

博士論文

看護職者がDVを知ること
——どのように被害者を発見し支援に繋げ、
他機関と連携するか——
(Nurse Recognition of DV Victims: Examination of
Challenges for Nurses in DV Victim Support)

2020年3月

立命館大学大学院先端総合学術研究科
先端総合学術専攻一貫制博士課程

泉川 孝子

立命館大学審査博士論文

看護職者がDVを知ること
——どのように被害者を発見し支援に繋げ、
他機関と連携するか——

(Nurse Recognition of DV Victims: Examination
of Challenges for Nurses in DV Victim Support)

2020年3月

March 2020

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences

Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences

Ritsumeikan University

泉川 孝子

IZUMIKAWA Takako

研究指導教員：立岩真也教授

Supervisor : Professor TATEIWA Shinya

博士論文要旨

看護職者がDVを知ること ——どのように被害者を発見し支援に繋げ、他機関と連携 するか——

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

イズミカワ タカコ

泉川 孝子

本論文の課題は、医療現場に働く看護職を対象としたドメスティック・バイオレンス (Domestic Violence 以下DV) 被害者の発見と、関連機関との連携についてである。さらに、制度的枠組みの違いによる困難を回避し、いかにその支援を行うかを決定することに踏み込む。DV被害者を早期に発見するだけでなく、そこで対処する看護職の習熟した技術の提供について述べる。また、地域での生活に戻ってからの支援の継続性において、関係機関との連携の難しさを視野に入れた教育プログラムを提言することを目的としている。

日本では、2001年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」(以下、DV防止法)が成立し、はじめてDVが女性の人権侵害であることが明示された。この法律は婚姻関係や事実婚(同棲者、離婚者等)にあたる配偶者間における暴力を対象としている。DVは、特に男性が女性に対する(しばしば権力行使として発動される)暴力を指しているが、女性から男性への暴力も対象としている。それには、身体的暴力、精神的暴力、性的暴力、あるいは「経済的圧迫」などが含まれる。内閣府男女共同参画の「平成20年度男女間における暴力に関する調査」では、身体的、精神的被害者の約70%は、医師の診察を受けていることが明らかになっている。被害女性の相談先は、家族や親族、友人や知人が、共に27.6%、医療関係者(医師、看護師等)3.2%、警察2.2%、民間の専門家や専門機関は1.6%であり、医療関係や警察及び専門機関の利用率は低い(2009)。また、平成26年度の調査でも被害を受けた女性の約4割はどこにも相談していない。とくに性的被害女性の相談先は、2割が友人や知人で誰にも相談していない被害女性が約7割である。さらに、今回も医療関係や警察等の利用率は低い(内閣府男女共同参画局, 2015)。すなわち医療機関はDV問題への対処機能を果たしておらず、また、公的機関の対応は不統一であり現在も改善されていない。これらを踏まえて、看護職が、医療現場に訪れるDV被害者とどのように遭遇し、どのような支援をしているか、現状について調査を行う。看護者がどのような介入を行い、その対応についてどのような困難を抱いているのかを明らかにする。また、DV被害者支援機関に所属する専門的な支援者の現状と、医療機関で働く看護職に求められる課題について検討した。

各章の概要として、第1章では、DV防止法の成立から、子どもや親族への被害状況から3度の改正に至っている状況について述べた。第2章では、DV被害者支援と医療およ

び看護における先行研究について述べた。特に医学系は、身体・健康被害事例紹介が多く見られ、看護職が遭遇している患者との接点も大きいと考える。先行研究では被害事例や実態調査が多く、支援機関と連携する必要性について述べられているものの、実際に各支援機関と医療、看護職に踏み込んだ研究が乏しい点について論じた。

第3章では、看護職のDV被害者への遭遇状況、及び支援の実態調査について述べた。看護師は、保健師や助産師と比べると、各症状を疾患と結びつけて理解しようとするため、DVの兆候に気づきにくく、仮に気づいても次の機関に繋ぐことが困難であると明らかになった。ゆえに自分の判断に自信が持てず、疑問を感じても本人に問いかけることができている現状が明確になった。また、DV被害者への支援方法やDV研修を望み、相談場所を求めている。であれば、看護師たちの相談先はまず自らの上司ということになる。するとその看護管理職の人たちがDVについてどれだけの知識・認識があるのか、また看護師たちの疑いを受け取る用意・態勢があり、その疑いをどのようにどこに繋げて、また繋げようとしているのかはたいへん重要である。

第4章では、地域の支援体制の現状を知るために、DV被害者の支援に関わる公共機関と民間機関を訪問し、研究目的の説明後、各施設の代表者で討議することに同意を得た上で、フォーカス・グループインタビュー（以下FGI）を実施し相互の協働の構築を行った。そこで、各施設の代表者がDV被害者への思いや支援の困難について語ったデータの分析から、支援者から見る被害者の被害状況や支援のあり方を示した。

第5章では、前章に引き続き、DV被害当事者を中心に2回目のFGIの様子について述べる。被害当事者から、その当時の状況や健康への影響について聞き取りを行った。また、いく度かの受診行動など医療側との接点、早期発見について被害側が感じた医療側への問題についても聞き取った。FGIのメンバーと共に、看護職が被害者を早期に発見することと支援の継続のために留意しなければならない点について分析し、医療機関で働く看護職に求められる課題を考察した。

第6章では、看護職が病院でDV被害者に遭遇した場合、その状況や対応を明らかにし、とりわけ地域連携の必要性を明らかにするために、病院に所属する病棟・外来勤務の看護師と助産師にグループインタビューを行った。看護師と助産師は、外来・病棟等の部署を問わず、DVが確定した場合は被害者支援を行い、他機関との連携もとれていた。しかし被害が疑わしいケースでは、遭遇したときの対応に困難さを感じ、介入に踏み込めないジレンマが生じていた。また、被害者支援に繋がる相談システムの必要性も明確になった。さらに、病院に勤務する看護職が被害支援を行う一環として、支援環境を整えるため、被害者支援の教育プログラムの検討を行った。DV被害者支援環境・機関を整えるフローチャート、チェックシート（案）による観察を行い、被害者との遭遇こそなかったものの、医療関係者向けDV被害者対応ガイドラインや、マニュアル作成も考慮に入れる必要性が浮かび上がった。そのうえで、DV被害者の早期発見と、支援機関への連携についての展望について述べた。終章では、本論文の内容をまとめ、今後の課題について述べた。

Abstract of Doctoral Thesis

Nurse Recognition of DV Victims: Examination of Challenges for Nurses in DV Victim Support

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences
Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences
Ritsumeikan University

イズミカワ タカコ
IZUMIKAWA Takako

The purpose of this study is to clarify the situation of nursing professionals encountering the Domestic Violence (DV) victims and the actual condition of the support for that situation, in order to suggest what is needed to support the DV Victims in nursing professionals.

A survey was conducted with 1380 question forms distributed, of which 926 responded (recovery percentage of 67.1%) in Kansai area.

While nursing professionals do encounter victims of DV, they face difficulties to support victims. Therefore, it is necessary to develop an early-detection and support systems and to construct a collaborative system with external organizations. Furthermore, the preparation of educational and training systems related to DV is primarily required for nursing professionals to solve the problems as well as for DV victims to encourage self-support.

The second study aimed at elucidating the current status and problems of a DV victim support organization. In addition, the current state of support of the nursing staff was reviewed. Three focus group interviews were held with the supporters between April and May of 2011.

It was estimated that in the majority of cases, DV victims institutionalized in shelters had insufficient decisiveness regarding care.

The supporters hope that the organizations support DV victims to have a strong will to escape as soon as possible, protect them from isolation, and provide them with continuous long-term support. Furthermore, it was verified that as DV was repeated, these victims were deprived of power and they took action only when they were ordered to do so. They were even deprived of the ability to think and act for themselves. In light of the psychological makeup of the cycle of violence and learned helplessness, the nursing staff needs to be educated to be able to provide support.

看護職者がDVを知ること——どのように被害者を発見し支援に 繋げ、他機関と連携するか——

目次

序章 本研究の目的とDV被害者支援への関心	3
0-1 研究目的と本研究の背景	3
0-2 研究課題に対する関心—DV防止法成立と女性の健康問題について—	4
0-3 本論文の構成	6
第1章 DV支援の制度的変容と今日における看護職の課題	10
1-1 日本における法改正	10
1-2 看護職におけるDV被害者支援の意義について	12
第2章 DV被害者支援と医療および看護における先行研究	18
2-1 医療におけるDV研究への取組み	18
2-2 看護系におけるDV研究の取組み	19
第3章 看護職のDV被害者との遭遇と支援の現状	24
3-1 看護職のDV被害者との遭遇状況、及び支援の実態調査—関西地区A県内— ..	24
3-1-1 対象と方法	24
3-1-2 調査結果	30
3-1-3 考察	37
3-1-4 小括	41
3-2 看護管理職におけるDV被害者との遭遇と支援の実態調—関西地区A県の調査か ら—	41
3-2-1 対象と方法	42
3-2-2 結果及び考察	43
3-2-3 看護職、看護管理職の支援の現状からの課題	50
第4章 DV被害者支援機関における支援者の支援の現状と課題—フォーカス・グループ インタビュー—	53
4-1 研究方法	53
4-2 フォーカス・グループインタビューの分析	55
4-2-1 分析結果	55
4-2-2 DV被害者の被害状況と支援への思い	55
4-3 考察	63
4-3-1 DV被害支援者の支援への思いと支援の有り方	63
4-3-2 DV被害者を理解した支援	65
4-4 小括	66
第5章 DV被害当事者の体験から支援に望むもの	67

5-1	研究方法.....	67
5-1-1	研究デザイン.....	67
5-1-2	対象者およびリクルート方法.....	67
5-1-3	研究期間、方法.....	67
5-1-4	分析方法.....	67
5-1-5	倫理的配慮.....	68
5-2	分析結果.....	68
5-2-1	当事者の体験からみたDV被害状況.....	68
5-2-2	被害状況と医療者の対応.....	71
5-2-3	孤立する被害者を支える援助の重要性.....	74
5-2-4	DVへの認識の変化と医療現場の声.....	75
5-3	考察.....	76
5-3-1	DV被害当事者から望まれる支援.....	76
5-3-2	DV被害者支援における医療機関で働く看護職に求められる課題について77	
5-4	小括.....	79
第6章	看護職のDV被害者の対応における困難と支援の試み.....	80
6-1	看護職のDV被害者の対応における困難さの検討.....	80
6-1-1	研究方法.....	80
6-1-2	結果.....	81
6-1-3	考察.....	84
6-2	A医療機関における看護職のDV被害者支援のフローチャート、チェックシートの検証.....	87
6-2-1	研究方法.....	87
6-2-2	結果及び考察.....	87
終章	94
文献表	96

序章 本研究の目的とDV被害者支援への関心

0-1 研究目的と本研究の背景

本研究の課題は、医療現場で働く看護職¹を対象としたドメスティック・バイオレンス (Domestic Violence: 以下DV) 被害者の発見と、関連機関との連携についてである。さらに、制度的枠組み²の違いによる困難を回避し、いかに支援を行うか決定することにも踏み込む。DV被害は、女性の健康に悪影響を及ぼすおそれが高い。本研究は、健康に関わる概念として、リプロダクティブヘルス/ライツ (性と生殖に関する健康と権利)³の視点から、「女性の人権には、強制、差別及び暴力のない性に関する健康及びリプロダクティブヘルスを含むみずからのセクシュアリティに関することがらを管理し、それらについて自由かつ責任ある決定を行う権利が含まれる」という点に注目する。また、ヘルスプロモーション⁴という視座もある。これは人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。島井は、「人々が自発的に健康なライフスタイルをとれるように促す健康教育と、人々が健康的なライフスタイルをとりやすくする環境づくりがある」(島井, 1997) と述べている。ヘルスプロモーションは、健康改善と人間発達に有効な投資であり、不健康とジェンダーの不平等の両方を減少させることを前提に、サポートを受ける権利を自覚させる。これらの理論を基盤に、DV被害者を早期に発見するだけでなく、そこで対処する看護職への習熟した技術の提供について述べる。また地域での生活に戻ってからの支援の継続性において、関係機関との連携の難しさを視野に入れた教育プログラムを提言することを目的としている。

日本では、2001年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」(以下、DV防止法)が成立し、はじめてDVが女性の人権侵害であることが明示された。この法律は婚姻関係や事実婚(同棲者、離婚者等)にあたる配偶者間における暴力を対象としている。DVは、特に男性が女性に対する(しばしば権力行使として発動される)暴力を指しているが、女性から男性への暴力も対象としている。それには、身体的暴力、精神的暴力、性的暴力、あるいは「経済的圧迫」などが含まれる。内閣府男女共同参画の「平成20年度男女間における暴力に関する調査」⁵では、配偶者などからの身体的暴力の被害経験者が24.9%、精神的暴力の被害経験者が16.6%、性的暴力の被害経験者が15.8%いることが報告されている。また身体的、精神的被害者の約70%は、医師の診察を受けていることが明らかになっている。被害女性の相談先は、家族や親族、友人や知人が、共に27.6%、医療関係者(医師、看護師等)3.2%、警察2.2%、民間の専門家や専門機関は1.6%であり、医療関係や警察及び専門機関の利用率は低い(2009)。また、「平成26年度男女間における暴力に関する調査」報告で、既婚女性の4人に1人が被害を受けたとあり、被害を受けた女性の約4割はどこにも相談していない。また性的被害女性の相談先は、2割が友人や知人で最も多く、警察4.3%、医療関係者(医師、看護師等)1.7%であり、誰にも相談していない被害女

性が約 7 割である。これについても医療関係や警察等の利用率は低い（内閣府男女共同参画局, 2015）。すなわち医療機関はDV問題への対処機能を果たしておらず、また、公的機関の対応は不統一であり（片岡, 2010⁶ ; 今村, 2008⁷）現在も改善されていない。これらを踏まえて、看護職が、医療現場に訪れるDV被害者とどのように遭遇し、どのような支援をしているか、現状について調査を行う。看護者がどのような介入を行い、その対応についてどのような困難を抱いているのかを明らかにする。また、DV被害者支援機関に所属する専門的な支援者の現状と、医療機関で働く看護職に求められる課題について検討する。

0-2 研究課題に対する関心—DV防止法成立と女性の健康問題について—

2001年にDV防止法が成立してから、18年が経過した。日本でも夫や恋人、パートナー等の親密な関係にある、またはあった者からふるわれる暴力は、DVとして認知され、社会的に問題視されるようになってきた。法成立当時、野田（2000）は、「交際中、別離後、婚姻中、離婚後のいかに拘わらず親密な関係にある（あった）加害者から被害者への暴力（人権侵害的な強制力）のことをDVと呼び、それは異性愛でも同性愛の関係でも起こりうるし、性別に拘わりなく、子どもがいる関係であっても少なくない。」と述べている。それは個人的な問題であるだけでなく、社会的な力関係もそこに働いているという。また、DVと夫婦喧嘩との違いは、虐待的であるか否かという質的な違いであると述べている。夫婦喧嘩には自己主張のぶつかり合いで終わる場合もあれば、相手を屈服させるまで続くものもある。したがって、夫婦喧嘩はDVへの萌芽ともみなしうる（野田, 2000）という。つまり、夫婦喧嘩も暴力が介在すれば危うい状況になることが推測できる。DV法成立当初は、法律婚をベースとして婚姻関係に限るとしていたが、現在は、3回の法改正を経て、女性の健康問題としてのみならず、男性に対する暴力の側面も注目されつつある。

米国では、DVという用語を家族メンバー間の暴力すべてに用いるため、親密なパートナー間の暴力をIPV（intimate partner violence）と呼ぶ。1990年頃から、DVは公衆衛生ならびに医療上の深刻な問題としてみなされ、25歳から44歳までの女性の重度外傷の主因となっている（山田, 2000）。そこで、1996年に米国の大統領であったクリントン氏が、「医療はDV問題に取り組むべき課題である」としたことにより、DVに関する解決・支援の取り組みが全州で本格的に開始された。この時点で、米国の保健医療機関における子どもの虐待に関する解決・支援システムは、日本に比べると格段に整っていたが、日本と同様に、子どもの虐待問題と女性の問題は夫々に対応していた。またDVによる心身の健康障害の治療にかかる医療費が年間18億ドルと推定されたことには、クリントン氏の政策的な意図があったという。World Health Organization（以下WHO）（世界保健機関）⁸は、DV被害女性の治療費削減のためにもDV予防に投資した方が政策上も有意義であることを強調し、そこでDV関係に多額の予算が保健医療機関へおりのようになったと報告している（友田他, 2006）。しかし日本では残念ながら、政策的に取り組む枠組みが米国ほど整

備されていない。

DV被害者と支援者からの視点でみると、Walker (1997) によれば、バタードウーマン（被虐待女性）になるのは、婚姻しているかどうかに関係なく、男性と親密な関係にあるすべての女性である。2度以上の虐待を被りながら、それでもまだ虐待男性との関係を継続する女性を「バタードウーマン」と呼ぶ。支援者が最初にするべきことは、バタードウーマンに、虐待関係から離れるように説得することである。この「引きずりだし」の必要性を、実験心理学者のマーチン・セリグマンは、犬の例を用いて説明している。散発性の否定的な心理強化を経験した犬は、自発的な行動をあきらめてしまう。その犬に自発的な行動をうながすには、結局は外部の手で犬をその環境からひきずり出さねばならなかった。犬が研究者の助けを必要としたように、人間の被虐待者にも外部の助けが必要である (Walker, 1997)。バタードウーマンのための「セーフハウス（避難所）」が必要なのは、そのためである。バタードウーマンは、否定的な認識に落ち込まないように、失敗を予想する習慣を捨てなくてはならない。成功を知ること、行動の動機を見つけ希望を失わないこと、新しい効果的なしかたで反応することができて初めて、彼女たちは人生を自分でコントロールすることを学習できる (Walker, 1997)。

本研究では、DV被害者を語る際、支援者の視点を用いる。被害者自らが問題を解決し、対応することは困難なことが多いと推察したうえで、そこに支援の必要性を見出し、看護職が被害を早期に発見することの重要性を述べる。人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスであるヘルスプロモーションを後押しすることで、看護職がケア的役割も担えることを提言したい。

被害者がどのようにして生命や身体の危機を乗り越えていけるのかについて、堀は、暴力から逃げることができるようなサポートが実際に提供されてはじめて「自分の受けた暴力を打ち明けることができる」ようになる (堀, 1999) と述べている。ただし、夫から身体的暴力は振るわれずとも、言葉の暴力、性的暴力、隔離・監視、経済的支配がエスカレートしていく中で、心理的に追い詰められた妻が自殺未遂をしたというケースも少なくない。調査協力者のある女性は些細な事柄で夫から激しい叱責を受け続けた結果、ひたすら「私が悪い」「私の努力が足りない」と自責の念にとらわれ、どのように対応を変えても事態は変わらないことに絶望するようになった。しかも彼女は、自分が暴力の被害者であるとは感じていなかった。周囲から「幸せそうなご夫婦ね」と言われていたことも障壁になり、精神科で治療を受けてはいたが、夫婦の悩みを相談することができなかったそうだ。彼女のケースは、心理学者 Walker (1999) が提唱した3つのサイクル「緊張が高まる第1相」「爆発と虐待が起こる第2相」「穏やかな愛情のある第3相」の繰り返しにあたる。「駆け込みシェルター」を利用した女性たちもこのサイクルを経験したと報告している。

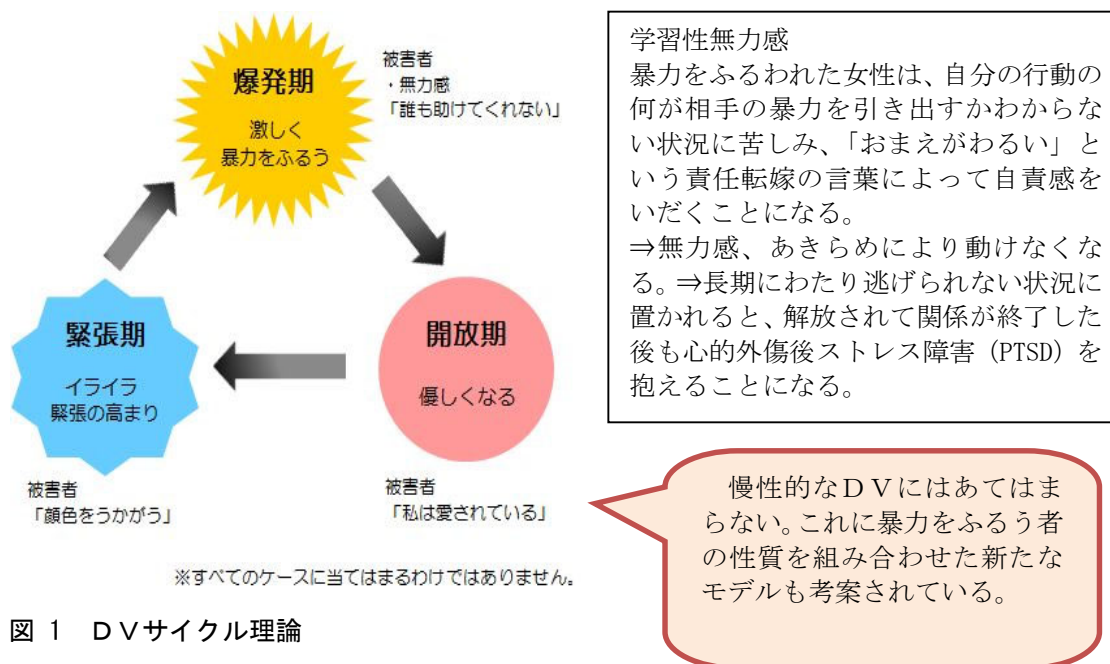


図 1 DVサイクル理論

川喜田 (2000) は、DV被害女性への心理的サポートが不可欠で重要なのは、被害女性が 2 人の関係の中で知らず知らずに自分を縛っていたジェンダー意識に気づき、その克服を通して、自分を大切にすることを学び、自分の将来を自分の手にとり戻すことであると述べている。また結婚や家族に対する幻想はいまだに社会に根強く、結婚・夫婦という社会制度は、①自分で選んだ特定の相手との継続的な関係、②私的・閉鎖的な関係、③社会的な力の格差のある関係、④男と女という一定の性役割心理の存在する関係、⑤カップルとして性行為の介在する関係、を含んでいるという。このような関係の中で、もし男性が自分の感情をコントロールできなかつたり、自分が女性に対して特権的な支配権をもつとみなしたり、女性が自分の思い通りに行動しなければ自分をないがしろにされたと感じたり、さらには、自分の不安や自信のなさを相手を支配し服従させることで一時的に解消しようとする人間であったとしても、女性が「結婚」という関係を守る意識に縛られる限り、対抗する手段は持ち得ないと述べている。

信田 (2010) は、2001 年 (平成 13 年) に制定されたDV防止法は、DVをふるう加害者に対しては極めて限定された言及に留まっていることを指摘している。いくつかの先進国では、DV加害者更生プログラムが実施されており、東アジアでも韓国・台湾が 90 年代末からこのプログラムを導入している。こうした状況に鑑みると、日本ではDV被害者支援は遅れているのが現状である。

0-3 本論文の構成

本論文の第 1 章では、DV防止法の成立について、また子どもや親族への被害状況に鑑みて 3 度の改正に至っている状況について述べる。その制度的変容は、看護職にとって課

題になっていると言える。また保健医療機関としての役割から、医師だけでなく看護職もDV被害者の早期発見に関わることが期待されている。看護職がDV被害者とどのように遭遇し、何によって被害者と判断し次の対応に至っているのか、また日々の業務の中で、DV被害者への支援に困難を感じているかという実態に注目する。

第2章では、DV被害者支援と医療および看護における先行研究について述べる。DV防止法の制定頃から、心理学系（臨床心理、カウンセリング）、医学系を皮切りに、看護学系、社会学・福祉系でも研究が進んでいる。特に医学系は、身体・健康被害事例紹介が多く見られ、本研究対象の看護職が遭遇している患者との接点も大きいと考える。先行研究では被害事例や実態調査が多く、支援機関と連携する必要性について述べられているものの、実際に各支援機関と医療、看護職に踏み込んだ研究が乏しい点について論じた。

第3章では、A県の医療機関や地域で働く看護職（看護師・助産師・保健師）、看護職種別のDV被害者支援への困難感について述べる。看護師は、他の専門職からの情報によってDV被害者を知ることが多く、本人からの訴えや、質問によって得た情報が少ない。つまり被害が疑われる者に対して問いかけることができていないといえる。これは、被害を発見するための裏付けとなる知識の不足、および発見した時の対応への戸惑いから視野が狭まっているものと考えられる。また、複数の診療科を持つ病院の看護管理職の、被害者との遭遇と支援の実態を見ると、DV研修などの受講率が低く、被害者支援や他機関との連携について認識が高いとはいえない。しかし、被害者と遭遇した際は約6割が「被害の状況を尋ねる」という一歩踏み込んだコミュニケーションがとれており、1次調査の一般看護師より高い確率であった。まず看護管理職がDV被害の理解を深め、啓発していく必要性が示唆される。これらのことから、看護職に求められる支援について論じた。

第4章では、地域の支援体制の現状を知るために、DV被害者の支援に関わる公共機関と民間機関を訪問し、研究目的の説明後、各施設の代表者で討議することに同意を得た上で、フォーカス・グループインタビュー（以下FGI）を実施し相互の協働の構築を行った。そこで、各施設の代表者がDV被害者への思いや支援の困難について語ったデータの分析から、支援者から見る被害者の被害状況や支援のあり方を示した。

第5章では、前章に引き続き、DV被害当事者を中心に2回目のFGIの様子について述べる。被害当事者から、その当時の状況や健康への影響について聞き取りを行った。また、いく度かの受診行動など医療側との接点、早期発見について被害側が感じた医療側への問題についても聞き取った。FGIのメンバーと共に、看護職が被害者を早期に発見することと支援の継続のために留意しなければならない点について分析し、医療機関で働く看護職に求められる課題を考察した。

第6章では、看護職が病院でDV被害者に遭遇した場合、その状況や対応を明らかにし、とりわけ地域連携の必要性を明らかにするために、病院に所属する病棟・外来勤務の看護師と助産師にグループインタビューを行った。看護師と助産師は、外来・病棟等の部署を

問わず、DVが確定した場合は被害者支援を行い、他機関との連携もとれていた。しかし被害が疑わしいケースでは、遭遇したときの対応に困難さを感じ、介入に踏み込めないジレンマが生じていた。また、被害者支援に繋がる相談システムの必要性も明確になった。さらに、病院に勤務する看護職が被害支援を行う一環として、支援環境を整えるため、被害者支援の教育プログラムの検討を行った。DV被害者支援環境・機関を整えるフローチャート、チェックシート（案）による観察を行い、被害者との遭遇こそなかったものの、医療関係者向けDV被害者対応ガイドラインや、マニュアル作成も考慮に入れる必要性が浮かび上がった。そのうえで、DV被害者の早期発見と、支援機関への連携についての展望について述べた。

終章では、本論文の内容をまとめ、今後の課題について述べる。

註

1. 「看護職」とは、保健師、助産師、看護師、准看護師のこと。保健・医療・福祉の幅広い分野で人々に寄り添い、健康を守っている。保健師、助産師、看護師資格は国家試験を、准看護師は都道府県の試験を受け免許を得たもので、様々な場面で働く看護職は、約150万人ほどである。
2. 制度の効力はそれを定めた各集団に限られるが、他の集団に対しても影響を与えている。社会全般に関わる制度として医療機関と被害者支援機関等、またDV被害者支援を行う上でのDV防止法による規範。
3. 性と生殖に関して、誰でも平等に生殖を享受でき、生殖過程を安全かつ良好に営む権利を有するとして、1994年第3回国際人口問題会議（カイロ会議）において採択された。また、1995年の第4回会議（北京会議）では、性的権利として拡大した。
4. 1986年カナダのオタワにおいて開催された第1回健康促進国際会議にて、WHO（注8）「ヘルスプロモーション憲章」（オタワ憲章）を採択。人々がみずからの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。とされ、その活動には、看護職者による他の専門職者との連携や協働が非常に重要である。
5. 男女間における暴力の実態について調査し、男女間の取り巻く環境の変化に応じた被害傾向の変化等に対応する施策の検討に必要な基礎資料を得ることを目的とする。調査の対象は、全国20歳以上の男女5,000人（平成17年度調査までは4,500人）に、平成11年度から開始し、以降3年毎に調査を実施されている。
6. 片岡らは、「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。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。結果:458 の医療機関に質問紙を送付し、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機関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。

7. DV被害者のエンパワーメントを図る支援システムの構築に向けた基礎資料を得る目的で、母子生活支援施設に入居している元DV被害者 2 名に半構造化面接を行っている。その結果、2 名とも加害者のもとを離れるために自ら行動を起こしており、子どもの存在がDVの長期化や避難行動に大きく影響していた。また、2 事例とも医療機関はDV問題への対処機能を果たしておらず、公的機関の対応には不統一がみられた。被害者の自立を支援するうえで医療・福祉機関の役割は重要であり、適切な被害者支援を実施できる全国統一DV被害者支援システムを導入することや、医療・福祉機関の職員に向けたDV教育プログラムの開発などが必要ではないかと考えられた。
8. WHO（世界保健機関）憲章は、1946 年 7 月 22 日にニューヨークで 61 か国の代表により署名され、1948 年 4 月 7 日より効力が発生した。日本では、1951 年 6 月 26 日に条約第 1 号として公布された。健康の定義について、“Health is a state of complete physical, mental and social well - being and not merely the absence of disease or infirmity.” 健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう（日本 WHO 協会訳）。

第1章 DV支援の制度的変容と今日における看護職の課題

1-1 日本における法改正

日本では、2001年にDV防止法が制定され、DVは虐待と共に社会問題となった。同法は2004年以降3度改正¹され、女性の権利意識の高まりとともに、その内容も変化しつつある。

ここでDV法制定に至る歴史を振り返ってみたい。戒能によると1980年代後半以降に性暴力が女性運動の重要課題となり、裁判支援やホットラインの設置、調査研究を行うなど被害者に対する多様な支援が展開されていった。日本における反性暴力運動は、グローバル・フェミニズムの展開と並走しながら、「買春」「セクシャル・ハラスメント」「DV」「ストーカー」「日本軍性奴隷」などの新たな用語を打ち出していった。90年代末～21世紀初頭にかけて「男性支配型法律学」の枠組みに改良がうながされてきたが、このような動きを法学の再ジェンダー化への第1歩として戒能は評価している（戒能, 2005）。

また、1994年（平成6年）に国連がカイロで開催した第3回国際人口開発会議では、女性運動家たちの働きかけによって、開発途上国の人口爆発の問題や男女平等の問題などが取り上げられた。女性の地位を向上し、女性が生殖やセクシュアリティに関する自己決定権を持つことで、家族計画の普及や人口問題の解決に繋がるとして、リプロダクティブヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康と権利）という概念が提唱された。翌1995年第4回世界女性会議（北京会議）では、リプロダクティブヘルス/ライツが再確認された。女性の人権には、リプロダクティブヘルスを含め、性に関して強制や差別、暴力のないあらゆる健康を享受する権利だけでなく、自らのセクシュアリティに関することを自ら管理し、自由と責任ある決定を行う権利も含まれた。また、会議で採択された北京宣言においては、家族は社会における民主主義の最小単位＝核であり、家族における女性の人権保障と両性の平等こそが必要不可欠であること、そして、家族の定義として、家族はその構成員やパートナーを排除するものではなく、包み込むものであるとする提言がなされた。これを受けて、日本では家庭内暴力のなかでも、配偶者虐待対策としてDV防止法が2001年に制定（内閣府男女共同参画局, 2001）され、女性に対するDVが人権侵害であることが明確にされた。これによりDVという語が広く認識された効果は大きい。法制定以降、保護命令の件数は確実に上昇しており、毎年2,000人以上の人が公的に暴力から保護されているという事実には大きな意義がある（筒井, 2010）。しかしこの時点の法律では、暴力は身体的暴力に限定され、加害者に対する退去命令は2週間の期限付きで一度なされるだけで、子どもへの接近を禁止する文言もなかった。

