

平成 27 年度 博士後期課程学位論文

性暴力被害者に対する早期介入に関する研究

武蔵野大学大学院

人間社会研究科 博士後期課程

浅野 敬子

目 次

序論	6
第 I 部 性暴力被害の実態とこれまでの研究の概観	8
第 1 章 用語の定義と本論文の研究対象	8
第 1 節 本研究における性暴力と性犯罪、早期介入の定義	8
第 1 項 性暴力と性犯罪の定義	8
第 2 項 早期介入の定義	13
第 2 節 本研究の対象とする性暴力被害者	14
第 2 章 性暴力被害の実態	15
第 1 節 性暴力の被害率と通報（相談）率	15
第 1 項 海外における性暴力・性犯罪の被害率	15
第 2 項 米国における性暴力・性犯罪の被害率と通報（相談）率	17
第 3 項 日本における性暴力・性犯罪の被害率と通報（相談）率	18
第 2 節 性暴力が被害者に与える影響	23
第 1 項 リプロダクティブ・ヘルスに与える影響	23
第 2 項 精神健康に与える影響	25
第 3 項 行動様式に与える影響	28
第 4 項 生命に与える転帰	31
第 3 節 性暴力被害者の PTSD リスク要因	32
第 1 項 性暴力被害者の個人特性	34
第 2 項 性暴力の特性に関連した要因	34
第 3 項 性暴力被害後の状況要因	35
第 4 節 性暴力被害者の help-seeking 行動に影響を与える要因	36
第 1 項 犯罪被害者の help-seeking 行動に影響を与える要因	36
第 2 項 性暴力被害者の help-seeking 行動に影響を与える要因	37
第 5 節 性暴力被害者への早期介入	39

第Ⅱ部 性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の実情と支援の課題	43
第3章 臨床における性暴力被害者支援および治療	43
第1節 性暴力被害者のためのワンストップ支援センター	43
第1項 ワンストップ支援センターの実践	43
第2項 東京都の取り組みおよび SARC 東京について	45
第2節 臨床における性暴力被害者支援および治療	48
第1項 性暴力被害後まもない時期に特に必要な対応	48
第2項 心理教育	49
第3項 PTSD 症状の治療	53
第4章 【事例】ワンストップ支援センターによる支援から慢性期 PTSD 治療を行った被害女性の事例提示	55
第1節 はじめに	55
第2節 事例提示の背景と目的	55
第3節 倫理的配慮	56
第4節 事例の概要	56
第1項 被害内容	57
第2項 初診時主訴	57
第3項 病前性格	57
第4項 受診および相談歴、精神科既往歴、遺伝的負因	57
第5項 家族構成	57
第5節 精神科受診までの経緯および治療構造	57
第1項 精神科受診までの経緯	57
第2項 精神科での治療構造	58
第3項 治療開始当初の治療方針	59
第4項 治療・面接過程	59
第5項 心理検査の実施及び結果	69

第6節	事例の全体考察	72
第1項	被害後早期に治療に行った被害者への慢性 PTSD 治療	72
第2項	再被害を防ぐ介入方法	73
第7節	おわりに	74
第5章	【研究1】性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の実情と治療の課題	75
第1節	はじめに	75
第2節	研究の背景と目的	75
第3節	方法	76
第1項	調査方法と調査対象	76
第2項	調査項目	77
第3項	分析方法	78
第4項	倫理的手続き	78
第4節	結果	78
第1項	対象者の属性	78
第2項	被害の内容	79
第3項	過去の被害歴	80
第4項	臨床診断と自記式心理尺度の結果	81
第5項	薬物療法	82
第6項	治療転帰および治療転帰別の対象者の分析	82
第5節	考察	84
第1項	被害者の属性および被害内容について	84
第2項	再被害について	84
第3項	精神健康への影響について	86
第4項	薬物療法について	87
第5項	治療終結、継続および中断について	87
第6節	本研究の限界と今後の課題	88

第7節	おわりに	89
第6章	【研究2】性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の医療機関受診と機関連携の課題	91
第1節	はじめに	91
第2節	研究の背景と目的	91
第3節	方法	92
第1項	調査方法と調査対象	92
第2項	調査項目および分析方法	92
第3項	倫理的手続き	92
第4節	結果	93
第1項	医療機関への受診状況および他機関への相談状況	93
第2項	精神科付き添い状況	94
第5節	考察	95
第1項	精神科受診におけるワンストップ支援センターの機能	95
第2項	精神科とワンストップ支援センターの連携	96
第6節	本研究の限界と今後の課題	97
第7節	おわりに	98
第7章	【研究3】急性期性暴力被害者のための支援情報ハンドブック有用性評価	99
第1節	はじめに	99
第2節	研究の背景と目的	99
第3節	方法	102
第1項	ハンドブックの開発	102
第2項	ハンドブックの有用性評価	103
第4節	結果	106
第1項	対象者の属性	106
第2項	ハンドブック全体の評価	108

第3項	支援・治療に与える影響と他機関相談の有用性	109
第5節	考察	113
第1項	ハンドブック全体の評価	113
第2項	ハンドブックが支援・治療に与える影響	114
第3項	他機関相談の有用性について	115
第6節	本研究の限界と今後の課題	117
第7節	おわりに	117
第Ⅲ部	総合考察	118
第8章	先行研究のまとめと本研究の意義	118
第1節	先行研究のまとめ	118
第2節	本研究の意義	119
第3節	本研究の限界	122
第4節	今後の展望	122
謝辞	124
付属資料	125
①	「一人じゃないよ あなたのこれからのための支援情報ハンドブック」	126
②	支援情報ハンドブックのアンケート調査票	141
引用文献	149

序論

昨今、性暴力被害者に対する治療および支援への関心が高まり、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターが全国的に開設されるなど、活動が活性化している。本論文では、被害後早期に治療あるいは支援につながった性暴力被害者への早期介入について検討することを目的に、ワンストップ支援センターから精神科につながった性暴力被害者について、被害の実態や治療状況について明らかにするとともに、急性期性暴力被害者向け支援情報冊子の有用性評価を行った。

本論文の構成は、3部8章から成る。第I部第1章では、性的な被害や早期介入に関する用語を定義し、本論文の研究対象について述べる。第2章では、性暴力被害の実態について、被害率および通報（相談）率を示すとともに、性暴力が被害者に与える影響、PTSD（Posttraumatic stress disorder：心的外傷後ストレス障害）のリスク要因、help-seeking（援助要請）、早期介入および支援に関する先行研究を示す。

第II部第3章では、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターについて日本の現状を示し、その後、精神科臨床における性暴力被害者の支援および治療に必要とされる基本的対応や心理教育、性暴力被害者の治療に必要なPTSD症状の治療や薬物療法をまとめる。第4章では、被害後早期からワンストップ支援センターと連携する精神科を受診し、トラウマに焦点化した認知行動療法を実施した性暴力被害者の事例を報告する。第5章では、ワンストップ支援センターから紹介されて連携する精神科を受診した性暴力被害者について、被害の実情、診察や治療の状況、治療転帰に関するカルテ調査結果を報告し、ワンストップ支援センターから精神科へつながった性暴力被害者の治療に必要な要素について検討する。第6章では、同カルテ調査のうち、性暴力被害者の医療機関受診状況、ワンストップ支援センターの支援者付き添い状況等の調査結果を報告し、性暴力被害者の回復のために必要なワンストップ支援センター

と精神科の連携課題について検討する。第 7 章では、急性期性暴力被害者のために作成した支援情報ハンドブックについて、有用性評価の研究を示す。

最後に、第Ⅲ部第 8 章で総合考察を行うとともに、本研究の意義、限界および今後の課題について検討する。

第 I 部 性暴力被害の実態とこれまでの研究の概観

第 I 部は、まず、性的な被害や早期介入に関する用語を定義し、本論文が対象とする性暴力被害者について明示する。次に、性暴力被害の実態について、国内外の被害率および通報（相談）率を示すとともに、性暴力が被害者に与える影響、PTSD のリスク要因、help-seeking（援助要請）、早期介入および支援に関する海外の先行研究を示す。

第 1 章 用語の定義と本論文の研究対象

第 1 節 本研究における性暴力と性犯罪、早期介入の定義

第 1 項 性暴力と性犯罪の定義

性に関する被害については、性犯罪被害と性暴力被害の二つの用語が用いられることが多い。主として、性犯罪は刑法上の用語であり、性暴力は心身の健康上の定義として用いられている。

まず、我が国の刑法上の定義としては、警察庁においては、「性犯罪捜査指導官の設置等について」（平成 8 年 5 月 2 日付け丙捜一発第 10 号、丙刑企発第 27 号）の通達において、性犯罪を「刑法上の強姦、強制わいせつ等の性的欲求等に基づく身体犯」と定義している。したがって、この定義に従うと、性犯罪被害者は刑法上の強姦、強制わいせつ等の性的欲求等に基づく刑法上の犯罪の被害にあった者となる。また、「子ども対象・暴力的性犯罪の出所者による再犯防止に向けた措置の実施について」（平成 23 年 1 月 13 日付け丙生企発第 2 号、丙地発第 3 号、丙刑企発第 1 号、丙捜一発第 1 号）の通達においては、子ども対象・暴力的性犯罪とは、次のいずれかに該当する罪であって、被害者が 13 歳未満の者であるものをいう。

- (1) 強制わいせつ（刑法第 176 条）、同未遂（同法第 179 条）及び同致死傷（同法第 181 条）
- (2) 強姦（同法第 177 条）、同未遂（同法第 179 条）及び同致死傷（同法

第 181 条)

- (3) 集団強姦（同法第 178 条の 2）、同未遂（同法 179 条）及び同致死傷（同法第 181 条）
- (4) 強盗強姦、同致死（同法第 241 条）及び同未遂（同法第 243 条）並びに常習強盗強姦（盗犯等ノ防止及処分ニ関スル法律第 4 条）
- (5) 営利目的等略取及び誘拐（刑法第 225 条）のうちわいせつ目的のもの及び同未遂（同法第 228 条）

上記を含む性犯罪に関する刑法上の規定は表 1-1 に示した。現行法では(準)強姦罪及び(準)強制わいせつ罪については親告罪とされており、2 人以上の者が現場において共同して犯したものを除き、被害者からの親告がなければ刑法上の性犯罪があったことにはならない。法務省では、2014 年 10 月に性犯罪の罰則に関する検討会を立ち上げ、これら親告罪を非親告罪とするか否かを含めて、性犯罪の罰則のあり方について議論を行っている¹。

次に、心身の健康上の定義としては、「性暴力 (sexual violence)」という用語が用いられている。国立情報学研究所の学術情報ナビゲータ (CiNii)²によると、「性暴力」は 1980 年代後半から論文に用いられており 791 件 (2015-9-13 検索) あるが、そのうち 85.7%は 2000 年以降に公表された論文である。日本において性暴力の明確な定義はないが、米国では、米国疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention : CDC) において、表 1-2 のように性暴力は「個人の自由な同意なしに他者から振るわれる性的行動」と定義されている³。

また、WHO (World Health Organization : 世界保健機構) では、被害者と加害者の関係等にも言及し、性暴力を「強制を用いて人のセクシャリティに対して行われる性的行為のすべて (望まない性的発言、性的誘惑、人身売買を含む) であり、家庭や職場などの場所や被害者との関係を問わない」(一部筆者による要約) と定義している⁴ (原文は表 1-3 に示した)。つまり、WHO の定義する性暴力被害には、強姦、強制わいせつの他、子どもへの性的虐待、配偶者

やパートナー間の性的暴力、ストーカー、セクシャルハラスメント、人身売買の被害が含まれる。

後述するように、性犯罪被害は暗数が多く、申告されていない性に関する被害は多い。また、被害の申告は、被害者および加害者の関係性が影響する。このため、本稿では、性に関する被害は WHO の定義する性暴力の概念を採用し、加害者との関係性および刑法上の犯罪となる性犯罪に限定することなく論じる。したがって、本稿で用いる「性暴力」は、刑法上の強姦または強制わいせつよりも広義の概念であり、性犯罪の用語は、日本の刑法上の犯罪や海外の法律等規範に抵触する犯罪に限って使用する。ただし、先行研究では、各研究や調査において独自に性暴力被害を定義している。そのため、先行研究を引用する場合は、各研究や調査が用いている用語をそのまま引用する。

(強制わいせつ)

第 176 条 13 歳以上の男女に対し、暴行又は脅迫を用いてわいせつな行為をした者は、6 月以上 10 年以下の懲役に処する。13 歳未満の男女に対し、わいせつな行為をした者も、同様とする。

(強姦)

第 177 条 暴行又は脅迫を用いて 13 歳以上の女子を姦淫した者は、強姦の罪とし、3 年以上の有期懲役に処する。13 歳未満の女子を姦淫した者も、同様とする。

(準強制わいせつ及び準強姦)

第 178 条 人の心神喪失若しくは抗拒不能に乗じ、又は心神を喪失させ、若しくは抗拒不能にさせて、わいせつな行為をした者は、第 176 条の例による。

2 女子の心神喪失若しくは抗拒不能に乗じ、又は心神を喪失させ、若しくは抗拒不能にさせて、姦淫した者は、前条の例による。

(集団強姦等)

第 178 条の 2 2 人以上の者が現場において共同して第 177 条又は前条第 2 項の罪を犯したときは、4 年以上の有期懲役に処する。

(未遂罪)

第 179 条 第 176 条から前条までの罪の未遂は、罰する。

(親告罪)

第 180 条 第 176 条から第 178 条までの罪及びこれらの罪の未遂罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

2 前項の規定は、

2 人以上の者が現場において共同して犯した第 176 条若しくは第 178 条第 1 項の罪又はこれらの罪の未遂罪については、適用しない。

(強制わいせつ等致死傷)

第 181 条 第 176 条若しくは第 178 条第 1 項の罪又はこれらの罪の未遂罪を犯し、よって人を死傷させた者は、無期又は 3 年以上の懲役に処する。

2 第 177 条若しくは第 178 条第 2 項の罪又はこれらの罪の未遂罪を犯し、よって女子を死傷させた者は、無期又は 5 年以上の懲役に処する。

3 第 178 条の 2 の罪又はその未遂罪を犯し、よって女子を死傷させた者は、無期又は 6 年以上の懲役に処する。

(強盗強姦及び同致死)

第 241 条 強盗が女子を強姦したときは、無期又は 7 年以上の懲役に処する。よって女子を死亡させたときは、死刑又は無期懲役に処する。

(未遂罪)

第 243 条 第 235 条から第 236 条まで及び第 238 条から第 241 条までの罪の未遂は、罰する。

(営利目的等略取及び誘拐)

第 225 条 営利、わいせつ、結婚又は生命若しくは身体に対する加害の目的で、人を略取し、又は誘拐した者は、1 年以上 10 年以下の懲役に処する。

(未遂罪)

第 228 条 第 224 条、第 225 条、第 225 条の 2 第 1 項、第 226 条から第 226 条の 3 まで並びに前条第 1 項から第 3 項まで及び第 4 項前段の罪の未遂は、罰する。

出典：刑法（明治 40 年法律第 45 号）より引用抜粋

表 1-1. 性犯罪に関する刑法上の規定

Sexual violence is defined as a sexual act committed against someone without that person's freely given consent. Sexual violence is divided into the following types:

- Completed or attempted forced penetration of a victim
- Completed or attempted alcohol/drug-facilitated penetration of a victim
- Completed or attempted forced acts in which a victim is made to penetrate a perpetrator or someone else
- Completed or attempted alcohol/drug-facilitated acts in which a victim is made to penetrate a perpetrator or someone else
- Non-physically forced penetration which occurs after a person is pressured verbally or through intimidation or misuse of authority to consent or acquiesce
- Unwanted sexual contact
- Non-contact unwanted sexual experiences

出典 : <http://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/definitions.html> より引用
抜粋

表 1-2. CDC による性暴力の定義

Sexual violence is defined as: any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed, against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work.

出典 : World Health Organization (2002)より引用抜粋

表 1-3. WHO の性暴力の定義

第2項 早期介入の定義

後述するように、性暴力被害者は PTSD 罹患率が高く、PTSD 症状は、トラウマ体験の直後には一般的に多くの人に見られるが、多くの場合、トラウマ後 3 か月以内に症状は減少し、自然回復することが報告されている^{5, 6}。また、PTSD と ASD (Acute Stress Disorder: 急性ストレス障害) の診断基準は重なる症状が多く、ASD 患者の多くが PTSD を発症することが報告されている⁷。一方、PTSD は遅延発症することがあり⁸、DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5: 精神疾患の診断・統計マニュアル、第 5 版)⁹ ではトラウマ的出来事後から少なくとも 6 か月間診断基準を完全に満たしていない場合には、遅延顕症型と特定することとなっている。このことから、コクランレビューでは、早期介入の対象を ASD 症状または急性 PTSD 症状がある者やその閾値下の症状がある者として、トラウマ的出来事からの期間を限定せずに心理的早期介入に関するレビューを行った¹⁰。また、アメリカの PTSD 治療ガイドラインでは、成人の認知行動療法的早期介入として、トラウマ的出来事からの期間を限定せずに、“early intervention”、“acute stress disorder”、“cognitive behavioral therapy”、“posttraumatic stress” の用語で検索して収集した研究から、トラウマの早期介入に関するガイドラインを導いた¹¹。このように、トラウマ的出来事後の早期介入については、時期や対象者を含めて定義が明確になっていない。また、このガイドラインでは、性暴力被害者を対象に行う認知行動療法的な早期介入はエビデンス不足とされ、現在、性暴力被害者を対象に行う早期介入は確立されていない。

我が国では、これまで性暴力被害者の慢性期 PTSD の治療についての報告はあるものの¹²、自然回復が見込まれるような被害後早期に精神科治療につながった性暴力被害者の介入に関する研究はほとんど報告されていない。性暴力被害者への PTSD 症状の早期介入が確立しているか否かに関わらず、医療機関や相談機関へ訪れた性暴力被害者への心理的・社会的支援や治療は現実的に必要である。性暴力被害者が被害直後から司法手続き、産婦人科治療や休職・休学

などの多岐な問題を抱え、被害後にそれらに対応することは心理的負担を伴うことが推測される。これらの背景と臨床経験から、筆者はPTSD症状の自然回復が見込まれるトラウマ後3か月以内に治療機関等へ訪れた性暴力被害者に対して、どのような治療や支援を行い、被害者の回復を図るかが課題であると考ええる。したがって、本研究における早期介入は、コクランレビューやPTSDガイドラインと同様にトラウマ的出来事からの期間を限定することなく、被害直後から3か月程度までの期間に性暴力被害者に行う心理・社会的な介入とする。

第2節 本研究の対象とする性暴力被害者

本章第1節で定義した性暴力被害には、強姦、強制わいせつその他、子どもへの性的虐待、配偶者やパートナー間の性的暴力、ストーカー、セクシャルハラスメント、人身売買の被害が含まれ、性別や年齢を問わず被害者が存在する。実際に、男性のレイプ被害者の生涯 PTSD 有病率は 65%であり、女性の 46%に比べて高い¹³。性的虐待については、Dube et al が 17,337 名の成人男女（平均年齢 56±15.2 歳）を対象に実施した研究によると、性的虐待経験率は、女性 25%に対して男性 16%であり、男児への性的虐待率も高い¹⁴。性的虐待経験が男性に与える影響は大きく¹⁵、男児への性的虐待へのケアには広範な取り組みが必要とされている¹⁶。また、性的少数者は性的虐待を含むトラウマ的出来事への遭遇率と PTSD 罹患率が高く、支援が必要とされている¹⁷。

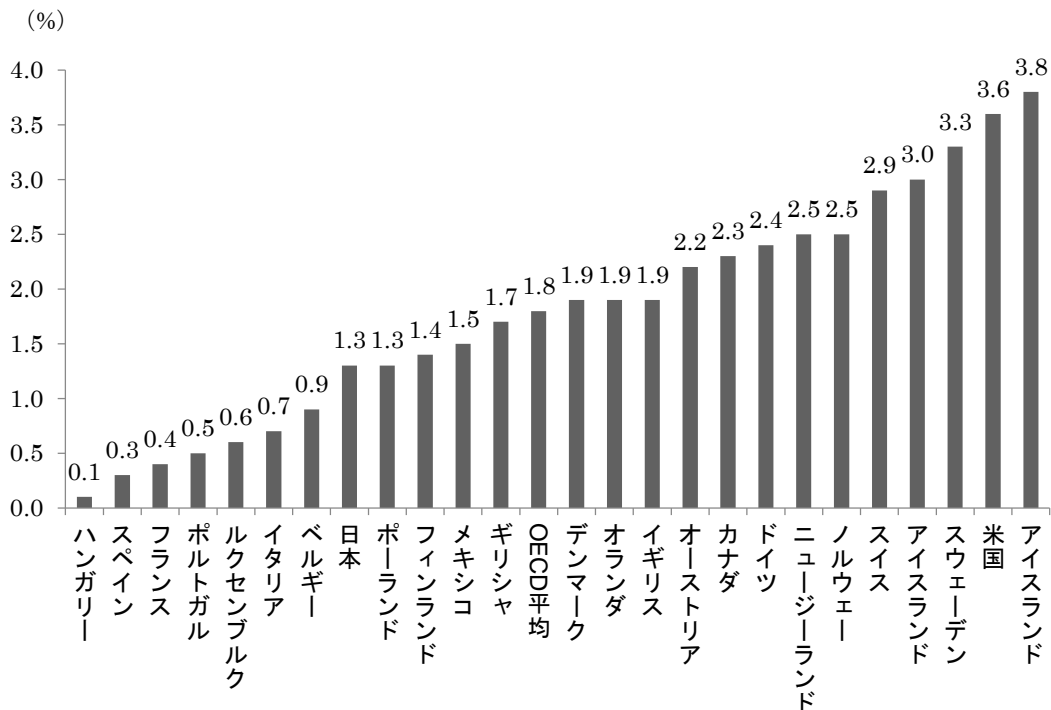
筆者が臨床現場で出会う被害者は女性のみであり、多くの被害者は思春期青年期の女性あるいは成人女性である。本研究は筆者の臨床現場での実践に基づいて行ったものである。したがって、幼少期の虐待歴など青年期以降にも影響を与える要因については本論文で言及するものの、本研究における性暴力被害者は、特記する場合を除いて、性暴力被害者のうち、思春期青年期以降の女性を対象とする。

第2章 性暴力被害の実態

第1節 性暴力の被害率と通報（相談）率

第1項 海外における性暴力・性犯罪の被害率

性暴力は世界各国で見られる。OECD（Organisation for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構）が2009年に報告した国際犯罪被害実態調査（International Crime Victimization Survey：以下、ICVS）によると、国及び主要都市における過去1年間の女性に対する性的暴行による犯罪被害率（%）は、図2-1のとおりであった¹⁸。ICVSは国によって異なる刑事司法制度や認知件数集計方式を超えて、犯罪被害について国際的な比較を可能とする調査であり、各国によって標準化された質問紙を用いて実施されている。犯罪被害率はハンガリーの0.1%からアイスランドの3.8%である。米国と日本の犯罪被害率はそれぞれ3.6%、1.3%となっており、後に述べる性暴力の被害率に関する研究結果に比べて、犯罪の被害率は低く報告されている。



（注）%は調査期間1年間に各国人口あたりに被害にあった女性の割合。

出典：OECD Factbook 2009より筆者が作成した

図2-1. 女性への性的暴力（Sexual offences against women）の犯罪被害率

また、WHO は、2013 年に女性に対する暴力の発生率と健康に与える影響について報告した。この報告では、WHO 加盟の地域を低所得・中間所得層の地域群と高所得層の国々をまとめた高所得層群に分けて被害率が報告された（表 2-1）¹⁹。ここでは、日本および米国は「高所得層」としてまとめられているが、被害率は 12.6%であり、「低所得・中間所得層の地域群」の被害率 5.2%～11.9% に比べて高い被害率となっている。

表 2-1. WHO 地域の非パートナーによる性暴力の生涯発生率
(Lifetime prevalence of non-partner sexual violence by WHO region)

WHO region	Prevalence, %	95% CI, %
低所得・中間所得層の地域群*		
アフリカ a	11.9	8.5 to 15.3
アメリカ州 b	10.7	7.0 to 14.4
ヨーロッパ c	5.2	0.8 to 9.7
東南アジア d	4.9	0.9 to 8.9
西太平洋 e	6.8	1.6 to 12.0
高所得層 f	12.6	8.9 to 16.2

※ 東地中海（Egypt, Iran, Iraq, Jordan, Palestine）はデータがないため除外。

a: Botswana, Cameroon, Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mozambique, Namibia, Rwanda, South Africa, Swaziland, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe

b: Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Paraguay, Peru, Plurinational State of Bolivia

c: Albania, Azerbaijan, Georgia, Lithuania, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Serbia, Turkey, Ukraine

d: Bangladesh, Timor-Leste (East Timor), India, Myanmar, Sri Lanka, Thailand

e: Cambodia, China, Philippines, Samoa, Viet Nam

f: Australia, Canada, Croatia, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Hong Kong, Iceland, Ireland, Israel, Japan, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, South Korea, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, United States of America

第2項 米国における性暴力・性犯罪の被害率と通報（相談）率

米国は、性暴力被害および PTSD に関する研究が多数発表されているため、特に米国における性暴力および性犯罪の被害率について述べる。また、性犯罪被害の通報率や性暴力被害の相談率についても述べる。

米国保健福祉省疾病対策センターによると、18歳以上の女性が生涯を通して一度でもレイプを受ける割合は19.3%（23万人以上）であり、女性は約5人に一人の割合で被害にあっていることが報告されている²⁰。

米国司法省の発表によると、警察への通報率は、強盗68.0%、暴行43.4%、ドメスティック・バイオレンス56.9%、性暴力被害34.8%であり、暴力被害のうち、性暴力被害の通報率が最も低いことが報告されている²¹。レイプ被害の相談率については、Amstadter et al がレイプ被害にあった女子大学生228名（平均年齢21.40±5.47歳）にインタビュー調査した結果、相談率は52%であり、そのうち、メンタルヘルス専門家（mental health specialist）に相談した者は93%、医師（medical doctor）に相談した者は48%、宗教家（religious counsel）へ相談した者は14%であり、相談率は比較的高い値となった²²。また、Wolitzky-Taylor et al が女子大学生2,000人（平均年齢20.13±3.19歳）を対象とした全米調査では、調査時現在の最近（または唯一）の被害についての相談率は11.5%であり、薬物やアルコール摂取を伴うレイプ被害の場合は、さらに低く相談率は2.7%であった²³。このように通報率や相談率に影響を与える要因については、本章第4節で述べる。

性的虐待の場合は、海外では性的虐待を他者へ開示した成人に対して、開示した時期を尋ねたところ、最初の被害から5年以上たってから開示する者が50%強であったという報告があり、多くの非虐待者が被害を申告するには時間がかかることが示唆される²⁴。

第3項 日本における性暴力・性犯罪の被害率と通報（相談）率

平成 26 年度版犯罪白書から、日本における強姦および強制わいせつ（女子のみ）の認知件数は図 2-2、2-3 に示した。被害の発生率は、女子人口 10 万人当たりの認知件数として算出されており、平成 25 年の強姦の認知件数は 1,409 件に対して被害発生率 2.2、女子への強制わいせつの認知件数は 7,672 件に対して被害発生率 11.4 であった。平成 25 年の強姦の被疑者は、親族を含む面識ある者が 49.9%、面識ない者が 50.1%であり、面識のない者からの被害が半数を超えた（図 2-4）。また、被害者の年齢は、10 代が 39.5%、20 代が 44.7%であり、10 代と 20 代で 84.2%を占めている（図 2-5）²⁵。以上の統計は、通報され事件化された強姦に関する統計である。

通報されていない性暴力被害についての実態は、内閣府が平成 26 年に全国を対象に行った「男女間における暴力に関する調査」²⁶で報告されている。この調査は層化二段無作為抽出法により、全国の女性 1,811 人を対象に調査されており、「異性から無理やりに性交された経験が 1 度でもある」と答えた女性は 6.5%であり、15 人に 1 人の割合であった。加害者との関係は、面識ある者からの被害が 74.4%、面識ない者からの被害が 11.1%であり（図 2-6）、通報された強姦に比べて、面識ある者からの被害が占める割合が高い結果となった。被害時の年齢は、20 歳以下が 86.3%と 20 代以下で 8~9 割を占めており、通報された強姦と同様の結果となった（図 2-7）。

また、安藤らは、2000 年に東京都下在住 20 代から 50 代の一般成人女性 2,400 名を層化無作為抽出して調査したところ、強姦被害の体験率は 8.3%であり、強制わいせつ被害の体験率は 14.2%であった²⁷。

内閣府や安藤らの調査結果と先に示した強姦の認知件数には差があり、通報されていない性暴力被害が多いことが示唆される。実際に、性的な犯罪被害では警察に届け出る割合が低く、暗数が多いことが報告されている。法務省法務総合研究所が 4 年ごとに行っている犯罪被害実態（暗数）調査によると、個人

に対する犯罪被害のうち、被害の申告率は、強盗は 45.0%、窃盗は 34.8%、暴行・脅迫は 21.6%であるのに対し、性的事件は 18.5%と犯罪態様のうち最も低い申告率であった²⁸。

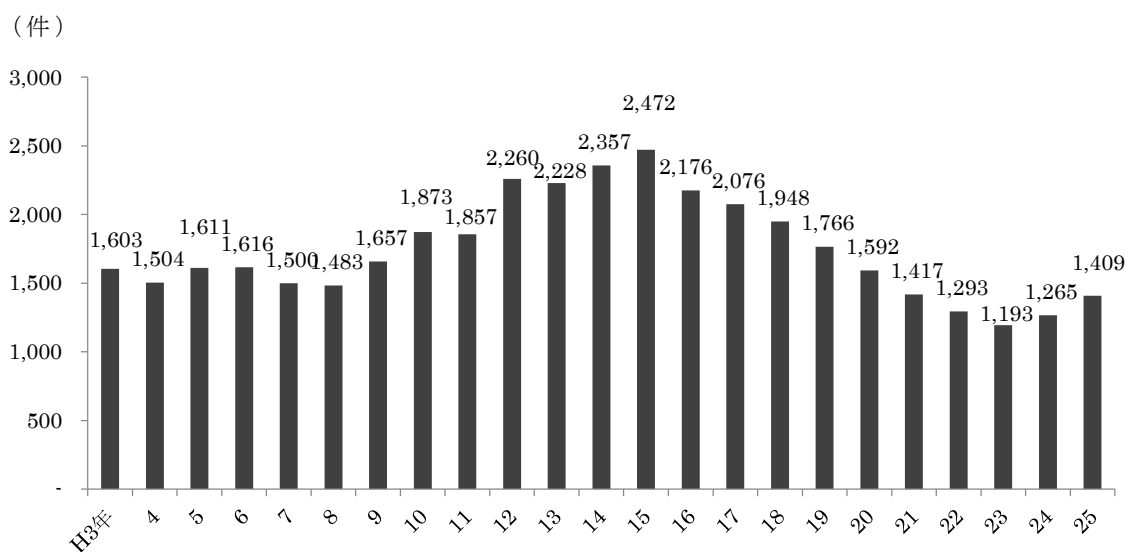
メンタルヘルス・サービスの利用は、警視庁の犯罪被害者実態調査報告書（2003）によると、事件から 2～4 年経過した犯罪被害者のうち「カウンセリングが必要」と回答した者は 60.3%であるのに対し、実際に「カウンセリングを受けた」者は 7.8%であった。そのうち、性犯罪被害者は 75.2%が「カウンセリングが必要」と回答し、他の犯罪被害者らに比べて高い割合となったが、実際に「カウンセリングを受けた」と回答した性犯罪被害者は 16.4%であった²⁹。

内閣府「男女間における暴力に関する調査」では、異性から無理やり性交された被害について、警察への相談率は 4.3%であった。誰にも「相談しなかった」者は 67.5%であり、警察、精神科や相談機関に関わらず、相談しない被害者が全体の約 3 分の 2 を占めた³⁰。

前述したように、幼少期の性暴力は、多くは成人になってから被害を報告するとされている。幼少期の被害が青年期以降に再被害を受けるリスク要因になるなど青年期以降に被害者に与える影響が大きいと、早期発見および精神的・心理的治療および支援は重要であるが、性的虐待の発見や申告はさらに難しいといわれている。平成 25 年度の性的虐待は 1,582 件であり、児童相談所での相談対応件数全 73,802 件の 2.1%にであった。平成 21 年度では児童虐待の 44,211 件のうち性的虐待は 1,350 件であり、この 5 年間で児童虐待の相談対応件数は約 1.67 倍に上がっている。その中で性的虐待の対応件数は約 1.17 倍の上昇であり、心理的虐待（2.75 倍）、ネグレクト（1.29 倍）、身体的虐待（1.40 倍）に比べて低い増加率となった³¹。岡本が児童相談所で扱った家庭内の性的虐待事例を対象に行った調査研究によると、調査対象となった 81 例のうち、発見の経緯は「子ども自身が相談」した事例が 66.7%（54 名）と最も高い割合であった³²。このことから、児童虐待の認識の広まりなどにより虐待の発見

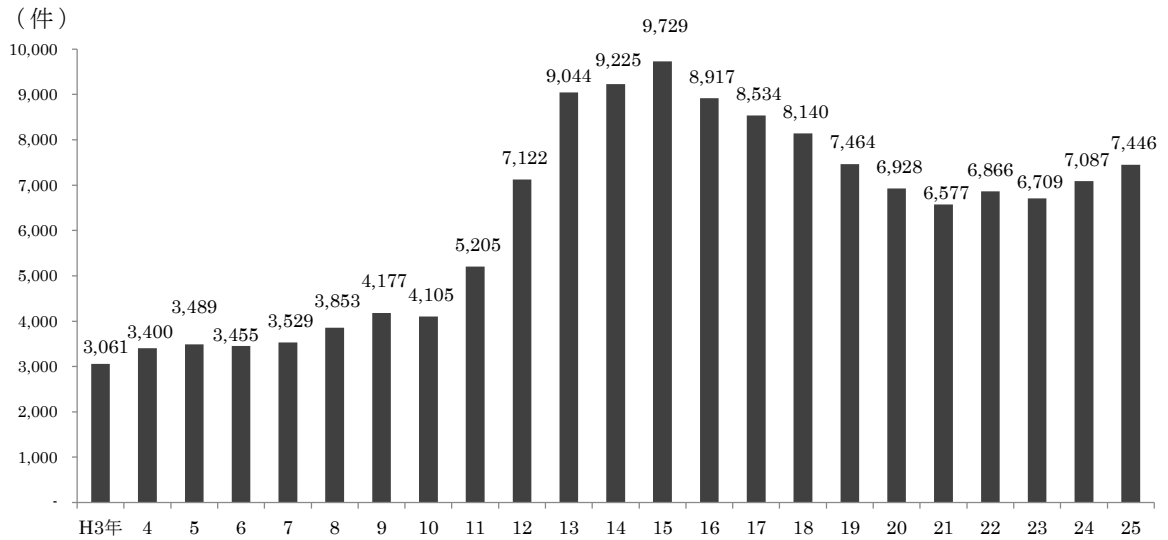
や相談は増加したものの³³、被害者である子ども自身が性的虐待について相談したり、開示することが困難であることが推測される。

また、児童虐待の防止等に関する法律上の定義では、「性的虐待」は保護者等が加害者となった場合のみに限られており、それ以外のきょうだいなどの家族、同居人、施設職員などが子どもに性的暴力をはたらいた場合には、保護者等の間接的な管理責任に関する「ネグレクト」とされるため³⁴、性的虐待の対応件数には含まれていない。家庭内で保護者等以外の者から性的な被害を受けた児童や生徒の数は、暗数を除いた場合でも政府の統計上、算出されていないといえる。



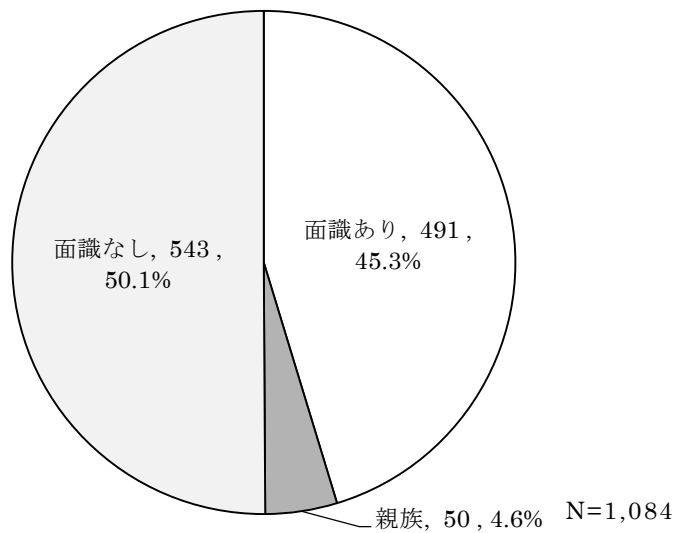
出典：法務省「平成26年度版犯罪白書」より筆者が作成

図 2-2. 日本の強姦認知件数（平成3年から25年）



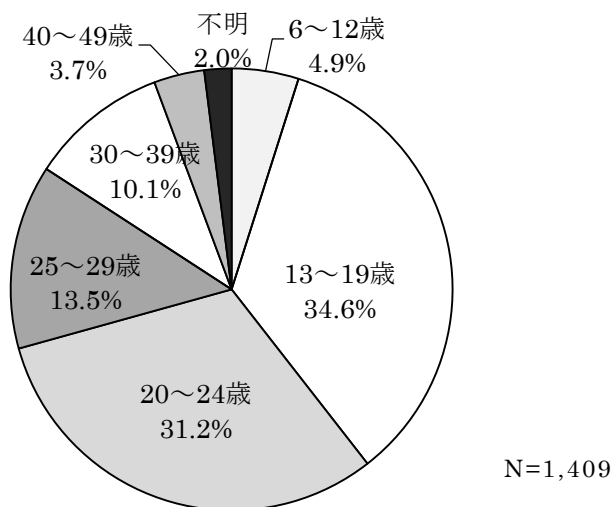
出典：法務省「平成 26 年度版犯罪白書」より筆者が作成

図 2-3. 日本の強制わいせつ（女子のみ）認知件数（平成 3 年から 25 年）



出典：法務省「平成 26 年度版犯罪白書」より筆者が作成

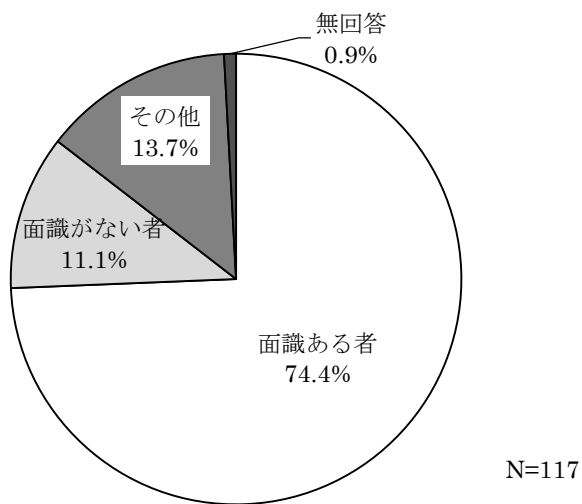
図 2-4. 強姦検挙件数における被害者と被疑者の関係別構成比



注) H27年犯罪被害者白書によると「一つの事件で数人の被害者がいる場合は、主たる被害者について計上してある」ため、計上されていない28名は年齢不明として扱った。

