

## E. 文献

- American Psychiatric Association (著)  
高橋三郎・大野裕ほか (訳) 2003  
DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の  
手引き 医学書院
- First, M. B., Gibbon, M., et al. (著) 北  
村俊則・富田拓郎ほか 2003 精神科診  
断面接マニュアル SCID—使用の手引  
き・テスト用紙 日本評論社.
- 石井朝子・飛鳥井望ほか 2003 ドメス  
ティックバイ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, 817-823.
- 石井朝子 2005 DV 被害母子に対する  
援助介入に関する研究 平成 16 年度厚  
生労働科学研究 子ども家庭総合研究事  
業 報告書 (主任研究者 石井朝子)
- 井潤知美・上林靖子ほか 2001 Child  
Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発  
小児の精神と神経, 41, 243-252.
- 神村栄一・海老原由香ほか 1995 対処  
方略の三次元モデルの検討と新しい尺度  
(TAC-24) の作成 教育相談研究, 33,  
41-47.
- 金吉晴・柳田多美ほか 2005 DV 被害  
を受けた女性とその児童の精神健康調査  
厚生労働科学研究費補助金 子どもと家  
庭に関する総合研究事業 総括・分担研  
究報告書 (主任研究者 金吉晴)
- 金吉晴・加茂登志子ほか 2006 DV 被  
害を受けた母子へのフォローアップ研究  
厚生労働科学研究費補助金 子どもと家  
庭に関する総合研究事業 総括・分担研  
究報告書 (主任研究者 金吉晴)
- 長江信和・増田智美ほか 2004 大学生  
を対象としたライフ・イベントの実態調  
査と日本版外傷後認知尺度の開発 行動  
療法研究, 30, 113-124.
- 中田洋二郎・上林靖子ほか 1999 幼児  
の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の日  
本語版作成に関する研究 小児の精神と  
神経, 39, 305-316.
- 奥山真紀子 2005 被害児童への治療・  
ケアのあり方に関する研究 平成 16 年  
度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研  
究事業 報告書 (主任研究者 石井朝子)
- Putnam, F. W., Helmer, K. et al. 1993  
Development, reliability, and validity of  
a child dissociation scale. *Child Abuse  
and Neglect*, 17, 731-741.
- Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y. (著) 大

坪天平・宮岡等・上島国利（訳） 2000  
M.I.N.I.—精神疾患簡易構造化面接法  
星和書店。

山崎晃資 2001 高機能広汎性発達障害  
およびアスペルガー症候群の神経心理学  
的特徴に関する研究 厚生科学研究補助  
金 障害保険福祉総合研究事業 総括・分  
担報告書（主任研究者 石井 哲夫）

吉田博美・小西聖子ほか 2005 ドメス  
ティック・バイオレンス被害者における  
精神疾患の実態と被害体験の及ぼす影響  
トラウマティック・ストレス, 3, 83-89.

## F. 関連業績

### 著作

加茂登志子 8. ドメスティック・バイ  
オレンス 心的トラウマの理解とケア  
第2版 じほう, 152-161.

### 研究発表

Masaki, T., Ogawa, A., Yanagita, T.,  
Kamo, T., & Kim, Y. 2006 *Research  
on the mental health of the mother and  
her child who suffered DV damage:  
Interim Report(1)*. Poster session  
presented at the 22nd annual meeting  
of the International Society for

Traumatic Stress Studies, Hollywood,  
CA.

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予 定を含む。）

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

Table1 DVSIの平均得点と標準偏差

(N=12)	身体的暴行		性的強要		心理的攻撃		合計	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
最近1年	4.21	7.30	2.46	6.85	7.21	7.30	13.88	18.56
最悪時 <sup>※</sup>	11.17	10.83	2.17	6.90	16.08	3.00	29.42	16.87

※ 最悪時の平均期間=1.11年(SD=.87)

Table2 DV被害状況(各種類の暴力に関する被害有無と期間)

	身体的暴力 (N=12)	性的暴力 (N=12)	心理的暴力(N=12)			追求 (N=12)	その他 (N=12)
			言葉の暴力	行動制限	経済的暴力		
被害なし(N)	1	6	0	0	3	2	7
被害あり(N)	11	6	12 ※	12 ※	9	10 ※	5
被害期間							
1ヶ月未満	3	0	0	0	0	0	0
~1年未満	0	0	0	1	1	5	0
1~3年未満	2	1	3	2	1	1	2
3~5年未満	1	1	0	2	0	1	1
5~10年未満	3	2	5 ※	3 ※	3	2	0
10年以上	2	1	4	4	4	0	1
不明	0	1	0	0	0	1	1

※夫の親戚からの被害を含む。

Table4 ADHD RS-IV-J得点(親評価)の平均値とSD(男女別)

	男児(N=6)				女兒(N=4)			
	第1回目		第2回目		第1回目		第2回目	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
不注意	2.11	3.30	1.50	2.35	2.41	3.20	2.25	2.06
多動・衝動性	2.78	4.15	2.17	2.86	3.08	4.02	3.00	4.69
合計	4.89	7.04	3.67	4.76	5.49	6.80	5.25	6.13

Table5 子どものもぐら一ず結果と ADHD RS-IV-J 得点(母親評定)の相関

変数 (N=14)	もぐら一ず(子ども)					
	正答率	正答率の ばらつき	反応時間	反応時間の ばらつき	見逃し(率)	お手つき(率)
ADHD-RS(母親評定)						
不注意	-.25	.19	.10	.33	-.21	.44
多動・衝動性	-.59 *	.53 *	.38	.59 *	.09	.68 *
総得点	-.46	.40	.27	.50	-.04	.59 *

