

尺度である⁶⁾。PTSDの17症状(再体験症状5項目、回避/精神麻痺症状7項目、過覚醒症状5項目)の過去1ヶ月間(現在診断)の頻度と強度を各アンカーポイントで明示された5段階(0—4点)で評価する。CAPS日本語版については、飛鳥井ら²⁾により信頼性と妥当性が検証されている。尚、本研究では個々の症状の有無については頻度得点と強度得点の合計が4点以上(4点法)の場合に症状有りと判定した。更にDSM-IVの基準に沿って、再体験症状1項目以上、回避/精神麻痺症状3項目以上、過覚醒症状2項目以上を満たした場合にPTSDと診断した。

2) 改訂版葛藤戦術尺度(CTS2)

配偶者間暴力の程度を測定するために作成されたCTS³³⁾の改訂版である³⁴⁾。葛藤戦術として交渉、心理的攻撃、身体的暴行、性的強要、傷害の5つの下位尺度、計78質問項目から構成された自記式質問紙尺度である。各項目の回数の程度を1から7の8段階の尺度で評価する。日本語版CTS2は、石井ら²²⁾により、信頼性と妥当性が検証されている。

3) 全般性精神健康度尺度(SCL-90-R)

全般性精神健康度を測定するための90症状項目から構成され、個々の症状が1週間の間にとどれくらい被験者を悩ませたかについて0から4の5段階で回答を得る自記式質問紙尺度である¹³⁾。下位尺度の項目は、身体症状12項目、強迫10項目、対人過敏性9項目、抑うつ13項目、不安10項目、怒り/敵意6項目、恐怖症7項目、パラノイア的思考6項目、精神病傾向10項目、その他7項目である。各項目数で除して、10の下位尺度各々の尺度得点が算出される。日本語版SCL-90-Rは、中尾ら²⁸⁾により、信頼性と妥当性が検証され

ている。

3. 統計解析

本研究において、DV被害が対象者にどのような影響を及ぼしているかを検討するためにPTSD群、非PTSD群、対照群の三群比較解析を実施した。

三群におけるCTS2とSCL-90-Rの各下位尺度平均得点の差の検定には一元配置分散分析を用いた。また各群のCTS2とSCL-90-Rの各下位尺度得点の比較ではTukey-Kramer法による多重比較を行った。

4. 結果

DV群のうち40.0%(24名)がPTSDと診断された。PTSD群のCAPS平均得点は、73.6(SD19.6)であり、非PTSD群の29.3(14.7)に比べて有意に高かった($p < .0001$)。

CTS2の下位尺度平均得点を三群比較した結果、心理的攻撃、身体的暴行、性的強要、傷害の尺度得点は、PTSD群、非PTSD群、対照群の順に高かった。しかし、Tukey-Kramer法による多重比較の結果では、交渉尺度得点については見るべき差は認められなかった($p=0.644$) (表2)。また身体的暴行尺度得点においてもPTSD群の方が非PTSD群よりも得点は高かったが、5%水準には至らなかった($p=0.104$)。しかし、今後データの蓄積により有意水準に近づく可能性が示唆された。また各下位尺度間のピアソン相関係数をみると、交渉以外は全て0.5以上の高い相関を示した(表3)。

SCL-90-Rの下位尺度平均得点を比較すると、全下位尺度平均得点は、PTSD群、非PTSD群、対照群の順に高かった。Tukey-Kramer法による多重比較の結果では、怒り/敵意尺度平均得点においては、非PTSD

群と対照群の間に有意な差が認められなかったものの、その他の下位尺度平均得点では、すべて有意な差が認められた(表 4)。

5. 考察

本研究の結果、シェルター入所のDV被害女性における PTSD の割合は、40.0%であった。これはシェルターに保護されたDV被害女性の PTSD の割合を構造化面接により実施した米国のこれまでの研究結果とほぼ一致するものであった。

これまでの研究では、多様な暴力を反復して受けると PTSD の発症率が高くなると報告されている^{14,17,29}。本研究における CTS2 の結果においても、PTSD 群は非 PTSD 群と対照群に比べて多様な暴力をより反復して受けており、PTSD の発症は暴力の程度と相関していることが示唆された。また各下位尺度間の相関の結果をみると、交渉以外は各暴力間に高い相関が認められた。これは DV 被害者が身体的暴行のみを受けるとか、性的強要のみを受けるということは少なく、重複して被害を受けていることを示したものと考えられる。この結果は、DV 被害の特徴として多様な暴力が重複しかつ反復して起こるといった先行研究の結果と一致した^{18,37,39}。

本研究では、さらに SCL-90-R により DV 被害の有無が対象者の全般的な精神健康度にどのように影響しているかを検討した。その結果 PTSD 群が、他の群に比べ全下位尺度得点が有意に高く精神健康度が不良であった。これは、米国の先行研究でも報告されているように、DV 被害者の PTSD 群は、非 PTSD 群に比べ不安、抑うつ症状にとどまらず、パラノイア的思考や精神病傾向といったその他の下位尺度においてもすべて得点が高かったという結果と一致していた^{18,29}。パラノイア的思考や

精神病傾向尺度を設問別にみると、「他人に見張られている感じ」、「まわりに人がいないのに人の声が聞こえる」、「自分は罪深く、処罰されるべきだ」、「誰とも近しい感じを抱いたことがない」や「自分の頭はどこかおかしいのではと思う」の項目に PTSD 群と非 PTSD 群に有意な差があった。これらは長期にわたり反復的に暴力を受け続けているにもかかわらず回避できなかったことに対する自責感や低い自己評価、加害者の監視のもと知人と外出することさえ許されず外部との接触を断たれてしまった他者との疎隔感を反映したものと考えられた。また「まわりに人がいないのに人の声が聞こえる」の項目については、DV 被害者にしばしば存在する、加害者が自分の周囲にいないはずがないことは認識しているものの、加害者が自分を大声でなじっている声が突然聞こえるという錯聴様体験を反映したものと考えられた。この結果は、サンフランシスコのシェルター入所者 50 名を対象に行った Humphreys ら¹⁰の調査と概ね一致するものであり、したがって深刻な DV 被害を被った女性には文化差を越えて共通する特徴的な精神的後遺症が存在することが伺われた。

