

Evidence Based Guideline for

Support of Domestic Violence Victims in Perinatal Setting

Women-centered Care Working Group, St. Luke's College of Nursing

2004. 11

周産期におけるドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン（案）

（draft ver. 1）



CONTENTS

ガイドラインにおける構造化抄録.....	2
Chapter 1 Introduction.....	5
I. Background	5
II. Objective	5
III. Fundamental Concept	6
IV. Target of this guideline.....	6
V. Users of this guideline	6
VI. Notes for the use of this guideline	7
VII. Method of the guideline development	7
1. Members of the working committee	7
2. Method of literature survey	8
3. Critical appraisal of the literature	11
4. Construction of an evidence table	12
5. Recommendations grades	12
6 Development of this guideline	13
7 Third-party evaluation of the guideline.....	13
8 Completion of the first version of the guideline	14
VIII Revision.....	14
IX Funding	15
Chapter 2 Definition.....	16
I Domestic Violence (DV)	16
1. Physical Abuse.....	16
2. Psychological Abuse	16
3. Sexual Abuse	16
II DV Victims.....	16
Chapter 3 Data collection of the literature	17
I Result of existing guideline search	17
II Results of secondary literature search	19
1. Clinical Evidence	19
2. UpToDate.....	19
3. Cochrane Library.....	19
III Results of primary literature search	20
Chapter 4 Current status of domestic violence.....	22
I Prevalence of abuse during perinatal period	22
II. Prevalence of abuse in general	27

III. Support environment	35
Chapter 5 Flowchart of DV Support	38
Chapter 6 Guideline excerpt	39
Chapter 7 Recommended support process	44
I Preparation of support	44
1. Necessary considerations to to be taken by healthcare providers	44
2. Clinical settings	48
II. DV screening	61
1. Asking about DV experience : DV screening	61
2. Identifying risk factors	71
3. Identifying clinical symptoms	80
III. Assessment for DV	92
1. Respect decisions of women about disclosing their relationship with intimate partners	93
2. Ask if women seek assistance	93
V. Safety assessment	94
1 Why safety assessment is necessary	94
3. Scale of risk assessment	94
VI Safety Planning	94
1 Women and children at high risk	94
2 Developing a Safety Plan	95
VII Providing information and Referrals	96
1 Significance of providing information	96
2 Considerations for providing information	97
VIII Following-up and documentation	97
1 Following-up	97
2 Documentation	98
IX DV Education	98
資料	106
資料1 エビデンスのレベルと推奨度分類	106
資料2 用語解説	110
資料3 アブストラクト・シート	111
資料4 論文吟味シート Form A	112
1. 治療	112
2. 診断	113
3. 予後	114
4. 病因/副作用	115

5. 総説.....	116
資料5 論文吟味シート Form B.....	117
資料6 DVスクリーニング尺度.....	118
1. 女性の虐待アセスメント尺度: Abuse Assessment Screen (AAS).....	118
2. パートナーの暴力判定尺度: Partner Violence Screen (PVS)	118
3. 女性に対する暴力スクリーニング尺度: Violence Against Women Screen (VAWS)	118
4. 危険性判定尺度: Danger Assessment Scale(DAS)	119
資料7 Let's Talk ポスター	120
資料8 社会資源リスト.....	121
1. 民間のシェルター・相談機関リスト	121
2. 警察の総合相談窓口	124
3. 警察の性犯罪相談窓口	126
4. 児童相談所.....	128
5. 女性センター	130
6. 婦人相談所.....	132
7. 民間の児童虐待防止施設.....	133
文献.....	134

ガイドラインにおける構造化抄録

目的 (健康問題、対象患者、医療提供者、セッティングを含む、ガイドラインの主要目的)

本ガイドラインは、周産期にかかわる病院・診療所・助産所等の周産期女性を対象としている臨床現場において、看護職をはじめとする医療者が、潜在化しやすいドメスティック・バイオレンス (Domestic Violence、以下 DV) 被害者を発見し、適切な施設・支援機関へつなげることにより、女性の保護および回復に向けての適切な介入が行われるようになることを目指して作成された。したがって本ガイドラインは、DV 被害者の発見および保護と安全確保のための支援に関する実際的な指針を示すことが主たる目的であり、被害者自立のための支援等、被害者の治療的ケアに関する指針は含まない。

オプション (ガイドライン作成において考慮される診療オプション)

DV 被害者のための支援環境整備、被害女性のスクリーニング、被害者保護と安全確保、医療現場から支援体制への連携、および女性への情報提供に関するエビデンスを明らかにし、現段階において最も有効性が期待されるケアの指針を作成した。

アウトカム (代替治療の比較において考慮される重要な健康上および経済上のアウトカム)

DV 被害女性の発見と保護、被害女性への治療的介入や再発予防に関して、医療現場における取り組みは、十分になされていないのが現状である。本ガイドラインの実施により、被害者の発見と保護、および適切な支援機関への連携が実現し、被害女性の救済と再発予防および健康の向上につながることを予測される。

根拠 (いつ、どのようにして証拠が収集、選択、統合されたのか)

2003 年 12 月時点までの主要医学・看護学データ・ベースの **Electric search** により得られた文献の総数は、**2,392** 件であった。得られた論文の参考文献の **Manual search** も含めたうえで、本ガイドラインの内容と合致する文献を研究者が選択した結果 **655** 件となった。さらに、原則として児童・老人・男性への暴力を扱った文献および質的研究を除外することとし、544 文献が批判的吟味対象として選択された。これらの批判的吟味の結果、エビデンスとなる論文として 158 論文が採択された。

価値 (診療オプションに予測される結果に対する価値判断はどのようになされ、誰がそのプロセスに関わったのか)

ガイドライン作成班は、**5** 人のメイン・ワーキンググループメンバーと **7** 人のセカンド・ワーキンググループメンバーで構成された。メイン・ワーキンググループメンバーが網羅的文献検索と関連文献の批判的吟味をおこなった。文献の批判的吟味によるエビデンスの確認とそれに基づく推奨内容の決定は、メイン・ワーキンググループメンバーによるコンセンサスによった。

利益、害、およびコスト（ガイドライン実行が患者にもたらし得る利益、害、およびコストの種類と程度）

本ガイドラインが、臨床現場において利用されることで、潜在化しやすい DV 被害女性の発見と保護および安全確保がすすみ、かつ適切な支援機関への連携がはかれることが望まれる。またその結果として、本ガイドラインの実施が、女性、特に妊婦および産婦における DV 被害の発生防止と被害女性の健康と幸福の実現につながることを期待される。

推奨事項（主要推奨事項の概要）

支援環境整備については、医療職者に対する DV に関する教育の必要性、被害女性が支援を求めやすい医療現場の整備が求められている。

また、医療現場、とくに周産期ケアの場における DV スクリーニング導入が必要であり、かつ、すべての妊婦に対して実施されることが重要であること、さらに、スクリーニングは 1 回だけに限らず複数回おこない、妊娠中のみならず産褥期以降も長期にわたるフォローアップが必要である。

スクリーニングにおいては、パートナーのアルコール中毒や薬物中毒が DV 発生のリスク・ファクターとして注目され、また、女性の臨床症状としては、複数回の流産または中絶の経験、頭部・頸部・顔面のけが、低出生体重児や胎児仮死・胎児死亡などが注意すべき主なものである。

そして、スクリーニング陽性となった、DV 被害女性あるいは可能性を疑わせる女性においては、女性の意思を尊重しつつ、DV に関する情報の提供とともに、女性本人と胎児あるいは乳幼児の生命の危険性を把握して、生命に危険がおよぶことを未然に防止するためのセーフティ・プランが重要である。

妥当性（外部による査読、他のガイドラインとの比較、またはガイドラインの使用に関する研究の報告）

本ガイドラインは、臨床疫学者、女性支援団体リーダー、サバイバー、セラピスト、DV 相談員、医師、助産師、看護師、保健師、弁護士等に外部評価を依頼した。評価者には、各項目に対する意見・コメントをいただくか、あるいは AGREE（Appraisal of guidelines for research & evaluation）を用いた評価を依頼した。

また、改定に際しては、関係各方面への配布とホームページへの公開をとおして、医療関係者および一般市民から広く意見を募集し、さらに、モデル病院において試験的に使用してもらい、意見を求める予定である。

また、本ガイドラインの作成にあたり、DV に関連した既存ガイドラインの探索と評価を行った結果、EBM の手法に基づいて作成されたものはカナダ予防医学に関するタスク・フォース（Canadian task force on preventive health care）、および米国予防医療専門委員会（US Preventive Services Task Force）によるもののみであり、これらを参考にした。

スポンサー（ガイドラインの作成者、資金提供者、承認者について）

以下からの資金提供により、本ガイドラインは作成された。

- 平成 14～16 年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究（B）（2）14370824「性暴力被害者に対する看護ガイドラインの開発と評価」
- 平成 14 年度日本助産学会研究助成金（学術奨励研究助成）「ドメスティック・バイオレンス被害者の支援ガイドラインの開発」
- 聖路加看護大学 21 世紀 COE プログラム「市民主導型の健康生成をめざす看護形成拠点」研究プロジェクト「性暴力被害者への Women-centered Care ガイドラインの創出」

*本抄録は、Hayward らの提案による、ガイドラインを発表する際の構造化抄録の形式によるものである。

- ・中山健夫(2004). EBM を用いた診療ガイドライン 作成・活用ガイド, 東京: 金原出版.
- ・Hayward RS, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Rubin HR, Haynes RB(1993). More informative abstracts of articles describing clinical practice guidelines. Ann Intern Med 1993; 118(9) 731-7.

Chapter 1 Introduction

I. Background

Domestic violence (DV is used hereafter) has been a central issue of UN General Assembly and World Conference on Woman as a global concern.

In Japan, a study conducted by the Cabinet Office on intimate partner violence found that one in three women has experienced emotional abuse and one in 20 women has experienced life threatening physical abuse by their intimate partners such as husbands and lovers¹. These findings lead to the enactment of legislation “Law for the prevention of spousal violence and the protection of victims” in October 2001. The law clearly states that DV is a violation of basic human rights of women and defines responsibility of the state and local governments. The enactment of the law seemed to have facilitated the public understanding of the issue, and detection and protection of victims. However, there was not sufficient number of support centers and shelters available, or the law did not cover violence from an intimate partner outside marriage. Identification of such new issues has led to revision of the law in 2004. The latest report² shows that 3.6% of women have received physical abuse from their partner. This result is comparable to that of 1999, suggesting no reduction in the proportion of victims.

DV has been reported to have serious impact not only on women’s physical health such as injury from physical abuse, but also on mental and emotional health such as depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder (PTSD).

Interviews with victims of DV conducted by Tokyo Metropolitan Government reports the cases in which violence began or escalated during pregnancy.³ Violence during pregnancy impact maternal and/or fetal health, and has been suggested to have, and its relationship with child abuse after birth has been suggested. Supports are particularly necessary for women in pregnancy or in perinatal period. Pregnancy is considered to present opportunities to detect and provide necessary supports for victims as women in pregnancy often pay periodical visit to health care providers.

The law states roles of health practitioners in reporting incidences of DV and in providing adequate information to the victims. Nevertheless, guidelines that provide healthcare givers with concrete information have not been published to date.

II. Objective

This guideline has been compiled aiming to improve the quality of care for victims of DV, by

¹ Gender Equality Bureau, Cabinet Office (1999). “Report on violence between genders (executive summary)”, <http://www.gender.go.jp>.

² (Ed.) Gender Equality Bureau, Cabinet Office (2003). “Report on violence from spouse”, Tokyo, Cabinet Office.

³ Bureau of Citizens and Cultural Affairs (1998). Research paper “Violence against women”. Department of Policy Information, Tokyo Metropolitan Government.

presenting clinical health practitioners including nurses, practical guidance on detecting victims and providing adequate support for their recovery as well as ways to collaborating with other organizations.

III. Fundamental Concept

Care of victims of DV in this guideline is based on the principle of Women-centered Care.⁴⁵ Women-centered care places emphasis on significant social, cultural, or political influence of women on health, and aims for general well-being of women. A women-centered approach ensures the right of women to aspire well-being of their preference, and supports women to achieve their full potential.

When violence takes place in a household, women feel deprived of power, control and self-esteem as a result of a man wielding power and control. For women to regain her power and to recuperate her mental physical, psychological and/or social health, it is important to provide healthcare and welfare in accordance with the principle of women-centered care.

The element of the fundamental concept of women-centered care includes ‘respect’ ‘security’ ‘free will’ and ‘empowerment’. First of all, it is important to respect and treat women as equal. Respect allows women to have free-will and facilitates their decision making, which in turn leads to empowerment and thus autonomy of women.

Basic attitudes caregivers should take in providing women-centered care are to treat women with respect and dignity as individuals, provide care so as not to threaten them, and work in collaboration as equal partners. Based on the principle of placing priority on women’s preference over caregivers’, caregivers should consider that care which is good for victims of DV being deprived of power is care good for everyone.

IV. Target of this guideline

This guideline was developed to give care and support for women particularly those in perinatal period such as in pregnancy, childbirth and rearing, who are victims of DV at present and past, as well as for women who are not yet aware of being victims of DV and therefore latent. Hence this guideline covers the process from detecting victims of DV in perinatal period by caregivers to providing adequate resource but does not cover therapeutic intervention such as counseling of the victims.

V. Users of this guideline

Prospective users of this guideline are healthcare practitioners who are engaged in perinatal care of

⁴ Hills, M., & Mullett, J.(2002). Women-centred care: working collaboratively to develop gender inclusive health policy. *Health Care Women Int*, 23(1), 84-97.

⁵ Tinkler, A., & Quinney, D. (1998). Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women’s experiences and perceptions of maternity care. *J Adv Nurs*, 28(1), 30-35.

women, including midwives, nurses, publichealth nurses, and doctors alike.

VI. Notes for the use of this guideline

This guideline is meant to be used as a guide only and does not force any particular way of giving care. Care needs to be planned according to the capacity and resources of a healthcare center, and accommodate individuality of each woman.

Users of this guideline are responsible for consequences of care which they provide. The working committee for this guideline does not take any responsibility for inappropriate use of this guideline, or its consequences.

VII. Method of the guideline development

This guideline has been developed based on “Process of guideline development for healthcare ver. 4.3, 2001.11.7” and “Healthcare guideline based on EBM a guideline for its development and use, ver. 4.3, 2001.11.7”⁶ of EBM Joint Research Group, and in accordance with basic practice of EBM and EBN.

Working committee of this guideline includes a main working committee which consists of five members, and a second working committee which consists of seven members. The main working committee conducted comprehensive literature survey and review, and identified evidence of adequate support system for DV victims, their effective detection, protection and safety planning. This guideline presents care practice expected to be most effective at present.

1. Members of the working committee

Main working committee:

Shigeko Horiuchi, RN, PhD

Professor,
St. Luke’s College of Nursing

Hiroshi Eto, RN, PhD

Lecturer,
St. Luke’s College of Nursing

Yaeko Kataoka, RN, PhD

Lecturer,
St. Luke’s College of Nursing

Yukari Yaju, BSc, RN,

PhD candidate (Social Health Medicine),
Kyoto University School of Medicine,
Research fellow,
St. Luke’s College of Nursing 21st Century
COE Program

Naoko Matsumoto

Librarian,
St. Luke’s College of Nursing

⁶ Tateo Nakayama (2004). “Healthcare guideline based on EBM a guideline for its development and use”, Kaneara Publishing, Tokyo.

Second working committee:

SeonAe Yeo, RN, PhD	Associate Professor, University of Michigan
Akiko Mori, RN, PhD	Associate Professor, St. Luke's College of Nursing
Naoko Arimori, RN, MN	Lecturer, St. Luke's College of Nursing
Masako Momoi, RN, PhD	Lecturer, St. Luke's College of Nursing
Madoka Tsuchiya	Teaching Assistant, St. Luke's College of Nursing
Miki Koyo	Teaching Assistant, St. Luke's College of Nursing
Masumi Katagiri	Lecturer, Kanagawa University of Human Services

2. Method of literature survey

1) Database

To find existing clinical guidelines, cross-sectional search was conducted on databases of 'National Guideline Clearing House', 'Centers for Disease Control & Prevention Guidelines' and PubMed (MEDLINE) using a system, HSTAT. Similarly, a search was conducted on lists in 'Primary Care – Clinical Practice Guidelines'⁷ hosted by UCSF Department of Medicine. Similarly, contents and references of Clinical Evidence and Up To Date were investigated. Furthermore, database of Joanna Briggs Institute and CINAHL were investigated respectively for the information relevant to nursing. Joanna Briggs Institute is a network which primarily consists of universities and hospitals in Australia, and collects develops and presents nursing guidelines. 'CINAHL' is a database created by CINAHL Informatio Systems, and contains British and American literatures in nursing science and public health. A search was conducted in 'CINAHL' using WebSpis of Silver Platter (Ovid Inc.). For literatures in Japanese, a survey was conducted of Clinical Guideline List of Toho University Media Center⁸, and Scientific Research Database Ministry of Health Labor and Welfare⁹.

The Cochrane Library and ACP Journal Club were used for searching systematic reviews.

PubMed (MEDLINE), CINAHL, Ichu-Shi Web, and Saishinn-kanngo sakuinn were searched to collect past research outcomes. Ichu-Shi Web is the largest database of medical journals in Japan presented by Japana Centra Revuo Medicina. Saishinn-Kanngo-Sakuinn is an index of journals in nursing science and related fields, which are held in the library of Nursing Education and Research Center of Japanese Nursing Association. This index is not digitized at present. Thus the search

⁷ <http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/index.htm>[2004-05-05]

⁸ <http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/index.htm>[2004-05-05]

⁹ <http://webabst.niph.go.jp/>[2004-05-05]

was conducted manually using keywords that were determined in advance.

The oldest year of journal publication held in four databases was different between all four databases with stated years of journal holdings (Table 1). Saishinn-Kanngo-Sakuinn could be searched for journals between 1987 and 2000 because of two-year time lag. Issue 2 2004 of the Cachrane Linrary and 1991-Sep/Oct, 2001 of ACP Journal Club were, respectively used for search. The data covered contained in Database of Scientific Research Ministry of Health Labor and Welfare covered the year between 1997 and 2000.

Table 1 The year of oldest journal holding

PubMed	CINAHL	Ichu-shi Web	Saishinn-kanngo-Sakukinn
1966	1982	1983	1987

2) Procedure of literature survey

In order to define the structure of the guideline, a pilot literature survey was conducted using the following key words: “Domestic Violence”, “domestic-violence”, or “domesticviolence”.

First, CINAHL was searched in August 2001 to overview the research trend in nursing science. A search was conducted for articles containing ‘domestic violence’ in the title or the major subject headings. A couple of search was conducted in PubMed. The first search was conducted in December 2001 using ‘domestic violence’ with no restriction in the fields. The search result was further restricted by confining the publication type within ‘randomized controlled trial’, ‘clinical trial’, and ‘meta-analysis’. The second search was conducted in February 2002. In this search the result from using ‘domestic violence’ with no restriction in the fields was restricted using ‘diagnosis’ and ‘Etiology’ in the Clinical Queries using ‘specificity’ as a filter.

To search for clinical guidelines, EBM Reviews was surveyed in January 2002 for systematic reviews also using ‘domestic violence’ as key word. During the same period of time, the following databases were searched as well: HSTAT (National Guideline Clearing House, Centers for Disease Control & Prevention Guidelines, PubMed (cross sectional search), list of Primary Care - Clinical Practice Guidelines, UpToDate, database of Joanna Briggs Institute, CINAHL, Clinical Guideline List of Toho University Media Center, and Scientific Research Database Ministry of Health Labor and Welfare.

In February 2003 after the focus and the structure of this guideline were defined, CINAHL, PubMed, Ichu-shi Web and Saishinn-kanngo-sakuin were searched again. To conduct a search in CINAHL and PubMed, a search formula (Table 2) was constructed using ‘domestic violence’, ‘spouse abuse’, ‘partner abuse’, and ‘battered women’ as key words after the subject headings

(thesaurus) of the articles found with the first search were examined. ‘Elder* abuse’ (* indicate ‘prefix search’) and ‘child abuse’ are not in the focus of this guideline, and therefore excluded from the formula. Field of search was confounded within ‘title’ or ‘major subject headings’ in CINAHL and within ‘major subject headings’ in PubMed, based on the tendency in the subject headings adopted for the identified articles. To further refine the search in PubMed, additional keywords were chosen in accordance with the content of this guideline and following the style of the effective search filter of McMaster University Library. On the otherhand, ‘document type’ was set to ‘research’ and ‘review’ in CINAHL to ensure that a result will widely cover research outcomes in nursing science including those of qualitative research.

In addition to ‘domestic’ ‘violence’ and ‘spouse abuse’ following key words were combined with ‘violence’ to construct a search formula in Ichu-shi Web: ‘spouse’, ‘wife’, ‘women’, ‘partner’ and ‘lover’ (Table 2). Similarly, Saishinn-kanngo-sakuin was searched manually using the above keywords.

Table 2 Search formulae (February 13th, 2003)

CINAHL	
#1 domestic violence in ti,mj	1168
#2 child abuse in ti,mj	2307
#3 elder* abuse in ti,mj	617
#4 spouse abuse in ti,mj	493
#5 partner abuse in ti,mj	266
#6 battered women in ti,mj	460
#7 #1 not (#2 or #3)	1105
#8 #7 or #4 or #5 or #6	1857
MEDLINE	
#1 Search "domestic violence"NOT "Child Abuse" NOT "Elder Abuse" OR "Spouse Abuse" OR "Battered Women" Field: MeSH Major Topic	3145
#2 Search clinical trial OR randomized controlled trial OR multicenter study OR meta-analysis Field: Publication Type	367625
#3 Search meta-analysis OR comparative study OR clinical trials Field: MeSH Terms	1122534
#4 Search "Epidemiologic Studies" OR "Prognosis" OR "Morbidity" Field: MeSH Terms	977597
#5 Search Health Status Indicators OR Mass Screening OR Medical History Taking OR Medical Records OR Nursing Assessment OR Personality Inventory OR Psychiatric Status Rating Scales OR Risk Assessment OR Questionnaires OR Sensitivity and Specificity Field: MeSH Terms	434699
#6 Search "spouse abuse/diagnosis" Field: MeSH Major Topic	208

#7 Search #1 AND #2	4967
#8 Search #1 AND #3	194
#9 Search #1 AND #4	645
#10 Search #1 AND #5	791
#11 Search #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	1369
#12 #10 or #11 limit: (87-03)	387

医中誌 (*Ichu-shi*) Web

#1 ドメスティック (<i>domestic</i>)/AL and バイオレンス(<i>violence</i>)/AL limit: (87-03)	62
#2 (暴力(<i>violence</i>)/TH or 暴力(<i>violence</i>)/AL) limit: (87-03)	1185
#3 (配偶者 (<i>spouse</i>)/TH or 妻 (<i>wife</i>)/AL) limit: (87-03)	5689
#4 (女性 (<i>women</i>)/TH or 女性 (<i>women</i>)/AL) limit: (87-03)	41281
#5 DV/AL limit: (87-03)	1564
#6 #3 or #4 or #5 limit: (87-03)	48294
#7 パートナー (<i>partner</i>)/AL limit: (87-03)	2470
#8 恋人 (<i>lover</i>)/AL limit: (87-03)	29
#9 #6 or #7 or #8 limit: (87-03)	50697
#10 #2 and #9 limit: (87-03)	221
#11 #2 limit: CK=女 (<i>women</i>) (87-03)	293
#13 (配偶者虐待 (<i>spouse abuse</i>)/TH or 配偶者虐待 (<i>spouse abuse</i>)/AL) limit: (87-03)	15
#14 #1 or #12 or #13 limit: (87-03)	407

NB: Words in italics in brackets are Japanese translation of the keywords and not parts of the search formula.

3. Critical appraisal of the literature

As a first procedure, one person was chosen to read the title and abstract of the literature obtained through the survey. As a result, following types of literature were excluded from further analysis: 1) ones that do not comply with the scope of this guideline, 2) ones that focused on the perpetrator of DV, children, or elders, and 3) ones with qualitative research. Qualitative researches were excluded because there seems to be no standardized criteria for critical appraisal of qualitative research.

As a second procedure, two reviewers were nominated to conduct critical appraisal of the literatures selected through the first procedure. To evaluate the quality of each article, two kinds of evaluation sheets were prepared. One kind was developed to evaluate those literature with clear research

design, based on “JAMA: User’s Guides to the Medical Literature <the Evidence-Based Medicine Working Group” and worksheets of CASP JAPAN. Five evaluation sheets were developed respective to focus area of the literature: diagnosis, prognosis, therapy/prevention, etiology/harm, and overview. The other type was developed by the main working group to evaluate the literature without clear research design. One work sheet was developed using criteria which can evaluate internal validity of the researches irrespective of their research design (Appendix 3, 4, 5). Evidence level of the literature was determined from the results of critical appraisal and based on the criteria of evidence level presented by Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2001). Incorporation of a research into this guideline was determined by the quality and evidence level of each research. Similarly, decision of the incorporation was determined by discussion of more than two members, when the two reviewers had different opinions of a research.

4. Construction of an evidence table

The literature was categorized according to research questions derived from a flowchart of support (pp. 41), after literature to be utilized was decided. Evidence table was then constructed according to each research design.

5. Recommendations grades

Evidence level was categorized according to the research questions. Those of the highest evidence level were utilized for the development of recommendations grades. The standard or recommendation grades were developed based on the standard IDSA evidence-grading system presented in the table 2, Kish (2001)¹⁰ and consensus of the members of main working group of the guideline (Table 3).

Grade of recommendation was determined according to this standard. When the evidence was unclear, grade of recommendation was determined according to *Decision Making When Evidence is Unclear* presented by the Canadian Task Force on Preventive Health Care (Table 4).

Table 3 Standard of recommendations grades

Recommendations Grades
A. Strongly recommended: Good evidence to recommend the clinical preventive action.
B. Recommended: Fair evidence to recommend the clinical preventive action.
C. May be recommended depending on circumstances: Equivocal evidence to or not to recommend the clinical preventive action. Harm is no greater than desired effect of the clinical preventive action.

Table 4 Decision Making When Evidence is Unclear: Canadian Task Force on Preventive Health Care (2003)¹¹

Guiding Factors for Decision-Making:

- ◆ increase patient involvement in decision-making
- ◆ minimize harm
- ◆ advocate major change only on strong proof of need
- ◆ avoid unnecessary labelling
- ◆ avoid expensive manoeuvres of unclear benefit
- ◆ focus on conditions with a high burden of illness
- ◆ be attentive to special needs of high risk groups

6 Development of this guideline

This guideline was developed based on the outcome of the selected literature. The guideline presents care guideline and the justification following the format of a flowchart of support (pp. 41). This guideline is intended for immediate clinical use by caregivers.

7 Third-party evaluation of the guideline

This guideline was evaluated by clinical epidemiologists, representatives of femisit groups,

¹¹ <http://www.ctfphc.org/ctfphc&methods.htm#Decision>[2004-05-05]

survivors, therapists, DV consultants, physicians, midwives, nurses, public health nurses, lawyers and the like. Each of the evaluators was asked to provide opinions and/or comments on each topic, or give an evaluation using AGREE Instrument.¹²

The guideline was then modified based on the feedback from the evaluators. The names of the evaluators were enlisted here with their consent.

8 Completion of the first version of the guideline

The planned date of completion is July 2004 after the third-party evaluation.

VIII Revision

As social situation changes, circumstances and supports required by women change. Accordingly, this guideline needs to be revised periodically. This guideline is planned to be revised every three years by the working group, and evaluated by third parties.

This guideline will be made available to the public to facilitate the understanding of the issues of domestic violence. Dissemination of the guideline will be achieved through the following channels:

- posting on the website of St. Luke's College of Nursing 21st Century COE Program "People-Centered Initiatives in Health Care and Health Promotion",
- distribution to hospitals, clinics, and birth centers
- submission to Ministry of Health Labour and welfare, Ministry of Education Culture Science and Technology, and academic groups
- presentation at relevant conferences (Japan Academy of Midwifery, Japan Academy of Nursing Science, St. Luke's Society of Nursing Research)
- NPO Center of the Education and Support for Health and Security of Women
- distribution to femisit and/or consumer groups
- distribution to Japanese Midwife's Association, Japanese Nursing Association
- distribution to newspapers and medicine and nursing related publishers

After the guideline was publicized through as above channels, opinions will be called for from the public as well as healthcare practitioners involved with perinatal care. Similarly the guideline will be tested for its efficacy at model institutions.

The first revision is planned to be completed by December 2007.

¹² AGREE Collaboration (2001). AGREE Tool: Appraisal of guidelines for research & evaluation.

IX Funding

This project has been funded by the following grants:

- Grant-in-Aid for Scientific Research, Ministry of Education Culture Science and Technology (2002-2004), (B) (2) 14370824 “Development and evaluation of care guideline for victims of domestic violence”
- Japan Academy of Midwifery Research Grant 2002, “Development of support guideline for victims of domestic violence”
- St. Luke’s College of Nursing 21st Century COE Program “People-Centered Initiatives in Healthcare and Health Promotion”

Chapter 2 Definition

I Domestic Violence (DV)

DV refers to a pattern of violence by an intimate partner to a woman. Intimate partner includes men in relationship with women at present or in the past such as boyfriend, ex-boyfriend, husband and separated husband. The pattern of DV can include physical abuse, psychological abuse, and sexual abuse. DV is considered to be a course of actions that threatens safety and dignity of women. Here, DV, violence and abuse are used interchangeably.

1. Physical Abuse

Physical abuse occurs when physical power which may injure women, is used to control women. It can include actions such as scratching, pushing, hitting, flinging, grappling, biting, pulling hair, slapping, punching, and burning.

2. Psychological Abuse

Psychological abuse includes a range of actions that cause or potentially cause emotional harm or pain in women such as verbal insult, control of behavior, isolation, neglect and threat.

3. Sexual Abuse

Sexual abuse occurs when women are deprived of their choice about sexual behavior, for instance: being forced to have unwanted sex, to see porns, or to have an unwanted abortion. It can also include refusal of using contraception despite their request.

II DV Victims

Victim of DV refers to all women (excluding children) who are receiving violence from their intimate partners. Victims are not necessarily aware that they are abused. Battered women and survivors will also be used interchangeably.

DV prevention act “Law for the prevention of spousal violence and the protection of victims” defines ‘violence’ as ‘physical abuse’. Nevertheless, psychological abuse is also defined as violence in this law when the abuse leads to PTSD as defined in the criminal law. Similarly, ‘Spousal violence counseling and support center’ deals with both physical and psychological abuse.

Chapter 3 Data collection of the literature

I Result of existing guideline search

Among the clinical guidelines and relevant literature gathered through procedures describe above (V-II), 20 articles were selected and examined in January 2002. Two of them are developed based on Evidence-based medicine (EBM) (Item 10 and 11, Table 5).

Table 5 Clinical guidelines and relevant literature selected and examined in January 2002.

	Authors	Year	Title	Source
1	Santa Clara County Domestic Violence Council, Santa Clara County Board of Supervisors, Santa Clara Valley Medical Center	1997	Domestic violence protocol for health providers	http://www.growing.com/non-violent/protocol/sccdvp.htm
2	The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)	1998	Violence against women resolution	http://www.figo.org/default.asp?id=/00000087.htm
3	U.S. Army Family Advocacy Program	1996	Spouse abuse manual	http://child.cornell.edu/army/spam/spamindex.htm
4	Alameda-Contra Costa Medical Association, Hospital Council of Northern and Central California, Contra Costa Health Services, Public Health Department of Alameda	N/A	Domestic violence resource guide	http://www.accma.org/pdf/Domestic-Violence-Resource-Guide.pdf
5	Family Violence Prevention Fund	2000	医療関係者のための夫や恋人の暴力への対応マニュアル Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers	<In Japanese> 2000 Grant-in-Aid for scientific research (Children and Family Integrated Research Project), Assigned Research Project Report: Study of violence against women and health.
6	Institute for Clinical Systems Improvement	2001	Health care guideline: domestic violence	http://www.ICSI.org/
7	Sillman, J W.	1994	Guillines for the care of abused wome	Home Healthcare nurse, Vol.12, No.4

周産期のDVガイドライン

	Authors	Year	Title	Source
8	Flitcraft, A H. Hadley, S M. Hendricks-Matthews, M K. McLeer, S V. Warshaw, C. Powsner, R M. Salber, P. Starr, D A.	1992	American medical association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence	Arch Fam Med, Vol 1
9	Ferric, L E. Norton, P G. Dunn, E V. Gort, E H. Degani, N.	1997	Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician	JAMA, September 10, 1997-Vol 278, No. 10
10	United States Preventive Services Task Force	2004	Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement	http://www.ahrq.gov/news/pubsix.htm
11	Canadian Task Force on Preventive Health Care	2001	Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations	http://www.ctfphc.org/
12	American Medical Association	N/A	Published paper only. No original guideline available.	http://www.ama-assn.org/
13	American College of Obstetrics and Gynecologists	1995	Domestic violence	http://www.acog.org/
14	Centres for Disease Control and Prevention	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Violence against women: An international and interdisciplinary journal • Intimate partner violence surveillance • Full report of the prevalence, incidence, and consequence of violence against women: research report • Cost of intimate partner violence against women in the United States 	http://www.cdc.gov/
15	American College of Nurse-midwives	2002	Assessment for intimate partner violence in clinical practice	http://www.midwife.org/
16	Royal College of General Practitioners	N/A	Domestic violence: the general practitioner's role	http://www.rcgp.org.uk/
17	Royal College of Nursing	2000	Domestic violence, Guidance for nurses	http://www.rcn.org.uk/
18	Royal College of Midwives	1999	Domestic abuse in pregnancy	http://www.rcm.org.uk/
19	British Medical Association	1998	Domestic violence: a health care issue?	http://www.bma.org.uk/
20	Royal College of Obstetric Gynecology Press	1997	Violence against women	http://www.rcog.org.uk/

II Results of secondary literature search

1. Clinical Evidence

Three articles were considered to be relevant to this guideline in the reference of “Domestic violence towards women” in Clinical Evidence Issue 10 (December 2003). They were added to the list of the literature for critical appraisal.

