

被害の中で「逃げる」という決定を自ら下すことが出来たことを繰り返し支持し、精神科医は退所後の治療継続のため、母子生活支援施設近くの精神科治療機関へ紹介を行った。

退所した直後に、DV 法により接近禁止命令を出す許可が裁判所からおりた。現在でも、夫との離婚手続きなどで不安が高まると施設に相談の電話が入り、来所して心理職員の面接を受ける時もある。長男はその後、転校先で時折登校を渋り、母子生活支援施設内の心理職員によるプレイセラピーにつながった。

Ⅲ 考 察

1. 児童の暴力体験への曝露の実態

今回調査対象とした同伴児童では、暴力の目撃体験が全員に認められた。この目撃率の高さが本調査対象者の最大の特徴である。また、直接の身体的危害を体験していたのは、母親と同じ加害者から日常的に虐待を受けていた児童に加えて、母親の暴力に巻き込まれる形で同じ加害者から暴力をふるわれた児童も含まれた。さらに加害者の迫及行動が児童に向けられているという報告もみられた。多くの先行研究で指摘されてきた通り、DV 被害者に施設に同伴されてくる児童が、母親と同じように暴力被害を受けている率は高く、また様々な形で母親の暴力被害に巻き込まれていたことも分かる。

2. 入所中の児童の精神健康状態

同伴児童の CBCL 得点は、「内向尺度」の平均得点が女兒で上位 10% に当たる「臨床群」に入っているなど、全体に高いことが認

められた。この「内向尺度」得点は「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安/抑うつ」の 3 つの下位尺度から算出するものであるが、男児の 5 割、女兒の 8 割が「臨床群」に該当する高さで判定された。このような結果からは、母親の DV 被害を家庭内で目撃し、さらに緊急に一時保護施設に保護された児童の精神健康は、母親同様に重篤に阻害された状態にあることが示される。

また性差が一部の得点で認められ、女兒においてこの「内向尺度」の得点が有意に高かった。下位尺度別にみると、めまいや頭痛、吐気など文字通り身体症状を訴える「身体的訴え」がやはり女兒の方が高いことが分かった。性差は一般群においても CBCL では認められており、やはり女兒では「内向尺度」に当たる 3 尺度の得点が高いといわれる。また男児は「外向尺度」に含まれる「攻撃的行動」が女兒より高いといわれている。さらに年齢が高い群ほど得点が低くなるといわれている。(井潤ほか, 2001)。そのため、今回の女兒に認められた内向尺度得点の高さは、暴力への曝露に限らず大きなストレスがかかった際の女兒全般の反応傾向を示すものとも考えられる。ただし、「攻撃的行動」が男女児ともに高得点だったことは、日常生活で暴力を見聞きし、一部は虐待を受けていたという暴力曝露体験によると考えられた。

この「攻撃的行動」の問題は、面接の結果からは、多くの DV 被害のある母親の関心事であり、「子どもが夫のように DV 加害者になるのではないか」という不安を伴い、母子関係に大きな影響を及ぼすと推測された。しかし、今回示された「攻撃的行動」得点の高さからは、家庭内で暴力体験を見

聞きすることが、一時的にせよ、攻撃的行動を増加させる可能性が示された。「攻撃的行動」の高さがハイリスク領域に入る児童は男女児ともに3割を超えていた。この理由としては第一に、対人間の葛藤を暴力や相手への攻撃で解消するという行動モデルが家庭内に存在していたため、児童たちがその模倣をしていることが考えられる。また模倣に見える行動の中には、いわゆるポストトラウマティック・プレイ posttraumatic play のように、児童の行動によるトラウマ体験の再現が含まれていた可能性もある。またその一方で、暴力被害を受けた母親たちは、PTSD 症状の特徴として、暴力体験を思い出させる刺激には過剰に反応してしまう傾向を持っていたはずである。そのため、児童のささいな行動も母親には、加害者を彷彿とさせるような攻撃的行動に捉えられた可能性も否定できない。また PTSD だけでなくうつ状態などにより精神健康が悪化した状態では、自己および周囲への否定的・悲観的な認知が伴うことはよく知られている。DV 被害が母親の精神健康だけでなく、子に対する認知にも否定的影響を与え、それが CBCL の攻撃的行動などの評定点の高さにつながった可能性も考えられる。

また今回示された精神健康および適応状態の悪さは、緊急一時保護施設に来たこと自体の影響を受けている可能性がある。一時保護施設へ滞在する体験は、児童の視点からとらえれば、自宅を離れ、見知らぬ大勢の家族の暮す施設へ突然にやって来ることを意味する。ほとんどの児童は、大きな暴力が起きた、あるいは、母親が密かに避難の準備をしていたために、予期せずして

施設へ来る。そして施設へやって来てから、今後は父親と会わないことや転校をすること、再び新しい住居に転居することなどを母親から知らされることになる。例え暴力があっても慣れ親しんだ環境から急に離れることは、様々なストレスを児童にも生じさせ、一時的な精神健康の増悪とも呼べる状況が引き起こす可能性も考慮に入れる必要がある。そのため、一時保護所へやってきた児童に対しては、突然の環境変化に対する精神的動揺に対し危機介入を行う、という視点に基づいた精神的援助も必要である。

3. 母子関係と精神健康

1) 児童に関連する要因

i) 身体的虐待:

児童の CBCL 得点に表わされる精神健康の悪さを予測したのは、日常レベルで加害者から児童へ「身体的虐待」があることだった。母親の暴力被害の目撃体験の上に「身体的虐待」を加えられている児童は、CBCL 得点が全般的に高く、精神健康上の問題を示す不適応行動が多いことが分かる。本研究対象児童は全員に母親の DV 被害の目撃があったが、それに児童虐待被害が加わることが、児童の感情的、行動的な問題を増加させると考えられた。

ii) 児童年齢:

CBCL の内向尺度では、児童の年齢が高いほど得点も高くなることが示された。CBCL では年齢が高い群で得点が低くなるといわれることは既に指摘した通りである(井潤ほか, 2001)。しかしながら、比較的該当率の高かった「ひとりぼっちで寂しいところばす(問題 12)」、「誰も大切に思っ

くれないと感じたり、こぼしたりする（問題 33）」といった「不安/抑うつ」に関わる項目などは、ある程度の言語能力の発達が必要とも考えられ、年長児の方が該当しやすい可能性がある。

しかしながら今回の結果は、年長児になるほど母親の暴力被害を理解することが可能になり、同時に家庭内で体験した暴力体験が累積していったことが関係している可能性がある。

2) 母親の精神健康

母親の GHQ 得点や IES-R が高いと、児童の CBCL 得点も高くなることが分かった。DV 被害を受けた母親とその子の精神健康度に密接な関連があることは多くの先行研究で指摘されている。このような結果は、母親の精神健康が児童に影響するだけでなく、双方の精神健康が影響し合っていることを示すと考えられる。今回調査を行った施設は、成人女性を対象とした施設であり、精神的援助の対象も DV 被害を受けた母親本人となる。そのため二次調査を始めるまでは、よほど問題が目立つ児童でなければ面接を行うこともなかった。しかし母子の精神健康は相互に影響し合っていることは、児童への援助を行うことが、母親の DV 被害からの回復に役立つことを示唆している。また当然のことではあるが、母親の精神健康が改善されれば、児童の問題行動が減る可能性も示している。

3) 母子関係

心理職員が評定した母子関係の質が、児童の「攻撃的行動」の予測に有効であることが示された。母子関係の悪さは「攻撃的

行動」の高さに関わっていると考えられる。勿論、攻撃的行動は他の問題と比べて目立ちやすい問題のため、心理職員が母子関係を判定する際にも分類の基準にしやすいと考えられる。

しかしながら、前述のように「攻撃的行動」を児童が取ることは、母親に自身の暴力被害を想起させることにつながりやすい。それが必要以上に母親が子を叱責したり、子の性格を否定することにつながりやすいため、今度は母親自身が虐待を行う可能性を高めるともいえる。また、精神健康の悪い母親ほど、児童のささいな行動を夫に似た攻撃的行動として認知してしまう可能性も高い。そのため、児童の「攻撃的行動」の生起や認知が母子関係を悪化させ、また関係が悪化することが実際の子の「攻撃的行動」を増加させ、結果的に双方の精神健康を悪化させる可能性は大きい（図 2）。

そのため、DV 被害を受けた母子の精神的援助の際には、母子関係について評定を行うことが不可欠であり、さらに児童の「攻撃的行動」の改善を優先的な援助目的とすることが、母子双方の精神健康の改善にも役立つと考えられた。一時保護期間中に行える精神的援助の回数は限られているが、母親に対しては、母親自身の精神症状だけでなく「攻撃的行動」に表される児童精神症状についての心理教育を行うことが望ましい。また、「攻撃的行動」の顕著な児童に対しては、長期的な精神的援助が可能な機関へ紹介を行うことが必要であると考えられた。

4. 母子単位での援助とは

図3はDV被害を受けた母子に対する援助方法についてのモデル図である。

突然の一時保護により家庭を離れること自体が、児童の精神健康を悪化させ、母親の援助を必要とする状態になるが、母親の精神健康も非常に悪化しているため適切な精神的援助を子に提供することが困難な状態にある。そのため、一時保護所へ来たことを契機に関係が一時保護中に危機的な状態になる母子も本調査では認められた。DV被害者の精神状態の特徴は、その自信の欠如した状態としても表されることが多いが、子との関係が悪化することが母親としての自信喪失につながり、さらにその精神健康を悪化させる可能性もある。そのため、限られた資源と時間の中で提供されるDV被害母子への援助においては、「母親が児童を援助する力を強める」という視点からの援助が望ましいと考えられる。そのためには、暴力をふるわれる生活をやめたい、そのために今後は父親と離れて暮らすことになる、という決断を母親が児童にどのように伝えたらよいか、ということに対しても心理職員など施設職員が相談に応じ、状況に応じて具体的な情報提供を行うことが重要と考えられる。

〔参考文献〕

1. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y., Yamamoto K., Kishimoto J., Miyake Y, Nishizono-Maher A, (2002) Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175-182.
2. バンクロフト・ランディ シルバーマン・ジェイ・G (著) 幾島幸子 (訳) (2004) DVにさらされる子どもたち：加害者としての親が家族機能に及ぼす影響 金剛出版。(Bancroft L, Silverman JG, (2002) *The batterer as parent: Addressing the impact of domestic violence on family dynamics*. Thousand Oaks; Sage Publications.)
3. 福西勇夫(1990) 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point 心理臨床 3 228-234.
4. 井濶知美 上林靖子 中田洋二郎 北道子 藤井浩子 倉本英彦 根岸敬矩 手塚光喜 岡田愛香 名取宏美 (2001) Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発 小児の精神と神経 41(4) 243-252.
5. 中川秦彬 大坊郁夫 (1985) 日本版 GHQ 精神健康度調査票<手引き> 日本文化科学社

表 1. 対象者統計的属性 I / 平均値 (標準偏差)

