

表3. K6のカットオフ値を10点に設定した場合の精神健康度とストレスとの関係(n=3,174)

	2回目(7m後)						3回目(16m後)					
	全体		K6: 10点未満		K6: 10点以上		全体		K6: 10点未満		K6: 10点以上	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	3,174		2,872		302		3,174		2,878		296	
ストレス 度合い												
大変強く感じている	118	3.7	51	1.8	67	22.2 †	83	2.6	28	1.0	55	18.6 †
強く感じている	360	11.4	236	8.2	124	41.1	378	11.9	249	8.7	129	43.6
多少感じている	1,656	52.2	1,557	54.2	99	32.8	1,600	50.4	1,503	52.2	97	32.8
あまり感じていない	1,039	32.8	1,027	35.8	12	4.0	1,113	35.1	1,098	38.2	15	5.1
(再掲) 大変強く・強く感じている	478	15.1	287	10.0	191	63.3 †	461	14.5	277	9.6	184	62.2 †
要因(3つまで選択)												
自分の健康状態	300	14.1	220	11.9	80	27.6 †	357	17.3	281	15.8	76	27.1 †
家族の健康状態	339	15.9	288	15.6	51	17.6	393	19.1	334	18.8	59	21.0
家屋・家財の物的被害	201	9.4	176	9.5	25	8.6	152	7.4	130	7.3	22	7.8
居住環境の変化	104	4.9	92	5.0	12	4.1	107	5.2	87	4.9	20	7.1
経済的負担の増加	133	6.2	112	6.1	21	7.2	114	5.5	98	5.5	16	5.7
勤務時間の増加	367	17.2	305	16.5	62	21.4 *	358	17.4	289	16.2	69	24.6 †
職務内容の変化	886	41.5	761	41.3	125	43.1	888	43.1	758	42.6	130	46.3
勤務場所の変更	195	9.1	172	9.3	23	7.9	187	9.1	165	9.3	22	7.8
被災者・マスコミ等の対人的な対応	102	4.8	82	4.5	20	6.9	98	4.8	83	4.7	15	5.3
通勤時間の増加	152	7.1	127	6.9	25	8.6	147	7.1	17	7.3	130	6.1
地震・余震	279	13.1	246	13.3	33	11.4	148	7.2	130	7.3	18	6.4
原子力発電所事故	161	7.5	142	7.7	19	6.6	127	6.2	111	6.2	16	5.7
休みがとれないこと	202	9.5	163	8.8	39	13.5 *	164	8.0	129	7.3	35	12.5 *
職場の人間関係	266	12.5	202	11.0	64	22.1 †	275	13.3	207	11.6	68	24.2 †
分からない	142	6.7	114	6.2	28	9.7 *	137	6.7	117	6.6	20	7.1
その他	218	10.2	179	9.7	39	13.5	177	8.6	137	7.7	40	14.2 †
震災の影響												
非常にある	441	20.9	350	19.2	91	31.6 †	280	13.7	233	13.2	47	16.9
大いにある	827	39.1	721	39.5	106	36.8	653	31.9	556	31.5	97	34.9
あまりない	495	23.4	436	23.9	59	20.5	596	29.1	522	29.5	74	26.6
ほとんどない	225	10.6	205	11.2	20	6.9	285	13.9	256	14.5	29	10.4
全くない	126	6.0	114	6.2	12	4.2	232	11.3	201	11.4	31	11.2
(再掲)												
あまり・ほとんど・全くない	846	40.0	755	41.4	91	31.6 †	1113	54.4	979	55.4	134	48.2 *
非常に・大いにある	1,268	60.0	1,071	58.7	197	68.4	933	45.6	789	44.6	144	51.8

Chi-square tests were used. *: p<0.05, †: p<0.01

表4. 初回の調査でK6が10点以上であったものうち、2,3回目の調査でもK6が10点以上であることと、そうでないものの、属性、被災状況の比較(n=306)

	全体 (1回目調査で10点 以上)		K6: 2,3回目調査の どちらか、もしくは 両方10点未満		K6: 2,3回目調査の 両方とも10点以上	
	n	%	n	%	n	%
	306		221		85	
基礎属性(2m)						
性別						
男性	206	67.3	150	67.9	56	65.9
女性	100	32.7	71	32.1	29	34.1
年齢						
18-29歳	34	11.1	22	10.0	12	14.1
30-39歳	99	32.4	68	30.8	31	36.5
40-49歳	125	40.9	92	41.6	33	38.8
50-65歳	48	15.7	39	17.7	9	10.6
被災状況						
自宅への被害(7m)						
半壊未満	241	78.8	182	82.4	59	69.4 *
半壊以上	65	21.2	39	17.7	26	30.6
家族の死・行方不明等(2m)						
無	291	95.4	209	95.0	82	96.5
有	14	4.6	11	5.0	3	3.5
自宅外生活(避難所など)(2m)						
なし	191	62.8	136	62.1	55	64.7
あった	102	33.6	78	35.6	24	28.2
現在(震災2m後)もしている	11	3.6	5	2.3	6	7.1
転居(7m)						
転居なし	279	91.2	202	91.4	77	90.6
転居あり	27	8.8	19	8.6	8	9.4

Chi-square tests were used. *: p<0.05, †: p<0.01

表5. 初回の調査でK6が10点以上であったものうち、2,3回目の調査でもK6が10点以上であることと、そうでないものの、業務の状況の比較(n=306)

