

した状況で暴力被害は生じやすい。

関係を作る試みを支える情熱を頓挫させずに暴力被害を予防するにはどうしたらよいか。

Nijman ら (1999) は、臨床現場において暴力が発生する背景や要因を、病棟要因 (環境要因)、患者要因、スタッフ要因に区分して非自発的入院患者が攻撃性を発露させるプロセスモデル⁸⁾を提出しているが、彼らが指摘する「スタッフ要因」とは、患者との言語的、非言語的コミュニケーション・スキル上の問題であり、これはアウトリーチ活動においても共通する事項であろう。

リスクアセスメント法の洗練、暴力に対する自己防衛的身体技法、いくらかでも攻撃性や暴力性が予測される事例に対しては男性を含む複数スタッフで初期介入する原則等はそれぞれ重要である。しかしそれら個々の方法では精神保健、精神科医療の現場において生じうる暴力の一側面への対応にしかない。

暴力が切迫し迅速な判断と行動が求められる救急・急性期場面に必要な技術、技法とはまず、その場で相手の感情を読み取る技術、対峙する相手の安全と尊厳を保障する援助者の意図が伝わるようなコミュニケーション・スキルである。このようなスキルは、実のところ、日常的な公衆衛生看護あるいはソーシャル・ワークの実践、精神科看護実践の質を向上させる問題と連続的である。

本コンサルテーションに寄せられた質問内容を参照する限り、そのために必要な、①地域保健の場で生じている暴力の実態の明確化、②攻撃性の本質や暴力が生じるメカニズムの理解は未だ不十分であり、③暴力が生じた後の組織対応手順も整備されていない。その根幹には、卒前卒後を通じた保健師教育の中に暴力や攻撃性を有する対象の評価や対処を含んだコミュニケーション・スキルの訓練が適切に組み込まれていない現状が考慮されなければならない。

(3) トレランス・ゼロとは関与介入を差し控えることではない

暴力や攻撃性を示す人々をあらかじめ援助対象から外すことはできない。

暴力的な本人を警察の取り締まり対象として厄介な問題を回避することは不可能だとは言えないが、彼らの周辺には援助を適切に求める行動を取れない子ども、高齢者、パートナーなどが存在することが多い。自己決定能力を有する本人が援助を拒否したからといって、周辺にいる声を挙げら

れない人々を黙殺することはできない。

暴力に対するトレランス・ゼロとは、当事者のみならず暴力に怯えながら外傷的生活環境に住まう人々への関与介入を援助者が手控えることを意味するものではない。そうではなく、援助対象者の暴力・攻撃的傾向をいち早く見抜き、それが精神病症状に由来するものか、性格病理に由来する持続的なものか、対象者が置かれた環境 (ストレス) 要因に由来する機会的・偶発的なものか、あるいは援助者側の対応の拙劣さに向けられたものか等について迅速に評価し、当面の対処 (傾聴し、対象者を宥める; 仲間を呼ぶ; 警察通報する; 直ちに逃げる等々) を正しく選択できるスキルを身に付け、得られた対象者に関する情報を組織で速やかに共有することを通じて、より安全で強力な介入策を模索することである。

暴力や虐待は、それが被害者の側に全く責がない理不尽なものであっても、恥辱感をもたらし、被害者を沈黙させる効果を持つ。その理由は、「いじめ」の被害児、バタード・ウーマン、虐待された子どもについて繰り返し詳細に記述されてきた⁹⁾。それは専門職にある者が職務上被った暴力被害であっても例外ではない。保健師やワーカーの行動規範の基礎にある「関係樹立」を志す専門職意識が、援助対象者の暴力によって傷つき失われることを防ぐには、些細な暴力、形に残らない心理的被害についても仲間の中で批判されることなく自由に語り、知恵を出し合って対応する組織風土が不可欠である。それは、自分たちの働く現場には暴力が避けがたく存在し、誰でもその被害者となりうることを知り、被害を受けた仲間の体験を分かち合うことは職務の重要な一部だと位置づける態度である。