出典：内閣府「平成27年犯罪被害者白書」より筆者が作成

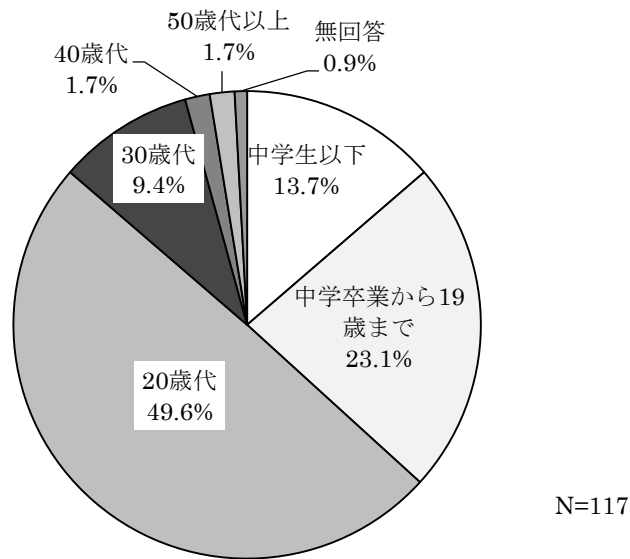
図2-5. 強姦検挙件数における被害者と被疑者の関係別構成比



注) 「面識ある者」には配偶者・元配偶者、親（養親・継親も含む）、兄弟（義理の兄弟も含む）、その他親戚、交際相手・元交際相手、職場・アルバイトの関係者、通っていた（いる）学校・大学の関係者、地域活動や習い事の関係者を含む。

出典：内閣府「男女間における暴力に関する調査報告書」（2015）より筆者が作成

図2-6. 異性から無理やり性交させられた被害の加害者



出典：内閣府「男女間における暴力に関する調査報告書」（2015）より筆者が作成

図 2-7. 異性から無理やり性交させられた被害時の年齢

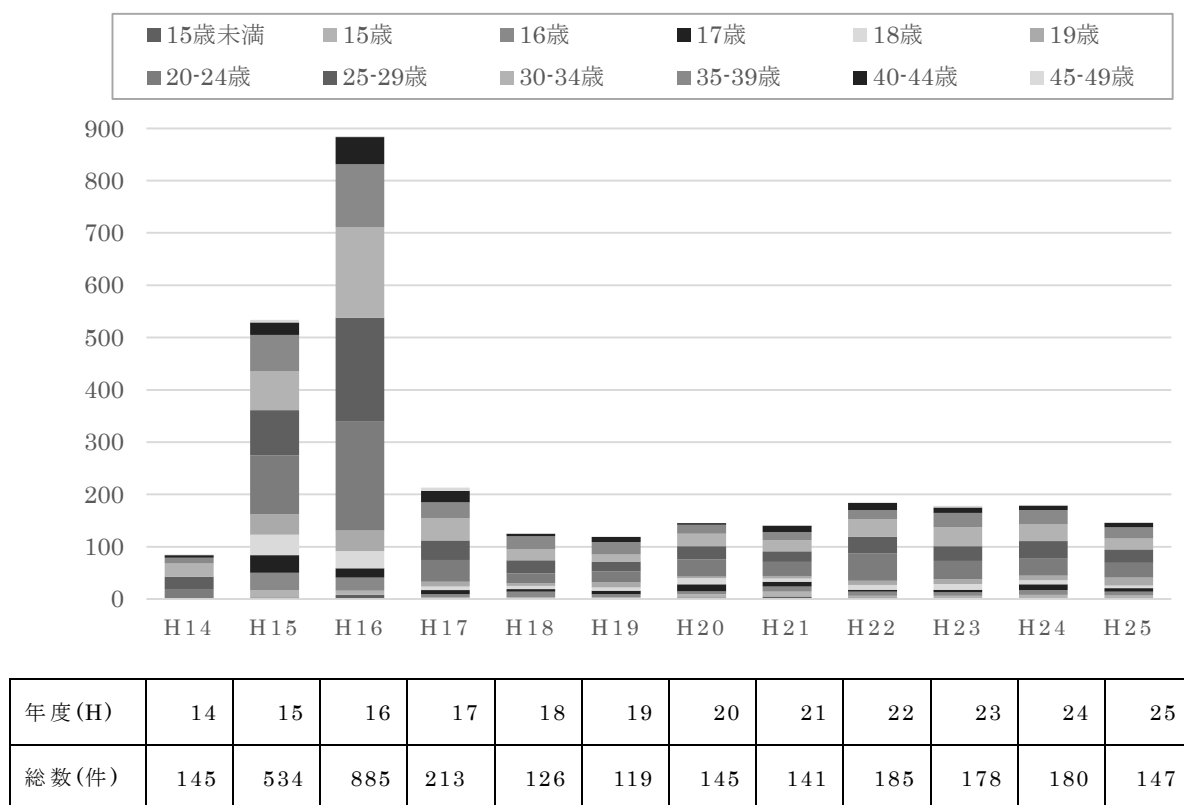
第 2 節 性暴力が被害者に与える影響

性暴力は被害者の健康や生活に様々な影響を与えることが報告されている。WHO は、性暴力被害の影響を主にリプロダクティブ・ヘルス（reproductive health）、精神健康（mental health）、行動様式（behavioral）、生命に係わる転帰（fetal outcome）の 4 つの領域に分類している³⁵。また性暴力は、QOL（Quality of life；生活の質）や経済的な損失への影響もある。

第 1 項 リプロダクティブ・ヘルスに与える影響

リプロダクティブ・ヘルスとは「人生のあらゆる段階で生殖の過程やその機能と生殖器官に対処するものであり、単に疾病や虚弱（infirmary）がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態（well-being）にあること」である³⁶。性暴力被害によるリプロダクティブ・ヘルスへの影響としては、生殖器への外傷、レイプによる妊娠、エイズを含む性感染症などが

あげられる³⁷。米国では、全国標本調査で女性 4,008 名（平均年齢 44.9±18.4 歳）を 3 年間フォローアップしたところ、レイプによる妊娠は 5%であった³⁸。日本では、母体保護法により「暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの」（第 14 条 1 項の 2）は人工妊娠中絶ができる。厚生労働省の「衛生行政報告例」から、母体保護法上の暴行脅迫（14 条 1 項の 2）による人工妊娠中絶の件数は図 2-8 に示した³⁹。過去 5 年（平成 21～25 年度）における暴行強迫による人工妊娠中絶数は年間 141 件から 185 件であり、平成 21 年～25 年に認知されている強姦被害が 1,193 件から 1,417 件であるのに比べると非常に多い件数である。また、レイプによって HIV 感染など性感染症にかかることがあり⁴⁰、生命に係わる影響がある。



出典：厚生労働省、各年度の「衛生行政報告例」より筆者が作成

図 2-8. 母体保護法上の暴行脅迫（14 条 1 項の 2）による人工妊娠中絶の件数

第2項 精神健康に与える影響

(1) PTSD

性暴力被害の精神的影響については、1970年代よりレイプ・トラウマ症候群（rape-trauma syndrome）として指摘されてきた⁴¹。1970年代は米国などで社会運動が起こり、ベトナム戦争帰還兵と同様の症状が、対人暴力被害者に児童虐待症候群、バタード・ウーマン症候群がみられたことが、米国精神医学会の診断基準である DSM に PTSD 診断が登場する契機となった⁴²。

PTSD の診断基準は、2013年5月 DSM-5 で改訂された⁴³。改訂により、PTSD は DSM-IV-TR⁴⁴の「不安障害」の項目から「心的外傷およびストレス因関連障害群」の項目へ組み替えられた。PTSD の診断基準としては、出来事を死、重症、性的な暴行の3種類とし、性的な暴行またはその脅威は PTSD 発症の前提となる出来事として明記された（A 基準）。症状は、従来からある侵入症状（B 基準）、回避症状（C 基準）、過覚醒症状（E 基準）に加え、認知や気分の否定的変化（D 基準）が新たに項目として立てられ、4基準 20症状に分類された。6歳以下の幼児に対する診断基準も設けられた。

レイプ被害者における PTSD の有病率が高いことはいくつかの研究で報告されている。Rothbaum et al は、レイプ被害にあり、警察や被害者支援機関などから紹介されて受診にいたった 95名（平均年齢 26.79 ± 6.37 歳）の女性を対象に、精神症状についてのアセスメント面接を行い、PTSD 症状の有病率について報告した⁴⁵。その結果、PTSD 症状の基準を満たす対象者は、被害から約1か月後では 64%、約3か月後では 47%であった。3か月の時点で PTSD 症状が回復している対象者がいる一方、3か月時点において約半数が PTSD を有していた。Kessler et al が 5,877名（15-54歳）を対象に行った調査では、レイプ被害者の PTSD 生涯有病率は女性で 45.9%であり、身体的暴力（21.3%）、事故（8.8%）、災害（5.4%）などの外傷的出来事よりも高率であった⁴⁶。また、Resnick et al が全米女性 4,008名（平均年齢 44.9 ± 18.4 歳）に行った無作為抽出によ

る電話インタビュー調査では、レイプ被害を受けたことがある女性のうち 32.0%に PTSD の生涯診断がついた⁴⁷。

日本においても、レイプ被害者の PTSD 罹患率が高いことが報告されている。廣幡らは臨床機関を訪れた性暴力被害にあった女性 46 名（平均年齢 28.0±8.9 歳）を対象に調査したところ、対象者が性暴力被害から臨床機関を訪れるまでの平均期間は 94.5±88.0 か月であり、来談時に現在症 PTSD と評価された者が 69.6%、PTSD 生涯診断と評価された者が 89.1%であった⁴⁸。被害者の多くは来談までの長い期間に PTSD 症状を患った状態であったことが示唆される。

また、PTSD は QOL の低下と関連があり⁴⁹、身体疾患が増加することも報告されている⁵⁰。Lowe et al はトラウマの発生率やトラウマ関連障害から、トラウマは公衆衛生の問題であると指摘している⁵¹。

(2) PTSD 以外の精神疾患

トラウマとなる出来事の後により患する精神疾患は、PTSD だけではない。DSM-5 の「心的外傷およびストレス因関連障害群」には、トラウマ的出来事の直接体験または目撃を診断基準に含む急性ストレス障害や、小児期の適切な養育の欠如による反応性アタッチメント障害／反応性愛着障害および脱抑制型対人交流障害、ストレス因に反応して生じる適応障害、他の特定される心的外傷およびストレス因関連障害、特定不能の心的外傷およびストレス因関連障害が含まれている。DSM-5 の解説には、「心的外傷およびストレス因関連障害群」は隣接する不安障害群、強迫症および関連症群、解離症群の疾患群と密接な関連があると明記されている⁵²。本項では、性暴力被害者にみられる PTSD 以外の精神疾患について述べる。

まず、PTSD 罹患患者には併存疾患が多いことが報告されている。米国の National Comorbidity Survey では、PTSD を有する人の約 80%がなんらかの併存疾患を有しており、PTSD のある男性の 59.0%、女性の 43.6%は 3 つ以上

の併存疾患を有していた⁵³。特に、うつ病が併発する割合が高く、PTSDのある男性の47.9%、女性の48.5%がうつ病に該当した⁵⁴。オーストラリアのAustralian National Survey of Mental Health and Wellbeingでは、PTSDのある男性の86.4%、女性の76.6%に併存疾患があり、米国の調査と同様に併存疾患率は高い結果であった⁵⁵。

性暴力被害者に限定した場合においても、被害者は非被害者に比べて有意に精神疾患のり患率が高いことが報告されている。Boudreaux et alは、18歳以上の一般成人女性391名（平均年齢39.8±14.1歳）を対象に調査を行ったところ、レイプ被害者の精神疾患のり患率は、広場恐怖66.7%、強迫性障害62.5%、社交不安57.9%、うつ病45.0%、パニック障害42.9%であった。このうち、広場恐怖、強迫性障害、社交不安、うつ病は、り患の有病率は、非被害者に比べて有意に高い結果であった⁵⁶。また、うつ病については、Frank & Stewartによると、被害後1か月において、レイプ被害者の約43%がうつ病の診断基準を満たしていた⁵⁷。

解離性障害については、WHOが行った16か国25,018名を対象に行ったWorld Mental Health Surveyによると、過去12か月間にPTSD症状のある対象者の解離性症状の有病率は、トラウマタイプ別に、戦争関連（17.5%）、事故（16.2%）、身体的暴力（13.9%）、最愛の人の外傷性死別（13.0%）であるのに対し、性暴力は19.9%と最も高い比率であった⁵⁸。また、Dancu et alの研究によると、女性の性暴力被害者は他の暴力犯罪の被害者に比べて解離反応が強く、幼少期の性的虐待経験のある者は、性的虐待経験のない者に比べて有意に解離性症状の有病率が高い結果であった⁵⁹。

性暴力被害のうち、性的虐待が被害者の精神健康に与える影響も深刻であることも多くの研究で指摘されている。性的虐待歴のある成人は、虐待歴のない成人に比べてうつ病、不安神経症、PTSDを含めたメンタルヘルスの問題を多く抱えるリスクが高いという報告がある^{60, 61}。

また、Rohde et alによると、幼児期の性的虐待や身体的虐待は、成人期の過食や抑うつ症状をオッズ比で2倍高めていた⁶²。このように、幼少期の性的虐待は、成人期になってからのメンタルヘルスの問題を生じさせる脆弱性を増加させるため⁶³、被害者は長年にわたって被害の後遺症に苦しむことになる。

第3項 行動様式に与える影響

性暴力が行動様式に与える影響には、アルコールや薬物の使用、性暴力の再被害、危険を伴う行動として、妊娠の恐れのある性交渉、複数のパートナーとの性交渉がある。

(1) アルコール乱用・物質乱用

米国の National Comorbidity Survey によると、PTSD を有する者は、PTSD ではない者に比べてアルコールや物質の乱用（依存）率が有意に高く、PTSD を有する女性のり患率は、アルコール乱用（依存）は 27.9%、物質乱用（依存）は 26.9%であった⁶⁴。オーストラリアの Australian National Survey of Mental Health & Wellbeing では、PTSD を有する女性の 52.0%が物質使用障害に該当し、気分障害（40.9%）、不安障害（32.6%）、その他精神障害（33.4%）に比べて最もり患率が高い結果となった⁶⁵。

トラウマとなる出来事を性暴力被害に限った場合も、女性被害者のアルコールや物質の依存または乱用傾向が高まることが多く報告されている。Kilpatrick et al が 12 歳から 17 歳の青年女子 4,023 名を対象に行った全米調査によると、性暴力被害歴のある女性は、被害歴のない女性に比べて物質乱用を認めた人数は 5 倍であった⁶⁶。女子大学生を対象とした調査では、性暴力被害後、アルコールの大量飲酒は被害前に比べてオッズ比が 2 倍であったという報告もある⁶⁷。

Ullman et al が PTSD にり患した性暴力被害者のうち、飲酒の問題がある者

は、飲酒の問題がない者に比べて教育歴が低く、被害以前にトラウマ歴があり、自責感が強いことが影響していた。また、飲酒をする者は緊張感を緩和し、否定的な感情へ対処するために飲酒する傾向が強かった⁶⁸。

性的虐待に関しては、Shin et al が 1,090 名の青少年（平均年齢 15.9 歳、範囲 13-18）を対象に行った研究によると、性的虐待歴のある少女は、年齢、人種／民族、両親やきょうだいの物質使用歴、身体的虐待およびネグレクトなどの変数を統制した場合でも多種の物質使用のリスクが高い結果となった⁶⁹。また、Ballon et al が物質使用の治療を求めて都市部の依存症治療機関に訪れた 14 歳から 24 歳の 287 名（平均年齢 19.82 ± 2.67 歳）を対象にインタビューしたところ、性的虐待歴があると答えた者は男性 10.4%、女性 50.0%であり、身体的虐待歴があると答えた男性 26.6%、女性 50.4%といずれも女性の割合が高い結果となった⁷⁰。また、Ballon et al は物質使用の理由についても尋ねたところ、女性（64.7%）はトラウマへの対処として物質使用したと答えた割合が男性（37.9%）に比べて高い結果となった。

(2) 再被害

性暴力被害にあうことは、再被害にあうリスクを高めることも報告されている^{71,72}。Classen et al は 90 本の実証研究について文献レビューを行ったところ、性暴力被害者の約 3 分の 2 は再被害を経験していた。また、再被害のハイリスクと特に関連があるのは幼少期の性的虐待経験とその深刻度であるが、その他にも複合的なトラウマ経験、青年期の被害経験、最近の被害経験が再被害のリスクを高めていた。再被害の影響については、再被害経験のある者は単回被害者または非被害者に比べて精神疾患や依存症のリスクが高まり、対人関係上の困難をより抱えやすくなるなどの関連が見られた⁷³。

幼少期・青少年期に受けた被害と再被害の関連については、例えば Humphrey & White の研究がある。Humphrey & White は、女子大学生 1,569 名（平均年

年齢 18.3 歳)を対象に調査を行い、青少年期の被害経験と大学在学中の被害経験の関連を調べた。その結果、13 歳以前に性暴力被害があったか否かに関わらず、14 歳以降に性暴力被害を受けたことのある者は、14 歳以降に被害がない者と比べて、大学在学中に性暴力被害を受けるオッズ比は 4.6 倍であった⁷⁴。全国調査で再被害率を調べた研究には Walsh et al の研究がある。Walsh et al は青少年女子 1,763 名 (平均年齢 14.5±1.7 歳)、女子大学生 2,000 名 (平均年齢 20.1±1.7 歳)、在宅女性 (house-holding residing women) 3,001 名 (平均年齢 46.6±17.9 歳)をそれぞれサンプリングして再被害率を調査した。その結果、性暴力被害経験のある青少年女子の 52.7%、女子大学生の 50.0%、在宅女性の 58.8%が再被害にあっていたことを報告した。また、再被害にあった青少年女子の 20.0%、女子大学生の 40.0%、在宅女性の 27.2%が PTSD 現在症の診断を満たしていた⁷⁵。PTSD 発症と再被害の関連については、再被害の要因には PTSD が媒介しているとする報告がある一方⁷⁶、複合的なトラウマ経験は PTSD 発症のリスク要因の一つでもあると報告されており⁷⁷、PTSD と再被害の因果関係は明らかになっていない。

(3) リスクの高い性行動

性暴力によって、被害者がハイリスクな行動をとることが報告されている。Brenner et al は女子大学生 4,609 名を対象に、性暴力被害とハイリスク行動の関連について調査を行った。その結果、年齢や人種などを統制しても、無理やり性交させられた経験のある対象者のオッズ比は、知人や男友だちとのみ合いのケンカ (2.4)、重度の自殺念慮 (2.7)、喫煙 (2.1)、過去 3 か月間の複数パートナーとの性交渉 (2.5) と高い傾向にあった⁷⁸。同様に、Gidycz et al は女子大学生のハイリスク行動について検証したところ、青年期に性暴力被害にあった女子大学生は、年齢やパートナーの学歴を統制しても、喫煙、マリファナ使用、自殺念慮、デート中の暴力、複数パートナーとの性交渉が増加傾向にあった⁷⁹。

幼児期に性的虐待がハイリスクな性行動に関連があることも報告されている。Lalor & McElvaney のレビューによると、幼少期に性的虐待を受けた者は、複数パートナーとの性交渉を行うこと、避妊せずに性交渉すること、10代で妊娠することと関連があった⁸⁰。例えば、Houck et al は幼少期に性的虐待を受けた青年期の者は、虐待歴のない者に比べて、過去 90 日間に性交渉することが有意に多く、避妊せずに性交渉を行い、コンドームなど使用することが少ない傾向にあった⁸¹。

第 4 項 生命に与える転帰

性暴力によって被害者が妊娠合併症、安全ではない中絶、エイズ感染、強姦致死などによって死に至る場合もある⁸²。性暴力被害者は、非被害者に比べて自殺念慮や自殺企図率が高いという報告もある^{83, 84}。

Ullman et al の調査によると、女性 627 名（平均年齢 34.04 ± 10.85 歳）の性暴力被害者のうち、幼少期と成人期の両者において性暴力を受けた者は、多変量解析で属性やその他社会的特性を調整した場合であっても、生涯における自殺念慮率が有意に高かった。また、この調査では、性暴力被害者は、若年であること、生活上のストレスがあること、うつ病、PTSD、アルコール依存症状があることが自殺念慮を高めていた⁸⁵。

以上のような影響のほか、性暴力は被害者の社会経済力にも影響を与えている。Byrne が 2,863 名（平均年齢 44.9 ± 18.4 歳）に行った研究では、性暴力を含み、対人暴力被害にあった女性は、失業、低収入、離婚のリスクが高まった⁸⁶。

このように、被害が被害者に与える影響は多岐にわたり、いまや、トラウマは公衆衛生上の問題となる。PTSDをはじめとする精神的疾患があると、被害者は疾患による苦痛に加えて、家事、仕事、学業など様々な場面で被害前のような適応できないなど困難が伴うことになり、被害によって生じた精神疾患が日常生活に与える影響は非常に大きいといえる。

また、被害者にもたらされるのは、性暴力による直接的な精神的苦痛だけではない。性暴力は再被害のリスクを高め、PTSD 発症が再被害率を高める可能性があり、被害者には長期に渡って有害な影響がもたらされる。したがって、被害後早期に PTSD 症状を改善することは、被害者の精神健康およびその後の人生に大きく貢献すると考えられる。

第 3 節 性暴力被害者の PTSD リスク要因

Vogt et al は PTSD のリスク要因は、心理社会的要因、遺伝的要因、生物学的要因の 3 種類に分類した⁸⁷。このうち、心理社会的要因は、トラウマ的出来事の特徴、トラウマ体験者の個人特性、トラウマ後の状況に分類している。この分類に従って Brewin et al と Ozer et al による PTSD のリスク要因に関する 2 つのメタアナリシスをまとめると、PTSD 心理社会的リスク要因は表 2-2 のように要約される^{88, 89}。

表 2-2. PTSD のリスクとなる心理社会的要因

分類	心理社会的要因
トラウマ体験者の個人特性	女性であること 若い年齢 社会経済的地位の低さ トラウマ歴（幼少期の虐待歴、他有害事象を含む） トラウマ以前からある心理的適応の悪さ 低い教育歴 人種（マイノリティであること） 精神科既往歴 家族の精神科既往歴
トラウマ的出来事の特徴	トラウマ的出来事の中に感じた生命の脅威 トラウマの深刻度 周トラウマ期に情緒反応があること 周トラウマ期に解離症状があること
トラウマ後の状況	ソーシャルサポートの欠如 生活上のストレス

出典：Brewin et al（2000）、Ozer et al（2003）より筆者が作成

トラウマ歴は PTSD リスク要因であるが、非戦闘の暴行、レイプ、ドメスティック・バイオレンスなどの対人暴力に関するトラウマ体験は、戦闘や事故に比べて PTSD 罹患により強い関連がある⁹⁰。また、被害時の年齢や虐待の重症度に関わらず、性的虐待歴は特に PTSD といった不安障害のリスク要因である⁹¹。社会要因、家族要因、個人的要因を統制した場合でも、性的虐待歴のある成人は虐待歴のない成人に比べて PTSD を含む精神疾患を 2.4 倍多く患うことが報告されている⁹²。

これらの PTSD リスク要因は、性暴力被害者の PTSD リスク要因にも当てはまる。以下には、性暴力被害者に特化した PTSD リスク要因に関する研究について述べる。

第 1 項 性暴力被害者の個人特性

性暴力以前の個人の特性については、年齢が若いこと⁹³や低い教育歴であること⁹⁴が PTSD のリスク要因であると報告されており、これは性暴力被害に限らないトラウマ的出来事の場合と同様である⁹⁵。

性暴力被害以前のトラウマ歴と PTSD のリスク要因については Nishith et al の研究がある。Nishith et al は、警察、病院、支援機関からリクルートし、被害から 1 か月以内である成人レイプ被害者 117 名（平均年齢 29.2 ± 7.8 歳）を対象に PTSD 発症要因をパス解析によって分析した。その結果、幼少期に身体的あるいは性的虐待歴があることが成人期のレイプあるいは暴行被害に関連し、PTSD 発症のリスクを高めていた⁹⁶。トラウマ歴は、性暴力被害に限らず PTSD リスク要因になっていることも報告されている。Elklit & Christiansen が性暴力被害者 148 名（平均年齢 23.1 ± 9.9 歳）に行った研究では、性暴力被害以前のトラウマ歴の中では、性暴力の被害歴よりも性暴力以外のトラウマ歴の方が PTSD 重症度を強く予測した⁹⁷。

第 2 項 性暴力の特性に関連した要因

性暴力の特性に関連した PTSD リスク要因としては、加害者の特性による違いも報告されている。Ullman et al によると、性暴力被害にあった女性の加害者を親族、見知らぬ者、顔見知りまたはパートナーに分けて群比較したところ、親族から被害を受けた場合、最も PTSD 発症率が高く、次に発症率が高いのは見知らぬ者からの被害であった⁹⁸。

Brewin et al のメタアナリシスによると、女性は男性に比べて PTSD 発症率が高いが⁹⁹、女性に限った場合でも、トラウマとなる出来事のうち、レイプによる PTSD 罹患率は他の暴力よりも高いことが報告されている。例えば、Faravelli et al によると、過去にトラウマとなる出来事にあつたことがない女性を対象に PTSD 罹患率を調べたところ、レイプ被害女性は非性的な暴力被害にあつた女性を比べて PTSD 罹患率が高かつた¹⁰⁰。

PTSD のリスク要因が、レイプ被害女性と身体暴力被害女性で異なることも報告されている。Acierno et al の全米女性調査によると、レイプ被害者、身体暴力者ともにうつ病の既往歴は PTSD 発症を高めるが、アルコール乱用歴や命の危険を感じた傷害の有無は、レイプ被害者のみに PTSD リスク要因となった。具体的には、レイプ被害者の PTSD のリスク要因は、うつ病の既往歴（オッズ比 8.04）、アルコール乱用歴（オッズ比 2.65）、命の危険を感じる傷害を伴うレイプ被害（オッズ比 2.75）であった。一方、身体暴力被害者の PTSD リスク要因は、教育歴（オッズ比 0.61）、うつ病の既往歴（オッズ比 4.7）であった¹⁰¹。また、性暴力被害者は、傷害を伴わない場合であっても、被害時に生命の脅威を感じることは PTSD リスク要因となる¹⁰²。

第 3 項 性暴力被害後の状況要因

前述のメタアナリシスでは、ソーシャルサポートの欠如と生活上のストレスの効果量はそれぞれ 0.40¹⁰³、0.32¹⁰⁴であり、PTSD リスク要因の中でも比較的高い結果となった。性暴力被害者においても、社会からの否定的な反応が性暴力被害者の転帰の悪化に関連する¹⁰⁵。Ullman et al (2007) によると、トラウマ後の心理社会的変数のうち、レイプに対する被害者の自責感と社会からの否定的な反応は、個人特性や犯罪被害歴、犯罪特性よりも PTSD 罹患により大きな影響を与えていた¹⁰⁶。Littleton et al は、被害後の情緒的なサポートが被害者の対処行動に影響を与え、その対処行動が PTSD の重症度に作用すること示した¹⁰⁷。同様に、Ullman et al が 1,863 名（平均年齢 31.1±12.2 歳）の性暴力被害者を対象に行った調査では、性暴力の開示（disclosure）に対する社会の否定的な反応は、被害者の不適応的な対処行動に影響を与え、その不適応的な対処行動が PTSD 症状の憎悪と関係していることを示した¹⁰⁸。

性暴力被害後の要因としては、ソーシャルサポート以外の PTSD リスク要因も報告されている。Andrews et al は、レイプ被害者を含む暴力犯罪被害者 157 名（平均年齢 35±13 歳）に対して、被害後 1 か月以内にインタビュー調査し

たところ、被害についての恥の感覚や他者への怒りの感情が PTSD 罹り患の予測因子となることを示した¹⁰⁹。

第 4 節 性暴力被害者の help-seeking 行動に影響を与える要因

第 1 項 犯罪被害者の help-seeking 行動に影響を与える要因

本章第 1 節で述べたように、性暴力被害は長期間にわたり心身に有害な影響を与えるが、被害の通報率や相談率は他の犯罪および被害に比べて低く、性暴力被害者に必要な支援や治療がなされていない可能性がある。また、本章第 3 節で述べたように、ソーシャルサポートの欠如は PTSD リスク要因であり、被害者に支援または治療が行き渡ることは PTSD 発症を抑えるためにも重要であると考えられる。メンタルヘルスに関する問題を抱えながら専門の相談機関に援助を求めない現象は、“サービス・ギャップ” (Service gap) と呼ばれている¹¹⁰。精神疾患に関する偏見は、一般人のメンタルヘルス・サービスの利用を抑制する要因として指摘されている^{111, 112}。日本では、2007 年に藤沢らが公表した精神科受診経路に関する多施設共同研究の結果によると、受診の遅れは一般住民の精神疾患についての知識不足や精神科受診に対する抵抗感があることが示唆されている¹¹³。したがって、性暴力被害者のみならず一般住民においても精神科受診についてサービス・ギャップはあるといえる。また、性暴力ではなくても、性的な問題については、男女ともに医療的な相談をしない傾向にあることも指摘されている¹¹⁴。このように、性暴力被害者の相談率が低いことには様々な要因が考えられるが、ここでは、性暴力被害に特化して、被害者の相談または通報を、促進または妨害する要因についてまとめる。

自分の力では解決できない困難な場面や問題に直面した個人が他者に援助を求めることを援助要請（以下、help-seeking）と言う¹¹⁵。犯罪被害者の help-seeking 行動に影響を与える要因については、海外で多数の研究がなされている。McCart et al は犯罪被害者の help-seeking 行動に与える要因についてレビューを行い、予測因子と妨害因子にまとめた。McCart et al の分類した犯

罪被害者の help-seeking 行動に影響を与える予測因子を表 2-3 にまとめた¹¹⁶。

表 2-3. 犯罪被害者の help-seeking 行動に影響を与える予測因子

被害以前からある特性 predisposing characteristics	性別、年齢、教育歴、人種、配偶者の有無、 性的志向
Help-seeking に有効な資源 enabling resources	家族や友人からの十分なサポート
ニーズ need	被害の重症度、犯罪類型、暴力特性、武器の使用、 加害者との関係、トラウマ後の精神障害の重症度

出典：McCart et al (2010) より筆者が引用抜粋して作成

McCart et al は、メンタルヘルス・サービスの利用に関する help-seeking 行動を妨害する感情面の因子として、恥、困惑、精神疾患があることへのステイグマなどをあげ、これらの因子には、ソーシャルサポートの欠如が影響している可能性を指摘した。また、被害者が利用可能なサービスについて認知していないこと、メンタルヘルスの治療に関する認識が乏しいこと、治療にかかる経費などが help-seeking を妨げる手続き面での妨害因子としてあげられた¹¹⁷。

第 2 項 性暴力被害者の help-seeking 行動に影響を与える要因

性暴力被害者の help-seeking に関する国内の研究はほとんどない。内閣府「男女間における暴力に関する調査」では、異性から無理やり性交された被害について、誰にも相談しなかった者 67.5%が、相談しなかった理由としては「恥ずかしくて誰にも言えなかったから」が 38.0%、「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」30.4%であったと、実態については報告されている¹¹⁸。痴漢に関しては、レイプ神話の容認度が高いと援助を要請しないことや過去の痴漢被害において相談満足度が高いとその後も援助要請し

やすくなることが研究によって示唆されているが¹¹⁹、これはレイプ被害に関する研究ではない。一方、海外では性暴力被害者の help-seeking 行動に与える影響について多くの研究がなされている。本項では、性暴力被害者の help-seeking に関する海外の研究を概観する。

性暴力被害者は、学歴が高いほど help-seeking する傾向が高く¹²⁰、医師などの専門家よりも友人および家族などの非専門家に援助を求めることが多い¹²¹。これらは他の犯罪被害と同様の傾向である。また、顔見知りからレイプされた被害者は見知らぬ者からレイプされた被害者よりも help-seeking しない傾向にあることや^{122, 123, 124}、レイプ被害の際に腕力や武器を用いられていたり、身体を負傷した場合に、より援助を求める傾向にあることも^{125, 126}、他の暴力犯罪に共通している¹²⁷。

犯罪被害者は専門家よりも友人や家族などの非専門家に被害を打ち明けるが¹²⁸、特に、性暴力被害にあった青年期女子は、警察、教師、カウンセラー等の専門家への相談率が低く、家族や友人などの非専門家に被害を打ち明ける傾向にある^{129, 130}。Ahrens et al がレイプ被害者 102 名（平均年齢 34.29±10.05 歳）に行った調査によると、非専門家の中でも、最初に被害を打ち明けた相手の 75% が友人であった¹³¹。

Price et al は性暴力被害者 226 名（平均年齢 26.15 歳±10.29）のメンタルヘルス・サービス利用の予測要因を調査したところ、精神健康の治療歴（オッズ比 4.09）、民間保険（private insurance）への加入（オッズ比 2.24）、医療保障があること（Medicaid/Medicare）（オッズ比 2.19）、アルコール乱用と精神疾患治療歴の相互作用（オッズ比 4.07）が有意にメンタルヘルス・サービスの利用を予測した¹³²。

性暴力被害後の医療機関の受診は、警察や関係当局への通報（オッズ比 9.45）、性感染症への恐れ（オッズ比 8.61）が有意な予測因子であると報告されている

¹³³。Amstadter et al は、レイプ被害にあった女性 556 名(平均年齢 42.91±15.08 歳)が医療専門家 (medical professional)、宗教家 (religious counselor)、メンタルヘルス専門家 (psychiatrist, psychologist、social worker、other therapist) の三者それぞれを利用した要因について分析した。その結果、医療専門家を利用する群は生涯のうつ病 (オッズ比 3.40)、メンタルヘルス専門家を利用する群は生涯 PTSD (オッズ比 4.52)、白人であること (オッズ比 2.79) がそれぞれ有意に高い結果となり、被害者の年齢、学歴、過去の被害歴は help-seeking を予測していなかった¹³⁴。

警察への通報については、性暴力被害時にアルコール飲酒がある場合や¹³⁵、被害者のレイプ神話 (rape myth) の受容度が高い場合に¹³⁶、通報率が下がることが報告されている。また、Paul et al は、性暴力被害について、通報することを誰かに勧められた被害者の方が、通報を勧められなかった被害者や誰にも相談しなかった被害者よりも通報する傾向が高いことを報告した¹³⁷。

第 5 節 性暴力被害者への早期介入

前節までのように、性暴力被害者は、被害後長年にわたり深刻な精神的影響を受けると同時に、再被害や危険性の高い性的行動をとるリスクが高くなる。そのため、被害者は性暴力被害後に緊急的に身体的傷害、性感染症や避妊のために治療を受ける必要がある¹³⁸だけではなく、精神的な治療も被害後早期から行うことが望ましいと考えられる。

トラウマ後の早期介入としては、1980 年代から 1990 年代にかけて心理的デブリーフィングと呼ばれる、一般的にトラウマ的出来事の後、数時間から数日をかけて行われる 1 セッションだけの介入が行われていた¹³⁹。心理的デブリーフィングが PTSD 症状や長期の心理的影響を予防するというエビデンスがないことから¹⁴⁰、現在、米国¹⁴¹、イギリス¹⁴²、オーストラリア¹⁴³のガイドラインにおいては、心理的デブリーフィングを行わないことが推奨されている。

急性ストレス症状の治療を目的とした心理的早期介入では、治療効果が報告されている研究もある。Roberts et al は、2012 年にコクランレビューにおいて急性ストレス症状の治療を目的としたトラウマ的出来事後 3 か月以内に行った RCT (Randomized Controlled Trial: ランダム化比較試験) 介入研究のレビューを発表した。その結果、選定基準を満たした 15 件のうち、12 件は TF-CBT (trauma focused cognitive behavioral therapy: トラウマに焦点化した認知行動療法) であり、TF-CBT は待機群や支持的精神療法に比べて介入効果が見られた¹⁴⁴。このうち、性暴力被害者を対象にした研究は Echeburua et al (1996)¹⁴⁵と Foa et al (2006)¹⁴⁶の 2 件であった。Echeburua et al (1996) は性暴力被害女性 20 名 (平均年齢 22±6.9 歳) に認知再構成法とコーピングスキルトレーニングを用いた CBT (cognitive behavioral therapy: 認知行動療法) 群と漸進的筋弛緩法のみリラクゼーション群に無作為に割り当てて、1 回 60 分のセッションを 5 回行ったところ、CBT 群はリラクゼーション群に比べて 12 か月後の PTSD 重症度が有意に低い結果となった。しかし、12 か月後時点での恐怖、不安、抑うつ、生活適応において両群に有意差はなかった。Foa et al (2006) は PTSD 診断を満たし、非性的被害を含む女性被害者 90 名 (平均年齢 33.7±11.4 歳) を CBT 群、支持的精神療法群、アセスメントのみを行うアセスメント群に分けて 1 回 2 時間セッションを 4 回実施した。その結果、介入後の評価では CBT 群は支持的精神療法より PTSD 重症度は有意に低かったが、最終フォローアップ時点では 3 群に差はなかった。これらの結果は Litz & Bryant が行った PTSD ガイドラインのためのレビューでも同様の結果であり、PTSD ガイドラインでは、性暴力被害者を対象に認知行動療法的早期介入を行うことは推奨していない¹⁴⁷。

