

日本の医療施設における DV 被害者支援の現状

片岡弥恵子¹⁾ 櫻井 綾香²⁾ 江藤 宏美¹⁾ 堀内 成子¹⁾**Intimate Partner Violence Screening and Intervention
Practices of Health Care Providers in Japan**Yaeko KATAOKA, CNM, PhD¹⁾ Ayaka SAKURAI, CNM, BS²⁾
Hiromi ETO, CNM, PhD¹⁾ Shigeko HORIUCHI CNM, PhD¹⁾

〔Abstract〕

Objective: Intimate partner violence (IPV) is a global issue and is often associated with acute and chronic health problems of women and children. We developed an evidence-based guideline to indicate how to screen and assist victims of IPV in Japan. We disseminate the pocket size booklet containing the contents and information about how to use the guideline. The objectives of the current study were to examine the implementation rate of screening and support for victims of IPV in hospitals and clinics and to evaluate the utility of the booklet in the clinical settings.

Method: We mailed 457 questionnaires to nurse managers or physicians of ob-gyn clinics and midwives of primary care clinics in the Kanto area of Japan. The survey consisted of questions about the implementation of the guideline protocol, barriers of IPV universal screening and intervention, and the utility of the booklet. The Ethics Committee of St.Luke's College of Nursing approved the protocol. Anonymity was maintained.

Results: A total of 74 (16.2%) health care providers completed the survey. Twenty-eight (37%) respondents reported they introduced community resources to support women in the health care facility, and 17 (30%) respondents reported making the mandatory report to the police. Few respondents answered they provided training sessions to the staff and implemented assessment for women's safety and universal screening. The majority of respondents expressed difficulties in providing interventions for DV victims and DV screening and referral with privacy. A total of 68% of respondents answered "yes" to the use the booklet in their practice.

Conclusion: Given the low response rate we are cautious with our conclusions, none the less it appears that despite the law for the prevention of spousal violence in 2001, there was no significant change in the existence of IPV screening and intervention in these health care facilities in Japan. Disseminating the guideline should be a priority, with most emphasis directed toward developing action plans to start support for victims.

〔Key words〕 intimate partner violence, domestic violence, guideline, health care provider

〔要旨〕

研究目的：ドメスティック・バイオレンス（DV）は世界的な社会問題であると同時に、女性と子どもの健康に短期的および長期的な影響を及ぼす健康問題である。われわれは、「周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン」の普及を目指して、ポケットサイズのダイジェスト版を作成し、関東の病院、診療所、助産所に送付した。本研究の目的は、産婦人科を持つ病院、診療所、助産所における DV 被害者

1) 聖路加看護大学 母性看護・助産学 St. Luke's College of Nursing, Women's Health and Midwifery

2) 聖路加看護大学大学院 ウィメンズヘルス・助産学専攻 St. Luke's College of Nursing, Master's Program, Women's Health and Midwifery

支援の現状を把握し、ダイジェスト版の有用性に関する評価を得ることである。

研究方法：研究対象者は、関東4都県の病院の産婦人科病棟の看護管理者、産婦人科診療所および助産所の所長である。調査は、無記名式の質問紙法を用い、研究施設でのDVへの取り組みの内容、DV被害者支援の困難な点、ダイジェスト版に関する意見等が含まれていた。本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を受け実施した。

結果：458の医療施設に質問紙を送付し、74施設より回答を得た（回収率16.2%）。DVへの取り組みの内容で、現在最も多くの医療施設で行われていたのがDV被害者への社会資源の紹介28名（37%）であり、続いて配偶者暴力相談支援センター／警察への通報17名（30%）であった。一方、ほとんど実施されていなかったのは、スタッフへのDVに関するトレーニング、DV被害者の危険性の査定、潜在的な被害者を見つけるためのDVスクリーニングであった。DVへの取り組みに関する困難については、DV被害者への対応に関することがもっとも多く、DVスクリーニング、連携と個人情報保護についても困難性が高かった。DVガイドラインダイジェスト版を使用してみたいと回答したのは68%であった。