	全体 (1回目調査で10点 以上)		K6: 2,3回目調査の どちらか、もしくは 両方10点未満		K6: 2,3回目調査の 両方とも10点以上	
	n	%	n	%	n	%
	306		221		85	
業務の状況						
所属(2m)						
総務部	28	9.2	21	9.5	7	8.2
震災復興・企画部	14	4.6	12	5.4	2	2.4
環境生活部	28	9.2	20	9.1	8	9.4
保健福祉部	76	24.8	54	24.4	22	25.9
経済商工観光部	53	17.3	40	18.1	13	15.3
農林水産部	36	11.8	26	11.8	10	11.8
土木部	57	18.6	38	17.2	19	22.4
出納局	3	1.0	0	0.0	3	3.5
企業局	3	1.0	2	0.9	1	1.2
その他	8	2.6	8	3.6	0	0.0
所属(7m)						
総務部	35	11.4	29	13.1	6	7.1
震災復興・企画部	12	3.9	10	4.5	2	2.4
環境生活部	26	8.5	17	7.7	9	10.6
保健福祉部	67	21.9	48	21.7	19	22.4
経済商工観光部	53	17.3	38	17.2	15	17.7
農林水産部	36	11.8	25	11.3	11	12.9
土木部	59	19.3	40	18.1	19	22.4
出納局	4	1.3	2	0.9	2	2.4
企業局	2	0.7	1	0.5	1	1.2
その他	12	3.9	11	5.0	1	1.2
震災関連業務への従事(2m)						
無	76	24.8	54	24.4	22	25.9
有	230	75.2	167	75.6	63	74.1
震災関連業務への従事(7m)						
本来業務として行っている	28	9.2	21	9.5	7	8.2
災害関連業務中心に本来業務も行っ	45	14.7	31	14.0	14	16.5
本来業務と災害関連業務が同程度	31	10.1	24	10.9	7	8.2
行っているが本来業務中心	83	27.1	59	26.7	24	28.2
災害関連業務は行っていない	119	38.9	86	38.9	33	38.8
遺体関連業務への従事(2m)						
無	293	95.8	212	95.9	81	95.3
有	13	4.3	9	4.1	4	4.7
苦情相談対応への従事(2m)						
無	276	90.2	202	91.4	74	87.1
有	30	9.8	19	8.6	11	12.9
過重労働						
月100時間を超す時間外勤務(2m)						
無	280	91.5	199	90.1	81	95.3
有	26	8.5	22	10.0	4	4.7
先月の時間外勤務(7m)						
40時間未満	261	87.3	192	89.3	69	82.1
40時間以上	38	12.7	23	10.7	15	17.9
週1日程度の休日(2m)						
無	12	3.9	10	4.6	2	2.4
有	293	96.1	210	95.5	83	97.7
休養(7m)(n=305)						
十分・まあまあとれている	180	59.0	145	65.9	35	41.2 †
どちらともいえない・あまり・ほとんど、	125	41.0	75	34.1	50	58.8
職場の環境						
勤務地(2m)						
内陸部	246	80.4	177	80.1	69	81.2
沿岸部	60	19.6	44	19.9	16	18.8
勤務地(7m)						
内陸部	248	81.1	182	82.4	66	77.7
沿岸部	58	19.0	39	17.7	19	22.4
上司・同僚・部下とのコミュニケーション(2m)						
まあまあ・かなりとれている	267	87.3	194	87.8	73	85.9
とれていない	39	12.8	27	12.2	12	14.1
上司・同僚・部下とのコミュニケーション(7m)						
まあまあ・かなりとれている	223	73.1	171	77.7	52	61.2 †
とれていない・どちらともいえない	82	26.9	49	22.3	33	38.8

Chi-square tests were used. *: p<0.05, †: p<0.01

表6. 初回の調査でK6が10点以上であったものうち、2,3回目の調査でもK6が10点以上であることと、そうでないものの、ストレス、身体健康の比較(n=306)

