

表 題 わが国の DV (ドメスティック・バイオレンス) 被害者の現状と課題 - 男性被害者の検討 -

論文の区分 博士課程

著 者 名 森下 順子

担当指導教員  
氏 名 須田 史朗 教授

所 属 自治医科大学大学院医学研究科  
専攻 地域医療学系  
専攻分野 精神・神経・筋骨格疾患学  
専攻科 精神医学

2022 年 1 月 7 日申請の学位論文

## 目 次

1 序論 .....	1
2 方法 .....	3
2.1 研究参加者 .....	3
2.2 測定方法 .....	4
2.2.1 社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴 .....	4
2.2.2 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 (Domestic Violence Screening Inventory: DVSI) .....	4
2.2.3 DV 被害に関する 20 項目の質問紙 .....	4
2.2.4 患者健康質問票日本語版 (Patient Health Questionnaire Japanese version: PHQ-9) .....	5
2.3 統計解析 .....	6
2.3.1 共変量 .....	6
2.3.2 ロジスティック回帰分析 .....	6
2.3.3 重回帰分析 .....	7
3 結果 .....	8
3.1 社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴 .....	8
3.2 うつ病関連症状レベル、暴力被害程度、暴力被害頻度 .....	8
3.3 うつ病関連症状レベルと社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴の CRAMÉR の連関係数 .....	12
3.4 うつ病関連症状レベル (PHQ-9 評点) と DVSI 項目、DV 被害に関する 20 項目の質問における SPEARMAN の順位相関係数 .....	16
3.5 ロジスティック回帰分析 .....	16
3.6 重回帰分析 .....	19
4 考察 .....	24
5 研究の限界 .....	29
6 結論 .....	29
7 参考文献 .....	30
8 謝辞 .....	41
付録 .....	42

## 1 序論

ドメスティック・バイオレンス (DV; intimate partner violence, IPV ともいう) は、深刻な公衆衛生的問題に関連する明らかな社会問題の一つである<sup>1,4)</sup>。DV は、「成人または青年が親密なパートナーに対して行う、身体的、性的、精神的な攻撃や経済的な強制を含む、攻撃的かつ強制的な行動のパターン」と定義されている<sup>2,5,6)</sup>。DV による健康被害に関しては、被害者は身体的傷害、睡眠障害、不安、食行動の変化、うつ病、自殺企図などの精神的問題を抱える可能性がある<sup>7-10)</sup>。

一般的に、女性に対する DV は男性に対する DV よりも認知されており、DV を扱う先行研究では主に被害者としての女性と加害者としての男性に重点が置かれている<sup>3,6,11,12)</sup>。男性に対する DV は、学術的な文献でほとんど注目されていない<sup>6,13)</sup>。おそらく、「女性は、虐待するはずがない。また男性は虐待されるはずはない。」<sup>17)</sup> という性役割固定観念<sup>12)</sup> やジェンダーバイアスの社会認識が広まっている<sup>14-16)</sup> ためであろう。実際、女性が男性に対して行う暴力は、多くの場合、自己防衛として許されたり、正当化されたりする<sup>15)</sup>。刑事裁判では、「女性が行う暴力は、それほど深刻ではない。」と判断が下される<sup>12,17)</sup> ことが多い。男性被害者は、嘲笑されたり、社会的に孤立したり、屈辱を感じたりすることを恐れて<sup>11)</sup>、DV 事件を過少に報告する傾向があり<sup>3,11,18)</sup>、また社会的支援を求めることが少ないと報告されている<sup>6,14,11,19,20)</sup>。日本人を含むアジア人男性は、伝統的な文化的価値観や規範(羞恥心の回避や感情的な自制心)を守る傾向があるため、欧米人男性に比べて社会的支援を求めない可能性があり<sup>18)</sup>、それがこれらの傾向を悪化させていると考えられる。

近年、男性DV被害者数が年々増加している。欧米社会の先行研究では、男性は、身体的暴力よりも精神的虐待の被害を受けやすいと指摘されている<sup>3, 21-23)</sup>。警察庁の調査<sup>24)</sup>によると、2016年から2020年にかけて、国内における身体的暴力に関する相談件数は、女性被害者では106%の増加であるのに対し、男性被害者では186%増加している。3年ごとに行われるDVに関する日本の全国調査2020年版では、女性(n=1,400)のうち17.0%が身体的暴力を、8.6%が性的虐待を経験したと報告されている<sup>25)</sup>。また、男性(n=1,191)のうち12.1%が身体的暴力を、1.3%が性的虐待を経験したと報告されている。

WHO (2013) の調査<sup>26)</sup>では、DV被害による精神健康障害についてうつ病を最も多くかつ重要な精神的問題として挙げており、被害経験のある女性のうつ病発症リスクは、被害経験のない女性の2倍になることを明示している。またWHOの調査では、うつ病は自殺と関連性があることも指摘している。うつ病は、わが国においても自殺の要因となる(厚生労働省2021)<sup>27)</sup>。前述したように、男性はDV被害を受けても、被害を被害者自身で抱えやすく社会的支援を求めない傾向があり、うつ病を発症しても支援を求めない可能性があると考えられる。男性のDV被害に関する健康被害、精神疾患を調査した研究はPubMed検索では2011年のポルトガルからの報告があるのみで、具体的にうつ病の発症との関連を調査した研究はない<sup>24)</sup>。このため、男性被害者の身体的被害だけでなく、うつ病に関する精神的被害を明らかにすることは、男性被害者が必要とする支援を探るために非常に重要である。本研究の目的は、日本の男性DV被害者のうつ病関連症状に影響を与える因子について調査し、統計学的手法を用いて検討することである。

## 2 方法

### 2.1 研究参加者

本研究のデータ収集は、ウェブ上のアンケートを用いて行った。株式会社クロス・マーケティング (インターネット調査会社、東京、日本)<sup>28)</sup>の協力により、「配偶者または親密なパートナーとの家庭生活」に関するアンケート調査を用いてデータを収集した。同社の調査パネルには、約473万人が登録されている。研究デザインに基づいて、必要なインフォームド・コンセント情報を記載したアンケート画面を作成し、2021年2月25日または26日に、Webサイト上でアンケートの対象となる日本人男性候補者 16,414 名を集めた。直近の一年以内に配偶者およびパートナーによるDV被害を経験した者のうち、回答に欠損のある者、不正な回答のある者を除き、1,466 名を最終的な分析対象とした。質問票には、社会人口統計学的情報を得るための質問、うつ病の評価尺度 (患者健康質問票日本語版; PHQ-9)、また DV 暴露の強度と頻度を評価するための質問 (Domestic Violence Screening Inventory; DVSI)、DV 形態別頻度を調べるための、DV 被害に関する質問紙 (20 項目) が含まれた。なお、質問票の冒頭では、回答を中止したいときにはいつでも回答を中止してよいとの記載がされた。また同一人物が、同一地域で、同一機器を使って複数のアンケートに回答した形跡はなかったことを、本調査と関連するコンピューターサーバーに確認した。本研究は、自治医科大学臨床研究倫理委員会により承認後に開始された (承認番号 19-196)。

## 2.2 測定方法

### 2.2.1 社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴

社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験 (幼少期の DV 暴露、学校でのいじめ被害の経験)、および精神科既往歴 (過去・現在の精神科通院歴、精神科薬の服用経験) の情報を質問紙方式によって得た。これらの質問項目を表 1 に示す。

### 2.2.2 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 (Domestic Violence Screening Inventory: DVSI)

DVSI 尺度は、親密なパートナー間における身体的および言語的虐待の強度と頻度を評価するために設計されている。この尺度は日本語に翻訳されており、石井らによって標準化されている<sup>29)</sup>。DVSI は 15 項目あり、DV 被害者のスクリーニングに使用される<sup>29)</sup>。参加者は、DV 被害を数値化するにあたり、各項目について、0 = 「全くない」から 6 = 「1 年間に 20 回以上パートナーから暴力を受けたことがある」までの 8 段階のリッカート尺度に基づいて回答し、「最近は受けていないが、1 年以上前に受けたことがある」には、7 に印をつけるよう指示された。各基準点の詳細については「暴力被害程度」(表 2)に記載した<sup>29)</sup>。DVSI 尺度の設計に従い、0~6 までの得点は額面通り、すなわち 0~6 と評価し、7 は 0.5 と評価した。総得点はすべての項目の得点を合計して算出した<sup>29)</sup>。この尺度の Cronbach の  $\alpha$  は 0.74 であった。

### 2.2.3 DV 被害に関する 20 項目の質問紙

我々は先行研究<sup>30)</sup>で、日本人の DV 被害内容を精査し、DV 形態のカテゴリ分類を

提案した。DV形態のカテゴリは、日本のDV事件の判例をもとに、日本の一般社会で認知されている、身体的暴力、精神的虐待、経済的虐待、社会的虐待、性的虐待、ネグレクトの6つに分類された(図1)。ネグレクトは、家族の世話をしないこととして評価された。DV被害に関する20項目の質問内容は、図1のDV被害内容をもとに作成し、DV被害形態別に被害の頻度を知るためのものである(付録)。スコアの算出はDVSIと同様、0、0.5、1、2、3、4、5、6の8段階のリッカート尺度を用いた。この尺度のCronbachの $\alpha$ は0.76であった。

