

# Q&A

## 海外女性事情⑩

### パキスタン・イスラム共和国

海外女性事情の第16回は、パキスタン・イスラム共和国の状況について、名古屋大学大学院医学系研究科教授の青山温子さんにお話を伺いました。

**Q** パキスタンでは、女性の平均寿命が男性より短いとのことですが、なぜそんなことが起こっているのか教えてください。

**A** 世界のほとんどの国々で女性の平均寿命<sup>注1</sup>は男性を上回り、先進国では女性の平均寿命は男性より6-7年長いのが普通です。しかし、パキスタンなど南アジアの数カ国では、女性の平均寿命が男性より短いか同じになっています。これは、女性を生き延びにくくする社会的要因があることを示唆しています。

パキスタンは、南アジアの多民族国家で、国民の大多数はイスラム教徒です。東の隣国インドとは紛争を繰り返す、西の隣国アフガニスタンからは200万人以上の難民が流入しました。現政権は、テロリストの掃討に協力し、アメリカなどから支援を得ています。

パキスタンの主要な社会指標を日本と比較しながら表に示しました。国土面積は日本の約2倍、総人口は日本より少し多く、国内総生産は日本の2%にも達しません。女性の平均寿命は60.3歳で、男性より少し短いです。読み書きできる成人女性は3-4人に1人で男性の半分、妊娠死亡率はきわめて高く、毎年2-3万人の女性たちが妊娠出産の際に亡くなっていると推定されます。

パキスタンでは、人間開発指数(HDI)<sup>注2</sup>、ジェンダー開発指数(GDI)、ジェンダー・エンパワーメント指数(GEM)のいずれも低く、保健医療・教育などへの投資が立ち遅れており、女性の社会的地位の低いことが示されています。ただし、現政権は女性の社会参画促進に努力しており、2002年10月の総選挙では、国会下院342議席中60議席、地方議会議席の3分の1が、女性に割り当てられました。

女性1人当たりの子どもの数は平均5人ですが、地方では7-8人以上子どもを産む女性もたくさんいます。もう産みたくないと思っても、避妊の知識がなかったり、夫の理解がなかったりするため、繰り返し妊娠してしまうこともよくあります。間隔をあけず妊娠出産を繰り返したため、貧血が悪化するなど健康を害する女性も少なくありません。妊娠中絶は原則として認められませんが、危険な中絶を試みて命を落とす女性も後をたちません。

この国では、文化的に、妊娠出産に関することはすべて女性だけでなされ、産科医師もほぼすべて女性です。女性医師は都市の裕福な階層出身者がほとんどで、村では、小学校に行ったことのある女性さえ少なく、女性医師はいないし、女性看護師や助産師も不足しています。大多数の女性は自宅で出産しますが、出産に立ち会えるのは、経験に頼って出産介助している村の女性などですから、緊急事態が起これば命を救うことができません。

地方では、病院に女性の医療従事者がいない、受診するか自分で決められず夫や父親の決定に従う、男性の付き添いがないと病院に行けないなどの、社会的・文化的理由によって、女性が医療を受けられないことが多くあります。また、女性医師が地方勤務をするには、一人暮らしができないため夫や家族と一緒に住まなければならないし、往診にも男性の付き添いが必要です。

その一方、都市に住む裕福な女性たちは、地方の貧しい女性たちとまったく違った状況にあります。裕福な女性たちは、近代的な病院を受診できるし、高等教育を受け要職についていることも多いのです。貧しい女性や男性を召使として雇っているので、仕事と家事の両立に悩むこともありません。

パキスタンの女性の平均寿命が改善されるには、大多数の貧しい女性たちの人権が保障され、基本的な保健医療や教育を受けられるような社会にすることが、きわめて重要です。

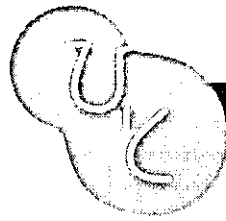


女性患者(左)が女性医師(右)に薬を処方してもらっている。フルカで脚も身体も痺りまくって診療所にやってきた女性も、女性医師の診察室では、安心してフルカをあげ薬を見ることができるとのこと。

	パキスタン	日本
国土面積 (km <sup>2</sup> )	796,085	377,873
人口 (1,000人)	153,578	127,654
総人口 (1,000人)	2,199	3
1人当たりの国内総生産 (GDP) (米ドル)	416	31,277
1人当たりの実質GDP (PPP) (米ドル)	1,890	25,130
0歳平均余命 (平均寿命) (年)	女性 60.3 男性 60.8	女性 85.2 男性 78.3
5歳未満児死亡率 (出生1,000対)	109	5
出生率 (人口1,000対)	37.9	9.3
粗死亡率 (人口1,000対)	10.8	7.7
妊娠死亡率 (出生10万対)	476	8
合計特殊出生率	5.1	1.3
成人識字率 (%)	女性 28.8 男性 58.2	-
小学校教育率 (%)	女性 60 男性 84	女性 100 男性 100
人間開発指数 (HDI)	0.499 [175か国中第144位]	0.932 [175か国中第9位]
ジェンダー開発指数 (GDI)	0.489 [144か国中第120位]	0.926 [144か国中第13位]
ジェンダー・エンパワーメント指数 (GEM)	0.414 [70か国中第58位]	0.515 [70か国中第44位]

国際機関や日本政府の資料から、1999-2003年の入手可能な最新の統計データを採集。

注1 平均寿命とは、出生時においてその後生存できると期待される平均的年数、すなわち、0歳時の平均余命のことである。  
 注2 人間開発指数 (HDI) は経済開発の側面のみならず保健・教育など社会開発の側面を考慮して人々の状態を比較検討する指標。ジェンダー開発指数 (GDI) は人間開発に及ぼすジェンダーの影響の指標。ジェンダー・エンパワーメント指数 (GEM) は政治・経済・社会生活上での意思決定過程への女性の参画程度の指標である。国連開発計画 (UNDP) が提唱した指標であり、毎年発表される人間開発報告書には、各国の数値と順位、算出方法が記載されている。



—映画を届ける—

フィルムコーディネーター

ひびのゆきこ  
日比野 幸子さん (東京都在住)



### 「心に響くメッセージのある映画を届けたい」

業界の流通ルートによらないネットワークで海外の映画作品を日本に紹介する、フィルムコーディネーターの日比野幸子さんにお会いした。

文学少女だった日比野さんが、映画に関わるきっかけは、フランスの作家マルグリット・デュラスが提唱したアンチロマンの作品群。当時、名古屋の映画館に毎日のように通い詰めた。文学と映画の融合を目の当たりにして、ハリウッド大作でなくても素晴らしい映画があることを確信、「そんな映画を自分で探して日本で上映したい。」と思った。生活の保障はなかったがとどろきあらず上京し、8ミリ映画の月刊誌「小型映画」の編集者を経て、「びあフィルムフェスティバル」の公募部門審査員を務め、審査会議で寺山修司、大島渚監督らと5分の8ミリ映画について議論したりするうち、独立系映画の精神について多大な影響を受けた。

現在は個人事務所を設立し、「人間の基本のところの想いが届くような映画」を探して各国の映画祭に出掛け、年間300本ほどの作品を見ている。この至福の時間に比べたら赤字経営も気にならないと笑う。

そんななか、広島、神奈川などの地方自治体企画の映画祭にも関わり、愛知県では「あいち国際女性映画祭」の立ち上げ時から東京事務局代表として参加、海外の渉外業務から来日ゲストのお世話まで、雑多な業務をこなす。現場仕事が好きという。忘れられない思い出は、「第1回開催初日の予想以上の客入りに会場が大混乱し、その善後策を深夜までケンカ腰で議論したこと」を始めとして数え切れない。「すごく大変だったけれどもみんなが熱く、何かを作っているという実感があつた。」と話す。今後は、「映画祭で上映された日本語字幕付きの作品が、その後眠ってしまうのは大変もったいない。非営利の上映権を購入し、ウィルあいちでいつでも見られる「フィルム・アーカイブ」が実現できれば。」と明日を語る。

ボランティア企画で始めた子どものための映画祭(ベルリン国際映画祭のキンダー・フィルムフェスト部門と姉妹提携)も10周年を迎えた。「人間の心を育てるには、7歳までの映画体験が絶大な効果を持つと信じ、この映画祭をライフワークとして続けたい。」いずれは名古屋でも開催したいとまたまた夢は広がる。

「作品の良し悪しだけでなく、心に響くメッセージがある映画を届けていきたい。」優しく穏やかな口調ではあるが、強い意志が感じられ、映画を通じての人と出会いを大切に、夢を語る瞳は輝きに満ちていた。

### Yukiko Hibino Profile

岐阜県出身  
 昭和45年 上京して出版社に勤務  
 昭和54年 びあフィルムフェスティバル公募部門審査員、海外部門ディレクターを務める。  
 平成2年 有限会社オペラント設立  
 平成8年 あいち国際女性映画祭東京事務局代表就任