2004年の改正により、被害者の保護が一層強化された。この改正では、「当事者参画」の新しい政策形成過程として画期的であり、DVの被害を受けた女性や子どもたちを支援するNGO/NPO・婦人相談員などの婦人保護事業関係者・ソーシャルワーカー・弁護士・

心理カウンセラー・自治体関係者などが国会に集い、国会議員や関係省庁の担当者と意見交換を積み重ねた。戒能も一研究者として、意見交換会の「企画・運営チーム」に加わった。また報道関係者と被害当事者との懇談会や議員や政党へのロビーイングなども粘り強く行われた。この改正の最大の成果は、被害を受けた人の「自立」支援対策について国や自治体にその責務が課せられ、特に都道府県には、DV防止と被害者支援のための「基本計画」策定が義務づけられた。これは、支援現場の実態が語られることにより、加害者の責任の明確化、「脱出」の時の安全確保から生活の再建までの段階における途切れない一貫した支援が不可欠であり、被害を受けた人が被害から回復し、新たな一步を踏み出すための支援が必要とされる（戒能, 2006）ことを反映している。

またこの改正では、配偶者による暴力の定義が拡大されただけでなく、「法律婚」であっても「事実婚」であっても、あらゆるカップルに法律の適用範囲が拡大され、加害者が男性か女性かも問われなくなった。また暴力の捉え方も拡張され、直接的な身体的暴力以外に、精神的暴力や性的な強要も含まれるようになった。被害者を加害者から守る保護命令制度も改良されて、接近禁止命令（6ヶ月有効）などを通じた被害者の保護は離婚後も継続され、被害者本人だけでなく、被害者と同居する子どももその保護の対象とされた。また、退去命令の期間も2週間から2ヶ月に延長され、双方あるいはいずれかの申し立ても拡充された。配偶者暴力相談支援センターが都道府県に設置される等、DV被害者の自立支援を目指した地域の支援体制が整備された。

さらに2008年に第二次改正²が行われたが、この改正における主なポイントは、市町村に「DV防止基本計画」の策定と配偶者暴力相談支援センター（DVセンター）の設置を努力義務としたことである。また裁判所の保護命令の対象となる暴力に、身体に対するものだけでなく言葉などによる「脅迫」を加えるなど、保護命令制度が拡充された。具体的には、生命又は身体に害を与える内容の脅迫を受けた被害者を、保護命令の申立ての対象に追加し、加害者に対しては、保護命令の効力が生じた日から6ヶ月間つきまとい行為をしてはならないとする命令を出す制度を追加し、被害者の親族等の住所その他の場所において、その親族等の身边につきまとい、またはその付近を徘徊してはならないとする命令を出す制度を追加した。電話・メールによる脅迫なども禁止の対象になった。裁判所からの保護命令を通知する機関は配偶者暴力相談支援センターまで拡大、基本計画の策定に関する努力義務は市町村まで拡大した。

そして、2014年の改正では、これまでDV防止法の正式名称「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」に、「保護」を「保護等」とする変更が施された。また、生活の本拠を共にする関係（婚姻関係における共同生活に類する共同生活を営んでいないものを除く）にある相手からの暴力についても法律を準用することが追加され、「配偶者からの身体に対する暴力又は生命等に対する脅迫」が保護命令の対象になった（法10条）。「生命等に対する脅迫」とは、「被害者の生命又は身体に対し害を加える旨を告知してする脅迫」

することをいう。この法律にいう「配偶者」には、「婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者」（いわゆる事実婚）も含まれる。また、離婚後も引き続き暴力を受ける恐れがあることに鑑み、離婚または婚姻取消後であっても、配偶者であった者から引き続き更なる暴力を受ける恐れが大きい場合は、保護命令の対象になる。つまり生活の本拠を共にする交際相手（婚姻関係における共同生活に類する共同生活を営んでいないものを除く）からの暴力の被害者も法の適用対象となった。

2013年に、WHOがロンドン大学衛生熱帯医学大学院と南アフリカ医学研究協議会と共同で調査を実施した。女性に対する暴力の二大形態であるDVと性暴力の横行および健康への影響について、各国政府から提供されたデータにもとづく初のグローバルな調整結果が発表されたのである。この報告によると、世界の女性の3人に1人がパートナーによる身体的・性的暴力、あるいは非パートナーによる性的暴力を経験している。健康リスクについては、次のように指摘される。①うつ症状に陥るリスクは、被害を受けていない女性の2倍になる。②アルコール依存症に陥るリスクはほぼ2倍。③低体重児出産の可能性が16%上昇。④HIVその他の性感染症のリスクは1.5倍。⑤女性の殺人被害者のうち38%はパートナーの手で殺害されている。これらからWHOは、保健医療者の対応を改善するため、研修にDVや性暴力をとりいれること、DVが疑われる場合の適切なケア、性暴力被害者への包括的ケアの提供を勧告している（WHO, 2013）。

1-2 看護職におけるDV被害者支援の意義について

DV被害者支援は社会全体に関わることだが、まず被害者に接触する機会があるのは保健医療の領域の職にある人たちであることが多く、その対応の問題点はDV法の成立時から検討されていた。友田は、人間には自分以外の誰かを支配したり支配されたりせずに生きる権利があり、この権利を剥奪されると自尊感情を喪失し生きる勇気を失うことになる」と述べている。そして、「DVの問題は、親密な関係性を持つ2人のトラブルの範疇を超え、健康レベルにまで影響を及ぼすものである」という認識の必要性」を唱えていた（友田, 2000）。医療関係者（医師、看護師、助産師、保健師、ソーシャルワーカー等）は、暴力被害者の発見のキーステーションともなれば、相談窓口や避難所の取次役（入院など）ともなる。実際、病院に来る女性の中にはDV被害者が多く潜在しており、特に妊娠した女性のなかには「暴力の結果としての妊娠」のケースがあるからである（堀, 1999）。

本論が従来のDV研究と異なる点として、第1に、筆者の立場がある。助産師として研究し、看護実践においてDV被害者、加害者に直接的な支援を行うだけでなく、DVに関するコンサルテーションの依頼を看護師から受けている。またフィールドワークとしては、DV被害者を支援する地域の母子相談員など、関連職種から聞き取りを行っている。このような研究活動及び実践活動から、看護職を対象とした被害者の早期発見と、その予防のための教育プログラムの開発の着想に至った。

第2に、研究方法にフォーカス・グループインタビューを用いる³点である。これはグループダイナミクスを応用した質的な情報把握の方法であり、複数の人間のダイナミックなかかわりに関する情報を集め、系統的に整理して新しい理論を構築できる。最大の特徴は、グループダイナミクスの応用により、単独インタビューでは得られない奥深くそして幅広い情報内容を引き出すことが可能な点である（安梅, 2001）。筆者は、DV被害者支援に関わる公的及び民間機関の代表者、DV被害当時者と、FGIを実施し、共通理解と協働関係を深めている。対象者のリクルートにあたっては、様々な支援機関の責任者に依頼し、DV被害者の多様な背景を考慮しながら所属機関の目的に即して思いを語ることができ、被害者支援のテーマにも精通している担当者の推薦を受けた。また責任者からの協力依頼にあたっては、強制力が働かないよう配慮するように求め、責任者の同意を得ている。またDV被害当事者は、取材・報道された経験がある方に協力を依頼した。さらに、被害者に関わった経験のある看護職者へのグループインタビューを行っている。それらの調査に基づいて、看護職関係者が抱えるDV支援（介入）への困難について多角的に考察を行い、被害者の発見の方法と、被害者と支援者の間に存在する連携のあり方についても検討している。

第3に、DV防止法における発見と通報について着目した点である。通報は、医師のほか医療関係者にも積極的役割が期待されているが、被害者の同意が得られたうえで行われることが望ましいとされる。病院においても、通院および入院患者を近い距離で見守ることができる看護師・助産師・地域で活動する保健師・開業助産師には、DVの防止と発見、通報などに向けて、それぞれの職種に応じた役割が期待されている。病院を訪れるDV被害者は、様々な症状を呈していると推測できる。看護師として対応する場合、パートナーからの被害を打ち明けられるケースは少しずつ増えているものの、多くは二次的に把握するという。子どもの問題や、経済的支援を求めた際のうつ症状から、支援団体への相談を勧められて自覚する場合があると報告するカウンセラーもいる。この場合、教師や福祉関係者・カウンセラー・医療関係者に「背後にDVの問題があるのではないか」という問題意識がなければ、DV被害⁴は見過ごされてしまう（川喜田, 2000）。またなぜ心理的なサポートが必要なのかということについては、その周囲の人がよく口にする「逃げないということはそれほど深刻でない」、「あんな目にあっても一緒にいるのはやはり好きなんだ」という危険な思い込みが存在する。DV被害から逃げられない女性は、加害者の「家を出るともっとひどい目にあわす」、「どこまでも探す」などの言葉で縛られている可能性がある。このことから、できるだけ早い段階での発見、介入が必要と考えられる。また、みずから訴えることができない被害女性の心理を理解することが必要である。そこで、被害女性に遭遇した経験のある看護職の対応状況を明らかにすることが、被害者への心理的なサポートに繋がり、早期発見への第一歩になると考えた。

また、図2の男女共同参画局の配偶者暴力防止法の概要（チャート）には、「医療関係者

は、配偶者からの暴力によって負傷し、または疾病にかかったと認められる者を発見したときは、配偶者暴力支援センターまたは警察に通報することができる。その者の意思を尊重するように努めるものとする」との提示があり、DVへの関心をもって日々の業務にあたる必要がある。しかし、情報提供の努力義務については、国民（医師等）と示されており、看護職や他の専門職は明示されていない。被害者の保護については、被害者自身がアクセスしやすい方法が提示されることは前提として、医療現場とDV被害者支援現場との連携における支援体制の整備、システムの構築の向上を目指す上で、本研究の意義は大きいと考える。その一環として、看護職への教育プログラムの検討も課題であると考え。

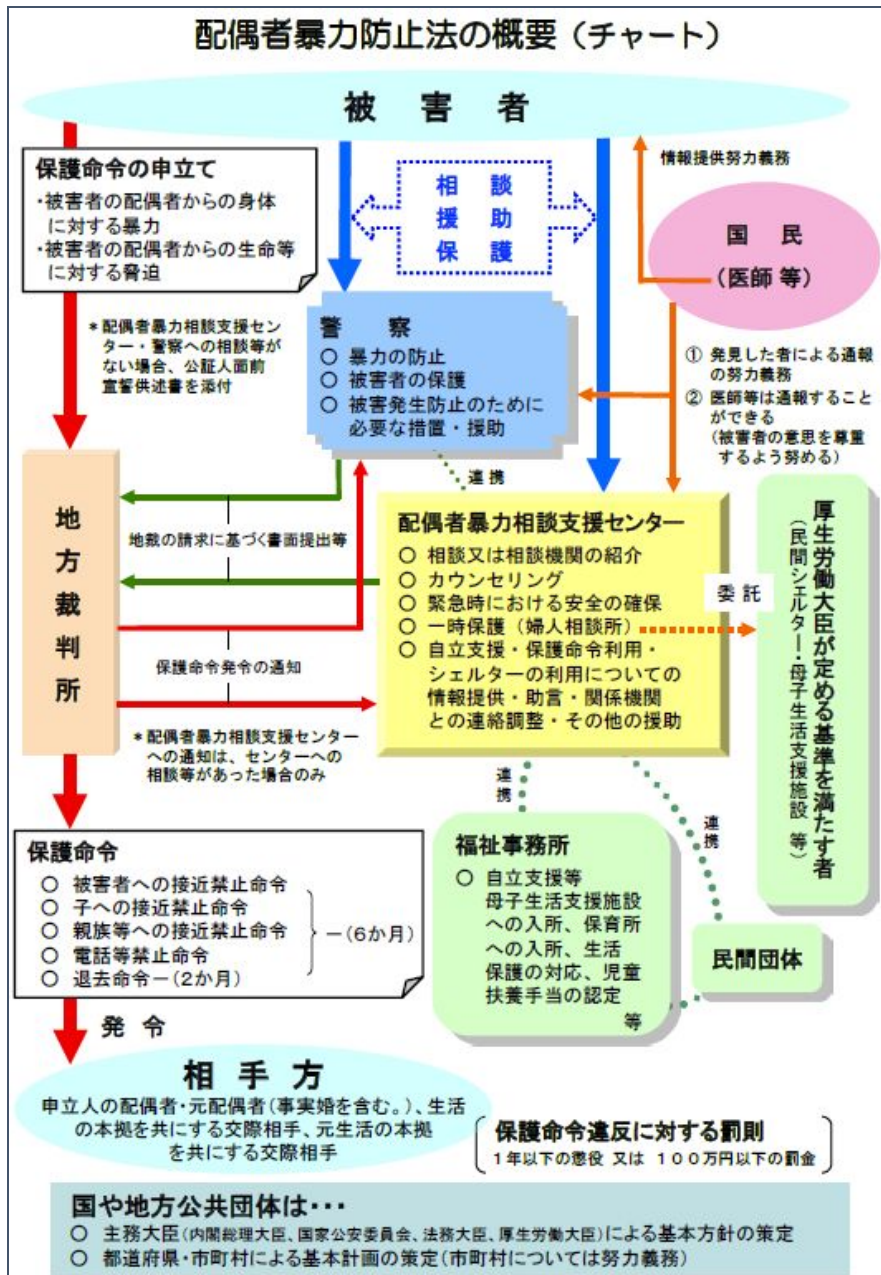


図 2 配偶者暴力防止法の概要 (内閣府男女共同参画局<http://www.gender.go.jp/e-vaw/low/haibouhou_pdf200226DV_panfu.pdf より引用, 2018)

第一章 総則

(定義)

第一条 この法律において「配偶者からの暴力」とは、配偶者からの身体に対する暴力（身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすものをいう。以下同じ。）又はこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動（以下この項及び第二十八条の二において「身体に対する暴力等」と総称する。）をいい、配偶者からの身体に対する暴力等を受けた後に、その者が離婚をし、又はその婚姻が取り消された場合にあっては、当該配偶者であった者から引き続き受ける身体に対する暴力等を含むものとする。

資料 1 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（最終改正：令和元年法律第 46 号）第一章から抜粋

第三章 被害者の保護

(配偶者からの暴力の発見者による通報等)

第六条 配偶者からの暴力（配偶者又は配偶者であった者からの身体に対する暴力に限る。以下この章において同じ。）を受けている者を発見した者は、その旨を配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通報するよう努めなければならない。

2 医師その他の医療関係者は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その旨を配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通報することができる。この場合において、その者の意思を尊重するよう努めるものとする。

3 刑法（明治四十年法律第四十五号）の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定により通報することを妨げるものと解釈してはならない。

4 医師その他の医療関係者は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その者に対し、配偶者暴力相談支援センター等の利用について、その有する情報を提供するよう努めなければならない。

資料 2 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（最終改正：令和元年法律第 46 号）第三章から抜粋

註

1. 見直し規定、本法は、施行後 3 年を目途として、施行状況等を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられる。

2. 制定当時のDV防止法は専門機関としての支援センターを設立するとともに、保護命令制度を新たに導入することを主な内容としていた。ただ、保護命令を裁判所における各種命令と同等のものとする、決定や手続き・資料収集などに時間がかかり、簡易・迅速性に欠けるという点が問題となった。
3. 少人数（1グループあたり5～6名程度）の対象者に対し、司会者が座談会形式でインタビューを行う調査手法である。対象者の中から出された発言や態度などを分析することにより、対象者の潜在的なニーズや行動に対する理解を深めることが可能である。
4. 川喜多はカウンセラーとして、結婚、夫婦という社会制度は、①自分で選んだとされる特定の相手との継続的な関係、②私的・閉鎖的な関係、③社会的な強者と弱者という固定的な力の格差のある関係、④男と女という一定の性役割心理の存在する関係、⑤カップルとしての性行為の介在する関係、このような性質を含み大きな危険をはらんでいると述べている。このような関係の中で男性が、自分の感情をコントロールできなかつたり、特権的な支配権をもつとみなしたりといった場合に、女性の側では、結婚という関係を守る意識に縛られる限り、対抗する手段は持ち得ないという。

第2章 DV被害者支援と医療および看護における先行研究

2-1 医療におけるDV研究への取組み

野田(2000)は、DV被害者支援における医療の関わりを調査し、医療現場の構造と医療関係者の意識に問題があることを指摘している。生命に関わる暴力を受けた被害者が搬送された場合、最初に対応する救命救急センター¹等のスタッフは、命を救うことを目標としており、暴力の原因に対する情報分析²は二の次にすることが想定できる。この段階で暴力の背景まで把握することは困難である。但しこのようなケースは、警察が介入することが多いので、被害者を加害者から保護することはできる。しかし傷害が軽傷での外来受診においては、パートナーが同伴する場合³が少なくない。このとき、もしパートナーが加害者であった場合、DV被害者が暴力の情報を伝えることはきわめて難しい。そうでなくとも、抑うつ状態になっているか、自分自身が悪いとコントロールされている⁴ケースも考えられ、加害の事実を被害者から聞き出すことは至難の業である。日常的に繰り返される暴力から発症した自律神経系の症状に対して、内科受診における検査では、異常がないと診断される場合もあり、また本人も被害者と自認していないこともある。外傷の統計から見ると、性別は男性が多く、受傷原因は交通事故、労働災害、暴力、スポーツなどであり、女性に対する暴力が注目されず詳しい分析が遅れたとされる(野田, 2000)。

日本においてはDV防止法が制定される前後から、臨床心理学系を皮切りに、DV被害に関する事例研究が報告されている。精神科医師からは、暴力が日常化し骨折を繰り返しシェルターに保護された女性が、DV被害による慢性PTSD⁵と診断され薬物治療を実施した症例(加茂, 2002)が報告されている。また、DV被害者に特徴的なのは、身体の左側に外傷が多いことで、右利きの加害者が多いことが原因とされている。特に加害者の平手・拳手打ちによる鼓膜穿孔が左にみられやすい。しかし、短時間の診療で外傷の真の原因を追求することの困難性(宮崎, 1994)がある。他にも、1986年から1996年までの10年間に、外傷性鼓膜穿孔と診断された160名172耳についての報告では、148例は一側の穿孔であった。その受傷原因として介達性(平手打ち・打撲)では、特に女性は男性の暴力により左耳の損傷が多く、男性では校内暴力や虐待児のケースも認めたとある。この検討では、鼓膜を直接傷つけて穴をあけてしまう直達性鼓膜穿孔と耳をたたかれたりボールが当たったり等で鼓膜の内外への急速な気圧の変化のため孔があく介達性鼓膜穿孔に分けられ、大きな差はないものの社会医学的にみると多くの問題点を含有している。伊藤ら(1998)は、特に家庭内暴力の場合、プライバシー保護が問題となると述べる。医師の守秘義務により事情を知っても治療以外は関われない症例も多い。しかし幼少児の虐待例などは殴打が繰り返される場合もあり、関係行政部門に連絡あるいは相談すべき時代に立ち至っているという報告もある(伊藤他, 1998)。また市立病院の耳鼻咽喉科医師によると、DV被害による喉頭外傷の30代前半の患者を診療し退院時に配偶者暴力相談支援センターに情報提供を

行い、退院後は実家に戻り外来での経過観察を予定していたが、複数回の電話連絡にもかかわらず受診されず、その後の経過は追えていないが存命であることはその都度確認していたとのことである（飯塚他, 2009）。身体的、精神的被害者の約70%は、医師の診察を受けていることが明らかになっており（内閣府, 2007）、医療機関での対応をふまえた報告もある。救命救急センターに搬送された、上腹部を踏みつけられて受傷した20歳代女性と、上腹部、側腹部を蹴られて受傷した20代後半の女性の鈍的単独腓損傷の2例について消化器外科医師が報告している（中島, 2005）。他に小児科、産婦人科医師からは、妊娠中にA医療機関に診療し支援機関に保護されたDV被害妊婦14例の主な合併症は、精神神経疾患、感染症や双胎妊娠、流産、低出生体重児であった。13例は、保護までの妊婦健康診査への受診がDVによって阻害され、不規則な受診となっていたと報告されている（水主川他, 2010）。

また、こころの診療部からは、地域社会における児童虐待・親の問題（DVを含む）等の様々な環境で見られる精神症状とその対応について症状から治療までの対策報告（奥山, 2004）がある。リハビリテーション医療現場では、心因性運動障害を呈した症例についての報告がある。20代半ばで四肢の筋力低下が出現し入院加療となった例で、主訴は「力がでないので、子どもの養育ができない」であった。夫からのDVは、身体的暴力に加えて精神的暴力として行動の監視、制約し独占的で子どもにも危害を加え取り上げようとするのであった。主治医と相談し、おもに医療チームとしてその後の対策とアプローチを検討し、それぞれの役割を明確化した。心因性運動障害の治療の根本は精神療法であるが、PTを始め医療スタッフが身体運動や心理社会的背景に対するチームアプローチを通じて心の変化を求めていく必要性を述べている（宮古他, 2003）。このような医師のDVに関する研究では、事例報告が多くを占め、被害者の症状に対する特徴への報告がほとんどであった。そして、被害者支援の必要性は認識されているが、今後の対応への問題提起に留まっていた。被害者の保護や通報システムにまで踏み込むものはあまり見当たらない。続いて2004年頃から看護系、社会学や福祉系の研究報告が多く見られるようになった。

2-2 看護系におけるDV研究の取組み

看護系の研究では、友田（2000）は、「DVという問題は、社会問題や教育問題としてとらえられやすいが、あくまでも保健・医療の分野の視点でとらえる必要がある。」と述べている。また、この被害の最たるものに生命の危機があり、他者からの支配により人間としての尊厳を踏みにじられること、生きる権利のはく奪により自尊感情を喪失し、生きる勇気を失うことがある。この日常的な暴力を受け続けることによって、精神的・身体的な健康が維持できない状況に陥るからである（友田, 2000）。1998年の関西での調査⁶では、DV症例を経験した84施設中、46.5%にあたる39施設がDV症例を経験し、うち24施設が対応したと報告されている。病院がDV被害女性に遭遇する割合は、女性相談機関・児童相

談機関・福祉事務所など、他機関と比較すると低いことがわかる。その原因の1点目は、DVの被害が受診する程度でなく、家庭で対処できる程度であること、2点目は、病院を受診することすら困難な事態が生じていること、例えば経済的理由や監禁状態、保険証の問題を含むとされる（友田他, 2000）。このように2001年にDV法が成立した時点では、我が国の保健・医療機関によるDV問題への取り組みは、法曹・福祉関係・警察・行政機関・NGOなどよりさらに遅れていた。

堀（1999）は、医療関係者（医師、看護師、助産師、保健師、ソーシャルワーカー等）が、暴力被害者の発見、相談、避難（入院、避難所への引継ぎ）の大切なキーステーションとなるので、病院に来る女性の中にDV被害者が潜在していることを常に意識する必要性を述べる。また妊娠している場合は、性的虐待や身体的虐待を回避するための策として、つまり「暴力の結果としての妊娠」の可能性があることを想定するよう特に取り上げて記している。DV防止法の制定に伴い、DV被害者を早期発見するためのスクリーニング体制やその支援に関する研究（山田, 2008）が報告されるようになった。一方、看護管理職を対象とした調査において、DVに対する認識度について9割以上が「DV」という言葉を知っているが、「DV防止法の内容をまで知っている」者は約半数、「DV被害者受け入れ支援機関を知っている」は2割、「DV問題に関する研修会に参加したことがある」と回答した割合は1.5割に留まっていることが指摘されている（今村, 2007）。

1996年のWHO（世界保健機関）主催の協議会において、「女性に対する夫・パートナーによる暴力が、女性の健康に及ぼしている影響とその危険因子に関する国際的研究を行うべきである」という提言がなされたことをきっかけに、WHO保健政策部（Global Programme on Evidence for Health Policy）が企画しWHO「女性と健康とドメスティックバイオレンスに関する国際調査」（WHO：Multi-Country Study on Women）を行った。これは1997年に発足し、今までに日本を含む十ヶ国余りが参加している。WHOは、DVを健康問題として捉えDVによる健康被害は、夫・パートナーによる身体的または性的暴力が直接原因となるケガに留まらず、睡眠薬・鎮痛剤の乱用、自殺念慮などの精神症状、セクシュアル/リプロダクティブヘルス・ライツへの悪影響が含まれるとしている。また、これらの健康被害の対象は、暴力を受けている女性だけでなく、その子どもにも及んでいる。子ども達はDVによる直接的・間接的影響を受け、行動・情緒・学習において多くの困難を抱えていることが指摘されている（Bancroft, 2004; 吉浜他, 2007）。

米国におけるDVへの取り組みについて、マサチューセッツ総合病院（通称：MCH）HAVEN（DVプログラム）のスタッフである山田は、MCHにおけるDV対応プログラムと医療スタッフトレーニング⁷を次のように紹介している。1992年に委員会が発足して対策が始まったが、その目的は、入院中の患者と全ての従業員（研究員、医学生インターン等含む）16,000人に対する病院内での対応の現状調査と、その内実を向上させるためである。これは病院全体として取り組んでいるものである。その対策委員会の構成員は、医

師、看護師、ソーシャルサービス、EPA（従業員アシスタントプログラム）、法務部、警備部、人事部、チャプランシー（牧師）、レジデンシー（医学実習を統括する部署）等と多岐にわたり、全体としての取り組みは徹底している。これによりすべての入院病棟、救急部、産婦人科ならびに小児科において、DVのスクリーニングが義務付けられている（山田, 2000）。

日本では、DV防止法の成立当初に、所属する公立病院の管理部から研修参加を命じられたケースや、病院でワーキンググループを立ち上げたという看護職からの情報はあがるが、MCHのプログラムのような病院全体としての取り組みはほとんどない。聖路加国際大学では女性を中心としたケア研究班が、「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 2004 年版」を発行した。同年のDV防止法の改正に伴って、医療機関に活用され、被害者支援のシステムが展開されることが期待されたが、その成果は乏しい状況である（聖路加看護大学女性を中心としたケア研究班, 2004）。

また川原らは、妊娠期の女性とDVの関連について、産科医療スタッフの4割がDV被害を受けた妊婦に接していること、その内訳は初産婦が約6割であり、背景に「離婚」「未婚」「未成年」「妊娠前からのDV被害」「健診料や分娩料の未払い」等が見られること、発見の契機となるのは「本人の告白」「あざや傷」「夫の態度」であることを明らかにした。しかし、その時点では、外来の妊婦健診では見逃している例も多いといえる。これら、DV被害は女性のみならず、胎児・乳幼児の健康にも影響を及ぼすため、妊婦健診のシステムで生活背景に対応できる仕組みを加えることの必要性を述べている（川原他, 2011）。さらにDV被害者支援は、支援者も困難感を抱く要素がある。DV被害が顕在化されて初期介入を図ろうとしても、自らの経験不足や医療スタッフの協力が得られないことで、看護ケアに対する理想と現実とのギャップが生じるという。DV被害者が求める依存的、受動的な人間関係は、支援に携わる看護職のストレスとなり、他の保健医療従事者からの指摘は看護職に内省を促す。この看護職の内省を活かすことができれば、DV被害者の発見や支援に役立つ看護がなされると述べている（山田, 2013）。

片岡他（2010）は、聖路加国際大学ケア研究班が作成した「周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン 2004 年版」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。そののち、無記名式の質問紙による調査を行っている（回収率 16・2%）。その結果、医療機関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と続く困難性が高かったと述べる。しかしスクリーニングや通報の向上は手段のひとつに過ぎず、さらに重要なのは、支援者が被害女性の

自己決定を損なわず、安全を確保できるような介入をしなければならない点である。被害女性が助けを求めることの障害となる要因は、主なものとして「相談するほどのことだとは思わなかった」「それほどひどくなかった」という回答にみられる。日本社会に根強い、「女は我慢するのが当たりまえ」という認識である。結果的に、誰にも相談できず、公的・民間の専門的な支援機関を利用しない傾向が生まれ、医療機関においては、往々にして医師主導のコミュニケーションのため話をするのは難しいことが指摘されている（吉浜他, 2007）。この周産期対象の問診票に、DV被害の有無を記載しスクリーニングを行うというガイドラインの必要性（堀内他, 2004）や、医療現場とDV被害者支援機関との連携における支援体制の整備、医療機関における切れ目ないシステム構築も緊急課題とされる（山田, 2006; 菅原, 2010）。

山本（2008）は、被害女性と遭遇する際の状況と、被害女性に生じる健康問題の詳細を明らかにし、医療機関におけるDV被害者支援への援助のあり方を検討することを目的に、医療従事者35名（医師2名、看護職32名）、被害経験女性6名に対しインタビュー調査⁸を行っている。それによると、「DVを沈黙していると思われる女性はあるものの、一方で医療従事者の問いかけに対し、DVの事実を告知する女性や看護師にDV問題を相談する女性もいることがわかつ」とおり、援助の方法としては患者との信頼関係の構築と、プライバシーを配慮した環境で患者の話聞き意思決定を支える治療、ケアの実践が効果的であると述べる。また医療従事者と地域住民の密な信頼関係も強みになるという。これらの研究が示唆するように、DVは健康へ長期的な影響を及ぼすことから、被害者と医療現場で遭遇しうる看護職の役割が重要である。しかし看護系の研究報告は、医療機関でのDV被害者支援の実態報告と外部機関との連携システムの必要性に言及する（山田, 2008 ; 山田, 2006 ; 今村, 2007 ; 菅原, 2010）までにとどまっており、医療とDV被害者支援機関との協働した支援体制システムの構築についての文献は、まだ乏しいと言える。

註

1. 救急指定病院のうち急性心筋梗塞、脳卒中、心肺停止、多発外傷、重症頭部外傷など、二次救急で対応できない複数診療科領域の重篤な患者に対し高度な医療技術を提供する三次医療機関である。
2. 被害状況等で警察が介入している場合は、配偶者の検挙、指導、警告、自衛、対応策についての適切な措置をとることになる。傷害等の状況によって、生命に関わる場合は、本人の同意に関わらず警察の介入が容易となる。
3. 加害者が受診時に同席した場合、被害者は暴力の事実を伝えられないことが多い。暴力の被害を訴えた場合でも適切な対応ができずに、被害者の非を責め、二次的被害を発生させる可能性がある。

