

体的暴力】では「刃物を握りしめて突進」や「身体の一部をつかみ暴れる」等の頭髪をつかんだり衣服をつかんでひっぱりまわすなどの暴力がみられた。このほか、「車を蹴る、窓ガラスを叩く」等の【物損】や「繰り返す説明に納得しない」等対応について繰り返し説明しても全く納得できないという長時間訴えを繰り返す等がみられた。

### 3) 通報しなかった理由

不当なクレーム、暴言・暴力が見られたにもかかわらず、警察官に通報しなかった理由について、自由記載では12件がみられた(表3)。ちなみに通報したのは56件中8件であった。

【軽微なものと判断した】では「身体的暴力がなかった」「威嚇と判断した」「金銭要求がなかった」等の理由により警察官の通報をするほどでもないと判断していた。また、【以前から知られたクレーマー】では、不当なクレーム、暴言・暴力を起こした本人が「職場内で認知されたクレーマー」か「警察も知っているクレーマー」であったため、敢えて通報を行わなかった。そのほかは「職場内の問題と判断」したり、見守りをしてくれる「男性職員が対応することになった」ために通報をしていなかった。

### 4) 不当クレーム、暴言・暴力発生の要因(表4)

不当クレーム、暴言・暴力発生の要因(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件が最も多かった。そのうち自由記載がみられたのは8件であった。【組織対応の甘さ】では「事前にクレーム等に対して上司と協

議していなかった」や「一人職場で発生する危機対応を想定していなかった」等の起こりうる危険性を回避するための協議やシミュレーションを事前に行っていなかったことによるものや直後の周囲の反応や発言から「殴られた人の方にも何か要因がある」というような職場の風土」があげられた。このほか、【精神疾患から来るもの】では「虚言癖や被害妄想等の症状から来るもの」や「人格障害が疑われる対象者」「入院時に警察官対応を繰り返すような対象者」等の精神疾患から由来するような症状や病気が疑われるような相手側の要因が挙げられた。また、【地元有力者への「特別扱い」の期待】や【市民対応の不満の結果】等行政サービスのかわりの中での要因もあった。このほか、【内省からくる反応】として「(もしかしたら)自分が悪かったのかもしれない」という自責感」があった。

### 5) 報告事例に関する防止策(表5)

今回の報告事例に対しての防止策について自由記載では35件がみられた。

【意識改革】では、これまでの事を荒立てないという姿勢が不当要求を助長させているという面があり「不当な要求には毅然と対応するという考え方の徹底」や「相手が虐待の疑われる家庭だから(従事者が被害を受けても)仕方ないというとらわれ方の改善」「事を荒立てないようにという旧態然とした考え方の改善」が挙げられた。

不当クレーム暴言暴力を行う【本人への予防的働きかけ】については場あたりの事前の対応が未然に防ぐことに繋がるとの判断から「来所時のみでなく事前に関わることで(暴力等を)未然に防ぐ」や「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しておく」「早期医療に結びつける働きかけ」などがあげられた。一方で不当暴力や暴言を起こしたものが、事前情報の無い新規ケースであった場合には事前に精神疾患を有するとわかっていたら対応も変わったであろうとの判断から「新規かつ緊急性の高いケースに関して所内での対応を協議」が抽出された。

発生事例が複数の関連機関とのかかわりを持つ事例であった場合等については【連携・情報の共有】があげられた。これは「チーム・所内・課内の情報の共有と対応を一致させる」や「関係機関との連携」「関係機関との情報共有と対応の統一化」が挙げられた。職場の内外を問わず一貫した態度で対応することや「一人で抱え込まないような職場の雰囲気づくり」の必要性があげられた。

発生事例が決して個人対応で終わらないように【組織としての対応強化】が挙げられた。仕組みとしては「複数対応・男性職員の同行」「クレーム対応に関するマニュアル作成」「物的対応」「事故発生時の対応への訓練」等の強化であり、また、「上司の理解」「事前に上司にも報告し支援が得られるような仕組みづくり」「事後の職場内の話し合いと防止策の検討」等の職場内で情報を共有し予防できる職場づくりがあげられた。そのほか事後の対応として「被害を受けた職員のメンタル面のフォロー」や「警察官通報に関する共通認識」等が上げられた。このほか【専門家によるスーパーバイズ】として「理不尽な要求が出ている場合の専門家によるスーパーバイズ」を求める声もあった。

