

DV被害者への医療現場での初期対応 ～被害回復段階に応じた看護ケアの重要性～

山田 典子* 半田 祐二郎**

*青森県立保健大学 **北海道医療大学

Early intervention on behalf of DV victims at health facilities: Crucial nursing care meeting clients' needs in the recovery process from the trauma/injury

Noriko YAMADA, Aomori University Health and Welfare

Yujiro HANDA, Health Sciences University of Hokkaido

要約

本研究では、DV被害者に対する看護観察の分析から、DV被害の回復段階と、回復に応じたケアの現状と課題を示すことを目的とした。DV被害者ケアの経験のある看護職17名に、「患者の態度や言動からDV被害者であると特定したとき、どのようなケアを提供したか」について半構造化面接にて聴き取り、KJ法を用い分析した。

DV被害者は暴力に支配された生活下で、誰かに相談することすら考えも及ばず、支援を受け取れずにいた。しかし、受診時の医療職とのやり取りや看護職の訪問をきっかけに、自らのDVに向き合い、暴力からの脱出に向け逡巡していた。

混乱期、苦悩期、否認期にあるDV被害者は、DV被害を自ら訴えることが極めて少なく、治療の場で問題を指摘され支援の申し出を受けても、それを受け入れることができていなかった。よって、DV被害者の意思表示を尊重しながらも、本人に無理な行動を要求することなく、具体的な支援を提供することが重要である。

消耗期や停滞期にあるDV被害者は自尊心が著しく低下している場合が多く、二次被害を生まないためにも言動への配慮が必要であることが示唆された。

キーワード：DV被害者、回復段階、初期対応

Abstract

The objective of this study was to share an idea of staging victims' recovery process from DV trauma/injury and also to demonstrate the important issues in supporting DV victims together with information on available care for the victims on the health care front-lines in Japan.

In this study, a semi-structured interview was conducted with 17 health facility-based nursing professionals, who reported encounters with patients suspected of being DV victims. For the analysis, the KJ method was applied. As the result of the interviews, it was disclosed that the DV victims, encountered by the nurses, were without appropriate support in the situation, where they were under the assailant's dominance and lost opportunities for seeking consultation. Those DV victims, however, came to be able to observe themselves objectively through communication with the health care providers. Also it was, therein, found that the victims were still not free from hesitation to end the violence by their own efforts. The victims in Disturbance-Period, Anguish-Period and Denial-Period were found to be reluctant to complain about both physical and mental damage and that they could not accept offered support even after identification of the problems. It is, therefore, important for the care providers, including nursing professionals, to offer meaningful support respecting the victims' wishes without over-expectation in improving their behaviours. Based on this study, it was suggested that the care providers, dealing with DV victims, should pay attention to communication and their behaviour during consultation in clinical settings to protect the victims from the secondary trauma/injury. In relation to the above, we should then recognize the fact that DV negatively affects the victims' self-esteem.

Key Words : DV victims, Recovery process, early intervention

I. 緒言

近年、DVが被害者の生命や健康を脅かし、人生にまで深刻な影響を及ぼしていることについて広く知られるようになった^{1)~5)}。DV被害者の心理の特徴は、恐怖、怒り、自信の低下であり、精神的不調に基づく身体の不調が長期間持続することもある。配偶者からの暴力に曝されたDV被害者は、身体的、経済的、精神的、性的、社会的暴力による支配下に置かれた末、加害者によって巧妙に無力化、孤立無援化されてしまう⁶⁾。

内閣府(2006)の調査によると、配偶者からの身体的暴行、心理的攻撃、性的強要を繰り返し受けた者は、女性が10.6%、男性では2.6%であった⁷⁾。また、2002年と2008年に実施した内閣府の調査でこれまでに一度でも被害経験のある者は女性の約20%にみられ⁸⁾⁹⁾、諸外国でも北米22%、オーストラリア23%、イギリス30%、南米15~52%、アフリカ30~45%、インド40%、と女性に対する暴力が世界的に広がっている¹⁰⁾¹¹⁾。DVによる心理的攻撃や性的強要を繰り返し受けることと自殺企図や中絶との関連も指摘され、DVは重大な健康問題であるという認識が広まってきている^{12)~14)}。

しかし、現状ではDV被害者に対する医療機関の取り組みは産婦人科以外では立ち遅れており、DV被害者ケアのためのシステムや方法論は未熟な段階にとどまっている。

先行研究では、児童虐待、DV、性暴力、その他のハラスメント被害者の二次被害を予防することの必要性を述べた論文は散見されるが^{15)~18)}、DV被害者を取り巻く環境や回復段階に即したケアについて指摘したものは1件だけだった¹⁹⁾。そこではDV被害者の回復に至る過程は、混乱期、苦悩・否認期、転換・消耗期、停滞期、安定・回復期の5つの時期に分けられていた。他の文献でも、DV被害者への対応として傾聴や受容の重要性を説くものが多く、DV被害者の回復段階を促進させる段階別の支援について示したものはなかった。

このような現状認識から本研究では、看護職のDV被害者に対する看護観察に基づき、回復段階に準じた初期対応の課題を示すことを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