4. DVの本質は、精神的なコントロールにあるといわれ、相手を失わず自分の思い通りにし続けることを目的としている。加害者の特徴として、力を誇示して相手を怯えさせ、大声を出して脅す、相手の嫌がることを言うことや、相手を見下し続け相手の無能さや馬鹿さを強調させて無力感を与える。お金を渡さず友人、知人と会わず社会から隔離し精神的に追い込む。
5. 一般にPTSDでいわれている心的外傷とは、通常の人を経験する範囲を超えた出来事で、ほとんどすべての人に著しい苦痛となるものとされている。3ヶ月未満に発症するものを「急性PTSD」、3ヶ月以上に発生するものを「慢性PTSD」、外傷6ヶ月以降に発症を「発症遅延PTSD」という。
6. 1998年9月～12月に、大阪府下に存在するDV援助機関と思われる機関を抽出。460施設（福祉事務所：67施設、女性相談機関：57施設、児童相談機関：129施設、保健所：67施設、法曹：33施設、その他（大阪市心配ごと相談を所）：9施設）発送数819、回収数221（各施設回収率：21.2%～66.7%）。平成10年度大阪府ジャンプ活動助成事業としての助成を受け、アンケート調査による大阪府下のDV関係の対応状況や抱えている問題などを総合的に検討し、報告したものの一部をまとめている。
7. ボストンにおいては、1995年、Conference of Boston Teaching Hospitals(CBTH)において、マサチューセッツ州内の11の病院が参画しDV審議会が発足し、それ以降州内の医療機関でのDVへの取り組みに対するイニシアティブをとっている。
8. 研究協力者の選定および依頼は、スノーボール・サンプリング法。インタビュー対象となった医療従事者35名の所属は、女性医師2名40代：整形外科、産婦人科、助産師・看護師・准看護師（20～50代）：救急外来6名、外科診療所5名、整形外科診療所3名、病院外科病棟3名、病院整形外科病棟2名、産婦人科診療所2名、精神科・心療内科2名、脳神経外科診療所3名、耳鼻咽喉科診療所2名、小児科診療所2名、眼科診療所1名、訪問看護センター1名であった。インタビューガイドを用い、半構成的面接で対象者1名に対して研究者のみで実施している。

第3章 看護職のDV被害者との遭遇と支援の現状

DVは健康に長期的な影響を及ぼすことから、医療者の関心事となる。それだけでなく、医療職者・看護職者は被害者の身体的・精神的な状態や兆候（ときには加害者側の様子）にまず気づく存在でありうる。だから、医療とDV被害者支援機関が協働した支援体制システムの構築が急務の課題と言える。そこで第3章では、看護師、保健師、助産師それぞれのDV被害者との遭遇経験とその支援の実態を明らかにし、看護職（看護師、保健師、助産師）、看護管理職それぞれに求められるDV被害者支援の手がかりを得ることを目的とする。

3-1 看護職のDV被害者との遭遇状況、及び支援の実態調査—関西地区A県内—

3-1-1 対象と方法

1. 調査対象：関西地区A県の複数の診療科を持つ県立A病院（約930床）に所属する看護師、助産師、保健センター等の区市町村に所属する保健師、A県助産師会に所属する助産師の1,380名に調査協力を依頼し、協力が得られた926名を対象とした。
2. 調査期間：2010年12月～2011年1月末日。
3. 調査方法：調査は、無記名自記式調査票（資料1～2）を用いた。配布方法は、A県のA病院看護部を通じて看護師、助産師に調査依頼し、承諾後調査票を配布、回収した。また、保健師には、保健所健康増進課に調査依頼し、郵送法により市町村及び保健所保健師に配布、回収した。助産師にも同様に、A県助産師会に調査依頼し配布、回収した。
4. 調査項目：山田他（2006）の調査項目を参考に、年齢、経験年数、所属等を質問する調査対象者の属性と、職場におけるDV被害者支援マニュアル有無、DV被害者の遭遇の実態、DV被害者と判断した根拠、観察事項、関係機関との連携状況等の項目で構成した。
5. 分析方法：DV被害者遭遇の実態や、DV被害者と判断した根拠、観察事項、関係機関との連携状況等を単純集計した。また、看護師、保健師、助産師の3職種でのDV被害者の遭遇実態、DV被害者と判断した根拠等について χ^2 検定を用いて比較分析した（有意水準5%未満）。また自由記載については、意味のある文節または文脈を1文1記録単位として抽出し、同義的とみなすことのできる内容を集約した。
6. 倫理的配慮：調査対象者には、調査の主旨と目的、研究への参加について自由意思を尊重すること、また研究の参加に伴い生じると思われる利益、不利益などについて書面に記載し質問紙票に添付した。協力が得られた質問紙票は郵送により回収後、保管庫で管理し、本研究以外の目的で使用することなく、研究終了後は規定に従いデータ消去・破棄する。調査結果の報告は、対象の匿名性、秘密の保持などプライバシーを

厳守した。尚、本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の承認 No. 324 を得て実施した。

保健師・助産師・看護師の皆様へ

「看護職における DV 被害者の遭遇とその支援」の実態調査へのご協力をお願い

奈良県立医科大学医学部看護学科

代表者 泉川 孝子

看護職は、DV（ドメスティック・バイオレンス）被害者に遭遇する可能性が高いと一般的に認識されております。しかし看護学生、看護職の9割以上がDVという言葉は知っていますが、DV防止法の内容まで理解している者は2割弱に留まります。また、看護職の多くがDV被害者の対応に困難を抱えており、医療現場とDV被害者支援現場との連携における支援体制の整備、システムの構築が緊急課題であると言われております。

WHOは、DV被害者の暴力による外傷ばかりでなく、不安、緊張感などの精神症状や、DVにさらされた子ども達の発達への影響を先行研究で明らかにし、DVを健康問題として捉えております。そこで健康問題に関わる看護職はDV被害者を早期に発見し、支援する役割として期待されています。

私どもは、平成22年度社会安全研究財団の研究助成を受けて、「看護職を対象としたDV被害者の早期発見及び、その予防のための教育プログラムの開発」に関する研究を行っております。今回、看護職の皆さまにDV被害者の遭遇とその支援の実態を明らかにすることを目的に本調査を実施したく考えております。ご多忙のところお手数おかけいたしますが、以下の調査用紙にご記入いただけますようご協力をお願い致します。調査用紙は〇月〇日までに同封の封筒に入れ返信お願いいたします。

【用語の定義】

○DV（ドメスティック・バイオレンス）とは、夫や恋人、パートナー等の親密な関係にある者でふるわれる（身体的、精神的、経済的、性的）暴力と定義しています。また、DV被害者とは、夫等の暴力を受けている妻のみを示すのではなく、その環境下で育っている子ども達も含まれます。

- アンケート調査にあたり、ご記入いただいた内容は、本研究の目的以外には使用いたしません。使用後のデータは、責任を持って破棄致します。
- アンケートは無記名で、統計的に処理しデータは厳重に管理することで施設、個人が特定できないように配慮します。
- 研究参加については、自由意志に基づくもので、同意の撤回や辞退は可能であり、そのために不利益になることはありません。他への流出がないことをお約束致します。
- 尚、本調査は、山田典子等の「DV被害者に対する看護的視点の明確化と課題」研究を参考に調査用紙を作成しました。

上記の文面でご理解いただき、アンケート調査にご協力いただける場合は、アンケートにお答えください。アンケートの回答返送をもって、本研究に「同意」いただけたものといたします。

問合せ先：奈良県立医科大学医学部看護学科 助産・母性看護学

泉川孝子

Tel：0744-22-3051（内線 2765）

アドレス：izum-ta@naramed-u.ac.jp

資料 1 調査票依頼文

以下の質問にあてはまる番号等に○、もしくは（ ）にご記入をお願いいたします。

I あなたのことについてお伺いします。

- 1) あなたの年齢をお答えください。
①20～24歳 ②25～29歳 ③30～35歳 ④36～39歳 ⑤40～45歳 ⑥46～49歳 ⑦50歳代 ⑧60歳以上
- 2) あなたの性別をお答えください。 ①女性 ②男性
- 3) あなたの職種をお答えください。 ①看護師 ②保健師 ③助産師 ④その他（ ）
- 4) あなたの職位をお答え下さい。 ①スタッフ ②看護師長 ③統括責任者 ④その他（ ）
- 5) 勤務経験年数 ①5年以内 ②6～10年 ③11～15年 ④16～20年 ⑤21年以上
- 6) あなたの現在勤めている施設の機関についてお答え下さい
①総合病院 ②病院 ③診療所 ④助産院 ⑤所属機関なし
⑥市町村（保健センター ・ 包括支援センター ・ 障害福祉 ） ⑦県（保健所）
⑧訪問看護ステーション ⑨その他（具体的に ）

総合病院、病院、診療所に勤務されている方へ

下記の該当科に○で囲んでください

- ① 外来：産科・救急救命・精神科・婦人・外・小児・整形・耳鼻・眼・皮・泌尿・歯科
・その他（ ）
- ②病棟：産科・NICU・小児・精神・内・外・ICU・CCU・婦人・外・小児・整形・耳鼻・眼・皮・泌尿・
歯科・その他（ ）

II あなたが勤務されている施設のDV被害者支援研修及びマニュアル、システムについてお伺いします。

- 1) DV被害者の支援についての研修を受けたことがありますか。
①ある ②なし
↓
研修を受けた該当番号すべてに○をつけて下さい。
①職場でのDV被害者支援研修に参加 ②個人的にDV被害者支援研修に参加した
③その他（具体的に書いてください ）
- 2) あなたの職場では、DV被害者支援マニュアルやDV被害者支援のためのシステムづくりがありますか。
①ある ②検討中である ③必要性を理解しているが、検討していない。 ④なし
↓
その内容について、よろしければお書きください

III あなたのDV被害者（疑いを含む）との対応状況についてお伺いします

- 1) あなたは、DV被害者の患者様（疑いも含む）に接した経験はありますか
①ある（ ）例 ②ない ③わからない
↓
死亡例（なし ・ ある ）例

DV 被害者（疑いも含む）に遭遇した経験のある方に伺います

A) あなたが、DV 被害者（疑い含む）と判断した理由について項目(1)～(6)の間に答えてください。

(1)本人が DV であるといった	①はい	②いいえ	③分からない
(2)付き添った人が DV であるといった	①はい	②いいえ	③分からない
(3)他の専門職から聞いて DV だとわかった	①はい	②いいえ	③分からない
(4)直接的に本人に DV について質問した	①はい	②いいえ	③分からない
(5)本人の外傷の状態から DV だと判断した	①はい	②いいえ	③分からない
(6)本人も言わず、こちらも聞かなかったが外傷以外の状況から、DV ではと思った	①はい	②いいえ	③分からない

その他：(1)～(6)以外で DV 被害者（疑い含む）だと判断した理由があればお書きください

B) あなたが、DV 被害者（疑い含む）において観察したことについてお伺いします。

(1)殴られたり、蹴られたり、引きずられたような傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(2)刃物で切ったり、さされたような傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(3)たばこの火を押し付けたよう火傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(4)本人の状況説明とけがの程度が一致せず不自然だった	①あった	②なかった	③分からない
(5)望まない性行為やレイプを受けたようだった	①あった	②なかった	③分からない
(6)避妊に協力してもらえず中絶を繰り返していた	①あった	②なかった	③分からない
(7)胸や性器・肛門に不審な傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(8)親・兄弟・友人などとの交流が制限されているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(9)ストレスによる不眠・うつ・パニック障害などにより生活に支障をきたしているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(10)家族が必要な生活費を渡さず、経済的に困窮しているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(11)家族間の会話が聞こえたが、おどされたり、なじられたりされているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(12)付き添いの家族の説明が不自然で、当事者の反応が極端（無表情・沈黙・多弁等）だった	①あった	②なかった	③分からない

その他：(1)～(12)以外で DV 被害者（疑い含む）において観察したことがあれば、お書きください

C) DV 被害者相談機関への紹介をおこないましたか

(①ある ②ない ③わからない)

理由に該当するものに○をつけて下さい。

- ① 相談機関を必要としなかった ②本人が望まなかった
③ わからなかった ④その他_____

(どこへ紹介したか、お書き下さい_____)

D) DV 被害者支援で困ったことは、どんなことですか

DV 被害者に遭遇した経験のない方に伺います

A) あなたは、下記の観察した事例に遭遇したことはありますか

(1) 殴られたり、蹴られたり、引きずられたような傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(2) 刃物で切ったり、さされたような傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(3) たばこの火を押し付けたよう火傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(4) 本人の状況説明とけがの程度が一致せず不自然だった	①あった	②なかった	③分からない
(5) 望まない性行為やレイプを受けたようだった	①あった	②なかった	③分からない
(6) 避妊に協力してもらえず中絶を繰り返していた	①あった	②なかった	③分からない
(7) 胸や性器・肛門に不審な傷があった	①あった	②なかった	③分からない
(8) 親・兄弟・友人などとの交流が制限されているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(9) ストレスによる不眠・うつ・パニック障害などにより生活に支障をきたしているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(10) 家族が必要な生活費を渡さず、経済的に困窮しているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(11) 家族間の会話が聞こえたが、おどされたり、なじられたりされているようだった	①あった	②なかった	③分からない
(12) 付き添いの家族の説明が不自然で、当事者の反応が極端（無表情・沈黙・多弁等）だった	①あった	②なかった	③分からない

↓
 (1)～(12)で「あった」が一つでもあった方に伺います。

B) DV の被害者ではないと判断した理由について

(1) DV があるかないかとの視点では観察しなかった	①あった	②なかった	③分からない
(2) 本人が DV でないといった	①あった	②なかった	③分からない
(3) 付き添った人が DV でないといった	①あった	②なかった	③分からない
(4) 医師や他の専門職が DV と判断しなかった	①あった	②なかった	③分からない

(5) DVであろうが、なかろうが、処置や観察には特別な違いはないから	①あった ②なかった ③分からない
C) その他：(1)～(5)以外で DV 被害者（疑い含む）ではないと判断した理由があれば、お書きください	
<p>.....</p> <p>.....</p>	
IV 看護職における DV 被害者支援についてあなたの考えを下記にお書きください。	
自由記載	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
以上です。	
ご多忙のところ、ご協力ありがとうございました。	

資料 2 自記式質問紙票1頁から4頁

3-1-2 調査結果

1. 対象者の背景

質問紙の配布数は1,380部、回収数は955部（回収率69.2%）、有効回答数は926部（有効回答率67.1%）であった。分析対象は926人であり、職種別の有効回答率は、看護師が577人（71.9%）、保健師が238人（63.6%）、助産師が111人（54.7%）であった。

表1は、分析対象者の背景を示す。男女割合について、看護師では49名（8.1%）の男性から回答があったが、他の職種は全て女性であった。年齢構成について、看護師は20-30歳代を併せて74%であった。保健師、助産師は、30-40歳代が、それぞれ68%、58%であった。職種別の経験年数割合は、5年以内が看護師39%、助産師26%、保健師は21年以上が33%であった。また、所属機関・部署は、看護師が「病棟」82%、「外来」12%、「病棟・外来」の両方に勤務する者が2%、その他4%であった。保健師は、「保健所」21%、「保健センター」が74%であった。助産師は、「総合病院、病院」78%、「診療所」9%、「助産所」が7%、その他・不明6%であった。

2. 看護職種別のDV被害者支援研修と支援マニュアルの整備実態

DV被害者支援研修を受講していたのは、保健師が68人（29%）であった。次に助産師が23人（21%）、看護師が22人（4%）であった。また、職場の研修を受講した者が保健師及び看護師では55%、助産師は13%であった。個人的に研修を受講した者は、助産師が39%、保健師が32%、看護師が9%であった。

表3から職種別のDV被害者支援マニュアルの整備状況は、「ある」と「検討中」を併せると、保健師が19%、助産師が12%、看護師が7%であった。「検討なし」は、3職種において約60%を示した。

表 1 対象の背景

項目	列1	看護師(n=577)	保健師(n=238)	助産師(n=111)
年齢	20～29歳	256 (44%)	34 (14%)	25 (22%)
	30～39歳	175 (30%)	72 (30%)	31 (28%)
	40～49歳	96 (17%)	90 (38%)	33 (30%)
	50～59歳	37 (6%)	40 (17%)	18 (16%)
	60歳以上	9 (2%)	2 (1%)	4 (4%)
	不明	4 (1%)		
性別	女性	528 (92%)	238 (100%)	111 (100%)
	男性	49 (8%)		
経験年数	5年以内	227 (39%)	41 (17%)	29 (26%)
	6～10年	134 (23%)	34 (14%)	19 (17%)
	11～15年	64 (11%)	52 (21%)	20 (18%)
	16～20年	66 (12%)	38 (15%)	18 (16%)
	21年以上	82 (14%)	83 (33%)	24 (22%)
	不明	4 (1%)	0	1 (1%)
看護職の配属場所	病棟	476 (82%)	保健所 51 (21%)	総合病院 72 (65%)
	外来	68 (12%)	保健センター 176 (74%)	病院 14 (13%)
	病棟・外来	11 (2%)	その他 10 (4%)	診療所 10 (9%)
	その他	22 (4%)	不明 1 (1%)	助産所 8 (7%)
				その他 2 (2%)
			不明 5 (4%)	
職位	スタッフ	544 (95%)	173 (73%)	87 (78%)
	管理職	28 (4%)	24 (10%)	8 (7%)
	その他(非常)	5 (1%)	28 (12%)	13 (12%)
	不明		13 (5%)	3 (3%)
単位：人(%)				

表 2 職種別のDV被害者との遭遇実態

	ある (%)	ない (%)	わからない (%)	回答なし (%)	合計
看護師	115 (19.9)	374 (64.8)	67 (11.6)	21 (3.6)	577
保健師	133 (55.9)	90 (37.8)	12 (5.0)	3 (1.3)	238
助産師	67 (60.4)	33 (29.7)	8 (7.2)	2 (1.8)	111

表 3 看護職種別のDV被害者支援マニュアルの整備状況

	ある (%)	検討中 (%)	必要性有、検討なし (%)	検討なし (%)	回答なし (%)	合計 (%)
看護師	22 (4)	15 (3)	41 (7)	377 (65)	122 (21)	577 (100)
保健師	28 (12)	17 (7)	40 (17)	133 (56)	20 (8)	238 (100)
助産師	6 (5)	8 (7)	23 (21)	62 (56)	12 (11)	111 (100)

3. 看護職種別のDV被害者との遭遇実態

表 2 から、DV被害者との遭遇する割合が多いのは、助産師 60.4% (67 人)、保健師 55.9% (133 人)、看護師 19.9% (115 人) の順であった。また、DV被害者との遭遇経験のあった看護職者に遭遇数を尋ねたところ、保健師は 62 人、助産師は 28 人、看護師は 27 人から回答があり、1～3 例が全体の 94%を占め、最も多かったのは 7 例の保健師であった。職種によるDV被害者との平均遭遇数は、助産師・保健師が 2.0 人、看護師が 1.6 人であった。

看護職の年齢とDV被害者との遭遇経験の有無の関連性を分析すると、看護師では 20 歳

-39歳が33%、40歳-59歳が59%を占めた。保健師も同様に、20歳-39歳が40.9%、40歳-59歳が57.6%を占めた。助産師では、20歳-39歳が49.3%、40歳-59歳が47.8%とほぼ同じ割合であった。

4. 看護師の所属別DV被害者との遭遇実態

表4から、「外来」、「病棟」の所属別にみた看護師のDV被害者との遭遇状況は、「外来」所属の看護師は、「病棟・外来」の所属の看護師3人を含む25人(22%)であり、中央放射線部6人(29%)、ICU(集中治療室)・CCU(冠状動脈疾患管理室)、外科等の配置で遭遇していた。「病棟」所属の看護師は、90人(19%)であり、ICU・CCU14人(26%)、外科13人(22%)、内科11人(9%)、HCU(高度治療室)11人(9%)、精神科9人(29%)、NICU(新生児集中治療室)5人(20%)、産科3人(50%)、婦人科5人(24%)の病棟で遭遇していた。

5. 看護職種別のDV被害者と判断する根拠

表5は、看護職種別のDV被害者と判断した根拠の項目を示す。保健師や助産師は、DV被害者を判断する根拠に「本人がDVだと言った」が多く有意差を認めた($p<0.01$)。看護師は「他の専門職から聞いてDVだとわかった」が一番多く、保健師や助産師に比べ「外傷の状態からDVだと判断した」「外傷以外の状況から判断した」については、職種間で有意差を認めた($p<0.05$ 、 $p<0.01$)。「本人にDVについて質問して判断した」が、保健師では55人(41.4%)、助産師では30人(44.8%)であったが、看護師では14人(12.2%)であった($p<0.01$)。尚、分からないは無回答を含むが、DVだと判断することが困難だった可能性も考えられる。

表 4 看護師の所属診療科目と遭遇経験

	病棟		外来・その他		対象者数
	遭遇経験あり(%)		対象者数	遭遇経験あり(%)	
1 内科	11 (9)	120			11
2 外科	13 (22)	60	2 (29)		7
3 ICU・CCU	14 (26)	54	4 (80)		5
4 整形外科	0 (0)	32	2 (50)		4
5 精神科	9 (29)	31			0
6 NICU	5 (20)	25			0
7 婦人科	5 (24)	21	2 (67)		3
8 脳外科	3 (17)	18			1
9 泌尿器科	1 (6)	18			3
10 小児科	4 (24)	17			2
11 耳鼻科	2 (13)	16			2
12 HCU	11 (92)	12			0
13 歯科	0 (0)	8	1 (100)		1
14 眼科	2 (25)	8	1 (33)		3
15 皮膚科	1 (11)	9			0
16 産科	3 (50)	6			0
17 神経内科	3 (75)	4			2
18 中央放射線部			6 (29)		21
19 総合診療科			1		
20 口腔外科			1		
21 麻酔科			1		2
22 内視鏡			1		5
23 透析					
24 総合受付			1		2
25 輸血					2
26 化学療法					2
27 リハビリ					1
28 その他	3	6	2 (29)		7
29 不明					26
	90 (19)	465	25 (22)		112

表 5 看護職種別のDV被害者と判断した根拠

		看護師	保健師	助産師	p値
		n=115(%)	n=233(%)	n=67(%)	
①本人から	はい	48 (41.7)	102 (43.8)	55 (82.1)	**
	いいえ	49 (42.6)	27 (11.6)	7 (10.4)	0.000
	分からない	18 (15.7)	4 (1.7)	5 (7.5)	
②付き添った人から	はい	28 (24.3)	26 (11.2)	11 (16.4)	
	いいえ	55 (47.8)	74 (31.8)	36 (53.7)	0.620
	分からない	32 (27.8)	33 (14.2)	20 (29.9)	
③他の専門職から	はい	65 (56.5)	64 (27.5)	25 (37.3)	
	いいえ	24 (20.9)	41 (17.6)	27 (40.3)	0.062
	分からない	26 (22.6)	28 (12.0)	15 (22.4)	
④本人に質問	はい	14 (12.2)	55 (23.6)	30 (44.8)	**
	いいえ	68 (59.1)	50 (21.5)	22 (32.8)	0.000
	分からない	33 (28.7)	28 (12.0)	15 (22.4)	
⑤外傷の状態	はい	37 (32.2)	25 (10.7)	11 (16.4)	*
	いいえ	39 (33.9)	68 (29.2)	36 (53.7)	0.016
	分からない	39 (33.9)	40 (17.2)	20 (29.9)	
⑥外傷以外の状況	はい	27 (23.5)	22 (9.4)	6 (9.0)	**
	いいえ	37 (32.2)	74 (31.8)	40 (59.7)	0.001
	分からない	51 (44.3)	37 (15.9)	21 (31.3)	
			特徴	* p<0.05	** p<0.01

6. 看護職種別のDV被害者の観察項目

表 6 は、DV被害者と遭遇経験があると回答した看護職に、どのような事象を観察したかを尋ねた質問に対する回答を示す。「殴る、蹴る等の傷」は看護師が 51.3%と高く、保健師 30.8%、助産師 29.9%で、職種間に有意差が認められた ($p<0.01$)。「中絶の繰り返し」は、助産師が 18.6%と高く、看護師 2.2%、保健師 12.8%であり、「経済的に困窮」は、保健師が 47.5%と高く、助産師 32.2%、看護師は「分からない・無回答」が 54.8%であり、職種間で有意差を認め ($p<0.01$)、看護師は身体面の観察から判断することが多く、経済状況からの観察は低い結果であった。

また、「不眠・うつ・パニック障害など」の観察は、看護師 35.7% 保健師 51.9%、助産師 43.3%で、職種間に有意差は認められなかった。「付き添いの説明が不自然」は、看護師 18.3%、保健師 12.0%、助産師の 20.9%であった ($p<0.01$)。

7. 看護職種別のDV被害者相談機関との連携

DV被害者相談機関との連携を職種別でみると(表 7)、看護師は、「院内相談、医事課等」6件や「看護師長や医師」4件、「警察」等4件の順であった。保健師は、「女性センター」37件、「子ども家庭センター」30件、次に「市の担当課」14件、「家庭児童相談室」14件、「母子寮シェルター」13件の順であった。助産師は、「保健センター」12件、「子ども家庭センター」4件、「母子寮シェルター」等3件であった。

表 6 看護職種別のDV被害者（疑い含む）の観察

		看護師	保健師	助産師	p値
		n=115(%)	n=133(%)	n=67(%)	
① 殴る、蹴る等の傷	あった	59 (51.3)	41 (30.8)	20 (29.9)	* *
	なかった	27 (23.5)	58 (43.6)	27 (40.3)	
	分からない	29 (25.2)	34 (25.6)	20 (29.9)	
② 刃物による傷	あった	8 (7.0)	5 (3.8)	2 (3.0)	0.404
	なかった	66 (57.4)	90 (67.7)	44 (65.7)	
	分からない	41 (35.7)	38 (28.6)	21 (31.3)	
③ たばこの火傷	あった	9 (7.8)	8 (6.0)	7 (10.4)	0.401
	なかった	60 (52.2)	84 (63.2)	38 (56.7)	
	分からない	46 (40.0)	31 (23.3)	22 (32.8)	
④ 説明と怪我が一致せず不自然	あった	22 (19.1)	14 (10.5)	11 (16.4)	*
	なかった	40 (34.8)	73 (54.9)	27 (40.3)	
	分からない	53 (46.1)	46 (34.6)	29 (43.3)	
⑤ 望まない性行為やレイプ	あった	9 (7.8)	24 (18.0)	14 (20.9)	0.089
	なかった	48 (41.7)	54 (40.6)	27 (40.3)	
	分からない	58 (50.4)	55 (41.4)	26 (38.8)	
⑥ 中絶の繰り返し	あった	2 (1.7)	15 (11.3)	11 (16.4)	* *
	なかった	54 (47.0)	70 (52.6)	27 (40.3)	
	分からない	59 (51.3)	48 (36.1)	29 (43.3)	
⑦ 不審な傷	あった	1 (0.9)	0 (0.0)	2 (3.0)	0.343
	なかった	52 (45.2)	59 (44.4)	27 (40.3)	
	分からない	62 (53.9)	74 (55.6)	38 (56.7)	
⑧ 交流が制限	あった	25 (21.7)	46 (34.6)	17 (25.4)	0.094
	なかった	37 (32.2)	45 (33.8)	26 (38.8)	
	分からない	53 (46.1)	42 (31.6)	24 (35.8)	
⑨ 不眠・うつ・パニック障害など	あった	41 (35.7)	69 (51.9)	29 (43.3)	0.067
	なかった	29 (25.2)	33 (24.8)	16 (23.9)	
	分からない	45 (39.1)	31 (23.3)	22 (32.8)	
⑩ 経済的に困窮	あった	15 (13.0)	59 (44.4)	19 (28.4)	* *
	なかった	37 (32.2)	42 (31.6)	17 (25.4)	
	分からない	63 (54.8)	32 (24.1)	31 (46.3)	
⑪ おどされ、なじられたり	あった	15 (13.0)	13 (9.8)	12 (17.9)	0.200
	なかった	45 (39.1)	68 (51.1)	26 (38.8)	
	分からない	55 (47.8)	52 (39.1)	29 (43.3)	
⑫ 付き添いの説明が不自然	あった	21 (18.3)	16 (12.0)	14 (20.9)	* *
	なかった	40 (34.8)	75 (56.4)	25 (37.3)	
	分からない	54 (47.0)	42 (31.6)	28 (41.8)	
			特徴	* p<0.05	* * p<0.01

表 7 看護職種別のDV被害者相談機関

看護師	件数	保健師	件数	助産師	件数
院内相談、医事課等	6	女性センター	37	保健センター	12
看護師長と医師への相談	4	子ども家庭センター	30	子ども家庭センター	4
警察	4	市の担当課	14	母子寮シェルター	3
社会福祉施設	1	家庭児童相談室・児童福祉課	14	女性センター	2
保健所	1	母子寮シェルター	13	市町村の窓口	2
市の相談窓口	1	警察	6	保健所	1
子ども家庭センター	1	法律相談	4	元警察官のDV専門	1
		子どもサポートセンター	3		
		保健所	2		

8. 看護職種別のDV被害者支援の認識

DV被害者との遭遇経験の有無を問わず、調査対象者にDV被害者支援について自由記述欄を設け、意見を求めた。コードは、看護師 136 名、保健師 80 名、助産師 50 名の自由記載から、意味内容を示す記述を 1 コードとして抽出し、類似性に従いサブカテゴリー、カテゴリーとして集約し、職種別の表に示した。

表 8 は、看護師から 136 コードを抽出し、19 のサブカテゴリー、6 つのカテゴリーに集約された。6 つのカテゴリーは、【DV被害者の支援方法】【介入困難】【DV研修の意義】【早期発見への関わり】【相談窓口の必要性】【専門性】であった。

表 8 看護師の自由記載

カテゴリー	サブカテゴリー	コード例	n=136
DV被害者の支援方法	相談システム(マニュアル)	29	対応に困るので、マニュアルがあれば参考にしたい、
	観察の視点	15	DV被害の状況をとらえられる知識と相談できるシステムを知る
	情報収集(信頼関係)	4	被害者は家族に相談しにくい、看護職に心を許せるかもしれない
	さらなる(法的・)制度的な整備	3	被害後のフォローは大変であり、もっと助けるための行政の力が必要
	DV予防の啓発	3	身近ではないので、スタッフ間で意識づけしていく必要がある
	情報提供	2	信頼関係を形成し、避難所や関連法についての情報提供を行う
	看護師へのケア	2	看護師への精神的ケアを重視して支援するのがよいと思う
介入困難	関わりが困難	12	デリケートな問題であり、関わるのは難しい
	遭遇がなく分からない	9	今までDVを受けた子を見たことがないので実感がわからない
	DVの判断が難しい	3	どこまでを「DV」と判断していいのかわかりません
DV研修の意義	DV支援の知識が必要(事例検討、観察技術)	12	実際の事例などを可能な限り使用し、勉強会があればよい 学習会や講習があればご紹介いただきたい
	研修の機会がほしい(未経験)	10	セミナーなどを行い知識を普及させる。国からの支援の必要性
早期発見への関わり	早期発見の意義	9	DV被害また、その人を取り巻く家族などと接する機会が多い
	発見できる立場	8	訴えがなくても、医療者の視点からDVを発見する機会がある
	再発予防	2	DV再発防止に努めるようかわる必要がある
相談窓口の必要性	相談機関の設置	7	気軽に相談できる窓口があればいいと思う
	相談機関への連携	4	あいまいにすることが多いが、医師や相談機関と連携する
専門性	医師の対応	1	精神科医師が、適切に判断対処していた(この事例は勤務中)
	自分の専門外	1	特に専門外来(がん)のため、そちらに重点を置いている

表 9 は、保健師から 80 コードを抽出し、9 つのサブカテゴリー、4 つのカテゴリーに集約された。4 つのカテゴリーは、【DV被害者支援の実際と問題】【DV被害者支援機関の在り方と連携】【緊急保護体制の充実】【DVの予防啓発】であった。