結論：医療施設におけるDVへの取り組みは、DV防止法に医療の役割が規定されているにもかかわらず、進んでいない現状が明らかになった。ガイドラインの普及を含め、早急に対策を講じる必要がある。

【キーワード】 パートナーからの暴力、ドメスティック・バイオレンス、ガイドライン、医療

I. はじめに

ドメスティック・バイオレンス（DV）は世界的な社会問題であると同時に、女性と子どもの生命と健康に深刻な影響を及ぼす健康問題であるといえる。世界で3人に1人の女性が夫やパートナーからの暴力を受けており¹⁾、毎年160万人もの女性が暴力により命を落としていることが報告されている²⁾。日本では、約4人に1人の女性が身体的暴力を受けたことがあり、約6人に1人は精神的な嫌がらせや脅迫を受けたことがあると回答している³⁾。妊娠・出産・育児期は、DVが生じるまたは悪化する引き金となることが指摘されており、DV被害にあった女性の6人に1人は、妊娠・育児期に暴力が始まったと回答している³⁾。

聖路加看護大学女性を中心としたケア研究班は、2004年3月に「周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン」⁴⁾を作成した。このガイドラインは、DVに関連するエビデンスを基盤に、周産期においてDV被害者に対し、スクリーニングから退院後のフォローアップまで医療者が何をすべきか具体的に示した指針である。研究班は、2007年にポケットサイズのDVガイドラインのダイジェスト版を作成した。そして2008年5月、DVガイドラインの普及に向けて、関東の病院、診療所、助産所に作成したダイジェスト版を送付した。

今後、医療におけるDVへの取り組みを推進していくためには、DV支援の現状を把握し、ダイジェスト版の内容や利用に関する臨床からの評価を得る必要がある。これらの結果は、ガイドラインを改定する際の有用な情報となり、またダイジェスト版の普及に向けての手がかりとなる。さらに、日本の医療におけるDV支援システ

ムの確立に向けての障壁を明らかにし、推進のためのストラテジーを導く際の基礎的な資料となる。

本研究の目的は、以下の2点である。第1点は、産婦人科を持つ病院・診療所または助産所におけるDV被害者支援の現状を把握することである。次に、ダイジェスト版の有用性に関する評価を得ることである。

II. 研究方法

1. 研究施設および対象者

研究対象者は、関東4都県（東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県）の病院の産婦人科病棟の看護管理者、産婦人科診療所の院長（医師）、助産所の所長（助産師）とし、「関東病院情報」「助産院マップ」に掲載されている病院、診療所、助産院の情報から把握した。

2. 調査の内容

調査は、無記名の質問紙法を用いた。調査用紙には、研究施設および対象者の特性、研究施設でのDVへの取り組みの内容（DVガイドラインの支援のフローチャートに示された内容⁴⁾とそれ以外の支援）、DV被害者支援の困難な点、DV被害者支援に関して知りたいこと、ダイジェスト版に関する意見についての質問項目が含まれている。調査用紙の冒頭に、調査の目的・意義および方法、倫理的配慮について記述した。調査用紙は、郵送回収とし、調査用紙の返送をもって研究協力への同意とみなした。

