

### 3 医療ソーシャルワーカー個人インタビュー のまとめ

1. 実施日時 2000年2月25日(金)  
午後6時30分～8時30分
2. 回答者 菅野亜希子氏(同愛記念病院  
医療ソーシャルワーカー)
3. 実施場所 お茶の水女子大学戒能研究室
4. インタビュアー 戒能民江・山崎公江  
(事務局)
5. 医療機関の概要(回答者の現在の勤務先で  
はなく、6年間勤務した病院)  
NICU(赤ちゃんの集中治療室)を備え、  
先天性障害児などハイリスク治療の設備が  
ある周産期医療専門病院、産科・小児科の  
2科があり、周産期医療専門病院としては、  
都内16病院の一つ。ベッド数約160床、  
医師6名。
6. インタビュー内容

#### (1)医療ソーシャルワーカー(MSW)の仕事

- ① MSWは、大学の社会福祉学部で、医療ソ  
シアルワーク論を履修することが望ましいと  
されており、社会福祉士をもっている人が実  
習1か月で資格を取得できるようになった。  
また、実習期間に病院も加えられ、相談室で  
仕事をしながら資格をとることができる。最  
近、専門学校でも専門の教育をするところ  
が出てきている。
- ② MSWは、設置が義務づけられているわけ  
ではないが、社会福祉法人立の病院では充  
実している。配置数は様々であり、設置  
が望ましいとされている。
- ③ 病院の通常業務として入ってくるもの  
としては、未成年の初産や28週以降での  
初診受診者(通常は、7～8週で初診)な  
どハイリスクの相談、経済的な理由で医  
療費の扱いが公費となるような場合、保  
健所や精神医療センターなど他機関から  
回されてきた場合などである。
- ④ とくに多いのは、都の「入院助産制度」の利

用である。この制度は、年間総収入が16,800  
円以下の人が対象となるが、働けない事情  
があり、経済的に困っている家庭で、サポ  
ートが必要な場合である。

- ⑤ 出産の場合、また、保険証をもっていない(保  
険未加入者)場合も関わることになる。出  
産が帝王切開になった場合、医療保険の対  
象となるが、特に外国人の保険未加入者  
が多い。地域特性から、フィリピン出身  
者が多く、日本人の男性と結婚して、あ  
るいは、妊娠がわかり、MSWとしてか  
かわることが多かった。妊娠がわかっ  
た時点では在留資格のない方もおり、ま  
た日本の場合配偶者ビザの取得のため  
に1～2年かかることもあり、出産まで  
に間に合わないケースも出てくる。夫が  
国保加入者の場合、難しい。外国人の  
場合、保険証がなくて、入院助産とな  
るケースが多い。
- ⑥ 患者さんからの相談として多いのは、10代  
の妊娠の場合である。10代で妊娠した  
場合、家族も事実を受け止められない、  
本人も困っていることが多い。「中絶す  
るか」、「出産するか」の選択肢を提  
示して、フェミニスト・カウンセリング  
など他機関を紹介することもある。
- ⑦ 相談室のPRは、ポスターに、「こんな時  
、相談室にお立ちよください。経済的  
な問題、仕事のこと、育児のことで悩  
んでいるとき、その他悩み事があるとき  
」としてある。外来の入り口のわかり  
やすいところにポスターがある。医事課  
のカウンターの向かい、エレベーター  
の近くで、目に入りやすいところであ  
る。
- ⑧ 問題をかかえているかどうかは、看護婦  
さんに発見されることが多い。医者は、  
個人差がある。患者さんとのコミュニ  
ケーションをよく取っている医者は、  
ケース依頼が多かった。看護婦さん  
の場合、医療が治療だけでは済ま  
なくなっているという認識があるが、  
とくに医者は、病気のみと向かいあ  
い、教育、生活、宗教のことなど、  
個人のかかえている

問題に入り込む必要はないのではないかという意識がある。そのような問題に立ち入ることは関わりすぎと考えることが多い。からだとか向かいあわない限り、その人の抱えている病気も治らないが、医師は、患者さんがおっしゃらない限り、積極的には関わらない。

- ⑨ 相談を受けたときの流れは、まず連絡票をつくる。どんな相談をしたいか、経済、医療などカテゴリーを並べてあり、該当個所に○がつけられるようになっている。それぞれの質問に対してどのような援助をしたかは、細かく記述している。他の病院のことだが、裁判に証拠書類として提出されてこともあると聞いているので、特にDVケースは、細かく残している。
- ⑩ 患者さんとかかわす言葉が重要である。しかし時間がかかると患者さんからクレームがつく。外来は、特にその傾向が強い。保健相談室は、保健婦が、食事面などを含め相談を受けている。産科は、退院後も定期検診があるので、コンタクトがとりやすい。

## (2)DVに関する相談の事例

- ① MSWになって数年は、問題の所在に気づけなかった。経験を積む中で、DVの問題に気づきはじめ、後半3年くらいの間に20例くらいDV関係のケースがあった。印象に残っている例は次のとおり。
- ② 妊娠中アパートの2階から飛び降りて、柵で裂傷を負ったケース。夫の暴力で身の危険を感じ、飛び降り、救急車で病院に運ばれ、妊娠20週で当院に通院しているということで、回されてきた。相手は、暴力団関係者で、夫のもとから逃げようとしていた。実家のある中国地方の病院で出産したが、お子さんは、無事生まれた。2人目の出産で、その土地のケースワーカーともやりとりをし、母子で生保が適用になった。このケースの場合、夫とは全く連絡がとれず、医療費は自己負担が全くとれない状況だった。妊娠期間中に東京都

女性相談センターに相談し、母子生活支援施設に入所したが、夫が迎えに来て、戻ったようだ。

- ③ つわりがひどくて家事をやれないでいたら背中を蹴られたと相談されたことがある。二人の子どもを連れた再婚で、現在の夫とののはじめての子の妊娠で、切迫流産で入院したケース。夫は、普段はおとなしく優しい人なのだがカッとなると切れて何をするか分からない、人が変わったようになってと言っていた。自分が家にいないと、家にいる子どもに何をするか分からないので、早く帰宅したいとのこと。離婚や夫のもとから逃げるということも選択肢としてあり得ることを話し、経済的な援助を受ける方法があることを話したが、夫は、やさしい面もあり、子どもができたことを話したら、すごく喜んでくれたと言い、相手への期待感が強いという印象を受けた。その後の身の安全が心配で、本人の了解をとって、保健婦さんに訪問をお願いした。夫は、妻の面会には来ていた。その夫に対し、「母体のためには、ご本人のからだを大事にして欲しい」と伝えたかったが、警戒され、面接できなかった。
- ④ 20歳で、子どもが上にあり、同じ年くらいの新しい彼との子どもを妊娠したが、彼が仕事をしてくれないので、中絶しようか悩んでいた。彼が「仕事はがんばる、ちゃんとやる」というので、中絶はやめたが、お酒を飲んでは手をあげる、何をされるか分からないというので、医者に入院の指示を出してもらったことがある。母子世帯の生保で医療給付を受けていた。入院中は、入院札をつけず、受付にも彼に来たら、本人と面会させずに、相談室へつないで欲しいと連絡しておいた。彼と別れるためには、住居を変える必要があり、区の生保担当のケースワーカーに相談して転居の扶助を受け、新しいアパートを見つけて転居することにした。彼に知られずに、住まいを変え、無事出産した。

- ⑤ 地域の開業医からMSW指定で相談が回されてきたケースだが、「家に帰れない事情がある」と、公園で座っていた。40代半ばの女性で、そのとき妊娠7ヶ月、夫から毎日暴力をふるわれていた。娘さんがいて、家のことは心配しないで、と送りだしてくれ、その女性は、慈愛寮に入所した。その後の連絡では、若い人の中で楽しくやっているとのことだった。

