

平成 22 年度
【長期研究 3】

医療機関における DV 被害の早期発見のための包括的研究
—医療機関での対応に関する母子支援施設等入所中 DV 被害女性への聞き取り調査

(要旨)

DV は身体的暴力による外傷以外に、心理的攻撃によるストレスから精神疾患を患ったり、性的暴力により人工妊娠中絶を繰り返すケースが多い。DV 被害が心身に深刻な影響を及ぼすことから、被害女性は様々な主訴で医療機関との接触を持ちやすいのではないかと考えられる。医療機関での早期発見により DV 被害者の保護が迅速に進むようになることが望ましいが、医療従事者自身の DV に関する知識や学習経験の不足から、DV 意識や被害者の理解は決して進んでいるとはいえず、個々の判断に委ねられることが多いのが現状である。

そこで、本研究では DV 被害に関する医療機関の対応の課題と現状を把握するため、女性家庭センターや母子支援施設入所中の女性およびシェルターを退所後自活をしている女性 20 名を対象に半構造化面接を行い、被害者側から見た医療現場の実態の把握に努めた。

調査結果より、DV を受けている女性の中には、夫の不就労などが原因で経済的困窮に陥ることが多く、そのため医療機関につながるができないケースも存在することが分かった。また、常に支配される関係の中で、孤立や認知の歪みが起こり、外部への助けを求められなくなる現状も明らかになった。

被害女性が医療機関をどのように捉えているかを探ることが本研究の目的であったが、やはり“医療機関はけがの処置だけをする場”という意識が強いことが明らかであった。支援機関としての機能は乏しい現状が浮き彫りになったが、被害女性は、具体的支援と精神的支援の必要性を認識しており、医療機関が具体的かつ精神的という質の違う 2 つの支援を提供することができたならば、医療機関は単に治療する場としてだけではなく、支援機関としての機能も果たしうることが分かった。

今後は、被害女性にとってより接触しやすい医療環境の整備につなげるため、医療従事者への DV 被害女性への対応に関する実態調査を行いたいと考える。

研究体制：高田紗英子、牧田潔、加藤寛

1. 問題

内閣府が2008年度に行った調査によると、わが国のDV被害の実態は、女性の5人に1人が被害者であり、命の危険を感じた者は、既婚女性の20人に1人と発表されている⁽¹⁾。当センターで筆者らが昨年度に行った一般女性を対象にしたDV被害の実態調査でも、県内女性の約16%が配偶者や恋人からのDVを経験していることが分かった⁽²⁾。

先行研究からもDV被害は潜在的なものを含めるとかなりの数の被害者が存在していることや、DV被害が女性の精神的健康に大きな影響を及ぼす事実は報告されているが⁽³⁾⁽⁴⁾、欧米に比べると危機介入技法の確立や各支援機関におけるネットワークシステムの構築が遅れているのが実情であり、被害女性やその子どもを守り、心身の健康を回復するための適切な支援を受けられる場は限られている。

2001年にDV防止法が制定され、DVという言葉自体はほぼ定着しているといえる。しかし実際には身近に被害者がいるという認識は薄く、また加害者・被害者共にDVであるという自覚が乏しい。DVは、身体的暴力による外傷以外に、心理的攻撃によるストレスから精神疾患を患ったり、性的暴力により人工妊娠中絶を繰り返すケースが多いことが報告されており、DV被害者との遭遇率は決して低くないにも関わらず、DV被害者への対応は整備されていないのが現状である⁽⁵⁾。

高田ら(2003)が行った看護職者へのDVの認識に関する実態調査においても、DVに対する認識や被害者への対応が十分ではないこと⁽⁶⁾、加納ら(2000)が行った医療機関におけるDV被害女性の受け入れに関する実態調査からは、性的DVに関して被害者に落ち度を帰する傾向が強いなど、被害女性への理解の乏しさが指摘されている⁽⁷⁾。また、同調査によれば、医療の役割を身体的外傷の治療以外にも捉えている医者が全体の半数近く占めていたものの、「チームとしての対応できるようにマニュアルをつくる」ことの必要性を認めている者は6.6%しかいなかったことを示している。

海外の研究からも、医療従事者のDVに関する知識や学習経験の不足が問題視されているほか、医療従事者自身のDV被害者への偏見や、DV被害者と関わることで自身が抱く無力感を排除したいがために、DV被害を見過ごしている可能性があることなどが報告されている⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾。またFischbachらによれば、保健医療従事者の被害者理解が不十分であると、DV被害者の発見とサポートが困難であるということを主張している。DVという社会問題が広く認識されている今日、医療機関は単なる治療機関としてではなく、支援機関としての役割も担っていく必要があると思われる⁽¹²⁾。

そこで今後求められるのは、医療従事者のDVに関する意識の向上およびDV対応スキルの養成であると考えられる。本研究は3カ年の長期研究であるため、まず今年度は被害者への聞き取り調査を実施し、医療機関におけるDV被害に関する対応の現状と課題を検討する。上述したように、医療従事者を対象に、DV被害者への対応を調査した研究は過去にもあるが、被害女性本人に対して医療機関での体験を尋ねたものはほとんどないため、当事者の声を反映できる貴重な資料になると考えられた。