2. UpToDate

Nine articles were considered to be relevant to this guideline in the reference of “Diagnosing, screening, and counseling for domestic violence” in UpToDate (online ver. 12.1). They were added to the list of the literature for critical appraisal.

3. Cochrane Library

There were 55 articles found by a search using the following search formula in the Cochrane Library, issue 2 (2004). Of these articles, five articles were considered to be relevant to this guideline based on their title or abstract (one article turned out to be one of the articles identified from the reference in Clinical Evidence). These articles were then added to the list of literature for critical appraisal.

These articles included a Cochrane systematic review, a systematic review and a related article, and a couple of comparative studies.

Search formula used in the Cochrane Library, issue 2 (2004)

#1	SPOUSE ABUSE explode all trees (MeSH)	24
#2	(domestic next violence)	67
#3	(woman or women)	32097
#4	(#2 and #3)	35
#5	(#1 or #4)	55

III Results of primary literature search

Following results were obtained from the pilot search using ‘domestic violence’ or ‘domestic/violence (domesticviolence)’ as key words.

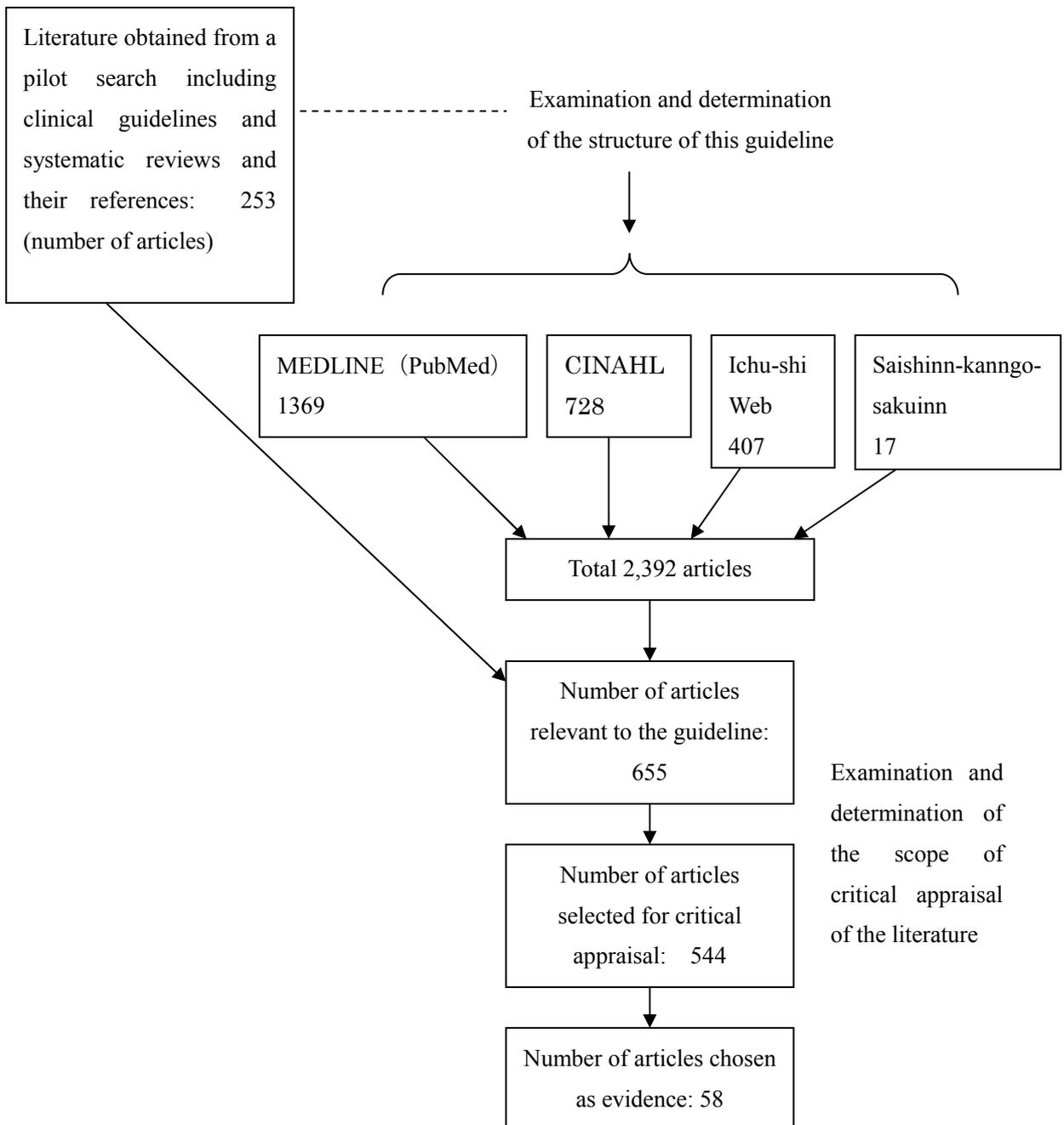
* <i>CINAHL</i> (1999-2001/8)	826
* <i>PubMed</i> (1966-2001/12/7Current)	
• Publication Type: Randomized Controlled Trial	9
• Publication Type: Clinical Trial	13
• Publication Type: Clinical Trial	4
(1966-2002/2/4Current)	
• <i>Clinical Queries</i> (specifity): Diagnosis	135
• <i>Clinical Queries</i> (specifity): Etiology	285

The structure of this guideline was formulated based on systematic reviews and clinical guidelines obtained from the pilot search. At this stage, 253 articles had been selected.

Another search was conducted in CINAHL, PubMed, Ichu-shi Web, and Saishinn-kango-sakuinn in February 2003, when the focus and the structure of this guideline were finalized (Table 2). The net number of literature obtained was 2392. Articles relevant to this guideline were selected from the obtained literature. In total, the net number of articles was 655 including those obtained from the pilot search.

Based on these articles, the scope of critical appraisal was determined. As a result, articles on violence against children elderly or men along with qualitative research were excluded from the critical appraisal. The final number of articles chosen for critical appraisal was narrowed down to 544.

Figure 1 The selection process of articles for developing this guideline



Chapter 4 Current status of domestic violence

Focus of literature on current status of domestic violence can be categorised as: I domestic violence during perinatal period, II domestic violence against women in general, and III status of support for the victims.

I Prevalence of abuse during perinatal period

There were 22 articles which investigated status of domestic violence during perinatal period (women in pregnancy or in childbed). The literature consisted of one systematic review, five prospective cohort study, one case control study, 13 cross sectional studies, and two case collection studies.

Articles were chosen primarily based on the clarity of the method in detection of DV. Nevertheless, diversity of countries where studies were conducted was also taken into consideration.

Summary

- Proportion of women who were abused during pregnancy in developed countries varied between 1% and 30%.
- Greater proportion of women was abused both the year before and during pregnancy, than otherwise.
- Prevalence of violence declined after childbirth slightly. However, 40% to 70% of women were severely abused both during pregnancy and after childbirth.
- Following impacts indicated abuse of women in pregnancy: teenage, rapid repeat pregnancy, unwanted/unplanned pregnancy, elective abortion, STD (sexually transmitted disease), and vaginal bleeding.

Results of 13 systematic reviews selected from the literature published in the U.S. between 1963 and 1995 show that rate of women who are abused during pregnancy varied from 0.9% to 20.1%. The variation can be attributed to differences in the method of DV identification as well as target groups (Gazmararin et al., 1996; 3a).

The greatest number of studies was conducted in the U.S. The proportion of women who were abused during pregnancy varied as follows: 26% (Parker et al., 1993; 3b)、16% (McFarlane et al., 1995; 3b, McFarlane et al., 1996; 3b)、8% (Helton et al., 1987; 4), and 8.8% (Goodwin et al., 2000; 4) .

A study which investigated changes in the prevalence of abuse before during and after pregnancy showed that the prevalence after childbirth was 3.2% and was relatively smaller than 6.9% before pregnancy, and 6.1% during pregnancy (Martin et al., 2001; 3b) .

In a study of abused women, 30.2% of the women were abused the year before pregnancy but not during pregnancy, 18.1% were abused during pregnancy but not the year before, and 63% were

abused both the year before and during pregnancy. The severity of abuse was the heaviest for the last group of victims (McFarlane *et al.*, 1999; 3b).

With regard to abuse after childbirth for women at puberty, the greatest proportion (21%) of the women was abused within three months of childbirth, while the lowest proportion (13%) was abused after 24 months. However, 75% of the women who were abused during pregnancy were abused after childbirth (Harrykisson *et al.*, 2002; 3b).

Followings are reported from countries other than the U.S.

A study conducted in Switzerland which investigated status of abuse before and during pregnancy reported that in total 18% (95% CI: 13, 23) of the women were abused emotionally, physically or sexually. Abuse was started during pregnancy for 7% (95% CI: 3, 10) of the women, while 18% of the women were abused both before and during pregnancy. Husband or someone beknown was responsible for 84% of the case (Irion *et al.*, 2000; 3b).

A study in Canada reported that 6.6% of the women were abused during pregnancy. Abuse escalated in 63.9% of the cases (Stewart *et al.*, 1993; 4).

A Swedish study reported that 1.3% of the women were abused during pregnancy and 19.4% had been abused at one stage of their life (Stenson *et al.*, 2001; 4). Furthermore a study on pregnant women in Sweden reported that 27.5% of the women had been abused in the past, while 24.5% was abused the year before (Hedin *et al.*, 1999; 4).

In an Australian study, 29.7% of the women in pregnancy had experienced abuse, and 5.9% of those were abused during pregnancy (Webster *et al.*, 1994; 4).

A study conducted in Hongkong reported that 15.7% of the women in pregnancy being abused and mostly by husband (Leung *et al.*, 1999; 3).

In a study which investigated physical abuse during pregnancy and its impact on health on 7105 pregnant women in Saudi Arabia between 1996 and 1999, 21% of the women were abused during pregnancy. Comparison between 1463 women who were physically abused and 5537 women who were not abused showed following results: hospitalization during pregnancy was OR 1.5 (95% CI: 1.1, 2.0), bruises from battery on lower abdomen OR 24.6 (95% CI: 1.9, 220), kidney infection OR 2.3 (95% CI: 1.3, 2.5) (Rachana *et al.*, 2002; 3b), CS (caesarian section) OR 3.0 (95% CI: 1.1, 3.0), and fetal distress OR 2.2 (95% CI: 1.0, 3.3).

In a study conducted in Tokyo for 328 pregnant women, 24% was abused (Kataoka, 2004; 4).

<Teenage Women>

Rate of abuse was higher among teenagers (36.1% of 215 women) than among adults (23.6% of 479 women) based on a study conducted on 691 women in pregnancy to investigate rate of abuse according to different age classes using Abuse Assessment Screen (AAS) and Index of Spouse Abuse

(ISA) (Parker et al., 1993; 3b).

<Rapid repeat pregnancy and unwanted pregnancy>

A study examined 100 low-income adolescents in the U.S. reported relationship between rapid repeat pregnancy and the experience of interpersonal violence and abuse (Jacoby et al., 1999; 4). In this population, 43.6% was pregnant within 12 months and 63.2% was pregnant within 18 months. A comparison of pregnancy rate of the adolescents with and without the experience of any form of physical or sexual violence in the study interval showed that those with the experience within 12 months and 18 months had OR 3.46 and OR 4.29, respectively.

In the U.S., 8.8% of 34,835 pregnant women in 14 states were abused (95% CI: 8.3, 9.3). Of the abused women, 15.3% reported unwanted pregnancies (95% CI: 13.4, 17.2). Level of abuse was RR 2.5 (95%CI: 2.2, 2.8) for the women with unintended pregnancies compared with those with intended pregnancies, suggesting that women with unintended pregnancies had 2.5 times the risk of experiencing physical abuse compared with those who had intended pregnancies (Goodwin et al., 2000; level 4) .

Similarly, a study conducted in HongKong comparing unintended pregnancy and intended pregnancy as a risk factor reported significantly higher risk of experiencing abuse for those women who had unwanted pregnancies (Leung et al., 1999; level 3b).

The above results lead to a conclusion that rapid repeat pregnancy and unwanted pregnancy were indicative of abuse from male partners.

<STD/Vaginal Bleeding/Elective Abortion>

In a case-control study conducted against 744 pregnant women with low income in the U.S., those women who had experienced any type of abuse had OR 1.69 (95% CI: 1.12, 2.5). The women with a history of only sexual abuse had OR 2.14 (95% CI: 1.1, 4.03), while those with a history of both physical and sexual abuse had OR 2.97 (95% CI: 1.49, 5.78). The results showed that abused women were at significantly higher risk of having a history of STD or current STD infection, compared with nonabused women (Johnson & Hellerstedt, 2002; level 3b).

Similarly, a study reported that 33.7% of 261 pregnant women seen for vaginal bleeding in private and public emergency departments in a metropolitan area (Greenberg *et al.*, 1997; level 4).

Furthermore, among those women who had elective abortion, 39.5% reported experience of abuse. Significantly greater number of abused women reported relationship issues as a reason for abortion compared with nonabused women (Glander *et al.* 1998; level 3b).

<Femicide>

A ten-city case-control study reported that abuse during pregnancy was found in 25.8% of the attempted femicides. Furthermore, the risk of becoming an attempted/completed femicide victim was three-fold higher for those women who had experienced abuse during pregnancy than otherwise (McFarlane *et al.*, 2002a; level 4).

A study conducted by the same authors in 1995 also reported the risk of becoming femicide victim (McFarlane *et al.*, 1995; level 3b).

周産期の被害実態 エビデンス・テーブル

著者	年	国	セッティング	対象	DV判定方法	データ収集方法	主要結果	研究デザイン	Eビデンスレベル	コメント
システムティック・レビュー										
Gazmararian et al.	1996	USA		妊婦のDV発生に関する研究 13文献		データベース (Medline, Popline, Psychological Abstracts, Sociological Database)を使用。 1963年～1995年8月まで	妊娠中のDV発生割合は、0.9%から20.1%まで。ばらつきはDVの同定方法、対象集団の相違による。DV同定の回数が多いほど、発見率は高くなっていた。	システムティック・レビュー	3a	各研究のエビデンス・レベルの記載がない
前向きコホート										
McFarlane et al.	1995	USA	公的妊婦健診クリニック	妊婦 1203人	AAS,CTS,ISA,DAS	質問紙	妊娠中の身体的暴力は16%にあった。妊娠中の暴力は、妊娠中になかった人に比べすべての尺度で有意に高い。妊娠中の暴力の頻度と程度は重症で、殺人のリスクも高い。	前向きコホート	3b	
McFarlane et al.	1996	USA	都市部の公的妊婦健診クリニック	妊婦 1203人	AAS	面接・観察	妊娠中に身体的暴力は16%。1年以内にDVありの人は、293人(24.3%)。	前向きコホート	3b	

周産期のDVガイドライン

McFarlane et al.	1999	USA	公的クリニック	虐待被害者の妊婦 199 名	ISA,DAS, SVAWS	面接	妊娠前 1 年間に虐待あったものの 60 名(30.2%)、妊娠前 1 年間はなく、妊娠中に虐待を受ける 35 名(18.1%)、妊娠前 1 年間および妊娠中に虐待を受けていた 103 人 (63%)。最後の 103 人は、他のグループに比べて虐待の程度が深刻。	前向き コホー ト	3b	
McFarlane et al.	1999	USA	都市部の公的妊婦健診クリニック	虐待被害者の女性 121 名	AAS	面接	妊娠前 1 年前に虐待あった 84%、妊娠中にも虐待あり 68%。産後 6 ヶ月後 44.6%が 1 年後には 67.8%に虐待がなくなった。	前向き コホー ト	3b	
Harrykisson et al.	2002	USA	大学病院	出産後 570 人 (3,6,12,24 ヶ月) 思春期女性	AAS,ISA	面接	親密なパートナーからの暴力は、産後 3 ヶ月以内が 21%と最も高く、24 ヶ月 13%と最も低い。妊娠中に暴力を受けていた女性の 75%は産後にも暴力を受けていた。	前向き コホー ト	3b	
ケース・コントロール										
Johnson et al.	2002	USA	都市部の妊婦健診クリニック	妊婦 744 名(低所得者)		面接と観察観察	STD の発生は、虐待あり妊婦が虐待なしの妊婦に比べて、OR1.69(95%CI: 1.12, 2.55)が 発生しやすい。虐待の内容としては、性的暴力 OR2.14(95%CI: 1.10, 4.03)、性的暴力と身体的暴力の両方では、OR2.97(95%CI: 1.49, 5.78) であった。	ケー ス・コン トロー ル	3b	虐待の 判定方 法が標 準化さ れてい ない

周産期のDVガイドライン

McFarlane et al.	2002	USA	10州からランダム抽出	殺人、殺人未遂のケース群と虐待のあったコントロール群	DAS	面接	コントロール群の7.8%、殺人未遂の25.8%が妊娠中の虐待があった。殺人未遂あるいは殺人を起こした女性に妊娠中の虐待があった人は3倍高率(OR3.08, 95%CI: 1.86, 5.1)妊娠中に虐待のあった人は、なかった人より暴力の程度が深刻。	ケース・コントロール	4	
横断研究										
Parker et al.	1993	USA	公的妊婦健診クリニック	妊婦 691名	AAS,ISA	面接	身体的・性的虐待は、26%にあった。ティーンエイジ 215人中36.1%、成人 479人中23.6%と、ティーンのほうが高率だった。	横断研究	3b	
Martin et al.	2001	USA	州の監視システムから抽出	出産後の女性 2648人		電話・手紙	妊娠前、6.9% (95%CI: 5.6, 8.2)、妊娠中、6.1% (95%CI: 4.8, 7.4)、出産後3、6ヶ月後3.2% (95%CI: 2.3, 4.1)。	横断研究	3b	
Glander et al.	1998	USA	クリニック	選択的中絶を求める女性 486名		自記式質問紙	中絶を望む女性の39.5%に自己報告による虐待があった。中絶のひとつの理由が、関係性の問題とした人は、虐待歴のある人に有意に多い。虐待歴のある人は、ない人に比べてパートナーに妊娠を告げたり、中絶の決定にパートナーのサポートや関わりが少なかった。	横断研究	3b	
Irion, O.	2000	Switzerland	大学病院	妊婦 206名	AAS	自記式質問紙	妊娠中の身体的暴力3%、妊娠前10%	横断研究	3b	

周産期のDVガイドライン

Leunge et al.	1999	Hong Kong	民間病院	妊婦 631 人	AAS	面接	妊婦 631 人の内 99 人 (15.7%) が過去 1 年間のうちにDV (+)、性的虐待は 59 人 (9.4%) 夫がほとんどの加害者。妊娠中は精神的虐待が身体的虐待より多い。	横断研究	3b	
Rachana et al.	2002	Saudi Arabia	大学病院	妊婦 7105 人を継続的にデータ収集		自己報告・診療録	妊娠中の暴力の結果として、未熟児の出産 OR3.4(95%CI: 1.4, 2.8)、妊娠中の入院 OR 1.5(95%CI: 1.1, 2.0)	横断研究	3b	
Stewart et al.	1993	Canada	地域の妊婦クリニック (民間・大学・開業医含む)	妊婦 548 名		自己報告	36 人 (6.6%) が現在の妊娠中に虐待を受け、60 人 (10.9%) が以前に虐待を受けていた。妊娠中に虐待を受けた女性のうち、63.9%は妊娠中に虐待が増加した。	横断研究	4	
Stenson et al.	2001	Sweden	大学病院	妊婦 1038 人	AAS	面接・観察	前回の妊婦健診以降の DV 被害は 1.3%、これまでの人生の中で数回、身体・情緒・性的暴力にあった人は 19.4%.	横断研究	4	
Webster et al.	1994	Australia	公立の妊婦クリニック	1014 人の妊婦		面接と観察	29.7%(301 人)の妊婦が過去に虐待を受けていた。そのうちの 5.9% (59 人) は妊娠中も虐待を受けていた。妊娠 36 週では 8.9%であった。DV で治療を受けた 31%の人が妊娠中であった。	横断研究	4	
Hedin et al.	1999	Sweden	大都市の妊婦クリニック	247 人の妊婦	CTS, AAS	面接	27.5%が、身体的暴力をこれまでに受けたことがある。過去 1 年以内の身体・性・脅しを受けたものは、24.5%。妊娠中にも時々受けていた。	横断研究	4	

周産期のDVガイドライン

Helton et al.	1987	USA	公的・民間の妊婦健診クリニック	妊婦 290 人		面接・観察	24 人(8%)は、現在の妊娠中に虐待を受け、44 人は現在の妊娠前に受けていた。	横断研究	4	
Goodwin et al.	2000	USA	異なる州からのランダム抽出	妊婦 34,835 人		自記式質問紙	妊婦全体の 8.8%が虐待あり。虐待があった女性のうち、「望まない」妊娠 66%、一方、虐待のなかった女性のうち、「望まない」妊娠 42%	横断研究	4	
Greenberg et al.	1997	USA	大都市の公立・民間医療機関	救急外来に性器出血で来た 261 名妊婦	AAS, DAS	面接と観察	性器出血があった妊婦の身体的虐待の割合は 87 名(33.3%)であった。	横断研究	4	
症例集積										
Jacoby et al.	1999	USA	非営利独立保健クリニック	低所得者層の思春期女性 100 名		診療録	暴力や虐待「有り」の人は「ない」人に比べて、1 年以内の妊娠が OR3.46。 RapidRepeatPregnancy と暴力や虐待との関係を示唆。	症例集積	4	
Kataoka	2004	Japan	産科病院	妊婦 328 人	VAW, ISA	面接、質問紙	妊婦の DV 発生割合は、24%	症例集積	4	

II. Prevalence of abuse in general

The number of articles used for the systematic review with regard to the prevalence of abuse in women in general was 25. They included one systematic review, one prospective cohort study, one case control study, 20 cross sectional studies, and two descriptive and correlational studies.

Summary

- Prevalence of abuse of women within 12 months varied between 4% and 22.7%.
- Prevalence of women who had experienced abuse in their lifetime was greater than 35% to 60%, and was higher than those with experience of abuse in the last 12 months.
- Great proportion of women suffered PTSD after abuse, while the severity of PTSD varied depending on length, severity and type of abuse which women had experienced.
- Women with experience of abuse by their intimate partners are twice as likely to abuse their child as those without experience of abuse.
- Abused women have a tendency to frequent a doctor resulting in higher annual medical billing.

<Prevalence>

A study in the U.S. reported that prevalence of abuse in women in general within 12 months of the investigation varied between 4% to 22.7% (Lemon *et al.*, 2002; level 3b, Weinbaum *et al.*, 2001; level 3b, Hathaway *et al.*, 2000; level 3b, Bullock *et al.*, 1989; level 3b, Jones *et al.*, 1999; level 3b, Schafer *et al.*, 1998; level 3b, Hamberger *et al.*, 1992; level 3b, Abbott *et al.*, 1995; level 3b).

Proportion of women who had experienced abuse throughout their lifetime was greater compared with that of women who experienced abuse within 12 months of the investigation. Studies report prevalence of abuse in women varying between 39.6% (Jones *et al.*, 1999; level 3b), or 38.8% (Hamberger *et al.*, 1992; level 3b) and sometimes more than 50%, for instance, 53.6% (Coker *et al.*, 2000; level 4), 54.2% (Abotte *et al.*, 1995; level 3b).

Prevalence of abuse varies greatly outside of the U.S. with the lower spectrum reported as 1.1% in Greece (Petridou *et al.*, 2002; level 3b), 9% in Mexico (Diaz-Olabarriet *et al.*, 2002; level 3b), and 12.1% in Italy (Romito *et al.*, 2002; level 3b). On the other hand, high prevalence was reported from Japan. For instance, Yoshihama *et al.* (1994; level 3b) reported 58.7% of physical abuse and 65.7% of psychological abuse, while Weingourt *et al.* (2001; level 4) reported 65% of abuse in general, 32% of physical abuse and 60% of psychological abuse. More than one type of abuse was recognized.

<Cultural Background>

A study on coping strategy of abused Japanese female migrants in the U.S. showed that those who were born in Japan had stronger tendency to consider passive coping strategy more effective than those born in the U.S. (Yoshihama *et al.*, 2002; level 4). This study suggests that coping strategy for DV should take cultural background into consideration.

<PTSD>

PTSD can be indicative of severe health impact of DV. A systematic research synthesis on studies on PTSD and domestic violence in the last ten years found that: 31-84% of women who had more than one episode of DV exhibited PTSD symptoms. The study suggested that severity of PTSD was related to severity, length and type of DV (Jones *et al.*, 2001; level 3a).

Similarly, symptoms of PTSD were reported to be correlated with severity of abuse. Particularly, flashback was found to be strongly correlated with PTSD ($r=0.35-0.57$) (Silva *et al.*, 1997; level 3b).

<Clinical Symptom>

The most common clinical symptoms reported were bruises and facial injury of African-American women aged between 26 and 35 (Berrios *et al.*, 1991; level 3b). Furthermore, 67% of victims showed subsequent complications caused by brain damage (Corrigan *et al.*, 2001; level 4).

<Reports on Risk Factors of Suicide Attempt>

A study conducted on DV victims reported depression, despair, substance abuse, and child neglect as risk factors of suicide attempt (Kaslow *et al.*, 2002; level 3b).

<DV experience and HIV infection>

Past experience of DV was found in 67% of women who were HIV positive or potentially infected with HIV (Cohen *et al.*, 1999; level 3).

<Resultant Child Abuse>

A study which investigated occurrence of child abuse among abused women reported that abused women are twice as likely to abuse their child as those who were not abused (Rumn *et al.*, 2000; level 2b).

Similarly, abuse against women as a risk factor of child abuse is RR 1.69, and episode of abuse was found to increase the likelihood of child abuse by 70% (Tajima *et al.*, 2000; level 4).

<Medical Bill>

Annual medical bill spent by DV victims was high, concentrating particularly on emergency medicine, psychiatric outpatient, and private medical care (Winser *et al.*, 1999; level 4).

一般女性の被害実態 エビデンス・テーブル

著者	年	国	セッティング	対象	DV判定方法	データ収集方法	主要結果	研究デザイン	エビデンスレベル	コメント
システムティック・レビュー										
Jones et al.	2001	USA		DV被害者のPTSDの発生に関するレビュー(36論文)		データベース (Psychlit, Mental Health Abstracts, Sociofile, Medline) を使用 (過去10年分)。	(DSM-IV) で定義された PTSD が 31-84%に発生していた。2度以上のDV被害はPTSDになりやすく、他の心理的障害を受けやすい。虐待の期間・程度・タイプはPTSDの程度に関係する。	SR	3a	高いエビデンス・レベルの論文がない。
前向きコホート										
Rumn et al.	2000	USA	軍関係者	21643の軍関係家族		診療記録	配偶者からの虐待ありの家族は、ない家族に比べて、OR2.0 (95%CI: 1.9, 2.1) の子どもへの虐待が起こっている。	前向きコホート	2b	
ケース・コントロール										
Kaslow et al.	2002	USA	公立病院	200人の最近親しい人からの暴力を受けたアフリカンアメリカン	ISA	質問紙、面接	自殺企図のリスクいファクターとしては、うつ症状、失望感、薬物中毒、子どものころの虐待や育児放棄の体験	ケース・コントロール	3b	

横断研究										
Cohen et al.	1999	USA	都市部のクリニック	1645人のHIV感染者およびHIV感染リスク者		面接	HIV陽性女性の66%、HIVの感染リスクのある女性の67%が、人生の中でDV被害を受けていた。四分の一が現在も虐待を受けていた。31%のHIV陽性者、27%のHIVリスク者が、子どもの頃虐待を受けていた。	横断研究	3b	
Bullock et al.	1989	USA	都市部の家族計画クリニック	793名の患者		自己報告	身体的虐待の報告は、8.2%	横断研究	3b	
Jones et al.	1999	USA	大都市部	HMOに加入している女性1138名（高学歴・経済状態は中から上クラス）		質問紙	過去の人生に中での虐待の発生割合は、36.9%、過去1年間においては4%。学歴では、大学卒業以上は、OR0.54(95%CI: 0.39, 0.75)、婚姻関係では、離婚・別れている場合は、OR2.54(95%CI:1.58, 4.13)	横断研究	3b	
Schafer et al.	1998	USA	都市部および周辺地域	1635組のカップル（48州からの一般人口）	CTS-R	面接	男性からの虐待割合、5.21から13.6%	横断研究	3b	
Hamberger et al.	1992	USA	地域の家庭医	476人の家庭医への受診女性		質問紙	22.7%は過去1年間に虐待を受けていた。38.8%が過去の人生の中で身体的虐待の経験があった。6人は、医師から虐待を受けていた。	横断研究	3b	
Hathaway et al.	2000	USA	地域の家庭医	2043人の女性			過去1年の親しい人からの虐待割合は6.3%。虐待経験者は、うつ、不安、睡眠障害、自殺企図、障害、喫煙、望まない妊娠、HIV、の割合が高い。医療保険を持っていない割合も高いが、ルーチンのヘルス	横断研究	3b	

周産期のDVガイドライン

							ケア利用は同じように受けている。			
Lemon et al.	2002	USA	都市部	1643人の女性対象		質問紙・診療記録	過去12ヶ月の身体的暴力の発生割合は4.5%。被害者の定期的子宮ガン検診の受診率は、2.39(95%CI: 1.01-5.7)、飲酒4.85(95%CI: 2.02, 11.60)、喫煙2.97(95%CI: 1.03, 4.18)。	横断研究	3b	
Abbott et al.	1995	USA	都市部の病院救急部	648人の救急外来受診女性		質問紙	パートナーがいる女性の11.7%(95%CI: 8.7, 15.2)がDVが理由で救急外来を受診。54.2%が過去に虐待を経験。そのうち31%は加害者と同居。自殺企図のヒストリーがある人のうち81%がDVを経験していた。	横断研究	3b	
Weinbaum et al.	2001	USA	カリフォルニア州の1998年の健康調査	4006名の女性		電話	12ヶ月以内の身体的暴力の被害割合は、6.0%	横断研究	3b	
Ulrich et al.	2003	USA		DVに関するRCTの過去のものから再分析		診療記録	DVの人は、DVでない人に比べて、受診利用が2.3倍(95%CI: 1.9, 2.7)、であり、医旅費は、2.3倍(95%CI: 1.8, 3.0)であった。	横断研究	3b	
Berrios et al.	1991	USA	大都市の総合病院	DVでケガをした女性492人		面接	被害者のリスク・ファクターとして26-35歳が多い、アフリカ系アメリカ人が多い、青あざ、殴られた跡が多い、顔のケガが多い	横断研究	3b	
Yoshihama et al.	1994	Japan	都市部に住む女性	便宜的抽出による796人の女性		郵送による質問紙	身体的虐待467人(58.7%)、精神的虐待523人(65.7%)、性的虐待473人(59.4%)。タイプの	横断調査	3b	

周産期のDVガイドライン

							異なる虐待を複数受けていた。			
Petridou et al	2002	Greece	ギリシャの救急病院（都市と田舎）	27319人の女性（1996年から1998年）		観察と質問	親しい人からの虐待は1.1%（312人）に認められた。虐待は都市に比べて田舎のほうがより多く発生していた。被害は、遅い夕方から夜に発生していた。顔に複数の傷跡がある。	横断研究	3b	
Diaz-Olav arrieta et al.	2002	Mexico	メキシコ、国立科学栄養研究所の外来	2475人の女性を対象		質問紙	現在の時点で虐待割合は、9%。現在はないが、過去に虐待の経験のある女性と、現在も虐待がある人では、種々の臨床症状の多寡が違う。（現在もある人の方が多い）	横断研究	3b	
Romito et al.	2002	Italy	地域福祉センター、救急病院、家族診療所	510人の女性		質問紙と面接	過去1年以内の身体的・性的虐待は、12.2%。DVのスクリーニングに対する反応は、12.8%が何らかの不快を示し、53.1%がどちらでもない、34.1%が話したいという反応。DVの質問に対し、拒否する人はいなかった。	横断研究	3b	
Corrigan et al.	2001	USA	大都市の救急部	169人のDV被害と判断された女性		面接と観察	67%のDV被害女性が脳障害に関連した後遺症であった。35%の女性には、性的暴力がみとめられた。	横断研究	4	
Coker et al.	2000	USA	大学病院関連の家族診療クリニック	1152人プライマリケア受診女性	ISA, AAS	質問紙と面接	53.6%が親しい人からの虐待の経験を持つ。13.6%に精神的虐待のみある。この女性たちは身体的状態（RR1.69）、精神的状態（RR1.74）がよくない。	横断研究	4	

周産期のDVガイドライン

Tajima et al.	2000	USA	1985からの全州対象調査	2733人の女性		質問紙	子どもへの身体的虐待のリスク・ファクターとしての妻への虐待 (RR1.69) 妻への虐待の存在は、子どもへの虐待を70%増加させる。	横断研究	4	
Weingourt et al.	2001	Japan	地方都市部	無作為抽出した女性750名		質問紙	DV経験割合は、67%、心理的虐待60%、身体的虐待32%、性的虐待23%。不眠や不安という健康症状とも関係があった。	横断研究	4	
Wisner et al.	1999	USA	州立保健機関	DV被害者126人と一般女性1007人		診療録	年齢調整をして医療費を比較したところ、DV被害女性のほうが、救急医療、精神科外来、自費診療の利用費が有意に多かった。	横断研究	4	DV特定方法の信頼性が低い
記述相関										
Silva et al.	1997	USA	プライマリケアの臨床現場	131人の虐待を受けた女性	AAS、CTS、DAS、SVAWS	面接	PTSDの症状は虐待の程度に関連していた。とくに侵入症状は、0.34-0.56の相関係数。(子どものころの虐待の影響を除くと、22.4%が説明できる。子どものころの虐待経験は7.6%)	記述相関	3b	
Yoshihama et al.	2002	USA-Japan	都市部	407家族の日系移民女性		面接	129人(61.1%)の女性がDV被害者。アメリカ生まれの人のほうが積極的な方法を取り、日本生まれの人のほうが消極的な方法を多くとっていた。アメリカ生まれの人は、積極的・消極的な方法どちらでも効果的であるととらえる人ほ	記述相関	4	

周産期のDVガイドライン

							ど、精神障害は低い。一方、日本生まれの人は、消極的方法を効果であるととらえる人ほど精神障害が低い。DVの対処方法では文化背景を考慮すべき。			
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

III. Support environment

Seven studies on support for abused women have been adopted in this guideline including: one intervention study without control, five cross-sectional studies, and one case collection.