看護観察から抽出されたDV被害の回復段階と、回復に沿った初期対応の現状と課題を示すため、半構造化面接を実施し、帰納的質的研究法を用いた。

2. 研究対象と期間

研究対象者は、DV被害者と接触し直接的なケアをしたことのある看護職17名とした。

研究期間は2004年6月から2008年3月であった。

3. 調査内容と分析方法

面接は、研究対象者が希望する時間と場所に筆者が赴き実施した。インタビューガイドに沿い、「患者の態度や言動からDV被害者であると特定したとき、どのようなケアを提供したか」尋ねた。DV被害者に関わったことがある看護職が当時を振り返り懐述した内容の逐語録を作成しデータとした。

分析では多くの断片的なデータを統合して、創造的なアイデアを生み出し、問題解決の糸口を探ることに適した手法であるKJ法²⁰⁾を用いた。分析の過程で、DVシェルター運営経験のある看護職やDV被害者のサポートグループに関わる大学教員、精神科病棟でDV被害者のケアを実践している看護師、小児科病棟に勤務する傍らDVに関するNPO法人の活動をする看護師、婦人相談所で保健師兼精神保健福祉士としての勤務経験がある看護職らと検討を重ね、データの妥当性と信頼性及び厳密性の確保に努めた。追加されたデータの空間配置を繰り返し、関連性を吟味した。データのコード化、カテゴリー名の検討については、随時、質的研究者のスーパービジョンを受けた。

4. 倫理的配慮

本研究の対象者は、先に行ったDVに関連する質問紙調査で聞き取り調査に協力可能と意思表示し個別の連絡先を記した者であり、相手が指定した連絡先に電話をいれ、研究概要について口頭で説明し協力の同意が得られた者を研究対象者とした。その後、面接開始前に再度、研究目的と方法、データの取り扱いと個人情報保護、および、所属機関非開示に関する配慮をすること、面接前、途中、後において研究協力の取りやめができ何ら不利益を負うことがないことを説明した。また、ICレコーダーの録音については事前に承諾を得た。録音および筆記データはコード化して筆者のみが入力し、その直後消去裁断した。コード化にあたっては個人や病院が特定されるデータは削除または意図が変わらない範囲で修正を加えること、看護職から語られた被害者の被害状況も、被害者が特定されないよう一部修正を加え、被害者のプライバシー保護に配慮することで使用の許可を得た。入力したデータはロックのかかるUSBで保管し、インターネットから遮断されたパソコンを用いて処理した。得られたデータは学会発表や論文として公表されること等について口頭と文書で説明し、同意書を交わした。本研究は所属大学の倫理委員会の審査を受け、承認を得たうえ

表1 DV被害者の回復段階に即した支援

回復過程	混乱期	苦悩・否認期	転換・消耗期	停滞期	回復・安定期
DV徴候	ショックで感覚が麻痺する。 適切な判断力を失う	悲しみ、怒り、助けを求め、 否認し、奇跡を願う	様々な取引を試みるが失敗に終わり 人生に価値を見出せない	絶望し、気力を失い抑うつになる	現状を受け入れ自分自身や 家族との和解に向かう
被害者の 状況	突発的で予測のつかない暴力を受けた 配偶者と居ても安心できない不安定な 関係 配偶者からの暴力の原因を見つげよ うとする ・ストレスのせい ・言うことを聞かなかった ・酔った勢い 言葉数が少ない DVの認識がない	度重なるDVの不安を抱える 現状の生活をどうにか維持したい DV被害者自身の意思で外傷の理由 を隠している できることなら改善したい 配偶者から監視されている 防御による傷を負う 保険証を使わせてもらえない	DV被害を避けようとして繰り返し失 敗する 加害者中心の生活で友人や親戚と疎 遠になる 看護職が踏み込んでも被害者は核心 に触れようとし 人に触れられたい 孤立している 余計なことを聞かれない 同情されたくない様子で張り詰めた空 気をまとっている 外傷の状態は様々 育児や介護に疲れている様子で、うつ 症状を疑う	養育が必要な子どもを抱えている 子どもを抱えて働き、忙しくて貧しい 生活を強いられる 家から出たため子どもを手放す決心 がつかない DVと介護問題を抱えている 友人や親戚から孤立無援化 健康を損ない内服治療中 生きていくためには現状に留まるし かないと諦めている 嵐が過ぎ去るのをじっと耐えている 家族みんなが暴力に巻き込まれ悪 循環している	健診で高血圧等指摘される 家族からかつて暴力を受けた 離婚経験がある 生活保護需給 障害がある 慢性疾患を抱えている
被害者の 態度・ 表出	不明瞭な返答 おびえた様子 ノンバーバルな表出 その場を取り繕うとする態度 乏しい表現 内容が前後する表出	優柔不断・あいまい 変化する訴え事項 暴力を隠そうとする 自分の価値を見出せない	的を得ない表現		
提供され た看護	継続的に相談にのる 「しっくりこない」という感覚を大切にす る 不安・不快にさせる待たせ方をしない 優先順位を現状から判断 被害者の状況見極め プロセス重視 被害者の求助行動を引き出す 他職種と連携・調整等を図る 患者の安心・安楽・安寧をはかる 相手の思いを尊重する 単純明快で簡潔な助言 強制的に何かをするように仕向けない 待つ・静観 見返りを期待せず信頼する 伝えたいことが伝わっていないのかも しれないという気持ちをもつ 当事者の理解者になる プライバシーの保護に配慮する 秘密を守り、安全を確保する	被害者の視点や立場を理解 被害者を落ち着かせ本人の意思確 認し目線に立って向き合う 被害者の心に触れ、認め、育ちを信 じる 思いや考えを否定せず受けとめる 被害者の求助行動を引き出す 興奮し暴言などある場合は、一人で 考えられる場所と時間を与える 被害者の状況を見極める 他職種と連携・調整等を図る 自己決定を促し相手に寄り添う 言葉だけでなく具体的な行動を示す 必要時に一緒に行動する 相手が話しやすい言葉づかい 丁寧に接することで相手が話しやす い雰囲気をつくる	自律を促し、自立を助ける 傾聴と共感で訴えを受けとめる 不安・不快にさせる待たせ方をしない 上からものを言わず、低姿勢で接する 相手が受け入れやすい状況をつくる 結論を急がずに待つ 被害者を否定せず途中で口を挟まない 自らの先入観を被害者に押し付けない 患者ニーズを理解し、対処する プライバシーの保護 秘密を守り、安全を確保 指導ではなく支援するという姿勢 被害者の求助行動を引き出す	積極的介入の時期を判断し踏み込 む 取り巻く環境をアセスメント 家族や取り巻く環境に働きかける ケアの結果を評価し次のケアに繋げ る ケアを通し相手の反応や回復状況 を見ながら計画を修正する 被害者のことを信じて待つ 被害者に寄り添う ユーモアを大切に 被害者の求助行動を引き出す 結論を急がずに待つ 一期一会の関わり重視	現在抱えている生きづらさをサ ポートする 周囲の理解を促すように働きか けるなど環境調整する 生活するうえでの不都合さを聴 きだす 常に「生活の視点」で向き合う