### 情報ライブラリ デモ展示

「ひと」に関する資料を、写真やインターネットからの情報を含めて、パネルで紹介しています。

- テーマ 愛知のひとと映画を届ける
- 期間 7月22日(木)～8月22日(日)
- 場所 ウィルあいち1階 情報ライブラリー

<問い合わせ先> 財団法人あいち女性総合センター 情報相談課  
 電話 052-982-2513

## 世界銀行の保健医療分野活動

青山 温子

世界銀行グループ(The World Bank Group)は、世界保健機関、国際労働機関などと並ぶ、国際連合経済社会理事会の下の独立専門機関である。国際復興開発銀行(International Bank for Reconstruction and Development: IBRD)、国際開発協会(International Development Association: IDA)、国際金融公社、多数国間投資保証機関、国際投資紛争解決センターの5組織から成るが<sup>1)</sup>、通常、IBRDとIDAをあわせ、狭義の世界銀行(The World Bank)と呼んでいる。

1944年のブレトンウッズ協定に基づき、1945年、国際通貨基金とIBRDが設置された。IBRDの設立目的は戦後復興支援であったが、それが一段落し、他方、アジア・アフリカの旧植民地諸国が独立するなどして、経済開発支援が求められるようになった。世界銀行の役割も、貧困緩和・経済開発へと変化した。

IBRDは、単一機関として最大の開発資金貸付機関である。平均償還期間15~20年(うち据置期間5年)で、金利を課して加盟国に融資している。1960年に設立されたIDAは、後発開発途上国に対して、無利子・償還期間35~40年(うち据置期間10年)という、8割が贈与になる条件で融資している。2003年現在の加盟国は、IBRDが184カ国、IDAは164カ国にのぼる<sup>2)</sup>。

日本は1952年にIBRDに加盟、融資により、新幹線、高速道路、発電所などの経済基盤整備を

進め、1990年に借金を完済した。日本は、現在、米国に次ぐ出資金を拠出している他、開発政策人材育成基金や日本社会開発基金などを設置して、プロジェクト形成、人材育成、貧困緩和などに貢献している。

世界銀行の保健医療分野への投資は、1970年頃に始まった。ダム開発に伴う住血吸虫症などの拡大防止のため、開発プロジェクトに保健医療コンポーネントを取り入れたのが始まりで、人口家族計画プログラムなどにも関与するようになった。しかし、当時はまだ、保健医療など社会セクターは消費のみで生産をもたらさず、貸付の対象にはなりにくいと考えられていた。

1980年代になると、経済主導の開発が逆に格差を拡大させたことなどへの反省から、直接人々の生活を改善するアプローチが重要であるという社会開発の考え方が起こった。さらに、1990年代には、保健医療・教育など人間そのものを開発の中心とする人間開発の考え方が生まれた<sup>3)</sup>。

世界銀行は、1993年、世界開発報告「人々の健康に対する投資」を発表し<sup>4)</sup>、保健医療分野に投資して健康を改善すれば、人材の基礎水準を引き上げて経済生産の向上に寄与できるということを明確にした。さらに、1997年に保健医療セクター戦略<sup>5)</sup>、2000年に人口・リプロダクティブヘルス分野の戦略が発表された<sup>6)</sup>。その間、世界銀行の保健医療分野投資額は急速に増加した。2002

あおやま あつこ：名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
連絡先：☎ 466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町 65

年度には、IBRD 総融資 115 億ドルのうち 12%、IDA 総融資 81 億ドルのうち 13%が、保健医療分野対象であり<sup>2)</sup>、教育、水・衛生を含む社会セクター全体では 2 割以上に達した。

世界銀行の保健医療分野への関与は、融資プロジェクト、調査研究、および政策対話に大別される。融資プロジェクトには、病院・診療所整備などのようなハード面ばかりでなく、医療制度策定への技術協力や人材育成のようなソフト面も含まれる。調査研究には、保健医療セクター調査などプロジェクト形成や政策対話の基礎となる調査の他、経済分析・政策研究などがなされている。また、世界銀行は、相手国政府と長期にわたる関係を維持しており、マクロ経済や他セクターの動向に留意しながら、的確な政策を進めるよう助言している。調査研究や政策対話を通して相手国関係者の能力向上に貢献する技術協力的活動を、無償で実施している。

筆者は、1996 年から 1999 年までの 3 年間、世界銀行中東北アフリカ地域の保健医療専門家として、種々のプロジェクトや調査研究などに携わった<sup>7-11)</sup>。当時、6,000 人を越える本部職員の中で、日本人医師はただ 1 人であった。世界銀行での仕事の進め方からは、大変多くのことを学んだ。

世界銀行では、世界の保健医療政策の潮流の最先端を意識し、対象国の保健医療セクター全体を見渡し、政策対話を進めながらプロジェクトを形成している。相手国のマクロ経済状況や開発計画全体の中で、大局的に保健医療分野の優先課題を捉えている。世界銀行には膨大な量の情報が集まるうえ、中立的な国際機関の立場から、相手国政府の内部資料も入手できる。プロジェクト形成・実施に際しては、基礎データに基づき、専門外の人にも意義が理解できるよう努め、投資に相応した結果を出すことを重視して仕事を進めている。

一般に、保健医療分野の事業は、基本的ニーズを満たす人道的活動であることから、優先度や費用対効果の吟味が不十分のことがあるように思う。しかし、効率やコストを考慮しないと、たと

え優れた事業でも持続することができなくなる。限られた資源を確保するには、専門外の人々にも意義を理解してもらわなくてはならず、客観的データに基づいて計画を立案することが必要となる。

日本の保健医療も、経済の低迷と人口の急速な高齢化により、従来どおり何もかも最大限平等に行き渡らせることを目指すのは難しくなるであろう。もちろん保健医療は、個々の人間を対象として考える分野であるが、セクターの全体像を把握して冷静に優先度を判断することも重要である。費用対効果を分析し、効率的に実施することによってこそ、有効で質の高いサービスを持続的かつ公平に行き渡らせることが可能となるのではないであろうか。

## 文 献

- 1) 西垣昭・他：開発援助の経済学(第 3 版)。有斐閣、2003
- 2) The World Bank: Annual Report 2002. Washington DC, 2003
- 3) 青山温子・他：開発と健康—ジェンダーの視点から。有斐閣、2001
- 4) The World Bank: World Development Report 1993-Investing in Health. Oxford University Press, New York, 1993
- 5) The World Bank: Sector Strategy-Health, Nutrition, & Population. Washington DC, 1997
- 6) The World Bank: Population and the World Bank-Adapting to Change. Washington DC, 2000
- 7) The World Bank: Republic of Yemen-Enhancing Policy Options-A Population Sector Study. Washington DC, 1997
- 8) Aoyama A, et al: Arab Republic of Egypt-The Situation of Human Resource Development and Management in the Health Sector-A Background Document for the Egypt Health Sector Reform Project. The World Bank, Washington DC, 1997
- 9) The World Bank: West Bank and Gaza-Medium Term Development Strategy for the Health Sector. Washington DC, 1998
- 10) Aoyama A: Toward a Virtuous Circle-A Nutrition Review of the Middle East and North Africa. The World Bank, Washington DC, 1999
- 11) Aoyama A: Reproductive Health in the Middle East and North Africa-Well-being for All. The World Bank, Washington DC, 2001

## 女性の健康問題としてのドメスティック・バイオレンス (DV) —タイ国保健医療関係者の取組み

ナガエ ミホ\* キタバヤシ ハルミ\* アオヤマ アツコ\*  
長江 美穂\* 北林 春美<sup>2\*</sup> 青山 温子\*

**目的** タイ国コンケン県のドメスティック・バイオレンス (DV) の状況と対策について、現地での質的調査結果をもとに報告する。保健医療機関を中心とした DV 対策モデルと、他の開発途上国での応用可能性について考察する。

**方法** コンケン市および周辺地域にて、DV 被害女性および保健医療など DV 対策関係者を対象として面接調査を実施した。DV によって引き起こされた健康問題、DV 対策の現状、課題と問題点について質的・定性的に把握した。また、被害女性の生活状況や DV 対応施設の状況を観察した。

**結果と考察** コンケン市内スラム地域で、インフォームド・コンセントを得られた DV 被害女性 4 人を対象に面接調査した。看護師とソーシャルワーカーが家庭訪問して発見した事例、地域の看護師、住民代表や僧侶らの連携により夫に暴力をやめさせる働きかけがなされた事例では、保健医療関係者の介入が効果的であったと考えられた。

コンケン県病院救急部、およびナンボン郡病院には、One-Stop Crisis Center (OSCC) と呼ばれる DV 被害女性に対応する施設が作られていた。専任職員がカウンセリングを担当するほか、DV に関する研修を受けた医師・看護師らが OSCC チームを構成し被害女性に対応していた。OSCC チーム構成員の DV に対する認識は高いが、人員不足、時間外対応の困難、精神的ケア不足などが問題点としてあげられた。病院、ヘルスセンター、地域住民との間には、被害女性の発見、紹介、経過観察や情報交換などの連携が行われていた。

しかし、OSCC チーム以外の病院職員、精神病院職員、検察官、家庭裁判所判事、女性職業訓練所職員などその他の関係者は、DV 事例の経験が殆んどなく DV に関する理解も乏しかった。これらの機関と OSCC との連携はほとんどなかった。また、タイでは、DV 対策法はまだ制定されていなかった。

