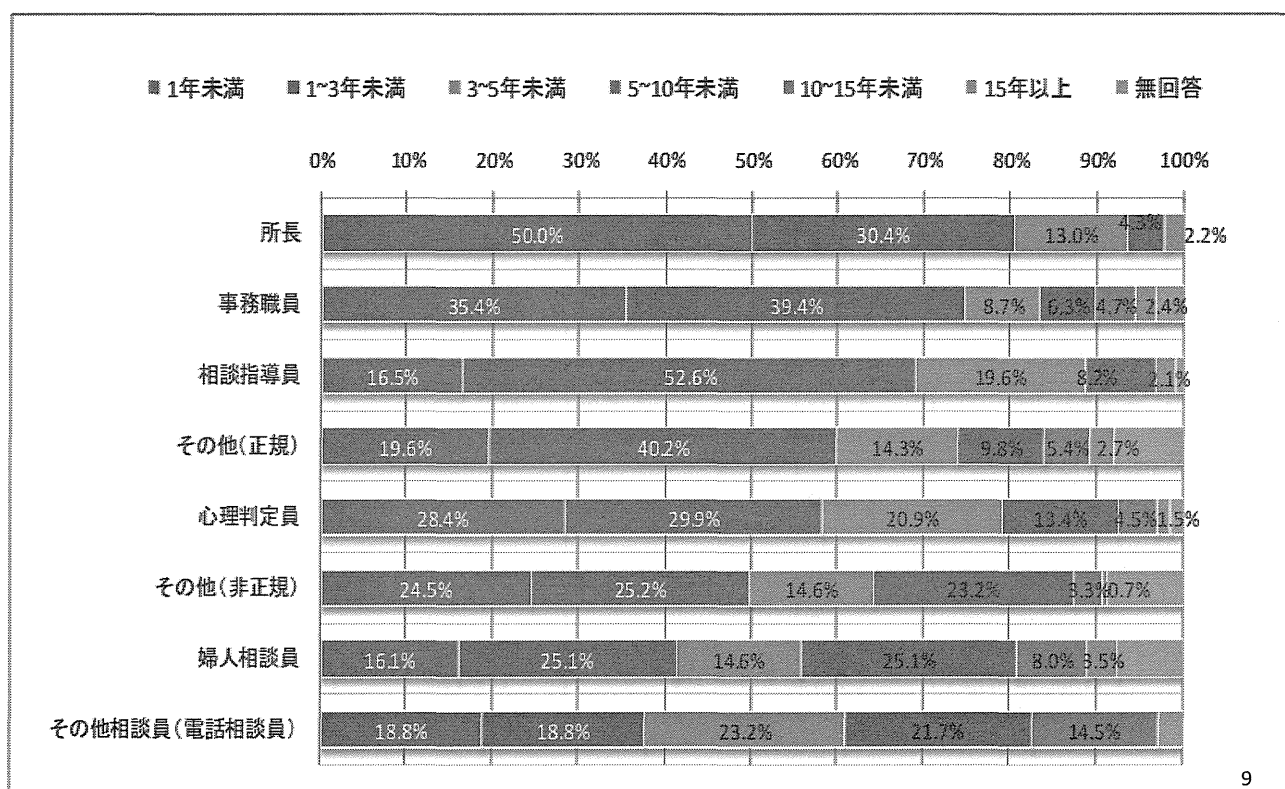


経験年数



9

所持資格 (複数回答)

	無回答・資格無	医師・歯科医師	保健師等	栄養士等	学校教諭等	保育士	精神保健福祉士	社会福祉士	社会福祉主事	介護支援専門員	介護福祉士	ホームヘルパー	臨床心理士等	認定心理士	産業カウンセラー	その他心理資格
所長(n=46)	30.4%	2.2%	6.5%	2.2%	30.4%	2.2%	6.5%	6.5%	28.3%	2.2%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	4.3%
相談指導員(n=97)	21.6%	0.0%	8.2%	1.0%	13.4%	14.4%	9.3%	18.6%	49.5%	3.1%	2.1%	2.1%	5.2%	3.1%	1.0%	2.1%
心理判定員(n=67)	16.4%	0.0%	0.0%	0.0%	19.4%	10.4%	1.5%	4.5%	7.5%	0.0%	0.0%	1.5%	61.2%	10.4%	4.5%	3.0%
医師(n=2)	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
事務職員(n=127)	55.9%	0.0%	0.8%	0.8%	14.2%	7.9%	1.6%	1.6%	15.0%	1.6%	3.9%	1.6%	0.0%	0.0%	0.8%	1.6%
婦人相談員(n=199)	13.1%	0.5%	2.5%	3.5%	30.2%	18.1%	7.5%	14.1%	24.1%	4.5%	4.5%	15.6%	2.5%	6.0%	8.5%	12.1%
その他相談員(電話相談員)(n=69)	17.4%	0.0%	2.9%	4.3%	27.5%	11.6%	7.2%	8.7%	13.0%	2.9%	8.7%	21.7%	0.0%	4.3%	4.3%	14.5%
その他(正規)(n=112)	16.1%	0.0%	12.5%	4.5%	17.0%	30.4%	3.6%	10.7%	31.3%	2.7%	2.7%	1.8%	5.4%	0.0%	0.0%	2.7%
その他(非正規)(n=151)	16.6%	0.0%	6.6%	4.0%	19.2%	21.2%	4.0%	6.6%	9.9%	2.6%	3.3%	19.2%	3.3%	7.9%	3.3%	4.0%

10

小括～（１）職員概況

- 雇用形態と職務上の地位との強い関連。
- 非常勤相談職が、夜間休日を含む相談対応の主力。
- 正規職員の多い職種（所長、事務職員、相談指導員等）では、経験年数3年未満の割合が高い傾向。
- 非正規職員の多い職（婦人相談員、その他相談員（電話相談員）、その他（非正規））では、経験年数が長い傾向。
- 資格所持の割合は、心理職や医療職を除けば低い。
≠「相談及び調査をつかさどる職員は、社会福祉主事たる資格を有するもののうちから任用しなければならない」（婦人相談所に関する政令）