で実施した。

5. 用語の定義

【DV】 Domestic Violenceの略で、家庭内で起こる暴力をさす。広義では配偶者間暴力、児童虐待、高齢者虐待、家庭内暴力(子から親への暴力)、一家心中など、家族や同居人という関係性があり、家庭内の密室で生じる人権侵害行為をさす。本稿では、配偶者からの身体に対する暴力および心身に有害な影響を及ぼす言動という狭義の定義を用いる。

【初期対応】 早期の段階に、看護職が患者(相談者)や患者を取り巻く状況に応じて看護をすること。

III. 結果

1. 対象者の概要

調査に協力が得られたのは、28歳から55歳までの看護職17名(保健師4名、助産師4名、看護師9名)であつ

た。性別は、女性15名、男性2名で、平均年齢は40.1歳であった。

2. 面接の概要

面接回数は1名に対して1回実施した。時間は30分から70分で、全面接時間は940分(1回平均55.3分)であった。面接場所は、対象者が指定した病院の会議室、訪問看護ステーションの相談室、研究室等であった。

3. DV被害者の回復段階に即した支援(表1)

看護職がDV被害者ケアを振り返り、受診者に対する気がかりを手掛かりとすることによって浮き彫りになったDV被害者の状況と、その回復段階に対応した看護職の初期対応について述べる。回復段階は先行研究¹⁹⁾より、①混乱期(ショックで感覚が麻痺する。適切な判断力を失う)、②苦悩・否認期(悲しみ、怒り、助けを求め、否認し、奇跡を願う)、③転換・消耗期(様々な取引を試みるが失敗に終わり人生に価値を見出せない)、④停滞期(絶望し、気力を失い抑うつになる)、⑤安定・回復期(現状

を受け入れ、自分自身や家族との和解に向かう)の5段階に分類されたものを用い、被害者がどの時期にあたるかを、被害者に対応した看護職に分けてもらった。本文では、回復段階毎に提供された初期対応を示した。また、看護職の語りや看護職を通して発せられたDV被害者の発言を《 》で示した。また、回復段階の分類は、直接被害者に対応した看護職の直感に基づく判断に委ねたため、その語りの一部を実例として記載した。

3-1. 混乱期

混乱期のDV被害者は、突発的で予測のつかない配偶者からの暴力を受け、配偶者と不安定な関係にあった。DV被害者は配偶者からの暴力の原因を探し、《ストレスのせいでやむにやまらず殴ったのだ》とか、《夫の言うことを素直に聞かなかったから》等、理由を探し納得しようとしていた。《酔った勢いで夫婦喧嘩が行き過ぎた》と、バツが悪そうに配偶者が言う場合もあり、以後、気をつけるように医師からたしなめられ帰路につくケースもあった。DV被害者の方は言葉数も少なく、外傷も負っており、配偶者や付き添いの家族に促されるまま傷の手当てを受けていった。

《最近ではDVじゃないの?って、暴力はダメだよって言うことも出来るようになったけど、以前からこういうアルコール患者は結構いて、傷の手当てをして帰していましたよね。今は、救急隊員も良く心得ていて、そっちでも注意してもらっています。救急車が行って、状況から警察を呼ぶこともありますよ》と、看護職の発言からも暴力加害に対する率直な介入があることが示された。(実例)

「被害者の中には、(加害者に)愛情を抱き続けて現状に耐えている人もいるけど、それより仕返しを恐れ、恐怖に縛られて、誰にも相談できなくなっている人が多いわね」 40代 助産師

「信頼関係も出来てない看護師に(被害を)話すのって、まず、無理でしょう?いきなりあれこれ聞き始めるのではなく、まず、"全面的にあなたの言うことを信じますよ、どんな理由でも暴力を振るわれない人なんかいないのですよ"という姿勢を示すことが大切だと思って実践しています。..だけど、救急外来の準夜勤務では無理ですね。忙しくてとてもじゃないけれど出来ません」 30代 男性看護師