タイでは、保健医療関係者が中心となって、DV 被害女性の発見とケアおよび支援対策を進めている。今後は、さらに関係者に対する DV 関連の教育研修を進め、他の関係諸機関や地域社会との相互連携を強化していくことが必要である。

法的規制や行政執行能力等が不十分な開発途上国でも、基本的社会サービスとしての保健医療体制は比較的機能している場合がある。それぞれの国の社会的背景に応じて、保健医療関係者を中核とした DV 対策を進めていく可能性が考えられる。

**Key words** : ドメスティック・バイオレンス (DV), 女性の健康問題, 保健医療関係者, タイ, 開発途上国

### I はじめに

ドメスティック・バイオレンス (DV) とは、

夫や恋人など、親密な関係にある男性から女性に対する暴力のことである\*。DV には、殴る・蹴るなどの身体的暴力、怒鳴る・無視する・行動を

\* 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学

<sup>2\*</sup> 国際協力事業団 (現: 国際協力機構)

連絡先: 〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65  
名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
青山温子

\* DV は、親密な関係にある者の間の暴力を意味しており、女性から男性への暴力の場合もあり得る。しかし、現実には、男性から女性への暴力が圧倒的に多いため、本研究では、男性から女性への暴力に限定して考えることとした。

制限するなどの精神的暴力、性行為を強要する・避妊に協力しないなどの性的暴力が含まれる<sup>1,2)</sup>。

DVは、世界的には、1970年代頃から女性に対する人権侵害であり深刻な社会問題であると認識されるようになり、1993年には「女性に対する暴力の撤廃に関する宣言」が国連総会で採択された<sup>3)</sup>。DVは、女性の健康に深刻な影響を及ぼすことが知られており、世界保健機関（WHO）は「DVは健康問題である」と提唱<sup>4)</sup>、世界銀行も、「DVは先進国・開発途上国を問わず広範に発生しており女性の疾病や死亡の相当な原因となっている」と報告している<sup>5)</sup>。さらに、1994年のカイロ国際人口開発会議<sup>6)</sup>、1995年の北京世界女性会議<sup>7)</sup>を経て、DVは、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）の一環として捉えられるようになった。

DVは、家庭内で起こるため、従来の刑事法などによる対策がしばしば困難であった。したがって、DVが社会的に重要な問題であることが認識されると、新たにDV対策のための法律を制定して取り組まれることが多い。日本では、1992年に、「夫（恋人）からの暴力」についての調査が行われて問題の深刻さが明らかとなり<sup>8,9)</sup>、2001年、「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（DV防止法）」が制定されるに至った<sup>10)</sup>。

その一方、一般に開発途上国では、十分な実態調査が行われておらず統計資料が少ないうえ、DV対策法が制定されていなかったり、法律があっても確実に執行されていなかったりすることが多い。また、DVは、社会的・文化的に慎重な配慮を要することの多い問題であり、先進国でのDV対策をそのまま開発途上国に適用するのは難しいと考えられる。

先進国においても、DVの被害女性は、警察や行政に助けをを求めるより、まず医療機関を受診していることが多く<sup>11,12)</sup>、医師・看護師など保健医療関係者がDVの第一発見者となることは少なくない。また、DVに対応できるだけの司法・行政体制が十分確立されていない開発途上国においても、保健医療の体制はある程度整えられていることが多い。したがって、今後、開発途上国の保健医療関係者が、早期発見・再発予防などのDV対策において重要な役割を果たす可能性が期待さ

れる。

タイは、開発途上国の中でも、中央政府のリーダーシップのもと、全国の保健・一次医療体制が整備されてきた国として知られている。DVに対しても、保健医療機関が中心となった取り組みが始められており<sup>13)</sup>、今後、DV対策に取り組まなければならない開発途上国にとって参考となるばかりか、日本など先進国の保健医療関係者の役割を考えるうえでも興味深い。

この論文では、東北タイのコンケン県におけるDVの状況と保健医療機関を中心とした取り組みについて、現地での質的調査の結果をもとに報告する。タイにおける保健医療機関が中心となったDV対策モデルとその応用可能性について考察する。

## II 方 法

タイ国コンケン県コンケン市および周辺地域にて、2002年7月1日～12日、現地調査を実施した。調査の目的は、(1)DVによって引き起こされた健康問題の現状、(2)DV対策の現状、(3)DV対策の課題と問題点、について質的・定性的に把握することである。DV被害女性、およびDV対策関係者を対象とし、一定の質問項目から開始し質問を続けながら自由に話してもらい、セミストラクチャード・インタビュー方式による面接調査を実施した。なお、現地調査に先立ち、文献・資料によりタイにおけるDVの状況を調査した。

コンケン市内テバラク地区には、鉄道沿線公有地に郡部から移り住んだ貧しい人々がスラムを形成している。テバラク地区を管轄する一次保健医療機関（ミタバ・ヘルスセンター）の看護師の協力により、暴力被害女性6人を面接対象者として選定、インフォームド・コンセントを得たうえで、ミタバ・ヘルスセンターにて面接調査を実施した。年齢、職業、収入、教育、家族構成、暴力の内容・程度・頻度、相談する人・支援を求める場所、保健医療関係者の対応状況と要望などについて質問し自由に話してもらった。また、一部の面接対象者の家庭を訪問して、生活状況を観察した。

コンケン市内にあるコンケン県病院、および近郊のナンボン郡病院には、後述するように、救急部に One-Stop Crisis Center (OSCC) と呼ばれる

DV被害女性に対応する施設が設立されている<sup>14)</sup>。DV対策に関連する保健医療関係者として、コンケン県病院の医師2人、OSCCチームの救急部看護師6人、病棟看護師2人、OSCC専任ソーシャルワーカー1人、薬剤師1人、ナンボン郡病院OSCCの看護師2人、ミタバ・ヘルスセンターの看護師3人、コンケン県精神病院の臨床心理士1人、テバラク地区の住民ヘルス・ボランティア1人、計19人に対して、それぞれの所属する保健医療機関にて面接調査を行った。その他のDV対策関係者として、地方検察官2人、家庭裁判所判事2人、女性職業訓練所のソーシャルワーカー1人、仏教寺院の僧侶1人、計6人に対して、それぞれの職場を訪問して面接調査した。仕事の内容、DV被害者を支援した経験、支援をするうえで考えられる問題点、今後のDV対策などについて質問して自由に話してもらった。同時に、保健医療機関などの施設や活動状況を観察し資料を入手した。

### III 結 果

#### 1. タイにおけるDVの現状

タイにおけるDV発生頻度に関する調査研究の英語文献は少ないが、1994年バンコクの既婚男性を対象とした面接調査<sup>15)</sup>によると、約20%が妻に暴力を振るったことがあるという結果であった。これは夫が自覚している身体的暴力に限られるため、実際のDV頻度より低いと推定されるうえ、精神的暴力・性的暴力を加えれば、かなりの高頻度となることが予測される。

また、医療機関受診者を対象とした調査では、DV被害女性の12~21%は、妊娠中に身体的暴力を受けていた<sup>16)</sup>。妊娠中にDVが始まったりDVの頻度が増加したりすることは、英国などでの調査でも報告されている<sup>17,18)</sup>。妊娠中のDVによって流産のリスクは通常の2倍、低出生体重児のリスクは通常の4倍に増加すると報告されており<sup>5)</sup>、母児の健康に悪影響を及ぼすと考えられる。

#### 2. 保健医療機関によるDVへの取り組み

1998年、バンコクの病院が、マレーシアでの取り組みを参考にして、DV被害女性に対応するための施設を設立した<sup>13)</sup>。コンケン県では、1999年に県病院外傷センター内にDV被害女性に対応する施設、One-Stop Crisis Center (OSCC) が設

立され<sup>14)</sup>、その後、県内のナンボン郡病院にもOSCCが設立された。OSCC設立にあたっては、DVを重要な女性の健康問題と認識して取り組んだ、設立当時の外傷センター長やナンボン郡病院長のリーダーシップによるところが大きかったといわれている。

コンケン県病院は、県都コンケン市にある714床の公立三次病院であり、経済状況や社会階層に関わらず、あらゆる患者を幅広く受け入れている。OSCCは、救急部の一角に設けられていて、カウンセリング室と診察室がある。プライバシーが保たれるよう配慮はされているが、入口は救急部と共通である。OSCCには、専任のソーシャルワーカー1人が常勤し、救急部などから紹介されたDVの被害女性のカウンセリングを行っているほか、救急部や各診療科に所属する医師・看護師らが、併任でOSCCチームを形成している。OSCCチームは、専任・併任ソーシャルワーカー各1人、救急部・外科・産婦人科・小児科・眼科の医師5人、救急部・外科病棟・産婦人科病棟・外来の看護師18人の、計25人から成り立っている。OSCCチームメンバーは、DVに関する研修を受け、24時間体制で被害女性の治療にあっている<sup>19)</sup>。病院では、OSCCチーム以外の職員に対して、順次DVに関する研修を受講させる計画であった。

