

## これまでの調査に見るドメスティック・バイオレンスと女性の健康との関係

研究協力者 ゆのまえ知子（かながわ女性センター非常勤専門職員）

研究協力者 吉浜美恵子（ミシガン大学社会福祉大学院助教授）

### 日本の調査研究の概要

日本におけるドメスティック・バイオレンス（以下DV）の調査は1992年、民間団体の夫（恋人）からの暴力調査研究会（略称DV調査研究会）による全国調査にはじまり、その歴史はまだ10年に満たない。日本におけるDVの発現率をあきらかにするなどの、全国レベルの本格的調査は行われてはいない。これまでの総理府や、自治体による調査は、男女共同参画に関する世論調査などの中にわずかに1～2問DVの経験についてたずねる項目が設けられるなど、不十分なものである。諸外国に比べてDVに対する日本の社会的対応の遅れはつとに指摘されているが、調査においても、調査数そのもや、調査方法の開拓は進んでいるとはいえない。しかし、今日いくつかの先進的な調査によって、日本社会におけるDVはようやく顕在化しつつある。ここではこれまでの調査の中で、DVと女性の健康との関係をみることのできる次の3つの調査、1．DV調査研究会による、夫（恋人）からの暴力についてのアンケート調査 2．フェミニストカウンセリング堺DV研究プロジェクトチームの「夫・恋人（パートナー）等からの暴力について」調査 3．東京都「女性に対する暴力」調査のうち、「夫やパートナーからの暴力」被害体験者面接調査<sup>1</sup>を紹介し、この面での調査研究の現状を述べる。

### 1．DV調査研究会による、夫（恋人）からの暴力についてのアンケート調査

1992年、全国の任意協力者に郵送配布・手渡しをし、郵送回収により実施した。有効回答796件である。暴力を身体的・心理的・性的暴力に初めて分類し、できるだけ細かい項目立てをして、暴力の被害経験やその影響を女性たちにとって気づきやすくすることなど、その内容と構成に工夫がされている。東京都調査やフェミニストカウンセリング堺の調査など、その後の調査に多かれ少なかれ影響を与えている。

回答者の学歴は短大卒以上が60%近くを占め、本人の年収300万円以上が30%、家族年収1000万円以上は30%など、DVは収入・学歴などの高くない特定の層に多いのではないかという社会通念を打ち破るものであった。身体的暴力は身体に直接影響を及ぼす暴力で467人が経験ありと回答し、心理的暴力はことばや態度、行動によって侮辱、威嚇したり、恐怖心や拘束感を与える暴力で523人が、性的暴力は性的自己決定権を侵害する行為であり473人が経験ありと回答している。暴力の分類は、概念を明確にするための便宜的なものであり、明確に分けられるものではなく、実際には区別なく重複連続してふるわれる場合が多い。これら3種の暴力の重複経験者は44%にのぼる。

性的暴力はリプロダクティブ・ヘルス/ライツに直接関係する暴力である。80%が「気がすすまないのにセックスさせられた」と答え、「避妊に協力しない」30%、「中絶を強要された」は1

<sup>1</sup> 「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』1995年3月。および、同会著『ドメスティック・バイオレンス』有斐閣1998年3月。調査メンバーは、戒能民江、角田由紀子、内藤和美、服部範子、原田恵理子、ゆのまえ知子、吉浜美恵子（50音順）

