

# 女性の健康問題としてのドメスティック・バイオレンス (DV) —タイ国保健医療関係者の取組み

ナガエ ミホ キタバヤシ ハルミ アオヤマ アツコ  
長江 美穂\* 北林 春美<sup>2\*</sup> 青山 温子\*

**目的** タイ国コンケン県のドメスティック・バイオレンス (DV) の状況と対策について、現地での質的調査結果をもとに報告する。保健医療機関を中心とした DV 対策モデルと、他の開発途上国での応用可能性について考察する。

**方法** コンケン市および周辺地域にて、DV 被害女性および保健医療など DV 対策関係者を対象として面接調査を実施した。DV によって引き起こされた健康問題、DV 対策の現状、課題と問題点について質的・定性的に把握した。また、被害女性の生活状況や DV 対応施設の状況を観察した。

**結果と考察** コンケン市内スラム地域で、インフォームド・コンセントを得られた DV 被害女性 4 人を対象に面接調査した。看護師とソーシャルワーカーが家庭訪問して発見した事例、地域の看護師、住民代表や僧侶らの連携により夫に暴力をやめさせる働きかけがなされた事例では、保健医療関係者の介入が効果的であったと考えられた。

コンケン県病院救急部、およびナンボン郡病院には、One-Stop Crisis Center (OSCC) と呼ばれる DV 被害女性に対応する施設が作られていた。専任職員がカウンセリングを担当するほか、DV に関する研修を受けた医師・看護師らが OSCC チームを構成し被害女性に対応していた。OSCC チーム構成員の DV に対する認識は高いが、人員不足、時間外対応の困難、精神的ケア不足などが問題点としてあげられた。病院、ヘルスセンター、地域住民との間には、被害女性の発見、紹介、経過観察や情報交換などの連携が行われていた。

しかし、OSCC チーム以外の病院職員、精神病院職員、検察官、家庭裁判所判事、女性職業訓練所職員などその他の関係者は、DV 事例の経験が殆んどなく DV に関する理解も乏しかった。これらの機関と OSCC との連携はほとんどなかった。また、タイでは、DV 対策法はまだ制定されていなかった。

タイでは、保健医療関係者が中心となって、DV 被害女性の発見とケアおよび支援対策を進めている。今後は、さらに関係者に対する DV 関連の教育研修を進め、他の関係諸機関や地域社会との相互連携を強化していくことが必要である。

法的規制や行政執行能力等が不十分な開発途上国でも、基本的社会サービスとしての保健医療体制は比較的機能している場合がある。それぞれの国の社会的背景に応じて、保健医療関係者を中核とした DV 対策を進めていく可能性が考えられる。

**Key words** : ドメスティック・バイオレンス (DV)、女性の健康問題、保健医療関係者、タイ、開発途上国

## 1 はじめに

ドメスティック・バイオレンス (DV) とは、

夫や恋人など、親密な関係にある男性から女性に対する暴力のことである\*。DV には、殴る・蹴るなどの身体的暴力、怒鳴る・無視する・行動を

\* 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学

<sup>2\*</sup> 国際協力事業団 (現: 国際協力機構)

連絡先: 〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65  
名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
青山温子

\* DV は、親密な関係にある者の間の暴力を意味しており、女性から男性への暴力の場合もあり得る。しかし、現実には、男性から女性への暴力が圧倒的に多いため、本研究では、男性から女性への暴力に限定して考えることとした。

制限するなどの精神的暴力、性行為を強要する・避妊に協力しないなどの性的暴力が含まれる<sup>1,2)</sup>。

DVは、世界的には、1970年代頃から女性に対する人権侵害であり深刻な社会問題であると認識されるようになり、1993年には「女性に対する暴力の撤廃に関する宣言」が国連総会で採択された<sup>3)</sup>。DVは、女性の健康に深刻な影響を及ぼすことが知られており、世界保健機関（WHO）は「DVは健康問題である」と提唱<sup>4)</sup>、世界銀行も、「DVは先進国・開発途上国を問わず広範に発生しており女性の疾病や死亡の相当な原因となっている」と報告している<sup>5)</sup>。さらに、1994年のカイロ国際人口開発会議<sup>6)</sup>、1995年の北京世界女性会議<sup>7)</sup>を経て、DVは、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）の一環として捉えられるようになった。

DVは、家庭内で起こるため、従来の刑事法などによる対策がしばしば困難であった。したがって、DVが社会的に重要な問題であることが認識されると、新たにDV対策のための法律を制定して取り組まれることが多い。日本では、1992年に、「夫（恋人）からの暴力」についての調査が行われて問題の深刻さが明らかとなり<sup>8,9)</sup>、2001年、「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（DV防止法）」が制定されるに至った<sup>10)</sup>。