Resnick et al の心理教育的な早期介入でも介入効果は見られなかった。Resnick et al は、性暴力被害にあってから 72 時間以内である女性 140 名に対して、司法検査を受ける前にビデオ介入した群 68 名と対照群 72 名に無作為に割り付けて、6 週間後と 6 か月後に評価を行った。ビデオ内容は、司法検査中

の苦痛を減らすための要素と、性暴力被害の後の反応に関する心理教育の要素の2つが含まれていた。その結果、性暴力被害歴のある女性は、介入6週間後に対照群に比べて介入群の方が有意にPTSD症状が低減していたが、介入6か月後では有意差はなかった。また、性暴力被害歴のない女性は、介入6週間後には対照群に比べてPTSD症状、うつ症状が高い傾向にあり、被害歴のない女性に対してビデオ介入は有効ではなかった¹⁴⁸。

しかし、近年、Rothbaum et al (2012)が行った研究では、性暴力被害者に対しても早期介入が有効であることが示された。Rothbaum et al (2012)は、性暴力、交通事故または身体的暴力のため救急科に来院した137名（トラウマからの平均時間11.79±12.90時間）をエクスポージャー法実施群（1週おきに1セッション1時間を3セッション実施）と、アセスメントのみ実施群の2群に無作為に割り付けて介入した。その結果、エクスポージャー法実施群では介入4週間後、12週間後において、アセスメント群よりもPTSD症状が有意に減少した。さらに、このRothbaum et al (2012)の研究では、交通事故または身体的暴力の被害者に比べて、性暴力被害者のPTSD症状が有意に減少した¹⁴⁹。

また、Price et alは、介入時に解離症状があることが、PTSD症状への早期介入の反応を乏しくする可能性を指摘している¹⁵⁰。性暴力被害者は、解離症状が強いため¹⁵¹、性暴力被害者への早期介入を考える際に、解離症状への対処が必要であることが示唆される。

このように、米国を中心に性暴力被害者へのPTSD症状に対する早期介入の実績が積み重ねられているが、エビデンスのある介入時期や介入方法は確立されていない。ヤスパースが「精神生活の天成の性質には…（中略）…文化の影響による個人の発達の違いや、教養や環境などによる精神現象の変化がある」（99ページ）と述べているように¹⁵²、精神症状は文化と相互に影響し合うため、トラウマの治療や支援、研究においては、文化の影響を考慮することが必要である¹⁵³。

さらに、性暴力の反応においては、被害者がどのような性的規範のある社会に生き、どんな性道徳観を個人的にもっているかが影響を与えるものであり¹⁵⁴、日本における性暴力被害者の支援や治療の実情を考慮して、支援方法や治療方針を確立していくことが必要である。

第Ⅱ部 性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の実情と支援の課題

第Ⅱ部は、まず、日本ではじまった性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの設立状況について報告する。次に、筆者の臨床実践に基づき、ワンストップ支援センターと連携する精神科臨床について、事例を含めた実践内容を報告する。続いて、ワンストップ支援センターから紹介されて精神科を受診した性暴力被害者に関するカルテ調査研究について述べる。カルテ調査研究の結果から、ワンストップ支援センターから紹介された性暴力被害者の治療または支援、ワンストップ支援センターと精神科との連携について、今後の課題と方策を検討する。そして最後に、急性期性暴力被害者のために作成した支援情報ハンドブックについて、有用性評価の研究を示す。

第3章 臨床における性暴力被害者支援および治療

第1節 性暴力被害者のためのワンストップ支援センター

第1項 ワンストップ支援センターの実践

米国では、1970年代から女性運動の流れを受けて、性暴力被害への直接支援を提供するためのレイプ・クライシス・センターがボランティアによって設立された。レイプ・クライシス・センターの多くは無料で危機介入サービスを提供している。レイプ・クライシス・センターの主なサービス内容は、24時間緊急ホットライン、カウンセリング（集団、個人）、法的および医療的なアドボカシー支援であり、米国には現在約1,200か所のレイプ・クライシス・センターがあるとされている¹⁵⁵。レイプ・クライシス・センターは、当初は、草の根運動（Grassroots）によって、権威主義を排除し、女性ボランティアによって運営されていたが、現在では、地域によってはメンタルヘルス専門家と共同して認知行動療法によるトラウマ治療を行っているセンターもある¹⁵⁶。

我が国では、2005年に施行された犯罪被害者等基本法（以下、基本法）のもと、2011年3月に策定された第2次犯罪被害者等基本計画（以下、基本計画）において、性暴力被害者への支援は引き続き充実すべき課題とされた。性犯罪被害者の身体的、精神的被害の回復のための対策としては、性暴力被害者のためのワンストップ支援センター（以下、ワンストップ支援センター）の設置を促進するための施策などが盛り込まれた。ここでのワンストップ支援センターとは、「性犯罪・性暴力被害者に、被害直後からの総合的な支援（産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法的支援等）を可能な限り一か所で提供することにより、被害者の心身の負担を軽減し、その健康の回復を図るとともに、警察への届出の促進・被害の潜在化防止を目的とするもの」¹⁵⁷である。基本計画に先立ち、2010年4月に産婦人科医が中心となって、「性暴力救援センター・大阪」（略称：SACHICO）が設立された。SACHICOは我が国最初のワンストップ支援センターであり、産婦人科医という専門家が中心となって設立されたことが米国と異なる点である。SACHICO設立以降、各地でワンストップ支援センター設立の動きがある。2013年6月には性暴力救援センター全国連絡会（事務局：SACHICO）が発足し、加盟団体は設立準備中を含めて27団体となった（2015年6月25日現在）。ワンストップ支援センターに求められる中核機能は、①支援のコーディネート・相談ができること、②産婦人科医療（救急医療・継続的な医療・証拠採取等）が提供されることであり、運営形態には、「病院拠点型」「相談センター拠点型」「相談センターを中心とした連携型」がある¹⁵⁸。「病院拠点型」の運営形態が中核機能①、②を行う上で最も理想的であるとされているが、「病院拠点型」で支援員が24時間365日体制で常駐して運営されている支援センターは、現在のところ全国でSACHICOのみである。「相談センター拠点型」では、現在、後述する性暴力救援センター・東京（Sexual Assault Relief Center Tokyo、通称：SARC東京）のみが24時間365日体制で運営されている。各地のワンストップ支援センターは、各地域の実情に合わせて運営主体や運営体制を築き¹⁵⁹、治療および支援

を提供している。

現在、ワンストップ支援センター設置に関する国内法はないが、国連（United Nations：国際連合）は、被害者が 24 時間無料で相談できる全国ホットラインや女性の人口 20 万人に一か所のレイプ救援センターの設立と国内法の制定を推奨している¹⁶⁰。

第 2 項 東京都の取り組みおよび SARC 東京について

SARC 東京は都内にあるワンストップ支援センターであり、24 時間 365 日の体制で支援員が常駐する「相談センター拠点型」の形態である。SARC 東京は都内一か所の産婦人科小児科病院（以下、A 病院）と連携する形で支援を開始した。2012 年 6 月に任意団体として設立された後、2014 年 3 月に特定非営利活動法人化された。SARC 東京の活動実績は、3 年間の合計では、電話相談件数（述べて件数）は 10,831 件、SARC 東京の支援員による面接総数（述べて件数）は 518 件、SARC 東京の支援により産婦人科初診にいたった者は 96 人、支援後に妊娠あるいは中絶にいたった者は 11 人、連携する精神科へ紹介し初診にいたった者は 37 人、弁護士を紹介した者は 58 人、警察へ通報した者は 56 人であった（表 3-1）。

2015 年 7 月 15 日には、東京都は「性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援事業」を開始し、SARC 東京は都と連携して事業を実施する補助事業者となった¹⁶¹。この支援事業は、東京都が「性犯罪・性暴力被害者に、被害直後からの総合的な支援（相談、産婦人科医療、精神的ケア、捜査関連の支援等）をワンストップで提供する体制を整備し、もって被害者の心身の負担の軽減と早期回復を図るとともに、警察への届出の促進及び被害の潜在化を防止すること」を目的として始めた事業である¹⁶²。この支援事業により、SARC 東京との協力医療機関は都内全域にわたる 65 機関となった。

表 3-1. SARC 東京 3 年間の実績

対応の種類	1 年目	2 年目	3 年目	合計
	2012 年 6 月 ～2013 年 5 月	2013 年 6 月 ～2014 年 5 月	2014 年 6 月 ～2015 年 5 月	
電話相談総数（述べ件数）	2,768 件	4,305 件	3,758 件	10,831 件
被害種別相談 ^{※1}	220 人	347 人	507 人	1,074 人
面接総数（述べ件数）	103 件	208 件	207 件	518 件
産婦人科初診 ^{※2}	34 人	36 人	26 人	96 人
妊娠・中絶 ^{※2}	1 人	6 人	4 人	11 人
精神科初診 ^{※3}	8 人	10 人	19 人	37 人
弁護士紹介 ^{※4}	13 人	19 人	26 人	58 人
警察通報	12 人	21 人	23 人	56 人
裁判所同行	4 人	3 人	2 人	9 人
裁判所同行総数（述べ件数）	38 件	6 件	17 件	61 件

※1 被害相談の実人数。したがって、同一人物であっても、はじめに受けた被害以外で新たに相談を受けた場合は数を再計上した。

※2 「産婦人科初診」は A 病院産婦人科を初診人数であり、「妊娠・中絶」は A 病院初診人数のうち、妊娠（中絶を含む）した被害者の人数。

※3 「精神科初診」は、A 病院 B 精神科へ紹介した者のうち、実際に B 精神科を初診した被害者の人数。

※4 「弁護士紹介」は、SARC と連携する弁護士グループに所属する弁護士への紹介した被害者の人数。

筆者は、A 病院内に 2012 年 9 月に併設された精神科（以下、B 精神科）において、SARC 東京から紹介を受けた性暴力被害者の心理治療を臨床心理士として行っている。SARC 東京と B 精神科との連携状況に関して、まず、A 病院および C 支援センターで行っている治療および支援体制について説明する。SARC 東京では、被害者から 24 時間ホットラインに電話があると、支援員が被害内容や希望する支援について確認する。特に、被害直後の場合は産婦人科の受診の必要性に応じて医療機関等の情報提供を行うとともに、A 病院に来院可能な被害者には診察時の同行支援を行っている。その他、SARC 東京では、

被害者の希望に沿って警察への通報や弁護士紹介などを行い、被害後に必要とされる支援全般についてコーディネートしている（図 3-1）。

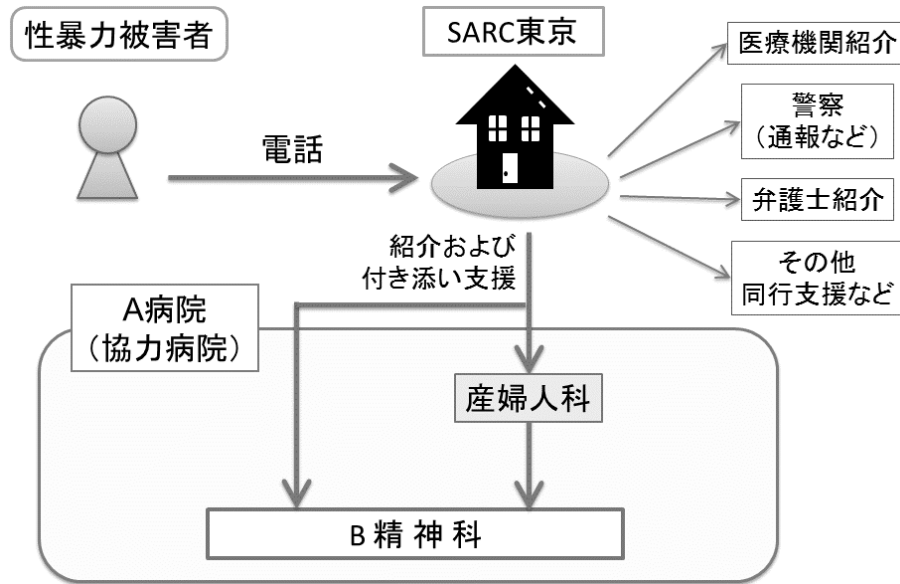


図 3-1. SARC 東京から B 精神科への紹介ルート（イメージ図）

B 精神科は精神科医 1 名、臨床心理士 2 名、心理士 1 名によって、SARC 東京から紹介された被害者の予約診療を週 1 日行っている。SARC 東京から精神科へ被害者が紹介される際には、被害者の同意を得て被害内容や刑事または民事訴訟手続きの状況、精神科受診の主訴などがまとめられた紹介状が SARC 東京から精神科へ提供される。

ワンストップ支援センターから紹介される被害者の多くには PTSD 症状が見られるため¹⁶³、B 精神科では、被害後早期に治療につながった被害者に対して、認知行動療法の技法を用いながら、表 3-2 にあるような治療を通常行っている。また、慢性 PTSD の治療として PE 療法（Prolonged Exposure Therapy：持続エクスポージャー療法）¹⁶⁴や CPT（Cognitive Processing Therapy：認知処理療法）¹⁶⁵を実施している。

表 3-2. 当科における性暴力被害者に対する通常治療*の内容

①治療動機づけとエンパワメント	現症状、治療の見通しを伝える、 本人持っている資源、能力の支持
②本人および家族への心理教育	PTSD 症状、解離症状に関する心理教育、二次被害に関する心理教育、外傷後認知に関する心理教育など
③現実エクスポージャー	トラウマ想起刺激となるために回避している状況・事物等を不安階層表にリストアップし、実生活内で回避している対象に近づく練習をする。
④リラクセーション	呼吸法
⑤対処行動の促進	安全の確保、サポート資源の確保、アサーション

*被害者の置かれている状況や被害後に生じた各症状に合わせて、精神科医あるいは臨床心理士が①～④（順不同）を組み合わせて治療を行っている。

第 2 節 臨床における性暴力被害者支援および治療

第 1 項 性暴力被害後まもない時期に特に必要な対応

本項では、筆者が発表した論文¹⁶⁶をもとに、性暴力被害へ被害後早期から治療または支援をする際に、臨床的に必要とされる対応について述べる。

性暴力被害後まもない時期の被害者に会う機会が多いのは、警察や産婦人科のほか、民間の被害者支援団体や性暴力被害者のためのワンストップ支援センターであると考えられる。どの機関であっても、はじめに再被害の可能性がないかなど被害者の身の安全を確認し、身体的ケアを行うことが優先される。被害直後に被害者が最初に訪れる場所が精神科である確率は低いと思うが、警察や産婦人科についてある程度の知識を持つておくことは必要であろう。警察に届け出をしていない被害者には、産婦人科医等医療機関の受診の必要性について確認することが必要である¹⁶⁷。被害直後には妊娠や性感染症などの防止の

観点から被害者に対して産婦人科の受診の有無を確認し、その必要性について話し合うことも必要である。特に、妊娠予防については、被害後 72 時間以内に緊急避妊ピルを内服することを選択できるため¹⁶⁸、被害からの日数を確認し、被害者本人の意思を尊重して、要望があれば産婦人科に紹介することが必要である。また、産婦人科の診察および治療は、性感染症や妊娠の予防など身体の保全のために必要であるほか、後日、被害届を出す場合や民事訴訟を行う際に、診療記録などが被害の証拠として提出できる可能性がある。刑事訴訟や民事訴訟は被害者のその後の精神的な回復と大きく関係するため、被害後、被害者は混乱していることが多いものの、可能な限り丁寧に説明して、本人の意思で産婦人科の受診について選択できるよう支持できるとよい。このような話をする余裕がなければ、性暴力被害者支援をしてくれる機関を紹介する必要がある。

被害後数週間から数か月後に精神科を受診した際は、本人が話せる範囲で被害の概要や症状について聴き、診断する。PTSD 症状は自然回復が見込めることが多いため、筆者らはその見通しを本人に伝え、回復を促進するような心理教育、あるいは認知行動療法的介入を行っている。治療開始から数か月経過しても PTSD 症状が持続している場合には、さらに積極的にトラウマに焦点化した心理療法を進める。

第 2 項 心理教育

被害者に対する心理教育は重要である。心理教育では、被害者の訴える症状や診察場面でみせる様子に合わせて、被害から生じる心身の反応について伝えていく。被害者に対する心理教育の目的はおよそ次の 4 つである¹⁶⁹。

1. 症状の理解

被害者が自分の症状について理解し、症状に対処できるようにする。被害者は、被害後から起きている様々な変化を体感しているが、医療者が思っているほど、被害による反応や症状であると本人が自分の症状を客観視

して認識していることは少ない。被害によってどのような変化が生じたかを知り、被害によってもたらされた症状であると知ること、症状を外在化することができ、回復への第一歩となる。

2. ノーマライゼーション

症状を「異常な事態に対する正常な反応」としてノーマライズすることで、症状に対する不安を緩和する。「自分はおかしくなってしまうて、もう治らないのではないか」と思っている被害者は多く、そうではないことを医療者など支援の専門家が保障する。

3. 機能不全思考の理解

自責感、羞恥心、自信喪失、不信感などの感情が、トラウマによって生じたものであることを理解し、これらの考えと一定の心理的距離がとれるようにする。特に、性暴力の被害者は、治療に訪れるまでに二次被害を受けてこれらの感情が強化されていることも多い。例えば、治療者や治療方針に対しても不信感を抱くこともある。被害者が治療を継続する上でも被害者のもつ機能不全思考を治療者側が理解する。

4. 症状回復への見通しをもつ

時間とともに症状の多くが軽快することを知ること、自分の本来の機能の回復に努められるようになる。同時に、症状が増悪する可能性についても事前に伝えるようにする。例えば、被害を通告している被害者は刑事手続き上、警察や検察からの事情聴取や実況見分、裁判での証言などで様々な症状が再燃する。治療においては事前に予測し、次回の予約を早める、症状が再燃した場合の対応を考えるなど、対処方法についても相談するようにする。

筆者の勤める精神科では、実際の臨床ではアセスメントツールやその結果を心理教育の道具としても使うことがあり、時間のない臨床では、有効である。PTSD 症状を測る IES-R (Impact of Event Scale-Revised : 改訂版出来事インパクト尺度)¹⁷⁰やトラウマ後の認知を測る JPTCI (Japanese Version of the Posttraumatic Cognition Inventory : 日本語版外傷後認知尺度)¹⁷¹、解離症状を測る DES (Dissociative Experiences Scale : 解離体験尺度)¹⁷²などの自記式尺度を利用して理教育を行うことも多い。被害者がチェックした項目について具体的な PTSD 症状や解離症状を聞き、症状にそった心理教育を行う。また、PTSD の構造化診断面接法である CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale : PTSD 臨床診断面接尺度)¹⁷³を行うことが心理教育的に働くこともある。CAPS は PTSD 症状について網羅的に評価することができる。自記式尺度や CAPS を実施することで、被害後、自分に症状が生じていることにはじめて気がつく被害者も多い。1 か月後、3 か月後、6 か月後と定期的に評価することで、被害者の症状の変化について治療者と被害者が共有し、治療方針を確認する機会とすることも有用である。

また、心理教育の際に心がけることは次の 4 つである¹⁷⁴。

- (1) 一方的に症状の説明をするのではなく、被害後によく生じる心理的な反応を被害者の症状に合わせて伝える。また、被害者の症状を医療者が決めつけるのではなく、被害者自身に症状を話してもらうようにする。
- (2) 症状など困っていることだけ聴くのではなく、気晴らしの方法や少しでも興味を持てるもの、すでにできていること、工夫していることなども聴くようにする。
- (3) 被害者が工夫した対処法については、その方法で自分を守ってきた方法であることは認める。有効な対処法は尊重し、改善する必要があるれば新たな対処法を一緒に考える。
- (4) 日常生活と被害者の精神症状を具体的に把握し、アセスメントした結果を伝える。

例えば、感情麻痺や疎隔感を伴う解離症状を起こしている可能性が高い被害者の様子（表 3-2）が見られた場合は、「今少しぼーっとしていますか？」「少し淡々とお話されているように見えますが、どうですか？」などと尋ね、その状態が解離症状であることを確認し、「今、ここで」起こっている症状やなぜ症状が現れるかについて心理教育していく。その際、学校や職場など他の場面でも症状が起きている可能性がないか、症状が起きている場合にはどのように対処しているのかを聴く。被害者がとっている対処法を尊重しつつ、解離症状を解くのに役立つストレッチや冷たい飲料を飲むなど、他の対処法についても伝える。また、解離症状は短期的には被害者を守る機制もあるが、長期的に続くと日常生活で困ることもあることなどを伝える。

表 3-2. 解離症状を起こしている可能性が高い被害者の様子

-
- (1) 受け答えが自動的である
 - (2) 動きが止まり、視線が一点を見つめている。
 - (3) 無表情になっている。
 - (4) 感情表出が乏しく、淡々と話をする。
 - (5) 目が半開きになっている。
 - (6) まばたきが多い
 - (7) 寝てしまう。
 - (8) 被害の話をしているにもかかわらず、にこにこ笑っているなどその場に不適切な表情をしている。
-

出典：吉田（2008）¹⁷⁵より引用

第3項 PTSD 症状の治療

慢性 PTSD の治療には、トラウマに焦点化した認知行動療法（TF-CBT）である PE 療法、CPT や EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing：眼球運動による脱感作と再処理法）が米国¹⁷⁶、イギリス¹⁷⁷、オーストラリア¹⁷⁸で出版されている PTSD の治療ガイドラインで推奨されている。PE 療法は、1 回 90 分で週 1, 2 回、全体で 10～15 セッション行う認知行動療法プログラムである¹⁷⁹。日本においても、Asukai et al^{180, 181}、吉田ら¹⁸²、小西・吉田¹⁸³によって、PTSD 症状や抑うつ症状が改善するなど有効性が示されている。

しかしながら、これらの定型の治療法は現実の精神科保険診療の枠組みの中で行うことはなかなか困難である。筆者の勤める精神科では、通常、精神科医師と臨床心理士とが連携しながら、PTSD 症状の治療を行っている。例えば、回避が起きたり持続する仕組みについて心理教育し、PE 療法の主要素の一つである現実エクスポージャー法¹⁸⁴を用いて、被害者が回避している場所、物、状況へ安全に向き合っていけるように、治療を行っている。被害者が症状や日常生活で困っていることについて一緒に不安階層表をつくり、SUDS（Subjective Units of Discomfort：苦痛の主観的評価点数）を用いて被害者が自身の苦痛についてモニタリングできるようにする。そうすると、被害者は不安や苦痛に圧倒されるだけの状況から、不安や苦痛を観察し、取り組むものとして扱うことができるようになる。PTSD の慢性化をもたらす要因が、回避症状による新たな学習の阻害であるとすれば、それを克服する方法があることを被害者が体感することは、臨床的には大きな効果をもたらすと感じる。ただし、これらの治療法のエビデンスは定型治療に関して存在するものであるから、現在のところこれは単なる診療の工夫レベルに留まっている。また、この方法だけですべての被害者の PTSD が軽快するわけではない。

PTSD の薬物療法については、International Pharmacological Algorithm

Project による PTSD 薬物療法アルゴリズムが発行されており、国立精神・神経医療研究センターのホームページにて日本語版が公開されている¹⁸⁵。その他、国内では、日本トラウマティック・ストレス学会が発刊した「PTSD の薬物療法ガイドライン：プライマリケア医のために（第 1 版）」¹⁸⁶および「PTSD 初期対応マニュアル：プライマリケア医のために（第 1 版）」¹⁸⁷ に PTSD の薬物療法が詳述されている。当該学会でこの 2 点が発行された後、米国 FDA（食品医薬局）で PTSD 治療薬として認可されている SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬；serotonin selective reuptake inhibitor）のうち、日本では、2013 年 11 月にパロキセチン、2015 年 3 月にセルトラリンが PTSD 治療薬として承認された。

第4章 【事例】ワンストップ支援センターによる支援から慢性期 PTSD 治療を行った被害女性の事例提示

第1節 はじめに

これまでに述べたように、日本における性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの取り組みは新しいものであり、被害後早期からの PTSD 症状への介入については、日本ではエビデンスや実践報告がほとんどない。本章では、筆者が性暴力被害後早期から行った被害者の心理・社会的介入について、一事例を提示する。

第2節 事例提示の背景と目的

前章で述べたように、慢性 PTSD の治療には、トラウマに焦点化した認知行動療法 (TF-CBT) である PE 療法、CPT や EMDR が米国¹⁸⁸、英国¹⁸⁹、オーストラリア¹⁹⁰で推奨されており、日本においても有効性が示されている¹⁹¹。PTSD 症状は、トラウマ体験の直後には一般的に多くの人に見られるが、多く場合、トラウマ後 3 か月以内に症状は減少することが報告されている^{192, 193}。

国際トラウマティック・ストレス学会監修の PTSD 治療ガイドライン策定のためのレビューによると、性暴力被害後に CBT 早期介入によって慢性 PTSD を予防することについてはエビデンスが不十分であり推奨されていない。性暴力被害を含めて、トラウマ体験後にどのくらい時間が経過した時点で CBT 治療を個人に推奨できるかは現時点では不明であるとされている。また、トラウマ暴露の直後からその影響についてモニタリングを開始し、数か月待った上で症状が弱まらなかったり、症状が新たに生じた場合に、定型的な CBT を提供すべきであるとされている¹⁹⁴。イギリスの PTSD 治療ガイドラインでは、トラウマ後 3 か月以上症状が継続している場合に、TF-CBT または EMDR で介入することを推奨している¹⁹⁵。オーストラリアのガイドラインにおいては、急性期にデブリーフィングのような 1 セッション限りの構造化された心理的介入は、

PTSD 予防のために機械的に提供されるべきでない」と明記されているが、TF-CBT、EMDR の提供時期については明記されていない¹⁹⁶。

筆者は、被害後約 10 日でワンストップ支援センターへつながり、その被害から約 2 か月後に精神科を初診した性暴力被害者（本事例）に、心理面接担当者として治療に携わった。本事例は、被害後早期にワンストップ支援センターから紹介された性暴力被害者に PE 療法を実施し、治療奏効のため治療が終了したケースである。PE 療法による PTSD 症状の軽減はこれまでも報告されており、本事例提示の主旨ではない。

本事例の経過をふまえ、ワンストップ支援センターから紹介された性暴力被害者への効果的な早期介入について検討するために、事例報告をする。特に、本事例で検討するのは次の 2 点である。すなわち、第 1 に、被害後早期に治療に至った性暴力被害者に対して慢性 PTSD の治療を行うタイミングについての検討であり、第 2 に、再被害を防ぐための介入方法に関する検討である。

第 3 節 倫理的配慮

本事例の提示については、本人および保護者より書面により同意を得た。また、プライバシー保護のため、個人が特定されないよう配慮し、考察に支障がない程度に一部変更を加えた。

第 4 節 事例の概要

本事例は、10 代女子の高校生（以下、C1 とする）である。清潔感があり、年相応におしゃれな衣服を着用していた。

以下には、B 精神科初診から PE 療法終了までに収集した B 精神科および、都内の相談機関で記録をもとに、本人と被害に関する概要をまとめる。

第 1 項 被害内容

X 年 4 月、学校帰りに友人との待ち合わせ場所に向かう途中、見知らぬ男性に高架下に無理やり連れていかれ、レイプ被害にあった。

第 2 項 初診時主訴

初診時の問診による C1 の主訴は、「一人になるのが嫌」、「学校にいるのが嫌になる」、「日によっては思い出したりして、気分が沈む」というものであった。

第 3 項 病前性格

C1 本人は「友だちとおしゃべりするのが楽しかった」と述べ、友人が多く明るい性格であったという。中学時代はバスケットボールをするなど快活な様子が語られた。母親からは、C1 はもともと多少臆病な性格であることが語られた。

第 4 項 受診および相談歴、精神科既往歴、遺伝的負因

C1 に精神科通院歴はなく、精神科既往歴もない。C1 にはこれまで相談機関およびカウンセリング機関を利用した経験はなく、不適応歴はない。また、特記すべき遺伝的負因はない。

第 5 項 家族構成

両親、きょうだいの 4 人で同居し、C1 は第二子である。両親ともに健康であり、家族関係は良好である。

第 5 節 精神科受診までの経緯および治療構造

第 1 項 精神科受診までの経緯

性暴力被害から約 10 日後、C1 は友人に様子がおかしいと言われたことがきっかけとなり、性暴力被害にあったことを友人らに初めて開示した。C1 は友人と一緒に、母親に対して被害にあったことを開示し、C1 は母親とともに警察署へ相談に行ったが、C1 はその時の警察の対応に不信感が募り、被害届は出さな

かった。その後すぐに、警察からの紹介で医療機関（A 病院）の産婦人科を受診し、被害の診察を行った。警察への相談と同時に、母親はインターネットで情報を調べて都内にあるワンストップ支援センターに電話で相談した。A 病院はワンストップ支援センターと連携する医療機関であったため、ワンストップ支援センターでは産婦人科受診の付き添いを行うとともに、面接により母親、C1 のサポートを行っていた。ワンストップ支援センターへの相談と並行して、C1 は友人、同居家族、学校の担任教諭に性暴力被害を開示しており、精神科受診前にそれぞれからサポートを受けていた。性暴力被害から約 2 か月後、ワンストップ支援センターからの紹介を受け、C1 は母親とともに A 病院精神科を受診した。ワンストップ支援センターからの紹介状には、被害概要、相談の経緯、C1 の主な症状について記載されていた。また、紹介状には、母親の心配事として、精神科で何を聞かれるのか、これまで家族に精神科受診歴がなく、精神科受診が娘の将来にマイナスになるのではないかと、といった内容が記載された。母親の動揺の様子から、母親へのケアも必要であることが記載されていた。

第 2 項 精神科での治療構造

精神科では、医師による診察の後、臨床心理士である筆者（以下、心理士）と心理面接を行った。C1 の診察には母親は毎回同席した。診察には、当初は心理士も同席していたが、診察が進むにつれて心理面接のみを行った。通常、診察終了後に C1 と心理士の 2 名で別室の心理療法室において心理面接を行った。

C1 の診療時間は、初診時は 30 分程度であり、2 回目以降は 15 分程度であった。心理士との面接時間は 30 分～60 分であった。予約時間に遅れたり、キャンセルすることはほとんどなかった。

C1 の通院頻度は、#1～5（来院 1 回目～5 回目の意。以下同様）は毎週通院し、#6～10 は 3 週間に 1 回の通院、#11～19 は月 1 回の通院であった。#16～18 は大学心理臨床センターで週 1 回行う PE 療法と並行して来院した。#19～

24 は PE 療法のポストアセスメント実施のための来院であり、PE 療法終了から 1 週間後、3 か月後、6 か月後、12 か月後に精神科にて PTSD 症状等のアセスメントを行った。PE 療法前後のアセスメントは、CAPS を施行し、治療期間を通じて、自記式質問紙として IES-R、SDS (Self-Reported Depressive Scale : 自己評価式抑うつ尺度)、DESⁱ、JPTCI^{197, 198 ii}等の心理検査を適宜行った。

なお、本事例の治療は、精神科医および心理士の 2 名でチームを組んで行った。したがって、以下に記載する治療方針、見立て、考察は、特記する場合を除き、精神科医および心理士の共見解である。

第 3 項 治療開始当初の治療方針

PTSD 症状は自然回復が見られることから、診察時に被害後の PTSD 症状を随時アセスメントし、PTSD 症状の増減および、症状が生活機能へ与える影響について経過観察を行うこととした。

第 4 項 治療・面接過程

通院期間は、X 年 6 月から X+2 年 6 月までの合計約 2 年であり、その内訳は、治療期間が約 1 年、アセスメント期間が約 1 年であった。通院回数は全 24 回であり、全 24 回の経過を 6 期に分けて記述する (表 4-1)。本事例提示の主旨に従い、全 24 回のうち、PE 療法導入までの治療と PE 最終セッションの介入内容を中心に記述する。以下、「 」は C1 の発言、< > は医師または心理士の発言、《 》は母親の発言とする。なお、PE 療法のアセスメント結果を含めて、通院期間中の心理検査結果は次項にまとめて示す。

ⁱ IES-R、DES、SDS については、第 5 章第 2 節第 2 項に詳述した。

ⁱⁱ JPTCI は、Foa et al (1999) が開発した外傷体験者の認知を測る尺度の日本語版である。7 件法の 36 項目からなり、信頼性妥当性が検証されている (長江ら, 2004)。Foa et al (1999) による総得点の平均は、PTSD 患者 133、トラウマ体験があり PTSD がない者 45.5、トラウマ体験がない者の平均得点 45.5 である (Foa et al, 1999)。

表 4-1. 本事例における治療回、期間および期名

期	治療回	期間	期名
I	1～2	X年6月中旬～下旬	治療導入期
II	3～7	X年6月下旬～8月中旬	外面的な回復期
III	8～11	X年9月上旬～11月下旬	症状憎悪期
IV	12～15	X年12月中旬～X+1年2月下旬	PE治療調整期
V	16～18*	X+1年2月中旬～6月中旬	PE治療実施から終了期
VI	19～24	X+1年6月下旬～X+2年6月下旬	PE治療ポストアセスメント期

* V期にPE療法を12回（PE#1～PE#12）実施した。

第I期（X年6月中旬～下旬）：治療導入期

C1の精神科初診時前に、精神科ではワンストップ支援センターからの紹介状を受け取っていた。また、先に同院産婦人科を受診していたため、性暴力被害確認の診察記録がカルテに記載されており、事件および被害の概要について知ることが可能であった。

#1【初診】：初診時前に、ワンストップセンターの支援員が付き添う形で、C1および母親が来院した。C1および母親に対して、当院精神科がワンストップ支援センターと連携して性暴力被害者の治療を行っていること、医師および心理士の性暴力被害者の治療経験等を伝えた。また、精神科来院歴がない本人および母親が初めて精神科を受診したことを労い、はじめに、精神科問診票をもとに、現在困っていることについて本人に聴いた。本人の困っていることは、「家で一人であることが嫌」、「ひとりで夜寝ると被害について考えてしまう」、「学校で騒いでいる友人の音がうるさい」、「男の人が無理」、「寝るの（入眠）が難しい」、「みんなが怖い人に見える」、「一人では電車に乗れない」、「学校は無理して行っている」であった。C1本人から自発的に語られる症状は少なく、医師から「電車はどう？」などという質問に答える形で上記症状を答えた。医師が

現在の症状がいつから起こったか、また被害直後と比べて今の症状との違いがあるかを尋ねたところ、C1は「少しよくなった」と答えた。医師は、C1の返答や母親からの質問に答える形で、症状は被害後に起きる自然な反応であることや日が経つにつれて徐々に症状が軽減していくことなど、症状についての心理教育や回復の見込みについて伝えた。また、C1が友人や母親に被害について話をするのができたことや、無理してでも学校に行くことができていることなど、C1本人の持つ力を肯定的に評価して伝え、今現在できていることを支持した。睡眠障害があったため、医師から服薬についての説明を行ったが、C1、母親ともに精神科処方薬に対して抵抗感があり、服薬を望まなかった。医師からは、現在は学校にも行くことが出来ている状態であり、無理に服薬する必要はないことや、今後、必要に応じて一時的に服薬することが役に立つことなどをC1および母親に伝えた。C1は、診察の当初は緊張した表情であったが、症状の話では涙ぐむなどしていた。母親は娘の被害後の変化に困惑していることや、回復の先行きが見えないことへの不安を涙ながらに話した。

診察後の心理士との面接では、診察内容を引き継ぐ形で、プリントを用いて、診察で挙がっていたトラウマ症状の心理教育を詳しく行い、トラウマ症状は被害後によく見られる症状であることなど、症状のノーマライゼーションを行った。また、日常の中でC1が気分転換できることやリラックスできることを2人で探し、最後にリラクゼーションのひとつとして、PE療法で用いるリラクゼーション技法のひとつである呼吸再調整法を行い¹⁹⁹、家で呼吸法の練習をすることを促した。

#2：初診から1週間の間に、「出かけた時、売り場で男の人とたまたま目が合った。目が怖くて、それから学校に行けなかった」、「この日の夜は全然眠れなかった」、「この日から夜眠れなくなって、1週間で2回くらい悪夢を見る」とPTSD症状の再体験および回避の症状が語られた。医師は、再体験および回避の症状について心理教育を行い、初診時に引き続き、症状のノーマライゼーションを

行った。また、回避は、短期的には本人に安心感をもたらすが、長期的には PTSD 症状を長引かせ、生活に支障が出ることなど PTSD 症状が持続する仕組みについて心理教育し、現実エクスポージャーの実施を提案した。また、睡眠障害が悪化したことが生活に影響を与えていることが本人および母親から語られたため、少量の抗不安薬を処方し、薬物療法を実施することになった。

心理士との面接では、心理士は現実エクスポージャーの目的や実施方法を説明し、不安階層表を C1 と一緒に作った。C1 の「男の人が怖い」については、“(一人または家族と) テレビやインターネットで男性を見ること”を不安階層表に挙げた。SUDS (Subjective Units of Discomfort ; 苦痛の主観的評価の点数) は 40 であった。面接で数個をリストアップした後、その他被害後に自分で避けていると思うこと、苦手なことを次回までに不安階層表に書き足してくることを宿題とした。また、C1 は、呼吸法を母親とともに練習し、不安が軽減することを実感していた。

第 I 期の考察：

C1 の症状は典型的な PTSD 症状であると思われた。精神科既往や不適應歴がなく、症状の重症度も適切であると思われた。回復に向けての資源としては、本人の力、家族および周囲からのサポートがあると考えた。まず、被害後に友人、母親などに被害を打ち明けることができ、help-seeking の力があると思われた。また、母親が自ら支援機関を探したり、精神科受診に付き添うなど家族からの支えを得ていた。ソーシャルサポートは PTSD 発症の阻害要因であり²⁰⁰、性暴力被害者の治療においては、家族や周囲からの理解とサポートは重要である²⁰¹。被害後被害後は週に数日学校を休むことあったが、精神科初診時は通学ができている状態であり、被害直後よりも PTSD 症状が軽減していることが C1 および母親から語られ、PTSD 症状は自然回復し始めていると考えた。