\* $p < .05$

Table 6 子どものもぐら一ず結果と母親の IES-R 得点の相関

変数 (N=14)	もぐら一ず(子ども)					
	正答率	正答率の ばらつき	反応時間	反応時間の ばらつき	見逃し(率)	お手つき(率)
IES-R(母親)						
侵入	-.67 **	.59 *	.18	.50	.25	.69 **
回避・麻痺	.47	.47	.24	.32	.25	.44
過覚醒	-.78 **	.76 **	.56 *	.70 **	.49	.68 **
総得点	-.66 **	.63 *	.32	.52	.33	.63 *

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

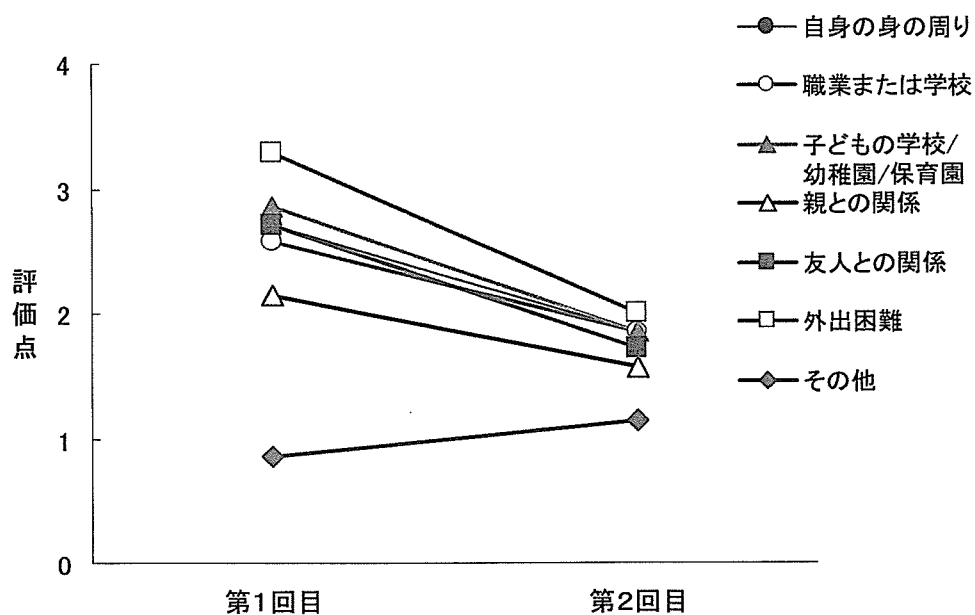


Fig.1 生活への影響の変化

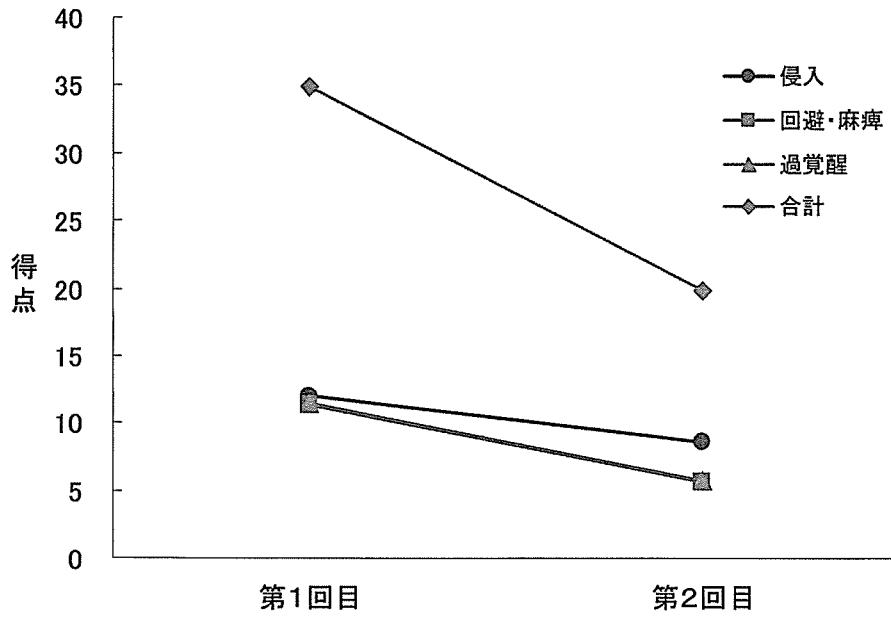


Fig.2 IES-R得点の変化

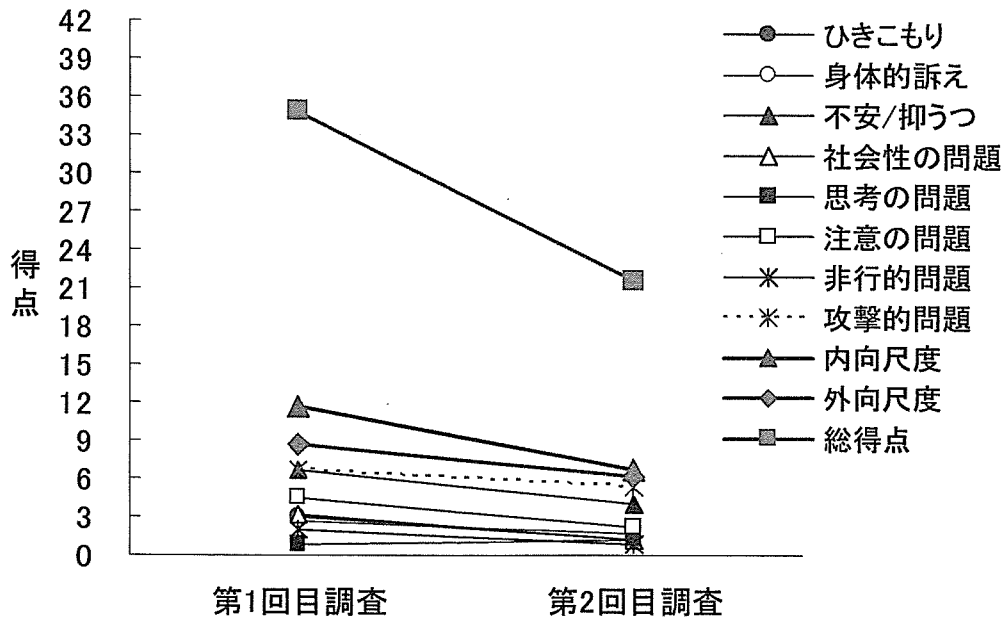


Fig.3 CBCL得点(親評価, 4歳児以上を対象)の変化(N=8)

厚生労働科学研究費補助金（子ども総合家庭研究事業）

分担研究報告書

## DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究（2）

— DV 被害が母親の状態把握に及ぼす影響に関する検討 —

分担研究者 加茂登志子<sup>1)</sup>・金吉晴<sup>2)</sup>

研究協力者 大澤香織<sup>2)</sup>・加藤寿子<sup>2)</sup>・小平かやの<sup>3)</sup>・正木智子<sup>1)</sup>・

中山未知<sup>1)</sup>・小菅二三恵<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

<sup>2)</sup> 国立精神・神経センター 精神保健研究所

<sup>3)</sup> 東京女子医科大学病院小児科学教室

**研究要旨** 本研究では、母親が子どもの状態を把握する上で DV 被害がどのように影響を及ぼすかを厳密に検討するため、DV 被害を主訴としない小児科小児精神外来の通院患者（親子）を「対照群」に設定し、DV 被害を主訴とする母子との比較を行った。一時保護施設などを利用後、精神科に通院する母親とその子ども（11 組 9 家族）を「DV 被害群」、DV 被害を主訴としない小児科（小児精神外来）通院患者（親子 47 組 44 家族）を「臨床群（対照群）」として設定し、子どもの普段の生活や行動について、母子それぞれに CBCL（親評定）、および YSR（子評定）にて評定するように求めた。その結果、DV 被害を受けた子どもは、小児科（小児精神外来）に通院する子どもと同等に何らかの行動面・精神面の問題を抱えているにもかかわらず、DV 被害を受けた母親は小児科（小児精神外来）に通院している母親よりも子どもの状態を把握できている範囲が狭く、十分な把握が困難な状態にあることが示唆された。しかし、DV 被害を受けた母親と子ども自身の評価間に差はなかったことから、DV 被害を受けた母親は把握している範囲は限られているものの、子どもの状態を正確に捉えている可能性は高いと考えられた。

### A. はじめに

夫や恋人などパートナーから受ける暴力、すなわちドメスティックバイオレンス (Domestic Violence; 以下 DV と略記)