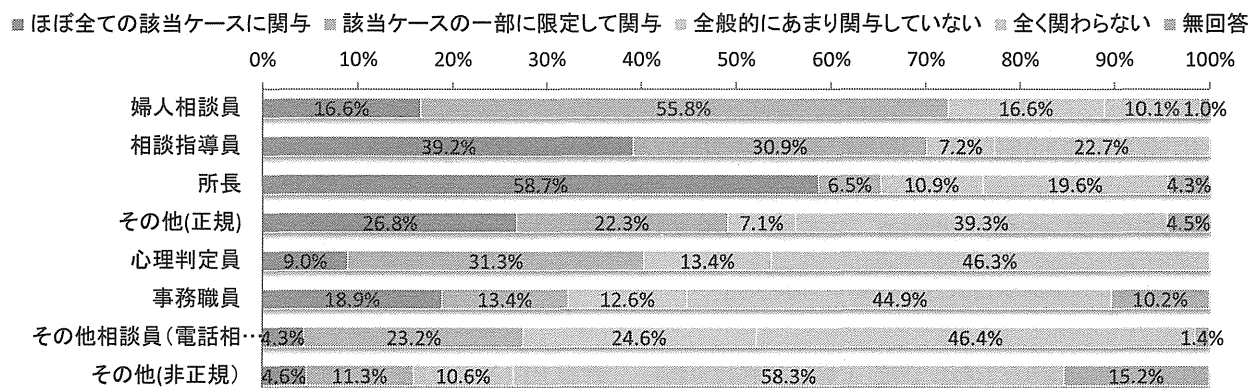
11

3. 結果～（２）プロセスへの関与

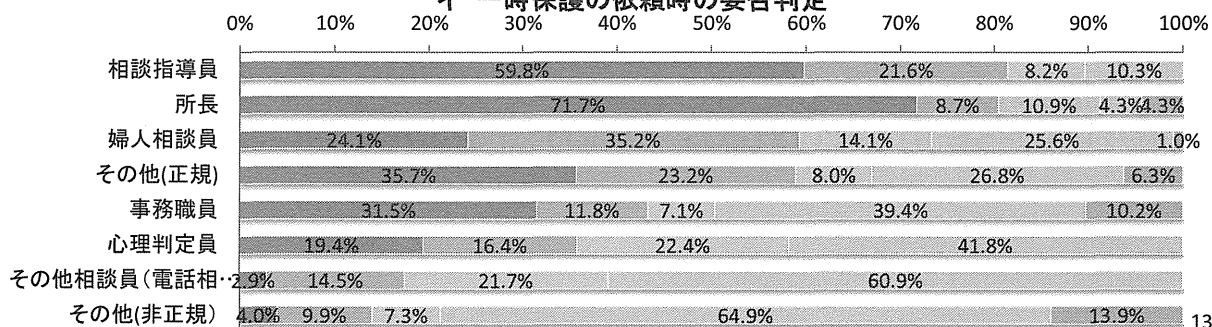
12

一時保護依頼まで

ア 一時保護を想定してかかっている相談ケースへの対応

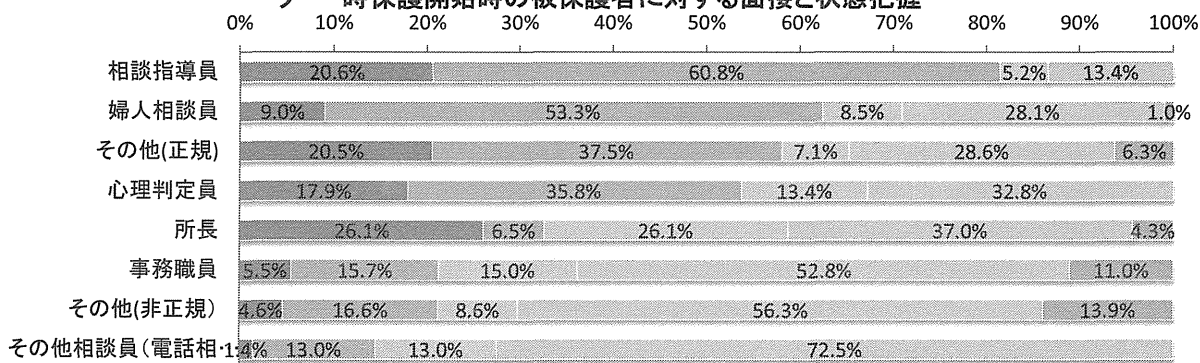


イ 一時保護の依頼時の要否判定

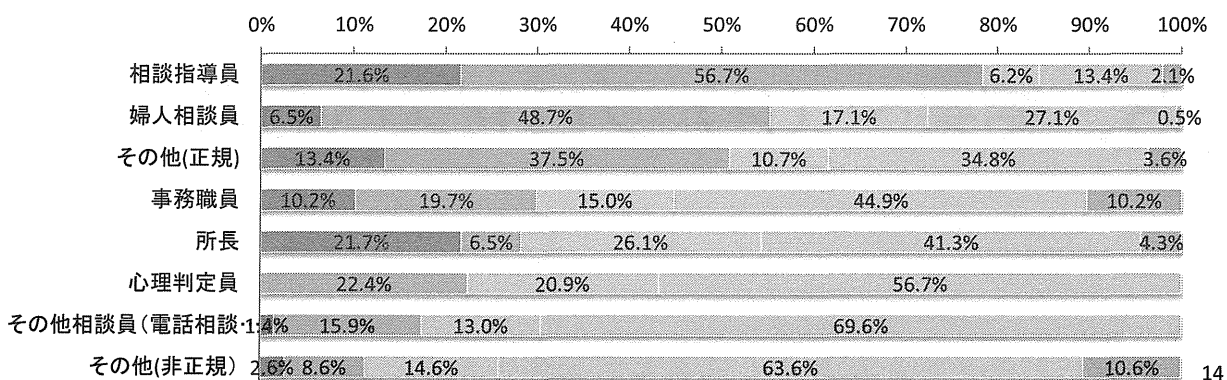


一時保護の開始・インテーク

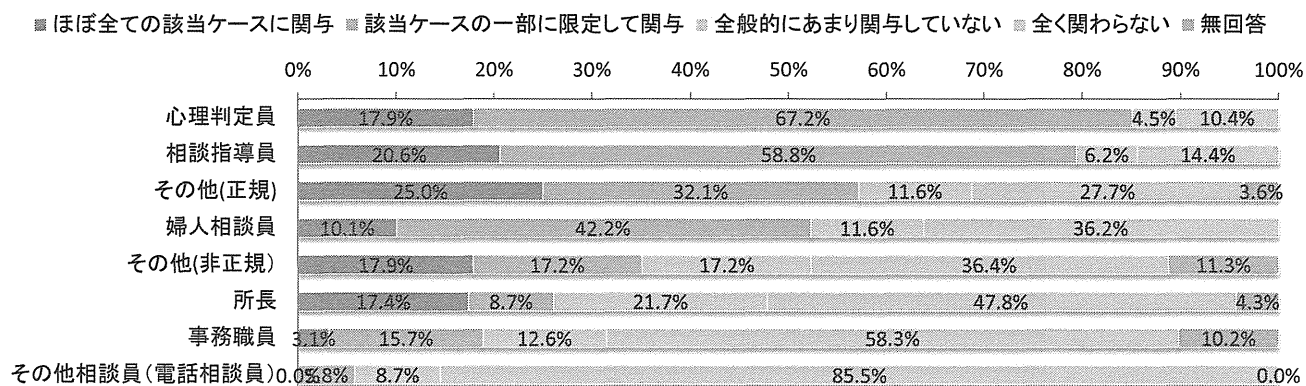
ウ 一時保護開始時の被保護者に対する面接と状態把握



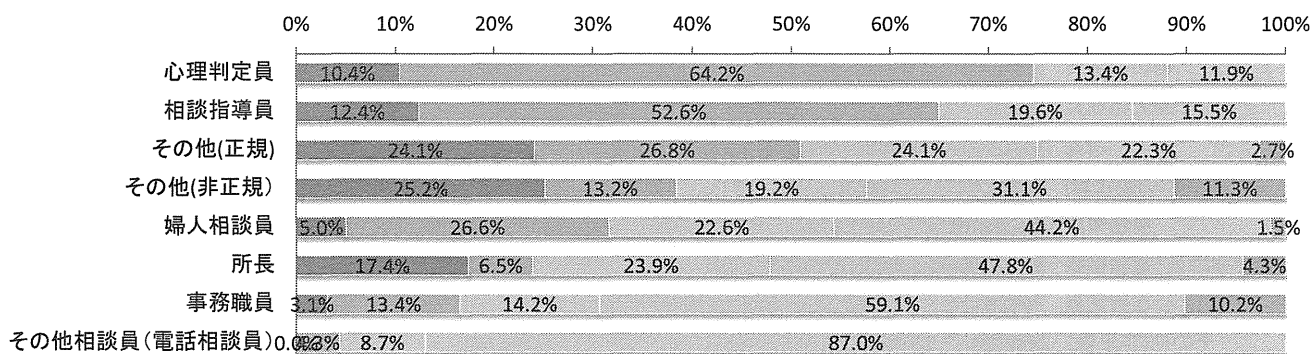
エ 一時保護の開始に伴う関係機関への連絡・対応の依頼



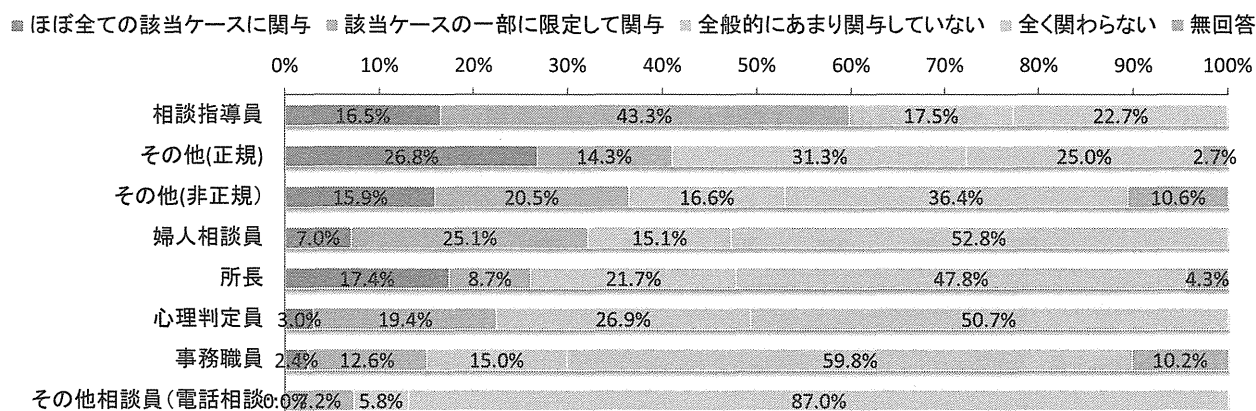
オ 一時保護中の本人への相談対応とケア



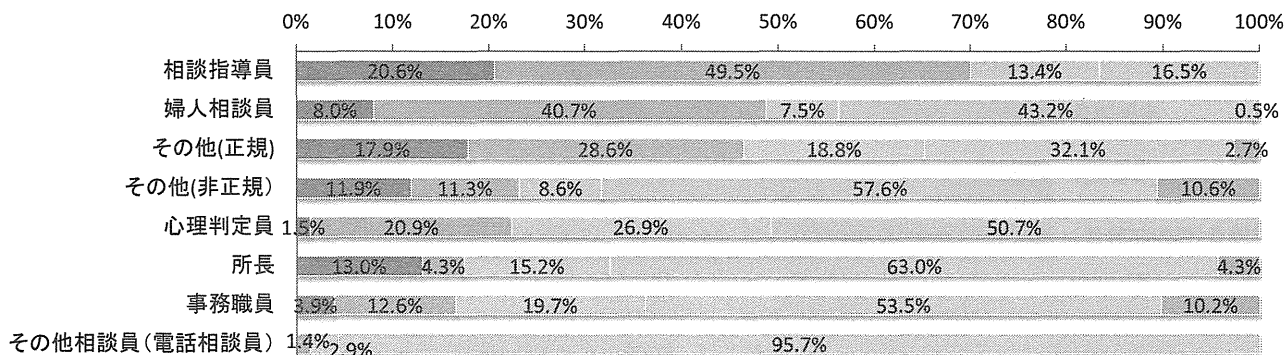
カ 一時保護中の同伴児童への相談対応とケア



キ 一時保護中の健康相談・健康診断や医療的処置・服薬管理に関わる業務

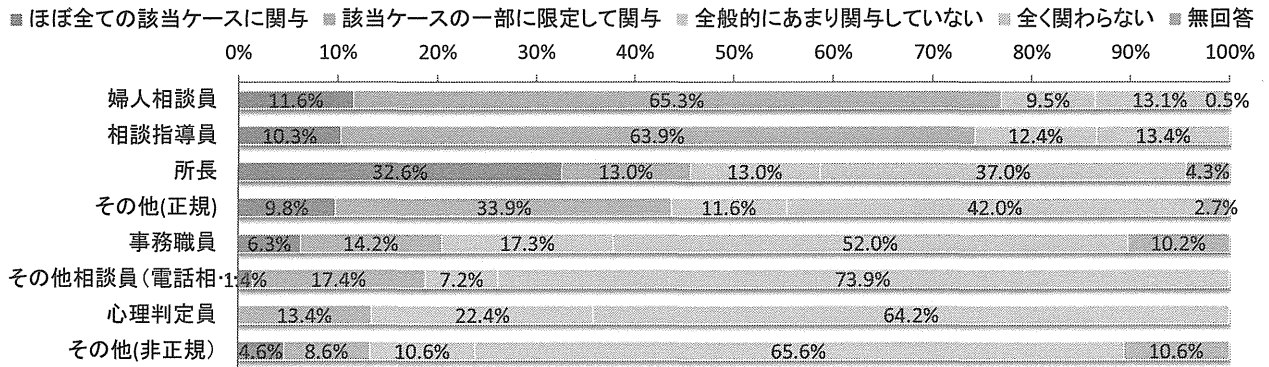


ク 一時保護中の通院受診や諸手続き・買いもの等の同行支援

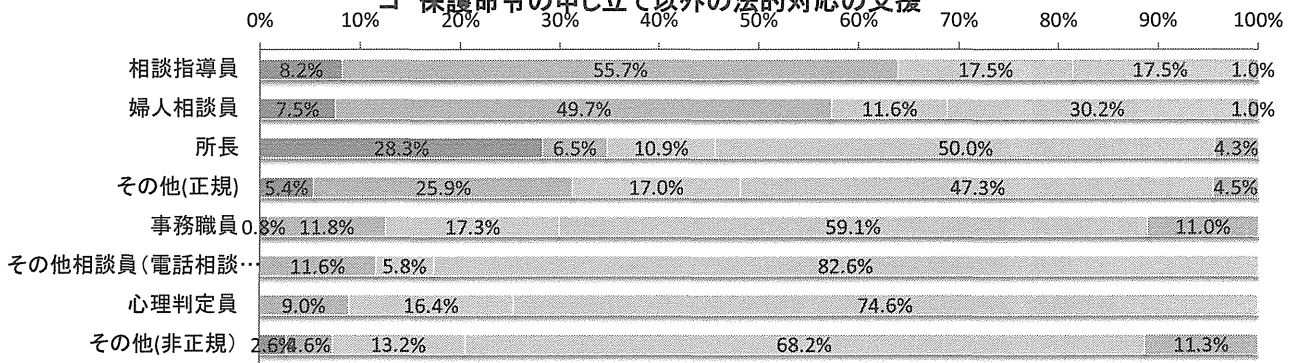


退所後の生活にむけた法的対応

