

— 報 告 —

周産期医療における DV に対する組織的な取り組みの実際

宮崎 千香¹⁾, 片岡 弥恵子²⁾

抄 録

【研究目的】本研究は、ドメスティック・バイオレンス（domestic violence：DV）スクリーニングと被害者への支援を組織的に行っている4カ所の周産期医療機関において、その取り組みの実際について記述することを目的とした。

【研究方法】研究協力者は、4カ所の医療施設のDV対策チームのリーダーおよび協働者であり、取り組みの実際について構成的面接を行った。データの分析は、病院ごとに、DV対策チーム、DVスクリーニング、記録と保管方法、DVに関する情報提供、地域連携に関する記述を抽出し、テーマごとに統合していった。本研究は聖路加看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】研究協力の同意が得られた4病院のうち、A、Bは中規模の病院であり、C、Dは大学病院の総合周産期母子医療センターであった。4カ所の病院にて合計15名にインタビューを行った。

各病院のDVへの取り組みは、DV対策チームが中心となって作成したDV対応マニュアルに則って行われていた。DV対策チームは、病院内の様々な職種で構成された多職種協働型チームと看護職中心型チームに分けられた。すべての病院で看護職がスクリーニングおよびスクリーニング実施後の面接、地域との連携を行っており、周産期センターの産婦人科医師、周産期センター専属の医療ソーシャルワーカーおよびカウンセラーと協働的に取り組んでいた。

A・B・C病院では、潜在的なDVを発見するために、独自で作成した自記式スクリーニングツールを使用していた。D病院では、パートナーの暴力判定尺度を参考に作成したスクリーニングツールを使用し、面接にてスクリーニングを行っていた。さらに、DVスクリーニングの結果およびフォローアップの内容を医療記録に残していた。各病院では、病院の状況にあわせてDVに関する情報やホットラインカードを準備し、女性用トイレ等に設置していた。また、すべての施設で安全体制が整えられており、プライバシー保護は徹底されていた。地域との連携は、DV防止法に基づいて、配偶者暴力相談支援センターまたは警察に通報するという対応をとっていた。

【結論】本研究は、周産期におけるDVへの組織的な取り組みを行っている4病院の支援の実際を示した。本研究の結果は、医療施設でのDV対策の導入および継続の促進につながることが期待できる。

キーワード：ドメスティック・バイオレンス、病院、組織的な取り組み、看護

I. はじめに

ドメスティック・バイオレンス（Domestic Violence；以下、DV）は、女性の人権や健康を脅かす全世界的な問題である。10カ国、15地域にわたって行われたWHOの調査（Ellsberg et al., 2008）では、15～71%の女性が現パートナーもしくは元パートナーから身

体的・性的暴力を受けていることが報告されており、DVを公衆衛生上の問題であると指摘している。日本においても、内閣府の男女間における暴力に関する調査（2009）によると、「身体的暴行」「心理的攻撃」「性的強要」のいずれかの行為を配偶者から受けたことがある人は成人女性の3割を超え、重大な社会問題として認識されるようになっている。

受付日 2010年2月4日 受理日 2010年6月3日

1) 神津島村保健センター、2) 聖路加看護大学

DV 撲滅に向けて医療者の担う役割は重要であり、DV 防止法では、DV 発見時の警察等への通報、被害者への情報提供の努力義務が規定されている。また、被害者の国籍、傷害の有無を問わず、その人権の尊重と安全の確保および秘密保持に配慮する必要性が定められている。特に、看護職は女性の人権を擁護する立場から、女性の心身社会的な健康を目指して、安全と尊重を保証するケア Women-centered care を提供する重要な役割を持つ (Horiuchi et al., 2006)。

2004年に作成された周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン (聖路加看護大学女性を中心にしたケア研究班) (以下、DV ガイドライン) では、DV に対応するための医療環境を整え、全妊産婦に対するスクリーニングを実施し、地域の支援機関等社会資源に関する情報提供を行うことが推奨されている。しかし日本の医療施設でDV 被害者への支援を行っている医療機関は未だ少なく (友田ら, 2002), 看護職のDV の認知度も低い (今村, 2005)。

医療機関にて周産期におけるDV 対策を推進するためには、DV に対する組織的な取り組みをすでに導入している施設の実践的な活動に関する情報が必要である。そこで本研究は、DV のスクリーニングと被害者への支援といったDV への取り組みを組織的にを行っている複数の医療機関において、その取り組みの実践について明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究のデザインは構成的面接法を用いた質的記述研究である。