### (3)患者のプライバシーの保護について

- ① 普段は、相談室の奥に面接用のスペースがあり、他に誰もいなかったので、プライバシーは守られていたと思う。
- ② ベッドでの安静が必要なケースもあり、このようなプライバシーにかかる問題は、空いている個室など他に人がいないところで話をする。分娩室で話を聞かなくてはならないときもあるが、ベッドごと空いている部屋に移してもらい、人のいないところで話を聞く。

### (4)MSWの研修や他機関とのネットワークについて

- ① 東京都には、社団法人東京都医療社会事業協会があり、700名のMSWが参加している。

研修が充実しているのも、他県から参加する人もいる。

- ② 委員会で、プログラムをつくり各種研修を実施、私は、教育部の「女性とソーシャルワーク専門小委員会」に属し、研修の企画を行っている。
- ③ 小委員会では、他に、「子どもの虐待—特に母親にどのような援助をしていったらいいか」、「外国人女性への援助—結婚斡旋の業者、DV、家族の中での虐待、離婚の場合の永住ビザの打ち切り、妊娠（入院助産が適用になるケース）」、「高齢者介護の中での虐待の問題」、「高齢者のDV」など、多くの関連領域に対して問題意識をもっている。
- ④ ソーシャル・アクション(SocialAction)という概念がある。社会的な問題に対応するため、社会状況を変えていく、というほどの意味だが、それを見据えながら、活動していきたい。

# Improving the Health Care Response to Domestic Violence :A Resource Manual for Health Care Providers

## Chapter 2 Identification, Assessment and Intervention with Victims of Domestic Violence

第2章：DVの被害を受けた女性の発見、状況査定、および介入

Carole Warshaw (医学博士)

翻訳監修 戒能 民江 (お茶の水女子大学教授)

吉浜 美恵子 (ミシガン大学社会福祉大学院助教授)

## このマニュアルが開発された経緯

デビー・リー 家庭内暴力防止基金(Family Violence Prevention Fund)副所長

このマニュアルは家庭内暴力防止基金(Family Violence Prevention Fund, FVPF)が、夫や恋人からの暴力に反対するペンシルバニア州評議会(Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, PCADV)の協力を得て作成された。コンラッド・N・ヒルトン財団から助成金を基にした「全国夫や恋人の暴力に関する健康プロジェクト(National Health Initiative on Domestic Violence)」の一環である。

このマニュアルは4段階を経て作られた。まず、カリフォルニア州、ペンシルバニア州及び全国の病院の救急治療部局の調査が行われた。これは救急治療部局では、夫や恋人の暴力にどのような対応をしているか、また、職員に対してどのような研修をし、臨床上のプロトコルをどの程度使用しているかなどについて基本的な情報を集めるのが目的であった。この過程で、調査に参加した救急治療部局に、プロトコル、研修用教材やカリキュラムをFVPFに送付するよう依頼した。こうして集められた各種文書は、分析され、カタログ化された。さらに、この問題に関する対応の手引きや研修用教材の開発について協力を得られるか否かについても尋ねたところ、調査に参加した救急治療部局から圧倒的な支持や賛同の声が上がった。

同時に、カリフォルニア州とペンシルバニア州では、夫や恋人の暴力問題に関する州レベルの諮問委員会が作られた。主要な医療や保健の協会や夫や恋人の暴力防止のための団体の代表からなる全国レベルの諮問委員会も作られ、家庭内暴力防止基金の「全国夫や恋人の暴力に関する健康プロジェクト」の方針を検討し、プロジェクトの活動をコーディネートしていった。これら諮問委員会の委員は、医師、看護婦、保険会社の代表、医療機関の管理職、政治家、加害者矯正プログラムの関係者、救急治療室や産婦人科、あるいはプライマリー・ケアで働く医療ソーシャル・ワーカー、そして夫や恋人の暴力の専門家などで構成されており、そこでこのマニュアルの基本的指針が決められた。カリフォルニア州とペンシルバニア州の諮問委員会は、それぞれの州における救急治療部局の調査をコーディネートし、救急治療室における夫や恋人の暴力によるモデルプログラムを設計し、12の対象病院を選定した。そして、1993年には、全国レベルの諮問委員会、カリフォルニア州とペンシルバニア州の諮問委員会のミーティングにおいて、マニュアルの骨子が定められた。

第2段階として、初稿が準備され、全国レベルの諮問委員会、そして医療の場で夫や恋人の暴力と取り組む臨床の専門家、及びモデルプログラムに参加した病院のスタッフによって検討された。1994年12月、全国レベルの諮問委員会は、マニュアルの内容及び書式の双方を詳細に渡って検討する会議を持った。加えて、全国の様々な医療や学界の専門家たちによって、マニュアルがあらゆる医療現場で適用できるかについて検討された。

第3段階では、このマニュアルが多様な病院において適用できるかについて、カリフォルニア州とペンシルバニア州の12のモデルプログラムとなった病院で評価が行われた。マニュアルに記載された情報に基づいた2日間の集中研修がカリフォルニア州サンフランシスコとペンシルバニア州ハリスバーグで行われた。モデルプログラム実施先に指定された12の病院から、救急治療の専門医師、看護婦、ソーシャル・ワーカー、管理職、地域の夫や恋人の暴力の専門家が集まった。そして救急治療部局の関係者によって、マニュアルの内容、マニュアルを実践に応用していく計画の実効性や多様な医療現場で応用可能かについて評価が行われた。

最終段階では、マニュアルはさらに、モデルプログラム実施先に指定された対象病院からの意見を基に修正が加えられ、編集が重ねられた。熟練した編集者がチームを組み、全国の専門家たちの意見や提案を取り入れるという作業が続けられた。また、医療機関が夫や恋人の暴力への対策プログラム設立する際に役立つように、様々な機関から収集された研修用教材や医療記録の用紙などを付録として付け加えた。こうして、最終的に、様々な人々の声が集大成され、医療関係者の様々なニーズと状況に対応可能なマニュアルが完成した。

コンラッド・N・ヒルトン財団、連邦厚生省、シエラ健康財団、ウイリアム・ランドルフ・ハースト財団及びヘンリー・J・カイザー・ファミリー財団の寛大なる助成金によって、家庭内暴力防止基金がこのマニュアルを原価で販売することが可能になった。

医療機関による夫や恋人の暴力への対応を更に強化していくために、このマニュアルに対する意見あるいは参考文献や教材などを寄せていただければ幸いである。

## 日本語訳にあたって

研究協力者 吉浜美恵子 ミシガン大学社会福祉大学院助教授

家庭内暴力防止基金(Family Violence Prevention Fund)は、団体名に「Family Violence」という言葉を使ってあるので「家庭内暴力」と訳したが、夫や恋人の暴力の問題に取り組む団体である。その活動内容は全米レベルで、サンフランシスコに拠点にして、夫や恋人の暴力を根絶するための啓発活動や関係者へのトレーニング、研究調査など行っている。1980年に設立され、初期には、司法機関の対応を改善するために、警察や判事などへの研修を主に行ってきた。やがて、夫や恋人の暴力を根絶するためには、一般の人々の意識を変える必要があると考え、1994年に「There Is No Excuse For Domestic Violence」という全米初のメディア・キャンペーンを実施し、現在も継続的な啓発活動をしている。また、夫や恋人の暴力への取り組みを改善するためには、司法機関以外にも、医療や児童福祉機関の対応の改善が必要であるので、全国の専門家の協力を得ながら、医療関係者や児童福祉局の職員などへの研修のモデル・プログラムを作成、マニュアルを刊行している。夫や恋人から暴力を受けた移民女性や難民女性の権利擁護についても取り組んでおり、「Domestic Violence in Immigrant and Refugee Communities: Asserting the Rights of Battered Women」という刊行物などもある。

このたび一部を翻訳した「Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers」というマニュアルは、家庭内暴力防止基金のプロジェクトのひとつで、全国の夫や恋人の暴力の専門家、医療関係者などからなる諮問委員会によって、方針が繰り返し検討された(詳しくは編集者デビー・リーの「マニュアルが開発された経緯」参照)。翻訳にあたっては、主任編集者デビー・リーと執筆者キャロル・ワーシャウの快諾と暖かい励ましをいただいた。