## D. 考察

不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯について、突発的に発生した対応への不満等はあるものの【以前からかかわりのある精神疾患患者に関すること】や【以前の対応に対する不満】等のこれまでのかかわりのある事例に関連した事柄が挙げられた。保健師は暴力リスクのあるなしにかかわらず精神疾患患者の相談に応じることも多く、継続性のあいまいな治療システムの狭間に生じる危機的状況に巻き込まれることが少なくない<sup>1)</sup>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る。また、【登録や申請に関すること】の場面では登録そのものの煩雑さやそこから付随した不満、ひいては公務員批判等、登録や申請そのものを発端としながらクレーム等が肥大化する可能性を秘めていることがうかがわれた。暴力被害は精神関連の事例のみならず結核・感染症の事例や難病等の医療費助成申請の窓口でも発生するという先行研究<sup>2)</sup>同様に、精神関連の窓口だけでなく誰にでも起こりうることが示唆された。

不当なクレーム、暴言暴力の実際では【言葉の暴力】【身体的暴力】【物損】等のわかり易い暴言や暴力だけでなく、【苦情を大きくする】【納得しない】といった警察への通報を躊躇するような内容もみられた。これらが警察官に通報しなかった理由の【軽微なものと判断した】にあげられる「身体的暴力はない」「金銭的要求はない」「威嚇と判断」等に繋がるものと考えられた。

さらに、これらの不当なクレーム、暴言暴力が起こった要因について考えられることとして【組織対応の甘さ】があった。これは不当なクレーム、暴言暴力が起きるこ

とを未然に防ぐための危機管理体制の甘さについてあげたものであった。繰り返されているクレームを上司と事前に協議したり、一人配置の職場環境の中で不当なクレーム、暴言暴力が発生した場合の対応策を事前に協議し、取り決めておくなどの組織的に予防措置を講ずるための取り組みがこれまでできてこなかったことを指し、暴力が発生した直後の周囲の職員の反応や発言から「殴られた人の方にも何か要因があるというような職場の風土」にも問題があり、不当なクレーム、暴言暴力に対する職場ぐるみの啓発活動や研修等による意識改革が必要と考える。また【内省からくる反応】として「(もしかしたら)自分が悪かったのかかもしれない」という自責感があったように、先行研究同様<sup>2)</sup> 地域保健職の職業観も影響しているものと思われる。突発的に発生した事象に対しても、対応側の要因を考えてしまいがちであり、これがどんな些細な事象に対してもオープンに報告し、要因分析を行い、予防策を講じる仕組みを妨げているおそれがあることが示唆された。

次に、これらの報告事例に対する考えられる防止策については【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<sup>3)</sup>ことが示唆された。対応策として【よくわからない】としてあげられた性的嫌がらせ等に対しては一人で抱え込み易い性格にあるため今後とも対応策を協議する必要がある。

## E. 結論

クレーム、暴言・暴力の被害の実態と(考えられる)対応策を質的に分析した。求められる対応策としては特に【組織としての対応強化】について多様な意見が挙げられた。具体的な防止策や訓練、万が一発生した場合の対応について等実践に即した対応が求められていた。また性的嫌がらせに関連した事象に対しては一人で抱え込み易く、今後とも組織内で共有できるような仕組みを工夫する必要性が示唆された。保健師が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システムを構築する必要性が示唆された。

## F. 引用文献

- 1) 東京都健康局医療サービス部精神保健福祉課：相談業務従事者向け暴力被害防止ガイドライン、平成 15 年 3 月
- 2) 厚生労働科学研究「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あり方に関する研究」平成 20 年度～22 年度総合研究報告書。
- 3) 平野かよ子、末永カツ子、鳩野洋子、中板育美、反町吉秀、妹尾栄一。保健師等の地域保健従事者への住民からの暴力。保健師ジャーナル 2010; 66(10):903-908

