

# 平成15年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業)

## 報告書 (第8 / 11)

0030310 主任研究者 芝野 松次郎

(児童福祉専門職の児童虐待対応に関する専門性向上のための  
マルチメディア教育訓練教材および電子書式の開発的研究)

0030311 主任研究者 小西 聖子

(DV被害者における精神保健の実態と回復のための援助の研究)

0030314 主任研究者 網野 武博

(保育が子どもの発達に及ぼす影響に関する研究)

0030326 主任研究者 本間 博彰

(児童虐待に対する治療的介入と児童相談所のあり方に関する研究)

0030325 主任研究者 服部 祥子

(児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における予防的支援方法の  
開発に関する研究)

0030327 主任研究者 金 吉晴

(母親とともに家庭内暴力被害を受けた子どもへの心理的支援のための調査)

厚生労働科学研究  
(子ども家庭総合研究事業)

DV被害者における精神保健の実態と  
回復のための援助の研究

平成15年度研究報告書

平成16年3月

主任研究者 小西聖子

## 目 次

I. 総括研究報告	
DV 被害者における精神保健の実態と回復のための援助の研究.....	81
小西 聖子	
II. 分担研究報告	
1. 被害母子の精神医学的・心理的評価と対策研究.....	83
小西聖子	
1) ドメスティック・バイオレンス被害者のメンタルヘルス調査 .....	84
(資料) 調査質問紙 .....	106
2) DV 支援者のメンタルヘルスに関する調査研究・市町村保健師との比較から .....	114
(資料) 別図 .....	145
2. 医療現場における DV 被害者への適切な対応に関する研究	
—DV 被害女性の健康被害に対するアンケート調査.....	147
加茂 登志子	
(資料) 表 1～6 .....	154
(資料) 調査票 .....	161
3. 女性センターに来談した DV 被害女性の健康に関する実態調査 .....	166
平川和子	
(資料) 調査票 .....	171
4. DV 加害者の処遇プログラム制度についての刑事政策的研究	
及び DV 加害者の治療教育に関する研究.....	175
柑本美和	
1) DV 加害者の処遇プログラム制度についての刑事政策的研究 .....	175
2) DV 加害者の治療教育に関する研究 .....	185
5. 北欧における DV 加害者の処遇プログラム制度と	
警察官に対する DV 教育の比較研究 .....	206
矢野恵美	
6. ドメスティック・バイオレンス被害者の心的外傷ストレスに関わる要因と	
援助技法に関する研究.....	216
石井朝子	
(資料) 表 1～4 .....	225

## DV 被害者における精神保健の実態と回復のための援助の研究

主任研究者 小西 聖子 武蔵野大学

### 研究主旨

2001年10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（平成十三年法律第三十一号）」、通称「DV法」が施行されて今年には3年目にあたり、すでにDV防止法の改正が具体的に議論されている。今年、本研究においても3年目にあたり、多くの成果をあげることができた。

本研究は日本におけるDVの実態を知り、またその防止、対応、被害者への支援を行うにあたって、その基礎となる資料を得るべく、被害者の精神健康の観点からその被害の態様を把握し、標準化された測度を用いてその実態を評価し、その要因を調査すること、また回復のための支援の方法を実践的に研究し、コミュニティにおける援助の方法について考察すること、加害者教育の導入について实际的に検討すること、子どもの被害と影響について情報を得ること、支援者側のストレスの軽減について検討することを目的としている。

今年度の研究として以下のことを行った。

配偶者暴力相談支援センターおよび都道府県女性センターに来談したDV被害女性の面接調査をさらに対象数を増やして62名に対して行い、またシェルター利用経験のないDV被害女性90人についても、精神健康の状態を調査した。今年度の結果からもDV被害女性の精神健康の状態は長期にわたって問題があり、医療が必要な被害者が高頻度で見られることが分かった。約半数の被害者に何らかの気分障害が見られた。さらにシェルターを経由しなかった者については同居よりも別居した女性たちの健康状態がよくないことが示唆され、被害から逃れた後に多くの精神健康の問題が生じることが示唆されている。

医療現場における研究では、1大学病院の全診療科の医師および看護師に対して、DV防止法の内容の理解と対応策の実情についてのアンケート調査を行った。1302人の回答について検討した結果、過去1年間のDV被害者診療経験率は、対象の11.5%に認められた。全診療者の半数近くが対応に苦慮しており、DV防止法の認知度はまだ高いと言える状況ではなかった。

これらのことから、回復のためには、初回来談後あるいはシェルター利用後の被害女性に対して、継続的なサポートを行なっていくこと、また必要に応じて、生活の再建支援、専門家の支援を行なっていくことが必要であると分かった。しかし、医療現場の調査結果を見ても、DVに関わる専門家が、すべてこのような状況を知っているとはいえず、対応する専門家に、DVの被害について周知していく必要があると言えよう。

また DV 加害者の処遇プログラム制度については、今年、アメリカ合衆国カリフォルニア州サンフランシスコ市の実施状況および、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン北欧三国における制度を研究した。米国では保護命令に関する審理を傍聴し、担当裁判官から話を聴き、プログラムに参加し、制度運用の実際について調査した。これらの国においても完璧な制度をもった更生プログラムが行われているわけではなく、様々な問題が存在しつつ施行されていることが分かる。米国の例をとれば、現在の保護命令制度と連動させた場合には、プログラム受講の執行力をどのように担保するかが大きな問題となると思われる。

またプログラムの内容については、フェミニストモデル、家族システムモデル、精神保健モデルなどが存在するが、実際には保護観察などと連動して、フェミニストモデルが中心に取り入れられていることが多い。精神医学心理学的観点からいえば、加害者は一様でなく、いくつかの類型に分けられるということが繰り返し示されてきている。これらの類型特性に沿った処遇が望ましいことは言うまでもないが、実際には、そのようなプログラムは実施されていない。わが国の場合どのような制度で加害者処遇プログラムを運用し、どのような内容にするか、その両方について、模索中の段階であるといえよう。この研究で明らかになった問題点について、研究的施行の中で検討されることが望まれる。

一方3年目を迎えた配偶者暴力相談支援センターにおける相談であるが、危険が差し迫っていたり、複数の問題を抱える重篤な被害者に、相談員がどのように対応できるのか戸惑う事例もあることが多数報告されている。地域によってはすでに相談員が多数入れ替わっているところもある。専門性を要求される DV 被害相談で、このような状況が起きていることは決して望ましいことではない。相談員の精神健康の状況について今年度は職務上のストレスや職務上の外傷的な出来事の詳細な調査も含めて、質問紙による調査を実施した。対照群としては、東京都多摩地区の市町村の保健センター等に勤務する保健師を比較対象としている。