「やはり、家の中のごたごたを外に出してはまずいと思うのでしょうかね…。本当に家に帰っちゃうの?といたくなるようなケースを家に帰ってしまったことがあります。病院でもどうすることもできなくて、今でもたまにDVのニュースを聞くと”あの人どうしたかなあ”って思い出します…」 50代 保健師

「DVの患者さんらしいから、って呼ばれて夜間外来に病棟から降りていって対応したのだけど。(中略)患者さんは確かに夫に殴られて怪我して、もう別れたいって泣いて、だけど子どももいるし事を荒げたくなくて、結局家に戻って…」 30代 看護師

「相談したほうがいいって患者さんに話したのですが、本人が躊躇して…。警察には届けたくないって、ほとんど、..自分が出会ったDVの患者さんはみんな拒否しました。」 40代 病棟看護師

「救急車で夫婦とも酔っ払ってきた夫婦がいたんですね。旦那さんは病院に着いたら“すみません、すみません”って謝り恐縮していて、対照的に奥さんの方は看護師にも語気を荒げて、確かに血は流れていて…DV被害かもしれないけれど、こういう状態じゃ、旦那さんもイライラしてつい手が出ちゃってもおかしくない感じで…」 30代 看護師

「妊娠初期20代未婚女性が過喚気発作を起こし来院したのね。原因は同棲男性との口論がきっかけでした。これまでも男性からの暴力を受けていたらしくて、被害者の家族は別れることを勧めていたのですよ。当の本人は多くを語ろうとしなくて」 50代 助産師

3-2. 苦悩・否認期

苦悩・否認期のDV被害者は、配偶者からの加害行為が偶然の出来事ではなく、度重なる不安を抱え《できることなら改善したい》が《現状の生活だけでもどうにか維持したい》と願い、DV被害者自身の意思で外傷の理由を隠していることもあった。他に、配偶者からの監視による口封じや、威圧的な態度による暴力の隠匿行為がなされていた。DV被害者も《無抵抗にただ殴られているばかりではなく、口答えをした》り、防御による傷を負っていることもあった。

受診に関しては、保険証を貸してもらえない、治療費を渡されないために受診できない場合もあり、受診することで配偶者との《関係がさらに悪化することを恐れ》、《ケガの理由を考え受診が遅れた》DV被害者もいた。人目に触れ配偶者の暴力が明るみになってしまうことや、配偶者との関係の破綻が決定的になることを危惧するDV被害者等、古い傷跡からDVの歴史をうかがい知る体験をした看護職もいた。

(実例)

「DVの女の人って、被害に遭った事とか、こんなにひどい目に遭っているって言う割には、本当にどうにかしたいのかわからないことがあって。ただ、同じことを話しているだけなのだもの。かなり痛そうなのに平気な顔していたり。なんか、本当に解決したいと思っているのかわからなくなるときがあって…」

50代 助産師

骨折が疑われるほど重症の患者に対し、看護師が《ここ（＝レントゲン室）で話すことは外の人には一切聞かえないから安心して話してください。その傷は暴力によるものではないですか？》と介入し、重い口を開いたDV被害者もいた。患者から、優柔不断・あいまい・不明瞭な返答・おびえた様子・その場を取り繕うとする態度・一貫性がなく前後する説明等の状況が窺えた時点で、看護職は介入の機会をうかがっていた。検査室や内診室といった配偶者から不審に思われずに周囲から遮断できる個室で、プライバシーが守られることを確認し、患者を安心させ、医療従事者が率直に暴力被害の有無について聴いている施設もあった。

この段階のDV被害者に対する看護ケアとして、傷の手当て、看護観察に基づく適切な記録、被害者のサインを汲み取り率直に聞く、患者との信頼関係や患者の状況に合わせて静観する、他に優先する必要がある疾患の治療に対する援助などが提供されていた。

3-3. 転換・消耗期

転換・消耗期のDV被害者は、配偶者の度重なる暴力や暴言の原因やきっかけ探しをすることによって、被害を避ける工夫を試みていた。しかし、DV被害者は《どんなに暴力をまねかない工夫や方策を凝らしても、あまり効果がない》ことに打ちのめされ消耗していた。加害者との不安定な人間関係に基づく加害者中心の生活により、DV被害者は友人関係や親戚関係が狭まり、疎遠となって、《友人に言えない》秘密を抱えることで女性同士のコミュニケーションに壁が生じ、その結果孤立していた。看護職が《なんだか顔色が・・・大丈夫ですか？》と働きかけても、DV被害者は核心に触れようとせず、《たまに会う知人からもよくそう言われるんです。でも、別にどこも悪いところはないです》とかわすため、異変を感じてもそれ以上は踏み込んでいけないと感じ、《なにが引つかかる・・・》と気がかりを抱えたままになっていることもあった。特に健康相談場面では、直接患者の身体を観察する機会が少ないため、DV被害者から相談を切り出す事や目に見えた外傷などの決定的な要素がないと、《DV被害者に会っていたかも知れないが、それに気がつかないかも知れない》という自省に繋がっていた。中には、《人に触れられたくない》、《見てほしい傷だけ処置してほしい》、《余計なことを聞かれたくない》といった態度で、DV被害は疑われるが《声をかけづらい》患者もいた。そのような患者がDV被害者であるとは限らないが、助産師・看護師らは、患者が再度の受診をしやすいうように、《なるべく暖かい声かけをして、医療とのつながりが切れないように祈りながら静観する》と

