

DV被害者の早期発見と予防のための教育プログラムの開発

—看護職に視点を置いて—

研究代表者

奈良県立医科大学医学部看護学科

泉川孝子

共同研究者

奈良県立医科大学医学部看護学科

順天堂大学保健看護学部

入江安子

豊田淑恵

I. 問題と目的

「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防止法)」が2001年に制定され、ドメスティック・バイオレンス(Domestic Violence: 以下DV)が女性の人権侵害であることが明示された。さらに2004年にはDV防止法が改正され、地域におけるDV被害者支援体制が整備されるようになった。2009年の内閣府の「男女間における暴力に関する調査」¹では、配偶者などからの身体的暴力被害経験者が24.9%、精神的暴力被害経験者が16.6%、性的暴力被害経験者が15.8%いることを報告している。また身体的、精神的被害者の約70%は、医師の診察を受けていることが明らかになっている²。このことから、DV被害者支援は、医療現場で働く看護職にとって重要な課題であると言える。

WHO(世界保健機関)³は、DVを健康問題として捉えており、DVによる健康被害は、夫・パートナーによる身体的または性的暴力が直接原因となるケガに留まらず、睡眠薬・鎮痛剤の乱用、自殺念慮などの精神症状、セクシュアル/リプロダクティブヘルス・ライツへの悪影響が含まれる。また、これらの健康被害の対象は、暴力を受けている女性だけでなく、その子どもにも及んでいる。

子ども達はDVによる直接的・間接的影響を受け、行動・情緒・学習において多くの困難を抱えていることが指摘されている⁴。

日本の医療におけるDV被害に関する研究は、2000年頃から見られる。当初は、精神科、産婦人科、形成外科などの医師による症例報告が主であった。その後、看護職による医療機関におけるDV被害者支援の実態調査や、近年ではDV被害者を早期発見するためのスクリーニング体制やその支援に関する研究⁵が報告されるようになった。例えば看護管理職を対象としたDV被害者支援において、9割以上が「DV」という言葉を知っているが、DV防止法の内容まで知っている者は約半数に留まっていることを指摘している⁶。また、多くの医療者が早期発見や対応マニュアル等の支援体制の整備、外部機関との連携システムの必要性を感じていることを報告している^{7,8}。一方、妊娠期の女性とDVの関連について、産科医療スタッフは、高率でDV被害者に接していたが、現時点では見逃している例も多いことを述べている⁹。これは、DV被害が女性のみならず、胎児・乳幼児の健康にも影響を及ぼす。さらに、DV被害者支援は、支援者も困難感を抱く要素があると報告されている¹⁰。しかし、これらの調査は、医療機

関等の実態報告と外部機関との連携システムの必要性を言及するにとどまっておらず、退院後の再発予防にまで関わる研究は見かけない。DVは健康に長期的な影響を及ぼすことから、看護職種に応じた役割が重要であると考えられる。尚、今回は、医療とDV被害者支援機関との協働した支援体制システムの構築を踏まえた、看護職への教育プログラム開発の手がかりについて報告する。

研究その1看護職のDV被害者の遭遇と支援の実態調査 - 関西地区県内の調査から -

I. 目的

看護師、保健師、助産師それぞれのDV被害者との遭遇経験とその支援の実態を明らかにし、それぞれに求められるDV被害者支援の手がかりを得る。

II. 対象と方法

1. **用語の定義**：DVは、夫や恋人、パートナー等の親密な関係にある者でふるわれる暴力であり、身体的暴力、精神的暴力、性的暴力、経済的暴力を指す。本研究では、特に男性が女性に対し権力や支配力を行使し、女性が被害を受ける場合とした。また、男性から暴力を受けている女性だけでなく、その環境下の子どもを含む。

2. **調査対象**：対象者は、関西地区A県の複数の診療科を持つ県立A病院（約930床）に所属する看護師、助産師、保健センター等の区市町村に所属する保健師、A県助産師会に所属する助産師の1380名に調査協力を依頼し、協力が得られた926名を対象とした。

3. **調査期間**：2010年12月～2011年1月末日

4. **調査方法**：調査は、無記名自記式調査票を用いた。配布方法は、A県のA病院看護部を通じて看護師、助産師に調査依頼し、承諾後調査票を配布、回収した。また、保健師には、保健所健康増進課に調査依頼し、郵送法により市町村及び保健所保

健師に配布、回収した。助産師にも同様に、A県助産師会に調査依頼し配布、回収した。

5. **調査項目**：山田らの調査項目¹¹を参考にし、年齢、経験年数、所属等を質問する調査対象者の属性と、職場におけるDV被害者支援マニュアル有無、DV被害者の遭遇の実態、DV被害者と判断した根拠、観察事項、関係機関との連携状況等の項目で構成した。

6. **分析方法**：DV被害者遭遇の実態や、DV被害者と判断した根拠、観察事項、関係機関との連携状況等を単純集計した。また、看護師、保健師、助産師の3職種でのDV被害者の遭遇実態、DV被害者と判断した根拠等について χ^2 検定を用いて比較分析した（有意水準5%未満）。また自由記載については、意味のある文節または文脈を1名1記録単位として抽出し、同義的とみなせる内容を集約した。

7. **倫理的配慮**：調査対象者には、調査の主旨と目的、研究への参加について自由意思を尊重すること、また研究の参加に伴い生じるとと思われる利益、不利益などについて書面に記載し質問紙票に添付した。協力が得られた質問紙票は郵送により回収後、保管庫で管理し、本研究以外の目的で使用する事なく、研究終了後は速やかにデータ消去・破棄する。調査結果の報告は、対象の匿名性、秘密の保持などプライバシーを厳守した。尚、本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の承認No. 324を得ている。

III. 調査結果

1. 対象者の背景

質問紙の配布数は1380部、回収数は955部（回収率69.2%）、有効回答数は926部（有効回答率67.1%）であった。分析対象は926人であり、職種別の有効回答率は、看護師が577人（71.9%）、保健師が238人（63.6%）、助産師が111人（54.7%）であった。表1は、分析対象者の背景を示す。

表1 対象の背景

項目	列1	看護師(n=577)		保健師(n=238)		助産師(n=111)
年齢	20～29歳	256 (44%)		34 (14%)		25 (22%)
	30～39歳	175 (30%)		72 (30%)		31 (28%)
	40～49歳	96 (17%)		90 (38%)		33 (30%)
	50歳代	37 (6%)		40 (17%)		18 (16%)
	60歳代	9 (2%)		2 (1%)		4 (4%)
	不明	4 (1%)				
性別	女性	528 (92%)		238 (100%)		111 (100%)
	男性	49 (8%)				
経験年数	5年以内	227 (39%)		41 (17%)		29 (26%)
	6～10年	134 (23%)		34 (14%)		19 (17%)
	11～15年	64 (11%)		52 (21%)		20 (18%)
	16～20年	66 (12%)		38 (15%)		18 (16%)
	21年以上	82 (14%)		83 (33%)		24 (22%)
	不明	4 (1%)		0		1 (1%)
看護職の配属場所	病棟	476 (82%)	保健所	51 (21%)	総合病院	72 (65%)
	外来	68 (12%)	保健センター	176 (74%)	病院	14 (13%)
	病棟・外来	11 (2%)	その他	10 (4%)	診療所	10 (9%)
	その他	22 (4%)	不明	1 (1%)	助産所	8 (7%)
					その他	2 (2%)
				不明	5 (4%)	
職位	スタッフ	544 (95%)		173 (73%)		87 (78%)
	管理職	28 (4%)		24 (10%)		8 (7%)
	その他(非常)	5 (1%)		28 (12%)		13 (12%)
	不明			13 (5%)		3 (3%)
						単位:人(%)

表2 DV支援の研修の有無

	研修ある	研修なし	回答なし	合計
看護師	22 (4%)	548 (95%)	7 (1%)	577
保健師	68 (29%)	168 (70%)	2 (1%)	238
助産師	23 (21%)	85 (77%)	0	111

表3 看護職種別のDV被害者支援マニュアルの整備状況

	ある (%)	検討中 (%)	必要性有、検討なし (%)	検討なし (%)	回答なし (%)	合計 (%)
看護師	22 (4)	15 (3)	41 (7)	377 (65)	122 (21)	577 (100)
保健師	28 (12)	17 (7)	40 (17)	133 (56)	20 (8)	238 (100)
助産師	6 (5)	8 (7)	23 (21)	62 (56)	12 (11)	111 (100)

男女割合について、看護師は、男性が49名(8.1%)いるが、他の職種は全て女性であった。年齢構成については、看護師が20-30歳代を併せて74%であった。保健師、助産師は、30-40歳代が、それぞれ68%、58%であった。職種別の経験年数割合は、5年以内が看護師39%、助産師26%、保健師は21年以上が33%であった。また、所属機関・部署は、看護師が「病棟」82%、「外来」12%、「病棟・外来」の両方に勤務する者が2%、その他4%であった。保健師は、「保健所」21%、「保健センタ

ー」が74%であった。助産師は、「総合病院、病院」78%、「診療所」9%、「助産所」が7%、その他・不明6%であった。

2. 看護職種別のDV被害者支援研修と支援マニュアルの整備実態

表2から、DV被害者支援研修を受講していたのは、保健師が68人(29%)であった。次に助産師が23人(21%)、看護師が22人(4%)であった。また、職場の研修を受講した者が保健師及び看護師では55%、助産師は13%であった。個人的に研修

受講した者は、助産師 39%、保健師 32%、看護師が 9%であった。表 3 から職種別のDV被害者支援マニュアルの整備状況は、「ある」と「検討中」を併せると、保健師 19%、助産師 12%、看護師が 7%であった。「検討なし」は、3 職種において約 60%を示した。

3. 看護職種別のDV被害者との遭遇実態

図 1 から、DV被害者との遭遇する割合が多いのは、助産師 67 人 (60. 4%)、保健師 133 人 (55. 9%)、看護師 115 人 (19. 9%) の順であった。また、DV被害者と遭遇経験のある看護職者に遭遇数を尋ねたところ、保健師は 62 人、助産師は 28 人、看護師は 27 人から回答が得られ、1~3 例が全体の 94%であり、最も多かったのは 7 例の保健師であった。職種によるDV被害者の平均遭遇数は、助産師・保健師が 2. 0 人、看護師が 1. 6 人であった。