母子調査 (n=87, 59)	
母親 (n=59)	
35.7 (5.4)	
児童 (n=87)	
年 齢 (歳)	7.7 (2.7)
男児 (n=41) 女児 (n=46)	
	7.5 7.9
	(2.0) (3.2)
滞在日数 (日)	18.9 (9.6)
交際・ 結婚年数 (年)	9.7 (4.8)

表 2. 対象者統計的属性 II / 人数 (%)

母子調査 (n=87, 59)	
加害者との関係 (夫/恋人・内夫/前夫)	52/4/3 (88.8/6.8/5.1)
最終学歴 (短大・大学・大学院/ 専門学校/高校/中学/ 不明)	10/17/16/10/6 (16.9/28.8/27.1 /17.0/10.2)
退所先・退所形態 (生活保護/社会福祉施 設/家族宅/自力転宅/ 加害者のもとへ帰宅/ その他)	19/22/5/7/6/0 (32.2/37.3/8.5/11.9/ 10.2/0.0)
児童と加害者との関係 (実父/義父)	51/8 (86.4/13.6)

図 1. 一時保護所での援助の流れ図

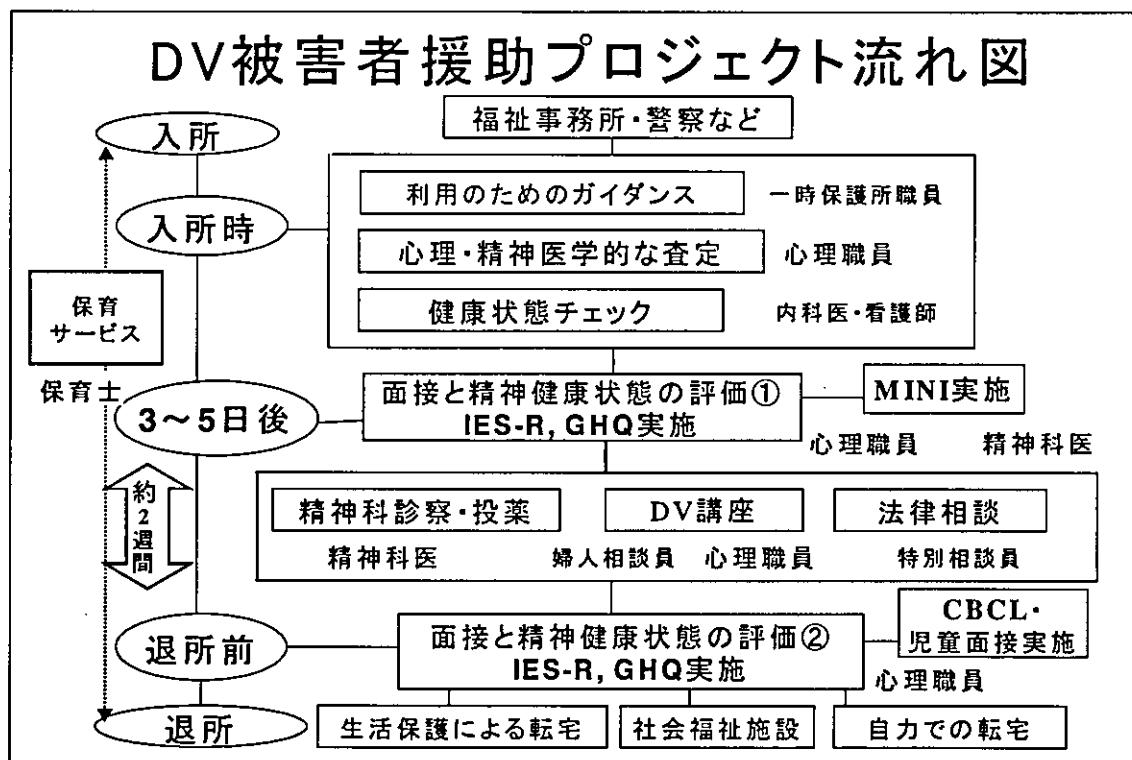


表 3. 児童の暴力被害の内容、精神健康に関する情報

内容		(n=87)
母親の暴力被害の目撃	母親が身体的危害や脅迫を受ける場面を目撃	87 (100.0)
加害者からの身体的虐待	日常レベルの身体的虐待	20 (23.0)
巻き込まれ型の身体的虐待	母親が暴力を受けた際に、助けようとした児童が暴力を受けた体験	8 (9.2)
加害者の直接の追及	児童だけを連れ去ろうとしたエピソード	6 (6.9)
母親からの身体的虐待	日常レベルの身体的虐待	2 (2.3)

加害者からの身体的虐待：母親の暴力被害に巻き込まれた形での身体的暴力被害は抜かず児童の受けた暴力被害は、全て母親からの聴き取りに基づき集計した

表 4. 母子関係の評定の結果、人数 (%)

(n=87)	内 容	全員	男児	女兒
関係良好	子育てへの不安を持っているが、概ね子の世話が出来ている、家を出てきたことを子どもから支持されている	48 (55.2)	22 (25.3)	26 (29.9)
養育困難 (母子逆転/虐待的)	子に必要な世話の提供が困難、時に叩いたり暴言を吐いたりと虐待的に接し、子の方が母に過剰にサポートを提供している	31 (35.6)	17 (19.5)	14 (16.1)
養育困難 (自信喪失/制御困難)	家を出てきたことを子に反対されている、子が加害者と同じように母親に否定的に接する	8 (9.2)	2 (2.3)	6 (6.9)

母子関係：各母子について心理職員が評定した結果の総合

表 5. 児童の CBCL 得点 (標準偏差)、ハイリスク者人数 (%)