による被害が配偶者だけでなく、子どもの精神健康面にまで影響を及ぼすことが指摘されている（例えば、石井, 2005; 奥山, 2005; 金・柳田ほか, 2005 など）。しかし、DV 被害を受けた母子の状態が相

互にどのように関連し、時間経過に伴ってどのように変化していくかを検討した研究はなく、加害者から逃げた後にどのようなフォローが有効で必要であるかが十分に把握されていない。そこで当研究班では前年度より、東京女子医科大学附属女性生涯健康センターメンタルケア科において、一時保護施設などを利用した後、フォローを必要とする母子を対象に追跡研究を実施するプロジェクトを立ち上げた。

前年度では DV 被害を主訴として精神科に通院している母子を対象に、母親の DV 被害度と精神状態が子どもの問題行動とどのように関連するかを検討した(金・加茂ほか, 2006)。その結果、子どもの精神状態や行動の評価が母子で一致しないことが指摘され、DV に曝された子どもの精神健康は全般的に注意を要する状態にあるが、母親は子どもの状態を把握することが困難な状態にあることが示唆された。母子間で状態把握に不一致が生じると、母子関係や双方の精神健康がますます悪化し、混乱を招く要因となる可能性が考えられる。これは母子に対する有効な支援を考えていく上で注目すべき点であるといえる。しかし、前年度では状態把握における母子間の不一致が DV 被害によるものであるかを明らかにすることはできなかった。

そこで、今年度では前年度の結果に基づき、DV 被害を主訴としない小児科小児精神外来の通院患者(親子)を対照群に設定し、DV 被害を受けた母子との比較を行うことによって、母親が子どもの状態を把握する上で DV 被害がどのように影響を及ぼしているかを厳密に検討した。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象者

本調査における対象者は以下のとおりであった。

「DV 被害群」 一時保護施設などを利用した後、DV 被害を主訴として精神科に外来受診している母親とその子ども 5 組(5 家族)、および前年度(金・加茂ほか, 2006)に同様に調査を実施した母子 6 組(4 家族)の計 11 組(9 家族)とした。子どもは 8 歳以上を対象とした。母親は 11 名(Age 42.00 歳,  $SD=7.20$ )、子どもは 11 名(男児 4 名, 女児 7 名, Age 12.09 歳,  $SD=3.30$ )であった。

「臨床群」(対照群) 小児科のうち小児精神外来に通院しており、主訴が DV 被害ではない 9 歳以上の子どもとその親 52 組(50 家族)から同意が得られた。そのうち、データを回収できた 47 組(44 家



族)を「臨床群」とした。子どもの平均年齢は13.00歳( $SD=2.51$ )であった。

また、井潤・上林ほか(2001)において、最も平均得点が高かった女兒(12-15歳)を「健常群(親評定のみ)」とし、各群のCBCL得点およびYSR得点の比較を行った。

