

*プリテストのチェックリスト：

- (1) 使われている用語や表現は適切か
- (2) さまざまな背景を持つ人に理解できるものか
- (3) 調査票の流れ、使いやすさ
- (4) 軽度の身体的暴力を捉えることができるか
- (5) 重度の身体的暴力を捉えることができるか
- (6) さまざまな形態の暴力について、頻度の測定が適切であるか
(例えば、この一ヶ月、この一年、今までに、というのでよいか)
- (7) 調査票によって、理論的な枠組みがカバーされているかどうか、それぞれの部分に適切な指標が使われているか
- (8) 調査票の長さ、わかりやすさ、および質問が回答者に与える印象
- (9) この研究テーマや調査の焦点を回答者はどう受け取るか

これらの点を念頭におき、5の要領でプリテストを実施した。

4. プリテストの実施

(1) 協力者

研究プロトコルにあるように、プリテストの段階では、回答者を無作為抽出する必要はないので、研究協力者の知人関係を通じて、分かる範囲で、できるだけ背景の異なる方達にコンタクトした。プリテストにはDVのサバイバーが必ず入る必要があるので、サバイバーが作るサポートグループにもコンタクトし、数人の協力者を募った。結婚していない人や年齢の低い人も含む必要性から大学生にも数人コンタクトした。その結果、計27人からプリテストの協力を得られた。

(2) 依頼状の発送

電話やファックスで大枠を話し、協力の承諾を得た上で、スケジュールを調整し、正式な依頼状を発送した。

(3) 同意書の準備

このようなセンシティブなテーマで調査を行うことに関し、WHD/WHO多国間研究プロジェクトでは、回答者に調査のことを説明し、調査に参加することへの同意を得る、また、いつでも止めることができる旨を伝えるなど、調査上の倫理的な配慮を十分に行うことを重視している。そのために、「同意書」を準備して、面接開始前に調査員が読み上げることになっている。プリテストでは、WHD/WHOから例として送られてきた本調査用の同意書を日本チームでアレンジして使用した。また、前半にプリテストを受けた方の意見を参考にし、途中で同意書にいくつかの修正を行った。

(4) 面接調査の実施

*実施期間：1999年1月24日～2月8日

*実施場所：神奈川県立かながわ県民活動サポートセンター

茅ヶ崎市立図書館

茅ヶ崎市勤労市民会館

東京ウィメンズプラザ

*面接員：日本研究チーム（秋山弘子、戒能民江、林文、ゆのまえ知子、釜野さおり）

*協力者について

プリテストに協力して下さった27人のプロフィールは次のとおりである。

年齢：19歳～48歳（10代1人、20代6人、30代9人、40代11人）

婚姻状況：未婚6人、既婚12人、離婚後独身7人、死別後独身1人、事実婚1人

就労形態：フルタイム、産休中、パート、専業主婦、非常勤職員、大学生、大学院生

DVの経験：4人は事前にあることがわかった上で協力を依頼した。この方達も含め、27人中、プリテストで夫あるいはパートナーから、性的暴力、身体的暴力を受けたことを話したのは7人、対物破壊の形での暴力を受けたのは1人であった。

*お礼状の発送

プリテスト終了後、参加者全員にお礼状を発送した。特に、プリテストを受けた後、いろいろな記憶がよみがえって、気分を害する場合もあるので、それに対しての配慮を行った。

5. プリテストから得られた知見

日本プリテスト用調査票を用いて27の面接調査を行い、協力者からいろいろな意見を得ることができた。

(1) 調査票の長さおよび流れについて

①この調査票は長すぎる、という意見は研究メンバー全員が一致した。プリテストでは、質問についての意見をたずねながら進めたことを考慮しても、DVの経験がある人では90分から120分、そうでない人の場合でも50分から90分の時間を要した。理想的には、60分から90分で終わる調査票にする必要がある。

②質問の流れは大体よく、スムーズだったという意見があった。

(2) 調査票全体に関わる内容や言葉使い

①質問や選択肢がいかにもアメリカ的であるという意見があった。これは翻訳だけの問題でなく、内容の面でもそうであるため、今後検討し、他国との比較との兼ね合いを考えながらより自然な表現ができるように検討する必要があるだろう。

②内容も全般的にわかりやすかった、内容が興味深いというポジティブなコメントもあった。

(3) 各質問・質問群について

第1部

①地域・近所同士で助け合うか等の質問は、選択肢は、頻度よりも、どんな場合に助けを期待できるかのような聞き方がよい。

②社会的サポートがあるかどうかをたずねる質問で、一時間以内で行かれる所に住んでいる親せきの人数をたずねているが、それは人数でなく、何家族いるかというのでいいのかよくわからない。また、物理的距離だけでなく、つきあいがあるかをたずねることが重要ではないか。

- ③実家の人達との交流について、電話で話すという選択肢が欲しい。
- ④結婚式をあげたか、という内容の質問があるが、結婚式をしたので社会的にも認められている関係である一方、家制度からの束縛という場合もあるので、式をしない方が夫婦間の自由を意味するとも取れる。（これについては、WHD/WHOテクニカル・アシスタンス・チームに相談し、この質問がたずねたいことを理解した上で、日本の状況にあった質問に書き換える。）
- ⑤「ボーイフレンド」という言葉を使った質問があるが、それでは親密な関係に限っているのかどうか分からない。

第2部

- ①死産、流産についてだけでなく、人工中絶経験の有無についてもたずねて欲しい

第3部

- ①健康上の問題については、いろいろな症状たずねているが、明らかに病名がわかっている場合もあるので、それを最初に聞くべきではないか。
- ②この一ヶ月、というききかたで健康状態についてたずねているが、冬では、風邪などの理由があるので、状況が特異になるのでは、という意見。（これについては、調査時期は皆共通しているので、風邪であっても特異にはならないと考えられる。また、DVのサバイバーの方が抵抗力が弱くなっていて、風邪を引きやすいのであれば、DVサバイバーの方にいろいろな症状が多くみられることには変わりないので、それでよいとも考えられる。しかし、一通り、他のリスクファクターをコントロールするための情報は得ることは必要で、病名、出産したかどうかなどをたずねる質問を入れることは重要であろう。）
- ③日本用に追加したPTSDの質問はとても答えづらい。また、答えたくないものもある。
- ④薬代の支払いの質問があるが、目的がわからない。
- ⑤「女性と健康」のテーマであるのなら、生理や更年期に関わる問題も含んだらどうか。