CBCL (n=87)	平均得点 (SD)			検定	ハイリスク 人数 (%)	
	全員	男児	女児		男児	女児
ひきこもり (18点)	3.3 (2.5)	3.1 (2.4)	3.6 (2.6)		15 (36.6)	16 (34.8)
身体的訴え (18点)	2.3 (2.3)	1.5 (1.6)	3.0 (2.6)	**	9 (22.0)	22 (47.8)
不安/抑うつ (28点)	7.6 (5.2)	6.5 (5.1)	8.6 (5.1)		15 (36.6)	22 (47.8)
社会性の問題 (6点)	3.9 (3.0)	3.7 (3.4)	4.0 (2.7)		9 (22.0)	13 (28.3)
注意の問題 (22点)	6.1 (4.1)	6.2 (4.5)	5.9 (3.6)		11 (26.8)	10 (21.7)
攻撃的行動 (40点)	11.3 (8.6)	11.1 (8.4)	11.5 (8.9)		13 (31.7)	17 (37.0)
内向尺度 (62点)	12.9 (7.8)	10.8 (7.1)	14.8 (8.0)	*	21 (51.2)	36 (78.3)

検定：T検定による男女間の平均得点の比較

*： $p < .05$ 、**： $p < .01$

：平均得点がハイリスク域に該当

ハイリスク：4-11歳用のCBCL採点基準（男女別）により判定、

各下位尺度では得点が上位5パーセント、
「内向尺度」では上位10パーセントに該当する

CBCL 内向尺度：下位尺度「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安抑うつ」の総計から、
項目103「落ち込んでいる」の得点を引いた得点

表 6. CBCL 項目別平均得点 (標準偏差)、該当率

下位尺度	問題番号	CBCL (n=87)	平均得点 (SD)	該当率
F	19	たくさんの注目を引きたがる	0.76 (0.76)	56.3
F	22	家でいうことをきかない	0.79 (0.70)	63.2
C	45	神経質あるいは緊張している	0.72 (0.71)	57.5
C	71	人目を気にしすぐに恥ずかしくなる	0.87 (0.76)	64.4
F	74	目立ちたがり屋でおどけたりする	0.78 (0.83)	52.9
F	86	頑固、不機嫌、イライラ	0.84 (0.78)	60.9
A	88	よくすねる	0.93 (0.73)	70.1

該当率：各問題項目で1点以上の得点を取得した場合に「該当」とした

A:CBCL「ひきこもり」、(B:「身体的訴え」、C:「不安/抑うつ」、(D:「社会性の問題」)、
(E:「注意の問題」)、F:「攻撃的行動」

表 7. 児童の CBCL 得点に及ぼす母親の入所時 GHQ、IES-R 得点、および基本属性の影響
 /重回帰分析結果 (Stepwise 法)

(n = 59) 独立変数	CBCL 合計	CBCL 内向尺度		CBCL 外向尺度 (攻撃的行動)
	標準化 回帰係数	標準化 回帰係数		標準化 回帰係数
GHQ 身体的症状 (入所)	-.106	.035		.294
GHQ 不安・不眠 (入所)	.282 *	.217		.294 *
GHQ 社会的活動障害 (入所)	-.111	.027		-.267
GHQ うつ傾向 (入所)	.145	.118		.119
IES-R 侵入 (入所)	.076	.109		.029
IES-R 回避・麻痺 (入所)	.100	.270 *		.050
IES-R 過覚醒 (入所)	.180	.116		.106
児童発達・身体的 障害	.111	.080		.020
母親年齢	.091	.176		.004
児童年齢	.212	.389 **		-.066
児童性別	.020	-.174		.057
身体的虐待	.276 *	.201		.092
精神的虐待	.011	.005		.085
母子関係	-.103	-.009		-.265 *
決定係数 (R ²)	.417	.463		.428

* : p<.05、** : p<.01

CBCL 内向尺度 : 下位尺度「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安抑うつ」の総計から、
 項目 103「落ち込んでいる」の得点を引いた得点