ケ 保護命令の申し立ての支援

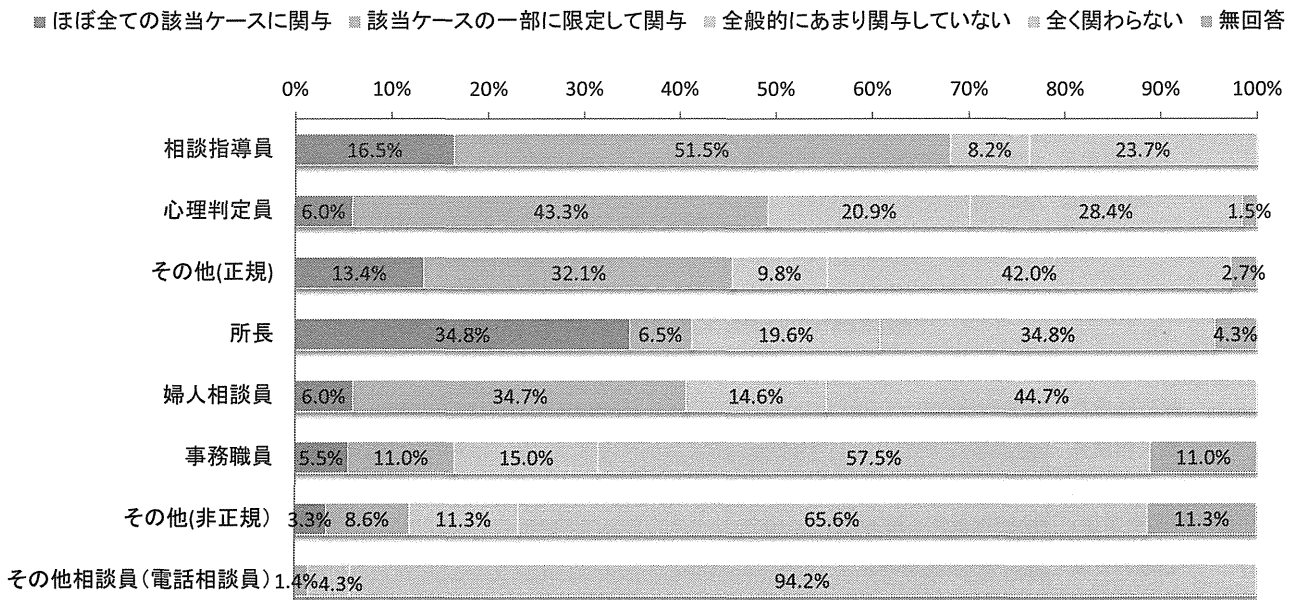


コ 保護命令の申し立て以外の法的対応の支援



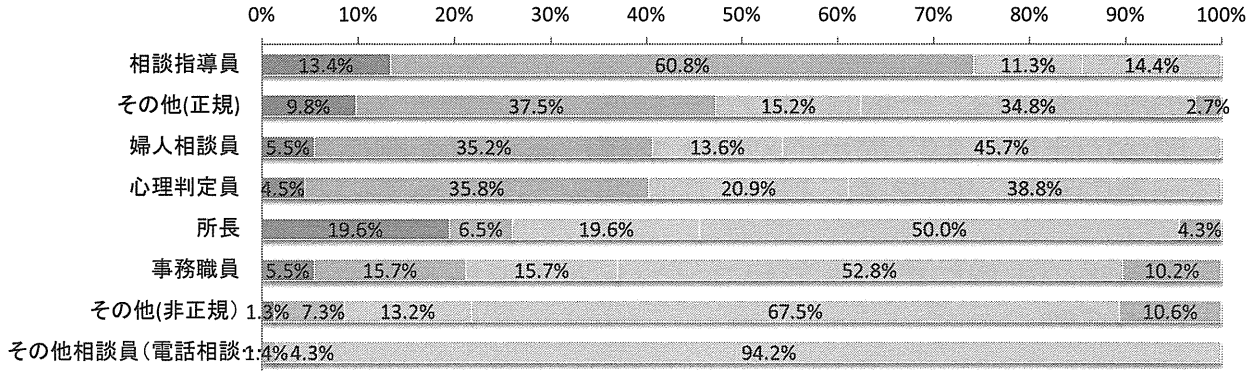
退所後の生活にむけた支援計画

サ 退所後の支援にむけたアセスメントと支援計画の作成

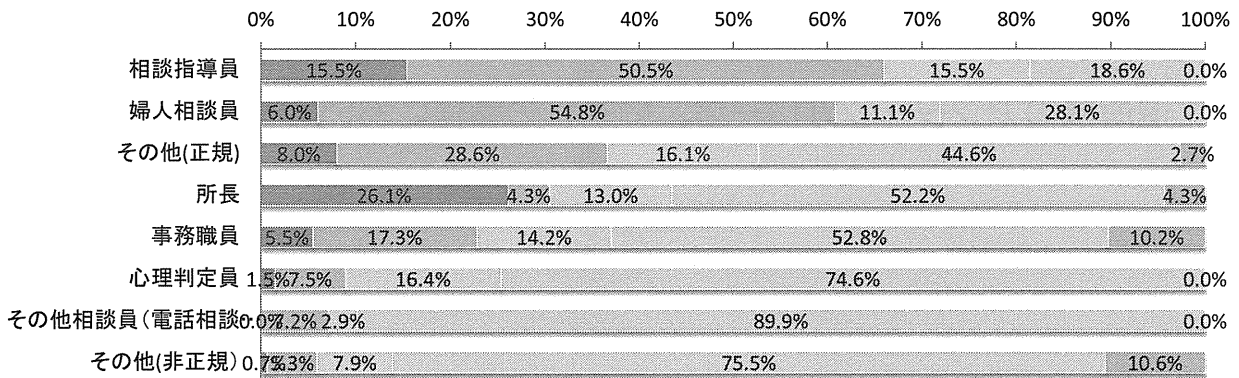


退所後の生活にむけた制度資源調整

シ 退所に伴う関係機関への情報提供_連絡



ス 転出先の市町村における証明書発行やサービス_制度手続きの調整_引き継ぎ

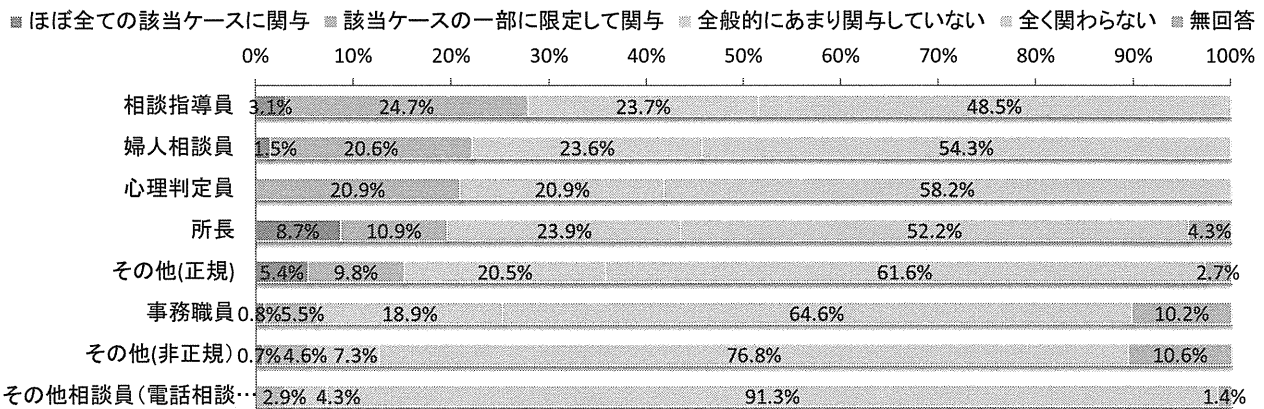


19

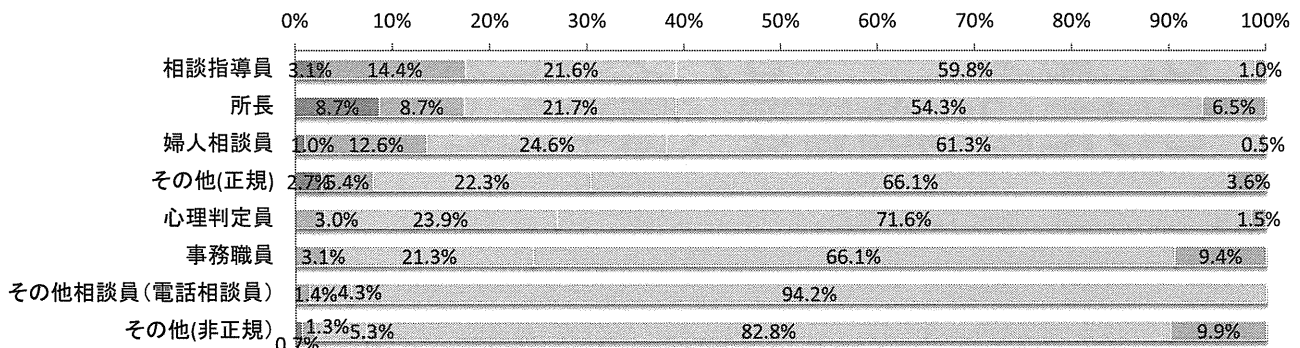
退所後のアフターフォロー

20

ソ 管轄地域内に退所した人のアフターフォロー



タ 管轄地域外に退所した人のアフターフォロー



小括～（2）プロセスへの関与

- 相談指導員は、一時保護の要否判定、インテーク、入所中の対応、退所後の生活にむけた法的対応・支援計画作成と制度資源調整といった一連の支援プロセスにおいて中心的役割を担っている。
- 退所後の支援にむけたアセスメントと支援計画作成は、他職種の間関与は4-5割。
- 婦人相談員は、一時保護前の相談対応、法的対応の支援、転出先の市町村での制度手続き面の支援等において大きな役割を担っている。
- 退所後のアフターフォローは、いずれの職種においても関与は薄い。