マニュアルを編集したデビー・リーは、家庭内暴力防止基金(Family Violence Prevention Fund)の設立当初からのスタッフで、現在は副所長を務めている。同基金の「全国夫や恋人の暴力に関する健康プロジェクト(National Health Initiative on Domestic Violence)」を指揮している。彼女は、サンフランシスコにあるアジア系女性のためのシェルターの設立メンバーでもあり、役員として継続的にシェルターの運営に関わっている。さらに、カリフォルニア州の夫や恋人の暴力を根絶するための評議会(California Alliance Against Domestic Violence)や全国組織であるアジア系ドメスティック・バイオレンス機関などを共同設立したり、全国女性の健康ネットワークの役員をつとめるなど、州レベルおよび全国レベルの活動を続けている。

キャロル・ワーシャウは、内科医としてのトレーニングを受けた後、イリノイ州のクック郡立病院の救急治療部門で8年半にわたり働いた。この間、精神科の研修医としてのトレーニングも受け、内

科、救急治療、精神科の3分野の医師免許を保持している。現在、**Domestic Violence And Mental Health Policy Initiative** という、夫や恋人の暴力の精神衛生への影響について調査研究し、施策や援助サービスの向上を目的としたプロジェクトを指揮している。また、クック郡の保健局と **Chicago Abused Women's Coalition** (夫や恋人の暴力を受けた女性の同盟) の共同プロジェクトである、夫や恋人の暴力を受けた女性への介入に関する医療関係者への研修を共同で指揮している。これまで数々の全国レベルの諮問委員会に任命され、全米医師会の夫や恋人の暴力に関するガイドラインを作成した委員会の委員長も務めた。

キャロル・ワーシャウによる「夫や恋人による暴力の被害を受けた女性の発見、状況査定と介入」には、医療関係者が夫や恋人の暴力に倫理的、積極的、かつ十分な配慮をもって取り組むためのビジョン、枠組みから細部に渡る具体的な心得や方法に至るまで体系的にまとめられている。彼女の医師である自らの臨床経験と調査研究や施策提言の経験をもとに書かれたこの章は、全国の関係者による実に様々な助言が組み込まれたものである。それはまさにアメリカの夫や恋人による暴力の根絶のための運動と夫や恋人の暴力と取り組む医療関係者の英知が結集したものと言える。現時点でマニュアル全体を翻訳できないのは残念だが、この章が日本ではじまりつつある医療機関における夫や恋人の暴力対応策の指針となれば幸いである。



## 第2章：DVの被害を受けた女性の発見、状況査定、および介入

Carole Warshaw (医学博士)

### はじめに

ドメスティック・バイオレンス（DV：以下、DVと省略）は、この国の女性が直面する最も深刻な公衆衛生上の問題であるということが、この20年間で明らかになってきた<sup>1</sup>。顔見知りであり信頼していた人物による身体的暴力、精神的暴力、そして性的暴力は、女性に深刻な医学的、精神的、そして社会的な影響を及ぼす。この種の暴力は一般に、誰かが介入しない限り自然に止むことはなく、暴力行為や脅迫、脅し、支配が繰り返される。医療関係者はDVによって引き起こされる症状を日常的に目の当たりにするが、彼らはこうした症状を、その女性が受けている暴力と結びつけることをしなかったり、女性が暴力を受けているかどうかをどのように質問してよいか分からなかったり、あるいは女性が暴力を受けていると分かった場合、介入することに抵抗があるということがある。

この章では医療の現場で必要とされる、DVの発見（identification）、状況査定（assessment）、そして介入のための技術について、順を追って説明する。ここで説明される内容は、救急治療室、開業医の診察室、社会保険診療報酬支払基金、地域の診療所や病院の外来、そして教育機関など、様々な医療機関で使えるだろう。また、DVを受けた女性の多くは、往々にして、そのときのひどいケガの治療だけに来るのではなく、心身双方にわたる複合的な症状で診療を受けることが多い（Goldberg & Tomlanovich, 1984; Stark, Flitcraft & Frazier, 1979; AMA Guidelines, 1992; Randall, 1990）。

### I. 基本原則 GUIDING PRINCIPLES

この章では、DVを受けた女性のニーズに応えるための、医師個々人の役割に特に焦点を当てるが、第4章ではこれらのニーズに応じて医療関係者の力量を向上させるための病院や診療施設の改善策について述べる。DVの被害を受けた女性を治療する際、暴力についての質問をする時にも、介入を試みる時にも、特に留意すべき点がある。それらは、以下の、現場でのすべての医療を行う上での基本原則に要約される。

夫や恋人から暴力を受けた者にとって、安全の確保が何よりも重要である。これは、医療機関での安全はもとより、帰宅する際、安全を確保するためにどのような方法や選択肢があるのかを検討することである。絶え間ない恐怖・脅迫・暴力にさらされている者にとって、敬意をもった対応を受け、行動を選択する自由が自分にあると感じることは、暴力のない生活が可能であるかもしれないと気づくことにつながる。暴力の責任は、加害者本人のみにあり、加害者だけが暴力を止められるのだということを明確にすることで反論可能である。

患者の権利の擁護という概念（advocacy）は、医師（あるいはその他の医療関係者）と患者の伝統的な関係に新たな価値を加える。患者の権利の擁護という観点から、暴力を受けた女性が、自分の生き方を選択していくために必要な社会資源を知り、暴力のない生活を目指すためにはどうしたら一番よいか自分で考え決定すること、また医療関係者がその過程を支援することこそが大切であり、それは指図したり監督したりすることとは異なる。

---

<sup>1</sup> このマニュアルにおいては、夫や恋人の暴力の加害者に男性名詞、被害を受けた女性に女性名詞を用いた。「バタード・ウーマン（虐待された女性）」という表現も、夫や恋人の暴力の被害を受けた者を意味して用いる。しかし、これは夫や恋人の暴力における男性の被害者や女性加害者は存在しない、ということの意味しているのではない。このような性別名詞の用法は、夫や恋人の暴力の被害を受けた者の圧倒的多数が女性であることを反映している。米国司法局では配偶者あるいは元配偶者による暴力事件の95%は男性が加害者であると推定している（Douglas, 1991）。同性愛者の間のDVについては明確な指標がないが、専門家（Lobel, 1986; Renzetti, 1992; Letellier, 1994）は深刻な問題であると主張している。したがって、このマニュアルで用いられるケース事例の中には、同性愛者に特定のものもあるが、それ以外は同性愛者、異性愛者に共通のものである。

---

---

### 図2-1 基本原則

1. 暴力の被害を受けた者とその子どもの安全を最優先に考える。
  2. 暴力の被害を受けた女性自身が、自分の生き方について選択する能力と権利を尊重する。
  3. 暴力の責任は暴力者にあり、暴力を止めるのも加害者の責任である。
  4. DVの被害を受けた女性とその子どもの権利擁護に努める。
  5. DVへの対応を改善するために、医療機関のシステムを改革する必要性を認識する。
- 
- 

## II. 効果的対応への障害 Barriers to an Effective Response

DVを受けた女性は頻繁に医療機関で検診を受けるが、患者が暴力を受けていること自体が認識されずに診療が進んでしまうことも多い。初期の研究によると、救急治療室で治療を受けた患者が、DVにあってると正確に識別されたのは6%のみであった (Goldberg & Tomlanovich, 1984; McLeer & Anwar, 1989)。医療関係者がDVについて質問しない理由はいくつかある。医療機関で治療を受ける女性のうち、DVにあってている者がどの程度か知らない医師もいるだろう。1988年の時点で、カナダとアメリカにおける医学部の53%が、学生に対してDVについての教育を全く行っていなかった (Holtz, Hanes, and Safran, 1989)。さらに、研修医のためのプライマリケア (primary care) や専門診療科目の研修プログラムのうち、DVについて特別な教育をするところはほとんどない。また、医療関係者が在職中に受ける研修でも、系統的に取り組んでいるところはほとんどない。