表 9 保健師の自由記載

カテゴリー	サブカテゴリー	コード例	n=80
DV被害者支援の実際と問題	35 DVの専門的知識と支援	22 本人の発言以外に身体的な異常がないか、意識してみていく必要がある	
	DV被害者支援の実際	13 DVIにより身体の傷よりも、心の傷が大きく、そのフォローが必要だと思う	
DV被害者支援機関の在り方と連携	24 支援のスキルアップの必要性	12 研修の機会の確保・個人のスキルアップ・職場での役割の明確化が必要	
	支援関係者と機関の関係	12 社会的資源の情報を把握しておく、職場で担当者が孤立しないような体制	
DVの予防啓発	12 DV支援の意義	9 看護職として被害者に寄り添い、精神面のフォローを行うことは大切な役割	
	DVの一般向け予防啓発	2 知らない人も多いので、一般向けの啓発が必要と思う	
	看護職が被害者	1 看護職自身も被害者であることがあった	
緊急保護体制の充実	9 保護に向けての困難さ	7 本人の経済的な不安が大きく離婚などに踏み切れないことがある	
	緊急保護体制の充実	2 県下で、被害者支援の施設が少ない	

表 10 は、助産師から 50 コードを抽出し、5 つのカテゴリーに集約された。5 つのカテゴリーは、【DV被害者の理解と支援】【DV被害者の支援（保護）方法】【DV被害者との関わりの困難感】【DV研修の必要性】【DV遭遇事例報告】であった。

表 10 助産師の自由記載

カテゴリー	コード例	n=50
DV被害者の理解と支援	23 DVを防ぐには、世代間連鎖を断つことが重要と考える	
DV被害者支援（保護）の方法	16 観察することにより被害者を発見して、安心できる場所を作り、支援していくこと	
DV被害者との関わりの困難感	6 DV支援の難しさがある。関係機関の紹介はするが、本人の意思に任せている	
DV研修の必要性	3 定期的に研修などあればいいと思う	
DV遭遇事例報告	2 精神面に問題があり、ただ妊娠されておらず・・・	

3-1-3 考察

1. 看護職種別のDV被害者との遭遇実態について

本調査において、DV被害者との遭遇経験の割合は、助産師、保健師は、約2人に1人と高く、看護師は5人に1人であった。山田他（2006）の調査では、看護師は4人に1人であるが、治療が必要な傷のDV被害者を観察した経験が、保健師の3倍あったと報告している。今回の調査でも身体的な外傷を観察した経験は、看護師が多いという結果であった。菅原（2010）の調査では、皮膚科、耳鼻咽喉科など複数の診療科でDV被害者の受診があり、本調査でも看護師は、ICU・CCUや、外科、精神科、NICU、産・婦人科などの様々な診療科でDV被害者に遭遇していた。それは、保健師の仕事か被害の報告を受けてその対応に動くというのと異なり、多くはその本人や関係者の言葉ではなく身体に現れる「かもしれない」という状態・兆候を知るということを意味する。そして多くの看護師、とくに外来の患者を受け持つ看護師は、助産師のように比較的長く本人に接する

ことはなく、ときには一度だけ来訪する人に接する。「分からない」と回答しているのも看護師に多く、被害を受けていると判断することに困難を示していると考えられる。以上より、今回の調査自体からは看護師がどれだけDVを見逃しているかが明らかになったわけではないとしても、看護師がDVを見逃してしまっている場合が多いと捉えるべきであろう。本人の身体・精神的な状態をみてDVの被害を受けているかもしれないと疑うこと、その疑いをDVに対応する人や機関につなげることに至っていない場合が多いだろうことがみてとれるのである。

さらに、自由記載の欄には、本調査があったことによって初めてDVについて知ったことや、研修を未受講であること、支援方法が分からず介入の回避等に繋がっていることなどが記述されていた。これらの結果から、看護師にDV被害者支援に関する認識が不足していたことがわかる。看護師が被害者と遭遇する確率が低いのは、この点に原因があるかもしれない。とすると、一回限りであるかもしれない遭遇における確実というわけではない兆候をDVの発見・対応につなげるための仕掛け・仕組みが必要であろう。その一つには、すべての診療科を対象に、看護師の観察能力を活かしてもう一步踏み込んだ問いかけができるよう、DV被害者支援の研修や、被害発見後のマニュアルを作成することがあるだろう。その試みについて第6章2で紹介する。またその前に、看護師たちが実際にどのようにDVに接しているのかまたどのように捉えているのかをさらに知る必要がある。第4章・第5章ではグループ・インタビューによってそれを知ろうとしたその結果を報告する。

川原ら(2011)は、妊娠中のDVの実態や産科スタッフのDVへの意識を調査した結果、産科医療機関スタッフの約4割、助産師の約6割が、DV被害を受けた妊婦に遭遇していることを報告している。また、妊娠中から被害を受けていた女性は、そのうち約7割が産後にも暴力を受けていた(聖路加看護大学女性を中心としたケア研究班,2004)。本調査においても、助産師が、DV被害者との遭遇経験が高く、周産期はDV被害者を発見しやすい機会となることが示された。また、調査対象に1割の開業助産師がおり、妊娠期から、分娩、産褥期と継続的に関わるため、DV被害者に遭遇する機会があったと思われる。例えば、市町村から委託を受け「新生児訪問」「こんにちは赤ちゃん事業」¹として新生児～4か月の児とその母親を訪問しているようなケースは、乳児虐待や産後のDV被害状況を早期に把握しやすく、早期支援の重要な役割を保健師と共に担っていると言える(厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課,2009)。

保健師は、DV被害者との遭遇を多く経験している。これは、DV防止法の改正と児童虐待防止法との関連があると考えられる。2004年のDV防止法の改正後、市町村がDV被害者支援を整備し、女性相談やDV相談窓口が開設され、保健師に協働を求め、DV被害者支援への関わりを持つようになったと考える。一方、児童虐待とDVの世代間連鎖が指摘されており(日本DV防止・情報センター,1999)²、家庭内での暴力によるコミュニケー

シヨンの方法を学習した子どもは、将来、暴力による問題解決や、力での支配を試みることが報告されている。また、DVを見て育つ子ども達は、恐怖、不安にさらされ、行動面、情緒面、あるいは学習面での困難が生じ、健康問題を抱えており、杉山(2008)はこの様な子どもの状態を「第四の発達障害」³として位置付けている。従って、保健師には、訪問活動に加え、乳幼児の健康診査や健康相談において、DV被害者からの直接的な相談ばかりでなく、児童虐待、行動面・情緒面の発達課題を抱える子ども達への関わりを通して、その背景にあるDV被害者の発見とその支援が求められていると言える。

2. 看護師、保健師、助産師の支援実態の相違について

看護師のDV被害者相談機関との連携をみると、「院内相談、医事課等」や「看護師長や医師」、「警察」等の順であった。これはDV被害者だと看護師が判断する理由が、他の専門職からの確定情報が多いからである。保健師や助産師のように、DV被害者本人からの訴えや、本人への質問から得られた情報が少ないことを示す。保健師は、地域環境推進の視点からも市民の健康を把握し、業務上、相談や事例を次にどこへ持っていきべきかわかっている。助産師は、母子ケアに関わる以上、それを取りまく家族へも注意を払っているため、気づくことが多い。対して一般の看護師は、各症状別の疾患として理解しようとするため、DVの兆候に結びつけることが少ない。仮にそう思っても、次につなぐ方法がわからず困難であると考えられる。また、山田他(2006)の報告においても看護師は相談機関の知識の不足から連携がなされず、安全の確保に至っていないことが危惧されている。本調査から、研修の受講率は低く、DV被害者の支援にあたる相談機関の認知が不十分と考えられ、加えてDVマニュアル等も整備されていない状況がある。今後、相談支援センターの存在を知り、看護師からの連携システムが整い、連携が常態化することが望まれる。

保健師の連携先は、「女性センター」、「子ども家庭センター」、次に「市の担当課」、「家庭児童相談室」、「母子寮シェルター」の順であった。具体的な相談機関は認知しており、直接的な被害者対応における支援についての困難さが明らかになった。DV被害者の発見は、経済面や精神面についての観察に基づく場合が多い。そのDV被害者への対応の中で、支援する難しさが述べられており、被害者が自己を開示し、生活の安定を図るための長期的な支援のあり方を模索していた。また、児童福祉法に位置づけられている「こどもは赤ちゃん事業」の展開において、母子保健担当部署に限らず児童福祉担当部署にも保健師が配置されることが多くなっている。本調査でも、保健師は、特に子育て支援や児童福祉担当部署との地域での協働の基盤ができつつあることが推察された。加えて、健診システム等での早期発見につながるスクリーニングが整備されると、さらに虐待やDVの早期発見に繋がると考えられる。

助産師の連携先は、「保健センター」、「子ども家庭センター」、「母子寮シェルター」等であった。周産期におけるDV被害は、性的被害を含めて遭遇する可能性が高く、また夫や

パートナーとの接触もあり、助産師の認識は高いと思われる。また、DV被害者に遭遇した助産師の年齢に差異はなく、性的被害、乳児虐待を中心に妊産褥婦、新生児への安全を確保することは、常に念頭にあると考える。また個人的に研修に出向く率も高く、助産師の基礎教育にも取り入れられている成果であると考え。しかし、当然ながらDV被害を受けている当事者やパートナーの意識や認識に左右されることは、根本的な課題である。

3. 看護師、保健師、助産師に求められるDV被害者支援の在り方

看護職種別のDV被害者支援への困難感から見ると、看護師は、保健師や助産師と比べると、DV被害者と判断する際に自分の判断に自信が持てず、疑問を感じても本人に問いかけることもできていない現状がある。これは、DV被害を発見するための裏付けとなる知識の不足、および発見した時の対応への戸惑いから、視野が狭まっているからだと考え。これらは自由記載欄に、DV研修を望む記載が多々あったことから推測される。また、DV被害者に関わる際には、かなりプライバシーに踏み込むため、特に外来受診時には環境的配慮も必要となり、個室等の整備や時間の確保、もしくは院内相談部門との連携が望まれる。

保健師、助産師からの自由記載欄には、実際に関わっている事例から困難感が推察された。支援方法についても、DV被害者の理解や分析、より具体的な方法への模索が感じられた。DV被害には性暴力被害が含まれるので、より深刻な心の傷を残し、トラウマとなることも含めて、若い世代のパートナー間の関係性にも慎重に対応することが必要となる。自尊感情が低くなるため、自己肯定感を取り戻す支援の方法も必須となる。ようやく避難してシェルターでの生活が整っても、また元の夫、パートナーのところに戻ってしまうケースがあるからである。DVサイクルの中で、徐々に無気力と諦めのために動けなくなり逃げられない状態になっている(友田, 2005)⁴。周囲に古典的な夫婦の有り方を重視するアドバイザーがいると、さらにDVサイクルに陥ってしまう可能性が高くなると考えられる。西山(2010)⁵は、夫やパートナーとの性行為であっても、自分の身体に触れられるということについて、同意があるかないかによって大きな違いが生じると言う。それは「断ると暴力を振るわれる」「応じておけばしばらく自分の安全をキープできる」「夫婦(パートナー)だからしかたがないと思っていた」は本当の意味での同意ではないということである。これをDV被害者からの相談時に活かせば、次の段階の対応に踏み出すことができると考える。看護職種の相違はあっても、DV被害者に対する考え方を一致させて取り組む姿勢が必要である。自由記載にもあったが、一時的な研修に終わらず、事例を検討する機会を定期的に持つことが望まれる。夫婦間のトラブルは、子どもたちへの影響が避けられず、家族、親族へも波及することになる。地域コミュニティが崩壊しつつある現代には、ことさらDV被害者以外の親族にも注意をはらう必要がある。

看護職の職場環境において、佐々木(2010)は、医師から看護職に対して差別的言動が横

行する職場では、女性に対する暴力被害の支援の基礎的条件は整っていないと述べている。つまり女性の健康問題に取り組むに当たっては、職場の「女性差別」⁶から解消すべきであること、ジェンダーに基づく偏見の存在に医療者自身が気づかなければならない。本調査の回答のなかには、「看護師へのパワーハラスメント」、「看護職自身がDV被害者となっている」というものが、少数であるが見られた。医療における看護職の自立を踏まえて意見を述べやすい環境を確保することも、被害者支援に繋がると考えられる。

2010年4月、日本で初めて大阪府松原市の阪南中央病院内に、性暴力救援センター・大阪(SACHIKO)⁷がスタートし、被害直後からの総合支援が展開されている(加藤, 2010)。このように民間の努力も大切であるが、筆者が2011年に訪問したカナダのエドモントン市では、ソーシャルワーカーが中心となり、市がプロトコルや相談機関の紹介パンフレットを作成していた。それを協力的な民間企業や病院に配布するシステムである。日本においても、このような行政からの対策が望まれるところである。

3-1-4 小括

DV被害者の発見について、一般の看護師は、各症状を疾患として理解しようとするためDVの兆候に気づくことが少なく、仮に疑いを持っても次につなぐことは困難であることが明らかになった。看護師の被害者支援への認識を強化し、連携システムの整備を行うことが重要である。助産師は、母子や家族を中心にケアに関わる以上、認識が高く気づくことが多いので、連携先の整備がなされることが必要である。また保健師は、個々の事例への長期的な支援のあり方を模索していた。看護師、助産師等の所属機関には、DV被害者支援や連携を理解するための研修会の開催、DV被害者早期発見のためのスクリーニング体制(潜在的被害者を見つける)の強化、医療機関全体の対応マニュアル整備の必要性が求められる。また、DV被害の再発防止は保健師の強化を図り、個々のさらなる対応のために事例検討や健診時のチェックリスト等の開発、関連機関への連携の協働が求められる。加えて、DV被害者自身への啓蒙を図っていくことが必要である。

3-2 看護管理職におけるDV被害者との遭遇と支援の実態調—関西地区A県の調査から—

第3章1では、看護職(看護師、保健師、助産師)のDV被害者への遭遇状況、及び支援の実態調査(泉川他, 2011)について述べた。看護師は、保健師や助産師と比べると、各症状を疾患と結びつけて理解しようとするため、DVの兆候に気づきにくく、仮に気づいても次の機関に繋ぐことが困難であると明らかになった。ゆえに自分の判断に自信が持てず、疑問を感じても、本人に問いかけることができていない現状が明確になった。また、自由記載欄には、DV被害者への支援方法やDV研修を望み、相談場所を求めていることが記されている。ならば、まず、誰に疑いや悩みをもっていくか。専門的に対応する人や

組織がそれとして必要であるとしても、看護師たちにとってそうした人はまず自らの上司ということになるだろう。するとその看護管理職の人たちがDVについてどれだけの知識・認識があるのか、また看護師たちの疑いを受け取る用意・態勢があり、その疑いをどのようにどこにつなげているのか、またつなげようとしているのかはたいへん重要である。そこで、看護管職（看護師長、副看護師長・主任看護師）を中心に第1節と同様の調査を実施した。本節ではその結果を報告し検討する。

看護管理職対象のDV被害者支援に関する今村（2007）の調査では、9割以上が「DV」という言葉を知っているが、DV防止法の内容の認識は約半数に留まっている。また、1で述べたA県での調査においては、看護職がDV被害者対応と支援に困難さを抱き、管理者への相談や対応を求めている。この結果から、医療の現場で看護管理職の存在は、スタッフへの影響が大きいといえる。看護師長の役割は、主な業務として職場調整（看護師が働きやすい職場になるよう経営側と調整を行う）、部署の環境調整（所属部署の業務改善）、患者・家族対応（患者や家族対応の責任者）、シフト管理（所属部署の勤務シフトを調整）などがある。主任看護師（副看護師長）は、看護師長の補佐を行いながら所属部署看護師のサポートを担い、主な業務は、所属部署看護師のサポート管理（人間関係の調整・要望の伝達）、看護業務指導・管理（所属部署看護サービスの指導と管理）、師長補佐（師長不在時の代理業務）を行う。DV被害者支援現場と医療現場の連携・支援体制の整備、システムの構築は緊急課題であり（山田, 2006; 菅原, 2010）、その整備は、看護管理職の果たす課題でもあると考えた。そこで看護管理職が、どの程度の認識を持ちまたどのような対応・対策をおこなっているのか明らかにすることを目的とする。

3-2-1 対象と方法

1. 調査対象：関西地区A県の総合病院、病院、診療所に電話で依頼し、同意が得られた施設 29 箇所の看護管理職 539 名を対象とした。（14 箇所は、電話で対象者の確認、15 箇所：101～150 床は、5～10 部配布）
2. 調査期間：2011 年 6 月～2011 年 7 月。
3. 調査方法：調査は、無記名自記式調査票を用いた。配布方法は、A 県の A 病院看護部を通じて調査依頼し、看護管理部に承諾後調査票を配布、郵送にて回収した。
4. 調査項目：山田他(2006)の調査項目を参考にし、年齢、経験年数、所属等を質問する調査対象者の属性と、職場におけるDV被害者支援マニュアル有無、DV被害者の遭遇の実態、DV被害者と判断した根拠、観察事項、関係機関との連携状況等の項目で構成した第1次調査票をさらに検討、管理職用に一部修正した。
5. 分析方法：DV被害者遭遇の実態や、DV被害者と判断した根拠、観察事項、関係機関との連携状況等を単純集計した。また、看護管理職のDV被害者の遭遇実態、DV

被害者と判断した根拠等について、師長と主任のデータはクロス集計、 χ^2 検定を用いて比較分析した（有意水準5%未満）。また自由記載については、質的に分析した。意味のある文節または文脈を1文1記録単位として抽出し、同義的とみなせる内容を集約した。

6. 倫理的配慮：調査対象者には、調査の主旨と目的、研究への参加について自由意思を尊重すること、また研究の参加に伴い生じると思われる利益、不利益などについて書面に記載し質問紙票に添付した。協力が得られた質問紙票は郵送により回収後、保管庫で管理し、本研究以外の目的で使用する事なく、研究終了後は速やかにデータ消去・破棄する（現行では、10年保存となっている）。調査結果の報告は、対象の匿名性、秘密の保持などプライバシーを厳守した。尚、本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の承認 No. 324 を得ている。

3-2-2 結果及び考察

1. 対象者の背景

自記式質問紙の配布数は539部、回収数は539部（回収率69.2%）、有効回答362部（回答率67.1%）、対象者の年齢は、40～59歳175名（79.3%）、看護師長151名（41.7%）、主任看護師142名（39.2%）、所属別は、総合病院175人（47.5%）、病院158人（43.6%）、診療所3人（0.8%）、看護師長：不明29人（8.0%）、看護主任：不明29人（8.0%）（表1）。

表1 対象者の背景

項目	(%)	項目	n=362人 (%)		
年齢	20～24歳	2 (0.6)	経験年数	5年以内	9 (2.5)
	25～29歳	6 (1.7)		6～10年	15 (4.1)
	30～39歳	55 (15.2)		11～15年	40 (11.0)
	40～49歳	175 (48.3)		16～20年	70 (19.3)
	50～59歳	112 (30.9)		21年以上	227 (62.7)
	60歳以上	11 (3.0)		不明	1 (0.3)
	不明	1 (0.3)		病院	総合病院
性別	女性	348 (96.1)	病院		158 (43.6)
	男性	7 (1.9)	診療所		3 (0.8)
	不明	7 (1.9)	不明		29 (8.0)
結婚経験	有り	219 (60.5)	配属	外来	76 (21.0)
	無し	69 (19.1)		病棟	228 (63.0)
	不明	74 (20.4)		外来・病棟	5 (1.4)
職種	看護師	344 (95.0)	不明	53 (14.6)	
	保健師	2 (0.6)	病床数	20床以下	2 (0.6)
	助産師	14 (3.9)		20～100床	11 (3.0)
	不明	2 (0.6)		101～250床	109 (30.1)
職位	統括責任者	10 (2.8)		251～500床	187 (51.7)
	看護師長	151 (41.7)	501床以上	46 (12.7)	
	看護主任	142 (39.2)	不明	7 (1.9)	
	その他	59 (16.3)			

DV被害者支援の研修を受講した経験があると回答したのは、48名（13.3%）であった。職場より個人がやや多かった（表2）。2010年度は、55名（15.2%）が被害者と遭遇していた（表3）。内訳は、看護師長24名、看護主任18名、その他統括責任者、看護係長、リーダーなどである（表4）。

表2 DV被害者支援の研修受講

DV被害者支援の研修	人	%
有り	48	(13.3)
無	307	(84.8)
不明	7	(1.9)
参加の経緯	職場で	19 (5.2)
	個人	22 (6.1)
	その他	1 (0.3)
	不明	6 (1.7)

表3 DV被害者との遭遇

DV被害者との遭遇		人	%
22年4月～ 23年3月	ある	55	(15.2)
	ない	277	(76.5)
	わからない	22	(6.1)
	不明	8	(2.2)

表4 DV被害者の遭遇者の職位

職位	%	人
看護師長	24 (43.6)	
看護主任	18 (32.7)	
その他	13 (23.7)	

院内におけるDV被害者支援状況において、支援マニュアル有りは7.2%（26名）、パンフレットを設置しているのは31名（8.6%）、問診表にDV被害を問う内容が有るという回答が少数あった。

被害が疑われる場合、スタッフに周知すると答えたのが178名（49.2%）、「記録する」は180名（50%）であった（表5）。

表5 院内におけるDV被害者支援状況

	はい	%	いいえ	%	わからない	%	不明	%
1.DV被害者支援マニュアルがある	26	(7.2)	152	(42.0)	115	(31.8)	69	(19.1)
2.DV被害者支援のパンフレットを設置	31	(8.6)	133	(36.7)	130	(35.9)	68	(18.8)
3.問診表にDV被害を問う項目がある	4	(1.1)	195	(53.9)	94	(26.0)	69	(19.1)
4.疑われる場合、スタッフへの周知	178	(49.2)	41	(11.3)	76	(21.0)	67	(18.5)
5.疑われる場合、外傷の状況を記録	181	(50.0)	34	(9.4)	81	(22.4)	66	(18.2)

DV被害者と判断した理由では、「本人から」が34名（61.8%）、「他の専門職から」が16名（29%）、「医師から」14名（25.5%）、「本人に質問した」は14名（25.5%）であった（表6）。

表6 DV被害者（疑いを含む）と判断した理由（直近の事例）

	はい	%	いいえ	%	わからない	%	不明	%
①本人から	34	(61.8)	15	(27.27)	2	(3.64)	4	(7.3)
②付き添った人から	12	(21.8)	32	(58.18)	4	(7.27)	7	(12.7)
③他の専門職から	16	(29.1)	29	(52.73)	2	(3.64)	8	(14.5)
④医師から	14	(25.5)	27	(49.09)	4	(7.27)	10	(18.2)
⑤本人に質問	14	(25.5)	27	(49.09)	2	(3.64)	12	(21.8)
⑥外傷の状態	12	(21.8)	30	(54.55)	5	(9.09)	8	(14.5)
⑦外傷以外の状況	10	(18.2)	25	(45.45)	8	(14.5)	12	(21.8)

DV被害者（疑い含む）について観察した内容について、①殴る蹴るの傷が28名（50.9%）、④説明と怪我が一致せず不自然15名（27.3%）、⑨不眠、うつ、パニック障害などが21名（38.2%）、⑪夫・パートナーからの監視、16名（29.1%）であった（表7）。

表7 DV被害者（疑い含む）について観察した内容（直近の事例）

	はい	%	いいえ	%	わからない	%	不明	%
①殴る、蹴る等の傷	28	(50.9)	16	(29.1)	4	(7.3)	6	(10.9)
②刃物による傷	2	(3.6)	38	(69.1)	6	(10.9)	7	(12.7)
③たばこの火傷	5	(9.1)	35	(63.6)	6	(10.9)	6	(10.9)
④説明と怪我が一致せず不自然	15	(27.3)	21	(38.2)	9	(16.4)	6	(10.9)
⑤望まない性行為やレイプ	5	(9.1)	29	(52.7)	11	(20.0)	6	(10.9)
⑥中絶の繰り返し	1	(1.8)	33	(60.0)	11	(20.0)	4	(7.3)
⑦不審な傷	1	(1.8)	32	(58.2)	12	(21.8)	3	(5.5)
⑧交流が制限	8	(14.5)	27	(49.1)	8	(14.5)	4	(7.3)
⑨不眠・うつ・パニック障害など	21	(38.2)	18	(32.7)	7	(12.7)	0	(0.0)
⑩経済的に困窮	9	(16.4)	26	(47.3)	10	(18.2)	0	(0.0)
⑪夫・パートナーからの監視	16	(29.1)	19	(34.5)	9	(16.4)	0	(0.0)
⑫当事者の反応が極端	21	(38.2)	19	(34.5)	3	(5.5)	0	(0.0)

DV被害者（疑い含む）への関わりについて、「DVについて詳しく話（症状）を聞いた」が26名（47.3%）、「被害の状況を尋ねた」が36名（65.5%）、「他機関への通報」は21名（38.2%）である。他機関への通報者は、医師14名、看護師3名であった。看護師の通報は少ないが、医師と連携して行うケースもあった（表8）。

表8 DV被害者（疑い含む）への関わりについて（直近の事例）

	はい	%	いいえ	%	わからない	%	不明	%
①DVの治療・処置	21	(38.2)	27	(49.1)	1	(1.82)	6	(10.9)
②詳しく話（症状等）を聞いた	26	(47.3)	22	(40.0)	2	(3.64)	5	(9.1)
③夫・パートナーの入室を断る	18	(32.7)	32	(58.2)	1	(1.82)	4	(7.3)
④DV被害の状況を尋ねた	36	(65.5)	17	(30.9)	0	(0)	2	(3.6)
⑤パンフレットを渡した	2	(3.6)	45	(81.8)	1	(1.82)	7	(12.7)
⑥DV証拠の記録を作成した	16	(29.1)	29	(52.7)	2	(3.64)	8	(14.5)
⑦DV被害の相談について	26	(47.3)	23	(41.8)	1	(1.82)	5	(9.1)
⑧他機関への通報	21	(38.2)	25	(45.5)	4	(7.27)	5	(9.1)

DV被害者支援に対する考え方について、管理職であっても、⑥対応方法が分からない、⑦相談機関が分からない、⑨被害者の認識が分からないなどが、それぞれ20%程度であった（表9）。

表9 DV被害者支援に対する考え方について（直近の事例）

	はい	%	いいえ	%	わからない	%	不明	%
①支援は、看護業務とは関係ない	1	(1.8)	38	(69.1)	7	(12.7)	9	(16.4)
②DV被害者自身にも問題がある	3	(5.45)	36	(65.5)	7	(12.7)	9	(16.4)
③加害者の逆恨みが怖いから	4	(7.27)	37	(67.3)	4	(7.3)	10	(18.2)
④業務が忙しいから関われない	3	(5.45)	36	(65.5)	5	(9.1)	11	(20.0)
⑤他人が関わることでない	3	(5.45)	30	(54.5)	12	(21.8)	10	(18.2)
⑥対応方法が分からない	11	(20.0)	29	(52.7)	5	(9.1)	10	(18.2)
⑦DV被害の相談機関が分からない	13	(23.6)	27	(49.1)	5	(9.1)	10	(18.2)
⑧夫婦喧嘩との違いが分からない	9	(16.4)	27	(49.1)	9	(16.4)	10	(18.2)
⑨被害者の認識が分からないから	11	(20.0)	28	(50.9)	6	(10.9)	10	(18.2)
⑩医師がDV被害と診断していないから	7	(12.7)	31	(56.4)	7	(12.7)	10	(18.2)

表10 看護職位別のDV被害者（疑い含む）と判断した根拠（直近の事例）

		看護師長		看護主任		その他		p値
		n=24	(%)	n=18	(%)	n=13	(%)	
①本人から	はい	15	(62.5)	15	(83.3)	4	(30.8)
	いいえ	7	(29.2)	3	(16.7)	5	(38.5)	
	分からない	2	(8.3)	0	(0.0)	4	(30.8)	
②付き添った人から	はい	4	(16.7)	5	(27.8)	3	(23.1)	0.550
	いいえ	13	(54.2)	10	(55.6)	9	(69.2)	
	分からない	7	(29.2)	3	(16.7)	1	(7.7)	
③他の専門職から	はい	10	(41.7)	3	(16.7)	3	(23.1)	* 0.033
	いいえ	7	(29.2)	14	(77.8)	8	(61.5)	
	分からない	7	(29.2)	1	(5.6)	2	(15.4)	
④医師から聞いて	はい	5	(20.8)	5	(27.8)	4	(30.8)	0.509
	いいえ	10	(41.7)	10	(55.6)	7	(53.8)	
	分からない	9	(37.5)	3	(16.7)	2	(15.4)	
⑤本人に質問して	はい	6	(25.0)	5	(27.8)	3	(23.1)	0.384
	いいえ	9	(37.5)	11	(61.1)	7	(53.8)	
	分からない	9	(37.5)	2	(11.1)	3	(23.1)	
⑥外傷の状態	はい	6	(25.0)	3	(16.7)	3	(23.1)	** 0.000
	いいえ	11	(45.8)	11	(61.1)	8	(61.5)	
	分からない	7	(29.2)	4	(22.2)	2	(15.4)	
⑦外傷以外の状況	はい	6	(25.0)	3	(16.7)	1	(7.7)	0.716
	いいえ	9	(37.5)	9	(50.0)	7	(53.8)	
	分からない	9	(37.5)	6	(33.3)	5	(38.5)	
				特徴		* p<0.05		** p<0.01

表11 看護職位別のDV被害者（疑い含む）への関わりについて（直近の事例）

		看護師長		看護主任		その他		p値
		n=24	(%)	n=18	(%)	n=13	(%)	
⑦DV被害の相談について	はい	15	(62.5)	10	(55.6)	1	(7.7)	0.021
	いいえ	8	(33.3)	6	(33.3)	9	(69.2)	
	分からない	1	(4.2)	2	(11.1)	3	(23.1)	
								* p<0.05

看護職位別のDV被害者（疑い含む）と判断した理由で、看護師長と主任等で有意差があったのは、他の専門職からの情報、外傷の状態の項目である。（ $p < 0.05$ ）（表 10）。

看護師長は、他機関からの情報を持ち、主任看護師は診察に関わる場面が多いためと考えられる。看護職位別のDV被害者との関わりについて、DV被害の相談をしているかどうかという問いの答えに、有意差が認められた（表 11）。

表 12 看護師長の自由記載

しかるべき組織での対応してもらうシステムが必要、DV被害者へのメンタルな支援がないもとに戻る。引き離れた後の対応が重要。	DV被害は暴力だけであると勝手に解釈していたが、精神面、その子供に至るまで影響も含むことであるのを知らなかった。被害パンフレットがある病院にできるよう努力したい。
とてもデリケートな問題なので、注意して関わらないといけないと思うが、今までほとんど関わったことがないのではっきりいって知識が乏しい。しかし、相談する場所はあるので、いつでも相談できると思う。関わる時、看護師が一番身近で大切なポストにあると思う。	現実問題として、日々の業務が忙しく、DVに対してどこまで関わっていいかも難しい、ということもあり、そのような場面に遭遇しても、積極的な関わりはせず、退院に向けてのことになると思う。
DVD 被害者支援マニュアル教育の必要性。報告先もあいまいなため被害を確認しても記録は残せる。深いところまでのかかわりは判断できない。	被害者と思われる患者には、早く公的な支援が受けられるよう、相談機関への連絡を行いたい。
研修に参加すると被害者が多いことがよくわかる。しかし、実際、顕かに外相があるわけではない時の風邪などの診察介助で、あざを見つけても、外来では、別室等で話を聞くことが時間的に困難で、発見できていないケースも多くある。	今まで関わったことはないが、もし被害者が入院してきたら、どう対応して良いか分からない。