2. 研究協力者

文献検索より、周産期において組織的にDV 対策を

行っている医療施設を把握し、研究協力が得られた施設を研究協力施設とした。組織的な取り組みをしている医療施設の条件は、①DV 対策チームの設置、②全妊産婦に対するDV スクリーニングの実施、③地域との連携体制の3点とした。

研究協力施設において、DV 対策チームのリーダーとして中心的役割を担っている者 (以下、リーダー) に加えて、DV 対策チームのメンバーである医師、カウンセラー、医療ソーシャルワーカー (MSW) 等の協働者 (以下、協働者) を研究協力者とした。なお、施設によってDV 対策組織が異なるため、協働者はDV 対策チームのリーダーと相談のうえ、依頼を行った。

3. データ収集方法

研究協力者への面接の前に、文献検索で得た実践報告、Web 上で公開している情報および院内広報誌等入手し、施設の特長やDV への取り組みの概要に関する情報を把握した。

リーダーに対する面接では、DV スクリーニング導入に至る経緯、DV 対策チームの活動、DV スクリーニングおよび被害者への支援の実践、これまで起こった問題、今後の課題等についてインタビューを行った。次に、協働者に対して、DV 被害者への支援の実践、なかでも他職種との連携や協働者の役割等をインタビューした。インタビューの内容は、研究協力者の了解を得て録音した。

4. データの分析方法

リーダーおよび協働者へのインタビューは、逐語的に文章化した。各施設にて、DV 対策チーム、DV スクリーニング、記録と保管方法、DV に関する情報提供、地域連携という軸でDV に対する取り組みの実践に関する記述を抽出し、事前に収集した文献等からの情報を含めてデータを統合し記述した。

表1 研究協力施設の特長

	施設区分	診療科目	産婦人科病床数／全病床数	年間分娩件数	理念、基本方針等
A	病院	産婦人科、小児科、心療内科	36 / 40	約1300	女性の健康と人権を守ることを理念としている
B	病院 入院助産施設	産婦人科、小児科含む11診療科	30/235	約 600	患者の人権を重視し、納得し、安心し、連携した医療の提供を理念としている
C	病院 総合周産期母子医療センター	産科、婦人科、小児科含む33診療科	54/913	約1100	安全で質の高い医療を提供し、地域からも信頼される医療機関を目指すことを理念としている
D	病院 総合周産期母子医療センター	産科、婦人科、小児科、小児外科含む30診療科	78/1076	約 600	質の高い医療の提供と、医療人の育成、および医療の発展に貢献することを理念としている

5. 倫理的配慮

研究協力の依頼の際は、研究協力は自由意思であること、途中辞退の自由、プライバシーの保持、匿名性の厳守、得られたデータの安全な処理、研究論文の公開の可能性について、文書を用いて口頭で説明し、同意を得た。なお、本研究は聖路加看護大学倫理審査委員会において承認された研究計画書に基づいて行った（承認番号07-050）。

Ⅲ. 結 果

1. 研究協力施設および協力者の特性

5カ所の医療施設に研究協力を依頼し、4施設（A, B, C, D）から協力が得られた。4施設とも病院であり、病院の規模として、A, Bは中規模の病院であり、C, Dは大学病院の総合周産期母子医療センターであった。研究協力施設の特性を表1に示した。

4カ所の病院、合計15名にインタビューを行った。A病院では、リーダーの看護師長（助産師）、協働者である病院長、カウンセラー、新生児室主任看護師の計4名であった。B病院は、リーダーの産婦人科外来主任（助産師）、協働者である産婦人科医師、産婦人科・小児科担当のカウンセラー、MSWの計4名であった。C病院

はリーダーは2名であり、周産期センターの助産師および看護師、協働者は産婦人科医師、カウンセラー、MSWの計5名であった。D病院では、リーダーの周産期センターの助産師、協働者は元産科外来勤務で現産科病棟の助産師の計2名であった。

インタビュー時間は30～120分であり、リーダーへのインタビューは平均97分、協働者へのインタビューは平均65分であった。データ収集期間は、2008年10月から11月であった。