調査の結果を見ると、保健師、DV 相談員ともに、全般的な精神健康部分は比較的良好に保たれているようである。しかし、一部にリスクの高い対象者がおり、また研修やサポート、相談への関わりも含め、地域差が存在することが示唆された。かつ、職務上で直接、暴力的な被害の話の聞いたり、暴言を聞いたり脅されるなど、外傷的な経験を経ることがかなりの頻度で存在することが分かった。このような職務上のストレスに、どのように対処していくかは今後の重要な問題であり、配偶者暴力相談支援センターにおいて役立つと思われる対処のためのガイドラインを作成した。

最後に子どもの DV 目撃については、別個の3調査からそれぞれ約9割という高い値が与えられている。また、直接の虐待の被害率も高い。児童虐待と DV は、その発生の病理も含めて深く連動しており、両者を同時に扱っていく対策が必要なことが、この結果から明らかである。

## 被害母子の精神医学的・心理的評価と対策研究

主任研究者 小西 聖子 武蔵野大学

### 研究要旨

本研究は、メンタルヘルスの視点から、ドメスティック・バイオレンスの被害を受けた女性と子どもに対して、特に配偶者暴力相談支援センターにおいて必要とされる支援を明らかにし、さらにはどのようにその支援を可能にするかということについて、具体的、実践的な資料を提供することを目指している。

研究は二つの柱からなっている。ひとつは、ドメスティック・バイオレンスの被害者女性の精神健康について評価し、ドメスティック・バイオレンスの精神健康への影響とその要因を調査すること、その結果をもとに、女性相談員が医療などの専門的援助を必要とする相談者を適切にスクリーニングすることができて、また相談に来た被害者自身にも助けとなるような簡便なチェックリストを開発することである。

もうひとつは、ドメスティック・バイオレンス被害を支援する女性相談員自身のメンタルヘルスの問題を明らかにすることである。二次的外傷性ストレスおよび代理トラウマの視点から、ドメスティック・バイオレンス被害の支援者のメンタルヘルスの実態を調査し、またドメスティック・バイオレンス相談員が安全に、より良い援助を提供していくための資料を得たいと考えた。

いずれも、まだ、日本においては研究の蓄積がない分野であるため、予備的研究から開始する必要があり、また研究の実施についてもさまざまな困難が伴った。実際に生命の危険を感じるような困難を経験したり、生活が脅かされたりした女性が対象であるから調査も慎重を期す必要があった。

今年度の第一の研究の対象者は、配偶者暴力相談支援センターを中心とし、配偶者間暴力により相談機関を利用している女性とし、調査の参加に同意し、了承を得られた62名である。質問紙および構造化面接を併用した。DV被害は複合的に長期に生じており、調査対象者の精神健康の状況は、被害から逃れた後の時期の長短にかかわらず、抑うつ状態にあるものが多く、ハイリスクな状況であった。全対象中13例(21.0%)は最近1ヶ月中に自殺について考えているということであった。自殺念慮・企図については高い傾向が示され、支援施設退所後を含めた長期的なサポートの必要性が考えられた。本調査の結果から精神科医療の必要性を判定する簡便なチェックリストも開発した。また子どものDVの目撃は95%であり、高い頻度で子どもが夫婦間の暴力を目撃していることが示された。子供への直接の暴力で一番多かったのは相手・本人ともに精神的暴力であった。子どもに対する暴力の影響については、今後実態を把握し、更に検討していく必要性が示された。

第二の研究としては、平成14年度においては、予備的研究として各都道府県の配偶者暴力相談支援センターの相談員と医療機関に勤めている心理士のメンタルヘルスについて、二次的外傷性ストレスも含めて調査を行った。今年はこの結果を受けて、DV被害にかかわる女性相談員のメンタルヘルスについて、職務上のストレスや職務上の外傷的な出来事の詳細な調査も含めて、質問紙による調査を実施した。対照群としては、東京都多摩地区の市町村の保健センター等に勤務する保健師を比較対象としている。

調査の結果を見ると、保健師、DV相談員ともに、全般的な精神健康部分は比較的良好に保たれているようである。しかし、一部にリスクの高い対象者がおり、また研修やサポート、相談への関わりも含め、地域差が存在することが示唆された。かつ、職務上で直接、暴力的な被害の話の聞いたり、暴言を聞いたり脅されるなど、外傷的な経験をすることがかなりの頻度で存在することが分かった。このような職務上のストレスに、どのように対処していくかは今後の重要な問題であり、配偶者暴力相談支援センターにおいて役立つと思われる対処のためのガイドラインを作成した。

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
分担研究報告書

ドメスティック・バイオレンス被害者のメンタルヘルス調査

主任研究者 小西 聖子<sup>1)</sup>

研究協力者 吉田 博美<sup>2)</sup>、野坂 祐子<sup>2)</sup>、影山 隆之<sup>3)</sup>

1) 武蔵野大学 人間関係学部

2) 武蔵野大学心理臨床センター

3) 大分県立看護科学大学 精神看護学

研究要旨：

配偶者暴力相談支援センター及び公的女性センターを中心とした施設を利用しているドメスティック・バイオレンス（配偶者間暴力：以下 DV）被害者女性の DV の精神健康への影響とその要因を調査すること。その結果をもとに、女性相談員が適切に医療などの専門的援助を必要とする相談者をスクリーニングでき、また相談に来所した被害者自身にも助けとなるような簡便なチェックリストの開発を目的に調査を実施した。

対象者は、配偶者暴力相談支援センターを中心とし、配偶者間暴力により相談機関を利用している女性とし、調査の参加に同意し、了承を得られた 62 名に自記式質問紙票と構造化面接併用の個別面接を実施した。

DV被害状況については、全対象 62 名が、同居期間中は精神的暴力の被害を受けていたと回答していた。身体的暴力を受けている人は 57 名(91.9%)、性的暴力を受けている人は 48 名(77.4%)であった。62 名中 45 名(73%)は身体的暴力、精神的暴力、性的暴力が複合的に生じているケースであり、身体的暴力と精神的暴力のみと回答したものは 12 名 (19%)、精神的暴力と性的暴力のみと回答したものは 3 名 (5%)、精神的暴力のみを受けていたと回答したものは 2 名 (3%) であった。DV被害は複合的に生じ、5 年以上にわたる長期的な暴力被害を受けている者は 8 割を占めていた。

