

家庭内暴力の外傷サーベイランスが困難な理由 ～ドメスティックバイオレンス被害者に対する看護職の認識から～

山田典子
青森県立保健大学

Reasons why monitoring of injuries related to domestic violence (DV) is difficult: A recognition of nursing professionals providing care to DV victims

Noriko YAMADA
Aomori University Health and Welfare

要約

家庭内暴力による外傷サーベイランスが困難な理由を、DV被害者に対する看護職の対応状況から分析することとした。

2004年から2007年に、Q県の看護職約1000名に、質問紙調査①と半構造化面接調査を実施した。調査①では、979名中630名(有効回答率64.4%)の回答より、3人に1人の看護職がDV被害者と接した経験があった。回答者の平均年齢は40.5歳だった。

調査②では、28歳から55歳までの看護職25名より、DV被害者支援において困難感を抱いた内容をKJ法にて分析した。抽出された課題は、[被害者の現状][看護士の気づき][マニュアルの不備][看護士の意識][加害者対応][キーパーソンの不在][対応の行き詰まり][より困難さを増す要因][専門職のスキル][看護士の改善努力][専門職の変化][観察アセスメント][医療機関内の工夫改善点][地域資源の拡充][予防活動の充実]であった。

DVの外傷サーベイランスの実現を困難にする理由のひとつに、医療職等が「意識的無視(視ようとしなから暴力が観えない)」をすれば、被害者の発見とその支援がルチーンの業務になっていかない構造が推測された。また、社会資源の拡充や予防教育と啓発活動の充実が、側面的に外傷サーベイランスの推進に影響を及ぼすことが示唆された。

キーワード：外傷サーベイランス、DV被害者、看護職の認識、セーフティプロモーション

Abstract

This analytical study was conducted to clarify background factors which may inhibit detection of DV related injuries. This study specifically adopted the viewpoint of nursing professionals who provide services to DV victims in order to uncover the issues affecting the problems.

In 2004-2007, a questionnaire (1) using written inquiry and a semi-structured interview (2) were consecutively carried out in Q Prefecture in Japan with the target groups of 1000 nursing professionals working in public and clinical health services.

Survey (1), responses from 630 out of 979 (average age 40; 64.4 % effective response rate) indicated that one third of the respondents had experience of professional contact with DV victims.

In survey (2), the KJ method was applied to question 25 nursing professionals who had encountered DV victims in order to establish the factors making detection difficult. The nurses involved in this problem analysis were randomly selected from the above-mentioned respondents to survey (1). The age distribution of the 25 nurses was from 28 to 55.

Several problem statements were consequently extracted from the dialogues.

01...Nursing staff could not recognize the injuries.

02...Manuals for handling DV related injuries were not available.

03...Awareness level of nursing staff about DV was low.

04...Nursing staff did not have confidence in handling DV suspicious cases.

05...Key persons in caring for DV victims did not exist.

06...Nursing staff felt the care toward DV victims was ineffective.

07...Health staff from other fields did not show any interest in DV.

08...There was no sign of improvement in care provision to DV victims.

09...Health staff lack training in assessing DV victims.

10...There is a chronic resource shortage related to the care of DV victims in the municipality.

11...Preventive activities against DV were not properly conducted.

There are no standard methods of detection of DV victims by front-line health staff. Furthermore, health staff tend to ignore their suspicions of DV intentionally, or partly because of the fact that nursing staff, even when aware of DV, cannot officially inform the authorities. In addition, it is also suggested by this study that surveillance of DV related injuries is negatively affected by chronic resource shortage and insufficiency in promotional and preventive education of DV.

Key Words : Injury surveillance, DV victims, Nurse's aware, Safety Promotion

I. はじめに

親密な関係ゆえに巻き込まれ、密室の出来事として表面化しがたいために、長期にわたり複雑化しエスカレートする暴力のひとつにドメスティックバイオレンス(以下「DV」と略)がある。DVは配偶者等における不平等な関係が暴力によって固定化されたものであるが、近年、婚姻関係にない若い人たちの間でも、性的暴力、身体的、精神・心理的、経済的、社会的暴力が問題視されている。そして、これらの暴力により受診に至る被害者は少くない。

海外の先行研究では、パートナーがいる女性の11.7%がDVのために救急外来を受診し、自殺企図の既往のある人のうち81%がDVを経験している¹⁾。DV発生は産後3ヵ月以内が21%と最も多く、妊娠中に暴力を受けていた女性の75%は産後にも暴力を受けていた²⁾。さらに、中絶を望む女性の39.5%にDVがあると報告されている³⁾。

