

— 報 告 —

周産期医療における DV 被害者支援の継続への 促進・阻害因子の明確化

宮崎 千香¹⁾, 片岡 弥恵子²⁾, 篠原 枝里子³⁾

抄 録

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医療機関において、その取組み導入時の問題と解決策、及び支援継続の促進因子・阻害因子について記述することを目的とした。

方法：研究協力者は、医療施設の DV 対策リーダーおよび協働者であり、DV 対策導入までの経緯、問題とその解決策、支援の実際、今後の課題等について構成的面接を行った。

結果：研究協力の同意が得られた4病院の合計15名にインタビューを行った。導入時の問題として【スタッフの認識不足】【業務負担】【協働者の不足】【妊婦の不快感への危惧】の4点があげられた。DV 対策継続の促進因子として、【人権尊重の病院理念】【意識の高い看護職の存在】【妊婦と助産師の信頼関係】【協同体制の強化】【DV対策における手法の統一】の5点が抽出された。さらに、DV 対策継続の阻害因子として、【管理者やスタッフの意識の低さ】【増大する業務負担】【スタッフの引継ぎの難しさ】【診療報酬上のメリットのなさ】【連携体制の不備】【病院のハード面での問題】の6点があげられた。

結論：本研究は、先駆的に組織的な DV 対策に取り組んでいる4施設の導入時の問題と解決策、及び支援継続の促進因子・阻害因子を明らかにし、今後の課題について検討した。この結果によって、医療施設での DV 対策の導入および継続の促進が期待できる。

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 とする）は、夫や恋人といった親密な関係におけるパートナーからの暴力であり、女性の人権や健康を脅かす全世界的な問題である。日本では、内閣府の男女間における暴力に関する調査（2012）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、約1割の女性は暴力を繰り返し受けているという結果が報告されている。DV は、日本社会においても深刻な問題として認識されるようになっている。

医療は、DV 被害の早期発見と支援に関して重要な役割を担っている。配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（2001、2007改正）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。2007年の内閣府調査にて、約7割の被害者が暴力を受けた後医療機関に受診したことがあると回答していることより、医療者は被害者と関わる可能性が少なくないと考えられる。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、信頼関係の基盤に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）。

妊娠は、DV が始まるまたは悪化するきっかけとなることが危惧されている。日本の妊娠中の DV 被害調査では DV は少なくとも妊婦の5%にあり、DV リスクがある妊婦を含めると24%にも及ぶ事が報告されている（片岡、2005）。孤立状態にある被害者にとって、妊娠は専門家と出会い継続的な支援が得られる貴重な機会

受付日：2012年10月22日 受理日：2013年5月8日

1) 神津島村保健センター、2) 聖路加看護大学、3) 山本助産院

であると考えられる (Jakinski, 2004)。

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 (以下、DV ガイドラインとする) (聖路加看護大学女性を中心にしたケア研究班, 2004) では、DV に対応するための環境を整え、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。日本の医療施設における DV への取組みは、DV 防止法 (配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律) に医療の役割が規定されているにも関わらず、進んでいない現状があり (片岡他, 2010)、DV 支援体制や制度の充実が求められている (菅原, 2011)。DV 支援について日本の周産期領域における実践報告はあるが (長坂他, 2012; 佐々木, 2008)、未だ少ない。

我々は、医療における DV 対策を推進するために、DV に対する組織的な取組みを行っている病院の支援の実際を明らかにすることを目的にインタビュー調査を行った。これまでに DV 対策チームの組織化、DV スクリーニングの方法、記録と保管方法、DV に関する情報提供、地域連携の実際について報告した (宮崎・片岡, 2010)。本研究は、組織的な DV への取組みを行っている病院にて、DV 対策導入の経緯および導入期の問題と解決に加え、DV 対策継続の促進因子および阻害因子について記述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的研究である。

2. 研究協力者

過去の文献より、組織的に DV 対策チームを運営し、全妊婦に対し DV スクリーニングおよびスクリーニング陽性者への支援を実施している医療施設を抽出した。研究協力施設において、① 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、リーダーと示す)、② DV 対策チームのメンバー、医師、カウンセラー、ソーシャルワーカー (MSW) といった DV 対策の協働者 (以下、協働者と示す) を研究協力者とした。なお、医療施設によって組織や体制が異なるため、協働者はそれに合わせて研究協力を依頼した。

3. データ収集方法

研究協力者へのインタビューの前に、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を入手し、施設の特性や DV への取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 対策導入に至る経緯、支援の実際、これまで起こっ