## G. 研究発表

なし

表1 不当クレーム、暴言・暴力に至った経緯

カテゴリ	サブカテゴリ
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庭にコンタクトがとれなくなった 以前から担当としてかかわっていた
以前からかかわりのある精神疾患患者に関すること	近隣住民からの役所の対応に関する不満 措置入院にならないことへの近隣住民の不満
登録やサービス申請に関すること	その場の対応への不満(声が小さい) 手続きの煩雑さに対する不満 申請のために来所 申請結果に対する不服・納得できない思い 公務員批判
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	性的な興味に対して発言を求める

表2 不当クレーム、暴言・暴力の実際

カテゴリ	サブカテゴリ
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 帰れ、関係ないといって追い返す 躁状態の暴言
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	首長への手紙や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3 通報しなかった理由

カテゴリ	サブカテゴリ
軽微なものと判断した	身体的暴力は無い 金銭的要求は無い 威嚇と判断
以前から知られたクレーマー	職場内で知られている 警察も知っている
職場内の問題と判断	職場管内の問題
警察官が必要なかった	男性職員が対応することになった

表4 不当クレーム、暴言・暴力の要因

カテゴリ	サブカテゴリ
組織対応の甘さ	事前にクレーム等に対して上司と協議していなかった 一人職場で発生する危機対応を想定していなかった 「殴られた人の方にも何か要因がある」というような職場の風土
精神疾患から来るもの	虚言癖や被害妄想等の症状から来るもの 人格障害が疑われるような対象者 入院時に警察官対応を繰り返すような対象者
地元有力者への「特別扱い」の期待	地元有力者であり、不当な要求でもある程度通用すると思いきんで
市民対応の不満の結果	市民(の相談)がたらいまわしになった結果起こった
内省からくる反応	「自分が悪かったのかもしれない」という自責感

表5 考えられる対応策

カテゴリ	サブカテゴリ
意識改革	不当な要求には毅然と対応するという考えかたの徹底 相手が虐待の疑われる家庭だから仕方ないというとらわれ方の改善 事を荒立てないようにという旧態然とした考え方の改善
(不当クレーム暴言暴力をする)本人への予防的働きかけ	来所時のみでなく事前に関わることで未然に防ぐ 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して 早期に医療に結びつける働きかけ 新規かつ緊急性の高いケースに関して所内での対応を協議
専門家によるスーパーバイズ	理不尽な要求が出ている場合の専門家によるスーパーバイズ
連携・情報の共有	チーム・所内・課内の情報の共有と対応を一致させる 関係機関との連携 関係機関との情報共有と対応の統一化 一人で抱え込まないような職場の雰囲気づくり
組織としての対応強化	複数対応・男性職員の同行 クレーム対応に関するマニュアル作成 上司の理解 被害を受けた職員へのメンタル面のフォロー 事故発生時の対応への訓練 警察官通報に関する共通認識 物的対応(防刃チョッキ等) 事後の職場内の話し合いと防止策の検討 事前に上司にも報告し支援も得られるような仕組みづくり
よくわからない	性的な電話の事例を外に相談しにくい 性的な嫌がらせに毅然とした態度をとると冷たいとののしられた

## 地域保健版暴力防止 Web でのコンサルテーション事業について

分担研究者 中板育美 日本看護協会 常任理事（保健師）  
佐野信也 防衛医科大学校 心理学科目 准教授（精神科医）  
野村武司 獨協大学法科大学院 教授（弁護士）

### 研究要旨

保健師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。

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。

### 研究協力者

平野かよ子 東北大学大学院 教授  
鳩野 洋子 九州大学大学院 教授  
米澤 洋美 福井大学 講師

### A. はじめに

保健師は、病院のような施設内での看護活動と異なり、公民館での健康教育や住民への家庭訪問など施設外の活動が多い。援助対象者自身が支援を求めない場合でも、対象者に心身の健康問題が存在する可能性が高い場合には、その問題を明確化し、介入の必要性を正しく評価し、有効な支援を開始するために、様々の手段を講じて対象者の家庭や生活の現場に入ってゆかなければならない。このように、職務遂行上地域住民との軋轢に巻き込まれる可能性に保健師は常にさらされている。実際に住民からの暴言・暴力等の被害を受ける事件が散発しており、被害を受けた保健師は心身の健康を阻害され、職務を継続できなくなる事態も生じている。

