

Q2 精神病患者の暴言や暴力を警察に訴えても、『治療中の患者さんならすぐに逮捕するというわけにはいかない。主治医に連絡してみてください』と対応してくれません。

(保健師歴5年 保健所勤務)

Bさん(67歳 男性)の妻Cさん(72歳)から保健所に電話相談が入りました。「最近昼から酒を飲み始めて、荒れ狂うことが多くなった。C型慢性肝炎、高脂血症でX病院内科に月1回通院中で、65歳の定年前には、時々不眠を訴えて精神科受診したことがある。最近も心療内科に通院したことがあるようだが、夫は口を閉ざして何も教えてくれない」という内容でした。とりあえず奥さんだけでも来所して詳しく事情を聞かせて下さいとお答えしましたが、「昼間一人にすると最近の夫は何するかわからないので、家を空けることはできない」と言います。所内で相談して翌日午後、係長と二人で家庭訪問しました。

大規模団地のはずれの密集した住宅街。建坪20坪ほどの2階建て老朽家屋。庭先から訪問に来たと声をかけ、ガラスの引き戸を開けるといきなり大きな怒声です。宥めずかすような奥さんの声も聞こえました。何度か声をかけると、一瞬の沈黙があり、今度はこちらに向けて『何の用だ！帰れ！』と男の声と『今はいいですから、また来てください』という奥さんらしき人の声です。少しだけ、数分でもと食い下がると、ふすま越しに何か投げられ、ガシャンと壊れる音です。

いったん屋外に出て係長と相談しましたが、酔っているにしても、妻のCさんに危

害が加わるかもしれないから放っておけないねと話し合い、警察官に立ち会ってもらえないか、地元の生活安全課にお願いしてみました。

電話の向こうで警察官のDさんは丁寧に対応してくれましたが、『精神病の患者さんならすぐに逮捕するというわけにはいきませんね。だれか怪我したわけではないですよ。まず主治医に連絡してみてください』と対応してくれません。その後も怒声が漏れ聞こえるので結局所内の男性医師に出動要請して、半日かけて説得のうえ、「精神保健相談」に繋げることができましたが、Bさん宅の玄関先で何もできずに、沈んでいく夕陽を見ながら2時間も立ちすくんでいた間の不安感ややりきれなさを忘れられません。

A2 精神科医のSです

他の業務もたて込んでいる中、B、Cさんの評価や処遇が決まるところまで対応されたのは当たり前といえばその通りですが、適切な判断であったと思います。警察の対応は自治体、地域あるいは担当警察官によってずいぶん差があるようです。(まあ我々の業界も同様ですが)子どもの虐待が疑われる家庭への家庭訪問に際しては、とくに一時保護の対象となる児童を保護するための訪問などのときは、警察官の同行/待機が以前より実現しやすくなっています。本事例を整理すると以下のようなでしょうか。

1) 67歳のBさんには酩酊状態下の暴力を伴うアルコール問題が強く疑われる。精神科治療の既往はあるが、現在の治療状況は不詳。内科には通院している模様。

2) 配偶者のCさんは夫の暴言暴力を含むアルコール関連問題に悩んでいる。夫Bさんのアルコール乱用や荒々しい態度について保健所に相談するという行動はとったものの、Bさんを強制入院させたり、警察を呼ぶほどではないと考えているか、相談後の夫の抵抗や暴力的態度が怖いのか、思い切った変化(Bさんの非自発的入院など)を生じさせるほどの覚悟はないかもしれない。

質問者のタイトルに「精神病患者の暴言・暴力・・・」とあります。アルコール依存症は、せん妄状態、幻覚症、嫉妬妄想などを惹き起こすことがある点では「精神病症状」を呈する病的状態ですが、基本的には神経症(パーソナリティ障害)圏の病態です。暴力等犯罪(反社会的)行為が酔った状態のもとで行われていても、「病的酩酊」と鑑定されなければ、責任能力を有する個人とみなされます。一定限度を超えた暴言暴力行為をはたらいた場合には、告訴され、有責(有罪)判決を下される可能性があります。

「精神科患者」≠「精神病患者」という知識は保健師には常識的でも精神科勤務の経験のない医療者には、また警察の現場スタッフの方々にはなおさらその都度説明が必要かもしれません。

入院施設も備えた医療機関の精神科通院が定期的に行われていて、主治医への緊急連絡が可能な一理想的な一受療状況ならば、患者のプロフィールを把握するために主治医に連絡するという選択肢も浮かぶでしょうが、本事例のように、Bさんの身体的/精神科的受療状況が不詳で、目前で暴言暴

力(対物暴力を含む)が行われている場合、警察に協力を求めるのは自然な態度だと思います。

本事例について、警察に出動依頼するときのポイントは、経験的には以下のようにです。

①現在その場に立ち会っている者(保健師)からの依頼である。暴言あるいは暴力が当該家庭内で生じている。(あとで、周囲から『このくらいで警察呼んだの??』と批判されることは恐れてはいけません。『暴力』が『生じている』と明言しましょう。(世界中のどんな基準、ガイドラインを参照しても、「威嚇」「脅し」「大声」など人の心を侵害する心理的暴力はれっきとした『暴力』に含まれます。)

②問題を起こしているBさんには精神科通院歴はありそうだが、現在は治療途絶の可能性が高い。

③Bさんの心身状況、Cさんの被害状況を速やかに評価する必要がある。私たちも危険を感じるので、安全な事情聴取のために警察官に立ち会っていただきたい。

もっとも上記のような要請が円滑に受け入れられるためには、日常的な協働態勢が存在する必要があります。釈迦に説法になります。「顔のわかる関係」の構築ですね。ついでに触れておきますと、予め構築しておくべき地域のインフラには、家族を診ることができる精神科臨床医のリストも入れておいてください。

Q3 職員にあきらかな身体的被害がない場合、警察への通報は非常識なことになりますか。あるいは保健所等の力量不足と判断されてしまいますか。

(保健師歴 11年 地域包括支援センター勤務)

先日講演を聴かせていただきました。

保健師は、地域に向かう仕事であり、その際には予測できないことが起こりうるということを改めて認識しました。あまりそのようなことを考えたこともなかったので、ショッキングでした。

コンサルテーションをしてもらえとお聞きしたので、初心者の質問にかもしれませんが、教えていただければと思います。

住民からの暴力についてですが、保健師は怪我するような暴力を受けるというより、むしろ言葉や手紙（メールも）などでの脅しの方が多いと思います。窓口対応などでは、役所の手続きが、細かくそして柔軟ではないので時折、住民のみなさんの怒りを買うことはめずらしいことはありません。