その一方、一般に開発途上国では、十分な実態調査が行われておらず統計資料が少ないうえ、DV対策法が制定されていなかったり、法律があっても確実に執行されていなかったりすることが多い。また、DVは、社会的・文化的に慎重な配慮を要することの多い問題であり、先進国でのDV対策をそのまま開発途上国に適用するのは難しいと考えられる。

先進国においても、DVの被害女性は、警察や行政に助けを求めるより、まず医療機関を受診していることが多く<sup>11,12)</sup>、医師・看護師など保健医療関係者がDVの第一発見者となることは少なくない。また、DVに対応できるだけの司法・行政体制が十分確立されていない開発途上国においても、保健医療の体制はある程度整えられていることが多い。したがって、今後、開発途上国の保健医療関係者が、早期発見・再発予防などのDV対策において重要な役割を果たす可能性が期待さ

れる。

タイは、開発途上国の中でも、中央政府のリーダーシップのもと、全国の保健・一次医療体制が整備されてきた国として知られている。DVに対しても、保健医療機関が中心となった取り組みが始められており<sup>13)</sup>、今後、DV対策に取り組まなければならない開発途上国にとって参考となるばかりか、日本など先進国の保健医療関係者の役割を考えるうえでも興味深い。

この論文では、東北タイのコンケン県におけるDVの状況と保健医療機関を中心とした取り組みについて、現地での質的調査の結果をもとに報告する。タイにおける保健医療機関が中心となったDV対策モデルとその応用可能性について考察する。

## II 方 法

タイ国コンケン県コンケン市および周辺地域にて、2002年7月1日～12日、現地調査を実施した。調査の目的は、(1)DVによって引き起こされた健康問題の現状、(2)DV対策の現状、(3)DV対策の課題と問題点、について質的・定性的に把握することである。DV被害女性、およびDV対策関係者を対象とし、一定の質問項目から開始し質問を続けながら自由に話してもらい、セミストラクチャード・インタビュー方式による面接調査を実施した。なお、現地調査に先立ち、文献・資料によりタイにおけるDVの状況を調査した。

コンケン市内テバラク地区には、鉄道沿線公有地に郡部から移り住んだ貧しい人々がスラムを形成している。テバラク地区を管轄する一次保健医療機関（ミタパ・ヘルスセンター）の看護師の協力により、暴力被害女性6人を面接対象者として選定、インフォームド・コンセントを得たうえで、ミタパ・ヘルスセンターにて面接調査を実施した。年齢、職業、収入、教育、家族構成、暴力の内容・程度・頻度、相談する人・支援を求める場所、保健医療関係者の対応状況と要望などについて質問し自由に話してもらった。また、一部の面接対象者の家庭を訪問して、生活状況を観察した。

コンケン市内にあるコンケン県病院、および近郊のナンボン郡病院には、後述するように、救急部に One-Stop Crisis Center (OSCC) と呼ばれる

DV被害女性に対応する施設が設立されている<sup>14)</sup>。DV対策に関連する保健医療関係者として、コンケン県病院の医師2人、OSCCチームの救急部看護師6人、病棟看護師2人、OSCC専任ソーシャルワーカー1人、薬剤師1人、ナンボン郡病院OSCCの看護師2人、ミタパ・ヘルスセンターの看護師3人、コンケン県精神病院の臨床心理士1人、テパラク地区の住民ヘルス・ボランティア1人、計19人に対して、それぞれの所属する保健医療機関にて面接調査を行った。その他のDV対策関係者として、地方検察官2人、家庭裁判所判事2人、女性職業訓練所のソーシャルワーカー1人、仏教寺院の僧侶1人、計6人に対して、それぞれの職場を訪問して面接調査した。仕事の内容、DV被害者を支援した経験、支援をするうえで考えられる問題点、今後のDV対策などについて質問して自由に話してもらった。同時に、保健医療機関などの施設や活動状況を観察し資料を入手した。

### III 結 果

#### 1. タイにおけるDVの現状

タイにおけるDV発生頻度に関する調査研究の英語文献は少ないが、1994年バンコクの既婚男性を対象とした面接調査<sup>15)</sup>によると、約20%が妻に暴力を振るったことがあるという結果であった。これは夫が自覚している身体的暴力に限られるため、実際のDV頻度より低いと推定される。うえ、精神的暴力・性的暴力を加えれば、かなりの高頻度となることが予測される。