内閣府(2006)の「男女間における暴力に関する調査」によると、配偶者から身体的暴行・心理的攻撃・性的強要を繰り返し受けたものは、女性10.6%、男性2.6%であった⁴⁾。また、「配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査」で、配偶者間暴力で怪我や精神的不調をきたしたものは90%を占め、このうち約70%は医師の診察等を受けていた。医師の診察を受けた事があると回答した484人は、「整形外科」「外科」「心療内科」「内科」「精神科」「救急外来」「産婦人科」「耳鼻咽喉科」「脳神経外科」「眼科」「歯科」「神経科」「接骨院」「皮膚科」「鍼灸院」「漢方医」「カウンセリング」「口腔外科」等受診していた。複数の診療科を受診したものは301人で、1人あたり平均2.3科だった⁵⁾。加えて、2004年に岡山県内の医師・看護職に行った調査(配布2,000、回収616)によると、2人に1人の医療関係者がDV被害者の受診を認知し、被害者は複数の診療科を受診している⁶⁾ことが示された。

しかし、DV被害者が医療機関を受診する例は少ないが、その実態については断片的な調査によりうかがい知るにとどまり、DV被害の実像があいまいなこともあり児童虐待に比較し対策が立ち遅れている感がぬぐえない。そこで、本研究では家庭内暴力による外傷サーベイランスが困難な理由を、DV被害者に対する看護職の対応状況から分析する。そして、家庭内における外傷の実態を明らかにするためのサーベイランスを促進するための必要条件を論考する。

II. 研究方法

1. 対象

2004年から2007年までの期間にQ県の総合病院に勤務する看護職と行政に勤務する看護職とし、調査①では630名(979名に配布)、調査②では調査①に協力した者から25名を調査対象とした。

2. 調査方法

調査①

看護職が普段の業務の中で、どのくらいDV被害者と思われる患者に出会っているか、質問紙調査を実施した。2004年4月現在、Q県内の保健センター等で相談業務に携わる保健師と、救急および産婦人科・精神科外来や夜間休日診療に携わっている看護職に協力を依頼した。

病院の選定は「病院要覧」をもとに、救急および産婦人科、精神科、夜間休日診療を備えている施設を抽出し、その病院の看護局長へプリテスト用紙と研究協力依頼文書を送った。文書が届いた後、全施設に電話にて調査への協力の意向について伺った。また、その際には質問紙について意見を聴取した。その意見をもとに、修正を加えた質問紙を協力の了解が得られた部数(495部)のみ依頼した。

また、行政に勤務する保健師については、Q県健康福祉部に研究計画と調査内容について伺いをたて、了承を得てから各施設に郵送にて調査協力の依頼文と質問紙を送付した。市町村に関しては、参事級の保健師にスーパーバイズを受け、出来るだけ市町村に赴き課長および保健師に調査の説明と依頼をした。足を運ばなかった施設には郵送で調査協力の依頼文と質問紙を送付した。対象とした保健師は484名であった。2004年4月～5月にプリテスト、同年6月～7月に本調査を実施した。

2004年

募
集
加

1. Q県内看護職 151施設 979名に呼びかけ
2. アンケート結果報告書の発送と研究参加の呼びかけ
3. 研修目的で研究者が outgoing 個別に呼びかけ

調
査
①

1. DV発見チェックリストの発送(Q県内全総合病院、全訪問看護ステーション、全保健所・保健センター)
2. DV被害者の発見率、チェックリストの精度
3. 出会った被害者の様子、看護職の連絡先

2005年2月

～

2007年9月

調
査
②

- 聞き取り調査
1. 被害者支援において看護職が抱いた困難感
 2. 看護職のやりがいと消耗
 3. どうしたらDV被害者の発見と支援につながるか

分析方法: 帰納的内容分析

DV相談のきっかけ、発見、有効性、配慮すべき点等

世
帯
調
査

図1 本研究の構造

調査②

調査①の結果、DV被害者に対し支援を行った看護職に、支援過程で抱いた困難感にまつわるエピソードを聴取した。

困難事例に対応して感じたことについて2005年2月から2007年9月に、半構造化面接を行った。内容は、現段階で出来ていること(事実)、今は人材が不足し十分環境が整っていないが、DV被害者として認識された患者の回復を助けるために行動化する必要があると思われる事柄(仮定の事象)について得たデータを類似性差異性にに基づき分類した。次に、抽出されたデータを看護職組織内のできごと(内的要因)か、それ以外の職種や機関との関わりや在り方に作用される事柄(外的要因)に分類した。さらに、それぞれの事柄を個人的領域から、家族・同職種集団、病院や役所等の職場、文化や信念・価値観等というマイクロ、メゾ、マクロ、エクソのシステム⁷⁾に階層化した。

