

厚生労働科学研究費補助金

子ども家庭総合研究事業

母親とともに家庭内暴力被害を受けた子ども
に被害がおよぼす中中期的影響の
調査および支援プログラムの研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 金 吉晴

平成 20 年(2008 年)4 月

目 次

I. 総括研究報告書

母親とともに家庭内暴力被害を受けた子どもに被害がおよぼす

中中期的影響の調査および支援プログラムの研究 4

主任研究者 金 吉晴

II. 分担研究報告書

1. DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究 8

- 1年後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討-

分担研究者 金 吉晴, 加茂 登志子

研究協力者 大澤 香織, 中山 未知, 加藤 寿子, 丹 愛,
氏家 由里, 中島 愛子, 正木 智子, 小菅 二三恵,
大村 美菜子

2. DV に曝されて育つ子どもの精神発達に関する研究 70

分担研究者 笠原 麻里

III. 資料

付録: 分担研究1の調査用紙 75

I . 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
（総括）研究報告書

母親とともに家庭内暴力被害を受けた子どもに被害がおよぼす中中期的影響の
調査および支援プログラムの研究

主任研究者 金 吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所
成人精神保健部

分担研究者氏名

加茂 登志子

東京女子医科大学

笠原 麻里

国立成育医療センター

始めた後に発現する問題への援助は異なるため、一度保護された母子がシェルター等の保護施設出た後に直面する母子相互関係を含めた様々な適応の問題を明らかにすることは、継続的な援助を検討する上で必要不可欠である。さらに、DV問題の表面化に伴い、シェルターを利用する母子は増加傾向にあり、その後の生活を支援する上でも長期的な対策やケアを考える必要性に迫られている。

家庭内暴力（DV）において母子ともに被害を受けることによる、子どもへの心理的な被害、その後の発達、社会適応上の問題を明らかにする。さらに、被害後の母子の健康および母子間の相互関係を中期的に検討し、支援プログラムを作成する。

他方で、児童の虐待が社会的に大きな問題となっているが、その中には母子共に暴力の犠牲となるケースも多く見られる。その様な場合に被虐待児童のおかれている状態を適切に把握するためには、子どもの虐待状況や心理状況だけを単独に見るのではなく、母親の被っているDVの実状ならびにそれによる心理的な後遺症、母子関係の変化を同時に把握する必要がある。昨年度までの調査の結果、すべての児童が母親の暴力被害を目撃していた。また、特に発達

1. はじめに

家庭内暴力（DV）への社会的な関心は近年ますます高まっており、今後の厚生行政の中で欠くべからざる重要課題である。その中でも児童虐待、配偶者による暴力が重視されてきているが、これまでの日本の研究では子どもや妻の虐待被害が別々に研究されており、母子をひとつのまとまりとしてその虐待被害の実態と回復への支援策を探索したものは皆無である。しかし実際には、母親が暴力を受けている際には子どもも虐待を受けていることが多い。また現実問題として、母子ともに夫の暴力から逃れ、離別して独自に生活を始めるという事例は非常に多く、本研究の必要性は高いと考えられる。さらに、被害を受けている母子への援助、あるいは保護された時に必要な母子への援助と、離別して独自に生活を

障害を伴う子どもが被害を受ける可能性と、暴力をふるう者の病理の背景に発達障害の可能性を考慮しうることが示唆された。最近になり、DV被害への曝露が児童へ及ぼす影響は、全般的な問題行動として出現する以前に、母子相互関係の障害として観察されることが指摘されている。現在までに本調査で蓄積された事例からも、被害を受けた母子相互関係に特徴的な状況や、児童に特有と思われる反応や対処法が報告されている。

そこで本研究班では、配偶者からの暴力の被害者となった母子が、シェルター等の保護施設出た後の、一般社会における適応について、母子の身体的、精神的健康等を中期的に調査研究する。同時に、回復過程における母子の相互作用についても追跡研究をし、被害を受けた母子が一般社会に戻った後の、有効な援助方法を探索した。

DVや虐待による子どもの心理への影響や回復過程に、母親の被害や回復がどのように影響するのかを解明し、DV被害を受けた母子に対する支援プログラムを作成する。これまでの対策は、家庭内暴力から母子を話すことにその主眼が置かれてきたが、今後は離別後の生活を支援についても質を高める必要がある。本研究によってこの問題への社会的な認識を高めると共に、母子虐待事例へのケアの水準を向上させることが期待される。併せて、新たに作成する支援プログラムは、既存のシステムの有効利用も検討しており、関連諸機関の支援への理解を深めるとともに、具体的に可能な支援方法の例を提供することが可能であると考える。

