

た。

1) 『回答の難しさ』 31 件

「質問項目数が多く複雑で、回答の負担が大きい」という意見が多く、更に「回答自体がストレス」、「疲れて正確性が悪くなる」というコメントもあった。また、「時間数など、回答の仕方が難しいため、もっと長期間で回答できるようにした方がいい」、「自分と合わない質問があった」、「質問のポイント絞った方がいい」というような意見のほかに、「深刻なものを抱えている人には記入しづらいかも」、「自分の気持ちを答えるのは難しい」という意見もあった。

2) 『自己の振り返り』 11 件

例えば、「自分を振り返ることができた」、「自分の関わりに自信がもてた」、「自分にトラウマの体験がないと分かった」、「自分のストレスフルな状況がわかった」、「話すのは辛いアンケート形式なので、自分の辛い体験を安心して書けた」、「自分の心身が疲れていると、トラウマケースにあたるのは辛いと正直思った」という回答があった。

3) 『保健師のストレスについて』 9 件

保健師自身から幾つか、保健師に関わるストレスについての意見があった。具体的には、「深刻な相談ばかりがストレスになるのではなく、健診などのちょっとしたやりとりや、実際の仕事での助言と自分自身のプライベートとのギャップ、一般事務の処理能力も問われることなどもストレス」、「ケースのストレスだけでなく、職場の人間関係や他職種とのやり

とり、女性としての家庭的なストレス等が、混在しているかもしれない」、「メンタルヘルスへの一番の影響は、専門職が働きにくい職場で、燃え尽きるなど、ケース対応よりは組織機能の問題のような気がする」、「保健師は人に会って楽しいこともあるが、ストレスがたまりやすい職業なので、自身の疲労度や精神面のコントロールが課題」、「援助する側も生身の人間で疲れる。完璧を求められることが大きなストレス。調査結果で周囲の人に、保健師の大変さが伝わればいい」、「困難な援助対象者がいる・いないに関わらず、保健師という職種自体のストレスも大きいと思った」、「他職種（事務、栄養士、歯科衛生士）や保健師同士でも、価値観の違いからぶつかり合うこともある。その人間関係についても、調査を汲んで欲しかった」、「対人サービスのストレスをどう分散するかと、システム作りが大事。行政内では意外と自己管理に任されており、調査結果がシステム作りで反映されるといい」などである。

4) 『トラウマへの関心』 4 件

「虐待のケースの相談、関わりの際には、いつも強い緊張感を感じている」、「生活習慣病の予防事業担当なので、メンタルヘルスに関する相談を受けることが少ないが、一時的な窓口として、トラウマに関して意識的に関わる必要はあると感じた」、「トラウマケースとの関わりは少ないが、単に素通りしているだけかと思った」、「あまりトラウマ関係の相談が入っておらず、むしろ母子相談員など児童女性課の方が大変」という意見があった。

5) 『その他』 11件

「保健師の研究に関心を持ってもらえて、嬉しい」という意見や、調査結果送付の希望などがあった。

D. 考察

<DV相談員>

1. DV相談員の職業集団の特徴

平成14年度に行った予備調査と同様、DV相談員は職業集団として年齢層が高く、非常勤勤務者が多かった。また地域によってDVに対する認識や取り組みに差があり、DV相談員としての専門性の有無に関わらず相談業務に配置されている可能性がみられた。

2. 職務上のストレスの問題

IES-Rの結果からPTSDのハイリスク者は、DV相談員全体の約2割であった。またGHQ-12により現在の精神的健康を検討すると、同じく約2割のDV相談員が健康問題を抱えていた。

次に、ストレス要因について「最も強いストレスとなった出来事」から検討をすると、約4割のDV相談員が「個人的な体験」よりも「仕事上の体験」を選択していることがわかった。

さらに仕事上のストレス要因を職業性ストレス簡易調査票の結果からみると、DV相談員は「仕事の負担感」をもち、「コントロール感」がもてないことが仕事上のストレス要因の特徴として明らかとなった。

また支援の難しさのみならず、クライアントやその関係者から「暴言」や「脅し」といった暴力を受けやすい職場であ

ることが今回の調査でわかった。

現在、DV被害者に対する支援活動は開始されたばかりで、DV相談員の職務上のストレスは、個人的問題も軽視できないが職場環境・支援体制の問題が現状では大きいのではないかと考えられた。

また地域別に検討をしてみると「関東」は業務量が多いにもかかわらず、DV相談員のメンタルヘルスは悪くはなかった。今回の調査では、「関東」と「他地域」の違いとして、「関東」地域は高学歴傾向、研修の機会が地方に比べ多く、参加日数が多いことが考えられた。また相談件数が全国の中でも多いことから、職場内での支援体制に対する意識や整備が進んでいることも考えられた。そして今回の調査では調べていないが、地域の社会資源の多さや関係機関との連携のあり方も、他地域に比べてDV相談員の支援活動を支える役割を果たしているのではないかと推察された。

以上のことから、DV相談員自身の安全性や負担感を考慮した職場環境や支援体制を構築していかなければならない。

3. DV相談員に対する研修の必要性

最終学歴、資格取得、経験年数から、DV相談員が支援者としての役割をはたしていくために専門的知識や援助技術を学ぶ必要性のあるDV相談員がいることが今回の調査で明らかとなった。研修の機会を積極的に提供していく必要があると同時に、研修の参加がなせ少ないのか職場事情や地域差も念頭において検討していかななくてはならない課題である。