これらの段階を経て、①内部要因でやれていること、②外部要因でやれていること、③内部要因でやれていないこと、④外部要因でやれていないことについて、KJ法を用い定性分析を行った。分析過程でKJ法ソフト「せせらぎ」を用いて作成したシートを基に、看護職間で内容の検討を重ね、厳密性および信頼性の確保に努めた。

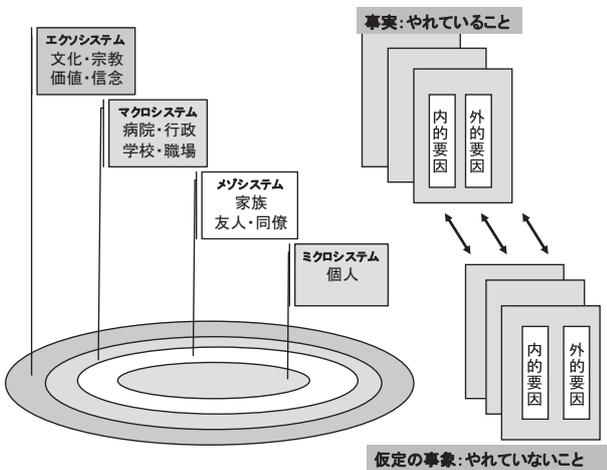


図2 データ分析の過程

3. 用語の定義

「セーフティプロモーション」とは、住民が平穩に暮らせるようにするため、事故や暴力及びその結果としての外傷や死亡を、部門や職種の垣根を越えた協働による科学的に評価可能な介入により予防しようとする取組みのこと。

「外傷サーバイランス」とは、発生状況を正確かつ継続的に調査・把握し、その情報を基に外傷の予防と管理をはかる一連のシステムを示す。科学的な方法に則り客

観的データを医療機関もしくは世帯調査等で収集する。

4. 倫理的配慮

本研究は、調査毎に所属機関の研究倫理委員会の審査を受け承認を得た上で実施した。調査対象者に研究目的と概要および以下1)から5)の項目について、文章と口頭で説明した。さらに、研究者が文書の内容を遵守することを説明し同意書を交わした。

- 1) 研究への協力、同意は任意である。
- 2) 研究への協力を拒否しても何ら不利益を被らない。
- 3) 同意書への署名後も同意を取り消す権利を有する。
- 4) 個人情報保護される。
- 5) 看護研究における倫理に則り研究を遂行する。

III. 結果

調査① DV被害者発見の頻度

1-1. 対象者の属性

979名に自記式質問紙を郵送法にて配付・回収した。記載漏れのある回答を除外し630名の有効回答を分析した。

1-2. 分析結果

平均年齢40.5歳の看護職の3人に1人はDV被害者と思われる患者(相談者)に出遭っていた⁸⁾⁹⁾。

これまでにDV被害者に相談機関(警察、女性相談所、福祉事務所、シェルター等)を紹介したことがあるかについては、「紹介しようと思ったが、相談機関が分からない」「どこに相談すればよいのか分からない」「どんな支援ができるか分からない」という理由で、被害者に必要な情報の提供が出来ない看護師がいた。

表1と表3より、看護師では84件DV被害者を認識していたが、他機関紹介では12件(14.3%)であったのに対し、保健師では69件中44件(63.8%)他機関を紹介していた。

また、自由記述から「DV被害者かどうかという視点で患者を見たことがない」ため、「DV被害者が病院を受診した際、臨機応変な対応が出来るとは限らない」ことが明らかになった。

本調査用紙を用い、協力者にDV被害者との関わりについて、後日、話を聞かせていただけるよう依頼した。自由記述に被害者に関する内容と連絡先を記したものに、調査②の依頼をした。

調査② 看護職が抱くDV被害者支援への異和感とその構造

2-1. 対象者の属性

28歳から55歳までの看護職25名(看護師21名、保健師4名。25名のうち助産師資格を有するもの4名)。インタビュー時間は総計900分(平均36分)だった。

表1 DV被害者認識状況

DV被害者の有無	看護師		保健師		総数	
	件数	%	件数	%	Nr	PHN
1 いた	84	25.5%	69	23.5%	330	294
2 いなかった	159	48.2%	189	64.3%	330	294
3 わからない	76	23.0%	32	10.9%	330	294
不明	11	3.3%	4	1.4%	330	294
	330	100.0%	294	100.0%		

表2 DVと思われる患者(相談者)の被害状況

被害の程度	看護師		保健師	
	件数	%	件数	%
傾聴など精神的な支援が必要なケース	54	59.3%	59	69.4%
治療が必要な外傷あり	28	30.8%	9	10.6%
治療が必要な心身・精神症状があった	8	8.8%	15	17.6%
死亡した	1	1.1%	2	2.4%
	被害者総件数 91 100.0%		85 100.0%	