述べていた。保健師や訪問看護師による支援には、生活の場に入って実施するという特性があるため、《まず信頼関係をつくること。それがないと援助は難しい》と、信頼関係が形成されるまでは踏み込んでいかない傾向がみられた。

記録には、処置内容のみが記され、暴力被害が疑われる状況を記録に書き留めている施設は見られなかった。その理由は、《一方（＝DV被害者）の意見を聞いて被害と断定するのは、（加害者）夫に対して公平ではないし、客観的な情報や判断でない》というもので、医師の反対もあった。さらに、《万が一、加害者や弁護士から、カルテ開示の請求をされた時、言及されても困る》という施設もあった。

〈事例〉

「女性相談所に掛け合って一時入所させたのだけど、・・・また、帰っちゃったのよね。夫のところへ。繰り返すってわかっているけど、やっぱりさ、正直、消耗した」

40代 保健師

3-4. 停滞期

停滞期のDV被害者は、養育が必要な子どもを抱えていたり、介護問題を抱えている者が目立った。暴力のある家を出ても、《子どもを手放すか、子どもを抱えて働き、忙しくて貧しい生活を強いられる》し、《働きながら家族の介護をしなくてはならない》。親や兄弟、友人との関係も途絶え孤立無援化したDV被害者に対し、保健師や訪問看護師はDV被害者と共に閉塞感を覚え、《なんとかしたい》と思っていた。DV被害者は健康を損ない、頼る親兄弟もなく、《生きていくためには現状に留まるしかない》と諦めていた。

この時期のDV被害者に対して、すでに看護職は支援を試みている場合が多かった。しかし、健康を損ない暴力に打ちのめされながら、《その瞬間さえ耐え抜けば一時の平安がおとずれる》、《嵐が過ぎ去るのをじっと耐えているように見える》DV被害者を面前にして、看護職は《寄り添うことしか出来ない》と感じていた。DV被害者やその家族と関わり、《何で？》という思いが看護職の心中で《納得がいかず》に滞っていた。《夫婦間で相手を痛めつけなければならない理由や原因がどこにあるのか》、《どうにか暴力のある関係を改善できないものか》、しかし《大人同士の問題だから》と看護職は逡巡し、サポート資源を探していた。

また、在宅訪問看護の経験のある看護職は、在宅療養者が介護（する配偶）者からSEXの強要を受けている場を目撃していた。

このような事例に対しては、ショートステイの利用を勧める等、夫婦間のストレスの緩和を図りながら、在宅

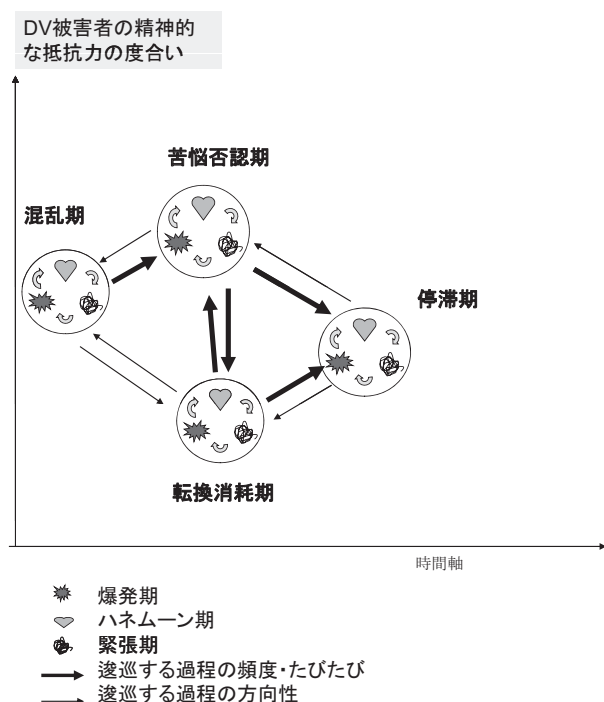


図1 DV被害者の回復段階と現状に対する精神的な抵抗力

療養が継続できるよう静観していた。これらの事態について、看護職は同僚や上司に口頭で報告していたが、看護記録には性的暴力の記載はしていなかった。

看護職の直感に基づくDV被害者の回復段階は、①ショックで感覚が麻痺しているように見受けられたり、適切な判断力を失う混乱期、②悲しみ、怒り、助けを求め、否認し、奇跡を願うといった、苦悩・否認期、③DVの現状をなんとかしようと様々な取引を試みるが失敗に終わり、ジェットコースターの急上昇と急下降を繰り返すかのような不安定な状況に身を置き、人生に価値を見出せない転換・消耗期、④様々な駆け引きや努力がすべて無駄におわり、絶望し、気力を失い抑うつ傾向を強めることもある停滞期は、一人ひとり明確に分類できるものではなく、看護ケアの過程で否認と消耗、そして抑うつを抱えるというように重なるケースが多かった。ここまでのDV被害者の回復段階を図に示すと図1のようになった。横軸は時間の経過を示し、縦軸はDV被害者が被害に立ち向かっていく精神的な抵抗力の度合いを表した。DVの現状を何とかしたい、何とかなるだろう、というDVに曝されている患者から感じ取られた精神的な抵抗力は、苦悩・否認期で高く、次いで混乱期、停滞期、転換・消耗期となっていた。データからも、患者から感じ取られる精神的な抵抗力が最も低い転換・消耗期では、看護ケアを提供してもDV被害者と歯車が合わず、看護職からの提案や助言が受け入れられない状況がうかがえた。