しかし、施設外では、危険な状況が生じても保健師を援護する同僚や警備員がそばにいる

わけではない。また暴力を受ける危険性が指摘されたとしても、「保健師ならば仕事に一定の危険を伴うのは仕方のない」と事前の対応策を細かく検討する労を厭ったり、「少しくらいの威嚇行為に対応できるのは当たり前」という考え方が未だに根強く残存している組織もある。さらに暴力事例が生じた際の報告、対応の仕方に関しては、組織的にも、個々の保健師の意識上でも大きなばらつきがある。

2011年、2012年の公衆衛生学会でわれわれが主催したワークショップでは、「どの程度から報告するという基準が職場にない」、「自分の対応がまずかったからだ」と、誰にも言えなかった」、「精神病患者からの暴力では、相手を責められない」などの発言が聞かれ、保健師が働く職場では、勤務する側の安全を重視する意識はまだ浸透しておらず、そのための仕組みも不

十分である実情が窺われた。

どのような暴力に対しても容認しない毅然とした姿勢を啓発し、事例が生じたなら必ず報告するという意識を定着させるため、その第一歩として、われわれは昨年度の本研究において Web を活用したインシデントレポートの地域保健版とコンサルテーション事業を開発した。

このコンサルテーション事業は試行段階ではあるが、寄せられた質問（事例）を具体的に提示し、現場で生じている暴言・暴力事例の特徴をもう一度輪郭づけ、事前準備（予防啓発）、事例対応（被害者、加害者双方への対応）、事後の組織的対応に関する知識方策を整理する。

## B. 目的

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）に寄せられた相談内容とそれに対する精神科医、および弁護士の助言を踏まえ、保健師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。

## C. 方法

Web コンサルテーションに寄せられた質問事例のうち、比較的詳細に記述されていた 6 事例を採り上げ、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、暴力の種類を整理した。Web コンサルテーションシステムでは投稿者の匿名性は完全に保護されているが、本論記述にあたっては、他の相談事例の内容も組み合わせ、登場する人物の年齢、性別や背景情報に関して改変して示し、採りあげられた事例のプライバシー保護を徹底した。

これらの事例分析を踏まえて、保健師、精神科医、法律家それぞれの立場から考察を加えた。

## D. 結果

6 事例について、報告者の所属／経験、発生状況（場所）、暴力の種類、上司や組織の対応、問題点、解決案について、コンサルタントの回答を整理して表 1 に示した。

表1 コンサルテーション事例の問題点と解決案

事例	報告者の所属/経験	テーマ	発生状況	暴力の種類	上司や組織の対応	問題点	解決案 (回答から)
1	市保健センター 7年	先輩や上司の無理解、乏しい支援	子ども虐待が疑われる家庭への初回訪問	・身体的暴力(軽度) ・脅迫的、威嚇的言動	・訪問先からの電話相談に対し、職場に戻るよう指示 ・慰労の言葉がけがない ・批判的評価しか与えない(訪問の必要性の判断の適切性、訪問時の説明の不足を指摘)	・被害保健師への上司や先輩の対応が二次的被害になり、仕事への意欲を低下させている	・訪問前の職場内での事前検討 ・複数での訪問 ・事後の事例検討 ・法的にも訪問は妥当。しかしながら援助者側の危機管理意識の向上も重要。
2	保健所 5年	警察と効果的に連携するための事前準備	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	・脅迫的、威嚇的言動	・複数で訪問を実施 ・警察に協力を要請 ・保健所医師に協力要請	・警察への依頼に際して、状況の切迫性や警察の出動必要性について十分説明できていない	・精神科患者への対応に関して、精神科的知識の共有を含めて、予め警察担当部署と連携を深めておく ・警察に依頼する際には明確な言葉づかいで「暴力が起きている」と言う
3	市地域包括支援センター 11年	職員に明確な身体的被害がない場合の警察通報の意義はあるか	窓口対応やメール	・心理的暴力一般(メールでの脅し等も含む)	(一般的質問なので上司・組織の対応はなし)	・窓口やメール等において、身体的外傷を伴わない心理的暴力を被った際の対応について、職場に対応基準がない	・対象者の具体的要請事項が不明確であるにもかかわらず、不満を訴え、所内に居座り、暴言等迷惑行為を行う場合には、警察通報は妥当 ・リスク管理および対応は組織的に行う
4	保健所 8年	報告すべき事項の基準がわからない	家庭訪問	・性的ハラスメントの可能性	・上司に報告していない	・恐怖と認識しているが、報告すべきか迷い、報告、情報共有していない	・「報告すべきか迷う」事例はすべからず報告する ・本例のような暴言・暴力準備状況は必ず報告し、スタッフは情報共有すべきである ・事例検討を行い、事例を再評価し、安全な介入方法を検討する ・恐怖を体験した仲間に対する情緒的支援 ・保健師は毅然とした対応を心掛け、そ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。