表3 DV被害者に対する他機関紹介

	看護師		保健師		被害者総件数	
	回答数	%	回答数	%	Nr	PHN
ある	12	13.2%	44	51.8%	91	85
ない	58	63.7%	23	27.1%	91	85
わからなかった	8	8.8%	0	0.0%	91	85
不明	13	14.3%	18	21.2%	91	85

表4 対象者の属性

年齢	性別	職場	部署	インタビュー時間[分]
28	女	病院	外来	30
29	男	病院	病棟	20
34	男	病院	救急	15
35	男	病院	救急	20
37	男	病院	救急	45
38	女	病院	救急	60
38	男	病院	救急	35
39	男	病院	救急	30
40	女	病院	外来	40
43	女	病院	外来	30
43	女	病院	外来	30
44	女	病院	外来	25
45	女	病院	病棟	40
45	女	保健所	精神	55
47	女	市町村	母子	70
47	女	病院	病棟	30
48	女	病院	外来	30
48	女	病院	外来	40
49	女	病院	外来	35
50	女	病院	管理	30
51	女	病院	管理	30
52	女	病院	管理	30
53	女	病院	管理	40
53	女	保健所	精神	50
55	女	保健所	母子	40

2-2. 半構造化面接の内容

インタビュー内容は、「DV被害者と疑ったときの状況」「DV被害者とわかったときの対応」「対応する上で困ったこと」「今後DV被害者発見と支援に必要なだと感じていること」で、聞き取った内容は、インタビュー直後

にメモし、レポート用紙にまとめた。その中から意味のある273文節を抽出し、類似性差異性に注目しKJ法を用い分類した。

2-3. 分析結果

DVによる外傷サーバイランスが困難な理由として得られた大項目は、「被害者の現状」「看護師の気づき」「マニュアルの不備」「看護師の意識」「加害者対応」「キーパーソンの不在」「対応の行き詰まり」「より困難さを増す要因」「専門職のスキル」「看護師の改善努力」「専門職の変化」「観察アセスメント」「医療機関内の工夫改善点」「地域資源の拡充」「予防活動の充実」であった。

2-3-1. 事実の内的要因に基づく、看護が直面しているDV被害者支援の困難

「被害者の現状」は「自ら変化を起す力が不足している」ことに加え、「本人のDV認識が欠如」し、被害者を取り巻く家族は「多問題家族」であった。

「看護師の気づき」として、被害者への対応は、「初めての問診からは看護師はほとんど察知できず、DVと判断できない」し、「患者がDVを受けていると言わない限り“おかしい”と思っても帰宅させていた」。「DV被害者がいないのではなく、様々なサインを見逃してきた」、「どのように対応すればいいかわからないまま業務をこなし」、診察場面で被害に気がついて「先入観を持って

被害者を診て、気持ちに寄り添ってこなかった。「知識不足が基で、適切なケアも必要な連携もなされないまま日々過ぎていっている」。

〔マニュアルの不備〕では、「DV対策マニュアルも、明確な診断基準もない」医療機関が多いこと、「既存のマニュアルはあるが、活用されておらず、役割を果たしていない」現状が明らかになった。その背景には、「ケアの実践に活かすための体制不備」が潜み、結局「再び暴力被害に遭うと確信しながら加害者の元に返す」しかない状況があった。

これらの状況に直面し、〔看護師の意識〕では「被害者のなかには嘘で取り繕ったり、精神疾患を伴う者もいて判断が困難」で、「被害者の言動からだけでは真実がつかめない」ことへの苛立ちが表出された。看護師は「加害者・被害者への複雑な感情を抱いている」現状や〔加害者対応〕に悩んでいた。「頻繁に出会うケースではないため、苦手意識が先行」し、「適切な観察技術を持たない事が、逃げ腰の原因」になる等、DV支援の阻害要因となっていた。

暴力に対応するという点では、看護師の大半が女性であることから、「被害者に関わることで、加害者から攻撃されるのではないかという漠然とした不安が大きい」と、**「DVは看護とは関係のない事と思いつくことで、患者の人間としての背景を意識の外に追いやってきた」**実態が明らかになった。

看護師の「本音は、強い不安があり、DVに気づくことを恐れ、DV被害者を回避したい」。なぜなら「家族があてにならず、被害者も暴力の過激化を恐れ、解決に結びつきづらい」からだ。「加害者に暴力の自覚がないため、被害者のみに改善努力が求められがち」であることを決して良いとは思っていないが、支援における〔キーパソンの不在〕は、DV被害者支援における閉塞感を強める要因になっていた。