21

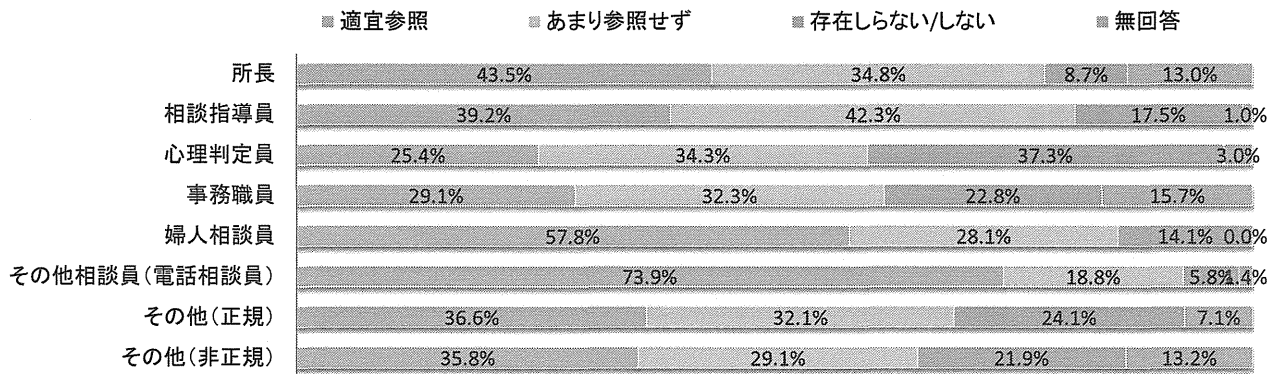
3. 結果 ～（3）プロセスの質保証にむけた組織的管理（標準化と研修）

22

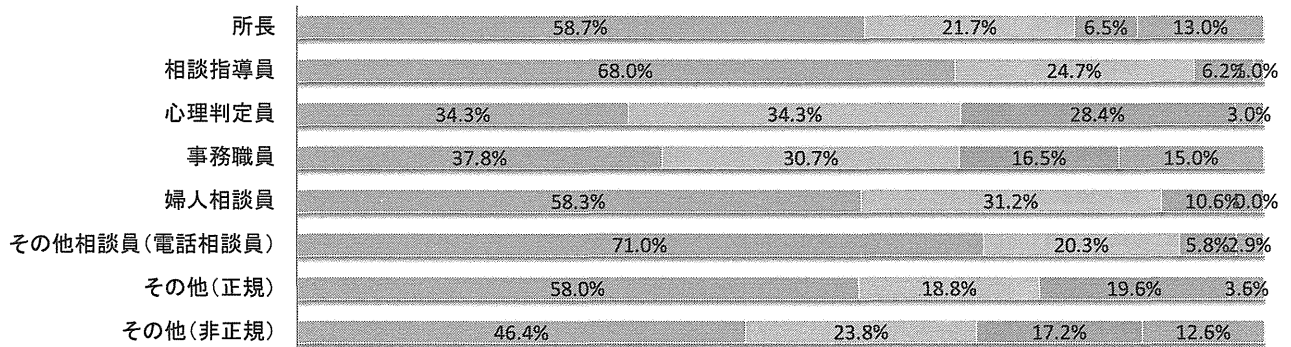
電話相談対応・緊急対応のマニュアル

23

q3_3ア 電話相談対応のマニュアル・手引き



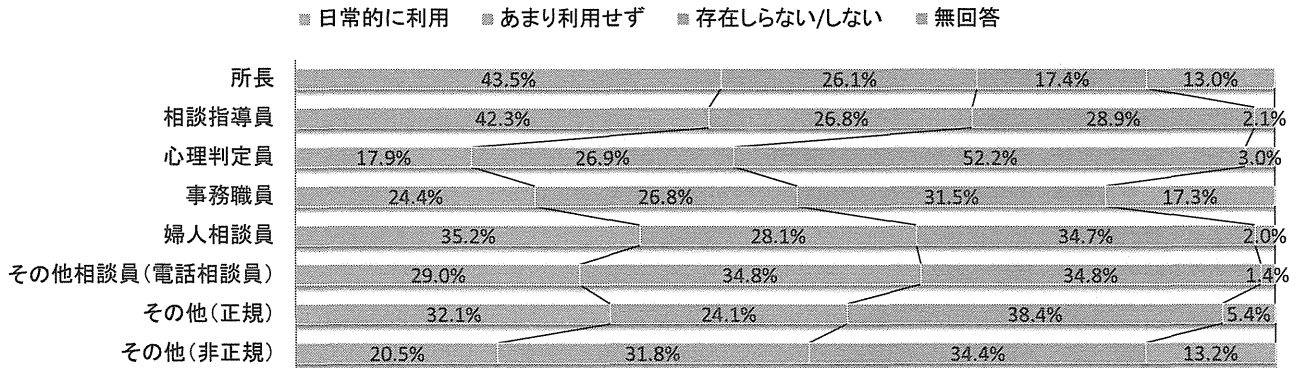
q3_3イ 緊急対応に関するマニュアル等



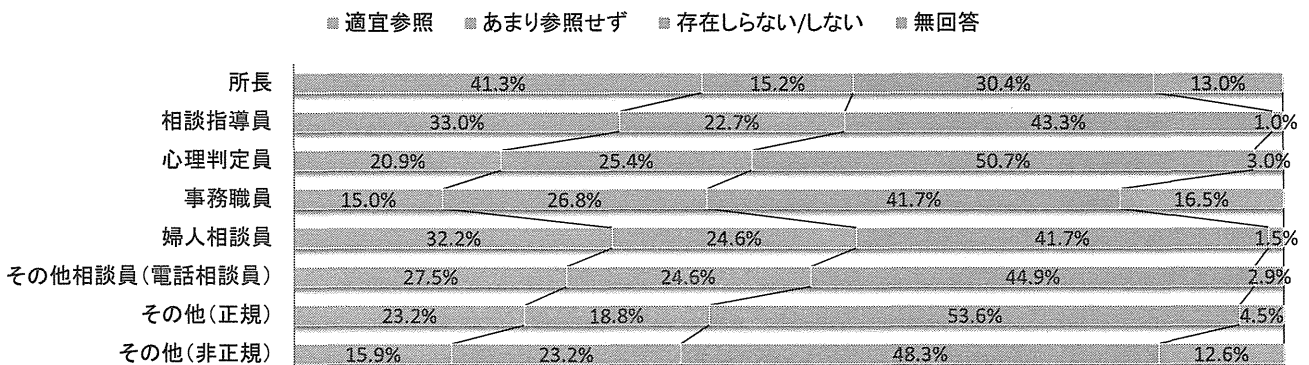
アセスメント様式・チェックリスト

24

q3_3 ウ要保護性のアセスメント様式やチェックリスト

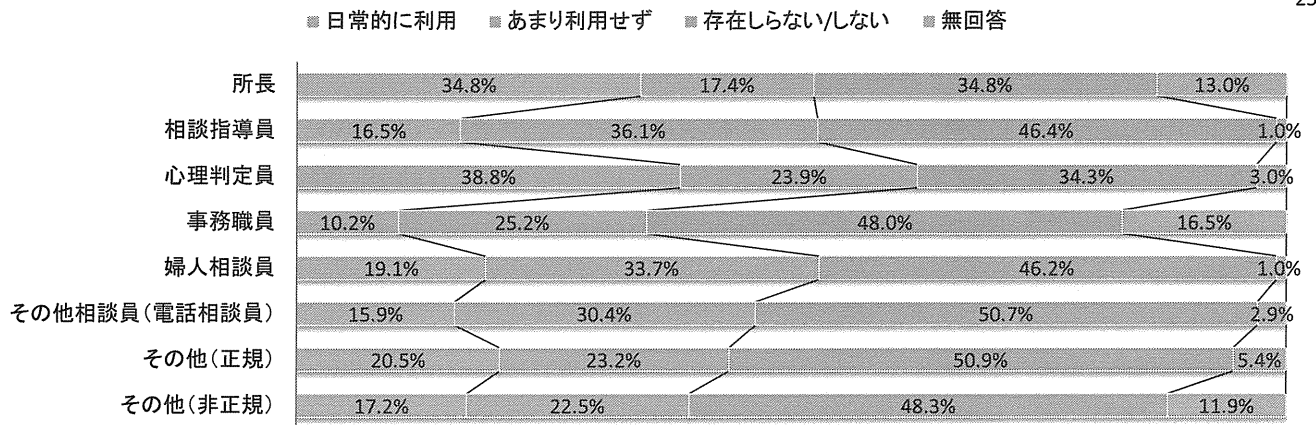


q3_3エ 暴力リスク評価の様式やチェックリスト

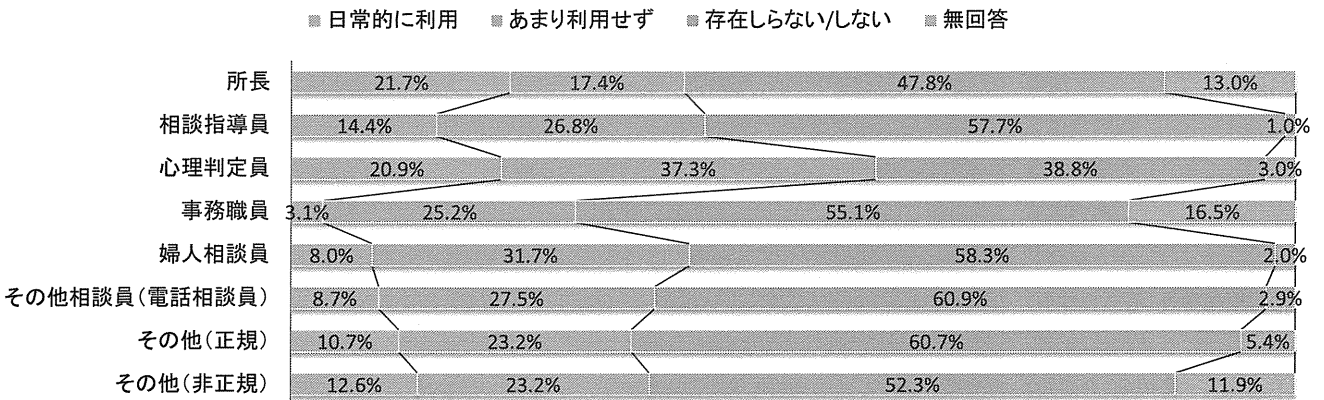


q3_3才 要保護者本人のダメージのアセスメント様式やチェックリスト

25



