都合のよい行動を引き出そうとするものとし、怒りが生起している際にも目的や達成方法について様々な認知的判断を行っているのではないかと考察していた（大平，1987）。

また木野は、大学生を対象にした調査で、日本人が「怒り」を感じたときに、「表情・口調：相手を攻めるようなことは何も言わないが、非言語的な部分では怒りを示す」、「遠回し：自分が怒っていることを遠回しにさりげなく伝える」、「嫌味：嫌味や皮肉を言う」、「理性的説得：理由を説明するなど、理性的に相手の行動の非を伝える」、「感情的攻撃：怒りにまかせて、相手を責め立てる」、「無視：相手を無視する」、「いつもどおり：気にしていないふりをしていつもと変わらない態度で接する」の7種類の表出行動をとること、中でも「いつもどおり」「遠回し」「表情・口調」を表出行動として選択する頻度が高く、「感情的攻撃」を選択する頻度がもっとも低いことを示していた（木野，2000）。さらに、今後も二者関係が継続される可能性のある相手に対しては、怒りの表出の必要性を感じることで、この場合の理想的な怒りの表出行動として「理性的説得」をあげる者が多いが、実際の表出行動は「いつもどおり」が選択されたと報告していた（木野，2003）。

これらの先行研究から、一般的に「怒り」が喚起されても直接的な攻撃行動に結びつくことはそれほど多くなく表出行動は選択されていること、怒りが喚起される過程と喚起された怒りをどのような行動で表出するかを選択する過程の2つの認知過程が存在すること

が示唆された。この怒りの喚起から表出に至るまでの過程は、攻撃の一般モデルにおける内的状態での感情処理過程と表出行動を決定する評価・決定過程という考え方と類似している。

では、人はどのように感情の表出行動を選択しているのだろうか。次に、怒りの表出行動の選択に影響する要因について検討する。

4. 怒りの表出に影響を及ぼす要因

木野は、大学生を対象に怒りの表出が必要だと考えられる場面の特徴を検討した。その結果、生起している怒りはある程度強く、怒りの対象は家族・知人など被験者に身近な人、怒りを表出すべき理由は、怒りを喚起させた事象が相手の怠慢や不注意、不合理な理由により意図的に行われたと考える場合に、自分自身のためと相手のための両方を選択するものが多く、単に自らの欲求不満を解消するためだけではないことが示されたと報告していた(木野, 2003)。阿部は、大学生を対象にした場面想定法による質問紙で、被害の程度が大きいほど、また加害者の責任の程度が大きいほど、怒り表出反応は正当とみなされやすいことを見出した(阿部 高木, 2003a; 阿部 高木, 2003b; 阿部 高木, 2007)。つまり、被害の程度や加害者の責任、加害者との関係性などから、怒りの表出が正当であると判断した場合に(これを怒り表出の正当性評価という)、怒りが何らかの行動として表出されると考えられる。

また阿部らは、大学生 44 名を対象に自己効力と結果予期を実験的に操作し、怒りの表出に及ぼす影響を検討した(阿部 高木, 2003a)。その結果、自己効力が高い場合に、ネガティブな結果予期が怒り表出を抑制したことから、自己効力と結果予期が怒り表出を制御すると考察した。つまり怒りの表出が困難であると判断された場合に、加害者の加害意図と怒り抑制の評価の再評価が生じる可能性を示唆していた。

このような怒り表出の抑制に関する研究として、日比野らは、大学生を対象に怒りを経験しことばや行動で表しそうになった時、表さないでいられる理由を自由記述させた。そして、その記述内容から抑制因子として、「深刻化の回避(怒りを表出することで事態がより大きな問題となる事を避ける)」「諦め(怒りを表すことは意味がなく無駄だと思う)」「過去の自分(今までの自分の人生を無駄にしたくないと思うため)」「過去経験(今までの経験から怒りを表さないほうがよいと知ったため)」「プライド(自分に対する自信が怒りの表出を許さない)」「私的自己(自分の思う自分の性格やイメージに合わないため)」「自責(自分にも非があったと思うため)」「理想の自分(自分の将来や理想の自己像と合わないため)」「表出後の自分(怒りを表出することで不快な思いをすることを避けるため)」「周囲との関係(周りの評価や人間関係を考えるため)」「対象との関係・共感(対象との関係崩壊や対象の気持ちを考えるため)」「対人的利害(人間関係を考えると怒りの表出は自分にとって損であるため)」「好ましくない状況の回避(怒りを表出することで起こる好ましくない状況を回避するため)」「道徳・常識(怒りは表わすものではないという社会的な規範のため)」「冷静・理性・自制心(冷静さや理性によって出来事を再検討するため)」「社会的利害(社会的にみて怒りの表出が自分にとって損であるため)」の 16 カテゴリー抽出した(日比野, 湯川, 中村, 2001)。

木野は、大学生を対象に仮想場面を提示し、相手に対して抱いている怒りを表出する際、どのような表出方法を用いることが多いのかを調査した。その結果、抑制的表出方法、特に言語的に抑制されたものが用いられやすく、自分より地位の低いものに対して表出する場合と比べて、地位の高い者に対しては強い怒りの表出が控えられること、女性のほうが怒りの表出を抑制しがちであることを示していた (木野, 1998)。

また、吉田らは大学生 172 名を対象に、目上の相手と親しく立場が同等の相手の 2 条件について、怒りを感じた体験を想起してもらい、その際に用いた感情制御の方略について回答を求めた。その結果、親密で対等な相手に対しては建設的な表出が、それほど親密でない目上の相手に対しては視点の変換を試みることが感情の制御に効果的な方略である傾向が見られ、関係性に応じて有効な制御方略が異なることが明らかとなったと述べていた (吉田 高井, 2008)。さらに吉田は、建設的な怒りの表出が、バイト先の上司よりも友人や知人のほうが選択されやすかったことから、相手の持つパワーの違いが怒りの制御方略の選択に影響することを示唆していた (吉田, 2009)。

これらのことから、喚起された怒りは、認知・判断過程において、怒りを感じた対象者との関係性やその後の対人関係への影響や利害など怒りを表出したあとの予測される結果に影響を受け、表出行動を選択していることが示された。これによると、怒りが喚起されても、認知・判断過程を経て行動化される場合、ある程度表出行動をコントロールすることが可能であると考えられる。

5. 怒りの表出を抑制する弊害

前項で、怒りは対人関係への配慮などから、その表出は抑制されることが多いことが示された。怒りは、適応機能としてのコミュニケーション機能を持ち、怒りの挑発に対する解決の言語対決や主張によって、葛藤解決や自我を高める機能もある (岡田, 2001)。また攻撃行動は、本質的には個体の問題解決の積極的な手段であって、攻撃行動をなくすことが一般に善であるとは言いにくい (宇津木, 2002)。さらに怒りを抑制することに対し、様々な問題が指摘されている。

感情表出の制御を多く行うことが友人関係の満足感と精神的健康において望ましくないこと (崔 新井, 1998) や、友人に怒りを適度に表出することができない人は抑うつ傾向が高いこと (浦井 山本, 2009) が示唆されていた。また Keltner は、怒りの原因となっている事柄の再評価などによって個人内で怒りを制御しても、同じような出来事が繰り返されたり、怒りの原因を忘れようと努力しても忘れられない場合、怒りも繰り返し起こり持続し、この持続した怒りがその後の判断や評価に影響を与え、新たな怒りを引き起こすという悪循環につながるがあると指摘していた (Keltner, Ellsworth, Edwards, 1993)。

6. 怒りの鎮静

では、怒りはどのように和らいでいくのだろうか。

これについて日比野らは、大学生を対象とした調査で、怒りの鎮静化過程を検討した。日比野らによると、怒りは経験直後に非常に強く喚起され直接的な攻撃行動を促進するこ

と、2～3日後には怒りを体験した経験に対し肥大化の認知が行われると攻撃行動が促進されるが、客体化の認知が行われると攻撃行動は抑制されることを見出した。このことから、攻撃行動を抑制するためには、怒りを体験した2～3日後の段階で怒りの経験を客観的にとらえなおし、認知的再評価をすることが重要であると考察していた（日比野，湯川，2004）。

また目久田らは、大学生を対象に7つの対処行動が怒りの鎮静化に効果的であるかを検討した。その結果、経験直後の怒りの強度に影響を受けて生起する対処方略（攻撃行動・社会的共有・物への転嫁・原因究明・気分転換）が怒りの鎮静に有意な影響を及ぼさないのに対して、経験直後の怒りの強度の影響を受けない対処方略（忘却・合理化）は怒りの鎮静に有意な影響を及ぼすこと、このうち忘却は怒りの鎮静を妨害するのに対し、合理化は怒りの鎮静を促進することが明らかになったと述べていた。さらにこの結果を受け、怒りの鎮静には強い怒りを喚起しないようにすること、強い怒りが喚起された場合は、まず衝動的に行動することを抑制したうえで、怒りの出来事に対して自分なりに一応の認知的な決着をつけることが望ましい対処方略であると考察していた（目久田，越中，滝下他，2005）。

さらに日比野らは、大学生を対象に喚起された怒りの最終的な処理の一つとして「許し」に注目し、怒りの鎮静化過程を検討した。その結果、親密に思っている相手は許しやすく、あまり親しくない相手は許しにくいこと、許せないときは肥大化を、許しているときは終息化をよく行うこと、合理化、原因究明、怒りの伝達を行った場合は相手を許しやすく、社会的共有、忘却、逃避・回避を行った場合には相手を許せない可能性を示唆した（日比野 吉田，2006）。

これらのことから、怒り体験と冷静に向き合うことが怒りの鎮静化には重要ととらえられる。このような感情体験を客観的にみつめ再評価を促す方法として、体験の記述による筆記開示が注目されている。荒井らは、筆記開示の怒りへの効果を検証する目的で、33名の大学生と大学院生を対象に日常生活における怒り体験について3週間日記を書く要領で筆記をさせる実験を行った。その結果から、体験の筆記がネガティブな反芻を低減する傾向があることを示唆していた（荒井 湯川，2006）。

以上のように、怒りは適応機能としてのコミュニケーション機能を持ち葛藤解決や自我を高める機能もあること、喚起された怒りを抑制することで対人関係や健康に悪影響を及ぼすこと、抑制された怒りは再燃する可能性があることなどから、適切に処理されることが必要と考える。怒りの適切な処理とは、怒りの経験を言語化することなどによって客観的に向き合い、原因究明や怒りを感じた相手と冷静に怒りを伝達し話し合うなど、問題解決につながるよう状況に適した表出行動によって処理されることである。

これらのことから、怒りは単に攻撃行動に結びつく感情としてではなく、ある嫌悪事象の体験で感じた感情が処理される中で喚起される反応のひとつとしてとらえることができる。したがって、怒りの心理過程を明らかにするためには、怒りを喚起させる嫌悪事象と選択された怒りの表出行動までの認知・判断の処理過程、およびその結果も含めた一連の情緒経験としてとらえる必要があると考える。

第4節 苦情・クレーム

怒りの喚起に伴う反応には、前述のように直接的攻撃行動群（言語的攻撃、利益停止、身体的攻撃）、間接的攻撃行動群（告げ口、相手の大事なものへの攻撃）、攻撃転化行動群（人に八つ当たり、物に八つ当たり）、非攻撃行動群（相手との冷静な話し合い、怒りと反対の表現、心を鎮める、第三者と相談）の4群に大別される。

苦情やクレームの申し立ては、言語的攻撃の形を取る場合もあれば、告げ口の要素を含む間接的攻撃行動や、苦情対応者に対する攻撃転化行動、相手との冷静な話し合いという非攻撃行動という4つの道具的反応のいずれも含む行動ととらえることができる。これらの表出行動のうち、相手と冷静に話し合うという行動は、怒りの表出行動のうち最も理想とされる行動であり（木野，2003）、怒りを早期に鎮静化させる適切な行動と考えられる（日比野 吉田，2006）。

一方、医療施設の経営管理の観点では、クレームや苦情は、合併症のない外科入院より合併症のある外科入院のほうが有意に多かったことから、外科の合併症のある入院は、合併症のない外科的入院より苦情と関連している可能性が高いという報告（Murff, France, Blackford, et.al, 2006）や、前述のグッドマンの法則のように医療サービスの質の管理や向上、経営危機管理の指標として有用であると考えられている（Bendall-Lyon Powers, 2001; Javetz Stern, 1996）。

しかし関根の調査によると、医療施設ではまだまだ苦情をネガティブなものにとらえる向きもある。関根は、日本国内の企業人としての苦情感覚について、様々な業種 5059 人のアンケート結果から分析した。苦情に対する意識を業種別に比較した結果を見ると、苦情を言われたときに「良い意見が聞けるかもしれない」とまず考える人の割合は、一般企業や官公庁の職員が 27.6%であるのに対し、病院職員は 20.7%と病院職員の方が苦情を肯定的にとらえる割合が少ないと報告していた（関根，2009）。

ここでは、医療従事者に対して、苦情やクレームの申し立てという形で表出に至った患者の動機などについての先行研究を概観する。

苦情やクレームの発生原因について、医療機関や苦情取扱い委員会などに苦情を申し立てた患者や家族を対象に調査した結果をみると、医療サービスに対する不満、治療やケアに対する説明不足などの不十分なコミュニケーションが主な理由であった（Daniel, Burn, Horarik, 1999; Montini, Noble, Stelfox, 2008; Taylor, Wolfe, Cameron, 2002; Taylor, Wolfe, Cameron, 2004; Wong, Ooi, Goh, 2007）

国内文献を見ると、新田らは、看護師の行為と対応に焦点をあて、14のクレームの内容から、患者が何に対してクレームを言っているのかを分析した。その結果、「対応上の不手際」「患者に及ぼした危害」「看護師の理解不足」の3つの内容が主であること、クレームの発生に至るのは、看護師の対応が遅れたり約束を守らないという状況が度重なること、さらに患者の気持ちや利益を重視せずに看護師側の利益を優先させ柔軟性に欠ける対応を取ること、患者を危険にさらしたり環境や権利を侵害したり患者に重視されていないと感じさせること、看護師が表面的な問題状況にばかりとらわれ患者の本質的な問題点を理解せずに対応することなどが原因であると考察していた（新田，堀井，上田，他，2003）。三野らも、看護部に寄せられたクレームを分析し、看護師の不快な行動、看護師の好感の持て

ない態度、看護師の言葉不足、看護師の臨機応変でない対応、看護師の迅速でない対応、看護行為に不満足、家族への配慮不足、個人情報保守できてない、物品管理ができていないという9カテゴリに分類した(三野 松繁, 2006)。

また西向らは、看護部門に対する苦情やクレーム文を分析し、クレームの引き金になった要因として、患者に選択権のない状況、患者の期待と看護課題のズレ、不満の蓄積、尊厳の侵害をあげ、患者は自己の受けるサービスの質を予測し期待しているが、それが達成されないと不満に結びつくことを考察していた(西向, 小原, 見谷他, 2001)。

苦情を申し立てる動機について、Frieleらは、オランダの74の病院苦情委員会に苦情を提出した424名の患者を対象に調査を行った。この結果、苦情を提出する主な理由は事件が再び起きるのを阻止すること、公正なポジションからの公正な手続き、病院関係者からの苦情への回答(謝罪ではなく説明)を期待してのことと報告していた(Friele Sluijs, 2006)。Barkらは、20の病院で文書による苦情を申し立てた1007名を対象に行った調査において、治療の説明不足とスタッフの態度に対する不満がきっかけとなり、類似の事象の再発防止が一次的な動機であったと報告していた(Bark, Vincent, Jones, et.al, 1994)。

これらの文献から、医療施設や医療従事者に対する苦情やクレームは、主に適切な医療を受けたいという消費者の機能・品質欲求、期待に見合った結果や納得して医療を受けたいという経済的欲求、一人の人間として大切に対応してほしいという愛情欲求、人間としての尊厳を尊重されたいという尊厳欲求が満たされなかった物理的・心理的侵害の認知経験をきっかけに、その不満に対する十分な説明がされなかったことから発生すること、苦情やクレームを申し立てる動機は、説明や問題の解決といった心理的補償や同様の事象の再発防止が主であることが示唆された。

また佐伯らは、苦情対応システムの評価のために行った調査の結果から、患者が医療従事者に苦情や不満を伝えないのは、「伝えても効果がない」「職員に嫌われるかもしれない」「職員に申し訳ない」という理由であると述べていた(佐伯, 八巻, 山本, 2004)。このような表出をすることでネガティブな結果を予測して表面化されなかった苦情やクレームについて、その当事者がどのような感情を伴っていたかは明らかにされていなかった。しかし怒りを伴っている場合、前述のKeltner(1993)らが述べるように、同じような出来事が繰り返されたり、怒りの原因を忘れようと努力しても忘れられない場合、怒りは繰り返し起こり、新たな怒りを引き起こすという悪循環につながることは容易に推測される。医療者側にとっては、患者が苦情や不満を表現しない事からサービス改善の機会を逃すことになったり、顧客の流出を招き経済的な損失につながりかねない。

このように、患者が怒りを抑制することは、患者と医療従事者の双方にとって、不利益な事態を招く結果になると考える。

第5節 患者の満足・不満足

前項で述べたように、苦情・クレームの申し立ては、期待した医療サービスを受けられなかったという不満がきっかけとなっていることが多い。言い換えると、患者の怒りは、患者が満足していないサービスに起因しているとも考えられる。このため、患者の医療サービスに対する満足・不満足を理解し対応することが院内暴力の予防につながるかもしれ

ない。ここでは、患者（顧客）満足・不満足を捉えるために広く行われている患者満足度調査の現状と課題について述べる。

経営指標のひとつとして用いられる患者（顧客）満足は、医療施設から提供される治療・診察やサービスなどに対する患者（顧客）の満足のことであり、患者満足度は、医療施設への「期待」と提供された治療・診察やサービスなどの知覚された「成果」である。また、満足した患者（顧客）は次回も患者（顧客）となる可能性が高く、不満を抱いた患者（顧客）は他の医療施設にサービスを求めることもあり患者（顧客）の維持は困難になる（前田 徳田, 2003）。加えて日本医療機能評価機構の病院機能評価の評価項目に患者満足度調査の定期的な実施があげられていることもあり（日本医療機能評価機構, 2009）、現在多くの医療施設で患者満足を測定する調査が行われるようになった。

しかし、患者満足度調査の結果には「医師の診療行為や治療態度に対する満足度」が大きく影響する（前田 徳田, 2003）こと、医療サービスの成果に対する期待値に左右されること、患者（顧客）全体の代表値であることなどから、医師以外の医療従事者との関わりの中で患者個人が感じた不満は反映しにくい。さらに、一般的に不満を抱いた患者（顧客）の多くは、不満・苦情を表現しないままドロップアウトしてしまう傾向があるため、患者からの不満を積極的に聞き出し、正面から向き合っ対処するサービスの修復（service recovery）プロセスが必要とされている（藤村, 2009）。これは、ある患者の不満に適切に対応できれば他の患者の満足も高めることができると考えられているためである。

患者からの不満を積極的に聞き出す方法として、「苦情分析」「意見カード」などがよく実施されている。苦情分析は、苦情の対応、記録、分類、対処、フォローアップからなり、適切に対応できれば患者（顧客）も満足を高めることができる（前田 徳田, 2003）。また苦情カードは、「来院者カード」「ご意見カード」などとしてあらかじめ印刷したものを受け付けや窓口などに設置し、患者（顧客）の意見を集める方法である。患者（顧客）が自由に意見が書けるという利点もあるが、回収率が低い、非常に満足した患者あるいは非常に不満を抱いた患者といった両極端に偏った意見が収集されやすいなどの問題がある（前田 徳田, 2003）。

このように、患者（顧客）の不満足を把握するためには、不満や苦情を表出しないままドロップアウトしてしまう患者（顧客）も存在することから、いかに多くの患者（顧客）の不満を積極的に引き出すかが課題となっている。

第6節 怒りと健康

本稿では、患者による院内暴力について検討することを目的としているため、ここで、健康状態と怒りとの関係を検討する。

痛みという身体ストレスは、不快情動を生み出しその痛みを回避するために攻撃反応が起こること（大淵, 2000）や、高血圧を伴う心臓病の患者には、生じた怒りの状態の程度が強い、怒りを頻繁に感じやすい、怒りを表出しやすいなどの傾向があること（鈴木 春木, 1994）、怒りを表出する傾向の高い人ほど、全般的健康が悪い状態にある（境泉 坂野, 2002）などの報告があり、健康障害を有する患者は怒りを喚起しやすい可能性があると考えられる。

しかし、患者が怒りを喚起しやすい可能性があるとはいえ、怒りの表出行動として直接的な攻撃的行動や感情的攻撃、苦情の申し立てが抑制されやすい傾向にある。これらのことから、直接的な攻撃行動として発現した院内暴力の背後には、直接的な攻撃行動に結びつかなかった怒りが多数存在することが容易に想像できる。

怒りが健康に及ぼす影響として、大平らは、地域集団において、不安、怒り、うつ症状とその後の脳卒中、虚血性心疾患、高血圧発症との関連を明らかにするために、前向きコホート研究を行い、男性では怒りをうちにためることと高血圧発症との関連を示した（大平、磯，谷川他，2004）。石原らは、心疾患患者と健常者男性を対象に、日本語版 STAXI-2 における心疾患患者への適用性と心疾患の予後予測指標である副交感神経機能との関連性について検討した。その結果、心疾患群において外的・内的な怒りの制御が高く、怒りの表出が低かったと報告していた（石原，佐藤，樋田他，2008）。また鈴木らは、怒っていたり、怒りを表出する傾向のある人の血圧は上昇する傾向が見られ、怒りを感じた時に他人との摩擦を回避する傾向のある人の血圧は低下していたと報告していた（鈴木，根建，春木，1998）。

以上のように、怒りは抑制されても表出されても、身体に健康に影響が及ぶことが示唆された。したがって、患者が怒りを喚起した場合、その怒りを適切に処理できることが重要といえよう。

第7節 文献検討のまとめ

これまでの文献検討から、看護師に対する患者の暴力は、看護者の労働安全衛生の面だけでなく看護ケアの質への影響も考慮し、組織的に取り組まなければならない問題であることが明らかになった。また暴力の発生は、精神疾患、認知症やせん妄状態、アルコール・薬物の影響、看護師の注意などの働きかけや行動制限・待ち時間の長さなどの要求がすぐに満たされない欲求不満状況から喚起された陰性感情に起因することがわかった。このうち、認知症やせん妄状態にある患者の対応については、先行研究や実践報告などから知見を得ることができた。また精神科領域における患者の暴力について、包括的暴力防止プログラムでは、攻撃を通常の状態に何らかの刺激が加わり攻撃性がエスカレートしていく過程ととらえ、患者が暴力に至る過程や過程に応じた対応が暴力の予防に有効とされていた。しかし、認知機能に問題のない一般的な入院患者が攻撃に至る心理過程や攻撃に至る過程に応じた看護師の対応はまだ明らかにされていなかった。

看護師に対する患者の攻撃に対応するためには、精神疾患や認知症の患者だけでなく、それ以外の一般的な患者の攻撃についての対応を検討する必要がある。患者からの攻撃を予防するための対応については、精神科領域の先行研究において、攻撃に至る過程に応じた対応することが重要であることが示されていた。このことから精神疾患や認知症以外の患者についても、攻撃に至る過程を理解しその過程に応じた対応を行うことで患者からの攻撃を予防することができると考える。

精神疾患や認知症以外の患者が怒りから攻撃に至る過程を理解する手掛かりとしては、まず攻撃に関する心理学領域の先行研究を検討した。その結果、攻撃の一般モデル（GAM）、大淵の二過程モデルから、嫌悪事象の体験から陰性感情が喚起され、攻撃として表出され

る過程が明らかになった。

次に、陰性感情の中でも攻撃や暴力に結びつきやすい「怒り」が、行動として表出に至る心理過程に関する先行研究を検討した。その結果、怒りは日常生活において他者との間での摩擦や葛藤の結果として生じると考えられており、身近で親密な相手であるほど怒りを感じやすいことが報告されていた。これらのことから、患者に最も身近で親密な存在である看護師は、その関わりの中で患者が怒りを感じやすく、場合によってはその怒りが看護師に対する攻撃として表出されることが多いと考えられる。

また怒りが攻撃として表出されるまでには、嫌悪事象の体験から怒りが喚起される過程と、喚起された怒りが処理される過程があること、そしてこの双方の過程において認知・判断が関わっていることが明らかになった。さらに怒りは、嫌悪事象の経験に対し即時的に攻撃行動に結びつく場合と、対象との関係性や加害者の責任、怒り表出の正当性、怒り表出後の対人関係への影響や利害などの結果予期などの再評価を行い、相手と冷静に話し合う、怒りと反対の表現を行うなどの熟慮的行為に結びつく場合があることが示された。これらのことから、嫌悪事象の体験から怒りが喚起する過程と喚起された怒りが行動として表出されるまでの過程において、その人の認知・判断に働きかけることで、攻撃を未然に防ぐことや問題解決に結びつく建設的な意見として表出を促す事ができる可能性が示唆された。

以上のことから、患者の看護師に対する攻撃を予防するためには、精神疾患や認知症以外の患者が看護師に対して感じる怒りの特徴や怒りが攻撃に至る過程を明らかにするとともに、その過程をふまえた看護師の対応について検討する必要があることが明らかになった。

第3章 研究方法

第1節 研究デザイン

1. 本研究における研究デザイン

本研究における研究デザインとして、ミックス法（Mixed Method Designs）のうち、並列的トライアングレーション戦略（concurrent triangulation strategy）（Creswell J, 2003/操, 森岡, 2007）を採用した。

怒りが喚起する過程や感じた怒りが行動に結びつく認知・評価過程は、大学生や一般人を対象にした先行研究により知見が蓄積されている。この知見を参考に、患者の怒りの喚起と怒りの処理過程の特徴や傾向、要因、その時の看護師の対応の特徴などについて質問紙によって量的に捉えた。同時に、患者個人の怒りの体験について質的に探究することにした。質的研究を併用したのは、怒りという感情をどのように処理するのかは個人的な体験であり様々な個人的な要因や環境要因が影響していることが考えられること、怒り体験の過程において患者のとった行動や看護師の対応については、その時の文脈と密接に関連していることから質問紙で捉えるには限界があると考えたためである。そして量的・質的に得られた結果を統合し、患者の怒りの喚起からその感情の処理過程を探究することにした。このため、量的調査法と質的調査法を併用するミックス法を採用した。このうち患者の個人的な怒りを探究する質的調査法では、複数ケーススタディ・リサーチ（Multiple-Case Design）（Yin, 2009）を選択した。この方法を選択した理由は、先行研究の知見から怒りの喚起から怒りを処理する過程についてある程度モデル化が可能であること、インタビューで得られる各個人の怒りの処理過程は、個人の体験であることから体験を比較検討し理論生成する方法で一般化するには限界があること、またご意見箱の例に見られるように、研究参加者の体験が怒りを体験した者の典型例ではないことも考えられるからである。このため複数のケースについて、ひとつひとつのケースごとに怒りの処理過程を検討し、その結果について仮説モデルを用いて（using logic models）追試（Replication）する分析的一般化（analytic generalization）を目指した。これにより得られた結果の外部妥当性（External Validity）を確保するため複数ケーススタディ・リサーチの手法を用いることにした。

さらに、患者の看護師に対する怒りの喚起からその処理過程に関わる看護師の対応についても、複数ケーススタディ・リサーチ（Multiple-Case Design）を採用した。患者の怒りへの対応は、その時々患者の反応や事象が発生した文脈と切り離して考えることはできない。したがって、看護師が患者と関わる中で、どのように患者の怒りを理解し、どのような対応によって患者の怒りを鎮静化あるいは終息化させているのかという実践の分析を通して、看護師に共通する対応のパターンや対応の構造を見出していった。

2. 本研究で使用する研究デザインについて

本研究のリサーチデザインとしては、量的研究（関係探索型質問紙法）と質的研究（複数ケーススタディ・リサーチ）を併用したミックス法（Mixed Method）のアプローチを用

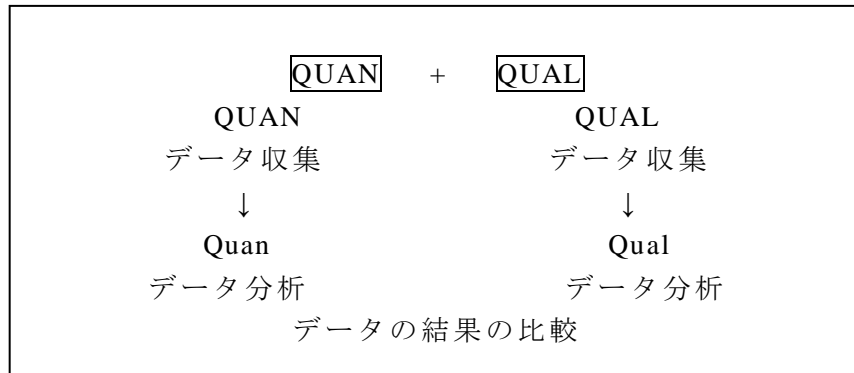


図 3-1 並列的トライアングレーション戦略における量的研究と質的研究の関係

いた。量的研究と質的研究を並行して行い、複数の視点から得られた分析結果を比較検討することで、患者の看護師に対する怒りの喚起とその表出行動の選択に至る怒りの処理過程を明らかにするため、ミックスドメソッド・デザインのうち、並列的トライアングレーション戦略（concurrent triangulation strategy）（Creswell, 2003／操，森岡，2007）を採用した。図 3-1 はこの戦略における各方法の関係性を示しており、図中の QUAN は量的研究、QUAL は質的研究を表わしている。

ミックス法は、ひとつの研究において質的データと量的データの両方を収集し、研究過程のいくつかの段階で統合する研究方法である（Halcomb, Sharon, Brannen, 2009）。異なる方法をミックスするという考えは、1959 年に Campbell と Fiske が心理学上の特質の妥当性を研究しようとして複数の方法を用いたのが最初と言われている。以来、どのような方法もそれぞれ限界を持っていることがわかった上で、どのような方法にも生来潜んでいるバイアスが中立化できたり、そのバイアスが他の方法のバイアスを打ち消すと考えられ、多数のタイプのデータをミックスする根拠が続いて出現した。ミックス法のデザインは、量的アプローチと質的アプローチの最もよいところを表すのに適している（Creswell, 2003／操，森岡，2007）。

このミックス法のアプローチで用いられる戦略には、順次的手順、並列的手順、変化的手順がある。順次的手順は、1 つの方法で得られた結果を、他の方法によって精緻化し展開することを目指す。これには探索的な目的のために質的方法を用い、母集団の結果を一般化するために、後から大きな標本を用いた量的方法でフォローアップする順次的探索的戦略（sequential exploratory strategy）と、理論や概念を検証するためにまずは量的方法で研究を行い、数を絞った事例や個人に対して詳細に調べていく形で後から質的方法がフォローアップする順次的説明的戦略（sequential explanatory strategy）がある。並列的手順では、研究課題について包括的な分析を行うために、量的データと質的データを 1 つに収斂させようと試みるため、研究者は研究途上で両形式のデータを収集することになる。この方法には、1 つの研究の中で結果を確認/相互評価補強する目的で 2 つの異なる手法を用い、総合的な結果の解釈で情報を統合させる並行的トライアングレーション戦略（concurrent triangulation strategy）と、ひとつの形式のデータの中にもう一つの形式のデータをはめ込む並行的入れ子状戦略（concurrent nested strategy）がある。変化的手順では、量的データと質的データを 1 つのデータの中に含め、包括的に捉えるパースペクティブとして特定の

理論を用いる。この特定の理論的パースペクティブが研究を導くもので、方法により順次的変化的戦略 (sequential transformative strategy) と並列的変化的戦略がある (concurrent transformative strategy) (Creswell, 2003/操, 森岡, 2007)。

また Yin によれば、ケーススタディ・リサーチは「どのように how」「なぜ why」という疑問を持つ時に選択される手法である (Yin, 2009)。ケーススタディ・リサーチの1つの重要な様相は、「その社会の文脈の中の研究の対象」を識別すること、「社会的な文脈と容易に分離されない中で起こる活動あるいは複雑なプロセスを調査する」ことを目的としている。この調査方法は、特に現実と背景が切り離しにくい状況において理論を構築しデータを収集し分析することに長けている。ケーススタディ・リサーチは、現実の生活の複雑な事象に対する経験的な調査であり、文脈の条件が研究対象と密接に関連すると考え、その条件を慎重に扱おうとする。

前述のように本研究では、患者の看護師との関わりの中で感じた怒りについて、怒りの喚起やその表出行動を選択する処理過程と影響を及ぼす要因とその時の看護師の対応について、量的データを用いて特徴や傾向を明らかにするとともに、個々人の怒りの処理過程と怒りの体験時の看護師の対応と患者が望む看護師の対応、さらには患者の怒りに対する看護師の対応を質的に探究することとした。そして、患者の看護師に対する怒りの喚起と処理過程に関するモデルを作成するとともに、看護師の患者の怒りへの対応の実践の中から共通する対応のパターンの発見を試みた。これらの結果をもとに、患者が感じた怒りをアサーティブに表出するための看護師の対応を明らかにしていくことを目指した。

このため、多数の人々を対象に Averill の「怒り日常経験」質問紙と大淵の「葛藤経験の調査」質問紙を参考に独自で作成した質問紙 (添付資料 1-1) を用いて、患者の怒りの経験の特徴や傾向を量的にとらえることにした。しかし、怒りの体験は個人的なものでありその過程を質問紙調査によって量的に捉えるには限界がある。このため同時に質問紙調査の結果を確認/相互評価補強する目的で、調査参加者の数名について、彼らの怒りの体験について彼ら自身の言語や声を求めることとした。なぜなら怒りの処理過程を理解するためには、どのような文脈の中で研究参加者の怒りが喚起されたのか、怒りを感じた相手との関係の中でどのように怒りが処理されたのかについて理解する必要があるためである。このアプローチによって得られた結果とその解釈の統合により仮説モデルを精錬させ、患者の看護師に対する怒りの処理過程に関するモデルを作成した。

さらに、患者の看護師への怒りに対する看護師の適切な対応について、看護師側の視点からも探究した。看護師が患者と関わる中で、どのように患者の怒りを理解し、どのような対応によって患者の怒りを鎮静化あるいは終息化させているのかという実践の分析を通して、看護師に共通する対応のパターンの発見を試みた。そしてこれらの結果をもとに、患者が感じた怒りをアサーティブに表出するための看護師の対応を明らかにすることにした。

第2節 概念枠組み

本研究では、先行研究では明らかにされていない認知症や精神疾患以外の患者が起こす院内暴力を予防するための看護師の関わりを明らかにすることを目指している。このため、

嫌悪事象の体験により喚起される怒りによって発生する攻撃行動をとらえることにした。

大淵の攻撃の二過程モデル(図 2-1 p19)から、攻撃行動の発現には先行する挑発事象(嫌悪事象)が存在すると考える。また攻撃の一般モデル GAM(図 2-2 p20)から、ある事象を嫌悪事象として認知する過程で、個人の価値観などの個人特性、痛みや生活の制約など個人がおかれている状況が影響すると考える。そして嫌悪事象と認知された事象に対し、その時発生した感情や受けた被害の程度や加害者の責任性などの認知の相互作用による過程を経て怒りという感情が喚起される。なお感情と認知の相互作用の処理結果によっては、怒りが喚起されない場合や他の感情が喚起される場合もあるが、モデルは怒りの喚起に焦点を当てているので含めていない。

次に喚起された怒りは衝動的に表出される場合と怒りの表出に関する判断・評価が行われると考えた。表出が動機づけられた怒りは、処理する時間や評価・判断する材料の有無によって、評価意思決定過程で即時的に認知処理される場合と、熟慮的に認知処理される場合がある。熟慮的認知処理では、怒り表出の正当性評価・怒りを表出した後の結果の予測、対象との関係性などを考慮し、怒りを表出するかしないか、表出する場合どのような表出行動をとるか選択し行動化する。

即時的に認知処理された怒りは、衝動的な攻撃的反応として直接的攻撃行動(身体的攻撃、言語的攻撃、看護ケアの拒否、無視など)という形で表出される。熟慮的に認知処理された怒りは、制御された攻撃的反応あるいは制御された非攻撃的反応として処理される。制御された攻撃的反応は、直接的攻撃行動・間接的攻撃行動(告げ口・悪口・陰口など)・攻撃転化行動(人や物へのやつあたりなど)という形で表出される。また制御された非攻撃的反応は、非攻撃的行動(説得、話し合い、怒りを伝えるなど)という形で表出される場合と我慢する・何も言わないといった行動として表出されない場合がある。

以上をふまえ、患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデル(図 3-2)を作成した。

また、患者の看護師への怒りに対する看護師の望ましい対応としては、患者の怒りの喚起と処理過程に関する仮説モデルから、「嫌悪事象の発生予防」「不快感情を怒りにしない働きかけ」「発生した怒りを熟慮的認知処理へと促す働きかけ」「熟慮的認知処理された怒りを非攻撃的反応へと促す働きかけ」「非攻撃的行動として怒りの表出を促す働きかけ」「怒りの鎮静を促す働きかけ」「怒りの原因となった問題の解決や怒りの終息を促す働きかけ」を想定し、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応仮説モデル(図 3-3)を作成した。

ただ、実際の患者の怒りへの看護師の対応のうち、「嫌悪事象の発生予防」や「不快感情を怒りにしない働きかけ」などの予防的な対応は表面化しにくい。このため、まず実際に怒りが表面化した患者への対応事例から、看護師の患者の怒りに対する対応の過程や構造を明らかにしていくことにした。そして、患者の怒りが終息した実践事例の分析結果をもとに、患者が感じた怒りをアサーティブに表出するための看護師の対応を明らかにする。

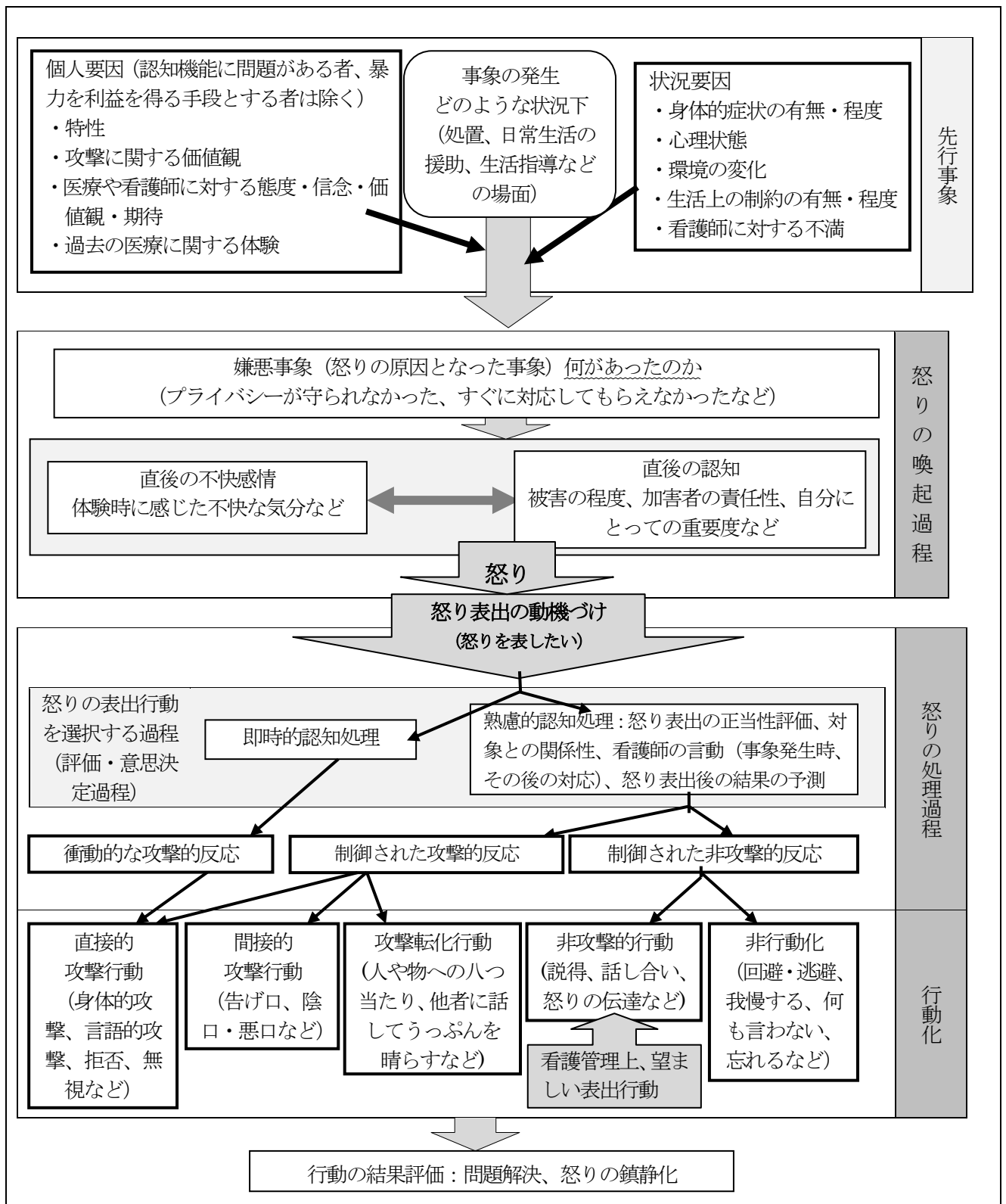


図 3-2 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデル

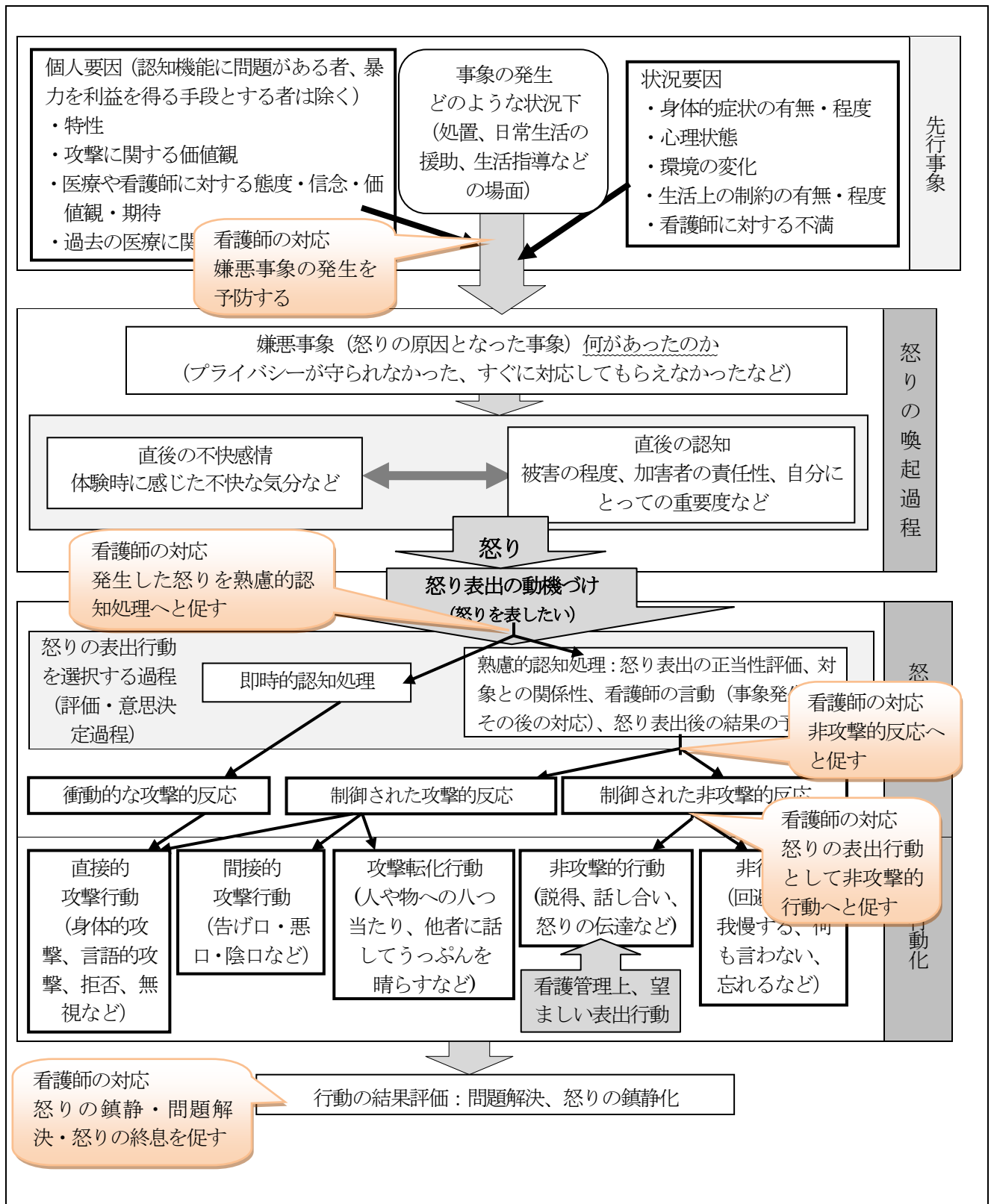


図 3-3 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応仮説モデル

第3節 本研究の構成

本研究は前述のように6つのPhaseによって構成される(図3-4)。Phase1では、仮説モデルをもとに質問紙を用いて、患者の怒りの喚起と怒りの処理過程について量的にとらえた(Phase1-1)。これと同時に、質問紙調査の結果を確認/相互評価補強する目的で面接調査をおこなった(Phase1-2)。そしてPhase2では、量的・質的アプローチによって得られた結果とその解釈の統合により仮説モデルを精錬させ、患者の看護師に対する怒りの処理過程に関するモデルを作成した。さらにPhase3では、看護師がどのように患者の怒りを理解し、どのような対応によって患者の怒りを鎮静化あるいは終息化させているのかという実践の分析を行った。続くPhase4では、Phase1-1とPhase1-2で明らかになった患者が望む看護師の対応と、Phase3で明らかになった熟練看護師の対応をもとに、患者が感じた怒りをアサーティブに表出するための看護師の対応を明らかにした。そして最終Phase5では、Phase1からPhase4までの結果をもとに、患者の看護師に対する怒りへの対応モデルを作成した。本研究の全体的なスケジュールと構成を図3-4、表3-1に示した。

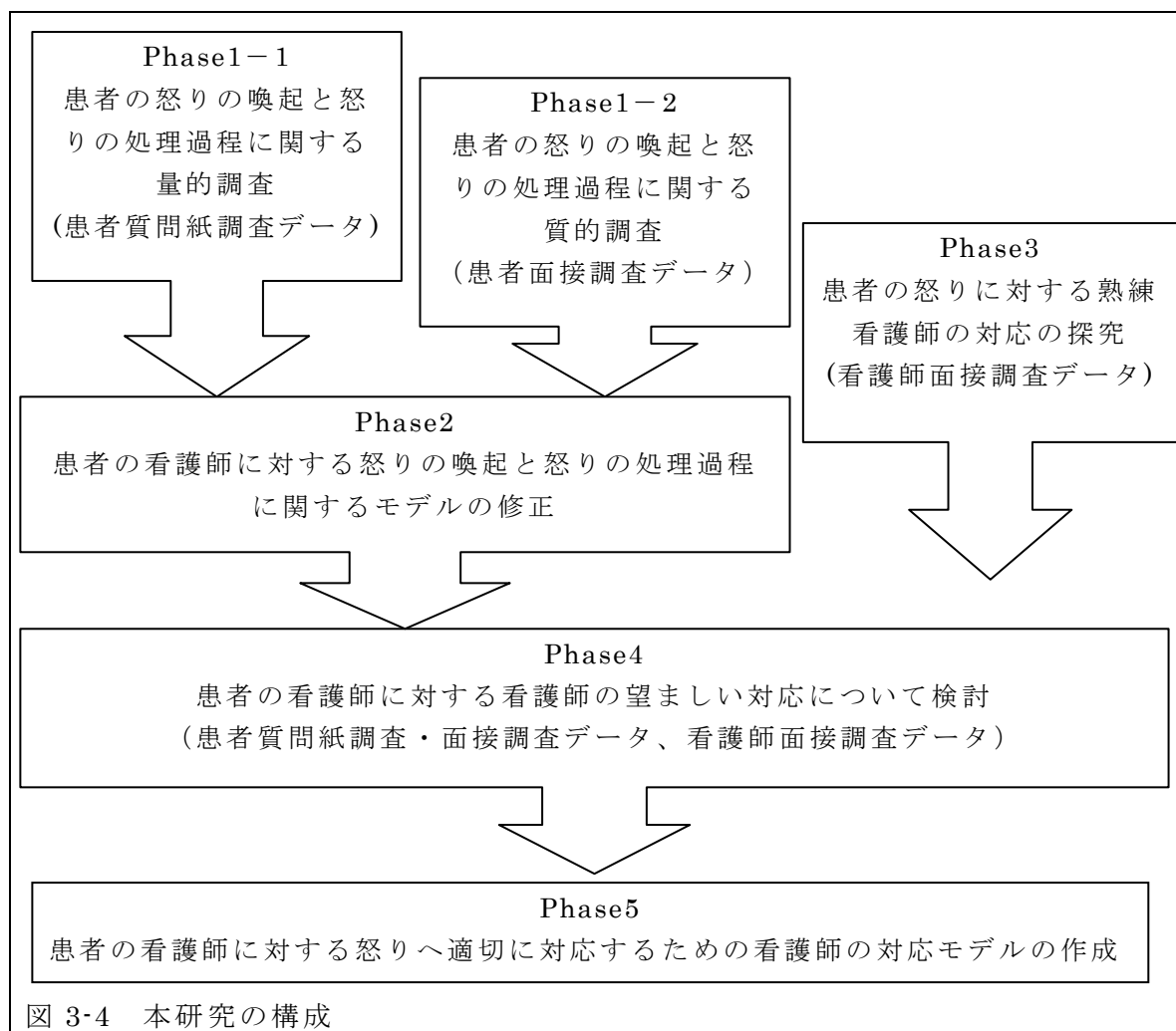


表 3-1 本研究の実施スケジュール

	Phase1-1 患者の怒り体験に関する質問紙調査	Phase1-2 患者の怒り体験の面接調査	Phase2 モデルの修正	Phase3 患者の怒りに対応した看護師への面接調査	Phase4 患者の怒りに対する看護師の対応の検討
2010年6月	Pilot study				
(H22) 7月					
8月	依頼・配布	病院依頼			
9月	配布・回収				
10月	↓	研究参加候補者への説明 面接調査実施			
11月					
12月					
2011年1月					
(H23) 2月			修正		
3月	分析		↓		
4月	↓				
5月	↓	分析			
6月		↓			
7月		↓			
8月					
9月				施設依頼	
10月				研究参加候補者への説明 面接調査実施	
11月			↓	↓	
12月					
2012年1月					
(H24) 2月					
3月					
4月				分析	
5月				↓	
6月					
7月				↓	
8月					
9月					
10月					
11月					
12月					↓
2013年1月					Phase5 モデルの作成
(H25) 2月					↓
3月					
4月					↓

第4節 用語の定義

1. 怒り

怒りとは、個人要因と状況要因の影響を受けて嫌悪刺激として入力された事象に対して、感情、認知の相互作用の結果喚起される陰性感情のひとつで、自己もしくは社会への、不当なもしくは故意によると認知される、物理的もしくは心理的な被害に対する、自己防衛もしくは社会維持のために喚起された心身の状態である。

2. 攻撃

攻撃とは、危害を避けようとする生活体に対して、危害を加えようとなされる直接的・間接的行動をいう。したがって、利益を得るための手段としてに意図的に攻撃を用いるものや攻撃と意図せずに行われるものもある。本研究で用いる攻撃は、嫌悪刺激に対して分化した恐怖や怒りなどの感情が評価・意思決定の過程を経て表出される攻撃的反応ととらえる。表出される攻撃的反応には、衝動的な反応と体験している事象を評価し表出行動を選択する熟慮的な反応がある。攻撃的行動は、直接的攻撃行動（身体的攻撃、言語的攻撃、看護ケアの拒否、無視）、間接的攻撃行動（告げ口、悪口、陰口）、攻撃転化行動（人や物への八つ当たり）が含まれる。

3. 暴力

暴力は、「攻撃」の下位に分類される概念であり、破壊、処罰、支配する目的で、人やその人の持ち物に対して身体的、言語的な力を行使することをいう。これには、脅迫や物体を用いた威嚇、仲間はずれなど、心理面に対する攻撃も含まれる。人や物に対する暴力は、すべて攻撃ととらえる。

4. 苦情

患者が、適切な医療を受けたいという消費者の機能・品質欲求、期待に見合った結果や納得して医療を受けたいという経済的欲求、一人の人間として大切に対応してほしいという愛情欲求、人間としての尊厳を尊重されたいという尊厳欲求などが満たされなかった物理的・心理的侵害の認知経験をきっかけに発生し、物理的・心理的侵害の解決や補償、加害者の告発、同様の事象の再発防止を目的に、医療施設や関連機関に提出されるサービスの受け手の意見とする。

第5節 研究方法

1. 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する量的調査（Phase1-1）

1) 調査目標

患者が看護師との関わりの中で、どのような嫌悪事象が怒りを喚起するのか、怒りの喚

起にはどのような要因が影響しているのか、喚起された怒りはどのように処理されるのか、怒りはどのように表出されるのか、また怒りを感じている患者に対する看護師の対応について患者はどのようにとらえていたのか、患者は看護師にどのような対応を望むのかについて、特徴や傾向を明らかにする。

2) データ収集方法および分析方法

(1) データ収集方法

自記式質問紙による郵送法（横断的調査法）

退院日に病棟管理者または退院にかかわる病院職員から配布された質問紙に対して、研究参加の同意が得られた者のみ帰宅後回答し投函する自記式質問紙による郵送法をとった。

(2) 研究参加者

近畿・中国地方所在の一般病院を治癒・軽快・寛解・不変退院¹並びに他施設へ転院する患者で自記式質問紙に回答可能な20歳以上の者（心療内科入院の者、精神疾患を有する者、認知症症状のある者を除く）のうち、研究への参加の同意が得られた者約3500名を研究参加候補者とした（但し産科・小児科入院の者は除く²）。研究参加候補者数の設定として次の点を留意した。今回作成した質問紙の項目は約30とした。最低回収数は質問紙の項目数の2倍以上は必要と言われているため（高木, 2006）、怒りを感じた体験のある患者70名の回収を目指した。怒りを感じた者の割合として、パイロットスタディの結果（回収率30%、そのうち体験のある者6%）から算出し、約3500名への配布が必要と考えた。また医療や看護ケア、患者苦情窓口の設置など、一定の水準が確保されていると考えられるため、財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審した7:1入院基本料届出医療機関における一般病院とした（厚生労働省, 2007; 厚生労働省, 2010）。

一般病院の選出は、まず日本医療機能評価機構ホームページ（財団法人日本医療機能評価機構, 2010）に2010年6月1日現在掲載している近畿・中国地方に所在する一般病院で認定された医療施設を把握した。次に、各施設の公式ホームページから施設基準や看護部のページから、届出ている入院基本料を確認した。

その結果、研究参加候補施設は217施設であった。このうち研究参加の同意が得られたのは7施設、配布質問紙の総数は1400部（パイロットスタディを除く）であった。

(3) 研究参加者への依頼方法

①研究参加候補施設の看護部門の施設代表者あてに研究の趣旨を記載した説明文（添付資料2）を送付し、退院する患者に対して、入院中に看護師に対して感じた不快な体験に

¹ 退院時転帰が増悪・死亡の場合、疾患に対する治療そのものに対する不満足感があり、それが看護師の関わりに影響を及ぼしていることが考えられるため。

² 産科は疾患の治療を目的に入院するものではないため除く。また本調査では、患者本人の怒りの体験について質問紙調査において記述を依頼し、その後面接調査を依頼する。このため、調査への参加について主体的に自己決定できる成人に達している者を研究参加候補者と設定した。

ついて調査する質問紙の配布についての研究参加の意思を確認した。この時、質問紙調査後に質問紙に回答を得られた患者に対する面接調査の実施も計画していることを伝えた。質問紙調査のみへの参加でもいいことを伝えたいので、質問紙調査への参加の有無と面接調査の説明書の同封について検討してもらうよう依頼した。

- ②研究参加の同意が得られた場合、施設に質問紙を持参し、調査の概要について説明文（添付資料3）を用いて再度説明した。
- ③病棟管理者または退院にかかわる病院職員に対し、上記に該当する入院患者の退院日に質問紙を配布してもらうよう依頼した。面接調査の説明書の同封について許可が得られた場合は説明文を同封した。配布の際、質問紙および面接調査について、入院施設と関係ないこと、参加の自由と不参加でも不利益がないことを伝えてもらうよう依頼した。

(4) 質問紙の構成

患者が入院中に体験した看護師に対して感じた陰性感情の発端からその結末までについて質問紙調査を行った。その際、攻撃の一般モデル（GAM）、大淵の攻撃の二過程モデルと怒りの喚起と表出に関する先行研究を参考に作成した怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデル（図3-2）に基づき、心理学領域で怒りの経験の調査に多く用いられているAverillの「怒り日常経験」質問紙（大淵訳、1982）と大淵氏の「葛藤経験の調査」質問紙を参考に質問項目を設定した。Averillの「怒り日常経験」質問紙は、過去一週間以内に怒りを感じた事象についてのエピソードを想起させ、表出される怒りの程度や表出の抑制度といった量的な側面から怒り経験の自己報告を収集するものである。この質問紙の構成は、怒りの経験について、怒りの対象、対象との関係性、怒りの原因に関する評価、被害、怒りに伴う反応、行動後の認知的変化、怒りに含まれる動機、行動時の状況、相手の反応、行動後の感情の変化、怒りの全体的評価について質問を設け、それに対する回答を求めることにより、個々人の日常的な怒りの経験を捉えるもので、心理学領域では広く使用されている（木野、2003；増田、2005；大平、1987）。この尺度は、個人の日常的な怒りの経験を測定するものであるが、医療現場にも応用可能である。また「葛藤経験の調査」質問紙は、対人関係の中で生じた葛藤の体験を想起させ、葛藤経験の深刻さ、葛藤相手との関係、葛藤の原因や経緯、葛藤を解決するために考えたことや実行したこと、葛藤の結果と評価、葛藤の相手の行動に対する解釈、一般的な価値観について質問を設け、それに対する回答を求めることにより、個々人の葛藤の経験を捉えるものである。攻撃行動や怒りの喚起の多くは対人葛藤の中で生じるため、「葛藤経験の調査」質問紙を採用した。

但し、これらの質問紙の項目すべてを採用すると回答者の負担となることから、Averillの「怒り日常経験」質問紙、大淵の「葛藤経験の調査」をもとに独自に「患者の看護師に対する怒り体験」質問紙を作成した（添付資料1-1）。質問紙の項目は、入院患者が看護師との関係の中で生じる対人葛藤による怒りの経験を想定し、院内暴力、苦情・クレームなどの先行研究の知見を参考に設定した。

まず入院中の怒り経験の有無を聞き、経験ありと回答した者に対して、どのような状況で体験したのか（場面から1つ選択）、物理的・心理的侵害の認知の程度（物理的損害として身体的苦痛、道義違反など9項目について、0：まったくなかった～3：とてもあった、4段階評定）、そのできごとの概要についての自由記載、体験の時に感じた気持ち（怒り、恐

怖など5項目について0:まったくなかった~3:とてもあった、4段階評定)、怒りを感じた時の身体的変化の自覚(顔が赤らんだなど5項目から複数回答)、相手の看護師の対応(言い訳をしたなど6項目について0:あてはまらない~3:あてはまる、4段階尺度)、看護師に望む対応(自由記載)、怒りの体験時に取った行動(怒りをぶつけたなど6項目から1つ選択)、行動の理由(自由記載)、取った行動に対する対応の有無、対応した者(相手の看護師など6項目から選択)、怒り体験の問題解決(0:全く解決されていない~3:完全に解決した、4段階評定)、怒りの終息(0:全くおさまっていない~3:完全に終わった、4段階評定)、体験したできごとや入院生活を快適に送るための改善などについての見解、回答者の性別、年代、入院期間などの背景について回答を求めた。

(5) 質問紙の妥当性の確保

作成した質問項目について、患者が看護師に対して感じた陰性感情の体験から怒りの表出行動に至る過程とその過程に影響を及ぼすと考えられる項目を測定する内容になっているか、質問内容が適切か、表現の不明瞭な項目などが無いかについて、心理学領域の研究者に確認をとった。

さらに看護管理者(30~40歳代女性)6名、苦情対応担当主事1名、セーフティマネージャ(看護管理者)1名、病院事務(事務部長男性60歳代)1名、病院警備担当者1名、一般人2名(70歳代男女1名ずつ)の計12名に、質問紙を配布し確認を取った。確認方法としては、作成した質問紙の各項目について、患者が怒りを感じてから表出行動に至る過程と影響要因を測定する項目として適切か、質問の仕方は適切か、わかりやすい表現になっているかについて、5段階尺度で意見を聞くともに、修正に関する意見の記載を依頼した。回収できた11名のうち記入漏れの多い1名を除く10名の回答では、設問の設定、質問の仕方、わかりやすさのいずれについても、平均4.0以上であった(添付資料1-2)。さらに意見を参考に質問紙の追加・修正を行った。

次に、パイロットスタディへの参加の同意が得られた1施設に、2010年6月~7月に退院する患者93名に、修正した質問紙(添付資料1-3)の配布を依頼した。回収数は36(38.7%)であったが、このうち怒りの体験があると回答した者は2名(5.6%)であった。回収された質問紙の結果から、質問項目を精選し本調査で用いる質問紙を作成した(添付資料1-4)。

(6) 分析方法

- ①記述統計量を算出し、看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じたりした体験について概観した。
- ②どのような状況の時に怒りを感じるのか、怒りが身体や行動に影響を及ぼすのか、怒りの終息には何が関係しているのかについて検討した。この際、項目間の関係についてMann-WhitneyのU検定を用いて検討を行い、有意水準は5%未満を有意差ありとした。
- ③分析結果から、看護師に対する怒りの特徴について検討した。

3) 倫理的配慮

(1) Averillの「怒り日常経験」質問紙の日本語版、「葛藤経験調査」質問紙を作成した大淵

憲一氏から使用の許諾を得た。この際、日常生活の怒りを対象にしたものであるが医療現場にも応用可能であること、多くの尺度から構成されているため目的に応じて取捨選択することが望ましいこと、必要に応じて質問項目を増やす必要がある事などのアドバイスを受けた。

(2) 施設代表者に対し、参加の同意を得る。

①施設代表者あてに、研究目的、研究概要、研究参加者の選択と質問紙の配布の依頼、研究参加の自己決定の保証、施設代表者が研究参加に同意した場合でも実際に研究参加する者の自由意思を尊重すること、不参加による不利益はないこと、プライバシー、匿名性、機密保持の権利の保証と結果の公開、研究者の氏名と連絡先について記載した用紙を封書で対象施設に送付し、退院する患者に対する入院中に看護師に対して感じた不快体験についての調査について、概要の説明を聞く意思を確認した(添付資料 2)。この時、質問紙調査後に質問紙に回答を得られた患者に対する面接調査の実施も計画していること、質問紙調査のみへの参加でもいいこと伝えたいこと、質問紙調査への参加の有無と面接調査の説明書の同封について検討してもらうよう依頼した。同封したはがきに調査の説明を聞く意思の有無、ならびに連絡先を回答してもらうこと、返送はがきには、プライバシー保護シールを貼付することを依頼した。

②施設に赴き調査説明を行った(添付資料 3)。この時研究参加の同意について即答は求めず、研究参加の意思確認は後日行った。この際、面接調査の参加者は、係争中の者、係争の準備をしている者、施設に対して補償の請求などを考えている者は除外することと、面接調査終了後にもこれらの協力はしないという研究者の立場について説明した。即答は求めず、検討の期間を確保するため、研究への参加は後日郵送によって意思確認することを伝えた。また調査参加への同意後でも取り消しが可能なように、「同意取り消し書(添付資料 5)」を渡した。

(3) 研究参加の同意が得られた施設に対し、質問紙を郵送した(添付資料 1-4)。この時、研究参加者に対し、以下の倫理的配慮を行った。

①不利益を受けない権利の保証

今回の調査への参加の辞退によって不利益は被らないこと、参加の有無は無記名でなおかつ質問紙の配布は退院日、返送は帰宅後であることから個人が特定できないため、入院施設の関係者に研究参加者の研究への参加の有無は分からないこと。

②研究目的、内容を知る権利の保証

研究者の立場、研究の目的、研究により期待される結果、質問紙の回答により拘束される時間、回答することにより生じる可能性のある陰性感情の喚起などについて、また研究参加者には、いつでも調査に関する疑問や質問に答えること。

③自己決定の権利の保証

調査への参加は、あくまでも本人の自由な意思によるものであること。

④プライバシー、匿名性、機密保持の権利の保証

質問紙は無記名であること、回収された質問紙はすべてコード番号で表記することによって匿名性を確保すること、質問紙と得られたデータは、研究終了後に確実に破棄すること。

⑤研究結果の公開

研究結果は、施設・個人が特定されないよう処理を行ったうえで、専門の学会、学術雑誌に公開する可能性があること、希望者には研究結果を送付すること。

⑥研究者の説明の義務と調査参加の意思決定の権利保証

①～⑤の内容について研究依頼書に記載した。また、調査参加の同意が得られた場合のみ、質問紙を郵送してもらう旨を依頼書に記載した。回答の返送をもって研究参加の同意が得られたものとした。

⑦心身への影響の配慮

質問紙への回答による怒りの再燃を考え、回答によって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。また、質問紙の最終項目に、体験を客体化し建設的な問題解決に意識が向くような設問を設けた。

(4) 研究への参加の協力が得られた施設に対しては、調査終了後に、礼状とともに希望があれば調査結果の概要を送付する旨を説明した。

2. 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する質的調査(Phase1-2)

1) 目標

研究方法 1) と同時に、患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程のエピソードをより詳細に理解するために、個々人の怒り体験の過程、怒り体験時やその後の看護師の対応、患者が望む看護師の対応などについて探究する。

2) データ収集方法および分析方法

(1) 調査方法

複数ケーススタディ・リサーチ

(2) 研究参加者

質問紙調査の参加者、患者団体に所属している者のうち、看護師に対して怒りを感じた体験についての面接調査に対し参加の同意が得られた者 10 名であった (Yin, 2009)。参加者の中には、係争中の者、係争の準備をしている者、施設に対し補償交渉を考えている者は含まれていない。

(3) 研究参加者への依頼方法

*質問紙調査への参加者 Case1、2、3、4、6、10

①研究参加候補者に対して、看護師に対して怒りを感じた体験についての面接調査の概要と調査概要の説明を聞く意思を確認する説明文書（添付資料 6）を質問紙調査票に同封した。この時、施設に対して補償の請求などを考えている者は、研究参加候補者とはならないことを明記した。

②研究参加候補者には、質問紙の送付用とは別に同封したはがきの返送によって面接調査についての説明を聞く意思を確認した。

③面接調査についての説明を聞くことに同意した者に対して、研究者から連絡をとり、説明日時・場所の調整をしたうえで、研究概要について文書（添付資料 8）を用いて説明

した。

- ④面接調査への参加候補者は、説明を聞いた後、研究参加についての意思を確認した。
 - ⑤面接調査への参加の同意が得られた者に対して、研究者から連絡をとり面接調査の日時・場所の調整を行った。
- *患者団体に所属している者（研究計画に記載していたように、質問紙調査への参加者が少なかったため実施した）：Case5、7、8（Case9 は家族の立場での怒り体験であったため分析対象としていない）
- ①患者団体の代表者あてに研究の趣旨を記載した説明文を送付し、過去1年以内の入院中に看護師に対して感じた不快な体験について面接調査への参加について検討してもらうよう依頼した（添付資料6）。
 - ②研究参加の同意が得られた団体代表者に対し、調査の概要について再度説明した（添付資料6）。
 - ③患者団体の発行する機関誌の発行時に、看護師に対して怒りを感じた体験についての面接調査の概要と調査概要の説明を聞く意思を確認する説明文、返送用はがきを同封させてもらうとともに、団体主催の研修会の際に配布していただいた（添付資料7）。また説明文には、研究者はインタビュー調査への参加依頼文書の送付の際に個人の住所や氏名には接触していないこと、患者団体は善意による協力であること、そのため研究への参加も個人の自由であり参加しなくても不利益は生じないことを明記した。
 - ④研究参加候補者には、同封したはがきの返送によって面接調査についての説明を聞く意思を確認した。
 - ⑤面接調査についての説明を聞くことに同意した者に対して、研究者から連絡をとり、説明の日程調整をしたうえで、研究概要について文書（添付資料8）を用いて説明した。
 - ⑥面接調査への参加候補者は、説明を聞いた後、研究参加について意思を確認した。
 - ⑦面接調査への参加の同意が得られた者に対して、研究者から連絡をとり面接調査の日程調整を行った。

(4) データ収集手順

看護師に対して感じた怒りの体験の発端からその結末までについての半構成的面接を行った。その際、質問紙調査の結果（途中経過も含む）で得られたデータも参考に、怒りが喚起された事象の体験についてインタビューガイドを用いて面接を行った。

本調査では、怒りの処理過程を探究する。怒りの喚起からその表出行動の選択、選択した行動による結果という一連の過程は個人的な体験であり様々な個人的な要因や環境要因が影響していることが考えられる。このため、患者が看護師に対してどのような状況で怒りを感じたのか、感じた怒りをどのような形で表出したのか、またその表出行動を選択した理由とその行動による結果といった怒り体験の一連の過程をより詳細に探究する必要がある。したがって、ケーススタディ・リサーチの特徴である「How」「Why」という研究疑問を考慮したインタビューガイドを作成し、研究参加者の怒り体験の自由な語りを促す半構成的面接法を行った。

インタビューの内容は、看護師に対する怒りが喚起されたのはどのような事象であったのか、その時感じた感情、看護師の対応、認知、怒りを感じた時に取りたいと思った行動と実行された行動、その理由、行為に対する看護師の反応やその後の反応、その行為の結

果に対する認知、今考える怒りの理由、看護師に求めることなどを問う内容である。インタビューは、1回30~90分程度を1~2回行った。またこれとは別に、数名の参加者には、データ分析過程でのメンバーチェックを依頼した。

本調査の最初の1名をパイロットスタディとして設定し、その分析結果をもとにインタビューガイド、分析方法などの検討を行い必要に応じて修正した。

(5) 分析方法

分析手順を図3-5に示す

- ①インタビュー・プロトコルを用い、情報を記録した。プロトコルには見出し、インタビュアーへの説明書き、鍵となる研究上の問い、鍵となる問いへのアンテナ、インタビュアーが話題を変える時のメッセージ、インタビュアーがコメントを記録するためのスペース、質問紙調査から得られた結果、そして、研究者が内省ノートを記録するためのスペースを作った。
- ②インタビューは研究参加者の許可を得られた8名は録音した。許可が得られなかった1名は筆記のみとした。
- ③インタビューは、終了後速やかに逐語記録に書き起こし、参加者の語る内容を把握した。
- ④データは通読し、インタビュアーの語った言葉をできるだけ用いて一事例ごとに語られた内容を一連のストーリーとして再構成した。さらに怒りの体験の過程について時系列で要約し再構成したケースレポートを作成した（時系列分析：Time-Series Analysis）。
- ⑤同時に、研究参加者に関する個人的データ（性別、年齢など）、可能であれば怒りを体験した場に関するデータ（医療統計資料やホームページから入手したデータ：施設設置主体、病床数、看護体制など）を加えたケーススタディ・データベース（添付資料12）を作成した。
- ⑥次にケースレポートをもとに、怒りの発端となった事象、その時に影響を及ぼしたと考えられる個人・状況要因、事象の体験（その時の感情、認知、怒りを感じた理由）、行動化（実際に取った行動、取りたかった行動との差異、理由）、行動の結果（その後の感情も含む）、その時々々の看護師の言動を分析のポイントとして該当する内容を抽出した。
- ⑦⑥をもとに、事例ごとに怒りの喚起とその表出過程、ならびに影響した認知や感情などについて検討するとともに、怒りの体験の過程を図式化した。
- ⑧ケースレポート、分析ポイントの記述、怒り体験の過程の図式化したものについては、数名のインタビュアーに内容の確認を依頼し必要時修正した。
- ⑨さらに詳細に分析するために、事例ごとに作成した逐語録から1つのまとまりをもった意味ごとに区切り要約を作成した。次に、怒りの発端となった事象、その時に影響を及ぼしたと考えられる個人・状況要因、事象の体験（その時の感情、認知、怒りを感じた理由）、行動化（実際に取った行動、取りたかった行動との差異、理由）、行動の結果（その後の感情も含む）、その時々々の看護師の言動などについても留意し、要約からコードを作成した。
- ⑩さらに事例ごとに「なぜ怒りが喚起されたのか」「怒りの喚起にどのような認知や感情が影響していたのか」「なぜその怒りの表出行動が選択されたのか」「患者の怒りに対して、看護師はどのような時にどのような対応をしていたのか」という視点から、類似のコードを統合し抽象度をあげ、サブカテゴリを作成した。



図 3-5 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する質的調査の分析手順

⑪事例ごとに怒りの喚起とその表出過程、ならびに影響した認知や感情などについては、事例の特徴が描出できるよう要約を用いて検討し、事例ごとに仮説モデルに沿って図式化した。この時、怒りは「how」あるいは「why」喚起されたのか、表出が動機づけられた怒りは「how」に処理されたのか、それは「why」という研究疑問に沿って説明を記載した（説明構築：Explanation Building）。個別のケースの説明で使用したデータについて

は、番号はケース番号(01~10) - 抽象化の段階【例 (01-B001)】と表示している。

- ⑫⑪の分析結果と仮説モデルを比較し（パターンマッチング：Pattern Matching）、仮説モデルで説明可能か検討した（仮説モデルへの分析的一般化）。説明可能な部分と可能ではない部分、その理由について検討した。必要に応じて、仮説モデルを修正した。
- ⑬まず Pilot Study のケースで①~⑫の分析を行い、その結果をもとにインタビューガイド、分析方法などの検討を行い必要に応じて修正した。修正した分析方法に基づき 1 ケースずつ分析を行った。
- ⑭すべてのケースの分析が終わったのち、他の事例との相違点と共通点を比較するとともに、参加者が体験の中で感じた怒り体験の過程について、個人的なものか他の参加者の体験と共通するところがあるのか 1 ケースずつ検討した。
- ⑮⑩で作成したサブカテゴリを意味内容の類似性に基づいて抽象度を上げカテゴリを作成し、Case2 と 9 を除く 8 ケース全体を比較するケース間分析を行った。この時、怒りの理由、責任帰属、怒りの処理過程における認知処理の特徴と選択行動の関係、希望する対応について、共通点と個別的な特徴をサブカテゴリとカテゴリを用いて検討した。

3) 妥当性、信頼性の確保

1 名を対象にパイロットスタディを実施した。パイロットスタディの結果をもとにインタビューガイドや分析方法を修正した。

(1) 構成概念妥当性（Construct Validity）の検討

Yin によると、ケーススタディは①探究の収斂（convergent lines of inquiry）を促す複数の証拠源（multiple sources of evidence）、②証拠の連鎖（chain of evidence）の確立、③ケーススタディレポートの草稿を主要な情報提供者にレビューしてもらうことにより構成概念妥当性を高める必要があるとされている（Yin, 2009）。このため本研究では、面接法によって得られたデータだけでなく、研究参加者の怒り体験の場となった施設背景に関する文書データなど複数の証拠源を活用した。また、収集した様々なデータをもとに分析した過程を明らかにしておくとともに、各ケースのケーススタディ・データベースと怒りの処理過程に関するモデルの試案を研究参加者に内容を提示し、参加者の体験と相違がないか確認した（メンバーチェック）。

(2) 内容妥当性（Internal Validity）の検討

ケーススタディでは、内的妥当性を高める分析戦術としてパターン・マッチング（pattern matching）が推奨されている。これは、経験に基づくパターンを予測されたパターンと比較するもので、パターンが一致していれば内的妥当性を高めることができる。本研究では、各ケーススタディの分析から得られた内在するパターンが、仮説モデルのパターンと一致するのかが検討した。

(3) 外部妥当性（External Validity）の検討

ケーススタディでは、研究の結果がひとつのケースを越えて一般化できるか検討するが、それは別のケースに一般化するのではなく、理論に一般化する「分析的一般化 analytic generalization」を目指す。本研究においても、文献検討によりあらかじめ作成した怒りの処理過程に関する仮説モデルを用い、各ケーススタディから得られた結果について、仮説

モデルへの一般化を行った。複数のケーススタディの結果について仮説モデルへの一般化を目指し、モデルを精錬させた。

(4) 信頼性 (Reliability) の確保

他の研究者が同じ手順でケーススタディを行うことが可能なように、手続きの情報管理とケーススタディ・データベース (case study database) を作成した。ケースの分析から見出されたカテゴリについては、代表する記述について詳しい記述をすることで、他の研究者が、概念を他の状況に適用可能かを判断できるようにした。

4) 倫理的配慮

半構成的面接法では、怒りの体験からその表出行動に至る患者の心理過程という個人的な体験を探求するものであり、研究参加者の不快感情の惹起やそれに伴う心身の苦痛、プライバシーや個人的な見解に触れる可能性がある。このため、研究参加者に対する十分な倫理的配慮が必要である。したがってまず、調査概要について聞く意思を確認し (添付資料 6、7)、説明を聞くことを承諾した者に対して文書 (添付資料 8) と口頭で説明した。

(1) 不利益を受けない権利の保証

今回の調査への参加の辞退によって不利益は被らないこと (参加の有無は病院・患者団体には伝えないなど)、同意した後でも撤回や辞退、一時的な参加の拒否は自由であることなどについて説明した。また、インタビュー中は、研究参加者の身体的・精神的影響に配慮した。インタビューの中で、研究参加者の怒りの経験がよみがえり、感情が高ぶる場合は、本人に無理に話す必要はないことを伝えていたが、該当するケースはいなかった。

(2) 研究目的、内容を知る権利の保証

調査参加候補者には、研究者の立場、研究の目的および方法、具体的な参加依頼内容、研究参加により期待される利益および研究参加に伴う不快、不自由などについて、文書と口頭で十分に説明した。研究参加者には、いつでも調査に関する疑問や質問に答えることを説明した。また調査終了後には、礼状とともに調査結果の概要を送付した。

(3) 自己決定の権利の保証

調査参加候補者への依頼に際しては、まず調査の説明を聞く意思を確認したのち説明した。調査概要の説明時には、断りにくい状況を作っていないか配慮するとともに、調査への参加は、本人の自由な意思によるものであることを十分説明した。また即答は求めず、検討する期間を保証した。参加の同意が得られた場合でも、同意後の取り消しが可能なように「同意取り消し書」 (添付資料 5) を渡した。また実際にインタビューを行う時に再度調査概要の説明を行い、研究参加の同意を確認するとともに、調査開始後でも取り消しが可能であることを説明した。

(4) プライバシー、匿名性、機密保持の権利の保証

研究参加者に関するデータや調査場所は、すべてコード番号で表記することによって匿名性を確保した。調査の過程で得られた情報は、研究者が厳重に保管している。また、得られたデータは、研究終了後に確実に破棄することを説明した。

(5) 研究結果の公開

研究結果は、施設・個人が特定でされないよう処理を行ったうえで、専門の学会、学術雑誌に公開する可能性があること、希望者には研究結果を送付することを文書に明示し説明した。

(6) 研究者の説明の義務と調査参加の意思決定の権利保証

(1)～(5)の内容について、文書と口頭で十分説明を行い、同意を得た。調査参加の同意が得られた場合は、同意書を2枚用意し、署名欄への記名を依頼した。そして、研究者の署名をした後、1枚は研究参加者、1枚は研究者が保管するようにした。また、患者の自己決定能力に応じて、家族や代理権者の署名欄も準備したが、該当するケースはなかった。説明の際には、研究者の身分を明らかにするために名刺を渡すとともに、研究依頼書と同意書には研究者の連絡先を明記した。

(7) 研究者の立場についての説明

面接調査の参加者は、係争中の者、係争の準備をしている者、施設に対して補償の請求などを考えている者は除外していること、面接調査終了後にも係争や補償交渉への協力はできないという研究者の立場について説明したが、該当するケースはなかった。

(8) 心身への影響の配慮

インタビューによって喚起させた怒りの再燃による心身への影響を考え、希望者には前後に血圧測定を行った。また、インタビュー終了後に、喚起させた怒りを和らげるリラクゼーション法を行った。

(9) 調査による研究参加者の拘束に対する配慮

面接調査を行う場所は、参加者の希望に沿うよう選択した。インタビュー場所までの交通費は研究者が負担するとともに、参加者には謝礼をした(1000円の図書カード1枚)。

3. 患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルの作成 (Phase2)

1) 目標

患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルを作成するとともに、発生頻度の高い怒りや攻撃的行動に結びついたり抑制されてしまう怒りなどの特徴や傾向、患者が怒りを体験した時の看護師の対応の傾向などを明らかにする。

2) 作成プロセス

(1) 質問紙調査の結果から、怒りを喚起させた事象の特徴や、怒りの程度・表出行動の特徴とそれらに関連する要因(認知、その時起こった身体的変化の知覚、看護師の反応)、選択された行動に対する結果の特徴などから、患者の看護師に対する怒りの傾向・特徴を検討した。

(2) ケーススタディの結果から、患者の看護師に対する怒りの喚起からその表出行動の選択と行動の結果までの過程について、個人的な体験と共通する体験をふまえて、特徴やパターンについて検討した。あわせて、患者の怒りに対する看護師の関わりの特徴やパターンについても検討した。

- (3) 質問紙の結果から得られた怒りの傾向・特徴が、面接調査で得られた個々の体験や共通する体験の過程の中で説明がつくのか検討した。
- (4) 面接調査で得られた怒りの喚起過程ならびに怒りの処理過程によって、質問紙調査参加者の怒り体験の過程の説明がつくのか検討した。
- (5) 怒り体験の過程や認知・感情と怒りの喚起や表出行動の選択との関連について一般化が可能な部分と個人によるバリエーションの部分を検討した。また、個人のバリエーションの部分にはそこに関わる要因を検討した。
- (6) 怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデルをもとに、怒り体験の過程についてそこに関係する要因もふまえて全体像を捉え、怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデルを修正した。
- (7) 修正したモデルによってひとりひとりの怒りの喚起から表出行動の選択過程について説明できるか検討した。
- (8) 面接調査に参加した者で修正したモデルの確認依頼に対して承諾が得られた者に、修正モデルを提示し、自分の体験の説明がつくか乖離がないか確認を得た。
- (9) 医療従事者、心理学領域の研究者に、修正したモデルで患者の看護師に対する怒りの喚起からその表出に至る過程の説明になっているか、内容に合点がいくか確認を得た。
- (10) (8)(9)の意見を元に、患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルを完成させた。
- (11) 同時に、発生頻度の高い怒り、攻撃的行動に結びついたり表出が抑制される怒りなどの特徴や傾向、患者が怒りを体験した時の看護師の対応の傾向などを検討した。

3) 信頼性の確保

(1) 確実性・信頼性の検討

作成した怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルを研究参加者に提示し、参加者の体験と相違がないか確認を得た（メンバーチェック）。また、医療従事者、心理学領域の研究者に、修正したモデルで患者の看護師に対する怒りの喚起からその表出に至る過程の説明になっているか、内容に合点がいくか確認を得た。

(2) 適用性の検討

作成した怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルをについて、ケーススタディのすべてのケースの怒りの喚起と怒りの処理過程について説明が可能か検討した（パターンマッチング）。また、見出されたカテゴリを代表する記述について、詳しい記述をすることで、他の研究者が、概念を他の状況に適用可能かを判断できるようにした。

(3) 一貫性・確証性の検討

結果の反復性を示すもので、よく似た状況で同様の研究が行われた場合に、同じような結果を生じるかどうか、研究の全過程における決定のプロセスを記述し、それを指導者と定期的にディスカッションした。

4. 患者の怒りに対する熟練看護師の対応の探究 (Phase3)

1) 目標

熟練看護師の患者の怒りに対する対応の構造・過程を明らかにする。

2) 調査方法および分析方法

(1) 調査方法

複数ケーススタディ・リサーチ法

(2) 研究参加者

研究参加の同意が得られた施設の看護職施設代表者から推薦を受けた患者の怒りに対応した経験のある熟練看護師 7 名。

(3) 研究参加者への依頼方法

①質問紙調査への参加施設の代表者あてに研究の趣旨を記載した説明文 (添付資料 9) を送付し、入院患者の看護師に対する苦情や怒りに対する看護師の対応の実践に関する面接調査への参加、ならびに入院患者の看護師への苦情や怒りに対応した経験のある看護管理者もしくは熟練看護師の研究候補者としての推薦について検討してもらうよう依頼した。この際、研究参加候補者にはあらためて研究への参加の意思を確認することを説明した。

②研究参加の同意が得られた施設の研究参加候補者に対し、研究の概要を文書 (添付資料 10) と口頭で説明し、研究への参加を検討してもらえるよう依頼した。

③研究参加の同意が得られた研究参加者に対し、再度研究参加の同意を得たうえで調査を行った。

(4) データ収集手順

最近経験した患者への対応の中から、うまく対応できたと思われるケースについて半構成的面接を行った。

インタビューの内容は、対応した時期、対応した立場 (当事者、同僚看護師、上司、苦情対応担当者など)、対応した場所、患者の怒りのエピソード、患者の怒りの理由、怒りはどのような形で表出されたのか、研究参加者は患者の怒りにどのように対応したのか、対応するうえで考慮や工夫していたことや大事していること、その理由、患者の怒りは終息化したか、患者の怒りや暴言・暴力についての見解、患者の攻撃的行動の予防や対応についての見解などについて話を聞いた。この時、面接調査による拘束時間の短縮のため、あらかじめ質問項目を記載した用紙を渡し想起しておいてもらうよう依頼した。インタビューは、データ分析過程でのメンバーチェックも含め、1 回 30~40 分程度を 1~2 回行った。

本調査に先立ち、1 名を対象にパイロットスタディを行い、その分析結果をもとにインタビューガイド、分析方法などの検討を行い必要に応じて修正した。

(5) 分析方法

①インタビュー・プロトコル (添付資料 13) を用い情報を記録した。プロトコルには見出

し、インタビュアーへの説明書き、鍵となる研究上の問い、鍵となる問いへのアンテナ、インタビュアーが話題を変える時のメッセージ、インタビュアーがコメントを記録するためのスペース、質問紙調査から得られた結果、そして、研究者が内省ノートを記録するためのスペースを作った。

- ②インタビューは研究参加者の許可を得て録音した。
- ③インタビューは、終了後速やかに逐語記録に書き起こし、参加者の語る内容を把握した。
- ④データは通読し、一事例ごとに患者の怒りに対する対応の過程を一連のストーリーとして時系列でケースレポートを作成し（時系列分析：Time-Series Analysis）、患者の怒りに対してどのように考えどのように対応したのか、その結果はどうであったかについて検討した。この時、研究参加者に関する個人的データ（性別、経験年数、職位、年齢など）、施設に関するデータ（医療統計資料やホームページから入手したデータ：施設設置主体、医療圏、地域背景、病床数、看護体制、病床利用率など）を加えたケーススタディ・データベース（添付資料 14）を作成した。
- ⑤事例ごとに、逐語録を1つのまとまりをもった意味ごとに区切り、要約を作成した。
- ⑥事例ごとに「患者の何を捉えたのか」「どのように対応したのか」「どのような事柄を考慮していたか」「なぜその事柄を考慮していたのか」「何をめざしていたのか」に留意し、⑤からコードを作成した。
- ⑦作成したコードのうち、類似したものを統合し抽象度をあげ、サブカテゴリ、カテゴリを作成した。
- ⑧事例ごとに患者の怒りに対して行われた介入については、事例の特徴が描出できるよう語りの内容が反映されている要約を用いて検討し、患者の怒りの過程を軸に検討し、事例ごとに仮説モデルに沿って図式化した。この時、患者の怒りに対して「どのような how」対応を「なぜ why」行ったのか「何 what」を考慮していたのか「何 what」をめざしていたのかという研究疑問に沿って説明した（説明構築：Explanation Building）。
- ⑨⑧の分析結果を仮説モデルと比較し（パターンマッチング：Pattern Matching）、仮説モデルで説明可能か検討した（仮説モデルへの分析的一般化）。
- ⑩まず Pilot Study のケースで①～⑨の分析を行った。
- ⑪すべてのケースの分析が終わったのち、⑦で作成したサブカテゴリを用いて 19 の対応事例の全体を比較するケース間分析を行った。他の事例との相違点と共通点を比較するとともに、患者の怒りに対する対応について、そのケースにだけ適用するものなのか他のケースと共通するところがあるのか検討した。
- ⑫⑦で作成したカテゴリの関係性を検討し、時系列に整理し、熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応過程を検討した。

3) 妥当性・信頼性の確保

1 名を対象にパイロットスタディを実施した。パイロットスタディの結果をもとにインタビューガイドや分析方法を修正した。

(1) 構成概念妥当性（Construct Validity）の検討

Yin によると、ケーススタディは①探究の収斂（convergent lines of inquiry）を促す複数

の証拠源 (multiple sources of evidence)、②証拠の連鎖 (chain of evidence) の確立、③ケーススタディレポートの草稿を主要な情報提供者にレビューしてもらうことにより構成概念妥当性を高める必要があるとされている (Yin, 2009)。このため本研究では、看護師に対する面接法によって得られたデータだけでなく、患者に対する質問紙法と面接法で得られたデータ、研究参加者の所属する施設背景に関する文書データなど複数の証拠源を活用した。また、収集した様々なデータをもとに分析した過程を明らかにしておくとともに、各ケースのケーススタディと患者の怒りに対する看護師の対応モデルの試案を研究参加者に内容を提示し、参加者の体験と相違がないか確認した。

(2) 内容妥当性 (Internal Validity) の検討

ケーススタディでは、内的妥当性を高める分析戦略としてパターン・マッチング (pattern matching) が推奨されている。これは、経験に基づくパターンを予測されたパターンと比較するもので、パターンが一致していれば内的妥当性を高めることができる。本研究では、各ケーススタディの分析から得られた内在するパターンが、仮説モデルのパターンと一致するのかが検討した。

(3) 外部妥当性 (External Validity) の検討

ケーススタディでは、研究の結果がひとつのケースを越えて一般化できるか検討するが、それは別のケースに一般化するのではなく、理論に一般化する「分析的-一般化 analytic generalization」を目指す。本研究においても、文献検討により作成し、患者調査の後に修正した患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルを用い、各ケーススタディから得られた結果について、仮説モデルへの一般化を目指した。複数のケーススタディの結果について仮説モデルへの一般化を目指し、モデルを精練させた。

(4) 信頼性 (Reliability) の確保

他の研究者が同じ手順でケーススタディを行うことが可能なように、手続きの情報管理とケーススタディ・データベース (case study database) を作成した。ケースの分析から見出されたカテゴリについては、代表する記述について詳しい記述をすることで、他の研究者が、概念を他の状況に適用可能かを判断できるようにした。

4) 倫理的配慮

(1) 施設代表者に対し参加の同意を得た。

①施設代表者あてに、研究目的、研究概要、研究参加候補者の推薦の依頼、研究参加の自己決定の保証、施設代表者が研究参加に同意した場合でも実際に研究参加する者の自由意思を尊重すること、不参加による不利益はないこと、プライバシー、匿名性、機密保持の権利の保証と結果の公開、研究者の氏名と連絡先について記載した用紙を封書で対象施設に送付し、入院患者 (認知症・精神疾患を有する患者、心療内科、小児、産科入院の患者を除く) の看護師に対する苦情や怒りに対する看護師の対応の実践に関する面接調査について、概要の説明を聞く意思を確認した (添付資料 9)。同封したはがきに調査の説明を聞く意思の有無、ならびに連絡先の回答を依頼した。返送はがきには、プライバシー保護シールを添付した。