2. 目的

実際にDV被害者を保護する県の女性家庭センターから、医療従事者へのDV問題の啓発およびDV対応スキルの向上を求める声が強くあること、また、兵庫県のDV基本計画の中でも、医療従事者によるDV被害者の早期発見システムの整備に取り組むと明記されていることから、医療従事者へのDV問題の啓発および医療機関におけるDV被害の早期発見と被害者への支援に関する施策展開への提言を行うため、兵庫県健康福祉部こども局児童課より委託を受け、本研究を実施することとした。

今年度の調査では、被害女性が医療機関をどのように捉えているのか、そして医療機関を受診する被害女性と受診していない被害女性との間に、身体的および精神的QOLに差がみられるのかを調査し、DV被害に関する医療従事者の対応の現状と課題を把握することを目的とした。

3. 対象と方法

1) 調査機関

調査機関は、平成22年8月～11月であった。

2) 調査対象者

県内の母子支援施設・女性家庭センター・民間シェルターに入所、もしくは民間シェルターを退所した成人の女性20人を対象とした(表1)

表1 調査対象者の概要

ID	年齢	居住形態	現在の同居家族	婚姻状況	被害の内容
A	43	シェルター退所後自活	子ども2人	離婚	身体的・経済的・子どもへの暴力
B	30	女性家庭センター入所中	子ども2人	離婚予定	心理的・身体的・子どもへの暴言
C	40	女性家庭センター入所中	子ども2人	離婚予定	宗教による支配・心理的
D	30	女性家庭センター入所中	子ども2人	離婚予定	身体的・心理的
E	22	女性家庭センター入所中	なし	離婚予定	身体的・心理的
F	27	女性家庭センター入所中	子ども3人	離婚予定	心理的・身体的・子どもへの暴力
G	50	女性家庭センター入所中	なし	離婚予定	心理的・身体的
H	41	シェルター退所後自活	子ども1人	離婚	心理的・身体的・子どもへの暴力
I	26	女性家庭センター入所中	子ども1人	離婚予定	身体的・心理的・経済的
J	46	女性家庭センター入所中	子ども2人	離婚	身体的・心理的・子どもへの暴力
K	71	女性家庭センター入所中	なし	離婚予定	心理的・身体的
L	60	女性家庭センター入所中	なし	内縁関係	身体的
M	38	女性家庭センター入所中	なし	離婚予定	心理的・経済的・身体的
N	32	母子支援施設入所中	子ども2人	離婚	経済的・子どもへの暴言
O	38	母子支援施設入所中	子ども3人	調停中	心理的・経済的・身体的・子どもへの暴力
P	36	母子支援施設入所中	子ども2人	離婚	身体的
Q	63	シェルター退所後自活	なし	離婚予定	心理的・身体的・子どもへの暴力
R	37	シェルター退所後自活	子ども2人	調停中	身体的・子どもへの暴力
S	38	女性家庭センター入所中	子ども1人	離婚予定	心理的・身体的・経済的
T	39	女性家庭センター入所中	子ども1人	離婚予定	身体的・心理的

3) 調査内容

研究員が調査対象施設および対象者の自宅を訪問し、調査対象者1人あたり40分から1時間半程度のインタビューを実施した。対象者には趣旨説明書を渡し、同意書を得た上で、下記の質問内容について聞き取りを行った。インタビュー実施の前には同意撤回書も渡し、研究の参加は任意であること、研究に参加しなくても、何ら不利益を被ることはないこと、インタビュー終了後でも、協力の撤回を申し出ても良いことを伝えた。またインタビューの内容は、学術目的にのみ使用すること、プライバシーを厳守することを確約した上で、対象者の許可を得てICレコーダーで録音を行った。また、インタビューに加えて被害女性の身体的および精神的QOLを測定するためにSF-8を使用し、自己に対する信頼感および他者に対する信頼感を測定するために、基本的信頼感尺度を使用した⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾。

4) 質問内容

調査は以下のインタビューガイドに基づいて行ったが、できるだけ対象者の体験が幅広く聞き取れるよう、適宜挿入質問を行った。

- ①年齢・同居家族などについての基本的属性
- ②自分がDVを受けていると気づいた時期/そのきっかけ/その後の行動
- ③DVを受けているとき、医療機関を受診することはあったか/そのきっかけと理由
- ④医療機関において、DV被害者であることを示唆されることをどう思うか
- ⑤医療機関では、DVについて理解していたと思うか
- ⑥受診した医療機関で、DVについて相談することはできたか/その理由
(相談した場合は、相談して良かったかどうか。できなかった場合はその理由)
- ⑦医療従事者から何らかの助言はあったか
(あった場合、どんな影響を与えたか。なかった場合、なかったことをどう思うか)
- ⑧力になった医療従事者はいたか
- ⑨医療従事者との関わりの中で、傷ついた経験はあるか/その内容
- ⑩医療現場に期待する支援

5) 分析方法

本研究では、データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究法として、GlasserとStraussが考案した手法を、より活用しやすいように木下康仁が提案した修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を使用した⁽¹⁵⁾。以下に分析手順を示す。

まず、分析テーマに照らし、インタビューデータの関連箇所に着目し、それを一つの具体例とし、また、他の類似の具体例も説明できると考えられる“説明概念”を生成する。この時の最初の解釈の内容が概念の定義となる。この説明概念を生成する際は、分析用のワークシートを作成し、概念名、定義、具体例を記入する。