看護職の年齢とDV被害者との遭遇経験の有無の関連性を分析すると、看護師では 20 歳-39 歳が 33%、40 歳-59 歳が 59%を占めた。保健師も同様に、20 歳-39 歳が 40. 9%、40 歳-59 歳が 57. 6%を占めた。助産師では、20 歳-39 歳が 49. 3%、40 歳-59 歳が 47. 8%とほぼ同じ割合であった。

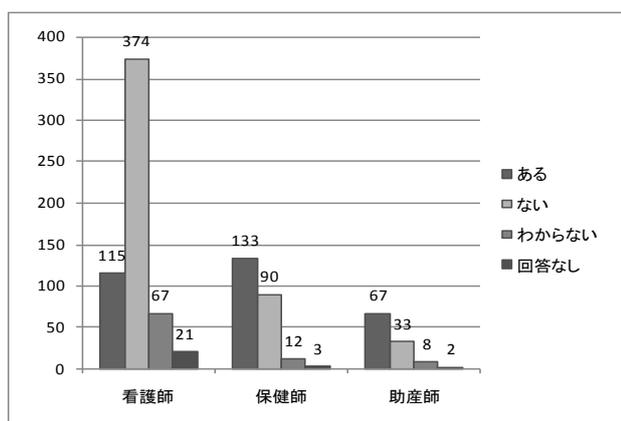


図 1 職種別のDV被害者との遭遇実態

4. 看護師の所属別DV被害者との遭遇実態

表 4 から、看護師の外来、病棟の所属別におけるDV被害者との遭遇状況は、「外来」所属の看護

師は、「病棟・外来」の所属の看護師を含む 25 人 (22%)、中央放射線部 6 人 (29%)、ICU (集中治療室)・CCU (冠状動脈疾患管理室)、外科であった。「病棟」所属の看護師は、90 人 (19%) であり、ICU・CCU 14 人 (26%)、外科 13 人 (22%)、内科 11 人 (9%)、HCU (高度治療室) 11 人 (91%)、精神科 9 人 (29%)、NICU (新生児集中治療室) 5 人 (20%)、産科、婦人科であった。

5. 看護職種別のDV被害者と判断する根拠

表 5 は、看護職種別のDV被害者と判断した根拠を示す。保健師や助産師は、DV被害者を判断する根拠に「本人がDVだと言った」が多く有意差を認めた ($p < 0. 01$)。看護師は「他の専門職から聞いてDVだとわかった」が一番多く、保健師や助産師に比べ「外傷の状態からDVだと判断した」「外傷以外の状況から判断した」については、職種間で有意差を認めた ($p < 0. 05$, $p < 0. 01$)。「本人にDVについて質問して判断した」が、保健師では 55 人 (41. 4%)、助産師では 30 人 (44. 8%) であったが、看護師では 14 人 (12. 2%) であった ($p < 0. 01$)。尚、分からないは、無回答を含む。

6. 看護職種別のDV被害者の観察事項

表 6 は、DV被害者と遭遇経験が有ると回答した看護職が、DV被害者を観察した事柄を示す。「殴る、蹴る等の傷」は看護師が 51. 3%と高く、保健師 30. 8%、助産師 29. 9%で、職種間に有意差が認められた ($p < 0. 01$)。「中絶の繰り返し」は、助産師が 18. 6%と高く、看護師 2. 2%、保健師 12. 8%であり、「経済的に困窮」は、保健師が 47. 5%と高く、助産師 32. 2%、看護師は「分からない・無回答」が 54. 8%であり、職種間で有意差を認めた ($p < 0. 01$)。また、「不眠・うつ・パニック障害など」の観察は、看護師 35. 7%、保健師 51. 9%、助産師 43. 3%で、職種間に有意差は認められなかった。「付き添いの説明が不自然」は、看護師 18. 3%、保健師 12. 0%、助産師の 20. 9%であった ($p < 0. 01$)。

表 4 看護師の所属診療科目と遭遇経験

	病棟		外来・その他		対象者数
	遭遇経験あり(%)		対象者遭遇経験あり(%)		
1 内科	11	(9)	120		11
2 外科	13	(22)	60	2 (29)	7
3 ICU・CCU	14	(26)	54	4 (80)	5
4 整形外科	0	(0)	32	2 (50)	4
5 精神科	9	(29)	31		0
6 NICU	5	(20)	25		0
7 婦人科	5	(24)	21	2 (67)	3
8 脳外科	3	(17)	18		1
9 泌尿器科	1	(6)	18		3
10 小児科	4	(24)	17		2
11 耳鼻科	2	(13)	16		2
12 HCU	11	(92)	12		0
13 歯科	0	(0)	8	1 (100)	1
14 眼科	2	(25)	8	1 (33)	3
15 皮膚科	1	(11)	9		0
16 産科	3	(50)	6		0
17 神経内科	3	(75)	4		2
18 中央放射線部				6 (29)	21
19 総合診療科				1	
20 口腔外科				1	
21 麻酔科				1	2
22 内視鏡				1	5
23 透析					
24 総合受付				1	2
25 輸血					2
26 化学療法					2
27 リハビリ					1
28 その他	3		6	2 (29)	7
29 不明					26
	90	(19)	465	25 (22)	112

表 5 看護職種別のDV被害者と判断した根拠

		看護師	保健師	助産師	p値
		n=115(%)	n=133(%)	n=67(%)	
①本人から	はい	48 (41.7)	102 (76.7)	55 (82.1)	**
	いいえ	49 (42.6)	27 (20.3)	7 (10.4)	1.67688E-09
	分からない	18 (15.7)	4 (3.0)	5 (7.5)	
②付き添った人から	はい	28 (24.3)	26 (19.5)	11 (16.4)	0.620308736
	いいえ	55 (47.8)	74 (55.6)	36 (53.7)	
	分からない	32 (27.8)	33 (24.8)	20 (29.9)	
③他の専門職から	はい	65 (56.5)	64 (48.1)	25 (37.3)	0.06163212
	いいえ	24 (20.9)	41 (30.8)	27 (40.3)	
	分からない	26 (22.6)	28 (21.1)	15 (22.4)	
④本人に質問	はい	14 (12.2)	55 (41.4)	30 (44.8)	**
	いいえ	68 (59.1)	50 (37.6)	22 (32.8)	1.78387E-06
	分からない	33 (28.7)	28 (21.1)	15 (22.4)	
⑤外傷の状態	はい	37 (32.2)	25 (18.8)	11 (16.4)	*
	いいえ	39 (33.9)	68 (51.1)	36 (53.7)	0.01645846
	分からない	39 (33.9)	40 (30.1)	20 (29.9)	
⑥外傷以外の状況	はい	27 (23.5)	22 (16.5)	6 (9.0)	**
	いいえ	37 (32.2)	74 (55.6)	40 (59.7)	0.00052334
	分からない	51 (44.3)	37 (27.8)	21 (31.3)	
			特徴	* p<0.05	** p<0.01

表 6 看護職種別のDV被害者(疑い含む)の観察

		看護師	保健師	助産師	p値
		n=115(%)	n=133(%)	n=67(%)	
①殴る、蹴る等の傷	あった	59 (51.3)	41 (30.8)	20 (29.9)	**
	なかった	27 (23.5)	58 (43.6)	27 (40.3)	0.002673
	分からない	29 (25.2)	34 (25.6)	20 (29.9)	
②刃物による傷	あった	8 (7.0)	5 (3.8)	2 (3.0)	
	なかった	66 (57.4)	90 (67.7)	44 (65.7)	0.404294
	分からない	41 (35.7)	38 (28.6)	21 (31.3)	
③たばこの火傷	あった	9 (7.8)	8 (6.0)	7 (10.4)	
	なかった	60 (52.2)	84 (63.2)	38 (56.7)	0.4006
	分からない	46 (40.0)	31 (23.3)	22 (32.8)	
④説明と怪我が一致せず不自然	あった	22 (19.1)	14 (10.5)	11 (16.4)	*
	なかった	40 (34.8)	73 (54.9)	27 (40.3)	0.02359
	分からない	53 (46.1)	46 (34.6)	29 (43.3)	
⑤望まない性行為やレイプ	あった	9 (7.8)	24 (18.0)	14 (20.9)	
	なかった	48 (41.7)	54 (40.6)	27 (40.3)	0.088703
	分からない	58 (50.4)	55 (41.4)	26 (38.8)	
⑥中絶の繰り返し	あった	2 (1.7)	15 (11.3)	11 (16.4)	**
	なかった	54 (47.0)	70 (52.6)	27 (40.3)	0.00242
	分からない	59 (51.3)	48 (36.1)	29 (43.3)	
⑦不審な傷	あった	1 (0.9)	0 (0.0)	2 (3.0)	
	なかった	52 (45.2)	59 (44.4)	27 (40.3)	0.342735
	分からない	62 (53.9)	74 (55.6)	38 (56.7)	
⑧交流が制限	あった	25 (21.7)	46 (34.6)	17 (25.4)	
	なかった	37 (32.2)	45 (33.8)	26 (38.8)	0.094434
	分からない	53 (46.1)	42 (31.6)	24 (35.8)	
⑨不眠・うつ・パニック障害など	あった	41 (35.7)	69 (51.9)	29 (43.3)	
	なかった	29 (25.2)	33 (24.8)	16 (23.9)	0.067141
	分からない	45 (39.1)	31 (23.3)	22 (32.8)	
⑩経済的に困窮	あった	15 (13.0)	59 (44.4)	19 (28.4)	**
	なかった	37 (32.2)	42 (31.6)	17 (25.4)	2.13E-07
	分からない	63 (54.8)	32 (24.1)	31 (46.3)	
⑪おどされ、なじられたり	あった	15 (13.0)	13 (9.8)	12 (17.9)	
	なかった	45 (39.1)	68 (51.1)	26 (38.8)	0.200211
	分からない	55 (47.8)	52 (39.1)	29 (43.3)	
⑫付き添いの説明が不自然	あった	21 (18.3)	16 (12.0)	14 (20.9)	**
	なかった	40 (34.8)	75 (56.4)	25 (37.3)	0.00753
	分からない	54 (47.0)	42 (31.6)	28 (41.8)	
			特徴	* p<0.05	** p<0.01