ところで近年 DV 被害の結果として、被害者が PTSD と大うつ病を併発するという研究が報告されている^{8,9}。本研究の結果においても、PTSD 群は非 PTSD 群に比べ SCL-90-R の抑うつ下位尺度得点が有意に高かった。このことはやはり PTSD を発症したものは、しなかった者に比べ抑うつ傾向がより高いことを示すものであった。

怒り/敵意症状尺度得点においても PTSD 群は、非 PTSD 群と対照群に比べ有意な差が認められたが、非 PTSD 群と対照群間では有意な差はなかった。怒りや敵意は外傷体験後、喚起されやすい感情である^{20,21}。本研究の

結果は、PTSDを発症した者は発症しなかった者より怒りや敵意の感情を抱きやすいと報告している Lasko ら²⁷⁾の調査結果と一致した。Lasko らの調査は、ベトナム帰還兵を対象とした研究であり、対象サンプル特性上の差はあるが、PTSD に伴う怒りなどの感情体験が文化差を越えた共通の特徴を有していることを示唆するものであった。

本研究の結果では、わが国においても米国同様に DV が被害女性の身体・精神に及ぼす影響が深刻なものであることを示すものであった。また DV 被害により PTSD を発症した者は、発症しなかった者に比べ精神健康度がより不良であることも明らかにされた。これらの結果から、ことに PTSD を伴った被害者に対しては、早急に適切な援助を提供する必要があると思われる。しかし、わが国において DV への取り組みは始まったばかりであり、他の先進諸国に比べても精神健康回復のための援助方法などは、立ち遅れているのが現状である。

PTSD を発症した DV 被害者の多くは症状のため日常生活を送ることも困難を覚えている。特に暴行場面が突然よみがえるフラッシュバック、集中困難や頻発する物忘れ、感情コントロールの困難などの症状は、被害者の生活に大きな支障をもたらしている。これらを考慮すれば、今後わが国においての DV 被害女性への援助として、法的援助や生活支援にとどまらず PTSD 症状についての心理教育や感情管理訓練など PTSD の症状軽減を目的とした「トラウマケア」が必要であると考えられる。

6. おわりに

本研究では、シェルター入所者を対象に DV 被害の実態と DV 被害が精神健康に及ぼす影響を検証した。その結果、シェルターに入所し

たわが国の DV 被害者では、欧米同様に命の危険を感じるほどの暴力を長期にわたり繰り返し受けていた。また DV 被害女性の PTSD 有病率や不良な精神健康度は米国の先行研究と一致した。

DV 被害者は罪業感や孤独感を持ち、シェルターに避難後でさえ加害者からの暴力に怯えて安全感を確保できないでいる。これらの結果は、DV 被害が精神健康に深刻な影響を及ぼすことを示唆した。特に PTSD 群では、PTSD 症状のほか精神健康全般においてより不良であった。

現在わが国において DV 被害女性が助けを求めても適切な援助を提供できる施設は少ない。一方米国においては、シェルターを含む各 DV 被害者援助施設では専門家により DV 被害女性のための支援マニュアルが作成され、特に DV 被害者の精神健康回復のためのプログラムに重点が置かれている。これら精神健康回復のための援助プログラムは、精神的後遺症の治療のみならず、DV 被害者の社会への自立も促進していると報告されている。

今後わが国においても DV が被害者に及ぼす影響を理解し、米国のような支援施設やプログラム、また DV 被害者援助のシステムづくりが早急に望まれる。

文献

- 1) Alpert, E.J.: Violence in intimate relationships and the practicing internist: New "disease" or new agenda? *Annals of Internal Medicine*, 123, 774-781, 1995
- 2) 飛鳥井望、広幡小百合、加藤寛、他: CAPS(PTSD 臨床診断面接尺度)日本語版の尺度特性. *トラウマティック・ストレス誌*, 1, 47-53, 2003
- 3) Astin, M.C., Lawrence, K.J., & Foy, D.W.: Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, 8(1), 17-28, 1993
- 4) Astin, M. C., Ogland-Hand, S.M., Coleman, E.M., & Foy D.W.: Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with martially distressed women, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 308-312, 1995
- 5) Berrios, D.C., & Grady, D.: Domestic violence: Risk factors and outcomes. *The Western Journal of Medicine*, 155(2), 133-135, 1991
- 6) Blake, D.D., Weathers F.W., Nagy L.M. et al.: The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Traumatic Stress*, 8: 75-90, 1995
- 7) Campbell J.C.: Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 33; 359(9314): 1331-1336, 2002
- 8) Campbell, J.C., Kub, J., Bellcnap, R.A., & Templin, T.N.: Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women*, 3, 271-293, 1997
- 9) Campbell, R., Sullivan, C.M., & Davidson, W.S., II.: Women who use domestic violence shelters: Change in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255, 1995
- 10) Campbell J.C.: A test of tow explanatory models of women's response to battering. *Nursing Reseach*, 38, 18-24, 1989
- 11) Cascardi, M., O'Leary, K.D., Lawrence, E.E., & Schlee, K.A.: Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 616-623, 1995
- 12) Cascardi, M., O'Leary, K.D., & Schlee, K., A.: Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227-249, 1999
- 13) Derogatis L.R.: SCL-90-R Administration, scoring, and procedures manual II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research. 1983
- 14) Dutton, M.A., & Goodman, L.A.: Posttraumatic stress disorder among battered women: Analysis of legal implications. *Behavioral Sciences and the Law*, 12, 215-234, 1994
- 15) Gleason, W.J.: Mental disorders in battered women: An empirical study, *Violence and Victims*, 8(1), 1993
- 16) Hattendorf, J., Ottens, A.J., & Lomax, R.G.: Type and severity of abuse and posttraumatic stress disorder symptoms reported by women who killed abusive partners, *Violence Against Women*, 5(3), 292-312, 1999
- 17) Houskamp, B.M., & Foy, D.W.: The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 367-375, 1991