それと並行して、他の具体例をデータから探し、ワークシートの具体例の欄に追加記入していく。同時に、解釈する際に浮かんだアイデアや疑問は、“理論的メモ”として別枠に記載しておく。これまでの作業を、“オープン・コーディング”と呼ぶが、オープン・コーディングにより、概念の生成を進めながら、並行して概念間の関係を検討していく。

ある程度概念間のまとまりを、カテゴリーといい、カテゴリー相互の関係から分析結果を構成していく。このときに、具体例が豊富に出てこない概念や、他の概念との関連が説明できない概念は有効ではないと判断する。そして最終的に、分析結果をまとめたストーリーラインを作成し、さらに結果図を作成するものである。

グラウンデッド・セオリーは、「当事者の側に立ったソーシャルワークにおける領域密着型の理論生成を目的としたもの」であり、「実践と理論をつなぐ」（志村，2005）ための有効な方法であるとされているため、本研究に適した分析方法だと思われる⁽¹⁶⁾。インタビュー内容の逐語録は、質的データ分析支援用ソフトウェアの一つである ATLAS.ti 6.2 を用いて、コード化・カテゴリー化を行った⁽¹⁷⁾。

なお、M-GTAの分析にあたっては、恣意的な解釈を防ぐため、複数の専門家により、分析テーマや分析焦点等について理解を共有し、データからのバリエーションの抽出および概念やカテゴリー生成、結果図の作成に至るまで共同で分析作業を進めた。

加えて、本調査では SF-8 および基本的信頼感尺度を用いて、現在の精神的健康度および身体的健康度と被害女性の自他に対する信頼感を測定した。対象者は近似性の高い集団から抽出するため、SF-8 を用いても得点の分散具合について分析を行うことは難しいが、対象者の個人属性の1つとして扱うこととした。基本的信頼感尺度については、他者への信頼感が高いと、医療現場を含めた他者への期待度も高いことが予想されるため、客観的なデータとして位置づけることも可能であると考えたため採択した。統計処理については、SPSS17.0 を用いて分析を行った。

5) 倫理面への配慮と危機管理体制

学術的な情報として公表する際、数値化され統計処理された結果のみを報告し、個人が特定されるような記述は一切行わないなど、個人情報扱いに関しては慎重に行った。

また、調査協力により配偶者等からのDV体験を想起し、精神的に不安定となる可能性があると考えられたため、必要な場合には適宜、相談機関や医療機関に紹介できる体制や当センター相談室での対応も整備し、協力者の心理的負担を可能な限り軽減できるようにした。なお本研究は、外部委員からなる倫理委員会の承認を得て実施されたものである。

4. 結果

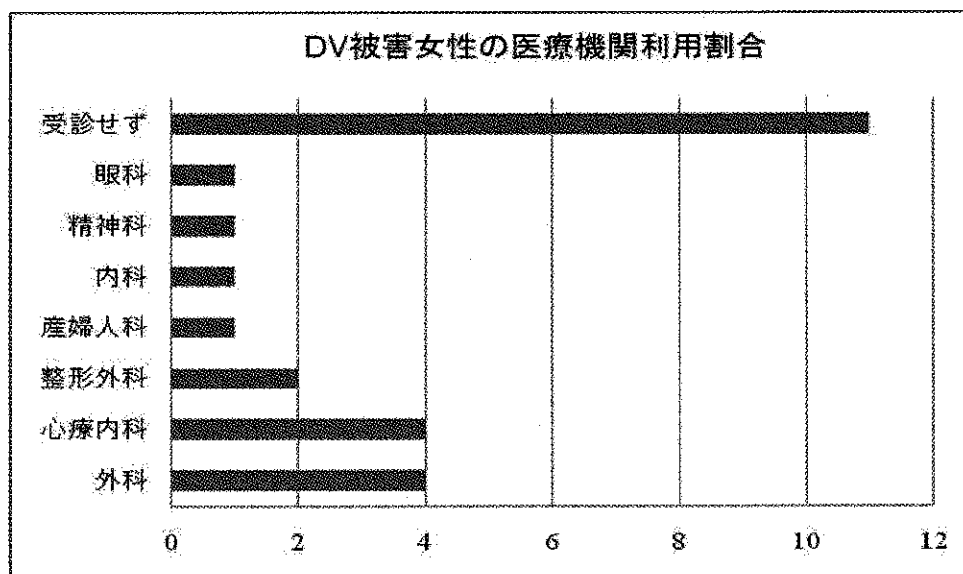
1) 調査協力者の基本的属性

協力者20名はすべて女性であり、平均年齢は40.4歳であった。現在生活している場所は、20名中13名が女性家庭センターでの一時保護の形態を取っており、残り3名が母子生活支援施設にて生活し、4名がシェルターを退所後住居を借りて自立した生活を送っていた。

2) 調査協力者の医療機関の利用状況

協力者 20 名中、何らかの医療機関を利用したことがあると答えたのは 9 名であった。利用した科は、外科 4 名、心療内科 4 名、整形外科 2 名、産婦人科 1 名、内科 1 名、精神科 1 名、眼科 1 名であった（重複回答あり）（表 2）。