対応する私たちの方も、なんども足を運ばせることになってしまう時には、申し訳なく思うわけですが、中には、怒りをあらわにし、机を強く叩いたり、税金泥棒よばわりされることもあります。痣や傷が残るほどの暴力行為があり、叩いた机が壊れてしまうほどであれば、職場でも警察通報を考えるかもしれませんが、そこまで行くことはあまり多くはありません。

しかし、怪我をしなくても恐怖感には強く襲われます。恐怖を感じたときには、警察通報してもいいものなのか、その程度では警察に迷惑がられるのか、職場の危機対

応能力の方を問われてしまうのか、結局警察は話を聞くだけで、こちらがなだめられるのか、など考え出すとなかなか通報することは躊躇してしまいます。確認したことはありませんが、事務職員などには、上述のような場合にもおそらく警察通報という想定はないと思います。

A3 弁護士のNです

保健師の活動は、相手のニーズや希望に応じて行うものもありますが、中には、相手からの相談や依頼もなく、また相手が必要ともしていない保健指導や訪問をおこなわなければならない場合があります。また、場合によっては、相手が予期しない突然の訪問もまた求められることがあります。

保健師にとって、保健指導等を通じて、相手方と「支援関係」を作っていくことが大切であるといえますが、こうした保健師の活動の特性を考えると、しばしば、「対峙関係」に遭遇することがあります。いうまでもなく、「対峙関係」より始まった関係であっても、「対立関係」ではなく、「支援関係」に持って行くことが大切なのですが、相手方が抱える事情や状況によっては、やむをえず、「対峙関係」のままか、「対立関係」になってしまう場合があります。

ここでいう「対峙関係」というのは、相手方と向かい合った関係ではあるが、コミュニケーションのとれている関係をいい、「対立関係」とは、相手方が反目して、コミュニケーションすらとれない関係をいいますが、警察の力を借りるかどうかはそのあたりの関係性の見立てによります。保健師に対する暴言・暴力は、しばしば、「対峙関係」が「対立関係」に移行する傾向を示

したときに起こります。暴力はふるわなくとも、すでに「対立関係」で、相手に保健機関等に求めるものがみられず、ただ、居座り暴言を投げかけるなどの場合は、警察に通報するなどの対応が必要です。

大切なことは、こうしたリスクのある関係性に遭遇したときは、組織的に対応をし、リスク管理もまた組織的に行うことです。複数で対応をするほか、特殊なケースの場合は、通報のために、室外に一人待機させておくなどの対応も必要です。また、警察との関係でいえば、組織として警察（生活安全課）とあらかじめ協議をしておくことが大切です。職場としては、組織的に対応していることを伝え、通報をした場合の連携、対応のあり方をあらかじめ決めておくことが、有機的な連携関係を作るとともに、リスクへの的確で迅速な対応に繋がります。

Q4 暴力？ 違うかもしれませんが、怖い思いをしたことを誰にも言えませんでした。

(保健師歴8年 保健所勤務)

私がまだ保健師になりたての頃のエピソードです、異動が決まった先輩のX保健師から、29歳のひきこもりの男性（Eさん）の支援について引き継ぎを受けました。X保健師はEさんの母親から、息子のことで相談を受けたばかりで、Eさんと直接会う前の引き継ぎでした。母親が相談を持ち込んだときEさんの引きこもりはすでに3年を経過していました。

引き継ぎはされたものの、私は何をすればいいのかさっぱりわからず、別の先輩Y保健師に相談した結果、しばらくは家庭訪問して、母の後ろからドア越しに話しかけ、返答がなかったら手紙を置いてくることから関係を作ろうとしました。

4回目の訪問時でした。いつものように来訪を告げると、Eさんは静かに玄関を開け、私を手招きしました。後で冷静に考えてみれば思い至ることですが、母親は不在であり、逃げ道のないマンション4階の一室に、私はEさんと二人きりという状況でした。しかし私は、努力が実りようやくこちらを受け入れてくれたのだと思い、それがうれしくて、Eさんの意図を想像しようともせず、つい部屋に入ってしまったのです。

Eさんは私を居間から自室に招き入れた後、部屋の鍵をかけ、私を部屋の一番奥の椅子に座らせました。厚い遮光カーテンのために室内は薄暗く、周囲を見渡すと大きなチェーンソーがドアの横に立てかけてあ

り、急に怖くなりました。

一所懸命平静を装い、「食事は3度摂れていますか、睡眠の具合はいかがですか」などと質問しましたが、話がかみ合わず、Eさんはこちらと視線を合わせないまま、「婆あ、のせいだ」とか「保健師さんの手紙大切に持ってるよ」など一方的に話し続けました。40分ほど経過したころ、外出していたEさんの母親が帰宅しました。玄関で私の靴を見たのでしょう、Eさんにドアを開けるように促しました。

Eさんはそれまでになく苛立った大きな声で、「うるせえんだよ！」と怒鳴りました。母親は「保健師さんに失礼だから、警察・・・」などと言っていたように記憶しています。ようやくEさんはドアを開け、私を廊下に出すと、ドアをばたんと閉めてしまいました。

私は、その後は自分のことしか考えられず、母親との会話も早々に、逃げるように階段を下りましたが、後ろでは、ドア越しにEさんの怒声が聞こえました。

今振り返れば、これも、「暴言被害」に相当するかもしれないと考えられますが、このときは、私の浅はかな行動の結果であり、恥ずかしい気持ちが先に立ち、保健所に戻っても報告しませんでした。

私は怪我もしていませんし、あからさまに脅迫されたわけでもありません。このような場合は、被害届は出すべきなのでしょうか。現在は、職場に報告しなかったことは間違いだったと認識していますが、もし報告したとして、職場ではどのように対応可能であったか、経験豊かな先輩だったらどのように助言してくれるかお聞きしたいと思います。

A4 精神科医の S です

たしかに「暴力」は起きませんでした、体験した状況は「暴言暴力準備状況」と言えると思います。それもかなり切迫した状況です。

E さんとその母親とが葛藤関係にあることは容易に推定できますから、もしあなたが母親をかばう発言をしたり、これまでの置き手紙を E さんがあなたの個人的好意と歪曲して受け取っていて、それが裏切られたと感じた際には、E さんが激怒して暴力行為に及んだ可能性は決して低くはありません。

このような場合は、警察への被害届はともかく、上司への報告のみならず、仲間事例検討しておくことは不可欠です。自らの対応が不十分であったと反省したときこそ、それを仲間が繰り返さないためにも、次の関わりに別の視点からアイデアを出し合うためにも事例検討が必要です。できれば E さんや家族の精神病理を解説してもらえる青年期病態（30 歳代前半くらいの引きこもり成人は「思春期」、「青年期」の病理を遷延させて抱えているものです）や家族精神医学に通じた精神科医や臨床心理士の専門的助言も得たいところです。