表 7 看護職種別のDV被害者相談機関

看護師	件数	保健師	件数	助産師	件数
院内相談、医事課等	6	女性センター	37	保健センター	12
看護師長と医師への相談	4	子ども家庭センター	30	子ども家庭センター	4
警察	4	市の担当課	14	母子寮シェルター	3
社会福祉施設	1	家庭児童相談室・児童福祉課	14	女性センター	2
保健所	1	母子寮シェルター	13	市町村の窓口	2
市の相談窓口	1	警察	6	保健所	1
子ども家庭センター	1	法律相談	4	元警察官のDV専門	1
		子どもサポートセンター	3		
		保健所	2		

7. 看護職種別のDV被害者相談機関との連携

表7から看護職種別のDV被害者相談機関との連携をみると、看護師は、「院内相談、医事課等」6件や「看護師長や医師」4件、「警察」等4件の順であった。

保健師は、「女性センター」37件、「子ども家庭センター」30件、次に「市の担当課」14件、「家庭児童相談室」14件、「母子寮シェルター」13件の順であった。助産師は、「保健センター」12件、「子ども家庭センター」4件、「母子寮シェルター」等3件であった。

8. 看護職種別のDV被害者支援の認識

DV被害者との遭遇経験の有無を問わず、調査対象者にDV被害者支援について自由記述欄を設け、意見を求めた。抽出されたコードは、自由記載のあった看護師136名、保健師80名、助産師50名を1名1コードとした。各カテゴリー、サブカテゴリー、例は職種別表に示した。以下カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、コード例は「」で記し説明する。

表8-1から看護師は、136コードを抽出し、19のサブカテゴリー、6つのカテゴリーに集約された。6つのカテゴリーは、【DV被害者の支援方法】【介入困難】【DV研修の意義】【早期発見への関わり】【相談窓口の必要性】【専門性】であった。【DV被害者の支援方法】は、《相談システム(マニュアル)》《観察の視点》《情報収集》《さらなる法的整備》《DV予防の啓発》《情報提供》《看護師へのケア》の7つのサブカテゴリーであり、「対応に困るので、マニュアルがあれば参考にしたい」や「身近ではないので、スタッフ間で意識づけしていく必要がある」等で、早期発見や支援への必要性を感じていた。【介入困難】は、《関わりが困難》《遭遇がなく分からない》《DVの判断が難しい》の3つのサブカテゴリーであり、「デリケートな家庭内での問題など、関わるのが

難しい」、「どこまでをDVと判断したらいいのかかわかない」等であった。【早期発見への関わり】では、《早期発見の意義》《発見できる立場》《再発予防》の3つのサブカテゴリーであり、「訴えがなくても、医療者の視点で発見できる機会はあるように思う」等であった。また【DV研修の意義】は、《DV支援の知識が必要》《研修の機会がほしい》の2つのサブカテゴリーであり、「学習会や講習会があれば紹介がほしい」と関心を示していた。【相談窓口の必要性】では、《相談機関の設置》《相談機関への連携》の2つのサブカテゴリーであり、「気軽に相談できる窓口があればいいと思う」、「あいまいにすることが多いので、医師や相談機関と連携する」等であった。【専門性】は、《医師の対応》《自分の専門外》の2つのサブカテゴリーであり、「精神科医師が適切に判断対処していた」「特に専門外来(がん)のため、そちらに重点を置いている」と、近年の看護事情を表していた。

表8-2から保健師は、80コードを抽出し、9つのサブカテゴリー、4つのカテゴリーに集約された。4つのカテゴリーは、【DV被害者支援の実際と問題】【DV被害者支援機関の在り方と連携】【緊急保護体制の充実】【DVの予防啓発】であった。

【DV被害者支援の実際と問題】は、《DVの専門的知識と支援》《DV被害者支援の実際》の2つのサブカテゴリーであり、「本人の発言以外に身体的な傷はないか、意識してみていく必要がある」、「DV被害者は、身体の傷よりも心の傷が大きく、そのフォローが必要である」等であった。【DV被害者支援機関の在り方と連携】は、《支援のスキルアップの必要性》《支援関係者と機関の関係》であり、「社会的資源の情報を把握しておく、職場で担当者が孤立しないような体制」等があった。【緊急保護体制の充実】は、《保護に向けての困難さ》《緊急保護体制の充実》の2つのサブカテゴリーであ

り、「本人の経済的な不安が大きく離婚などに踏み切れない」、「DVを受けても相手に依存しているため、相手を訴えたり、相手から離れたりすることができないでいる」、また「緊急時の安全確保と一時保護できる場、体制の充実が一番であり、次に関係機関の連携強化が必要」等であった。【DVの予防啓発】は、《DV支援の意義》《DVの一般向け予防啓発》《看護職が被害者》の3つのサブカテゴリであり、「看護職として被害者に寄り添い、精神面のフォローを行うことは大切な役割」、「DVを受ける人の考えを変える必要もある」や「看護職自身が被害者であることがある」等であった。

表8-3から助産師は、50コードを5つのカテゴリに集約された。5つのカテゴリは、【DV被害者の理解と支援】【DV被害者の支援（保護）方法】【DV被害者との関わりの困難感】【DV研修の必要性】【DV遭遇事例報告】であった。

【DV被害者の理解と支援】は、「DVを防ぐには、世代間連鎖を断つことが重要と考える」、「あなたは悪くないというメッセージをDV被害者に伝えることが大事、DVを疑う症例に出合ったら、速やかに伝えたい」等であった。【DV被害者の支援（保護）方法】は、「観察することにより被害者を発見して安心できる場所を作り支援していくこと」等であった。【DV被害者との関わりの困難感】は、「DV支援の難しさがある。関係機関の紹介はするが、本人の意思に任せている」、「DVを受けているので夫の面会を拒否したいと言われても、完全にできるとは限らない」等であった。【DV研修の必要性】は、「定期的な研修などがあればいいと思う」等であった。【DV遭遇事例報告】は、「精神面に問題があり、ただ妊娠はしておらず…」と事例の報告があった。

IV. 考察

1. 看護職種別のDV被害者との遭遇実態について

今回の調査において、DV被害者との遭遇の割合は、助産師、保健師は、約2人に1人と高く、看護師は5人に1人であった。山田らの調査¹²では、看護師は4人に1人であるが、治療が必要な傷のDV被害者を観察した経験が、保健師の3倍あったと報告している。今回の調査でも、身体的な外傷の観察は、看護師が高い結果であった。菅原の調査¹³では、皮膚科、耳鼻咽喉科など複数の診療科でDV被害者の受診があり、本調査でも看護師は、ICU・CCUや、外科、精神科、NICU、産・婦人科などの様々な診療科でDV被害者に遭遇していた。しかし、看護師のDV被害者の遭遇率が低いのは、自由記載から、本調査の実施によりDV被害者の支援を知ったことや、研修を未受講であること、支援方法が分からず介入の回避等に繋がっていることが読み取れた。外来受診等の際に、DVを沈黙していると思われる女性がいるものの、一方で医療従事者の「どうしてこうなったのですか」、「本当のことを教えてくださいませんか」等の問いかけに、DVの事実を告知する女性や、看護師にDV問題を相談する女性もいると報告がある¹⁴。このように、DVが疑われる患者の受診の際に、もう一步踏み込んだ問いかけを行うことで、DV被害者の本人からの告知を促せると思われる。また、看護師にDV被害者支援に関する認識や、日常の看護業務を行う際に意識が高まることが望まれる。さらに全ての診療科を対象に、看護師のDVに関する認識を高め、観察能力を活かした被害者支援の研修や、支援機関への連携マニュアル作成が必要であると考えられる。

川原ら¹⁵は、妊娠中のDVの実態や産科スタッフのDVへの意識を調査した結果、4割の産科医療施設スタッフがDV被害を受けた妊婦に接しており、助産師の約6割が遭遇していることを報告している。妊娠中から被害を受けていた女性では、約7割が産後にも暴力を受けていた事を述べてい

る¹⁶。本調査においても、助産師が、DV被害者との遭遇経験が高く、周産期はDV被害者を発見しやすい機会となる。今回の調査対象に1割の開業助産師がおり、妊娠期から、分娩、産褥期間を継続的に関わるため、DV被害者に接触する機会があったと思われる。また、市町村から委託を受け、「新生児訪問」や「こんには赤ちゃん事業」として新生児～4か月の児とその母親を訪問しており、産後のDV被害状況を早期に把握しやすく、早期支援の重要な役割を保健師と共に担っていると言える¹⁷。

次に、保健師は、高いDV被害者遭遇経験を示し、これは、DV防止法の改正と児童虐待防止法との関連があると考えられる。2004年のDV防止法の改正後、市町村でのDV被害者支援が整備され、女性相談やDV相談窓口が開設され、保健師に協働を求め、DV被害者支援への関わりを持つようになったと考える。一方、児童虐待とDVの

世代間連鎖が指摘されており¹⁸、家庭内で暴力によるコミュニケーションの方法を学習した子どもは、将来、暴力による問題解決や、力での支配を試みることが報告されている。また、DVを見て育つ子ども達は、恐怖、不安にさらされ、行動面、情緒面、あるいは学習面での困難が生じ、健康問題を抱えており、杉山はこの様な子どもの状態を「第四の発達障害」¹⁹として位置付けている。乳幼児の健康診査や健康相談においては、DV被害者からの直接的な相談ばかりでなく、児童虐待、行動面・情緒面の発達課題を抱える子ども達への関わりを通して、その背景にあるDV被害者の発見とその支援が求められている。さらに、従来からの「新生児訪問」や、全戸訪問を目指す「こんには赤ちゃん事業」等の訪問活動の中核をなし、福祉との連携や協同と児童虐待も含めて果たす役割は重要であり期待されている。