医療関係者の中には、DVについて患者に質問すると、あまりに時間がかかりすぎることを心配する人もいる。医療現場での時間的制約などのプレッシャーが、質の高い医療の提供を阻むという現実を否めないが、初期段階で介入を行った方が、暴力を身見過ごしたがゆえに長期にわたって繰り返される暴力の影響よりも、はるかに短期間で済むのである。また、DVに対する医療関係者の姿勢や誤解が、DVについて質問することを妨げている場合もある。特に、自分たちの患者がDVを受けていることを信じられない医療関係者もいる。これは特に患者が自分と同じような職業、階層、教育程度、宗教的・文化的背景を持っている場合に多い。ありえないと考えているのかもしれない。もし、患者の出身階層や教育程度、社会的地位が自分と異なる場合は、医療関係者のもつ臆測や偏見が暴力に対する質問を躊躇させるということもあると思われる。

医療関係者の中には、DVはプライベートな問題であるとして、そのような質問をためらう者もいる。しかし、重要な健康問題である他の多くの「プライベート」な事柄 (たとえば個人のHIV感染の危険性を高める可能性のある性生活) については、医療の現場では日常的に質問が行われている。DVをプライベートな問題と捉える見方の裏には、男性は家庭内で起こることについて支配権があるという考え方や、あるいはもし女性は何か気に入らなければ簡単に家を出て行くことができるという考えがあるかもしれない。このような考え方は、暴力が正当化されるものであり、暴力を受ける側の女性に責任があるかのようなメッセージを、援助を求める女性に伝えてしまう。また、医療関係者がDVに関する質問を恐れるのは、そのような質問をすることで、普段目をそらせてきた事柄や感情に向き合わなければならない事態になるのを恐れているからかもしれない。たとえば、自分自身もっている暴力についての知識や経験、無力感、状況を変えられないという無力感、暴力をふるう者への怒り、女性一般の安全に対する不安や心配、あるいはこの種の問題のもつ残忍さに対する耐えがたい悲しみや痛み、など。これらすべてが、DVに関する質問をする障害となり、暴力を受けた女性に対する治療のレベルを低下させている (Gremillion & Evins, 1994; Sugg & Inui, 1992; Warshaw, 1993)。

女性が自分から進んでそのことを持ち出さない限り、DVは質問されず見過ごされてしまう可能性がある。報復を恐れて、DVが原因のケガについて、それ以外の説明をすることもある。暴力について話すことを恥ずかしいと思うかもしれない。また、医療関係者は忙しすぎて、彼女の状況についていちいち対応していただけないと考えるかもしれない。女性が自分から暴力について言い出さなければ、医療関係者は、たとえ女性が暴力をふるわれているのではと認めていても、そのことを直接女性

に尋ねない場合が非常に多いのである。

### III. 非介入がもたらす影響 Consequences of Non-Intervention

DVに関する情報は、1970年代後半からあるのだが、医療関係者が患者に対して、それに関する質問を始めたのはつい最近である (McLeer & Anwar, 1989; Stark, et al., 1979; Helton, Anderson & McFarlane, 1987; Hilberman & Munson, 1977; Jacobsen & Richardson, 1987; Carmen, Riskin & Warshaw, 1990)。DVに関するプロトコルが確立した病院でさえも、暴力をふるわれたとはっきりわかる場合を除いて、この問題は無視されることが多かった (McLeer, 1989; Warshaw, 1989)。

暴力を受けた女性が援助を求めたとき、どのようなことを経験するのだろうか? Stark と Filtcraft と Frazier は、1979年に行った研究の中で、暴力を受けたある女性が診察を受けに行った医療機関の対応が、いかに不備であったかを描いている。救急治療室の記録を綿密に分析し、繰り返される、不安材料パターンを見出した。まず、どこかにケガをして治療にやってきた女性は、対症療法的な治療を受けるだけだ。ケガの根本原因について医師が触れなかった場合は、女性は暴力を受け続けることになる。その結果多くの医学的な影響があり、繰り返しケガの治療を求めることになる。しかし、時が経つにつれて、女性自身が問題視されるようになり、「罪人」や「ヒステリック」などというレッテルを貼られ、より精神病理学的症状に基づいた軽蔑的な「身体化障害」、「自滅的人格障害」、あるいは女性が過度の怒りを表出する場合には、「境界性人格障害」などといったレッテルをつけて呼ばれるようになる。暴力という心的外傷によるストレス反応—たとえば、不安、鬱、精神病、あるいは薬物乱用—が認識されないがために、女性はさらに信用されなくなる。中には、このようにDVについて何度か無視され続けると、大ケガの果てにあるいは殺されたり、自殺によって死へと至ることもある。心的外傷後ストレス障害を呈しながらも、それが暴力と認識されない場合 (Houskamp & Foy, 1991; Kemp, Rawlings & Green, 1991; Walker, 1991)、医療機関で女性が真剣にとりあってもらえる可能性は少なくなる。一方、女性の症状を圧倒的に暴力による精神的な外傷によるものと認識した場合、女性の置かれた状況も診断に反映され、より女性に共感的な対応につながる。

Stark らが指摘したパターンの中で最も重要なのは、繰り返されるDVによって生じる長期に及ぶ後遺症は、女性の自己非難の気持ちや、暴力的な関係に代わる有効な選択肢がないという絶望感だけでなく、援助を求めた時の医療機関の否定的な対応にも大きく影響している可能性がある、ということである。

### IV. 医療機関におけるDVの被害を受けた女性

#### Presentation of Domestic Violence Victims in the Health Care Setting

DVを受けた女性が医療機関を訪れる時の状況は様々であり、また助けを求める理由も多様である。暴力による臨床的症状は、ひどいケガや病気、妊娠に関する合併症、精神病の症状に加え、繰り返される暴力や危険とともに生活することからくるストレスによる慢性症状も含まれる。症状の中には、暴力によるものであると容易に特定できるものもあるが、それ以外はさほど明確ではなく、現場の医師が、すべての女性患者に対してDVに関する質問を常時に行わない限り、暴力の存在は気づかれないうまなものである。

#### A. ケガ

DVの被害を受けた女性はケガをし、救急治療室、外傷部門、緊急治療センター、外来クリニックや開業医を訪れる。女性たちは、かかりつけの医者や、内科、精神科、産婦人科、眼科、一般外科、特殊外科、歯医者など、非常に様々な分野の医師や看護婦、医療ソーシャルワーカーやその他の医療関係者に接する。どんなケガでも、DVによって生じている可能性がある。打傷、捻挫、軽い裂傷か

ら、骨折、腹部の傷、銃による傷までありうる。たとえば、殴られた、打たれた、蹴られた、火傷を負った、あるいは刺された傷から、階段から投げ落とされた、壁に打ちつけられた、建物から投げ出されたための傷、あるいは車ではねられたり轢かれたりしたための傷まで多様である（例1参照）。

---

#### 例1.

34歳の女性があごの痛みを訴えて、何人かの医師から診察を受けていた。最終的に、プライマリケアの医師が顎関節症と診断し、女性に専門家に行くように言った。この専門家はDVに関して知識が豊富であったため、女性の顎関節症は、女性の夫が彼女のあごをつかみ何度も強引に左右に引っ張るという暴力が繰り返されたことによって生じたものであるとの結論を下した。