#### 2.2.4 患者健康質問票日本語版 (Patient Health Questionnaire Japanese version: PHQ-9)<sup>31,32)</sup>

PHQ-9は、過去2週間のうつ病関連症状の重症度をスクリーニングするための自記式ツールである。10項目(うち1項目は点数化されない)の質問があり、参加者は各項目について0=全くないから3=極端にある、の4段階のリッカート尺度に基づいて回答するように指示された。合計スコアは0~27の範囲である。PHQ-9によるうつ病の診断は、専門医による診断が必要であるが、本研究では、専門医による診断がなされていない。そのため、本研究で行われた方法、結果、考察では、うつ病ではなく、うつ病関連症状およびうつ病関連症状レベルという用語を使う。また本来PHQ-9の結果を示す表は、うつ病の評価という用語を用いるが、本研究ではうつ病関連症状レベルという用語を用いる。軽度のうつ病関連症状レベルには $\geq 5$ 、中等度から重度のうつ病関連症状レベルには $\geq 10$ のカットオフポイントを用いた。なお、中等度以上のうつ病関連症状レベルを有する患者は、通常臨床では薬物療法の対象であると判断される<sup>33)</sup>。この尺度のCronbachの $\alpha$ は0.91であった。

## 2.3 統計解析

すべての統計解析は、IBM SPSS ver. 26 for Windows (Chicago, IL, 米国) を使用した。変数はパーセンテージで表した。名義変数間の関連性を評価するために、Cramér の相関係数を算出した。量的変数間の関連性を探るために、Spearman の順位相関係数を算出した。有意性は  $p < 0.05$  とした。有意水準は、 $< 0.05$  (\*)、 $< .01$  (\*\*)、 $< 0.001$  (\*\*\*) とした。

### 2.3.1 共変量

社会・人口統計学的特性は、うつ病と関連することが知られている<sup>34-36</sup>。本研究では、独立変数を国内外<sup>21, 34, 36</sup>及び医学的観点<sup>37</sup>からの先行研究の結果に基づき選択した。交絡因子の影響を調整するために、傾向スコア (Propensity score: PS) 法を用いたロジスティック回帰分析を行った<sup>38, 39</sup>。また、正しいモデルを構築するために、結果と関連しない変数や重複する変数を除いた<sup>40</sup>。

### 2.3.2 ロジスティック回帰分析

ロジスティック回帰分析では、属性として DV 以外の項目 (社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科通院歴) と DV 被害 (DVSI の項目および DV 被害に関する 20 項目の質問) に関連する軽度以上のうつ病関連症状レベル (カットオフ  $\geq 5$ ) について、強制投入法を使用し調整済みオッズ比と 95% 信頼区間を算出した<sup>41</sup>。

日本人の年齢別離婚率には差があるため (18-49 歳が 10% 以上、50-85 歳が 10% 未満)<sup>42</sup>、年齢を 18-49 歳と 50-85 歳の 2 グループに分けた。

Cramér の連関係数の結果をもとに属性 (DV 以外の項目) の変数を適用した。属性の



変数には、年齢、配偶者またはパートナーの就業、子どもの有無、学歴、幼少期のDV暴露、学校でのいじめ被害の経験、過去・現在の精神科通院歴、離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった(日本では親の離婚が心理的・経済的な問題を引き起こすことが多く、子どもの潜在的な有害な幼少期の経験: **adverse childhood experiences, ACEs** を避けるために)が含まれる。これらの独立変数を1つの変数にまとめた。

また、DV被害の項目として、「相手は、私に何かいやがらせをした」、「配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない」、「配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものに使う」の変数を適用した。これらの独立変数を1つの変数にまとめた。

### 2.3.3 重回帰分析

IBM SPSS Amos Version 27 (Chicago, IL, 米国) のパスモデルにより、うつ病関連症状レベルと関連する因子(変数)を探るため、重回帰分析を行った。従属変数はうつ病関連症状レベル(PHQ-9の評点)、独立変数は2つの共変量属性(DV以外の項目)とDV被害とした。

### 3 結果

#### 3.1 社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴 (表 1)

参加者は、幅広い年齢層 (18 歳以上から 85 歳まで) で構成されていた。参加者の世帯年収は、約 700 万円であった。参加者の 77.4% は有職者または学生であり、22.6% は無職であった。参加者の 98.6% は既婚者で、参加者のパートナー (配偶者) の 55.1% が専業主婦であった。参加者の、20.2% に学校でのいじめ被害の経験、9.6% に幼少期の DV 暴露が認められた。

#### 3.2 うつ病関連症状レベル、暴力被害程度、暴力被害頻度 (表 2)

うつ病関連症状レベルでは、参加者の 19.8% に軽度のうつ病関連症状レベル (5-9 点) があり、10.7% は中等度から重度のうつ病関連症状レベル (10 点以上) があったことが示された。暴力被害程度では、参加者の 79.2% は、経過観察、必要であれば援助の提供の状態であった。また参加者のうち 4.6% は、緊急性があり早期介入を要するという状態であり、0.8% は、緊急避難を要する状態にあった。暴力被害頻度では、「配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない」、「配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものに使う」は、いずれも「これまでに 1 度もない」が最も多く、次いで「1 年以上前にあった」が多かった。

表1. 社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴 (N =1466)

変数	n (%)
<b>社会・人口統計学的特性</b>	
<b>年齢</b>	
18歳以下	0 (0.0)
18-19	1 (0.1)
20-24	0 (0.0)
25-29	3 (0.2)
30-34	12 (0.8)
35-39	36 (2.5)
40-44	78 (5.3)
45-49	175 (11.9)
50-54	218 (14.9)
55-59	247 (16.8)
60-64	221 (15.1)
65-69	207 (14.1)
70-74	183 (12.5)
75-79	59 (4.0)
80-85	26 (1.8)
86歳以上	0 (0.0)
<b>職業</b>	
会社員（常勤）	560 (38.2)
会社員（契約社員）	100 (6.8)
公務員	94 (6.4)
会社役員・経営者	75 (5.1)
教育関係	27 (1.8)
医療関係	31 (2.1)
法曹関係	1 (0.1)
農業、漁業、林業	6 (0.4)
自営業・自由業	159 (10.8)
パート・アルバイト	71 (4.8)
学生	1 (0.1)
専業主夫	10 (0.7)
無職	331 (22.6)
<b>世帯年収</b>	7,005,070円 (標準偏差 5,309,280)
<b>婚姻状況</b>	
結婚・事実婚	1445 (98.6)
同棲	11 (0.7)
死別	0 (0.0)
離別	10 (0.7)
<b>離婚経験</b>	
あり	126 (8.6)
なし	1340 (91.4)

**配偶者またはパートナーの就業**

あり	658 (44.9)
なし	808 (55.1)

**子どもの有無**

あり	1255 (85.6)
なし	211 (14.4)

**学歴**

中学校卒	20 (1.4)
高校卒	340 (23.2)
専門学校・短大卒	142 (9.7)
大学卒	847 (57.7)
大学院卒	117 (8.0)

**飲酒歴**

あり	995 (67.8)
なし	471 (32.2)

**離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった経験 (N=1255)**

あり	428 (34.1)
なし	827 (65.9)

---

**過去のトラウマ体験****幼少期のDV暴露（幼少期に親からDVを受けた経験）**

あり	141 (9.6)
なし	1325 (90.4)

**学校でのいじめ被害の経験**

あり	297 (20.2)
なし	1169 (79.8)

---

**精神科既往歴****過去・現在の精神科通院歴（精神的な病気のため医療機関を受診した経験）**

あり	189 (12.9)
なし	1277 (87.1)

**精神科薬の服用経験（睡眠薬や安定剤など処方薬を使用した経験）**

あり	277 (18.9)
なし	1189 (81.1)

---

表 2. うつ病関連症状レベル、暴力被害程度、暴力被害頻度 (N =1466)

**うつ病関連症状レベル**

PHQ-9 評点 (mean 3.9, SD 3.5)		n (%)
0-4	なし	1018 (69.4)
5-9	軽度	291 (19.8)
10-14	中等度	88 (6.0)
15-19	中等度～重度	38 (2.6)
20-27	重度	31 (2.1)

**暴力被害程度**

DVSI 得点 (mean 4.7, SD 4.5)		n (%)
0-7.5	経過観察、必要であれば援助の提供	1162 (79.2)
7.6-14.9	介入的援助	210 (14.3)
15 (区分点)	継続的援助	15 (1.0)
16-29.5	緊急性があり早期介入を要する	68 (4.6)
30 以上	緊急避難を要する	11 (0.8)

**暴力被害頻度**

筆者ら作成の20項目の質問: ロジスティック回帰分析の独立変数となる変数のみ

配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない。

0	これまでに1度もない	1354 (92.4)
0.5	1年以上前にあった	44 (3.0)
1	1回	7 (0.5)
2	2回	10 (0.7)
3	3-5回	14 (1.0)
4	6-10回	11 (0.7)
5	11-20回	5 (0.3)
6	20回以上	21 (1.4)