	全体 (1回目調査で10点 以上)		K6: 2,3回目調査の どちらか、もしくは 両方10点未満		K6: 2,3回目調査の 両方とも10点以上		
	n	%	n	%	n	%	
ストレス(7m)	306		221		85		
度合い							
あまり・多少	166	54.3	145	65.6	21	24.7	†
大変強く・強く感じている	140	45.8	76	34.4	64	75.3	
要因(3つまで選択)							
自分の健康状態	69	25.7	46	24.7	23	27.7	
家族の健康状態	49	18.2	36	19.4	13	15.7	
家屋・家財の物的被害	29	10.8	17	9.1	12	14.5	
居住環境の変化	18	6.7	12	6.5	6	7.2	
経済的負担の増加	18	6.7	10	5.4	8	9.6	
勤務時間の増加	45	16.7	31	16.7	14	16.9	
職務内容の変化	104	38.7	71	38.2	33	39.8	
勤務場所の変更	20	7.4	14	7.5	6	7.2	
被災者・マスクミ等の対人的な対応	14	5.2	7	3.8	7	8.4	
通勤時間の増加	22	8.2	16	8.6	6	7.2	
地震・余震	38	14.1	28	15.1	10	12.1	
原子力発電所事故	21	7.8	12	6.5	9	10.8	
休みがとれないこと	31	11.5	21	11.3	10	12.1	
職場の人間関係	53	19.7	35	18.8	18	21.7	
分からない	24	8.9	14	7.5	10	12.1	
その他	30	11.2	18	9.7	12	14.5	
震災の影響							
あまり・ほとんど・全くない	81	30.3	57	30.8	24	29.3	
非常に・大いにある	186	69.7	128	69.2	58	70.7	
身体健康							
体調(2m)							
よい・普通	154	50.3	120	54.3	34	40.0	*
あまりよくない・悪い	152	49.7	101	45.7	51	60.0	
睡眠(2m)							
よく・大体眠れる	145	47.4	113	51.1	32	37.7	*
あまり・眠れない	161	52.6	108	48.9	53	62.4	
食欲(2m)							
変わらない	181	59.2	139	62.9	42	49.4	*
増えた・減った	125	40.9	82	37.1	43	50.6	
飲酒量(2m)							
変わらない・減った・飲まない	242	79.3	173	78.6	69	81.2	
増えた	63	20.7	47	21.4	16	18.8	
体調(7m)							
よい・普通	188	61.4	154	69.7	34	40.0	†
あまりよくない・悪い	118	38.6	67	30.3	51	60.0	
睡眠(7m)							
よく・大体眠れる	173	56.5	145	65.6	28	32.9	†
あまり・眠れない	133	43.5	76	34.4	57	67.1	
食欲(7m)							
ある・まあまあ	278	90.9	202	91.4	76	89.4	
あまり・ほとんどない	28	9.2	19	8.6	9	10.6	
飲酒量(7m)							
変わらない・減った・飲まない	229	75.1	169	76.8	60	70.6	*
増えた	76	24.9	51	23.2	25	29.4	
震災後、新たに治療をはじめた疾患(7m)							
無	262	85.9	195	88.2	67	79.8	
有	43	14.1	26	11.8	17	20.2	
(複数選択)							
高血圧症	3	1.0	0	0.0	3	3.6	†
不整脈	1	0.3	0	0.0	1	1.2	
狭心症・心筋梗塞	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
糖尿病	2	0.7	1	0.5	1	1.2	
高脂血症	1	0.3	1	0.5	0	0.0	
不眠症	5	1.6	1	0.5	4	4.8	†
こころの不調	10	3.3	7	3.2	3	3.6	
その他	27	8.9	17	7.7	10	11.9	

Chi-square tests were used. *: p<0.05, †: p<0.01

各調査におけるK6が10点以上の者の割合

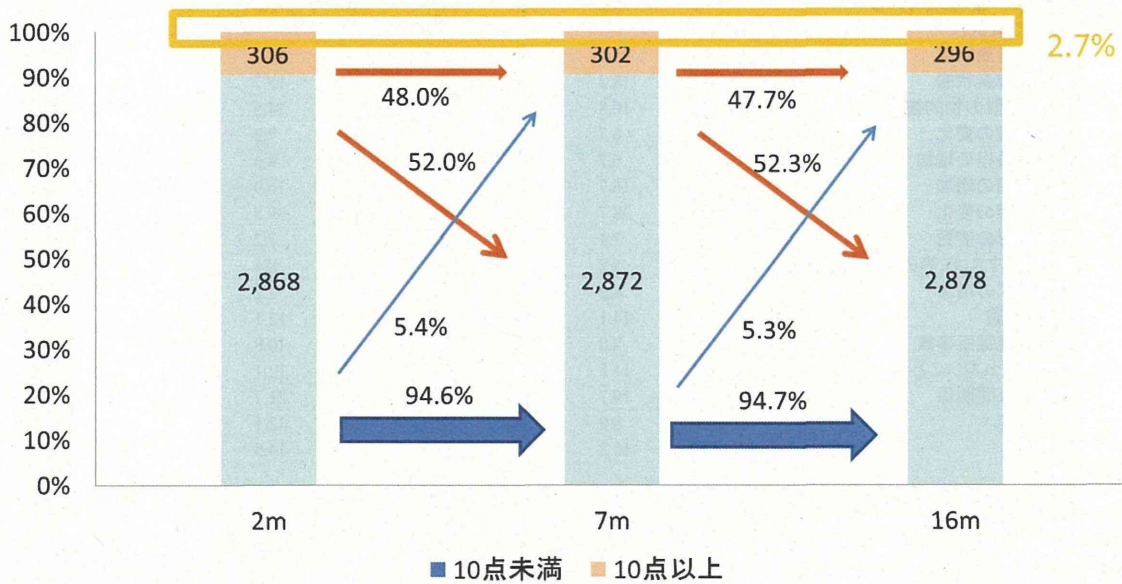


図1. 各調査における K6 が 10 点以上の者の割合

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究
平成25年度分担研究報告書

総合病院のための虐待対応マニュアルと
虐待防止教育用テキストの開発に関する研究

分担研究者 石郷岡純1)
研究協力者 加茂登志子2)1) 内出容子1)2)

- 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

研究要旨

医療機関における虐待事例への対応は、一般医療におけるトラウマ被害対策として重要事項であり、各医療機関においては虐待防止組織の整備や虐待防止に関する知識の啓蒙が進められてきた。これらは、医療安全の観点からも必要な事項と思われる。本研究では東京女子医科大学病院を総合病院の1モデルとし、そこでの運用を想定した包括的な虐待防止マニュアルと、教育用テキスト、研修プログラムの開発を目的とし、東京女子医科大学病院虐待防止委員会とともに作業を行ってきた。研究最終年度にあたる今年度は、完成したマニュアルを運用しつつアンケート調査を施行し、その結果を踏まえて教育ツールを完成させる予定であったが、最終的にそれぞれのマニュアルの運用開始までにとどまった（一部は尚、試用の扱いである）。今年度は平成24年に施行された障害者虐待防止法に関連する事例報告を得た。平成25年4月から8月末までの全虐待に関する報告事例は17事例であった。児童、DV、高齢者、障害者事例から各1例を個人情報観点から若干改変して提示した。教育ツール（具体的には教育用テキストと研修プログラム）についての開発は今後も継続する。