---

ケガが最も多い箇所は、頭、顔、首、そして普段は服で隠されている胸、乳房、そして腹部などである。上層皮質における外傷は多く見られる。目と耳の外傷、聴覚の損失、内部組織の損傷、下顎・鼻骨・眼窩骨折、そして頬骨上顎複合症などが、これまで夫や恋人による暴力に関連していると報告されている（Cascardi, Lanhinrichesen & Vivian, 1992; Zacharides, Koumoura & Konsalaki-Agouridaki, 1990; Fisher & Kraus, 1990）。複数箇所に及ぶケガも、往々にしてDVの兆候である。DVのその他の症状としては、患者による説明とは相容れないケガも含む。たとえば、様々な回復段階におけるケガ（これは度重なる負傷を示唆する）や、消えかかったアザや部分的に回復した裂傷など、さらに、外傷は見られないがケガや痛みを訴える場合（Stark et al., 1979）なども含まれる。身体の末端部におけるケガ、たとえば挫傷、捻挫、裂傷は、頭、首、そして胴へのケガと比較すると、事故である可能性が高いが、DVが原因であることも多い（例2参照）。

---

#### 例2.

27歳の女性が頭をケガして、診察のため、救急治療クリニックを訪れた。女性は、脚立から落ちたときにケガをしたと話した。入念な診察を行った結果、女性の頭部上層部の頭皮における圧迫性血腫以外の外傷は見出されなかった。患者の主張とケガの状態が一致していないと気づいた看護師は、誰かが頭を殴ったのではないかと直接患者に尋ねた。

---

### B. 医学的症状 Medical Presentations

外傷以外の医学的症状の治療を求めてやってくる女性には、非常に高い割合でDVを受けていることが多くの研究によって解明されている（Goldberg & Tomlanovich, 1984; Stark et al., 1979; Conway et al., 1993; Koss, 1993）。外傷がDVの典型的な症状であるが、長期に及ぶ医学・精神上の問題こそが、被害を受けた女性にとって最も悪影響をもたらすことが多い。

主訴として一般的なのは、痛みである。複数の医療分野の専門家を統合した痛み専門の治療センターでは、頭痛を訴える女性の66%は、成人してから身体的あるいは性的に虐待を受けた経験があるという。多くの場合、頭痛は虐待が起こった後で始まっていた（Domino & Haber, 1987）。また、たとえ目に見える負傷がない場合でも、身体的暴力が直接の原因で痛みが起こっていることもある。虐待的な関係の中で生活するストレスによるものかもしれない。頑固な頭痛、胸部の痛み、背中への痛み、腰痛や腹痛を持つ女性は、DVの被害を受けた女性である可能性がある（Stark et al., 1979; Warshaw, 1989）。ストレスに関連したその他の身体的症状（たとえば睡眠障害、食欲障害、気力の低下や疲労、集中力の低下、性機能障害、動悸、発汗、めまい、知覚異常、呼吸困難）や不安や鬱症状もまた、その背景にはDVの存在が疑われる。曖昧な訴えは虐待が原因の症状であることもあり、真剣に取り合うべきである（Koss, 1993）。医師は、DVを受けた女性に対しては、そうでない場合に比べて、医師が直接暴力によると診断しない場合でも、暴力的関係にない女性の場合と比べて、無痛覚症の薬や向精神薬を処方することが多い（Stark et al., 1979; Warshaw, 1989）。

ある大学の消化器系クリニックで行われた別の調査では、女性患者の36%が、成人になってからの身体的・性的虐待の経験があった。胃腸機能の不良を訴える女性は、そうでない女性と比べ、性交を

強制されたり、頻繁に身体的暴力を受けている割合が高かった (Drossman et al., 1990) (例3参照)。

---

### 例3.

37歳の女性が胸の痛み、消化不良、動悸、発汗、めまいを訴えて救急治療室を訪れ、心臓外科医の診察を受けた。心電図から、虚血変化のない洞性頻脈 (sinus tachycardia with no ischemic changes) が発見された。さらに問診を続けた結果、女性にはパニック障害の病歴があり、それは、彼女がもし家を出ようとしたら殺してやる、とDVが脅してから始まっていたことがわかった。

---

また、DVを受けた女性は、糖尿病、高血圧、あるいは心臓疾患などの慢性病が悪化したり“コントロール”がうまくいかないと訴えることもある。DVを受けた女性は、薬を処方してもらったり治療を受けることを夫や恋人によって妨げられることがある。たとえば狭心症がより頻繁に起きるなど、DVとともに生活する過度のストレスの結果が原因で症状が悪化してしまう可能性がある。

虐待によって、女性は深刻な病気にさらされる可能性もある。あるクリニックでは、HIV陽性の女性の67%から83%が、予防手段(コンドームなど)を使うことを拒否する男性と虐待の関係にあったか、あるいは過去にそのような関係にあった (Cohen, Warshaw, Deamant, Boxer, Damont & Graginski, 1995) (例4参照)。

---

### 例4.

32歳の看護婦が、HIV感染の徴候や症状を訴え、内科医の診察を受けた。入念な問診により、女性のパートナーがHIV感染者で注射針を使用して薬物を乱用し、身体的暴力をふるい、言葉でも女性を脅しているが、時に自責の念にかられるような男であることがわかった。その男性は薬物使用やHIV感染者であることを隠していただけでなく、コンドームを使うことを拒否し、女性がその問題を持ち出すと不貞だと言って女性を責めていた。

---

## C. 産科・婦人科での症状 Obstetrical or Gynecologic Manifestations

DVのある関係において、性交を強要された女性は、HIV感染やそのほかの性感染症、望まない妊娠など、無防備な性交によって生じるあらゆる危険にさらされる。虐待された女性はさらに、特に女性が性的に虐待されている場合には、性交不快症、慢性の腰痛、性機能障害、そして頻繁な膣・尿道感染にかかる可能性がある。無作為に抽出した女性を対象にした調査では、性的問題を抱える女性の45%、その他の婦人病を抱える女性の47%が、DVを受けていたことが明らかになった (Schei & Bakkeig, 1989; Campbell & Alford, 1989)。性的暴力及びその影響は男性と女性の間関係だけには限らない。虐待されたレズビアン(同性愛の女性)も、女性パートナーから性的暴力を高い頻度で受けていることが報告され (Renzetti, 1992) しており、また、ゲイ(同性愛の男性)の間での性暴力についての実証的研究は非常に限られているが、専門家は虐待されたゲイもまた、高いレベルの性暴力を経験している可能性が高いと推測している。

産科での虐待に関連する症状には流産、自然流産、また度重なる中絶が含まれる (Stark et al., 1979)。妊娠中のあらゆる負傷、原因不明の痛み、鬱、不安障害、自殺未遂、そして薬物乱用などはすべてDVに関連している可能性がある。虐待された女性は、そうでない女性と比べ、ケアがとぎれとぎれになる妊娠の第三期まで出生前のケアを遅らせる場合が2倍もある (Macfarlane, Parker, Soeken & Bullock, 1992)。さらに、虐待された女性は、未熟児を産む可能性が高いという証拠もある (Bullock & Macfarlane, 1989)。

妊娠中の虐待はまた、胎盤離脱、分娩前出血、胎児の骨折、子宮破裂、そして早産といった合併症とも関連している。ある研究では、母体の最も多い死因は外傷であった (26%)。外傷による死因は

殺人である。多くの場合、犯人は胎児の父親か、あるいは女性と親しい男性であった (Fildes, Reed, Jones, Martin & Barret, 1992)。

#### D. 精神病性の症状 Psychiatric Presentations

虐待された女性は、救急治療室、プライマリケア、そして精神科において、精神病の症状を示すことがある。ある研究では、救急治療室で精神病的症状を呈した女性の25%、急性の精神病の特徴を示した女性の10%が虐待を受けていた (Stark, Flitcraft, & Frazier, 1979)。一度女性が精神病患者と診断されてしまうと、女性が訴える恐怖が、DVから来る現実のものではなく、**被害型妄想**によるものであると見なされやすい (Raskin & Warshaw, 1990; Carmen, 1995)。別の研究では、自殺を図ったアフリカ系アメリカ人女性の50%が、また自殺を図った女性全体の29%が夫や恋人から虐待されており、虐待は往々にして自殺未遂の直前に行われていた (Stark et al., 1979; Stark & Flitcraft, 1995)。