また、医療機関受診者を対象とした調査では、DV被害女性の12~21%は、妊娠中に身体的暴力を受けていた<sup>16)</sup>。妊娠中にDVが始まったりDVの頻度が増加したりすることは、英国などでの調査でも報告されている<sup>17,18)</sup>。妊娠中のDVによって流産のリスクは通常の2倍、低出生体重児のリスクは通常の4倍に増加すると報告されており<sup>5)</sup>、母児の健康に悪影響を及ぼすと考えられる。

#### 2. 保健医療機関によるDVへの取り組み

1998年、バンコクの病院が、マレーシアでの取り組みを参考にして、DV被害女性に対応するための施設を設立した<sup>13)</sup>。コンケン県では、1999年に県病院外傷センター内にDV被害女性に対応する施設、One-Stop Crisis Center (OSCC) が設

立され<sup>14)</sup>、その後、県内のナンボン郡病院にもOSCCが設立された。OSCC設立にあたっては、DVを重要な女性の健康問題と認識して取り組んだ、設立当時の外傷センター長やナンボン郡病院長のリーダーシップによるところが大きかったといわれている。

コンケン県病院は、県都コンケン市にある714床の公立三次病院であり、経済状況や社会階層に関わらず、あらゆる患者を幅広く受け入れている。OSCCは、救急部の一角に設けられていて、カウンセリング室と診察室がある。プライバシーが保たれるよう配慮はされているが、入口は救急部と共通である。OSCCには、専任のソーシャルワーカー1人が常勤し、救急部などから紹介されたDVの被害女性のカウンセリングを行っているほか、救急部や各診療科に所属する医師・看護師らが、併任でOSCCチームを形成している。OSCCチームは、専任・併任ソーシャルワーカー各1人、救急部・外科・産婦人科・小児科・眼科の医師5人、救急部・外科病棟・産婦人科病棟・外来の看護師18人の、計25人から成り立っている。OSCCチームメンバーは、DVに関する研修を受け、24時間体制で被害女性の治療にあっている<sup>19)</sup>。病院では、OSCCチーム以外の職員に対して、順次DVに関する研修を受講させる計画であった。

OSCCは、DV被害女性のほか、虐待児、近親者や知人などによる暴力被害者などに対応しており、それらを合わせた形で暴力被害者数を集計していた。2000年10月1日から2001年7月31日までの10か月間に、身体的暴力被害者231人、性的暴力被害者36人、計267人が、OSCCに紹介されていた。そのうち、夫や恋人を加害者とする身体的暴力被害者は84人であった。また、暴力被害者の約6割は、夜間・早朝に受診しており<sup>14)</sup>、入院後、または救急部にて外来治療後、翌日OSCCのソーシャルワーカーに紹介されていた。

ナンボン郡病院は、コンケン市郊外にある二次病院である。OSCCは、プライバシーに配慮して、救急部から少し離れた別棟に設けられており、OSCCでカウンセリングの受けられることを救急部に表示していた。カウンセリング研修を受けた看護師が専任となり、外来・病棟併任の看護師らとOSCCチームを作って対応、受診患者の中

からDV被害女性を見いだしてOSCCに紹介している。また、地域の一次医療施設であるヘルスセンターの看護師らと、被害者の発見とフォローアップに関する事例検討会を開いて、地域との連携に努めていた。DV被害女性を早期に発見するため、病院のOSCCスタッフが、地域住民に対してDVやOSCCの役割に関する情報提供をしていた。ヘルスセンター看護師や地域住民代表との連携により、被害女性の支援に成功した例として、トラック運転手をしている夫に車中で生活するよう強いられていた女性を救出し、清掃の仕事で斡旋して自立させた事例が紹介された。

### 3. コンケン市テパラク地区のDV被害女性の状況

コンケン市のスラム地域であるテパラク地区にて、インフォームド・コンセントを得られた暴力被害女性6人の面接調査を実施した。面接した女性のうち4人がDV被害者で、夫からさまざまな形の暴力を受けていた(表1)。なお、他の2人は、面接の結果、加害者が母親・近所の人と判明したため、DVの範疇に含めることができず除外した。

ケース1は、看護師・ソーシャルワーカーが家庭訪問して積極的に発見した事例であり、保健医

療関係者の積極的取り組みを評価できる。ケース2は、夫からHIVに感染させられたと判明した後も避妊を実行できず2児を出産した事例で、現在夫は行方不明であり、被害女性は自分と子どもの将来に著しい不安を抱いていた。ケース3は、幼少時から虐待を受けてきた女性が、成人後も虐待を容認する傾向のあることを示す事例と考えられた。ケース4は、看護師と地域住民代表らが連携して介入し、加害者への対応までなされた事例であった。