2. 研究成果

金、加茂は、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(24組)を対象に、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、そして母子間でどのように影響し合うかを1年間の追跡調査を通じて検討した。その結果、①母親が受けた身体的暴行と性的強要の頻度が多いほど、母親の精神症状はもちろん、子どもの行動面・精神面の問題も悪化する、②調査開始1年を経過してもDVが及ぼした生活への悪影響は改善されにくく、母親のPTSD症状も中等症レベルで維持される、③女兒の方が男児よりも精神的健康の状態は悪く、問題行動も維持される、④子どもの問題行動や精神状態は、母親の精神状態のみならず、母親の養育態度に対する子どもの判断(自分を養護してくれているかどうか)に左右されやすい、⑤母親は子どもの状態を比較的良好に認識できているが、子どもの内面よりもむしろ、目に見えやすい行動などの外向的な問題の方に注意が向きやすく、かつ深刻に捉えている、といったことが明らかにされた。

笠原は、国立成育医療センター育児心理科を受診し、DVの既往もしくは現状が明らかになった42例について、主訴、診断、DV加害者との同居、DV目撃以外の被虐待体験、母子関係、養育機能について調べた。

結果：精神科受診に至る経緯は様々であるが、発達の遅れなどを主訴に受診する症例の中にも、過去にDV被害歴がある場合も少なくなかった。注意力や多動・衝動性の問題は、DV被害を受けた子どもの多くに見られる可能性があった。また、DV家庭では多くの子どもがDV加害者と現在も生活

したり、何らかのかかわりを持っており、DV被害を受けた子どもの約3分の2に他の虐待がみられた。性的虐待も高率に含まれていた。DV被害者が母親であった場合、母子関係に問題をきたし、子どもの症状が未熟で混沌とした状態で表される可能性があることがわかった。

考察：通常の小児の発達の診断などの診療においてもDVの既往を念頭に置く必要があるだろう。母子関係や養育機能の回復は、子どもと母親双方の精神面を支える上で重要であると思われた。

Ⅱ. 分担研究報告書

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

— 1年後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討 —

分担研究者 金 吉晴¹⁾・加茂登志子²⁾

研究協力者 大澤香織¹⁾・中山未知²⁾・加藤寿子¹⁾・丹 愛²⁾・氏家由里²⁾
・中島愛子¹⁾・正木智子²⁾・小菅二三恵²⁾・大村美菜子²⁾

¹⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所

²⁾ 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

研究要旨 本研究では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（24組）を対象に、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、そして母子間でどのように影響し合うかを1年間の追跡調査を通じて検討した。その結果、①母親が受けた身体的暴行と性的強要の頻度が多いほど、母親の精神症状はもちろん、子どもの行動面・精神面の問題も悪化する、②調査開始1年を経過してもDVが及ぼした生活への悪影響は改善されにくく、母親のPTSD症状も中等症レベルで維持される、③女兒の方が男児よりも精神的健康の状態は悪く、問題行動も維持される、④子どもの問題行動や精神状態は、母親の精神状態のみならず、母親の養育態度に対する子どもの判断（自分を養護してくれているかどうか）に左右されやすい、⑤母親は子どもの状態を比較的よく認識できているが、子どもの内面よりもむしろ、目に見えやすい行動などの外向的な問題の方に注意が向きやすく、かつ深刻に捉えている、といったことが明らかにされた。

A. 研究目的

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について

は、公立一時保護所（金・柳田ほか，2005；石井，2005）や母子生活自立支援施設（奥山，2005）に入所中の母子を対象にした調査によって指摘されている。例えば，金・柳田ほか（2005）による公立一時保護所での調査では，同伴する全ての子どもたちに母親の暴力被害の目撃が認められ，そのうち 23%の子どもが母親と同じ加害者から日常的に身体的虐待を受けており，精神的暴力を含めると全体で 54%の子どもたちが虐待被害を受けている実情が浮き彫りとなった。そして，一時保護所に同伴した子どもの精神健康は実際の暴力被害を受けた母親と同様，重篤に阻害された状態にあることが明らかにされている（金・柳田ほか，2005；石井，2005）。

また，DV 被害やその目撃だけではなく，被害後の母子の精神状態が相互に影響を及ぼす可能性も指摘されている。金・柳田ほか（2005）は，母子関係の悪化と子どもの「攻撃的行動」との間に関連があることが示され，母子関係の質が子どもの「攻撃的行動」の予測に有効であることを報告している。DV の渦中にあった母子にとっては，「攻撃的行動」のような暴力にまつわる些細な行動や心理状況の一つ一つが過敏に双方の精神状態を混乱させ，母子関係を悪化に導くことは想像に難くない。しかし，一時保護施設などを利用した後の母子の実態については十分