さらに、組織構造から生じる“あきらめ”の構図が、〔対応の行き詰まり〕感を強め、〔より困難さを増す要因〕となっている。

「外傷のみ看ている為、DV判断は看護師の感覚にゆだねられている」、「全ての看護職がDVへの対応方法を知らないために、ジレンマやバーンアウトの原因につながっている」というようなマイナス要素もあるが、「必要な知識を得ることで、連携や社会資源の活用に対する意欲も高まり」、「DVについて学ぶことで、今までの看護ケアの振り返りが促される」と、述べられていた。

2-3-2. 内的要因と仮定の事象から導かれた課題

看護師を取り巻く組織の課題は、「ほとんどのDV被害者が一般診療科を受診」し、たまたま患者の不自然さに

気がついて「部署や担当者によって温度差が著しく」、「死に至ることさえあるのに、被害者になんの介入もできないと思っている」専門職も多い。医療のヒエラルキーの中で、「あらゆる事が医師の判断にゆだねられており、ケアにおいてさえ看護に主体がない」等、対応の工夫として挙げられた項目を〔医療機関内の工夫改善点〕とした。

改善が必要な〔専門職のスキル〕には、「日常的にスクリーニングを行い」、「患者の訴えだけでなく、ノンバーバルな表出に敏感になる」り、被害者を発見した場合「これからどうしたいのか被害者の話をよく聞き、相手が求めていることを確認」し、「被害者の意見や行動を尊重する」ことがあげられた。

上記を実現させるための〔看護師の改善努力〕は、「知識と看護経験に基づく、余裕や安心感のある対応を目指すことである。具体的には「DV・虐待事例では、その家族全体に目を向け、他の暴力の可能性も意識しながら情報収集する」ことや、「必要な記録を残し、適切な対応ができる」ように、「看護師としての専門性を自覚し行動化を図る」ことがあげられた。

医療界で圧倒的多数の看護職の変化は、「被害者への援助方法を探すために、傾聴し、起きている事象を理解する」ことを周囲に知らしめ、〔専門職の変化〕を促す。DV被害に対し「頻繁に出会う患者ではないため苦手意識が先行」し、さらに「明確な外傷がない」場合は、問診と患者の言動に違和感を覚えても、「被害者を観察する視点がずれていると、被害者を見たこともないと発言する看護師になってしまう」。したがって、病院内で多数を占める看護職が他職種のモデルになり、「患者を見る視点を養ったり変える」こと、「救急認定看護師の院内スタッフによる指導・教育」「スタッフの意識づけを行い、支援に必要な知識・技術の習得を図る」といった行動化を促し、「医療スタッフの意識改革」が必要だと認識された。

看護師および医療スタッフが自信と誠意を持って被害者支援に携わるために、〔観察アセスメント〕〔地域資源の拡充〕が必要である。いわば、適切な〔観察アセスメント〕により、「被害者およびスタッフの安全（見守り・プライバシー保護・安心できる場）の確保」と「外傷のみでなく被害者の生活状況も把握」し、「些細なことも見逃さず、証拠になる記録を被害者支援チームで残す」ように全体で取り組む。「院内の全スタッフで（対処方法を）共有し、実践からマニュアルの欠点の改善を図る」ために、「他の専門職や組織の役割と機能を理解する」こと。さらに、「固定観念や権力者の発言に流されないよう、環境改善や研修の充実を図る」等の〔医療機関内の工夫改善〕の促進をはかる。

必要に迫られた看護師が「病院にあったDV発見マ

表5 内的要因と仮定の事象から導かれた[看護師の改善努力]

大項目	中項目	事実/現実でない	内側/外側	データ
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	救急認定看護師による院内スタッフの指導・教育
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	書類の作成(写真撮影を含む)等について学習する
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	男性看護師に言いづらい場合は女性看護師に対応してもら
看護師の改善努力	組織改革と意識形成	仮定の事象	内的要因	病院の中で多くの人数を占め大きなパワーを持っている看護師に働きかけ
看護師の改善努力	組織改革と意識形成	仮定の事象	内的要因	最初に患者に会うのは看護師。患者を見る視点を変える
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	どんなサインも見逃さないように心がける。
看護師の改善努力	阻害要因	仮定の事象	内的要因	観察する視点がずれていると被害を見たこともないと話す看護師になる
看護師の改善努力	阻害要因	仮定の事象	内的要因	頻繁に出会うケースでないため苦手意識が先行してしまう
看護師の改善努力	看護職のジレンマ	仮定の事象	内的要因	明確な外傷がない場合、看護師の感覚に判断を委ねられている

表6 外的要因の現状と仮定の事象から導かれた課題(一例)