<保健師>

1. 職業性ストレス及びソーシャルサポートの観点から

1) 職業性ストレス要因では、DV相談員と同等レベルで、半数の保健師が「仕事の負担度」に関するストレスを示した。設問内容の「たくさんの仕事を抱えている」、「非常に注意・集中力を要する」と感じている保健師が多いようだ。自由記述においても「業務過多で心身の負担が大きい」、「専門職本来の仕事に時間がとれない」、「人手不足」という回答がみられる。こうした職業上のストレス要因に対しては、業務内容の改善や事務作業の軽減、加えて業務量だけでなく業務内容から判断して必要とあれば人員補充を検討することなどが望まれる。

2) 和田ら(2003)の児童相談所職員を対象にした調査ではGHQ-12を用いており、その平均値は5.9点±3.6であった。この先行研究と比較すると、今回の調査対象者の平均得点は低く、精神的健康は全体的に良好に保たれているといえる。が、ストレス要因の各下位因子に「要チェック」者もいることから、職場でメンタルヘルスが悪化しているスタッフがいなかどうか、日頃のラインケアの実施が重要だろう。また、実際にメンタルヘルスの悪化が確認された場合、業務の軽減や個人的なセラピーの機会を設けるなど、状況に応じた適切なケアや、職場内外のサポートやネットワークの利用が望まれる。この実現のために、基本的な管理職や援助職へのメンタルヘルス教育やセルフケア教育、加えてメンタルヘルスが悪

化した部下をもつ管理職へのサポート体制も大切であると思われる。また、自由記述で示されたような「周囲への相談」、「私生活の充実」、「気持ちの切り替え」、「休養」など、援助職自身自分に合ったストレス対処法を見つけることも大事である。

3) ソーシャルサポートについては、「同僚のサポート」と比較して、「上司のサポート」を得ていると感じている保健師が少なかった。自由記述でも、職場の同僚や上司に相談してサポートを受けているという回答も多い反面、職場内の人間関係にストレスを感じているという報告も多かった。だが、相関関係の分析では、特に上司のサポートが保健師のストレス軽減に有効だと示されており、改めて管理職に配慮を促すことも必要であろう。また、保健師が信頼して気軽に相談できたり、必要に応じて上司や同僚が問題を共有化して、相談内容への対応を共に行うような、職場の人間関係作りやサポート体制の構築が一層進むことが望まれる。

2. 二次的外傷性ストレスの観点から

1) 今調査対象者のIES-R得点及びGHQ-12得点の平均点は、ローリスク群に位置していた。これまでに最も強いストレスになった出来事においては、仕事上に体験した出来事を選択した人が多かったが、IES-R得点に関しては、保健師個人が体験した出来事を選択した人の方が高い結果になった。これは、自由記述にもあるように、職場内に「同職種が幾人かおり、孤立しない職場環境」及び「サ

ポートし合える関係」が存在していること、職場内外に相談できる相手がいることなど、マンパワーによる効果が大きいが、今調査は、東京都多摩地区のみで実施されたもので、他の地域による比較検討はなされていない。しかし、保健師は全国に配置されており、地域による多くの相違点があると考えられ、その中でもメンタルヘルスに影響を及ぼす要因があることが予測され、今回の結果だけで結論を出すのは、適切ではないと思われる。

2) 職場内ケースカンファレンスは、今回の対象者の80%以上が参加しており、また、役立っているという評価も高い。また、研修に参加することによって、IES-R 得点が下がるという効果が認められた。しかし、「継続したスーパービジョン」及び「継続したグループ・スーパービジョン」は、要望が多いのにも関わらず、ほとんど行われていない。今後も、児童虐待やDVなど、外傷後ストレス障害や二次的外傷性ストレスを及ぼしかねないケースが増えることが予想されることから、職場内の研修だけではなく、スーパーバイザーの利用など、専門家と意見交換ができる機会を増やすことが保健師のメンタルヘルスの維持及び向上に役立つと推察される。

<DV 相談員のメンタルヘルス増進のためのガイドライン>

本研究の結果に基づき、DV相談員のバーンアウト防止及びメンタルヘルス向上のためのガイドラインを別紙のように提

案する。

最も重要なことはこの問題についての相談員、管理職を含めた職場の理解である。メンタルヘルスについての理解、セルフチェックの機能を増進するためには研修が必至である。すべての職員がつねに一定の知識を持つためには、地方公務員の実情から考えると2、3年に一回の研修が必要であろう。

また調査により、DV相談の場合、相談の仕事に対するコントロール感の確立が大事であると思われる。さらに二次的外傷性ストレス、バーンアウトの防止にもっとも必要なことは、そういう状態を引き起こさないことであり、起こってしまった場合には速やかにまたサポータティブに対処していくことが必要である。

これらについて具体的に別図「DV相談員のバーンアウト防止及びメンタルヘルス向上のためのガイドライン」に示したので参照されたい。

E. 結論

<DV相談員>

DV相談員の職務実態とメンタルヘルスの状態について、二次的外傷性ストレスの視点を入れて検討をした。今回の調査では、DV相談員全体の約2割の人が、健康問題を抱えながら職務に従事していることが明らかとなった。

早急に職場環境・支援体制を整えていくために、関係行政機関・DV相談員に対するDV及び相談への職務理解を広めていくことが大事である。また各職場で、特に「仕事の負担感」や「コントロール感」に支障をきたさない様に、対応や工

夫が必要であると考えられた。

今回の調査で、特に「関東地域」以外の地域は研修の機会を積極的に提供していく必要性が明らかとなった。

行政の中で専門性が確立されていない状況下で、DV相談員の適正な配置とマンパワーの確保、および相談員としての援助のスキルや専門的知識を習得していく機会を保障していく必要がある。もしこうした問題を放置するならば、現在、児童相談所の職員のバーンアウトの問題が深刻化しているが、DV相談員も、より同様の道をたどることになるであろう(和田ら、2003)。