に明らかにされていないのが実状である。そこで当研究班は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に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。

そのプロジェクトの一環として，前年度（金・加茂ほか，2007）は追跡研究の結果から，母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか，母子間でどのように影響し合うかを 3 ヶ月という中長期間で検討した。その結果，以下のような示唆が得られた。

- ① 母子の精神状態も生活も時間経過と共に落ち着きを取り戻しつつも，新たな不安や心配に悩まされ，症状も残存・維持される。
- ② 子どもにおいては多動・衝動性といった ADHD 児のような問題行動を呈しており，身体・精神状態や社会性といった問題が時間経過と共に落ち着いていく一方で，多動・衝動性の問題は時間経過にかかわらず深刻な状態で維持される。
- ③ DV 被害の深刻さと子どもの問題行動の悪化に関連が認められる。

④ 母親の精神状態の悪化や生活に対する不安と子どもの問題行動の悪化が相互に関連がある。

本年度は前年度よりも長期間(12ヵ月)の追跡調査を通じて、母子双方の精神状態および問題行動が時間経過に伴ってどのように変化するか、母子間でどのように影響し合うかを検討した。その結果について、以下に報告する。

B. 研究方法

1) 調査対象者

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(対象年齢は2~18歳)であった。母親は薬物治療を中心とした精神医学的治療を継続中である。また、被害後の症状に関する心理教育や子どもへの対応に関するグループ療法にも参加している。

なお、本調査の除外基準は(1)現在治療中の幻覚、妄想、緊張病症状を呈する精神疾患またはてんかん、または中枢性神経疾患、(2)最近1年のアルコール薬物乱用による入院歴、(3)頭蓋内の器質的病変もしくは外傷、(4)過去3ヵ月以内の自殺企図による救急外来受診もしくは入院、(5)訴訟中、であり、いずれか

に該当する者は対象から除外した。

本調査は現在も継続中である。今年度は2006年5月15日~2007年12月15日に調査を実施した以下の母子を分析の対象とした。なお、母親の精神的健康と子どもの精神面・行動面の問題における時系列的变化の検討において、今年度より参加し、12ヵ月後フォローアップ調査が終了していない母子に関しては、2006年5月15日~2007年12月15日の間に3ヵ月後フォローアップ期まで終了した母子を分析対象に加えた。

ベースライン期

母子24組。母親21名(35.81±6.83歳)、子ども24名(男児12名、6.92±3.32歳; 女児12名、6.83±4.17歳)。

なお、母親の精神的健康と子どもの精神面・行動面の問題における時系列的变化を検討においては、母子19組(母親16名[35.69±6.91歳]、子ども19名[男児11名、6.45±3.05歳; 女児8名、7.00±4.75歳])を分析対象とした。

3ヵ月後フォローアップ期

母子13組。母親12名(35.33±6.96歳)、子ども19名(男児11名、6.45±3.05歳; 女児8名、7.00±4.75歳)。

6ヵ月後フォローアップ期

母子 16 組。母親 14 名 (36.00±6.68 歳), 子ども 19 名 (男児 11 名, 6.45±3.05 歳; 女児 8 名, 7.00±4.75 歳)。

9ヵ月後フォローアップ期

母子 12 組。母親 10 名 (35.20±7.18 歳), 子ども 15 名 (男児 8 名, 6.38±2.92 歳; 女児 7 名, 7.43±4.96 歳)。

12ヵ月後 (1年後) フォローアップ

母子 13 組。母親 11 名 (36.00±7.27 歳), 子ども 15 名 (男児 8 名, 6.38±2.92 歳; 女児 7 名, 7.43±4.96 歳)。

なお, 12ヵ月間のフォローアップ調査を完遂した母子は 9 組 (母親 9 名, 子ども 11 名) であった。

2) 手続き

主治医 (精神科医: 本研究の分担研究者) から紹介を受け, 研究に関して十分に説明された母子を対象に, 初回調査をベースラインとして 3ヵ月 (13 週±1 週) ごとに追跡調査を行った。調査は面接方式で行い, 母子それぞれに心理士 1 名 (または 2 名) がついて対応した。母子双方のプライバシーを守るため, 別室にて調査を実施した。

3) 調査材料

本調査にて使用した心理尺度, および聴取内容 (基本属性, 被害状況など) については以下のとおりであった。

a. 基本属性

母子の年齢, 生年月日の他に, 現在の生活 (生活費, 就職状況), 既往歴, 学歴・職歴, 飲酒・喫煙歴, ソーシャルサポート, 原家族における DV の有無 (対象者と加害者) について聴取した。

b. DV 被害状況

① DVSI (Domestic Violence Screening Inventory)