(4) 精神保健・医療・福祉施策における在宅医療、地域生活重視の方向性の中で

厚生労働省の精神保健福祉対策本部 (2004) による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、10年後の実現を目指した目標を詳述した提言集である。それから5年経過した2009年9月には「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」¹⁰⁾が公表されており、ここには後半5年間の重点施策が提案され、入院中心の精神科医療から地域生活中心へシフトしてゆくことを趣旨とした精神保健・医療・福祉施策の基本理念、現状、そして具体的な改革案や目標値が記述されている。

この報告書では、「未治療者・治療中断者」、「緊

急対応を要する病状の急変時」、「措置入院には該当しないが受療支援に難渋する困難事例」、「受診中断により入退院を繰り返す事例」などに苦慮している現状を考慮して、救急・急性期状態にある事例への介入を安全かつ効果的に実施する方策として、「訪問支援の質を向上させ地域精神保健を担う行政機関の機能強化の検討」、「通院・在宅医療による日常的・継続的な医療の提供」、「地域保健活動の機能向上」、「現行の地域保健活動による更に積極的な支援・介入方策」、「重症精神障害者に対する地域生活を継続しながらの医療支援体制の確立」を求めている。

複合的問題を抱えた対象事例の生活現場と医療を繋いでゆくための「地域保健活動の機能向上」を国策として採用しているのであれば、対象者の暴力による治療抵抗にとどまらず、各種のリスクを適切にマネジメントできる経験と能力を備えた多職種協働チームを育成しなければならない。

保健師、ワーカーにはその中心的役割が期待されているが、そのためには、「質（スタッフ個々のスキル）」だけではなく、「量（人員ないしチームの数）」の確保も必要である。

ACT (Assertive Community Treatment) 先進国の英国では、治療・ケア担当スタッフの側の暴力被害にも敏感である。すなわち、王立精神医学協会 (Royal College of Psychiatrist, 1998) は、メンタルヘルスの領域で発生している暴力事象が他領域に比べて頻発している現状を踏まえて、暴力に対処する実践ガイドライン¹²⁾を発表し、また王立看護協会 (United Kingdom Central Council for Nursing, 2002) は、英国におけるメンタルヘルス領域の暴力と攻撃に関する実態調査及び介入実践に関する文献検討、さらに暴力のマネジメント、抑制技術、暴力の身体抑制にともなう法的倫理的問題、薬物療法による暴力のマネジメント、暴力発生後の記録と支援など、暴力に対処する医療従事者の実践的な諸問題を包括的に検討し報告している¹²⁾。

3種類の ACT 対応チームが編成され、そのうち暴力や自殺といった緊急問題に対応する危機解決チーム (Crisis Resolution Team; CRT) は、2000年の34チームから、2006年には262チーム、総スタッフ数4860名、10人以上のスタッフがいるチームは全体の90%に達している¹³⁾

わが国の在宅精神科医療重視という方針が、単に外国の模倣や医療経済的要請の結果として採用されたのではなく、真に精神保健・医療の機能向上

を目指すものだとしたら、保健師やソーシャル・ワーカーがそこで暴力被害に怯えることなく安全に働くことができる条件整備が必要である。そのためには、教育機会の一層の充実、スタッフ増員を含む抜本的な組織力向上が要請されている。

3. 弁護士視点から

(1) 保健師の活動の特徴とリスク

コンサルテーションでの回答にも記したが、保健師は、求められもしないのに、家庭訪問をしなければならない職種である。もちろん、相談ニーズや依頼があつて、保健指導という形で応える場面も多数あり、こう言い切ってしまうことにやや語弊はあるが、保健師の活動の根拠法律の中には、とりわけ重要な場面で、そうした権限を保健師に与えている場面が数多くあるのも事実である。母子保健分野、精神保健分野はその典型で、こうした求められないところへの望まれない訪問は、それだけで、訪問される側と軋轢を生じる。コンサルテーション事例がそうした分野に集中して現れているのはそうした事情によるものと思われる。事例では、総じて、保健師が組織にいながら、訪問の判断や方法が、もっぱら保健師個人に任せられ、その半面として、組織が責任を持たず、保健師が全く守られない形で、前面に立つ形で暴力にさらされてしまったという事例である。しかも、トラブルが起こると、そのスキルに問題があったかのように苦言を呈され、保健師自身、自己評価がさがるといふのも共通した特徴である。