Summary

- Studies suggest the lack of adequate support for abused women such as: “low national awareness of wife rape”, “little awareness among health practitioners”, “little reflection of status of abuse in medical records”, “inefficient provision of social services”, “refusal to transport”, and “the desirability of specific physician behavior”.

<Inadequacy in Support Available for Abused Women>

A study which investigated national attitudes toward wife rape suggested the discrepancies between people’s perception and status of DV (Basile, 2002; level 3b).

A study investigated attitudes and beliefs of primary care providers toward DV also reported similar results. Prevalence of DV in their practice was believed to be less than 1% by 70% of the nurses/assistants and 50% of the clinicians. Furthermore, all of the 206 respondents to the questionnaire were much less confident in asking about DV than about smoking or alcohol consumption (Sugg *et al.*, 1999; level 4).

Victims of DV presented to emergency room were concentrated between 9 AM and 5PM, while only 11% of the hospitals provided necessary social services as a resource during this time of the day (Birnbaum *et al.*, 1996; level 4).

In family practice clinics examined in a study, only 14.6% of women screened as currently experiencing intimate partner violence were documented, while 85.4% were not documented (Coker *et al.*, 2002: level 4).

The rate of refusal to transport to the hospital from the emergency department was 23.4% for DV victims while it was 7.1% among for the entire study population (Husni *et al.*, 2000; level 4).

There was also a study investigated specific physician behavior which abused women perceived desirable or undesirable given the inadequacy of available support (Hamberger *et al.*, 1998; level 3b). Furthermore, a study was found that investigated potential of new support and follow-up practices of abused women by specialists (Krasnoff *et al.*, 2002; level 3b).

社会環境 エビデンス・テーブル

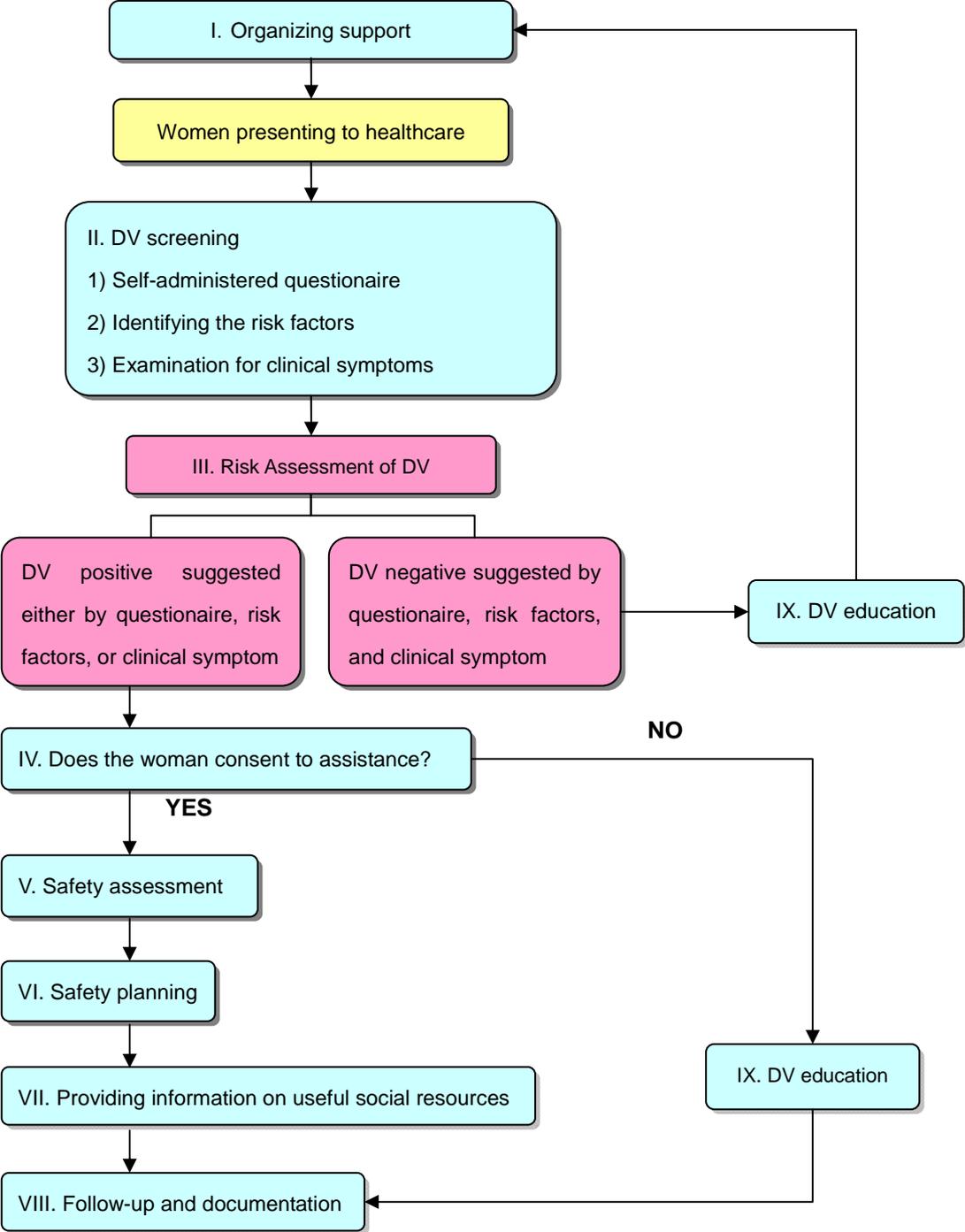
著者	年	国	セッティング	対象	DV判定方法	データ収集方法	主要結果	研究デザイン	エビデンスレベル	コメント
対照群なしの介入研究										
Krasnoff et al.	2002	USA	大都市の救急病院	38000 人を対象 (1997-1999) に被害女性 528 人		電話カウンセリング	528 人の被害者女性の内、258 人は医療者とボランティアによるフォローアップ擁護プログラムを受け入れた。	対照群なしの介入研究	4	
横断研究										
Hamberger et al.	1998	USA	大都市保健機関	115 名虐待を受けた女性	CTS	自記式質問紙	虐待被害者が医療者に望むこと、望まないこと。特に医師の態度に対する女性の視点。	横断研究	3b	
Basile	2002	USA	州立大学研究センターから無作為抽出	国民 1108 人		電話	妻へのレイプに対する認識、頻度。年齢が高く、白人でない人が妻へのレイプが起こることを信じていない。男性で教育レベルの高い人が妻へのレイプが頻回に起こることを信じていない。年齢が高く、教育レベルの高い人が夫婦間の性の強要を信じていない。	横断研究	3b	
Birnbaum et al.	1996	USA	民間病院	救急部へDV疑いで来院した身体的外傷者 32 人		面接	32 人中 28 人 (88%) が、平日の午前 9 時から午後 5 時の時間帯以外に来院。カウンセリングの希望は 63%、安全な場所の希望は 32%、子どもの安全に悩む人は 48%。ソーシャルサービスは、平日の 9-5 時であり、わずか 11% の利用であった。	横断研究	4	

周産期のDVガイドライン

Coker et al.	2002	USA	大きな家庭医学クリニック	1543人の女性	ISA, WEB	診療録、電話インタビュー	144人がスクリーニングで陽性と判断され、14.7%は暴力の記述があったが、85.4%は診療録に記述がなかった。つまり診療録の感度が低く見逃しが多かった。スクリーニングを行うことは、被害者が暴力を語ることを増やし、記述につながる。	横断研究	4	
Husni et al.	2000	USA	大都市の公的医療機関	1251人の救急部門受診者		診療録	DVがあったのは5.4%(95%CI: 3.9, 6.9)、DV移送拒否する割合は、23.4%(95%CI: 11.3, 35.5)、一般の拒否割合は、7.1%(95%CI: 5.8, 9.3)	横断研究	4	
症例集積										
Sugg et al.	1999	USA	大都市保健機関(プライマリ・ケア)	240名の医療関係者		自記式質問紙	DV率は1%以下だと思っているのは、医師の50%、看護師の70%。DV被害者を発見したことがない医師の10人に1人、看護師の50%。医師の45%が外傷女性に対してもDVについて聞かない。全員が喫煙や飲酒よりDVは聞かなくてもいいと思っている。25%に人がDVは個人的資質だと思っている。77%に人が過去1年間にDVについての教育を受けていない。	症例集積	4	

Chapter 5 Flowchart of DV Support

Flowchart of Support



Chapter 6 Guideline excerpt

Excerpts of this DV support guideline is listed below according to each clinical question. Evidence and justification for each recommendation are presented in Chapter 7.

I Organizing support

1 Healthcare provider as support

CQ (Clinical Question) 1: Is educational intervention necessary for healthcare providers?

Educational intervention about DV is necessary for healthcare providers (“A” recommendation).

2 Support in healthcare system

CQ2: Should support in healthcare system be accessible for DV victims?

Support in healthcare system should be made visible and accessible to DV victims (“C” recommendation).

II. DV screening

1. Asking about DV experience: DV screening

CQ3: Is DV screening necessary at perinatal care?

DV screening should be implemented at perinatal care (“B” recommendation).

CQ4: Should the target for screening be focused on women with particular signs of DV?

DV screening should not focus only on women with particular risk factors, signs, or symptoms (“D” recommendation).

CQ5: What are the appropriate settings for DV screening?

DV screening should be done in a place where privacy of the woman is secured, and without the presence of her family, husband or intimate partners (“A” recommendation).

CQ6: What kind of attitudes should healthcare providers take towards DV victims?

Healthcare providers should respect the women and always be empathic and supportive (“A” recommendation).

CQ7: What are the DV screening tools known to be effective?

‘Abuse Assessment Screen’ (AAS), ‘Partner Violence Screen’ (PVS), and ‘Violence Against Women Screen’ (VAWS) are known to be effective. Any one of these tools should be used for screening (“B” recommendation).

CQ8: How should DV screening be conducted?

DV screening should be conducted with self-administered questionnaires (“B” recommendation).

CQ9: What is the appropriate timing and frequency for DV screening?

DV screening should be done more than once (“C” recommendation).
DV screening should take place during pregnancy but may also be considered after childbirth (“C” recommendation).

2. Identifying the risk factors

CQ10: What are the appropriate indices as the risk factors?

Alcohol abuse, drug abuse, unemployment of the partner as well as experience of childbirth may be indicative of DV risk (“C” recommendation).

3. Identifying the clinical symptoms

CQ11: Should miscarriage and elective abortion be considered as clinical symptoms of DV?

Miscarriage and elective abortion of DV and the women experienced either of them more than once must be paid special attention (“A” recommendation).

CQ12: What kind of physical injuries are to be considered as clinical symptoms of DV?

Physical injuries on head, neck and face should be taken special notice when identifying clinical symptoms of DV.

CQ13: What conditional changes in pregnant women need special attention?

Anomally in weight changes of pregnant women (i.e. excessive weight gain or loss) may need special attention (“C” recommendation).

CQ14: What psychological conditions of pregnant women require attention?

PTSD and depression may be indicative of DV and need special attention (“B” recommendation). Similarly, fear of sexual intercourse and decreased sexual desire may require special attention (“C” recommendation).

CQ15: Should delayed presentation to prenatal care be considered as a clinical symptom of DV?

Special attention should be paid, when women in pregnancy seek delayed prenatal care (“B” recommendation).

CQ16: Can past DV experience be considered as a clinical symptom of DV?

Past DV experience may be consiеред as a clinical symptom of DV.

CQ17: Can newborn with low birth weight be a clinical symptom of DV?

Newborn with low birthweight can be an important clinical symptom of DV (“A” recommendation).

CQ18: Should fetal distress and death be considered as clinical symptoms of DV?

Fetal distress and death must be paid special attention as important clinical symptoms of DV (“A” recommendation).

IV. Does the woman consent to assistance?

CQ19: Is consent of the woman required before discussing DV with her?

Consent of the woman must be obtained before discussing her DV experience (“A” recommendation).

CQ20: Should decision of the woman be confirmed before support is offered?

The woman must be asked if she is willing to seek support (“A” recommendation).

V. Safety assessment

CQ21: Should safety of the women and children be assessed?

Safety of the women and children (including the fetus) should be assessed (“B” recommendation).

CQ22: What is a scale to be used for the risk assessment?

For assessment of the risk of DV, ‘Danger Assessment Scale’ (DAS) should be used (“B” recommendation).

VI. Safety planning

CQ23: Should referrals be made to police or DV support centers?

If the woman and children are at high risk of their life, they should be referred to police or DV support centers with her consent (“A” recommendation).

CQ24: Is safety planning necessary to ensure the safety of the woman?

Safety planning must be necessary for ensuring the safety of the woman, and support for the planning must be offered (“A” recommendation).

VII. Providing information on useful social resources

CQ25: Is it necessary to provide the women with information on social resources and with support for utilizing them?

Support including the information must be given for women to make effective use of the available social resources (“A” recommendation).

CQ26: What kind of discretion must be used when providing information for the women?

Information must be provided for the woman while ensuring her safety, e.g. in a manner the abuser would not notice (“A” recommendation).

VIII. Follow up and documentation

CQ27: How long should the woman be followed up?

Long term follow up of the woman may be necessary through the perinatal period and postpartum (“B” recommendation).

CQ28: What cautions should be taken with the documentation of DV?

Words and quotes of the woman should be recorded only with her consent. The information must be stored with care and under no circumstance be disclosed to anyone but the woman. Healthcare providers should be aware of necessary cautions for handling the information (“A” recommendation).

Chapter 7 Recommended support process

I Preparation of support

This section was prepared based on the results of: one systematic review, two RCT studies, one comparative study, one retrospective cohort study, six studies with no control, 7 cross sectional studies, three case collection studies, and one narrative review.

1. Necessary considerations to be taken by healthcare providers

1) Barriers within healthcare providers

A study conducted in Europe reported that there are considerable barriers among healthcare providers (e.g. midwives, doctors, and nurses). A literature review (Ronnberg et al., 2000; level 5) reported the following as potential barriers within healthcare providers to support DV patients: lack of education focusing on sexualized violence, time constraints, stereotype of a “typical abused women”, too close identification with the victim or abuser, fear of offending the victim or abuser, feelings of hopelessness and non-responsibility, absence of routine screening, and lack of professionalism as healthcare provider.

2) Values and attitudes of healthcare providers and status of practice

Values and attitudes of healthcare providers toward DV have impacted the current status of practice.

① Attitudes of physicians toward DV

No difference was detected in the attitude of physicians toward abuse from intimate partner between large cities and rural areas in Canada (Ferris, 1994; level 3b). However, 98.7% of the physicians overlooked physical abuse. Similarly, 55.3% of the physicians believe that 30% or more cases of physical abuse have been overlooked. Furthermore, 68% did not have DV screening protocol, while those with the screening protocol had increased chances of detecting DV ($t=1.131$, $p=0.0007$). With regard to detection of DV, 30.6% answered that they could identify physical abuse, while 25.2% answered that they could identify psychological abuse.

In a study on physicians' belief about DV and screening practice (Chamberlain et al., 2002; level 3b), those physicians estimated that the prevalence of abuse was 10% or more of their female patients were 8 times as likely to conduct screening at patients' initial visits as those estimated that the prevalence was 5% or less (OR 8.08, 95%CI: 3.47, 18.82). Furthermore, the physicians who believed that they have a responsibility to deal with abuse were three times as likely to conduct screening at annual exams as those who believed otherwise.

Rate of screening practice varied ranging from 6% to 85.7% (Elliott et al., 2002; level 3b). Physicians often or always screened when women presented with an injury (Chamberlain et al.,

2002; level 3b).

In a study which investigated screening rate in four specialties (i.e. internal medicine, family physician, obstetrician-gynecology, and emergency medicine), higher screening rates were associated with obstetrics-gynecology specialty (OR 0.49, 95%CI: 0.31, 0.78), while the lower rate was associated with emergency medicine (OR 1.72, 95%CI: 1.13, 2.63) (Elliott et al., 2002; level 3b).

The screening rates reported by a study comparing DV, smoking, alcohol addiction, and HIV/STD risk at initial visits of female patients were 19%, 98%, 90%, and 47%, respectively. The screening rate of DV was significantly lower than that of others ($P < 0.001$). Similarly, the screening rate at visits of female patients other than their initial visits was 13% for DV, 82% for smoking, 61% for alcohol addiction, and 27% for HIV/STD risk. The screening rate of DV was significantly lower indicating rarity of screening practice ($p < 0.001$).

Above results revealed that screening was seldom conducted by physicians leading to missed opportunities of detecting victims of abuse. They also revealed the association between the beliefs and awareness of DV and the screening rate.

② Attitudes of mid-wives and nurses toward DV

No routine was reported from mid-wives about DV (Edin et al., 2002; level 5). Similarly, the study reported that no midwife asked every pregnant woman registered at the antenatal clinic about abuse.

Regarding the screening rate, the public health nurse had stronger tendency of conducting screening than hospital nurses (screening rate: public health nurse 70.1%, nurses at private clinics 18.3%, hospital nurses 43.5%; $\chi^2 = 59.77$, $p = 0.001$) (Moore et al., 1998; level 4).

③ Retraumatization

Victims of abuse could be retraumatized by approaches of healthcare providers when the providers: force assistance without consent, are being judgemental, or are being insensitive (Yomiuri, 2003). To avoid retraumatization, it is important for healthcare providers to be sensitive and understanding when dealing with victims of abuse.

3) Efficacy of intervention

Trainings have been provided for healthcare providers to educate and improve their attitudes, to get rid of the barriers and to offer adequate medicine and care for victims of abuse. Various educational or training programs have been developed and evaluated at different institutions.

Multidisciplinary training project lasting for 3 to 6 hours lead to improvement of healthcare providers' knowledge and thus increased their comfort level (Harwell et al., 1998; level 4).

Roberts et al. (1997; level 4) studied the impact of an educational intervention program about DV on knowledge, attitude, and practice of nurses and doctors. The program had a positive impact on their knowledge increasing correct answers from 61.6% to 71.5% in nurses ($t=6.36$, $df=45$, $p=0.0001$), and from 63.4% to 72.4% in doctors ($t=2.66$, $df=19$, $p=0.0015$). Attitude of female nurses was also improved ($t=-2.96$, $df=39$, $p=0.0005$). Similarly the program positively affected knowledge on community resource and legal aspects of DV (correct answers 14.6→47.6%, McNemar's test $p=0.0009$) ($t=4.48$, $df=65$, $p<.0001$).

The impact of educational program also manifested as differences in practice with routine assessment for DV carried out by nurses who received the intervention (34% vs 49%, $\chi^2 = 25.12$, $p = 0.035$) (Moore et al., 1998; level 4).

Rate of screening conducted by doctors was higher for those doctors with training in DV than those without (Elliott et al., 2002; level 3b). The doctors who received the training more than 12 months before the study showed OR 0.54 (95% CI: 0.34, 0.85), while those received the training within the previous 12 months showed OR 0.46 (95% CI: 0.29, 0.74). Furthermore, the doctors who had received training in intimate partner violence in the previous two years tended to exercise screening at annual examination ($p = 0.002$), and particularly when the patients were physically injured ($p<0.01$) (Chanberlaing et al., 2002; level 3b).

Coonrod et al. (2000; level 2b) conducted a 20-minute-long educational intervention program for the residents. Their knowledge significantly improved after the intervention (before intervention: 57% → after intervention 73%, control 56%, $p=0.002$). There was no significant difference in the screening rate between those residents with the intervention and the control group. Nevertheless, the residents with the intervention exhibited higher screening rates than the control (71% vs 52%, RR1.35, 95% CI: 0.96, 1.90, $p=0.07$). Other studies also reported increase in the screening rate after the educational intervention program on DV (Harwell et al., 1998; level 4) (Knight et al., 2000; level 4) (Janssen et al., 2002; level 4).

Similarly, Wiist & McFarlane (1999; level 2c) evaluated impact of a 90-minute-long session on DV assessment protocol. At the clinics where the protocol was incorporated into the mandate, DV assessment increased from 0 to 88% within 15 months, while it remained 0% at the control clinics ($p = 0.001$).

Campbell et al. (2001; level 1b) reported that knowledge and attitude of emergency department teams (physician, nurse, social worker) that received a two-day didactic information and team planning intervention was significantly higher than those of the control ($F = 5.57$, $p < 0.019$). Similarly, the emergency department teams with the intervention exhibited significantly higher screening rate than the control teams ($F = 5.72$, $p < 0.04$). The screening rate of the teams with the training aiming for system change was maintained for two years, and patient satisfaction significantly

increased ($F = 15.43, p < 0.001$). However, no significant difference was detected in the identification rates of abused women ($F = 0.411, p = 0.52$) in the medical records of the experimental and control hospitals. Romsay et al. (2002, level 1a) also reported similar results with regard to the identification rates.

Positive outcomes of the educational intervention programs were also reported, however they were also reported to be impersistent (Harwell et al., 1998; level 4). By contrast, a study reported positive effects of an administrative intervention with healthcare provider on compliance with domestic violence screening protocols (Larkin et al., 2000; level 4).

The results suggest effectiveness of training or intervention program and system change for healthcare providers on improving their knowledge and attitude that facilitates practice of the required care including the screening. Nevertheless, effectiveness of such training or intervention program on the identification rate of DV patients remain unclear.

Educational intervention programs improve knowledge and attitude about DV and increase the screening rate (“A” Recommendation).

[An example of system-change model training (Campbell, 2001)]

- A two-day didactic information and team planning intervention from the Family Violence Prevention Fund (FVPF) and the Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence (PCADV)

- Contents

Day one : half-day・・・didactic instruction

Background of intimate partner violence (IPV), assessment of emergency department (ED), appropriate response including preparation of necessary documents and referral

half-day・・・Roleplaying assessment and intervention, liability, commencement of a plan by a team

Day two : action plan for system change (planning appropriate protocol of the situation, strategy of organizing protocol adoption, ED staff training, ensuring public support)

- * Adequate consideration was made for cultural sensitivity and cultural tolerance throughout the period.

2. Clinical settings

Women encounter various possible barriers in healthcare system (Ronnberg et al., 2000; level 5). Possible barriers include negative interactions with the healthcare system (such as refusal, abandonment, insult, isolation, lack of understanding), structural constraints within the system (lack of economic support), fear of retaliation from the abusive partner, and the psychological effects of the normalization process.

In addition to the psychological factors, physical settings of healthcare system can create barriers for women to communicate. In their study, Jansen et al. (2002; level 4) posted “Let’s Talk” posters on obvious places in waiting rooms, prepared pocket guide (explaining assessment process, questions of screening, appropriate care, safety plan, referral procedure), making “women resource card” available in private places such as bathroom cubicles to get rid of such physical barrier. In addition, they improved the clinical setting based on women-centered perspective, by providing language service for those who do not speak English and translating screening tools in their native language.

<p>Clinical settings should be prepared in a way so DV victims would find it easy and comfortable to seek help in current healthcare system (“C” Recommendation).</p>

支援環境 エビデンス・テーブル

著者	年	国	セッティング	対象	DV 判定方法	データ収集方法	介入	主要結果	研究デザイン	エビデンス・レベル	コメント
システマティック・レビュー (Systematic Review: SR)											
Ramsay et al.	2002	UK	救急部 第一次医療施設 妊婦健診を受けるクリニック	RCT, 前後比較研究, 症例集積, タイム・シリーズなど 10 文献。		データベース (Medline, Embase, CINAHL) を使用。 2001 年 1 月まで		<ul style="list-style-type: none"> ・DV 女性の発見率は、0-3% であった。 ・スクリーニングの結果、DV の発見率は上昇していたが、エビデンス・レベルは低かった。 	SR	1a	
ランダム化比較試験 (Randomized controlled trial: RCT)											
Campbell et al.	2001	USA	ピッツバーグ (ペンシルバニア)、サンフランシスコ (カリフォルニア) から半径 100 マイルの 39 の病院のうちランダムに抽出された 12 か所の中規模病院の救急部(ED)	ED スタッフ計 649 人 ベースライン n=336 介入後 n=313	定義を明記せず	医療記録、スタッフと患者の調査、トレーニング後のスタッフインタビュー	2 日間のトレーニングとプランニングプログラム (チームトレーニング・アプローチ: 医療者の態度とスキルの向上を図ると同時にシステムの変革、協働を目指す) <ul style="list-style-type: none"> ・適切なプロトコル・資料教材を整える、スタッフへの適切なトレーニングの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切なプロトコル・資料教材、スタッフへの適切なトレーニングを行っていた群は、実施率が有意に上昇していた。(F=5.72, p<0.04) ・実験群の方がスタッフの知識と態度は有意に上昇。(F=5.57, p<0.019) ・患者の満足度は、実験群の方が有意に上昇。(F=15.43, p<0.001) ・DV の発見率は有意差なし。(F=.411, p=0.52) 	RCT	1b	

Coonrod et al.	2000	USA	500床の州立病院	レジデント介入群・コントロール群ともに各68人	定義を明記せず	電話によるインタビュー	DVに関する教育的介入 DVのスクリーニングの重要性を強調した 20分間のセッション	<ul style="list-style-type: none"> 介入群とコントロール群の実施率では、介入群のレジデントがDVの実施率が高かったが有意な違いは認められなかった。(71%vs52%, RR1.35, 95%CI: 0.96, 1.90, p=0.07) 専門領域により実施率に違いがあった。(p<0.01, 家庭医:救急医:産婦人科医:小児科医:内科医:外科医=100%:90%:80%:63%:47%:0%) 介入の前後で知識は有意に上昇していた。(介入前57%→介入後73%、コントロール群56%、p=0.002) 	RCT	2b	
比較対照研究											
Wiist et al.	1999	USA	大都市の公的病院、3つの似たような条件のクリニック(妊娠中のみ)に受診する妊婦 それぞれ2,000~3,000人、合計12,000人/年	医療者(ナース、医師、栄養士、カウンセラー、事務職)	定義を明記せず	チャート・レビュー	2つのクリニックではアビュース・プロトコルを用い、他の1つは用いなかった。 90分のセッション(女性の受ける暴力についての知識、アセスメントの手順、カウンセラーへの紹介を含む)	<ul style="list-style-type: none"> 介入群の暴力アセスメント・スクリーニングの実施率は、15か月で88%、コントロール群で0%(p=0.001)であった。 介入群はコントロール群に比べ、暴力にあっている率が高かった。(7% vs 0%, p<0.0001) (OR6.78, 95%CI: 2.35, 19.56) 	対照なしの研究	2c	15か月の間に、対象クリニック7,816人、対照群3,953人。そのうち、540医療記録

												を選出。
後ろ向きコホート												
Larkin et al.	1999	USA	ピッツバーグの都市中心部のレベル1のトラウマセンターの救急部 43,000/年の患者	男女の看護師	親密なパートナーからの暴力を受けた18歳以上の女性	チャート・レビュー	Domestic Safety assessment を用いて直接的に質問。この質問紙は、チャートの挟まれており、受診時にナースが、(プライバシーを配慮した個室で、声に出すか、書いて)女性に質問する。事前の準備として、4時間のトレーニング・セッション(IPVについての被害者の確認、ケーススタディ、危機介入、シェルター・サービスの可能性と有用性)を受け、Domestic Violence: A Focus on the Emergency Room Care of Abused Women というマニュアルが配布されていた。	<ul style="list-style-type: none"> ランダムに選出された1,693人の訪問のうち、記録が不十分であった55人を除く、1,638人の診療記録を検討された。DSAの完全な実施率は、1,693人中483人(29.5%)であった。DSAがない(31.1%)と不完全な記述(35%)で、拒否したのは47人(2.9%)、言語あるいはコミュニケーションの障害で遂行できなかったもの25人(1.5%)であった。 女性のナースで、スクリーニング実施率に差はなかった。(91.7%実施 vs 91.2%非実施) スクリーニングの実施率は、救急車で来所していない方が(OR0.57, 95%CI: 0.42, 0.77)、医学的・トラウマに関連した症状を訴えた方が、重症でない方が(OR2.05, 95%CI: 1.62, 2.59)、昼間の方が夜間より(OR0.58, 95%CI: 0.39, 0.86)高かった。 現在・過去におけるIPVの発見率は、483人のうち87人、つまり18%であった。 	後ろ向きコホート	3b	DSAは「学際的DVタスクフォース」グループが作成した。	

対照なしの介入研究											
Robert s et al.	1997	Australia	ED	91 人のナースと 72 人の医師。 回収率は、医師 31 人 (43%)、ナース 91 人 (うち RN74、LPN17) 75% であった。	定義を明記せず	自記式質問紙	ED の医師・ナース向けの教育的介入プログラム 1時間のワークショップ、患者紹介、DV 文献の紹介、プロトコール (department notice-boards)、individual pocket cards	<ul style="list-style-type: none"> • matched-pair analysis で、医師は 20 人、ナースは 48 人、を対象にした。 • 一般知識は、ナースは正解率が上昇し 61.6→71.5% (t=6.36, df=45, p=0.0001)、医師は 63.4→72.4% (t=2.66, df=19, p=0.0015)。ナースのほうが上昇率は大きかった。 • 態度については、女性のナースの態度が好転した。 (t=-2.96, df=39, p=0.0005) • 地域のリソースの知識については、ナースにおいて上昇した。 (14.6→47.6%、McNemar's test p=0.0009) • 法的側面の知識も、正解率が多くなった。 (t=4.48, df=65, p<0.0001) 	対照なしの研究	4	

Knight et al.	2000	USA	Ambulatory Internal Medicine(AIM) clinic 中西部にある(人口125,000人) 中規模コミュニティのカトリック病院	内科医(内科・内科/小児科レジデント) 45人 当クリニックを受診した患者 18歳以上の女性、英語による意思疎通、外来のみ 132人中122人が了解し、最終的に116人($\alpha=0.05$, power=0.8)	定義を明記せず	質問紙(ITTDVQ, UTTDVQ, IBWB, SESFBW-PV)	教育プログラム(P.A.K.: The residency program director allowed the principal investigator) ・DV有病率・DVの重要な概念・被害者の話・ヘルスプロバイダーとしての役割・リソース・バリア・ロールプレイ・救急での今後の取り組みについて議論	・レジデントの態度は変化なし。 ・DVについて質問された患者の割合は0.8%から17%に有意に増加。(OR25.2, 95%CI: 6.1, 104)	対照なしの研究	4	
Larkin et al.	2000	USA	都会のlevel 1 trauma and burn center 年間43,000人受診する救急部 18歳以上の女性 前調査: 1638人 後調査: 1617人	スタッフ40人	DSA (Domestic Safety Assessment ツールより) 身体的・精神的・性的虐待	医療記録に記載されているアセスメントツールの使用状況	disciplinary action model 医療者への管理的介入: 規律的行動(4段階)	・DVスクリーニングの実施率は、29.5%から72.8%へ有意に上昇。(OR2.5, 95%CI: 2.3, 2.7) ・DV発見率は、5.3%から8.0%へ有意に上昇。(OR1.5, 95%CI: 1.2, 2.0) ・介入前は夜勤帯および精神科患者に対してスクリーニングが行われていなかったが、介入後は行われるようになった。 ・40人のNsのうち、1段階52.5%、2段階20%、3段階10%、4段階なしで、辞める	対照なしの研究	4	