3-5. 安定・回復期

安定・回復期のDV被害者は、在宅療養者の家族、または、健診等の受診者として看護職の前に現われ、《異常値を示した血圧や血糖の値》をきっかけに過去のDV被害を話す者もいた。《身体の変調が現われた当時や現状のストレスを聞き取る過程で、離婚の体験や配偶者や家族から暴力を受けた》こと《当初はDVの渦に飲み込まれていた》等が語られ、その内容から看護職はDV被害と確信していた。この時期に提供された看護ケアは傾聴だった。DV被害者は、一生活者として新たな課題に立ち向かっており、DV被害とは別の、新たな問題や課題を抱えて医療や福祉の窓口を訪れていた。主に地域をフィールドにする看護職が、傾聴や共感および情報提供をしており、散見される《生活保護世帯》には《福祉の専門職と連携し介入している》事例もあった。しかし、《転居・転勤等で関わりが途切れる》事例が複数みられた。

〈実例〉

「お母さんがDV被害に遭って、子どもがネグレクトされていたケースを持っていたのね。彼女はだんだんと別れて生活保護をもらって暮らしていて、彼女は体調が悪くて働けなくて、保育園から“(子どもが)最近来ないのだけど”とか、“お風呂に入っていないみたい”っていう情報が来て時々訪問していたの。DV被害から脱出しても、その後の生活に困難なことが重くのしかかって、単に夫婦間の問題で片付けられない、個人の努力だけではどうにもならない社会の問題だと…本当にDVを何とかしないといけないと痛感しました。」

40代 保健師

IV. 考察

看護職が受診者と接し、DVを疑う事情に接した際に抱いた感情を言語化し吟味することで、保健医療の場におけるDV被害者への支援の現状や看護職による初期対応の課題が浮かび上がった。本調査は、看護職に過去の経験を聞くという過去遡及型の情報収集を行っているため、得られたデータには過渡的な状況が反映していると考えられる。考察では、その克服の方向性について、DV被害者の回復段階とあわせて検討する。

1. DV被害者への初期対応をめぐる課題について

個々の看護職、職場環境、社会状況、患者本人がそれぞれに抱える問題点により、DV被害者への初期対応をめぐる課題が山積していることが浮き彫りになった。所属する組織としてのバックアップがないと、個人としての看護職ができることには限界がある。病院の事情としても、DV被害支援には財政的な保障がないと施設整

備を行うこともできない²¹⁾。

女性が就労する割合の多いケアの現場では、「暴力」という犯罪性の高い事象と無関係でありたいという防衛本能も働いているとみられた。聞き取りでは、「DV被害かもしれないけれど、こういう状態じゃ、旦那さんもイライラしてつい手が出ちゃってもおかしくない」という不快感を覚えたことを率直に語った看護職もいた。ここで看護職は、目の前にいるDV被害者の態度から、加害者と被害者の相互作用を思い浮かべている。このように、目の前にいる患者の姿から、患者の人間関係や生活状況を思い浮かべる姿勢は、看護的援助の基本から外れたものとはいえない。また、加害者の心理についての推測は、完全な誤りとはいえない。しかし、配偶者からの暴力と攻撃的・支配的態度に長くさらされてきたDV被害者の立場についての深い理解が欠けると、共感が妨げられるという事情がこの回答からは伺われる。また、多くの看護職が、外傷の原因追及、記録、証拠採取と確保について教育を受けていないことも、DVへの適切な介入をためらわせる誘因になっていた。

DVに関する理解を深め、DV被害の見落としを最小限に抑えるため、各地でDV被害者ケアに関連する研修に参加する機会を保障することや、施設毎に研修を企画することと並行して施設としての支援体制づくりに早急に

取り組む必要がある。

2. DV被害者の回復段階に応じた初期対応

以上述べてきたことに基づいて、DV被害者の回復段階に応じた初期対応の現状にふれながら、工夫が可能な点について整理しておきたい。

2-1. DV被害者の回復段階

DV被害者がたどる回復段階は、表1に示した通り、①混乱期、②苦悩・否認期、③転換・消耗期、④停滞期、⑤回復・安定期に分類される。ただし、時間の経過とともに直線的に回復に向かうわけではなく、DV被害者は、混乱と苦悩、否認と消耗、停滞と混乱、安定と転換というように、行きつ戻りつしながら上昇や下降を繰り返し、回復期が前後していた。

混乱期、苦悩・否認期にあるDV被害者は、DV被害を自ら訴えることが極めて少なく、治療や相談の場で問題を指摘され支援の申し出を受けても、それを受け入れることができていない。転換・消耗期に差し掛かり、苦悩への忍耐が限界に近づいて、ようやく支援の申し出を受け入れるようになる。支援が始まって、多くの事例ではスムーズに回復・安定期に移行することができず、停滞期が続く場合が少なくない。看護職がDV被害者と思われる患者と出会った際には、困難な話を聞くというリスクを踏まえ、共に寄り添う気持ちで接し、患者が上記の5つの段階のどの時期にいるかを念頭に置き、時間の流れの中で現状を把握することによって支援の方向性を明確にできると考えられる。