- 18) Humphreys J, Lee K, Neylan T, et al: Psychological and physical distress of sheltered battered women. *Health Care Women Int* 22(4): 401-414, 2001
- 19) Humphreys, J., Lee, K.A., Neylan, T.C., & Marmer, C.R.: Sleep patterns of sheltered battered women: A shelter sample. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 139-143, 1999
- 20) Hyer L, Woods M.G., & Boudewyns P.S., et al: MCMI and 16-PF with Vietnam veterans: profiles and concurrent validation of MCMI. *Journal of Personality Disorders* 4:391-401,1990
- 21) Hyer L, Davis H, & Albrecht W., et al: Cluster analysis of MCMI and MCMI-II on chronic PTSD victims. *J Clin. Psychol.* 50: 502-515, 1994
- 22) 石井朝子、飛鳥井望、木村弓子、他 : 第 66 回日本心理学会大会発表論文集, pp.277, 2002
- 23) Ishii T, Asukai N, Kimura Y, et al.: Domestic Violence in Japan: A Study of Urban Sheltered Battered Women. Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies, 18th Annual Meeting, Baltimore, 2002
- 24) 加茂登志子、氏家由里、田村敦子: 東京都女性センターにおける精神科判定事例の実態と社会的転帰. *精神神経学雑誌* 104(4):292-309, 2002
- 25) Kemp A, Rawings EI, & Green BL: Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *J Trauma Stress*, 4 : 137-148, 1991
- 26) 金吉晴、柳田多美 : 家庭内暴力被害女性のシェルター保護とその心理的効果: 厚生科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)分担研究報告書、2000
- 27) Lasko N.B., Gurvits T.V. & Kuhne A.A., et al: Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*, 35(5): 373-381, 1994
- 28) 中尾和久、高石穰: 日本語版 SCL-90-R の信頼性と妥当性。研究助成報告集 6:167-169, 1993
- 29) Perrin, S, Van Hasselt, V.B., Basilio, I, & Hersen, M : Assessment the effects of violence on women in battering relationships with the Keane MMPI-PTSD scale. *J Trauma Stress*, 9 : 805-816, 1996
- 30) Plichta, S.B., & Weisman, C.S.: Spouse or partner abuse, use of health services, and unmet need for medical care in U.S. Women. *Journal of Women's Health*, 4, 45-53, 1995
- 31) Saunders, D.G.: Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: a comparison of survivors in two settings. *Violence Victims*, 9(1), 31-44, 1994
- 32) 総理府男女共同参画室:「男女間における暴力に関する調査」報告書. 1999
- 33) Straus, MA : Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41 : 75-88, 1979
- 34) Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S & Sugarman DB : The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*. 17 : 283-316, 1996
- 35) Tjaden, P., & Thoennes, N.: Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Research report. Washington, DC: National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention. 2000
- 36) 東京都生活文化局:「女性に対する暴力」調査報告書. 1998
- 37) Walker L.E.: *The Battered Women*

Syndrome. New York, Springer 1984

- 38) Walker, L.E.: Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy*, 28(1), 21-19, 1991
- 39) Walker L.E.: Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist. Washington DC: American Psychological Association 1994
- 40) West, C.G., Fernandez, A., Hillard, J.R., Schoof, M., & Parks, J.: Psychiatric disorders of abused women at a shelter, *Psychiatric Quarterly*, 61(4), 295-301, 1990

研究発表

1. 原著論文発表

- 1) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子, 岸本淳司 (印刷中). シェルター入所者におけるドメスティックバイオレンス被害の実態と精神健康に及ぼす影響 *精神科治療学*.
- 2) Ishii T., Asukai N., Kishimoto J., Straus M.A. (in press). Reliability and Validity of the Japanese-Language Version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2-J). *J Cross Cult. Psychol.*
- 3) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子, 岸本淳司(2003).ドメスティックバイオレンススクリーニング尺度(DVSI)の作成及び信頼性・妥当性の検討. *精神医学* 45(8):817-823.

2. 学会発表

- 1) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子(2004). 民間シェルターに入所した DV 被害女性の精神健康と PTSD. 第 3 回トラウマティック・ストレス学会, 東京[2004/03/4-5]
- 2) Ishii T., Asukai N., Kimura Y., Nagasue T., Kurosaki M. (2003). Risk factors of PTSD on battered women: anger expression / parental behavior. 19th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Chicago, USA [2003/10/29-11/01]
- 3) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 狩野敦子, 町野朔(2003). 外傷体験としてのドメスティックバイオレンスが被害女性に与える精神的影響と介入技法. 第 67 回大会日本心理学会, 東京 [2003/09/13-15]
- 4) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子, 岸本淳司(2003). ドメスティックバイオレンスが被害女性における PTSD と「怒りの表現特性」及び「親の養育態度」. 第 67 回大会日本心理学会, 東京[2003/09/13-15]
- 5) Ishii T., Asukai N. (2003). Mental health effects of domestic violence on urban sheltered battered women in Japan. 8th International Family Violence Research Conference. Boston, USA [2003/07/13-16]

- 6) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子(2003). ドメスティックバイオレンス被害女性における PTSD の危険因子としての怒りの表現特性と親の養育態度. 第 99 回精神神経学会総会,東京 [2003/05/28-30]
- 7) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子(2003). シェルター入所者におけるドメスティックバイオレンス被害の実態と精神健康に及ぼす影響. 第 23 回日本社会精神医学会,盛岡 [2003/03/04-05]
- 8) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子(2003). ドメスティックバイオレンススクリーニング尺度(DVSI)の作成及び妥当性・信頼性の検討. 第 23 回日本社会精神医学会,盛岡 [2003/03/04-05]
- 9) Ishii T., Asukai N., Kimura Y., Nagasue T., Kurosaki M. (2002). Domestic Violence in Japan: A study of urban sheltered battered women. 18th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Baltimore, USA [2002/11/7-10]
- 10) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子(2002). 改訂葛藤戦術尺度日本語版(The Revised Conflict Tactics Scales: CTS2)の信頼性と妥当性. 第 66 回大会日本心理学会, 広島 [2002/10/25-27]

