

問3 この1週間における、あなた自身のことについてお伺いします。
各項目を読んで、それぞれのことがあてはまれば「はい」に、
あてはまらなければ「いいえ」に○をつけて下さい。

問1-5 それぞれのお子さんとあなたは一緒に住んでいますか。
また、お子さんとパートナーの関係はどうなっていますか。
お子さんの年齢を記入し、当てはまる関係について○をつけてください。

		(お子さんとあなたの 居住関係)		
1 第一子	満	歳	同居・別居	実父・継父
2 第二子	満	歳	同居・別居	実父・継父
3 第三子	満	歳	同居・別居	実父・継父
4 第四子	満	歳	同居・別居	実父・継父
5 第五子	満	歳	同居・別居	実父・継父

(問2: GHQ12 を実施)

(問3: 医療的スクリーニングのためのチェックリスト—本研究で作成したもの)

(問4:HSCL-25 を実施)

(問5:日本語版 DES を実施)

(問6:M.I.N.I ー精神疾患簡易構造化面接ー実施前に)

それでは、ここからインタビューに入りますが、体調はいかがですか？

1	寝つくのに時間がかかったり、途中でめざめた後に寝付けなくて、睡眠不足で疲れがとれないことがある。	はい	いいえ
2	お酒や薬物のせいで体や心に悪い影響が出たり、生活にさしつかえが出ることもあるのに、それをわかっていながら口にしてしまう。	はい	いいえ
3	感情がまひしている。	はい	いいえ
4	他の人には聞こえない、例えば声などを聞いたことがある。	はい	いいえ
5	過去の暴力の記憶が突然よみがえってもう一度体験しているかのように感じられる。	はい	いいえ
6	テレビやラジオ、新聞などからあなた向けの特別なメッセージが送られたり、個人的には知らなかった人があなたに特別な関心をいただいていると確信したことがある。	はい	いいえ
7	過去の暴力が現実のことでないような気がする。	はい	いいえ
8	自殺について考えたことがある。	はい	いいえ
9	自分がある場所にいるのにどうやってたどりついたのかわからないというようなことがある。	はい	いいえ
10	自殺の計画、または準備をしたことがある。	はい	いいえ
11	感情のコントロールがきかず、イライラすると気持ちを落ち着かせるのに時間がかかり、暴力を振るうこともある。	はい	いいえ
12	食欲が低下していて、体重の減少が激しい。	はい	いいえ

(体調を確認し、休憩が必要そうなら休憩をとる)

暴力の被害のお話をお伺いする前に、現在のあなたの状況について、いくつかお伺いいたします。

話をされている途中で、気分が悪くなったり、休憩したい場合には、いつでもお申し出ください。インタビューを一時止めたり、途中で止めることもできますので、おっしゃってください。

お話になりたくないことがありましたら、無理にお話にならなくても結構です。

(問6:M.I.N.I を施行)

それではこれから、あなたにこれまで暴力をふるったことのある、夫またはパートナーのことについてお伺いします。
これから、その夫またはパートナーのことを相手と呼びます。

問7 では、暴力をふるっている(暴力をふるっていた)相手について伺います。

7-1 複数のパートナーから被害を受けたことがありますか。

- 1 はい 2 いいえ

7-2 暴力をふるっている(暴力をふるっていた)のは誰ですか。

複数のパートナーから被害を受けたことがある場合は、
今回の被害を与えたパートナーについてお答え下さい。
(今暴力をふるっている、現在出てくるきっかけとなった、等)

- 1 夫 2 恋人 3 その他
(具体的に)

7-3 現在の相手の年齢はおいくつですか。

満 歳

7-4 相手は現在お仕事をしていますか。

- 1 働いていない 4 自営業
2 常勤の仕事(正社員など) 5 その他
3 非常勤の仕事 (具体的に)
(パート・アルバイトなど)

7-5 相手の最終学歴を教えてください。

- 1 中学校卒まで 4 大学卒
2 高校卒 5 大学院卒以上
3 専門学校・短大・高専卒 6 その他
(具体的に)

それでは、次に、相手との現在の関係について伺います。

7-6 相手とは現在どういう関係ですか。

- 1 既婚 →(①法律婚 ・ ②事実婚) 3 未婚
2 離婚 4 死別

7-7 相手との現在の居住関係はどのような形ですか。

- 1 同居 4 離別
2 別居 5 その他
3 同居・別居の繰り返し (具体的に)

7-8 相手と同居している(していた)期間はどれくらいですか。

- 1 同居していない(したことはない) 5 5年～10年未満
2 1年未満 6 10年～20年未満
3 1年～3年未満 7 20年以上
4 3年～5年未満

問8 暴力の被害について伺います。

では、あなたが受けた暴力の被害についてお聞きします。

8-1 (DVリスト提示)