CBCL 外向尺度 : 下位尺度「攻撃的行動」

図2. 母子関係と攻撃的行動

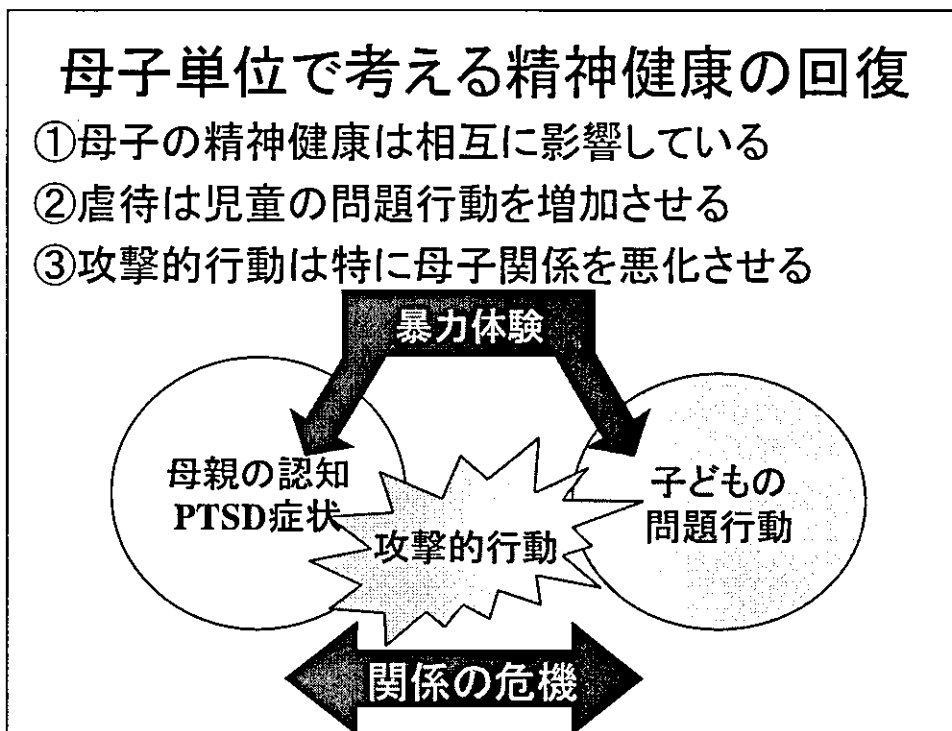
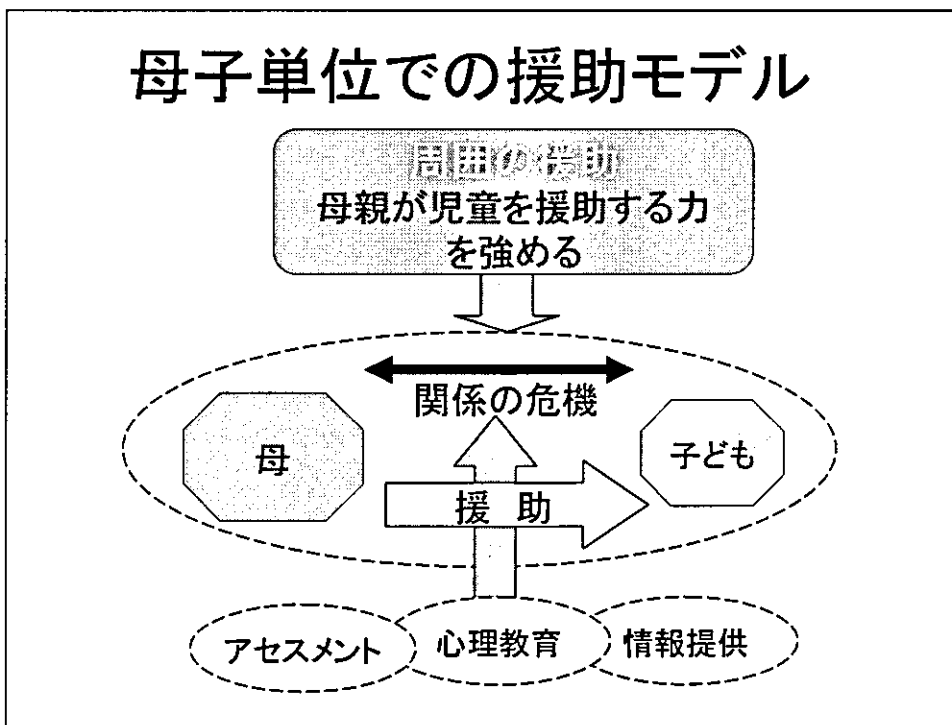


図3. 母子単位でのDV 被害者への援助モデル



Ⅱ. 分担研究報告書

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

夫・恋人からの暴力被害女性の呈する精神症状の経過
—緊急一時保護後アフターケア2ヵ年計画の結果報告から

分担研究者 加茂登志子^{1) 2)}

研究協力者 大塚佳子^{3) 2)}、氏家由里³⁾、柳田多美^{4) 1)}

米田弘枝⁵⁾、浜田友子⁵⁾

- 1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
- 2) 東京女子医科大学 精神医学教室
- 3) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人保健部
- 4) 上智大学 心理学科
- 5) 東京都女性相談センター

研究要旨

1. 夫・恋人から暴力被害から逃れ、大都市圏の公立一時保護所された女性について、その精神健康障害とその経過について調査を行った。
2. 一時保護所を退所後、アフターケアとして退所後の健康状態について調査し、ケアに來所した群と來所しなかった群との比較検討を行った。その結果からアフターケアの意義と必要性について検討した。

I 目的

平成13年10月に「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」（以下DV防止法）が公布され、「ドメスティック・バイオレンス」「DV」という言葉自体は一般に知られるようになってきた。しかし、その内容の実態はまだ十分に認識されているとは言いがたい。従来調査でDV被害を受けた女性にはさまざまな精神健康障害がみられることが知られている。大都市圏の公的施設の緊急一時保護制度を利用したDV被害女性を対象とした我々の先行研究でも、入所中からうつ状態、PTSD症状などの精神症状が高頻度で認められた。しか

し、その症状が経時的にどのように変化し、回復または悪化していくかについてはまだ十分な調査がなされていない。言うまでもなく、精神健康状態の経過研究は被害者に対して適切な援助を確立する上でも最も重要な柱の一つである。そして同時に、どんなサポートが被害者にとっては有効であったのか、あるいは不足しているのかについて並行して十分に検討していく必要がある。

現在我々はDV被害者に対する精神健康保健の視点からの中・長期的支援を目指し、夫・恋人から暴力被害から逃れ、大都市圏の公立一時保護所された女性に対し、退所後の「アフターケア2ヵ年計画」を遂行し、

2004年12月末で終了した。今回はその結果を元に、アフターケアを希望し来所した被害女性の特徴と、精神健康状態の継時的、縦断的変化について検討した。

<アフターケア2ヵ年計画について>

今回のアフターケア事業は2002年2月から2004年12月まで施行した。

一時保護所利用者に、退所約1ヵ月、3ヶ月、1年後に保護所に訪れてもらい、基本的にはまず医務室にて血圧などの身体的健康状態のチェックをしたのち、精神科医による面接(M.I.N.I.を含む)と心理職員による面接(IES-R, GHQ-28を含む)を行い、その結果を利用者にフィードバックする手順になっている。同意書取得は一時保護中に職員が上記のアフターケアの主旨を説明したうえで、「アフターケアを希望する・しない」旨と「結果などの統計的データ使用の同意をする・しない」旨の2段階に分けて行っている。

