

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るよう、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、手続きを待た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。[厚生省 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受療状況ならば、患者のプロフィールを把握するために主治医に連絡するという選択肢も浮かぶでしょうが、本事例のように、Bさんの身体的／精神科的受療状況が不詳で、目前で暴言暴力（対物暴力を含む）が行われている場合、警察に協力を求めるのは自然な態度だと思います。

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

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、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、初心者の質問にかもしれませんが、教えていただければと思います。

住民からの暴力についてですが、保健師は怪我するような暴力を受けるというより、むしろ言葉や手紙（メール）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、

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

あなたが保健所に戻った後、「私の浅はかな行動の結果であり、恥ずかしい気持ちが先にあって」報告をしなかったということですが、こうした行動に至るのも、このケースを着手するに当たって、すべて個人に任せっきりに行っていることが原因で、カンファレンスを行い組織としての対応が確認されていれば、あなたにこうした心

理的負担を負わせなくてよかったです。組織的対応がないことがすべての対応を悪循環に至らしめています。また、仮に、組織的に対応した結果として、同じ事態が生じたときの事後的な対応として、被害届を警察に出すかどうか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 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えます。

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ぎるべきである。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おうしかない。
- (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。

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、恫喝の態度、威嚇の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す。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。

資料 2 : インシデントレポート地域保健版

住民からの不当クレーム、暴言・暴力に関する

インシデントレポート

2012年10月

平成24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 日常活動を保証す  
る組織的安全管理体制の構築に関する研究班

## レポート記入要領

- 地域保健福祉の現場（庁舎内、家庭訪問等の庁舎外いずれも含む）において、援助者が地域住民から不当なクレーム、暴言、暴力を受けた、あるいは受けそうになった経験に関して記入してください。
- レポート対象は、○年○月○日以降に不当クレーム、暴言・暴力が発生した事例です。
- このレポートにおける不当クレーム、暴言・暴力とは以下のようなものを広く含めます。
- ・理不尽な、あるいは非常識なしつこい訴えや要求
  - ・類似の内容の頻回の電話
  - ・大声で怒鳴る、拳を振り上げるなどして威嚇する、名指しで攻撃するなどの暴言
  - ・「殺すぞ」、「訴えるぞ」、「覚えてろよ」、などの脅迫的言動
  - ・身体的暴力
  - ・器物損壊行為
  - ・所内への居すわり
  - ・個人への付きまとい行為
  - ・性的なハラスメント
  - ・その他
- なるべく当事者の方に記入をお願いします。
- ・原則として、不当クレーム、暴言・暴力被害を最初に、直接受けた方（以下当事者と呼びます）が記入してください。複数のスタッフが同時に被害を受けた場合には、そのうちの1人が代表して記入してください。
  - ・当事者が記入できない場合は、上司等が記入していただいてもかまいません。当事者以外の方が記入する際には、「当事者の所属、職位等」欄と「記入者の所属、職位等」欄の双方にご記入ください。
- 1エピソードにつき1報告してください。
- ・1人の人が複数のエピソードをひきおこしている場合には、各エピソードを別個に報告してください。報告数の上限はありません。
- 本レポートの結果は完全に匿名的に処理し、関係学会への発表等を通じて考察を深め、今後の暴言暴力対策の資料として活用させていただきます。
- 個人情報等が含まれていると判断した場合はこちらで削除させていただきます。
- 記入に際して疑問がある場合は、下記までお問い合わせください。

お問い合わせ・返送先：福井大学医学部看護学科地域看護学講座 米澤 洋美

メールアドレス：hyone@u-fukui.ac.jp



1 記入者の所属

保健所      市町村保健センター      本庁の各部署（県・市）

地域包括支援センター      精神保健福祉センター

児童相談所      その他（                      ）

2 記入者の職種

保健師                      PSW                      その他（                      ）

3 記入者の職位

管理職（管理的業務に携わっている課長/部長など）

中間管理職（係内での実務も担う係長など）

実務担当者

4 記入者の経験年数（『職種』としての従事年数）

0～4年       5～9年       10～14年       15～19年       20年以上

5 記入者の業務形態

地区担当

業務担当

地区担当と業務担当の併用

管理的業務

**A** 不当クレーム、暴言・暴力を行った人について

1 年齢（正確な年齢が不明の場合は推定年齢で可）

0～7歳未満（就学前）      7歳～15歳未満      16歳以上～20歳未満

20歳～30歳未満      30歳～40歳未満      40歳～50歳未満

50歳～60歳未満      60歳～70歳未満      70歳以上

2 性別：                      男性                      女性

**B** 不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯

1 不当クレーム、暴言・暴力を行った人との接点

1) その人が相談を持ち込んだ場合（複数回答可）

自分についての相談

その人の家族についての相談

その他具体的に：

2) その人が持ち込んだ相談の主旨（複数回答可）

- 健康増進に関するもの
- 疾病や障害に関するもの
- 家族関係に関するもの
- 申請や手続きに関するもの
- 診療機関や保健所（保健センター）等への苦情に関するもの