これまでに、その相手からどのような暴力を受けましたか。この中で、受けたことのあるものを全てお答えください。また、それぞれの暴力の被害はどれくらいの期間を続きましたか。

まず、身体的暴力についてはどうですか…。

(実際の暴力の様子については後で伺います。)

【8-1-1 身体的暴力】



		なし	
	1 あり	2	8-2-1へ
8-1-2 期間	1 1年未満	5 10年～20年未満	
	2 1年～3年未満	6 20年以上	
	3 3年～5年未満	7 その他	
	4 5年～10年未満	()	

【8-2-1 精神的暴力】



		なし	
	1 あり	2	8-3-1へ
8-2-2 期間	1 1年未満	5 10年～20年未満	
	2 1年～3年未満	6 20年以上	
	3 3年～5年未満	7 その他	
	4 5年～10年未満	()	

【8-3-1 性的暴力】



		なし	
	1 あり	2	問9へ
8-3-2 期間	1 1年未満	5 10年～20年未満	
	2 1年～3年未満	6 20年以上	
	3 3年～5年未満	7 その他	
	4 5年～10年未満	()	

(問9:CTS2を実施)

夫・パートナーからの暴力

身体的暴力

- 平手でうつ
- 足でける
- からだを傷つける可能性がある物でなぐる
- げんこつでなぐる
- 刃物などの凶器をからだにつきつける
- 髪をひっぱる
- 首をしめる
- 脚をねじる
- 引きずりまわす
- 物をなげつける
- その他

精神的暴力

- 大声でどなる
- 「誰のおかげで生活できているんだ」「かいしょうなし」などという
- 実家や友人とつきあうのを制限したり、電話や手紙を細かくチェックしたりする
- 何を言っても無視して口をきかない
- 人の前でバカにしたり、命令するような口調でものを言ったりする
- 大切にしているものをこわしたり、捨てたりする
- 生活費を渡さない
- 外で働くなど言ったり、仕事を辞めさせたりする
- 子供に危害を加えるといっておどす
- なぐるそぶりや、物をなげるふりをして、おどかす
- その他

性的暴力

- 見たくないのにポルノビデオやポルノ雑誌を見せる
- 嫌がっているのに性的行為を強要する
- 中絶を強要する

- 避妊に協力しない
- その他

「暴力」は身体的なものだけでなく、精神的暴力や性的暴力も含まれます

問10 お子さんのいる方にお聞きします。(アンケート問1-4参照)

夫・パートナーはお子さんに暴力をふるったことがありますか。

- | | | | |
|--------|-------|------|------|
| 10-1-1 | 身体的暴力 | 1.あり | 2.なし |
| 10-1-2 | 精神的暴力 | 1.あり | 2.なし |
| 10-1-3 | 性的暴力 | 1.あり | 2.なし |

10-2 お子さんは暴力の被害を目撃していましたか。

- | | |
|------------|--------------|
| 1. いつもしていた | 3. 1, 2回していた |
| 2. 時々していた | 4. していない |

あなたはお子さんに暴力をふるったことがありますか。

- | | | | |
|--------|-------|------|------|
| 10-3-1 | 身体的暴力 | 1.あり | 2.なし |
| 10-3-2 | 精神的暴力 | 1.あり | 2.なし |
| 10-3-3 | 性的暴力 | 1.あり | 2.なし |

お子さんに次のことが見られますか？

- | | | | |
|--------|-------------------|------|------|
| 10-4-1 | 不登校 | 1.あり | 2.なし |
| 10-4-2 | 感情の不安定 | 1.あり | 2.なし |
| 10-4-3 | 体調不良
(腹痛・頭痛など) | 1.あり | 2.なし |

問11 参加者全員にお聞きします。

ご自身の経験から、DV被害を受けた人にとって役立つ援助や、この調査のご感想などがあればお話し下さい。

以上で終わりです。

本日はお忙しい中ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

DV 支援者のメンタルヘルスに関する調査研究

分担研究者 小西聖子 武蔵野女子大学

研究協力者 嶋崎淳子 武蔵野女子大学大学院人間社会・文化研究科

笹川真紀子 武蔵野女子大学心理臨床センター

影山隆之 大分県立看護科学大学

A.研究目的

2001年10月より「配偶者からの暴力の防止および被害者の保護に関する法律」が施行されて以来、地域差はあるもののDV相談が急増している。それに伴い、支援体制が十分整備されていない中でのDV支援者のメンタルヘルスが問題となってきている。本研究は、二次的外傷性ストレスおよび代理トラウマの視点を入れて、医療機関に勤務する心理職と比較することにより、DV相談員のメンタルヘルスの実態を調査する。またDV相談員が安全に、より良い援助を提供していくための資料を得る。