								人はいなかった。			
Harwell et al.	1998	USA	12の州立コミュニティ・ヘルスセンター（フィラデルフィア） Phase1.12カ所 Phase2.4カ所	医療者 372人（うち、医師 108人） Phase1.108人 Phase2.前 251人 後 255人	定義を明記せず	第一段階：4項目の快レベルをはかる質問紙 第二段階：チャート・レビュー	RADAR: トレーニングプロジェクト（3-6時間の他領域にわたるトレーニング）	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者の知識、コンフォートレベル（医療者自身の聞きにくさ）は、介入直後に上昇するが、3か月後には低下する。 ・DVスクリーニング実施率（後 25%vs前 5%, RR1.87, 95%CI: 1.61-2.16）、DVが疑われる率(6%vs2%, RR1.49, 95%CI: 1.13-1.99)、セイフティアセサメント実施率（17%vs5%, RR1.65, 95%CI: 1.39-1.97）、リファーの実施率（4%vs0%, RR1.81, 95%CI: 1.45-2.28）は、介入後に有意に上昇。 ・暴力の医療記録への記載の実施率に差はなし。 	対照なしの研究	4	
Tilden et al.	1987	USA	大都市の救急病院 22RN で構成されている。(うち 17人が常勤で、5人は非常勤)	ナース 22人（患者の記録 447人分をレビュー）	定義を明記せず Battered women (spouse battery)	チャート・レビュー	<ol style="list-style-type: none"> 1.インタビュー・プロトコルをスタッフナースと調査者が作成。 2.スタッフへのプロトコルの紹介 対象となる患者の記録のうち、4つにコード化されて記録 (1:SP positive, 2:SP probable, 3:Spsuggestive, 4.SP negative)	<ul style="list-style-type: none"> ・battered women の positive であったものは、介入前 n=72 (9.72%)、介入後 n=74 (22.97%)で有意に増加していた。(z=1.90, p=0.03, OR 2.74) 	対照なしの研究	4	

Fanslow et al.	1993	New Zealand	公立病院の救急部 介入施設：5万人/Y コントロール施設：3万人/Y 35%が女性、うち2/3は15歳以上	地域の2公立病院の救急部、33人のナース、28人のスタッフ (チャート8,051)	定義を明記せず Partner Abuse	チャート・レビュー	プロトコルにそった スタッフトレーニング	・介入群(病院)と対照群(病院)で、発見率に有意な差はなかった。(X ² =0.13、P=0.72) ・介入群の方が、ケア介入(X ² =7.6、P=0.006)が有意に多く、記録(X ² =3.5、P=0.06)も多くされている傾向にあった。	対照なしの研究	4	
横断研究											
Ferris	1994	Canada	カナダの7つのprovinceから、1/6あるいは160人以下、ケベックに関しては1/15の医師。都市と地方	963人の家庭医と一般医(general practitioner)1,574人中、963人(61%)である。 Mean41(SD=10.1)	妻への暴力 apouse abuse は、男性から女性のパートナーに対して、女性の行動をコントロールし、脅迫するための身体的、精神的暴力である。	郵送法による質問紙	(対象者へ御願文、質問紙、返信用封筒、匿名)	・態度:都市と地方の医師とで態度に、違いはなかった。 ・30.6%の医師が身体的暴力を診断できるとし、25.2%が精神的暴力を診断できるとした。 ・98.7%は暴力のケースを見逃しており、55.3%は3割かそれ以上のケースを見逃していると回答した。 ・68%は発見の方法をもっておらず、発見方法をもっている場合は、発見率が高くなると回答している。(t=1.131, p=0.0007) ・wife abuseへの最も重要な役割は、地域の情報源を女性に知らせること(93.6%)、精神的サポート(93.3%)、紹介(86.5%)、患者の守秘義務(56.9%)の4つがあげられてい	横断研究	3b	

								た。 ・継続医学教育について72%が知らないと回答し、87%はワークショップ等の教育が必要と感じていた。継続教育で重要な項目は、診断(85%)、処置・手当て(83.1%)、法律に関すること(74.4%)、地域の情報源(69%)、紹介先(64.1%)、医師/患者に関すること(54.3%)、結婚カウンセリング(42.4%)であった。			
Elliott et al.	2002	USA		アメリカの4つの専門領域(内科医、家庭医、産婦人科医、救急医)のうち、2,400人の国のシステマティック・サンプル 回答率は、53% (1,103/2,087)であった。	定義を明記せず Battered women	(4ページ渡る)質問紙による郵送法	質問紙: 4ページにおよぶ質問紙、5分間で完了する。	・スクリーニング実施率は、6%であった。 ・スクリーニングの実施率が家庭医を基準に高かったのは、産婦人科の領域で (OR0.49,95%CI: 0.31, 0.78)、一方、救急に関連したスクリーニング実施率は(OR 1.72, 95%CI: 1.13, 2.63)と低かった。 ・DVのトレーニングを受けた場合は、受けなかった医師に比べて、スクリーニング実施率は高く、過去12か月以上前にトレーニングを受けた場合では(OR 0.54, 95%CI: 0.34, 0.85)であり、12か月以内では(OR0.46, 95%CI: 0.29, 0.74)となっていた。	横断研究	3b	

<p>Chamb erlain et al.</p>	<p>2002</p>	<p>USA</p>	<p>アラスカ 3つの異なる クリニックの 状況:最初の 訪問時、 年1回の健 診時、患者 がけがをし て受診した 場合。</p>	<p>プライマリー ケアを実践し ているアラス カの医師(家 庭医、内科 医、産婦人科 医、一般医) 回答率は、 80% (305/383)で あった。回答 のあった305 人のうち、8 人は対象外 だったので除 外。</p>	<p>Partner Abuse: 16歳以 上の対象 者におい て、親密 なパート ナーか ら、身体 的、性的 あるいは 感情的な 暴力を受 けている か、それ らに脅か されてい る。</p>	<p>郵送法によ る質問紙調 査</p>	<p>暴力に関する特定の質 問を直接行う。 バリアは、文献検討と 半構成的質問による質 的インタビュー(ヘルス プロバイダー30人)に よってデータを得た。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・85.7%の医師は、女性が受傷している時はいつもあるいはほとんどの場合、スクリーニングを行っていた。しかし、最初の受診や年1回の受診時にはほとんどスクリーニングを行っていなかった。(各々、実施率は6.2%、7.5%) ・1/3以上の医師は、女性患者のうち10%かそれ以上の割合で親密なパートナーからの何らかの暴力を受けていると推測している。 ・過去2年間に partner abuse についてのトレーニングを受けた医師は、健診でスクリーニングを行う傾向にあり(p=0.002)、怪我をしている患者の場合は(p<0.01)という傾向にあった。 ・スクリーニングをする方がいいと感じる医師が、したくない、あるいはスクリーニングに否定的な医師と比べて、健診でスクリーニングの行う傾向に差があった。(p=0.006) ・女性の患者 abuse を受けている割合が10%以上であると推測している医師は、その割合が5%以下であると認識している医師に比べて、初診で8倍のスクリーニングを行っていた。(OR 8.08, 95%CI: 3.47, 18.82) ・Abuse に関わる必要があると感じている医師は、感じていな 	<p>横断 研究</p>	<p>3b</p>	
------------------------------------	-------------	------------	---	---	--	------------------------------	--	---	------------------	-----------	--

								い医師に比べて、健診で3倍のスクリーニングを行っていた。 (OR3.05, 95%CI: 1.45, 6.45)			
Gerbert et al.	2002	USA		医師 (American Medical Association)のリストの中から、1,200人の医師がランダムに選出された。そのうち、適格者であった890人から、回答のあった610人	過去3か月のDV	郵送法による質問紙調査.		<ul style="list-style-type: none"> ・新患の時に、スクリーニングの実施率は、DVは19%、喫煙98%、アルコール中毒90%、HIV/STDリスク47%で、有意にDVは低かった。(p<0.001) ・新患以外の通常の患者のスクリーニングの実施率も、DVは13%、喫煙82%、アルコール中毒61%、HIV/STDリスク27%で、有意にDVは低かった。(p<0.001) ・発見された後は、患者のカウンセリングの頻度は、DVは13±8回、喫煙8±5回、アルコール中毒10±7回、HIV/STDリスク10±6回で、有意にDVは高かった。(p<0.005) ・DVの介入の必要性については、DVは86%、喫煙96%、アルコール中毒97%、HIV/STDリスク95%で、有意にDVは低いという認識であった。(p<0.007) 	横断研究	3b	

Moore et al.	1998	USA	ノースカロライナの全域	周産期の実践に関わる 275人のナース(87公的健康施設、71病院、117私的施設)	定義を明記せず Domestic Violence	郵送法による質問紙調査.	質問紙: デモグラフィック7項目 態度や信念 16項目 実践 23項目	<ul style="list-style-type: none"> ・態度と信念に関しては17項目、5段階で尋ねたところ、「abuseは自分の対象集団に関係ない」という項目で3グループ間に有意差があった。(χ²=19.97, p=0.001) ・スクリーニングに関連する実践では、PHNはスクリーニングする傾向にあった。(PHN70.1%、私的施設のナース18.3%、病院ナース43.5%, χ²=59.77, p=0.001) また、通常の婦人科診察は、PHNはレポートする傾向にあった。(PHN43.7%、私的施設のナース7.8%、病院ナース17.6%, χ²=114.79, p=0.001) 女性が慢性身体の愁訴や性的問題、慢性の骨盤痛について、PHNはレポートする傾向にあった。(PHN42.5%、私的施設のナース28.9%、病院ナース32.9%, χ²=26.17, p=0.000) ・暴力の実態が発見された後、50%以上のナースが教育的な資料の提供、カウンセリングのためのアドバイス、子どもへの暴力について尋ね、暴力は悪いと言語化するという行動を起こしていた。教育的資料は、ヘルス施設では60%以上、病院では50%程度が公開されていた。 ・教育は行動の違いに現れており、特定の教育を受けたナース 	横断研究	4	
--------------	------	-----	-------------	---	------------------------------	--------------	--	--	------	---	--

								は暴力の実態を日常的にアセスメントしていた。(34%vs49%, $\chi^2=25.12$, $p=0.035$) ・31%のナースが自分の家族に暴力の既往があったことを報告していた。			
Early et al.	2002	USA	中西部の大都市における7つの都会とその近郊の病院の救急部	195 救急部ナース(男女)	定義を明記せず Partner Battering	質問紙調査	2つのシナリオ(vignettes)を示した。(LanzaとCampbellの研究に従って) 27項目からなる、Nursing care checklist (NCC)を用いた。 General Data Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> ・70%のナースは、患者から暴力を受けた経験があった。 ・40%のナースは、パートナーから暴力を受けたことがあった。 ・19%はパートナーに暴力をふるったことがあった。 ・一方、患者からも、パートナーからも暴力を受けていないナースは20%であった。 ・暴力を受けた経験と提供するケアに関連はなかった。 	横断研究	4	回答率が19-100%と幅があった。セッティング、トラウマレベル、ロケーション等に幅が見られた。
Edin et al.	2002	Sweden	人口が260,000人で、スウェーデンの国土の1/8を占め、北部に位置する町Vasterbotten	・質問紙(郵送) 36分娩前のクリニックに勤務する51人の助産師	身体的、心理的、社会的状況の中で妊娠に対する暴力	インタビューによる調査		<ul style="list-style-type: none"> ・質問紙の回収率82%(42/51) ・助産師の中では、DVについてルチーンに何かをすることはなかった。妊婦全員に、DVについての質問をするという助産師はなかった。 	横断研究	5	質的・量的研究さらに、助産師が妊婦を対象に調査している

												点は、ユニークであるが、結果は目新しくない。
症例集積												
Heinze r et al.	2002	USA	都市の医療センターの救急部 Level.1では、医療スタッフの研修場 150人/日のPt. 18歳以上は4万人/Y	EDの中での医療関係者(医学生、レジデント、NP学生、フイジシャン・アシスタントの学生、RN、医師)	定義を明記せず Domestic Violence	インタビューによる調査	ビデオをスタッフに示す。 ・患者との関係の築き方 ・暴力についてのスクリーニング質問の尋ね方 ・問題のある回答への処理の仕方 ・患者のストレスの取り扱い方 5項目の質問紙	・スクリーニングの実施率は、男性25人、女性81人に対してであった。 ・発見率は、女性81人中23人(28.4%)であった。そのうち、20人(25%)は身体的暴力、8人(10%)は性的暴力であった。 ・このうち、56人(69%)はボーイフレンドからの暴力の危険が多かった。 ・救急部の19時から7時にかけては、スクリーニングを行いきくい環境にあった。	症例集積	4	対象患者が男女両方である。研究目的とデザインの不一致あり。	
Janssen et al.	2002	Canada	バンクーバーの産科的ケアを提供する2施設	300人のナース	Abuse Assessment Screenによる定義	チャート・レビュー	ロジャースの「Theory of Diffusion of Innovations」(改革の広がり理論) 1) 知識 2) 説得 3) 決定 4) 実施 5) 確認	・最初に変革者や適応の早いものが、このデザインに参入した。 ・変革を進めていくうちに、スクリーニング率は、42.1%から、53.8%(4か月後)、60.7%(6か月後)、62.1%(18か月後)に増加した。	症例集積	4	介入のdoseが均一でない。	

Glowa et al.	2002	USA	ノースカロライナのチャペルヒル	21人(1年目8人、2年目7人、3年目6人)のレジデントのうち、20人のレジデント(男性3人、女性12人)11人がランダムに選ばれた。そのうち一人が国外にいき、不在だった。	partner violence	質問紙によるスコアリングとカウンセリング	大学を基盤とした家庭医のクリニックにおいて模擬患者を用いた。3か月間のIPVのトレーニング。医師・患者役割をビデオにとった。	・本教育システムを行った場合、最初からDVの被害者にポジティブな態度を示していたレジデントは、最終調査の時点までその態度は変わらなかった。	症例集積	5	主要結果は、質的解釈になっている。
--------------	------	-----	-----------------	--	------------------	----------------------	--	---	------	---	-------------------

ナラティブ・レビュー

Ronnberg et al.	2000	Sweden		女性の健康と家庭内・性的暴力に関する276文献。49文献をレビュー対象とした。	男性のパワーや女性の支配といった表出を、sexualized violenceと考えた。	Medline, PsycLIT, Sociofile, 1988-1998		ヘルスケア・システムのバリアとして、医療者の視点から見たものと女性の視点からのものがある。	ナラティブ・レビュー	5	
-----------------	------	--------	--	---	--	--	--	---	------------	---	--

II. DV screening

1. Asking about DV experience : DV screening

1) DV screening at prenatal health exam

Making decision about introducing screening at prenatal health exam, following factors need to be considered: impact of event and illness, availability of good screening tool, and availability of effective treatment and/or intervention (Fletcher et al, 1996). As has been discussed, violence against women in pregnancy, childbirth, or childrearing from their intimate partners are not necessarily rare, and is known to have severe impact on health of women as well as fetuses. Provided the current availability of good screening tools, DV screening should be conducted on every pregnant and parturient woman.

There is not enough evidence to support positive impact of DV interventions on mid to long term outcomes such as improved QOL of the victims, enhanced health or termination of violence (Ramsay et al., 2002; level 1a). Nevertheless, detection of DV victims by healthcare system should be encouraged, as support system for DV victims at community level has started to develop after the enactment of “Law for the prevention of spousal violence and the protection of victims” in 2001. In an Australian study investigated response of 1313 pregnant women to DV screening, 98% of the women responded positively (Webster et al., 2001; level 4), while approximate 80% of the women did not feel uncomfortable for actual screening (Stenson et al., 2001; level 4, Bradley et al., 2002; level 4, Webster et al., 2001; level 4).

No study has investigated negative impacts of screening (e.g. escalation of violence from intimate partners, and retraumatization by healthcare providers) within healthcare system, and thus further investigation is warranted (Ramsay et al., 2002; level 1a).

Implementing DV screening for pregnant women and parturient women is recommended at perinatal care providers (“B” Recommendation).

2) Explaining screening

Because DV screening is often newly incorporated into usual examination or department, reasons for DV screening must be given to patients prior to screening. For example:

- ◆ Lately, we have started to understand that relationship with intimate partners, particularly abuse from husband can have significant impact on pregnancy. Thus, we ask all our patients about their relationship.

3) Screening target

A study reported that use of a structured screen to all pregnant women improved the detection rates of DV victims (Norton et al., 1995; level 4).

The study also reported that targeting only those women with risk factors, signs or symptoms of DV for screening would lead to increased failure of DV detection. Therefore, use of risk factors, signs and symptoms only is not appropriate for detection of DV victims.

It is recommended not to focus only on women with risk factors, signs and symptoms of DV when screening (“D” Recommendation).

4) Place of DV screening

DV screening must be done in a place where privacy can be secured. Absence of intimate partners or other family members is an important condition. A study reported that what women discussed during screening at her husband's presence could lead to escalated violence at home (Ferris et al., 1997; level 5). It is also essential to do screening with a patient alone to ensure safety of both the patient and children. It is not considered appropriate to allow children over two years to be present at screening as they potentially tell others what their mothers wrote or talked (Zink 2000; level 5).

DV screening must be done in privacy without the presence of abuser or other family members (“A” Recommendation).

5) Attitudes at screening

It is important for healthcare providers always to understand a patient's perspective, and never to take side with abuser when screening for DV. Criticizing or berating women will lead to distrust and can re-traumatize them. It is crucial to listen, be understanding and be supportive with empathy.

Healthcare providers should understand and respect what a patient wants and always be supportive (“A” Recommendation).

6) DV screening tool

DV screening tool has been developed to identify abused women with accuracy and efficiency in healthcare system. Its accuracy and precision are under examination.

DV screening tool is designed for simple and quick application in busy healthcare practice. Existing scales of the severity of DV (i.e. kinds of violence and their frequency) including Conflict Tactics Scale (CTS) (Straus, 1978) and Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson et al, 1981) are used as

the goldstandard of the screening tool.

As presented in Appendix 6, three screening tools are recommended according to the quality assessment: Abuse Assessment Screen (AAS) (McFarlane et al. 1992; level 2b), Partner Violence Screen (PVS) (Feldhaus et al., 1997; level 2b), and Violence Against Women Screen (VAWS) (Kataoka, 2004; level 2b).

Any of ‘Abuse Assessment Screen’, ‘Partner Violence Screen’ and ‘Violence Against Women Screen’ is recommended for use as the screening tool (“B” Recommendation).

① Abuse Assessment Screen (Appendix 6-1)

Abuse Assessment Screen is a screening tool which assesses physical and sexual abuse of pregnant women. It consists of five questions with ‘yes’ or ‘no’ answers. AAS adopts CTS and ISA as the goldstandard. The accuracy and positive predictive values for AAS were 59% and 33% when compared to ISA (Weiss et al., 2003). AAS is often used for the screening for women in perinatal period as well as for other patient groups. Furthermore, AAS adopts a format which allows to assess the severity of abuse after the screening.

② Partner Violence Screen (Appendix 6-2)

Partner Violence Screen has been developed originally for the application in emergency department. Nevertheless, this screening tool is also applicable in perinatal period. It consists of three questions about past physical abuse and perceived personal safety. CTS and ISA were used as the optimal standard of this screen.

The accuracy and positive predictive values for Partner Violence Screen were reported compared to CTS and ISA as the goldstandard. The goldstandard and PVS were tested independently and also the procedure was blinded. The accuracy was 64.5% and the positive predictive value was 80.3% when compared to ISA (Feldhaus et al., 1997; level 2b). On the other hand, the accuracy was 71.4% and the positive predictive value was 84.4% when compared to CTS in a study which screened 491 patients presented to the emergency department.

③ Violence Against Women Screen (Appendix 6-3)

Violence Against Women Screen is the only DV screening tool developed in Japan. It consists of seven questions with a three point Likert scale. The concurrent validity between the construct validity, GHQ (General Healthcare Question), and self-esteem scale was examined using factor

analysis at the development of the screening tool (Kataoka, 2004; level 2b). Cronbach α , a measure of reliability, was 0.70. The accuracy and positive predictive values of VAWS were 86.7% and 80.2% when compared to ISA Japanese version in this study that investigated 328 pregnant women.

7) DV screening practice

A number of studies have investigated how best to conduct DV screening to improve the detection rate. Gerbert et al. (1999; level 2b) used RCT to investigate the detection rate of five screening methods: written-based, audio-based, face-to-face, computer-based, or video-based. There was no significant difference in the detection rate between the methods. In contrast, McFarlane et al. (1992; level 2c) reported that the detection rate of interview by the nurses was 4.13 times higher than that of self-administered questionnaire.

The seemingly contradicting results possibly reflect differences in the screening practice, particularly in the interviews. In the study of Gerbert et al. (1999) interviews were carried out by research assistants, while in that of McFarlane et al. (1992) study interviews were carried out by trained nurses with supportive and understanding attitudes. In addition, possible selection bias may have been present in McFarlane et al.'s study because they did not use RCT.

By contrast RCT conducted for pregnant women in Japan reported higher detection rate for self-administered questionnaire filled in a place with privacy than interviews conducted by the nurses (Kataoka 2004; level 1b).

DV screening should be done in a place where privacy is secured usgin self-administered questionnaire (“B” Recommendation).

8) Timing and frequency of DV screening

DV screening should be conducted in initial phase of pregnancy. Particularly, DV screening should be added as a routine at initial visit. A study reported that the DV detection rate was 1.8 times higher for the questionnaire at initial visits with a question about DV than that without (Olson et al., 1996; level 4).

Similarly, use of structured screen such as AAS was reported to be more effective in detecting DV than merely adding a question about DV in the questionnaire (OR 30.0, 95% CI: 2.2, 14.5) (Norton et al., 1995; level 4).

Furthermore, Covington et al. (1997; level 4) conducted the screening of pregnant women three times using a consistent method, and reported significant improvement in the DV detection rate.

DV screening should be done more than once (“C” Recommendation).

Screening can be done during postpartum in hospitals and the likes when it is difficult to provide appropriate settings for the screening, for instance: no place with privacy can be secured in outpatient settings of hospitals or clinics at prenatal health exams, or no healthcare providers are available for the screening (Harrykissoon et al., 2002; level 2b).

DV screening may be conducted during postpartum period when it is difficult to be done in prenatal period (“C” Recommendation).

DVスクリーニング エビデンス・テーブル

著者	年	国	セッティング	対象	DV判定方法	データ収集方法	介入	主要結果	研究デザイン	エビデンスレベル	コメント
ランダム化比較試験											
Gerbert et al.	1999	USA	プライマリケア	患者 1952 名 介入 1 : 387 名、介入 2 : 399 名、介入 3 : 396 名、介入 4 : 376 名、介入 5 : 394 名	CTS	(介入参照)	どの介入(方法)が、もっとも打ち明けやすいか 介入 1 : 個室でのインタビュー 介入 2 : オーディオ 介入 3 : コンピュータ 介入 4 : ビデオ 介入 5 : 自記式	・オーディオがもっとも高く(38%)、自記式(33%)、コンピュータ(33%)、インタビュー(29%)、ビデオ(27%)であり、有意な差は認められなかった。	RCT	2b	・ITT 解析されていない。 ・追跡率 52%
Kataoka	2004	Japan	妊婦健診	妊婦 328 名 インタビュー群 : 165 名 質問紙群 : 163 名	VAWS	(介入参照)	インタビュー群 : VAWS を用いてインタビューでスクリーニングを行う 質問紙群 : 同様の VAWS を用いて自記式質問紙でスクリーニングを行う。	・DV のスクリーニング陽性率は、インタビュー群で 19.4%、質問紙群で 29.4%で、インタビューの方が低かった (OR0.59, CI: 0.35-0.98, p=0.043)。	RCT	1b	
前向きコホート											
Stenson, Heimer, et al.	2001	Sweden	妊婦健診	妊婦 1038 名	AAS	妊娠中 2 回、産後 1 回インタビューを実施	N/A	・27 名 (2.6%) 妊娠前 1 年間の身体的暴力があると回答した。 1 回目のスクリーニングでは、DV ないと回答したが、2 回目または 3 回目に DV ありと答えた女性は 5	前向きコホート	2b	

								名、妊娠中に繰り返しスクリーニングすることでDVありと認めた女性は8名いた。			
Harrykisson et al.	2002	USA	大学病院	出産後の女性 569名	N/A	AAS ISA	N/A	親密なパートナーからの暴力は、産後3ヶ月以内が21%と最も高く、24ヶ月13%と最も低い。妊娠中に暴力を受けていた女性の75%は産後にも暴力を受けていた。	前向きコホート	3b	
横断研究											
Webster et al.	2001	Australia	妊婦健診	妊婦 1313名	N/A	質問紙	N/A	<ul style="list-style-type: none"> ・98%がDVに関するスクリーニングすることは「よい考え」と回答した。 ・96%がスクリーニングについて不快ではなかったと回答したが、30名は不快だったと回答した。 	横断研究	4	
Stenson, Saarinen et al.	2001	Sweden	妊婦健診	32週以前の妊婦 879名	AAS	質問紙	N/A	<ul style="list-style-type: none"> ・80%がAASによるスクリーニングは、抵抗がないと回答した。 ・暴力がある人、ない人でスクリーニングへの抵抗感に差はなかった。 	横断研究	4	
Bradley et al.	2002	Ireland	一般診療外来	女性患者 1692名	Dobashらのインデックス	質問紙	N/A	<ul style="list-style-type: none"> ・39%がDV陽性者であった。 ・77%が医療者からのDVに関するスクリーニングの質問されることは、好ましいと回答した。 	横断研究	4	

前後比較研究											
Norton et al.	1995	USA	妊婦健診	妊婦 334 名 介入群:143 名 対照群:191 名	AAS	インタビュー	介入群：AAS のアセスメントシートを用いて DV のスクリーニング 対照群：ソーシャルサービスによるインタビューによる DV スクリーニング	<ul style="list-style-type: none"> すべてのアウトカムについて介入群の方が高いという結果であった。 これまでの DV の経験：介入群（41%）、対照群（14%）、RR3.0, CI: 2.2-14.5 妊娠中の DV：介入群（10%）、対照群（1%）、RR9.3, CI: 2.2-40.5 	前後比較研究	4	
McFarlane et al.	1991	USA	妊婦健診	妊婦 777 名 介入群:300 名 対照群:477 名	AAS	(介入参照)	介入群：AAS を用いてインタビューでスクリーニングを行う。 対照群：AAS を自記式質問紙でスクリーニングを行う。	<ul style="list-style-type: none"> DV の発見率は、介入群で 29.3%、対照群で 7.3%であった (p=0.001)。 	前後比較研究	4	
Covington et al.	1997	USA	妊婦健診	思春期の妊婦 117 名	AAS	チャートレビュー	すべての妊婦に対し、システムティックな暴力アセスメントプロトコル (AAS を使用して妊娠中 3 回スクリーニングする) を実施する。	介入のプロトコルの実施前は、DV 発見率は 5.4%であったが、プロトコル実施後は 16.2%になった (OR2.9, CI: 1.6, 5.6)。	前後比較研究	4	
質的研究											
Zink	2000	USA	N/A	家庭医、小児科医、家族内暴力の専門家	N/A	インタビュー、フォーカスグループ	N/A	<ul style="list-style-type: none"> 専門家らは、2 歳以上の子どもがいる時に DV のスクリーニングをすることは避けるべきと結論した。 	質的研究	5	

Ferris et al.	1997	USA	プライマリケア	15名の専門家 11のDV関係団体	N/A	フォーカスグループ インタビュー デルファイ法	N/A	・DVが夫婦間にある場合、両者を担当する家庭医は、同時に面接したり、カウンセリングを行うことは避けるべきである。夫婦の関係によって、医師が対処できないときはどちらかを他の医師にリファすべきである。	質的研究	5	
---------------	------	-----	---------	----------------------	-----	-------------------------------	-----	--	------	---	--

スクリーニング用具 エビデンス・テーブル

著者	年	国	スクリーニング	DVの定義	セッティング	対象	サンプリング	ツールの説明	ツールの使い方	主要結果	研究デザイン	エビデンスレベル	コメント
前向きコホート													
McFarlane et al.	1992	USA	Abuse Assessment Screen (AAS)	現在または過去のパートナーからの身体的・性的虐待	妊婦健診	妊婦 691名 95%が貧困層	N/A	3項目の Yes-No 尺度：1項目は身体的暴力を示しており、2項目は女性の安全に関する内容	インタビュー	・スクリーニング陽性者は17% ・AASで陽性であった女性より、陰性であった女性よりもISAの得点は有意に高かった。	前向きコホート	2b	・至適基準 (ISA)を用いているが、感度および特異度が算出していない。 ・至適基準とAASが独立、盲検化して測定していない。

周産期の DV ガイドライン

Feldfaus et al	1997	USA	Partner Violence Screen (PVS)	パートナーからの暴力：親密な関係の男性パートナーから女性への虐待	救急外来	女性患者 322 名	すべての女性患者	3 項目の Yes-No 尺度	インタビュー	・スクリーニング陽性者は 29.5% ・感度 64.5%、特異度 80.3% (至適基準：CTS)	前向きコホート	2b	
Kataoka	2004	Japan	女性に対する暴力スクリーニング尺度 (Violence Against Women Screen : VAWS)	親密な関係における男性パートナーから女性への身体的、精神的、性的暴力	妊婦健診	妊婦 328 名	すべての妊婦	7 項目の 3 段階リカード尺度。得点範囲 6-21 点で、9 点以上がスクリーニング陽性と判定	質問紙	・スクリーニング陽性者は、23% ・感度 86.7%、80.2% (至適基準日本語版 ISA)	前向きコホート	2b	・至適基準と VAWS が独立、盲検化して測定していない。

2. Identifying risk factors

To identify risk factors of DV, following studies were investigated: one systematic review, five case control studies, 7 cross sectional studies, two case collection studies, one descriptive correlational study and one RCT study on a method of DV screening at prenatal health exam.

Four of the case control studies were conducted in the U.S., and one in Australia. Four of the cross sectional studies were from the U.S., one from the U.K., one from Canada, and one from Sweden. The case collection studies and the descriptive correlational study were all conducted in the U.S. Those studies conducted for pregnant women include one cross sectional study, one case collection study and the RCT study conducted in Japan. Six studies involved women presenting emergency department, and was the greatest in number. Other studies involved clinics for substance abuse, general hospitals or general public.

Risk factors in male partners

① Drug abuse

A cross-sectional study in the U.S. conducted for 275 pregnant women reported OR of 25 for DV experience in the past six months between those women with partners with drug abuse and otherwise. The result suggests drug abuse of the partners as a potential cause of DV. However the result must be interpreted with caution, because 92% of the subjects were African American with low income. Thus the sample was biased (Gielen et al., 1994; level 4).

② Alcohol abuse

Alcohol abuse was suggested to be a potential cause of DV by a cross sectional study conducted for 728 pregnant women at prenatal exam in Canada (Muhajarine, 1999; level 4).

A case control study conducted in the U.S. for 138 women (Kyriacou et al., 1998; level 4) similarly suggested alcohol abuse as a potential cause of DV. This study reported the OR of the male partner with a history of alcohol abuse to be 12.9 for those women with abuse experience compared with that for the women without abuse. Nevertheless the reliability of the data is not very strong in this study for the following reasons. First, the DV victims were identified based on report from the women themselves. Second, those women without physical injuries were not identified as victims even though DV was suspected.

In a case control study, telephone interviews were conducted in 10 U.S. cities. In this study, 384 women had a history of abuse and 376 women were never abused. In total 60 of these women were reanalyzed. According to the result, the risk of abuse was 8 times higher for the women whose partner had alcohol abuse than those whose partner did not have alcohol abuse (Sharps et al., 2001; level 4).

③ Unemployment

A case control study conducted for 912 women at university-affiliated emergency departments reported the following risk factors of DV to have the OR significantly greater than 1 when the women with a history of DV was compared to those without: recent unemployment (2.7), alcohol abuse (3.6), and drug abuse (3.5). In this study, case of DV was identified with a standardized questionnaire filled with the presence of trained interviewer, and those women with physical injuries inflicted within two weeks were classified as the victims (Kyriacou et al. , 1999; level 4).

2) Risk factors in women

A randomized control study was conducted by Kataoka (2004) to examine effectiveness of a DV screening method. This study reported the OR of the history of DV for the women who had previous experience of childbirth to be 2.28 (95% CI: 1.28, 4.06) compared with those who are pregnant for the first time based on the factor analysis of the women with a history of DV and those without. The result suggested that the women who had previously given birth to be at higher risk of abuse compared with those who had never given birth (Kataoka 2004; level 4).

3) Stereotype of abused women

Abused women are sometimes typified in various ways such as: to have low self-esteem, be incapable making decisions, or very dependent (Rohnnberg et al., 2000; level 5). However, the above studies revealed that most of the factors identified as potential cause of DV were to do with male partners. In contrast, no study has revealed potential causal factors of DV in women. Hence it is not appropriate to associate characteristics of abused women with their experience of abuse.