II 対象と方法

①調査期間

2002年12月から2004年12月まで

②対象(表1)

調査期間に緊急一時保護制度を利用したDV被害女性の、のべ人数は714名であった。そのうち、退所後のアフターケアを希望し、かつデータ提供に同意した被害女性は212名であった。さらにその中で心理職員が面接し、IES-R (Impact of Event Scale-revised:改訂版出来事インパクト尺度) と GHQ-28 (General Health Questionnaire):精神健康調査28項目版) を入所数日後と退所直前の2回施行、かつ精神科医が入所中のM.I.N.I. (Mini

International Neuropsychiatric Interview:精神疾患簡易構造化面接法) を施行した。その中から重篤な精神疾患の既往がある被害女性を除外し、かつデータの解析が可能であったのが68名で、今回の報告対象とした。

この68名のうち、実際に退所約1ヶ月後から6ヶ月以内にアフターケアに来所した被害女性は25名であった。これをアフター群とし、アフターケアを希望しながらも来所しなかった被害女性43名を非アフター群として両群間の比較を行った。

③方法

入所時に年齢、挙子数、婚姻状況などの社会人口動態学的因子、暴力を受けた年数、入所時身体的受傷の有無、入所期間などの暴力被害に関連する因子などで対象の属性を調査するほか、被害者の精神健康状態を以下の質問紙を用いて、入所時、退所時およびアフターケアに訪れた退所後1~6ヵ月後の時点を入所時として縦断的に評価を行った。なお、1~6ヶ月間に2回以上アフターケアに訪れたときは、最初に訪れたときの結果を採用した。

<使用質問紙について>

・心理職員により実施したもの

IES-R:入所時、退所時、アフター時に施行。過去1週間の侵入症状7項目、回避・麻痺症状8項目、過覚醒症状7項目の22項目からなる自記式質問紙で外傷後ストレス障害(以下PTSD)のスクリーニングでは24/25のカットオフポイントが推奨される。

GHQ-28:入所時、退所時、アフター時に施行。過去2~3週間の健康状態について自己記入する質問紙で、身体症状、不安と不

眠、社会的活動障害、うつ傾向の4つの要素スケールからなる。それぞれ7項目の計28項目からなり、総点5点以下は健常、6点以上で何らかの問題ありと認められる。

・精神科医により実施したもの

M.I.N.I.：入所時および1ヶ月後に施行。
DSM-IVとICD-10の主要な第I軸精神疾患を診断するための簡易構造化面接法である。

III結果

①対象者の属性 (表2、図1)

平均年齢：35.1歳 (SD9.2 20~69)

加害者との関係：夫60名、前夫1名、内夫7名

挙子数：平均1.6人 (SD1.0 0~5)

加害者との同居期間：9.7年 (SD8.5 10.33~50)

暴力の持続期間：7.0年 (SD7.8 0.2~50)

最終学歴：高卒23名、専門学校卒17名、中卒11名、短大・大学卒10名、大学院卒2名、不明5名

入所期間：21.4日 (SD9.9 8~51)

退所先：アパート転宅23名、施設(婦人保護施設、宿泊提供所など)28名、帰宅7名、実家6名、その他3名

②精神科診断 (M.I.N.I.) (表3)

大うつ病現在 39名 (57.4%)

大うつ病過去 17名(25.0%)

大うつ病現在メランコリー型 30名(44.1%)

気分変調症現在 7名(10.3%)

躁病現在 0名

躁病過去 0名

軽躁病現在 0名

軽躁病過去 11名(16.2%)

パニック障害現在	5名(7.4%)
パニック障害生涯	3名(4.4%)
広場恐怖現在	13名 (19.1%)
社会恐怖現在	9名 (13.2%)
強迫性障害現在	2名(2.9%)
外傷後ストレス障害現在	27名(39.7%)
アルコール依存現在	3名 (4.4名)
アルコール乱用現在	0名
薬物依存現在	0名
薬物乱用	0名
精神病症候群	除外
神経性無食欲症	0名
神経性大食症	2名 (2.9%)
全般性不安障害	4名(5.9%)
反社会性人格障害	0名

最も多かったのは大うつ病現在 (57.4%)

(大うつ病現在メランコリー型44.1%、大うつ病過去25.0%)であり、PTSD現在(39.7%)、広場恐怖現在(19.1%)と続いた。なお、大うつ病とPTSDの合併は、16名(23.5%)であった。

「自殺の危険」について (図2)

M.I.N.I.項目中「自殺の危険」は、なし(0点)、低度(1~5点)、中等度(6~9)、高度(10点以上)に分けられている。全対象の入所時平均点は8.4点(SD9.2)であり、自殺については全体的に中等度の危険があると評価された。自殺の危険の内訳は、なし24名、低度15名、中等度12名、高度17名である。

③入所時の質問紙による評価

入所時GHQ-28では、68名中62名が精神健康に問題ありの領域に達していた。入所時総点の平均は16.6点(SD7.8 0~28)であった。(図3)

入所時 IES-R では全対象 68 名中、58 名が PTSD 診断が疑われるカットオフ値を超えた。総点の平均は 46.3 点 (SD18.7 7~82) であった。(図 4)

④アフター群と非アフター群の比較 属性と質問紙による横断面的比較

退所後アフターケアに訪れた人は 25 名であり、訪れなかった人は 43 名であった。前者をアフター群、後者を非アフター群とし、以下に比較を行った。

年齢、挙子数、暴力の持続期間、入所期間、加害者の追及の有無、離婚の有無、過去の虐待歴について両群間に統計的有意差は認めなかった。($p < 0.05$ Mann-whitney の U 検定) (表 4)