最後に、支援者として暴力に関わることへの問題と影響を各DV相談員が認識できるように配慮した研修を提供していくことは、DV相談員のメンタルヘルスを守り、公的サービスの維持と向上に役立つと考える。

<保健師>

今回の調査では、市町村保健師が全体的に良好な精神健康度を保ちながらも、職業性ストレス要因を抱えて業務を行っていること、特に上司のサポートが良好なメンタルヘルスの維持に重要な役割をもつこと、最も強いストレスになった出来事で「仕事上の体験」を選択した人が多いにも関わらず、「個人的体験」を選択した人のIES-R得点の方が高いこと、などが明らかとなった。これらの結果から、職場環境や職務内容の改善を行うこと、職場でのラインケアや職場内外のサポート体制の構築、「上司」や「同僚」のソーシャルサポートの充実化、職場内ケース

カンファレンスや研修の継続的な実施やスーパーバイザーの利用拡充などが、保健師のメンタルヘルスの維持・向上に役立ち、ひいては援助対象者へのよりよいサービスの提供につながるものと思われる。

謝辞

今回、調査にご協力をいただきました皆様に心より深謝致します。

F. 参考文献

飛鳥井望・西園マーハ文(1998),日本語版 PTSD 臨床診断面接尺度 (CAPS) 説明マニュアル. 東京都精神医学総合研究所・社会精神医学研究部門

Asukai,N.,Kato,H.,Kawamura,N.,Kim,Y.,Yamamoto,K.,Kishimoto,J.,Miyake,Y.&Nishizono-Maher,A.(2002),Reliability and Validity of the Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised(IES-R-J):Four Studies of Different Traumatic Events, The Journal of Nervous and MentalDisease,190(3),pp.175-182

フィグリー,C.R.(2003),『二次的外傷性ストレス』 第1章 共感疲労ーケアの代償についての新しい理解に向けて, Stamm,B.H.編, 小西聖子 金田ユリ子訳, 東京:誠信書房, pp.3-28

Figley,C.R.(2002), Introduction In C. R.Figley,(ed) Treating Compassion Fatigue, New York, Brunner-Routledge, pp.1-14

- Figley, C.R. (1995), *Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview*. In C.R. Figley (ed), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat The Traumatized*, Chapter 1, KY, Brunner-Mazel, pp.1-20
- Goldberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997), The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care, *Psychological Medicine*, 27, pp.191-197
- ハーマン, J.L. (1999), 『心的外傷と回復』第七章 治療的關係とは, 中井久夫訳, みすず書房, pp.205-240
- 本田純久・柴田義貞・中根允文 (2001), GHQ-12 項目質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング, 厚生 の指標, 48(10), pp.5-10
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979), Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress, *Psychosomatic Medicine*, 41(3), pp.209-218
- 加藤正明 班長 (2000), 労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書Ⅲ「ストレス測定」研究グループ報告, 労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」, pp.216-229
- 小林登 (2002), 児童虐待全国実態調査 1. 虐待発生と対応の実態, 子どもの虐待とネグレクト, 4(2), pp.276-289
- 小西聖子 (2003), トラウマのケア-治療者、支援者の二次的外傷性ストレスの視点から-, *トラウマティック・ストレス*, 1 (1), pp.7-12
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, New York, pringer Publishing Company, Inc.
- Maslach, C. (1976), Burned-out, *Human Behavior*, 5(9), pp.16-22
- McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990), Vicarious Traumatization : A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims, *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), pp.131-149
- 永田耕司・門司和彦・竹本泰一郎・小川智子・一瀬豊子・喜多泰子 (1993), 一般健康質問票 (General Health Questionnaire) 調査からみた保健婦と看護婦のメンタルヘルス, *民族衛生*, 59(4), pp.186-195
- 野村陽子 (2003), 地方分権時代の保健師活動, *保健婦雑誌*, 59(1), pp.56-65
- パールマン, L.A. (2003), 『二次的外傷性ストレス』第4章トラウマ・セラピストのセルフケア-代理トラウマの緩和-, Stamm, B.H. 編, 小西聖子 金田ユリ子訳, 東京: 誠信書房, pp.49-61
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K. W. (1995), *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*, New York: W.W. Norton
- Pearlman, L.A. & Mac Ian, P.S. (1995),