							<ul style="list-style-type: none"> <li>・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にしておく</li> </ul>
5	政令指定都市保健所 11年	薬物依存症者への対応、関係機関間の適切な役割分担	家庭訪問	<ul style="list-style-type: none"> <li>・こぶしを振り上げるなどの威嚇的行為</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不詳（事前に報告していない）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・警察との連携が不可欠な事例だが、暴力被害を受ける危険性が高い無理な役割を、組織内で検討しないままに引き受けてしまった</li> <li>・訪問の判断や方法が、保健師個人に任されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前情報（覚せい剤の再使用、幻覚妄想状態、凶器を保持）により危険度を評価</li> <li>・介入前に組織で検討し、先輩や上司の意見をきちんと聴く</li> <li>・地元警察と日常的な相互協力できる関係性を作る努力を重ね、危機を最大限に予防できる体制を構築する</li> </ul>
6	保健所 13年	躁状態の患者との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	所内面接	<ul style="list-style-type: none"> <li>・性的ハラスメント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被害を受けた保健師に、「突き飛ばす前に SOS を出さなさい」と上司が理不尽な指摘</li> <li>・精神科的知識の乏しさ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職場の一体感や士気喪失を招く上司の不適切な対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師の反応は、当然の自己防衛的行動である。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る。</li> <li>・個人的能力や資質不足に言及して、被害を受けた保健師を批判する職場風土を改善する必要性</li> <li>・専門職以外のスタッフにも一定の精神保健の知識を導入</li> <li>・対象者の迷惑行為が続き、エスカレートするようであれば、措置入院も視野に入れた対応</li> <li>・医療機関と速やかに連携する</li> <li>・位置関係といった物理的な対応の他、面談室における応援要請体制について確認をする</li> </ul>

## E. 考察

### 1. 保健師の視点から

#### (1) 暴言・暴力発生の場合となる地区活動

保健師は、治療や療養上の世話を要する患者のみならず、適切な介入がなされなければ、健康破綻を招く可能性のある住民、すなわち潜在的ニーズを有する対象者を見極め、予防的に介入する役割も担っている。潜在的ニーズには、自殺や虐待、社会的引きこもり問題などと切り離せない、経済的問題、社会的格差、家族や地域社会のつながりの崩壊など社会背景にまつわる問題も含まれる。これらを俯瞰して、健康阻害に至らしめる要因を構造的に明らかにしていくことを業務の一つ（地域診断）としており、家庭訪問や公民館などで行う健康教育、個別の健康相談、民生委員や主任児童委員など住民との組織化活動という地区活動は、その過程で使う重要な手法である。

住民からの暴言・暴力についてコンサルテーションに寄せられた事例の多く、そして今回詳細な記述があった6事例においても、家庭訪問や個別の所内相談などまさに保健師が活動の軸としている地区活動の場面で起きていた。要するに、暴力発生と保健師活動とは地続きであり、保健師が保健師の本務を効果的に遂行するためには、保健師活動の基本を学んだり、確認する機会（基礎教育場面や卒後教育/現任教育）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も考慮する必要があるのではないかと考える。

#### (2) 地区活動—家庭訪問での出来事—

6事例中4事例が家庭訪問の場面での出来事であった。家庭訪問とは、対象者が望む、望まないに関わらず、保健師自身が生活実態を把握する必要があると判断した場合、病状などにより対象者が外出困難である場合、あるいは緊張度を下げ、話しやすい環境下でないと対象者との関係が結び難いと判断した場合などに選択される。