②施設に赴き説明を行った。そして、研究への参加について検討の期間を確保するため、

研究への参加は後日郵送によって意思確認することを伝えた。

- (2) 研究参加の同意が得られた施設の病棟看護管理者や看護師などの研究参加候補者に対し、指定された場（管理会議など）で研究の概要について文書（添付資料 10）と口頭で説明し、研究への参加を検討してもらえるよう依頼した。
- (3) 研究参加の同意が得られた病棟看護管理者や看護師に対し、以下の倫理的配慮を行った。

①不利益を受けない権利の保証

今回の調査への参加の辞退によって不利益は被らないこと（参加の有無は病院には伝えないなど）、同意した後でも撤回や辞退、一時的な参加の拒否は自由であることなどについて説明した。また、インタビューの中で過去の患者から受けた怒りの体験を想起する場合もあるので、参加者の身体的・精神的影響に配慮した。しかしインタビュー中に、研究参加者の感情が高ぶり中断したケースはなかった。

②研究目的、内容を知る権利の保証

研究者の立場、研究の目的、研究により期待される結果、インタビューにより拘束される時間、回答することにより生じる可能性のある感情の喚起などについて、また研究参加者には、いつでも調査に関する疑問や質問に答えることを説明した。

③自己決定の権利の保証

研究参加候補者への依頼に際しては、まず調査の説明を聞く意思を確認したのち説明した。調査概要の説明時には、断りにくい状況を作っていないか配慮するとともに、調査への参加は、本人の自由な意思によるものであることを十分説明した。そして、即答は求めず検討する期間を保証した。また参加の同意が得られた場合でも、同意後の取り消しが可能なように「同意取り消し書（添付資料 5）」を同封した。実際にインタビューを行う時に再度調査概要の説明を行い、研究参加の同意を確認するとともに、調査開始後でも取り消しが可能であることを説明した。

④プライバシー、匿名性、機密保持の権利の保証

研究参加者に関するデータや調査場所は、すべてコード番号で表記することによって匿名性を確保した。調査の過程で得られた情報は研究者が厳重に保管した。また、得られたデータは、研究終了後に確実に破棄することを説明した。

⑤研究結果の公開

研究結果は、施設・個人が特定されないよう処理を行ったうえで、専門の学会、学術雑誌に公開する可能性があること、希望者には研究結果を送付することを文書に明示し説明した。

⑥研究者の説明の義務と調査参加の意思決定の権利保証

①～⑤の内容について、文書と口頭で説明し同意を得た。調査参加の同意が得られた場合は、同意書を2枚用意し署名欄への記名を依頼した。そして、研究者の署名をした後、1枚は研究参加者、1枚は研究者が保管することを説明した。また説明の際には、研究者の身分を明らかにするために名刺を渡すとともに、研究依頼書と同意書には、研究者の連絡先を明記した。

⑦調査による研究参加者の拘束に対する配慮

面接調査を行う場所は参加者の希望に沿うよう選択した。インタビュー場所までの交

通費は研究者が負担するとともに、参加者には謝礼をした(1000円の図書カード1枚)。

5. 患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す看護師の対応についての検討 (Phase4)

1) 目標

患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す対応を検討し、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを作成する。

2) 検討過程

- (1) Phase3 で明らかになった熟練看護師の患者・家族の怒りに対する対応の構造・過程を基に、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応仮説モデルを検討した。
- (2) Phase1-1、1-2 で明らかになった患者が望む看護師の対応について、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応仮説モデルに適応させ、モデルの充実を図った。
- (3) (1)(2)の検討結果を統合し、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを完成させた。
- (4) 作成した患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを、面接調査に参加した看護師と医療安全管理者の経験のある看護管理者に提示し、自分の体験の説明がつくか乖離がないか確認を得た。
- (5) (4)の意見をもとに修正し、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを完成させた。

第4章 結果

第1節 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する量的調査

1. 研究参加者の概要

2010年9月~2011年3月の調査期間中に、調査への参加の同意が得られた7施設に1400部配布し、回収数は231(16.5%)であった。このうち不快な体験があったと回答した者は50名(21.6%)、なかったと回答した者は181名(78.4%)であった。協力者の概要は表4-1、表4-2に示す通りである。

表4-1 研究参加者の概要1 n=231 人(%)

		体験あり	体験なし
性別	男性	17 (34.0)	97 (52.4)
	女性	31 (62.0)	80 (44.2)
	無回答	2 (4.0)	4 (2.2)
年代	10代	0 (0.0)	1 (0.6)
	20代	5 (10.0)	0 (0.0)
	30代	2 (4.0)	7 (3.9)
	40代	13 (26.0)	17 (9.4)
	50代	7 (14.0)	33 (18.2)
	60代	7 (14.0)	46 (25.4)
	70代	8 (16.0)	50 (27.6)
	80代	4 (8.0)	22 (12.2)
	90代	1 (2.0)	1 (0.6)
	無回答	3 (6.0)	4 (2.2)
計		50 (100.0)	181 (100.0)

表4-2 研究参加者の概要2 n=231 人(%)

		体験あり	体験なし
入院期間	1週間以内	9 (18.0)	62 (34.3)
	1~2週間	23 (46.0)	69 (38.1)
	3~4週間	11 (22.0)	32 (17.7)
	1~2カ月	2 (4.0)	12 (6.6)
	2カ月以上	2 (4.0)	2 (1.1)
	無回答	3 (6.0)	4 (2.2)
入院回数	1回	14 (28.0)	54 (29.8)
	2~3回	20 (40.0)	78 (43.1)
	4~5回	3 (6.0)	28 (15.5)
	6~9回	5 (10.0)	6 (3.3)
	10回以上	4 (8.0)	9 (5.0)
	無回答	4 (8.0)	6 (3.3)
	あり	33 (66.0)	133 (73.5)
	無回答	4 (8.0)	6 (3.3)
外来 通院	なし	2 (4.0)	9 (5.0)
	不明・未定	2 (4.0)	13 (7.2)
	無回答	13 (26.0)	26 (14.4)
計		50 (100.0)	181 (100.0)

2. 看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じたりした体験の概要

質問紙調査の結果から、看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じたりした体験(以下、怒り体験と記す)について、体験した場面、体験した内容、体験時の感情、身体変化の自覚、看護師の気づき、選択された行動、行動選択後の医療従事者の対応、問題解決、怒りの終息という、怒り体験の一連の過程にそって概要を示す。

1) 体験した場面

怒り体験をした場面は、表 4-3 に示すように、「看護師から採血や点滴などの治療に係る処置を受けていた」と「看護師に用があり、対応を頼んでいた」が最も多く、それぞれ 15 名（30.0%）であった。

表 4-3 怒り体験をした場面 人（%）

採血や点滴などの治療に係る処置を受けていた	15 (30.0)
看護師に用があり、対応を頼んでいた	15 (30.0)
食事の介助やからだを拭くなどの世話をしていた	4 (8.0)
体温や血圧を測られたり、からだの具合を聞かれていた	3 (8.0)
検査や手術についての説明を受けていた	0 (0.0)
食事や生活などで気をつけることなどの説明を受けていた	0 (0.0)
その他	12 (24.0)
無回答	1 (2.0)
計	50 (100.0)

2) 体験の内容

回答者が怒りを感じた理由としては、表 4-4 に示すように、複数回答で「雑な対応や扱いを受けた」を選択した者が 33 名（66.0%）と最も多く、次いで「よけいな痛みや不快を味わった」26 名（52.0%）、「要求に応じてもらえなかった」23 名（46.0%）、「自分の言葉や行動が受け流された」18 名（36.0%）、「約束が破られたり、期待や信頼が裏切られた」16 名（32.0%）であった。

表 4-4 怒りの理由として選択された項目（複数回答） n=50 人（%）

雑な対応や扱いを受けた	33 (66.0)
よけいな痛みや不快を味わった	26 (52.0)
要求に応じてもらえなかった	23 (46.0)
自分の言葉や行動が受け流された	18 (36.0)
約束が破られたり、期待や信頼が裏切られた	16 (32.0)
プライドが傷つけられた	10 (20.0)
納得できない要求をされた	9 (18.0)
社会一般のルールやマナーに反する扱いを受けた	9 (18.0)
プライバシーが守られなかった	8 (16.0)

3) 体験時に感じた感情

体験時に感じた感情としては、表 4-5 に示すように、「怒り」が最も多く、とてもあった 20 名、あった 8 名、少しあった 8 名の計 36 名であった。次いで「いらだち」27 名、「とまどい」26 名であった。

表 4-5 体験時に感じた感情（複数回答） 人（％）

感情	とてもあった	あった	少しあった	全くなし	計
怒り	20 (40.0)	8 (16.0)	8 (16.0)	14 (28.0)	50 (100.0)
いらだち	13 (26.0)	9 (18.0)	5 (10.0)	23 (46.0)	50 (100.0)
とまどい	9 (18.0)	13 (26.0)	4 (8.0)	24 (48.0)	50 (100.0)
悲しみ	8 (16.0)	6 (12.0)	9 (12.0)	27 (54.0)	50 (100.0)
恐怖	7 (14.0)	3 (6.0)	3 (6.0)	37 (74.0)	50 (100.0)
ゆううつ	6 (12.0)	11 (22.0)	6 (12.0)	27 (54.0)	50 (100.0)

4) 体験時の身体の変化の自覚の有無と自覚した内容

表 4-6 に示すように、体験時に身体に何らかの変化を自覚したと回答した者は 23 名（46.0%）、変化はなかったとした者は 24 名（48.0%）、無回答 3 名（6.0%）であった。身体の変化として自覚された内容としては、複数回答で、無口になった 12 名（52.2%）、声が大きくなった 5 名（21.7%）、からだがこわばった 5 名（21.7%）、涙が出てきた 4 名（17.4%）、顔が赤らんだ 1 名（4.3%）、胸がドキドキした 1 名（4.3%）、その他 9 名（39.1%）であった。

表 4-6 体験時に感じた身体の変化の有無 人（％）

身体の変化の自覚あり	23 (46.0)
身体の変化の自覚なし	24 (48.0)
無回答	3 (6.0)
計	50 (100.0)

5) 体験時の看護師の気づき

体験時に看護師が回答者の気持ちに気づいていたと思うかどうかを問う項目では、表 4-7 に示すように、気づいていたと思うと回答した者は 15 名（30.0%）、気づいていなかったと思う 34 名（68.0%）、無回答 1 名（2.0%）であった。

看護師は気づいていたと思うと回答した者 15 名にその時の看護師の対応について複数回答で聞いたところ、表 4-8 に示すように、あやまった 8 名（53.3%）、無視をした 8 名（53.3%）、いいわけをした 6 名（40.0%）、反発した言い方や態度をとった 4 名（26.7%）、そのできごとについて説明した 3 名（20.0%）、私の気持ちや感じたことについて話を聞いた 2 名（13.3%）

であった。

表 4-7 体験時の看護師の気づき 人(%)

気づいていた	15 (30.0)
気づいていなかった	34 (68.0)
無回答	1 (2.0)
計	50 (100.0)

表 4-8 体験時の看護師の対応 (複数回答) n=15 人(%)

あやまった	8 (53.3)
無視をした	8 (53.3)
いいわけをした	6 (40.0)
反発した言い方や態度をとった	4 (26.7)
そのできごとについて説明した	3 (20.0)
私の気持ちや感じたことについて話を聞いた	2 (13.3)

6) 体験時に選択された行動

回答者が体験時にどのような行動をとったかを問う項目では、表 4-9 に示すように、がまんしていつもと変わらない行動をとった (非行動化) を選択した者が 30 名 (60.0%) と最も多く、次いで知人に話してうっぷんをはらした (攻撃転化行動) 7 名 (14.0%)、看護師に感情的に怒りをぶつけた (直接的攻撃行動) 6 名 (12.0%) であった。

表 4-9 体験時に選択された行動 (複数回答) n=48 人 (%)

がまんしていつもと変わらない行動を取った (非行動化)	30 (60.0)
知人に話してうっぷんをはらした (攻撃転化行動)	7 (14.0)
看護師に感情的に怒りをぶつけた (直接的攻撃行動)	6 (12.0)
看護師に冷静に伝えた (非攻撃的行動)	3 (6.0)
責任者に言いつけた (間接的攻撃行動)	1 (2.0)
責任者に冷静に伝えた (非攻撃的行動)	1 (2.0)
責任者に感情的に怒りをぶつけた (直接的攻撃行動)	0 (0.0)

7) 選択された行動に対する医療従事者の対応の有無と内容

選択された行動に対して、医療従事者から何らかの対応があったかを問う項目では、表 4-10 に示すように、対応はあった 13 名 (26.0%) 対応はなかった 26 名 (52.0%)、無回答 11 名 (22.0%) であった。対応した医療従事者としては、複数回答で、相手の看護師が 6 名 (46.2%) と最も多く、他の看護師 5 名 (38.5%)、主治医 3 名 (23.1%)、病棟の看護師長 1 名 (7.7%)、無回答 2 名 (15.4%) であった。

表 4-10 医療従事者の対応の有無 人 (%)

対応はあった	13 (26.0)
対応はなかった	26 (52.0)
無回答	11 (22.0)
合計	50 (100.0)

8) 問題の解決

今回の体験について問題は解決したかを問う項目では、表 4-11 に示すように、問題は解決したと回答した者は 14 名 (28.0%)、解決していない 29 名 (58.0%)、無回答 7 名 (14.0%) と、半数以上の者が問題は解決していないととらえていた。

表 4-11 問題の解決 人 (%)

問題は解決した	14 (28.0)
問題は解決していない	29 (58.0)
無回答	7 (14.0)
計	50 (100.0)

9) 怒りの終息

今回の体験について怒りがおさまったかを問う項目では、表 4-12 のとおり、怒りはおさまったと回答した者は 22 名 (44.0%)、おさまっていない 24 名 (48.0%)、無回答 4 名 (8.0%) と、約半数の者が怒りはおさまっていないと回答していた。

表 4-12 問題の解決と怒りの終息 人 (%)

怒りはおさまった	22 (44.0)
怒りはおさまっていない	24 (48.0)
無回答	4 (8.0)
計	50 (100.0)

3. 怒りを体験した状況

看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じたりした体験について、どのような場面で、どのような内容の体験をしたのか、その時どのような感情を持ったのかについて検討する。

1) 体験場面と体験した内容

場面ごとにどのような内容の体験をした者が多いのかをみると、表 4-13 に示すように、「治療に関する処置を受けていた」場面では「よけいな痛みや不快を味わった」と回答した者は 15 名中 13 名 (86.7%) と最も多く、次いで「雑な対応や扱いを受けた」8 名 (53.3%)、「要求に応じてもらえなかった」5 名 (33.3%) であった。

また「看護師に対応を頼んでいた」場面では、「雑な対応や扱いを受けた」と回答した者は 15 名中 11 名 (73.3%) と最も多く、次いで「要求に応じてもらえなかった」9 名 (60.0%)、「期待や信頼が裏切られた」6 名 (40.0%) であった。

体験場面として「日常生活の世話を受けていた」や「体温・血圧測定を受けていた」を選択した者は少数であったが、体験した内容として「雑な対応や扱いを受けた」「自分の言葉や行動が受け流された」を選択した者が、それぞれ3名（75.0%、100.0%）と高い割合を占めていた。

表 4-13 各体験の場面における体験内容(複数回答) 人(%)

		怒り体験の内容										
		雑な対応や扱いを受けた	よけいな痛みや不快を味わった	要求に応じてもらえなかった	自分の言葉や行動が受け流された	裏切られた	期待や信頼が	納得できない要求をされた	傷つけられた	プライドが	反する扱いを受けた	ルールやマナーに
怒り体験の場面	治療に関する処置を受けていた n=15	8 (53.3)	13 (86.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	2 (13.3)	1 (6.7)		
	看護師に対応を頼んでいた n=15	11 (73.3)	4 (26.7)	9 (60.0)	4 (26.7)	6 (40.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	2 (13.3)		
	日常生活の世話を受けていた n=4	3 (75.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)		
	体温・血圧測定を受けていた n=3	3 (100.0)	2 (66.7)	2 (66.7)	3 (100.0)	2 (66.7)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		
	その他 n=12	7 (58.3)	5 (41.7)	5 (41.7)	4 (33.3)	4 (33.3)	2 (16.7)	2 (16.7)	3 (25.0)	4 (33.3)		

2) 体験場面と体験時の感情

場面ごとに体験時にどのような感情を感じていたのかを複数回答の結果からみると、表 4-14 に示すように、「治療に関する処置を受けていた」場面では、「怒り」を感じた者が15名中10名（66.7%）と最も多かったが、「ゆううつ」「いらだち」「とまどい」を感じた者も8名（53.3%）いた。

「看護師に対応を頼んでいた」場面では、「怒り」が10名（66.7%）、「悲しみ」8名（53.3%）、「いらだち」7名（46.7%）、「日常生活の世話を受けていた」場面では、「ゆううつ」「悲しみ」「とまどい」が各3名（75.0%）、「怒り」「恐怖」「いらだち」が各2名（50.0%）、「体温・血圧測定を受けていた」場面では、「怒り」「いらだち」を感じた者が3名（100.0%）、「とまどい」が2名（66.7%）と、怒り以外に様々な感情を

持っていたことが分かった。

表 4-14 各体験場面における体験時の感情（複数回答） 人（％）

		体験をした時の感情					
		怒り	いらだち	とまどい	ゆううつ	悲しみ	恐怖
怒り体験の場面	治療に関する処置を受けていた n=15	10 (66.7)	8 (53.3)	8 (53.3)	8 (53.3)	6 (53.3)	5 (33.3)
	看護師に対応を頼んでいた n=15	10 (66.7)	7 (46.7)	5 (33.3)	5 (33.3)	8 (53.3)	1 (6.7)
	日常生活の世話を受けていた n=4	2 (50.0)	2 (50.0)	3 (75.0)	3 (75.0)	2 (50.0)	2 (50.0)
	体温・血圧測定を受けていた n=3	3 (100.0)	3 (100.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)
	その他 n=12	10 (83.3)	7 (58.3)	7 (58.3)	5 (41.7)	4 (33.3)	4 (33.3)

3) 体験の内容と体験時の感情

次に怒り体験の内容ごとに、体験時にどのような感情を感じていたのかについて複数回答の結果をみる。

表 4-15 に示すように、「雑な対応や扱いを受けた」では「怒り」を感じたと回答した者が 33 名中 27 名（81.8%）と最も多く、次いで「いらだち」「とまどい」が各 21 名（63.6%）であった。「よけいな痛みや不快を味わった」では、「怒り」を感じたと回答した者が 26 名中 20 名（76.9%）と最も多く、次いで「とまどい」が 18 名（69.2%）、「いらだち」17 名（68.0%）であった。

以下、「要求に応じてもらえなかった」では「怒り」を感じた者が 23 名中 19 名（82.6%）と最も多く、次いで「いらだち」が 18 名（78.3%）であった。

「自分の言葉や行動が受け流された」では「怒り」を感じた者が 18 名中 16 名（88.9%）と最も多く、次いで「いらだち」が 15 名（83.3%）であった。

「期待や信頼が裏切られた」では「怒り」「いらだち」を感じた者が 12 名（80.0%）と最も多かった。

「プライドが傷つけられた」では「怒り」が 10 名中 9 名（90.0%）と最も多かったが、「悲しみ」「いらだち」「とまどい」を感じた者も 7 名（70.0%）と多かった。

「納得できない要求をされた」では、「怒り」を感じた者が 9 名中 8 名（88.9%）と最も多かったが、「いらだち」7 名（77.8%）、「ゆううつ」「悲しみ」「とまどい」がそれぞれ 6 名（66.7%）であった。

「ルールやマナーに反する扱いを受けた」では「怒り」「いらだち」を感じた者が 9 名中 8 名（88.9%）と最も多かった。

「プライバシーが守られなかった」では「怒り」が 8 名中 7 名（87.5%）、「悲しみ」「いらだち」「とまどい」を感じた者も 6 名（75.0%）と多かった。

表 4-15 各体験内容における体験時の感情(複数回答)

人(%)

	体験をした時の感情					
	怒り	いらだち	とまどい	ゆううつ	悲しみ	恐怖
雑な対応や扱いを受けた n=33	27 (81.8)	8 (24.2)	14 (42.4)	17 (51.5)	21 (63.6)	21 (63.6)
よけいな痛みや不快を味わった n=26	20 (76.9)	11 (42.3)	15 (57.7)	15 (57.7)	17 (65.4)	18 (69.2)
要求に応じてもらえなかった n=23	19 (82.6)	18 (78.3)	15 (65.2)	13 (56.5)	14 (60.9)	8 (34.8)
自分の言葉や行動が受け流された n=18	16 (88.9)	15 (83.3)	13 (72.2)	11 (61.1)	11 (61.1)	6 (33.3)
期待や信頼が裏切られた n=16	13 (81.3)	12 (75.0)	11 (68.8)	10 (62.5)	11 (68.8)	5 (31.3)
プライドが傷つけられた n=10	9 (90.0)	6 (60.0)	7 (70.0)	6 (60.0)	7 (70.0)	4 (40.0)
納得できない要求をされた n=9	8 (88.9)	7 (77.8)	6 (66.7)	6 (66.7)	6 (66.7)	4 (44.4)
ルールやマナーに反する扱いを受けた n=9	8 (88.9)	8 (88.9)	6 (66.7)	5 (55.6)	5 (55.6)	3 (33.3)
プライバシーが守られなかった n=8	7 (87.5)	6 (75.0)	6 (75.0)	5 (62.5)	6 (75.0)	4 (50.0)

4. 怒り体験の状況や看護師の気づきの有無が体験時の怒りに及ぼす影響

次に、どのような場面でどのような内容の体験をした時に怒りを感じた者が多いのか、また体験時の看護師の気づきの有無は体験時の怒りの有無や強さに関係するのかについて検討する。

1) 体験した状況が体験時の怒りに及ぼす影響

まず、どのような場面のどのような内容の体験をした時に怒りを感じた者が多いのかをみると、表 4-16 に示すように、体験者の多い「治療に関する処置を受けていた」場面では「よけいな痛みや不快を味わった」時に怒りを感じた者が 15 名中 9 名 (60.0%) と最も多く、次いで「雑な扱いを受けた」が 7 名 (46.7%) であった。

体験者が同じく多い「看護師に用を頼んでいた」場面では、表 4-17 に示すように、「雑な対応や扱いを受けた」時に怒りを感じた者が 15 名中 9 名 (60.0%) と最も多く、次いで「要求に応じてもらえなかった」6 名 (40.0%) であった。

さらに表 4-18 に示すように、「日常生活の世話をを受けていた」場面で「要求に応じてもらえなかった」「自分の言動が受け流された」時に怒りを感じた者がそれぞれ 4 名中 2 名 (50.0%)、表 4-19 に示すように「体温・血圧測定を受けていた」場面で「雑な対応や扱い

を受けた」「自分の言動が受け流された」時に怒りを感じた者がそれぞれ 3 名 (100.0%) であった。

表 4-16 各場面での怒りを感じた体験の内容 1 (複数回答) n=15 人 (%)

体験した場面	体験した内容	
治療に関する処 置を受けていた 場面	よけいな痛みや不快を味わった	9 (60.0)
	雑な対応や扱いを受けた	7 (46.7)
	要求に応じてもらえなかった	4 (26.7)
	自分の言葉や行動が受け流された	4 (26.7)
	プライドが傷つけられた	2 (13.3)
	納得できない要求をされた	1 (6.7)
	期待や信頼が裏切られた	1 (6.7)
	プライバシーが守られなかった	1 (6.7)
	ルールやマナーに反する扱いを受けた	1 (6.7)

表 4-17 各場面での怒りを感じた体験の内容 2 (複数回答) n=15 人 (%)

体験した場面	体験した内容	
看護師に対応を 頼んでいた場面	雑な対応や扱いを受けた	9 (60.0)
	要求に応じてもらえなかった	6 (40.0)
	期待や信頼が裏切られた	5 (33.3)
	よけいな痛みや不快を味わった	3 (20.0)
	自分の言葉や行動が受け流された	3 (20.0)
	ルールやマナーに反する扱いを受けた	3 (20.0)
	納得できない要求をされた	2 (13.3)
	プライバシーが守られなかった	2 (13.3)
	プライドが傷つけられた	2 (13.3)

表 4-18 各場面での怒りを感じた体験の内容 3 (複数回答) n=4 人 (%)

体験した場面	体験した内容	
日常生活の世話 を受けていた場 面	要求に応じてもらえなかった	2 (50.0)
	自分の言葉や行動が受け流された	2 (50.0)
	よけいな痛みや不快を味わった	1 (25.0)
	雑な対応や扱いを受けた	1 (25.0)
	納得できない要求をされた	1 (25.0)
	期待や信頼が裏切られた	1 (25.0)
	プライバシーが守られなかった	1 (25.0)
	プライドが傷つけられた	1 (25.0)
	ルールやマナーに反する扱いを受けた	1 (25.0)

表 4-19 各場面での怒りを感じた体験の内容 4 (複数回答) n=3 人 (%)

体験した場面	体験した内容	
体温・血圧測定を受けていた n=3	自分の言葉や行動が受け流された	3 (100.0)
	雑な対応や扱いを受けた	3 (100.0)
	よけいな痛みや不快を味わった	2 (66.7)
	納得できない要求をされた	2 (66.7)
	要求に応じてもらえなかった	2 (66.7)
	期待や信頼が裏切られた	2 (66.7)
	プライドが傷つけられた	1 (33.3)
	プライバシーが守られなかった	0 (0.0)
	ルールやマナーに反する扱いを受けた	0 (0.0)

以上のように、「治療に関する処置を受けていた」場面で「よけいな痛みや不快を味わった」時や、「看護師に用を頼んでいた」など患者側から看護師へアプローチした場面で、「雑な対応や扱いを受けた」「要求に応じてもらえなかった」時に、怒りを感じた者が多いという結果が得られた。

2) 体験時の看護師の気づきの有無が体験時の怒りに及ぼす影響

看護師の気づきの有無と体験時に感じた怒りの程度との関係を見ると、表 4-20 に示すように、看護師が気づいていたと回答した者のうち怒りが「とてもあった」者は 5 名 (33.3%)、「少しあった」4 名 (26.7%)、全くなかった 6 名 (40.0%) であった。一方、看護師は気づいていなかったと回答した者のうち怒りが「とてもあった」者は 15 名 (44.1%)、「あった」8 名 (23.5%)、「あまりなかった」4 名 (11.8%)、全くなかった 7 名 (20.6%) であった。

体験時の怒りについて「とてもあった」「あった」を「体験時の怒りあり」、「あまりなかった」「全くなかった」を「体験時の怒りなし」として Mann-Whitney の U 検定を用いて統計的に検討した。この結果、「看護師は気づいていなかった」と回答した者のほうが「体験時の怒りあり」と回答する傾向に有意な関係がみられた ($p=0.027$)。

表 4-20 看護師の気づきの有無と体験時の怒りの程度との関係 人 (%)

		体験時の怒りの程度				合計
		とてもあった	あった	少しあった	全くなかった	
看護師の 気づき	気づいていた	5 (33.3)	0 (0.0)	4 (26.7)	6 (40.0)	15 (100.0)
	気づいていなかった	15 (44.1)	8 (23.5)	4 (11.8)	7 (20.6)	34 (100.0)
合計		20 (40.8)	8 (16.3)	8 (16.3)	13 (26.5)	49 (100.0)

5. 怒りの程度が身体の変化や選択行動に及ぼす影響

次に、体験時の怒りの程度が、身体変化の自覚の有無や表出行動の選択と関係があるのか検討する。

1) 怒りの程度が体験時の身体的変化に及ぼす影響

まず、体験時の怒りの程度が身体的な変化に影響していたかについて検討する。

怒りの程度と身体的変化の自覚の有無との関係を見ると、表 4-21 に示すように、「怒りがとてもあった」と回答した者のうち、「身体的変化の自覚あり」と回答した者は 10 名 (52.6%)、「自覚なし」9 名 (47.4%) であった。同様に、「怒りがあった」と回答した者のうちの「身体的変化の自覚あり」は 1 名 (12.5%)、「自覚なし」7 名 (87.5%)、「怒りが少しあった」者では、「自覚あり」と「自覚なし」のいずれも 4 名 (50.0%)、「怒りが全くなかった」者では「自覚あり」8 名 (66.7%)、「自覚なし」4 名 (33.3%) であった。

この結果を「とてもあった」「あった」を「体験時の怒りあり」、「あまりなかった」「全くなかった」を「体験時の怒りなし」として Mann-Whitney の U 検定を用いて統計的に検討したが、怒りの程度が体験時の身体的変化の自覚の有無と関係しているとはいえなかった ($p=0.196$)。

表 4-21 怒りの程度と体験時の身体的変化との関係 人 (%)

		身体的変化		合計
		自覚あり	自覚なし	
怒り	とてもあった	10 (52.6)	9 (47.4)	19 (100.0)
	あった	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (100.0)
	あまりなかった	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (100.0)
	全くなかった	8 (66.7)	4 (33.3)	12 (100.0)
合計		23 (48.9)	24 (51.1)	47 (100.0)

2) 怒りの程度が行動の選択に及ぼす影響

次に、体験時の怒りの程度が選択された行動に影響していたか検討する。

怒りの程度と選択された行動との関係を見ると、表 4-22 に示すように、怒りが「とてもあった」と回答した 19 名のうち直接的攻撃行動を選択した者は 6 名 (31.6%)、攻撃転化行動 3 名 (15.8%)、非攻撃的行動 2 名 (10.5%)、非行動化 8 名 (42.1%) であった。また怒りが「あった」と回答した者では 7 名 (87.5%) が非行動化、1 名 (12.5%) が非攻撃的行動を、「あまりなかった」と回答した者は 5 名 (62.5%) が非行動化、3 名 (37.5%) が攻撃転化行動を選択していた。怒りが全くなかったと回答した者のうち、間接的攻撃行動、攻撃転化行動、非攻撃的行動を選択したのはそれぞれ 1 名 (7.7%)、非行動化を選択した者は 10 名 (76.9%) であった。

このように、直接的攻撃行動を選択した者はすべて体験時の怒りがとてもあったと回答した者であった。なお、回答者数が少ないため統計的検討はおこなっていない。

表4-22 体験時の怒りの程度と選択された行動との関係 人 (%)

		選択された行動					合計
		直接的 攻撃行動	間接的 攻撃行動	攻撃転化 行動	非攻撃的 行動	非行動化	
怒り	とてもあった	6 (31.6)	0 (0.0)	3 (15.8)	2 (10.5)	8 (42.1)	19 (100.0)
	あった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (100.0)
	あまりなかった	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	5 (62.5)	8 (100.0)
	全くなかった	0 (0.0)	1 (7.7)	1 (7.7)	1 (7.7)	10 (76.9)	13 (100.0)
合計		6 (12.5)	1 (2.1)	7 (14.6)	4 (8.3)	30 (62.5)	48 (100.0)

6. 選択された行動による結果

次に、選択された行動の後、医療従事者から対応があったのか、問題は解決したのかについて検討する。

1) 選択された行動による医療従事者の対応

まず、選択された行動によって、医療従事者の対応の有無に違いがあったかについて検討する。

表出された行動ごとに医療従事者の対応の有無をみると、表4-23に示すように、医療従事者に怒りを表出する行動のうち直接的攻撃行動を選択した5名では、「医療従事者からの対応があった」と回答した者は3名(60.0%)、「対応はなかった」と回答した者は2名(40.0%)、非攻撃的行動では選択した3名全ての者が「医療従事者からの対応があった」と回答していた。一方、友人や知人に怒りを表出する攻撃転化行動を選択した7名では、「医療従事者からの対応があった」と回答した者は3名(42.9%)、「対応はなかった」とした者は4名(57.1%)であった。また、直接的攻撃行動を選択したと回答した者であっても、「医療従事者の対応がなかった」とした者が2名(40.0%)存在していた。なお、回答者数が少ないため統計的検討はおこなっていない。

表4-23 選択行動ごとに見た医療従事者の反応の有無 n=15 人 (%)

		医療従事者の対応		合計
		対応あり	対応なし	
選択 行動	直接的攻撃行動	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (100.0)
	攻撃転化行動	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100.0)
	非攻撃的行動	3 (100.0)	0 (0.0)	3 (100.0)

2) 選択された行動が問題解決、怒りの終息に及ぼす影響

次に選択された行動が問題解決や怒りの終息に影響したかについて検討する。

選択された行動ごとに問題解決の有無をみると、表 4-24 に示すように、「問題が解決した」と回答した者の割合が最も多いのは、非攻撃的行動を選択した者で 2 名（100.0%）、次いで直接的攻撃行動を選択した者 3 名（50.0%）、以下、攻撃転化行動 2 名（28.6%）、非行動化 7 名（25.9%）であった。

また選択された行動ごとに怒りの終息の有無をみると、「怒りがおさまった」と回答した者の割合が最も多いのは、攻撃転化行動を選択した者で 4 名（57.1%）、次いで直接的攻撃行動を選択した 3 名（50.0%）、非攻撃的行動 1 名（50.0%）、非行動化 13 名（44.8%）であった。

選択された行動、問題解決の有無、怒りの終息との関係をみると、問題が解決し怒りもおさまったと回答した者の割合が多い順に、直接的攻撃行動 3 名（50.0%）、非攻撃的行動 1 名（50.0%）、攻撃転化行動 2 名（28.6%）、非行動化 5 名（18.5%）であった。なお、回答者数が少ないため統計的検討はおこなっていない。

表 4-24 選択された行動と問題解決、怒りの終息との関係 n=43 人 (%)

選択行動	問題解決	怒りの終息		合計
		おさまった	おさまっていない	
直接的 攻撃行動	解決した	3 (50.0)	0 (0.0)	3 (50.0)
	解決していない	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)
	計	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (100.0)
間接的 攻撃行動	解決した	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	解決していない	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
	計	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
攻撃転化 行動	解決した	2 (28.6)	0 (0.0)	2 (28.6)
	解決していない	2 (28.6)	3 (42.9)	5 (71.4)
	計	4 (57.1)	3 (42.9)	7 (100.0)
非攻撃的 行動	解決した	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
	解決していない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	計	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
非行動化	解決した	5 (18.5)	2 (7.4)	7 (25.9)
	解決していない	6 (22.2)	14 (51.9)	20 (74.1)
	計	11 (40.7)	16 (59.3)	27 (100.0)

7. 怒りの終息に影響を及ぼす要因

今回の怒り体験について怒りの終息には、どのような要因が影響していたのかについて、医療従事者の対応の有無、選択された行動、問題解決の有無という視点から検討する。

1) 行動後の医療従事者の対応が怒りの終息に及ぼす影響

まず、行動後の医療従事者の対応の有無が怒りの終息に影響したか検討する。

医療従事者の対応の有無と問題解決の有無との関係を見ると、表 4-25 に示すように、「医療従事者からの対応はあった」と回答した 12 名のうち「怒りがおさまった」と回答したのは 8 名（66.7%）、「おさまっていない」4 名（33.3%）であった。「対応はなかった」と回答した 26 名のうち「怒りがおさまった」と回答したのは 13 名（50.0%）、「おさまっていない」13 名（50.0%）であった。

この結果を Mann-Whitney の U 検定を用いて統計的に検討したところ、医療従事者の対応の有無と怒りの終息には有意な関係にあるとはいえなかった（ $p=0.429$ ）。

表 4-25 医療従事者の対応と怒りの終息との関係 n=38 人 (%)

		怒り		合計
		おさまった	おさまっていない	
医療従事者の 対応	あり	8 (66.7)	4 (33.3)	12 (100.0)
	なし	13 (50.0)	13 (50.0)	26 (100.0)

2) 問題解決が怒りの終息に及ぼす影響

次に、問題解決の有無が怒りの終息に影響したかについて検討する。問題解決の有無と怒りの終息の有無との関係を見ると、表 4-26 に示すように、「問題は解決した」と回答した 14 名のうち「怒りがおさまった」と回答したのは 11 名（78.6%）、「おさまっていない」3 名（21.4%）、「問題は解決していない」と回答した 29 名のうち「怒りがおさまった」8 名（27.6%）、「おさまっていない」21 名（72.4%）であった。この結果を Mann-Whitney の U 検定を用いて統計的に検討したところ、問題が解決したほうが怒りは終息する傾向に有意な関係が見られた（ $p=0.002$ ）。しかし、問題が解決しても怒りがおさまらないと回答した者も存在していた。この結果を選択された行動ごとにみると（表 4-24）、「問題は解決していない」が「怒りはおさまった」と回答したのは、攻撃転化行動を選択した 2 名（28.6%）と非行動化を選択した 6 名（22.2%）であった。

表 4-26 問題解決と怒りの終息との関係 n=43 (%)

		怒り		合計
		おさまった	おさまっていない	
問題 解決	解決した	11 (78.6)	3 (21.4)	14 (100.0)
	解決していない	8 (27.6)	21 (72.4)	29 (100.0)

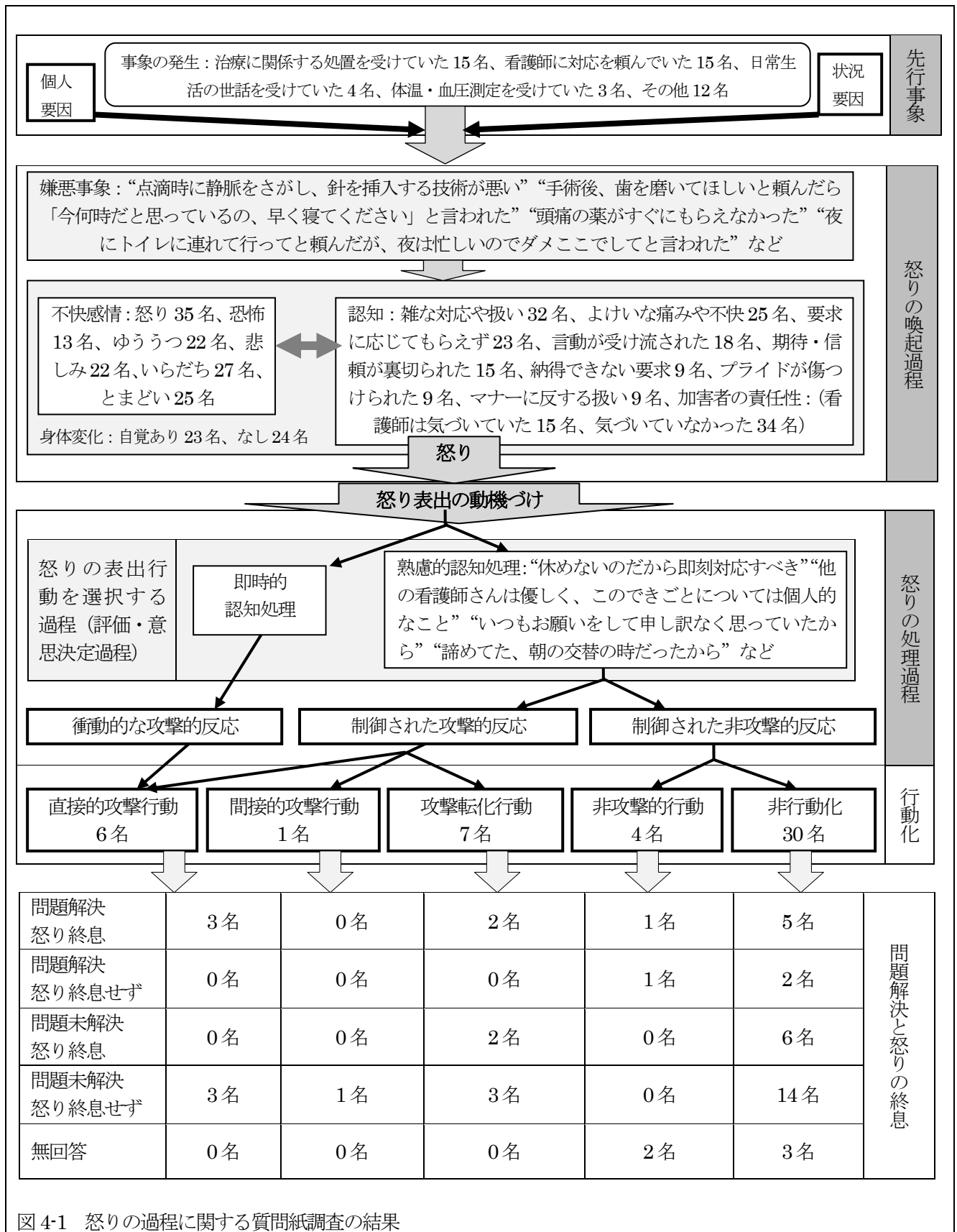


図 4-1 怒りの過程に関する質問紙調査の結果

8. 怒りの体験の過程

質問紙調査の結果を、怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデルに沿って示したものが図 4-1 である。

患者の怒り体験の多くは、「治療に関係する処置を受けていた」場面や「看護師に対応を頼んでいた」場面で発生していた。その時に体験した嫌悪事象（例：点滴時に静脈をさがし針を挿入する技術が悪い、手術後、歯を磨いてほしいと頼んだら「今何時だと思っっているの、早く寝てください」と言われた、頭痛の薬がすぐにもらえなかった、夜にトイレに連れて行ってと頼んだが「夜は忙しいのでダメここですて」と言われたなど）に対し、「雑な対応や扱いを受けた」、「よけいな痛みや不快を味わった」、「要求に応じてもらえなかった」と認知し、さらに看護師の気づきの無さや体験時の様々な感情が影響し、怒りが喚起されていた。

喚起された怒りは、直接的攻撃行動、間接的攻撃行動、攻撃転化行動、非攻撃的行動として医療従事者や知人・家族に表出した者もいたが、半数以上の者は怒りを表出しない非行動化（がまんしていつもと変わらない行動をとった）を選択していた。

怒り体験の結果としては、選択された行動とは関係なく、問題が解決したと回答した者は怒りも終息していた。

9. 怒りの体験の特徴

以上の結果から、怒りの体験の特徴として以下のことが明らかになった。

- 1) 怒りを感じた状況としては「治療に関係する処置を受けていた」場面で「よけいな痛みや不快を味わった」時や「看護師に用を頼んでいた」など患者から看護師へアプローチする場面で「雑な対応や扱いを受けた」あるいは「要求に応じてもらえなかった」時に、怒りを感じた者が多いという結果が得られた。
- 2) 体験時に感じる感情は、怒りだけでなく、いらだち、とまどい、悲しみ、ゆううつ、恐怖など様々であった。中には、体験時には怒りを感じなかったと回答した者もいた。
- 3) 今回の調査では、体験時の怒りの有無や怒りの程度と身体的な変化の自覚との間に有意な関係は見いだせなかった。
- 4) 「看護師は気づいていなかった」と回答した者のほうが「体験時の怒りあり」と回答する傾向に有意な関係がみられた
- 5) 当事者や医療従事者に怒りが直接伝わる「直接的攻撃行動」や「非攻撃的行動」を選択した者もいたが、半数以上の者は怒りを表出しない非行動化を選択していた。
- 6) 怒りの表出として直接的攻撃行動を選択した者は、すべて体験時にとても怒りを感じていたと回答した者であった。
- 7) 怒り体験の結果としては、選択された行動とは関係なく、問題が解決したと回答した者は怒りも終息していた。

第2節 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する質的調査.

1. 参加者の概要

参加者は、男性5名、女性4名の9名で、その個人背景を表4-27に施設概要は表4-28に示す。またCase7、8では、体験された施設が不明であるため、インタビューの中で施設の概要について語られた部分を表4-28に抜粋した。

表4-27 研究参加者の概要

Case	性別	年齢	アクセス	インタビュー時間と回数 (メンバーチェック含む)	施設	メンバーチェック
1	女性	23歳	質問紙	40分2回	O	*①
2	男性	44歳	質問紙	30分2回	P	*①
3	女性	40歳	質問紙	1時間1回 30分1回	Q	*①
4	女性	40歳代	質問紙	1時間1回 30分1回 1時間30分1回	R	*①、*②
5	男性	50歳代	患者団体	50分2回	S	*①、*②
6	男性	50歳代	質問紙	40分1回	R	
7	男性	77歳	患者団体	50分1回	T	
8	女性	60歳代	患者団体	1時間1回 2時間1回	U	*②
10	男性	20歳代	質問紙	40分	O	*①、*②

*①はインタビュー内容の確認を依頼した者

*②は修正モデルの内容確認を依頼した者

表 4-28 研究参加者が体験した施設の概要

	設置主体	病床数	看護体制	特徴（病院理念など）
O	財団法人	307床	7:1	急性期の病院として、地域の方々の治療と健康維持に努める
P	地方独立行政法人	約900床	7:1	市民のための総合病院として標準的な医療を高いレベルで提供する
Q	公的	453床	7:1	職域と地域に応える信頼の医療
R	公的	639床	7:1	地域中核急性期病院として、最善の医療を安全かつ適切に提供する
S	独立行政法人	不明	7:1	透明性の高い医療を提供し、医療人の育成や医学の進歩に貢献していきたい
T	不明	不明	不明	民間の病院で、院内には地域に密着するとか、ハートフルなるとか書いてある。ご意見箱や意見承りセンターもない。一方的でガードだけが厳しい。電話で問い合わせても、診察券の番号聞かれて、誰かわかるようになっている（Case7のインタビューより）
U	不明	不明	不明	それなりの病院で、大学、4大卒の看護師もいる。（看護師の）指導も結構行き届いているとは聞いている（Case8のインタビューより）

2. 個別のケース分析の結果

1) Case1

(1) 個人背景

20歳代の女性。現在、接客の仕事（車関係）をしているが、以前に医療関連の会社に勤務していた。今回の入院は3回目で、体験をした病棟には初めて入院した。今回の入院期間は1~2週間であった。これまで入院した病棟には男性看護師はおらず、男性看護師にあたったのは今回初めてで、男性看護師がいるのを知らなかった。前回は、42度の発熱で診察を受けすぐに入院した。熱は扁桃腺の炎症のためであり、発熱を繰り返すため体調のよい時期に扁桃腺摘出術（全身麻酔）の手術を受けるため入院した。自身の性格について、限界まで我慢するタイプと語っていた。

(2) 体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

Case1では、4つのエピソードが語られた。各エピソードの概略は以下の通りである。

①エピソード1

全身麻酔による扁桃腺摘出の手術直後のこと。麻酔の影響もあり、眠く疲れていて痛みもあった。この時、10分おきぐらいに起こされ、バイタルチェックをされ眠れなかった。手術のあとのバイタルチェックの必要性は理解できるが、寝かしてほしい、そっとしてほ

しいと思った。この時の担当は若い男性看護師だった。手術直後で、術衣だけで下着はつけていなかったの、胸の音を聞かれるのが恥ずかしいし嫌な思いをした。女性看護師もいるのに、なぜ男性看護師がくるのかと思った。3回ぐらいまではがまんしていたが、とにかくそっとしておいてほしいと思ったので、相手の看護師に、声が出なかったが無理に声を出し、そっとしておいてほしい、来てほしくないと言った。相手の看護師から紙を渡され、何をしてほしいか文字で書いてほしいと言われた。とりあえず来ないでほしいと書いた。この時顔にもかなり嫌な表情を浮かべていたと思う。相手の看護師は“えっ?!そんな俺に言われても…”というような表情をしていたが、何も話さなかった。その後、男性看護師は来なくなり、夜中様子を見に来たのは女性看護師だった。

②エピソード2

エピソード1から2日後のこと。同じ男性看護師が食事をもってきた。それまでの看護師はテレビ台のところにある台ではなく、白い別のテーブルで準備してくれていた。このテーブルは、ベッドの足もとにおいてあって、上に物を置いていたが食事を載せるスペースは空けていた。この男性看護師はテレビ台の方のテーブルに置いたが、置き方が不安定でお膳にのせていたペットボトルをとった瞬間、バランスが崩れてお膳がひっくり返ってしまった。このことがあってから、食事の5分前には足元のテーブルを移動させて、そこにお膳を置いてもらえるようにした。

③エピソード3

同じ男性看護師が、熱が出たので氷枕を持ってきてくれた。ところがその氷枕に、吸入後に口元を拭いて汚れていたタオルを巻いた。かばんに入っていた新しいタオルを使ってもらおうと思って、かばんのふたを開けてわかるように置いていたのに気づいてもらえなかった。そのタオルは、いかにも使用済みと分かる。そのタオルを氷枕に使っていいかという言葉はなかった。

④エピソード4

退院の日、1階からエレベーターに乗った。男性患者が乗った車いすを押した看護師（他病棟の看護師）が乗ってきた。その時、両足をひかれたが、看護師は気がつかなかった。入院している病棟に戻り、足が痛かったので冷やそうと思い、詰所にいった氷くさしと言った。病棟の看護師から事情を聞かれ、車いすに足をひかれたことを話した。車いすを押した看護師が下りた階を聞かれ、その看護師長も対応し、当の看護師も分かった。整形の診察を受け、湿布をもらった。この費用や、そのあとなにかあった場合の費用は病院がもつと言ってくれた。退院の時、病院を出るまで見送ってくれた。素早い誠意のある対応でよかった。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

4つのエピソードのうち、怒りを最も強く感じたエピソード1について怒りの過程を説明する。事象の体験から結果までの過程を図示したものが図4-2である。

【先行事象】

男性看護師による手術後のバイタル測定という事象の体験が発生した。この体験に、“男性看護師がいることを知らなかった(01-B005)”、“手術の後に何度もバイタルチェックがあるとは知らなかった(01-B006)”という個人要因と、全身麻酔による術後で、からだの自由

が利かないという状況要因が影響し、嫌悪事象として怒りの喚起過程に入力された。

【怒りの喚起過程】

全身麻酔による扁桃腺摘出の手術直後に、疲れていて眠ろうとしていたのに、若い男性看護師に 10 分おきぐらいに起こされ、バイタルチェックをされた(01-B001)。この嫌悪事象に対して、「手術後のチェックが必要なのはわかるけど、そっとしてほしいと思った。でも毎回熱は同じ値(01-B008)」、「手術直後で下着はつけていない。若い男性看護師に胸の音を聞かれるのは恥ずかしいし嫌、女性看護師もいるのになぜ男性看護師がくるのか？嫌な思いをするのは普通考えたらわかる(01-B009)」と、若い女性の羞恥心に対する配慮がないという認知と、からだのこわばりといったからだの変化や、体験時に感じた怒りが増大した。

【怒りの処理過程】

喚起された怒りは、「限界まで我慢する性格(01-B007)」ということもあり、熟慮的な認知処理がされた。「3 回ぐらいはがまんしていた。怒り 100%なんて言おうか考えていた(01-B011)」と怒りの表出方法を考えていた。しかし Case1 が嫌な思いをしていることは、「相手の看護師は気づいていない(01-B022)」、「この男性看護師は気持ちを察してくれない。言葉が足りない。話をしたくない。(01-B012)」と考え、「無理に声を出し、そっとしておいてほしい、来てほしくないとゼスチャーでも示し(01-B018)」、感情的に相手の看護師に怒りをぶつけるという直接的攻撃行動を選択した。その結果、「男性看護師は来なくなり、しばらく眠ることができた(01-B020)」が、「来ないことで逆に来なくてもいいんだ(必要ないんだ)(01-B025)」と不信感を持った。

【選択行動の結果】

この「出来事や自分の気持ちを確認されることはなかった(01-B023)」こともあり、「当事者とは話したくない。他の看護師に話してもちゃんと伝わるのか(01-B014)と考え、これからのことも考えて話さなかった(01-B015)」。結果、「問題は解決していないが、(インタビューで)話せてよかった。こんなこともあったんやと思える(01-B022)」と一応怒りは終息した。

【看護師の対応】

Case1 が怒りを示したことについて、なぜそういう行動を取ったのか、「相手の看護師は気づいていない(01-B022)」、「出来事や自分の気持ちを確認されることはなかった(01-B023)」。

(4) 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング: Pattern Matching)

Case1 のエピソード 1 では、“男性看護師による手術後のバイタル測定”という先行事象に対して、男性看護師の存在やバイタル測定の頻度についての説明がなかったこと、全身麻酔による扁桃腺摘出術後でからだの自由が利かなかったこと等の要因が影響し、嫌悪事象として怒りの喚起過程に入力された。

嫌悪事象と認知された事象に対し、その時発生した不快な感情と、若い女性が若い男性看護師に胸の聴診をされるという羞恥心に関わる自尊心の損傷(被害)や故意ではないが配慮すれば回避可能であったという看護師(加害者)の説明不足や羞恥心に対する配慮不足(怠慢)により起こった事態であるという認知と作用し、怒りが喚起された。

喚起された怒りは、最初は我慢されたことから熟慮的認知処理された。同じことが 3 度

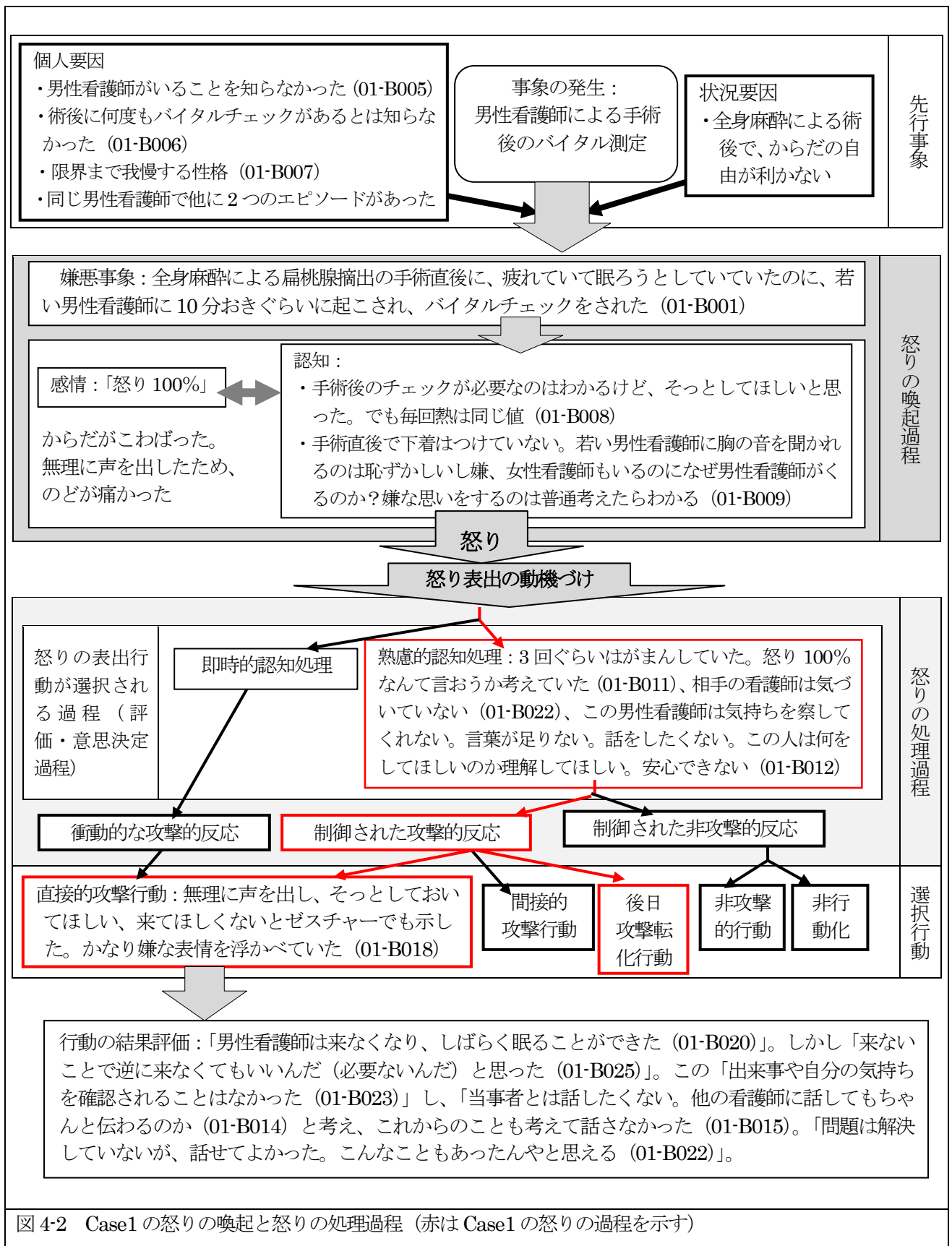


図4-2 Case1の怒りの喚起と怒りの処理過程（赤はCase1の怒りの過程を示す）

繰り返されたため、男性看護師によるバイタル測定の中断を目的として制御された攻撃的
反応として言語的な直接的攻撃行動が選択された。選択した行動の結果として、バイタル
測定は中断したため、その時点の嫌悪事象は回避された。しかし、不快な体験について入
院施設の医療従事者に伝えていないため、根本的には解決していない。後日、家族や友人
に体験を話すという攻撃転化行動をとり気持ちは落ち着いた。

2) Case2

(1) 個人背景と体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

44 歳の男性。建設現場で機械に手を挟まれて受傷した（労災）。救急車で、現場監督や
警察に付き添われて病院に搬入された。この搬入時と、形成術を受けた後の入院期間中の
体験である。事故による精神不安を「頭がおかしい」という表現で看護師に訴えていたが、
搬入時は監督や警察が笑っていたこともあり、冗談と受け取られた。入院後も同様に不安
を訴えていたが、真剣に受け取られなかった。この時感じた怒りは、事故に対する怒りで、
看護師に対するものではなかったが、後で診療科（精神科）の勧めがあってもよかったの
ではないかと感じていた。体験時の入院は初回で、入院期間は 3～4 週間であった。インタ
ビュー当時、週に 1～2 回リハビリで通院中であった。

(2) 不快な体験の過程の説明（説明構築：Explanation Building）

事象の体験から結果までの過程を図示したものが図 4-3 である。

【先行事象】

Case2 は、「機械で左手首を挟まれた。はさまっていくのが毎日のように頭に浮かぶ
(02-B001)」という体験をした。

【不快感情の処理過程】

「入院してすぐ、事故のショック状態みたいな感じがあって、看護師に『頭おかしいっ
て』言った。頭がはっきりしないというか、散漫で、気持ちが落ち着かないような状況を
伝えたかった。ふざけて言うてるつもりはなかった(02-B002)」「入院してから 1 週間ぐら
い看護師に、現実から逃げるみたいな感じがして『頭おかしいねん』って言ってたが、相
手にされないと言うか『はいはい』っていう感じ(02-B003)」の対応を看護師から受けた。
これに対し「病院って他のみんな気分が沈んでて、こんなもんか、しかたないと思った
(02-B004)」ので、「ずっとずっと言うてるのもあほみたいやし、自分で解決しようとい
うのもあって、言わなくなった(02-B005)」。その結果、「睡眠剤をもらっていた。寝れなくて、
精神科に行って薬もらっているけど、ぼーっとすることもある。このことで、よけいな痛
みや不快を味わったが、看護師に対して怒りは感じていない(02-B006)」が、「カウンセリ
ングとか精神科の受診を勧めてもらえたらよかった(02-B007)」と感じた。

Case2 では、作業中の受傷により精神的に不安定になっていることを看護師に伝えたが、
うまく伝えることができず、満足いく対応が受けられなかった体験である。この体験は嫌
悪事象として捉えられたが、インタビューでは「病院って他のみんな気分が沈んでて、こ
んなもんか、しかたない(02-B004)」と受け止め、看護師に対する怒りは喚起されなかった。
このため、「ずっとずっと言うてるのもあほみたいやし、自分で解決しようというのもあ

て、言わなくなった(02-B005)」と自己処理された。

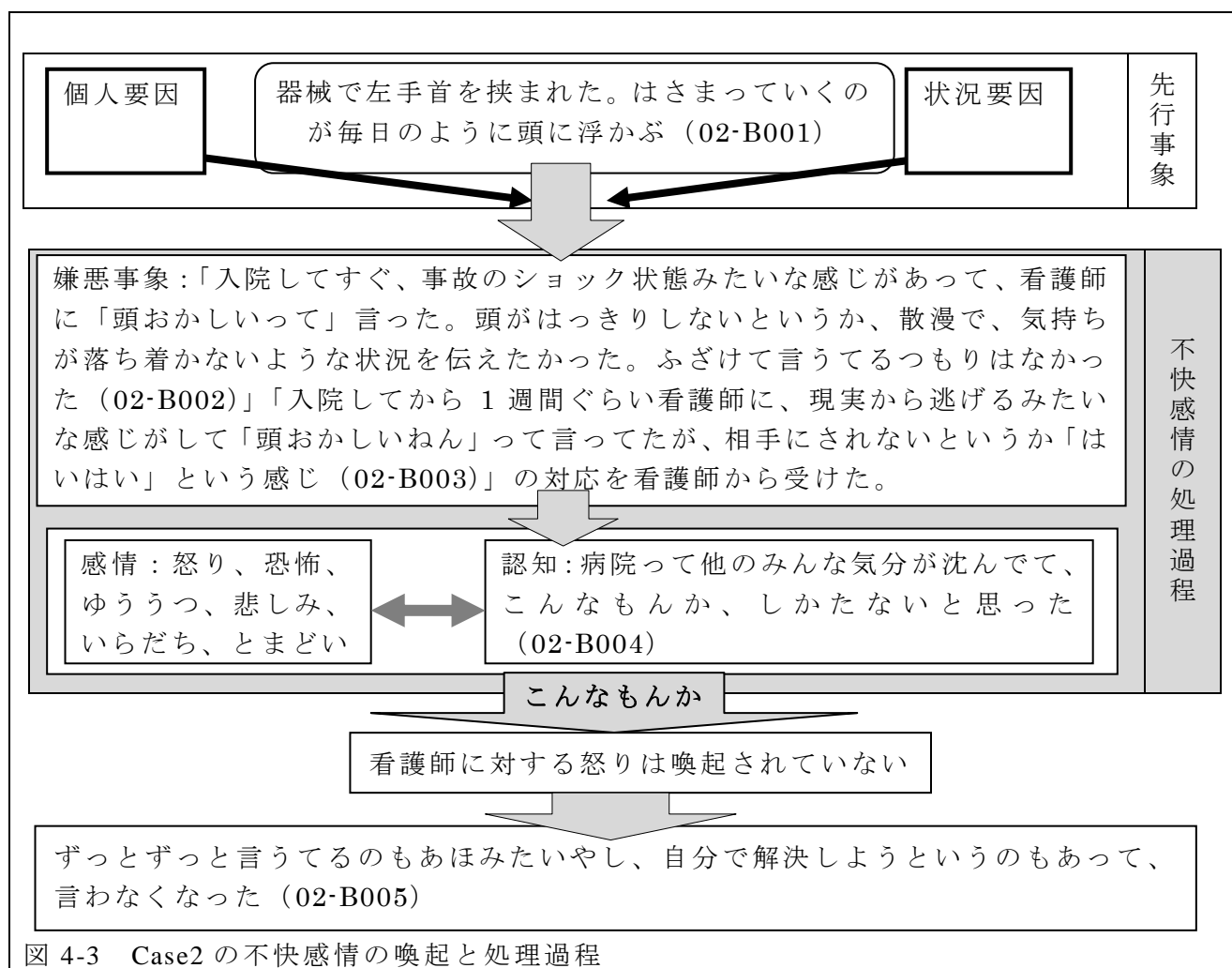


図 4-3 Case2 の不快感情の喚起と処理過程

3) Case3

(1) 個人背景

40 歳代の女性。下半身麻酔で尿管にステントカテーテルを挿入する手術を受けた際の体験である。今回の入院は 3 回目で、入院期間は 1~2 週間、退院後は月に 1 回の受診の予定がある。以前に、他院に入院し椎間板ヘルニアの手術を受けた体験があった。

(2) 体験の概略 (時系列分析：Time-Series Analysis)

Case3 では、1 つのエピソードとこのエピソードの怒りの過程に関連したと思われる 4 つのエピソードが語られた。各エピソードの概略は以下の通りである。

① エピソード 1

今回、尿道結石で尿管にステントカテーテル挿入する手術を受けるために入院した。子宮筋腫があり月経不順で出血量も多いため、手術と月経が重ならないように内服で調整し

たが、手術日は生理が始まって1週間後ぐらいで、「かろうじてない感じ、でもナプキンをあてるとちょっとつく感じ」だった。手術は、男の年配の先生と若い男の先生だったこともあり、経血がついたナプキンを男性医師に見られるのは女性として気になっていた。このような時に、担当の看護師と術前訪問に来た手術室看護師から「何か不安なことはありませんか？」と聞かれた。これに対し、「実は生理が終わりかけで、担当医は若い先生ですし、それが気になります」と答えた。すると、手術室の看護師は「そんなことは問題ないです、女性スタッフがいますし」と言ったのですごく安心した。当日の朝一番に来た看護師にも、手術室に入った時も、同様のことを伝えた...何回も言った。そして手術室に入ると、医師があっという間に「もう下着おろしますね」と言って下ろされた。その年配の医師がナプキンついたパンツを若い先生に渡し、若い先生はパンツをたたんでいるのが見えた。「ショック、怒りというか、伝わらないのなら聞いてくるなよ」と思った。

②エピソード2

私おとしヘルニアで手術してるんです、ここの近くの県立病院で、その看護師さんはすごい良かった。今回の病院は、患者と看護師さんの関係やのに、ちょっと言葉よろしくないということが何回かありました。二つの病院では看護師さんの年齢の違いはそうそう感じませんでした。例えば、今回若い主治医に興味があるとかではなく、主治医の記録として下の名前が知りたかった。下の名前が複雑な名前だったので看護師に読み方を聞いた。そうしたら「なんか聞いたけどわからへんわ」みたいな感じで終わった。看護師からこの先生のイメージあまりよろしくないみたいな印象を受けた。

③エピソード3

手術の後、尿管が入っていた。できるだけ水分取ってくださいって言われてたので水分取っていたので、朝気がついたら尿の袋が満タンになっていた。普通、夜中気づいたら捨ててくれへんみたいに思った。ヘルニアで入院していた時は、夜中でもまめに捨ててくれた。

④エピソード4

去年の11月の時に、衝撃波の手術で1泊2日で入院した時のこと。看護師が朝来て、「主治医は誰ですか？」って私に聞いた。「結構年配の〇〇先生だと思いますよ」って言ったら、「え〜〇〇先生かな？いや〜もうひとりの愛想の悪い先生ですか？」と言われた。その愛想の悪い先生が主治医だった。あとで挨拶に来たのが結局この先生で、言われたら愛想悪いなと思ったけど、それって患者に言わないじゃないですか？看護師からあんまり評判がよろしくないのかなと思う印象じゃないですか。愛想が悪いとか患者には関係ないこと。それを言うたらあかん、ぼろっと本音でたのかなと思った。

⑤エピソード5

私、背中に椎間板ヘルニアの手術の後がある。手術の前に以前どんな手術したか問診に書くんです。日付も書いたし、腰椎の椎間板ヘルニアの手術をしたと書いた。ところが、いざ手術の時に台で、下半身麻酔をする時に、医師から「これは何の跡の傷ですか」って言われた。今から麻酔打つ時に、それもすごいショックでした。今から手術という時に、腰椎椎間板ヘルニアも何番と何番ですかと聞かれても、すぐには思い浮かばないし、ちょっと焦りました。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

エピソード1について、事象の体験から結果までの過程を図示したものが図4-4である。

【先行事象】

今回、尿道結石でステントを入れる手術のために入院した。「手術の当日は生理の終わりかけで、ナプキンも血がつく感じが気になりますと看護師さんに何回も言っていた(03-B001)」、「担当の看護師と手術の前日に手術担当の看護師に何か不安なことがありますか？って聞かれたので、実は生理が終わりかけで、担当医は若い先生ですし、それが気になりますと答えると、手術室の看護師はそんなことは問題ないです、女性スタッフがいますしと言ったのですごく安心した(03-B002)」という先行事象があった。

【怒りの喚起過程】

ところが手術室で、「手術はおじちゃん先生と若い男の先生で、その先生があつという間にね、もう下着おろしますねって、その段階で下ろされ(03-B004)」、「待ってくださいと言える余裕もなかった(03-B005)」、「ナプキンのついたパンツを若い男の医師がたたんでいる姿が見えた(03-B008)」という嫌悪事象を体験した。この時に感じた、怒り、恐怖、ゆううつ、悲しみ、いらだち、とまどいなどの感情、からだのこわばりなどの身体の変化、「看護師さんも手術の人も病棟で入れ替わり立ち替わり来る人にそれが気になりますってあんだけ言ったのに、それは問題ないですよって言ったのに、あれだけ言ったことがなんで伝わってへんの？(03-B007)」、「手術室の看護師は私が嫌と思っていることすらも感じてない(03-B020)」という認知と影響し怒りが喚起された。

【怒りの処理過程】

喚起された怒りは、「私がここまでへこんでいることを（看護師は）一切分かってへん。看護師さんは別に何ともないんやろし、毎日何人も看護してるし(03-B010)」、「全然問題ないと言われたのにいいの？って思ったけど、1カ月後には外来があるでしょ、そしたらやっぱり言うわけにもいかない(03-B013)」、「直接言う場所ない、最後に師長さんに言おうと思ったけど、あえて言うことでもないか、退院するんやしもういいか〜と(03-B014)」と認知処理され、その時は何も言わないという行動が選択された。

【選択行動の結果】

「今になったらもういいといえばいいけど(03-B016)」、「伝わらないのなら聞いてくるなよって思う(03-B015)」と怒りは終息していない。このため、後日「友人何人かには愚痴る(03-B017)」ことで気持ちをおさめた。しかし、問題は全く解決されておらず、怒りも全くおさまっていない。

【看護師の反応】

Case3が怒りの体験をしていることについて、「手術室の看護師は私が嫌と思っていることすらも感じてない(03-B020)」、「その後もなにもない、何もなかったかのよう(03-B021)」と感じていた。

(4) 仮説モデルとの比較（パターンマッチング：Pattern Matching）

Case2では、尿管にステントカテーテルを挿入する手術を手術室で受ける際、月経中であり、経血が付着したナプキンを男性医師に見られることに嫌悪を感じていたCase3は、そのことが気がかりであり不安であると看護師に再三伝えた。それに対し看護師も心配な

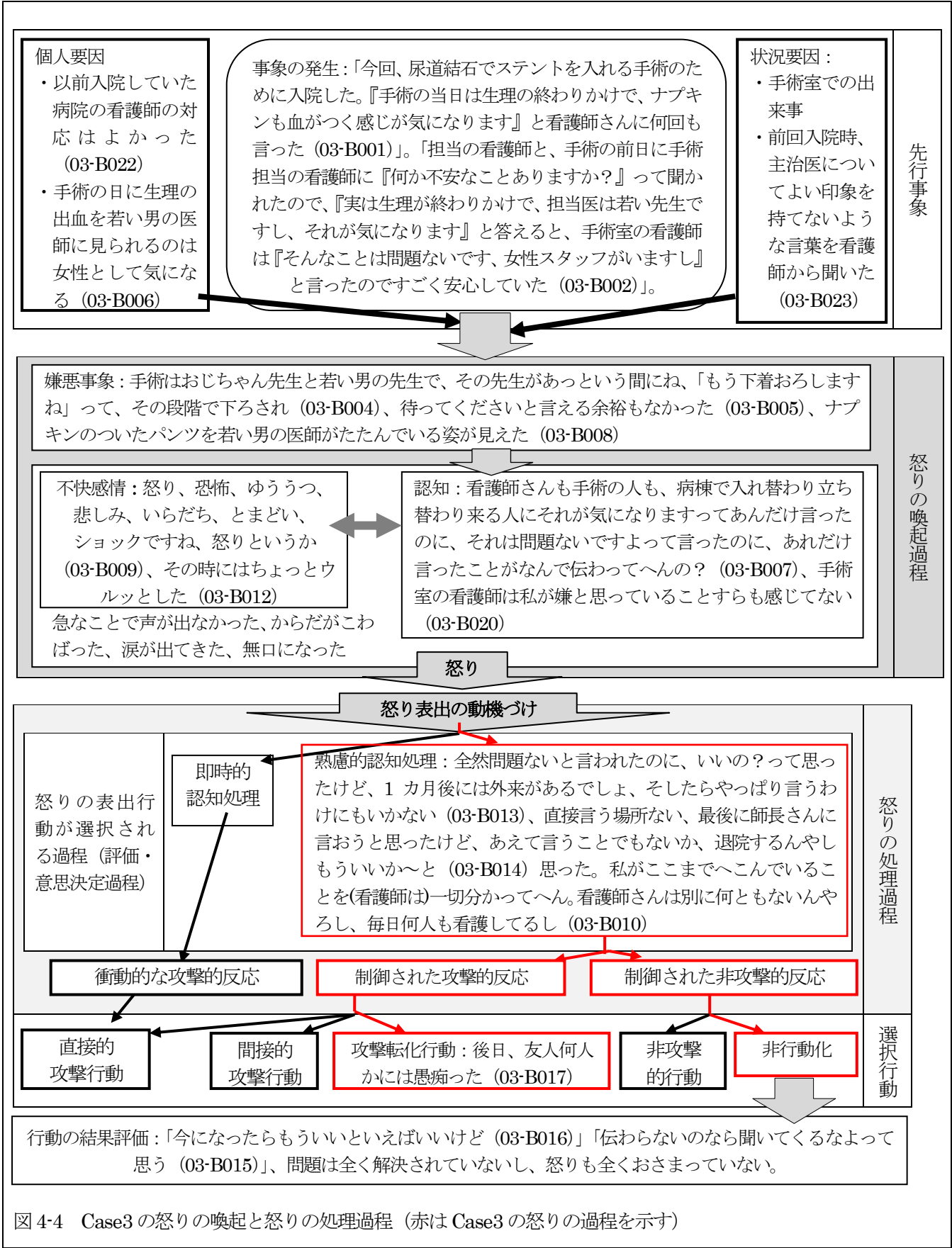


図 4-4 Case3 の怒りの喚起と怒りの処理過程 (赤は Case3 の怒りの過程を示す)

いと対応してくれたため安心していたという先行事象があった。

しかし実際には、手術室で男性医師に下着を脱がされてしまったため嫌悪事象と認知された。嫌悪事象に対し、この時発生した様々な不快な感情と、女性が男性医師に経血をみられる羞恥心に関わる自尊心の損傷（被害）、故意ではないが配慮すれば回避可能であったという看護師（加害者）の配慮不足や情報の伝達が十分でなかったこと（怠慢）によって起こった事態であるという認知が作用し、怒りが喚起された。

喚起された怒りは、怒りの処理過程で熟慮的認知処理がされ、事象発生時と発生後の看護師の反応のなさや再三の依頼が守られなかったことに対して、怒りを表わしても正当であると評価されたが、今後も外来通院が必要であるから言うわけにもいかないと、怒りを表出した後に被る自身への不利益（表出後の結果予測）や対象との関係性などが考慮され、制御された非攻撃的反応として非行動化が選択された。

その結果として、看護師には Case3 の不快な体験は伝わっておらず、問題は全く解決されていない。このため、後日友人に愚痴を言うという制御された攻撃的反応として攻撃転化行動が選択された。

4) Case4

(1) 個人背景

40歳代の女性。元大学の事務職員。腹腔内に腫瘍が見つかり、緊急で手術を受けた。初めての入院で、入院期間は3～4週間であった。インタビュー当時、毎週化学療法のため通院中であった。

術後、腹部にドレーンが挿入され、ガーゼ交換が看護師によって適宜行われていた。怒りの対象となった Z 看護師との間にエピソード 1 を含めて 3 つ怒りを感じた体験があり、Z 看護師に対してあまりよい印象を持っていなかった。また、入院していた病棟の雰囲気について、「フォローしあう。（先に言われたことと違うということ伝えると）「その方の言うとおりで、その何々さんの言うとおりで、そうです」って自分で言ったことを訂正する(04-B021)」と語っていた。

(2) 体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

Case4 の体験した各エピソードの概略は以下の通りである。

① エピソード 1

ガーゼ交換は、怒りの対象となった Z 看護師も含め、これまで Case4 が入室する個室で行われており、部屋にはガーゼ交換セットが常設されていた。夕方、担当看護師とガーゼ交換の時間について打ち合わせをしていたが、ナースコールに対応した Z 看護師がガーゼ交換することになった。この時、Z 看護師からナースステーションまで来るように言われ、歩くと液がたくさん出るのにも思いながらも、初めてガーゼ交換のためナースステーションまで歩いた。

予想通り排液が急に出て下着やパジャマを濡らしてしまった。これを見た Z 看護師から「もっと早く言ってくれたらよいのに」と言われた。これに対して、「わかっていたら早く行くし、自分だってこうなりたいとか、ほっとらかして遊んでたわけではないので、そう

いう言い方はない」と怒りを感じた。

②エピソード 2

液が漏れないように医師が気遣って貼ってくれていた袋を、自分の意見を聞かずに Z 看護師が外してしまった。その袋を貼るよう医師に提案してくれたのも Z 看護師だったし、はずしても結果は大丈夫だったが、ドクターに言われてやってるっていうのを「はずしたら」って言うあたりが、ちょっと傲慢かなって思った。どうしてそんな権利があってはさきはるんやろうと、お願いだから、とりあえず先生が OK 出すまで貼っというてほしかったし、はずす権利はその人にはないはずやのには思いました(04-B023)。

③エピソード 3

唐突に私の前職について具体的に聞いてきてきたが、Z 看護師が思っていた職業ではなかったらしく、興味がなくなったのか、話しはパタンと終わった。興味のない仕事だったにしても、自分から聞いているのだからもう少し話続けてくれたらいいのにみたいな気持ちはあった(04-B022)。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

事象の体験から結果までの過程を図示したものが図 4-5 である。

【先行事象】

「たいてい自分の部屋で（おなかの）ガーゼを換えていた(04-B001)」が、「消灯前にナースコールを鳴らしたら Z 看護師がコールに出て『こっちまで来て』と言った(04-B002)」ので、ナースステーションまで歩いて行った。「寝る前に換えてもらおうと思い、だいがまんしていた。歩くと大量に液が出る状況だったので、ナースステーションまで歩いたら（液が）やっぱり出てしまって、パジャマも下着も濡れてしまった(04-B003)」という先行事象があった。この時、担当看護師とガーゼ交換の打ち合わせをしていた(04-B008)という状況要因と、Case4 の Z 看護師に対する感情(04-B007、04-B019、04-B020)という個人要因が影響していた。

【怒りの喚起過程】

先行事象の体験に際し、「Z 看護師からこんなになる前にとって言われた(04-B004)」ことで嫌悪事象として体験された。これに対して、「わかっていたら早く言う、歩いたから出たのに、それはみんな知ってるはずなのに、そういう言い方はない。自分で制御できるようなことではない(04-B009)」、看護師の対応に「あなた（部屋まで）来てくれたらよかったのには思いつながらムツとした(04-B010)」。するとさらに「看護師に、だって洗濯大変でしょって、こんなに濡れたらあなたも洗濯大変じゃないと言われた(04-B017)」。この体験について、この時に感じた「おばあちゃんになった時に、おしっこ漏らしたというのを連想するぐらいの屈辱感(04-B011)」と、「歩かせたからとか、ごめんなさいねこんな状況やのに歩いて来てもらったんやねとか、そういう言い方をしてくれたら別に何もわだかまりはなかったのに、心配りの言葉がない(04-B012)」という認知が影響し怒りが喚起された。

【怒りの処理過程】

しかしその時、「早く終わらせたいし、あんまりいいかげんにされてしまうと困るから、『すみません、気をつけます』って言う方がささっとかえれてさささと気持ちよく眠れるかなって思うから、すぐに『すみません』と言った(04-B014)」。

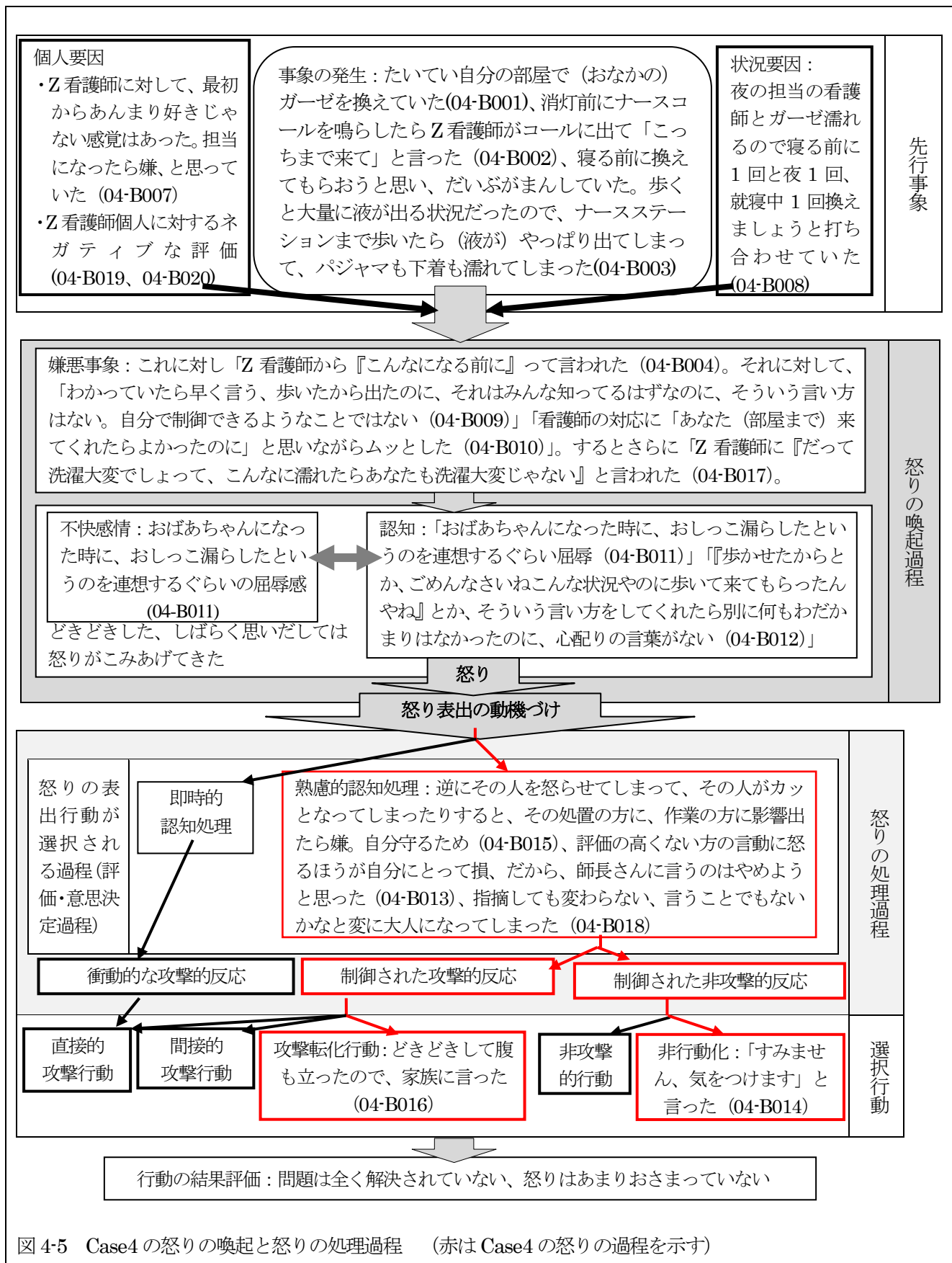


図 4-5 Case4 の怒りの喚起と怒りの処理過程 (赤は Case4 の怒りの過程を示す)

この言動について、「逆にその人を怒らせてしまっ、その人がカッとなってしまったりすると、その処置の方に、作業の方に影響出たら嫌。自分守るためですね(04-B015)」と話していた。また、「その看護師は私ぐらいの年だけど役職についてないことを逆に納得して、評価の低い方の言動に怒るほうが自分にとって損、腹立てたりすると。だから、師長さんに言うのはやめようと思った(04-B013)」、「多分指摘しても変わらない、言うことでもないかなと変に大人になってしまった(04-B018)」と話した。

【選択行動とその結果】

怒りの処理過程を経て、不快な体験について何も言わないことを選択した。しかしその後、「どきどきして腹も立ったので、家族に言う(04-B016)」という行動が選択された。行動の選択に際し、病棟風土に対して「フォローしあう。(先に言われたことと違うということ伝える)『その方の言うとおりで、その何々さんの言うとおりで、そうです』って自分で言ったことを訂正する(04-B021)」という印象を持っていたことも影響していたと推測される。選択された行動では、問題は全く解決されていないし、怒りはあまりおさまっていない。

【看護師の反応】

Case4 が看護師の言動にムツとしたのに気づいたのか、「看護師に『だって洗濯大変でしょって、こんなに濡れたらあなたも洗濯大変じゃない』と言われた(04-B017)」。それに対し Case4 は「歩かせたからとか、ごめんなさいねこんな状況やのに歩いて来てもらったんやねとか、そういう言い方をしてくれたら別に何もわだかまりはなかったのに、心配りの言葉がない方だった(04-B012)」と感じていた。

(4) 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング: Pattern Matching)

消灯前に腹部のガーゼ交換をナースコールで依頼した時に、ナースステーションまで歩いて行ったため、液が大量に出てしまいパジャマも下着も濡れてしまうという先行事象が発生した。この事象の発生に際し Z 看護師個人に対してよい印象を持っていないという個人要因と、担当看護師と打ち合わせしていたという状況要因が影響し、Z 看護師から「こんなになる前に」「だって洗濯大変でしょって、こんなに濡れたらあなたも洗濯大変じゃない」と言われたことで嫌悪事象として怒りの喚起過程に入力された。

嫌悪事象と認知された事象に対し、この時発生した様々な不快感情と、屈辱的と言わしめるほどの自尊心の損傷(被害)、故意ではないが状況や気持ちを察しない Z 看護師の配慮不足により起こった事態であるという認知と作用し怒りが喚起された。

喚起された怒りは、怒りの処理過程で熟慮的認知処理がされた。そこで、事象発生時の看護師の言動に対して怒りを表出しても正当であると評価されたが、逆にその人を怒らせてしまうことによって被る不利益(怒り表出後の結果の予測)や加害者との関係が考慮され、その時は「すみません、気をつけます」と、感情とは逆にいつものようにふるまうという制御された非攻撃的反応の非行動化が選択された。しかし気持ちがおさまらず、後日家族に言うという制御された攻撃的反応として攻撃転化行動が選択された。その結果として、看護師には自身の不快な体験は伝わっておらず、問題は全く解決されていないし、怒りも全くおさまっていない。

5) Csae5

(1) 個人背景

50歳代男性。患者団体の賛助会員であり、医療機器メーカーの営業で勤務していて、医療情報に詳しい。何回か大腸内視鏡検査を受けている。開業医から紹介してもらい、公的な総合病院を受診。そこで何度も大腸ポリペクを受けたがポリープが取れず、ヒアルロン酸のような粘性の高いものを入れると膨らみやすく保険も適応されてるはずだったので担当医に提案した。しかし聞き入れられなかったため、1年半か2年継続して治療を受けた。2年前（平成21年）に大腸ポリペクが成功し、検査後入院した時の体験である。

(2) 体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

Case5の体験した各エピソードの概略は以下の通りである。

大腸ポリープの切除後に入院した個室が、脳外科病棟の個室で、外から鍵がかかる窓・トイレの窓も外からチェックできたり監視カメラがついていたりする隔離用の部屋のように、さらに隣室の話声が聞こえたり、となりが物置になっているのかワゴンなどの出し入れの音がして耳栓をしても眠れなかった。この時、たまたま部屋に来た副師長に「ここの部屋うるさいですね」と言ったが、副師長は「すみません」と言ったが、部屋の説明などはなかった。この体験について、その時はこういう部屋しか空いてないのかとあきらめたが、後になってから個室料金を払っているのにああいう部屋でなくてもいいのでは、どういふ部屋か説明があっても良かったのではないかという思いがじわじわ湧いてきた。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

事象の体験から結果までの過程を図示したものが図4-6である。

【先行事象】

診療所でポリープがあるのが分かって、X病院に紹介されたが希望する方法で処置をしてもらえず、何回も処置を受けることになった(05-B001)。そして検査（大腸ポリペク）後の入院に個室を希望したら、脳神経外科の個室だった(05-B002)という体験をした。この時、医療機器関連のメーカーに勤務しており、医療情報に詳しいという個人要因が影響していた。

【怒りの喚起過程】

「入院した個室は不思議な部屋で、鉄扉で外から鍵がかかり、監視カメラのようなもので観察できるようになっている精神病棟みたいな隔離っていうのか、その脳だからそういう患者さん用の部屋だと思わせる(05-B003)」部屋で、加えて「掃除が行き届いていなかった(05-B004)」、「隣の入院患者の様子が聞こえてくる(05-B005)」、「エレベーター近くの通路に面した部屋で、一晩中物音がして、たまたま耳栓を持って行ってたんで耳栓して寝てたんですけど眠れなかった(05-B006)」という嫌悪事象を体験した。この体験に対して、「医療関係の仕事しているから、何も思いませんが(05-B0016)」と言いながらも、「僕はかまへんわ医療保険で何とかなるしという気持ちやったけど、普通の人やったらあの部屋『え〜っ』てなるでしょうね(05-B008)」、「なんでこんな部屋かと思ったけど、怒りはなかった、しかたないか、あきらめ(05-B009)」と、この時怒りは生じていないが腑に落ちない感じを

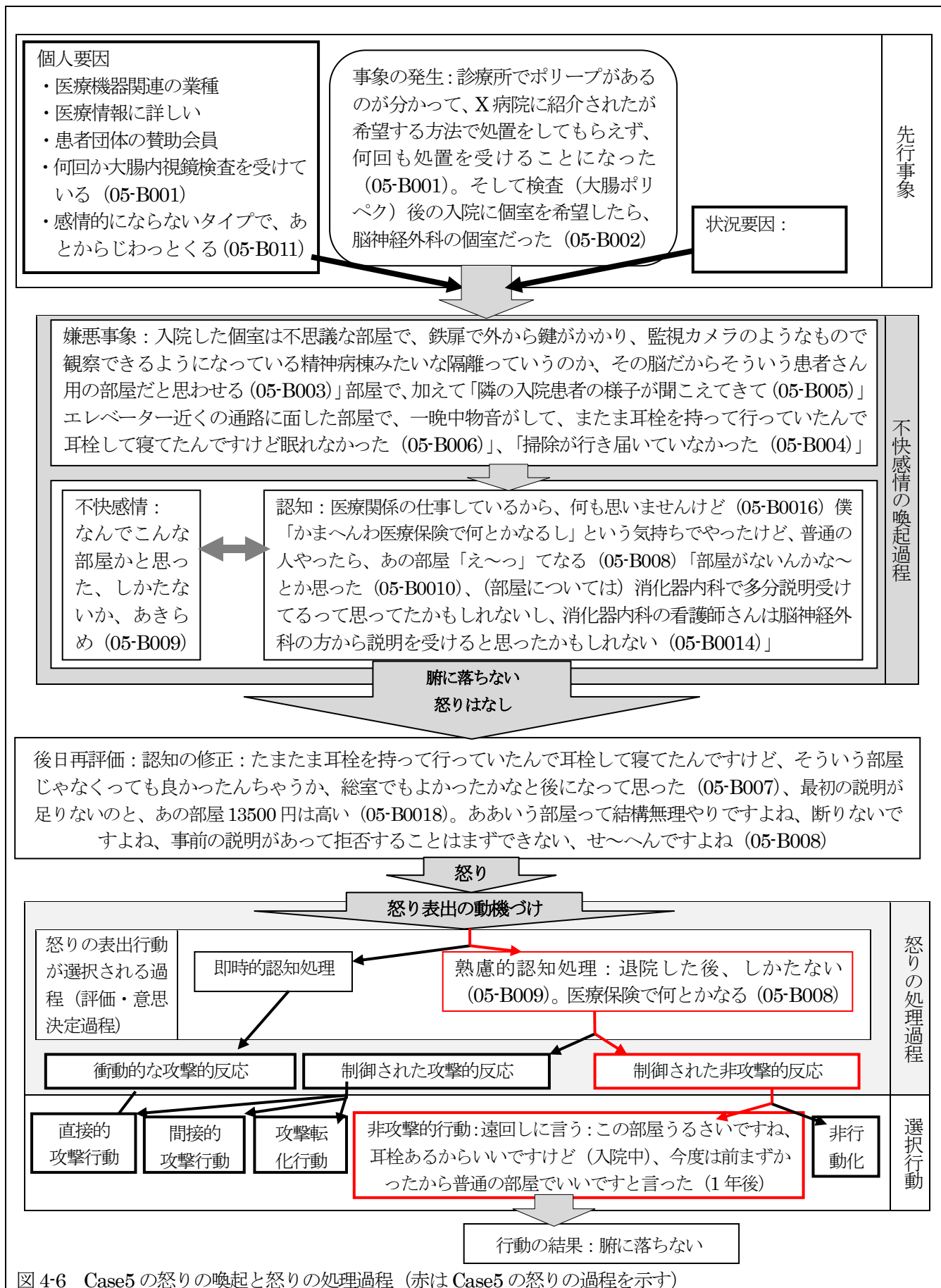


図 4-6 Case5 の怒りの喚起と怒りの処理過程 (赤は Case5 の怒りの過程を示す)