B.対象と方法

1. DV相談員

2002年7～9月、調査の実施に協力の得られた関東近県の配偶者暴力相談支援センター、女性センター、犯罪被害者相談支援センターの7機関である。各機関に勤務するDV相談員79名に対して、郵送法にて質問紙を配布した。61名の回答を得たが、このうち属性を均一にするために犯罪被害者相談支援センターに勤務する相談員5名と不適切と思われる回答者1名を除外した。有効回答数は55（平均年齢46.6歳、SD9.0）で、回収率は77.2%であった。（以下、DV相談員群とする。）

なおDV相談員については並行して21名の相談員のメンタルヘルスについて、聞き取り調査を行ない、付加的情報を得た。

2. 医療機関の心理職

2002年6月～9月、調査の実施に協力の得られた総合病院・単科精神科病院等に勤務する75名の心理職に対して、郵送法にて質問紙を配布した。54名の回答を得た。有効回答数は52（平均年齢40.3歳、SD9.8）で、回収率は72.0%であった。（以下、医療CP群とする。）

（倫理面への配慮）

基本的に各機関、被調査者に対し本研究の主旨と個人情報の秘匿を説明し、同意を得て調査票を送付した。そして各被調査者自身が調査票を回答した後、返信用封筒を用いて、各被調査者に調査票を直接返送してもらうようにした。

3. 調査に使用した質問紙

日本版POMS（Profile of Mood States）を使用した。下位尺度は緊張—不安、抑うつ、怒り—敵意、活気、疲労、混乱の6尺度から成る。（T得点が40～60点が健常範囲とされている。）

C. 結果

1. 職業的背景と就業状態

(1) 最終学歴

	DV 相談員群	医療 CP 群
4 年制大卒	34(61.0%)	26(50.0%)
医学部卒	0(0.0%)	0(0.0%)
修士課程卒	8(15.0%)	26(50.0%)
博士課程卒	0(0.0%)	0(0.0%)
その他	13(24.0%)	0(0.0%)

尚、DV 相談員群の「その他」の最終学歴には高卒・専門学校中退・短大・福祉専門学校卒等がみられた。

(2) 過去に経験した有給の勤務形態

(重複回答、単位：人)

	DV 相談員群	医療 CP 群
週 1-2 日	6	6
週 3-4 日	36	13
週 5 日以上	20	44

(3) 現在の勤務形態

	DV 相談員群	医療 CP 群
常勤	12(22.0%)	29(56.0%)
常勤+非常勤	1(2.0%)	8(15.0%)
1つの非常勤	28(51.0%)	4(8.0%)
複数の非常勤	14(25.0%)	11(21.0%)

(4) 経験年数

DV 相談員群は、平均 7.7 年 (SD7.2)、医療 CP 群は、平均 14.4 年 (SD9.5) であった。

(5) 資格取得状況 (重複回答、単位：人)

	DV 相談員群	医療 CP 群
医師	0	0
臨床心理士	5	43
看護師	0	1
精神保健福祉士	0	6
社会福祉士	3	1
その他	24	5

DV 相談員群の「その他」には、教員・保育士・児童福祉士・社会福祉主事・認定心理士・産業カウンセラー・民間団体認定カウンセラー・消費生活アドバイザーなどがみられた。医療 CP 群の「その他」には養護教諭・言語聴覚士・介護支援専門員などがみられた。

(6) 援助形態 (重複回答、単位：人)

	DV 相談員群	医療 CP 群
個人面接	50	51
夫婦面接	3	13
電話相談	49	13
集団療法	4	21
心理査定	3	48
その他	8	14

DV 相談員群の「その他」には警察・弁護士・裁判所・病院などの他機関への動向や調整、緊急一時保護の付き添い、家庭訪問などがみられた。医療 CP 群の「その他」にはコンサルテーション・教育・プレイセラピー・家族面接・手紙や E メールなどの相談・保育や食事介助などがみられた。

(7) 面接時間の設定 (重複回答、単位：人)

	DV相談員群	医療CP群
10分以内	2	6
15分程度	8	10
30分前後	18	26
60分程度	37	48
90分以上	24	9

<DV相談員群>

	あり	なし
職場の同僚	46 (86.8%)	7 (13.2%)
職場の上司	39 (73.6%)	14 (26.4%)
職場の医師	7 (33.3%)	14 (66.7%)
職場の他職種	20 (48.8%)	21 (51.2%)
スーパーバイザー	23 (74.2%)	8 (25.8%)
職場外の同業の友人	30 (66.7%)	15 (33.3%)

(8) 仕事上のソーシャル・サポート
の有無

<DV相談員群>

	あり	なし
職場の同僚	53 (96%)	2 (4%)
職場の上司	53 (100%)	0 (0%)
職場の医師	21 (45%)	26 (55%)
職場の他職種	41 (87%)	6 (13%)
スーパーバイザー	31 (63%)	18 (37%)
職場外の同業の友人	45 (92%)	4 (8%)