配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものを使う。

0	これまでに1度もない	1100 (75.0)
0.5	1年以上前にあった	124 (8.5)
1	1回	28 (1.9)
2	2回	38 (2.6)
3	3-5回	62 (4.2)
4	6-10回	42 (2.9)
5	11-20回	11 (0.8)
6	20回以上	61 (4.2)

### 3.3 うつ病関連症状レベルと社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴の Cramér の連関係数 (表 3a)

Cramér の V による分析では、「年齢」、「職業」、「婚姻状況」、「離婚経験」、「配偶者またはパートナーの就業」、「子どもの有無」、「学歴」、「離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった」、「幼少期の DV 暴露」、「学校でのいじめ被害の経験」、「過去・現在の精神科通院歴」、「精神科薬の服用経験」は、うつ病関連症状レベルとの間に弱い相関があることが示された。

表3a. うつ病関連症状レベルと社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴のCramérの連関係数

変数	Cramér (V)	p -value
<b>社会・人口統計学的特性</b>		
年齢	.16	<b>0.000***</b>
職業	.15	<b>0.002**</b>
世帯年収	.31	0.314
婚姻状況	.12	<b>0.000***</b>
離婚経験	.07	<b>0.011**</b>
配偶者またはパートナーの就業	.10	<b>0.000***</b>
子どもの有無	.06	<b>0.022*</b>
学歴	.12	<b>0.000***</b>
飲酒歴	.02	0.391
離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった	.22	<b>0.000***</b>
<b>過去のトラウマ体験</b>		
幼少期のDV暴露	.14	<b>0.000***</b>
学校でのいじめ被害の経験	.16	<b>0.000***</b>
<b>精神科既往歴</b>		
過去・現在の精神科通院歴	.21	<b>0.000***</b>
精神科薬の服用経験(睡眠薬や安定剤など処方薬を使用した経験)	.20	<b>0.000***</b>

\* p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001.

表3b. うつ病関連症状レベルとDVSI項目, DV被害に関する20項目の質問におけるSpearmanの順位相関係数

変数	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1. PHQ-9の評点	-															
2. 相手は、私に何かいやがらせをした。	.18**	-														
3. 相手は、私を侮辱したり、ののしったりした。	.16**	.40**	-													
4. 相手は、私に対して大声で怒鳴った。	.09**	.18**	.45**	-												
5. 相手は、私を言葉で脅かして性交させた。	.06*	.12**	.06*	.00	-											
6. 相手は、私にナイフや凶器を向けたことがある。	.09**	.14**	.16**	.15**	.19**	-										
7. 私は、相手とケンカ中に頭をたたかれ、気が遠くなったことがある。	.07*	.09**	.08**	.08**	.31**	.28**	-									
8. 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。	.11**	.11**	.07**	.09**	.29**	.36**	.43**	-								
9. 相手は、私を言葉で脅かして口内性交や肛門性交させた。	.00	.00	.00	.00	.44**	.19**	.34**	.34**	-							
10. 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。	.11**	.17**	.17**	.15**	.20**	.47**	.37**	.34**	.24**	-						
11. 相手は、私の首をしめた。	.10**	.07**	.06*	.05*	.24**	.32**	.29**	.30**	.33**	.32**	-					
12. 私は、相手とのケンカが原因で医者にかかった。	.14**	.12**	.09**	.10**	.30**	.26**	.38**	.44**	.38**	.34**	.34**	-				
13. 相手は、私に性交を（殴ったり、押さえたり、凶器で脅かして）強制した。	.00	.00	.00	.00	.45**	.20**	.36**	.32**	.72**	.28**	.35**	.35**	-			
14. 相手は、私をさんざん殴りつけた。	.10**	.14**	.11**	.10**	.28**	.40**	.44**	.34**	.30**	.54**	.40**	.45**	.40**	-		
15. 私は、相手とのケンカで骨折した。	.00	.06*	.00	.00	.34**	.20**	.29**	.36**	.39**	.25**	.28**	.54**	.42**	.36**	-	
16. 相手は、私に口内性交や肛門性交を（殴ったり、押さえたり、凶器で脅かして）強制した。	.00	.00	.00	.00	.35**	.15**	.33**	.29**	.67**	.26**	.27**	.24**	.69**	.29**	.37**	-
17. 配偶者またはパートナーは、私を無視したり、何日も口をきいてくれないことがある。	.14**	.32**	.27**	.25**	.00	.00	.00	.00	.07**	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
18. 配偶者またはパートナーが「自殺をする」と言って私をおどしたことがある。	.10**	.10**	.17**	.13**	.13**	.29**	.10**	.12**	.06*	.16**	.08**	.12**	.05*	.17**	.00	.00
19. 配偶者またはパートナーは私を監視したり、盗聴したことがある。	.16**	.13**	.16**	.14**	.15**	.22**	.12**	.14**	.15**	.18**	.10**	.12**	.13**	.20**	.07**	.09**
20. 配偶者またはパートナーは、私に生活費をまったく渡さない。	.16**	.16**	.14**	.09**	.06*	.10**	.12**	.14**	.00	.12**	.12**	.16**	.11**	.17**	.00	.08**
21. 配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものを使う。	.22**	.17**	.21**	.15**	.00	.12**	.06*	.08**	.00	.10**	.07**	.11**	.00	.11**	.00	.00
22. 配偶者またはパートナーは、働かないまたは、働いてもすぐやめる。	.21**	.14**	.19**	.15**	.08**	.15**	.07*	.15**	.00	.13**	.12**	.06*	.06*	.16**	.00	.07*
23. 配偶者またはパートナーは、少額または、とんどさししか生活費を渡してくれない。	.18**	.15**	.14**	.11**	.06*	.09**	.09**	.09**	.00	.09**	.09**	.14**	.00	.16**	.00	.00
24. 配偶者またはパートナーは、私の職場に来てどなったり、おどしたり、職場の人に迷惑をかけたことがある。	.07*	.09**	.05*	.06*	.15**	.21**	.20**	.20**	.10**	.17**	.00	.16**	.19**	.23**	.08**	.15**
25. 配偶者またはパートナーは、私に私の家族や友人、知人と付き合いをさせないようにする。	.17**	.19**	.23**	.18**	.13**	.18**	.13**	.15**	.00	.21**	.08**	.12**	.00	.22**	.00	.00
26. 配偶者またはパートナーは、私のメールや手紙、携帯電話などをチェックする。	.13**	.12**	.12**	.10**	.00	.16**	.09**	.06*	.00	.12**	.06*	.09**	.07**	.18**	.00	.00
27. 配偶者またはパートナーは、私との性行為を拒否する。	.12**	.09**	.08**	.07**	.00	.07*	.00	.00	.00	.06*	.00	.00	.00	.00	.00	.00
28. 配偶者またはパートナーは、中絶を強要した。	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. 配偶者またはパートナーは、私の同意なしに別居したことがある。	.14**	.09**	.11**	.07**	.13**	.00	.12**	.00	.00	.07**	.00	.14**	.07**	.08**	.06*	.00
30. 配偶者またはパートナーは、私を家から追い出したり、あるいは家に入れてくれないことがある。	.12**	.16**	.17**	.16**	.06*	.25**	.11**	.16**	.06*	.29**	.09**	.17**	.11**	.25**	.00	.06*
31. 配偶者またはパートナーは、家出をすることが多く、年間を通じてほとんど家にいない。	.12**	.08**	.12**	.05*	.00	.06*	.00	.00	.00	.07**	.00	.06*	.00	.06*	.00	.00
32. 配偶者またはパートナーは、不貞をしたことがある。	.10**	.05	.05*	.00	.15**	.07*	.15**	.08**	.17**	.10**	.07*	.10**	.16**	.10**	.00	.12**
33. 配偶者またはパートナーは、不貞相手と同居をしたことがある。	.06*	.00	.00	.00	.14**	.11**	.15**	.10**	.21**	.16**	.12**	.23**	.26**	.23**	.18**	.06*
34. 配偶者またはパートナーは、私が病気やケガをしても病院へ行かせてくれない（治療を受けさせない）。	.09**	.10**	.06*	.05*	.11**	.07*	.12**	.18**	.15**	.14**	.13**	.12**	.21**	.16**	.12**	.29**
35. 配偶者またはパートナーは、私が病気の時、看病してくれない。	.23**	.24**	.17**	.12**	.00	.08**	.00	.06*	.07**	.08**	.00	.14**	.06*	.10**	.00	.00
36. 配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない。	.18**	.22**	.17**	.13**	.00	.09**	.00	.10**	.06*	.09**	.00	.06*	.08**	.10**	.00	.00

\* p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001.

従属変数:うつ病関連症状レベルの評点 独立変数:DVSI尺度の15項目および、筆者ら作成のDV被害に関する質問20項目



17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36.