表 8-1 看護師の自由記載

カテゴリー	サブカテゴリー	コード例	n=136
DV被害者の支援方法	58 相談システム(マニュアル)	29	対応に困るので、マニュアルがあれば参考にしたい。
	観察の視点	15	DV被害の状況をとらえられる知識と相談できるシステムを知る
	情報収集(信頼関係)	4	被害者は家族に相談しにくいので、看護職に心を許せるかもしれない
	さらなる法的整備	3	被害後のフォローは大変であり、もっと助けるための行政の力が必要
	DV予防の啓発	3	身近ではないので、スタッフ間で意識づけしていく必要がある
	情報提供	2	信頼関係を形成し、避難所や関連法についての情報提供を行う
	看護師へのケア	2	看護師への精神的ケアを重視して支援するのがよいと思う
介入困難	24 関わりが困難	12	デリケートな問題であり、関わるのは難しい
	遭遇がなく分からない	9	今までDVを受けた子を見たことがないので実感がわかない
	DVの判断が難しい	3	どこまでを「DV」と判断していいのかわかりません
DV研修の意義	22 DV支援の知識が必要(事例検討、観察技術)	12	実際の事例などを可能な限り使用し、勉強会があればよい 学習会や講習があればご紹介いただきたい
	研修の機会がほしい(未経験)	10	セミナーなどを行い知識を普及させる。国からの支援の必要性
早期発見への関わり	19 早期発見の意義	9	DV被害また、その人を取り巻く家族などと接する機会が多い
	発見できる立場	8	訴えがなくても、医療者の視点からDVを発見する機会がある
	再発予防	2	DV再発防止に努めるようかかわる必要がある
相談窓口の必要性	11 相談機関の設置	7	気軽に相談できる窓口があればいいと思う
	相談機関への連携	4	あいまいにすることが多いが、医師や相談機関と連携する
専門性	2 医師の対応	1	精神科医師が、適切に判断対処していた(この事例は勤務中)
	自分の専門外	1	特に専門外来(がん)のため、そちらに重点を置いている

表 8-2 保健師の自由記載

カテゴリー	サブカテゴリー	コード例	n=80
DV被害者支援の実際と問題	DVの専門的知識と支援	22	本人の発言以外に身体的な異常がないか、意識してみていく必要がある
	DV被害者支援の実際	13	DVにより身体の傷よりも、心の傷が大きく、そのフォローが必要だと思う
DV被害者支援機関の在り方と連携	支援のスキルアップの必要性	12	研修の機会の確保・個人のスキルアップ・職場での役割の明確化が必要
	支援関係者と機関の関係	12	社会的資源の情報を把握しておく、職場で担当者が孤立しないような体制
DVの予防啓発	DV支援の意義	9	看護職として被害者に寄り添い、精神面のフォローを行うことは大切な役割
	DVの一般向け予防啓発	2	知らない人も多いので、一般向けの啓発が必要と思う
	看護職が被害者	1	看護職自身も被害者であることがあった
緊急保護体制の充実	保護に向けての困難さ	7	本人の経済的な不安が大きく離婚などに踏み切れないことがある
	緊急保護体制の充実	2	県下で、被害者支援の施設が少ない

表 8-3 助産師の自由記載

カテゴリー	コード例	n=50
DV被害者の理解と支援	23	DVを防ぐには、世代間連鎖を断つことが重要と考える
DV被害者支援(保護)の方法	16	観察することにより被害者を発見して、安心できる場所を作り、支援していくこと
DV被害者との関わりの困難感	6	DV支援の難しさがある。関係機関の紹介はするが、本人の意思に任せている
DV研修の必要性	3	定期的に研修などあればいいと思う
DV遭遇事例報告	2	精神面に問題があり、ただ妊娠されておらず・・・

2. 看護師、保健師、助産師の支援実態の相違について

看護職種別のDV被害者相談機関との連携について、まず制度的背景からみると、DV防止法は、2004年の改正により一層強化された。第1にDVの定義の拡大は、先に述べたが、第2の拡充として、離婚後や元配偶者にも保護命令が発令される。加えて2007年に第二次改正が行われ、脅迫などの電話・メールも保護命令の禁止の対象になった。第3に、退去命令の期間が、2週間から2ヵ月に拡大され、再度の申し立ても可能になった。第4に、被害者の自立支援の明確化が行われた。これにより配偶者暴力相談支援センター等が行う被害者への自立支援について、積極的な推進が明確化された。

看護師のDV被害者相談機関との連携をみると、「院内相談、医事課等」や「看護師長や医師」、「警察」等の順であった。これは、看護師が、DV被害者と判断した理由が、すでにDV被害者と判断されている他の専門職からの情報が多く、保健師、

助産師のようにDV被害者本人からの訴えや、本人への質問から得られた情報は少ない。また、山田らの報告においても相談機関に対する知識不足から連携がなされず、安全の確保に至っていないことが危惧されている²⁰。今回も、研修の受講率は低く、DV被害者の支援にあたる相談機関の認知が不十分と思われ、加えてDVマニュアル等も整備されていない状況がある。今後、相談支援センターの存在を知り、看護師からの連携システムが整い、連携が常態化すること、及びDVが疑われる患者には、もう一声、状態に合わせた問いかけができることが望まれる。

保健師の連携先は、「女性センター」、「子ども家庭センター」、次に「市の担当課」、「家庭児童相談室」、「母子寮シェルター」の順であった。連携等具体的な相談機関は認知しており、実際の支援方法についての困難感が示されていた。また、DV被害者の発見は、経済面や精神面からの観察に基づく場合が多く、そのDV被害者への対応の中で、支援する難しさが述べられており、被害者が自己

を開示し、生活の安定を図るための長期的な支援のあり方を模索していた。また2008年11月、児童福祉法の改正により、こんにちは赤ちゃん事業は、「乳児家庭全戸訪問事業」として、児童福祉法に位置づけられている。従って訪問者は、看護職に限らず、保育士、母子保健推進委員、愛育班員、児童委員、母親クラブ、子育て経験者などから幅広く人材を登用できる。従来の母子保健法にもとづく新生児訪問の保健師、助産師等に限らないので、人的不足の地域ではその拡充の期待は大きい。この事業の展開において、母子保健担当部署に限らず児童福祉担当部署にも保健師が配置されることが多くなっている¹⁷。2010年度、A県のこんにちは赤ちゃん事業の実施状況は、71.8%と、全国平均89.2%に及ばないが、今回のDV調査においても、保健師は、特に子育て支援や児童福祉担当部署との地域での協働の基盤ができつつあることが感じられた。加えて、健診システム等での早期発見につながるスクリーニングが整備されると、さらに虐待やDVの早期発見に繋がると思われる。

助産師の連携先は、「保健センター」、「子ども家庭センター」、「母子寮シェルター」等であった。周産期におけるDV被害は、性的被害を含めて遭遇しやすく、また夫、パートナーとの接触もあり助産師の認識は高く、DVが疑われる場合は一歩踏み込んだ問いかけができていると思われる。また、DV被害者に遭遇した助産師の年齢に格差はなく、性的被害、乳児虐待を中心に妊産褥婦、新生児への安全を確保することは、常に念頭にあると考える。たとえば、妊娠中から未受診で飛び込み出産したケースでは、母子健康手帳の不携帯から、子育て支援室への連携や、産後うつなどからの精神科への受診に繋がり、次の医療機関内から連携できたと報告¹⁷がある。個人的に研修に向く率も高く、これは助産師の基礎教育にも取り上げられている効果であると考えられる。しかし、当

然ながらDV被害を受けている当事者やパートナーの意識や認識に左右されることは、根本的な課題である。

3. 看護師、保健師、助産師に求められるDV被害者支援の在り方

看護職種別のDV被害者支援への困難感から見ると、看護師は、DV被害者と判断する際に、自分の判断に自信が持てないための見過ごしや、疑わしい場合も、保健師、助産師のように、患者等に問うこともできていない現状がある。これは、発見する知識の不足、及び発見した際の次の行動や、対応への戸惑いから視野を狭めていると考える。これらは、自由記載のカテゴリーでは、DV被害者への支援方法やDV研修を望む記載が多々あったことから伺える。また、DV被害者に関わる際には、かなりプライバシーに踏み込むため、特に外来受診時では物理的な環境的配慮も必要となり、個室等の整備や時間の確保、もしくは院内相談部門への連携が望まれる。

保健師、助産師からの自由記載カテゴリーには、実際に関わっている事例からの困難感が窺える。支援方法についても、DV被害者の理解や分析、より具体的な方法への模索が感じられた。DV被害者には性暴力被害が含まれるので、より深刻な心の傷を残し、トラウマとなることも含めて、若い世代のパートナー間の関係性にも慎重に対応することが必要となる。自尊感情が低くなり、自己肯定感を取り戻す支援の方法も必須となる。せっかく避難してシェルターでの生活が整っても、また元の夫、パートナーの元に戻ってしまうケースがあるからである。DVサイクルは、緊張の蓄積する時期、暴力の爆発期、開放期（ハネムーン期）を繰り返す²¹。このサイクルの中で、徐々に無気力と諦めのために動けなくなり、逃げられない状態になる。周囲に古典的な夫婦の有り方を重視するアドバイザーがいると、さらにDVサイクルに

乗ってしまう危険性が高くなると考えられる。西山は、夫やパートナーとの性行為であっても、自分の身体に触れられるということについて、同意があるかないかによって大きな違いが生じると言う。それは「断ると暴力を振るわれる」「応じておけばしばらく自分の安全をキープできる」「夫婦（パートナー）だからしかたがないと思っていた」は本当の意味での同意ではない²²。この本来の同意の意味を理解して、DV被害者の相談に活かされると、次への対応に踏み出せると考える。看護職種の相違はあっても、DV被害者に対する考え方を一致して取り組む姿勢が必要である。自由記載にもあったが、一時的な研修に終わらず、事例を検討する機会を定期に持つことが望まれる。夫婦間のトラブルは、子どもたちへの影響は避けられず、家族、親族へも波及することになる。地域コミュニティが崩壊しつつある現代には、ことさらDV被害者以外の親族にも注意をはらう必要がある。看護職の職場環境において、佐々木は、医師、看護職間においても医師から差別的上方的言動が横行する職場においては、女性に対する暴力被害の支援の基礎的条件は整っていないと提唱する²³。今回の回答の中には、「看護師へのパワーハラスメント」、「看護職自身がDV被害者となっている」というものが、少数ではあるが見られた。看護職が医療の中での自律を踏まえて意見を述べやすい環境を確保することも、被害者支援に繋がると考えられる。2010年4月、日本で初めて、大阪府松原市の阪南中央病院内に、性暴力救援センター・大阪（SACHIKO）がスタートし、被害直後からの総合支援が展開されている²⁴。このように民間の努力も大切であるが、カナダのエドモントン市では、ソーシャルワーカーが中心となり、市が、プロトコルや相談機関の紹介パンフを作成し、理解を示した民間企業、各病院に配布するシステムをとっている。日本においてもさらなる、行政か