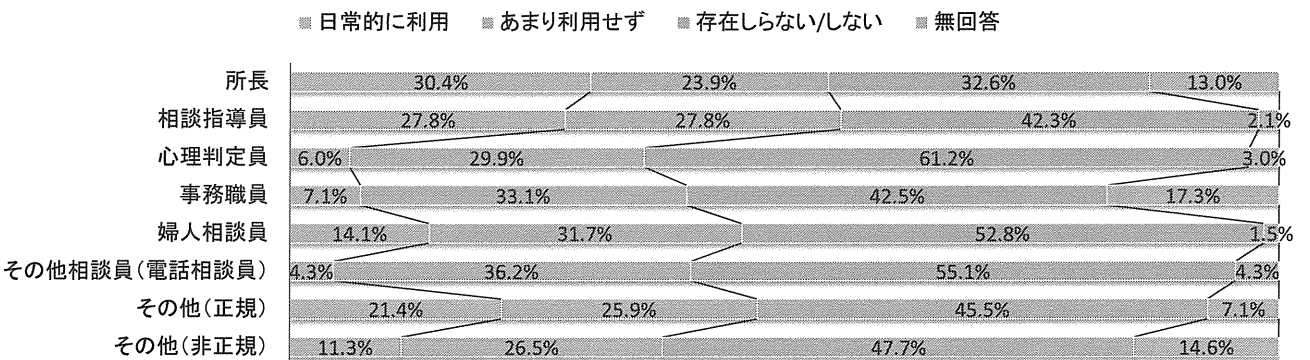
q3_3カ 同伴児童のダメージのアセスメント様式やチェックリスト



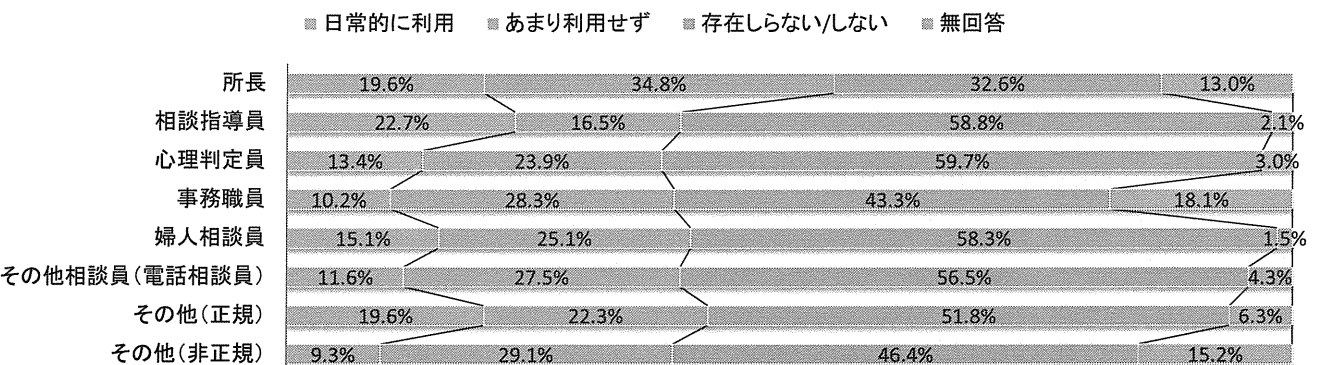
自立支援計画・引き継ぎの様式

26

q3_3キ 要保護者の自立支援計画の様式



q3_3ク 地域の福祉事務所に必要な情報を引き継ぐための様式



小括～ (3) プロセスの質保証：標準化

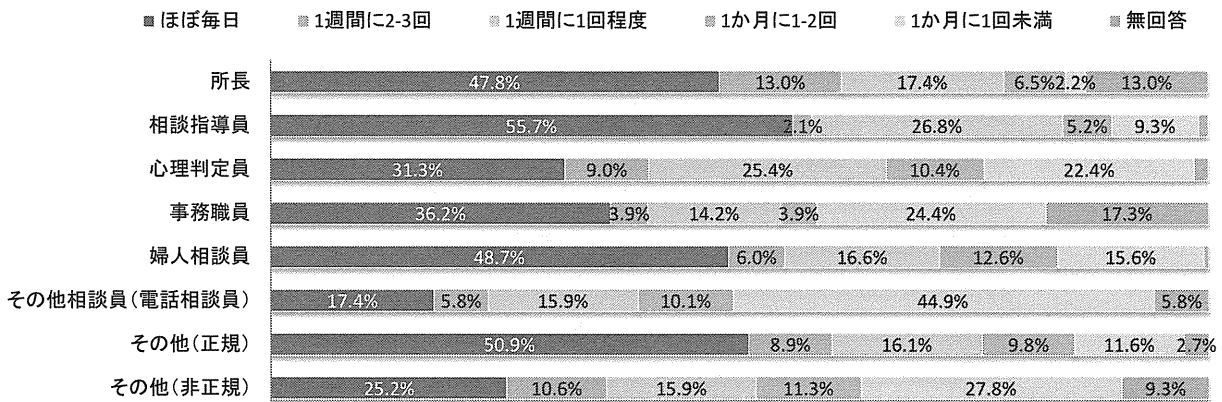
- 要保護性・暴力リスクの評価に関する様式やチェックリストの利用は、中心的に関与する職種（所長・相談指導員・婦人相談員）で比較的利用割合が高いが、その数値は5割未満。
- 保護した者（同伴児童含む）の受けたダメージ等をふまえたケア・その後の支援のアセスメント様式は、心理判定員以外の職種で利用割合が低く、特に同伴児に関する利用割合が非常に低い。
- 自立にむけた支援計画と引き継ぎに関する様式の利用は、比較的利用割合の高い所長・相談指導員でも2-3割にとどまる。
（退所後の生活 組織的支援＜自助努力？）