6%に及び、「『子どもができないのはおまえのせいだ』などと非難された」は4.0%が経験している。「殴る、ねじ伏せる、縛る、などの暴力的セックスの強要」「不快な、屈辱的なポーズや方法でセックス」を強要されたり、また「『不感症だ』『下手だ』など」、女性のセクシュアリティへの非難がそれぞれ4分の1ずつある。そのほかに「見たくないのに、ポルノビデオやポルノ雑誌を見せられた(13.5%)」り、「無理やり、裸や不快なポーズの写真やビデオを撮られた(5.9%)」などの不本意なセックスの強要もあった。自由記述部分では、望まない多数回の妊娠や中絶、妊娠中や出産直後の身体的・性的・あるいはことばによる暴力が記されていた。相手が暴力をふるった原因(複数回答)として28%の女性が「セックスを拒否したから」をあげている。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツとの関連の典型的な例として次のような記述があった。「2人目の子どもを妊娠したことがわかって間もなく、切迫流産の初期で出血。身体がつかったので横になっていると、帰ってきた夫が『食事の用意ができていない』『寝てばかりいる』と殴り始めた。子どもが泣きながら抗議したが、ふとんでおなかをかばっている私の腰を蹴ったり、髪の毛をつかんでねじりあげられたり、顔を蹴ったりした。いつまでもやめず、このままでは流産してしまうと思い、子どもに近く友人の家まで助けを求めに行ってくれるよう頼んだ。・・・1人目を出産後、出血が長引いていて、それを(夫に)伝えたにもかかわらず、(夫は)『本にはもう大丈夫と書いてある』と言って、力づくでセックスを強要した」「セックス自体がいやになった。暴力のあとに無理やりセックスをされるようになり、セックスとは屈辱を受けることのような気分になる。避妊をいやがり、2回中絶した。これが決定的な離婚決意のきっかけになったように思う」などである。

これまで最も深刻だった身体的暴力については詳しくたずねている(回答者285人)が、傷害の内容は「あざ・打ち身など(64.9%)」をはじめ、「裂傷・切り傷(20.0%)」、「骨折など骨の損傷(15.4%)」(うち骨折は2分の1)、「耳部損傷(9.8%)」(うち鼓膜損傷は3分の2)、その他、眼部損傷や首や背骨などの神経損傷もある。これらの平均全治日数は23.2日(永久損傷を除く)であり、医者にかかった人は60%である。また起きた時期は結婚後5年未満が47%、交際後2年未満が52%を占め、現在も続いていると答えた人は30%、別れるまで続いた人も27.8%にのぼる。

この調査は、DVの実態とDV被害の女性の心身に及ぼす影響の深刻さとその経験の女性にとっての意味、社会的対応の必要性、DVとリプロダクティブ・ヘルス・ライツが関係のあることを、日本ではじめて明らかにした。

## 2. フェミニストカウンセリング堺DV研究プロジェクトチームの「夫・恋人(パートナー)等からの暴力について」調査

1997年度大阪府ジャンプ活動助成事業・選定事業として、97年から98年にかけて実施された。任意協力者(回収総数347)によるアンケート調査とそれを補強する個人インタビュー調査(18人)からなる。回答者は全国に及ぶが、近畿地方が80%を占める。また回答者を現在の体験者(72人)、過去の体験者(157人)、第三者(118人)に分けている。

暴力は身体的、性的、経済的、社会的、精神的の5つに分けられている。社会的暴力とは、「生活・人間関係・行動などを監視、制限する/実家や友人との付き合いを制限するなど」である。5つの暴力の重複経験者は全体の60.7%にのぼる。

<sup>2</sup> フェミニストカウンセリング堺DV研究プロジェクトチーム『「夫・恋人(パートナー)等からの暴力について」調査報告書』1998年10月。

リプロダクティブ・ヘルス・ライツとの関連をみると、性的暴力は次の2種類があるとしている。体験者の意志を無視して、性欲処理の道具のように扱うこと、。妊娠・避妊をめくって女性にダメージを与えることである。体験者全体の60%が「気がすまないと伝えているのに、セックスをさせられた」と答えており、特に に関しては「暴力的なセックスを強要された」21.0%、「セックスのときに、屈辱的なポーズや性器具の使用を強制された」19.2%、「アダルトビデオやポルノ雑誌を強制的に見せられた」12.2%である。「セックスや性器について『下手だ』『不感症だ』等と非難された」は「現在の体験者が25.0%と「過去の体験者」14.6%に比べて多い。