初診から PE 療法導入に至るまで、精神科では C1 に被害内容の詳細を尋ねる

ことはほとんどなかった。理由の一つは、ワンストップ支援センターからの紹介状や産婦人科診察記録を事前に読むことができ、被害内容を把握していたためである。理由のもう一つは、被害内容を何度も話すことは本人の負担となるため、ワンストップ支援センター利用の利点として、何度も被害について話させることを避けるためであった。初診以降、被害内容について聴かないなど心理的負荷がかかることに配慮したことが、CIが通院を継続するのに有効であった可能性がある。しかし、PE療法導入にあたって振り返って考えたとき、被害内容について聞かないことが回避を強める方向に働き、治療者側が回避症状の持続に影響を与えていたと思われた。

第Ⅱ期（X年6月下旬～8月中旬）：外面的な回復期

この時期は、#2から行った現実エクスポージャーの効果が現れていると感じられた時期であった。CIの行動範囲は広がり、本人の苦痛が減少していると思われたため、症状が軽減していると思立っていた時期であった。

#3：1週間の様子について尋ねると、CIは「学校は何とか行けている」、「人が集まっているところにはあまり行きたくないけど、スーパーはちょっと大丈夫になってきた」と1週間で変化が見られた。**#2**で始めた現実エクスポージャーの宿題を行い、SUDSが下がることを実感していた。悪夢を見ることや被害場所に近づいたときに再体験症状が現れたが、呼吸法を実施して落ち着きを感じるなど、対処できたことを報告してくれた。**#2**よりも表情が明るくなっていた。

#4-7：テスト期間前は、テスト勉強に取り組み、テストは休むことなく受けることができた。学業成績に問題はなかった（**#4**、**5**）。夏休みに入って、友人と電車に乗って遊びに行くことを現実エクスポージャーの宿題とした（**#6**）。母親の送り迎えを利用しながらも、電車に乗って友だちと買い物に行くことができた。被害場所に似た場所を見てSUDSが90くらいになり、「心臓がドキドキしてやばかった。ずっと音楽を聴いていた」という出来事があった（**#6**、**7**）。

第Ⅱ期の考察：

C1は、この時期は被害場所に似た場所を見るなど、きっかけがあって生じる反応がトラウマ反応であることに気がつき、工夫して対処できるようになった。できることが増え、本人の自己効力感は上がっているように思われた。学業成績への支障もなく、全体的に症状が軽減しているように思われた。実際に、#6では#3よりもIES-R、DES、SDS、JPTCIの得点は下がっていた。治療者らはこのまま徐々に回復していくと考えていた。

第Ⅲ期（X年9月上旬～11月下旬）：症状憎悪期

夏休み後からのこの時期は、PTSD症状が憎悪して、友人や家族への不信感から孤独感が強くなるとともに、自責感が強まった時期であった。

#8：被害のことを知っている友だちとケンカをした。そのことで被害のことを久しぶりに思い出してその日は興奮していた。自分では大丈夫だと思っていたが、翌日にふさぎ込んで学校を休んだ。今日は朝は気分が乗らなかったが、11時頃に遅れて学校に行った。クラスの友だちに“何、サボってるの？”“へたれてるんだ”と言われた。自分では頑張っているのに、「そう思われているんだ」と思った。みんなが離れていきそうで寂しくなる。少しのことで嫌われるんじゃないかと思う。学校でも一人でいることが多い。学校は楽しいけど、寂しい。一日のうちで気分の上がり下がりが大きい。

#9：先週くらいから、「なんかダメ」で、半分くらいしか学校に行けなかった。行けない日はベッドにいて、一日何もしゃべらない。<どのように被害のことを思い出した？>はっきりではないけど、ふんわり思い出す。<何かきっかけはあった？>友だちのところに一人で自転車で行った。被害のことを思い出さなかったけど、緊張した。<他にストレスは？>学校は楽しくないわけではないけど、みんなでいるとイライラする。近くで騒がれると教室にいたくないか

ら、保健室に行く。〈睡眠は？〉あまり眠れない。寝る前に薬飲んでも眠れない。なんか落ち着かない。23時に布団に入っても、寝るのは3時頃になる。母親はC1の様子で気がついたこととして、C1が「家族に嫌われる」と泣いていたと話した。

心理士との面接では、夢をみた、と夢の内容を「夢の中では女の人と部屋にいと、人が入ってきて一緒にいた女の人を殺して、自分は隠れたけど見つかった。自分でその人を殺しちゃった。でも、死んでなくて、どうしてなんだろうと思った」と語った。

PTSD 症状が再燃している様子について〈何かきっかけはある？〉と尋ねると、被害のことを知らない友人から薬飲まないで眠れないでしょ？と聞かれたことがきっかけであった。被害のことを知っている友だちがその子に薬を飲んでいることを話したと思うが、話していないという。家族に嫌われると泣いたことについて尋ねると、自分のことを分かってくれなくて、きょうだいもお母さんも信じられない。イライラすると歯止めがきかないから、このまま（イライラしたまま）家にいると、嫌われるんじゃないかと思うと話した。

#10：「日に日によくなっている」。〈睡眠は？〉あまり途中で起きることはなくなった。薬を飲まないこともあるし、学校も行けている。きょうだいと二人でコンビニに行く時、男の人が通り過ぎた。昼間だったけど、ビクっとした。

#11：診察で、C1から先々週、親戚が入院している病院に家族で行った。帰りのバスが被害場所近くを通過したという話があった。心理面接で詳しく聴くと、バスに乗って、自分が思っていたよりも「大丈夫じゃなかった」。最近、母親は疲れているようで、母親にもそのことを言えなかった、と泣きながら話した。その時のSUDSを尋ねると、バスに乗る時のSUDSは40、被害場所に近づいたときはSUDSが70という。被害場所を通過した際の再体験症状が強く、PE治療開始を視野に入れながら、次回診察でCAPSを実施することとした。

第Ⅲ期の考察：

夏休みが終了して2学期が始まると、C1の症状は憎悪した。夏休み中は外出することや人と会うこと回避していたが、2学期が始まり、友人との会話や通学など、トラウマ刺激へ曝露が増え、症状が表面化したものと考えられた。

PE療法の選択肢は、治療開始当時からあり、本人および母親に対してもPE療法があることを伝えていた。治療者らは、必要があれば、PE療法を始めることも視野に入れていた。#8～10は、夏休み直後の本人の不安定さを経過観察しながらも、学校へ適応できている部分があり、PE治療を薦める決定要因がない状態であった。#11にバスで被害場所近くを通過した際の再体験症状が強く、C1本人もダメージの大きさに衝撃を受けていたことから、CAPSを実施して、PE治療導入について検討することとした。

第Ⅳ期（X年11月中旬～X+1年2月下旬）：PE治療調整期

この時期は、CAPSを行ってPTSD症状の重症度を測った後、PE治療開始時期を調整した時期であった。テストや学校行事、冬休みが重なり、PE治療開始時期までに時間がかかった。

#12-15：CAPSを実施した（#12）。CAPS結果を伝え、CAPSの感想を聞いたところ、「やってみて症状があることに気がつき、次の日学校に行けなかった」という（#13）。新学期前にPE療法を終了させるスケジュールが候補に挙がっていたが、期末テスト、学校行事が続くため、本人の希望により、PE治療はそれらが終わって春休み前から開始することになった。

第Ⅳ期の考察：

C1の希望により、PE療法開始を予定より3か月ほど遅らせることになった。学校行事への不参加は本人の不全感につながることや、PE療法が期末テストに与える影響を考慮すると、治療を遅らせることは妥当であると思われた。

第V期（X+1年2月中旬～6月中旬）：PE治療実施から終了期

この時期は、PE療法の開始から終了までの時期であった。PE療法実施中の時期は病院ではDrの診察のみとし、心理士との心理面接は行わなかった(#16-18)。PE療法は全12回のセッションを実施した。PE療法最終セッションでは、IES-Rの得点は0点となり、PTSD症状はほぼ消失した。再被害にあらうことを防ぎたいと考え、最終セッションでは再被害を防ぐための介入を行った。

#PE12（最終セッション）：テキストに記載されているPE最終セッションで実施する内容が終了した後、心理士から「こういう嫌な想定はしたくないけど、大事な話だからあえてお話しします。もし、同じような被害にあいそうになったら、どうする？」と聴くと、CIは困った顔をして無言になった。「<では、例えば、家から近い公園内を横切っている途中で、怖そうな男性から声を掛けられたらどうする？」と具体的な場面を想定すると、「<逃げる。お母さんに電話する>と答えた。その答えを支持しながら、どのように逃げるか、お母さんに何と電話するか、公園に他の人がいた場合、いなかった場合、助けを求められる人がいないか、助けを求める場合に自分の状況をどのように伝えるか、公園近くに逃げ込める場所はないか、どのような場所に逃げ込めるか、について具体的に話し合った。具体的な対処方法が増えていくに従って、CIの表情は明るくなり、より自信に満ちた顔になった。

第V期の考察：

PE最終セッションでは、CIは、表情が明るく、年相応によく話す女子になり、心理士はCIの被害前の様子を始めて知ることができたように思った。Thは、症状は消失したが、想像エクスポージャーで被害にあった場面の話を何度も聴くにつれ、CIが悪意のある他者からの攻撃には無力で脆弱な様子や、被害

場所へ連れていかれるまで周りに人がいたにも関わらず助けを求められなかった様子が気になっていた。再び被害にあうことを防ぐことを目的に、被害場面を想定して具体的な対処方法を一緒に考えた。平易な介入ではあるが、C1本人は手応えを感じているようであった。

第Ⅵ期（X+1年6月下旬～X+2年6月下旬）：PE治療ポストアセスメント期

この時期は、PE療法が終了し、終了後1週間、3か月、6か月、12か月のアセスメントを行った時期であった。PE療法は奏効し、全アセスメントを通じて、PTSD症状および抑うつ症状はほとんど見られなかった。PE療法のポストアセスメント結果は、次項に示す。

#19-24： PE終了1週間後のアセスメントを行った。PE療法が終わって、今は「困っていることはない」。家で家族と警察の話になったときに、被害後の「警察の対応がおかしいと思った」。CAPS得点は減少し、PTSDの診断はつかない状態となった。中間テストの結果が返却されたが、クラスで一桁の順位になり、成績が上がった。「こんなによい順位は初めてでうれしい」(#19)。PE終了3か月後のアセスメントでは、「今週から眠れない日があった」とアセスメントがあることでストレスが増している様子が語られた。PE療法の体験について聴くと、「やっているときは、よくなると言われても信じていなかった」と言い、今は「やりたいことがいっぱいできてきた」と進学について前向きに考えている様子であった。進学は就職率を考えて女子大を志望していた(#20)。#21、#22は不眠のため来院し、経過観察した。PE終了6か月後のアセスメントでは、「最近寝坊するくらい」と睡眠が良好なことが語られた。オープンキャンパスへ行き、大学は就職を考えてやはり女子大を志望していた(#23)。PE療法終了1年後のアセスメントでは、女子大に落ちて浪人生になったと報告があった。今は共学でよいと思っていて「女子大へのこだわりはなんだったんだろう」と述べた。毎日が楽しい。バイトを始めて、男性客に付きまといわれそうになったと

きに、バイトを辞めたくなくなったが、母親に相談して、辞めるのを思いとどまった。職場の人にも相談して、うまく対処することができて、バイトも頑張っていると言い、「被害前より全然強くなった」と笑った。母親は「1年でこんなにも変わるんですね。夜もお風呂に入らないで寝てしまうくらい。夜もぐっすり眠れている」と笑顔で C1 の様子を語り、治療終結となった (#24)。

第VI期の考察：

PE 終了後のアセスメントにおいては、PTSD 症状が再燃することはなかった。アルバイト先の男性客からの付きまといに対して、母親、職場の人に相談して適切に対処することができており、それによってさらに自信を強めている様子がみられた。もともとの臆病な性格から、本人が言うように「強くなった」ように思われ、PE 最終セッションで再被害防止の介入をしたことの効果が見られているように感じられた。

第5項 心理検査の実施及び結果

IRS-R、DES、SDS、JPTCI、CAPS の結果を図 4-1、4-2、4-3、4-4、4-5 に示した。初診および受診 2 回目 (#2) は、来院すること自体の負担が大きいと判断し、自記式心理検査を実施して負荷をかけることを避けたため、#3 以降から心理検査を実施した。#3 では、IES-R はカットオフ値を超え、DES は PTSD 患者得点の平均以上であったが、#6 ではいずれも下がり、閾値化となった。

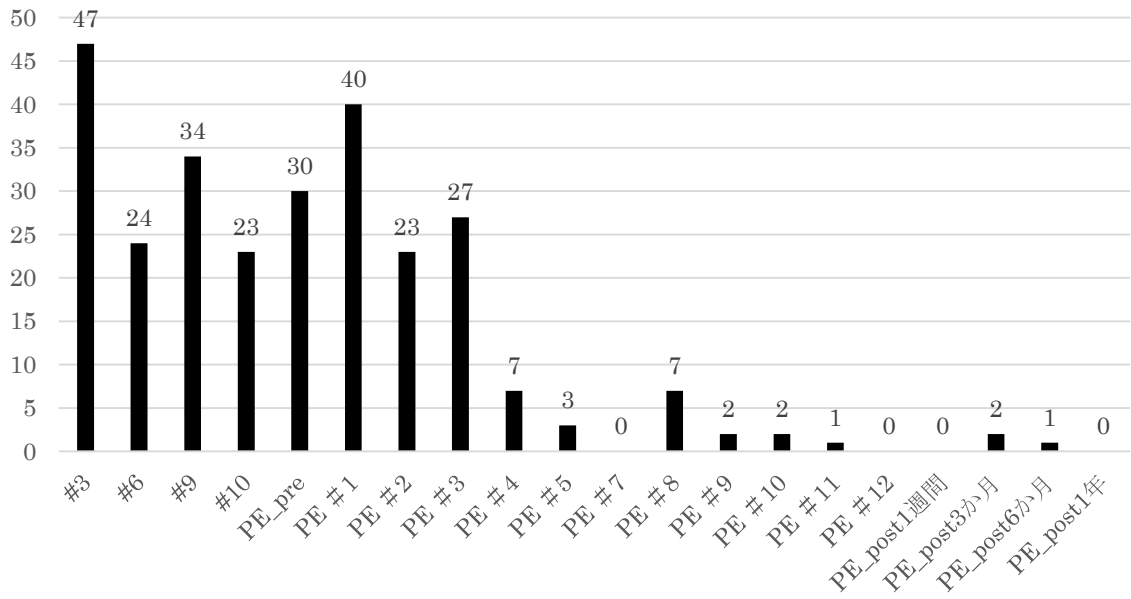


図 4-1. PE 療法実施前後の IES-R 得点

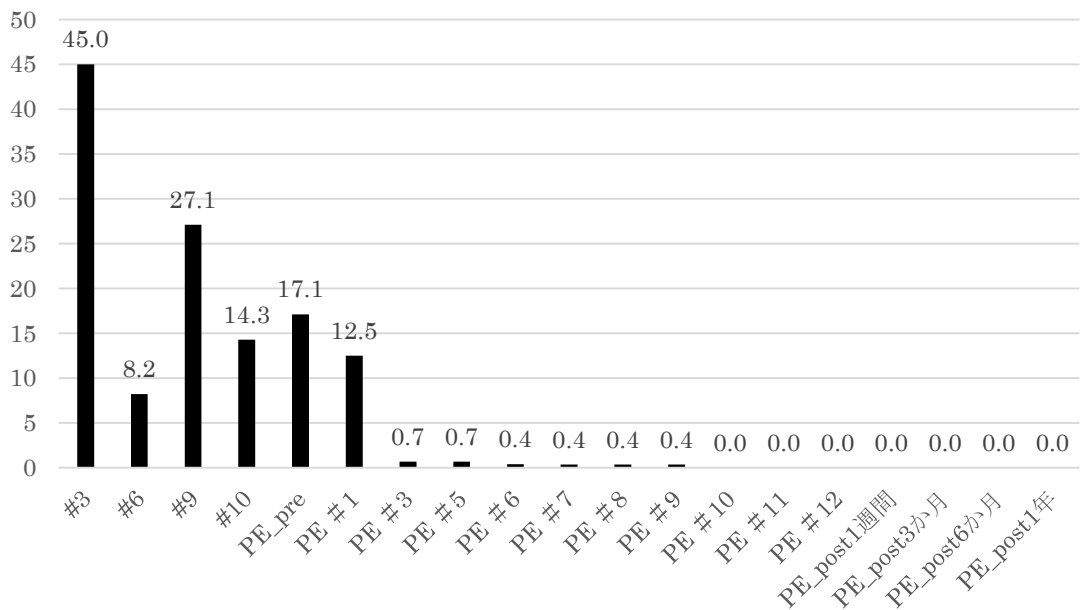


図 4-2. PE 療法実施前後の DES 得点

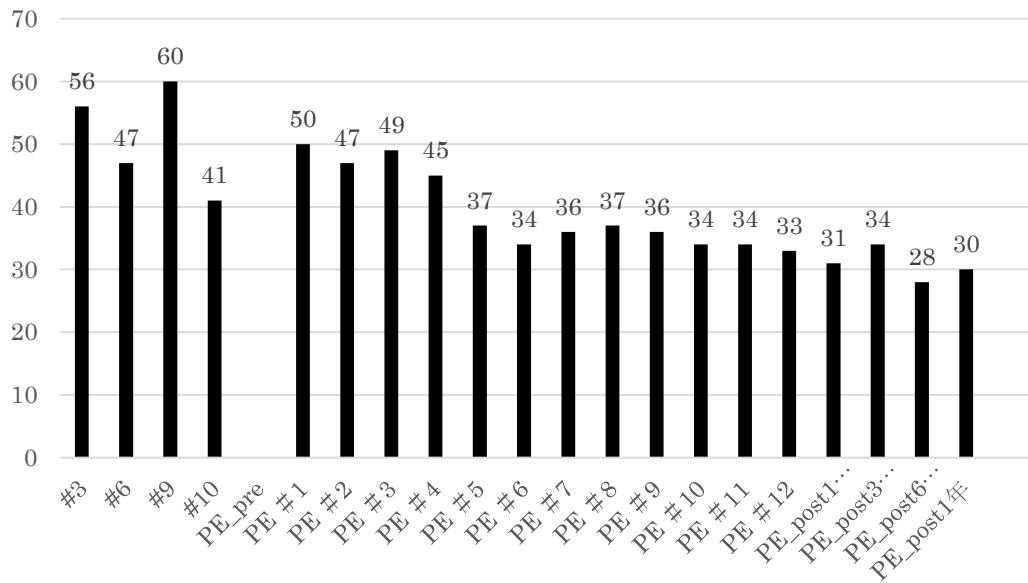
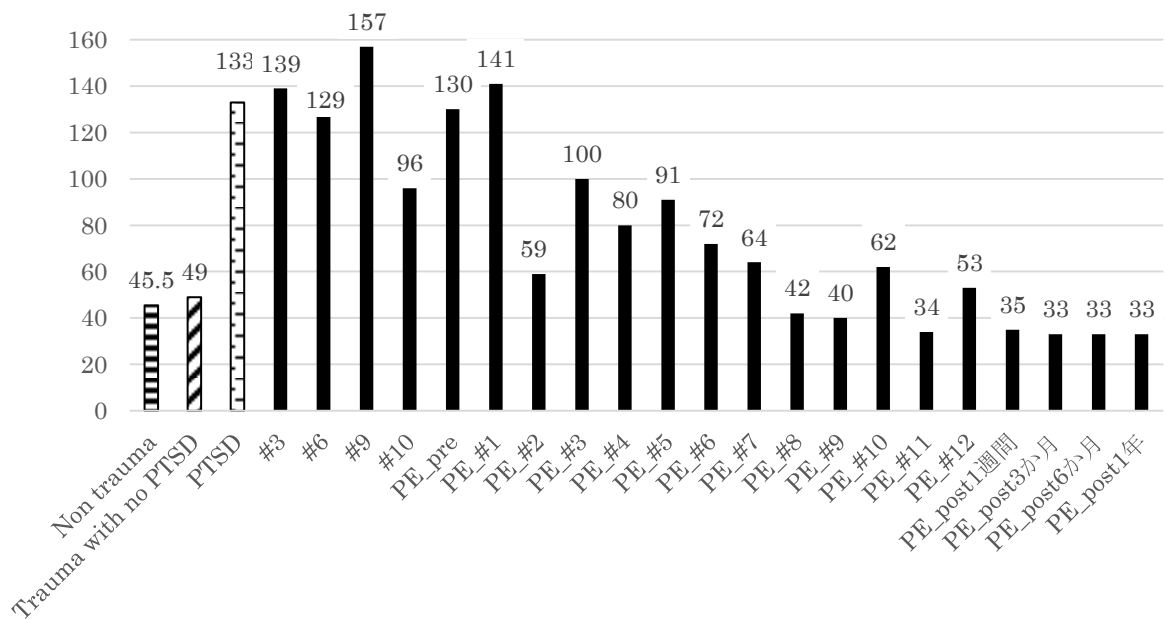


図 4-3. PE 療法実施前後の SDS 得点



注) PTSD: PTSD 患者の平均得点、Trauma with no PTSD: ト라우マ体験があり PTSD がない者の平均得点、Non trauma: ト라우マ体験がない者の平均得点 (出典: Foa et al, 1999) ²⁰²

図 4-4. PE 療法実施前後の JPTCI 総合得点

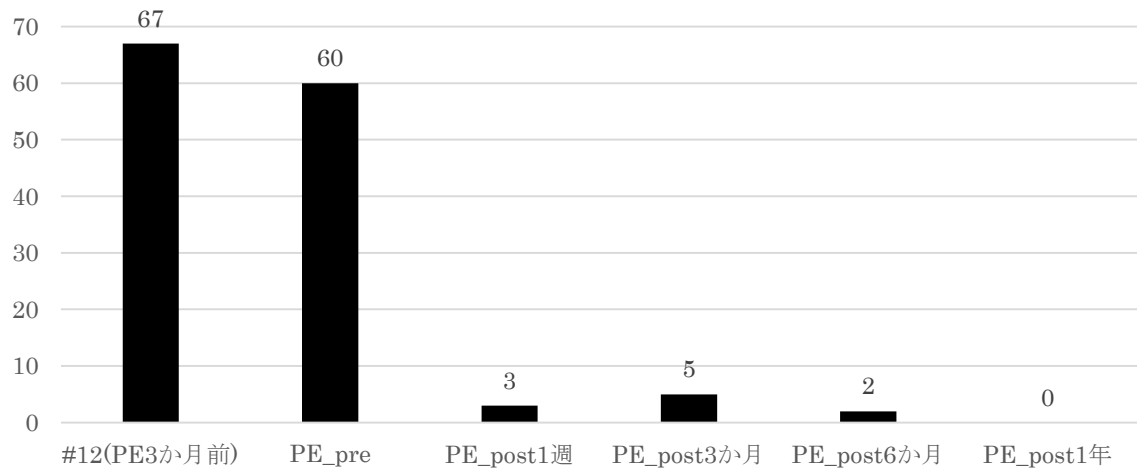


図 4-5. PE 療法実施前後の CAPS 得点

第 6 節 事例の全体考察

本事例の I～VI 各期における考察は、前節で述べたとおりである。本節では、事例提示の目的に従い、被害後早期に治療に至った性暴力被害者に対して慢性 PTSD の治療を行うタイミングおよび、再被害を防ぐための介入方法に関して、以下の項でそれぞれ検討し、考察する。

第 1 項 被害後早期に治療に行った被害者への慢性 PTSD 治療

本事例は、治療初期から PTSD 症状に沿ってトラウマ反応の心理教育を行い、PE 療法で使われている現実エクスポージャーを実施した。診療の度に PTSD 症状に注目し、心理教育を行うとともに、自記式尺度を施行し、PTSD 症状等が軽減していることをモニタリングしていた。心理教育や現実エクスポージャーによって PTSD 症状は低減していると思われ、実際に学業への影響も少なかった。PTSD はり患後 3 か月以内に自然回復することが先行研究により示唆されており²⁰³、被害後 2 か月で精神科を受診した C1 は自然回復が起こる時期と重なっていた。また、C1 は精神科既往歴や不適応歴がなく、十分なソーシャ

ルサポートを得るなど、PTSD のリスク要因が少なかったため、治療者らは、症状が改善される見通しを持っていた。

しかし、実際にはトラウマ記憶のリマインダーを回避することにより再体験等の PTSD 症状が表面化されていなかったため、慢性 PTSD 治療を実施するタイミングを逃したとも考えられる。既述のとおり、10代や20代は性暴力被害率が高い年齢層である。本事例の CI は、在学中に学業に打ち込めなかったことから、高校卒業後に浪人し、大学受験することを選択した。本事例では、PE 療法により最終的には症状が寛解して治療は終了したが、高校生は、学校を休むなどの不適応が続くと進学・進路に影響が及び、人生や将来に与える不利益が大きい。そのため、高校生などの学生は早い時期に症状を消失し、不適応な時期を短くすることも重要であると考えられる。一方、自然回復が見られる被害者に対して PE 療法などの治療を実施することは、被害者および治療者両者にとって負担が大きく、英米の PTSD 治療ガイドラインでは推奨されていない。

したがって、被害後早期に精神科へつながった性暴力被害者に対しては、PTSD の自然回復や重症度の見極めが重要であると思われる。症状を見極めるためには、自然回復していると思われる被害者であっても、PTSD の構造化診断面接法である CAPS を行い、PTSD 症状について網羅的に評価することが重要である。

第2項 再被害を防ぐ介入方法

第 I 部でみたように、性暴力被害者は再被害にあうことが多い。特に、10代20代での被害率は高く、若年層で性暴力被害を受けると再被害のリスクが高まる。再被害によって精神健康は悪化するため、性暴力被害者の治療や支援において再被害を防止する介入をすることは重要であると思われる。

事例の CI へ行った再被害防止の介入から、若年層は社会的な場面において

未熟であり、対処方法の選択肢が豊富ではないため、被害を防ぐことについて、成人女性には見られない脆弱性があると思われた。PE療法の青年期版(PE-A)²⁰⁴では、症状が再発した場合の対処についてのモジュールが最終セッションに設けられているが、再被害にあった際の対処については含まれていない。性暴力に関する治療および支援を終了すると、被害についての対処方法について話す機会はほとんどないと思われる。したがって、ワンストップ支援センターの支援や精神科治療につながった際に、再被害防止について介入することは重要であると考えられる。

第7節 おわりに

本章では、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから、被害後約2か月で精神科を初診した性暴力被害者の事例を提示した。事例の高校生は、初診時には典型的なPTSD症状が見られたが、早期介入を経てPE療法を実施したところ、治療は奏効して治療終了した。本事例を通じて、早期介入から慢性PTSD療法を導入するタイミングの困難さが示唆された。一方、ワンストップ支援センターとの連携により、治療開始から約1年で症状は寛解し、精神科治療は終了した。本事例は、精神科既往歴や被害歴がなく家族関係も良好であり、本人の属性と治療に適した環境が回復を促進したことも考えられるが、ワンストップ支援センターと精神科の連携が被害者の精神的回復に寄与することが示唆された。ワンストップ支援センターと精神科との連携は始まったばかりである。今後も介入事例を積み重ねて、ワンストップ支援センターと連携する精神科において行う性暴力被害者への早期介入について、効果的な介入方法を確立していくことが必要である。

第5章 【研究 1】性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の実情と治療の課題

第1節 はじめに

本章では、ワンストップ支援センターから紹介されて連携する精神科を受診するに至った性暴力被害者について実施したカルテ調査について述べる。なお、本章および次章は、筆者が発表した論文²⁰⁵再構成したものであり、本章では研究1として、被害者の実情と治療に焦点をあてた研究について論述する。

第2節 研究の背景と目的

既述のように、被害直後からの性暴力被害者への支援が全国的に広がりを見せている。2010年に我が国で最初の性暴力被害者のためのワンストップ支援センターである「性暴力救援センター・大阪」（略称：SACHICO）が開設され、その後全国各地で性暴力被害者に焦点をあてた支援組織が設立あるいは計画され始めた。ワンストップ支援センターでは、性犯罪・性暴力被害者に、被害直後からの総合的な支援（産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法的支援等）を可能な限り一か所で提供することが特徴である。一か所で支援を行うことにより、被害者の心身の負担を軽減して健康の回復を図るとともに、警察への届出の促進・被害の潜在化を防止することを目指している²⁰⁶。

性暴力被害のうちでも、レイプ被害は戦闘、事故、災害など他の外傷的出来事よりも PTSD の発症率が高いことが報告されている²⁰⁷。レイプ被害後の PTSD 発症率について、Rothbaum ら²⁰⁸は、レイプ被害を受け、医療機関または相談機関を訪れた成人女性 95 名を 12 週にわたって評価した縦断調査を行った。調査を完了した 64 名のうち、レイプ被害後の平均 12.6 日後に 94% の女性が PTSD 診断基準を満たしていたが、1 か月後では 64%、3 か月後では 47% となり、被害後 3 か月以内に多くの被害者は PTSD が自然に回復することが示唆

された。ただし、Rothbaum et al の縦断調査では、3 か月時点において回復しなかった被害者はその後も PTSD に該当した。出来事から約 12 か月までに回復が見られた後には PTSD 症状は生涯にわたって慢性化することが多く²⁰⁹、慢性疾患である PTSD は、り患者の QOL を著しく低下させる²¹⁰。また、性暴力被害者はうつ病や広場恐怖、強迫性障害、社交不安などの不安障害²¹¹、アルコール・物質乱用²¹²、自殺念慮や自殺企図^{213, 214, 215}の率が非被害者より有意に高いことが報告されている。このように PTSD は症状による精神的な苦痛だけではなく、社会機能の低下や他の精神障害の併存が多い。したがって、被害後早期に PTSD 症状を改善することは、被害者の精神健康および社会機能の改善に有効であると考えられるが、現在のところ性暴力被害者の早期介入としては推奨されている介入はない²¹⁶。また、性暴力被害者への早期介入について検討するためには被害者の精神症状および治療の実情について明らかにする必要があるが、国内における報告はほとんどない。

本調査では、性暴力被害者の実情を踏まえた早期介入の方法について検討するため、ワンストップ支援センターから連携する精神科へ紹介された性暴力被害者について、カルテより臨床情報の収集を行い、データを集計・分析して報告する。本研究の目的は、性暴力被害者の属性、被害状況、精神健康への影響、薬物療法の実施状況を調査し、被害者の実情に合わせた治療について検討することである。特に、治療終結、治療継続あるいは治療中断といった治療転帰毎に被害者の実情を分析し、性暴力被害者の早期介入に必要な要素について検討する。

第 3 節 方法

第 1 項 調査方法と調査対象

都内のワンストップ支援センター（以下、C 支援センター）から紹介されて B 精神科を受診した性暴力被害者について、カルテより情報を収集した。調査対象者は、C 支援センターが開設された 2012 年 6 月から 2014 年 5 月末までの

2年間にC支援センターからの紹介によりB精神科を受診した者とし、2014年10月末時点でカルテから得られた情報をデータ収集および分析の対象とした。

第2項 調査項目

本調査において、カルテより情報収集した調査項目は、以下のとおりである。

- ①対象者の属性：年齢、性別、教育歴、婚姻歴、同居の有無、精神科既往歴、遺伝負因
- ②被害に関する内容：被害時期、被害内容、被害場所、被害状況（アルコール、薬物の接種）、加害者との関係、加害者人数、過去の被害歴（B精神科を受診するにいたった性暴力被害以前の被害歴）
- ③診察および治療に関する内容：被害から精神科初診の日数、処方の有無、処方時期、処方内容、診断の有無、診断名、産婦人科受診の有無、医療機関受診歴、来院経路、その他相談先、付き添い人の有無、治療転帰
- ④自記式心理尺度：

PTSD症状に関しては、Weiss & Marmar²¹⁷によって開発された改訂版出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale-Revised：以下、IES-R）の日本語版²¹⁸を用いた。本尺度のカットオフ値は24/25点とされている。

解離症状に関しては、Bernstein & Putnam²¹⁹によって開発された解離体験尺度（Dissociative Experiences Scale：以下、DES）の日本語版²²⁰を用いた。本尺度の平均得点は一般成人4.4、PTSD患者31.3、特定不能の解離性障害患者40.8と報告されている^{221, 222}。

抑うつ症状については、Zung²²³によって開発された自己評価式抑うつ尺度（Self-Reported Depressive Scale：以下、SDS）の日本語版²²⁴を用いた。本尺度の平均は、正常者では35±12点、神経症者では49±10点、うつ病者では60±7点である。

第3項 分析方法

調査項目のうち、年齢、日数および心理検査得点は平均値および標準偏差を算出し、その他調査項目については、対象者全体に占める人数および割合を算出した。また、心理検査得点は、治療開始時の得点と治療終了時あるいは調査期間現在最終の得点に差があるかを見るために、2群に分けて比較を行った。群間の評価の差は Mann-Whitney の U 検定を行った。分析は両側検定、 $\alpha = 0.05$ とした。統計解析には、IBM® SPSS® Statistics version 22 を用いた。

第4項 倫理的手続き

本調査は武蔵野大学倫理委員会にて承認された。本調査の対象は、カルテ情報から得られるデータの研究利用について書面にて許諾が得られた者とし、個人情報取り扱いについては厳重に管理した。本調査は平成 26-28 年度日本学術振興会科学研究費助成事業(基盤研究(B))「性暴力被害者を対象とした PTSD の急性期治療/回復プログラムの開発および効果検証」(研究代表者:小西聖子、課題番号:2628158)によって行われた。本研究に関する利益相反はない。

第4節 結果

C 支援センターからの紹介により B 精神科を受診した女性 18 名のうち、カルテ情報の研究利用について書面にて許諾が得られた 14 名を本調査の分析対象とした。以下に記載するパーセンテージは、対象者全 14 名に占める各項目該当者の割合を示した。

第1項 対象者の属性

対象者の属性を表 5-1 に示した。対象者は平均年齢 24.1 歳(標準偏差 6.32 歳)であり、年代別では 10 代が 4 名(28.6%)、20 代が 8 名(57.1%)、30 代が 2 名(14.3%)であった。精神科既往歴がある 9 名の診断名は、気分障害が 5 名(35.7%)、不安障害、広汎性発達障害、精神遅滞が各 1 名(以上、重

複診断あり、自己申告による)、不明が3名であった。

表 5-1. 対象者の属性 (n=14)

	項目	n (名)	%
年代	10代	4	28.6
	20代	8	57.1
	30代	2	14.3
婚姻歴	あり	2	14.3
	なし	12	85.7
同居の有無	あり	10	71.4
	なし	4	28.6
教育歴	高校生	2	14.3
	高校中退または高卒	3	21.4
	専門学校または短大卒	3	21.4
	大学または大学院卒	6	42.3
精神科既往歴	あり	9	64.3
	なし	4	28.6
	不明	1	7.1
遺伝負因	あり	5	35.7
	なし	6	42.9
	不明	3	21.4

第2項 被害の内容

対象者の被害内容について、被害の種類、被害から初診までの期間、加害者との関係、被害場所、被害時アルコール摂取の有無、過去の被害歴の各項目別人数と割合を表 5-2 に示した。B 精神科受診に至った被害の種類は、レイプがもっとも多く 9 名 (64.3%) であった。加害者は知人・顔見知り が 6 割を超え、家族を含めると約 8 割が既知の者からの被害であった。また、被害時にアルコール摂取している者は 5 割を占めた。

表 5-2. 被害に関する内容 (n=14)

	項目	n (名)	%
被害の種類	レイプ (うち 1 名暴行もあり)	9	64.3
	強制わいせつ	3	21.4
	性的虐待	2	14.3
被害から精神科 初診までの期間	被害後 1 か月以下	4	28.6
	被害後 1 か月から 3 か月以下	6	42.9
	被害後 3 か月から 1 年以下	1	7.1
	被害後 15 年以上	3	21.4
加害者との関係	知人・顔見知り	9	64.3
	見知らぬ人	3	21.4
	家族	2	14.3
被害場所	ホテル	5	35.7
	自宅	3	21.4
	自宅以外の屋内	2	14.3
	屋外	3	21.4
	その他	1	7.1
被害時アルコール 摂取の有無	あり (うち 1 名薬物混入の疑いあり)	7	50.0
	なし	6	42.9
	不明	1	7.1

第 3 項 過去の被害歴

B 精神科受診の直接のきっかけとなった被害 (以下、受診動機の被害) 以前に、過去に何らかの被害を受けていた者は 7 名であった (表 5-3)。7 名が過去に受けた被害の内容 (複数回答可) は、レイプが 5 名、強制わいせつ、痴漢、暴行が各 2 名であり、虐待 (身体的虐待および心理的虐待)、いわゆるデート DV (精神的暴力および性暴力) が各 1 名であった。過去に受けた被害の回数は、1 回が 2 名 (14.3%)、2 回が 3 名 (21.4%)、3 回が 2 名 (14.3%) であった。過去に被害歴がある 7 名のうち、過去に受けた被害が複数回であった者は 5 名 (35.7%) であった。

表 5-3. 過去の被害歴 (n=14)

	n (名)	%
被害あり	7	50.0
被害なし	5	35.7
不明	2	14.3

第 4 項 臨床診断と自記式心理尺度の結果

臨床診断は、初診時または通院時に診断した主診断を DSM-IV に基づいて分類した (表 5-4)。受診動機の被害後に ASD または PTSD (PTSD 疑い含む) の診断がついた者は 11 名 (78.6%) であった。なお、PTSD 疑いとは、初診時に PTSD 症状が見られたものの、確定診断を下す前に治療が終結あるいは中断した者とした。

表 5-4. 臨床診断の結果 (n=14)

診断名	n (名)	%
急性ストレス障害 (ASD)	1	7.1
心的外傷後ストレス障害 (PTSD) ※	10	71.4
適応障害	2	14.3
その他	1	7.1

※ ただし、PTSD 疑い (本文参照) 2 名を含む

自記式心理尺度 IES-R、DES、SDS は、対象者が B 精神科来院後に初めて回答した際の心理尺度の結果と実施日および、調査時現在の最終施行時の心理尺度結果と実施日を表 5-5 に示した。また、自記式心理尺度について、初回施行時と調査時現在の最終施行時における心理尺度得点の前後比較結果も示した。