2. 病院における DV に対する取り組み

1) DV 対策チーム

DV 対策チームの目的は、4病院とも DV 被害の早期発見と対応を掲げており、A病院では DV の予防や啓発を目的に含めていた。また、A・C病院では、地域との連携をとる役割がチームの目的にあげられていた。B病院は、DV のみならず、幅広く社会的ハイリスクの妊産婦への支援も視野に入れていた。

(1) DV 対策チームの構成員

DV 対策チームは、A・B病院にて組織されている多職種協働型チーム（図1）とC・D病院での看護職中心型チーム（図2）の2つに分けられた。多職種協働型チームは、医療職のみならず、病院内の様々な職種で構成されていた。A・B病院は中規模の病院であり、病院全体の職員でチームを構成することが可能であった。一

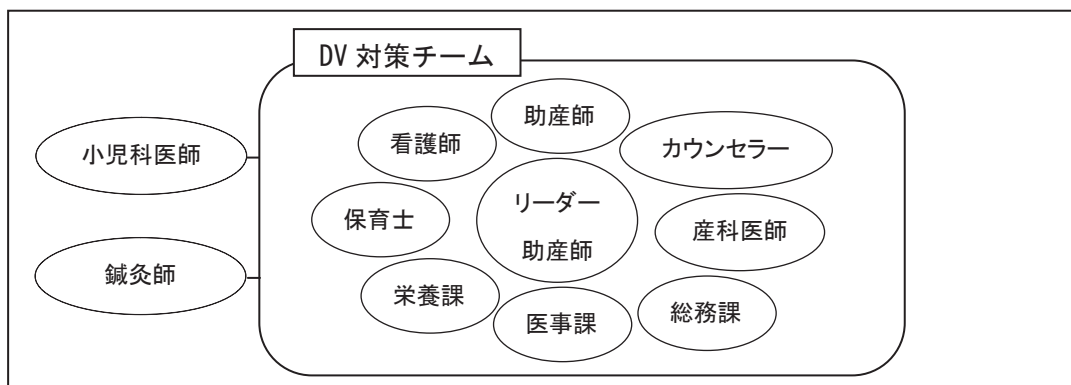


図1 多職種協働型チームの例（A病院）

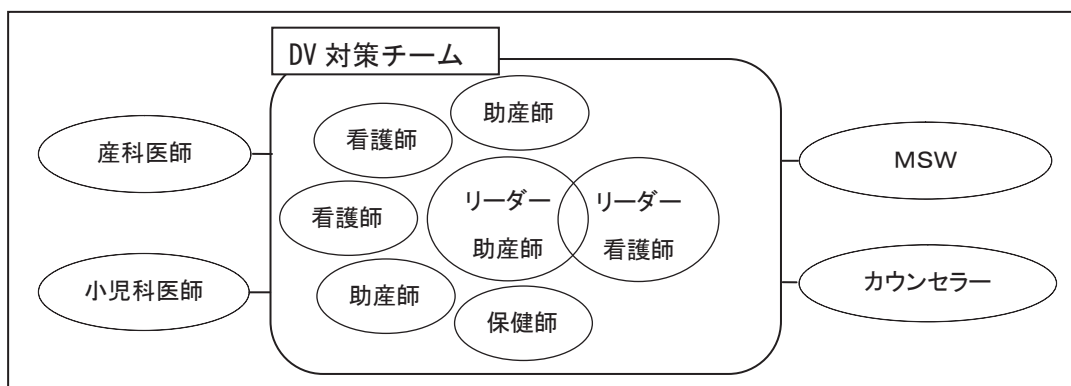


図2 看護職中心型チームの例（C病院）

方、C・D病院は大規模な大学病院であり、病院全体の組織は大きいので、チームとして活動を推進するためには、日常的に集まることができる看護職中心型チームの方が効率的であった。看護職中心型チームの場合でも、医師、カウンセラー、MSW等との連携は必要時実施されていた。

多職種協働型チームのA病院では、DV対策チームは、リーダーである師長の助産師、病院長（産婦人科医）、助産師、新生児室主任看護師、カウンセラー、保育士、栄養課、医事課、総務課の代表者で構成されていた。DV被害者には、看護職が中心に関わっているが、すべての職種が関わる機会があると考え、保育士、総務課、医事課、栄養課を含め、院内全体で取り組んでいた。