その他具体的に：

3) その人からの相談はなかった場合（複数回答可）

- 家族からの相談
- 近隣からの相談
- 関係機関からの相談
- 健診未受診（受診勧奨含む）等の調査

その他具体的に：

2 不当クレーム、暴言・暴力を行った人は、それらを受けた〈受けそうになった〉当事者にとって新規のケースですか、継続ケースですか。

- 新規ケース
- 継続ケース
- 再来ケース（以前に終結していたケース）

**C** 不当クレーム、暴言・暴力の実際

1 不当クレーム、暴言・暴力が生じた時間帯

- 業務開始直後
- 午前
- 午後
- 業務終了間近
- 業務時間外（夜間・早朝）

2 不当クレーム、暴言・暴力が起こった場所（複数回答可）

- 窓口対応に関連した場所
- 相談のために使っている個室ないし区切られたスペース
- 相談のために使っているオープンスペース
- 家庭訪問先の玄関先
- 家庭訪問先の室内
- 関係機関先（医療機関、福祉事務所、作業所）
- 同行して移動中（車中、その他）

その他具体的に：

3 初期対応に要した時間

- 30分以内
- 30～60分
- 60分以上

4 不当クレーム、暴言・暴力の種類（複数回答可）

- 理不尽/非常識な要求の繰り返し
- 暴言・威嚇・脅迫
- 性的ハラスメント
- 器物損壊
- 身体的暴力

その他具体的に：

**D 被害の重度**

1 重度

	レベル1	不当クレーム、暴言のみで器物破損や暴力は見られない
	レベル2	明らかな脅迫的暴言、器物破損、身体に傷が生じない程度の暴力
	レベル3*	治療を要する身体的傷害または精神的障害が生じた場合 ( <u>治癒までに要した日数が1週間未満</u> )
	レベル4	治療を要する身体的傷害または精神的障害が生じた場合 ( <u>治癒までに要した日数が1週間以上</u> )
	レベル5	生死に関わる重大な障害が生じた場合、または死亡



\*レベル3では、擦り傷・切り傷・打撲等が生じた場合であり、受診せず自己処置で済ませた場合も含む

2 不当クレーム、暴言・暴力に対してどの程度のストレスを感じましたか。  
(複数回答可)

- 不快感はあったが、比較的速く忘れることができた。
- 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。
- 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)
- 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。(受診した)
- 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。
- 退職を考えた。

その他具体的に：

### E 不当クレーム、暴言、暴力への対応

1 何人に対応したか

- 終始ひとりで対応した。
- 初めから複数の職員で対応した。
- 途中から他の職員が応援に加わり対応した。

2 一人に対応できないと判断した場合のその後の対応

- 途中から同僚、上司に対応を交代してもらった。
- 途中から同僚、上司が加わり対応した。
- 対応に協力は得られなかった。
- 家庭訪問など職場外だったので、やむなくひとりで対応した。
- 職場内で複数対応が原則化されている場面であったため、一人の対応はしていない

その他具体的に：

3 警察への通報

3-1 通報の有無

- 通報した。
- 通報しなかった。

3-2 通報しなかった場合

- 必要だと思わなかった。
- 必要だと思ったが結局通報しなかった。
- 必要かどうか迷ったが結局通報しなかった。

→ その理由はどのようなものですか。

具体的に

3-3 通報した場合

- 一人で判断して通報した
- 所内の判断で、通報した

その他具体的に

4 不当クレーム、暴言・暴力発生後の組織内の対応（複数回答可）

- チーム・所内での対応はとくになかった。
- チーム・所内で今回の事例への対応について話し合った。
- チーム・所内で今後の発生防止策について話し合った。

その他具体的に：

5 当事者職員への対応

- とくになかった。
- 上司や同僚のサポートがあった。
- 専門機関（専門職）のケア・治療を受けた。

その他具体的に：

6 被害の報告等

- 報告様式はなく、報告していない。
- 報告様式はあるが、報告していない。
- 報告様式に記載し、上司に報告した。

その他具体的に：

F 不当クレーム、暴言、暴力発生の要因をどのように考えますか。(複数回答可)

- 被害を受けた人への対応（言葉かけ、言葉使い、態度など）に難点があった。
- 組織の防止体制が不十分であった。
- 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。
- クレーム、暴言・暴力を行った者の精神疾患が疑われる。
- クレーム、暴言・暴力を行った者が精神疾患と診断されている。
- 当事者や組織の側の要因は考えられない。
- 全くわからない。

その他具体的に：

G 今回の報告事例に関する防止策についてあなたの考えを聞かせてください。

質問はこれで終わりです。記入漏れがないかもう一度ご確認ください。

ご協力ありがとうございました。

作成者:

平野 かよ子 長崎県立大学  
中板 育美 日本看護協会  
鳩野 洋子 九州大学大学院  
佐野 信也 防衛医科大学校  
野村 武司 獨協大学法科大学院  
末永 カツ子 東北大学大学院  
妹尾 栄一 東京都精神医学総合研究所  
反町 吉秀 青森県上十三保健所  
米澤 洋美 福井大学

作成協力者:

前野有佳里 九州大学大学院  
池田 信子 秋田看護福祉大学  
山田 和子 和歌山県立医科大学  
山内 祐子 宮崎県都城保健所  
野口美智子 宮崎県小林保健所  
山田 典子 青森県立保健大学  
高岡 道雄 兵庫県加古川保健所  
木村 真実 日野市民法律事務所  
松浦 美紀 東京都新宿区地域文化部  
池戸 啓子 東京都新宿区牛込保健センター  
今野 弘美 さいたま市保健福祉局保健部  
臼井 玲子 宮城県北部保健福祉事務所

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

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

平成26年3月

発行所

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3

Tel 0776-61-8570 Fax 0776-61-8768

米澤 洋美（福井大学医学部看護学科）