図2は、図1と表1に基づいて被害者の回復段階と看護ケアとの関連について整理したものである。①混乱期、②苦悩・否認期、③転換・消耗期、④停滞期の各段階に、「緊張期→爆発期→ハネムーン期」といったDVのサイクルが存在していた。各段階でDV被害者の置かれた状況やニーズに沿った身体的処置などの看護ケアが提供され、安定・回復段階に近づくにつれ、生活支援の援助項目が増えていた。また、配偶者の暴力に対する意味づけの変化が、DV被害者に付随する疾患の経過や外傷の回復に影響を及ぼしていた。特に、慢性化し長期化する暴力においては、DV被害経験がそのまま日常生活と重なり合い、暴力からの回避を中心にDV被害者の生活が組み立てられ、暴力そのものがDV被害者の生活になる様相が伺われた。

2-2. 患者が求めていることの明確化

DV被害者への初期対応としては、患者が何を求めているかを明確にする働きかけが、どの回復段階でも共通して見られていた(表1)。

DV被害者の多くは、暴力的な環境に浸かりきっているため、ぼんやりとした不安しか感じていない場合もあ

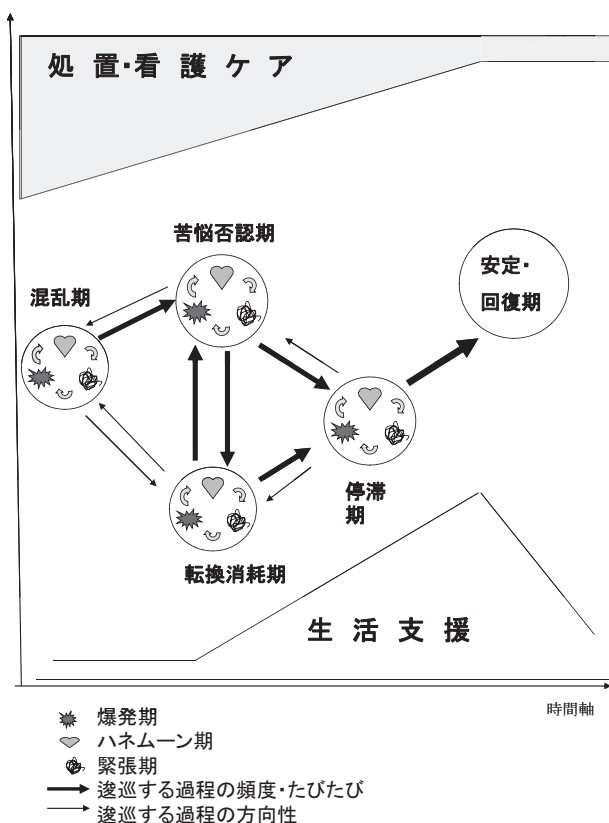


図2 DV被害者の回復段階と看護職の初期対応

り、自分の感情に蓋をして多くを語らない傾向が見られた。苦痛が大き過ぎるため、それを感じまいとして強い感情が湧きにくくなっている場合もある。DV被害者は、助けて欲しい気持ちはあっても、うかつに援助を求めて加害者に知られることへの恐怖から踏み出せず²²⁾、及び腰の求助姿勢をとりがちになる。このような場合、患者が何を訴えているのか、どのような援助を求めているのかについて、DV被害者が自発的に意思表示することを看護職は期待していた。困難な状況に置かれている患者の話の聞くというリスクを忙しい業務の中で引き受けるのには、聞く側の覚悟や高い意識を要する。そのため、DVが背景にあるとほぼ確信しても、当人同士の判断と解決能力を信じて、警察や配偶者暴力相談支援センターに照会せずに静観し、次回受診時に状況を見定めるといった援助計画を立てている場合も散見された。

医療者側のこのような体制が、介入の時期を遅らせていることは明らかである。DV被害者の意思表示を尊重しながらも、それが無い場合は本人に無理な行動を要求することなく、具体的な支援を提供することが重要であり、とりわけ混乱期や苦悩・否認期において、そのような配慮は重要であると考えられる。

3. DV被害者と出会う可能性が高いという認識に沿った実践の保証

DV被害者は外傷や様々な健康問題を抱えており、その受診状況についても時間外診察や救急外来を利用する機会が目立った。つまり、生命の危機に瀕して、人目を避ける時間帯をねらい通常の医療の枠からはみ出した受診行動に踏み切るといった経緯が伺われたといえる。

調査データに基づいてDV被害者看護に対する現状と課題を検討してきたが、公表されている数値データによれば、わが国では年間110~170人が配偶者間の事件で亡くなり、暴行や傷害事件で検挙される数も増加傾向をたどり1,500件を上まわっている²³⁾。DV被害の早期発見や初期対応の充実を図る方策の明確化が不可欠である。

混乱期や苦悩・否認期までに早期介入ができなかった事例では、転換・消耗期、停滞期に移行して長い年月が過ぎ、事件に至る場合も出てくる。本研究より、混乱期や苦悩・否認期には本格的な介入に及び腰だった患者も、援助の求めには必ず応じてもらえることを感じとれば、早めの求助行動に結びつくと考えられ、回復過程の特性を踏まえ、DV被害者を支援する可能性が示唆されたといえる。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は看護観察に基づき受診者への気がかりをデー

