

# ドメスティック・バイオレンス (DV)

## —公衆衛生の視点から—

ウノヒデオ\* ウイシオリ\* アヤマ アツコ\*  
宇野日出男\* 宇井志緒利\* 青山 温子\*

ドメスティック・バイオレンス (domestic violence; DV) とは、夫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 は女性の人権侵害であるとともに健康に関わる問題であるが、複雑な背景要因の存在する DV に対して、公衆衛生の視点からいかに介入していくかが課題である。

本稿の目的は、日本および世界各地でこれまでに実施されてきた、多方面からの DV 対策について概観し、日本における、今後の保健医療分野からの取り組みの方向性を展望することである。

これまでに、DV 対策法の整備、緊急支援としてのシェルターの提供、NGO による支援活動、あるいは暴力加害者への介入など、多方面から DV に対する取り組みがなされてきた。保健医療分野では、欧米での医療従事者に対する体系的 DV 教育や、アジアや南米での医療機関を中核とする DV 被害女性支援ネットワーク形成などが実施されてきた。

保健医療分野からは、幅広い DV 対策のなかでも、DV 被害女性の早期発見と治療、DV 再発の予防に貢献できると考えられる。しかし、これまでは、保健医療従事者に対する体系的 DV 教育が不足しており、医師と被害女性の認識にずれがあったり、DV に対する理解不足のため発見できなかったり、他の関連機関との連携不足により対応困難であったりした。

日本でも、今後は、保健医療分野からも DV 対策に積極的に取り組むべきであると考えられる。たとえば、母子保健事業の一環として、児童虐待と DV に対して包括的に取り組んでいけるのではないだろうか。また、欧米の医療従事者教育を参考に、マニュアルやガイドラインを整備し、第一線の医療者の意識を変えていく必要がある。さらに、これまでの各方面からの取り組みを評価・検証して、より有効な対策法を検討していくべきである。

**Key words:** ドメスティック・バイオレンス (DV), 女性の健康, 公衆衛生的問題, 保健医療分野からの取り組み

### 1 はじめに

ドメスティック・バイオレンス (domestic violence; 以下 DV) とは、夫や恋人などの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<sup>1</sup>。DV は、1970年代の欧米諸国を中心とした女性解放運動以降、少しずつ社会的に認知されるようになった。1990年代になると、女性に対する重大な人権侵害として、国際的課題として取り組まれるようになり<sup>1)</sup>、1993年の国連総会で、「女

性に対する暴力の撤廃に関する宣言」が採択された<sup>2)</sup>。

女性に対する暴力は、身体的暴力、性的暴力、精神的暴力に大別される。世界保健機関 (World Health Organization; WHO) や世界銀行が指摘しているように、どのような形の暴力も、女性の健康に深刻な影響を及ぼす<sup>3,4)</sup>。さらに、1994年のカイロ国際人口開発会議、1995年の北京世界女性会議を経て、DV は、リプロダクティブ・ヘルス

\* 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学  
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  
宇野日出男

<sup>1</sup> 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、本稿では、男性から女性への暴力に限定して議論を進めることとした。

(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<sup>5,6)</sup>。

DVの発生する背景には、ジェンダー、貧困、社会文化的規範など、さまざまな社会的・文化的・経済的要因がある<sup>7)</sup>。したがって、DVの予防や被害女性の保護・支援を効果的に進めるには、保健医療分野を含め、多方面からのアプローチが必要とされている。

本稿では、国内外の文献資料を分析することによって、まず、日本および世界各地でこれまでに実施されてきた、多方面からのDV対策と保健医療分野からの取り組みについて概観する。それに基づいて、今後日本における保健医療分野からの取り組みの方向性を展望する。

## II これまでのDV対策と保健医療分野からの取り組み

### 1. 多方面からのDV対策

#### 1) 法整備

DVは家庭内で発生するために、明らかな人権侵害であるにも関わらず、従来の刑事法などでは、対応が困難であった。DVに特化した法律を制定することにより、DVは個人や家庭内の問題ではなく社会の問題であり、社会は暴力を容認しないという明確なメッセージを伝えることができる<sup>1,8)</sup>。1980-90年代には、世界的にDVに特化した法律が新しく制定されたり、既存の刑法を改正したりする動きがみられた。日本では、2001年4月に「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法)」が制定され10月から施行された。

