

## 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・暴カマニュアル・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>9)</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る。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く、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ので、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>9)</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、腕をあご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、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、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、

施設中であった病棟入り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つ、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った。

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、打撲創などを負った。

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ったケースが7例あった(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例あった(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っ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、多発性の陈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、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て、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った。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った。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、家族が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りないように、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。

様々なアセスメント・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な転倒・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。

### 3. せん妄患者の暴力が生じた時

症例記述に際して繰り返し指摘したことが、興奮状態を呈し、点滴ルートを自己抜去したり大声をあげているような患者に対しては、その患者が普段おとなしい聞き分けの良い人であったり小柄な体型であったとしても、予想外の荒々しい行動が現れ得ることを念頭に置き、患者との身体接触を要する場合には、必ず応援を呼び複数スタッフで対応する。

盲目的に暴れる患者を傷つけないで制止するためには、患者との圧倒的な「筋力差」を要するものである。末梢点滴、IVH、尿道カテーテル等、どのルートを確保しておくにもそれぞれ一人ずつスタッフが必要となる。看護師は、時間を問わず、医師を呼ぶことも躊躇しない。

Haloperidol や risperidone などの薬物療法は鎮静のために有効だが、変動する意識障害の程度に合わせてこまめに投与量の調整を行う。腎機能障害などで十分な薬物療法が導入できない場合は、付ききりの慎重な観察のみならず、身体拘束が避けられないことが多い。

身体拘束を実施する際には、抑制帯がどの程度患者の身体にフィットしているか、すり抜ける可能性はないかチェックする。装着後は循環障害等の弊害を継続的にチェックし、同時に抑制帯装着による不快感の程度を評価し、患者、家族にその必要性および予想される離脱可能時期についても丁寧に説明を繰り返す。

一応の鎮静が得られたのちには、患者および対応したスタッフの受傷の有無を確認する。夢中になって対応している時には自覚しなかった、ひっかけ傷、擦り傷、打撲の有無を点検し、患者・スタッフ双方の感染状況（肝炎ウイルス、梅毒、HIV等）を確認し、どちらかに特定の感染既往があればただちに「針刺し事故」に準じた対応策を講じる。

事後のカンファレンスは必須である<sup>17)</sup>。せん妄を主要因とした患者の興奮や暴力は高齢者入院（入所）施設、ICU、手術後の患者を看る病棟ではむしろ日常的な出来事なので、スタッフに明らかな受傷が生じなければ簡単に申し送るだけで軽視されがちだが、せん妄が入院期間を長引かせ<sup>16)</sup>、患

者死亡率を高くする<sup>2)</sup>という知見を考慮すると、治療的介入の効果が期待できる軽度のせん妄を放置しないことが肝要である。

被害者の心理的ケアも忘れてはならない<sup>3,4,17)</sup>。とくに経験の浅い看護師は、自己の観察力や関わり方の拙さについて自責的に捉える傾向が存在するので、管理者は場所を選び一対一で、被害者の不安や恐怖を十分に聴取した上で、適切な助言を行い、今後のスキルアップに活かす素材として被害体験の昇華を企図する<sup>3)</sup>。

本論は、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」（H23-健危一般-002）の一環として記述された。

### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2013.
- 2) Ely, E.W., Shintani, A., Truman, B. et al : Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA, 291 ; 1753-1762, 2004.
- 3) 橋詰紀和子 : 暴力被害にあったスタッフにどう向き合うか. 精神看護, 8 ; 39-45, 2005.
- 4) 堀川直史 : 職場における暴力およびハラスメント被害者への対応—職場との連携の重要性—. 精神科治療学, 22 ; 21-28, 2007.
- 5) Inouye, S.K., Foreman, M.D., Mion, L.C. et al : Nurses' recognition of delirium and its symptoms : Comparison of nurse and researcher ratings. Arch. Intern. Med., 161 ; 2467-2473, 2001.
- 6) 井上真一郎, 内富庸介 : せん妄の要因と予防. 臨床精神医学, 42 ; 289-297, 2013.
- 7) International Council of Nurses : Guidelines on Coping with Violence in the Workplace, 1999. (日本看護協会訳 : 職場における暴力対策ガイドライン1999年改訂版. 看護, 57 ; 96-104, 2005.)
- 8) Lipowski, Z.J. : Delirium in the elderly patient. N. Engl. J. Med., 320 ; 578-582, 1989.
- 9) Meagher, D.J. : Delirium : optimizing management. BMJ, 322 ; 144-149, 2001.
- 10) National Institute for Health and Clinical Excellence, Guideline Development Group : DELIRI-