A. 研究目的

医療機関における虐待事例への対応は、一般医療におけるトラウマ被害対策と位置付けることができる。

東京女子医科大学病院を総合病院の1モデルとし、ここで運用される虐待防止マニュアルと教育用テキストの開発を行う。前年度まで、4つの虐待防止関連法について各々虐待防止マニュアルを整備してきた。

※4つの虐待防止関連法：「児童虐待の防止などに関する法律」（児童虐待防止法）、「配偶者からの暴力の防止及び保護に関する法律」（DV防止法）、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」

今年度はマニュアルの完成とそれらの院内正式運用を待ち、運用後に病院職員に対しアンケート調査を行い、教育ツールを開発する。

B. 方法

4つの法案に関連する虐待対応マニュアルを整備したのち、マニュアルを運用しつつ医療従事者をはじめとする病院職員にアンケート調査を行い、虐待対応についての知識や理解度を評価する。その結果に基づき、教育テキストと研修プログラムを開発する。

倫理的配慮として上記は東京女子医科大学病院虐待防止委員会の活動にあわせて行った。またアンケートの施行にあたっては、匿名調査とし、回答をもって同意とみなす旨明記した説明書を調査票とともに配布し、回答によって調査同意を得るものとする。

アンケートの内容：

<回答者の属性>

年齢、性別、職種、勤務状況、経験年数、所属する診療科

<虐待に関する知識>

虐待に関する4つの法律を知っているか

虐待の種類を知っているか

院内に「虐待防止委員会」があることを知っているか

院内の虐待防止マニュアルの存在を知っているか

通告義務のある虐待事例はどれか

援助者による「二次被害」を知っているか

<対処>

虐待事例に遭遇した経験の有無

通告経験の有無

通告をためらったことの有無（有の場合理由も）

院内の相談、連絡先を知っているか

以上

※東京女子医科大学病院虐待防止委員会

以下に示す4つのサポート委員会で構成される。医師1名、医療ソーシャルワーカー1名がそれぞれの委員会のコアメンバーとして指名されている。（資料参照）

- ・子育てサポート委員会：児童虐待対応
- ・家族（DV）サポート委員会：配偶者間暴力対応
- ・介護（高齢者）サポート委員会：高齢者虐待対応
- ・介護（障害者）サポート委員会：障害者虐待対応

「子育てサポート委員会」は、他施設でC APS(Child Abuse Prevention System)と称される組織とほぼ同じ機能をもつ。

当院虐待防止委員会の特徴としては、多くの診療科が参加していること、診療科によっては複数のサポート委員会に関与することが挙げられる。平成25年9月現在、15診療科にのぼる（前年比：4診療科増）。

C. 結果

前年度までに正式運用されていたのは児童虐待防止マニュアルのみであった（東京女子医科大学病院イントラネット上で参照可能）。今年度は「DV被害者対応マニュアル」の正式運用（平成25年9月）と、高齢者虐待対応、障害者虐待対応のマニュアル作成（作成済み、正式運用待ち）、さらに「児童虐待・DV・高齢者虐待発生時の当院での対応について」と称する簡易マニュアル（平成25年9月から試用中）の作成を行った。

児童虐待防止マニュアルは現在当院のイントラネット上で公開、運用されているが、DV被害者対応マニュアルについてパンフレットを作成した。

しかし、すべてのマニュアルの正式運用にまで至らなかったため、職員に対するアンケート調査が施行できず、よって教育ツールの開発が叶わなかった。

一方で平成25年8月末までの虐待事例報告は、児童事例10、DV事例2、高齢者事例4、障害者事例1の計17事例であり、この時点で昨年度と比較して1事例多い。

次に事例を提示する。尚、事例提示にあたっては個人情報の観点から若干の変更を加えた。

症例1 2か月女児

先天性心奇形、無脾症。母親は外国籍。他の医療機関で出生後、紹介で当院に入院。手術適応であったが、両親は希望せず。また母親は体調不良を理由に見舞いにも来ない状況であった。受療について親族のサポートが得られることを確認し、保健師の定期訪問も設定した上で自宅に退院。しかし退院後、服薬や受診など遵守できず、保健師の訪問も断わられてしまう。その後の受診時、すでに重篤な状態にあり余命1週間程度と判断されるが、両親の強い希望で自宅に帰る。

症例2 50歳女性

外傷を主訴に外科外来と整形外科を受診。外傷は夫による暴力が原因であると本人はいい、診療録に創部の写真を残すことを希望した。さらに診断書作成の希望があり、暴力と怪我の因果関係を記載してほしいと言いつつ募った。診察時の所見は記載できるが因果関係は記載できない、と担当医が伝えたところ、本人が診断書作成を取り下げた。相談先機関を提示し、診察終了となった。

症例3 70歳男性

家族に連れられ当院時間外救急外来を受診。脱水の所見あり、またその他の状況からネグレクトが疑われた。本人が気分症状を訴えて受診を希望したため、精神科紹介受診。うつ状態であり、これが介護拒否につながっている可能性が示唆されネグレクトは否

定的であった。ソーシャルワーカーから家族に介護に関する情報提供を行い、精神科で経過観察する方針とし終了。

症例4 40歳女性

染色体異常、精神遅滞、統合失調症の診断で長く当院精神科に通院しており、入院歴もある症例。以前から本人の問題行動を抑えるために、父親が本人を強く抑制することがあり、担当医らが居住市に相談していたが、介入がうまくいっていなかった背景がある。ある定期受診日に、左眼瞼の著しい腫脹と内出血の所見があり、本人と父親に問うたところ、本人は父親に打たれたと話し、父親は本人の手がたまたま当たったと話した。障害者虐待防止法が施行されたことを鑑み、ソーシャルワーカーを通じて居住市へ通報を行い、支援策を検討してもらうことになった。