GHQ12 の得点平均は  $4.4 \pm 3.6$  点、DES15.8 点  $\pm 15.1$ 、HSCL-25 は  $1.81 \pm 0.54$  点であり、全体的に得点が高い傾向にあった。

MINI 診断で最も診断率が高かったものは気分変調症 12 例 (19.4%) であり、続いて、大うつ病エピソード現在診断がついた人は 10 例 (16.1%)、広場恐怖現在、軽躁病エピソード生涯はともに 9 例であった。自殺の危険度では高度 6 例 (9.6%)、中等度 5 例 (8.1%)、低度 17 例 (27.4%) であり、全対象中 13 例 (21.0%) は最近 1 ヶ月中に自殺について考えているということであった。自殺念慮・企図については高い傾向が示され、支援施設退所後を含めた長期的なサポートの必要性が考えられた。

要医療ケースをスクリーニングする目的で作成したチェックリスト 12 項目のうち 2 つの以上項目に「はい」と回答した人をスクリーニングした場合の感度と特異度を MINI 診断を基準に検討した。その結果、感度は 71%、特異度は 63% であり、GHQ12、HSCL25、DES と比べても本研究班で作成したチェックリストは感度が高かったと言える。

母親からの回答であるが、子どもの DV の目撃は 95% であり、高い頻度で子どもが夫婦間の暴力を目撃していることが示された。子供への暴力で一番多かったのは相手・本人ともに精神的暴力であった。子どもへの影響としては感情不安定が 58% の子どもに見られた。DV 被害が子どもに与える影響や子どもに対する暴力の影響については、今後実態を把握し、更に検討していく必要性が示された。

## A. 研究の背景と問題

### 1) ドメスティック・バイオレンスの被害率

女性に対する暴力は、現代社会における重要な問題の一つである。1993年、国連総会において採択された「女性に対する暴力撤廃宣言」と、それに続く「北京宣言及び行動綱領」(1995)の採択により、女性に対する暴力の起こり得る領域と、国際社会が取り組むべき課題が確認され、国際的に共有されている。女性に対する暴力の中でも、パートナーからの暴力(以下、DVとする)は、世界共通の問題であり、多くの調査研究がなされている。

WHO(2001)による「女性に対する暴力」の調査では、アメリカ合衆国、カナダなどの先進諸国のほか、アジア・太平洋諸国、中東、アフリカ、ラテンアメリカ諸国における、パートナーからの暴力の実態が示されている。配偶者またはそれに準じるパートナーから身体的暴力を受けたことのある女性の割合は、カナダ 29%、ニュージーランド 20%、スイス 13%、英国 30%、アメリカ合衆国 22%、インド 40%、エジプト 34%であり、調査方法や対象により多少の差はあるものの、対象となった多くの国において、2~3割の女性が、パートナーからの身体的暴力の被害を受けたことがあると示されている。

日本においては、1999年に総理府(現内閣府)男女共同参画局によって、日本全国の成人男女 4500人を対象とした無作為抽出調査(回収率 75.7%)が行われている(総理府,2000)。この調査の結果から、女性の約 4.6%が、命の危険を感じるくらいの暴力を「1、2度」あるいは「何度も」受けたことがあることがわかっている。

2000年から2001年には、WHOが「女性

の健康と生活についての国際調査」を実施しており(無作為抽出、対象者 1287人)、これによれば、15.4%の女性が、夫・パートナーから身体的暴力と性的暴力のいずれか、あるいは両方を受けたことがあると回答している(WHO,2001)。

2002年に行われた内閣府男女共同参画局の調査では、無作為抽出によって調査対象となった1802人の女性のうち、「1、2度」あるいは「何度も」身体的暴力の被害を受けたことがあったと回答した女性は12.2%であった。また、心理的、性的暴力もそれぞれ、3.8%、5.6%の女性が、あったと回答している(内閣府,2003)。

これらの結果は、日本においても、パートナーからの暴力が存在し、重篤な結果をもたらすものを含め、身体的暴力、精神的暴力、性的暴力等、様々なタイプの暴力が存在していることを示している。

### 2) DV被害の影響

DVの被害を受けたことによって、被害を受けた女性にはどのような影響が生じるのであろうか。

アメリカにおける、DV被害者研究の代表的研究者であるWalkerは、1979年の著書の中で、DV被害女性を対象としたインタビューをもとに、DV被害を受けた女性に生じる特殊な精神状態について述べ、DVのメカニズムについて、その後のDV研究の基礎となる理論を構築している。

即ち、重度の精神的ストレスに悩み、苦痛を訴え、自己評価の低いDV被害女性たちについて、Walkerは、それらの症状がDVによって生じていること、また、DVによって繰り返される慢性的な暴力のパターンが、被害にあった女



性たちからエネルギーを奪っていくことを示した(ウォーカー,1997)。

DV 被害女性の自己評価の低さを示した研究は、その後、多くの研究者によってなされている(例えば: Hudson&McIntosh,1981)。Kubany ら(1996)の研究では、DV の被害にあったこと、暴力のサインを見抜けなかったことを恥じる気持ちも、DV被害女性には強いことを示している。

精神医学的症状に関して、Herman は、長期反復的な暴力の被害にあうことによって、被害者は、多彩な心身症的症状や、PTSD の侵入、過覚醒等の症状を呈すことを示している(ハーマン,1999)。

Coker ら(2002)は、アメリカの National Violence Against Women Survey の調査結果を用いた研究において、パートナーからの暴力を受けた女性は、そうでない女性に比べ、抑うつ症状や身体的・精神的慢性疾患の悪化等、健康状態の悪さを、より多く示すことを明らかにしている。

また、Yeager と Seid(2002)によれば、DV 被害歴のある人の 37%に抑うつ症状、46%に不安症状、45%に PTSD の既往があり、自殺企図で医療機関が関わった女性のうち、29%が DV の被害者であると報告している。

その他の研究においても、DV の被害を受けた女性が、抑うつ、不安、睡眠障害、自殺企図等の症状を示すことを裏付ける研究は、各国で行われている(Hathaway et al,2000, Mertin and Mohr,2000, Sharhabani-Arzy et al, 2003)。

神経生理学的分野においても、DV の被害を受けた女性は、作業スピードや聴覚的な注意持続力、ワーキングメモリ等の機能が低下するとされている(Stein et al,2002)。