保健師という職種は、求められない訪問を行わなければならない職種であり、その分、相手型との対峙や軋轢のリスクを負った職種である。その意味で、その権限を負った機関は組織として、リスクを予防し、あるいは軽減し、そして管理しなければならない。こうした管理がなされてはじめて、その専門性を遺憾なく発揮できるのである。以下、こうしたリスクの管理、リスクへの対処(暴言・暴力への対処)について法律の観点から述べることとする。

(2) 保健師の活動とリスク管理

保健指導は支援関係を築くことで有効に機能するが、その端緒はしばしば望まれない家庭訪問、面談であり、対峙関係を予定せざるを得ない。訪問・面談に際して示される警戒・拒絶・反発に対して対立関係を回避し、少なくとも対峙関係を維持し、そして支援関係を作ることが重要であるが、

しばしば困難を伴う。関係は崩れやすく、暴言・暴力に対して警察の介入がなされれば、事後の保健指導が困難になる可能性が十分にある。

その意味でも、暴力を予防することが不可欠であり、そのための組織的な対応が必要である。カンファレンスを開催し、リスク評価をした上で、訪問や面談の時間や方法などを確認すべきである。さらに、暴力が起これらうになったときの回避、避難における対応の確認もなされている必要がある。家庭訪問や面談室での位置関係といった物理的な対応の他、家庭訪問時の外部との連絡、面談室における応援要請といった連絡体制についてその都度確認をする必要がある。

(3) 暴言・暴力への対応

暴言・暴力を受けたときの対処についても組織として確認しておく必要がある。まず、暴言については、話し合える対等な関係を作る必要があるが、挑発に乗らないということに加えて、毅然とした態度もまた必要である。暴言が、保健師の働きかけに対しての暴言を超えて嫌がらせに及ぶようであれば、「被害」としてこれを警察に届ける準備をすることも大切である。

暴力に対しては、まず逃げるのが大切である。暴力に対してこれを制止する、振り払う、突き飛ばすなどの行為は、正当な防衛行為であり、躊躇する必要はない。また、リスクの高い家庭への訪問は、複数で行うことが好ましく、それができない場合、訪問している間、定期的に外部から電話を入れるなどの対応の他、何かあった場合の連絡方法の確認を事前しておく必要がある。監禁など継続的犯罪行為の場合は、警察への通報が必要となる。危険を感じた場合の退居は心がけておくべきである。

(4) 警察との関係・連携

例外的な場合を除いて、保健師の活動において警察が介入することは予定されておらず、とりわけ保健指導の関係での事柄に警察が介入するということになると、保健指導に従うことが任意である以上、以降の保健指導が困難になることが考えられる。その意味では、保健師に対する行為について、警察に対応を求めるについて慎重でなければならない。

しかし、暴力行為など犯罪行為といえるもの、あるいは犯罪行為に移行する可能性があるものについては、毅然とした対応が必要であり、次の通

り、警察の協力を求めるべきである。なお、警察への対応に当たっては、組織として保健師の被害救済に支援的に関与すべきである。

まず、家庭訪問に際して、監禁を受けているなど犯罪行為が現に継続している場合には、警察への通報は必須である。これに対して、事後にこれを対処する場合には、「被害届」、または「告訴状」の提出ということになる。被害届は、犯罪の被害に遭ったと考える人が、捜査機関に対し被害事実を申告する届出のことをいい、届出が口頭の場合は、警察署などで記入を求められるか、または、警察官が代書をするということになっている。これに対して、告訴状は、犯人の処罰を求める意思を申告するもので、犯罪行為が親告罪の場合は、犯人の訴追に際しては「告訴」が必要である。非親告罪の場合は、被害届だけでも、犯罪と認知されれば、起訴の可能性がある。被害届も、告訴状も受理しなければならぬことになっているが、実際には受理されないことも多く、問題になっている。