母親の DV 被害度を把握するため, 「身体的暴行・傷害」, 「性的強要」, 「心理的攻撃」の 3 つの下位尺度 (計 15 項目) からなる DVSI (石井・飛鳥井ほか, 2003) を使用した。

また, DVSI に加えて「DV 被害内容と期間 (月)」, 「DV による生活への影響度」, 「DV 開始状況」, 「利用施設」, 「現在の婚姻状況 (別居期間)」, 「加害者との接触 (種類と頻度)」, 「子どもの被害状況」についても聴取した。

② 出来事チェックリスト

DV 被害の他に外傷的出来事に遭遇して

いるかを確認するために使用した。

c. DV被害後の母親の精神状態

① SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder; DSM-IV第I軸障害構造化面接)

② M.I.N.I. (The Mini-International Neuropsychiatric Interview; 精神疾患簡易構造化面接法)

SCID (First, M. B., Gibbon, M., et al., 2003) と M.I.N.I. (Sheehan, D. V., & Lecrubier, Y., 2000) はいずれも DSM-IV-TR (APA, 2003) による精神疾患の診断に用いられる半構造化面接である。本調査では、DV被害によって生じると考えられる外傷後ストレス障害 (PTSD) の症状の程度および診断基準の該当の有無を確認するため、SCID の PTSD のみを実施した。また、PTSD 以外の精神症状も確認するため、M.I.N.I.を実施した。

③ IES-R (Impact of Event Scale-Revised: 改訂版出来事インパクト尺度)

DV被害によって阻害される心理機能を検討するため、PTSD のスクリーニングで用いられる IES-R を使用した。IES-R は PTSD の三症状である「侵入症状」、「回避・麻痺症状」、「過覚醒症状」に関する 22 項目からなる自記式質問紙である。

④ PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale :

日本語版外傷後ストレス診断)

PDS (長江・廣幡ら, 2007) は DSM-IV-TR (APA, 2003) による PTSD の診断基準に対応した成人用の自記式質問紙である。PTSD の判定に加え、症状の総合的重症度や機能障害などを測定することが可能である。

⑤ DES- II (Adolescent Dissociative Experiences Scale: 成人版解離性尺度)

⑥ PTCI (Posttraumatic Cognition Inventory: 日本版外傷後認知尺度)

⑦ TAC-24 (Tri-axial Coping Scale 24-item version)

DV被害によって阻害される認知機能やストレス対処の変化を検討するため、DES- II, PTCI (長江・増田ほか, 2004), TAC-24 (神村・海老原ほか, 1995) を使用した。DES- II は解離症状の程度に関する 28 項目の自記式質問紙である。PTCI はトラウマ遭遇後に見られる特徴的な認知(「自己に関する否定的認知」、「自責の念」、「世界に対する否定的認知」)に関する自記式質問紙であり、3 下位尺度 36 項目で構成されている。また、TAC-24 はストレスに対して行う対処方略(認知・行動)の偏りや頻度に関する自記式質問紙(全 24 項目)である。TAC-24 は 3 つの上位尺度(「問題解決・サポート希求」、「問題回避」、「肯定的解釈と気そらし」と 8

つの下位尺度(「情報収集」,「放棄・諦め」,「肯定的解釈」,「計画立案」,「回避的思考」,「気晴らし」,「カタルシス」,「責任転嫁」)から構成されている。

なお,PTCI と TAC-24 は調査前に回答し,調査当日に持参するように依頼した。

d. DV 被害後の子どもの精神状態と問題行動

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,4歳以上の子どもにはCBCL/4-18(井潤・上林ほか,2001)を用いた。CBCLの各質問について,母親が普段の子どもの様子に基づいて評定した。なお,CBCL/4-18は全118項目,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」,「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」,「非行的行動」,「攻撃的行動」)から構成されている。なお,3歳以下の子どもにはCBCL/2-3(中田・上林ほか,1999)を使用し,CBCL/4-18と同様に母親が評定を行った。2つの上位尺度(「内向尺度」,「外向尺度」)はCBCL/4-18と共通する。

② ユースセルフレポート (Youth Self Report: YSR)

8歳以上の子どもに対しては,CBCLの本人評定(自記式)であるYSRにて自らの行動や精神状態を評価するように求めた。YSRは全113項目であり,下位尺度はCBCLと同様であるため,母子間の評価比較が可能である。

③ もぐら一ず (ADHD テストプログラム もぐら一ず第3版)