すこし一般的に言いますと、事例検討とはたいてい「うまくいかない事例」あるいは、はっきりと「失敗した事例」について行われることが常だと考えていただければよいと思います。「万事うまく決着した事例」の「打ち上げ事例検討会」なんて今まで経験したことがありますか？ 保健師になりたての頃のあなたのこのような体験がその後のアウトリーチ活動に活かせる貴重な糧

となるか、誰にも言えない恥ずかしい（忘れたい）記憶に留まるか、それを分けるのは、仲間を開示して多少の批判は受け入れる覚悟があるか否かだと思います。どうぞ後輩には、私のように「失敗」しないために、最低限、こういうことには気をつけるのよーと明るく伝えていきたいものです。

ご質問の後半部分、あなたの体験した状況への職場対応としては、上述のように、①事例検討して E さん自身の行動特性や精神科的問題、家族状況について再評価する。②E さん家族へ安全な介入方法を模索する（担当をよりベテランの保健師に交代する、複数対応にする、母との相談をもっと深めて E さんの行動特性や症状について評価する等）。そして、大事なことですが、③あなたが経験した恐怖心を自然なものだと仲間に受け止めてもらうことなどが行われるべきだと思います。

A4 弁護士の N です

E 氏の対応が、あなたを E 氏の部屋または家に拘束をして、そこから脱出することを不能または著しく困難にしたということであれば、それが短時間であったとしても、刑法 220 条の監禁罪に当たる可能性が十分にあります。状況によりませんが、部屋に招き入れた後、①ドアに鍵をかけたこと、②ドアから一番遠いところに座らせたこと、③母親の呼びかけにドアを開けようとしなかったことはそれを裏付ける重要な事実になるかと思います。もちろん、何もされていないことや、怪我の有無は関係ありません。

ところで、あなたは、もちろん、E 氏を逮捕してもらいたくて家庭訪問したのでは

なく、保健指導のきっかけを得るために家庭訪問したわけですから、その時点で、危険を感じて、「監禁」から逃れるために通報し、現行犯として逮捕に至る場合は別として、職場に戻った後、被害届を出すことは稀なことと思います。被害届が出されれば、事情聴取を含む警察の捜査がなされることが考えられ、その結果として、今後の家庭訪問に対して、E氏の母親も含めて拒否的になることが予想されます。監禁が悪質な場合には、被害届等を出すことが考えられますが、警察の対応を求めるのは現行犯の場合とするのには理由があるように思います。

相談のケースにおいて問題であるのは、すべてにおいて組織的対応ができていない点にあるかと思います。これは、あなたである保健師の問題というより、保健所という組織の問題です。まず、あなたは、「何をすればいいのか、さっぱりわからず」、自らの判断で、先輩保健師に相談をし、すべて個人に任される形で試行錯誤をしている様子が見られます。家庭訪問が複数でなされるのが理想ですが、それができないとしても、少なくとも、どういう対応方針をもつのかは、カンファレンスを行って決めるのが常識的なやり方です。こうしたケースに、相談のようなリスクは必ず伴いますので、相談のケースでいえば、E氏の母親がキーパーソンになっていることが伺えるので、少なくとも家庭訪問は母親が在宅の時に言うというのが常識的な対応だと思いますし、カンファレンスでそのことを確認することが、クライアントへの対応、リスク管理の観点から重要です。

また、4回目の訪問にさいして、過去3

回、E氏と会えていないということから、会えないものだとの予断があったようにも感じられます。会えるための方策について策を講じる必要性はもちろんありますが、目的は直接会っての保健指導にあるわけですから、会えたときにどうするかは、通常考えられてしかるべきで、カンファレンスでは、その時の対応について十分な検討がなされている必要があります。リスク管理の観点からは、本人と会えて家の中に入ったときのリスクを踏まえて、危険を感じたときにどのように外部と連絡を取るかの対応方針は不可欠です。

あなたが保健所に戻った後、「私の浅はかな行動の結果であり、恥ずかしい気持ちが先にあって」報告をしなかったということですが、こうした行動に至るのも、このケースを着手するに当たって、すべて個人に任せっきりに行っていることが原因で、カンファレンスを行い組織としての対応が確認されていれば、あなたにこうした心理的負担を負わせなくてよかったです。組織的対応がないことがすべての対応を悪循環に至らしめています。また、仮に、組織的に対応した結果として、同じ事態が生じたときの事後的な対応として、被害届を警察に出すかどうかも組織として決定しなければいけません。保健師が負った被害の程度、今後の保健指導への影響など多角的な観点から結論を出す必要があります。

なお、できればということになりますが、こうしたリスクがあることを前提として、実際に危険が生じたときに即時の対応が可能になるよう警察との連携にも務める必要があります。家庭訪問に伴って、高リスクで緊急の対応の可能性が高いケースについ

て、訪問する保健師の外部への連絡方法の他、連絡を受けた場合の警察との連携について取り決めをしておくといいいでしょう。また、実際に危険を感じたケースで犯罪に至る可能性があるケースについては、捜査を留保した上で、被害の相談記録として蓄積しておく等対応を警察に依頼することなども有効であると思われます。

Q5 患者保護のためとはいえ、危険な罠を演じさせられたようで、どうも腑に落ちません。

(保健師歴11年 政令指定都市保健所勤務)

息子（Fさん）がまた覚せい剤を使用しているのではないかと疑う母親からの相談を受けました。

Fさんは学生時代は優秀で大学院を卒業しましたが、なかなか就職できず、自暴自棄になったのがきっかけで覚せい剤に手を出し、逮捕されました。3年の執行猶予刑を受けましたが、それからすでに3年は経過しているということでした。

Fさんは父を早くに亡くし、60歳代の母親と二人暮らしですが、事件後母親との関係は険悪になっていました。叔父の仲介でもう一度やり直すとFさんは表明し、一時は母と会話も回復し、食事をともにできるまで関係は修復されたようでした。しかし数か月前から母と顔を合わせないようになり、家を出ると明け方まで帰らないことが増えました。次第に痩せが目立ちはじめ、剣呑な表情でぶつぶつ独り言をいうようにもなり、相談に来る前数日間、夜、部屋の中で奇声をあげながらナイフか何かで壁を切りつけているようだと言った母親は怯えた表情で訴えました。

保健師は、事の深刻さを考慮して警察に通報するよう促しました。

数日後母親から、警察に相談した結果が報告されました。警察では、部屋の中で起きていることに確証がないので、まず保健師に家庭訪問してもらったらどうか、警察官が後方で待機し、保健師がFさんと対面している最中に手を振り上げるなど攻撃的

なそぶりを一瞬でも見せたら直ちに警察官が対応するとの提案がなされたと聞きました。私は警察に連絡して、その提案が事実であったことを確認しましたが、どうして保健師が危ない状況の矢面にたたねばならないかの疑問を抱きました。しかしこのまま放置して母親へ危害が加えられるのも心配です。時間的猶予のないまま、警察に異論を述べることもなくその提案に従うことにしました。