表 2 医療機関の利用割合



3) ATLAS.ti を用いた GTA の分析の結果から

3-1. カテゴリの説明

分析の結果、表 3 のようなカテゴリグループおよびカテゴリが得られた。カテゴリグループとは、類似したカテゴリ同士をまとめたものである。以下では、得られたカテゴリについて説明を行う。文中の《 》はカテゴリグループ、< > はカテゴリを示す。

表 3

カテゴリグループ	カテゴリ
経済的困窮	経済的事情から医療機関にかかれない
独力で耐える	外部への助けを求められない
歪んでゆく認知	恐怖によって引き起こされる歪み
心理的 DV の認識の薄さ	“DV=身体的暴力”という認識
処置する場としての医療機関	支援機関としての機能は乏しい現状
質の違う 2 つの支援方法	具体的支援と精神的支援の必要性

① 《経済的困窮》

DV被害女性の中には、夫が無職であったり、職を転々としていたり、生活状況が不安定で、経済的にも行き詰っているケースが多い。また、経済的に切迫していても、妻を束縛するためにパートに出さない男性も多い。今回インタビューを行った20名の中でも6名が、経済的制裁を受けていた。

具体例)

- ・毎日貧血。歯がボロボロになってとれたり・・・栄養なかったし、手入れもしてなかったし、お金なくて歯医者も行けず。(Hさん)
- ・ケガさせられたときも、病院行かせてくれなかった。行った後に「俺の働いた金やから返せ」って言われるから行く気にもなれなくて。(Iさん)
- ・私の行動全部責めて、「俺に許してもらおうと思うんだったら、それなりの行動しないといけないんじゃないか」って言われて、例えば電気代を節約するとか…髪の毛長かったんですけど、「ドライヤー使うのも金かかる」って言われたり、「美容院行くのバス代かかる」って言われて、じゃあ切るわって自分で切って。(Mさん)
- ・私、甲状腺の病気持ってるんですよ。ホルモン治療しないと。その病院に行かしてくれなくて。3年くらいかな。保険証も取り上げられて・・・「お前は病院行ったら金かかる、病院行かんでええ」って。だから薬も飲んでなかった。(Nさん)

② 《独力で耐える》

DVの特徴のひとつとして、密閉された二者関係がある。加害男性はパートナーに、自分以外の人間との関係を持つことを禁止し、被害女性は家庭外での人間関係を持つことが難しくなる。そして被害女性は孤立させられ、加害男性との依存的な関係に陥ってしまう。

具体例)

- ・束縛も激しくって、友達とご飯行くのも、「俺も行ってないからお前も行くな」、「行くななら俺も一緒に行く」って言われるんですよ。常に監視される。前もって言わないと行動したらあかんって。(Eさん)
- ・友達はすごく仲良かったんですけど、彼女は私のことを「利用する人間や」と。「利用されんように気をつけろよ」って言われたんですね。私はもうその時は洗脳されてるんで、彼の言うとおりにした方がいいんだって思ってるんで、その子ともだんだん疎遠になってしまっ。(Mさん)
- ・どこにも助けてもらわれへんっていうか、逃げるところがないっていうんですかね。束縛がすごいひどかったんで、女友達とかでも電話かかってきたりとかメールがきたりしたら、「誰や」とか言われるから、もう私の方からそういうの言われるんやったら連絡取らんとこうってなって。(Pさん)

③ 《歪んでゆく認知》

加害男性は、パートナーに対して社会的・経済的に強い立場を保ち、パートナーを自分の支配下に置こうとするのがDVの常である。直接的な暴力や言葉、または態度によって脅し、いつ暴力が起こるか分からない緊迫状態を作り出す⁽¹⁸⁾。このような環境の中、被害女性は、何が正しいのか、どう行動すべきなのかを考えることすらできなくなり、“助けを求めることが自分の安全を脅かす”という歪んだ認知を抱くことになる。さらに、「お前が悪いからだ」、「お前のせいで」と言われることによって、“暴力を引きだしているのは私”、“私が変われば何とかなる”という思いを抱き、DVのサイクルから抜け出せなくなっていく。

具体例)

- ・自分がカウンセラーみたいになって、怒りやすい男の人の対処法とか勉強してた。自分が何とかした何とかなるのかと思ってきた。(Bさん)
- ・逃げたりしたら「親とかに迷惑かけるぞ」とか、「探しに行くぞ」とか言われてたから。人に迷惑かけたくないから、自分が我慢すれば、自分の中で終わることやし。(Dさん)
- ・「俺の仕事手伝え、俺の仕事優先しろ」って言われたり、仕事に行く準備も全部任せられて、できなかつたら暴力振るわれて、怒られる。できない私も悪いけど。(Eさん)
- ・(怪我をして病院に行ってどうしたのかと聞かれたら?という問いに対して)絶対答えられない。ほんまのこと言っただけで仕返しが倍になったら怖い。何されるかわからん。(Hさん)
- ・私も常識がちょっと人とずれてるところがあったんですね。で、それを教えてもらえる。だから今まで間違った行動を彼に教えて貰って人間としてレベルアップができるっていうふうにも思ってたんで。(Mさん)