#### 2) 被害女性に対する緊急支援

女性の一時的な緊急避難の場所としてのシェルターは、1971年に英国で最初に設立されて以来、次第に世界中に普及した<sup>9)</sup>。米国では1970年代から、女性による草の根的運動を通して民間シェルターが増加し、1990年以降には、全米で1,000施設以上が設置された<sup>10)</sup>。

日本では、福祉事務所、医療機関、婦人相談所、児童相談所、法曹等さまざまな機関が、被害女性の支援に関わってきた<sup>11)</sup>。民間のシェルターは、1990年代半ばより全国各地に設置されるようになり<sup>12)</sup>、2001年末までに全国で35施設を数えるに至った<sup>13)</sup>。

### 3) 民間団体の活動

世界各国で、非政府機関(non-governmental organizations; 以下 NGO)<sup>2)</sup>が、被害女性の緊急避難・家庭訪問、警察・裁判所や保健・福祉関係機関との調整、生活・自立支援など、行政機関の手の及ばない活動を展開し、都市部では医療機関とも連携して活動している<sup>14)</sup>。日本でも、昨今の民間シェルターの増加にみられるように、NGOが公的機関の活動を補完するようになってきている。

### 4) 暴力加害者への介入

DVの予防には、加害男性を対象とした介入が必要ではあるが、実際には1970年代まで、男性を対象としたプログラムは存在せず、最近20年間に世界各国に次第に普及してきた<sup>15)</sup>。米国では、州法により加害男性に治療プログラムを受けさせることになっているが、実際には、約半数が途中で脱落している。

日本でも、1990年代後半頃より、NGOによる男性への教育プログラムが実施されるようになった<sup>16,17)</sup>。グループワークを通して、日頃抱いている感情や気持ちを共有し、男性達が少しずつ変化していくという取り組みが行われている。

## 2. 保健医療分野からの取り組み

### 1) 医療従事者に対する教育

米国では、1980-90年代に、Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)、その他多くの学術団体などが、医師向けのガイドラインなどを作成して、医療現場における被害女性のスクリーニングの必要性を訴えてきた<sup>18,19)</sup>。また、1992年にJCAHOは、救急部などでのDVのスクリーニング、処置、対応方針と手順を定めるよう、医師の卒後研修指定病院に義務付けた<sup>20)</sup>。医学部教育や卒後研修カリキュラムにも、DVへの対応方法が組み込まれるようになり、多くの医師のDVに対する意識が高ま

<sup>2)</sup> NGOとは、公共の利益や社会的弱者の救済等のため、営利を目的とせず市民が主体的に活動する民間団体のことである。他に、NPO (non-profit organizations), PVO (private voluntary organizations), CSO (civil society organizations) 等の呼称があり、日本では国内で活動する機関をNPOと呼ぶ場合が多い。本稿では、日本・外国の団体を含めて、NGOと総称することとした。

ったと報告されている<sup>21)</sup>。

## 2) 医療機関の取り組み

カナダでは、1992年に、政府の助成のもと、バンクーバー病院においてDVに対する取り組みが始められた<sup>22)</sup>。救急部スタッフに対するDV教育、看護師によるトリアージとスクリーニング、迅速な保護などのための専属スタッフ配置などが実施された。

院内のみならず、医療機関を中心とした地域のDV支援ネットワーク作りに組織的に取り組んでいる事例もある。マレーシアでは、1994年、クアラルンプール総合病院に、DV専門に対応する部門 One-Stop Crisis Centre (OSCC) が国内で最初に開設された<sup>23)</sup>。現在では全国の都市部にある108病院にOSCCが設立されている。政府機関やNGOなど関連機関と連携して、被害女性を包括的に支援するために、OSCCには、さまざまな専門職からなるチームが構成されている。被害女性が来診すると、まず女性看護師とNGOボランティアが相談を受け、重症度を評価する。その後、女性医師による診療と記録が行われ、必要なら産婦人科など専門医に紹介する。また、暴力の証拠が正確に記録されるよう、法医学の専門家が助言している。OSCCは一時宿泊施設も備えている。