看護職中心型チームのC病院では、DV対策チームは、周産期センターの産科部門内に組織されていた。リーダーを産科病棟の助産師と看護師の2名とし、メンバーは産科病棟および産科外来の助産師、看護師、保健師の合計13名（看護職のみ）で構成されていた。助産師はスクリーニングおよびスクリーニング実施後の面接、地域との連携を行っており、周産期センターの産婦人科医師、周産期センター専属のMSWおよびカウンセラーと協働的に取り組んでいた。

（2）DV対策チームの運営

A・B・C病院では、DV対策チームの定例会議を月に1回、業務外の時間に開催し、主に情報共有および事例検討を行っていた。事例検討では、DV被害者の支援として次回来院時の対応、地域での連携先やその方法等が話し合われていた。D病院では、現在は日勤帯で行われる助産師のカンファレンスにて事例検討を行っていた。

（3）院内での体制

DV対策チームを中心とした院内でのDV被害者支援体制が構築されていた。A病院では、各課の代表者がDV対策チームのメンバーとなっているため、全職員が情報共有できるようになっていた。B病院では、産婦人科と小児科が取り組みの中心となっていたが、整形外科、外科、MSW、医事課の主任クラスが集まり連携について話し合う機会を計画していた。C・D病院では、看護職が中心となって取り組みを進めているため、看護スタッフで定期的な会議や勉強会を行っていた。必要時に、MSWやカウンセラーに依頼していた。

2) DV対応マニュアル

4病院において独自のDV対応マニュアルが作成されていた。対応マニュアルには、被害者に対応する際の基本姿勢、スクリーニング、情報提供、記録、連携方法、緊急時の対応等が記載されていた。支援体制は、DV対策チームと協力することを基盤としている。

C病院の対応マニュアルは、女性の危険性をアセスメントし、リスクに応じた対応を定めていた。また、周産期医療における対応マニュアルに加え、2006年から院内全職員が携帯する診療基本マニュアルにDVおよび虐

待の対応が記載されるようになった。D病院では、状況に応じて対応マニュアルの改正も行っていた。

3) DVスクリーニング（表2）

（1）DVスクリーニングツールとスクリーニング方法

A・B・C病院では、潜在的なDVを発見するために、独自で作成した自記式スクリーニングツールを使用していた。D病院では、パートナーの暴力判定尺度を参考に作成したスクリーニングツールを使用し、面接にてスクリーニングを行っていた。

（2）スクリーニング対象者と回数

スクリーニングの対象者と回数は、各病院で異なっていた。A病院では産婦人科初診者および前回の診察から6カ月以上経過した再診者全員に1回実施し、B病院では産婦人科初診者全員に1回実施していた。C病院では、C病院で出産予定の妊娠28週の妊婦に1回実施し、母体搬送されてきた女性に対しても実施していた。D病院では、妊婦健診受診者および母体搬送されてきた妊婦、新生児搬送されてきた児の母を対象に、妊娠10～15週、妊娠30～35週、分娩後の退院診察、1カ月健診の計4回行っていた。母体搬送されてきた妊婦に対しては、2回目以降の3回、新生児搬送されてきた児の母に対しては、3回目以降の2回スクリーニングを行っていた。

（3）スクリーニングの場所

スクリーニングの場所について、各病院は女性の安全とプライバシーを守るため、各病院の物理的状況にあわせて十分配慮するよう努めていた。A・B・C病院では、産婦人科外来受付にてDVに関する質問を含めた問診票が配られ、待合室または個室で記入できるようにしていた。問診票への記入後、助産師または看護師と面接を行うという体制を整えていた。D病院は、助産師との面接にてスクリーニングを行っていたため、問診室にて行われていた。カーテンで仕切られた問診スペース内でベッドに向かい合わせに妊婦と助産師が座り、ラミネート加工したスクリーニング用紙を助産師が提示し、その回答を利用者に指でさしてもらう形式（声を出さない）で実施していた。

（4）DVスクリーニングに関する工夫

A病院では、自記式のスクリーニングとは別にDVを疑うサインをチェックする用紙を準備しておりスタッフがいつでも記入できるようにしていた。A・B・C病院にて、自記式スクリーニング用紙に何も記載がない場合は、それ自体一つのサインとして注意深く関わるようにしていた。