調査対象がスラム地域であったため、いずれのケースにおいても、DVの背景として、低い不安定な収入・飲酒・低い教育水準が認められた。被害女性はDVに関する認識がなく、ヘルスセンターの看護師らによる積極的支援が必要とされた。病院とヘルスセンター、ヘルスセンターと地域住民代表などとの、具体的連携が機能している事例も認められた。

### 4. 保健医療およびその他の関係者の意識

保健医療関係者19人、およびDV被害女性支援に関係があると考えられるその他の関係者6人に対し、面接調査を行なった(表2)。

コンケン県病院の医師2人、OSCCチームに属する救急部看護師6人、OSCC専任ソーシャ

表1 コンケン市テパラク地区で面接調査したDV被害女性

ケース	対象女性					暴力			支援者・支援機関
	年齢	教育	家計の月収	結婚年数	子どもの数	種類	内容	症状	
1	31歳	なし	3,000バーツ	14年	2人	身体的	殴る・蹴る	打撲・裂傷	コンケン県病院・ヘルスセンター
2	30歳	5年	2,800バーツ	7年	4人	性的	感染予防しない性行為	HIV感染	コンケン県病院
3	23歳	6年	2,500バーツ	同居1年	2人	精神的	暴言・非難	不安神経症	ヘルスセンター看護師
4	18歳	9年	3,000バーツ	2年	1人	身体的	殴る・蹴る	打撲・裂傷	ヘルスセンター・地域・寺院・警察
ケース	経 過								
1	夫は31歳・日雇い労働者。飲酒後夫に暴力を受けていたが、恥ずかしくて人に相談できなかった。顔が変形するほど殴られ口の中が約2cm切れているのを、家庭訪問したヘルスセンター看護師とコンケン県病院ソーシャルワーカーが見出し、ヘルスセンターで治療とカウンセリングを受けた。相談することができて、気分がとても楽になった。								
2	1回目の結婚で12歳の娘、2回目の結婚で6歳・3歳の息子と1歳の娘を出産した。4年前、体調不良でコンケン県病院受診。HIV感染が判明した。夫は、自分かHIVに感染していることを知っていたのに感染予防措置をとらなかった。1年半前、体調不良のため実家に戻った後、夫とは連絡が取れない。子供の将来を心配している。								
3	生まれた時から実の両親を知らず、養母に虐待を受け、その後祖父に育てられた。17歳より売春を始め、4年前、喧嘩して警察に逮捕された時、帰宅途中警察官に強姦されて妊娠出産した。1年前から、29歳の男性と同居しているが、毎日、飲酒後に暴言・非難などの言葉の暴力を受けている。								
4	夫は30歳・日雇い労働者。以前から殴る・髪を引っ張るなどの暴力を振るっていたが、1年前、頭部をひどく殴られヘルスセンターを受診した。ヘルスセンター看護師の助言により両親と一緒に警察に届け、さらに地域住民リーダーの介入により、夫は2ヶ月仏教寺院に預けられた。寺院から戻った後現在まで、暴力はない。								