抱いた。また、この時「たまたま来た副師長に『ここの部屋うるさいですね、耳栓持ってますからいいですけどね』と言ったが『すみません』で終わり、部屋の説明はなかった(05-B017)」。このように、Case5 は不快な体験をしていることを看護師に伝えているが、看護師からは部屋を変更するなどの対応はなかった。また Case5 自身も「部屋を換えてほしいとは言えへんかったですね。言ったらよかったかもしれんけど、部屋がないのかな〜とか思って、自分の中で処理してたように思います(05-B010)」「(部屋については) 消化器内科で多分説明受けてるって思ったかもしれないし、消化器内科の看護師さんは脳神経外科の方から説明を受けると思ったかもしれない(05-B014)」と、自身の体験について自分なりに解釈し納得しようとしたので、この時は看護師に対して怒りは喚起されなかった。しかし後日事象を回想し、「最初の説明が足りないのと、あの部屋 13500 円は高いですよ(05-B018)」と再評価され怒りが喚起された。

【怒りの処理過程】

この時すでに退院していたため、いまさら言っても仕方がないと思ったが、1 年後の検査の時に、「今度は前まずかったから普通の部屋でいいです」(05-B012)と言った。

【選択行動の結果】

現在まで、納得のいかなさ、腑に落ちなさが継続している。また「お部屋の説明はなかったですね。部屋の説明は少しあっても良かったかもしれませんね(05-B013)」と言いながらも、「ああいう部屋って結構無理やりですよ、断りないですよ、事前の説明があっても拒否することはまずできない(05-B008)」と、説明があっても我慢して何も言わなかったことも示唆していた。

【看護師の反応】

若い看護師は気を配ってくれたけど、副師長さんに「ここの部屋うるさいですね、耳栓持ってますからいいですけどね」って言ったら、「すみません」で終わりましたね。この部屋どんな部屋かということは説明なかったですね(05-B0017)。

(4) 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング : Pattern Matching)

Case5 では、診療所から紹介された病院で、処置 (大腸ポリペク) 後に個室に入院したという先行事象が発生した。この事象の発生に際し、医療関連の会社勤務で医療情報に詳しいなどの個人要因が影響し、“入院した個室が脳神経外科の隔離室のような部屋であり、隣の様子が聞こえてきたり、廊下の物音がひびいたり、耳栓をしても眠れない”という嫌悪事象として、怒りの喚起過程に入力された。

そして嫌悪事象と認知された事象に対し、個室料が対価に見合わないという経済的損失 (被害)を感じたが、“他に空き部屋はないのだろう、説明は受けていると思っているのだろう”と非意図的で制御不能な偶発的な出来事として、その時点では看護師に対する怒りは喚起されなかった。しかし後日事象を回想し、最初の説明が足りないという故意ではないが事前の説明で回避できた看護師の配慮不足により起こった事態と再評価されたこと、請求書の金額を見たことにより経済的損失が可視化されたことにより怒りが喚起された。

喚起された怒りは、退院後で言っても仕方がないという表出後の結果を考慮するという熟慮的認知処理がされ、1 年後の検査の時に、“今度は前まずかったから普通の部屋でいいです”と、今回の不快体験についてそれとなく言うという制御された非攻撃的反応の非攻撃

的行動（遠回しに伝える）が選択された。しかし看護師には真意は伝わらず、現在まで納得のいかなさ、腑に落ちなさが継続している。

Case5 では、認知の再評価がされている点に特徴がある。

6) Csae6

(1) 個人背景

50 歳代男性。腸炎で 3~4 週間入院し、絶食で治療している時の体験である。今回 3 回目の入院である。現在失職中で、平成 21 年に実母が認知症で徘徊中に交通事故に遭遇し、逝去されている。生前母親への自身の対応に後悔の念がある。

(2) 体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

① エピソード 1

腸炎で入院し 5 日間の絶食治療中、何人もの看護師（3 名）から「食事は済みましたか」と聞かれるという体験をした。この時、3 人目の看護師に対してもう反射神経的に「あつまた聞いている」と思い、間髪いれずに「絶食中」と言った。看護師はそれに対して 3 人とも気づき、「あ~そうでした、そうでした」みたいに言う人、先に「ああ絶食中でしたね」と言う人もいた。看護師は照れ笑いで終わっているような感じで、流されてしまった、自分の気持ちを分かってないと感じた。しかし自分だけが怒ってもなにも始まらない、がまんすれば済む話だと思い、がまんしていつもと変わらない態度をとった。しかし、問題は全く解決していないし、怒りも全くおさまっていない。

② エピソード 2

エピソード 1 とは別の 40 歳ぐらいの看護師の対応について。入院当初に、医師から最近血液検査をしていたらデータが見たいと言われた。同じ病院で 4 月に人間ドックを受けていたので、その結果がファイルにしてあると伝えると、医師から見せてほしいと言われた。後日、部屋に来た看護師に事情を話し、医師にファイルを渡すように依頼すると、「全部データ化してますからそんなのいりません」と言われた。それに対して「医師がデータ化されてないと言ったので持ってきてるんです」と言ったけれど無視された。自分が知らないから答えようがなかったのだと思う。「ああそうでしたか、ちょっと確認してみますね」と言えば済む話を黙りこみ。社会人として会話のやり取りができてない人だと思い、嫌悪感を感じた。その後も何の反応もなかった。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

Case6 のエピソードについて、事象の体験から結果までの過程を図示したものが図 4-7 である。

【先行事象】

腸の炎症で入院し、絶食中だったにもかかわらず部屋に来る看護師にたびたび「(食事) 済みましたか～」と言われる(06-B001)という体験をした。

【怒りの喚起過程】

事象に対し、「担当の看護師ではなくても、部屋の見回りをした時に声かけるように教

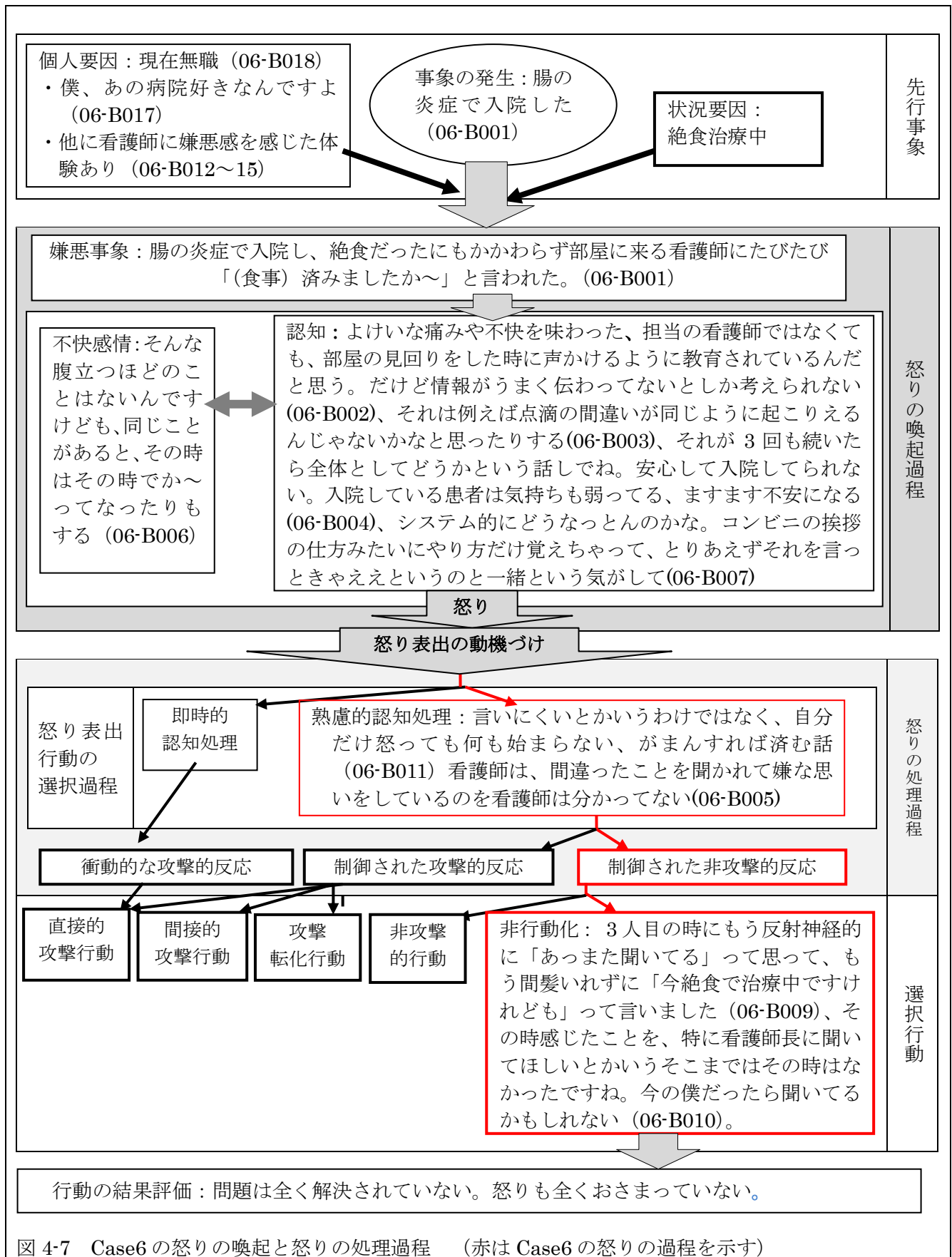


図 4-7 Case6 の怒りの喚起と怒りの処理過程 (赤は Case6 の怒りの過程を示す)

育されているんだと思う。だけど情報がうまく伝わってないとか考えられない(06-B002)」、「システムのどうなっとなのかな。コンビニの挨拶の仕方みたいに、やり方だけ覚えちゃって、とりあえずそれを言っときゃええわというのと一緒だなという気がして(06-B007)」、「それは例えば点滴の間違いが同じように起こりえるんじゃないかなと思ったりする(06-B003)」、「それが3回も続いたら全体としてどうかという話しでね。安心して入院してられない。入院している患者は気持ちも弱ってる、ますます不安になる(06-B004)」と認知され、「そんな腹立つほどのことはないんですけども、同じことがあると、その時はその時でか〜ってなったりもする(06-B006)」と感じた。

【怒りの処理過程】

「3人目の時に反射神経的にあつまた聞いてるって思って、間髪いれずに『今絶食で治療中ですけども』と言った(06-B009)」。しかし「看護師は『あ〜そうでした、そうでした』みたいな、3人とも気づかれましたけど、間違っただけを聞かれて嫌な思いをしているのを看護師は分かってない(06-B005)」と感じた。しかし「言いにくいとかいうわけではなく、自分だけ怒っても何も始まらない。がまんすれば済む話(06-B011)」と考えた。

【選択行動とその結果】

「その時感じたことを、特に看護師長に聞いてほしいとかいうそこまではその時はなかったですね。今の僕だったら聞いてるかもしれない(06-B010)」と、不快な体験について病院関係者に伝えなかった。このため、現在も問題は解決していない。

【看護師の反応】

Case6 が看護師から何度も「食事済みしましたか」と聞かれ「絶食中」と答えると、「あ〜そうでした、そうでした」みたいな、3人とも気づかれましたけど、間違っただけを聞かれて嫌な思いをしているのを看護師は分かってない(06-B005)と感じていた。

(4)仮説モデルとの比較 (パターンマッチング : Pattern Matching)

Case6 は、腸炎で入院し絶食中であつたという先行事象があつた。この事象に対し、何人もの看護師に「(食事)済みしましたか〜」と言われたことから嫌悪事象として怒りの喚起過程に入力された。

嫌悪事象と認知された事象に対し、この時発生した不安感や同じことが繰り返されることの不快感と、看護師の対応は点滴ミスにも通じる生命に関わる問題、看護師が個々の患者の情報を共有し個に応じた対応をすることで回避は可能であつたという看護師(加害者)の怠慢により発生した事象という認知と作用し、怒りが喚起された。

喚起された怒りは、怒りの処理過程で“自分だけ怒っても何も始まらない、がまんすれば済む”と怒りを表しても成果はないという熟慮的認知処理をされ、「今絶食で治療中ですけども」と怒りを感じていることは伝えずに対応するという、非攻撃的行動(遠まわしに伝える)が選択された。しかし、看護師には真意は伝わらず反応はなかったため、現在も問題は解決しておらず、怒りもおさまっていない。

7) Csae7

(1) 個人背景

77歳代男性。企業退職後に患者団体に関わり、医療に対する意識が高い。入院中に隣の面談室で入院患者が喫煙をしていたので、それを注意するよう看護師に言ったが対応がなかったという体験である。近隣に公的病院がないため、現在もその病院に通院中である。

(2) 体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

入院している部屋の隣は面談室になっていた。院内は禁煙であったが、面談室は喫煙が許可されており、朝昼晩の食後に入院患者が集まって喫煙をしている。その際、大声で話をするのでやかましく困ったので、看護師詰所に行って患者に注意するように繰り返し言った。しかし看護師や病院が喫煙者に対して注意をすることもなく、喫煙は継続している。この体験に対して、困ったものだという不快感情と看護師や病院は率先して禁煙を指導すべきという考えから、繰り返し看護師に伝えた。しかし現状に変化はなく、問題は解決していない。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

Case7のエピソードについて、事象の体験から結果までの過程を図示したものが図 4-8 である。

【先行事象】

入院した部屋の横の面談室で、「患者さんが朝昼晩の食後にみんな集まって煙草を吸いあいしてる。そこは喫煙することは許されていたが、煙草 1 本吸うて帰るんじゃなくて 2～30 分いて、これやかましいね～って言うぐらいだった(07-B001)」という体験をした。

【怒りの喚起過程】

そこで、「ナースセンターに行って看護師さんに『あそこで吸っているのは患者じゃないですか』って言ったんですが『そうですね』って、わかっているんですよ。『病院として、システム上、禁煙箇所ですということ強く貼りだすとか忠告されたらどうですか』って言ったんです(07-B002)」。それに対して、「言うてるんですけどもねと言葉を濁したり、以前からですよとどうにもならない、暖簾に腕押しとはこのこと(07-B013)」という看護師の対応に対して嫌悪事象として、怒りの喚起過程に入力された。

しかし申し入れに対して、「忠告するんかな～と思うとしない、看護師は分かっているけどよう手だてを講じなかったんです。『言うてるんですけどね、前の方も言うておられました』と以前から問題よというようなことで済ましている、もうず～と平行線なんでしょうね(07-B008)」、「看護婦さんが言うてもね、患者さんが聞かないそうです。忠告は張り紙もして声もかけておるらしいんですけど、「らしい」です、「あなた」というわけではないんです(07-B010)」という状況に「困ったことやな～という気持ちがつり(07-B011)」、怒りが喚起された。

【怒りの処理過程】

この体験に対し、「院内禁煙って書いてあるのに、（病院は禁煙を）率先しなきゃいかんのじゃないか、変わってる(07-B009)」と感じた。

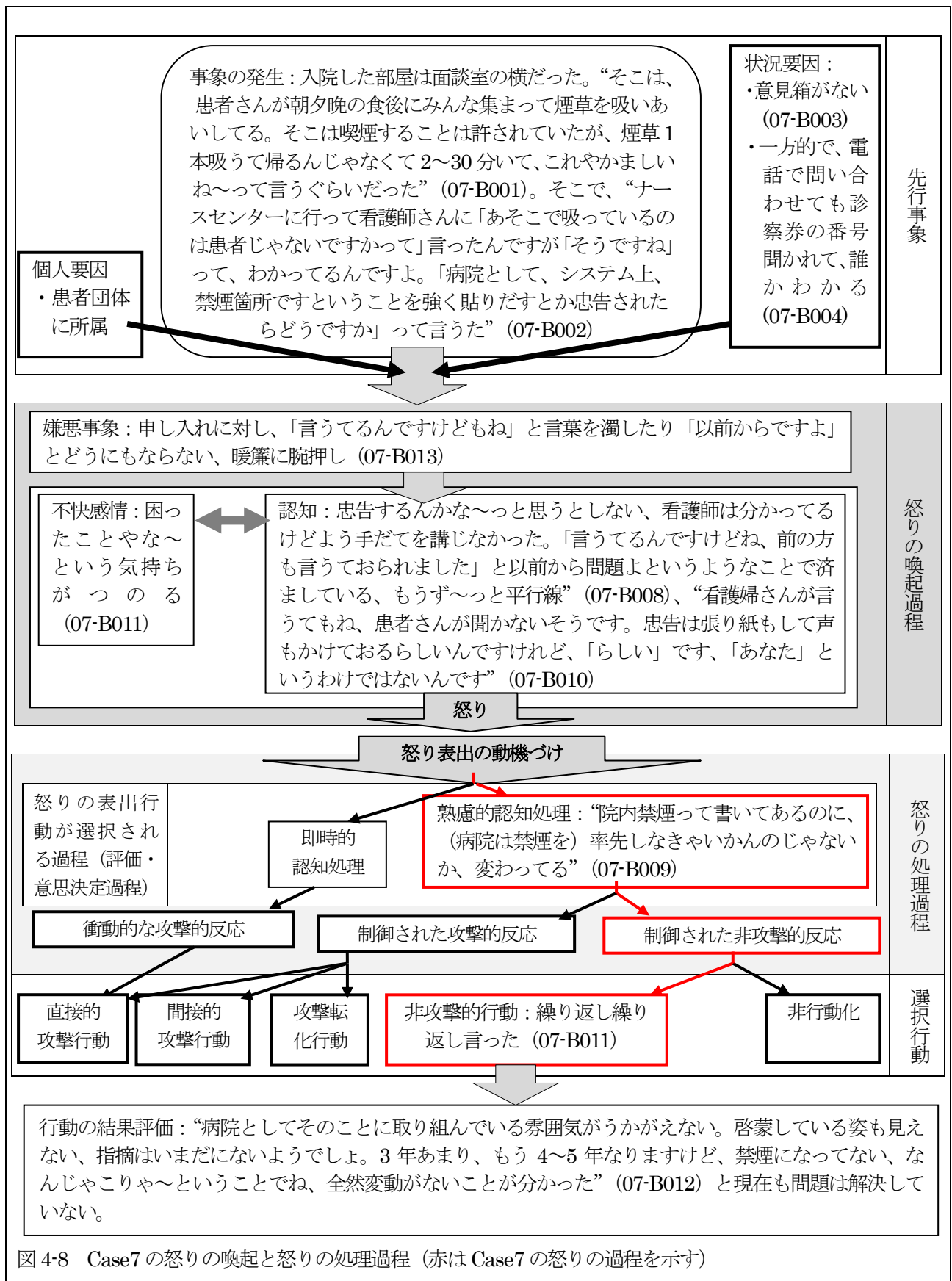


図 4-8 Case7 の怒りの喚起と怒りの処理過程 (赤は Case7 の怒りの過程を示す)

【怒りの処理過程】

この体験に対し、「院内禁煙って書いてあるのに、（病院は禁煙を）率先しなきゃいかんのじゃないか、変わってる(07-B009)」と感じた。

【選択行動とその結果】

そこで、「繰り返し繰り返し言った(07-B011)」が、「病院としてそのことに取り組んでいる雰囲気がかげえない。啓蒙している姿も見えない、指摘はいまだにないでしょう。3年あまり、もう4～5年なりますけど、禁煙になってない、なんじゃこりゃ～ということだね、全然変動がないことが分かったんですよ(07-B012)」と現在も問題は解決していない。

【看護師の反応】

Case7 が看護師に喫煙者への注意を申し入れても、「言うてるんですけどもねと言葉を濁したり、以前からですよとどうにもならない、暖簾に腕押しとはこのこと(07-B013)」と感じていた。

(4) 仮説モデルとの比較（パターンマッチング：Pattern Matching）

3年前に入院した時のこと、入院した部屋の横の面談室に、患者が集まって喫煙と談笑をしていてやかましいため、看護師に注意するよう申し入れたという先行事象を体験した。この事象に対し、看護師は以前か知っており喫煙患者に忠告することもなかったことから、患者団体に関わっているという個人要因も影響し、嫌悪事象として怒りの喚起過程に入力された。

嫌悪事象に対し、看護師が喫煙している個人を注意するという期待に添う対応をしないという自分の言動が軽視された、看護師が個人に注意することで改善できるという故意ではないが看護師は最善を尽くしていないという認知と、この時発生した不快感情が影響し怒りが喚起された。

喚起された怒りは、怒りの処理過程で、院内禁煙であることからおかしい、病院が禁煙を率先すべきという怒りを表しても正当であるという熟慮的認知処理がされ、制御された非攻撃的反応として、看護師に対して繰り返し繰り返し申し入れを行うという非攻撃的行動が選択された。しかし3年たっても禁煙になっていない。

8) Csae8

(1) 個人背景

60歳代女性。助産師として勤務をし、助産師教育にも関わっていたが、現在は離職し会社に勤務している。患者団体にも参加し、医療に対する意識は高い。父親・恩師が入院した時に病院や看護師の対応に不信感を持っている、また自分自身が父親や恩師の力になれなかったと後悔している。

・父親についてのエピソード：父親が大腿骨頸部骨折で入院したので面会に行くと、車いすにつなぎ服で抑制されていた。入院前はひとりで生活していたが、入院後は膝関節が拘縮し自力歩行は困難、認知症のためオムツでの排泄となった。抑制について看護師に聞くと、「家族から同意を得ています」「転んだら骨折またしますからはずさないでください」と言われた。さらに弟の嫁から、「お姉さん、医療従事者のそぶりを見せないでください。」

後は私たちが面倒みるんですから迷惑です」と連絡があった。今は自分が引き取っているが、その時は弟の家族に見てもらっていたのであまり言えなかったが、あの時もっと父の味方になってあげたらよかったのにと後悔している。

・恩師についてのエピソード:リハビリをすれば良くなると思い、病院を探そうとしたが、そこの師長に動かないように言われたので、それに従ったら結局入院する施設が見つからなかった。長期療養型の施設に入ることになったが、そこで胃瘻を造るように言われ造った。しかし、胃瘻が落ち着かず誤嚥性の肺炎で亡くなった。脳出血なので嚥下も弱かったので、誤嚥性肺炎の予防のために胃瘻を造ったんですけど、こんなだったら口から食べさせてあげたらよかったのにと後で思った。この恩師の家族は私が医療従事者ということを知っていたのに、何の力にもなれなかったのので後悔している。

(2) 体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

Case8 では、急性腹症で救急搬入され入院した時に、3つの不快な体験があった。

①エピソード1

救急車で病院に運ばれた時、看護師は自分自身には何の確認もしないまま、同乗してきた上司（男性）に検査結果や病状を説明したり、自分の脱いだ着衣を渡したりした。この体験に対し、この上司にはあまり知られたいくなかったこともあり、痛みはあっても身に付けていた時計などは自分で管理すると伝えられるぐらいなのだから、同乗者に検査結果や病状を説明していいのか確認してほしかったと怒りを感じた。

②エピソード2

入院した6人部屋には、認知症の方がいた。その人のオムツを換えている看護師が、「痛いぐらい我慢しとき〜、そっち向いて、こっちやろ...」と、ものを扱うようにケアをしていた。その人に対して言えないような言葉も多く、大変心が痛んだ。

③エピソード3

退院時にお薬持って来てくれたが説明書きがなかったので、聞こうと思った。しかし、「退院したらこれ飲んでね、食後でね、こうこう」と言われたので「わかりました」と言った。退院したいと伝えたら、「先生はもう何日間って言ってるから、（退院は）何日間ではできませんよ」って言われた。さらに看護師から「この年だったらよくあるんですよ〜腸閉塞となんとかは、検査しないとわかんないでしょ〜」というような言われ方をした。その年になったら誰でもそうだからって見られるのはいいが、言葉に出されると傷つく。だから「私非常勤でこういうこと（助産師）もしているのよ」と言ったら、態度換えられた、その差が逆に嫌だった。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

Case8 の3つのエピソードのうち、怒りが強かったエピソード1について説明する。Case8 のエピソード1について、事象の体験から結果までの過程を図示したものが図4-9である。

【先行事象】

お昼前ぐらいにおなかが痛くて動けなくなって、上司に付き添われて救急車で病院に運ばれた。この上司は、Case8 にとって病状を知られたいくない人であった。しかし、その人には話さないでほしいと医療従事者に言う機会もなかった(08-B004)という体験をした。

【怒りの喚起過程】

この時、「上司を家族と思ったのか、確認もないまま、自分には何の説明もないまま検査は行われ、脱がされた服もその男の上司に渡された(08-B005)」、「検査結果から今後何をするとか言うのを全部この上司に話して、私は全く聞いていない。上司から検査の結果を聞いた(08-B006)」という嫌悪事象を体験した。これに対し、「服脱がす時にも失礼しますとか言って普通するじゃないですか、はっと気づいたらもう裸でしょ、『ひゃ～どうしよう』って思って、後から思ったらなんか恥ずかしいし、嫌だな～という思いがあります、一言でいいから声かけてほしかったな～っていうのを思いますね(08-B009)」と認知し、「どうして私の方に一言でも聞いてくれなかったのか、会社から救急車で来たのに、確認したら上司も家族って言わないと思う(08-B007)」、「痛いと言っても、頭はしっかりしてたから『この人にお話しして大丈夫ですか？』って言ってくれたら、言えなかったら(しぐさで)ダメダメとか、声出なかったら手振るとかできますよね、それは後から思ったんですけどね、なんでこの人に言ったのって思う(08-B008)」と思い怒りが喚起された。

【怒りの処理過程】

しかし、「言えないですね。何か言ってまた何かされたら困るっていう患者心理(08-B012)」、「ご意見箱などを利用する余裕はその時ないですね。これが現実かな～っていう感じですね、死ぬも生きるも運ばれた所によるっていうのが現実なんでしょうね(08-B013)」と認知処理された。

【選択行動とその結果】

「何も言わないまま帰りました(08-B011)」と不快な体験について関係者に話さなかった。

この Case8 の怒りの喚起と表出過程には、助産師、患者団体にも所属していて意識が高い(08-B001)こと、看護に対して自分なりの考えを持っている(08-B003)こと、父親・恩師が入院した時に病院や看護師の対応に不信感を持っていること、また自分自身が父親や恩師の力になれなかったと後悔していること(08-B002)などの個人要因が影響していたと推察される。

(4) 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング : Pattern Matching)

Case8 では、急性腹症で救急搬入され入院した時に、付添の上司に個人情報話を話してもいいか確認をされないし、話してほしくないという意思表示もできないという先行事象が発生した。この事象に対し、確認されないまま上司に検査結果が伝えられたり、脱がされた服を渡されたことから、嫌悪事象として怒りの喚起過程に入力された。

嫌悪事象と認知された事象に対し、羞恥心やプライバシーの侵害、看護師が上司との続柄を確認することで回避可能であったという、故意ではないが看護師の配慮不足(怠慢)により起こった事態という認知と、この時発生した羞恥心や嫌悪感という不快な感情が作用し、怒りが喚起された。

しかし喚起された怒りは、“何か言って、また何かされたら困る”という怒りを表出した後に被る不利益の予測や対象との関係性が考慮される熟慮的認知処理がされ、非攻撃的反応として何も言わないという非行動化が選択された。その結果として、看護師には自身の不快な体験は伝わっておらず、問題は全く解決されていないし、怒りも全くおさまっていない。

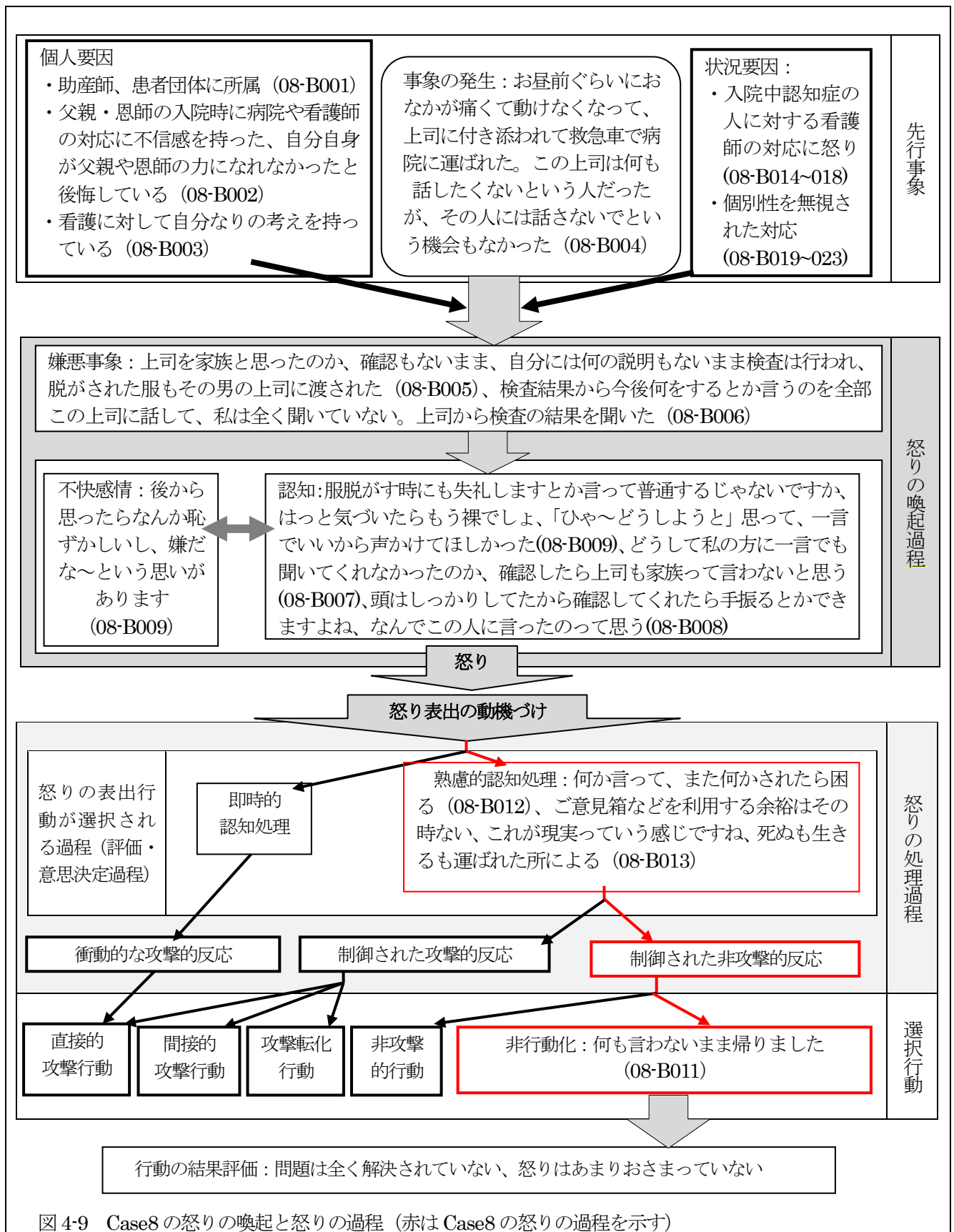


図 4-9 Case8 の怒りの喚起と怒りの過程 (赤は Case8 の怒りの過程を示す)

9) Case9

父親の入院時に体験した事象のため、分析対象から除外

10) Case10

(1) 個人背景

26歳男性。一般企業で営業を担当している。新入社員の接遇教育にも携わっている。今回はスノーボードで骨折し、手術のため入院した。今回3度目の入院で、入院期間は約2カ月だった。退院後週に1回外来を受診をしている。

(2) 体験の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）

看護師は敬語が使えない人が多く、初対面でもタメ口で会話する人が多い。同室のおじいちゃんが、ナースコールを押して「どこどこ痛い」と言っているのに、看護師はマイクごしで「いやもう痛くないでしょ」「さっき行ったじゃないですか」みたいなことを言った。また高圧的な言い方をする男性の看護師もいた。それはさすがにムッとした。この体験に対し、一般企業では許されないことが病院ではまかり通っていることに驚き、あきれて言葉も出なかった。しかし、看護師や看護師長に告げることはせず、「言葉使い研修とかってないの？」（10-B008）と看護師に聞くという形で表出された。これに対し、相手の看護師は、Case10の発した言葉の真意には気がつかず、「ない」と答えるにとどまった（10-B008）。このため、問題は全く解決されていないし、怒りはあまりおさまっていない。

(3) 怒りの過程の説明（説明構築：Explanation Building）

Case10のエピソードについて、事象の体験から結果までの過程を図示したものが図4-10である。

【先行事象】

「入院した病棟の半分以上の看護師はタメ口で、同じ部屋に入院していた人の中で『あの看護師、タメ口をべ〜っとしゃべるような看護師は来てほしくないな』『今日担当になったら嫌やな』みたいなことをおっしゃられる患者さんもいた(10-B001)」という先行事象があった。

【怒りの喚起過程】

ある時、「同じ病室のおじいちゃんがナースコールを押して『どこどこ痛〜い』って言うてんのに、その応答された看護師はマイクごしで、『いやもう痛くないでしょ』『さっき行ったじゃないですか』とか言うので、これはどうなんやろなというふうには思いました。その対応はまずいやろっていうことで、すごい憤りを感じる時もありました(10-B004)、「仲良くなれば、タメ口もまあいいかなとは思いますが、しょっぱなからというのはどうかと思いましたし、タメ口の中にもレベルがあって、上から言ってくるような男性の看護師もいましたし、それはさすがにムッとしました(10-B005)」という嫌悪事象を体験した。これに対し「ナースステーションで看護師さんが応対されるんですけど、そこには師

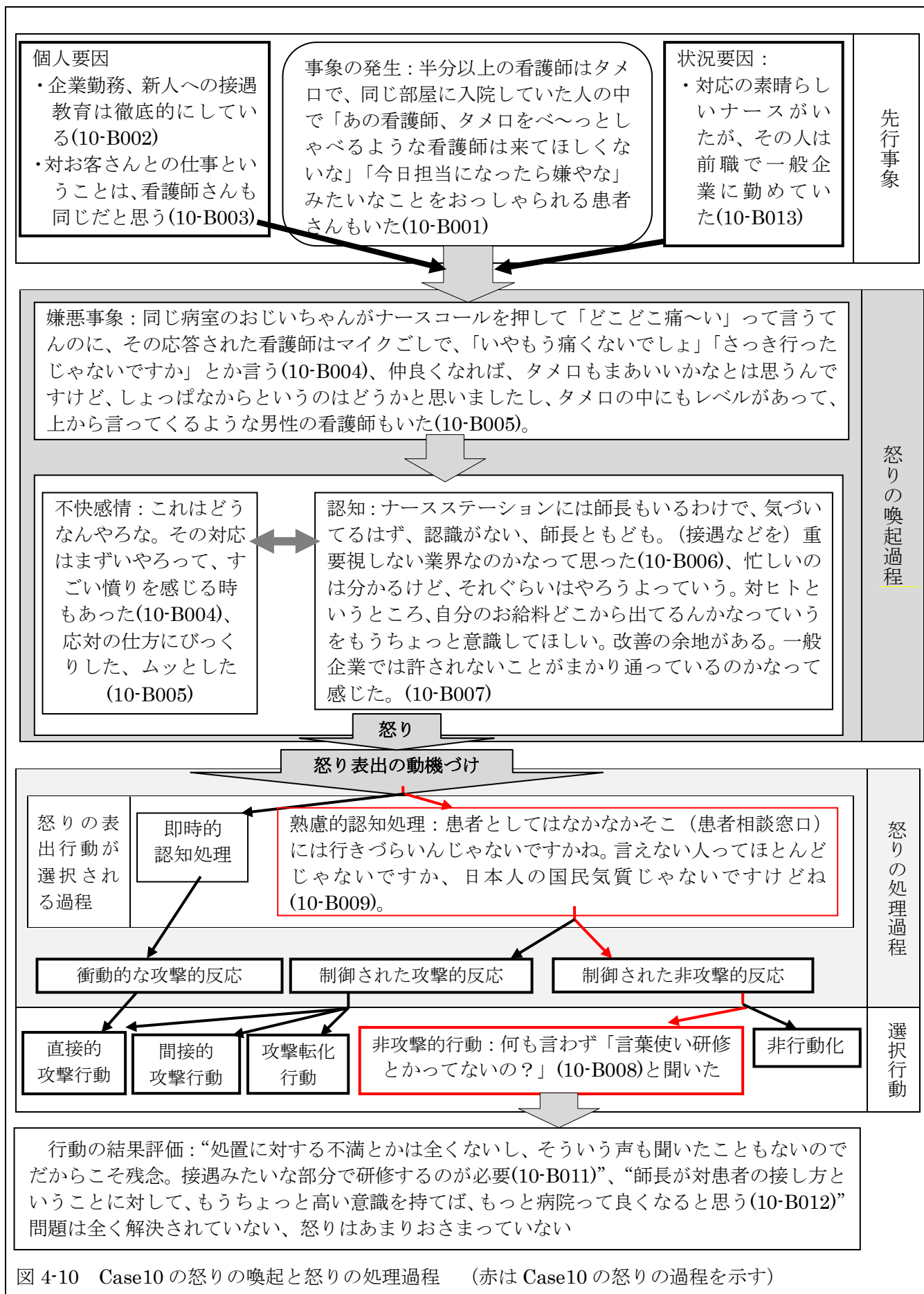


図 4-10 Case10 の怒りの喚起と怒りの処理過程 (赤は Case10 の怒りの過程を示す)

長もいるわけで、気づいてるはず、認識がない師長ともども。（接遇などを）重要視しない業界なのかなって思っちゃいました(10-B006)」、「対応の仕方にびっくりしました。忙しいのは分かるけど、それぐらいはやろうよっていう。対ヒトというところ、自分のお給料の出所をもうちょっと意識してほしい。改善の余地がある。一般企業では許されないことがまかり通っているのかな(10-B007)」と認知し、怒りが喚起された。この過程には「企業に勤めていて、新人への接遇教育は徹底的にしている(10-B002)」、「対お客さんとの仕事ということは、看護師さんも同じだと思う(10-B003)」、「対応の素晴らしいナースがいたが、その人は前職で一般企業に勤めていた(10-B013)」などの価値観や経験などの個人要因が影響していた。

【怒りの処理過程】

患者としてはなかなかそこ（患者相談窓口）には行きづらいんじゃないですかね。言えない人ってほとんど、日本人の国民気質じゃないですけどね（10-B009）と、不快な体験については行動化されなかった。

【選択行動とその結果】

怒りを感じた体験については、看護師や看護師長に告げることはせず、「言葉使い研修とかってないの？」（10-B008）と看護師に聞くという形で処理された。その結果現状は改善していない。

【看護師の反応】

看護師がタメ口で会話することや高圧的な言い方をする事に対して、患者が不快な思いをしていることに気づいていない(10-B014)と感じていた。一方で、「ナースステーションで看護師さんが対応されるんですけど、そこには師長もいるわけで、気づいてるはずですが、認識がないんじゃないですか、師長ともども。（接遇などを）重要視しない業界なのかなって思った(10-B006)」。

(4) 仮説モデルとの比較（パターンマッチング：Pattern Matching）

Case10では、入院した病棟の看護師の患者へのタメ口が常態化しており、看護師に一般的なマナーが身につけていないと感じる先行事象があった。ある時、同室の高齢者がナースコールを押し「痛い」と言っているのに対し、「いやもう痛くないでしょ」「さっき行ったじゃないですか」と言う看護師のマイクごしの対応を目の当たりにするという嫌悪事象を体験した。嫌悪事象と認知する過程には、企業の営業担当であること、新人教育にも携わっていること等の個人要因が影響していた。

そして嫌悪事象と認知された事象に対し、ナースステーションで対応しているから師長も知っているのに注意しない、人に対する対応を重視しない、一般企業では許されないなど、人の尊厳を軽視していること、故意ではないが一般常識の欠如や配慮のない看護師に責任があるという認知と、この時発生した不快感情が影響し怒りが喚起された。

しかし喚起された怒りは、怒りの処理過程で、患者としては言いづらい日本人気質があるなど表出した後の対象との関係などの考慮という熟慮的認知処理がされ、看護師に「言葉使い研修とかってないの？」とさりげなく聞くという形で処理された。その結果、問題は解決されておらず怒りもおさまっていない。

3. ケース間分析

前項では各ケーススタディから得られた結果について、文献検討によりあらかじめ作成した怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデルへの一般化を行った。ここでは、複数のケーススタディの結果について仮説モデルへの一般化を目指しモデルを精練させる。この時、怒りの理由、責任帰属、怒りの処理過程における認知処理の特徴と選択行動の関係、希望する対応について、作成したコードを統合し抽象度をあげたサブカテゴリとカテゴリを用いて検討する。

Case1～10のうちCase2と9を除く8ケースの怒りの過程を図4-11に、ケース間分析の概要を表4-29①②に示す。

9ケースのうちCase2は、作業中の受傷により精神的に不安定になっていることを看護師に伝えたが、うまく伝わらず満足いく対応が受けられなかった。しかし、その事象の発生に対して看護師に責任があると評価されなかったため、看護師に対する怒りは喚起されなかった。またCase5では、体験時は怒りを感じていなかったが、後日体験を回想して怒りが喚起された点で他のケースと異なっていた。しかし、怒りの喚起過程における認知処理を経て表出が動機づけられた怒りが、怒りの処理過程で熟慮的認知処理され行動が選択される過程はCase2を除く8ケースに共通していた。また、個別のケース分析の結果で示したように、8ケースの怒りの過程はいずれも仮説モデルで説明可能であった。

怒りが喚起されなかったCase2を除く8ケースの過程を見ると、各ケースの怒りの主な原因は、表4-29①②に示すようにCase1、3、4、8、10は尊厳の軽視、Case6は生命に関わる被害、Case5は経済的な損失、Case7は言動の軽視と、いずれも故意ではないものの看護師の配慮や対応により回避可能な事態であったと認知されていた。言い換えると、事象の発生には、看護師がなんらかの責任を負っていたと認知されていた。

喚起された怒りは、表出が動機づけられるが、直ちに攻撃的な行動に結びついたケースはなかった。いずれのケースも怒りを感じたことや表出することの妥当性、怒りを表出した後の結果の予測（自分自身にとっての利害）、相手の看護師とのこれまでの関係性や表出後の関係性、事象発生時やその後の看護師の対応などについて考慮する熟慮的認知処理がされていた。

Case1では、体験時の怒りが大きく、看護師の配慮不足により嫌悪事象が発生しているという認知により怒りの表出が動機づけられた。そして、その処理過程において怒りを表出し速やかに看護師の行為を中断させることが自分にとって有益であると熟慮的認知処理された結果、攻撃的反応として言語による直接的攻撃行動が選択された。また、体験時に怒りよりもとまどいを感じていたCase7では、病院内での禁煙の取り組みは社会的な常識であり、喫煙の中止を申し入れるのが当然であると認知処理され、制御された非攻撃的反応として繰り返し喫煙を注意するように申し入れるという非攻撃的行動が選択された。怒りを感じるのは正当であるが、伝えても事態の改善の見込みがないと予測されたCase5、6、7、10では、制御された非攻撃的反応として真意を伝えず遠まわしに言うという非攻撃的行動が選択された。Case3、4、8では、怒りの処理過程において、“今後のことを考えると表出しても不利になる”など、怒りの表出が自分自身にとって不利益になると結果が予測された場合は、制御された非攻撃的反応として、当事者や関係者には何も言わないという非

行動化が選択された。しかし、受けた被害が大きく怒りがおさまらなかった Case3、4 は、明らかに事態の発生には看護師に責任があったこともあり、後日知人や家族に話すという攻撃転化行動が選択された。また、Case4 では怒りの対象となった看護師個人に対してもともと持っていたネガティブな感情、Case5 では医療関連の企業に勤務していることやすぐに怒を感じない性格という個人の特性、Case8 では父親・恩師が入院した時の看護師の対応への不満・不信感、Case10 では企業で営業を担当しており接遇について社会一般的な価値観をもっているなど、ケースの個人要因が怒りの過程に影響していた。

以上のように、受けた被害の内容や選択された行動、Case5 で認知の再評価がされたことなどに違いが見られたが、怒りの喚起過程における認知処理を経て表出が動機づけられた怒りが、怒りの処理過程で熟慮的認知処理され行動が選択される過程は 8 ケースに共通していた。

しかし今回の調査では、即時的認知処理から衝動的な攻撃的反応を経て直接的攻撃行動が選択されるケースと、熟慮的認知処理から制御された攻撃的反応を経て間接的攻撃行動が選択されたケースはなかった。

4. 怒りの過程における認知の特徴

1) 怒り喚起過程における認知

表 4-29①②に示すとおり、嫌悪事象は、Case1、3 は羞恥心に配慮されなかった体験、Case4、5、6 は気持ちや状況を配慮されなかった体験、Case7、8 は意思が尊重されなかった体験、Case10 は人としての尊厳が尊重されなかった体験であった。この嫌悪事象の体験時に、経済的な損失、身体への危険のおそれ、自尊心の損傷や言動の軽視などの尊厳の軽視を被害と認知し、その被害の程度を評価するとともに、その事象について看護師の意図性、看護師が何らかの対応をすることで回避できたか否かという看護師（加害者）の責任の有無や程度に対する評価を行っていた。いずれのケースも、嫌悪事象は、看護師の配慮不足や説明不足、社会人としてのマナーの不足により発生した事態であり、看護師が注意すれば回避できたと認知され、怒りが喚起されていた。また体験時に怒を感じていなかった Case5 では、起こった事態を再評価したあとで怒りが喚起されていた。

喚起された怒りは表出しようとするが、一般的に怒りの表出は抑制される傾向にある。今回の調査結果でも、すぐに言語や行動で表出されたケースはなかった。

2) 怒りの処理過程における認知

喚起された怒りは、次に怒りを表出してもいいかを判断する処理過程に移行する。そこで、怒りを表出しても社会的・一般的に許されるのか（怒り表出の正当性評価）、表出後に怒りを表出した対象者と気まづくならないか（対象との関係性）、表出した後治療や看護を受けるうえで自分自身に不利益を被らないか（表出後の結果予測：自身の不利益）、表出して事態が改善するか（表出後の結果予測：表出の効果）、事象の発生時や後の看護師の対応などの評価（熟慮的認知処理）がなされ、行動に移すかどうか、どのような行動を選択す

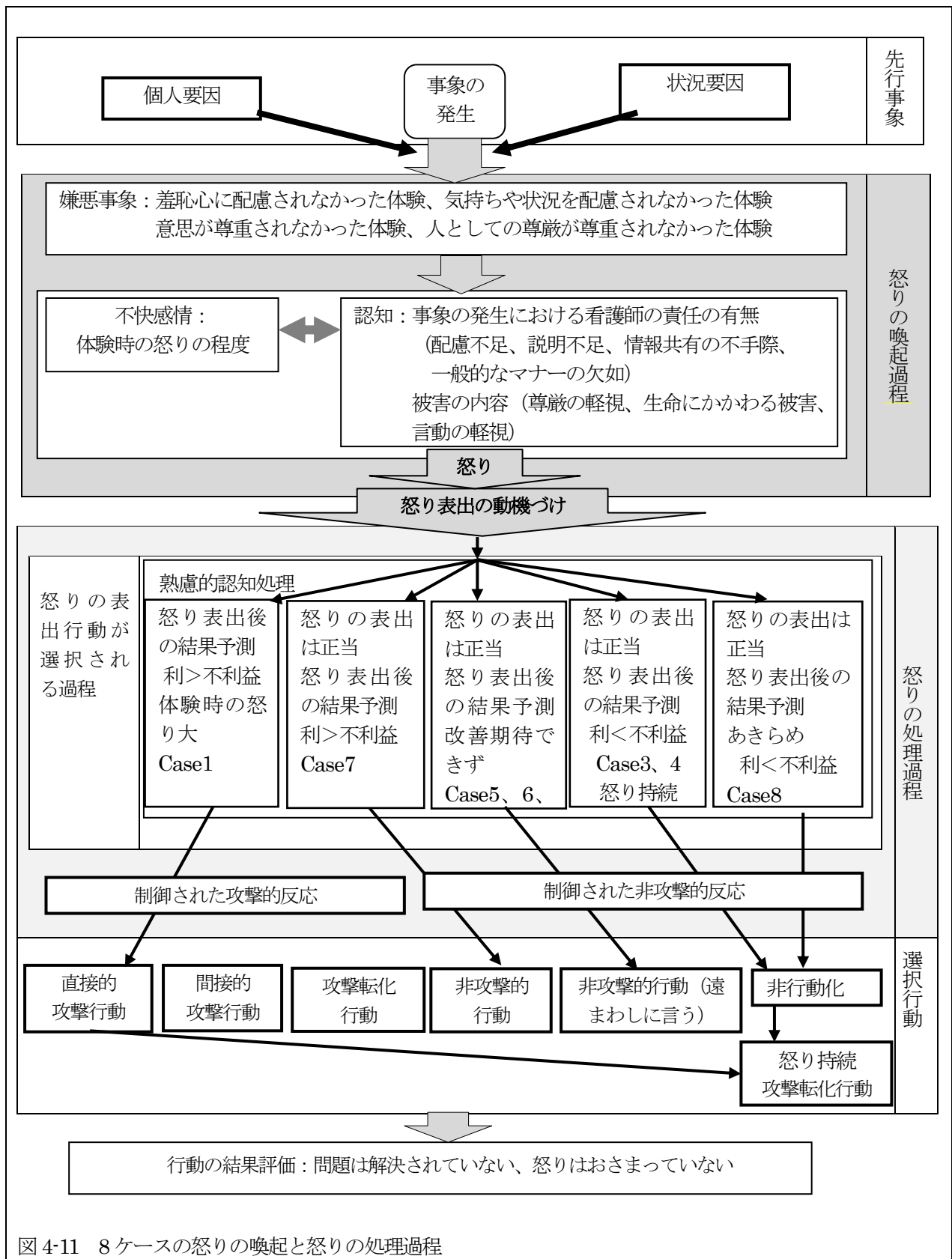


図 4-11 8 ケースの怒りの喚起と怒りの処理過程

表 4-29① 面接調査参加者の怒り体験の概要とケース間分析 1

注 1) 表中の B は研究参加者の語りの要約、C は要約から抽出したコードを示す

Case	1	3	4	5
きっかけとなった事象	男性看護師による手術後のバイタル測定	C-19:尿管にカテーテルを入れる手術を受ける際、生理中のため男性医師に血液の付いたナプキンを見られるのが気になる」と看護師に伝えていて、看護師も対応すると言ってくれていた。	C-20:消灯前におなかのガーゼを換えてもらおうとナースコールを押したら、ナースステーションまで来るように言われた。歩くと液が大量に出る状態だったので、ナースステーションまで歩いて行くと、パジャマも下着も濡れてしまった。	C-21:大腸ポリペク後の入院で個室を希望したら、脳神経外科の個室だった。
関連要因	C-1:男性看護師の存在や術後バイタル測定の頻度についての情報不足 C-8:同じ男性看護師との間であった不快な体験 C-14:病院の好意的な対応 C-2:すぐに怒りをあらわさない性格	C-3:医師でも男性に経血を見られるのは嫌 C-9:過去の入院時に体験した期待に反する看護師の言動 C-13:不安を招く医療者の言動 C-11:今回入院中に体験した期待に沿わない看護師の行動に関するエピソード	C-6:Z看護師に対する好意的でない感情 C-18:他の看護師との事前の調整 C-16:病棟に対する印象 C-7:Z看護師との間であった他の不快な体験	C-2:すぐに怒りをあらわさない性格 C-11:今回入院中に体験した期待に沿わない看護師の行動に関するエピソード
嫌悪事象	羞恥心に配慮されなかった体験:若い男性看護師にバイタルチェックをされ、恥ずかしい思いをした(C-26)	羞恥心に配慮されなかった体験:術前からからの要望が聞き入れられず、下着を脱がされた(C-27)	気持ちや状況を配慮されなかった体験:状況や気持ちを察しない心ない言葉を看護師から言われた(C-28)	気持ちや状況を配慮されなかった体験:環境の悪い個室で眠れなかった(C-29)
認知	C-34:バイタルチェックの必要性や担当看護師についての説明不足 ⇒説明不足 C-35:羞恥心に対する配慮不足 ⇒尊厳の軽視	C-35:羞恥心に対する配慮不足 ⇒尊厳の軽視 C-39:看護師間で伝わっていない情報 ⇒情報共有の不手際	C-38:状況や気持ちを察しない看護師の言動 ⇒尊厳の軽視	C-36:説明不足、対価に見合わない ⇒経済的な損失 ⇒説明不足
感情	「怒り 100%」、怒り、恐怖、ゆううつ、悲しみ、いらだち、とまどい	怒り、恐怖、ゆううつ、悲しみ、いらだち、とまどい、	怒り、悲しみ、いらだち、とまどい、	なんでこんな部屋かと思った、しかたないか、あきらめ (05-B009)
認知処理	不快体験に対する看護師の気づきのなさ:不快な思いをしているのを看護師は気づいていない(C-52)、その後の確認もない(C-54)	怒りの正当性:情報は伝わるべき(C-46) 言わない理由:被る不利益の予測:言うことで不利益を被る(C-49) 不快体験に対する看護師の気づきのなさ:不快な思いをしているのを看護師は気づいていない(C-52)、不安を和らげてもらえるという感じがしない(C-53)、その後の確認もない(C-54)	言わない理由:被る不利益の予測:言うことで不利益を被る(C-49)	言わない理由:あきらめ:言っても現状は変わらない(C-50)
選択行動	直接的攻撃行動 攻撃転化行動	非行動化:何も言わない 攻撃転化行動:他者に話して気持ちを落ち着かせる	非行動化:何も言わない 攻撃転化行動:他者に話して気持ちを落ち着かせる	非攻撃的行動:真意を伝えず遠回しに言う
看護師に希望する対応	事前の説明や羞恥心への配慮 ⇒嫌悪事象の発生予防 直接的攻撃行動をとった真意の確認 ⇒怒りの表出行動として非攻撃的行動へと促す対応	術前に依頼した対応の遂行 ⇒嫌悪事象の発生予防 依頼が遂行できなかったことに看護師に責任があったことを看護師自らが認め、それを伝える ⇒非攻撃的反応へと促す対応	部屋でのガーゼ交換や衣服が汚染したことについて心情を配慮した言葉がけ ⇒嫌悪事象の発生予防 衣服が汚染される事態を招いたことに看護師に責任があったことを看護師自らが認め、それを伝える ⇒非攻撃的反応へと促す対応	普通の個室、事前の説明 ⇒嫌悪事象の発生予防 遠回しに言った言葉の真意の確認 ⇒怒りの表出行動として非攻撃的行動へと促す対応

表 4-29② 面接調査参加者の怒り体験の概要とケース間分析

注 1) 表中の B は研究参加者の語りの要約、C は要約から抽出したコードを示す

Case	6	7	8	10
きっかけとなった事象	C-22: 腸の炎症で入院し、絶食だった。	C-23: 入院したとなりの部屋が面談室で、そこで入院患者が喫煙したり話したりしていてやかましかった。看護師に禁煙を忠告されたらどうかと言った	C-24: 腹痛のため上司に付き添われて救急車で病院へ行った。	C-25: 入院した病棟の看護師の半分以上がタメ口で話していた。
関連要因	C-11: 今回入院中に体験した期待に沿わない看護師の行動に関するエピソード	C-11: 今回入院中に体験した期待に沿わない看護師の行動に関するエピソード C-15: 看護師のケアに対する好意的な体験 C-17: 病院に対する好意的でない印象	C-4: 相手の立場に立って、立って考えるのが看護師という考え C-10: 近親者の入院時に感じた病院や看護師に対する不信感 C-12: 人の尊厳を軽視する看護師の言動 C-11: 今回入院中に体験した期待に沿わない看護師の行動に関するエピソード	C-5: 看護師の対応も企業の接遇と同じという考え
嫌悪事象	気持ちや状況を配慮されなかった体験: 看護師から何度も食事がすんだか聞かれた(C-30)	意思が尊重されなかった体験: 申し入れに看護師が対応しなかった: 暖簾に腕押し(C-31)	意思が尊重されなかった体験: 確認されずに個人情報に他人に話された(C-32)	人としての尊厳が尊重されなかった体験: 同室の高齢者への不快な対応や男性看護師から高圧的な対応をされた(C-33)
認知	C-37: 看護師のマニュアル的な対応で生命に関わる被害に結びつきかねない ⇒ 生命に関わる被害 C-39: 看護師間で伝わっていない情報 ⇒ 情報共有の不手際	C-40: 申し入れに対して言葉を濁す誠意のない対応 ⇒ 言動の軽視	C-35: 羞恥心に対する配慮不足 C-41: 確認されずに他人に話された個人関わる情報 ⇒ 尊厳の軽視	C-42: 一般企業では許されない看護師の対応⇒ 尊厳の軽視
感情	かへってなったりもする (06-B006)	困ったことやな〜という気持ちがつのる (07-B011)	後から思ったらなんか恥ずかしいし、嫌だな〜という思い (08-B009)	怒り、いらだち、とまどい
認知処理	<u>言わない理由: あきらめ: 言っても現状は変わらない(C-50)</u> <u>不快体験に対する看護師の気づきのなさ: 不快な思いをしているのを看護師は気づいていない(C-52)</u>	<u>怒りの正当性: 病院は禁煙を推進して当然(C-47)</u>	<u>言わない理由: 被る不利益の予測: 言うことで不利益を被る(C-49)</u> <u>言わない理由: あきらめ: 投書箱を利用する余裕もない(C-51)</u>	<u>怒りの正当性: 医療でも接遇は必要(C-48)</u> <u>言わない理由: あきらめ: 言っても現状は変わらない(C-50)</u> <u>不快体験に対する看護師の気づきのなさ: 不快な思いをしているのを看護師は気づいていない(C-52)</u>
選択行動	非行動化	非攻撃的行動: 要求の言語化	非行動化: 何も言わない	非攻撃的行動: 真意を伝えず遠回しに言う
看護師に希望する対応	マニュアル的ではない個々の患者の状態にあった言葉かけ ⇒嫌悪事象の発生予防 遠回しに言った言葉の真意の確認 ⇒怒りの表出行動として非攻撃的行動へと促す対応	病院としての具体的な禁煙対策の実施 ⇒嫌悪事象の発生予防	付き添い者との関係の確認 ⇒嫌悪事象の発生予防	社会人としての言動の適切さを指摘しあう風土づくり ⇒嫌悪事象の発生予防 遠回しに言った言葉の真意の確認 ⇒怒りの表出行動として非攻撃的行動へと促す対応

るか判断されていた。

直接対象に表出し被害を早急に排除することが自身にとって有益と認知処理された Case1 では、体験時の怒りが強かったこともあり制御された攻撃的反応、直接的攻撃行動が選択された。しかし怒りはおさまらなかつたため、その後友人・家族に話してうっぷんを晴らすという攻撃転化行動が選択された。怒りを感じるのは正当であるが、表出することで自分自身に不利益であると判断された Case3、4 は、一旦制御された非攻撃的反応として非行動化が選択された。しかし怒りがおさまらなかつたため、その後制御された攻撃的反応として友人・家族に話してうっぷんを晴らすという攻撃転化行動が選択された。怒りを感じるのは正当であり、同室者も被害を受けていたため、表出して事態を改善することが社会的・一般的に妥当と判断された Case7 は、個人的な被害ではないこともあり、制御された非攻撃的反応、非攻撃的行動として申し入れをするという行為が選択された。一方、怒りを表出しても事態の改善が見込めないと判断された Case5、6、10 では、制御された非攻撃的反応、非攻撃的行動として遠回しにそれとなく言う（または聞く）という形で、体験した嫌悪事象について婉曲的に表現するという行動が選択された。表出しても事態の改善は期待できず、かつ表出することで不利益を被ると判断された Case8 は、制御された非攻撃的反応として非行動化が選択された。ただいずれのケースも、行動を選択した後、問題が完全に解決した、あるいは怒りが全くなくなったという者はなかつた。

5. 患者が望む看護師の対応

1) 各ケースが望む看護師の対応

看護師に対する怒りを感じた 8 つのケースについて、看護師がどのような対応をしたのか、各ケースはどのような対応を望んでいたのか検討する。

① Case 1

Case1 では、「男性看護師がいることを知らなかつた(01-B005)」、「手術の後に何度もバイタルチェックがあるとは知らなかつた(01-B006)」こともあり、男性看護師によるバイタル測定に対する羞恥心や術後なのでそっとしておいてほしいなどの感情を抱き、バイタル測定の中断を目的として言語的な直接的攻撃行動がとられた。行動の結果としてバイタル測定は中断したため、その時点の嫌悪事象は回避された。しかし、Case1 が「手術直後で下着はつけていない。若い男性看護師に胸の音を聞かれるのは恥ずかしいし嫌、女性看護師もいるのになぜ男性看護師がくるのか？嫌な思いをするのは普通考えたらわかる(01-B009)」と、若い女性の羞恥心に対する配慮がないことに怒りを感じたことに、「相手の看護師は気づいておらず(01-B022)」、「出来事や自分の気持ちを確認されることはなかつた(01-B023)」。さらに「来ないことで逆に来なくてもいいんだ（術後のバイタル測定は必要ないんだ）(01-B025)」と不信感を持った。

以上のことから、Case1 は看護師に対して男性看護師が術後の担当になることや術後のバイタル測定の頻度などに関する説明、羞恥心に対する配慮、言語的攻撃行動をとった理由や思いの確認などの対応を望んでいた。さらに、バイタル測定の中断やその後女性看護師が対応した理由について説明があつたり、担当を変更したことが妥当であつたか確認す

るというような働きかけがあれば、看護師の対応に不信感を持つことはなかったととらえられた。

② Case3

Case3 では、術前に看護師に月経中であることを伝え何度も手術中の対応を依頼していた。看護師から問題ないと言われ安心していても関わらず、希望する対応が受けられなかった。この事象の体験について Case3 は、「看護師さんも手術室の人も病棟で入れ替わり立ち替わり来る人にそれ（経血を男性医師に見られること）が気になりますってあんだけ言ったのに、それは問題ないですよって言ったのに、あれだけ言ったことがなんで伝わってへんの？(03-B007)」、「手術室の看護師は私が嫌と思っていることすらも感じてない(03-B020)」、「私がここまでへこんでいることを（看護師は）一切分かってへん(03-B010)」、「その後もなにもない、何もなかったかのよう(03-B021)」と感じていた。

以上のことから、Case3 は看護師に対して、術前に依頼した対応の遂行、依頼が遂行できなかったことに対する謝罪などの対応を望んでいた。

③ Case4

Case4 では、看護師からガーゼ交換のためナースステーションまで来るように言われ、歩くと排液がたくさん出るのにといいながら行った。予想通り排液が急に出て下着やパジャマを濡らしてしまった。これを見た看護師からもっと早く言ってくれたらよいのと言われた。これに対して、「わかっていたら早く言う、歩いたから出たのに、そういう言い方はない(04-B009)」、「あなた（部屋まで）来てくれたらよかったのにといいながらムツとした(04-B010)」。看護師は Case4 の不快を察したのか、「看護師に、だって洗濯大変でしょって、こんなに濡れたらあなたも洗濯大変じゃないと言われた(04-B017)」。一連の看護師の対応に対し、「歩かせたからとか、ごめんなさいねこんな状況やのに歩いて来てもらったんやねとか、そういう言い方をしてくれたら別に何もわだかまりはなかったのに、心配りの言葉がない(04-B012)」と感じた。しかしこの時、「早く終わらせたいし、あんまりいいかげんにされてしまうと困るから、『すみません、気をつけます』って言う方がささっとかえれてさささと気持ちよく眠れるかなって思うから、すぐに『すみません』と言った(04-B014)」。この言動について、「逆にその人を怒らせてしまって、その人がカッとなってしまったりすると、その処置の方に、作業の方に影響出たら嫌。自分守るためですね(04-B015)」、「その看護師は私ぐらいの年だけど役職についてないことを逆に納得して、評価の低い方の言動に怒るほうが自分にとって損、腹立てたりすると。だから、師長さんに言うのはやめようと思った(04-B013)」、「多分指摘しても変わらない、言うことでもないかなと変に大人になってしまった(04-B018)」と話した。

以上のことから Case4 は看護師に対して、いつもどおり部屋でガーゼ交換を行うことあるいはガーゼ交換を行う場所について患者の意見を確認することや衣服が汚染したことについて心情に配慮した言葉をかける、患者が感じている不快感の表出を促す、不快感を安心して表出できる環境などの対応を望んでいた。

④ Case5

Case5 では、個室料金を払って個室に入室した。そこで、「隣の入院患者の様子が聞こえてきた(05-B005)」、「エレベーター近くの通路に面した部屋で、一晩中物音がして、たまたま耳栓を持って行ってたんで耳栓して寝てたんですけど眠れなかった(05-B006)」という

体験をした。この時怒りは感じていないが、後日回想し「最初の説明が足りない、あの部屋 13500 円は高いです(05-B018)」と感じていた。この体験について、Case5 は 1 年後の検査時に看護師に、「前まずかったから普通の部屋でいいです」(05-B012)と言ったが、不快な体験の内容について伝えなかった。このため、納得のいかなさ、腑に落ちなさが継続している。

このことから看護師に対して、療養環境の整った個室への入室もしくは入室する個室についての説明、説明があつたうえで部屋が選択できるような対応、「この部屋うるさいですね」と言った時や 1 年後の検査時に Case5 が表出した言葉の意味を確認するなどの対応を望んでいた。

⑤ Case6

Case6 では、「腸炎で入院し 5 日間の絶食治療中、3 人の看護師から食事は済みましたかと聞かれるという体験をした(06-B001)」。

Case6 は「看護師に『絶食中』と伝えたが、看護師は『あ～そうでした、そうでした』みたいに言う人、先に『ああ絶食中でしたね』と言う人もいた。この看護師の反応に対して、照れ笑いで終わっているような感じで、流されてしまった、自分の気持ちを分かってない(06-B005)」と感じた。しかし、何度も聞かれることに対する不安や不快感は伝えていない。

このことから、マニュアル的ではない個々の患者の状態にあつた言葉かけや「絶食中」と言った Case6 の真意を汲み取るなどの対応を望んでいた。

⑥ Case7

Case7 では、入院中に隣の面談室で入院患者が喫煙をしていたので、それを注意するよう看護師に言った。それに対して、「言うてるんですけどもねと言葉を濁したり、以前からですよとどうにもならない、暖簾に腕押しとはこのこと (07-B013)」、「忠告するんかな～と思うとしない、看護師は分かてるけどよう手だてを講じなかった(07-B008)」と感じた。

この体験では、具体的な禁煙対策がとられる、あるいは現状行っている対策や禁煙が遵守されない事情を説明する、取り組んでいる対応策について患者の意見を聞くなどの対応を望んでいた。

⑦ Case8

Case8 では、急性腹症で救急搬入された際に、「上司を家族と思ったのか、確認もないまま、自分には何の説明もないまま検査は行われ、脱がされた服もその男の上司に渡された(08-B005)」、「検査結果から今後何をするとか言うのを全部この上司に話して、私は全く聞いていない (08-B006)」という体験した。これに対し、「服脱がす時にも失礼しますとか言っていて普通するじゃないですか、一言でいいから声かけてほしかった (08-B009)」と感じた。しかし、看護師には自身の不快な体験は伝えていない。

この体験では、搬入時に付き添い者に病状説明をしていいか患者自身に確認するという対応を望んでいた。

⑧ Case10

Case10 では、「同室のおじいちゃんがナースコールで『痛い』と言うのに対し、看護師はマイクごしで、『いやもう痛くないでしょ』『さっき行ったじゃないですか』と対応しているのを聞いて、これはどうなんやろ、その対応はまずいやろ (10-B004)」と感じた。さ

らに「ナースステーションでの看護師の対応なので、師長も気づいてるはず、師長ともども認識がない (10-B006)」と感じた。この体験については看護師や看護師長に告げることはせず、「言葉遣い研修とかってないの? (10-B008)」と看護師に聞くにとどまった。この時看護師はそういう研修はないと対応するのみで、Case10の真意は伝わらなかった。

以上のことから、社会人のマナーとしての言葉使い、看護師あるいは看護師長がお互いに患者への対応に問題がないか注意しあう風土を作ることや「言葉使い研修とかってないの?」と言った Case10の真意を確認するなどの対応を望んでいた。

2) 面接調査参加者が望む看護師の対応

前述のように、各面接調査参加者が看護師に望む対応は以下の通りであった。

Case1 ; 事前に説明する、羞恥心へ配慮する、ケースがとった直接的攻撃行動の真意について確認する、看護師が対応や担当を変更した理由について説明する、対応や担当の変更が妥当であったか確認する。

Case3; 術前に依頼した対応を遂行する、依頼が遂行できなかったことに対して謝罪する。

Case4 ではガーゼ交換をする場所について患者に確認する、患者の排液の量や排出状況へ配慮する、発生した事象について患者の気持ちに配慮した言動をとる、患者が感じている不快感の表出を促す、衣服が汚染される事態を招いたことに看護師に責任があったことを看護師自らが認め謝罪する。

Case5 では事前に説明する、情報を提供し患者が選択できるよう促す、ケースが遠回しに言った言葉の真意を確認する。

Case6 では個々の患者の状態にあった言葉かけや患者の言動の真意を確認する。

Case7 では具体的な要望に対する対策（禁煙対策）がとられる、現状行っている対策や対策がうまくいかない事情を説明する、取り組んでいる対応策について患者の意見を聞くなどの対応を望んでいたことがわかる。

Case8 では付き添い者との関係の確認、第3者への情報提供の可否を患者に確認する。

Case10 では社会人としての言動の適切さ、そしてそれを指摘しあう風土づくり、遠まわしに言った言動の真意の確認であった。

第3節 患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルの作成 (Phase2)

ここでは、質問紙調査の結果と面接調査の結果をふまえ、研究方法の項で示した患者の看護師に対する怒りの喚起と怒りの処理過程に関するモデルの作成プロセスに沿って結果を示す。

1. 患者の看護師に対する怒りの特徴（質問紙調査結果）

質問紙調査の結果から、患者の看護師に対する怒りの特徴として以下のことが分かった。怒り体験の多くは、治療に関係する処置を受けていた場面や看護師に対応を頼んでいた場面で発生していた。その時に体験した嫌悪事象（例：点滴時に静脈をさがし、針を挿入する技術が悪い、手術後、歯を磨いてほしいと頼んだら「今何時だと思っているの、早く寝てください」と言われた、頭痛の薬がすぐにもらえなかった、夜にトイレに連れて行って頼んだが「夜は忙しいのでダメここですて」と言われたなど）に対し、雑な対応や扱いを受けた、よけいな痛みや不快を味わった、要求に応じてもらえなかったと認知していた。さらに看護師の気づきの無さや怒り以外に体験時のゆううつ、いらだち、とまどいなどの様々な感情が影響し、怒りが喚起されていた。このとき患者は、看護師は気づいていなかったと認知した場合、怒りを強く感じる傾向があった。

また、体験時には怒りを感じなかったという者もいたこと、体験時の身体的な変化について自覚したと回答した者は全体の半数程度であったことなどが分かった。

喚起された怒りは、直接的攻撃行動、間接的攻撃行動、攻撃転化行動、非攻撃的行動として医療従事者や知人・家族に表出された者もいたが、半数以上の者は怒りの体験を表出しない非行動化（がまんしていつもと変わらない行動をとった）を選択していた。一方で、体験時にとても強い怒りを感じた者は、怒りの表出として直接的攻撃行動をとる者が多いという傾向が見られた。

怒り体験の結果としては、選択された行動とは関係なく、問題が解決したと回答した者は怒りも終息したと回答している傾向にあった。

2. 患者の看護師に対する怒りの特徴と看護師の関わりの特徴（面接調査結果）

1) 患者の看護師に対する怒りの特徴

面接調査の結果から、怒りを体験した状況は様々であったが、各ケースとも体験時に受けた被害の内容と程度を評価するとともに、その事象についての看護師の意図、看護師が何らかの対応をすることで回避できたか否かという看護師の責任の有無や程度について評価していたことがわかった。いずれのケースも、嫌悪事象は、看護師の配慮不足や説明不足、社会人としてのマナーの不足により発生した事態であり、看護師が注意すれば回避できたと認知され、怒りが喚起されていた。しかし喚起された怒りが、直ちに行動に結びついた者はいなかった。ケースはそれぞれ、怒りを感じたことや怒りを表出しても社会的・

一般的に許されるのかという“怒り表出の正当性評価”、表出後に怒りを表出した対象者と気まづくならないかという“対象との関係性に関する評価”、表出した後治療や看護を受けるうえで自身に不利益を被らないかという“表出後の結果予測：自身の不利益”、表出して事態が改善するかという“表出後の結果予測：表出の効果”、そして事象の発生時や後の看護師の対応の有無や内容などを考慮し、行動に移すかどうか、どのような行動をとるのか選択していた。

怒りを直接当事者に表出し被害を早急に排除することが自分自身にとって有益と認知処理された Case1 は、怒りが強かったこともあり直接的攻撃行動が選択された。しかし、それでは怒りがおさまらなかつたため、その後攻撃転化行動が選択された。怒りを表出することで自身に不利益と判断された Case3、4 は一旦非行動化が選択されたが、怒りがおさまらなかつた。このためその後攻撃転化行動が選択された。怒りを表出し事態を改善することが社会的・一般的に妥当と判断された Case7 は、個人的な被害ではないこともあり、非攻撃的行動として事態の改善を申し入れるという行為が選択された。一方、怒りを表出しても事態の改善が見込めないと判断された Case5、6、10 は、非攻撃的行動として遠回しにそれとなく言う（または聞く）という形で、婉曲的に表現するという行動が選択された。表出しても事態の改善は期待できず、かつ表出することで不利益を被ると判断された Case8 は、制御された非攻撃的反応として非行動化が選択された。

2) 患者の怒りに対する看護師の関わりの特徴

患者が怒りを感じた体験をした時の看護師の関わりとしては以下の特徴がみられた。

嫌悪事象の発生に特定の看護師が直接関わった Case1、4 の場合、看護師は嫌悪事象の発生について気づいていたもののケースの感情や体験について確認しなかつた。また、術前からの依頼を看護師が遂行しなかつたことから嫌悪事象が発生した Case3 の場合は、事象発生時もその後も看護師からなんのアプローチもなかつたため怒りが増幅していた。怒り体験について婉曲的に表現された Case5、6、10 については、看護師はケースの表出された言動について対応しているものの、その言動の真意については確認していなかつた。Case7 の場合は、禁煙対策を講じてほしいという申し入れに対して看護師は対応していたが、対策が講じられることはなかつた。Case8 の場合は、患者の同意を得ずに付き添い者に検査結果などを伝えたことについて、ケースが怒りを感じたことそのものに看護師は気づいていなかつた。

このように、いずれもケースが感じた怒り体験について、看護師が気づいていない、または気づいていても対応しない、あるいは怒りや言動の意味を確認しないという看護師の対応の特徴がみられた。

3. 質問紙調査の結果と面接調査の結果の統合

1) 質問紙調査から得られた結果の面接調査結果への適応性の検討

まず、質問紙調査の結果から得られた怒りの特徴が、面接調査で得られた個々の体験や

共通する体験の過程の中で説明がつくのか検討する。

質問紙調査の結果では、怒りは“治療に関係する処置を受けていた”場面や“看護師に対応を頼んでいた”場面で、“雑な対応や扱いを受けた”、“よけいな痛みや不快を味わった”、“要求に応じてもらえなかった”と認知されたことにより喚起されていた。面接調査の結果では、怒りが喚起された場面は様々であったが、いずれのケースも自尊心の損傷や言動の軽視などの尊厳の軽視を被害と認知していた。また、体験時には怒り以外に「とまどい」「悲しみ」など様々な感情を同時に感じていたこと、体験時には怒りを感じなかった者がいたことなど、質問紙調査と面接調査の結果では同様の特徴が認められた。

質問紙調査では、体験時に怒りを感じていなかった者が、その後どのような過程を経て怒り体験と認知したのかまでは分からなかった。面接調査では体験時に怒りを感じなかったケースについては、体験を再評価することで後になって怒りを感じていたことがわかった。また、質問紙調査では看護師の気づきの無さが体験時の怒りに影響していたことが示唆されたが、面接調査ではケースが感じた怒りの体験について、いずれも看護師は気づいていない、または気づいていても対応しない、あるいは怒りや言動の意味を確認しないという看護師の対応の特徴がみられた。

喚起された怒りは、質問紙調査の結果では、半数以上の者が怒りを表出しない非行動化（がまんしていつもと変わらない行動をとった）を選択していた。面接調査の結果でも同様、怒りを表出したのは2名のみで、6名の者は医療従事者に体験した怒りについて直接伝えていなかった。この6名の中には、医療従事者に対して婉曲的に怒り体験について表出している者や当初は非行動化を選択したが怒りがおさまらず後に攻撃転化行動を選択した者がいた。このような行動選択のバリエーションは質問紙調査では想定していなかった。このため質問紙調査への参加者の行動選択にも、もっと多くのバリエーションがあった可能性は否めない。

以上のような限界はあるが、質問紙調査の結果で得られた怒りの特徴は、面接調査で得られた怒りの過程の中で説明可能である。

2) 面接調査から得られた結果の質問紙調査結果への適応性の検討

次に、面接調査で得られた怒りの喚起過程ならびに怒りの処理過程によって、質問紙調査参加者の怒り体験の過程の説明がつくのか検討する。

(1) 怒りの喚起過程

面接調査では嫌悪事象の体験から怒りの喚起に至る認知の特徴として、尊厳の軽視、言動の軽視、生命に関わる被害、経済的な損失を被害と捉え、それは看護師の情報共有の不手際や説明不足、社会人としてのマナーの不足により発生した事態であり、看護師が注意すれば回避できたと認知されていた。このとき体験した事象について、看護師の意図性、看護師が何らかの対応をすることで回避できたか否かという看護師（加害者）の責任の有無や程度に対する評価が行われていた。そして評価の結果、看護師に何らかの責任があったと認知されていた。体験時に怒りを感じなかった Case5 については、後日体験した事象について受けた被害や看護師の責任性が再評価され、怒りが喚起されていた。

質問紙調査において看護師に対する怒り体験があったと回答した 50 名のうち、怒り体験

の過程の詳細が不明であった者を除く 43 名の質問紙調査参加者の体験の概要を表 4-32-①～⑦に示す。

表 4-32 に示すように質問紙調査において、看護師に対して腹立たしさや怒りを感じた体験の多くは、治療に関係する処置を受けていた場面や看護師に対応を頼んでいた場面で発生していた。その時に体験した嫌悪事象に対し、雑な対応や扱いを受けた、よけいな痛みや不快を味わった、要求に応じてもらえなかったと認知し、さらに看護師の気づきの無さや体験時の様々な感情が影響し怒りが喚起されていた。この怒り体験について詳細に書かれた記載の内容をみると、受けた損害は、身体損傷の危機、言動の軽視、期待の裏切り、尊厳の軽視であった。またこれらの怒り体験は、看護師の技術の未熟さや対応のまずさ、業務中心の態度、配慮不足などによって発生したため、看護師に何らかの責任があったと認知されていた。また体験時には怒りを感じなかったと回答した者が 14 名 (28.0%) いたことから、体験した事象について、その時は怒りを感じていなくても、後に体験を振り返ることで怒りが喚起されたものと推察された。

以上のように、面接調査、質問紙調査いずれの結果においても、調査参加者は、受けた被害の内容と程度を評価するとともに、看護師に何らかの責任があったと認知される傾向にあった。また体験時には怒りを感じなかった者も、後で体験を想起し再評価することで怒りが喚起されたと推察された。

(2) 怒りの処理過程と行動の選択

喚起された怒りは、面接調査ではすぐに攻撃行動に結びついておらず、怒りの処理過程において熟慮的認知処理がされていた。熟慮的認知処理として、怒り表出の正当性評価、対象との関係性に関する評価、表出後の結果予測：自身の不利益、表出後の結果予測：表出の効果、そして事象の発生時やその後の看護師の反応などが加味され、行動に移すかどうか、どのような行動を選択するのか考慮されていた。

質問紙調査でも、選択行動の理由を記載していた 30 名の内容をみると(表 4-30-①～⑦)、怒りが喚起されたあと行動に移すまでの間に様々なことを考慮し認知処理されていたことが分かった。以下に選択行動別に認知処理を記述する。

直接的攻撃行動を選択した者では、No4「休めないのだから即刻対応すべき」、No5「手技が雑」、No13「いい加減にしてください。何らかの方法はないのですか！と 3 度言ったが、無視された」、No44「本当に針だったらとか、インスリン注射をする時なので危ないと思った」などのように、怒りを表しても当然であるという“怒り表出の正当性評価”に関する認知処理がされていた。攻撃転化行動を選択した No7 と No44 は、怒りを感じた相手の看護師個人の問題であり看護師や責任者に言っても仕方がないという“怒り表出の結果予測：表出の効果”に関する認知処理がされ、No42 は自身が感じた怒りの同意を得るために他者に話すという“怒り表出の正当性評価”という認知処理がされたと推測された。また、非攻撃的行動を選択した No21「責任者に伝える機会があった」、No40「やり直すと聞いて、私がえ～っと言ったら横の人たちが笑ったので悪い雰囲気ではなかった。声を出したので、腹は立たなかった」などでは、体験を伝える機会があったこと、看護師に伝えられるような関係性があったことが推察された。最後に、非行動化を選択した 20 名の理由をみると、No22「一人のために多くの看護師が同じように思われるのがいかがと思う」に代表される

表 4-30-① 質問紙調査参加者の怒り体験の概要 1 (No.2~No.9) 注：内容の詳細が不明なものは除く

Case	2	3	4	5	7	8	9
場面	採血や点滴などの治療に係る処置を受けていた	看護師に用があり対応を頼んでいた	看護師に用があり対応を頼んでいた	治療に係る処置を受けていた	看護師に用があり、対応を頼んでいた	治療に係る処置を受けていた	看護師に用があり、対応を頼んでいた
嫌悪事象	採血、点滴時に静脈をさがし、針を挿入する技術が悪い、特に新採看護師に当たりやすい 5、6 月に痛感した。	入退院についての責任者の対応 (詳細不明)	隣室の入院患者のわめき声:隣病室の患者が精神異常?をきたしている様で、間断なく夜中も叫び声をあげるのに困り、変更できないかと頼んだが、善処しますと返されたが 1 日以上放置された。	看護師からたんの吸引をしてもらった時に、不必要に乱暴に入れられ、思わず「お断り」と言ってしまった 1 人の看護師があった。他の人は優しく励ましてくれ、そんなに苦しくなかった。	手術の後、からだが動かせない時に、薬の袋からお薬を取り出して渡してもらう時、丁寧ではなく、雑な感じで、錠剤がベッドの上に落ちた。看護師はさがしてくれず、そのまま立ち去った。	点滴針を毎回刺してほしかった。2 日はどちらかを聞き、要求どおりしてくれたが、3 日目は聞かれず抜かない針にされていた。寝る時、手首に近かったので、痛く結局抜いてもらった。	心臓の手術後、歯を磨いてほしいと頼んだら「今何時だと思っているの、早く寝てください」と言われた。ICU で明かりがずっとついているため、昼も夜もわからなかった。
認知	よけいな痛みを味わった 身体損傷の危機 ⇒新人看護師で技術が未熟、技術が向上することあるいは熟練看護師が行うことで回避可能	・雑な対応や扱い ・納得できない要求、 ・要求に応じてもらえず ・言動が受け流された、 ・期待や信頼の裏切り ・プライトが傷つけられた ・ルールやマナー違反 (希望に沿わない対応) 言動軽視、期待の裏切 ⇒看護師の配慮で回避可能	要求に応じてもらえなかった (希望に沿わない対応) 言動の軽視 ⇒すぐに対応すれば回避可能、	よけいな痛みや不快を味わった 雑な対応や扱い、 プライトが傷つけられた 身体損傷の危機、尊厳の軽視 ⇒看護師が丁寧に吸引することで痛みは回避可能。痛みから即座に逃れる必要性あり	よけいな不快感を味わった 雑な対応や扱いを受けた 尊厳の軽視、期待の裏切 ⇒看護師が、丁寧に薬を渡すことで回避可能、	点滴の針を選ばせてくれなかった ・入社間もない新人 ・技術の未熟さ 身体損傷の危機、尊厳の軽視 ⇒看護師が患者の希望を聞き毎回刺す針を選択すれば回避可能、痛みという苦痛	雑な対応や扱いを受けた ・希望に沿わない対応 尊厳の軽視 ⇒看護師が、患者の要望を聞くか、患者の置かれている状況を配慮することで回避可能、
感情	ゆううつ	・怒り、いらだち、 ・イライラした	怒り	感情：怒り、 声が大きくなった。痛みが強かった	感情：怒り、悲しみ、いらだち、とまどい。	感情：ゆううつ、	感情：怒り
認知処理	・看護師は被害の発生に気づいていた、謝罪 ・自分自身が職場で多くの新人の成長を見てきた経験があった。	・相手の看護師は気がついてなかったと思う * 選択理由の記載なし	・看護師は気づいていた、謝罪 ・休めないのだから即刻対応すべき⇒ 怒り表出の正当性評価	・相手の看護師は気がついてなかったと思う ・手技が雑 ⇒ 怒り表出の正当性評価	・看護師は薬が落ちたことに気づかなかった ・他の看護師さんは優しくこのできごとについては、個人的なこと ⇒ 怒り表出後の結果予測:個人的なことなので言っても仕方ない?	・相手の看護師は気がついてなかったと思う ・入りたてであまりに若く、傷つけたくなかったので、彼女も一生懸命していたし、言わずにいた⇒ 怒り表出後の看護師との関係性、看護師への配慮	・相手の看護師は気がついてなかったと思う * 選択行動、理由ともに記載なし
選択行動	相手の看護師に痛みを率直に伝え、技術の向上を希望した。 ⇒非攻撃的行動	相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた ⇒直接的攻撃行動 (対看護師: 熟慮的か即時性的か不明)	相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた ⇒直接的攻撃行動 (対看護師: 熟慮的か即時性的か不明)、	相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた 思わず「お断り」と言ってしまった ⇒即時性的認知処理、直接的攻撃行動	知人・友人・家族に話してうっぷんをはらした ⇒攻撃転化行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった ⇒非行動化	
結果	・根本的には解決していない	・問題解決していない、怒りおさまっていない	・その後、主治医から対応があった ・問題完全に解決、怒り完全におさまった	それに対して相手の看護師が対応した (内容は不明)。問題解決、怒りおさまった	・問題完全に解決、怒り完全におさまった	・問題完全に解決、怒り完全におさまった	
看護師に希望する対応	施行者の交代では何の解決にもならない。養成機関が考えるべきことと思う	患者の気持ちを考えて行動してほしい	休めないのだからすぐ対応すべき		丁寧に薬を渡して欲しかった、患者に対して心からのやさしさをもって接してほしい	経験を積みばいい	

表 4-30-② 質問紙調査参加者の怒り体験の概要 (No.10~No.14) 注：内容の詳細が不明なものは除く、共通点は項目欄ごとに同色で示す

Case	10	11	12	13	14
場面	看護師に用があり、対応を頼んでいた	看護師に用があり、対応を頼んでいた	治療に関する処置を受けていた、看護師に用があり、対応を頼んでいた	その他	看護師に用があり対応を頼んでいた
嫌悪事象	術後、動けない身体で、何ひとつ自分でできない時にも見回りがなく、困ることが多かった。頼みごとをしてもすぐに対応してもらえなかった。	一度だけ動けなかった時、お茶を買ってきてほしいとおたのみした時、忙しかったこともあったと思うのですが、“公務中なのに…”といいつつも買ってきてくださいましたが、公務中ではあるけれども、こちらは寝ていて動けなかったので…買ってきてはくれましたが、少し腹が立ちました。	頭痛の薬がすぐにもらえなかった。点滴の場所が悪く、2日間の間、肘を曲げると痛いのでつらかった	6人部屋の隣床の高齢者が少し痴呆があり、骨折のため入院されていました。起床時から就寝時まで床頭台の前で1日過ごされていた。立位する度、私がナースコールで知らせ、また、何かと私を呼び（カーテン1枚越しですから）また、深夜に2度トイレに行きたく「おしっこ、おしっこ」と声を出し、私がその度にナースコールで知らせ睡眠不足でした。部屋替えを希望しても本人が嫌がり、結局その方が優先でした。隣床の方の部屋替えを師長さんが「部屋を変わります」と言い、いくら説得しても興奮状態となり「いやです」他、拒否が強く、結局、以降は師長が何も言わなくなり、何かとその患者さんと私が話をして気分を和やらいであげていたのですが、1日20~30回ナースコールを押すような方だったので、私なりに助言、また、ナースコールで呼んでいたのですが、ナースが「すみません」などと言う方はほとんどいませんでした。同室者の患者さんは、辛抱して何も言いませんでした。	ナースコールで呼んでも看護師が部屋に来るのに時間がかかった（10分程度かかった）背中の手が届かない場所に薬を塗るのに手助けをお願いしたが、仕事が忙しかったかわからないが、後にしてと断られた。
認知	よけいな痛みや不快を味わった、雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえず、言動が受け流された 期待や信頼の裏切り、プライバシー守られなかった ルールやマナー違反 (希望に沿わない対応) 言動の軽視 、 尊厳の軽視 (プライバシーの侵害) ⇒看護師がすぐに対応することで回避可能	怒りの理由：記載なし ・希望に沿わない対応 言動の軽視 ⇒看護師の対応の方法で回避可能	よけいな痛みや不快を味わった ・希望に沿わない対応、相手の気持ちになり対応してほしい、痛みに対する対応をすぐにしてもらえなかった 身体損傷の危機 ⇒看護師が痛みに対して早急に対応することで回避可能	・要求に応じてもらえなかった ・自分のことばや行動が受け流された ・社会一般のルールやマナーに反する扱いを受けた（基本である、看護師のあいさつがない。バイタル時のナースの挨拶だけで廊下でこちらが挨拶しても無視する） ・希望に沿わない対応 睡眠不足、安寧の阻害という 尊厳の軽視 と要求に応じてもらえなかったという 言動の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能、	雑な対応や扱いを受けた 希望に沿わない対応 言動の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能
感情	怒り、悲しみ、いらだち、とまどい、からだがかわばった	感情：悲しみ	ゆううつ	怒り、ゆううつ、いらだち、声が大きくなった：	怒り
認知処理	・相手の看護師は気づいていなかったと思う、 ・何度もナースコールを押した。なんとか歩いてナースステーションに行った⇒ 怒り表出の正当性評価	・相手の看護師は気づいていなかったと思う・別にこういう人もいるなと思った。⇒ 怒り表出後の結果予測 ：その人の意識の問題なので言っても仕方ない	・看護師は気づいていなかった *選択行動の理由の記載なし	相手の看護師の反応：気づいていた、言葉や行動で反応を示した、無視をした：3度立腹し移室を考慮してくださいと言っても、それなりの答えは全くなかった 「いい加減にしてください。何らかの方法はないのですか！」と3度言ったが、無視された。師長としての人格に欠けている。私が2週間の入院中13日間、隣床者と一緒でしたが、若いナースが多いので説得力に欠けていた方が多かった。隣床者に感情的になっていた。⇒ 怒り表出の正当性評価	・看護師は気づいていなかった ・平常心：看護師が人数的に少なく、細かいこと（簡単）まで手が回らないのはいか（人員不足）、看護師個人の性格にもよる（教育の徹底）⇒ 怒り表出後の結果予測 ：言っても変わらない
選択行動	相手の看護師に感情をおさえて不満や不快感を伝えた⇒非攻撃的行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	知人・友人・家族に話してうっぷんをはらした⇒攻撃転化行動	相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた⇒直接的攻撃行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化
結果	他の看護師から対応あり 問題は解決した、怒りあまりおさまっていない	看護師に対して可哀想と思った、怒り完全におさまった	相手の看護師と他の看護師が対応した 問題完全に解決、怒り完全におさまった	行動化に対する反応：なかった：夜中に「助けて～助けて～」と叫ぶので、ナースコールを私が押すまでナースは来てくれなかった⇒結果：問題全く解決していない、怒り全くおさまっていない	問題完全に解決、怒り完全におさまった
看護師に希望する対応	すぐに対応してほしい	一言“あとでもいいか？”と云われれば良かったと思う	相手の気持ちになり対応してほしい	師長がそれなりに説明してくれることなく、また、入院して師長の顔を2度見ただけで、「私が師長の何々です」のあいさつもなかった。「迷惑をかけてすみませんね」の言葉も全くない。	手助けにより、傷も気分もいやされると思う