## 2) 使用尺度

① **Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL)** 子どもの精神状態・問題行動を評価するため、本研究では前年度と同様、CBCL/4-18(井潤・上林ほか, 2001; 以下、CBCLと略記する)を用いた。CBCLには118の質問項目があり、各項目に対して親(またはそれに準じた養育者)が「まったくまたはよくあてはまる」、「ややまたはしばしばそうである」、「あてはまらない」の3件法で評定する。本研究では、母親(臨床群の場合、父親も含まれた)が普段の子どもの様子に基づいて評定した。

また、CBCLは2つの上位尺度(「内向尺度」、「外向尺度」と8つの下位尺度(「ひきこもり(ひきこもる, しゃべろうとしない等)」、「身体的訴え(頭痛, 腹痛など)」、「不安/抑うつ(落ち込み, 自分に価値がないと思う等)」、「社会性の問題(対人関係がうまくいかない等)」、「思考

の問題(強迫観念など)」、「注意の問題(不注意, 衝動性など)」、「非行的行動(うそをつく, 家出をする等)」、「攻撃的行動(けんかをする, 物を壊す等)」から構成されている。なお、「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安/抑うつ」の上位尺度が「内向尺度」、「非行的行動」、「攻撃的行動」の上位尺度が「外向尺度」とされている。

② **ユースセルフレポート (Youth Self Report: YSR)** YSRはCBCLの項目のうち、子どもが自らの行動や精神状態を評価する自記式の調査票(113項目)である。YSRの下位尺度はCBCLと同様であり、親子間の評価の比較が可能である。

## 3) 手続き

DV被害群に関しては、主治医(精神科医; 当研究班の分担研究者)から紹介を受け、研究に関して十分に説明された母子に調査を実施した。自記式の質問紙であるため、母親には調査前日に自宅で回答し、当日持参するように依頼した。子どもには調査当日に本人が回答するように求めたが、言葉の意味や漢字がわからない場合に心理士1名が対応できるようにした。

臨床群に関しては、主治医(小児科医; 当研究班の研究協力者)から紹介を受けた親子に対し、心理士1名が個室(心理

相談室)にて研究に関して説明を行った。研究に同意した親子には質問紙を渡し、その場で回答を求めた。また、その場で回答できない場合には返信用封筒を渡し、後日郵送にて返却するように依頼した。

#### 4) 倫理面への配慮

本調査は東京女子医科大学の倫理委員会にて承認を受けた上で実施した。調査結果のフィードバックを希望した親子には後日、診察時に主治医から報告された。

#### D. 結果と考察

各群のCBCLの総得点および各下位尺度得点をTable 1に示した。CBCL(親評定)の総得点および各下位尺度得点を従属変数とするt検定を行った結果、臨床群(親)のCBCL得点とDV被害群(親)のCBCL得点の平均値に有意な差は認められなかった。また、YSR(子評定)の総得点および各下位尺度得点を従属変数とするt検定を行った結果、臨床群(子)のYSR得点とDV被害群(子)のYSR得点の平均値においても有意な差は認められなかった。つまり、DV被害にあった子どもは、何らかの問題を抱えて小児科(小児精神外来)に通院している子どもと同等の状態にあるといえる。

さらに健常群(親)のCBCL得点と比

較すると、臨床群(親)、DV被害群(親)の得点は全下位尺度において健常群(親)の値を大きく上回っていることが示された。したがって、DV被害を受けた子どもの精神健康と行動は臨床群と同等の状態にあり、深刻な問題を多く有していることが示唆される。

次に、母親が子どもの状態をどのくらい、どのように把握しているかを明らかにするため、DV被害群と臨床群それぞれにおいてCBCL得点とYSR得点の相関分析を行った。相関分析では、Pearsonの積率相関係数( $r$ )を算出した。結果をDV被害群はTable 2、臨床群はTable 3に示した。

Table 2, 3に示したとおり、両群ともに「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安/抑うつ」といった子どもの内向的な問題において、母子間に正の相関関係が認められた。しかし、DV被害群では「不安/抑うつ」において有意な相関係数が得られたが、「ひきこもり」、「身体的訴え」においては有意傾向であった。外向的な問題に関しても、両群において母子間に正の相関関係が認められたが、DV被害群では有意傾向であった(「外向尺度」: $r=.54, p<.10$ ; 「攻撃的行動」: $r=.58, p<.10$ ; Table 2)。したがって、DV被害にかかわらず、母親が子どもの内向的な

問題を十分に捉えている可能性は高く、外向的な問題に関しても理解できていると考えられる。しかし、DV被害を受けた母親は小児科（小児精神外来）に通院する子どもを持つ母親に比べて、子どもの状態について把握できている範囲が狭い可能性も考えられる。

また、DV被害群では「注意の問題」において母子間に強い正の相関関係が認められたが ( $r=.73, p<.05$ ; Table 2), DV被害群の「思考の問題」, 「非行的問題」では母子間に有意な相関は認められなかった (Table 2)。「社会性の問題」では両群いずれにおいても有意な相関係数は得られなかった (Table 2, 3)。したがって、DV被害を受けた母親は子どもの注意の問題（例えば、落ち着きがない、注意力がない、衝動性など）について十分に理解できていると考えられる。

しかし全体的に見ると、臨床群において「社会性の問題」と「注意の問題」以外のすべてにおいて母子間に正の相関関係が認められたにもかかわらず、DV被害群では「不安／抑うつ」, 「注意の問題」, 「内向尺度」以外のほとんどが相関関係が「有意傾向」, または「ない」という結果であったことから、DV被害を受けた母親は小児科（小児精神外来）に通院している母親よりも子どもの状態を十分に把

