

場面1のあと、本人抜きでケア会議を実施。今後は担当者間で相談しながら話を進めていくということと、あいまいな表現をすると本人が受け入れられてないと思っ
ているということを、参加者が共通認識した。各所の共通の対応として、本人が突然来た
時で相談に対応できないときは明快に「今
は相談に乗れない」と説明し事前に予約を
することを確認した。

場面2が発生し、今後どういうふうに対
応するか検討中。

【近親者や住民とのかかわり】

兄とは関係が悪く恐れている。お金を管
理されることにも不満をもっている。
日常声をかけてくれる住民はいない。本人
は家にあまり寄りつかず、いつも外出して
いる。旅行するのが好きで東京に行ったり
している。そういう力はあるので、支配さ
れたくない思いはある様子。

【所内体制】

所内で大きな声を出して怒鳴るとか暴言
を吐くということがあった場合は、男性職
員に出てもらい、「何で大きい声だしてる
んだ！」と強い口調で言ってもらうとおさ
まることもある。しかし、暴言はいつも突
然であり、予想が難しい。

- ① カウンターは、オープンで誰もが見え
るところで面接するようにしている。
- ② 急に顔色が変わる場合には対面距離
を離すように、すっと体を引く。
- ③ 必ず男性職員がすぐに出られるよう
に待機している。
- ④ 庁舎全体として、必要時に守衛が出動
する体制がある。

【今後の課題】

今後の体制についての要望

○暴力を受けると怖いという感情が残り、
次の面接の場面でのメンタルコントロール
が課題。

○暴力回避のための環境整備に対するアド
バイスを得たい。

○知的障害者に対する日ごろの具体的な面接
スキルについてアドバイスを得たい。

2. 調査先：Z保健福祉事務所

調査年月日：平成21年8月3日

調査者：末永カツ子・平野かよ子

インタビュー対象：事務職3人、保健師4人
保健所の概要：

2市8町3村からなる地域を管轄。管轄地域
の人口は約27人、老年人口28.4%で人口減
少と高齢化が急速に進行している。

キーワード：生活保護事例、児童虐待

1) 事例1の概要

【ケースの概要】

75歳の父親と50代男性Aの二人暮らし、
生活保護歴10年、就労指導前の受診拒否か
らケースワーカーとの関係性悪化

Aが病気になり医療費支払困難、生活維
持困難ということで、生活保護申請となっ
た。精神疾患等はない。膀胱がんを併発。1
0年前に手術し、年に1回検査をしていたが、
男性の医師から女性の医師になってから受
診しなくなった。病気を理由とする生活保
護受給なので、検査を進めるが受診拒否。
約7年前から、被保護者とケースワーカーと
の関係性が悪化した。

【これまでのかかわりと暴力発生時の状況】

当初2年は、生活保護について理解してい
たが、途中からケースワーカーに対して要
求が多くなってきた。これまでも年下のケ
ースワーカーの指導に対して“おまえ、俺

のこと何も知らないのに何言ってるんだ”
といった言動があった。また、数回ケース
ワーカーが、昨年秋に支給した生活保護券
を、場合によっては返還しなければならない
ことを数回説明していたが納得せずにい
た。今回「返還してもらいますよ」と指導
したケースワーカーに対して机を押し、“な
んでお前、はらいせにやるんだ！！”とい
う言動があった。

【事例と住民との関わり】

近隣住民とも関係性がよくない。隣が親
戚だが、隣同士で喧嘩をしている。地域か
らも孤立している。

【所内体制】

課・係の組織、人員配置（ケースワカ
ー5人、事例数362）

自立を支援するという観点で優先度が高
いケースは多いため、ちょっと暴力的な態
度があったからというだけでは事例検討は
していない。訪問前に訪問の目的を明確に
し、上司と係員がお互いに話し合いケー
スの状況を共有している。また、ケースワ
ーカー同志も同様にケースの対応方法につ
いて情報交換しながら相互のコミュニケーション
を大切にしている。

日常業務の中では、3年目、2年目、1年
目の職員と、年齢的にはバランスが良いので、
ケース検討も実施しているが、日頃の業務
でのコミュニケーションの中で対応方法も
伝わる体制にある。複数で話をしないと確
認できず、困るケースには基本的に上司や
同僚が複数で訪問している。今回のケー
スの場合も査察の職員が同行訪問している。

【所内の危機管理体制】

基本的なことは、県の住民不当要求対応
マニュアルに基づき対応している。（幸い

このようなケースがなかった）。警察との
連携はなかなかできないのが現状。個室で
クローズの空間での面接することが多いが、
逃げやすくしておくことが必要と思ってい
る。

精神疾患を持つケースの場合は、町役場
や保健所の保健師と同行する。受診の勧奨
はケースワーカーか保健師が関わるように
している。

【管轄市町村の状況】

町職員は住民と近い存在にあるので、中
立的な立場で保健所が行って話を聞くよう
にしている。

以前は、民生委員など地域の関係者もか
かわっていたが民生委員の関わりも少なく、
行政機関だけが支援をするケースもある。

2) 事例2の概要

【ケースの概要とこれまでの関わり】

50代女性B。60代の夫（精神疾患の既往あ
り）と2人暮らし。30年前に統合失調症発病
し、10数回の入退院を繰り返す。子ども2
人（別に生活、施設入所1人、精神疾患の既往
有1名）とは離れて暮らしている。平成21年
5月に保健所に相談があり、平成21年9月に
受診勧奨し入院し、相談後4か月で入院に至
った。

最初の相談は警察から、Bが「人を殺し
た」との妄想状態で騒いでいたところ、近
所の人が警察に連絡し、警察が訪問し、そ
ういう事実はないことを確認した。精神科
入院歴も夫から確認し、自傷他害の恐れは
高くなく24条の適用ではないということで
保健所に相談が入った。市役所は子どもへ
の処遇で以前関わったことはあった。

昨年2月より治療を中断しており、幻覚症
状が強くなっていたため、暴力はないが暴

言を吐いて大声をだすことから近所に対する迷惑行為があった。大家が出ていってほしいと不動産屋に相談。不動産屋からも保健所に相談があった。

自傷他害の恐れは高くないが、「ばかやろう」などの暴言を吐く。夫はBの受診に消極的。夫は現在治療を受けていないが、呼び出して話をしても、決断できないところがある。ほかに頼れる親戚もいなかった。