第4部

- ①現在のあるいは最も最近の夫・パートナーについていろいろとたずねているが、例えば再婚している場合など、以前の夫・パートナーが暴力を振るっていた場合、以前の夫・パートナーについても聞く必要があるのではないか。
- ②仕事について、好きというのと不満というのを同じ尺度でたずねているのがおかしい。

第6部

- ①女性の役割の質問は答えにくかった。理想をきいているのかわからない部分がある。また、選択肢が「はい」「いいえ」だけなので、「人による」「場合による」などの回答ができない。

第8部

- ①パートナーの良いところ、というのは答えにくい。夫、父、世間からみて、人間としてなどいろいろとあるのでどのレベルで答えたらいいのかわからない。

- ②暴力については、精神的な暴力については、「無視される」「相手にされない」なども含めて欲しい。また、言葉の暴力についても、もっとたずねて欲しい。（調査の目的かかなり身体的な暴力の被害にあっている女性がどのくらいいるか、に焦点をおいているので、多国間研究全体では無理だろうが、日本の調査には含むことは可能であろう。）
- ③身体的な暴力でも、一方的でないとつきみあいなどもあるが、それはどう扱ったらいいのか。
- ④身体的な暴力の質問は、表現が直接的過ぎるのでは。
- ⑤「暴力の被害の有無を記録するチャート」では、「結婚したか」「今も一緒か」などをきいているが、紛らわしく、答えにくい。
- ⑥以前つきあっていた男性との関係については、結婚している場合は、答えたくない。
- ⑦暴力に関して、セックスの強要の質問がいくつもあったが、何人からは、セックスがないことが問題だったかも知れないという意見もあった。＜「それをDVの定義にいれるかどうかは別として」、というのを入れるか？＞

第11部

- ①性的関係の強要をたずねているが、その経験がある場合、面と向かって「はい」とは答えにくいのではないか。
- ②はじめて性的関係を持った年齢も、何歳というより、いくつかの年齢層の方が答えやすい。

(4) 調査方法について

この調査は面接調査であり、すべての質問を口頭で読み上げ、口頭で回答してもらうことになっている。実際にプリテストを行ってみたところ、次の様な意見が得られた。

①質問されてすぐに答えなければならないことがプレッシャーに感じ、記入式のものだと、自分で考える時間があり、答えやすい。

②すべて選択肢が用意されているのに、なぜ記入式にせず、わざわざ口頭で調査するのかわからない。

(記入式にすると、別の問題が出てくるので、基本的には面接調査で行い、言葉で答えにくいような部分は、選択肢をカードに書いて提示し、記号で読み上げるなどの方法が考えられよう。)

(5) 事前の連絡の仕方および同意書について

WHD/WHOの運営委員会からは、暴力についての調査であることを表に出すと、回答率が低くなる可能性があるので、現段階では、あくまでも「女性と健康」という風に出すように、指示されている。プリテストを受けた人の中には、それに疑問を感じ、暴力についての質問もあることがあらかじめ知らされていなかったもので、「だまされた」という気持ちになった方もいた。

解決策としては、同意書2のような伝え方で、少なくとも面接の始まる前には、質問内容の全般を知らせることであるが、さらなる検討が必要であろう。

6. プリテストの成果と今後の予定

多国間研究参加国の中で、1998年12月版の調査票を用いてプリテストを行ったのは日本のみである。1999年2月16日から19日、イギリスのロンドンで行われた研多国間研究・研究者会議に、日本メンバー2人が参加し、上記のプリテストで得られた意見を伝えた。会議では、他国の研究者の意見と共に全体で調査票の内容や調査方法について議論する機会もあった。

- (1) 調査票について、プリテスト協力者の意見はほとんど会議で伝え、そのほとんどは、次の修正時に考慮されることになった。例えば、第6部の女性の地位についての質問は、かなりの検討を要することについては、他国の研究チームの意見とも一致していたので、大幅な修正が予定されている。第1部のコミュニティーでの「近所とのつきあい」などの質問も、再検討されることになった。また、日本の回答者が疑問を示した「誰が薬代を払ったか」の質問などは削除されることになり、「暴力の被害の有無のチャート」も必要なことだけをたずねるように変更された。

現在、運営委員会とテクニカル・アシスタンス・チームで、これらの案を入れ込んだ修正を行っている。修正版調査票が出来次第、日本チームで再度翻訳版を作成し、2度目のプリテストあるいは、100人程度の無作為抽出サンプルでパイロットテストを行う計画である。

- (2) 調査方法については、日本チームがよいと判断するのなら、少なくとも日本での調査では、全てを口頭で行わず、カードに選択肢を提示し、あてはまる記号を読み上げてもらう方法などを用いてもよいとの回答を得た。

事前の調査内容についての説明の仕方や同意書で面接の始まる前に、DVを含む質問内容の全般を知らせる可能性については、それぞれの国で、一番よい方法を考えればよい、という回答を得た。今後、日本チームで、同意書と事前の連絡の仕方についてのよりよい方法を検討する。

今回実施したプリテストは、日本の本調査に向けての準備の点でも、WHD/WHO多国間研究チーム全体の進行にとっても、非常に有意義であった。今後、一般サンプル調査実施に向けて、内容的問題の検討の他、出にくい内容を引き出すという目的や、場合によっては生ずる回答の深刻さなどを考えて、面接だけでない方法との組み合わせ等も念頭に、調査の方法についても十分な検討をかさねなければならない。

このプリテストの面接調査では、27人中8人が夫あるいはパートナーから性的暴力、身体的暴力、あるいは対物破壊の形での暴力を受けた経験があることがわかった。身体的あるいは精神的な暴力を受けた経験がわかっていた方4人に協力をお願いしたことを考慮しても、この数は、DVについての調査研究を進め、対策に結びつくような結果を生み出す必要性を物語っている。この場を借りて、時間を割いてプリテストに協力していただき、未熟な調査質問に意見をいただき、話しにくいことも話して下さった方々に心より感謝の意を表す。

医療機関におけるドメスティック・バイオレンスへの対応

分担研究者 戒能民江（東邦学園短期大学教授）

WHO多国間研究の本調査は、横浜市予定しており、本研究は、その事前準備調査として行うため、対象医療機関を神奈川県内とし、DV被害と密接な関連を持つ**救急医療、産婦人科、精神科**へのインタビューを実施した。なお、救急医療については、医師、看護婦からなる救急医療チームへのグループインタビューを、産婦人科および精神科については医師への個人インタビューとして実施した。