ボリビア、エクアドル、ペルーの南米3カ国においては、1995年から4年間、地域を主体として医療機関と関連する他機関とのネットワークを構築するプロジェクトが、WHOとオランダ政府の支援により実施された<sup>23)</sup>。

## III 日本における保健医療分野からの取り組み

### 1. DV対策の課題

#### 1) 中核となる公的機関の機能

DV法は、国や地方自治体の責務と、通報、相談、保護、自立支援などの体制について規定している。各都道府県に設置される配偶者暴力相談支援センター（以下、支援センター）は、被害女性の保護、カウンセリング、福祉情報の提供などに対応する責務がある。支援センターの多くは婦人相談所に設置されており、次いで児童相談所、女性センターなどであり、保健所や市町村保健センターに設置した都道府県はない。支援センターが

DV対策の中核となり、保健医療機関とどのように連携していくかが課題である。

#### 2) 医療従事者の役割と課題

医療機関を訪れる女性のなかには、DV被害者が存在する可能性があり、DV法においても医療従事者の通報権限を規定している。とくに内科、外科、産婦人科、救急部など一次医療担当者は、女性が暴力被害を受けているかを判断し、一時保護施設や支援機関を紹介することができる立場にいる<sup>19,24)</sup>。

しかし、多くの場合、医師は被害女性のSOSサインに気づかず見過ごしてきた<sup>18,25)</sup>。被害女性に対して、鎮痛剤や精神安定剤などを投与するというその場しのぎの対症療法をしてしまうことで、かえって暴力に対する注意力を緩慢にして暴力を受けやすくしてしまい、その結果、自殺、アルコール依存などを引き起こしてしまう可能性がある。被害女性を見過ごしたために、引き続き暴力が繰り返されてしまうという報告もある<sup>26)</sup>。

また、被害女性は、羞恥心のために、自らすすんで暴力・虐待の経験を語りたがらないことが多い<sup>19,27)</sup>。他方、事実を打ち明けたところ、医師に嫌な顔をされたとか、取り合ってくれなかったなど、医療従事者側の態度に問題がある場合もある。

医師がDVを見過ごしてしまう原因として、第一に、DVに関する知識不足と、DVに対応するための教育・訓練の欠如が挙げられる<sup>18,25)</sup>。日本では、医師の卒前・卒後教育に、DVに関する事項はまだ体系的に取り入れられておらず、これまでは、個人的努力で対応してきたといえる。

第二に、医師を含めて社会全体に、DVに対する誤った認識があることである。誤った認識とは、(1)DVはめったにない、(2)DVは正常に見える夫婦間には存在しない、(3)DVは個人や家庭の問題で外部の人間が介入すべきでない、(4)暴力を受けるのは女性の方に何か問題がある、というものである<sup>18)</sup>。

第三に、DVに関して話すとは患者の感情を害するのではないかという不安感や、DVに対して何もできないという無力感・挫折感を、医師が抱いていることである<sup>28)</sup>。確かに、DVは決して容易に対応できる問題ではなく、どのような機関に相談あるいは紹介すべきか判断が難しい場合もある。また、日常診療時間中に医師がゆっくりと被

害女性の話に耳を傾ける時間が乏しいのも現状である。

## 2. DV 対策の展望

### 1) 公衆衛生の視点

公衆衛生の視点から DV に取り組む場合、DV の発生を予防するよう積極的介入を行う一次予防、被害女性を早期に発見し治療する二次予防、DV の後遺症に対するリハビリテーションと再発防止、自立支援を目的とする三次予防が考えられる。