精神科では、他の診療科に比べて、DVを受けている女性の割合が高い。プライマリケアの医師が地域の精神医療センターに紹介した女性の半数は、夫や恋人によって虐待されていたにも関わらず、プライマリケアの医師が見落としていた (Hilberman & Munson, 1977-78)、精神病棟に入院している女性の64%は成年後に夫や恋人から身体的暴力を受けていた (Jacobsen & Richardson, 1987)。(例5参照)。

---

#### 例5.

23歳の女性が、母親によって救急治療室に連れられてきた。女性は**急性の精神病性症状**であった。母親は当直の精神科医に、娘の症状はボーイフレンドの彼女に対する扱い方に関係していると思う、と話した。患者にはそれまで精神病歴はなく、薬物も使用していなかった。女性は入院し、向精神病薬と抗不安薬による治療を受けた。女性の混乱状態が収まるにつれ、女性はボーイフレンドからずっと身体的暴力や性交の強要を受け、支配的で脅威的な行動にさらされてきたことを話した。支援的な介入により、女性は自分と幼い子どもたちのために利用できる機関に連絡をとり、彼が再び彼女を脅した時には警察に通報し立ち退かすように手配することができた。

---

プライマリケアの医師が、鬱、不安障害とパニック障害、摂食障害、“*somatoform disorders*”、アルコール中毒などの一般的な精神病についてスクリーニングテストを行うことが奨励されているが、これらの症状が、DVを受けた女性の間で頻繁に見られる症状であることを認識しておくことが重要である。虐待された女性についての研究では、これらの女性の37%が鬱症状を (Gelles & Straus, 1988; Houskamp & Foy, 1991)、46%が不安障害を (Gelles & Harrop, 1989)、そして45%が心的外傷後ストレス症候群を呈していることが調査によって明らかになっている (Houskamp & Foy, 1991)。暴力を受けた女性がすべて、心的外傷後ストレス症候群に分類されるための診断要件に当てはまるわけではなく、多くは急性の心的外傷ストレス症候群やストレス反応を経験している (McLeer, 1989; Warshaw, 1989; Campbell & Altard, 1989)。(例6参照)。

---

#### 例6.

ある女性が、2週間のうちに主治医を二度訪れた。女性は左胸の痛み、震え、吐き気と頭痛を訴えた。診察結果からは何も異常が発見されず、女性は「**抑鬱気分**」と診断され、精神医療センターへと照会された。1週間後女性は再びあらわれ、左腕のしびれ、集中力の低下と食欲不振を訴えた。この時、女性は家で口論があったことについても触れた。医師が直接尋ねたところ、女性が虐待されていることが判明した。

---

DVは**複数の精神障害**を引き起こす可能性があるが、精神病的症状はまた、継続的な危険と囚われ

の状態に対する現実的な反応でもあり、暴力を受けている女性が、安全な状態になると、症状が消えることもある。たとえば、息切れ、動悸などの不安症状を呈する女性は、“不安障害”を患っているのではなく、現実には恐怖の中に生活しているのかもしれない。鬱症状を経験している女性は、虐待を働く夫や恋人の権力と支配から逃れられないように思われる生活状況に対して反応しているのかもしれない。また、否認、解離、薬物乱用などは、虐待的状况から逃れることができないと感じた女性の、生存のための適応的手段なのかもしれない。暴力をふるう者が収監されたり、効果的な差し止め命令によって家から退去させられるか、あるいは女性がシェルターなど安全な場所に移ることで相対的な安全を得たときには、これらの症状は消える可能性がある (Braude, personal communication, January, 1995)。

#### E. 薬物乱用 Substance Abuse

研究によって、薬物乱用とDV（暴力をふるう側と受ける側の双方）との間に有意の相関関係があることがわかっている。しかし、薬物乱用がDVを引き起こすわけではないこともまた、明らかである。夫や恋人に虐待された女性のアルコールと薬物の摂取は、身体的虐待が始まってから、急激に増すようである。女性のアルコール依存症の50%までが、虐待によって引き起こされる (Hotelling & Sugarman 1986)。調査は、アルコール中毒と薬物乱用は、虐待の原因というよりはむしろ、虐待の影響あるいは対処機能であることを指摘している。

薬物乱用問題を抱える患者は全員、パートナーによる暴力を受けていないか、あるいはパートナーに暴力をふるっていないか問診されることが望ましい。DVは、被害を受けている女性にとって最も深刻な問題であり、薬物乱用にはまり込む原因となっているかもしれないので、この問題に触れずに治療を進めるべきではない (例7参照)。

---

#### 例7.

42歳の女性は、急性アルコール解毒のために病院に運ばれたてきた。彼女は10年ほど、アルコールを大量に摂取していたと話した。女性は過去にアルコール依存の治療を試みたが、一度治療を受けたきり二度と戻ってこなかった。詳細な問診の結果、女性はアルコール中毒である夫と結婚してまもなく酒を飲み始めたことがわかった。夫は、女性をいつもひどく殴っており、特にお酒が入ると殴る傾向があった。夫はアルコール依存の治療を受けることを拒み、女性が治療を受けることも禁止した。退院した後、女性は仮名を使って別の町へと引っ越した。女性は飲酒を止め、DVを受けた女性たちのグループに定期的に参加している。

---

#### V. その他の医療的配慮 Other Clinical Considerations

##### A. 医療機関へのアクセスと利用 Access and Utilization of Medical Care

暴力をふるうパートナーは、女性が治療のために医療機関へ行くことを妨害する可能性がある。暴力をふるう夫や恋人はしばしば、女性の交通手段や金銭面、友人や家族との接触、あるいは電話の使用さえもコントロールしているため、暴力を受けている女性は自分自身や子どものための医者との予約を守れなかったり、緊急事態に家を離れることができないことがある。暴力をふるっている夫や恋人はさらに、パートナーが処方薬を購入することを許さなかったり、服用できないようそれを取り上げてしまうこともある。たとえ医療機関に行けたとしても、暴力的な夫や恋人がある特定の時間を指定し、そのときに家にいると要求する場合があります、それに従わないと暴力をふるわれる恐れがあるため、診療が途中で、家に戻らなくてはならないこともある (例8参照)。

ホームレスの女性の中には、DVを逃れた結果、その生活を余儀なくされている人もいる。路上での生活やホームレスのための避難所（シェルター）に住む場合、医療機関を利用しずらくなり、暴力の被害の危険性が更に増大することが考えられる。

---

#### 例8.

55歳の女性は三週間にわたって、毎日午後2時半から3時の間に救急治療室を訪れてきた。その女性は、様々な症状を訴えるが、どれもはっきりとせず、身体的徴候は特に見られなかった。女性は、診察の途中でも、4時になると突然帰って行った。救急治療室スタッフは女性を「老いぼれ」とみなしていた。ついに、救急治療室に新しく入った研修医が、女性が夫から暴力を受けていることを発見した。女性の夫は、著名な会社の重役であったが、長年妻を虐待していた。男性はさらに女性の行動を常に監視しており、3時間ごとに家に電話をしていた。電話に出ないと女性はひどく殴られていたのである。

---

#### B. 暴力をふるう夫や恋人が診察室に同席している場合 When the Batterer is Present

暴力をふるう夫や恋人は、往々にして、自分が暴力をふるっている女性が診察を受ける際、自分も同席できるよう主張する。彼らは受診中の女性の後をついてまわる。それは一見心配しているように見えるが、実際にはパートナーが一人きりで診察を受けることを避けようとしているのである。暴力をふるっている夫や恋人が同席していると、患者への質問を横取りして彼らが答えてしまうことがある。また、患者は、男性がいると居心地が悪く、威圧的な雰囲気を感じて話しくなくなったり男性の言ったことを否定しにくくなる。退出するよう求められると、夫や恋人はドアの外で聞き耳を立てていることがある。また、暴力夫や恋人は被害を受けている女性や医師を脅し、診察や治療が終わっていないのに女性を帰宅させるよう要求したりする。ときには被害を受けた女性と医師との関係について激しい嫉妬を顕わにすることもある。暴力をふるっていることが明らかな場合でさえ、夫や恋人は暴力をふるっていることを否定し、正当化し、過小評価するため、被害を受けている女性は通常、夫や恋人のいるところで虐待を認めるのは安全ではないことを知っている。