‘Alcohol abuse’, ‘drug abuse’ and ‘unemployment’ of male partners appear to be effective in identifying risk of DV (“C” Recommendation).
--

リスク・ファクター エビデンス・テーブル

著者	年	国	セッティング	対象	DV 判定方法	データ収集方法	主要結果	研究デザイン	エビデンスレベル	コメント
システマティック・レビュー										
Wilson et al.	1996	Canada	ED、シェルターなどいろいろ	N/A	自己申告などいろいろ	電話インタビューなどいろいろ	Class A の研究結果：パートナーからの暴力に関係性があったリスクファクター「ソーシャルサポート不足」「最近のストレスの大きい出来事」「最近または過去の母親の虐待」「最近または過去の母親の精神疾患」「望まない妊娠」「不適切な周産期ケア」「母親またはパートナーのアルコールまたは薬物中毒」	SR	2a	
ケース・コントロール										
Kyriacou et al.	1998	USA	ED UCLA メディカルセンター	ED に来た女性 138 人 16-65 才男性パートナーからの身体的暴力を自己申告した人をケース 46 人 ケース以外の人をコントロール 92 人	Not available(N/A)	面接	DV あり・なし群間で統計学的有意差が認められたのは、パートナーのアルコール中毒ありの OR 12.94(95%CI: 2.67, 62.57)	ケース・コントロール	4	DV 経験を女性の自己申告で特定しており、DV が疑われても外傷なしの人は対象からはずしている。

周産期の DV ガイドライン

Roberts et al.	1997	Australia	オーストラリアの主要な公立病院の救急部	救急部に来た女性 ケース群 (DV 自己申告) 141 人、コントロール群 141 人	自己申告	経験のある精神科医によるチャート・レビュー	DV 非経験者に対して経験者で有意に 1 より大きかった (ロジスティック回帰分析) のは、surgical diagnosis がいないこと OR 2.17(95%CI: 1.11, 4.23)、精神疾患 OR 1.09(95%CI: 0.90, 1.31)	ケース・コントロール	4	ロジスティック回帰モデルで交絡調整をおこなっているが、症例数が少ないため、ロジスティックモデルのあてはめの妥当性が低い。
Kyriacou et al.	1999	USA	大学附属病院の救急部 8 カ所	救急部に来た女性 18-64 才 ケース群 (現在または最近の男性パートナーから 2 週間以内に怪我をさせられた人) 256 人、コントロール群 659 人	質問紙	質問紙を用いた面接. 面接する人はトレーニングを受けた.	DV 非経験者に対して経験者で有意に 1 より大きかった (ロジスティック回帰分析) のは、 女性： 高卒以上学歴 OR2.7(95%CI: 1.4, 5.0)、男性：高卒以下学歴 OR 2.5(95%CI: 1.4, 4.4)、失業 OR 2.7(95%CI: 1.2, 6.5)、アルコール中毒 OR3.6(95%CI: 2.2, 5.9)、薬物中毒 OR3.5(95%CI: 2.0, 6.4)	ケース・コントロール	4	
Grisso et al.	1999	USA	1 都市の中の都市病院 3 カ所	16-45 才女性 ケース群 (けがをしている人) 405 人、コントロール群 520 人	Demographic Data を訊く 質問紙の中に、けがの原因についての項目を含めている。	質問紙を用いた面接	DV 非経験者に対して経験者で有意に 1 より大きかったのは、 女性：自己効力感が低い アルコール中毒 コカイン使用 男性：コカイン使用 逮捕歴	ケース・コントロール	4	

周産期の DV ガイドライン

Sharps et al.	2001	USA	バルチモアなど 10 都市での住民調査	殺人または殺人未遂にあった女性 380 人 DV 被害者 384 人 DV 非被害者 376 人	CTS2	電話インタビュー	パートナーがアルコール問題を抱えていると感じている女性は、そう感じていない女性に対して DV 率は約 8 倍（ただし解析対象は 60 人）、殺人被害者または殺人未遂被害者になる率は約 2 倍（解析対象は 74 人）	ケース・コントロール	4	パートナーのアルコール問題の特定を、女性がそう感じているかどうかで決めている。
横断研究										
Amaro et al.	1990	USA	ボストンの女性・児童・出生前クリニック	クリニックに来た日と全員をリクルート対象とし、1303 人のデータを得た。	妊娠前 3 ヶ月から面接の日までに受けた暴力	妊娠中と出産後に、訓練を受けた人による面接を行い、暴力を受けたかどうかについて質問する。	パートナーの薬物使用の OR が 1.51(95%CI: 1.09, 2.07)から 2.26(95%CI: 1.19, 4.30)	横断研究	3b	米国での妊産婦 1300 人対象の調査では、DV 被害とパートナーの薬物使用との関連性が示されている。
Greenberg et al.	1997	USA	N/A	性器出血で ED を訪れた妊娠女性 261 人	N/A	・ AAS ・ DAS	33.3%に DV あり	横断研究	4	DV 被害女性に多い症状として性器出血をあげられるかどうか？

周産期の DV ガイドライン

Dearwater et al.	1998	USA	ペンシルバニアとカリフォルニアの11地域の病院の救急部	救急部に来た女性 18才以上 3455人 (4641人が対象候補だった)	PSSS(Patient Satisfaction and Safety Survey): 18項目の質問	質問紙を用いた面接	DV 経験ありの人の割合 14.4%、DV による急性トラウマの人の割合 2.2%。 身体的・精神的 DV による急性トラウマ発症に関するリスク因子への曝露の OR は、 18-39才 2.2 月収 1000ドル以下 1.7 18才未満の子供がいる 2.0 パートナーとの関係が終わっている 7.0	横断研究	4	DV 経験者の中におけるリスク因子ではなく、DV で急性トラウマを発症している人の中でのリスク因子を分析している。
McFarlane et al.	1995	USA	公立病院の ED2ヶ所、私立病院の ED1ヶ所	性器出血の主訴で来院した女性で大人・子供がいっしょに来ていない人 416人	2つの質問による Abuse screen。 14項目による DAS(Danger Assessment Scale)	インタビュー	白人での DV 割合 58% 黒人での DV 割合 34% ヒスパニックでの DV 割合 31%	横断研究	4	
Muhajarine et al.	1999	Canada	妊婦健診	妊娠女性 728人	AAS	面接 妊娠初期、中期、末期に各1回	DV 発生が有意に高かったのは、「原住民」「ストレス」「人生での不幸」「いっしょに楽しむ人がいた」「パートナーがアルコール問題を抱えている」	横断研究	4	
Bergman et al.	1987	Sweden	外科の救急外来	98人の DV 被害女性中から 49人が DV 治療対象に選択された。DV 以外で	夫またはパートナー (steady companion) からの暴力を受けた人	面接と質問紙 (test)	DV 被害女性は非被害女性に比べて、アルコール依存者の割合が有意に高い (24%対 8%)	横断研究	4	対象数が少なく、DV 診断方法の記載がない。

				の入院女性 49人を対照 とした。						
Richardson et al.	2002	UK	ロンドンの一般病院13カ所	16才以上の女性 1207人	N/A	質問紙を用いた面接 チャート・レビュー	ロジスティック回帰分析で調整したORで、DVありがなしに対して1より有意に大きかったリスク因子は、 離婚歴 45才以下 無職	横断研究	4	
Coid et al.	2001	UK	ロンドンの一般病院13カ所	16才以上の女性	身体的、性的暴力についての1つ以上の質問を行ってyesと答えた人	N/A	女性700人のデータで、16才未満のときに暴力を振るわれた経験が複数回あるという経験が、16才以降にDV被害を受けることへの寄与度のORは、3.58(95%CI: 2.06, 6.20)	横断研究	4	
症例集積										
Gielen et al.	1994	USA	都会の大規模な教育病院の周産期クリニック	妊娠女性 275人	CTS	質問紙で面接、電話インタビュー	中等度、重度の暴力は妊娠後期(19%)よりも産褥期(25%)に多い。 DVありのORはパートナーのDrug Useありの場合がなしの場合に対して24.78(95%CI 4.04, 148.41)。	症例集積	4	対象の92%がアフリカ系アメリカ人、低所得者層に偏っている。

周産期の DV ガイドライン

Gilbert et al.	2000	USA	ハーレムのメサドン・クリニック (薬物中毒治療クリニック)	薬物中毒治療のためにクリニックに通院する女性 18-55 才 147 人	身体的、性的暴力について質問して yes の人	構造化面接	DV ありの OR は、90 日以内コンドーム使用ありがなしの場合に対して 0.41(95%CI: 0.17, 0.99), 過去 1 年の STD では 3.66(95%CI: 1.57, 8.53), 過去 1 年のお金のためのセックス 2.37(95%CI: 1.05, 5.38), 30 日以内の HIV(+)の人とセックス 2.47(95%CI: 1.00, 6.10)	症例集積	4	
Kataoka	2004	Japan	産科外来での妊婦健診	妊婦健診を受診している妊婦 328 人	ISA(Index of Spouse Abuse) DVS(Domestic Violence Screen):DV 陽性は 9 点以上	DVS を用いた、面接 (介入) または自記式質問紙 (対照)	面接による介入群 (19.4%) のほうが自記式での対照群 (29.4%) よりも、DV 発見割合は有意に低かった (OR0.59, 95%CI: 0.35, 0.98)。DV 陽性者と陰性者の要因分析から、陽性者の陰性者に対する経産婦割合の OR は 2.28(95%CI: 1.28, 4.06) 。	症例集積	4	スクリーニングの尺度開発とその尺度の有効性についての RCT を同時に実施しているため、RCT において実際に対象に用いた尺度項目と、RCT 結果解析時に用いた尺度項目とが異なっている。
記述相関										
Martin et al.	1996	USA	ノースカロライナ健康センター	ノースカロライナ健康センターに来た妊婦 2092 人 20-39 才	AAS 薬物使用 (タバコ、アルコール、ドラッグ) の確認は聞き取りによる。	AAS を用いた聞き取りと薬物使用についての聞き取り	DV 被害者になることへの、妊娠前または妊娠中の薬物使用の寄与度の OR は、妊娠前の薬物使用 3.02(95%CI: 2.51, 3.62), 妊娠中の薬物使用 3.28(95%CI: 2.68, 4.02)	記述相関	3b	

ナラティブ・レビュー											
Ronnberg et al.	2000	Sweden		女性の健康と家庭内・性的暴力に関する 276 文献。49 文献をレビュー対象とした。	男性のパワーや女性の支配といった表出を、sexualized violence と考えた。	Medline, PsycLIT, Sociofile, 1988-1998		ヘルスケア・システムのバリアとして、医療者の視点から見たものと女性の視点からのものがある。	ナラティブ・レビュー	5	

3. Identifying clinical symptoms

1) Women in general or in pregnancy

① Miscarriage and elective abortion

A case control study in Hong Kong investigated 501 pregnant women reported that the prevalence of DV was greater for the women who had elective abortion in the past (27.3%) than those who never had an elective abortion (Leung, 2002; level 2b). Similarly, a study investigated 1014 pregnant women in Australia reported that the greater proportion of the women with DV experience were found to have experience of miscarriage or elective abortion more than equal to twice that of the women without DV experience (Webster, 1996; level 4).

Particular attention needs to be paid for women who have several experiences of miscarriage or elective abortion when screening for DV (“A” Recommendation).

② Physical injuries

A study investigated 100 women presenting to emergency department reported that the women with injuries on head, neck or face had relative abuse risk of 7.5 compared with injuries on other parts of the body. The result suggested women who had injuries on head, neck or face were more likely to be abused (Perciaccante, 1999; level 4). Similarly, in a study investigated 153 women in shelter, there was a tendency for the women to have injuries on head, neck and face rather than other parts of the body (Attala, 2000; level 4). This study indicated that injuries on head, neck and face could be characteristic to DV experience.

Physical injuries on head, neck and face can be effective clinical indicators of DV (“C” Recommendation).

③ General health impacts

A study in the U.S. investigated 578 women visited perinatal care in outpatient setting. This study reported that those pregnant women who were abused tended to show inadequate weight gain (OR 3.1), or to show excessive weight gain (OR 2.4). Furthermore, the women who were sexually abused tended to show inadequate weight gain (OR 3.01) (Johnson, 2002; level 4).

Anomaly in weight change during pregnancy can be considered as an important clinical symptom (“C” Recommendation).

④ Psychological impacts

A systematic review on DV reported that PTSD was recognized in 31-84% of DV victims, and that the length and severity of abuse was related to severity of PTSD, particularly depression (Jones, 2001; level 3a). In Canada, 548 pregnant women were investigated (Stewart, 1993; level 3b). This study reported that DV victims exhibited stronger tendency of emotional suppression than non victims.

A case control study which investigated rape victims, DV victims, and women otherwise receiving obstetric care reports that the proportion of women who feared sexual intercourse or sexual dysfunction was significantly greater among the victims than among women otherwise (Chapman 1989; level 4).

Attention should be paid to PTSD and emotional suppression as clinical index to identify DV victims (“B” Recommendation).

Similarly, fear of sexual intercourse or sexual dysfunction can be effective clinical index of DV (“C” Recommendation).

⑤ Prenatal care

In the U.S., a cohort study analysed data from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System across 9 states that included 27,836 women who delivered live infants in the sample. This study reported that the women who experienced physical abuse were more likely to delay prenatal care to confirm their conception than those who did not experience abuse (OR 1.8, 95% CI: 1.5, 2.1).

Special care should be taken when there is delayed entry in prenatal care (“B” Recommendation).

⑥ Recurrent abuse

A study conducted for 1,401 eligible women in the U.S. reported OR 1.6 (95% CI: 1.2, 2.0) of the past DV experience for the women with current DV experience compared with those without current DV experience. The results suggested that the women with past DV experience were 1.6 times more likely to experience DV than those without the past experience (Coker, 2000; level 4).

Past experience of DV can be an important clinical index for screening DV (“C” Recommendation).

2) Fetus/New borns

① Low birth weight

Association between physical, psychological or sexual abuse and low birth weight was investigated by a meta-analysis of pregnant women about DV (Murphy, 2001; level 1a). This study reported that the pregnant women who experienced physical abuse was at risk of bearing a child with low birth weight 1.3 times (OR 1.36, 95% CI: 1.06, 1.75) higher than those who did not experience physical abuse. Similarly, a cohort study of 1,203 pregnant women in the U.S. reported that the relative risk of bearing a child with low birth weight was 1.5 times higher for those pregnant women with DV experience (95% CI: 1.1, 2.2) than those without the experience (McFarlane, 1996; level 1b).

In a cohort study conducted in Norway, 180 women were randomly sampled from the emergency department in a university affiliated hospital, a shelter for women, and residents of a community (Schei 1991; level 2b). In this study, the average weight of new borns from the women who had experienced DV was lighter than that from those who had no experience of DV. The study also reports that the proportion of the women whose new borns were lighter than 2,500g was significantly greater among the women with DV experience than those without the experience.

Further more, the weight of new borns was reported to be inversely associated with the severity of abuse (McFarlane, 1996; level 2b).

Also in a cross sectional study conducted on 589 puerperant women in the U.S., 6.6% of the women who had no experience of abuse during pregnancy had new born with low birth weight, while 12.5% which is significantl higher proportion, of the women with experience of abuse had new born with low birth weitht (Bullock, 1989, level 4).

Women with newborn with low birth weight must be paid special attention for identifying DV (“A” Recommendation).

② Fetal distress or fetal death

In a cohort study of pregnancy among low-income women, the women who were abused during pregnancy were more likely to suffer fetal distress or fetal death [Odds Ratio (OR) 3.68; 95% CI: 1.36, 9.94], even after adjusting for maternal age and smoking status (Dye, 1995; level1b).

Fetal distress or fetal death must be considered as clinical index of DV for identifying the victims (“A” Recommendation).

臨床症状 エビデンス・テーブル

著者	年	国	セッティング	対象	DV 判定方法	データ収集方法	主要結果	研究デザイン	エビデンスレベル	コメント
システマティック・レビュー										
Jones et al.	2001	USA	N/A	DV と PTSD に関する過去 10 年の論文	N/A	N/A	DV 被害者では DSM-IV での PTSD が 31-84% にみられた。 虐待の期間・程度と PTSD の重症度に関連あり。 DV 被害者にはうつ(depression)とうつ症状 (dysthymia) が多い。	SR	3a	
メタアナリシス										
Murphy et al.	2001	Canada	N/A	妊婦	N/A	N/A	低出生体重児発生割合について、妊娠中の DV 被害女性の非被害女性に対する OR は 1.36(95%CI: 1.06, 1.75)	メタアナリシス	1a	
コホート										
McFarlane et al.	1996	USA	一般の周産期クリニック	妊婦 1203 人	N/A	AAS, CTS, ISA, Danger Assessment Scale	DV 被害女性は非被害女性に比べて、2500 g 未満の低出生体重児の RR1.5(95%CI: 1.1, 2.2)	コホート	1b	
McFarlane et al.	1996	USA	都会の公的産科クリニック	妊婦 1203 人	N/A	AAS インタビューによる自己報告	身体的暴力とタバコ、アルコール、薬物使用との間には関連性があった。	コホート	2b	
Sutherland et al.	1998	USA	N/A	152 名をリクルートし 141 名が参加。	N/A	CTS, IPA など	DV による心理的・身体的影響は 8.5 ヶ月後、14.5 ヶ月後まで持続。	コホート	2c	

周産期の DV ガイドライン

Dye et al.	1995	USA	N/A	低所得者層の妊婦 357 人	N/A	質問紙を用いたインタビュー	DV 被害者の非被害者に対する胎児仮死・胎児死亡の OR3.68(95%CI: 1.36, 9.94)	コホート	1b	
Schei et al.	1991	Norway	大学附属病院の ED 女性保護センター	身体的 DV ありの人 66 人 (大学附属病院の ED または女性保護センターに保護された人) 身体的 DV なしの人 114 人 (トロンドハイムの住民からのランダムサンプリングによる. 20-49 才)	Straus の定義による身体的暴力	女性産科医による構造化面接	・ 出生児平均体重は、DV 経験あり 3219g、DV 経験なし 3448g ・ 2500g 未満児の割合は、DV 経験あり 10.0%、DV 経験なし 4.3%	コホート	2b	
Cokkines et al.	1999	USA	南カロライナ妊娠リスク評価モニタリングシステム	身体的 DV ありの人 680 人 身体的 DV なしの人 5463 人	身体的暴力	質問紙を郵送	DV 被害者の非被害者に対する、OR は、高血圧 1.3(95%CI: 0.3, 5.7)、腎感染症 2.7(95%CI: 1.3, 5.5)、未熟児 1.8(95%CI: 1.2, 2.7)、腹部外傷 20.2(95%CI: 1.9, 206.0)	コホート	2b	
Dietz et al.	1997	USA	9 州での妊娠リスク評価モニタリングシステム	身体的 DV ありの人となしの人合計で 27836 人 (それぞれの人数は記載なし)	身体的暴力	質問紙を郵送	受診が遅れることについて、DV 被害者の非被害者に対する OR は、1.8(95%CI: 1.5, 2.1)	コホート	3b	

後ろ向きコホート										
Kernic et al.	2000	USA	ワシントン州キング郡地域	18-44 才の女性 DV 被害者 1355 人 DV 非被害者 36532 人	N/A	患者登録データの入院記録	DV 被害者の非被害者に対する入院の RR は、精神科診断での入院 3.6(95%CI: 2.8, 4.6), 強姦での入院 4.9(95%CI: 1.1, 22.1), 自殺未遂での入院 3.8(95%CI: 1.6, 9.2)	後ろ向きコホート	4	
King et al.	2000	USA	3 カ所の周産期クリニック	周産期クリニックを訪れた全妊婦をスクリーニング DV 被害者 233 人 DV 非被害者 468 人	N/A	AAS	DV 被害者は非被害者に比べて、臍感染症が多い。	後ろ向きコホート	3b	
ケース・コントロール										
Leung et al.	2002	Hong Kong	Queen Mary 病院	中絶を行った妊婦 245 人 中絶しなかった妊婦 256 人	N/A	AAS 改定版	中絶を行った妊婦では 27.3% 中絶しなかった妊婦では 8.2%	ケース・コントロール	2b	
Chapman	1989	USA	rape 被害者センター、DV 被害者シェルター、産婦人科	rape 被害センター入所者 30 人 DV 被害者シェルター入所者 35 人 産科受診者 35 人	N/A	N/A	性交へのおそれを抱く人の割合：DV 非被害者 5%、レイプ被害者 60%、DV 被害者 48% 性欲の障害がある人の割合：DV 非被害者 7%、レイプ被害者 65%、DV 被害者 55%	ケース・コントロール	4	

周産期の DV ガイドライン

Valladares et al.	2002	ニカラグア	大学付属病院	2500g 未満児を出産した産婦 104 人 ケースと同日に出産した産婦 208 人	AAS 妊娠中に 1 回以上の身体的暴力を受けた人	著者のひとりとフィールドワーカーが分娩後 8-24 時間以内に面接し、被験者の 10%については、もう一人が再面接を行った。面接者間の一致率は $\kappa 0.86$	低出生体重児出産女性の正常体重児出産女性に対する、妊娠中の身体的暴力被害への暴露の OR は 3.98(95%CI: 1.70, 9.31)	ケース・コントロール	3b	
Grimstad et al.	1997	Norway	大学病院の産婦人科	2500g 未満児を出産した産婦 86 人 2500g 以上児を出産した産婦 92 人	DV についての直接質問と CTS	半構造化面接での in-depth インタビュー	低出生体重児出産女性の正常体重児出産女性に対する、身体的暴力経験の暴露の OR は 0.99(95%CI: 0.41, 2.41)	ケース・コントロール	3b	DV を妊娠中に受けた暴力に限定していないために、有意差がでなかった可能性あり。
横断研究										
Bullock et al.	1989	USA	公立病院 1ヶ所、私立病院 2ヶ所	産褥婦（産後 6-8 週） 18 才以上 589 人	言葉による暴力と身体的暴力の脅し	・看護師によるインタビュー ・チャートレビュー	120 人（20.4%）が暴力被害者、469 人（80%）が非被害者。 被害産褥婦のほうが有意に LBW 割合が多かった 12.5%対 6.6%（人種、喫煙、妊娠中の飲酒、妊娠中のケア、流産経験、母体合併症、病院の特徴で補正。	横断研究	4	DV 診断方法がスケールを使っていないために、DV 特定において不正確さがある可能性あり。

周産期のDVガイドライン

Berrios et al.	1991	USA	サンフランシスコ総合病院	サンフランシスコ総合病院にDVによる(自己申告)けがで来院した人全員492人にインタビューして、218人分が分析可能だった。 16-66才女性	身体的暴力	構造化インタビュー	打撲傷 (bruises)、顔のけがが多い傾向あり。	横断研究	3b	
Coker et al.	2000	USA	大学附属病院	家庭医を訪れた18-65才の女性1443人	N/A	<ul style="list-style-type: none"> ・ ISA ・ WEBS(Women's Experience with Battering Scale) ・ AAS 	DV被害者の非被害者に対する、過去のDV被害経験ありのオッズ比1.6(95%CI: 1.2, 2.0)	横断研究	4	
Stewart et al.	1993	Canada	妊婦クリニック トロントの産科医院、家庭医 オンタリオの家庭医、大学附属病院	妊婦クリニックに来ている人で20週以降の妊婦、分娩入院中の人548人	N/A	自記式質問紙 (General Health Questionnaire、Fatal Health Locus of Control、Study Questionnaire)	妊娠中に被害を受けた女性の63.9%は妊娠中にabuseの程度が増加。 被害女性は非被害女性に比べて情緒的抑圧の程度が大きかった。	横断研究	3b	

周産期のDVガイドライン

Webster et al.	1994	Australia	Royal Women's 病院の妊婦健診	妊婦健診に来た妊婦 1686 人中 1014 人	N/A	インタビューと質問紙	DV 歴のある人の中で、妊娠中のけがよりも非妊娠中のけがのほうが頻度は高いが、妊娠中のけがは頭頸部、胴体、腕のけがが多いことが特徴的である。	横断研究	3b	
Helton et al.	1987	USA	公立、私立のクリニック	無作為抽出した妊婦 290 人 18-43 才	N/A	インタビュー	妊娠中に殴られた部位は顔、後頭部が他の部位に比べて多い。	横断研究	4	
Webster et al.	1996	Australia	ロイヤル女性病院	妊娠女性 1014 人 (過去の DV 経験者 242 人、現在の DV 経験者 59 人、DV 経験のない人 713 人)	N/A	質問紙を用いたインタビュー	DV 女性は非 DV 女性に比べて、喫煙、薬物使用 (抗うつ剤)、新生児死亡、新生児低体重の割合が多く、特に流産、2 回以上の中絶の割合が高い。	横断研究	4	
Champion et al.	2001	USA	N/A	949 人をリクルートして 612 人が参加. メキシコ系 419 人、アフリカ系 193 人	N/A	DV 経験は自己申告性暴力被害は質問紙を用いたインタビュー 身体的症状は問診による	DV 被害者は非被害者に比べて、性感染症、身体症状、ケアを受けることに対する抵抗感をもつ人の割合が多い。	横断研究	4	

周産期の DV ガイドライン

Perciacc ante et al.	1999	USA	病院の救 急外来	救急外来を訪 れた女性 100 人 15 才以上 自動車事故以 外の人	チャートレ ビューと面 接で、配偶 者か性的パ ートナーか ら暴力を受 けたことが 特定された 人	チャートレ ビューと面 接	頭部・頸部・顔面のけがの、他の部位の けがに対する、DV ありの割合の相対危 険は 7.5(95%CI: 2.5, 22.9)。	横断研究	4	
Ochs et al.	1996	USA	1 病院の ED	交通事故以外 でのけがで ED に来院し た 15 才以上 の人 127 人	N/A	主にチャー トレビュー チャートに 記載がない ときにはイ ンタビュー での自己申 告	DV 被害者は非被害者に比べて、頭部・ 頸部・顔のけがの割合が多い。	横断研究	4	
Talley et al.	1994	USA	ミネソタ のオルム ステッド 郡	30-49 才の住 民	N/A	質問紙を郵 送	DV 被害女性での過敏性腸症候群有病割 合 (29%) は、一般女性でのそれ (18.3%) に比べて高い。	横断研究	4	
Green et al.	1999	USA	学際的ペ インセン ター	ペインセン ターに來て いる人で、 質問紙に 答えた 104 人のうち 90 人分を解析	N/A	N/A	DV 被害者は非被害者に比べて、身体症 状の訴え・精神科受診 (心理的ケアの受 診) 割合が多い。	横断研究	4	

周産期の DV ガイドライン

Walling et al.	1994	USA	学際的慢性疼痛クリニック	<ul style="list-style-type: none"> 慢性の下腹部痛の人 64 人 慢性頭痛の人 42 人 慢性疼痛のない人 46 人 	N/A	質問紙を郵送	成人での暴力被害と身体症候との相関係数は、性的被害 $r=0.241$ 、身体的被害 $r=0.219$	横断研究		
Johnson et al.	2002	USA	周産期外来	周産期外来を訪れた 578 人 (10 代 274、20 代 304 人)	初回診察日のソーシャルワーカーによる聞き取りでの自己申告	チャート・レビュー	身体的 DV 被害者の非被害者に対する OR は、体重増加不十分 3.1、過剰増加 2.4。性的 DV 被害者の非被害者に対する OR は、体重増加不十分 3.0。	横断研究	4	DV の有無、体重いづれも自己申告による。
症例集積										
Attala et al.	2000	USA	シェルター	シェルター入所者 153 人	N/A	シェルターの医療記録 (過去 2 年間) をレビュー	頭部・頸部・顔のけがが、他の部位のけがよりも多い。	症例集積	4	
Schei	1991	Norway	大学附属病院の ED	身体的 DV ありの人 66 人 身体的 DV なしの人 114 人	身体的暴力	N/A	身体的 DV なしの群では、離婚歴ありのなしに対する骨盤内感染症の OR は 7.9(95%CI: 2.33, 26.74)	症例集積	3b	

記述相関										
Woods	2000	USA	シェルター、医療機関、一般女性集団からリクルート	160 人(DV 被害を受けている人 53 人、過去に受けたことがある人 55 人、非被害女性 52 人) 18-67 才	DV に対して ISA(Index of Spous Abuse)と DA(Danger Assessment Scale) PTSD 症状に対して IES(Impact of Event Scale)と SCL-PTSD (Symptom Checklist-PTSD)	自記式質問紙	身体的暴力と PTSD 症状は中程度の相関があった $r=0.59$ (IES)、 0.51 (SCL-PTSD) 精神的暴力と PTSD 症状は高度から中程度の相関があった $r=0.61$ (IES)、 0.53 (SCL-PTSD) DA に伴う殺人と PTSD 症状は高度の相関があった $r=0.62$ (IES)、 0.65 (SCL-PTSD)	記述相関研究	3b	便宜的サンプルでありサンプル数も少ない

III. Assessment for DV

If DV is suggested either by questionnaire, risk factor, or clinical symptom, proceed to section IV according to the flowchart depicted in Chapter 6. If DV was not suggested by any of the above, proceed to IX.

IV. Does a patient consent to assistance?

1. Respect decisions of women about disclosing their relationship with intimate partners

When DV is detected after the screening, healthcare providers must make sure whether or not women wants to disclose or confirm that she is being abused. As manifested in the elusiveness of DV, women find it difficult to disclose that she is abused because of embarrassment, negative attitude of healthcare providers, and fear of their partners (Ronnberg et al., 2000). Similarly, women are deprived of sense of self-control and safety which they originally had, because of violence. Therefore, healthcare providers should not force women to disclose of DV, their values or opinions, or be judgemental. Otherwise, healthcare providers will not be able to build trust in them. Also there is a potential for creating a relationship which mirrors abusive relationship between women and their partners by coercing them. Decisions of women need to be carefully observed according to the guiding factors for ‘Decision-making when evidence is unclear’ by Canadian Task Force on Preventive Health Care (2003) (Chapter 1 Table 4), which aims to accommodate special needs of such high risk group. One of the goals of support is to empower women and to secure their safety. Healthcare provider must present choices of each care and respecte the decisions of women.

Examples of appropriate questions:

- “Thank you for telling me about your relationship with your partner. Would you like to tell me a little more about your situation?”
- “Relationships with partners can affect the pregnancy, childbirth and rearing. Would you like to tell me how you are getting along with your partner?”

Women’s decisions about DV disclosure must be respected (“A” recommendation).

2. Ask if women seek assistance

DV has been recognized as “fight” and, thus there is still little awareness in Japanese society to regard it as violence with possible penalty (Cabinet Office, 2003). Hence, it is possible that women are not necessarily aware that they are abused. Therefore, it is important to ask women about the status of their relationship and if they need help.

If they seek help, refer to the section V ‘Safety assessment’ on the flowchart depicted in Chapter 6. If they do not seek help, refer to the section IX ‘DV education’ on the flowchart.

Women’s consent to seek help must be confirmed (“A” Recommendation).

V. Safety assessment

1 Why safety assessment is necessary

According to a study of the national police agency in 2002, 120 cases of femicide and 1,197 cases of attempted femicide by the husband are reported every year. Also, incidence of DV was reported to be associated with the risk of child abuse (Rumm et al., 2000; level 2b).

These reports warrant assessment of risks to life of both women and their children (including the fetus). How healthcare providers should care for women after the screening varies, depending on the severity of DV and risks to life. However, safety assessment would prove particularly important to detect women with elevated risk to life.

Risk to life of women and children (including fetus), needs to be assessed (“B” Recommendation).

3. Scale of risk assessment

Danger Assessment Scale (DAS) is a scale to assess risk to life of women from violence. As presented in Appendix 6-4, the scale is an index to measure the risk of femicide by DV. DAS is correlated with Conflict Tactics Scale ($r = 0.43$, confidence coefficient = 0.71 (Campbell, 1986; level 4). This scale has been used in the studies of pregnant women or DV victims including: McFarlane et al., 1995; level 3b, McFarlane et al., 2002; level 4, Edythe et al., 1997; level 4). Affirmative answer to any of the questions is indicative of high risk to life. Nonetheless, the scale would require further improvement as its validity and cut-off-point need to be refined.

Danger Assessment Scale (DAS) can be used for risk assessment (“B” recommendation).

VI Safety Planning

1 Women and children at high risk

Following measures may be necessary when women and children (including fetus) are at high risk or are under house arrest according to DAS.

1) Notifying police or Spousal Violence Counseling and Support Center

When a woman seeks help, healthcare providers can notify police or Spousal Violence Counseling and Support Center (Chapter 3 Article 6-2, ‘Law for the prevention of spousal violence and the protection of victims’). The wish of the woman must be respected at any time. In general, help of police is sought for urgent intervention.

2) Secure safety of women

Spousal Violence Counseling and Support Center is a major organization in Japan which supports abused women. The center provides women with information about the shelter thus the center can refer women to shelters for their short-term protection.

When a woman decides to leave, the woman can choose to stay in a hospital, hotel or shelter. It is best to ask for advice of consultants in the center or a person in charge of the organization such as a head nurse. Coordination among relevant organization and expertise is important in providing support for abused women (Appendix 8-1, List of private shelters and the consultant bodies).

It is important not to disclose information of the woman's whereabouts to her family let alone her intimate partners.

3) When women chose to return to their partners

When women chose to return to her partner, safety plan as described in the following section must be developed. The women must be followed up at subsequent visits.

When women and children are at high risk of life threats, Spousal Violence Counseling and Support Center or police should be notified with the consent of the women ("A" Recommendation).

2 Developing a Safety Plan

When the danger level assessment is completed, a safety plan needs to be developed in consultation with women independent of their perception of own safety. Such safety planning prepares women immediately to leave their partner whenever necessary.

Safety planning has been reported to be effective in preparing women to leave their partner for their safety and prevent further violence. Parker et al. (1999; level 2c) studied the effect of providing abused women in perinatal period with consultation, suggestions of courses of actions to take, and safety planning, on abuse and implementation of the safety plan. They reported that severity of violence after 6 months and 12 months of intervention was significantly lower for the women with the intervention than those without ($p = 0.007$). Similarly, a randomized controlled study reported that those women who had developed a safety plan with healthcare providers over the phone took action for securing their safety significantly more than those without such intervention (McFarlane, 2002; level 1b). Furthermore, McFarlane et al. (1998; level 4) reported that safety-seeking behavior of abused women increased significantly during pregnancy and after birth as a result of receiving educational program (on education, protection and coordination) promoting safety-seeking among pregnant women.

Example of a safety plan:

1. Have everything necessary for leaving a house packed in one.
2. Hide any potential weapons in the household.
3. Plan escape routs in case of imminent danger.
4. Secure a place for shelter (a hospital may be an option).

A safety plan must be developed to secure safety of women (“A” Recommendation).

VII Providing information and Referrals

1 Significance of providing information

Information on social services and support available for women is one of the most important cares that healthcare providers can offer.

As stated earlier, isolation and barriers to support are problems characteristic to DV. Awareness of the available support and services give women wider variety of choices, which in turn leads to their improved health and prevention of further violence.

A randomized controlled study compared effect of ‘resource card’, ‘counseling’, and ‘counseling and support of pregnant women provided by counselor’ on reducing physical abuse and threats to the women by her partner (McFarlane et al., 2000; level 2b). The study reported that the severity of physical abuse was significantly reduced with every intervention. However, no significant difference was detected between the three interventions when the severity of physical abuse was compared after 6, 12, 18 months after the intervention.

One-to-one support program for abused women allows them to use the social resources and is known to be effective in improving their health and in prevention of violence. Effect of a community-based support program was investigated in a RCT study focused on the women after they left the shelter. In this study, the women received the intervention experienced significantly less violence compared to those received no intervention ($p = 0.03$), over two years from the intervention. The study also reported that significantly less number of the women with the intervention suffered from depression than those without the intervention. Similarly, significant improvement in QOL and the use of social resources among the women with the intervention was reported in the study (Sullivan et al. 1999; level 1b). A study which used a before-after trial design at an emergency department reported that support program for abused women significantly improved the used of shelters and shelter-based counseling (Muelleman & Feighny, 1999; level 4).

Relevant information and support for women to utilize social resources must be provided (“A” Recommendation).

*The information and referrals are presented in Appendix 8.

2 Considerations for providing information

Brochures and materials providing information on DV need to be inconspicuous to abusers. For instance, telephone numbers of local referrals can be written on cards in the size of a name card, or in a size small enough to hide among sanitary items. Similarly, those materials with information need to be given to women suitable for securing her safety.

Such measures are necessary because any indication of disclosure about abuse may escalate the violence as abusers are unwilling to expose the abusive relationship to others and abusers tend to closely follow woman's behavior and to search through her belongings.

Some considerations to be made when giving the woman information:

- ◆ Is it safe to take brochures home considering the possibility of the abuser to find them?
- ◆ Is it possible to hide the brochures away from the abuser?
- ◆ Do you have a secure place to hide the brochures?

Discretion must be used when providing the woman with information lest the abuser find the information and the violence escalates ("A" Recommendation).

VIII Following-up and documentation

1 Following-up

Women detected of abuse in the screening should be followed-up independent of their request for immediate help so that the woman can access help whenever necessary. It is important not to pressure women to change the situation (e.g. leaving the house) when planning follow-up. Healthcare providers should always keep in mind that they are advocates of abused women and that they must respect the women and ensure their safety.

According to a study of 90 abused women, the average number of attempts made before they left the abusive partner was 4.5, and 33% of the women made more than 5 attempts before they finally left the relationship (Griffing, 2002; level 4). Repeated danger assessment is necessary for pregnant women at health exam to identify possible escalation of violence and/or safety of the women and children. Long-term follow-up is also necessary as abuse in perinatal period can last for prolonged period of time well into childbirth and rearing (MacFarlane et al, 1999; level 3b, Harrykissoo et al, 2002; level 3b, Martin et al, 2001; level 3b).

Follow-up of the women may be necessary for long term through pregnancy and childbirth ("B" Recommendation).

2 Documentation

Documenting information relevant to abuse in medical or care records is useful when the woman is to take legal action against the abuser. The screening sheet should be contained in the record. Words and/or quotes of the woman about abuse should be recorded only with her informed consent. The recorded information must be dealt with care. The information must not be disclosed particularly to her family and abuser without informed consent of hers. Healthcare providers must be fully aware of the cares and cautions necessary when documenting abuse. Following is an example of abuse documentation according to SOAP (i.e., Subjective data, Objective data, Assessment, and Plan) of Problem Oriented System (POS):

S: “On December 23rd, my husband got upset because the dinner was not ready when he came home around 19:00, and hit my head and kicked my abdomen. I want to go home as I have an elder child at home.”

O: 32 weeks into pregnancy, a bruise 5cm x 5cm in size on the right arm, vaginal bleeding, no abdominal strain.

A: The woman was kicked in abdomen again. No signs of threatened premature delivery. High risk of another physical abuse.

P: Safety planning. Gave a resource card to the woman. Told her to come to the hospital as soon as she felt endangered.

Abuse must be documented with consent of the woman. Confidentiality must be ensured. The information must not be disclosed to her family or abuser without her informed consent. Healthcare providers must be fully aware of the necessary cautions (“A” recommendation).

IX DV Education

Healthcare providers should give information on issues of DV when women with possible abuse do not seek help while taking her perception of the situation into consideration. Most importantly women should be made aware that she can always access support whenever necessary.

<Example of issues crucial to decision making>

- ◆ DV is a crime that violates her basic human rights.
- ◆ Abused women can always receive support from the advocates.
- ◆ It is the abuser who is to be blamed and not the woman.
- ◆ No one deserved to be abused.

女性は支援を求めるかたずねる～フォローアップ計画と記録 エビデンス・テーブル

著者	年	国	セッティング	対象	DV 判定方法	データ収集方法	介入	主要結果	研究デザイン	エビデンスレベル	コメント
システマティック・レビュー											
MacMillan et al.	2001	Canada	医療施設	DV にあっていると判定された女性	N/A	データベース (Medline, PsycINFO, CINAHL, HealthStar, Sociological Abstracts) を使用。2001年3月まで	<ul style="list-style-type: none"> ・シェルター退所後のアドボカシーカウンセリング ・被虐待女性へのカウンセリングプログラム ・暴力を予防するための周産期におけるカウンセリング 	<ul style="list-style-type: none"> ・11 文献が抽出されたが同一介入を評価しているものが含まれていたため、3つの介入の有効性について検討された。そのうち、シェルター退所後のアドボカシーカウンセリングのみが、唯一推奨できる十分な証拠がある。 	SR	1a	<ul style="list-style-type: none"> ・2001年3月までの文献を扱っている。その後に表示されたエビデンスについては、含まれていない。
Ramsay et al.	2002	UK	医療施設	DV にあっていると判定された女性	N/A	データベース (Medline, Embase, CINAHL) を使用。2001年1月まで	<ul style="list-style-type: none"> ・女性を中心にした介入 (行為的、心理的、教育的) ・連携、情報提供、支援の形態の拡大 	<ul style="list-style-type: none"> ・6 文献が抽出されたが、各々の介入やアウトカムが異なっており一貫した結果が得られなかったため、結果の統合は行われていない。 ・スクリーニングで発見された被害女性に対する医療における介入の有効性に関するエビデンスは、わずかである。 ・QOL や精神的な健康といった重要なアウトカムを測定した RCT が不足していた。 ・抽出した研究では、介入の害について測定しているものはなかった。 	SR	1a	<ul style="list-style-type: none"> ・2001年3月以降の文献は扱っていない。

ランダム化比較試験											
McFarlane et al.	2002	USA	弁護士事務所の家族内暴力の部門	被虐待女性150名 介入群75名 対照群75名	AAS	自記式質問紙	介入:安全行動に関する6回の電話によるセッション	介入群の方が3ヵ月後、6ヵ月後とも安全に向けての行動が有意に多く採用されていた(p=0.007)。	RCT	1b	<ul style="list-style-type: none"> ・無作為化の方法が記載されていない ・ITT解析ではない(脱落率は2%) ・アウトカムは、暴力の予防ではなく、安全行動の採択としている ・盲検化の記載がない ・介入なしの対照群をおいていない。
McFarlane et al.	2000	USA	妊婦健診	妊娠期の被虐待女性329名(主にヒスパニック女性) 介入1:94名 介入2:73名 介入3:92名(すべて分析時の対象数)	AAS	自記式質問紙	介入1:簡潔な介入(リソースカードとパンフレットの提供) 介入2:カウンセリング(DV専門カウンセラーによるカウンセリング) 介入3:カウンセリング+メント	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての介入において、暴力の程度は産後有意に減少していた(p=0.001)。 ・産後2ヶ月の時点では、介入3が介入2と比べ、暴力の程度が有意に低かった(p=0.05)。 ・産後6、12、18ヶ月の時点では、3つの介入による暴力の程度に差はなかった。 	RCT	2b	<ul style="list-style-type: none"> ・無作為化の方法が記載されていない ・ITT解析ではない(追跡率は79%、脱落理由は明記されておらず)

周産期のDVガイドライン

							ー (DV 専門カウンセラーによるカウンセリング + 相談相手としての母親からのサポート)				・割付時の各介入の対象数が不明 ・盲検化の記載がない
Sullivan et al.	1999	USA	コミュニティ	シェルター退所後の女性 278 名 介入群 143 名 対照群 135 名	N/A	自記式質問紙	介入群: アドボカシー介入 (10 週間にわたって被害女性が社会資源を活用できるようにトレーニングを受けた女性の擁護者が 1 対 1 でサポートする 対照群: 通常のサポート	・介入直後において、介入群は比較群より身体的暴力を振るわれた経験が少なく (p=0.03)、うつ症状が少なく (p=0.02)、QOL (p=0.01) およびソーシャルサポートが高く (p=0.01)、社会資源取得の困難性が低かった (p=0.001)。 ・介入 2 年後においては、介入群は比較群より身体的暴力の経験が少なく (p=0.05)、社会資源取得の困難性が低かった (p=0.001)。	RCT	1b	・ITT 解析ではない (追跡率は 95%) ・盲検化に関する記載なし
前向きコホート											
Rumn et al.	2000	USA	軍関係者	21,643 の軍関係家族		診療記録		配偶者からの虐待ありの家族は、ない家族に比べて、OR2.0 (95% CI: 1.9, 2.1) の子どもへの虐待が起こっている。	前向きコホート	2b	Rumn et al.
McFarlane et al.	1995	USA	公的妊婦健診クリニック	妊婦 1,203 人	AAS,CTS,ISA,DASS	質問紙		妊娠中の身体的暴力は 16% にあった。妊娠中の暴力は、妊娠中になかった人に比べすべての尺度で有意に高い。妊娠中の	前向きコホート	3b	McFarlane et al.

周産期のDVガイドライン

									暴力の頻度と程度は重症で、殺人のリスクも高い。			
McFarlane et al.	1999	USA	公的クリニック	虐待被害者の妊婦 199名	ISA, DAS, SVAWS	面接			妊娠前 1 年間に虐待あったものの 60 名(30.2%)、妊娠前 1 年間はなく、妊娠中に虐待を受ける 35 名(18.1%)、妊娠前 1 年間および妊娠中に虐待を受けていた 103 人 (63%)。最後の 103 人は、他のグループに比べて虐待の程度が深刻。	前向きコーホート	3b	
Harrykisson et al.	2002	USA	大学病院	出産後 570 人 (3,6,12、24 ヶ月) 思春期女性	AAS, ISA	面接			親密なパートナーからの暴力は、産後 3 ヶ月以内が 21%と最も高く、24 ヶ月 13%と最も低い。妊娠中に暴力を受けていた女性の 75%は産後にも暴力を受けていた。	前向きコーホート	3b	
非ランダム化比較試験												
Parker et al.	1999	USA	妊婦健診	妊娠期の被虐待女性 199 名 介入群 132 名 対照群 67 名	AAS	自記式質問紙	介入群:安全行動に関する 3 回の面接相談(うち半分は追加の相談を勧めた) 対照群:リソースカードの提供	・介入群は対照群と比べて、6 ヶ月後および 12 ヶ月後におけるの身体的暴力・非身体的暴力が有意に減少していた (p=0.007)。	非ランダム化比較試験	2c	・ベースラインにて 2 群間の暴力の程度は有意に異なっていたため、そのデータを共変量として投入している。しかし、2 群間の背景因子の比	

ケース・コントロール												
McFarlane et al.	2002	USA	10州からランダム抽出	殺人、殺人未遂のケース群と虐待のあったコントロール群	DAS	面接			コントロール群の7.8%。殺人未遂の25.8%が妊娠中の虐待があった。殺人未遂あるいは殺人才起こした女性に妊娠中の虐待があった人は3倍高率(Odds 3.08、95%CI: 1.86, 5.1) 妊娠中に虐待のあった人は、なかった人より暴力の程度が深刻。	ケース・コントロール	4	
横断研究												
Martin et al.	2001	USA	州の監視システムから抽出	出産後の女性2648人		電話・手紙			妊娠前6.9% (95%CI: 5.6, 8.2)、妊娠中6.1% (95%CI: 4.8, 7.4)、出産後3.6ヶ月後3.2% (95%CI: 2.3, 4.1).	横断研究	3b	
Edythe et al.	1997	USA	大都市の公立・民間医療機関	救急外来に性器出血で来た261名妊婦	AAS、DAS	面接と観察			性器出血があった妊婦の身体的虐待の割合は87名(33.3%)であった。	横断研究	4	
症例集積												
Griffing et al.	2002	USA	シェルター	DVにあっていった女性90名	N/A	インタビュー	N/A		・これまでに別れようと試みた回数は、平均4.5回で、33.5%は5回以上であった。	症例集積研究	4	

周産期のDVガイドライン

Campbell	1986	USA	コミュニティ	女性 193 名 被虐待女性 97 名 虐待ない女性 96 名	セルフ レポート	自記式質問 紙	N/A	<ul style="list-style-type: none"> ・信頼性係数は、0.71 であった。 ・CTS との相関係数が $r=0.43$ で中程度の相関が認められた。 	症 例 集 積 研 究	4	<ul style="list-style-type: none"> ・カットオフポイントが設定されていない。 ・予測妥当性の検討がされていない。
----------	------	-----	--------	---------------------------------------	-------------	------------	-----	---	-------------------	---	---

資料

資料1 エビデンスのレベルと推奨度分類

Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001)

Level	治療／予防、 病因／害	予後	診断	鑑別診断／症状保有率 (symptom prevalence) 研究	経済・決断分析
1a	ランダム化比較試験のシステマティック・レビュー(均質性*あり)	コホート研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)；複数の異なる集団で妥当性が検証された臨床決断則(Clinical Decision Rule:CDR)†	レベル1の診断的研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)；複数の異なる医療施設でおこなわれたレベル1b研究を基にした臨床決断則†	前向きコホート研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)	レベル1の経済研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)
1b	個々のランダム化比較試験(信頼区間≠の狭いもの)	追跡率80%より大きい個々の開始(または発端)コホート研究(inception cohort study)(訳注:疾患の初期段階で把握された対象集団を追跡して予後をみる研究。疾患の発生から時間が経つて研究に組み入れられると患者の状態が変化する)；あるひとつの集団で妥当性が検証された臨床決断則†	適切な†††参照基準(reference standards)を用いた妥当性確認目的の検証的**コホート研究；あるいは1つの医療施設で試みられた臨床決断則†	良い追跡がなされている***前向きコホート研究	臨床的に意味が認められる(sensible)コストまたはコストの代理指標となるもの(alternatives)に基づいた分析で；エビデンスのシステマティック・レビューであり；多元感度分析(multi-way sensitivity analyses)をしているもの
1c	治療群以外全員が亡くなっている場合、または治療群の全員が生存している場合§	対象全員が生存しているか、あるいは全員が死亡しているような症例集積	絶対的な特異度で検査陽性のとき診断が確定できるもの(SpPins)や、絶対的な感度で検査陰性のとき診断から除外できるもの(SnNouts)††	対象全員が生存しているか、あるいは全員が死亡しているような症例集積	絶対的 better-value 分析または絶対的 worse-value 分析††††
2a	コホート研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)	後ろ向きコホート研究やランダム化比較試験の非治療群におけるシステマティック・レビュー(均質性*あり)	レベル2bおよび、より優れた2bの診断的研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)	レベル2bおよび、より優れた2bの研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)	レベル2bまたは2cの経済研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)
2b	個々のコホート研究(質の低いランダム化比較試験を含む；<例>追跡率が80%未満)	後ろ向きコホート研究あるいはランダム化比較試験の非治療群における追跡；研究結果から導かれた臨床決断則、あるいは折半法§§§のみで妥当性が検証されたもの	適切な†††参照基準を用いた探索的**コホート研究；研究結果から導かれた臨床決断則、あるいは折半法§§§、もしくはデータベースのみで妥当性が検証されたもの	後ろ向き、または追跡に問題があるコホート研究	臨床的に意味が認められる(sensible)コストまたはコストの代理指標となるもの(alternatives)に基づいた分析で；限定的なエビデンスのレビューあるいは単独の研究で；多元感度分析をしているもの
2c	アウトカム研究；	アウトカム研究		生態学的研究	監査(Audit)あるいはア

周産期のDVガイドライン

	生態学的研究				ウトカム研究
3a	症例対照研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)		レベル 3b および、より優れた 3b の研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)	レベル 3b および、より優れた 3b の研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)	レベル 3b および、より優れた 3b の研究のシステマティック・レビュー(均質性*あり)
3b	個々の症例対照研究		研究対象となる患者を連続的に組み入れている (non-consecutive) 研究; または参照基準が対象者すべてには行われていない研究	研究対象となる患者を連続的に組み入れている (non-consecutive), あるいは極めて限られた集団でおこなわれたコホート研究	限定的なコストやその代理指標に基づいた分析; データによる推定値の質は低い、臨床的に意味のある変数を組み合わせて感度分析を行っているもの
4	症例集積(および質の低いコホート研究や症例対照研究 § §)	症例集積(および質の低い予後コホート研究***)	症例対照研究で、不適切なあるいは非独立的な参照基準を適用しているもの	症例集積、または当該検査法評価に参照基準ではなく代理の参照基準(訳注: 確定的な基準診断法でないもの)が適用されているもの	感度分析が行われていない分析
5	明確な批判的吟味がおこなわれていない、または生理学や基礎実験、“原理”(“first principles”)に基づく専門家の意見	明確な批判的吟味がおこなわれていない、または生理学、基礎実験、“原理”に基づく専門家の意見	明確な批判的吟味がおこなわれていない、または生理学、基礎実験、“原理”に基づく専門家の意見	明確な批判的吟味がおこなわれていない、または生理学、基礎実験、“原理”に基づく専門家の意見	明確な批判的吟味がおこなわれていない、または経済学理論、“原理”に基づく専門家の意見

1998年11月に Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes によって初版が作成され、現在に至る。

注釈

以下の点からレベルを確定できない場合、使用者は“-”を付してレベルを示すことができる。

- 研究結果が1つしかなく、広い信頼区間を示す場合(それゆえ、例えば、ランダム化比較試験における絶対リスク減少(ARR)は統計学的に有意ではないが、その信頼区間は臨床的に重要な有効性や害の可能性を除外できない)
- あるいは、問題となる程に(および有意に)異質性が大きい研究におけるシステマティック・レビュー
- このようなエビデンスでは確定的結論は出せないため、推奨度は“D”となる。

*	均質性(homogeneity)とは、システマティック・レビューにおいて、個々の研究間の結果の方向性や結果の程度に危惧を与えるばらつき(異質性)がないことを意味する。統計学的に有意な異質性があるからといって、全てのシステマティック・レビューを危惧する必要はなく、また危惧すべき異質性がすべて統計学的に有意であるとは限らない。上記のように危惧を与える異質性を示す研究は、表記レベルの後に“-”を付けるべきである。
†	臨床決断則(これらは予後推定あるいは診断群を導くアルゴリズムあるいは重症度判定基準である)。
‡	信頼区間が広い臨床試験や他の研究を如何に理解し、レベルを付け、用いるかについては、注釈#2を参照。

§	その治療が無かった時には患者全員が死亡したが、その治療が行われるようになって生存する患者が出てきた場合や、その治療が無かった時には死ぬ患者もいたが、その治療が行われるようになって死亡する患者が無くなった場合。
§§	質の低いコホート研究とは、比較群の定義が明確でない、かつ／または、曝露とアウトカムの測定が曝露群と非曝露群間で同じ客観的方法で（望ましくは盲検化して）行われなかったもの、かつ／または、既知の交絡因子の同定あるいは適切な調整ができなかったもの、かつ／または、患者を十分長く完全に追跡しきれなかったものをいう。質の低い症例対照研究とは、比較群の定義が明確でない、かつ／または、曝露とアウトカムの測定が曝露群と非曝露群間で同様の客観的方法で（望ましくは盲検化して）行われなかったもの、かつ／または、既知の交絡因子の同定あるいは適切な調整ができなかったものをいう。
§§§	折半法による妥当性検証 (Split-sample validation) は、ある部分の情報を全て収集した上で、人為的に対象群全体を派生群（検証対象群以外の群）と仮説検証対象群（ある仮説検証をするために恣意的に選択された群）に分割し、その選択された仮説検証対象群で検証するものである。
††	Absolute SpIn は、診断法の特異度が十分高く検査が陽性の場合に疾患ありと判定でき、Absolute SnNout は、診断法の感度が十分高く検査が陰性の場合に疾患なしと判定できる。
‡‡	Good, Better, Bad, Worse は、臨床的な有効性とリスクの視点からの治療間の比較である。
†††	「適切な」参照基準とは、研究対象とした検査(当該検査法)とは独立で、かつ盲検的・客観的に患者全員に適用されるものである。「不適切な」参照基準とは、厳格に適用されていない(盲検的・客観的に適用されていない)が、研究対象とした検査とは独立なものである。独立でない参照基準（当該検査法での評価と参照基準の評価方法に内容的にだぶる部分があったり、当該検査法の結果と参照基準の結果が似る可能性があるような場合）を用いていれば、その研究はレベル 4 である。
†††† †	より価値の高い治療とは、明らかにより安価でありながら良い治療、あるいは等価またはコストを削減した状態における、より良い治療のことである。より価値の低い治療とは、良いがより高価な治療、あるいは等価またはより高価でありながらより劣る治療を示す。
**	検証的研究 (validating study) とは、すでに妥当性が証明された検査法を基準にして特定の診断法の質を分析するものである。探索的研究 (exploratory study) とは、情報を収集し、どの因子が「有意」であるかを見つけるため、（例えば回帰分析を使用して）データをさまざまな角度から探ろうとするものである。
***	質の低い予後コホート研究とは、対象となるアウトカムがすでに判明している患者に偏ったサンプリングバイアスが存在するものや、アウトカムの評価が研究対象の 80%未満のもの、アウトカムが盲検化されず、非客観的な方法で決定されているもの、あるいは交絡因子の調整がなされていないものを指す。
****	鑑別診断に関する研究での良い追跡とは、追跡率が 80%より高く、代替の診断が明らかになるのに十分な期間を具備したものである（例えば急性疾患であれば 1~6 ヶ月、慢性疾患であれば 1~5 年）。

推奨度分類

A	レベル 1 の研究によるエビデンスがある場合
B	レベル 2 または 3 の研究がある場合、あるいはレベル 1 の研究結果を外挿して適用する場合
C	レベル 4 の研究がある場合、あるいはレベル 2 または 3 の研究結果を外挿して適用する場合
D	レベル 5 のエビデンス、あるいは、どのようなレベルのものでも研究結果にばらつきがあったり非確定的な研究結果しかない場合

「外挿 (Extrapolations)」とは、研究が実施された状況と臨床的に重要な違いが存在する可能性のある設定に、その研究結果を適用する場合をいう。

訳者注

1) 注釈の表の中に注釈#2 とあるのは、今回の版では注釈全体を指すものと考えられる。なお、1999 年版では注釈#1~3 があり、以下のように示されていた。

#1. これらのレベルは NHS R&D Centre for Evidence-Based Medicine(Chris Ball, Dave Sackett, Robert Phillips, Brian Haynes and Sharon Straus)のメンバーが繰り返し討議した成果である。

#2. このアプローチに基づく推奨度は「平均的な」(average)患者群に適用するものであり、個々の患者については、その個人の生物的特性(リスク、反応性など)や治療の嗜好を考慮して修正する必要がある。

#3. 以下の点から確定的な答えに至っていない場合、利用者は“－”を付してレベルを示すことができる。

- ・研究結果が 1 つしかなく広い信頼区間を示す場合(それゆえ、たとえば、ランダム化比較試験における絶対リスク減少は統計学的に有意ではないが、その信頼区間は臨床的に重要な有効性や害の可能性を除外できない)
- ・あるいは、問題となるほど(および有意に)異質性が大きい研究におけるシステマティック・レビュー
- ・このようなエビデンスは非確定的であるため、推奨度は“D”となる。

「EBM を用いた診療ガイドライン 作成・活用ガイド」(中山, 2004) より一部改変

注：本ガイドラインにおける推奨度分類は、「第一章-VII-作成法-5 推奨度の決定基準」に示したように、メイン・ワーキング・グループで作成した推奨度基準を用いた。

資料2 用語解説

用語	内容
ランダム化比較試験 RCT: Randomised Controlled Trial	治療やケアの効果があるかないかを確認するために、対象を介入群と対照群にランダムに割付けて、2群のアウトカムを比較する。仮説検証のための研究。ランダム割付けにより、介入の有無以外の条件が（未知のものも含めて）2群間で等しくなる可能性が最も高くなり、したがって2群の比較可能性が保証される。
コホート研究 Cohort Study	ある対象群（コホート）の中で、ある因子への暴露の有無を同定して、暴露のある群とない群をそれぞれ追跡し、あるアウトカム発生の有無をみるもの。暴露の有無の確認の正確性をコントロールできるが、結果への交絡因子の影響がでやすい。原因となる暴露と結果としてのイベント発生の時間的順序が明らかであるので、症例対照研究よりは因果関係の証明力は強い。
開始（発端）コホート研究 Inception Cohort Study	初期症状の患者集団やスクリーニング・テストで陽性と出た人の集団など、疾患の初期段階にある対象集団を追跡して予後を見るコホート研究
症例対照研究 Case-control Study	あるアウトカムを持つ群と持たない群において、そのアウトカムの原因と推定される因子への過去の暴露状況を調べて比較する研究。調査時点では原因への暴露も結果としてのアウトカムもすでにおこっているため、どちらが先か確定できない。また、因子への暴露状況の確認を過去の記録によるため、不正確になり得るなどの欠点がある。
症例集積研究 Case Series	ある介入をおこなった対象、またはあるアウトカムを発生した対象について、複数症例をまとめて報告するもの。仮説設定のきっかけとなり得る場合もある。
アウトカム研究 Outcomes Research	ある疾患の患者の一群を対象として、対象が受けた治療やケアによる臨床的アウトカムを観察する研究である。RCTのように研究結果から臨床現場での効果を直接分析することはできないが、RCTの結果から予測される治療効果が、複雑な臨床現場でどのように示されるかという情報を提供するもの
監査 Audit	結果の一般化を前提として行う研究（research）と異なり、ある特定の時間と場所においてそこから得られる対象データの記述的情報を提供するもの
生態学的研究 Ecological Studies	ある集団において、特定の暴露と結果についてそれぞれ縦断的追跡を行い、両者の因果関係の可能性を調査するもの
システマティック・レビュー Systematic Review	あるテーマについて、過去の研究をシステマティックに、網羅的に収集し、それぞれを批判的に吟味し、研究結果を統合するもの。統計的手法としては、収集した研究の均質性を評価したうえで可能な場合はメタアナリシスをおこなう。RCTのシステマティック・レビュー（メタアナリシス）が主であるが、観察研究のシステマティック・レビュー（メタアナリシス）もある。
原理 First Principles	病態生理学理論に基づいて臨床実践をすることである。たとえば大動脈解離の患者では血圧管理をするが、これは血圧を下げて心拍出量を減少させれば大動脈解離進展のリスクが低下するであろうという病態生理学理論に基づいている。病態生理学理論が誤った結果を導くこともあるという1例は、CAST研究で示された。心筋梗塞後に不整脈が起こることはよくあり、そのせいで死亡することも多い。病態生理学理論では、抗不整脈薬の予防投与により不整脈発生を減少させると死亡率も低下するに違いないと予想された。そこでCAST研究では心筋梗塞後の不整脈患者をフレカイニドまたはエンカイニド投与群とプラセボ投与群に無作為に割付けたところ、抗不整脈薬治療群のほうが死亡率が高かったのである。
多元感度分析 Multi-way Sensitivity Analysis	（感度分析を複数種類においておこなうもの？）
基礎実験 Bench Research	動物実験や生理学の実験など、実験台（Bench）でおこなわれるような基礎研究

資料3 アブストラクト・シート

DVガイドライン・Abstract Sheet

年 月 日

担当者:

文献番号: _____

著者名: _____

タイトル: _____

雑誌名: _____

巻, 号, 頁, 年: _____

国: _____

研究目的-Question: _____

方法の要約-Design, Setting, Patients, Intervention or Assessment of Prognostic factors, Main outcome measures, et al...: _____

結果-Main Results: _____

結論-Conclusion: _____

研究デザイン:

<p>◇ 一次研究 介入研究 1. 比較対照試験 1) パラレル (1) ランダム化 (2) 非ランダム化 2) 逐次 (1) 自己対照 (2) クロスオーバー 3) 外部対照 2. 対照なしの研究</p>	<p>観察研究 <時系列研究> 1. 縦断研究 1) コホート研究 (1) 前向き (2) 後向き 2) ケースコントロール研究 2. 横断研究 3. 症例集積 4. 症例集積</p>	<p><相関研究> 1. 記述相関 2. 予測 3. モデルテスト <記述研究> 1. 記述 2. 比較記述</p>	<p>◇ 二次研究 1. ガイドライン 2. システマティック・レビュー 3. メタ分析 4. 経済分析・決断分析 5. ラナティブ・レビュー 6. その他 () ◇ 質的研究</p>
---	--	---	--

◇ エビデンスレベルの特定:

I. 治療・予防・病因・害 P. 予後 D. 診断 DD. 鑑別診断・有病率 C. 費用分析・判断分析
1a 1b 1c 2a 2b 2c 3a 3b 4 5

◇ ガイドラインのどの領域で使用できるか?