1 救急医療グループインタビューまとめ

1. 実施日時 1999年2月15日（月）午前9時30分～11時

2. グループインタビュー参加者 6名

市立の総合病院救急医療チーム医師2名、看護婦3名、事務局員1名

3. インタビュー実施場所 市立の総合病院会議室

4. インタビュアー 戒能民江・山崎公江（事務局）

5. インタビュー先病院の概要

開設1971年、病床数530床、診療科目27科、職員数654人（1998年現在）

救急医療体制 救急告示病院

平日昼間医師2名

平日夜間医師1名（プラス病棟当直医の応援）

土日昼間医師2名

夜間医師1名（プラス病棟当直医の応援）

6. インタビュー内容

(1) 対応した具体的なDVケース

①事実経過

日曜日の夜中、全裸で女性が一人で駆け込んできた。同居していた内縁の夫に、前日午後3時頃から暴力を受け続けていたが、スキをみて逃げてきたという。痛みを訴えており、打撲傷を負っていた。病院の着衣を着せて、診察後、救急ベッドで休んでもらった。入院するほどの傷ではなかったが、ベッドの空きがないこと、加えて日曜日で福祉の窓口がお休みなので、病院は本人の母親に連絡を取った。だが、実家の母親は、もう縁を切ったから引取りにいけないと断った。以前から、被害者の夫が実家の親や親戚を脅していたので、娘とは縁を切ったという。また、被害者本人も薬物中毒の既往症があり、最近まで入院していた事情があったので、連絡して薬物治療の専門病院に収容してもらった。警察へは本人の了解を得て、連絡した。先日、地検から照会状がきたので、逮捕されたのではないかと。

②暴力の態様と被害について

被害者本人が夫の暴力を受けたことを申し出た。殴る、蹴るの暴力をずっと受けて、着衣をとられて自宅に軟禁されていたということである。

顔面に大きな打撲傷があり、両手足、腹部、胸部にも打撲傷があった。収容当初より、多少錯乱しているところがあり、叫んだり、騒いだりした。

③診察歴

1か月前に、頭を数針縫う切り傷で来院したことがある。来院時、本人は興奮状態だった。

そのときは、夫が付き添ってきた。診察室には患者本人しか入れないので、その時に患者が事情を話したところによると、暴力を受けて階段から落ちて、最後に頭をぶつけたということである。加害者は、本当かどうかはわからないが、謝っているような、仲直りしたような雰囲気ですべて帰っていった。その20日ほど後に、夜中の午前2時前、前の晩に夫に殴られて痛みがあるといってきた。それ以前にも、数か月前に来ている。その時は、自転車に乗っていて、止まっていた車のドアが急に開いてぶつかったという話だった。腰と両足と左手に打撲と擦過傷。今回も入れて、全部で4回来ている。

(4年前から、夜中に裸で走り回っている人物の姿を近所の人が見ていたという話もある。以前にも暴力はあったのではないかと疑われる。)

④対応

病院の対応としては、①実家に連絡した。②社会福祉事務所には当日、本人の指定した担当のケースワーカーに連絡した。③本人の同意を得て警察に連絡した。④以前入院していた薬物治療センターに連絡して収容を依頼した。

警察及び市役所当直に尋ねたところ、市役所を通さないと、かながわ女性センターの一時保護に入ることができないと言われた。江の島の一時保護が24時間体制で夜間でも受け付けていることは知らなかった。

2週間後、母親が診断書を取りにきたが、本人が薬物治療センターの後、現在どこにいるのかはわからない。

(2) DV被害だと疑わしい患者を診察した経験

①月に3～5回当直していて年間2～3回あった。本人からの訴えもあった。夜中に一人で来る場合もあるし、付き添ってくる場合もある。

②夫から頭をかなり殴られて、頭の中に血がたまって急に手術が必要になり入院した人がいた。入院中の世話も全部夫がした。退院後は家に戻った。

③治療の後、本人の意志で自宅に帰る場合が多い。「帰れない」と本人がいった例は、先程のケースが初めてである。

④女性より子どもの虐待の方が圧倒的に経験している。

(3) DVが疑わしいが、本人が否定する場合の対応

①医師や看護婦から、DVが疑わしいと思っても、本人の訴えがないとわからないし、カルテにも書けない。本人が「階段から落ちた」「車とぶつかった」と言えば、その通り書くほかない。

②子どもで疑わしい場合は、子どもがしっかり話せないことが多いので、所見から疑わしいときは、ケースワーカーなどと相談するが、大人の女性から「階段から落ちた」と言われれば、それ以上追及できない。

③何回か、同じような外傷で来たとき、そのような受診歴があるときは、強く疑う。「DVではないか」を聞くことがある。

(4) MSWの役割

①MSWは2名、平日の8時30分より5時まで。

②本人が隠しているケースは回せない。自分から話して相談したいという意志確認が難しい。本人の意志が示されないのに、病院側の判断だけでMSWには回せない。

③婦長と看護婦がいる保健指導室があり、そこでも相談できる。

(5) 子どもの虐待とDV

- ①子どもの虐待で付き添ってくるのは、ほとんどが母親だが、母親に夫からのDVを聞き出す余裕がまだ医師側にはない。
- ②子どもの場合で虐待が疑わしいときは、救急から小児科に引き継ぐので、小児科の問題になる。救急ではそこまで突っ込んで聞かない。
- ③近所から通報があった場合など、児童相談所からMSWに連絡が入って、MSWから救急に「こういう子がきたら連絡してほしい」と連絡がある場合もある。

(6) 夫の探索・追求

入院中に、夫から電話があっても一切隠してくれと言われた。そのような時は、一切ノーコメントで通す。

(7) 患者のプライバシー保護

- ①通常の外来は2年前からすべて個室で診察を行うようになった。
- ②救急はスペースの余裕がないのでオープンベッドになっている。しかし、奥に隔離室が2室あり、落ち着きを取り戻した患者から話を聞くときは隔離室で行う。落ち着きを取り戻すまでは、逆に眼が行き届くほうがよい。

(8) 他の機関とのネットワーク

- ①警察に連絡しても、受け入れてくれる保護施設がないという問題がある。時間外の24時間体制でやっているところがない。そうすると病院が入院させるのかというと、他の入院が必要な患者に搬寄せが行くことになる。DVの被害者を入院させるだけの余裕がない。24時間体制で、連絡すればすぐ来てくれて相談に乗ってもらえないのだろうか。
- ②警察の保護体制を整備して連携を強めてほしい。

(9) 医師・看護婦の研修・教育

- ①医学の学会で、子ども虐待についてシンポジウムが開催されたことはある。
- ②新人の医師が当直業務を開始する前のカンファレンス（研修）や医学教育で、児童虐待が取り上げられている。看護婦の教育でも、幼児虐待は研修がある。DVはまだ行われていない。