幸い、作戦はうまくいきました。家庭訪問してFさんの部屋の前で母と一緒に何度か声をかけると、Fさんは険しい表情で頭を掻きながら部屋から出てきました。髪も髭も伸び放題です。私はいくらかひるみつつも、いくつか体調を気遣う問いかけをしたところ、いきなり目を見開いて大声をあげ、そこで警察官が出てきくれました。暴れて外に逃げようとするFさんを警察官が押さえ、パトロールカーに誘導し、その後覚せい剤使用が判明して2度目の逮捕となりました。

その後私はずっと、これが保健師の仕事（機能／役割）だったのだろうかという疑問を拭えずにいます。当時は「逃げる」のは潔くないと思い、蛮勇ふるって提案を受け入れたものの、本音では恐怖感でいっぱいでした。それも情けないのかもしれませんが……。このときの恐怖体験は、暴言・暴力被害に該当するのでしょうか。

A5 精神科医のSです

読んでいらっしゃる方もあなた同様、ドキドキしますし、腑にも落ちません。若かりし頃、拒薬する若い統合失調症の患者さんに服薬を説得するよう、病棟のナースから頼

まれて痛い目に遭ったことを連想しました。入院直後の患者さんで、少林寺拳法を習っていたとのカルテ情報さえ把握せず、単身保護室に入り、座り込んでいる患者さんに挨拶の声をかけた瞬間に私の顔面に蹴りが……。何を伝えたいかといいますと、「頼まれて断ること」が「逃げ」に感じられてしまいがちな私たちの傾向が共通しているように感じられたことです。

恐怖心を押して敢然と立ち向かう態度は批判される筋のものではありませんが、この事例のように、①覚せい剤再使用が強く疑われ、幻覚妄想などの精神病状態に陥っている可能性がある。②元来の性格傾向や母との関係に関する情報が乏しい。③ナイフなどの凶器になるものを所持している可能性がある—といった場合に、いくら警察官が後方に控えているとはいえ、保健師一人を矢面に立たせる計画はあまりにも無謀です。

警察と連携して保健師が特技（血圧測定とか食事指導とか）を生かして一定の役割を果たすという「作戦」は記述された以外に（素人の私でさえ）いくらでも思いつきます。女性の方が相手の警戒心が解除されやすいと考えるのなら、警察官の後方待機だけでなく、少なくとも私服の婦人警官と二人でFさんと向き合う状況を設定するとか。

一つ確かめておきたいのは、警察からの提案が確認できたとき、担当保健師として警察に協力を申し出る前に職場の先輩や上司にどの程度情報を伝えて相談したかということです。このような状況に保健師を立たせることを上司が許容したとしたら、それは覚せい剤使用者の症状や行動について

あまりに知識が乏しいと言わざるを得ません。あなたが「相談する程のことではない」と考えたとしたら、たしかにちょっと配慮不足だったかもしれません。

「怖いな」と思う心は、どうしても態度や話しぶりに現れるものです。そしておびえた内心を押し殺してFさんと対面しても、好ましい出会いが成立する可能性は低いとしたものです。自分がどの程度の「怖がり」であるか他の人と比べる必要はありません。「何とか協力はしたいが、このような経験は初めてのことだし、正直恐怖心を隠すことができません」と警察にも上司にもきちんと伝えましょう。関係機関間のミーティングを開いて、事故を予防する最大限の工夫を盛り込んだ「作戦」を立てる努力を惜しんではなりません。

A5 弁護士のNです

残念ながら、警察からの提案とはいえ、こうした対応は好ましいとは言えません。結果的には、覚醒剤の所持または使用をしていたようですが、母親への危害が心配されたとはいえ、少なくとも、対応の時点では、F氏は、奇声を上げながらナイフで壁を切りつけるにとどまり、自傷の可能性はあるとしても他害の可能性があったとは思えません。これが、精神保健福祉法に基づく措置入院であるとか、自傷の可能性を危惧して保健指導の一環として家庭訪問をし、その際のリスク対応として、警察が待機するというのであれば理解できます。

こうした逮捕は、方法として一概には違法逮捕とまではいえなくても、F氏の刑事裁判の中でも相談者の対応が問われる可能性は十分にあります。また、自傷他害の

恐れを理由とした保護ではなく、逮捕ということですから、脅迫、強要、暴行等の犯罪の要素がなければ、声を荒げたというだけでは、その根拠に乏しいように思います。

加えて、警察が相談者にこうした提案をすること自体、また相談者に危険を伴った役割を演じさせること自体、不適切であると考えられます。相談者としては、こうした提案に対してははっきりと断るか、または、保健師の協力がどうしても必要だということであれば、即断せず、その旨、機関の長に申し入れるよう警察に求めるべきでしょう。

Q6 躁状態の患者さんに言い寄られ、抱きつかれて思わず相手を突き飛ばした行為は罪ですか？

(保健師歴 13 年 保健所勤務)

所内面接中に大変嫌な想いをしました。「インシデントレポート地域保健版」の存在を知り、このような体験も黙って封じ込めていいはずはないと思い、投稿しました。

相談者 30 歳代の男性 G さんです。20 歳代の頃双極性障害と診断されていたようですが、現在通院は途切れ、当然服薬もしていません。前任者からの申し送りは次のようでした；本人は「治った」と言っているが、主治医情報では、治療を自己中断しており、再発可能性は低くないと聞いている。いずれ時機を見て再通院してもらうよう話を進めてほしい。治療中断後は保健所に来ても、躁状態だったのか、「スポーツジムを開く」とか「スポーツインストラクターになる」とか決まってもいないことを報告しに来ることがあったようです。

私との初回面接は、「担当の保健師が変わると聞いたので」と本人が突然来所したときでした。このときは所内の相談室でこれまでの経緯を小一時間お聞きしただけでとくに問題ありませんでした。面接の終わりに私は、「次に来所の際にはご一報くださいね。出かけて不在でしたら申し訳ありませんから」と伝えました。

しかし、数週間後、2 回目の来所も唐突でした。

この時はやや上気した表情で、自分が得意なスポーツ競技で世界大会に出るんだという話をまくしたてたかと思うと、ふいに

「保健師さんって彼氏いるの。結婚してるの。彼氏いないんじゃないよね」などと言出し、机の下で、足を私の足に絡ませてきました。私はびっくりして席を立ち、相談室を出ようとする、スカートの裾をつかまれ、たじろいだ瞬間に抱きつかれました。私は、とっさにおもいきり G さんを突き飛ばしていました。G さんは軽く頭を打ったようで、激しい勢いで怒り出し、所長を出せと要求しました。幸い？運悪く？所長は不在でしたので、男性事務職員（係長）が対応しました。係長は、G さんの怒った形相に怖気ついたのか、平謝りに謝罪してその場を凌ぎました。

