

配偶者等からの暴力被害の実態・相談に関する調査研究

(要旨)

ドメスティック・バイオレンス（以下 DV と略記）とは、「配偶者や恋人など親密な関係にある、又はあった者から振るわれる暴力」であり、そこでは、単に殴る、蹴るといった身体的な暴力だけでなく、精神的、性的、社会的、経済的な暴力などが含まれ、そして多くの場合、これらの暴力が複雑に絡み合って発生している。DV 被害にあった女性を救済するための諸制度は着実に整備されつつあるが、きめ細やかな支援を提供する具体的な取り組みは、今後の大きな課題となっている。わが国においては、内閣府が数年毎に行っている男女間の暴力に関する実態調査はあるものの、その内容は実態および DV の認知度に限定されており、DV 被害者の QOL あるいは心身の健康への影響などを検討したものはほとんどないのが実情である。そこで、今回は一般女性を対象に、DV 被害の実態および相談に関する疫学的調査を実施した。

DV の定義に対して、一度でも DV を受けたことがあると回答した群を“被 DV 群”、DV を受けたことが一度もないと回答した群を“一般群”に分け比較したところ、被 DV 群は 526 名中 84 名、一般群は 438 名であり、県内女性の約 16%が配偶者や恋人からの DV を経験していることが分かった。本調査のように、一般人口を対象とした研究は、欧米では行われており、DV を受けた女性は、DV を受けていない女性に比べ、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が明らかになっている。今回の調査結果でも、精神的健康度を測る SF-8 や、不安と抑うつを測る K6 の得点において、DV 被害を受けた女性の方が、一般女性よりも精神健康状態が不良であることが示され、先行研究の結果と一致した。また、身体的 DV よりも、心理的 DV の方が、被害女性の精神的健康度に影響を強く及ぼすという傾向が認められ、これも先行研究と一致するものとなった。

今後は、DV 被害者が接触しやすいと思われる医療機関において、DV 被害に関する対応の課題と現状を、被害者と医療従事者双方の視点から把握し、DV 被害対策に関する包括的研究を進めていきたいと考える。

研究体制：高田紗英子、牧田潔、加藤寛

1. 問題

ドメスティック・バイオレンス（以下 DV と略記）とは、直訳すると“家庭内の暴力”になり、そこには夫が妻を殴る、母親が子どもを虐待する、子どもが親に暴力を振るう、兄弟が殴りあいをするなど、いろいろな形態の暴力を総括して示す定義であった。しかし現在では、「配偶者や恋人など親密な関係にある、又はあった者から振るわれる暴力」⁽¹⁾ という意味で使われることが一般的になっている。暴力というのは、単に殴る、蹴るといった身体的な暴力だけでなく、精神的、性的、社会的、経済的な暴力などが含まれ、そして多くの場合、これらの暴力が複雑に絡み合って発生している。しかし、DV は夫婦間や家庭内の問題として潜在しやすいために、被害者の保護や救済にかかる対策が遅れていたのが実情である。

わが国においても、国際的な動向を受けて、1990 年代以降、DV 対策の必要性が大きく取り上げられるようになった。1999 年には、当時の総理府が、男女間における暴力に関する全国規模の実態調査を初めて実施し、約 20 人に 1 人の女性が「夫や恋人などから命の危険を感じるくらいの暴力を受けたことがある」という結果が報告されている⁽²⁾。そして、2000 年には、男女共同参画審議会から「女性に対する暴力に関する基本的方策について」が答申され、女性に対する暴力が広く社会問題として認識され始めるようになった。こうした女性に対する人権尊重の流れの中で、2001 年に人権の擁護と男女平等の実現を目指した「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（DV 防止法）」が制定・施行されたことは、画期的なことであったといえるであろう⁽²⁾。

このように、DV 被害女性を救済するための諸制度は着実に整備されつつあるが、きめ細やかな支援を提供する具体的な取り組みは、今後の大きな課題となっている。この課題を検討するためには、DV 被害の実態について把握する必要がある。内閣府は 1999 年以降、数年ごとに全国規模の調査を行っている。そのうち、2008 年度に行ったアンケート調査によると、夫から暴行や精神的な攻撃など DV の被害を受けた経験がある女性は 33・2%に上ることが分かった。2005 年実施の前回調査と同じ比率で、依然として DV 被害の深刻な実態が浮き彫りになっている。命の危険を感じたという女性が 13.3%存在するという事実を鑑みても、被害者の側に立った切れ目のない支援が必要だと強く示されている⁽³⁾。

また、本邦において、DV 被害の実態を検討した内閣府の調査以外の先行研究は、民間シェルターを利用した DV 被害者の心身の健康状態⁽⁴⁾ や、一時保護となった DV 被害者の精神健康状態⁽⁵⁾ など、すでに相談機関にて保護され、“被害者”としての女性に対するものが圧倒的に多い。一方、アメリカにおいては、2003 年に Charlene らが、SF-36 を用いて DV 被害を受けた経験がある女性と、一般女性を比較したところ、DV 被害を受けた経験がある女性の方が、身体機能、精神的健康、活力、日常役割機能、社会生活機能の項目において、得点が有意に低くなっていることが示されている⁽⁶⁾。同様に、Johansen ら（2007）は、WHOQOL-BREF を用いて 1 年間に渡り DV 被害を受けた女性の QOL を測定したが、PTSD と診断がついている女性や PTSD に近い状態にある女性においては、身体機能、精神的健康、社会的生活機能の得点が他の機能に比べて有意に低く、その回復度も低いこと

を指摘している⁽⁷⁾。更に彼らは QOL の回復が、被害女性の治療意欲の向上や、病識の改善にもつながるとも論考している。

このように、海外においては多くの実態調査および実証的研究があるが、わが国においては、上述した内閣府の調査はあるものの、その内容は実態および DV の認知度に限定されており、DV 被害者の QOL あるいは心身の健康への影響などを検討したものはほとんどないのが実情である。DV 被害者に対する支援、特に心理的支援活動を展開していくためには、実証的研究は欠かすことができず、今回計画したランダムサンプリングによる調査は有意義なものになると期待される。

2. 目的

今回の調査は、無作為抽出した県内の女性を対象として、まず、DV に関する認識度、被害経験の実態について、内閣府がこれまで実施した調査と同じ項目を用いて検討する。また、内閣府の調査には含まれていない本調査独自の項目として、DV 簡易スクリーニング尺度 (DVS-I) を用いて暴力被害の程度の評価を行い、生活機能に関する影響、心身の健康状態への影響についても標準化されている尺度を用いて検討する。さらに、被害女性の援助要請行動を探ることで、包括的かつ効果的に暴力を受けた女性の支援を考えていくための基礎データを得ることを目的としている。

3. 対象と方法

1) 調査手順

①調査対象者の抽出

調査対象者は、県内在住の成人の女性、2285 名である。都市部と郡部を持つ兵庫県の特徴を考えて、人口 20 万以上の市を都市部、人口 3 万人以下の市を郡部として設定し、そこからそれぞれ無作為抽出で 3 市を対象地域に選んだ。その結果、都市部は A 市・B 市・C 市、郡部は D 市・E 市・F 市が選定された。その上で、各市の人口比に合わせて対象数を決定し、住民基本台帳から等間隔抽出法を用いて対象者を抽出した。