OSCCは、DV被害女性のほか、虐待児、近親者や知人などによる暴力被害者などに対応しており、それらを合わせた形で暴力被害者数を集計していた。2000年10月1日から2001年7月31日までの10か月間に、身体的暴力被害者231人、性的暴力被害者36人、計267人が、OSCCに紹介されていた。そのうち、夫や恋人を加害者とする身体的暴力被害者は84人であった。また、暴力被害者の約6割は、夜間・早朝に受診しており<sup>14)</sup>、入院後、または救急部にて外来治療後、翌日OSCCのソーシャルワーカーに紹介されていた。

ナンボン郡病院は、コンケン市郊外にある二次病院である。OSCCは、プライバシーに配慮して、救急部から少し離れた別棟に設けられており、OSCCでカウンセリングの受けられることを救急部に表示していた。カウンセリング研修を受けた看護師が専任となり、外来・病棟併任の看護師らとOSCCチームを作って対応、受診患者の中

からDV被害女性を見いだしてOSCCに紹介している。また、地域の一次医療施設であるヘルスセンターの看護師らと、被害者の発見とフォローアップに関する事例検討会を開いて、地域との連携に努めていた。DV被害女性を早期に発見するため、病院のOSCCスタッフが、地域住民に対してDVやOSCCの役割に関する情報提供をしていた。ヘルスセンター看護師や地域住民代表との連携により、被害女性の支援に成功した例として、トラック運転手をしている夫に車中で生活するよう強いられていた女性を救出し、清掃の仕事を斡旋して自立させた事例が紹介された。

### 3. コンケン市テバラク地区のDV被害女性の状況

コンケン市のスラム地域であるテバラク地区にて、インフォームド・コンセントを得られた暴力被害女性6人の面接調査を実施した。面接した女性のうち4人がDV被害者で、夫からさまざまな形の暴力を受けていた(表1)。なお、他の2人は、面接の結果、加害者が母親・近所の人と判明したため、DVの範疇に含めることができず除外した。

ケース1は、看護師・ソーシャルワーカーが家庭訪問して積極的に発見した事例であり、保健医

療関係者の積極的取り組みを評価できる。ケース2は、夫からHIVに感染させられたと判明した後も避妊を実行できず2児を出産した事例で、現在夫は行方不明であり、被害女性は自分と子どもの将来に著しい不安を抱いていた。ケース3は、幼少時から虐待を受けてきた女性が、成人後も虐待を容認する傾向のあることを示す事例と考えられた。ケース4は、看護師と地域住民代表らが連携して介入し、加害者への対応までなされた事例であった。

調査対象がスラム地域であったため、いずれのケースにおいても、DVの背景として、低い不安定な収入・飲酒・低い教育水準が認められた。被害女性はDVに関する認識がなく、ヘルスセンターの看護師らによる積極的支援が必要とされた。病院とヘルスセンター、ヘルスセンターと地域住民代表などとの、具体的連携が機能している事例も認められた。

### 4. 保健医療およびその他の関係者の意識

保健医療関係者19人、およびDV被害女性支援に関係があると考えられるその他の関係者6人に対し、面接調査を行なった(表2)。

コンケン県病院の医師2人、OSCCチームに属する救急部看護師6人、OSCC専任ソーシャ

表1 コンケン市テバラク地区で面接調査したDV被害女性

ケース	対象女性					暴力			支援者・支援機関
	年齢	教育	家計の月収	結婚年数	子どもの数	種類	内容	症状	
1	31歳	なし	3,000パーツ	14年	2人	身体的	殴る・蹴る	打撲・裂傷	コンケン県病院・ヘルスセンター
2	30歳	5年	2,800パーツ	7年	4人	性的	感染予防しない性行为	HIV感染	コンケン県病院
3	23歳	6年	2,500パーツ	同居1年	2人	精神的	暴言・非難	不安神経症	ヘルスセンター看護師
4	18歳	9年	3,000パーツ	2年	1人	身体的	殴る・蹴る	打撲・裂傷	ヘルスセンター・地域・寺院・警察
ケース	経 過								
1	夫は31歳・日雇労働者。飲酒後夫に暴力を受けていたが、恥ずかしくて人に相談できなかった。顔が変形するほど殴られ口の中が約2cm切れているのを、家庭訪問したヘルスセンター看護師とコンケン県病院ソーシャルワーカーが見出し、ヘルスセンターで治療とカウンセリングを受けた。相談することができて、気分がとても楽になった。								
2	1回目の結婚で12歳の娘、2回目の結婚で6歳・3歳の息子と1歳の娘を出産した。4年前、体調不良でコンケン県病院受診。HIV感染が判明した。夫は、自分がHIVに感染していることを知っていたのに感染予防措置をとらなかった。1年半前、体調不良のため実家に戻った後、夫とは連絡が取れない。子供の将来を心配している。								
3	生まれた時から実の両親を知らず、養母に虐待を受け、その後祖父に育てられた。17歳より売春を始め、4年前、喧嘩して警察に逮捕された時、帰宅途中警察官に強姦されて妊娠出産した。1年前から、29歳の男性と同居しているが、毎日、飲酒後に暴言・非難などの言葉の暴力を受けている。								
4	夫は30歳・日雇労働者。以前から殴る・髪を引っ張るなどの暴力を振ったが、1年前、頭部をひどく殴られヘルスセンターを受診した。ヘルスセンター看護師の助言により両親と一緒に警察に届け、さらに地域住民リーダーの介入により、夫は2ヶ月仏教寺院に預けられた。寺院から戻った後現在まで、暴力はない。								

表2 DV被害女性支援関係者

	職 種	所属・役職など	仕事内容	DV被害女性支援上の問題点と認識している事項など
保健医療 DV事例 経験有	医 師	コンケン県病院 産婦人科医長	診療, カウンセリング	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足; 精神的ケアが不十分; 被害者の法的保護が不十分
	医 師	コンケン県病院 地域医療部	付属ヘルスセンターでの診療, 医学生指導	医師のDVに関する知識が不足; 医師・医学生に対するDV被害者への対応法教育や事例検討などの強化が必要
	看護師	コンケン県病院 救急部看護師長	救急部看護師の統括	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 時間外の対応について検討することが必要; 人員不足
	看護師	コンケン県病院 外傷センター副 看護師長	OSCC チームの統括	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない; 保健医療関係者への教育研修強化が必要
	看護師	コンケン県病院 救急部	診療介助, カウンセリング, 患者記録	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足
	看護師	コンケン県病院 総務	事務処理, 診療会議参加	精神・心理面の専門家がおらず, 他機関との連携不十分で, 精神的ケアが不足
	看護師	コンケン県病院 産婦人科看護師長	産婦人科看護師の統括	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない
	看護師	コンケン県病院 カウンセリング	カウンセリング, 患者記録, 患者家庭訪問	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない; DV被害者はなかなか実態を話そうとしないため, 聞き取りが難しい
	ソーシャル ワーカー	コンケン県病院 OSCC	カウンセリング, 患者記録, 情報提供, 専門医紹介, 警察・検察官との連携	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足; 精神的ケアが不十分; 他機関との連携強化が必要
	看護師	ナンボン病院 OSCC	カウンセリング, 患者記録, 患者家庭訪問	一時保護施設, 健康保険などが不十分で, 社会的サポートが不足; 警察に報告後, 夫婦仲良く帰るケースがある; OSCCと地域の連携強化が必要
	看護師	ナンボン病院救 急部	診療介助, カウンセリング, 患者記録	一時保護施設, 健康保険などが不十分で, 社会的サポートが不足; OSCCと地域の連携強化が必要
	看護師3名	ミタバ・ヘルス センター	診療介助, カウンセリング, 家庭訪問	DV被害者はなかなか実態を話そうとしないため, 聞き取りが難しい
	ヘルス ボランティア	テバラク地区	家庭訪問, 健康情報の提供, 住民データ収集	DVに関する情報・知識の不足; ヘルス・ボランティアを対象としたDVに関する教育研修が必要
保健医療 DV事例 経験無	看護師2名	コンケン県病院 病棟	入院患者の看護	特になし
	臨床心理士	コンケン県精神 病院	カウンセリング	都市型への生活変化に伴う精神的ストレスのケアが必要
	薬剤師	コンケン県病院 薬剤部	調剤, 投薬	特になし
その他 DV事例 経験無	検察官2名	コンケン県検察庁	加害者の訴追	虐待児童の事例は扱っているが, 成人女性に対するDV事例の経験はない; DV被害女性の保護など法的設備が必要
	判事2名	家庭裁判所	調停, 裁判	虐待児童の事例しか扱ったことがない
	ソーシャル ワーカー	女性職業訓練所	職業訓練・就職斡旋による自立支援	シェルターは1部屋あるが殆んど使われていない
	僧侶	寺院	宗教的指導, 被害者・加害者の相談・指導	低所得層より中高所得層夫婦に問題が多いようだが, なかなか状況を話さない; DV被害女性本人が問題解決方法を探す事が重要