表 1. 対象サンプルの基本属性

	DV 被害女性群 (人数=60)	一般有配偶女性群 (人数=60)
	%	%
教育歴		
中学卒	35.0	1.7
高校卒	30.0	35.0
短大卒	26.7	40.0
大学卒	6.7	21.7
婚姻状況		
既婚	53.3	93.3
未婚	13.3	—
離婚	20.0	1.7
調停中	11.7	1.7
就業状況		
常勤務	23.3	21.7
パートタイム	18.3	10.0
非就労	56.7	66.7
子どもの人数		
平均 (SD)	1.5 (1.0)	1.8 (0.9)
年齢		
平均 (SD)	38.4 (13.0)	35.4 (4.5)

表 2 CTS2 の下位尺度平均得点

	PTSD 群 (1) (n=24)	非PTSD 群 (2) (n=36)	対照群 (3) (n=60)	ANOVA p 値	Tukey-Kramer 法 p 値		
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)		(1)-(2)	(1)-(3)	(2)-(3)
交渉	2.62(1.09)	2.32(1.31)	2.09(1.35)	.2291	.6441	.2082	.6825
心理的攻撃	2.41(0.92)	1.93(0.83)	0.52(0.55)	.0001	.0337	.0001	.0001
身体的暴行	1.61(0.94)	1.28(0.75)	0.06(0.25)	.0001	.1041	.0001	.0001
性的強要	1.53(1.07)	0.89(0.98)	0.23(0.33)	.0001	.0046	.0001	.0002
傷害	1.13(0.65)	0.83(0.53)	0.02(0.17)	.0001	.0231	.0001	.0001

表3 CTS2における各下位尺度間の相関係数

	心理的攻撃	身体的暴行	性的強要	傷害
交渉	.391	.286	.259	.270
心理的攻撃		.803	.584	.696
身体的暴行			.569	.867
性的強要				.561

表4 SCL-90-Rの下位尺度平均得点

	PTSD群	非PTSD群	対照群	ANOVA P値	Tukey-Kramer法 P値		
	(1) (n=24)	(2) (n=36)	(3) (n=60)		(1) - (2)	(1) - (3)	(2) - (3)
	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)				
身体症状	1.53(1.00)	0.81(0.75)	0.30(0.31)	.0001	.0001	.0001	.0009
強迫	1.80(0.88)	0.99(0.66)	0.53(0.55)	.0001	.0001	.0001	.0035
対人過敏性	1.44(0.90)	0.78(0.67)	0.34(0.39)	.0001	.0003	.0001	.0033
抑うつ	1.82(1.03)	1.03(0.70)	0.40(0.53)	.0001	.0001	.0001	.0001
不安	2.05(1.09)	0.91(0.63)	0.31(0.55)	.0001	.0001	.0001	.0003
怒り/敵意	1.04(0.96)	0.51(0.51)	0.46(0.56)	.0011	.0071	.0010	.9409
恐怖症	1.67(1.22)	0.64(0.75)	0.11(0.25)	.0001	.0001	.0001	.0015
パルノイア	1.64(0.96)	0.90(0.70)	0.25(0.34)	.0001	.0001	.0001	.0001
精神病傾向	1.18(0.81)	0.45(0.57)	0.13(0.25)	.0001	.0001	.0001	.0100
その他	1.75(0.72)	0.99(0.68)	0.41(0.51)	.0001	.0001	.0001	.0001

目 次

I. 総合研究報告

- 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----- 228
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

主任研究者 小西 聖子 武蔵野大学 人間関係学部

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」が施行されて以来、日本におけるドメスティック・バイオレンス(以下DVとする)への関心の高まりにはめざましいものがある。しかしながら、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は十分に得られていない状況である。本研究は日本におけるDV被害について、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実際的に検討すること、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する研究を行った。

米国の研究で汎用されているDVに関する構造化面接であるCTS2の日本版を作成し、さらに複数の構造化面接を用いて、PTSDやうつ病について被害者の評価をおこなった。暴力から逃れた被害者には高い比率でこれらの障害があることが示され、それらの障害や精神健康における問題はシェルターを出た後も長期に及んで存在し、被害者の健康な生活の再建に影響を与えている。DVの相談活動は主として女性の相談員によって担われているが、相談そのものはかなり切迫した状況で、医療を必要とする相談者を対象として行われることがあるにもかかわらず、医学的なコンサルテーションなどは不足している状況である。このような相談において、簡便に使える医療的スクリーニングの質問紙を開発した。

さらに医療現場におけるDVの認識について調査を行った。

またDV防止法によって設立が規定された各都道府県の配偶者暴力相談支援センターにおける被害者調査だけではなく、先進的な被害者支援の試みを行ってきた民間シェルターにおける被害者の長期的追跡調査の詳細な結果を報告した。

児童虐待は家庭の健康における現在の大きな問題のひとつであるが、DVと児童虐待の関連について調査を進めた。複数の調査において子どもへの影響は広範で深刻であることが示された。また、DV加害者の処遇は、この問題の防止に向けて必須の課題であるが、主要な先進国であるアメリカ、イギリス、スウェーデンにおける加害者処遇プログラムについて比較検討した。さらに、配偶者暴力相談支援センターや都道府県女性センターに多くのDV相談が寄せられる状況において、相談員の二次的外傷性ストレスを含む職務上のストレスが、相談員の精神健康に影響を与えている可能性が見出された。