表 4-30-③ 質問紙調査参加者の怒り体験の概要 (No.15~No.21) 注:内容の詳細が不明なものは除く、共通点は項目欄ごとに同色で示す

Case	15	16	17	18	19	21
場面	看護師に用があり、対応を頼んでいた	治療に関係する処置を受けていた	看護師に用があり、対応を頼んでいた	看護師に用があり、対応を頼んでいた	看護師に用があり、対応を頼んでいた	治療に関係する処置を受けていた
嫌悪事象	頼んだものがなかなか来なかった	点滴について聞いた時、看護師によって答えはバラバラで不信感を持った。「これでいいですから」とわからないままにされた。最後まで不安だった	夜にトイレに連れて行くと頼んだが、夜は忙しいので、ダメここでしてと言われた。	術後、鎮静剤を頼んだがなかなか持ってきてもらえなかった。坐薬とゴム手袋を置いて、自分でしてくださいと言われた。隣の部屋の老人にきつく当たっている声が耳にひびいた、食事をすぐかたづける	就寝時、同室者の器機が警告音と光を出しているのだから知らせると、こちらでは分かっていると、寝られないので、音を消すなどの対応を依頼するも担当ではないと無視された。	記載なし
認知	雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえなかった 約束が破られたり期待や信頼が裏切られた ・希望に沿わない対応 要求に応じてもらえなかったという 言動の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	雑な対応や扱いを受けた 自分のことばや行動が受け流された 希望に沿わない対応 要求に応じてもらえなかった 言動の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能(一人でもいいので、余裕を持って見回れる看護師がいたら、不安なことが聞ける)。	要求に応じてもらえなかった プライドが傷つけられた ・希望に沿わない対応 排泄の要求に応じてもらえなかったという 言動の軽視 、排泄に関わる 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能(夜の勤務の人を多くしてほしい)。	よけいな痛みを味わった 雑な対応や扱いを受けた 納得できない要求 要求に応じてもらえず 言動が受け流された 期待や信頼の裏切り ブラバシが守られず プライドが傷つけられた マナー違反 希望に沿わない対応:痛みへの対応に応じてもらえなかった 身体損傷の危機 、 言動の軽視 、 プライドの侵害 という 尊厳の軽視 、 期待の裏切 ⇒看護師の対応により回避可能。	雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえなかった 期待や信頼が裏切られた ・希望に沿わない対応: 言動の軽視 、 安寧の阻害 という 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快を味わった 雑な対応や扱いを受けた ・技術の未熟さ: 身体損傷の危機 ⇒看護師の対応・努力により回避可能(注射針をどんな時でも冷静に入れてほしい(正確に)。あせって失敗して、何回も失敗する人に、もっと訓練をしてほしい)。
感情	ゆううつ、悲しみ、いらだち	怒り、いらだち、とまどい、	悲しみ 涙が出てきた	怒り、恐怖、ゆううつ、悲しみ、いらだち、しんどくなった	感情:怒り、ゆううつ、いらだち、とまどい	感情:怒り、恐怖、いらだち、とまどい、無口になった
認知処理	・看護師は気づいていなかった ・争うことではない ⇒対象との関係性、 怒り表出後の結果予測	・看護師は気づいていなかった ・忙しそうだし、しつこいと思われたくなかった、気軽に聞く時がなかった⇒対象との関係性、 怒り表出後の結果予測	・看護師は気づいていた ・いつもお願いをして申し訳なく思っていたから ⇒対象との関係性、 怒り表出の結果予測	・看護師は気づいていなかった 介護される身、何も言えない ⇒対象との関係性、 怒り表出の結果予測	・看護師は気づいていなかった 別の人に依頼したほうが、後日のトラブルがさけられると考えて ⇒対象との関係性、 怒り表出の結果予測	・看護師は気づいていなかった 責任者に伝える機会があった⇒ 怒り表出の正当性評価 、 対象との関係性 、 表出後の結果予測
選択行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	再度、別の人に依頼⇒非行動化	責任者に対して冷静に不満や不快感を伝えた ⇒非攻撃的行動
結果	問題あまり解決していない、怒りあまりおさまっていない	行動化に対する反応なし 問題全く解決していない、怒り全くおさまっていない	翌日、相手の看護師が、言い訳をした、そのできごとの説明をした。 問題解決、怒り全くおさまっていない	問題全く解決していない、怒り全くおさまっていない	行動化に対する反応:他の看護師からあった、 問題あまり解決していない、怒りおさまった	行動化に対する反応:あった、病棟の看護師長 結果;問題解決、怒り完全におさまった
看護師に希望する対応		きちんと説明してほしかった	こちらの言うようにトイレに連れて行ってほしかった	一言すみませんとか、やはり素早い行動とやさしい言葉、笑顔がほしい 言葉はとても大切です。心から素直に出る言葉や態度で接してほしい。言葉使いや礼儀、人によって同じ病気でも回復はちがいます。それぐらい…と思うことでも本当につらいことがある	少なくとも何故、音を小さくできないかの説明。再度の申し入れに、別の人が器機を交換し、少し音が小さくなり睡眠薬をくれて少しは眠れた。忙しいのは理解するが、一応、要望は聞き入れて、できない場合は理由を説明する	落ち着いて、針を入れてほしかった

表 4-30-④ 質問紙調査参加者の怒り体験の概要 (No.22~No.27) 注：内容の詳細が不明なものは除く、共通点は項目欄ごとに同色で示す

Case	22	23	24	25	26	27
場面	日常生活の世話を受けていた	治療に関係する処置を受けていた	日常生活の世話を受けていた	その他	治療に関係する処置を受けていた	日常生活の世話を受けていた
嫌悪事象	深夜に尿おしっこを取ってもらう時、尿瓶をつき出された時、(看護師は) いなくなった。大変困った思いをしました	点滴をする時、血管が細くやりにくい私に「ここでいっか〜」みたいな軽い言い方をされた。結果、いけたけど痛かった。気持ちはわかるが、軽く言う言葉じゃないと思う。検査後、結果待ちの間の会話で「これで病気の原因なんかわかるんですね〜」と聞くと、「そうですね。でも又ほかにも何かでてくるかもしれんしね〜」と言った。そうであっても、そんな時に言われると不安である。気をつかってほしい	手術後、ICUの部屋で身体洗う時、女、男の人、名前は忘れましたが、下のほう洗う時、女の人がお湯を流し、男の人に洗わして、後ですみませんと言うなら、始めから自分でしたらと思いました。二人ニヤニヤして	直接ではないが、他の患者のおなかを見ておられ、過去の手術の跡のことを大きな声で聞いておられたから、後でその人は、手術の傷跡に興味をもっておられた	・技術が低い。5回も失敗する時もあった。師長の対応が一番悪い、口先だけでまったく誠意が感じられない。師長の違う病棟では、同じ病院かと思うほど技術、マナーに差がある。 ・個室入院、備えつけのロッカーの不具合(修理のめどが立っていない)、掃除が不十分(前入室者の依頼書がのこったまま)、窓の外に動物のフン。空き部屋に変えてもらうよう希望したが師長が拒否。主治医と退院の打ち合わせができていない段階で退院勧告。退院する前提でシーツ交換を中止させた。今後も病院、病棟に来るしかないので「文句を言うな!」という言動は許せない。すべて師長に対する不満。	初めて入浴(シャワー)ですが、できる日に、背中を洗って戴いたのですが、洗い方が雑だったし、痛いのにきつく洗ってきました。また、次入れる日に、看護師さんが呼びに来てくれると言っていたのですが、呼びに来てもらえず、違う看護師さんが来て、時間過ぎてよときつく、ものすごいきつい言葉で言われました。
認知	雑な対応や扱いを受けた ・排泄に関する要求に応じてもらえなかった言動の軽視、 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能	よけいな痛みや不快を味わった 雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえず 言動が受け流された ・軽い対応、不安を増す対応という 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	要求に応じてもらえず 言動が受け流された ・ケア時の看護師の態度による 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快を味わった、 プライバシーが守られず 聞きたくない会話が聞こえてきた、安寧の障害とプライバシーの侵害という 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能	よけいな不快を味わった 雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえず 期待や信頼が裏切られた、ルールやマナー違反 ・希望に沿わない対応 言動の軽視、尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快を味わった 雑な対応や扱いを受けた 納得できない要求をされた 要求に応じてもらえなかった 言動が受け流された 期待や信頼が裏切られた プライバシーが守られなかった プライドが傷つけられた ルールやマナー違反 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。
感情	感情：とまどい 無口になった	怒り、恐怖、いらだち、 顔が赤らんだ、胸がどきどきした、無口になった	感情：いらだち、とまどい 無口になった、2人の姿が気になった。	怒り、恐怖、ゆううつ、悲しみ、いらだち、とまどい、落ち込んだ		怒り、ゆううつ、悲しみ、無口になった
認知処理	・看護師は気づいていなかった一人のために多くの看護師が同じように思われるのがいかかと思う。全体には大変良いと思っている。⇒ <u>対象との関係性、怒り表出の結果予測</u>	・看護師は気づいていなかった ・気づいてないから、言ってもムダ、相手にしないようにして忘れました⇒ <u>怒り表出後の結果予測(無駄)</u>	・看護師は気づいていた：ごめんなさい男の人に洗わしてと一言あやまった ・諦めてた。朝の交替の時だったから⇒ <u>対象の反応、怒り表出後の結果予測(無駄)</u>	・看護師は気づいていなかった ・生き方、大人だからいつもと変わらない態度をとった	*選択行動の理由の記載なし	・看護師は気づいていなかった *選択行動の理由の記載なし
選択行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	退院の日に責任者あてのアンケートを投入した⇒意図不明:間接的攻撃行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化
結果	反応：なかった 結果；問題解決、怒りおさまった	問題解決、怒りおさまった	問題解決、怒り鎮静：記載なし	問題全く解決していない、怒り完全におさまった	行動化に対する反応：あった。看護部長⇒問題全く解決していない、怒り全くおさまっていない	問題全く解決していない、怒り全くおさまっていない
看護師に希望する対応		気づいてないというか、何とも思っていないと思うから、誰に対しても同じ、心の問題かな。仕方ない	2人でニヤニヤしないで手早く仕事してほしい。私は、痛みとたたかっている身です。	黙って仕事してほしい		こっちは患者さんのだから、もっと優しく親切に接していただきたいかった。

表 4-30-⑤ 質問紙調査参加者の怒り体験の概要 (No.28-No.33) 注：内容の詳細が不明なものは除く、共通点は項目欄ごとに同色で示す

Case	28	29	30	31	32	33
場面	治療に関する処置を受けていた	その他	その他	看護師に用があり、対応を頼んでいた	看護師に用があり、対応を頼んでいた	治療に関する処置を受けていた
嫌悪事象	看護師から採血や点滴などの時、針を抜かれる時に激しい痛みを感じた。その時の看護師以外、そのようなことがなかった	他の看護師の方がされても一度も痛くなかったことが、若手の雑な方だと痛かった。その看護師の方は、技術も心も伴わないのに、患者のあしらいだけは、ベテランの方と同じような態度をとる。気配りもイマイチで、足の弱いおばあさんを車いすから降ろすとすぐにそのまま行ってしまい、私が点滴スタンドや寝かすなどの介助をした。他にも、明らかに看護師の方に非があるのに、口うるさいおばあさんと適当に流し、謝らない方もいた	・消灯が午後 10 時までということは分かっているが、どうしても見たい番組があり声を消して見ていたら、他の人に迷惑とひどく怒られ、すぐ消しなさいと命令的。両側のベッドの人に断りを入れ、カーテンもできるだけ灯りがもれないように注意していたが、再三くどくど言われ、怒り爆発。もう少し言い方があると思うのだが。この病院には二度と来ない。 ・血圧を測ってほしいと頼むが、忙しいと断られ、後からは頼んでも断られた。	膝の器械をつける時	両鼻がつまり息苦しかったが、対応してもらえなかった	点滴がささらず 4 度目でようやくできた
認知	よけいな痛みや不快を味わった ・技術の未熟さ 痛みという 身体損傷の危機 ⇒看護師の技術の向上により回避可能 (難しいかもしれませんがやはり練習してください)。	よけいな痛みや不快、 雑な対応や扱いを受けた、 要求に応じてもらえなかった、 言動が受け流された 期待や信頼が裏切られた、 ・態度の悪さ、技術の未熟さ：痛みという 身体損傷の危機、尊厳の軽視 、プロとしての期待に対する 期待の裏切 ⇒看護師の対応により回避可能。	雑な対応や扱いを受けた ・希望に沿わない対応：ひどく怒られたとの記載から、 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快を味わった 雑な対応や扱い、 納得できない要求、 要求に応じてもらえず 期待や信頼の裏切り ・希望に沿わない対応： 言動の軽視、尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	自分のことばや行動が受け流された ・希望に沿わない対応： 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快を味わった 技術の未熟さ：痛みという 身体損傷の危機 ⇒看護師の技術の向上により回避可能 (こわがらず体験してゆくことでしょうか)。
感情	感情：怒り	怒り、いらだち、とまどい	怒り	膝がこわばった	ゆううつ	恐怖、ゆううつ、悲しみ、とまどい、こわばり、涙
認知処理	・看護師は気づいていなかった ・その看護師さんは感じが良かったため、注射は下手でも⇒ <u>対象との関係性</u>	・看護師は気づいていなかった ・同性代の女性なので言いにくい。また言っても無駄と思った。その後の入院生活がすごしくなる恐れもありますし…忙しそうで、看護師さんは話しにくい ⇒ <u>対象との関係性、怒り表出後の結果予測</u>	・看護師は気づいていなかった *選択行動の理由の記載なし	・看護師は気づいていなかった *選択行動の理由の記載なし	・看護師は気づいていなかった *選択行動の理由の記載なし	・看護師は気づいていた ⇒言訳、説明 *選択行動の理由の記載なし
選択行動	がまんしていつもと変わらない態度とった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	相手の看護師に感情を抑えて不満や不快感を伝えた⇒非攻撃的行動	知人・友人・家族に話してうつぶんはらした⇒攻撃転化行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	なし
結果	問題全く解決していない、怒り全くおさまっていない	問題全く解決していない、怒りおさまった	記載なし	問題全く解決していない、怒りあまりおさまっていない	問題完全に解決、怒り全くおさまっていない	問題解決：わからない、怒り完全におさまった
看護師に希望する対応	痛まないように、少しでも抜いてほしかった	忙しいのは解るが、自分の非は素直に謝るべき、気づくべき、開き直っている？若手にはうんざり、ご本人の心構えが大切	できるだけ声は消して終わったら即就寝してくださいね…とやさしく取り扱うよう心掛けてほしかった	優しい言葉使いをしてほしかった	医師に知らせてほしかった	

表 4-30-⑥ 質問紙調査参加者の怒り体験の概要 (No.34~No.43) 注:内容の詳細が不明なものは除く、共通点は項目欄ごとに同色で示す

Case	34	38	39	40	41	42	43
場面	治療に関する処置を受けていた	体温や血圧測定を受けていた	その他	治療に関する処置を受けていた	体温や血圧を測られていた	その他	治療に関する処置を受けていた
嫌悪事象	あまりにも痛みが取れなかったため、「切開したところが悪かったのでは!!」のような言葉を発したところ、どうもそのまま医師に伝わったような気がした。	訪床時、聞きたいことだけ質問し、回答を得たらさっさと退室。とりあえず仕事のために、記録を書くために、聞いただけ聞いたという態度をとられた	術後のトイレを叱られた(5時間ぐらい) 痛み止めの薬を詰所にもらいに行き叱られた⇒コールするように言われた。	右の白内障の手術の時、手術台の上で看護師が点滴してくれたが、痛くてやり直しをした。左の時も覚悟していたが、痛みもなくすぐ終わった。その時は何も思わなかったが、2日後に比べて今日は良かったと思った		入院中の同室の方に病気の内容が聞こえるような大きな声で話してほしくないこともあるので、小声でいろいろ尋ねてほしかった	点滴投与の際のやり直し
認知	雑な対応や扱いを受けた 期待や信頼が裏切られた プライバシーが守られなかった 予想外の対応:体面が傷ついた 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快 雑な対応や扱い 要求に応じてもらえず 言動が受け流された、 期待や信頼の裏切り 対応のまずさなど 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能 (慣れて適当に仕事をするのではなく、自分の態度が患者にどのように思われるのか、客観的にとらえる訓練が必要)。	雑な対応や扱いを受けた、 納得できない要求をされた、 言動が受け流された プライドが傷つけられた ・人を軽視した対応 プライドが傷つく対応など 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快 要求に応じてもらえず 技術の未熟さ:痛みという 身体損傷の危機 ⇒看護師の技術の向上により回避可能(しかたのないこと)。	雑な対応や扱い 納得できない要求 言動が受け流された 尊厳の軽視? ⇒看護師の対応により回避可能?	プライバシーが守られなかった 対応のまずさ プライバシーの侵害という 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快を味わった ・技術の未熟さ:痛みという 身体損傷の危機 ⇒看護師の技術の向上により回避可能(熟練した看護師にお願いしたいがそうもいかない。看護師各自が早期に技術を磨くしかない)。
感情	記載なし、	怒り、いらだち、とまどい、イライラした	怒り、とまどい	怒り	怒り、いらだち、声が大きくなった	怒り	恐怖、いらだち、とまどい、多少不安になった
認知処理	記載なし *選択行動の理由の記載なし	・看護師は気づいていなかった ・伝えることで雰囲気が悪くなるのが嫌だったし、相手の仕事の邪魔をしたくなかった ⇒ <u>対象との関係性、怒り表出後の結果予測</u>	・看護師は気づいていなかった ・患者は弱者の気がした⇒ <u>対象との関係性、怒り表出後の結果予測</u>	・看護師は気づいていた ⇒痛いねと言った。ごめんも言ったかも、私も緊張していたので。やり直す聞いて、私がえ〜と言ったら横の人たちが笑ったので悪い雰囲気ではなかった。声を出したので、腹は立たなかった。年齢が高くなったので血管が細くなったのかと思った。これはしかたない ⇒ <u>対象の反応、怒り表出後の結果予測</u> (しかたない)	・看護師は気づいていなかった ⇒相手の看護師から反応があった。反発した言い方や態度を取った、私の気持ちや感じたことについて話を聞いた ・ <u>認知処理過程は不明</u>	・看護師は気づいていなかった ・病院を無視した言動のためおかしくないか?ということに話した⇒ <u>怒り表出の正当性評価</u>	・看護師は気づいていた ⇒あやまった 看護師さんが不慣れであろうと評した。 ⇒ <u>対象の反応、怒り表出の正当性評価</u> (しかたない)、 <u>怒り表出後の結果予測</u>
選択行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった ⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	知人・友人・家族に話してうつぶんはらした⇒攻撃転化行動	知人・友人・家族に話してうつぶんはらした⇒攻撃転化行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化
結果	問題解決:記載なし、怒り完全におさまった	問題全く解決していない、怒りおさまっていない	問題全く解決していない、怒りあまりおさまっていない	怒り:何も問題にしています、	問題解決あまり解決されていない、怒りは完全におさまった	問題解決あまり解決されていない、怒りもあまりおさまっていない	問題解決あまり解決されていない、怒りは全くおさまっていない
看護師に希望する対応	弱者の「独り言」であり、その場の適切な会話のみで済ましてほしかった	笑顔で、体調を気遣う態度を見せてほしかった	患者の行動を指摘するのではなく、指摘すべき動作が大丈夫であったかをまず確認すべき			こちらが小さい声で答えているので、それを察知してほしい	

表 4-30-⑦ 質問紙調査参加者の怒り体験の概要 (No.44~No.50) 注:内容の詳細が不明なもの除く、共通点は項目欄ごとに同色で示す

Case	44	45	47	48	49	50
場面	治療に関係する処置を受けていた	看護師に用があり、対応を頼んでいた	同室の患者さんが用があり、対応を受けていた	治療に関係する処置を受けていた	日常生活の世話を受けていた	看護師に用があり、対応を頼んでいた
嫌悪事象	少し年配の看護師の方が採血に来られた時に、布団の上に注射針のカバーなどを置いたままにして行かれ、もし針だったらと注意したが反省していないようだった。また就寝前の血糖値を測り、インスリンの準備をしているのに数字だけ聞いて電気を消された	点滴を刺しっぱなしだったので、着替えのつど点滴を取り外しを依頼しなければならず、別の看護師の方に、そのつど呼んで下さいと言われたので、呼びにナースセンターまで行ったら、返事もしないで面倒くさそうに対応された。それはその看護師だけです。他の方は親切。	看護師が激務で、多くの患者さんの様々な要望に確実に対応するのは不可能に近いと承知の上で、軽症の人のちょっとした要望は(ex.食事の選択の変更や、室内の個人使用備品への要望など)はよく忘れられていた。また返事をせずにもくもくと作業されていた(他患者さんへ)これは恐かった。	・詳細の記載はなし	・事象の記載:なし	夜中トイレで呼び出しをしてもなかなか来てもらえず、何度かベルを鳴らすと、「何度も鳴らさなくてもわかっている」と看護師が返答した。
認知	よけいな痛みや不快を味わった 雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえず ・配慮のない対応:配慮のない対応という 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	雑な対応や扱いを受けた 配慮のない対応という 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえず 期待や信頼が裏切られた 期待はずれ、対応のまずさという 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	よけいな痛みや不快を味わった 雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえず 言動が受け流された 痛みという 身体損傷の危機 、対応のまずさという 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能(看護師の方からの声があればよりよい対応となる、人によって違う対応も必要)。	雑な対応や扱いを受けた、言動が受け流された 雑な対応という 尊厳の軽視 、 言動の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。	雑な対応や扱いを受けた 要求に応じてもらえず 対応のまずさという 尊厳の軽視 ⇒看護師の対応により回避可能。
感情	怒り、恐怖、ゆううつ、悲しみ、いらだち、とまどい	怒り	怒り、恐怖、ゆううつ、悲しみ、いらだち、とまどい、気持ちが滅入った	怒り、ゆううつ、悲しみ、いらだち、とまどい;無口になった	ゆううつ、悲しみ、からだがかわばった、無口になった	いらだち、とまどい、無口になった
認知処理	・看護師は気づいていた ⇒反発した言い方や態度をとった、あやまった、無視をした 本当に針だったらとか、インスリン注射をするときなので危ないと思った⇒ 怒り表出の正当性評価	・看護師は気づいていた ⇒何もしなかった 若い子だったし恐らくいつもあんな感じの子なんだと思わざわざ言うほどの事でもないと思った ⇒ 怒り表出の正当性評価 、 怒り表出後の結果予測	・看護師は気づいていなかった ・手のかかる患者さんも多く、余計な仕事を増やして迷惑をかけたくなかった。 ⇒ 対象との関係性 、 怒り表出後の結果予測	・看護師は気づいていた ⇒何もしなかった ・態度に示しても、その後入院中でお世話になる身として、不快な思いをそれ以上してしまうと、嫌な思いと、冷たくされるのが不安だから ⇒ 怒り表出後の結果予測 、 対象との関係性	・看護師は気づいていた ⇒無視をした *選択行動の理由の記載なし	・看護師は気づいてなかった ・同室の部屋の人に迷惑がかかるから ⇒ 怒り表出後の結果予測
選択行動	相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた⇒直接的攻撃行動	知人・友人・家族に話してうっぷんはらした⇒攻撃転化行動	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度をとった⇒非行動化	がまんしていつもと変わらない態度⇒非行動化	いつもと変わらない態度⇒非行動化
結果	問題解決は全く解決されていない、怒りは全くおさまっていない	問題解決は全く解決されていない、怒りは少しおさまった	問題解決はあまり解決されていない、怒りは少しおさまった	問題は完全に解決された、怒りは完全におさまった	問題解決は全く解決されていない、怒りは少しおさまった	問題はあまり解決していない、怒りは完全におさまった
看護師に希望する対応	一言「すみません」と言ってくれればと思う。他の看護師は色々聞いてくれたが、この看護師は何もなく、ただ採血、検温といった業務をしているだけ	普通に返事していただければそれだけでいい。おそらくその看護師はしょっちゅうそういう態度をとっていると思う	看護師への確実な伝達手段を用意してほしい。他の患者さんへは嫌でもやさしく接してあげてほしい			優しい言葉がほしかった

ような個人の看護師の問題のため表出しても仕方がない、No8「入りたてであまりに若く、傷つけたくなかった」に代表される怒りの対象となった看護師に対する配慮、No17「いつもお願いをして申し訳なく思っていたから」に代表される看護師に対する遠慮、No15「争うことではない」などの個人の価値観、No.48「態度に示して、その後入院中でお世話になる身として、冷たくされるのが不安」に代表される弱者としての立場からの言いにくさ、No50「同室の部屋の人に迷惑がかかるから」という同室者への配慮という認知処理がされ、非行動化が選択されていたことがわかった。

また質問紙調査では、体験時にとっても強い怒りを感じていた者に、直接的攻撃行動をとる者が多いという傾向が見られた。一方面接調査では、直接的攻撃行動を選択した Case1 では強い怒りを感じていたが、非行動化を選択した Case4 も体験時に強い怒りを感じていた。2つのケースの行動の違いは、怒りの処理過程において、Case1 では現在自身に降りかかっている被害を排除することが先決という判断、Case4 では怒りを表出すると適切な処置を受けられなくなるかもしれないという判断の違いによる結果と推察された。

以上のように、面接調査で得られた怒りの喚起過程ならびに怒りの処理過程に沿って、質問紙調査参加者の怒り体験の過程を説明することが可能であった。

4. 怒り体験の過程における一般化可能な部分と個別的な特徴の検討

ここでは、怒り体験の過程や認知や感情と怒りの喚起や表出行動の選択との関連について一般化が可能な部分と個人によるバリエーションの部分进行明らかにする。また、個人のバリエーションの部分にはそこに関わる要因を検討する。

1) 共通する過程

怒り体験の過程について、質問紙調査と面接調査で得られた結果を統合したものを図 4-12 に示す。

質問紙調査、面接調査の結果から、怒り体験は、身体襲侵を伴う処置やケアを受けている場面や看護師に何らかの依頼をした場面で発生していた。その時調査参加者は、不要な痛みや不快を味わった、羞恥心に対する配慮がされなかった、気持ちや状況に対する配慮がされなかった、意思や尊厳が尊重されなかったなどの嫌悪事象を体験していた。そして、その時感じた怒りやとまどいなどの不快感情の有無や程度とその体験についての認知（被害の内容と程度、看護師の責任の有無と程度、看護師の気づきの有無など）が影響し、怒りが喚起されていた。

喚起された怒りは、即座に直接的攻撃行動に結びついたり推測される者もいたが、質問紙調査参加者、面接調査参加者に共通して、多くの者は感じた怒りを表出するのか、表出するならどのような行動をとるのかという熟慮的認知処理がされていた。熟慮的認知処理では、怒りを感じたことや怒りを表出しても社会的・一般的に許されるのかという“怒り表出の正当性評価”、表出後に怒りを表出した対象者と気まづくならないかという“対象との関係性に関する評価”、表出した後治療や看護を受けるうえで自身に不利益を被らないかという“表出後の結果予測：自身の不利益”、表出して事態が改善するかという“表出後の結果予

測：表出の効果”、表出することで相手の看護師を傷つけないか、同室者に迷惑がかからないかという“看護師や同室者への配慮”、そして事象の発生時やその後の看護師の対応の有無や内容などが考慮されていた。つまり調査参加者は、怒りを表出することによって自身が被る利益と不利益のバランスを考え、怒りを表出するのか、表出するならどのような行動をとるのか選択していたと推察された。

選択した行動の結果としては、質問紙調査では医療従事者の対応があっても怒りはおさまっていない者が存在していたこと、選択された行動とは関係なく問題が解決したと回答した者は怒りも終息したと回答していたなどの特徴がみられた。面接調査では、怒りがおさまったケースはなかったが、看護師は気づいていても対応しない、あるいは怒りや言動の意味を確認しないなどの対応の特徴がみられた。また各ケースは看護師の対応として、事象の発生に関する責任を看護師が認め伝えること、ケースの言動の真意を確認することなどを望んでいた。このことから、面接調査においても怒りの終息には医療従事者の対応の有無とその内容が影響すると推察された。

2) 個別要因

まず個人のバリエーションとして、面接調査 Case5 において、嫌悪事象の体験時には怒りが喚起されておらず、事象について再評価されることで数日後に怒りが喚起されていた。Case5 はインタビューの中で“すぐにはカッとならず、後でじわじわくるタイプ”と語られたように個人特性が影響したものと推察された。また体験時の怒りがとてもあったと回答していた Case3 は、インタビューの中で体験したその時は“え～って思った、ショックで涙が出た”“あれだけ頼んでたのになんでって思った”などと語られ、体験したまさにその瞬間にはとまどいが大きく、その後すぐに怒りを感じていたことがうかがわれた。このように、体験した嫌悪事象について被害を認知するまでの処理の時間には、受けた被害の内容や程度、個人特性などが影響するものと推察された。

また面接調査 Case3、4 において、選択行動として非行動化に続いて攻撃転化行動が選択されていた。この2ケースは非行動化では怒りがおさまらず、後日家族に話すという攻撃転化行動がとられた。質問紙調査においては、体験時に取った行動として回答を求めたため、その後どのような行動をとったのかまではわからなかった。しかし、質問紙調査において自由記載の中で“行動を1つ選ぶのは無理”という記載もあったことから、Case3、4 のような複数の行動をとった者が他にも存在したことが推察された。

さらに個人のバリエーションとして個人要因や状況要因があげられる。仮説モデルでは、ある事象を嫌悪事象として認知する過程で、個人の価値観などの個人特性、痛みや生活の制約など個人がおかれている状況が影響すると考えていた。しかし質問紙調査、面接調査双方の調査の結果から、個人の価値観、過去の医療に関する体験、看護師との関係性などの個人要因、体験時の心理状態や環境、生活上の制約の有無などの状況要因が、発生した事象を嫌悪事象として認知する過程、怒りの喚起過程や怒りの処理過程に影響を及ぼしていたことがわかった。したがって、怒りの過程に関する質問紙調査と面接調査の結果を統合した図 4-12 においても、これらの要因が怒りの全過程に影響を及ぼしていることがわかるように修正したものを示した。

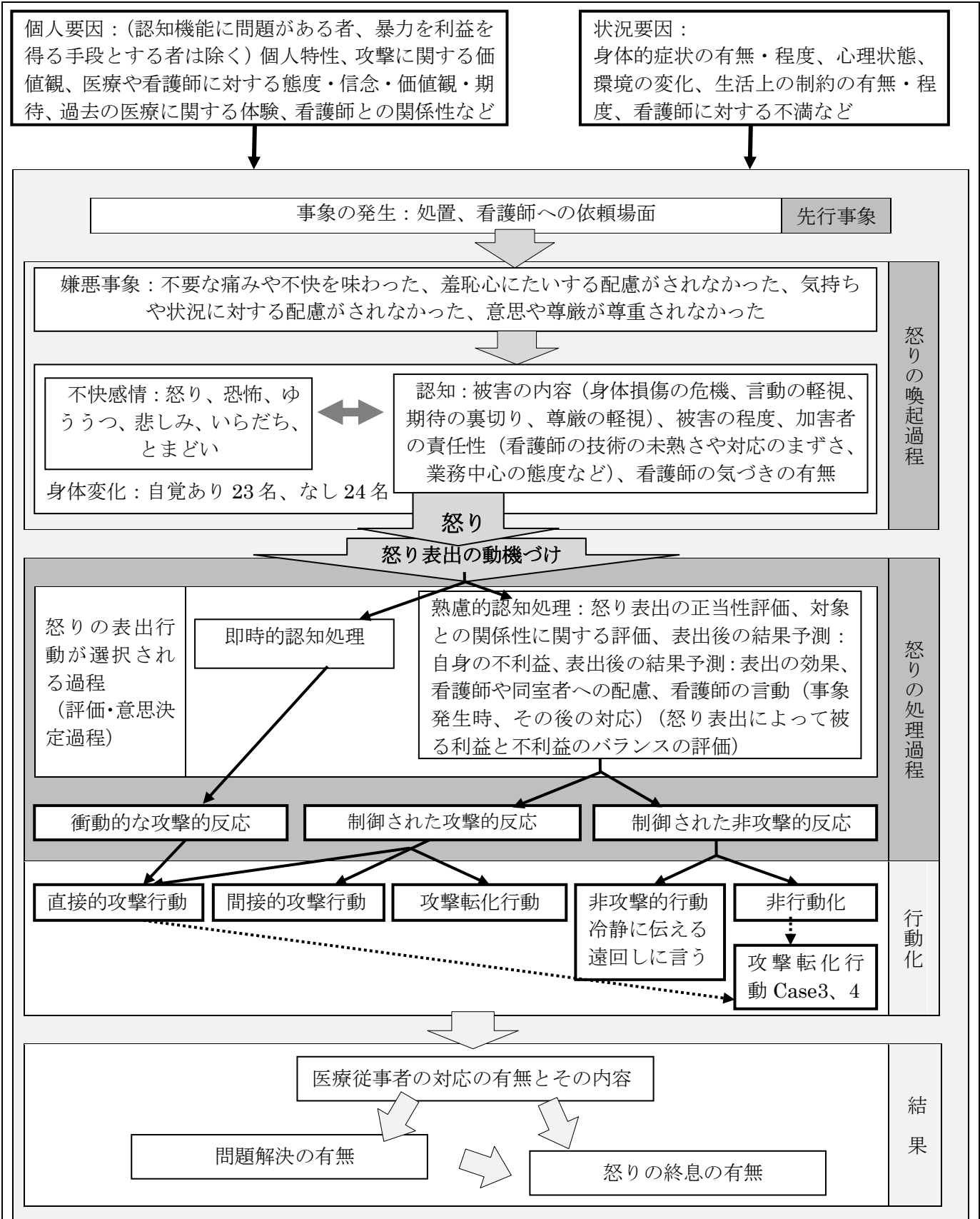


図 4-12 怒りの過程に関する質問紙調査と面接調査の結果の統合

5. 怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデルの修正

怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデルについて、1～4の結果をふまえて修正したものを図4-13に示す。

1) 仮説モデルの修正

まず仮説モデルでは、個人要因や環境要因は発生した事象を嫌悪事象として認知する過程で影響するとしていたが、これらの要因は怒りの喚起過程ならびに怒りの処理過程にも影響を及ぼしていることがわかった。このため、個人要因と環境要因が怒りの全過程に影響していることが示せるよう仮説モデルを修正した。また行動化の部分で、嫌悪事象の体験に対し1パターンの行動化しか想定していなかったが、最初の行動(非行動化も含めて)だけでは怒りがおさまらない場合、最初とは異なる行動を取る可能性が示唆された。このため、怒りが終息しないなどの結果によっては、第2の行動が選択される場合もあると想定し、結果の次に第2選択行動を追加した。さらに仮説モデルでは、結果の部分については、行動の結果として問題解決と怒りの終息を並列して記述していたが、調査の結果から怒りの終息には医療従事者の対応の有無とその内容や問題解決の有無が影響していることが示唆されたため修正した。このためモデル名についても、患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデルと修正した。

2) 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデル

修正した患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデルに沿って、患者の怒り体験の過程を説明する。

(1) 怒りの喚起過程

患者の怒り体験は、主に身体襲侵を伴う処置やケアを受けている場面や看護師に何らかの依頼をした場面で発生する。患者は発生した事象に対して、不要な痛みや不快を味わった、羞恥心に対する配慮がされなかった、気持ちや状況に対する配慮がされなかった、意思や尊厳が尊重されなかったなどの嫌悪事象と感じ、その時感じた怒りやとまどいなどの不快感情の有無や程度とその体験についての被害の内容(身体損傷の危機、言動の軽視、期待の裏切り、尊厳の軽視など)と程度、加害者の責任性(看護師の技術の未熟さや対応のまずさ、業務中心の態度など)、看護師の気づきの有無などの認知が影響し、怒りが喚起される。怒りは体験時から喚起される場合と、体験から時間が経過し認知の再評価がされたあと喚起される場合がある。

(2) 怒りの処理過程

次に喚起された怒りは、衝動的に表出される場合と怒りの表出に関する判断・評価が行われたあと表出される場合がある。つまり表出が動機づけられた怒りは、被害の内容や程度、怒りを処理する時間、評価・判断する材料の有無などによって、評価意思決定過程で

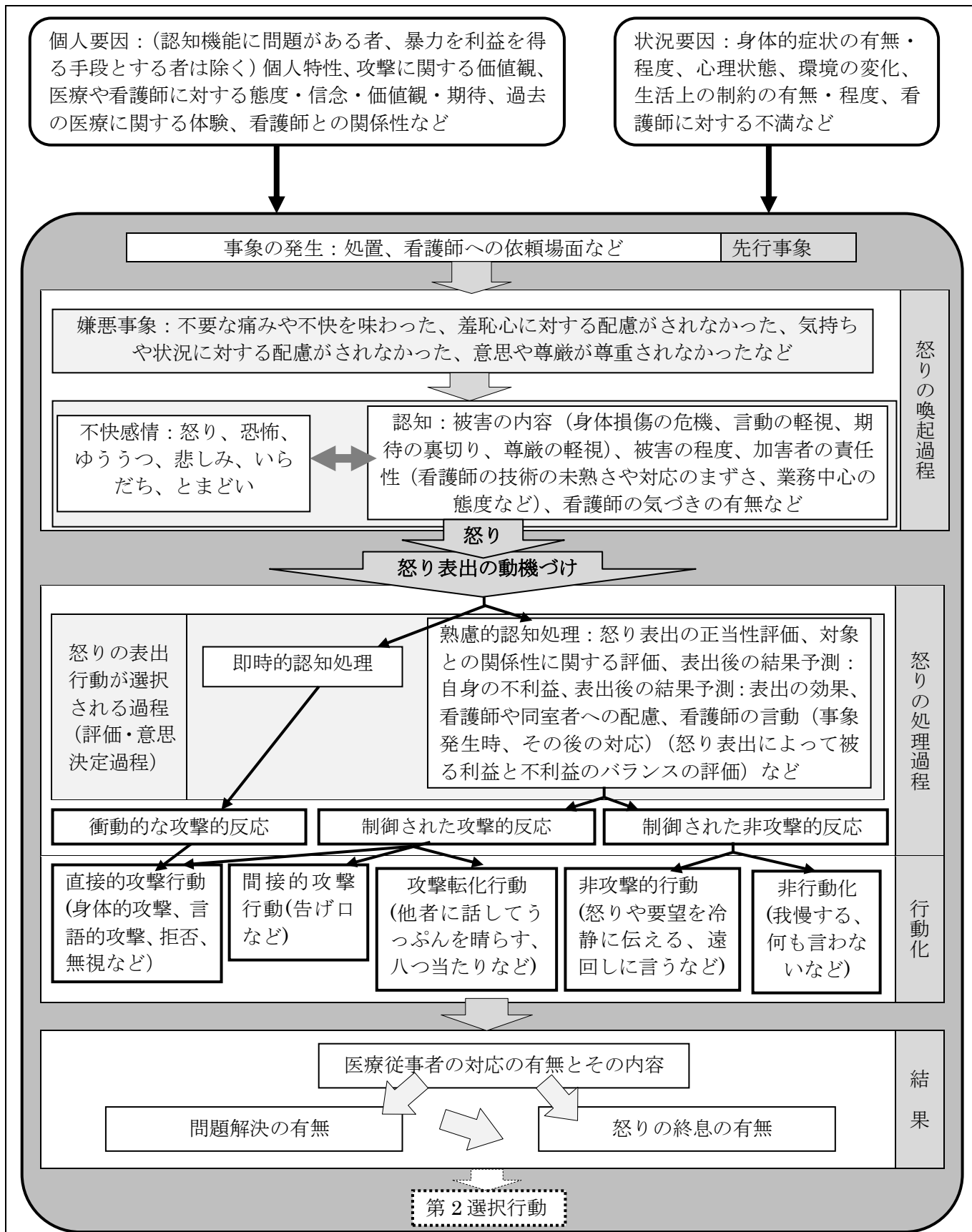


図 4-13 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデル

即時的に認知処理される場合と、熟慮的に認知処理される場合がある。熟慮的認知処理では、怒り表出の正当性評価、対象との関係性に関する評価、表出後の結果予測：自身の不利益、表出後の結果予測：表出の効果、看護師や同室者への配慮、そして事象の発生時や後の看護師の対応の有無や内容などが考慮され、行動に移すかどうか、どのような行動をとるのか選択される。つまり患者は、怒りを表出することによって被る利益と不利益のバランスを考慮し、怒りを表出するのか、表出するならどのような行動をとるのか選択する。

即時的に認知処理された怒りは、衝動的な攻撃的反応として直接的攻撃行動（身体的攻撃、言語的攻撃、看護ケアの拒否、無視など）という形で表出される。熟慮的に認知処理された怒りは、制御された攻撃的反応あるいは制御された非攻撃的反応として処理される。制御された攻撃的反応は、直接的攻撃行動、間接的攻撃行動（告げ口など）、攻撃転化行動（他者に話してうっぷんを晴らす、人や物への八つ当たりなど）という形で表出される。また制御された非攻撃的反応は、非攻撃的行動（怒りや要望を冷静に伝える、遠回しに言うなど）という形で表出される場合と、“我慢する、何も言わない”といった行動として表出されない場合がある。

そして、選択された行動の結果としての患者の怒りの終息には、医療従事者の反応の有無や問題解決の有無が影響する。また、最初に選択された行動（非行動化も含む）によって怒りが終息しない場合は、第2選択行動として次の行動がとられる場合がある。

(3) 個人要因と環境要因

この患者が怒りを感じた体験について、患者個々の持つ個人要因や環境要因は、発生した事象を嫌悪事象として認知する過程、怒りの喚起過程、怒りの処理過程、行動の結果までの全過程において影響を及ぼす。

6. 修正モデルによる各ケースの怒り体験の説明

次に修正した患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデルで、ひとりひとりのケースの怒り体験が説明できるか検討する。ただし、先行事象から行動化までの過程については、質的調査の結果の項で示したように説明可能であった。したがってここでは、主に行動化以降の過程について記述し説明する。

Case1 では術後に男性看護師が来てバイタル測定をすることに羞恥心を感じ怒りが喚起され、直接的攻撃行動が選択された。その結果、当該男性看護師は来室しなくなったことから当座の問題は解決した。しかしケースの取った行動について、看護師はケースの意図を確認することもなく、またケース自身からも看護師へ伝えなかったため、根本的な問題は解決しておらず、怒りはおさまらなかった。このため第2選択行動として、後日友人に愚痴を言うという攻撃転化行動が選択された。

Case3 は、手術日に月経と重なり術台のうえで経血の付着したナプキンを見られないように看護師に依頼していた。しかし手術室で、若い男性医師に下着をおろされナプキンのついたパンツをたたんでいる姿が見えたという体験をした。Case3 は体験時に強い怒りを感じたが、看護師にはこの体験について何も言わないという非行動化を選択した。その結果、Case3 の怒りの体験は看護師には伝わらず、また依頼を果たせなかったこ

とについての看護師からの反応もなく、怒りはおさまらなかった。このため第2選択行動として、後日友人に愚痴を言うという攻撃転化行動が選択された。

Case4では、ガーゼ交換のためにナースステーションに行った際、排液が多く寝衣まで汚染した。これに対し看護師から「こんなになる前に、だって洗濯大変でしょって、こんなに濡れたらあなたも洗濯大変じゃない」と言われた。この時、Case4は強い怒りを感じたが、看護師には何も言わなかった。その結果、Case4の怒りは看護師には伝わらなかったため看護師からの反応もなく、怒りはおさまらなかった。このため第2選択行動として、後日家族に愚痴を言うという攻撃転化行動が選択された。

Case5では、大腸ポリープ切除後に入院した個室が脳外科病棟の隔離室のような部屋で、隣室者の声や廊下の物音でうるさく清掃も行き届いていなかったため、個室料金（13500円）に見合わないと感じた。これなら総室でもよかったのにと思ったが、事前に入室する部屋の説明もなく選択の余地はなかった。他の用件で来た副師長に「ここの部屋うるさいですね、耳栓持ってますからいいですけどね」や1年後の検査の時に、「前まずかったから今度は普通の部屋でいいです」と、不快な体験をしたことについて看護師に遠回しに伝えた。その結果、副師長はすみませんと言ったものの、部屋を変えるなどの対応はなく、また1年後の検査担当の看護師からの反応もなかった。このため、現在も腑に落ちない感覚が残っている。

Case6では、腸炎で入院中に看護師から何度も「食事済みましたか」と聞かれるという体験をした。Case6は、その都度「絶食中」と答え、それに対し看護師は「あ～そうでした、そうでした」のような反応を示した。看護師から間違っただけを聞かれて嫌な思いをしていることについては、何も言わなかった。このためCase6は、自身が不快に感じていることを看護師は分かってないと認知し、問題は解決しておらず怒りもおさまらなかった。

Case7では、院内で喫煙している患者がおり、看護師に喫煙者への注意を申し入れた。しかし、看護師からは、「言うてるんですけどもね」と言葉を濁したり「以前からですよ」という反応しか返ってこず、怒りを感じた。そこでCase7は、看護師に対して何度も何度も禁煙の対策を取るよう申し入れをするという非攻撃的行動を繰り返し取った。しかし現在もその病院では禁煙の取り組みはされておらず、問題は解決していない。また調査時Case7は、怒りというよりあきらめを感じていた。

Case8では、急性腹症で救急搬入された時に、確認されないまま上司に検査結果が伝えられたり、脱がされた服を渡されたため怒りを感じた。Case8は、この体験について看護師に伝えなかったため看護師からは何の反応もなく、問題は全く解決されていないし、怒りも全くおさまっていない。

Case10では、入院した病棟の看護師が同室の高齢者に対し、尊厳を軽視した対応をしたことに対し怒りを感じた。Case10は、看護師の対応に怒りを感じたことは伝えず、他の看護師に「言葉使い研修とかってないの？」とさりげなく聞くという非攻撃的行動を取った。しかし看護師にはCase10の言葉の真意は伝わらなかった。このため体験した事象については、看護師からの対応はなく、問題は解決されていないし、怒りもおさまっていない。

以上のように、各ケースの行動化以降の過程についても、修正した患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデルで説明可能であった。

7. 面接調査参加者ならびに医療従事者による修正モデルの確認

まず面接調査参加者で、修正したモデルの確認依頼に対して承諾が得られた4名(Case4、5、8、10)に、あらかじめ修正モデルを送付し、後日、各ケースの体験を例示しながら一般的な怒り体験の過程について説明を行った。そのうえで、修正モデルを用いた怒りの過程についての説明で、研究参加者自身の怒りの体験について説明がつくか、乖離がないか意見をもらった。

その結果、図示した修正モデルについて、一見しただけは理解が困難という意見が聞かれたが、自分自身の体験を例示されながら怒り体験の一般的な過程の説明を受けることで、自分自身の怒り体験の過程が修正モデルによって説明がつくことが確認された。

次に、医療安全管理者(看護師長)、看護管理者(医療安全管理者経験のある看護部長)、警備担当者(警察OB)3名の計5名に修正モデルを提示し、入院患者の看護師に対する怒りの過程について説明をした。そのうえで、各自が対応したケースなどを想起してもらい、患者の看護師に対する怒りの喚起からその表出に至る過程の説明になっているか、今まで対応したケースを想起し内容に合点がいくか確認してもらった。その結果、患者の看護師に対する怒りの喚起からその表出に至る過程について、このモデルで説明可能であるという意見がもられた。

以上の確認作業の結果、作成した修正モデルを患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデルとして採用することにした。

第4節 患者の怒りに対する熟練看護師の対応の探究（Phase3）

1. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの修正

前節では、患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデルを修正した。また、質問紙・面接調査の結果から、患者が怒りを行動に示しても、看護師からは言動の意味の確認や対応がなかったこと、そうした対応が患者の怒りをエスカレートさせていたことがわかった。これらのことから、患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルを以下のように修正した（図4-14）。

患者の怒りに対する看護師の対応として、「患者にとっての嫌悪事象の発生を予防する」、「嫌悪事象の体験から発生した不快感情を怒りにしない認知への働きかけ」、「発生した怒りを熟慮的認知処理へと促す働きかけ」、「熟慮的認知処理された結果を非攻撃的反応、非攻撃的行動へと促す働きかけ」、「表出された怒りの鎮静化を促す働きかけ」、「患者の怒りの原因を見極め、問題解決を図る働きかけ」、「怒りの終息を促す働きかけ」の7つの行動パターンを想定した。

なお仮説モデルでは、「熟慮的認知処理された結果を非攻撃的反応へと促す働きかけ」「表出行動として非攻撃的行動へと促す働きかけ」と分けて想定していた。しかし、非攻撃的反応の結果として選択される行動は、非攻撃的行動と非行動化の2つのパターンしかない。このため、患者が熟慮的認知処理する際に、選択される行動を予測して対応することが必要である。このため、非攻撃的反応へと促す働きかけと非攻撃的行動へと促す働きかけの2つを統合した。

看護師の患者の怒りへの7つの対応パターンのそれぞれの内容について以下に示す。

「嫌悪事象の発生予防」は、不要な痛みや不快の予防や患者の言動や尊厳を尊重する対応である。「不快感情を怒りにしない認知への働きかけ」は、嫌悪事象の発生に関する患者への説明や情報提供である。「怒りを熟慮的認知処理へと促す働きかけ」は、発生した患者の怒りを察知し怒りの原因を確認する行動である。「熟慮的認知処理された結果を非攻撃的反応、非攻撃的行動へと促す働きかけ」は、発生した怒りについて冷静に伝えられるように促す対応である。「表出された怒りの鎮静化を促す働きかけ」は、直接的攻撃行動や非攻撃的行動として表出された患者の怒りをまずおさめ冷静になるよう促す行動である。「患者の怒りの原因を見極め、問題解決を図る働きかけ」は、患者の怒りの原因を客観的に分析し、その問題解決を図る行動である。「怒りの終息を促す働きかけ」は、発生した患者の怒りの終息を促し、終息したことを確認する行動である。

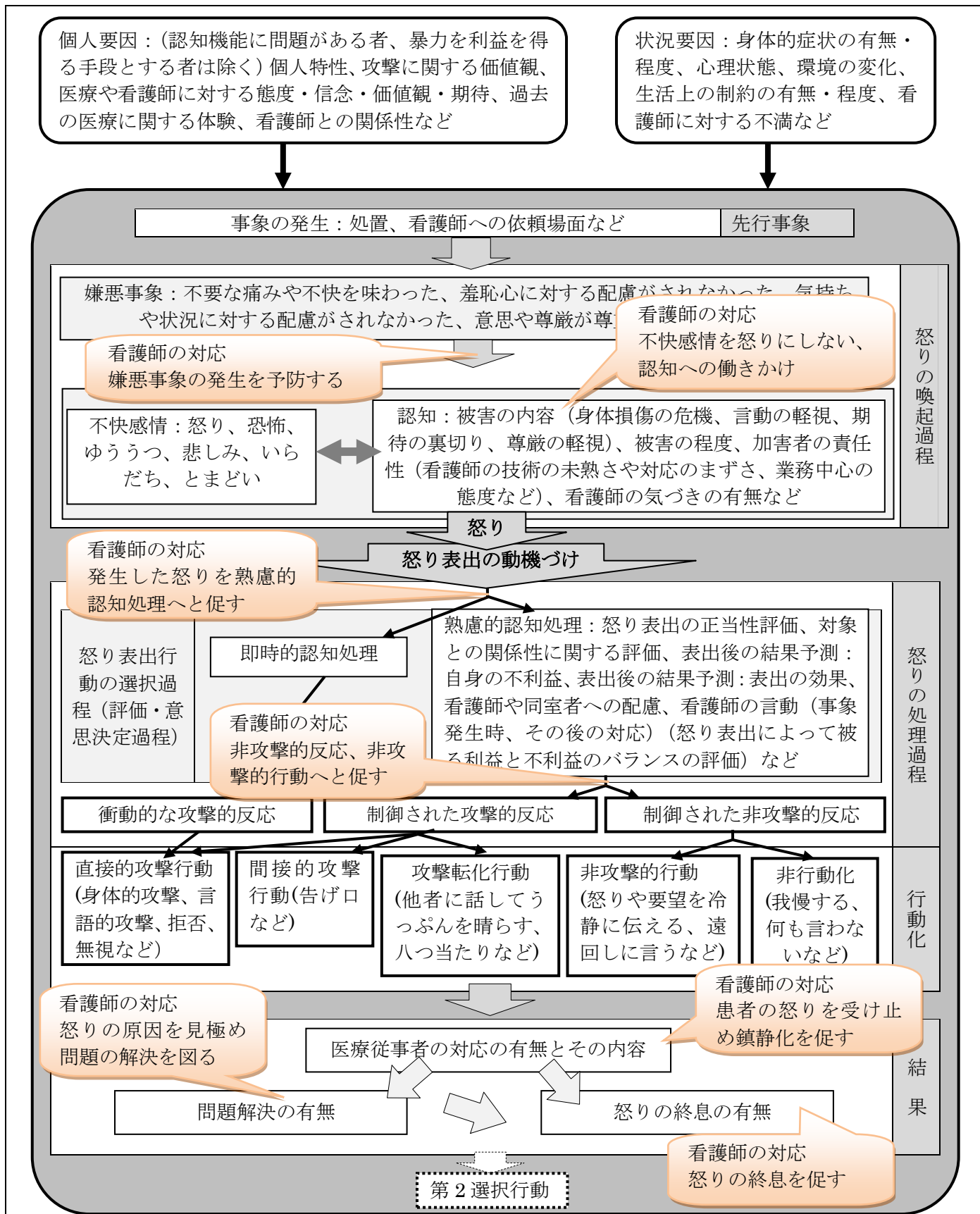


図 4-14 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応仮説モデル

2. 参加者の概要

参加者は男性 1 名、女性 6 名の 7 名で、その個人背景と所属施設の概要を表 4-31 に示す。

表 4-31 研究参加者の概要

	性別	年齢	職位	インタビューの 時間	施設概要
1	女性	30 歳代	看護師長	70 分	特定機能病院 614 床、特定機能病院入院基本料（一般病棟）（7 対 1 入院基本料）、日本医療機能評価機構認定 理念：信頼と満足を追求する全人的医療
2	女性	30 歳代	看護師長	60 分	
3	男性	40 歳代	看護師長	46 分	公立病院 600 床、一般病棟 7 対 1 入院基本料、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、日本医療機能評価機構認定 理念：私たちは患者さんとともに病気に立ち向かい、患者さんが安心できる医療を提供します。
4	女性	50 歳代	看護師長	50 分	公的病院 534 床、一般病棟 7 対 1 入院基本料、地域医療支援病院、日本医療機能評価機構認定 理念：「人道・博愛」の精神にのっとり、やさしさのある全人的医療を提供します
5	女性	40 歳代	看護師長	47 分	公益社団法人 411 床、一般病棟 7 対 1 入院基本料、日本医療機能評価機構認定 理念：1. 安全安心の医療を推進します 2. 患者様本位の医療を推進します 3. 地域に開かれた医療を推進します
6	女性	40 歳代	看護師長	30 分	公的病院 639 床、一般病棟入院基本料 7:1 入院基本料、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、日本医療機能評価機構認定 理念：歩み入る人にやすらぎを帰りゆく人に幸せを
7	女性	50 歳代	看護師長	50 分	

3. 個別ケース分析の結果

以下に、7 人の研究協力者が患者の怒りへの対応について語った 18 ケースについて、対応の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）、対応過程の説明（説明構築：Explanation Building）、仮説モデルとの比較（パターンマッチング：Pattern Matching）を示す。また、

各研究協力者の患者の怒りへの対応についての考えや管理者としての考えも合わせて記述する。

1) Ns.1

(1) 個人背景

30歳代女性、特定機能病院看護師長、看護師長経験4年

【患者の怒りの対応についての考え】

患者のクレームに対して、嫌そうに聞くのではなく、その人がどうしたら気持ちよくなるのか考えて対応したいと思っており、患者さんが逆の立場にたち考えてくれるよう気持ちのスイッチを入れ替えられるように対応している。たとえばちょっと理不尽であってもその人の思いを傾聴、共感して、「あなたの気持ちはこうなんだよね」ということをまずは言うことをモットーにしている。また日頃から患者訪問をして、小さな芽のうちに摘んでおく、毎回ちっちゃなところで聞くというのが大事と考えている。リエゾン看護師にいつでも自分は言えるという環境においてあげることが大事と言われ、どんなに嫌なクレマーでも、「いつでもお電話ください」とか「いつでも言ってください」と最後に付け加えるようにしている。いつでも言えると思うと大きく構えているのかあまり言われなくなった。

【管理者としての考え】

スタッフにはいつでも言いに来るように伝え、言ってきたスタッフにはどういう対応をしたらいいか話している。そうすると、自分で処理できるスタッフもいる。師長に言ってよかったをプラスしておくようにしている。また、自分がスタッフの時に師長に助けられた体験もあり、師長になって微力ながらもスタッフを守りたいという気持ちがある。自分が行くことで患者さんの気がおさまるならと思っている。

(2) Ns.1 エピソード1：手術の開始に間に合わなかった夫の怒りへの対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

内縁関係の妻が大腿骨頭置換術を受ける前日の説明の際、手術開始時間について、前の手術が終了した時点の1時半ごろになると医師から説明があった。当日は前の手術が早く終わり、説明より30分早く手術室に行くことになったが、夫に連絡がつかなかった。患者は、夫に連絡がついていないが手術室に行くと言ったため、手術室へ入室した。入室から約10分後に夫が来棟し、Ns.1に大声で怒鳴った。Ns.1は夫に事情を説明したが、夫は言葉に耳を貸さなかった。そこで担当ナースに手術室へ案内させ、その間に主治医に連絡をとった。その後手術室に行き、夫に謝罪したがおさまらなかった。医師が来ると夫の態度は豹変し大人しく病室へ戻っていった。その後Ns.1は、夫より先に患者に事情を説明し謝罪し、患者本人は怒りを感じていないことを確認した。翌日、患者が夫に「師長さんにおまえが謝れ」と言い、夫は謝罪し事態はおさまった。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.1のエピソード1について、患者の夫の怒りへの対応過程について図示したものが図4-15である。

Ns.1は、夫の怒りをおさめようと事情を説明し理解を得ようとした(N01-B001)。しか

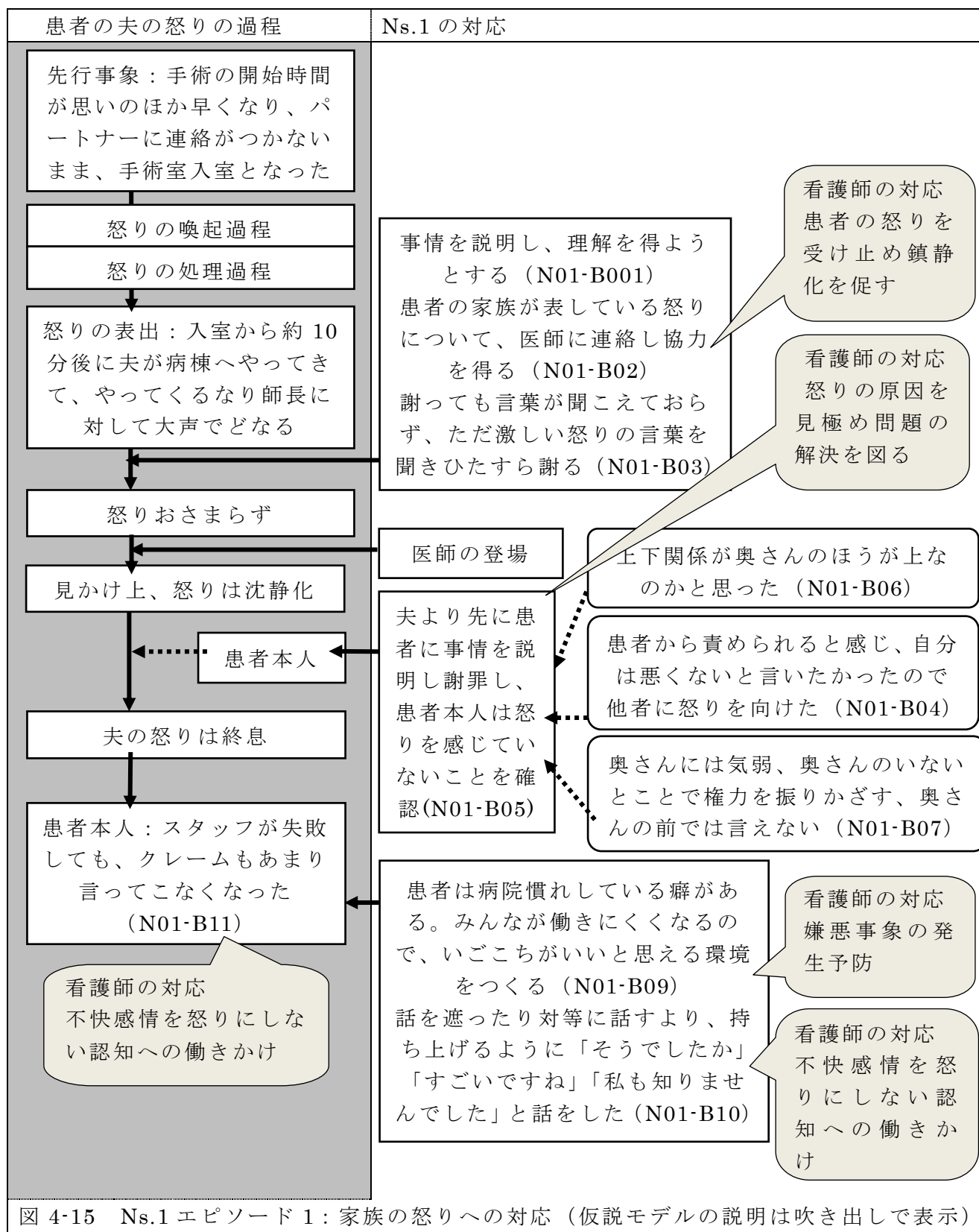


図 4-15 Ns.1 エピソード 1：家族の怒りへの対応（仮説モデルの説明は吹き出しで表示）

し、夫は言葉に耳を貸さず怒りがエスカレートした。このため、担当ナースが家族を手術室へ案内している間に、医師に連絡し協力を求めた（N01-B02）。その後手術室に行くが、謝っても言葉が聞こえておらず、ただ激しい怒りの言葉を聞きひたすら謝る（N01-B03）という状況であった。

医師の対応により夫の怒りは見かけ上おさまった。そこでNs.1は、怒りを表している夫より先に、患者本人に事情を説明し謝罪し、患者は怒っていないことを確認した（N01-B05）。この行動の背景には、妻は気が強く前日のICの時の話しぶりや夫婦間のやりとりから、上下関係が奥さんのほうが性格的にも上なのかと思った（N01-B06）こと、夫は手術直前に連絡が取れなかったことを患者から責められると感じ、自分は悪くないと言いたかったために他の人に怒りを向けたのではないか（N01-B04）、奥さんには気弱なのに奥さんのいないとことで権力を振りかざす、奥さんの前では言えないんだらうと、怒りを表している夫を見て直観的に思った（N01-B07）などがあった。このように、怒りを表出した患者の夫の性格や患者との関係性を直観的に感じ取り、夫より先に患者に事情を説明し謝罪するという先手を打った。翌日、奥さんに「師長さんにおまえが謝れ」と言われ、夫は謝罪し事態はおさまった（N01-B08）。また、患者に対しては、病院慣れしている癖のある方で不快にさせるとみんなが働きにくくなると考え、いごこちがいいと思えるような環境をつくった（N01-B09）。姉御肌で面倒見がいいというよいところがあったので、話を遮ったり対等に話すよりかは、下から持ち上げるように「そうでしたか」「すごいですね」「私も知りませんでした」と話をするなどの対応をとった（N01-B10）。するとスタッフが失敗しても「仕方ないよね」という感じで、クレームもあまり言ってこられなくなった（N01-B11）。

このように、患者自身についても癖はあるが面倒見のいい姉御肌という個人特性をとらえ対応していた。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.1は、まず夫の直接的攻撃行動に対し、事情の説明や謝罪という怒りの鎮静化を促す働きかけを行った。これは、夫に事象が発生したいきさつを情報として提供することで、夫が冷静に思考できるよう促したものととらえられた。その一方で、怒りの鎮静化を促すに有効な人的資源（医師）を確保した。Ns.1の対応では効果なかったが、医師の対応により夫の怒りはおさまった。しかし怒りの原因となった問題は解決していないため、患者本人に事情を説明し謝罪するという対応をした。この背景には、夫の怒りの終息には妻に事情を理解してもらうことが効果的という判断があった。このような怒りの原因を見極め問題の解決を図る対応により、怒りは終息した。

さらにNs.1は、患者についてクレームが多いが姉御肌で面倒見がいいという個人特性をとらえ、患者に対して入院生活がすごしやすくなるよう配慮していた。これは対象の特性をとらえた、嫌悪事象の発生予防や嫌悪事象の体験により発生した不快感情を怒りにしない認知への働きかけととらえられた。

(3) Ns.1 エピソード2：苦情の多い患者への対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

入院時に、術後感染症を起こした際は1回の失敗は200%の報復をするという内容の逆同意書（医師宛）を持参してきた男性患者。看護師が部屋に入るしぐさに対して、「入って

きてからまずおはようございますやろ、挨拶は顔見てするもんじゃないのか」など、やることなすこと毎日チェックが入る。毎朝患者は、紙に順に不満を書いていた（中には良かったことも書いてあった）。ある日「わしは寝てたかもしれない、いや起きていた、あの看護師はこのずり落ちた安楽枕をまたいでわしのところに来て、何か点滴を触って、この落ちた枕をまたいで帰ってるはずだ」と言われた。

Ns.1 は、スタッフの話から患者の思い違いであったことが分かったが、「そうでしたか、もしかしたらまたいだかもしれませんね」と対応した。その時の怒りはおさまったが、この後も多くの不満を伝えられた。そこで、不満ばかり書くのも嫌だろうと考えた Ns.1 は患者に、「書かれた中にお褒めの言葉もあったので、成長のためにも気づかれた時に本人たちに直接返してください」と伝えた。その後患者は、看護師を育てようという感じになり、スタッフも敬遠しなくなった。

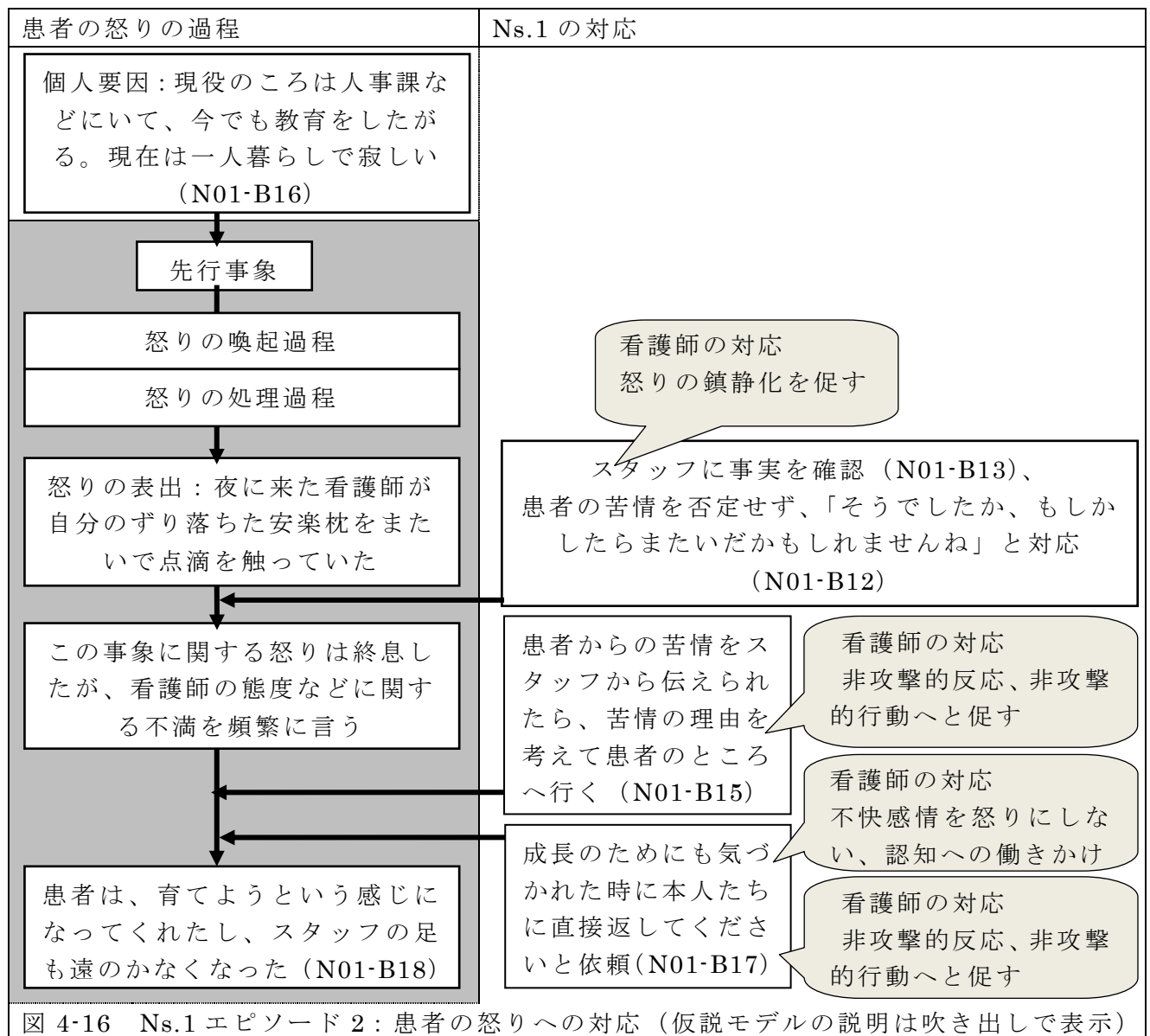


図 4-16 Ns.1 エピソード 2：患者の怒りへの対応（仮説モデルの説明は吹き出しで表示）

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.1のエピソード2について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-16である。

Ns.1は患者の苦情について、スタッフに事実を確認した（N01-B13）。そこで患者の思い違いであると分かったため、スタッフには事実と違うことで患者が苦情を言っていることをわかっていることを話した（N01-B14）。その一方で、患者には「そうでしたか、もしかしたらまたいだかもしれませんね」と苦情を否定せず対応した（N01-B12）。これによりこの事態は収拾した。

もともとこの患者は苦情が多いため、スタッフから患者の苦情を伝えられたら苦情の理由を考えて患者のところへ行く（N01-B15）というように、すぐ対応するようにしていた。こうした素早い対応に対して、患者からは「レスポンスが早いからいいんじゃないか君は」と評価されていた。

この安楽枕の件の後も多くの不満を伝えられるため、患者にとって不満ばかり書くのも嫌だろうと思ったNs.1は、渡されたメモの中にお褒めの言葉もあったので、成長のためにも気づかれた時に本人たちに直接返してくださいと伝えた（N01-B17）。これは、患者が現役のころは人事課などにいて今でも教育をしたがる人で、現在は一人暮らしで寂しい（N01-B16）という個人特性をふまえた働きかけであった。その後患者は看護師を育てようという感じになり、スタッフの足も遠のかなくなった（N01-B18）。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.1は、患者から表出された苦情が事実とは異なると承知しつつも、患者の訴えを否定せずに受け止めるという怒りの鎮静化を促す対応をした。その後も患者の苦情に素早く対応するという、怒りが非攻撃的行動として表出されるよう促す対応をした。さらに患者の個人特性をとらえ、患者が看護師に対してポジティブフィードバックするよう依頼した。これはNs.1が、不快感情を怒りにしない認知への働きかけ、発生した怒りを非攻撃的反応、非攻撃的行動として表出するよう促す働きかけを行っていたととらえられた。

(4) Ns.1 エピソード3：病院対応に至った患者の息子の怒りへの対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

ペインクリニックでブロックを受けていた患者が、ブロック後体調が悪くなり受診した。患者の帰宅後、検査データから感染症のおそれがあり、入院が必要と自宅へ連絡した。入院の準備中に、敗血症のためショック状態となり緊急手術となった。医師は手術後、患者の家族にブロックした針の先端と思われるところに膿がたまっているところが感染創と思われる、消毒をして行うが皮膚には常在菌としてMRSAなどがあってという話をした。その説明を聞いた患者の家族は、医療事故だ、MRSAが針の先にたまたまついて奥に入るわけがない、不潔な操作をしたにちがいないということで、ペインの医師に怒りを持っていた。

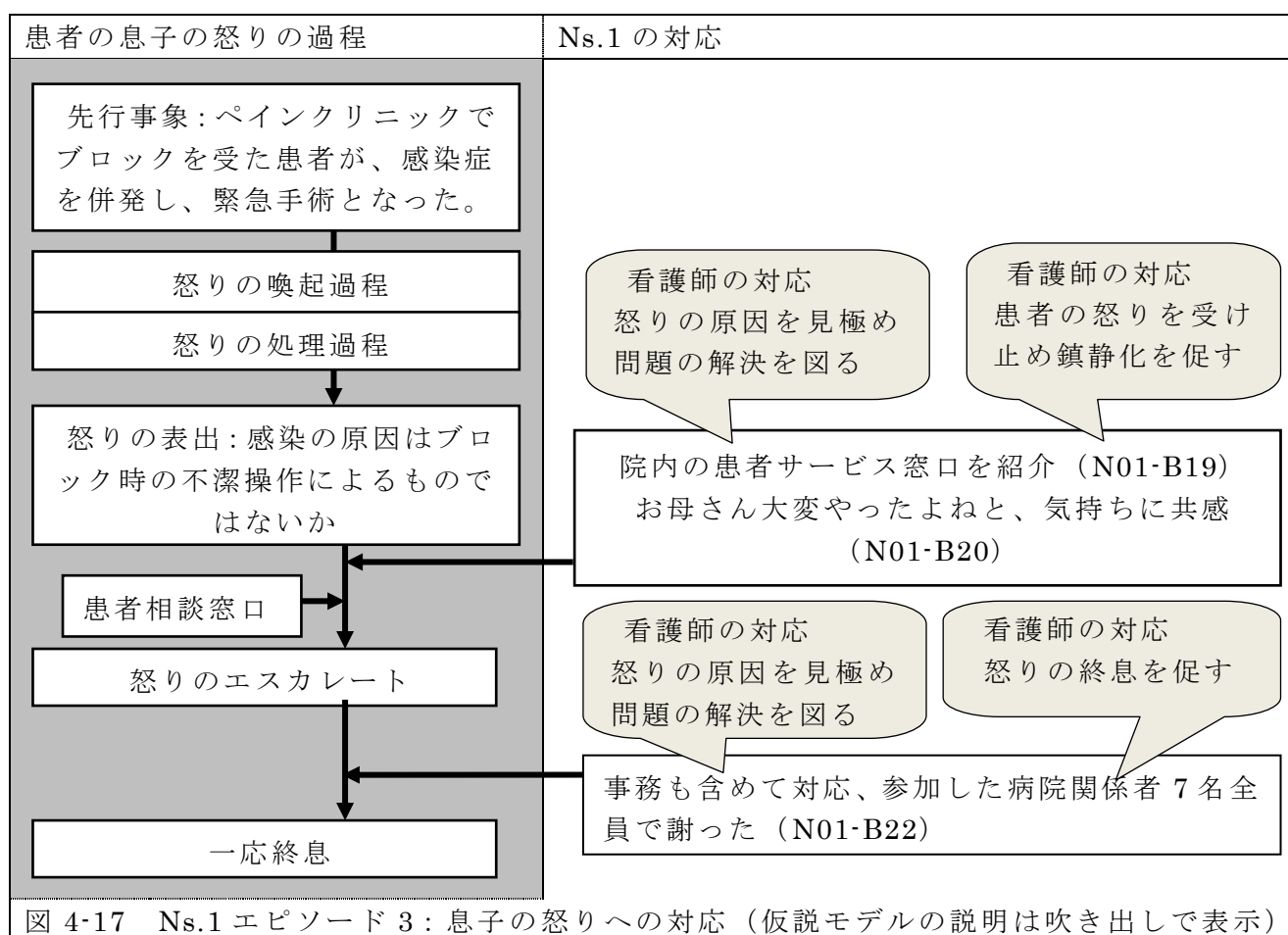
この患者の息子がNs.1に、感染の原因はブロック時の不潔操作によるものではないかと話した。Ns.1は、お母さん大変やったよねと息子の気持ちを受け止めるとともに、医療に対する不満だったため院内の患者サービス窓口を紹介した。息子は患者相談窓口へ行ったが、その窓口の対応が悪く怒りはエスカレートした。息子は医師を待ち伏せして詰問するようになったため、事務も含めてきちんと対応することになった。その会談にはNs.1、医

師や事務職など計7名で臨み最初に全員で謝罪した。その後金銭の話になり一応決着した。
 ②対応過程の説明（説明構築）

Ns.1のエピソード3について、患者の息子の怒りへの対応過程について図示したものが図4-17である。

Ns.1は患者の息子の苦情に対し、気持ちに共感（N01-B20）するという怒りの鎮静化を促す働きかけを行った。しかし、苦情の内容が医療に対する不満だったため院内の患者サービス窓口を紹介（N01-B19）した。しかし、窓口の対応に不満を感じた息子は、怒りをエスカレートさせたため、事務も含めてきちんと対応することになった（N01-B21）。会談にはNs.1のほか、医師や事務職など計7名で臨み、会談に参加した病院関係者7名全員で最初に謝った（N01-B22）。

Ns.1はこの過程に対して、「ヒートアップする前にちゃんと話を聞いてさえていたら、このようないやらしい会を持たなくても済んだのではないか（N01-B23）」、「せっかく思いに共感しても違う部署の人が台無しにすると、患者や家族との関係がぎくしゃくし、必要最低限のことしか言わないし行かないという事態になる（N01-B24）」ととらえていた。



③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.1は、息子の不安な気持ちを受け止め共感するという、怒りを受け止め鎮静化を促す

働きかけを行った。同時に、苦情の内容から対応に適していると思われる相談窓口を紹介するという、怒りの原因を見極め問題の解決を促す働きかけを行った。この時点では怒りはさほど大きくなかったが、相談窓口の対応が悪く患者の家族の怒りはエスカレートした。このため、病院として対応するという、怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけを行い、怒りの終息を促した。

(5) Ns.1 エピソード 4：あまり正当でない苦情を言う患者への対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

過去に自分の職場で内部告発した患者が抜釘目的で入院してきた。その際「おれは個室だって言っただろ」みたいなことを言われたが、個室がないため術前患者用の大部屋になった。すると「おれは明日手術で、気分がすごくナーバスになっているのに、こんな独房みたいなのところに入れやがって」とすごく怒られた。個室も室料免除の重症個室に入れろということだった。有料個室をすすめると、「そんなわがままな患者じゃないからここで我慢するけど」と言って手術を受けた。また病院は全面禁煙だが、ベッドサイドにたばこライターが置いてあった。スタッフがここに置いとくと煙草を吸っているとみなされ強制退院の理由になりますと言った。それに対して、「麻酔も醒めていない患者にそんな酷いことを言いやがって」とすごく怒られた。さらに、入院時に食事変更がなされてなかった事に対して、「おれは朝はパンだ、今日も朝ご飯が出てきた」と立腹された。Ns.1 が謝罪に行くと、今までのうっ憤を言われ、「第三者機関のことを俺は知ってるんだ、いろんな役所も知っている、偉い人も知ってるんや、こんな入院生活送れるか」と言われた。

Ns.1 は、病棟の問題として診療科長にも報告すると患者に伝えた。教授にこれまでの苦情のいきさつを伝えた。教授は、患者に苦情が不適切であることを話し、それ以降患者は何も言ってこなくなった。

②対応過程の説明（説明構築）

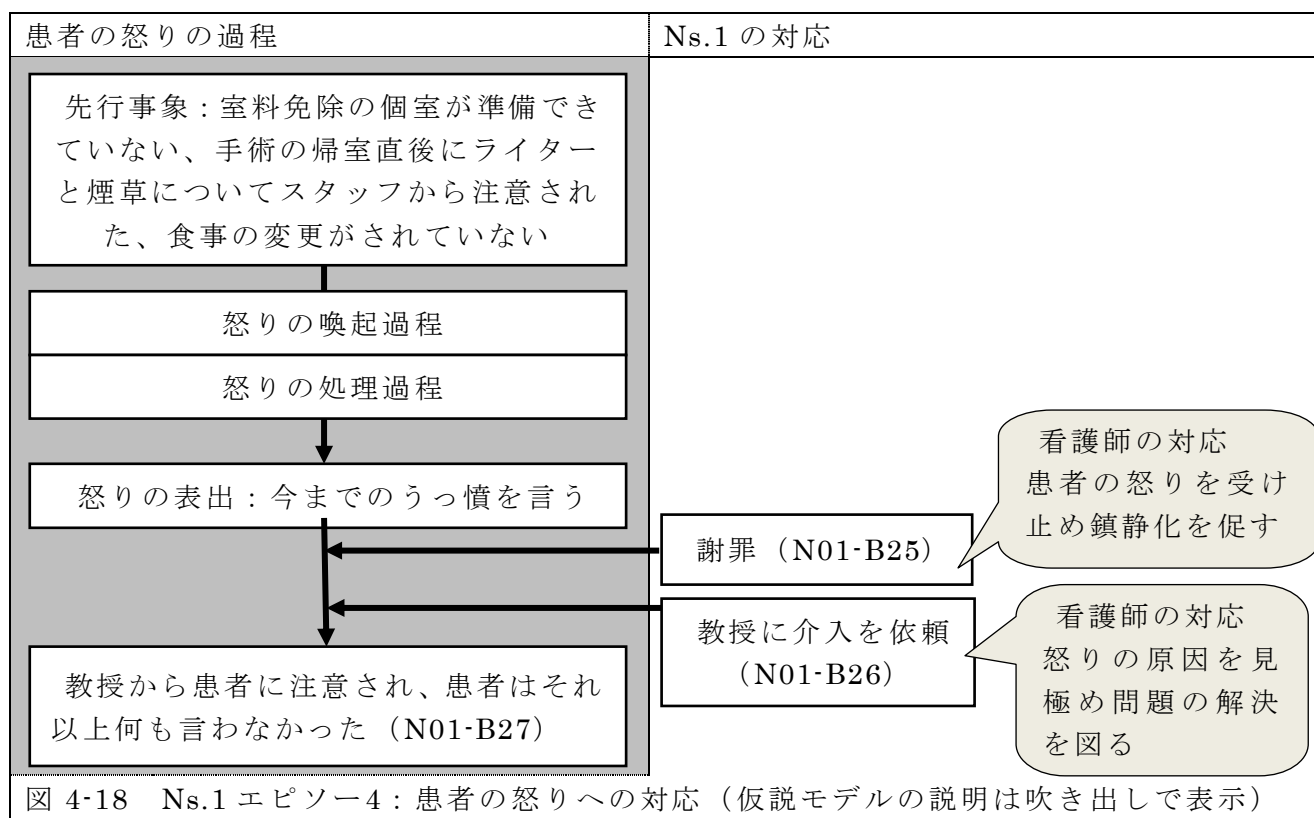
Ns.1 のエピソード 4 について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図 4-18 である。

抜釘目的で入院の男性患者から、室料免除の個室が準備できていなかったこと、手術の帰室直後にベッドサイドにあったライターと煙草についてスタッフから注意された（全面禁煙）こと、食事の変更がされていなかったことなどが重なり、怒りを表出された。スタッフから報告を受けた Ns.1 は、患者のところへ行き謝罪し、怒りをおさめようとした。そこで今までのうっ憤を言われたので、病棟の問題として診療科長に報告することを伝える（N01-B25）という対応をとった。この背景には、患者の苦情は聞くだけではおさまらないこと、これまでのいきさつからこのままでは苦情がさらにエスカレートすると考えてのことだった。患者は医師には伝えてほしくなかったが教授に事情を伝えた（N01-B26）。教授から患者に注意され、患者はそれ以上何も言わなかった（N01-B27）。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.1 は、あまり正当でないクレームを数多く言う患者に対し、看護師側に原因があることについては謝罪するという、患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけを行った。さらに、患者の背景をとらえ、教授に患者への介入を依頼するという、怒りの原因を見極め問題の解決を促す働きかけを行った。教授という患者の怒りの鎮静化に有効な人的資源を

活用することで、苦情がエスカレートすることを予防したととらえられた。



2) Ns.2

(1) 個人背景

30歳代女性、特定機能病院看護師長、看護師長経験2年3カ月
インタビューの中で、以下のような患者や家族の怒りへの対応についての考えや管理者としての考えが語られた。

【患者の怒りの対応についての考え】

今までは患者さんが怒らなければそれでいいかと思っていたが、研修などを受けてクレームはあって当たり前と思えるようになった。また、クレームは次に生かせるものも含まれているが、ナースを潰すような文句は聞き捨てならんと思っている。クレームと文句は線を引きたいと考えている。

【管理者としての考え】

スタッフ経験のない部署で師長になり、細かいことが見えてこない自分の仕事のためにも情報を取りたいと思い、報告、連絡、相談は最低限するようにスタッフには話している。この際、何かトラブルがあった時にその時の情報がわからないと、私があんたがたを守れへんという言い方をしている。それで年々風通しがよくなっているということであった。また毎朝9時ごろに患者訪問をし、患者さんから情報を得るようにしている。このため、ちょっとしたもめごとでも聞いておけばちっちゃな芽のうちに摘めると考えている。

しかし、スタッフは患者が怒っていたそのままの背景を持ってきて、私に言っとけばなんとかしてもらえるとという甘さもあるため、患者が怒っている問題解決の対処の仕方をナースに一個一個返すようにしている。これには、患者の看護をするのはスタッフ、スタッフの看護をするのは師長、スタッフがいて初めて現場が成り立っている、スタッフいてこそこの職だという思いがある。

(2) Ns.2 エピソード1：怒りを超えて治療拒否をした患者への対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

30代半ばの女性、神経難病で入院中、意識はクリア、首から下が完全麻痺、積極的な治療の効果を期待しての入院だったが治療効果が出ない。家でもほぼ寝たきりの生活だったが、治療の中でリハビリも十分できずADLは徐々に低下。治療効果があがらない中で悶々とした日が約半年続いていた。主治医の転勤と同時に、退院か主治医と一緒に転院するかの2つの選択肢を急に提示された。患者は入院の前のレベルになるまでは帰らないという一点張りで、ここまで悪くなったのはここの病院のせい、こんな追い出されるような思いをするのはなんでやと怒った。そして自分が今おかれた状況が納得できず、怒りを超えて治療拒否になった。PEGの注入も点滴も拒否し、担当ナースには暴言、他のスタッフには無言の抵抗をしていた。

Ns.2は、治療拒否は黙認できないため新しい主治医と相談し方針を確認した。そして管理的な視点から治療拒否の状態を放置できないこと、脱水でリハビリもできず悪循環になることを話した。また患者と良好な関係性の取れている副師長は、治療拒否をしても何もならないことを説得した。その結果、治療だけは再開できた。

次にNs.2は、患者自身が方向性を選択できるように選択肢を提示した。そして、方向性がなかなか決定できない患者に対し、在宅か転院のどちらを選んでもいいように退院調整ナースと在宅の準備を始め、進捗状況を患者に報告した。するととも福祉関係の仕事をしていた患者は、自分でも役所に電話するなどの行動がみられるようになった。そして、怒り爆発から約1ヵ月半後に主治医が転勤した病院に転院した後、自宅に退院することができた。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.2のエピソード1について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-19である。

Ns.2は、スタッフから報告を受けまず患者の状況を確認した（N02-B012）。患者に一般的な怒りの表出を求めても無意味だし、現状を許すのもおかしい（N02-B001）が、治療拒否という行動は黙認するわけにはいかず悩んだ（N02-B010）。そこで、患者の新しい主治医と相談し方針を確認（N02-B013）した。そして、Ns.2は管理的な視点から現状を放置するわけにはいかないこと、脱水でリハビリもできず悪循環になる（N02-B011）と、説明し理解を得ようとした。また、患者と良好な人間関係がとれていた副師長に、治療拒否をしても何もならないことを諭す（N02-B014）などの介入を依頼し、治療を再開することができた。