【暴力発生時の状況】

夫も対応困難になったため、保健師が受診を勧めるため訪問（子どもの処遇に関わった顔見知りの市役所の職員と2名で訪問）。

玄関に入る前から、大声が聞こえ、鍵を乱暴にたたいていて、話がしにくい状況。夫が静止しないとかかってくるような状況。夫が警察を呼ぶことを希望。市役所の職員が、代理で警察に通報。警察官にも訪問してもらった。夫も受診を希望したため、警察官同行のうえ、病院へ行くこととなった。Bの希望によりタクシーで受診することとした。車内には、助手席に保健師、後ろには本人と夫が乗った。突然、Bが後部席から助手席の保健師の“頭をたたく”行為があった。幸い保健師に怪我はなかった。警察官には、タクシーの後ろからついて来てもらった。病院にはもう1名の保健師が待機。病院に着いた時には、スムーズに受診に応じ2か月入院し関係機関によるケア会議を開催後に退院した。退院後は通院を続けている。

【所内体制】

当日関わったのは、保健所保健師1名、市役所（社会福祉課）の事務職員、警察官で、月1回訪問し関係機関による事例検討会を開催している。各記録は上司に提出し、

また、訪問、検討会などその都度、報告して職員間で情報の共有するようにしている。

【事後の振り返り】

保健所保健師と市役所事務職員の同行訪問であっても警察への連絡など保健師一人で判断するには負担が大きいため、基本的には保健師が複数で行き、相談しながらできる体制が必要である。しかし保健師の数も限られており複数で行くことができない時もあるが、受診勧奨の方針を決めて調整すべきだった。男性の事例の場合は、男性職員が同行するようにしていたが、今回は女性であり、同行した市役所職員は事務職員であるが、Bが信頼している職員でもあり、油断した部分もある。今回対応した保健師が一人で判断するには厳しい事例であった。この事例を通して、課内で検討し、今後は、複数の保健師で対応することとした。

3) 事例3の概要

【事例の概要】

C女性 第1子が（ダウン症）を出産後に統合失調症を発症病した。保健福祉事務所では、第1子が未熟児でダウン症であったので、母子担当保健師が関わり、統合失調症を発病した後に精神担当保健師も関わった。Cは夫に支えられ生活をしてきたが離婚した。離婚後生活が不安定になり、落ち着かなくなったので、市の児童福祉サービスを導入するためケア会議（参加者：保健福祉事務所保健師、子が通学している養護学校教諭、児童相談所、サービス実施事業所）を開いた。

【所内体制】

・暴力回避のための体制整備

一人の保健師での対応が困難と判断しケ

ースは、二人体制で訪問している。

虐待の恐れがあるケースは、主に市町村と児童相談所が関わっている。市町村の保健師は母子健診等で親と話す場面に遭遇することも多いので、保健福祉事務所は、どちらかという市町村保健師を支援する形で関わっている。

虐待防止に関する地域の対策協議会では、保健所保健師、児童相談所職員で、事前に関わる人を決め、一人ではかかわらない体制としている。

精神保健の事例も複数で関わるようにしている。各関係機関の役割分担を決め、各担当者を保健師が支える役割を担っている。

・事前の話し合い、協働体制

担当者が暴力を受けかかった時、「自分自身の対応が悪かったのでは」と自己反省することが多い。また、「関わり方がもっと違ったら、相手もこういうふうにならなかったんじゃないか」と考える傾向はある。同僚から意見を聞いて、「結局治療に結びついたということはご本人にとって、よかったし、あの場合はしょうがないよね。」として決して責めないという雰囲気はある。他の同僚も同じ経験を持っているので、各ケースについて話すことで、お互いに共感でき、対応方法のスキルアップの場にもなっている。

人権を尊重して関わっている。「勝手に保健師が連れてった」ということにならないような配慮が重要だと思う。

どちらかという保健所は、かかわった後の何かあった時に危機介入することが主な役割となる。現在は、治療を中断したりとか、34条の移送で家族が運べないから連れて行ってくれなどの事例への対応が多い。

入院期間が短くなっているので、病棟の中にいけば落ち着くケースも、家に帰って服薬を継続することが難しく、再発してまた入院というケースが多い。家族に力があれば入院させることもできるが、今回のケースのように、夫にも力がないと、どうしていいかわからないうちに、近所等から保健所に相談が来て対応することが多い。

【他組織との連携・協働】

ケア会議は病院主体で開催し、病状が安定しまもなく退院するという時に開く。

Cの退院時の話し合いは市役所保健師が行った。市役所の精神保健福祉業務を担当する保健師は一人のため、市役所の委託を受けて、相談支援窓口、総合相談窓口を担当する職員も参加した。多くのサービスを利用しながら地域で生活できるような方針をとるようにしている。訪問看護、ヘルパー、総合相談窓口なども退院に関わることが多い。

ケア会議には固定したコーディネーターがいるわけではない。みんなで見守っていくという形式をとっている。ケア会議の結果は、各種機関と連絡を取り、保健所内では、所長まで報告し対応する体制となっている。

【市町村支援】

保健所は市町村の母子保健強化をめざして、定期的に市町村を訪問し母子保健事業の評価を実施している。この事業を通して、支援が中断されているケースの有無などを確認している。支援が進まないケースは事例検討会を行い関係機関で情報を共有している。

保健所の企画部門では、平成11年より各課担当者を構成員とした企画会議を開催し、

市町村支援対策等についても話し合いを始めている。平成20年度からは、市町村に対してニーズ調査を実施した。市町村の抱えている課題について聞きとり調査により所内で横断的な対応ができないか検討しているところである。

【今後の課題】

個別ケースに対応する職員（保健師含む）はモチベーションがさがってしまうこともあるので、事例報告を取り入れた研修会の開催等により、対応方法を学ぶことができ、また、担当者自身が元気になれるような研修の企画の要望もある。また、メンタルヘルスについては、職員研修という形で、病気の話ではなくて、元気になれるテーマでの取り組もうと検討し始めている。病院のリエゾンナースのような存在が県にもいると相談でき、ストレス軽減になるのではないかと、違う視点で支援が受けられる体制があると良い。

D. 考察

1. M保健福祉センター

M保健福祉センターでのインタビューを行った事例は上記の2事例であった。以下では、この2事例のインタビューで得られた内容から、暴力の実施者、暴力の被害者、暴力の内容、暴力の場、暴力の事後の対応についてどのようなものであったかを整理し、今後の暴力の発生予防策を講じていくに不可欠と考えられる「暴力の発生に至る背景」について考えてみたい。