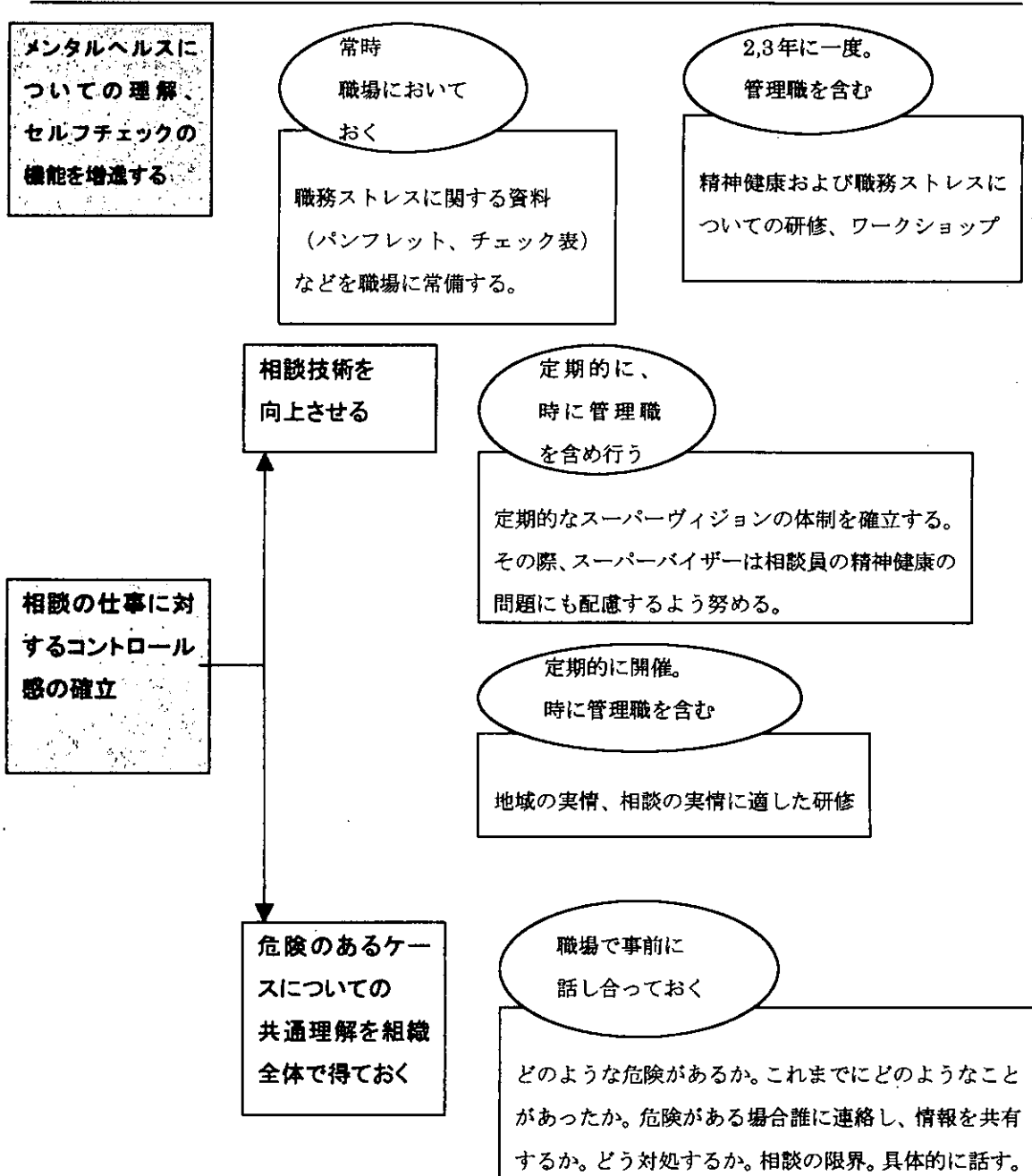
- Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists, Professional Psychology: Research and Practice, 26(6), pp.558-565
- Schauben, L. J. & Fraizer, P. A. (1995), Vicarious Trauma: The Effect on Female Counselors of Working with Sexual Violence Survivors, Psychology of Women Quarterly, 19, pp. 49-64
- Stamm, B.H.(ed.): Secondary traumatic stress — Self-care issues for clinicians, researchers, & educators. Sidran Press, Towson, 1999. (小西聖子・金田ユリ子訳：二次的外傷性ストレス—臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題、誠信書房、2003.)
- Stamm, B.H.(2002), Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue: Developmental History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test, In C. R. Figley, (ed) Treating Compassion Fatigue, New York, Brunner-Routledge, pp.107-119
- 高階恵美子・野村陽子・中川真美(2001), 自治体の保健婦による保健活動の実績, 保健婦雑誌, 57(13), pp.1062-1068
- 田尾雅夫・久保真人(1996) パーンアウトの理論と実際-心理学的アプローチ-, 誠信書房
- 和田一郎・森田展彰・佐藤親次(2003), 児童相談所職員の抱える課題とニーズに関する調査, 子どもの虐待とネグレクト, 5(1), pp.215-228
- Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997), The Impact of Event Scale-Revised, in Wilson JP, Keane TM (ed) Assessing psychological trauma and PTSD, Chapter 13, The Guilford Press, New York, pp.399-411