IES-R、DES の得点は、初回施行時から最終施行時に有意差があったが、SDS には差はみられなかった。

表 5-5. 自記式心理尺度得点と日数の前後比較（初回施行と最終施行）

尺度	初回施行時 (n=12)		最終施行時 (n=9)		P 値 [※]
	得点 平均±SD	初診からの日数 平均±SD	得点 平均±SD	初診からの日数 平均±SD	
IES-R	51.0±18.1	4.7±8.6	27.9±22.8	260.6±223.2	.018
DES	35.2±19.2	5.8±8.9	16.0±16.4	243.4±236.6	.017
SDS	56.1±7.6	11.1±22.0	46.3±13.2	259.0±225.0	.123

※ Mann-Whitney の U 検定、SD：標準偏差

第 5 項 薬物療法

対象者のうち、薬物療法が行われたのは 6 名 (42.9%) であり、8 名 (57.1%) には薬物は処方されなかった。3 名 (21.4%) は初診時に薬物処方され、他 3 名 (21.4%) は来院 2 回目に処方された。処方薬 (重複あり) は、SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors；選択的セロトニン再取り込み阻害薬) が 3 名 (21.4%)、ベンゾジアゼピン系薬物が 5 名 (35.7%) であり、うち 2 名 (14.3%) は SSRI およびベンゾジアゼピン系薬物の併用であった。薬物療法を受けた 6 名のうち 4 名 (28.6%) は治療終了していた (次項参照)。

第 6 項 治療転帰および治療転帰別の対象者の分析

対象者の治療転帰および治療転帰別の項目分析を表 5-6、5-7 に示した。治療終了した 5 名 (35.7%) は全て寛解の状態であり、症状悪化や症状不変による治療終了はなかった。治療継続者の 3 名 (21.4%) は全て症状が軽快し、症状悪化や症状不変はみられなかった。他院紹介者は、被害前から通院していた精神科へ通院継続することが適切と判断し他院へ紹介された。

表 5-6. 治療転帰※ (n=14)

治療転帰	n (名)	%
治療終結 (寛解)	5	35.7
治療継続 (軽快)	3	21.4
治療中断	5	35.7
他院紹介	1	7.1

※ 2014年10月末時点の治療転帰。

表 5-7. 治療転帰別の分析 (n=13※)

		治療終結 (n=5)		治療継続 (n=3)		治療中断 (n=5)	
平均治療日数±SD		233.0±218.3 日		535.3±132.1 日		51.8±71.2 日	
		n (名)	%	n (名)	%	n (名)	%
精神科既往	あり	2	14.3	3	21.4	3	21.3
	なし	2	14.3	0	-	2	14.3
	不明	1	7.1	0	-	0	-
過去の被害経験	あり (1回)	0	-	2	14.3	0	-
	あり (2回以上)	1	7.1	1	7.1	3	21.3
	なし	4	28.6	0	-	0	-
	不明	0	-	0	-	2	14.3
被害から精神科初診までの期間	1か月以下	4	28.6	0	-	1	7.1
	1か月から3か月以下	1	7.1	0	-	4	28.6
	3か月から1年以下	0	-	1	7.1	0	-
	15年以上	0	-	2	14.3	0	-
PTSD/ASD 診断	あり (PTSD 疑い含む)	5	35.7	3	21.4	3	21.4
	なし	0	-	0	-	2	14.3

※ 他院紹介1名は除いた。割合 (%) は全対象者14名に占める割合とした。

第5節 考察

第1項 被害者の属性および被害内容について

対象者の年代は10代および20代で8割強を占め米国と同様に10代20代の被害者が多く、被害内容はレイプが最も多かった。加害者は知人・顔見知り最も多く、内閣府が3年ごとに行っている「男女間における暴力に関する調査」結果と一致する。海外では、顔見知りから暴力被害にあった女性は、見知らぬ者から被害にあった女性より通報しない傾向にあることが指摘されており²²⁵、日本においても検挙数では被疑者と被害者との関係は「面識なし」が半数を超えている²²⁶。また、対象者の5割は被害時にアルコールを摂取していた。女子大学生を対象とした米国全国調査によると、レイプ被害についての支援機関への相談率は11.5%であったが、被害時にアルコールや薬物を摂取していた場合の相談率は2.7%と低い傾向にあった²²⁷。レイプ被害時にアルコールや薬物を使用している場合、警察への通報率が低くなることも報告されている²²⁸。本調査では、対象者が最終的に警察に相談したり、被害届を出したか否かについて情報は無い。しかし、本調査では顔見知りからの被害やアルコール摂取時の被害についての相談が一定数あり、警察へ届け出を行いきにくい性暴力被害者にとって、ワンストップ支援センターが相談先として機能していることが考えられる。

第2項 再被害について

本調査では、精神科受診の動機となった性暴力以前に性暴力および虐待を受けている者が5割を占め、そのうちの多くは過去に2回以上の被害を受けていた。再被害率はWalsh et al²²⁹の研究と同様の結果であり、我が国においても性暴力被害者の中には再被害にあっている者が一定数存在することが示唆された。

Katz et al は、新入学の女子大学生87名（平均年齢18.01歳）を対象に調査を行ったところ、大学入学時に性暴力を受けたことがあると報告した女子は、

報告しなかった女子に比べて、1年後により多く再被害を報告した。この研究では、被害経験によって自責感が増し、自責感が増すことによって「望まない性行為を拒否する」などの自己主張が妨げられて再被害が起こる、ということが示唆された²³⁰。したがって、ワンストップ支援センターから治療につながった被害者に対しては、再被害が起こることがないように、被害者の自責感を軽減するような心理的介入を行うことも重要であると考えられる。

また、Mason et alの研究によると、性暴力の再被害にあった女性（再被害群）は、被害が単回である女性（単回被害群）に比べて、PTSD症状、うつ病症状が有意に高く、精神健康が悪い結果となった。また、援助要請（help-seeking）に関しては、再被害群、単回被害群ともに専門家（精神科医、ソーシャルワーカー、看護師など）に比べて非専門家（友人、両親など）へ相談する割合は高かったが、再被害群は警察、レイプ・クライシス・センター、友人、両親に対する相談率が単回被害群と比べて有意に低かった。また、再被害群は、単回被害群と比べて、被害に関して情報を得たり、心理的サポートを受けることが有意に少ない結果となった²³¹。この結果より、再被害にあった者は精神状態が悪く、その状態で誰かに（どこかに）援助を求めることがより困難になることが示唆される。したがって、援助を求めにくい再被害者にとっては、ワンストップセンター一か所で様々な支援を受けられることは回復のためにより重要であり、ワンストップ支援センターが果たす役割は大きいと考えられる。

被害後に精神科を受診している者は、性暴力被害から1か月以内に受診した者が3割を超え、3か月以内に受診した者は全体の7割を占めた。治療を終結した被害者の多くは被害から1年以内に精神科へ受診しており、被害後早期に治療を始めることで、症状が寛解する傾向が高いことが示唆される。対象者が被害後に精神科を受診した要因としては、前述のように精神科が産婦人科と同病院内であることのほか、被害後から支援を受け、被害者の置かれている状況について理解のあるセンター支援員の付き添いがあること、精神科に性暴力被

害の知識および経験豊富な治療者がいること、本人または家族等に必要な支援先を探して支援先とつながる力が元々備わっていたことが考えられる。また、支援センターおよび精神科では家族を含めた支援および治療を行っており、家族の付き添いが継続した精神科受診に関係している可能性がある。一方、被害後早期に治療につながった被害者ばかりではなく、幼少期の性的虐待などにより慢性 PTSD に罹患した被害者も一定割合の受診があった。慢性 PTSD では PE 療法をはじめとするエビデンスの高い治療法があるが、医療機関では保険診療として一人に対して 1 回 90 分かかる治療プログラムを行うことが困難であり、トラウマ治療を実施できる相談機関との連携が不可欠である。

第 3 項 精神健康への影響について

対象者のうち、ASD、PTSD 診断のついた者は約 8 割であった。心理尺度得点の結果からは対象者本人に自覚されている PTSD 症状は重く、社会的機能、生活機能において支障のある状態であった。トラウマ症状の心理尺度得点は、来院後初回の心理検査施行時と調査時現在の比較において有意に改善しており、治療の効果が見られた。被害者には、解離症状や抑うつ症状も顕著に見られた。心理尺度得点の来院後初回施行時と調査時現在の比較では、DES 得点は、PTSD 症状の軽減とともに数値が下がる傾向にあり、解離症状は再体験やフラッシュバックなどのトラウマ反応が主体である可能性があると考えられた。また、うつ症状には、初回時と最終施行時において心理尺度得点に差はみられなかった。臨床で見られた抑うつ症状は、PTSD 症状と峻別されにくいことが特徴であった。例えば、被害者本人の「何もやる気がでない」「外出する気になれない」という訴えは、被害を思い出すきっかけを避けるという PTSD の回避症状が大きく影響していることもあった。本人は回避していることに自覚がなく、やる気のない自分自身を責める者もいた。診察では、精神科受診自体が被害を思い出すきっかけとなるため、トラウマ反応について心理教育し、受診継続を促すことが診察当初の介入となる例もあった。本人のみならず可能な限り家族に対

しても心理教育を積極的に行い、治療の必要性について説明して受診継続を促した。既述のように、PTSD 治療においてソーシャルサポートは重要であり、家族への心理教育が PTSD 症状の低減を促進した可能性があると考えられる。

第 4 項 薬物療法について

対象者 14 名のうち薬物が処方された者は 5 割に満たず、精神療法が治療の中心として行われた。処方された薬物は頓服が多い傾向にあった。臨床上の印象としては、処方率が高くないのは、被害者本人や家族の意思を尊重して慎重に処方したことが関係していると思われた。また、処方がなくても精神科通院が継続されたのは、トラウマ反応の心理教育によって症状のノーマライゼーションを行って被害者本人が自身に症状があることを受け止めたこと、心理教育や認知行動療法的技法によって症状が徐々に治まっていることを本人および家族が実感したことが関係あると考えられる。

第 5 項 治療終結、継続および中断について

治療終結者は、被害から精神科受診に至った期間が短い傾向にあった。性暴力被害者は二次被害を受けることが多く、二次被害は被害後のメンタルヘルスにも影響を与えるため²³²、被害後に周りからサポートを得ることは回復において重要であると考えられる。治療終結者は、被害後早期に性暴力に特化した支援機関で支援を受けることによって、二次被害を最小限にして治療を開始することができ、PTSD 症状逡減が促進されたことや、支援員からのサポートによって PTSD 症状の自然回復を促進することができた可能性がある。被害後早期から支援を得て精神科治療を開始できると、PTSD 症状悪化を招くことなく、寛解して治療終結する可能性が高まることが示唆された。

また、治療終結者は、治療中断者に比べて過去に被害を受けた者が少ない傾向にあった。複数被害歴は PTSD 発症のリスク要因であり²³³、治療中断者は複数被害によって重症化していたため、治療中断した可能性が考えられる。ただ

し、本調査では対象者数が少なく、治療転帰毎の対象者の PTSD 症状の重症度は検討できていない。

本研究では、対象者は、治療が継続すれば症状は寛解または軽快しているため、治療中断を防ぐことが被害者の精神症状の回復に重要であると示唆される。治療中断者の中断理由は不明であるが、カルテ情報から検討したところ、トラウマ反応により通院継続ができなくなった可能性が考えられた。トラウマ反応により、被害者は被害を思い出すきっかけとなる病院に来ることを回避することや男性を回避することがあり、遠方の場合は電車に乗り継いで来院することが困難となる。通院が可能な範囲に性暴力被害者の治療が可能なワンストップ支援センターおよび医療機関があることが望まれる。一方、性暴力被害者の回復とは、精神症状の回復だけを指すのではなく、社会機能や生活機能の回復の視点も重要である。本研究では、対象者が、精神科通院中断後に支援センターで支援を継続していたか否かについては把握していないため、治療中断者の社会機能や生活機能の回復については不明である。被害後早期に治療につながった性暴力被害者の回復に必要な治療方法を確立するためには、今後はさらに、精神科とワンストップ支援センターとが連携して、被害者の受診や相談継続状況について調査し、分析することが必要である。

第 6 節 本研究の限界と今後の課題

本研究は、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから紹介されて精神科を受診した性暴力被害者を対象に行った我が国で初めてのカルテ調査研究である。本研究によって被害後早期に治療を始めた性暴力被害者の実情が明らかとなったが、対象者は都内 1 機関のワンストップ支援センターが支援した性暴力被害者のごく一部であり、サンプル数も少数であるという限界がある。対象者は、精神症状が重く治療の必要性を強く感じられた場合に支援センターから精神科へ紹介された可能性があり、本対象者は被害直後の性暴力被害者を代表するものではない。本研究は PTSD 治療および性暴力被害者の治療を専門

とする医師、臨床心理士いる精神科で行った研究結果であり、治療経過を一般の精神科に適用することは適切ではない。

以上のような限界はあるものの、本研究は、性暴力被害後早期にワンストップ支援センターから精神科治療につながった被害者の治療に必要な要素について検討する知見が提供された我が国初めての研究である。性暴力被害者が被害後から抱える問題は多岐にわたり、特に被害直後においては精神的な問題よりも司法手続きや産婦人科治療など、被害者は現実的な問題に対応しなくてはならない。被害後直後では、被害者の精神的ショックは大きく混乱状態にある。被害者が現在直面している問題を把握し、優先すべき事項について情報提供や支援を行うことも重要である²³⁴。このような情報提供や支援は、治療の枠組みを越えるものとされ、通常、医療機関のみで対応することは限界がある。被害者が自ら抱える問題を適切に自己決定して対処していくことがその後の回復に大きな影響を与えるため、心理・社会的な介入が重要であり、ワンストップ支援センターの果たす役割は非常に大きいといえる。系統的レビューによると早期介入が性暴力被害者の PTSD 発症を予防することについてはエビデンスが出ていないが²³⁵、PTSD 発症予防のみならず、性暴力被害直後からの心理社会的支援は必要不可欠である。性暴力被害者へ効果的な早期介入を行うためには、精神科治療における PTSD 等のトラウマ反応の治療だけではなく、支援センターが提供する支援内容についても分析し、治療効果を高める介入要素とアウトカムについて、更に検証することが必要である。

第 7 節 おわりに

本研究では、ワンストップ支援センターからの紹介により連携病院内の精神科を受診した性暴力被害者 14 名の被害の実情について、カルテ情報をもとに分析した。特に、治療終結、治療継続あるいは中断といった治療転帰毎に被害者の実情を分析し、性暴力被害者の早期介入に必要な治療や支援の要素を検討した。ワンストップ支援センターの増加により性暴力被害者が被害直後から精

神医学的治療を受ける機会も多くなると考えられる。今後は、治療転帰に影響を与える治療要素を分析し、各地のワンストップ支援センターと連携する精神科で活用できるような標準化された治療プログラムを作成するなど、早期介入方法を開発することが必要であると考えられる。

第6章 【研究 2】性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の医療機関受診と機関連携の課題

第1節 はじめに

本章は、前章に引き続き、筆者が発表した論文²³⁶再構成したものである。本章は、研究 2 として、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから連携する精神科へ紹介された性暴力被害者について実施したカルテ調査のうち、ワンストップ支援センターと精神科の連携に焦点をあてて論述する。

第2節 研究の背景と目的

性暴力被害者のためのワンストップ支援センターと精神科との連携について検討するためには、ワンストップ支援センターから精神科へつながった性暴力被害者の治療実態を把握する必要があるが、その実態について国内における報告はほとんどない。そこで、筆者らは、性暴力被害者の実情を踏まえた介入方法について検討するために、ワンストップ支援センター（以下、C 支援センター）から連携する精神科へ紹介された性暴力被害者についてカルテ調査を行い、被害者の属性、被害状況、治療転帰等について分析し、前章において報告した。前章において、今後の課題として挙げられたように、性暴力被害者へ効果的な早期介入を行うためには、精神科治療における PTSD 等のトラウマ反応の治療だけではなく、支援センターが提供する支援内容についても分析し、治療効果を高める介入要素とアウトカムについて、検証することが必要である。

以上を踏まえて、本章は、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターと精神科の連携に関する課題について検討することを目的として研究を行った。すなわち、本章では、本カルテ調査の結果概要を示すとともに、精神科とワンストップ支援センターとの連携状況および被害者の医療機関受診状況の結果を報告し、その結果踏まえて、性暴力被害者の回復のために必要なワンストップ支援センターと精神科の連携と課題について検討する。

第3節 方法

第1項 調査方法と調査対象

C支援センターからの紹介によりB精神科を受診した性暴力被害者のカルテ調査を行った。調査対象者は、C支援センターが開設された2012年6月から2014年5月末までの2年間に、C支援センターからの紹介によりB精神科を受診した者とした。データは、2014年10月末現在にカルテから得られた情報を収集および分析対象とした。

第2項 調査項目および分析方法

カルテからは以下の項目について情報を収集した。①対象者の属性：年齢、性別、教育歴、婚姻歴、同居の有無、精神科既往歴、遺伝負因、②被害に関する内容：被害時期、被害内容、被害場所、被害状況（アルコール、薬物の摂取）、加害者との関係、加害者人数、過去の被害歴、③診察および治療に関する内容：被害から精神科初診までの日数、処方の有無、処方時期、処方内容、診断の有無、診断名、産婦人科受診の有無、医療機関受診歴、来院経路、その他相談先、付き添い人の有無、治療転帰、④自記式心理尺度：IES-R日本語版²³⁷、DES日本語版²³⁸、SDS日本語版²³⁹。

本章では、上記項目のうち、C支援センターとB精神科との連携に関する項目を中心に報告する。分析方法は、調査項目のうち、年齢、日数および心理検査得点は平均値および標準偏差を算出し、その他調査項目については、対象者全体に占める人数および割合を算出した。

第3項 倫理的手続き

本調査の対象者は、カルテ情報から得られるデータの研究利用について書面にて許諾が得られた者とし、個人情報の取り扱いについては厳重に管理した。全著者ともに本研究に関する利益相反はない。本調査は武蔵野大学倫理委員会

にて承認された。

第4節 結果

2012年6月から2014年5月末までの2年間に、C支援センターからの紹介によりB精神科を受診した性暴力被害者は女性18名であった。この18名のうち、カルテ情報の研究利用について書面にて許諾が得られた14名を本調査の分析対象とした。以下に示す割合(%)は、対象者14名に占める割合とした。

第1項 医療機関への受診状況および他機関への相談状況

医療機関への受診状況は表6-1に示した。対象者のうち、A病院産婦人科受診後にB精神科を受診した者は7名(50.0%)であった。B精神科の初診時期は、A病院産婦人科初診と同時であった者が3名(21.4%)であった。C支援センターからA病院を紹介される以前に、自ら産婦人科または精神科を受診していた者はそれぞれ1名(7.1%)であった。

被害からB精神科受診までの期間は、3か月以内が10名(71.4%)であった。被害後15年以上たってからB精神科を受診した者は3名(21.4%)であった。

C支援センター以外の機関に相談をした者は6名(42.9%)であり、そのうち警察へ相談(通報を含む)した者は4名(28.6%)、児童相談所へ相談した者は1名(7.1%)であった。その他相談先(警察、児童相談所との重複回答あり)は、市区町村の男女共同参画センター、民間相談機関が各1名(7.1%)であった。

表 6-1 医療機関の受診状況 (n=14)

	n (名)	%*
A 病院の受診状況		
B 精神科のみ受診	7	50.0
A 病院産婦人科受診後、B 精神科受診	7	50.0
(内訳) 産婦人科初診から精神科初診にかかる日数		
0 日	3	21.4
1 日以上 2 週間以内	3	21.4
2 か月以上 3 か月未満	1	7.1
C 支援センターから紹介以前の他機関産婦人科受診状況		
受診した	1	7.1
受診していない	13	92.9
C 支援センターから紹介以前の他機関精神科受診状況		
受診した	1	7.1
受診していない	13	92.9
被害から B 精神科初診までの期間		
1 か月未満	5	35.7
1 か月以上、3 か月未満	5	35.7
3 か月以上、1 年未満	1	7.1
被害後 15 年以上	3	21.4

* %は対象者 14 名に対する割合。

第 2 項 精神科付き添い状況

B 精神科への初診時付き添い状況は表 6-2 に示した。B 精神科初診時に、被害者に付き添い人がいたのは 10 名 (71.4%) と 7 割を超えた。10 名全員に C 支援センター支援員の付き添いがあり、その他母親 (4 名) や夫 (1 名) が C 支援センター支援員とともに被害者に付き添っていた。

表 6-2. 初診時の付き添いの有無 (n=14)

	n (名)	%*
付き添いあり	10	71.4
付き添いなし	2	14.3
不明	2	14.3

* %は対象者 14 名に対する割合。

第 5 節 考察

第 1 項 精神科受診におけるワンストップ支援センターの機能

本調査では、ワンストップ支援センターからの紹介により連携する精神科を受診した 14 名のうち、産婦人科を受診することなく精神科のみを受診していた者が 5 割であった。また、被害後 15 年以上たってから精神科へつながった対象者は 2 割を占めた。先述のとおり、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターに期待されていることは被害直後から救急医療や証拠採取などの産婦人科医療を行うことであり、このような産婦人科医療を提供できることがワンストップ支援センターの中核機能の一つである。海外では PTSD 症状があることが受療を促進するという報告がある²⁴⁰。本調査結果においても、ワンストップ支援センターに支援を求める被害者の中には、精神症状の治療を目的に支援を求めている者がいることが示唆される。性暴力被害者においてり患率が高い PTSD の治療については、ワンストップ支援センターからリファーできる精神科または相談機関があることが望ましいが、PTSD の専門治療を行う医師、心理職は数が十分ではなく地域差があるため²⁴¹、今後の課題である。

産婦人科受診後に精神科を受診するまでの平均日数は約 2 週間であった。精神科通院には通常偏見を伴うとされるが、被害に関する治療が一か所で行えるという安心感が、精神科の早期受診につながっている可能性が考えられる。また、性暴力被害者は、産婦人科の再診率が低いという問題点が指摘されており、

再診中断は性感染症の未治療を招く恐れがあるが、SACHICO では再診率が 9 割を超えたと報告されている²⁴²。ワンストップ支援センターでは産婦人科の再診率が高まるとともに、精神科が産婦人科と同病院内にある場合、産婦人科再診と同時に精神科治療を行うことができ、被害者の負担軽減につながると考えられる。

精神科受診の直接のきっかけとなった被害の後、自ら精神科を受診している対象者はほとんどいなかった。過去に国内の報告では、性暴力被害にあった女性が精神領域の臨床機関に治療に訪れる平均期間は 94.5 ± 88.0 か月であった²⁴³。身体的トラウマを被った者のメンタルヘルス・サービスの利用は、医師からの紹介がある場合、紹介がない場合に比べてオッズ比が 8 倍であるという報告²⁴⁴や、レイプ被害後に救急外来を利用した被害者は、ソーシャルサポートがあると救急外来の来院 2 週間後の医療あるいはカウンセリングに予約通り来所するという報告があり²⁴⁵、精神科受診には専門家からの紹介やソーシャルサポートが重要であると考えられる。対象者の 7 割は、初診時に C 支援センター支援員の付き添いがあったことから、C 支援センターの支援によって、対象者が被害から比較的早い時期に精神科を受診することができた可能性が考えられる。A 病院では産婦人科と精神科が同病院内にあるため、被害に関する治療が一か所で行えるという安心感や、産婦人科再診と同時に精神科治療を行うことができるなど被害者の負担軽減が精神科受診を促進している可能性も考えられる。

第 2 項 精神科とワンストップ支援センターの連携

被害後急性期の犯罪被害者に対しては、被害者が安心感および落ち着きを得られるような対応をすることが必要である²⁴⁶。前述のように PTSD 治療を行うことができる医療機関および相談機関は少なく、B 精神科においても治療できる被害者の数には限りがある。被害者が精神科を受診する際に、ワンストップ支援センターの支援者が被害者に付き添い、被害者が安心感を得られるような

支援が行われれば、精神科では治療者がトラウマ反応などの精神症状に特化した治療に集中することが可能となる。本研究のデータ上では表れていないが、実際にはC支援センターでは被害者が精神科を受診するにあたって多くの支援を行っている。例えば、被害者や被害者家族が精神科受診に抵抗を示す場合には、精神科受診の必要性や症状についてのノーマライゼーションを行い、精神科受診の抵抗感を減らす働きかけをしている。被害者と家族のコミュニケーションをサポートし、家族から被害者へのサポートを引き出すような支援も行っている。また、被害者が精神科受診前の待ち時間が長くかかる場合であっても病院内の待合室で被害者に寄り添い、被害者の精神科受診に伴う苦痛を和らげるよう支えている。第5章で述べたように、被害者は、精神科受診を継続していれば、症状が寛解または軽快することが示唆されており、治療中断を防ぐことが重要である。C支援センターが行っている精神科受診の際の付き添い支援は、精神科医療機関が被害者の治療を行うためにも非常に重要であると考えられる。

第6節 本研究の限界と今後の課題

本研究は、性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから紹介されて精神科を受診した性暴力被害者を対象に行った、我が国初めてのカルテ調査研究である。本研究によって、精神科受診におけるワンストップ支援センターの機能や両機関の連携状況について明らかとなったが、第5章で述べたように、本カルテ調査の対象者は、ワンストップ支援センターから紹介された性暴力被害者のごく一部である等、データの分析には限界がある。

以上のような限界があるが、我が国においてワンストップ支援センターと精神科との連携に関する報告は筆者の知る限りない。本調査結果は性暴力被害者の実情に沿った精神科と支援センターの連携を検討する上で重要であると考えられる。

考察で述べたように、本研究ではデータ上明らかにされていないが、性暴力被害者はワンストップ支援センターの支援員から付き添い支援に関わらず多くの支援を受けている。臨床的には支援員のそれらの支援が被害者の通院を継続する力となり、被害者の回復を促進する働きを担っていると感じられる。したがって、性暴力被害者へ効果的な早期介入については、精神科治療における介入要素や連携内容だけではなく、支援センターが被害者に行っている支援内容とその効果を分析し、被害者の回復を促進する心理・社会的な介入要素について検証することが今後の課題であると考えられる。

第7節 おわりに

本章では、筆者らが実践しているワンストップ支援センターと連携する精神科で行っている性暴力被害者の実情を報告し、特に精神科受診においてワンストップ支援センターが果たす機能や連携の課題について検討した。全国でワンストップ支援センターが開設されるに従い、被害者への早期介入および中長期にわたる PTSD 症状等の治療の需要も増えることが予想される。今後は、PTSD 症状および性暴力被害者の精神科治療に精通した医師、臨床心理士等の増加が望まれるとともに、ワンストップ支援センターから紹介された性暴力被害者に対して、被害後早期から効果的に提供できる精神科治療の介入方法が確立されることが期待される。

第7章 【研究 3】急性期性暴力被害者のための支援情報ハンドブック有用性評価

第1節 はじめに

本章では、被害後早期からワンストップ支援センターや産婦人科医療現場で使用できるよう作成した、性暴力被害者向けのハンドブックの作成とその有用性評価の調査について論述する。

第2節 研究の背景と目的

日本では、2005年に犯罪被害者等基本法が施行され、医療現場でも犯罪被害者の精神的、身体的回復への治療、支援が推進されてきている。この法律に基づく第二次基本計画では「医療機関における性犯罪被害者への対応の体制の整備」が厚労省の施策として定められており、性暴力被害者が受診する可能性の高い産婦人科医療現場でも、性暴力被害者への適切な対応の体制を築くことが求められている。

性暴力は被害者に深刻な精神的影響を与えることが多くの研究で報告されている。レイプ被害における PTSD の生涯有病率について、Kessler et al²⁴⁷は男性 65.0%、女性 45.9%、Breslau et al²⁴⁸は 31.9%と報告しており、アメリカの一般住民における PTSD の有病率約 8%に比して高い値を示している。また、Boudreax et al は、レイプ被害女性は非被害女性に比して、PTSD 以外のうつ病や不安障害の有病率も高いことを報告している²⁴⁹。精神疾患の有病率が高だけでなく、性暴力被害者は非被害者に比べて QOL の低下²⁵⁰や生活役割機能日数の減少²⁵¹、休業日数の増加²⁵²、自殺行動のリスクの増大²⁵³が報告されており、生活機能への影響が大きい。このような研究結果から、性暴力被害者の精神疾患の治療や社会生活機能を回復するための支援を提供することが重要であると言える。

しかし、性暴力被害者の精神科受療率は、有病率に比べると低いと考えられる。Kimerling et al は、1年以内にレイプ・クライシス・センターを利用した性暴力被害女性では、一般医療は72.6%が受療していたにもかかわらず精神医療を受けたものは19.1%にとどまっていたことを報告しており²⁵⁴、精神疾患があっても精神科を受診できず、むしろ一般医療機関の利用が高いことがうかがわれる。

性暴力被害者が精神科を受診するには、周囲からのサポートや他機関からの紹介が必要であると考えられる。救急救命や産婦人科は多くの性暴力被害者が受診する場所であり、ここでの対応が急性期の精神的安定やその後のPTSD等の予防、また精神医療機関への受診の促進に繋がると考えられる。日本女性心身医学会に所属する産婦人科医を対象に行った中島らの調査²⁵⁵では、性暴力被害者に対して十分な対応を行う時間がないと回答する者が7割を超え、「被害者向けパンフレット」が必要であるとする回答が9割を超えた。また、産婦人科を受診した際の性暴力被害者の精神的状態として、「淡々としていて冷静」、「ぼうっとしていて反応に乏しい」、「記憶があいまいである」など解離症状を経験した医師が多かった。Burgess & Holmstrom は、救急救命に入院したレイプ被害者に対して被害直後からインタビュー調査を行ったところ、被害直後では、感情表出の乏しい被害者が約半数いたと述べた²⁵⁶。また、Ozer et al のメタアナリシスでは被害の最中または被害直後に生じる周トラウマ期解離の強さがPTSD発症のリスク要因であることが示されており²⁵⁷、性暴力被害者の精神症状の回復のためには、被害直後からの被害者の心理的反応の理解や対応が必要である。しかし、産婦人科医療機関では、被害者支援の情報が乏しいために、被害者に対して適切な情報提供がなされていないことが考えられる。そのため、被害後急性期に性暴力被害者が受診する可能性が高い産婦人科医療機関において、被害後の精神的な影響、被害後に受けられる支援に関する情報等を提供することは、被害者が今後の治療や支援を受ける上で重要であると考えられる。

2010年に日本で初めて大阪に性暴力被害ワンストップ支援センターが設立されて以降、全国的に設立の動きがあり、今後、急性期性暴力被害者に対する精神的な治療介入の需要が増加することが予想される。性暴力被害者への治療および支援は身体的、精神的なケアと同時に刑事司法手続き等の支援が必要である。支援内容や関係機関は多岐にわたり、関係機関は各々ホームページ上やパンフレット等の配布物によって性暴力被害後の治療、相談、支援について情報提供を行っているが、それらの情報を収集することは、被害者のみならず、支援者および治療者にとっての負担は大きい。

現在のところ、トラウマを受けた人に対して行われる、PTSDに焦点をあてた心理教育については、PTSDの予防としては有効な結果は得られていない^{258, 259}。一方、トラウマ直後期にはPFA（サイコロジカル・ファースト・エイド）と呼ばれる一連の技法が適しているとされている。PFAは、主に災害やテロなどの被害者を対象に、初期の苦痛の軽減と、適応や対処行動の促進を目的に、現実的対応に焦点を当てて、情報提供をするものである²⁶⁰。

したがって、PTSDの予防ではなく、被害者に対して適切な情報提供を行い、心理的苦痛の軽減を図るとともに、被害者が必要な資源へ結びつくことを促進するための情報提供用冊子が必要である。また、情報提供用冊子は、実際に適切な情報が掲載され、有用性が評価されていることが、現場での冊子の利用促進を図るために必要であると考えられる。情報提供用冊子の有用性を評価するにあたり、ユーザーである被害者を対象にすることが最も実証的ではあるが、急性期の被害者に調査協力を依頼することは困難であるとともに、被害者の精神的負担を増すと考えられる。そこで、性暴力被害者が被害後に必要な情報を1冊で得ることができるよう、専門家の意見を参考に被害後急性期の性暴力被害者のための情報提供用冊子を作成するとともに、性暴力被害者の支援あるいは治療（以下、支援・治療）を行っている者を対象に、支援・治療者の視点からみた情報提供用冊子の有用性評価を行うことを目的に本研究を行った。

第3節 方法

第1項 ハンドブックの開発

先行研究や性暴力被害者への聞き取り、犯罪被害者急性期ガイドライン²⁶¹および国内外の各機関発行のパンフレットを基に、情報提供用冊子の原案を作成した。この原案に対して、性暴力被害者の支援・治療に関わる多職種の専門家（産婦人科医、看護師、精神科医、臨床心理士、警察の臨床心理士、民間被害者支援団体相談員、司法関係者）および性暴力被害者の計 29 名に意見を求めたところ、26 名（応答率 89.7%）から回答を得た。これらの回答をもとに冊子原案の修正を行い、「一人じゃないよ あなたのこれからのための支援情報ハンドブック」²⁶²（以下、ハンドブック）を作成した（図 7-1、付属資料①参照）。

このハンドブックは、持ち運びしやすいよう A5 版サイズとし、被害者の影響、被害者の心理的反応、被害者自身のケア、支援機関の紹介（産婦人科、警察、民間被害者支援団体、検察庁・弁護士・法テラス、精神科・心療内科）および支援機関一覧を掲載した。被害者にとって最低限必要な情報を一冊で得られるようにした。



図 7-1. 性暴力被害者のための支援情報ハンドブック（表紙）

第 2 項 ハンドブックの有用性評価

(1) 調査対象者

本調査はこのハンドブックを使用することが想定される性暴力被害者の支援・治療を行っている産婦人科医療機関・支援機関に所属する支援・治療者を対象とした。具体的には、以下の 3 つの集団である。① A 県の性暴力等被害救済協力機関の協力病院である産婦人科医療機関に所属している医師、看護師、助産師、臨床心理士等の支援・治療者、② 全国の性暴力被害者のためのワンストップ支援センターにおいて被害者の支援を行っている支援員、③ 全国犯罪被害者支援ネットワーク（平成 26 年 4 月現在 48 団体）に所属している犯罪被害者支援員等。

(2) 調査方法

前述の調査対象者①～③の所属する機関に対して文書にて調査協力を依頼し、同意を得た。同意が得られた機関には、調査協力予定者人数分の調査依頼状、調査説明書およびハンドブックを郵送し、各協力機関から調査協力予定者へ調査依頼状、調査説明書およびハンドブックが配布された。調査協力予定者への調査協力依頼事項は、支援の際に実際にハンドブックを使用することおよびハンドブック郵送から3か月経過した時点で自記式調査票へ回答することの2点とした。本調査は無記名の質問紙調査であるため、調査協力者からの文書同意を得ることはできない。したがって、調査票の返信をもって同意とすることを調査説明書に明記し、返信された回答をもって同意とした。

(3) 調査項目

調査票では、以下の項目を尋ねた（付属資料②参照）。

- ①対象者の属性（性別、年齢、所属機関、職種、経験年数、性暴力被害者支援看護師研修受講の有無、性暴力被害者への支援・治療経験の有無、支援・治療した被害者数、調査期間中に支援・治療した被害者数およびハンドブック配布数）
- ②ハンドブック全体の有用性や理解のしやすさ（「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の5件法）、情報量（「とても多い」～「とても少ない」の5件法）、被害者に受け入れられやすいデザインであるか（「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の5件法）、使用方法の計9項目
- ③ハンドブックが支援・治療に与える影響（「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の5件法）、他機関（産婦人科、精神科・心療内科、警察、弁護士）相談の有用性（「役立った」と「とてもそう思う」～「全くそう思わない」の5件法）の計13項目
- ④ハンドブック各ページの有用性（「とても役に立った」～「全く役に立たなかった」の5件法）の計17項目

⑤ハンドブックについての意見、感想等（自由記述）1項目

調査項目②～⑤は、調査期間中に実際に被害者または家族に配布していない場合は、被害者に使用したことを想定して回答を求めた。なお、本調査ではWHOの定義²⁶³を参考に、性暴力を（1）本人の意思に反した（身体的暴力等、脅かしによる強制的な）性的な行為のすべて（強姦、強姦未遂、強制わいせつ、痴漢など）であり、（2）加害者との関係は問わない（夫や恋人も含まれる）、（3）発生した環境は問わない（家庭や職場などにおける被害も含まれる）と定義した。したがって、本調査の支援の対象となった被害者は、刑法上の強姦や強制わいせつの被害者以外も含まれる。

(4) 分析方法

調査票の各項目について記述的分析を行い、ハンドブックの内容、情報量、デザインについて評価を得るとともに、ハンドブックの使用によって支援・治療者の支援の効力感増加の有無、負担感軽減の有無を把握した。支援・治療経験の有無や調査期間中のハンドブック配布者と非配布者がハンドブックの評価に関連があるか見るため、それぞれ2群に分けて比較を行った。群間の評価の差はMann-WhitneyのU検定を行った。分析はすべて両側検定、 $\alpha=0.05$ とした。統計解析には、IBM® SPSS® Statistics version 21を用いた。

(5) 倫理的配慮

本研究は、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。本研究の費用は、平成26年度日本学術振興会科学研究費助成事業（研究課題番号：26285158）（（基盤研究（B））「性暴力被害者を対象としたPTSDの急性期治療/回復プログラムの開発および効果検証」（代表研究者 小西聖子）の研究助成を得て実施した。その他、研究の信頼性に影響を与えうるような利害関係を有する企業、団体からの資金は受けていない。

第4節 結果

第1項 対象者の属性

109機関に調査協力を依頼し、40機関（同意率36.7%）より調査協力の同意を得た。各機関に対して、機関から申告のあった調査協力予定者分の調査票186部を送付し、104名（回収率55.9%）から回答を得た。対象者の属性を、表1に示した。性別は女性がほとんどであり（95.2%）、平均年齢は54.1歳（標準偏差13.1）であった。犯罪被害者支援団体あるいは性暴力に特化した支援機関に所属する者が86.5%を占め、職種は被害者支援員・相談員が74.0%と最も多かった。当該職種の経験年数は5年以上の者は59.6%、性暴力被害者の支援・治療をした経験のある者は80.8%を占めた。調査期間である3か月間に、性暴力被害者の支援・治療を経験した者は51.0%であり、ハンドブックを実際に被害者に配布した者は18.3%であった。