に関しては、体験者全体で「避妊に協力してくれなかった」24.9%、「『子どもができない（あるいはできた）のはお前のせいだ』などと非難された」10.9%、「出産するつもりだったのに、中絶させられた」10.9%である。自由記述の中に「暴力がひどくて、3人目をわたしの意志で中絶。『子どもを殺した』としばらく言われ続けた」「2人目の子どもはお前が勝手に産んだんや。いらん子やったと常日頃言われ続けた」などがあり、インタビュー調査の中では「体調が悪くて応じられないとき、言葉ですごく罵倒するんです。お金も持ち出す。そういう関係の時でも対等じゃない。『いやだと言えるんか。冗談じゃねえ。誰に食わせてもらってるんだ』と、踏んづけて、蹴飛ばして、『それならもう向こうへ行け』と。そのときの罵倒のしかたはすごく、もう殺してやろうかと思うくらいです。目の前に刃物がなくてよかった。本当にそう思いました」という経験も語られている。

また、身体的暴力によるケガは体験者の8割が経験しており、医者にかかったことがあるのは42.3%である。病院に行けなかったのは、「本当の理由が言えないから」「夫が怖いから」などの理由も見られ、病院に行っても本当の理由が言えなかった、という回答も多かった。「気分がうつうつとしている」「頭が重い感じや、頭痛がある」「動悸・発汗・下痢などがある」などの身体症状の全ての選択肢項目にほぼ30%以上の体験者が「ある」と答え、体験者の75.1%が、こうした身体症状が、「パートナー(元パートナーを含む)からの暴力に関係していると答えている。その他の項目として記述されたのは、「手足のしびれ」「目の機能障害」等、暴力の直接的影響と思われるものや、「胃炎、胃痛、胃潰瘍」「吐き気」「不眠」「動悸、発汗」「めまい」「耳なり」「血圧上昇」などストレスによると思われる身体症状や疾病が全部で91件あった。「摂食障害」「無気力」「自殺念慮、自殺衝動」など、心に受けた傷によるものと思われる精神的症状、心理状態に関する記述も52件あった。

この調査はインタビュー調査を組み合わせるなど、その方法や内容もよく検討され、日本におけるDVの理論化の進展により、分析も詳細である。

### 3. 平成10年、東京都「女性に対する暴力」調査中の「夫やパートナーからの暴力」被害体験者面接調査<sup>3</sup>

平成9年度に3本の調査を実施した。最初の「日常生活における女性の人権に関する調査」はアンケート方式で郵送留置・訪問回収。対象は20歳以上64歳未満の層化二段無作為抽出法による男女4500人。有効回収率62,6%。意識調査を男女双方に、被害経験を女性のみ聞いています。男女の意識のギャップと経験率の高さが明らかになった。性別役割分業観と暴力許容意識との関連をクロス集計で男女共だしている。性別役割分業観に肯定的な人は男女共、精神的暴力や性的暴力の許容意識が比較的高い。「何度もあった」「1、2度あった」を合わせて経験率は身体的暴

<sup>3</sup> 東京都生活文化局『「女性に対する暴力」調査報告書』平成10年3月

力33%、精神的暴力56%、性的暴力21%であり、3種の暴力の重複経験者は、暴力経験のあった人全体の17.2%である。ただし、各暴力の選択肢項目は少ない。

2番目の「被害体験者面接調査」（以下、面接調査）は、52人の協力者に対して、暴力の経験の実態、子どもへ影響、援助機関の利用等、詳細な聞き取り調査が行われた。調査にあたっては安全性や心理的負担の軽減の配慮がなされた。

「関係機関ヒアリング」は16機関に対して行われ、あらかじめ定められた機関の役割や制度による対応の限界、連携強化、DVに関する共通認識の必要性、被害者の自立支援の必要性、関係機関職員の対応の充実などの課題が示されている。

「面接調査」における暴力の種類は身体的暴力49人(94.2%)、精神的暴力48人(92.3%)、性的暴力12人(23.1%)、経済的暴力8人(15.4%)、対物暴力（周囲の物を破壊することによって打撃を与える行為）13人(25.0%)であり、3種類以上の暴力の重複経験者は52.9%であった。リプロダクティブ・ヘルス・ライツとの関連では、性的暴力がセックスの強要として言及される場合が多い。妊娠中に暴力を受けた人は52人中7人で、「お腹を蹴られて流産した」「階段から突き落とされ、破水した」という場合もあった。暴力による影響として「顔が腫れる・顔にあざ」「頭部にケガ・頭部にこぶ」「骨折」などの身体的外傷が37人(78.7%)、ノイローゼ・寝込むなどの精神的影響16人(34.0%)、萎縮・脅え14人(29.8人)、無感動・無気力5人(10.6%)などである。この調査は行政としては初めての本格的な調査であるが、実態を示し、行政的対応の必要性を引き出すことが目的であり、結果について分析はされていない。女性の健康との関連は、面接調査でごくわずかにかいま見れる程度である。

