

全般的解説

精神科医の立場から

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はその通りですが、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ようか。

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さんの強制的入院など）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「精神病患者」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／精神科の受療状況が不詳で、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なようです。

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、日常的な協力態勢が存在する必要があります。釈迦に説法になりますが「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 11年 地域包括支援センター勤務 Rさん)

先日講演を聴かせていただきました。

保健師は、地域に出向く仕事であり、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るとお聞きしたので、初心者的な質問にかもしませんが、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）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ではありません。

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。

## 全般的解説

### 弁護士立場から

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。暴力はふるわなくても、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8年 保健所勤務 Sさん)

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、話しかみ合わず、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つてるよ」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さんはいきなりいらだった大きな声で、「うるさいんだよ」と怒鳴りました。母親は「保健師さんに失礼だから、警察・・・」などを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、ドアをぱ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。

## 全般的解説

### 精神科医の立場から

たしかに「暴力」は起きませんでした。体験した状況は少なくとも「暴言暴力準備状況」とは言えると思います。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、仲間で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、仲間に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。

#### 弁護士の立場から

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。状況によりますが、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だと思います。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わからず」、自らの判断で、全敗保健師に相談をし、すべて個人に任せら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、会えないものだと断言があったように感じられます。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。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、危険な囮を演じさせられたようで、どうも腑に落ちません。  
(保健師 11年 政令指定都市保健所勤務 Tさん)

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は、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言いました。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のか疑問を抱きました。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てくれました。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、奮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。

### 全般的解説

#### 精神科医の立場から

読んでいるこちらも相談者同様、どきどきしますし、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。

恐怖心を押殺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て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。あなた自身が「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ぬ。

「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。

#### 弁護士の立場から

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いまでも、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 13年 保健所勤務Uさん)

所内面接中に大変嫌な思いをしました。「インシデントレポート地域保健版」の存在を知り、こん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。

相談者は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、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、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、「次に来所の際には予めご一報くださいね。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」などと言い出し、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」と言いつつ所長に報告しに行きました。

設問5 あなたが係長の立場であったとしたら、適切な考え方と対応について、以下のうち正しいものを選びなさい。

- (1) 躁状態の患者に理性的行動を求めても無理なので、作戦的に謝罪したのである。Uさんは医療職なのだから、相手の病状を考えてそつなく行動してほしい。
- (2) Uさんは暴力を振るわれたわけではないので、もう少し上手にやり過ごすべきである。大騒ぎしても火に油を注ぐだけである。
- (3) 精神疾患患者であっても、このような非常識な行動は許容できない。Uさん本人から毅然として教育的に説明してもらえない。
- (4) 相談者の唐突な行動はいつでも予測できるわけではない。Uさんがびっくりしてとっさに突き飛ばしたのは正当な防衛的行動である。Gさんの精神科主治医にも相談した上で、次にGさんが来所したときには、同様の行為を繰り返す場合には警察に通報することがあるということもきちんと伝えよう。
- (5) こういう事態は今後もあることだから、職員に護身術の教育を計画しよう。

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。

## 設問の解説

### 設問5 正解(4)

- (1) ×：相手を落ち着かせるための「作戦的謝罪」はたしかにありうる対応だが、Uさんの話をすべて聞かないうちに無条件に謝罪するのは適切ではない。Gさんの受傷が軽微であることが確認できたら、「頭を打ってしまったことは申し訳ありませんが、担当者の話を聴いた上でまたご連絡いたします」などと保留をつけた回答が好ましい。そのような対応にも暴言暴力を示す場合には、躊躇なく警察を呼ぶ。

- (2) ×：上司の事なかれ主義、個人のスキルのみを責め負わせる対応は不適切である。
- (3) ×：被害を受けて動揺している当事者に困難な役回りを押し付けるのは不適切である。
- (4) ○：必ずしも精神科患者でなくても、恫喝的態度、威嚇的態度で理不尽な要求を突き付ける住民は存在する。行政サービスを提供する立場は、住民の奴隷になることではない。Uさんの経験した被害が精神病症状に由来するものであったとしたら、それは我慢すべきものではなく、適切な治療に繋げるための方策を考えなければならないということを理解する。
- (5) ×：まずなすべきは、被害者の心身のケアと事態、状況の正確な把握である。引き続き、組織内情報共有、対応策の検討が行われるべくであるが、「護身術」教育は、対応策の一環にすぎない。

## 全般的解説

### 精神科医の立場から

表題の質問に法律的に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たり、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



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。

#### 弁護士の立場から

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。

この男性のとった行為は、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、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とっておくことも大切です。面接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、何かあった場合に、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、面接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、面接室内で自信を持って振る舞えるようになるはずで、

## IV. 研究成果の刊行物・別刷

啓発・研修用マニュアル

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」(第2版) ※別冊

学会発表

1. 第16回日本地域看護学会抄録(2013. 08)
2. 第2回日本公衆衛生看護学会ポスター(2014. 01)

関連業績

佐野信也ほか せん妄を主要因とする患者からの暴力と  
その対策 精神科治療学 28(9):1137-1144, 2013

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 第2版



厚生労働科学研究費補助金  
(平成23年～平成25年)