表2 DV被害女性支援関係者

	職 種	所属・役職など	仕事内容	DV被害女性支援上の問題点と認識している事項など
保健医療 DV事例 経験有	医 師	コンケン県病院 産婦人科医長	診療, カウンセリング	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足; 精神的ケアが不十分; 被害者の法的保護が不十分
	医 師	コンケン県病院 地域医療部	付属ヘルスセンターでの診療, 医学生指導	医師のDVに関する知識が不足; 医師・医学生に対するDV被害者への対応法教育や事例検討などの強化が必要
	看護師	コンケン県病院 救急部看護師長	救急部看護師の統括	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 時間外の対応について検討することが必要; 人員不足
	看護師	コンケン県病院 外傷センター副 看護師長	OSCC チームの統括	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない; 保健医療関係者への教育研修強化が必要
	看護師	コンケン県病院 救急部	診療介助, カウンセリング, 患者記録	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足
	看護師	コンケン県病院 総務	事務処理, 診療会議参加	精神・心理面の専門家がおらず, 他機関との連携不十分で, 精神的ケアが不足
	看護師	コンケン県病院 産婦人科看護師長	産婦人科看護師の統括	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない
	看護師	コンケン県病院 カウンセリング	カウンセリング, 患者記録, 患者家庭訪問	日常業務が忙しくDV被害者に十分な時間が取れない; DV被害者はなかなか実態を話そうとしないため, 聞き取りが難しい
	ソーシャル ワーカー	コンケン県病院 OSCC	カウンセリング, 患者記録, 情報提供, 専門医紹介, 警察・検察官との連携	DV被害者は昼夜を問わず来診するため診療時間内対応が困難; 人員不足; 精神的ケアが不十分; 他機関との連携強化が必要
	看護師	ナンボン病院 OSCC	カウンセリング, 患者記録, 患者家庭訪問	一時保護施設, 健康保険などが不十分で, 社会的サポートが不足; 警察に報告後, 夫婦仲良く帰るケースがある; OSCCと地域の連携強化が必要
看護師	ナンボン病院救 急部	診療介助, カウンセリング, 患者記録	一時保護施設, 健康保険などが不十分で, 社会的サポートが不足; OSCCと地域の連携強化が必要	
看護師3名	ミタパ・ヘルス センター	診療介助, カウンセリング, 家庭訪問	DV被害者はなかなか実態を話そうとしないため, 聞き取りが難しい	
ヘルス ボランティア	テバラク地区	家庭訪問, 健康情報の提供, 住民データ収集	DVに関する情報・知識の不足; ヘルス・ボランティアを対象としたDVに関する教育研修が必要	
保健医療 DV事例 経験無	看護師2名	コンケン県病院 病棟	入院患者の看護	特になし
	臨床心理士	コンケン県精神 病院	カウンセリング	都市型への生活変化に伴う精神的ストレスのケアが必要
	薬剤師	コンケン県病院 薬剤部	調剤, 投薬	特になし
そ の 他 DV事例 経験無	検察官2名	コンケン県検察庁	加害者の訴追	虐待児童の事例は扱っているが, 成人女性に対するDV事例の経験はない; DV被害女性の保護など法的設備が必要
	判事2名	家庭裁判所	調停, 裁判	虐待児童の事例しか扱ったことがない
	ソーシャル ワーカー	女性職業訓練所	職業訓練・就職斡旋による自立支援	シェルターは1部屋あるが殆んど使われていない
	僧侶	寺院	宗教的指導, 被害者・加害者の相談・指導	低所得層より中高所得層夫婦に問題が多いようだが, なかなか状況を話さない; DV被害女性本人が問題解決方法を探す事が重要

ルワーカー1人、ナンボン郡病院 OSCC チームの看護師2人、ミタパ・ヘルスセンターの看護師3人、およびテパラク地区住民ヘルス・ボランティア1人の計15人は、DV 事例を経験しており関心が高く、DV を女性の健康問題と認識していた。OSCC チームに属する看護師らは、DV 被害女性への対応における問題点として、人員不足、DV 事例に対応するための教育研修不足、被害女性の精神的ケア不足、行政・司法機関など関係諸機関との連携不足などを挙げた。DV の発生は夜間に多く、早朝・夜間の受診者が多いため、対応が難しいことも指摘された。

その他の4人、すなわち、コンケン県病院の病棟看護師2人、薬剤師1人、およびコンケン県精神病院の臨床心理士1人は、DV 事例の経験がほとんどなく、DV を個人的問題と捉え、女性の健康問題とは認識していなかった。

その他の関係者として、面接調査に協力の得られた、地方検察庁検察官2人、家庭裁判所判事2人、女性職業訓練所ソーシャルワーカー1人、仏教寺院僧侶1人の計6人に対して、DV 事例の経験、所属機関の役割などについて質問した。検察官と判事はDV 事例の経験がなく、DV を個人や家庭内の問題と捉えていた。女性職業訓練所職員もDV 事例の経験は少なく関心も低かった。これら関係諸機関の間では、DV の事例検討や情報交換などは行われていなかった。

## IV 考察と展望

### 1. 女性の健康問題としてのDV

面接調査したDV 被害女性、およびOSCC チーム関係者の話から、タイにおいても、DV が女性の健康に深刻な影響を及ぼしていることが判明した。殴る・蹴るなどの暴力により、入院を要するほどの外傷に至ることも稀ではなかった。先進国・途上国を問わず、DV は、被害者・加害者の社会的・経済的状况に関わらず発生することが知られているが、今回の調査で、直接面接した事例や、OSCC 関係者から説明された事例では、貧困・飲酒を背景とするものが多かった。

目にみえる身体的暴力に対する取り組みに比し、精神的暴力や性的暴力に対する取り組みは遅れていた。DV 被害女性はOSCC でカウンセリングを受けることができるが、専門医による精神

的ケアはなされておらず、また、精神病院ではDV 事例をほとんど扱っていなかった。先進国の調査結果では、精神的暴力により、抑うつ、不安神経症、頭痛・胃痛などの心身症、アルコール・薬物依存症などが引き起こされ、最終的に自殺に至る場合も少なくない<sup>20~22)</sup>。関係機関相互の連携体制を強化して、精神的ケアにも取り組むべきであると考えられた。