G さんが帰った後、係長は、「突き飛ばす前に、我々を呼んでくれなきゃね。怪我などさせてからでは謝るしかないでしょう」と所長に報告をしていました。

私たちはもっと危機意識を持ち、このような事態にも対応できる方法（相手を傷つけず自らも守れる護身術など）を身に着けないといけないのかもしれない。ですが、一方では、係長の発言やそれを是とした所長の態度は腑に落ちません。このようなことを軽くあしらう上司のもとでは、保健師として頑張っている私たちってなんなのだろう？と思ってしまいます。

まずは保健師の間で話し合い、所長に申し入れをしようと考えていますが、申し入れの際に上司にきちんと理解していただくために留意すべき事項などについて御助言いただけないでしょうか。

A6 精神科医の S です

表題の質問に法律적으로お答えするのは専門家にお任せするとして、投稿していただ

いた保健師さんが悔しく思うのは、Gさんの行為以上に、上司の係長の発言や態度だったのではないのでしょうか。

躁状態という病的状態の下でのセクハラ行為ですから、係長が即座に「毅然とした対応」をとらず、「当面の興奮状態を収めるため」作戦的に謝罪姿勢を示したというならある程度話は通ります。しかし「突き飛ばす前に我々を呼びなさい」「怪我させてからでは謝るしかない」という発言は、事務職とはいえ、ちょっと信じがたい上司の発言です。しかし実はこのような職場の事後対応はまだ、あちこちに潜在しているようです。

あえて言うまでもありませんが、理不尽に抱きついてきた相手を払いのけようとして、ときには（手の自由が奪われていたら）蹴飛ばしたり、結果的にひっかいたりする行為は常識的な防衛行動です。もしもこのような事態で、対応した者の個人的能力や資質が問われてしまうような職場風土が残っているとしたら、ちょっとした手術が必要でしょう。手術というのは、上司があまりにも無頓着である場合は、外部（上級官庁や労働基準監督署や人権擁護委員会等々）への相談も必要となるかもしれません。

しかしまずその前に、職場内での研修、可能な予防策、対応策をリストアップし共有する努力は必要でしょう。事例に関してできるだけ詳しく記録して、事例検討しましょう。事前対応、相談者（患者の背景情報）、事件の詳細、行われた事後対応について整理しておきます。Gさんのように病状と暴言暴力行為とが関連しているようなケースではとくに、起こりうる事態を事務職

員を含めて職場全体に周知徹底する必要があります。

Gさんの迷惑行為が反復されたり、程度を増すようであればこれは精神保健福祉法上の措置入院の対象となりますから、保健所、保健センターが緊急対応する必要性を所内会議で検討しなければなりません。症状行為だとしても、セクハラ行為や長時間拘束される相談者の振る舞い（著しい長電話や所内居座りなど）は、「他害行為」と位置付けて対応する必要があります。

この事例に即して、所内のミーティングで検討するとしたら、以下の諸点が検討事項になると思います。1) 治療中断している双極性障害の患者Gさんを以下に治療につなげていくか。2) 躁状態下のGさんがスタッフを長時間拘束したり、プライバシーに立ち入る発言をなしたり、セクハラ行為に及ぶことがあったが、このような際にどのように対応するか：相談する場所や時間の設定、対応するスタッフの人数、応援の呼び方等について。3) 警察や医療機関とどのように連携するか。4) Gさんへの対応で傷ついたスタッフをどのようにフォローするか。

こうした検討は1回でもきちんと実施しておけば、必ず次の事例に活かすことができます。そのためには検討した内容についてきちんと記録しておきましょう。

A6 弁護士のNです

仕事の中で、こうした性的な興味にさらされなければいけないのは、本当に辛いことだと思います。こうした経験をされている保健師の方も多いのではないのでしょうか。その意味では、保健師という職業に伴うリ

スクとして常に念頭に置かれなければいけない事態であるように思います。

この男性の行った行為は、相談内容だけでは一義的に断定はできませんが、暴行罪、強制わいせつ罪、態様次第では、公務執行妨害罪、強要罪等に当たる可能性があります。ただし、こうした行為が仮に犯罪に当たるとまでは言えない場合であっても、急迫不正の侵害に対して、自己を防衛するために、とっさに（やむをえず）突き飛ばしたということであれば、正当な防衛行為として非難されないばかりか、必要なことであつたともいえます。

何れにせよ、こうしたリスクがあることを踏まえ、対処方法は組織として決めておく必要があります。基本的には、まず、自分の身を守り、逃げることに、必要な場合には、相談事例のように、突き飛ばすこと、振り切ることなどの行為、相手の行為を制止するための実力行使も許されるでしょう。

こうした行為をさせないための対応、最小限のとどめるための対応を組織的にしておくことも大切です。面談室内での緊急を知らせるブザーの設置は不可欠で、退出しやすいレイアウトの工夫も大切です。また、何かあつた場合に、誰が駆けつけるか、駆けつけた時の対応、対応方法も決めておく必要があります。

相談者に対して上司から出た発言の中に「突き飛ばす前に人を呼ぶ」といった対応がありますが、こうした対応が得ないことは少し考えれば誰にでもわかります。こうした発言が上司からあること自体、組織的な対応がなされていない証左でもあります。むしろ、面談室内で起こったことに対する避難、防衛行為を踏まえて、相談者に毅然

とした態度で臨むことが駆けつけた者の責任ある行動となるはずで、リスク管理、不当な行為に対する対処の手順方法を組織としてきちんと決めておけば、面談室内で自信を持って振る舞えるようになるはずで

研究成果の刊行物・別刷
-学会発表-

Workplace violence (WPV) experienced by professionals working in the area of community health, home medical care and community welfare services

- A phenomenon that has been overlooked-

1) Ikumi NAKAITA, RN, PHN, PhD 2) Shin-ya SANO, MD, PhD 3) Kayoko HIRANO, RN, PHN, PhD
4) Yoko HATONO, RN, PHN, PhD 5) Takeshi NOMURA, Attorney at Law 6) Hiromi YONEZAWA, RN, PHN, Master 7) Shoichi TACHIBANA, MD, PhD

- 1) Japanese Nursing Association
- 2) Department of Psychology, National Defense Medical College
- 3) International Nursing Management, Health Department Nursing Science, Health Science, Tohoku University Graduate School of Medicine
- 4) Community Health Nursing, Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University
- 5) Dokkyo Law School
- 6) Community Health Nursing, School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui
- 7) Division of Environmental Medicine, Defense Medicine Research Institute, National Defense Medical College

Background

Workplace violence (WPV) such as verbal abuse/physical violence against workers in the area of community health, home medical care, and community welfare services influences serious and adverse effects to their working environment. However, WPV in community services are not recognized well compared to WPV in hospitals.