- UM : diagnosis, prevention and management. Clinical Guideline 103, July 2010. (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49908/49908.pdf>)
- 11) 塩崎一昌, 日野博昭, 瀬川光子ほか: 痴呆症にみられたせん妄について—痴呆病棟入院患者における実態—. 精神医学, 46; 167-172, 2004.
  - 12) Shuurmans, M.J., Deschamps, P.I., Markham, S.W. et al. : The measurement of delirium : review of scales. Res. Theory Nurs. Pract., 17; 207-224, 2003.
  - 13) Silverstein, J.H. and Deiner, S.G. : Perioperative derilium and its relationship to dementia. Progress Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry, 43; 108-115, 2013.
  - 14) 鈴木啓子: 高齢患者による攻撃的行動や暴力の理解と対応—一般医療機関を利用している症例から考える—. 医療安全, No.24; 89-93, 2010.
  - 15) 鈴木啓子: 高齢患者による攻撃的行動や暴力への効果的ケア. 医療安全, No.25; 86-92, 2010.
  - 16) Thomason, J.W., Sintani, A., Peterson, J.F. et al. : Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay : a prospective analysis of 261 non-ventilated patients. Crit. Care, 9; 375-381, 2005.
  - 17) 山本泰輔, 佐野信也: せん妄患者による医療者の被害とその対策. 精神科治療学, 22; 923-929, 2007.

# 平成24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

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

平成24年度 総括研究報告書

研究代表者 米澤 洋美

平成25（2013）年 3月

## 目 次

I. 総括研究報告	
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 米澤 洋美	..... 1～5
II. 分担研究報告	
1. 保健従事者に対する住民からの暴力の実態と対応（数量的分析） 分担研究者 鳩野 洋子	..... 6～15
2. 保健従事者に対する住民からの暴力の実態と対応（質的分析） 分担研究者 米澤洋美 平野かよ子	..... 16～22
3. 事例を通じた分析；FAQ作成 に伴う保健医療福祉職の暴力被害の現状と対 策について 我が国の保健師等の暴力被害を通して組織管理の在り方を考える 分担研究者 中板育美 佐野 信也 野村 武司	..... 23～51
III. 研究成果の刊行物	
学会発表 第44回アジア・太平洋地区公衆衛生学校連合体学会ポスター(2012. 11) 第1回公衆衛生看護学会ポスター (2013. 01)	..... 52～54
IV. 平成 23 年度報告書	..... 55～126

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(2/3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

米澤洋美 福井大学講師(保健師)

分担研究者

中板育美 日本看護協会常任理事(保健師)

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)

野村武司 獨協大学法科大学院教授(弁護士)

研究協力者

坂爪なを美 埼玉県杉戸町保健センター(保健師)

奥山智絵 在宅保健師

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ているが、地域保健福祉従事者(以下、保健従事者と略記する)に対する安全確保方策の提言としては少ないのが現状である。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) 保健従事者は、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。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ことが急務である。

## 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。そのために、昨年度開発した『地域保健版インシデントレポート』を用い事例の集積および分析から普及に向けたコンテンツの作成を行う。

## C. 研究内容

- ①地域保健 Web 版インシデントレポートの運用
- ②日本公衆衛生学会の自由集会の場を利用したワークショップの開催
- ③地域保健福祉現場において地域保健福祉従事者が経験した「暴力」の事例分析
- ④コンサルテーション事業(医学/法律相談)の内容集積とFAQの作成

## D. 研究対象

- ①地域保健 Web 版インシデントレポートの運用

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。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)の保健師

- 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 24 年 10 月 25 日の第 71 回日本公衆衛生学会の自由集会～住民からの暴言・暴力から身を守る:「防衛的公衆衛生」に陥らないために～参加者

- ③地域保健福祉現場で働く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

- ④コンサルテーション事業(医学/法律相談)の内容集積とFAQの作成

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、コンサルテーションを希望した自治体の保健師

## E. 倫理的配慮

本研究は、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)。

## 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、保健従事者が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が高まり、個人的