また、性的暴力により性感染症・望まない妊娠などが生じることが知られているが<sup>23,24)</sup>、タイは成人HIV感染率が比較的高いため<sup>25)</sup>、性的暴力によりHIV感染の拡大や母児感染が引き起こされてしまう危険があった。タイでは積極的なHIV/AIDS予防対策が効を奏し、新しい感染は激減している。また、感染率の高い北部タイなどでは、患者・感染者を支援する地域社会・NGO活動も活発である。HIV対策プログラムは、DV対策よりも、資金的にも人材面でも充実しているので、HIV感染原因の1つとしてDVに対応していくことが必要と考えられる。また、たとえば、患者・感染者のエンパワーメントを目指す地域社会活動の手法は、DV被害女性の自立支援にも適用できると思われる。

### 2. 保健医療関係者の果たす役割

先進国においては行政機関やNGOがDV対策の中心的役割を果たしているが、被害女性は、まず医療機関を受診することが多く、保健医療関係者は、DV被害の第一発見者となる場合が多い。しかし、その一方、米国での調査でも、保健医療関係者は女性の外傷や症状がDVに起因するという認識が低いと報告されている<sup>26)</sup>。日本のDV防止法は、医療関係者に、DV被害の通報できること、被害者に情報提供するよう努めることを規定しているが<sup>10)</sup>、医療機関での対応法は十分議論されておらず<sup>27)</sup>、直接DV対策の責を担う行政・司法関係者に比して保健医療関係者のDVに対する認識が低いと言われている<sup>28)</sup>。

保健医療関係者の果たす役割として、DVの早期発見、再発予防、および引き起こされた障害の治療などがあげられる。保健医療関係者がDV事例であることを見いだして診断・治療しないと、原因としてのDVが見過ごされてしまい、その後の経過に大きな影響を及ぼす。DVの本質を理解していないために、保健医療関係者の不用

意な言動が、DV被害女性にさらに二次の被害ともいえる精神的被害を与えてしまう恐れもある。また、原因がDVであることを見落とし適切に介入しなかったために、繰り返しDVの被害を受けて受診する女性が多いという報告もある<sup>29)</sup>。

保健医療関係者は、DVに関する認識を高め、対応法を系統的に学ぶ必要がある。たとえば、米国では、1992年以来、DVのスクリーニングに関する教育が研修指定病院などに義務付けられている<sup>30)</sup>。コンケン県病院においても、DV研修を受けたOSCCチーム看護師らと研修を受けていない病棟看護師らとでは、DVに対する認識の違いが認められており、今後順次スタッフの研修を進める計画であった。

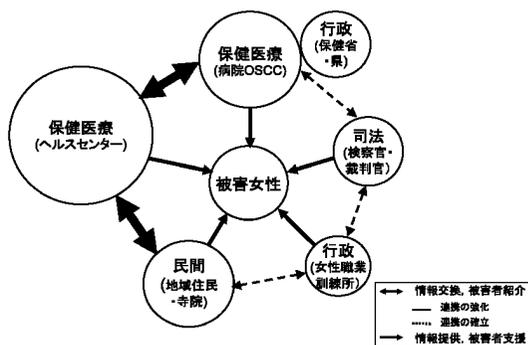
### 3. タイでの取り組みからの提言

タイでのDV対策実施上の問題点として、次の事項が挙げられる。(1)公表された統計資料が少なく、女性の健康に対する深刻な影響が顕在化していない。(2)DV対策法がなく被害女性の法的保護が不十分である。(3)検察官、裁判官、職業訓練所など関係諸機関職員のDVに関する認識が乏しく、DV対策に果たす役割が弱い。

これらの問題点は、他の開発途上国と共通する点が少ない。開発途上国では、女性の人権を守る法律が十分に整備されていなかったり、法律はあっても実行能力が乏しかったりすることがしばしばみられる。その一方、保健医療分野は、プライマリ・ヘルス・ケアに関わるヘルス・ボランティアを養成するなどして、システムが、ある程度機能している場合が少なくない<sup>31)</sup>。また、DVは家庭内で起こるうえ、文化的規範や価値観が関与しており、外部からの直接介入が困難な場合が多い。しかし、保健医療分野からの介入は、外傷など目にみえる問題を対象としているし、健康を守るという共通の価値観に基づくため、DV対策のきっかけとして取り組みやすいと考えられる。

その一方、被害女性の発見、ケア、再発予防、自立支援などの一連のDV対策には、保健医療機関だけでなく、行政機関、司法機関、地域社会やNGOなどとの連携と協力が不可欠である。保健医療関係者は、他の関係者と密接に情報交換し、それぞれの役割を十分に把握して、DV被害女性に対して適切な支援を提供しなければならない。タイでは、OSCCとヘルスセンター、ヘル