大項目	中項目	事実/現実ではない	看護の内/外	データ
院内の工夫改善	阻害要因	事実	外的要因	閉鎖的な土地柄が原因でDV患者に関わりたくないと思う
院内の工夫改善	看護職のジレンマ	事実	外的要因	被害者は問題解決能力に欠け、指導が必要な劣者であると他職種から思われている
院内の工夫改善	直接的な対応の工夫	事実	外的要因	暴力は視ようとしなければ見えないもので、DV問題は意識的に無視されている
院内の工夫改善	促進要因	事実	外的要因	看護側から医療がDV問題に果たす機能の再確認を促す
院内の工夫改善	看護職のジレンマ	事実	外部要因	医療者が専門的知識を振りかざしたり押し付けたりする
院内の工夫改善	阻害要因	事実	外部要因	暴力を受けている患者はソーシャルサポートを受けたがらない
院内の工夫改善	阻害要因	事実	内的要因	経済的、社会的、精神的暴力は本人からの訴えがなければ発見するのは困難

ニュアルの作成を促が(す)し、「外来以外にも相談できる環境(部署)を整え」ることで、次第に「院内(医局・相談室)および、院外(相談機関・警察・保健所)と連携を図る」道を開き、[地域資源の拡充]につながる。

組織構造から生じる“あきらめ”を払拭するには、「病院の組織改革」と「関係者の意識形成」が必要だが時間がかかる。まず、はじめの第1歩は、普段から同職種間だけでなく「他職種の意見や見解が尊重される」職場環境を醸成し、様々な診療科で「DV支援の経験を積み重ね、エビデンスを見出す」こと、さらに「フィードバックをすること」があげられた。

2-3-3. 現状の外的要因から導かれた課題

DV被害者サーベイランスにおける根幹的課題は、「暴力や虐待の早期発見」から「医療がDV問題に果たす機能の再確認」と、「閉鎖的な土地柄が原因でDV患者にかかわりたくない」と無関心を装う、環境的課題が浮き彫りにされた。「被害者は問題解決能力に欠け、指導が必要な劣者である」と決め込み、興味本位に見下し「医療者が専門的知識を振りかざしたり押し付けたりする」事実が[医療機関内の工夫改善]に分類された。また、一部の医師や管理職は責任を回避し、様々な理由をつけて関わろうとしないこともある。DV被害やDVに伴う児童虐待を疑っても、医師が「意識的無視(DV被害者の無意識化)」をすれば、看護職が抱え込んでしまうのが目に見えているため、DV被害者の発見とケアがルチーンの業務になっていかな職場構造があった

2-3-4. 外的要因と仮定の事象

「メディアによる広報活動、相談を受けた時や発見時

の体制づくり」といったDVについて相談しやすい環境づくりの必要性が認識され、「具体的に駆け込み場所等を広く宣伝」し、「DV被害者の相談先のPRをする」という意見もあった。また、既に被害に遭ってしまった人に対する救済活動だけではなく、「幼児・児童期から学童期・思春期への支援で、大人になる前のDVを防ぐ」ため 思春期保健事業として「子どもの頃から、お互いを思いやる教育を取り入れる」ことも述べられ、ポピュレーションストラテジーとして促進し、[予防活動の充実]を図ることがあげられた。

VI. 考察

1. DV発見の頻度とサーベイランスの課題

調査①では、3人に1人の看護職がDV被害者に接した経験が明らかになった。この調査は過去1年間に出会った件数ではなく、看護職として就労して今までの経験を問うたので、DV被害者発見頻度としては高くはない。被害を発見するためにはDVに関する基礎知識が必要である。Roberts (1997)¹⁰⁾の調査では、DVに関する学習前後の知識・態度・実践の変化を比較した。一般知識は、看護師および医師ともに正解率が上昇し、態度は女性看護師の態度が好転した(p=0.0005)。また、教育を受けた看護師は暴力の実態を日常的にアセスメントしていた。Elliott(2002)¹¹⁾は、DV教育とスクリーニングの実施の関連についてDV教育を受けた医師は受けていない医師に比べスクリーニングの実施割合が高いと述べ、健診においても同様の結果が示されている¹²⁾¹³⁾。