②調査対象者への質問紙及び予告文書の送付

まず、調査対象者に研究の趣旨及び調査協力の任意性を説明した予告文を封書で送付した。その 1 週間後に、質問紙及び調査協力の同意書、撤回書、“もしかしたら、私も DV を受けているかもしれない、と思われた方へ”と題した文書、兵庫県健康福祉部こども局児童課が作成した“配偶者からの暴力のない社会をめざして”という案内を親展郵便にて送付した。質問紙には、投函期日を設け、調査票は受取人払いの返信用封筒で回収した。

③質問紙の回収・謝礼の送付・2 度目の依頼分の送付

調査協力への同意が得られた場合には、調査協力同意書への署名とともに、調査票を返送させた。本調査において協力者の費用負担はなく、謝礼は図書カード 500 円を郵送

にて進呈した。なお、期日から1ヶ月以上返信がなかった人には2度目の依頼文を送付することにした。

2) 対象者

①目的対象者数

対象者数は、各都市の女性の人口比に応じて、2285名と設定した。内訳は、A市384名、B市384名、C市384名、D市378名、E市377名、F市378名である。

3) 調査項目と使用尺度

本調査は、人口統計学的項目、DVの実態・相談に関する項目、健康関連QOLおよび精神的健康に関する項目によって構成されている。人口統計学的項目では、調査対象者の属性だけでなく、DV被害を経験した女性については、自身に暴力を振るった相手についても同様に属性を尋ねている。また、DVの実態・相談に関する項目では、DV行為に関する認識、被害経験の実態、援助要請（help seeking）行動について尋ねており、これらは総務省がこれまで実施した調査と同じ項目を用いて検討した。

DV行為に関する認識についての項目は、平成20年に内閣府男女共同参画局が行った、「男女間における暴力に関する調査報告書」の中の、「夫婦間での行為における暴力としての認識」の項目で使われていたもの⁽³⁾と、青森県企画政策部政策調整課が平成18年に行った「DVに関する意識調査」の中の、暴力行為の認識に関する項目で使われていたもの⁽⁸⁾を参考に、独自に作成した。

DV簡易スクリーニング尺度（DVSI）は、アメリカの社会学者のStrausらによる改訂版葛藤戦術尺度（CTS2）を基礎に開発された、DVスクリーニング評価尺度で、最近1年間のパートナーの行為とその頻度についてチェックするものである。質問は15項目であり、身体的暴行・傷害、性的強要、心理的攻撃の3つの要素スケールからなる。要素スケールの最高得点は、身体的暴行・傷害48点、性的強要24点、心理的攻撃18点で、最高得点は90点となる^{(9) (10) (11)}。

健康関連QOLに関する項目で用いるSF-8は、国民標準値が設定されており、それを基準にして調査対象者の健康状態を検討することができるため、これを採択した。SF-8は、①身体機能、②日常役割機能（身体）、③体の痛み、④全体的健康感、⑤活力、⑥社会生活機能、⑦日常役割機能、⑧心の健康からなる8つの下位尺度で構成されており、この8つの下位尺度をもとに、「身体的健康」と「精神的健康」の2つのサマリースコアを算出することが可能である⁽¹²⁾。

また、精神的健康に関する項目で用いるK6の得点は、0点から24点で、高得点ほど気分・不安障害の可能性が高い。K6は従来の標準であったGeneral Health Questionnaireよりも鋭敏なスクリーナーであるとされ、精神疾患の重症度も反映することができる。平成14年度厚生労働省科学特別研究費報告では、気分・不安障害の頻度が10%の集団にK6を施行すると、9点以上の群には50%の確立で気分・不安障害が認められるとされている⁽¹³⁾。

4) 分析手続き

回答はすべて統計的に処理された。統計処理については、SPSS17.0 を用いた。

5) 倫理面への配慮と危機管理体制

学術的な情報として公表する際、数値化され統計処理された結果のみを報告し、個人が特定されるような記述は一切行わないなど、個人情報の扱いに関しては慎重に行った。

また、調査協力により配偶者等からの DV という辛い体験を想起し、精神的に不安定となる可能性があると考えられたため、必要な場合には適宜、相談機関や医療機関に紹介できる体制や当センター相談室での対応も整備し、協力者の心理的負担を可能な限り軽減できるようにした。なお本研究は、外部委員からなる倫理委員会の承認を得て実施されたものである。

4. 結果

1) 有効回答者の基本的属性

無作為に抽出した 2285 名のうち 716 名から返答があった（回収率 31%）。その内、526 名の有効回答が得られた（有効回答率 23%）。全体の平均年齢は 49.2 歳（SD=16.2）であった。

2) 被 DV 群と一般群との比較

DV の定義⁽¹⁾に対して、一度でも DV を受けたことがあると回答した群を“被 DV 群”、DV を受けたことが一度もないと回答した群を“一般群”に分け比較した。被 DV 群は 526 名中 84 名、一般群は 438 名であり、約 16%が配偶者や恋人からの DV を経験していることが分かった。

被 DV 群の平均年齢は 49.5 歳（SD=13.2）、一般群の平均年齢は 49.2 歳（SD=16.7）であった。また、被 DV 群の婚姻状況は、“未婚”が 8 名、“既婚”が 58 名、“離婚”が 18 名、“死別”が 4 名、不明が 1 名であった。一般群の婚姻状況は、“未婚”が 92 名、“既婚”が 286 名、“離婚”が 10 名、“死別”が 33 名、不明が 17 名であった。年齢および婚姻状況においては、被 DV 群と一般群の間には有意な差は見られなかった。

3) 被 DV 群と一般群による DV および DV 防止法の認知度

被 DV 群および一般群における DV 認知度を、図 1・図 2 に示す。また、被 DV 群および一般群における DV 法の認知度を図 3・図 4 に示す。

被 DV 群および一般群では、DV 認知度は 7 割を超えており、DV という言葉やその内容についての社会的認知度は高いといえるであろう。しかし、DV 防止法についてとなると、被 DV 群、一般群共に法律の内容理解度は低いことが明らかとなった。さらに、被 DV 群においては、「法律は知っているが、その内容はよく知らない」と答えた人が 8 割にも及び、DV 防止法の定着率の低さが窺える。DV 及び DV 防止法の認知度において、被 DV 群と一般群の間には有意な差は見られなかった。