2 産婦人科医師インタビューまとめ

1. 実施日時 1999年2月15日(月)午後6時～8時
2. 回答者 丸本百合子氏(同愛記念病院産婦人科医師)
3. 実施場所 両国パールホテル会議室
4. インタビュアー 戒能民江・山崎公江(事務局)
5. 回答者の勤務先病院の概要
所在地 東京都墨田区、地域の市民病院としての性格を持つ病院
病床数約400床、年間の出産数約500人
6. インタビュー内容

I DV・性暴力を受けた女性への対応について

(1) DV事例の経験

- ①診療の中で、恒常的にDVを受けていると疑われる症例、明らかにDVを疑わなければならないという患者にあったことはない。
- ②妊娠中に夫にぶたれてお腹に張りがあると申し出る患者はたまにいるが、DVを受けていても患者から言うことはあまりないのではないかと。医師には、お腹が張るという症状しか言わないのだろう。

(2) 中絶を希望する患者への対応

- ①中絶の事情に医師は立ち入るべきではないと考えている。患者の決めたことを受けるという姿勢をとっている。そこで、もし異常があれば聞く。ただ、自分が産みたくても、相手が反対している場合は、よく話し合っ、自分のことだから自分で決めなさいと一度帰すことはある。
- ②避妊の失敗については、本人を責めるのではなく、次に失敗しないために、避妊の有無や方法などを聞き、今までの誤りを患者に気づいてもらう。
- ③避妊の失敗は、コンドームをつけたりつけなかったり、安全日だからつけないというのが多い。とくに若い人では、まったく避妊していなかった例も多い。それは、本人の知識のないことと相手に避妊のことを言い出せないという関係性の貧しさによる。膣外射精で避妊できると考えている若い人が多い。

(3) 性感染症と女性への暴力

- ①性感染症は圧倒的に増えている。DVのほかにレイプの問題もある。強姦救援センターを通して検査や治療の依頼がある。
- ②付き合っているパートナーがいる場合、原因はどちらにあるかということ水掛け論になるので、ともかく二人で治すようにいう。それ以上は立ち入らない。中にははっきり夫やパートナーがソープランドや外国で遊んできたとわかっていて性交し、感染を相手に黙っていた例がある。
- ③夫やパートナーと一緒に治療することはしない。薬を渡して一緒にのむか、泌尿器科へ行くように勧める。相手が薬をのまないときは、次善の策としてコンドームの使用を勧める。
- ④再感染することもあるが、未婚・既婚の別、年齢にかかわらず、女性の性行動も多様化しているので、どちらが原因かはわからない。

(4) 患者の心の問題

- ①個人的なヒストリーへは立ち入らないのが原則である。心の問題はカウンセラーの仕事である。
- ②MSWはいるが、支払い能力がない患者さんや生活保護など、主に経済的な問題での支援を行っている。
- ③医師として個人的にはフェミニストカウンセリングに連絡を取ることがあるが、患者はほとんど行かない。カウンセリング費用も高くて払えない。本人が精神症状を強く訴えた場合や、落ち込んで眠れない、不安でしょうがないなど、女性の精神的な問題が大きいときは、院内の精神科へ回すこともある。当院の精神科には女性医師もいる。

(5) 流産・早産・低体重児とDV

- ①妊娠中期から後期にかけての切迫流早産でお腹が張ってきたというなかには、DV事例があるかもしれない。だが、本人が言わなければわからない。入院中夫が面会に来て、夫には二面性があり、そういう時は夫も穏やかなのでわからない。
- ②DVを受けている恥ずかしさと、お産をする病院には知られたくないという心理が働くのではないか。
- ③妊娠中にストレスが強ければ、赤ちゃんの体重が少ないことがある。ストレスを受けて、胎盤の血管の収縮や子宮の収縮を起こしたりすると、胎盤の血流量が減る。胎盤の血流が悪くなると、胎児の発育は悪くなることは推定できる。以前から、自営業で激しい労働をした人は、低体重児の出生が多いというデータがある。暴力を受けている人は、おそらくストレス下にあるので、低体重児の発生率が高くなってもおかしくはない。
- ④DVの刺激でお腹が張り、収縮を起こすので、早産もあるのではないか。

(6) 病院内の相談体制

- ①出産後は1か月健診が終わったら病院にこないで、後のことはフォローできない。
- ②問題を抱えていて、しかも問題意識を持っていたら、助産婦のところに相談に来られるようにはなっている。本人が来なければ、病院側から働きかけをすることはできない。
- ③問題のありそうな患者については、外来助産婦が単独で別の時間帯に話を聞くこともある。

(7) 強姦の場合の対応

- ①強姦救援センターなどから紹介されて来た場合は、被害に遭った日時は聞くが、被害の状況は聞かない。本人が望む傷や性感染症の検査だけをやる。
- ②被害直後の場合は、警察で膣内の分泌物の特殊な検査がある。病院では性感染症や妊娠の検査が主である。性感染症は、6週間ぐらいたないと反応が出ない。
- ③強姦の被害者が、家庭内の親からの性的な暴力かどうかは、わからない。付き添ってきた母親も、父親が妊娠させたケースでもそのことは言わないだろう。中絶に来たばあいは、医療機関から特殊な眼で見られたくないという気持ちがあり、どうしても産めないという一般的な理由にしたいと思うのではないか。

(8) 不妊治療

- ①不妊治療は、一般的な検査と人工授精レベルまでしかやっていない。体外受精は他の施設を紹介する。
- ②夫に不妊の原因があっても、精子が少ないことが検査で分かっているのに、夫に言っていない医

療施設もあるようだ。

II 医療機関のDV認識と機関相互の連携のありかた

(1) 医療機関のDV認識

- ①診察室レベルでは、話題になることはほとんどない。産婦人科の診察室では、DVの実態把握はできない。病院はDV発見の場にならない。
- ②その理由は、患者自身が言わないことと、医師は病気の診断や治療に必要なことがらは、こちらから聞くべきではないと考えるからである。また、DV被害で傷がひどければ外科的な救急の方へいこうし、地域の病院には来ない、来にくいと思う。
- ③医師自身が、まだトレーニングできていないことも大きいし、普通の日常の婦人科の診療の途中で、心の問題がいきなり入るのは難しい。医療機関が対応できるのは主として身体の問題であり、婦人科や救急の医師にとっては、心の問題は苦手な分野である。基本的には、別枠の受け皿が必要だ。適切どころにつなげられればよい、自分ができないところは、つなげるパイプがきちんとあることが大切である。
- ④今の婦人科のレベルでは、DV理解が低いのだから、かえって事務的に話を進めていったほうが、本人が言いたくないかぎり患者の気持ちも楽である。患者さんに求められたときには専門的な機関を紹介すればよい。
- ⑤同じ医療機関に何回もかかるのなら、それはその医療機関に何かを求めて来ているのだから、同じ症状があつて疑いがあれば聞かろう。