患者の怒りについては、医療者側にも問題がある（N02-B008）と考えたNs.2は、納得できないにしても患者がなんとか前に向いた着地点を見つけるのが私たちの役目

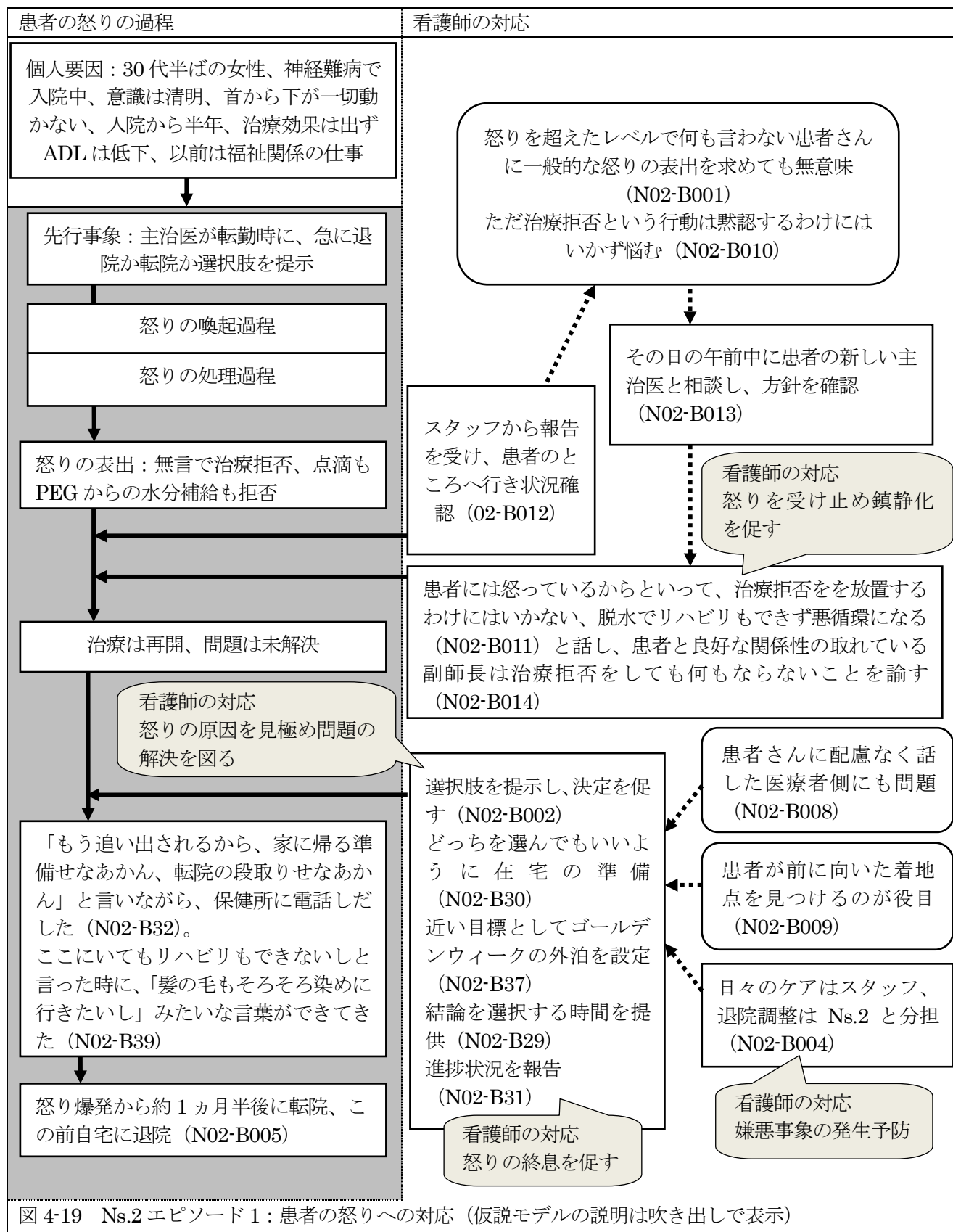


図 4-19 Ns.2 エピソード 1：患者の怒りへの対応（仮説モデルの説明は吹き出しで表示）

(N02-B009) ととらえた。そして、リハビリをある程度行い退院するか、転院してリハビリを続け、転院後治療を希望すればまた戻ってくるという選択肢があることを示し、患者に決定を委ねた (N02-B002)。

この時、スタッフは日常ケアなどでもストレスを抱えており、患者・看護師関係が崩れつつあった (N02-B016)。そこで、退院調整の件に関しては Ns.2 が行い、スタッフは日々のケアを行うという業務分担 (N02-B004) をし、スタッフにモチベーションを持たせていた (N02-B18)。同時に主治医とスタッフ全員を巻き込み、患者からの質問に同じ答えが返せるよう (N02-B003) にしたり、スタッフと患者を特別扱いする必要はないことを何度も話し合い、患者の状況について共有できるよう意見交換、情報交換をしていた (N02-B19)。

Ns.2 は患者に対し、近いめどとしてゴールデンウィークの外泊を目標にすすめつつも (N02-B37)、ゴールデンウィーク後に転院か在宅かという結論を選ぶというのもちよっと待つ (N02-B29) というように考える時間をとった。その間にどっちを選んでもいいように退院調整ナースと在宅の準備を始め (N02-B30)、車いすの改造や自宅から通うリハビリ施設の場所などひとつひとつ調整し、ちょっとしたことでも前に進んだことがあれば、本人に言いに行くようにした (N02-B31)。するとともに福祉関係の仕事をしていた患者は、「もう追い出されるから、家に帰る準備せなあかん、転院の段取りせなあかん」と言いながら、保健所に電話をしたりしだした (N02-B32)。また、「髪の毛もそろそろ染めに行きたいし」みたいな言葉が出てきたので、迎えに来てもらうのに仕事休みのほうがええやろとすすめた (N02-B39)。その後なかなか患者の決断がつかなかったが、怒り爆発から約 1 ヶ月半後に主治医が転勤した病院に転院し、この前自宅に退院した (N02-B005)。

③ 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング)

Ns.2 は、患者の怒りの行動についてスタッフから報告を受けると、主治医や患者と最も関係が築けている副師長に協力を求めた (人的資源の活用)。そして、患者が治療拒否を撤回するよう患者の怒りを受け止めつつも、治療拒否が及ぼす影響などを説明するという鎮静化を促す対応を行った。治療は再開できたが、怒りの原因となった問題は解決していないため、転院、在宅などの選択肢やゴールデンウィークの外泊という短期目標を提示したり、退院調整ナースと在宅の準備を進め、その進捗状況を伝えるなど、怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけをおこなった。これと同時に、看護師のストレスの緩和や方向性の統一を図るため、退院調整は Ns.2 が引き受けた。これは、患者・看護師関係の緊張緩和と言動の統一により、新たな嫌悪事象の発生を予防する働きかけととらえることができる。こうした対応により患者は現状を受け入れ転院後自宅退院となり、怒りは終息した。

(3) Ns.2 エピソード 2：他の患者や部署で看護師の文句を言う患者への対応

① 患者・家族の怒りへの対応の概要

眠剤を 2 分の 1 錠ずつ飲む患者がいた。その患者が眠剤を希望したため、夜勤の看護師は眠剤を 2 分の 1 錠渡した。指示には眠剤 2 分の 1 錠、2 時間後追加でまた 2 分の 1 錠という指示の出し方だった。ところが、その患者はいつも看護師が 2 分の 1 錠ずつ 2 包を一度にくれると言ったが、この看護師は指示どおりに 1 包しか渡さなかった。他の看護師は 2 つくれるから欲しいと言っても、指示にはこうなってますとの一点張りだったと。それでこの患者さんがとても怒り、夜に患者と看護師で主治医のところに行った。主治医は怒

った患者を目前にし、2分の1錠ずつを2包渡してもいいと指示を変更したので、看護師は2包渡した。次の日その患者が、夜にあったことを「昨日の夜の看護師はどうかと思う、自分の言っていることが正しかったのに」ということを他の患者に言っていた。それを病棟だけでなく、透析室や看護学生にもこんな看護師にはならんときやと言っていた。さらに昨夜対応した看護師を自分の担当にしてくれるなど言っているということが、他の看護師からNs.2の耳に入ってきた。この患者と直接話をした時には、そのようなことは何も言っていない。

Ns.2は、夜勤で担当した看護師に事実を確認した。患者に誤解があった事が分かったため、患者に「誤解があったのは事実だが、患者がナースを担当から外してくれと言われてもはいそうですかとはできません」と説明した。患者は一応納得し、3日後に「この看護師さんにはよくしてもらった」と言って他の病棟に転棟した。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.2のエピソード2について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-20である。

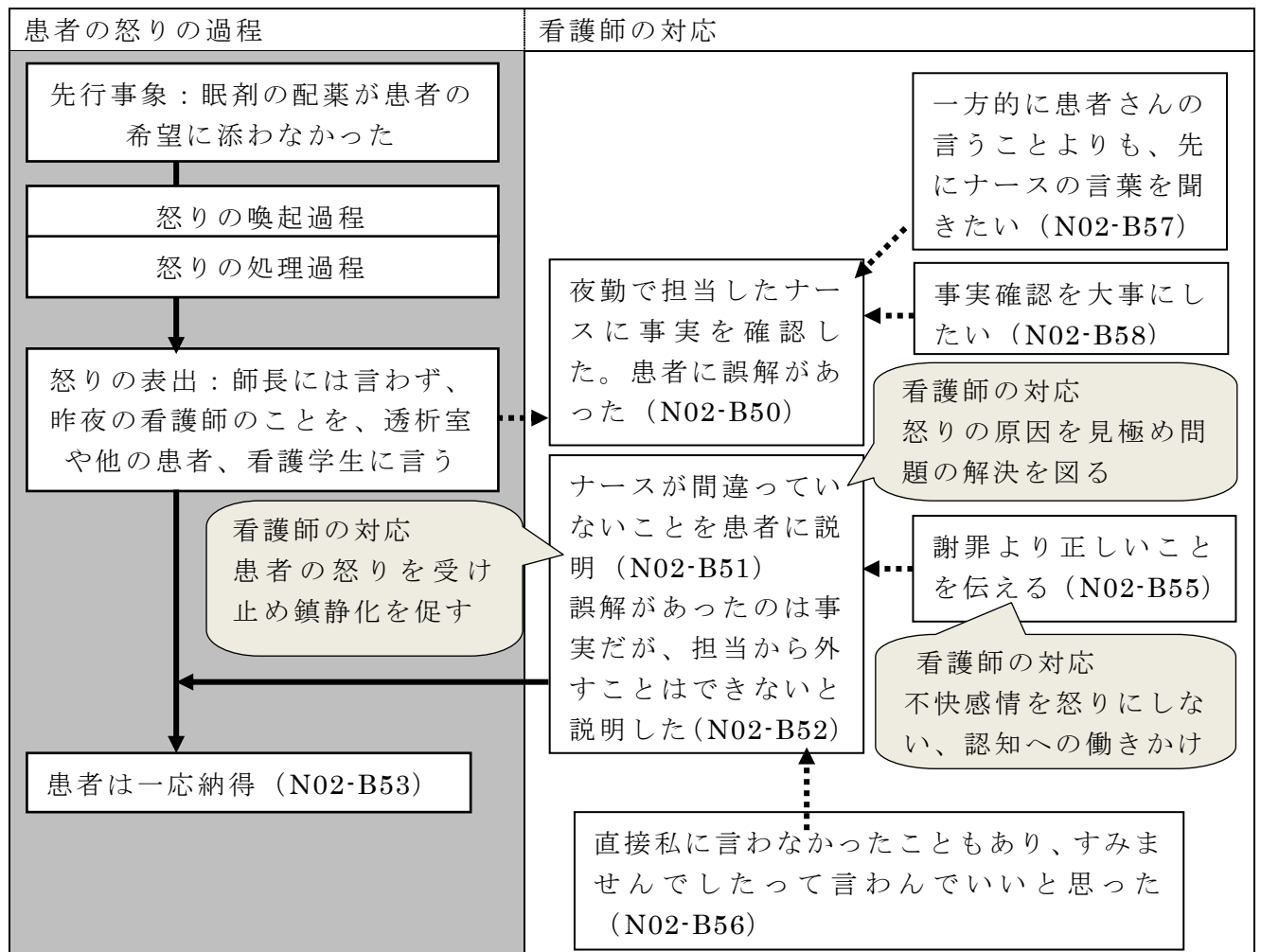


図 4-20 Ns.2 エピソード 2：患者の怒りへの対応（仮説モデルの説明は吹き出しで表示）

患者は機会があったにもかかわらず直接言ってこなかったため、一方的に患者さんの言うことよりも先にナースの言葉を聞きたい（N02-B57）、事実を確認することを大事にした（N02-B58）と思い、夜勤で担当したナースに事実を確認した。すると患者に誤解があった（N02-B50）事が分かった。そして、ナースが間違っただけをしないことを患者に説明に行き（N02-B51）、誤解があったのは事実だが、患者がナースを担当から外してくれと言われてもはいそうですかとはいできませんと説明（N02-B52）するという、怒りの鎮静化を促す働きかけをした。この言動の背景には、ナースは間違っただけをしないので、すみませんっていう言葉よりは正しいことを伝えたいという対処の仕方を取った（N02-B55）、患者廻りしているときに直接私にそのことを言わなかったこともあり、すみませんでしたって言わんでいいポイントやと思った（N02-B56）というNs.2の意図があった。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.2は、患者の怒りの言動についてスタッフから報告を受けると、当事者であるスタッフに事実を確認した。その結果、スタッフが間違っただけをしないことが分かったため、患者にそのことを説明するという、怒りの鎮静化を促すはたらきかけおよび怒りの原因を見極め問題の解決を促す働きかけをした。

事実を説明することは、患者にその時看護師がとった行動の意図や背景の理解を促すという、不快感情を怒りにしない認知への働きかけととらえることができる。こうした働きかけにより、患者の怒りは終息した。

3) Ns.3

(1) 個人背景

30歳代男性、病院看護師長、同じグループ内の病院内で転勤、現在の病院での看護師長経験1年半

インタビューの中で、以下のような患者や家族の怒りへの対応についての考えや管理者としての考えが語られた。

【患者の怒りの対応についての考え】

基本的に患者さんが怒るのはこちらに落ち度がある場合が多いと思う。とくに消化器内科の病棟なので、バックに絶食という生理的欲求の食が満たされないというものがあり、いらいらカリカリするというのもふまえておかないといけないと思う。また土地柄、アルコール性の疾患が多く、こういう人たちの中にはルールを守ってくださらない人もいます。

患者が怒るような事態が発生した場合、まず双方から話を聞き事実を確認し概要をつかみ、患者の怒りの原因や怒りの資質やどちらに非があるかということをもとに冷静に判断する。怒っている理由、矛先が見えてくれば落とし所も見えてくるので落とし所を考えながら患者のところへ行く。そして、こちらに非がある場合は誠実に謝ることから始めるが、治療に協力してもらえない場合はそのことをきちんと告げる。場合によっては、主治医や専門職（訴訟専門職、病院の中の事務方のトラブル担当者）の協力を得てこれ以上の入院生活はできないということを伝えることもある。自分は最後の砦なので、今後の対策や落とし所まで考えた上で患者さんの前に立つべきと思っている。事実を把握している人間が

冷静に謝りに来ているということを伝えることも、怒りをおさめる一つの方法と思う。だから立場上、ある程度のことを分かって、落とし所を持って患者のところへ行くようにしている。

【管理者としての考え】

スタッフに対しては、患者が絶食という生理的欲求を満たされない中で治療を受けていることに対して、どれだけ分かってやれるかが消化器内科の看護の真髓だとか、絶食中で患者の表情が硬くてイライラしていると思ったら「絶食大変ですね、気持ち分かりますよ」の一言声かけとけば表情も和らぐかもしれない、消化器内科は検査が多くバタバタしている。その横で絶食でイライラしている患者がいて、テンション高めあって爆発することが多い。ちょっとしたトラブルや過ちが許せない人が多い病棟だということを自覚するようにと話している。また、若いナースが怒っている患者にうまく対応できないのは、一つは権限を持っていないからであり、現場の人間の判断が養われるとずいぶんとトラブルは減る。だからある程度の責任は委任してあげないと思っている。このため、夜間の対処についての報告を受けた時に、「(スタッフが) 自分で現場で判断したことについては、間違っていればこういう方法もあったん違うかって訂正もするが、基本 OK。リーダー連中には、リーダーするような連中には、全部自分で判断しろ。それであかんかったら、私が頭下げに行くからいい」と話している。

(2) Ns.3 エピソード 1: 消灯時間を過ぎて帰院した患者を注意したことから怒りをかった看護師への対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

Ns.3 が当直している時に、消灯時間を 30 分過ぎて外泊から帰ってきた患者に、夜勤の看護師が「ちゃんと規則守ってください、消灯時間までに帰ってきてもらわないと困ります」と言ったところ、患者が急に怒りだしたと報告を受けた。

Ns.3 は、看護師にどういう言い方をしたのか確認した。看護師の言い方にも問題があると考え、一緒に行って謝ることになった。

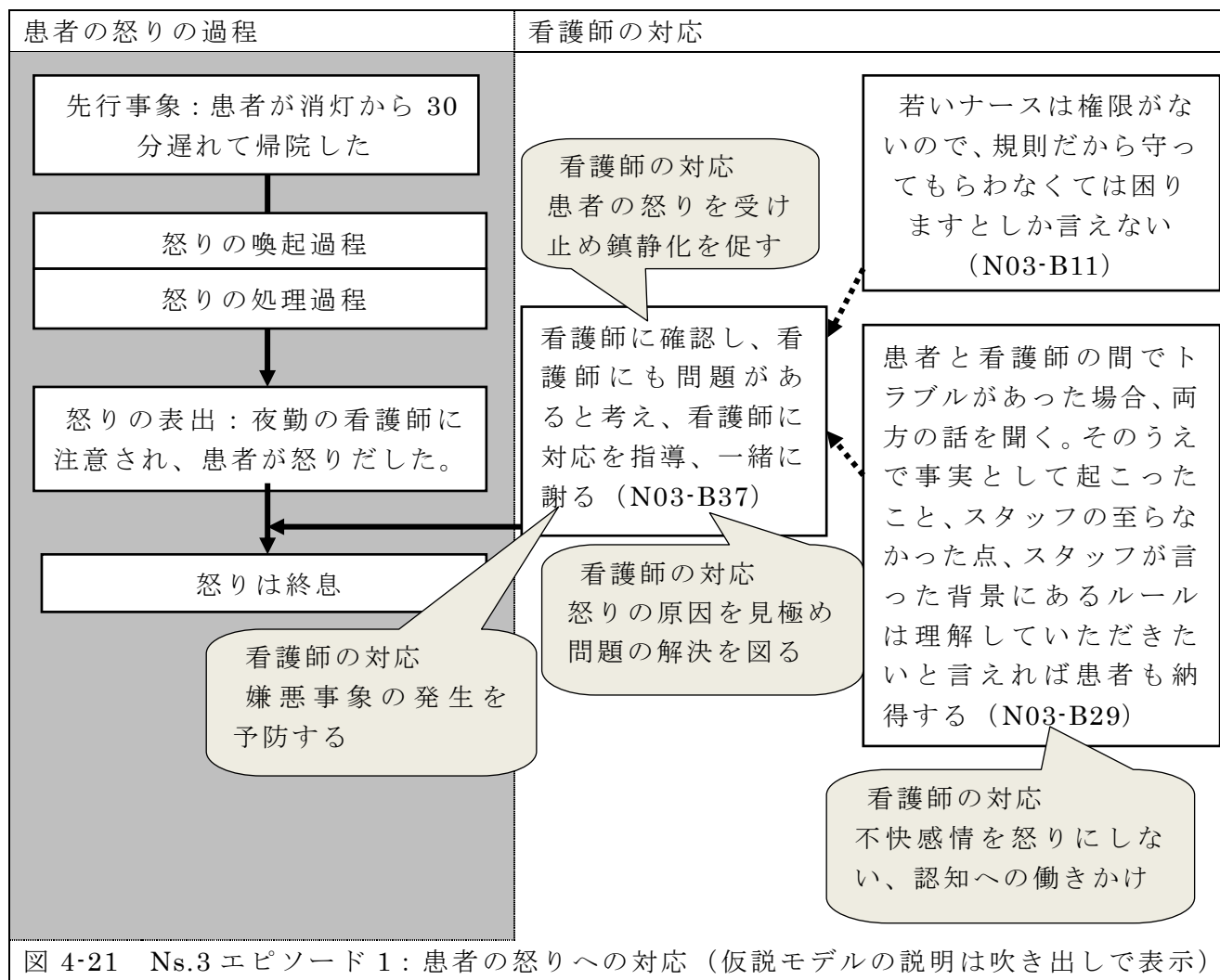
②対応過程の説明（説明構築）

Ns.3 のエピソード 1 について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図 4-21 である。

Ns.3 はまず、看護師にどういう言い方をしたのか確認し、看護師にも問題があると考え、「消灯時間を 30 分過ぎて外泊から帰ってきた患者に、連絡がなかったから心配しましたよ、だから遅れるんやったら電話一本いただけるとありがたいですよまででいいやん、それを規則やから時間通り帰ってきてもらわなくては困りますじゃないんじゃないかな、そうすると次回からは遅れるときは電話もくれるだろうしって、遅れる時にはせなあかんのや心配して待ってくれてるんやということが理解されたらいい。ルールは説明するけれども、そういう言い方をしたことについて、気分害されたことについては謝るしかない」と言い、一緒に行って謝った (N03-B37)。このような対応により、患者の怒りは終息した。

このような事象の発生について、Ns.3 は「若いナースは権限がないので、例えば外泊から 30 分遅れて帰ってきてても規則だから守ってもらわなくては困りますとしか言えない。自分の権限で許せるとトラブルにならないケースがたくさんある (N03-B11)」、「患者と看護

師の間でトラブルがあった場合、スタッフは病院のルールを盾にとって物を言うが、患者さん個々にも自分のルールがあるので両方の話を聞きたいと思っている。そのうえで事実として起こったこと、スタッフの至らなかった点、スタッフが言った背景にはこういうルールがあるから理解はしていただきたいと言えれば患者も納得する（N03-B29）」という見解を持っていた。



③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.3 は、まず事象が発生した状況を確認した。報告の中で看護師の言い方にも問題があると考え、患者には不快にさせたことを看護師と一緒に謝罪するという患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけ、怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけ、看護師の言動の背景にある病院の規則についても説明するという、不快感情を怒りにしない認知への働きかけを行い、怒りの終息化を促した。

看護師の言動の背景にある病院の規則についての患者への説明は、事象の発生について認知処理する際に使用する情報量を増やすことで、発生した事象に対して冷静に思考でき

るよう促す働きかけととらえることができる。同時に看護師には、患者への対応について機会教育を行うことで、新たな嫌悪事象の発生を予防するという働きかけを行っていた。

(3) Ns.3 エピソード 2：耐震工事中で携帯電話が使用できず怒った患者への対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

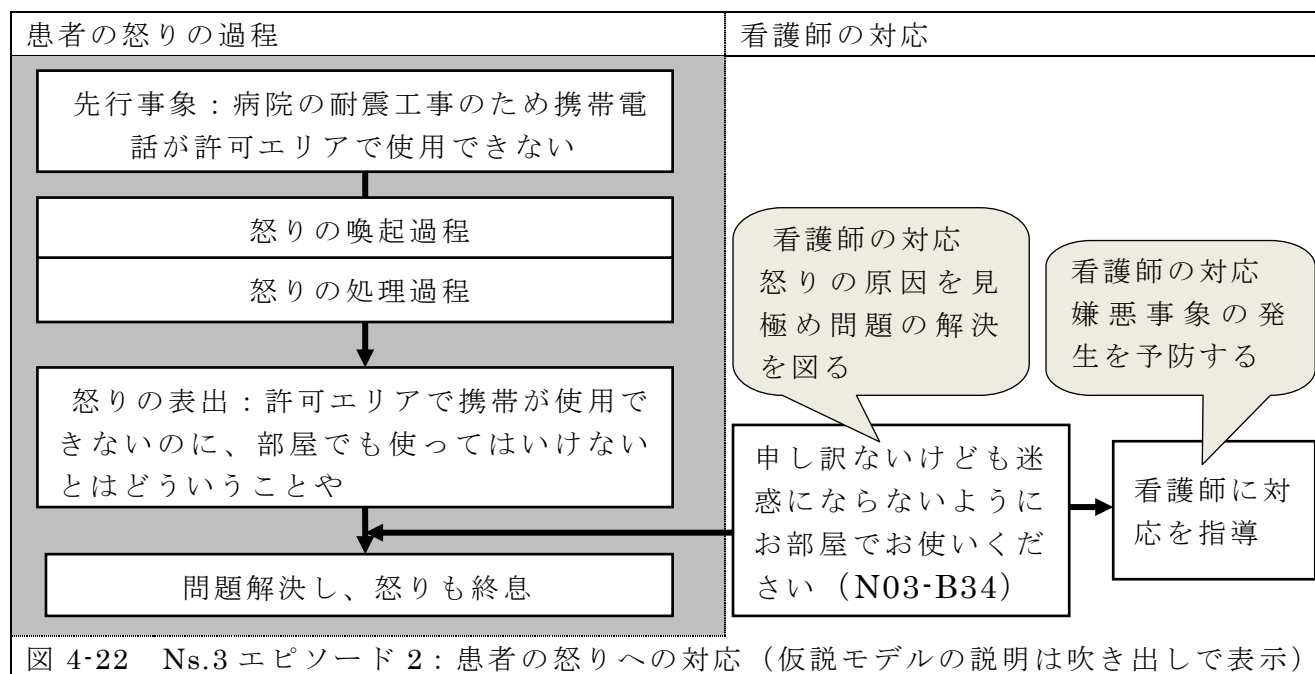
病院の耐震工事で、携帯電話を使用するエリアが特にうるさかった。患者は「そのエリアでは声が聞こえないため携帯が使用できないのに、部屋でも使ってはいけないとはどういうことや」と怒っているとスタッフから報告を受けた。

Ns.3 は、報告してきたスタッフにこうした患者の苦情への対応はどうしたらいいか尋ねた。するとスタッフは、携帯電話は部屋では使用してはいけないと思うと返答した。そこで、病院の事情で使用許可エリアでの携帯電話の使用ができない状況のため、同室者の迷惑にならないように部屋で使ってくださいでもいいのではないかと指導し、患者にはその旨を説明した。

スタッフは「ああそうですか」と言っていたが、ルールはルールでしょというような不服そうな顔をしていた。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.3 のエピソード 2 について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図 4-22 である。



スタッフから状況を知り、患者が怒るのはもつともだと思った。そこで報告してきたスタッフに、こういう状況の時にはどう返したらいいのか、落とし所はどうやと聞いたら、いや使ったらいかんと思いますと返答があった。それに対し、「そうか？大事な電話かもし

れへんし、ひょっとしたら大事な家族さんへの連絡かもしれへんやん、でも事実としてここがうるさくて使えなくしているのは病院やんって、病院に非があるやんかって、そういう時には申し訳ないけども迷惑にならないようにお部屋でお使いくさいてっていいんちがうかって、俺やったらそう言うで」と話をした。患者にはその旨を説明するとともに、スタッフとどうするべきだったかを一緒に考え振り返りをした（N03-B34）。

③ 仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

スタッフの報告を聞いた Ns.3 は、スタッフの言い方に問題があると考え、患者には謝罪し部屋での携帯電話使用についての説明を行い、スタッフには患者対応についての指導を行った。これはいずれも、患者の怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけととらえられた。さらに、怒りの対象となった看護師に患者対応について行われた教育は、新たな嫌悪事象の発生を予防する働きかけととらえることができる。

4) Ns.4

(1) 個人背景

40歳代女性、急性期総合病院看護師長、看護師長経験は内科系病棟で4年、外科系病棟で5年めである。

インタビューの中で、以下のような患者や家族の怒りへの対応についての考えや管理者としての考えが語られた。

【患者の怒りの対応についての考え】

患者の怒りについてスタッフから報告を受けたあと、もう一度自分で患者の話を聞くようにしている。スタッフの受け止めと患者の怒りの核心が少しずれていることがあるので、患者がなぜ怒っているのか見極める。患者がどういう思いで怒りを持っているのかということ聞き、怒りを感じたと思われる部分を少し触れてみるとうまくいくこともある。冷静に話を聞くために前調査をして心を鎮め、怒りの核心はそこじゃないかもしれないと思いつながりながら話を聞く。事実を確認し実態を冷静に見ることが大事と思う。

【管理者としての考え】

私は責任者として何かあった時には患者さんのところに出て行かないといけないし、その時に素直に謝るところがどこかを見極めて謝らないといけないと思っている。患者さんの中でトラブルになるのはナースのケアに問題があると書いてあった言葉が印象に残っている。自分たちのケアがどうなのかを振り返るというケアの視点が大事、その人に対してどういうケアをしたいかというナースたちの姿勢だとか、計画の実際の内容が大事と思う。

私たちが最終的に目指しているのは患者さんの幸せというところにある。だから患者さんに嫌な思いや怒らせるきっかけをケアで作らないというのは大事と思っている。スタッフにも病気になったということでショックや恐怖、不安な気持ちで来ている人に、さらにそれを不安にさせたり怒らせてしまったりということは絶対だめやと言っている。

(2) Ns.4 エピソード1：シャワー浴の時間が守られなかったことから患者が怒ったケース

① 患者・家族の怒りへの対応の概要

患者がシャワーの時間を担当のナースと相談し 10 時半になった。患者が時間の 3 分くらい前にシャワー室へ行くと、ナースが介助浴をしており「もうちょっと時間ありますし」と答えた。患者は 3 分で終わるわけがないとナースの言い方と時間を守れていないことに対して怒られた。あとで介助していたナースが患者のところに謝罪に行ったが怒りはおさまらなかった。

報告を受けた Ns.4 は、看護師の言い方が悪かったと嫌な思いをさせたことを謝罪した。患者からは、シャワー浴が終わったら看護師に声をかけるシステムにするように言われた。この後 Ns.4 は、シャワーが終わった後は看護師に連絡する旨を書いた張り紙を貼るなどして、患者の要望に沿うようにした。患者はシャワー後に看護師に声をかけるなどされ満足して退院した。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.4 のエピソード 1 について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図 4-23 である。

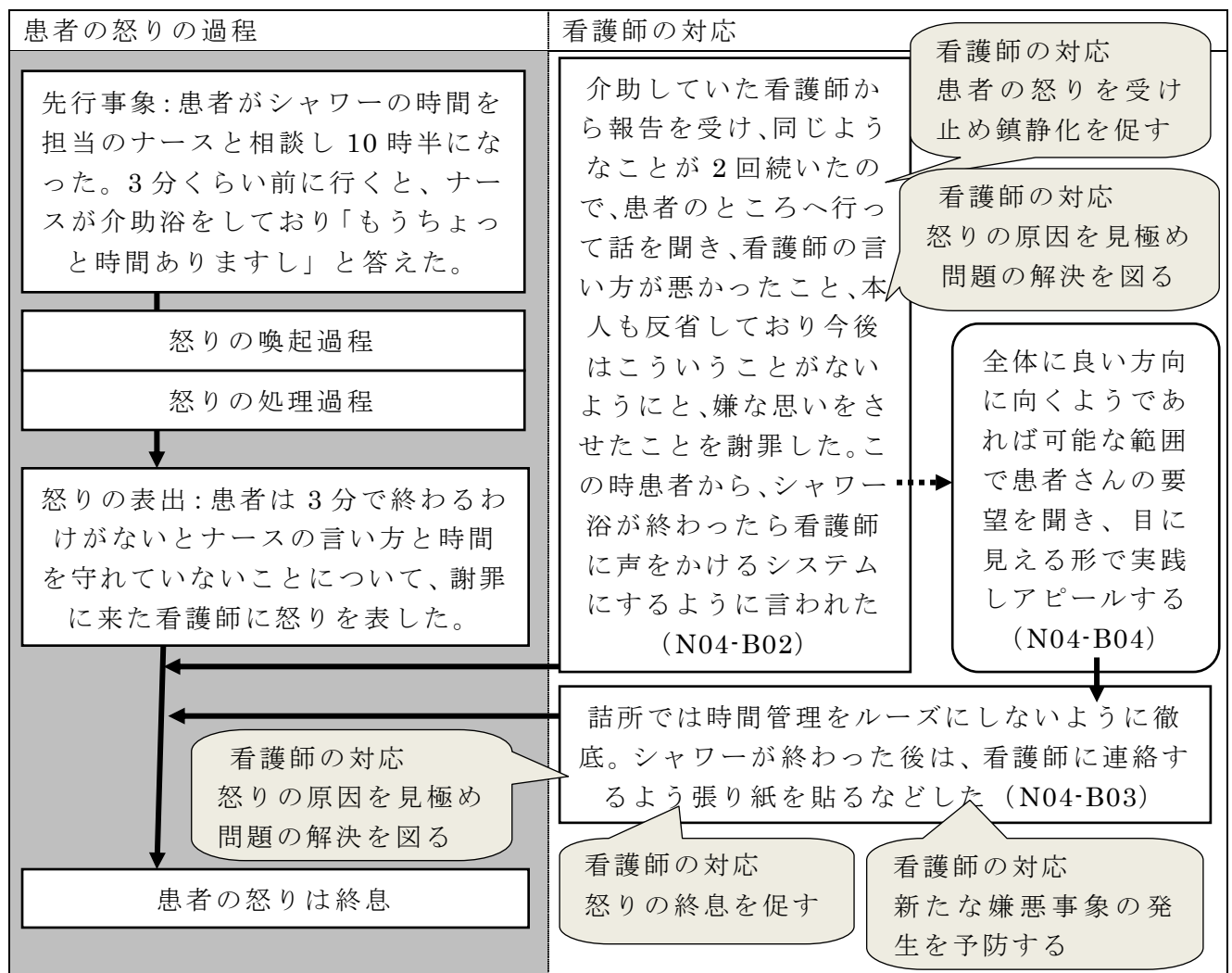


図 4-23 Ns.4 エピソード 1：患者の怒りへの対応（仮説モデルの説明は吹き出しで表示）

報告を受けたNs.4は、同じようなことが2回続いたので、患者のところへすぐに行って話を聞き、看護師の言い方が悪かったこと、本人も反省しており今後はこういうことがないようにと、嫌な思いをさせたことを謝罪した。この時患者から、シャワー浴が終わったら看護師に声をかけるシステムにするように言われた(N04-B02)。この患者の申し出に対しNs.4は、看護師にルーズなことはしないように徹底(N04-B03)するとともに、「全体に良い方向に向くようであれば可能な範囲で患者さんの要望を聞き、目に見える形で実践しアピールする(N04-B04)」という意図で、シャワー後に看護師に連絡するよう書いた張り紙をした。その後、その患者はシャワー後に看護師に声をかけるなどされ、満足して退院した(N04-B05)。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.4は、患者が怒っているのを看護師から聞き、患者のところへ行って話を聞き謝罪するという、患者の怒りを受け止め鎮静化を促すとともに、怒りの原因を見極め問題の解決を図る対応を行った。その時の患者の申し入れから改善策を実行し、看護師に徹底するとともに、取り組みを患者にアピールした。このようにNs.4は、怒りの原因となった問題の解決策に患者の意見を反映させ、それを患者へフィードバックするという、問題の解決を図り患者の怒りの終息化を促す働きかけをしていた。これは、患者と問題解決の過程を共有する働きかけであり、患者の怒りの終息を確認する対応ととらえられた。

(3) Ns.4 エピソード2：先入観を持ち息子の気持ちに寄り添えなかったケース

①患者・家族の怒りへの対応の概要

数年前のこと、入院中の患者が準夜帯で転倒した。その時の診察では骨折の診断がつかず歩行可能であったこともあり、朝まで様子を見ていた。朝レントゲンの結果大腿骨頸部骨折が分かり息子に連絡した。息子はすぐに連絡しなかったことに対し怒った。しかし、この事象以外の看護師の対応についても怒りを表出され、一度話が始めると1~2時間聞いてもおさまらない状況が続いた。

当初Ns.4が息子の話を聞いていたが、一人では対応が困難になったため病院として対応することになった。しかし、対応に納得してもらうまでに時間がかかった。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.4のエピソード2について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-24である。

当初Ns.4は息子の話を聞いていた。しかし、息子の怒りが今回の事象以外のことまで広がり、一人では対応が困難になった。このため病院として対応することになった。こういうことがないように病院としても今後はこういう対応をしますという事を言っても納得してもらうまでに時間がかかった(N04-B07)。後日この事例について、「怒ってばかりで嫌な人という先入観ができてしまって話がかみ合わなかった、家族の不安な気持ちを十分わかってなかったと後で思った(N04-B09)」と語られた。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

これは対応がうまくいかなかったケースである。Ns.4は、怒ってばかりで嫌な人という先入観があり話がかみ合わなかったこと、家族の不安な気持ちを十分わかってなかったことが、うまくいかなかった理由と考えていた。このことは、患者や家族が怒りを表出した

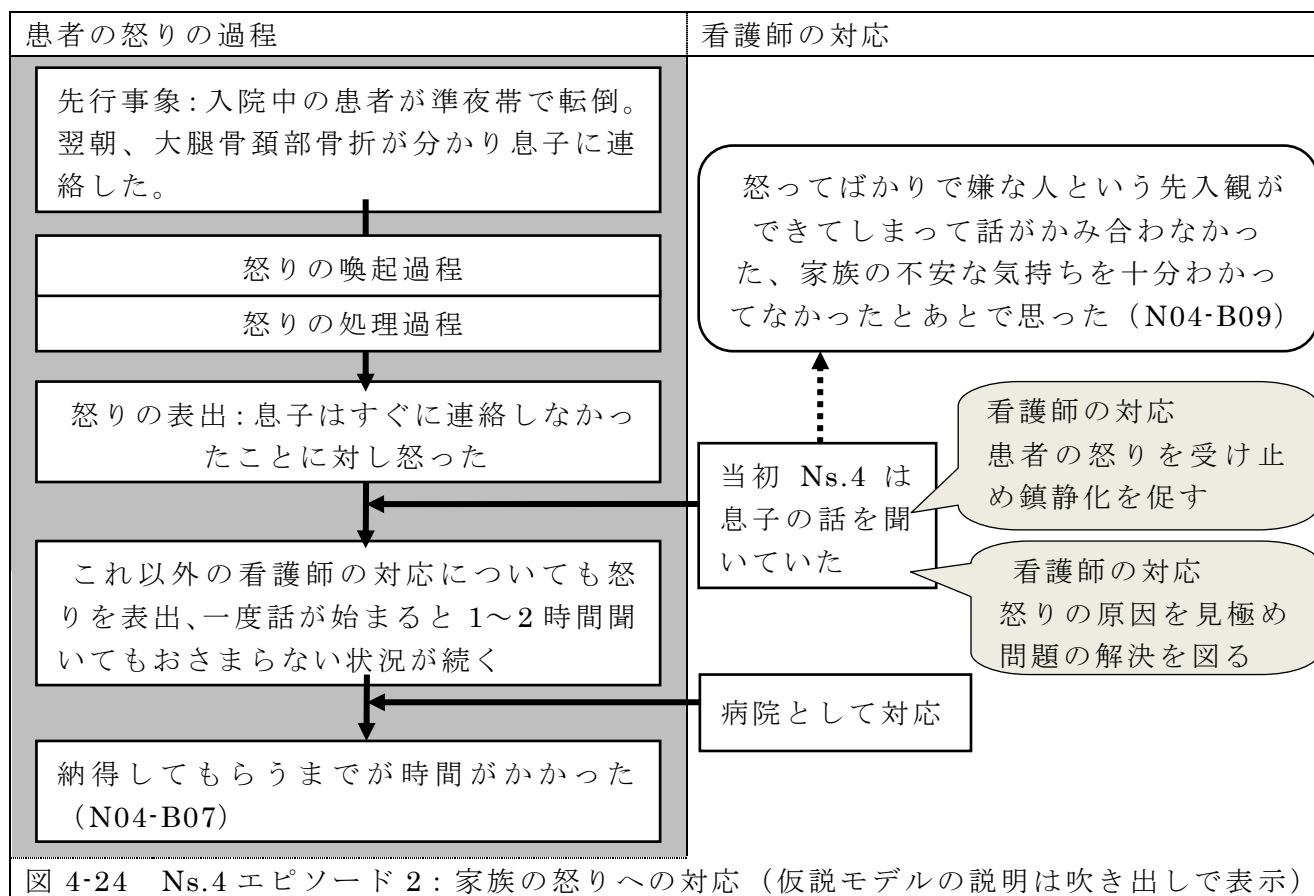


図 4-24 Ns.4 エピソード 2：家族の怒りへの対応（仮説モデルの説明は吹き出しで表示）

際に、その怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけや、怒りの原因を見極め問題の解決を促すはたらきかけが重要であることを示唆している。

Ns.4 はこの体験を教訓として、「患者の怒りについてスタッフから報告を受けたあと、もう一度自分で患者の話を聞くようにしている。スタッフの受け止めと患者の怒りの核心が少しずれていることがあるので、患者がなぜ怒っているのか見極めるようにしている (N04-B08)」と、現在の対応に活かしていることを語っていた。

(4) Ns.4 エピソード 3：患者の怒り：間違っって血糖測定をしたケース

①患者・家族の怒りへの対応の概要

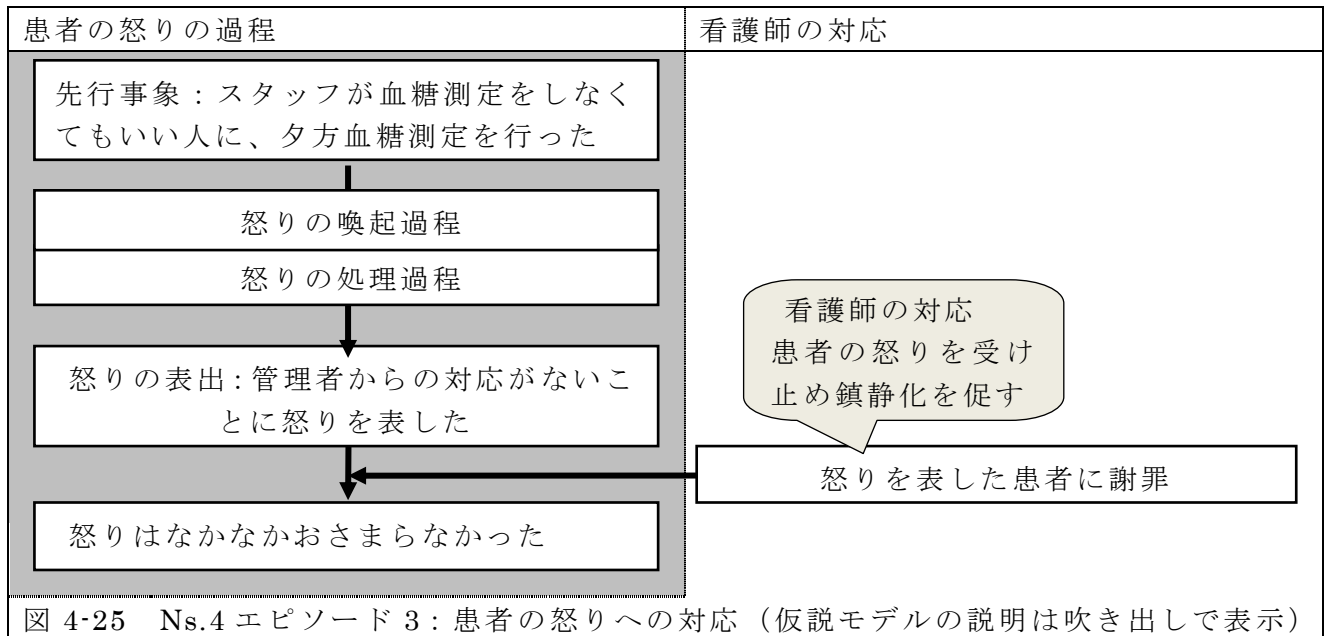
数年前、師長になってすぐのこと、看護師が血糖測定をしなくてもいい人に、夕方血糖測定を行ってしまった。担当のナースが間違いに気づき謝罪した。担当看護師から報告を受けたが、患者のところへはすぐに行かなかった。すると患者は怒りをエスカレートさせ、その後、怒りはなかなかおさまらなかった。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.4 のエピソード 3 について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図 4-25 である。

担当看護師から報告を受けたが、すぐ患者のところへ行き対応しなかったことから、患者の怒りはエスカレートした。その後謝罪したが、患者は、「管理する者がミスしたことを

スタッフだけ様子うかがいに来させるようなことをして、師長は来ないということにもっと正直にちゃんと謝りに来るべきでないのか、説明に来ないといけない」と怒りを表出された。その後その怒りはなかなかおさまらなかった (N04-B13)。この体験について、「私は責任者として何かあった時には患者さんのところに出て行かないといけないし、その時に素直に謝るところがどこかを見極めて謝らないといけないと思う (N04-B14)」と語った。この体験はエピソード2と同様、現在のNs.4の患者対応に活かされていた。



③ 仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

これも対応がうまくいかなかったケースである。Ns.4は、この体験を教訓として、以後患者の苦情に対して迅速に対応するようにしていた。このケースから、患者の表出した怒りに対して、管理責任者である看護師長の対応が重要であることが示唆された。

(5) Ns.4 エピソード 4：病院として対応することになった他部署のケース

① 患者・家族の怒りへの対応の概要

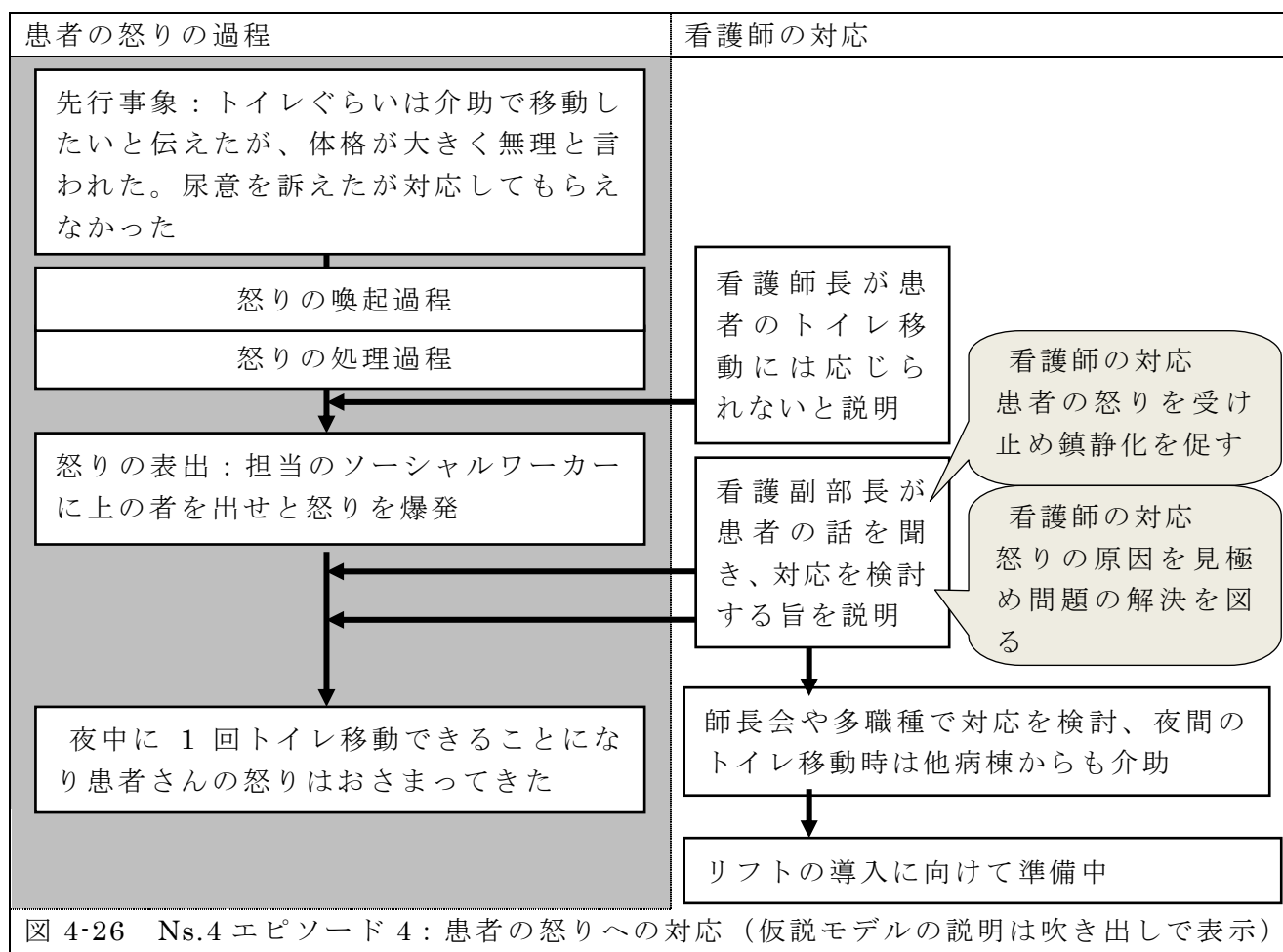
四肢麻痺が出現した50歳代の男性が緊急入院した。個室希望だったので、該当診療科以外の病棟に救急病棟から転棟となった。その患者は「トイレぐらいは介助で移動したい」と看護師に言った。しかし体格が大きく看護師は無理ということで、尿意はあるが時間導尿を行っていた（救急病棟では難しいが一般病棟に移動したら考えてもらうというような説明がされていた）。トイレ移動の希望は転棟後もかなわず時間導尿をしていたが、導尿を依頼すると「さっきしたばかり」と看護師に言われ、さらに「尿が貯留しているか器械を使って見てみまじょうか」とまで言われた。さらに、その部署の看護師長が患者のところへ行き、患者がトイレに行きたいという申し入れには応じられないと対応した。患者は、担当のソーシャルワーカーに上の者を出せと怒りを爆発させた。

担当の看護部副部長が患者のところへ行くと、患者は「なんとかトイレに行きたい」と

もう一度頼んだ。副部長は師長会で事例を共有したり、PTに入ってもらい検討した。その結果、夜間のトイレ移動時には他の病棟からも人を出し助け合うことになった。一応夜中に1回トイレ移動できることになり患者さんの怒りはおさまってきた。それでも看護師の腰の問題などもあり、リフトを購入することになった。リフトの導入に向けて患者が信頼しているPTから進めてもらうよう対策を立てている。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.4のエピソード4について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-26である。



当該病棟の師長の対応で、患者は怒りをエスカレートさせたため、看護部副部長が患者の話を聞いた。すると患者は、なんとかトイレに行きたいともう一度頼まれた(N04-B17)。師長会でこの事例の問題を共有したり、倫理カンファレンスをもったりPTに入ってもらい検討し、夜間のトイレ移動時には他の病棟からも人を出し助け合うことになった。一応夜中に1回トイレ移動できることになり患者さんの怒りはおさまってきた。それでも看護師の腰の問題などもあるので、リフトを購入することになった。リフトの導入に向けて患者が信頼しているPTから進めてもらうよう対策を立てている(N04-B19)。看護副部長は

このように、患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけや、怒りの原因を見極め問題の解決を促す働きかけを行った。

Ns.4 は、この事例について、「病棟側に問題があることはすぐわかるがその部署では問題が見えにくい、患者とのこれまでの関係性などでスタッフが受け入れられないのも分かるし、師長はスタッフを守りたいというのも分かる。でも行っていきなりできませんではうまくいかない (N04-B16)」、「スタッフは守りたいし、患者さんの怒りを抑えて良い関係でケアをしていかないといけない。その人に対するケアをどうするかというみんなの看護観も問われる事例であり、それを師長としてマネジメントしないといけない (N04-B18)」、「トイレ移動するというそこだけに焦点を当ててできるできないではなく、その患者さんの生活背景や不安も含めて全体を把握しないといけない (N04-B20)」、「私たちは何かあった時には患者さんの全体を見て、折り合いのつけどころやその人が語っていない怒りとは違う本心を見ていかんとあかんのかなと思う (N04-B21)」と語られた。

この他部署の事例に対して Ns.4 は、自身の過去の体験と重ね合わせ、患者の怒りに対する当該部署の対応を客観的にとらえ、当該部署の看護師長に助言をしたり、リフトの導入の手配をするなど問題解決に向けて自らも働きかけていた。

③ 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング)

これは他部署で発生した対応がうまくいかなかったケースである。Ns.4 は、このケースに対し、自身の過去の体験と重ねて客観的に分析していた。Ns.4 の語りから、患者の怒りを否定するのではなく、まず怒りを受け止めること、怒りの原因を見極め問題の解決を図ることの重要性が示唆された。

5) Ns.5

(1) 個人背景

40 歳代女性、外科系看護師長 (認定看護師)

インタビューの中で、以下のような患者や家族の怒りへの対応についての考えや管理者としての考えが語られた。

【患者の怒りの対応についての考え】

患者のところへ行って、来た理由を先に言い、あとはひたすら話を聞きながら整理する。そして話を聞きながら整理して、患者さんがどこで怒っているのかをつかんで謝る。そこがヒットしないとうまくいかない。そして、申し訳なかったところについては具体的にここの分は良くないと思っていると言い、こうしたいと思っていることを伝える。また、謝罪とともに看護師の言動の理由について、自分が判断できる時にはなるべく言うようにしている。そのうえで、言い方が悪かったというように伝えるようにしている。それは、患者さんに発生した事象の背景をわかっていただくことも大事で、患者さんが整理できるように情報を提供すると、だいたい思い描いたところに決着してくれるように思う。決着の方向性は初めから思い描いているのではなく、話の中で動いた自分の心を伝えた方がいいと思ったら伝えている。

こうした対応は、私の心が本当に申し訳なかったなど動いた時は、患者さんにも通じてたいがい成功する。誠実に対応しようと思っているというのを見せるということも、患者

や家族にとって安心材料になる。

【管理者としての考え】

最初にスタッフが話を聞き、それで患者も整理がつくので、自分が行くときにはクールダウンしていることが多い、スタッフが一番大変だと思っている。スタッフには、患者から話を聞いた後に自分なりのアセスメントやスタッフがつかめなかった情報や事情を伝えるようにしている。たとえば、スタッフがさほど重要でないと思ったことが患者さんにとっても重要なこともある。そういう掛け違いはスタッフにも落とし込んでおかないと繰り返すので伝えるようにしている。

また、スタッフは自分が悪いか患者さんが悪いかどちらかを言うので、真ん中ぐらいの落とし所で話をしたり、場合によっては一緒に謝りに行くなど関係性を作っていくような感じで、何かに落ち着くまでは介入するようにしたり、自分の間口を広げるためには、ぐっと我慢して相手の気持ちを受け止める経験や訓練が大事だと話している。そうするとスタッフも自分の課題が分かって、最近どうですかと聞かれたりもする。間口を広げていくのは経験とフィードバックと思っているので、自分のキャパシティは経験の中で広がっていくから、患者さんに叱られたスタッフには、間口が広がるための経験として受け止めたらという話を必ずしている。

(2) Ns.5 エピソード 1：問題が特定できず対応に困惑しているケース

①患者・家族の怒りへの対応の概要

50歳代の男性、病気の本質とは違うところで、看護師に夜間1時間も2時間もクレームを言う。クレームの内容は、まわりくどく、ここのサービスはなっていないというようなことを言う。どうして欲しいのか聞いてもただ話を聞けと言ひ30分も話し続ける。たとえば、病院のTVに入っている病院システム紹介のVTRが修正できていないおかしいというようなことを1時間話す。今修正できない理由を説明してもおさまらない。そういう治療と関係のないことについて時間をかけて言う。

看護師が坐薬を入れるのを待たせたという件で、事実確認のため話を聞くが患者は詳細を話そうとしない。このため、「事実が確認できないと解決のしようがないので、そういうクレームの話は聞かない」と伝えた。たいていの患者は、サービスの細かなことでもたいていどうして欲しいか言われる。そうするとこういうふうにしますと話もできる。そういうやり取りができないことに困惑している。

こういうことが1カ月続いており、スタッフと患者は冷静にお互いの話が聞けないような状況になっている。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.5のエピソード1について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-27である。

看護師が坐薬を入れるのを待たせたという件では、Ns.5は患者のところへ行き、事実の確認のため話を聞くが患者は詳細を話さない。このため、Ns.5は、「事実が確認できないと解決のしようがないので、そういう（詳細を話してくれない）クレームの話は（これ以上）聞かないと伝えた（N05-B07）」。この患者に対し、Ns.5は「こういうケースはあまり前例がない、サービスの細かなことでもたいていどうして欲しいか言われる。そうすると

こういうふうにしますと話もできる。そういうやり取りができないことに困っている (N05-B09)」と、患者の怒りの原因が特定できないことに困惑していた。

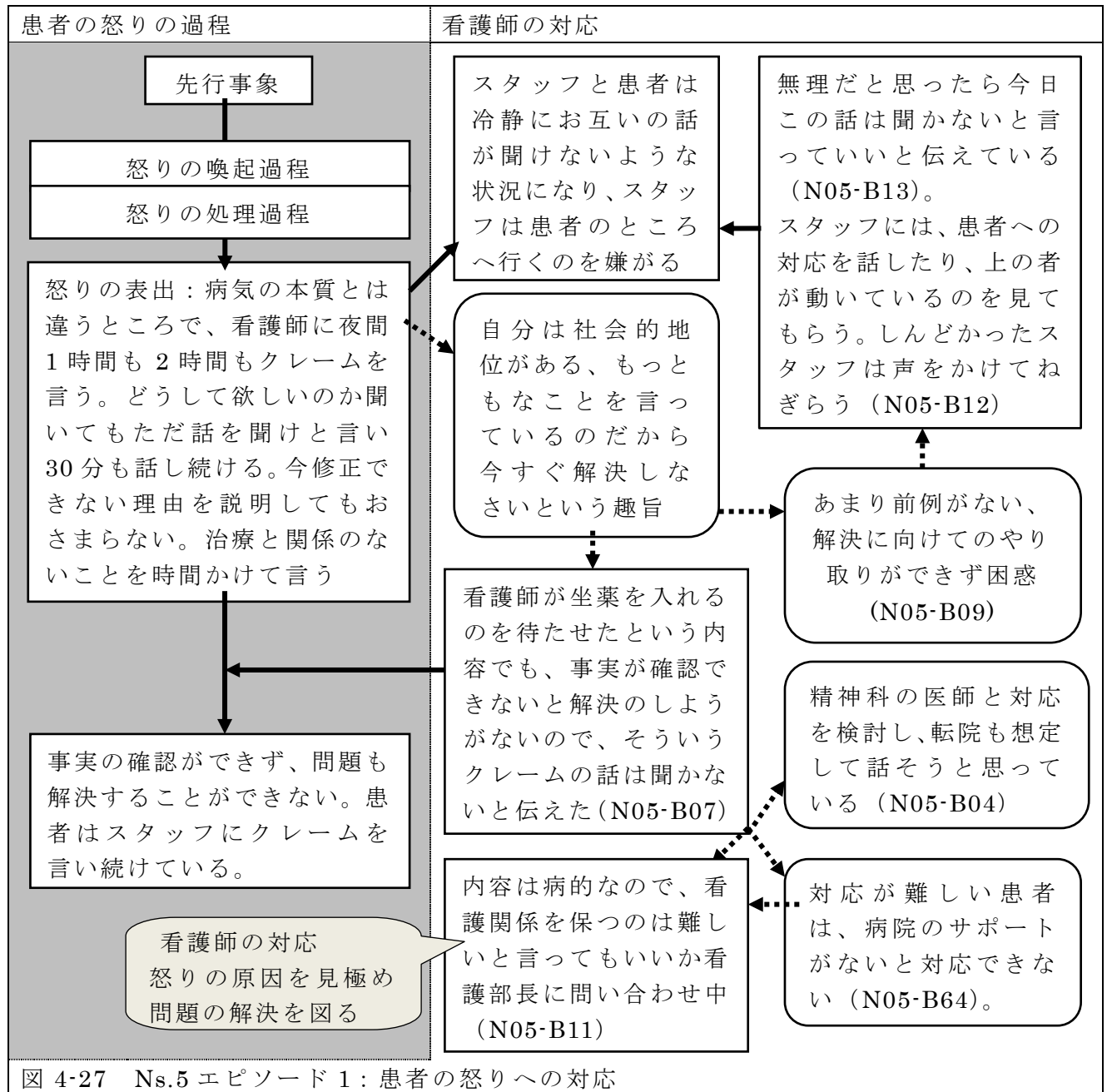


図 4-27 Ns.5 エピソード 1：患者の怒りへの対応

こうした状況に対し Ns.5 は、スタッフや看護記録などからの情報をもとに、患者の言動についてアセスメントし対応策を検討していた。その際、「精神科の医師にコンサルトをして対応を検討し、転院も想定して話をしようと思っている (N05-B04)」、「夜間はせん妄もあり話す内容は病的なので、看護関係を保つのは難しいということも言ってもいいか看護部長に問い合わせている (N05-B11)」など人的資源を活用し、病院全体を巻き込み組織と

して問題解決できるよう働きかけていた。その背景には、「対応が難しい患者は、病院丸ごとでかかってもらった方がいいと思っている。そういうサポートがないと対応できない (N05-B64)」という考えがあった。

また Ns.5 はスタッフに対して、「その患者が普通ではないという整理が徐々につきつつある。治療はうまくいって問題はないので、普通じゃない言動を1時間もして無理だと思ったら今日この話は聞かないと言っていいと伝えている。スタッフもお互いに声を掛け合うなど工夫しているので、そういうことをしながらストレスがないようにと話している (N05-B13)」、「スタッフには、この患者に対して今日の対応や将来的な対応を話したり、主治医とディスカッションしている姿や上の者が動いているのを見てもらうようにしている (N05-B12)」など、緊張状態を緩和するような働きかけを行っていた。

③ 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング)

これは患者の怒りの原因を見極めるためのやり取りができないため、対応が困難となった事例である。またインタビューをした時点では、患者対応の途上であったため、患者の怒りの結末は不明である。この事例からは、怒りの原因を見極め問題の解決を図るために患者と話し合うことができないと、対応が困難になることが示唆された。またこうしたケースの場合、他の人的資源の活用や組織的な対応が望ましいことも示唆された。

(3) Ns.5 エピソード2：特定の看護師に対して不信感を持った患者のケース

① 患者・家族の怒りへの対応の概要

身体障害があり、下着のあげおろしの介助も必要な男性患者。初回入院時に下ネタがひどく医師と Ns.5 から注意したいいきさつがあった。2回目は腎盂腎炎で入院してきたが、スタッフは前回入院のいきさつもあり、患者と距離を置くような感じがあった。

退院の前夜、患者自身は明日退院できると思っていたが、看護師側は微熱が続いていたので検査結果で退院が決定すると理解していた。その準夜でも微熱が続いていたので、スタッフが患者に明日もしかしたら帰れないかもしれないというようなことを言った。すると患者は「あんたが医療的判断をするわけじゃないのに、なんでそんな決めつけたようなことを言うんだ」と怒りをあらわにした。

次の日、患者のところへ行くと、患者の怒りはおさまっていなかった。Ns.5 は、看護師の言動の背景を伝えるとともに謝罪をした。患者は Ns.5 の謝罪を受け、表面上怒りはおさまって退院した。その直後、今度はインフルエンザで入院となった。その3回目の入院の時に、患者は前回怒りを感じた看護師に対して不信感を持っており、他の看護師に何か齟齬があった時に、「あの看護師から聞いたんだろうとか、あの看護師がそう言ったから君はそう言うんだろう」みたいな事になってしまった。退院する直前に同じようなことで患者は爆発し、その時にも「やっぱりあの看護師がそんなこと言ったから僕にこんな扱いするんだろう」というようなことを言いながら退院して行った。

報告を受けた Ns.5 は患者と電話で話をすると、看護師に対して嫌な気持ちを持ったまま入院していたことが分かった。Ns.5 は、関係を修正できなかったことを謝罪し、その看護師が電話で謝る場を設定することになった。看護師から患者に電話で謝罪し患者の怒りはおさまった。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.5のエピソード2について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-28である。

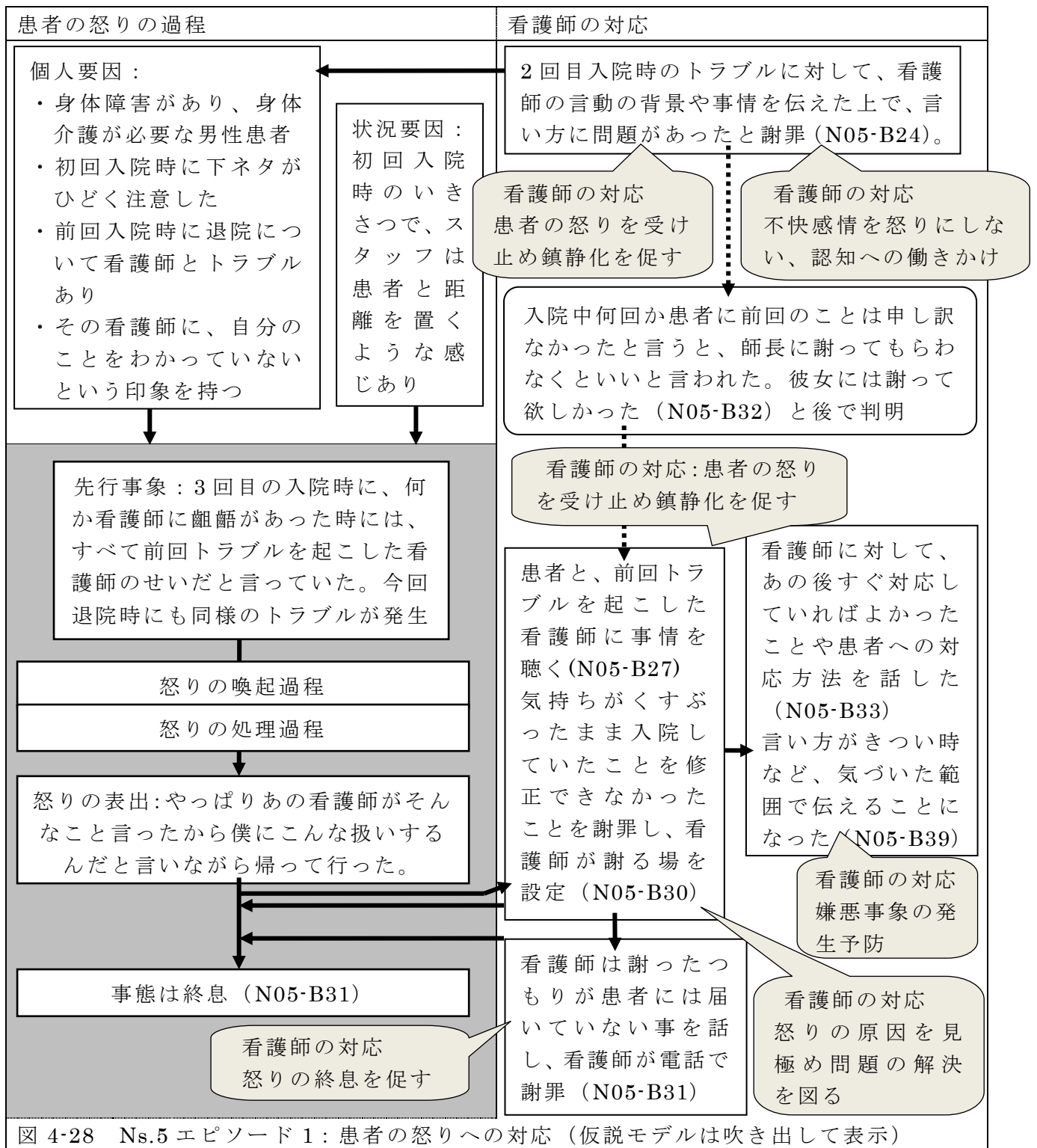


図4-28 Ns.5 エピソード1：患者の怒りへの対応（仮説モデルは吹き出して表示）

2回目の入院時に患者の怒りについての報告を聞いたNs.5は、まず患者のところへ行き患者から話を聞いた。そして怒りのおさまっていない患者に対して、「彼女もまだ微熱があって心配で、このまま退院できないこともあるかもしれないと伝えたかっただけだと思うが、言い方に問題があった(N05-B24)」と看護師の言動の背景を伝えるとともに謝罪するという怒りの鎮静化を促す働きかけを行った。患者はNs.5の謝罪を受け退院したが、その直後に患者は3回目の入院となった(N05-B25)。3回目の入院期間中、Ns.5は何度か患者のところへ行き、「前回のことは申し訳なかった」と言うと、患者は「いやもう師長に謝ってもらわなくといい」と言っていた(N05-B32)。

怒りを爆発させて退院した患者へ電話をすると、「その看護師の対応が冷たい、謝ってもらっていない、他の看護師が時々変なことを自分に言うのは、あの看護師が言っているからだと思っている、そういう気持ちを持ちながらの入院だった」と話した(N05-B29)。看護師の方もその患者を避けていたこと、看護師は謝ったつもりだったが患者は謝ってもらったつもりはなかったこと、患者は師長に謝ってもらったからいいと言いながらも気持ちはくすぶっていた(N05-B27)ことがわかった。Ns.5は、気持ちがくすぶったまま入院していたこと、それを修正できなかったことを申し訳なく思い謝罪し、その看護師が電話で謝る場を設定する(N05-B30)という、怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけをした。看護師は電話で謝罪し患者は納得した(N05-B31)。

看護師には、「正論を言うだけでなく、患者が明日帰りたいたいということを医師に伝えておきますねの一言で良かったのかもしれないね」(N05-B33)と話した。また、「言い方がきつい時など、気づいた範囲で伝えた方がいいか彼女に聞いたところ、言ってもらった方がいいと言うので、少し始めている(N05-B39)」と、これを契機に看護師へ教育的な働きかけをしていた。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.5は、2回目入院時のトラブルに対して、看護師の言動の背景や事情を伝えた上で言い方に問題があったと謝罪するという、患者の怒りを受け止め鎮静化を促し問題の解決を図る働きかけと同時に、看護師の言動の背景を情報として伝えるという認知への働きかけを行っていた。これはNs.5が「患者さんに発生した事象の背景をわかっただけでも大事だと思う。患者さんが整理できるように情報を提供すると、だいたい思い描いたところに決着してくれるように思う(N05-B53)」と語ったように、看護師の行為の意図を伝えることで、発生した事象に対して冷静に思考できるよう促す働きかけととらえられた。これにより表面上事態は収拾したが、患者の気持ちはおさまっておらず、直後の入院時に怒りが再燃した。

そこでNs.5は患者の話聞き、患者が不快な思いのまま入院していたこと、関係を修正できなかったことを謝罪し、さらに当該看護師から患者へ謝罪する場を設定することを患者に提案した。患者は提案を受け入れ、当該看護師は患者へ謝罪した。このような患者の怒りを受け止め鎮静化を促すとともに、問題の解決を図る働きかけをすることで、患者の怒りは終息した。

Ns.5は、看護師が謝罪するという問題解決策を一方向的に提示するのではなく、提案した解決策の決定に患者を参加させることで、怒りの終息を促すという働きかけを行っていた。

さらに怒りの対象となった看護師に対して、患者対応について教育的な関わりをしてい

た。これにより看護師は、自分自身の患者対応について自己課題として取り組みを始めた。これは今後、この看護師が患者と関わる中で、嫌悪事象や怒りの発生の予防につながる働きかけととらえることができる。

6) Ns.6

(1) 個人背景

40歳代女性、消化器内科・婦人科混合病棟看護師長。

インタビューの中で、以下のような患者や家族の怒りへの対応についての考えや管理者としての考えが語られた。

【患者の怒りの対応についての考え】

スタッフから報告を聞き、患者のもとへ行くが、その際はスタッフの話をリセットしてから患者の話を聞く。それは、スタッフの報告を聞くと、そういうことを言われてスタッフはつらかったとスタッフよりに考え、そのまま患者のところへ行っても「なんでそう言わったんですか」みたいになり、話が聞けなくなるかもしれない。ゼロにして話をゆっくり聞くと、(患者と看護師の間で)ずれているのがよくわかる。怒られていると思っていることと怒っていることが違うことが多いから、どんどんエスカレートして師長を呼べみたいになるのかなと思う。なにかがずれているんだらうなと思う。患者や家族に対しては、スタッフがしたことをこういうふうに取り返されたんですか、そのスタッフとこう話そうと思いますが、それでいいですかと確認するようにしている。

【管理者としての考え】

時間をかけて話をする中で発生した怒りがエスカレートしないと思うが、準夜などでコールが多い状況の中でスタッフも十分話を聞けないこともあると思う。だからこそ翌日でも、時間が作れる私が話をしなあかんのかなと思います。また患者との対応は、以後の患者とスタッフの関係を考え、できるだけ早くするようにしている。

(2) Ns.6 エピソード1：社長さんのケース

①患者・家族の怒りへの対応の概要

初診でMKプレターミナルと診断され入院していた80歳ぐらいの男性社長。同じ準夜帯のできごとで、薬の数を間違えたことと「あとで持ってきます」と言った「そのあと」が30分後ぐらいになってしまったというできごとが重なり、患者はその時のスタッフに怒りを表出した。

後日、その時対応した看護師から「あの人は難しい、後でと言って30分あとで行ったのに、苦情を言われた」と報告を受けた。その患者を難しい人だと思っていたので大変とスタッフよりで思った。その後患者から話を聞くと、ほんとにそうだなと思うことがほとんどだった。そして、患者にその時対応した看護師に話をするを言い、患者から了承を得た。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.6のエピソード1について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-29である。

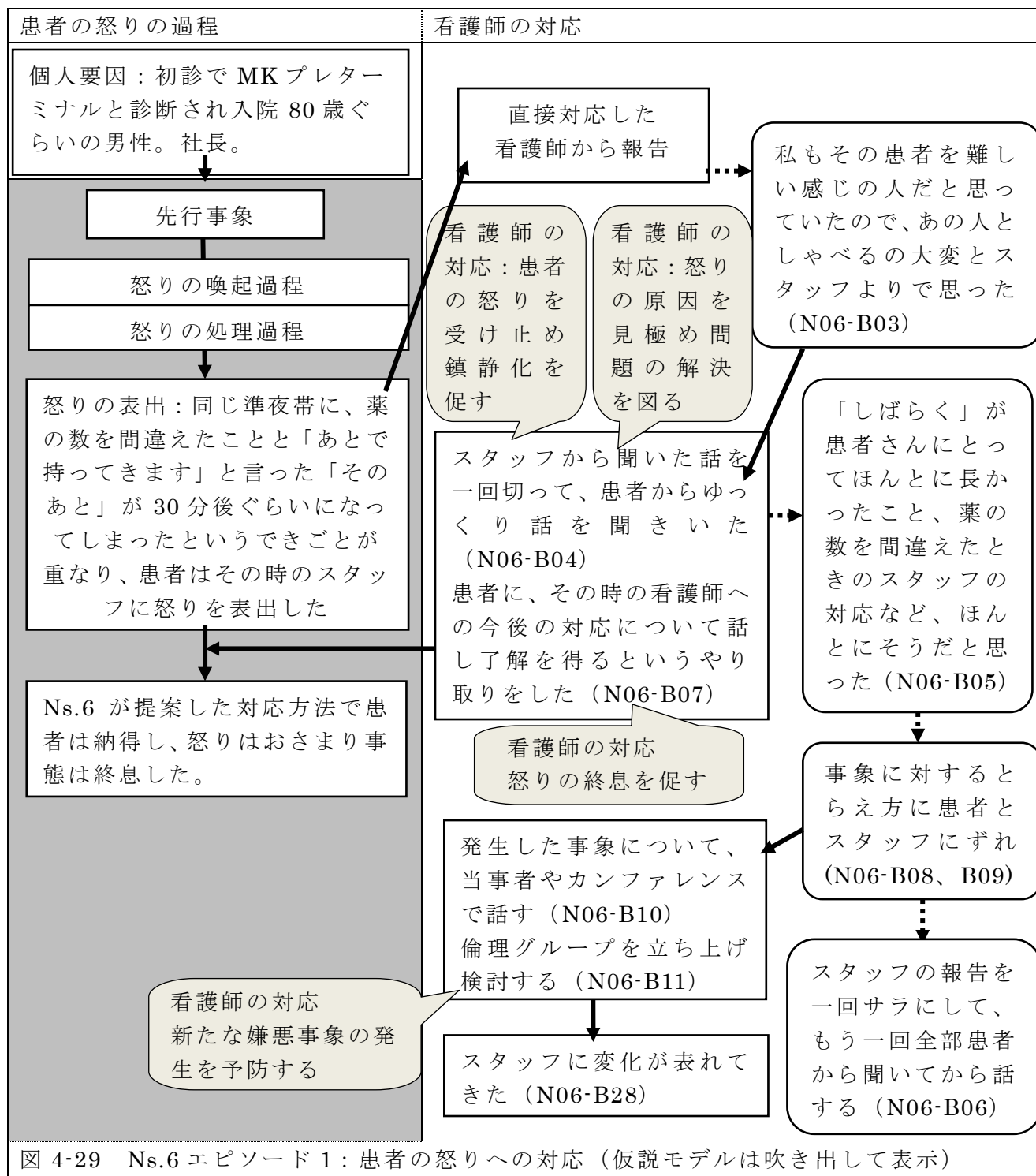


図 4-29 Ns.6 エピソード 1：患者の怒りへの対応（仮説モデルは吹き出して表示）

後日、直接対応した看護師から「あの人は難しい、あとでと言って 30 分あとで行ったのに、苦情を言われた」と報告を受けた。Ns.6 はこの時、その患者を難しい感じの人だと思っていたので、あの人としゃべるの大変とスタッフよりで思っていた (N06-B03)。報告を受けた Ns.6 は、スタッフから聞いた話を一回リセットして、患者からゆっくり 2 時間ぐら

い座って話を聞いた (N06-B04)。

すると、「しばらくお待ちくださいの『しばらく』が患者さんにとってほんとに長かったこと、薬の数を間違えたときのスタッフの対応が、もともと難しい患者と思って対応しているように患者が感じたことなど、言っている内容は厳しいかもしれないけれど、ほんとにそうだなと思った (N06-B05)」。そこで Ns.6 は、患者に「その時対応した看護師と私はこういう話をしようと思います、それでいいですか」というようなやり取りをした (N06-B07)。こうした対応により、患者の怒りはおさまった。

Ns.6 はこのケースについて、「患者と時間をかけて話をしたら、スタッフが思っていることとちょっとずれてた (N06-B08)」、「スタッフはあんなことで怒らなくてもいいのにと思っているけれど、患者はその時のスタッフの対応や一言に引っかかっていた (N06-B09)」と事象のとらえ方が患者とスタッフではずれがあったことを語った。そしてこの体験のうち、「スタッフから報告を受けて患者から話を聞くときは、スタッフの報告を一回サラにして、もう一回全部聞いてから話をしようところがある (N06-B06)」と語り、先入観を持たずに双方から冷静に話を聞くようにしていた。

またこのあと Ns.6 は、「看護師の思いも聞いて、でも患者はこういうふうに言ってたけどどうやらカンファレンスで話すようにしている (N06-B10)」、「カンファレンスとかで、割と根気よく話をするようにして、倫理グループみたいなのを立ち上げて活動しようかなと思ったきっかけにもなった (N06-B11)」など、部署全体で患者の怒りへの対応過程を共有していた。こうしたスタッフへの働きかけにより、「みんなが難しいと言ってた患者さんとのいきさつを話して、私もこうしたらよかったなって反省もあるみたいなことを言うと、うんうんって聞いている人もいれば、でもあの人難しい人やって言ってる人もいる。でも考えてくれるようになって、ちょっとずつ変わってきたりしてるかなと思います (N06-B28)」と、スタッフの患者のとらえ方や思考の変化が表れてきていると語られた。

③ 仮説モデルとの比較 (パターンマッチング)

Ns.6 は、「難しい患者」という先入観を払拭して患者の話を聞くという、患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけを行った。これにより、患者と看護師の事象のとらえ方にずれが生じていることがわかった。そして、このずれを修正するために、その時対応した看護師へ関わりを具体的に患者に提案し了解を得るといふ、怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけを行った。このように、怒りの原因となった問題解決の過程を患者と共有することで、怒りの終息を促していた。

そして対応した看護師に患者の思いを話し、カンファレンスで他のスタッフとも共有するなど、部署全体で問題解決に向けて取り組むようにしていた。このような働きかけにより、スタッフの患者への対応や患者のとらえ方に変化が表れてきたという。こうしたスタッフの姿勢の変化を促す働きかけは、嫌悪事象や怒りの発生の予防につながる働きかけととらえられた。

(3) Ns.6 エピソード 2：説明が耳に届かない患者の息子への対応

① 患者・家族の怒りへの対応の概要

ターミナルの患者の 40 歳ぐらいの息子で、大きな声でわ〜っというので、スタッフみんなが逃げるくらい怖いという印象を持っていた。この息子が、今日の病状はどうか、

なんで薬これ使ってくれないんですか、痛いって言ってるじゃないですかと、麻薬を準備する5分が待てず爆発した。

息子が怒りを爆発させスタッフとやり取りがあった後、Ns.6はその息子と2時間ぐらい話した。すると息子は、「もうあといくばくかしかないのなら、もうそんなんいろいろ難しいことはいらんし、この5分を苦しませたくないのので何とかしてほしい」と話された。スタッフは、今麻薬をすぐ準備していますとか、先生がこういうふうに薬を変えたので今変えたとこなんですよ、効果が出るまで半日ぐらいはかかるけどこれで様子をみないといけないんですよということを生懸命説明していても息子は全く聞いていないので、理解力が悪いと思っていた。しかし息子の話を聞き、父親に1分もつらい思いをさせたくない気持ちが強くていつもの調子（大声）で早くなんとかしてくれと言っていたこと、息子の要求に対するスタッフの説明は役に立ってなかったが分かった。そして、この時に時間をかけて話をしてから、こんなことして欲しいとか言ってくれるようになり、最後までよくしてもらいましたと言って帰られた。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.6のエピソード2について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図4-30である。

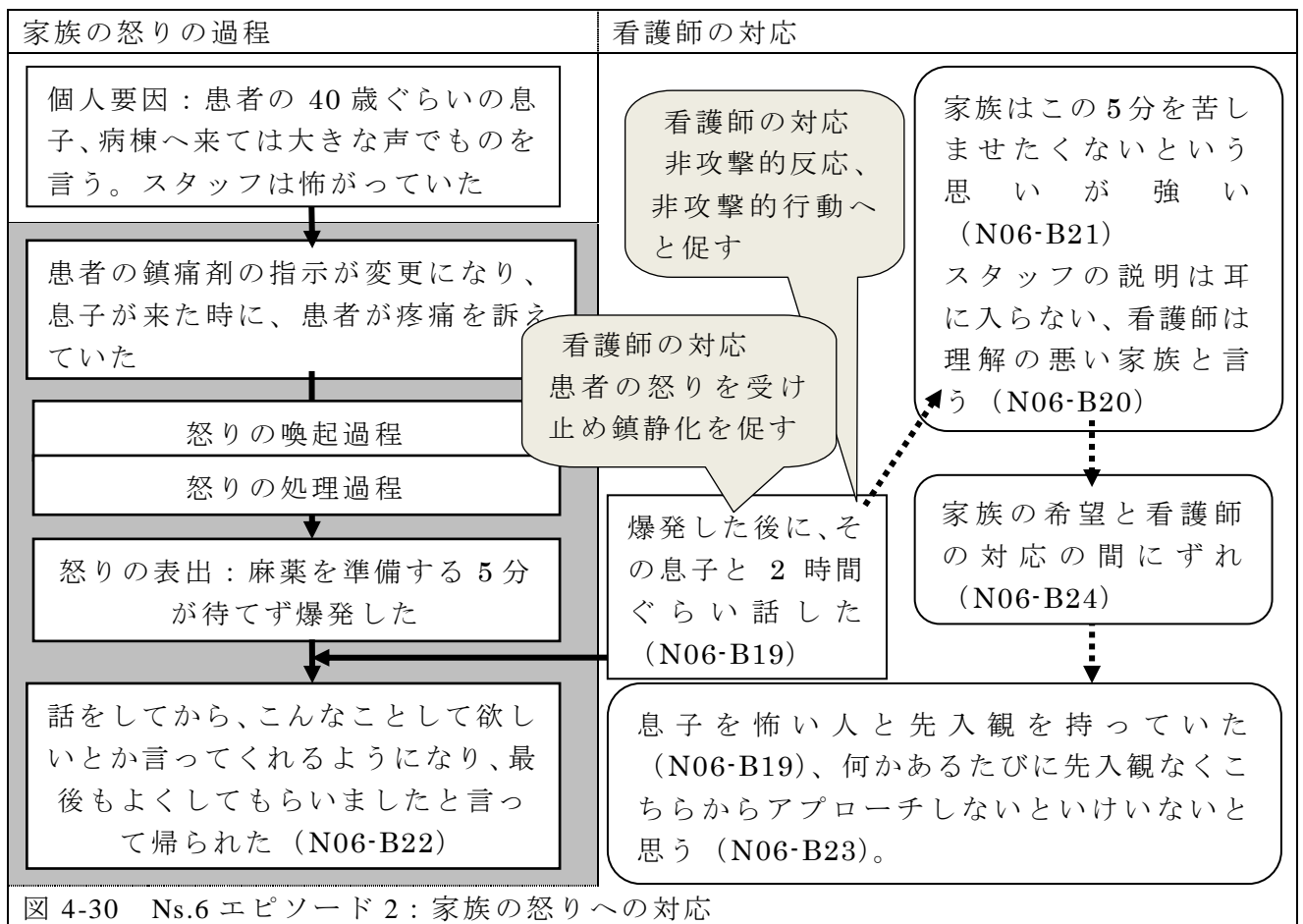


図 4-30 Ns.6 エピソード 2：家族の怒りへの対応

Ns.6 が家族と話をすると、5分を苦しませたくないのでは何かしてほしいと思っていること（N06-B21）、スタッフが今麻薬を準備しているとか薬を変えたので今変えたので効果が出るまで半日ぐらいはかかるというような説明は何の意味もない（N06-B20）ことがわかった。このように Ns.6 は、家族の話を聞き思いを受け止めることで、家族の希望と看護師の対応の間にずれがあることを感じ取った。この後家族は、患者のケアに対する要望を冷静に伝えられるようになり、最後は満足して帰られた（N06-B22）。

このエピソードに対して、Ns.6 自身その息子を怖い人と先入観を持っていたこと（N06-B19）や、このケースを契機に何かあるたびに先入観なくこちらからアプローチしないといけいない（N06-B23）と思うようになったと語っていた。

③ 仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.6 はエピソード2と同様、先入観を払拭して家族の話を聞くという、患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけを行った。家族の話を聞くことで、家族と看護師の間にある認識のずれをとらえていた。家族の怒りを受け止めるという対応をすることで、その後家族は冷静に要望を伝えられるようになった。このような対応は、怒りの鎮静化を促すとともに、喚起された怒りを非攻撃的反応、非攻撃的行動へと促す働きかけでもあったととらえられた。

7) Ns.7

(1) 個人背景

50歳代女性看護師長（外科・泌尿器科病棟）

インタビューの中で、以下のような患者や家族の怒りへの対応についての考えや管理者としての考えが語られた。

【患者の怒りの対応についての考え】

患者からのクレームや苦情については、教えていただくというスタンスを持ちたいと思っている。ちゃんとしたケアが受けられないかもしれないから言いたくないという人もいらっしゃるのでは、大変ありがたいご意見としていつも拝聴していますと伝えている。

対応は早いに限ると思っている。対応が遅くなると、怒りの原因があやふやになったりするので、修復するにも問題点を明らかにするにも早い方がいい。後手後手になるといいことはない。対応されていないという感じや誠実さに欠ける感じすら持たれるかもしれない。なので、スタッフにはできるだけ何かトラブルが起こった時には、速やかに何らかの形で報告して欲しいといつも言っている。そして、毎日全員というのは難しいが、できるだけお部屋にうかがうのは大切だと思っている。報告を受けて気になる患者のところは優先して行くのでスタッフから何かあったら情報が届くというのが大事で、スタッフから情報をもらうと気かけられる。

【管理者としての考え】

師長という職位に対して、ここの病棟の何でも相談できるそういう人、ここの病棟を統括している人、師長に言うと全員に周知徹底してもらえんと思われているので、患者は言うと思っている。師長が出ると少し状況が変わるように思う。

私たちは医療職でナースで、ここの病院の職員だから当たり前でこういう状況が毎日展

開しているが、初めての人だったらどうかとか、若ければまだしも 70、80 の人だったら到底無理というような想像力を豊かに持つことが必要と思う。心臓血管外科の手術でも、仕事の中の流れのようなものとして受け入れてしまっている。患者がこわいと思っていることを思いめぐらす感覚がだんだん薄まり欠如していくところもあった。そういうのを教えていただけるチャンスだったのかも知れない。家族だったらとか、自分がその場に患者として身を置いたら、こういう言葉はちょっと丁寧さに欠けるなと思えるようありたい。

(2) Ns.7 エピソード 1：心臓外科の手術を直前に控えた患者の怒りへの対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

心臓の手術を前日に控えた患者が、その日担当した看護師の態度に腹を立て、謝罪してもおさまらず、手術を受けずに帰ると言っていると連絡が入った。休日だったがすぐに病棟へ行き、まず連絡してきたリーダーと当該看護師に事情を確認した。担当看護師の話では、自分が患者にかけて言葉がうまく伝わらず、修正したがおさまらなかったということだった。次に患者のところへ行き、看護師の対応について謝罪し、患者からも事情を聞いた。患者は、手術に対する恐怖や不安な思いを話され、そういう時に看護師からつっけんどんで冷たい対応をされ言葉も態度も許せない思いになり、帰ろうと思ったと話された。その話を聴き、取り方によってはほんとに冷たい対応として受け止められても仕方のないなというような言葉のかけ方で、もうちょっと丁寧にお話ができたら全く違う状況になっていたかなと感じた。その場で謝罪をし、担当看護師には指導するよう話した。その後、担当看護師と一緒に患者のところへ行き謝罪した。それで患者は、わかった、あんたもこんな気持ちわかってくれよというようなことを言われ事態は収拾した。患者は翌日手術を受け、その後無事退院された。

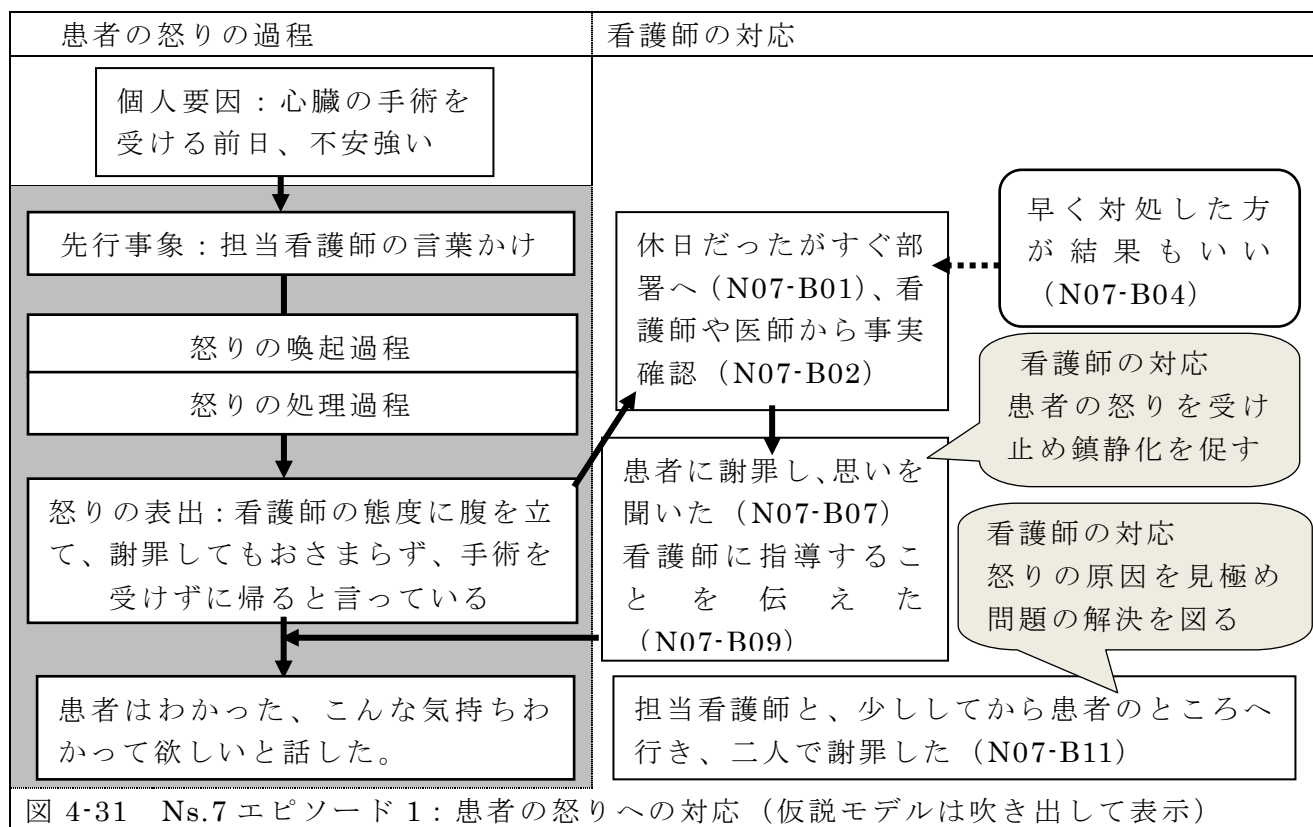
②対応過程の説明（説明構築）

Ns.7 のエピソード 1 について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図 4-31 である。

