

令和元年8月6日14時

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪精神医療センター
問い合わせ先：072-847-3261（代）
事務局長 児島和彦
総括マネージャー 富田和博

大阪精神医療センター医療倫理に関する緊急対策委員会の報告書について

令和元年5月31日に報道資料提供いたしました当センター看護師による患者への暴力行為（令和元年5月18日発生）に関し、その原因を調査し、再発防止策を検討するため、外部委員の参画を得た「大阪精神医療センター医療倫理に関する緊急対策委員会」を設置し、検討を行ってまいりました。

この度、その検討結果を取りまとめましたので報告します。

◇ 大阪精神医療センター医療倫理に関する緊急対策委員会報告書

本報告書の記載項目は次のとおり。

- (1) 暴力行為の要因について
 - ① 加害看護師の要因
 - ② 組織（病棟・看護部など）の要因
- (2) 事案発覚後の対応上の問題点
- (3) 外部委員の主な意見～再発防止策に関して～
- (4) 再発防止策
 - ① 加害看護師への教育指導
 - ② 組織的対応
 - ・ 本事案の情報共有
 - ・ 教育研修の充実強化
 - ・ 病棟運営の改善
 - ・ 風通しの良い、働きやすい職場づくり
 - ・ リスクマネジメント

◇ 参考

外部委員 重村達郎 ひまわり総合法律事務所（弁護士）
山下俊幸 京都府立洛南病院院長（医療専門家）
荒木孝治 大阪医科大学看護学部教授（看護専門家）
内部委員 岩田和彦 院長、笹田 徹 副院長、高石 仁 医務局長、宇藤裕子 看護部長、
飯森勝司 医療安全管理者、児島和彦 事務局長、富田和博 事務局総括マネージャー

◇ その他

懲戒処分（7月4日付け）

- ・ 加害看護師 停職6月（同日付 依願退職）

管理監督責任（7月4日付け）

- ・ 直属の上司2名 所属長注意

医療倫理に関する緊急対策委員会 報告書

令和元年 8 月 5 日

大阪精神医療センター
医療倫理に関する緊急対策委員会

令和元年5月18日に発生した看護師による患者への暴力行為に関し、その原因を調査し、再発防止策を検討するため、「大阪精神医療センター医療倫理に関する緊急対策委員会（以下「委員会」という）」を設置し、検討を行ってきた。

今般、その検討結果がまとまったので、次のとおり報告する。

◇委員構成

- ・委員長 岩田和彦 院長
- ・副委員長 笹田 徹 副院長
- ・外部委員 重村達郎 ひまわり総合法律事務所（弁護士）
山下俊幸 京都府立洛南病院院長（医療専門家）
荒木孝治 大阪医科大学看護学部教授（看護専門家）
- ・委員 高石 仁 医務局長、宇藤裕子 看護部長、飯森勝司 医療安全管理者
児島和彦 事務局長、富田和博 事務局総括マネージャー

◇開催経過

- ・第1回 委員会 6月14日（金）10時から12時 当センター 中会議室
- ・第2回 委員会 7月4日（木）、5日（金）、8日（月）[持ち回り]
- ・第3回 委員会 8月2日（金）10時から12時 当センター 中会議室

1. 暴力行為の概要

- 1) 日 時 令和元年5月18日（土）16時頃
- 2) 場 所 大阪精神医療センター 成人病棟 保護室（※1）内
- 3) 加害職員 当該病棟勤務の看護師（40代、男性、看護師の経験年数約10年）
- 4) 被害患者 入院患者（30代、男性）
- 5) 暴力行為の内容

加害看護師は保護室に入室すると同時に、患者を押し倒し、しゃがみ込んだ被害患者に対して、自身もしゃがみ込み、又は横に立って、威圧的な態度で言葉を投げかけつつ、平手又は手拳で顔をたたき、足や膝で蹴る行為を行った。暴力行為は延べ10回程度でその結果受傷に至った。加害看護師が入室し退室するまでの間は約4分間であった。（観察カメラの映像により確認）