握することが困難であることが示唆される。

さらに、臨床群およびDV被害群におけるCBCL得点（親）とYSR得点（子）をt検定で比較した。その結果、臨床群の「不安／抑うつ ( $t(78.72)=-2.07, p<.05$ ; 等分散の仮定が棄却されたため、Welchの方法によるt検定を行った)」、 「注意の問題 ( $t(92)=-2.37, p<.05$ )」、 「総得点 ( $t(89.84)=-2.14, p<.05$ ; 等分散の仮定が棄却されたため、Welchの方法によるt検定を行った)」において母子間の得点に有意な差が認められ、子どもの方が母親よりも自身の状態を深刻に捉えていることが明らかになった。DV被害群においては、いずれの下位尺度および上位尺度、総得点において母子間に有意な差は認められなかった。

したがって、これまでの結果を総合すると、①小児科（小児精神外来）に通院する母親は子どものあらゆる状態を把握できていると考えられるが、子どもの方が自身の状態を深刻に捉えている傾向にあること、②DV被害にあった母親は子どもの状態を十分に把握することが困難である可能性があるが、子ども自身が捉えている状態との差はないこと、が示唆された。しかしながら、Table 1を見ると臨

床群と同様 DV 被害群も母子間で得点にかなりの相違があるように見受けられる。特に「不安／抑うつ」のような内向的な問題では、DV 被害にあった子どもの方が母親や小児科に通院する子どもよりも深刻に捉えていることが推察される。本研究では DV 被害群の数が少なく、サンプルサイズの小ささが統計解析の結果に影響を及ぼしている可能性が十分に考えられる。したがって、今後データを蓄積し、再度検討する必要がある。

## E. まとめ

本研究の目的は、DV 被害を主訴としない小児科（小児精神外来）の通院患者（親子）と比較し、母親が子どもの状態を把握する上で DV 被害がどのように影響を及ぼすかを厳密に検討することであった。本研究の結果を以下にまとめた。

(1) 前年度や先行研究（金・柳田ほか、2005）の結果と同様、DV 被害は母親のみならず、子どもにも悪影響を及ぼしていることが明らかとなった。CBCL（親評価）の結果では、臨床群と同等の精神健康と行動の状態にあり、深刻な問題を多く有していることが明らかとなった。

(2) 子どもが良好とはいえない状態であ

るにもかかわらず、DV 被害を受けた母親は小児科（小児精神外来）に通院している母親よりも子どもの状態を把握できている範囲が狭く、十分に把握することが困難な状態にあることが示唆された。

(3) しかし、DV 被害を受けた母親が捉えている子どもの状態と子ども自身が捉えている状態との差はなく、DV 被害を受けた母親は把握している範囲は限られているものの、子どもの状態を正確に捉えている可能性は高いと考えられた。むしろ小児科（小児精神外来）に通院している親子間の差の方が大きく、子どもの方が親よりも自身の状態を深刻に捉えていることが明らかとなった。

しかし、DV 被害群の数が少なく、個人差が統計結果に及ぼしている影響が大きいことが考えられ、本研究の結果のみで判断することが困難である。今後データを蓄積し、再検討することが求められる。

## F. 文献

石井朝子 2005 DV 被害母子に対する援助介入に関する研究 平成 16 年度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業 報告書（主任研究者 石井朝子）

井潤知美・上林靖子ほか 2001 Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発  
小児の精神と神経, 41, 243-252.

金吉晴・加茂登志子ほか 2006 DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究  
厚生労働科学研究費補助金 子どもと家庭に関する総合研究事業 総括・分担研究報告書 (主任研究者 金吉晴)

奥山眞紀子 2005 被害児童への治療・ケアのあり方に関する研究 平成16年度  
厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業 報告書 (主任研究者 石井朝子)

## G. 関連業績

### 著作

加茂登志子 8. ドメスティック・バイオレンス 心的トラウマの理解とケア  
第2版 じほう, 152-161.

### 研究発表

Masaki, T., Ogawa, A., Yanagita, T., Kamo, T., & Kim, Y. 2006 *Research on the mental health of the mother and her child who suffered DV damage: Interim Report(1)*. Poster session

presented at the 22nd annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Hollywood, CA.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

Table 1 臨床群, DV被害群, および健常群のCBCL (親評価) とYSR (子ども評価) の総得点と各下位尺度得点

	臨床群 (親評価) N=47	臨床群 (子ども評価) N=47	DV被害群 (親評価) N=11	DV被害群 (子ども評価) N=11	健常群 (親評価)
引きこもり	3.57	3.79	2.10	3.81	1.03
身体的訴え	2.89	2.98	3.55	3.45	0.88
不安/抑うつ	6.45	8.68	7.12	10.73	1.69
社会性の問題	4.45	5.02	3.27	3.55	1.32
思考の問題	1.45	2.34	1.82	2.18	0.20
注意の問題	6.79	8.29	5.09	7.73	2.30
非行的問題	2.29	2.36	1.64	1.91	1.68
攻撃的問題	7.40	10.04	7.09	9.82	0.40
内向尺度	12.53	15.02	13.09	17.46	3.56
外向尺度	9.70	12.40	8.73	11.73	3.11
総得点	39.21	50.97	39.55	51.27	11.98

Note. 健常群の得点は, 井潤・上林ほか (2001) で最も得点が高かった女兒 (12-15 歳) の値とした。

Table2 DV被害群におけるCBCL得点(親評価)とYSR得点(子ども評価)の相関分析の結果(N=11)