4) 記録と保管方法

4病院では、DVスクリーニングの結果およびフォローアップの内容を医療記録に残していた。A病院は、DVを疑うサインや社会的リスクを査定するチェックリストおよび継続シート（DV陽性者のフォローアップ記録）を医療記録に綴じて保管していた。本人にのみ医療記録を開示している。

表2 DVスクリーニングの方法

	スクリーニングツール	方法	対 象	回 数	場 所
A病院	<p>◎DVに関するスクリーニング用紙</p> <p>前文:こんなことはありませんか?親しい人(たとえば、夫、恋人)との間に、次のようなことがありますか?</p> <p>項目:22項目の暴力行為について、有無と頻度(ほとんど毎日、ときどき、たまに、過去にあったが今はない)を回答する。</p> <p>後文:このような行為は全て暴力で、ドメスティック・バイオレンスといいます。</p> <p>相談の紹介・方法、プライバシーの保持について追記あり。</p>	自記式	<ul style="list-style-type: none"> 産婦人科初診の女性 6ヵ月以上経過した再診の女性 	基本的には1回。病院の各トイレには、スクリーニング用紙が設置してあり、いつでも記入できるように準備している	産婦人科外来待合室または問診室(女性が選ぶ)
B病院	<p>◎問診票の一部</p> <p>問診票のはじめの部分</p> <p>「今日はどのような事で来られましたか(いくつでもよい)」の選択肢に「暴力や性的暴力についての相談」の項目がある。</p> <p>項目:1項目</p> <p>「あなたはパートナー(夫や恋人)との関係で悩んでいることはありませんか。例:きつい言葉や暴力など」という質問について有無を回答する。</p>	自記式	<ul style="list-style-type: none"> 産婦人科初診の女性 	1回	産婦人科外来受付にて問診票を配布し、待合室または助産師室(個室)で記入する
C病院	<p>◎問診票の一部</p> <p>前文:答えたくない質問には未記入で構いませんので、書ける範囲でのご記入をお願いします。</p> <p>項目:1項目</p> <p>「これまでに、ご主人様、又はパートナーから暴力を受けた経験はありますか?」という質問について有無を回答する。自由記述のスペースが設けられている。</p>	自記式	<ul style="list-style-type: none"> C病院で出産予定の妊娠28週の女性 母体搬送されてきた女性 	基本的には1回	産科外来受付にて問診票を配布し、外来の個室にて記入する。記入後、その個室で助産師と面接する
D病院	<p>◎DVに関するスクリーニング用紙</p> <p>前文:「ドメスティック・バイオレンス」という言葉をご存じでしょうか?日本女性の7人に1人、アメリカでは妊娠している女性の6人に1人が配偶者間暴力(ドメスティック・バイオレンス)の被害を受けていると言われていいます。継続的に暴力を受けることは、母体の健康を損ねるだけでなく、赤ちゃんの成長にも悪影響を及ぼすことがあるという報告があります。あなたとあなたの赤ちゃんの状態をより理解するため、下記の質問にお答え下さい。</p> <p>項目:3項目</p> <ol style="list-style-type: none"> あなたは夫または親しい関係にある人(赤ちゃんの父親)に対して恐怖心を感じますか? 最近1年間または妊娠してから、夫または親しい関係にある人から、殴られたりけられたりして、身体に傷を受けたことがありますか? 最近1年間で、性行為を強要されたことがありますか? <p>「はい・いいえ」で回答し、「はい」と答えた場合は、「相手はだれですか?」という質問に答える(夫、元夫、交際相手、その他の選択肢あり)。</p> <p>相談の紹介、プライバシーの保持について追記あり。</p>	面接	<ul style="list-style-type: none"> 産科妊婦健診受診者 母体搬送されてきた女性 新生児搬送されてきた児の母親 	4回:妊娠10～15週、妊娠30～35週、分娩後の退院診察、1ヵ月健診	カーテンで仕切られた問診のスペースで助産師と利用者が向かい合せて座り、ラミネート加工したスクリーニング用紙を助産師が提示し、利用者に指で示してもらった方法で回答する。スクリーニング陽性の場合、暴力の種類と程度を知るための質問紙に回答してもらう

B病院は、DVスクリーニングの結果に加え、DVに関する記録は情報用紙にSOAP形式で記録していた。より具体的に、本人の言ったことをそのまま書くよう努めていた。この情報用紙は、医療記録にはさんで保管しているが、基本的に開示はしていない。