日本の DV 被害者の精神健康状態についての、一般人口を対象とした調査には、以下のようなものがある。

WHO が日本で行った調査によれば、夫から身体的あるいは性的暴力を受けた女性は、受けていない女性に比べ、頭痛や消化器の不調等の身体的症状、不安になる、物事に興味がなくなる等の心理的症状を、より多く経験しており、その差は統計的に有意であった。また、暴力を受けたことのある女性の 31.8%が自殺を考えたことがあり、6.2%が実際に試みたと答えている。これは、暴力を受けたことのない女性の 11.2%、0.6%に比べてかなり高い割合である(WHO, 2001)。

千葉県が、一般人口を対象として 2001 年に行った調査もまた、DV 被害女性の健康状態の悪さを示している。この調査では、無作為抽出のサンプルの中で、DV 被害経験のある女性と、被害経験のない女性の 2 群に分けて、分析を行っている。DV の被害を受けた女性は、身体的不調(胃腸の具合の悪さ、頭重感、頭痛、めまい、動悸、発汗、手足のしびれ等)や精神的不調(集中困難、睡眠障害、問題解決の障害等)の症状を、被害を受けていない女性に比べ示しやすいことがわかっている(千葉県、2002)。

Weingourt ら(2001)が札幌で行った調査からも、DV 被害を受けた女性は、抑うつによる睡眠障害や、不安症状に加え、様々な身体症状を示すことが報告されている。このことから、Weingourt らは、日本の DV 被害女性は、DV の影響を間接的表現によって示しやすいのではないかと推測している。

これまでに挙げてきたような一般人口を対象とした調査以外にも、DV 被害者を主たる対象とした調査が、公的援助機関や、各地のシェルタ

一において行われている。

石井ら(2003)は、シェルター入所女性を対象に、DV被害が精神健康に及ぼす影響を調査している。DV群60名、対照群60名を対象とした調査の結果、DV群のうち40%がCAPSによりPTSDと診断され、PTSD群は対照群に比べ、精神健康度が不良であったことがわかっている。また、PTSD群は非PTSD群に比べ、多様な暴力を繰り返し受けていたことも、同時に示されている。

内閣府男女共同参画局は、パートナーの暴力から逃れて支援機関に援助を求めた62人の女性を対象とした事例調査を、2001年に行っている。その結果からは、被害を受けた女性の69%が、精神健康状態の悪さを示していることが明らかにされている。(内閣府,2002)

### 3)DV被害の内容とその影響

海外の研究では、身体的暴力、精神的暴力、性的暴力等の複数の暴力を受けることによって、精神健康状態が悪化したり、薬物やアルコールの乱用等の行動が増加することは既に明らかにされている(Coolidge,2002,Wingood et al,2000)。さらに、暴力のタイプ別にDVの影響を扱った研究も、欧米の研究を中心として、いくつか挙げることができる。

Straightら(2003)は、身体的暴力に比べ、精神的暴力の心理的ダメージはより大きいと述べている。Cokerら(2002)は、暴力のタイプ別の分析の結果、身体的暴力に比べ、精神的暴力の方が、健康状態の悪化との関連が強いことを示している。

Ariasら(1999)は、シェルターにいるDV被害女性を対象とした調査から、精神的暴力は、身体的暴力の影響をコントロールした後もなお、PTSD症状の出現を予測できる要因であるとし

た。また、精神的暴力は、被害女性が加害者のもとを離れ、暴力的な関係を終結するプロセスにおいて、重要な要因であるとも述べている。

婚姻関係内での性的暴力;marital rapeに関する研究からは、marital rapeと見知らぬ相手による性的暴力(stranger rape)との間には、類似の精神症状が現れること(Riggs et al,1992)、marital rapeの結果として、PTSD、恐怖症、不安症状、抑うつ症状、性的機能障害等が起こることが示されている(Kemp et al,1995、Whatley,1993)。性的暴力は、身体的暴力と同時に起こることが多く、身体的暴力と性的暴力の両方を受けた女性は、身体的暴力のみを受けた女性より、抑うつ、不安、恐怖症等の精神症状が多く(Whatley,1993)、さらには、身体的暴力の影響を除いてもなお、性的暴力はPTSD症状に影響を与えることが、Bennice et al(2003)によって示されている。

前述のWHOの日本での調査(2001)においても、身体的暴力を単独で受けた女性より、身体的および性的暴力の双方を受けた女性の方が、健康状態は悪いことが示された。

このように、精神的暴力と性的暴力は、被害を受けた女性に対し、身体的暴力よりも強い影響を与え、精神健康状態を悪化させやすいことが、これまでの研究から明らかになりつつある。

### 4)DV被害から逃れた後の精神健康状態

DVの被害を受けた女性が、暴力をふるう加害者のもとから逃れた後の状況についても、いくつかの興味深い研究が行われている。

Kernicらが行った、シアトルのDV被害者を対象とした縦断研究では、精神的暴力のみの被害を受けた場合、暴力がなくなれば、抑うつ症状は減少する傾向がある。身体的・性的暴力と精神的暴力の両方があった場合、身体的・性

的暴力がなくなると 27%、精神的暴力もなくなれば 35%、抑うつ症状は減少することがわかっている。このことから Kernicらは、暴力がなくなると抑うつ症状を減少させると結論づけている(Kernic et al,2003)。

MertinとMohr(2001)は、59人のDV被害女性を対象に、シェルターにいた間と1年後で、PTSD、抑うつ、不安について調査を行い、PTSD出現率、抑うつ症状、不安症状は有意に減少するが、相当数の女性がなおも外傷後ストレス症状を訴えていることを示した。

また、DV被害者の回復を促進する因子として、安全と社会的サポートが不可欠であること、サポートは、特に抑うつ症状の減少に効果があることを述べている。

DV被害者の回復に対し、回復を促進する方向に働く因子としては、Astinら(1993)やMertinとMohr(2001)が安全と社会的サポートを挙げている。また、良好な家族関係や信仰の有無(Astin et al,1993)、問題解決型のコーピングスタイル(Arias et al,1999)等の因子も挙げられている。

一方、DV被害者の健康状態を悪化させる方向に作用する因子としては、複合的な暴力の被害(Coolidge,2002)、精神的暴力の存在(Coker, 2002, Straight et al,2003)、性的暴力の存在(Kemp et al,1995, Whatley,1993)、家族関係におけるストレス(Astin et al,1993)等があることが、明らかになっている。

このように、DVの被害を受けた女性は、暴力の結果として生じる様々な精神的不調に悩まされることが多いが、DVの存在と、DV被害女性の健康状態の間には、媒介変数としてのいくつかの要因が介在しており、両者の関係は単純ではないことが、過去の研究から明らかになさつつある。