D. 考察

各マニュアルの整備に相当の時間を要し、計画した研究が完遂できなかった。これはマニュアルの正式運用が許可されるまでに、院内の複数の委員会の了承を得る必要があったことが原因のひとつである。大規模総合病院ならではの結果であるが、そのような施設で使用することを想定したツール開発を目指していただけに残念である。

さて、C. で提示した症例について若干の考察を行いたい。

症例1は児童事例であるが、担当医は治療ネグレクトに相当する可能性を疑い、虐待防止委員会のほか、医療安全対策委員会にも相談を行っている。事例のような予後不良の症例では、生命倫理の観点からも多様な意見が出てくるものと思われる。当院ではこのような症例への対応につき、児童虐待防止マニュアルとは別に、母子総合医療センターの産科医主導で「重篤な疾患を持つ胎児・新生児への対応」と称するマニュアルが整備された。そこで虐待防止委員会からの意見も取り入れられている。マニュアルの内容をごく簡単に紹介すると、第一義は「新生児の最善の利益」であり、さらに児の両親と医療スタッフで最善の対応を選択するための協議を行うことが求められる、というものである。

症例2はDV事例である。ここであがったような診療録への記載や診断書作成に関する事項は重要であるが、ここで対応に迷った担当医は虐待防止委員会に相談し、解決をみている。診療録には常に客観的に記載すること、また診断書作成の請求には応じるべきであるが因果関係は断定しない、等の原則については繰り返し周知する必要があると思われた。

症例3は高齢者事例である。事例のような気分障害、あるいは認知症の症状に関連したセルフケアの悪化とネグレクトは鑑別が難しいことが予想される。事例では本人が精神科受診を希望したのであるが、ここで救急医はソーシャルワーカーを通じて精神科医に事前の情報提供を行った。診察の結果、一旦ネグレクトは否定されたが、引き続き経過観察しながら福祉的介入についても早めに策を講じることとなり、結果的には起こり得たかもしれない虐待の防止効果につながったといってもよい。

症例4は障害者事例である。以前から本人のためを思う家族の行動（問題行動を抑止する）と虐待との境界が曖昧であったことは指摘されており、担当医やソーシャルワーカーらが居住市の担当者や警察と協議したこともあったが、介入がうまくいかずに経緯していた。障害者虐待防止法施行後に、明らかな外傷をみとめる状況で受診した折に改めて事例として通報することで、居住市には以前よりも積極的に関与してもらえることになり、解決を見た。

E. 結論

一般医療におけるトラウマ被害対策としての虐待防止を考えたとき、すべての医療関係者は虐待事例を発見する可能性があり、事例の状態像を的確に捉えたうえで適切な対応が求められることについては論を俟たない。

予定していた教育ツールの開発には至らなかったが、当院虐待防止委員会の活動と併せてマニュアルが整備されていく中で、虐待事例の発見と、その後の適切な対応がなされたことが示された。どの病院関係者にも適切な事例対応が可能になるような、教育ツール（テキスト、研修プログラム）の開発を継続していく。