らの対策が望まれるところである。

V. 結語

DV被害者支援の今後の課題については、DV被害者の発見は、特に看護師・助産師を強化し、連携システムの整備を行うこと。また、保健師は、再発予防を強化することが課題となった。看護師、助産師等の所属機関には、DV被害者支援を理解するための研修会の開催、DV被害者早期発見のためのチェックリストの作成、医療機関全体の対応マニュアル整備の必要性が求められる。また、再発防止は保健師の強化を図り、個々のさらなる対応のために、事例検討や健診時のチェックリスト等の開発、関連機関への連携の協力が求められる。加えてDV被害者自身への啓蒙を図っていくことが必要である。

研究その2 DV被害者支援に関わる支援者の困難感と看護職への思いのモデル - フォーカス・グループインタビュー調査より -

I. 目的

研究者とDV被害者支援に関わる公的及び民間の人々との共通理解を深め、協働関係を構築する。その上で、DV被害者の健康問題についてフォーカス・グループインタビューメンバーで共に学習し、看護職のDV被害者の早期発見及び予防のための教育プログラム開発において、留意しなければならない点についてのニーズを質的に把握し、「思いのモデル」を表出する。

II. 対象と方法

1. 対象者（フォーカス・グループメンバー）

研究に同意が得られた市町村でのDV被害者相談窓口担当者、DV被害者一時保護施設の支援員（相談員）、DV被害者支援に関わっている看護職、女性センター相談員、DV被害者、犯罪被害者支援センター職員、研究者を含む（約10名）

2. リクルート方法

各支援機関の対象者は、各機関の責任者に、DV被害者の多様な背景から所属機関の目的に即して思いが語れ、且つ、DV被害者支援のテーマに精通している担当者を依頼し、また強制力が働かないように配慮して同意を得た。またDV被害当事者は、取材報道の経験があり、グループインタビューへの参加について同意を得ている。(以下、倫理的配慮を参照)。

3. 研究期間

研究依頼：2011年3月～4月

データ収集：2011年4月～5月

データ分析：2011年6月～8月

4. 方法：調査場所は、静かな個室とし、データ収集は、参加者の同意を得て、ICレコーダーの使用、研究者の観察記録とした。インタビュー中は、参加者の名前の代わりに、アルファベットを用いた。以下のテーマで3回開催し、1回を90分とする。

インタビュー1. テーマ：各機関及び各立場からDV被害者支援の現状と課題について

インタビュー2. テーマ：DV被害当事者と援者で、支援の有り方について深める。

インタビュー3. テーマ：DV被害者支援における看護職への教育プログラムへの留意点(看護職の役割について)

5. 分析：ICレコーダーで録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、観察記録と共に、複数の分析者で、質的帰納的に分析し、教育プログラムへの留意点、「思いのモデル」を抽出する。

6. 倫理的配慮：本研究への研究参加は、自由意思であること、途中で参加を拒否できること及び収集したデータは研究のみに使用し、秘密は厳守され匿名性の保証について書面に記載し、口頭で説明後に同意書に署名を得た。しかし同意が、調査の途中で撤回されても、不利益を被ることはない」と説明している。また研究者は、病院の看護職者、関係施設の支援者との信頼関係の構築に努める。

研究において把握したデータは、個人特定する情報を●で記載する。保管については、鍵のかかる保管庫で厳重に保管する。またデータは契約書(秘密保持の取り扱いに関する覚書)を交わした第三者によって入力を行い、本研究以外の目的で使用することのないように、研究終了後には速やかにデータ消去・破棄する。尚、本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の審査を受けて実施した。

III. 結果

1. 対象の背景

フォーカス・グループメンバーの背景は、以下に示すとおりである。

対象者は、全てA県内でDV被害者支援に従事している。犯罪被害者支援センター責任者(60歳代)、元中央子ども家庭センター管理職(60歳代)、女性センター相談員(40歳代)、DV被害当事者(60歳代)、民間のDV被害者一時保護施設の責任者(60歳代)、複数の診療科を有する病院(900床)の看護管理職者(40歳代)の各1名と研究者(50歳代)2名の8名で構成された。

2. DV被害者の被害者状況と支援への思い(第1回フォーカス・グループインタビュー(以下、FGI))

第1回のフォーカス・グループインタビューは、各機関及び各立場からDV被害者支援の現状と課題についてのテーマで行った。参加者は、犯罪被害者支援センター責任者、元中央子ども家庭センター管理職、女性センター相談員、民間のDV被害者一時保護施設責任者の各1名と、研究者2名の6名であった。

表1の分析の結果、対象者が語った内容からは、13のサブカテゴリーが抽出され、3つのカテゴリーは、【DV被害者の認識への提言】【現在のDV被害状況】【支援の再考】に分類される。以下カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、対象の語り例は「」で記し説明する。

表1 DV被害者の被害者状況と支援への思い（第1回 FGI）

カテゴリー	サブカテゴリー	対象の語りの例
DV被害者の認識への提言	緊急保護は、生命危機	一時保護所は、緊急に入ってくるケースが非常に多い（保護施設2名） 本人が警察へ駆け込むか、家で命を取られそうで、警察を呼んだか 事前に警察に相談や、当センターへ相談をしたのはあるが、少ない 保護の大半は一見であり、怖くて命を取られそうになったケース 自分の意志決定がなされないままに、緊急の保護となる DV避難所があるで、ちょっと身を隠してと進められた方が多い 私共の保護施設で、安定した生活を1週間でも送れば良いと思う 喉元過ぎれば、また元へ戻りたいという気持ちになる方が非常に多い 約108件ぐらい保護していたと思う
	子どものためには言い訳	子どものために我慢することは、何のためにもならない(当事者、支援者全員) 子どものための我慢は、子どもも被害者になる 子どものためには、その人の言い訳ではないか・・・ 自分が家からでられないのを、子どものためにという 子どもの環境が悪下、リストカットや、不登校、いろいろな症状が出てくる
	3分の1は、元に戻る	パートナーとの生活が幸せな、家庭生活ができていた思いのときもあった 一時保護（公的）の約3分の1は帰宅、夫の元へ戻ることを選択される
	繰り返されるDV	やはりDVというのは繰り返されて、だんだんエスカレートして行く 書物等で言われているように、やはり危険度が増していくのではないか
	早い決心と覚悟	今暴力を受けている女性たちに早い相談、覚悟、決心、が必要である（施設2名） 現職のときに、早期発見、何か届く方法は一番に思ったところである
	現在のDV被害状況	経済的自立とDV 働いていても、DVを受けてない、自立してると思えないケースもある 他府県からの依頼は、看護師が多かった（民間） 看護師同士で、周りからDVではとの助言があったようだ モラルハラスメント 精神的なDVというのが、このごろ多くなっている（支援者全員） 精神的にダメージを受けているDVが、厄介である 夫からの暴力は、断定できず、自分が悪いと思っているケースがある DVを振りかざす相談 DVということにすると、別れやすく離婚しやすいと（女性センター） 女性センターは、電話相談が多種にわたる DVの言葉を振りまわす女性に限って、DV相談ではないと思われる 男性相談の開設 男性相談も始めたが、真反対のことを聞くのは嫌だが始まっている 名称が、センターで近似しているの、家内はいないか等の電話がよくある
支援の再考	DV相談カード(A県)	女性トイレ等、支援場所のカードを置いてもらいたい 試験的に、公的●●病院の女性用トイレに置いて貰おうと思っている A県下の病院全部に置くような施策を、実行してほしい 例えば看護部長が、A県下の病院で宣伝してくれたら、広がる可能性がある 病院の中でどういう変化が起こるかを出さないと、政策にはなりにくい ●●市役所（A県）もトイレ、市の相談窓口には、カードが置いてある コンビニとか、大手スーパーにもカードが置いてある（A県●市）
	支援への思い	切れ目のない、息の長い支援が大切である（全員） 継続できるように、配慮する 被害者の添え木となりことが、支援の考えかた 保護施設を退去しても、帰れる場所があることを大切にしている（民間）
	かぎわけ	何も言えず、それがDVだと気づかずに来られる方に、深刻なケースがある 突然電話かかって、そこから、かぎ分けていかないと DVかなと思ったら、中央子ども家庭センターの方へ紹介している
	広報	緊急な相談は、何故ここへと思うが、次への紹介はたらいまわしするようで辛い 早くDV被害に気づいて、安全な相談場所があることをアナウンスして貰いたい