もぐら一ずは,のるぷろライトシステムズ社が作成した注意欠陥多動性障害(Attention Deficit Hyperactivity Disorder)の研究用テストプログラムである。もぐら一ずでは,PC上に2つの指標(メガネをかけたモグラとかけていないモグラ)がランダムに表示され,メガネをかけたモグラ(ターゲット指標)が出現した場合にのみスペースキーを押すことが課題とされる。課題は10分間連続で行われる。10分経過後,正答率,反応時間,正答数と反応時間のばらつき,ターゲット以外の指標に反応した率(お手つき),ターゲットを見逃した率(見逃し)が自動的に算出されるシステムになっている。

④ ADHD RS-IV-J (ADHD-Rating Scale IV: 日本語版注意欠陥/多動性障害評価尺度)

ADHD RS-IV-J(山崎,2001)はADHD

の特徴である多動，注意散漫，衝動性を評価するための自記式質問紙（他者評定。本調査では母親が評定）である。ADHD RS-IV-Jは不注意（9項目），多動・衝動性（9項目）の計18項目で構成されており，4段階で評定される。

⑤ CDC（The Child Dissociative Checklist, version 3.0: 子ども版解離評価表）

母親と同様，子どもにもDV被害によって阻害される認知機能を検討するため，Putnam（1993）によって開発されたCDCを使用した。CDCは解離症状の程度に関する20項目の自記式質問紙であり，本調査では母親が評定した。

なお，母親評定によるCBCL，ADHD RS-IV-J，およびCDCは調査前に回答し，調査当日に持参するように依頼した。

⑥ IES-R（Impact of Event Scale-Revised: 改訂版出来事インパクト尺度）

DV被害によって阻害される心理機能を検討するため，11歳以上の子どもには母親と同様にIES-Rを使用した。IES-RはPTSDの三症状である「侵入症状」，「回避・麻痺症状」，「過覚醒症状」に関する22項目からなる自記式質問紙である。

⑦ PBI（Parental Bonding Instrument）

PBI（Parker, 1979）は親の養育態度を評価するための自記式質問紙（子ども評定）である。本研究では小川（1991）の翻訳による日本語版の尺度を使用した。PBIは2因子（養護 [care] 因子，過保護 [over-protection] 因子）25項目から成り立っており，自身の母親の養育態度について「非常にそうだ」（3点）から「まったく違う」（0点）までの4段階で子どもに評定するように求めた。養護因子の得点が低いほど，過保護因子の得点が高いほど，養育態度を肯定的に評価したことになる。

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。調査中および調査直後に対象者（母子）が気分・体調の悪化を訴えた場合は，速やかに調査を中断し，クリニックにてフォローする体制をとった。また，調査終了後に気分の悪化が維持されたり不安が増大し続ける場合に備えて，調査研究用ホットライン（携帯電話，電子メール）を設置し，診療時間内は電話にて，診療時間外はメールにて対応できるようにした。

C. 研究結果と考察

1) 母親の基本属性 (N=21)

既往歴 精神科の既往歴はなかった。

最終学歴 高卒3名，専門学校卒4名，短大卒8名，大学卒6名であった。

職歴 全員が働いた経験をもっていた（正社員15名，パート3名，アルバイト12名，その他〔派遣社員など〕3名；重複あり）。現在，21名中14名が無職であり（全体の66.7%），8名が生活保護や児童扶養手当などの支給により生活し，5名が親の収入や過去の貯蓄，元夫からの養育費で生活し，1名がその他の方法（貯金など）で生活していた。本人の収入のみで生活している者は7名であった。

調査が終了した11名の就職状況を見ると，ベースライン期において職に就いていた者は3名であったが，1年後には6名が職に就き，1名は進学した。母親自身の体調や子育てなどに合わせて，パートタイムで働くケースが多かった。

婚姻歴 20名が初婚，1名が再婚であった。ベースライン期において，21名中12名が加害者と離婚しており，9名が別居中であった。

調査が終了した11名の婚姻関係の変化を見ると，ベースライン期において加害者と離婚した者は7名であったが，1年が経過した時点で9名に増えていた。11名中2名は離婚が困難な状況にあり，別居という形をとっていた。

ソーシャルサポート 全員が何らかの心理的サポート資源をもっていた（頼れる人：平均4.33名，気が楽になる人：平均3.52名）。

調査が終了した11名のソーシャルサポート資源に関しては，1年後に頼れる人の平均人数はほとんど変わらず（ベースライン期：4.70名，12ヵ月後フォローアップ期：3.91名），気が楽になる人の平均人数が増えていた（ベースライン期：3.92名，12ヵ月後フォローアップ期：5.64名）。