F. 研究発表

論文発表なし、学会発表なし

G. 知的所有権の取得状況

特許取得なし、実用新案登録なし、その他なし

参考資料

東京女子医科大学病院平成25年度第1回虐待防止委員会議事録 平成25年9月

虐待防止委員会（東京女子医大モデル）

- 法律別のサポート委員会で構成される
- 医師1名 MSW1名をコアメンバーとする

子育て
サポート委員会

家庭(DV)
サポート委員会

介護(高齢者)
サポート委員会

介護(障害者)
サポート委員会

新生児科 小児科
産婦人科
循環器小児科
腎小児科
小児外科

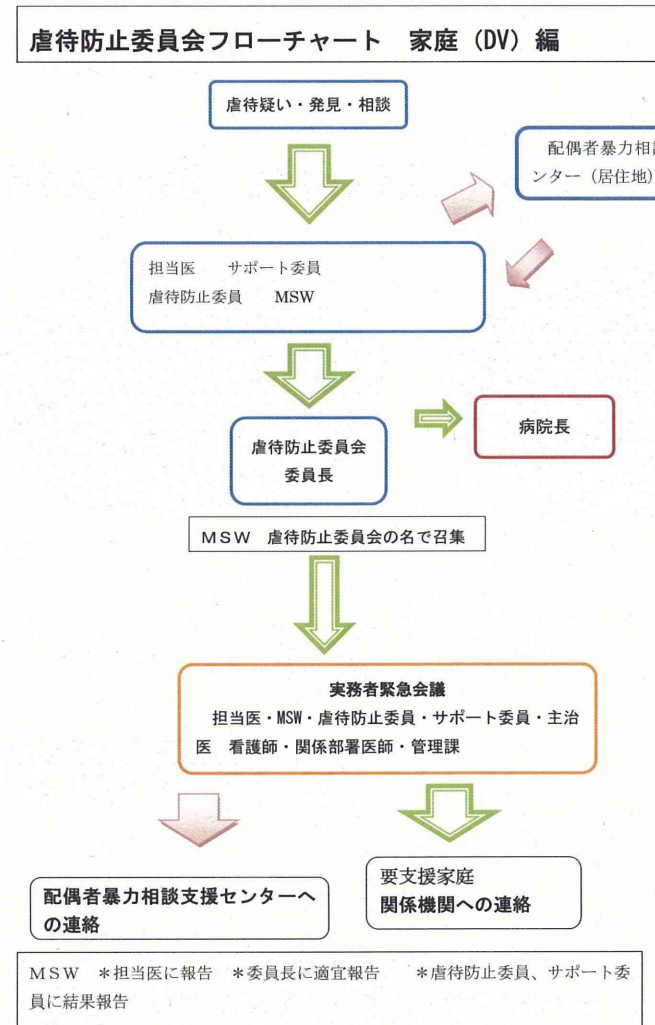
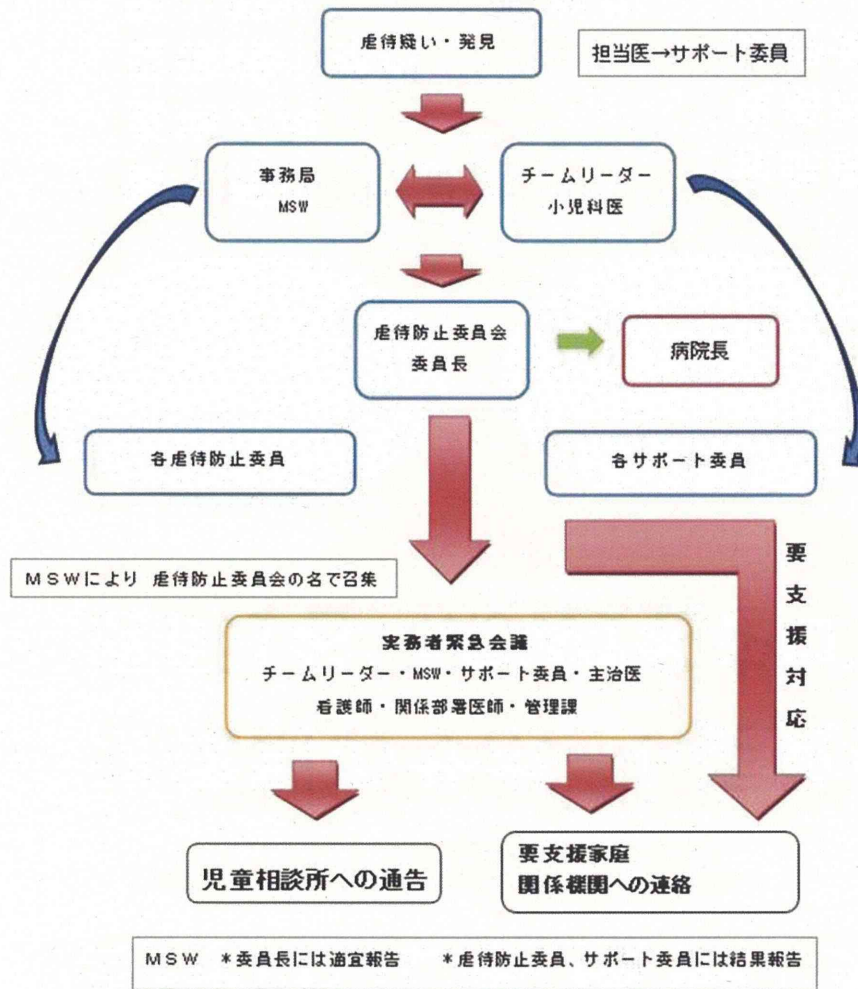
脳外科