被害届も、告訴状もそれが受理されれば、警察は捜査をしなければならないので、通常は事情聴取等がなされる。事後の保健指導の有効性との関係で、本人への事情聴取が好ましくないと判断するのであれば、被害相談の形で、警察に被害の実情を伝え、今後にも備えることもありえる。リスク管理の観点から、リスクの高い事例については、警察との連携も視野に入れる必要がある。

F. まとめ

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。

1. 保健師活動の質向上に向けた知識・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
2. 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）
3. 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組む必要がある。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の取得状況

なし

引用・参考文献

- 1) 松浦美紀. 相談・訪問活動における暴力被害—保健師が受ける暴力被害の実態とその影響について. —東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科人間科学専攻修士学位論文. 2003
 - 2) 社団法人日本看護協会. 保健医療分野における職場の暴力に関する実態調査. 日本看護協会出版会. 2004
 - 3) 山下由紀子. 伊藤美花. 嶋崎淳子. 他. 市町村保健師の二次的外傷性ストレスの観点からみたメンタルヘルス. *トラウマティック・ストレス*. Vol2.No.2.2004.75-86
 - 4) 宮本ふみ: 無名の語り—保健師が「家族」に出会う12の物語. 医学書院, 東京, 2006)
 - 5) 平野かよ子. 研究代表者. 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 保健師等の地域保健従事者の地域住民からの暴力等に対する危機管理の在り方に関する研究. (H22 健危-一般-002) 平成 22 年度総合研究報告書. 2010
 - 6) 東京都・特別区保健婦, 保健士会 保健婦(士)問題検討委員会. 地区活動で保健師が遭遇する危機的状況と職場体制についての調査, *保健婦雑誌*. 2001; 58(3): 224-9.
 - 7) 半澤節子: 他害行為の予防と危機介入システム—保健師の立場から—. *精神科臨床サービス* 4 : 445-449, 2004
 - 8) Nijman H, Campo J, Ravelli D, Merckelbach H: A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services* 50(6): 832-834, 1999
 - 9) ジュディス・L・ハーマン: 心的外傷と回復 (増補版), 中井久夫訳, みすず書房, 東京, 1999
 - 10) 厚生労働省 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会: 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 平成 21 年 9 月 24 日, [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>]
 - 11) Royal College of Psychiatrists' Research Unit: The Healthcare Commission National Audit of Violence 2003-2005, Final Report, 2005
- [<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/NAV2003-2005.pdf>]
- 12) United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Mental health Nursing. The recognition , prevention and therapeutic management of violence in mental health care. London, 2002
[http://dynamis-insight.com/Restraint_Policy_files/NMC%202001.pdf]
 - 13) Glover G & Johnson S: The crisis resolution team model; recent developments and dissemination. (In Johnson S, Needle J, Bindman J. & Thornicroft G (eds). *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*, pp23-34, Cambridge University Press, London, 2008)。

資料 [Web コンサルテーション]

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。

(保健師歴 7年 保健センター勤務)

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、足を引っ掛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すが怪我はしてはいません。

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。間をおかず上司に説明しましたが、事務官の上司からは、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」と指摘されただけでした。

先輩保健師からは、「訪問理由を Aさんに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)訪問する必要があると法的に決まっているわけではないでしょう。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〉という気持ちがある正直なところでは、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。

A1 精神科医の S です

あなた(以下 Pさんとお呼びします)の、家庭訪問が必要だとの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も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一見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 さんにかけ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見つからないこと、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し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つたら、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ふこともあるのです。

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。

A1 弁護士のNです

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、ご相談の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せん。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となります。また、こうした訪問の最初には、拒絶感(対峙関係)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お話が出ていますが、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、ご相談のケースの場合、「訪問しなければならぬ」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えます。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ぬ。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ぬ(誰が訪問をしても同じだった可能性が高いと思えます。)。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せぬ。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処方針を検討する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という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よ。

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。

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。「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たとお聞きしたので、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。

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継ぎでした。母親が相談を持ち込んだとき E さんのひきこもりはすでに 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いました。

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。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（忘れない）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、会えないものだと断言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、目的は直接会った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、本人と会っ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

読んでいるこちらもあなた同様、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。

恐怖心を押しつけ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、逮捕というものですから、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。