暴力をふるう夫や恋人の中には医療機関でも女性を虐待したり威嚇する者もいる。また、中には魅力的で感じのよい人のようにふるまい、彼が暴力を働いているとは思えないようにしていることもある。医療機関で男性がどのように行動しよとも、暴力をふるう夫や恋人の多くが、一見思慮深く、女性のことを心配しているように見えるものだという事を医療関係者は認識し、暴力は責任はふるう側にあることを肝に銘じるべきである（例9参照）。

---

#### 例9.

ある地域医療機関に、喘息を持つ同性愛者の女性がパートナーに伴われてやってきた。助手が、診察は患者本人だけで行いたいと告げると、パートナーは興奮し、支配的になっていった。パートナーに、待合室で待たなくてはならないと強く主張した結果、女性から2年間に渡って徐々にエスカレートしていった恐怖と暴力について話を聞き出すことができた。女性はパートナーを怖れていたが、パートナーなしでやって行けるかどうか自信がなかった。壁から音がしたため研修医がドアをあけたところ、パートナーが、女性が何を話しているのかを何とかして聞こうとしていた。

---

## VI. DVに対する医療関係者の対応 The Health Care Provider's Response to Domestic Violence

### A. 虐待について尋ねる準備 Preparing to Ask About Abuse

虐待について話したり、支援サービスに連絡を取ったり、あるいは最終的にパートナーから別れる



ことを、非常に困難にさせる特殊な要因がある。これらの要因をよく理解した上で、それについて直接言及することで、支援を求める際の障害をいくらか低減できる。援助する側から同性愛を嫌悪するような反応を受けたり、コミュニティからの拒絶を受けるようなことがあれば、同性愛者たちが虐待について話すことはさらに難しくなるだろう。さらに、暴力をふるっている者は、被害を受けている者が虐待を暴露したり、出て行こうとしたら、同性愛であることをばらすと脅すこともある。英語を話さない女性、あるいは英語が母国語ではない女性は、相談することすら難しいと感じるかもしれない。特に、特定の通訳者つけて話すことが安全ではないと感じた場合はなおさらである。滞在許可のない移民女性は、虐待を働くパートナーから、もし虐待を暴露すれば不法滞在を移民局に通報して強制送還させる、または何の資源も援助もない状態で見捨てる、などと脅されていることもあり、これらの要因が支援を求めることをさらに難しくしている。虐待をする者の中には、妻を支配下におくために、敢えて妻の永住権申請書を提出しない者もいる。また、精神病や薬物乱用の問題を抱える女性は、これまで医療機関で受けた経験—医療関係者をそう信じこませたため—や、虐待をする者がそのように主張するため、自分の言うことが真剣に受けとめてもらえないかもしれないと怖れている場合もある。重度の障害や何らかの病氣—には虐待が原因のものもある—を持つ女性にとっては、日常的な介護やサービスへのアクセスなどの面においてパートナーに依存しており、そのパートナーから離れるということは難しいだろう。文化や宗教上の理由で、女性がコミュニティの外部の人に虐待についてせない場合や、女性が家を出たら、社会的に孤立させられたり排斥されたりするケースもある。個人的なことや、パートナーや家族あるいはコミュニティに対する疑念を外部の人間に漏らすことをその女性がどのように考えているかによって、その女性が虐待を話すこと、誰と話しやすいかなどが決まってくる。そのシステムが伝統的に女性に対して理解がなく支援するようなものとなっていない場合、虐待の発見と適切な対応を必要としている多くの女性にとって障害となっている。

DVに対する適切な介入は、以下のものを含む：

- a. 虐待について尋ねることをルーティン化する。
- b. 安全についてアセスメントを行う。
- c. 虐待について記録する
- d. 選択肢や社会資源について話し合う
- e. 権利擁護のための情報提供を行いとアドバイスを行い、必要な関係機関に紹介・照会する
- f. 病氣やメンタルヘルスの治療を行う
- g. 治療終了後の必要なフォローアップを行う

## B. 心にとどめておくべき質問 Questions to Keep in Mind

DVについて、医療における援助者としての視点だけでなく、被害を受けている者の視点から理解するためには、以下の質問が重要である。どの程度問題が深刻なのかを知ることは、診察での最初のアセスメントの準備に役立つ：

- この患者は現在虐待されているだろうか？彼女は過去に虐待されたことがあるか？彼女は現在でも危険にさらされているか？
- 加害者は誰か？加害者は患者/被害を受けた女性に対してどのようにアクセスできるのか？
- 虐待は、患者の身体的・精神的健康にどのような影響を与えているだろうか？
- 彼女が家に帰るのは安全だろうか？どの程度の危険にさらされているのか？関係にとどまった場合の危険は？家を出た場合の危険は？彼女には自殺や殺人、あるいはその他の危険にさらされているか？彼女のパートナーはどうか？
- 女性が差し迫る危険を察知できるような危険信号はあるか？彼女は「安全のための計画」をもっているか？援助者であるあなた、あるいは誰かが安全のための「計画」を立てることを助けられるか？
- 女性は何を必要としているか？情報、支援、シェルター、カウンセリング、サポート・グループ

プ、法的支援、精神医療サービスや他の資源へのアクセスを必要としているか？一人でできるか、あるいは最初に手助けが必要か？

■ 女性が虐待と取り組む助けとなるような資源（シェルターやセーフ・ホームなどの避難所、サポート・グループ、法的支援など）があるか？文化の違いや精神衛生、薬物乱用、同性愛について理解及び配慮があるか？それらはアクセス可能で、複数の言語で対応できるか？

■ 女性は、あなたが虐待について質問することについてどのように感じているか

■ あなた自身の感情や反応は、あなたが適切な治療を提供する能力にどのように影響しているか？

## C. 虐待を受けた女性に対し、まず配慮すべきこと Initial Concerns for Battered Women

### 1. 安全とプライバシー

虐待について質問を始める前に、女性が自由に話しても安全である環境を作ることが必要不可欠である。虐待について話をしたことを夫や恋人に知られると思えば、暴力を受けていることを話すことを怖れるだろう。事実を明らかにすることによって危険を増す可能性があるため、被害を受けている者が援助を得られなくなったり、あるいはできなくなる可能性がある。従って、基本的には、虐待を受けていないことが確認されるまで、すべての患者に虐待について尋ねるべきである。受付のスタッフや看護師は、女性が一人になり、プライバシーが確保されるまでは虐待に対して質問をしてはならない。患者に対する質問は、なるべく彼女の子どものいないところでなされるべきである。女性は、子ども達に与える影響を懸念したり、虐待を働くパートナーに話の内容を告げるのではないかとという怖れから、子ども達の前で虐待の話をするのをためらうことがある。さらに、自己記入式の用紙は、虐待をする者、その他の家族、あるいは友人がいる待合室で書かせてはならないし、事前に家に郵送されはならない。

患者に誰か付き添ってあげれば、それが誰であろうと、たとえ女性であっても、虐待を働いている可能性があると考えべきである。見かけだけで判断してはならない。虐待をする者は患者の健康に対して気遣い、心配しているように見えるものである。他にも、親戚や職務上の権限を持つものものふりをして、診療に同席することを求める者もいる。医療関係者は、同席する人々に、病院の方針で待合室で待たなくてはならないと告げれば良い。逆に言えば、患者に付き添ってきた人は誰でも、X線撮影、産婦人科の内診や心電図、あるいは尿サンプルを採取するなど、プライバシーへの配慮が必要な医療や手続きの最中は、患者は一人になる必要があると言われる可能性がある。