図3は抽出された大項目を空間配置し、DVの外傷サーベイランスの実施を阻む要因を図示したものである。

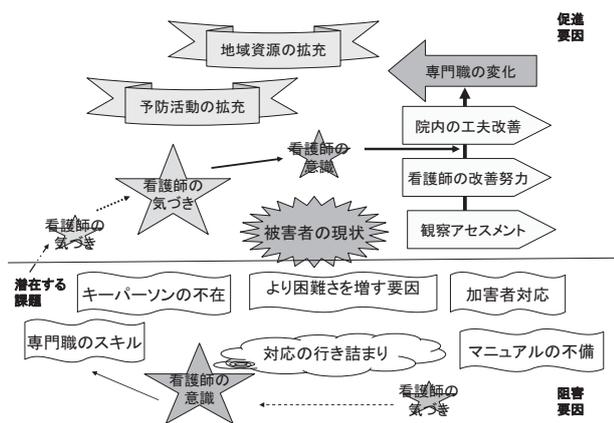


図3 外傷サーベイランスの実施を阻む要因

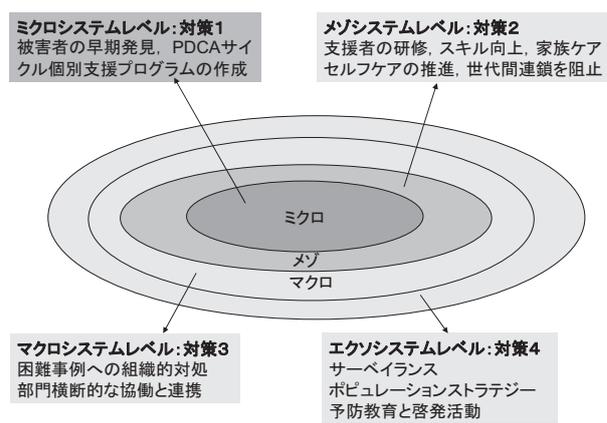


図4 DV課題への取り組み

DVの外傷サーベイランスの実現を困難にする理由のひとつに、医療職等が「意識的無視」をすれば、被害に気がついた看護職が抱え込み孤立してしまうため、被害者の発見とその支援がルーチンの業務になっていかない構造が推察された。その一方で、現状の課題に気づき、解決意識を持ち、取り組むことで、看護職以外の職種の変化も期待でき、被害者の現状を打破していくことができることも示された。これらのことは、相談のしやすさや生活支援等の社会資源の拡充、および、予防的プログラムと平行して取り組むことで促進される。

2. DV支援における課題とその対策

女性が一生涯にDV被害に遭う確率は5人に1人とも言われ、DV被害率を約20%と換算すると、DV被害者の実態をサーベイランスにより把握し、具体的な対策を樹立することは、人々が平穏な暮らしを手に入れ、安全かつ安心感を得る為に必要な取り組みである。

聞き取り調査から、看護職自身に関することや、その属する組織に関することであれば、多少困難はあっても、何らかの意思表示やアクションが可能だという状況が期待された。しかし、直接的なかわりの薄い縦割り行政や警察組織については、課題と思うことがあっても、言葉にすることや行動に起こす前にあきらめてしまう傾向が見られた。

調査①②を経て明らかになったDVのセーフティプロモーションにおける課題とその対策は、図4のとおりである。

対策1は、個人的領域のマイクロシステムに働きかけるもので、DV被害者本人に対する直接的ケアであり、問診や観察アセスメントにより被害者を把握し、支援計画を立案し、実施、評価のサイクルに沿って適切なケアを提供する。看護職個人もDVについて学び、被害者への理解や、被害者の特性を踏まえた介入技術を学ぶことで課題解決へ導かれる。

対策2は、家族・同職種集団といったメゾシステムに働きかけるもので、DV被害が重篤で子どもの問題も含む場合や、DV被害者の慢性疾患の悪化や精神的疾患がある場合、最初にDV被害者を把握した施設だけでの長期的支援が困難であることが散見される。病院内においても複数の診療科目を受診する等、多職種、多組織との連携が必要となる。個別のケア技術に加え、組織のマネジメント能力が求められる。まさにチームで取り組むスキルを学び、長期的見通しを持ったケア能力の向上を図ることで課題解決へ向かう。

対策3は、看護職を外側から支えるシステムを病院や役所等の職場で形成し、看護職およびDV被害者支援にかかわる全てのスタッフの育成を図ることである。早期発見のためのスクリーニング項目(チェックリスト)の開発、人材育成とフォローアップを、セーフティプロモーションに組み込んでいけるとよい。

対策4は、対策1、2が既にDVに陥ってしまった被害者へのハイリスクアプローチであるのに対し、予防教育や地域づくりを念頭に置き、義務教育や家庭環境、生活環境、職場環境等に働きかけるポピュレーションアプローチである。文化や信念・価値観等といったエクソシステムに働きかける。DVは個人の問題だけではなく、その家族構成員全てに関わり、DVとまったく関連のない地域住民へも影響を及ぼすものである。コミュニティ全体の安全と安心、そして健康の基となる安全をプロモーションしていく取り組みは、時間はかかるが予防的視点を兼ね備えた「未来への投資」とも言える対策である。