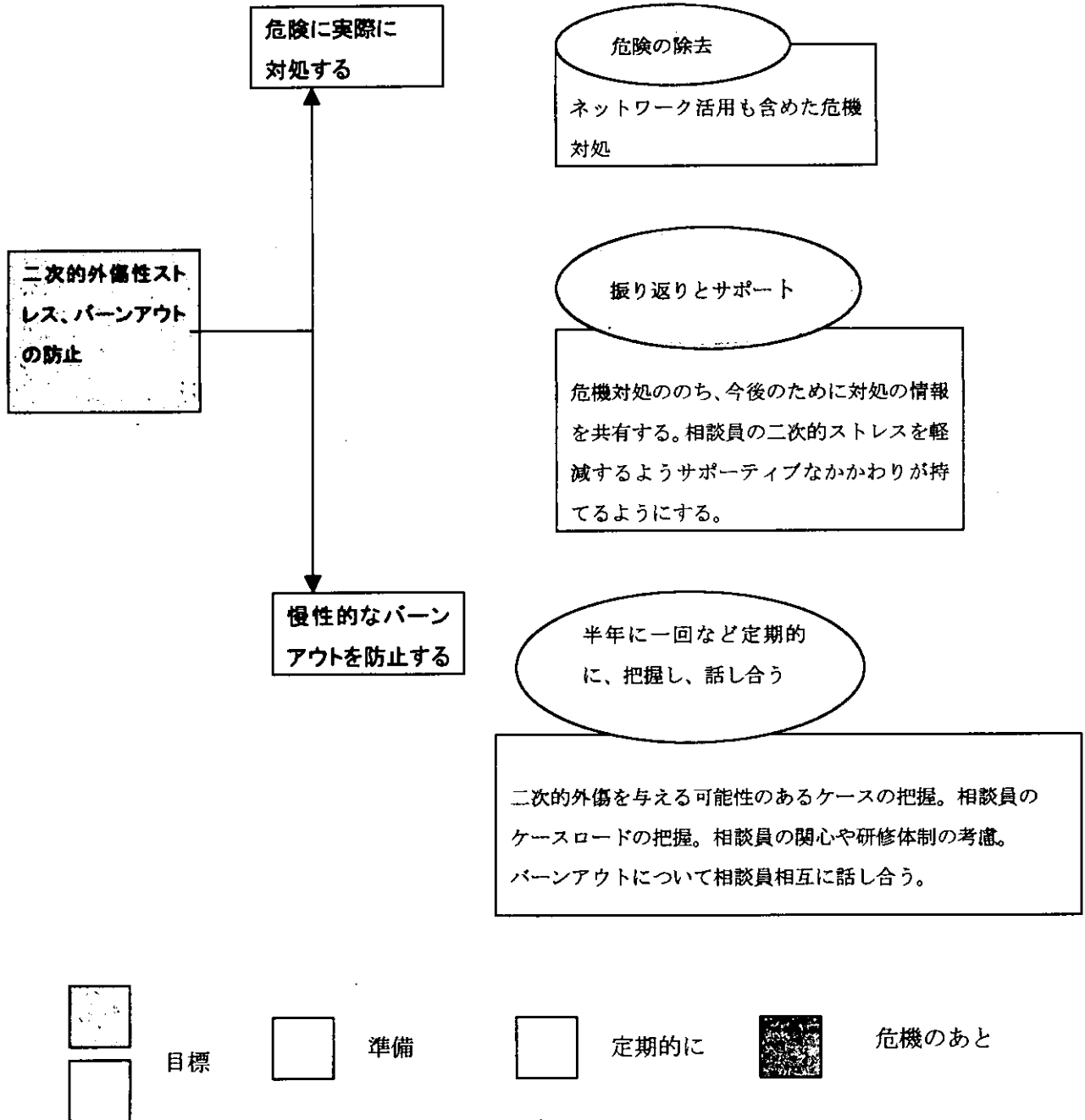
G. 研究発表

1. 学会発表

- ・嶋崎淳子、笹川真紀子、小西聖子：
「DV 相談員のメンタルヘルスに関する調査—医療機関に勤務する心理職との比較から—」第 22 回日本心理臨床学会、2003
- ・嶋崎淳子、笹川真紀子、小西聖子：「DV 相談員における二次的外傷性ストレス」 第 3 回日本トラウマティック・ストレス学会、2004

(別図)
DV相談員のバーンアウト防止及びメンタルヘルス向上のためのガイドライン





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関するアンケート調査

分担研究者 加茂登志子1) 2)

研究協力者 氏家由里1)、金 吉晴3)

1) 東京女子医科大学精神医学教室

2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

3) 国立精神神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部

要旨：本研究班での分担研究の最終目標である医療機関におけるDV対応マニュアルの作成に向けての最終的な調査として、1大学病院における全診療科の医師および看護師に対してDV防止法の内容の理解と対応策の実状についてのアンケート調査を行った。東京女子医科大学病院に勤務する医師および看護師1302人の回答について統計学的に検討した結果、過去1年間のDV被害者診療経験率は全対象の11.5%に認められた。また、DV被害者診療経験率は医師(18.0%)のほうが看護師(9.8%)より統計学的に有意に高く、医師のなかでは女性医師(21.6%)のほうが男性医師(12.7%)より有意に高かった。診療科別には眼科、耳鼻科、口腔外科、皮膚科でも経験率は高値だった。全診療経験者の44.6%に対応に苦慮した経験があり、DV防止法の認知度はまだ高いといえる状態ではない。既存の対応マニュアルによって解決する問題に対してはこれらを利用するとともに、多忙な医療現場に即し、かつその医療機関内で現実的・具体的に活用できる簡潔なマニュアルが必要であると思われた。

A 研究目的

2002年度の本研究班における分担研究で、我々は「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（ドメスティック・バイオレンス）防止法」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。具体的にはDV防止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、病院本部と6診療科に発送し、45.

6%の回答を得た。その結果、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割が知らず、具体的な対応については未検討が8-9割に達した。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。

さらに2003年度の分担研究においては、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した。Medline上の検索では、“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り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った。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。

翻って、わが国での医療機関におけるDV被害の実態調査はまだ数が限られており、諸外国における経験がそのまま援用できるか否かについてはまだ不明な点が多い。そこで、今年度は一大学病院における医師および看護師に対してより詳細なアンケート調査を行ない、最終目標である医療機関におけるDV被害への対応ガイドライン作成のための一助とした。

B 対象と方法

対象および方法

2004年2月現在、東京女子医科大学病院に勤務している医師および看護師に対してアンケート調査を行った(添付1参照)。その結果、同年3月10日までに1316件の回答を得た。このうち、記述に不備のあった14件を除いた1302件を対象とし、統計学的に検討を行った。なお、施行者が所属する精神科では医師を除き、看護師のみを対象とした。

C 結果

1) 対象の内訳(表1)

全対象の平均年齢は 31.6 ± 8.8 歳であり、性別は、男性202人(15.5%)、女性1061人(81.5%)、未記入39人(3.0%)であった。回答者の職種は、医師359人(27.6%)、看護師881人(67.7%)、未記入62人(4.8%)であった。

2) DV被害者に対する診療経験(表2)