た問題および困難点とその解決策、今後の課題についてインタビューを行った。次に、DV 対策の協働者に対して、特に他職種との連携や役割、困難や課題についてインタビューを行った。インタビューの内容は、研究協力者の了解を得て録音を行った。

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。病院医療施設ごとに、DV 対策導入期と DV 対策継続期に分け、まず DV 対策の導入のきっかけに関する記述を抽出した。さらに導入期に起こった問題および解決、継続期における活動の促進因子および阻害因子についての記述を抽出し、コーティングした。これらを同じ意味内容のもの同士にまとめカテゴリ化していった。信頼性の確保として、専門領域の研究者にスーパーバイズを受け、分析内容の妥当性と信頼性を確保するよう努めた。

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ヶ所の医療施設に研究協力を依頼し、4施設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 は大学病院で、総合周産期母子医療センターであった。

4か所の病院、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)、協働者として病院長、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)、協働者は産婦人科医、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、リーダーの周産期センター助産師および看護師、協働者は産婦人科医、周産期センター専属のカウンセラーおよび 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、リーダーへのインタビューは平均97分、協働者は平均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. DV 対策導入期

本文中では、カテゴリ名は【】、語りを「」で示した。

1) DV 対策導入の経緯

DV 対策の導入の経緯は、病院によって様々であった。A 病院では外部の女性運動に関わっていた活動家から話を聞く機会により女性の暴力被害に対する医療者の関心が高まり、DV 対策が始められることになった。B 病院では、DV のみならず周産期における社会的ハイリスク妊産婦を支援するために DV チームが発足された。C 病院と D 病院では実際に起こった DV 症例がきっかけとなり、支援の必要性が認識され対策チームが発足した。

3つの病院 (A, B, D 病院) では、複数のスタッフで DV 対策チームを発足した。A 病院では院長 (医師) を含めた管理職や医療専門職を中心に、B 病院では産婦人科および小児科の有志が中心となり、D 病院では産婦人科医師と助産師が中心となっていた。C 病院では当初 1 名の産科看護師によって DV 対策が始められ、その後対策チームが結成された。

2) DV 対策導入期の問題および解決

DV 対策を導入した時に発生した問題として、【スタッフの認識不足】【業務負担】【協働者の不足】【妊婦の不快感への危惧】が抽出された (表 1)。「スタッフの認識不足」について「スタッフの中にも、なんで病院で、なんで産婦人科で暴力のことをやらなければならないのかわかって思いもあった」(A 病院リーダー) というように、スタッフ全体の研修会を行ったものの、DV への取り組みの必要性が認識できないスタッフがいたことが示された。それに対し、院長が医療機関としての役割を繰り返し説明し、また全スタッフへの研修を計画的に実施していくことで、その必要性を周知していった。導入当初 DV の症例を認識できずにいた B 病院でも、勉強会を重ね、DV 防止法が制定される中、DV 症例が認識できるようになったと語られた。

DV 対策導入時には、DV に関する活動は【業務負担】であったことが一つの問題としてあげられた。例えば B 病院では、院内の保健師によるハイリスク症例の家庭訪問として DV 対応を勤務時間外で行っていたため、保健師の業務負担が大きくなっていった。その解決策として、業務調整によって DV 被害者への支援を勤務時間内で行い、生後 1 ヶ月以上にわたってフォローできるようになっていった。また、当初外来の助産師が DV 対策への負担を感じていたが、実施していく中で外来でのスクリーニングの大切さを実感し、気持ちが前向きに変化したと語られた。また【協働者の不足】も問題となっていた。特に、DV 対策チームの体制が整うまでの間、看護師 1 人で対応していた施設もあり、これが【業務負担】の原因になっていた。ここでは看護管理者からの提案もあり、複数の助産師や看護師、保健師を協働者として体制を整えていくことで解決していった。

表 1 DV 対策導入期の問題

【スタッフの認識不足】
【業務負担】
【協働者の不足】
【妊婦の不快感への危惧】

また、DV スクリーニングの際、妊婦に DV について質問することで【妊婦の不快感への危惧】を持っていた。「言葉によって傷つけてはあかんし、まして初めての人に突然聞いて不愉快にははいけない」(D 病院協働者) と語られた。しかし、妊娠初期の分娩予約の際、全妊婦に対し院内の取り組みとして DV スクリーニング実施を伝えることで解決することができた。