(2) 他機関との連携の現状と課題

- ①婦人相談所や福祉事務所からの紹介はたまにある。知的障害のある場合が多い。中絶や病気の診察依頼がある。
- ②本人がDVを本当に解決したいと考えるなら、婦人科ではなく相談機関に行くのではないか。シェルターのポスターなどを相談機関や病院の外来に出せるようになればいいが、シェルターもパンク状態なので、受け入れられないという困難がある。
- ③婦人科の治療が被害のフラッシュバックを引き起こすので、精神的に動揺する人がいる。医療機関を紹介する相談機関は、診察行為そのものが被害を再現させる行為であることを理解して、医療の現場を知った上で来院前に本人に了解を得たうえで、きちんと対応して紹介してほしい。性被害を受けた人は心のトラウマをかかえている人が多く、対応が難しい。
- ④医療機関から適切な他の機関へつなげればいいのだが、その連携が切れていることが問題である。
- ⑤心の問題をかかえた人がなかなか事実を話せる場がないことが最大の問題だが、本人の意志が確実に変わったときに、医療機関で案内できるように、患者が見て気付くポスターや案内カードがあればいい。
- ⑥情報提供しても、受け皿の問題が残る。カウンセリングに保険がきくようなシステムが必要だ。また、カウンセリングでも、男に暴力をふるわれてトラウマがあるときは、女のカウンセラーでないといけないと思う。

III リプロダクティブ・ヘルス/ライツと女性に対する暴力

(1) リプロダクティブ・ヘルスとDV

- ①日本では、リプロダクティブヘルス／ライツの実現には、女性に対する暴力をなくすことが必要という議論を民間ではしているが、政府は積極的な姿勢をとっていないのではないか。
- ②リプロダクティブヘルスには当然、暴力の防止が入る。健康の権利には、「避妊の権利」、「中絶の権利」、「暴力を受けない権利」が入ってくる。
- ③とくに、避妊が権利として認識されていないことは大きい。避妊の権利が社会的にも、男女間でも認識されていないので、夫や彼が嫌がるから避妊ができないということがある。権利の主張ができず、その結果、予期せぬ妊娠をすることになる。
- ④教育が重要だが、日本の性教育が母性教育でしかないことが問題である。子供を産むために身体を大事にしなさいとか、健康な母親になるために月経を教える教育だから、女性の健康教育ではない。
- ⑤アメリカでは、Safer Sexという概念がある。安全なセックスという意味で、性感染症の予防と予期せぬ妊娠の予防をいう。家族計画プログラムにも入っている。日本では、セックスが危険だという認識がない。セックスして産むのは当たり前、自然だという前提での性教育でしかない。
- ⑥性差別のあるところでは、避妊も性感染症の予防もできない。安全なセックスは、男女が平等でなければできない。
- ⑦明らかにソープランドで遊んでいる夫がコンドームをつけないのは、性感染症の予防をしないことであり、やはり女性に対する暴力である。
- ⑧妻も、夫の機嫌を損ねないようにとか、夫だから仕方がないと思ってしまうところがある。
- ⑨セックスが対等な関係で行われないうちに、女性の身体にいろいろ被害が出てきている。女の自立と言われながら、女性の中でも性的自立の意識が低いのもかもしれない。赤ちゃんを産む前に、自分の健康が大切、歯を磨くのと同じように、自分の健康のために、性感染症の予防をしましょうと語らなければならない。性感染症予防も、不妊になって赤ちゃんを産めないから困るというレベルでしか、語られていないことがある。

(2) 学校の性教育

- ①学校の性教育は、結婚したら赤ちゃんが自然にできるというところしか教えていない。
- ②中絶についても、怖いこと、いけないこと、身体が目茶苦茶になって子どもが産めなくなるという教え方をしている。
- ③だが、中絶が怖いと教えても、望まない妊娠は減らない。中絶が怖いということが、避妊の動機に結びついていないからだ。まさか1回くらいは大丈夫だと思っている。そこに問題がある。だから、中絶が怖いと脅かしても、妊娠はなくなるらない。
- ④しかも、中絶はいけないと思っているから、産めばいいのだろう、結婚すればいいのだろうというのだが、そういった結婚は大抵破綻している。
- ⑤もともと子どもを育てようとするつもりがないところで成り行き任せだったら、うまくいかないのは当たり前だ。ところが親が「責任を取れ」と迫ったり、結婚すればうまく収まると思ったりするが、うまくいかない。それから問題が表面化しても、時機を失して中絶できなかったりする。離婚も簡単ではない。女性に経済力がないと、離婚もできない。
- ⑥結婚すればなんとかなる、子どもさえ産めばいい、幸せになれるという幻想を与える性教育が学校で行われているのだ。

(3) 女性の自己決定

- ①子どもができたからと結婚したあとで、ひどい夫であることがわかって、中絶できずに産んでしまった例も多いのではないかと。暴力夫だから妊娠しないようにしようというのも難しい。子どもができたら優しくなるのではと、期待もするだろう。
- ②育てられない子どもを産むのなら、中絶することのほうが悲しいけれど責任のある行為なのだ、誰かが言ってあげなければならない。
- ③親から言われて仕方なく中絶した人は、自分で決断していないので、また失敗することが多い。中絶するにせよ、産むにせよ、自分の意志で決めなければだめだ。「仕方なくて」とか、「またできちゃって」ということになる。
- ④ピルは勧めても飲まない女性も多い。それは、女性が避妊の動機をきちんと持っていないからだ。ピルを飲み続けるには、避妊に積極的な自分の意志が必要だ。

(4) 限られた避妊方法

- ①日本では避妊方法の選択肢が少ない。
- ②リングは、未産婦には向かない。月経痛がひどくなることと、パートナーが複数いると感染症が広がりやすくなる。リングは子宮内では異物なので、いったん病原菌が入ってくると、リングがそれを伝播させやすくするからである。広がる速度が速くなる。だから、パートナーが決まっている経産婦には向いているが、若くてパートナーが特定されていない人には余り勧められない。
- ③ペッサリーは、現在、日本では製造されていない。その都度、子宮の入り口にかぶせなくてはならないので、使いにくく、製造されなくなってしまった。だが、ペッサリーは避妊方法として残しておいた方がいい。
- ④低用量ピルの認可は早くしてほしい。バイアグラが認可されているのに、ピルが認可されないのは、女の自己決定が否定されていることだ。リプロダクティブ・ヘルスといいながら、避妊の選択肢の一つが認可されないのはまったくおかしい。