-  
.00 -  
.10\*\* .22\*\* -  
.11\*\* .09\*\* .26\*\* -  
.10\*\* .17\*\* .15\*\* .25\*\* -  
.10\*\* .19\*\* .21\*\* .23\*\* .34\*\* -  
.11\*\* .10\*\* .18\*\* .57\*\* .31\*\* .23\*\* -  
.00 .24\*\* .22\*\* .17\*\* .15\*\* .15\*\* .15\*\* -  
.12\*\* .22\*\* .28\*\* .25\*\* .25\*\* .31\*\* .27\*\* .25\*\* -  
.06' .14\*\* .37\*\* .21\*\* .15\*\* .15\*\* .17\*\* .21\*\* .26\*\* -  
.00 .00 .00 .10\*\* .13\*\* .09\*\* .11\*\* .00 .10\*\* .00 -  
- - - - - - - - - - - -  
.07\*\* .11\*\* .10\*\* .12\*\* .17\*\* .16\*\* .10\*\* .12\*\* .24\*\* .12\*\* .05' - -  
.10\*\* .19\*\* .19\*\* .16\*\* .17\*\* .21\*\* .16\*\* .31\*\* .30\*\* .23\*\* .12\*\* - .27\*\* -  
.08\*\* .05' .00 .12\*\* .16\*\* .12\*\* .11\*\* .00 .14\*\* .10\*\* .10\*\* - .30\*\* .11\*\* -  
.00 .08\*\* .12\*\* .15\*\* .17\*\* .17\*\* .16\*\* .10\*\* .13\*\* .09\*\* .00 - .25\*\* .14\*\* .08\*\* -  
.06' .08\*\* .18\*\* .11\*\* .09\*\* .11\*\* .06' .14\*\* .13\*\* .13\*\* .00 - .26\*\* .16\*\* .08\*\* .29\*\* -  
.06' .00 .09\*\* .26\*\* .07\*\* .00 .20\*\* .20\*\* .11\*\* .13\*\* .09\*\* - .00 .15\*\* .00 .09\*\* .06' -  
.15\*\* .18\*\* .15\*\* .33\*\* .26\*\* .21\*\* .30\*\* .13\*\* .19\*\* .16\*\* .15\*\* - .20\*\* .20\*\* .11\*\* .20\*\* .17\*\* .19\*\* -  
.13\*\* .11\*\* .15\*\* .22\*\* .29\*\* .26\*\* .16\*\* .13\*\* .23\*\* .18\*\* .14\*\* - .16\*\* .15\*\* .21\*\* .19\*\* .23\*\* .14\*\* .38\*\* -

### 3.4 うつ病関連症状レベル (PHQ-9 評点) と DVSI 項目、DV 被害に関する 20 項目の質問における Spearman の順位相関係数 (表 3b)

Spearman の順位相関係数を表 3b に示す。

### 3.5 ロジスティック回帰分析 (表 4a) (表 4b)

表 4a で記載されている社会・人口統計学的特性のうち、中学校卒 (学歴、オッズ比 [OR]=3.07, 95%信頼区間 [CI]=1.06-8.83,  $p=0.037$ )、離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった (OR=2.70, CI=2.07-3.53,  $p<0.001$ )、年齢 (OR=1.88, CI=1.41-2.52,  $p<0.001$ )、子どもなし (OR=1.74, CI=1.23-2.46,  $p=0.002$ ) は、うつ病関連症状レベルと有意に関連していた。過去のトラウマ体験と過去・現在の精神科通院歴をみると、すべての変数がうつ病関連症状レベルと有意に関連することが示された。過去・現在の精神科通院歴 (OR=3.02, CI=2.16-4.23,  $p<0.001$ ) が最もうつ病関連症状レベルと有意に関連しており、次いで「幼少期の DV 暴露」 (OR=1.88, CI=1.28-2.77,  $p<0.01$ )、学校でのいじめ被害の経験 (OR=1.60, CI=1.20-2.13,  $p<0.01$ ) の順であった。子どもがいることは、うつ病関連症状レベルと負の相関があった。Cramér's V による分析で有意性が示されていた「配偶者またはパートナーの就業」は、有意性が認められなかった。うつ病関連症状レベルと DV 被害の結果を表 4b に示す。DV の具体的な形態との関連では、「配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない (2 回)」が最も有意にうつ病関連症状レベルと関連しており (OR=8.00, CI=1.59-40.29,  $p=0.012$ )、次いで、「配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものに使う (1 回)」 (OR=4.54, CI=2.05-10.05,  $p<0.001$ )、「相手は、私に何かいやがらせをした (20 回以上)」 (OR=3.13, CI=1.92-5.10,  $p<$

0.001) の順であった。

表4a. ロジスティック回帰分析：うつ病関連症状レベルと属性（社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、精神科既往歴）

|                             | B      | S.E.  | p値              | 調整済み<br>オッズ比 | 95% 信頼区間 |       |
|-----------------------------|--------|-------|-----------------|--------------|----------|-------|
|                             |        |       |                 |              | 下限       | 上限    |
| <b>社会・人口統計学的特性</b>          |        |       |                 |              |          |       |
| 年齢 (18-49歳)                 | 0.636  | 0.148 | <b>0.000***</b> | 1.889        | 1.414    | 2.523 |
| 配偶者またはパートナーの就業 あり           | 0.181  | 0.126 | 0.150           | 0.835        | 0.653    | 1.068 |
| 子ども なし                      | 0.554  | 0.177 | <b>0.002**</b>  | 1.740        | 1.230    | 2.462 |
| <b>学歴</b>                   |        |       |                 |              |          |       |
| 中学校卒                        | 1.122  | 0.539 | <b>0.037*</b>   | 3.071        | 1.068    | 8.833 |
| 高校卒                         | 0.330  | 0.249 | 0.186           | 1.391        | 0.853    | 2.267 |
| 専門学校・短大卒                    | 0.383  | 0.284 | 0.177           | 1.467        | 0.841    | 2.559 |
| 大学卒                         | -0.083 | 0.232 | 0.720           | 0.920        | 0.584    | 1.450 |
| 離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった あり | 0.994  | 0.136 | <b>0.000***</b> | 2.703        | 2.070    | 3.531 |
| <b>過去のトラウマ体験</b>            |        |       |                 |              |          |       |
| 幼少期のDV暴露                    | 0.636  | 0.196 | <b>0.001**</b>  | 1.889        | 1.285    | 2.775 |
| 学校でのいじめ被害の経験                | 0.471  | 0.147 | <b>0.001**</b>  | 1.602        | 1.201    | 2.137 |
| <b>精神科既往歴</b>               |        |       |                 |              |          |       |
| 過去・現在の精神科通院歴                | 1.107  | 0.171 | <b>0.000***</b> | 3.026        | 2.162    | 4.236 |

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

\* p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001.

従属変数：うつ病関連症状レベルの有無

擬似R<sup>2</sup>: 0.187.

表4b. ロジスティック回帰分析：うつ病関連症状レベルとDV被害

|                                    | B      | S.E.  | p値              | 調整済み<br>オッズ比 | 95% 信頼区間 |        |
|------------------------------------|--------|-------|-----------------|--------------|----------|--------|
|                                    |        |       |                 |              | 下限       | 上限     |
| ネグレクト                              |        |       |                 |              |          |        |
| 配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない。       |        |       |                 |              |          |        |
| 1年以上前にあった                          | 0.070  | 0.338 | 0.836           | 1.073        | 0.553    | 2.082  |
| 1回                                 | -0.018 | 0.810 | 0.983           | 0.983        | 0.201    | 4.806  |
| 2回                                 | 2.080  | 0.825 | <b>0.012*</b>   | 8.006        | 1.590    | 40.298 |
| 3-5回                               | 0.366  | 0.566 | 0.518           | 1.442        | 0.476    | 4.371  |
| 6-10回                              | 0.903  | 0.673 | 0.180           | 2.467        | 0.659    | 9.232  |
| 11-20回                             | 0.615  | 0.976 | 0.529           | 1.850        | 0.273    | 12.531 |
| 20回以上                              | 1.540  | 0.553 | <b>0.005**</b>  | 4.665        | 1.580    | 13.779 |
| 経済的虐待                              |        |       |                 |              |          |        |
| 配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものを使う。 |        |       |                 |              |          |        |
| 1年以上前にあった                          | 0.148  | 0.215 | 0.491           | 1.160        | 0.761    | 1.769  |
| 1回                                 | 1.514  | 0.405 | <b>0.000***</b> | 4.546        | 2.055    | 10.054 |
| 2回                                 | 0.711  | 0.363 | 0.050           | 2.035        | 0.999    | 4.147  |
| 3-5回                               | 0.563  | 0.282 | <b>0.046*</b>   | 1.755        | 1.010    | 3.051  |
| 6-10回                              | 0.952  | 0.343 | <b>0.006**</b>  | 2.590        | 1.323    | 5.071  |
| 11-20回                             | 0.052  | 0.692 | 0.941           | 1.053        | 0.271    | 4.086  |
| 20回以上                              | 0.997  | 0.293 | <b>0.001**</b>  | 2.711        | 1.525    | 4.819  |
| 精神的虐待                              |        |       |                 |              |          |        |
| 相手は、私に何かいやがらせをした。                  |        |       |                 |              |          |        |
| 1年以上前にあった                          | 0.554  | 0.146 | <b>0.000***</b> | 1.741        | 1.308    | 2.318  |
| 1回                                 | -0.530 | 0.359 | 0.140           | 0.589        | 0.291    | 1.190  |
| 2回                                 | 0.274  | 0.301 | 0.363           | 1.315        | 0.729    | 2.372  |
| 3-5回                               | 0.504  | 0.215 | <b>0.019*</b>   | 1.655        | 1.087    | 2.522  |
| 6-10回                              | 0.941  | 0.341 | <b>0.006**</b>  | 2.563        | 1.314    | 4.997  |
| 11-20回                             | 0.474  | 0.447 | 0.289           | 1.607        | 0.669    | 3.860  |
| 20回以上                              | 1.141  | 0.249 | <b>0.000***</b> | 3.130        | 1.920    | 5.103  |

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

\* p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001.