タとして用いているため、DV被害者の視点や意見が入っておらず、被害者自身が思う回復段階と観察者が判断した回復時期とは異なることが予測される。また事例からも、DV被害者に対する看護職の理解が十分ではない場合は、ネガティブな対応や二次被害を与えてしまいかねず、専門家を交えたケース会議やDV被害者支援研修の必要性が示された。

DV被害者の診療場面において医療者は、DV被害者の精神状態の理解に努め、面接の場づくりに配慮し、どのようなコミュニケーションにおいても気遣いと思いやりの態度が含まれるよう意識し、DV被害者の二次被害を回避する必要がある²⁴⁾。また、警察などの関係機関に対する正確な情報の提供に努めること、および、調停や裁判に対処するための診断書や意見書の書き方を工夫することも重要である²⁵⁾ため、今後研修の充実を図っていく必要がある。

VI. 結論

本研究より、DV被害者は受診をきっかけに看護職との関係が生じ、苦悩期、停滞期を行きつ戻りつしながら、ゆるやかに回復過程をたどっていくことが見てとれた。一方、被害の期間が長引くほど回復の過程も長期化することが推測され、看護職を含む医療職の初期対応のなかで「困難な話を聞くというリスク」を自覚し、無意識に避けないで敬意を持ってDV被害者の話を聴くことが極めて重要であることが確認された。

謝辞

本研究を実施するにあたり、調査に協力してくださった看護職の皆様、ならびに介入の場を提供してくださった施設の皆様に心から感謝いたします。なお、本研究は文部科学省研究補助事業の助成を受けた研究の一部として実施し、分析については東京医科歯科大学大学院宮本真巳教授にご指導いただきました。この場を借りて深謝申し上げます。

引用文献

- 1) 片岡弥恵子：妊娠期におけるドメスティック・バイオレンス。日本公衆衛生雑誌，52 (9)，2005:789-795。
- 2) 東田有加：妊婦におけるドメスティック・バイオレンス被害の実態—面接式DVスクリーニングの逐語録より。母性衛生，51 (1)，2010：163-169。
- 3) 加藤治子：DV被害者女性の支援のために。ペリネイタルケア，21 (2)：100-104，2002。
- 4) 今田恭子：周産期医療におけるDV（ドメスティックバイオレンス）スクリーニングの取り組み。大阪母性衛生学会誌，

- 40 (1), 2004:30-32.
- 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会誌 17 (1), 2008 : 34-43.
 - 6) ジュディス・L・ハーマン：心的外傷と回復, 中井久夫訳, 小西聖子解説 みすず書房; 東京, 1999 : 46.
 - 7) 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. 東京, 2006.
 - 8) 独立行政法人国立印刷局：男女間における暴力に関する調査報告書. 平成13年調査報告書. 東京. 2003.
 - 9) 男女間における暴力に関する調査報告書. 平成18年調査報告書概要版. 東京, 2006 : 113.
<http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/images/pdf/chousagaiyou.pdf#search=> (オンラインアクセス2009. 9. 17)
 - 10) 小西聖子：ドメスティック・バイオレンス. 白水社; 東京, 2001 : 46.
 - 11) WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women : Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Summary report. 2005 : 16.
 - 12) Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, et al: Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA 273(22),1995:1763-1767.
 - 13) Harrykissoon SD, Rickert VI, Wiemann CM: Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. Arch Pediatr Adolesc Med 156 (4) ,2002:325-330.
 - 14) Glander SS, Moore ML, Michielutte R et al: The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. Obstet Gynecol 91 (6) ,1998:1002-1006.
 - 15) 鈴木由美：学生がとらえたモラル・ハラスメント 助産師学
生の男女間精神的暴力に関する講義より. 桐生短期大学紀要 18, 2007:131-136.
 - 16) 鈴木由美：モラル・ハラスメントについての調査 看護職はカップル間の精神的な暴力をどのようにとらえるか. 桐生短期大学紀要 18, 2007 : 79-85.
 - 17) 加茂登志子：ハイリスクグループへの対応 崩壊家庭家族間暴力がある家庭への対応. 精神科臨床サービス 7(1),2007: 101-105.
 - 18) 加茂登志子：DV被害者の医療現場における対応と治療. 治療 87 (12), 2005 : 3239-3244.
 - 19) 山田典子, 宮本真巳, 山本春江他：DV 被害者の回復過程における心象環境の変化と看護課題. 青森県立保健大学雑誌 7 (1), 2006 : 53-65.
 - 20) 川喜多二郎：KJ法 渾沌をして語らしめる. 中央公論社; 東京, 1986.
 - 21) 山田典子：スティグマをほらむDV問題をめぐる看護相談の課題. アディクションと家族27 (4), 2011.
 - 22) 小西聖子：犯罪被害者のメンタルヘルス. 誠信書房. 東京, 2008 : 198-209.
 - 23) 平成21年度警察白書:配偶者からの暴力事案への対応. 2009: 85.
<http://www.npa.go.jp/hakusyo/h21/honbun/pdf/21p01300.pdf> 平成22年1月9日検索.
 - 24) 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. 東京. 2006.
 - 25) Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, et al: Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA 273(22) , 1995:1763-1767.