日本においては、DVの被害と精神健康状態に関する調査が、近年各地で行われているも

の、DV被害の内容に焦点を当てたものが多く、詳細な研究は未だ十分とは言い難いのが現状である。

## 5)DVの子どもへの影響

海外における調査では、子どもを対象とした調査を行い、妻に暴力を振るう父親はそうでない父親と比較して、子どもに対してもより暴力を振るう傾向があること(McCloskey et. al, 1995)や、子どもが暴力を目撃する量が多いほど、子どもも暴力を受けている可能性が高いとすること(O'keefe, 1994)が明らかにされており、DV家庭における子どもへの暴力の危険性について指摘されている。

子どもへの影響では、攻撃性、癲癇や家出などの外在的問題、ひきこもりや抑うつなどの内在的問題、友人の欠如や学力不信などの社会能力的問題を引き起こすことが明らかになっており(Gells, et al, 1990)、さらにはPTSDなどの長期的な症状についても研究がなされてきている(Kilpatrick et al. 1998; Rossman et al, 2000)。

日本においては、DV家庭における子どもに関して、特に研究の分野では最近になって注目されつつあり、DV被害の子どもへの支援に対しては問題視されながらも、まだ十分に取組めていない。

内閣府の行った、無作為抽出の全国調査では、「暴力を受けたことがある」と回答した女性224人の約4割が、子どもが暴力を目撃していると回答し、またそのうちの約半数は、子どもも父親から暴力を受けていると回答した。

一方、DVに関するセミナーから被験者を募った調査では、対象者は32人と少数ではあるが、目撃率は約9割にまで上り、やはり半数の5割が身体的暴力・精神的暴力を経験している

としている。

WHO(2000)の調査では、行動・心理・学習面での問題の合計数が、夫から妻への暴力のある家庭の方が有意に多いという結果や、恐怖心、悪夢などの内面への影響、仲間をいじめる、多動などの外部に向かう影響、成績低下、発達の遅れなど発達面における影響がある(菅田, 2001)と報告がされており、これらの結果は海外における研究結果と一致するものである。

このように DV 家庭での子どもの暴力の接触率の高さや、影響の深刻さが指摘されつつあり、DVによる子どもへの影響を把握し、よりよい支援を考えていく必要があると考えられる。

## B. 研究目的

ドメスティック・バイオレンス(配偶者間暴力:以下 DV)の被害者女性を対象として DV の実態を把握すると共に、DV の精神健康への影響とその要因を調査すること。

その結果をもとに、女性相談員が適切に医療などの専門的援助を必要とする相談者をスクリーニングでき、また相談に来た被害者自身にも助けとなるような簡便なチェックリストを作成すること。

また、子どもの暴力への接触や影響について、具体的な状況を語ってもらい、子どもの現状についての外観的な知見を得ることを目的に本研究を行う。

## C. 方法

### (i) 調査機関

調査実施協力の得られた、配偶者暴力相談支援センター(婦人相談所:7施設、女性センター:7施設、福祉相談所:1施設)及び公的女

性センター3施設、計18施設で実施した。

### (ii) 調査期間

2002年9月~2004年3月の18ヶ月間。

### (iii) 調査方法

自記式質問紙票(添付資料参照)と構造化面接併用の個別面接法。

### (iv) 調査対象

配偶者間暴力により、調査実施協力の得られた、配偶者暴力相談支援センター(婦人相談所:7施設、女性センター:7施設、福祉相談所:1施設)及び公的女性センター3施設を利用している女性、計62名(平均年齢 $42.2 \pm 10.2$ 歳)。

本研究では、インフォームド・コンセントを重要視した為、対象者の募集・選定は研究班から依頼した各相談施設を通じて、調査協力者を募集していただいた。

調査協力者については、女性調査員2名(臨床心理士、心理カウンセラーなど)により調査目的、内容などを説明した。調査の参加に同意し、了承して下さった方については、同意書に署名の上、調査を行った。

また、調査終了後に、調査参加の謝品を渡した。

## D. 結果

### (1) 調査対象者62名全体のプロフィール

#### ①年齢

平均年齢;  $42.2 \pm 10.2$  歳 (23歳~66歳)

#### ②加害者との現在の婚姻状況

既婚(法律婚)	43人(69%)
離婚	18人(29%)

事実婚	1人 (2%)
未婚	0人 (0%)
死別	0人 (0%)

加害者との婚姻状況は、約7割が既婚（法律婚）であった。

### ③加害者との居住関係

同居	10人 (16%)
別居	40人 (64%)
離別	11人 (18%)
その他	1人 (2%)

約8割は調査時点において加害者と離れて暮らしていると回答した。

### ④加害者との同居期間

1年未満	6人 (9%)
1年～3年未満	2人 (3%)
3年～5年未満	4人 (6%)
5年～10年未満	17人 (30%)
10年～20年未満	18人 (29%)
20年以上	15人 (24%)

8割以上が5年以上同居していると回答した。

### ⑤現在の仕事

常勤	11人 (18%)
非常勤 (パート・アルバイト)	24人 (39%)
自営業	4人 (6%)
無職	21人 (34%)
その他	2人 (3%)

被験者の約6割が調査時点において仕事を持っていると回答している。内訳としては、非常勤職が4割と多く、無職が3割であった。

### ⑥最終学歴

中学卒	4人 (6%)
高校卒	32人 (52%)
専門・短大卒	18人 (29%)
大学卒	5人 (8%)
大学院卒	2人 (3%)
その他	1人 (2%)

高卒が5割と一番多く、3割が専門学校・短大卒、約1割は大学・大学院であった。

### (2) 加害者62名全体のプロフィール

#### ①年齢

平均年齢；44±11.1歳 (20歳～75歳)

#### ②現在の仕事

常勤	37人 (60%)
非常勤 (パート・アルバイト)	5人 (8%)
自営業	8人 (13%)
無職	7人 (11%)
その他	5人 (8%)

8割は仕事を持っており、内訳としては、6割が常勤の仕事についていた。

#### ③最終学歴

中学卒	9人 (14.5%)
高校卒	19人 (30.6%)
専門・短大卒	6人 (9%)
大学卒	23人 (37%)
大学院卒	4人 (6%)
その他	1人 (2%)

加害者の4割以上が大学・大学院卒であり、高卒が3割であった。

### (3) DV被害状況(複数回答)

全対象 62 名が精神的暴力を受けていると回答しており、身体的暴力を受けていると回答したものは 57 名 (91%)、性的暴力を受けている人は 48 名 (77%) であった。