休日に報告をうけた Ns.7 はすぐに部署へ行き（N07-B01）、リーダーや担当看護師、医師から事情を聞いた（N07-B02）。次に看護師の長として患者のところへ行き、謝罪し患者の思いを聞いた（N07-B07）。話を聞き、患者が手術に対する恐怖や不安を持っていること、看護師の対応が冷たいと受け止められてもしかたないような言葉のかけ方だったことや、患者の許せない気持ちが分かった（N07-B08）。患者は、いろいろな思いを話すことで気持ちが楽になっていかれた（N07-B10）。そして、看護師の取った態度で傷つけたことを上司として謝らないといけないこと、看護師にはちゃんと指導することを伝えた（N07-B09）。少ししてから、担当看護師と患者のところへ行き二人で謝罪した。患者はわかった、こんな気持ちわかって欲しいと話し（N07-B11）、事態は終息した。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.7 は報告を受けると迅速に対応し、まず看護師や医師から話を聞き事実を把握した。次に患者のところへ行き、謝罪するとともに患者の話を聞くという怒りを受けとめ鎮静化を促す働きかけを行った。さらに、怒りの原因となった看護師を指導するという怒りの原因を見極め問題の解決を促す働きかけを行った。そして当該看護師とともに謝罪するという、問題解決を促す働きかけにより、怒りは終息した。



(3) Ns.7 エピソード 2：氷枕交換時の看護師の対応に怒りを感じた家族への対応

①患者・家族の怒りへの対応の概要

冠動脈の狭窄があり PCI を受けた後に心筋梗塞を起こし、遷延性の意識障害になった女性患者で、発症から約 1 年経過していた。夫は回復を期待されていたが、予後不良の説明はされていた。ある日、患者が 38 度台の熱が出て、氷枕を使用していた。遅出の看護師は、夫の依頼を受け氷枕を交換した。

後日、夫から「僕腹が立って仕方ないんやって、ちょっと話し聞いてくれへんか」と言われた。話を聞くと、氷枕の交換時に、看護師が会話もなく声かけもなく氷枕を変える姿を見て、残念で悔しいやら涙が出るような思いになったことを話された。さらにそれをきっかけにして、主治医に対するいら立ちや、患者がよくなることに対する思いなどを吐露された。

その時の看護師に夫の思いを伝え事情を聴くと、氷枕を変えてくださいと言われたから変えたという 3 歳のお使いみたいな感覚でやってしまったこと、その行為がただでさえストレスフルな夫を怒らせたことも悔やんでいた。そして、その看護師は自分で夫に伝えると言い、夫が来られた時に謝罪した。その後、患者のところへ行くと、あの時の気持ちを僕も伝えることができたと言われ事態は収拾した。

②対応過程の説明（説明構築）

Ns.7 のエピソード 2 について、患者の怒りへの対応過程について図示したものが図 4-32 である。

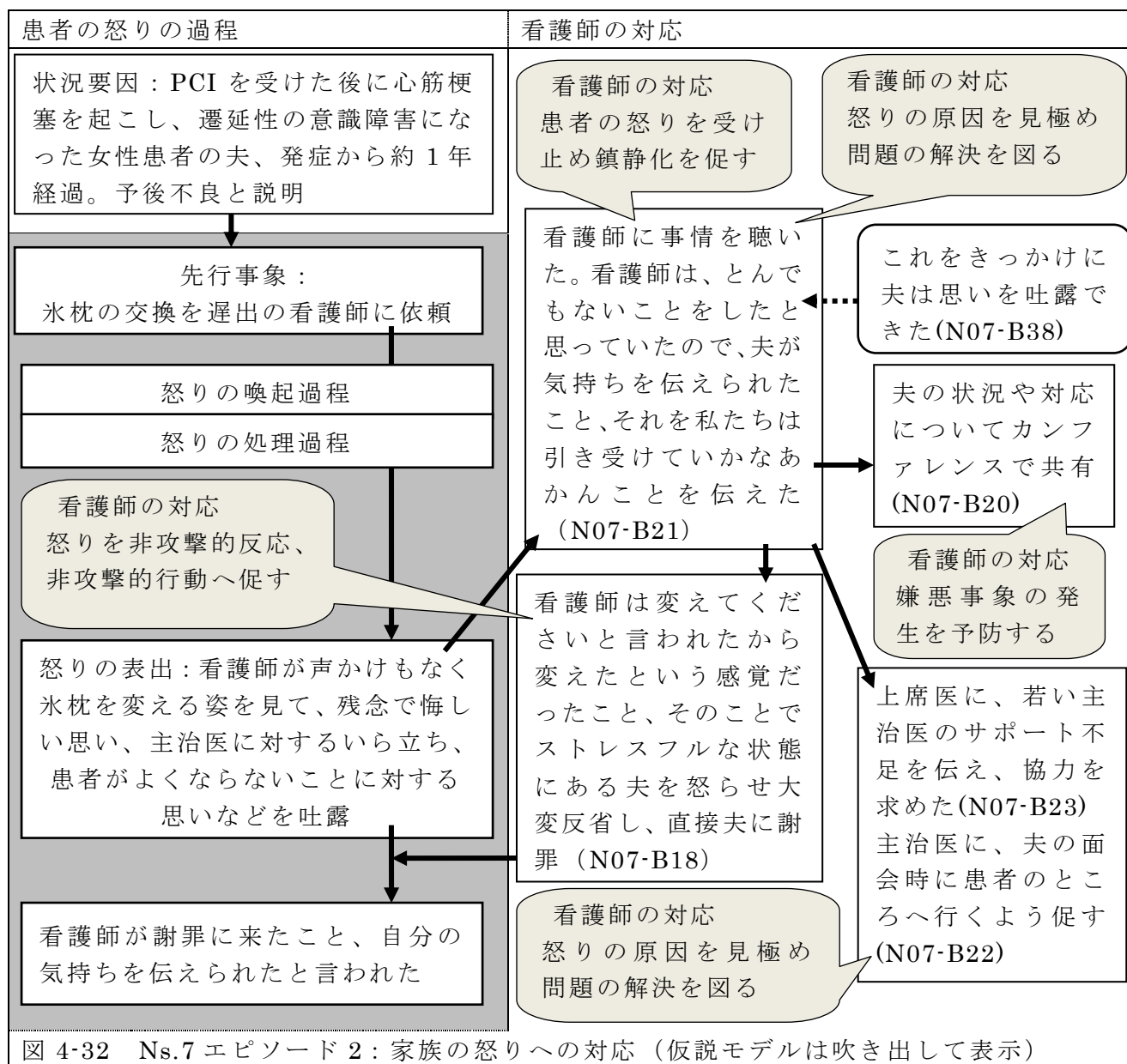


図 4-32 Ns.7 エピソード 2：家族の怒りへの対応（仮説モデルは吹き出して表示）

Ns.7 は、夫から看護師の対応について話を聞いて欲しいと言われ、ナースステーションの前の椅子に腰をかけて話を聞いた。すると、氷枕の交換時に、看護師が会話もなく声かけもなく氷枕を変える姿を見て、残念で悔しいやら涙が出るような思いになったことを話された (N07-B16)。さらにそれをきっかけにして、主治医に対するいら立ちや、患者がよくなることに対する思いなどを吐露された (N07-B17)。このように、夫の怒りを受け止め鎮静化を促す対応によって、夫はこれまでのうっ積していた気持ちを吐露することができた。

夫の話聞いたあと、当該看護師に事実を確認した。看護師は変えてくださいと言われたから変えたという感覚だったこと、そのことでただでさえストレスフルな夫を怒らせたことを大変反省していた (N07-B18)。その後、看護師は直接夫に謝罪した。あとで患者の

ところへ行くと、夫は看護師が謝罪に来たこと、自分の気持ちを伝えられたことを言われた（N07-B19）。このような働きかけにより、怒りは終息した。

さらに、夫が長い経過の中でストレスフルな状態であること、皆が頑張っていてケアしていてもうまく引き受けていない状況になっても残念であること、ちょっとした一言で不快に思ったりすることなどをカンファレンスで共有した（N07-B20）。また当事者の看護師と話をすると、看護師はとんでもないことをしたと思っていた。夫から気持ちを伝えられたこと、それを私たちは引き受けていかなあかんことを伝えた（N07-B21）。

また、主治医も若く夫を避けている印象を受けたので、誠実な姿勢を示すことから始めるように言い、夫の面会時に患者のところへ行くよう促した（N07-B22）。さらに上席医に、若い先生が主治医なので指導医として確認して欲しいこと、先生方の努力も不足していたようですよと伝え、みんなで対応するよう協力を求めた（N07-B23）。

③仮説モデルとの比較（パターンマッチング）

Ns.7は、経過が長い患者の夫から話を聞いて欲しいと言われ、看護師の対応についての不満をきっかけに、医師へのいらだち、患者への思いなどの話を聞いた。これは日頃から患者や家族の話を聞く姿勢を見せていたため、夫からのアプローチがあったためととらえられた。このことから、Ns.7が日頃から患者や家族に対して、怒りを非攻撃的行動として表出するような働きかけをしていたととらえられる。

夫の話を聞き、Ns.7は患者の怒りを受け止め鎮静化を促すとともに、怒りの原因を見極め問題の解決を図るために当該看護師に事実を確認した。看護師は大変なことをしたと反省していた。そこで、夫から気持ちを伝えられたこと、それを私たちは引き受けていかないといけないことを伝えた。看護師は直接夫に謝罪し、夫も自分の気持ちを看護師に伝えることができ事態は収拾した。

Ns.7は当該看護師に対し、患者の怒りの原因となった問題が解決するよう働きけると同時に、カンファレンスで他の看護師と問題を共有し、同じような事態を繰り返さないように働きかけた。このような部署での共有や当該看護師への教育的な関わりは、今後の夫との関係の中で、新たな嫌悪事象の発生を予防する働きかけととらえられた。またうっ積していた夫の不満の一要因である主治医にも働きかけ、さらに上席医にもいきさつを話し若い主治医をサポートするよう協力を求めた。このような看護師や医師への働きかけは、夫が吐露した思いから怒りを引き起こした要因を考えてのものだった。怒りを引き起こした原因だけでなく、その背景にあった問題を解決する働きかけは、怒りの原因を見極め問題の解決を図り怒りの終息を促す働きかけととらえられた。

4. ケース間分析

前項では7名の看護師の18事例について、対応の概略（時系列分析：Time-Series Analysis）、対応過程の説明（説明構築：Explanation Building）、修正した患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルとの比較（パターンマッチング：Pattern Matching）を行った。その結果、怒りを喚起した患者・家族の対応事例（言語的な直接的攻撃行動そのものが目的であったと推察されるNs.1エピソード4とNs.5エピソード1を除く）において、仮説モデルで説明可能であった。

事例のうち Ns.1 エピソード 4 や Ns.5 エピソード 1 は、患者が問題の解決を望んでクレームを言ったのではなく、自分自身の力を誇示することやクレームを言うこと自体が目的と推察されるケースであった。このため、患者・看護師間で問題の解決を図るための過程を共有することが困難となっていた。このようなケースについては、看護師個人の対応だけで問題を解決するには限界があるため、多職種への協力の要請や組織的な対応の必要性が示唆された。

5. 熟練看護師の患者・家族の怒りに対する対応の構造・過程

1) 熟練看護師の患者・家族の怒りに対する対応の構造

7人の看護師から得られた 18 の対応事例と患者・家族の怒りへの対応に対する考えから、208 のコードをもとに共通する 38 のサブカテゴリ、13 のカテゴリが抽出された。

熟練看護師は、怒りを表出している患者・家族に対して【怒りを受け止め謝罪する】【事情を説明し理解を得る】【事実を確認し怒りの原因となった問題をとらえる】【非を認め謝罪する】【対応策を考え、怒りに向き合い対応する】【対応策を提示し了解を得る】【改善の取り組みをフィードバックする】【怒りの終息を確認する】という働きかけを行っていた。また同僚の看護師に対して、【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】働きかけをしたり、患者・家族の怒りの原因を看護ケアの視点で振り返ることで【部署の看護ケアについての責任を負う】役割を担っていた。さらに熟練看護師は、患者・家族に対応する際には【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】ことを心がけていること、患者・家族や看護師に対して【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】ことで患者・家族の怒りに早期に対応したり、【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】風土づくりをおこなっていることがわかった。

以下に抽出されたカテゴリについて説明する。なお本文中では、カテゴリを【 】, サブカテゴリを《 》、参加者の語りの一例を「 」で示す。

(1) 【怒りを受け止め謝罪する】

これは、患者・家族が表出した怒りを否定せず受け止め、謝るという対応である。この対応は、サブカテゴリ《怒りの気持ちを受け止める》《患者・家族の怒りの気持ちを理解する》《怒りの理由を理解していることを伝える》で構成されていた。

熟練看護師は、「お母さん大変やったよね (N01-C17)」と患者や家族の怒りを受け止めたり、患者の怒りを理解していることを伝えるなど、患者・家族が表出した《怒りの気持ちを受け止める》《患者・家族の怒りの気持ちを理解する》《怒りの理由を理解していることを伝える》という対応をしていた。このように、嫌な思いをさせたことについて謝罪していた。

こうした対応には、「患者の要望を受け入れられなくても、いきなりできませんではうまくいかない (N04-C24)」、「要望は最初から否定すると軋轢が生じる、一回聴いて承る (N05-C54)」のように、怒りや要望を一旦受け止めることが怒りの鎮静化に効果があるという経験知が背景にみられた。

(2) 【事情を説明し理解を得る】

これは、発生した事象の背景にある意図や情報を伝えることで怒りをおさめようとする対応である。この対応は、サブカテゴリ《事情を説明し理解を得る》で構成されていた。

熟練看護師は、「患者に事実を把握している者が冷静に謝りに来ていること、起こった事実、スタッフの至らなかった点、スタッフの言動の背景を患者に伝える（N03-C10）」のように、事態が発生した背景にある情報や行為の意図を提供していた。患者・家族は体験した嫌悪事象について持ち合わせている情報が少ないと、怒りの喚起過程において無用な損害を被った、相手に責任があると認知処理され怒りが喚起される。一方、事象の発生の背景にある行為者の意図やその時の状況が情報として提供されていると、嫌悪事象の発生は不可抗力であったと認知され、怒りは喚起されない。熟練看護師は、行為者の意図やその時の状況という情報を事後に患者・家族に提供することで、事象の発生に対する被害の内容や程度、加害者の責任性について再評価できるよう促していた。

(3) 【事実を確認し怒りの原因となった問題をとらえる】

これは、患者・家族が表出した怒りの事実関係を確認し、患者・家族が表出した怒りの本質をとらえる対応である。この対応は、サブカテゴリ《スタッフから情報を得る》《患者・家族から話を聞く》《双方から話を聞く》《先入観を持たない》《怒りの原因を考える》《患者の背景をとらえる》《患者と看護師の間にあるずれをとらえる》で構成されていた。

熟練看護師は、患者・家族が怒りを喚起させた事象について、《先入観を持たない》ニュートラルな状態で、「リーダーや担当看護師、医師から事情を聴く（N07-C02）」「前調査をして、心を鎮めて、怒りの核心はどこか考えながら話を聞く（N04-C31）」「患者と看護師から話を聞き、事実を確認し、怒りの原因、どちらに非があるのか冷静に判断する（N03-C02）」のように、事実を客観的にとらえ何が患者を怒らせたのかという怒りの本質をつかもうとしていた。この際、患者と看護師の双方から話を聞くことで、《患者と看護師の間にあるずれをとらえ》ようとしていた。

また、患者の怒りには疾患や治療に対する不安などが影響する。熟練看護師は、「患者の怒りの部分だけに焦点を当てず、不安を受け止め生活背景も含めてその人全体を把握する（N04-C29）」のように、《患者の背景をとらえる》ことで怒りに影響していると思われる個人要因や状況要因を理解しようとしていた。

(4) 【非を認め謝罪する】

これは、患者・家族が表出した怒りに対して、謝罪すべき点があった場合、それを認め謝るという対応である。この対応は、サブカテゴリ《上司として謝罪する》《具体的に謝罪する》《関係者で謝罪する》で構成されていた。

熟練看護師は、「看護師の言動の理由を告げた上で、悪かったところを伝え謝罪する（N05-C47）」などのように、悪かった部分や不快にさせた対応を具体的に示し謝罪していた。

表 4-32 熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応の構造

サブカテゴリ	カテゴリ
怒りの気持ちを受け止める 患者・家族の怒りの気持ちを理解する 怒りの理由を理解していることを伝える	怒りを受け止め謝罪する
事情を説明し理解を得る	事情を説明し理解を得る
スタッフから情報を得る 患者・家族から話を聞く 双方から話を聞く 先入観を持たない 怒りの原因を考える 患者・家族と看護師の間にあるずれをとらえる 患者の背景をとらえる	事実を確認し怒りの原因となった問題をとらえる
謝罪する 上司として謝罪する 具体的に謝罪する 関係者で謝罪する	非を認め謝罪する
多職種の協力を得る キーパーソンの協力を得る 対応策を考える 相手の特性をふまえて対応する 相手の反応を見ながら、“おとしどころ”を考え問題を解決していく 患者の気持ちを切り替える	対応策を考え怒りに向き合い対応する
対応策を提示する 提示した対応策の了解を得る	対応策を提示し了解を得る
患者・家族にフィードバックする 対応する姿勢をアピールする	改善をフィードバックする
終息を確認する	終息を確認する
スタッフと対応について共有する スタッフ患者関係を修正する スタッフを教育する	患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者との関係を修復する
ケアの視点で振りかえる スタッフを守る	部署の看護ケアについての責任を負う
素早く対応する 冷静に対応する 自分の職位や特性を自覚し活用する	自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する
スタッフに報告を促す 患者・家族にはいつでも聞くという姿勢を示す	日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す
診療科の特徴をとらえ発生しやすい嫌悪事象を予測する 患者の怒りの事例から対応を学ぶ	過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する

(5) 【対応策を考え怒りに向き合い対応する】

これは、怒りの原因となった問題を解決するための方法を考え、患者・家族の怒りに向き合い問題を解決していくという対応である。この対応は、サブカテゴリ《多職種の協力を得る》《キーパーソンの協力を得る》《対応策を考える》《相手の特性をふまえて対応する》《相手の反応を見ながら、“おとしどころ”を考え問題を解決していく》《患者の気持ちを切り替える》で構成されていた。

熟練看護師は、「謝罪すべきか見極める (N02-C57)」のように、発生した事象の分析を通し《対応策を考え》、「院内の患者サービス窓口を紹介する (N01-C16)」「キーパーソン (内縁の妻) に事情を説明し謝罪する (N01-C05)」などのように、その問題の解決に応じた職種や部門、怒りの鎮静化につながるキーパーソンを巻き込み対応していた。

また熟練看護師は問題の解決を図る上で、《相手の特性をふまえて対応する》や、対話の中で《相手の反応を見ながら、“おとしどころ”を考え問題を解決していく》など、対話の中で相手の個人特性や怒りの原因となった問題の特徴をつかみ、解決できるよう対応していた。さらに「患者の怒りのスイッチを入れ替える働きかけをする (N01-C24)」というように、《患者の気持ちを切り替える》ことで、患者の怒りがおさまるよう認知への働きかけを行っていた。

(6) 【対応策を提示し了解を得る】

これは、患者・家族に問題の解決策を提案し了解を得るという対応である。この対応は、サブカテゴリ《対応策を提示する》《提示した対応策の了解を得る》で構成されていた。

熟練看護師は、「看護師の非を認め、今後の対応を話し (N04-C03)」、さらに「それでいいか (患者に) 確認する (N06-C12)」など、患者・家族に《対応策を提示する》や《提示した対応策の了解を得る》という対応をしていた。

(7) 【改善をフィードバックする】

これは、患者・家族に問題への取り組みをフィードバックする対応である。この対応は、サブカテゴリ《患者・家族にフィードバックする》《対応する姿勢をアピールする》で構成されていた。

熟練看護師は、「改善策 (シャワー後の連絡) を掲示する (N04-C07)」など改善の取り組みを患者・家族にフィードバックしたり、「患者の要望を聞き、実行しようとする意気込みを見せる (N05-C52)」など、改善に向けて取り組んでいることを患者・家族にアピールしていた。

(8) 【終息を確認する】

これは、患者・家族の怒りの終息を確認する対応である。この対応は、《終息を確認する》で構成されていた。

熟練看護師は、「夫は自分の気持ちを伝えることができ、怒りはおさまった (N07-C29)」のように、事の顛末まで見届けたり、「患者が怒った後は、患者訪問の際に気を付けて声をかける (N03-C13)」など、患者・家族の怒りが終息したことを確認していた。

(9) 【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】

これは、怒りの原因となった問題や対応をスタッフ間で共有し、看護師患者関係を修復するという対応である。これまでのカテゴリとは異なり、同様の問題の発生予防や患者・看護師間の緊張状態の緩和、看護師が怒りを表出した患者・家族への関わりを回避しないようにするために看護師に対して行われる働きかけである。この対応は、サブカテゴリ《スタッフと対応について共有する》《スタッフ患者関係を修正する》《スタッフを教育する》で構成されていた。

熟練看護師の多くが、「患者からの申し入れが実践できるよう看護師に周知する (N04-C05)」などのように、《スタッフと対応について共有》していた。さらに熟練看護師は、「一緒に謝りに行くなど関係性を作っていく (N05-C17)」のように患者・家族が怒りを表出したことで緊張状態にある看護師と患者・家族との関係に介入するという《スタッフ患者関係を修正する》や、「問題解決の対処の仕方をスタッフに一個一個返す (N02-C26)」というように、患者・家族の怒りへの対応について《スタッフを教育する》という働きかけを行っていた。

(10) 【部署の看護ケアについての責任を負う】

これは、部署の看護ケアの質を保証するための対応である。この対応は、サブカテゴリ《ケアの視点で振りかえる》《スタッフを守る》で構成されていた。

熟練看護師は、「患者とトラブルがあったときは、自分たちのケアがどうなのかを振り返る (N04-C36)」のように、患者や家族が怒りを表出した場合、患者・家族に応じた看護ケアが提供できていたのかという視点で振り返っていた。熟練看護師は、患者・家族に応じた看護ケアが提供できていたのかという視点で患者・家族が怒りを表出した原因を分析することで、看護ケアの質をモニタリングしているものにとらえられた。

また熟練看護師は《スタッフを守る》事で、部署の看護ケアが継続して提供できるようにしていた。これは、治療拒否という形で怒りを表出したケースに対応した Ns.2 エピソード1で語られた「スタッフを守るのは自身の役割 (N02-C48)」に代表される。このエピソードでは、「スタッフは日常ケアなどでもストレスを抱えており、また今回の患者の怒りが極端だったので、患者・看護師関係が崩れつつあった (N02-B016)」ことから、「退院調整は師長がやるという方針を前面に出し、スタッフにモチベーションを持たせていた (N02-B18)」といういきさつがあった。このように《スタッフを守る》という対応は、患者・家族の怒りからスタッフを守るという意味合いだけでなく、患者・家族と看護師の関係性を調整し、怒りを表出した患者・家族に対して看護師が継続して看護ケアを提供できるようにすることまでを含んでいた。

(11) 【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】

これは、患者・家族の怒りに対応する際の留意として抽出された働きかけである。この働きかけは、サブカテゴリ《素早く対応する》《冷静に対応する》《自分の職位や特性を自覚し活用する》から構成されていた。

熟練看護師は、「できるだけ間を開けずに対応する (N01-C29)」、「対処は早くした方が結果もいい (N07-C05)」というように《素早く対応する》ことを心がけていた。素早く対

応する理由として Ns.7 は「修復するにも早い方がいいし、問題点を明らかにしやすい (N07-B30)」「遅くなると怒りの原因があやふやになったりするし、後手後手になると対応されていない感じや誠実さに欠ける感じすら持たれるかもしれない (N07-B31)」と語っていた。このように、《素早く対応する》は、患者・家族の表出した怒りを軽視せず、誠実に対応しているという姿勢の表れであった。

また熟練看護師は、「怒りの原因、対応策、おとしどころまで考えた上で、一呼吸おいてから患者の前に立つ (N03-C04)」のように、迅速性だけでなく《冷静に対応する》ことも心がけていた。この対応について Ns.3 は、「怒っているというのを聞いてもすぐに患者のところへ行かず、スタッフからいつから何に対して誰に怒っているのか情報を集め、大枠をつかんだ上で一呼吸置いてから患者のところへ行く (N03-B09)」、「何を怒っていて、それに対してどういう対策が立てられるかということ整理するのに時間を置く。答えを持ち合わせていなかったらかえって怒りを助長するような気がする (N03-B10)」と語っていた。このように一呼吸置くというのは、患者・家族の怒りに対して解決策まで考え、冷静に対応することを意味していた。

さらに熟練看護師は、「男性というキャラクターを利用する (N03 - C05)」「3 人姉妹の真ん中で子どもの時から人の気持ちに敏感、この人今機嫌いいかなとか、気持ち良くなってるかなとかってというのは、なんとなくわかるような気がします (N01-B32)」のように、自分自身の特性を活用した患者・家族対応を行っていた。これについて Ns.3 は、「女性でも男性でも、特に女性のほうが引かかりますね、男が行ったら。なんか男の前できゃんきゃん言いづらかったり、男の人は男の人で男同士やというて、だから割と男やということだけでね、うまくいけるとこもあるなと (N03-A024)」「男やということは最大限に利用するんですよ (N03-A022)」と語っていた。

今回の調査参加者が全員看護師長であったこともあり「患者のところへ役職者が行って対応策を話す方が修正しやすい (N05-C42)」「師長という役職者が対応することで、状況が変わる (N07-C37)」のように、職位を活用した対応が語られた。Ns.3 は、消灯時間に遅れたケースで「若い看護師は絶対に言うんですよ。ちゃんと規則守ってください、消灯時間までに帰ってきてもらわないと困りますって (N03-A033)」「でも、私は病棟の中で権限を持っているわけですから、30分遅れることを許すことができる (N03-A036)」「若いナースが怒っている患者にうまく対応できないのは、一つは権限を持っていないからで、例えば外泊の件のように自分の権限で許せるとトラブルにならないケースがたくさんある (N03-B11)」と職位の持つ裁量権を活用した対応が怒りの回避につながる事を語っていた。このように役職を活用した対応は、職位に伴う権限が持つ裁量権を活用した対応である。

(12) 【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】

これは、日頃からスタッフや患者・家族から積極的に情報を得て、患者・家族の怒りに早期に介入するという対応である。この対応は、サブカテゴリ《スタッフに報告を促す》《患者・家族にはいつでも聞くという姿勢を示す》で構成されていた。熟練看護師は、「スタッフに報告、連絡、相談するよう徹底する (N02-C22)」「スタッフにはいつでも言っといでと言う。言ってきたスタッフには、どういう対応をしたらいいか話している。そうすると、自分で処理できるスタッフもいる。師長に言ってよかったをプラ

スしておく（N01-B38）」というように、《スタッフに報告を促す》ことで、「何かあったらスタッフからすぐに情報が届く（N07-C53）」という風土を意図的に作っていた。

また熟練看護師は、「患者訪問を習慣化し、患者からも情報を得る（N02-C46）」「患者や家族がいる時間帯を見計らってお部屋にうかがう（N07-C44）」のように、《患者・家族にはいつでも聞くという姿勢を示す》ことで、患者・家族から情報を得やすい風土をつくっていた。このような対応により、「師長に相談すると事が丸く進み、全員に周知徹底してくれると思われる（N07-C38）」、「師長というまた違う相談できる場所があると感じられている（N07-C40）」というように、患者・家族にとって表出しやすい関係性を形成していた。

(13) 【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】

これは、患者や家族の怒りの事例から発生しやすい嫌悪事象を予測し、嫌悪事象を発生させないようにするという対応である。この対応は、サブカテゴリ《診療科の特徴をとらえ発生しやすい嫌悪事象を予測する》《患者の怒りの事例から対応を学ぶ》で構成されていた。

熟練看護師は、「入院患者の診療科の特徴から起こりやすいトラブルを予測しておく（N03-C48）」「心臓の手術を受ける患者は精神的に重篤な状況に置かれていることを知っておく（N07-C07）」というように、《診療科の特徴をとらえ発生しやすい嫌悪事象を予測する》という対応をおこなっていた。

また熟練看護師は、患者の怒りの事例から「仕事の中の流れのようなものとして受け止め、患者の不安を思いめぐらす感覚がだんだん薄まり欠如していくところもある（N07-C49）」と対応を振り返り、「病気になったことで不安になっている患者をさらに不安にさせたり怒らせてはだめとスタッフに言っている（N04-C35）」「看護師には患者対応で気になるところを機会を見て指導している（N05-C36）」のように他の看護師に教育的に関わるという《患者の怒りの事例から対応を学ぶ》という姿勢を持っていた。

2) 熟練看護師の患者・家族の怒りに対する対応の過程

次に、前項で作成したカテゴリの関係性を検討し、熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応過程を検討する（図 4-33）。

(1) 熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応過程

① 【怒りを受け止め謝罪する】【事情を説明し理解を得る】

熟練看護師は、まず患者・家族の怒りを否定せず受け止め、怒りの気持ちや怒りの理由を理解しようとしていた。そして、患者の怒りによる興奮の状況を見ながら、発生した事象の背景にある意図や情報を患者や家族に伝え、患者・家族が発生した事象に対して冷静に評価できるよう促していた。

このように熟練看護師は、まず【怒りを受け止め、謝罪する】【事情を説明し理解を得る】という働きかけを行っていた。これらの働きかけは、患者・家族が怒りの気持ちをまず落ち着かせるための初期対応として行われていた。

② 【事実を確認し怒りの原因となった問題をとらえる】【非を認め謝罪する】【対応策を考

え怒りに向き合い対応する】

熟練看護師は、患者・家族の怒りが鎮まった後、あるいは怒りを鎮める対応と並行して、【事実を確認し、怒りの原因となった問題をとらえる】【非を認め謝罪する】【対応策を考え、怒りに向き合い対応する】という働きかけを行っていた。

熟練看護師は、患者・家族、事象に関わった看護師から話を聞き、何が患者・家族を怒らせたのか、患者・家族の言い分と看護師との間にずれはないかなどを考え、怒りの原因となった問題の本質を見極めていた。そして、患者・家族の反応をとらえながら、謝罪すべきか、要望に応えるのか否か、応えるのであれば最善の方法は何かという「おとしどころ」を考え対応していた。そして、看護師に非がある場合は、「嫌な思いや悲しい思いをさせたことを謝罪する」「看護師の言動の理由を告げた上で、悪かったところを伝え謝罪する」というように、悪かった部分や不快にさせた対応を具体的に示し謝罪していた。また、対応策を考え実施する際、問題の解決に応じた職種や部門、怒りの鎮静化につながるキーパーソンを巻き込んでいた。さらに、解決策を一方向的に提示するだけでなく、解決策を決定する過程に患者・家族を参加させるという対応も行っていた。

これらの働きかけは、確認した事実から患者・家族の怒りの原因となった問題を明らかにし、関連する部門や職種、人的資源を活用し問題解決を図るまでの対応であった。

③【対応策を提示し了解を得る】【改善の取り組みをフィードバックする】

熟練看護師は問題解決の過程において、患者・家族に【対応策を提示し了解を得る】働きかけや改善策や取り組みをアピールするなど【改善の取り組みをフィードバックする】という働きかけを行っていた。これらの対応は、協力者の語りから、問題解決の過程に患者の意見を反映させることで患者が満足するような対策がとれることや、患者・家族の要望に対する取り組みをアピールしフィードバックすることが患者・家族の満足や安心につながるなどのような、過去の体験が反映されていたことがわかった。

④【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】【部署の看護ケアについての責任を負う】

熟練看護師は、検討した問題解決策や患者・家族の要望について看護師間で共有していた。この働きかけは、前項にあげた【改善の取り組みをフィードバックする】という患者・家族への働きかけと並行して行われる看護師への働きかけである。

この働きかけは、同様の問題の発生予防、看護師の患者への対応能力の向上、緊張状態にある患者・家族と看護師間の関係を修復し継続してケアが提供できるようにする事を目的に行われていた。熟練看護師のこのような働きかけは、部署で提供する看護ケアの質をモニタリングする役割も担っているものととらえられた。

⑤【怒りの終息を確認する】

熟練看護師は、患者・家族の怒りへの対応過程の最終段階として、怒りが終息したことを確認するという対応を行っていた。この対応は、怒りを表出した患者・家族に対する事後のケアとしての要素を含んでいた。

(2) 熟練看護師の基盤にある姿勢

熟練看護師は、患者・家族の怒りへの対応において、【自分の職位や特性を自覚し、素早く冷静に対応する】【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】【過去のケースから

嫌悪事象を予測し対応する】という姿勢を持っていた。

熟練看護師は、【自分の職位や特性を自覚し、素早く冷静に対応する】ことで問題を早期に解決できるようにしていた。また、患者・家族や看護師に対して【日頃から情報をすくいあげ、対応する姿勢を示す】ことで、患者・家族が嫌悪事象を体験しても表出できる関係性を形成していること、看護師が起こった事象についてすぐに報告できる関係性を形成していることがわかった。このような関係を形成することで、患者・家族の怒りに早期に対応できる風土を形成していた。この【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】働きかけは、患者・家族の怒りの発生にかかわらず日常的に行われていた。また【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】ことで、類似した嫌悪事象の発生を未然に防げるようスタッフに働きかけるなどの取り組みを行っていた。

こうした働きかけは、熟練看護師の患者・家族への対応の基盤となっており、患者・家族の怒りの予防的な取り組みにつながっていた。

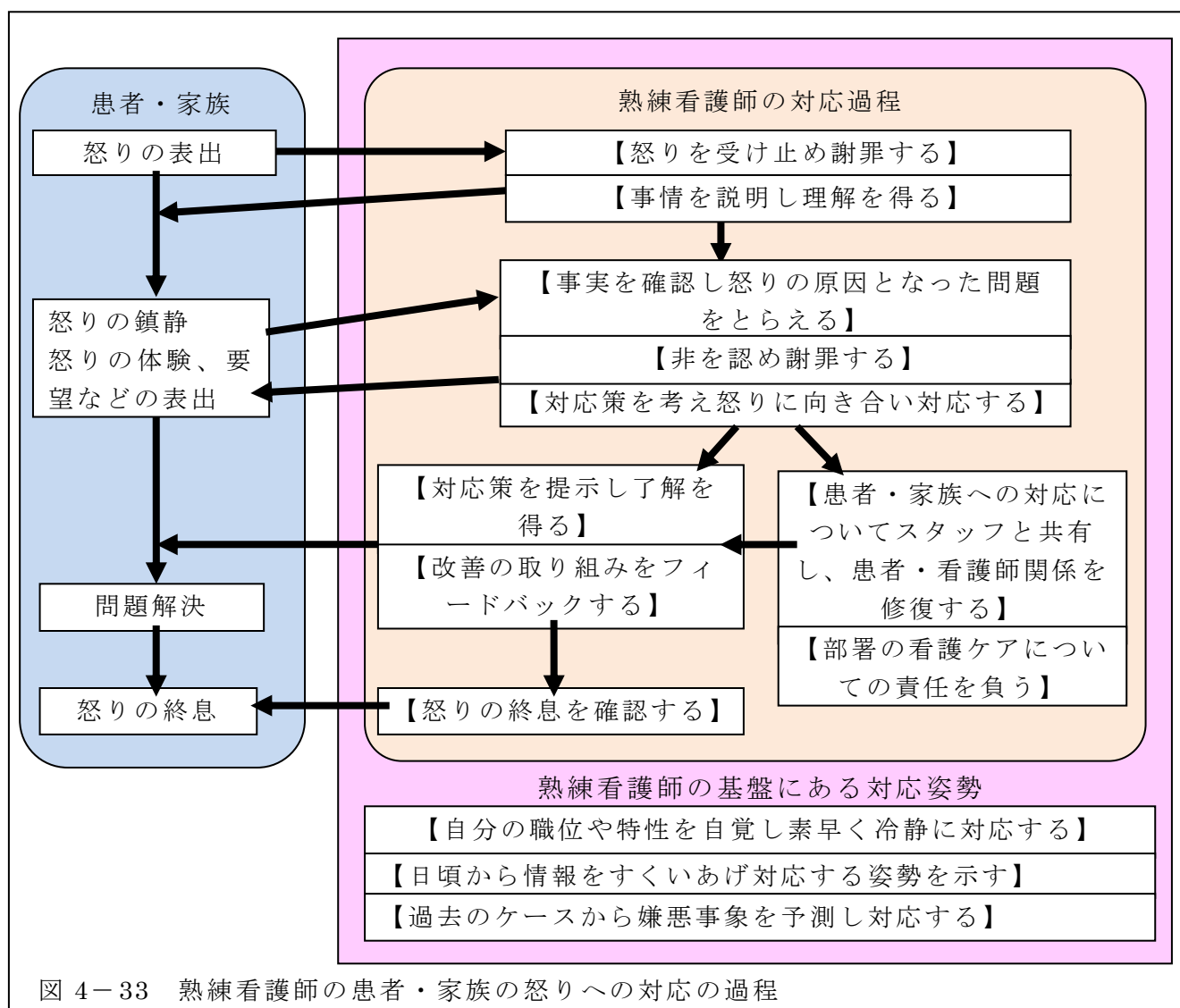


図 4-33 熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応の過程

第5節 患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す看護師の対応についての検討（Phase4）

本節では、まず第4節で明らかになった熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応の構造・過程をもとに、患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルを検討し精錬させる。次に第1節、第2節で明らかになった患者が望む看護師の対応をもとに、患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルをさらに充実させる。そしてモデルをもとに、患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者の感じた怒りを問題解決につながる形で表出されるよう促す対応を検討する。

1. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの検討1

ここではまず、熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応の構造・過程をもとに、患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルを検討する。なお本文中では、仮説モデルで想定した働きかけを『 』、第4節5で抽出されたカテゴリを【 」、サブカテゴリを《 》、参加者の語りの一例を「 」で示す。

1) 【怒りを受け止め謝罪する】 【事情を説明し理解を得る】

熟練看護師の対応過程のうち【怒りを受け止め謝罪する】【事情を説明し理解を得る】は、表出された患者・家族の怒りを否定せずに受け止め謝罪したり、事情を説明することにより怒りを鎮めようとする働きかけである。

これらの働きかけは、仮説モデルで直接的攻撃行動や非攻撃的行動として表出された患者の怒りをまずおさめ冷静になるよう促す対応として想定した「表出された怒りの鎮静化を促す働きかけ」の具体的な介入方法ととらえられた。このため、【怒りを受け止め、謝罪する】【事情を説明し理解を得る】を『表出された怒りの鎮静化を促す働きかけ』の内容項目として追加した。

2) 【事実を確認し、怒りの原因となった問題をとらえる】 【非を認め謝罪する】 【対応策を考え、怒りに向き合い対応する】

熟練看護師の対応過程のうち【事実を確認し怒りの原因となった問題をとらえる】【非を認め謝罪する】【対応策を考え怒りに向き合い対応する】は、患者・家族が表出した怒りに関する事実関係を確認し、怒りの原因となった問題の本質を見極め、“おとしどころ”を考えながら問題の解決を図ろうとする働きかけである。

これらの働きかけは、仮説モデルで患者の怒りの原因を客観的に分析し問題解決を図る対応として想定した『患者の怒りの原因を見極め、問題解決を図る働きかけ』の具体的な介入方法ととらえられる。このため、【事実を確認し怒りの原因となった問題をとらえる】【非を認め謝罪する】【対応策を考え怒りに向き合い対応する】を『患者の怒りの原因を見極め、問題解決を図る働きかけ』の内容項目として追加した。

3) 【対応策を提示し了解を得る】 【改善の取り組みをフィードバックする】

熟練看護師の対応過程のうち、【対応策を提示し了解を得る】【改善の取り組みをフィー

ドバックする】は、患者・家族に満足や安心感を提供する目的で行われる働きかけである。

この働きかけは、仮説モデルで発生した患者の怒りの終息を促し、終息を確認するとして想定した『怒りの終息を促す働きかけ』の具体的な介入方法として説明可能であった。このため、【対応策を提示し了解を得る】【改善の取り組みをフィードバックする】を『怒りの終息を促す働きかけ』の内容項目として追加した。

4) 【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】【部署の看護ケアについての責任を負う】

熟練看護師の対応過程のうち、【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】は、《スタッフと対応について共有する》《スタッフ患者関係を修正する》《スタッフを教育する》ことで同様の問題や新たな嫌悪事象の発生を予防する働きかけである。

【部署の看護ケアについての責任を負う】は、表出された怒りについて患者・家族に応じた看護ケアが提供できていたのか《ケアの視点で振りかえる》ことや、《スタッフを守る》ことで怒りを表出した患者・家族に対して継続して看護ケアが提供できるよう調整する対応である。

これらの働きかけは、仮説モデルで患者の怒りの原因を客観的に分析し問題解決を図る対応として想定した『患者の怒りの原因を見極め、問題解決を図る働きかけ』として看護師に対して行われる具体的な介入方法ととらえられる。このため、【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】【部署の看護ケアについての責任を負う】を『患者の怒りの原因を見極め、問題解決を図る働きかけ』の内容項目として追加した。

またこれらの対応は、実際に発生した患者・家族の怒りの事例を一般化して部署の看護師間で共有することで、その部署で発生しやすい嫌悪事象に対し予防的に対応することが可能になる。つまり、発生した怒りの事例を経験知とすることで、【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】【部署の看護ケアについての責任を負う】は、仮説モデルの『嫌悪事象の発生を予防する』へとつながる対応ととらえられた。

5) 【怒りの終息を確認する】

熟練看護師の対応過程のうち【怒りの終息を確認する】は、仮説モデルで発生した患者の怒りの終息を促し、終息を確認する対応として想定した『怒りの終息を促す働きかけ』で説明可能であった。

質問紙調査において、医療従事者の対応があり問題は解決したが怒りは終息していないという回答も少数みられた。このことから、問題解決の有無にかかわらず、怒りが終息したことを確認することが怒りへの対応過程では重要である事が示唆された。よって、『怒りの終息を促す働きかけ』から【怒りの終息を確認する】を独立させ、看護師の対応として『怒りの終息を確認する』を追加した。

6) 熟練看護師の基盤にある姿勢【自分の職位や特性を自覚し、素早く冷静に対応する】【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】

熟練看護師の患者・家族への怒りの対応の基盤にある姿勢のうち【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】は、患者・家族と体験した嫌悪事象や怒りを表出できる関係性を形成すること、患者・家族の怒りを冷静に受け止め素早く対応する姿勢を看護師が持つておくことである。

患者調査から、患者は怒りを感じても表出しないという非行動化を選択する傾向にあった。その理由として、看護師に対する遠慮や怒り表出によって不利益を被るかもしれないという言いにくさなどが示された。しかし、個人内で怒りを制御しても、同じような出来事が繰り返されたり、怒りの原因を忘れようと努力しても忘れられない場合、怒りも繰り返し起こり持続し、この持続した怒りがその後の判断や評価に影響を与え、新たな怒りを引き起こすという悪循環につながる (Keltner, Ellsworth, Edwards, 1993)。そして患者調査で示したように、強い怒りは直接的な攻撃行動へと結びつきやすい傾向にある。一方、前述のように看護師は、怒りを表出した患者への関わりを回避する傾向にある。

したがって、患者・家族が怒りの体験を非攻撃的反応、非攻撃的行動として冷静に表出するためには、日頃から患者・家族が安心して怒りの体験を表出できる関係性を形成しておくこと、看護師は日頃から患者・家族の怒りを冷静に受け止め素早く対応できる姿勢を示しておくことが必要である。

これらの対応は、仮説モデルで想定した『非攻撃的反応、非攻撃的行動へと促す働きかけ』につながるととらえられた。このため、【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】を『非攻撃的反応、非攻撃的行動へと促す働きかけ』の内容項目として追加した。さらに、患者・家族が怒りの体験を安心して表出することができるという認知処理を促せるよう介入の時機を患者が熟慮的認知処理をする段階に修正した。

また【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】は、入院している患者の診療科の特徴や患者の怒りの事例から嫌悪事象を予測し、嫌悪事象が発生しないよう予防的な取り組みを行うことである。したがって、【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】を『嫌悪事象の発生を予防する働きかけ』の内容項目として追加した。

2. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの検討 2

次に、患者の怒りに対する看護師の適切な対応について、患者の視点から検討する。

まず、第4章第1節で行った患者への質問紙調査で看護師に望む対応として自由記載された内容の分析から、質問紙調査参加者が望む看護師の対応を明らかにする。次に、この質問紙調査の分析結果から、患者の看護師に対する怒りへの対応モデルを検討する。

1) 患者が看護師に望む対応～患者への質問紙調査から

第4節第1章で行った患者への質問紙調査において、看護師に希望する対応を記載していた32名の内容から、看護師に望む対応として64のコードを抽出した。そして、体験場面や体験に対する認知処理を踏まえてコードを検討し、以下の20のサブカテゴリ、8のカ

テゴリを抽出した（表 4-33）。なお本文中では、仮説モデルで想定した働きかけを『 』、患者への質問紙調査で抽出されたカテゴリを【 」、サブカテゴリを《 》、自由記載の記述内容を「 」で示す。

患者は、看護師に対して【**確実な手技で実施する**】【**迅速に対応する**】【**患者の要望に沿った対応をする**】【**羞恥心やプライバシーに配慮する**】【**患者を尊重した態度で接する**】【**患者の状況を察知し寄り添う**】【**どのような状況か説明する**】【**非を認め謝罪する**】という対応を望んでいたことが分かった。

以下に抽出されたカテゴリについて説明する。

表 4-33 患者が看護師に望む対応（質問紙調査の結果から）

サブカテゴリ	カテゴリ
確実な手技で実施する	確実な手技で実施する
痛みを伴わない手技で実施する	
すぐに対応する	迅速に対応する
患者の要望を聞く	患者の要望に沿った対応をする
要望に応える	
要望に沿った対応であるか確認する	
約束は守る	
羞恥心への配慮を行う	羞恥心やプライバシーに配慮する
プライバシーへの配慮を行う	
正しい言葉遣いや礼儀	患者を尊重した態度で接する
患者の気持ちを考え接する	
患者の心身の状況に気遣う	患者の状況を察知し寄り添う
柔軟に対応する	
やさしい言葉づかいをする	
患者の気持ちを考えた行動をとる	
身体状況を配慮する	
状況について説明する	どのような状況か説明する
すぐに対応できない理由を伝える	
ねぎらい謝罪する	非を認め謝罪する
自分の非は素直に謝る	

(1) 【**確実な手技で実施する**】

これは、処置を受ける際に不要な痛みや不快を最小限にする対応である。この対応は「落ちていて針を入れてほしかった」という体験に代表される《**確実な手技で実施する**》、「不必要に乱暴にせず丁寧にしてほしかった」という体験に代表される《**痛みを伴わない手技で実施する**》で構成されていた。

(2)【迅速に対応する】

これは、患者の要望への素早い対応である。この対応は、「夜中トイレで呼び出しをしてもなかなか来てもらえなかった」「術後、鎮静剤を頼んだがなかなか持ってきてもらえなかった」という体験に代表される《すぐに対応する》で構成されていた。

(3)【患者の要望に沿った対応をする】

これは、患者の要望や要求に適切に応じるという対応である。この対応は、「血圧を測ってほしいと頼むが、忙しいと断られ、後から頼んでも断られた」という体験に代表される《患者の要望を聞く》、「夜にトイレに連れて行ってと頼んだが、夜は忙しいのでダメここでしてと言われた」という体験に代表される《要望に応える》、「深夜に尿を取ってもらった時、尿瓶をつき出され、看護師はいなくなった。大変困った思いをした」という体験に代表される《要望に沿った対応であるか確認する》、「看護師さんが呼びに来てくれると言っていたのが呼びに来てもらえなかった。違う看護師さんが来て、時間過ぎてると、ものすごいきつい言葉で言われた」という体験に代表される《約束は守る》で構成されていた。

(4)【羞恥心やプライバシーに配慮する】

これは、患者の羞恥心やプライバシーに配慮するという対応である。この対応は、「手術後、ICUで身体の下の方を洗う時、女の人がお湯を流し、男の人に洗わして、後ですみませんと言うなら、始めから自分でしたらと思いました。二人ニヤニヤして」という体験に代表される《羞恥心への配慮を行う》、「他の患者のおなかを見ておられ、過去の手術の跡のことを大きな声で聞いていた」という体験に代表される《プライバシーへの配慮を行う》で構成されていた。

(5)【患者を尊重した態度で接する】

これは、患者を一人の人として尊重する対応である。この対応は、「言葉はとても大切です。心から素直に出る言葉や態度で接してほしい」という意見に代表される《正しい言葉遣いや礼儀》、「点滴を刺しっぱなしだったので、着がえのつど点滴の取り外しを依頼しなければならず、別の看護師の方に、そのつど呼んで下さいと言われたので呼びにナースセンターまで行ったら、返事もしないで面倒くさそうに対応された」という体験に代表される《患者の気持ちを考え接する》で構成されていた。

(6)【患者の状況を察知し寄り添う】

これは、患者が置かれている心身の状況を察知し、患者に寄り添い配慮する対応である。この対応は、「痛み止めの薬を詰所にもらいに行ったらコールするよう叱られた。患者の行動を指摘するのではなく、指摘すべき動作が大丈夫であったかをまず確認すべき」という体験に代表される《患者の心身の状況に気遣う》、「消灯が午後10時までということは分かっているが、どうしても見たい番組があり声を消して見ていたら、他の人に迷惑とひどく怒られた。できるだけ声は消して終わったら即就寝してくださいね...とやさしく取り扱うよう心掛けてほしかった」という体験に代表される《柔軟に対応する》、「膝の器

械をつける時に、優しい言葉づかいをしてほしかった」という体験に代表される《やさしい言葉づかいをする》、「入退院についての責任者の対応は、患者の気持ちを考えて行動してほしかった」という体験に代表される《患者の気持ちを考えた行動をとる》、「点滴の場所が悪く、2日間の間、肘を曲げると痛いのでつらかった。相手の気持ちになり対応してほしい」という体験に代表される《身体の状態を配慮する》で構成されていた。

(7) 【どのような状況か説明する】

これは、現在起こっている事象や患者の要望にすぐに対応できない理由などを説明するという対応である。この対応は、「隣床の高齢者が少し痴呆があり、骨折のため入院していた。深夜にトイレ行きたく『おしっこ、おしっこ』と声を出し、私がおしっこの度にナースコールで知らせ睡眠不足だった。部屋替えを希望しても本人が嫌がり、結局その方優先。師長がそれなりに説明してくれることなかった」という体験に代表される《状況について説明する》、「就寝時、同室者の器機が警告音と光を出して寝られないので、音を消すなどの対応を依頼するも担当ではないと無視された。少なくとも何故、音を小さくできないかの説明や、できない場合は理由を説明してほしい」という体験に代表される《すぐに対応できない理由を伝える》で構成されていた。

(8) 【非を認め謝罪する】

これは、患者に不快な体験をさせたことや看護師自身が自分の非を認め謝罪するという対応である。この対応は、「1日20～30回ナースコールを押すような方に私が話をして気分を和らいであげていたが、『すみません』などと言うナースはほとんどおらず、師長からも『迷惑をかけてすみませんね』の言葉もない」という体験に代表される《ねぎらい謝罪する》、「少し年配の看護師の方が採血に来られた時に、布団の上に注射針のカバーなどを置いたままにして行かれ、もし針だったらと注意したが反省していないようだった。一言『すみません』と言ってくれればと思う」という体験に代表される《自分の非は素直に謝る》で構成されていた。このカテゴリは、看護師調査の結果からも抽出されていた。

2) 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルの検討

次に、前述の質問紙調査の分析結果から、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを検討する（図 4-34）。

(1) 【確実な手技で実施する】【迅速に対応する】【患者の要望に沿った対応をする】【羞恥心やプライバシーに配慮する】【患者を尊重した態度で接する】

質問紙調査参加者が看護師に求める対応のうち【確実な手技で実施する】は、不要な痛みや不快を最小限にするための対応である。また【迅速に対応する】【患者の要望に沿った対応をする】は、患者の要望や要求にできるだけ早く、適切に応じるための対応である。【羞恥心やプライバシーへ配慮する】【患者を尊重した態度で接する】は、患者の尊厳を守るための対応である。

患者調査の結果から患者は、不要な痛みや不快を味わった、羞恥心に対する配慮がされなかった、気持ちや状況に対する配慮がされなかった、意思や尊厳が尊重されなかったな

どの体験を嫌悪事象と認知していた。看護師が【確実な手技で実施する】【迅速に対応する】【患者の要望に沿った対応をする】【羞恥心やプライバシーへ配慮する】【患者を尊重した態度で接する】ことで、これらの嫌悪事象の発生を予防することができる。

以上のことから、【確実な手技で実施する】【迅速に対応する】【患者の要望に沿った対応をする】【羞恥心やプライバシーへ配慮する】【患者を尊重した態度で接する】という対応を『嫌悪事象の発生を予防する働きかけ』の内容項目として追加した。

(2) 【患者の状況を察知し寄り添う】【どのような状況か説明する】

患者が看護師に求める対応のうち【患者の心身の状況を察知し寄り添う】は、患者が嫌悪事象を体験したことで感じている不快感を察知し配慮する対応である。また【どのような状況か説明する】は、患者が体験している嫌悪事象が発生している原因や患者の要望にすぐに対応できない理由などを説明するという対応である。

患者の要求に対して現状行っている対策やすぐに対応できない理由を説明し理解を得ることは不可欠である。さらに、嫌悪事象を体験した患者に対して、患者の気持ちを察知し、患者に寄り添うということは、看護師が当然行うべき行為である。しかし患者調査の結果をみると、このような対応が行われなかったために、患者は看護師の配慮不足や対応のまずさにより被害を受けたと認知したことにより、怒りが喚起されていたことがわかった。

以上のことから、【患者の心身の状況を察知し寄り添う】【どのような状況か説明する】という対応を『不快感情を怒りにしない認知への働きかけ』の内容項目として追加した。

(3) 【非を認め謝罪する】

患者が看護師に求める対応のうち【非を認め謝罪する】は、患者に不快な体験をさせたことや看護師自身が非を認め謝罪するという対応である。

この対応は、直接的攻撃行動や非攻撃的行動として表出された患者の怒りの原因となった事象について、看護師に非がある場合は謝罪する対応である。謝罪することで、看護師は患者と問題の原因や解決に向けての対策を共有することができるようになる。

このことから、【非を認め謝罪する】という対応を『怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけ』の内容項目として追加した。

3. 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデルの検討 3

次に、第4章第2節で行った患者への面接調査で各ケースが語った内容から、面接調査参加者が望む看護師の対応を明らかにする。そして、面接調査の分析結果から、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを検討する。

1) 患者が看護師に望む対応～患者への面接調査から

第4章第2節で行った患者への面接調査において、調査参加者の語りの内容から看護師に望む対応について26のコードを抽出した。そして前後の文脈や語り全体の内容を踏まえてコードを検討し、以下の17サブカテゴリ、11のカテゴリを抽出した(表4-34)。なお本文中では、仮説モデルで想定した働きかけを『 』、患者への面接調査で抽出されたカテゴリを【 」、サブカテゴリを《 》で示す。

面接調査参加者は、看護師に対して、【羞恥心やプライバシーへ配慮する】【患者を尊重した態度で接する】【事前に説明し了解を得る】【患者の要望に沿った対応をする】【患者の状況を察知し寄り添う】【不快感の表出を促す】【患者の言動の真意を確認する】【非を認め謝罪する】【対応策を患者にフィードバックする】【対策について意見を聞く】【看護師間で言動を指摘しあう】という対応を望んでいたことが分かった。これらのカテゴリのうち、【事前に説明し了解を得る】【不快感の表出を促す】【患者の言動の真意を確認する】【対応策を患者にフィードバックする】【対策について意見を聞く】【看護師間で言動を指摘しあう】は、面接調査からのみ導きだされた。また、【患者の要望に沿った対応をする】【羞恥心やプライバシーへ配慮する】【患者を尊重した態度で接する】【患者の状況を察知し寄り添う】【非を認め謝罪する】は、質問紙調査と面接調査双方から共通して導き出されたカテゴリである。

以下に抽出されたカテゴリについて説明する。

表 4-34 患者が看護師に望む対応（面接調査の結果から）

サブカテゴリ	カテゴリ
羞恥心に対する配慮をする	羞恥心やプライバシーへ配慮する
プライバシーの配慮をする	
社会人として節度ある態度で接する	患者を尊重した態度で接する
事前に説明し了解を得る	事前に説明し了解を得る
約束は守る	患者の要望に沿った対応をする
要望に応える	
患者の意向を確認する	
患者が置かれている状況について配慮する	患者の状況を察知し寄り添う
患者の不快感を推察し寄り添う	
患者の不快感の表出を促す	不快感の表出を促す
患者の行動の意図を確認する	患者の言動の真意を確認する
患者の言葉の真意を確認する	
看護師に非があるときは謝罪する	非を認め謝罪する
対応を変更した理由を伝える	対応策を患者にフィードバックする
対応の現状について説明する	
対応策について意見を聞く	対策について意見を聞く
社会人として言動の適切さを指摘しあう	看護師間で言動を指摘しあう

(1) 【羞恥心やプライバシーへ配慮する】

これは、患者の羞恥心やプライバシーに配慮するという対応である。Case1 の若い男性看護師に胸の聴診を何度もされた体験から抽出された《羞恥心に対する配慮をする》、Case8 の自分の許可なく上司に医療情報を伝えられた体験から抽出された《プライバシーの配慮をする》で構成されていた。

(2) 【患者を尊重した態度で接する】

これは、患者を一人の人として尊重する対応である。Case10の「同室の高齢者の痛みの訴えに対しナースコールごしに痛くないでしょと看護師が返答した」という体験から抽出された《社会人として節度ある態度で接する》で構成されていた。

(3) 【事前に説明し了解を得る】

これは、患者にとって嫌悪事象になると予測される医療行為や看護ケアを提供する際に事前に十分な説明を行い患者の了解を得るという対応である。Case1の若い男性看護師に胸の聴診を何度もされた体験やCase5の想定外の個室へ入院した体験から抽出された《事前に説明し了解を得る》で構成されていた。

(4) 【患者の要望に沿った対応をする】

これは、患者の要望や要求に適切に応じるという対応である。Case3の術前に依頼した対応が実施されなかった体験から抽出された《約束は守る》、Case7の禁煙対策の申し入れを軽視された体験から抽出された《要望に応える》、Case4のガーゼ交換をする場所について確認されなかった体験などから抽出された《患者の意向を確認する》で構成されていた。

(5) 【患者の状況を察知し寄り添う】

これは、患者が置かれている心身の状況を察知し、患者に寄り添い配慮する対応である。Case4のナースステーションまで歩いたために排泄で衣類が汚染した体験から抽出された《患者が置かれている状況について配慮する》、Case6の絶食中に3人の看護師から食事摂取量を聞かれ絶食中と思わず返答した体験から抽出された《患者の不快感を推察し寄り添う》で構成されていた。

(6) 【不快感の表出を促す】

これは、発生した患者の不快感や怒りを察知し表出を促す対応である。Case4の排泄で衣類が汚染したことを看護師から「もっと早く言ってくれたらよいのに」「だって洗濯大変でしょって、こんなに濡れたらあなたも洗濯大変じゃない」と言われた体験から抽出された《患者の不快感の表出を促す》で構成されていた。

(7) 【患者の言動の真意を確認する】

これは、患者の発言や行動の意図を確認することで、患者の潜在化された怒りの原因を見つけ、問題の解決につなげるための対応である。Case1の男性看護師に直接的攻撃行動をとった理由を確認されないままバイタル測定が中断し、女性看護師へ担当が変わった体験から抽出された《患者の行動の意図を確認する》、Case10が看護師に「言葉づかい研修ってないの？」と接遇が悪いことを遠まわしに指摘したのに対し「そんな研修はない」と返答された体験などから抽出された《患者の言葉の真意を確認する》で構成されていた。

(8) 【非を認め謝罪する】

これは、患者に不快な体験をさせたことや看護師自身の非を認め謝罪するという対応で

ある。Case3 の術前に依頼したことが遂行されなかった体験などから抽出された《看護師に非があるときは謝罪する》で構成されていた。

(9) 【対応策を患者にフィードバックする】

これは、患者に現在行っている対応策、改善した内容や理由について説明するという対応である。Case1 の直接的攻撃行動をとった理由を確認されないまま対応が変更された体験から抽出された《対応を変更した理由を伝える》、Case7 の禁煙対策の申し入れが軽視された体験から抽出された《対応の現状について説明する》で構成されていた。このカテゴリは、看護師調査の結果からも抽出されていた。

(10) 【対策について意見を聞く】

これは、取り組んだ対策によって問題が解決したかを患者に確認する対応である。Case1 の体験から抽出された《対応策について意見を聞く》で構成されていた。

(11) 【看護師間で言動を指摘しあう】

これは、患者への対応が適切であるかどうかを看護師間で評価しあう風土をつくるという対応である。Case10 の体験から抽出された《社会人として言動の適切さを指摘しあう》で構成されていた。

2) 患者の怒りに対する看護師の対応～患者が看護師に望む対応からの検討

次に、前述の面接調査の分析結果から、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルを検討する（図 4-34）。

(1) 【羞恥心やプライバシーに配慮する】【患者を尊重した態度で接する】

面接調査参加者が看護師に求める対応のうち【羞恥心やプライバシーへ配慮する】【患者を尊重した態度で接する】は、患者の尊厳を守るための対応である。

これらのカテゴリは、患者への質問紙調査の分析結果からも抽出され、『嫌悪事象の発生を予防する働きかけ』の内容項目として追加した。

(2) 【事前に説明し了解を得る】【患者の状況を察知し寄り添う】

面接調査参加者が看護師に求める対応のうち【事前に説明し了解を得る】は、患者にとって嫌悪事象になると予測される医療行為や看護ケアを提供する際に事前に十分な説明を行い患者の了解を得るという対応である。これは、患者が体験する医療や看護ケアについてあらかじめ情報提供しておくことで、患者が嫌悪事象を体験しても怒りを喚起させないようにする予防的対応である。

患者にとって嫌悪事象になると予測される医療行為や看護ケアを提供する際に事前に十分な説明を行い患者の了解を得ること、患者の要求に対して現状行っている対策やすぐに対応できない理由を説明し理解を得ることは不可欠である。しかし、患者調査の結果をみると、このような対応が行われなかったために、患者は看護師の配慮不足や対応のまずさにより被害を受けたと認知し怒りを喚起していたととらえられた。このことから、【事前に

説明し了解を得る】という対応を『不快感情を怒りにしない認知への働きかけ』の内容項目として追加した。

また【患者の状況を察知し寄り添う】は、患者への質問紙調査の分析結果からも抽出され、『不快感情を怒りにしない認知への働きかけ』の内容項目として追加したカテゴリである。

(3) 【不快感の表出を促す】

面接調査参加者が看護師に求める対応のうち【不快感の表出を促す】は、発生した患者の怒りを察知し怒りの原因を確認するための働きかけである。

嫌悪事象の体験場面で、患者に怒りの表出を促し適切に対応することができれば、喚起された怒りを熟慮的認知処理へと促し早期に対応することができる。しかし患者への質問紙調査では、看護師が患者の怒りに気づいていなかったと回答していた者も少なくなかった。さらに、看護師が気づいていなかったと回答した者のほうが体験時の怒りを強く感じた者が多いという傾向が見られた。このことは、看護師が患者の感情の変化をとらえることが怒りの対応には重要であることを示唆している。

以上のことから、【不快感の表出を促す】という対応を『発生した怒りを熟慮的認知処理へと促す働きかけ』の内容項目として追加した。また、喚起された怒りにできるだけ早く対応することが怒りの肥大化を防ぐことから、介入の時機を怒りの表出が動機づけられる前に修正した。

(4) 【非を認め謝罪する】

面接調査参加者が看護師に求める対応のうち【非を認め謝罪する】は、看護師自身が非を認め謝罪するという対応である。

この対応は、患者への質問紙調査の分析結果からも抽出され、『怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけ』の内容項目として追加したカテゴリである。

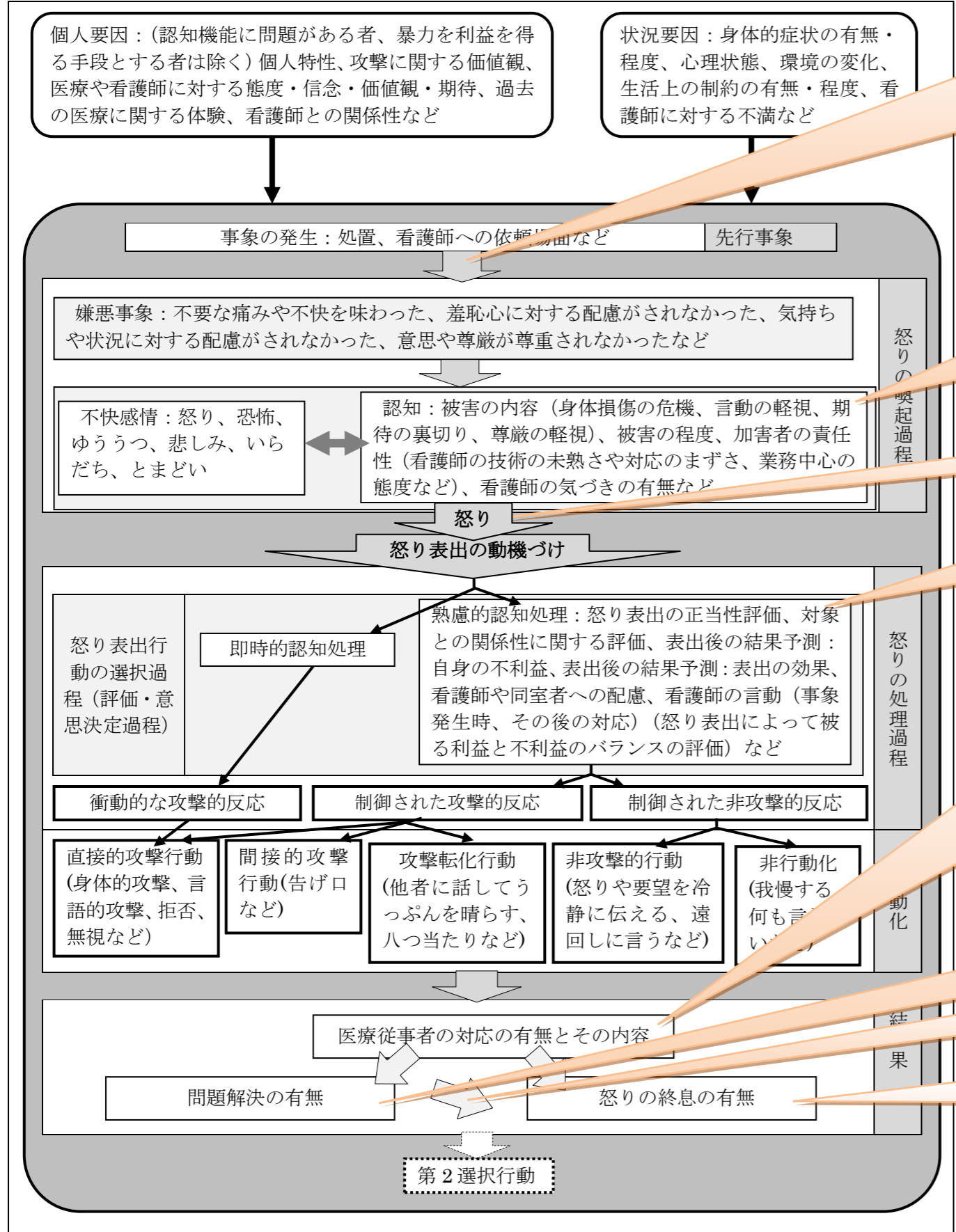
(5) 【患者の言動の真意を確認する】

面接調査参加者が看護師に求める対応のうち【患者の言動の真意を確認する】は、患者の発言や行動の意図を確認することで、患者の潜在化された怒りの原因を見つけ、問題の解決につなげるための対応である。

面接調査において、看護師が Case1、5、6、10 の不快感情や怒りに気づいていたかは不明である。また、気づいていたとしても、先行研究に述べられていたように、回避的な対応をとった可能性も否定できない。このような看護師の回避的な対応に対して、患者が不快な体験や怒りを看護師が軽視したと認知すると、怒りの肥大化、遷延化に結びつくという悪循環に陥りかねない。したがって、看護師が患者の言動の不自然さに気づいた場合、患者の言動の真意を確認することが極めて重要である。

以上のことから、【患者の言動の真意を確認する】という対応を『患者の怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけ』の内容項目として追加した。

仮説モデルで想定した働きかけを『』、カテゴリのうち、熟練看護師調査の結果を【A】、患者の質問紙調査の結果を【B】、患者の面接調査の結果を【C】で示す。



看護師の対応：『嫌悪事象の発生を予防する働きかけ』

- 過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する【A】
- 確実な手技で実施する【B】
- 迅速に対応する【B】
- 患者の要望に沿った対応をする【B】【C】
- 羞恥心やプライバシーに配慮する【B】【C】
- 患者を尊重した態度で接する【B】【C】
- 看護師間で言動を指摘しあう【C】

看護師の対応：『不快感情を怒りにしない、認知への働きかけ』

- 患者の状況を察知し寄り添う【B】【C】
- どのような状況か説明する【B】
- 事前に説明し理解を得る【C】

看護師の対応：『発生した怒りを熟慮的認知処理へと促す働きかけ』

- 不快感の表出を促す【C】

看護師の対応：『非攻撃的反応、非攻撃的行動へと促す働きかけ』

- 自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する【A】
- 日頃から情報をすくいあげ、対応する姿勢を示す【A】

看護師の対応：『患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけ』

- 怒りを受け止め謝罪する【A】
- 事情を説明し理解を得る【A】

看護師の対応：『怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけ』

- 事実を確認し、怒りの原因となった問題をとらえる【A】
- 対応策を考え怒りに向き合い対応する【A】
- 非を認め謝罪する【A】【B】【C】
- 患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する【A】
- 部署の看護ケアについての責任を負う【A】
- 患者の言動の真意を確認する【C】

看護師の対応：『怒りの終息を促す働きかけ』

- 対応策を提示し理解を得る【A】
- 改善の取り組みや対応策を患者にフィードバックする【A】【C】

看護師の対応：『怒りの終息を確認する働きかけ』

- 怒りの終息を確認する【A】
- 対策について意見を聞く【C】

図 4-34 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルの検討

(6) 【対応策を患者にフィードバックする】

面接調査参加者が看護師に求める対応のうち【対応策を患者にフィードバックする】は、患者に現在行っている対応策、改善した内容や理由について説明するという対応である。熟練看護師への面接調査でも同様のカテゴリが抽出された。

患者の怒りの原因になった問題に対して、看護師がどのような対応をどのような理由で行っているのか説明することで、患者は看護師が問題を認識し解決のために行動していると認知することができる。そして、患者と看護師が怒りの原因となった問題を解決する過程を共有することによって、怒りは終息に向かうととらえられる。

以上のことから、【対応策を患者にフィードバックする】という対応を『怒りの終息を促す働きかけ』の内容項目として追加した。

(7) 【対策について意見を聞く】

面接調査参加者が看護師に求める対応のうち【対策について意見を聞く】は、取り組んだ対策によって問題が解決したか患者に確認する対応である。患者に意見を求めるという行為は、対応や改善の妥当性を評価するとともに、患者の怒りが終息したことを確認するというフォローアップにもなる。質問紙調査において、医療従事者からの対応があり問題は解決したが、怒りは終息していないと回答した者も少数みられた。このことは、問題解決の有無にかかわらず、怒りが終息したことを確認することが怒りへの対応では重要であることを示唆している。

以上のことから、【対策について意見を聞く】という対応を『怒りの終息を促す働きかけ』の内容項目として追加した。

4. 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルの作成(Phase5)

次に、これまでの患者・看護師調査の分析結果をもとに、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルについて検討する(図4-35)。なお、前項の1~3で抽出されたカテゴリについては、本文中【 】で示す。

1) 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデル

(1) 怒りの喚起過程における看護師の望ましい対応

患者の怒りは、主に身体襲侵を伴う処置やケアを受けている場面や看護師に何らかの依頼をした場面で発生する。患者は発生した事象に対して、不要な痛みや不快を味わった、羞恥心に対する配慮がされなかった、気持ちや状況に対する配慮がされなかった、意思や尊厳が尊重されなかったなどの嫌悪事象と受け取る。そして、その時感じた怒りやとまどいなどの不快感情の程度とその体験についての被害の内容(身体損傷の危機、言動の軽視、期待の裏切り、尊厳の軽視など)とその程度、加害者の責任性(看護師の技術の未熟さや対応のまずさ、業務中心の態度など)、看護師の気づきの有無などの認知が影響し怒りが喚起される。

したがって、怒りの喚起過程の段階における看護師の望ましい対応は、嫌悪事象の発生

そのものを予防する対応、嫌悪事象の体験によって生じた患者の不快感を怒りにしないような対応である。

①嫌悪事象の発生を予防する働きかけ

患者は入院中、血液採取や薬剤の血管内投与など身体襲侵を伴う処置や ADL の自立度により清拭や排泄介助などのケアを受けるという体験を避けることはできない。

したがって看護師は、患者にとってこれらの体験が嫌悪事象とならないように配慮するよう対応することが望ましい。具体的には、【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】、【確実な手技で実施する】ことで身体襲侵を伴う処置における痛みや不快を最小限にする、患者の依頼には【迅速に対応する】、【患者の要望に沿った対応をする】、処置やケアの提供の際には患者の【羞恥心やプライバシーに配慮する】、【患者を尊重した態度で接する】、そして患者への対応が適切であるかどうか【看護師間で言動を指摘しあう】ことである。

つまり、個々の看護師が【確実な手技で実施する】、【迅速に対応する】、【患者の要望に沿った対応をする】、【羞恥心やプライバシーに配慮する】、【患者を尊重した態度で接する】という看護倫理に基づく実践を行うこと、そして看護チームの取り組みとして【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】ことや看護倫理に基づく実践ができているか【看護師間で言動を指摘しあう】ことで、嫌悪事象の発生を予防することができる。

②不快感を怒りにしない認知への働きかけ

前述のような対応をしても、嫌悪事象の発生を完全に予防することはできない。処置やケアに伴う痛みや不快を完全に取り除くことはできないし、優先度を判断し対応しなければならぬ状況下ではすべての患者の依頼に迅速に対応することはできない。

したがって、患者が嫌悪事象の体験により不快感を抱いたと予測される場合、看護師は患者の感情を読み取り怒りにしないよう対応することが望ましい。具体的には、嫌悪事象を体験した患者の心身の状況を察知し寄り添うという【患者の状況を察知し寄り添う】、嫌悪事象が発生している現在の状況や患者の依頼や要望にすぐに対応できない理由を説明するという【どのような状況か説明する】、嫌悪事象になると予測される医療行為や看護ケアを提供する際に事前に十分な説明を行い患者の理解を得るという【事前に説明し理解を得る】対応である。

つまり個々の看護師が【患者の状況を察知し寄り添う】、【どのような状況か説明する】、【事前に説明し理解を得る】という対応を行うことで、嫌悪事象の体験により患者が感じた不快感を怒りへと発展させないようにすることができる。

(2) 怒りの処理過程における看護師の望ましい対応

喚起された怒りは、被害の内容や程度、怒りを処理する時間、評価・判断する材料の有無などによって、評価意思決定過程で即時的または熟慮的に認知処理される。熟慮的認知処理では、怒り表出の正当性評価、加害者との関係、表出後の結果予測：表出の効果と被る不利益、看護師や同室者への配慮、そして事象の発生時やその後の看護師の対応の有無や内容などを考慮し、行動に移すかどうか、行動に移すならどのような行動をとるのか選択する。つまり患者は、怒りの処理過程において、怒りを表出することによって被る利益と不利益のバランスを考慮し、怒りを表出するのか、表出するならどのような行動をとる

のか選択する。

したがって、怒りの処理過程における看護師の望ましい対応は、患者の不快感や怒りに気づき、患者が怒りを熟慮的に認知処理することができるよう促す対応、患者が感じた怒りを冷静に伝えられるように促す対応である。

①発生した怒りを熟慮的認知処理へと促す働きかけ

患者が喚起させた怒りを早期に表出することができれば、看護師も怒りに対して早期に対応することができる。逆に怒りの表出が抑制され、看護師が患者の怒りに気づかずにいると、患者は嫌悪事象の発生に関する情報提供を受ける機会が制限される。すると患者は、受けた被害や加害者の責任帰属に関する認知を修正することができないため、怒りはおさまらず、怒りの肥大化や遷延化に結びつきかねない。

したがって看護師は、患者が怒りを喚起させた段階で患者の怒りを察知し、表出を促し怒りの原因を確認するような対応をすることが望ましい。具体的には、嫌悪事象の体験により患者が感じた不快感や怒りの表出を促すという【不快感の表出を促す】という対応である。個々の看護師が、患者の感情の変化を読み取り【不快感の表出を促す】対応を行うことで怒りが表出され、怒りの原因を確認することができれば、早期に怒りの原因に応じた対応をとることができる。

②熟慮的認知処理された結果を非攻撃的反応、非攻撃的行動へと促す働きかけ

怒りの処理過程において、患者は怒りを表出することによって被る利益と不利益のバランスを考慮し行動を選択する。被る不利益のほうが大きいと認知されると怒りは抑制され、怒りの肥大化・遷延化のリスクを抱えることになる。

したがって、患者が冷静に怒りを表出できるようにするための看護師の望ましい対応は、患者が怒りや不快感を安心して表出することができるような関係性を日頃から形成しておくことである。具体的には、看護師が【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】、【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】という対応である。つまり、患者の怒りを非攻撃的行動へと促すためには、個々の看護師並びに部署の看護管理者は日頃から患者と信頼関係を築いておくこと、患者が怒りを感じるような事象が発生した場合にはそれぞれの立場における役割を考え素早く冷静に対応すること、さらに看護管理者は患者だけでなく看護師からいつでも情報をすくいあげ対応する姿勢を示しておくことが望まれる。

(3) 怒りの表出の有無と表出方法が選択された段階における看護師の望ましい対応

患者の怒りの終息には、選択した行動に対する医療従事者の反応や問題解決の有無が影響する。また、最初に選択した行動（非行動化も含む）によって怒りが終息しない場合は、第2選択行動として他の行動がとられる場合がある。したがって、行動が選択された後の段階における看護師の望ましい対応は、患者の怒りを受け止め鎮静化を促す、怒りの原因を見極め問題の解決を図る、怒りの終息を促す、そしてさらに怒りの遷延化を防ぐために、怒りの終息を確認することである。

①患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけ

患者が直接的攻撃行動や非攻撃的行動として怒りを表出した場合、看護師はまず患者の怒りを受け止めることが重要である。患者は、看護師に主張を否定されずに吐露できるこ

とでひとまず怒りをおさめることができる。そして患者は、看護師から発生した事象の背景にある意図や情報について話を聞く態勢がとれるようになる。冷静になった患者は、看護師から提供された情報をもとに体験を再評価することができるようになる。そして患者が再評価の過程で、体験した嫌悪事象に対する認知を正当な意図的危害や制御不能な非意図的危害と修正することができるのと怒りは鎮静化される。

したがって看護師は、患者の表出した怒りを否定せず受け止め、患者が冷静に認知を修正できるよう働きかけることが望ましい。具体的には、患者の怒りを受け止め不快な体験をさせたことを謝罪するという【怒りを受け止め謝罪する】、発生した事象の背景にある意図や情報などの【事情を説明し理解を得る】という対応である。患者が怒りを表出した場面において、まず患者の生理的覚醒・興奮を鎮めるために、個々の看護師が患者の怒りを受け止め、怒りを感じるような事態が発生したことについて謝罪することが望ましい。そのうえで看護師あるいは看護管理者が、患者の怒りの原因を確認したうえで患者の怒りの鎮静の状況に応じて【事情を説明し理解を得る】という働きかけを行うことが望ましい。

②怒りの原因を見極め問題の解決を図る働きかけ

患者が怒りを喚起させた問題を解決するためには、まず患者に言動の真意を確認するとともに、事象に関わった看護師から事実を確認することが必要である。そして、何が患者を怒らせたのか、患者と看護師の言い分との間にずれはないかなどを考え、怒りの原因となった問題の本質を見極めることが重要である。さらに、問題を分析する際には、患者に応じた看護ケアが提供できていたのかという視点でも振りかえり、患者に謝罪すべきか、要望に応えるのか否か、応えるのであれば最善の方法は何かという“おとしどころ”を考えながら対応する。そして、看護師に非がある場合は謝罪する。また、怒りを表出した患者に対して看護ケアを継続して提供するために、患者・看護師関係を修復したり、対応についてスタッフ全員で共有し、同様の問題や新たな嫌悪事象の発生を予防するという対策をとっておくことも重要である。

したがって看護師は、患者の怒りの原因を客観的に分析しその問題解決を図るよう働きかけることが望ましい。具体的には、【患者の言動の真意を確認する】、【事実を確認し、怒りの原因となった問題をとらえる】、【対応策を考え患者の怒りに向き合い対応する】、【非を認め謝罪する】、【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】、【部署のケアについて責任を負う】という対応である。

これらの対応は、患者の怒りがおさまった後、あるいは『患者の怒りを受け止め鎮静化を促す働きかけ』と並行して行われる。またこれらの対応は、当該患者のプライマリナースや部署の看護管理者が中心となり部署のスタッフを巻き込み取り組むことが望ましい。

③怒りの終息を促す働きかけ

患者調査の結果から患者は、対応を変更した理由について説明する、現状行っている対策や対策がうまくいかない事情を説明するという対応を看護師に望んでいたことがわかった。これらの対応は、いずれも患者が要望したことや要求したことに対して、看護師がフィードバックするということである。患者は看護師からフィードバックされることで、要望や要求に誠実に対応してもらえたと評価し、怒りを終息することができるかと推察される。

したがって看護師は、発生した患者の怒りの終息を促すために、【対応策を提示し了解を得る】【改善の取り組みや対応策を患者にフィードバックする】ことが望ましい。これらの対応は、当該患者のプライマリナースや部署の看護管理者が中心となり一貫して行うことが望ましい。

④怒りの終息を確認する働きかけ

患者への質問紙調査において、看護師からの対応があった、問題は解決したと回答した者でも、怒りは終息していないと回答した者が少数みられた。これは、看護師の対応が十分ではなかったか、あるいは問題は解決しても怒りが継続していることを示している。したがって看護師は、患者の怒りの再燃を予防するためにも、怒りが終息したことを確認しておくことが不可欠である。

この段階における看護師の望ましい対応は、対応の妥当性や取り組んだ改善策について患者に意見を聞くという【対策について意見を聞く】ことや、【怒りが終息したか確認する】ことである。この対応は、当該患者が入院している期間、継続して行うことが望ましい。これらの対応も、当該患者のプライマリナースや部署の看護管理者が中心となり一貫して行うことが望ましい。

2) 熟練看護師調査参加者、医療安全管理者、看護管理者、臨床看護師によるモデルの確認

面接調査参加者で、作成した対応モデルの確認依頼に対して承諾が得られた2名(Case6、7)にモデルを送付し、後日各ケースの体験を例示しながら一般的な怒り体験の過程について説明を行った。そのうえで、自分の体験の説明がつくか乖離がないか意見をもらった。

次に、医療安全管理者1名(看護師長)、看護管理者2名(医療安全管理者経験のある看護部長、看護師長)の計3名にモデルを提示し、入院患者の看護師に対する怒りの過程と患者の怒りに対する看護師の望ましい対応について説明した。そのうえで、自分自身が対応したケースなどを想起してもらい、対応モデルによる介入で患者の怒りの発生が予防できるか、怒りが発生した場合、患者が怒りを冷静に表出できるよう促すことができるか、表出された怒りに対して鎮静化や終息を促すことができるかについて意見をもらった。この結果、対応モデルによる介入で、患者の怒りの発生の予防、怒りの冷静な表出、怒りの鎮静化・終息化が可能との意見を得た。

さらに一般病院の病棟スタッフナース2名(経験20年以上1名、8年目1名)に対応モデルを提示し、患者の看護師に対する怒りの過程と患者の怒りに対する看護師の望ましい対応について説明した。次に、怒りを表出している患者へ対応した過去の体験や日頃の患者対応の実践を想起してもらい、対応モデルが現場における実践と乖離していないか、対応モデルによる介入で患者の怒りの発生が予防できるか、患者が看護師に怒りを表出した場面で対応モデルが活用できるかなどについて意見を聞いた。この結果、対応モデルを活用することで、患者の怒りの発生の予防、患者が怒りを冷静に表出できるように促すことや怒りの鎮静化・終息化を促すように対応することが可能であるとの意見を得た。

以上の確認作業を経て、患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデルの完成とした。

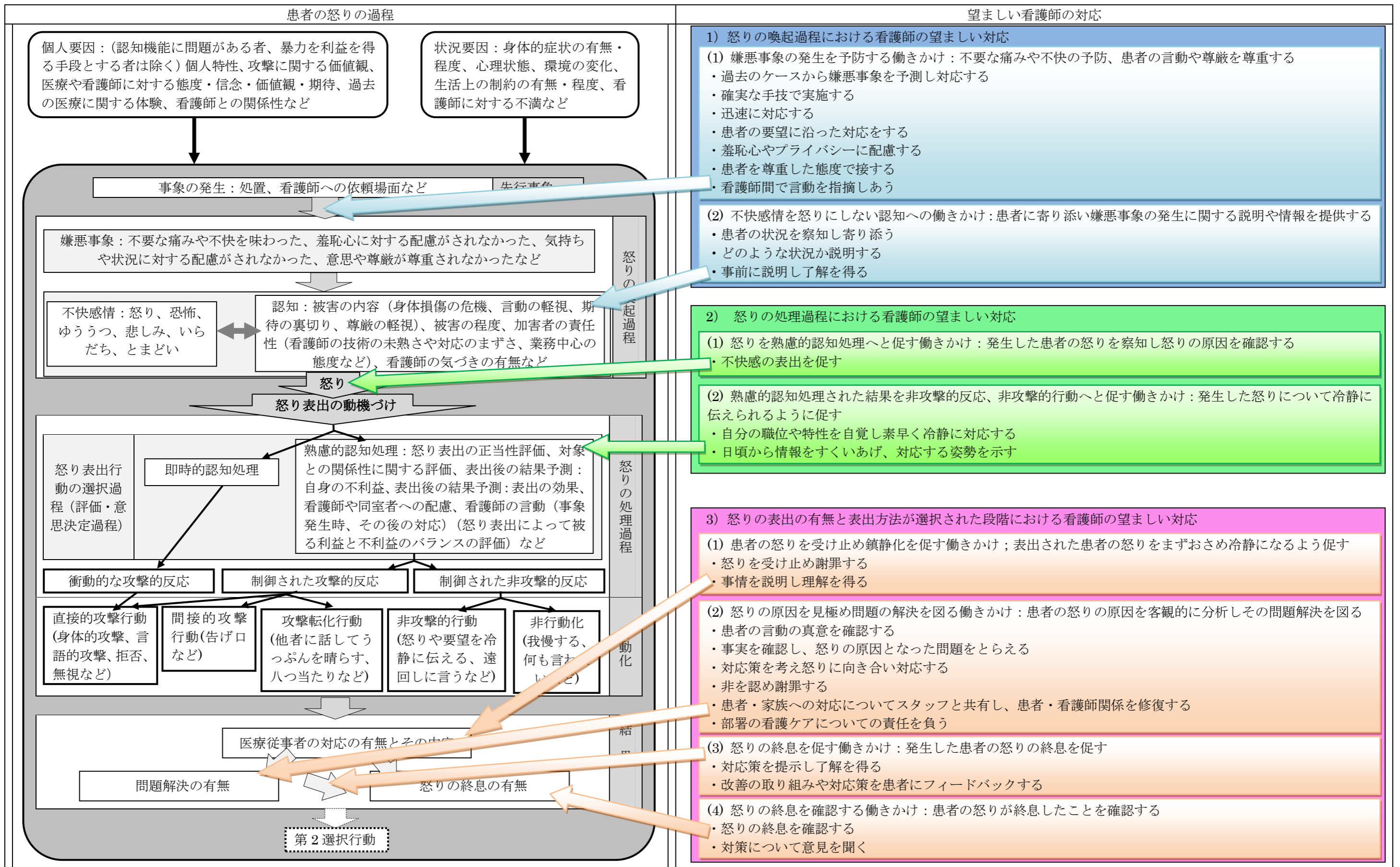


図 4-35 患者の看護師に対する怒りへ適切に対応するための看護師の対応モデル

第5章 考察

ここまで、入院患者が看護師に対して感じる怒りの特徴を明らかにするとともに、患者の怒りに対する熟練看護師の対応の過程や構造を明らかにすることで、患者の看護師への怒りに対する看護師の望ましい対応について検討することを目的に、段階的に研究を進めてきた。

本章ではまず、結果で明らかになった入院患者の看護師に対する怒りの特徴をふまえて、患者の看護師への怒りに対する看護師の望ましい対応について考察する。そして、本研究で明らかになった入院患者の看護師に対する怒りの過程、患者の怒りに対する熟練看護師の対応の構造と過程の意義、本研究で作成した患者の怒りの過程と患者の怒りに対する看護師の対応モデルの応用可能性と限界、研究方法論の適切性、本研究における限界と今後の課題について述べる。

第1節 患者の怒りに対する建設的な対応

1. 怒りの発生を予防する

1) 患者の怒りはなぜ発生するのか

(1) 怒りに結びつく認知の特徴；受けた被害と加害者の責任

患者への質問紙調査の結果から、入院患者の看護師に対する怒り体験の多くは、身体侵襲を伴う処置やケアを受けている場面、加えて看護師に何らかの依頼をした場面で発生するという特徴がみられた。

身体侵襲を伴う処置やケアの場面で患者は、注射針の刺入の失敗や雑な吸引の手技により不要な痛みや不快を味わい、被害を受けたと認知していた。また、看護師への依頼場面で患者は、待たされたり拒否されるなど適切な対応がされなかったことに対し、言動が軽視された、期待が裏切られた、尊厳が軽視されたなどの被害を受けたと認知していた。また患者は、このような被害を受けたという認知、すなわち被害認知とともに、受けた被害の程度やその事象の発生についての看護師の責任の有無や程度についても評価していた。