以上、3つの調査から言えることは、DVと女性の健康に関する質的調査は民間団体による調査が進んでいること、特に1.と2.の調査結果からは、身体的暴力は女性に身体的外傷をもたらす場合がきわめて多く、永久損傷さえあること、心理的にも大きな影響を与え、心身のストレス症状やPTSD的な後遺症ももたらすなど、極めて深刻なことがわかる。中でも性的暴力は、望まない妊娠や中絶、その他の健康障害を発生させ、リプロダクティブ・ヘルス・ライツを侵害しているといえる。今後はさらに、リプロダクティブ・ヘルス・ライツを中心にした質的調査を深めるとともに、リプロダクティブ・ヘルス・ライツとの関連におけるDVの発生率や子どもへの影響、医療機関におけるDV被害の発見と対策、関係機関の役割などをテーマにした調査方法を開拓し、DVと女性の生涯にわたる健康との関連を一層明らかにし、保健医療面での社会的対応を進める必要がある。

## アメリカの調査研究の概要

夫や恋人からの暴力（DV）と女性の健康の関係についての調査は、1970年代後半から増加し、複数の視点から調査が行われてきた。主な方法としては、医療機関を利用する女性へのインタビューやアンケート調査、あるいは既存のカルテのレビューがあげられる。また、絶対数は少ないが、無作為抽出した一般女性を対象にしたインタビュー調査も、DVと女性の健康状態や医療機関の利用頻度などとの相関関係を解明するために重要な役割を果たしている（Commonwealth Fund, 1993）。紙面の制約上、これらの調査の全ては紹介しきれないが、以下に主なものを紹介分析する。

医療機関を利用する女性のDV被害率を調べた調査から、救急治療室を利用する女性の約5分の1は、DVの被害を受けていると推定されている（Kurz&Stark, 1988; Stark他, 1979）。また、ケガのため救急治療室を利用した女性に限れば、その半数はDVによるケガを負っている。病院の外来クリニックの患者の面接調査では、女性患者の約40%が過去に夫や恋人からの暴力を受けたことがあり、25%は夫や恋人からの暴力が原因でケガを負った経験があった（Hamberger他, 1992）。これらの複数の調査結果からは、DVが女性の健康を脅かしていることをは明らかで、DVが犯罪および社会問題であると同時に、公衆衛生（public health）の問題であるという認識が浸透してきた。この認識のひろまりは、1980年代後半から、American Medical Associationをはじめとする医療関係者の団体がDVに関する特別委員会を設置しはじめたことにもあらわれている。

女性が妊娠中にはじめて夫や恋人から暴力をふるわれるケースや、妊娠中に暴力の頻度や程度がエスカレートするケースが、臨床の分野で多く報告されてきた。そこで、産婦人科の外来患者や出産直後の女性を対象にした調査も多く行われてきた。これらの調査結果から、妊娠中の女性の7～17%が夫や恋人の暴力を受けていると推定されている（Helton他, 1987; McFarlane他, 1992）。社会学者らによる第2回全国調査でも同様の被害率が推定された（Gelles, 1988）。妊娠中のDVの被害は、早産、新生児の低体重や発育不良など子どもの健康状態に悪影響があることも調査によって指摘されている（Bullock&McFarlane, 1989）。DVとリプロダクティブ・ヘルスへの関係については、アメリカ以外の調査研究も進んでいる（Heise, 1993, 1994）。

DVの女性の健康への影響は、身体的ケガに限らない。DVの被害を受けた女性の精神衛生についての調査も多く行われてきた。1970年代においては、DVの被害を受けた女性はどうのよなパーソナリティや精神病を有しているかを調べる調査が少なくなかった。しかし、DVの調査研究が進み、特にフェミニストの視点からの調査研究や運動の影響もあって、DVの被害を受けた女性によくみられるうつ状態や不安症状は、暴力の被害を受けやすい要因ではなく、暴力の被害の影響であると見る視点が定着してきた（Goodman他, 1993）。