図1 被害女性におけるDV認知度

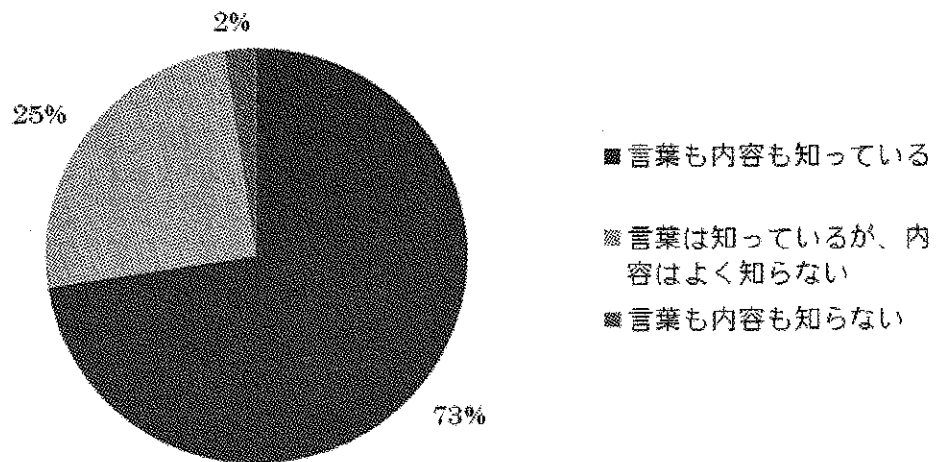


図2 一般女性におけるDV認知度

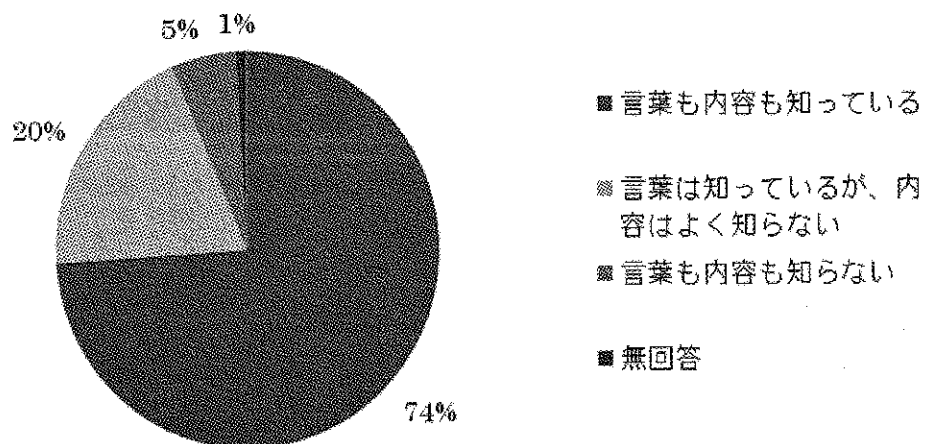


図3 被害女性におけるDV防止法の認知度

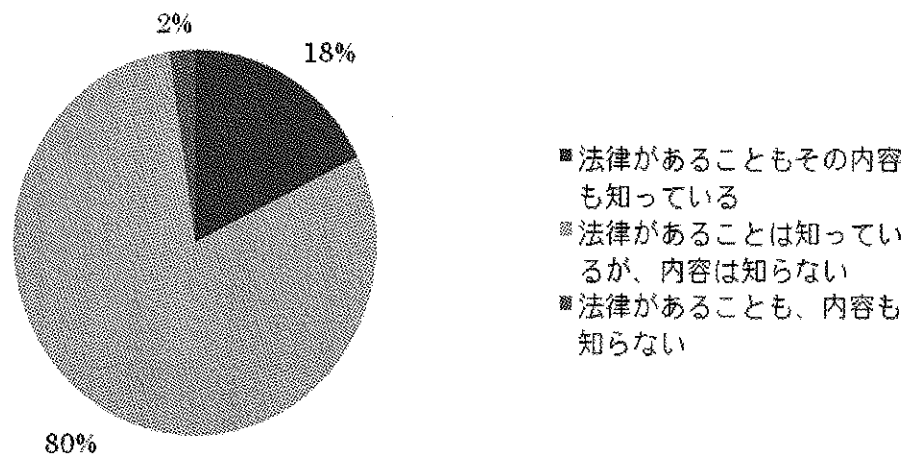
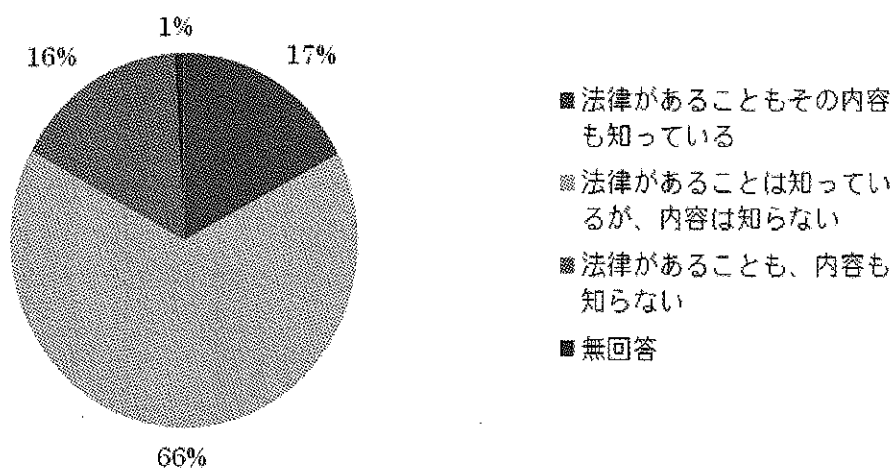


図4 一般女性におけるDV防止法の認知度



4) 被DV群と一般群による、DV意識感覚の相違

表1に記した行為について、回答者自身が“DVだと思う”か、“判断に迷う”か、“DVではないと思う”か、という3つから選んでもらい、それを点数化し、被DV群と一般群でT検定を行ったところ、有意な差は見られなかった。ただし、統計的に有意な差は見られなかったものの、“大切にしているものを壊したり、ペットをいじめる”、“何を言っても、相手にせず、無視する”、“交友関係を制限したり、手紙や携帯電話を細かくチェックする”といった、心理的DVにあたる行為に関して、一般群は“判断に迷う”を選んだ回答者が多かったのに対し、被DV群は“DVだと思う”を選んだ回答者が多く、心理的DVに関する反応が高かったことが窺える。

表1 DV行為に対する意識感覚

	DVだと思う	判断に迷う	DVではないと思う
平手で打つ			
なぐる			
足でける			
なぐるふりや、物を投げつけるふりをしておどす			
大切にしているものを壊したり、ペットをいじめる			
何を言っても、相手にせず無視する			
交友関係を制限したり、手紙や携帯電話を細かくチェックする			
生活費を渡さない			
いやがっているのに、性的な行為を強制する			
見たくないのに、ポルノビデオやポルノ雑誌を見せる			
避妊に協力しない			

5) 被DV群と一般群における、精神健康度および気分・不安障害の傾向

被DV群と一般で、SF-8 および K6 を用いて T 検定を実施した（表 2）。

結果、SF-8 の下位項目である、“体の痛み”（ $p<0.005$ ）、“身体機能”（ $p=0.01$ ）、“日常役割機能（身体）”（ $p<0.01$ ）、“全体的健康感”（ $p<0.01$ ）、“活力”（ $p<0.01$ ）、“社会生活機能”（ $p<0.01$ ）、“日常役割機能（精神）”（ $p<0.01$ ）、“心の健康”（ $p<0.01$ ）、“精神的健康サマリースコア”（ $p<0.01$ ）において、被DV群の方が有意に低かった。一方、“身体的健康サマリースコア”では有意な差が見られなかった。

表 2 被DV群と一般群における精神健康度

	被DV群	一般群
体の痛み*	50.84	53.01
身体機能**	49.91	50.86
日常役割機能（身体）**	48.33	50.75
全体的健康感**	47.82	50.65
活力**	48.85	51.92
社会生活機能**	45.44	50.2
日常役割機能（精神）**	45.87	50.39
心の健康**	45.78	49.9
身体的健康sum	49.39	50.73
精神的健康sum**	44.08	49.01