- 6) 怪我の状況 左目周辺顔面打撲 全治1週間
- 7) 暴力行為に至った経緯

加害看護師への聞き取り調査によると、

- ・被害患者が扉を蹴り、名指しで繰り返しなじるような発言をされたことに腹を立て、感情をコントロールできず、暴力行為を行ってしまった。
- ・保護室には複数人で入室するというルールも認識していたが守ることが出来なかった。

2. 事案発覚からの経過

5月18日(土)	18:40	被害患者から病棟看護師に対して、左目横の痛みと加害看護師より暴力を受けたことの訴えあり
	19:00	病棟看護師と看護管理当直(*2)が保護室に設置している観察カメラの映像により暴力行為の事実を確認。病棟看護師長が指定休のため電話にて報告
	19:25	当直医師が被害患者を診察し、CT検査を実施、異常所見がないため経過観察
	22:30	加害看護師が深夜勤務に従事(～翌8:15)
5月19日(日)	8:40	病棟師長が加害看護師、被害患者から聞き取りの上、被害患者に直接謝罪。
	13:00	看護部長、医療安全管理者(*3)が指定休のため電話にて報告
5月20日(月)	8:50	院長に報告
	午前	近隣の医療機関にて全身をCT等により検査し、その他の異常がないことを確認
	午後	ご家族へ電話にて状況報告、謝罪 後見人に連絡するも不在のため別途連絡
5月21日(火)	午前	後見人が来院、状況報告、謝罪
	夕方	再度、救急医の診察により異常がないことを確認
5月22日(水)	午前	枚方警察署及び枚方市保健所に状況報告
	18:40	被害患者の家族宅を訪問し、報告と謝罪
5月27日(月)	17:00	枚方市保健所が事前聞き取りを実施
5月30日(木)	13:00	枚方市保健所が臨時精神科病院実地指導を実施

.....

【参考】

*1 保護室

刺激を遮断し、静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和する、自傷他害等の危険回避等のため、患者を隔離する病室。

*2 看護管理当直

看護管理者(看護師長等)が管理のために行う当直。

*3 医療安全管理者

各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算及びインフラなど必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者。

3. 調査の実施

暴力行為の要因や背景、課題を明らかにするため、外部委員の意見を踏まえ、次の視点のもと関係者への聞き取り調査を実施した。

1) 調査の視点

○加害看護師

- ・暴力行為が保護室という密室で長時間、行われており、一時的な感情だけではなく、意識的・故意に行った行為に見えるが、なぜ、加害看護師はそうした行為に至ってしまったのか。
- ・保護室には複数人で入室するというルールをなぜ守れなかったのか。
- ・これまでに暴力行為を行ったことはないか。患者との関係において問題はなかったか。
- ・患者との関係がうまく築けない時、なぜ同僚や上司に相談しなかったのか。
- ・これまで同様の暴力行為を行ったことはなかったか。

○病棟責任者・スタッフ

- ・暴力行為が行われていた間、気が付かなかったのか。
- ・加害看護師と被害患者との関係性について気づいていなかったのか。
- ・今回の行為は予測できなかったのか。また危険回避のための手だては打てなかったのか。

○事案発覚後の対応

- ・映像で暴力行為を確認した後、なぜ直ちに院長、看護部長に報告しなかったのか。なぜ当直医師に対して正確に情報が伝えられなかったのか。
- ・加害看護師を当日の深夜勤務に就かせる判断をなぜしてしまったのか。
- ・事案の重大性に鑑み、枚方警察署や枚方市保健所だけでなく、なぜ機構本部や府健康医療部への報告が迅速かつ的確に行えなかったのか。また公表の判断が遅かったのではないか。