また入所時の IES-R 得点、入所時の GHQ-28 得点において両群間に統計的有意差は認めなかった ($p < 0.05$ Mann-whitney の U 検定)。(表 5)

M.I.N.I.による入所時精神科診断では、アフター群、非アフター群間に特定の疾患の有意差は認められなかった (χ^2 乗検定)。M.I.N.I.の「自殺の危険」得点については、アフター群が非アフター群に対して有意差は認められなかった ($p < 0.05$ Mann-Whitney の U 検定)。(表 6)

⑤全対象における縦断的变化 (表 7)

入所時に比べて退所時は、GHQ-28 の総点、すべての 4 項目 (身体症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向)、IES-R の総点、侵入症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状で統計学的に有意に低下していた。($p < 0.05$ Wilcoxon の順位和同検定)。

⑥非アフター群の縦断的变化 (表 8)

入所時に比べて退所時は、GHQ-28 の総点、身体症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向、IES-R の総点、侵入症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状で有意に低下していた ($p < 0.05$ Wilcoxon の順位和同検定)。

⑦アフター群の縦断的变化 (表 9)

入所時と退所時、退所時とアフター時を比較した場合、GHQ-28 は総点、身体症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向と、すべてにおいて有意な変化はないが、社会的活動障害以外は退所時に低下し、アフター時に増悪していた。入所時とアフター時との比較では、社会的活動障害で有意な低下がみられた。

また IES-R では、入所時と退所時を比較した場合、総点、侵入症状、回避・麻痺症状には有意な変化はないが、過覚醒症状は有意に下がり改善している。しかし、退所時からアフター時にかけては、総点、侵入症状で有意な差はないが、回避・麻痺症状では有意な低下がみられ、過覚醒症状では逆に有意な増加がみられる。入所時とアフター時との比較では、総点、侵入症状は変化なく、回避・麻痺症状では有意な低下、すなわち改善がみられ、過覚醒症状は低下と増加が相殺されて、有意な変化がないという結果になった。なお回避・麻痺症状以外は退所後よりアフター時のほうがやや増加していたが、入所時よりも低かった。

アフター群における「自殺の危険」得点は入所中からアフター時にかけて有意な低下がみられた。($p < 0.05$ Wilcoxon の順位和同検定)。

アフター時の M.I.N.I.は、以下のとおり

であった。(n=25) (表 10)

大うつ病 現在	10名 (40%)
大うつ病 過去	4名 (16%)
大うつ病 現在メランコリー	8名 (32%)
気分変調症 現在	3名 (12%)
躁病 現在	0名
躁病 過去	0名
軽躁病 現在	1名 (4%)
軽躁病 過去	4名 (16%)
パニック障害 現在	1名 (4%)
パニック障害 生涯	1名 (4%)
広場恐怖 現在	7名 (28%)
社会恐怖 現在	3名 (12%)
強迫性障害 現在	1名 (4%)
PTSD 現在	10名 (40%)
アルコール依存 現在	1名 (4%)
アルコール乱用 現在	0名 (0%)
薬物依存 現在	1名 (4%)
薬物乱用 現在	0名
神経性無食欲症	0名
神経性大食症	2名 (8%)
全般性不安性障害	2名 (8%)
反社会性人格障害	0名

表 10、表 11 にアフター群の入所中とアフター時の M.I.N.I.を比較してみた。大うつ病、PTSD など診断された人数が減少しているものもあれば、広場恐怖など、増加しているものもあった。個別にさらにみても、入所中には診断されなかったが、アフター時に初めて診断されたのは、大うつ病(2名)より、PTSD (5名)の方が多かった。PTSD は退所後に発症、増悪する例がうつ病よりも多かった。

IV 非アフター群について

アフターケアに来られなかった理由につ

いては、(n=43) (図 5)

連絡がとれなくなった	15名 (35%)
連絡は取れたが、アフターケアを希望しなかった	9名 (21%)
就労でこられなかった	1名 (2%)
帰宅していた	8名 (19%)
予約をするがキャンセルした	6名 (14%)
その他	4名 (9%)

上記のアフターケアに来られなかった理由と相関のある要因を調査した。

(表 12、図 6)

結果として、加害者の追及と、退所先に有意な関連があった。

V 考察

(1)DV被害者のフォローアップ研究について

DV の被害者の追跡調査は困難が多い。加害者の元から出てきたものの経済的な後ろ盾もなく、自分の離婚手続き(しばしば弁護士をたてての家裁調停、本裁判になる)だけでなく、子供の育児、転校などの問題を加害者の追及の恐怖に脅えながら対応していくという、厳しい現実生活の元には、自らの精神的なケアについてあとまわしにされがちである。文献的には Campbell らの抑うつ症状に関する前向き調査があるが、主にはレトロスペクティブな調査である。

今回の調査の対象となった被害女性のうち、一時保護所退所後にアフターケアを訪れたのは 25 名であり、一時保護した延べ数からは、3.5%とごく一部分であった。このアフター群は、DV 被害者の全体を反映しているわけではないが、それでもいくつかの明確な所見はみられ、DV 被害者への支援についての問題と課題について検討する

価値のある結果がえられたと思う。以下に、アフター群の特徴と、継時的変化について考察した。

(2) アフター群からみた DV 被害者の継時的経過について

DV 被害者を一時保護入所時、横断面的に見た場合、そのほとんどが精神健康状態不良であった。また M.I.N.I.の結果からは、大うつ病、PTSD などの診断頻度が高く、自殺の危険度は 8.4 (中等度) と高かった。しかしそれを縦断的にみると、さまざまな経過をたどっている。一時保護中でかなりの改善がみられ、アフターケアを必要としない被害者もいるが、就労したのが明らかであったのはわずかであった。