<医療CP群>

	あり	なし
職場の同僚	26 (68.4%)	12 (31.6%)
職場の上司	26 (68.4%)	12 (31.6%)
職場の医師	34 (66.7%)	17 (33.3%)
職場の他職種	31 (64.6%)	17 (35.4%)
スーパーバイザー	21 (70.0%)	9 (30.0%)
職場外の同業の友人	29 (60.4%)	19 (39.6%)

<医療CP群>

	あり	なし
職場の同僚	38 (73%)	14 (27%)
職場の上司	38 (75%)	13 (25%)
職場の医師	51 (100%)	0 (0%)
職場の他職種	48 (94%)	3 (6%)
スーパーバイザー	30 (60%)	20 (40%)
職場外の同業の友人	48 (94%)	3 (6%)

(10) 援助者の外傷体験

<成人後の外傷体験>

	N	体験有	体験無
DV相談員群	53	21 (39.6%)	32 (60.4%)
医療CP群	52	12 (23.1%)	40 (76.9%)

<子どもの頃の外傷体験>

	N	体験有	体験無
DV相談員群	53	23 (43.3%)	30 (56.6%)
医療CP群	52	22 (42.3%)	30 (57.7%)

注) ソーシャルサポートの資源は DV 相談員と医療 CP の共通項目で回答を求めた。

注) 被調査者への倫理的配慮のために、外傷体験の時期については、「成人後」「子どもの頃」と大まかに分類をした。

(9) 仕事上の支えられ感

(8)で仕事上のサポートが「ある」と回答した人で、各ソーシャル・サポート資源からの「支えられ感」の有無をみた。

(11) 研修

職域別に過去・現在に参加した研修 10 項目の参加の有無について回答を求めた。結果は表 1 のとおりである。

表1 職域別研修参加の有無

	DV相談員群		医療CP群	
	あり	なし	あり	なし
職場内カンファレンス	46 (.85)	8 (.15)	45 (.87)	7 (.13)
職場内勉強会	30 (.59)	21 (.41)	38 (.73)	14 (.27)
学会の参加	30 (.63)	18 (.37)	52 (1.00)	0 (.00)
継続した個人スーパー・ビジョン	16 (.33)	33 (.67)	21 (.40)	31 (.60)
継続したグループ・スーパービジョン	27 (.53)	24 (.47)	27 (.53)	24 (.47)
ワークショップやセミナー参加	45 (.88)	6 (.12)	48 (.92)	4 (.08)
読書会や勉強会の参加	32 (.63)	19 (.37)	38 (.73)	14 (.27)
専門書・文献を読む	50 (.94)	3 (.06)	48 (.94)	3 (.06)
大学・大学院へ進学	18 (.38)	29 (.62)	30 (.60)	20 (.40)
その他	8 (.67)	4 (.33)	5 (.36)	9 (.64)

()内は割合

2. 日本版 POMS の結果

職域別の日本版 POMS—各尺度の比較では、DV 相談員群、医療 CP 群とも差はなく、健常の範囲内を示していた (図 1)。

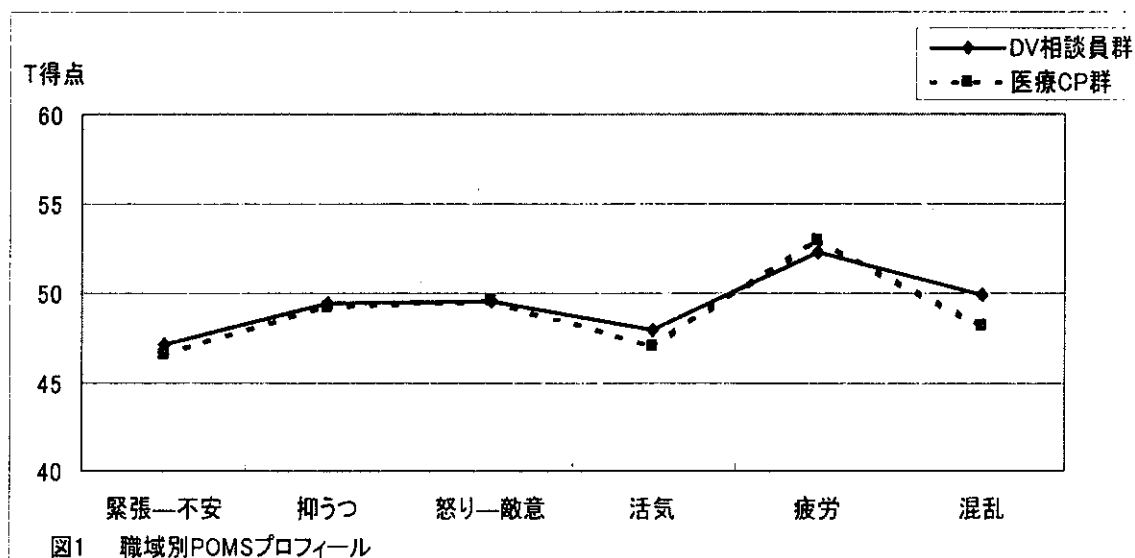


図1 職域別POMSプロフィール

D. 考察

1. 職業的背景と就業状態

今回の調査における最終学歴と資格取得状況から、DV 相談員群の職業的背景は医療 CP 群と比較して、多様な専門性をもつ相談員が支援にあたっていることが示唆された。このことは昨年 2002 年 4 月より「配偶者暴力相談支援センター」の設置に伴い、新たに専門職として配置された相談員もいれば、従来、行政の中で相談業務またはそれに準じる仕事を担っていた職員が配置されたことが伺われた。

一方、経験年数は医療 CP 群が平均 14.4 年 (SD9.5) であるのに対し、DV 相談員群は平均 7.7 年 (SD7.2) と短かった。また DV 相談員群は、過去・現在ともに有給の勤務形態は「非常勤」勤務者が多かった。これらの結果から、行政機関内における専門職としての DV 相談員の位置付けが低いことが示唆された。

また DV 相談員の職場環境として、医師や弁護士などの配置の有無や、もし配置されていた場合連携がとられているのか、そして「医師」や「他職種」からの仕事上の支えられ感が低い傾向から、DV 相談員が孤立しやすい傾向はないか危惧された。今回の調査で回答に応じてくれた DV 相談員は、比較的大都市の支援センター等に勤務し、DV 被害者からの相談を多く受けている。このため支援体制は地方に比べて比較的整備されている機関であると考えられる。一方、地方で支援にあたる DV 相談員は、職場環境からの DV 支援に対する無理解やソーシャル・サポートの不十分さから、疲労の蓄積と相談員自身の達成感や満足感が得にくく、バーンアウトをより引き起こし

やすいことが予想された。

さらに DV 相談員の外部との連携は、司法・警察、福祉、医療、教育等などの多領域にわたることが特徴としてあげられる。他機関との連携については今回調査項目には含まれていなかったが、他機関との連携のあり方も、DV 相談員にとってはストレス要因になりうる問題と考えられた。

DV 被害者の生命にも関わる介入や相談活動は、DV 相談員にとって長期にわたる緊張感をもたらす。DV 相談員を支え、DV 被害者へ良質の援助を提供していくために支援体制の整備や、知識・援助技術のみならずセルフ・ケアを考慮に入れた研修の機会を行政当局が積極的に保障し、提供していくことが急務と考えられた。

2. DV 相談員のメンタルヘルス

今回の全調査対象者は現在勤務可能な状態にある人達であったので、日本版 POMS の結果は、DV 相談員群と医療 CP 群の間で差はなかった。また、各下位尺度とも健常範囲内を示していた。

二次的外傷性ストレスおよび代理トラウマになりやすい脆弱性の要因として、「支援者の外傷体験」がいくつかの先行研究で指摘されている。今回の調査では、「子どもの頃の外傷体験」の有無の割合は DV 相談員群と医療 CP 群では差はなかった。しかし、「成人後の外傷体験」では、医療 CP 群に比べて DV 相談員群のほうが多い傾向がみられた。この結果は DV 相談員が職務上「外傷体験」を受けやすいのか、あるいは職務以外で体験したのか、今回の調査では詳細は不明である。外傷体験の累積は、メンタルヘルスにネガティブに影響を与える

とも先行研究では指摘されており、今後さらに検討すべき課題である。

以上は予備的な調査であり、DV 相談員のメンタルヘルスの状態や、ストレス因についてはさらに調査対象者を拡大して検討していく必要がある。

E. 結論

DV 相談員の支援活動は開始されたばかりであり、安全な職場環境の整備と研修を始めとする DV 相談員への支援が必要であると考えられた。

謝辞

ご協力をいただいた各機関関係者および本調査に回答をしてくださった方々に感謝致します。

F. 参考文献

Figley, C.R. (ed.): *Compassion fatigue : coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel, NY, 1995.

Iliffe, G., Steed, L.G.: *Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence*. *Journal of International Violence*, 15(4), April, p.393-412, 2000.

Kassam-adams, N.: *The risk of treating sexual trauma : stress and secondary trauma in psychotherapists*. In : (ed.), Stamm, B.H. *Secondary traumatic stress, 2nd ed.: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators*. Sidran Press,

Maryland, p.37-48, 1999.

McCann, I.L., Pearlman, L.A.: *Vicarious traumatization : a framework for understanding the psychological effects of working with victims*. *J.Trauma Stress*, 3;131-149, 1990.

日本臨床心理会：「第2回臨床心理士の動向ならびに意識調査」結果（第4報）。日本臨床心理士会会報, p.46-58, 2000.

Pearlman, L.A.: *Self-care for trauma therapists : ameliorating vicarious traumatization*. In : (ed.), Stamm, B.H. *Secondary traumatic stress, 2nd ed.: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators*. Sidran Press, Maryland, p.51-64, 1999.

Pearlman, L.A., MacIain, P.S.: *Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists*. *Professional Psychology : Research and Practice*, 26(6), p.558-565, 1995.

Schauben, L.J., Frazier, P.A.: *Vicarious trauma : the effects on female counselors of working with sexual violence survivors*. *Psychology of Women Quarterly*, 19, p49-64, 1995.

田尾雅夫・久保真人：バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ。誠信書房, 2000.

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

医療現場における DV 被害者への適切な対応に関する研究
——DV 被害女性の健康被害に対する文献的調査

分担研究者 金 吉晴 1)

研究協力者 加茂登志子 2)

研究協力者 柳田多美 3)

1) 国立精神神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部

2) 東京女子医科大学 精神科

3) 上智大学文学部心理学科

要旨：ドメスティック・バイオレンス（DV）被害女性の健康被害を文献的に調査することによって、被害者が受診する頻度の高い診療科や関連疾患を知り、医療従事者向けのガイドラインの作成のための一助とした。“Battered Women”をキーワードにした論文は年々増加しており、論文掲載誌も様々な診療科、職種分野にみられている。診療科という視点から特に頻繁に論文が発表されているのは精神医学、産婦人科・周産期医療、救急医療などであり、これらの科における潜在的な DV 被害者受診率は高率になるものと思われた。小児科領域も今後注目すべきである。被害者の発見と早期対応、支援プログラムなどに関するガイドラインの導入は、医師のみでなく、看護職、ソーシャルワーカーなど DV 被害者の対応に当たる全ての医療従事者に対応したものが必要であると考えられた。

A 研究目的

ドメスティック・バイオレンス（以下 DV）はこれに関連して被害をうける人々に様々な健康被害を引き起こす。被害者本人においては、身体的暴力による受傷に留まらず、精神健康障害もまた甚大であるこ

と、また、DV家庭に育ち、直接虐待を受けたり、あるいは両親間のDVの目撃者となった子どもたちにも深刻な健康被害が認められることなどが近年の研究で急速に知られるようになってきた。この少なからぬ健康被害を考慮すれば、医療機関の DV 被

害者とその子どもたちの保護と適切な対応に果たすべき重大な役割はあえて指摘すべくもないだろう。実際に、平成13年10月に施行された「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（平成十三年法律第三十一号）」、通称「DV法」も、医療におけるDV理解の重要性に言及しつつ、これまでの医療理念とは矛盾する重要な規定を設けている。すなわち、第一には、事件の通報に際しての守秘義務の免除であり、第二には支援センター等の情報提供の努力義務である。

昨年度の研究で、我々はDV法の施行後、その趣旨が医療現場にどの程度周知され、対策がとられているのかについての調査を行った。法の内容の理解と対応策の実状についてのアンケートを、全国の大学病院、国公立病院計196施設の、病院本部と6診療科に発送し、45.6%の回答を得た。法自体の存在は約半数に知られているものの、守秘義務の免除、情報提供の努力義務などについては3-4割が知っておらず、具体的な対応については未検討が8-9割に達した。すでに様々な具体的な取り組みをしている場合もあるが、1%前後に過ぎないことが分かった。一方、同調査で同時に簡単ではあるが、DV患者の診察経験についても質問項目を設けた。その結果、実際に患者を過去一年間に診ているものは約3割を越え、過去1年以前を加えると

46.7%と、ほぼ半数の施設がDV被害者への対応経験があることが分かった。DV法施行以降、配偶者暴力相談支援センターや警察などへの相談件数は増加の一途を辿っており、公私シェルターへの緊急一時保護者数も増大し、被害者の顕在化も急速に進んでいる。これらのことから、医療機関を受診する被害者数の増加も当然予想される。受診理由が例え身体的受傷であったとしても、DV被害者の心的被害の内容と、それへの援助法について、それを適切に臨床活動の中に位置づけていく努力が医療者に求められることはいうまでもない。そのためには医療従事者向けのDV被害者の発見や対応、適切な援助法、情報提供に関するガイドラインの作成等が望まれると思われる。ガイドラインの作成はDV法が医療前線で有機的に機能するためにも重要である。

DV被害女性の健康被害を文献的に調査することによって、被害者が受診する頻度の高い診療科や疾患を知り、ガイドライン作成のための一助とすることが本研究の主たる目的である。

B 対象と方法

“battered women”をキーワードに1980年から2002年12月の間に出版された医学系文献を母集団としてMedline上で検索したところ、英語その他ヨーロッパ言語を含めて752文献がヒットした。この文献を対

象として分析を行なった。

なお、言語の内訳は英語 716 文献、英語以外のヨーロッパ言語 36 文献であり、圧倒的に英語論文が多かった。

C 結果および考察

1) DV に関連する医学論文数は年々増加している

図 1 に論文数の年次推移を示した。この図から、1990 年台前半に DV に関する発表論文数は大幅に増加し、2000 年を迎えてからさらに増加傾向にあることが分かる。DV に関連した健康被害は今後さらに注目され、関心を集めるものと思われる。

2) DV に関連する論文の掲載誌は診療科だけでなく職種においても多岐に渡っている

表 1 にこれらの論文が掲載された雑誌の分類を提示した。表 1 に見るように、DV に関連する論文の掲載誌は診療科、職種とも多岐に渡っており、学際的な関心と協力体制が必要な領域であることが分かる。発表論文数が最も多かったのは精神医学・心理学・メンタルヘルスの分野であった。さらに女性医学、暴力被害者学といった近年注目を浴びている診療科を超えた関心領域での論文がこれに続いている。医療機関における科という視点からみると、精神医学の次に多かったのは産婦人科学・周産期学であり、救急医療、小児科学、家庭医療（プ

ライマリ・ケア)、内科学、外科学・整形外科学、歯科学、AIDS 関連、眼科学、ペインがこれに続く。論文数の多さが患者の多さと対応のニーズをある程度反映しているものと仮定すれば、DV 被害者が集積しやすい診療科として、精神科、産婦人科・周産期医療科、救命救急科、小児科などを挙げるができると思われる。

なお、看護系雑誌に掲載された文献は 168 文献 (22%) であった。

以上の結果を踏まえて、今回の研究では特に精神医療、産婦人科・周産期医学と救急医療の実態を反映する論文を中心に検討を加えた。

3) 精神科医療における DV 被害者—抑うつ、PTSD、物質乱用、身体化障害など、多くの疾患の影に DV が存在する可能性がある

DV 被害者の呈する精神障害は必ずしも PTSD に限られず、抑うつをはじめ、様々な精神症状を呈することが知られている。Golding は DV 被害女性の精神科的後遺障害に関する研究のメタ分析から、DV 被害者における最も多い精神健康障害はうつ病と PTSD であり、この両者へのリスクは幼児期の性虐待よりも DV 被害のほうがむしろ高いとした。表 2 に 1990 年以降に施行された構造化面接やチェックリストを用いた DV 被害者の横断面的精神科診断に関する研究を紹介したが、この表をみてもわかるよう

に、PTSDは対象の33-84%と高い頻度で診断されており、またうつ病も37-63%とPTSDに匹敵する率で診断されている。その他、DV被害者には自殺傾向、不安障害、身体化障害、アルコールや薬物乱用がしばしば見られることも指摘されている。DV被害が被害者から積極的に語られることが少ないことを考慮すれば、成人女性の難治うつ病や身体化障害、物質乱用の症例ではDVの可能性を考え、医療者側から問いかけていく必要がある点を強調したい。

4) 産婦人科・周産期医療におけるDV被害者—妊娠中のDVは児にもまた影響を及ぼす

表3に、産婦人科学・周産期医学におけるDV被害に関連する主要な文献を挙げた。妊娠中のDV被害は特に多く、合衆国の統計では0.9-20.1%にのぼっている。Campbellによれば、妊娠中のDV被害の頻度は先進国、発展途上国に大きな差異はなく、英国2.5%、カナダ5.5-6.6%、南アフリカ6.8%、スウェーデン11%、ニカラグア13%と報告されている。そして、表にも見られるように妊娠中のDVは早産や新生児死亡率など周産期の問題とともに、児の出産時低体重を引き起こす点も指摘されている。

5) 救急医療におけるDV被害者—DV被害

者の重要な受診窓口であり、支援プログラムの導入が望まれている

表4に、救急医療科におけるDV被害率の多数例調査とDV被害者支援プログラム導入の効果を示す調査を挙げた。合衆国の救急医療とわが国の救急医療のシステムには若干の相違があることから、わが国での調査が待たれるが、いずれにせよDV被害者の一次的な受診窓口として救急医療の場が非常に重要であることはいうまでもない。DV被害者支援の先駆的存在である合衆国であっても被害者が容易にはDV被害を語らないことが分かっており、被害者支援プログラムの救急医療の場での機能的導入が望まれている。