表7-1. 対象者の属性 (n=104)

	n (名) *	%
性別		
男性	5	4.8
女性	99	95.2
年齢 (平均±標準偏差)	54.1±13.1	
所属機関		
産婦人科 (医療機関)	4	3.8
精神科・心療内科 (医療機関)	2	1.9
その他医療機関	4	3.8
犯罪被害者支援団体	61	58.7
性暴力に特化した支援機関	29	27.9
その他	3	2.9
職種		
産婦人科医	6	5.8
その他医師	1	1.0
看護師・助産師	7	6.7
臨床心理士	5	4.8
精神保健福祉士・社会福祉士	6	5.8
被害者支援員・相談員	77	74.0
その他	2	1.9
上記職種の経験年数		
5年未満	42	40.4
5年以上10年未満	20	19.2
10年以上	42	40.4
性暴力被害者の支援・治療		
支援・治療の経験あり	84	80.8
支援・治療の経験なし	16	15.4
調査期間3か月間の支援・治療		
支援・治療した	53	51.0
支援・治療していない	45	43.3
調査期間3か月間のハンドブック配布		
配布した	19	18.3
配布していない	81	77.9

*不明・未記入者の人数、パーセンテージは省略した。

第2項 ハンドブック全体の評価

主要評価項目であるハンドブックの有用性に関する結果は図 7-1 に示した。すべての項目において、「役に立った」と回答したものの割合は 7 割を超えた。特に、支援・治療者自身にとって有用であったという項目は「(とても) そう思う」という回答が最も多く 92.3%を占めた。自由記述によると、具体的には、「回避している被害者の被害後の影響や症状把握に必要な情報が分かりやすくまとめてあり、とても使いやすかった」などの意見があった。被害者や被害者の家族・友人にとって理解しやすかったかという項目では、「(とても) そう思う」という回答が 74.0%あった一方、「どちらとも言えない」、「あまりそう思わない」という回答の合計が 4 分の 1 あった。代表的なコメントとしては、「必要な情報が入っているので、被害を受けてどうしようか困っている方に向いていると思う」、「当事者はどうしたらよいか分からない心境であり、後から知ったのでは遅い事柄もあるため、この 1 冊があると心強いと思う」、「被害直後には、ハンドブックに目を通し、理解するのは少々困難と思われるので、内容をもっとコンパクトにすべきである」などの意見があった。

ハンドブックの情報量については、「適切である」と評価する者が 49.0%である一方、「とても多い」「やや多い」が 41.3%であり、約 4 割の者は情報量が多いという評価であった。具体的には、「当事者が知りたいこと沢山がひとつにまとまっているので活用しやすい」、「これだけの情報を漏れなくお伝えする時間的余裕もとれないので大変助かる」という意見がある一方、「被害直後に被害者が読むには情報量が多く精神的負担になったり、混乱をもたらすのではないかな」などの意見があった。

ハンドブックのデザインについては、受け入れやすいデザインであることに「とてもそう思う」「そう思う」と評価する者が 82.7%を占めた。具体的には「冊子の色やデザイン・字体が優しくて、被害者や家族が受け入れやすいと思う」という意見があった。

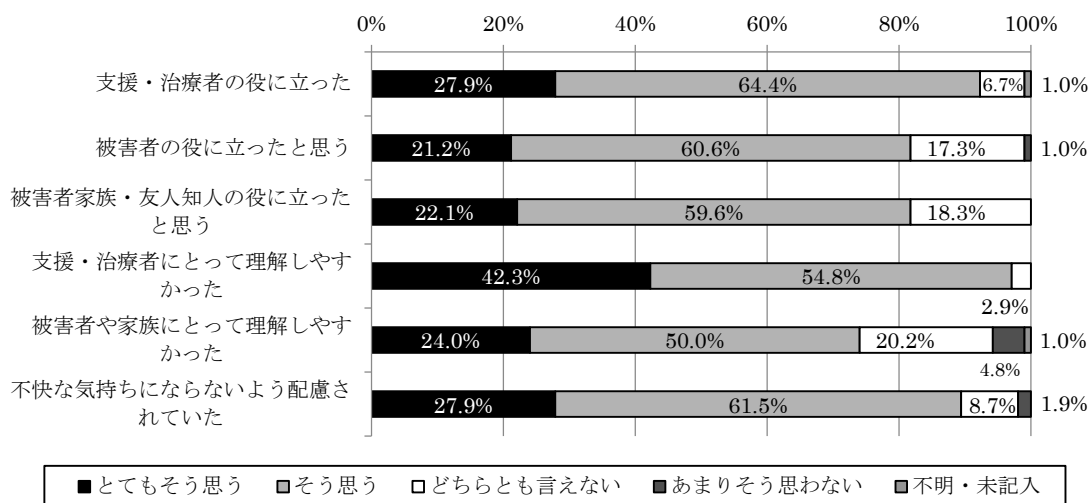


図 7-2. ハンドブック全体の評価

第 3 項 支援・治療に与える影響と他機関相談の有用性

(1) 支援・治療に与える影響

ハンドブックの使用が支援・治療に与える影響の結果を図 7-2 に示した。ハンドブック使用が支援・治療に与える影響のうち、被害者の動揺や不安を軽減する上で役に立ったと評価する割合が 66.4%と最も高かった。具体的には、「緊急時対応の際に口頭で説明しただけでは記憶に残らないと思うので、後に様々な症状が出た時に読んでもらえれば説明が蘇ったり、自分に起きていることに得心がいて不安が軽減されると思う」などの意見があった。

一方、ハンドブックを使用することによって、被害者の精神的負担が増加したと思うか尋ねたところ「あまりそう思わない」「全くそう思わない」で過半数を超えた。また、ハンドブック使用による再診（再相談）率への影響については、増加したと「(とても) そう思う」が 22.1%、「どちらとも言えない」が約 6 割あった。その他の項目も「どちらとも言えない」の回答が約 25%～40%の割合であった。

また、支援・治療経験の有無や調査期間中のハンドブック配布者と非配布者がハンドブックの評価に関連があるか見るために2群に分けて比較したところ、有意差のある項目も25～75パーセントイルまたは中央値は同値であり、群間の差はほとんどなかった（表7-2）。支援期間中の支援・治療実施の有無については、有意差はなかった。

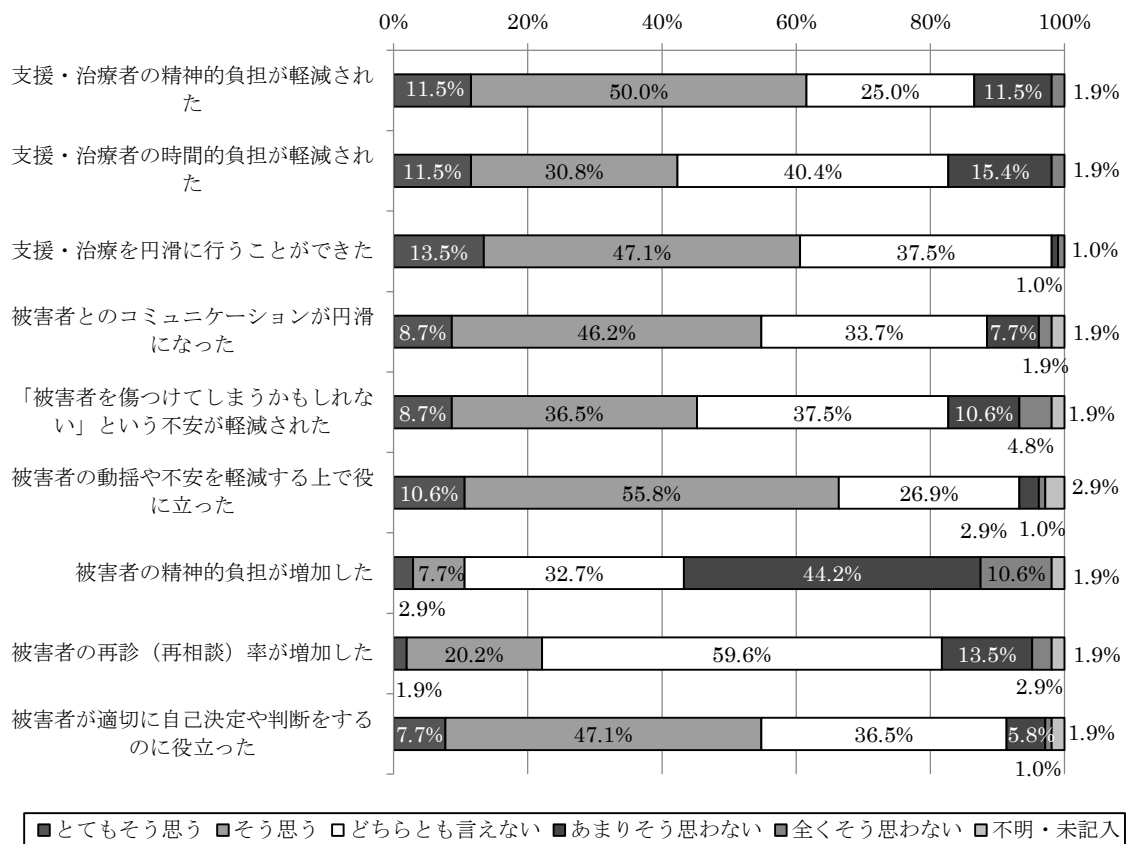


図7-3. ハンドブックが治療（支援）に与える影響

表 7-2. 支援・治療に与える影響に関する得点の比較

—支援・治療経験の有無群、調査期間中のハンドブック配布の有無群の比較—

	生涯の支援・治療経験			調査期間中のハンドブック配布		
	経験あり群 (n=84)	経験なし群 (n=16)	P 値	配布あり群 (n=19)	配布なし群 (n=81)	P 値
	中央値 25～75 パーセンタイル			中央値 25～75 パーセンタイル		
精神的負担が軽減された	2 2.00～3.00	2 2.00～3.75	n.s	3 2.00～3.00	2 2.00～3.00	n.s
時間的負担が軽減された	3 2.00～3.00	3 2.25～3.00	n.s	3 3.00～4.00	3 2.00～3.00	.040*
治療（支援）を円滑に行うことができた	2 2.00～3.00	3 2.00～3.00	.024*	3 2.00～3.00	2 2.00～3.00	n.s
被害者とのコミュニケーションが円滑になった	2 2.00～3.00	3 2.00～3.00	n.s	2 2.00～3.00	2 2.00～3.00	n.s
「被害者を傷つけてしまうかもしれない」という不安が軽減された	3 2.00～3.00	3 2.00～4.00	n.s	3 2.00～4.00	2 2.00～3.00	n.s
被害者の動揺や不安を軽減する上で役に立った	2 2.00～3.00	3 2.00～3.00	n.s	2 2.00～3.00	2 2.00～3.00	n.s
被害者の精神的負担が増加した	4 3.00～4.00	3 3.00～4.00	n.s	4 3.00～4.00	4 3.00～4.00	n.s
被害者の再診（再相談）率が増加した	3 3.00～3.00	3 3.00～3.00	n.s	3 3.00～3.00	3 3.00～3.00	n.s
被害者が適切に自己決定や判断をするのに役立った	2 2.00～3.00	3 2.00～3.00	n.s	3 2.00～3.00	2 2.00～3.00	n.s

Mann-Whitney の U 検定 * $p < .05$

(2) 他機関相談の有用性について

他機関相談に関するハンドブックの有用性評価の結果は図 7-3 に示した。他機関相談においては、約 7～8 割がハンドブックが有用であると回答した。特に、産婦人科への受診の際にハンドブックが役立った（75.0%）、精神科・心療内科への受診の際に役立った（72.1%）とする回答の割合が 7 割を超えた。警察や弁護士への紹介については、産婦人科や精神科・心療内科に比べて割合が低かったが、それでも役に立ったとする回答が 6 割弱あった。具体的な意見としては、「各機関でできることが細部にわたって掲載されており、今まで不透明

だった機関についても理解を深めることができた」というものがあった。

調査期間中の支援・治療実施の有無が他機関紹介の有用性に関連があるか見るために2群に分けて比較したところ、非配布の方が有意に「時間的負担が軽減された」と回答したものの ($p < .040$)、中央値は両群ともに3であり、群間の差はほとんどなかった。

また、調査期間中の支援・治療実施の有無や調査期間中のハンドブック配布者と非配布者をそれぞれ2群に分けて比較したところ、有意差のある項目も25～75パーセンタイルは同値であり、群間の差はほとんどなかった(表7-3)。支援・治療経験の有無については、有意差はなかった。

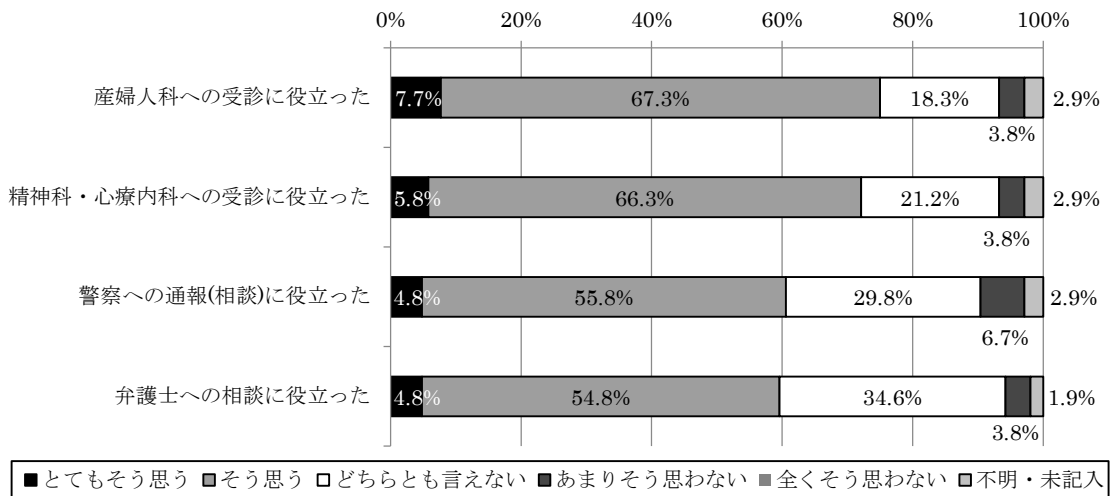


図 7-4. 他機関相談の有用性評価

表 7-3. 他機関相談の有用性に関する得点の比較

— 調査期間中の支援・治療実施有無およびハンドブック配布の有無群の比較 —

	調査期間中の支援・治療実施			調査期間中のハンドブック配布		
	実施あり群 (n=53)	実施なし群 (n=45)	P 値	配布あり群 (n=19)	配布なし群 (n=81)	P 値
	中央値 25～75 パーセンタイル			中央値 25～75 パーセンタイル		
産婦人科受診（相談）するの に役立った	2 2.00～3.00	2 2.00～2.00	n.s	2 2.00～3.00	2 2.00～2.00	n.s
精神科・心療内科（相談）す るのに役立った	2 2.00～3.00	2 2.00～2.00	n.s	2 2.00～3.00	2 2.00～2.00	n.s
警察へ通報（相談）するの に役立った	2 2.00～3.00	2 2.00～3.00	.028*	3 2.00～3.00	2 2.00～3.00	.032*
弁護士へ相談するの に役立った	3 2.00～3.00	2 2.00～3.00	.005*	3 2.00～3.00	2 2.00～3.00	n.s

Mann-Whitney の U 検定 * $p < .05$

第 5 節 考察

第 1 項 ハンドブック全体の評価

国内においては、支援・治療に係る多機関がチラシやパンフレットなどの犯罪被害または性暴力被害者のための支援情報をそれぞれ発行しているが、これまでそれら情報の有用性について報告されたことはなかった。本調査は、性暴力被害者のための支援情報用冊子について、初めて有用性を検証した研究である。

本ハンドブックは、性暴力被害者の支援・治療経験者が多く含まれる対象者から全体的に有用であると評価された。特に、本ハンドブックを使用することによって被害者の精神的負担が増加したと回答する者は約 1 割と少なく、被害者の役に立ち、被害者にとって理解しやすい内容であると評価された。これらの結果から、本ハンドブックは性暴力被害者に対して、安心して安全に使用できると考えられる。また、本ハンドブックは支援・治療者および被害者の役に立ち、理解しやすかったという評価が得られた。本ハンドブックの普及を図るためには、実際に使用する支援・治療者にとって利点があることが重要であり、

本結果は、今後、本ハンドブックの利用を促進する上で意義があると考えられる。

また、本ハンドブックは、被害者家族や友人知人にとっても役に立つと評価された。性暴力被害者は、専門機関である警察、病院などよりも非専門家である友人や家族などへ相談することが多い²⁶⁴。被害者の4分の3は最初に非専門家へ被害を開示することや²⁶⁵、友人や家族などへ相談することが専門機関へのアクセスつながる可能性が示唆されており^{266, 267}、被害者家族や友人知人にとっても役に立つと評価されたことは、警察や病院などへの相談へつなげるためにも意義がある。

ハンドブックの情報量については、適切であるという評価が約5割ある一方、情報量がやや多く、被害直後の被害者には負担があるという意見があった。本ハンドブックは支援情報を提供するための冊子であり、各種の情報が網羅的に記載されていることが特徴である。ハンドブックを使用することで被害者の精神的負担が増加したと評価する者は約1割と少なかったものの、被害者が情報量の多さを負担に感じる可能性があることに配慮して使用することを支援・治療者に促すことが必要である。

第2項 ハンドブックが支援・治療に与える影響

対象者の7割弱から、ハンドブックが被害者の動揺や不安を軽減する上で役に立ったという回答があった。犯罪被害後には、被害者の気持ちを落ち着かせるような対応をすることが重要であり²⁶⁸、PFAでもそのような対応がすすめられていることから、本ハンドブックの使用によってこれらが促進されるのではないかと考えられる。また、被害者が適切に意思決定や判断をする上で役に立ったと評価する者が一方、再診（再相談）率の増加に関しては「あまりそう思わない」、「どちらとも言えない」と回答する者が多かった。本調査では、調査期間中に実際に被害者にハンドブックを配布した者が2割弱と少なかったた

め、再診（再相談）をするという被害者の具体的な行動の増減について評価することが困難であったと考えられる。

対象者のうち、ハンドブックの使用によって自身の精神的負担が軽減されたと回答する者や支援・治療を円滑に行うことができたと回答する者が6割を超えた。Johnson & Hunter²⁶⁹は、性暴力被害者のカウンセラーは他分野のカウンセラーに比べて感情的疲労をより感じ、対処戦略として逃避・回避を用いることが多いことを報告している。したがって、支援・治療者の精神的負担が軽減されることは、被害者に適切な支援・治療を行う上でも重要である。また、支援や医療の現場においてハンドブック使用の普及を図るためには、配布する側にとって有用であることも重要であり、支援・治療者から高い評価が得られたことは意義がある。

支援・治療経験の有無や調査期間中のハンドブック配布者と非配布者がハンドブックの評価に関連があるか見るために比較を行ったが、ほとんど差がなかった。理由として、全体的に有用であるとする回答者の割合が高く、各2群間の人数に隔たりがあったため、評価について差がでなかったと考えられる。

第3項 他機関相談の有用性について

他機関相談においては、全体的にハンドブックが有用だったとする回答が多かった。特に、産婦人科への受診に関して役立ったと高く評価された。被害によって妊娠の可能性がある場合、緊急避妊ピルのノルレボ錠[®]は性交後72時間以内に服用する必要がある。また、証拠採取は被害から時間が経って行われると証拠能力が低くなる可能性があり、被害後早期に被害者が産婦人科医療機関につながることを重要である。内閣府が2014年に実施した「男女間における暴力に関する調査」では、異性から無理やり性交された被害者のうち、医療関係者（医師、看護師など）に相談した者は1.7%であり、どこにも（誰にも）相談していない者は67.5%であった²⁷⁰。したがって、医療機関への相談率が低

い現状において、産婦人科への受診に役立つと評価されたことは、産婦人科受診率の向上に寄与する可能性があると考えられる。

精神科・心療内科の受診についても有用であるとする回答が多かった。Wong et al は、身体外傷者は医師からの紹介があるとメンタルヘルス・サービスを利用する傾向が高まることを報告しており²⁷¹、専門機関からの紹介があると被害者は精神科・心療内科を受診しやすくなる可能性がある。日本は欧米に比べて精神障害による受診・相談の割合が低く²⁷²、こころの病に対する認識が低いことが示唆されている²⁷³。前述のように、性暴力は PTSD など精神障害の有病率が高いため、精神科・心療内科の受診率を上げることは、引き続き課題であると考えられる。

警察への通報・相談、弁護士への相談に関してもそれぞれ有用性を評価するものが約 6 割を占め、高く評価された。ハンドブックの利用方法に記載されているように、本ハンドブックは警察へ被害届をすることを勧めるものではないが、警察への通報をするか否かは被害者が自己決定する上で重要なことであり²⁷⁴、評価が得られたことは意義がある。Patterson et al によると、性暴力被害者が専門家へ相談しない理由として、専門家からの二次被害を受けることを恐れたり、自分の被害がサービスを受ける価値がない、またはステレオタイプのレイプ概念と合致しないため、専門機関は自分を援助しないと考えていることが挙げられている²⁷⁵。したがって、専門機関への相談においては、被害者への二次被害に留意するとともに、被害者が自分の身に起こったことが暴力被害であると認識し、回復に向けてどのような支援があるかを知ることが重要である。本ハンドブックは被害者の心情に配慮し、回復に向けて被害者が必要な資源へ結びつくことを促進することを目的としており、その点が他機関紹介において有効に働いている可能性が考えられる。

第6節 本研究の限界と今後の課題

本調査によって、支援・治療者からハンドブックの有用性について高い評価が得られたが、あくまでも支援・治療者の側から見た評価であり、性暴力被害者が実際に使用した評価および効果については明らかにされていない。性暴力被害者の支援・治療を行った経験のある者から多く調査協力が得られたが、産婦人科医、看護師など医療者からの調査協力が少なく調査結果に反映されていない。また、対象者のうち、調査期間中にハンドブックを被害者に実際に配布した者が少ないため、実際に被害者に配布した上での評価が十分ではない。これらの限界があるものの、国内においては、性暴力被害者のための支援情報冊子の有用性が検証されたことはなく、今回有用であると評価されたハンドブックを実際に支援や治療の現場で使用することは、被害者の回復に寄与するものと考えられる。今後は、本ハンドブックの普及を図ることが課題の一つであるとする。

第7節 おわりに

全国でワンストップ支援センターが開設されるに伴い、被害者への早期介入および中長期にわたる PTSD 症状等の治療の需要も増えることが予想される。今後は、本ハンドブックの普及を図るとともに、筆者らの専門である精神科・心理臨床領域においては、地域格差のない支援・治療を目指して、治療につながった性暴力被害者を対象とした急性期支援プログラムが作成されることなどが必要である。

第Ⅲ部 総合考察

第Ⅲ部では、これまでに述べてきた先行研究をまとめるとともに、本研究の意義、限界について述べる。最後に、本研究に基づいた今後の展望について論じる。

第8章 先行研究のまとめと本研究の意義

第1節 先行研究のまとめ

性暴力被害は、世界各国で発生しており、性暴力によって被害者にもたらされる影響は公衆衛生上の問題とされている。性暴力が被害者に与える影響は多岐にわたり、リプロダクティブ・ヘルスや精神健康に与える影響だけではなく、行動様式に有害な影響を与え、死亡に至る場合もある。性暴力被害者の治療や支援にあたっては、これらの影響について把握しておく必要がある。性暴力被害者はその他のトラウマ的出来事に遭遇した者よりも PTSD 罹患率が高く、精神科臨床においては、PTSD をはじめとする精神疾患についての理解が特に必要である。

PTSD 発症のリスク要因は、一般的に心理社会的要因、遺伝的要因、生物学的要因に分類される。このうち、性暴力被害者の PTSD リスク要因としては、性暴力以前の個人特性、性暴力自体の特性、被害後の状況要因が報告されている。性暴力被害者の治療や支援にあたっては、これらのリスク要因を把握することが必要であると考えられる。特に、性暴力被害後の状況要因であるソーシャルサポートは、被害後に接することになる治療者や支援者によって PTSD リスク要因を減らすことができるものであり、治療や支援において重要である。

性暴力被害者は、被害に関する相談率や通報率が他の犯罪被害に比べて低いと考えられる。被害者が性暴力被害について開示する場合でも、警察や医師などの専門家よりも、友人や家族などの非専門家に help-seeking することが多い。

現在、性暴力被害後の早期介入は、各国の PTSD 治療ガイドラインでは推奨されていないが、慢性 PTSD については、PE 療法などエビデンスのある治療法が確立されている。日本で性暴力被害者のためのワンストップ支援センターが設立されている中で、日本の文化や実情に合わせて性暴力被害者の早期介入方法を確立していくことは重要である。

第 2 節 本研究の意義

2010 年以降、我が国では性暴力被害者のためのワンストップ支援センターが次々と開設されており、日本の性暴力被害者の治療や支援は、新たな段階に入ったと考えられる。性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの取り組みは新しいものであり、被害後早期からの被害者の PTSD 症状への介入については、日本では実践報告やエビデンスがほとんどない。

第 4 章で提示した事例では、被害後早期からワンストップ支援センターにつながり、ワンストップ支援センターと連携する精神科へ紹介された性暴力被害者について、治療開始から治療終了までの治療経過を提示した。本事例は、性暴力被害から約 1 年で PTSD 症状が消失して精神科治療が終了した。

早期介入方法に関しては、PTSD の自然回復や重症度の見極めが重要であり、自然回復が生じていると思われる被害者であっても、PTSD 症状について網羅的に評価することが重要であることが示唆された。また、性暴力被害者は再被害のリスクが高いため、再被害に関する対応を一連の治療終了時に取り入れることが、被害者の回復に寄与することが示唆された。

本事例は、精神科既往歴や被害歴がなく家族関係も良好であり、本人の属性と治療に適した環境が回復を促進したと考えられた。本事例における治療が、すべての被害者への治療に一般化できるものではないが、ワンストップ支援センターと精神科との連携により、早期介入が被害者の回復に効果的であることが示唆され、今後、早期介入方法を確立していく上で有用な事例報告であると考えられる。

第 5 章研究 1 では、ワンストップ支援センターから紹介され連携する病院内の精神科を受診した性暴力被害者に関して実施したカルテ調査について論述した。筆者の知る限り、ワンストップ支援センターからつながった被害者の精神科治療に関する報告は、我が国で初めてのものである。また、調査項目には、対象者の属性のほか、被害に関する被害時期、被害内容、被害場所、被害状況（アルコール、薬物の接種）、加害者との関係、加害者人数、過去の被害歴、診察および治療に関する内容、自記式心理尺度など多岐にわたる。被害者の実情を知り、今後、早期介入方法を確立していくためには、貴重な報告であると考ええる。

本カルテ調査の対象者は、海外の研究で **help-seeking** に影響があると報告されている顔見知りからの被害や、アルコール飲酒時の被害が多い傾向にあった。また、過去に複数の性暴力被害にあっている者が 5 割を占め、海外の先行研究と同様の結果であった。

対象者の PTSD 症状は重く、解離症状を伴うものであったが、治療とともに症状は低下した。治療終結者は、被害から精神科受診に至った期間が短い傾向にあった。対象者は、治療が継続すれば症状は寛解または軽快しているため、治療中断を防ぐことが被害者の精神症状の回復に重要であると示唆された。

第 6 章研究 2 では、ワンストップ支援センターから紹介され連携する病院内の精神科を受診した性暴力被害者に関して実施したカルテ調査のうち、ワンストップ支援センターと精神科の連携に焦点をあてて論述した。

対象者が産婦人科受診後に精神科を受診する平均日数は約 2 週間であり、産婦人科受診後、比較的早く精神科を受診していた。被害に関する治療を一か所で行えるという安心感が、精神科の早期受診につながっている可能性が考えられる。精神科との連携があれば、被害者は比較的早い時期から精神科治療につながることを示唆され、ワンストップ支援センターと精神科との連携は、被害者の精神科治療に有効であると考えられる。

対象者の 5 割は、産婦人科を受診することなく精神科のみを受診していた。また、被害後 15 年以上たってから精神科へつながった対象者は 2 割を占めていた。性暴力被害者のためのワンストップ支援センターに期待されていることは被害直後から救急医療や証拠採取などの産婦人科医療を行うことであり、このような産婦人科医療を提供できることがワンストップ支援センターの中核機能の一つである。しかし、本調査結果によると、ワンストップ支援センターに支援を求める被害者の中には、急性期の対応ではなく、慢性期の PTSD 等精神症状の治療を目的に支援を求めている者がいることが示唆される。ワンストップ支援センターと連携する精神科においては、慢性期 PTSD 等の治療を行える体制を築いておくことが課題である。性暴力被害者へ効果的な早期介入について検証するためには、精神科治療における介入要素や連携内容だけではなく、支援センターが被害者に行っている支援内容とその効果を分析し、被害者の回復を促進する心理・社会的な介入要素について検証することが今後の課題であると考えられる。

第 7 章研究 3 では、被害後早期からワンストップ支援センターや産婦人科医療現場で使用できるよう作成した、性暴力被害者向けのハンドブックの作成とその有用性評価の調査について論述した。本調査は、性暴力被害者のための支援情報用冊子について初めて有用性を検証した研究である。調査の結果、性暴力被害者が被害後に必要な情報を 1 冊で得ることができる本ハンドブックは、性暴力被害者の支援または治療経験者が多く含まれる対象者から全体的に有用であると評価された。

全国的にワンストップ支援センター設立の動きがあり、今後、急性期性暴力被害者に対する精神的な治療介入の需要が増加することが予想される。性暴力被害者への治療および支援は身体的、精神的なケアと同時に刑事司法手続き等の支援が必要であるなど、支援内容や関係機関は多岐にわたる。急性期の性暴力被害者への治療や支援が広がる中、適切な情報提供の需要が増すことが考えられるため、支援者や治療者にとって役に立つハンドブックが開発されたこと

は意義がある。今後は、支援情報を必要とする性暴力被害者に、適切な時期にハンドブックが手に渡るよう、ハンドブックの普及を図ることが課題であると考えられる。

第3節 本研究の限界

本研究 1、2 の対象者は、都内のワンストップ支援センターと連携する都内の一精神科に訪れた性暴力被害者を対象としている。現在、各地のワンストップ支援センターは、各地域の実情に合わせて運営主体や運営体制を築いて、治療および支援の提供している。そのため、本研究の実践は、各地のワンストップ支援センター全てに適用できるものではない。また、調査対象者は、都内ワンストップ支援センターにつながった性暴力被害者のうちのごく一部であり、研究 1、2 はパイロット研究と位置づけられる。

研究 3 では、支援者や治療者からハンドブックの有用性について高い評価が得られたが、あくまでも支援・治療者の側から見た評価であり、実際の使用者である性暴力被害者やその家族からの評価ではない。調査協力者に関しては、性暴力被害者の支援や治療を行った経験のある者から多く調査協力が得られたが、産婦人科医、看護師など医療者からの調査協力が少なく調査結果に反映されなかった。これから性暴力被害者の支援や治療を行う者からの有用性評価も含まれていない。また、本ハンドブックは子ども向けに作成されたものではないため、ハンドブックの普及や使用にあたっては留意が必要である。

第4節 今後の展望

以上のような限界があるものの、ワンストップ支援センターからの紹介によって被害後早期に精神科治療を受けるに至った性暴力被害者のカルテ調査研究や性暴力被害者向け支援情報冊子に関する有用性評価の研究は我が国で初めてのものであり、性暴力被害者の早期介入に焦点を当てた本研究は意義があると考えられる。性暴力被害者への早期介入に関する臨床と研究は

はじまったばかりであり、課題が多く山積している。さらに、全国でワンストップ支援センターが開設されることに伴い、従来、一般の精神科や心理臨床機関で出会うことが少なかった急性期の性暴力被害者の治療や支援が増加するものと考えられる。

今後は、更に臨床実績を積み重ね、性暴力被害者の回復に効果的な治療と支援の要素を分析し、各地のワンストップ支援センターと連携する精神科で活用できるような標準化された治療や支援のプログラムを開発することが必要であると考えられる。

謝辞

本研究を遂行し、学位論文をまとめるにあたり、臨床および研究の機会を与えていただき、指導教員として懇切丁寧なご指導を賜りました武蔵野大学大学院 小西聖子教授に心より感謝申し上げます。

本研究第7章、研究3の調査実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究部成人精神保健研究部の中島聡美室長にご指導ご鞭撻を賜りました。深く感謝いたします。

研究遂行にあたっては、武蔵野大学大学院のゼミ生、病院の同僚、国立精神・神経医療研究センターの研究員、武蔵野大学心理臨床センターの皆様にご協力いただき、支えていただきました。心より感謝いたします。

最後になりますが、事例提示を快く引き受けてくださった方、本研究1, 2の調査に協力いただいた皆様に心より御礼申し上げます。また、治療や支援でお忙しい中、研究3の調査に協力いただいた機関および対象者の皆様に心より御礼申し上げます。

付属資料

- ① 「一人じゃないよ あなたのこれからのための支援情報ハンドブック」
(全 28 ページ分)

- ② 支援情報ハンドブックのアンケート調査票 (全 8 ページ)

① 「一人じゃないよ あなたのこれからのための支援情報ハンドブック」

本冊子は、下記ホームページにてダウンロードできる。

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/index.html>

(実寸は A5 サイズ)



もくじ



はじめに - あなたへのメッセージ	1
この冊子をご利用いただくにあたって	2
これって暴力なの?	3
被害の様々な影響	4
心やからだの反応・変化	5
考え方や行動の変化	6
自分をケアしましょう	8
どこに相談したらよいのでしょうか?	11
産婦人科ができること	12
警察ができること	13
民間被害者支援団体ができること	15
検察庁・法テラス・弁護士ができること	16
こころの相談・治療機関ができること	17
ご家族や周囲の方々へ	18
各機関の連絡先	20
<参考資料>	
性暴力被害についての誤解や偏見	23
刑事手続きの流れと警察からの被害にあわれた方へのお願い	24



はじめに -あなたへのメッセージ



今、この冊子を手にとっているあなたは、とても大変な出来事にあって、どうしてよいかわからず混乱していたり、「被害にあったのは自分が悪い」と、自分のことを責めて苦しい想っているかもしれません。今のあなたには受け入れられないかもしれませんが、伝えたい言葉があります。

「一人じゃないよ、絶対にあなたのことを心配して思っていてくれる人がたった一人でもいるよ。自分を責めないで。あなたは悪くないよ」

この言葉は、ご自身が被害にあわれたアコースティックデュオ PANSAKUのほんさんからのあなたへのメッセージです。

このハンドブックは、性暴力の被害にあわれた方が必要とするような様々な支援についての情報を載せたものです。この中にはあなたが必要としている支援があるかもしれません。

今、全部読まなくてもよいのです。あなたが気になっているところだけでも目を通してみてください。あなたの助けになることや人に出会えるかもしれません。



ほんさんのメッセージは許可を得て以下から引用しています。
性暴力被害者支援センターホームページ
<http://www.mfs.or.jp/honshinai/awaku/honshinai/contents05.html>

この冊子を利用いただくにあたって



この冊子には、性暴力の被害にあわれた方やご家族・周囲の方が、これから必要とするのではないと思われる支援を中心とした情報を載せています。

- 最初に、性暴力について理解してもらうためのページがありますが、まず自分に必要なところや疑問に思うところを読みたい方もいると思います。そういう方は、もくじから自分の気になる項目を選んでそのページを読んでください。
- 性暴力という文字を見るだけでもつらくなってしまう人もいます。読みたいけど読めないという方は、家族や信頼できる人、相談機関の人と一緒に読むことが助けになるかもしれません。
- このハンドブックでは、警察や検察庁での手続きの話がテーマですが、被害届を出すことをすすめるものではありません。しかし、警察では被害届を出さなくても相談すれば受けられる支援もありますので、どんな支援があるかについては知っていただくとよいかもしれません。



2

これって暴力なの？



性暴力の加害者は、知人やデートの相手であることも少なくありません。そういう時、被害者は「これって暴力？」とわからなくなってしまって、相談できないことがあります。

“性暴力”は、一言でいうと、「**脅しや強制力^{せうしやきやうせいりき}体^{たい}**を用いて行われるあなたの意思に反していたり、あなたの同意がない**性的な行為^{せうてきなけいゐ}**のすべて^{すべて}です。

相手がどんな人（例えば、友人、知人、恋人、配偶者、家族など）であっても、どのような状況や場所（例えば、自宅、相手の家、職場、学校、ホテルなど）で起きたとしても性暴力に当たります。

また、性暴力は、レイプ（性器の挿入を伴う行為）だけではなく、体や性器に直接ふれる行為（痴漢も含まれます）や、盗撮、性器などを見せること、ポルノ映像・写真を見せることやその被写体になること、それを勝手に公開すること、性的な嫌がらせをすることもすべて性暴力なのです。

性暴力は、それを受けた人の尊厳や自尊心を傷つけ、無力感や屈辱感をもたらします。愛し合っているパートナーとの性的な関係は、喜びや満足、幸福をもたらすものですが、性暴力はそれとは全く異なるものです。

※ ここでの性暴力の定義は、世界保健機構（WHO）の定義を基準にしていますが、残念ながら、日本の法律上の定義はもっと狭いものになっています。裁判で認められるかどうかについては、警察官や弁護士など法律の専門家にご相談いただくことが必要です。

注） 職場の上司と部下のようにその力関係自体が強制力となっているものも含まれます。

3

被害のさまざまな影響



性暴力被害は、被害者にさまざまな影響を与えます。
ここにあげたのはその一部です。

性や妊娠・出産に関わる健康への影響

- ・ 望まない妊娠
- ・ 性感障害
- ・ 性機能障害 など

心への影響

- ・ 恐怖、不安、自責感、怒り、などの様々な感情
- ・ 感覚や気持ちの麻痺
- ・ 気分の落ち込み など

からだへの影響

- ・ 被害による負傷
- ・ 眠れない、疲労
- ・ めまいや吐き気、痛みなど様々な身体の不調

社会生活や対人関係への影響

- ・ 仕事や学校に行けない
- ・ 外出したり、運動ができない
- ・ 人と会いたくなくなる
- ・ 人間関係が悪くなる など

あなたの体験していることがどのようなことなのかを知ることは、回復への大切な第一歩です。

次のページからは、もう少し詳しく、心やからだ、考え方などの反応や変化を説明しています。

4

心やからだの反応・変化



被害の後には、心やからだにさまざまな反応や変化が起きます。
このような反応や変化は、被害のすぐ後にあらわれることもあれば、しばらくたってからあらわれることもあります。続く期間も人によってさまざまです。