日本には、第二次世界大戦前より築き上げてきた母子保健分野の実績があり、DV 対策にもそのシステムを生かすことができるのではないかとと思われる。たとえば、DV 対策を母子保健事業のなかの一つに位置づけ、地域保健の担い手である保健所、市町村保健センターが、DV 法により設置された支援センターや関連諸機関と連携して、被害女性支援システムを構築していくことである。

DV 対策を母子保健事業の一環として位置付けるのは、DV と児童虐待に包括的に対応するという観点からも、利点があると思われる。被害女性と一緒に子どもを保護しなければならない場合は多いし、また、DV の起きている家庭では、子どもに対する虐待も同時に起きていることがある。虐待を受けた子どもは、将来暴力の加害者となったり、暴力被害を受けても容認する傾向が生じたりする可能性があり<sup>29)</sup>、児童虐待対策は将来の DV 予防にも繋がる。

日本では、児童虐待に対する施策が DV 対策よりも先行しており、地方自治体のなかには子育て事業のなかで、すでに児童虐待支援のネットワーク作りに取り組んでいるところもある<sup>30)</sup>。今後は、DV を含めて母子保健関係機関内でのネットワーク作りがますます必要となってくると予想される<sup>31)</sup>。

### 2) 医療従事者教育

医療従事者は、DV の社会的背景を理解して対応を誤らないようにし、さらに、シェルターなど地域や関係機関との連携・協力体制を強化する必要がある<sup>14,18)</sup>。

被害女性に適切に対応するには、医療従事者に対する継続的な教育・訓練が必要である。医学部や看護学部などの卒前教育、卒後教育に、DV に関する事項を体系的に取り入れるべきである。そ

のためには、医学・看護学などの教員に対する教育・研修が急務である。

また、一次医療を担当するすべての診療部におけるプロトコール作成が不可欠である。DV 被害女性に対する医学的対応方法、他の関係機関との連携方法などといった対応マニュアルが必要で、診療所や病院の一次医療を担当する部門に常備され、医療従事者が日常診療のなかで使用しやすいものでなければならない。

### 3) 継続的研究

DV の実態に関する疫学的な調査は、これまで世界各国で実施され、その実態を明らかにしてきた。しかしながら、DV 対策の評価・研究は不十分である<sup>14,24)</sup>。たとえば、医療現場で DV 被害女性を同定するためのスクリーニング、被害女性に対するカウンセリングなど、その有効性の評価・研究は、欧米諸国においても不足している<sup>21)</sup>。日本においても、いろいろな分野からの取り組みの経験を共有し、さまざまな対策の有効性を検証し、より効果的な対策を形成していくことが必要である。

## IV おわりに

DV は、重大な人権侵害であると同時に女性の健康問題である。DV 対策には多方面からの対策とそれらの連携が必要である。保健医療分野においては、DV 対策を既存の公衆衛生活動の一環に組み込んでいくことや、医療従事者の教育とガイドライン作成など、多くの重要な取り組みが必要とされている。

(受付 2003. 7.14)  
採用 2004. 3.18)

## 文 献

- 1) Carrillo R. Overview of international human rights standards and other agreements and responses of the judicial system to violence against women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002; 78: 15-20.
- 2) 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.
- 3) World Health Organization (WHO). Violence against women: A priority health issue. Geneva: WHO,