「過去1年間にDV被害者かあるいはそうと思われる方の診療に携わったことがありますか」という質問に対して、あると回答したものは150人(11.5%)であった。そのほか、過去1年間にはないが、それ以前にはあると回答したのも50人(3.8%)おり、合計すると全回答者の15.3%にDV被害者に対する診療経験が認められた。職種間の比較では、過去1年間のDV被害者診療経験率は医師(18.0%)のほうが看護師(9.8%)より統計学的に有意に高く(χ^2 二乗検定、自由度=2、 $p=0.001$)、医師のなかでは女性医師(21.6%)のほうが男性医師(12.7%)より有意に高かった(χ^2 二乗検定、自由度=1、 $p=0.034$)。

表3、4に職種ごとの所属科名と過去1年間のDV被害者の診療経験を示した。所属科における回答率が不明であるため、参考値となるが、医師では整形外科、形成外科、口腔外科、眼科、皮膚科などで経験者が多く、看護師では神経精神科、整形外科、形成外科・婦人科、救急医療、眼科・耳鼻科などで経験者が多かった。

3) 診療を経験した場所

過去1年間にDV被害者を診療した場所は、「女子医大病院」131回答(88.5%)、「出張病院」24回答(11.5%)、「その他」2回答(1.4%)であった。

4) 女子医大病院におけるDV被害者診療経験

経験したDV被害者の数の平均は、女性 1.9 ± 1.5 人、男性 0.6 ± 1.8 人であった。受診時の被害者の主訴は、「身体的受傷」62.0%、「受傷以外の身体症状」20.2%、「精神症状」32.0%、「その他」16.3%である。自由記述における主訴の詳細を表3にあらわした。骨折、打撲、不安・抑うつのほか、DVとは直接関連のない身体疾患で治療中に相談を受けるケースも多かった。

次に、他の部署とのケースカンファレンスであるが、「ケースカンファレンスにおいて、DVという視点から当該患者について他の部署と議論したことがありますか」という質問に対し、9.9%が「ある」と回答した。自由記述による相談先の内訳は、ソーシャルワーカー5件、精神科5件、リエゾンナースを含む看護師間2件、部署内1件、地域1件であった。

精神科や心療内科への受診の必要性については、「DV被害者のなかに精神科や心療内科の受診が必要と思われる人がいましたか」との質問に対して、「いたので紹介したことがある」と回答したものは20%、「いたが、特に紹介したことはない」18.2%、「いなかった」39.1%、「不明」23.6%であった。

5) 出張病院やその他の場所のDV被害者 診療経験

経験した医療機関は、「総合病院」76.0%、「診療所やクリニック」20.0%、「その他」8.0%であった。DV被害者数の平均は、女性2.3±1.6人、男性1.5±1.4人であった。受診時の被害者の主訴は、「身体的受傷」80.0%、「受傷以外の身体症状」4.0%、「精神症状」24.0%、「その他」4.0%である。自由記述における主訴の詳細を表5にあらわした。

他の部署とのケースカンファレンスであるが、「ケースカンファレンスにおいて、DVという視点から当該患者について他の部署と議論したことがありますか」という質問に対し、4.2%が「ある」と回答した。自由記述による相談先の内訳は、外科1件、精神科1件であった。

精神科や心療内科への受診の必要性については、「DV被害者のなかに精神科や心療内科の受診が必要と思われる人がいましたか」との質問に対して、「いたので紹介したことがある」と回答したものは16.0%、「いたが、特に紹介したことはない」28.0%、「いなかった」40.0%、「不明」16.0%であった。

6) DV被害者への対応

「DV被害者への対応で困ったことがありますか」との問いに対し、全診療経験者

の44.6%が困ったことがあると回答した。困った点の具体例については自由記載部分の回答を表6に示した。

7) DV防止法の認知

①全対象を通じ、DV防止法については、「よく知っている」30人(2.3%)、「多少は知っていた」438人(33.6%)、「わずかに知っていた」538人(41.3%)、「知らなかった」249人(19.1%)、未回答47人(3.6%)であった。

②守秘義務免除については、「よく知っている」77人(5.9%)、「多少は知っていた」379人(29.1%)、「わずかに知っていた」339人(26.0%)、「知らなかった」485人(37.3%)、未回答22人(1.7%)であった。

③情報提供の努力義務については「よく知っている」97人(7.5%)、「多少は知っていた」394人(30.3%)、「わずかに知っていた」331人(25.4%)、「知らなかった」458人(35.2%)、未回答22人(1.7%)であった。

8) 相談・支援センターとの協議・情報交換

相談・支援センターとの協議・情報交換については、全対象の94.6%が「これまで特に行っていない」と回答し、「診察上必要なときに連絡をとりあっている」のは1.2%だった。

9) DV防止法対応のための講習会参加および対応マニュアル

①医師などへの講習会については、全対象のうち「あれば参加したい」63.6%、「参加するつもりはない」23.7%「その他」8.1%、未回答4.6%であった。

②DV被害者のための対応マニュアルについては、「すでに購入・入手した」0.8%、「まだ入手していないが是非とも入手したい」4.5%、「適当なものがあれば購入、入手したい」35.6%、「現時点では考えていない」55.1%、「その他」1.0%、未回答3.0%であった。

D. 考察

2002年のアンケート調査では、全国大学病院・国公立病院計196施設の大学本部・救命救急科・一般外科・整形外科・形成外科・産婦人科・精神科、すなわち、DV被害者が頻繁に受診する可能性が高い科に対し、選択的な調査を行った。その際の全対象における過去1年間のDV被害者診療経験は33%であった。今回の調査では、同値は11.5%だったが、これは診療科を選択せず、全診療科にわたって調査したためであろう。表3、表4に見るように、DV被害者の診療経験は科によって大幅に異なることがわかる。DV被害者を診療する可能性が高い科としては、前回のアンケート調査の対象とした科のほかにも、眼科、耳鼻