ショックや動揺・混乱

- 「本当のこととは思えない」、「信じられない」という気持ちになる
- 頭の中が真っ白で何も考えられない、どうしたらよいかわからない

不中や恐怖、気分の落ち込みが続く

- 考えたくないのに被害のことがくり返し頭に浮かぶ
- 被害がまた起こっているような感覚になる(フラッシュバック)
- 怖い夢や被害に関係した夢を見る
- 被害のことをよく覚えていない、思い出せない
- 何をしても楽しくない、物事への興味や関心がない
- 時間の流れや出来事の順序がよくわからない
- 生きていきたい、死にたいと考えてしまう

過敏になって、落ち着かない

- 寝つきが悪い、夜に何度も目が覚める
- 何か起こりそうでいつもびくびくしている
- イライラしたり怒りっぽくなる
- 集中力がない、仕事や勉強が手につかない

からだの調子が悪い

- 心臓がドキドキする、過呼吸になってしまう
- 食欲がない(気持ちを紛らすために食べ過ぎることもあります)
- 吐き気や、嘔吐、下痢や便秘などお腹の調子がよくない
- 頭痛やめまいがする
- 下腹部や背中、肩など身体のあちこちが痛い
- 生理が不規則だったり、生理痛がひどい、不正出血がある

5

考え方や行動の変化



被害は考え方や行動にもさまざまな影響を与えます。

考え方の変化

- 「被害にあったのは自分のせいだ」と自分のことを責める
- 「自分は弱い、何をやってもだめだ」という無力感をおぼえる
- 「自分は汚れてしまった」、「もう、前の自分には戻れない」と思う
- 「もう、自分は幸せにはなれない」と思う
- 他人を信じられない、この世の中では安心して暮らせないと思う
- 「自分はみんなとはもう違う」と思い、孤独な気持ちが強くなる

行動の変化

- 外出できない、引きこもりがちになる
- 大勢の人(とくに男性)がいる場所など被害を思い出させる場所を避ける
- ひとりきりになるのが怖くて、誰かにそばにいてもらわないとられない
- 被害を思い出すのが怖くて、新聞やテレビを見なくなる
- 趣味など今まで好きだったことをしなくなる
- 家族や友人と話したり、会うことを避ける
- 恋人やパートナーと性的な関係を持たない
- 自分を傷つけたり、死のうとする行動をとってしまう

被害にあった後の反応や様子は一人ひとり違いますが、このような変化が生じると、「自分がおかしくなってしまったのではないか」と不安になる人もいます。

しかし、性暴力被害のように非常にショックな出来事があったときに、このような反応が起こるのは**自然な**ことです。

6



メモ



7

自分をケアしましょう (その1)



被害の後は気持ちが不安だったり、落ち込んでしまっていたり、またするべきことが多すぎて自分をケアすることが難しくなっていることがあります。少しずつでもよいです。自分のケアをしていきましょう。

以下のことは必ず確認してケアしておきましょう

- **被害の時に身体の中や外側が傷ついていますか？**
今は症状がなくても後から現れることがあります。
必ず病院で検査や治療をうけましょう。
- **妊娠や性感染症の恐れはありませんか？**
万が一でも不安があったら必ず産婦人科を受診しましょう。
- **あなたの身の回りは安全ですか？
加害者が住所を知っているようなことはありませんか？
家のどこか壊れているところはありませんか？**
修理したり、家族や安心できる友人の家で過ごすことが役に立つかもしれません。安全を守るために、警察や被害者支援団体に相談しましょう。
- **眠れなかったり、食欲がないことが続いていますか？
不安や恐怖で生活がつかなくなっていませんか？
死にたい気持ちがでてきていることはないですか？**
家族や友人、被害者支援団体やこころの相談・治療機関に相談してみましょう。



8

自分をケアしましょう (その2)



こんなことが自分のためにできるかもしれません

- とても大変なことが起こったのです。とてもつらくて、傷ついているのはあなたが弱いのではなく、出来事が大変だったからです。自分を責めないであげてください。今何とかが生活していることだっても頑張っていることです。
- 被害が起こったのは自分に責任があったように思っているかもしれません。でも、たとえ不注意と思えることがあったとしても、人に危害を及ぼすことはいけないことです。だから、悪いのは加害者です。そのことを自分がわかってあげましょう。
- 自分でうまく気持ちをコントロールできなかったり、思うように生活できないと感じることもあるかもしれません。無理もないことです。少しずつでもよいんだと自分に言いかけようとするだけで、少し落ち着くこともあるかもしれません。
- 怖かったり、悲しかったり、不安だったり… そういう気持ちを一人で抱え込むのはとてもつらいことです。あなたが信頼できるお友達や家族など周りの人に少し伝えてみましょう。全部ではないかもしれないけど、わかってもらえると思うと少しほっとするかもしれません。
- 大変なことが起こった時には、誰でも手助けが必要です。お友達や家族、支援団体の人、警察の人、それぞれにできることがあります。こんな大変なことを一人で対応するのは大変です。相談して手伝ってもらいましょう。



9

自分をケアしましょう (その3)



こんなことが自分のためにできるかもしれません

- ご飯を食べたり、お風呂に入ったり、寝たりといった日常生活を少しずつやっていきましょう。ゆっくりでよいのです。自分のペースを取り戻していきましょう。疲れた時には休むことも大切です。
- 仕事や学校に行きにくかったり、行っても思うように仕事や勉強ができないかもしれません。今は、無理をし過ぎないようにしましょう。
- すぐには難しいかもしれませんが、自分の心が落ち着けること、リラックスできることをためてみましょう。音楽やアロマ、ストレッチなどはどうでしょうか？



～気持ちが動揺したり、不安な時に、落ち着く方法を紹介します～

“ブリーズ”と頭の中で声をかけてみるのもよいです。



①5つ数えながら
▲から息を吸います



②そのまま息を
どめます
(3つくらい)



③5つ数えながら、
ゆーっくり息を吐きます
(▲からでもよいです)

5回から10回ほどくり返しましょう

吐くときにすこしずつ
身体の力をぬいていきましょう

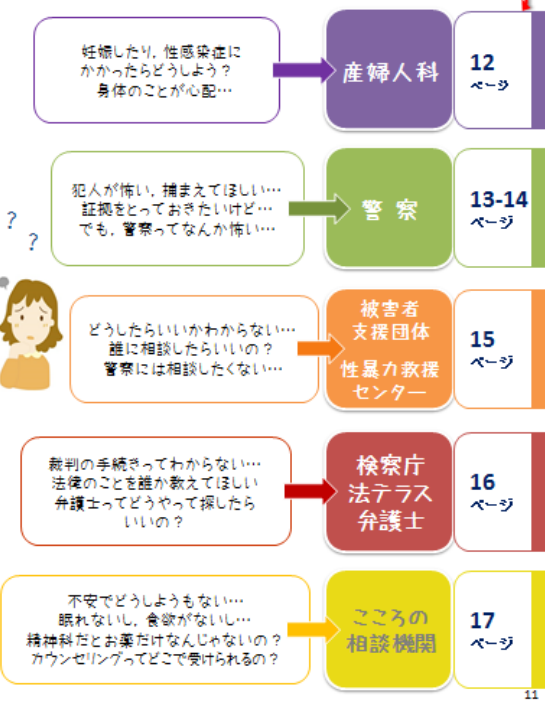


10

どこに相談したらよいのでしょうか？



詳しくはこちらのページをご覧ください



11

産婦人科ができること



治療や検査、警察への連絡などは、被害者の同意を得て行います。
妊娠や性感染症の心配があったら、必ず産婦人科を受診してください。

● 診察／傷の手当て／他の医療機関の紹介

診察し、身体の傷の手当てをします。症状によっては他の医療機関（外科、心療内科・精神科など）を紹介します。

● 緊急避妊

被害から72時間以内であれば、緊急避妊薬（ノルシロネ[®]錠など）を処方します。緊急避妊薬の服用によりほとんどの場合は妊娠を避けられます。服用開始が早いほど妊娠を避けられるため、被害後できるだけ早く受診することが大切です。また、72時間をすぎても、5日間以内であれば、IUD（子宮内避妊具）を用いた避妊措置を行う方法もあります。

● 性感染症検査とその治療

性感染症（梅毒、エイズ、クラミジア、淋菌、B型肝炎、C型肝炎など）の検査と治療をします。性感染症の種類によって検出時期が異なるため、検査は初診時、2週間後、8週間後の3回程度行う必要があります。

● 妊娠に関する相談

妊娠や中絶についての相談を受けています。

● 警察への連絡

警察へ連絡しないで産婦人科を受診した場合、被害者が希望すれば、病院側から警察に連絡することができます。被害者の同意がないのに、警察に連絡することはありません。（⇒ 警察の支援は13ページ）

● 証拠採取

加害者を特定するための客観的な証拠を採取することができます*

- 身体（性器を含む）への負傷の状況
- 加害者の毛髪や体液（唾液、精液など）

* 証拠採取はすべての病院で対応できるわけではないので、可能であれば、警察に相談して、警察から紹介された病院を受診することをおすすめします。
* 警察に相談の上受診した場合には緊急避妊費用、初診料、診断書料、性感染症などの検査費用、人工妊娠中絶費用などが公費負担となる場合があります。詳しくは、13ページを参照してください。

12

警察ができること 1



警察は、犯人の逮捕だけでなく、あなたの安全を守ったり、様々な支援ができます。被害の届け出をためらっている場合でも相談することができます。

● 被害者への情報提供

パンフレット「被害者の手引」で刑事手続の流れなどを説明しています。「被害者連絡制度」により捜査の状況などについて、情報を提供しています。さらに、被害者の方の希望に応じて、地域警察官が被害者訪問・連絡活動を実施します。

● 相談・カウンセリング

各都道府県警察では、性犯罪に係る被害や捜査に関する相談を受け付ける「性犯罪被害110番」等の相談電話や「性犯罪被害者相談コーナー」等の相談室を設置し、女性の警察官等が相談に応じています。届出を迷っている場合も相談できます。

また、警察のカウンセラーによるカウンセリングを行える場合もあります。（⇒ 性犯罪被害相談電話設置一覧表は20ページ）

● 緊急避妊等の経費負担

各都道府県警察では、被害者の初診料、診断書料、緊急避妊費用、性感染症などの検査費用、人工妊娠中絶費用などを公費で負担しています。

● 犯罪被害給付制度

被害によって怪我を負ったり、病気になった場合（重傷病給付金）や、身体に障害が残った場合（障害給付金）、あるいは遺族（遺族給付金）に給付金が支給される制度があります。

この制度では対象となる犯罪や病気・障害の程度など様々な条件がありますので、希望する場合には、警察に相談してください。

13

警察ができること 2



● 女性の警察官による捜査

あなたが望む場合には、女性の警察官があなたからの事情聴取や、証拠採取、証拠品の受領、病院等への付き添い、捜査状況の連絡などを担当します。

● 証拠採取における配慮

被害者の衣服や身体から証拠を採取する場合には、被害者にできるだけ負担をかけないように配慮しています。また、産婦人科と連携して、安心して検査や治療を受けられるようにしています。証拠として衣類を預かる場合には、洗濯も用意しています。被害状況を確認するための再現を行う必要があるときには、人形を使うなどの方法で気持ちの負担を和らげるようにしています。

● 被害者の安全確保

被害者は、警察に相談したり、届け出たりすることで犯人などから仕返しをされるのではないかと不安を持つことがあります。警察では、被害者との連絡を密にし、防犯指導など必要な助言を行います。また、状況に応じて自宅や勤務先における身辺警戒やパトロール等を強化したり、緊急通報装置を貸出しするなど、被害者の方の不安を解消し、危害を未然防止するための種々の対策を講じています。

※ここでは、性暴力被害者が必要とすると考えられるものを記載しました。詳しくは、警察庁ホームページ「警察による犯罪被害者支援」をご覧ください。

<http://www.npa.go.jp/higaisya/home.htm>

警察庁 犯罪被害



警察に届け出てからの警察での手続きについては、24-25ページの「刑事手続の流れ」をご覧ください。

14

被害者支援団体ができること



ここでは、主に全国被害者支援ネットワークに加盟している民間被害者支援団体や性暴力救済センターで行っている支援を紹介しています。

電話相談 - 面接相談

- ◆ 被害にあった方やご家族の悩みや困り事について、電話や面接でご相談を受けています。どうしてもわからない時にも一緒に考えます。
- ◆ 警察への届け出やその後の刑事手続、裁判などの司法手続についての相談を受けています。
- ◆ 支援機関やその窓口、支援制度(犯罪被害給付金含む)などについて説明します。
- ◆ 受診できる病院を探して紹介します。

直接支援

付き添い支援

- ◆ 必要に応じて、警察や検察庁、病院などへ付き添います。
- ◆ 裁判で証人になったり、傍聴するときなど法廷などへの付き添いを行います。

専門家の紹介

- ◆ 必要に応じて、弁護士、医師、カウンセラーなどの専門家を紹介します。

心理カウンセリング

- ◆ 心理カウンセラーが心の相談やカウンセリングを行います。

団体(連絡先は24ページ)によって提供している支援が異なりますので、電話で確認してください。電話は匿名でかけることもできます。

性暴力救済センター

性暴力救済センターでは、主に24時間のホットラインで支援員が電話相談を受けています。被害直後の被害者のニーズに合わせて、総合的な支援を行っています。病院が拠点となっているところでは速やかに産婦人科のケアが受けられます。あなたが必要とすれば、支援員が産婦人科の診察や警察への通報・付き添いもできます。弁護士や他の相談機関への紹介も行います。

⇒ 連絡先は22ページ



15

検察庁・法テラス・弁護士ができること

検察庁

- ◆ 検察庁では、警察から送致された事件について、更に捜査を行い、起訴・不起訴の処分を決定します。検察庁に公判請求した事件については、公判で有罪を立証し、求刑をします。犯罪被害者の方々に詳しく事情を聞き、処分結果等を通知し、被害者の語権等を説明します。被害者が、公判で検察庁に被害者特定情報移送申立や被害者参加申立をする場合、全て検察官を通じて行います。
- ◆ 犯罪被害者に対しては、以下のような支援制度があります。

被害者支援員制度
被害者等通知制度
関係機関・団体等の紹介
被害者ホットライン

※ 詳しくは、検察庁ホームページ「犯罪被害者の方々へ」をご覧ください。

<http://www.kensatsu.go.jp/hisaisha/index.htm>

検察庁 犯罪被害者の方々へ

法テラス

- ◆ 以下の内容について支援しています。

刑事手続の流れを説明
各種支援制度を紹介
弁護士の紹介
経済的援助制度の説明、手続等※

※ 弁護士を依頼する場合の費用等について、資産額など一定の要件のもと、法テラスを通じて利用することができる制度があります。

詳しくは、法テラスホームページ「犯罪被害者支援」をご覧ください。

<http://www.houterasu.or.jp/hisaishashien/>

法テラス 犯罪被害者支援

弁護士

- ◆ 以下の内容について支援しています。弁護士の紹介は法テラスで行っています。

捜査機関への告訴・告発
警察署 検察庁 裁判所等付を添い
損害賠償請求 示談交渉
被害者参加 弁護士
犯罪被害者等 給付金の代理申請
マスコミ 対応

※ 弁護士費用は、支援の内容、程度などによって異なります。経済的に余裕のない方には、経済的援助の給付制度があります（いずれの制度も、利用には一定の条件があります）。

詳しくは、日本弁護士会ホームページ「犯罪の被害者に選ばれる方へ」をご覧ください。

http://www.nichibenren.or.jp/contact/crime_victims.html

日本弁護士連合会

16

こころの相談・治療機関ができること

ここでは、精神科や心療内科について紹介しています

こんな時には精神科や心療内科に相談しましょう

- 眠れない、食欲がない、強い不安や恐怖で落ち着かないなどの症状が長く(数週間)続いている時
- 不安や不眠、気持の落ち込みなどの心の問題で、学校や職場に行くのが困難だったり、外出できないなど日常生活や社会生活に支障をきたしている時
- 死にたいあるいは、自分を傷つけたいという気持ちや行動がある時
- 気持ちがつかなくてどうしたらよいかわからない時

近所の精神科がわからない、どこに通院したらよいかわからない場合には、最寄りの保健所や精神保健福祉センター、被害者支援団体、警察の性犯罪被害相談電話などにお問い合わせください。(⇒ 各機関の一覧は20-22ページ)

精神科や心療内科での治療や相談

<予約・受診>

予約制の病院が多いです。早めに電話で予約をしましょう。その際、女性の医師の診察が受けられるかなど問い合わせましょう。初診(最初の診察)は時間がかかることが多いので、あらかじめ時間の余裕を見てください。

※ 大学病院などでは紹介状が必要ことがあります。そういう時には、近所のかかりつけのお医者さんから紹介状をもらいましょう。

<面接・検査・診断>

まずお話を伺い、どのような症状があるのか、どのような病気なのかを診断します。その際、心理検査が行われることもあります。

<治療>

診断に基づいて、お薬による治療や精神療法(お話を聞いて問題を一緒に考える)が行われます。お薬について疑問なことや心配なことはしっかり聞きましょう。

※ 心理カウンセラーによるカウンセリングは希望できる場所とできないところがあります。また、カウンセリングは自費診療になる場合もあります。かかっている医療機関に相談してみてください。

※ 精神科の外未病院には被害者総合支援法に基づく公費負担制度が適用できる場合があります。あなたの住んでいる市町村の担当窓口で申請できます。

17

ご家族や周囲の方々へ (その1)



大切な人が被害にあうと、家族や周囲の方もショックを受け、どのように対応してよいかわからなくなります。

でも、みなさんは被害にあわれた方にとって、とても安心や信頼を与えることのできる重要な方々です。みなさんができることは、実はたくさんあります。

身近な人ができること

- ・特に被害直後は、被害者を一人にしないで、だれかがそばに付き添っているようにしましょう。被害者が信頼して、安心できる人が一番よいです。
- ・被害者は何も話すことができないかもしれません。無理に話をさせなくてもよいです。ただそばに寄り添って、一緒に時間を過ごすだけでもよいです。
(身体を触ることは注意してください。かえっておびえることがあります。
普段からそういう関係にない人は控えましょう)
- ・被害者が話すときには、丁寧に耳を傾けましょう。その人の言うことをわかってもらうと思って聞きましょう。またいろいろなこと相談相手になりましょう。
その時には被害者の気持ちや意思を尊重しましょう。
- ・あなたが、被害者を大切に思っていることや、被害者が悪いわけではないということ、被害者を信じていること、できるだけになりたいと思っていることを少しずつ伝えていきましょう。
- ・被害者の身体に気をつけてください。けがをしていないでしょうか？ 医療機関(産婦人科)のケアを受けていないようなら、受診をすすめるだけでなく、一緒に探したり、付き添ってあげてください。

18

ご家族や周囲の方々へ (その2)



身近な人ができること (続き)

- ・被害者が安心して休める場所を探しましょう。
- ・生活のことに気を配りましょう。食事や睡眠がとれているでしょうか？
食事や買い物など手助けが必要なことがあります。
- ・被害後は刑事手続などわからないことがたくさんあります。
被害者が情報を集めたり、問い合わせたりする手助けをしたり、警察、病院などに付き添えることを伝えてください。
- ・周囲の人もケアを必要としています。
ご自身が支援機関に相談することも助けになります。



被害者を傷つけないために...

周囲の方の動揺した気持ちをそのまま被害者につづけると被害者は自分が否定されたり、わかってもらえない人だと思って、周囲の人を信じられなくなったり、話さなくなってしまうかもしれません。それを防ぐために、以下のことに気を付けて接してみてください。

- 被害者の話を聞こうとしなかったり、嫌な顔をしたりしないようにしましょう。
聞く方も、つらいですが、話す側はもっとつらいのです。
- 被害者の話を批判したり、否定しないようにしましょう。
> 「そんなはずはないでしょ」とか「ありえない」とか言ってしまうがちです。
- 「あなたが不注意だった」、「そうしなければよかった」など被害者を責めたり、罪悪感を強めないようにしましょう。
- 被害者の気持ちを尊重して、静かにそばで見守ることも必要です。激励したり、「こうするように」と行動をせかしたり、お説教をしないようにしましょう。
- 不安定な状態は少しずつ改善しますが、時間がかかることが多いです。
早く回復するようにと焦らせしないで、長い目で見守っていきましょう。

19

各機関の連絡先 1



- 内閣府 犯罪被害者等対策トップ>被害者支援の相談窓口>主な支援機関・団体
<http://www8.cso.go.jp/hansai/spoudan/kiikan/kiikan.htm>
- 警察庁 トップページ>犯罪被害者の方へ
<http://www.kensatsu.go.jp/hisaiha/index.htm>
- 警察庁 警察による犯罪被害者支援ホームページ
<http://www.npa.go.jp/hisaiya/home.htm>
- 警察庁 性犯罪被害者相談電話設置一覧表(平成23年4月30日現在)
最新の情報、警察庁ホームページ「性犯罪被害者相談電話設置一覧表」で確認できます。
<http://www.npa.go.jp/consultation/sousei/index.htm> (ホームページには受付時間記載されています。)

名 称	電話番号	名 称	電話番号
北海道 性犯罪被害者110番	0120-776-810	岩手県 レディースサポートライン	0120-67-7830
	011-242-0310	三重 警察総合相談電話	059-224-8110
伊藤 性犯罪被害者110番	0120-677-410	滋賀 県民の声110番	077-525-0110
旭川 性犯罪被害者110番	0120-677-410	京都 レディース110番	075-411-0110
釧路 性犯罪被害者110番	0120-677-410		
	0154-24-0310	大阪 ウーマンライン	06-6941-0110
札幌 被害者相談電話	0120-677-410	茨城 レディースサポートライン	078-951-0110
青森 性犯罪被害者110番	0120-697-834	奈良 性犯罪被害者110番	0742-24-4110
赤松 性犯罪被害者相談電話	0120-787-874	和歌山 性犯罪被害者110番	073-452-0110
宮城 性犯罪被害者相談電話	022-221-7189	鳥取 性犯罪110番	0857-22-7110
秋田 レディース110番	0120-609-410	香川県 性犯罪110番	0872-23-4110
山形 女性専用相談電話	023-615-7120	徳島 性犯罪被害者110番	0120-410-267
福島 性犯罪被害者110番	0120-609-792	岡山 性犯罪被害者相談電話	0120-001-797
宮城県 警察庁性犯罪被害者サポートライン	05-2597-7830	広島 性犯罪被害者110番	0120-72-0110
茨城 性犯罪被害者相談(南乳の電話)	029-301-0278	山口 女性犯罪被害者相談電話	083-832-7830
群馬 性犯罪被害者相談電話	0120-710-873		
群馬 女性相談専用相談電話	027-224-8356	徳島 子供・女性を守る連絡ダイヤル	089-623-6110
警察庁 警察総合相談電話	027-224-8080	香川 性犯罪被害者専用相談電話	087-831-9110
埼玉 犯罪被害者支援相談電話	0120-881-838		
千葉 女性被害者110番	043-223-0110	岩手県 警察総合相談電話	089-831-9110
相談サポートコーナー	043-227-9110	高松 女性被害相談電話	089-873-0110
女性相談所	0120-048-224		
神奈川 性犯罪被害者110番	045-681-0110	福岡 犯罪被害者相談電話	092-692-7830
新潟 女性被害者110番	025-281-7890		
山梨 性暴力110番	055-224-9110	佐賀 レディース110番	0952-28-4187
長野 女性犯罪被害ダイヤルサポート	026-234-8110	福岡 犯罪被害者110番	0120-110-874
		徳島 レディース110番	089-634-981
静岡 性犯罪被害者110番	0120-783-870		
富山 女性被害者110番	0120-72-8730	大分 警察総合相談電話	097-534-9110
石川 レディース110番	076-223-0281	高崎 女性被害相談電話	085-21-8740
福井 レディース110番	0120-29-2170	鹿児島 性犯罪被害者110番	098-206-7887
	0776-29-2110	沖縄 性犯罪被害者相談専用電話	098-868-0110
岐阜 性犯罪110番	0120-670-783		
	058-277-3783		

20

各機関の連絡先 2



- 全国被害者支援ネットワーク加盟機関一覧(NPO法人全国被害者支援ネットワークホームページ)
<http://www.nvns.org/list/index.html>

名 称	電話番号
北海道 (公益社団法人北海道警察生活安全総合カウンセル링)	011-252-8740 月～金 10時～18時
道庁 センター(四)北海道警察総合相談室	
北海道 (一般社団法人北.ほっかいど.労働安全カウンセル링)	0166-24-1800 月～木 10時～18時
東北 支援センター(四)北.ほっかいど.労働安全相談室	
赤松 公益社団法人あおもり被害者支援センター	017-721-0723 月～金 10時～18時 水は20時30分まで
赤松 公益社団法人いわて被害者支援センター	019-421-5751 月～金 10時～18時
宮城 公益社団法人みやぎ被害者支援センター	022-501-7850 火～金 10時～18時 月以外の相談日
秋田 公益社団法人秋田県被害者支援センター	0120-62-4010/019-893-8937 月～金 10時～18時
山形 公益社団法人やまがた被害者支援センター	023-642-7850 月～金 10時～18時
福島 公益社団法人ふくしま被害者支援センター	024-633-8000 月～金 10時～18時
茨城 公益社団法人いばらき被害者支援センター	029-252-2756 月～金 10時～18時
群馬 公益社団法人群馬県被害者支援センター(とちぎ)	028-648-2940 月～金 10時～18時
群馬 公益社団法人群馬県被害者支援センター(すま)県庁あま	027-248-8999 月～金 10時～18時
千葉 公益社団法人千葉県犯罪被害者支援センター	043-212-6450 月～金 10時～18時
東京 公益社団法人東京都犯罪被害者支援センター	03-6267-8268 月～金 10時20分～18時20分 水・木・金 10時
埼玉 公益社団法人埼玉県犯罪被害者支援センター	048-866-7850 月～金 10時～18時
神奈川 認定NPO法人神奈川県被害者支援センター	045-811-4727 月～土 10時～18時
	045-828-2728 月～金 10時～18時 (性被害専用)
新潟 公益社団法人にいがた被害者支援センター	025-281-7870 月～土 10時～18時
石川 公益社団法人石川県被害者サポートセンター	076-226-7850 火～土 10時20分～18時20分
福井 公益社団法人福井県被害者支援センター	0120-783-892/0776-88-0801 月～金 10時～18時
富山 公益社団法人とやま県被害者支援センター	076-413-7850 月～金 10時～18時
長野 認定NPO法人長野県犯罪被害者支援センター	026-255-7850 長野相談室 0265-75-0723 中野相談室
	0265-76-7850 長野相談室 月～金 10時～18時
山梨 公益社団法人山梨県被害者支援センター(やまなし)	055-226-8822 月～金 10時～18時
岐阜 公益社団法人ぎふ県犯罪被害者支援センター	0120-666-721/056-266-8700 月～金 10時～18時
静岡 NPO法人静岡犯罪被害者支援センター	054-851-1011 月～金 10時～18時
岩手 公益社団法人岩手県被害者サポートセンター(あいち)	082-252-7850 月～金 10時～18時
三重 公益社団法人みえ県犯罪被害者支援センター	059-221-7850 月～金 10時～18時
滋賀 NPO法人お.ひ.志.犯罪被害者支援センター	077-828-8102/077-821-8241 月～金 10時～18時
京都 公益社団法人京都府犯罪被害者支援センター	075-451-7850/0120-60-7850 月～金 10時～18時
大阪 認定NPO法人大阪府被害者支援センター(わかさ)センター	06-6774-6368 月～金 10時～18時
奈良 公益社団法人・NPO法人ひよこ犯罪被害者支援センター	078-567-7851 火～金 10時～18時
	0742-24-0721 月～金 10時～18時
和歌山 公益社団法人和歌山県被害者支援センター	073-427-2000 月～金 10時～18時 火の休 10時～18時
	073-427-2000 月～金 10時～18時 土 10時～18時
鳥取 一般社団法人鳥取県被害者サポートセンター	0120-556-491 月～金 10時～18時
	086-223-8822 月～土 10時～18時
岡山 公益社団法人岡山県被害者サポートセンター(あがやま)	
	086-223-8822 月～水・木・土 10時～18時
広島 公益社団法人広島県被害者支援センター	082-944-2110 月～水・木・土 10時～18時
山口 NPO法人山口県被害者支援センター	083-974-2112 月～金 10時～18時
鳥取 公益社団法人とっとり県被害者支援センター	0857-50-0874 月～金 10時～18時

21

各機関の連絡先 3



全国被害者支援ネットワーク和歌山県連絡一覧(2024)

名称	電話番号
徳島 一般社団法人NPO法人被害者支援センター及び	089-808-0100 火-土 10時-18時
高知 NPO法人こども被害者支援センター	088-854-7867 月-金 10時-18時
香川 NPO法人被害者支援センター(かがわ)	087-897-7799 月-金 10時-18時
徳島 公益社団法人徳島被害者支援センター	088-878-7830 月-水・木・金 9時-18時
福岡 公益社団法人福岡犯罪被害者支援センター	092-735-3109 月-金 10時-18時
北粟 NPO法人被害者支援ネットワーク(北粟)033	093-833-2110 月-金 10時-18時
石川 公益社団法人石川犯罪被害者支援センター	093-820-8977 月-金・土 10時-18時
熊本 公益社団法人(体)犯罪被害者支援センター	096-558-1035 月-金 10時-18時
大分 公益社団法人大分被害者支援センター	097-832-7711 月-金 10時-18時
高崎 公益社団法人みやぎ犯罪被害者支援センター	0885-36-7830 月-金 10時-18時
鹿児島 公益社団法人(か)犯罪被害者支援センター	099-226-8541 火-土 10時-18時
沖縄 公益社団法人沖縄被害者支援センター	098-868-7830 月-金 10時-18時

● 性暴力被害者専用の相談窓口(2024年2月現在)

名称	電話番号
北海道 性暴力被害者支援センター-北海道 SACRC-HK	011-278-0799 月-金 10時-18時 土日祝祭日 12/29-1/5除く http://www.sacrc-hk.jp/
福島 性暴力被害者支援センター(SACRCふくしま) SACRC-FO	024-833-3240 月-水・金 10時-18時 火・木 10時-18時 土日・祝祭日 年末年始を除く http://www.sacrc-fukushima.jp/
東京 性暴力被害者支援センター-東京(SACRC東京) レイブクライシスセンター コジメ	03-5607-0799 14時開庁(レイブ) http://www.sacrc-tokyo.com/ 03-5577-4042 月-金 10時-18時 土日祝日除く http://www.cosime.jp/
徳島 ハートフルステーション(あいち)	0870-084-810 月-土 9時-18時 (ただし、徳島県内4市は通話可能)
大阪 性暴力被害者支援センター-大阪(SACRC-O)	072-330-0799 14時開庁(レイブ) http://www.sacrc-osaka.jp/
沖縄 性暴力被害者支援センター-ひよこ	098-8411-0992 月-金 9時30分-18時30分 土日祝 年末年始除く http://hiko.jimdo.com/
和歌山 性暴力被害者支援センター-和歌山 わかやまmin(マイン)	073-444-0099 相談: 9時-17時 【平日 10時30分、休日 年末年始除く】 緊急相談: 9時-23時 (年末年始を除く)
香根 しほり性暴力被害者支援センター 「あひめ」	0852-32-0809 http://www.sacrc-kanagawa.com/
福岡 性暴力被害者支援センター-ふくおか	092-762-0799 年末年始を除く(金)9時-18時
佐賀 性暴力被害者支援センター-さが さが・mine	0952-26-1750 月-金 9時-17時(救急受診はこの限りではない) http://www.sacrc-saga.com/

● 法テラス(日本司法支援センター) ホーム > 法テラス犯罪被害者支援

<http://www.houterasu.or.jp/hisashashien/>

● 日本弁護士連合会 HOME > 法律相談ガイド > 犯罪の被害に遭われた方へ

http://www.nichibenren.or.jp/contact/crime_victims.html

● 全国の精神保健福祉センター一覧(厚生労働省)

<http://www.mhlw.go.jp/keikoro/support/mhcenter.html>



【本冊子の制作大塚】
小塚智子監【編集協力】犯罪被害者の心(和歌山県) 2024

性暴力被害についての誤解・偏見

(参考資料)



性暴力被害については、さまざまな誤解や偏見があるため、被害者自身も、それを信じていて、自分を責めていることがあります。ここであげたのは一部ですが、このような誤解や偏見で自分を責めないようにしましょう。

“若い女性にだけ
レイプ被害は
起きる”

実際には

若い子どもから高齢者まで、あらゆる年代の女性が被害にあっています。女性だけでなく、男性も被害にあっています。

“被害者側の
服装や行動が
被害をもたらす”

実際には

実際には、被害女性の多くは特別な挑発的な服装をしているわけでもありません。しかし、被害者がどのような服装を着ていたとしても、どのような行動であったとしても、相手が見えない行為をしてはいけません。

“抵抗しなかったのは
“合意があった”
ということだ”

実際には

被害者は、「抵抗しなかった」のではなく、「抵抗できない」のです。抵抗したら殺される、とてもかたくなに思ったり、恐怖心のために、声を出さず、動かない、合意や同意などで抵抗できなくなっていることもあります。

“日本で被害に
あうことは
まれなことだ”

実際には

内閣府の調査によると、一生の間でレイプの被害を経験したことがある女性は全体の約6〜7割です。実際には、15〜18人に1人が被害にあっているのです。

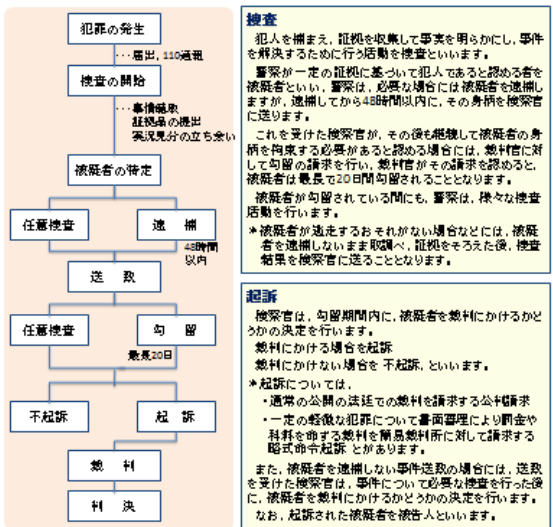
“加害者は
見知らぬ人が多い”

実際には

内閣府の調査によると、顔見知りやよく知っている者からの被害が約8割に達しています。むしろ見知らぬ人からの被害の方が少ないのです。

<刑事手続きの流れ>

犯人を明らかにし、犯罪の事実を確定し、科すべき刑罰を定める手続きのことを刑事手続きといい、これは、大きく、捜査、起訴、公判の3つの段階に分かれます。



捜査
 犯人を捕まえ、証拠を収集して事実を明らかにし、事件を解決するために行う活動を捜査といいます。
 警察が一定の証拠に基づいて犯人であると認める者を嫌疑者といい、警察は、必要な場合には嫌疑者を逮捕しますが、逮捕してから48時間以内に、その身柄を捜査官に送ります。
 これを受けた捜査官が、その後も継続して嫌疑者の身柄を拘束する必要があると認める場合には、裁判官に対して拘留の請求を行い、裁判官がその請求を認めると、嫌疑者は最長で20日間拘留されることとなります。
 嫌疑者が拘留されている間にも、警察は、様々な捜査活動を行います。
 *嫌疑者が逃走するおそれがない場合などには、嫌疑者を逮捕しないまま取調べ、証拠をそろえた後、捜査結果を捜査官に送ることとなります。

起訴
 捜査官は、拘留期間内に、嫌疑者を裁判にかけるかどうかの決定を行います。
 裁判にかける場合を起訴、裁判にかけない場合を不起訴、といいます。
 *起訴については、
 ・通常の公判の法廷での裁判を請求する公判請求
 ・一定の軽微な犯罪について書面審理により罰金や科料を命ずる裁判を簡易裁判所に対して請求する簡易命令起訴とがあります。
 また、嫌疑者を逮捕しない事件送致の場合には、送致を受けた捜査官は、事件について必要な捜査を行った後に、嫌疑者を裁判にかけるかどうかの決定を行います。なお、起訴された嫌疑者を被告人といいます。

公判
 嫌疑者が起訴され、公判が開かれる日が決められた後、審理が行われ、判決が下されます。
 公判手続の間、被告人が逃亡するおそれがあるなどの場合には、裁判所は、被告人を拘留することとなります。
 *犯人が少年(20歳未満)の場合には、少年事件手続を等による場合があり、手続に違いがあります。

<警察からの被害者の方へのお願い>

被害者の方には、刑事手続上必要な様々なお願いをし、そのことでご負担をおかけすることもあると思います。

ご本人にとっては、早く忘れたい事件をもう一度思い出すようでは辛いことと思いますが、犯人を逮捕し、厳しく起訴する上で非常に重要なことばかりです。

あなたのため、そして同じような被害に遭う人をなくすためにも、是非ともご協力をいただきたいと思います。具体的には次のようなことがあります。

- | | |
|-------------------|--|
| 事情聴取 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 犯行の状況や犯人の様子などについて詳しくお聞かせします。 ▶ 被害者の方には思い出したくないこと、言いたくないこともあるかと思いますが、犯人を捕まえて事件を解決するため、ご協力をお願いします。 ▶ 詳しいことが分れば分かるほど、捜査もスムーズになり、犯人の早期検挙につながります。 |
| 証拠品の提出 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 被害当時に着ていた服、持っていた物などを証拠品として提出いただくことがあります。これらは物的証拠として公判において非常に重要なものなので、ご協力ください。 ▶ 証拠として提出していただいた物は、捜査上も裁判上もこちらで保管する必要がなくなれば、裁判が終わらない段階でもお返しします。(還付) ▶ その証拠品をまだ保管する必要があっても、所有者の方が通してもらいたいときには、請求していただければ、仮にお返しすることが出来る場合もあります。(仮還付) ▶ また、返してもらう必要がないと思われるものは、提出時などに所有者様放棄の手続きをしていただければ、捜査上も裁判上もこちらで保管する必要がなくなった後に、他人の目に触れないように処分いたします。 |
| 実況見分の立会い | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 実況見分は、事件に連った状況などを明らかにするためにあります。 ▶ 被害者の方には、状況の説明のため、立ち会っていただくこともあります。 ▶ ある程度の時間がかかりますが、事実の解明や立証に不可欠な場合に行うものですので、ご協力をお願いします。 |
| 捜査官による事情聴取 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 被害者の方は、警察官による事情聴取のほかに、捜査官からも事情を聴かれることもあります。「どうして同じ事を繰り返されるのだろうか」と思われるかもしれませんが、捜査官が起訴、不起訴の判断をするために重要なものだからご理解ください。 |
| 公判での証言 | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 公判が始まると、被害者の方に裁判所で証言していただく必要が出てくる場合もあります。 |