保健師が家庭訪問に価値を置くのは、援助者側の馴染みの場所に対象者を呼びつけるのではなく、彼らがふだん身を置く生活の場に援助者の方が赴くことにより、対象者の心理的負担も軽減させることができ、相互の信頼関係が深まりやすいと考えられるからである。今回の4例のように、対象者が援助者を歓迎していないときでさえ、対象者の心理的負担を最小限にすることや、相談関係を築きやすくするなど考慮するため、電話等では

なく、家庭訪問という手法を使おうとする。

しかし一方では、家庭訪問の場では、対象者はより自由にふるまいやすく、1対1の密室対面状況が生まれやすい。身体的看護ケアを要する対象者の場合には、身体接触を伴うことも避けられない。しかも、緊急時にも職場や警察等との連絡がスムーズにいかない可能性もある。要するに、家庭訪問は、対象者との関係性を拓き深めるための重要な手法である反面、暴言・暴力を誘発しやすい状況を生起するものでもあることを、コンサルテーション事例は改めて認識させるものであった。

#### (3) 同僚や上司の無理解による傷つき体験

幸いにも、生命にかかわる事件や出来事にはなっていないが、一步間違えば重大な被害が生じた可能性を否定できない事例がある。また、暴力被害を被っているが、自分の対応のまずさが、相手の暴力を引き出してしまったかもしれないと悩む保健師もあった。

行政組織という枠組みの中で、個人の傷つき体験を大々的に主張するのが憚られたり、諦めざるを得ない場合があると思いついていたり、医学的知識を吸収し、それに基づく経験を重ねている保健師ならば「対応できるはず」といった周囲の過剰な期待に虚勢を張らざるを得ない状況もあったかもしれない。

しかし、いずれにしても暴力を体験したと時の恐怖や再体験への怖れを感じ、自身の仕事が継続していけるかと考えた事例等から、心身への相当な影響が生じていることが推察される

事例6のように、守ってもらえるはずの所属組織や上司の無理解による理不尽な対応が、傷つき体験となり、二次被害を構成することは、広く知られている<sup>1)</sup>。医療職に限らず、組織全体として、共通に修得しなければならない知識や技術がある。

#### (4) 組織的位置づけとしての安全管理体制

保健師らが、日常的に頻繁に暴力被害にあっているというわけではないことも理由の一つであろうが、保健師の職務に関連した暴力被害の実態を職場内で振り返り、検証し、具体的な対処策（事後対応策…警察等との連携/窓口決定/職員のケア）や今後の行動指針（事前予防策…予防/暴力発生リスク軽減）を考えておくこと<sup>2)</sup>は、未だにわれわれ組織内で、共通合意事項にはなっていない。

しかし、暴力が切迫した場面が、地区活動場面であることを踏まえれば、暴言・暴力の被害を受

けた後の対処が適切に行われるように、暴力に対するリスクマネジメントとして、法的対応や警察との連携も含めた対処策や被害者を守る体制やメンタルヘルスに対する検討などの具体を共有できるマニュアル整備が必要である。そこに、暴力を予測するためのリスクアセスメントツールを用意することも不可欠である<sup>3)</sup>。われわれが開発したインシデントレポートなどを組織的に取り込むことそれ自体が、スタッフの暴力被害を無視せずきちんと対応するとの態度表明である。

## 2. 精神科医の視点から

コンサルテーションへの回答を記述しながら、保健師やソーシャル・ワーカーがアウトリーチ活動において暴言暴力被害にさらされやすいにもかかわらず、その体験が過少申告される理由として、援助対象と関係を結びそれを維持することを基本とする、保健師、ワーカーの専門職としての意識が関与しているのではないかと考えられた。本節では、彼(女)らの専門職意識の重要性を踏まえつつ、アウトリーチ活動における援助対象者からの暴力被害を予防するための本質的問題について精神科医の立場から考えてみたい。

(1) 関係を結び、維持しようとする専門職意識  
職務上であるか否かを問わず、どのような状況にあっても、またどのような関係にある相手からのものでも暴力被害を甘受すべき理由はない。したがって、暴力の予兆を看取り、あるいは相手の荒々しい態度や言葉に恐怖心を抱いた時点で、即刻同じ職場の仲間をコールし、警察通報することを躊躇する理由もないと言えるだろう。