表 2-1 DV被害当事者の身体的、精神的被害状況と支援の有り方（第2・3回 FGI）

カテゴリー	サブカテゴリー	対象の語りの例		
DV被害状況 (体験から)	孤立させ・自立を阻むDV	<p>孤立させないということです 人とかかわることによって生活が安定していく 例えばお金や地位があっても、精神的に孤立してたらパワーも落ちていく DVの被害者は、暴力を受けてる人の中でも認識が少ない DVでひどいつらい思いをしていると言ったって、殆どの人は人ごとなんです 夫から逃げるといことは、夫から離れて自立して生活するということ 家庭生活は、ひどい目に遭ってても食べていけるわけである 子どもに食べさせないといけなかったら、離れたかっても離れられない 3分の1は元に戻るは当然。もっと多いかもしれないと思う 夫から逃げるってことは、たぶん子どもと一緒に自立できる人が逃げられる</p>		
	DVIは、自由を剥奪	<p>生きてることは自分で考えて、決定して、行動する。その3つの力を奪うのがDV 人間本来持っているその力も奪われてしまうから、状況の判断がしにくい 相談する相手があって、ほんとにそのことを理解してくれてる人があった 私の夫は、もう徹底して孤立させていく 経済的には、1万円以上のものは許可を得なかったら買えなかった 全部、ロボットのようにリモートコントロールされた感じになる 支配に慣れないと、夫とは一緒にいられないということになる いちいちチェック＝されて＝全部切っていかれる</p>		
	暴力の繰り返し	<p>私は、結婚して2カ月目ぐらいから暴力を受けるようになった 結婚して出産後、2年で体重5～6kg減り、40kgを切ったときは37kg 救急車で運ばれたりとか、骨も傷めたりとあった 目も失明しかけたりと、いろいろの暴力が長期にあった</p>		
	被害状況と病院の対応	身体・精神的健康被害	<p>受診はしており、病院で見つけるということできると思う、今だったら 私はうつ状態であったが、わりに女としては冷静なほうだったかもしれない 一番最初は、心臓が痛むというので受診に行きました（結婚して約6年） 私は目を蹴られたときに眼球がそれで、これも長いこと治療にかかった 指が動かなくなり、末梢神経がだめになって… 自律神経系が、全部影響してくる 慢性疲労のことも＝B市大＝のほうで取り上げられてから、15～20年かかる ほんとに奴隷が、鎖を足とかに付けられて動きづらくなっている感じ</p>	
		受診時の表現と対応	<p>私は、受診に行っても、嘘をついて「転んだ」とか言ったりした 医療側は、おかしいと思っててもそれ以上追及しなかった 私が一番、決心をして医者に行ったのは、そのけがの証明書でした 自立していくときに、診断書を取らないと事実を認めてもらう方法はない 初めて医者で「診断書書いてください」って言ったときは辛かったですね 結局裁判でしか離婚できず、診断書を5通くらい、裁判に役に立つので 「何で要るんですか？」って医者にかかれ（笑）、「ご迷惑かけませんからと」</p>	
		孤立感を支える	信頼感と連携	<p>結局シェルターに保護するときは、住所等を全部伏せて母子で入ることになる 矛盾があり本来なら、もう少し関係取りたいところとは取ってあげたらと その孤立感をどういうふう支援していくか、というところがとても難しい 信頼感が必要だが、信頼できるというよりも、警戒していかれる 信頼感があれば、その誰かと連携していることでその人の生きる力となる</p>
			共感が理解のはじまり	<p>DV被害者同士が集まって、隣にいる被害者のことがわかることはない 人間はそんな簡単に理解できるもんじゃないと（河合隼雄先生） 理解はなくても共感してもらうことが優しさであり、共感が理解のはじまりだから 愛情に飢えてますからね、DVの被害者って愛情を全然与えられてない 少しでも、「自分を温かい思いで見ているな」というのがわかったら</p>

表 2-2 DV被害当事者の身体的、精神的被害状況と支援の有り方（第2・3回 FGI）

カテゴリー	サブカテゴリー	対象の語りの例
早期発見の手がかり	病院での支援方法	問診みたいなもので、できませんか 「お差し替えなかったらチェックしていただけますか」というチェックリスト 研修医が、中央こども家庭センターに研修に来て、講義を担当した カウンセリングだったら安全な場所があるが、外来は難しい 看護師は病気ってということでスタートになりがち、DVの相談となると難しい DV被害者の受診時に匿名や、待合室、診察室を配慮する 第三（者）行為による普通の暴力で受診の人も保険がつかえると、通知文を出す 問診でいいモデルなどがあればよい
	DVスクリーニング（初診時問診）	関東の●●病院が、早くからDVに取り組んでいる。内閣府がつくったDVDが出ている 一番最近で、●●病院は、来られた女性患者の全員にアンケートを行っている 全員に問うというのがよい DVを受けてるかたに限らず、「みんなに書いてもらってます」と みんなに聞いて、その中からピックアップして相談に結び付ける 関東の●●病院は、初診時の問診票にある、2～3項目でもDVに関する項目を入れるとよい DVの、第1回目のスクリーニングができる
	DVと多様な診療科目	体も、自律神経をも病んでましたから、ちょっとしたことで体調が壊しやすい 普通の人よりやっぱり加齢というか、痛めてる部分が多いからしょうがない 小児科では、子どもがやっぱり怯えてる場面とかもある（病院への恐怖もあり） 小児科での母子関係や、産婦人科でも見つけやすい場所だと思う 糖尿病のコントロールのDVのかたは、インシュリンを適切に使えないこともあると もちろん診療内科とか、精神科も受診する やっぱりいろんな相談する場所があるとは思 病院っていうのは、やっぱり一応行きやすい 私たちが病院から要請があると、●●病院に向向いた（公的施設支援者）
	DVと保健所	DVがいかに保健所で扱える問題であるか、という認識が社会で足りないと思う 保健所は、DVから母子の健康を、守ってほしい
	DVの歴史と医療現場の声	日本のDVの歴史背景 病院を受診したときに、その当時はDVについての話をされた経験はい（法整備前） DVっていう言葉が出てきたのは1995年以降である 1995年に北京の婦人会議があって、そのときに日本にはデータがなかった 日本では、DVの研究会がアメリカで研修し、東京でグループを結成、データを取った それを日本のデータとしたのが、1995年の世界会議である 日本はかなり遅れてるというのがわかって（当事者） 行政が初めてやったのが、大阪のドーンセンターが民間に依頼した それを私の地域の学習仲間がやっていたんで（当事者） 最初は家庭内暴力ってつかっていた
	看護職からの私見	DVがあまり身近になく、先ほど言われてたみたいに人ごとではないのですが やっぱり身近にないと考える機会がなく、今のお話を聞いて凄いと感じた やっぱりご本人がDVだと言わないと、こちらからは聞きづらいかと 身体的なことが発端で病院には何度もこられているのに、医療機関が認知しないとは だからそこに何か仕組みか、何かきっかけになるようなものをつくれたらと

【DV被害者の認識への提言】のカテゴリーは、《緊急保護は、生命危機》、《子どものためには言い訳》、《3分の1は、元に帰る》、《繰り返されるDV》、《早い決心と覚悟》の5つのサブカテゴリーから構成された。まず、「一時保護所は、緊急に入ってくるケースが非常に多い」「本人が警察へ駆け込むか、家で命を取られそうで、警察を呼んだ」

と公的、民間の保護施設に保護される現状があり、「自分の意志決定がなされないまま緊急の保護となる」のが、大半と語った。《子どものためには言い訳》は、「子どものために我慢することは、何のためにもならない」、「子どものための我慢は、子どもも被害者になる」と支援者、またDV被害当事者からも語られた。保護された場合、《3分の1は、

元に帰る」と、「一時保護（公的）の約 3 分の 1 は帰宅、夫の元へ戻ることを選択される。」、そして《繰り返されるDV》は、「やはりDVというのは繰り返されて、だんだんエスカレートして行く」というケースに発展する。これらから、やはり《早い決心と覚悟》で、「今暴力を受けている女性たちに早い相談、覚悟、決心、が必要である」と保護施設の代表 2 名が提言されていた。

【現在のDV被害状況】の категорияは、関連機関の最近の現状であるが、《経済的自立とDV》として、「本人が働いていても、DVを受けており、自立していると思えないケースもある」、「他府県からの依頼は、看護師が多かった」、経済的な自立があっても、DVのケースが増えていると報告された。《モラルハラスメント》は、身体的には、警察沙汰になるので、心理的に追い込む、「精神的にダメージを受けているDVが、厄介である。」、「夫からの暴力は、断定できず、自分が悪いと思っているケースがある」。また《DVを振りかざす相談》では、「DVということにすると、別れやすく離婚しやすいと。（女性センター）」ので、よく相談目的を聞き分けることが必要になる。また男性がDV被害者となることもあり、《男性相談の開設》をされたが、「男性相談も始めたが、真反対のことを聞くのは嫌だが始まっている」と惑いを語られていた。

【支援の再考】の категорияでは、《DV相談カード（A県の現行活用）》は、「A県下の病院全部に置くような施策を実行してほしい。」と実際の活用を広げる意見が、全員から出ていた。《支援への思い》は、「切れ目のない、息の長い支援が大切である。」とこれも支援者全員の思いであった。また、《かぎわける》は、「何も言えず、それがDVだと気づかずに来られる方に、深刻なケースがある」ので、仕事の相談であっても、夫の情報であるなど、少し違う角度から質問してみることから、本

来の問題に気付くことがあると報告があった。そして《広報》は、「早くDV被害に気づくように、安全な相談場所があることをアナウンスして貰いたい」と願いが語られた。

2. DV被害当事者の身体的、精神的被害状況と支援の有り方（2・3回FGI）

第2回のフォーカス・グループインタビューは、DV被害当事者と支援者で、支援の有り方について深めることをテーマで行った。参加者は、DV被害当事者（60歳代）、犯罪被害者支援センター責任者、元中央子ども家庭センター管理職、女性センター相談員、看護管理職の各1名と、研究者2名7名であった。

表2-1の分析の結果、対象者が語った内容から、7つのサブカテゴリーが抽出され、3つのカテゴリーは、【DV被害状況（体験から）】【被害状況と病院の対応】【孤立感を支える】であった。

【DV被害状況（体験から）】の categoriaは、《孤立させ・自立を阻むDV》は、「被害者を、孤立させないということです」、「家庭生活は、ひどい目に遭っても食べていけるわけです」、また《DVは、自由を剥奪》して、「全部、ロボットのようにリモートコントロールされた感じになる」と、支配されてDVから脱出できない構造があると語られた。その生活は、《暴力の繰り返し》で、「結婚して出産後、2年で体重5~6kg減り、40kgを切って家を出たときは37kg」と語られた。

【被害状況と病院の対応】の categoriaは、《身体・精神的健康被害》で「受診はしており、病院で見つけることはできると思う、今だったら」と時代背景の違いが語られた。その当時は、《受診時の表現と対応》として、「私は、受診に行っても、嘘をついて『転んだ』とか言ったりした」DVの言葉はなく、別の意味で、家庭内暴力はあったが、法律も整備されていなかった。「初めて医者には『診断書を書いてください』って言ったとき