暴力の実施者は、アルコール依存症のある結核（結核多剤性）の事例（以下、事例Aとする）と療育手帳を持つ知的障害

のある事例（以下、事例Bとする）であった。両事例とも単身世帯、年齢が50代であり、生活保護を受給していた。

暴力の被害者は、事例Aでは保健福祉センターの担当保健師であった。事例Bでは保健福祉センターの保健師や精神保健相談員及び障害者支援センターの相談員であった。両事例ともに、暴力の被害者となった職員（転勤などで交替はあったものの）とは長い関わりを持っており、保健福祉センターにとっては「慢性的クレーマー」と捉えられていた事例であった。

事例Aの暴力の内容は、繰り返される威嚇的暴言（罵声や性的発言も含む）である。事例Bの暴力の内容は、興奮しての突然の暴言及び胸元や両腕を強くつかみ揺さぶる行為や顔面を拳で殴る等の身体的暴力である。

暴力の場は、事例Aでは電話対応や医療機関受診時の同行場面であり、事例Bでは相談窓口や支援センターでの面談している場所であった。

家族や地域の関わりを見てみると、両事例ともに単身で暮らし、地域からは孤立している状態であった。事例Aは保健師の支援による入院を契機に交友がなくなっていたが、インタビュー時点では家族コンタクトがとれる状態になっている。事例Bは、近くに金銭管理をしている兄（ケア会議にも参加）がいるが本人との関係は良くない状態であった。

暴力の事後の対応としては、事例Aでは直接支援を行う担当保健師だけでなく事務担当、係長、課長、所長といったラインでの情報の共有・役割分担の下、日常業務の中で対応している。生活保護ワー

カーとの連携のためには必要時に打ち合わせを行っている。事例Bではラインの係長、課長への報告と警察への被害届を提出していた。また、本人の参加を得てはいないが兄や障害者支援センターの担当者、暴力を受けた職員の所属する係長、生活保護ワーカーが参加するケア会議を開催し今後の対応を話し合っている。所内での対応としては、暴力行為は突然で予測が難しいことから、暴力の発生の予防策を検討した。今後の課題としては、暴力による影響（恐怖感等）へのメンタルヘルスが必要としている。また、暴力を回避するための環境整備や日常業務での面接スキルへのアドバイスを求めている。

「暴力の発生に至る背景」が理解できれば暴力の発生をある程度予測でき、発生予防策を講じることができると考える。そこで、以下に、上記M保健福祉センターの2事例からは「暴力の発生に至る背景」について整理してみたい。

まず、1つめは、本人だけでは対応・解決できない健康・生活問題を抱えていることである。2つめは、2つの事例とも家族との良好な関係はなく地域からも孤立し孤独であることである。3つめは、これまでの長い支援関係の中で「慢性的クレーマー」として理解されてきていることである。4つめは、事例本人の立場からみると、支援者が問題解決のために支援内容として提案する内容（アルコール問題・感染症・障害を持つ等法制度上の規制の支援内容となる場合がある）は、本人の意図とは必ずしも一致せず、簡単には了解しにくいものであったことが予

測される。これは法制度の目的からくる制約や限界に加え、支援者自身のスキルや組織体制も含む環境整備にも改善の余地があった可能性もあろう。このことは支援者が今後の課題とした暴力回避のための環境整備や面談スキルへのアドバイスを求めていることから理解できよう。最後に、5つめは、事例本人と支援者との関係性の問題である。事例本人の支援者との関係認識は、支援者となる保健福祉センターの保健師等との長い支援関係の中で、役割上職員の方から支援関係を切ることはないという認識を持っている。この認識の上に両者の関係性が維持されており、支援者にとっては理不尽な内容の暴力的言動が繰り返されていても制止や拒否ができない関係性が築かれていたことが理解される。

1. Z保健福祉事務所

Z保健所の3事例からは、福祉事務所ケースワーカーはケースの情報を共有し、暴力防止に関する経験知を日常業務を通して継承していることがうかがわれる。精神の事例での保健師との連携は図られているが、民生委員や警察との連携は比較的困難である。治療中断者への受診支援は、それぞれの事例ごとに多角的な状況判断が求められ、複数の技術職の判断を迅速に統合することが求められる。輸送の際、誰が事例の脇に位置するかや、同乗することの適否の判断等が重要であること、また保健所は移送時といった危機介入を点で行うより、退院後の生活支援を長期的に行うことが役割となることが多く、危機介入時

の役割分担のあるようが示唆された。

らの暴力を防止することにつながることが示唆された。

E. 結論

2保健所のインタビュー調査から、「暴力の発生に至る背景」の把握には暴力の実施者と被害者なった支援者の両者の諸事情、そして、それまでの両者間の相互作用によって構築されてきた関係性の側面から把握していくことが必要であること、また、精神科救急的な危機介入時においても期的なかかわりが求められる保健所の役割の取り方で、その後の事例か

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策研究事業）
分担研究報告書

保健師等の地域保健従事者に対する地域住民からの暴力等と保健所における
危機管理のあり方に関する調査V

分担研究者 反町 吉秀（青森県上十三保健所 所長）

研究要旨

地域保健従事者の危機的な状況の回避のあり方についてはあまり検討されていない中、平成20年度には全国の精神保健福祉センター、保健所及び児童相談所において相談を主業務とする保健師を対象として、1年間に住民から受けた暴力の実態と暴力に対する職場の管理体制について郵送調査を行った。平成21年度は、これらの調査結果に基づいて組織的な安全管理体制を築いている1か所の保健所を訪問し、聞き取り調査を実施した。その結果、困難事例に対する緊急対応時に発生しうる暴力を予防するための問題点として、精神科救急医療システムの整備、困難事例に対する措置移送に関する精神医療福祉関係者間及び警察等その他関係者間のコンセンサスの形成とそれに基づく研修の必要性等を抽出することができた。また、ACTに代表される地域でのアウトリーチ活動により、措置移送等を減らすことによる従事者への暴力の一次予防の可能性についても考察した。

キーワード：住民暴力 保健所 暴力防止 措置移送 パーソナリティ障害

A. 研究目的

昨今、医療施設内での患者および家族からの暴力への対応指針は検討されてきているが、地域保健従事者の危機的な状況の回避のあり方については殆ど検討されていない。そこで、本分担研究では、インタビュー調査の協力が得られた1か所保健所において相談業務に従事する者が住民から受ける暴力の実態の詳細と暴力の危機管理体制を明らかにし、暴力防止の対応手引きを作成するために必要な問題点の抽出を試みた。

B. 研究方法

1) 聞き取り調査

平成20年度の調査においてインタビュー調査の協力を申し出た1保健所において、暴力が発生したプロセス、暴力を行った住民等への対応方法及び暴力に対する職場の組織的な危機管理体制等のソフト面と暴力防止のための環境整備等のハード面についての詳細な聞き取りを行った。

C. 結果

調査先：M保健所

調査年月日：平成21年11月26日

調査者：平野かよ子

インタビュー対象：精神保健福祉担当保健師2名

保健所の概要：

県型保健所

【暴力が予測される場合の一般的な所内対応】

本人あるいは家族や、警察から電話があった際には、

・所内で共有し担当が課長に報告する。主治医の意見を確認するなどの方針を報告し、了承を得て実施する。

・最初に受けた人がかかわるという体制。若い保健師が対応する場合には、バックアップを必ずつけている。

・人格障害の事例が多いため、一部の職員をターゲットにしそうな事例の場合は担当を決めないで複数で対応する。

・男性の当事者が相談に来所した時は、必ず男性職員も入って保健師と一緒に対応する。複数対応にすることは事前の打ち合わせで決定している。

・どのくらい親身に話を聞けばいいかということについては微妙なところがある。あまり親身に話を聞くと、どんどん依存して来る場合もあるので、できないことはできないとはっきり言うようにしている。

・暴力的な行為に発展しそうな場合には、来所した時点で事前に課長、補佐などに話し、状況によっては警察に通報してもらう。

【警察との連携】

・暴力の可能性が高い場合は訪問に同行の協力要請をする場合もある。

・来所相談ケースの場合、上司に事前に暴力の可能性を伝え、相談状況を遠巻きに見守っていた職員が適宜通報する。

【暴力防止の工夫】

・ケースによっては、30分程度を限度に話を聞くと説明する。

・時間を設定してもその時間内に収まらな

い時もあるが、そのような場合は、話が区切れたところで一旦「上司とも相談します」と退席する。タイミングを見ながら切る退席するしかない場合もある。

・最初に相談を受けた際に、どういう相談できたかを相手に尋ね、必要時一旦退席して上司と打ち合わせた上で対応する。特に初回の相談の際には行っている。

・一旦退席し相談すること

相手もクールダウンできる。

対応した職員が全部自分で背負うのではなく、負担の軽減という意味あいもある若い保健師の場合には、本当にその対応方法が適切なのかを確認できる

込み入った相談であれば、対応方法が適切かどうかを他の職員に確認する機会となる

・パーソナリティ障害

パーソナリティ障害の方では、例えば保健師からの提案を「保健所がこういったからしたのにうまくいかなかった」というような、受け止め方をする方もいるので、ケースによるが、極力こちらから誘導（積極的なかわり、促し）をしない。例えばこちらから、「いかがですか？」とか「伺います」というような対応はしない。「ご相談があるのであれば、お受けします」というように伝える。

緊急対応や通報のケースの中にパーソナリティ障害の方が多い。警察に呼ばれ、「措置にかけるほどではないが、家族と一緒に受診させるので、医療機関を探してください」というケースには、パーソナリティ障害の方が多い。経年的にみるとパーソナリティ障害の方が増えてきて、事例としての困難度も高い。

・妄想性障害の高齢者は対応困難

一人暮らしの老人で生活は自立しているにも関わらず、特に認知症というわけでもなく、周囲には甚だしい迷惑をかけている事例が多い。家族がいないことが多く、家族が入院につなげることが期待できない。

市役所の生活保護や高齢担当が係わってくれるケースが多く、市と連携することも多い。症状は入院することで一時的に和らいでも、いざ自分の家に戻ると、妄想がよみがえってくることもあり、なかなか高齢者の妄想は統合失調症の妄想のように抑えられず、長期入院になる困難事例が多い。

【関係機関との連携】

警察、消防、精神科の病院、市町村の障害者担当等と連絡会議を開催している。2008年はパーソナリティ障害をテーマにして会議と研修会を行った。措置診察を担当する指定医からも、パーソナリティ障害に対する判断には非常に苦慮するという意見、専門医の話を聞きたいという要望、警察が保健所に求めることに無理があるとき、対応や連携に不信感を抱いていたことが研修会開催の契機となった。

・パーソナリティ障害の支援を困難とさせている背景

パーソナリティ障害と診断がついているだけで、入院の必要はないと断る医師が多く、入院を断られた後の対応が難しい。医師によっては、境界型、情緒不安定であれば治療の対象にするけれども、反社会性パーソナリティ障害は治療の対象ではない等、細かく分けて診断する医師もいる。もしくは、反社会であっても、一時的には入院もやむを得ないという医師もいて、考え方がバラバラな状況。

病院では、パーソナリティ障害者を一旦危機回避的に入院させると、退院させることが大変で、家族も退院を拒否するケースもあるため、受け入れたくないと思われる。医療側には暴力的なケースへの対応は司法で対応すべきという考え方もある。

【その他】

- ・担当者が様々な暴力的な事態に対応していることは市民だけでなく、所内の職員も分からないでいる。

【課題】

県の救急システムの不備が現場に非常に影響している。

問題は

- ・現場に行く指定医を探すことに時間がかかり、ストレスも大きい。自覚がなく保護される対象者にとっても、長時間警察におかれることは相当なストレスのはずである。このような状況は、職員に対する風当たりも強くなり、その後の対応を困難にする要因になっていると思う。

- ・受け入れ病院を探すことにも非常に苦慮している。警察も、現場レベルでは病院とよい関係がとれていても、警察署所轄での判断ができない場合は警察本部の許可が必要となり、その間の時間的なロスがある。

・警察本部との調整

管内の医療機関で対応してもらえず、警察の管轄を超えた遠方の病院まで対象者を移送しなければならない場合もある。そういう時に暴れる危険が非常に高いが、警察の同乗協力が難しくなる。その場合は警察本部との調整が求められる。

D. 考察

一次、二次、三次予防について

暴力予防には、事前予防 (prevention)、危機対応 (intervention)、事後対応 (postvention) の各フェーズにおける対策が求められる。インタビューを通して、M保健所では、豊富な事前予防、危機対応対策が検討され、組織的に実施されていることがわかった。困難事例に対し、若い保健師のバックアップ、男性職員の同席対応、複数対応、相談時間限定の事前説明、一旦退席、警察との同行訪問等々は、すべて現場で工夫されて実施されている有効な事前予防対策と考えられた。また、関係機関との連携を密にし、共同で研修会を持つことは、適切に危機対応する上で有効な対策と考えられた。

措置移送と精神科救急システムの整備について

保健所における住民からの暴力は、精神保健福祉法による措置移送のプロセスの中で問題となることが多い。これは、本人の意思に反してでも、危機介入の必要性和医療の必要性という2つの視点から、入院等の医療を強制的に受けさせようというプロセスであり、患者本人との葛藤のため、保健所従事者は暴力に曝されやすい危険な状況に置かれることとなる。M保健所におけるインタビューでも、住民からの暴力の予防は、困難事例に対する措置入院等の対応をいかに適切に行うかという文脈の中で語られた。

M保健所では、措置入院にあたって、措置診察を担当する精神保健指定医の確保、措置入院受け入れ病院の確保に、苦慮しており、県レベルでの精神科救急システムの整備を求めている。全国の保健所で同様の

悩みを抱えているところは少なくないと思われる。都道府県レベルでの精神科救急システムの整備については、昼夜を問わず精神科救急機能を持つスーパー精神科病棟を整備した都道府県もある¹⁾。更に進んで、精神保健福祉法24条から26条通報の24時間受け入れ、事前調査、患者搬送、措置診察の手配・実施まで、措置移送をほぼ完遂する業務を担う精神科救急情報センターを整備した群馬県の例もある²⁾。これらのシステムは、措置移送を円滑に進める強力な装置として機能し、当事者や関係者にとってメリットが大きい。しかし、そのような体制を組むには、精神科医等の医療従事者の確保と相当な予算配分が必要となることはいうまでもない。したがって、精神科救急システムの都道府県による整備状況には大きな格差があるのが現状である³⁾。

パーソナリティ障害等の困難事例への対処について

M保健所では、パーソナリティ障害事例への対応の増加と対応への困難を指摘していた。M保健所は、「極力保健所側からの積極的働きかけをしない」、「できないことはできないとはっきり言う」、「相談時間を限定する」等の対応の工夫をしている。パーソナリティ障害事例を措置入院のプロセスに乗せるには、特有の困難を伴う。

パーソナリティ障害事例等の困難事例については、家族等の関係者によっても、しばしば危機対応が求められ、対応に苦慮する場合も少なくない。困難事例の家族は長期間に繰り返される様々なトラブルにより疲弊し、家族も「病んでいる」こともしばしばである。そのような家族が、パーソナリティ障害の本人を「措置入院させれば何

とかなる」、「措置入院こそが、困難から逃れる唯一の解決法」と思い込み、保健所に様々な要求をしてくる場合もある。筆者の勤務した保健所でも、パーソナリティ障害の家族が、本人を措置入院にするよう、保健所に執拗に要求してきて対応に苦慮した経験がある。措置入院の決定権限は措置診察を担当する2名の精神保健指定医にあるにも関わらず、家族の要求は時にエスカレートし、「保健所が措置入院をさせずに何かが起こったら、すべて保健所の責任だ」等の脅しあるいは暴言が聞かれることもある。更に、家族ばかりでなく、様々な関係者が、措置入院が「打ち出の小槌」あるかのように、誤解して、措置入院を求めてくる場合もある。

平成19年に、全国保健所長会「精神保健福祉研究班」によって取り纏められた「保健所精神保健福祉業務における危機介入の手引き」⁴⁾において、保健所による措置移送の手続きにおける留意点がある程度整理されている。特に、この「手引き」別添参考「精神科医療へのつなぎ方」の中で、医療の必要性と危機介入の必要性の2つの視点から、精神科医療へのつなぎ方、すなわち措置移送等強制力を伴う精神科医療につなぐべきかどうかについて、疾患別目安及び問題行動別目安が記載されている。モデル症例も呈示されており、境界型パーソナリティ障害例は、危機介入の必要性は大きいように見えるが精神医療の必要性は小さい傾向があると説明している。この手引きの記述は、パーソナリティ障害等の困難事例への緊急対応にあたる保健所が、医療の必要性と危機介入の必要性を含めて、長い目でみて強制入院によるデメリットを上回る

メリットが期待できるか、措置入院制度の濫用に当たらないか等、多角的な視点を持ち、ケース毎に、冷静な検討をして対応する上で、大変参考になる。

しかし、この手引きに記載された捉え方が、精神保健医療福祉関係者の間でさえ、どれだけコンセンサスが得られているかについては疑問である。林は、精神保健福祉法の入院形態についての問題点として、措置入院に適切に適用されるためのトライアージ体制の未整備、適用基準(ガイドライン)が整えられていないこと、他害行為に対する医療観察法との役割分担が不明確であることを指摘し、法の理念を活かすための手続き、運用制度の充実が必要であることを指摘している⁵⁾。実際、パーソナリティ障害事例に対しては、措置入院の是非及び医療の必要性についても、精神科医の考え方は極めて多様であることは、現場で実感されている。措置入院の要否の決定は、パーソナリティ障害についてどのような考え方を持つ医師が精神保健指定医として診察するかどうかで大きく左右されているのが現状である。

また、警察等の関係者は、医療の必要性をさておいて、危機介入の必要性を重視して、措置移送を求めてくることもあり、現場で深刻な葛藤が生じ、保健所が調整に苦勞することが少なくない。このような背景からも、M保健所において、警察、消防、精神科病院、市町村障害者担当等と連絡会議を開催するとともに、パーソナリティ障害をテーマにして会議と研修会が行われていることは、高く評価されるべきと考えられる。

パーソナリティ障害患者等困難事例に対

する、本人及び家族等の関係者への危機対応については標準的な対応について十分なコンセンサスも得られていない状況は、保健所等の現場の負担を極めて大きくしている。患者や家族等の住民の利益と人権、従事者の生命と健康の両方を尊重する視点から、困難事例への標準的な対応方法が、十分コンセンサスが得られるための努力として、国レベルでのフォーラムが、保健医療福祉関係者や警察等関係者等の実務家と法律家等様々な専門家の共同により開催されることが、望ましいと考える。その上で、保健医療福祉従事者を対象とし、暴力予防の視点も含めた標準的対応に関する全国レベルの研修会が開催されることが求められるのではないだろうか。