科、口腔外科、皮膚科などが上げられた。その理由としては、表5に見るように直接受傷によるもののほかに、めまいや耳閉感、難聴、頭痛、失声、アトピー性皮膚炎など、慢性持続性ストレスに関連した症状や疾患を主訴に受診している被害者も存在するものと思われる。また、救急医療のように同一科内で医師と看護師の経験の異なる科も認められた。診療上の役割分担から生じた差異であるかもしれない。医師のなかでも女性医師のほうが男性医師よりも経験率が高かった点は興味深い。その理由としては、被害者が女性医師のほうに訴え易かった可能性とともに、女性医師がDV問題により敏感であった可能性もあげられるだろう。

受診時の主訴は直接被害によるものが多かったが、自身の身体疾患治療中に医療スタッフに相談を持ちかけるケースや子供への被害に対する相談が比較的多いことも自由記述のなかから確認できた。このようなケースに適切に対応していくことも医療機関の大きな課題である。

DV被害事例として挙がってきた患者に対し、他の部署とケースカンファレンスを開いた経験は、女子医大病院9.9%、他の医療機関4.2%であった。ともに率としては低く、今後改善すべき点と思われた。たとえば日中はソーシャルワーカーや精神科と協議の場をもてても、夜間にはそのような機会は非常に少なくなる。かかわったス

スタッフが心配しつつも対応に苦慮し、そのまま帰宅となるケースも少なくないと推測する。

精神科への紹介率は女子医大 20%、他の医療機関 16%と前回の調査結果であった 17%と同等かやや上回った。これは、同じ病院の精神科内でDV被害者に対する診療を行っていること、コンサルテーション・リエゾン活動があることなども有効に働いたのではないかとと思われる。しかし、まだ紹介率は少なく、今後も改善努力が必要である。

DV被害者診療経験者の 44.6% が対応に苦慮したことがあり、啓蒙活動がまだ行き届いていないことが明らかとなった。表 6を見ると、被害者本人に対して「どこまで聞いたらいいのか、どう対応したらいいのか」で戸惑うこと、本人がなかなか行動をおこさないこと、加害者への対応のしかたのほか、病院内での具体的な相談先に迷うことなども多いことがわかった。被害者、加害者対応へのABCといった既存の対応マニュアルによって解決する問題に対してはこれらを利用するとともに、多忙な医療現場に即し、かつその医療機関内で現実的・具体的に活用できる簡潔なマニュアルが必要であると思われた。

DV防止法を知らないと回答した人が 19.1% おり、認知度は決して高いとはいえない状態だった。守秘義務免除については

「知らない」が 37.3%、情報提供の努力義務も「知らない」が 35.2%と未だ高率であった。DV被害者に対し専門的な対応手段を学ぶ以前に、法律で定められた医療者としての義務がまだ周知されていないことは重大な問題である。医療者向けの対応マニュアルでは、DV防止法の内容についても十分に触れておく必要があると思われた。

E. 結論

1) 東京女子医科大学病院に勤務する全診療科の医師および看護師に対してDV防止法の内容の理解と対応策の実状についてのアンケート調査を行ない、統計学的に検討した。

2) 過去1年間のDV被害者診療経験 11.5% であり、同率は医師 (18.0%) のほうが看護師 (9.8%) より、また医師のなかでは女性医師 (21.6%) のほうが男性医師 (12.7%) より有意に高かった。

3) DV被害者の診療経験は科によって大幅に異なる。

4) 受診時の主訴は直接被害によるものが多かったが、身体疾患治療中に医療スタッフに相談を持ちかけるケースや子供の被害に対する相談も比較的多く、これらへの対応も医療機関の大きな課題である。

5) DV被害者診療経験者の 44.6% が対応に苦慮したことがあり、啓蒙活動がまだ行き届いていないことが明らかとなった。既

存の対応マニュアルによって解決する問題に対してはこれらを利用するとともに、多忙な医療現場に即し、かつその医療機関内で現実的・具体的に活用できる簡潔なマニュアルが必要である。

6) DV防止法を知らないと回答した人が19.1%おり、認知度は決して高いとはいえない。守秘義務免除については「知らない」が37.3%、情報提供の努力義務も「知らない」が35.2%と未だ高率であった。医療者向け対応マニュアルでは、DV防止法の内容についても十分に触れておく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

加茂登志子、氏家由里、金吉晴：

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関するアンケート調査
東京女子医科大学雑誌（投稿中）

謝辞

アンケート調査にご協力いただいた東京女子医科大学病院に勤務する医師・看護師の皆さんに深謝いたします。

文献

- 1) 金吉晴、加茂登志子、柳田多美：医療現場におけるDV法対応の実態に関する研究—全国主要病院アンケートより平成13年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（第6/7）：pp29-40, 2002
- 2) 金吉晴 加茂登志子 柳田多美：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. 平成14年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）分担研究報告

表1 対象の内訳

職種	男性(人)	女性(人)	不明(人)	合計(人)	平均年齢(歳)
医師	175	162	22	359	37.3±9.0
看護師	11	859	11	881	29.4±7.6
未記入	16	40	6	62	30.3±8.3
合計	202	1061	39	1302	31.6±8.8

表2 過去1年間のDV被害者に対する診療経験

回答	回答数	%
ある	150	11.5
ない	1081	83.0
過去1年間にはない がそれ以前にはある	50	3.8
わからない	21	1.6
合計	1302	100.0