は辛かったです」と、裁判を行うにあたり、提出が必要になったための受診行動を振り返っていた。

【孤立感を支える】の категорияは、《信頼感と連携》では、DV被害者にとって「信頼感があれば、その誰かと連携していることでその人の生きる力となる」ことや、《共感が理解のはじまり》では、「理解はなくても共感してもらうことが優しさであり、共感が理解の始まりだから」と気持ちを込めて語られていた。

また、第3回のフォーカス・グループインタビューは、DV被害者支援における看護職への教育プログラムへの留意点(看護職の役割りについて)であった。参加者は、犯罪被害者支援センター責任者、元中央子ども家庭センター管理職、女性センター相談員、民間のDV被害者一時保護施設責任者と看護管理職の各1名と、研究者2名の計7名であった。

表2-2の分析の結果、対象者から語られた内容から、6つのサブカテゴリーが抽出された。2つのカテゴリーは、【早期発見の手がかり】【DVの歴史と医療現場の声】であった。

【早期発見の手がかり】の категорияは、《病院での支援方法》として、「カウンセリングだったら安全な場所があるが、外来は難しい」、「問診みたいなもので、できませんか」という意見が反映して、《DVスクリーニング(初診時間診)》、特に初診時に、「関東の●病院は、初診時の問診票にある、2〜3項目でもDVに関する項目を入れるとよい」、「全員に問うというのがよい」や、「みんなに聞いて、その中からピックアップして相談に結び付ける」という方法が提案された。《DVと多様な診療科目》では、「体も、自律神経をも病んでましたから、ちょっとしたことで体調が壊わしやすい」ことや、「病院っていうのは、やっぱり一応行きやすい」と、どの診療科も被害者との接点がある。《DVと保健所》においても、「DVがいかに保健所で

扱える問題であるか、という認識が社会で足りないと思う」という意見が出された。

【DVの歴史と医療現場の声】の categoriaは、今回のDV被害当事者は、《日本のDVの歴史背景》において、「日本はかなり遅れているというのがわかって」現在なら、自分の体験時より法律も整備され、早い手立てがあることが述べられた。また、《看護職からの私見》として、「やっぱり身近にないと考える機会がなく、今のお話(当事者)を聞いて凄いと感じた」と、DVに関する研修の意義や必要性を感じとっていた。

IV. 考察

1. 研究対象者の性質とデータの信頼性、妥当性

本研究では、DV被害者の健康問題の早期発見と支援について、DV被害者支援にあたっているフォーカス・グループインタビューメンバーで、共に学習し意見交換を行った。その得られたデータの信頼性、妥当性については、対象者のリクルート方法で述べているように、各支援機関でテーマに精通している代表者が選出されており、データの信頼性が確保できるようにした。グループインタビューは、できるだけ参加者の自由な発言を促すように、各回の開始前に、テーマの説明や、主旨の再確認、前回のまとめを報告した。さらに効果的なグループダイナミクスが得られるように、協同意識が高まるように努力した。分析は、複数の研究者で議論を重ね抽出した。

また、フォーカス・グループインタビュー法には、安梅ら²⁵が、次の3つの強みがあることが述べられていることに着目した。1つは、グループダイナミクスを活用することで、調査者と対象者の1対1では得られにくい、実際にDV支援にあたっている力動的な支援者間のやり取りから、より自然に近い状況で醸し出された情報を把握できる。例えば、別の一時保護施設であっても、支援されている状況や問題等については、「そう、そう、

そう」と同感である相槌を打たれていた場面が多々あった。2つ目は、トライアングレーション (triangulation, 方法論的複眼: 複数の研究方法を組み合わせることで確からしさをより高めること) を用いることであった。本研究でも、質問紙法のDV被害者支援の実態調査と組みあわせて、本結果と有効活用できた。これは、研究その1の実態調査では、DV被害者支援の今後の課題について、DV被害者の発見は、特に看護師・助産師を強化し、連携システムの整備を行う。また、保健師は、再発予防を強化することが課題となった。その具体的な教育プログラムについての手ごかりは、研究その2で、看護職と相談機関の共通理解を深め、協同する意識を高めることの重要性を考えることができた。3つ目に、対象者と調査者のエンパワメントにつながる。インタビューへの参加は、自己表現し意見交換する場になる。そこで、共感や新しい刺激が得られ、つながりが生まれることが多いと言われている。今回においても、2~3回の参加で、共に支援機関の存在や目的、自身の役割を再認識する機会になっていた。例えば、支援機関の役割において、女性センターで相談を受けた支援者が、DV被害者を次の中央子ども家庭センターに紹介する際の、DV共通シートの活用が不十分であったことが明らかになった。このことから現存する共通シートの効果的な運用方法を、再確認する場面となった。

2. DV被害支援者の支援への思いと有り方

今回の調査における支援者は、【DV被害者の認識への提言】【現在のDV被害状況】から、公的、及び民間の一時保護施設では、緊急性があり生命の危機がせまり、初めて保護されるケースが、大半を占めていた。また、公的保護施設では、年間108件のうち、3分の1が元の自宅に帰宅する現状がある。これは、DVの繰り返しやサイクル性について、当事者が認識するまでには、時間を

要することが伺えた。しかしこの現状は、欧米のようなバタラーへの修復プログラムがほとんど展開されていないままであり、加害者(夫、パートナー)は変化していない現状を考えると、日本では大変な危険性を孕んでの帰宅になっていることが示唆されたことになる。また【支援の再考】として、DVの相談機関や一時保護施設が、意外と身近な生活圏に複数ある現状が、今回の調査で明らかになった。A県には、相談機関を示したカードも作成されており、もっと有効活用をしていくべきとインタビューメンバー全員が感じとった。加えて、電話相談を受ける機関から、先に述べた一時保護施設への連絡共通シートの活用が不十分なことが明らかになった。今後は、適時に活用されるよう働きかけることが望まれる。そのことによって、継続的な支援となり早期の解決に結びつき、また保護された時に何度も辛い体験や状況を、繰り返し情報収集されることがなくなるよう改善されることを望みたい。

一方、逃げてはまた戻りたいという原因、要因も、夫への思いだけに限らず、経済的な面や、子どもの養育が関与していた。特に、本人自身の孤独感があることが大きな要因であることを配慮することも大切となる。暴力があるにしても、住み慣れた我が家であったり地域であったりと、精神的なしがらみが大きいことは考えられるので、躊躇することは当然であり、また元に戻ることはやむを得ないことと理解することができた。しかし、生命の危機も免れないときは、警察から、一時保護施設に駆け込んでいる実態があることから、その現実が当事者に理解できるようにすることは、重要な優先課題である。

医療現場との接点においては、身体的、精神的暴力から、多岐に渡って複数の診療科を受診しており、数か所の病院を変えたりしていることが考えられた。そこで、初診時の対応は、大いに早期

発見の機会となるため、初診時のスクリーニングを是非、A県下、全体で取り組む必要があり、そのことで早期発見率につながるものと予測できる。その後は、関連機関への連携から、母子の健康を保護できる可能性はあると考える。

中高年齢層においては、老後が心配であるが、在宅看護に従事している訪問看護師からの情報を入手できるため早期発見につながると考えた。若い世代においては、パートナーから愛されているという錯覚に陥っている可能性や、依存的な性格によって培われた、共依存の関係になっているケースが見受けられており、年齢層による支援の方法を変える必要性を促された。子どもを含めてDV被害が増幅していかないように、子ども虐待の知見からも早期発見に努めることが望まれる。

女性支援センターの支援者から、支援組織が縦割り、中央子ども家庭センターへの、共通シートが、有効活用に至ってなかったとの現状が明らかにされたが、今回の研究参加により、両者で共通理解に至ることができ、今後は活用に期待できると考えた。また、DV被害者が医療機関を受診したときに、匿名への配慮や、処置室での隔離等が、やはり大事であることは言うまでもないため、個室の確保をするように配慮を願いたい。

一方、DV被害者への配慮をしなければならぬ看護師自身がDV被害者となり、一時保護されたとの報告が、他府県からの保護も含めて複数の報告があった。このことから、看護職への教育の中にDV被害者支援の啓蒙活動として組み込む必要性が示された。

3. DV被害当事者から望まれる支援

DV被害当事者が中心となったインタビューからは、【DV被害状況（体験から）】【孤立感を支える】のカテゴリーから、特にDV被害者を孤立しない、させない、ことが強調されていた。DV被害者は力を奪われて、支配から命令に従うだ

けになるため、自分で考え、決定して、行動するといった全ての力を奪われることがある。これは、マインドコントロールされていることであり、孤立する可能性が高まると言える。例え携帯電話やメール等の通信が発達しても、他者との関係が孤立してしまう可能性は大きいと考える。また、DV加害者は、家庭内では支配的、暴力的であっても、職場や自分の親、親戚には優しい良い夫を演じている二面性があることを指摘されている。これは、一般的なDV法の知識を持つ加害者によって、外から見てDV被害が分かりにくい、モラルハラスメントが増加している報告も加味して、心理面からコントロールされている状況と一致する。これらの、DV被害を受ける女性に共通してみられる心理状態として、自己評価の低下、罪悪感、重度のストレス感、学習性無力感、複雑性外傷ストレス障害等が明らかにされている²⁶。【被害状況と病院の対応】から、当事者も様々な症状を呈して病院を訪れていた。しかし、自らが医療従事者に相談し打ち明けることはなかった。その当時の家庭生活は奴隷的な状態であったと表現されており、自律神経系が全てに影響を与え、周囲からみても明らかに何かあるということは分かったと思われる。しかし、本人も転倒での怪我だと嘘をついたと語っており、その当時は、DV法の制定がないため、他者が家庭の問題に立ち入りにくい背景から、DV状況から脱出するのに大変な時間を要している。このように、DVは、健康問題を引き起こすことにつながるということは、DV被害が身体的暴力、性暴力の問題だけではなく、心理、精神的な問題、自律神経系の症状、さらには生活習慣に影響を及ぼすため糖尿病のDV被害者等は、糖尿病のコントロールも困難にさせる可能性を含んでいることを、考えないといけない健康問題だからである。山本¹⁴が、医療従事者が単に通報し女性に情報提供を行うのみでは十分な支援