外傷サーベイランスは、医療機関や役所等が中心となり進められてきているが、例えば法的根拠の提示や「DVや児童虐待、高齢者虐待、自殺等の家庭内に潜む暴力を無くしたい」という強い民意が醸成されなければ、持続可能な外傷サーベイランスシステムとして存続できない。

3. 研究の限界と課題

本研究のデータは看護職から得たため、外傷サーバイランスに関わる職種の意見を全て網羅できてはいない。しかし、国内ではこのような調査はなされておらず、資料としての価値がある。

家庭内における暴力(虐待)のサーバイランスを実施するためには、行政だけではなく、警察、救急、医療機関や民間の相談機関も含めた部門横断的な情報収集が必要である。

また、忙しい臨床や相談現場で実施する為には、疾患や外傷の背景要因として今まで「診断」されてこなかったDVについて、判断できるような項目を明確かつ簡略化し、関係者が実施しやすいサーバイランス手法の検討が急がれる。

V. おわりに

社会のすべての分野で、安全・安心をはかることに人々の高い関心を呼んでいる昨今、人々の暮らしにおいて、安全や健康は、クオリティ・オブ・ライフの基盤であり、その質を保障し価値を高めることが求められている。

DVのような家庭内の被害を未然に防止し、安全や安心を得るためには、意図的な傷害行為、不慮の事故、自殺等について科学的な方法に則り客観的データを収集・分析し、予防的観点から安全対策を立てることが必要である。

引用文献

- 1) Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J et al. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *AMA*,1995;273(22):1763-1767.
- 2) Harrykissoon SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2002 ; 156 (4) : 325-330.
- 3) Glander SS, Moore ML, Michielutte R et al. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstet Gynecol*,1998;91(6):1002-1006
- 4) 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。2006
<http://www.gender.go.jp/danjo-kaigi/boryoku/houkoku/hbo05s-34.pdf#search=4>
- 5) 内閣府男女共同参画局。「配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査」報告書。2007

- <http://www.gender.go.jp/dv/ziritusien-1901kekka.pdf>
- 6) DV防止サポートをつなぐ会・岡山。医療関係者が見たDV被害者の調査報告書。2005
 - 7) ユーリー・ブロンフェンブレナー著。磯貝芳郎、福富衛訳。人間発達の生態学。川島書店：東京、1996
 - 8) 山田典子, 工藤奈織美, 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) :63-70.
 - 9) 山田典子. 平成16-17年度健康科学特別研究基盤A最終年度報告ドメスティック・バイオレンス被害者女性に対する看護職としてのケアの課題抽出に関する調査. 青森：青森県立保健大学,2005 ; 12-23.
 - 10) Roberts GL,Raphael B,Lawrence JM et al. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 1997;23(3):220-227.
 - 11) Moore ML,Zaccaro D,Parsons LH. Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1998 ; 27 (2) : 175-182.
 - 12) Elliott L,Nerney M,Jones T,Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med*, 2002 ; 17 (2) : 112-116.
 - 13) Chamberlain L,Perham-Hester KA. The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women Health*, 2002 ; 35 (2-3) : 55-69.

参考文献

- 14) 横田昇平, 八木俊行, 渡邊能行. 亀岡市における外傷発生动向調査 WHOセーフコミュニティ認証を終えて. *日本セーフティプロモーション学会誌*, 2009 ; 2 (1) : 49-54.
- 15) 衛藤 隆. Safety Promotionの概念とその地域展開. *東京大学大学院教育学研究科紀要*, 2007 ; 46 : 331-337.
- 16) 今井博之. 傷害制御の基本的原理. *日本健康教育学会誌*, 2010 ; 18 (1) : 32-41.
- 17) 宗宮清美, 田中美維, 五嶋さつき. MCAPスクリーニング表の作成虐待の早期発見を目指して. *子どもの虐待とネグレクト*, 2005 ; 7 (1) : 63-65.
- 18) WHOホームページ：WHO's 2006 World report on violence and health.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_intimate.pdf. 1, 2007.4.4検索.
- 19) WHOホームページ：WHO's 2006 World report Facts on interpersonal violence and alcohol.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol.pdf. 12, 2007.12.1検索.
- 20) Jssp日本セーフティプロモーション学会ホームページ
<http://www.safetyprom.com/whatsafecom.html>. 2009.11.19検索.
- 21) Andrea CG, David AS, Ralph JD.INJURY AND VIOLENCE PREVENTION. Jossey-Bass:USA,2006.
- 22) Leon S.Robertson.INJURY EPIDEMIOLOGY Research and Control Strategies.OXFORD UNIV PRESS:USA,2007.
- 23) Frederick PR, Peter C, Thomas DK, et al. INJURY CONTROL. CAMBRIDGE UNIV PRESS:USA,2001.