3. データの収集方法

2008年5月に、周産期ドメスティック・バイオレン

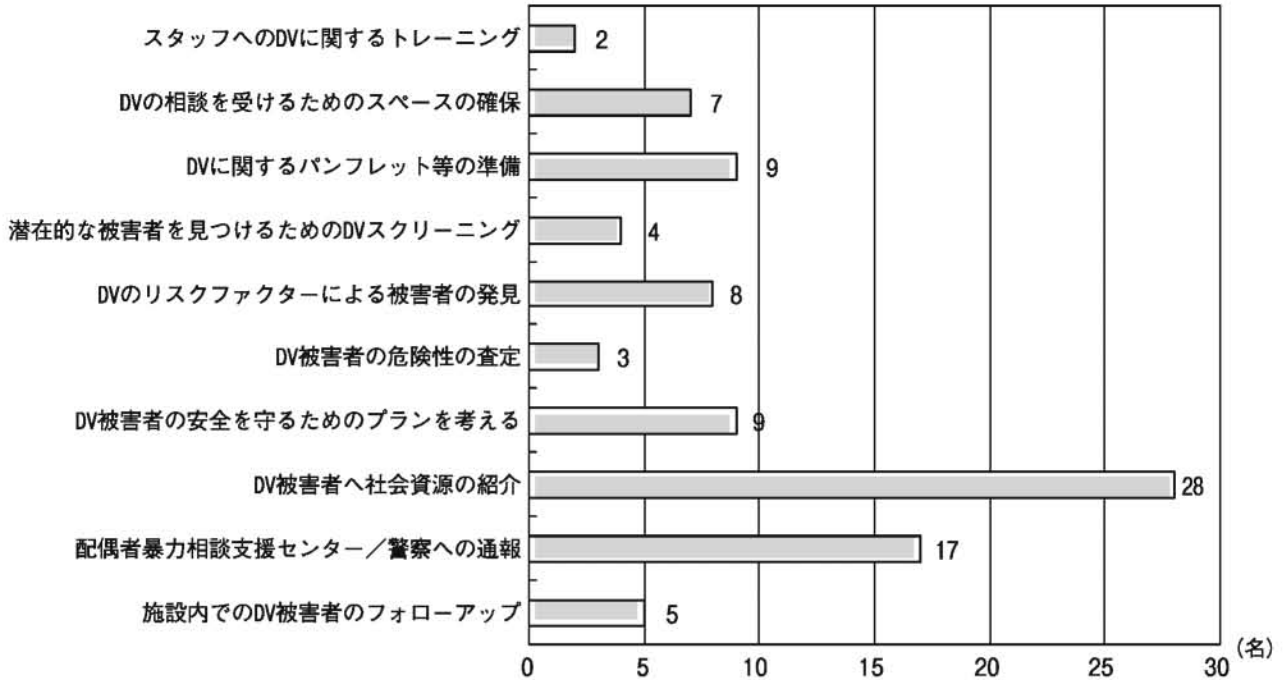


図1 DVへの取り組みの内容

スの支援ガイドラインダイジェスト版を上記に送付した際に、調査用紙と返信用封筒を同封した。ダイジェスト版を読み、調査用紙に回答した後、返信用封筒に入れて返送してもらった。データ収集期間は、2008年5月から7月であった。

4. 分析方法

得られたデータについては、質的データは自由記述からの内容の分析を行い、量的データについては、基礎統計量を算出した。

5. 倫理的配慮

本研究では、研究協力の自由意思、研究協力への諾否にかかわらず不利益を被らないこと、匿名性の保持、データの破棄、学会等への発表方法について文書にて説明した。なお本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号 08-1001）。

Ⅲ. 結果

1. 研究協力施設・研究協力者の特性

関東1都3県の458カ所の医療施設に質問紙を送付し、74施設より回答を得た（回収率16.2%）。回答が得られた施設は、病院37施設、助産所29施設、診療所6施設、無記入が1施設であった。74施設の特徴として、月間分娩件数が0件である施設は22%（16施設）、10件以下24%（18施設）、10～50件34%（25施設）、50～100件9%（7施設）、100～200件4%（3施設）、200件以上

は7%（5施設）であり、10～50件の施設が最多であった。

研究対象者（調査用紙への記入者）は、看護管理者が51%（38名）と最も多く、院長・施設長は38%（28名）、その他（スタッフなど）は11%（8名）であった。

2. 医療施設におけるDVへの取り組みの内容

医療施設におけるDVへの取り組みの内容を図1に示した。もっとも多くの医療施設で行われていたのがDV被害者への社会資源の紹介27名（36%）であり、続いて配偶者暴力相談支援センター／警察への通報17名（30%）、DVに関するパンフレット等の準備9名（12%）であり、DV被害者の安全を守るためのプランを考えるは9名（12%）であった。一方、医療施設で実施されていないのは、スタッフへのDVに関するトレーニング2名（3%）、DV被害者の危険性の査定3名（4%）、潜在的な被害者を見つけるためのDVスクリーニング4名（5%）、施設内でのDV被害者のフォローアップ5名（7%）であった。