救命救急科、形成外科、整形外科、外科
皮膚科、眼科
神経精神科、神経内科

看護部 業務管理課 社会支援部

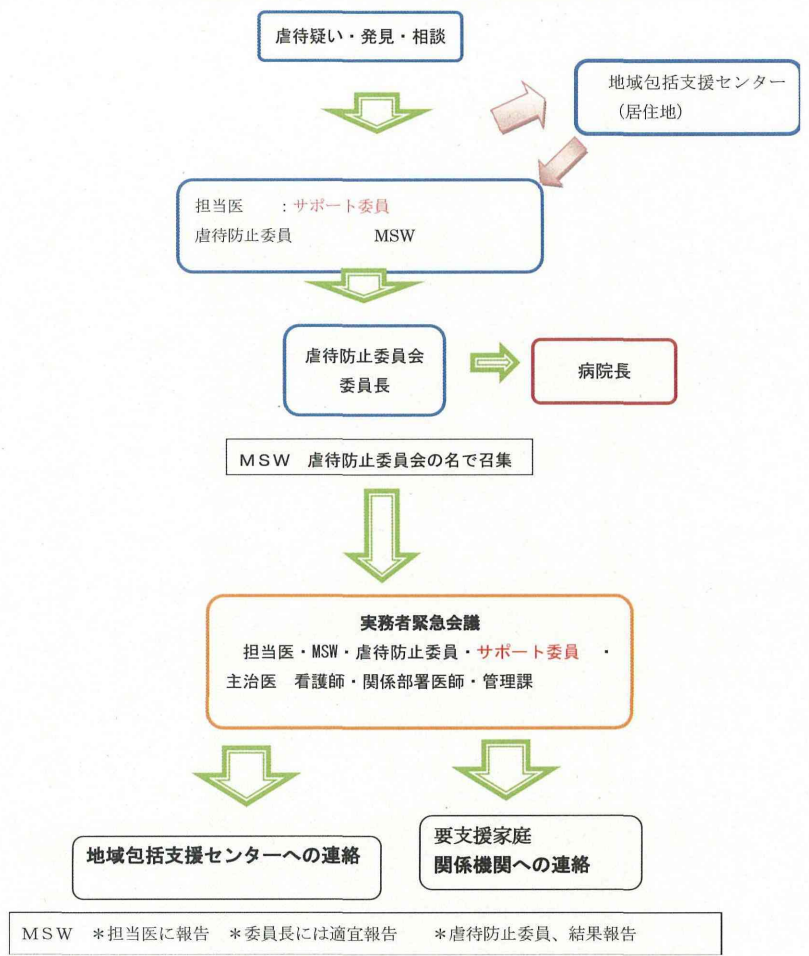
児童虐待(子育てサポート)、配偶者間虐待(家庭サポート) フローチャート

132

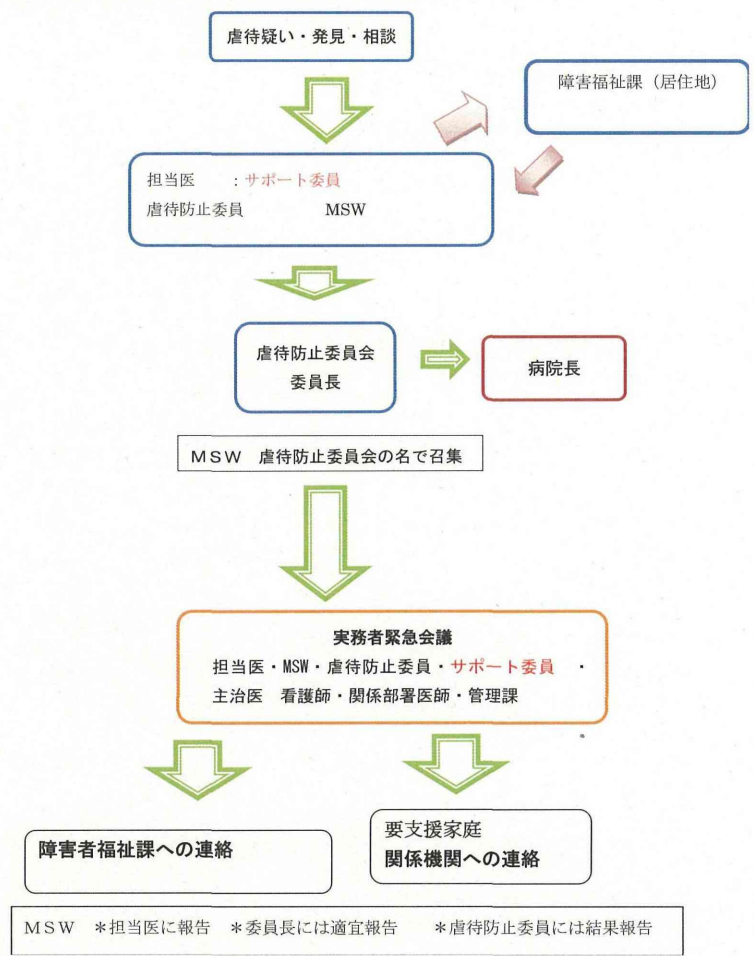


高齢者虐待(介護・高齢者サポート)、障害者虐待(介護・障害者サポート) フローチャート

虐待防止委員会フローチャート 介護・高齢者編



虐待防止委員会フローチャート 障害者編



東京女子医科大学病院

DV 被害者 対応マニュアル

虐待防止委員会 家族サポート委員会

平成 25 年度

Ver. 1β

DV 被害者対応マニュアル(平成 25 年度 Ver.1 β)

◆ドメスティック・バイオレンス(DV)には以下のようなものがある。

・**身体的暴力**

(打つ、殴る蹴る、引きずり回す、凶器を突きつける、物を投げつける等)

・**性的暴力**

(性行為の強要、中絶の強要、避妊への非協力、ポルノを見せる等)

・**精神的暴力**

(モラル・ハラスメント＝言葉や態度で、相手の人格を繰り返し執拗に傷つけ、相手を支配すること)

・**経済的暴力**

(生活費を渡さない、就労させない等)

公衆衛生学的な見地からも、DV 被害の多さは看過できない。

被害者の恐怖が強いとき、一方的で支配的な人間関係のパターンが出来上がっているときは何らかの介入が必要である。軽視せずに経過に注意を向ける姿勢も重要。

DV は加害者が存在する犯罪であり、見逃すこと、見て見ぬふりをすることは犯罪幫助になる。

◆**医療機関の役割**

医療関係者は職務上 DV 被害者を発見しやすい立場にある。医療関係者が被害に気づき、適切且つ効果的な対応を行うことに意味がある。

※医療関係者＝医師、歯科医師、看護師、助産師、保健師、心理士、ソーシャルワーカー、事務職員などすべての病院職員

◆**発見：特定の診療科に限らない**

外科領域：暴力による外傷を疑わせるもの

内科領域:胃潰瘍、喘息、高血圧、種々の自律神経症状

精神科領域:さまざまな不安症状、抑うつ、物質依存(アルコール、抗不安薬)など

婦人科領域:性交痛、性感染症、中絶の繰り返し

※外傷などの理由で頻繁に受診する、受傷から受診まで長く経過している、受傷機転の説明があいまいである、等も DV 被害を示唆させる所見である。

◆DV を疑ったら～問診の仕方

被害者と疑われる人物の**安全を確保する**

プライバシーの保護: 同伴者には席を外してもらおう。その人物が加害者であることも多いため。

DV について「誰にでも質問している」ことを伝えて不安の軽減を図り、話しやすい雰囲気をつくる。

・被害を否認する場合: 回答を尊重したうえで、また相談に乗れることを告げる

・被害を打ち明けた場合: 共感を示し、被害者の自責感や羞恥心を取り除く。その後、状況と危険度を把握するための情報を得る。

※被害者が自ら被害を医療関係者に相談することは少ない。問題はたいてい潜在化されたままであるため、**二次被害(後述)に注意しながらうまく聞き出す**。あらためて守秘義務について保証することも大事。