2) 調査内容

- 加害看護師、被害患者への聞き取り調査
- 加害看護師が所属する病棟に勤務する職員への聞き取り調査
 - ・看護師45名、医師16名
- 機構本部による関係者への聞き取り調査
 - ・加害看護師、当該病棟看護師長、看護部長
- 事案発覚時に対応した職員への聞き取り調査
 - ・看護管理当直者、準夜勤務第一報告者（副看護師長）、当該病棟看護師長、当直医師

4. 調査結果

関係者への聞き取り調査結果を委員会で分析し、暴力行為の要因等について検討を行った。

1) 暴力行為の要因について

○加害看護師の要因

- ・怒りを自覚しコントロールすることができなかったこと。
- ・看護師としての職業意識が乏しく、患者の病状に関する理解が不足していたこと。
- ・看護手順（保護室複数人入室ルール）を軽視しており、チーム看護の意識が不足していたこと。
- ・異動直後でもあり慢性期病棟に不慣れであったこと、また、患者の「受け持ち制」により、責任・プレッシャーを感じてしまったこと。
- ・年齢や立場などから、自分の役割・責任を果たそうとした面があること。
- ・なお、これまで同様の暴力行為を行った事実は確認されなかった。

○組織（病棟・看護部など）の要因

- ・慢性期病棟であったこともあり、患者の病状などの引継ぎが十分に行われていなかったこと。
- ・患者の「受け持ち制」の弊害として、チーム看護が十分に行われておらず、スタッフ間のコミュニケーションも不足していたこと。
- ・病棟間の異動が少なく、病棟毎にマネジメントの仕方が異なっていたこと。
- ・患者対応で加害看護師に頼ることで加害看護師の患者に対する誤った姿勢や考え方を助長してしまった面があること。
- ・看護手順（保護室複数人入室ルール）が徹底できていない面があること（そのことも加害看護師の行動に影響を与えたと思われる）。
- ・患者の状態や日頃の行動等についての情報がスタッフ間で共有されていなかったため、被害患者の当日の言動を看護師として受け止めきれず、過度に怒り感じてしまったこと。
- ・職員が困った時に気軽に相談できる仕組みが十分に整っていなかったこと。

2) 事案発覚後の対応上の問題点

- ・職員の暴力という重大事案にもかかわらず、患者の怪我の程度で判断をしてしまったこと。
- ・看護管理当直から当直医師に正確に情報が伝えられていなかったこと。
- ・深夜勤務の急な交替要員の確保が困難なことや当該病棟看護師長が加害看護師から翌朝直接事情を聞きたいことを理由に、加害看護師を暴力行為当日の深夜勤務に就かせてしまったこと。
- ・加害看護師を暴力行為の3日後（5月21日）にも病棟で勤務させたこと。
- ・職員の暴力行為を想定したマニュアルが整備されていなかったこと。

5. 外部委員の主な意見～再発防止策に関して～

- ・研修を実施する際には、理解度をアンケートで把握して、理解度が浅い点など課題を明確にすべき。
- ・「アサーション（相手の立場を尊重しつつ自分の意見を言う）」トレーニングを研修に採り入れてはどうか。意見が言い合える環境ができると職場が活気づく。
- ・問題が生じた時、正しいことを言う勇気が必要であり、またそうした意見を大事にする職場、意見を言った職員を孤立させない職場にしていくべき。
- ・職員が困った時に気軽に相談できるような風通しの良い職場づくりが大切である。風通しの良い職場は、様々な課題を早期発見できる。
- ・風通しの良い職場づくりのために、定期的な病棟ラウンド（院長、看護部長）や毎朝の幹部職員間ミーティングといった取組も有効。
- ・40代の中堅職員のモチベーションを高めるためには、本人の意思を踏まえ各種委員会の責任者になってもらうなど、何らかの責任や役割を与えることが大切。
- ・患者の病状の変化が少ない慢性期病棟での看護師のモチベーションを高める工夫（定期的な配置換え、他部門との交流など）が必要。
- ・患者への接し方について、専門職（プロ）としての関わりと、人間としての関わりの両面をバランスさせることが大切。
- ・今回の事案を契機に病棟毎に話し合う機会を持つことが大切
- ・対応マニュアルには想定事象をできるだけ具体的に記載すべき。また、ロールプレイなど日頃からイメージトレーニングをしておくことが大事。
- ・被害患者の怪我への対応の際には、外傷だけでなく内面的（トラウマなど）なものも考慮すること。
- ・職員から暴力行為等を受けた時、患者から訴えられる仕組みをつくるべき。
- ・保護室への隔離については、患者の人権保護の観点から必要最小限にすべき。