図1 タイにおける保健医療関係者を中核としたDV対策モデル



スセンターと住民ヘルス・ボランティアの連携はあったが、保健医療機関と行政・司法機関など関係諸機関との相互の連携は、ほとんど行われていなかった。今後は、より正確な状況把握と関係諸機関の密接な連携が必要である。

タイでの取り組みをもとに、保健医療関係者を中心とするDV対策モデルを示す(図1)。まず、保健医療機関相互や保健医療機関と地域住民の連携は、一層強化するべきである(両向き矢印)。病院、ヘルスセンター、地域住民との間の情報交換を密接にすることにより、DVの早期発見が効果的に行える。つぎに、現在タイではまだ不十分ではあるが、関係諸機関相互の連携を確立する必要がある(点線両向き矢印)。保健医療機関が中心となり、行政・司法機関などの関係者と、事例検討や情報交換を行い相互の連携を進めるべきである。そのうえで、各関係者はそれぞれの役割を明確にし、DV被害女性に対して適切な社会的支援を与えていくことができる(矢印)。

タイでの経験が、経済的・社会的・文化的背景の異なる他の途上国に対し、必ずしもそのまま適応できるわけではないものの、保健医療関係者が中心となったDV対策という概念の応用は可能であろう。タイでのDV対策モデルを応用していくには、それぞれの国の社会的背景に応じて、保健医療関係者に対する研修と関係諸機関相互の連携が必要である。

## V おわりに

DVは、開発途上国においても、女性の人権を侵害し健康に大きな影響を及ぼしている。法的枠

組みや行政執行能力が不十分な途上国においても、保健医療機関は比較的機能している場合がある。タイでの保健医療関係者を中核とした取組みは、他の国々のDV対策にも応用できる可能性がある。

タイ国コンケン県現地調査では、以下の関係者・機関にご協力いただいたことを深謝する。コンケン県病院長Dr. Vithya Jarupoonphol, 外傷センター長Dr. Witaya Chadbunchachai, コンケン県病院OSCC, ナンボン郡病院OSCC, コンケン県精神病院, ミタパ・ヘルスセンター, 検察庁, 家庭裁判所, 女性職業訓練所。

本研究には、日比野記念医学研究基金, 厚生労働省国際医療協力委託研究費, 日本学術振興会科学研究費の助成を受けた。

(受付 2002.12.10)  
(採用 2004. 3.18)

## 文 献

- 1) Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L. Baltimore. Johns Hopkins University School of Public Health. 1999; 11.
- 2) Campbell JC. Health consequence of intimate partner violence. The Lancet. 2002; 359: 1331-1336.
- 3) United Nations (UN). A/RES/48/104: General Assembly 85th plenary meeting, 20 December 1993, 48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women. New York: UN, 1993.
- 4) World Health Organization (WHO). Violence against women: A priority health issue. Geneva: WHO, 1997.
- 5) The World Bank. Violence against women as a health issue. World Development Report 1993. Washington: Oxford University Press, 1993; 50-51.
- 6) UN. Report of the International Conference on Population and Development, (ICPD) Cairo, 5-13 September 1994, Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: UN, 1994.
- 7) UN. Report of the Fourth World Conference on Women (FWCW), Beijing, 4-15 September 1995, Beijing Declaration and Platform for Action. New York: UN, 1995.
- 8) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会. 「夫(恋人)からの暴力」についての調査研究報告書. 東京: 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会, 1995.
- 9) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会編. ドメスティック・バイオレンス. 東京: 有斐閣, 1998.
- 10) 男女共同参画会議, 女性に対する暴力に関する専門調査会. 「配偶者からの暴力の防止および被害者の保護に関する法律」の円滑な施行について. 東京: 内閣府男女共同参画局, 2001.
- 11) 東京都生活文化局女性青少年部女性計画課編. 「女性に対する暴力」調査報告書. 東京: 東京都政策報道室都民の声部情報公開課, 1998.
- 12) Hathaway J, Silverman J, Aynalem G, et al. Use of medical care, police assistance, and restraining orders by women reporting intimate partner violence-Massachusetts, 1996-1997. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2000; 49: 485-488.
- 13) The World Bank/Office of the National Commission on Women's Affairs. Out of the silence: Fighting violence against women in Thailand. Bangkok: Office of the National Commission on Women's Affairs, 2000.
- 14) Kitabayashi H, Sriwaat S, Kammanas Y. The situation concerning violence against women and a response by the public health sector in northeastern Thailand. Journal of Asian Women's Studies. 2002; 11: 17-30.
- 15) Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. Journal of Marriage and the Family. 1994; 56: 131-146.
- 16) Thanaudom D. Family violence: A study in pregnant women. Bangkok: Mahidol University. 1996.
- 17) Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, et al. Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. BMJ. 2002; 324: 274-277.
- 18) Leung TW, Leung WC, Chan PL, et al. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 77: 47-54.
- 19) Grisurapong G. Establishing a one-stop crisis center for women suffering violence in khonkaen hospital, Thailand. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 78: S27-S38.
- 20) Leserman J, Li Z, Drossman DA, et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: The impact on subsequent health care visits. Psychological Medicine. 1998; 28: 417-425.
- 21) McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. Annals of Internal Medicine. 1995; 123: 737-746.
- 22) Morton E, Runyan CW, Moracco KE, et al. Partner homicide-suicide involving female homicide victims: A population based study in North Carolina, 1988-1992. Violence Victims. 1998; 13: 91-106.