④ 《心理的DVの認識の薄さ》

長期的に見ても、直接的な暴力よりも精神的な暴力の方が、被害女性に与える影響が強いという結果は、いくつもの調査から報告されており、筆者らが昨年行った調査からも、身体的DVよりも、心理的DVの方が身体機能や精神機能に強く影響を及ぼすという傾向が示された⁽²⁾。しかし、依然として“DV=身体的暴力”という認識は根強く、被害女性であっても見過ごし、自分の被害を過少化してしまう傾向が見られた。

具体例)

- ・DV イコール身体的暴力と思ってたんで。肉体的なものだけじゃないって知ったのが、相談したときやったんで。(Fさん)
- ・まさか自分が・・・っていう感じで、これDVになるの？って。もっとひどいものかと思ってた。(Hさん)
- ・自分がDV受けてたって知ったのはつい最近。束縛されることも一種のDVなんやっつてのを。それまでは全然思ったこともないし。(Jさん)
- ・自分ではDVって思ってなくて、暴力だけがDVやと思ってたんで。DVっていうと、テレビで見るような、思いっきり殴られたり蹴られたりとか、はたかれたりとかってそれだけやと思ってたんで。(Nさん)
- ・不満には思ってたんですけど、なんで私こんなことされるんやろって思ってたんですけど、DVいうたら殴られたりだとか、そういうことやって感じに思ってたので。(Oさん)

⑤ 《処置する場としての医療機関》

1999年に行われた調査では、医療従事者はDVに関して“医療機関はけがなどを治すことが役割”という回答が多く見られている⁽¹⁹⁾。その点に関して、DV被害女性も同様であったことは興味深い点である。被害女性にとって医療機関はあくまで“治療機関”であり、“支援につながる場”としては捉えていないことが明らかであった。

具体例)

- ・(けがをして病院に行ったときにDVの相談はしたか？という問いに対して)そこまで対応してくれると思ってなかったんで、全然。想像してなくて。(Aさん)
- ・(けがをして病院に行ったときにDVの相談はしたか？という問いに対して)そういうのは想像してなかったし…処置してくれるのが病院かなって。(Dさん)
- ・「窓口がありますよ」って言ってほしかった。相談する所がありますよっていうプリント欲しかった。警察にそうやって言われたけど、病院にも言ってほしかった。病院の人、関係ないのかなあって思ってた。(Iさん)
- ・病院では診断書を書いてもらっただけ。心療内科にかかったことあるけど、夫は理解してくれているかと聞かされただけ。もう少し聞いてもらえたら(DVのことを)言ったかもしれないけど。(Oさん)

⑥ 《質の違う2つの支援方法》

今回のインタビュー調査を通じて、DV被害女性が医療機関に赴く際、期待する支援としては、具体的かつ現実的な支援と精神的な支援の2つが存在することが分かった。具体的かつ現実的な支援としては、相談機関のリストの提供、DV啓発ポスターの掲示、待合室で

の対応、声かけの方法などが挙げられ、精神的な支援としては、護ってくれそうな感覚、安心感を実感できるような環境を求める声が挙げられた。

具体例)

- ・来たくても、来れない時も多いんで、病院の方から電話で相談出来るとか。来てもらうのは無理でも……。ほんとに通えない時とかもあるんで。(Aさん)
- ・小児科では虐待には敏感やけど、DVのはなかったから、小児科にもポスターとか貼ればいいのって思う。(Bさん)
- ・妊婦健診とか子どもの相談場面で、「しんどくないですか」、とか、「家庭はうまくいってますか」、とか、具体的に踏み込んだ質問があれば。出産後も、葉書とかでその後どうですか、と聞いてもらえたら。子どもは定期的に健診あるけど、お母さんはそこで終わっちゃうから。(Fさん)
- ・会話が大事ですよ。え。「新聞読んでる？」って聴かれて、読んでませんって言ったら「新聞読まれへんくらい忙しいねんね」って言われてびっくりした。そんなふうにしてもらえるんやって。「頑張ったね」、「しんどかったね」って認められたい。(Hさん)
- ・「窓口がありますよ」って言ってほしかった。相談する所がありますよっていうプリント欲しかった。(Iさん)
- ・そういう(DVに関する)本が1冊でもあったらね、見とったかもしれんけど。あんまり小児科になかったと思うんですよ。暴力だけじゃなく、精神的なものも相談しなさいみたいな。そういうのも一言でも書いてあったら、もしかしたら私もそうなのかもって思ったかもしれないですけど。(Nさん)
- ・待合室とかもね、こっちは顔とかすごい怪我してるから、やっぱり他の患者さんいる中で待つのも嫌な部分があるんですけど、マスクで顔隠して、端っこの方で待ったりとかしてたんですけど。別に場所とかがあったら、と思うんですけどね。病院の先生とかも、やっぱりこういう施設とかがあっていうような、なんかそういう相談できる所があるよっていうような話とかしてくれたらね。(Pさん)
- ・「DVの相談室がありますから、そちらの相談室に電話でまず、一度相談してみたらどうですか」っていう風に的確な相談室を教えて頂けたらどんなに助かるかと思いましたね。(Qさん)
- ・子どもたちはしょっちゅう病院にかかってたから、ポスターとかあれば良かったのって。ポスターがあったら、この病院のお医者さんは理解があるって分かるじゃないですか。そしたらもっと早く相談してたかも。今の私の行っている病院は、あなたたちの境遇は誰かから教えてくださって言われても絶対に教えないからって。安心してちょうだいって言われて。すごい安心なんです。そういう一言があれば。(Rさん)
- ・病院の受付で、名前呼ばないでって言ってたけど、会計のときに名前呼ばれて、知り合いがいて。最初にDVって言ってるんだから徹底してほしいって思いました。(Tさん)