調査用紙のDVガイドラインに示された支援以外に実施されている内容としては、地域の支援機関との連携（10名）との回答があった。具体的には、「関係機関と協働して連絡会を開催している」「信頼できる医療施設と連携する」「保健所・保健センターに連絡する」等があげられた。「施設内での取り組み」との回答もあり（6名）、「委員会にて対象者の支援をチームで検討する」「医療ソーシャルワーカーまたは医療相談室と連携する」「事例検討会を実施する」等があげられた。また、施設

としての取り組みではないが、助産師または看護師といった個人の医療者として「女性の話を十分聴く」「本名ではない別の氏名を診療等に使用する」「ケースによって個別対応」「DVに関する研修会に参加する」といった内容が示された。

3. DVへの取り組みに関する困難

DVへの取り組みに関する困難についての自由記載の内容を分析した結果、DVに関するトレーニング(9名)、DVスクリーニング(13名)、DV被害者への対応(53名)、連携と個人情報保護(12名)に関する困難が示された。DVに関するトレーニングは、「スタッフの教育ができていない」「DVについて専門に学んだスタッフがない」といった内容であった。DVスクリーニングに関しては、「潜在的なDVの状況を察知する方法がわからない」「DV被害者からの表出の乏しさ」「短時間の外来診療では被害者発見は難しい」「外来受診していない妊婦はわからない」「公にすることをためらう人が多い」等があげられた。DV被害者への対応では、「長期間にわたる継続的支援の難しさ」「被害者への心理的支援の不足」「具体的支援方法がわからない」等の支援方法に加え、「危険なのに家に戻ってしまう」「DV被害の自覚がない」「自分にも非があると思っている」「支援を受け入れない」といった被害者の認識や行動が、医療者にとって理解が難しく、葛藤を引き起こしている状態も表されていた。さらに、「暴力的な男性はやはり怖い」「加害者に乗り込んでこれたら困る」「DV支援に費やす経費の請求ができない」といった医療施設の安全体制等の内容も記述されていた。連携・個人情報保護については、「個人情報の保護の方法」「プライバシーへの介入へのためらい」「適正な方法での病棟外の部門への連絡」「退院後の地域の支援システムの状況がわからず連携が取りにくい」等が示された。

DV被害者支援について知りたいことに関する質問については、支援方法として「継続支援の具体的方法」「メンタルケア」「どこに、どのように支援を求めたらよいのか」「被害者への助言・対応の方法」等があげられた。連携に関しては「行政機関との連携」「地域支援機関・警察などとの連携方法」等であり、トレーニング・教育については「初歩的な法律の知識が必要」「支援者としてのトレーニング機会がほしい」等が示された。その他、「実際の被害状況と対応した結果」「啓発教材」「相談を受けた際の相談先」「必要な手続き・書類」「被害者の傾向と性質」等があげられていた。

4. ダイジェスト版の使用に対する意見

「DVガイドラインダイジェスト版を使用してみたいか」という質問については、「はい」と回答したのが50

名(67.6%)、「いいえ」と回答したのが2名(2.7%)、「どちらともいえない」との回答は17名(30.0%)、無回答は5名であった。

IV. 考察

今回の調査は、DVガイドラインダイジェスト版を医療施設に配布した際に、調査用紙を同封し回答を求めた。回収率が2割を満たなかったのは、配布の方法に原因があるが、いまだ医療におけるDVへの問題意識の低さが影響しているのではないかと考えられる。2001年DV防止法の制定により、DV発見時の警察等への通報、DV被害者への情報提供といった医療者の役割が規定されてから8年が経過した。しかし、今村らの看護職に対する調査⁵⁾においても、DV防止法の内容を知っているのは2割弱であったことから、DVの認知度は決して高くはないといえる。今回の調査の結果からも、現在においても医療者の認識が高まっているという楽観的な推測はできない。