◆二次被害の防止

援助者の言動により、さらに被害者を傷つけることを「二次被害」という。

特に、医療者の価値観を押し付けたり、被害者の落ち度を責めたりしないよう留意する。

◆被害者に対する情報提供

相談窓口(配偶者暴力相談支援センターなど)についての情報を提供する義務がある。

東京ウィメンズプラザ:03-5467-2455

東京都女性相談センター:03-5261-3110

東京都女性相談センター多摩支所:042-522-4232

警視庁総合相談センター:03-3501-0110

夜間・休日: 東京都女性相談センター:03-5261-3911

警察 110(事件発生時)

DV 防止法第 6 条第 4 項:医師その他の医療関係者は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その者に対し、配偶者暴力相談支援センター等の利用について、その有する情報を提供するよう努めなければならない。

◆関係機関への通報

本人の了解を得たうえで、配偶者暴力相談支援センターまたは警察に通報できる。

ただし、被害者の身体的・生命的危険度が大きいと判断した場合は、本人の同意がなくても通報することが必要。

※児童虐待事例との相違:被虐待児の発見では、市町村または児童相談所に通報する義務がある。

◆記録(カルテ記載)

DV に関する問診、診察の記録はきちんととっておく。被害者が医療機関で治療したという記録になる。具体的かつ客観的に記載することが求

められる。

被害者の陳述はそのまま「」に入れて記載するとよい。

外傷については、本人の了承がえられれば写真に残す。傷をクローズアップした写真と、被害者の顔と傷が両方入った写真を撮り、本人の傷であることを証明する。

写真撮影は医師の指示のもと複数医療者で対応する。

◆診断書を求められたら応じること。

「DV によるものである」との記載を要請されることがあるが、**因果関係については記載しない。**医学的所見と、それについての本人の説明を記載すればよい(診察で得られた所見と、被害者から聴取したことは区別する)。

診断書の請求者と費用、窓口等について確認すること

請求者が本人？親族等？虐待当該者？児相、地域包括支援センターなど公的機関？

→本人からの依頼以外は、社会支援部(連絡先 20175)を通すこと

◆プライバシー(個人情報)の保護

被害者の安全確保が重要。加害者からの問い合わせに注意。

受診状況等への確認への対応、入院・退院状況の確認があった場合への周知方法と対応

→原則本人以外には回答しない。公的機関からの照会で情報提供について迷う場合は、社会支援部へ(20175)

◆対応に困ったら

対応に不明な点があれば、社会支援部(連絡先:20175)または虐待委員会内の家族サポート委員に連絡、相談することができる。

◆対応した事例についての報告

社会支援部(連絡先:20175)あてに事例報告を行う。

◆院内虐待委員会での共有

事例について院内虐待委員会で共有し、課題があれば検討する。

◆医療関係者のセルフケア

十分な休養をとる。仕事の時間以外には被害者のことを考えない。

自分の限界を認めて、無理をしない。

一人ですべての責任を負わない。孤立しない。信頼できる同僚に相談する。

スーパービジョンを受ける。

<参考文献>

宮地直子「医療現場における DV 被害者への対応ハンドブック 医師および医療関係者のために」明石書店. 東京. 2008.

広島県健康福祉局総務監理課こども家庭課、児童虐待防止・DV 対策室「DV 被害者対応マニュアル 医療関係者向け」平成 22 年 1 月

岡山県生活環境部男女共同参画課「医療関係者のための DV 被害者対応の手引き」平成 19 年 1 月

ほか

児童虐待・DV・高齢者虐待発生時の当院での対応について

I 当院では平成 22 年 10 月に虐待防止委員会規程が施行されました。

II 虐待防止委員会は、虐待・虐待疑い事例に関して以下の業務を行なっています。

- ① 調査・分析
- ② 官公庁関係機関への通報及び連携
- ③ 院内支援体
- ④ 院内における虐待防止に関する教育
- ⑤ 脳死判定委員会への協力

III 虐待(含む疑い)事例に対しての取り扱い

1. 児童虐待: 虐待発見時**通報は義務**

相談窓口は居住地の児童相談所です。

- ① 児童虐待防止マニュアルに沿って対応を行なう(イントラ各種マニュアルを参照のこと)

休日・夜間等: 児童虐待疑いの症例発生時の連絡・相談先

東京都児童相談センター: 03-3208-1121

(東京都以外の児童の場合も先ず上記でご相談ください)

2. DV(配偶者間暴力等): 虐待発見時通報は**努力義務**

相談窓口は配偶者暴力相談支援センターです。

東京都では東京ウィメンズプラザ 03-5467-2455(9時から21時)

① 情報提供・・・相談機関の案内;パンフレットを手渡す

パンフレット:救命救急センター、社会支援部(第1病棟1階:20175)迄

②本人の**保護の要請を確認したら**、配偶者暴力相談支援センター、あるいは警察に**通報可**

③被害者の**生命にかかわる重篤な危害がある場合は**、本人の**承諾がなくても警察に通報**することが必要

④カルテには出来るだけ具体的に**客観的に**記載する。

⑤担当医は虐待防止委員会(社会支援部:20175)に**事例報告**する。

⑥事例対応に不明な点があれば、家族サポート委員(神経精神科:内出28038、又は社会支援部ソーシャルワーカー:木舟28978等)に連絡相談可。