しかし一方で、援助対象―援助者関係が緊張をはらんだ出会いから始まることは珍しくない。その緊張を解きほぐし、信頼関係を樹立する息の長い作業の中で、保健師やワーカーが一貫して平穏な感情を維持できると楽観的に考える現場担当者は少ないだろう。

「怖いから逃げる」というのは自然な感情であり反応行動だが、そればかり優先しては関係が成立しないことを彼(女)らは知っている。「怖さに堪え、暴力被害を予防しつつ、援助対象の懐に踏み込んで援助のパイプを繋げる」ことが自らの仕事だと認識しているのである<sup>4)</sup>。

経験を積んだ保健師ならば、事前調査のうちですでに、援助対象と目された住民が有するであろう健康問題の背景に、医療だけではカヴァーしき

れない多くの問題―失業による家計の破綻、未解決の原家族間の葛藤や現在の家族内におけるその反復再演、夫婦間ないし親子間暴力、様々な嗜癖の問題等々―をしばしば見出している。

病識があり自発的に治療を望む人々を主対象とした通常の医療の網が掬いきれない、孤立した人々や多問題家族に生きる人々にこそ、保健機関はセーフティネットとして機能することを要請されている。彼(女)らが一度でも家庭訪問すれば、直接の援助対象の周囲に、子どもやパートナーの声なき悲鳴を感じ取ることは稀ではない。当初援助が必要と想定された人物以外にも、援助を(ときには本人よりも切実に)必要としている者の存在が目に入ってしまうのである。

アルコール依存症、治療拒否する精神科患者、自らの子ども時代を虐待環境の中で生きてきたDV加害者・被害者、そうした人々が、比較的健康度の高い家族メンバーからの依頼か近隣からの情報提供か、何らかのきっかけで事例化し、保健機関に関与の要請が入ったならば、保健スタッフはその細い糸を何とか切らさずに実効的な援助関係を作ろうと努力する。

対象者が保健スタッフからの支援の申し出に明白な理由なく拒絶の姿勢を示すことそれ自体が、対象者の何らかの精神病理や症候を体現していることは珍しくはない。外からの視線を厭う家族には隠蔽すべきその家族固有の事情がある。そこに踏み込まずに解決の芽は生まれえないという意識が、保健師の専門職意識の基本にある。そして彼(女)らのアイデンティティの中心にあるこの意識なしには、積極的援助は成立しない。端的に言って、保健師、ソーシャル・ワーカーとは援助関係を結び維持する専門職なのである。

## (2) 出会いがしらの暴力被害

保健機関を対象とした平野らの調査<sup>5)</sup>によると、治療につながっていない精神科患者に対する家庭訪問時に暴力被害が生じやすい。東京都<sup>6)</sup>や日本看護協会の調査<sup>2)</sup>の契機となった事件<sup>7)</sup>も、母親の依頼により治療中断中の統合失調症患者のところへ家庭訪問した際の被害であった。

保健所等に来所してもらい、所内相談を経て生活実態を把握するために家庭訪問するという段階を踏める対象については、暴力、攻撃性について予め一定の評価ができるが、来所相談を促してもなかなか実現せず、事前情報の乏しいまま家庭訪問せざるを得ない事例は稀ではない。しかしそう

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<sup>8)</sup>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着け、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<sup>9)</sup>。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」<sup>10)</sup>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<sup>12)</sup>を公表し、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<sup>12)</sup>。

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<sup>13)</sup>

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. 弁護士の視点から

#### (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って、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され、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、暴力が起ころ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ろう。

### (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ない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ろう。

## 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掛かる必要がある。

## 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
- 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://www.rcpsych.ac.uk/pdf/NAV2003-2005.pdf>]  
[[http://dynamis-insight.com/Restraint\\_Policy\\_files/NMC%202001.pdf](http://dynamis-insight.com/Restraint_Policy_files/NMC%202001.pdf)]

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んでしょうか。

しかし、上司や先輩として P さんにかけて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的なこと」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つてゆく」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、今回で終わらせずに、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、職場に戻ることが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ってい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。