** $p<.01$ 、* $p<.05$

同様に K6 でも T 検定を実施して、気分・不安障害の傾向を測ったところ、被DV群の方が有意に高かった（ $p<0.01$ ）（表 3）。

表 3 被DV群と一般群における気分・不安障害の傾向

	被DV群	一般群
不安とうつ**	5.04	2.44

** $p<.01$

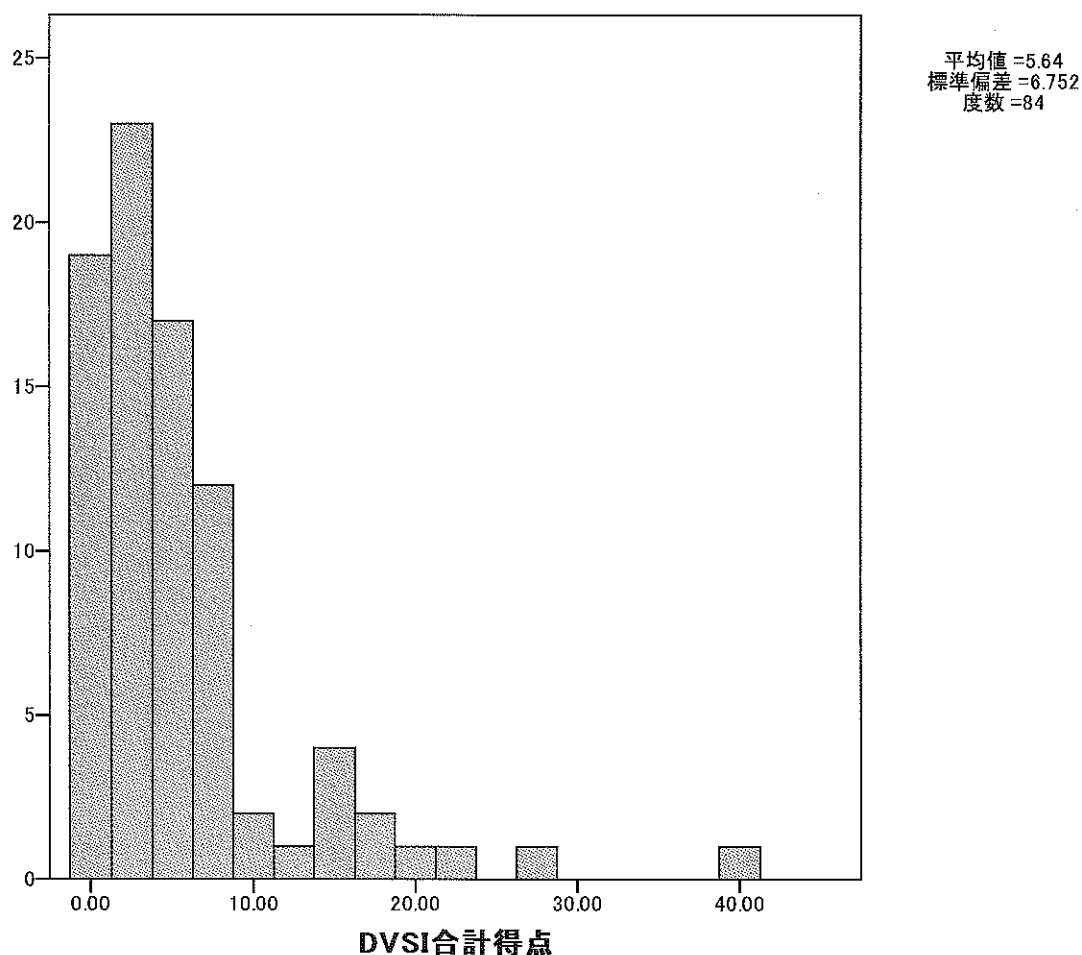
- 6) 被DV群における暴力の実態について—DVSIを用いたDVの内容と程度の評価
被害女性が受けたDVの内容と頻度については、表4に示す通りである。

表4 DV被害女性における暴力の実態

設問	1・2度あった	何度もあった	1年以上前にはあった	無回答
相手は、私に嫌がらせをした	9.1	17	28.4	4.5
相手は、私を侮辱したり、ののしったりした	15.9	21.6	28.4	4.5
相手は、私に対して大声でどなった	11.4	31.8	33	4.5
相手は、私をことばで脅して性交させた	2.3	3.4	17	4.5
相手は、私にナイフや凶器を向けたことがある	2.2	0	6.8	4.5
私は、相手とのケンカ中に頭をたたかれ、気が遠くなったことがある	0	1.1	12.5	4.5
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	1.1	1.1	10.2	4.5
相手は、私をことばで脅して口内性交や肛門性交をさせた	2.3	0	10.2	4.5
相手は、ケガを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	3.4	0	11.4	4.5
相手は、私の首をしめた	0	4.5	8	4.5
私は、相手とのケンカが原因で、医者にかかった	2.2	1.1	9.1	4.5
相手は、私に性交を（殴ったり、押さえたり、凶器で脅して）強制した	0	1.1	11.4	4.5
相手は、私をさんざ殴りつけた	2.3	2.3	11.4	4.5
私は、相手とのケンカで骨折した	0	0	4.5	4.5
相手は、私に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	0	1.1	8	4.5

DVSI の得点は、0～7.5 点が“パートナーからの暴力被害に対して、経過観察を要する”、7.6～14.9 点が、“1・2 回の介入的援助を要する”、15 点がカットオフポイントであり、“継続的援助を要する”、16～29 点が“緊急性があり、早期介入を要する”、30 点以上が“緊急避難を要する”と区分されているが、本調査では、カットオフ値を超えたのは 8 人で、全体の 1 割弱であった。また、本調査における DVSI の平均得点は、5.63 点 (SD=6.75) であった (図 5)。

図5 DVSI合計得点と人数の分布



各要素スケールの平均得点は、身体的暴行・傷害^(注) 0.88 点 (SD=2.27)、性的強要^(注) 0.61 点 (SD=1.27)、心理的攻撃^(注) 4.13 点 (SD=4.77) であった (図 6～8)。各要素スケールの最高得点を 100%とした場合、平均得点はそれぞれ 1.83%、2.25%、22.89%であり、心理的攻撃を重篤に評価する傾向が見られた。