C病院は、電子カルテを使用しているが、同時に紙の記録も使用している。DVスクリーニングが含まれた問診票は、紙の医療記録にはさんで保管されており、電子カルテには残されていない。D病院は、紙のスクリーニング用紙が両面への記入となっており、医療記録に綴じて保管していた。

5) DVに関する情報提供

(1) 病院での取り組みの広報

A・B病院のホームページには病院のDVへの取り組みについて説明されていた。A病院では、「DV被害者や性暴力の被害者への対応・暴力被害にあわれた方への医療対応をしています。DVや子どもの虐待の相談に応じています。わたしたちは本人の安全を第一に考えています」と示し、B病院ではDVの情報およびB病院のDV対策チームを紹介している。

B・D病院では、産婦人科外来に、パートナーとの関係についても相談ができることがポスター等で示していた。特にD病院のポスターには、日本語に加えて、英語、中国語が併記されており、外国人への対応も視野に入っていた。

(2) DVに関する情報の提供

4病院にて、DVに関する情報やホットラインカードを準備していた。A・B・C病院では、ホットラインカード(名刺大のカード)を女性用トイレに設置し、女性が安心していつでも取れるようにしていた。D病院では、支援機関の連絡先をメモに示し、靴底に入れるなど安全な方法で提供するように注意を払っていた。

6) 安全を守る体制

DV被害女性の安全を守るため、すべての施設で安全体制を整えていた。第一に、プライバシー保護の徹底である。4病院すべて電話や来院時の問い合わせにも一切応じないことを決めていた。これは、個人情報保護法に基づいている。A・B・C病院は、外来での呼び出しは診察券番号など番号で行っている。

C病院は女性と一対一で話を聴くこと、D病院ではDV被害があるときには、加害者の面会の制限や、ベッドサイド等の名前に仮名を用いていた。女性の緊急保護のため、入院することも可能としていた。

7) 地域との連携

4病院において地域との連携は、DV防止法第6条に基づいて、配偶者暴力相談支援センターまたは警察に通報するという対応をとっていた。B・C・D病院では、配偶者暴力相談支援センターや児童相談所に、原則的にMSWを通して連携をとっていた。これに加えて、地域の保健師との連携を重視しており、家庭訪問等の依頼を

行ったりしていた。A・C病院では、地域連絡協議会といった地域での会議に参加し、地域の支援機関と顔が見える関係作りに努めていた。

IV. 考 察

1. 支援の実際

1) DV対策チームを中心とした取り組み

4病院では、DV対策の中心的な役割を担うDV対策チームが組織化され、機能していた。米国における救急外来でのDVの取り組みでは、チームの結成を第一段階に位置づけていたことから(Campbell, 2001)、個人ではなくチームでの対応ができる体制を整える必要性があることが確認された。また、DV対策チームは、多職種協働型と看護職中心型に分けられた。多職種協働型のチームは、中規模の医療施設において、他職種間での連携が取りやすいという施設の特徴がある。一方、看護職中心型チームは、総合周産期センターを有する大規模な施設であった。

DV対策チームの主な活動として定例会議の開催、事例検討があげられていた。このような実質的な活動を継続していくためには、物理的な距離、組織上での近さ等連携の取りやすさが影響していると考えられる。

本研究の結果を基盤に、施設の特性に則した対策チームの在り方が提示できると考える。また、4病院の共通点として、DV対策に関わる職種として、看護職者、医師、MSW、カウンセラーとの連携があり、これらの職種がDV対策には必須であると考えられる。なかでも、看護職者は、DVの取り組みではリーダーとして活動の推進に貢献していた。女性の人権や健康を守る擁護者としての看護の機能、協働体制においてコーディネーターの機能もあわせて、適任者といえるだろう。

2) 有効なDVスクリーニングとその工夫

スクリーニング方法として、DVガイドラインでは、「女性の虐待アセスメント尺度」「パートナーの暴力判定尺度」「女性に対する暴力スクリーニング尺度」のいずれかのスクリーニング用具を用いて、自記式で行うことが望ましいとされている。4病院の中では、D病院が「パートナーの暴力判定尺度」を用いていた。他の病院では、独自のスクリーニング用具を用いていた。今回の調査では、それぞれの病院でのDV発見率を比べていないが、より正確度の高い用具を用いることが推奨される。スクリーニングの方法としては、3病院で自記式を採用しており、発見率を高めるためには有効であると考えられる。