3-2. ストーリーライン—DV 被害女性が医療機関とつながるためのモデル図

ここでは時系列的に上述してきたカテゴリグループおよびカテゴリ同士の関連付けを行い、ストーリーラインを作成する。

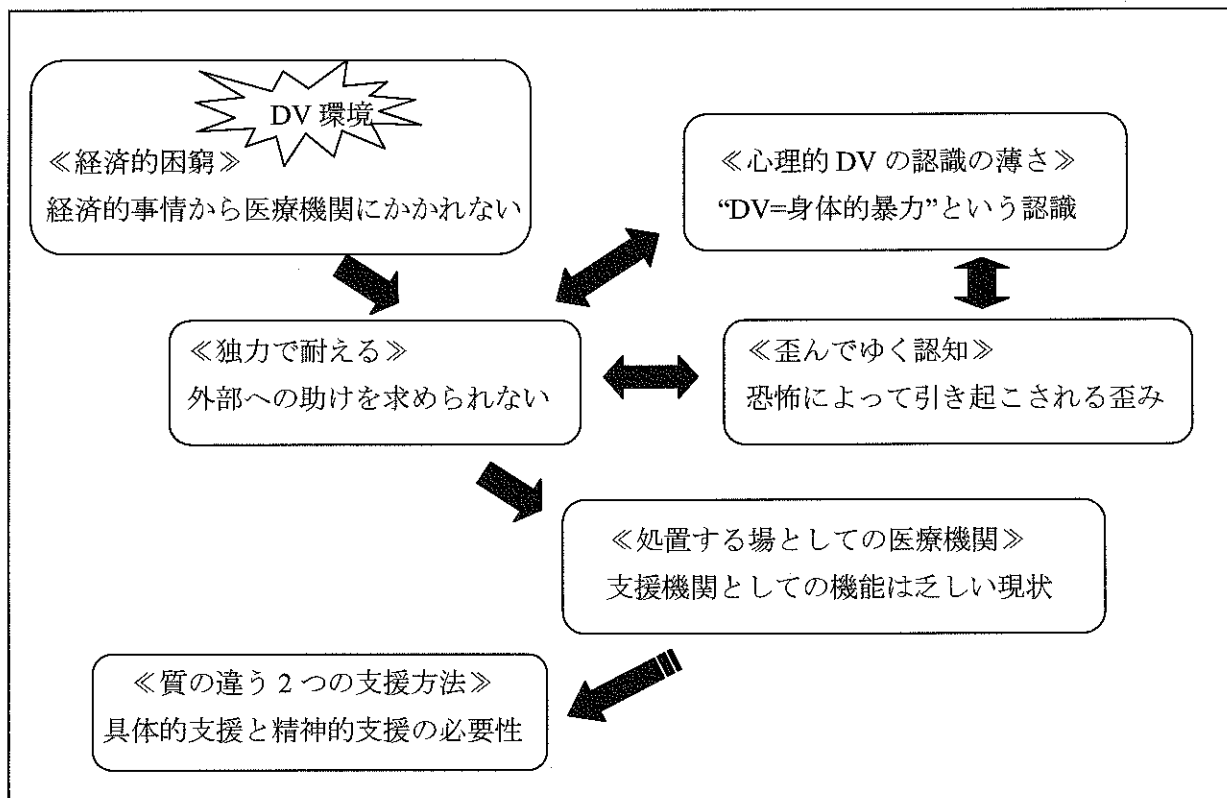
まず、DVを受けている女性の中には、夫の不就労などが原因で日常生活を送ることすらままならない、《経済的困窮》に陥るケースが多く、＜経済的事情から医療機関にかかれなない＞、つまりけがをしてもその治療費が出せないということになり、医療機関につながることができない第一の要因となっていることが分かった。

常に支配される関係の中で、被害女性は少しずつ孤立していき、《独力で耐える》しかできなくなる。助けを求めたことが加害男性に知られると、その後の報復が恐ろしくて＜外部への助けを求められない＞状況に陥り、社会との関係は断絶に等しくなる。《歪んでゆく認知》は被害女性にとって、自分をその環境に適応させるための手段であるともいえる。＜恐怖によって引き起こされる歪み＞とは、“悪いのは言うとおりでできなかった自分”、“私が変われば、暴力はふるわれない”と考えることであり、被害女性はますますDVのサイクルへと引きずられていく。

また、DV被害女性の特徴として《心理的DVの認識の薄さ》が挙げられた。社会問題としてDVが取り上げられる中で、近年DV啓発が進んでいるとはいえ、＜“DV=身体的暴力”という認識＞は依然として強く、このことも被害女性が助けを求められない要因の一つとなっていた。

被害女性が医療機関をどのように捉えているかを探ることが本研究の目的であったが、やはり《処置する場としての医療機関》という意識が強いことが明らかであった。＜支援機関としての機能は乏しい現状＞が浮き彫りになったが、被害女性は＜具体的支援と精神的支援の必要性＞を認識しており、医療機関が具体的かつ精神的な《質の違う2つの支援方法》を提供することができたならば、医療機関は単に治療する場としてだけではなく、支援機関としての機能も果たしうるということが分かった。以上のことから、図1のモデルが得られた。