Purpose

- To find out factors which induce WPV to frequently happen in community health/welfare services.
- To make clear why efforts to reduce WPV in community services are falling behind compared to hospital services

Methods

- Review of reports and articles on WPV in community services
- Pilot survey on 517 public health centers¹⁾
- 1) We investigated WPV in community services by questionnaires to senior health nurses 2) Fact-finding survey on the suffered health nurses

Definition of WPV in this study

WPV in this study includes;

- All psychological and/or physical aggressions against a worker in work place
- All psychological and/or physical aggressions against a worker by a person with whom the worker becomes acquainted through his/her duty, including aggressions in off-duty hour

Examples

- unreasonable and persistent complaint or demand
- frequent calls repeating the same thing
- threat by shouting or shaking fist at
- railings or usage of abusive language
- threatening words, such as "I'll kill you", "I'll sue you", or "I'll show you"
- physical violence
- damage to property
- sitting in the office
- dangling or stalling
- sexual harassment

Results of Literature Review

- Official Report by US Government²⁾ indicated that non-life-threatening WPV occurred in community services more frequently than in other occupational fields. This report is based on the nationwide survey that has been continued since 1990s. Guideline of International Labor Organization (ILO)³⁾ suggested the similar tendency as in the US Government report.
- These reports insisted that WPV in community services, although it is not life-threatening, may seriously influence the safety, health, and morale of community workers because many of the victims wrecked their health, burned out, and quit their job.
- Small number of surveys on this issue was also done in Japan, although its object and range were limited. These surveys reported that grasp and countermeasure of WPV in community services were delayed compared to WPV in hospitals.

Results of Questionnaire Investigation

Pilot Survey on WPV in community service facilities:

- > Method: Questionnaires
- > Object: Senior public health nurses in 517 public health centers in Japan

- > Contents of questions: Frequency of WPV, Situations, Severity of damage, Characteristics of attacker (assailants), Characteristics of victim, Attitude of service facility (before and after the incident)

Response rate: 371/517 (71.8%)
Experience of WPV: 178 (47.9%)
Frequency of WPV: 1-8 cases / year
Having the Mammal against WPV: 98/371 (26.4%)

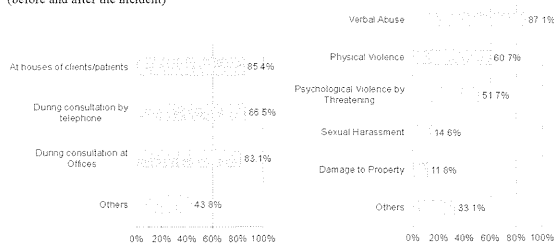


Table 1: Situations or Places where WPV happened (n=178)

Table 2: Type of WPV (n=178)

Case Analysis

| Piece Type of Violence | Situation (1 assailant, 2 victim, 3 progress, 4 causing factor) | Considering Points |
|---|--|---|
| 1. Consultation Window for Incurable Diseases Verbal abuse, Physical violence | 1. A male patient with ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) who came to the public health center to apply for Official Support for Specific Diseases. 2. A public health nurse who attended to the patient at consulting desk. 3. The patient shouted and accused attitude of the nurse as "too businesslike"; He tried to fall from the office building. The nurse got slightly injured by his violence when she tried to hold him. 4. Unstable mental state of the patient with serious physical illness | a) The nurse didn't understand well about the patient's stock to his diagnosis of ALS and his unstable mental state. b) Need of re-education how to deal with patients of incurable diseases |
| 2. During home visit Verbal abuse, Threatening | 1. A male patient with TB (Tuberculosis) who left hospital during treatment due to economic problem. 2. A public health nurse who visited his house to persuade him to return to hospital. 3. He got angry because the nurse told the story to his family without his permission. He used abusive language and tried to threaten her. 4. Psychopathology of patient with physical illness, Conflict between family members of the patient | a) Lack of communication and cooperation with the attending doctor in hospital |
| 3. During consultation at office Verbal abuse, Damage to property | 1. A male patient with BPD (Borderline Personality Disorder). 2. A health nurse who had consultative relationship with him. 3. He complained about her past words and attitudes toward him. He requested change of consultant nurse. He continued to sit in the health center office all day long insisting his demands for several days. He entered into the office with his bag and destroyed the property later. 4. Psychopathology of the patient (BPD) | a) Lack of communication and cooperation with the attending doctor in hospital |
| 4. During home visit Physical violence | 1. A male patient with schizophrenia who discontinued his treatment. 2. A public health nurse who visited his house following request from his family. 3. She was attacked and stuck with knife more than ten times by the patient when she was to leave because there was no response to her call. 4. Psychopathology of the patient (delusion of persecution) | a) Lack of sharing information on past history of consultation b) Failure of post-event management by the office |
| 5. During home visit Verbal abuse, Physical violence | 1. A female patient with BPD (Borderline Personality Disorder). 2. A public health nurse who visited her house following request from the patient. 3. The patient complained unreasonably and exploded her emotion. The nurse was attacked, scratched, and kicked by the patient. 4. Psychopathology of the patient (BPD) | a) Decision failure of sending a nurse alone to the patient who didn't know her. |
| 6. During consultation at office Verbal abuse, Physical violence | 1. A female patient of mental disorder whose boyfriend requested the public health center to seek hospital for her admission. 2. A health nurse who interviewed her at the office. 3. The patient who was forcibly taken to the office refused admission to hospital and got angry. The patient used abusive language and punished the nurse. The nurse got injured. 4. Psychopathology of the patient | a) Lack of information on the patient |

Discussion

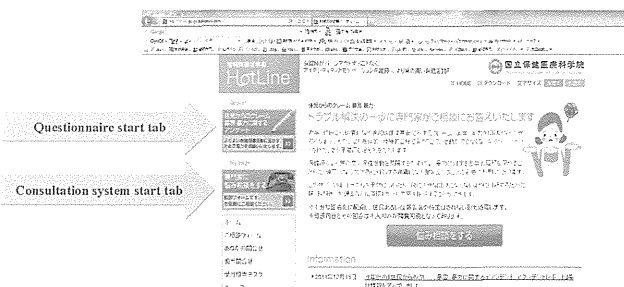
- A As we expected, this survey showed that the number of workplace violence cases in community services were not small. A couple of reasons why this fact has been overlooked are considered to be as follows.
1. The workers lack the sense of danger or sense of security in their workplace.
 2. The victimized workers felt sense of guilt or shame which prevented them from reporting the cases.
 3. There is no official incident/accident report system on violence in community services.
- B This survey also indicated some inducing factors of violence in community services.
1. The workers have to enter the living scene of the clients, which makes difficult to protect the workers from violence.
 2. The clients are not always wanting the services and sometimes strongly refuse them.
 3. Some of the workers have poor communication skills which stimulate displeasure and violence from the clients.
- C We propose the following measures to solve this problem and reduce the violence in community services.
1. Introducing the Incident/Accident Report System into community services.
 2. Education of the community workers on the sense of security in workplace and communication skills with their clients.
 3. Establishment of Security Policy and System using the Report System in community services.