ルワーカー1人、ナンボン郡病院 OSCC チームの看護師2人、ミタバ・ヘルスセンターの看護師3人、およびテバラク地区住民ヘルス・ボランティア1人の計15人は、DV事例を経験しており関心が高く、DVを女性の健康問題と認識していた。OSCCチームに属する看護師らは、DV被害女性への対応における問題点として、人員不足、DV事例に対応するための教育研修不足、被害女性の精神的ケア不足、行政・司法機関など関係諸機関との連携不足などを挙げた。DVの発生は夜間に多く、早朝・夜間の受診者が多いため、対応が難しいことも指摘された。

その他の4人、すなわち、コンケン県病院の病棟看護師2人、薬剤師1人、およびコンケン県精神病院の臨床心理士1人は、DV事例の経験がほとんどなく、DVを個人的問題と捉え、女性の健康問題とは認識していなかった。

その他の関係者として、面接調査に協力の得られた、地方検察庁検察官2人、家庭裁判所判事2人、女性職業訓練所ソーシャルワーカー1人、仏教寺院僧侶1人の計6人に対して、DV事例の経験、所属機関の役割などについて質問した。検察官と判事はDV事例の経験がなく、DVを個人や家庭内の問題と捉えていた。女性職業訓練所職員もDV事例の経験は少なく関心も低かった。これら関係諸機関の間では、DVの事例検討や情報交換などは行われていなかった。

## N 考察と展望

### 1. 女性の健康問題としてのDV

面接調査したDV被害女性、およびOSCCチーム関係者の話から、タイにおいても、DVが女性の健康に深刻な影響を及ぼしていることが判明した。殴る・蹴るなどの暴力により、入院を要するほどの外傷に至ることも稀ではなかった。先進国・途上国を問わず、DVは、被害者・加害者の社会的・経済的状况に関わらず発生することが知られているが、今回の調査で、直接面接した事例や、OSCC関係者から説明された事例では、貧困・飲酒を背景とするものが多かった。

目にみえる身体的暴力に対する取り組みに比し、精神的暴力や性的暴力に対する取り組みは遅れていた。DV被害女性はOSCCでカウンセリングを受けることができるが、専門医による精神

的ケアはなされておらず、また、精神病院ではDV事例をほとんど扱っていなかった。先進国の調査結果では、精神的暴力により、抑うつ、不安神経症、頭痛・胃痛などの心身症、アルコール・薬物依存症などが引き起こされ、最終的に自殺に至る場合も少なくない<sup>20~22)</sup>。関係機関相互の連携体制を強化して、精神的ケアにも取り組むべきであると考えられた。

また、性的暴力により性感染症・望まない妊娠などが生じることが知られているが<sup>23,24)</sup>、タイは成人HIV感染率が比較的高いため<sup>25)</sup>、性的暴力によりHIV感染の拡大や母児感染が引き起こされてしまう危険があった。タイでは積極的なHIV/AIDS予防対策が効を奏し、新しい感染は激減している。また、感染率の高い北部タイなどでは、患者・感染者を支援する地域社会・NGO活動も活発である。HIV対策プログラムは、DV対策よりも、資金的にも人材面でも充実しているので、HIV感染原因の1つとしてDVに対応していくことが必要と考えられる。また、たとえば、患者・感染者のエンパワーメントを目指す地域社会活動の手法は、DV被害女性の自立支援にも適用できると思われる。

### 2. 保健医療関係者の果たす役割

先進国においては行政機関やNGOがDV対策の中心的役割を果たしているが、被害女性は、まず医療機関を受診することが多く、保健医療関係者は、DV被害の第一発見者となる場合が多い。しかし、その一方、米国での調査でも、保健医療関係者は女性の外傷や症状がDVに起因するという認識が低いと報告されている<sup>26)</sup>。日本のDV防止法は、医療関係者に、DV被害の通報できること、被害者に情報提供するよう努めることを規定しているが<sup>10)</sup>、医療機関での対応法は十分議論されておらず<sup>27)</sup>、直接DV対策の責を担う行政・司法関係者に比して保健医療関係者のDVに対する認識が低いと言われている<sup>28)</sup>。

保健医療関係者の果たす役割として、DVの早期発見、再発予防、および引き起こされた障害の治療などがあげられる。保健医療関係者がDV事例であることを見いだして診断・治療しないと、原因としてのDVが見過ごされてしまい、その後の経過に大きな影響を及ぼす。DVの本質を理解していないために、保健医療関係者の不用

意な言動が、DV被害女性にさらに二次的被害ともいえる精神的被害を与えてしまう恐れもある。また、原因がDVであることを見落とし適切に介入しなかったために、繰り返しDVの被害を受けて受診する女性が多いという報告もある<sup>29)</sup>。

保健医療関係者は、DVに関する認識を高め、対応法を系統的に学ぶ必要がある。たとえば、米国では、1992年以来、DVのスクリーニングに関する教育が研修指定病院などに義務付けられている<sup>30)</sup>。コンケン県病院においても、DV研修を受けたOSCCチーム看護師らと研修を受けていない病棟看護師らとは、DVに対する認識の違いが認められており、今後順次スタッフの研修を進める計画であった。

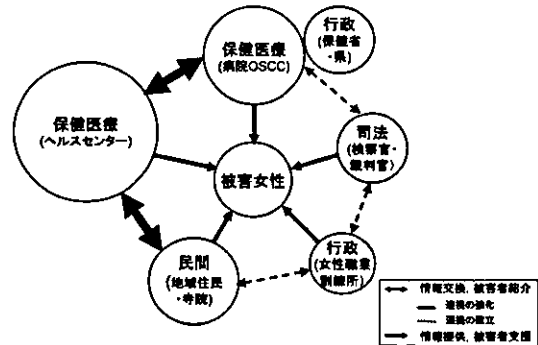
### 3. タイでの取り組みからの提言

タイでのDV対策実施上の問題点として、次の事項が挙げられる。(1)公表された統計資料が少なく、女性の健康に対する深刻な影響が顕在化していない。(2)DV対策法がなく被害女性の法的保護が不十分である。(3)検察官、裁判官、職業訓練所など関係諸機関職員の見識が乏しく、DV対策に果たす役割が弱い。

これらの問題点は、他の開発途上国と共通する点が少ない。開発途上国では、女性の人権を守る法律が十分に整備されていなかったり、法律はあっても実行能力が乏しかったりすることがしばしばみられる。その一方、保健医療分野は、プライマリ・ヘルス・ケアに関わるヘルス・ボランティアを養成するなどして、システムが、ある程度機能している場合が少なくない<sup>31)</sup>。また、DVは家庭内で起こるうえ、文化的規範や価値観が関与しており、外部からの直接介入が困難な場合が多い。しかし、保健医療分野からの介入は、外傷など目に見える問題を対象としているし、健康を守るという共通の価値観に基づくため、DV対策のきっかけとして取り組みやすいと考えられる。

その一方、被害女性の発見、ケア、再発予防、自立支援などの一連のDV対策には、保健医療機関だけでなく、行政機関、司法機関、地域社会やNGOなどとの連携と協力が不可欠である。保健医療関係者は、他の関係者と密接に情報交換し、それぞれの役割を十分に把握して、DV被害女性に対して適切な支援を提供しなければならない。タイでは、OSCCとヘルスセンター、ヘル

図1 タイにおける保健医療関係者を中核としたDV対策モデル



スセンターと住民ヘルス・ボランティアの連携はあったが、保健医療機関と行政・司法機関など関係諸機関との相互の連携は、ほとんど行われていなかった。今後は、より正確な状況把握と関係諸機関の密接な連携が必要である。

タイでの取り組みをもとに、保健医療関係者を中心とするDV対策モデルを示す(図1)。まず、保健医療機関相互や保健医療機関と地域住民の連携は、一層強化するべきである(両矢印)。病院、ヘルスセンター、地域住民との間の情報交換を密接にすることにより、DVの早期発見が効果的に行える。つぎに、現在タイではまだ不十分ではあるが、関係諸機関相互の連携を確立する必要がある(点線両矢印)。保健医療機関が中心となり、行政・司法機関などの関係者と、事例検討や情報交換を行い相互の連携を進めるべきである。そのうえで、各関係者はそれぞれの役割を明確にし、DV被害女性に対して適切な社会的支援を与えていくことができる(矢印)。

タイでの経験が、経済的・社会的・文化的背景の異なる他の途上国に対し、必ずしもそのまま適応できるわけではないものの、保健医療関係者が中心となったDV対策という概念の応用は可能であろう。タイでのDV対策モデルを応用していくには、それぞれの国の社会的背景に応じて、保健医療関係者に対する研修と関係諸機関相互の連携が必要である。

## V おわりに

DVは、開発途上国においても、女性の人権を侵害し健康に大きな影響を及ぼしている。法的枠

組みや行政執行能力が不十分な途上国においても、保健医療機関は比較的機能している場合がある。タイでの保健医療関係者を中核とした取組みは、他の国々のDV対策にも応用できる可能性がある。

タイ国コンケン県現地調査では、以下の関係者・機関にご協力いただいたことを深謝する。コンケン県病院長 Dr. Vithya Jarupoonphol, 外傷センター長 Dr. Witaya Chadbunchachai, コンケン県病院 OSCC, ナンボン郡病院 OSCC, コンケン県精神病院, ミタバ・ヘルスセンター, 検察庁, 家庭裁判所, 女性職業訓練所。