今回追跡できた 25 名は入所時の心理検査得点や属性で特徴的な差異はなかった。しかし、保護中の精神健康状態の回復が十分得られず、退所時の GHQ-28、IES-R の得点も高いままであった。

退所後アフターケアに訪れたときは、社会的活動障害と回避・麻痺症状以外は有意差はないがやや増悪していた。社会的活動障害の改善は、加害者と同居中は、加害者に行動制限されていたことが多く、それがなくなったことが反映していると思われる。また加害者と生活するには、恐怖心を感じないように麻痺症状を呈することにより適応していたのが、暴力から逃れた後、今度は現実生活に適応するために麻痺症状は次第にとれてくる。かわりに恐怖の体験がよみがえり、過覚醒症状が悪化したと考えられる。退所後は、離婚調停をすすめながら加害者の追求に恐怖を感じ、子供が転校し学校に適応しているかの不安を抱え、

生活保護の場合は福祉担当者に就労を迫られるという生活を送る。今回アフター群がなぜ一時保護中に精神健康状態が改善しなかったのかは不明であるが、一時保護所の入所期間がもっと延長できたら改善する可能性があるのだろうか。現在の入所期間は約 2~3 週間であるが、この長さが適切であるかどうかは今後検討する必要があるように思われる。退所時の健康状態はできるだけよいに越したことはない。

M.I.N.I.の診断はアフター時には大うつ病、PTSD とともに診断される人数は減少しており、退所後改善している部分もある。また PTSD はアフター時に初めて診断されることが多く、退所後の生活が影響を及ぼしやすいのであろう。よかった点として、M.I.N.I.の「自殺の危険」が、アフター時もあり有意に改善していることである。加害者と同居中は「死」によって、暴力から逃れようとしていたのが、まずは「生きて」逃れる手段を選択し、最悪の状況からは脱することができたといえる。

以上のことからアフターケアに訪れた被害者は自殺など、切迫した状況は改善しているものの、退所後安全感が薄れることで症状は動揺し不安定であり、一時保護のあとも健康状態について相談できる機関を求めていることがわかった。

(3) 非アフター群について

心理検査の結果からは、一時保護所による安全の確保と休息効果により精神健康状態が回復したグループのように見える。実際退所後は就労し、アフターケアを必要としない被害者もいた。しかし割合からするとごくわずかである。また一時保護中に改

善しても、退所後の生活の不安からか、結局加害者の元にかえってしまったものも、少なくない。

健康に問題があっても、施設入所の場合は、施設職員にサポートしてもらったり、他の精神科医療機関にかかることで訪れなかった場合もあった。

実際「来ない理由」と退所先に相関関係があるという結果がでている。「加害者の追及」と来ない理由の一番多かった「連絡がとれない」にも相関関係があるが、もっとも危惧されるケースとして、実際は精神健康障害に問題があっても、加害者の追及がひどく外出ができない場合を考えなくてはならない。

また「予約してもキャンセル」の場合は、PTSDの回避症状のために、なかなか来所できないことも考えられた。

実際の臨床の場でも、一時保護ののち何のサポートも受けないまま、生活能力に問題のある状態が続き、子供のネグレクトなどの虐待の発見を機に医療機関につながるケースもある。

DV被害者がせっかく「命からがら」暴力から逃れてきたのに、その後の生活がより健康で、幸福につながるよう、さまざまなケースに対応できるべく広いサポートネットが必要である。シェルターなど緊急一時保護所、福祉ケースワーカー、精神科をはじめとする医療機関、子供をとりまく学校、教育関係者などが、DV被害者の支援をする際、被害者の精神健康の継続的変化が単純でないことを知ることは理解を深めるために重要である。今回の調査は、対象数が限られDV被害者のフォローアップ調査の難しさを実感したが、今後もより適切

で充実した支援のため、さまざまな視点での研究がなされる必要があると思われた。

VI 結論

1. 緊急一時保護制度を利用したDV被害女性の精神健康状態について、中・長期的支援としてのアフターケア2ヵ年計画の結果発表を行った。
2. アフターケアを希望し来所したアフター群について縦断的变化を調査し、来所しなかった非アフター群について横断面、縦断面的比較を行いアフター群の特徴について検討した。調査にはGHQ-28,IES-R,M.I.N.Iの質問紙を用いた。
3. アフター群は非アフター群と比較して、入所中に十分な精神健康状態の改善が不十分で、さらに退所後に症状の増悪が見られた。このように継続的ケアを求めている被害者の一群がおり、われわれのアフターケア事業の意義が確認された。
4. 非アフター群は一時保護により精神健康状態が改善した群であるが、このなかにもさまざまな群がおり、問題なく社会適応できているもの、問題があっても他施設ですでにケアを受けているもの、問題があっても加害者の追及や麻痺症状などでケアをうけることができない場合があると考えられた。
5. DV被害者の経過は多様性はあるが、退所後もケアが必要と思われる被害者は多く、より幅広い支援が必要であると思われた。

参考文献

- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., Nishizono-Maher, A. (2002): Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175-182.
- 中川泰彬・大坊郁夫 (1985): 日本版 GHQ 精神健康度調査票<手引き>. 日本文化科学社.
- Sutherland, C., Bybee, D., Sullivan, C. (1998): The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health Research on gender, behavior, and policy*, 4(1), 41-70.
- Campbell JC.(2002):Health consequences of intimate partner violence.The Lancet 359:1331-1335.