(5) 調査の視点

- ①従来、DVの女性の健康に与える影響などの調査がなかったのは、そういう視点がなかったからである。厚生省の研究班の調査でも、女性の健康問題の背後にある暴力について考えるという視点がなかったのではないかと。
- ②妊娠中明らかな暴力を受けてシェルターに駆け込んで来た人が産んだ子どもの体重や健康状態を調査して、それ以外の統計、普通の母子保健統計と比較することはできるだろう。

(6) 母子保健法とDV

- ①母子保健法の、母性は子どもを産むために尊重されなければならないという理念・目的を変えなければならないと考えている。産まれてくる子どもも、障害のない五体満足の子どものみが期待されている。
- ②母子保健法の制定過程では、当初は、広範囲な女性の健康を守る内容だった。子どもを産まない時期の避妊や更年期の健康なども含まれていた。ところが、母子一体の原則に変えられていった。出生率が下がってきたので、地域の母子保健を推進してなんとか子どもを増やしたいということ、従来国がやってきたことを地方交付金で地方自治体にやらせたい、しかし、自治体によってやらないところが出てくると困るから、母子保健を後退させないために、法

律を作ることになったといういきさつがある。

- ③老人保健法や小児保健法があるのと同様に、女性の保健に関する法律は必要である。避妊や中絶とともに、性暴力の防止も含んだものでなければならない。

IV DVの防止のために

- ①DV防止のためには、社会の認識を変えることが大切だ。女はこのくらい殴ったっていいという考えがはびこっている。
- ②DV防止法をつくるのだったら、当事者やシェルターなどで女性の援助を実際に行っている人を入れて検討しなければならない。法律は必要だが、警察が夫を逮捕できるくらいのものにしてほしい。

3 精神科医師インタビューまとめ

1. 実施日時 1999年2月18日(木) 午前10時30分～12時
2. 回答者 野間和子氏(神奈川県婦人相談所嘱託医)
3. 実施場所 神奈川県婦人相談所
4. インタビュアー 戒能民江・山崎公江(事務局)
5. 神奈川県婦人相談所の概要
所在地 神奈川県横浜市、
開設1948年、売春防止法に基づく施設
業務内容 来所相談・電話相談・巡回相談および一時保護
一時保護事業では、相談、生活指導のほか、医学的、心理学的、職能的判定を実施
一時保護の定員30名、小学生以下の子まで同伴可能
職員所長以下、常勤職員10名、婦人相談員5名、心理判定員2名、夜間指導員2名ほか
(以上は非常勤)
6. インタビューの内容

I 婦人相談所における医療体制

(1) 嘱託医としての業務内容

- ①婦人相談所の嘱託医として7～8年になる。2週間に1度、半日勤務する。婦人相談所のほうで必要だと思う人を選ぶ。すでにそこでふるいがかけられている。本人の意志が確認された場合だけ会う。拒否している人には会わない。会うのは、多いときには3人位。少ないと1人。
- ②相談員の方の問題がある。相談員が問題意識を持っているかどうかで、あがってくるかどうか決まる。全体の印象としては、最近治療を受ける人が減って来たと思う。ケースが減ったのではなく、相談所のスタッフの問題のような気がする。
- ③専門でないパートの相談員や心理判定員の方が大変なケースを扱っていて、苦勞が多いのではないだろうか。どう接してケアするのが大事なのに、専門職がない。治療的な視点がなく、その後のケアができないので、結局問題の再生産で戻って来る人が多いのは残念だ。
- ④相談員や母子相談員の勉強会に呼ばれることも最近はない。電話相談のスタッフのケースプレゼンテーションにコンサルテーションをやることはあるが、個人的なもので、自分が専門家として利用されている気がしない。

(2) 相談員に必要な視点

- ①看護婦は必要ない。ただ、担当の相談員が同席するように求めている。医師がどのようなインタビューをして、どんな問題をピックアップするのか、相談員も一緒に聞いて、理解してほしい。
- ②会うときに、「おはようございます。野間です。精神科医です。よろしく」「きょうはどういうことで？」ときちんと挨拶をする。相手がふて腐れているときは、「私と話をするのが嫌だったら、やめてもいいんですよ」と聞く。このような基本的なことも、相談員に分かってもらうのは最初は難しかった。相談員になってからの教育がちゃんとやられていないのではないか。
- ③会う前に記録を全部読むが、記録にとられていないことがいっぱいある。親がアルコール依

存だったら、性的虐待はかなりの率であるのだという目で見ていけば、相手もスッと話がで
きる。こちらがどういう目で見てるかで、全然違う。一方、何時間もかけて面接をして記録
をいっぱい書いても、大事なところが抜けている。だから、どうしていいかわからなくて苦
労する。きちんと向かい合って、そういう目で見れば、1時間の面接が生きる。

- ④父親がアルコール中毒だったら、「性的なこと嫌な思いをしたことがないか」、ストレートに必ず聞く。すると、ほとんどが出てくる。要するに、こちらがそういう目で見てないから、みつからない。
- ⑤初診でかならず聞くが、否定する人もいる。でも、その答え方で「イエス」だなど思うことがある。2度目のときに、「この間も伺いましたが、そういうことはなかったのですか？」と聞くと、出てくる。こちらが真剣に話を聞いているのが伝わるので、相手も「理解してくれそうだ」というのはキャッチする。
- ⑥一般的に、アルコール依存症や父子家庭では、そういう事が起きると考えた方がいい。人間はそういう弱さやおぞましさを持っているものであり、何回も繰り返し症状を出しているということは、そういう可能性があるということだ。医学教育では、性的虐待などとてもないというとらえ方だが、人間には弱いところがあり、そういう落とし穴にはまりやすいことを、一つの科学として学ばなければならない。
- ⑦父子家庭で夜間高校に通っていた女の子を父親が毎日飲んだくれて迎えにきていた。そのうち、子どもが生まれてしまった。ところが学校の先生もワーカーも気付かない。好きならいいのではないかと、二人がよければよいのではないかという意見が出て、身の毛がよだつ思いがした。専門家がこのように考えているのだとしたら、子どもは父親の言う事を聞くしか生きる術がない。結果的には子どもを逃がしたが、専門家は父親と子どもの力関係でこうなっているという前提もわかっていない。