27

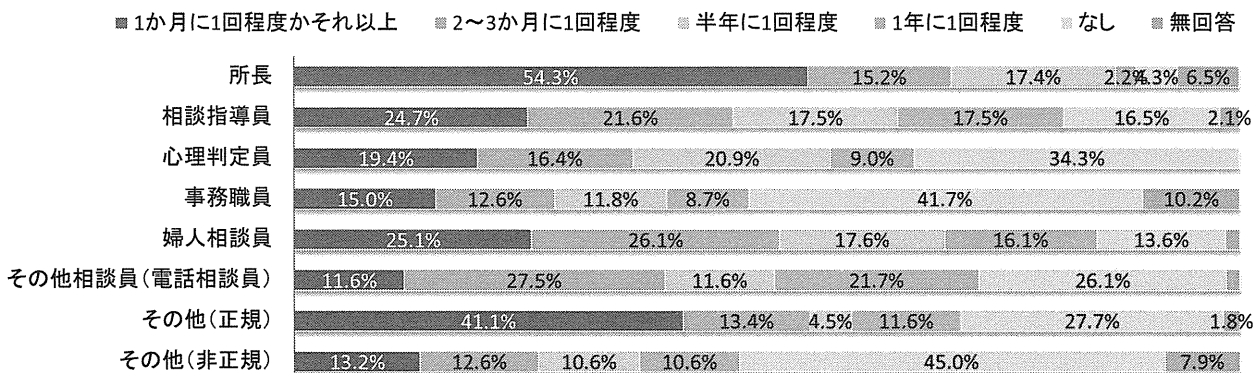
ケース会議・事例検討への参加

28

ア 担当ケースについての連絡事項を職場内で伝達_共有する場への参加

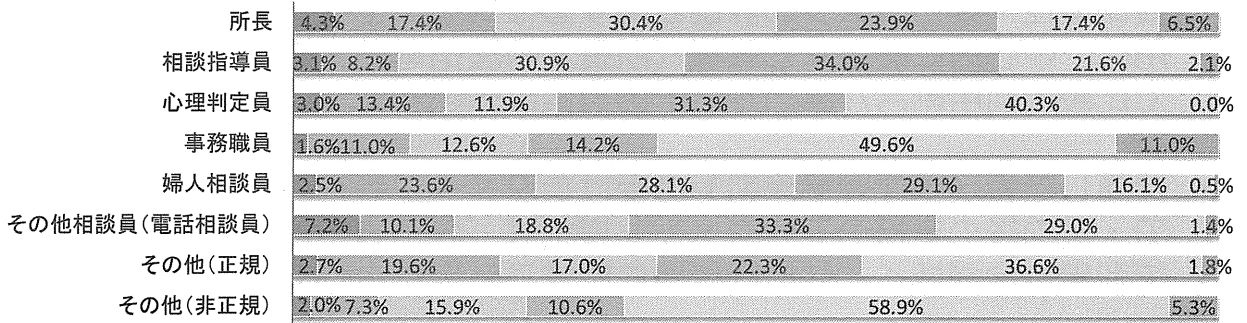


イ 事例検討への参加

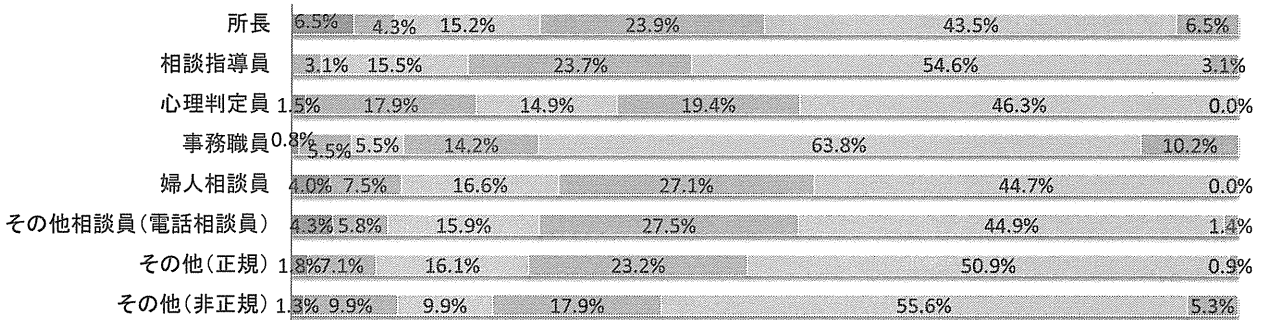


ウ 法的な対応_知識に関する研究会への参加

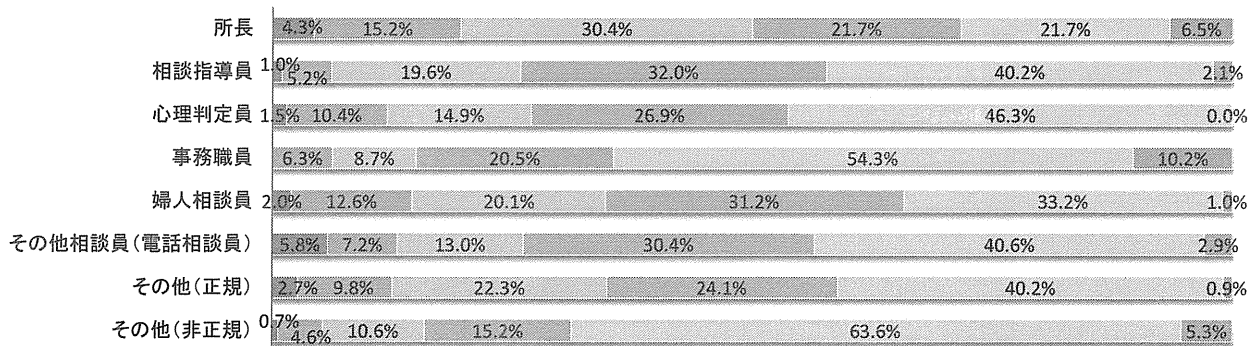
■ 1か月に1回程度かそれ以上 ■ 2~3か月に1回程度 ■ 半年に1回程度 ■ 1年に1回程度 ■ なし ■ 無回答



エ 保健医療面での対応_知識に関する研究会への参加



オ 地域の社会資源や関連制度について学ぶ研究会への参加



小括～（3）プロセスの質保証：事例検討・研修

- 関わったケースの情報共有の場への参加：
所長・相談指導員では日常的に参加。
心理判定員や婦人相談員は参加状況に大きなバラつき。
その他相談員（電話相談員）やその他職員（非正規）の参加は非常に限定。
- 多職種協働のケース対応？相談・非正規職員のチーム参加？
- 事例検討への参加に関して、心理判定員の3分の1以上が、1年間のうち参加機会がない。
 - 法的な対応・知識に関する研究会への参加に関して、その他相談員（電話相談員）の3割弱が、1年間のうち参加機会がない。
- 業務に密接に関わる内容の研修の確保？

31

4. 考察・結論

婦人相談所の保護支援実践機関としての機能強化にむけて、人材の確保育成、業務プロセスのマネジメントや標準化に関する課題の大きさが示唆。

■人材の確保育成

「任用資格の在り方」

「多様な職種に対する研修学習機会の確保」

■業務プロセスのマネジメントや標準化

「一時保護の要否判定基準の標準化」

「一時保護後の多職種による情報共有・アセスメント等の標準化」

「退所後の生活再編にむけた支援計画・引き継ぎプロセスの明確化」

職種別の実態を考慮した課題への対応策の検討が必要。

32

第1章 補論「DV対応の国際的動向からの示唆——WHOのレビューとガイドライン」

研究分担者 森川美絵（所属 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部）

研究要旨

婦人相談所における暴力被害を受けた女性・子どもへの対応にかかわる機能・活動を評価するための指標・項目の構築にあたり、暴力被害を受けた女性・子どもへの対応に関する国際的なエビデンスや標準的対応をふまえる必要がある。

WHOでは、DVや性暴力への対応をヘルスケア・公衆衛生の最重要課題の一つとして明確に位置づけ、近年では、公衆衛生的なアプローチによるDVのリスク因子・保護因子の検討や、介入効果に関する先行知見の系統的な収集と検討がなされ、その報告書や分析結果を反映させたガイドラインを公開している。本稿では、そのなかで近年出された三つの文書（二次予防や三次予防の介入効果のエビデンス・レビュー、一次予防の充実にむけた危険因子と予防効果・推奨施策に関するレポート、初期対応とその後のケアの流れに関するガイドライン）に着目し、その内容を整理した。その上で、それらが、日本の婦人保護事業における婦人相談所の活動のあり方に与える示唆について、考察した。その結果、婦人相談所の機能評価に反映することが望ましい観点として、以下が抽出された。

1. ケアパスウェイに即した二次予防としての活動の明確化とプログラム充実（被害者の発見・初期対応、アドボカシーと心理ケア）
2. 三次予防（中長期的支援・ケア）への継続性やスムーズな移行のための環境・基盤整備
3. 一次予防（発生予防）に資する最重要課題としての「DV環境に晒された子どもへの介入」の本来業務としての体系化・充実

A. 研究目的

婦人相談所における暴力被害を受けた女性・子どもへの対応にかかわる機能・活動を評価するにあたり、暴力被害を受けた女性・子どもへの対応に関する国際的なエビデンスや標準的対応をふまえながら、評価指標・項目を構築する必要がある。

WHOでは、女性への暴力が、女性の健康を脅かす主要なリスク要因であるというエビデンスにもとづき、DVないしIPV（Inter Personal Violence=親密な関係にある者からの暴力）や性暴力への対応をヘルスケア・公衆衛生の最重要課題の一つとして明確に位置づけている（Garcia-Moreno, Claudia & Charlotte Watts 2011；WHO 2013a）。近年では、公衆衛生的なアプローチによるDVのリスク因子・保護因子の検討や、介入効果に関する先行知見の系統的な収集と検討がなされ、その報告書や分析結果を反映させたガイドラインを公開している。具体的には、2009年には、DVの二次予防（被害後の対応）や三次予防（中長期的支援）の介入効果のエビデンスをレビューした文書が出され、2010年には、DVの一次予防（発生前の防止に向けた対応）の充実にむけた危険因子の整理と予防策の効果、効果の観点から推奨される施策

に関するレポートが出されている。さらに、2013年には、初期対応とその後のケアの流れに関するガイドライン（WHO 2013b）が出されている。

以下、近年出された上記の三文書について内容を整理し、それらが日本の婦人保護事業における婦人相談所の活動のあり方に与える示唆を検討する。

B. 研究方法

1)～3)の文書をWHOのホームページより入手した。各文書には、DV(IPV)と併せて性暴力に関する内容が含まれているが、本稿では、暴力被害を受けた女性および(日本では「同伴児」とされる)子どもへの対応に関わる記載内容に焦点を絞り、その内容を把握した。その上で、これらの文書の内容が、日本の婦人保護事業における婦人相談所の活動のあり方に与える示唆について、考察を行った。

1) DVや性暴力の二次予防（被害後の対応）や三次予防（中長期的支援）の介入効果のエビデンスのレビュー（2009年）

WHO (2009) Reducing violence through victim identification, care and support programmes. Geneva: World Health Organization.

2) DVや性暴力の一次予防（発生前の防止に向けた対応）の充実にむけた、危険因子の整理、予防策の効果、効果の知見に基づく推奨施策に関するレポート（2010年）

WHO (2010) Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization.

3) 初期対応とその後のケアの流れに関するガイドライン（2013年）

WHO (2013b) Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guideline. Geneva: World Health Organization.

（倫理面への配慮）HPで公開されている資料のみを用いており、倫理的問題はない。

C. 研究結果

1. 暴力被害者の発見およびケア・支援の介入効果——WHO（2009）より

2009年に、二次予防・三次予防を中心に扱った、暴力被害者の発見およびケア・支援に関する介入プログラムの効果のエビデンス（2009年時点までの）に関するレポートが出されている（WHO 2009）。レポートに記載されている介入・支援プログラムの効果は、例えば以下の通りである。

1) 被害者発見に関する手法の効果（WHO 2009: 4-7）

国によっては、多機関連携による被害者発見の手順とリスクアセスメントツールの開発が、被害者の発見と支援のための調整された対応にむけて行われている。英国で展開されているMARACs(multi-agency risk assessment conference: 多機関連携リスクアセスメント会議)は、リスクアセスメントツールを利用して抽出されたハイリスクケースへの対応を月例の連携機関会議で協議し、連携機関内でのデータ共有とサービス調整を行うことで、ハイリスク者への応答性を高めている。その効果として、再被害の低減、加害者に接触する機関関係者の安全の向上（多機関での訪問が可能となるため）、関係機関間での情報共有の向上が挙げられている（Robinson AL 2006）¹。

¹ イギリスのMARACs（多機関連携リスクアセスメント会議）については、本研究事業においても注目し、2012年度報告書において、MARACsの運営方法や連携機関で共用されているリスクアセスメントツール

2) アドボカシーサポートプログラム²⁾に関する手法の効果 (WHO 2009: 8-9)