そのうち、45 名 (73%) は身体的暴力、精神的暴力、性的暴力が複合的に生じているケースであり、身体的暴力と精神的暴力のみと回答したものは 12 名 (19%)、精神的暴力と性的暴力のみと回答したのは 3 名 (5%)、精神的暴力のみを受けていたと回答したものは 2 名 (3%) であった。

パートナーからの被害を複数名から受けた経験があると回答した人は 7 名 (35%) であり、被験者に暴力をふるっていた相手は 62 名全員が暴力を受けていた時の関係を「夫」と回答した。

#### 身体的暴力(N=57)―自由回答より―

身体的暴力の内容について、どのようなことがあったのか回答を求めたところ、暴力の程度は、「頭を 2 針縫った」「肋骨が折れた」「肋骨にひびが入った」「私の腕を服の上から食いちぎり、4 cm くらいの穴が開いた」「救急病院に運ばれた」「首を絞められて、もう少し力が入っていれば死んでいた」と重度のものや、被害女性の恐怖感を増大させるようなものもあった。

また、「家を出なかつたら死んじゃってた」「旦那を殺して犯罪者になるか、(私が)殺されて旦那が犯罪者になるか」と言う程追い詰められていた者もいた。

暴力を受けている間は、夫に対して恐怖を感じており、「何が起きているかわからない状態」「痛みは感じないのが普通の状態になっていた」と無力感や感情の麻痺、解離症状を経験している回答が多かった。

暴力への対処については、「外には隠していた」「接客業だったので、アザを見られないようにした」「落ち着くといい人だから今度は大丈夫って(我慢していた)」と、長期にわたって耐えていた者も多く、また、職場等でも、対象者のケガに対し「みんな口に出さず、見て見ぬふりをする」と、サポートが得にくい状態にあった者も多いことが推測された。

#### 身体的暴力の持続期間

1年未満	5人(9%)
1年～3年未満	5人(9%)
3年～5年未満	7人(12%)
5年～10年未満	18人(32%)
10年～20年未満	8人(14%)
20年以上	12人(21%)
その他	2人(4%)

身体的暴力の持続期間は 5 年以上にわたる長期的な暴力が 7 割以上を占めていた。

#### 精神的暴力(N=62)―自由回答より―

精神的暴力の内容について、どのようなことがあったのか回答を求めたところ、精神的暴力の内容は、「言葉の虐待」「お前のせいでこうなるんだと言う」「他人の前で悪口を言う」等、言葉によるもの、「怒鳴る」「手振り身振りで行うような素振りをする」「車や物をぼろぼろにしたりした」等、被害女性の恐怖を喚起するもの、「生活費を持って行ってしまう」「(生活費を)渡すけど、渡してくれる以上に浪費する」「ひと月 10 万貯めろといわれ、できないとどなられる」等、経済的に負担を与えるものが挙げられた。

精神的暴力に関しては、同居中に限らず、「(現在は別居しているが)連絡を取るたびに夫

から暴力的なことを言われる」「別居中も、メールや手紙を送ってきた」「別居していても、会えば言葉で傷つけられる」等、別居後も精神的暴力が継続するケースも多かった。

また、「夫との会話はほとんどなかった」「話しても無視で話にもならない」といったように、コミュニケーションを拒否されたり、「コントロールが強い」「表面的には良い人だけど、私には命令」「そう見えないように、遠回しなやり方でコントロールしようとしたり、責任転嫁したり」「自分のしたことを正当化するために、子どもの前で『お前が悪い』と私に言った」といったように、被害女性をコントロールするという形での精神的暴力も存在していた。

被害にあうことで、多くの女性は「追い詰められていく感じ」や「家を出たいと言ったら、殴るとかそういうわかりやすいのじゃない、陰湿なやり方で色々やられそうな恐怖感」を感じ、「とにかく怒らせないようにと、それだけ考えて生活」しており、「卑屈になっ」たり、自信をなくしたり、体調を崩したりしていた。

しかし、周囲には「目に見えないのでわかってもらえない」ことも多く、「夫は、外面は良い人だった」「『愛情があるからだ』って言ってた」ことにより、「夫婦喧嘩と思われ、あまり聞いてもらえなかった」等、周囲に暴力が認識されずサポートは受けにくい状態にあった。

#### 精神的暴力の持続期間

1年未満	4人 (6%)
1年～3年未満	8人 (13%)
3年～5年未満	5人 (8%)
5年～10年未満	15人 (24%)
10年～20年未満	15人 (24%)
20年以上	15人 (24%)
その他	0人 (0%)

精神的暴力の持続期間は5年以上にわたる長期的な暴力が8割以上を占めていた。

#### 性的暴力(N=48) ー自由回答よりー

性的暴力の内容について、どのようなことがあったのか回答を求めたところ、性的暴力については、「自分本位。体調が悪いと断ると暴力」「性交を拒否すると、暴力をふるう」等、身体的暴力や脅しを伴って行われる場合も多く、「避妊はしない。やりたいからやるだけ」というように、配慮のない性行為を強制されたり、その結果妊娠した場合には「中絶の強要をされた」という回答もいくつかあった。

また、「性交を拒否すると殴られる、性交中にぶたれる」「セックスを思い通りさせないと暴力をふるう」など、身体的暴力と並行して起こっていた場合もあった。

性的暴力は「誰にも話せなかった」とするケースも多く、調査にて自由回答を述べる際にもためらいを見せる者もいた。

#### 性的暴力の持続期間

1年未満	3人 (6%)
1年～3年未満	6人 (13%)
3年～5年未満	4人 (8%)
5年～10年未満	14人 (29%)
10年～20年未満	10人 (21%)
20年以上	10人 (21%)
その他	1人 (2%)

性的暴力の持続期間は5年以上にわたる長期的な暴力が7割以上を占めていた。

#### ①暴力から逃げてから調査までの期間 (N=62)

1ヶ月未満	6人 (9.7%)
-------	-----------

1ヶ月～3ヶ月未満	6人 (9.7%)
3ヶ月～6ヶ月未満	3人 (4.8%)
6ヶ月～1年未満	9人 (14.5%)
1年以上	29人 (47%)
その他	9人 (14.5%)

暴力から逃げてから調査までの期間を伺ったところ回答が得られた62名のうち、約半数は暴力から逃げて1年以上経過していた。その他に分類されている9名のうち7名は現在加害者と同居しているものである。