住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する  
地域保健従事者の日常活動の「質」を保証する  
組織的安全管理体制の構築に関する研究班

平成26年3月 (2014)

住民からの不当暴力やクレームおよび地域保健従事者の被害の実態

○鳩野洋子<sup>1)</sup>、米澤洋美<sup>2)</sup>、中板育美<sup>3)</sup>、平野かよ子<sup>4)</sup>、佐野信也<sup>5)</sup>、野村武司<sup>6)</sup>

1)九州大学大学院 2)福井大学 3)日本看護協会 4)東北大学大学院 5)防衛医科大学校  
6)獨協大学法科大学院

【目的】地域保健従事者の暴力等への安全確保対策は十分行われていない。安全確保対策への提言に向けて、地域保健従事者が受けた暴力の実態、および暴力への対応状況や被害の実態を明らかにした。

【方法】対象:協力の得られた 10 自治体(県・政令指定都市・中核市)

データ収集:ウェブ上に作成したシステムへの入力、およびウェブと同じ質問内容について郵送法による調査用紙への回答依頼

内容:被害を受けた人の属性、暴力の状況(対象、発生場所、暴力の種類等)、対応、被害の状況等

【倫理的配慮】調査は無記名で実施した。また無記名でも個人が特定されると回答者が考えた項目に関しては、記載しなくてもよいことを伝えた。郵送においては個別の返送を依頼した。本調査は国立保健医療科学院 倫理審査委員会の承認を得た。(IPH-IBRA#12009)

【結果】58 件の事例が収集され、うち有効回答は 56 件であった。

被害を受けた人の属性:所属は「保健所」17(30.4%)、「市町村保健センター」25(44.6%)、「その他」14(25.0%)であった。職種は保健師が最も多かった。

暴力の状況:発生場所は「窓口等」27(48.2%)、「家庭訪問時」13(23.2%)、「その他」16 であった。暴力等の種類(複数回答)は、「理不尽・非常識な要求の繰り返し」35(62.5%)、「暴言・威嚇・脅迫」35(62.5%)、「性的ハラスメント」9(16.1%)等であった。

対応:対応として「終始ひとりで対応した」が 15(26.8%)で、警察への通報を行ったのは 8(14.3%)だった。被害に関して「報告様式がなく、報告していない」が 24(42.9%)であった。被害の状況:被害の状況は、「不当クレーム、暴言のみで器物破損や暴力は見られない」38(67.9%)が最も多かったが、「治療を要する身体的障害または精神的障害が生じた」が 2 名存在した。対象者の受け止めは、「不快感は強かったが、心身の不調をきたすほどには至らなかった」36(64.3%)、「不快感はあったが、比較的早く忘れることができた」17(30.4%)が多かったが、「眠れなくなったり、食欲がなくなったり心身の不調を自覚した(受診せず)」6(10.7%)、「心身の不調をきたり、受診し、病休を取得」「職場異動を申請することを考えた」がそれぞれ 1 名いた。

【考察】暴力はいつでも、誰にでも起こりうるものであり、また重篤な被害が発生していること、それにも関わらずインシデントの報告様式がないなど、発生を前提とした体制が取られていない状況、が明らかとなった。地域保健活動の特性として、家庭訪問等の助けを呼びにくい状況も想定されることから、「起こりえるもの」という認識のものに、被害を最小限にする体制づくりの必要性が示唆された。

12F4-7

住民からの不当暴力やクレームおよび  
地域保健従事者の被害の実態—第2報—

米澤洋美<sup>1)</sup> 鳩野洋子<sup>2)</sup> 中板育美<sup>3)</sup> 佐野信也<sup>4)</sup> 平野かよ子<sup>5)</sup> 野村武司<sup>6)</sup>  
1)福井大学 2)九州大学大学院 3)日本看護協会 4)防衛医科大学校 5)長崎県立大学 6)獨協大学

目的

地域保健従事者の安全確保対策への提言に向けて、地域保健従事者が住民から受けた不当クレーム・暴言・暴力(以下、暴力等と略記)の実態、発生要因や防止策としての考えを質的に明らかにする。

方法

対象:協力の得られた10自治体(県・政令指定都市・中核市)  
データ収集:ウェブ上に作成したシステムへの入力、ウェブと同じ質問内容について郵送法による自記式質問紙調査  
内容:暴力等を受けた人の属性、暴力等の状況、対応、被害の状況等、  
分析方法:自由記載のある4項目(暴力等に至った経緯、暴力等の実際、暴力等発生時の要因、報告事例に対する防止策への考え)等について内容分析を行った。記載内容について意味のわかる最小単位に区切った後、類似する意味内容を分類しサブカテゴリとし、抽象度を上げたカテゴリを作成。

倫理的配慮

無記名で実施。また無記名でも個人が特定されると回答者が考えた項目に関しては、記載しなくてもよいことを伝えた。郵送においては個別の返送を依頼した。本調査は国立保健医療科学院 倫理審査委員会の承認を得た。(IPH-IBRA#12009)