YSR(子評定)	CBCL(親評定)										
	ひきこもり	身体的訴え	不安／抑うつ	社会性の問題	思考の問題	注意の問題	非行的問題	攻撃的問題	内向尺度	外向尺度	総得点
ひきこもり	.58 <sup>+</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
身体的訴え	—	.56 <sup>+</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
不安／抑うつ	—	—	.61*	—	—	—	—	—	—	—	—
社会性の問題	—	—	—	.52	—	—	—	—	—	—	—
思考の問題	—	—	—	—	.03	—	—	—	—	—	—
注意の問題	—	—	—	—	—	.73*	—	—	—	—	—
非行的問題	—	—	—	—	—	—	.05	—	—	—	—
攻撃的問題	—	—	—	—	—	—	—	.58 <sup>+</sup>	—	—	—
内向尺度	—	—	—	—	—	—	—	—	.68*	—	—
外向尺度	—	—	—	—	—	—	—	—	—	.54 <sup>+</sup>	—
総得点	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	.56 <sup>+</sup>

Note. 表内の数値は相関係数(r); + p<.10, \* p<.05

Table3 臨床群におけるCBCL得点(親評価)とYSR得点(子ども評価)の相関分析の結果(N=47)

CBCL(親評定)		YSR(子評定)									
	ひきこもり	身体的訴え	不安／抑うつ	社会性の問題	思考の問題	注意の問題	非行的問題	攻撃的問題	内向尺度	外向尺度	総得点
ひきこもり	.37 **	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
身体的訴え	—	.52 **	—	—	—	—	—	—	—	—	—
不安／抑うつ	—	—	.47 **	—	—	—	—	—	—	—	—
社会性の問題	—	—	—	.01	—	—	—	—	—	—	—
思考の問題	—	—	—	—	.33 *	—	—	—	—	—	—
注意の問題	—	—	—	—	—	.13	—	—	—	—	—
非行的問題	—	—	—	—	—	—	.65 **	—	—	—	—
攻撃的問題	—	—	—	—	—	—	—	.49 **	—	—	—
内向尺度	—	—	—	—	—	—	—	—	.45 **	—	—
外向尺度	—	—	—	—	—	—	—	—	—	.57 **	—
総得点	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	.49 **

Note. 表内の数値は相関係数(r); \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$



厚生労働科学研究費補助金（子ども総合家庭研究事業）  
分担研究報告書

学校におけるDV家庭に育つ子どもへの支援に関する研究

分担研究者 元村 直靖 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター 教授  
研究協力者 野坂 祐子 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター 講師  
内海 千種 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター 臨床心理士

研究要旨 学校におけるDV家庭で育つ子どもへの有効な支援と介入が求められている。家庭内のDVの目撃等による子どもの心理的影響は大きく、教員がDVの存在に気づき、迅速な介入を行うことが火急の課題となっている。本研究では、DV家庭に育つ子どもに対し、教員が適切に対応できる学校の支援体制を確立するために、海外での取り組みを一例として紹介し、本邦における課題を検討した。また、学校現場の抱えるニーズと問題を明らかにするために、養護教諭を対象としたインタビュー調査を実施した。

米国アラスカ州でのDV家庭への支援では、おもにSAFE STARTとCD-CP(The Child Development - Community Policing Program)のプログラムにのっとり、DV家庭や子どもへの教育、介入、支援が提供されていた。具体的な専門家の権限もガイドラインに沿って明確化され、他機関との連携が図られているため、利用者にとっての利便性が高い。プログラムの中心概念は、暴力の顕在化であり、地域全体でDVや虐待をはじめとする暴力を見逃さず、子どもへの迅速な福祉サービスを提供することが目指されていた。また、養護教諭を対象としたインタビュー調査では、養護教諭だけでなく児童生徒に対する教育の必要性と、専門家や支援組織など地域との連携に関する課題が示された。

A. 研究目的

2004年10月に施行された改正児童虐待防止法（第2条）では、「児童の目の前でDV」など、間接的な被害も児童虐待に含まれるようになった。たとえ子どもに直接向けられた暴力でなくとも、DVの目撃やDV家庭環境での養育が、子どもに深刻な影響を与えるとの報告も増えている。そのような認識の高まりと同時に、子ども向けのDVに関する書籍もわずかながら増えつつあり、そのなかでは子どもが「相談できる人」の筆頭に「先生」が挙げられる（チルドレン・サティ、2005）など、児童・生徒にとって、教員の果たす役割は重要なものになってきている。身近で信頼できる大人として、また、社会資源としての学校の位置づけからしても、教員はDV被害児童・生徒に対して、積極的に介入を行うことが求められている。

昨年度の研究（元村ら、2006）では、養護教諭を対象としたアンケート調査及びワークショップを実施し、学校現場におけるDV家庭で育つ子どもへの支援に関する養護教諭のニーズと課題を明らかにした。その結果、学校現

場ではDVに関する研修が不足しており、DVやその支援に関する学習のニーズが非常に高いこと、さらに学校現場ではDV家庭への対応に追われている実情があり、養護教諭のスキルアップは大きな課題であることが示された。養護教諭のニーズとしては、具体的に、DVや虐待の通報先や連絡先などに関する社会資源の情報、DV家庭で育つ子どもの回復のための支援機関や医療機関の情報や連携の確立、そして養護教諭が対応している子どもや家庭についての個別スーパービジョンなどが挙げられていた。

今年度は、そうした学校現場のニーズに即した新しい支援体制の構築を検討するために、米国においてDV家庭で育つ子どもへの支援及び介入を行っている専門家へのヒアリングを実施し、一つのモデルとして提示することで、今後のわが国の取り組みの課題を明確にすることにした。また、具体的なDV家庭で育つ子どもへの対応について、学校現場の現状と課題を探るため、養護教諭を対象としたインタビュー調査を実施した。

## B. 研究方法

【調査 1：海外の取り組みに関する専門家へのヒアリング】

### 1) 対象

アメリカ合衆国アラスカ州シッカ地域の DV 専門官である Dr. Sallenbach の協力を得て、現地での DV 家庭への支援に関するヒアリングを行った。

アラスカ州は、アメリカ合衆国のなかでも DV の発生率が高いことで知られており、2006 年 8 月には連邦政府の資金で運用される Family Justice Center も設立されている。また、多文化社会における地域支援のあり方としても、一つのモデルとして参考になりうると考え、今回のヒアリングを実施した。

### 2) 調査方法

2006 年 12 月 26 日に、大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター内でヒアリングを実施した。調査者らとの 3 時間の意見交換のあと、約 2 時間かけて聞き取りを行った。聞き取りの内容は IC レコーダーに録音し、その後、逐語記録を作成し、要旨をまとめた。

#### (倫理面への配慮)

ヒアリングへの協力を得た専門家へは、本研究の目的を説明し、報告書等への掲載について了承を得た。また、ヒアリング中に話された個別事例に関しては、個人情報特定されぬよう主旨を損ねない程度に改編した。

### 3) 内容と分析

#### <Dr. Sallenbach の背景>

インタビュー協力者の Dr. Sallenbach は、大学での仕事や開業メンタルヘルスの業務を経て、2 年前より米国アラスカ州で Tribe of Government のエージェンシーとして、臨床ディレクターを務めている。Tribe とは、複数の市を内包する地域区画である。

おもな仕事は、アメリカ連邦政府が進める SAFE START というトラウマを負った子どものためのプログラムにのっとり、0-6 歳の子どもと家族を対象に、アセスメントとセラピーを行うことである。SAFE START は、暴力に関する教育、予防、介入の 3 つの柱からなり、子どもが暴力のない環境で育つことを目的に展開されるプログラムである。

その他にも、神経発達障害のある 0-6 歳児の家族へのコンサルテーションや、月に一度の遠隔地の学校区への訪問および教育相談を実施している。

#### <DV 家庭に育つ子どもへの支援について>

基本的には、SAFE START のプログラムか CD-CP(The Child Development - Community Policing Program) のプログラムにのっとり、通報を受けた警察もしくは CPS (Child Protective Service: 児童保護局) が介入を行う。既述のように、SAFE START とは、0-6 歳までに受けた暴力の衝撃を減少させ、受け入れ態勢のできた学校へ入学させることを目標としたプログラムである。また、CD-CP(The Child Development - Community Policing Program: キッドカップ) とは、イエール大学と共同して行っているもので、暴力への慢性的曝露によってもたらされた子どもと家族の傷を癒すことを目的としたプログラムであり、司法、家庭内暴力、医学と精神医学、児童福祉といった分野の専門家や、学校やその他のコミュニティとの間で共同して行われる国家モデルである。

具体的にアラスカでは、DV 家庭に警察が介入に行った際、まず暴力を制止したうえで、DV 関係にある二人の成人のうち必ずどちらか一人を拘置所に連行することになっており、他方の安全を確保した後に、心理教育を行う。拘置所への勾留期間は 24 時間であるが、その間に被害者側は一定期間の接触禁止期間を申請することができる。また家庭に子どもがいる場合は、警察から Dr. Sallenbach のようなメンタルヘルスのエージェンシーに依頼が入り、共に危機介入に入る。子どもについては、年齢が 7, 8 歳までなら Dr. Sallenbach にアセスメント依頼がくるが、8 歳以上ならば子どもを病院へ連れて行き、医療機関と連携を図る。その後、子どもに関する話し合いを月に 2 回のミーティングで行う。ミーティングの参加者は、女性シェルター、学校関係者(きょうだいがいる場合、スクールカウンセラーによる対応など)、警察関係者、司法関係者、メンタルヘルスの機関の職員(この地域; シッカ地区では 3 カ所。全ての機関が参加。)など、他機関、他職種にわたる。この月 2 回のミーティングでは、最大 6~7 件のケースについて検討を行っている。シッカ地区の人口が 9,000 人であることを考慮すると、非常に多い件数と言えるが、以前に比べると、近年は

減少傾向にある。ただし、このミーティングの目的は、家族とその地域にある様々なリソースをつなぐことであるため、ひとたび担当部署が決定すると、担当部署においてケースマネジメントが行われるため、ミーティング依頼のない月もある。扱うケースは、ほとんどが新規であり、継続のフォローアップはそれほど多くない。

これらのプログラムの目標は、暴力の潜在化を防ぐことである。つまり女性への暴力を可視化することをめざしている。例えば、“彼（加害者）も悪くないから”と復縁したあとに、また次の暴力がおこってしまうようなことを防ぐことが目的である。しかし、これまで述べてきたシステムは、SAFE START プログラムのような一般的なプログラムにもとづいて、介入が行われている地域に限って運用されるものである。それ以外の地域では、2つの側面から介入が行われている。ひとつは法的側面（警察、CPS、裁判所）であり、他方はシェルターである。

なお、DV に関係する他のシステムとして、Family Justice Center がある。これも連邦政府から予算が配分されており、DV 等を経験した人が、各関連機関をたらい回しにされるのを防ぐことが目的である。例えば、医師、弁護士、メンタルヘルス、警察、女性シェルターなど、あちこちに行かなければならないと、それぞれ交通費も要し、子守りなども頼む必要が生じる。また、複数の機関で、何度も概要を話さなければならない。このように必要な支援を一カ所で受けられるようにできているセンターは、全米でも数カ所にしかない。アラスカには2006年8月末に、一カ所できたところである。とくに、アラスカは多元文化であり、アジア系人種が多く、文化的配慮も行っている。例えば、フィリピン人の場合は、他人が家に入ることを嫌うことが多く、また、ボストンやサンディエゴのような大都市では、トランスジェンダーの問題も多いといった特徴があるため、こうした文化や多様なセクシュアリティなどにも対応できるケアシステムが用意されている。