①DV 女性を支援する環境 ②DV 女性が訪れる医療施設 ③DV のリスクファクター ④DV の臨床指標(症状)
⑤DV のスクリーニング ⑥現在の安全状況のアセスメントとセーフティプラン ⑦利用可能なリソースの検討 ⑧フォローアップ
⑨ 記録 ⑩ DV に 関 する 情 報 提 供 ⑪ DV と 妊 娠 ⑫ そ の 他
()

◇ 総合評価: 採択すべきか? 可 否

理由: _____

資料4 論文吟味シート Form A

1. 治療

年 月 日

担当者:

治療に関するワークシート

文献番号

<u>結果は信頼できるか</u>
研究対象患者の全てが結果に反映されているか フォローアップ中の脱落症例は少ないか 最初の割付のまま評価されているか(Intention to treat analysis)
対象患者は治療群と対照群にランダムに(無作為に)割り付けられているか
患者、医師、研究者がいずれも患者の治療内容を目隠しされているか(盲検化)
研究の最初の患者背景は両群で同じか(年齢、性別、危険因子などをチェック)
研究対象の治療以外の治療は両群で同じか(治療の標準化や、併用療法の制限、他の治療の記録・比較などから判断する)
<u>結果はどのようなものか</u>
結果はどれほど大きなものか(これは、効果の差を見る)
結果からの予測はどれほど正確か(これは、信頼区間の狭さを見る)
<u>結果は自分の、そして自分の患者の役に立つか</u>
対象患者から見て、この結果は自分の患者に当てはめることはできるか(自分の患者は対象患者に含まれそうか)
全ての重要な転帰が検討されているか(患者にとって、家族にとって、あなたにとって、社会にとって)
その治療による益は、害やコストに見合ったものか

2. 診断

年 月 日

担当者:

診断に関するワークシート

文献番号 _____

<p><u>結果は信頼できるか</u></p> <p>検討と対象となった診断を確定するための標準的な検査 (gold standard) と別々に、しかもお互いの結果を知らされないまま検討されているか</p>
<p>検討された患者群は、実際にその検査の対象となると思われる患者群であったか</p>
<p>研究対象の検査結果に関わらず、全例に標準的な検査が行なわれているか</p>
<p>検査方法は実行可能なように明確に記載されているか</p>
<p><u>結果はどのようなものか</u></p> <p>感度、特異度、尤度比はどうか</p>
<p><u>結果は自分の、そして自分の患者の役に立つか</u></p> <p>検査は、自分の施設・状況で行ないうるものか</p>
<p>結果は自分の患者にあてはまるか (自分の患者は対象患者に含まれそうか)</p>
<p>その検査は、自分の医療行為を変えうるものか</p>
<p>その検査によって患者に利益があるか</p>

3. 予後

年 月 日

担当者:

病因／副作用に関するワークシート

文献番号 _____

<u>結果は信頼できるか</u>
比較した患者群は、その副作用(あるいは疾患)の原因と考えられる要因以外は似ていたか
調査・検討の方法には、要因に関しても、転帰・予後に関しても同じように検討されたか
追跡は十分長く十分完全に行なわれたか(その疾患の経過を参考に見極める)
時間的前後関係は正しいか(結果の前に原因があるか)
量反応関係がなりたつか(原因が大きいほど結果も大きいか)
<u>結果はどのようなものか</u>
要因と結果との間に強い関連があるか(相対危険度やオッズ比の大きさを見る)
危険性はどれほど正確に予測されるか(その値の信頼区間の狭さを見る)
<u>結果は自分の、そして自分の患者の役に立つか</u>
研究の対象患者は自分の患者に似ているか
危険はどの程度のものか(容認できないほど大きいか)
その要因を排除しようとするべきか(他に代替手段はないか、排除は容易か)

4. 病因/副作用

年 月 日

担当者:

病因/副作用に関するワークシート

文献番号 _____

<u>結果は信頼できるか</u>
比較した患者群は、その副作用(あるいは疾患)の原因と考えられる要因以外は似ていたか
調査・検討の方法には、要因に関しても、転帰・予後に関しても同じように検討されたか
追跡は十分長く十分完全に行なわれたか(その疾患の経過を参考に見極める)
時間的前後関係は正しいか(結果の前に原因があるか)
量反応関係がなりたつか(原因が大きいほど結果も大きいか)
<u>結果はどのようなものか</u>
要因と結果との間に強い関連があるか(相対危険度やオッズ比の大きさを見る)
危険性はどれほど正確に予測されるか(その値の信頼区間の狭さを見る)
<u>結果は自分の、そして自分の患者の役に立つか</u>
研究の対象患者は自分の患者に似ているか
危険はどの程度のものか(容認できないほど大きいか)
その要因を排除しようとするべきか(他に代替え手段はないか、排除は容易か)

5. 総説

年 月 日

担当者:

総説(システマティックレビュー)に関するワークシート

文献番号 _____

<u>結果は信頼できるか</u>
そのレビューの課題は焦点を絞ったものであったか
レビューの対象とする論文の選択基準は適切か
重要な研究が見逃されていないように検索されているか(データベースは? 言語の制限は? 論文の参考文献は? 研究者への問い合わせは?)
対象となった論文それぞれの信頼度に関する批判的吟味が行なわれているか
それぞれの研究の結果は一致しているか(検討された研究で結果は一定方向であるか)
それぞれの研究の結果は同等か(研究結果の信頼区間は重なっているか)
<u>結果はどのようなものか</u>
レビューの全体の結果は何か(定量化されている重要な指標を把握しよう)
その結果はどれほど正確と考えられるか(集計されていれば、その信頼区間を見つけよう)
<u>結果は自分の、そして自分の患者の役に立つか</u>
その結果は自分の患者にあてはまるか(自分の患者は対象患者に含まれるか)
すべての重要な転帰が考慮されているか(患者にとって、家族にとって、あなたにとって、社会にとって)
その益は、害やコストに見合ったものか

資料 5 論文吟味シート Form B

DV ガイドライン・Form B

年 月 日

担当者:

◇ 研究評価

研究目的	研究目的は明確か？
研究デザイン	適切な研究デザインを設定しているか？
対象の選定	対象は正しく選ばれているか？
パワー	サンプルサイズは適切か？
Outcome 指標	Outcome 指標は正しいか？
測定用具	測定用具の信頼性と妥当性は確保されているか？
分析方法	分析方法は適切か？ 統計的手法は？
内的妥当性	内的妥当性は確保されているか？ バイアスのコントロールが行われているか？
一般性	結果は、一般化できるか？
一貫性	目的－方法－結果－考察に一貫性はあるか？

資料6 DVスクリーニング尺度

1. 女性の虐待アセスメント尺度: Abuse Assessment Screen (AAS)

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. 過去1年において、あなたは、殴られたり、平手打ちされたり、けられたり、その他に身体的に傷つけられたことはありますか？ | はい | いいえ |
| もしあったら、それはだれからですか？ _____ | | |
| 何回くらいありましたか？ _____ | | |
| <hr/> | | |
| 2. 妊娠してから、あなたは、殴られたり、平手打ちされたり、けられたり、その他にも身体的に傷つけられたことはありますか？ | はい | いいえ |
| もしあったら、それはだれからですか？ _____ | | |
| 何回くらいありましたか？ _____ | | |
| <hr/> | | |
| 3. 過去1年において、あなたは、性的な行為を強要されたことはありますか？ | はい | いいえ |
| もしあったら、それはだれからですか？ _____ | | |
| 何回くらいありましたか？ _____ | | |

2. パートナーの暴力判定尺度: Partner Violence Screen (PVS)

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. 過去1年において、あなたは、殴られたり、けられたり、パンチされたり、その他に身体的に傷つけられたことはありますか？ | はい | いいえ |
| もしあったら、それはだれからですか？ _____ | | |
| <hr/> | | |
| 2. あなたは、現在のパートナーとの関係性の中で、安心が得られていますか？ | はい | いいえ |
| <hr/> | | |
| 3. あなたを安全ではないと感じさせる身近な男性はいますか？ | はい | いいえ |

Feldhaus より引用

3. 女性に対する暴力スクリーニング尺度: Violence Against Women Screen (VAWS)

No	項目	よくある	たまにある	まったくない
2	あなたとパートナーの間でもめごとが起こったとき、話し合いで解決するのは難しいですか？			
<hr/>				
3	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？			
<hr/>				
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあるとあなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？			
<hr/>				
5	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると怒って壁をたたいたり、者を投げたりすることがありますか？			

7 あなたは、気が進まないのにパートナーから性的な行為を強いられることがありますか？

8 あなたのパートナーは、あなたをたたく、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど強引にふるまうことがありますか？

9 あなたのパートナーは、あなたを殴る、けるなどの暴力を振るうことがありますか？

4. 危険性判定尺度：Danger Assessment Scale(DAS)

1. 過去1年間で、身体的な暴力の頻度は多くなりましたか？	Yes	No
2. 過去1年間で、身体的な暴力の程度はひどくなりましたか？または、凶器を使ったり、凶器で脅されることがありますか？	Yes	No
3. あなたは、パートナーから首を絞められたことはありますか？	Yes	No
4. あなたの家に、銃はありますか？	Yes	No
5. あなたのパートナーは、あなたが望まないのに性行為を強要することがありますか？	Yes	No
6. あなたのパートナーは、薬物（ドラッグ）を使っていますか？	Yes	No
7. あなたのパートナーは、あなたを殺すぞと脅したり、実際にあなたを殺そうとしたことがありますか？	Yes	No
8. あなたのパートナーは、ほぼ毎日飲んで酔っ払っていますか？	Yes	No
9. あなたのパートナーは、あなたの日常生活のすべてをコントロールしていますか？例えば、あなたの友人、買い物で使ってよいお金、車を使うことに関して許可必要である。	Yes	No
10. あなたが妊娠しているときに、殴打されたことがありますか？	Yes	No
11. あなたのパートナーは、非常に嫉妬深いですか？	Yes	No
12. あなたは、自殺したい、または自殺しようとしたことがありますか？	Yes	No
13. あなたのパートナーは、自殺する、または自殺しようとしたことがありますか？	Yes	No
14. あなたのパートナーは、あなたの子どもに暴力を振るいますか？	Yes	No
15. あなたのパートナーは、自宅外でも暴力的になることがありますか？	Yes	No

資料7 Let's Talk ポスター

資料8 社会資源リスト

1. 民間のシェルター・相談機関リスト

平成16年5月現在

地区	施設名称	シェルター	カウンセリング	ホットライン	その他	電話	所在地	ホームページアドレス	活動内容等
北海道	女のスペース・おん	○			○	011-622-6404 (代) 011-622-7240 (相)	札幌市中央区北1条 23-1-36 DRMビル2F		女性の人権ネットワーク事務所○1993年開設○DVサポートシェルターの運営及び北海道ウイメンズユニオンの活動を両軸に女性の暴力根絶のための活動を展開
新潟	女のスペース・にいがた		○			025-231-3012	新潟市関屋下川原町 2-18		女性の抱える問題の相談・支援
埼玉	ウイメンズハウスとちぎ	○	○		○	028-621-9993	宇都宮市若草 2-2-39		DVに関する相談○シェルターの運営○啓発活動など
埼玉	主張するTシャツの会				○	048-989-8676	越谷市南越谷 2-14-5 南越谷郵便局留	www.ne.jp/asahi/clothesline-japan/tshirt/	ドメスティックバイオレンスにかかわる教育・啓発活動・出版活動・直接支援○「主張するTシャツ」の展示
東京	AWS		○		○	03-5338-3081	新宿区神楽河岸 1-1 東京ボランティア・市民活動センター 気付メールボックス6番		自助グループ活動を中心に、被害女性の自立支援について当事者の立場からきめ細やかにサポートする○体験者自身の電話相談○資料や書籍の図書室オープン○IT講座○DV体験の子どもたちへの遊び活動支援など
東京	FGM廃絶を支援する女たちの会				○	03-3760-6641	目黒区中目黒 1-4-18-401	www.jca.apc.org/~waaf/	ひとりでも多くの方にFGMを知っていただくための広報活動と現地のプロジェクトを支援するための募金活動
東京	SCSA会		○		○	03-3376-7665	新宿区西新宿 4-8-14	www.geocities.co.jp/BeautyCare-Venus/4226/	自助活動○定例会(自己を語る時間)○ニュースレター発行
東京	江東区男女共同参画推進センター		○			03-5683-0341	江東区扇橋 3-22-2	www.city.koto.tokyo.jp/~danjobyodo/jchp/	女性対象のカウンセリング・法律相談○DV問合せについては区保護課もしくは東京郡女性相談センターを紹介し対応○カウンセリング 毎週木曜(15時~19時)・土曜(13時~17時)○法律相談 毎週水曜 13時~16時 要予約制(電話相談も可)無料
東京	女性ネットsaya-saya		○			03-3800-4380		http://www7.plala.or.jp/saya-saya/	電話相談
東京	女性の安全と健康のための支援教育センター				○	03-5684-1411	文京区本郷 1-25-4 ベルスクエア本郷7F	www.jca.apc.org/~shien_w/	ドメスティック・バイオレンスやレイプなどの性暴力被害にあった女性を支援する立場の人へ研修やネットワークの場を提供○公開講座のほか、性暴力被害者支援者研修、性暴力被害者支援専門看護職養成講座などを開催
東京	女性の家HELP		○			03-3368-8855			電話相談

周産期のDVガイドライン

地区	施設名称	シェルター	カウンセリング	ホットライン	その他	電話	所在地	ホームページアドレス	活動内容等
東京	性暴力被害者支援専門看護職(SANE)ネットワーク				○	03-5684-1411	文京区本郷 1-25-4 ベルスクエア本郷7F 女性の安全と健康のための支援教育センター内		国内、海外での研修を通して、日本内外のグループとネットワークを結び、日本での性暴力被害者支援看護職の法制化と養成を目指す○国内での研修は「女性の安全と健康のための支援教育センター」が担当
東京	東京・強姦救援センター		○			03-3207-3692	江東区城東郵便局私書箱7号	www.tokyo-rcc.org	被害に遭った女性のための、女性による電話相談○受付時間:水曜18~21時、土曜15~18時
東京	東京フェミニストセラピセンター	○	○	○	○	03-5608-0127	墨田区太平 2-3-1 第3寺田ビル4階		DV被害女性に対する危機介入・生活支援○グループカウンセリング○法的アドボケート等、総合的支援を行う
東京	売買春問題ととりくむ会				○	03-5386-4041	新宿区百人町 2-23-25		議員や行政との交渉など運動の面から取り組む
東京	フェミニストセラピ”なかま”		○			03-3359-0902	新宿区三栄町 17 木原ビル302		女性のための心理相談○初回に面接後、電話によるカウンセリングも可○予約制 月~金 10:00~17:00○カウンセリングは土曜・夜間も行っている○有料
東京	窓・こころのスペース		○		○	03-5458-6824	渋谷区桜丘町 21-12 A-310		個人カウンセリング○カップルカウンセリング○講師派遣
神奈川	女性の家サーラー	○	○	○	○	045-901-3527	青葉台郵便局私書箱13号		外国籍女性の緊急一時避難施設の運営○タイ、タガログ、スペイン、ポルトガル、コリアン、英語 電話相談○家裁、病院などで通訳・翻訳支援○公開講座の開催
神奈川	ミカエラ寮	○	○	○	○	045-894-9775			行き場を失った女性(同伴児含む。)の緊急一時保護○24時間ホットライン(ただし、シェルター利用についてのみ)○問題解決のためのいやしの機能と自立援助プログラム○女性問題、福祉等についての研修と発表○社会における女性問題についての啓発活動
愛知	かけこみ女性センターあいち	○	○	○		052-853-4479	名古屋市大津町郵便局留	www.shimin.gr.jp/stop-dv/	電話相談毎月曜日13時~16時○DV被害女性のための緊急一時避難所(シェルター)運営○事務局開設 月~金 10時~16時
大阪	ウィメンズセンター大阪		○		○	06-6933-7001	大阪市城東区蒲生 1-3-23	www.occn.zaq.ne.jp/wco	女性の心とからだに関するに関する相談事業○各種資料図書出版○講師派遣(04/5/17移転予定)
大阪	スペース・えんじょ	○		○		072-636-0030			DV被害女性のための緊急一時避難所

周産期のDVガイドライン

地区	施設名称	シェルター	カウンセリング	ホットライン	その他	電話	所在地	ホームページアドレス	活動内容等
広島	えな・カウンセリングルーム		○		○	082-247-7429	広島市中区大手町 2-5-11-605	www31.ocn.ne.jp/~ena	個人カウンセリング○カップルカウンセリング○アサーション トレーニング○自己発見セミナー○ストレスマネジメント講 座○人間関係トレーニング
佐賀	佐賀県DV総合対策センター		○		○	0952-26-0018	佐賀市天神 3-2-11 佐賀県立女性センター「アバ ンセ」内		電話相談受付時間 火曜～土曜(9時～21時)、日曜祝日(9 時～16時半)月曜休○DVの根絶と被害者支援の充実をめ ざして開設○佐賀県のDV対策の方針を総合的に検討、決 定○関係機関の連絡調整、相談に関するコンサルテーショ ンなど○DVの被害者支援に欠かせない民間グループの設 立や活動も支援

※ 電話番号については、特に指定の無い番号は相談専用電話ではなく、代表番号等の場合もあります。

なお、ここに掲載した内容は、各機関に掲載の許可と掲載内容の確認をとったものである。

2. 警察の総合相談窓口

平成16年5月現在

警察本部名	相談室の名称	電話番号	受付時間
北海道警察本部	北海道警察本部相談センター	011-241-9110	AM8:45～PM5:30
北海道警察函館方面本部	北海道警察函館方面本部相談センター	0138-51-9110	AM8:45～PM5:30
北海道警察旭川方面本部	北海道警察旭川方面本部相談センター	0166-34-9110	AM8:45～PM5:30
北海道警察釧路方面本部	北海道警察釧路方面本部相談センター	0154-23-9110	AM8:45～PM5:30
北海道警察北見方面本部	北海道警察北見方面本部相談センター	0157-24-9110	AM8:45～PM5:30
青森県警察本部	警察安全相談室	017-735-9110	AM8:30～PM5:15
岩手県警察本部	警察安全相談室	019-654-9110	AM9:00～PM5:45
宮城県警察本部	宮城県警察相談センター	022-266-9110	AM8:45～PM5:30
秋田県警察本部	県民安全相談センター	018-864-9110	AM8:30～PM5:15
山形県警察本部	警察安全相談室	023-642-9110	AM8:30～PM5:00
福島県警察本部	警察相談センター	024-533-9110	AM9:00～PM5:00
警視庁	警視庁総合相談センター	03-3501-0110	AM8:30～PM5:15
茨城県警察本部	警察安全総合相談センター	029-301-9110	AM8:30～PM5:15
栃木県警察本部	あなたの相談室	028-627-9110	AM8:30～PM5:15
群馬県警察本部	警察安全相談室	027-224-8080	AM8:30～PM5:15
埼玉県警察本部	けいさつ総合相談センター	048-822-9110	AM8:30～PM5:15
千葉県警察本部	相談サポートコーナー	043-227-9110	24時間受付
神奈川県警察本部	警察総合相談室	045-664-9110	AM8:30～PM5:00
新潟県警察本部	けいさつ相談室	025-283-9110	AM8:30～PM5:15
山梨県警察本部	警察総合相談室	055-233-9110	AM8:30～PM5:00
長野県警察本部	警察安全相談室	026-233-9110	AM8:30～PM5:15
静岡県警察本部	本部総合相談室	054-254-9110	AM8:30～PM5:15
富山県警察本部	警察本部警察安全相談室	076-442-0110	AM8:30～PM5:15
石川県警察本部	警察安全相談室	076-262-9110	AM9:00～PM5:45
福井県警察本部	警察安全相談室	0776-26-9110	AM8:30～PM5:15
岐阜県警察本部	警察安全相談室	058-272-9110	AM8:30～PM5:15
愛知県警察本部	住民相談室	052-953-9110	AM9:00～PM5:00
三重県警察本部	警察安全相談室	059-224-9110	AM9:00～PM5:00
滋賀県警察本部	警察総合相談室	077-525-0110	AM8:30～PM5:15
京都府警察本部	警察総合相談室	075-414-0110	AM9:00～PM5:45
大阪府警察本部	警察相談室	06-6941-0030	AM9:00～PM5:45
兵庫県警察本部	県民相談センター	078-361-2110	AM9:00～PM5:30
奈良県警察本部	ナボ君相談コーナー	0742-23-1108	AM8:30～PM5:15
和歌山県警察本部	警察相談課相談室	073-432-0110	AM9:00～PM5:30
鳥取県警察本部	警察安全相談所	0857-27-9110	AM8:30～PM5:15
島根県警察本部	警察総合相談室	0852-31-9110	AM8:30～PM5:15
岡山県警察本部	県民応接課	086-233-0110	AM8:30～PM5:15
広島県警察本部	警察安全相談室	082-228-9110	AM8:30～PM5:15
山口県警察本部	警察総合相談室	083-923-9110	AM8:30～PM5:15
徳島県警察本部	徳島県警察総合相談センター	088-653-9110	AM8:30～PM6:30
香川県警察本部	警察総合相談室	087-831-0110	AM8:30～PM5:15
愛媛県警察本部	警察総合相談室	089-931-9110	AM8:45～PM5:30
高知県警察本部	警察総合相談室	088-823-9110	AM8:30～PM5:15
福岡県警察本部	警察安全相談コーナー	092-641-9110	AM8:30～PM5:15

周産期のDVガイドライン

警察本部名	相談室の名称	電話番号	受付時間
佐賀県警察本部	警察相談室	0952-26-9110	AM8:30～PM5:15
長崎県警察本部	警察安全総合相談室	095-823-9110	AM9:00～PM5:45
熊本県警察本部	警察安全相談室	096-383-9110	AM9:30～PM6:15
大分県警察本部	総合相談室	097-534-9110	AM9:30～PM6:30
宮崎県警察本部	警察安全相談室	0985-26-9110	AM9:00～PM5:30
鹿児島県警察本部	警察安全相談室	099-254-9110	AM9:30～PM6:00
沖縄県警察本部	警察安全相談室	098-863-9110	AM9:30～PM6:15

※ 警察庁ホームページより抜粋

※ 土、日、祝日及び上記受付時間以外は、「当直に接続」又は「留守番案内」のいずれかになっています。また、警察署でも相談に応じています。

※ 電話番号～プッシュ回線・携帯電話・PHS からは全国共通「#9110」番、ダイヤル回線からは下表の電話番号で！また、相談をするときは、住まいや相談の内容に関する都道府県警察の相談窓口をご利用下さい。

3. 警察の性犯罪相談窓口

平成16年5月現在

設置都道府県・方面本部	名 称	電 話 番 号	受 付 時 間
北海道警本部	性犯罪被害110番	0120-756-310	A8:45～P5:30(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
函館方面本部	性犯罪被害110番	0120-677-110	A8:45～P5:30(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
旭川方面本部	ヤングアンドミズテレホン	0120-677-110	A8:45～P5:30(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
釧路方面本部	性犯罪被害110番	0120-677-110	A8:45～P5:30(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
北見方面本部	性犯罪被害110番	0120-677-110	A8:45～P5:30(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
青森県警本部	性犯罪被害110番	0120-89-7834	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝日は当直、FAX機能付加)
岩手県警本部	性犯罪被害110番	0120-79-7874	A9:00～P5:45(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
宮城県警本部	性犯罪相談電話	0120-24-8620	終日
秋田県警本部	レディース通話110番	0120-028-110	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝日は当直、FAX)
山形県警本部	女性専用相談電話	0120-783-142	A8:00～P5:00(左記以外、土、日、祝日は当直、本部少年課に設置)
福島県警本部	性犯罪被害110番	0120-50-3732	A9:00～P5:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
警 視 庁	犯罪被害者ホットライン	03-3597-7830	A8:30～P5:15(土、日、祝日を除く)
茨城県警本部	女性被害犯罪「勇気の電話」	0120-556-942	A8:30～P5:15(FAX相談可、左記以外、土、日、祝日は当直 終日インターネットによる相談受付)
栃木県警本部	被害者相談電話	0120-710873	A8:30～P5:30(左記以外、土、日、祝日は当直)
群馬県警本部	性犯罪被害相談電話	027-224-4356	A8:30～P5:15
	犯罪被害者相談電話	027-221-7777	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は当直)
埼玉県警本部	犯罪被害ホットライン	0120-381858	A8:30～P5:15(土、日、祝日を除く)
千葉県警本部	女性被害110番	043-223-0110	A8:30～P5:00(土、日、祝日を除く)
	女性相談所	0120-048-224	24時間体制(列車内における性犯罪被害対象)
神奈川県警本部	性犯罪被害110番	045-681-0110	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
新潟県警本部	女性被害110番	025-281-7890	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
山梨県警本部	性暴力110番	055-224-5110	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
長野県警本部	女性被害犯罪ダイヤルサポート110	026-234-8110	A9:00～P5:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
静岡県警本部	性犯罪被害110番	0120-783870	A8:30～P5:15(土、日、祝日を除く)
富山県警本部	女性被害110番	0120-72-8730	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は当直)
石川県警本部	レディース通話110番	0120-028-110 076-264-0110	A9:00～P5:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
福井県警本部	レディーステレホン	0120-29-2170 0776-29-2110	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
岐阜県警本部	犯罪被害者相談電話	0120-870-783	A9:00～P4:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
愛知県警本部	レディースホットライン	0120-67-7830	A9:00～P5:00(左記以外、土、日、祝日を除く)
三重県警本部	女性被害相談電話	0120-72-8740	A9:00～P5:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
滋賀県警本部	性犯罪相談電話	077-525-7830	A8:30～P5:15(土、日、祝日を除く)
	犯罪被害者サポートテレホン	077-521-8341	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
	クララ相談電話	077-521-9662	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
京都府警本部	レディース110番	075-411-0110	A9:00～P5:00(土、日、祝日を除く)
大阪府警本部	ウーマンライン	06-6767-0110	A9:00～P5:00(土、日、祝日は留守番電話)
兵庫県警本部	レディースサポートライン	078-351-0110	A9:00～P5:00(左記以外土、日、祝日は、留守番電話又はFAX)
奈良県警本部	性犯罪被害相談110番	0742-24-4110	A8:30～P5:15(左記以外土、日、祝日は、留守番電話)
和歌山県警本部	性犯罪被害110番	073-432-0110	A8:30～P5:45(左記以外、土、日、祝日は当直)
鳥取県警本部	性犯罪110番	0857-22-7110	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝日は当直)
島根県警本部	性犯罪110番	0852-23-4110 0120-110-267	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝日は当直、FAX)
岡山県警本部	レディース110番	0120-001-797	A9:00～P5:00(土、日、祝日は、留守番電話、FAX)
広島県警本部	性犯罪相談110番	0120-72-0110	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は当直)
山口県警本部	レディース・サポート110	083-932-0110 0120-378-387	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は当直)
徳島県警本部	レディース110番	0886-22-7101	A9:00～P5:00(左記以外、土、日、祝日は当直)
香川県警本部	性犯罪被害専用相談電話「ハートフルライン」	087-831-9110	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝日は留守番電話、FAX)
設置都道府県・方面本部	名 称	電 話 番 号	受 付 時 間

周産期のDVガイドライン

愛媛県警本部	警察総合相談電話	0120-31-9110	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は当直)
高知県警本部	レディースダイヤル110番	088-873-0110	A8:30～P5:15(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
福岡県警本部	ミズ・リリーフ・ライン	092-632-7830	A8:30～P5:15(土、日、祝日を除く、FAX付)
佐賀県警本部	レディーステレホン	0952-28-4187	A8:30～P5:00(左記以外、土、日、祝は留守電、FAX)
長崎県警本部	女性被害110番	095-823-0110 0120-783-814	A9:00～P5:45(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
熊本県警本部	レディース110番	0120-8343-81	A9:30～P6:15(左記以外、土、日、祝は留守電、FAX)
大分県警本部	被害者サポート110番	0120-098-110	A9:30～P5:30(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
宮崎県警本部	女性被害相談電話	0985-31-8740	A9:00～P5:30(左記以外、土、日、祝日は留守番電話)
鹿児島県警本部	レディース相談電話	099-206-7867	A9:30～P6:15(土、日、祝日は留守番電話)
沖縄県警本部	性犯罪被害110番	098-868-0110	A9:30～P6:15(左記以外、土、日、祝日は当直)

※警察庁ホームページより抜粋

4. 児童相談所

平成16年5月現在

施設名称	所在地	電話
北海道児童相談所	札幌市中央区円山西町 2-1-1	011-631-0301
札幌市児童相談所	札幌市中央区北七条西 26丁目	011-622-8620
青森県中央児童相談所	青森市石江字江渡 5-1	0177-81-9744
岩手県中央児童相談所	盛岡市本町通 3-19-1	019-624-4811
宮崎県中央児童相談所	仙台市青葉区本町 1-4-39	022-224-1491
仙台市児童相談所	仙台市青葉区東照宮 1-18-1	022-219-5111
秋田県中央児童相談所	秋田県新屋下川原町 1-1	0188-62-7311
山形県中央児童相談所	山形市十日町 1-6-6	0236-22-2543
福島県中央児童相談所	福島市森合町 10-9	0245-34-5101
茨城県中央児童相談所	水戸市三の丸 1-3-17	029-221-4992
栃木県中央児童相談所	宇都宮市野沢町 4-1	028-665-7830
群馬県中央児童相談所	前橋市野中町 360-1	027-261-1000
埼玉県中央児童相談所	上尾市上尾村 1242-1	048-775-4411
千葉県中央児童相談所	千葉市稲毛区天台 1-10-3	043-253-4101
千葉市児童相談所	千葉市美浜区高浜 3丁目2-3	043-277-8880
東京都児童相談センター	東京都新宿区戸山 3-17-1	03-3208-1121
神奈川県中央児童相談所	藤沢市亀井野 3119	0466-84-1600
横浜市中央児童相談所	横浜市保土ヶ谷区川辺町 5-10	045-331-5471
川崎市中央児童相談所	川崎市高津区末長 276-5	044-877-8111
新潟県中央児童相談所	新潟県中蒲原郡亀田町向陽 4-2-1	025-381-1111
富山県富山児童相談所	富山市東石金町 4-52	0764-23-4000
石川県中央児童相談所	金沢市本多町 3-1-10	0762-23-9554
福井県中央児童相談所	福井市光陽 2-3-36	0776-24-5138
山梨県中央児童相談所	甲府市北新一丁目 2-12	0552-54-8616
長野県中央児童相談所	長野市若里 1570-1	026-228-0441
岐阜県中央子ども相談センター	岐阜市下奈良 2-2-1	058-273-1111
静岡県中央児童相談所	静岡市有明町 2-20	054-286-9235
愛知県児童相談センター	名古屋市中区三の丸2-6-1 三の丸庁舎7F	052-961-7250
三重県中央児童相談所	津市一身田大古曾字雁田 694-1	059-231-5666
滋賀県中央児童相談センター	滋賀県草津市南笠町 87-10	0775-62-1121
京都府宇治児童相談所	宇治市大久保町井の尻 13-1	0774-44-3340
京都府京都児童相談所	京都市上京区下小川町 184-1	075-432-3278
京都府福知山児童相談所	福知山市堀小字内田 1939-1	0773-22-3623
京都市児童相談所	京都市上京区主税町 910-25	075-801-2929
大阪府中央子ども家庭センター	寝屋川市八坂町 28-5	072-828-0161
大阪市中央児童相談所	大阪市平野区喜連西 6-2-55	06-6797-6520
兵庫県中央子どもセンター	明石市北王子町 13-5	078-923-9966
神戸市児童相談所	神戸市中央区東川崎町 1-3-1	078-382-2525
奈良県中央児童相談所	奈良市紀寺町 833	0742-26-3788
和歌山県子ども・障害者相談センター	和歌山市毛見琴ノ浦 1437-18	0734-24-4366
鳥取県福祉相談センター	鳥取市江津 318-1	0857-23-1031
岡山県中央児童相談所	岡山市平田 407	086-246-4152
広島県中央児童相談所	広島市南区宇品東 4-1-28	082-254-0381
広島市児童相談所	広島市東区光町 12-15-55	082-263-0683
山口県中央児童相談所	山口市大内御堀 922-1	0839-22-7511
徳島県児童相談所	徳島市昭和町 5丁目5-1	0886-22-2205
香川県児童相談所	高松市西宝町 2-6-32	0878-62-8861
愛媛県中央児童相談所	松山市御幸 2-3-45	089-922-5040
高知県中央児童相談所	高知市大津甲 770-1	088-866-6791
福岡県中央児童相談所	春日市原町 3-1-7	092-586-0023
北九州市児童相談所	北九州市八幡東区尾倉 3-4-36	093-681-8261
福岡市児童相談所	福岡市南区大楠 1-35-17	092-522-2737
佐賀県総合福祉センター	佐賀市天祐 1-8-5	0952-26-1212
長崎県中央児童相談所	長崎市橋口町 21-2	0958-44-6166
熊本県福祉総合相談所	熊本市永嶺町 2丁目3-3	096-381-4411
施設名称	所在地	電話

周産期のDVガイドライン

大分県中央児童相談所	大分市荏隈5丁目	0975-44-2016
宮崎県中央福祉相談センター	宮崎市霧島 1-1-2	0985-26-1551
鹿児島県児童総合相談センター	鹿児島市桜ヶ丘 6-12	099-264-3003
沖縄県中央児童相談所	那覇市首里石嶺町 4-394	098-886-2900

5. 女性センター

平成16年5月現在

都道府県名	施設名称	所在地	電話
北海道	北海道立女性プラザ	北海道札幌市中央区北2条西7丁目-1かでの2・7	011-251-6329
青森県	青森県男女共同参画センター「アピオあおもり」	青森県青森市中央3-17-1	017-732-1085
岩手県	もりおか女性センター	岩手県盛岡市中ノ橋通1-1-10	019-604-3303
秋田県	秋田県中央男女共同参画センター	秋田県秋田市中通2-3-8アトリオン6F	018-836-7853
山形県	山形県男女共同参画センター「チェリア」	山形県山形市緑町1丁目2-36	023-629-7751
福島県	福島県男女共生センター「女と男の未来館」	福島県福島県二本松市郭内1丁目196-1	0243-23-8301(代表)
栃木県	とちぎ男女共同参画センター「パルティ」	栃木県宇都宮市野沢町4-1	028-665-7700
埼玉県	埼玉県男女共同参画推進センター「With you さいたま」	埼玉県さいたま市中央区新都心2-2	048-601-3111
千葉県	千葉県女性センター	千葉県柏市柏の葉4-3-1 さわやかちば県民プラザ内	04-7140-8602(事務室)
東京都	東京ウィメンズプラザ	東京都渋谷区神宮前5-53-67	03-5467-2455
神奈川県	神奈川県立かながわ女性センター	神奈川県藤沢市江の島1-11-1	0466-27-2111
新潟県	新潟県女性財団	新潟県新潟市上所2-2-2新潟ユニゾンプラザ2F	025-285-6610
富山県	富山県民共生センター「サンフォルテ」	富山県富山市湊入船町6-7	076-432-4500
石川県	石川県女性センター	石川県金沢市三社町1-44	076-234-1112
福井県	福井県生活学習館「ユウ・アイ ふくい」	福井県福井市下六条町14-1	0776-41-4200
山梨県	山梨県男女共同参画推進センター「ぴゅあ峡南」	山梨県南巨摩郡南部町内船9353-2	05566-4-4777
	山梨県男女共同参画推進センター「ぴゅあ富士」	山梨県都留市中央3-9-3	0554-45-1666
	山梨県男女共同参画推進センター「ぴゅあ総合」	山梨県甲府市朝気1-2-2	055-235-4171
長野県	長野県男女共同参画センター「あいとぴあ」	長野県岡谷市長地権現町4-11-51	0266-22-8822
岐阜県	県民ふれあい会館内男女共同参画サロン	岐阜県岐阜市南5-14-53	058-277-1111
静岡県	静岡県男女共同参画センター「あざれあ」	静岡県静岡市馬淵1丁目17-1	東部地区:055-925-7879 下田地区:0558-23-7879 中部地区:054-272-7879 西部地区:053-456-7879
愛知県	愛知県女性総合センター「ウィルあいち」	愛知県名古屋市中区上野町1	052-962-2513
三重県	三重県男女共同参画センター「フレンテみえ」	三重県津市一身田町上津部田1234 三重県総合文化センター内	059-233-1133
滋賀県	滋賀県立男女共同参画センター	滋賀県近江八幡市鷹飼町80-4	0748-37-3751
京都府	京都府女性総合センター	京都府京都市南区新町通九条下ル 京都府民総合交流プラザ東館2F	075-692-3433
大阪府	大阪府立女性総合センター「ドーンセンター」	大阪府大阪市中央区大手前1丁目3番49号	06-6910-8588
兵庫県	兵庫県立男女共同参画センター「イーブン」	兵庫県神戸市中央区東川崎町1-1-3	078-360-8550
奈良県	奈良県女性センター	奈良県奈良市東向南町6番地	0742-27-2300
和歌山県	和歌山県男女共生社会推進センター「りいぶる」	和歌山県和歌山市手平2丁目1-2和歌山ビッグ愛9F	073-435-5245
鳥取県	鳥取県男女共同参画センター「よりん彩」	鳥取県倉吉市駄経寺町212-5 倉吉未来中心内	0858-23-3901
	鳥取県男女共同参画センター(東部相談室)	鳥取県鳥取市東町一丁目271 鳥取県庁第二庁舎1階	0857-26-7887
	鳥取県男女共同参画センター(西部相談室)	鳥取県米子市花町一丁目160 西部総合事務所内	0859-33-3955
島根県	島根県立男女共同参画センター「あすてらす」	島根県大田市大田町大田イ236-4	0854-84-5500
岡山県	岡山県男女共同参画推進センター「ウィズセンター」	岡山県岡山市中山下1-8-45 NTTクレド岡山ビル17F	086-235-3310
広島県	財団法人広島県女性会議「エソール広島」	広島県広島市中区富士見町11-6	082-242-5262
徳島県	徳島県男女共同参画プラザ「はばたき」	徳島県徳島市寺島本町西1丁目5番地そごう徳島店8F	088-655-3911
	徳島県徳島市(徳島市女性センター)	徳島県徳島市元町1丁目24 シビックセンター4階	088-624-2611
香川県	香川県男女共同参画相談室	香川県高松市番町4-1-10(県庁内)	087-832-3198
愛媛県	愛媛県女性総合センター	愛媛県松山市山越町450番地	089-926-1633
都道府県名	施設名称	所在地	電話