医療施設におけるDVへの取り組み内容について、3割程度の医療施設で行われていたのは「DV被害者へ社会資源の紹介」と「配偶者暴力相談支援センター/警察への通報」であった。これらは、DV防止法に規定されている内容であり、その観点からは妥当な結果と考えられる。しかし「DVに関するパンフレット等の準備」と「DV被害者の安全を守るためのプランを考える」は1割強であり、その他の取り組みは全て1割に満たなかったことから、DVガイドラインで示された支援は、ほとんど行われていない現状であることがわかった。特に、医療施設にてスタッフに対するトレーニングを実施していると回答したのは2名のみであり、その困難性がうかがえる。DV被害者支援に関する希望でも、トレーニングの実施があげられていた。また、困難な点として最も多くあげられたDV被害者への対応に関することは、トレーニングによって知識を積み上げ、対応能力を養うことで改善できると考えられる。Ronnbergら⁶⁾はDVに関する教育の欠如を一番の障壁にあげていることから、今後医療者へのトレーニングの実施は継続的な課題である。

さらに、DVガイドラインで強調されている全妊婦へのDVスクリーニングについては、実施していた施設はわずか5%であった。DVスクリーニングが難しい理由としては、スクリーニングの方法がわからない、時間がない、DV被害者への配慮(打ち明けることの難しさ)があげられていた。DVスクリーニングを推進するためには、先に述べたトレーニングの実施が不可欠であろう。それに加えて、実践への適用を容易にする様々な工夫が必要である。例えば、施設に合ったスクリーニングツ-

ルや方法を選定し、クリニカルパスやルーティンケアに組み入れていくことも考慮しなくてはならない。DVスクリーニングの質問項目を初診時の問診に加えたり、すでに病棟で使用している質問票と合体させるといった工夫によってスタッフの負担を軽減し、導入がスムーズになるという実践報告もある⁷⁾。DVへの取り組みを導入し継続している医療施設の実践例を集め、実用的な情報の提供も重要である。

ガイドラインに示されていない取り組みとしては、地域の支援機関との連携や院内での連携が多数あげられていた。DV被害者支援は、医療職のみならず、福祉、司法、警察などとの連携が必須な分野である。これらの連携の具体的な方法は、今後ガイドラインの改定を行う際に、内容として含めることを検討する必要がある。

DVガイドラインダイジェスト版の評価については、7割弱の協力者から使用してみたいと回答されたことから、実践での受け入れは良好であると判断してよいだろう。逆に、「いいえ」または「どちらともいえない」と回答した者も約4人に1人であった。これらの理由については今回の調査では明らかにされなかったが、インタビュー調査やサンプル数を増やして再調査を行い、DVへの取り組みの障壁を明らかにしていくことは、これからの課題であろう。

V. 結論

日本の医療施設におけるDVへの取り組みは、DV防止法にて医療の役割が規定されているにもかかわらず、

進んでいない現状が明らかになった。実践適用を考慮したDVガイドラインの改定を進め、普及に向けて早急に対策を講じる必要がある。

引用文献

- 1) United Nations Population Fund. (2005). State of World Population 2005. 加藤誠訳(2005). 世界人口白書(2005). 財団法人家族計画国際協力財団.
- 2) World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html [2009.11.6]
- 3) 内閣府男女共同参画局. 男女間における暴力に関する調査, <http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/h2103zenbun.html> [2009.11.6]
- 4) 聖路加看護大学女性を中心としたケア研究班. (2004). 周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン. 金原出版株式会社.
- 5) 今村利香 (2004). 医療関係者が求めるDV(Domestic Violence) 被害者支援について. 日本看護学会論文集 第35回地域看護. 178-180.
- 6) Rönnerberg AK, Hammarström A. (2000). Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. Scand J Public Health. 28(3). 222-9.
- 7) 片岡弥恵子, 長坂桂子, 井上梢, 堀井泉, 瀧真弓. (2008). 医療施設におけるDV防止に向けての取り組み. 助産雑誌. 62(3). 236-242.