対応スキル並びに組織的体制(「住民の排除」にならない仕組みづくり)が整う。

3) 委縮しない活動や業務遂行の効率向上に寄与する(ことが期待される)。

## G. 結果及び考察

### 1) 地域保健 Web 版インシデントレポートの運用と事例分析

昨年度開発した『地域保健 Web 版インシデントレポート』を運用し、保健従事者が住民から受けている暴力や、被害の程度、それに対する対応の実態等について数量的・質的に把握した。協力の得られた 10 自治体の保健師等に対し、ウェブ上のシステムへの入力、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を依頼した。

#### (1) 数量的分析

全部で 56 件の回答が得られた。被害を受けた人の属性では実務担当者の保健師が最も多く、家庭訪問先といった他者の目が届かない場所でも生じていた。暴力の種類は、理不尽／非常識な要求の繰り返しが多いが、被害が大きいと考えられる性的ハラスメントや身体的暴力等もみられた。これらの暴力に対して、警察官への通報、所内での話し合い等は一定程度実施されているが、当事者職員への対応や報告が実施されていない状況も見られた。

特に新規ケースの家庭訪問の場合には2人での訪問を原則とすること、所内で発生した場合には、ひとり対応にならないようなコンセンサスづくりの必要性がある。そのためには、報告書等で実態を明らかにすることが必須と考えられた。また、被害を受けた対象に対する支援のあり方やプログラム等が具体的に提示される必要性も示唆された。

#### (2) 質的分析

自由記載の内容分析をおこなったところ、不当クレーム、暴言・暴力を受けるに至った経緯は、緊急事態が疑われる事象の発生に伴うものや、以前からの関わりのある精神疾患患者に関する事柄、登録やサービス申請に関することが発端となり発生していた。これら暴言・暴力の実際では言葉の暴力や身体的暴力のほか、繰り返す説明にも納得しないなどの対応に苦慮するものも含まれていた。

また、これらの報告事例に対して考えられる対応策としては、組織としての対応の強化として、複数対応や男性職員の同行、マニュアル作成や発生時の対応訓練、発生事例の職場内での検討と防止策の話し合いなどの、より実践に即した職場環境の整備、このほか不当クレーム、暴言暴力を行った本人に対して、精神疾患患者に対する日頃からのかかわりの強化や関係機関との連携等があげられた。また、性的嫌がらせの類の事例については職場内でもオープンにしづらく抱え込んでしまいやすいため対応が難しいことがうかがえた。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システムを構築する必要性が示唆された。

## 2) 自由集会の場を利用したグループ討論

第71回日本公衆衛生学会の自由集会(平成24年10月25日)の～住民からの暴言・暴力から身を守る:「防衛的公衆衛生」に陥らないために～の参加者は18名であった。対象者に対し、①先行研究での暴力に関する実態調査結果説明 ②自治体保健師が経験した「暴力」の事例について ③事例提供者を交えた、保健・司法の専門家からみた日常に潜む危険性と必要な対応についてのシンポジウムを行ったあと、①日ごろの暴力体験の実態について ②それに対する個人・組織の対応 ③今後の課題 について、討論をおこなった。

その結果、保健師の行う家庭訪問等の場面において組織としてタイムリーに所在や安全を確認するようなくみになっていない実態や、被害が甚大であった場合の組織としての対応を想定していないため、警察官通報についてもためらう傾向があること、経験年数の浅い地保健従事者へのフォロー体制が無いことなどが議論された。

課題としては、改めて暴力に対する認識の薄さとともに、法的手続き等保健従事者だけでは判断できないなど組織的理解を促す必要性が示唆された。保健従事者の暴力に対して、組織全体で共有できる普及啓発を次年度以降も積極的に行う必要がある。

## 3) コンサルテーション事業(医学/法律相談)の内容集積とFAQの作成

保健従事者が活動する領域で住民からの暴力の発生を予測・予防し、万一事故が生じた場合にはこれに迅速かつ的確に対応するための知識や技術を模索することを目的に、Webを活用したコンサルテーション事業(住民からの暴力被害に関する何でも相談)に寄せられた相談事例を検討した。コンサルテーションに寄せられた事例のうち比較的詳細に記述されていた6事例を採りあげ、事例のテーマ、暴力が発生または発生しそうになった状況、暴力の種類、組織的対応の実態と課題、課題に向けた解決案を分析した。