スクリーニング対象と回数に関しては、DVガイドラインでは、全妊産婦に対し、原則的には妊娠期から複数回の実施が勧められている。D病院では、ガイドラインの推奨されている回数で実施されていた。さらにDV

は、流産や低出生体重児の要因でもあるため、C病院のように、母体搬送されてきた女性および新生児搬送されてきた児の母に対して行うことは重要であると考えられる。しかし、スタッフの確保や個室の用意等、病院の特性も異なるため、各病院の特徴に合わせた設定も可能であろう。

3) 望ましい記録方法

DVに関する記録は施設によって異なっていたが、DVガイドラインに示されているように、女性の言葉をそのまま記載する努力がされていた。診療録開示に関しては、4病院とも本人に対してのみ開示を行い、A・B病院では開示内容を限定していた。DVガイドラインでは、記録は本人以外には開示しないことが推奨されており、望ましい開示方法であるといえる。

また、開示内容に関しては、2006年4月に改正された医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（厚生労働省、2006）において、本人からの開示の要求があった場合には、開示しなくてはならないと定められている。しかし、例外として、開示により、利用者の家族や利用者の関係者との人間関係が悪化する場合や、利用者本人に心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす場合は、全部または一部を開示しないことができると定められている。よって、この例外に該当するとしてA・B病院では開示内容を限定していると推測されるが、これに関しては、今後議論のある部分であると考えられる。

4) DVに関する情報提供とその工夫

医療施設においても、妊婦が医療者にDVについて相談できるという一般認識は低いことが予測される。DVに関する相談をしやすくするために、様々な工夫が必要であると考えられている。A・B病院ではホームページを利用して、B・D病院では、外来にDVに関するポスターを貼ることで、女性に対し医療者への相談を促していた。C病院では、パートナーの入室が制限される産婦人科外来内に掲示をすることで、被害者が安心して相談できる環境が整えられていた。

DVに関する情報やホットラインカードの配置等情報提供は医療機関の重要な役割の一つである。3病院で行われていたことは、これらの情報やカードを女性トイレに設置することであった。トイレは、女性が一人になることができるため、安心して情報を手に入れることができるよい手段と考えられる。その他にも、女性の視点から、どのような情報提供方法が安全で効果的かを検討する必要があるだろう。

また、在日外国人にDVが多いことも指摘されており（李、2004）、DVガイドラインでも母国語のパンフレットの準備等が推奨されている。D病院では、英語や中国語等多言語でポスターを作成していた。ポスターや情報、ホットラインカードは多言語で準備し、外国人の被害者への支援を整えていくことも今後の課題であろう。

5) 女性の安全を守る体制の整備

各施設では、女性の安全を守る体制を整えていた。問い合わせには一切答えない等プライバシー保護の徹底、加害者の入室・面会の制限等女性の安全を守るための支援を行っていた。配偶者からの暴力の防止および被害者の保護のための施策に関する基本的な方針（内閣府他、2008）には情報管理の徹底が明記されており、また、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（厚生労働省、2006）においても個人情報の取り扱い方について定められている。各施設では、これらの原則に則ってDVへの取り組みが行われていると考えられる。

また、2007年4月に改正された医療法でも、無床診療所においても医療安全管理体制が義務化され、施設規模に応じた医療安全対策が求められるようになった。医療機関は患者の安全を守る必要性があり、医療機関自体が一時保護の役割を認識しているという報告もある（友田他、2002）。多くの病院が危険な状況にある女性に対し、緊急入院を可能とすることが望まれる。

6) 地域との連携を強化する必要性

基本的な方針では、関連機関との連絡調整および相互の連携体制について協議を行う必要性が明記されている。妊娠期から育児期まで地域全体でDV被害者への支援をしていく体制が重要である。

各施設では、DV防止法に基づいて、配偶者暴力相談支援センターや警察等の地域の支援機関と連携を図っていた。また、DVは子どもの虐待との強い関連性が報告されているため（Rumn, 2000）、虐待防止や子育て支援という視点から地域の保健師への家庭訪問等の依頼、児童相談所とも協働していた。しかし有効な地域連携体制は、容易に確立するものではない。A・C病院のように、積極的に地域の会議等に参加し、信頼関係を築いていくための努力が必要であることもわかった。