6. 再発防止策

外部委員の意見も踏まえ、再発防止策を検討し、精神医療センターとして次の取組を実施することとした。

1) 加害看護師への教育指導 [看護部]

- 事案発生以降、看護部等において加害看護師に対して、複数回面談を繰り返し、事案への真摯な態度（暴力行為の反省、患者への謝罪）を促すとともに、自宅研修として「看護者の倫理綱領（日本看護協会）」を改めて学習させるなど医療専門職としての患者との向き合い方などについて指導を行ってきた。

（加害看護師は7月4日付け退職）

2) 組織的対応

(1) 本事案の情報共有 [センター全体、看護部]

- 今回の事案についての正確な情報を関係職員が共有し、精神科医療や看護のあり方などについて再認識できるよう、本報告書をもとに、病棟毎、部門毎に話し合う機会をつくる。
- 事案のあった病棟では、すでに4日間に分けて話し合い、感想文を回覧するなど、職員の悩みや考えを確認し合う機会を設けた。今後も毎月実施する予定。

(2) 教育研修の充実強化 [看護部、医療安全管理室]

- 職員の専門性を高め、質的向上を図るため職業倫理、医療倫理、アンガーマネジメント、CVP P P（包括的暴力行為防止プログラム）に関する教育研修を充実強化する。研修の方法として、全職員向け研修、職階別研修（看護師長会、副看護師長会など）、各部署での研修など、テーマに応じた適切な方法を選択する。また、アサーショントレーニングなどの手法も採り入れる。

◇看護部の教育研修の取組[別紙のとおり]

[実施済及び計画中の研修]

◇医療安全管理室

- ・全職員向けアンガーマネジメント研修：7月23日（火）～
（当日参加できない職員向けに、VTR研修を6回実施予定）

- ・CVP P P トレーナーに対するフォローアップ研修
：8月22日（木）、26日（月）

(3) 病棟運営の改善 [看護部]

- チーム看護が徹底されるよう、看護手順を遵守・徹底するとともに、患者の「受け持ち制」についても、チーム看護のもとでの仕組みとなるよう、病棟の実情に応じて改善する。

当該病棟においては、チーム受け持ち制（看護師5名ずつのグループを構成し相互に情報共有や適宜相談できる体制）に変更し、一人の看護職員が単独で受け持ちにならないように改善、チーム看護に沿った対応とした。

- スタッフ間のコミュニケーションの円滑化に向け、看護師長、副看護師長が中心となって、病棟毎に創意工夫を凝らした取り組みを進める。
- 始業時や終業時には部署監督者（勤務帯責任者）がスタッフ（勤務者）に声かけし、看護実践の確認を行う。
- 慢性期病棟における看護師のモチベーション維持・向上に向け、病棟間の異動（配置換え）ルールづくり、病棟以外の勤務に従事できる仕組み（外来、在宅医療、デイサービス部門などへの応援・交流など）を検討する。
- 中堅職員については、各種委員会や勉強会、プロジェクトチームなどの責任者に抜擢するなど、それぞれがモチベーションを保ちながら、責任と役割を果たせるよう配慮する。

(4)風通しの良い、働きやすい職場づくり [センター全体、看護部]