①短期のサポート・カウンセリングの効果：米国では、一般診療所における、DV 被害者への「セーフティプランや地域の支援サービスを記した財布に入る小サイズのカードの提供」と、「被害者の支援や案内・紹介を含む 20 分の看護職主導の話し合い」という、二つのプログラムの効果評価が行われた。どちらのプログラムでも、同程度の暴力低減、安全確保のための対処行動の改善が、効果として見いだされた。

②シェルター避難後のフォローアップ支援の効果：米国において、避難先のシェルターから出た後の 10 週間におけるアドボカシーサービス(4～6 時間/週; 訓練を受けた学部生を担当者とするケースワークで、満たされていないニーズの明確化、教育・エンパワメント・雇用・住宅・司法支援、保育、保健医療等を含む適切な地域資源の動員を行う)の効果検証では、以下が示されている。2 年後のフォローアップでは、再被害の低減、QOL・ソーシャルサポート・地域資源へのアクセスの向上が見られた。3 年後のフォローアップでは、QOL とソーシャルサポートの向上へのプラスの効果は維持されていたが、再被害防止のプラス効果の維持は確認できなかった。同伴児童については、プログラムを提供したグループの児童の方が、提供しないグループよりも自尊や各種能力面が高くなっていた。

③安全を高めるための積極的行動の促進支援：安全を高めるための積極的行動の促進支援に関する介入(セーフティプランと言われることもある)は、有望な結果を示している。安全を高めるための積極的行動の例としては、重要書類のコピーを隠しておくこと(本人の証明となるもの、自動車免許等)、お金を貯めて隠しておくこと、必要な時に安全確保のために逃げ込む場所を自分で決めておくこと、などがある。

3) シェルターの効果

各国で多く利用されている手法だが、暴力の影響の低減ないし暴力再発に対する効果に関する、厳密な評価研究はごくわずかである。

そうした調査結果で示されている効果は、例えば以下のようなものである。シェルターで過ごす時間は有意義だが、それは、被害者が入所前からすでに自分の人生をコントロールし始めている場合に限られる；シェルターにいて安心感を得る、2 週間の滞在後には抑うつ感が減り、より希望をもてるようになっている等。シェルターの効果は、そこで提供される支援プログラムの内容に依存しており、それらと切り離れた評価は難しい。

4) 心理社会的介入の効果

1 セッションの心理的デブリーフィング³⁾は (single-session psychological debriefing)、効果が確認されないばかりか、PTSD や鬱のリスクを高める危険が指摘されている。

これに対し、トラウマに焦点をあてた認知行動療法の早期実施は、慢性的 PTSD の予防に役立つというエビデンスがある。

²⁾ アドボカシーサービスには例えば以下が含まれる。情報提供、就業訓練のカウンセリング、関係機関の紹介、薬物中毒の治療、社会サービスや法的支援の活用の援助等。

³⁾ 心理的デブリーフィングとは、経験したばかりのストレスフルないしトラウマになる出来事を半構造化の会話のなかで語ってもらうグループ療法。

2. DVの危険因子と予防策の効果—WHO(2010)より

一次予防を中心に扱ったWHO(2010)では、ライフコース別(入幼児[0-4歳]、児童～青年前期[5-14歳]、青年後期～成人前期[15-25歳]、成人[26歳以上])に、リスク因子(個人レベル、親族・知人等の関係レベル、コミュニティレベル、社会レベルの各レベル)と保護因子、一次予防に関するプログラム効果のエビデンスが整理されている。

暴力の被害・加害の両方のリスク因子として、幼児・児童期の被虐待経験ないしDV環境にさらされている経験が挙げられており、対応策として、被虐待環境およびDV環境にさらされている幼児・児童への介入が、非常に重要であることが、指摘されている(WHO 2010: 42)。

認知・感情・行動面での効果を意図した心理的介入プログラムに関して、それを受けた児童の約7割が、介入を受けなかった児童よりも良好であることや、介入を受けた場合に青年期のデートDVの経験が低減するというエビデンスが言及されている。

3. 初期の臨床対応とその後のケアの流れの基本—WHO(2013b)より

さらに、2013年には、女性への暴力(性暴力および親密な者の中での暴力)への初期対応やその後のケアに関する臨床対応および政策のガイドラインが出されている(WHO 2013b)。予防のレベルで言えば、一次予防(発生予防)ではなく、二次予防すなわちDV被害が本人から開示される時点での初期対応についての、対応の基本方針を提示したものである⁴。

このガイドラインは、DVケースの認知・発見に保健医療機関が関わりやすいという事情をふまえ、初期対応の機関を保健医療機関と想定しつつ、そこでの初期対応およびその後のケアの充実を意図して作成されたものである。

ガイドラインでは、「暴力案件の発見、端緒を探知した際のケースへの質問・対応」に始まる初期対応からその後のDV被害の場合のケア対応について、推奨される対応が要約され(WHO 2013b: 3-4)、推奨の根拠等が説明されている。そこには、以下が含まれている。

1) 暴力の兆候の探知・発見と初期対応

暴力の発見に関しては、「暴力が疑われる兆候」の一覧が掲示されている。

暴力被害が本人から開示された場合／暴力が疑われる場合の対応としては、対応機関の第一線職員に求められる初期対応(first-line support)について、その基本事項がまとめられている(侵襲的に質問をしない、無理に聞き出さない等の留意事項も含まれる)。

保健医療機関の職員がこれらの初期対応(first-line support)を提供できない場合には、速やかにそれが可能な場所・機関が確保されねばならない、としている。

初期対応に続く対応には、「アドボカシー(資源調整・権利擁護)」と「心理的支援」の2つに整理されている。そこには以下の内容等が含まれている。

⁴ 今後、各国は、このガイドラインを反映させ、国内のガイドラインの見直しや施策実施が求められることになっている。保健医療の教育課程・研修のカリキュラムに暴力事案への対応を含めることも必要な政策として明記されている。また、最初に被害者がコンタクトをとった場所での、危険度アセスメント(加害者に殺される危険性という観点からのアセスメントの実施率なども、ガイドラインの実施状況のモニタリング対象になっている(報告書内で参照するアセスメントツールのサイトも引用されている))。

2) 暴力被害開示後のアドボカシー（資源調整・権利擁護）

アドボカシーには、本人の意志を尊重した、今後の選択肢、利用できる社会資源の提示、安全を強化するための支援等が含まれている。シェルター（一時保護）に一日以上過ごした被害者に対しては、アドボカシー・支援・エンパワメントに関する構造化されたプログラムが提供されるべきである、とされている。

3) 心理的支援

心理的支援には、初期の心理支援、中長期的支援がある。初期の心理支援としては、被害女性のメンタルヘルスのケアがある。このケアは、WHO のメンタルヘルス対応に関するガイド（the WHO Mental Health Gap Action Program (mhGAP) intervention guide, 2010）に即したものであり、DV 被害を経験している女性のなかで、精神疾患歴がある人や、DV 由来の精神疾患のある人に対し、DV について理解のある保健医療の専門家が提供するものとされている。

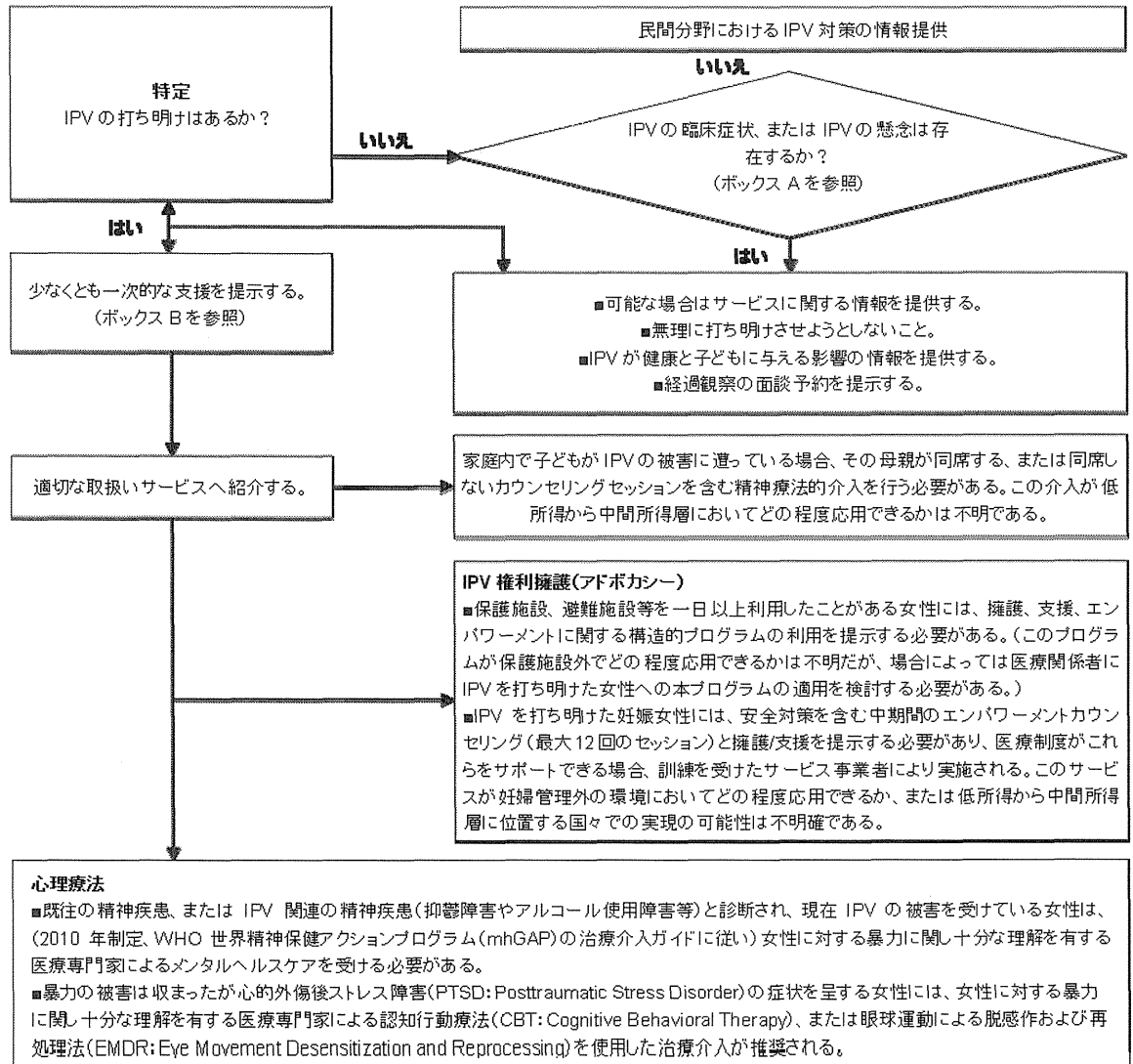
DV 環境から離脱した後のケアについては、PTSD への対応として、DV について理解のある保健医療の専門家による認知行動療法等が推奨されている。