表3 医師の所属科名と過去1年間のDV被害者の診療経験

		過去1年間のDV被害者の診療経験				合計
		ある	ない	過去1年 間にはな いがそれ 以前には ある	わからな い	
脳神経センター	度数	4	18	1	0	23
	所属科名の%	17.4%	78.3%	4.3%	.0%	100.0%
腎センター	度数	0	37	1	0	38
	所属科名の%	.0%	97.4%	2.6%	.0%	100.0%
心臓血圧研究所	度数	5	33	2	1	41
	所属科名の%	12.2%	80.5%	4.9%	2.4%	100.0%
小児科	度数	1	20	0	0	21
	所属科名の%	4.8%	95.2%	.0%	.0%	100.0%
糖尿病センター	度数	0	18	0	1	19
	所属科名の%	.0%	94.7%	.0%	5.3%	100.0%
一般外科	度数	5	15	0	0	20
	所属科名の%	25.0%	75.0%	.0%	.0%	100.0%
救急医療	度数	1	4	0	0	5
	所属科名の%	20.0%	80.0%	.0%	.0%	100.0%
放射線科	度数	1	11	0	0	12
	所属科名の%	8.3%	91.7%	.0%	.0%	100.0%
整形外科	度数	2	1	1	0	4
	所属科名の%	50.0%	25.0%	25.0%	.0%	100.0%
産婦人科	度数	1	9	1	0	11
	所属科名の%	9.1%	81.8%	9.1%	.0%	100.0%
形成外科	度数	6	6	1	0	13
	所属科名の%	46.2%	46.2%	7.7%	.0%	100.0%
皮膚科	度数	7	12	5	0	24
	所属科名の%	29.2%	50.0%	20.8%	.0%	100.0%
眼科	度数	5	7	3	1	16
	所属科名の%	31.3%	43.8%	18.8%	6.3%	100.0%
—	度数	4	25	0	2	31
	所属科名の%	12.9%	80.6%	.0%	6.5%	100.0%

口腔外科	度数	7	7	1	2	17
	所属科名の%	41.2%	41.2%	5.9%	11.8%	100.0%
耳鼻科	度数	3	8	0	0	11
	所属科名の%	27.3%	72.7%	.0%	.0%	100.0%
内科系	度数	3	27	0	0	30
	所属科名の%	10.0%	90.0%	.0%	.0%	100.0%
外科系	度数	4	13	2	0	19
	所属科名の%	21.1%	68.4%	10.5%	.0%	100.0%
その他	度数	1	3	0	0	4
	所属科名の%	25.0%	75.0%	.0%	.0%	100.0%
合計	度数	60	274	18	7	359
	所属科名の%	16.7%	76.3%	5.0%	1.9%	100.0%

表4 看護師の所属科名と過去1年間のDV被害者の診療経験

		過去1年間のDV被害者の診療経験				合計
		ある	ない	過去1年 間にはな いがそれ 以前には ある	わからな い	
脳神経センター	度数	2	84	2	2	90
	所属科名の%	2.2%	93.3%	2.2%	2.2%	100.0%
腎センター	度数	0	55	2	1	58
	所属科名の%	.0%	94.8%	3.4%	1.7%	100.0%
心臓血圧研究所	度数	0	123	2	2	127
	所属科名の%	.0%	96.9%	1.6%	1.6%	100.0%
小児科	度数	0	33	0	0	33
	所属科名の%	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
糖尿病センター	度数	1	28	2	1	32
	所属科名の%	3.1%	87.5%	6.3%	3.1%	100.0%
一般外科	度数	1	15	0	1	17
	所属科名の%	5.9%	88.2%	.0%	5.9%	100.0%
救急医療	度数	10	24	0	1	35
	所属科名の%	28.6%	68.6%	.0%	2.9%	100.0%

放射線科	度数	2	19	1	0	22
	所属科名の%	9.1%	86.4%	4.5%	.0%	100.0%
中央病棟(所属不明)	度数	3	38	2	0	43
	所属科名の%	7.0%	88.4%	4.7%	.0%	100.0%
手術室	度数	4	38	0	1	43
	所属科名の%	9.3%	88.4%	.0%	2.3%	100.0%
整形外科	度数	8	13	1	1	23
	所属科名の%	34.8%	56.5%	4.3%	4.3%	100.0%
総合外来センター	度数	5	18	3	0	26
	所属科名の%	19.2%	69.2%	11.5%	.0%	100.0%
産婦人科・母子センター	度数	1	27	3	0	31
	所属科名の%	3.2%	87.1%	9.7%	.0%	100.0%
神経精神科	度数	15	6	0	0	21
	所属科名の%	71.4%	28.6%	.0%	.0%	100.0%
消化器病センター	度数	3	96	0	1	100
	所属科名の%	3.0%	96.0%	.0%	1.0%	100.0%
中央病棟ICU	度数	0	17	1	0	18
	所属科名の%	.0%	94.4%	5.6%	.0%	100.0%
血液浄化	度数	0	15	1	0	16
	所属科名の%	.0%	93.8%	6.3%	.0%	100.0%
血液内科・呼吸器内科	度数	0	23	1	0	24
	所属科名の%	.0%	95.8%	4.2%	.0%	100.0%
眼科・耳鼻科	度数	6	17	1	1	25
	所属科名の%	24.0%	68.0%	4.0%	4.0%	100.0%
形成外科・婦人科	度数	7	10	4	0	21
	所属科名の%	33.3%	47.6%	19.0%	.0%	100.0%
その他	度数	12	42	5	2	61
	所属科名の%	19.7%	68.9%	8.2%	3.3%	100.0%
未記入	度数	2	12	0	0	14
	所属科名の%	14.3%	85.7%	.0%	.0%	100.0%
合計	度数	82	753	31	14	880
	所属科名の%	9.3%	85.6%	3.5%	1.6%	100.0%