飲酒 21名中15名に飲酒歴があった（現在飲酒者は5名）。なお，飲酒の問題はなかった。

調査が終了した11名の飲酒状況については，ベースライン期（3名）よりも1年後（5名）に飲酒者が増えていたが，就職などにより，付き合いで飲みに行く機会が増えたことが大きく，飲酒の問題による増加ではなかった。

喫煙 21名中7名に喫煙歴があった（現在喫煙者は5名）。調査が終了した11名の喫煙状況は1年を通じて変化はなかった。

原家族におけるDVの有無 対象者（母親）の両親間にDVがあったと報告した者は21名中4名（19.05%）であった（15

名が「なし」、2名が「不明」)。一方、加害者側の両親間にDVがあったと報告した者は21名中14名であり、全体の66.67%を占めていた(2名が「なし」、5名が「不明」)。

2) DV被害状況

a. 母親の被害状況について

DVを結婚後に体験した者は21名中9名(42.9%)であり、そのうち1名は妊娠中、1名は出産後に体験したことを報告した。他は交際中(10名)、婚約中(2名。1名は婚約と同時に同棲した)にDVを体験し、そのうち5名は妊娠中にDVを体験したことを報告した。

DVSIの結果をTable 1、被害内容についてはTable 2に示した。前年度と同様、全員が長期的な心理的暴力を受けており、付随して身体的暴力、追求を受けていた。また、性的強要も受けていた人は21名中13名(61.9%)もいた。さらに、分析対象となった母親の76.0%が5年以上被害に遭っており(Fig. 1)、半数以上(61.0%)がほぼ毎日なんらかの被害に遭っていた(Fig. 2)ことが明らかになった。Fig. 2を見ると、前年度とは異なり「ほぼ毎日(47.0%)」の次に「週4~5回(14.0%)」被害に遭っていた人が多く、したがって対象者は日常的に暴力を受けていたことがわかった。なお、「その他(19.0%)」に

については「気分によって変わるのでわからない」、「3ヵ月ごとに集中的に暴力を振るう」、「月に1回」などの回答が得られた。また、別居・離婚後も21名中10名(47.6%)が加害者から望まない接触を受けていた(電話やメール、待ち伏せ、住居に現れる、実家に無言電話や荷物が届く等)。

b. 子どもの被害状況について

24名のうち21名(87.5%)がDVを目撃しており、16名(66.7%)が直接被害を受けていたことが明らかとなった。直接の被害にあっていた子どもの75.0%が1年以上、25.0%が1年未満の期間で父親から暴力を受けており(Fig. 3)、50.0%がほぼ毎日、40.0%が1日おきの頻度で被害に遭っていた(Fig. 4)。さらに、DVを目撃していた子どもの85.0%以上が1年以上(Fig. 5)、57.1%が週のほとんどで母親が受けるDVを目撃していた(Fig. 6)。

c. DV被害によるPTSDの有無

出来事チェックリストの結果、DV被害の他に外傷的出来事を体験したことを報告する者はいたが、「最も影響を受けた出来事」として対象者全員が「DV被害」を挙げた。調査初回(ベースライン期)に

において SCID を行った結果、PTSD の診断基準を満たした者は 21 名中 19 名であった（全体の 90.48%）。

母親の DV 被害の頻度と PTSD 症状との関連をみるため、DVSI 得点と IES-R の下位尺度得点および総得点との間で Pearson の積率相関係数 (r) を算出した。その結果を Table 3 にまとめた。Table 3 に示したとおり、最近 1 年の DVSI 総得点と IES-R 得点との間に有意な正の相関関係が認められた ($r=.43$, $p<.05$)。暴力被害のうち、最近 1 年に受けた「身体的暴行」と「性的強要」の得点と IES-R 得点との間に有意な正の相関関係があることが示された (Table 3)。また、暴力が最もひどかった時期（最悪時）の「性的強要」の得点と IES-R 得点の間にも有意な正の相関が認められた (Table 3)。さらに、DVSI 得点と DES-II 得点に関しても同様に相関係数を算出した結果 (Table 3)、最悪時の DVSI 総得点と DES-II 得点との間 ($r=.41$, $p<.05$) に有意な正の相関が認められた。特に最悪時の「性的強要」と DES-II 得点との間に有意な正の相関が認められた ($r=.49$, $p<.05$)。したがって、DV 被害の中でも身体的暴行と性的強要の被害頻度が多いほど、母親の精神症状が出現・悪化するといえる。特に、性的強要が母親の精神的健康に悪影響を及ぼすことが明らかとなった。

d. DV 被害による生活への影響度

調査を完遂した者 9 名 (33.67 ± 7.40 歳) を対象に、DV 被害による生活への影響度の変化を Fig. 7 に示した。Fig. 7 を見ると、母親自身に関しては 6 ヶ月、9 ヶ月フォローアップ期において、さまざまな場面で多くの支障が生じていた。調査では 6 ヶ月の時点において、PTSD 症状による生活への悪影響（電話やメールが困難、近所で似た人を見かけた等）を訴える者が多かった。また、9 ヶ月後フォローアップ期には「子どもの学校など」のように子どもの生活場面で DV による支障が生じていた。