従属変数：うつ病関連症状レベルの有無  
擬似R<sup>2</sup>; 0.113.

### 3.6 重回帰分析 (図 3)

重回帰分析の結果、モデルは有意で ( $F = 197.25, p < 0.001, R^2 = 0.21$ , 調整済み  $R^2 = 0.21$ )、属性 (DV 以外) ( $\beta = 0.35, p < 0.001$ ) と DV 被害 ( $\beta = 0.21, p < 0.001$ ) がうつ病関連症状レベルに有意な影響を与えていた ( $\beta$ : 標準化偏回帰係数)。また、多重共線性は認められなかった。

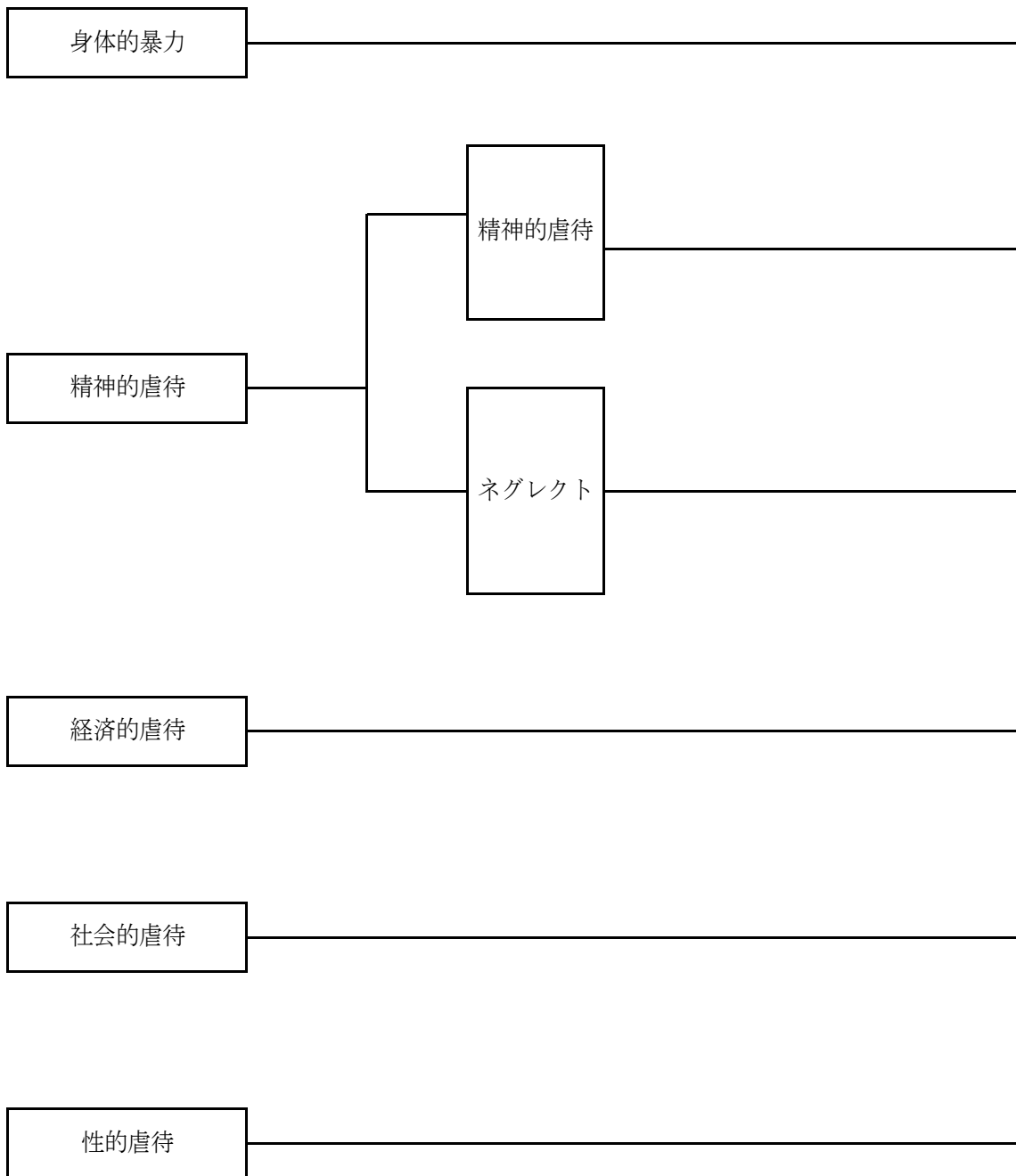


図1. DV被害内容

出所:森下順子、安田学、福田公子、小林聡幸、須田史朗 わか`国の判例からみたDV(ドメスティック・バイオレンス)被害者の現状と課題—男性被害者の検討— 日本社会精神医学会雑誌 2020年29巻 282-299頁を参考に筆者作成

|  |  |
|--|--|
|  | <p>殴る、ける<br/>         武器（危険なもの）で殴る、たたく<br/>         もので殴る、たたく</p>  |
|  | <p>怒鳴る、侮辱する、根拠のない非難をする<br/>         無視する<br/>         おどす（威嚇、自殺をほのめかす）<br/>         いやがらせをする<br/>         常時監視下におく（過剰な監視、同意のない盗撮、盗聴）</p>   |
|  | <p>同意なしに別居する<br/>         家から追い出す、家に入れない<br/>         家ででの回数が多く、年間を通じてほとんど家にいない<br/>         不貞相手と同居する<br/>         病院へ行かせない、必要な治療を受けさせない<br/>         家事・育児の放棄、病気の配偶者を放置し、看病を怠る</p> |
|  | <p>生活費を全く渡さない<br/>         散財をする、浪費をする<br/>         働かない、仕事をすぐやめる、家計を支えようとし<br/>         ない<br/>         少額または定期的にしか生活費を渡さない</p>   |
|  | <p>職場に来てどなる、おどす、職場の人を巻き込む<br/>         家族や友人・知人との付き合いを制限する<br/>         メールや手紙、携帯電話などをチェックする</p>   |
|  | <p>性行為を強要する<br/>         性行為を拒否する<br/>         中絶を強要する</p>   |

図1. DV被害内容

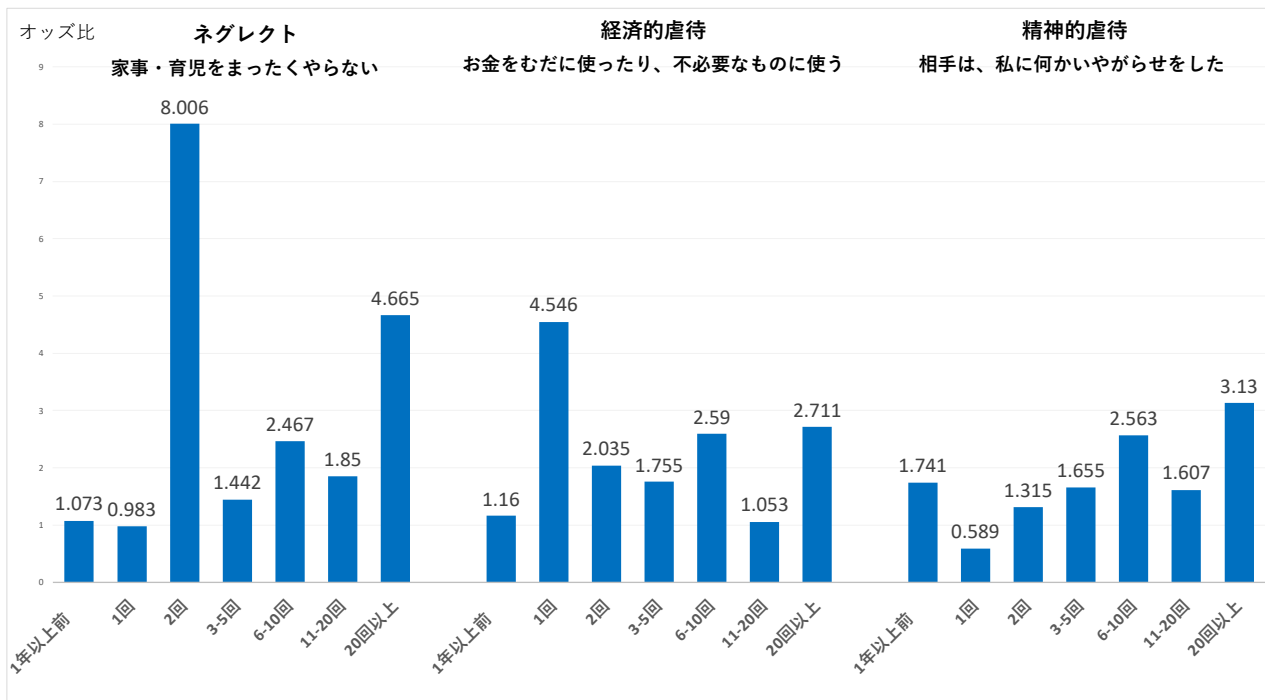
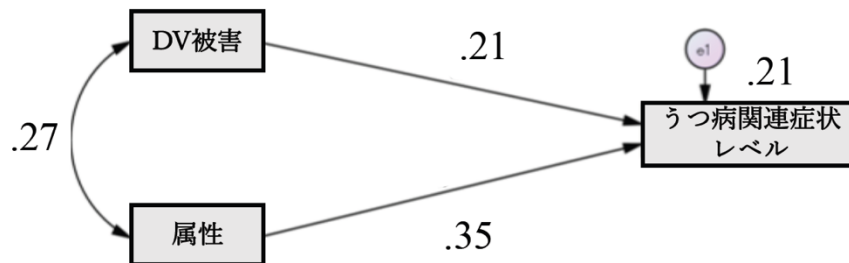