本研究には、日比野記念医学研究基金, 厚生労働省国際医療協力委託研究費, 日本学術振興会科学研究費の助成を受けた。

(受付 2002.12.10)  
(採用 2004. 3.18)

## 文 献

- 1) Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L. Baltimore. Johns Hopkins University School of Public Health. 1999; 11.
- 2) Campbell JC. Health consequence of intimate partner violence. The Lancet. 2002; 359: 1331-1336.
- 3) United Nations (UN) A/RES/48/104: General Assembly 85th plenary meeting, 20 December 1993, 48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women. New York: UN, 1993.
- 4) World Health Organization (WHO). Violence against women: A priority health issue. Geneva: WHO, 1997.
- 5) The World Bank. Violence against women as a health issue. World Development Report 1993. Washington: Oxford University Press, 1993; 50-51.
- 6) UN. Report of the International Conference on Population and Development, (ICPD) Cairo, 5-13 September 1994, Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: UN, 1994.
- 7) UN. Report of the Fourth World Conference on Women (FWCW), Beijing, 4-15 September 1995, Beijing Declaration and Platform for Action. New York: UN, 1995.
- 8) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会。「夫(恋人)からの暴力」についての調査研究報告書。東京: 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会, 1995.
- 9) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会編。ドメスティック・バイオレンス。東京: 有斐閣, 1998.
- 10) 男女共同参画会議, 女性に対する暴力に関する専門調査会。「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」の円滑な施行について。東京: 内閣府男女共同参画局, 2001.
- 11) 東京都生活文化局女性青少年部女性計画課編。「女性に対する暴力」調査報告書。東京: 東京都政策報道室都民の声部情報公開課, 1998.
- 12) Hathaway J, Silverman J, Aynalem G, et al. Use of medical care, police assistance, and restraining orders by women reporting intimate partner violence-Massachusetts, 1996-1997. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2000; 49: 485-488.
- 13) The World Bank/Office of the National Commission on Women's Affairs. Out of the silence: Fighting violence against women in Thailand. Bangkok: Office of the National Commission on Women's Affairs, 2000.
- 14) Kitabayashi H, Sriwaat S, Kammanas Y. The situation concerning violence against women and a response by the public health sector in northeastern Thailand. Journal of Asian Women's Studies. 2002; 11: 17-30.
- 15) Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family. 1994; 56: 131-146.
- 16) Thanaudom D. Family violence: A study in pregnant women. Bangkok: Mahidol University. 1996.
- 17) Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, et al. Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. BMJ. 2002; 324: 274-277.
- 18) Leung TW, Leung WC, Chan PL, et al. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 77: 47-54.
- 19) Grisurapong G. Establishing a one-stop crisis center for women suffering violence in khonkaen hospital, Thailand. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 78: S27-S38.
- 20) Leserman J, Li Z, Drossman DA, et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: The impact on subsequent health care visits. Psychological Medicine. 1998; 28: 417-425.
- 21) McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. Annals of Internal Medicine. 1995; 123: 737-746.
- 22) Morton E, Runyan CW, Moracco KE, et al. Partner homicide-suicide involving female homicide victims: A population based study in North Carolina, 1988-1992. Violence Victims. 1998; 13: 91-106.

- 23) Gazmararian JA, Adams MM, Saltzman LE, et al. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; 85: 1031-1038.
- 24) Letourneau EJ, Holmes M, Chasedunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*. 1999; 9: 115-120.
- 25) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/WHO. Thailand: Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infection: 2000 update. Geneva: UNAIDS/WHO, 2000.
- 26) Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, et al. Domestic violence compared to other health risks: A survey of physicians' beliefs and behaviors. *Am J Prev Med*. 2002; 23: 82-90.
- 27) 加納尚美, 中村安秀, 桜山豊夫, 他. 医療機関における性暴力・暴力被害女性の受け入れに関する実態調査. *日本公衛誌*. 2000; 47: 394-402.
- 28) 友田尋子, 菅田貴子, 明石知子, 他. DV (ドメスティック・バイオレンス) のネットワークに関する調査—その1. 病院での取り組みについて. *母性衛生*. 2002; 43: 117-126.
- 29) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA*. 1993; 267: 3184-3189.
- 30) 山田真由美. 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. *助産婦雑誌*. 2000; 54: 45-49.
- 31) 青山温子, 原ひろ子, 喜多悦子. 開発と健康: ジェンダーの視点から. 東京: 有斐閣, 2001.
-

## DOMESTIC VIOLENCE AS A WOMEN'S HEALTH ISSUE —ACTIVITIES OF HEALTH PROFESSIONALS IN THAILAND

Miho NAGAE\*, Harumi KITABAYASHI<sup>2\*</sup>, and Atsuko AOYAMA\*

**Key words :** domestic violence (DV), a women's health issue, health professionals, Thailand, developing countries

**Objectives** This paper reports the results of a qualitative study on domestic violence (DV) and interventions against DV in Khon Kaen province in northeastern Thailand. We analyzed the roles of health professionals for identifying, treating and supporting abused women, and examined a network model of DV interventions in developing countries.

**Methods** We interviewed abused women, health professionals, staff of the government and legal authorities, community health workers and other relevant people in Khon Kaen city and surrounding areas. We analyzed the health consequences of DV, and the roles of health professionals and other actors regarding care and assistance for abused women. We also visited and observed homes of the victims and health facilities where those women were treated.

**Results and Discussion** We interviewed 4 abused women in a slum area. One of the women was identified by a nurse of a nearby health center and a social worker when they visited homes in the area. Another woman was successfully supported by nurses of the health center, a community leader and a Buddhist monk. Health professionals played important roles in identifying, treating and protecting abused women. The Khon Kaen provincial hospital established an One-Stop Crisis Center (OSCC) to provide counseling, care and protection for physically or sexually abused women, with a team consisting of doctors, nurses and social workers who were trained in the care of abused women. The Nampol community hospital in a suburban area also established an OSCC to work together with health centers and communities for effective intervention. OSCC team members pointed out several problems: insufficient mental care, shortage of staff, and the difficulty of caring for women coming to the hospital at night or early in the morning. In Thailand, a legal framework against DV has yet to be established and government agencies are not greatly involved in DV interventions. Health professionals play leading roles in identifying, treating and supporting abused women in Thailand. It is important to provide relevant training for health professionals and to develop cooperation networks with government staff and legal authorities, community health workers, and community leaders. Legal frameworks for protecting and supporting DV victims are often insufficient in developing countries, while health care systems tend to be more reliable. Taking into account the social background, health professionals in developing countries can be expected to continue to play the most important role in looking after abused women.

---

\* Department of International Health, Nagoya University School of Medicine

<sup>2\*</sup> Japan International Cooperation Agency

## ドメスティック・バイオレンス (DV)

### —公衆衛生の視点から—

宇野日出男\* 宇井志緒利\* 青山 温子\*

ドメスティック・バイオレンス (domestic violence; DV) とは、夫など親密な関係にある男性から女性に対する暴力のことである。DV は女性の人権侵害であるとともに健康に関わる問題であるが、複雑な背景要因の存在する DV に対して、公衆衛生の視点からいかに介入していくかが課題である。

本稿の目的は、日本および世界各地でこれまでに実施されてきた、多方面からの DV 対策について概観し、日本における、今後の保健医療分野からの取り組みの方向性を展望することである。

これまでに、DV 対策法の整備、緊急支援としてのシェルターの提供、NGO による支援活動、あるいは暴力加害者への介入など、多方面から DV に対する取り組みがなされてきた。保健医療分野では、欧米での医療従事者に対する体系的 DV 教育や、アジアや南米での医療機関を中核とする DV 被害女性支援ネットワーク形成などが実施されてきた。

保健医療分野からは、幅広い DV 対策のなかでも、DV 被害女性の早期発見と治療、DV 再発の予防に貢献できると考えられる。しかし、これまでは、保健医療従事者に対する体系的 DV 教育が不足しており、医師と被害女性の認識にずれがあったり、DV に対する理解不足のため発見できなかったり、他の関連機関との連携不足により対応困難であったりした。

日本でも、今後は、保健医療分野からも DV 対策に積極的に取り組むべきであると考えられる。たとえば、母子保健事業の一環として、児童虐待と DV に対して包括的に取り組んでいけるのではないだろうか。また、欧米の医療従事者教育を参考に、マニュアルやガイドラインを整備し、第一線の医療者の意識を変えていく必要がある。さらに、これまでの各方面からの取り組みを評価・検証して、より有効な対策法を検討していくべきである。

**Key words:** ドメスティック・バイオレンス (DV)、女性の健康、公衆衛生的問題、保健医療分野からの取り組み

### I はじめに

ドメスティック・バイオレンス (domestic violence; 以下 DV) とは、夫や恋人などの親密な関係にある男性から女性に対する暴力のことである<sup>1)</sup>。DV は、1970年代の欧米諸国を中心とした女性解放運動以降、少しずつ社会的に認知されるようになった。1990年代になると、女性に対する重大な人権侵害として、国際的課題として取り組まれるようになり<sup>2)</sup>、1993年の国連総会で、「女