分担研究者氏名・所属施設および所属施設における職名

金 吉晴 ・国立精神・神経センター 精神保健研究所 室長

加茂登志子・東京女子医科大学 精神医学教室 助教授

平川和子 ・東京フェミニストセラピセンター 所長

影山隆之 ・大分県立看護科学大学 助教授

柑本美和 ・国立精神・神経センター 精神保健研究所 研究員

石井朝子 ・東京都精神医学研究所 研究員

矢野恵美 ・武蔵野大学 現代社会学部 非常勤講師

A. 研究の目的

2001年10月より「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」が施行されて以来、地域差はあるもののDV被害の相談は急増したことを統計は示している。配偶者暴力相談支援センターの相談件数は、施行後9ヶ月で2万7000件弱と一ヶ月で約3000件に上っている。警察庁の相談件数も法律施行後一年間で1万5000件に上り、また保護命令は同一年間で1250件の発令が行われた。保護命令違反の検挙件数は全国で27件となっている。このような傾向は、概ねその後も継続している。一方配偶者暴力相談支援センターを経て、自立する人たちの道は険しく、関連施設や支援策の不足不備が目立っている状況である。

数年前、多くの人がドメスティック・バイオレンスということばさえ知らなかったことを考えれば、法律施行の効果は大きいといえよう。このように法律が効果を上げていることの要因の第一には、これまでDVの被害が、わが国には現実には多数あったのに、発見され対処されていなかったということあげねばならないだろう。これまでは見えていなかった被害が法律の施行によって現れてきたのだと考えられる。

筆者は配偶者暴力相談支援センター、あるいは女性センターなどにおいて、ドメスティック・バイオレンス被害の相談個々の事例について臨床的にアドバイスを求められることも多いが、支援の難しさに直面して、立ちすくむことも少なくない。実際の危険、生活基盤の脆弱さ、深い心理的打撃、支援の資源の乏しさなどが重なって現れるのがDVの特徴だが、そのことが、支援者が途方にくれてしまうような、また無力感や恐怖感を感じざるを得ないような状況を生み出しやすい。通常の医学的介入や治療が、長い年月の内に制度化されて、法律も含むさまざまなシステムや専門家によって支えられ、堅固な枠組みをもっているのに比べあまりにも無構造であり、支援の資源にも乏しいと、両方の臨床に関わる筆者には思えるのである。

この状況に構造とはいかないまでも、少しでも支えとなるものを作りたいというのがこの研究の目的である。具体的に言えば、日本のDV被害女性およびその子どもを対象として、被害の実態を精神健康の観点を中心に広く調査すること、また回復のための支援の方法を実践的に研究することがあげられる。

つまり、日本におけるドメスティック・バイオレンス(DV)について、精神健康の

視点から基礎的な知見を提供し、さらにその治療と防止に役立てる。具体的には、① DV 被害女性を対象として、暴力の実態を明らかにすると共に、PTSD 有病率、抑うつ、不安、自殺企図、自己評価の低下など、DV 被害の精神健康への影響とその要因を調査する。配偶者暴力相談支援センターにおいて、専門の相談員や当事者が自記によって利用できるような、メンタルヘルスに関するスクリーニングのための質問紙表を開発する。②被害からの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多彩な援助の方法について調査する。③現在諸外国で実践されている被害者支援と加害者への取組み、社会教育活動について調査する。④DV 被害を受けた母子について、子どもへの影響、児童虐待との関係を調査する。⑤DV 被害者の支援にかかわる者について調査する。ここでは二つの研究を行っている。ひとつは専門の相談員等におこる代理受傷、職業上のストレスについて研究し、その防止法を開発することであり、もうひとつは、医療現場における DV 認識の実態を明らかにする。具体的な目的は、以上の5点である。

日本にも世界と同じように DV の被害があり、それが潜在しており、被害者のほとんどが女性であることは、近年の研究で明らかになってきている。しかしこれらのことは日本で実証的なデータとして十分に示されているかというところではない。データの不足は、政策的な取り組みの遅れにも繋がりがねないものである。先に述べた如く、DV 防止法の施行により、各地で相談件数の増大、相談への期待の増大、困難ケースの増加、それに伴う専門相談員の質向

上への要請などが生じてきた。加害者更生・加害者教育への関心も高まっている。平成 16 年度からは先進的な都道府県においての取組みが始まる予定である。配偶者暴力相談支援センターにおけるドメスティバイオレンス被害者支援の取組みの質を向上させること、被害を受けた人に自立への適切なサービスを提供し、さらに根本的な防止法としての加害者教育の実践可能性について探ること、さらに相談員の持つ不安を軽減できるような提案を行うことなど、本研究は多岐に渡る実践的な目標をもっている。

B. 研究の方法と成果

ここでは、当初の目的の設定①から⑤にしたがって、成果について概略を述べたい。

① DV の被害女性を対象として、暴力の実態を明らかにすると共に、PTSD 有病率、抑うつ、不安、自己評価の低下など、DV の精神健康への影響とその要因を調査する。配偶者暴力相談支援センターにおける適切な精神健康に関するスクリーニング調査表を開発する。

この①については複数の研究を行っているが、以下に順を追って述べる。

研究初年度に改訂葛藤戦術尺度日本語版 (The Revised Conflict Tactics Scales: CTS2) を開発した。CTS2 は暴力の種類を評価する測度で、研究の結果日本語版 CTS2 の各下位尺度の内部一貫性、再検査の信頼性、内容妥当性、構成概念妥当性が十分であることが確認されている。今後わが国での実証的 DV 調査研究はもとより、国際的な比較研究にも供しうる有用な DV の暴力評価尺度である。

DV 群（公的機関より DV 被害者と認定された、民間シェルター入所女性）60 名対照群（一般有配偶女性）60 名の計 120 名を対象として、自記式質問紙と構造化面接を行った。

DV 群のうち 40.0%（24 名）が PTSD と診断された。SCL-90-R の下位尺度得点を比較すると、PTSD 群は、非 PTSD 群に比べて全下位尺度得点が有意に高かった。この PTSD 発症率は、米国の先行研究と一致していた。

非 PTSD 群では、PTSD 群に比べ「問題解決のために知人や専門家などに援助を求める」等の他者への信頼に基づいた行動によって、DV 被害に対処している傾向がうかがわれた。