虐待をする者の中には医療関係者を脅迫し、患者一人だけで診察室に入るのを妨げようとする者もいる。医療機関の中であっても、言葉の暴力や身体的暴力を隠さないものもいる。

医療機関のスタッフや病院の警備は、女性の安全が確保されるよう、また、暴力をふるう者に、それが許されるものではないということを理解させることができるように、暴力をふるう者を被害を受けている女性から引き離すプロトコルを用意しておくべきである。必要に応じて病院の警備や警察を呼ぶことも含めて対応すべきである。断固とした態度で臨むことで、医療関係者がDVを深刻な問題として受けとめ、対応しているということを暴力をふるう者と被害を受ける女性の双方に示すことになる。しかしながら、これは夫や恋人による女性への報復の危険を増すこともあり、十分に注意しておく必要がある（例10参照）。

---

#### 例10.

病院の産科クリニックで、パキスタン系の女性が夫と共に診察を待っていたが、そのとき医師の目

の前で、夫は女性の顔を殴った。研修医はその行為に激怒し、それは許されるものではないと男性に言ってやろうとした。しかし、主治医は、女性が夫とともに帰宅するのを察して、代案を示した。診察を女性一人行うことで、女性が夫の暴力についてどのように感じているのか、女性にとってこれからの生き方についての選択肢は何か、またどのような援助が彼女にとってもっとも手助けとなるか話し合うことにした。

---

## 2. 障害を持つ女性 Women with Disabilities

障害を持つ女性はしばしば、介護者に付き添われてくる。こうした患者には、望めば付き添いを同席させる法的権利がある。しかしながら、付き添い人が虐待をしている場合もあるので、患者が1人いるときに、付き添い人が診察に同席することを希望するかどうか質問するよう配慮する必要がある。

## 3. 英語が母国語でない場合 Language Barriers

英語が母国語でない女性に、付き添ってくる友人や親戚が通訳を勤めようとする場合があるが、その付き添ってきた者が虐待をしていたり、または女性が虐待を働くその男性に同情している場合もあるので、必ずしも適切であるとは言いがたい。子どもを通訳に使うというのも、命の危険にさらされているような状況で他に誰もいない場合を除いては、避けるべきである。理想的な通訳者は、医療施設の誰かで（女性が望ましい）、女性の文化的背景や医学に関して通訳に必要な技術を持ち、守秘義務をきちんと理解していて、DVのダイナミクスについて訓練を受けている人物である。医療機関は、（アメリカ）手話言語を使える者が必要に応じて手配できるようにしておくべきである。

## 4. 守秘義務 Confidentiality

すべての女性に対して、女性が提供する情報の秘密は守られ、法の定める範囲内において、彼女の許可がない限り、虐待をする者に対しても、誰に対しても、漏らすことはないと言うことを伝える必要がある。州法によってDVを警察やその他の公的機関に報告することが義務付けられている場合には（通報義務書Mandatory Reporting Paper、付録N参照）、最初の面接の際に、虐待の通報が義務づけられていること、特に、その通報が守秘義務と女性の安全にどのような影響を及ぼす恐れがあるのかについて、よく話し合わなければならない。また、児童虐待については、医療関係者には警察に通報する義務があり、女性と子どもの両方の安全を確保するために必要な手続きが取られることを伝える必要がある。

## 5. 尊重とエンパワーメント Respect and Empowerment

医師などの医療関係者は、既往歴を聴くことで患者から情報を引き出し、その情報から可能性のある病名へと結び付けていくという伝統的な訓練を受けている。医療関係者は短時間で診断を下し、適切な治療を施すことができるよう、医師と患者のやりとりで主導権を握ることに慣れている。しかしながら、このようなアプローチは虐待された女性には適切であるとは言いがたい。診断と、問題を“治療”することに対して、自分が責任者であり、資格があると思っていきたいという医者への欲求が、女性の言うことを辛抱強く聞いたり、患者が一番良いと思う選択をする権利を尊重することの障害となっていることもある。

実際には誰かを「エンパワーする」ということはそう簡単にできることではない。例えそれが善意によるものであって、結果として患者の権利や強さを奪うような支配的な行為というものがあり、医療関係者はそういった行為を取らないようにすることはできる。DVの被害を受けている者に対して、医師が尊敬をもって十分配慮し、彼女たちが自分自身の選択をできるように良く聞き、励ますような対応をすることで、医師は重要なメッセージを伝えることができる。それはすなわち、全ての人は尊

敬の念を持って扱われる権利があること、DVの被害を受けている者は自分の人生について選択をする権利があること、また、彼女らの選択は尊重されるということである。思いやりに満ち、配慮の行き届いた対応をするためには、多大な時間が必要とされているわけではない。医療関係者は、DVについて関心がない、話す時間がない、あるいはあまり聞きたくないと考えているような印象を与えるような身振りや動作を避け、視線や調子に気を配ることで、自分が患者を尊重していることを伝えることができるだろう。たとえ患者が暴力のある関係の中で周囲から孤立しており、生活を変える準備ができていない場合であっても、医療関係者の配慮やいたわりから、別の人生も可能であるというかすかな希望が生まれる。自分には長期にわたる支援と励ましの基盤があると感じることで、虐待された女性は変化への第一歩を踏みだせるようになるのである。

## D. 医療関係者が留意すべき点 Concerns for the Provider

### 1. 時間の問題 Time Considerations

虐待に関する質問をすること自体は、ほんの1分もかかからないが、患者の話聞き、適切な診断と介入を提供するにはより長い時間が必要となる。ソーシャル・ワーカーやDV問題の援助機関スタッフがいない場合には、医療関係者による評価や判断は短時間でもよいかもしれない。医療関係者に十分に知識があり、介入するのに抵抗がない場合には、より徹底した診断、初期段階の介入、関係機関への紹介や紹介を、比較的短時間で行うことも可能である。

時間もなく、訓練も受けていない場合、あるいは現場で受け入れ態勢ができていない場合、医療関係者でも、女性を治療するにあたり、以下のような言い方で、被害を受けている者を支援することができる。

■「あなたに起こっていることを話してもいいと思ったと聞いて、私はとても嬉しく思います。あなたが話してくれたことは大切だと思うし、特にあなた自身の安全について、とても心配しています。今ここでは、あなたの問題に対してすべて対応する時間はないのですが、このような問題に関して非常に経験豊かな人を呼ぶことができます。もしあなたが、今日もうしばらくここにいて、その人と話ができればいいのですが。」

■「カウンセリングやシェルター（避難所）、法律上の援助を提供する地域の団体の電話番号を教えます。そこにはあなたの状況や、可能な選択肢について相談に乗ってくれる人がいます。今、私の電話を使って、それらの団体に電話をしても構いません。ただ、ここを出る前に、あなたが今、どんなに危険な状況にあるかを話し合っ、あなたが安全でいられる方法があるということを確認しましょう。」

### 2. 視野をひろげてみる Developing Perspective

誰かがとてもつらい状況にいることを聞いたとき、特にその状況を変えるだけの力がないと感じられるとき、怒り、非難、恐れそして無力感を感じるのは自然の反応である。これらの反応は、自分の扱う問題は“治療”できる、少なくとも患者たちの痛みや苦しみを軽減することができるかと信じている医療関係者にとっては、特に顕著であるかもしれない。

DVのダイナミクスと、虐待を働くパートナーから離れようとする際に女性が直面する困難について理解することが、医療関係者自身が感じるフラストレーションや苦痛に対処する助けとなるかもしれない。虐待を受けている女性の多くは、パートナーによって絶えず傷つけられ、また常に危険な状況で生活しているために、無感覚になっているか、あるいは恐怖と混乱状況にある。虐待を働く配偶者やパートナーから離れる過程は往々にしてゆっくりとしか進まない。完全に離れて、暴力のない生活を作り出せるようになるまでに、暴力を受けている女性は、暴力をふるう男性のもとに、何度も離れては戻るということを繰り返すことが多い。しかし、医療関係者による援助の申し出を、女性が