図1 DV被害女性が支援機関としての医療機関とつながるためのモデル



4) 医療機関受診群と未受診群における身体/精神的 QOL および基本的信頼感

DV被害女性20名を、医療機関を受診した群 (n=9) と未受診の群 (n=11) の2群に分類し、SF-8 および基本的信頼感尺度を用いてt検定を実施した。その結果、SF-8の下位項目である、“日常役割機能(身体)” (p<0.05)において、受診した群の方が有意に低かった。(表4)。

表4 受診群と未受診群における精神健康度

	受診群	未受診群
身体機能	49.09	50.27
日常役割機能(身体)*	44.16	51.13
体の痛み	43.96	45.68
全体的健康感	47.85	42.32
活力	47.62	47.48
社会生活機能	39.64	39.39
日常役割機能(精神)	42.9	44.48
心の健康	40.7	39.67
身体的健康sum	47.54	50.07
精神的健康sum	39.85	38.29

*P<.05

SF-8 の得点は、“身体機能”以外の全ての下位項目が DV 被害女性の方が、国民標準値^(注)より有意に低い数値ではあった。(表 5)。

表 5 DV 被害女性の身体/精神的健康度—国民標準値との比較

	DV被害女性	国民標準値
身体機能	49.68	51.68
日常役割機能(身体)*	47.65	51.63
体の痛み**	44.82	51.99
全体的健康感**	45.09	50.89
活力*	47.55	51.19
社会生活機能**	39.52	50.03
日常役割機能(精神)**	43.69	50.77
心の健康***	40.18	49.55

*** $p < .001$ 、** $p < .01$ 、* $p < .05$

(注：国民標準値は、全国の調査地点を無作為に抽出し、クォーターサンプリング法を用いて標本を抽出したスコアである。対象者の平均年齢 40.4 歳を考慮し、女性版 40-49 歳 (n=87) の標準値を採用した)

また基本的信頼感尺度においては、医療機関受診群と未受診群の 2 群間で有意な差は見られなかった(表 6)。

表 6 受診群と未受診群における基本的信頼感および対人的信頼感

	受診群	未受診群
基本的信頼感	26.5	28.4
対人的信頼感	24.7	22.8

5. 考察

1) DV 被害女性の医療機関受診経緯について

本調査では、DV 被害女性に対して医療機関での対応に関して聞き取り調査を行った。20 名中、何らかの医療機関を利用したことがあると答えたのは 9 名であったが、この 9 名の内 7 名が、骨折やむちうち、眼底出血、切迫早産などの危機的状況になって初めて医療機関を受診したと答えている。7 名中自ら被害を開示した人は 3 名、医療従事者から DV ではないかと尋ねられて答えた人が 2 名、自分からは被害について話さず、医療従事者から DV ではないかと言われても答えなかった人が 2 名であった。

一方、心療内科や精神科に通っていたと答えた被害女性は 9 名中 5 名おり、不眠や摂食の問題、慢性的な疲労感などの身体的愁訴により受診し、DV 被害についても全員が開示していた。

今回の調査はサンプル数も少なく限界はあるが、DV 被害女性は多少の痣や火傷などでは経済的状況や夫の束縛のために医療機関を受診しない、深刻なけがをしたときだけ受診す

る傾向があることが分かった。また自ら被害を開示するケースも少なく、たとえ医療従事者からDVを疑われても「ただのケンカ」だとかごまかしたり、否定したりする場合があるようであった。ただし、こころの問題を扱う心療内科や精神科であれば、自身の精神的不調に関連させてDV被害について開示しやすいことも明らかになった。

2) DV被害女性の身体／精神的QOLおよび基本的信頼感

SF-8の、“身体機能”以外の全ての下位項目において、DV被害女性の方が、国民標準値より有意に低いという結果から、DV被害女性の身体／精神的QOLは、家を出て安全な場所で暮らしていたとしても不良であることが窺えた。また、“DV=身体的暴力”という認識によって、DV被害女性であってもそれを見過ごし、自分の被害を過少化してしまう傾向とも関連を示しているようである。

基本的信頼感において、受診群と未受診群との間で有意な差が見られなかったのは、すでにDV被害自体で信頼関係を破壊されているためであると思われるが、ここでは、健常群との比較を行っていないため、どの程度信頼感が損なわれているかは今後の課題としたい。

3) DV被害女性にとっての2つのハードル

DV被害女性が医療機関につながるためには、まず少しの時間だけでも家から出る必要がある。しかし結果でも記したように、物理的にも精神的にも支配されているDV環境下ではそれすらままならない。これがまず第一のハードルである。そして次に、たとえ病院を受診できたとしても、そこから支援につながるかどうかのハードルも存在する。受診した病院でDVを受けていると自分で言えるか、医療従事者が気付いてくれるか、受診した病院には整備されたDV対応があるかなど、受診から支援へとつながる道のりは平坦ではない。