図 2. うつ病関連症状レベルと関連する DV 被害項目 (ネグレクト、経済的虐待、精神的虐待) の頻度ごとのオッズ比





独立変数 DV被害形態、属性 (社会、人口統計的特性、過去のトラウマ体験、精神科通院歴)  
 従属変数 うつ病関連症状レベル

図 3. 重回帰分析：うつ病関連症状レベル、DV被害、属性との関連

従属変数：うつ病関連症状レベル

独立変数：DV被害「配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない」、「配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものに使う」、「相手は、私に何かいやがらせをした」独立変数：属性「年齢」、「配偶者またはパートナーの就業」、「子どもの有無」、「学歴」、「離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった」、「幼少期のDV暴露」、「学校でのいじめ被害の経験」、「過去・現在の精神科通院歴」

注：e1= 誤差

#### 4 考察

本研究では、男性DV被害者に関するアンケートデータをウェブ上で収集し、被害者のうつ病関連症状に影響を与える因子を検討した。DV被害とDV以外の因子(属性：社会・人口統計学的特性、過去のトラウマ体験、過去・現在の精神科通院歴)に分けてロジスティック回帰分析を行った。その結果、以下の項目「学歴(中学校卒)」、「過去・現在の精神科通院歴あり」、「離婚をしたいけれども子どものために思いとどまった」、「18-49歳」、「子どもなし」は、うつ病関連症状レベルと有意に相関していた<sup>31,32)</sup>。過去のトラウマ体験では、「幼少期のDV暴露あり」と「学校でのいじめ被害の経験あり」の両方ともうつ病関連症状レベルとの有意な相関があった<sup>14,36)</sup>。DV被害項目では、ネグレクト、経済的虐待、精神的虐待がうつ病関連症状レベルと有意に相関した。また、「DV被害」と「属性」のうつ病関連症状レベルへの寄与を個別に検討するために、これらを独立変数とした重回帰分析を行ったところ、「属性」の方が「DV被害」よりもうつ病関連症状レベルへの影響が大きいことがわかった。

男性DV被害者では、「DV被害」そのものよりも「属性」の項目の方が、うつ病関連症状レベルへの寄与が大きいと示唆されたことは注目に値する。特に、最終学歴中学校卒業(OR = 3.07, CI = 1.06-8.83,  $p = 0.037$ )は、うつ病関連症状レベルとの関連において最も強い因子であった。Culter (2010)は、「教育が情報を処理する方法を与え、その方法が健康行動へつなげる」と述べている。本研究においては、学歴：中学校卒の参加者は、うつ病関連症状に対処する健康行動へと向かわず、

うつ病関連症状レベルを呈しやすい可能性があるのかもしれない<sup>45,46</sup>。

また、「幼少期の DV 暴露」と「学校でのいじめ被害の経験」を含む過去のトラウマ体験は、うつ病関連症状レベルと有意に関連していた。これらのイベント (adverse childhood experiences; ACEs) は、うつ病に対する個人のレジリエンスを低下させる<sup>47</sup>ことが報告されており、結果に影響を与えている可能性がある。したがって、DV やいじめをなくすための倫理教育を学校教育や福祉・医療・公的支援機関などの適切な場所で行うことは、社会全体の重要な介入となりうるだろう<sup>48</sup>。

ロジステック回帰分析における DV 被害の項目では、ネグレクトがうつ病関連症状レベルと最も有意に関連しており、次いで経済的虐待、精神的虐待となっていた。興味深いことに、DV 被害項目のオッズ比は暴力の頻度に応じて変化しており、ネグレクトと経済的虐待では、比較的頻度の程度が低い場合に、最も高い相関がみられた (OR=8.00 は 2 回、OR=4.54 は 1 回のみ)。このことは、たとえ 1 回や 2 回であっても、これらの暴力形態はうつ病関連症状レベルを呈するほどの強い影響を DV 男性被害者に与えていることを示唆している。うつ病関連症状レベルと関連するネグレクトの頻度ごとのオッズ比は、二峰性のような分布を示した (図 2)。過度の暴力・虐待は、家庭崩壊、離婚だけでなく、うつ病関連症状の原因になる可能性があるが、本研究では配偶者/パートナーと同居している者のみを対象としているため、家庭崩壊や離婚を来した対象者は除外されたためであると考えられる。ネグレクトがうつ病関連症状レベルと関連しやすいのは、「夫は外で働き、妻は家事・育児をすべき」という日本の性別役割分担意識に起因する<sup>49</sup>と考えられる。内閣府の調査 (2020)<sup>50</sup>では、夫婦のみの世帯における家事時間は、女性は男性の 2

倍長く、夫婦と子ども (小学生以下) の世帯では、女性は男性の 3.58 倍長い。育児時間においても、女性は男性の 1.2 倍から 2.7 倍長い。内閣府が男女共同参画社会推進の施策を講じており、また家事・育児は、男性も行うことができるのにもかかわらず、女性が (就労していても、就労していなくとも) 家事・育児を行う家庭が多い。そのため、家事・育児は、女性が担うものであるという意識を、男女両方とも有しているようである。こうした意識をもつ男性は、家事・育児をしない異性のパートナーに対して過剰にストレスを感じやすいのかもしれない。本研究では、参加者の配偶者の半数以上 (55.1%) が専業主婦であった。Cook の研究<sup>14)</sup>によると、パートナーが失業していたり、収入の低いパートタイムの仕事をしていたりすると、DV 被害の可能性が高まる。経済的暴力との関連については、男性被害者は外で働いてお金を稼いでも配偶者から搾取される、という苦痛を感じることで影響している可能性がある。

本研究では、特に、幼少期の DV 暴露 (OR = 1.88, CI = 1.28-2.77,  $p < 0.01$ ) や学校でのいじめ被害の経験 (OR = 1.60, CI = 1.20-2.13,  $p < 0.01$ ) などの過去のトラウマ体験 (ACEs) が、後のうつ病関連症状レベルに有意な影響を与えていた。これらの経験は、成人期においてうつ病の危険因子となるような長期間に渡る健康被害をもたらす可能性がある<sup>35,51,52)</sup>。本研究の結果、男性 DV 被害者における中等度以上のうつ病関連症状レベル (PHQ-9 で 10 点以上) の参加者の割合は、10.7%であった。女性のトラウマ体験や DV 被害におけるうつ病のリスクについては、広く研究がなされている (WHO 2013)<sup>53)</sup> が、男性 DV 被害とうつ病のリスクを報告した研究はない。数少ない先行研究として、ポルトガルの自記式のアンケート調査があり、そこで

は男性DV被害者における精神疾患(うつ病、ストレス障害、心身症を含む)の有病率は4.7%である<sup>2)</sup>と報告されているが、男性DV被害者のうつ病のみの有病率の記載はない。2013年から2015年に施行された世界精神保健健康日本調査セカンド<sup>54)</sup>では、一般人口における男性のうつ病の有病率は、2.3%(12ヶ月間)であった。スクリーニング法の違いによる影響の可能性は否定できないが、それでも本研究の中等度から重度のうつ病関連症状レベルを有する者が10.7%という結果は、一般人口の有病率よりかなり高いといえるだろう。

男性被害者は、ネグレクト、経済的虐待、精神的虐待などの「見えない暴力」<sup>3)</sup>と、精神的虐待と社会的虐待の「支配的暴力」<sup>55)</sup>に直面しやすいことが指摘されている。本研究においても、男性被害者は目に見えない暴力だけでなく、支配的な暴力も受けていた。Hirigoyenは、「精神的虐待が繰り返されると、その人のアイデンティティが攻撃され、すべての個性が失われる可能性があり、それは精神疾患や自殺につながる道徳的破壊である」<sup>56)</sup>と述べている。精神的虐待は、精神に強い影響を与え、また精神疾患とも関連するが、加害者はその行為をあまり認識することがないのかもしれない。社会としての受け止め方も概して同様であるように思われる。