(3) ネットワーク

- ①保健所や児童相談所からの紹介が多い。婦人科や内科、小児科からの紹介もある。
- ②児童相談所や保健所の対応も、以前と比べるとずいぶん変わった。時代の変化を感じる。

(4) 継続的な治療および退所後のフォロー体制

- ①在所中も、継続的な治療のケースは減多にないし、フォローもほとんどない。相談員が自分のやったことへの評価を受けるとか、オープンに相談するという風にはなりにくいかもしれない。だから、この30分は、その方にとって一生に1度の精神科医だというのが、一番大切かもしれないと思う。
- ②名刺を置いておいて渡して下さいと頼むが、クリニックに実際来た人は少ない。

II DV事例と対応

(1) 横浜DV殺人事件

- ①殺された被害者は、クリニックの患者だった。
- ②加害者の前の妻がやはり患者で、夫が暴力を振るうが、どうしたらいいか相談にきた。グループ指導に出て、短期間で元気になって離婚した。断固許さないと別居して、絶対夫の許に戻らなかった。自分の中に起きていることは何か、どうして暴力を振るう人と結婚したのか、なんで自分がそんな目に遭わなければならないのか、こんな目に遭いながらすぐ離婚と思えない自分はなんだろうか、悩んだが、断固として家に帰らなかった。そこが、被害者の女性

と違うところだ。

- ③被害者の女性の悩みは、ボーッと時々寝ちゃうということだった。暴力を振るわれているのに、自分が夫と話していても、「ふうーっと眠くなるから、やられるのは当たり前なんだ」「自分を起こすためにこずくのだ」と言う。治療しにきたが、家からは離れなかった。
- ④夫も病理を持った人で、彼女も病理を持っていたが、病理の問題と暴力を許すこととは別問題だ。共依存があるかどうかは、ものの理解であって、暴力という犯罪の問題とは全然違うことだ。それを混同させて使ったのが、加害者の弁護士である。
- ⑤誰も実態を開きにこなかったし、裁判も知らなかった。非常に残念である。
- ⑥被害者は、暴力があることを認めなかったが、間接的に自分をボロクソに扱っている。要するに、死にたくて殺されたと思えない。だが、それは彼女の病理であって、それと犯罪の問題とは全く違う。
- ⑦二人の女性の違いは、片方は健康で大切に育てられた。ある意味でボランティアのような気持ちで結婚した。それで突如暴力を受けて自分が犠牲者となってしまった。そして、彼女の中に「一体これは何？」と遠のいた。戻るところが彼女にはあった。殺された女性のほうは、深いところで親に対する怒りとか、憎しみがあって、その罪悪感から自虐的な暴力に耐えるというところがあったのかと思う。暴力を許さないような家庭で育ったかどうかで、大きく違う。

(2) DVケースの治療

- ①最近では、ストレートに夫の暴力がひどくて、元気が出ない、鬱状態である、夫のことをどうしたらいいかと訴える人が増えてきた。
- ②暴力が自動的に起きるのではないことをわかってもらうために、マリオネットの人形をクリニックには置いている。夫はマリオネットではない。あなたが言う事を聞かないので、夫がカーっとなって暴力を振るうのではない。夫は選択しているのだということをマリオネットの人形を使って話す。そこでわかる人は健康な人だ。
- ③暴力を受け続けている人には、まず、暴力を受け入れる自分がどこからきているか、を話し合う。例えば、暴力のイメージを聞く。小さい頃に、父親が母親に暴力を振るっていた。暴力の原因は自分だからおとなしくしていよう、もっとおりこうさんになって母親を助けよう、と自分よりみなさんの気持ちが大切、私が世話されるより、私が親の世話をする、私なんてという看板をかけている。そのために、自分を守らない、傷だらけになっても自分を守らない。「それで一生いきますか？どうしますか？」というとき、「嫌です」となる。そうすると、その看板をかけたときに戻って、治療するしかない。
- ④暴力を受けた女性たちは、自分をふ抜けだ、間抜けだ、何もできないと、自分を「ディスカウント」している。その場合、自分がどう育ってきたか、どんなのを達成したか、「自分に何も無い」というのは、もしかしたら、夫があなたを奴隷にするために使っている手段かもしれない、コントロールされているのではないかと、そう考えてみたらどうかと話す。そうすると、小さな時の親との関係、親のいいなりになっていた自分のことを話し出す。
- ⑤治療のバックグラウンドにしているのは、TA (Transactional Analysis) 理論である。小さい頃、知らず知らずのうちに周りの大人の環境の影響を受けて、自分でも気が付かないうちに人生のシナリオをかいている。これをわかりやすく、「看板をかけちゃう」といっている。シナリオに沿って人生を生きていることに自分が気が付いて、「なんで同じことを繰り返す

のか」と疑問に思う。しかし、それは理由があつて、小さい時の切ない、自分が惨めだという思いを味わい続けるためのシナリオなのだ。だから、同じ気持ちを味わうように人生をつくっている。だから自分を捨ててしまつて、小さい時に親を世話したと同じように、いつも、世話をされる人を探すことになる。

- ⑥だから、自分にとって辛い、重たいと思ったら、そのシナリオを書き替えない限り、新しい人生は歩めない。私は誰にも殴られない、サンドバックではない、大切な、価値のある人間だ、そういう風に思うことがなければ新しい人生は組めない。そこをやるのが、精神科の治療だと考えている。
- ⑦加害者は自分で治そうと思わない限り、被害者の女性が何をやっても治せないことを言う。アルコール依存症の場合も、あなたと彼ははっきり違う人で、あなたが彼を治せない、あなたに原因があるのではないと、はっきり言う。
- ⑧別れる決心がつかなくなったり、どうしようもないと思っているときは、彼とどうやって暮らしていくか、経済的な理由で別れないのなら、生活保護を受けて暮らしていく方法もあること、アルコール依存症であなたが直接害を受けなければ、家賃を払ってくれる人と割り切るか、選択肢があることを女性に話す。
- ⑨しかし、子どもがいる場合は、子どもに影響を与えるのだから、『親のようになりたくない』という本を置いて、自由に読んでもらっている。患者にも子どもにも読む力、考える力はある。患者をディスカウントしてはいけない。
- ⑩DVの被害を受けた女性が治療を受けている他の女性と異なるのは、自分が大事だと言う認識が少ないことである。

Ⅲ 精神科医の対応

精神病か精神病でないかという考えがまだあつて、「夫婦の問題だ」、「相当お酒を飲んでいる」、「そんな男だもの」など、男の目で見ている。「そんなのは病気ではない」、「眠れないなら薬をのんだら」で済ませてしまうことも多い。