続いてこの尺度を用いて、配偶者相談支援センターを中心として、配偶者間暴力により公的相談機関を利用している女性を対象として、了承を得られた 62 名に対して、自記式質問紙と構造化面接併用の個別面接を実施した。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、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。

M.I.N.I.による構造化面接で、精神障害を調査したところ、最も診断率が高かったものは気分変調症 19.4%であり、続いて大うつ病エピソード、現在診断が 16.1%であった。自殺の危険度では、全対象のうち 21.0%が最近 1 カ月中に自殺について考えているとしており、自殺念慮、自殺企図については、DV 被害者は危険度が高い可能性があ

る。これも海外の研究で確かめられているとおりであった。

M.I.N.I 診断を基準に医療的スクリーニングの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。

次に、民間シェルターおよび公立女性センターにおける研究結果を示したい。先進的な活動を続けてきた民間シェルターにおいて 1997 年より 2001 年までの 5 年間にわたる入所者 121 名について整理を行ない、その中から典型例として 10 名を選び、その精神保健の詳細を検討し、MRTT 回復モデル (M.Harvey) の 8 つの項目を参考に質問紙、面接調査を実施した。

現在の健康状態を示す指標としての CES-D 得点は平均 19.4 点であり 56%が高得点群に位置し、全体として抑うつ状態の高さを示した。CES-D についての先行調査として「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書」によれば、一般人口における CES-D 高得点群の割合は 13.1%であり、児童虐待群が高得点群に属する割合が高い。こうしてみると本調査結果は非常に高い割合であり、DV 被害者のシェルター退所後の児童虐待の可能性と予防を考える際に、検討課題となるかもしれない。また CES-D 得点は身体症状の有無と就業状況の有無に相関していた。高得点群は身体症状も多彩であり就業状況にはなかった。未就業理由は、仕事がない、気力が出ない、働きたくない、働く自信がない、病気など合計 19 人であった。しかし一方 27 人が離婚の成立を見ており、今後は経済状況の改

善や社会資源の有効利用など、地域のなかでの関係づくりが必要になっていた。

また、さらに女性センターに来談したDV被害女性の追跡調査を行ったが、予想に反し、同居中のものより別居している女性の健康状態が悪く生活再建の厳しさを示す結果となった。

これら複数の研究結果を見ると、抑うつについてもPTSDについても精神障害が存在すると評価される者が、被害後の任意の時期（本研究では直後から数年後までの時期）において約半数程度いることが示唆される。また自殺の危険度も高い。これは文献検索により集めた先進諸国の多くの研究結果ともほぼ共通しており、多くのDV被害者に精神科疾患が見られ、かつ一時保護の期間よりもかなり長い期間にわたって治療の必要があると考えられる。特に、一時保護が行われて、暴力から逃れられても、その後も、離婚、就労、住居や子供の養育の問題など生活再建のためのさまざまな課題が存在し、精神健康は必ずしもよくないことが示されている。

また民間シェルターの結果では就労と精神健康の状態は密接に関連しており、精神健康についての配慮が、自立支援には欠かせないことを示しているだろう。

② 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多彩な援助の方法について調査する。

この部分については、研究が予定通り進まなかった。回復の試みは民間シェルターなどで行い、長期追跡調査が可能となったが、統制した方法によって比較するまでにはいたらなかった。しかし、複数の研究が示し

ているように、長期にわたり、精神健康のよくない被害者がいること、就労がそれに関連していること、また生活の再建は簡単ではないことが示されており、今後の調査の方向、またサポートの方向は示せたと思われる。

また医療従事者にアンケートを行い都市部の大学病院においても、医療関係者のDVの理解は決して十分とはいえないが、医師、看護師1302名のうち一年間のDV被害者診療経験率は11.5%にのぼっており、全診療者の半数近くが対応に苦慮した経験を持っており、DV被害者への対応に困惑している状況も調査からは見て取れる。医療機関内で現実的具体的に活用できるマニュアルが必要であると思われた。

③ 現在諸外国で実践されている被害者支援と加害者への取り組みについて調査する。

加害者の教育の問題は、現在の「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」においても研究の課題とされており、社会の要請は高い。しかし、研究の結果浮かび上がってきたことは、何らかの強制的制度が必要であることは間違いないが、そのためにはプログラムの内容の検討だけでなく、法的な枠組作りが必要であり、日本の現行法のなかで、諸外国と全く同じことを行うのは難しいということである。しかし、それぞれの国が違う事情を抱えており、先進といわれる国においても、加害者教育への取り組みは、ごく近年になってからそれぞれモデルから学び、行われてきているものであることは間違いないのであるから、日本の現実に適した実行ある制度と内容が必要となるだろう。

これについてはアメリカ、スウェーデン、イギリスについて報告し、さらにカナダのプログラムについても紹介した。

DV 加害者に対するプログラムは、大別すると、保護観察命令の条件という強制力の下で行われる場合と、自発的な参加希望者に対して行われる場合の二つがある。

1980年にミネソタ州の Duluth で始められたアメリカの加害者プログラムの草分け的存在である、Domestic Abuse Intervention Project (DAIP) に代表されるように、DV 加害者への治療プログラムは、保護観察命令の条件となっていることが多い。

調査を行った、カリフォルニア州のサンフランシスコにある「特殊問題センター (Center for Special Problems)」を例に挙げると、サンフランシスコ市の成人保護観察局 (Adult Probation Department) の認可を得て (カリフォルニア州刑法 1203.097(c)(5))、保護観察命令を出された DV 加害者のうち、積極的にプログラム参加を希望する者に治療を行っている。

サンフランシスコ郡の公衆衛生部地域精神保健サービスにより運営されている特殊問題センターでは、DV 加害者に対して、グループサイコセラピー、個人サイコセラピー、自助グループ、投薬治療などを行う。治療費は原則として有料で、患者の収入に応じて徴収される。治療期間は、個人の保護観察の期間によって異なる。DV プログラムの場合、基本的に治療に必要とされる期間は約 52 週であるが、殆どの患者に、1 年以上かけて治療が行われる。