6) その他の診療科におけるDV被害者の症状

DV被害者によく見られる慢性的な身体症状としては、頭痛、背部痛などの慢性疼痛、食欲不振や摂食障害などの消化器症状、過敏性大腸などの機能性消化器疾患、高血圧や胸部痛などの循環器症状、免疫状態の低下によるインフルエンザなどへの易感染性などが報告されている。強制的なセックスによって性病や性器・泌尿器の感染や外傷などが生ずることも多く、さらにDV被害者のうち身体的暴力とともに性的暴力を受けている女性は40-45%に達すると言われている。

なお、小児科学も子どもの虐待や健康被害から二次的に DV 被害が発見されることが多く、加えて子どもの虐待と DV が重複して存在する確率が高いことも近年指摘されている。今回は被害者の直接的な健康被害に焦点付けて論を進めたため、子どもに関する問題については割愛したが、今後に残された重要な課題であることを強調しておきたい。

E 結論

DV による健康被害を俯瞰した。DV 被害はあらゆる診療科において発見されうるが、なかでも精神医療、産婦人科・周産期医療、救急医療における DV 被害者率は潜在的に高く、被害者の発見と早期対応、支援プログラムなどの導入が望まれる。あわせて子どもの健康被害についても今後十分に検討がなされるべきである。また、医師のみで

なく、看護職、ソーシャルワーカーなど DV 被害者の対応に当たる全ての医療スタッフに対応した手引きが必要であると考えられた。

文献

- 1) Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359:1331-1335, 2002
- 2) 加茂登志子 氏家由里 大塚佳子: ドメスティック・バイオレンスと PTSD 臨床精神医学 増刊号: 207-212, 2002

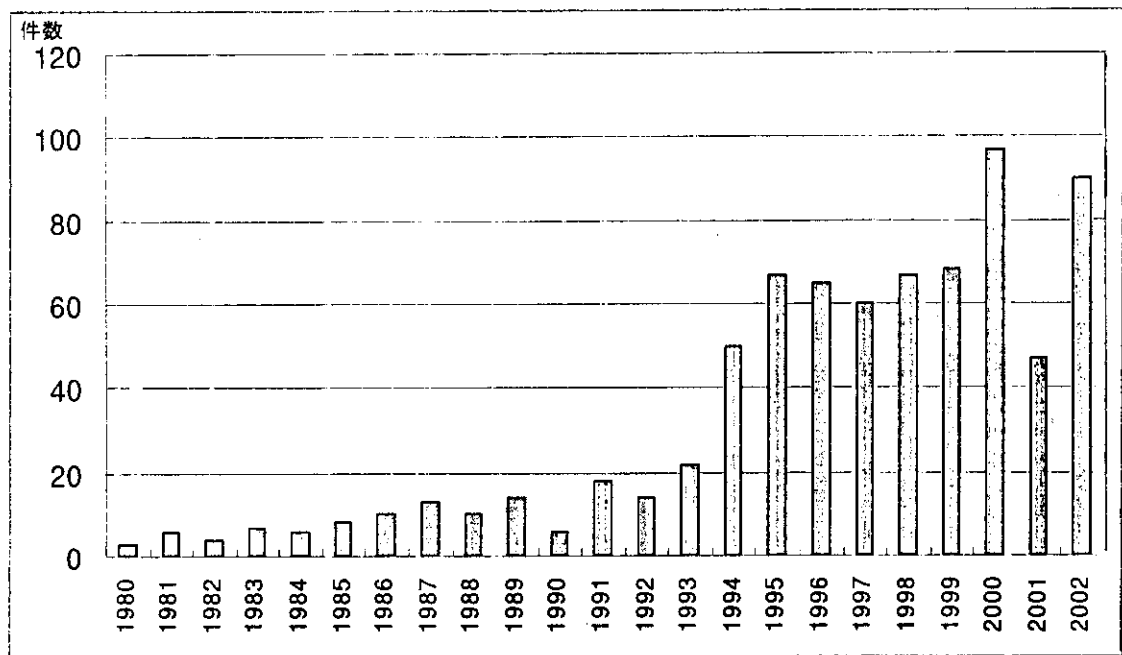


図1 “battered women” をキーワードとして出版された医学系論文数の年次推移

医学雑誌の分類	論文数
精神医学・心理・メンタルヘルス	117
暴力被害者学	63
産婦人科・周産期学	54
女性医学	49
救急医療	31
ソーシャルワーク・福祉	31
小児科学	27
家庭医療	26
公衆衛生	22
法・倫理	19
内科学	14
外科学・整形外科学	10
予防医学	10
歯科学	8
AIDS関連	4
眼科学	4
ペイン	3
疫学	3
その他(総合誌、地域誌など)	257
合計	752

表1

対象文献が掲載された医学雑誌の
分類と掲載頻度(Medline 1980-2002)