事例1) 子ども虐待が疑われる家庭への初回訪問場面:先輩や上司の無理解、乏しい支援

事例2) せん妄状態が疑われるアルコール依存症者への初回訪問:警察と効果的に連携するための事前準備が求められる

事例3) 窓口対応やメールによる心理的暴力:職員に明確な身体的被害がない場合の警察官通報の意義はあるか

事例4) 性的ハラスメントの可能性のある家庭訪問:報告すべき事項の基準がわからない

事例5) こぶしを振り上げるなどの威嚇的行為: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) 性的ハラスメント:躁状態の患者に面接時に抱きつかれ、防衛的に相手を突き飛ばした行為に対する上司の理不尽な対応

暴力被害は、保健師活動の軸である地区活動の場面で起きている。この事態に迅速



かつ的確に対応するための知識や技術を検討した結果、保健師活動の質の向上に向けた知識・技術修得機会（基礎教育及び現任教育など）に暴力に関する基礎知識、対処策、防衛策の享受を加えること、組織内対応の強化、組織内・外の安全対策のための仕組みづくり（インシデント・レポートシステムの導入、警察など外部機関との日常的連携）、組織内理解を深めるためのさらなる啓発活動、被害者の二次被害防止に向けた安全文化の醸成とメンタルヘルス対策に取り掛かる必要がある。

Key Words: 不当クレーム、暴力、地域保健福祉従事者、組織体制、インシデントレポート

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)  
分担研究報告書

保健従事者に対する住民からの暴力の実態と対応

研究分担者 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:**

保健従事者が住民から受けている暴力や、被害の程度、それに対する対応の実態等について数量的に把握することを目的とした。

協力の得られた 10 自治体の保健師等に対し、平成 23 年度に本研究班で作成したウェブ上のシステムへの入力、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を依頼した。

全部で 56 件の回答が得られた。被害を受けた人の属性では実務担当者の保健師が最も多かった。暴力を行った人は成人がほとんどで、自分についての相談に来所した新規ケースが多かった。暴力の発生した時間は、業務時間内が多いものの時間外の場合もあり、家庭訪問先といった他者の目が届かない場所でも生じていた。暴力の種類は、理不尽／非常識な要求の繰り返しが多いが、被害が大きいと考えられる性的ハラスメントや身体的暴力等もみられた。被害の程度をみると、治療等までには至っていない場合が多いが、深刻なストレスを感じた人もいた。これらの暴力に対して、警察官への通報、所内での話し合い等は一定程度実施されてはいるが、当事者職員への対応や報告が実施されていない状況も見られた。

特に新規ケースの家庭訪問の場合には2人での訪問を原則とすること、所内で発生した場合には、ひとり対応にならないようなコンセンサスづくりの必要性がある。そのためには、報告書等で実態を明らかにすることが必須と考えられた。また、被害を受けた対象に対する支援のあり方やプログラム等が具体的に提示される必要性も示唆された。

**研究協力者**

米澤 洋美 (福井大学 講師)

中板 育美 (日本看護協会 常任理事)

平野 かよ子 (東北大学大学院 教授)

佐野 信也 (防衛医科大学校 准教授)

野村 武司 (獨協大学法科大学院 教授)

**A. 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。

**B. 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を

依頼した。なお、回答は本人が回答しても、その暴力に関わった他者が回答してもよいということとした。

調査内容: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

分析方法 それぞれの項目について、記述統計を行った。

【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)

## C. 結果

全部で 56 件の回答があった。

### 1) 暴力を受けた当事者の属性・記入者の属性

回答があった当事者の所属は、市町村保健センターが 25 件(44.6%)で最も多く、次が保健所 17 件(30.4%)であった。保健師が 52 件(92.9%)とほとんどを占め、職位は実務担当者 39 件(69.6%)が最も多かった。経験年数は、ばらつきが見られるが、最も多かったのは、経験年数 20 年以上 17 件(30.4%)であった。担当分野は多岐にわたっていた。(表 1)

回答を記入した人の属性を表 2 に示した。無回答が多いのは、本人自身が回答した場合、記入者部分への重複の記述を求めていることから生じたものと考えられた。

(表 2)

### 2) 不当クレーム、暴言・暴力を行った人の属性

不当クレーム、暴言・暴力を行った人の属性を表 3 に示した。年齢は 30 歳以上の成人がほとんどであり、性別はどちらかといえば男性が多い状況であった。(表 3)