- 23) Gazmararian JA, Adams MM, Saltzman LE, et al. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; 85: 1031-1038.
- 24) Letourneau EJ, Holmes M, Chasedunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*. 1999; 9: 115-120.
- 25) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/WHO. Thailand: Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infection: 2000 update. Geneva: UNAIDS/WHO, 2000.
- 26) Gerbert B, Gansky SA, Tang JW, et al. Domestic violence compared to other health risks: A survey of physicians' beliefs and behaviors. *Am J Prev Med*. 2002; 23: 82-90.
- 27) 加納尚美, 中村安秀, 桜山豊夫, 他. 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. *日本公衛誌*. 2000; 47: 394-402.
- 28) 友田尋子, 菅田貴子, 明石知子, 他. DV (ドメスティック・バイオレンス) のネットワークに関する調査—その1. 病院での取り組みについて. *母性衛生*. 2002; 43: 117-126.
- 29) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA*. 1993; 267: 3184-3189.
- 30) 山田真由美. アメリカ・マサチューセッツ総合病院におけるDV対応プログラムと医療スタッフトレーニング. *助産婦雑誌*. 2000; 54: 45-49.
- 31) 青山温子, 原ひろ子, 喜多悦子. 開発と健康: ジェンダーの視点から. 東京: 有斐閣, 2001.
-

## DOMESTIC VIOLENCE AS A WOMEN'S HEALTH ISSUE —ACTIVITIES OF HEALTH PROFESSIONALS IN THAILAND

Miho NAGAE\*, Harumi KITABAYASHI<sup>2\*</sup>, and Atsuko AOYAMA\*

**Key words** : domestic violence (DV), a women's health issue, health professionals, Thailand, developing countries

**Objectives** This paper reports the results of a qualitative study on domestic violence (DV) and interventions against DV in Khon Kaen province in northeastern Thailand. We analyzed the roles of health professionals for identifying, treating and supporting abused women, and examined a network model of DV interventions in developing countries.

**Methods** We interviewed abused women, health professionals, staff of the government and legal authorities, community health workers and other relevant people in Khon Kaen city and surrounding areas. We analyzed the health consequences of DV, and the roles of health professionals and other actors regarding care and assistance for abused women. We also visited and observed homes of the victims and health facilities where those women were treated.

**Results and Discussion** We interviewed 4 abused women in a slum area. One of the women was identified by a nurse of a nearby health center and a social worker when they visited homes in the area. Another woman was successfully supported by nurses of the health center, a community leader and a Buddhist monk. Health professionals played important roles in identifying, treating and protecting abused women. The Khon Kaen provincial hospital established an One-Stop Crisis Center (OSCC) to provide counseling, care and protection for physically or sexually abused women, with a team consisting of doctors, nurses and social workers who were trained in the care of abused women. The Nampol community hospital in a suburban area also established an OSCC to work together with health centers and communities for effective intervention. OSCC team members pointed out several problems: insufficient mental care, shortage of staff, and the difficulty of caring for women coming to the hospital at night or early in the morning. In Thailand, a legal framework against DV has yet to be established and government agencies are not greatly involved in DV interventions. Health professionals play leading roles in identifying, treating and supporting abused women in Thailand. It is important to provide relevant training for health professionals and to develop cooperation networks with government staff and legal authorities, community health workers, and community leaders. Legal frameworks for protecting and supporting DV victims are often insufficient in developing countries, while health care systems tend to be more reliable. Taking into account the social background, health professionals in developing countries can be expected to continue to play the most important role in looking after abused women.

---

\* Department of International Health, Nagoya University School of Medicine

<sup>2\*</sup> Japan International Cooperation Agency