イギリスでも、アメリカのモデルを参考にしつつ、現在、約 30 近くの加害者プロ

ラムが展開されている。DV 加害者は、保護観察命令の条件としてプログラムへの参加が言い渡されるか、あるいは、自らの改善を求めて自発的にプログラムに参加する。保護観察命令の条件となる場合、本人の積極的な参加意思はその必要条件となる。

プログラムの運営形態については、当初は、民間団体のみによる運営が殆どを占めたが、次第に、保護観察所と協力関係を構築するもの、保護観察所自体がプログラムを運営するものなど、様々になってきている。治療期間は、プログラムによって、10 週 20 時間から、48 週 120 時間まで多岐にわたる。

加害者プログラムについて、第一に問題とされるのは、加害者プログラム自体の効果である。しかし、この点については、母集団となるプログラム修了者が少数であること、追跡調査の制限などから、プログラムの効果測定は困難であると言われている。さまざまに研究が行われているが、一致した結果は出ていない。

それに加え、基本的に欧米諸国で行われている加害者プログラムを、文化背景の異なるわが国に、そのまま適用できるかも問題となる。

また、仮に加害者プログラムが導入されたとして、対象者のプログラムへの参加をどのように確保するかも問題となる。アメリカでは、自発的な参加者の場合、プログラム開始後 3 ヶ月以内に、参加者全体の 40%~60% が参加を途中放棄したと報告されている。また、イギリスの DV 介入プロジェクトでも、第一段階を終了し、第二段階まで継続して参加しているのは、参加者全体の 33% に過ぎないという。

一方、プログラム参加が保護観察の条件である場合には、途中放棄の割合は激減する。アメリカ司法省は、加害者プログラムを通じて更なる DV 加害を防止するためには、刑事司法制度によるサポートが不可欠だと報告している。

そのように考えると、確かに、保護観察の条件などといった強制力の行使と、保護観察取り消しなど不遵守の際の罰の賦課は、DV 加害者のプログラムへの参加を確保するために必要であるように思われる。この点は、加害者プログラムをどのような性格として位置づけるのか、実施主体をどこにするか等と併せて考えなければならない問題である。

研究 3 年目には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。また、ノルウェーなどほかの北欧の国も視察した。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。

わが国における加害者プログラムの実施可能性は、以上述べてきたような問題点を踏まえ、さらなる調査、分析を重ねた上で検討する必要がある。

なお、欧米では、加害者対策の一環として、DV に関する一般市民の意識変革を目的とした啓蒙活動が積極的に行われている。その中でも、次世代を担う少年少女達を対象とした学校教育プログラムは、注目に値する。DV に対する非寛容な態度を少年少女達に身につけさせることは、ひいては、新たな加害者を生み出さないことにつながるからである。

④ 子どもへの影響, 児童虐待との関係を調査する

暴力の目撃が子どもに与える影響は非常に深刻であることがこれまでに報告されているが、公的相談機関に来談した被害者女性の子どもの 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。子どもへの暴力の影響の大きさが示唆される。また民間シェルター調査では、子どもの年齢にしたがって、乳幼児期、思春期、青年期、成人の子どもそれぞれに影響が見られていることが報告されている。児童虐待に直結する可能性のあるコメントを述べる被害女性もあり、成人になった子どもが、また DV の被害を受け、母子施設に入所しているが子ども、すなわち当の被害女性にとっての孫、を虐待しているという事例もあり、子どもへの影響は深く長く広範である。子どもの虐待とも並存する可能性が高いことが、複数の調査から共通して示唆されていると言えよう。

⑤ 専門相談員の代理受傷について研究し、その防止法を開発する。

研究の中で、浮かび上がってきたことが DV 相談にあたる人たちのメンタルヘルスの問題である。二年にわたってこの研究をおこなったが、調査に対する現場の反応は活発で、被害者自身のメンタルヘルス調査の困難さに比べて、相談員には、仕事の困難さが切実に感じられており、職務上のストレスについての意識は高いことが伺えた。

平成 14 年度の調査においては、DV 被害者にあたる相談員群と医療関係施設に勤務する臨床心理士の群を比較した。DV 相談員は、医療分野で働く心理職群と比較して、多様な専門性を持っていること、逆に経験年数は短く、非常勤職員が多く、より多様な業務を行っていることが示された。特に電話相談業務の多さは女性相談における特徴だと言える。

続いて平成 15 年度には全国の配偶者暴力相談支援センターの相談員（以下、DV 相談員）の職務の状況や職業性ストレス及び二次的外傷性ストレスを視野にいたした DV 相談員のメンタルヘルスの実態を明らかにすること、対照群である保健師の調査結果とも比較し、DV 相談員のメンタルヘルスに対する提言を行うことを目的に調査を実施した。

都道府県の配偶者暴力相談支援センターに所属する DV 相談員 210 名と東京都多摩地区 24 市町村に所属する保健師 113 名を比較している。

個人属性をみると、DV 相談員は職業集団として年齢層が高く、専門も多様であった。DV 相談員の 7 割は非常勤勤務者であり、勤務日数や勤務年数にもばらつきがみられた。地域別の「1 週間にクライアントに直接関わる時間」では、「関東」、「東海」、「近畿」、「九州・沖縄」が長く、支援活動は地域差も個人差もあると推測された。

研修については、昨年度の関東近県での予備調査（14.2 日）に比べ、今回の全国調査では 9.6 日と平均参加日数が減り、4.2 日から 13.6 日と地域差もみられた。研修・トレーニング内容としては、両群ともに職場内カンファレンスの実施率も役立ち感も高