精神的虐待が被害者の人生を破壊することを防ぐためには、被害者は精神的虐待による蓄積されたダメージを解決する必要がある。Cokerら<sup>8)</sup>とBaoら<sup>57)</sup>は、ピア・カウンセリング(問題点を共有する支援者による介入)がうつ病を軽減すると報告した。しかし、日本では、男性被害者が利用できる支援はほとんどない<sup>30)</sup>。実際に日本では100ヶ所を超えるシェルター、各市町村に少なくとも1ヶ所のヘル

プラインがあり、DV被害女性が利用できるが、男性用のシェルターは全国で5ヶ所以下、ヘルプラインは10ヶ所以下である(各都道府県管轄: データには示していない)<sup>58)</sup>。男性被害者のための適切かつ実行可能な支援体制の早期構築が望まれる。

本研究は、男性DV被害者のうつ病関連症状に影響を与える因子を探ることに焦点を当てた、アジアで初めての質問紙調査である。参加者は18歳以上で、日本全国から無作為に選ばれた。登録者473万人のうち、異なる地域に住む1,466人が含まれていた。参加者の世帯年収は、約700万円であった。厚生労働省「国民生活基礎調査の概況2019年」<sup>59)</sup>によると、わが国の世帯年収の平均額は、552.3万円(単身世帯、高齢の年金生活世帯を含む全世界帯)、児童のいる世帯では743.6万円であった。この児童のいる世帯と比較すると、参加者の世帯年収は、約43万円少なかったが、一般世帯の平均額と比較すると、147万円多くなっていた。世帯年収の標準偏差などの統計値が公開されていないため単純に比較できないが、本研究の参加者の集団は、一般人口における児童のいる世帯を構成する集団とは異なり、また偏りのある集団であるという可能性がある。すなわち、本研究結果は、比較的高所得者の属性をもつ状況に依拠している可能性が否定できない。本研究は個人的およびセンシティブな内容のアンケート調査であるため、郵送に比べて匿名性が高く、参加しやすいインターネットを利用した。またインターネットを利用したアンケート調査の不正問題に対処するため<sup>60)</sup>、同一人物が、同一地域で、同一機器を用いて複数回回答した形跡がないことを確認した。

## 5 研究の限界

本研究では、専門医による診断がなされていないため、うつ病の診断の確定ができていない。本研究では参加者のうつ病関連症状の発症時期や期間とDVの発生時期などのデータが得られていないため、因果関係は保証されない。因果関係の調査は今後の課題である。DV被害においては心的外傷後ストレス障害 (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD) 発症との関連が指摘されているが、本研究では PTSD の併存については調査されていない。また1年以上前に被害を受けた登録者は除き、1年以内の被害の重症度を調べているため、重度のDV被害者は、PTSD症状(トラウマの再体験やフラッシュバック)のために、1年以内という早い段階で体験を報告できなかった可能性がある。この点については、さらなる検証が必要である。

## 6 結論

本研究の結果から、男性のDV被害は重層的な複雑さがあることが示唆される。被害者は、目に見える暴力よりも、目に見えない暴力に直面する可能性がある。男性被害者は、女性被害者とは違って男性被害者自身もつ属性と直接的な身体的暴力被害というよりも配偶者の言葉や態度による被害がうつ病関連症状レベルに大きな影響を与えており、身体的暴力だけに注目した支援の提言では、男性被害者にとって不十分かもしれない。包括的な支援が早急に必要とされるだろう。

## 7 参考文献

1. Brem MJ, Florimblo AR, Grigorian H, Wolford-Clevenger C, Elmquist J, Shorey RC, Rothman EF, Temple JR, Stuart GL. Cyber Abuse among Men Arrested for Domestic Violence: Cyber Monitoring Moderates the Relationship between Alcohol Problems and Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence* 2019; 9: 410-418.
2. Centers for Disease Prevention and Control. Intimate Partner Violence Surveillance: Union Definitions and Recommended Data Elements. Version 2.0. 2015. Available from: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>. Accessed on September 9, 2021.
3. Drijber B, Reijnders U, Ceelen M. Male Victims of Domestic Violence. *Journal of Family Violence* 2012; 28: 173-178.
4. Koop CE, Lundberg GD. Violence in America. A public Health emergency. Time to Bite the Bullet Back. *The Journal of the American Medical Association* 1992; 22: 3075-3076.
5. Ganley AL. Understanding domestic violence: Improving the Health Care Response to domestic Violence. A Resource Manual for Health Care Providers. San Francisco. CA. The Family Violence Prevention Fund. 1995; 15-45.



6. Mechem CC, Shofer FS, Reinhard SS, Horing S, Datner E. History of Domestic Violence among Male Patients Presenting to an Urban Emergency Department. *Academic Emergency Medicine* 1999; 6: 786-791.
7. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, Rivara FP. Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *American Journal of Preventive Medicine* 2006; 30: 458-466.
8. Coker AL, Smith PH, Whitaker DJ. Effect of an In-Clinic IPV Advocate Intervention to Increase Help Seeking, Reduce Violence, and Improve Well-Being. *Violence Against Women* 2012; 18: 118-131.
9. Reid RJ, Bonomi AE, Rivara FP, Anderson ML, Fishman PA, Carrell DS, Thompson RS. Intimate Partner Violence Among Men: Prevalence, Chronicity, and Health Effects. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 34: 478-485.
10. Tennakoon L, Hakes NA, Knowlton LM, Spain DA. Traumatic Injuries Due to Interpersonal and Domestic Violence in the United States. *Journal of surgical research* 2020; 254: 206-216.
11. Barber CF. DV against men. *Nursing Standard* 2008; 22: 35-39.
12. Dutton DG, White K. Male victims of domestic violence. New male studies. *An International*

*journal* 2013; 2: 5-17.

13. Machado A, Santos A, Graham-Kevan N, Matos M. Exploring Help Seeking Experiences of Male Victims of Female Perpetrators of IPV. *Journal of Family Violence* 2017; 32: 513-523.
14. Cook PW. Abused men: The hidden side of domestic violence (2nd ed.). Westport. Praeger. USA. 2009.
15. Lewis A, Sarantakos S. Domestic Violence and the male victim. *Nuance* 2001; 3: 3-15.
16. Straus MA. Women's violence toward men is a serious social problem. *Current controversies on family violence* 2005; 2: 55-77.
17. Seelau SM, Seelau EP. Gender-Role Stereotypes and Perceptions of Heterosexual, Gay and Lesbian Domestic Violence. *Journal of Family violence* 2005; 20: 363-371.
18. Cheung M, Leung P, Tsui V. Asian Male Domestic Violence Victims. Services Exclusive for Men. *Journal family violence* 2009; 24: 447-462.
19. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners. a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2000; 126: 651-680.

20. Choi A, Wong J, Kam C, Lau C, Wong J, Lo R. Injury patterns and help-seeking behavior in Hong Kong male intimate partner violence victims. *The Journal of Emergency Medicine* 2015; 49: 217-226.
21. Carmo R, Grams A, Magalhaes T. Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic Legal Medicine* 2011; 18: 355-359.
22. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventative Medicine* 2002; 23: 260-268.
23. Tsui V. Male victims of Intimate Partner Abuse. Use and Helpfulness of services. *Social Work Advance* 2014; 59: 121-130.
24. 警察庁Webサイト(2020)『ストーカー・DV等 令和2年におけるストーカー事案及び配偶者からの暴力事案等への対応状況について』(www.npa.go.jp. 2022/2/11閲覧)
25. 内閣府(2020)『男女間における暴力に関する調査 報告書 概要版(PDF版)』([http://www.gender.go.jp/policy/no\\_violence/.../h11\\_top.html](http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/.../h11_top.html). 2022/2/11 閲覧)

26. World Health Organization Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence 2013 ([https://apps.who.int/iris/handle 2022/02/16](https://apps.who.int/iris/handle/2022/02/16) 閲覧)
27. 厚生労働省 (2021) 『令和 2 年中における自殺の状況 (PDF 版)』 ([www.mhlw.go.jp](http://www.mhlw.go.jp) 2022/02/14 閲覧)
28. 株式会社クロス・マーケティング: 〒163-1424 東京都新宿区西新宿 3-20-2 東京オペラシティタワー24階 : 03-6859-2251 (代表)
29. 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 (DV) 簡易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 巻 817-823.
30. 森下順子・安田学・福田公子・小林聡幸・須田史朗 (2020) 「わが国の判例からみた DV (ドメスティック・バイオレンス) 被害者の現状と課題—男性被害者の検討—」日本社会精神医学会雑誌 29 巻 282-299.
31. 村松公美子・上島国利 (2009) 「臨床研究 プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール--Patient Health Questionnaire-9 日本語版『こころとからだの質問票』について (解説)」 診断と治療 97 巻 1465-1473.
32. Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, Muramatsu Y, Tanaka Y, Hosaka M, Miwa Y, Fuse

K, Yoshimine F, Mashima I, Shimizu N, Ito H, Shimizu E. Patient Health Questionnaire Japanese version (PHQ-9) Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary. *General Hospital Psychiatry* 2018; 52: 64-69.

