

<p>暴力防止の工夫</p>	<p>所内で大声で暴言を吐く場合は、男性職員が対応する。暴言はいつも突如然で予測できない。オープンで、誰も見えないカウンスターの面接する。</p>	<p>基本的なことは、県の住民担当マニュアルにのっとり対応する。困難ケースは、基本的に同行（複数で）訪問する。面接は個室でクローズの空間で行うことになるが、逃げ道があるといい。</p>	<p>基本的には複数で訪問し、相談しながらできる体制。男性事例には、男性職員が同行する。</p>	<p>精神保健の事例等で、一人での対応が困難とは、二ケースは、二人で訪問する。</p>	<p>まずは、傾聴するのが原則。困難事例はチームで対応。対応方針は話し合う。辛いとか、大変というところが話せる環境を作る。</p>	<p>防御用のベスト等(刃物で斬りつけられたときの防御)を用意している。措置診察後に患者を指定病院に移送する際、スタップが壊つてなだめると、警察官に同乗してもらおう。</p>	<p>危険が予想される場合はよその課も含めて必ず複数対応。女性では危ない場合には男性職員が対応している。公用の携帯電話を持参して対応する。身を守るためバックを持つ。靴は厚みのあるもの。建物とか、部屋とか机の幅等</p>
<p>都道府県との関係</p>				<p>平成7年ころより県の精神科救急の事業システムが充実し、精神保健指定医による診察も輪番性となり、指定医診察を頼む精神病院の確保の苦労は解消。</p>	<p>これまででは精神科救急センターは、精神医療センターで一括して鑑定をし、その後後方病院へ移送し、苦労していた。現在は各地区に輪番病院が配置され、さらに24時間対応の県精神科医療センターが、診療の要請を電話で受け、輪番病院または基幹病院に受診調整を行うシステムがある。</p>	<p>就業時の1か月の研修期間に研修。随時伝える。現実には様々な状況があるので、人材育成に絡めて、現場で事例から学べるようにしたい。</p>	
<p>教育・研修等</p>	<p>専門のアドバイザーと一緒に相談出来ることのできることは</p>	<p>事例を取り上げ、職員が元気になる。チームの研修・学習会等を実施した。</p>	<p>話を聞くスキル</p>				

表2 インタビュー調査総括表2

保健所名 事例No.	中核市KM保健所			県KT保健所			中核市A保健所			県S保健所			県M保健所			S県K児相				
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
事例の状況	精神・生保	パラノイア	精神・介護	統合失調症	統合失調症	統合失調症	精神・介護	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症	パーソナリティ障害	パーソナリティ障害	パーソナリティ障害	一時保護	一時保護	一時保護		
暴力の発生場所	電話・所内	訪問	訪問	所内	所内	所内	訪問	所内	所内	電話	電話	電話	電話	電話	電話	所内	所内	所内		
個室で相談する場合 は、2名以上で対応。 できるだけ男性職員が 入る。訪問は、担当者 希望すれば男性も同 行する。初回は保健師 と相談係で訪問。精神 障がいの新規申請時 調査は、職員と調査員 の2名での実施が多 い。電話対応で罵倒さ れた際は、ひたすら聞 く。生保事例はケー スワーカーと同行訪問す る。	必要時事前に課長を含め相談し、 課長補佐が対応方針を決める。訪 問後は事例の状況について話し合 い、記録も共有。対応方法を確認。 所長、次長、課長、担当者で日宇町 会議を聞く。係内は相談しやすい。 上司にも相談しやすい。	担当内で報 告し善処す る。課長への 報告は場合 によっては行 うが、課内の検 討課題にした ことはない。	検討会を持 ち職員の間 持ちは軽く する。ストレ スがたまつ た状態の時 は電話に出 ないよう にする。	被害に遭った 保健師への 支援体制は ほとんどな い。住民から 警察に被害 届が出され、 措置決定が 必要との連絡 が保健所に 入った。課長 は課としての 方針は明らか にしているが、担 当任せに委 ねられている。	トラブルが起きるような場合や、関係 機関や市民からの苦情が想定され る場合は、すべて所長、次長には報 告し相談し、責任の所在を明確にし て行う。上司を含めてみんな が相談し、進めることを基本とし ている。日常的にどの事例に誰が かかわっているかはみんなが把握 し、声かけが出来る。今後危険 が予測される場合は、男性と訪問す るよう助言・指示を行う。保健 所の職員が複数で行けない場合 は、市町の職員や警察に同行を依 頼する。1回/月グループ連絡会。 大事なことは随時話し合う。課会議 市も包括支援セン ターに常勤の精神 保健福祉士を2名 配置。事前に警察 に連絡し、わから ないよう(同行し てもらう)こともあ る。	担当で話し 合っている が、対応は担 当保健師任せ で、事例検討 をすることは ない。	窓口に苦情等は、 まず担当者が対応 し、それで解決が無 理なら課長補佐、課 長、次長、所長が対 応する。相談 等で問題があれば、相談 相談室に記入し所長 まで報告すれば迅速 に幹部会で検討を行 い、その結果は全職 員に周知される。 で、何かあれば会議 の場で相談できる。	窓口での苦情等は、 まず担当者が対応 し、それで解決が無 理なら課長補佐、課 長、次長、所長が対 応する。相談 等で問題があれば、相談 相談室に記入し所長 まで報告すれば迅速 に幹部会で検討を行 い、その結果は全職 員に周知される。 で、何かあれば会議 の場で相談できる。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。	暴力的な行為に 発展しそうな場合 は、来所した時点 で事前に課長、補 佐と話し、状況に よっては警察に通 報してもらう。
係・課内体制																				
組織の管理体制																				
警察等との連携																				

<p>1階の受付窓口には警報を設置。 相談室にはバザーを設置。 カウンターの高さも考慮が必要。 生活保護担当課では、半年の研修の中で口伝えや引き継ぎの中で危険防止の対応方法を話す。</p>	<p>マニュアルは特になく、その時々で話し合っって課長補佐が中心となつて対応方法を決めていく。1暴力が想定される時は、男性、複数で行く。 搬送時、保健所職員は本人と別で同行する。警察と保健所の役割を区分している。</p>	<p>人格障害： 原則的には人格障害のケースには、家族の相談を受けるようにしている。本人が来所した場合は、約束の場で対応する。担当をなるべく決めて、時間を区切るとやれないことはつきり伝えられる。医師相談日に来所してもらい、医師のアドバイスを要する。</p>	<p>対応のマニュアルはない。</p>	<p>常に保健師2人で訪問し、訪問時の立ち位置を決め、一人は入り口側に立ち、いつでもすぐ外に出られるようになっている。2人で訪問することで、公平・冷静にみれる。所内で相談を受ける場合には、相談室で対応した方がいいか、オペンスペースで対応した方がよいかを考えて対応する。相談室は、スイッチ(ポケット内)を押すと事務室に警報が届く。</p>	<p>ケースが男性であれば、必ず男性職員に入ってもらい保健師と対応する。若い保健師にはバックアップ体制を取る。複数対応にすることは事前の打ち合わせで決定する。人格障害： 親身に話を聞きくと、ほとんどん依存して来る場合もあるので、できないことははっきり言うようにはしている。</p>	<p>相手が発奮状態になつたり、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。不服申立てが保陣されていることを伝えることは、抑止につながる。</p>	<p>緊急対応はそれぞれ保健所で対応することになっている。日常業務の中で対応なので、マンパワーも十分でなく、対応がタイムリーにしない。緊急対応は県に移送チームを作るように要望している。県の専属の指定医を設けることも要望している。 刑期を終えた精神障害者が措置入院になると、刑務所から病院への移送は保健所の役割。本人への移送の説明を保健所職員がその場で言い渡す。強く抵抗される人もあり、保健所だけでは対応困難。</p>	<p>暴力防止の工夫</p>	<p>都道府県との関係</p>
<p>生活保護では、半年の研修の中で口伝えや引き継ぎで対応方法を学ぶ。相手が不当に出た場合、職員のメンタル面のフォローとしては、まず上司に相談する。解決できない時は、本庁の精神科医や臨床心理士と面接で対</p>	<p>教育・研修等</p>	<p>職員が「ストレスマネジメント」の講演を実施している。</p>	<p>職員が「ストレスマネジメント」の講演を実施している。</p>	<p>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一つだと現場で複数対応する。これは、そのままOJTです。県での全体的なもの研修という形のものはない。</p>	<p>県としてのマニュアルはある。県全体で指針を作り、それを受けて、各機関でこうしたマニュアルを作成している。</p>	<p>県としてのマニュアルはある。県全体で指針を作り、それを受けて、各機関でこうしたマニュアルを作成している。</p>	<p>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一つだと現場で複数対応する。これは、そのままOJTです。県での全体的なもの研修という形のものはない。</p>	<p>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一つだと現場で複数対応する。これは、そのままOJTです。県での全体的なもの研修という形のものはない。</p>	<p>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一つだと現場で複数対応する。これは、そのままOJTです。県での全体的なもの研修という形のものはない。</p>

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 I

分担研究者 平野かよ子（東北大学大学院医学系研究科 教授）

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等を対象として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3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。

キーワード：住民暴力 保健所 所内体制、暴力防止の訪問、近隣対応、受刑者の移送

研究協力者

池田信子 秋田看護福祉大学 教授

山田和子 和歌山県立医科大学保健看護学部 教授

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に関する情報を収集、分析し、暴力防止の対応手引きに必要な事項を抽出する。

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3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

1. KT保健所

調査年月日：平成21年10月30日 調査

者：平野かよ子

【インタビュー対象】：保健師3名（課長、課長補佐と保健師）とPSW1名

【保健所の概要】管内が広く、人口と医療

機関などの数も多く刑務所もある地域である。

《事例1の概要》

【ケースの概要とこれまでのかかわり】

66歳の男性、一人暮らし、精神科受診歴あり。H20年2月に市の介護保険課の方から相談の電話：介護保険料の滞納があり、電話や来所、手紙で意味不明のことを言う。説明しても激昂して興奮するためどのように対応したらいいかわからない、今後どんな対応をしたらいいかと同行訪問を依頼。市職員に同行して訪問、今後も継続訪問の必要性を判断し、その後事例は信用金庫で暴れ警察に身柄を拘束された。主治医も入院の必要性があると判断したため、医療保護入院となる。この事例はその後退院したが、また、7月に市から相談があった。今回は近所や大家からの「騒がしい」「夜中に電気をつけて何かしている」との苦情があると相談が入った。

【暴力発生時の状況】

介護保険課長、市の相談員、保健所の保健師の3名で訪問。大家も来た。本人は目がすわった状態。「天女が…」「そこに～がおる」などの言動があった。事例は男性に対しては足で蹴るまねをして、これ以上近づくなという感じで脅し、近くによると危険な状況だった。本人の兄弟を説得していると、事例は大家と介護保険課長に蹴りを入れた。そのため保健師が110番して警察官が到着。警察官も同行して市の車で入院となった。以前から病院とは連絡が取っていたため、受け入れはスムーズであった。退院後、服薬の中断が続き、入院後の見守

りは市の障害者相談員が訪問するつもりだったが、していなかったため、同じことが起きた。その後、市は訪問を続けている。

【所内体制】

精神保健福祉担当係；精神保健相談員5名、保健師2名

この事例は市が中心的に担当。所内では、必要時事前に課長を含め相談し、課長補佐が対応方針を決めている。訪問後は「どうだった」と事例の状況について話し合い、記録も共有され、対応方法を確認して進めている。所長、次長と課長、担当者が集まってミーティングを開くこともある。担当係のメンバーには非常に相談しやすい。上司もすぐに相談に乗ってくれ仕事は進めやすい。

【所内の危機管理体制】

トラブルが起きそうな場合や、関係機関や市民から苦情が入ることが想定される場合は、すべて所長、次長には報告し相談している。それ以外のケース対応については、課長止まりでの対応を行っている。

精神保健福祉業務は、法律ぎりぎりの所でやらざる得えない場合が多く、そのような場合は、所長に報告して責任の所在を明確にして行っている。

(法律ぎりぎりのところでしなければならない対応)

警察は、自傷他害になれば病院に連れていくために保健所に要請する。が、どちらかというところ、人格障害系とかアルコール依存症とか覚せい剤後遺症の方たちだと、病気なのか人格なのか性格なのか分からない事例があり、実際に近所迷惑が起きている。これらの事例は、現在の状況が良くなるというものではない。受診はしても入院はさ

せてもらえない。しかし、地域は困っているので、警察と保健所と話し合い協力しながらとりあえず受診につなげ対応をせざるを得ないこともある。

【近隣の反応】

近所の人も、事例にはいい時と悪い時があるということを知っている。治療を継続することにより悪い状況が改善することを、近所の人にも伝えた上で受診援助する。このような近隣への対応をしないと、本人が退院しても帰る場所がなくなる。このステップを踏めると、近所の人には本人が帰って来ても気にしながら見守ってくれることになる。

【他機関：市町村の体制整備】

このような経験により、市も高齢者対策も含めて精神障害者への対策が大事と感じ、包括支援センターに常勤の精神保健福祉士を2名配置した。高齢者等には市がまず対応し、訪問も実施している。（この事例の居住地は、高齢者の支援でも有名な自治体で、公務員数も多く、また、保健所から遠く30分もかかるため、できるだけ市で完結させるような体制がある自治体）

【暴力への対応の工夫】

マニュアルは特にない。対応できる職員数にも限度があり、その時々で話し合っって課長補佐が中心となって対応方法を決めている。

1. 暴力の可能性のある事例には、男性と行く、複数で行くこととし、対応メンバーを決める。事前に警察に連絡し、わからないように（こっそり）同行してもらうこともある。

搬送する場合、保健所職員は本人と同じ車には乗らず、他の車で同行する。実際に暴

れたら110番し、危険な部分は警察の役割とし、保健所は退院後もかかわる機関なので、強引に何かしたという印象をできるだけ与えないように気をつけ、受診の説得の役割を取るようになっている。

2. 暴れるなどの状況が予測されない自殺企図等があり命が危い場合は、保健所の車を出して、警察にも同行の上、本人を家族以外の関係者が挟む形で受診させた事例があった。

《事例2の概要》

【ケースの概要とこれまでのかかわり】

46歳、女性、統合失調症、パラノイア、妄想性障害と診断されているが、診断名ははっきりしない。病識はほとんどない。娘との2人暮らしだが、父親と生活している時もあった。自分からは通院しなくなる。入院先では他の患者とトラブルを起こすことが多く、誰とも信頼関係が持てない。

本人が夜中に大声で話したりわめき、名前をあげて悪口を言ったり、自宅の向かいの店の客に向かって「ストーカー野郎」などと暴言を吐くため、営業妨害の状況と近所から苦情が出る。住民は比較的近くに住む父親に「何とかして欲しい」と訴えるが、70代で高齢であり、脳梗塞を患っており身体が不自由で支援の気持ちは薄い。事例の光熱費などは父親の口座から引き落とされ、娘はアルバイトしているようで、本人も働いている気配もある。銭湯などに行くことがある様子。母親もうつ病で受診歴あり。弟もいるが、以前は引きこもりであった。今は仕事をしているようだ。本人との仲は悪い。

父親は一度警察に相談し、昨年8月には保

健所にも相談があった。保健所は適宜訪問を行うこととした。本人に娘とかかわりを持ちたいと伝えても、会わせることを拒否している。

【暴力の状況】

保健所職員が訪問して玄関で声をかけると、「無駄なものは無駄だ、あきらめろ」と言い、ドアをすごい勢いでたたき、威嚇して暴言を吐く。3～4回訪問してもそのような状態。中学生から石を投げられたことで、ドアが壊れ、本人は警察に被害届を出した。そのため、訪問しても「警察に話してあるから、警察と話して下さい」で、全く関わりが持てない。近所の人が110番して警察が来ると、暴言は静まるため、警察は注意のみで帰ってしまう。笑い声や話声に反応して暴言を吐く。

【近隣の反応】・【その後の保健所の対応】

近所から町内で会を開くので保健所は出向いてほしい等の依頼もあった（保健所としては対応が難しい状況であり、住民の会合へ出向くことは、プライバシーの問題もあり本人の支援には良い影響を与えないことも考え、その旨説明の上、参加しなかった）。

おじにも協力を求め、父親との話し合いや、本人の病院受診の協力を求めている。保健所の対応計画は、訪問を続け、病院とも連携し、個室が空いたら受診を説得する方針で、組長や周囲の住民には、心配なことがあれば連絡してもらうように伝え、保健所は、見守りと訪問を行っている。父親の家に受診勧奨の相談に1か月に1回程度訪問している。父親は介護保険を利用し、ケアマネジャーや市の職員などが気にかけている。その様子を見て、近所の人も保健所

が対応してくれているとの認識がもてたようで、最近は集会を開く動きはない。保健所からの訪問などが住民の安心材料にはなっているようだ。

【所内の危機管理体制】

必ず上司に報告してから訪問する。不安な時は事前に話し合い検討する。

上司を含めてみんなが相談しあって進めることを基本としている。日常的にどの事例に誰がかかわっているかはみんなが把握し、声かけが来ている。

上司は相談記録を見て、今後危険が予測される場合は、「次は男性と訪問するように」と助言・指示を行っている。保健所の職員が複数で行けない場合は、市町の職員や警察に同行を依頼する。

他には、1回/月グループ連絡会をやっている。課題を共有したり、困った事例の対応を考えている。それ以外でも、大事なことは話し合う。課の会議も1回/月で情報交換をしている。

【暴力への対応の工夫】

・人格障害への対応

原則的には人格障害のケースには、こちらから積極的に関わらないようにしている。本人が病院にかかっている場合は、そちらにまかせ、保健所は家族の相談を受けようとしている。本人がリストカット等を繰り返し、家族が脅されて困っているような場合には、家族へ接し方等の相談に応じるが、本人を連れてくるようにとは、絶対言わない。本人は相手を巻き込むだけである。

本人が来所した場合

1) 枠をつけて枠の約束の中で対応する。担当をなるべく決めて、時間を区切る。や

れることはやれる、やれないことはやれないとはっきり伝える。「上司を出せ」には、「課長はいません」ではなく、「課長は出せません」とはっきり対応し、担当職員が「相談は課長はしない」、「それは私たちがやること」と伝える。やれることと、やれないことを伝え、それを貫く。しかし、本人のことを心配していることはきちんと伝え、いやがらずに聞く。本人には求めることがあるので、こちらが避けるとよけいに執拗になる。聞く姿勢がうまく伝わると良い関係が作れることもある。

2) 基本的には「面接で伺います」と対応することとしている。面接を一度じっくりしたら、あまり電話は掛けて来なくなったケースがある。面接は日時を予約する。関係がうまく作れてくると、約束が守れるようだ。

3) 場合によっては、医師相談日に来所してもらい、医師から、本人がやるべきことをきちっと話してもらい、医師のアドバイスから「先生もこうおっしゃっていたので、そうしますね」と仕切り直しをすることもある。本人が医師にあってくれば、アドバイスをもらえるが、会ってくれない場合でも、保健師は医師に関わり方を相談している。

4) 受話器を置いたとたんにもう電話がかかってくるくらいに頻りに電話がかかるようなケースでは、職員は「今日はもう一杯だから」と、誰か他の人が受けるという対応をとることもある。ケースは掛け心地のいいところを選んでいく。職員はみんな事例を把握していると、みんなで上手に受け答えができる。電話の対応の仕方もみんなで共有して、方針を随時、話し合っている。

る。

・専門医の活用

保健所の医師相談日に人格障害を見てくれる医師がいる。できるだけその医師の相談日に、家族も含め来てもらっている。(月1回半日で2名まで) また、保健所職員の対応についての相談にもものってもらっている。

・さまざまな資源の活用

保健所は緊急対応などで、病院と関わる機会が多く、その時に色々な地域の医師や相談員とつながり情報を得て、それを生かすようにしている。

【警察等との連携】

去年から年1回消防と警察と連絡会議及び研修会を開催している。病院、市の障害福祉課にも声をかけている。その他、大きな推進会議には、警察、消防などの警察代表など関係機関に来てもらっている。

保健所は、直接的な民生委員との関わりはない。市によっては、民生委員を保健所が勝手に使うなという見方もある。私たち職員も地元を避けて、担当しているくらいなので、民生委員は地元なので、巻き込まれてしまうことがあり、民生委員にかかわりを期待することには難しさがある。

【その他：都道府県に望むこと】

・緊急対応の体制

緊急対応はそれぞれの保健所で対応することになっている。日常業務の中での緊急対応なので、マンパワーも十分でなく、対応がタイムリーにしにくい。少ない人数の中で危険を感じた時は不安がある。そういう意味では、緊急対応は県で体制を組んでもらえるといいと思う。県に移送チームを作るように要望しているが、現状は車と運転手のみついてくる状況である。県におい

ても移送に関する委員会が開かれ、一昨年県下で3回のみ移送業者の介助が予算化はされた。このような課題はどこの県でもあると思う。県によっては緊急対応チームを決めて、保健所は関わっていない所もある。そうなってくれば、日常業務をもつとできる。

・専属の指定医の確保

県の専属の指定医を設けることも要望している。

・刑期を終えた患者の移送

刑期を終えた精神障害者が措置入院になると、刑務所から病院へ移送することが保健所の役割になっている。頻度は年に3～4回ある。刑期中に刑務所から保健所に精神症状がある旨の連絡があると、指定医の診察を行う。措置診察の結果により、保健所長が措置と判断した場合は、刑満了時に保健所が移送する。移送の当日は、保健所職員等が4～

5人程度で刑務所まで迎えに行き、移送の説明を保健所職員がその場で「これから、病院に移送します」と言い渡さなければならない。強く抵抗される人もある。刑務所は、本人には寸前に措置診察があることを伝えるだけである。

移送はジャンボタクシーで保健所職員が担当するが、保健所だけでは対応困難で、怖い思いもする。

2. 中核市A市保健所

調査年月日：平成21年11月19日

調査者：池田信子

インタビュー対象：保健師1名

【保健所の概要】

A市は県中央部に位置し、人口33.3万人、

平成9年に中核市となり、保健所を設置した。

1) 事例1の概要

【ケースの概要とこれまでのかかわり】

71歳の男性、統合失調症。一人暮らし。主治医からは、性的な嫌がらせは性格的なもので、問題行為を起こしたときにはすぐに本人に直接注意をするようにとの指示がある。しかし、注意は本人の病気とその場面に配慮してすることとされている。バスで待合をしている中高校生のそばに寄っていき、お尻の部分をいやらしく触る、性器の露出、気持ちが悪いとの情報が寄せられている。

【暴力発生時の状況】

本人はデイサービスに来て、保健師を繰り返し触るため、注意をすると素直に、軽く頭を下げる。その後しばらくは問題行動は起こさない。殆ど予期しない状況で、問題行動にでるため、予測はできない。また、著しい問題への予測はできない。

【所内体制】

デイサービスの参加について主治医に相談する。担当内で報告し善処する。担当者からの報告をもとに担当リーダー（保健師主査）、主席主査（事務職男性）が本人に注意をする。課長への報告は場合によって行うが、課内の検討課題にしたことはない。

【所内の危機管理体制】

これまで保健所は組織としてどうしようもないこと見なされ、被害に遭っている女性保健師への支援体制はほとんどなかった。住民からの被害届に警察が動き、「被害届24条通知」が発行され、指定の措置鑑定の必要となったとの連絡があり、それを課長に報告し、課としての方針（主治医との連携

を密にする、問題行為をさせないなど）を明らかにした。しかし、担当部として対応することには変わりはない。

【警察等との連携】

主治医、警察（生活安全課）、デイサービスセンター、社会福祉協議会のヘルパー、住民からの情報は入りやすい状況にある。ただし、保健所から情報を提供することはない。

2) 事例2の概要 電話での暴力

【ケースの概要とこれまでのかかわり】

37歳、男性、統合失調症。作業所や精神科のデイサービス、発熱相談センターなどから問題行為に対する連絡がある。

【暴力の状況】

保健師を名指して電話をかけてくることが多い。男性が電話に出ると暴言を吐いて切る。殆ど毎日、午前中に電話が来る。話題を切り替えたり、断ったりするが、対応が悪いと不満を言う。発熱センターには、自分のことしか考えないで長時間話し続ける。保健師は相手のペースに乗らずに聞き役に徹するようにしている。対象者には課長補佐が電話で、長電話は保健所の業務妨害になると注意するようにしている。

【所内の対応】

発熱センターや他係にも被害が拡大することが予測され、関係係が集まって対応について検討している。お互いに報告し合い気持ちを軽くする。ストレスが高まっている時は、電話に出なくてもよいように配慮し合っている。

【所内の危機管理体制】

特になし

【暴力への対応の工夫】

対応記録を作る、相手のペースに乗らない、聞き役に徹する。リーダーの課長補佐は、

検討会を持ち職員の気持ちを軽くする、ストレスになっている状態の時は電話に出ないようにする。

3) 事例3の概要 結核排菌患者と家族からの暴力

【ケースの概要とこれまでのかかわり】

54歳男性、結核症、排菌している

【暴力の状況】

本人は病院から勝手に退院し、電話で経済的なこともあり仕事は辞められないので入院していただけないと訴える。主治医からは、排菌状態にあり退院は認められないとの連絡がある。家族と連絡を取ったことが悪いと暴言を吐く。どんな説明をしても納得せず怒り続ける。家族はそれを上回る暴言を保健師と本人に浴びせかける。保健師は、入院の必要性や、感染症について説明を繰り返し、医師との連絡調整役に徹した。本人と主治医との話し合いの結果、保健所に治療状況を報告することを条件に通院が許可された。男性や医師、権力のある人には立ち向かうことはなく、女性や保健師に向かってくる。保健師は感染を防止する責任を感じ本人の治療の継続指導をと対応するが、暴言を吐き続ける患者への対応に微力を感じた。退院後は週1回の約束を守って保健所に報告に来て、穏やかに話していく。

【所内の対応】

担当での話し合いはあるが、対応は担当保健師任せで、事例検討をすることはなかった。

【所内の危機管理体制】

特になし。(保健師は上司の支援がなかったことを、今でも忘れられないと、泣いて語る。)

保健師は、対応困難事例に専門機関の保健所としての対応が重要と感じ、保健師への暴力の陰に隠れた「感染症という患者を核にした危機管理体制」、「所長をはじめとした専門職集団の保健所の役割」を必死に訴えたが、担当保健師が矢面に立たされ、組織としての体制を組む対応はなく、担当者が支援される組織になっていない。

【暴力への対応の工夫】

対応のマニュアルはなく、無力感に襲われ、悔しい思いをしたとのこと。

3. 県S保健所

調査年月日：平成21年12月8日

調査者：山田和子

インタビュー対象：保健師1名(地域保健課長)

保健所の概要：

〇県北部に位置し、人口35.5万人のS市一市を所管する。S市はなだらかなS丘陵地にあり、巨大なベッドタウンであるが、企業、学術、医療、運動施設が集積している。

1) 事例の概要

【ケースの概要】

70歳代、男、結核、平成4年より肝がんで治療中。生活保護受給中、単身、金銭管理・食事づくりはできない、詳しい生活歴は聞けないでいる。平成20年5月に塗抹陽性の結核で登録された。本人の状況より服薬管理が難しい状況であったが、平成21年2月で治療を終了した。暴言、威嚇などは、平成4

年の肝がんで入院中からあり、自己退院をする。そのため本格的ながんの治療はできていない。

結核発病時、医師連絡で上記の状況を把握する。そこで、保健所内で検討し、保健師一人でいかない(感染症担当者は全員中堅以上であった)とした。結核で入院中に面接したが、自分に都合の悪いことは言わず、聞きたいこと、自分が困っていることだけをいう。

本人にとってメリットのある機関、職種には、何も言わないが、病院、保健所には暴言をはく。男性職員の言葉は聞くが、女性職員を下に見て暴言をはく。

治療終了後は月に1~2回電話をするのみであった。周辺住民と事例とのかかわりは無い。

【暴力発生時の状況】

7月の暑い日に初回家庭訪問を行う。カーテン、クーラーの無い狭い部屋で、室温が40度以上になり、対象者との距離がとれない状況であった。保健師がカーテンをつけたら、日光があたるのを防ぐことができ室内の環境がよくなると思い、カーテンを持ってくることを提案する。その後、何か気に入らなかつたか、保健師のことば尻を捉えて、30分~40分間保健師のすぐ側で怒鳴り続ける。保健師は、このままではどうにもならないと思い、一旦保健所に帰る。

【所内体制】

保健所に戻りすぐに課長、課長補佐、担当保健師、放射線技師(男性)、精神保健福祉相談員(男性)に相談し、

- ① りあえずその日の状況を納めるため、カーテンを持参する
- ② 訪問には男性職員を同伴する

③ 今後無理な要求をしないように男性職員から本人に言ってもらう
を決定する。

当日保健所内での話し合い後、担当保健師と男性職員とで訪問し、決定したとおりに
実行すると、本人の感情はおさまり、これ以降は無理な要求はしなくなった。
しかし、担当した保健師には、恐怖心が数ヶ月間持続するが、それでも訪問を継続した。
上司が相談にのってくれたので、継続して関わることができた。担当者任せになれば担当者はつぶれてしまうが、日頃からの職

場で相談できる体制があればなんとかできる。

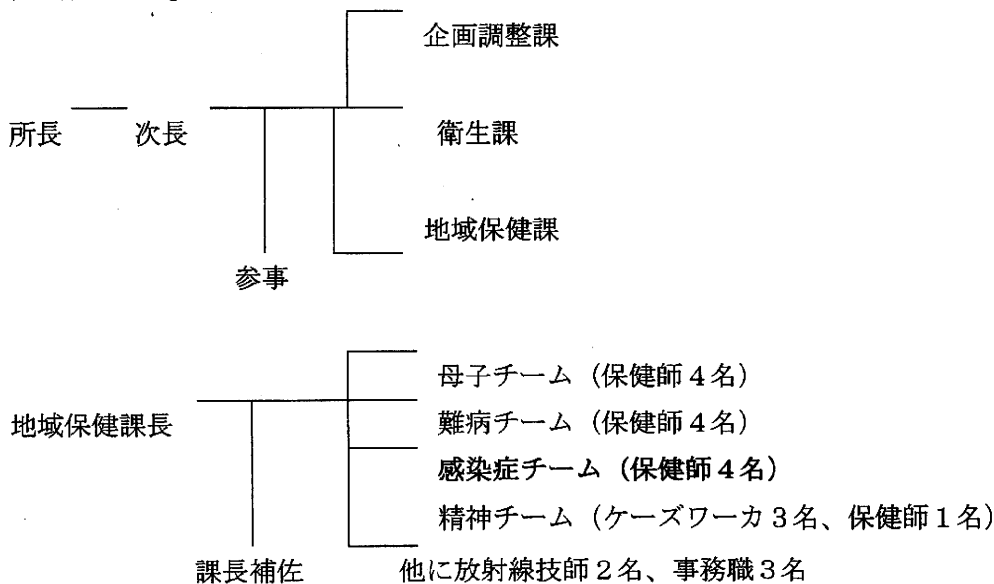
担当者だけでなく、上司と相談できる体制が重要である。

【所内の危機管理体制】

保健所内の窓口での苦情等は、まず担当者が対応し、それで解決が無理なら課長補佐、課長、次長、所長が対応する。相談等で何か問題があれば、相談表に記入し所長まで報告する。検討する必要があれば迅速に幹部会で検討を行い、その結果は全職員に周知する体制になっている。

感染症チームは月2回、難病チーム、母子チームは月1回の定例の会議があるので、何かあれば会議の場で相談できる。

【職場全体の組織】



【事後のかかわり】

結核の服薬のアセスメント基準では治療中は毎日から週に1回から2回の頻度での訪問であるが、ほぼ毎日家庭訪問を行った。男性職員とは事前に日程が合えば同伴訪問を行うこととしたが、日程が合うことが少なく、ほとんどは保健師2

人で訪問した。

【他機関のかかわり】

介護保険「要支援2」でケアマネージャー、ヘルパー（週2回）の関与があったが、ケアマネージャー、ヘルパーは一人での訪問が可能であった。

民生委員からの直接的な支援ない。生活

保護のワーカーが関与していたが、保健師と連携して支援することはなかった。

【暴力への対応の工夫】

常に保健師2人で訪問し、訪問時の立つ位置を決め、一人は入り口側に立ち、いつでもすぐ外に出られるようにしている。2人で訪問することで、①公平にみれる、②冷静にみれる。

保健所内で相談を受ける場合には、相談室で対応した方がいいか、オープンスペースで対応した方がいいかを考えて対応する。

相談室は、スイッチ（ポケットに入る）を押すとワイヤレスで事務室に警報が届くシステムにしている。

【職場内研修】

職員の健康への取り組みとして、職員の健康管理部門が「ストレスマネジメント」について講演実施している。

D. 考察

K T保健所の2事例は近隣対応が中心となっていたが、暴力防止には常に事例を共有できる話し合いの場が確保され、チームワークのとれた所内体制が重要であること、組織として対応方針を決定する支援と危機管理体制等が重要であることが示された。特に暴力が想定される場合は、事前に組織として情報を共有し、責任が取れる体制の重要性が示された。また、暴力の発生防止のために定期的な訪問も有効であること、人格障害が疑われる事例からの暴力の発生防止の工夫、措置鑑定あるいは措置入院のための移送時暴力防止も示された。さらに、都道府県と保健所の移送における役割分担の必要性や、都道府県に専属の鑑定医を確保する要望があることが明らかにされた。

A市保健所の事例からは、性的暴力、感染症者からの暴力、性差による暴力の実態を把握することができた。また、保健所を設置した経緯が短く、精神保健の事例や感染症の事例に対しての経験が少ない中核市等においては、これらの問題を持つ住民対応は技術職に一任されがちで、組織として職員の安全守る意識の醸成と危機管理体制の構築が課題であることが示唆された。行政サービスの提供が使命の行政機関において、住民の行為が暴力であると認識することに難しさがあることも伺える。保健師としてはまず障害を持つ人への理解と支援があり、暴力を指摘し注意することが病状に悪影響が及ばないようにする配慮が求められる。組織として問題とすることを躊躇させる。支援の専門職としてはどう対応するかは、事例毎に協議しながら暴力であることを認識するプロセスが不可欠であることが示唆された。経験の少ない支援の専門職ほど、こうしたことに戸惑い、衝撃を受けストレス障害を引き起こすことが予測される。如何に安全が守られかつ効果的に専門性を発揮するかは課題で、特に新任期の職員へのサポートと職場内での現任教育が必要と考えられた。

住民が警察に届けることで幾分組織としての取り組みがなされたが、所内の危機管理体制を変化させるまでには至らず、組織的な危機管理体制の整備は、個々の機関の努力を超えた課題と思われる。住民対応の多い部門では、上司が住民に対応する職員に気を配り、労働安全衛生法上でも職員の心身の安全を守る責任は課せられると考えられる。労働環境が職員の健康を害していないか組織としてチェックする仕組みを機能

させることで、体制整備を進展させることも課題と考えられた。

また、保健師は女性であるといった性差により暴力を経験していた。性差によって受ける被害も考慮に入れた体制の整備が不可欠であることも示された。

S保健所の事例からはKT保健所と同様に係内、課内、所内の2重3重の相談支援体制

が重要であることが示された。また性差別をする住民からの暴力の実態を理解することができた。また、具体的な暴力防止策として、暴力が想定される場合の訪問は、常に複数で訪問し、訪問時の立つ位置を決め、暴力を回避できる体制を考えた位置取りをすること、所内で相談を受ける場合には、密室となる相談室で対応が適切か、オープンスペースでの対応した方が適当であるかの判断が重要となること、相談室の環境整備として、事務室に危機回避のSOSが届くシステムの整備の必要性が示された。

E. 結論

3か所の6事例を通して、暴力を防止するための所内体制、暴力防止のための工夫、組織としての危機管理体制のあり方、関係機関との連携等について示唆を得ることができた。また、暴力的な行為がありがちな人格障害への事例への対応の工夫方策を得ることができた。課題としては、行政サービスの機関の職員が暴力的な住民の行為を暴力と認識していける環境整備や、性差による暴力への対応、さらに暴力が想定される移送時の保健所と都道府県の役割の取り方に課題があることが示唆された。これら

の調査結果を暴力防止のためのマニュアル作成に反映させていきたい。

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Ⅱ

分担研究者 鳩野 洋子（九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授）

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2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。

キーワード：住民暴力 保健所 組織対応 暴力との認識 危害の最小化

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2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に含める事項の分析を行った。

B. 研究方法

平成20年度の調査においてインタビュー調査の協力を表明した2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聞き取りを行った。

C. 結果

1. 中核市KR保健所

調査日：2009年10月9日

調査者：鳩野洋子

インタビュー対象：保健師3名

保健所の概要：

中核市保健所 保健所が設置されて1年目であるため、県保健所保健師が出向している。インタビュー対応は出向保健師

【事例の概要】：ALSの患者の事例

[ケースの概要とこれまでのかかわり]

61歳男性。妻と20歳の自閉症の子どもの家族の事例。

H20年10月に妻が特定疾患受給者証の新規交付申請に来所し、窓口で非常に困って

いると相談。

本人は専門病院であるO病院に入院していたが、胃ろうの調子が悪いためK市内の病院（S病院）で造設のし直しをした。その時に、痛みを訴え、またO病院でのALS病名告知を受容できず自殺企図があったため、病院側から自殺防止のために妻が24時間体制で付き添うように指示があり、妻も心身疲労困憊状態であった。

妻からの相談を受け、保健師はS病院にて本人面接を行った。本人によると、O病院に入院した当初“リハビリを受けることでよくなる”と思っており、医師からもそう言われることを期待していた。しかし、診断はALSでその予後は不良であるとの説明を受け、非常にショックを受けた。そして、このような病状説明を前触れもなくされたことに対して怒りを持っているとのことであった。本人も妻も強いストレス状態であった。

O病院で、まずは退院の段取りをとることを本人にも理解してもらい、O院に戻った。

【暴力の発生の状況】

ケアマネージャー、看護師が入り、在宅療養が始まったが、本人のリハビリ希望があり、別の病院を受診した際に起きた事例であった。病院で「ALSとは」という説明をされかけたところ、本人はカッとくなって飛び出してしまい、職員の制止を振り切り、妻から車のかぎを奪って、車で川に飛び込み死のうとした。制止しようとした保健所職員と車の鍵を奪い合い、もみ合いになった。足の筋力が弱っていたため、強く叩かれることはなかったが、大きな男性なので、保健師ももみ合う過程の中で肩など

を殴られた。結局2時間半くらいかけて本人を説得して自宅に連れて帰ることになった。説得している間も妻への暴力はあったが、親族の男性を呼ぼうとしたりすると更に興奮されるため、保健師女性2名（担当保健師と指導保健師）と妻の3名で対応した。

帰りは保健師が運転し、妻と本人が後部座席に外ロックをかけて自宅へ送ることにした。途中も座席を蹴ったり、運転している保健師につかみかかったりといった行為はあったが、それにはなだめながら対応して家に向かった。

家についたら、本人は保健師の手を握ってあやまり、落ち着いた。

【事後の対応】

保健所に戻り、（所に戻ってから所長まで報告行い、）暴力にいたる結果と本人が謝ったことを報告した。その後、担当保健師（臨床経験あり）がショックを受けていると思い、気持ちを尋ねたところ、老人の病棟だったため、そのような経験はしょっちゅうであったこと、しかし関係性のついた方からの暴力は初めてで、その点はびっくりしたことと話した。今後の担当の意向についても尋ねたところ、「本人があの場合は感情が止まらなかったと思うし、その後に泣いて謝ってくださったので、継続します」と述べたため、担当を継続した。

なお本ケースは、危険の予測の元ではなく、担当が1年目の保健師だったため、人材育成の意味でもう一名同行していた。ベテランの保健師だったら一人で行っていたケースであり、飛び出されたのは予測外だった。教育的な意味がなくても、疾患の受容が充分ではなく、以前に自殺企図のある事例のため、2人対応のケースだったかなと後

で話し合った。

最終的に本人が亡くなった際は、担当保健師に感謝を言っていたと家族から保健所に連絡があった。その後も妻からその後の話や子どものこともサポートして欲しいとの依頼があった。

〔所内体制〕

何かの時は現場からすぐに課長に連絡したり調整を図ったりしている。また、警察や病院との連絡調整を事前にしていくことが多い。

ちょっとしたカンファレンスはその場でその日のうちにするようにしている。できなければ、後日スーパーバイズができる主治医も含めてケース会議を開いたり、事務会議を開いた時にもう一度検討する。

また朝の会議で全員で事例を共有するとともに、その対応の反省等も行っている。

(必要な物品)

- ・ 公用携帯は重要。自分の携帯のナンバーが分ったら困る場合もあるので、公用の携帯からだとすぐに連絡がかけられるし、自分の個人の携帯も知られることはない。
- ・ 身を守るためバックを必ず持っていく。盾になるし胸を突かれても防げる。バックで押し返すこともできる。
- ・ 靴は厚みのあるもので訪問する。

(連携体制)

チームリーダーは、日頃からスタッフの健康管理や言動、表情を観察している。業務の進捗状況やスタッフの家族状況も把握して、いつもと違うことはないか観察するようにしている。状況に応じて、別室に呼んでその時の気持ちも確認するようにしている。

チームリーダーは、訪問対象の約100件の

事例は、だいたい把握しており、また、その日にスタッフがどの場所のどんなケースに訪問に行っているかを把握しているので、職員が困った際には連絡が入るとすぐに分かるようになっている。

大事なものは決裁で課長以上にも見てもらったり、ケース会議を開いたり場合によっては弁護士に相談に行くこともある。

訪問から帰ってきたら、必ず「どうだった？」と声かけをするようにしている。誰かに話して帰らないと、例えば「たいした話ができなかった」等、気持ちを引きずる場合があるが、声かけにより、保健師がリセットできると思う。帰ってきてすぐ指導に入ってしまったてはいけない気がする。

予想される時は、対応を事前に話し合う。不測の事態は確かにあり、その際はその場で対応を話し合う。

(所内体制づくり)

所内でも不当な要求をする方が来る場合があるが、その場合は警察OBがいるフロアに場所を移して対応する場合もある。不当要求の対応マニュアルも作っていて、所全体で対応を一緒にしている。

定例の相談をする部屋には、机の下に呼び鈴をつけている。何の目的でどの部屋で対応しているかは職員が把握している。危険が予想される場合はよその課も含めて必ず複数対応をしている。また女性では危ない場合には男性職員が対応している。

第一線機関のため、予想がつかない状況はしょっちゅうあるが、表情や受け答えのニュアンスで、危険を感じた場合には、それとなく他の職員がバックアップで入り込んでいく。常日頃からアンテナをはっていて、起こりうることを前提で動いている。

若い職員が対応している場合は、さりげなく、ベテラン職員が行って、対応する中で学んでもらったり、その後、「一人で抱え込まないで、何かあったら、いつでも見ているから」と伝えたりする。また不安そうな時はベテランが複数で支援するようにしている。

(行政研修)

1か月の研修期間や随時伝えている。

[他機関との連携]

精神保健福祉センターとは、何かの時には、書面なしで口頭でアドバイスをもらったり、出向いてお願いをしたりしている。

市のDV対策委員会にも参加しているが、その中に、被害者の支援者向けの安全対策を徹底して欲しいとのことを入れてもらうようにした。また、所内でも怖い場面がいくつもあるため、他課においても対応をお願いしたりしている。

逆に他の部署から予想のつかない対応について、どうしたらいいかといった相談を受ける場合もある。また

市民相談課でも困っていたらすぐに行くようにしている。呼ばれて行く時もある。

とても難しいのは、精神の患者さんだとあからさまに分かったとしても、税金の話で来たり、環境のことが目的で来初しているので、まずはその方のニーズに沿って、窓口対応し、うまくいかない時は、後方支援はするが、市民は障害があってもなくても色んなニーズで来るので、それぞれの対応をがんばってもらうというのが基本。

ただ、「死にたい」と言うような方から他課に来られた場合は、つなげてもらうこともある。ただし、無理やりつなげることは困難であるため、様子を見て、関係を作

りながら、つなげていくしかないようであるため、対応している他課の職員の聞き手になったり、対応の後方支援をする状況も見られるようになっている。

[今後の体制づくり]

マニュアルがあっても、様々な状況が現実にはあるため、人材育成の中に絡めて、現場で事例の人から学べるようなことを実施して行きたいと考えている。

また、もし暴力を受けることがあったとしても、職員の心の傷にならずに、所内全体でバックアップしていく安心感の中で、仕事ができているということを感じられるようにしながらやっていけるような今の体制を継続したい。躊躇せずに相談する、報連相ができる環境を保ち続けていくことではないかと思う。

その他、建物とか、部屋とか机の幅等も考えてゆくことが今後は必要。どのくらいの机の幅があったら、面談には不自由せず手が届かないか、部屋の入口がどっち側で、外来者も沢山いる中で、そういう風な人が来た時に、住民をどう誘導し、自分もどう逃げるか、そのようなことまで考えた上で、建物や机の材質とか考えてゆかねばならないのではないかな。

2. 中核市KM保健所

調査日2009年12月18日

調査者 鳩野洋子

インタビュー対象：事務職(暴力を受けた対象)1名 看護師(対応の場にいた看護師)1名、オブザーバーとして事務職1名 保健師1名

保健所の概要：

保健所設置市の保健所

1) 事例の概要

[ケースの概要とこれまでのかかわり]

男性42歳単身世帯、生活保護受給中。障害年金2級。精神疾患あり。中学2年に発症し、精神科の外来へ通院。入院歴もある。家族は、母親が他市にいるが、電話のみの関係である。

入院に関わった医師のもとへ通院していたが、その後病棟での主治医が開業したため転院。入院中も医師と言い争いになり、医師が「あなたは診れない」という場面もあった。

H20より別のクリニックに月1回通院している。

H20あたりから、来所は頻回にあるが、相談というよりは世間話が多く、ただ話を聞いてほしい様子。6月からは一定の担当者（事務職男性、ケースワーカーの経験あり）が話を聞いていた。本人もその担当者を自分の担当のように思っているよう。本人も男性職員との対応を本人は希望していた。

相談は、1回が一時間以上。話を聞かないと、非常に不愉快に帰るので受けざるを得ない面がある。忙しいと断っても、その後何度も電話をかけてきたりするため、全く対応しないのは難しい。忙しくて3分くらいで面接を終わった日もあったが、そのような場合は、次の日もまた来るような状況。

保健所の他に行くところは、パチンコくらいのような。精神の作業所への通所を進めたこともたびたびあるが、「あの人たちといるとどうにかなる」と言って拒否している。

(暴力行為について)

電話で激しい口調で言われることはあるが、来所時に危険という場面はあまりなか

った。寝ておらず、目がすわっている時とか、危ないなということはある。暴力的というよりは状態がおかしいなという感じである。

【暴力が発生した状況】（7月末）（暴力を受けた対象は窓口の男性職員）

最初は電話が入った。6月、7月ととても暑く、お金もパチンコに費やしている状況のようで、「行くところがない。暑くて眠れない」と訴え、また、以前の他課のトラブルを延々と話していた。前日から「家の前で工事をしていていらいらする」というようなことも言っていた。図書館に行くことをアドバイスしたが、「そういうところは行きたくない」と拒否。食事も摂っていない様子であったため、食事をとることや体調が悪ければ病院受診を勧めたが、拒否するため、再度、精神科のクリニック受診を勧めると激昂して電話を切った。

その後、来所し、駐輪場の自転車やバイクを蹴散らしてきたと言い、また窓口のカウンターに置かれた椅子を全部蹴った。それに対して男性職員が注意をしたところ、つかみかかってきたため、エレベーター前でもみ合いになった。はがいじめにされている間、女性の職員2名もその場に駆け付けたが、「女はひっこんどけ」と言うため、所長と補佐（男性）で説得にまわった。なだめながら別室に連れてゆき、対応した。所長とは何回か話をしており、所内で一番職位の高い人物であることは本人も認識していた。別室で話している中で、本人がこの行動に対して謝罪をし、帰宅する。

【事後の状況】

生活保護の担当課には情報提供をした。その後は、来所はあるが、以前より若干は

遠慮が出たかなと感じる。言葉遣いが変わったたり、あまり長くなると「仕事の都合があるだろうから帰ります」と向こうから切り上げることもある。本人の服薬状況などの変化はない。

生活保護の担当課では、声を荒げたりする時は、すぐ職員が数名で囲む、といった体制をとっているが、保健に関わる課ではそういうことがないため、ある程度のことをしてもいいのかなという感じで来所していたのではないかと感じられる部分があった。

暴力を受けた職員に関しては、7月中は頻回の電話と来所、また、拘束時間が長いことで、他の方に仕事上しわ寄せがいくということもあることで、精神面できつい部分があった。一人の職員に負担がいついた部分があると感じている。

[所内体制]

個別相談で個室で相談する場合は、2名以上で対応。女性職員がほとんどなので、できるだけ男性職員が入って対応するようにしている。

訪問の場合は、担当者が希望すれば担当者の判断で男性も行くようにしている。初回は相手が分からないこともあり、地域の保健師と相談係で訪問。障がい福祉サービスの新規申請（特に精神）時の調査は、職員と調査員2名で実施することが多い。

電話対応で罵倒された際の対応は、ひたすら聞いている。保護の方は保護課のケースワーカーと一緒に訪問する。

相手が不当に出た場合、その後の職員のメンタル面のフォローとしては、まず上司に相談する。解決できないような時は、本庁に精神科の医師や臨床心理士と面接する

日が設けられているのでそこで対応。そこまではいかない場合は、所内でインフォーマルに話しをする。その話しは、ケースが来た時の対応を他の職員も知っておく必要があるので、情報共有の場にもなっている。

(物品について)

また1階の受付窓口（完全に壁で仕切りがある中に受付職員がいる。事務所は3階）に警報があり、来所された方が危険を感じるような方である場合には、事務所に警報がつながるようになっている。ただし今まで使ったことはない。相談室にもブザーが設置されているので、すぐに対応できるようになっている。

現在はローカウンターが主流になりつつあるが、それだとすぐ超えられるので、カウンターの高さも考慮が必要かもしれない。

(生活保護担当課での対応)

半年の研修の中で口伝えや引き継ぎの中で危険防止の対応方法の話がされている。例えば包丁を振り回された場合に備えて、カバンに雑誌を入れておくこと、すぐに逃げられるように、なるべく靴は脱がない等である。また、刃物が出されたらすぐ警察を呼ぶが、駆けつけて来るまでの間、身に危険があれば消火器を使うなどである。

[所内研修]

特に実施されていない。

[特記事項]

このような事例は生じることとして、あえて暴力として意識はしていなかった。しかし、今回のヒアリングの依頼により、市全体での状況をあらためてふりかえったところ、相応の件数が生じていたことを認識した。全市的な把握の必要性を感じたとのこと。