V. 結 論

本研究は、周産期におけるDVへの組織的な取り組みを実施している4施設の支援の実際を示した。今後DV対策の導入を予定している施設の参考資料として、推進に寄与することが期待される。

本研究は、2008年度聖路加看護大学大学院課題研究を加筆修正したものであり、文部科学研究費補助金（基盤研究B、No.17390595）の一部助成を受けた。

引用文献

Campbell, C., McLoughlin, E., Dearwater, S. et al. (2001). An evaluation of a system-change

- training model to improve emergency department response to battered women. *Acad Emerg Med*. 8 (2). 131-138.
- Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L. et al., WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence; an observational study. *The Lancet*. 1165-1172.
- Horiuchi, S., Eto, H., Oguro, M et al. (2006). The applicability of women-centered care : Two case studies of capacity-building for maternal health through international collaboration. *Japan Journal of Nursing Science*. 3. 143-150.
- 今村利香 (2005). 医療関係者が求める DV (Domestic Violence) 被害者支援について. *日本看護学会論文集 (地域看護)*. 35. 178-180.
- 厚生労働省 (2006). 医療・介護関係事業者における個人情報 の適切な取扱いのためのガイドライン. 2009-1-1. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/170805-11a.pdf>.
- 内閣府 (2009). 男女間における暴力に関する調査報告書. 2010-1-31, <http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/h2103top.html>.
- 内閣府, 国家公安委員会, 法務省, 厚生労働省 (2008). 告示第 1 号配偶者からの暴力の防止および被害者の保護のための施策に関する基本的な方針. 2008-4-12, http://www.gender.go.jp/main_contents/category/houshin.pdf.
- 李節子 (2004). 在日外国人女性のドメスティック・バイオレンス被害に対する社会的資源—その現状と課題. 委託調査報告書, 財団法人女性のためのアジア平和国民基金. 2008-4-12, <http://www.awf.or.jp/pdf/0160.pdf>.
- Rumn, P.D., Cummings, P., Krauss, M.R., et al. (2000). Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse Negl*. 24(11). 1375-1381
- 聖路加看護大学女性を中心にしたケア研究班 (2004). *EBM の手法による周産期のドメスティック・バイオレンス支援ガイドライン*. 東京: 金原出版
- 友田尋子, 菅田貴子, 川上慶子, 他 (2002). DV のネットワークに関する調査その 1. 病院での取り組みについて. *母性衛生*. 43(1). 117-125.

A Systematic and Multi-Disciplinary Approach to Domestic Violence Screening and Early Intervention at Perinatal Hospitals in Japan

Chika Miyazaki ¹⁾, Yaeko Kataoka ²⁾

1) Kozushima Public Health Center 2) St.Lukes College of Nursing

【Objective】 To describe the systematic approach for domestic violence (DV) screening and early intervention in four hospitals in Japan.

【Methods】 Participants were leaders of DV teams and corroborators within the hospital. A structured interview guide about DV screening and interventions conducted, in the hospital, were used to collect narrative information from participants. Data from each hospital were analyzed line-by-line with information from the DV team, DV screening, medical records, information for women and cooperation with community resources. Themes were integrated. The Ethics Committee of St. Luke's College of Nursing approved the protocol.

【Results】 Four hospitals provided a total of 15 consent-informed participants. Two hospitals (C and D) were university affiliated.

Hospitals' DV teams developed their own DV protocols, which they used to support the women. The DV teams consisted of either multi-professionals or nursing staff only; the leader of the DV team was a nurse. Nurses implemented DV screening, early intervention and referrals to community resources; OBGYN physicians, medical social workers and counselors cooperated with the DV team.

Hospitals A, B, C used the self-administered screening tool that they developed to identify victims. Hospital D used a partner violence screen with one to one interviews. The results of screening and follow up were recorded in the medical record. All hospitals prepared and used information on DV such as placing hotline cards in women's bathroom. In addition, security systems were established to keep women's privacy and safety. Nurses contacted police or the spousal violence counseling and support centers, which was required by the 'Act on Prevention of Spousal Abuse and the Protection of Victims'.

【Conclusion】 Information about systematic DV screening and intervention approaches that support victims in pioneering hospitals would propel us to start and continue the support for women subjected to domestic violence.

Keywords : domestic violence, hospital, systematic approach, nursing