- 各病棟では概ね週1回の頻度で病棟ケースカンファレンスが行われており、このカンファレンスに院長が順次ローテートしながら臨席し、入院患者の状況把握や、治療方針決定に関する病棟の傾向を把握するよう努める。
- 院長と看護部長で年数回、各病棟をラウンドし、病棟責任医師・看護師長と面談を行い、病棟運営方針を確認しつつ、対応の困難な入院患者への対応や病棟運営上の課題、その他業務上の相談事などを聴取する。
- 申し送りやミニカンファレンス時に、看護部長又は副看護部長が病棟訪問し、入院患者の病状や看護実践の実際を聞く、または知る機会を設ける。
- 看護職員については、平成30年度に更衣室に設置した「看護部長への意見箱」を再周知し、職員が職場の問題点や改善すべき点、困っていることを直接看護部のトップに進言できるよう有効利用を行う。
- より良い医療・看護を提供するためには、第一線で働く職員の心身の健康保持が大切であることから、職員の健康管理の取組を強化するとともに、職員が困った時やストレスを感じた時の相談・フォロー体制の構築に努める。
- 毎年実施する職員のストレスチェックの分析結果について、各病棟単位で配布し、職場環境の改善に役立てるよう、改めて周知徹底する。
- 患者が苦情や意見を言える仕組みとしての「患者意見箱」について、より利用しやすい環境づくりに努める。

(5)リスクマネジメント [センター全体]

- 今回のような事案が発生した際の対応方法については、医療安全管理マニュアル中の「重大事故発生時の対応」の中に盛り込むこととする。
⇒職員の故意又は重大な過失により患者に怪我を負わせるなど影響を与えた場合は、怪我の程度にかかわらず重大事故として対応する。
- 重大事故発生時の外部（警察、保健所等の機関、機構本部、府健康医療部など）への報告手順（事案毎に担当を決める等）を明確にする。
- また、日頃から、対応マニュアルをもとにしたロールプレイの実施など、イメージトレーニングを実施する。

以上

看護部の教育研修の取組

1. 事案の情報共有

- 1) 看護師長間で正確な情報の共有を行った。
- 2) 個々の看護師全てが、自らも起こりうる事案であることと考え、自己の考えを表出する機会を設けた。全ての看護職員が参加できるように複数回行った。

2. 教育研修の充実強化

- 1) 看護職員へ職業倫理について再学習する。
 - (1)すべての看護職員に「日常看護提供場面で理解する看護の倫理綱領と看護基準」より看護業務基準および看護者の倫理綱領について視聴研修を行う。(2019年7月18日現在283名参加)
 - (2)すべての看護職員に「精神科ガイドライン2011」を配布し、精神科看護の基本を読み合わせし、再確認した。
- 2) 部署管理者を中心とし管理者の役割の再確認
 - (1)看護部として、看護職員が自部署の倫理的課題を日常的に議論できるような組織文化を作ること为目标とし、部署管理者(看護師長)が部署管理の振り返りと看護の質向上のために看護部の理念を具現化するための体制構築を図ることとした。
 - ①自部署の看護を再確認し部署管理者の責務は何か、部署管理者の役割は何か、責務を果たすにはどのようなことに取り組む必要があるか課題を提示するために討議した。
 - ②文献学習を行い、看護師の育成に関するマネジメントを考えた。
 - ③各部署の管理者が、部署の現状把握、分析、看護方針を明確にし部署の看護の質向上のためのスタッフ教育体制構築に向けた計画を検討する(2019年7月19日現在全部署が計画提示)→患者の尊厳を守り、患者の擁護者として個々の患者の力を引き出すような関わりを持つ、定期的な看護場面の振り返る機会を持つ、個々の看護師が看護活動を行う上での患者対応の大変さ、看護実践の確認・相談・共有等。
 - ④各担当部署の巡回を定期的に行い患者からの看護評価を確認する。
- 3) 部署管理者補佐へ
 - (1)副看護師長会を通して
 - ①倫理カンファレンスの意義について大学教員より講義とグループディスカッションを行う。
 - ②定期的に倫理カンファレンスの手法を大学教員にアドバイスを受ける。