看護師長の自由記載にはデリケートな問題としての認識が示され、マニュアル体制の整備やパンフレットの設置についても努力したいと述べている。一方、今まで関わった経験がないという回答や、日々の業務が忙しくどこまで関わったらよいか難しいという対応の困難さも表れていた。

表 13 主任看護師（看護副師長）の自由記載

<p>DV被害者支援を行うには、カウンセリングの能力や、スキルが必要だと思うため、研修等が必要であると思う。</p>	<p>情報(勉強)不足で申し訳ありません。夜間救急外来で勤務するため、夜間のルート(相談)が明確であればいいと思う。</p>
<p>よくわかりませんが、異常を感じる感性を磨き、早期に対応できるように努めること。院内にはマニュアルを明確にする必要を強く感じる。医療者が被害者を助けられることはあると思う。</p>	<p>プライバシーは守るが、医療者として、事務、医師などにも周知しておく必要がある。(DV被害者を守る)</p>
<p>DVの加害者は男性であることが多く、また看護師に対しても暴言や暴力をふるうことがあります。過去にそんな事例がありました。被害者の盾となるのにNsばかりで、守衛も知らん顔されました。二次被害を受けない方法を考えてほしいと、その時思いましたが、手立てはされず。結局警察に連絡して、対応をしていただきましたが、その時の手配もNsのみでした。そんな時に力を貸してほしい人が何もしてくれない体制に問題を感じました。</p>	<p>今まで経験(遭遇)したことがないため、問題意識に欠けていると思う。もし自分がDVかもしれないと思われる人に遭遇しても本人から言ってもらうとか大げとかわかしてない限り、どうかかわってよいのか、戸惑うと思うし、実態を明らかにできるかわからない。もっとDVに対する知識が必要であると思う。そうしないと支援できないし早期発見につながらない。</p>
<p>稀に、救急外来に勤務中診療内容や、経過、問診などから、DVの疑いがあるのでは、と思われた事例がありました。根拠がなく、診療ご帰宅された。医師がそう感じた事がある、といったことがあるが、やはり、憶測でしかないため、深く追求することがなかった。早期発見や防止のためには、もっとシステム化しておく必要があると思います。「疑いがあれば、〇〇へ報告」など…。</p>	
<p>繊細なことなので、医師と連携をとりながらかわらないといけないと考える。また、細ところまで観察し、医師に報告、治療に向けてかかわっていかないといけないと思う。しかし、状況を分からないままのかかわりは、病院を出てから、加害者からよりひどい暴力を受けたり命にかかわるので、慎重に行わないといけないと考えます。</p>	<p>この事例は退院後の外来で初めてそのようなことをPtさん本人が言われたとのことで、全く気付かず後で聞いて驚きました。隠れたDVはいると思います。本人がDVと気付いていない事例もたくさんあるのでは…とっています。</p>

看護主任の記載には、病院に現われたDV加害男性が看護師に対しても暴言や暴力をふるい、対応が非常に難航した例があった。一方、被害者に遭遇したことがなく、問題意識に欠けていることを自覚していると判断できる記載もあった。その場合は、やはり院内研修やマニュアル、相談ルートシステムの明確化を必要としていた。その他の事例として、退院後の外来で被害者本人の状況説明から「DVではないか」と被害に気がついた経験をした回答者が、隠れたDVや本人も無自覚な場合について危惧する記述をしていた。

一次調査の看護師の相談機関としては、院内相談、医事課等、看護師長と医師への相談、警察の順であった。一般のスタッフは看護師長に報告していることから、看護師長や主任の認識を高め、スタッフからの報告、相談に対応できる業務改善が必要であると考えます。

3-2-3 看護職、看護管理職の支援の現状からの課題

今村（2006）の調査においては、看護管理職を対象とした研修会への参加は11.8%であったが、本調査では13.3%であり、看護管理職のDV対応への関心がやや高まったと考えられる。一方、研修会への個人参加が見られたが、医療機関での研修受講ができる環境整備の必要性が示唆された。DV被害者への質問行動は、1次調査結果（泉川他，2012）の看護師12.2%（115名中12名）よりも、管理職のほうが25.5%と積極的にかかわっていたことが確認できる。内容的には、詳しく話（症状）を聞いたのが47.3%（26名）、被害の状況を尋ねたのが65.5%（36名）と、一歩踏み込んだ対応がなされていた。

関西地区A県における、看護職がDV被害者と遭遇した際の実態調査（泉川他，2012）では、助産師、保健師は約6割の遭遇比率であるが、看護師は2割と低く、これは、DV被害を発見するための裏付けとなる知識の不足、および発見した時の対応への戸惑いで視野が狭まっていると考えられる。自由記載欄の記述からは、DV被害者の支援方法、介入困難等があり具体的な対応方法を求めており、その相談場所は、院内相談、医事課等、看護師長と医師への相談、警察の順であった。このことから、看護師長、主任のDV被害者への認識を高め、スタッフからの報告、相談に対応できる業務改善が必要であるとする。

看護職におけるDV被害者支援の今後の課題は、特に看護師・助産師の認識を高めて被害者の発見につなげること、連携システムの整備を行うことである。保健師の場合は、直接的な被害者対応において、支援に伴う困難を解消することが課題と言える。看護師、助産師等の所属機関には、DV被害者支援を理解するための研修会の開催、DV被害者早期発見のためのチェックリストの作成、医療機関全体の対応マニュアル整備の必要性が求められる。またDVの再発防止のためにも、具体的な被害者対応を知りたがっている保健師への協力や、支援のあり方を検討する機会が必要である。医療機関と懇談の機会を持ち、連携して個々の被害者へのさらなる対応のために事例検討や健診時のチェックリスト等を開発すること、関連機関との協働が求められる。加えてDV被害者自身への啓蒙を図り、本人や周囲の者が被害に気づき、相談できるような体制づくりも必要である。

看護管理職は、看護師同様にDV研修等の受講率は低く、被害者支援や他機関との連携の認識が高いとはいえない結果であった。しかし被害者と遭遇したときには、約6割が「被害の状況を尋ねた」と、一歩踏み込んだコミュニケーションがとれていた。これは、1次調査の一般看護師より高い確率であり、患者や家族対応の責任者の職務からくるものと考えた。看護管理職からDV被害への理解を深めることが、支援を行うための業務改善の第一歩だと考える。

結果から考察すると、看護管理職は、被害者支援や他機関への連携や看護職からの相談に対応できる体制の整備、DV研修等の受講を高める必要性を認識していた。また、一般看護師よりDV被害者との遭遇時に被害状況や相談場所の確認など、被害者とのコミュニケーションを図る必要性を認識していた。看護管理職みずからがDV被害者の理解を深め、

その啓発の必要性、マニュアル、パンフレット、相談カード等の設置など、積極的な対応策を検討する必要性を認識していた。このように、管理職の人たちにおいて必要性は認識されている。認識されているが、それがさらなる知識の取得や他機関との具体的な連携につながっているわけではないこともまた明らかにされた。本章1で示したように、看護師は、DVをDVとして認識し被害者の支援につなげるための重要な位置にいるが、その自らの位置取りをうまく生かせてはいない。この時、その疑いを消し去らず他につなげるための役割を果たす存在としての看護管理職の役割が重要になってくるのだが、そのための具体的な知識・手段を十分に有しているとは言えない。ならばそのための手当てをすべきだとなるが、それをするために、まず、いま現在、看護職・看護管理職がDVとその被害者にどう関わりどうとらえているかをより詳しくみておく必要がある。次の第4章そして第5章は、ここまでのアンケート調査から得られたものを踏まえ、現場と現場にいる人たちにより近づこうとする。

註

- 1 2008年11月に児童福祉法の改正により、こんにちは赤ちゃん事業は「乳児家庭全戸訪問事業」として、児童福祉法に位置づけられることとなった。国としても全国的により普及し、定着することをめざし、「乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン」を通知として発注している。すべての乳児がいる家庭を訪問し、子育ての孤立化を防ぐために、その居宅においてさまざまな不安や悩みを聞き、子育て支援に関する必要な情報提供を行うとともに、支援が必要な家庭に対しては適切なサービス提供に結びつけることにより、地域の中で子どもが健やかに育成できる環境整備を図ることを目指している。
- 2 親からの身体的な虐待を直接的に受けることよりも、父親が母親を殴る現場を目撃したことによる心の傷の方が深いという。目撃による心の傷の場合、傷の程度や深さを知ることが容易ではない。
- 3 発達障害の新たな分類として、第1：古典的発達障害…MR、肢体不自由、第2：自閉症症候群、第3：軽度発達障害…ADHD, LD、第4：被虐待体験に基づく＜反応性愛着障害と解離を背後に持つ多動性行動障害。治療と治療教育によって脳の発達を促すことが出来る。
- 4 保健・医療のためのDV対応トレーニング・マニュアルとして、DVが及ぼす健康への影響、異文化対応能力、スクリーニング、アセスメント、介入、記録（適切な保健医療システムの対応：日常のスクリーニング）、実践と応用、法的な事柄と地域の情報源等で構成されている。
- 5 西山は、元夫からのDV被害に苦しんだ体験から、「加害者は被害者を支配するためにDVをする」と述べ、「長年DVを受けていると、被害者は自分がどうしたいか」ではなく「どうしたら暴力が少なくなるか」を基準に行動するようになり、主体性がなくな

ってしまう」と被害の深刻さを訴える。暴力の被害にあった人、トラウマを抱える人が暴力的な関係から逃れ、自分自身の力を取り戻し、心身ともに健康に生きていけるように、また被害者に接する家族、友人、知人、支援者が被害者を適切にサポートできる支援を目指し、NPO法人「レジジリエンス」を2007年に設立している。

- 6 女性への暴力は、女性の健康に大きな影響を及ぼすだけでなく、家族の機能や子どもの発育・発達、社会人としての立場や社会参画などについて、さまざまな問題の原因を作ることが明らかにされている。医療界は、暴力による健康被害が重大な公衆衛生上の問題であることに、長い間無関心であった。
- 7 2010年に大阪府松原市の阪南中央病院内に設立され、代表・産婦人科加藤治子医師を中心に、性暴力の被害にあった直後から総合的な支援を行う日本初の救援センターである。被害に遭った時、できるだけ早く、医療的、心理的な支援を受けることが心の回復にもっとも重要とされる。24時間体制のホットラインに電話すれば、常駐の支援員が心のサポートをし、24時間体制で産婦人科医療を受けられる。さらに同じ場所で、警察、弁護士などによる法的な支援も行われる。

第 4 章 DV 被害者支援機関における支援者の支援の現状と課題—フォーカス・グループインタビュー—

第 3 章の調査によって、看護師はDV被害者と遭遇する確率が低いことがわかった。これは、被害者支援に関する認識が不足し、被害者だと判断した後の対応に困難があることが原因だと考えられる。看護師の観察能力を活かして、もう一步踏み込んだ対応ができるように、被害者支援の研修やマニュアル作成、被害発見後のシステム化が必要である。そこで、DV被害者支援に関わる看護部管理職を含む、公共及び民間支援機関の代表者と、DV被害者の健康問題についてフォーカス・グループインタビュー¹（以下、FGI）を行った。第 4 章ではこのFGIについて報告し、そこに見出されたものを示し、その含意を検討する。共に学習することで被害者への理解を深め、協働関係の構築を図ったものである。さらに、看護職がDV被害者を早期に発見し、支援するための教育プログラム開発における留意点について質的に把握することも目的とし、各機関および各支援者が、看護職の支援をどう見ているかについても検討した。

4-1 研究方法

1. 対象者（フォーカス・グループメンバー）

A 県内でDV被害者支援に従事もしくは従事した経験がある者を対象とする。

A 氏：犯罪被害者支援センター²責任者（60 歳代）

B 氏：元中央子ども家庭センター³管理職（60 歳代）

C 氏：民間のDV被害者一時保護施設⁴の責任者（60 歳代）

D 氏：女性センター相談員⁵（40 歳代）

E 氏：DV被害当事者（60 歳代）

F 氏：複数の診療科を有する病院（900 床）の看護管理職者（40 歳代）

G、H：研究者（50 歳代）

計 8 名で構成され、各回の参加者はそれぞれ記す。

2. リクルート方法

対象者のリクルートにあたっては、様々な支援機関の責任者に依頼し、DV被害者の多様な背景を考慮しながら所属機関の目的に即して思いを語ることができ、DV被害者支援のテーマにも精通している担当者の推薦を受けた。また責任者からの協力依頼にあたっては、強制力が働かないように配慮することを求め、責任者の同意を得た。またDV被害当事者は、取材・報道された経験がある方に協力を依頼し、その人たちにはFGIへの参加について同意を得ている（以下、倫理的配慮を参照）。

3. 研究期間、方法

研究依頼は、2011 年 3 月～4 月に実施し、4 月～5 月にデータを収集、6 月～8 月に

データ分析を行った。

調査場所は、静かな個室とした。データ収集は、参加者の同意を得て、ICレコーダーの使用、筆者が観察記録をとった。インタビュー中は、参加者の実名に代えて、匿名のアルファベット（「Aさん」など）を用いた。DV被害がいかに生じるのか、そこでの支援における課題は何か、どのような医療機関による支援が求められるのかのテーマで3回開催し、1回を90分とした。

4. 分析方法

ICレコーダーで録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、観察記録と共に分析者が、質的帰納的に分析し、教育プログラムへの留意点、支援者の困難感、看護職への役割期待等について同じ意味内容を示す1内容1文脈としてデータ化レコードを抽出した。さらに類似性に従いサブカテゴリー、カテゴリー化を創設しネーミングした。

5. 倫理的配慮

本研究への研究参加は、自由意思であること、途中で参加を拒否できること及び収集したデータは研究のみに使用し、秘密は厳守され匿名性が保証されることを書面に記載し、対象者に口頭で説明した上で、同意書に署名を得た。さらに同意が、調査の途中で撤回されても、不利益を被ることはないと説明している。研究において把握したデータは、個人情報特定される内容に配慮し情報部分を●で記載する。保管については、鍵のかかる保管庫で厳重に保管する。またデータは契約書（秘密保持の取り扱いに関する覚書）を交わした第三者によって入力を行い、本研究以外の目的で使用するのしないように、研究終了後には速やかにデータ消去・破棄する。なお、本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の審査を受けて実施した。

4-2 フォーカス・グループインタビューの分析

4-2-1 分析結果

表1 DV被害者の被害状況と支援への思い (第1回FGI)		表2-1 DV被害当事者から身体的、精神的被害状況と支援の有り方(第2、3回FGI)		表2-2 DV被害当事者から身体的、精神的被害状況と支援の有り方(第2、3回FGI)	
カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
DV被害者に認識してほしいこと	緊急保護ケースでは生命危機を感じている	DV被害者の状況	孤立させ・自立を阻むDV	早期発見の手がかり	病院での支援方法
	3分の1は元に戻る		DVIは、自由を剥奪		DVスクリーニング(初診時問診)
	DVは繰り返される		暴力の繰り返し		DVと多様な診療科目
	子どものためには言い訳	身体・精神的健康被害	DVと保健所		
	早い決心と覚悟が必要	のよと被害者に対する被害応処院状況関連に況	受診時の表現と対応	現史D場とVの医の声療歴	日本のDVの歴史背景
現在のDV被害状況の確認	経済的自立とDV	助支孤のえ立性重る感要援を	信頼感と連携		看護職からの私見
	モラルハラスメント		共感が理解のはじまり		
	DVを振りかざす相談				
	男性相談の開設				
支援内容についての再考	支援への思い				
	かぎわけ				
	広報とDV相談カード(A県の現行活用)				
	支援機関の連携				

表1、表2-1,2は、3回実施したFGIの逐語録を内容分析した結果である。対象者が語った内容からは、26のサブカテゴリーが抽出され、第1回FGIは、【DV被害者に認識してほしいこと】【現在のDV被害状況の確認】【支援内容についての再考】、第2,3回FGIは、【当事者の体験からみたDV被害状況】【被害状況と病院による処遇の対応関係】【孤立感を支える援助の重要性】【早期発見の手がかり】【DVの歴史と医療現場の声】の8つのカテゴリーが抽出された。以下カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、対象の語り例は「」、筆者による補足内容は()で示して説明する。本章は、DV被害支援者だけで構成された第1回の内容を中心に述べる。

4-2-2 DV被害者の被害状況と支援への思い

第1回のFGIは、各支援機関及び立場からDV被害者支援の現状と課題について検討した。参加者は、A氏、B氏、C氏、D氏(支援経験者)の4名、G、H(研究者)2名の、女性6名であった。表1の【DV被害者に認識してほしいこと】のカテゴリーは、《緊急保護ケースでは生命危機を感じている》、《3分の1は元(自宅)に戻る》、《DVは繰り返される》、《子どものためには言い訳》、《早い決心と覚悟が必要》の5つのサブカテゴリーから構成された。

1)DV被害者に認識してほしいこと

- (1)緊急保護ケースでは生命危機を感じている

B氏：「私が働いていた一時保護所は、緊急に入ってくるケースが非常に多かった。確か半分以上は警察経由で来ていたと思う。ということは、本当に緊急性があり、本人が警察へ駆け込んだか、家で命を取られそうになって、警察を呼んだのかどちらかと思う。その何件かは、事前に警察や当センターに相談をしていたケースもあるが、大半は一見さんで、怖くて緊急で入ってくるケース。」

生命の危機を感じ、警察が介入して初めて保護されたケースが多く、被害者自身がDV被害と判断しての行動ではないため、DVの構図や今後の生活については考えられていないとB氏は語った。避難への覚悟や、自己決定がなされないままに、警察から「とにかく危ないから、避難所があるのでそこに身を隠して」というように勧められて来たケースが殆どであった。

(2)3分の1は元（自宅）に帰る

B氏：「避難所の方で安定した生活を1週間も送れば、悪い言い方かもしれませんが喉元過ぎれば何とかということ、また元へ戻りたいという気持ちになる方が非常に多かった。そんなわけで、約108件（平成21年度）ぐらい保護したと思うのですが（中略）その中の1/3ぐらいは帰宅、夫の元へ戻ることを選択されます。自宅に帰るときにそのリスク等について説明しますが、また元へ戻りたいという気持ちになられる。本人の意志に基づいた支援ですから、やっぱり戻ってもう1度やり直したいと。中には親戚の方を中に入れて話し合いをしますが、やはり危険度が増していくと思います。」

他の保護施設のC氏はB氏に頷き、思いが引き出されたようであった。DV被害者が危険を感じながらも、夫と幸せな家庭生活ができていた頃を思い起こして夫のもとに戻る状況について、中高年のケースに言及した。また若い人のケースについては、後述するGの発言が参加者の体験事例と合致してグループダイナミクスが働き、パートナーへの思いが強いケースについて話し合いが進展した。

<中高年のケース>

C氏：「本人が、もう1回戻って暮らしたいとあって相談を受けている。今は帰って来い、帰って来いのコールがあるけれど、それで帰ったとき、また被害を受けるのではないかと、歳もとられているのでその気持ちもよく分かるのだけど。一時期、DVで保護施設に来られるときは、給付、生活保護の申請をします。それで、ちゃんと手続きして頂けるのに、帰りたいということなのです。（中略）相手（夫）はそれが入ってくるからとか……、また、それを取られて裸になるのではと心配で。」

A氏：(頷き)

保護施設がいろいろと手配し、夫から離れて生活ができる経済的基盤も整えたにもかかわらず、夫やペットの生活ぶりの情報が入ると、帰宅を望んでしまう現状について語った。しかし事態が悪化する予想がつくので、高齢者でもあり、どうしたら良いか苦慮しているという。

(3) DVは繰り返される

<若い人のケース>

G：「若い人は、自分が悪かったと何か変に反省して、もう一遍頑張ろうみたいに思ってしまう。」

B氏：「そうそう（連続して頷く）。だからメールはどんどん来ますよね。携帯電話もどんどん来ますから。だからそういうので戻ろうかなって。」

H：「一種のハネムーン期ですね。」

C氏：「優しく。もう、だから自分も悪かったと結局暗示にかかってしまうのでしょうか。（中略）じゃあもう1回頑張れたらと思って帰ったら、再爆発という形になってしまった。若い子にはそれが多分多いと思います。」

B氏、D氏：(頷く)

C氏：「結局そうして、だんだんだんだん谷底へ落ちて行く。女性の方がね。心理的にもね。それでもう夫の手の内に乗って、転がされるような身分になり、もう自分の感覚がみんななくなってしまうってことになります。」

若い人は、メールや携帯電話で連絡が入りやすく、反省を信じて加害者のもとに戻ってしまうというパターンが多いと、全参加者の意見が一致した。しかし、「若い」とは具体的にどの年齢層をイメージしているのか確認しなかった点は不十分であった。また、一度は被害から逃れてパートナーが変わっても、同じような被害を受けがちであったり、それが子どもへの被害にも発展したりするケースもあるため、特に注意が必要だと確認された。

(4)子どものための言い訳

A氏：「子どものための我慢は、子どもも被害者になってしまう。自分が出られないための言い訳かなと思うこともあります。」

B氏：「その間に子どもさんが非常に心理的に不安定になり、環境が悪くなって、子どもも自身がリストカットするようになったり、不登校になったり、いろいろな子どもな

りの症状が出てくることになると思うのです。」

C氏、D氏：(頷く)

DV被害者の立場になってみれば、支援者からは、子どものために我慢することは何にもならないと言いつられてしまう。しかし実家の親に相談すると、結婚したら世間体もあるし子どものためにと我慢を強いられたりするので混乱する。被害者が最初に相談するのは、家族、友人が多いことは周知の事実であるが、相談者の考えに左右され、個人の判断に影響する問題を孕むことが語られた。

(5)早い決心と覚悟が必要

B氏：「今暴力を受けている女性たちに早い目の相談、覚悟、決心、自分が受けているのがDVって気づかない方もあるけど、そういう声が伝わる方法はないものかとつくづく思います。早い目の覚悟というか、夫との生活を捨て、地域との関係も捨て家を出ることは女性にとっては非常に決心がいると思うが…。」

B氏は、被害者は、夫と別れた場合にどうやって生活していくのかということもある程度覚悟を決めて方針を立てるくらいでなければと述べた。例えば、へそくりを貯めておくとか、母子家庭になるのだから事前に役所の子育て課に相談に行っておくとか、準備ができればということであった。しかし、まずは、DV被害者家庭にDVの相談機関があるということが伝わる必要があると語った。

C氏：「何か角のある女性っていうのかな、そういう女性はやっぱりもうパシッと切りますよ。」

I氏：「2つのタイプがあります。男なんか何さっていうのと、いやわたし男なくっては生きていけないわ、という。(中略)男の人がいなくてもいいわって言う人は、1本の線を引いてるけど、やっぱり、女おんならしい人の方がさーっと戻ります。」

被害女性のタイプについては、女性らしさが被害を増幅していくため、とにかく自分で判断して覚悟できる女性であってほしいという意見で参加者は一致していた。しかし、相手や環境条件によって、依存的状況や、共依存を形成していく一例が紹介された。

C氏：「例えば『働く環境は僕が作るから、自分は働いてくれたらええねんって、その代わりおれは家のことを全部したるで』っていうのがいました。うちへ引き取ったときは、それはすごいもう新聞に載ったぐらいのDVでした。」

2)現在のDV被害状況の確認

(1) 経済的自立とDV

I氏：「看護師さん（DV被害者のケース）、わりと多いです。」

D氏：「看護師、うち多いです。はい。」

C氏：「うちも他府県から看護師が多かったです。」

D氏：「看護師さん同士で言ってあげるようです。『その件はDVちがうの？ 相談したらいいのに、一生懸命周りの人が言うのだけど』と電話で言うてましたわ。それは『わたしに愛情があるからでしょうって言われたら、もう何も言えないんですけど』、どうしたらいいですかって。」

筆者らが看護職にDV被害者との遭遇について実態調査（泉川他，2012）をした際、アンケート調査の看護師の自由記載に、「経済的なこともDVだと初めて知り、自分自身が被害者ではないかと感じた」という記載があった。働いて経済的に自立しているからといって、DVを受けていないとは一概に言えないケースも多々あることが語られた。夫に尽くす思いが先行して一途になり、被害を受けている自覚がないケースもあると言える。

(2) モラルハラスメント

D氏：「ただ、そのぼこぼこ（身体的暴力）のDVの場合は、一方的ですし暴力を振るう方に非があるように思うのですが、精神的なDVというのがこのごろ多くって、（中略）厄介と言うか、分からないんです。（身体的）暴力を受けたら、お医者さんにも行けるし、診断書を取ってきてと言えますが。精神的なものというのは、まあ『性格では？』と周りに言われたり、夫からの仕打ちによるものなのかというのがはっきりしないし、自分が悪いって言う。そういう方は自分が悪いって言うふうにしてるから。」

身体的なDVの場合は、発見した際に次への助言が容易であるが、精神的に追い込んでいく場合は支援者にとっても対応が困難である。現状を聞いていくうちに被害状況が明らかになり、暴力は身体的暴力だけではないことを認知することで、被害者が語りやすくなることもある。被害者の表情にも注目しながら、経済面や、精神的に拘束されていないかなどについても、具体的に聞きだす必要がある。

(3) DVを振りかざす相談

D氏：「DVを振りまわすってちょっとイメージ悪いのですが、『これはDVです』って言うてくる人はDVではないことがある。やはり、あなたのその口が夫を怒らしているのではないのかなって言う面もあるんです。じゃなくて、何も言わずにそれが

DVだと気づかずに来られる方の方が深刻なのです。そういう自分に有利な方に持って行こうとする人は、わりと最初から『これはDVですね』みたいに、(中略) 言ってくるようです。それで、法律相談受けて、とにかく自分にたくさんのものを貰ってとっとと別れましょうと。」

D氏は、女性センターでは多様な相談内容の中からDVを発見し、その対処が必要となると語った。離婚について法律的なことだけの相談なのか、根底にDVがあるのか、危険があるのかどうかである。覚悟を決めるための準備であれば問題はないかも知れないが、離婚願望ありきでDVの相談をしてくるケースは難しいようである。しかし、いろいろと話を聞いていると、DVかどうかは分かってくると述べていた。また弁護士からも、自らDVという人の相談の半分は気をつけて聞かないといけないと言われたことがあるという。

(4)男性相談の開設

D氏：「まあ、多分女性センターと中央子ども家庭相談センターと、同じセンターで頭が混乱して、『ほんだらうちの家内おりまへんか』言うて、女性センターへ保護されると思って、大概、そこへ電話されるの。男性の相談も始めたのだけど、真反対のことを聞くようでいやでしたが、始まっています。」

従来から、妻を探す目的で窓口で電話してくる事例はあったが、最近は男性の相談窓口も開設されて相談員は少々戸惑っているとD氏は話した。その話と連動して、保護施設で男性を保護した経験についてC氏が発言した。

C氏：「そうですか。わたしのところは、女性センターから男性の被害者を受けたことがありますわ。A県●サービス課から女性センターに(電話を)掛けたら、いや、男性は受けられないし、相談もできないので、●●(保護施設)に行ってくださいって言われて、県警本部から連れてこられました。」

D氏：「男の人が？」

C氏：「男性のDV(被害者)の人。年齢層は20代~28歳ぐらいかな。もう声を失ってました(女性からDVを受けて)。同じ年齢層の30歳ぐらいの女の人から、DVを受けて、もう声が出ませんでした。筆談ですけどいいですかって言うて。警察の人が全部筆談をしてくれて来ました。保護後、元気になって、関東に飛ばし(紹介)しました。」

男性のDV被害者も、心身に影響を受けて声を失うほどの症状を呈しており、女性被害者と同様に保護し、回復の後には県外に生活の場を紹介したという。

3) 支援内容についての再考

(1) 支援への思い

C氏：「病院（精神科）を、3軒連携プレーしています。アルコール、もう覚せい剤やったら、覚せい剤のところ。分かりますでしょ。だから、B県●●病院の院長先生に、副院長先生にお願いして、そこからまた▲▲病院を紹介して貰ったりと。いや、いや。なかなかA県内が受けてくれないんです。」

I氏：「A県内の病院は…。アルコール専門●病院だけど、通院でしょう。」

C氏：「入院がないでしょう。そう、そう。だから、一筆を書いて、この方を逃がすためには書類ができないので、書面にして院長先生（B県）のところに送付して、私たちが掛け合います。」

夫が、アルコール依存、覚せい剤依存の場合は、精神科等の病院と連携して夫（加害者）に入院の措置を取り、治療をしている間に、離婚準備を進めるという。大変ではあるが、助けたい一心で支援している様子を語った。

C氏：「そこで（被害者に）しゃんとしてもらって、何日間だけ保護して、その間に離婚する段取りや、逃げる準備をすとか、その間で全部します。うん。」

B氏：「そのとき本人（夫）はずっと入院していますか？」

C氏：「いや、だからごねますねん。（笑）アルコールを飲んで失禁してるぐらいやったら無理やりでも連れていけるけど、アルコール飲んでちょっとええ気分ぐらいやったら、行きませんか？」

H：「そこをうまく説得して。」

C氏：「そこを上手にやっぱ高齢者やったら高齢者のケアマネに入ってもらとか、子どもさんに入ってもらとかして上手にかけあって、それで連れていきます。」

H：「ふうん。すごい腕ですね。」

C氏：「いえ、そんなことないですよ。」

やはり保護を引き受けたからには、被害者の生活を取り戻したいというのが強い思いであり、そのために活動しているという。C氏が働く保護施設では、他府県に被害者を逃がしても、夏休みに1泊2日で現状報告に帰ってくるよう指示し、その帰省の旅費の半分の助成する。無事な顔を見ると安心すると語った。他に、民生委員が加わると切れ目のない支援になるのではという期待も持っていた。いろんな人の支援があって、安心して住める社会になるという考えを述べた。

(2) かぎわけ

D氏：「突然電話かかってくるんですね。そっから、かぎ分けていかないと。」

A氏：「で、かぎ分けて、DVだと思ったら、もう中央です。もうこれは直ぐに。緊急的な電話が掛かったことも、泣きながら掛かってきて、何でうち（女性センター）なんやろうと思いつつながら、なんかたらいまわしするのが辛くてね。だけど動きようがないので、もう中央の方に掛けてもらって。ご自身で掛けてくださいって言う感じで。」

女性センターは突然の電話だけで、緊急か否かを判断し、次の支援施設である中央子ども家庭センターを紹介する。また土曜日の夜は、女性センターの窓口が頼りになるが、実働部隊ではないもどかしさがあると語った。「休日は、家族がそろって特に被害が増幅することも考えられるので緊張もします、それを受ける保護施設は、年中ですよ」と言う。

(3) 広報とDV相談カード（A県の現行活用）

D氏：「だから、もし課題と言え、先ほどCさんがおっしゃったように、やっぱり気づいてほしいのと、安全な相談場所があるっていうことをアナウンスしてもらいたい。どこでもね、女性トイレとかにDV相談カードでも置いてもらいたいと思うんですね。」

H：「それはとても大事な方法だと思うので、こんな成果が上がりましたというのを、例えば看護部長さんがA県下の公立病院で宣伝してくれたら、またそれも広がる可能性があると思います。」