いことが示された。取得資格や経験年数からも、研修やトレーニングの機会の増加が必要だと思われる。

仕事上のストレス要因として、DV 相談員の半数は、「仕事の負担感」があり、「コントロール感」をもてないことにストレスを感じていた。また、出来事チェックリストでの最も強いストレスになった体験では、DV 相談員の 42.5%（77 人）が、「相談者やその関係者から言葉でののしられたり、暴言を吐かれた」などの「仕事上の体験」を選択した。保健師も半数が「仕事上の体験」を選択していた。DV 相談員の職務上のストレスは、個人的問題より職場環境や支援体制の問題が現状では大きいと思われる。

C. 結論

本研究が開始された時点では、日本における DV の被害の実態はほとんどわかっていなかったといえる。平成 13 年度に研究が始まり、その年に DV 防止法が施行されたが、当初はどの程度この法律が使われるのか、どの程度の相談が寄せられるのか、それも不明確であった。しかし、3 年経った現在、DV 被害は児童虐待と並んで、広く知られるようになり、家庭の中に頻繁に生じる深刻な暴力の問題として考えられるようになってきている。DV 防止法の改正に向けて、同伴される子どもにも保護命令の対象を広げたいとする声が強いのもの一つの現れであろう。一方で相変わらず暴力を受けながら DV という概念を知らない女性もたくさんいるし、また本研究にもあるように DV に関わる専門家の認識もさまざまである。

本研究によって明らかになったこととし

て、まず第一に DV 被害は身体的、精神的、性的暴力が複合的に生じ、長期にわたって被害を受けているものが大部分を占めるということである。少なくとも一時保護の施設を利用したり、継続的に配偶者暴力相談支援センターとかかわっている来談者の被害はそうである。また被害の重さが PTSD と関連があること、すなわち一種の量-反応関係が見られることが示された。

第二に DV 被害者には高頻度で PTSD や大うつ病そのほかの気分障害が見られるということである。またこれらは事件後すぐから数年にわたって存在し続けている。PTSD、気分障害の頻度はおそらく半数程度だと思われ、海外のデータとも一致している。自殺を考える人が多く、自立して暮らしている人のほうが精神健康がよくない傾向がある。このことは二つの大事なことを示している。

まず、DV 被害者の支援に際しては、精神健康の側面からのケアも必須であるということである。もちろん暴力の被害の回復は被害者の安全が図られ、権利が守られてなされるものであるが、そのような回復を支えるためにも精神健康が必要である。PTSD やうつ病の状態にあっては、十分に被害からの回復を図ることも難しい。そのための簡単な4つの質問により、8割以上の医療の必要な者をチェックすることができる。

たとえば配偶者暴力相談支援センターを対象とした研究、女性センター利用者の追跡研究などでは、調査の方法を考慮すると、不安定な被害者、再被害を経験しているような被害者は除去されている可能性が高く、そのような標本の偏りがあると考えられる

にもかかわらず、精神健康に問題があるという結果が共通して出ていることを考える必要がある。

さらに、このような精神健康の問題は、長期にわたり存在している可能性が強い。今回の複数の研究の対象は暴力から逃れてきた直後から数年にわたる人たちであるが、精神健康の問題は時期にかかわらず大きい。単に暴力から引き離して、安全を図ればそれで問題は解決するのではなく、その先に多くの問題が待っていること、精神健康に関してもその先長期にわたってリスクがあることを示している。現在日本における DV 被害者へのケアは、公的にはほぼ 2,3 週間の一時保護にとどまっているが、さらに長期の支援、一時保護から離れてからの支援が必要である。

第三に、DV の被害から子どもが無縁ではありえないということが示されたといえる。ほとんどの子どもが DV を目撃しており、それは子どもに感情不安定などの影響を与えており、また DV のある家庭では子どもへの虐待も存在している可能性が高い。母親自身への質問のなかでさえ、自分も虐待をしている、父親も虐待をしていたという答えがそれぞれ半数近くに上る。

児童虐待と DV は家庭の中の暴力として心理的な共通点も多い。それぞれ DV 防止法、児童虐待防止法で個別に対応が考えられてきたが、児童虐待への対応では母親の被害が置き去りにされやすく、DV 対応では子どもの虐待が放置されやすいという状況は今後は解消に向かわねばならない。総合的な取り組みが必要とされるだろう。

加害者矯正の問題については、成果の項に述べたとおり諸外国のプログラムではさ

さまざまな検討がなされつつある。今回調査した国の多くの場所で保護観察の制度の中でプログラムが行われていた。またプログラムには認知行動療法などが取り入れられつつ改良が加えられているが、その効果についてはまだ議論が続いている状況である。わが国で行う場合には法制度をどのように適用するか、またプログラムを具体的にどのように運用するか、文化障壁をどのように乗り越えるか、いくつかの難しい問題がある。

DV 被害者の支援は、直接的には配偶者暴力相談支援センターの相談員や地方自治体の女性センター相談員によって担われている。相談員の力量は、支援の質に大きく影響し、困難でかつ危険も伴うような事例に対し経験の浅い相談員が対応に苦慮している状況が現実存在する。支援を充実させるためには、相談にあたる人たちが順調に経験を積み、相談の質を上げていく必要がある。

この研究からは保健師や医療機関に働く心理士に比べ、相談員の経験年数が短く、非常勤が多く、年齢が高く、研修が少ない、という状況で仕事をしており、かつ外傷体験を聞き取ることが多く、電話相談を多くこなしていることがわかった。また現在は大都市圏と地方で、相談員の相談や直接支援の仕事量や研修に差があることが示された。研修・トレーニング内容としては、両群ともに職場内カンファレンスの実施率も役立ち感も高かった。調査全体から示されているのは、仕事量そのものの問題ではなく、専門としての仕事確立し、コントロール感を持って仕事ができることが重要であるということである。保健師や心理士の

精神健康の調査結果との比較もこのことを示している。

最も強いストレスになった体験としては、DV 相談員、保健師とも約半数が個人的な体験でなく「仕事上の体験」を選択していた。保健師もまた、精神障害者の相談や虐待の現場にかかわることが増えており、むしろこれは暴力を伴う事例の対人支援業務における共通の問題だと考えることができる。