DVの被害の影響は、広範囲に及ぶ。うつ症状、不安症状、ポスト・トラウマティック・ストレス・ディソオーダー（PTSD; 心的外傷後ストレス障害）などの精神的症状の他、慢性的な疲労感、頭痛、腹痛、あるいは睡眠不良や動悸・息切れ、血圧上昇などもDVの被害を受けた女性によくみられる症状である（Campbell&Lewandowski, 1997; Eby他, 1995; McCauley他, 1995）。また、アルコールや薬物（ドラッグ）への依存もDVの被害の影響である場合も少なくない（Stark&Flitcraft, 1982; ある調査によると、DVが原因で救急治療室を利用した女性の4分の1が過去に自殺未遂をはかった経験があった（Stark他, 1979）。調査研究は、DVの被害を受けた女性が医療機関を利用しているにも関わらず、医師が患者の傷や症状が夫や恋人からの暴力に起因

するものであると的確に探知していない現状も明らかにした。ある調査によると、女性患者の傷が夫や恋人からの暴力が原因であることが医師によって把握されていたのは、わずか10件に1件であった (Kurz&Stark, 1988)。1990年代になって、医療関係者へのDV研修がひろまり、州によっては医療関係者への研修を義務付けたところもある。さらに、1992年には、病院を認定する全国組織であるJoint Commission on Accreditation of Health Care Organization (1992)は、DVケースの把握と対応を促進するためのプロトコルを義務付けた。

医療関係者へのDVトレーニングのために連邦政府の特別助成金も計上され、各種マニュアルが出版され、トレーニングの内容と質の向上に貢献している。DV研修の効果も調査で実証されている。たとえば、DVケースの探知率は、医師に対するDV研修前の6%だったが、研修後には30%に上昇した (McLeer & Anwar, 1989)。しかし、研修後も半数以上のケースが見落とされている現状は、さらなる研修の必要性を指摘している。

#### References

- Bullock, L. F., & McFarlane, J. (1989). The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 89, 1153-1155.
- Campbell, J.C., & Lewandowski, L. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. Unpublished draft manuscript.
- Commonwealth Fund. (1993, July). The Commonwealth Fund Survey of Women. Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. S., & Davidson, W. S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 16, 563-576.
- Gelles, R. J. (1988). Violence and pregnancy: Are pregnant women at greater risk of abuse? *Journal of Marriage and the Family*, 50, 841-847.
- Goodman, L. A., Koss, M. P., & Russo, N. F. (1993). Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. *Applied & Preventive Psychology*, 2, 79-89.
- Hamberger, L. K., Saunders, D. G., & Hovey, M. (1992). The prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family Medicine*, 24, 283-287.
- Helton, A. S., McFarlane, J., & Anderson, E. T. (1987). Battered and pregnant: A prevalence study. *American Journal of Public Health*, 77(10), 1337-1339.
- Heise, L. L. (1993). Reproductive freedom and violence against women: Where are the intersections? *The Journal of Law, Medicine, & Ethics*, 21(2), 206-216.
- Heise, L. L. (1994). *Violence against women: The hidden health burden*. Washington, DC: The World Bank.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1992). *Accreditation manual for hospitals*, Vol. 1. Oakbrook Terrace, IL: Author.
- Kurz, D., & Stark, E. (1988). Not-so-benign neglect: The medical response to battering. In K. Yllo & M. Bograd (Eds.). *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 249-266). Newbury Park, CA: Sage.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E. B., & Derogatis, L. R. (1995). The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737-746.

McLeer, S. V., & Anwar, R. A. H. (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American Journal of Public Health*, 79(1), 65-66.

Stark, E., & Flitcraft, A. (1982). Medical therapy as repression: The case of the battered woman. *Health & Medicine*, 1(3), 29-32.

Stark, E., Flitcraft, A., & Frazier, W. (1979). Medicine and patriarchal violence: The social construction of a "private" event. *International Journal of Health Services*, 9(3), 461-493.