### 3) 不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯

不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯は表 4 に示すとおりである。経緯は、「暴力をふるった本人が相談を持ち込んだ場合」(複数回答) n=41 に関しては、本人が「自分についての相談」をしてきた場合が 30 件(73.2%)と多く、「疾病や障害に関するもの」20 件(48.8%)が続いていた。「暴力をふるった対象からの相談ではなかった場合」 n=12 は「家族からの相談」7 件(58.3%)が最も多かった。

新規・継続・再来別でみると、「新規ケース」が 30 件(53.6%)と最も多かった。(表 4)

### 4) 不当クレーム、暴言・暴力の実際

「不当クレーム、暴言・暴力が生じた時間帯」をみると、「午前中」が 22 件(39.3%)と最も多く、次いで「午後」16 件(28.6%)となっているが、業務時間外等 5 件(8.9%)もみられた。

「不当クレーム、暴言・暴力がおこった場所」(複数回答) n=48 は、「窓口対応に関連した場所」27 件(56.3%)が最も多いが、「家庭訪問先の玄関先」8 件(16.7%)、「家庭訪問先の室内」7 件(14.6%)等の他者の目が届きにくい場所での発生もそれぞれみられた。

「初期対応に要した時間」は、「30 分以内」が 23 件(41.1%)と最も多いが、「60 分以上」も 16 件(28.6%)であった。

「不当クレーム、暴言・暴力の種類」(複数回答)n=53 をみると、「理不尽／非常識な要求の繰り返し」「暴言・威嚇・脅迫」が 35 件(66.0%) と多いが、「被害がより大きいことが考えられる「性的ハラスメント」9 件(17.0%)、「器物破損」2 件(3.8%)、「身体的暴力」5 件(9.4%)もみられた。(表5)

#### 5) 被害の程度

被害の程度への回答で最も多かったのは「レベル1 不当クレーム、暴言のみで器物破損や暴力はみられない」38 件(67.9%)であったが、その一方で、レベル3、レベル4の「治療を要する身体的障害または精神的障害が生じた」場合も1件みられた。

ストレスを感じた程度に関しても、「心身の不調をきたし、受診し、病休を取得した」「職場異動を申請することを考えた」がそれぞれ1件ずつの回答があった。(表6)

#### 6) 不当クレーム、暴言・暴力への対応

対応に関しては、複数の職員での対応が行われていることが多いが、「終始ひとりで対応した」も15件(26.8%)であった。

警察への通報は8件実施されていた。「通報しなかった」中にも「必要かどうか迷ったが結局通報しなかった」という回答が6件(13.9%)みられた。

不当クレーム、暴言・暴力発生後の組織内の対応をみると、「チーム・所内での対応はとくになかった」というものが14件(25.0%)みられた。また「当事者職員への対応」に関しても「とくになかった」が15件(26.8%)であった。

被害の報告については、「報告様式はなく、報告していない」が24(42.9%)と約半数で

あった。

不当クレーム、暴言・暴力発生 of 要因(複数回答)n=53 では「クレーム、暴言・暴力を行った者の性格的な問題が疑われる」27件(50.9%)が最も多く、次いで「クレーム、暴言・暴力を行った者の精神疾患を疑われる」16件(30.2%)と、クレーム、暴言・暴力を行った側に原因があると考えられる場合が多かったが、「被害を受けた人への対応に難点があった」という場合も7件(13.2%)みられた。(表7)

## D. 考察

暴力を受けた対象の状況をみると、第一線で対人サービスを提供している位置づけの人が被害を受けている状況が見られた。一方、暴力等を加えた人を見ると、最も多いと考えられたパターンは、自分について相談事を有している新規ケースが窓口にやってきた場合が多い。またこのケースは、表7の暴力の発生要因から考えると、性格的な問題が疑われる対象が多いことから、例えば事前に複数で対応する等の対応策が取りにくい状況であることが明らかとなった。

これが最も多いパターンではあるが、家庭訪問先で被害を受けている状況も一定程度みられている。過去の調査<sup>1)</sup>から、暴力への予防対応として、新規ケースの家庭訪問に関しては、ひとりでの訪問は行わないことを決めている自治体のみみられていたが、今回の結果からも新規ケースから暴力被害を受けている割合が高いことを考えると、家庭訪問という閉鎖された空間で、新規ケースに対応する場合、ことに精神的に問題が考えられる場合においては、2人対応を