周産期のDVガイドライン

名			
高知県	こうち男女共同参画センター「ソーレ」	高知県高知市旭町3丁目115番地	088-873-9100(代) 088-873-9555(相)
福岡県	福岡県男女共同参画センター「あすばる」	福岡県春日市原町3丁目1-7	092-584-3739
佐賀県	佐賀県立女性センター 佐賀県立生涯学習センター「アバンセ」	佐賀県佐賀市天神三丁目2-11	0952-26-0011(代) 0952-26-0018(相)
熊本県	熊本県男女共同参画センター	熊本県熊本市手取本町8-9くまもと県民交流館パレア内	096-355-1187
大分県	大分県消費生活・男女共同参画プラザ(アイネス)	大分県大分市東春日町1-1	097-534-4034
宮崎県	宮崎県男女共同参画センター	宮崎県宮崎市宮田町3番46号	0985-60-1822
鹿児島県	鹿児島県男女共同参画センター	鹿児島県鹿児島市荒田1丁目4番1号	099-221-6603
沖縄県	沖縄県女性総合センター「ているる」	沖縄県那覇市西3丁目11-1	098-866-9090
政令指定都市名			
都道府県名	施設名称	所在地	電話
札幌市	札幌市男女共同参画センター	北海道札幌市北区北8条西3丁目	011-728-1222
仙台市	仙台市男女共同参画推進センター エル・ソーラ 仙台	宮城県仙台市青葉区中央1丁目3番1号	022-268-8041
	仙台市男女共同参画推進センター エル・パーク 仙台	宮城県仙台市青葉区一番町4-11-1	022-268-8300
千葉市	千葉市女性センター	千葉県千葉市中央区千葉寺町1208-2	043-209-8771
横浜市	横浜女性フォーラム男女共同参画相談センター	神奈川県横浜区上倉田町435-1	045-862-5063
川崎市	川崎市男女共同参画センター「すくらむ21」	神奈川県川崎市高津区溝口2-20-1	044-813-0808
名古屋市	名古屋市男女平等参画推進センター	愛知県名古屋市中区千代田5丁目18-24	052-241-0311
	名古屋市女性会館	愛知県名古屋市中区大井町7-25	052-331-5288
京都市	京都市女性総合センター「ウイングス京都」	京都府京都市中京区東洞院通六角下る御射山町262	075-212-7470
大阪市	大阪市立男女共同参画センター「クレオ大阪北」	大阪府大阪市東淀川区東淡路1-4-21	06-6320-6300
	大阪市立男女共同参画センター「クレオ大阪南」	大阪府大阪市平野区喜連西6-2-33	06-6705-1100
	大阪市立男女共同参画センター「クレオ大阪東」	大阪府大阪市城東区嶋野西2-1-21	06-6965-1200
	大阪市立男女共同参画センター「クレオ大阪中央」	大阪府大阪市天王寺区上汐5-6-25	06-6770-7200
	大阪市立男女共同参画センター「クレオ大阪西」	大阪府大阪市此花区西九条6-1-20	06-6460-7800
神戸市	神戸市男女共同参画センター「あすてっぷ KOBE」	兵庫県神戸市中央区橘通3-4-3	078-361-6977
福岡市	福岡市女性センター「アミカス」	福岡県福岡市南区高宮3-3-1	092-526-3755
北九州市	北九州市立男女共同参画センター「ムーブ」	福岡県北九州市小倉北区大手町11-4	093-583-3939
	北九州市東部勤労婦人センター	福岡県北九州市門司区下馬寄6-8	093-371-4649
	北九州市西部勤労婦人センター	福岡県北九州市八幡東区尾倉2丁目6-6	093-661-1122
さいたま市	さいたま市男女共同参画推進センター「パートナーシップさいたま」	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-10-18	048-842-8107
	さいたま市 女・男プラザ (さいたまし ひと・ひとプラザ)	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-10-18	048-842-8107

6. 婦人相談所

施設名称	電話	備考
北海道立女性相談援助センター	011-666-9955	
青森県女性相談所	0177-81-0708	
岩手県立婦人相談所	019-624-4811	(内)21、35
宮城県婦人相談所	022-224-1491	(内)506
秋田県婦人相談所	018-835-9052	
山形県福祉相談センター	023-635-3663	
福島県婦人相談所	024-522-1010	
茨城県婦人相談所	029-221-4166	
栃木県婦人相談所	028-622-8644	
群馬県女性相談所	027-261-7838	
埼玉県女性サポート専用電話	048-864-9910	
千葉県婦人相談所	043-245-1719	
東京都女性相談センター	03-5261-3110	平日9時～20時
	042-522-4232	平日9時～16時
神奈川県立婦人相談所	045-502-2800	
新潟県婦人相談所	025-381-1111	
富山県女性相談センター	0764-21-6252	
石川県婦人相談所	076-223-9553	予約電話
	076-233-3741	婦人ダイヤル相談
福井県婦人相談所	0776-24-6261	
山梨県女性相談所	0552-54-8635	
長野県婦人相談所	026-235-5710	
岐阜県女性相談センター	058-274-7377	
静岡県婦人相談所	054-286-9217	
愛知県婦人相談所	052-913-3300	
三重県女性相談所	059-231-5600	
滋賀県中央子ども家庭相談センター	077-562-1121	
京都府婦人相談所	075-441-7590	
大阪府女性相談センター	06-6725-8511	
兵庫県立婦人相談センター	078-732-7700	
奈良県婦人相談所	0742-22-4083	
和歌山県女性相談所	073-445-0793	
鳥取県福祉相談センター	0857-27-8630	女性の相談
島根県女性相談センター	0852-22-3834	
岡山県女性相談所	086-243-1711	
広島県立婦人相談所	082-255-8801	
山口県女性相談所	0839-25-7354	
徳島県婦人相談所	088-652-5503	
香川県女性相談センター	087-835-3211	
愛媛県婦人相談所	089-941-3490	
高知県女性相談所	0888-22-5520	
福岡県女性相談所	092-711-9874	
佐賀県総合福祉センター	0952-26-1212	
長崎県婦人相談所	095-846-0560	
熊本県福祉総合相談所	096-381-4411	婦人・障害係
大分県婦人相談所	0975-44-3900	
宮崎県婦人相談所	0985-22-3858	
鹿児島県婦人相談所	099-222-1467	
沖縄県女性相談所	098-854-1172	

7. 民間の児童虐待防止施設

平成 16 年 5 月現在

地区	施設名称	シェルター	カウンセリング	ホットライン	その他	電話	所在地	ホームページアドレス	活動内容等
北海道	北海道子どもの虐待防止協会		○	○	○	011-615-8507 (代) 011-640-5800 (相)	札幌市中央区南1条西 16-1-8 大竹ビル202号		電話相談 毎週土曜 13時～17時
長野	ながの子どもを虐待から守る会		○	○	○	026-226-4131(代) 026-238-2888(相)	長野市芳里 5-22-1 長野赤十字病院小児科	www.ne.jp/asahi/nicu/child/abuse/	○児童虐待に関する広報啓発○児童虐待防止ネットワーク作り○電話相談など虐待ホットライン 毎週火・木・土 10時～14時
東京	子どもの虐待防止センター		○	○	○	03-5300-2451	世田谷区松原 1-38-19 東建ビル202	www.ccap.or.jp	社会福祉法人○電話相談(虐待、育児不安etc)○専門家からの相談○治療的グループ○講師派遣○セミナー活動等
神奈川	子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク		○	○	○	0463-90-2715(代) 0463-90-2260(相)	伊勢原市坂戸 559-1	www1.odn.ne.jp/cmpn/index.htm	NPO○電話相談事業:虐待相談かながわ○ケースワーク事業○オンブズパーソン事業○研究・研修事業○啓発事業
愛知	子どもの虐待防止ネットワーク・あいち		○	○	○	052-232-2880	名古屋市中区丸の内 1-4-4-404	www2.ocn.ne.jp/~capna/	○子どもに対する虐待の防止と、虐待された子どもと家族への支援を行うため、電話相談、危機介入、調査研究、社会啓発、予防、援助などの活動を100人を超える市民のボランティアによって行っている

※ 電話番号については、特に指定の無い番号は相談専用電話ではなく、代表番号等の場合もあります。

文献

- Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*. 1995 Jun 14;273(22):1763-7.
- Amaro, H. Fried, L E. Cabral, H. Zuckerman, B. Violence during pregnancy and substance use *Am J Public Health*. 1990 May;80(5):575-9.
- Attala-JM, Weaver-TL, Duckett-D, Draper-V. The implications of domestic violence for home care providers *International-Journal-of-Trauma-Nursing*. (INT-J-TRAUMA-NURS). 2000 Apr-Jun; 6(2): 48-53.
- Basile KC. Attitudes toward wife rape: effects of social background and victim status. *Violence Vict*. 2002 Jun;17(3):341-54.
- Bergman B, Larsson G, Brismar B, Klang M. Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. *Acta Psychiatr Scand*. 1987 Dec;76(6):678-83.
- Berrios DC, Grady D. Domestic violence. Risk factors and outcomes. *West J Med*. 1991 Aug;155(2):133-5.
- Birnbaum A, Calderon Y, Gennis P, Rao R, Gallagher EJ. Domestic violence: diurnal mismatch between need and availability of services. *Acad Emerg Med*. 1996 Mar;3(3):246-51.
- Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*. 2002 Feb 2;324(7332):271-4.
- Bullock L; McFarlane J; Bateman LH; Miller V. The prevalence and characteristics of battered women in a primary care setting. *Nurse Pract*. 1989a Jun;14(6):47, 50, 53-6.
- Bullock LF; McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *Am J Nurs*. 1989b Sep;89(9):1153-5.
- Campbell JC. Nursing assessment for risk of homicide with battered women. *ANS Adv Nurs Sci*. 1986 Jul;8(4):36-51.
- Campbell JC, Coben JH, McLoughlin E, Dearwater S, Nah G, Glass N. et al. An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Acad Emerg Med*. 2001 Feb;8(2):131-8.
- Campbell, R. Sullivan, C M. Davidson II. Women who use domestic violence shelters *Psychol Women Q*. 1995;19:237-255.
- Chamberlain L, Perham-Hester KA. The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women Health*. 2002;35(2-3):55-69.

- Chapman JD. A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women. *J Am Osteopath Assoc.* 1989 May;89(5):619-24.
- Champion JD, Piper J, Shain RN, Perdue ST, Newton ER. Minority women with sexually transmitted diseases: sexual abuse and risk for pelvic inflammatory disease. *Res Nurs Health.* 2001 Feb;24(1):38-43.
- Cohen, M. Deamant, C. Barkan, S. Richardson, J. Young, M. Holman, S. Anastos, K. Cohen, J. Melnick, S. Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV *Am J Public Health.* 2000 Apr;90(4):560-5.
- Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2001 Aug 11;358(9280):450-4.
- Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000a Apr;90(4):553-9.
- Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med.* 2000b May;9(5):451-7.
- Coker AL, Pope BO, Smith PH, Sanderson M, Hussey JR. Assessment of clinical partner violence screening tools. *J Am Med Womens Assoc.* 2001 Winter;56(1):19-23.
- Coker AL, Bethea L, Smith PH, Fadden MK, Brandt HM. Missed opportunities: intimate partner violence in family practice settings. *Prev Med.* 2002 Apr;34(4):445-54.
- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999 May;93(5 Pt 1):661-6.
- Coonrod DV, Bay RC, Rowley BD, Del Mar NB, Gabriele L, Tessman TD. et al. A randomized controlled study of brief interventions to teach residents about domestic violence. *Acad Med.* 2000 Jan;75(1):55-7.
- Corrigan-JD, Wolfe-M, Mysiw-WJ, Jackson-RD, Bogner-JA. Early identification of mild traumatic brain injury in female victims of domestic violence *Clinical-Journal-of-Women's-Health (CLIN-J-WOMENS-HEALTH).* 2001 Sep; 1(4): 184-90.
- Covington DL, Dalton VK, Diehl SJ, Wright BD, Piner MH. Improving detection of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health.* 1997 Jul;21(1):18-24.
- Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, Nah G, Glass N, McLoughlin E. et al. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital

- emergency departments. *JAMA* 1998 Aug 5;280(5):433-8.
- Diaz-Olavarrieta C, Campbell J, Garcia de la Cadena C, Paz F, Villa AR. Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Arch Neurol*. 1999 Jun;56(6):681-5.
- Diaz-Olavarrieta C, Ellertson C, Paz F, de Leon SP, Alarcon-Segovia D. Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico. *Soc Sci Med*. 2002 Nov;55(9):1589-602.
- Dietz PM, Gazmararian JA, Goodwin MM, Bruce FC, Johnson CH, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence. *Obstet Gynecol*. 1997 Aug;90(2):221-4.
- Dodge-AC, McLoughlin-E, Saltzman-LE, Nah-G, Skaj-P, Campbell-JC. et al. Improving intimate partner violence protocols for emergency departments: an assessment tool and findings Violence-Against-Women (VIOLENCE-AGAINST-WOMEN) 2002 Mar; 8(3): 320-38.
- Dye TD, Tollivert NJ, Lee RV, Kenney CJ. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1995 Jan;9(1):35-47.
- Early MR, Williams RA. Emergency nurses' experience with violence: does it affect nursing care of battered women? *J Emerg Nurs*. 2002 Jun;28(3):199-204.
- Edin KE, Hogberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*. 2002 Dec;18(4):268-78.
- Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med*. 2002 Feb;17(2):112-6.
- Fanslow JL, Norton RN, Robinson EM, Spinola CG. Outcome evaluation of an emergency department protocol of care on partner abuse. *Aust N Z J Public Health*. 1998 Aug;22(5):598-603.
- Fanslow JL, Norton RN, Robinson EM. One year follow-up of an emergency department protocol for abused women. *Aust N Z J Public Health*. 1999 Aug;23(4):418-20.
- Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997 May 7;277(17):1357-61.
- Ferris LE. Canadian family physicians' and general practitioners' perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Med Care*. 1994 Dec;32(12):1163-72.
- Furbee PM, Sikora R, Williams JM, Derk SJ. Comparison of domestic violence screening methods: a pilot study. *Ann Emerg Med*. 1998 Apr;31(4):495-501.
- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence

- of violence against pregnant women. JAMA. 1996 Jun 26;275(24):1915-20.
- Gerbert, B. Bronstone, A. Pantilat, S. McPhee, S. Allerton, M. Moe, J.. When asked, patients tell: disclosure of sensitive health-risk behaviors Med Care. 1999 Jan;37(1):104-11.
- Gielen AC, O'Campo PJ, Faden RR, Kass NE, Xue X. Interpersonal conflict and physical violence during the childbearing year. Soc Sci Med. 1994 Sep;39(6):781-7.
- Gilbert-L, El-Bassel-N, Schilling-RF, Wada-T, Bennet-B. Partner violence and sexual HIV risk behaviors among women in methadone treatment Aids-and-Behavior (AIDS-BEHAV). 2000 Sep; 4(3): 261-9.
- Glander SS, Moore ML, Michielutte R, Parsons LH. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. Obstet Gynecol. 1998 Jun;91(6):1002-6.
- Glass, N. Campbell, J C. Mandatory reporting of intimate partner violence by health care professionals: a policy review Nurs Outlook. 1998 Nov-Dec;46(6):279-83.
- Glowa PT, Frasier PY, Newton WP. Increasing physician comfort level in screening and counseling patients for intimate partner violence: hands-on practice. Patient Educ Couns. 2002 Mar;46(3):213-20.
- Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. PRAMS Working Group. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Matern Child Health J. 2000 Jun;4(2):85-92.
- Greenberg EM, McFarlane J, Watson MG. Vaginal bleeding and abuse: assessing pregnant women in the emergency department. MCN Am J Matern Child Nurs. 1997 Jul-Aug;22(4):182-6.
- Green-CR, Flowe-Valencia-H, Rosenblum-L, Tait-AR. Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women? Journal-of-Pain-and-Symptom-Management (J-PAIN-SYMP-TOM-MANAGE). 1999 Dec; 18(6): 420-6.
- Griffing-S, Ragin-DF, Sage-RE, Madry-L, Bingham-LE, Primm-BJ. Domestic violence survivors' self-identified reasons for returning to abusive relationships Journal-of-Interpersonal-Violence (J-INTERPERS-VIOLENCE). 2002 Mar; 17(3): 306-19.
- Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Physical abuse and low birthweight: a case-control study. Br J Obstet Gynaecol. 1997 Nov;104(11):1281-7.
- Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santanna J. et al. Violent injuries among women in an urban area. N Engl J Med. 1999 Dec

16;341(25):1899-905.

- Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med*. 1992 May-Jun;24(4):283-7.
- Hamberger LK, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Arch Fam Med*. 1998 Nov-Dec;7(6):575-82.
- Harrykissoon SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Apr;156(4):325-30.
- Harwell TS, Casten RJ, Armstrong KA, Dempsey S, Coons HL, Davis M. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group. *Am J Prev Med*. 1998 Oct;15(3):235-42.
- Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med* 2000 Nov;19(4):302-7.
- Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999 Apr;78(4):310-5.
- Heinzer MM, Krimm JR. Barriers to screening for domestic violence in an emergency department. *Holist Nurs Pract* 2002 Apr;16(3):24-33.
- Helton-AS, McFarlane-J, Anderson-ET. Battered and pregnant: a prevalence study *American-Journal-of-Public-Health (AM-J-PUBLIC-HEALTH)*. 1987 Oct; 77(10): 1337-9.
- Hudson, W W. Mcintosh, S R. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions *J Marriage Fam* 1981 Nov; 43:873-888
- Husni ME, Linden JA, Tibbles C. Domestic violence and out-of-hospital providers: a potential resource to protect battered women. *Acad Emerg Med*. 2000 Mar;7(3):243-8.
- Irion O, Boulvain M, Straccia AT, Bonnet J. Emotional, physical and sexual violence against women before or during pregnancy. *BJOG*. 2000 Oct;107(10):1306-8.
- Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C, Eyler AE. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med*. 1999 May;16(4):318-21.
- Janssen PA, Holt VL, Sugg NK. Introducing domestic violence assessment in a postpartum clinical setting. *Matern Child Health J*. 2002 Sep;6(3):195-203.
- Johnson PJ, Hellerstedt WL. Current or past physical or sexual abuse as a risk marker

- for sexually transmitted disease in pregnant women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002 Mar-Apr;34(2):62-7.
- Johnson PJ, Hellerstedt WL, Pirie PL. Abuse history and nonoptimal prenatal weight gain. *Public Health Rep*. 2002 Mar-Apr;117(2):148-56.
- Jones-AS, Gielen-AC, Campbell-JC, Schollenberger-J, Dienemann-JA, Kub-J. et al. Annual and lifetime prevalence of partner abuse in a sample of female HMO enrollees *Women's-Health-Issues (WOMENS-HEALTH-ISSUES)*. 1999 Nov-Dec; 9(6): 295-305.
- Jones-L, Hughes-M, Unterstaller-U. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research
Trauma-Violence-and-Abuse:-A-Review-Journal (TRAUMA-VIOLENCE-ABUSE-REV-J) 2001 Apr; 2(2): 99-119.
- Kataoka Y. Effectiveness of two screening methods in a prenatal setting for identifying women experiencing domestic violence: A randomized controlled trials [dissertation]. St Luke's College of Nursing; 2003.
- Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *Am J Public Health*. 2000 Sep;90(9):1416-20.
- King EA, Britt R, McFarlane JM, Hawkins C. Bacterial vaginosis and Chlamydia trachomatis among pregnant abused and nonabused Hispanic women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000 Nov-Dec;29(6):606-12.
- Knight RA, Remington PL. Training internal medicine residents to screen for domestic violence. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000 Mar;9(2):167-74.
- Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. *Am J Prev Med*. 2001 Aug;21(2):93-100.
- Krasnoff M, Moscati R. Domestic violence screening and referral can be effective. *Ann Emerg Med*. 2002 Nov;40(5):485-92.
- Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA. et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med*. 1999 Dec 16;341(25):1892-8.
- Kyriacou DN, McCabe F, Anglin D, Lapesarde K, Winer MR. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Ann Emerg Med*. 1998 Apr;31(4):502-6.
- Larkin GL, Hyman KB, Mathias SR, D'Amico F, MacLeod BA. Universal screening for intimate partner violence in the emergency department: importance of patient and provider factors. *Ann Emerg Med*. 1999 Jun;33(6):669-75.

- Larkin GL, Rolniak S, Hyman KB, MacLeod BA, Savage R. Effect of an administrative intervention on rates of screening for domestic violence in an urban emergency department. *Am J Public Health*. 2000 Sep;90(9):1444-8.
- Lemon SC, Verhoek-Oftedahl W, Donnelly EF. Preventive healthcare use, smoking, and alcohol use among Rhode Island women experiencing intimate partner violence. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002 Jul-Aug;11(6):555-62.
- Leserman, J. Drossman, D A. Li, Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders *Behav Med*. 1995 Fall;21(3):141-50.
- Leung TW, Leung WC, Chan PL, Ho PC. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 Apr;77(1):47-54.
- Leung WC, Leung TW, Lam YY, Ho PC. The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999 Jul;66(1):23-30.
- Lorraine EF, Peter GN, Earl VD, Elaine HG, Naushaba D. Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. *JAMA*. 1997;278(10):851-857.
- Malestic, S L. Fight violence with forensic evidence RN. 1995 Jan;58(1):30-2.
- Martin SL, English KT, Clark KA, Cilenti D, Kupper LL. Violence and substance use among North Carolina pregnant women. *Am J Public Health*. 1996 Jul;86(7):991-8.
- Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA*. 2001 Mar 28;285(12):1581-4.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK. et al. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995 Nov 15;123(10):737-46.
- McFarlane J, Christoffel K, Bateman L, Miller V, Bullock L. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurs*. 1991 Dec;8(4):245-50.
- McFarlane, J. Parker, B. Soeken, K. Bullock, L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992 Jun 17;267(23):3176-8.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: frequency, severity, perpetrator, and risk factors of homicide. *Public Health Nurs*. 1995a Oct;12(5):284-9.
- McFarlane J, Greenberg L, Weltge A, Watson M. Identification of abuse in emergency

- departments: effectiveness of a two-question screening tool. *J Emerg Nurs.* 1995b Oct;21(5):391-4.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res.* 1996a Jan-Feb;45(1):37-42.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1996b May;25(4):313-20.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reel S. Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998 Jan-Feb;27(1):64-9.
- McFarlane J, Soeken K. Weight change of infants, age birth to 12 months, born to abused women. *Pediatr Nurs.* 1999a Jan-Feb;25(1):19-23.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reed S. Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Anglo women. *J Nurse Midwifery.* 1999b Mar-Apr;44(2):139-44.
- McFarlane J, Soeken K, Wiist W. An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nurs.* 2000 Nov-Dec;17(6):443-51.
- McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol.* 2002a Jul;100(1):27-36.
- McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I. et al. An intervention to increase safety behaviors of abused women: results of a randomized clinical trial. *Nurs Res.* 2002b Nov-Dec;51(6):347-54.
- Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH. Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998 Mar-Apr;27(2):175-82.
- Muelleman-RL, Feighny-KM. Effects of an emergency department-based advocacy program for battered women on community resource utilization *Annals-of-Emergency-Medicine (ANN-EMERG-MED).* 1999 Jan; 33(1): 62-6.
- Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ.* 1999 Apr 6;160(7):1007-11.
- Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2001 May 29;164(11):1567-72.
- Norton LB, Peipert JF, Zierler S, Lima B, Hume L. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol.* 1995 Mar;85(3):321-5.
- Ochs HA, Neuenschwander MC, Dodson TB. Are head, neck and facial injuries markers

- of domestic violence? *J Am Dent Assoc.* 1996 Jun;127(6):757-61.
- Olson L, Anctil C, Fullerton L, Brillman J, Arbuckle J, Sklar D. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Ann Emerg Med.* 1996 Jun;27(6):741-6.
- Parker B, McFarlane J, Soeken K, Torres S, Campbell D. Physical and emotional abuse in pregnancy: a comparison of adult and teenage women. *Nurs Res.* 1993 May-Jun;42(3):173-8.
- Parker B, McFarlane J, Soeken K, Silva C, Reel S. Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Res Nurs Health.* 1999 Feb;22(1):59-66.
- Perciaccante VJ, Ochs HA, Dodson TB. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999 Jul;57(7):760-2; discussion 762-3.
- Petridou E, Browne A, Lichter E, Dedoukou X, Alexe D, Dessypris N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Inj Prev.* 2002 Sep;8(3):197-201.
- Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Jun 10;103(1):26-9.
- Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.* 2002 Aug 10;325(7359):314.
- Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ.* 2002 Feb 2;324(7332):274.
- Roberts GL, Lawrence JM, O'Toole BI, Raphael B. Domestic violence in the Emergency Department: I. Two case-control studies of victims. *Gen Hosp Psychiatry.* 1997a Jan;19(1):5-11.
- Roberts-GL, Raphael-B, Lawrence-JM, O'Toole-B, O'Brien-D. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department *Journal-of-Emergency-Nursing (J-EMERG-NURS).* 1997b Jun; 23(3): 220-7.
- Romito P, Gerin D. Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. *Soc Sci Med* 2002 Jun;54(12):1813-24.
- Ronnberg AK, Hammarstrom A. Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scand J Public Health.* 2000 Sep;28(3):222-9.
- Rumm PD, Cummings P, Krauss MR, Bell MA, Rivara FP. Identified spouse abuse as a

- risk factor for child abuse. *Child Abuse Negl.* 2000 Nov;24(11):1375-81.
- Schafer J, Caetano R, Clark CL. Rates of intimate partner violence in the United States. *Am J Public Health.* 1998 Nov;88(11):1702-4.
- Schei B. Physically abusive spouse--a risk factor of pelvic inflammatory disease? *Scand J Prim Health Care.* 1991a Mar;9(1):41-5.
- Schei B, Samuelsen SO, Bakketeig LS. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? *Scand J Soc Med.* 1991b Mar;19(1):26-31.
- Sharps PW, Campbell J, Campbell D, Gary F, Webster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict.* 2001 Spring;10(2):122-35.
- Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med.* 1998 Jul-Aug;30(7):508-12.
- Shoultz-J, Phillion-N, Noone-J, Tanner-B. Listening to women: culturally tailoring the violence prevention guidelines from the Put Prevention into Practice Program *Journal-of-the-American-Academy-of-Nurse-Practitioners (J-AM-ACAD-NURSE-PRACT)*. 2002 Jul; 14(7): 307-15.
- Silva-C, McFarlane-J, Soeken-K, Parker-B, Reel-S. Symptoms of post-traumatic stress disorder in abused women in a primary care setting *Journal-of-Women's-Health (J-WOMENS-HEALTH)*. 1997 Oct; 6(5): 543-52.
- Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordstrom ML, Saarinen H, Wenker A. The association of parental alcoholism and rigidity with chronic illness and abuse among women. *J Fam Pract.* 1992 Jul;35(1):54-60.
- Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery.* 2001a Mar;17(1):2-10.
- Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordstrom ML, Saarinen H, Wenker A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001b Dec;22(4):189-97.
- Stewart, D E. Cecutti, A. Physical abuse in pregnancy *CMAJ.* 1993 Nov 1;149(9):1237-8.
- Straus, M A. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family.* 1979 Feb. ; 75-87.
- Straus, M A. Hamby, S L. Boney-McCoy, S. Sugarman, D B. The revised conflict tactics Scales (CTS2) *Journal of family issues.* 1996 May;17(3):283-316.
- Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Arch Fam Med.* 1999 Jul-Aug;8(4):301-6.
- Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women

- with abusive partners. *J Consult Clin Psychol*. 1999 Feb;67(1):43-53.
- Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Womens Health*. 1998 Spring;4(1):41-70.
- Tajima EA. The relative importance of wife abuse as a risk factor for violence against children. *Child Abuse Negl*. 2000 Nov;24(11):1383-98.
- Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology*. 1994 Oct;107(4):1040-9.
- Thompson MP, Kaslow NJ, Kingree JB. Risk factors for suicide attempts among African American women experiencing recent intimate partner violence. *Violence Vict*. 2002 Jun;17(3):283-95.
- Thompson RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Sugg NK, Maiuro RD. et al. Identification and management of domestic violence: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2000 Nov;19(4):253-63.
- Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: use of a nursing protocol. *Res Nurs Health*. 1987 Aug;10(4):209-15.
- Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK, Rivara FP, Rubanowice DM, Thompson RS. Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *Am J of Preventive Medicine*. 2003; 24(1): 9-15.
- Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol*. 2002 Oct;100(4):700-5.
- Wadman MC, Muelleman RL. Domestic violence homicides: ED use before victimization. *Am J Emerg Med*. 1999 Nov;17(7):689-91.
- Walling, M K. O'Hara, M W. Reiter, R C. Milburn, A K. Lilly, G. Vincent, S D. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity *Obstet Gynecol*. 1994 Aug;84(2):200-6.
- Webster J, Sweett S, Stolz TA. Domestic violence in pregnancy. A prevalence study. *Med J Aust*. 1994 Oct 17;161(8):466-70.
- Webster J, Chandler J, Battistutta D. Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Feb;174(2):760-7.
- Webster J, Stratigos SM, Grimes KM. Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery* 2001 Dec;17(4):289-94.
- Weinbaum Z, Stratton TL, Chavez G, Motylewski-Link C, Barrera N, Courtney JG. Female victims of intimate partner physical domestic violence (IPP-DV), California

1998. Am J Prev Med. 2001 Nov;21(4):313-9.
- Weingourt-R, Maruyama-T, Sawada-I, Yoshino-J. Domestic violence and women's mental health in Japan International-Nursing-Review (INT-NURS-REV). 2001 Jun; 48(2): 102-8.
- Weiss SJ, Ernst AA, Cham R, Nick TG. Development of a screen for ongoing intimate partner violence. Violence Vict. 2003 Apr; 18(2): 131-41.
- Wiist WH, McFarlane J. The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics. Am J Public Health. 1999 Aug;89(8):1217-21.
- Wilson, L M. Reid, A J. Midmer, D K. Biringer, A. Carroll, J C. Stewart, D E. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes CMAJ. 1996 Mar 15;154(6):785-99.
- Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more? J Fam Pract. 1999 Jun;48(6):439-43.
- Woods SJ. Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. Issues Ment Health Nurs. 2000 Apr-May;21(3):309-24.
- Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. Violence Vict. 1994 Spring;9(1):63-77.
- Zink T. Should children be in the room when the mother is screened for partner violence? J Fam Pract. 2000 Feb;49(2):130-6.
- 警察庁. 配偶者による殺人、傷害並びに暴行事件の検挙件数の推移.
<http://www.gender.go.jp/danjo-kaigi/boryoku/houkoku/hbo03s-11.pdf> [2004-05-05].
- フレッチャー.R.H.ら(福井次矢 監訳)(1999). 臨床疫学:EBM 実践のための必須知識, 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 読売新聞. 二次被害
<http://www.yomiuri.co.jp/komachi/news/20030910sw31.htm>[2003-09-10].