4) DV 環境にさらされた子どもへの対応

DV 環境にさらされた子どもに対しては、心理治療的ケアが提供されるべきとされている。

推奨される対応の流れは、ケアパスウェイとして図に整理されている（WHO 2013b: 34, Figure1. Care pathway for intimate partner violence(IPV=intimate partner violence)（図1参照））。

図 1. 親密な関係にあるパートナーからの暴力に対するケアの方向性(IPV: Intimate Partner Violence ■ 親密な関係にあるパートナーからの暴力)



- ボックス A – IPVに関連する臨床症状**
- ・ 抑鬱、不安、PTSD、睡眠障害の症状
 - ・ 自殺傾向や自傷行為
 - ・ アルコールや他の薬物使用
 - ・ 慢性痛(原因不明の)
 - ・ 原因不明の慢性胃腸症状
 - ・ 高頻度の膀胱感染症や腎感染症等を含む原因不明の泌尿生殖器症状
 - ・ 複数回の望まない妊娠や中絶、遅延妊娠ケア、異常出産結果を含む異常生殖結果
 - ・ 骨盤痛や性機能障害を含む原因不明の生殖症状
 - ・ 度重なる臍出血と性感染症(STI)
 - ・ 特に繰り返し発生し、また原因が曖昧/不明の場合の外傷的負傷
 - ・ 中枢神経系の問題(頭痛、認知的問題、聴力低下)
 - ・ 明確な診断ができない度重なる健康相談
 - ・ 相談に介入してくるパートナーや夫

- ボックス B – 一次的支援**
- ・ 相談は内々に行うこと
 - ・ 女性に秘密保持の範囲(報告義務がある場合等)を説明しながら秘密義務を守ること
 - ・ 女性の発言に対しては中立的、支持的、検証的であること。
 - ・ 女性が抱く懸念に対して実践的なケアとサポートを提供するが、無理に介入しないこと
 - ・ 女性に暴力の履歴を尋ね、注意深く聞くが、無理に話させようとするしないこと(取り扱いが難しい話題については通訳を介してケアを行う必要がある)
 - ・ 女性が必要としていると思われる手段(法的、その他のサービス)に関する情報の入手を手助けする
 - ・ 必要な場合は女性自身とその子どもに係る安全性の向上を手助けする
 - ・ 社会的支援を提供、または実施する
- 医療関係者による一次的支援が不可能な場合、(同じ医療環境、または利用しやすい環境において) 代わりに者が即時に同支援を行えるよう手配する必要がある。

出典) WHO (2013b : 34, Fig.1)を、 WHO 出版部の許可を得て複製。但し、原典は英語表記であり、ここでは森川が和訳したものを掲載している。

D. 考察——婦人保護事業、婦人相談所の活動への示唆

WHO による国際的な DV への介入に関するエビデンスの評価、推奨される対応の提言が、婦人相談所を含めた暴力被害者の保護と支援に携わる機関の取り組みに対して示唆する点を、整理する。

WHO では、公衆衛生アプローチとして、暴力への介入を、発生予防（一次予防）、発生後の保護・アドボカシーとケア（二次予防）、中長期的なケア・支援（三次予防）というレベルで捉えている。婦人保護事業として婦人相談所が行う業務についても、予防の各レベルと関連づけて捉えると、以下のような点が示唆される。

1. 二次予防としての活動の明確化——ケアパスウェイに即したプログラム充実

婦人相談所が提供する相談、一時保護（その期間中のアドボカシーやケアの提供）、その他の事業・プログラムは、DV 被害者および DV 環境に置かれた子どもの安全や健康の保持回復において、主に二次予防の部分を担っていると見える。そこでは、被害者の発見・初期対応、それに続くアドボカシーと心理ケアという、二次予防としての活動の流れの明確化とプログラム内容の充実が、必須の使命となる。

そこで重視したいのが、2013 年のガイドラインで示された「ケアパスウェイ」という枠組みである。ケアパスウェイの内容は、保健医療機関に限らず、地域で第一線の相談対応と、その後のケアの過程を整理する上で、援用できる部分が多い。例えば、市町村や警察ルートで婦人相談所が対応する緊急保護ケースへの対応にも役立つであろう。こうしたケアパスウェイの基本に則した対応が、婦人保護事業を媒介した DV 対応においてなされているか、検証する必要がある。

2. 三次予防（中長期的支援・ケア）との関連づけ——資源開発・アクセス支援・連携

第二の点は、三次予防（中長期的支援・ケア）との関連づけという視点である。例えば、二次予防から三次予防への継続性やスムーズな移行のための環境・基盤整備（移行のための連携、三次予防を担う社会資源の開発、資源へのアクセス支援等を含む）を、誰が、どのように、どの程度果たすのか、婦人相談所としてはここにどのように貢献できるのかが、問われることになる。

WHO のガイドラインでは、DV 被害経験者へのケア（被害母子の母子関係への介入を含む）は、エビデンスの積み重ねによる標準的なケアモデルの開発が望まれる分野とされ、特に、暴力被害を受けた 10 代（青年）へのサービス提供のあり方は、重点的研究が今後の課題とされている（WHO 2013b:42-3）。二次予防や三次予防（応急的なケアおよび中長期的なケア）で、既存の評価研究結果から有望と判断されるプログラムはあるが、厳密な検証手続きにより効果が確認された世界標準のプログラムがあるわけではない。日本を含む各国で、このテーマ（DV 被害経験者・母子関係への事後フォローとしてのケア；10 代へのサービス提供のあり方）に関する支援・ケアのプログラム開発とその評価を蓄積し、そのエビデンスを積み重ねていくことが求められる段階といえる。

3. 一次予防（発生予防）との関連づけ——DV 環境に晒された子どもへの介入の重要性

第三は、一次予防（発生予防）との関連づけという視点である。一次予防の視点は、実施している事業を、個々人の被害者の支援・ケアのニーズへの応答という観点のみならず、コミュニティにおける暴力／暴力被害の再発や世代間連鎖の防止という観点で意味づけ、そのために効果的なプログラムを開発・充実しようとする視点である。婦人相談所の活動も、DV の危険因子の抑制（個人レベル、関係レベル、コミュニティレベル、社会レベル）への寄与という観点から、検証していく

姿勢が求められる。そこには、被害者の再被害リスクや、同伴児童の成長後のDV被害・加害リスクの低減という視点も当然含まれる。

WHOのレポートでは、DV環境にさらされた児童の認知・感情・行動面へのケア・心理的介入は、児童個人の直面する切実な問題に対応することであるのみならず、社会におけるDV被害・加害の発生予防（連鎖の断絶）という観点からも極めて重要であり、一定の科学的根拠を伴った有望な対応とされている。

だとすれば、婦人相談所が介入するDVケースにおいて、被害者とともに保護された児童は、単なる「同伴」以上の存在として対応されるべきことは、明らかである。DV被害環境にさらされた児童に対する早期のケアおよびその後の支援は、DV対策における周知的・追加的業務というよりも、社会における暴力被害・加害の予防に資する最も有力かつ主要な対策のひとつに位置づけられるべきとも言える。婦人相談所は、自らが提供する一時保護や相談支援を、DV環境にさらされた児童が、認知・感情・行動面での効果を意図したケア・心理的介入につながる契機を提供するものとしても明確に位置づけていくことが望まれる。国も、課題の重要性に鑑みて、必要な人員の手当がなされる条件整備を検討する必要がある。

子どもへのケアの内容は、ケアパスウェイに記されたものに対応している必要がある。しかし、現時点では、こうしたDV環境にさらされた児童への介入プログラムが、全国的に制度化されているわけではない。婦人相談所が必ずしもこれらを実施するために十分な資源を有していたり、外部の資源と連携したりしているわけではなく、地域においてこうした資源が未開発であることも多い⁵。その場合には、資源の開拓・開発の段階から、必要に応じて他のDV防止相談支援センターや他機関・団体と協働・連携しながら進める必要がある⁶。

なお、性暴力の危険因子や介入エビデンス・推奨施策は、DVないしIPVと一部で重複する内容も含まれているが、異なる内容も含まれている。本稿では、性暴力に関する部分はカバーしていない点には注意が必要である。今後、性暴力被害を含めた対応の充実が、婦人相談所等の福祉行政に求められるようになれば、あらためて、性暴力に関する記載内容をふまえて、国内での対応についての検討が進められるべきであろう。

E. 結論

暴力被害を受けた女性・子どもへの対応にかかわる機能・活動を評価するための指標・項目の構築にあたり、暴力被害を受けた女性・子どもへの対応に関する国際的なエビデンスや標準的対応をふまえる必要がある。WHOの文書の検討より、公衆衛生的な評価の観点として以下が抽出された。

1. ケアパスウェイに即した二次予防としての活動の明確化とプログラム充実（被害者の発見・初期対応、アドボカシーと心理ケア）
2. 三次予防（中長期的支援・ケア）への継続性やスムーズな移行のための環境・基盤整備
3. 一次予防（発生予防）に資する最重要課題としての「DV環境に晒された子どもへの介入」の本来業務としての体系化・充実

⁵ いくつかの自治体では、一時保護後の継続支援に、自治体の独自事業ないし国の補助事業として、いくつかの自治体取り組みつつあるが、そのなかでDV被害者の子どもへの支援が組み込まれていることがある。また、婦人相談所のなかには、一時保護中から、「子ども担当」をつける、ないし、子どもに対するケア・心理的支援を意図的に展開しているところもある。

⁶ 平成26年度の国の予算には、婦人相談所の一時保護退所後のフォロー・継続支援に関するモデル事業の実施が含まれている。こうした事業の評価の視点のひとつに、子どもへの連鎖の防止も含まれることが望まれる。