に繋がらない。問題を1人で抱え込むことの危険性を女性に伝える必要がある。重要なのは、女性の精神的健康の解決であると述べている。看護職は、患者の身体面だけでなく、心理・精神面への健康の回復や維持増進に関わる必要があるので、観察の視点を疾病だけでなく視野を広げ、患者の話傾聴する姿勢が必要と考える。これは、他の医療従事者も含めて、患者の受診時等の対応として、その人の立場に立った受容的態度で接することが望まれる。【早期発見の手がかり】として、中央こども家庭相談センターでは、DV被害者への対応としての研修医の臨床医研修があり、1時間半ほどの講義を担当していたと報告があった。この研修を選択した医師は、実践の臨床の場において被害者理解が研修を受けていない医師に比して深まるものと考えた。また、看護職の参加者から、やっぱり身近にないと考える機会がなく、今のお話（当事者）を聞いて凄いことと感じたとの感想があった。そこで、看護師においても、研修は必要であり、一時保護施設場で、支援者からDVについての講義を受け、ディスカッションで深めることができると、学習として実感できると考えた。【DVの歴史と医療現場の声】として、今回は、法の整備される前の段階で長期にわたるDV被害を受けられた当事者の方の話聞く機会を得ることができた。世代的には、まだまだ女性は結婚して、夫に仕えて耐えて当然の時代を過ごされていた。近年の女性は、結婚への価値観が多様化しており、どこまでDV被害に耐えられるのかは疑問である。そのことが、子どものためと我慢していた世代から、比較的、離婚へのハードルが低くなり、離婚後は次のパートナーを見つけ、新しいカップルでの養育が始まると、前夫（前妻）の子どもたちが被害にあっている事例がある。また、法の整備により保護の体制等は良くなっているが、支援者によるとDV被害を振りかざしての

相談の中には、離婚条件を有利にするためのケースもあるのではないかと危惧していた。今回は、看護職への教育プログラムの開発への手がかりを目的にしていたが、看護職自体も、被害に遭っているという報告もあり、自衛も含めて、心に響く研修、例えば、先に述べた一時保護施設での研修や、DV被害当事者からの語りやDV関連機関の方の講演を聴講し、その後にディスカッションを行う等が有効であると思われる。また、医療機関での実際の取り組みとしては、初診時の問診のスクリーニングや、A県の相談機関カードの存在を看護職に認知して貰い、トイレ等に設置する等を考えてみた。

本研究の限界と問題

本研究の限界と問題は、対象者が限られた人数であり、数値による調査の妥当性を統計学的理論に基づいて評価することが困難であったことである。今回のグループインタビューの対象者の選定については、各機関の推薦を得ており属性が偏らないよう配慮したことは、評価できるが、分析においては、より専門性のあるスーパーバイズを受けながら、行うことができなかったこと、また先の研究その1と、共通部分とを対応させながらデータを吟味できなかったことに今後の課題が残された。今後は、さらにこれらの課題を明らかにするために継続してアンケート調査を行い、明確にしていく必要がある。

V. 結語

本研究において、DV被害支援者及び当事者のグループインタビューから、【DV被害者の認識への提言】【現在のDV被害状況】【支援の再考】【DV被害状況（体験から）】【被害状況と病院の対応】【孤立感を支える】【早期発見の手がかり】【DVの歴史と医療現場の声】の8つのカテゴリーが抽出された。公的、民間の一時保護施設では、DV被害者は、保護に対する意思決定が不

十分なまま、緊急性があり生命の危機感から、初めて保護されたケースが、大半を占めることが明らかとなった。そのため、DV被害支援者たちは、DV被害者ができるだけ早く避難する決心と覚悟を持つこと、DV被害者を孤立から守り、継続的な長期の支援を求められていた。また、DV被害者は、力を奪われて、支配から命令に従うだけになることが多く、自分で考えて、決定して、行動する全ての力を奪われることが明らかになった。これらのことを踏まえて、今回のように、看護職と相談機関の共通理解を深め、協同する意識を高めることが重要と考える。看護職への教育プログラムには、DV被害当事者の語り、DV関連機関の方の講演と、その後のディスカッションが有効であることが示唆された。実際の取り組みとしては、初診時の問診のスクリーニングや、DV被害者の閉ざされた心理状況を理解して、受診者の状態を観察する能力を養いたい。また、A県の相談機関カードの存在を看護職に認知して貰い、トイレ等に設置する等の対応策が考えられた。

謝辞：本調査にご協力頂きました関西地区A県のA病院に所属する看護職、県市町村に所属する保健師、A県助産師会に所属する助産師の皆様へ深謝申し上げます。また、今回のグループインタビューの調査にご協力頂きました、犯罪被害者支援センター責任者、DV被害当事者、元中央子ども家庭センター管理職、民間のDV被害者一時保護施設の代表者、女性センター相談員、看護管理職の皆様へ、深謝申し上げます。（尚、本研究は、平成22年度社会安全研究財団の研究助成を受けて実施した。）

引用文献

- 1 東京都生活文化局総務部男女共同参画室. 男女間における暴力に関する調査. 2009. p3
- 2 東京都生活文化局総務部男女共同参画室. 配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査結果. 2007, p5
- 3 WHO (World Health Organization: 世界保健機関) では、どのような形の暴力であっても、女性に深刻な影響を及ぼすものを全てDVと呼んでいる。
- 4 ランディバクロフト(著) 幾島幸子訳. DV・虐待にさらされた子どもたち. 金剛出版. 2004
- 5 山田典子. DV被害者早期発見看護観察チェックリストの検討. 日本精神保健看護学雑誌. 2008, 17(1), p34-43
- 6 今村利香. DV防止法の知識とDV被害者支援に関する研修会への参加についての考察—看護師長の所属機関別分析結果より—. 第38回看護総合. 2007, p526-528
- 7 山田典子, 工藤奈緒美, 山本春江他. DV被害者に対する看護的視点の明確化と課題. 保健の科学. 2006, 48(1), p63-70
- 8 菅原真由美. 医療機関におけるドメスティック・バイオレンス被害者支援に関する実態調査. こころの健康, 2010, 25(2) p44-51
- 9 川原みちよ, 中塚幹也. 「妊婦のDV被害」の実態と産科医療スタッフの意識. 母性衛生. 2011, 52(1), p147-159
- 10 山田典子他. DV被害者を支援するスタッフが抱える困難の構造. 精神科看護. 2005, 32(150), p40-47
- 11 山田典子, 工藤奈緒美, 山本春江他. DV被害者に対する看護的視点の明確化と課題. 保健の科学. 2006, 48(1), p63-70 を参考に、承諾を得て今回の調査票を作成した。
- 12 山田典子, 工藤奈緒美, 山本春江他. DV被害者に対する看護的視点の明確化と課題. 保健の科学. 2006, 48(1), p67
- 13 菅原真由美. 医療機関におけるドメスティック

- ク・バイオレンス被害者支援に関する実態調査. こころの健康, 2010, 25 (2) p44-51
- 14 山本八千代. ドメスティック・バイオレンス被害者の医療機関における状況の調査-被害者の来院目的、健康問題、医療従事者のDV認知状況, 母性衛生. 2008, 48 (4) p551-558
- 15 川原みちよ, 中塚幹也. 「妊婦のDV被害」の実態と産科医療スタッフの意識. 母性衛生. 2011, 52 (1), p149-150
- 16 聖路加看護大学女性を中心としたケア研究班編. EBMの手法による周産期ドメスティック・バイオレンスの支援ガイドライン. 金原出版株式会社. 2004, p22
- 17 こんにちは赤ちゃん事業を成功させるために先進事例に学ぶ-こんにちは赤ちゃん事業のあり方と保健師への期待-保健師ジャーナル. 東京, 医学書院, 2009, 65 (05) :p348-353
- 18 日本DV防止・情報センター. ドメスティック・バイオレンスの視点. 1999, p113
- 19 杉山登志郎. 子ども虐待という第四の発達障害. 学研研究者. 2008年度調査を基に. 日本看護学会論文集, 看護総合. 2008, 39, p167-169
- 20 山田典子, 工藤奈緒美, 山本春江他. DV被害者に対する看護的視点の明確化と課題. 保健の科学. 2006, 48 (1), p69
- 21 友田尋子編訳. 保健・医療のためのDV対応トレーニング・マニュアル. 開放出版社. 大阪, 2005
- 22 西山さつき. 当事者が望む包括的、長期的支援とは. 助産雑誌 2010, 64, p794-797
- 23 佐々木静子. 女性への暴力について考える 助産雑誌 2010, 64, p768-777
- 24 加藤治子. 性暴力救援センター・大阪(SACHICO)の取り組み. 助産雑誌 2010, 64, p798-801
- 25 安梅勅江編集. ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編. 東京, 医歯薬出版株式会社, 2010
- 26 レノア・E・ワーカー, 齊藤学監訳. バタードウーマン虐待される妻たち, 東京, 金剛出版, 1979, p27-59

参考文献

- ・ 今村利香. DV問題に関する看護師教育・研修体制の充実をはかるための研究 2006年度調査を基に. 日本看護学会論文集, 看護総合. 2008, 39, 167-169
- ・ Denise F. Polit. Nursing Research, Principles and Methods. LIPPICOTT WILIKMS WILKINS. 2004
- ・ Margi Laird McCue .Domestic Violence Second Edtion. ABC- CLIO. 2008
- ・ 吉浜美恵子, 釜野さおり. 女性の健康とドメスティック・バイオレンス-WHO 国際調査/日本調査結果報告書, 新水社. 2007
- ・ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課. こんにちは赤ちゃん事業を成功させるために先進事例に学ぶ-保健師と助産師が状況に応じて訪問-. 保健師ジャーナル. 東京, 医学書院, 2009, 65 (05) :p354-359
- ・ 富安俊子, 鈴井江三子. ドメスティック・バイオレンスとデートDVの相違および支援体制の課題, 川崎医療福祉学会誌, 2008, 18 (1), p65-74
- ・ 三隅順子. DV被害を受けた女性に助産師としてできること. 助産雑誌 2010, 64, p788-793
- ・ 安梅勅江編集. ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法, 科学的根拠に基づく質的研究方法の展開, 東京, 医歯薬出版株式会社, 2001