- 1997.
- 4) The World Bank. Violence against women as a health issue. World Development Report 1993. Washington, DC: Oxford University Press, 1993; 50-51.
  - 5) 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.
  - 6) 「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.
  - 7) Heise LL. Violence Against women: An integrated, ecological framework. Violence Against Women 1998; 4: 262-290.
  - 8) WHO. Violence by intimate partners. World Report on Violence and Health. WHO: Geneva 2002; 87-122.
  - 9) Berk RA, Newton PJ, Berk SF. What a difference a day makes: An empirical study of the impact of shelters for battered women. Journal of Marriage and the Family 1986; 48:481-490.
  - 10) 波田あい子. ドメスティック・バイオレンスとは. 公衆衛生 1999; 63: 532-536.
  - 11) 友田尋子, 誉田貴子, 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.
  - 12) 福原啓子. 市民によるボランティアの育成と活動の実際. 公衆衛生 1999; 63: 855-859.
  - 13) 内閣府男女共同参画局. 女性に対する暴力. 内閣府編. 男女共同参画白書. 東京: 内閣府, 2003; 70-77.
  - 14) Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. The Lancet 2002; 359: 1509-1514.
  - 15) Arias I, Dankwort J, Douglas U, et al. Violence against women: The state of batterer prevention programs. The Journal of Law, Medicine, & Ethics 2002; 30: 157-165.
  - 16) 中村 正. ドメスティック・バイオレンス加害者治療の試み: 「男の非暴力グループワーク」の経験から. アディクションと家族 2000; 17: 280-286.
  - 17) 斉藤 学. 配偶者暴力加害者(男性)のための治療プログラムの試み: その参加者, 内容, 治療効果. アディクションと家族 2003; 19: 525-539.
  - 18) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Physicians and domestic violence: Ethical considerations. JAMA 1992; 267: 3190-3193.
  - 19) Rhodes KV, Levinson W. Interventions for intimate partner violence against women: Clinical applications. JAMA 2003; 289: 601-605.
  - 20) Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. Am J Prev Med 2001; 21: 93-100.
  - 21) 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.
  - 22) Hotch D, Grunfeld AF, Mackay K, et al. An emergency department-based domestic violence intervention program: Findings after one year. The Journal of Emergency Medicine 1996; 14: 111-117.
  - 23) International Council on Management of Population Programmes (ICOMP). Innovative approaches to population programme management: Violence against women. Selangor: ICOMP 2001; 53-112.
  - 24) Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: Scientific review. JAMA 2003; 289: 589-600.
  - 25) Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding care of abuse victims. Southern Medical Journal 1997; 90: 1075-1080.
  - 26) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Violence against women: Relevance for medical practitioners. JAMA 1993; 267: 3184-3189.
  - 27) McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside "Pandora's box": Abused women's experiences with clinicians and health services. Journal of General Internal Medicine 1998; 13: 549-555.
  - 28) Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence: Opening Pandora's box. JAMA 1992; 267: 3157-3160.
  - 29) ニール・ジェイコブソン, ジョン・ゴットマン. 戸田律子, 訳. 夫が妻に暴力をふるうとき: ドメスティック・バイオレンスの真実. 東京: 講談社, 1999.
  - 30) 岸本節子. 児童虐待と公衆衛生活動. 公衆衛生 1997; 61: 659-664.
  - 31) 松井一郎, 谷村雅子. 虐待予防の地域中核機関としての保健所は機能しうるか. 小児保健研究 2000; 59: 445-450.
-

## DOMESTIC VIOLENCE—PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES

Hideo UNO\*, Shiori UI\*, and Atsuko AOYAMA\*

**Key words** : domestic violence (DV), women's health, public health issues, health, sector interventions

Domestic violence (DV) implies violence against women by intimate male partners. DV is a serious health issue for women, as well as a violation of human rights. It is a challenge to develop effective public health interventions, as they have to take into account complicated social and psychological background factors. In this paper we present an overview of various interventions in Japan and elsewhere in the world up to now, and propose a strategy for developing effective public health interventions. Governments and NGOs have been involved in various interventions to eliminate DV, e.g., establishing legal frameworks, providing emergency shelters for abused women, and educating male abusers. Health sector interventions include: systematic DV education to health professionals in Europe and the United States; and development of DV victim support networks, in which health facilities play core roles, in Asia and Latin America. The major expected roles of health professionals are identification and treatment of abused women, and prevention of recurrent violence. However, achievement of those goals is insufficient, because of the lack of systematic education, different views on DV between health professionals and abused women, misunderstanding of background factors, and lack of coordination between relevant agencies. The health sector, including clinical and public health services, is expected to play important roles in identifying and supporting abused women in Japan. A possible strategy is to integrate DV interventions into existing maternal and child health service systems. All the front-line health professionals should be provided with systematic training and practical manuals to treat abused women. Further research and evaluation of past interventions are needed to develop effective interventions.

---

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