^(注) “身体的暴・傷害”は身体的 DV、“性的強要”は性的 DV、“心理的攻撃”とは心理的 DV と同等の定義で用いられる言葉である。

図6 身体的暴力および傷害

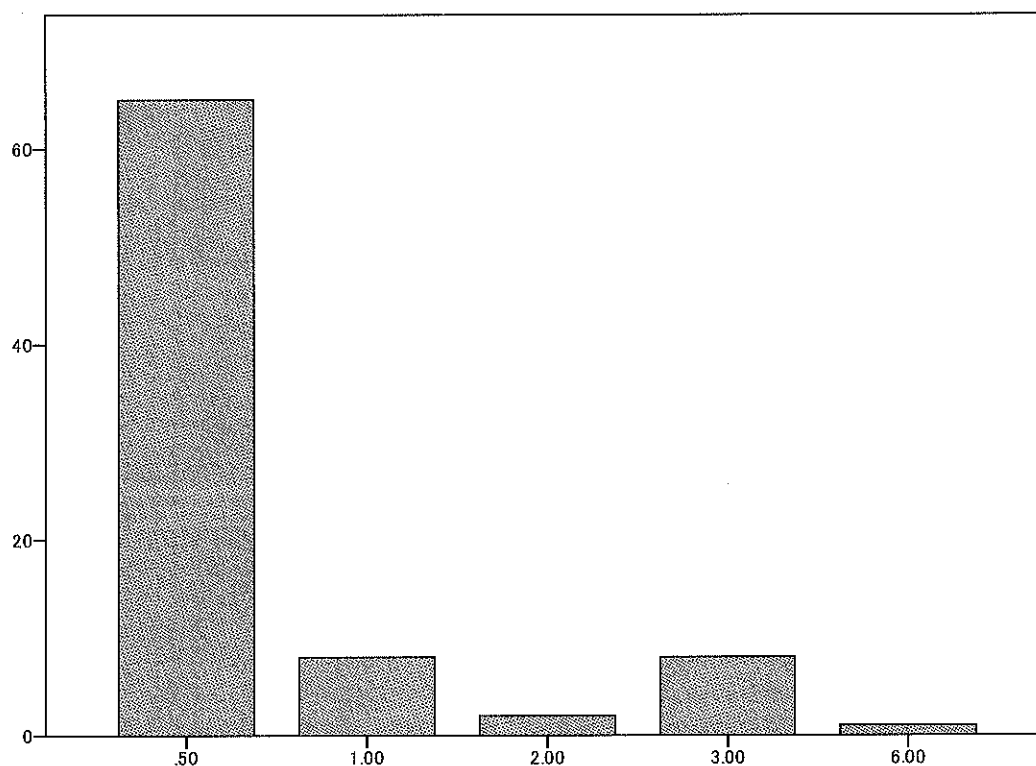


圖7 性的強要

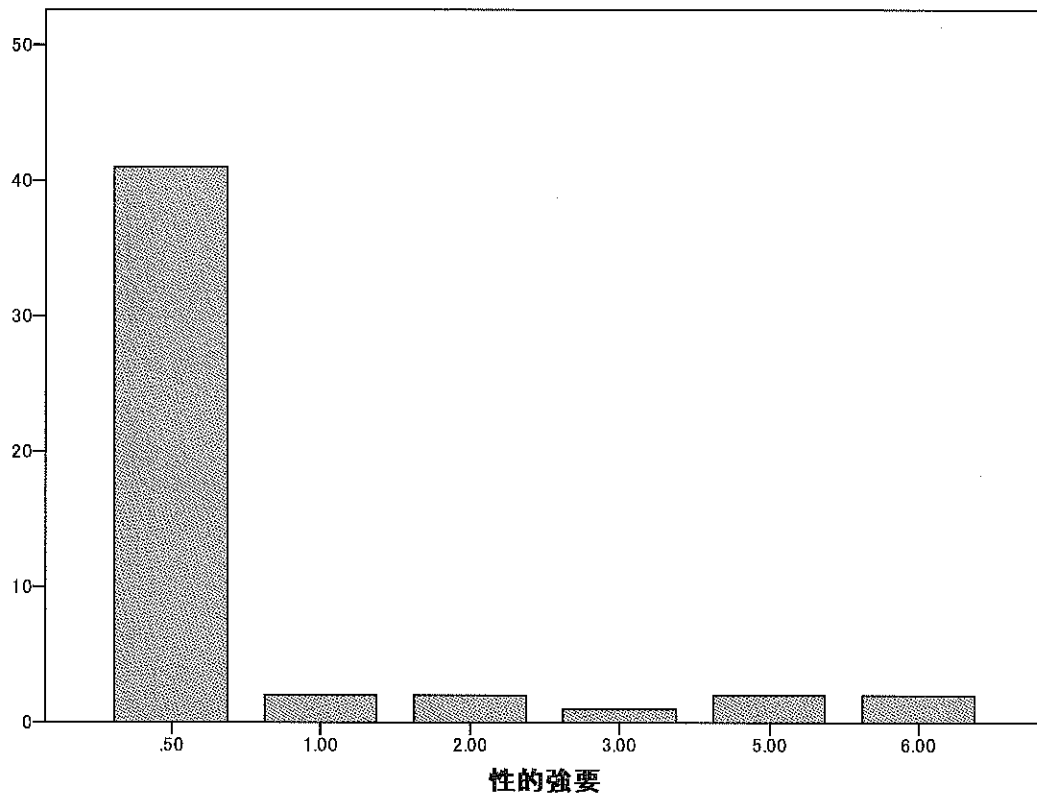
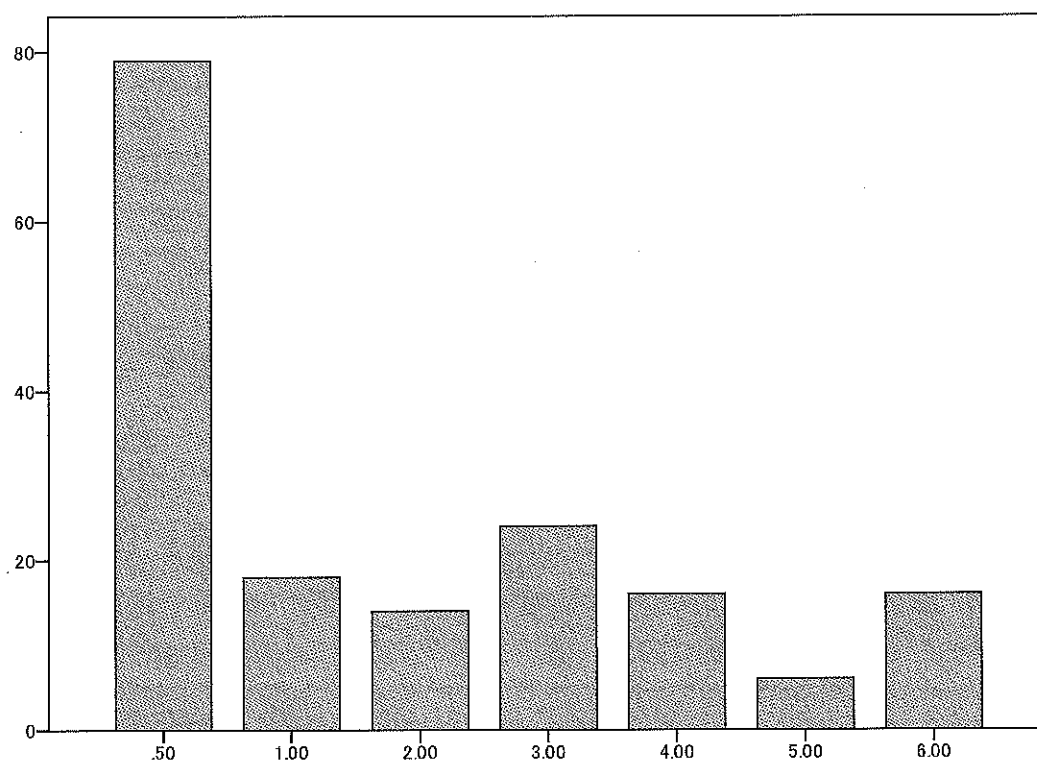


图8 心理的攻击



7) DVSI の各要素スケールと SF-8 および K6 との関係

Pearson の相関係数を用いて、DVSI の各要素スケール得点と Sf-8 および K6 得点との関係を示した。DVSI の身体的暴行・傷害、性的強要のスケールと SF-8 および K6 には相関は見られなかったが、SF-8 の身体機能と DVSI の心理的攻撃の間に、-0.28 ($p<.001$) と、負の相関があった。また、SF-8 の活力と DVSI の心理的攻撃の間にも、-0.27 ($p<.005$) と、負の相関があった。さらに、SF-8 の活力と、DVSI の合計得点の間にも、-0.24 ($p<.005$) と、負の相関が見られた。

表 5 DVSI の各要素スケールと SF-8 および K6 との関係

	心理的攻撃
身体機能**	-0.284
活力*	-0.226

** $p<.01$ 、* $p<.05$

8) 心理的 DV が被害女性の精神的健康に与える影響

すでに、DV 被害者には心理的 DV に敏感に反応しやすい傾向が見られたことや、心理的 DV を重篤に評価しやすい傾向があったことは述べたが、ここでは 1 年以上前に受けた心理的 DV と、1 年以内に受けた心理的 DV が、被害女性の精神的健康に与える影響に差があるのかを検証するために、Wilcoxon の符号付順位検定を実施した。両者には有意な差が見られなかったことから、時間の経過に関係なく、心理的 DV は女性の精神的健康に影響を与えていることが分かった (表 6)。

表 6 時間経過における心理的 DV が精神的健康に与える影響

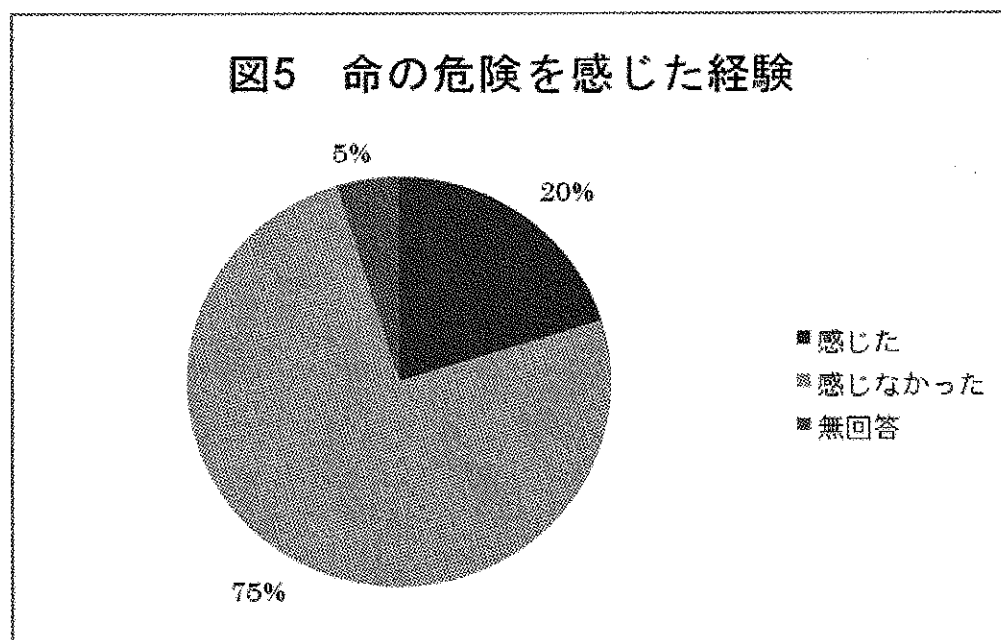
	精神的健康sum (1年以内の被害)と 精神的健康sum (1年以上前の被害)
Z	-.727 ^a
漸近有意確率(両側)	0.467

a. 正の順位に基づく

b. Wilcoxon の符号付き順位検定

9) 配偶者や恋人からの暴力により、命の危険を感じた経験

被DV群の内、自身が受けた行為に対して「命の危険を感じた」と回答した人は84名中17名で、全体の約2割であった。63名が「命の危険は感じなかった」と答えており、4名が無回答であった（図5）。



「命の危険を感じた」と回答した17名のSF-8の身体的健康項目のサマリースコアの平均得点は46.82点、精神的健康項目のサマリースコアの平均得点は42.53点であった。「命の危険は感じなかった」と答えた63名の平均得点は、それぞれ49.80点と44.14点であり、共に有意差が認められた（ $p<0.01$ ）。

また、K6の得点においても「命の危険を感じた」と回答した17名の平均得点は7.67点、「命の危険は感じなかった」と答えた63名の平均得点は5.44点であり、ここでも有意差が認められた（ $p=0.01$ ）（表7）。

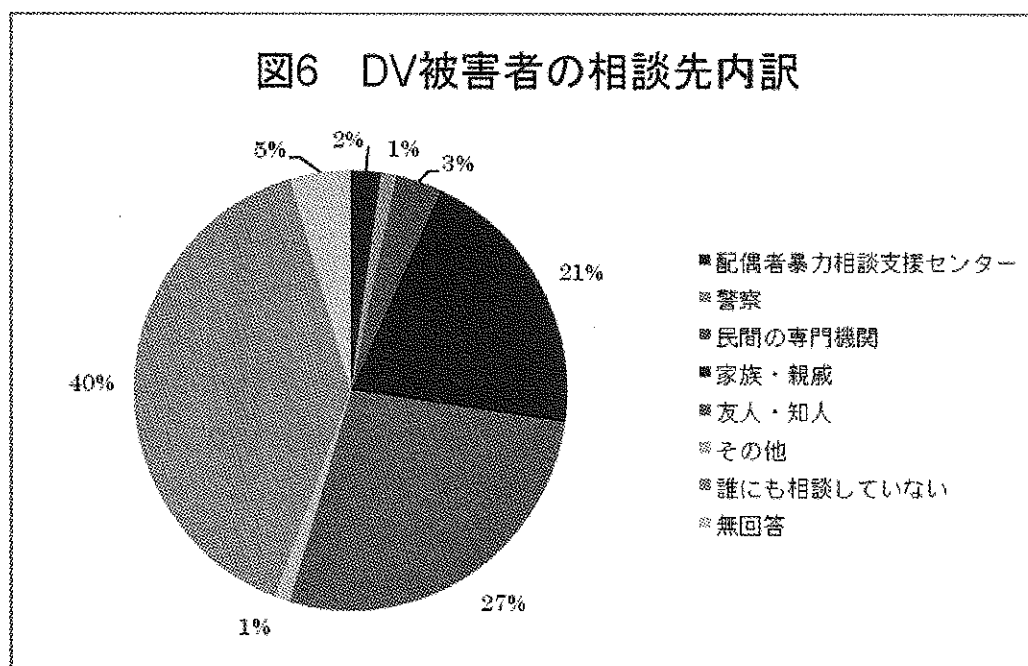
表7 命の危険を感じた女性と感じなかった女性の精神的健康度

	命の危険を感じた	命の危険は 感じなかった
身体的健康sum**	46.82	49.8
精神的健康sum**	42.53	44.14
うつと不安**	7.67	6.84

** $p<0.01$ 、* $p<0.05$

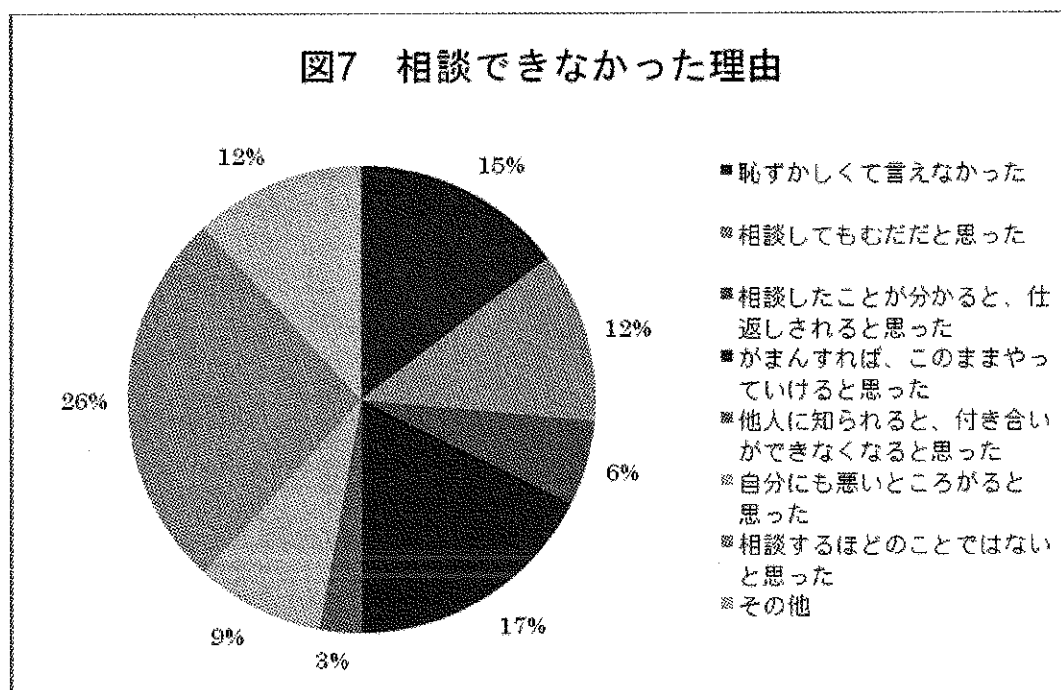
10) 被DV群における求援助行動

これまでに、配偶者や恋人などから何らかのDVを受けたことがあると答えた人（N=84）に、受けた被害について誰かに打ち明けたり、相談したりしたかを尋ねたところ、「友人・知人」と、「家族」がそれぞれ2割強となっているが、それ以外の項目は、いずれも1～3%程度となっている。その一方で、「誰にも相談しなかった」と答えた人は35名で、約4割を占めていることが分かった。



さらに、被害女性に相談しなかった理由を尋ねたところ、84名中34名が回答した。相談しなかった理由の内訳は、「恥ずかしくて誰にも言えなかったから」（5名）、「相談してもむだだと思ったから」（4名）、「相談したことが分かったと、仕返しを受けたり、もっとひどい暴力を受けると思ったから」（2名）、「自分さえがまんすれば、なんとかこのままやっていけると思ったから」（6名）、「他人に知られると、これまで通りの付き合いができなくなると思ったから」（1名）、「自分にも悪いところがあると思ったから」（3名）、「相談するほどのことではないと思ったから」（9名）であった。

相談しなかった理由について、「どこに相談していいか分からなかったから」、「暴力をふるわれた相手に、“誰にも言うな”と脅されたから」、「そのことについて思い出したくなかったから」という理由を挙げた人はいなかった。



11) 被DV群におけるSF-8とK6—求援助行動の有無に関する相違

自身の被害体験について、「誰にも相談しなかった」と答えた人(N=35)と、何らかの援助を求めた人(N=49)のSF-8とK6の得点でT検定を実施したが、いずれの下位項目においても有意な差は見られなかった。

12) DV防止のために必要な支援

被DV群、一般群それぞれに、DVを防止するために必要だと考える支援を尋ねたところ、「身近な相談窓口を増やす」が被DV群で35%、一般群で27.4%と最も高かった。次に高かったのは、被DV群・一般群共に「家庭で暴力を防止するための教育を行う」(18.2%、15.1%)であり、DVの被害経験の有無に関わらず、求めている支援は同じであることが示された。

5. 考察

1) 全体結果について

本調査では、DV の定義⁽¹⁾ に対して、一度でも DV を受けたことがあると回答した群を“被 DV 群”、DV を受けたことが一度もないと回答した群を“一般群”に分け、比較した。被 DV 群は 526 名中 84 名、一般群は 438 名であり、約 16% が配偶者や恋人からの DV を経験していることが分かった。内閣府が平成 20 年に行った「男女間における暴力に関する調査報告書」では、身体的 DV・心理的 DV・性的 DV のいずれかを 1 つでも受けたことが「何度もあった」と答えた女性は 10.8% と示されており、本調査の方が DV 遭遇率はやや高い結果となったが、本調査では「1・2 度あった」と答えた女性の回答も含めた結果であり、そのことが影響した数値であることを明記しておく。

DV 行為や DV 防止法の認識を問う項目では、被 DV 群・一般群共に、DV 認知度は 7 割を超えており、DV という言葉やその内容についての社会的認知度は高いといえる。しかし、DV 防止法の認知については、被 DV 群・一般群共に法律の内容理解度は低いことが明らかとなった。さらに、被 DV 群においては、「法律は知っているが、その内容はよく知らない」と答えた人が 8 割にも及び、DV 防止法の定着率の低さが窺える。2004 年に成立した改正 DV 防止法により、これまでは配偶者が対象だった保護命令を元配偶者にも出せるようになったこと、子どもへの接近も禁止されるようになったこと、住居からの退去命令は 2 ヶ月に拡大されたことなど、より被害女性の側に立った施策が進められているが、それを実効あるものとするためには、さらなる啓発活動が必要であると思われる。

また、内閣府の同調査では、これまでに配偶者から何らかの DV 被害を受けたことのある女性に、その行為によって命の危険を感じたかどうかを尋ねており、本調査でも同様の質問をしたところ、命の危険を感じたと答えた女性は 2% であったという結果を得た。命の危険を感じたと答えた人の SF-8 および K6 の平均得点は、命の危険を感じなかったと答えた人よりも不良であり、影響の深刻さを表しているといえるであろう。

さらに、今回は一般女性の DV 意識についても尋ねていたが、結果にも示した通り、被 DV 群と一般群では、差は見られなかった。しかしこの結果で着目したいのは、DV を受けている女性は、自分が受けている行為を“DV”だと分かっている可能性が高い、ということである。自分が受けている行為を DV だとは思いつつも、援助を求めない女性が 4 割近くいる、ということは見逃せない事実であろう。「相談するほどのことではないと思ったから」と答えた女性が 2 割強いたことから、被害女性は自身の体験を大したことではないと低く見積もっている可能性もあるし、そう思わなければ毎日を過ごしていられないという心理的な防衛が働いている可能性もある。今回の質問紙調査で明らかにするには限界があったが、今後多いに検討すべき点であるといえる。

2) DV 被害が精神健康に及ぼす影響について

先行研究において、一時保護施設に入所している女性を対象とした研究には、石井らの東京都内の民間シェルター入所者を対象としたもの⁽¹⁴⁾ や、緊急一時保護となった女性を

対象にした煙崎らのもの⁽⁵⁾などがあり、いずれの報告からも、DVが女性の精神健康状態に深刻な影響を与えることが示されている。

本調査のように、一般人口を対象とした研究は欧米でも進んでおり、Cokerら（2002）はアメリカのNational Violence Against Womenの調査結果を用いた研究において、DVを受けた女性は、DVを受けていない女性に比べ、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た⁽¹⁵⁾。今回の調査結果でも、SF-8、K6共にDVを受けた女性の方が、一般女性よりも精神健康状態が不良であることを示しており、先行研究の結果と一致した。

3) DV被害の内容と心身への影響について

結果にも示したように、本調査からは、身体的DVよりも、心理的DVの方が身体機能や精神機能に及ぼす影響が強いという傾向が示された。海外には、暴力のタイプ別にDVの影響に関して調査したものもあり、例えばStraightら（2003）の研究によると、身体的暴力に比べ、精神的暴力のダメージは大きく、精神的暴力の方が健康状態の悪化と関連が強いことを示している⁽¹⁶⁾。また、Ariasら（1999）による、シェルター入所中の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克服したあともなお、PTSD症状の発現を予測している要因であるとしている⁽¹⁷⁾。

わが国の先行研究ではシェルター入所中のDV被害女性50人のDVSI得点は25.6点であったが⁽⁴⁾、本調査におけるDVSIの平均得点は、5.63点であり、はこの値とは大きく違っていた。しかし、DVSIは被害を受けた時点からさかのぼって1年以内のDV経験を問うものであるので、体験が過去のものになるほど、もっとも被害を受けていた時の体験よりも得点は軽度に見積もられていることに留意しなければならない。

また、1年以上前に受けていた心理的DVが現在の心理状態にも影響があることが明らかになり、被害の長期化を表しているといえる。先行研究においても心理的DVの方がよりPTSD症状に関連が深いという報告や、心理的DVがPTSD症状に限らず他の健康障害に関連している可能性も指摘されており⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾、本調査からも、心理的DVの与える影響の深さが改めて窺えた結果となった。比較的発見されやすい身体的DVに比べ心理的DVが被害女性に与える影響について、今後も質的・量的に検討する必要があると思われる。

4) DV被害女性の求援助行動について

自身が受けた被害について誰かに打ち明けたり、相談したりしたかを被害女性に尋ねたところ、「友人・知人」と、「家族」がそれぞれ2割強となっているが、配偶者暴力相談支援センターや民間のカウンセリング機関などとのつながりは非常に低いことが明らかになった。また、「誰にも相談しなかった」と答えた人は35名で、約4割を占めていることが分かった。その理由を尋ねると、「相談するほどのことではないと思ったから」という答えが最も多く、次いで「自分さえがまんすれば、なんとかこのままやっていけると思ったから」と答えた人が多かったことから、DV被害を受けている女性は、自身の被害経

驗を低く見積もりやすい傾向があることが示唆された。

「DV を受ける女性は、外傷などで医療機関を受診することが多い」と言われているが⁽¹⁸⁾、本調査では医療機関に相談・援助を求めた人はいなかった。DVTI からは、「医者にかかった」と答えた人はいたため、受診はしたものの、医療機関に DV 被害についての相談はしなかったということであると思われる。

6. 今後に向けて

今回筆者らが行った調査や、数々の先行研究からも、潜在的なものを含めるとかなりの数の DV 被害者が存在していること、DV 被害が女性の精神的健康に大きな影響を及ぼすことが分かった。しかし、欧米に比べると、わが国においては、危機介入技法の確立や各支援機関におけるネットワークシステムの構築が遅れているのが実情であり、被害を受けた女性やその子どもの安心と安全を守り、心身の健康を回復するための適切な支援を受けられる場は限られている。

DV は、身体的暴力による外傷以外に、心理的攻撃によるストレスから精神疾患を患ったり、性的暴力により人工妊娠中絶を繰り返すケースが多いことが報告されているが、このように、DV 被害が心身に深刻な影響を及ぼすことから、被害女性は様々な主訴で医療機関との接触を持ちやすいとされている。医療機関での早期発見により、DV 被害者の保護が迅速に進むようになることが望ましいが、医療従事者自身の DV に関する知識や学習経験の不足から、DV 意識や被害者の理解は進んでいるとはいえず、病院側に組織としての DV 対応の取り決めがあることも少なく、個々の判断に委ねられることが多いのが現状である。

そこで、今後は、DV 被害の早期発見および被害者の早期社会復帰のために、被害者が接触しやすいと思われる医療機関において、DV 被害に関する対応の課題と現状を、被害者と医療従事者双方の視点から把握し、DV 被害対策に関する包括的研究を進めていきたいと考える。

謝辞

本調査の趣旨を理解いただき、協力してくださった女性の皆さまに、深く感謝いたします。また、研究を進める上で、ご助言頂きました皆さま、協力して頂きました皆さまにも、心からお礼申し上げます。

【引用・参考文献】

- 1) 内閣府: 配偶者からの暴力被害者支援情報ホームページ.
<http://www.gender.go.jp/e-vaw/dv/index.html>
- 2) 尼崎市: DV 対策ホームページ.
<http://www.city.amagasaki.hyogo.jp/hataraku/danjo/064dvtaisaku.html>
- 3) 内閣府男女共同参画局: 男女間における暴力に関する調査報告書. 2009
- 4) 平川和子: 民間シェルターを利用した DV 被害女性が語る心身の健康状態. *トラウマティック・ストレス*, 3, 27-35, 2005.
- 5) 煙崎久子・有薗博子・藤田忍: 緊急一時保護となったドメスティック・バイオレンス被害者の精神健康状態. *心的トラウマ研究*, 2, 41-51, 2006.
- 6) Charlene, L., Kennedy, C., Stein, M. B.: Post-Traumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life in Female Victims of Intimate Partner Violence. *Violence and Victims*, 18, (2), 227-238, 2003.
- 7) Johansen, V.A., Wahl, A.K., Eilertsen, D.E., Weisaeth, L., Hanestad, B.R.: The predictive value of post-traumatic stress disorder symptoms for quality of life: a longitudinal study of physically injured victims of non-domestic violence. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21, 5-26, 2007
- 8) 青森県企画政策部政策調整課: DV に関する意識調査. 2005
- 9) 加茂登志子: ドメスティック・バイオレンスにおける精神的暴力のインパクト—ドメスティック・バイオレンス簡易スクリーニング尺度を用いて. 厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 分担研究報告書. 34-41, 2005
- 10) 石井朝子: DV 被害者の支援に関するガイドライン作成に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学研究政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業). 56-57, 2008
- 11) 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: ドメスティック・バイオレンス (DV) 簡易スクリーニング尺度 (DVSI) の作成および信頼性・妥当性の検討. *精神医学*, 45 (8), 817-823, 2003
- 12) 福原俊一, 鈴嶋よしみ: SF-8 日本語版マニュアル: NPO 健康医療評価研究機構, 京都, 2004.
- 13) 川上憲人・近藤恭子・柳田公佑・古川壽亮: 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書, 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究.
- 14) 石井朝子・飛鳥井望・木村弓子ほか: 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*, 20 (2), 183-191, 2005
- 15) Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Bramdt, H., Smith, P.: Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women *American Journal of*

- Preventive Medicine , 23(4) , 260-268, 2002
- 16) Straight, E., harper, F., Arias, I.: The impact of Partner Psychological Abuse on Health Behaviors and Health Status in College Women. Journal of Interpersonal Violence, 18(9), 1035-1054, 2003
 - 17) Arias, I., Pape, K.Y.: Psychological abuse: implications for adjustment and commitment to leave violent partners. Violence and Victims, 14, 55-67, 1999
 - 18) 山本八千代 : ドメスティック・バイオレンス被害者の医療機関における状況の調査－被害者の来院目的、健康問題、医療従事者のDV認知状況－.母性衛生, 48(4), 551-558 , 2008