結果

58件の事例が収集され、うち有効回答は56件。そのうち自由記載のあった回答について、内容を分析した。以下カテゴリを【】、サブカテゴリを「」自由記載数を()で示す。

1 暴力等を受けた当事者の属性(表1, 2)

所属は市町村保健センターが25人(44. 6%)と最も多く、  
ついで保健所17人(30. 4%)であった。  
暴力を受けた当事者の職種は保健師(92. 9%)がほとんどを占めた。

表1: 暴力を受けた当事者の所属(N=56)

	人数(%)
保健所	17人(30. 4)
市町村保健センター	25人(44. 6)
その他	14人(25. 0)

表2: 暴力を受けた当事者の職種(N=56)

	人数(%)
保健師	52人(92. 9)
PSW	2人(3. 6)
その他	2人(3. 6)

2 自由記載からの質的分析(表3-6)

自由記載のある暴力等に至った経緯、暴力等の実際、暴力等発生時の要因、報告事例に対する防止策への考えについて内容分析を行った。上記4項目の中では暴力を受けた事例に対する考えられる防止策への記載が多く、なかでも【組織としての対応強化】に関する平時、危機発生直後、事後に関してそれぞれ意見があった。そのほか【意識改革】(暴力等を行った)本人への予防的働きかけ【専門家によるスーパーバイズ】(連携・情報の共有)などであった。

表3: 暴力等に至った経緯(14)

- 【緊急事態が疑われる事象の発生に伴うもの】  
「虐待の恐れのある家族とコンタクトがとれなくなった」
- 【以前から関わりのある精神疾患患者に関すること】  
「以前から担当者として関わっていた」  
「近隣住民からの役所の対応に関する不満」  
「措置入院にならないことへの近隣住民の不満」
- 【登録やサービス申請に関すること】  
「その場の対応への不満(声が小さい)」  
「手続きの煩雑さに対する不満」公務員批判  
「申請のために来所」申請結果に対する不服・納得できない想い
- 【以前の対応に対する不満】  
「以前に受けたサービスで備っていた」
- 【性的な興味に関すること】  
「性的な興味に関して発言を求める」

考察およびまとめ

【暴力等の実態】  
暴力等に至った経緯について、対応への不満等の突発的に発生した事象と【以前からかかわりのある精神疾患患者に関すること】や【以前の対応に対する不満】等のこれまでのかかわりのある事例に関連した事柄が挙げられた。保健師は暴力リスクのあるなしにかかわらず精神疾患患者の相談に応じることも多く、継続性のあまいな治療システムの狭間に生じる危機的状況に巻き込まれることが少なくないため、これら事象の発生を予測することが困難であることがうかがえた。

【求められる対応策】

防止策については【組織としての対応強化】としてハード・ソフト両面から事前事後それぞれの対応策が挙げられた。「事後の職場内の話し合いと防止策の検討」は何が暴力であるかを認識するプロセスが重要であり、この過程によりチームあるいは組織として暴力に対処する体制を築くことが課題である。

【まとめ】

保健師が職種としての起こりうる暴力等のリスクを意識し、暴力を暴力として認識しインシデントレポートを書き、暴力の実態を組織が共有し、組織として対応する組織風土を高めるために、職場風土づくりとインシデントレポートの提出を徹底した組織的安全管理体制整備が示唆された。

※本研究は、平成24年度厚生労働省補助金(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」の一部です。

<http://www.go-go-hokenshi.com/>



保健師がバーンアウトすることなく、アイデンティティとモチベーションを維持し、より質の高い保健活動を提供する地域保健従事者ホットライン

表4: 暴力等の実際(16)

【言葉の暴力】  
「上司を出せ、解雇してやるなどの暴言」  
「いかりや個人で解決できないような問題を一方的に提起」  
「帰れ、関係ないといって返す」「暴言の暴言」

【身体的暴力】  
「刃物を振りしめて突進」「身体の一部をつかみ揺る」

【物損】  
「車を蹴る、窓ガラスを叩く」

【苦情を大きくする】  
「首長への手紙」「近隣住民へのビラ配布」

【納得しない】  
「繰り返す説明に納得しない」「なんとかしてほしいと繰り返す」

表5: 暴力等発生時の要因(12)

【組織対応の甘さ】  
「事前にクレーム等に対して上司と協議していなかった」  
「一人職場で発生する危機対応を想定していなかった」  
「暴力等を受けた側にも何が要因がある」というような職場の風土

【精神疾患からくるもの】  
「虚言症や被害妄想等の症状から来るもの」「人格障害が疑われる」  
「入院時に警察官対応を繰り返すような対象者」

【地元有力者への「特別扱い」への期待】  
「地元有力者であり不当な要求でもある程度適用すると思込んでいる」

【内容から来る反応】  
「自分が感かたつたのかもしれないという自責感」

表6: 考えられる防止策(35)

【組織としての対応強化】  
「複数対応・男性職員の同行」「クレーム対応に関するマニュアル作成」  
「上司の理解」「事前に上司に報告し支援も得られるような仕組みづくり」  
「一人で抱え込まないような職場の雰囲気づくり」  
「警察官通報に関する共通認識」  
「事故発生時の対応の訓練」「物的対応(防弾チョッキ等)」  
「事後の職場内の話し合いと防止策の検討」  
「被害を受けた職員へのメンタル面のフォロー」

【意識改革】  
「不当な要求には毅然と対応するという考え方の徹底」  
「相手は「虐待の疑われる家庭から仕方ない」という捉われ方の改善」  
「事を荒立てないようという旧態然とした考え方の改善」

【連携・情報の共有】  
「チーム、所内、県内の情報共有と対応を一致させる」  
「関係機関との連携」

【暴力等を未然に防ぐための予防的働きかけ】  
「来所時のみでなく事前にかかわり未然に防ぐ」  
「主治医との連携により本人が暴れた場合の対応を事前に協議」  
「早期に医療に結びつける働きかけ」  
「新規・緊急性の高い事例は所内で対応を協議」

【専門家によるスーパーバイズ】  
「理不尽な要求が出ている場合、専門家によるスーパーバイズを得る」

## 第2回日本公衆衛生看護学会・ワークショップ

住民からの不当暴力やクレームから保健師を守るためにできること

# 保健師が体験する職場暴力

～看過ごされてきた領域～

保健師の仕事には相手に呼ばれなくても出向いていくという性質があります。そのため、家庭訪問先で大声で威嚇された、暴力を振るわれそうになった、電話で執拗に同じ話しを繰り返された等の不当な暴言・暴力・クレームを受ける可能性は誰にでも起こりえます。臨床現場ではこのようなリスクへの対応が体系化されつつありますが、公衆衛生看護領域では看過ごされてきました。

保健師が防衛的にならずに積極的に出向いていけるために組織や個人でできることについて考える80分です。

●日 時：平成26年1月13日（月）

10:40～12:00

●場 所：E会場 5階 B505

●対象者：日頃、住民との接点のある保健師、その他関心がある方

●定 員：60人

●申込み方法：不要。直接会場にお越しください。



### 内 容

- ①精神科医が語る『看過ごされた領域』とは
- ②弁護士からみた保健師のリスクマネジメント
- ③改訂版・暴力マニュアル・研修プログラム ほか

●主催：厚生労働科学研究「住民からの不当暴力やクレーム等に対峙する地域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班」

米澤洋美（福井大学）佐野信也（防衛医科大学）野村武司（獨協大学）

平野かよ子（長崎県立看護大学）中板育美（日本看護協会）鳩野洋子（九州大学）

こちらどうぞ

地域保健従事者

HotLine

<http://www.go-go-hokenshi.com/>

## せん妄を主要因とする患者からの暴力とその対策

佐野 信也\* 立花 正一\*\*

抄録：せん妄患者では、意識障害下で、「悪意なき暴力」が唐突に生じ得る。防衛医科大学校病院におけるインシデントレポートシステムに報告された、患者またはその関係者からの暴言・暴力84例（2009年～2012年）のうち、せん妄患者からの暴力被害例は18例（21.4%）あった。これらの症例を素描しつつ、予防、対応上の留意点を述べた。せん妄による暴力事例では、スタッフは身体的暴力を受け、出血や打撲をきたすことが多く、速やかな感染チェックや治療を要していた。腎機能障害等により十分な鎮静的薬物療法が実施できない例もあり、身体拘束を余儀なくされることが多いが、身体拘束下でも様々の暴力行為が生じていた。その予防には、せん妄リスクの綿密な評価、ハイリスク患者への予防的介入、医師と看護師の緊密なチームワークが重要であり、暴力被害が生じた時には十分なカンファレンスと被害者への心身のケアを欠かしてはならないことを強調した。

精神科治療学 28(9):1137-1144, 2013

Key words : delirium, workplace violence, mental health

### I. せん妄と暴力

せん妄とは、意識混濁を基礎として、睡眠覚醒リズムの乱れ、失見当識、注意障害、錯視・幻視・幻聴などの妄覚を含む認知機能障害、焦燥性興奮などにより構成される頻度の高い病態である<sup>10,13)</sup>。入院した理由や治療を受けていることを

認識できないために治療や看護に抵抗したり、激しい精神運動興奮に支配され暴力的となることがある。

また、刺激過敏性、不安、恐怖、抑うつ、怒り、多幸、無欲といった情動障害もしばしば随伴し、著しい感情不安定性により、周囲の予想を超えた行動が生じることもある<sup>9)</sup>。患者には攻撃意図がなくても、興奮し混乱した行動のため、患者の安全を確保しようと対応した人が負傷してしまうことも珍しくない。すなわち、せん妄患者では家族や医療スタッフへの意図せざる暴力リスクが高くなる。他の精神疾患でも攻撃・暴力行動は認められるが、せん妄患者の場合、それがふだん穏やかな性格であった人においても、唐突に起こり得るという予測困難性が特徴といえるだろう。

認知症患者におけるせん妄の重畳が暴力行為を惹き起こしやすいとの指摘もある。塩崎ら<sup>11)</sup>は精神科病院の認知症病棟に入院した434名を対象と

Management of violence toward medical staff from delirious patients.

\*防衛医科大学校心理学科目

[〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2]

Shin-ya Sano, M.D., Ph.D.: Department of Psychology, National Defense Medical College, 3-2, Namiki, Tokorozawa-shi, Saitama, 359-8513 Japan.

\*\*防衛医科大学校防衛医学研究センター異常環境衛生研究部門

Shoichi Tachibana, M.D., Ph.D.: Division of Environmental Medicine, Defense Medicine Research Institute, National Defense Medical College.



して、せん妄を示した患者群と示さなかった患者群について比較調査した結果、せん妄群では、睡眠障害、暴力・興奮、幻覚・妄想、自傷行為・希死念慮といった症状が有意に高率に現れ、とくに暴力・興奮はせん妄群の43.0%に認められた。

臨床場面における患者から医療スタッフへの攻撃的行動を、看護師の立場から調査した鈴木<sup>14)</sup>は、以下の3型に分けている。すなわち、①社会的判断能力は保持されている者による自分の欲求を通すための威嚇、脅迫、暴力、②疾患の影響や環境的要因から社会的判断能力が低下している状態で生じる攻撃行動や暴力、③認知症やせん妄状態、精神病的症状などにより社会的判断能力が著しく低下した状態で生じる攻撃行動や暴力の3型であり、一般の医療現場では②と③が多いと述べている。

このようにせん妄患者においては、急激な意識変動、家族や看護者への暴力を含む唐突な行動が高率に見られるが、一方で、せん妄をきたしやすいリスクファクター（準備因子、促進因子、直接因子等）が知られており<sup>6)</sup>、あらかじめハイリスク患者を評価・抽出し、せん妄発生早期に対応することができれば、患者、家族、医療スタッフすべてにとって危険な暴力行為の予防となることが期待される。

## II. 自験例から

### 1. 防衛医科大学校病院インシデントレポートシステムに報告されたせん妄を主要因とする医療スタッフの暴力被害事例

多くの病院のインシデントレポートでは、院内で医療従事者が患者やその関係者から被る暴言・暴力症例も報告対象に含まれるようになっていく。筆者らの勤務する防衛医科大学校病院においても同様であり、また2009年からは医療安全委員会の中に暴言・暴力対応小委員会が設置され、症例のリビューと対応策の検討を継続的に行っている。

2009年7月から2012年6月までの3年間にインシデントレポートに記述された、患者またはその関係者から医療スタッフが被った暴言・暴力エピソード

は84例あり、このうち18例(21.4%)がせん妄を主要因とする症例であった。これらの症例のプロフィールを表に一覧した(表1)。

表中の情報および以下の症例記述においては、患者背景情報を改変し、本人と特定できないように留意した。

### 2. せん妄患者の難しさ

#### 1) せん妄症例では医療スタッフは身体的暴力被害を受けやすい

表に挙げた症例群を瞥見してまず気づくのは、被害者がすべて何らかの身体的暴力を被っているということである。せん妄が関与しない他の暴言・暴力症例では、暴言、威嚇行為、対物暴力、頻回の電話による攻撃的言動などが多く、身体的暴力被害は1割以下であった。また、せん妄ではない患者からの暴力被害内容と比較して、「噛みつき」行為が5例と多かった。

怒鳴る、威嚇・脅迫する、つきまとうなどといった心理的暴力の有害性はもちろん軽視されるべきではないが、せん妄症例では噛みつき、殴る、蹴る、物を投げるなどの身体的暴力が生じやすく、スタッフの心身の負荷は大きい。しかもせん妄患者は「力加減」というものを知らないため、被害者は受傷し出血に至ることも稀ではなく、速やかな感染チェックおよび治療を要している。

2) せん妄患者における暴力発生の予測困難性  
高年齢、手術後、認知症、大酒家などといった高いせん妄リスクをもつ患者においても、暴力発生の有無まで予測するのは困難である。一般的に言えば、病前に攻撃的性格素因を有していない患者でも、せん妄という特殊な状況下では、「見知らぬ他者が理不尽な態度を行使してきた」などと状況誤認しやすい。自分の置かれた状況を正しく認識できず、不安混乱状態に陥っている患者にしてみれば、自己を守るための行動として暴力が現れることもある。したがって医療スタッフ側の心構えとしては、すべてのせん妄患者は暴力的行動をとる可能性があるとして認識して対処すべきであろう。

また、興奮や逸脱行動を示さない低活動型せん妄<sup>8)</sup>は看過されやすい<sup>5)</sup>が、最も頻度は高い<sup>13)</sup>。次



表1 防衛医科大学校病院インシデントレポートシステムに報告された、せん妄を主要因とする医療者の暴力被害事例（2009年7月～2012年6月の3年間）

番号	患者 年齢/性別	患者背景	暴力発生時状況	暴力内容
1	62/男	抗がん剤を在宅使用中	せん妄	・救急外来で診察介助中、腕をあざのできるほど強く掴まれる
2	62/男	大酒家	アルコール離脱せん妄	・服薬介助中に、噛みつく
3	71/男	認知症	転倒による骨盤骨折手術後/せん妄	・臥床安静を促した際に、噛みつく
4	74/男	腎不全	膀胱全摘術後/せん妄（体幹拘束中）	・抑制帯を外し捜衣模床*状態。安静を促した際に、殴り蹴る
5	43/男	統合失調症/アルコール依存症	糖尿病/アルコール離脱せん妄（体幹拘束中）	・失禁後清拭している最中に興奮し、殴る、蹴る
6	75/男	認知症	脳出血手術後/せん妄	・車椅子に移乗させようとした際に、噛みつく
7	83/男	腎機能障害	肺炎/せん妄	・臥床を促し、身体拘束を試みた際に、ひっかく、噛みつく、殴る
8	40/男	—	脳腫瘍手術前/せん妄（薬物療法実施中）	・注射処置介助中に、噛みつく
9	73/男	脳出血の既往歴/認知症	経尿道的前立腺切除術後/せん妄	・安静臥床を促した際に、暴れて殴る、蹴る、物を投げる
10	27/女	他院精神科通院中	急性薬物中毒（向精神薬）による昏睡後半覚醒状態（上肢のみ拘束中）/せん妄	・点滴やバルン・チューブを自己抜去しようとした患者を制止した際に、ひっかく、殴る、怒鳴る
11	73/男	陳旧性脳梗塞	橈骨骨折手術後/せん妄（体幹下肢拘束中）	・自己抜去した点滴の再挿入処置中に、殴る
12	41/男	—	脳腫瘍手術後/せん妄（前日は低活動型せん妄）	・数時間のうちに見当識障害と興奮が進行し、暴れて、殴る、蹴る
13	65/男	—	脳出血手術後/せん妄（体幹拘束中）	・採血操作介助中に、蹴る
14	63/男	大酒家	貧血（精査入院）/せん妄	・酸素カニューラを外し点滴を自己抜去した患者に安静を促した際に、腕を強く掴み、蹴る
15	75/男	陳旧性脳梗塞	副腎機能不全/せん妄	・点滴自己抜去した患者に再挿入を試みた際に、殴る、蹴る
16	69/男	大酒家	消化管出血（内科治療）/せん妄（体幹拘束中）	・服薬介助を試みた際に、物を投げつけ、蹴る
17	68/男	—	肝細胞癌手術後/せん妄	・離院しようとした患者を制止しようとした際に、大声をあげ、蹴る
18	80/男	認知症	胆管癌手術後/せん妄（体幹拘束、薬物療法実施中）	・点滴自己抜去し抑制帯を外し、離院しようとした患者を制止した看護師を殴る、蹴る

\*捜衣模床：衣服の裾やシーツをまさぐるような動作。

に示すのは、過活動型せん妄状態に前駆した低活動型せん妄への対処が遅れたために、運動暴発を予防できなかった症例である。

〔症例12〕41歳、男性

脳腫瘍の手術後3日目の患者。手術は予定通り終了し、術後2日目には患者はしっかり覚醒し、

家族と平穏に対話していた。しかし3日目の朝、看護師がバイタルサインをチェックした際に、場所や時間に関する見当識障害が気づかれていた。昼食前に失禁し、更衣を介助した看護師との対話がかみ合わず、看護師は病棟リーダーに報告した。

その後頻回に巡回観察していたが、13時半頃、

施錠中であつた病棟入口の自動ドアが開いた瞬間に患者は病棟外に飛び出した。スタッフが懸命に後を追い、離院寸前で患者を制止し、病棟に誘導して diazepam 5mg 筋注し、ベッド上身体拘束を実施した。いったん落ち着いたかに見えたが、10分ほど後に再度興奮状態に陥り、抑制帯をすり抜けて病棟の廊下を走り回つた。

医師1名と看護師6名がかりで患者を制止し、再度身体拘束し、haloperidolの点滴静注により鎮静を試みた。この対応中に複数の看護師が手首捻挫、打撲創などを負つた。

本例の看護記録を振り返ると、術後2日目の夕刻から緩慢な話しぶりや動作、看護師の問いかけに当惑する態度が記されており、低活動型せん妄を呈していた可能性がある。したがって総合的に見ると本例は混合型せん妄と診断される<sup>1)</sup>。せん妄の運動性亜型とその要因との関係はまだよくわかっていないが、本例のように短期間で状態像が変化し得る点には留意しなければならない。

### 3) 身体拘束していれば安全というわけではない

われわれの症例では、すでにせん妄が生じていたか、あるいはハイリスクが判明していたために、抑制帯を用いて身体拘束を行っていたにもかかわらず、医療スタッフが暴力被害を被つたケースが7例あつた(症例4, 5, 11, 12, 13, 16, 18)。拘束に用いた抑制帯を自ら外したのも3例あつた(症例4, 12, 18)。

その理由としては、第一に、抑制帯を用いる際にも微動だにできないほど緊縛した抑制は不可能なことである。どの患者も生命に関わる基礎疾患を有していたり、手術後間もない時期であつたりすることが多く、局所の圧迫や運動制限による循環障害や褥瘡形成には慎重な配慮が必要である。また、一般的に抑制帯は個人あつらえではなく、緊縛の度合いも段階的なので、患者の身体にちょうど良くフィットするものを常に用意できるわけではない。

第二に、患者との身体的接触なしに、あるいは身体拘束の一部を解除することなしには実施できない治療・看護行為は少なくない。更衣、身体清

拭、食事・服薬・排泄介助などの日常的看護行為をはじめ、採血や生命維持に不可欠の薬剤の点滴投与などである。

#### 〔症例11〕73歳、男性

患者は転倒による橈骨骨折のために救急病棟に入院したが、入院後のMRI検査により、多発性の陳旧性脳梗塞巣が認められていた。手術後は低血圧が続き、ノルアドレナリンの点滴静注が行われていた。覚醒した後も見当識は不良であり、一晚中あらぬことを口走るのので、せん妄状態と診断され、家族の同意を得て体幹及び下肢の拘束を実施していた。

エピソード当日は早朝から点滴の自己抜針を繰り返し、再挿入の際に患者は嫌がっていたが、夜間に入ると手で払いのけたり、足で蹴ってくるなど抵抗は激しくなつた。しかし血圧維持は生命に関わることなので、看護師は再挿入処置を繰り返す医師を介助する中で腹部を数回蹴られ、帰宅後入浴時に皮下出血していることに気づいた。

#### 〔症例18〕80歳、男性

胆管癌のため肝切除術後2週間の患者。入院前から認知症を呈し、デイケアを利用していた。手術後から不安定な意識状態が続き、精神科コンサルテーションの上 risperidone 1mg を眠前投与されていたが、離院行動が出発するため、risperidoneの増量と上肢及び体幹拘束を実施し、密な観察が行われていた。

エピソード当日の21時頃、看護師巡回時、患者は身体を起こし血まみれになっていた。患者は右上肢抑制帯を外し、点滴の3方活栓を取り外して血液が逆流している状態であつた。患者は興奮し大声をあげ、点滴台を握って離さないため、他の看護師および当直医を呼んだ。一人が点滴台を支え、別のスタッフが出血を抑えようと試みるうちに看護師が足や腹部を数回蹴られ受傷した。結局医師2名、看護師3名で再度身体拘束を実施し、haloperidol 5mg 筋注後ようやく興奮は鎮静された。

上記症例のような激しい興奮を示し、コミュニ

ケーションがきわめて困難な状態にある患者であっても、昇圧剤の点滴や出血を止めるために医療スタッフが自ら受傷する危険を顧みずに患者を制止し、安全確保を試みざるを得ないことは珍しくないであろう。こうした「身体を張った」看護・医療行為は批難されるべきものではないものの、それが医療スタッフの業務の避け難い一部だとの意識が、個々のスタッフや管理的立場にあるものに残っているとしたら、まずそうした組織風土を変化させなければならない<sup>7)</sup>。

せん妄患者による暴力も、他の暴力と同様、耐えるべきものではなく、予防し、チームで対処すべき臨床的課題だということを銘記する。リスクの高いケースではせん妄の実態を毎日（時には毎時）評価し、家族の付き添いの可否を模索したり、患者の状態に応じて鎮静的薬物療法をこまめに調整した上で、身体拘束が不可欠と評価された場合にも、拘束部位や方法を改良し安全性を高める工夫を怠ってはならない。こうした対応は、薬物療法以外はややもすると看護師に任せきりにされる傾向があるが、医師は看護師と十分に情報交換し、知恵を出し合うチームプレーが不可欠である。

身体拘束、とくに予防性の高い身体拘束を実施する際には、家族の合意のみならず、患者本人への説明を怠ってはならない。せん妄と確定診断されなかったため表には載せなかったが、教訓的一事例を示す。

〔症例19〕82歳、男性

脳梗塞のため脳外科病棟に入院し保存的治療を受けていた。入院当時は運動麻痺、構語障害が認められ、意識障害が進行することも予想された。このため、必要時には身体拘束を実施する可能性があることを家族に説明し、合意を得た上で、速やかな拘束を可能とするようにベッド上に抑制帯を展開してあった。

入院4日目には症状改善傾向が見られたため、留置していた尿道カテーテルを抜去し、家族か看護師の見守り下でトイレ歩行可と、安静度が緩められた。その夕刻、家族が目を離れたすきに患者は点滴ルートに無頓着にベッド柵を一人で乗り越

え、室内のトイレに入ろうとしたところを看護師に見つけられた。看護師は一人ではベッドを降らないように、また必要時はナースコールを押すように伝え、患者はこれを理解したように思われた。

その数時間後、心電図のコードが外れたことを知らせるアラームが鳴り、訪室すると患者はまた一人で室内を歩いており、その理由をはっきり説明できないため、興奮等は見られなかったが、せん妄の可能性が考えられた。看護師は、「転ぶと危険ですから抑制帯を着けさせてください、ご家族も同意していますから」と患者に手短かに説明し、ベッドに誘導して抑制帯を装着しようとしたところ、いきなり患者は怒り出し、「そんなことは聞いていない、こんなことされるなら入院時にちゃんと書類にも書いて渡してくれなかったのはおかしい」などと訴え、さらに興奮して看護師の胸ぐらを強くつかみ「なめるなこのガキ！」などと怒鳴った。