33. Inoue T, Tanaka T, Nakagawa S Nakato Y, Kameyama R, Boku S, Toda H, Kurita T, Koyama T. Utility and limitations of PHQ-9 in a clinic specializing in psychiatric care *Bio Med Central Psychiatry* 2012; 12: 73.

34. 降籟隆二・中神由香子 (2021) うつ病の危険因子と予防 精神科疫学研究から見えてくるもの 精神医学 63 巻 4 号 443-451

35. Gladstone GL, Parker GB, Malhi GS. Do bullied children become anxious and depressed adults?: A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. *The journal of nervous and mental disease* 2006; 3: 201-208.

36. Shepard M. Predicting Batterer Recidivism Five Years After Community Intervention. *Journal of Family Violence* 1992; 7: 167-178.

37. 新谷歩 (2015) 『今日から使える医療統計』 医学書院

38. Cepeda MS, Boston R, Farrar JT, Strom BL. Comparison of Logistic Regression versus Propensity Score When the Number of Events Is Low and There Are Multiple Confounders. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158: 280-287.

39. Rosenbaum P R, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 1983; 70: 41-55.

40. ミッチェル H. カッツ 訳者木原正博・木原雅子 (2020) 『医学的研究のための多変量解析 第2版 標準一般化線形モデルから一般化推定方程式まで：最適モデルの選択、構築、検証の実践ガイド』メディカル・サイエンス・インターナショナル

41. 康永秀生・笹渕祐介・道端伸明・山名隼人 (2019) 『できる！傾向スコア分析 SPSS・Stata・Rを用いた必勝マニュアル』金原出版

42. e-Stat 政府統計の総合窓口 (2019) 「統計で見る日本人口動態調査 人口動態統計 確定数 離婚上巻10-8 夫妻の別居時の年齢(5歳階級)別にみた離婚件数及び百分率(当該年に別居し届け出たもの) 統計表・グラフ表示 政府統計の総合窓口」 (<https://www.e-stat.go.jp>. 2021/9/9閲覧)

43. Hines DA, Douglas EM. Health problems of partner violence victims: Comparing help-seeking men to a population-based sample. *American journal of preventive medicine* 2014; 48: 136-144.

44. Peyrot WJ, Lee SH, Milaneschi Y, Abdellaoui A, Byrne EM, Esko T, Geus EJC, Hemani G,

Hottenga JJ, Kloiber S, Levinson DF, Lucae S. The association between lower educational attainment and depression owing to shared genetic effects? Result in ~25,000 subjects. *Molecular Psychiatry* 2015; 20: 735-743.

45. Cutler DM, and Lleras-Muney A. Understanding Differences in Health Behaviors by Education. *Journal of Health Economics* 2010; 29: 1-28.

46. Johnstons DW, Lordan G, Shields MA, Suziedelyte A. Education and health knowledge: Evidence from UK compulsory schooling reform. *Social science & medicine* 2015; 127: 92-100.

47. 荒木剛 (2005) 『いじめ被害体験者の青年期後期におけるレジリエンス (Resilience) に寄与する要因について』 パーソナリティ研究 14 巻 1 号 54-68

48. Weinbaum Z, Stratton TL, Chavez G, Motylewski-Link C, Barrera N, Courtney JG. Female victims of intimate partner physical domestic violence (IPP-DV), California 1998. *American journal of preventive medicine* 2001; 21: 313-319.

49. 小西聖子 (2001) 『ドメスティック・バイオレンス』 白水社

50. 内閣府 (2020) 「家事・育児・介護」と「仕事」のバランス～個人は、家庭は、

社会はどう向き合っていくか—令和2年版男女共同参画白書から—内閣府男女共同参画局調査課 PDF 形式

([https://www.gender.go.jp/public/kyodousankaku/2020/2009/202009\\_02.html](https://www.gender.go.jp/public/kyodousankaku/2020/2009/202009_02.html) 2022/02/15 閲覧)

51. Riedl D, Beck T, Exenberger S, Daniels J, Dejaco D, Unterberger I, Lampe A. Violence from childhood to adulthood: The influence of child victimization and domestic violence on physical health in later life. *Journal of Psychosomatic Research* 2019;116: 68-74

52. Spinhoven P, Elzinga BM, Hovens J GFM, Roelofs K, Zitman FG, Oppen P, Penninx BWJH. The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of affective disorders* 2010; DOI: 10.1016/j.jad.2010.02.132.

53. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data, Violence against women. Available from: [https://www.who.int/gho/women\\_and\\_health/violence/en](https://www.who.int/gho/women_and_health/violence/en). Accessed on October 10, 2021.

54. 川上憲人 (2016) 『精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究:世界精神保健日本調査セカンド 2013-2016』厚生労働省厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) (H25-精神-一般-006) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 障害



者対策総合研究開発事業 (精神障害分野) PDF 版 ([wmhj2.jp/WMHJ2-2016R.pdf](http://wmhj2.jp/WMHJ2-2016R.pdf).

2021/10/10 閲覧)

55. 石井朝子 (2009) 『よくわかる DV 被害者への理解と支援 対応の基本から法制度まで現場で役立つガイドライン』明石書店

56. Hirigoyen MF. LEHARCELEMENT MORAL: La violence perverse au quotidien. Syros. Paris. 1998. (in French).

57. Bao WN, Whitbeck LB, Hoyt DR. Abuse, support, and depression among homeless and runaway adolescents. *Journal of Health Social Behaviour* 2000 ;41: 408-420. PMID: 11198565.

58. 内閣府 男女共同参画局 配偶者からの暴力被害者支援情報 相談機関一覧 配偶者暴力相談支援センター一覧 (全国) (参考：都道府県別配偶者暴力相談支援センター数 PDF 形式)

([http://www.gender.go.jp/policy/no\\_violence/.../h11\\_top.html](http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/.../h11_top.html). 2021/10/10 閲覧)

59. 厚生労働省 (2019) 『国民生活基礎調査の概況』

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/dl/03.pdf> 2022/02/14 閲覧)

60. Pratt-Chapman M, Moses J, Arem H. Strategies for the Identification and Prevention of Survey Fraud: Data Analysis of a Web-Based Survey. *JMIR Cancer* 2021; 7: e30730.

## 8 謝辞

本研究の遂行にあたり、始めから終わりまで温かい励ましとご指導をくださいました自治医科大学精神医学講座 須田史朗教授、本研究指導協力教員 安田学講師、加藤梨佳助教に深謝いたします。また、統計分析についてご指導、ご助言をくださった自治医科大学情報センター副センター長 三重野牧子准教授に深謝申し上げます。

3. 最近 1 年間に、配偶者またはパートナーはどれくらいの回数、以下のような行為をしましたか？あてはまる数字に○をつけてください。

質問数は全部で 20 です。

1=1回 2=2回. 3=3~5回. 4=6~10回. 5=11~20回. 6=20回以上. 7=1年以上前にあった. 0=これまでに1度もない

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 配偶者またはパートナーは、私を無視したり、何日も口をきいてくれないことがある。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 2 | 配偶者またはパートナーが「自殺をする」と言って私をおどしたことがある。     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 3 | 配偶者またはパートナーは私を監視したり、盗聴したことがある。          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 4 | 配偶者またはパートナーは、私に生活費をまったく渡さない。            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 5 | 配偶者またはパートナーは、お金をむだに使ったり、不必要なものを使う。      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6  | 配偶者またはパートナーは、働かないまたは、働いてもすぐやめる。                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 7  | 配偶者またはパートナーは、少額または、ときどきしか生活費を渡してくれない。             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 8  | 配偶者またはパートナーは、私の職場に来てどなったり、おどしたり、職場の人に迷惑をかけたことがある。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 9  | 配偶者またはパートナーは、私に私の家族や友人、知人と付き合いをさせないようにする。         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 10 | 配偶者またはパートナーは、私のメールや手紙、携帯電話などをチェックする。              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 11 | 配偶者またはパートナーは、私との性行為を拒否する。                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 12 | 配偶者またはパートナーは、中絶を強要した。                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 13 | 配偶者またはパートナーは、私の同意なしに別居したことがある。                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 14 | 配偶者またはパートナーは、私を家から追い出したり、あるいは家に入れてくれないことがある。      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 15 | 配偶者またはパートナーは、家出をすることが多く、年間を通じてほとんど家にいない。          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 配偶者またはパートナーは、不貞をしたことがある。                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 17 | 配偶者またはパートナーは、不貞相手と同居をしたことがある。                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 18 | 配偶者またはパートナーは、私が病気やケガをしても病院へ行かせてくれない（治療を受けさせない）。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 19 | 配偶者またはパートナーは、私が病気の時、看病をしてくれない。                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 20 | 配偶者またはパートナーは、家事・育児をまったくやらない。                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |