

## 研修プログラム:1-2

中堅期以降研修用 ～事例に学ぶ～

### 演習問題

Web コンサルテーションに寄せられた質問事例をもとに、暴言暴力事例への対応 Q & A と問題集を作成した。Web コンサルテーションにおいても相談者の完全な匿名性が保証されているが、事例記述にあたっては、別の相談内容も組み合わせ、登場する人物の年齢、性別や背景情報に関して全て変更して示し、とりあげられた事例及び相談者のプライバシー保護を徹底した。

相談事例のテーマは以下の通りである。

- 事例 1 被害体験後の上司からの二次被害により、傷ついた職務遂行意識
- 事例 2 精神科患者の暴言・暴力についてまず相談すべきは精神科医療機関か警察か
- 事例 3 明らかな身体的被害がない場合の警察へ通報の是非
- 事例 4 回避困難な暴力に発展する可能性のある密室状況
- 事例 5 薬物依存症者への対応、関係機関間の適切な役割分担
- 事例 6 精神科患者の症状としての暴力に対して抵抗、反発することは許されるか

この中に5つの設問とその解説が織り込まれており、さらにその後精神科医と弁護士による一般的解説が付けられているので、研修会では設問の前の文章でページを区切るなどの資料を作成して、活用していただきたい。

Q1 上司に理解されず、もう仕事を辞めたいと思っています。

(保健師7年 保健センター勤務のPさん)

虐待を受けている可能性が高い6ヶ月乳児と3歳の子どもの暮らす家庭に、一人で家庭訪問しました。平日昼間でしたが、予想外なことに父親Aさんが在宅しており、玄関先であいさつした直後にひどく怒鳴られました。すごい剣幕で迫ってきて、足を引っかけられて転びそうになりました。さらに拳を振り上げて「ふざけるな。何しに来た！」と威嚇されました。それ以上身体に触れられることはなかったので怪我はしていません。

慌てて外に出て、職場の上司(係長)に電話したところ、すぐに戻るように言われたので指示に従いました。大急ぎで事務所に戻りましたが、自分の席に座っても足はガクガクし、恐怖感がこみあげてきました。

設問1 あなたがPさんの上司であったら、Aさんに最初にどんな言葉をかけるでしょうか。

- (1) 「そんな危ない家庭にどうして独りで訪問したんですか。」
- (2) 「保健所なんだから、児童相談所の仕事なんてしなくてもよかったのに。」
- (3) 「父親がどんな人物かしっかり調べてから訪問するべきでしたね。」
- (4) 「どこか怪我はしていませんか。少し気持を落ち着けてから、何があったか詳しく教えてください。」
- (5) 「私も若い頃はついぶん怖い思いを経験したもので。でもこれでやっとあなたも一人前ね。」

すぐに上司に報告しましたが、事務官の上司は、不機嫌そうな表情で「そんなところに保健師が行く必要があるんですか」と指摘しただけでした。

先輩保健師からは、「Aさんに訪問理由を説明するのがちょっと不足していたかもね」と言われました。正直のところ、係長と先輩の言葉に落ち込んでしまう自分をどうすることもできませんでした。ドアを開けて、訪問の目的を説明する間もなく、挨拶さえ交わすことができないうちの相手の振る舞いだったのです。虐待の可能性が高い家庭とはどのようなものかわかっているはずなのになどと、先輩への信頼感が揺れて、悲しかった。

このようなケースで、保健師が(暴力的な住民の自宅

に)訪問しなければならないと法律的に決まっているわけではないのでしょうか。相手の背景情報もしっかり調べないまま家庭訪問した私が悪いと言われれば、なかなか反論できません。

Aさん(「さん」とつけることにも抵抗があります)が怒った理由は、今でもよくわかりません。言葉通り、『得体の知れない奴が突然やってきて余計なお世話するな』ということかもしれません。私は、保健師として、度がすぎたことをしたのでしょうか。

このようなことを職場内でオープンに話すことができず、自分だけ孤立していくようで情けなく思います。保健師として、自分なりに信念を持って行動してきたつもりですが、今は(訪問が怖い)という気持ちが正直なところです。そんな自分も悔しいです。これからやっていけるのかなという不安でいっぱいです。長々と、要領得ない相談内容ですみません。

設問2 同僚であるあなたが、Pさんに「保健師を続ける自信がないと」相談されたらどのように応えますか。

- (1) 「そうね。組織なんて結局は冷たいものだから、悩んだったら早々に辞める方が利口だわ。」
- (2) 「あなたは悪くないけれど、気にしても仕方ないから一緒に温泉でも行って気晴らししましょうよ。」
- (3) 「あなたの判断は間違っていないわ。でもこの仕事にこういうことは付きものなの。美味しいものでも食べにいつてさっさと忘れてしましましょう。」
- (4) 「辛かったと思うけれど、あなたの経験は貴重なものだと思う。仲間で事例検討して、これからの仕事に活かせるようにしましょよ。」
- (5) 「くじけちゃダメ。こういう体験をひとりで乗り越えてこそ、あなたの輝く明日があるのよ。」

#### 設問の解説

##### 設問1 正解 (4)

被害者に対しては、責任追及やスキルの問題の指摘ではなく、まず何よりもケアが必要。心身の無事を確認した後、気を落ち着かせ、状況の詳細を丁寧に聴取する。

「今日は早く帰って休みなさい」との指示はありうる対応だが、事件をなかつたことのように不問に付してはならない。後日になったとしても、きちんと状況を詳らかにし、得られた情報を組織で共有する。

##### 設問2 正解 (4)

Copyright © 2014 平成23-25年度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)

住民からの暴力や不当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 All Rights Reserved.

被害者が自分の体験を言葉にするのに時間がかかることはあるが、体験内容を不問に付し、あえて聞き逃すことは、被害者の自尊心を傷つけ、疎外感を助長する。当該事例に対する理解を深め、対応策を洗練させるためにはチーム内外のディスカッションが不可欠である。

### 全般的解説

#### 精神科医の立場から

あなたの、家庭訪問が必要だと判断は全く正しいものです。Pさんが家庭訪問した「このような家庭」こそ、保健師やソーシャルワーカーが第一に訪問すべき家庭そのものだと思います。

軽薄に聞こえてしまったら申し訳ありませんが、保健師などの専門職でなくても、『人は悩んでこそ大きく成長する』ものです。投稿いただいたPさんの悩みを克服するプロセスは職業的にも、人間的にも必ずやPさんの糧となっていくことは私が請け負います。

上司や先輩の発言が書かれた通りのものであったとしたら、非常に残念であり、組織メンバーの士気を阻喪させる対応であったと言うほかありません。Pさんへの助言と、住民（被援助者）からの暴言暴力への組織的対応のそれぞれについて、思い当たったことを列挙します。

#### 1) Pさんの対応について

ご自身も触れていますが、子ども虐待が疑われる家庭に、親から子への暴力以外にパートナー間暴力や動物虐待などが横行していることはめずらしくありません。その場合、最初の訪問前にできるだけ多方面から背景情報を仕入れておくことは基本です。

暴力的振る舞いがかつてどこかで観察され記録（記憶）されていたら、初回訪問は複数で参りましょう。家の至近から電話を入れてその日の家庭の雰囲気は何となく探っておきましょう。事前に簡易な手紙を出しておくのが適切なケースもあります。

子どもを即刻保護するが必要となる可能性のある事例や、予告するといつも雲隠れしてしまう事例に際してはあえて訪問予告しないこともあります。そういう家庭はすでに非常にリスクが高いと評価されているわけですから、組織ぐるみ（ときに他機関スタッフと合同して）の対応を考えるのが自然です。

おそらくPさんは、まだ何も情報がなくて、とにかく家の中の様子を見ただけでもしてから今後の本格的介入計画を立てようと考えたのだと思います。

「その意図やよし」です。しかしこういう家庭もありますから、これからは一層の準備を心がけたいところです。

#### 2) 組織の対応について

係長さんは、Pさんが（目に見える）被害を受けたりしたら大変だとお考えになったのでしょうか。

しかし、上司や先輩としてPさんにかかけられるべき最初の言葉は—

「だいじょうぶ？どこか怪我してない？」「まあ座って、呼吸を整えて。ゆっくりでいいから、何があったのか聴かせて。」

—ではないでしょうか。これは助言というより、たぶんどんな人でも、当たり前すぎる対応のように思うでしょうが、少し穿って考えると、職務関連暴力事件のあと、それが深刻であればあるほど、被害当事者のみならず、当事者の所属する組織全体が傷つき、直後には言葉を失うものです。

ここから、Pさんの質問をちょっと離れ、一般的な解説が入りますが、ご容赦ください。

適切な言葉が出ないのは、未経験の事態にいきなり直面させられ、そうした（外傷）体験を表現可能な言葉がみつからないこと、同僚や上司だけでなく、家族や友人も「どう慰めてよいかわからない」からです。しかし、Pさんに身体的外傷がなかったことをよしとして「なかったこと」のように周囲がふるまう（『子どもの虐待』でいえばまさに『ネグレクト』ですね）のは、職業人としても、一個人としても不適切、不誠実です。被害者の心理的外傷痕は深く持続し、仕事への意欲や積極性は大きく低下します。同僚や上司にも「何もしてあげられなかった」という罪責感が潜行し、押し殺された様々の感情が、心の闇を広げていきます。

以下はPさんのような体験をもった方の同僚や上司に対するメッセージです。

事件の直後、どのように言葉がけてよいかわからなかったら、周囲の人は、ひたすら耳を傾けてください。当事者が何も言えずに嗚咽するだけであつたら、そこに

一緒にいてあげてください。事例の担当を交代するか少なくとも経験豊富なスタッフとの複数対応としてください。当事者が翌日出勤困難な状態であったら、信頼できる精神科医療機関か心理臨床家のオフィスを訪れるお手伝いをしてください。身体的受傷が明らかな場合は、警察に被害届を個人からだけでなく組織として提出してください。被害届というものは、出せばすべて加害者が即刻逮捕・拘留されたり、裁判が開始されるというわけではありませんが、家族外の他者への暴力というエピソードが衆目に明らかになることによって初めて、子どもの保護や精神科治療の糸口がつかめるということもあるのです。

事例検討は不可欠です。直後で何の資料もないときは、「どういう状況下で何が起こったのか」を共有するだけでよいのです。本事例では子どもに対する虐待が疑われているわけですから、子ども家庭や児相への連絡は即刻必要でしょう。当事者が動揺しているときには周囲が代行しなければなりません。少し情報が集まったら、対応策、介入策を戦術的に考えていきましょう。

繰り返しになりますが、「その程度のことは各自が処理すべき日常なこと」と無視しない姿勢、「見て見ぬふりをしない」「見えたものを言葉にしてゆく」「言葉にされたことを分かち合ってゆく」ことを組織風土として定着させることを強調したいと思います。

#### 弁護士立場から

子どもに関わる保健師の仕事の一つとして、乳幼児の成長と健康を増進するためになされる保健指導があります（母子保健法10条）。これは、父親を含む保護者に対して、妊娠、出産、さらに育児についての正しい理解を促し、それを実践してもらうためのものですが、これは子ども虐待の予防とともに、虐待の早期発見の役割も担っています。保健師は子ども虐待を発見しやすい立場にあることから、児童虐待防止法では、保健師に子ども虐待を早期発見するよう努力することを求め（児童虐待防止法5条1項。保健師以外に、学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者が挙げられています。）、健

康診査の他、保健師などが行う乳児家庭全戸訪問事業、さらにこれらにより把握された気になる家庭への養育支援訪問等で具体的にこれを行うことが予定されています（児童福祉法6条の3第4項、5項）。その意味で、ご相談年齢の子どものいる家庭での虐待の予防、早期発見における保健師の活動はとても重要なものとして期待もされています。ただし、訪問には、求められて行くものもありますが、求められなくても訪問する場合があります、その場合、保護者から不審、警戒、反発の反応があることはやむを得ないことであるということも知っておく必要があります。

ご相談のケースで、「虐待の可能性がかなり高い」と判断し、家庭訪問をしたことは、母子保健に関わるあなたの仕事としてとても大切なことですし、逆に、訪問がなされず、最悪のケースになってしまうことも想定できるわけですから、「訪問の必要性」を判断した以上、これを行ったあなたの行動に非難されることはありません。また、あなたは、「何もできず、追い返されただけ」との印象を持っているかもしれませんが、少なくとも、「あなたの家庭を保健師は見てますよ」ということを印象づけたという効果は十分にあったかと思います。大切なことは、あなたが怖い思いまでして行った訪問を、今回で終わらずに、今度は組織的にこれを行うことにあります。なぜならば、もし、これで訪問がなされなくなるのであれば、訪問を受けた家庭としては、「脅せばいい」という印象を持つことになります。また、こうした訪問の最初には、拒絶感(対時関係)があるのが普通で、しかも、拒絶感の裏にはその家庭の「ニーズ」がしばしば認められます。次の訪問で、この家庭のニーズを引き出し、「支援関係」に持って行くことが大切です。保健師としてのスキルの話が出ていますが、むしろ、スキルはこれから発揮されることになるのだと思います。

ところで、相談ケースの場合、「訪問しなければならない」と判断されるケースの問題を、すべてあなたに負わせてしまっている組織のあり方に、大きな問題を感じます。保健師の訪問活動の一般的なあり方として、担当地域のケースについて、ある程度、保健師個人の判断で訪問をすることがあるかと思います。おそらく、あなたは、虐待リスクのある家庭と判断し、訪問時に生じるリ

スクを可能な限り軽減する日時（平日、昼間）を選んで訪問されたのだと思います。あなたの職場で、こうした保健師の活動を前提にしているのであるとすると、あなたの判断で訪問を行ったことに全く問題はありません。また、訪問時には予期せぬことは必ずあるので、その意味で、たいへん怖い思いをされたのだと思いますが、脅された上、追い出されてしまったということは、あなたのスキル以上に訪問先の家庭の問題があったと考えざるを得ません（誰が訪問をしても同じだった可能性が高いと思います。）。そして、その時点で、あなたは上司に電話を掛け、指示を仰いだことは、状況次第では、緊急に、児童相談所や警察による対応もあり得るわけですから、極めて適切な対応で、あなたの話を受けて、緊急性はないと判断し、職場に戻ることを命じた上司の対応も一応問題はないように思えます。

問題は、あなたが職場に戻った後の上司の対応で、あなたの話から、訪問自体にリスクを伴う家庭であることを認識したわけですから、次の対応として、組織的にいかに臨むかの検討を指示すべきケースであると思われます。他の機関が関わっていないかを照会した上で、保健師複数で対応をするのか、他の機関と連携して対応をするのか、児童相談所へ送致をするのかなど、複数の選択肢があるわけですから、あなたから得た情報を元に対応方針を検討するというのが正しい対応ということになります。それを単にあなたの問題にしてこれを終えようとするのは組織的対応としては大きな誤りです。

また、先輩保健師の対応にも問題があります。「訪問の説明が不備だったのかもね」といって終えてしまう対応から見えてくるのは、あなたの職場は、単に保健師個人個人がいるにすぎない職場だということです。これも、先輩保健師の問題というよりは、そのような組織にしかなくなってない組織の問題です。一人の保健師が行った対応への指摘は、非難をすることに意味があるのではなく、「いかに対応すべきであったか」という教訓につなげるためになされるものであり、これを一人の問題として終えるというのはあってはならないことです。

あなたの立場で、職場を変えようとするのは難しいことかもしれません。しかし、背景には、虐待されている子どもがいるかもしれないことがあるわけですか

ら、上司へは、他機関への移管も含めたあなたが考える次の対応の選択肢を提案してみてください。先輩の保健師には、あなたの対応をすべて聞いてもらい、どうすればよかったのかについて経験を尋ねてみてください。職場の中でこうした努力をしなければいけないというのはそれ自体重荷に感じるかもしれませんが、投げかけた問いに上司や先輩が答えるときに、彼らの気づきもあります。あなたの気持ちが折れてしまうことを心配しますが、少し前進する取り組みもまた、あなたを支える力になるはずです。

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5年 保健所勤務 Qさん)

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。

設問3 あなたがQさんであったら、電話相談の内容から訪問前にどんな事態を想定しますか。

- (1) アルコール依存症が疑われるが、定年まで勤め上げた人だから、じっくり話せば分かってもらえるだろう。
- (2) アルコール依存症が疑われるが、C型肝炎もあるのでせん妄などもきたしやすいだろう。即刻入院が必要になるケースかもしれない。
- (3) 精神科受診しているようなので、まずきちんと通院しているか確認し、心療内科と内科医師と連絡する承諾を取ることを優先しよう。
- (4) アルコール依存症が疑われるが、少し年上のこの奥さんも夫を構いすぎかしら？ 共依存的な人だったらAA家族グループについて情報提供が必要かもしれない。
- (5) まあ、行ってみなければ実態はわからないから、まずは本人の様子を見てから考えることにしよう。

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。宥めす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は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。

設問4 精神科患者に対する緊急対応について次のうち間違っているものを選びなさい。

- (1) 隣人が暴れていると住民から連絡された警察官が、その家に訪問し、精神障害のために自傷他害のおそれがあると認めたとき、警察官は精神保健福祉法\*第24条により、最寄りの保健所長を通じて都道府県知事に通報しなければならない。
- (2) 精神保健福祉法第23条によれば、精神障害又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その人について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。
- (3) 自傷他害の恐れが切迫した精神科患者を本人や家族の意思に反して入院させるには精神保健法指定医2名の診察が必須である。
- (4) 精神保健法第34条によれば、精神保健指定医の診察により、当人の医療および保護を図るうえで直ちに入院が必要であるにもかかわらず入院に同意しない精神科患者については、保護者の同意がなくても、応急入院指定病院に移送することができる。
- (5) 医療観察法\*\*による医療及び観察を受けさせるべきかどうかの判断は、検察官が地方裁判所に申し立てることによって審判が開始される。

\*正確には、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」

\*\*正確には、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」

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ませんか』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勤要請して、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。

設問の解説

設問3 正解 (2)

プロフィールが判らない事例への家庭訪問に際しては、最悪の事態も想定して「いざというとき」に必要なモノ、人、施設についてある程度考慮しておく。事務所の同僚・上司にも、必要時には支援してもらえよう、出かける前に懸念される点を伝えておく。

設問4 正解 (3)

精神保健福祉法や医療観察法を丸暗記する必要はないが、精神科患者が緊急入院を要する状況を法律は細かく想定しており、入院治療を要する精神科患者が入院できない事態が起こらないように、いくつもの入院形態を規定しているという点は把握しておきたい。各選択肢ごとの解説を加えておく。

- (1)○：精神保健福祉法による24条通報は、警察官の義務（直ちに・・・通報しなければならない）として規定されている。
- (2)○：精神保健福祉法の23条は、一般市民による直接通報が可能であるとの条項だが、その申請のためには、①申請者の住所 ②患者と目される人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日 ③症状の概要 ④現に本人の保護の任に当たっている者がいるときはその者の住所及び氏名 等を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。
- (3)×：「措置入院」の手続きには、2名の精神保健指定医の診察結果が一致することが必要である。しかし迅速な対応を要するが、指定医2名が揃わない、保護者に診察することを通知できないなどの場合、手続きを待てない場合も生じうる。このため、「ただちに入院させなければ、精神障害のために自身を傷つけ、または他人を害するおそれが著しい」場合には、精神保健指定医1名の診察により72時間まで、本人の同意にかかわらず、都道府県知事または政令指定都市市長の命令により、精神科病院である指定病院に入院させることができる。
- (4)○：「応急入院指定病院」の施設基準：

1)精神保健指定医1名以上及び看護師その他の者3名以上が応急入院等の医療及び保護を行う体制（オンコールを含む。）にあり、かつ、それぞれの医療従事者が応

急入院者等の治療に当たることが、他の入院患者の医療及び保護に支障をきたすことがないこと（注：看護師その他の者とは看護師、准看護師及び精神保健福祉士を指す）

2)応急入院者等のための病床として、1床以上確保していること

3)頭部コンピューター断層撮影（CT）、脳波検査、基礎的な血液検査等が可能なこと

(5)○：「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）の下で重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度。本制度では、心神喪失又は心神耗弱の状態で重大な他害行為を行い、不起訴処分となるか無罪等が確定した人に対して、検察官は、医療観察法による医療及び観察を受けさせるべきかどうかを地方裁判所に申立てる。検察官からの申立てがなされると、鑑定を行う医療機関での入院等が行われるとともに、裁判官と精神保健審判員（必要な学識経験を有する医師）の各1名からなる合議体による審判で、本制度による処遇の要否と内容の決定が行われる。審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた人に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定入院医療機関）において、手厚い専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院期間中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官により、退院後の生活環境の調整が実施される。また、医療観察法の通院による医療の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた人及び退院を許可された人については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間、地域において、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定通院医療機関）による医療を受けることになる。なお、この通院期間中においては、保護観察所が中心となって、地域処遇に携わる関係機関と連携しながら、本制度による処遇の実施が進められる。【厚労省HP：

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/gaiyo.html>】

全般的解説

精神科医の立場から

他の業務もたて込んで中、B、Cさんの評価や処遇が決まるまで対応されたのは当たり前といえその通りですが、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。私たちが危険を感じるので、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、ショックでした。

コンサルテーションをしてもらえるとお聞きしたので、初心者の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。

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。

## 全般的解説

### 弁護士の立場から

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、

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じ入れた後、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よう、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えます。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えます。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、全敗保健師に相談をし、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行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、会えないものだとその予断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、恥ずかしい気持ちに先があつて」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、すべて個人に任せきりにし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、危険な囷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と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、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。

### 全般的解説

#### 精神科医の立場から

読んでいるこちらにも相談者同様、ときどきしますし、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。

恐怖心押し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。

#### 弁護士立場から

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」などと言いつつ、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ぎすべきである。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うしかない。
- (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から、職員に護身術の教育を計画しよう。

- (2) ×：上司の事なかれ主義、個人のスキルのみで責を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。

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ませんが、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。

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すが、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すが。



## 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-IDRA#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、  
ついて保健所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ス】【連携・情報共有】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」  
「近隣住民からの住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(声がか小さい)」  
「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満・納得できない思い
- 【以前の対応に対する不満】  
「以前に受けたサービスで傷ついた」
- 【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】  
【以前の対応に対する不満】等のこれまでも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が多く、継続性のあいまいな治療システムの狭間に生じる危機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応援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」  
「いいがかりや個人で解決できないような問題を一方的に提起」  
「傷れ、関係ないといって返す」「誰か誰かの暴言」

【身体的暴力】  
「刃物を握りしめて突進」「身体の一部をつかみ暴れる」

【物損】  
「車を蹴る、窓ガラスを叩く」

【苦情を大きくする】  
「首裏への手紙」「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」  
「一人職場で発生の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」  
「入院時に警備室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っている」

【内省から来る反応】  
「自分が悪かっ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・男性職員との同行」「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」  
「警備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(防護チョッキ等)」  
「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」の疑われる家族だから仕方ない」という捉われ方の改善」  
「事を荒立てない」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、課内の情報共有と対応を一致させる」  
「関係機関との連携」

【暴力等をする本人への予防的働きかけ】  
「来所時のみでなく事前にわかり未然に防ぐ」  
「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ス】  
「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スを得る」