#### (4) DVの精神健康への影響

##### ①質問紙尺度結果

##### GHQ12

全対象者62名のGHQ12の得点平均は4.4±3.6点であり、Cut-Off point 3/4以上に該当したものは34名(54.8%)であった。

さらにGHQ12項目得点別に低得点(0-1)、中得点(2-3)、高得点(4-12)の3得点に分類したところ、低得点群16名(25.8%)、中得点群13名(21.0%)、高得点群例34名(54.8%)であり、半数以上が高得点群に分類された。

M.I.N.I診断を基準にCut-off point 3/4以上の時の感度と特異度を算出した結果、GHQ12の感度71.0%、特異度64.7%であった。

##### DES

全対象者62名のDES得点平均は15.8点±15.1点であり、40点以上だったものは8名(12.9%)であった。

DES結果もM.I.N.I診断を基準にCut-off pointを30点以上にした場合の感度と特異度を算出した結果、感度は29.0%、特異度は100%であった。

##### HSCL-25

全対象62名中のHSCL-25の得点平均は1.81±0.53点であり、一般的な指標とされている1.75点以上であったものは34名(54.8%)であり、過半数が一般的な指標とされている1.75点以上であった。

また、HSCL-25のうつ病スコアの得点平均は1.98±0.60点であり、1.75点以上であったものは37名(59.7%)であり、全体的に得点が高かった。

M.I.N.I診断を基準にHSCL-25の総得点1.75点以上の時の感度と特異度を算出した結果、感度67.7%、特異度65.6%であった。

よって、M.I.N.I診断を基準にし、各尺度の感度と特異度を求めたところ、標準化されている質問紙の中ではGHQ12の感度が最も高かった。

表1 質問紙尺度結果

	平均	SD	Min	Max
GHQ12	4.4	±3.6	0	12
DES	15.8	±15.1	0	58.2
SCL25 総得点	1.81	±0.53	1.08	3.60
SCL25 うつ	1.91	±0.60	1.07	3

N=62

##### IES-R

全対象者62名のうち、IES-Rの回答を得られたのは46名であった。IES-Rの得点平均は29.0点±17.9であり、カット・オフ・ポイントの25点以上であったものは29名(46.8%)であった。IES-Rの下位尺度の得点平均(SD)を表2に示す。



表2 IES-R 得点及び下位尺度得点平均

	平均	SD	MIN	MAX
得点	29.0	17.9	1	69
侵入	10.4	7.6	1	28
回避麻痺	10.7	6.9	1	26
過覚醒	8.0	5.4	1	21

N=46

②CTS2

62名のうちCTS2の項目について1年以内に経験したと回答したものは32名であった。32名のCTS2の総得点は203.2点(±173.2)であった。

CTS2は交渉を除く4つの下位尺度で暴力の強度別に得点を算出できる。心理的攻撃、身体的暴行、性的強要、傷害の各下位尺度について暴力を強度別に分類し、平均得点(SD)を表3に示す。

また、CTS2の回答が得られた62名のCTS2全項目の経験率を表4に示す。

表3 暴力の強度別に見たCTS2平均得点

	身体的暴行		傷害	
	軽度	重度	軽度	重度
平均	7.77	3.92	6.34	1.75
(SD)	7.76	4.87	8.20	2.82
	心理的攻撃		性的強要	
	軽度	重度	軽度	重度
平均	10.11	5.21	5.41	3.80
(SD)	7.74	5.78	7.46	6.05

N=32

各カテゴリにおいても、合計得点においても、対象者間の得点の差が大きく、暴力の種類においても、頻度においても、多様な被害の実態が

あることが推測される。

表4 CTS2 全項目経験率

		(人)	(%)
身体的暴行 軽度	相手は、私を押ししたり、突き飛ばしたりした。	56	90.32
	相手は、私を引っつかんだ。	48	77.42
	相手は、私の腕をひねったり、髪を引っばったりした。	49	79.03
	相手は、私がケガするかもしれないような物を投げつけた。	43	69.35
	相手は、私をひっぱたいた。	45	72.58
身体的暴行 重度	相手は、私をけつとばした。	50	80.65
	相手は、私をさんざん殴りつけた。	39	62.90
	相手は、私をケガさせるかもしれないような物で私を殴ったり、たたいたりした。	29	46.77
	相手は、私を壁にたたきつけた。	40	64.52
	相手は、私の首をしめた。	31	50.00
	相手は、私にナイフや凶器に向けたことがある。	17	27.42
	相手は、私にわざとヤケトを負わせた。	6	9.68
傷害 軽度	私は、相手とのケンカが原因で、ねんざ、打撲あるいは切キズを負った。	47	75.81
	私は、相手とのケンカが原因で、翌日も続くような身体の痛みを感じた。	47	75.81

傷害	軽度	私は、相手とのケンカが原因で医者にかかる必要があったが、そうしなかった。	33	53.23
		私は、相手とケンカ中に頭をたたかれ、気が遠くなったことがある。	28	45.16
		私は、相手とのケンカが原因で医者にかかった。	34	54.84
		私は、相手とのケンカで骨折した。	12	19.35
心理的攻撃	軽度	相手は、私に対して大声で怒鳴った。	61	98.39
		相手は、私を侮辱したり、ののしったりした。	59	95.16
		相手は、私に何かいやがらせをした。	50	80.65
		相手は、私と言い争いをしている時に、荒々しく部屋や家から出ていった。	45	72.58
心理的攻撃	重度	相手は、私に対して殴るぞとか物を投げるぞ、などと身振りや言葉で脅した。	54	87.10
		相手は、私に対して「デブ」や「ブサイク」と言った。	36	58.06
		相手は、私の所有物をこわした。	37	59.68
		相手は、私を「セックスが、下手だ」と責めた。	16	25.81
性的強要	軽度	相手は、私に対してしつこく性交をせまった(カブクではない)。	44	70.97
		相手は、私に対してコンドームなしの性交を強いた。	37	59.68
		相手は、私に対して口内性交や肛門性交をしつこく迫った(カブクではない)。	34	54.84
性的強要	重度	相手は、私に対して性交を(殴ったり、押さえたり、凶器で脅して)強制した。	32	51.61
		相手は、私を脅して性交させた。	26	41.94
		相手は、私に対して口内性交や肛門性交を(殴ったり押さえたり、凶器で脅して)強制した。	27	43.55
		相手は、私をおどして口内性交や肛門性交をさせた。	24	38.71