Ⅳ 二次被害を防ぐために

(1) 婦人相談所で

ヨレヨレになってひどい生活をしていても、女性たちはプライドを持っている。それを大切にせず、ぞんざいな口をきくと傷つく。子どもでも大人でも言葉遣いをくずさないようにしたい。

(2) 医療機関で

医者から虐待を受ける例は結構ある。虐待されて鬱状態になった人が、内科と精神科を受けて、皆が聞いているようなところで馬鹿呼ばわりされた。医師から、いつまでたっても治らないというようなことを言われて、「いつもあの先生は私を馬鹿にしている」といっていた患者が、クリニックへ来て、「自分がとても大切にされた気がした」と言っていた。このような経験は、かなりしている。

Ⅴ 子どもの問題

- ①子どもにも、暴力などの症状が出る場合がある。子どもも診察する場合がある。
- ②母親は子どもに父親の悪口を言わないという人間関係のけじめが必要だ。子どもにとっては

血のつながった大切な人なのだから。

- ③母親は子どもを頼ってはいけない。子どもは母親が守るものである。親子関係を整備しなければならぬ。

VI 他の機関への要望

- ①第1回目に相談にいったところは大事である。その職員が事態の重大さをしっかり捕らえることが必要だ。最初にちゃんとした扱いをされないと、無力感やどこへ言ってもだめだと感じてしまう。
- ②何か言ってきたら、これは大事なことだ、何かありそうだと思って、別室で話を聞くなり、もしそこでできないのなら、保健所やクリニックへつなげてほしい。その電話1本が大切だ。
- ③一つの機関で全部できるわけではないので、もうここへは2度と来ないかもしれないと考えて、問題を整理して、どこへ行けばいいか情報をしっかり提供することが大切だ。
- ④暴力の場合は、どの程度までになったら助けてもらえるのか、を知りたい。「何でもないよ、その程度じゃ」という言葉でひどく傷つく。殺されるか、半殺しに遭うしかないと思ってしまう。よほどひどくない限り、逃げても助けてはもらえないことを、みな経験しているということだ。
- ⑤夫の暴力であれ、子どもへの虐待であれ、「どこまでが暴力か」とよく聞かれるが、「あなたが嫌なことをされること」それは全部暴力。どこからどこまでということはない。⑥婦人相談所は、来所したときにすぐ評価してどんなケアが必要か、わかるように、職員を研修することしかない。
- ⑦婦人相談所には、治療的なケアができるスタッフをそろえてほしい。
- ⑧子どもには学籍がなく中途半端だ。施設に、その地域の学校の先生やアルバイトの学生がきて子どもへ対応したらどうか。
- ⑨ひどい暴力の場合は、警察が最初の窓口になることが多い。警察もしっかり認識を持ってほしい。警察官の対応次第で、その後の展開が変わる。
- ⑩暴力的にセックスを強要された時に、自分を守るためにピルが必要である。ピルが早期に認可され、さらにピルの給付や補助金を出せないか。
- ⑪幼少時のポルノ体験も大きな影響を与えている。痴漢行為をする人のほぼ100%は、何も知らない小学校3～4年のときにポルノを見て衝撃を受けた経験を持つ。大人が害を与えている。性暴力に対する感度をもっと鋭くすべきだ。

イギリスの医療機関向け「ドメスティック・バイオレンス・ガイダンス」

分担研究者 戒能民江（東邦学園短期大学教授）

イギリスにおいてドメスティック・バイオレンス（以下、DV）に対する取り組みが始まったのは、1970年代以降である。それ以来30年近く、女性NGOのシェルター（避難所）運動を中心にさまざまな取り組みが積極的に展開されてきた。だが、女性や子どもを暴力から守る保護命令を中核としたDV特別法の制定や地方自治体ごとのDV対応機構の整備、警察の対応の改善にもかかわらず、イギリス社会では依然としてDVがはびこり、女性に対する暴力犯罪の40%以上を占めている（「英国犯罪統計1996年」）。また、適切な対応がないまま放置されていると、DVは常習化し、エスカレートする危険性を持つ。男性に殺された女性のおよそ4割がDVケースである。さらに、DVは、女性だけでなく、子どもにも深刻な影響を与えている。DVは、それだけ根深い問題なのである。

イギリスでは、法律や制度の整備から一歩進んで、人々の意識まで深く踏み込んだDV対応政策が、ようやく始まった。教育や啓発によって社会一般の暴力を容認する態度を変えていくことと共に、重視されているのが、DV被害を受けた女性や子どもが直接コンタクトする専門職やワーカーの教育・訓練である。1995年の第4回世界女性会議行動綱領でも、二次被害を防止して問題発見能力を高めるための専門職の訓練を各国政府に求めている（124項(n)）。

DVの被害者の多くがコンタクトする先でありながら、DV認識に大きな立ち遅れをみせていたのが、医療・保健機関である。イギリス医師会は、1996年年次総会で、健康に対するDVの長期的影響に関する調査実施の決議を行った。同年、世界医師会が「家族による暴力に関する宣言」を採択して、各国医師会に対して、被害の広がりや影響、リスク要因およびケアについての調査研究促進を勧告したことに基づく。同宣言では、DVを重要な健康問題としてとらえる基本的な姿勢が明らかにされた。イギリス医師会による調査・研究結果は、医療・保健専門職の意識改革とDV防止における役割についての議論の素材として、1998年に公刊された（イギリス医師会『ドメスティック・バイオレンス—健康問題か？—』）。

DV問題への対応が遅れていた医学界の中でも、一般開業医（GP）の認識の低さは、つとに指摘されてきた。地方自治体ごとに組織される機関相互のネットワーク「DVフォーラム」でも、DVを医療問題として考えようとしないGPとの連携の難しさが大きな壁であった。DV被害者の7割が何らかの負傷をし、繰り返し暴力にさらされる女性が多い。GPでの診察はDV発見の貴重な機会となるはずである。しかし、ほとんどの女性が本当のことを言わないことを前提にすれば、医師がDVのスクリーニングを行わない限り、DVは見過ごされていく。このようにして、沈黙と潜在化の悪循環が続くのである。

本報告で訳出した「一般開業医のためのガイダンス」は、1998年秋に発表された。もっとも身近な医療機関であり、被害の拡大・再発を防ぐための最初のチェックポイントであるGPのための、DV発見と対応のためのガイドラインである。DVを女性の身体的・精神的健康問題と位置づけて、早期発見・早期介入の重要性を強調している。DVの特質を踏まえながら、女性の自己決定権とエンパワメントを重視した内容は参考になる。