大淵によると、人は自分が受けた被害に対し、加害者がどのように関わっていたか、加害者の行動に関連した原因探索を行うという（大淵，1993）。この原因探索は、その事態にどう対処するかを決定するための高次の認知判断過程の一環として行われる。これを原因帰属という。原因帰属のうち加害者の行動に関連したものは責任帰属とよばれ、被害者が受けた被害に対する反応を決定する要因のひとつである。そして大淵は、質問紙調査の結果から、不当な意図的危害、制御可能な非意図的危害（怠慢・不注意）での順で強い攻撃反応を示したが、正当な意図的危害や制御不能な非意図的危害（事故）が原因の時には攻撃反応はほとんど起こらなかったと報告している。さらに、怒りの原因として最も多かったのは、加害者の怠慢、次いで不当な意図的危害であったと報告していた（大淵 小倉，1984）。

これらのことから、身体侵襲を伴う処置やケアの場面で不要な痛みや不快を味わった体験や依頼に対する不適切な対応をされたという体験は、看護師の制御可能な非意図的危害

(怠慢・不注意)で発生したと、患者が認知したことから怒りが喚起されたと考えられる。また患者は、怒りを喚起するような体験をしていることに看護師が気づいていないと認知すると、さらに強い怒りを感じる傾向にあった。これは、実際に看護師が気づいているか気づいていないかに関わらず、看護師が自分の怒りの体験に気づいていないと患者が認知することで、もとの体験から受けた被害認知に、さらに自分が看護師から軽視されているという心理的被害が加わり、怒りが増大されたものと考えられた。

また、怒りが喚起される前に驚きやとまどいなどの他の感情を生起した者の中には、体験の直後には怒りを感じず、後になって怒りが喚起されたという者もいた。患者の怒り喚起過程における認知処理には、湯川が述べるように、不当な被害を受けたという認知と発生した事象に対する看護師の責任（意図性、動機の正当性、制御能力）に関する認知が関わっていた（湯川，2008）。このため、体験した出来事を解釈し評価するまでにかかる時間によって、すぐ怒りを感じた者と後になって怒りを感じた者がいたと考えられた。そして両者とも、看護師に責任、つまり生じた結果を引き受ける義務があると判断されたり、看護師の自己中心性や怠慢により被害を受けたと判断されると、怒りが喚起され表出が動機づけられると考えられた（大淵，1993）。

(2) 嫌悪事象となる体験；規範から逸脱したという認知

患者への質問紙調査の結果では、怒りの原因として「不要な痛みや不快を味わった」「羞恥心に対する配慮がされなかった」「気持ちや状況に対する配慮がされなかった」「意思や尊厳が尊重されなかった」という項目を選択した者が多い傾向にあった。清水らは、患者の暴力行為に及んだ理由として、「待たせる」「痛みを我慢させられた」「言うことを聞かない」など、患者の要求を聞かない看護師の対応が患者を怒らせていたと報告している（清水，瀬川，種田他，2010）。また新田らは、患者のクレームに至った理由として看護師の対応の遅れや約束を守らないという状況が度重なったり、環境や権利を侵害し重視されていないと感じさせられることなどが原因であると報告している（新田，堀井，上田他，2003；三野 松繁，2006）。今回の質問紙調査の結果で得られた患者が受けた被害の内容についても、これらの報告と一致するものであった。

大淵は、怒りは不正行為を矯正し社会的公正を回復すること、逸脱された規範の価値を再確認することなどを目指して、攻撃行動を動機づけると述べていた（大淵，1993）。規範逸脱とは、こうあるべきと信じているものと現実のずれであり、期待は個人的願望というよりは共有された暗黙の社会的ルールに基づく。その期待が破られたときに規範逸脱という知覚が生じる。大淵は、規範逸脱の中でも、他者の感情に対する配慮不足、約束違反、批判、自己中心性、敵意・悪意などの相互作用的公正の違反は不快事象となりやすいと述べている（大淵，1993）。

患者への質問紙調査と面接調査の結果を見ると、不要な痛みや不快を味わったという身体的な被害や、依頼に対して適切でない対応をされたなどの心理的な被害を受けたという認知が、怒りの契機となっていた。このような、患者への配慮不足や約束の違反、業務中心の態度は、看護師の規範逸脱や制御可能な非意図的危害（怠慢・不注意）であると患者に認知され、怒りが喚起されると考えられた。

2) 患者の怒りの発生を予防する

(1) 嫌悪事象の発生を予防する：人の持つ核心的な欲求への配慮

前項で示したように、患者が怒りを喚起する先行事象には、痛みや不快、看護師が要求に応じなかった体験など何らかの誘発刺激が存在していた。患者は、看護師から受ける看護ケアやサービスに対して、他のサービスと同様、消費者の機能・品質欲求、経済的欲求、愛情欲求、尊厳欲求が満たされたいという期待を持っている（濱川，2005）。このため、受けたケアや看護師の対応が期待に沿わないと不満に結びつきやすい（西向，小原，見谷他，2001）。こうした不満が、怒りにつながっていると考えられる。

また、人は他者との関係の中で、核心的な欲求が満たされない時にネガティブな感情が生じるといふ（Fisher, Shapiro, 印南，2006）。核心的な欲求とは、価値理解、つながり、自律性、ステータス、役割の5つをさす。価値理解とは相手が自分の価値を認めていると感じること、つながりは他者から仲間として扱われること、自律性は相手が自分の意思決定の自由を尊重していること、ステータスは自分の置かれた位置がふさわしいものとして認められること、役割は自分の役割と活動内容に満足していることである。これらの欲求が適切に満たされているとポジティブな感情を、満たされていないとネガティブな感情を生じる。適切に満たされているかどうかは、欲求が、公平に満たされているか、正直に満たされているか、現在の状況に合う形で満たされているかという3つの基準で判断することができるという。

患者は入院中、血液採取や薬剤の血管内投与など身体侵襲を伴う処置を受けたり、ADLの自立度により清拭や排泄介助など羞恥心を伴うケアを受けるという体験を避けることはできない。また看護師は、患者の要求のすべてに迅速に対応することはできない。このような制約のある中で入院生活を送ることそのものが、患者にとっては、自分の価値理解や自律性などの欲求が満たされないと感じる状況にある。

したがって看護師は、患者にとって入院生活そのものが、核心的な欲求の充足を阻害し、ネガティブな感情を誘発しやすいことを理解しておくことが重要である。そして入院して受ける治療やケアが、患者にとって自分の存在や価値が軽視されたと感じる体験とならないよう、あるいは現在の状況に合う形で満たされていると認知できるよう、人の持つ核心的な欲求に配慮しておくことが重要である。

看護師の望ましい対応で示した、【確実な手技で実施する】【迅速に対応する】【患者の要望に沿った対応をする】【羞恥心やプライバシーに配慮する】【患者を尊重した態度で接する】という対応は、看護実践における基本である。看護師は、看護職の免許によって看護を实践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の实践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる（日本看護協会，2003）。個々の看護師が看護倫理に基づき実践することが、おのずと人の持つ核心的な欲求への配慮につながると考える。しかし臨床現場においては、調査結果に示したように看護倫理に基づく実践が必ずしもできていない現状もある。このため、看護師の望ましい対応で示した【看護師間で言動を指摘しあう】機会をつくることやケアカンファレンス・倫理カンファレンスなどを意図的・継続的に行う仕組みをつくるなど、個々の看護師が看護倫理に基づく実

践ができるような看護単位の文化の形成を促す組織的な取り組みが必要であると考えられる。

また、望ましい看護師の対応で示した【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】のように、患者の疾病の特徴や患者の怒りの過去の事例について部署の看護師で共有するとともに、怒りを生起させやすいリスクを予測しておくことが望まれる。患者の怒りの原因となるリスクを予測し、そのリスクを部署の看護師で共有し、看護単位におけるケアの質を保証するという観点から予防対策を講じるという組織的な取り組みを行うことで、嫌悪事象の発生予防や早期対応につながり、患者の不要な怒りの発生を低減させることができると思われる。

(2) 怒りの喚起過程における認知処理へ働きかける；説明という情報提供

患者は、不満に対して十分な説明や配慮がされなかった、あるいは不満を感じたこと自体に看護師は気づきもしていないと認知すると、看護師の怠慢や不注意といった制御可能な非意図的危害であると認知処理し、怒りが喚起される。さらに状況に対する説明がない場合、患者が怒りを表出する過程で評価の際に使用される認知的資源が増えることはない。このため、帰属が誤っている場合でも修正されず、誤解が凍結される（大淵，1993）。その結果、怒りは即時的認知処理され衝動的な攻撃的反応に結びついたり（Anderson Bushman, 2002）、怒りを表出しても正当であると認知処理され、制御された攻撃的反応に結びつく。

一方、同じ出来事についても、それなりの理由があると評価されれば、怒りのプロセスは進行しない（島井，2002）。同様に、正当な意図的危害や制御不能な非意図的危害（いわゆる事故）が原因の時には攻撃反応はほとんど起こらない（大淵，1993）。すなわち、体験した嫌悪事象について、個々の看護師が状況について十分説明していると、患者が事象について評価する際に使用する認知的資源が増える。つまり、看護師の事前の説明によって、不快と感じる体験について意味づけがされていると、怒りは喚起されにくいと考えられる。また、事象の発生後であっても、説明により事象の発生にはそれなりの理由があったと認知されたり、事象の発生は不可抗力であり看護師に責任はない（あるいは責任は小さい）と認知されると怒りのプロセスは制御される。つまり、怒りの発生予防や怒りのプロセスを進行させないようにするためには、望ましい看護師の対応で示した【事前に説明し了解を得る】【どのような状況かを説明する】という、個々の看護師による説明が何より重要なのである。

(3) 患者の不快な感情を察知する

看護師は、患者が不快な感情を生起させていると察知した場合、患者が生起させた感情や患者が不快感情を生起させた理由について確認することが望ましい。患者の不快感情やそれを生起させた理由が分かれば、患者が認知を修正できるような情報を提供するなど、その場で対応することができる。そうすることにより、怒りのプロセスの進行を止めることができる。ただ、この段階では患者はまだ怒りを表出していないため、看護師は患者が不快な感情を生起させているかを把握するのは困難である。一方、患者調査の結果から、患者は自分自身が不快を感じたこと自体に看護師は気づきもしないと認知すると怒りが喚起されやすいという傾向がみられた。このことから、患者の怒りのプロセスの進行を制御するためには、個々の看護師が患者の感情の変化に気づくということが重要な鍵となる。

湯川は、怒りの誘発と並行して、生理的覚醒という生理的な反応が生じると述べている(湯川, 2008)。これは、血圧の上昇、脈拍数の増加、表情のこわばり、早口や声のトーンが高くなるなどの話す様子の変化として現れるという。また岡田は、苛立ちとは怒りの前触れとなるマイルドな攻撃的情動であり、慢性的な気分による怒りっぽさを示していると述べている(岡田, 2001)。今回の患者への質問紙調査でも、調査参加者の 46.0%は、無口になった、声が大きくなった、からだがこわばった、涙が出てきた、顔が赤らんだ、胸がどきどきしたなどの身体的な変化を自覚していた。

このように、患者は怒りの初期段階において、何らかの兆候を示していることが推測される。したがって個々の看護師は、このような患者の示す兆候から患者の感情の変化を読み取る観察力や感性を身につけ、【患者の状況を察知し寄り添う】ことが重要と考える。しかし、多重課題を抱え優先順位を考慮し実践することが求められる臨床現場において、すべての看護師がいつでも【患者の状況を察知し寄り添う】ことができない現状もある。この場合、患者の怒りを察知した看護師は、他の看護師やリーダーナース、看護管理者に患者の状況を報告し対応を依頼することが必要となる。これには、患者の怒りには看護単位で対応するという風土の形成や、患者の怒りの兆候を看護師間で共有できるオープンな関係づくりが不可欠であると考えられる。

2. 発生した患者の怒りを生産的な意見として表出するよう促す

1) 患者の怒りはどのような過程を経て表出の方法が選択されるのか

(1) 怒りを処理する二つの認知処理過程

喚起された怒りは、即座に直接的攻撃行動に結びついたと推測される者もいたが、多くの者は怒りを表出するのか、表出するならどのような行動をとるのか思考していた。

Anderson は、攻撃の一般モデルで、喚起された怒りが攻撃行為に至る評価・意思決定過程において、衝動的行為に至る即時的評価と熟慮的行為に至る再評価という 2 つの経路が関わると説明している(Anderson, Bushman, 2002 ; Lindsay, Anderson, 2000)。また大淵は、攻撃の二過程モデルで、攻撃反応の発現する過程には、自動的認知処理と制御的認知処理の 2 つの処理過程が働くと仮定している(大淵, 1993)。今回明らかになった患者の怒りの過程においても、Anderson や大淵のモデルと同様、喚起された怒りが行動に結びつくには 2 つの認知処理が関わると考えられた。

しかし、今回の患者を対象にした質問紙調査と面接調査では、即時的認知処理によって直接的攻撃行動が選択されたケースについては、行動に至った過程についての詳細は確認できなかった。大淵によると、攻撃行動の中でも防御的攻撃は、予測される被害を回避したり低減させる機能があると述べている(大淵, 1993)。患者面接調査の参加者 Case1 は、熟慮的認知処理の結果、不快の排除を目的に直接的攻撃行動を選択していた。この Case1 の体験から、患者が想定外の心身の苦痛や不快を体験すると、それらを排除するために即時的に攻撃行動がとられると考えられた。

また Case1 が選択した直接的攻撃行動は、看護師側にすると突然患者から攻撃を受けた体験であったと推察される。しかし Case1 にとっては、非行動化やそれとなく不快感を示

すという非攻撃的行動の後に選択された行動であった。このように、攻撃を受けた側にとって即時的認知処理による直接的攻撃行動と受け取れる行動であっても、攻撃する側にとっては熟慮的認知処理の結果、選択された行動であったことも想定される。怒りが行動として表出される過程は多様である。したがって、患者の直接的攻撃行動を予防するためには、患者が攻撃行動に至る怒りの過程を理解することが重要であることがわかる。

(2) 怒りの表出に関わる熟慮的認知処理の特徴

表出が動機づけられた怒りは、熟慮的認知処理を経て、怒りの表出の有無や表出方法が選択されていた。熟慮的認知処理では、怒りを感じたことや怒りを表出しても社会的・一般的に許されるのかという「怒り表出の正当性評価」、怒りを表出した場合、看護師と気まぐらにならないかという「対象との関係性に関する評価」、表出した後治療や看護を受けるうえで自身に不利益を被らないかという「表出後の結果予測：自身の不利益」、表出して事態が改善するかという「表出後の結果予測：表出の効果」、表出することで相手の看護師を傷つけないか、同室者に迷惑がかからないかという「看護師や同室者への配慮」、そして事象の発生時やその後の看護師の対応の有無や内容などが考慮されていた。

怒りが攻撃反応を喚起する事象の性質には、個人的な願望の内容とともに、正義、公正、道徳性など多様な社会的価値が深く関与している(大淵, 1993)。このことから、体験した事象が、看護師の故意性や不当性、あるいは権利や規則の侵害など、社会的な価値規範から逸脱していると認知されると、怒りの表出は社会的・一般的に妥当であると判断されると考えられる。

しかし、今回の患者を対象とした質問紙調査では、熟慮的認知処理された患者の怒りの多くは、大学生を対象に調査した木野(木野, 2000)の結果と同様、怒りの体験を表出しない非行動化(がまんする、何も言わないなど)を選択する傾向にあった。患者が非行動化を選択した理由について自由記載をみると、怒りを表出しても仕方がないというあきらめ、看護師を傷つけないという配慮、世話になっている看護師への遠慮、弱者としての立場からの言いにくさ、同室者への配慮などであった。

佐伯らは、患者が医療従事者に苦情や不満を伝えないのは、「伝えても効果がない」「職員に嫌われるかもしれない」「職員に申し訳ない」という理由であると述べている(佐伯, 八巻, 山本, 2004)。また吉田は、怒りを感じても怒りの対象と自身が持つパワーの違いにより怒りの制御方略を選択すると示唆していた(吉田, 2009)。さらに、怒りの表出は、怒りを感じた対象との関係性(木野, 1998; UEHARA, NAKAGAWA, Mori, et.al, 2010)やその後の対人関係や利害など、怒りを表出した後に予測される結果に影響を受けていることが示されていた(日比野, 湯川, 中村, 2001; 吉田 高井, 2008; 吉田, 2009)。

入院患者の看護師に対する怒りについても、表出しても期待する効果は得られず不利益を被ることが予測されたり、入院や通院により今後も関係が継続される可能性があるとき(木野, 2003)、患者が看護師に対し弱者の立場にあると感じているときなどには、苦情や不満と同様、表出しないという非行動化が選択されると考えられた。つまり、患者の怒りの表出や表出方法の選択には、怒りを感じた看護師との関係性や表出後に予測される利害が関わっていたと推察された。

怒りは、適応機能としてのコミュニケーション機能を持ち、怒りの挑発に対する解決の

言語対決や主張によって、葛藤解決や自我を高める機能もある（岡田，2001）。また攻撃行動は、本質的には個体の問題解決の積極的な手段であって、攻撃行動をなくすことが一般に善であるとは言いにくい（宇津木，2002）。また怒りの抑圧は、怒りの肥大化（Keltner, Ellsworth, Edwards, 1993）やあきらめ・無力感に結びつく（辛，2004）。したがって、非行動化が選択されやすい傾向にある患者の怒りは、怒りの契機となった問題を解決するためにも、適切な形で表出されることが望ましい。

2) 患者が不快感情や怒りを早期に表出できるよう促す

(1) 患者が感じた不快感情や怒りの表出を促す：信頼関係を築く

①表出を阻害する4つの懸念

前項で述べたように、患者は怒りを喚起させたにもかかわらず、表出を抑制するという傾向がみられた。その理由としては、怒りを表出しても仕方がないというあきらめや、世話になっている看護師への遠慮、弱者としての立場からの言いにくさなどであった。

Gibb は、人々が生活する文化に浸透している防衛的な風土から生まれる恐怖や不信感という防衛的な感情が、自由な発言を阻害すると述べている。そして防衛的な感情には、他者との関係の中での恐怖や不信感に関する4つの懸念（受容懸念、データの流動的表出懸念、目標形成懸念、社会的統制懸念）があると仮定している。受容懸念は、初対面の人と会ったときに感じる「この人は私のことを受け入れてくれるだろうか」という懸念であり、4つの懸念の中で根源的なものである。データの流動的表出懸念は、コミュニケーションに関連するもので、「こんなことを言ったらまずいかな」というように自分の感じていることを自由に表現するのを妨げる懸念である。目標形成懸念は、モチベーションに関わるもので、「この場は私にとってメリットがあるのだろうか」というように、自分の目標と相手やその場の目標とのずれに由来する懸念である。社会的統制懸念は、相互にどのような影響を与えあっているのかに関する懸念である（Gibb, 1964）。

患者調査の結果でみられたように、患者が怒りの表出を抑制するのは、Gibb が述べるこれらの懸念によるものと考えられる。したがって、患者が感じた不快感情や怒りを表出できるようにするためには、これらの懸念を低減させる必要がある。

Gibb によると、これら4つの懸念は関連し、1つの懸念が低減すると他の懸念も低減するという。中でも受容懸念は根源的な懸念であり、受容懸念を低減させることが他の懸念の低減につながると述べている。このことは、患者が感じた不快感情や怒りの表出には、患者が嫌悪事象や怒りの体験を表出しても看護師に受容されるという安心感が持てるようにすることが必要であることを示している。以上のことから、患者が安心して不快感情や怒りを表出できるようにするには、個々の看護師は日頃から患者の受容懸念が低減されるような信頼関係を形成しておくことが重要であると考えられる。

②信頼関係を構築するためのコミュニケーションの手掛かり

患者とラポール（共感を伴う心の交流）に基づく信頼関係を築くためには、日頃から相手の気持ちに配慮したコミュニケーションの工夫をしておくことが重要である。

吉岡は、ポライトネス理論を応用し、「患者は今、どんな気持ちでこの場に臨んでいるの

か気を配り、患者の要望や欲求を察知して、できるだけその要望や欲求を満たすように働きかけるコミュニケーション方略」として、医療ポライトネス・ストラテジーを提唱している（吉岡，2011）。ポライトネス理論とは、人間が他者と円滑なコミュニケーションを図って、調和のとれた良好な人間関係を築くためには、相手の望みや期待にどのように配慮すればいいのか、その配慮をどのようなコミュニケーションの図り方で伝えれば効果的かを探求する対人コミュニケーション理論である。

吉岡によると、患者には親近欲求と不可侵欲求という2つの欲求があるという。親近欲求（ポジティブ・フェイス）とは、医療者から理解され、共感され、称賛されたいという欲求であり、医療者との心理的距離を縮めたい、親しく接してほしいという欲求である。不可侵欲求（ネガティブ・フェイス）とは、医療者に立ち入ってほしくない、束縛されたくないという欲求であり、医療者との心理的距離を保っておきたい、礼儀正しく接してほしいという欲求である。相手のポジティブ・フェイスを満たすよう、ネガティブ・フェイスを満たすよう、また脅かさないように配慮することは、ラポール（共感を伴う心の交流）に基づく信頼関係、協力関係を築くためのコミュニケーションスキルであるという。

熟練看護師を対象にした面接調査の中で、Ns.1は、クレームの多い患者の個人特性を把握し、患者が居心地が良いと思えるような対応の工夫を行ったことを語っていた。病院慣れしているクレームの多い患者に対しては、姉御肌で面倒見がいいという特性を尊重し、「話を遮ったり対等に話すよりかは、下から持ち上げるように『そうでしたか』『すごいですね』『私も知りませんでした』と話をするなどの対応をとった（N01-B10）」「するとスタッフが失敗しても、仕方ないよねという感じで、クレームもあまり言ってこられなくなった（N01-B11）」と語っていた。また苦情の多い男性患者に対し、渡されたメモの中に看護師を褒める言葉もあったので、「（看護師の）成長のためにも気づかれた時に本人たちに直接返してください」と伝えていた。これはこの患者は、現役のころに人事課に所属し教育的な職についていたが、現在は一人暮らしで寂しい生活を送っているという特性をとらえた対応であった。この後、患者は看護師を育てようという態度へと変化したと語っていた。

これらの対応は、患者の医療者から理解され、共感され、称賛されたいという親近欲求（ポジティブ・フェイス）を充足させる対応であったととらえられる。また同時に、前述した価値理解、つながり、自律性、ステータス、役割という核心的な欲求の充足にもつながっているととらえられる。このような親近欲求（ポジティブ・フェイス）を充足させる対応により、核心的な欲求が適切に満たされ、ネガティブな感情がポジティブな感情へと変化したと考えられた。

このように、吉岡の医療ポライトネス・ストラテジーによる患者への対応は、前述した価値理解、つながり、自律性、ステータス、役割という核心的な欲求の充足にもつながると考える。したがって看護師は、患者の価値や自律性などの対人関係における欲求を充足し、患者のポジティブな感情を引き出すようなコミュニケーションを図ることが望ましい。このような患者との関わりが、信頼関係を築く基になると考える。

(2) 患者が感じた怒りを伝えられる環境をつくる

①早い段階で患者の怒りをとらえる：芽のうちに摘む

看護師を対象とした面接調査の結果に示したように、熟練看護師は、「患者訪問を習慣化

し、患者からも情報を得る（N02-C46）」「患者や家族がいる時間帯を見計らってお部屋にうかがう（N07-C44）」のように、望ましい看護師の対応の項で示した【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】という対応を行っていた。このような看護師の対応は、患者・家族が不快な体験や感情を表出する機会を提供することにもなる。この【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】という対応は、患者だけでなく看護師に対しても行われていた。

Ns.7 は、「対応は早いに限ると思っている。対応が遅くなると、怒りの原因があやふやになったりするので、修復するにも問題点を明らかにするにも早い方がいい。後手後手になるといいことはない。対応されてないという感じや誠実さに欠ける感じすら持たれるかもしれない。なので、スタッフにはできるだけ何かトラブルが起こった時には、速やかに何らかの形で報告して欲しいといつも言っている。そして、毎日全員というのは難しいが、できるだけお部屋にうかがうのは大切だと思っている。報告を受けて気になる患者のところは優先して行くのでスタッフから何かあったら情報が届くというのが大事で、スタッフから情報をもらおうと気かけられる」と語っていた。この語りのように、患者と直接対応した看護師が患者の怒りを察知し、その患者の怒りを看護師間で共有することで、患者の怒りに対して迅速に統一した対応をとることができる。つまり、患者の怒りに迅速に対応するためには、個々の看護師が【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】事が重要なのである。これは、個々の看護師がその場で患者対応するだけでなく、察知した患者の怒りを看護師間で共有し、それぞれの役割や職位に応じた対応を連携・協力して行うということである。このような対応を行うには、患者の怒りを共有できる看護師間の信頼関係や患者の怒りには看護単位で対応するという風土の形成が不可欠である。こうした看護師間の信頼関係や風土の形成により、患者の怒りを看護単位として早期に共有することで、問題解決に向けた組織的な対応へとつなげることができる。と考える。

また看護師が患者や他の看護師に対して、積極的に【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】ことで、患者にとっては受容懸念の低減やデータの流動的表出懸念の低減につながり、ネガティブな感情や体験の表出を促すことができる。看護師にとっても、患者の怒りというネガティブな体験を他の看護師に表出しやすくなると考える。患者の怒りが看護師間で共有されることで、患者へ早期に統一した対応をとることができる。そして、患者が怒りを喚起させる要因や怒りを喚起させた患者への対応について、看護師間で共有し経験知として蓄積することで、看護師個々の【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】能力の向上につながると考える。また、この【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】という働きかけは、研究参加者が全員部署の看護ケアをマネジメントする立場にある看護師長であったことから抽出された対応と推察される。

②患者がいつでも言える環境をつくる；複数の表出方法を提示する

熟練看護師への面接調査で、Ns.1 は患者対応について、「毎回ちっちゃなところで聞くというのが大事。リエゾンの看護師にいつでも自分は言えるという環境においてあげることが大事と言われ、どんなに嫌なクレーマーでも、『いつでもお電話ください』とか『いつでも言ってください』と最後に付け加えるようにしている。いつでも言えると思うと大きく

構えているのかあまり言われなくなった」と語っていた。また Ns.7 は、「師長という職位に対して、ここの病棟の何でも相談できるそういう人、ここの病棟を統括している人、師長に言うと全員に周知徹底してもらえらると思われているので、患者は言うと思っている。師長が出ると少し状況が変わるように思う」と語っていた。このように、患者にいつでも不快な感情を言えるという環境を提供することや、患者の担当看護師だけでなく看護師長という立場の者が、患者からいつでも直接話を聞くという機会を提供することも重要である。

一方、患者面接調査の協力者である Case3 は、退院時に質問紙を配布に来た看護師長に、怒りの体験を話すことはできなかつたと語っていた。Case10 もまた、無記名の用紙が配布されたため体験を書くことができたと言っていた。

患者側からすれば、怒りの体験を表出する機会が提供されても、直接対面すると表出が抑制されてしまうことも少なくない。しかし苦情カードでは、非常に満足した患者あるいは非常に不満を抱いた患者といった両極端に偏った意見が収集されやすいなどの問題がある(前田, 徳田, 2003)。したがって、患者の怒りの体験を積極的に引き出すためには、苦情カード以外にも匿名性を確保した表出方法の提示も必要と考える。

3. 患者の怒りの鎮静化を促し、終息させる

1) 患者の怒り表出の選択はどのような結果に結びつくのか

(1) 非行動化の結果

患者への質問紙調査の結果から、怒りの表出方法として選択された行動にかかわらず、怒りの終息には医療従事者の対応の有無や問題解決の有無が影響することがわかった。非行動化の場合、怒りが個人内で抑圧されるため、看護師には怒りは伝わらず、問題解決に向けての対応を受けることもできない。また、事実と異なる認知で怒りが喚起されている場合、看護師に状況を説明する機会が与えられないので、誤った帰属は修正されず、誤解が凍結されてしまう(大淵, 1993)。また、怒りを抑圧した患者が、看護師から対応のないまま同じような出来事を再び体験したり、怒りの原因が忘れられなかったりすると、怒りが繰り返し起こり持続したり、新たな怒りを引き起こす怒りの肥大化につながりかねない(Keltner, Ellsworth, Edwards, 1993)。

このように、患者が怒りを表出しないという非行動化を選択した場合、怒りの原因となった問題は解決されないため、怒りが終息するのは困難である。したがって、看護師は患者の怒りを察知し、表出を促すことが必要となる。

(2) 直接的攻撃行動の結果

結果で示したように、直接的攻撃行動を選択した者でも、看護師や他の医療従事者からの対応はなかつたと回答している者もいた。直接的な攻撃行動を受けた看護師は、「驚き」「恐怖」などの感情を抱き(草野, 影山, 吉野他, 2007; 小宮, 鈴木, 石野他, 2005)、直後はその患者には関わりたくないと感じていたこと(隠塚, 古賀, 武本他, 2004)、身体的・言語的暴力を受けた際に約 6 割の者が見て見ぬふりをして回避する、何もしないで我慢し

あきらめるという対処行動を選択していたこと (大澤 加藤, 2008)が報告されていた。今回の結果でも、患者から直接的攻撃行動を受けた看護師が、驚きや恐怖などの感情を抱き、患者への関わりを回避した状況があったものと推察される。このため、患者は自身が表出した怒りに対して看護師や他の医療従事者からの対応はなかったと回答していたと考えられた。

また、直接的攻撃行動を選択した者のうち、怒りがおさまったと回答した者は、いずれも怒りの原因となった問題が解決したと回答していた。つまり、怒りの鎮静には問題解決の有無が関わっているため、怒りにまかせた衝動的な行動そのものは怒りを鎮静させる上では効果的ではないという辛の知見 (辛, 2004)を支持するものであった。

(3) 非攻撃的行動の結果

怒りを抑え冷静に怒りの体験について伝えるという非攻撃的行動を選択した者は、すべて看護師からの対応があったと回答していた。調査対象者数が少ないため限界はあるが、患者が怒りの体験を冷静に申し入れた場合、看護師も冷静に患者の怒りの体験を受け止め対応したり、問題を患者と共有したり、解決に向けての取り組みがされやすい傾向にあると考えられた。

辛は、声を荒げたからといって怒りが伝わるものではなく、確固たる意思表示こそが怒りを最も効果的に伝える (辛, 2004)と述べている。このように、患者と看護師が良好な関係を保ちつつ、怒りの発端となった問題を解決するためには、患者が適切な形で怒りを表出できることが重要である。怒りをきちんと表現できるようになることは、豊かな人間関係を築くための一歩となる (辛, 2004)。

(4) 第2選択行動がとられる理由

患者が最初に選択した行動 (非行動化も含む) によって怒りが終息しない場合には、次の行動 (第2選択行動) がとられることが示された。

Berkowitz は、攻撃は欲求不満状態を終結させようとして発現する行動であり、怒りの形をした陰性感情が欲求不満と攻撃を結ぶ重要な媒介変数になると述べている (Berkowitz, 1989)。しかし、患者が看護師との間で感じた対人葛藤によって生じた怒りは、攻撃には結びつかず抑制される傾向にあった。斎藤は、後の立場や人間関係を考え欲求不満を相手に直接言うことができない場合、心理的代償行動として第三者に訴えて解消すると述べている (斎藤, 2002)。また大淵は、仲間に不平を言うという行為は、仲間の理解や同情を得ることで不快感を低減させるとともに、自分の主観的不満が客観的に見て妥当なものかを検証しようとする社会的比較であると述べている (大淵, 2002)。

今回の面接調査でも、怒りを表出しない非行動化を選択した2ケースと直接的攻撃行動を選択した1ケースは、後日家族や友人に話してうっ憤を晴らす攻撃転化行動を選択していた。このことから、非行動化を選択したケースに限らず最初に選択した行動で欲求不満状態を終結させることができない場合、言い換えると最初に選択した行動によって怒りが終息しない場合は、その心理的代償行動や自己肯定のための行動として、攻撃転化行動が選択されると推察された。

2) 怒りの鎮静化を促す

怒りの鎮静については、高まった情動的活性状態の低減過程と怒りの出来事に対する認知の変容過程という2つの過程の存在が示唆されている(目久田, 越中, 滝下, 他, 2005)。1つは、怒りの出来事に遭遇した直後の情動の鎮静であり、即時的に機能する過程である。これを、怒りの即時的な鎮静過程という。もうひとつは、情動的活性状態が低減した後も継続して機能する過程であり、比較的長期に渡って機能する過程である。これを怒りの長期的な鎮静過程という。目久田は、怒りを鎮静化させるためには、怒りにより掻き立てられる衝動性を抑えたうえで、怒りの出来事に対して自分にとって納得のいく解釈をすることが必要であると述べている。つまり怒りの鎮静には、衝動性を抑える即時的な怒りの鎮静と、認知の修正を促す長期的な怒りの鎮静という、2つの鎮静化の過程を踏むことが望ましいと考える。

この項では、まず患者の即時的な怒りの鎮静に効果的な看護師の対応を検討し、次に長期的な怒りの鎮静を促す対応を検討する。

(1) 即時的な怒りの鎮静：生理的覚醒・興奮の鎮静を促す

怒りに伴う生理的覚醒は、怒り喚起過程における認知処理機能を低下させる働きを持つ可能性が示唆されている(大竹, 2002; 湯川, 2008)。そして、認知処理機能の低下や生理的覚醒の亢進は、怒りの増大化につながる。したがって、怒りの鎮静を促すためには、まず生理的覚醒・興奮の鎮静を図ることが必要となる。

自分の怒りをコントロールする認知療法では、生理的覚醒の鎮静を図り怒りや敵意を低減させるため、呼吸の調整などによるリラクセーションがとりいれている(嶋田 小関, 2009)。しかし、患者が直接的攻撃行動をとっている場面で、呼吸法や瞑想法を促すことは現実的ではない。このため、まず患者の生理的覚醒や興奮の鎮静に効果的な働きかけを明らかにすることが必要となる。

看護師への面接調査で、熟練看護師は「お母さん大変やったよね(N01-C17)」と患者や家族の怒りを受け止めたり、患者の怒りを理解していることを伝えるなど、患者・家族が表出した《怒りの気持ちを受け止める》《患者・家族の怒りの気持ちを理解する》《怒りの理由を理解していることを伝える》という対応をしていた。そして、「嫌な思いや悲しい思いをさせたことがわかれば謝る(N04-C18)」などのように、嫌な思いをさせたことや不快にさせた対応を具体的に示し謝罪していた。このように熟練看護師は、患者・家族が怒りの感情を落ち着かせるための初期対応として、【怒りを受け止め謝罪する】という働きかけを行っていた。

辛は、言葉に向き合わない限り相手の怒りはおさまらない、相手の主張を理解し、そしてその感情を相手以上に整理して言葉にして返すことが、正当な怒りと向かい合うための基本であると述べている(辛, 2004)。そして多くの場合、人は自分が怒っていることに気づいてほしいと思っている(Fisher, Shapiro, 印南, 2006)。一方、患者が示す小さなサインを看護師がたいしたことと認識せずに見えたり、過小評価することにより、適切な介入がなされないまま危機がエスカレートしていくことがある(鈴木 吉浜, 2005)。これらのことから、望ましい看護師の対応として示した【怒りを受け止め謝罪する】という働きかけは、患者の怒りに真摯に向き合い、怒りの感情を受容していることを伝えたり、怒りを喚

起させるような状況があったことについて謝罪することで、患者の怒りに伴う生理的覚醒・興奮の鎮静を促す効果があったと考えられる。

(2) 長期的な怒りの鎮静；認知の修正を促す

熟練看護師は、怒りの鎮静化を促す働きかけとして、患者の怒りの状況をとらえながら【事情を説明し理解を得る】という働きかけを行っていた。これは、患者に対して事態が発生した背景にある情報の提供や看護師の行為の意図を伝えることで、怒り喚起過程における被害や加害者の責任に関する認知の修正を促す働きかけである。

目久田は、怒りを鎮静化させるためには、怒りにより掻き立てられる衝動性を抑えたいうえで、怒りの出来事に対して自分にとって納得のいく解釈をすることが必要であると述べている（目久田，越中，滝下他，2005）。また湯川は、怒りを自己コントロールする目標として2段階を想定している（湯川，2008）。第一のコントロールの目標は、怒りの感情がそのまま表に出る（攻撃として行動化する）ことを防ぎ、社会的な規範やルールに沿った形で適切に怒りの感情を表現する（怒っていることを伝える）こととしている。そして、第二のコントロールの目標は、生じた怒りそのものを自分の中でどう収めるか（怒りの経験を自分の中でどう整理するか）であると述べている。そして、怒りへの対処は第一の外的制御を経た後に、第二の内的制御まで果たすことが、短期的にも長期的にも、身体的にも社会的にもより健全であると述べている（湯川，2008）。これらの見解は、生理的覚醒や興奮が鎮静化し、一見怒りは終息したように見えても、怒りの経験が自分の中で整理や意味づけがされていないと、怒りが再燃する可能性を示唆している。

また湯川によると、人を許すのに必要な要因として、①怒りや悲しみのような強い情動を自覚し受容する、②かなわない対人的な欲求を前もってあきらめる、③加害者に対する考えを変更する、④加害者への共感を高める、⑤自分と相手に関する新しいナラティブを作り上げる、という5つが考えられているという（湯川，2008）。

つまり、患者の怒りを鎮静化させるためには、患者に怒りを喚起させた状況に関する情報提供や看護師の意図を伝え、発生した事態について納得できるような解釈を促すこと、加害者に対する認知の変更を促すことなどが必要となる。熟練看護師は、怒りを喚起させた患者に対し【事情を説明し理解を得る】ことで、患者の被害や加害者の責任に関する認知の修正を促し、怒りの鎮静化を促していたと考えられる。しかしこの働きかけにおいて、生理的覚醒の亢進により認知処理機能が低下している状況では認知を修正させるという効果は期待できない。このため、【怒りを受け止め謝罪する】働きかけによって、患者の怒りに伴う生理的覚醒や興奮をひとまずおさめたあとで、【事情を説明し理解を得る】働きかけを行うことが、患者の怒りの鎮静には効果的であると考えられる。

3) 怒りの原因となった問題を解決する

患者への質問紙調査の結果において、怒りの原因となった問題が解決したと回答した者は、怒りも終息したと回答している傾向にあった。つまり、患者の怒りを終息させるためには、怒りの原因を見極め、問題があればその解決を図る必要がある。また、患者自身が怒りの原因となった問題が解決したことを知っておくことも重要である。

(1) 怒りという感情を欲求の問題としてとらえる

問題を解決するためには、まず、何が怒りを喚起させたのかを明らかにする必要がある。これに対して、望ましい看護師の対応として【患者の言動の真意を確認する】【事実を確認し、怒りの原因となった問題をとらえる】があげられた。

熟練看護師を対象とした調査では、患者が怒りを喚起させた事情について《先入観を持たない》ニュートラルな状態で患者や看護師から話を聞き、《患者と看護師の間にあるずれをとらえる》ようにしていた。そして、怒りの原因を客観的にとらえようとしていた。

看護師は患者から攻撃を受けると回避的、否定的な感情を抱く傾向にある。また、感情は通常相手に感染する (Fisher, Shapiro, 印南, 2006)。このことから、怒り表出の対象となった看護師が、患者に対して怒りを喚起させることも想定される。看護師がその患者に対してネガティブな感情を喚起させた場合、認知処理機能の一時的な低下により、発生した事情を客観的にとらえられなくなることも考えられる。このため、個々の看護師は【患者の言動の真意を確認する】【事実を確認し、怒りの原因となった問題をとらえる】ことを意識し、怒りの原因となった問題を客観的にとらえることが必要である。しかし、怒りを表出された看護師だけが対応すると、看護師が自分自身のネガティブな感情に巻き込まれてしまう可能性もある。このため、他の看護師が直接対応したり、部署の看護師がチームとして対応することが望ましい。

そして問題が明確になれば、次に【対応策を考え、怒りに向き合い対応する】、あるいは看護師に非があれば【非を認め謝罪する】ことになる。Fisher らは、自分や相手に生じる感情そのものにこだわるよりも、これらの感情が生まれる原因に注目したほうがよいと述べている (Fisher, Shapiro, 印南, 2006)。先に述べた5つの核心的な欲求(価値理解、つながり、自律性、ステータス、役割)という概念は、感情に圧倒されずに感情を扱うための強力なフレームワークになるとしている。

熟練看護師への面接調査でNs.1は、苦情の多い男性患者に対し「(看護師の)成長のためにも気づかれた時に本人たちに直接返してください」と伝えた。その結果、患者は看護師を育てようという姿勢に変化した。この働きかけをNs.1は、「患者の怒りのスイッチを入れ替える働きかけ(N01-C24)」と語っていた。このケースでは、看護師が患者の意見の価値を認め(価値理解)、看護師の成長のために協力を求める(つながり)ことで、患者は教育的な立場にあった経験を認められ(ステータス)、その経験に見合った役割を果たす(役割)ことができた。このようにNs.1の対応は、患者の持つ核心的な欲求を満たすことで、患者のネガティブな感情をポジティブな感情へと変化させた効果的な働きかけととらえられる。

このように、核心的な欲求というフレームワークから患者の怒りをとらえることが、対応のおとしどころを見極める一助になると思われる。

(2) 問題の解決に患者の協力を得る

前述のNs.1の対応は、患者の怒りを看護師に対する協力的な姿勢に変換させた対応である。Ns.1は、患者に看護師教育の協力を依頼したり、下から持ち上げるよう患者の意見を尊重する姿勢を示すなど、患者から一段下がった位置関係(ワンダウンポジション)で対応していたことがわかる。

鈴木は、コミュニケーションの相互作用はシンメトリーかコンプリメンタリーのどちらかの位置関係をとると述べている（鈴木 吉浜, 2005）。シンメトリー（相称的、対称的）は、たとえば怒りに怒りをもって応えるような双方の反応が類似している関係である。そしてシンメトリー的な関係は、ワンアップポジションを取り合ってエスカレートする。一方、コンプリメンタリー（相補的）は、「支配－服従」「救済－依存」のような相手と異なる行為で反応することで形成される関係である。看護師がコンプリメンタリーな関係を意識してワンダウンポジションをとることで、患者は命令に従ったのではなく、主体的に協力したのだと自己の有能感を確認できる（鈴木 吉浜, 2005）。Ns.1 の対応も、患者に対してワンダウンポジションの立場から協力を求めることで、患者の核心的な欲求を充足し、怒りというネガティブな感情をポジティブな感情へと変換させたものと考えられた。

また Ns.4 のエピソード 1 では、シャワーの時間が守られなかったことに対して怒りを表出した患者から、シャワー浴が終わったら看護師に声をかけるシステムに変更するよう要望された。これに対し Ns.4 は、シャワーが終わった後は看護師に連絡する旨を書いた紙を貼るなどして、患者の要望に沿うようにした。その結果、患者はシャワー後に看護師に声をかけるなどされ満足して退院された。また、特定の看護師に対して患者が怒りを表出した Ns.5 エピソード 2 では、熟練看護師は、当該看護師から患者へ謝罪する場を設定することを患者に提案した。患者は提案を受け入れ、当該看護師は患者へ謝罪し事態は終息した。

このように、患者へ【対応策を提示し了解を得る】【改善の取り組みや対応策を患者にフィードバックする】という働きかけは、問題解決の過程に患者の参加を求め、患者の意見を反映させることである。この働きかけにより、患者は自分自身が表出した怒りに対する対応や結果を把握することができる。その結果、患者は自分自身の怒りの体験に決着をつけることができ、怒りの終息が促されると考える。

下里らは、精神科領域における患者の包括的暴力防止プログラムの中で、ディエスカレーションの核となるスキルとして、交渉について「攻撃性の高まった患者と対峙する際の重要な要素であり、お互いが満足するように話し合うことが大切である。お互いが満足するとは、win/win（互いに成功）となる解決策に満足することである」と述べている（包括的暴力防止プログラム認定委員会, 2005）。精神科領域に限らず一般病院においても問題解決に患者の協力を得ることで、患者・看護師の双方にとって満足できる解決策を見出すことができると思う。

これらの働きかけは、患者が怒りを感じた問題を解決するため、患者と看護師双方の話し合いが基本となる。このため、当該患者のプライマリナースや部署の看護ケアをマネジメントする立場にある者が一貫して行うことが望ましいと考える。

(3) 看護ケアを振り返る

熟練看護師への面接調査において、Ns.6 が対応した社長さんのケースをみると、患者の怒りの表出に対し、看護師は「あの人は難しい、後でと言って 30 分あとで行ったのに苦情を言われた」と受け取っていた。また、説明が耳に届かない患者の息子への対応ケースにおいても、患者の息子に対し「大きな声でわ〜っと言うので、スタッフみんなが逃げろくらい怖い」という印象を持っていた。これらのケースにおいて Ns.6 は、患者や家族と向き合い話を聞くと、患者や家族の怒りの原因と看護師の受け止めた内容や対応との間にずれ

があったことがわかったと語っていた。このことから、患者の怒りの表出に対して、看護師が「怒りっぽい」や「苦情の多い人」などのようなとらえ方をして回避的な対応をしてしまうと、患者と看護師の間に怒りの原因に対する解釈にずれが生じたり、怒りの原因となった問題の本質が見過ごされてしまうこともあると考えられる。

鈴木は、高齢患者による攻撃行動について、「認知症状やせん妄、高齢といったラベル付けがされると、原因を探求する努力やケアプランの検討そのものがされなくなってしまう。高齢者の攻撃や暴力がどのような要因から生じているのかを、複数の要因の検討を通して、高齢者に提供されているケアそのものについても再認識される」と述べている（鈴木、永田、大城他、2008）。患者の怒りについても、「怒りっぽい患者」や「苦情の多い人」などのようなラベル付けをしてしまうと、患者の怒りが患者個人の問題とされ、怒りの原因が見過ごされたり、軽視されてしまうことも考えられる。

これに対し、熟練看護師は、「患者とトラブルがあったときは、自分たちのケアがどうなのかを振り返る（N04-C36）」のように、患者や家族が怒りを表出した場合、患者・家族に応じた看護ケアが提供できていたのかという視点で振り返っていた。一方、患者への面接調査において、患者が看護師に怒りを喚起させたのは、事前の約束が守られず羞恥心に配慮されなかった体験や、排泄に汚染された患者の気持ちを配慮しない看護師の言動などであった。患者が怒りを喚起させたのは、患者にとってもっともな理由があったことがわかる。さらにこれらの体験について、看護師から反応がないことが患者の怒りを増長させていた。

このように患者が怒りを喚起させるには、なんらかの理由がある。このことから看護師は、患者の怒りに対して患者の訴えや思いを理解できているのか、提供している看護ケアと患者のニーズにずれはないかなどの視点で振り返ることが必要である。患者の怒りの原因を看護ケアの視点で検討・分析するということは、看護ケアの質をモニタリングすることになると考える。このため、患者の怒りを患者個人の問題や対応した看護師個人の問題としてとらえるのではなく、患者に応じた看護ケアが提供できているのかという視点からチーム全体で振り返ることが必要となる。このような対応が抽出されたのは、研究参加者が部署の看護ケアをマネジメントする立場にある看護師長であったためと推察される。

4) 怒りの終息を確認する

熟練看護師は、怒りを表出した患者への対応の中で、【怒りの終息を確認する】【対策について意見を聞く】という怒りの終息を確認する働きかけを行っていた。

Linsley は、暴力的な状況の鎮静化の介入として、脱エスカレーション（ディエスカレーション）を示している（Linsley, 池田, 出口, 2010）。脱エスカレーションとは、対立的な方法によらない共感の連鎖によって、潜在的な暴力・攻撃的できごとを解消することと定義される。この脱エスカレーションの具体的要素の一つとして、「介入への定期的なアセスメントを行う」をあげていた。Cowan らは、看護師が患者への介入に対して、文献などを用いて定期的にあセスメントしディスカッションすることは、看護師の脱エスカレーションについての意識やスキルの向上につながると述べている（Cowan, Davies, Estall, et.al, 2003）。

熟練看護師への面接調査において、特定の看護師に対する怒りを表出した Ns.5 エピソード

ド2では、看護師長であるNs.5は患者に何度も介入していた。それに対し患者は、「いやもう師長に謝ってもらわなくていい」と言っていた(N05-B32)。しかし、患者の特定の看護師に対する怒りはおさまっておらず、次の入院時に怒りを再燃させた。Ns.5は、「患者に話を聞き、看護師の方もその患者を避けていたこと、看護師は謝ったつもりだったが患者は謝ってもらったつもりはなかったこと、患者は師長に謝ってもらったからいいと言いながら気持ちはくすぶっていた(N05-B27)ことがわかった」と語っていた。

このように看護師が対応したことにより、一見患者の怒りが終息したようにみえても、患者はその対応に満足していないケースもある。この場合、同じような事象を体験すると、怒りはさらに増大したかたちで再燃してしまう。このため、看護師は患者に【対策について意見を聞く】ことで、患者が対策に満足あるいは納得しているかを確認することや、患者の【怒りの終息を確認する】ことが必要となる。つまり、患者の怒りを終息させるには、看護師が対応策について定期的に評価を行うことが望ましい。そして、このような怒りへの対応の過程について、看護師間でディスカッションを繰り返し行い共有し、経験知として蓄積することで、嫌悪事象そのものの発生予防や患者の怒りに建設的に対応する看護師の能力の向上につながっていくと考える。これらの働きかけは、当該患者のプライマリナースや部署の看護ケアをマネジメントする立場にある看護師長が一貫して行うことが望ましいと考える。

第2節 研究成果の意義と限界

本研究では、患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す対応を明らかにするために、患者に看護師に望む対応について調査するとともに、熟練看護師を対象に患者の怒りへの対応についても調査を行った。熟練看護師への調査では、主に患者が怒りを表出した後の対応についてとらえることができた。さらに、熟練看護師が患者対応について日頃から心がけていることを聴取することで、怒りの発生を予防するための対応についてもとらえることができた。また、患者側に看護師に望む対応について確認し、患者の怒りの過程に沿って看護師の望ましい対応について考察を展開していった。

これにより、看護師の望ましい対応について、患者・看護師双方の視点から深めることができたと考える。そして、さらに患者と看護師の双方から得られた調査データをもとに、患者の怒りの過程と患者の怒りに対する看護師の対応モデルを作成した。

以下では、本研究の成果と今回作成した患者の看護師に対する怒りへの対応モデルの臨床現場における適用の可能性と限界について述べる。

1. 患者の怒りの過程

本研究では、患者が看護師との関わりの中でどのような事象の体験によって怒りが喚起されるのか、喚起された怒りがどのような過程をたどり処理されるのか、さらに患者の怒りに影響する看護師の対応の特徴を明らかにした。

これまでの先行研究では、認知機能に問題のない患者を対象に、怒りという感情が攻撃

に至る過程を明らかにしたものはなかった。本研究により、患者の怒りの契機となる嫌悪事象、怒りの喚起過程、怒りの処理過程、選択された行動とその結果という一連の過程が明らかになった。これにより、患者が表出した攻撃行動だけをとらえるのではなく、攻撃行動に至る過程を理解し対応する必要性について示すことができたと考える。

この患者の怒りの契機となる嫌悪事象、怒りの喚起過程、怒りの処理過程、選択された行動とその結果という一連の過程が明らかになったことで、看護師が看護場面で患者の怒りに遭遇した際に、患者の怒りを客観的にとらえ冷静に対応するための参考になると考える。また、患者の怒りに影響する看護師の対応の特徴が示されたことで、患者の怒りに対して回避的な対応をすることのリスクや患者の怒りの過程に応じた対応が重要であることが明らかになった。このことから、患者の怒りにどのように関わればよいのかという看護師の対応の目安になると考える。

2. 熟練看護師の患者の怒りへの対応

本研究では、怒りを表出した患者に対して経験的に行われてきた熟練看護師の対応について、対応の意図やねらいをとらえ、その過程・構造を明らかにした。

これまでの先行研究では、認知機能に問題のない患者の怒りの表出に対し、熟練看護師が患者の怒りをどのようにとらえ対応しているのかという対応の過程を明らかにしたものはなかった。今回の結果から、これまで看護師が経験的に行ってきた患者の怒りへの対応は、熟練の技であり患者の欲求を満たす看護ケアであることも明らかになった。さらに、明らかになった熟練看護師の対応の過程・構造をもとに、患者の怒りを問題解決へとつなげるための看護師の望ましい対応についても示すことができた。

先行研究から、患者の暴力や怒りに適切に対応するために、看護師には状況に応じたコミュニケーション能力、患者の状況を全体的に把握し理解する能力や患者との信頼関係を形成する能力などが必要であることが示唆されていた。つまり、患者の怒りに適切に対応するためには、看護師に患者対応に関するある程度の習熟が必要であるととらえられる。しかしこれまでは、患者の怒りに対して看護師がどのように対応しているのか明らかにされていなかったため、個々の看護師が患者の怒りへの対応について経験を通して習得するしかなかった。

今回、患者の怒りに対する熟練看護師のグッドプラクティや経験知から、熟練看護師の患者の怒りへの対応の過程・構造が明らかになったことで、怒りを表出している患者に対応した経験の少ない看護師にとって、対応の参考になると考える。また経験の有無にかかわらず、熟練看護師の患者の怒りへの対応の過程・構造は、看護師が患者の怒りへ対応した際の評価指標として活用することができると考える。そしてさらに、熟練看護師の患者の怒りへの対応の過程・構造をもとに経験知を積み重ねることにより、個々の看護師の患者の怒りへの対応能力の向上につながると考える。

3. 患者の怒りに対する看護師の対応モデルの臨床現場における適用の可能性

次に、今回作成した患者の看護師に対する怒りへの対応モデルの臨床現場における適用

の可能性について述べる。

このモデルは、認知機能に問題のない一般的な入院患者が怒りを表出するに至った過程と患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す対応を明らかにしたものである。このため、認知機能に問題のある患者やクレームを言うこと自体が目的であるケースなど、看護ケアにおいて改善すべき問題が特定できないようなケースへの適用は想定していない。したがって、今回作成したモデルは、一般的な入院患者の怒りがなぜ発生するのか、怒りはどのように認知処理され表出に至るのかについて、看護師が理解するための参考になると考える。さらに、看護師が臨床現場において患者の怒りに対応する際に、患者が怒りを表出するに至った過程をふまえて患者の怒りの原因となった問題を客観的にアセスメントしたり、怒りの原因となった問題についての改善策を考える指標になると考える。

またこのモデルは、怒りの契機となる嫌悪事象、怒りや不快感情の表出に影響する要因を明らかにした。このことから、嫌悪事象の予測や予防策の検討、患者が不快感情を表出しやすい環境をつくる際の参考にもなると考えられる。

さらに、患者の怒りの過程について、怒りの喚起過程の段階、怒りの処理過程の段階、および怒りの表出の有無と表出方法が選択された段階に分け、看護師の望ましい対応とその根拠について示した。また看護管理者、個々の看護師、看護チーム、プライマリナースなど、いずれの者が対応することが望ましいのか見解を示した。これは、看護師が臨床現場で患者の怒りを終息させるための対応を考える際に、患者の怒りの過程に応じて、どのような役割や立場の者がどう対応すればよいのか、患者の怒りに対して看護単位でどのように対応すればよいのかという指標になると考える。さらに、患者の怒りが看護単位で提供するケアによって解決できるのかをアセスメントすることで、看護単位で対応できる範囲なのか、他部門や他職種を巻き込む必要があるのか、病院組織として取り組む必要があるのかを判断する際の指標にもなると考える。

このモデルは、熟練看護師の経験知から導き出されたものであることから、臨床現場の看護師が、患者の怒りに対する自分自身の対応の妥当性や有効性について検討する際にも活用できると考える。

このモデルが、臨床現場の看護師に対する患者サービスや医療安全などの現任教育で提示され、患者が表出する怒りに対して看護師はどのように対応すればよいのかが周知されると、嫌悪事象の予防策の検討や、患者の不快感情の表出を促すことなどにより、患者が怒りを喚起したり表出したりする前に対応するための一助になると考える。また、患者から怒りやクレームを表出されたときに、看護師が回避せず冷静に対応するための参考になると考える。

臨床現場では、患者の怒りやクレーム・苦情が数多く発生しており、患者の怒りやクレームに対し、ネガティブなイメージを持つ看護師や医療従事者も少なくない。しかし、クレームや苦情は、本質的には医療施設の経営管理の観点から医療サービスの質の管理や向上、危機管理の指標として有用であるとされている。

つまり、発生する患者の怒りやクレームに対し、看護師が回避することなく適切に対応することで、現場にある問題が明確になり改善につながる。同時に、看護師自身が看護ケアを振り返る機会にもなり、看護ケアの質の向上につながると考える。また患者にとって

は、看護師の患者の怒りへの適切な対応により怒りの原因となった問題が解決するだけでなく、不満を言うというネガティブな感情を問題解決に貢献できたというポジティブな感情へと転換するきっかけともなる。

このように、患者の怒りに対する看護師の適切な対応は、患者と看護師の双方にとって、安全で安心できる医療文化の形成につながると考える。

4. 臨床現場におけるモデルの適用の限界

今回作成した患者の看護師に対する怒りへの対応モデルは、患者が嫌悪事象を体験し、認知処理によって怒りを喚起させたケースを想定している。したがって前述したように、認知機能に問題があるケースや要求を通す手段として怒りを用いるケース、クレームを言うこと自体が目的化しているケースには適用できない。このように、適用の範囲が限定されることが、このモデルの限界である。

またこのモデルを活用するためには、まず前述したような患者が怒りを表出している意図や認知機能に問題はないかなどについてアセスメントする必要がある。言い換えると、看護師は患者の怒りに対峙した場合、患者の怒りの原因や怒りを表出した意図、患者の認知機能をアセスメントし、看護師が対応すべき範囲か、他部門に依頼するほうが望ましいのかを判断する能力が必要となる。

第3節 研究方法論の適切性

1. 並列的トライアングレーション戦略について

本研究の研究デザインには、並列的トライアングレーション戦略を採用した。並列的トライアングレーションアプローチは、1つの研究の中で結果を確認/相互評価/補強する目的で2つの異なる手法を用いる際に選択されるアプローチである。これは、1つの手法の短所を他方の手法が持つ長所で相殺する手段として、量的研究手法と質的研究手法を別々に用いるのが一般的である (Creswell J, 2003/操, 森岡, 2007)。

本研究でとらえようとした怒りの過程は、心理学領域の先行研究により知見が蓄積されている。このため、入院患者の看護師に対する怒りの過程の特徴を明らかにするため、先行研究を参考に量的にとらえることにした。しかし、人が怒りという感情をどのように処理するのかは個人的な体験であり、さまざまな個人的な要因や環境要因が影響している。加えて、怒り体験の過程において患者の行った行動や看護師の対応はその時の文脈と密接に関連していることから、質問紙で捉えるには限界がある。このような質問紙法調査の限界を補強するため、質的研究を併用した。

質問紙法調査において、怒りの体験があったと回答した研究参加者の中には、質問紙の空欄にまで体験を詳細に記載している者も多かった。これにより、入院患者の看護師に対する怒りについて概要や傾向をとらえることができた。さらに、面接調査を併用することで、体験時の感情の変化やその時の思い、怒りの体験以前の看護師との関係性など、質問紙調査では詳細を把握するには限界があった部分を確認することができたと考える。

以上のことから、入院患者の看護師に対する怒りの過程を明らかにするための研究方法として、2つの異なる手法を用い総合的な結果の解釈で情報を統合させる並行的トライア

ンギュレーション戦略を用いたことは妥当であったと考える。

2. 複数ケーススタディ・リサーチについて

ケーススタディ・リサーチは、個人の経験に焦点を当て、そのプロセスを探求する方法として適切とされている。しかし、シングルケーススタディのデザインでは、一般化可能性のある知見を得ることは難しい。一方、複数ケーススタディのデザインでは、研究者の関心は、各事例の分析を通して共通のパターンを見出すことにある。つまり複数ケーススタディ・リサーチは、ある事例から得られたパターンが、他の事例にも当てはまるかを検討する研究手法である (吉岡, 2007)。

今回、患者への面接調査には9名の参加を得ることができた。研究参加者ひとりひとりの怒りの過程について、ケーススタディ・リサーチにおける時系列分析を行うことで、怒りの発端から結果までの経過をとらえることができた。さらにケース間分析で検討することで、各ケースの類似性や相違性、共通する認知や過程のパターンをとらえることができた。以上のことから、ひとつひとつの事例から怒りの過程を検討し、その結果を仮説モデルを用いて分析する複数ケーススタディ・リサーチを用いたことは妥当であったと考える。

患者調査と同様、熟練看護師への面接調査においても複数ケーススタディ・リサーチを用いた。これは、患者の怒りの対応にたけた熟練看護師は、患者の怒りをおさめるための経験知を持つと考えたからである。経験を通して獲得された知は、一般化して言葉で説明できないことも少なくない。このため、患者の怒りに対応して怒りの終息に成功したケースについて、熟練看護師と研究者がその過程をともに振り返るという方法をとった。これにより、熟練看護師が患者の怒りに対応した時の言動の意図や思いを想起し、前後の文脈をふまえて言語化し、経験知を可視化することができた。

吉岡は、暗黙知を持つような個人の経験に焦点を当てた研究にはケーススタディ・リサーチが適切だと述べている (吉岡, 2007)。このことから、患者の怒りに対する熟練看護師の経験知を明らかにする方法として、ケーススタディ・リサーチは適切だったと考える。

第4節 本研究における限界と今後の課題

本研究における限界と今後の課題は、以下の4点である。

患者への質問紙調査においては、217施設に研究参加の依頼をした。このうち研究参加の同意が得られたのは7施設であった。また、配布質問紙の総数は1400部であったが、回収数は231(16.5%)で、このうち不快な体験があったと回答した者は50名(21.6%)と、分析対象数が非常に少なくなってしまった。したがって質問紙調査の結果を一般化することはできないと考える。今後は対象数をさらに増やし調査を実施することが望ましい。このためには、施設に対して本研究の結果も示しながら、患者の怒りの過程を明らかにするというネガティブな調査を行うことによって看護師の望ましい対応が明らかになること、これにより患者満足や看護ケアの質の向上につながるということをアピールし、調査への参加を前向きに検討できるよう働きかける必要がある。また患者に対しては、調査へ参加することが、看護ケアや医療の向上への貢献につながるという意義についてアピールし、さらに参加を促すことが必要である。

患者への面接調査では調査参加者は9名、看護師への面接調査では調査参加者は7名で

あった。Yinによると、事実の追試では2~3ケース、2つの異なったパターンの理論の追試を追求するには4~6のケース、仮説を検証するには6~10のケースが必要だと述べている(Yin, 2009)。ケースの数を見ると要件は満たすことはできたが、即時的認知処理により直接的攻撃行動をとった患者には面接調査ができなかった。先行研究には、直接的攻撃行動をとった患者へ面接調査を行ったものもあることから(清水, 瀬川, 種田, 他, 2010)、調査参加者への依頼方法の工夫が必要と考える。

また看護師への調査では、財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審した7:1入院基本料届出医療機関における一般病院に所属している者に限定した。これらの施設は、患者対応窓口の設置や患者への暴力対応など組織的な取り組みがなされている。このことから、得られた知見には施設規模という限界があると考えられる。

さらに面接調査への参加者は、全員が看護師長であった。これは、看護単位で発生した患者の怒りに対して最終的に対応する機会が多いことから、看護部長が看護師長を調査参加者として推薦したためと推察される。このため、患者の怒りがうまく終息した個別のケースについては、看護師長という職位や権限が影響していたことがうかがえる部分も見られたことから、知見には限界があったと考える。

以上のことから、施設規模や職位を限定せず調査を行い、知見を蓄積していくことが望ましい。

さらに今後の課題として、患者の怒りの過程と患者の怒りに対する看護師の対応に関するモデルが現場で活用できるよう、臨床現場での活用の方法の検討やモデルの有用性の検証を行うことが必要であると考えられる。

第6章 結論

本研究では、まず患者への質問紙調査と面接調査を行い、入院患者は看護師になぜ怒りを感じるのか、そして喚起された怒りはどのように処理されるのか、さらに怒りはどのように終息するのかという過程、ならびに患者側が看護師に望む対応について明らかにした。次に、怒りを表出している患者への対応について熟練看護師に面接調査を行った。そして、熟練看護師の患者の怒りへの対応の構造と過程を明らかにした。さらに、これらの結果を統合し、怒りの喚起過程、怒りの処理過程、怒り表出の有無と表出方法の選択、選択による結果という患者の怒りの過程の各段階において、看護師はどのような対応を行うことが望ましいのか考察を進めた。そして、患者の看護師に対する怒りへの対応モデルを作成した。

これら一連の研究の結果から、以下のことが明らかになった。

1. 入院患者の看護師への怒りについて、以下のような特徴が明らかになった
 - 1) 入院患者は、不要な痛みや不快を味わったり言動が軽視されたりしたことなどから被害を受けたと認知し、さらに発生した出来事に対する看護師の責任性を評価し、看護師に対する怒りを喚起させる。
 - 2) 喚起された怒りには、即時的認知処理と熟慮的認知処理という2つの認知処理が関わり、怒りの表出の有無と表出方法が選択される。
 - 3) 熟慮的認知処理では、怒りを感じたことや怒りを表出しても社会的・一般的に許されるのか、表出した後治療や看護を受けるうえで自身に不利益を被らないかなど表出したことによる影響が考慮される。
 - 4) 熟慮的認知処理された怒りは、直接的攻撃行動、間接的攻撃行動、攻撃転化行動、非攻撃的行動として表出される場合と、表出が抑制される非行動化が選択される場合がある。
2. 患者への質問紙調査と面接調査の結果から、患者は看護師に対し、【確実な手技で実施する】【迅速に対応する】【患者の要望に沿った対応をする】【羞恥心やプライバシーに配慮する】【患者を尊重した態度で接する】【看護師間で言動を指摘しあう】【患者の状況を察知し寄り添う】【どのような状況か説明する】【事前に説明し了解を得る】【不快感の表出を促す】【非を認め謝罪する】【患者の言動の真意を確認する】【対応策を患者にフィードバックする】【対策について意見を聞く】という対応を望んでいたことが分かった。
3. 熟練看護師は、患者の怒りに対して以下のように対応していた。

熟練看護師は、怒りを表出している患者・家族に対して【怒りを受け止め謝罪する】【事情を説明し理解を得る】【事実を確認し怒りの原因となった問題をとらえる】【対応策を考え、怒りに向き合い対応する】【非を認め謝罪する】【対応策を提示し了解を得る】【改善の取り組みをフィードバックする】【怒りの終息を確認する】という働きかけを行っていた。また同僚の看護師に対して、【患者・家族への対応についてスタッフと共有し、患者・看護師関係を修復する】働きかけをしたり、患者・家族の怒りの原因を看護ケアの視点で振り返ることで【部署の看護ケアについての責任を負う】役割を担って

いた。さらに熟練看護師は、患者・家族に対応する際には【自分の職位や特性を自覚し素早く冷静に対応する】ことを心がけていること、患者・家族や看護師に対して【日頃から情報をすくいあげ対応する姿勢を示す】ことで患者・家族の怒りに早期に対応したり、【過去のケースから嫌悪事象を予測し対応する】風土づくりをおこなっていた。

4. 入院患者の怒りの特徴、ならびに看護師に望む対応と熟練看護師の患者の怒りへの対応を検討した結果、患者の看護師への怒りの発生を予防する対応や患者が感じた怒りを建設的な問題解決につながるような表出を促す看護師の対応として以下が明らかになった。

- 1) 確実な手技で実施する、迅速に対応する、患者の要望に沿った対応をする、羞恥心やプライバシーに配慮する、患者を尊重した態度で接するという基本的な看護実践が、患者の怒りの原因となる嫌悪事象の発生の予防となる。加えて、患者の疾病の特徴や患者の怒りの過去の事例から怒りを生起させやすいリスクを予測し対応策を講じておくことが望ましい。
- 2) 怒りの発生を予防したり、怒りのプロセスを進行させないようにするためには、事前に説明し了解を得ることや、なぜそれが起こったのか説明することが必要である。
- 3) 看護師が患者の怒りに早期に対応するためには、怒りの初期段階において患者の示す兆候から感情を読み取り表出を促すことが必要である。そのためにも、日頃から患者が感じた不快感や怒りをいつでも伝えられるような信頼関係を形成しておくことが必要である。
- 4) 患者が怒りを表出した場合、看護師はまず怒りを受け止め謝罪することで、怒りに伴う生理的覚醒・興奮の鎮静を促すことが必要である。そのうえで、事情を説明し理解を得るといふ働きかけを行い、受けた被害や加害者の責任に関する認知の修正を促すことが必要である。このような順序性を持った対応が、患者の怒りの鎮静には効果的である。
- 5) 怒りの原因となった問題の解決を図るためには、患者に応じた看護ケアが提供できていたのかという視点もふまえ、問題を客観的にとらえ対応を考えることが必要である。そして、対応策を看護師間で共有することは、怒りの再燃、および類似の怒りの発生予防にもつながる。
- 6) 患者の怒りの終息には、患者が対策に満足あるいは納得しているかを確認することや、患者の怒りが終息していることを確認する必要がある。
- 7) 看護師は、患者への対応について定期的にディスカッションや評価を行うことが必要である。そして、得られた知見を共有し経験知として蓄積していくことが、患者の怒りに建設的に対応する看護師個々の能力の向上につながっていく。

謝辞

研究への参加を快く引き受けてくださいました各病院の看護部長様、看護師の皆様、患者の皆様、患者団体の皆様に深く感謝いたします。

病院の看護職の皆様には、ネガティブな調査内容にも関わらず、調査への参加、病院での研究倫理審査、質問紙の配布などご配慮いただき大変感謝しております。また、患者の皆様には、ご療養中にも関わらず、質問紙調査、面接調査へご参加いただき本当にありがとうございました。皆様から頂いたご意見は、医療の現場で働く一員として身の引き締まる思いがいたしました。特に面接調査へ参加いただき、入院中の辛い体験をお話しくださりました皆様には、大変感謝しております。頂いたご意見を現場の改善につなげていくことで、少しでもお返しできればと思っております。

また、患者対応についてお話しくださりました看護師長の皆様に感謝いたします。体験をともに振り返らせていただくことで、その時のお考えや気持ちがより理解でき、深めることができました。また同じ看護師長の立場にある者として、お話を伺うことで自分自身の看護管理観を深めることができました。研究成果を臨床現場に還元することで、少しでもお役にたつことができればと考えています。

そして、6年という長い期間、根気強くご指導をいただいた神戸市看護大学の林千冬教授に深く感謝いたします。調査が思うように進められずくじけそうになる私を励まし、方向性を示していただき本当に感謝しています。先生のご指導がなければ、最後までやり遂げられなかったと思います。ならびに、遠方にもかかわらず副査を引き受けてくださいました名桜大学鈴木啓子教授、研究計画書や論文に対する丁寧なご示唆をくださいました安藤幸子教授、研究計画書のご指導をくださいました鈴木志津枝教授に心よりお礼申し上げます。

また、看護管理学の修士課程の皆様、博士課程のみなさん、特に益さんにはさまざまな視点からご意見をいただき分析や考察を深めることができました。ありがとうございました。最後に、看護師長をしながら研究を進めるうえで、勤務にご配慮いただいた看護部長、看護部の皆様、並びに病棟係長、病棟スタッフの皆様に感謝いたします。今後は、研究成果を現場で活用できるよう努めたいと思っております。

引用文献

- Anderson CA, Bushman B.J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Bandura A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 1-26.
- Bark P, Vincent C, Jones A, Savory J.. (1994). Clinical complaints: a means of improving quality of care. *Qual Health Care*, Sep;3(3):123-32.
- Bendall-Lyon D, Powers TL. (2001). The role of complaint management in the service recovery process. *Jt Comm J Qual Improv*, May;27(5):278-86) .
- Ben-Zur, Breznitz. (1991). What makes people get angry : Dimensions of anger-evoking events. *Journal of Research in Personality*, 25, 1-22.
- Berkowitz L. (1989). The frustration-aggression hypothesis: An examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106 , 59-73.
- Carlson M, Marcus-Newhall A, Miller N. (1990). Effects of situational aggression cues: A quantitative review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 622-633.
- Cornelius, R., 1996/斎藤勇, 1999. 感情の科学 - 心理学は感情をどこまで理解できたか. 誠信書房.
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing* , (12) 64-73.
- Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, (12) 64-73.
- Creswell J, 2003/操華子, 森岡崇. (2007). 研究デザインー質的・量的・そしてミックス法、日本看護協会出版会.
- Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. (2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs*. Apr;12(2):67-73.
- Daniel AE, Burn RJ, Horarik S. (1999). Patients' complaints about medical practice. *Med J Aust*, Jun 21;170(12):598-602.
- Fisher Roger, Shapiro Daniel, 印南一路. (2006). 新ハーバード流交渉術. 講談社.
- Frieler D, Sluijs EM. (2006). Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. *BMC Health Serv Res*, Aug 18;6:106.
- Gibb J.R. (1964). 信頼関係形成のための風土. 著: Bragford L.P, Gibb J.R, Benne K.D, 感受性訓練・Tグループの理論と方法- (367-408). 日本生産性本部.
- Halcomb J Elizabeth, Sharon Andrew, Brannen Julia. (2009). *Intorduction to Mixed Methods Reseach for Nursing and the Health Sciences*. 著: Andrew Sharon, Halcomb Elizabeth, *Mixed Methods Reseach for Nursing and tahe Health Sciences* (3-12). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Huesmann LR. (1988b). an information processing model for the development of aggression . *Aggressive Behavior*, 11, 13-24.
- Huesmann LR. (1988a). The role of information processing and cognitive schema in the acquisition and maintenance of habitual aggressive behavior. 著: (Eds.) G. Geen & E. Donnerstein R., *Human aggression: Theories, research and implications for social polic* (73-109). San Diego: CA:Academic Press.

- ICN, 1999/日本看護協会, 2004. 職場における暴力対策ガイドライン. 日本看護協会出版会.
- JavetzR, SternZ. (1996). Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. *J Manag Med*, 10(3)39-48.
- KeltnerD, EllsworthCP., EdwardsK. (1993). Beyond simple pessimism: Effects of sadness and anger on social perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 740-752.
- Krahe, B., 2001/秦一士, 湯川進太郎, 2004. 攻撃の心理学. 北大路書房.
- LazarusR.S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- LindsayJA, AndersonCA. (2000). From antecedent conditions to violent action: A general affective aggression model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 533-547.
- Linsley.,2002/池田明子, 出口禎子,2010. 攻撃的なインシデントの管理. 池田明子, 出口禎子,医療現場の暴力と攻撃性に向き合う(81-136), 医学書院.
- MontiniT, NobleAA, StelfoxHT. (2008). Content analysis of patient complaints. *Int J Qual Health Care*, 20(6), 412-20.
- Murff H J, France D J, Blackford J, Grogan E L, Yu C, Speroff T, Pichert J W, Hickson G B. (2006). Relationship between patient complaints and surgical complications. *Qual Saf Health Care*, Feb;15(1):13-6.
- PresleyD, RobinsonG. (2002). Violence in the emergency department: nurses contend with prevention in the healthcare arena. *Nurs Clin North Am*. Mar;37(1):161-9, viii-ix.
- SpielbergerC.D, JohnsonEH, RussellSF. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. 著: ChesnryA. , Rosenman, R. H.M., Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders. (5-30). New York: Hemisphere: Mcgraw-Hill.
- TaylorDM, WolfeR, CameronPA. (2002). Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med (Fremantle)*, Mar;14(1):43-9).
- TaylorDM, WolfeRS, CameronPA. (2004). Analysis of complaints lodged by patients attending Victorian hospitals, 1997-2001. *Med J Aust*, Jul 5;181(1):31-5.
- UEHARA S, NAKAGAWA T, MORI T, KUNISA Y, OHBUCHI K; (2010). Motives of Anger in Relationships:Relationship Closeness Moderates Anger Evoked Motives. *Tohoku Psucol Folia JST*.68, 38-48.
- WongLL, OoiSB, GohLG. (2007). Patients' complaints in a hospital emergency department in Singapore. *Singapore Med J*, Nov;48(11):990-5.
- YinKRobert. (2009). *Case Study Reseach*. Thousand Oaks: SAGE.
- 阿部晋吾, 高木修. (2003a). 自己効力と結果予測が怒り表出反応としての攻撃行動, および認知的再評価に及ぼす影響. *犯罪心理学研究*, 41, 15-27.
- 阿部晋吾, 高木修. (2003b). 被害の認知と責任帰属が怒り表出反応の正当性評価に及ぼす影響. 参照日: 2009/7/25/, 参照先: 阿部晋吾, 高木修; 被害の認知と責任帰属が怒り表出反応の正当性評価に及ぼす影響, www.wdc-jp.biz/cgi-bin/jssp/wbpnew/master/download.php?submission_id=2003-E-0031&type=1
- 阿部晋吾, 高木修. (2007). 被害者が示す怒りに対する加害者の認知的・行動的反応を規定する要因. *社会心理学研究*, 22(3), 258-266.

- 荒井崇史, 湯川進太郎. (2006). 言語化による怒りの制御. カウンセリング研究, 39, 1-10.
- 天野雅美, 富田幸江. (2011). 患者の暴言に対する看護師の対応と患者の態度の変化-暴言を最後まで聴いた看護師に焦点をあてて-. 看護教育研究学会誌, 3(1), 45-51.
- 古屋信二, 千野美沙, 新田恵美子 (2012). 暴力対策の学習会の効果. 日本精神科看護学術集会誌, (292-293).
- 藤森里実, 大谷恵, 小菅有紀, 宮崎弘光, 川野雅資(2005). 精神病院における暴力行為の実態調査—インシデントアクシデントレポートから. 第36回看護学会論文集精神看護, 181-183.
- 藤村和宏. (2009). 医療サービスと顧客満足. 東京: 医療文化社.
- 長谷川友紀, 藤田茂, 瀬戸加奈子, 伊藤慎也, 城川美佳, 長谷川敏彦. (2010). 教育病院の看護師が受ける院内暴力の実態について. 医療安全に係るコミュニケーションスキルに関する研究-患者ハラスメントに焦点をあてて 平成19-21年度 総合研究報告書 平成21年度 総括・分担研究報告書, 37-43.
- 日比野桂, 吉田富二雄. (2006). 日誌法による怒りの経験の鎮静化過程の検討. 筑波大学心理学研究, 32, 31-37.
- 日比野桂, 湯川進太郎. (2004). 怒り経験の鎮静化過程—感情・認知・行動の時系列的変化. 心理学研究, 74, 521-530.
- 日比野桂, 湯川進太郎, 中村澄子. (2001). 怒り表出に対する抑制要因の分類. 日本社会心理学会第42回大会発表論文, 496-497.
- 萩原由紀. (2007). 看護師が受ける暴力の面接法による実態調査—暴力の経験について印象に残ったことを自由に回答してもらった結果より—. 第38回日本看護学会論文集看護管理, 128-130.
- 包括的暴力防止プログラム認定委員会. (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.
- 濱川博招. (2005). 病院のクレーム対応マニュアル. 東京: ぱる出版.
- 石原俊一, 佐藤真治, 樋田あゆみ, 牧田茂. (2008). 心疾患患者における怒り表出尺度 (STAXI-2) の検討. 日本心臓リハビリテーション学会誌 心臓リハビリテーション, 13(1), 57-62.
- 栗納由記子, 名越民江, 南妙子. (2013). 院内暴力に対する看護師長のセーフティマネジメントの明確化. 香川大学看護学雑誌, 17(1), 35-43.
- 河野伸子. (2012). 医療現場における暴言・暴力対策—組織的な対策整備を目指した実践報告—. 共済医療, 61(2), 119-125.
- 栗田かほる. (2006). 看護の場における暴力 大学病院における実態調査から. 看護管理, 16(10), 805-810.
- 厚生労働省. (2007). 7対1入院基本料について. 参照日: 2010年3月7日, 参照先: 7対1入院基本料について: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1003-5c.pdf>
- 厚生労働省. (2010年3月5日). 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告. 参照日: 2010年3月7日, 参照先: 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>
- 高紋子, 山本則子, 岡本有子, 高崎絹子. (2010). 認知症高齢者の攻撃行動に対するケア提供者の認識と対処. 高齢者虐待防止研究, 6(1), 71-82.
- 黒田梨絵, 三木明子. (2009). 看護職員が受けた職員間暴力の実態とその影響. 第40回日本看護学会論文集看護管理, 69-71.
- 児玉千加子, 門内恵子, 那良みさ子, 金丸寛美, 戸高薫. (2008). 宮崎県の看護職員に対する暴言, 暴力の実態について—看護職の離職対策としての職場環境因子に関する調査—. 第39回看護学会論文集

- 看護管理, 9-11.
- 川野雅資. (1997). 治療・リハビリテーションにおけるアセスメントツール. 精神科看護, 26(7), 8-12.
- 草野知美, 影山セツ子, 吉野惇一, 草野知美. (2007). 精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験—感情と感情に影響を与える要因. 日本看護科学会誌, 27(3), 12-20.
- 北村英哉, 木村晴. (2006). 感情研究の新展開. 京都: ナカニシヤ出版.
- 木野和代. (2003). 怒り表出とその結果—怒りの表出が必要な場面に焦点を当てて. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (心理発達科学), 50, 185-194.
- 木野和代. (2000). 日本人の怒りの表出方法とその对人的影響. 心理学研究, 70, 494-502.
- 木野和代. (1998). 対人場面における怒りの表出方法に関する検討. 日本教育心理学会総会発表論文集, (40), 205.
- 小宮(大屋)浩美, 鈴木啓子, 石村佳代子, 石野(横井)麗子, 金城祥教. (2005). 入院患者から看護師が受ける暴力行為に関する研究—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.
- 小出由紀. (2007). 救急看護師が患者から受ける暴力—暴力の実態と患者の傾向—. 長野赤十字病院医誌, 21, 116-119.
- 小柳和子, 内藤和美, 窪田のり子, 渋谷和代, 鈴木えみ子, 高山吉弘. (2010). 看護師・介護職員への性的暴力-実態把握と予防・対応方針の作成. 群馬パース大学紀要, 10, 27-34.
- 小林由香, 梅田節子, 山本和代, 日坂ゆかり, 西浦郁絵, 堀尾玲子, 川戸美智子…林千冬. (2009). 医療機関における暴力に関する実態調査. 神戸市看護大学紀要, 13, 82.
- 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, 87-97.
- 目久田純一, 越中康治, 滝下雅子, 江村理奈, 新見直子, 前田健一. (2005). 怒りの鎮静に及ぼす対処方略の影響. 広島大学心理学研究, 5, 187-194.
- 目片良子, 中山陽子, 山中富美子. (2007). 暴力を受けた看護師の抱く感情と行動. 第38回日本看護学会論文集看護管理, 125-127.
- 三浦百合子, 田中淳子, 野水桂子, 牧内良重, 十文字美代子. (2008). 看護職が患者・家族から受ける暴力行為と組織的対応に向けた取り組み. 第39回看護学会論文集看護管理, 279-281.
- 三木明子. (2011). 患者(家族を含む)から職員への暴力. 著: 和田耕治, 三木明子, 吉川徹, 医療機関における暴力対策ハンドブック (ページ: 41-50). 東京: 中外医学社.
- 三木明子, 原谷隆史. (2003). 医療現場で看護師が経験する暴力の実態—年齢別・病棟別比較—. 産業衛生誌, 45 巻, 258.
- 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. 第38回看護学会論文集 精神看護, 18-20.
- 三木明子, 友田尋子. (2010). 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, 金子経, 石橋寧子. (2011). 患者暴力や二次被害に関する看護管理者の認識. 日本看護学会論文集看護管理, 40, 227-230.
- 松尾康志. (2006). 暴力事故防止ケアのこれから—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, 162, 31-35.
- 森岡真美, 三木明子. (2011). 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看護管理, 41, 231-234.
- 水口愛, 片岡典代, 西森吏保. (2011). ベテラン看護師のクレーム対応の技能. 回日本看護学会論文集看

護管理, 41, 239-242.

水田真由美, 西林富子, 西口知子, 谷真子, 武用百子. (2006). 和歌山県下の看護職員に対する暴力の実態調査. 日本看護学会論文集看護管理, 35-37.

前田泉, 徳田茂二. (2003). 患者満足度. 東京: 日本評論社.

増田智美. (2005). 異なる怒りの表出傾向に対応した認知行動療法の有効性. 早稲田大学大学院 人間科学研究科 博士 (人間科学) 学位論文.

新田一葉, 堀井睦子, 上田香織, 野尻泉, 早崎智美, 杉田克子, 田中いずみ. (2003). 患者・家族からのクレームの発生場面における内容分析. 第34回日本看護学会論文集 看護管理, 103-105.

新福知子. (2005). 看護師のための“院内暴力”予防と対応. 看護展望, 30(13), 1447-1450.

西向秀代, 小原和代, 見谷芳江, 田村ちづ子, 浅地美津子. (2001). 看護部門に対するクレーム発生と潜在リスクの関係ーリスクマネジメントの視点から院長直行便を分析してー. 第32回日本看護学会論文集 看護管理, 51-53.

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ーA 病院の看護師16名への面接調査からー. 沖縄県立看護大学紀要, 13, 49-59.

日本看護協会. (2003). 看護師の倫理綱領. 東京: 日本看護協会.

日本看護協会. (2004). 日本看護協会調査研究報告 No.71 2003年 保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査. 東京: 日本看護協会出版会.

日本医療機能評価機構. (2009). 病院機能評価 統合版評価項目 V6.0 (下位項目付き). 参照日: 2009年12月31日, 参照先: <http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/v6.pdf>

隠塚和子, 古賀京子, 武本智恵美, 仲山リウ子. (2004). 患者から暴力を受けた看護士の精神的回復過程に及ぼす要因についてー当病院看護師にアンケート調査を実施してー. 第35回日本看護学会論文集 精神看護, 191-193.

奥山慶子, 歌川君代, 村井芳江. (2011). 暴言・暴力を受けた看護師の感情について. 第41回日本看護学会看護総合, 291-294.

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. (2012). 精神科病棟の日常的な看護場面に発生する患者の攻撃と暴力ー与薬場面と食事場面で発生した事例の検討ー. 弘前学院大学看護紀要, 7, 21-29.

岡田督. (2001). 臨床に現れる攻撃性. 著: 岡田督, 攻撃性の心理 (ページ: 137-190). 京都市: ナカニシヤ出版.

小野千代子, 玉井保子. (2011). 当院看護職の院内暴力の現状と課題. 大分県立病院医学雑誌, 38, 21-24.

大橋純江, 太田裕彦, 久米進一郎, 中尾彰秀, 金村佐智子, 小泉誠治, 乾康則…岡田健. (2007). 院内暴力発生への対応ー院内暴力の実態調査と「院内暴力対策マニュアル」の作成ー. 第38回日本看護学会論文集看護総合, 208-210.

大竹恵子. (2002). 攻撃性と心理的健康. 著: 島井哲志, 山崎勝之, 攻撃性の行動科学ー健康編ー (133-146). 京都: ナカニシヤ出版.

大迫充江, 鍋田芳子, 瀬野佳代, 下里誠二, 森千鶴. (2004). 患者から受ける暴力とサポートの実態ー精神科看護師へのアンケートによる量的研究ー. 第35回看護学会論文集看護管理, 336-338.

大平英樹. (1987). 怒り感情のその反応についてーAverillの質問紙による調査: 怒りの動機と反応の関

- 係を中心として. 人間科学研究, 9, 1-8.
- 大平哲也, 今野弘規, 北村明彦, 佐藤真一, 内藤義彦, 嶋本喬, 磯博康, 谷川武他. (2004). 不安, 怒り, うつ症状と循環器疾患との関連についての前向き疫学研究. 心身医学, 44 (5), 336-341.
- 大淵憲一. (2000). 攻撃と暴力 なぜ人は傷つけるのか. 東京: 丸善.
- 大淵憲一. (1993). 人を傷つける心 攻撃性の社会心理学. 東京: サイエンス社.
- 大淵憲一. (2002). 人間関係と攻撃性. 著: 島井哲志, 山崎勝之, 攻撃性の行動科学-健康編- (17-34). 京都: ナカニシヤ出版.
- 大淵憲一. (1999). 怒りと社会的認知, 自己利益の侵害と規範逸脱の知覚. 東北大学文学部研究年報, 49, 213-224.
- 大淵憲一, 小倉左知男. (1984). 怒りの経験(1): Averil の質問紙による成人と大学生の調査概況. 犯罪心理学研究 22, 15-35.
- 大淵憲一, 小倉左知男. (1985). 怒りの動機-その構造と要因及び反応との関係-. 心理学研究, 56(4), 200-207.
- 大澤智子, 加藤寛. (2008). 看護師の職場における被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.
- 下里誠二, 松尾康志. (2004). 「包括暴力防止プログラム」の開発. 看護管理, 14(12), 1008-1014.
- 関根眞一. (2009). 日本苦情白書 異領域比較編. 東京: メデュケーション株式会社.
- 境泉洋, 坂野雄二. (2002). 大学生における怒りと全般的健康の関連. 早稲田大学臨床心理学研究, 2, 21-32.
- 佐伯みか, 八巻知香子, 山本武志. (2004). 苦情対応システムの実際とその評価-臨床現場の事例から, 第2回「意見活用システム」の聴取機能の評価. 病院, 63 (5), 420-425.
- 斎藤勇. (2002). ひとはなぜ悪口を言うのか? 東京: 毎日新聞社.
- 三野知右, 松繁朱美. (2006). クレーム分析に基づいた患者サービスの方向性-現状分析. 香川労災病院雑誌, 12, 35-38.
- 酒井千知, 野中浩幸. (2013). 精神科で勤務する看護師が患者から受けた暴力の実態. 岐阜医療科学大学紀要 7, 25-33.
- 辛淑玉. (2004). 怒りの方法. 東京: 岩波書店.
- 菅原大輔. (2010). 精神科臨床において患者-看護師間に生じた対立場面の広がりに関する考察. 弘前学院大学看護紀要, 15, 23-33.
- 瀬戸加奈子, 藤田茂, 飯田修平, 他. (2010). 医療機関における院内暴力の実態と院内体制整備に関する研究. 日本医療マネジメント学会雑誌, 11 (3), 171-178.
- 清水房枝, 作田裕美, 坂口桃子, 伊津美孝子. (2008). 病院に働く看護師が受ける暴力の特徴と要因(第1報). 三重看護学誌, 10, 33-45.
- 清水房枝, 瀬川雅紀子, 種田ゆかり, 高植幸子, 伊津美孝子, 平野加代子. (2010). 病院に働く看護師が受ける暴力の特徴と要因(第2報). 三重看護学誌, 12, 59-66.
- S 島井哲志. (2002). 攻撃性の予防的介入. 著: 島井哲志, 山崎勝之, 攻撃性の行動科学-健康編- (ページ: 213-229). 京都: ナカニシヤ出版会.
- 嶋田洋徳, 小関俊祐. (2009). 認知療法による怒りのコントロール. 精神科, 14(2), 147-153.
- 鈴木啓子, 吉浜文洋. (2005). 暴力自己防止ケア. 東京: 精神看護出版.
- 鈴木啓子, 永田美和子, 大城凌子, 金城祥教, 石野麗子, 石村佳代子, 鈴木眞弓. (2008). 攻撃的行動を示

- す高齢者に対する熟練看護職による効果的ケア技術に関する研究. フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成・事業助成報告書, 18, 172-208.
- 鈴木平, 春木豊. (1994). 怒りと循環器系疾患の関連の検討. 健康心理学研究, 7(1), 1-13.
- 鈴木平, 根建金男, 春木豊. (1998). 怒り尺度の標準化. 日本健康心理学会第 11 回大会発表論文集, 154-155.
- 崔京姫, 新井邦二郎. (1998). ネガティブな感情表出の制御と友人関係の満足感および精神的健康との関係. 教育心理学研究, 46 (4), 432-441, 1998.
- 齋藤俊和, 坂上辰男, 田中裕子, 須貝武. (2007). 急性期閉鎖病棟における暴力リスク評価に関する研究. 日本看護学会論文集 精神看護, 38, 15-17.
- 玉田雅美, 川上由香, 益加代子, 森下晶代, 林千冬, 小林由香, 梅田節子… 高田早苗. (2009). 医療機関における患者・家族からの暴言・暴力に対する安全対策. 第 13 回日本看護管理学会年次大会講演収録集, 45-47.
- 高木廣文. (2006). サンプルサイズの定め方. 著: 高木廣文, 林邦彦, エビデンスのための看護研究の読み方・進め方 (ページ: 106-111). 東京: 中山書店.
- 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.
- 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.
- 富永知美, 三木明子, 五十嵐トヨ子. (2008). 看護職を対象とした暴力リスクマネジメント研修の受講者評価. 第 38 回日本看護学会論文集看護管理, 119-121.
- 宇津木成介. (2002). 感情研究からみた攻撃性. 著: 島井哲志, 山崎勝之, 攻撃性の行動科学 (ページ: 54-67). 京都: ナカニシヤ出版.
- 浦井彩, 山本眞利子. (2009). 場面の違いにおける友人に対する怒りの表出行動のズレと精神的健康および満足感に関する研究. 久留米大学心理学研究, 8, 85-94.
- 浦川園子, 木村充. (2012). 当院における院内病力対策の取り組み. 全国自治体病院協議会雑誌, 51(3), 401-403.
- 和田由紀子, 佐々木祐子. (2011). 病院に勤務する看護職への暴力被害の実態とその心理的影響. 新潟青陵学会誌, 4 (1) , 1-12.
- 安永薫梨. (2005). 精神科閉鎖病棟において患者から看護師への暴力が起こった状況と臨床判断. 福岡県立大学看護学部紀要, 3, 11-20.
- 安永薫梨. (2006). 精神科閉鎖病棟における患者から看護師への暴力の実態とサポート体制. 日本精神保健看護学会誌, 15 (1), 96-103.
- 吉岡京子. (2007). 事例研究. 著: グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江, 質的研究の進め方・まとめ方 (125-140). 東京: 医歯薬出版.
- 吉岡泰夫. (2011). コミュニケーションの社会言語学. 東京: 大修館書店.
- 吉田琢哉. (2009). 怒り感情制御方略の選択に及ぼす驚きへの焦点化および混合感情の影響. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 心理発達科学, 56, 73-81.
- 吉田琢哉, 高井次郎. (2008). 怒り感情の制御に関する調整要因の検討: 感情生起対象との関係性に着目して. 感情心理学研究, 15 (2) , 89-106.
- 吉野竜二, 北川志乃, 福田亜紀. (2010). ユーザーから受ける暴力行為による職員の心身的影響 サポー

- ト体制についての1考察. 日本精神科看護学会誌, 53 (2), 266-270.
- 山下正文, あべ松由美子, 東幸代. (2008). 鹿児島医療センターにおける「院内暴力」実態調査;. 医療, 62 (9), 482-486.
- 山田光子, 渥美一恵, 野澤由美, 清水恵子, 津端飛鳥, 鈴木美保, 横森いづみ…松浦好徳. (2010). 隔離中の暴力や威嚇状態にある患者への看護介入. 日本精神科看護学会誌, 53 (2), 47-51.
- 湯川進太郎. (2005). バイオレンス 攻撃と怒りの臨床社会心理学. 京都: 北大路書房.
- 湯川進太郎. (2008). 怒りの心理学. 東京: 有斐閣.