References

- 1) Kayoko H, Ikumi N, Yoko H, et al: Investigation of Current condition on Violence victims working in the area of community health in Japan. Report of Science Research Program granted by Ministry of Health, Labor and Welfare, 2010
- 2) Department of health and human services, National Institute for Occupational Safety and Health: Workplace Violence Prevention Strategies and Research Needs: Report from the Conference Partnering in Workplace violence Prevention: Translating Research to Practice. Nov. 2004;17-19. Baltimore, Maryland
- 3) International Labor Organization (ILO): Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. 2003

Web-based Incident Accident Report: <http://www.go-go-hokkai.com/#>

- It is necessary to introduce the Incident/Accident Report System into community services to grasp the actual conditions of WPV in this field.
- We've developed the Web-based Incident/Accident Report System for Community Services and are gathering cases of WPV in this filed using this system.
- This system includes the Consultation System to encourage users to input the information. By giving the information into the system, users can receive consultation services from experts if they need.



- Incident/Accident Report Form (Community Service Version)
 - a. Victim (age, affiliation, position, years of experience, current responsibility)
 - b. Details of WPV
 - c. Profile of assailant, contributing factors of WPV
 - d. Degree of damage, stress reaction of victim
 - e. Way of report to superior, Way of management of the office
 - f. Report to police, action of police
 - g. Contributing factors of WPV and lessons learned from the viewpoint of victim

住民からの暴力の予防にむけた組織体制整備のあり方の検討

—暴力事件を契機とした体制整備が行われた事例分析から—

米澤洋美¹⁾, 平野かよ子²⁾, 松浦美紀³⁾, 嶋野洋子⁴⁾, 佐野信也⁵⁾, 野村武司⁶⁾
中板育美⁷⁾

1)福井大学、2)東北大学、3)東京都新宿区、4)九州大学、5)防衛医科大学校、6)獨協大学
7)日本看護協会

目的

地域保健福祉分野、なかでも精神保健領域担当の保健師が、住民からの暴力等の危機状況に遭遇する機会が多く、被害を受ける危険性が高い状況にあることが明らかとなっている。地域保健福祉従事者が住民からの暴力の発生を予測し、暴力の発生時に適切に対応でき、また未然に発生を防ぐためには、支援者個人の努力だけではなく組織全体の課題として取り組むことが喫緊の課題である。

そこで自治体で発生した精神保健領域の保健師が受けた暴力等被害の事例を契機として、ガイドライン策定・職員研修体制整備に繋げた事例に関して、組織管理体制の在り方の観点から分析を行い、地域保健福祉従事者が住民から受ける暴力の予防に関する示唆を得ることを目的とした。

方法

対象：A市保健所保健師2名

方法：当事者による事例報告後、保健、医療、法律各分野の研究班構成メンバーとのディスカッションを行った。

倫理的配慮：調査対象者に口頭で研究の趣旨・匿名性の保護、研究協力および中止の自由の保証と情報管理に留意することを説明し同意を得た。

結果

医療中断中の精神障がい者への家庭訪問時に、面識のない保健師が重傷を負うという事件を契機にした事例である。事件発生直後からの組織の対応の経過は表1の通りである。あまりに甚大な暴力被害のため事件発生直後は、組織全体が何も語らないという機能不全に陥り、現場保健師が事件の詳細を知るまでに1年を要していた。その後、暴力被害の実態調査を実施した結果、保健師経験3年以上の者は全て暴力被害の経験や危機を感じたことがあるとの結果が得られ、その結果、保健師活動が暴力被害の危険性が高い業務であることが推察されたことから、「相談業務における暴力被害防止ガイドライン(2002年2月)」の策定に繋がった。組織として起きたことを共有し、集約された情報を管理者が伝える体制の必要性が話し合われた結果、相談業務や暴力被害に関する基本的事項に加え、具体的暴力被害に対する防止策、暴力被害発生時の対応等に基づく職場環境チェック表や暴力被害防止チェック表等の様式も整備された。さらにこれらに則った研修が実施されていた。現在は事件発生から10年以上を経過し、事件を風化させないようにガイドラインを見直しや研修会の必要性から、2012年1月に「保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版)」と名称を変更し活用していく取り組みが進められている(表2)。

表1 A市における保健師が受けた暴力被害とその後の対応

| 時期 | 内容 | 組織全体の機能不全 |
|-----------|--|---------------------|
| 1999年 | 担当保健師が精神疾患患者からの暴力により重傷を負う事件が発生。 | 事件の把握 |
| 事件発生直後 | 事件は、トップシークレット扱いとなり、組織構成員に対する詳細な報告はなかった。 | |
| 事件発生から1年後 | 現場保健師が事件の詳細を知る。 | 組織内での相談時の実態を把握 |
| 2000年 | A市保健師の相談・訪問活動時における暴力被害の実態調査 | ガイドライン策定 |
| 2002年2月 | 相談業務における暴力被害防止ガイドライン策定 | 研修会開催 |
| 2002年5月 | 事件後最初のガイドラインに基づく研修会の開催 | 事件の風化や事件を知らない保健師の存在 |
| 2004年 | ガイドラインに基づく研修会の実施 ・保健師向け研修 ・管理者向け研修 | |
| 2008年 | ガイドラインに基づく研修会の実施 | ガイドラインの見直し |
| 2012年1月 | 保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版)へ名称変更 | |

全国の保健師のみなさんからの暴力被害の実態を集めております。
インシデントレポートへのご協力を
お願いします。

表2 保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版)

| |
|---------------------------|
| 1 相談業務における暴力被害に対しての基本的考え方 |
| 2 相談業務に関する基本的事項 |
| 3 暴力被害に関する基本的事項 |
| 4 相談業務における暴力 |
| 5 具体的防止策 |
| 6 暴力被害発生時の対応 |
| 参考 |
| 1 第三者からの相談でおさえおきたいこと |
| 2 訪問前におさえおきたいこと |
| 3 セックス通話者からの電話対応 |
| 様式 |
| 1 職場環境チェック表 |
| 2 暴力被害防止自己チェックリスト 等 |