性に対する暴力の撤廃に関する宣言」が採択された<sup>2)</sup>。

女性に対する暴力は、身体的暴力、性的暴力、精神的暴力に大別される。世界保健機関 (World Health Organization; WHO) や世界銀行が指摘しているように、どのような形の暴力も、女性の健康に深刻な影響を及ぼす<sup>3,4)</sup>。さらに、1994年のカイロ国際人口開発会議、1995年の北京世界女性会議を経て、DV は、リプロダクティブ・ヘルス

\* 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
連絡先：〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65  
名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
宇野日出男

<sup>1</sup> DV は、親密な関係にある者の間の暴力を意味しており、女性から男性への暴力の場合もあり得る。しかし、現実には、男性から女性への暴力が圧倒的に多いため、本稿では、男性から女性への暴力に限定して議論を進めることとした。

(性と生殖に関する健康)の一環として捉えられるようになった<sup>5,6)</sup>。

DVの発生する背景には、ジェンダー、貧困、社会文化的規範など、さまざまな社会的・文化的・経済的要因がある<sup>7)</sup>。したがって、DVの予防や被害女性の保護・支援を効果的に進めるには、保健医療分野を含め、多方面からのアプローチが必要とされている。

本稿では、国内外の文献資料を分析することによって、まず、日本および世界各地でこれまでに実施されてきた、多方面からのDV対策と保健医療分野からの取り組みについて概観する。それに基づいて、今後日本における保健医療分野からの取り組みの方向性を展望する。

## II これまでのDV対策と保健医療分野からの取り組み

### 1. 多方面からのDV対策

#### 1) 法整備

DVは家庭内で発生するために、明らかな人権侵害であるにも関わらず、従来の刑事法などでは、対応が困難であった。DVに特化した法律を制定することにより、DVは個人や家庭内の問題ではなく社会の問題であり、社会は暴力を容認しないという明確なメッセージを伝えることができる<sup>1,8)</sup>。1980-90年代には、世界的にDVに特化した法律が新しく制定されたり、既存の刑法を改正したりする動きがみられた。日本では、2001年4月に「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法)」が制定され10月から施行された。

#### 2) 被害女性に対する緊急支援

女性の一時的な緊急避難の場所としてのシェルターは、1971年に英国で最初に設立されて以来、次第に世界中に普及した<sup>9)</sup>。米国では1970年代から、女性による草の根的運動を通して民間シェルターが増加し、1990年以降には、全米で1,000施設以上が設置された<sup>10)</sup>。

日本では、福祉事務所、医療機関、婦人相談所、児童相談所、法曹等さまざまな機関が、被害女性の支援に関わってきた<sup>11)</sup>。民間のシェルターは、1990年代半ばより全国各地に設置されるようになり<sup>12)</sup>、2001年末までに全国で35施設を数えるに至った<sup>13)</sup>。

### 3) 民間団体の活動

世界各国で、非政府機関(non-governmental organizations; 以下 NGO)<sup>2)</sup>が、被害女性の緊急避難・家庭訪問、警察・裁判所や保健・福祉関係機関との調整、生活・自立支援など、行政機関の手の及ばない活動を展開し、都市部では医療機関とも連携して活動している<sup>14)</sup>。日本でも、昨今の民間シェルターの増加にみられるように、NGOが公的機関の活動を補完するようになってきている。

### 4) 暴力加害者への介入

DVの予防には、加害男性を対象とした介入が必要ではあるが、実際には1970年代まで、男性を対象としたプログラムは存在せず、最近20年間に世界各国に次第に普及してきた<sup>15)</sup>。米国では、州法により加害男性に治療プログラムを受けさせることになっているが、実際には、約半数が途中で脱落している。

日本でも、1990年代後半頃より、NGOによる男性への教育プログラムが実施されるようになった<sup>16,17)</sup>。グループワークを通して、日頃抱えている感情や気持ちを共有し、男性達が少しずつ変化していくという取り組みが行われている。

### 2. 保健医療分野からの取り組み

#### 1) 医療従事者に対する教育

米国では、1980-90年代に、Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)、その他多くの学術団体などが、医師向けのガイドラインなどを作成して、医療現場における被害女性のスクリーニングの必要性を訴えてきた<sup>18,19)</sup>。また、1992年にJCAHOは、救急部などでのDVのスクリーニング、処置、対応方針と手順を定めるよう、医師の卒後研修指定病院に義務付けた<sup>20)</sup>。医学部教育や卒後研修カリキュラムにも、DVへの対応方法が組み込まれるようになり、多くの医師のDVに対する意識が高ま

<sup>2)</sup> NGOとは、公共の利益や社会的弱者の救済等のため、営利を目的とせず市民が主体的に活動する民間団体のことである。他に、NPO (non-profit organizations), PVO (private voluntary organizations), CSO (civil society organizations) 等の呼称があり、日本では国内で活動する機関をNPOと呼ぶ場合が多い。本稿では、日本・外国の団体を含めて、NGOと総称することとした。

ったと報告されている<sup>21)</sup>。

## 2) 医療機関の取り組み

カナダでは、1992年に、政府の助成のもと、バンクーバー病院においてDVに対する取り組みが始められた<sup>22)</sup>。救急部スタッフに対するDV教育、看護師によるトリアージとスクリーニング、迅速な保護などのための専属スタッフ配置などが実施された。

院内のみならず、医療機関を中心とした地域のDV支援ネットワーク作りに組織的に取り組んでいる事例もある。マレーシアでは、1994年、クアラルンプール総合病院に、DV専門に対応する部門 One-Stop Crisis Centre (OSCC) が国内で最初に開設された<sup>23)</sup>。現在では全国の都市部にある108病院にOSCCが設立されている。政府機関やNGOなど関連機関と連携して、被害女性を包括的に支援するために、OSCCには、さまざまな専門職からなるチームが構成されている。被害女性が来診すると、まず女性看護師とNGOボランティアが相談を受け、重症度を評価する。その後、女性医師による診療と記録が行われ、必要なら産婦人科など専門医に紹介する。また、暴力の証拠が正確に記録されるよう、法医学の専門家が助言している。OSCCは一時宿泊施設も備えている。

ボリビア、エクアドル、ペルーの南米3カ国においては、1995年から4年間、地域を主体として医療機関と関連する他機関とのネットワークを構築するプロジェクトが、WHOとオランダ政府の支援により実施された<sup>23)</sup>。

## Ⅲ 日本における保健医療分野からの取り組み

### 1. DV対策の課題

#### 1) 中核となる公的機関の機能

DV法は、国や地方自治体の責務と、通報、相談、保護、自立支援などの体制について規定している。各都道府県に設置される配偶者暴力相談支援センター（以下、支援センター）は、被害女性の保護、カウンセリング、福祉情報の提供などに対応する責務がある。支援センターの多くは婦人相談所に設置されており、次いで児童相談所、女性センターなどであり、保健所や市町村保健センターに設置した都道府県はない。支援センターが

DV対策の中核となり、保健医療機関とどのように連携していくかが課題である。

#### 2) 医療従事者の役割と課題

医療機関を訪れる女性のなかには、DV被害者が存在する可能性があり、DV法においても医療従事者の通報権限を規定している。とくに内科、外科、産婦人科、救急部など一次医療担当者は、女性が暴力被害を受けているかを判断し、一時保護施設や支援機関を紹介することができる立場にいる<sup>19,24)</sup>。

しかし、多くの場合、医師は被害女性のSOSサインに気づかず見過ごしてきた<sup>18,25)</sup>。被害女性に対して、鎮痛剤や精神安定剤などを投与するというその場しのぎの対症療法をしてしまうことで、かえって暴力に対する注意力を緩慢にして暴力を受けやすくしてしまい、その結果、自殺、アルコール依存などを引き起こしてしまう可能性がある。被害女性を見過ごしたために、引き続き暴力が繰り返されてしまうという報告もある<sup>26)</sup>。

また、被害女性は、羞恥心のために、自らすすんで暴力・虐待の経験を語りたがらないことが多い<sup>19,27)</sup>。他方、事実を打ち明けたところ、医師に嫌な顔をされたとか、取り合ってくれなかったなど、医療従事者側の態度に問題がある場合もある。

医師がDVを見過ごしてしまう原因として、第一に、DVに関する知識不足と、DVに対応するための教育・訓練の欠如が挙げられる<sup>18,25)</sup>。日本では、医師の卒前・卒後教育に、DVに関する事項はまだ体系的に取り入れられておらず、これまでは、個人的努力で対応してきたといえる。

第二に、医師を含めて社会全体に、DVに対する誤った認識があることである。誤った認識とは、(1)DVはめったにない、(2)DVは正常に見える夫婦間には存在しない、(3)DVは個人や家庭の問題で外部の人間が介入すべきでない、(4)暴力を受けるのは女性の方に何か問題がある、というものである<sup>18)</sup>。

第三に、DVに関して話すとお互いの感情を害するのではないかという不安感や、DVに対して何もできないという無力感・挫折感を、医師が抱いていることである<sup>28)</sup>。確かに、DVは決して容易に対応できる問題ではなく、どのような機関に相談あるいは紹介すべきか判断が難しい場合もある。また、日常診療時間中に医師がゆっくりと被