CTS2 の下位項目に関して、どの程度の人がこれまでに経験しているのか、全対象者について、項目別の経験率を算出した結果、以下のようことがわかった。

押ししたり突き飛ばす、腕をひねる、髪をひっぱる、けつとばす等の身体的暴行は、8割近くの人に経験されている。

また、4人に3人の人が、ねんざや打撲、切り傷を負ったり、翌日も続くような身体の痛みを感じた経験があり、頭を叩かれて気が遠くなったり、医者にかかった、等も半数近くに経験されており、身体的暴行が、しばしば深刻な結果をもたらしていることが推測された。

心理的攻撃では、怒鳴る、ののしる等はほとんどの人が経験しており、殴るぞとか物を投げるぞと脅された経験も9割近くの人にあり、被害の経験率の高さが示された。

性的強要に関しては、経験率はまちまちであったが、半数近くの人が性交を強要されたり、避妊具なしの性交を強要されたりしていることがわかった。

以上のことから、対象となったDV被害女性のほとんどは、心理的攻撃と身体的暴行を重複して経験していたと考えられる。身体的暴行は、しばしば身体に深刻な影響を与えていた。また、性的強要に関しても、半数近くの人が望まない性交渉を強いられていたことがわかった。

## ②MINI 診断 (重複回答 N=62)

MINI 診断で最も診断率が高かったものは気分変調症 12名 (19.4%) であり、続いて、大うつ病エピソード現在診断がついた人 10名 (16.1%)、広場恐怖現在、軽躁病エピソード生涯はともに9名(15%)であった。MINIの診断結果を表5に示す。

表5 MINIの診断結果 (N=62)

診断名	症状時期	人数	%
大うつ病エピソード	現在	10	16.1
大うつ病エピソード	生涯	4	6.5
気分変調症	現在	12	19.4
軽躁病エピソード	現在	3	4.8
軽躁病エピソード	生涯	9	14.5
躁病エピソード	現在	0	0
躁病エピソード	生涯	5	8.1
パニック障害	現在	1	1.6
パニック障害	生涯	8	12.9
パニック障害	症状限定	4	6.5
広場恐怖	現在	9	14.5
社会恐怖	現在	3	4.8
強迫性障害	現在	2	3.2
外傷後ストレス障害	現在	5	8.1
アルコール依存	現在	1	1.6
アルコール乱用	現在	0	0
薬物依存	現在	2	3.2
薬物乱用	現在	2	3.2
精神病症候群	現在	1	1.6
精神病症候群	生涯	1	1.6
神経性無食欲症	現在	0	0
神経性大食症	現在	0	0
全般性不安障害	現在	2	3.2

### ③MINI 自殺の危険

自殺の危険度では高度6名(9.6%)、中等度5名(8.1%)、低度17名(27.4%)であり、全対象中13名(21.0%)は最近1ヶ月中に自殺について考えているということであった。

MINIの中の各自殺傾向の各項目の回答を下記に示す。

#### 【この1ヶ月で】(重複回答 N=62)

死んだ方がよいと考えた	11名(17.7%)
自分を傷つけないと思った	5名(8.1%)
自殺について考えた	10名(16.1%)
自殺の計画をしたことがある	1名(1.6%)
自殺を試みたことがある	1名(1.6%)

#### 【今までの人生の中で】

自殺を試みたことがある	21名(33.9%)
-------------	------------

### ④要医療ケースをスクリーニングの為にチェックリスト

#### —通過率—

本研究班で作成した要医療ケースをスクリーニングする目的で作成したDV被害者のチェックリスト(添付資料参照)で最も回答が多かったのは、<項目1>の睡眠障害を問う質問項目であり、35名(56.5%)が睡眠に問題があると回答した。

それに続き、<項目5>過去の暴力の記憶が突然よみがえって、もう一度体験しているかのように感じられたことがあるという domestic violenceを trauma とする PTSDの再体験症状を疑わせる症状を体験した者は28名(45.1%)であった。<項目8>の希死念慮があると回答したもの13名(21.0%)、<項目10>の自殺企図があると回答したものは3名(4.8%)であ

った。

<項目6>のテレビやラジオ、新聞などからあなた向けの特別なメッセージが送られていたり、個人的には知らなかった人があなたに特別な関心を抱いていると確信したことがあると答えた人は4名いる。これは、新聞やテレビなどでDVに関する情報が載っているとDVで困っている自分宛のメッセージに感じるというものであり精神病の疑いがあるものではなかった。

チェックリストの各項目の通過率を表6に示す。

表6 チェックリスト通過率(N=62)

項目番号	項目内容	人数	通過率(%)
項目1	睡眠障害	35	56.5
項目2	薬物 アルコール	5	8.1
項目3	麻痺症状	15	24.2
項目4	幻聴	4	6.5
項目5	侵入症状	28	45.2
項目6	精神病	4	6.5
項目7	非現実感	22	35.5
項目8	自殺念慮	13	21.0
項目9	自殺企図	3	4.8
項目10	解離	10	16.1
項目11	過覚醒症状	13	21.0
項目12	食欲	5	8.1

## ⑤要医療ケースをスクリーニングの為のチェックリスト

—感度と特異性について—

M.I.N.I 診断を基準に要医療ケースをスクリーニング目的で作成したチェックリスト 12 項目のうち各項目の感度と特異度を算出した結果、チェックリスト項目に2つ以上「はい」と回答した場合の感度は71%、特異度は61%であった。

GHQ12、HSCL25、DES と比べても本研究班で作成したチェックリストは感度が高かったと言える。

## ⑤子どもへの暴力の影響

全対象 62 名に DV の目撃を子どもが目撃していたかどうかについての質問をした結果、子どもがいると回答した 55 名のうち、36 名 (65.5%) の子どもがいつも DV を目撃していたと回答している。時々見ていたと回答したものが 15 名 (23.8%)、1. 2 回の目撃 1 名 (1.8%)、DV の目撃はしていないと回答したものは 3 名 (5.5%) であった。

また、暴力を振るっている相手が子どもに対して暴力を振るっているかどうか聞いたところ、62 名中 46 名 (74.1%) が子どもに対して何らかの暴力を振るっていると回答した。

相手 (父親) による子どもに対する暴力の中で一番多い暴力は精神的暴力 46 名 (74.1%) であり、身体的暴力は 28 名 (45.1%)、性的暴力は 7 名 (11.2%) であった。

これに対して本人 (母親) からの子どもに対して暴力を振るっていたかどうか聞いたところ、精神的暴力を振るっていたと回答した人は 22 名 (35.4%) と一番多く、続いて身体的暴力を振るっていたと答えた人は 21 名 (33.8%)、性