図表のリスト

第2章

- 表 2-1 看護師に対する院内暴力の実態調査 : (2003~2012年) p11
- 図 2-1 攻撃の二過程モデル p19
- 図 2-2 攻撃の一般モデル (GAM) p20
- 図 2-3 被害の責任帰属と道徳的評価 : 責任判断の3次元説 p23

第3章

- 図 3-1 並列的トライアングレーション戦略における量的研究と質的研究の関係 p33
- 図 3-2 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する仮説モデル p37
- 図 3-3 患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデル p38
- 図 3-4 本研究の構成 p39
- 表 3-1 本研究の実実施スケジュール p40
- 図 3-5 患者の怒りの喚起と怒りの処理過程に関する質的調査の分析手順 p49

第4章

- 表 4-1 協力者の概要 1 p59
- 表 4-2 協力者の概要 2 p59
- 表 4-3 怒り体験をした場面 p60
- 表 4-4 怒りの理由として選択された項目 p60
- 表 4-5 体験時に感じた感情 p61
- 表 4-6 体験時に感じた身体の変化の有無 p61
- 表 4-7 体験時の看護師の気づき p62
- 表 4-8 体験時の看護師の対応 p62
- 表 4-9 体験時に選択された行動 p62
- 表 4-10 医療従事者の対応の有無 p62
- 表 4-11 問題の解決 p63
- 表 4-12 問題の解決と怒りの終息 p63
- 表 4-13 怒り体験の場面と内容 p64
- 表 4-14 怒り体験場面と体験時の感情 p65
- 表 4-15 怒り体験内容と体験時の感情 p66
- 表 4-16 各場面での怒りを感じた体験の内容 1 p67
- 表 4-17 各場面での怒りを感じた体験の内容 2 p67
- 表 4-18 各場面での怒りを感じた体験の内容 3 p67

表 4-19	各場面での怒りを感じた体験の内容 4	p68
表 4-20	看護師の気づきの有無と体験時の怒りの程度との関係	p68
表 4-21	怒りの程度と体験時の身体的変化との関係	p69
表 4-22	体験時の怒りの程度と選択された行動との関係	p70
表 4-23	選択行動ごとに見た医療従事者の反応の有無	p70
表 4-24	選択された行動と問題解決、怒りの終息との関係	p71
表 4-25	医療従事者の対応と問題解決との関係	p72
表 4-26	問題解決と怒りの終息との関係	p72
図 4-1	怒りの過程に関する質問紙調査の結果	p73
表 4-27	研究参加者の概要	p75
表 4-28	研究参加者が体験した施設の概要	p76
図 4-2	Case1 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p79
図 4-3	Case2 の不快感情の喚起と処理過程	p81
図 4-4	Case3 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p84
図 4-5	Case4 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p87
図 4-6	Case5 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p90
図 4-7	Case6 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p93
図 4-8	Case7 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p96
図 4-9	Case8 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p100
図 4-10	Case10 の怒りの喚起と怒りの処理過程	p102
図 4-11	8 ケースの怒りの喚起と怒りの処理過程	p106
表 4-29①	面接調査参加者の怒り体験の概要とケース間分析 1	p107
表 4-29②	面接調査参加者の怒り体験の概要とケース間分析 2	p108
表 4-30①	質問紙調査参加者の怒り体験の概要 1 (No.2~No.9)	p117
表 4-30②	質問紙調査参加者の怒り体験の概要 2 (No.10~No.14)	p118
表 4-30③	質問紙調査参加者の怒り体験の概要 3 (No.15~No.21)	p119
表 4-30④	質問紙調査参加者の怒り体験の概要 4 (No.22~No.27)	p120
表 4-30⑤	質問紙調査参加者の怒り体験の概要 5 (No.28~No.33)	p121
表 4-30⑥	質問紙調査参加者の怒り体験の概要 7 (No.34~No.43)	p122
表 4-30⑦	質問紙調査参加者の怒り体験の概要 8 (No.44~No.50)	p123
図 4-12	怒りの過程に関する質問紙調査と面接調査の結果の統合	p126
図 4-13	患者の怒りの喚起と怒りの処理過程とその結果に関するモデル	p128
図 4-14	患者の怒りに対する看護師の対応に関する仮説モデル	p133
表 4-31	研究参加者の概要	p134
図 4-15	Ns.1 エピソード 1 : 家族の怒りへの対応	p136
図 4-16	Ns.1 エピソード 2 : 患者の怒りへの対応	p138
図 4-17	Ns.1 エピソード 3 : 息子の怒りへの対応	p140
図 4-18	Ns.1 エピソード 4 : 患者の怒りへの対応	p142
図 4-19	Ns.2 エピソード 1 : 患者の怒りへの対応	p144
図 4-20	Ns.2 エピソード 2 : 患者の怒りへの対応	p146

図 4-21	Ns.3 エピソード 1：患者の怒りへの対応	p149
図 4-22	Ns.3 エピソード 2：家族の怒りへの対応	p150
図 4-23	Ns.4 エピソード 1：患者の怒りへの対応	p152
図 4-24	Ns.4 エピソード 2：家族の怒りへの対応	p154
図 4-25	Ns.4 エピソード 3：患者の怒りへの対応	p155
図 4-26	Ns.4 エピソード 4：患者の怒りへの対応	p156
図 4-27	Ns.5 エピソード 1：患者の怒りへの対応	p159
図 4-28	Ns.5 エピソード 1：患者の怒りへの対応	p161
図 4-29	Ns.6 エピソード 1：患者の怒りへの対応	p164
図 4-30	Ns.6 エピソード 2：家族の怒りへの対応	p166
図 4-31	Ns.7 エピソード 1：患者の怒りへの対応	p169
図 4-32	Ns.7 エピソード 2：家族の怒りへの対応	p170
表 4-32	熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応の構造	p174
図 4-33	熟練看護師の患者・家族の怒りへの対応の過程	p180
表 4-33	患者が看護師に望む対応（質問紙調査の結果から）	p184
表 4-34	患者が看護師に望む対応（面接調査の結果から）	p188
図 4-34	患者の怒りに対する看護師の対応に関するモデルの検討	p192
図 4-35	患者の怒りの過程と患者の怒りに対する看護師の対応に関するモデル	p198

添付資料

添付資料 1-1	患者の看護師に対する怒り体験質問紙
添付資料 1-2	意見聴取票結果
添付資料 1-3	パイロットスタディ用修正質問紙
添付資料 1-4	本調査用質問紙
添付資料 2	質問紙配布の検討依頼文書（施設用）
添付資料 3	質問紙と面接調査依頼用紙の配布についての説明文書と同意書（施設用）
添付資料 4	面接調査依頼用紙の配布についての説明文書と同意書（患者団体用）
添付資料 5	同意取り消し書
添付資料 6	患者への面接調査についての検討依頼用紙（質問紙への同封用）
添付資料 7	患者への面接調査についての検討依頼用紙（患者団体からの送付用）
添付資料 8	患者への面接調査についての説明文書・同意書
添付資料 9	看護師への面接調査についての説明文書・同意書（施設用）
添付資料 10	看護師への面接調査についての説明文書・同意書（個人）
添付資料 11	Interview Protocol（面接調査：患者用）
添付資料 12	Case Study Database（面接調査：患者用）
添付資料 13	Interview Protocol（面接調査：看護師用）
添付資料 14	Case Study Database（面接調査：看護師用）

入院中に看護師に対して腹がたったり怒りを感じた体験についての実態調査への

ご参加のお願い

私は、神戸市看護大学の大学院で学んでおります中川典子と申します。

最近、入院期間が短くなったり、医療の高度化、医師や看護師の人数が足りないなどの影響で、患者さまと看護師の間に行き違いなどが起こり、皆さまが不愉快に感じられるような問題が生じてきています。そこで、患者の皆さまが入院中に看護師に対して腹がたったり怒りを感じた体験をされたかことがあるかどうか、体験された場合どのような状況であったのかについて、知りたいと考えました。そして調査の結果を、患者の皆さまが快適な入院生活を送るための看護に反映したいと考えています。

つきましては、患者の皆さまから率直なご意見をいただきたいと思っておりますので、ぜひともアンケート調査にご参加いただきたくお願い申し上げます。

アンケートの内容は、入院中に看護師に対して不快と感じた体験の有無とその内容です。アンケートにお答えいただくために必要な時間は、約 20 分です。調査は無記名で行います。ご参加いただけます場合は、1 週間以内にアンケートにお答えいただき同封の封筒に入れ、郵便ポストにご投函ください。アンケート調査へのご参加はご本人の自由です。ご参加いただけない場合も何ら支障はございません。また、アンケートへお答えいただいている途中で、体験を思い出し不快になることもあります。その場合は、途中でやめていただいて結構です。

ご参加いただきました場合、アンケートの結果は数字に置き換え処理しますので、病院や個人は特定されることはありません。また、アンケートへお答えいただいた個別の回答用紙は厳重に管理し、研究者以外が知ることは一切ありません。調査結果は研究以外の目的には使用せず、研究終了後は確実に処分いたします。また調査結果は、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際にも病院や個人が特定されないよう十分に留意いたします。なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得ておこなうものです。

またアンケートの最後に、インタビュー調査へのご参加についてのお願いを記載しております。アンケート調査へのご参加とあわせ、インタビュー調査へのご参加もご検討いただけますと幸いです。

このアンケートはご入院されていた病院とは一切関係ありません。

このアンケートや調査に関して何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授
---	-------------------------------------

今回の入院中に、看護師に対して腹がたしいと感じられたり怒りを感じられたりした体験についてお聞かせください。

1. 入院中に、看護師に対して腹がたしいと感じられたり怒りを感じられたりした体験はありましたか？

- ① () 体験はあった
- ② () 体験はなかった



体験がなかったと答えられた方は、お手数ですがこの用紙を同封の封筒に入れ、郵便ポストにご投函ください。ありがとうございました。

これからの質問は、体験があったと答えられた方のみお答えください。

2. 体験された中で、最も腹がたしいと感じられたり怒りを感じられたりした体験を 1つ 教えてください。

1) それは、どのような時の体験でしたか、次の①～⑥のうち最も近いものと思われるものに○をつけてください。

- ① () 看護師から採血や点滴などの治療に関する処置を受けていた
- ② () 看護師から食事の介助やからだを拭くなどの世話を受けていた
- ③ () 看護師から体温や血圧を測られたり、からだの具合を聞かれていた
- ④ () 看護師から検査や手術についての説明を受けていた
- ⑤ () 看護師から食事や生活などで気をつけることなどの説明を受けていた
- ⑥ () その他 []

2) その体験をされる前に、気がかりなことやからだの痛み、不快な症状、生活の不自由さ、看護師に対する不満がありましたか？

次の①～⑦について、あてはまる数字に○をつけてください。

- | | まったくない | とてもあった |
|---------------------|---------------------|--------|
| ①気がかりなこと…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②からだの痛み…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③不快な症状…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④病気や治療による行動の制限…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤看護師に対する不満…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥治療に対する不満…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦その他 [] | | |

3) その時、腹が立った理由としてどのようなことがありましたか？

次の①～⑨について、あてはまる数字に○をつけてください。

まったくなかった ともあった

- ①よけいな痛みや不快を味わった……………0-----1-----2-----3
- ②雑な対応や扱いを受けた……………0-----1-----2-----3
- ③納得できない要求をされた……………0-----1-----2-----3
- ④要求に応じてもらえなかった……………0-----1-----2-----3
- ⑤わたしのことばや行動が受け流された……………0-----1-----2-----3
- ⑥約束が破られたり，期待や信頼が裏切られた……………0-----1-----2-----3
- ⑦プライバシーが守られなかった……………0-----1-----2-----3
- ⑧プライドが傷つけられた……………0-----1-----2-----3
- ⑨社会一般のルールやマナーに反することをされた……………0-----1-----2-----3

4) さしつかえなければ，どのような出来事だったか具体的にお書きください。

5) その時のあなたの気持ちを表す適切な言葉と程度を選んでください。

まったくなかった ともあった

- ①怒り…………… 0-----1-----2-----3
- ②恐怖…………… 0-----1-----2-----3
- ③ゆううつ…………… 0-----1-----2-----3
- ④悲しみ…………… 0-----1-----2-----3
- ⑤いらだち…………… 0-----1-----2-----3
- ⑥とまどい…………… 0-----1-----2-----3
- ⑦その他 []

6) その時に自覚するようなかからだの変化がありましたか？

あてはまるものすべてに○を付けて下さい。

- ① () 変化はなかった
- ② () 顔が赤らんだ
- ③ () 声が大きくなった
- ④ () からだがこわばった
- ⑤ () 胸がどきどきした
- ⑥その他 []

3. 相手の看護師について教えてください。

1) あなたは，その看護師とどの程度の面識がありましたか？

あてはまる数字に○をつけてください。

はじめて会った よく知っている

0-----1-----2-----3

2) その時，看護師はあなたの気持ちに気がついていましたか？

- ① () 気がついていましたと思う
- ② () 気がついていなかったと思う

ア) 気がついていましたと答えられた方にお聞きします。
その時看護師は，あなたに何かしましたか？

- ① () 言葉や行動で反応を返した
- ② () 何もなかった

イ) 言葉や行動で反応を返したと答えられた方にお聞きします。
その時看護師はどのような言葉や行動を返しましたか？

次の①～⑥について，あてはまる数字に○をつけて下さい。

あてはまらない あてはまる

- ①いいわけをした……………0-----1-----2-----3
- ②反発した言い方や態度をとった……………0-----1-----2-----3
- ③あやまった……………0-----1-----2-----3
- ④わたしの気持ちや感じたことについて話を聞いた……………0-----1-----2-----3
- ⑤そのできごとについて説明をした……………0-----1-----2-----3
- ⑥その他 []

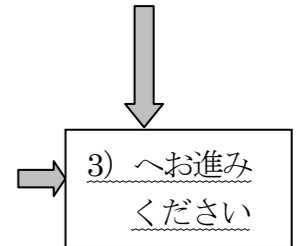
3) あなたはこの時，看護師にどのような対応をしてほしかったですか？

4. 怒りを感じた時のあなたの行動や考えられたことについて教えてください。

1) その時あなたは，どのような行動をとられましたか？

次の①～⑥でもっともあてはまるもの1つに○をつけてください。

- ① () 相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた
- ② () 責任者に感情的に怒りをぶつけた
- ③ () 責任者や関係者に告げ口をした(言いつけた)
- ④ () 知人・友人・家族に話してうっぷんをはらした
- ⑤ () 相手の看護師に感情をおさえて不満や不快感を伝えた
- ⑥ () 責任者に感情をおさえて不満や不快感を伝えた
- ⑦ () がまんしていつもと変わらない態度をとった
- ⑧その他 []



2) なぜその行動をとられたのか教えてください。

次の①～⑩について、あてはまる数字に○をつけてください。

- | | あてはまらない | あてはまる |
|------------------------------|---------------------|-------|
| ①何も考えられなかったから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②怒りをあらわすのが当然だと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③相手の看護師を罰したいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④看護師の対応をあらためてほしいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤気まずい思いをしたくないと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥治療や待遇に影響するかもしれないと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦気持ちを知ってもらいたいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑧そのできごとの理由を知りたいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑨しかたがないと考え直したから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑩その他 [] | | |

5. あなたが取った行動の結果について教えてください。

1) あなたが取った行動に対して、何か対応はありましたか？

- ① () あった ② () なかった ➡へお進みください



あつたと答えられた方にお聞きします。

ア) 誰が対応しましたか？次の中から、あてはまる人物1名に○をつけてください。

- ① () 相手の看護師 ② () 病棟の看護師長 ③ () 他の看護師
 ④ () 主治医 ⑤ () 病院の管理者 ⑥ その他 []

イ) ア) で選んだ人物は、あなたにどのような対応をしましたか？次の①～⑦について、あてはまる数字に○をつけて下さい。

- | | あてはまらない | あてはまる |
|----------------------------|---------------------|-------|
| ①言いわけをした…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②反発した言い方や態度をとった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③あやまった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④起こったできごとについて改めて話を聞いた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤そのできごとについて説明をした…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥対応をあらためた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦その他 [] | | |

2) あなたは誰に対応してほしいと思いましたか？

次の中から最もあてはまる人物1名に○をつけてください。

- ① () 相手の看護師 ② () 病棟の看護師長 ③ () 他の看護師
 ④ () 主治医 ⑤ () 病院の管理者 ⑥ () 患者相談担当者
 ⑦ その他 []

3) あなたは 2) で選んだ人にどのような対応をしてほしいと思いましたか？次の①～⑧について、あてはまる数字に○をつけてください。

- | | まったく思わなかった | とても思った |
|-------------------------|---------------------|--------|
| ①あやまってほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②わたしの気持ちに気づいてほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③わたしを気づかってほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④わたしの話をきちんと聞いてほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤できごとについて説明してほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥はじめにわかりやすく説明してほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦親身に対応してほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑧その他 [] | | |

4) その時体験した問題は解決しましたか？…全く解決されてない 完全に解決された
 0-----1-----2-----3

5) 怒りの感情はおさまりましたか？……………全くおさまっていない 完全ににおさまった
 0-----1-----2-----3

6. このようなできごとが、これから起こらないようにしていくために、どのような改善が必要だと思いますか？ぜひご意見をお聞かせください。

[]

7. あなたご自身のことを教えてください。

1) 性別を教えてください：① () 男性 ② () 女性

2) 年齢を教えてください：() 歳代

3) 今回の入院について教えてください。

(1)入院期間を教えてください：

- ① () 1週間以内 ② () 1～2週間 ③ () 3～4週間
 ④ () 1～2か月 ⑤ () 2か月以上

(2)今回のご入院は何度でしたか？：() 度目

(3)今回の入院の目的は何でしたか？差し支えなければお教えてください。

[]

(4)退院後、外来通院がどのくらい必要ですか？（例:毎週、1カ月に1回など）

[]

質問は以上です、ご静養中のところ本当にありがとうございました。

お手数ですが、この用紙を同封の封筒に入れ、ご退院後 10 日以内に郵便ポストにご投函ください。また、同封のはがきに、調査結果の郵送のご希望の有無をお書きいただき、郵便ポストにご投函ください。また、次のページのインタビュー調査へのご参加の願いをお読みくださいますようお願いいたします。

質問紙に対する意見

質問項目		回答の平均値
1. 体験の有無	何について答えたらいいか, わかりやすい表現になっているか。	4.89
2-1) 患者が看護師と関わる頻度の高い場面	①答えやすい設問となっているか	4.90
	②設定した場面は適切か	4.60
	③患者さんにわかりやすい表現か	4.80
2-2) 体験前の患者側の状況要因	①答えやすい設問となっているか	4.10
	②設定した要因は適切か	4.78
	③患者さんにわかりやすい表現か。	4.00
2-3) 怒り体験時の被害の内容と程度	①答えやすい設問となっているか	4.90
	②設定した要因は適切か	4.60
	③患者さんにわかりやすい表現か。	4.60
2-5) 体験時の諸感情の種類	①答えやすい設問となっているか	4.90
	②設定した要因は適切か	5.00
	③患者さんにわかりやすい表現か。	4.90
2-6) 怒り体験時の自覚した体の変化	患者さんにわかりやすい表現か。	4.67
	修正・追加したほうがよい項目	
3-1) 看護師との関係	患者さんにわかりやすい表現か。	4.70
3-2) 看護師の反応についての患者の認知	①答えやすい設問となっているか	4.70
	②設定した要因は適切か	4.80
	③患者さんにわかりやすい表現か。	4.70
4-1) 怒りを感じた時の行動	①答えやすい設問となっているか	4.70
	②設定した要因は適切か	4.80
	③患者さんにわかりやすい表現か。	4.70
4-2) 1) の行動の理由	①答えやすい設問となっているか	4.70
	②設定した要因は適切か	4.90
	③患者さんにわかりやすい表現か。	4.30
5-3) 看護師に望む対応	①答えやすい設問となっているか	4.90
	②設定した要因は適切か	4.70
	③患者さんにわかりやすい表現か。	4.90
全体の適切性		4.56

今回の入院中に、看護師に対して腹だたしいと感じられたり怒りを感じられたりした体験についてお聞かせください。

1. 入院中に、看護師に対して腹だたしいと感じられたり怒りを感じられたりした体験はありましたか？
() 内に○をつけてください。

① () 体験があった ② () 体験はなかった



体験がなかったと答えられた方は、お手数ですがこの用紙を同封の封筒に入れ、郵便ポストにご投函ください。ありがとうございました。

これからの質問は、体験があったと答えられた方のみお答えください。

2. 体験された中で、最も腹だたしいと感じられたり怒りを感じられたりした体験を1つ教えてください。

1) それは、どのような時の体験でしたか、次の①～⑥のうち最も近いものと思われるものに○をつけてください。

- ① () 看護師から採血や点滴などの治療に関する処置を受けていた
- ② () 看護師から食事の介助やからだを拭くなどの世話をを受けていた
- ③ () 看護師から体温や血圧を測られたり、からだの具合を聞かれていた
- ④ () 看護師から検査や手術についての説明を受けていた
- ⑤ () 看護師から食事や生活などで気をつけることなどの説明を受けていた
- ⑥ () 看護師に用があり、対応を頼んでいた
- ⑦ その他 []

2) その体験をされる前に、気がかりなことやからだの痛み、不快な症状、生活の不自由さ、看護師に対する不満などがありましたか？

次の①～⑦の項目について、程度を段階的に示しています。各項目のあてはまる数字に○をつけてください。 まったくない とてもあった

- ①気がかりなこと…………… 0-----1-----2-----3
- ②からだの痛み…………… 0-----1-----2-----3
- ③不快な症状…………… 0-----1-----2-----3
- ④病気や治療による行動の制限…………… 0-----1-----2-----3
- ⑤看護師に対する不満…………… 0-----1-----2-----3
- ⑥治療に対する不満…………… 0-----1-----2-----3
- ⑦医師に対する不満…………… 0-----1-----2-----3
- ⑧その他 []

3) 看護師に対して腹だたい体験された時に、腹が立った理由としてどのようなことがありましたか？
次の①～⑨について、あてはまる数字に○をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|---------------------|--------|
| | まったくなかった | とてもあった |
| ①よけいな痛みや不快を味わった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②雑な対応や扱いを受けた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③納得できない要求をされた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④要求に応じてもらえなかった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤自分のことばや行動が受け流された…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥約束が破られたり、期待や信頼が裏切られた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦プライバシーが守られなかった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑧プライドが傷つけられた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑨社会一般のルールやマナーに反する扱いを受けた…………… | 0-----1-----2-----3 | |

4) さしつかえなければ、どのような出来事だったか具体的にお書きください。

5) その時のあなたの気持ちを表す適切な言葉と程度を選んで○をつけてください。

- | | | |
|------------|---------------------|--------|
| | まったくなかった | とてもあった |
| ①怒り…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②恐怖…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③ゆううつ…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④悲しみ…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤いらだち…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥とまどい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦その他 [| |] |

6) その時に自覚するようなからだの変化がありましたか？

あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- ① () 変化はなかった
- ② () 顔が赤らんだ
- ③ () 声が大きくなった
- ④ () からだがこわばった
- ⑤ () 胸がどきどきした
- ⑥ () 涙が出てきた
- ⑦ () 無口になった
- ⑧その他 [

3. 相手の看護師について教えてください。

1) あなたは、その看護師とどの程度の面識がありましたか？

あてはまる数字に○をつけてください。

- | | | |
|--|---------------------|---------|
| | はじめて会った | よく知っている |
| | 0-----1-----2-----3 | |

2) その時、看護師はあなたの気持ちに気がついていましたか？

- ① () 気がついていましたと思う
- ② () 気がついていなかったと思う

ア) 気がついていましたと思うと答えられた方にお聞きします。

その時看護師は、あなたにどう対応しましたか？

- ① () 言葉や行動で反応を示した
- ② () 何もしなかった

イ) 言葉や行動で反応を示したと答えられた方にお聞きします。

その時看護師はあなたにどのような言葉や行動を示しましたか？次の①～⑥の項目について、あてはまる程度を示す数字を選んで○をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|---------------------|-----|
| | なかった | あった |
| ①いいわけをした…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②反発した言い方や態度をとった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③あやまった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④わたしの気持ちや感じたことについて話を聞いた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤そのできごとについて説明をした…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥無視をした…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦その他 [| |] |

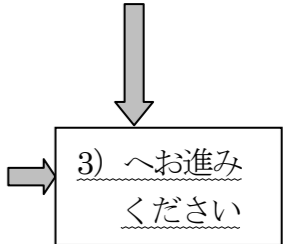
3) あなたはこの時、看護師にどのような対応をしてほしかったですか？

4. 怒りを感じた時のあなたの行動や考えられたことについて教えてください。

1) その時あなたは、どのような行動をとられましたか？

次の①～⑥でもっともあてはまるもの1つに○をつけてください。

- ① () 相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた
- ② () 責任者に感情的に怒りをぶつけた
- ③ () 責任者や関係者に言いつけた
- ④ () 知人・友人・家族に話してうっぷんをはらした
- ⑤ () 相手の看護師に感情をおさえて不満や不快感を伝えた
- ⑥ () 責任者に対して冷静に不満や不快感を伝えた
- ⑦ () がまんしていつもと変わらない態度をとった
- ⑧その他 [

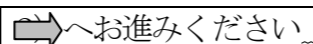


2) なぜその行動をとられたのか、次の①～⑩の項目について、行動の理由としてあてはまる程度を選んで○をつけてください。

- | | そうではない | そのとおり |
|------------------------------|---------------------|-------|
| ①何も考えられなかったから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②怒りをあらわすのが当然だと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③相手の看護師を罰したいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④看護師の対応をあらためてほしいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤気まずい思いをしたくないと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥治療や待遇に影響するかもしれないと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦気持ちを知ってもらいたいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑧そのできごとの理由を知りたいと考えたから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑨しかたがないと考え直したから…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑩その他 [] | | |

5. あなたが取った行動の結果について教えてください。

1) あなたが取った行動に対して、何か対応はありましたか？

- ① () あった ② () なかった へお進みください



あつたと答えられた方にお聞きします。

ア) 誰が対応しましたか？次の中から印象に残った人物1名に○をつけてください。

- ① () 相手の看護師 ② () 病棟の看護師長 ③ () 他の看護師
 ④ () 主治医 ⑤ () 病院の管理者 (院長・事務長など)
 ⑥ () 患者相談担当者 ⑦その他 []

イ) ア) で選んだ人物は、あなたにどのような対応をしましたか？次の①～⑦について、あてはまる程度を示す数字を選んで○をつけてください。

- | | なかった | あつた |
|----------------------------|---------------------|-----|
| ①言いわけをした…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②反発した言い方や態度をとった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③あやまった…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④起こったできごとについて改めて話を聞いた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤そのできごとについて説明をした…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥対応をあらためた…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦その他 [] | | |

2) あなたは誰に対応してほしいと思いましたか？

次の中から最もあてはまる人物1名に○をつけてください。

- ① () 相手の看護師 ② () 病棟の看護師長 ③ () 他の看護師
 ④ () 主治医 ⑤ () 病院の管理者 (院長・事務長など)
 ⑥ () 患者相談担当者 ⑦その他 []

3) あなたは 2) で選んだ人にどのような対応をしてほしいと思いましたか？次の①～⑧について、あてはまる数字に○をつけてください。

- | | まったく思わなかった | とても思った |
|---------------------------|---------------------|--------|
| ①あやまってほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ②わたしの気持ちに気づいてほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ③わたしを気づかってほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ④わたしの話をきちんと聞いてほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤起こったできごとについて説明してほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥はじめからわかりやすく説明してほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦親身に対応してほしい…………… | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑧その他 [] | | |

4) その時体験した問題は解決しましたか？…全く解決されてない 完全に解決された
 0-----1-----2-----3

5) 怒りの感情はおさまりましたか？……………全くおさまっていない 完全ににおさまった
 0-----1-----2-----3

6. このようなできごとが、これから起こらないようにしていくために、どのような改善が必要だと思いますか？ぜひご意見をお聞かせください。

7. あなたご自身のことを教えてください。

1) 性別を教えてください：① () 男性 ② () 女性

2) 年齢を教えてください：() 歳代

3) 今回の入院について教えてください。

(1)入院期間を教えてください：

- ① () 1週間以内 ② () 1～2週間 ③ () 3～4週間

- ④ () 1～2か月 ⑤ () 2か月以上

(2)今回のご入院は何度めでしたか？：() 度め

(3)今回の入院の目的は何でしたか？差し支えなければお教えてください。

(4)退院後、外来通院がどのくらい必要ですか？(例:毎週、1カ月に1回など)

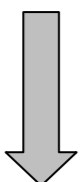
質問は以上です、ご静養中のところ本当にありがとうございました。

お手数ですが、この用紙を同封の封筒に入れ、ご退院後 10 日以内に郵便ポストにご投函ください。また、同封のはがきに、調査結果の郵送のご希望の有無をお書きいただき、郵便ポストにご投函ください。また、次のページのインタビュー調査へのご参加の願いをお読みくださいますようお願いいたします。

今回の入院中に、看護師に対して腹だたいと感じられたり怒りを感じられたりした体験についてお聞かせください。

1. 入院中に、看護師に対して腹だたいと感じられたり怒りを感じられたりした体験はありましたか？
() 内に○をつけてください。

- ① () 体験はあった
- ② () 体験はなかった



体験がなかったと答えられた方は、最後のページの質問項目 6 へお進みください。

これからの質問は、体験があったと答えられた方のみお答えください。

2. 体験された中で、最も腹だたいと感じられたり怒りを感じられたりした体験を1つ教えてください。

1) それは、どのような時の体験でしたか、次の①～⑥のうち最も近いものと思われるものに○をつけてください。

- ① () 看護師から採血や点滴などの治療に関係する処置を受けていた
- ② () 看護師から食事の介助やからだを拭くなどの世話を受けていた
- ③ () 看護師から体温や血圧を測られたり、からだの具合を聞かれていた
- ④ () 看護師から検査や手術についての説明を受けていた
- ⑤ () 看護師から食事や生活などで気をつけることなどの説明を受けていた
- ⑥ () 看護師に用があり、対応を頼んでいた
- ⑦その他 []

2) 看護師に対して腹だたい体験された時に、腹が立った理由としてどのようなことがありましたか？ 次の①～⑨について、あてはまる数字に○をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|---------------------|--------|
| | まったくなかった | とてもあった |
| ①よけいな痛みや不快を味わった..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ②雑な対応や扱いを受けた..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ③納得できない要求をされた..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ④要求に応じてもらえなかった..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤自分のことばや行動が受け流された..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥約束が破られたり、期待や信頼が裏切られた..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦プライバシーが守られなかった..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑧プライドが傷つけられた..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑨社会一般のルールやマナーに反する扱いを受けた..... | 0-----1-----2-----3 | |

3) さしつかえなければ、どのような出来事だったか具体的にお書きください。

4) その時のあなたの気持ちを表す適切な言葉と程度を選んで○をつけてください。

- | | | |
|------------|---------------------|--------|
| | まったくなかった | とてもあった |
| ①怒り..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ②恐怖..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ③ゆううつ..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ④悲しみ..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤いらだち..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥とまどい..... | 0-----1-----2-----3 | |

5) その時に自覚するようなからだの変化がありましたか？

あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- ① () 変化はなかった
- ② () 顔が赤らんだ
- ③ () 声が大きくなった
- ④ () からだがこわばった
- ⑤ () 胸がドキドキした
- ⑥ () 涙が出てきた
- ⑦ () 無口になった
- ⑧その他 []

3. 相手の看護師について教えてください。

1) その時、看護師はあなたの気持ちに気がついていましたか？

- ① () 気がついていました
- ② () 気がついていなかった



ア) 気がついていましたと答えられた方にお聞きします。
その時看護師は、あなたにどう対応しましたか？

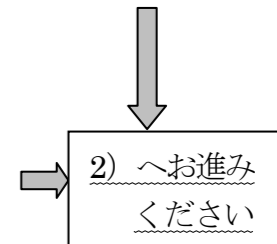
- ① () 言葉や行動で反応を示した
- ② () 何もしなかった



イ) 言葉や行動で反応を示したと答えられた方にお聞きします。

その時看護師はあなたにどのような言葉や行動を示しましたか？ 次の①～⑥の項目について、あてはまる程度を示す数字を選んで○をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|---------------------|-----|
| | なかった | あった |
| ①いいわけをした..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ②反発した言い方や態度をとった..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ③あやまった..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ④わたしの気持ちや感じたことについて話を聞いた..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑤そのできごとについて説明をした..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑥無視をした..... | 0-----1-----2-----3 | |
| ⑦その他 [] | | |



2) あなたはこの時、看護師にどのような対応をしてほしかったですか？

[]

4. 怒りを感じた時のあなたの行動や考えられたことについて教えてください。

1) その時あなたは、どのような行動をとられましたか？

次の①～⑥でもっともあてはまるもの1つに○をつけてください。

- ① () 相手の看護師に感情的に怒りをぶつけた
- ② () 責任者に感情的に怒りをぶつけた
- ③ () 責任者や関係者に言いつけた
- ④ () 知人・友人・家族に話してうっぷんをはらした
- ⑤ () 相手の看護師に感情をおさえて不満や不快感を伝えた
- ⑥ () 責任者に対して冷静に不満や不快感を伝えた
- ⑦ () がまんしていつもと変わらない態度をとった
- ⑧その他 []

2) もしよろしければ、あなたがその行動をとられた理由をお教えてください。

[]

5. あなたが取った行動の結果について教えてください。

1) あなたが取った行動に対して、何か対応はありましたか？

- ① () あった ② () なかった



あつたと答えられた方にお聞きします。

誰が対応しましたか？次の中から印象に残った人物1名に○をつけてください。

- ① () 相手の看護師 ② () 病棟の看護師長
- ③ () 他の看護師 ④ () 主治医
- ⑤ () 病院の管理者 (院長・事務長など)
- ⑥ () 患者相談担当者 ⑦その他 []

2) その時体験した問題は解決しましたか？…全く解決されてない 完全に解決された

0-----1-----2-----3

3) 怒りの感情はおさまりましたか？……全くおさまっていない 完全におさまった

0-----1-----2-----3

6. 患者の皆さまが快適に入院生活を送るために、あるいはあなたをご体験されたようなできごとがこれから起こらないようにしていくために、どのような改善や対応が必要だと思われますか？ ぜひご意見をお聞かせください。

[]

7. あなたご自身のことを教えてください。

1) 性別を教えてください：① () 男性 ② () 女性

2) 年齢を教えてください：() 歳代

3) 今回の入院について教えてください。

(1)入院期間を教えてください：

- ① () 1週間以内 ② () 1～2週間 ③ () 3～4週間
- ④ () 1～2か月 ⑤ () 2か月以上

(2)今回のご入院は何度めでしたか？：() 度め

(3)今回の入院の目的は何でしたか？差し支えなければお教えてください。

[]

(4)退院後、外来通院がどのくらい必要ですか？(例:毎週、1カ月に1回など)

[]

質問は以上です、ご静養中のところ本当にありがとうございました。

お手数ですが、この用紙を同封の封筒に入れ、ご退院後1週間以内に郵便ポストにご投函ください。また、同封のはがきに、調査結果の郵送のご希望の有無をお書きいただき、郵便ポストにご投函ください。

また、看護師に対して腹立たしいと感じられた体験がおありの方は、次のページのインタビュー調査へのご参加のお願いをお読みくださいますようお願い致します。

「患者が入院中に体験した看護師に対する不快感情に関する実態調査」

調査へのご参加のお願い

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、京都第二赤十字病院で看護師をしながら、神戸市看護大学大学院で学んでおります中川典子と申します。近年、病院内において医療従事者が患者から受ける暴言・暴力が問題視され、さまざまな安全対策が講じられるようになってきています。その対策は、施設の安全管理システムや職員教育に重点を置いたものが多く、そうした行為に至った患者の側に焦点を当てたものはわずかしかありません。そこで、患者の怒りの感情から発生する院内暴力の予防をめざし、まず患者が不快と感じる事柄を体験した時に生じる情緒経験の過程を明らかにすること、次に直接的な攻撃行動に発展する前に、患者が感じている怒りの感情の徴候や原因をとらえ患者が冷静に怒りを表出できるようにするための看護師の対応を検討することを目的に研究に取り組んでおります。

今回は、まず医療機能評価機構の病院機能評価を受審されており 7 対 1 入院基本料を届け出ている西日本の一般病院を対象に、患者の皆さまが入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験の有無とその内容についての実態を明らかにしようと考えております。

つきましては、貴施設にぜひともご参加いただきたくお願い申し上げます。

まずは、下記をお読みいただいたうえで、調査についての説明を聞いていただけるかどうかのお返事をいただきたいと考えております。

1. 調査目標

- 1) 患者が看護師との関わりの中で、どのような嫌悪事象が怒りを喚起するのか、怒りの喚起にはどのような要因が影響しているのか、喚起された怒りはどのように処理されるのか、その過程には何が影響しているのか、怒りはどのように表出されるのか、また看護師がその時どのような対応をしているのかについて特徴や傾向を明らかにする。
- 2) 1)と同時に、患者の看護師に対する怒りの喚起と処理過程のエピソードをより詳細に理解するために、個々人の怒り体験の過程、怒り体験時やその後の看護師の対応、患者が望む看護師の対応などについて探究する。

2. 調査方法

目標 1) 自記式質問紙郵送法、目標 2) 半構成的面接法

3. お願いしたいこと

- 1) 貴施設を治癒・軽快・寛解・不変退院、並びに転院される患者さままで自記式質問紙に回答可能な 20 歳以上の方（心療内科入院の方、精神疾患を有する方、認知症症状のある方、産科・小児科入院の方は除きます）に対して、ご退院日に添付の質問紙を可能な範囲でお渡しください。質問紙の内容は、入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験とその内容です（添付資料 1）。調査用紙にお答えいただくために必要な時間は、約 20 分です。
- 2) 質問紙にご回答いただいた方々を対象に、質問紙調査の内容の詳細についてのインタビューを考えております。ご了承が得られましたら、質問紙調査へのご参加のお願いとともにインタビュー調査についての説明用紙を同封させていただきますと考えております。インタビュー調査へのご参加につきましては、同封の用紙で患者さまに

調査についての概要についての説明を聞いていただけるようご依頼をし、説明を聞いていただけるかどうかは同封のはがきの返送で確認させていただきます。したがって、看護管理者の皆さまのお手をわずらわせることはありません。

4. 調査にあたりまして、お約束すること。

- 1) 調査は研究者の責任において行います。患者さまならびにご家族からのご質問には、研究者がすべて答えさせていただきます。
- 2) 調査は無記名で行います。質問紙調査の結果は統計的に処理し、病院や個人は特定されることなく、研究者以外には漏れないよう厳重に管理いたします。調査結果は研究以外の目的には使用せず、研究終了後は確実に処分いたします。調査結果につきましては、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際にも病院や個人が特定されないよう十分に留意いたします。なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行うものです。
- 3) インタビュー調査にご参加をお願いする方には、施設と係争中の方や係争・補償交渉を考えている方は除かせていただきます。また調査後であっても、係争や補償交渉には協力できないという研究者の立場を説明したうえで調査を行います。施設には一切ご迷惑のかからないよう配慮いたします。

今回の研究で得られた結果は、院内暴力の予防対策の策定ならびに、患者の皆さまが快適な入院生活を送るための看護提供に反映することができると考えております。

以上のように、患者の皆さまへの質問紙調査と、その後のインタビュー調査を考えておりますが、十分な倫理的配慮が必要となります。したがって、まずは一度、直接お目にかかりまして、あらためてのお願いと本研究に関する具体的な内容についての説明をさせていただきたいと考えております。

計画書と質問紙をご検討いただいたうえで、退院される患者の皆さまへの調査についての説明を聞いていただけるかどうかのお返事をいただきたいと考えております。話を聞いてもよいとお考えの場合は、同封の返送用のはがきに、説明を聞いてくださる施設の代表の方のお名前とご連絡先をご記入の上、プライバシー保護シールを貼りご投函ください。調査へのご参加はご参加いただける方のご自由であり、ご参加いただけない場合でも何ら問題ありません。また一度調査へのご参加をご了承いただいた場合でも、途中で取り消していただいても結構です。

お忙しいところお手数をおかけしますが、どうかよろしくお取り計らいますよう重ねてお願い申し上げます。

ご質問等がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。折り返しこちらからご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 連絡先；携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
--	---

「患者が入院中に体験した看護師に対する不快感情に関する実態調査」

調査へのご参加のお願い

1. 研究背景

近年、病院内において医療従事者が患者から受ける暴言・暴力が問題視され、さまざまな安全対策が講じられるようになってきています。その対策は、施設の安全管理システムや職員教育に重点を置いたものが多く、そうした行為に至った患者の側に焦点を当てたものはわずかしかありません。そこで、患者の怒りの感情から発生する院内暴力の予防をめざし、まず患者が不快と感じる事柄を体験した時に生じる情緒経験の過程を明らかにすること、次に直接的な攻撃行動に発展する前に、患者が感じている怒りの感情の徴候や原因をとらえ患者が冷静に怒りを表出できるようにするための看護師の対応を検討することを目的に研究に取り組んでおります。

今回は、まず医療機能評価機構の病院機能評価を受審されており7対1入院基本料を届け出ている西日本の一般病院を対象に、患者さまが入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験の有無とその内容についての実態を明らかにしようと考えております。

2. 調査目標

- 1) 患者が看護師との関わりの中で、どのような嫌悪事象が怒りを喚起するのか、怒りの喚起にはどのような要因が影響しているのか、喚起された怒りはどのように処理されるのか、その過程には何が影響しているのか、怒りはどのように表出されるのか、また看護師がその時どのような対応をしているのかについて特徴や傾向を明らかにする。
- 2) 1)と同時に、患者の看護師に対する怒りの喚起と処理過程のエピソードをより詳細に理解するために、個々人の怒り体験の過程、怒り体験時やその後の看護師の対応、患者が望む看護師の対応などについて探究する。

3. 調査方法

目標 1) 自記式質問紙郵送法

目標 2) 半構成的面接法

4. お願いしたいこと

- 1) 平成〇年△月□日～〇日の間に、貴施設を治癒・軽快・寛解・不変退院、並びに転院される患者さままで自記式質問紙に回答可能な20歳以上の方（心療内科入院の方、精神疾患を有する方、認知症症状のある方、産科・小児科入院の方は除きます）に対して、ご退院日に添付の質問紙を可能な範囲でお渡しください。質問紙の内容は、入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験とその内容です（添付資料1）。

またお渡しいただく際に、「このアンケート調査は神戸市看護大学の大学院生からの依頼で、当院とは全く関係ありません。アンケートへお答えいただくかどうかは患者さまの自由です。お答えいただかなくても何ら不都合はありません」と、一言申し添えてくださいますようお願いいたします。

- 2) 質問紙にご回答いただいた方々を対象に、質問紙調査の内容の詳細についてのインタビューを考えております。ご了承が得られましたら、質問紙調査へのご参加のお願いとともにインタビュー調査についての説明用紙を同封させていただきたいと考えております（添付資料2）。インタビュー調査へのご参加につきましては、同封の用紙で患者さまに調査についての概要についての説明を聞いていただけるようご依頼を、ご参加への意思は同封のはがきの返送で確認させていただきますので、看護管理者の皆さまのお手をわずらわせることはありません。
- 3) お渡しする同意書に、研究参加の有無、研究への参加をご同意いただける場合はその項目と質問紙の部数、代表者のお名前と郵送先をご記入の上、封筒に入れご投函ください。

5. 調査にあたりまして、お約束すること。

- 1) 調査は研究者の責任において行います。患者さまならびにご家族からのご質問には、研究者がすべて答えさせていただきます。なにかございましたら、研究者にご一報ください。
- 2) 質問紙調査へご参加いただきました患者さまに対しまして、研究への参加によって不利益を受けない権利の保証、研究目的・内容を知る権利の保証、自己決定の権利の保証、プライバシー・匿名性・機密保持の権利の保証を確実にお約束いたします。また、研究結果の公開についての説明を記載し、ご同意いただきました方のみ質問紙にお答えいただくようお願いいたします。
- 3) インタビュー調査にご参加をお願いする方には、施設と係争中の方や係争・補償交渉を考えている方は除かせていただきます。また調査後であっても、係争や補償交渉には協力できないという研究者の立場を説明したうえで調査を行います。施設には一切ご迷惑のかからないよう配慮いたします。
- 4) 調査結果につきましては、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理するための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際にも病院や個人が特定されないよう十分に留意いたします。なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行うものです。
- 5) 調査結果をお知りになりたい方には、調査終了後に調査結果の概要を送付させていただきますのでお申しつけください。
お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、よろしくご検討くださいますよう重ねてお願い申し上げます。
何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

<p>研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 連絡先：携帯： E-mail：d0803@st.kobe-ccn.ac.jp</p>	<p>指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）</p>
--	---

同意書

「患者が入院中に体験した看護師に対する不快感情に関する実態調査」に関する趣旨と内容について、中川典子より口頭と書面で説明を受けました。

そのうえで、（*該当するところにご記入ください）

（ ） 質問紙の配布のみ同意します。（配布部数 部）

（ ） 質問紙とインタビュー調査の説明書の配布について同意します。

（配布部数 部）

（ ） 同意しません。

施設名： _____

ご署名（自署）： _____ 平成 年 月 日

質問紙の送付部署名： _____

調査結果の送付を（ ） 希望する、（ ） 希望しない

説明者署名： _____ 平成 年 月 日

*この用紙は、「調査へのご参加に関するお願い」の用紙とともに、保管してください

*一旦、ご承諾いただいた後でも辞退したい、あるいは一時的に参加を辞したいと思われる際には、添付の同意取り消し書をご送付ください。

*何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
--	---

「患者の皆さまが入院中に体験した看護師に対する不快感情に関する実態調査」

調査へのご参加のお願い

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、神戸市看護大学大学院生の中川典子と申します。

近年、病院内において医療従事者が患者さまから受ける暴言・暴力が問題視され、さまざまな安全対策が講じられるようになってきています。その対策は、施設の安全管理システムや職員教育に重点を置いたものが多く、そうした行為に至った患者さまの側に焦点を当てたものはわずかしきありません。そこで、患者さまの怒りの感情から発生する院内暴力の予防をめざし、まず患者さまが不快と感じる事柄を体験した時に生じる情緒経験の過程を明らかにすること、次に患者さまが感じている怒りの感情の徴候や原因をとらえ怒りをアサーティブに表出できるようにするための看護師の対応を検討することを目的に研究に取り組んでおります。

今回は、患者の皆さまが入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験についてお話を聞かせていただくことで、実態を明らかにしようと考えております。

つきましては、貴団体にぜひともご参加いただきたくお願い申し上げます。

研究内容をご検討いただいたうえで、調査についての説明を聞いていただけるかどうかのお返事をいただきたいと思いますと考えております。

まずは、インタビュー調査についての説明を直接させていただきたいと考えております。以下の内容をお読みのうえ、説明を聞いてもよいと思われた場合は、同封のはがきにご連絡先などをお書きいただき、郵便ポストにご投函ください。あらためましてこちらからご連絡いたします。

1. 調査目的

入院患者さまの看護師に対する怒りの感情がどのように整理されるのか、その過程を理解する。

2. 調査方法

〇〇会にご所属されている方で、ここ1年の間にご入院の経験のある方に、「入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験」についてお話をうかがうインタビュー調査です。

インタビュー調査のあらまし：

○インタビューの時間と回数：1回 30～40分程度を2～3回

○お聞きしたい内容：

- 1) 看護師に対して怒りを感じたのはどのような場面ですか？
- 2) その時、看護師はどのような対応をされましたか？
- 3) その時、どのような行動をとりましたか？またそれはなぜですか？
- 4) あなたが取った行動に対して、看護師から何かの反応がありましたか？
- 5) またその時、どのような対応があればよかったですか？など

調査へのご参加のお願い

1. 研究背景

近年、病院内において医療従事者が患者から受ける暴言・暴力が問題視され、さまざまな安全対策が講じられるようになってきています。その対策は、施設の安全管理システムや職員教育に重点を置いたものが多く、そうした行為に至った患者の側に焦点を当てたものはわずかしきありません。そこで、患者の怒りの感情から発生する院内暴力の予防をめざし、まず患者が不快と感じる事柄を体験した時に生じる情緒経験の過程を明らかにすること、次に患者さまが感じている怒りの感情の徴候や原因をとらえ怒りをアサーティブに表出できるようにするための看護師の対応を検討することを目的に研究に取り組んでおります。

今回は、まず患者さまが入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験の有無とその内容についての実態を明らかにしようと考えております。

2. 調査目標

入院患者さまの看護師に対する怒りの感情がどのように整理されるのか、その過程を理解する。

3. 調査方法

〇〇会にご所属されている方で、ここ1年の間にご入院の経験のある方に、「入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験」についてお話をうかがうインタビュー調査です。

インタビュー調査のあらまし：

- インタビューの時間と回数：1回 30～40分程度を2～3回
- お聞きしたい内容：
 - 1) 看護師に対して怒りを感じたのはどのような場面ですか？
 - 2) その時、看護師はどのような対応をしましたか？
 - 3) その時、どのような行動をとりましたか？またそれはなぜですか？
 - 4) あなたが取った行動に対して、看護師から何かの反応がありましたか？
 - 5) またその時、どのような対応があればよかったですか？など
- インタビューの場所：

ご相談の上で、ご都合のよい公的な場所の会議室などで行います。

4. お願いしたいこと

- 1) 貴〇〇会にご所属の方に、インタビュー調査へのご参加の依頼用紙を送付させていただきたいと考えております（添付資料）。インタビューの内容は、入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じたりした体験についてです。インタビューへのご参加につきましては、同封の用紙で患者の皆さまに調査についての概要についての説明を聞いていただけるようご依頼を、ご参加への意思は同封のはがきの返送で確認させていただきますので、皆さまのお手をわずらわせることはありません。

3. お願いしたいこと

- 1) 貴団体のご会員の皆さまにインタビュー調査へのご参加のお願い文を送付させていただき、該当される方で調査へ参加してもよいと思われた方から、お返事をいただければと考えております。
- 2) インタビュー調査のご協力のお願いの送付にあたりまして、お願い文と返信用はがき封入しました封筒に郵送料を貼付したうえで貴団体にお渡しします。会員の皆さまの住所や氏名などのプライバシーの保護ため、お手数をおかけしますが、封筒への住所・氏名の記入につきましては貴団体でお願いいたします。

4. 調査にあたりまして、お約束すること。

- 1) インタビューの内容は厳重に管理し、入院されていた施設や個人は特定されることなく、研究者とその指導者以外には漏れないよう厳重に管理いたします。調査結果は研究以外の目的には使用せず、研究終了後は確実に処分いたします。
- 2) 調査結果につきましては、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理するための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際にも病院や個人が特定されないよう十分に留意いたします。なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得ておこなうものです。

今回の研究で得られた結果は、院内暴力の予防対策の策定ならびに、患者の皆さまが快適な入院生活を送るための看護提供に反映することができると考えております。

以上のように、患者の皆さまへのインタビュー調査を考えておりますが、十分な倫理的配慮が必要となります。したがって、まずは一度、直接お目にかかりまして、あらためてのお願いと本研究に関する具体的な内容についての説明をさせていただきたいと考えております。

研究内容をご検討いただいたうえで、調査についての説明を聞いていただけるかどうかのお返事をいただきたいと思います。話を聞いてもよいとお考えの場合は、同封の返送用のはがきに、説明を聞いてくださる代表の方のお名前とご連絡先をご記入の上、プライバシー保護シールを貼り、ご投函ください。調査へのご参加はご参加いただける方のご自由であり、ご参加いただけない場合でも何ら問題ありません。また、一度調査への参加をご了承いただいた場合でも、途中で取り消していただいて結構です。

お忙しいところお手数をおかけしますが、どうかよろしくお取り計らいますよう重ねてお願い申し上げます。

何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
--	---

「患者が入院中に体験した看護師に対する不快感情に関する実態調査」

- 2) インタビュー調査のご協力をお願いの送付にあたりまして、お願文と返信用はがき封入しました封筒に郵送料を貼付したうえで貴団体にお渡しします。会員の皆さまの住所や氏名などのプライバシーの保護ため、封筒への住所・氏名の記入につきましては貴団体でお願いいたします。お手数をおかけします。
- 3) インタビュー調査へご参加いただきました患者の皆さまに対しまして、研究への参加によって不利益を受けない権利の保証、研究目的・内容を知る権利の保証、自己決定の権利の保証、プライバシー・匿名性・機密保持の権利の保証を確実にお約束いたします。また、研究結果の公開についての説明を記載し、ご同意いただきました方のみインタビューにお答えいただくようお願いいたします。
- 4) お渡しする同意書に、研究参加の有無、研究への参加をご同意いただける場合は、お名前と郵送先をご記入の上、封筒に入れご投函ください。

5. 調査にあたりまして、お約束すること。

- 1) 調査は研究者の責任において行います。患者さまならびにご家族からのご質問には、研究者がすべて答えさせていただきます。なにかございましたら、研究者にご一報ください。
- 2) 調査へご参加いただきました患者の皆さまに対しまして、研究への参加によって不利益を受けない権利の保証、研究目的・内容を知る権利の保証、自己決定の権利の保証、プライバシー・匿名性・機密保持の権利の保証を確実にお約束いたします。また、研究結果の公開についての説明を記載し、ご同意いただきました方のみインタビューにお答えいただくようお願いいたします。
- 3) 調査結果につきましては、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際にも病院や個人が特定されないよう十分に留意いたします。なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行うものです。
- 4) 調査結果をお知りになりたい方には、調査終了後に調査結果の概要を送付させていただきますのでお申しつけください。

お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、よろしくご検討くださいますようお願い申し上げます。

何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
---	---

同意書

「患者入院中に体験した看護師に対する不快感に関する実態調査」に関する趣旨と内容について、中川典子より口頭と書面で説明を受けました。

そのうえで、（*該当するところにご記入ください）

（ ）インタビュー調査の説明書の配布について同意します。

（配布部数 部）

（ ）同意しません。

貴団体名： _____

ご署名（自署）： _____ 平成 年 月 日

質問紙の送付部署名： _____

調査結果の送付を（ ）希望する、（ ）希望しない

説明者署名： _____ 平成 年 月 日

*この用紙は、「調査へのご参加に関するお願い」の用紙とともに、保管してください

*一旦、ご承諾いただいた後でも辞退したい、あるいは一時的に参加を辞したいと思われる際には、添付の同意取り消し書をご送付ください。

*何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
---	---

同意取り消し書

私は、「患者が入院中に体験した看護師に対する不快感情に関する実態調査」への研究の参加を依頼され、一旦同意し同意書へ署名をしましたが、その同意を取り消します。

平成 年 月 日

神戸市看護大学大学院博士後期課程

看護管理分野 中川 典子 宛

ご所属（施設名、または患者団体名）：_____

お名前：_____

連絡先：_____

研究者：中川典子

神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野

〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4

連絡先：携帯：

指導教員：林千冬

神戸市看護大学大学院

看護管理学分野教授

TEL：078-794-8080（代表）

入院中に看護師に対して腹がたったり怒りを感じた体験についての インタビュー調査へのご参加についての説明のお願い

このアンケートの質問項目2以降にお答えいただいた方に、インタビュー調査へのご参加をお願いします。

1. 調査目的

入院患者さまの看護師に対する怒りの感情がどのように整理されるのか、その過程を理解する。

2. 調査方法

入院の経験のある方に、「入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験」についてお話をうかがうインタビュー調査です。

3. お願いしたいこと

まずは、インタビュー調査についての説明を直接させていただきたいと考えております。以下の内容をお読みのうえ、説明を聞いてもよいと思われた場合は、同封のはがきにご連絡先などをお書きいただき、郵便ポストにご投函ください。あらためましてこちらからご連絡いたします。

インタビュー調査のあらまし：

○インタビューの時間と回数：1回30～40分程度を2～3回

○お聞きしたい内容：

- 1) 看護師に対して怒りを感じたのはどのような場面ですか？
- 2) その時、看護師はどのような対応をしましたか？
- 3) その時、どのような行動をとりましたか？またそれはなぜですか？
- 4) あなたが取った行動に対して、看護師から何かの反応がありましたか？
- 5) またその時、どのような対応があればよかったですか？など

○インタビューの場所：

ご相談の上で、ご都合のよい公的な場所の会議室などで行います。

○看護師に対してお腹立ちになられた体験をお話いただくあいだに、その時の感情がよみがえってくる場合があります。お話の途中で気分が悪くなられた場合、インタビューはすぐに中断し対応します。またインタビューの前後には、ご希望により血圧と脈を測らせていただきます。血圧が高い場合などは、インタビューを中止いたします。インタビューが終わりましたら、からだをリラックスさせる簡単な体操をしていただきます。

○交通費など：

説明を聞いていただく場所やインタビューさせていただく場所までの交通費はこちらが負担します。またインタビューに際しまして薄謝（図書カード500円相当）をいたします。

説明を聞かれました後で、インタビュー調査にご参加いただけるかご検討ください。インタビュー調査へのご参加はご本人の自由です。ご参加いただけない場合も、何ら支障はございません。また、一度インタビュー調査への参加のご承諾をいただいた場合も、途中で取り消していただいても結構です。

但し現在、医療施設に対して補償の請求などを考えている方は、誠に勝手ながらご参加いただけません。

4. 調査にあたりまして、お約束すること。

ご参加いただきます方のプライバシーの保護には十分配慮をさせていただきます。インタビュー結果をまとめ、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際に個人名や入院されていた施設名が出てくることはありません。なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行うものです。

あらまは以上です。もう少し詳しく説明させていただきますので、インタビュー調査につきまして、説明を聞いてもよいかどうかについてご検討ください。説明を聞いてもよいと思われた方は、同封のはがきにご連絡先などをお書きいただき、保護シールを貼った上で郵便ポストにご投函ください。あらためましてこちらからご連絡いたします。

この調査に関して何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
---	---

〇〇会の会員の皆さまへ

インタビュー調査へのご参加についての説明のお願い

このたび、ご所属されている〇〇会さまのご厚意により、このような形で突然お願いすることをお許しください。

私は、神戸市看護大学の大学院で学んでおります中川典子と申します。

最近、入院期間が短くなったり、医療の高度化、医師や看護師の人数が足りないなどの影響で、患者さまと看護師との間に行き違いなどが起こり、皆さまが不愉快に感じられるような問題が生じてきています。そこで、患者の皆さまが入院中に看護師に対して腹だたいと感じたり怒りを感じた体験をされたことがあるかどうか、体験がある場合どのような状況であったのかについて、知りたいと考えました。そして調査の結果を、患者の皆さまが快適な入院生活を送るための看護に反映したいと考えています。

つきましては、患者の皆さまから率直なご意見をいただきたいと思っておりますので、〇〇会にご所属されている方で、ここ1年の間にご入院の経験のある方に、ぜひともインタビュー調査にご参加いただきたくお願い申し上げます。

1. 調査目的

入院患者さまの看護師に対する怒りの感情がどのように整理されるのか、その過程を理解する。

2. 調査方法

〇〇会にご所属されている方で、ここ1年の間にご入院の経験のある方に、「入院中に看護師に対して腹だたいと感じたり怒りを感じた体験」についてお話をうかがうインタビュー調査です。

3. お願いしたいこと

まずは、インタビュー調査についての説明を直接させていただきたいと考えております。以下の内容をお読みのうえ、説明を聞いてもよいと思われた方は、同封のはがきにご連絡先などをお書きいただき、郵便ポストにご投函ください。あらためましてこちらからご連絡いたします。

インタビュー調査のあらまし：

○インタビューの時間と回数：1回 30～40分程度を2～3回

○お聞きしたい内容：

- 1) 看護師に対して怒りを感じたのはどのような場面ですか？
- 2) その時、看護師はどのような対応をされましたか？
- 3) その時、どのような行動をとりましたか？またそれはなぜですか？
- 4) あなたが取った行動に対して、看護師から何かの反応がありましたか？
- 5) またその時、どのような対応があればよかったですか？など

○インタビューの場所：

ご相談の上で、ご都合のよい公的な場所の会議室などで行います。

入院中に看護師に対して腹がたったり怒りを感じた体験についての実態調査への インタビュー調査へのご参加のお願い

1. 調査の背景

最近、入院期間が短くなったり、医療の高度化、医師や看護師の人数が足りないなどの影響で、患者さまと看護師との間に行き違いなどが起こり、皆さまが不愉快に感じられるような問題が生じてきています。そこで、患者の皆さまが入院中に看護師に対して腹だたしいと感じたり怒りを感じた体験をされたことがあるかどうか、体験がある場合どのような状況であったのかについて、知りたいと考えました。そして調査の結果を、患者との皆さまが快適な入院生活を送るための看護に反映したいと考えています。

2. 調査目標

入院患者さまの看護師に対する怒りの感情がどのように整理されるのか、その過程を理解する。

3. お願いしたいこと

1) 入院中に看護師に対して腹立たしいと感じたり怒りを感じた体験につきまして、研究者にお話しくださいようお願い申し上げます。約30～40分程度のインタビューを1～2回考えております。お聞きしたい大まかな内容は次の①～⑤です。

- ① 看護師に対して怒りを感じたのはどのような場面ですか？
- ② その時、看護師はどのような対応をしましたか？
- ③ その時、どのような行動をとりましたか？またそれはなぜですか？
- ④ あなたが取った行動に対して、看護師から何かの反応がありましたか？
- ⑤ またその時、どのような対応があればよかったですか？

2) 1) のインタビューとは別に、後日インタビューをまとめた内容をご確認いただき、お話しいただいた内容と相違がないかについて、ご意見をうかがわせてください。約30分程度の時間を1回考えております。

4. 調査にあたりまして、お約束すること。

1) 調査は研究者の責任において行います。ご入院されていた病院や所属されている患者団体とは一切関係はありません。ご質問など、なにかございましたら、研究者の次ページの連絡先にご一報ください。なお現在、医療施設に対して補償の請求などを考えている方は、誠に勝手ながらご参加いただけません。

2) 調査へのご参加は、あなたの自由な意思によるものです。ご参加はお断りになっても結構です。ご参加の有無につきましては、ご入院されていた病院や所属されている患者団体などには一切口外いたしません。したがってそのことによって、治療や待遇などで不利益を受けることは一切ございません。また一度ご同意いただいた場合でも、お断りになっても結構です。

3) インタビューに際しましては、プライバシーを侵害することがないように十分配慮させていただきます。またあなたの氏名や入院されていた病院などにつきましては、すべて記号を用い特定されないように注意します。なおインタビューは、ご相談の上で、ご都合のよい公的な場所の会議室など、プライバシーが十分守られる場所で行います。

○看護師に対してお腹立ちになられた体験をお話いただくあいだに、その時の感情がよみがえってくる場合があります。お話の途中で気分が悪くなられた場合、インタビューはすぐに中断し対応します。またインタビューの前後には、ご希望により血圧と脈を測らせていただきます。血圧が高い場合などは、インタビューを中止いたします。インタビューが終わりましたら、からだをリラックスさせる簡単な体操をしていただきます。

○交通費など：

説明を聞いていただく場所やインタビューさせていただく場所までの交通費はこちらが負担します。またインタビューに際し薄謝（図書カード500円相当）をいたします。

説明を聞かれました後で、インタビュー調査にご参加いただけるかご検討ください。インタビュー調査へのご参加はご本人の自由です。ご参加いただけない場合も、何ら支障はございません。また、一度インタビュー調査への参加のご承諾をいただいた場合も、途中で取り消していただいて結構です。

但し現在、医療施設に対して補償の請求などを考えている方は、誠に勝手ながらご参加いただけません。

4. 調査にあたりまして、お約束すること。

ご参加いただきます方のプライバシーの保護には十分配慮をさせていただきます。インタビュー結果をまとめ、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際に個人名や入院されていた施設名が出てくることはありません。

また今回、調査へのご参加のお願い送付させていただくに際しまして、あなたのご住所やご氏名には一切触れていません。この調査には〇〇会さまは、善意で送付のご協力をいただいただけで、会とは一切関係ありません。そのため調査へのご参加もあなたの自由であり参加しなくても不利益は一切生じません。

なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得ておこなうものです。

あらまは以上ですが、もう少し詳しく説明させていただきますので、インタビュー調査への参加のお願いについて、説明を聞いてもよいかどうかについてご検討ください。説明を聞いてもよいと思われたました方は、同封のはがきにご連絡先などをお書きいただき、保護シールを貼った上で郵便ポストにご投函ください。あらためましてこちらからご連絡いたします。

この調査に関して何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
--	---

- 4) インタビューの内容は、許可が得られました場合にはテープ録音させていただきます。録音の許可が得られない場合には、メモを取ることをご了承ください。
- 5) インタビューに際しましては、お話になりたくないことは、お話にならなくても結構です。また、すでにお話になられたことでも取り消したいと思われる箇所は、お知らせいただいた時点で削除いたします。
- 6) 看護師に対してお腹立ちになられた体験をお話いただくあいだに、その時の感情がよみがえってくる場合があります。お話の途中で気分が悪くなられた場合、インタビューはすぐに中断し対応します。またインタビューの前後には、ご希望により血圧と脈を測らせていただきます。血圧が高い場合などは、インタビューを中止いたします。インタビューが終わりましたら、からだをリラックスさせる簡単な体操をしていただきます。
- 7) 研究の過程で得られました情報は、研究関係者（研究者自身と研究指導者）以外はふれられないよう、厳重に管理いたします。
- 8) 調査で得られた情報を、本研究以外で使用することは絶対にありません。またデータ上、個人が特定されるような氏名や施設名などは全て匿名としますので、個人や施設にご迷惑をかけることは一切ありません。データ類は責任を持って厳重に保管し、研究終了後には確実に破棄いたします。
- 9) 調査結果につきましては、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたします。公表の際にも、公表の際にも、個人名や施設名を出すことは決してありません。皆さまのプライバシーを侵害することは一切ございません。
- 10) 研究結果をお知りになりたい方には、報告させていただきますのでお申しつけください。
- 11) 説明を聞いていただく場所やインタビューさせていただく場所までの交通費はこちらが負担します。またインタビューに際し薄謝（図書カード500円相当）をいたします。

この研究が直接、あなたのお役に立つことはないかもしれませんが、これからの患者の皆さまへの医療サービスに役立てていきたいと考えております。

どうか調査の目的をご理解いただき、ご参加いただけますようお願い申し上げます。

ご参加の有無を添付のはがきにご記入の上、プライバシー保護シールを貼り、郵便ポストにご投函ください。ご参加いただけます方には、こちらから連絡させていただきます。十分ご検討いただき、ご参加いただけるかのお返事をいただければ幸いです。

この調査について、ご質問やご意見・ご不明な点などがございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

ご療養中のところ誠に申し訳ありませんが、重ねてよろしくようお願い申し上げます。

なお、この研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得ておこなうものです。

同意書

「入院中に看護師に対して腹がたったり怒りを感じた体験についての実態調査」に関する趣旨と内容について、中川典子より口頭と書面で説明を受けました。

そのうえで、（*該当するところにご記入ください）

（ ）インタビュー調査への参加を同意します。

（ ）インタビュー調査への参加を同意しません。

ご署名（自筆）： _____ 平成 年 月 日

調査参加者代理権者ご署名（ご本人との続柄）

_____（ ）平成 年 月 日

ご連絡先： _____

あらためまして、日程などのご都合につきましてこちらからご連絡させていただきます。

調査結果の送付を（ ）希望する、（ ）希望しない

説明者署名： _____ 平成 年 月 日

*この用紙は、「調査へのご参加に関するお願い」の用紙とともに、保管してください

*一旦、ご承諾いただいた後でも辞退したい、あるいは一時的に参加を辞したいと思われる際には、添付の同意取り消し書をご送付ください。

*何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
---	---

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
---	---

看護職施設代表者様

「患者の怒りを適切に処理できるための看護師の対応の検討」

に関する調査へのご協力をお願い

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、京都第二赤十字病院に在職しながら、神戸市看護大学大学院で看護管理を学んでおります中川典子と申します。

近年、病院内において医療従事者が患者から受ける暴言・暴力が問題視され、さまざまな安全対策が講じられるようになってきています。一般的に暴言・暴力は、なんらかの怒りを契機に発生することが多いと言われています。したがって、院内で発生する暴言・暴力を予防するためには、患者の怒りを早期にとらえ適切に対応することが必要と考えています。

これまでの調査で、患者がどのような状況で怒りを感じるのか、その怒りをどのように処理しているのか、また看護師の対応を患者がどのようにとらえていたのかについてわかってきました。さらに今回の調査では、熟練看護師が患者の怒りや苦情をどのようにとらえ対応しているのかについて、明らかにしたいと考えております。こうした熟練看護師の経験知から、患者の怒りへの適切な対応について検討していきたいと考えております。

つきましては、貴施設の看護師で、患者の怒りや苦情の対応に優れている方に、患者への対応についてお話をうかがうインタビュー調査へご協力いただきたくお願い申し上げます。

1. 調査目的

患者の怒りに対する看護師の対応の過程や構造を明らかにし、患者が怒りをアサーティブに表出できるための看護師の対応について検討する。

2. 調査方法

患者の怒りや苦情に対応した経験のある看護師の方に、「入院患者の怒りや苦情に対応された経験のうち、患者にとっても看護師にとってもうまく対応できた（問題が解決に向かい、患者の気持ちもおさまった）と思われる経験」についてお話をうかがうインタビュー調査です。

3. お願いしたいこと

1) 日頃から入院患者の看護師に対する怒りや苦情に対し、優れた対応をしておられると思われる看護師もしくは看護管理者の方で、調査の説明を聞いていただける方をご紹介ください。その方に、調査の概要とお願いしたいことを説明させていただきます。そのうえで、調査への協力をご検討いただくよう改めてお願いいたします。

2) 調査へご協力いただけます方に、30～40分程度の時間で「入院患者からの看護師への怒りや苦情に対応した経験」についてのお話をうかがいます。お話をうかがいたい内容は次ページの①～④についてです

ご経験された中から、うまく対応できたと思われるケースについて、

- ①患者さまの怒りのいきさつと、その患者さまにどのような立場でいつ対応されたのか
- ②患者さまの怒りに対して、どのように関わられたのか
- ③対応するうえで、どのような工夫をされたり、考慮されているのか、あなたが大事にしていること、あなたならではのコツなど
- ④患者さまの暴言・暴力の予防や対応についてのあなたの考え

4. 調査にあたりまして、お約束すること。

- 1) 調査へのご協力をご協力いただける方のご自由であり、ご協力いただけない場合でも何ら問題ありません。また一度調査への協力をご了承いただいた場合でも、途中で取り消していただいて結構です。
- 2) 病院や個人名などにつきましてはすべて記号を用い、研究者以外には漏れないよう厳重に管理いたします。調査結果は研究以外の目的には使用せず、研究終了後は確実に処分いたします。
- 3) 調査結果につきましては、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたしますが、その際にも病院や個人が特定されないよう十分に配慮いたします。

今回の研究で得られた結果は、患者さまの怒りや苦情に対する看護師のより適切な対応を検討するために活用したいと考えております。これにより、怒りを契機にして発生する暴言・暴力の予防につながるとともに、患者の皆さまが快適な入院生活を送るための看護ケアの提供に反映することができると思います。

計画書をご検討いただいたうえで、調査についての説明を聞いていただけるかどうかのお返事をいただきたいと考えております。話を聞いてもよいとお考えの場合は、同封の返送用のはがきに、説明を聞いてくださる代表の方のお名前とご連絡先をご記入の上、プライバシー保護シールを貼りご投函ください。調査へのご協力をご協力いただける方のご自由であり、ご協力いただけない場合でも何ら問題ありません。また一度調査への協力をご了承いただいた場合でも、途中で取り消していただいて結構です。

なお、この調査は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行うものです。

お忙しいところお手数をおかけしますが、どうかよろしくお取り計らいくださいますよう重ねてお願い申し上げます。

ご質問等がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
--	---

同意書

「患者の怒りを適切に処理できるための看護師の対応の検討」に関する調査の趣旨と内容について、中川典子より口頭と書面で説明を受けました。

そのうえで、（*該当するところにご記入ください）

（ ） 調査への協力を同意します。

（ ） 調査への協力は同意しません。

施設名： _____

連絡先： _____

ご署名（自署）： _____ 平成 年 月 日

調査結果の送付を（ ） 希望する、（ ） 希望しない

説明者署名： _____ 平成 年 月 日

*この用紙は、「調査協力に関するお願い」の用紙とともに、保管してください

*一旦、ご承諾いただいた後でも辞退したい、あるいは一時的に協力を辞したいと思われる際には、添付の同意取り消し書をご送付ください。

*何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
--	---

「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」に関する調査へのご参加のお願い

1. 研究背景

近年、病院内において医療従事者が患者から受ける暴言・暴力が問題視され、さまざまな安全対策が講じられるようになってきています。その対策は、施設の安全管理システムや職員教育に重点を置いたものが多く、そうした行為に至った患者の側に焦点を当てたものはわずかしきありません。そこで、患者の怒りの感情から発生する院内暴力の予防をめざし、まず患者が不快と感じる事柄を体験した時に生じる情緒経験の過程を明らかにすること、次に直接的な攻撃行動に発展する前に、患者が感じている怒りの感情の徴候や原因をとらえ患者がアサーティブに怒りを表出できるようにするための看護師の対応を検討することを目的に研究に取り組んでおります。

現在、これまでの調査で、患者の怒りの処理過程、ならびに患者の怒りに対する看護師の対応を患者がどのようにとらえていたのかについてわかってきました。

今回は、患者の怒りに対して看護師がどのように対応しているのかについて、看護師側からの視点で対応の実践について明らかにしたいと考えております。

つきましては、貴施設の熟練看護師の方に、入院患者の看護師に対する苦情や怒りに対する看護師の対応についてお話をうかがうインタビュー調査へご参加いただきたくお願い申し上げます。

2. 調査目標

患者の怒りに対する熟練看護師の対応の過程や構造を明らかにし、患者が怒りを状況に適した表出行動によって処理できるようにするための看護師の対応について検討する。

3. 調査方法

看護師の方に、「入院患者からの看護師への苦情や怒りに対応した経験」についてお話をうかがうインタビュー調査です。ここでいう入院患者さんは、認知症・精神疾患を有する患者、心療内科、小児、産科入院以外の方です。

4. お願いしたいこと

1) 「入院患者からの看護師への苦情や怒りに対応した経験」についてのお話をうかがわせてください。インタビューは1回30～40分程度を1～2回お願いします。お話をうかがいたい内容は次の①～⑥についてです。

- 経験した患者への対応の中から、最も印象に残っている患者の怒りへの対応について、
- ①患者さまの怒りのいきさつと、その患者さまにどのように立場でいつ対応されたのか
 - ②患者さまの怒りに対して、どのように関わられたのか
 - ③対応するうえで考慮していたこと、その理由
 - ④その患者さまへの対応についての目標、その理由
 - ⑤患者さまの怒りは終息したか、その理由
 - ⑥患者さんの攻撃的行動の予防や対応についての見解

同意書

2) 前述のインタビューとは別に、後日インタビューをまとめた内容をご確認いただき、お話しくださった内容と相違がないかについて、ご意見をうかがわせてください。

5. 調査にあたりまして、お約束すること。

1) 調査へのご参加は、あなたの自由な意思によるものです。ご参加はお断りになっても結構です。ご参加の有無につきましては、あなたが所属している施設などには一切口外いたしません。したがって、そのことによって不利益を受けることは一切ございません。また一度ご同意いただいた場合でも、お断りになっても結構です。

2) インタビューに際しましては、プライバシーを侵害することがないように十分配慮させていただきます。またあなたの氏名や所属されている施設などにつきましては、すべて記号を用い特定されないように注意します。なおインタビューは、ご相談の上で、ご都合のよい公的な場所の会議室など、プライバシーが十分守られる場所で行います。データ類は責任を持って厳重に保管し、研究終了後には確実に破棄いたします。調査で得られた情報を、本研究以外で使用することは絶対にありません。

3) インタビューの内容は、許可が得られました場合にはテープ録音させていただきます。録音の許可が得られない場合には、メモを取ることをご了承ください。

4) インタビューに際しましては、お話になりたくないことは、お話にならなくても結構です。また、すでにお話になられたことでも取り消したいと思われる箇所は、お知らせいただいた時点で削除いたします。

5) 患者の看護師に対する怒りに関する内容ですので、お話いただく間に過去に体験された不愉快な感情がよみがえってくることがあります。お話の途中で、不快に感じられたり気分が悪くなったりした場合は、インタビューはすぐに中断します。

6) 研究の過程で得られました情報は、研究関係者（研究者自身と研究指導者）以外はふれられないよう、厳重に管理いたします。

7) 調査結果につきましては、神戸市看護大学大学院の博士論文「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」の一部として提出し、研究者の所属する学会などで公表いたします。公表の際にも、公表の際にも、個人名や施設名を出すことは決してありません。皆さまのプライバシーを侵害することは一切ございません。

8) 研究結果をお知りになりたい方には、報告させていただきますのでお申しつけください。

9) 説明を聞いていただく場所やインタビューさせていただく場所までの交通費はこちらが負担します。またインタビューに際しまして、薄謝をいたします。

調査へのご参加の有無を添付のはがきにご記入の上、プライバシー保護シールを貼り、郵便ポストにご投函ください。ご参加いただけます方には、こちらから連絡させていただきます。十分ご検討いただき、ご参加いただけるかのお返事をいただければ幸いです。

この調査について、ご質問やご意見・ご不明な点がございましたら、何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、重ねてよろしく願い申し上げます。

なお、この研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得ておこなうものです。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授
--	-------------------------------------

「患者の看護師に対する怒りの特徴と患者が怒りの感情を適切に処理できるための看護師の対応の検討」に関する調査の趣旨と内容について、中川典子より口頭と書面で説明を受けました。

そのうえで、（*該当するところにご記入ください）

（ ） 調査への参加を同意します。

（ ） 調査への参加は同意しません。

施設名： _____

ご署名： _____ 平成 年 月 日

調査結果の送付を（ ） 希望する、（ ） 希望しない

説明者署名： _____ 平成 年 月 日

*この用紙は、「調査への参加に関するお願い」の用紙とともに、保管してください

*一旦、ご承諾いただいた後でも辞退したい、あるいは一時的に参加を辞したいと思われる際には、添付の同意取り消し書をご送付ください。

*何かご質問ご意見がございましたら、下記の研究者の携帯電話かメールにご連絡ください。折り返しご連絡させていただきます。

研究者：中川典子 神戸市看護大学大学院博士後期課程 看護管理分野 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 連絡先：携帯：	指導教員：林千冬 神戸市看護大学大学院 看護管理学分野教授 TEL：078-794-8080（代表）
---	---

Interview Protocol

No.	
アクセス方法：	
性別：男 女 年代： 才代	入院の時期：
インタビュー日時： 月 日 回め	入院目的：
所要時間； 分	在院日数：
場所：	怒りの体験時の ADL：
BP 前 / 後 /	現在の通院状況
現在の心身の不快症状： あり なし	体験した施設（可能であれば）：
導入手順 自己紹介：名刺 説明書を用いて説明 同意の意思表示方法の確認 同意取り消し書の説明 研究者氏名，連絡先	
インタビュー項目	メモ
1. 看護師に対して怒りを感じた場面についてお話してください。 その時なぜ怒りを感じましたか？	
2. 怒りを感じた時，看護師はあなたが怒っていることに気がついていましたか？ ⇒気がついていた場合：あなたに言葉をかけるなど反応がありましたか？	
3. 怒りを感じた時のできごとについてや怒りを感じた相手の看護師について考えたことを教えてください	
4. パターン①何も考えられなかったという回答の場合： その時何か行動に表しましたか？それは相手に伝わりましたか？伝わっていた場合，看護師はどのような反応を返しましたか？⇒6へ 4. パターン②考えたという回答の場合： 何を考えられていましたか？考えたことで気持ちが落ち着きましたか？	
5. その後，何か行動に移されましたか？それはどのような行動ですか？ その行動をとった理由を教えてください。 それは怒りを感じた時に，もともと取りたいと思った行動と同じでしたか？ ⇒違う場合：どのような行動をとりたかったですか？違う行動をとった理由を教えてください。	

6. あなたが取った行動に対して，看護師から何らかの反応がありましたか？ ⇒あった場合：それはどのようなものでしたか	
7. そのあとあなたの怒りはおさまりましたか？ ⇒おさまった場合：おさまった理由を教えてください。 おさまるまでどのくらい時間がかかりましたか？ そのことを思い出すと怒りがよみがえりますか？ ⇒おさまらなかった場合：その時，どのような対応があれば怒りはおさまったと思いますか？	
8. 実際にとった行動について，今どのように考えていますか？	
9. 怒りを感じた体験について，看護師や病院に求めることはありますか？	
リラクゼーション ①両肩をすくめて緊張，肩をおろして弛緩：2回 ②両肩を上げ，胸の前で肘を曲げ，背中を丸めるように緊張，手をだらんと下げ弛緩：2回	③両肩を上げ，胸の前で肘を曲げ，胸をそらすように緊張，手をだらんと下げ弛緩：2回 ④深呼吸2回
調査結果の送付希望：	同意書の再確認：
研究者の連絡先：	

Case Study Database

インタビューNo.	体験した施設（可能であれば）：
インタビュー日時：	施設設置主体：
インタビュー場所：	医療圏：
所要時間：	地域背景：
性別：	病床数：
年齢：	看護体制：
入院目的：	病床利用率：
在院日数：	平均在院日数：
怒りの体験時の ADL：	
調査目標 患者の看護師に対する怒りの喚起と処理過程のエピソードをより詳細に理解するために、個々人の怒り体験の過程、怒り体験時やその後の看護師の対応、患者が望む看護師の対応を探究する。	
RQ：「なぜ怒りが喚起されたのか」 「怒りの喚起にどのような認知や感情が影響していたのか」 「なぜその怒りの表出行動が選択されたのか」 「患者の怒りに対して、看護師はどのような時にどのような対応をしていたのか」	
インタビューの概要：怒り体験の過程を時系列で示す。	

分析ポイント 怒りの発端となった事象 影響を及ぼしたと考えられる個人・状況要因 事象の体験（その時の感情、考え（認知）、怒りを感じた理由） 行動化（実際に取った行動、取りたかった行動との差異、理由） 行動の結果（その後の感情も含む） その時々々の看護師の言動
説明構築：Explanation Building 怒りの感情は「how」あるいは「why」喚起されたのか、表出が動機づけられた怒りの感情は「how」に処理されたのか、それは「why」。その時看護師はどのような対応をしていたか。
怒りの喚起とその表出過程、ならびに影響した認知や感情（図式化）
パターンマッチング：Pattern Matching （仮説モデルへの分析的一般化） 仮説モデルで説明可能か、説明可能な部分と可能ではない部分、その理由
説明構築の反復の性質：Iterative nature of explanation building 他の事例との相違点と共通点

Interview Protocol

No.	
アクセス方法：	
性別：男 女	現在の心身の不快症状： あり なし
年代： 才代,	インタビュー日時： 月 日 回め
経験年数：	所要時間； 分
職位：	場所：
施設（記号で）	対応した立場：
手 順	自己紹介：名刺、説明書を用いて説明、同意の意思表示方法の確認、同意取り消し書の説明 研究者氏名、連絡先
インタビュー項目	
メモ	
1. 1. あなたが最近経験した患者の怒りに対応したケースで、うまく処理できたと思われるケースについて教えてください。	
2. それはいつ頃のことでですか？ あなたはどのような立場で対応されましたか？（当事者、同僚看護師、上司、苦情対応担当者など） どこで対応されましたか？（病室、カンファレンスルームなど） （その場所で対応された理由は何かありますか？）	
3. 患者さんの怒りの発端は何ですか？患者さんが怒っていることなぜ気づきましたか？ 当事者ではない場合：その時現場の看護師はどのように関わっていましたか？	
4. 患者さんの怒りに対する対応についてお聞きします。 ・患者さんの怒りの原因に心当たりはありましたか？ ・怒りの原因についてどのように考えましたか？（または患者さんの怒りの理由をどう考えましたか？） ・患者さんの怒りに対して、あなたはどのような反応を患者さんへ返しましたか？（謝った、事情を説明した、患者から怒りの理由を聞いたなど） ・患者さんに反応を返す時、どのようなことを考えましたか？ ・その後の患者さんとあなたのやり取りを聞かせてください。 ・やり取りの中であなたは患者さんの怒りについてどのように考えましたか？ ・患者さんから事情や怒った理由を聞く時、どういうことを知りたいと考えて聞きましたか？または聞いたことから、状況をとらえる時、何にポイントをおきましたか？（患者さんが受けたと感じた被害の内容、程度、看護師の責任性など）	

当事者以外の場合は以下の項目を追加： ・患者さんが怒りを表されてからどのくらいたってから対応されましたか？ ・あなたはなぜその患者さんに関わることになりましたか？ ・患者さんに関する情報を得ていましたか？ ⇒得ていた場合、どのような情報ですか？（患者の怒りを表した前後の心理状態、身体症状の有無、治療や入院生活に対する不満、看護師との関係、当事者である看護師からの状況説明など）*重要な情報は何か？ ・患者さんと対面した時まずどうしましたか？（謝った、事情を聞いたなど）その理由を教えてください。 ・その後の患者さんとあなたのやり取りを聞かせてください。 ・患者さんの話を聞いて、起こった事象や患者さんの怒り、当事者の看護師について、あなたはどう考えましたか？ （*当事者、同僚看護師、上司、苦情対応担当者など立場の違いによって質問を変更する）	
5. 対応するうえで何を考慮していましたか？その理由を教えてください	
6. この患者さんへの対応で、最終的に何を目指していましたか？その理由を教えてください。また目標はいつごろ設定されましたか？	
7. この患者の怒りは終息しましたか？終息するまでどのくらいかかりましたか？ 終息の決め手になったのは何だと思えますか？終息したと判断した理由を教えてください。 この患者さんの場合、どういう対応をしていたら早期に怒りが収まったと思えますか？あるいは怒りが生じなかったと思えますか？	
8. 患者さんの怒りや怒りを表されることについて、どう思われますか？	
9. 患者さんの攻撃的行動の予防や対応について、医療者側にできる改善点について考えを教えてください。	
調査結果の送付希望：	同意書の再確認：

Case Study Database

インタビューNo.	所属施設（記号で）：
インタビュー日時：	施設設置主体：
インタビュー場所：	医療圏：
所要時間：	地域背景：
性別：	病床数：
年齢：	看護体制：
経験年数：	病床利用率：
職位：	平均在院日数：
調査目標 患者の怒りに対する熟練看護師の対応の過程や構造を明らかにする。	
RQ：「患者の何を捉えたのか」 「どのように対応したのか」 「どのような事柄を考慮していたか」 「なぜその事柄を考慮していたのか」 「何をめざしていたのか」	
インタビューの概要：怒り体験の過程を時系列で示す。(時系列分析：Time-Series Analysis) 患者の怒りはどのような過程をたどったのか 患者の怒りの過程のどの部分での関わり 当事者ではない場合：その時現場の看護師はどのように関わっていたか？	
いつ頃のことか： 患者さんが怒りをあらわされてからどのくらいたってからの対応か： どういう立場での対応：当事者，同僚看護師，上司，苦情対応担当者，その他（ ） 対応場所：病室，カンファレンスルーム，その他（ ） 対応場所選択の理由；	

分析ポイント 怒りの発端となった事象 影響を及ぼしたと考えられる個人・状況要因 事象の体験（その時の感情，考え（認知），怒りを感じた理由） 行動化（実際に取った行動，取りたかった行動との差異，理由） 行動の結果（その後の感情も含む） その時々々の看護師の言動
説明構築：Explanation Building 怒りの感情は「how」あるいは「why」喚起されたのか，表出が動機づけられた怒りの感情は「how」に処理されたのか，それは「why」。その時看護師はどのような対応をしていたか。
怒りの喚起とその表出過程，ならびに影響した認知や感情（図式化）
パターンマッチング：Pattern Matching（仮説モデルへの分析的一般化） 仮説モデルで説明可能か，説明可能な部分と可能ではない部分，その理由
説明構築の反復の性質：Iterative nature of explanation building 他の事例との相違点と共通点