措置移送が必要となる緊急対応を減らすことによる暴力の一次予防の可能性について

近年、包括型地域生活支援サービス (assertive community treatment, ACT) が、地域に住む精神障害者の医療サポートシステムとして、各地で展開され始めている。そのさきがけともなったACT-J (千葉県市川市) では、対象ケース60例のうち14名 (23名) が、措置入院の経験者であり、緊急対応が必要となりうるケースについては、ACTによる関与が、措置入院の繰り返し予防に有効であり、ACTのニーズは極めて高いという⁹⁾。ACTに代表される地域へのアウトリーチ活動により、強制医療を含む緊急対応が必要となる以前に、適切な医療を提供することで、本人の意思に反する措置移送を減らすことができる。これは、保健所等の従事者に対する暴力を防ぐ、根本的な一次予防対策 (prevention) としても有効である、

と考えられる。

E. 結語

M保健所では、暴力の事前予防 (prevention) や危機対応 (intervention) を適切に行うための多くの工夫が組織的に実施されており、他の保健所での対策を進める上で、参考になると考えられた。保健所業務における暴力の発生は、多くが、措置移送を含む、困難事例への緊急対応時と想定される。危機対応をスムーズに進めるために求められる、精神保健指定医や受け入れ先病院の確保について、都道府県レベルでのシステム化が必要と考えられた。また、パーソナリティ障害事例等の困難事例本人及びその家族等の関係者への危機対応については、全国保健所長会による「保健所精神保健福祉業務における危機介入の手引き」が参考になる。しかし、困難事例への危機対応のあり方は、精神保健医療従事者の間でもコンセンサスが得られているとは必ずしも言えず、まして、警察等その他の関係者を含めた共通理解は、今後の課題と考えられた。したがって、困難事例への緊急対応をスムーズにして、暴力の発生を予防するためには、様々な関係者による共通理解のための国レベルでのフォーラムの開催や、精神保健医療福祉従事者の対する全国的研修会が開催されることが望ましいと考えられた。また、緊急対応が必要となる前に、ACTに代表する地域へのアウトリーチ活動を活発化し、措置移送を減らすことが、従事者に対する暴力の一次予防にもなると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献

- 1) 嘉山一壽. スーパー救急病棟の現状と課題—5つの病棟機能の確立に向けて。神奈川県立精神医療センター研究紀要 2005; 13: 46-49.
- 2) 赤田卓志朗. 精神科救急と精神障害者措置移送制度. こころの科学 2007; 132: 53-57.
- 3) 平田豊昭. 精神科救急システムの全国状況. 精神科救急 2006; 9: 45-50.
- 4) 全国保健所長会「精神保健福祉研究班」. 保健所精神保健福祉業務における危機介入手引き. 平成18年度地域保健総合推進事業「精神保健対策のあり方に関する研究」報告書. 2007.
- 5) 林直樹. 事例から考える精神保健福祉法の入院形態についての問題点. 精神科治療学 2009; 24: 291-297.
- 6) 佐竹直子、伊藤順一郎. ACTによる措置入院患者への支援. 精神科治療学 2009; 24: 1117-1122.

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策研究事業）
分担研究報告書

保健師等の地域保健従事者に対する地域住民からの暴力等と児童相談所における
危機管理のあり方に関する調査

分担研究者 中板 育美（国立保健医療科学院 主任研究官）

研究要旨

地域保健従事者の危機的な状況の回避のあり方についてはあまり検討されていない中、平成20年度には全国の精神保健福祉センター、保健所及び児童相談所において相談を主業務とする保健師を対象として、1年間に住民から受けた暴力の実態と暴力に対する職場の管理体制について郵送調査を行った。平成21年度は、これらの調査結果に基づいて組織的な安全管理体制を築いている児童相談所を訪問し、聞き取り調査を実施した。その結果をふまえ、暴力防止の対応の手引きに含める事項の整理を行った。

1. 児童相談所が担う機能・役割から、相談対象者からの言葉の暴力をはじめとした暴力を受けやすい環境である
2. 日ごろからの職場内での情報共有、とくに先輩と後輩、上司の枠を超えて話しやすい環境づくりと基本的な複数対応が重要である。
3. 暴力への対応として、毅然とした態度は欠かせない。毅然とした態度で対応するためには、面接スキルの向上と組織的バックアップ体制の整備は両輪が必要である。
4. 研修には、暴力対応を改めてプログラム化し、新人研修や年度当初のオリエンテーションなどを通して、組織的対応を明示していく必要がある。

キーワード：住民暴力 児童相談所 態度とスキル 研修

A. 研究目的

昨今、医療施設内での患者および家族からの暴力への対応指針は検討されてきているが、地域保健従事者の危機的な状況の回避のあり方については殆ど検討されていない。そこで、本分担研究では、インタビュー調査の協力が得られた1箇所の児童相談所において相談業務に従事する者が住民から受ける暴力の実態の詳細と暴力の危機管理体制を明らかにし、暴力防止の対応手引きに含める事項の分析を行った。

B. 研究方法

1) 聞き取り調査

平成20年度の調査においてインタビュー調査の協力を申し出た児童相談所において、暴力が発生したプロセス、暴力を行った住民等への対応方法及び暴力に対する職場の組織的な危機管理体制等のソフト面と暴力防止のための環境整備等のハード面についての聞き取り調査を行った。

C. 結果および考察

1. k 児童相談所の概要

k 児童相談所¹：1 支所を含めて7か所ある S 県児童相談所のひとつ。管轄地域は、7 市 10 町 1 村である。

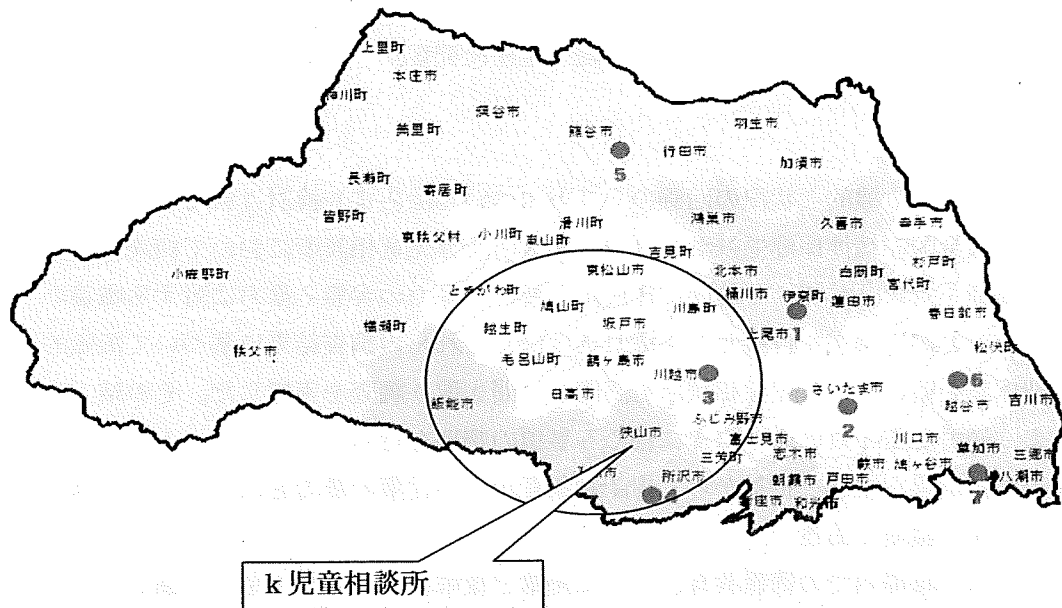


図1 S 県内の児童相談所配置場所と管轄市町村

¹ 児童相談所は、児童福祉法第 12 条に基づき、各都道府県に設けられた児童福祉の専門機関。すべての都道府県および政令指定都市(2006 年 4 月以降中核市にも設置可)に最低 1 以上の児童相談所が設置されている。0 歳～17 歳の者(児童福祉法 4 条)を対象に、児童に関する様々な問題に対応する。

S 県の児童福祉司は100%ではないが、多くは福祉職としての採用であり、異動も福祉領域内での異動が主。他は事務職からの転向もある。相談部門は意識的に福祉職が担当する場合が多い。課長職・部長職含めて59名（H21年度）。

相談は、養育困難や虐待対応にかかわる養護相談、虚弱児などの相談として保健相談、障がい児や発達障がいなどに対応する心身障がい相談、家出や触法行為などの非行相談、不登校などの育成相談に大別される。

k 児童相談所の職員の声

・「どの児童相談所も人員配置的にバランスが取れてはいるかと言えば疑問です」

・「保健所保健師が兼務で配置されています。最初は頻繁に処遇会議にもきて、情報をいただいたりはしていました。機会はだんだん少なくなっています。」

・「人数が足りないと言い始めたらきりが無い。要するに姿勢。少ない人数で、いかに効果的におこなうか…」

2. 暴力の実態

1) 日常的に遭遇する暴力の状況

・「話がわからない、担当代えろ!」「上司を出せ!」などはよくある。」

・「父母とも児の処遇について穏やかに話が進んでいたにもかかわらず、(たぶんなにか親の琴線に触れたのだと思うが) 突然切れ出すケースも最近多い。」

・「暴力は種類でいえば、圧倒的に言葉ですね。後は胸ぐらをつかまれるような…。それでもやはり恐怖体験には変わらない。特に児童福祉司は女性が7割と女性が多いですから。」「そうですね。やはり暴力も女

性が受けやすいですね」

・「マスコミや新聞等で「相談所、やりすぎた行為」みたいに批判される時がある。個人攻撃を間接的にぶつける。厚生労働省にリークするなども聞きます。一方的なコメントや情報だけで話が大きくなり、担当者が一番精神的にも辛いし、とんでもないですよね」

・「景気の影響が大きいと思うが、行政は確かに不満のはけ口となりやすく、何かあれば行政に不満をぶつけてくる。(児童福祉も含め、)福祉の相談関係では利害が対立することもあるから、暴言につながりやすいのかな・・・という印象はある」

児童相談所においては、言葉の暴力等は程度の差こそあれ、日常茶飯事的である。対象者である保護者や子どもから、理不尽に大声を出す、担当者への威嚇、脅し、物にあたるなど身体的・精神的暴力や性的嫌がらせを職務中に受ける機会は増加している。

対象者およびその家族支援の範囲を超越する暴言や半ば嫌がらせは、担当者にとっては恐怖体験でかなりストレスフルな状態であり、精神的プレッシャーは容易に想像できる。

2) 事例1から

・「一時保護を行使している子どもの父母ではなく、祖母がクレームや暴言を持ってくるケースもある。話を聞くなどで対応するが、直に父母と対峙し、即時対応すべき場面を優先させなければならない状況もある。その時は、祖母の対応は決してないがしろにしているつもりはないが、優先順位を考慮した結果、祖母の怒りの感情と暴言が増

強した。祖母は精神科通院歴があり、児童相談所に来て何時間も話す、攻撃的で、話を通じない・進展しない状況で担当が大変疲弊した職員がいる。地味だが精神的に大変キツイですね。」

相談対象者は、無理な要求（と本人も分かっているながら）を言葉や威嚇など暴力的あるいは支配的に投げかけてくるが、それに直に反応したり、断ったり、否定したりすると攻撃的になり、怒りを助長させやすい傾向がある。したがって（状況にもよるが）、積極的に現制度を利用しながら抑止力に頼るなどして、なんとか沈静化させることに焦点化して、対応する。

法的対応として子どもを親と分離した時、改善の兆しがないのに、子どもの面会や引渡しを強引に求める場合には、子どもの人権を守るために保護者と対峙するしかない。また、保護者が精神的に不安定な場合も、子どもを守る観点から苦慮しながらも説得しなければならない。

対人関係において暴力的な言動になりやすい場合、自らの生活体験や困難な生育歴等、複雑な背景を持っており、劣等感や対人不信感が強く、社会的に未熟で円滑な対人関係を持ちにくい人が多い¹⁾。まさに児童相談所が関わる対象者像がそのような背景を抱える場合が多く、状況や背景を考慮し、工夫した高いケースワークスキルが求められる。

3) 暴力に対する職員の認識

・「相談所のワーカーも「こういう対応でいいのか」と悩みながらやっている。でもそれはそれ。どの職員がどんな対応をしたとしても、それと暴力行為は別。それ自体は許され

ることではないという認識を持ち続けたいといけない。」

・児童相談所は暴力がひきだされやすい職場であることを、みんなで自覚し、暴力が回避されることを担保していくことが大切かもしれないですね。」

保護者（家族）が繰り返す過剰な威嚇、クレーム、モラルを欠いた問題行動（ネットやマスコミを使うなど）などの暴言や身体的暴力の危険や恐怖に遭遇し、しかもそれが長期間にわたると、業務の妨害にもつながり、精神的負担を負わせることになり、援助者の精神的不安定・不調を引きだすことになる場合もある。これは、明らかに心身にマイナスの影響（ストレス反応）を与え¹⁾、突然の体調不良や勤務意欲の減退²⁾にもつながるものである。

理不尽な暴言や暴力に対し、責任を持って対処する姿勢、つまり組織が毅然と職員を守る意思表示を打ち出し、それを組織として職員間で共有することが重要なポイントになりそうである。

クレームや暴言、あるいは暴力行為が発生した場合には、当事者になったスタッフの動揺（精神的なダメージの度合）を早期に把握して長引かせないための対応と職場環境の回復に向けた対応が必要になる。状況如何では、警察等への通報の可否も判断しなければならない。

3. 対応の工夫

・「一人で対応する場合も、大きな声が聞こえるくらいの事務室で、ほかの職員が気にしていたりしている。」

・「相手が興奮状態になったり、その兆しが

あれば、面接を一度中断したり、わざと面接場面を離れ、他の職員を呼びこむなども実際はする」

- ・「必ず入り口に近い席に座り面接場面での位置関係の配慮、感情的な保護者の挑発行為に配慮も必要である。」
- ・「保護者にしてみれば、怒りや敵意で意思表示するので、話をしっかり聞くことはしますが、暴言や暴力の兆しが出れば別です。」
- ・「一時保護や施設入所に対する怒鳴りこみ等の場合は、本人には理不尽であり、その不満を伝える方法として不服申立てが保障されていることを伝えることは、抑止につながる」

児童相談所などの援助機関で出会う対象者は、そもそも対象者の心理的背景(敵意、抑うつ)やストレス(劣等感や疾病・障害による不安、周囲への不満、孤立)などから、日々がストレスフルな生活で、やり場のない感情を生みやすい人々である。そこで、意に沿わない処遇が講じられた場合に暴言・暴力は引き出されやすい。しかし、上記の発言のようにちょっとした面接スタイル・面接環境の工夫などで暴力回避につながることもありそうである。

対象者のこれまでの問題解決手法や暴力的行為の前歴にも関心を示しながら、対象者の性格や心情に配慮したチーム対応を行うことで、対象者の態度が軟化する場合もある。このような対象者理解は、無視できず、心理職員や精神科医、保健師などチーム対応で理解を進め、より有効な対処方法を検討していくのも援助者としては重要である。

4. 組織における対応

1) 係・課内での対応

- ・「自分だけで抱えるのではなく負担を分散させる仕組みが必要。ただ、日常的なので、どちらかと言えば常識的に皆が動くことが大事で、組織的体制はその補完的であるほうがいい」
- ・「担当を替えるというのはよほどの事が無いとしない。主担当が変わるわけではないが他の職員も加えて層を厚くして対応を考える」
- ・「同僚や先輩で、そういう時にはこうしたほうがいいんじゃないかとかのつながりというのは日頃から強いかもしれませんね」

2) 複数対応体制

- ・「保健師さんはよく1人で対応されますよね。一人で一手にストレスを受ける。別の面で発散できればいいだろうが。少しでも面接場面の負担を少なくという意味で対応が難しいような場合は複数対応でします。一人で対応ということはない」
- ・「担当者の負担は、少しでも減らしていく。特に難しいというか、対応に苦慮するようなケースは、必ず、複数で対応する。それがケース対応に跳ね返る」
- ・「複数という考え方も必ずしも相談所の中ではなく、市町村や保健所の保健師さんとのペアいう複数もある」
- ・「特に児童福祉司は女性が7割と多いですから。セクハラ対策も考慮すると、複数対応は抑止には効果的で、うちは対象からのセクハラは避けられています」

3) 情報を共有できる体制づくり

- ・「自分で抱えて対応しきれない時、情報を共有し組織で対応することを徹底している。

それは危機管理になっていく。」

4) 組織ルール作り・対応の心得

- ・「怪我をしたら被害届をだすということが決まりにっているわけではなく、対抗手段をとるという一般的な感覚で出します」
- ・「相手と対立し興奮状態となり、その場での調整が困難と判断されれば、改めることを提示するなど（“心得”）は共通認識になっている。誹謗中傷を興奮状態でできているときに、調整は不可能に近いのでその場を去る（終わらせる）判断も必要。」

5) 保険

- ・「暴力行為だけでなく、処遇に対して相手が法的な手段に出てくる場合にも備えなくては行けない。そういう時のために例えば“保険”に入ることもあります」
- ・「組織で動いていても、今は「あいつは」みたいな感じで個人を訴える、そのときには組織としての対応はできないので、そのための保険です」

6) 警察などの関係機関との連携

- ・「法改正前から暴力に対しては警察の協力を得るという流れはあったので、「お願いしたい」という雰囲気はある。虚勢張って威圧かける状況では、警察がいることで、手を出すまではいかなくて済む。口だけで終わりにするという抑止につながる」
- ・「家庭への立ち入りは以前から行っているが、法改正を経て、暴力が予想される場合は警察の協力を得るという流れが明確になり、私達と警察の協力関係が近くなっている。」「警察の存在は虚勢張って威圧かけるパターンも多いが、警察がいるということで手を出すまではいかなくて済み、口だけで収まるという抑止力になっている。」

児童相談所の場合は、一時保護や施設入所等の法的措置対応があり、それに対して不満を抱く保護者の暴力的な態度や子どもの面会や引渡し要求が続けば、裁判所に判断を仰ぐ用意があることを伝えたり、精神的に不安定な保護者に対しては、保健所との連携をはじめ、医療サイドとの連携をあえて強調するなど、毅然とした対応を図ることが混乱を長引かせないコツといえよう。

保護者の暴力的言動が限界を越え、援助機関で対処することが困難と判断できた時点で、速やかに警察に通報し、協力を求める覚悟も必要である。警察に協力を求めることによって、支援関係が難しくなるあるいは報復などへの新たな恐怖が生じるなどの考えもあるが、無防備な印象や、何をしても警察等の介入に至らないという印象を対象者に与えることは、より暴力的言動を継続させることにつながる。

5. 人材育成（研修等）

- ・「複数対応は、そのままOJTです。異動では相談所経験がなくても、新人では見られないですから。本人も聞きにくいだろうし、複数対応がその役を担いますね」
- ・「自分のやり方でやれる？何十年もずっと児童福祉ひとすじの人には、他の人はまねできないというのがある」
- ・「保健所職員は少なくなる中で児童相談所職員は増えている。今の組織体制は充分ではないが、今は若手が多いので、うまく年齢構成のバランスが取れる配置である。」
- ・「暴力への対応の訓練を受けることはほとんどない。しかし、暴言・暴力への対応法もスキルの1つだと思うので、日常的に現場で学ぶくらい…」