第一のハードルについては個々の事情があるが、第二のハードルは医療機関の体制を変えることで乗り越えることは可能であると考えられる。医療機関に求められる役割の第一は、被害女性の発見であり、そのためにはスクリーニングの体制を整えることが不可欠であろう。日常的なケアの一部として、全女性患者共通の質問を中立の立場で行うことは、医療機関でのDV発見率を高めると同時に、DVを受けているという事実を医療機関で明らかにしても大丈夫だという安心感を患者に与えることにつながると考えられる⁽¹⁹⁾。

4) 医療機関が支援機関として機能するために

本調査の結果から得られたようにDV被害女性は質の違う2つの支援を必要としている。被害者が求めるのは、相談機関のリストの提供、DV啓発ポスターや冊子の掲示、待合室での配慮ある対応、声かけの方法などの具体的支援と、自分を護ってくれる、安心して自分のことを話せる院内の環境や医療従事者の声かけといった精神的支援である。

上記を踏まえ、大切なことは“あなたのせいではない”という安心感と、“今の状況から抜け出す道はある”という具体的なメッセージを伝えることであると考えられた。その後の支援につなげられるかどうか、ということも重要ではあるが、まずは医療従事者が被害

女性に気づく、被害女性が自分自身でDV被害を受けていることに気づく、という“気づきのための支援”を提供する視点が必要であろう。

6. 今後に向けて

社会問題としてDVが取り上げられるようになった今、医療機関がDV被害女性に出会い、対応する場面は今後も増え続けることが予想され、そこでの発見・対応の精度をあげていくことは不可欠である。今回の調査で得られたDV被害女性が捉える医療現場の状況を踏まえ、来年度は県内の医療機関に対して質問紙調査を行い、医療現場におけるDV被害者対応の実態を把握したいと考える。

謝辞

本調査の趣旨を理解いただき、協力してくださった皆さまに、深く感謝いたします。また、研究を進める上で、ご助言頂きました皆さま、ご協力して頂きました皆さまにも、心からお礼申し上げます。

【引用・参考文献】

- 1) 内閣府男女共同参画局: 男女間における暴力に関する調査報告書. 2009
- 2) 高田紗英子・牧田潔・加藤寛: 一般成人女性を対象とした DV 被害に関する実態調査
心的トラウマ研究第 6 号 33-39, 2010
- 3) 平川和子: 民間シェルターを利用した DV 被害女性が語る心身の健康状態.トラウマティ
ック・ストレス, 3, 27-35, 2005.
- 4) 煙崎久子・有菌博子・藤田忍: 緊急一時保護となったドメスティック・バイオレンス被
害者の精神健康状態. 心的トラウマ研究, 2, 41-51, 2006.
- 5) 武者稚枝子・太田博明: 地域の女性相談や産婦人科外来で遭遇する DV 相談の経験.
日本女性心身医学会雑誌, 14(2), 143-149, 2009
- 6) 高田昌代・岡永真由美・安積陽子・安達久美子・植本雅治・白石玲子・宇佐美陽子:
単科病院・診療所に就業する看護職者の DV に関する知識と DV 被害者邂逅の実態調査
神戸市看護大学紀要, 1, 2003
- 7) 加納尚美・中村安秀・桜山豊夫・片岡弥恵子・下谷恵美・篠原清夫・大竹眞裕美・牧野
美幸: 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
衆衛生誌, 47(5), 2006
- 8) Brown, W., Bates, L.: Domestic violence: examining nurses' and doctors' management, attitudes
and knowledge in an accident and emergency setting, Australian Journal of Advanced Nursing,
15(3), 15-22, 1998
- 9) Willison, P. : Domestic Violence: Are Nurses Hiding the Facts? The Internet Journal of Advanced
Nursing Practice, 2(1), 1998
- 10) Davis, R.E., Harsh, K.E.: Confronting barriers to universal screening for domestic violence.
Journal of Professional Nursing, 17(6), 313-20, 2001
- 11) Gillespie, C.A.: Domestic Violence: What Clinicians Should Know, The Internet Journal of
Academic Physician Assistants, 14(1), 2004
- 12) Fischbach, R.L. & Herbert, B. : Domestic Violence and Mental Health: Correlates and
Conundrums Within and Across Cultures. Social Science Medicine, 45, 1161-1176, 1997
- 13) 谷冬彦: 青年期における基本的信頼感と時間的展望 発達心理学研究, 9, 35-44. 1998
- 14) 福原俊一, 鈴嶋よしみ: SF-8 日本語版マニュアル: NPO 健康医療評価研究機構, 京都,
2004.
- 15) 木下康仁: ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法—修正版グラウンデッド・セオリー・アプロ
ーチのすべて—, 弘文堂, 2007
- 16) 志村健一, グラウンデッド・セオリーにおける記録—理論生成を目的とした記録の方法
と意義—, ソーシャルワーク研究, 31 (3), 相川書房, 2005
- 17) 深堀浩樹: 質的データ分析支援用ソフトウェア ATLAS.ti を使ってみよう—グラウ
ンデッドセオリーアプローチに焦点を当てて (その 1~3) ,看護教育, 49(3~5), 2008

- 18) 友田尋子: 暴力被害者と出会うあなたへ DV と看護, 医学書院, 2006
- 19) 夫・恋人からの暴力を考える研究会 (編) :夫・恋人からの暴力を防ぐためのネットワークに関する調査報告書, 1999