安全な相談窓口があることを周知するために、広報の充実を願う思いは支援者全員にある。DV相談カードの活用例として、D市役所（A県）相談窓口、E市（A県）の医師会は、トイレにカードを置くようにしている。コンビニや、大手スーパーのトイレに置く場合もある。しかしA県内全域ではないようなので、さらに設置場所を増やし、病院施設等にも是非普及させたいと全員の意見が一致した。

(4) 支援機関の連携

D氏：「わたしたちは実働部隊を持たないので、最初から中央に行った方が1回で済むのですが、女性センターで聞いて、いや、これはひどいから中央行きなさいって言うて、また中央でも同じことを言う形になるので、何か自分たちがつらいというか。まあ聞かないとそれも分からないのですけれども、また同じことを最初からってなるのでね、そのところで、縦割りだなんて思ってしまう。何か横から連携みたいなのがあればいいんですが。」

B氏：「DV共通シートがあるじゃない。」

D氏：「あれをどういうふうに、」

B氏：「あれでしょ。聞いたことをシャシャッと書いて、これを、中央子どもセンターへ渡しますけど、これでいいですか、書面的に間違いないですかって言うて、本人がいいと言うたら、印鑑を押して、あとは、所長の印鑑を押して、うちへぽんと送ってくれたらいいですよ。それか本人に持たしてくれたらいいです、そのためにDV共通シートを作ったので。」

DV共通シートを2年前から作成しているが、女性センターからの連絡の際にうまく使用されていない現状が、中央子ども家庭センターと女性センターの参加者によって明確になり、その使用方法について確認された。被害者本人の同意があれば匿名でよく、個人情報も守られるしくみになっていた。シートの活用によって施設の役割が明確になり、連携が取りやすくなることが期待される。

4-3 考察

4-3-1 DV被害支援者の支援への思いと支援の有り方

今回の調査で取りあげられたDV被害者は、【DV被害者に認識してほしいこと】や【現在のDV被害状況の確認】から、公共及び民間の一時保護施設では、生命の危機を感じ緊急に初めて保護されるケースが、大半を占めていた。また、公共保護施設では、年間108件のうち、3分の1が元の自宅に帰宅する現状がある。この事実からは、DVの繰り返しやサイクル性について、当事者が認識するまでには、時間を要することが推察できる。パワーとコントロールの両輪 (Project (DAIP) in Duluth, Minnesota et al., 1998) として説明されているように、外輪にある目に見える暴力 (社会的な影響力) によって、非身体的暴力 (心理的、経済的、性的、子どもを手段にする、社会的孤立、過小評価、責任転嫁) が隠ぺいされ、加害男性が被害女性を支配しコントロールするしくみが形成されていく。しかし日本のDV被害者支援では、欧米のようなバタラー (加害者) への修復プログラム⁶ がほとんど展開されておらず、法的裏づけも欠如しているという点で、いまだ黎明期にあると言える。加害者 (夫、パートナー) には殆ど治療が行われていないことを考えると、帰宅というのは、日本では大変な危険性を孕んだ選択である。さらに、男性をサポートして仕えるのが妻の役目といった伝統的な規範にしばられた婚姻関係だとさらに難しい。今回のFGI参加者も、まずは被害者がDVの現状を認識することを切に願っていた。DV被害を自覚することが支援に繋がり、次のステップに踏み出す契機となる。しかし心理学者のWalker (1997) は、「暴力のサイクル」理論と、Seligman (1998) の「学習された無力感」の概念をDV被害者の心理に適用して、次のように説明する。加害者の暴力には一定のサイクルがあり、緊張が高まる第一層・爆発と虐待の第二層・穏やかな愛情のある (ハネム

ーン期) 第三層が、周期的におとずれる。被害女性が被害を自覚したとしても、暴力に抵抗するとさらに深刻な事態になるというサイクルを何度も体験するうちに、自分には逃げ出す力がないと信じ込むようになる。すなわち、女性らは本心から無抵抗なのではなく、暴力を受け続けることによって学習された性質だという。このしくみを断ち切ることは、被害者だけでは困難である。そこで相談支援機関の的確な支援が必要となる。Walker (1998) はまた、DV被害者はバタードウーマン症候群として、PTSDと同様に、神経の亢進状態を呈する過覚醒症状、被害者が体験した事件を再体験する侵入症状、無感覚な麻痺状態に陥る解離症状を示すと述べている。この深刻な精神状況によって、医療機関を訪れることも考えられる。

【支援の再考】では、A県のDV相談機関や一時保護施設は、交通の便利な場所に複数あるという状況がはっきりした。A県では、相談機関を示したカードも作成されており、もっと有効活用していくべきだと参加者全員が同意した。今後は、集合型店舗・コンビニエンスストア・病院等のトイレへの設置も充実させていくことが望ましい。特に、今回参加した看護管理職が所属するA総合医療機関では、産婦人科の専用トイレを女性専用としている。そのようなトイレには、特に重点的に設置すべきである。加えて、支援体制が縦割りであるため、DV共通シートが有効に活用されていない現状が明らかになった。中央子ども家庭センターの代表者からは、DV共通シートをぜひ活用してほしいとの発言があり、その効果的な運用方法を再確認する場面となった。DV共通シートの活用によって、医療機関からも支援の引き継ぎが迅速に行われ、被害者が早期に保護されることを望みたい。

また、一度は逃げても夫から声が掛かると戻りたくなる心理的構造には、夫への思いだけに限らず、経済的な面や子どもの養育が関与していた。特に、本人の孤独感が大きな要因であることに配慮する必要性が確認できた。暴力被害があるにしても、住み慣れた我が家であったり地域であったりと、精神的なしがらみが大きいことは考えられるので、被害者が離別を躊躇することは当然であり、元の自宅に戻ることにはやむを得ない事情があることも理解できる。しかし、生命の危機も免れないときは、警察を介して一時保護施設に駆け込んでいくという現実を当事者が理解できるようにすることが、重要な優先課題である。

中高年齢層の場合は、社会との繋がりが希薄になる老後の被害が懸念されるが、健康問題から医療機関の利用が増えると考えられる。さらに、在宅看護に従事している訪問看護師からの情報を入手できれば早期発見につながると考えられる。若い世代においては、パートナーから愛されているという錯覚に陥っている可能性や、依存的な性格によって共依存や支配関係が培われているケースが見受けられた。年齢層によって、支援の方法を変える必要があることが求められている。DV被害が子どもにも及ばないように、虐待の見地からも早期発見に努めることが望ましい。またDV被害者が医療機関を外来受診したときは、個人情報保護・匿名への配慮・処置室での隔離は必須であり、個室の確保をするなどの

配慮が必要である。

一方、DV被害者の支援に携わる機会の多い専門職である看護師自身がDV被害者となり、一時保護されたとの報告が、他府県からの保護（現住所から逃れるため）も含めて複数あった。看護師は、経済的な自立度の高い職種であるが、社会的な役割として他者への配慮を強く求められるがゆえに、私生活においても夫婦間のトラブルは自分自身に原因があると思いつめ、暴力のサイクルがはじまると離脱が困難になる場合があると考えられる。このことから、看護職への教育の中に、被害者支援の活動を組み込む必要性が示された。

4-3-2 DV被害者を理解した支援

DV被害者は力を奪われて命令に従うだけになり、自分で考え、決定して、行動する力を奪われることがある。これは、マインドコントロールされている状態であり、社会から孤立する可能性が高まると言える。携帯電話やメール等の通信手段は発達したものの、自信喪失による無力感はずから発信する行動力を奪い、他者との関係から孤立してしまう。DV加害者は、家庭内では支配的・暴力的であっても、職場や自分の親、親戚には優しい良い夫を演じる二面性があることが指摘されている（日本DV防止・予防センター，1999）⁷。加害者がDV法の知識を持っている場合は、外から見てDV被害が分かりにくく、モラルハラスメントが行使される実例が増加しているという報告もある。これらDV被害を受ける女性に共通してみられる心理状態として、自己評価の低下、罪悪感、重度のストレス感、学習性無力感、複雑性外傷ストレス障害の存在が明らかにされている（日本DV防止・予防センター，1999）。しかし、自らが医療従事者に相談し打ち明けることは少ない。保護施設に保護された時点での受診には施設職員が付き添うが、身体的な損傷による受診時には、看護師は表情を観察し、もう一步踏み込んで「どうされましたか」「何か気にかかりますか」と、内面について情報収集を行っていくことが望まれる。山本（2008）が指摘するように、医療従事者が単に通報したり、女性に情報提供を行ったりするのみでは、十分な支援に繋がらない。支援者は、問題を1人で抱え込むことの危険性を、被害女性に伝える必要がある。重要なのは、女性の精神的健康を取りもどすことである。看護職は、患者の身体面だけでなく、心理・精神面においての健康回復や維持増進に関わる必要があるので、観察の視点を疾病だけに留めず、患者の話を傾聴する姿勢が必要である。

とは言え、女性は結婚したら夫に仕え耐えて当然とされる時代を過ごしてきた世代と、離婚へのハードルが低くなりDVを離婚に「利用」する若い世代とでは、価値観がかなり異なるため、支援者も戸惑うことが多い。法の整備により保護の体制は改良されているが、DV被害を強く訴える相談の中には、離婚条件を有利にするためのケースもあるのではないかと危惧する支援者もいる。また、離婚後に次のパートナーを見つけ、新しいカップルでの養育が始まると、前夫（前妻）の子どもたちが被害にあう事例への注意も必要である。

今回は、看護職に対するDV被害者支援教育プログラムを開発する手がかりを得ること

を目的としたが、看護職自身も被害に遭っているという報告もあり、自己防衛も含めて知識を深める研修を考える必要がある。A県の相談機関カードの存在を看護職に認知させ、病院施設のトイレ等に設置することは、すぐに実践可能な対策である。

4-4 小括

本調査では、公共、民間の一時保護施設の支援者の報告によって、生命にかかわる緊急的状況から、本人の意思とは無関係に保護されるDV被害者のケースが大半であることが明らかとなった。そのため被害支援者たちは、被害者ができるだけ早く避難する決心と覚悟を持つこと、被害者を孤立から守り、継続的かつ長期の支援を求めている。DVの加害行為が繰り返されるうちに力を奪われ、支配から命令に従うだけになるという実態も明らかになった。暴力のサイクル、「学習された自信喪失」による無力感の心理的構造を踏まえて支援できるように啓発し、これらの成果を教育プログラム開発の検討に活かしたい。

註

1. フォーカス・グループインタビュー法は、「当事者の言動や行動」「実践」「生活の場」から、新しい理論や方法を生み出す質的研究法の1つである。
2. 犯罪に遭った被害者、その家族、遺族が抱えるさまざまな不安や悩みを軽減し、被害からの回復を支援するため、電話相談、面接相談等を行うとともに、社会全体の被害者等を支援する意識を高めるために設立した民間のボランティア団体。
3. センターの女性相談課では、婦人相談所として、家庭内の不和やいざこざ、夫婦のもめごとや離婚問題、近隣・職場などの対人関係の悩みなどさまざまな相談に応じている。また、「配偶者暴力相談支援センター」として、性別にかかわらず、配偶者からの暴力に関する相談・支援を行っている。
4. 民間のシェルターで活動分野は、保健・医療・福祉、社会教育、まちづくり、人権・平和、子どもの健全育成、消費者の保護、連絡・助言・援助を行っている。
5. 女性が抱えるさまざまな悩みの相談に、女性相談員が相談者の立場に立って傾聴し、寄り添いながらともに考えていく。必要に応じて弁護士の相談も行っている（弁護士への相談時間は30分間、その前にあらかじめ女性相談員が話を聴き、考えの整理をサポートして弁護士相談につなげている。）
6. 現在の日本の加害者プログラムの実践として、都道府県単位の「メンズセンター」としての取り組みは、運営委員の中村正が1994年から1年間、アメリカに滞在して各地で開催されている「男たちの脱暴力プログラム」を訪ねたことがきっかけである。
7. 本書は、1999年日本DV防止・情報センターのメンバーが中心となって執筆している。DVの認識を深め、それは何故おきるのか、どうすれば防止できるのか、どのような対策が必要かを問いつつ、ネットワークを広げる目的としている。

第5章 DV被害当事者の体験から支援に望むもの

第4章では、DV被害者支援機関の支援者らのフォーカス・グループインタビューによってDV被害者支援の現状を明らかにした。支援者は、DV被害者ができるだけ早く避難する決心と覚悟を持つこと、DV被害者を孤立から守り、継続的かつ長期の支援が必要であると述べた。第5章では、被害当事者を交えた第2回のフォーカス・グループインタビューについて考察する。支援者が被害当事者の状況を共有し、さらに被害者からの目線で看護支援の可能性を検討することを目的とした。

5-1 研究方法

5-1-1 研究デザイン

フォーカス・グループインタビュー（以下FGI）によりデータ収集、分析した質的帰納的研究である。

5-1-2 対象者およびリクルート方法

FGI対象者のリクルートにあたっては、テーマに精通している担当者の推薦が望ましいとされる（安梅 2010）ため、A県内の各DV被害者支援機関の責任者から推薦を受けた。DV被害者支援に従事もしくは従事した経験がある、A氏：犯罪被害者支援センター責任者（60歳代）、B氏：元中央子ども家庭センター管理職（60歳代）、C氏：民間のDV被害者一時保護施設の責任者（60歳代）、D氏：女性センター相談員（40歳代）、E氏：取材・報道された経験のあるDV被害当事者（60歳代）、F氏：複数の診療科を有する病院（90床）の看護管理職者（40歳代）の6名、およびG（司会）、H（観察・書記）：看護職の研究者（50歳代）2名の女性8名で構成した。

5-1-3 研究期間、方法

研究依頼は、2011年3月～4月に実施し4月～5月にデータを収集、分析を行った。調査場所は静かな個室で、参加者の同意を得てICレコーダーの使用、観察記録をとった。インタビュー中は、参加者の実名に代えて、匿名のアルファベット（「Aさん」など）を用いた。DV被害がいかにかに生じるのか、そこでの支援における課題は何か、どのような医療機関による支援が求められるのかをテーマに3回開催し1回を90分とした。本稿では、DV被害当事者を交えての第2回を検討する。

5-1-4 分析方法

ICレコーダーで録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、観察記録と共に質的帰納的に分析し、テーマに沿って同じ意味内容を示す1内容1文脈としてデータ化しコードを抽出した。さらに類似性に従いサブカテゴリー、カテゴリーを創設しネーミングした。ま

た記述内容は、F G I で当事者と支援者の語りや、看護管理職の反応によるグループダイナミクスから引き出される文脈で記述し内容を検討した。

5-1-5 倫理的配慮

本研究への研究参加は、自由意思であり、途中で参加を拒否できること及び収集したデータは研究のみに使用し、秘密は厳守され匿名性が保証されることを書面に記載し、対象者に口頭で説明した上で同意書に署名を得た。さらに、調査の途中で同意が撤回されても、不利益を被ることはないと説明した。把握したデータは、個人情報特定される内容に配慮し情報部分を●で記載する。本研究以外の目的で使用する事なく、研究終了後には規約に従いデータを消去・破棄する。なお、本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の審査を受けて実施した。

5-2 分析結果

第 2 回の F G I の参加者は、前掲の C 氏が欠席のため 7 名であった。F G I の導入に際して、G 司会者から研究目的の説明をおこない参加者は自己紹介を行った。次に、DV 被害当事者、支援者で支援の望ましい有り方について認識を深め、DV 被害者支援に関わる看護職の支援の有り方について検討した。以下カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、対象の語り例は「」、筆者による補足内容は（ ）で示し説明する。

【当事者の体験からみた DV 被害状況】のカテゴリーは、《孤立させ・自立を阻む DV》、《DV は、自由を剥奪》、《暴力の繰り返し》の 3 つのサブカテゴリー、【被害状況と医療者の対応】のカテゴリーは、《身体・精神的健康被害》、《受診時の表現と対応》、《DV スクリーニング（初診時間診）》、《DV と保健所》の 4 つのサブカテゴリー、【孤立する被害者を支える援助の重要性】のカテゴリーは、《信頼感と連携》、《共感が理解のはじまり》の 2 つのサブカテゴリー、【DV への認識の変化と医療現場の声】のカテゴリーは、《DV への認識の変化》、《看護職からの提言》の 2 つのサブカテゴリーから構成された。以上 11 のサブカテゴリーから、会話の一部と語意を整理して記述する。

5-2-1 当事者の体験からみた DV 被害状況

(1) 孤立させ・自立を阻む DV

E 氏：「DV 被害者を、孤立させないということです。精神的に孤立していたらパワーも本当に落ちていきます……。孤立させないということは、切れ目のない支援をしていけば孤立しない。今、東北の大震災でみんながものすごく、その悲しみに共感してきますよね。わたしもからだ一つで子どもと家を出て、結局避難民と同じ形で、家もない、仕事もない、というマイナス（の立場）から●見えるのですが、（中略）DV の被害者は暴力を受けてる人自身の中でも認識が少なく、20 人に 1 人は命に危険を感じ

る暴力を受けた経験があつて、知り合いがいても共感してもらえない他人ごとなんです。だから孤独なんですよね。それに子どもがいると、いろんな人の力を借りないと生活していきませんか。だから3分の1は自宅に帰るっていうのも当然のこと、もっと多く帰るかもしれない（と思っている）。」

E氏は、DV被害者の立場から、まず被害者が精神的に孤立しないことが大切であり、孤立させない、切れ目のない支援を求める発言があつた。その当時の様子を、東日本大震災の被災者を例にあげて振り返り、DV被害者の孤立感を語った。また、子連れの生活を想定して家を出る準備をしなければならないので、暴力を受けながら準備をするのは難しく、良き理解者がいなければ心理的にも不安定になると述べた。さらに、20人に1人が命に危険を感じる暴力を受けた経験があつても、社会ではDV被害の認識が低いことを強調し、被害者を含めた危機感のなさに無念さを感じている様子が見られた。また、被害者が自宅に戻ってしまうことについては次のように説明した。

E氏：「家庭生活は、ひどい目に遭っても食べていけるわけです。夫から逃げるってことは、子どもと一緒に自立できる人が逃げられる、できない人のほうが日本の場合非常に多いわけで、今の状況は、特にワーキングプアは若い人と中高年の女性ですから（中略）逃げたくても逃げられないですよね。それでわたしも長くそうでしたし。そこで逃げるっていうと、もう命と引き換えに逃げるわけで（笑）津波で逃げたのとわたしが逃げたのは一緒です。先は何にもわからないけど、だから孤立しない（ことが大切）。けれどDVは……孤立させていく、加害者が。」

DV被害者は、被害を受けていても生計が成り立ち、まして子どもがいる場合は余計に逃げられないという心境を述べた。津波を例にして、命と引き換えになる直前まで辛抱し、とどまってしまうと説明した。しかし実際の生活では、日常的な葛藤が長期間にわたっていたと推察できる。この間、他の参加者は、うなずきながら傾聴していた。

(2) DVは、自由を剥奪

E氏：「全部、ロボットのようにリモートコントロールされた感じになる。加害者が被害者を孤立させる。それは支配力……100%支配できたときは、彼女はまったく孤立するんです。外の世界から孤立させていくことと、支配は一緒です。」

A氏：「お金をあげないとか、近所づきあいをさせないとか、力を全部奪って孤立させるんですよね。」

E氏：「そしたら考える力がなくなり、もう命令に従うだけで生きることを要求されるようになりますから、考える力を全部奪われる。生きるってことは自分で考えて、決定して、行動する。その3つの力をどんどん奪っていくのがDVですね。だから当然

認識の不足とか、体の具合が悪いついていうのも支配されるから、人間本来持っているその力も奪われて、状況の認識がしづらくなっていくのです。」

E氏は、DV被害者をロボットのように表現した。毎日の生活の中で支配関係が強化され、考える力も奪われてしまう。やがて、現状認識も自分の体調不良を感じることもできなくなると述べた。A氏(犯罪被害者センター)が経済面や孤立させることを指摘すると、E氏は、まったく自由がない状況になるのだと強調した。

(3) 暴力の繰り返し

E氏：「孤独になれば、わたしも長いこと死ぬこと考えてたんですよ。15年ぐらい死ぬってことが頭から消えなかった、孤立の行きつくところはやっぱり死なんですよ。そこで自分で自死するか、相手を殺すとかいうことで逮捕されるその道しかないっていう、極端にいくと。私は、結婚して2カ月目ぐらいから暴力受けるようになって、子どもを産んで2年たったくらいに体重5～6キロ減って、あと40キロ切って家を出たときは37キロですね。だから徹底して体……その間ものすごく暴行を受けたわけで、救急車で運ばれたりとか、骨も傷めたり、●を受けたり、目も失明しかけてと、いろいろしてるんですけど……なかなか、(夫が)謝ったりすると希望をもってしまって。今と時代が違いますのでね。」

G：「例えばその病院を受診したときに、『これはDVっていうものだから』という話をされたりする経験はなかったですか。」

E氏：「まったくありません。DVっていう言葉が出てきたのは1995年以降なんです。」

H：「ご主人の暴力は、何かアルコールを飲んだあととか、あまり関係ありませんか？」

E氏：「夫はお酒とかかわってたことは確かです。だからお酒飲んで外から帰ってきて、だいたいDVは夜中に起こるんですよ。ストレス抱えて帰ってきて、そこでそのストレスを許してくれる人に言葉とかいろんなこと、身体的な暴力とか、言葉とか。(中略)でもアルコール飲んでいないときにでもしたし、わたしにだけじゃなくて手当たり次第もうやりましたので。彼は特徴的には権力に非常に憧れてる人でした。だから支配しないと自分が落ち着かないというような人でしたので。」

E氏は、孤立する生活の中で15年ほど、死を意識し続けながら子育てをしていた。暴力は繰り返され、心身の苦痛から体重減少が進み、骨折や失明の危機に脅かされ救急車で搬送されるほどの身体的暴力を受けていた。しかしDVとして病院や社会に認知されることもなく、夫の謝罪を受けては元の生活に戻るという繰り返しであった。H(看護職)がアルコールと暴力との関係について問うと、暴力と飲酒は関係があり、仕事のストレスの解消として弱いところに暴力がおよんでいる状況があったことを振りかえっていた。また夫

は権威主義であり、支配力を行使しないと落ち着かない人であると答えた。

5-2-2 被害状況と医療者の対応

(1) 身体・精神的健康被害

E氏：「病院で見つけることはできると思う、今だったら。わたしはギリギリのところ、だからうつ状態……わたしは、女としては冷静なほうだったかもしれないけども、慢性疲労（から）、微熱と常に風邪をひく（状態であった）。自分で最初に行ったのは、心臓が痛むということで（病院に）行きました。それは結婚して6年ぐらいたって、それまでも、大きなけがをして治療はしてるんですが。心臓がとにかく、その夫の気配でグッと胸が痛くなってもう動けなくなるみたいになって、心臓を検査してもらったんだけど、30 ちょっとのときです。それで、まだ体は元気だから精神的なもので心臓自体は大丈夫ですって。恐怖心で、やっぱり医者じゃないしまったくわからないですけど、今度は指が動かなくなりました。末梢神経がだめになって…。」

E氏は我慢のすえ、うつ状態から慢性疲労となり、体調をくずしやすくなった。結婚6年目、心臓に症状を感じて、初めて自分から受診行動をとっている。しかし心臓自体に問題は無いと診断され、症状の原因追究には至らなかったようである。次には、指が動かない症状を感じている。

H：「自律神経系が全部影響してくるんですね。」

E氏：「そうなんです。（中略）だいぶいろいろ慢性疲労のこともB市大が取り上げてから、（結婚）15年、20年ぐらいたつかと思います、わたしがモデルになれるよみたいな感じで（笑）。奴隷の人が鎖を足とかに付けられて動きづらくなるっていうの。重くて重くて動かないんですよ。だから私が家を出たのは、ドクターストップで治らないでって、命をここで落とすよりもできるだけ落とさないで、子どもを育てることを取るっていうので、とにかく元気でないと育てられないから出たんだけども。」

H（看護職）の発言から、次のことがわかった。つまりE氏は、B市大で慢性疲労の研究が進み、自律神経系の症状を理解してくれる医師と出会ったことにより、このまま家に留まると生命の危機だと感じた。このままでは子どもを育てることもできないと実感したことが、家を出る決心に繋がったということである。

(2) 受診時の表現と対応

E氏：「わたしがお医者さんへ行ったときには、そういう言葉（DV）はありませんし、医者の方も何も言葉かけもしないからただ診てもらって『どうしたんですか』って

いったら、嘘をついて診てもらっていたわけですね。(中略) わたし目を蹴られたときは、もう眼球がそれてましたので、これも長いことかかりました。…そのときは医者『えらいことになったなあ。でも見えるようになるからなあ』って。(例えば)『診断書、書いてどうか』とか『どうしたん』言われてたら、『夫に蹴られました』って(言えたかも?)。(中略) 子どもが泣くから夜中に、抱いている前に来てわたしを蹴りあげたんで、こっちに子ども抱いてたら赤ん坊は死んでたと思います。また、その臨月のわたしを蹴りましたから、もうおなかかかえて●でしたけれどもね。だから産婦人科のほうでも、私もレイプまがいのことが…、深刻なDVに必ずありますのでね。

母がいないと(子どもを)育ててくれる人が女きょうだいもないわけだから、もう診断書取ること認めてもらって、やっていくよりほかないと思って初めて医者で『診断書、書いてください』って言うたときは辛かったですね。もう決別することを、半分可能であればまだここにいたいっていう。それからでも5通ぐらいあったかな。結局、裁判でしか離婚できなかったから裁判で役に立つっていうのか。それでも『何で要るんですか?』って、こう聞かれますので(笑)、『ご迷惑かけませんから、ただ持っていただけなんですけどお願いします』って書いてもらいました。」

E氏が、身体的暴力による怪我で受診した当時は、DVという言葉もなく、医師からの発言もなかった。そのため、当初は嘘をついて『転んだ』と言っている。また子どもを抱いたまま顔面を蹴られ眼球がそれた時は、もし医師から『どうしたのか、診断書を書こうか』などの問いかけがあれば、『夫に蹴られたと言えたかも』と語った。妊娠中には、腹部を蹴られたり、レイプまがいの暴力を受けているので産婦人科も受診した。しかし、実母を失い、姉妹もいないため、身を守るために初めて医者に『診断書を書いてください』と言ったときは、やはり離婚による決別を意味するため辛かったと述べた。その後も5通ぐらい診断書を書いてもらっている。後に裁判を行うにあたり、提出が必要になったので役に立ったと受診行動を振り返っていた。

(3) DVスクリーニング(初診時間診)

D氏:「わたしはあると思います。問診っていうのか、ちょっと何かこの人は……って言って、あれだったら『お差し支えなかったらチェックしていただけますか』っていうふうな。」

F氏:「ああ、そうですね。」

B氏:「話しするっていうのはなかなかできませんよね。カウンセリングだったら安全な場所がありますけど。とても(外来)できないですよ。」

F氏:「問診でいいモデルなどがあればね。取り入れたりできない……」

B氏：「この間もお話したんですけど、東京の●病院というところが早くからDV…
…その院長が女性なんですよね。内閣府がつくったDVDが出てんですけど、一
番、最近版。その病院は、もう来られる患者さん、女性のかた全員にアンケートを
書いてもらうてるんですね。」

A氏：「全員っていうのがいいかも、しれないね。」

D氏（女性センター）からは、特に初診時の問診票で、DVに関する項目を入れるのは
どうかと意見があり、F氏（看護管理職）が共感した。B氏（公共機関支援者）は、カウ
ンセリング部門であれば安全な場所が確保しやすいが、外来診療部の場合は、夫の監視等
があることを配慮する必要があると述べた。F氏（看護管理職）から、問診で良いモデル
があればと発言があり、B氏（公共機関支援者）から、東京の●病院は、女性の院長で、
内閣府がつくったDVDが出ており、女性全員に問う形式を取っていると紹介があった。
全受診者に聞いて、その中からスクリーニングして相談に結び付けるのが良いのではとい
うA氏の意見があり、多くの医療機関における実現が望まれる。

(4) DVと保健所

E氏：「だから保健所。DVがいかに保健所に活躍して頂ける問題であるかっていう認
識が社会で足りないと思いますね。健康でなかったら、やっぱり（自分の）問題解決
していけない。いくらいろんな人を知っても、自分の人生は自分でしかできないか
らね。前から思ってるんだけど、保健所は母子の健康を……わたしは保健所へも行っ
たことあるんですよ。それはもうずいぶんいろんな目に遭って、結婚して家出てか
らもまた実家のほうでものすごい被害を受けたものですから。子どもは、やっぱりす
ごく育てるのが難しいですので、当然ね。ものすごく奮闘して大きな声出したりした
もんだから、思春期の男の子がなかなか大変。」

G：「そしたら何を。」

E氏：「●あなたはきちがいですって言われるのね。……（中略）……わたしが行った
のはもう25年ぐらい前になるかな。だからそのとき聞いていただけたけれども、わた
しはきわめてノーマルですって言っていて（笑）、そう言った人のほうがおかし
いって言ってもらって、自分がおかしくないっていうのを確認するっていうのかね。
しましたね。」

E氏から、「DVがいかに保健所で扱える問題であるか、という認識が社会で足りない
と思う」という意見が出された。G（司会者）からの促され、保健所がとても役立った経験
について語った。思春期男子への対応に悩んだ時期、保健師に自分自身の人格を肯定して
貰え、自分を取り戻すことができたという。こうした保健所の役割を社会一般に広めるこ

とは重要であり、今後も保健所によるDVへの関わりが大いに期待される。

5-2-3 孤立する被害者を支える援助の重要性

(1) 信頼感と連携

E氏：「わたしの場合は夫の両親と一緒に住んでましたのでね。密室じゃなくて、わたしがひどくされてるっていうのもみんな知ってるんですね。だから知ってる人はわたしを見てたらそんなにひどいことされるようなことしてないというので、わたしを理解してくれる人も中には。しかし、きっちりわかってもらうってことはとてもできない。親友でもわかってもらえなかった。そんなにひどいことされるのは、やっぱりあなたに足りないところがあるからされるんだっていうのがあった。

そうですね。信頼感があれば、その誰かと連携していることによってその人は生きる力を持てますのでね。普通だったら、結婚していたら夫婦でお互いに信頼感を持つことで自立心が保たれるんだけど信頼できない。だから信頼しよう、しようとするんですよ、やっぱり。信頼しとかなないと生きていけないから、彼を信頼しよう、わたしもそう思った（笑）。（中略）だからちょっとでも信頼しようとするんだけど、結局いくら努力しても、もうこれは絶対に信頼できないというところまで行ったら、やっぱりようやくそこで出る決心をするっていうことになりますかね。」

E氏は結婚後、夫の両親と同居していたが、夫は長男で母親から溺愛されており、暴力を振るうのは嫁のいたらなさの原因があるかのように言われ孤立感を深めた。E氏は親友にも理解を求め、多少の理解を示してくれた人もいたが、夫婦関係に他者が立ち入るのは難しい時代であった。DV被害者にとっては、信頼感や誰かと連携していることが、その人の生きる力となる、と述べた。