害女性の話に耳を傾ける時間が乏しいのも現状である。

## 2. DV 対策の展望

### 1) 公衆衛生の視点

公衆衛生の視点から DV に取り組む場合、DV の発生を予防するよう積極的介入を行う一次予防、被害女性を早期に発見し治療する二次予防、DV の後遺症に対するリハビリテーションと再発防止、自立支援を目的とする三次予防が考えられる。

日本には、第二次世界大戦前より築き上げてきた母子保健分野の実績があり、DV 対策にもそのシステムを生かすことができるのではないかとと思われる。たとえば、DV 対策を母子保健事業のなかの一つに位置づけ、地域保健の担い手である保健所、市町村保健センターが、DV 法により設置された支援センターや関連諸機関と連携して、被害女性支援システムを構築していくことである。

DV 対策を母子保健事業の一環として位置付けるのは、DV と児童虐待に包括的に対応するという観点からも、利点があると思われる。被害女性と一緒に子どもを保護しなければならない場合は多いし、また、DV の起こっている家庭では、子どもに対する虐待も同時に起こっていることがある。虐待を受けた子どもは、将来暴力の加害者となったり、暴力被害を受けても容認する傾向が生じたりする可能性があり<sup>29)</sup>、児童虐待対策は将来の DV 予防にも繋がる。

日本では、児童虐待に対する施策が DV 対策よりも先行しており、地方自治体のなかには子育て事業のなかで、すでに児童虐待支援のネットワーク作りに取り組んでいるところもある<sup>30)</sup>。今後は、DV を含めて母子保健関係機関内でのネットワーク作りがますます必要となってくると予想される<sup>31)</sup>。

### 2) 医療従事者教育

医療従事者は、DV の社会的背景を理解して対応を誤らないようにし、さらに、シェルターなど地域や関係機関との連携・協力体制を強化する必要がある<sup>14,18)</sup>。

被害女性に適切に対応するには、医療従事者に対する継続的な教育・訓練が必要である。医学部や看護学部などの卒前教育、卒後教育に、DV に関する事項を体系的に取り入れるべきである。そ

のためには、医学・看護学などの教員に対する教育・研修が急務である。

また、一次医療を担当するすべての診療部におけるプロトコール作成が不可欠である。DV 被害女性に対する医学的対応方法、他の関係機関との連携方法などといった対応マニュアルが必要で、診療所や病院の一次医療を担当する部門に常備され、医療従事者が日常診療のなかで使用しやすいものでなければならない。

### 3) 継続的研究

DV の実態に関する疫学的な調査は、これまでも世界各国で実施され、その実態を明らかにしてきた。しかしながら、DV 対策の評価・研究は不十分である<sup>14,24)</sup>。たとえば、医療現場で DV 被害女性を同定するためのスクリーニング、被害女性に対するカウンセリングなど、その有効性の評価・研究は、欧米諸国においても不足している<sup>21)</sup>。日本においても、いろいろな分野からの取り組みの経験を共有し、さまざまな対策の有効性を検証し、より効果的な対策を形成していくことが必要である。

## IV おわりに

DV は、重大な人権侵害であると同時に女性の健康問題である。DV 対策には多方面からの対策とそれらの連携が必要である。保健医療分野においては、DV 対策を既存の公衆衛生活動の一環に組み込んでいくことや、医療従事者の教育とガイドライン作成など、多くの重要な取り組みが必要とされている。

(受付 2003. 7.14)  
(採用 2004. 3.18)

## 文 献

- 1) Carrillo R. Overview of international human rights standards and other agreements and responses of the judicial system to violence against women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002; 78: 15-20.
- 2) United Nations (UN). A/RES/48/104: General Assembly 85th plenary meeting, 20 December 1993, 48/104. Declaration on the elimination of violence against women. New York: UN, 1993.
- 3) World Health Organization (WHO). Violence against women: A priority health issue. Geneva: WHO,

- 1997.
- 4) The World Bank. Violence against women as a health issue. World Development Report 1993. Washington, DC: Oxford University Press, 1993; 50-51.
  - 5) 青山温子, 原ひろ子, 喜多悦子. 開発と健康: ジェンダーの視点から. 東京: 有斐閣, 2001.
  - 6) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会編. ドメスティック・バイオレンス. 東京: 有斐閣, 1998.
  - 7) Heise LL. Violence Against women: An integrated, ecological framework. Violence Against Women 1998; 4: 262-290.
  - 8) WHO. Violence by intimate partners. World Report on Violence and Health. WHO: Geneva 2002; 87-122.
  - 9) Berk RA, Newton PJ, Berk SF. What a difference a day makes: An empirical study of the impact of shelters for battered women. Journal of Marriage and the Family 1986; 48:481-490.
  - 10) 波田あい子. ドメスティック・バイオレンスとは. 公衆衛生 1999; 63: 532-536.
  - 11) 友田尋子, 菅田貴子, 明石知子, 他. DV (ドメスティック・バイオレンス) のネットワークに関する調査—その1. 病院での取り組みについて. 母性衛生 2002; 43: 117-126.
  - 12) 福原啓子. 市民によるボランティアの育成と活動の実際. 公衆衛生 1999; 63: 855-859.
  - 13) 内閣府男女共同参画局. 女性に対する暴力. 内閣府編. 男女共同参画白書. 東京: 内閣府, 2003; 70-77.
  - 14) Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. The Lancet 2002; 359: 1509-1514.
  - 15) Arias I, Dankwort J, Douglas U, et al. Violence against women: The state of batterer prevention programs. The Journal of Law, Medicine, & Ethics 2002; 30: 157-165.
  - 16) 中村 正. ドメスティック・バイオレンス加害者治療の試み: 「男の非暴力グループワーク」の経験から. アディクションと家族 2000; 17: 280-286.
  - 17) 斉藤 学. 配偶者暴力加害者(男性)のための治療プログラムの試み: その参加者, 内容, 治療効果. アディクションと家族 2003; 19: 525-539.
  - 18) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Physicians and domestic violence: Ethical considerations. JAMA 1992; 267: 3190-3193.
  - 19) Rhodes KV, Levinson W. Interventions for intimate partner violence against women: Clinical applications. JAMA 2003; 289: 601-605.
  - 20) Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. Am J Prev Med 2001; 21: 93-100.
  - 21) 山田真由美. 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. 助産婦雑誌 2000; 54: 45-49.
  - 22) Hotch D, Grunfeld AF, Mackay K, et al. An emergency department-based domestic violence intervention program: Findings after one year. The Journal of Emergency Medicine 1996; 14: 111-117.
  - 23) International Council on Management of Population Programmes (ICOMP). Innovative approaches to population programme management: Violence against women. Selangor: ICOMP 2001; 53-112.
  - 24) Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: Scientific review. JAMA 2003; 289: 589-600.
  - 25) Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding care of abuse victims. Southern Medical Journal 1997; 90: 1075-1080.
  - 26) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Violence against women: Relevance for medical practitioners. JAMA 1993; 267: 3184-3189.
  - 27) McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside "Pandora's box": Abused women's experiences with clinicians and health services. Journal of General Internal Medicine 1998; 13: 549-555.
  - 28) Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence: Opening Pandora's box. JAMA 1992; 267: 3157-3160.
  - 29) ニール・ジェイコブソン, ジョン・ゴットマン. 戸田律子, 訳. 夫が妻に暴力をふるうとき: ドメスティック・バイオレンスの真実. 東京: 講談社, 1999.
  - 30) 岸本節子. 児童虐待と公衆衛生活動. 公衆衛生 1997; 61: 659-664.
  - 31) 松井一郎, 谷村雅子. 虐待予防の地域中核機関としての保健所は機能しうるか. 小児保健研究 2000; 59: 445-450.

## DOMESTIC VIOLENCE—PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES

Hideo UNO\*, Shiori UI\*, and Atsuko AOYAMA\*

**Key words** : domestic violence (DV), women's health, public health issues, health, sector interventions

Domestic violence (DV) implies violence against women by intimate male partners. DV is a serious health issue for women, as well as a violation of human rights. It is a challenge to develop effective public health interventions, as they have to take into account complicated social and psychological background factors. In this paper we present an overview of various interventions in Japan and elsewhere in the world up to now, and propose a strategy for developing effective public health interventions. Governments and NGOs have been involved in various interventions to eliminate DV, e.g., establishing legal frameworks, providing emergency shelters for abused women, and educating male abusers. Health sector interventions include: systematic DV education to health professionals in Europe and the United States; and development of DV victim support networks, in which health facilities play core roles, in Asia and Latin America. The major expected roles of health professionals are identification and treatment of abused women, and prevention of recurrent violence. However, achievement of those goals is insufficient, because of the lack of systematic education, different views on DV between health professionals and abused women, misunderstanding of background factors, and lack of coordination between relevant agencies. The health sector, including clinical and public health services, is expected to play important roles in identifying and supporting abused women in Japan. A possible strategy is to integrate DV interventions into existing maternal and child health service systems. All the front-line health professionals should be provided with systematic training and practical manuals to treat abused women. Further research and evaluation of past interventions are needed to develop effective interventions.

---

\* Department of International Health, Nagoya University School of Medicine

# 第15回 国際開発学会 全国大会報告論文集