3. DV 対策継続の促進因子

すべての病院で、DV 対策を導入し中断なくその活動を継続していた。DV 対策の継続を促進因子として、【人権尊重の病院理念】【意識の高い看護職の存在】【妊婦と助産師の信頼関係】【協働体制の強化 DV 対策における手法の統一】の 5 点が抽出された (表 2)。

まず【人権尊重の病院理念】に関して、女性の人権やジェンダーを重視する病院理念や診療方針、院長の DV 被害者支援に対する熱意が存在していた。「理念が大切、そこが基盤だから。その理念を展開していくと (被害者の) サポートにつながる」(A 病院協働者) と語られた。さらに、病院組織の方針として職種を超えて管理者とスタッフ、そして利用者である女性との間の対等な関係、お互いの尊重が重視されていることが示された。

次に【意識の高い看護職の存在】については、すべての病院にて継続するために重要と考えられていた。「どんな人も許容するベテラン看護師の存在」、「DV に対する意識が高く意欲的なスタッフがいることが継続の鍵である」と語られていた。被害者支援の基盤として、元々病院では助産師外来があり【妊婦と助産師の信頼関係】が存在していたことが強みであることも語られた。【協働体制の強化】として、まず強固な DV 対策チーム中心とした協働体制について語られた。A 病院では院内全体の取り組みとして組織として DV 対策チームをバックアップするシステムがあること、B 病院では DV 対策チーム会の継続的な実施、対策チームへの強力なサポートがあることが、対策チームの活動の継続につながっていた。また、カウンセリングの無料化等被害者が支援を受けやすい体制を構築することが、院内の協働体制の強化につながっていた。さらに病院を超えた協働体制の強化について、助産師による被害者サポート外来、フォローが必要な症例を確実に地域につなぐことが活動継続には欠かせないことが示された。【DV 対策における手法の統一】として、すべての病院で病院独自のマニュアルの作成が重要視されていた。その他に、DV スクリーニングのルーチン化があげられ、業務の一環として実施

されるため漏れがほとんどないと語られた。

4. DV 対策継続の阻害因子

DV 対策継続の阻害因子としては、【管理者やスタッフの意識の低さ】【増大する業務負担】【スタッフの引継ぎの難しさ】【診療報酬上のメリットのなさ】【連携体制の不備】【病院のハード面での問題】の6点が抽出された(表2)。

すべての病院において、【管理者やスタッフの意識の低さ】が阻害因子であった。「今、関わっているのは正直一部なんですよ」(A 病院協働者)と語り、継続的な研修を行っても DV に対し全職員(非常勤も含む)が意識を高く持ち取り組むことができていないことを問題視していた。これまでも被害者を攻撃するまたは批判的なスタッフがおり、女性の立場にたった支援の土壌がなくなっていく状況にあると語られた。また、救急外来に来る当直医の DV の認識の低さ及びスタッフの関わりにレベルの差があること、医師と看護管理者の DV に対する認識の低さ、スタッフが DV 症例をすべてチームリーダーに任す傾向にあることが具体的な阻害因子としてあげられ、DV 対策を継続していく妨げとなると語られた。

【増大する業務負担】として、スタッフ不足による業務量の増加と被害者と十分に関われないもどかしさ、医療者の膨大な業務量及びシステム構築のための人件費や業務量の問題から院内で組織的に取組んでいないことがあげられていた。「周産期センターは本当に疲弊していて、産婦人科医がぼろぼろになっていて」(C 病院協働者)とその理由が語られた。また「一人ですべてというのは本当に限界があったので(中略)燃え尽きているかもしれません」(D 病院リーダー)と語り、継続が危ぶまれる状況が示された。

DV 対策に関わるスタッフの異動による欠員、交代による【スタッフの引継ぎの難しさ】があった。「スタッフは(DV に)関心が高まったところで他科に異動になり、遠ざかってストップしてしまう」(B 病院リーダー)と DV の取組みが途切れず引継がれていくことの難しさが語られた。「DV 対策の中心的スタッフが非常勤になってしまったため対策チームのメンバーが欠員になった」、「DV 対策に熱心であった医師が退職したが、新しく来た医師にその方針が引き継がれておらず、DV への

取組みが消極的になっている」といった現状も語られた。さらに、スタッフの入れ替わりが激しい D 病院では、新しいスタッフへの引き継ぎや教育が追い付かず継続の障壁となることが指摘された。