(2) 共感が理解のはじまり

D氏：「その例えば相談機関であるとか、その手を差し伸べてくださるというかたへの信頼っていう部分はすぐ湧いてくるものですか。信じられる……」

E氏：「それはね、わたしは生きることに切実に頑張りましたので、相手がわたしのことをちょっとでもわかってくれる人に出会えたらもうマル。そうでなくてもこれは仕方がないというふうにとらえてきましたから、二次被害とかいうような言葉いっぱい受けてるんですけれども、そこでだめだったら次を探すっていう形で来ましたから。わかってもらえるよりわかってもらえないことが当たり前とって思ってきましたので。…（中略）……だからDV被害者同士が集まって、じゃあ彼女の隣にいるかたのことがわかるってそんなことはないんですよ。わたしももう散々な苦勞をしてきたから。

河合隼雄先生が言われてたけど、人間はそんな簡単に理解できるもんじゃない。自分が家庭に育ってますから、親子であれ、きょうだいであれ、そんな簡単に切れない関係にいるから、だましたり、こうしながら家庭にいるわけで簡単に理解できるものではないですね。ただ理解してもらわなくても共感してもらうことが優しさだから、共感が理解の始まりだから。」

D氏(女性センター)の、相談機関や他の人への信頼感はすぐに湧いてくるのかという問いに、E氏は、「相談機関においては分かってもらえないことを前提としているので、少しでも理解を示してくれる人なら受け入れられる。二次被害も受けているが、仕方ないと次を探した。そしてDV被害はケースにより違うので、被害者同士によって理解しあえるというのは難しいのではないかと述べた。またE氏は、河合隼雄の考えに共感しており、家族関係の複雑さや、修復について理解がないところに共感はあり得ない、しかし理解が難しいなら、やさしさとしての共感なら得ることができる、そこから理解が始まると述べた。

5-2-4 DVへの認識の変化と医療現場の声

(1) DVへの認識の変化

E氏：「DVの言葉が出たのは、1995年以降……1995年に北京での婦人会議のとき、日本にはデータがなかったので、当時、DVの研究会をアメリカで体験した人たちが東京でグループつくって、自分たちが取ったデータを日本のデータとして持って行ったんですね。(中略)」

D氏：「最初は家庭内暴力って使ってましたよね。」

B氏：「わたしも、婦人相談所に行ったとき、家庭内暴力は子どもから親にでしょ。だからその一時保護所にはDVっていう言葉がなかったので、ただ『夫からの暴力』というカテゴリーだったんですよ。それで一時保護を求めて来る人が、それこそ婦人保護事業よりもだんだん多くなってきたというのがこの時代、1995年ちょっと以前ですね。(中略)そこでの保護事業はとても大変で、転落未然防止っていうね。婦人相談所はもともと売防法(売春防止法)……だから転落未然防止の見地から、そういう(今のDV被害)女性も保護しましょう、という法律の拡大解釈ですよ。」

E氏がDV防止法に関する経緯について触れた。これを受けてD氏(女性センター)、B氏(元公的支援機関)は、「家庭内暴力」の用語は子どもが親や祖父母に反発する際に使用され、本来売春防止法によって保護されるべき女性を収容する一時保護所¹を利用する際は、DVによる社会的な転落防止と拡大解釈したと述べた。現在であれば、E氏の時代よりも早い手立てがあることを述べると、E氏も同意していた。

(2) 看護職からの問題提起

H：「個人情報の保護ができたので、以前より、アナムネ（入院時の患者情報）の取り方もすごく薄っぺらになったような気がして、（中略）、今はその治療に必要なものだけになってきている部分も大きいですね。」

F氏：「ありますね。あとはもう本当に入院が短期になってきているので、そういうのはきっと浅く関わっていくっていうのは多分あると思います。」

G：「なかなか私的なことが把握しにくい医療状況になっているということ。」

D氏：「把握しにくい。ああなるほどね。」

F氏：「あると思いますね。繰り返し来られる方は、どんどん様子が分かるんですけど。……やっぱり治療をまず一番に考えると、そこが薄くなるのは現実としてはありますね。」

G：「病院の中の体制として、ケースワーカーさんとかいらっしゃるじゃないですか？

DV被害者支援とかも、その中ではちょっと話題になってますか？」

F氏：「ケースワーカーの中でどういう話がされているのかっていうのは、ちょっとわたしの方で把握してないんですけど、医療相談の方ではいろんな相談を持って行くので、もうあれやこれやといろいろ抱えてはいるので、多分そこがいろんな情報提供してくれるので、橋渡し役にはなってはくれているのだけ。」

H（看護職）から、電子カルテになり個人情報の保護がいつそう強化され、アナムネーゼ（入院時に取る、一連の患者情報）が、受診時の入院・治療に関するものに限定されつつあるのではとの発言があった。それに対し、F氏（看護管理職）は、本当に入院期間が短期になり、関わりが浅くなりがちになっているのではと危惧していた。G（司会者）が、私的なことが把握しにくい医療現場であることを確認した。D氏（女性センター）も把握しにくいと理解した。F氏が、患者が入退院を繰り返す場合は、私的な情報も増えてくるし関わりも深くなる傾向があるが、まずは治療が中心であり、患者の心理、社会面を見ることが浅くなっている現実がある、と述べた。G（司会者）の、ケースワーカーとの連携やDV被害者支援について話題になっていないかという問いに、F氏は、看護部としては個別に把握していないが、いろいろと相談を持っていくので、患者と社会資源、福祉への橋渡し役になってくれている、と答えた。しかしケースワーカーに相談事例を持っていても、一方通行的になっている可能性も推察される。

5-3 考察

5-3-1 DV被害当事者から望まれる支援

第2回のFGIは、DV被害当事者が中心となり、各支援機関の支援者が被害状況に共感

しながらの進行となった。【当事者の体験からみたDV被害状況】や【孤立する被害者を支える援助の重要性】から、DV被害当事者は社会関係を絶たれ、孤立を余儀なくされ、悪循環に陥ったと考えられる。このような状態について、DV加害者は、生きるために誰もが確保されるべき安心・自信・自由をパートナーから奪うために、全世界共通の技術を持っているといわれる(草柳, 2008)。被害者自身が、孤立しないように最大限の努力をする必要であり、周囲の支援者は孤立させないために切れ目ない支援を提供する必要があることを再認識した。被害経験者がDVを津波に例えたほど、危機が迫らないと逃げられない現実があることを踏まえておく必要がある。

加害者の精神病質グループの心理学的兆候²には、虐待が引き起こす他者の恐怖心や苦痛、そして恐ろしく不快な結果になるだろうということに対する想像力の喪失などがある(Donald, et al., 2001)という。しかしながら、日本社会においてはDV被害者だけでなく加害者に対する認識の低さも問題であり、周囲の危機感のなさに無念さを感じる被害当事者もいた。

被害当事者が、DVを振るう夫の感情に翻弄され、孤立し、死を意識しながら子育てをするという生活は、Seligmanの「学習された無力感」(Peterson, et al/津田彰監訳 2000)だと言える。被害者は、近親者には相談を試みようとしていた。被害者にとって、相談者や相談機関は必要であり、信頼感を持って誰かと連携することが、無力感から脱しその人の生きる力となる。しかし相談しても、近親者や友人の価値観に左右されることは多い。結局、家族関係の複雑さや修復について理解することは難しいのである。相談に応じる支援の有り方として、まずはやさしさとしての共感であれば、心を閉ざしている被害者も受け入れることができ、理解の始まりになると被害者は述べていた。また、DV被害はケースにより違いがあるので、被害者同士のピア・カウンセリグ³で理解しあうことは難しいのではないかという問題提起もあった。

【被害状況と医療者の対応】では、当事者は様々な症状を呈して病院を訪れていた。しかし、みずからが医療従事者に相談し打ち明けることはなかった。その当時の家庭生活は奴隷的な状態で、自律神経系が全身に影響を与え、周囲からみてもその表情や言動の異質さは推測できただろう。しかし、本人も受診の際に転倒での怪我だと述べており、DV法の後押しがない時代背景もあって、被害から脱出するのに大変な時間を要している。こうしたDV被害者は、身体的、心理的症状から、複数の病院・診療科を受診している。それでも被害を打ち明けることができず、実際の支援に至る道のは険しいことが明らかになった。

5-3-2 DV被害者支援における医療機関で働く看護職に求められる課題について

欧米において医療者(助産師、看護師および医師)がDVに対してもつ障壁として、性的暴力に特化した教育の欠如による知識不足、性的暴力を取り扱ううえでの時間的制約、

ステレオタイプな見方、被害者や加害者と認識することの危うさ、患者を怒らせることへの不安、パートナーを非難することへの抵抗や不安、力不足等、ルーチンにスクリーニングを行わないなどが指摘されている（堀内ほか 2004）。日本では、法整備も教育も遅れているが、まずは全ての病院機関で初診時の問診票に、潜在的な被害者を見つけるためのDVスクリーニングに関する項目を加えるべきだと考える。

看護職の支援としては、被害者の立場に立ち寄り添い、傾聴し、非難せず受け入れることが必要とされる。【DVへの認識の変化と医療現場の声】から 2000 年以後は、DV防止法が随時整備されDVという言葉の意味は社会に認知されつつあり、医療に対してもその役割が高まったと推察する。しかし看護管理職は、当事者が種々の診療科を受診していた状況から、病気は病気、DVはDVとして見てしまい、関連づけられていなかったと振り返り、医療機関における支援の必要性をあらためて実感していた。

被害者は、DVによって安寧な生活の場としての環境を脅かされ、心身に大変なストレス状況がある。DV被害者（患者）が受診に訪れた際、看護職としては身体面だけでなく精神面の観察が重要である。それにはDV被害者がどのような症状を呈するのかという観察項目を熟知していなければ看護介入に結びつかない。DVと判断し介入するには、個人的な情報が必要となるが、入院期間の短縮や電子カルテにより一連の患者情報は、個人情報保護のため受診時の入院・治療に関するものに限定される傾向にある。患者の生活環境を把握することが難しくなった分、看護職はより深い知識と洞察を持って被害者（患者）に接する必要がある。

E氏のように、身体の痛みとしてDVを間接的に訴える患者がいることに気づくことも重要である。看護の視点の一つとしてDV被害者にどう関わるべきか、小玉の理論が参考になる。小玉は、人々が自分の目下の健康問題を認識することを導くための自覚を促し感情に気づくこと、つまり生活行動、習慣となっていることへの働きかけは看護職がふさわしいと述べている（小玉 2013）。それに即すると、DVを受けている現状と、自分の感情に気づくよう促すための知識の提供は看護職が適しており、それによって被害者の行動は変化すると考えられる。

E氏は医師から診断書の必要性や怪我の理由を問われていたら、「夫に蹴られましたと言えたであろう」と述べている。その場に立ち会う看護職が、「このあざ（傷）は、どうされましたか？」「何か、ご心配なことでも……」と問いかけることで、次の支援に繋がる可能性があると考えられる。被害者自身が、被害状況を健康問題として認識し、被害への自覚を持つことが看護職の役割として求められる。医師や看護職は、DV被害者の特徴的な症状として、うつ症状や不定愁訴が多い点を判断できるよう頭の隅において関わる必要がある。また、ストーカー的なパートナーの監視があることにも留意し、被害者にとって安全な支援を提供できるよう配慮が必要である。

5-4 小括

本章では、DV被害者は社会関係を絶たれ、孤立を余儀なくされ悪循環に陥ってしまう状況が再確認された。被害者が孤立しないためには最大限の努力が必要だが、加害者から相談を阻害される可能性もある。また、DVによってうつ状態となり自らの判断力も奪われる被害者は、みずから被害を打ち明けることは少なく、結果として支援が遅れ、支援に結び付けることが困難であることが明らかになった。看護職は、このような被害者が、遮断された社会への入口として医療機関を訪れることがあることを認識する必要がある。

看護職は、DV被害者の特徴的な症状としてうつ症状、不定愁訴が多い点を理解して関わり、より深い知識と洞察を持って被害者（患者）に接する必要がある。また被害者がDV被害を自分の健康問題として認識するように、そして自分の感情に気づくように導くことが必要である。それには、やはり言葉をかけて被害者の心の扉を開けることが大切な第一歩となる。

註

1. 1956年5月、性行又は環境に照して売春を行うおそれのある女子に対する補導処分及び保護更生の措置を講ずることにより、売春の防止を図ることを目的として施行された。都道府県は、要保護女子を収容保護するための施設、「婦人保護施設」を設置することができる。
2. パラノイア(妄想症)、深刻なうつ病、幻覚(精神病)、強迫神経症、反社会的パーソナリティ障害(精神病質あるいは反社会病質と呼ばれる)等。加害者がこれらの精神疾患を持っている場合、変わることは不可能に近いといわれる。少なくとも心理療法や投薬によって精神状態が安定するまでは難しく、安定するまでに何年も掛かる事がある。精神疾患が完治しても虐待がなくなるとは限らない。
3. パートナーからのDV(身体的・性的・精神的・経済的)にあっている／あっていた女性たちが自分たちの傷つきや体験を話し、聴き合う会(ピアサポートグループ、自助グループ)。時間を分け合い、お互いが話し、パスもでき、アドバイス・批判はしない。秘密厳守、安全な場所でゆっくりと自分と向き合うことで自尊心の回復を目指す。

第6章 看護職のDV被害者の対応における困難と支援の試み

第3章の実態調査で明らかにしたように、看護師は保健師、助産師よりもDV被害者と遭遇する割合が低い。そのため、被害者への対応に戸惑いを抱き、上司等への相談や対応を求めている(泉川他, 2012)。被害者の早期発見には、看護師・助産師のアセスメント能力の強化や、DV被害者支援機関との連携システムの整備が重要である。そこで本章では、医療機関に勤務する看護師、助産師を対象にグループインタビューを行い、DV被害者に遭遇した際の支援においてどのような困難を感じているのか明らかにする。

6-1 看護職のDV被害者の対応における困難さの検討

6-1-1 研究方法

1. 研究参加者：研究に同意が得られた関西地区A医療機関に所属する病棟勤務看護師3名(内男性2名)、助産師4名、外来勤務看護師2名の計9名。
2. 対象者の選定に際して、同一医療機関での看護職におけるDV被害者との遭遇と支援の実態調査(泉川他, 2012)から、看護部を通じ被害者と遭遇していた部署から推薦を受け調査協力を依頼し、同意が得られた看護師、助産師とした。
3. データ収集：研究期間：2013年1月。半構造化グループインタビューを2回(各90分程度)、プライバシーが漏洩しない個室で実施した。勤務の都合により1名は個別にインタビューを行った。グループインタビューに際し、DV被害者支援における看護職の役割に関して、DV被害者の早期発見の意義、再発予防の理解・認識、DV被害者の相談場所・相談機関との連携について説明した。インタビューガイドとして「いまのDV支援の状況に対する自分の思いについて」、「支援における病院(組織)への要望について」、「DV被害者支援に対する理想について」等、参加者の自由な発言を尊重して意見が進展するように努め、また同意のもとにICレコーダーで録音した。
4. 分析方法
録音内容を逐語録に起こしデータとして精読し、対象者の語りは、患者への対応や管理体制に相違があるため外来と病棟勤務者に区分して分析した。内容はDV被害者支援の状況に対する自分の思い、遭遇状況、DV被害者支援に対する組織への要望、理想について、語られた思いや文脈にコードをつけた。コードを意味内容の類似性と異質性を比較しながら分類しサブカテゴリーとした。さらに抽象度を上げながらカテゴリーを抽出し、それらの関連性を分析した。インタビュー時、協力が得られた研究者と解釈に誤りがないよう分析内容の一致に努め、さらに質的研究の専門家にスーパーバイズを受け分析結果の信頼性と妥当性の確保に努めた。
5. 倫理的配慮
本研究への参加は自由意思であること、途中で参加を拒否できること及び収集したデ

ータは研究のみに使用し、秘密は厳守され匿名性が保証されることを書面に記載し、対象者に口頭で説明した上で同意書に署名を得た。また、同意が調査の途中で撤回されても不利益を被ることはないことを保証し、研究終了後にも適切にデータを管理することとした。なお、本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の承認（番号:567）を受けて実施した。

6-1-2 結果

1 研究参加者の概要

研究参加者は、臨床経験4～10年が4名、12年～35年が5名、既婚5名、未婚4名である（表1）。第1回の病棟勤務の参加者は、A～F氏の6名（看護師3名〔内男性2名〕、助産師3名）、G氏は勤務の都合で個別にインタビューを行った。第2回の外来勤務の参加者は、H・I氏の看護師2名である。

表1 研究参加者の概要

メンバー	部署・その他	臨床経験	婚姻
A	周産期母子医療センター	30年	既婚
B	周産期母子医療センター(元同県同設置病院経験有り)	20年	既婚
C	HCU(認定看護師)*男性	13年	未婚
D	ICU(元関西地区B県B病院経験有り)*男性	10年	未婚
E	ICU	5年	未婚
F	産婦人科病棟(元同県同設置病院経験が主)	6年	未婚
G	周産期母子医療センター	4年	未婚
H	産婦人科外来(他部署経験有り)	25年	既婚
I	産婦人科外来(他部署経験有り)	35年	既婚

2 外来勤務者のDV被害者支援（表2）

産婦人科外来勤務者のDV被害者支援状況の語りを分析した結果、128のコードから18のサブカテゴリー、5つのカテゴリーを抽出した。

なお、本文中のカテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、対象の語りは「」、筆者による補足内容は（ ）で示した。

産婦人科外来での対応は、「医師の診察に同じ看護師¹を付けていた。大体同じ患者さんが回ってくるでしょう。」のように《同一看護師による外来診療の補助》や「フリーの看護師が入院の説明や相談を受ける」等、煩忙な業務の中でも《相談対応が可能な専任者の配置》が行われていた。また《医療相談部門の活用》や《妊婦はマタニティ相談の利用²》から【外来の相談システムの運用】がなされていた。

外来患者との関わりでは、「ずっと涙ぐんでいて、何回か声を掛けたんですけど『いや、

大丈夫です』)のような《気がかりな妊婦への言葉がけ》や、「通院に同伴³、(略)若い人が何か偉そうに奥さんに言うてる人」、「ずっと(妻を)見張っていたいような」関係に対して《夫婦のやりとりに困惑》が挙げられた。また、「赤ちゃんをつれた奥さんにワーって言って(略)こっちがなんかドキっていか怖いと思うような」、《夫(パートナー)の態度への戸惑い》が挙げられた。一方「あざがたまに何か所もある人がいて、怪しい。」等《身体への傷やあざへの不信感》のような、【DV被害の不確実性】で構成された。

また「奥さんをずっと拘束・束縛しているタイプの夫もいるらしい。間に入った第三者に危害を加えるケースもある。」等の報道情報から《DV加害者への恐怖感》を持ち、「1人での対応は無理だし怖い」と《DV介入への恐れ》から、【DV対応への負担感】を抱いていた。

さらに《小児科勤務での虐待事例経験》や《虐待研修の活用》のように、DV支援に【虐待通報システムの応用】が活かされ、看護記録での《チェックリストの活用》や《電子カルテへの記載》は、早期発見に利用可能な取り組みになると捉えられていた。女性専用トイレ等に《A県DVカード⁴の設置》をした情報提供、《問診票の活用》は「パートナーがそばにいと書けない」のような《スクリーニング時の注意》等が挙がり、【外来でのDV対策への関心】に繋がった。

表2 外来勤務者におけるDV被害者支援の現状と困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	コード(一部抜粋)
外来の相談システム	同一看護師による外来診療の補助	17	診察時も医師と同じ看護師を配置、大体患者さんは同じ人が受診するでしょう。
	相談対応が可能な専任者の配置	16	1人フリーを置いて、入院の説明や相談を受ける。
	医療相談部門の活用	4	医療相談室(1階)は、3名ぐらい在中している。
DV被害の不確実性	妊婦はマタニティ相談の利用	2	マタニティ相談コーナーでは結構いろいろとゆっくり話しているようです。
	気がかりな妊婦への言葉がけ	13	ずっと涙ぐんでいて、何回か声掛けたんですけど、「いや、大丈夫です」と。
	若い夫婦のやりとりに困惑	8	若い夫が何か偉そうに奥さんに言っている状況。
	夫(パートナー)の態度への戸惑い	7	産科で、小っちゃい赤ちゃんを連れてるのに、奥さんにワーって言ったりとか。
DV対応への負担感	身体への傷やあざへの不信感	5	受診の度にあざが何ヶ所もある人がいて怪しい、転んだだけだと増えない。ドクターが外傷の記録しているようにナースサイドも記録。
	DV加害者への恐怖感	15	DVのニュースで、40前の夫が奥さんをずっと拘束、束縛しているタイプだと。こっちがドキっていか怖いって思うような若い人(パートナー)。
虐待通報システムの応用	DV介入への恐れ	3	一人の対応は無理だし怖い。
	小児科勤務での虐待事例経験	7	(小児科)関連機関には、病院から連絡はしました。
外来でのDV対策への関心	虐待研修の活用	3	先日に妊娠期の虐待の講演会は行き、聞いたときは外来でもと。
	チェックリストの活用	9	例えば今日だったら●曜日に、なんかちよつと疑わしい人がいたことを記入する。
	電子カルテへの記載	7	外来でも病棟であろうが、データベースにチェック入れることは可能なんですね。
	A県DVカードの設置	4	カードを産科トイレに置けるかと、A県でも商業モール、市役所に設置している。
	虐待カードの普及	3	子どもとか持って帰ってきませんか、こういうの「1人で悩まないで」とか。
スクリーニング時の注意	スクリーニング時の注意	3	しかしご主人がいたら、(問診票)なかなか書けないと思うんですけど。
	問診票の活用	2	精神科に今まで既往あるかどうか、あっさりした問診票になっている。

3 病棟勤務者のDV被害者支援の状況（表3）

I C U・H C U勤務の看護師⁵および周産期センターの助産師のDV被害者支援の状況の語りを分析した結果、102のコードから28のサブカテゴリー、5つのカテゴリーを抽出した。

助産師からは、「病院の医事課、相談課、医療相談員が入る。」や《警備（守衛）を呼ぶ》が、「虐待既往の母児は、保健センターから入院中に様子を見に来て話し合う場を提供している。」のような《乳児虐待予防システムとの相違》があった。そのため《医療相談室への連携》や、「CNS⁶が病棟に来て、いろいろ方向性を相談できる」のような《CNSを交えてのカンファレンス》や《産科、NICU合同のカンファレンス》、《マタニティ相談コーナーの利用》等、【入院中の支援システムの必要性】が挙げられた。

I C U・H C U勤務看護師からは、《DV被害（頸動脈切断）患者の遭遇》や「奥さんがお薬を飲まれて急性中毒で運ばれたケースは、何例か遭遇した。」のような《薬物中毒（服毒自殺）患者の対応》が挙がり、「精神的症状や訴えがあれば精神科の受診となるが、入院適用がなければ退院になってしまう。その後のフォローができない状態です。」と《看護介入・支援の中断》や《「何かへんだなあ」という感覚》はあるものの「日常の勤務では結局、業務に追われる。」のように【被害者支援に対するジレンマ】を抱えていた。一方、「6件ぐらい遭遇したが対応は難しい。」や、「（救急受診に対応する）私たち（I C U）が一番分かりやすい」のだが、「身体的な暴力しか見つけられない部分がある。」や、「精神的や性的暴力というのは、基本的に見た感じでは“しんどいのかな”というぐらいにしか分からない。」と《暴力被害の判別の難しさ》が挙げられた。また《内診時に夫が立会い希望した例》を挙げ、「まさか。それだけでDV（被害）とは、つながらないと思った。」と【DV被害判断への知識不足】が抽出できた。

他に《保健センター・保健所との連携》、《DVと虐待の連鎖に気づく》や、《DV法の制定時期に業務で参加》や、《看護学生時代の授業での学び》から、【乳児虐待予防システムの応用】が抽出された。他に《DVワーキンググループの効果》は、前任病院での“DV勉強会”での体験から、「ロールプレイでは、『ああ、なるほど』ということが多々あり、教育システムは大切。」や「DV被害者を、見つけようという意識が高まった。」が挙げられ、「トリアージナースを置いて、リーダーとサブリーダーの3人で共有するシステムを取った。」のように医師も含め4人で考えることによる《トリアージとメンバーへの啓蒙》という教育方法が語られた。さらに《産褥期ケアへの声（投書箱）》、《A県共通シートの普及が不十分》や、《フローチャートの作成》を検討する等の課題から【病棟でのDV支援対策への関心】が抽出できた。

表3 病棟勤務者におけるDV被害者支援の現状と困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	コード(一部抜粋)
入院中の支援システムの必要性	警備(守衛)を呼ぶ	6	夜間救急のところにある、もと警察の方が来てくれて、見回りに来てくれる方。
	乳児虐待予防システムとの相違	5	上の子への虐待既往があり入院中に様子を見に来るという方は何例かある。
	医療相談室への連携	5	地域の保健センターとの繋ぎをするという形で、地域連携とちよっと違います。
	CNSを交えてのカンファレンス	3	CNSが病棟に来て、いろいろ方向性を相談できる。
	産科、NICU合同のカンファレンス	3	出産後の振り返りを行って、今回の出産をどのように感じておられているか。
	マタニティ相談コーナーの利用	2	外来の妊婦健診時にマタニティ相談室で、必ず初期、中期、後期やってもらう。
	DV遭遇時のマニュアルなし	2	チャート自体はないですね。またマニュアルとしても残していないけど。
	警察への通報システム	2	産婦さんでその夫と揉めて、「警察を呼んでください」とおっしゃられて。
	リーダー、師長への報告	2	一応トラブル的なものが起こったときには、当直師長さんに連絡をさせてもらう。
	保健センター等への連携	2	保健師や職員の方とか、その情報を提供してくれた方話し合う場を設ける。
被害者支援に対するシレンマ	DV被害(頸動脈切断)患者の遭遇	4	脳梗塞(夫からの障害)になって、それも意識が戻るのが難しいかという状況。
	薬物中毒(服毒自殺)患者の対応	3	奥さんが薬を飲まれ薬物中毒(急性中毒)で運ばれた事例は何例か遭遇。身体に問題がなくなると、訴えがあれば精神科の受診をして頂くことがある。
	「何か変だなあ」という感覚	3	日常の勤務では結局、業務に追われて終わる。
	看護介入・支援の中断	3	入院適用がないとなった時点で退院になるため、その後のフォローができない。
DV被害判断の知識不足	監視するパートナー	3	男性の方が、なんかこう雰囲気的にすけれども帰らそうとしたりとか。
	DV被害者疑いへの対応	2	そこであまりにもひどいけがでしたら、隔離とか離すというチャートはありました。
	暴力被害の判別難しさ (CCU, HCU)	2	私らが一番分かりやすいのだが、身体的な暴力しか見つけれないところがある。精神的や性的な暴力は、見た感じでは「しんどいかな」というぐらいしか分からない。
	内診時に夫が立会希望	2	男性の先生には一切診察してほしくないとか、自分の目の前で診察してほしいとか。
乳児虐待予防システムの応用	保健センター・保健所との連携	6	保健センター・保健所から、その(虐待)情報提供があり話合う場を設けている。
	DVと虐待の連鎖に気付く	2	DVと虐待って、セットのようというケースも多々あると言われています。
	DV研修の必要性(自己、院内等)	4	院内の研修で、DV被害とか虐待とかいうのを院内でやっているのはあまりないよう。
	DV法の制定時期に業務で参加	5	病棟代表か病院代表かは分からないけど、「●県の方に研修に行ってください」と。
	看護学生時代の授業での学び	1	私は看護学校のときに授業でちょっと習ったことがある。
病棟でのDV対策への関心	ワーキンググループの効果	15	WGに入っている時、保健婦さんが言ったように見つけてやろうという感じがあった。
	トリアージとメンバーへの啓蒙	5	トリアージナースを置いて、何か怪しい場面は3人と医師で協議する。
	A県共通シートの普及が不十分	3	A県共通シートを使っては、活用しきれていないといった状況。
	フローチャートの必要性	3	具体的にどこに連絡をしてどういう支援や協力を得るのかしっかり認識できていない。
	産褥期ケアへの声(投書箱)	4	ケアの希望は、極力時間があれば対応させて頂くように気を付けております。

6-1-3 考察

1 外来勤務看護師のDV被害者支援の状況から

産婦人科外来勤務の看護師は、診療の補助に《同一看護師による外来診療の補助》を行

い【外来相談システムの運用】がなされていた。しかし【DV被害の不確実性】では、外傷に気付いても本人の自覚や訴えがない限り支援が途切れることや、DVが疑われるケースに遭遇しても業務に流され、追及することに困難さを感じていた。また、《DV加害者への恐怖感》や《DV介入への恐れ》による【DV対応への負担感】から被害者への対応の中断につながることも考えられる。暴力被害はDV被害者本人からの申告が最も多く（高田，2011）、看護師から積極的に質問が行われていない現状がある。

DV被害者自身も医療機関は“けがの処置だけをする場”との認識が強い（日比，2008）と報告があり、社会関係を断たれ孤立を余儀なくされる被害者には共感的な支援が求められる（草柳，2009）。看護職が、DV被害者はうつ症状や不定愁訴等を抱えやすいという特徴を理解し、被害が疑われる患者に寄り添い共感的に関わることで、思考を変化させ早期発見につながる可能性がある。今回の研究参加でDV対応に関心を向け、被害者支援への動機づけになったと考える。

また、虐待等への対応経験や研修参加の学びを活かした【虐待通報システムの応用】がなされ、【外来でのDV支援対策への関心】に繋がっていた。医療現場で助産師の6割がDV被害を受けた妊婦に遭遇しており（川原他，2011）、看護師に比較して助産師は「相談に乗る」、「専門家に相談する」といった介入が高率である（泉川他，2012）と報告がある。A病院のようなマタニティ相談コーナーや助産師外来の設置も対策の一つであるが、外来問診時のDV被害スクリーニングの導入も検討すべきである。

2 病棟勤務看護師、助産師のDV被害者支援の状況から

病棟勤務者については、【入院中の支援システムの必要性】の認識が確認でき、DV被害が疑われる場合にはカンファレンスでの検討、上司への報告から医療相談室や他機関との連携、緊急時の警備室への連絡が挙げられた。

また加害者と離れ、相談できる医療職が常駐する病棟の特殊性が活かされ、DV研修経験をヒントに被害者の早期発見や医療相談室へ連絡・連携する流れができていた。特に乳児虐待は《保健センター・保健所との連携》を活かし、産後入院中の母親を訪問し、家族に関する情報収集を行うことで潜在的DV発見に努め、《DVと虐待の連鎖に気づく》必要性が挙げられた。

友田ら（2005）は、DV教育は女性の健康問題として捉えた教育が必要であるが、教員は学習経験が低く、研修や実践に結びつくツールやプログラムやカリキュラムの構築の必要性を示唆している。また、不規則な勤務の看護職にe-ラーニングシステムを用いた集合研修等の意義が挙げられ、学生や看護職への教育システム環境の整備（今村他，2010）の必要性を提案している。本研究においても《DV法の制定時期に業務で参加》等で得た知識や【乳児虐待予防システムの応用】について確認できた。

I C Uの看護師は、《DV被害（頸動脈切断）患者の遭遇》や《薬物中毒（服毒自殺）患

者の対応》等、被害者との遭遇経験が6件ある場合でもDV被害者判断の難しさを実感していた。看護職のDV被害者に対する《「何かへんだなあ」という感覚》によってDV被害者が顕在化するが、【被害者支援に対するジレンマ】や【DV被害判断への知識不足】が生じていた。自らの経験不足や医療スタッフの協力が得られず、看護ケアに対する理想と現実のギャップが生じるという（山田，2008）報告があるように、問題発生時の対応ルートや相談、カンファレンス等を利用したDV支援システム整備が課題である。特に自殺未遂事例では、DVが疑われても入院適用でなくなれば介入が途切れることに対する看護者としてのジレンマが明らかになった。後でDV被害者だと気づく、相談があればフォローするという現状を、早期発見に向け積極的に介入する体制づくりに加えて、身体のみならず心理、社会的情報のアセスメント能力も求められており、対応策の検討が必要である。