調査を完遂した者 9 名を対象に各期における生活への影響度の変化を検討するため、反復測定による分散分析を行った。その結果、「母親自身の外出困難」においてのみ時期の有意な差が認められた ($F(4, 32)=3.01$, $p<.05$)。多重比較の結果、外出困難の程度はベースライン期よりもフォローアップ期（3～12 ヶ月後）において改善されていた（すべて $p<.05$ ）。したがって、調査を完遂した者 9 名を対象に解析した場合、DV 被害が母親の外出に及ぼす悪影響の程度は調査開始 3 ヶ月後には改善され、1 年後まで維持されることが示されたが、他の生活面においては DV による影響に大きな変化はないことが示唆された。

これらの結果は、加害者から離れた後も長期にわたってDV被害による生活への悪影響は維持されてしまい、なかなか改善されないことを示唆するものといえるだろう。また、前年度（金・加茂ほか、2007）と同様に、加害者から新たな危害を加えられる不安（待ち伏せや子どもの連れ去り等）や新たな生活に対する不安（居住場所、経済面など）、子どもへの対応に関する不安は全員から毎回報告された。加害者から離れた後に生じる新たな不安や心配に長期間悩まされ続けている様子が伺え、DV被害者の生活支援が重要な役割を果たすことが示唆される。

ところで、母親のベースライン期からフォローアップ期にかけての生活への影響度とIES-R得点の間の関係を検討するため、相関分析を行った結果（Pearsonの積率相関係数 r を算出）、DV被害が及ぼす身の回り（生活環境）への影響と外出困難の程度がIES-Rの侵入症状（ $N=71$ ，身の回り： $r=.27$ ， $p<.05$ ；外出困難： $r=.32$ ， $p<.01$ ）、過覚醒症状（ $N=71$ ，身の回り： $r=.26$ ， $p<.05$ ；外出困難： $r=.34$ ， $p<.01$ ）、および総得点（ $N=71$ ，身の回り： $r=.26$ ， $p<.05$ ；外出困難： $r=.32$ ， $p<.01$ ）と正の相関関係にあることが示された。なお、同様にDES-II得点との相関分析を行ったが、生活への影響度との関連は認められなかった。つまり、不安定な生活環境は

母親のPTSD症状の悪化につながるといえ、DV被害者に対する早期の生活支援が重要であることを裏づける結果といえるだろう。

3) 母親の精神状態における時系列的変化

母親の精神症状を評価するため、M.I.N.Iを実施した。M.I.N.Iに記載されている、いずれかの精神疾患で診断基準（ただし現在症のみ）を満たした人数をTable 4に示した。Table 4に示したとおり、ベースライン期と6カ月後フォローアップ期において、気分障害（大うつ病性障害や気分変調症など）や不安障害（パニック障害、広場恐怖、PTSD^註など）などの診断基準を満たす者が、対象者の過半数を占めることが明らかとなった。特に、大うつ病性障害とPTSDに多くの該当者が認められた。しかし、時間経過と共に該当する割合は減少する傾向にあった。

また、PTSDの診断基準を満たすかどうかを評価するため、各期においてSCIDを実施した。なお、各期において出来事チェックリストを行ったところ、「最も影響を受けた出来事」として対象者全員が「DV被害」を挙げており、SCIDで評価されたPTSD症状はすべてDV被害とその関連事項を起因とするものであった。SCIDによってPTSDの診断基準を満たすと判断され

た者の人数と重症度を Table 5 に示した。ベースライン期からフォローアップ期にかけて時間経過と共に PTSD の診断基準を完全に満たす者の割合は減っていたが、PTSD の診断基準を完全に満たさなかったとはいえ、症状がすべて消失したわけではなく、PTSD の三症状（侵入症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状）は 1 年が経過しても部分的に残存し、持続していることが明らかとなった。

IES-R による PTSD 症状の時系列的変化について、平均得点のみを見ると、6 カ月後フォローアップ期に PTSD 症状は悪化し、特に侵入・再体験症状が優位となっているように見受けられるが、時間経過と共にゆるやかに低減していた。

調査を完遂した者 9 名を対象に PTSD 症状の時系列的変化を見るため、各期における母親の IES-R 得点（総得点と各下位尺度得点）について反復測定による一元配置の分散分析を実施した。その結果、下位尺度である「過覚醒」の得点が有意傾向であり、ベースライン期よりも 12 カ月フォローアップ期に「過覚醒」の得点が低くなる傾向にあった ($F(1.48, 11.86)=3.02, p<.10$; なお、モークリーの球面性の仮説が棄却されたため、Greenhouse-Geisser の ϵ による修正を行った)。総得点、侵入症状、および回避・麻痺症状においては有意な差は認められ

なかった。調査を完遂した者 9 名の IES-R 得点の変化を Fig. 8 に示した。Fig. 8 に示したとおり、IES-R の総得点は 1 年を経過しても高い得点を維持していることが明らかとなった。

次に、PTSD 症状の重症度の時系列的変化を見るため、調査を完遂した 9 名の PDS の総合的重症度について反復測定による一元配置の分散分析を行った。その結果、時期による差は認められた ($F(4, 32)=3.64, p<.05$)。多重比較の結果、ベースライン期（中等度～重度）よりも 3 カ月後・9 カ月後・12 カ月後フォローアップ期（中等度）の方が重症度は軽減していた。しかし、症状は中等度レベルから下がることはなかった。また、生活機能障害の程度については同様に分散分析を行ったところ、時期による差はなかった。調査を完遂した者 9 名の PDS における重症度、および機能障害の程度の変化は Fig. 9 に示したとおりである。

DES-II の得点についても同様に反復測定による一元配置の分散分析を行ったが、有意な差は認められなかった ($F(1.86, 13.02)=1.58, n.s.$; Greenhouse-Geisser の ϵ による修正を行った)。しかし、平均得点はベースライン期からフォローアップ期にかけて、解離性障害の発症リスクを示すカットオフポイント (30 点) は超えていなかった (Table 6)。

以上の結果から、PTSD 症状を主とする母親の精神症状の一部は時間経過に伴って緩やかに改善されるが、調査開始1年を経過しても残存し、維持される部分が多いことが示された。

4) 被害後の母親の認知とストレス対処の傾向における時系列的変化

1年後の調査を終えて、全期のPTCIとTAC-24に回答した母親10名(34.30±7.26歳)を対象に、被害後の認知の変化について、各期におけるPTCIの総得点および各下位尺度得点を反復測定による一元配置の分散分析によって検討した。その結果、有意な差は認められなかった(総得点: $F(4, 36)=1.25$, n. s.; 自己に関する否定的認知: $F(4, 36)=1.12$, n. s.; 自責の念: $F(4, 36)=.48$, n. s.; 世界に対する否定的認知: $F(4, 36)=.83$, n. s.)。1年後の調査を終えた10名のPTCIの総得点および各下位尺度得点の変化をFig. 10に示した。Fig. 10に示したとおり、各期におけるPTCIの総得点および各下位尺度得点は長江・増田ほか(2004)における中央値(総得点: 97.0点, 自己に関する否定的認知: 54.5点, 自責の念: 14.0点, 世界に対する否定的認知: 28.0点)を超えて維持されていることが明らかにされた。

被害後における母親のストレス対処に

についても同様に、1年後の調査を終えた10名の各期におけるTAC-24の各上位尺度得点、および下位尺度得点について反復測定による一元配置の分散分析を行った結果、有意な変化は認められなかった。

1年後の調査を終えた10名のTAC-24の各上位尺度得点の変化をFig. 11に示した。Fig. 11を見ると、対象者はストレスに対して気晴らしや話をする事等で情動調整をしながら積極的に問題解決をはかっていることが示された。したがって、被害後もストレスに対して適応的な対処スタイルが維持されていることが示唆された。

ところで、ベースライン期からフォローアップ期にかけてのTAC-24の各上位尺度得点とIES-R得点との相関分析を行ったところ(Pearsonの積率相関係数 r を算出)、IES-Rの「回避・麻痺」とTAC-24の「問題回避」との間に弱い正の相関関係($N=71$, $r=.26$, $p<.05$)、IES-Rの「回避・麻痺」とTAC-24の「問題解決・サポート希求」との間に弱い負の相関関係($N=71$, $r=-.23$, $p<.05$)が有意に認められた。IES-Rの「回避・麻痺」とTAC-24の「肯定的解釈と気そらし」、または他のPTSD症状(侵入、過覚醒症状)と対処方略の頻度(TAC-24)との間には有意な相関関係は認められなかった(Table 7)。つまり、PTSDの三症状のうち、回避・麻