DV 対策継続の阻害因子として【診療報酬上のメリットのなさ】があげられた。「コスト的な裏付けが何もないんです。DV 被害という病名は使えない」(B 病院協働者)、「DV を予防したって病院にメリットがないですよね(中略)ボランティアになっちゃうと病院としては取り組みたくないって思うんだらうな」(C 病院リーダー)と語られた。また【連携体制の不備】も指摘され、退院後に地域で DV 症例をフォローできないことへのジレンマについて語られた。さらに、公的支援機関がなかなか動かないことが問題視されていた。逆に病院の問題として「私たちも結構地域に丸なげということがあって」(D 病院リーダー)と語り、退院後に地域の支援機関との情報共有ができていないことが示された。

その他に、【病院のハード面での問題】として、「外来は狭くて個人的に話を聞くことが出来ないんですよ。大抵横に相手がいるしほとんど聞けずに過ごすというのが今の課題です」(B 病院協働者)と語られた。

IV. 考察

1. DV 対策導入の推進

DV 対策導入期に起こりうる問題として【スタッフの認識不足】【業務負担】【協働者の不足】【妊婦の不快感への危惧】が明らかになった。2001年 DV 防止法にて医療者の役割が規定され、さらに2004年に DV ガイドラインが発行されたにも関わらず、医療において DV 対策の普及には未だ進まない現状がある。片岡ら(2010)の調査では、DV スクリーニングを実施している医療施設は5%のみであったことが報告されている。菅原(2011)の調査では医療者が DV に関わることに否定的であるという結果があげられている。欧米においても、知識不足、時間的制約、被害者のステレオタイプ、患者を怒らせることへの不安等医療者は DV に対して障壁が高く、被害者対応の妨げとなっていたことが報告されており(Rönnberg, et al., 2000), DV 対策導入期の問題の多くの内容が類似していた。【スタッフの認識不足】

表2 DV 対策継続の促進因子と阻害因子

促進因子	阻害因子
【人権尊重の病院理念】	【管理者やスタッフの意識の低さ】
【意識の高い看護職の存在】	【増大する業務負担】
【妊婦と助産師の信頼関係】	【スタッフの引継ぎの難しさ】
【協働体制の強化】	【診療報酬上のメリットのなさ】
【DV 対策における手法の統一】	【連携体制の不備】
	【病院のハード面での問題】

については、看護教育においてDVへの対応に関する内容が不十分であることが多いことに起因していると考えられる。医療の中でのDVに対する認識不足について医療者へのトレーニングの機会を増やし、適切な教育を普及する必要がある。教育の方法は、システムの変革(Campbelle, et al., 2001)、管理的介入(Larkin, et al., 2000)が有効であることが報告されており、知識提供だけでなく、医療機関においてDV対応継続を視野に入れた内容が重要となる。

また【妊婦の不快感への危惧】もRönnbergら(2000)が報告している患者を怒らせることへの不安と同質である。医療者は、DVスクリーニングにて、DVについての質問が被害者を不快にさせるのではないかと危惧を持っていた。しかし、片岡(2005)の報告では女性の約7割はまったく不快でないと回答しており、今関(2012)はDVスクリーニング陽性者の中でも不快に感じた女性はいなかったことを報告している。医療者の「不快にさせるのではないか」という思い込みがDVへの対応の障壁になっていると考えられる。

2. DV対策継続に関わる要因

DV対策継続の促進因子として、主に人的な要因、物理的な環境要因、そして組織的な要因に分けられた。

1) 人的な要因

DV対策の継続にかかわる人的な要因では、促進要因としてDV対策リーダーの【意識の高い看護職の存在】があり、そのリーダーシップが発揮されることで、活動を継続化させる原動力になっていたことがわかった。一方、【管理者やスタッフの意識の低さ】が継続の阻害因子であったように、意識の高いリーダーが積極的に活動したとしても、その管理者や周囲のスタッフの協働なくては継続が危ぶまれることが示された。看護管理者さらに病院管理者の意識変革が必要である。長坂らの報告(2012)でも、管理者を巻き込んだ活動は重要な成功要因とされている。

どの施設においても、DV対策に関わるリーダーやスタッフの熱意によって活動は支えられていたが、業務外での活動などによる【増大する業務負担】が与える影響は大きかった。スタッフのバーンアウトにより、継続が困難になる可能性も示唆された。DV被害者へのケアは、2次被害(Stamm, 1999)を含め、精神的な負担感やストレスが強くなることがある。業務負担は、業務量と時間、そしてDVケアの質によるものと考えられ、今後スタッフが精神的なケアやスーパーバイズを受けられる体制を整備する必要があるといえる。

また、中心となっていた人物の異動によって、活動が低迷する可能性も示された。それは【スタッフの引き継ぎの難しさ】とも表現され、どの医療施設にも当てはまる問題といえる。新しいスタッフへの継続的なトレーニングが欠かせないことは明らかであり、さらにDV対

策チームの組織化を強化することも重要である。長坂ら(2012)は、病棟のDV対応の実際に対する評価を定期的に行い、病棟のみならず病院にて発表する機会を持っていた。このように管理者や施設に積極的に働きかけ、組織を動かす行動力や交渉力をつけることも必要と言えるだろう。

人的な要因の最後に、【妊婦と助産師の信頼関係】があった。DVスクリーニングが普及しない理由の一つに、医療者にDVの状況を打ち明け難いことが指摘されている(山田他, 2006)。内閣府の調査(2012)において、被害者の約4割はだれにも相談していないと回答していることから、未だ他の人に話づらい現状がある。被害者が医療者に対して、DVについて話しても安全であると思える信頼関係は、支援を開始する上での基盤である。今後医療の中で女性との信頼関係の構築に向けてさらなる努力が必要であろう。医療者が信頼される存在であれば、DV被害者を含めすべての妊産婦のエンパワーメントに貢献することが期待できる。

2) 物理的な環境要因

医療施設におけるDVへの取組みについては、DV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, 2004)にて方法が示されているが、実際にはガイドラインを基盤に各病院にて対応マニュアルを作成することが勧められている。本研究における【DV対策における手法の統一】は、スタッフがマニュアルに則って統一した方法でDV対策を実施することが継続には欠かせないことがわかった。オーストラリアでも業務の一環としてルチーンでスクリーニングを行う必要性が報告されている(Women's health Policy and Projects Unit, 2007)。今後、DVの取組みを始める時点で、DVガイドラインを基盤とした病院の状況に合わせた独自のマニュアルの作成が勧められる。また【病院のハード面での問題】は、病院の管理者を巻き込んだ対策を行っていく必要がある。DV被害者支援にて最も重視しなくてはいけないのが、Women-centered careの一つでもある「安全」である(Horiuchi, et al., 2006)。被害女性の安全および暴力の悪化を防止するために、プライバシーが守られる場所の確保は必須であろう。さらに近年、利用者またはその家族からの暴力が問題視されるようになったが(天野他, 2011)、加害者から医療者への暴力という観点でも病院での安全体制の整備が求められる。【診療報酬上のメリットのなさ】については、現行のハイリスク分娩管理加算のように、DV対策を後押しするような診療報酬上のメリットを打ち出す施策を検討すべきであると考えられる。今後DV対策も病院評価の重要な項目として位置づけられることで医療機関でのDV対策が推進すると考えられる。

3) 組織的な要因

DV対策継続の促進因子として第1に【人権尊重の病院理念】があげられた。AおよびB病院においては、

女性の人権を尊重することを病院の理念に掲げており、理念が病院のケアに具現化されていたと言えるだろう。【連携体制の不備】について具体的には、連携機関との情報共有および地域でのフォローの難しさが示された。これらの困難性に対しては、地域養育連絡票のように、医療機関が地域につないだ症例は地域で確実にフォローアップされるだけでなく、つないだ医療機関に情報をフィードバックするシステム作りが必要であると考えられる。また、地域における要保護児童対策会議のように連携を促進する体制作りを、子ども虐待のみならず、DVについても構築していくことが効果的ではないかと考えられる。

3. 今後の課題

本研究は、組織的なDVへの取り組みをしている4病院の実際と課題を明らかにした。今後、本研究の結果を基に、周産期DVガイドラインと共にDVへの取り組みをさらに普及する必要がある。今後は、さらに対象施設を増やし、周産期以外の救急外来や外科、小児科等でDV対策を行っている施設も対象とした研究を行う必要があると考えられる。

V. 結論

本研究により、DV対策を組織的に実施している医療施設のDV対策導入期の問題と解決、DV対策継続に関する促進因子と阻害因子が明らかになった。本研究結果がDV対策の導入を予定している施設またはすでに導入している施設における取り組みの継続推進に寄与することが期待される。

なお本研究は、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

天野寛, 加藤憲, 宮治真他 (2011). 暴言・暴力およびセクシャルハラスメントに関する愛知県下病院アンケート調査の分析. *日本医療・病院管理学会誌*. 48(4). 221-233.

Campbelle, J. C., Coben, J. H., McLoughlin, E., et al. (2001) An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic emergency medicine*. 8(2). 131-138.

配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律(DV防止法)(2001年施行, 2007年改正, 2013.6.1update). <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H13/H13HO031.html> (2013.7.14検索)

Horiuchi, S., Kataoka, Y. Eto, H., 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(2). 143-150.

今関美喜子 (2012). 改訂版「女性に対する暴力スクリーニング尺度」の検討. 2011年度聖路加看護大学大学院課題研究論文.

Jakinski, J. L. (2004). Pregnancy and Domestic Violence A review of literature, *Trauma, Violence & Abuse*. 5(1). 47-66.

片岡弥恵子 (2005). 女性に対する暴力スクリーニング尺度の開発. *日本看護科学会誌*. 25(3). 51-60.

片岡弥恵子, 櫻井綾香, 江藤宏美他 (2010). 日本の医療施設におけるDV被害者支援の現状. *聖路加看護大学紀要*. 36. 59-63.

Larkin, G. L., Rolniak, S., Hyman, K. B., et al. (2000). Effect of an administrative intervention on rates of screening for domestic violence in an urban emergency department. *American Journal of Public Health*. 90(9). 1444-1448.

宮崎千香, 片岡弥恵子 (2010). 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. *聖路加看護学会誌*. 14(2). 37-45.

長坂桂子, 井上梢, 堀井泉他 (2012). 産褥期の女性に対するDVスクリーニングと支援の実際と評価. *母性衛生*. 2(4). 29-537.

内閣府 (2007). 配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査. Retrieved April 12, 2008, from <http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/ziritusien/1904kekka-toukei.html>.

内閣府 (2012). 男女間における暴力に関する調査. Retrieved May 7, 2012, from <http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/images/pdf/h23danjokan-gaiyo.pdf>.

Rönnberg, A. K., & Hammarström, A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*. 28(3). 222-9.

佐々木静子 (2008). 病院全体の取り組み. 宮地尚子編. 医療現場におけるDV被害者への対応ガイドブック. 東京: 明石書店.

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.

Stamm, B. H. (1999). 小西聖子, 金田ユリ子訳 (2003). 二次的外傷性ストレス-臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題. 東京: 誠信書房.

菅原真由美 (2011). ドメスティック・バイオレンス被害者支援に関する医療者の認識. *日本看護学会論文集*. 第41回地域看護. 60-63.

Women's health Policy and projects Unit (2007).
Guidelines for responding to family and domestic
violence. Retrieved April 24, 2013, from [http://
www.health.wa.gov.au/health_index/f/fdv.cfm](http://www.health.wa.gov.au/health_index/f/fdv.cfm).

山田典子, 宮本真巳, 山本春江他 (2006). DV 被害者
の回復過程における心象環境の変化と看護課題. *青森
保健大学雑誌*. 7(1). 53-66.

Barriers and Factors Promoting Continuation of Domestic Violence Screening and Support Systems at Perinatal Settings in Japan

Chika Miyazaki ¹⁾, Yaeko Kataoka ²⁾, Eriko Shinohara ³⁾

1) Kozushima Public Health Center, 2) St. Luke's College of Nursing, 3) Yamamoto Midwifery Home

Objectives : This study aimed to describe the efforts of hospitals working to support women who experienced domestic violence (DV). We describe barriers occurring at the introduction of a support and resolution process. Also, we describe the barriers and factors promoting continuation of support systems, and an agenda for the future.

Methods : Participants were leaders of hospital DV teams that support women who experienced DV. Four hospitals provided a total of 15 consent-informed participants.

Results : Medical staff faced four difficulties when starting to support the women: (1) Not all medical staff were aware or interested in DV, (2) Staff feel it is a 'burden' to support battered women, (3) Shortage of co-workers, (4) Staff were concerned about lacking sensitivity in talking about DV with patients. There were five factors associated with success for a continuous support system for women who experienced DV: (1) Hospital philosophy and medical treatment policy focused on human rights, (2) Some of the nurses or midwives were highly conscious about providing support for the women, (3) A relationship of trust between women and midwives, (4) Enhanced partnerships among the medical staff, (5) Standardization of the support protocols. Barriers of continuous support systems for women were: (1) Medical staff and chief nurse's lack of interest, (2) Increase of work volume, (3) Staff changes, (4) No financial benefits for DV as a medical treatment, (5) Intervention could be difficult after discharge from hospital, (6) Facility problems.

Conclusions : Our research findings could inform and support hospitals that are initiating support for women who experienced DV.

Keywords : domestic violence, hospital, systematic approach, nursing