《ワーキンググループの効果》では、DV支援に関するWGの立ち上げがシステム強化やスタッフへの啓発に繋がることが研究対象者に認識され、《A県共通シートの普及が不十分》、《フローチャートの必要性》等の課題も抽出され【病棟でのDV対策への関心】に繋がった。看護職の研修では、顕在的な身体症状への生命維持・安全確保のトレーニングが優先される傾向にある。予防的なことは二の次となり、通報を義務化する虐待ほどの的しきりもないことから現状の進展につながりにくいと考える。看護職はDV被害状況を健康問題として認識し、DVの早期発見とともに加害者の特徴の理解が必要とされている（草柳，2004）。そのためには、被害者への共感的な関わりによって、受けている被害を打ち明ける一歩に繋げる支援が求められる。

3 今後のDV被害者支援への課題と検討

本研究は、A医療機関においてDV被害者に遭遇した部署から推薦された対象を外来と病棟勤務に区分し、患者対応や管理体制の相違を分析している。しかし、選定において対象者の看護師・助産師数に偏りがある。今後はさらに対象者の所属部署や職種を拡大し、事例を積み重ねて検討する必要がある。

4 結語

外来・病棟等の部署を問わず、DVであることが確定すれば被害者支援や他機関との連携がとれていた。しかしDV被害が疑わしいケースでは、遭遇時の対応に困難さを感じ、介入に踏み込めないジレンマが生じていることが明らかになった。看護職は、DV被害者や疑いに気付いた際にはサポートイブにもう一歩踏み込むためのシステムを確立する必要がある。またDV支援への環境整備として、研修の意義や問診票の工夫、ワーキンググループの経験が紹介され、こうした取り組みが他のメンバーへのDV支援の啓発やシステム強化に繋がることが示唆された。

加えて、A医療機関における現行の相談システムが明確となり、次節では、DV被害者

支援環境・機関を整えるフローチャート、ならびにDV被害者支援チェックシート（案）を作成し、1ヶ月間の観察記録を行い検証したので次に論じる。

6-2 A医療機関における看護職のDV被害者支援のフローチャート、チェックシートの検証

6-2-1 研究方法

6章1により、A医療機関における相談システムの状況から、資料1～3のDV被害者支援環境を整えるフローチャート、観察用チェックシート（案）を作成した。これらを用いて、DV被害者支援フローチャート、チェックシートの検証を実施することとした。介入参加の対象は、前回のGIで協力が得られた対象者の中から、引き続き同意が得られた8名の看護師、助産師であった。

依頼文（資料1）の説明に際しては、DV被害者の特徴から自ら考え決定して行動する力を奪われる状況があること、また精神的健康の回復については、疾病状況だけに留めず視野を広げ患者の話に傾聴する姿勢が求められることを添えた。チェックシートの観察項目は、前回の質問紙調査票からの抜粋、また電子カルテに採用しているNANDA⁷のDVに関する診断名から項目に挙げて作成した（資料2,3）。その後、各臨地の配置場所において1ヶ月間の介入を行い、観察記録は、資料3観察記録用紙にデータの書込みを依頼した。その後、記録された用紙は、無記名で事前に配布していた郵送用の封筒で回収を行った。倫理的配慮として、研究依頼は、研究の目的、研究参加の拒否、匿名性の確保、データ管理について説明し、書面で同意を得た。なお、本研究は奈良県立医科大学医の倫理委員会の承認を得て実施した。

6-2-2 結果及び考察

研究に参加した8名の観察結果として、カンファレンスでの検討・上司への報告から医療相談室や他機関への連携・緊急時は守衛室に連絡するなどの事例は、この観察期間内であがらなかった。したがってDV被害者に介入となる対象者はいなかったが、救命救急センターの参加者から、幼児虐待のケースの報告事例はあった。外来の参加者からは、下肢・下腿に内出血を認める患者がいたが、被害者と判断できる患者ではなかったと報告があった。さらに付き添いが患者にべったりの場合もあり、やはりトイレにSOSカードや私たち（看護師）と話ができるコール等、何かあればいいと思うという、危険回避を予測しての記述があった。他に「チェックシートに精神面での具体的なチェックがあまりないと思った」、「金銭面など社会面に関するチェック部分が少ない」という指摘があった。またチェックシートの場合だと、その項目にフォーカスしてしまう点について考慮する必要がある、という指摘もあった。これらは、今後の課題として検討する。

※先行研究より、抜粋です。

H25. 2.8 作成

<研究2実施に際して：目的>

DV被害は繰り返される暴力により、支配から命令に従うだけになり、自分で考え決定して行動する力を奪われる実態が明らかになった。暴力のサイクル、学習された自信喪失による無力感の心理的構造を踏まえて看護職も支援できるように啓発し、これらの成果を教育プログラム開発の検討に活かしたい。

重要なのは、女性の**精神的健康の回復**である。看護職は、患者の身体面だけでなく、心理・精神面への健康の回復や維持増進に関わる必要があるので、観察の視点を疾病だけに留めずに視野を広げ、患者の話を傾聴する姿勢が必要と考える。

※以上から考案中です。

◎ チェックリストは、**以前のアンケート**を使用してみてはと、考えました。**判断6項目、観察12項目 OK**

◎ 医大は、電子カルテ **NANDの看護診断データベース**が、あるので、特に心理、社会的な、看護診断にも、注目してもらったらと、考えております。**OK**

※領域：6自己知覚、7役割関係、8セクシュアリティ、9コーピング/ストレス耐性
11安全/防衛、類3暴力

◎ 観察実施期間：平成25年 2/16～3/15 4週間をお願いします（勤務日のみ）。

◎ 介入が、看護、助産業務等の妨げにならないよう配慮して、研究協力をお願いいたします。

◎ フローチャートは、聖路加大（DVの支援ガイドライン）のモデルは使いにくいと判断したので、前回の参加者のインタビューを参考に、現在の医大の状況、システムを踏まえて作成しております。**OK**

※ フローチャート、チェックリスト、まだ考案中です。先日の2回目インタビューで、外来の主任さんたちのご意見から、左側に質問項目があると分かり易いとのことで取り入れてみました。
お二人も、参加して頂けるので、**看護師 5名 助産師 3名 8名の予定**です。

◎ サンプルングとしてご協力頂きました**看護師、助産師** 様に実施して頂き、使用しやすいかどうか、意味がわかるかどうかなどの視点で意見を頂き、追加修正していきたいと考えております。

お忙しいことと存じますが、本研究の趣旨をご理解頂きまして、ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

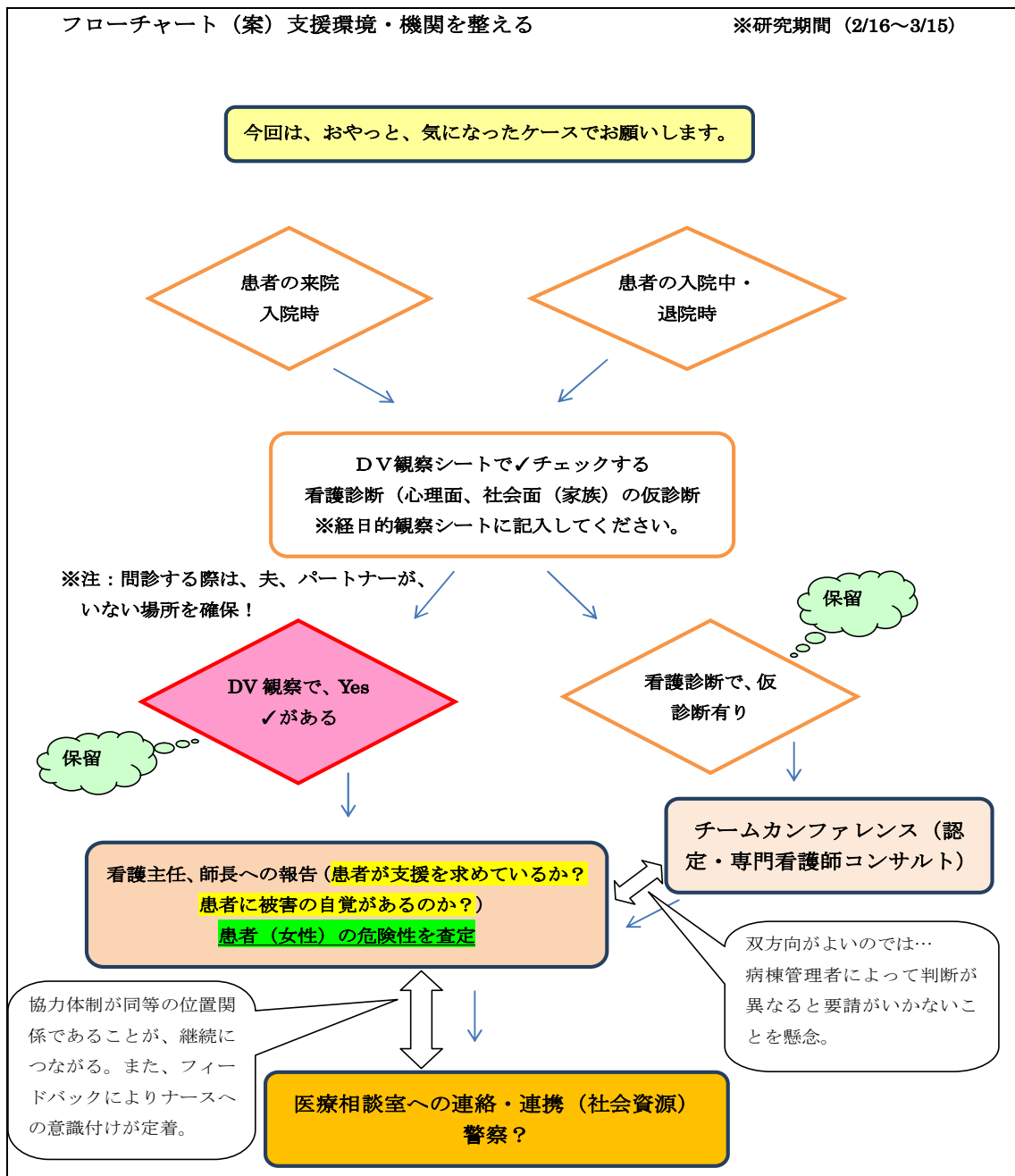
〒634-8521

奈良県橿原市四条町 840 番地

奈良県立医科大学医学部看護学科

研究代表者 泉川 孝子

TEL：0744-22-3051（内線 2765）



資料2 DV被害者支援のフローチャート（案）

DV被害者支援チェックシート(案)

※DV観察シートで✓チェック、()は記入してください。

DV被害者(疑い含む)と判断した理由	2/16 (土)	17 (日)	18 (月)	19 (火)	20 (水)	21 (木)	22 (金)
(1) 本人がDVであるといった							
(2) 付き添った人から聞いた(例: 家族、友人、支援機関)							
(3) 他の専門職から聞いた(例: 保健師、医師から)							
(4) 本人に質問して発覚							
(5) 本人の外傷の状態(例: 腕)							
(6) 外傷以外の状況から(例: 複数のアザ、薬剤の乱用)判断							
DV被害者(疑い含む)で観察したこと							
(1) 殴る、蹴る、引きずられる等の傷(あざ)							
(2) 刃物による傷							
(3) たばこの火傷							
(4) 説明と怪我が一致せず不自然							
(5) 望まない性行為またはレイプ							
(6) 中絶の繰り返し							
(7) 胸や性器・肛門に不審な傷							
(8) 親族・友人との交流が制限							
(9) 不眠・うつ・パニック障害等							
(10)							
(11) 生活費を制限、経済的に困窮							
(12) おどされる、なじられる							
(12) 付き添い(夫等)の説明が不自然、患者の反応が極端(無表情・沈黙・多弁等)							

	2/16 (土)	17 (日)	18 (月)	19 (火)	20 (水)	21 (木)	22 (金)
看護診断(仮でもよい)した場合	※看護診断ラベルを記入 年齢:				診 断 名:		
6 自己知覚							
7 役割関係							
8 セクシュアリティ							
9 コーピング/ストレス耐性							

ものの、ダイジェスト版を使用してみたいという病院は7割に上った(片岡, 2010)。

DV防止法の改正により、近年は県単位で、医療関係者向けのDV被害者対応ガイドライン、マニュアルが作成されたことが報告されている。広島県では2017年に、広島県医師会・広島県歯科医師会・広島県看護協会の協力によって、医療関係者向けのDV被害者対応マニュアルを作成している。また岡山県では、2006年に発行したものを、法改正や社会情勢の変化を反映して2019年2月に規格リニューアルした。ガイドラインの特徴は、①医療関係者が現場で活用しやすい構成と体裁(所見・症状や問いかけ例から始まる冊子構成、見やすい規格とフルカラー、汚れにくいラミネート加工等)、②歯科分野の追加等、被害の実態に即した所見と症状を詳細に記載、③写真の撮り方を含めた診察や記録作成時の留意点をわかりやすく記載、④面前DVなど、子どもへの影響を新たに追加、⑥裏面紙を切り離し式の対応シートとして活用可能にする(医療機関を中心としたDV被害者対応フローチャート、相談窓口一式一覧)といったものである。発行部数は10,000部、配布先は、県内医療関係者・医療機関・医療系大学や専門学校等、44,000カ所とされている。岡山県ではこのように、自治体としての取り組みがなされようとしている。こうした取り組みが、DV被害者の早期発見、支援への糸口になることを期待している。

今回の、DV被害者支援環境・機関を整えるフローチャート、チェックシート(案)を使った観察は、介入研究の対象者が8名、観察期間が1ヶ月と短期間であったこともあり、DV被害者と遭遇することはなかった。DV被害観察チェックシートにおいては、もう少し精神面や社会面の具体的な項目もあった方が良いとの指摘があり、迅速に活用できるチェックシートとして再検討する必要がある。

医療関係者向けのDV被害者対応ガイドライン、マニュアル作成も、DV被害者の早期発見と支援機関との連携に役立つよう、さらに検証をかさねていきたい。

註

1. 外来診療は、1診～3診と同時に行われているが、再来患者は予約性の診療が行われている。特に妊婦健診、婦人科疾患患者等は決められた担当医師の診察となるので、補助に関わる看護師も同一の担当者を配置していた。
2. マタニティ相談コーナーは、設定された時間内に助産師が常駐している。外来診療の部門と別に設置されており、周産期の妊婦等は、自分の意思で相談コーナーを利用することができる。
3. 産婦人科では、パートナーにインフォームドコンセント(病状説明)がある場合があり、同伴を医師の方から依頼する場合もある。しかし、依頼と関係なく同伴しているケースも多々あることから、その状況や行動からの情報となる。
4. A県は、DV被害者に相談窓口の情報を提供するためにカードを作成している。公的機関や商業施設に設置している。

5. 対象となったA医療機関の集中治療部（ICU、HCU）は、厚生労働省指定の3次救急医療機関である高度救命救急センター（ICU10床、HCU28床）を活動の場とし、地域の急性期・救急医療において重要な役割を担っている。救命センターには日々、様々な救急患者が搬送され、その対象は内科系、外科系、外傷、中毒、熱傷など、広範な領域に渡り治療を行っている。
6. 研究対象となった医療機関のCNSは、特定の専門看護分野（全11分野）の知識および技術を深めた看護師。高水準の看護ケアを効率よく提供するため、実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の6つの役割を担っている。
7. 北米看護診断協会（North American Nursing Diagnosis Association）のことである。2002年以降はNANDA-International（NANDA-I）へ改名されている。看護診断を研究し、診断レベル、定義、診断指標、関連因子などの項目について、看護診断ごとに詳細な取り決めを行い、看護における定義の統一化を目的としている。

終章

本論は、DV被害者支援において、DV防止法の中で医療機関の関わりが期待されていることを論じたうえで、看護職が、DV被害者の発見と支援、連携についての困難について検討するための課題に取り組んできた。筆者が、産婦人科病棟勤務の頃を振りかえれば、DVであると断言はできないが、産婦が分娩室で陣痛に苦しんでいるときに、その夫が泥酔状態できて緊急用のストレッチャーに寝てしまい困ったことがあった。また、帝王切開術後3日の褥婦が、うつ状態で不安定な症状を呈し、明け方に1階から5階まで駆けあがり、窓枠の手すりを乗り越え飛び降りようとしたのを止めた経験がある。夫は駆けつけたが、ガラス張りのナースステーション目がけて椅子を投げ込むという事件があった。当時は、なぜ夫はこんなことをするのだろうと思ったが、1980年代、若かった筆者にはかなりの衝撃的な経験として記憶に残った。その後、褥婦の両親が訪れて夫をなだめ、謝罪していった。この褥婦への精神的なフォローは、主治医から精神科にゆだねることとなった。

現在なら、緊急帝王切開の術後3日ともなると、バースプランの変更を与儀なくされている場合もあり、特に注意して心理的サポートやバースレビューを行う。そして、自尊心が低下していることに配慮し、分娩に対する振り返りを行うことになる。これは、助産ケア、看護ケアの向上と少子化の効用かも知れない(泉川, 2015)。

DVが起こる理由の1つには、ジェンダー(社会的・文化的性差)があり、男女としての役割意識が高いと言われている。前述の夫は、医療関係者が妻を追い込んだと思い込み椅子を投げたのか、その理由も分らないままとなった。加害者の多くは、嫉妬心が強く自己コントロールが未熟なタイプで、思い通りにならないと束縛する傾向にある。褥婦が「私は、夫を愛しています。」と最後に訴えて、飛びおりようとしたその気持ちは、やはり図り知れない言葉として残った。

本論で述べたように、DV被害が疑われるケースについて、周産期病棟ではカンファレンスでの事例検討をおこなっていた。その後、上司から医療相談室や他機関へと連携がなされることをスタッフは認識していた。そして、病棟で暴力行為があった場合などの緊急時は、警察出身者がいる警備室に連絡することがわかった。またICUでは、被害が疑われる女性の服薬自殺未遂事例では、心理的症状が出現した場合は主治医に報告し精神科への受診に繋げていく。しかし、DV被害が疑われても本人の訴えがない場合は退院となるケースが明らかになった。

第3章で論じた自記式質問紙調査では、看護師・保健師・助産師・看護管理職におけるDV被害者との遭遇と支援の実態を明らかにし、それぞれに求められる支援の手がかりとした。第4章では、DV被害者支援機関の施設代表者によるフォーカス・グループインタビュー(FGI)から、支援者の困難性と、医療・看護職の関連についてその役割への期

待を掘り下げることができた。

第5章では、FGIメンバーにDV被害当事者を交え、支援の継続に留意しなければならない点についてのニーズを検討した。当事者から、その当時を振り返り外部（専門機関）へ相談に至るまでにはかなりの年月を要したことが語られた。しかし、身体的暴力等で負傷した際には受診行動があり、医療関係や看護職への接点は持っていた。DV被害者は自分で考えて行動する力を奪われるため、被害者の対応には、暴力のサイクルと「学習された無気力感」の心理的構造を踏まえて、共感的な関わりが求められる。そして、次の支援に繋がるように看護職への啓発が必要となる。一方、地域連携の必要性と、各機関の支援者の困難についても触れる機会となり、その機関の役割や連携について支援者の間で確認できた。

第6章では、さらにA医療機関に勤務する看護師、助産師を対象に、グループインタビュー（GI）を実施し、施設内の看護職が抱えるDV被害者への対応における困難感を検討した。その結果から、外来・病棟等の部署を問わず、DVが確定すれば被害者支援や他機関への連携がとれていた。しかしDV被害が疑わしいケースでは、遭遇時の対応に困難さを感じ、介入に踏み込めないジレンマが生じていることが明らかになった。看護職は、DV被害者や疑いに気付いた際にもう一步踏み込むための、サポートティブなシステムを確立する必要がある。またDV支援への環境整備として、研修の意義や問診票の工夫、ワーキンググループの経験が紹介され、こうした取り組みが他のメンバーへのDV支援の啓発やシステム強化に繋がることが示唆された。加えて、A医療機関における現行の相談システムが明確となったため、DV被害者支援環境・機関を整えるフローチャート、ならびにDV被害者支援チェックシート（案）を作成し、1ヶ月間の観察記録をすることで検証を試みた。今回の観察は、介入研究の対象者が8名、観察期間が1ヶ月と短期間であったこともあり、DV被害者と遭遇することはなかった。DV被害観察チェックシートにおいては、もう少し精神面や社会面の具体的な項目もあった方が良いとの指摘があった。迅速に活用できるチェックシートとして再検討することを、今後の課題としたい。

謝辞：本稿の調査4にご協力頂きました関西地区A県のA病院に所属する看護職、県市町村に所属する保健師、A県助産師会に所属する助産師の皆様へ深謝申し上げます。

また、グループインタビューの調査にご協力頂きました、犯罪被害者支援センター責任者、DV被害当事者、元中央子ども家庭センター管理職、民間のDV被害者一時保護施設の代表者、女性センター相談員、看護管理職の皆様、また研究にご助言頂きました諸先生方に深謝申し上げます。

文献表

B

Bancroft, Lundy & Silverman, Jay G. : The Batterer as Parent—Addressing the impact of Domestic Violence on Family Dynamics/幾島幸子訳(2004) : DVにさらされる子どもたち—加害者としての親が家族機能に及ぼす影響—. 金剛出版, 東京.

D

Dutton, Donald G., & Golant, Susan K. (1995) : The Batterer psychological profile. /中村正訳(2001). なぜ夫は愛する妻を殴るのか? バタラーの心理学. 作品社, 東京.

H

日比千恵(2008) : 医療機関におけるDV被害者に対する看護実態調査. 平成 20 年度四日市市男女共同参画社会をめざしての調査・研究委託事業研究成果報告書.

広島県健康福祉局こども家庭課(2017) : DV被害者対応マニュアル (医療関係者向け) .
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/51/1232588073976.html>. 掲載日 : 2017. 9. 25.

堀内成子 (聖路加看護大学女性を中心としたケア研究班編) (2004) : EBM の手法による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.

I

飯塚さとし/永島千咲/愛宕義浩/山田和之/吉村理(2009) : Domestic Violence(DV)による喉頭外傷の一例—DVに関する医療関係者の対応について—. 市立札幌病院誌 (0288-6073) 69 巻 1 号. 29-32.

今村利香(2007) : DV防止法の知識とDV被害者支援に関する研修会への参加についての考察—看護師長の所属機関別分析結果より—. 看護総合. 38. 526-528.

————(2008) : DV問題に関する看護師教育・研修体制の充実をはかるための研究 2006年度調査を基に. 日本看護学会論文集”. 看護総合. 39. 167-169 .

今村利香/峰和治(2010) : DV問題への対処行動と医療・福祉支援 2 被害者の事例分析. 鹿児島大学医学部保健学科紀要. 20. 1-7.

————(2010) : 看護職員を対象としたDV被害者支援研修システムに関する研究 半構造化面接調査の分析結果より. 日本看護学会論文集 看護教育. 40. 134-136.

伊藤信輔/橋本清/伊藤洋子(1998) : 外傷性鼓膜穿孔症例の臨床・社会医学的検討. 久留米医学会雑誌. 61 巻 3~4 号. 71-76.

泉川孝子/入江安子/豊田淑恵(2012) : 看護職におけるDV被害者との遭遇と支援の実態—関西地区県内の調査から—. CoreEthics. 0. 8. 41-51.

泉川孝子 (2013) : DV被害者支援機関における支援の現状と課題—フォーカス・グループインタビューより—. CoreEthics. 0. 9. 15-25.

————(2015) : 医療機関における看護師によるDV被害者の発見と介入の困難 (エッセ

イ) . 立命館大学生存学研究センター 編『生存学』Vol. 8, 生活書院, 330p. 93-96.
————(2016) : DV被害者支援における看護職の課題についての検討. 日本保健医療社
会学論集. 27 卷 1 号. 105-115

K

戒能民江編(2006) : DV防止とこれからの被害当事者支援. ミネルヴァ書房. 118-128, 京都.
加茂登志子(2002) : 【PTSD の輪論と実際】 PTSD と診断されたドメスティック・バイオレン
ス被害女性の一例. こころのりんしょう. 1(2). 209 - 214.
片岡弥恵子/櫻井綾香/江藤宏美他(2010) : 日本の医療機関におけるDV被害者支援の現状.
聖路加看護大学紀要. 36. 59-63.
加藤治子(2010) : 性暴力救援センター・大阪 (SACHICO) の取り組み. 助産雑誌. 64. 798-801.
川原みちよ/中塚幹也(2011) : 「妊婦のDV被害」の実態と産科医療スタッフの意識. 母性衛
生. 52 (1) . 147-159 .
川喜田好恵(2000) : DV被害者への心理的サポートの実際. 助産師雑誌. 54(7). 医学書院
小玉香津子(2013) : 看護学—小玉香津子講義集—. ライフサポート社. 神奈川
厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課(2009) : こんにちは赤ちゃん事業を成功させるた
めに先進事例に学ぶ—保健師と助産師が状況に応じて訪問—. 保健師ジャーナル. 医学書
院. 65 (05) . 354-359, 東京.
草柳和之(2004) : DV加害男性への心理臨床の試み 脱暴力プログラムの新展開. 新水
社. 22-24, 東京.

M

McCue, Margi. Laird. (2008) : Domestic Violence Second Edition. ABC- CLIO.
三隅順子(2010) : DV被害を受けた女性に助産師としてできること. 助産雑誌. 64. 788-793.
宮古裕樹/神内廣行 (2003) : Domestic Violence が誘因と思われる心因性運動障害を呈した
症例の理学療法経験. 日本私立医科大学理学療法学会誌. (22). 44-46
宮崎誠(1994) : 無床診療所における外傷性鼓膜穿孔症例の検討. 山口県医学会誌. 28. 38-43.

N

内閣府男女共同参画局(2015) : 男女間における暴力に関する調査 報告書 2015, 3.
http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/h26danjokan-gaiyo.pdf.
内閣府男女共同参画局 : 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律 (平成
13 年法律 31 号) 最終改正 : 令和元年法律第 46 号.
中島康(2005) : 鈍的単独腓損傷の 2 例. 日本消化器外科学会雑誌. 38 (10) . 1584-1589.
日本DV防止・情報センター(1999) : ドメスティック・バイオレンスの視点. 朱鷺書房. 113.
西山さつき(2010) : 当事者が望む包括的、長期的支援とは. 助産雑誌. 64. 794-797.
信田さよ子(2010) : カウンセリングセンターにおけるドメスティックバイオエレンスへの

アプローチ. 臨床精神医学. 39(3). 319-324.

野田順子(2000) : DV (ドメスティック・バイオレンス) は女性の健康問題である心と身体に及ぼす影響. 助産師雑誌. 7. 54.

O

岡山県男女共同参画青少年課(2018) : 2006年作成2019年更新、医療機関向けDV被害者支援ガイドライン. https://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/595496_4952635_misc.pdf.
掲載日 : 2018. 2. 21.

奥山真紀子(2004) : 「精神障害の臨床」 様々な環境で見られる精神症状と対応症状から治療まで地域社会における精神障害・症状と対策 児童虐待・親の問題 (DVを含む) . 日本医師会雑誌. 131(12). 253-256.

P

Peterson, Christopher/Maier, Steven. F/Seligman, Martin. E. P(1993) : Learned Helplessness. /津田彰監訳(2000) : 学習性無力感-パーソナル・コントロールの時代をひらく理論. 二瓶社, 大阪.

Polit, Denise. F. /Back, C. T. (2004) : Nursing Research Principles and Methods 7thEdition. /近藤潤子監訳. 看護研究原理と方法第2版. 医学書院, 東京.

Project (DAIP) in Duluth, Minnesota 加筆訂正「夫(恋人)からの暴力」調査研究会(ドメスティック・バイオレンス) (1998) : パワーとコントロールの車輪. 有斐閣, p15.

S

佐々木静子(2010) : 女性への暴力について考える . 助産雑誌. 64. 768-777.

聖路加看護大学女性を中心としたケア研究班編(2004) : EBMの手法による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. 22.

菅原真由美(2010) : 医療機関におけるドメスティック・バイオレンス被害者支援に関する実態調査. こころの健康. 25(2). 44-51.

杉山登志郎(2008) : 子ども虐待という第四の発達障害 学研研究者 2008年度調査を基に 日本看護学会論文集. 看護総合. 39. 167-169 .

T

高田紗英子/牧田潔/加藤寛(2011) : DV被害者阻害要因に関する一考察 医療機関が支援機関として機能するために. 心的トラウマ研究. 7. 41-48.

富安俊子/鈴井江三子(2008) : ドメスティック・バイオレンスとデートDVの相違および支援体制の課題. 川崎医療福祉学会誌. 18(1). 65-74.

友田尋子(2000) : DVという新しい認識の確立. 助産師雑誌. 54(7).

友田尋子/菅貴子/明石知子/荻田幸雄(2000) : 病院におけるDVの認識・経験-実態調査から見えてきたもの. 助産師雑誌. 54(7).

友田尋子編訳(2005) : 保健・医療のためのDV対応トレーニング・マニュアル. 開放出版社,

大阪.

友田尋子/高田昌代(2006) : 保健医療機関・教育機関のDV防止・支援への取り組み—マサチューセッツ州およびカリフォルニア州から—. 大阪市立大学看護学雑誌. 2. 35-41.

東京都生活文化局総務部男女共同参画室(2007) : 配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査結果. p5.

東京都生活文化局総務部男女共同参画室(2009) : 男女間における暴力に関する調査.

筒井隆志 (2010) : 配偶者暴力防止法の今後—制定後 10 年目を迎えて—. 立法と調査 No. 310.

https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2010pdf/20101101073.pdf

W

Walker, Lenore E. : The Battered Woman / 齊藤学監訳(1997) : バタードウーマン虐待される妻たち. 金剛出版. 27 - 59, 東京.

World Health Organization(2013) : 「世界の女性の 3 分の 1」が暴力の被害者.

https://www.huffingtonpost.jp/2013/06/24/violence_against_women_who_n_3488644.html (Dominique Mosbergen(English) 日本語版 : 佐藤卓/ガリレオ) . 2013. 6. 24.

Y

山田真由美(2000) : アメリカ マサチューセッツ総合病院におけるDV対応プログラムと医療スタッフトレーニング. 助産師雑誌. 54(7).

山田典子/宮本真巳(2005) : DV被害者を支援するスタッフが抱える困難の構造. 精神科看護. 32(3). 40-47

山田典子/工藤奈緒美・山本春江他(2006) : DV被害者に対する看護的視点の明確化と課題. 保健の科学. 48 (1) . 63-70.

山田典子(2008) : DV被害者早期発見看護観察チェックリストの検討. 日本精神保健看護学雑誌. 17(1). 34-43.

山本八千代(2008) : ドメスティック・バイオレンス被害者の医療機関における状況の調査—被害者の来院目的、健康問題、医療従事者のDV認知状況. 母性衛生. 48(4). 551-558.

安梅勅江編集(2001) : ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究方法の展開. 医歯薬出版株式会社, 東京.

安梅勅江編集(2010) : ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編. 医歯薬出版株式会社, 東京.

吉浜美恵子/釜野さおり(2007) : 女性の健康とドメスティック・バイオレンス—WHO 国際調査/日本調査結果報告書. 新水社.