興奮、暴言が激しかったため、他の看護師や当直医が呼ばれた。当直医は30分ほど患者の訴えを傾聴する中で患者の意識状態を再評価し、歩行状態を確認した上で、転倒リスクは高くないと判断して室内歩行を許可した。

翌朝患者は自分が取り乱したことについて概略は記憶していたが、看護師の胸ぐらをつかんだことは想起できず、軽度の意識障害が存在した可能性は否定できない。しかし、当直医の傾聴的態度と看護師がどうして拘束しようとしたのかを説明した内容は覚えており、必要時には何度でも丁寧な説明を繰り返す重要性が認識された症例であった。

4) せん妄患者からの暴力被害は訴えにくい

医療スタッフ、とくに看護師が患者を「保護(ケア)すべき弱きもの」と観る視点は、その職業的アイデンティティの中核から派生しており、攻撃的・暴力的な患者でも「加害者」とみなすことに抵抗を感じやすい。せん妄患者による暴力行為はほとんどの場合、患者の客観的状況認識の誤り(認知障害)や、点滴、諸々のカテーテルそして身体拘束による不快感から生じるものであり、

悪意や攻撃的意志に基づくものではないことを医療スタッフ側も理解しているので、なおさら患者に対する批判的立場には立ちにくいものである。

しかし、せん妄による「悪意なき暴力」であっても、それを被った医療スタッフに与える心身の影響は大きく、早期離職要因にもなる<sup>4,17)</sup>。せん妄患者の暴力、攻撃的行動をチームに報告し、医師が参加したカンファレンスで対応策を協議することは、患者を加害者と規定するためではなく、医療スタッフのみならず患者自身の安全確保に必須であると周知教育することが大切である。

### Ⅲ. せん妄患者による暴力の予防と対応

#### 1. せん妄リスクの評価と予防的対応

せん妄による暴力を予防する基本は、せん妄そのもののリスクの綿密な評価と、せん妄状態の早期徴候を的確に捉えることに尽きる。

様々のアセスメント・ツールが開発されているが、重篤な身体疾患を抱える高齢の入院患者ではとくに、NEECHAM Confusion Scale や Confusion Assessment Method など<sup>12)</sup>を用いて一定の精密度を保った継続的評価を実施したい。

予防的対応としては、①高齢患者、認知症患者、大酒家、手術予定患者などにおいては、入院時に、日頃の生活状況を家族からもよく聞きリスク要因を詳しく評価する、②排除可能なリスク要因—とくに睡眠障害、疼痛、脱水、運動制限、不安、環境変化などの促進因子<sup>6)</sup>に的確に対応する、③ハイリスク患者の意識状態、睡眠リズムの乱れ等を頻回にチェックすること等が重要だが、これらについては本特集各論にそれぞれ詳述されているので参照されたい。

予防的薬物療法として、現在のところ haloperidol, risperidone については一定の有用性が指摘されているものの、どのようなタイプのせん妄の発症頻度を、どの程度抑止するかは明示されていない<sup>6)</sup>。

#### 2. チーム対応の確立

せん妄患者による暴力被害の矢面に立たされるのは第一に看護師だが、せん妄のリスク評価、予

防、対応においても看護師の役割はきわめて大きい。しかしもちろん医師は看護師に任せきりにしてよいはずはなく、ハイリスク患者については看護記録を常に精査し、看護師との意思疎通を図り十分なチームワークを確立する責任がある。われわれの経験でも、ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤がせん妄の増悪因子になり得ることを、看護師が医師に指摘したにもかかわらず、詳しいディスカッションが行われないうまま投与指示が変更されなかった症例<sup>17)</sup>があり、せん妄に対する薬物療法に関する院内啓発の不足、せん妄患者へのチーム対応の不備が反省されている。

英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence) は447ページに及ぶ包括的なガイドライン<sup>10)</sup>を発表しているが、そこで推奨されている非薬物療法的介入の多く—例えば見当識障害に対する「適切な照明やわかりやすい標識」、会話の中に日時、場所、役割などの取り入れ、脱水や便秘予防としての「適切な飲水量の確保」、睡眠障害の予防としての「睡眠中のケアや処置の回避」、病棟内の騒音低減—などは看護師が担う項目であり、その役割が強調されている。

鈴木<sup>15)</sup>は、高齢患者による暴力被害を受けた経験のあるベテラン看護師へのインタビュー調査を通じて、①患者の変化を早期に把握するための頻回の訪室、声かけ、②一般病棟では看過ごされがちな睡眠リズムの乱れ、昼夜逆転傾向などへの注視、③苦痛緩和のために可能なケアを最大限工夫する (入浴を忌避する患者に無理強いせず、清拭やフットケアで代替したり、入浴時間に融通を利かせる等)、④攻撃的態度が見られた時にそれをエスカレートさせない対応などが有効な方法として範疇化されたと述べ、医療スタッフにとっては当然視されがちの転倒・転落防止のための行動制限などが、患者には予想以上のストレス状況をもたらしている可能性についても言及している。これらの対応は、せん妄ハイリスク患者に対しても予防的に作用し、意識状態の微細な変化を把握しやすい関与方法と考えられる。