考察

自治体で発生した精神保健領域の保健師が受けた暴力被害の事例から、被害が甚大な暴力事件発生直後は、予測不能である程度の被害であったことから、一部上層部を除き詳細は現場の保健師には知らされないという組織全体が機能不全の状態となっていた。その後、組織管理体制の在り方および被害の実態の分析を行った結果、保健師経験3年以上の者は全てに暴力被害の経験や危機を感じる経験があった。このことから保健師という専門職としてひとりでは対応せざるを得ない状況下で個人の力量にゆだねられた対人支援の現状が把握され暴力被害防止ガイドラインの策定ならびにそれに基づく研修の実施へと結びついている。また、事件発生からの時間の経過は、事件そのものを風化させ、危機意識が薄らいたり、事件そのものを知らない保健師が増えるなどの変化が予測される。

暴力等の被害を防止する上では、日頃からの暴力等被害に備えた危機管理を組織ぐるみで推進する必要がある。相談業務における暴力被害防止のためのガイドラインの作成やそれを要した研修の継続的な積み重ねが、組織全体への意識付けとなり暴力被害発生時の被害を最小限に抑えることに繋がることが示唆された。

引用・参考文献

1 地域保健福祉領域において従事者が住民から受ける暴力防止のためのマニュアル「暴力防止マニュアル」保健師等の地域保健従事者が住民から受ける暴力等の危機管理のあり方に関する研究班 2011

2 厚生労働科学研究費補助金 健康安全・危機管理対策総合研究事業 住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する保健従事者の日常生活を保障する組織的安全管理体制の構築に関する研究 平成23年度総括研究報告書 2012

3 保健師等の相談業務における暴力被害防止の手引き(第2版) 新宿区健康部 2012

*本研究は平成23年度厚生労働省科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する保健従事者の日常生活を保障する組織的安全管理体制の構築に関する研究」の一部である。

地域保健従事者ホットラインでは以下のサイトで保健師のみなさんのお立ち寄りをお待ちしています！
本サイトでは、暴力被害に関する相談や関連情報の提供を行っています。

Go-go保健師サイト <http://www.go-go-hokenshi.com/>

The screenshot shows the 'Hotline' section of the Go-go保健師 website. It features a search bar with the text 'お問い合わせ' and a button labeled 'お問い合わせ'. Below the search bar, there is a list of services or information, including a section for '相談業務' (consultation services) and a 'お問い合わせ' button. The website has a clean, professional layout with a blue and white color scheme.

平成 23 年度報告書

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）
総括研究報告書（1/3年）

住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する
保健従事者の

日常活動を保証する組織的安全管理体制の構築に関する研究

研究代表者 中板育美 国立保健医療科学院 主任研究官（保健師）

分担研究者

平野かよ子 東北大学大学院教授（保健師）
佐野信也 防衛医科大学校 進学課程准教授（医師）
鳩野洋子 九州大学大学院教授（保健師）
米澤洋美 福井大学医学部看護学科地域看護学講師（保健師）
野村武司 獨協大学法科大学院教授（弁護士）

研究協力者

松浦 美紀 新宿区役所（保健師）
池戸 啓子 新宿区役所（保健師）
山内 裕子 宮崎県都城保健所（保健師）
奥山 智絵 元東大和市役所（保健師）

A. 問題の所在

医療施設内での患者および家族からの暴力への対応は、国内外において医療安全の角度からの検討がなされ^{1~4)}ているが、地域保健従事者の対する安全確保方策の提言^{3~7)}としてはなお少ないのが現状である。これまでには東京都・特別区の保健師を対象とし地区活動で遭遇する危機的な状況に関する調査⁵⁾と全国保健師長会九州ブロックが行った保健所の精神保健福祉担当保健師のストレスに関する調査研究²⁾があるが、地域保健従事者の危機的な状況の実態把握を始め、回避のあり方についてはあまり検討されていないなど、安全確保体制・方策等にかかわる具体的な提案は少ない。

先行の厚生労働科学研究（H20-22,主任研究者,平野かよ子）から、新たに浮上した課題を整理した。

- 1) 身体的暴力もさることながら、理不尽なクレームや暴言等の心理的暴力に属する行為に苦慮している
- 2) 地域保健福祉従事者は、住民による暴力を病状/障がいから生じる行為と考えたり、従事者側の不適切な対応に由来するものと自責的に考える傾向がいまなお存在し、報告をしない（泣き寝入り）可能性がある
- 3) これらの背景には、保健医療専門職の職業アイデンティティに由来する使命感や、労働環境の安全性保持の向上を追求する意識や加害者対応に関する法律知識の乏しさがある

これらの課題の放置は、住民からの過剰な威嚇や不当クレーム、モラルを欠いた問題行動（ネットを使うなど）などの暴言や暴力への対処の負の循環を招き、

職員に業務の妨害，精神的負担，明らかな心身のマイナスの影響（ストレス反応）を与え，日常活動の質の担保を著しく阻害することになりかねない。

B. 研究目的

地域保健福祉従事者の職務に関連する「暴力」に対する理解を地域保健福祉活動現場において共有し，個々の地域保健福祉従事者のインシデントレポート報告の意義を確認するとともに，実態をタイムリーに報告する仕組みを構築するために，地域保健版インシデントレポートの開発をおこなう。

C. 研究内容

- ①文献レビュー
- ②日本公衆衛生学会の自由集会の場を利用したグループ討論
- ③地域保健福祉現場において地域保健福祉スタッフが経験した「暴力」の事例分析
- ④地域保健版インシデントレポートの開発
- ⑤地域保健 Web 版インシデントレポートの試行

D. 研究対象

- ②日本公衆衛生学会の自由集会の場を利用したグループ討論
平成 23 年 10 月 20 日の日本公衆衛生学会の自由集会「ひとりで耐えていませんか。住民からの暴力」の参加者
- ③地域保健福祉現場で働く地域保健従事者が経験した「暴力」の事例分析
自治体で発生した保健師等が受けた暴力等被害の事例について，研究主旨に賛同し，事例提供に合意を得られた自治体の保健師
- ⑤地域保健 Web 版インシデントレポートの試行
住民からの不当なクレーム，暴言・暴力を受けた経験のある全国の地域保健福祉従事者または当事者の所属する機関の管理者。
なお，24 年度は，インシデントレポート入力ならびにコンサルテーション事業について，協力を得られたモデル自治体（都道府県または政令指定都市/中核市）（25 年度以降は，知見を反映させた改訂版で全国に拡大していく予定）

E. 倫理的配慮

本研究は、国立保健医療機関 倫理審査委員会の承認を得ている。
(IPH-IBRA#12009)

F. 期待される効果

- 1) 住民からの不当クレーム，暴言，暴力に関するレポート提出が進むことで，暴力への理解を深め，自らの未熟さに責任を感じて精神的苦痛を強いられることから脱することができる。
- 2) 負の循環から脱出することで，活動を正当化する法的根拠についての認識