#### <トラウマを負った子どものアセスメント>

6~7種類のものを使用しているが、よく使用しているのは、J. Briere 氏（南カリフォルニア大学・ロサンゼルス）の作成したチェックリスト（The Trauma Symptom Checklist for Children : TSC - C など）である。これ

は、3歳以上の子どもに対して使用できるが、訓練を受けた心理士しか使用することができない。（そのため、シッカ地域では Dr. Sallenbach だけがこのチェックリストを使用している。）このアセスメントツールは、70項目からなり、トラウマだけでなく、うつ、不安、多動、誇張、否認といったものもアセスメントすることが可能である。

また、アセスメントは医師や CPS も実施できるが、裁判所に最終的な報告を行うのは CPS である。ただし、証言をするために Dr. Sallenbach も出廷することがある。

0-8歳までのアセスメントについては、チェックリストがあるので、基本的に複数のテストバッテリーを組む。面接は、母親だけでなく、祖父母や学校関係者など、子どもと関わりのある者に行うが、それと同時に、当該の子どもが学校や幼稚園、自宅にいる時の様子も観察する。その際、保護者からの依頼である場合は、保護者の許可を得てから訪問することになるが、CPS からの依頼の場合は、保護者の許可がなくともアセスメントに行くことができる。ただし、CPS が権限を行使するにあたっては、ガイドラインが厳しく決められている。例えば、ネグレクトの疑いがある場合は、子どもが情緒的に問題のある時にみられるサインの有無、身体的虐待ならば子どもにアザ、骨折、裂傷、火傷などの跡などの有無を確認するといったようなガイドラインに沿って判断される。実際には、ガイドラインだけでは不明確なことも多いため、Dr. Sallenbach のような専門家にトラウマの影響に関するアセスメントの依頼がくる。その際、子どもが小さければ小さいほど行動観察を重視し、あらゆる側面から子どもを見る必要がある。0~3歳の乳幼児に対しては、情緒的なコントロールや視覚的な反応などを重視する。アメリカでは、発達心理学が発展しているため、一般の発達段階をあてはめ、大きな音への反応はじめ、情緒の発達等からアセスメントを行う。時間としては、1時間で終わることもあれば、3~4週間かかることもある。

学校関係者は、子どもの福祉や安全に関して、支援的であるべきで、また責任を有するものである。アラスカの多くの学校は、外部専門家を教室に入れて、子どもの様子を観察させてくれたり、教員は子どものふだんの様子について質問紙に回答することを快諾することが多い。学校は協力しなくてはならない

ことになっているためである。

#### <日本の取り組みにおける課題、助言など> 今後の課題

アメリカでは、CPS など権限をもつ機関があるが、それでもコントロールができないことや見落とししてしまうことがある。子どもを見失わないようにすること、誤診断を防ぐことに注意することが重要である。また、様々な専門家やエージェンシーがいるため、各々の領域を侵害せずに、うまく情報を共有していくことも課題である。さらに、スタッフの引越したりバーンアウト（燃え尽き症候群）、スキルアップのための休職などにより、人員が入れ替わることもあり、スタッフの変更への対処も必要であると考えられる。

#### アドバイス

各機関との関係性の構築に時間をかけることが必要である。Dr. Sallenbach 自身は、6年前からアラスカでの支援を始めたが、当時は、どこからもリファラーがなく、DVの可能性について訊ねても、先方に『大丈夫』の一言を返されることも多かったという。しかし、小さな村にも直接、飛行機で出向くなどして、メンタルヘルスの重要性を話し続けていくことで、だんだんと地域や機関に受け入れられるようになっていった。相手を脅かさないよう、話をよく聞き、審判的な態度をとらないことが重要である。また、丁寧に、可能なサービスの説明を行うなど、時間をかけて信頼関係を作っていくことが必要である。

また、保護者との関係においては、たとえ暴力の問題があったとしても、サポートタイプに、時には弁護をしながら接していくことが必要となるだろう。

最後に、援助者自身のメンタルヘルスも重要であることを付け加えたい。援助者がきちんと休みをとり、私生活では趣味を楽しんだり、トラウマ以外の分野にも興味や関心をもつことがバーンアウトの予防のために有効である。

#### 【調査 2：養護教諭を対象としたインタビュー調査】

##### 1) 対象

大阪府内の養護教諭 9 名を対象とした。

##### 2) 調査方法

2006 年 8 月から 12 月末までの期間に、学校危機メンタルサポートセンターもしくは協力者の指定場所で聞き取りを実施した。調査時間は約 1 時間とし、調査項目は①協力者の属性、②DV 家庭への対応経験の有無、③デート DV への対応経験の有無、④実際の支援についての 4 点とした。聞き取りの内容は IC レコーダーに録音し、その後、逐語記録を作成し、要旨をまとめた。

##### (倫理面への配慮)

聞き取り調査の協力を得た教員へは、本研究の目的を説明し、報告書等への掲載について了承を得た。また、調査中に話された個別事例に関しては、個人情報特定されぬよう主旨を損ねない程度に改編した。

##### 3) 内容と分析

##### ①調査協力者の属性：

・勤務校の種類	
小学校	2 校
中学校	1 校
高等学校	6 校
・勤務校の属性	
附属	3 校
私立	1 校
府立	4 校
市立	1 校
・経験年数	
3 年未満	1 名
3～10 年	4 名
10 年以上	4 名
・DV ケース対応の経験	
あり	7 名
なし	2 名
・デート DV 対応の経験	
あり	4 名
なし	5 名