本冊子の発行： 志解敬子、中島佐紀、金古祥
〒167-8585 東京都小平市小川東町4-1-1
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神医療研究所 成人精神医療研究部

発行年日付： 2024年5月【第5版】

この冊子の全編が著作権法で保護されています。

この冊子は、平成21年財団法人日本学術振興会科学研究費助成事業（研究費 助成番号：201021107）「脳科学研究（R）」
「性別平等推進特別基金」の助成を受けた研究費の一部として制作されたものである。研究費助成番号：201021107
なお、平成21年度から2023年度までの研究費助成事業は、研究費助成番号：201021107から201021107に変更された。
また、平成21年度から2023年度までの研究費助成事業は、研究費助成番号：201021107から201021107に変更された。
この冊子の制作は、国立精神・神経医療研究センターの研究成果として制作された。

② 支援情報ハンドブックのアンケート調査票



性暴力被害者のための支援情報ハンドブック

「ひとりじゃないよ」支援者アンケートご協力をお願い

3か月前にお送りしました、性暴力被害者のための支援情報ハンドブック「ひとりじゃないよ」について、以下をご回答ください。



ハンドブック
「ひとりじゃないよ」

○記入の仕方

各問について、あてはまる番号に○をつけてください。設問によって、最もあてはまる番号1つだけに○をつけていただくものや、あてはまる番号すべてに○をつけていただくものがございます。

また、設問によっては〔 〕内に具体的な内容を、() 内や□内に数字をご記入ください。

設問は、問1から順番にお答えください。途中、ご回答によってお答えいただく設問が変わります。指示に従ってお進みください。

○アンケート用紙の返送について

ご記入いただいたアンケート用紙は同封の返信用封筒に入れて平成〇年〇月〇日 (〇) までにご投函ください。よろしくお願いいたします。

○調査の同意について

本調査は、アンケート用紙の返送をもって本調査へ同意いただいたものといたします。

調査に関するお問い合わせ、ご質問は下記にお願い申し上げます

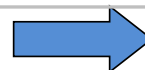
お忙しいところ恐れいたしますが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

用語の説明

この調査でいう性暴力被害は以下のものを指しています (WHO のガイドラインを参考)

- ① 本人の意思に反した (身体的暴力等、脅かしによる強制的な) 性的な行為のすべて (強姦、強姦未遂、強制わいせつ、痴漢など) であり、
- ② 加害者との関係は問わない (夫や恋人も含まれる)
- ③ 発生した環境は問わない (家庭や職場などにおける被害も含まれる)

それでは、次のページよりご記入をお願いいたします。



－ ハンドブック「ひとりじゃないよ」支援者アンケート用紙 －

問 1. はじめに、あなた様ご自身のことについてお伺いします

(1) あてはまる性別の番号に○をつけてください。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

(2) 現在の年齢（満年齢）をお答えください。

	歳
--	---

(3) ご所属の機関についてお尋ねします。あてはまる番号 1 つに○をつけてください。（複数の機関に所属されている場合は、本調査協力先の機関に○をつけてください）

- | | | |
|-------------------------------|-----------------|------------|
| 1. 産婦人科医療機関 | 2. 精神科・心療内科医療機関 | 3. 小児科医療機関 |
| 4. その他医療機関 [具体的に |] | |
| 5. 犯罪被害者支援団体 | | |
| 6. 性暴力被害に特化した支援団体（性暴力救援センター等） | | |
| 7. その他 [具体的に |] | |

(4) 職種についてお尋ねします。あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

- | | | | |
|---------------|-----------------|----------|------------|
| 1. 産婦人科医 | 2. 精神科医 | 3. 小児科医 | 4. その他医師 |
| 5. 看護師 | 6. 助産師 | 7. 臨床心理士 | 8. 精神保健福祉士 |
| 9. 被害者支援員・相談員 | 10. その他 [具体的に] | | |

(5) 上記職種の経験年数についてお尋ねします。あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年以上5年未満 |
| 3. 5年以上10年未満 | 4. 10年以上 |

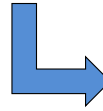
(6) 性暴力被害者支援看護職（SANE：Sexual Assault Nurse Examiner）の研修を受講したことがありますか。あてはまる番号 1 つに○をつけてください。

- | | |
|---------|------------|
| 1. 受講した | 2. 受講していない |
|---------|------------|

(7) これまでに性暴力被害を主な問題とした被害者の治療（あるいは支援）に関わった経験がありますか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 治療(支援)に関わった経験がある

2. 治療(支援)に関わった経験がない



次ページ 問2へお進みください

(7)で「1. 治療(支援)経験あり」と回答した方に伺います。

(8) - 1 これまでに治療(支援)した性暴力被害者の数はどれくらいですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 1人以上5人未満

2. 5人以上10人未満

3. 10人以上

(8) - 2 ハンドブック「ひとりじゃないよ」を入手してからこの3か月の間に、あなたが治療(支援)に関わった性暴力被害者は何人ですか。 内に数字を記入してください。

人

(8) - 3 ハンドブック「ひとりじゃないよ」を入手してからこの3か月の間に、実際にハンドブックを被害者(あるいは家族)に渡しましたか。 内に数字を記入してください。

人



以下の設問は、すべての項目について全員の方がお答えください。
 ハンドブック「ひとりじゃないよ」を実際に被害者（または家族）に渡していない方は、
被害者に対して使用した場合を想定してお答えください。

問2. ハンドブック「ひとりじゃないよ」全体についてお伺いします

(1) ハンドブック「ひとりじゃないよ」の内容全体についてお尋ねいたします。以下の各項目について、あてはまる番号1つに○をつけてください。



ハンドブックを実際に被害者（または家族）に渡していない方は、被害者に対して使用した場合を想定してお答えください。

	とても そう思う	そう 思う	どちら とも言 えない	あまり そう思 わない	全く そう思 わない
ア. ハンドブックは、あなたの役に立ちましたか	1	2	3	4	5
イ. ハンドブックは、被害者に役立ったと思いましたか	1	2	3	4	5
ウ. ハンドブックは、被害者のご家族や友人知人に役立ったと思いましたか	1	2	3	4	5
エ. ハンドブックの内容は、あなたにとって理解しやすかったですか	1	2	3	4	5
オ. ハンドブックの内容は、被害者やご家族にとって理解しやすかったと思いましたか	1	2	3	4	5
カ. ハンドブックは、被害者が不快な気持ちになることがないように配慮されていたと思いましたか	1	2	3	4	5

(2) ハンドブック「ひとりじゃないよ」に記載された情報の量について、どのように思いますか。
 あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. とても多い 2. やや多い 3. 適切である 4. やや少ない 5. とても少ない

(3) ハンドブック「ひとりじゃないよ」は、被害者が受け入れやすいデザインになっていると思いますか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

- | | | |
|--------------|-------------|--------------|
| 1. とてもそう思う | 2. そう思う | 3. どちらともいえない |
| 4. あまりそう思わない | 5. 全くそう思わない | |

(4) あなたの臨床または支援において、ハンドブック「ひとりじゃないよ」をどのように使いましたか。あてはまる番号1つに○をつけてください。ハンドブックを実際に被害者（または家族）に渡していない方は、使い方を想像してお答えください。

- | | |
|--|--|
| 1. 被害者にその場で読んでもらった
(被害者にその場で読んでもらう) | 2. 被害者に渡したのみ
(被害者に渡すのみ) |
| 3. 被害者に渡して説明も行った
(被害者に渡して説明も行った) | 4. 被害者家族や友人知人に渡したのみ
(被害者家族や友人知人に渡すのみ) |
| 5. 被害者家族や友人知人に渡して説明も行った
(被害者家族や友人知人に渡して説明もする) | |
| 6. その他〔具体的に： | |

問3. ハンドブック「ひとりじゃないよ」が治療（あるいは支援）に与える影響について伺います

(1) 以下の各項目について、あてはまる番号1つに○をつけてください。




ハンドブックを実際に被害者（または家族）に渡していない方は、被害者に対して使用した場合を想定してお答えください。

	とてもそう思う	そう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	全くそう思わない
ア. ハンドブックを使用することで、被害者の治療（あるいは支援）に関わる時のあなたの <u>精神的負担</u> が軽減されましたか	1	2	3	4	5
イ. ハンドブックを使用することで、被害者の治療（あるいは支援）に関わる時のあなたの <u>時間的負担</u> が軽減されましたか	1	2	3	4	5
ウ. ハンドブックを使用することで、被害者の治療（あるいは支援）を円滑に行うことができましたか	1	2	3	4	5

	とてもそう思う	そう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	全くそう思わない
エ. ハンドブックを使用することで、あなたと被害者とのコミュニケーションが円滑になりましたか	1	2	3	4	5
オ. ハンドブックを使用することで、「被害者を傷つけてしまうのではないか」というあなたの不安が軽減されましたか	1	2	3	4	5
カ. ハンドブックは、被害後に生じた被害者の動揺や不安を軽減する上で役に立ちましたか	1	2	3	4	5
キ. ハンドブックを使用することで、被害者の精神的負担が増加しましたか	1	2	3	4	5
ク. ハンドブックを使用することで、被害者の再診（再相談）率が増加したと思いますか	1	2	3	4	5
ケ. ハンドブックは、被害者が適切に自己決定や判断するのに役立ちましたか	1	2	3	4	5

(2) ハンドブック「ひとりじゃないよ」は、被害者が他機関（産婦人科、精神科・心療内科、警察、弁護士）へ受診（通報、相談を含む）するのに役立ったと思いますか。以下の各項目について、あてはまる番号 1 つに○をつけてください。



ハンドブックを実際に被害者（または家族）に渡していない方は、被害者に対して使用した場合を想定してお答えください。

	とてもそう思う	そう思う	どちらとも言えない	あまりそう思わない	全くそう思わない
ア. 産婦人科 へ受診（相談）するのに役立った	1	2	3	4	5
イ. 精神科・心療内科へ受診（相談）するのに役立った	1	2	3	4	5
ウ. 警察 へ通報（相談）するのに役立った	1	2	3	4	5
エ. 弁護士 へ相談するのに役立った	1	2	3	4	5

問4. ハンドブック「ひとりじゃないよ」の各ページの内容について伺います

ハンドブック「ひとりじゃないよ」の各ページの内容は、あなたから見て被害者の役に立ったと思われましたか。あてはまる番号1つに○をつけてください。



ハンドブックを実際に被害者（または家族）に渡していない方は、被害者に対して使用した場合を想定してお答えください。

ページ	各ページの掲載内容	とても役に立った	やや役に立った	ふつう	あまり役に立たなかった	全く役に立たなかった
1	「はじめに」	1	2	3	4	5
2	「この冊子をご利用いただくにあたって」	1	2	3	4	5
3	「これって暴力なの？」	1	2	3	4	5
4	「被害の様々な影響」	1	2	3	4	5
5	「心やからだの反応・変化」	1	2	3	4	5
6	「考え方や行動の変化」	1	2	3	4	5
8-10	「自分をケアしましょう」	1	2	3	4	5
11	「どこに相談したらよいのでしょうか？」	1	2	3	4	5
12	「産婦人科ができること」	1	2	3	4	5
13-14	「警察ができること」	1	2	3	4	5
15	「民間被害者支援団体ができること」	1	2	3	4	5
16	「検察庁・法テラス・弁護士ができること」	1	2	3	4	5
17	「こころの相談・治療機関ができること」	1	2	3	4	5
18-19	「ご家族や周囲の方々へ」	1	2	3	4	5
20-22	「各機関の連絡先」	1	2	3	4	5
23	参考資料「性暴力被害についての誤解や偏見」	1	2	3	4	5
24	参考資料「刑事手続の流れと警察からの被害にあわれた方へのお願い」	1	2	3	4	5

問5. ハンドブック「ひとりじゃないよ」および本調査に関して、ご意見、ご感想がありましたら以下に記入をお願いいたします

ハンドブック「ひとりじゃないよ」の改善点などについてもご意見いただければ、次回改訂の際に参考にさせていただきます。また、被害者およびご家族などからご意見、ご感想を伺っているようでしたら教えていただければ幸いです。

最後に、ご記入もれがないかご確認ください。
調査へのご協力ありがとうございました。



引用文献

- ¹ 法務省．性犯罪の罰則に関する検討会．
http://www.moj.go.jp/keiji1/keiji12_00090.html (2015-9-20 閲覧)
- ² 国立情報学研究所．CiNii Articles－日本の論文を探す．<http://ci.nii.ac.jp/>
(2015-9-13 閲覧)
- ³ Centers for Disease Control and Prevention．Sexual Violence: Definitions．
<http://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/definitions.html>
(2015-9-13 閲覧)
- ⁴ World Health Organization．World report on violence and health．Geneva, World Health Organization, 2002;149.
- ⁵ Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3):455-75.
- ⁶ Riggs DS, Rothbaum BO, Foa EB. A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*. 1995;10(2):201-14.
- ⁷ McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? *Psychological science in the public interest : A Journal of the American Psychological Society*. 2003;4(2):45-79.
- ⁸ Smid GE, Mooren TT, van der Mast RC, Gersons BP, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70(11):1572-82.
- ⁹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth edition*. Washington DC, US: American Psychiatric Publishing; 2013.
- ¹⁰ Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010;(3):Cd007944.
- ¹¹ Litz BT & Bryant RA: *Early Cognitive-Behavioral Interventions for Adults*. (ed.), Foa, E. B., Kearn, T. M., Friedman, M. J. et al.: *Effective treatment for PTSD (2nd edition)*. Guilford Press, New York, 2009. (飛鳥井望(監訳): *PTSD 治療ガイドライン 第2版*. 金剛出版, 東京; 2013; 101-111.)
- ¹² 小西 聖子, 吉田 博美. 持続エクスポージャー法 (Prolonged Exposure Therapy) による PTSD 治療. *武蔵野大学心理臨床センター紀要*. 2014;14:21-8.
- ¹³ Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General*

Psychiatry. 1995;52(12):1048-60.

- ¹⁴ Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;28(5):430-8.
- ¹⁵ Valente SM. Sexual abuse of boys. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.* 2005;18(1):10-6.
- ¹⁶ 宮地 尚子. 男児への性的虐待 : 気づきとケア. *小児の精神と神経*. 2006;46(1):19-29.
- ¹⁷ Roberts AL, Austin SB, Corliss HL, Vandermorris AK, Koenen KC. Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Public Health*. 2010;100(12):2433-41.
- ¹⁸ Organization for Economic Co-operation and Development. *OECD factbook 2009 : economic, environmental, and social statistics*. Paris: OECD; 2009.
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2009_factbook-2009-en (2015-9-14 閲覧) より統計データをダウンロードして筆者が作成した。
- ¹⁹ World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*: World Health Organization; 2013.
- ²⁰ Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries (Washington, DC: 2002)*. 2014;63(8):1-18.
- ²¹ Jennifer LT, Lynn L. *Criminal Victimization, 2013. U.S., Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics*. 2014.
<http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv13.pdf> (2015-08-17 閲覧)
- ²² Amstadter AB, Zinzow HM, McCauley JL, Strachan M, Ruggiero KJ, Resnick HS, et al. Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24(8):900-2.
- ²³ Wolitzky-Taylor KB, Resnick HS, Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Kilpatrick DG. Reporting rape in a national sample of college women. *Journal of American college health*. 2011;59(7):582-7.
- ²⁴ Hébert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of Childhood Sexual Abuse and Timing of Disclosure in a Representative Sample of Adults From Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(9):631-6.
- ²⁵ 法務省. 平成 26 年度版 犯罪白書. 2014.
<http://hakusyol.moj.go.jp/jp/61/nfm/mokuji.html> (2015-08-17 閲覧)

-
- 26 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. 2015: 61-68. http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/h26_boryoku_cyousa.html (2015-08-17 閲覧)
- 27 安藤 久美子, 岡田 幸之, 影山 隆之, 飛鳥井 望, 稲本 絵里, 柑本 美和, 小西 聖子. 性暴力被害者の PTSD の危険因子 日本におけるコミュニティサーベイから. 精神医学. 2000;42(6):575-84.
- 28 法務総合研究所. 犯罪被害に関する総合的研究 - 安全・安心な社会づくりのための基礎調査結果(第4回犯罪被害者実態(暗数)調査結果) -. 2013; 60-86. http://www.moj.go.jp/housouken/housouken03_00066.html (2015-08-17 閲覧)
- 29 犯罪被害実態調査研究委員会. 犯罪被害実態調査報告書. 東京: 警視庁; 2003.
- 30 内閣府男女共同参画局 (2015) . 前掲 26
- 31 厚生労働省. 児童養護施設入所児童等調査. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodat_e/dv/about.html (2015-09-21 閲覧)
- 32 岡本 正子. 性的虐待を受けた子どもと家族へのケアおよび援助枠組みに関する研究. 平成 20 年度厚生労働科学研究 (政策科学総合事業研究). 子ども家庭福祉分野における家族支援のあり方に関する総合的研究 (主任研究者高橋重宏) 報告書. 2009; 140-147.
- 33 厚生労働省. 児童虐待関係の最新の法律改正について. 政策レポート. 2011. <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2011/07/02.html> (2015-09-21 閲覧)
- 34 山本 恒雄. 日本における性的虐待の実態と対応の現状. 子どもの虹情報研修センター紀要. 2010;8:56-78.
- 35 World Health Organization. Understanding and addressing violence against women. 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf (2015-08-17 閲覧)
- 36 World Health Organization. Reproductive health. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ (2015-09-16 閲覧)
- 37 World Health Organization (2012) . 前掲 35
- 38 Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1996;175(2):320-4; discussion 4-5.
- 39 厚生労働省. 衛生行政報告例. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19.html> (2015-9-21 閲覧)
- 40 Petrak JA, Campbell EA. Post-traumatic stress disorder in female

-
- survivors of rape attending a genitourinary medicine clinic: a pilot study. *International Journal of STD & AIDS*. 1999;10(8):531-5.
- 41 Burgess AW & Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *The American Journal of Psychiatry*. 1974;131(9):981-6.
- 42 Friedman MJ, Resick PA, Keane TM. PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York, NY, US: Guilford Press; 2007;3-18. (金 吉晴(監訳). PTSD ハンドブック - 科学と実践. 東京: 金剛出版; 2014;15-29.)
- 43 American Psychiatric Association (2013) . 前掲 9
- 44 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fourth edition text revision*. Washington DC, US: American Psychiatric Publishing; 1994.
- 45 Rothbaum BO et al (1992) . 前掲 5
- 46 Kessler RC et al (1995) . 前掲 13
- 47 Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(6):984-91.
- 48 廣幡 小百合, 小西 聖子, 白川 美也子, 浅川 千秋, 森田 展彰, 中谷 陽二. 性暴力被害者における外傷後ストレス障害: 抑うつ, 身体症状との関連で. *精神神経学雑誌*. 2002;104(6):529-50.
- 49 Malik ML, Connor KM, Sutherland SM, Smith RD, Davison RM, Davidson JR. Quality of life and posttraumatic stress disorder: a pilot study assessing changes in SF-36 scores before and after treatment in a placebo-controlled trial of fluoxetine. *Journal of Traumatic Stress*. 1999;12(2):387-93.
- 50 Schnurr PP. Understanding pathways from traumatic exposure to physical health. In: Schnyder U, Cloitre M, editors. *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2015. p. 87-103.
- 51 Lowe SR, Blachman-Forshay J, Koenen KC. Trauma as a public health issue: Epidemiology of trauma and trauma-related disorders. In: Schnyder U, Cloitre M, editors. *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2015. p. 11-40.
- 52 高橋 三郎, 大野 裕 (監訳). *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 東京: 医学書院; 2014.
- 53 Kessler RC et al (1995) . 前掲 13

-
- ⁵⁴ Kessler RC et al (1995) . 前掲 13
- ⁵⁵ Chapman C, Mills K, Slade T, McFarlane AC, Bryant RA, Creamer M, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological Medicine*. 2012;42(8):1695-703.
- ⁵⁶ Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL, Saunders BE. Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress*. 1998;11(4):665-78.
- ⁵⁷ Frank E, Stewart BD. Depressive symptoms in rape victims: A revisit. *Journal of Affective Disorders*. 1984;7(1):77-85.
- ⁵⁸ Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological psychiatry*. 2013;73(4):302-12.
- ⁵⁹ Dancu CV, Riggs DS, Hearst-Ikeda D, Shoyer BG. Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *Journal of Traumatic Stress*. 1996;9(2):253-67.
- ⁶⁰ Dube SR et al (2005) . 前掲 14
- ⁶¹ Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K. A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: the role of psychiatric disorders and current life stress. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2009;10(2):170-88.
- ⁶² Rohde P, Ichikawa L, Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Jeffery RW, et al. Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse & Neglect*. 2008;32(9):878-87.
- ⁶³ Hillberg T, Hamilton-Giachritsis C, Dixon L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2011;12(1):38-49.
- ⁶⁴ Kessler RC et al (1995) . 前掲 13
- ⁶⁵ Chapman C et al (2012) . 前掲 55
- ⁶⁶ Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(1):19-30.
- ⁶⁷ Humphrey JA & White JW. Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2000;27(6):419-24.

-
- ⁶⁸ Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*. 2006;31(1):128-32.
- ⁶⁹ Shin SH, Hong HG, Hazen AL. Childhood sexual abuse and adolescent substance use: a latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010;109(1-3):226-35.
- ⁷⁰ Ballon BC, Courbasson CM, Smith PD. Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46:617-21.
- ⁷¹ Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(2):103-29.
- ⁷² Messman-Moore TL, Long PJ. The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: an empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*. 2003;23:537-71.
- ⁷³ Classen CC et al (2005) . 前掲 71
- ⁷⁴ Humphrey JA & White JW (2000) . 前掲 67
- ⁷⁵ Walsh K, Danielson CK, McCauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *Archives of General Psychiatry*. 2012;69(9):935-42.
- ⁷⁶ Risser HJ, Hetzel-Riggin MD, Thomsen CJ, McCanne TR. PTSD as a mediator of sexual revictimization: the role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*. 2006;19(5):687-98.
- ⁷⁷ Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2008;S(1):3-36.
- ⁷⁸ Brener ND, McMahon PM, Warren CW, Douglas KA. Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(2):252-9.
- ⁷⁹ Gidycz CA, Orchowski LM, King CR, Rich CL. Sexual victimization and health-risk behaviors: a prospective analysis of college women. *Journal of Interpersonal Violence*. 2008;23(6):744-63.
- ⁸⁰ Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma Violence Abuse*. 2010;11:159-77.
- ⁸¹ Houck CD, Nugent NR, Lescano CM, Peters A, Brown LK. Sexual abuse and sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010;35(5):473-83.
- ⁸² World Health Organization (2012) . 前掲 35

-
- ⁸³ Tomasula JL, Anderson LM, Littleton HL, Riley-Tillman TC. The association between sexual assault and suicidal activity in a national sample. *School Psychology Quarterly*. 2012;27(2):109-19.
- ⁸⁴ Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, Kilpatrick DG, Naugle AE, Saunders BE. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;20(5):869-79.
- ⁸⁵ Ullman SE & Brecklin LR. Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(2):117-30.
- ⁸⁶ Byrne CA, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL, Saunders BE. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1999;67(3):362-6.
- ⁸⁷ Vogt DS, King DK, King LA. Risk Pathways for PTSD: Making Sense of the Literature. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. *Handbook of PTSD: Science and practice* (2nd ed). New York, NY, US: Guilford Press; 2014;146-165.
- ⁸⁸ Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003;129(1):52-73.
- ⁸⁹ Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):748-66.
- ⁹⁰ Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003;129(1):52-73.
- ⁹¹ Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2013;14(2):96-112.
- ⁹² Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 2008;32(6):607-19.
- ⁹³ Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;20(5):821-31.
- ⁹⁴ Ullman SE & Brecklin LR (2002) . 前掲 85
- ⁹⁵ Brewin CR et al (2000) . 前掲 89
- ⁹⁶ Nishith P, Mechanic MB, Resick PA. Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109(1):20-5.

-
- ⁹⁷ Elklit A, Christiansen DM. Risk factors for posttraumatic stress disorder in female help-seeking victims of sexual assault. *Violence and Victims*. 2013;28(3):552-68.
- ⁹⁸ Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. The role of victim-offender relationship in women's sexual assault experiences. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006;21(6):798-819.
- ⁹⁹ Brewin CR et al (2000) . 前掲 89
- ¹⁰⁰ Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *The American journal of psychiatry*. 2004;161(8):1483-5.
- ¹⁰¹ Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*. 1999;13(6):541-63.
- ¹⁰² Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(9):809-29.
- ¹⁰³ Brewin CR et al (2000) . 前掲 89
- ¹⁰⁴ Ozer EJ et al (2003) . 前掲 90
- ¹⁰⁵ Campbell R, Ahrens CE, Sefl T, Wasco SM, Barnes HE. Social reactions to rape victims: healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims*. 2001;16(3):287-302.
- ¹⁰⁶ Ullman SE et al (2007) . 前掲 93
- ¹⁰⁷ Littleton HL. The impact of social support and negative disclosure reactions on sexual assault victims: a cross-sectional and longitudinal investigation. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2010;11(2):210-27.
- ¹⁰⁸ Ullman SE, Peter - Hagene L. Social reactions to sexual assault disclosure, coping, perceived control, and PTSD symptoms in sexual assault victims. *Journal of Community Psychology*. 2014;42(4):495-508.
- ¹⁰⁹ Andrews B, Brewin CR, Rose S, Kirk M. Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109(1):69-73.
- ¹¹⁰ Stefl ME, Prosperi DC. Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal*. 1985;21(3):167-78.
- ¹¹¹ Komiya N, Good GE, Sherrod NB. Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*. 2000;47(1):138-43.
- ¹¹² Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*. 2004;59(7):614-25.

-
- 113 藤沢 大介, 橋本 直樹, 小泉 弥生, 大塚 耕太郎, 奥川 学, 館農 勝他. 精神科受診経路に関する多施設研究--パイロットスタディ. 精神医学. 2007;49(1):7-15.
- 114 Moreira ED, Jr., Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Clinical Practice*. 2005;59(1):6-16.
- 115 相川 充. 被援助者の行動と援助. 中村 陽吉, 高木 修(編). 他者を助ける行動の心理学. 光生館.1987
- 116 McCart MR, Smith DW, Sawyer GK. Help seeking among victims of crime: a review of the empirical literature. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(2):198-206.
- 117 McCart MR et al (2010) . 前掲 116
- 118 内閣府男女共同参画局 (2015) . 前掲 26
- 119 浅野 敬子,小西 聖子,中島 聡美. 痴漢被害の援助要請志向に影響を与える要因の検討. 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 2011;11:1-11.
- 120 Coker AL, Derrick C, Lumpkin JL, Aldrich TE, Oldendick R. Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000;19(4):316-20.
- 121 Ullman SE, Filipas HH. Correlates of formal and informal support seeking in sexual assaults victims. *Journal of Interpersonal Violence*. 2001;16(10):1028-47.
- 122 Campbell R et al (2001) . 前掲 105
- 123 Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierno R, Best CL, et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000;19(4):214-9.
- 124 Starzynski LL, Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM. Correlates of women's sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence and Victims*. 2005;20(4):417-32.
- 125 Resnick HS et al (2000) . 前掲 123
- 126 Starzynski LL et al (2005) . 前掲 124.
- 127 McCart MR et al (2010) . 前掲 116
- 128 McCart MR et al (2010) . 前掲 116
- 129 Kogan SM. Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28(2):147-65.

-
- ¹³⁰ Fehler-Cabral G, Campbell R. Adolescent sexual assault disclosure: the impact of peers, families, and schools. *American Journal of Community Psychology*. 2013;52(1-2):73-83.
- ¹³¹ Ahrens CE, Campbell R, Ternier - Thames NK, Wasco SM, Sefl T. Deciding whom to tell: Expectations and outcomes of rape survivors' first disclosures. *Psychology of Women Quarterly*. 2007;31(1):38-49.
- ¹³² Price M, Davidson TM, Ruggiero KJ, Acierno R, Resnick HS. Predictors of using mental health services after sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*. 2014;27(3):331-7.
- ¹³³ Resnick HS et al (2000) . 前掲 123
- ¹³⁴ Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Service utilization and help seeking in a national sample of female rape victims. *Psychiatric services*. 2008;59(12):1450-7.
- ¹³⁵ Wolitzky-Taylor KB et al (2011) . 前掲 23
- ¹³⁶ Heath NM, Lynch SM, Fritch AM, Wong MM. Rape myth acceptance impacts the reporting of rape to the police: a study of incarcerated women. *Violence against women*. 2013;19(9):1065-78.
- ¹³⁷ Paul LA, Zinzow HM, McCauley JL, Kilpatrick DG, Resnick HS. Does Encouragement by Others Increase Rape Reporting? Findings from a National Sample of Women. *Psychology of Women Quarterly*. 2014;38(2):222-32.
- ¹³⁸ Koss MP, Heslet L. Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine*. 1992;1(1):53-9.
- ¹³⁹ Litz BT & Bryant RA (2009) . 前掲 11
- ¹⁴⁰ Bisson JI, McFarlane AC, Rose S, Ruzek JI, Watson PJ: Psychological Debriefing for Adults. (ed.), Foa EB, Kearns TM, Friedman MJ et al.: Effective treatment for PTSD (2nd edition). Guilford Press, New York, 2009. (飛鳥井望(監訳): PTSD 治療ガイドライン 第2版. 金剛出版, 東京; 2013; 101-111.)
- ¹⁴¹ Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA, editors. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed). New York, NY, US: Guilford Press; 2009. (飛鳥井 望(監訳) PTSD 治療ガイドライン 第2版. 東京: 金剛出版; 2013; 393-400.)
- ¹⁴² National Institute for Clinical Excellence: Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Royal College of Psychiatrists, London: 2005.
<http://www.nice.org.uk/Guidance> (2015-09-16 閲覧)
- ¹⁴³ Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. The Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic

Stress Disorder. Melbourne: 2013.

- 144 Roberts NP et al (2010) . 前掲 10
- 145 Echeburúa E, de Corral P, Sarasua B, Zubizarreta I. Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996;10(3):185-99.
- 146 Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*. 2006;19(1):29-43.
- 147 Litz BT & Bryant RA (2009) . 前掲 11
- 148 Resnick HS, Acierno RE, Waldrop AE, King LA, King DW, Danielson CK, et al. Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(10):2432-47.
- 149 Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, Malcoun E, Davis M, Ressler KJ, et al. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*. 2012;72(11):957-63.
- 150 Price M, Kearns M, Houry D, Rothbaum BO. Emergency department predictors of posttraumatic stress reduction for trauma-exposed individuals with and without an early intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(2):336-41.
- 151 Dancu CV et al (1996) . 前掲 59
- 152 カール・ヤスパーズ. 西方四方(訳). 精神病理学原論: みすず書房; 1971.
- 153 Osterman JE & de Jong TMV. Cultural Issues and Trauma. (ed.), Friedman MJ, Keane TM, Resick PA: *Handbook of PTSD: Science and Practice* (1st edition). Guilford Press, New York, 2010. (金吉晴(監訳). PTSDハンドブック - 科学と実践. 金剛出版, 東京: 2014; 401-420.)
- 154 宮地尚子. 想像力と「意味」-性暴力と心的外傷試論 -. ト라우マの医療人類学. 東京: みすず書房; 2005;172-209.
- 155 Shaw J, Campbell R. Rape crisis centers: Serving survivors and their communities. In: Bryant-Davis T, editor. *Surviving sexual violence: A guide to recovery and empowerment*. Lanham, MD, US: Rowman & Littlefield; 2011. p. 112-28.
- 156 Woody JD, Beldin KL. The mental health focus in rape crisis services: tensions and recommendations. *Violence and Victims*. 2012;27(1):95-108.
- 157 内閣府.性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引.2012; 6-7.
http://www8.cao.go.jp/hanzai/kohyo/shien_tebiki/index.html (2015-08-17 閲覧)

-
- 158 内閣府 (2012). 前掲 157
- 159 内閣府男女共同参画局.「性犯罪被害者支援に関する調査研究」報告書. 2014
http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/images/pdf/h26_seihanzai_houkoku.pdf
(2015-10-6 閲覧)
- 160 国際連合女性の地位向上部(著) 原 美奈子, 山下 梓(訳). 女性への暴力防
止・法整備のための国連ハンドブック-政府・議員・市民団体・女性たち・男
性たちに-.矯風会ステップハウス 編. 梨の木舎; 2011; 62-67.
- 161 東京都. 報道発表資料: 性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援事業につい
て: 2015年7月10日発表.
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2015/07/20p7a300.htm>
(2015-08-17 閲覧)
- 162 東京都, 「性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援事業費補助金交付要領」
(2015年6月5日制定)
<http://www.soumu.metro.tokyo.jp/10jinken/tobira/pdf/youkou.pdf>
(2015-08-17 閲覧)
- 163 浅野 敬子, 平川 和子, 小西 聖子. 性暴力被害者支援の現状と課題ーワン
ストップ支援センターと精神科医療の連携に関する報告からー. 被害者学研
究. (印刷中. 2016.3 発行予定)
- 164 Foa EB, Hembree H, Rothbaum BO, Prolonged Exposure Therapy for
PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide.
New York: Oxford University Press; 2009. (金 吉晴, 小西 聖子(監訳).
PTSDの持続エクスポージャー療法ートラウマ体験の情動処理のために. 東
京: 星和書店; 2007.)
- 165 Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for rape victims.
a treatment manual: Newbury Park, Calif. Sage Publications c1993; 1993.
- 166 浅野 敬子, 小西 聖子. 性暴力被害者の支援 (特集 性と精神). 精神科.
2013;23(5):529-35.
- 167 中島 聡美, 成澤 知美, 浅野 敬子, 深澤 舞子, 鈴木 友理子, 金 吉晴. 犯
罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン. 独立行政法人国立精
神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部, 東京: 2013;
1-46. インターネット公開版
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/index.html> (2015-05-10 閲覧)
- 168 佐々木 静子. 性暴力・性犯罪とその対応 : 医療現場における性暴力被害者
支援. 日本性科学会雑誌. 2012;30(1):21-4.
- 169 飛鳥井 望. 【PTSDとその周辺をめぐって】 PTSDの治療学 心理社会的ア
プローチ. 臨床精神医学. 2002(2002年増刊):105-10.
- 170 Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, et al.
Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of
Event Scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events.

Journal of Nervous and Mental Disease. 2002;190(3):175-82.

- 171 長江 信和, 増田 智美, 山田 幸恵, 金築 優, 根建 金男, 金 吉晴. 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. 2004;30(2):113-24.
- 172 田辺 肇, 小川 俊樹. 質問紙による解離性体験の測定-大学生を対象にした DES (Dissociative Experiences Scale) の検討. 筑波大学心理学研究, 1992; 14;171-178.
- 173 飛鳥井 望, 廣幡 小百合, 加藤 寛, 小西 聖子: CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. トラウマティック・ストレス. 2003; 1(1):47-53
- 174 吉田 博美. 性暴力被害者のメンタルヘルスと治療. (小西 聖子(編著)犯罪被害者のメンタルヘルス. 東京: 誠信書房; 2008; 144-70.
- 175 吉田 (2008). 前掲 174
- 176 Foa EB et al (2009) . 前掲 141
- 177 National Institute for Clinical Excellence (2005) . 前掲 142
- 178 Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013) . 前掲 143
- 179 Foa EB et al (2009) . 前掲 164
- 180 Asukai N, Saito A, Tsuruta N, Ogami R, Kishimoto J. Pilot study on prolonged exposure of Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events. Journal of Traumatic Stress. 2008;21(3):340-3.
- 181 Asukai N, Saito A, Tsuruta N, Kishimoto J, Nishikawa T. Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. Journal of Traumatic Stress. 2010;23(6):744-50.
- 182 吉田 博美, 小西 聖子, 井口 藤子. Prolonged Exposure Therapy の PTSD への効果研究--暴力の被害を受けた女性 10 名に対して. 心理臨床学研究. 2008;26(3):325-35.
- 183 小西・吉田 (2014) . 前掲 12
- 184 Foa EB et al (2009) . 前掲 164
- 185 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター. 犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ: 精神医療、心理関係者の方へ PTSD などの精神科治療 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/ssn-snr/04.html> (2015-10-04 閲覧)
- 186 一般社団法人日本トラウマティック・ストレス学会. PTSD 初期対応マニュアル: プライマリケア医のために. 第 1 版. 2013 <http://www.jstss.org/> (2015-10-04 閲覧)
- 187 一般社団法人日本トラウマティック・ストレス学会. PTSD の薬物療法ガ

イドライン:プライマリケア医のために. 第1版. 2013 <http://www.jstss.org/>
(2015-10-04 閲覧)

- 188 Foa EB et al (2009) . 前掲 141
- 189 National Institute for Clinical Excellence (2005) . 前掲 142
- 190 Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013) . 前掲 143
- 191 小西・吉田 (2014) . 前掲 12
- 192 Rothbaum BO et al (1992) . 前掲 5
- 193 Riggs DS et al (1995) . 前掲 6
- 194 Litz BT & Bryant RA (2009) . 前掲 11
- 195 National Institute for Clinical Excellence (2005) . 前掲 142
- 196 Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013) . 前掲 143
- 197 長江ら (2004). 前掲 171
- 198 Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*. 1999;11(3):303.
- 199 Foa EB et al (2009) . 前掲 164
- 200 Brewin CR et al. 前掲 89
- 201 吉田 (2008). 前掲 174
- 202 Foa EB et al (1999) . 前掲 198
- 203 Boudreaux E et al (1998) . 前掲 56
- 204 Foa EB, Chrestman KR, Gilboa-Schechtman E. Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide. New York, NY, US: Oxford University Press; 2009. (金 吉晴, 中島 聡美, 小林 由季, 大滝 涼子 (翻訳). 青年期 PTSD の持続エクスポージャー療法 -治療者マニュアル- 東京: 星和書店; 2014.)
- 205 浅野ら (印刷中). 前掲 163
- 206 内閣府 (2012). 前掲 157
- 207 Kessler RC et al (1995) . 前掲 13
- 208 Rothbaum BO et al (1992) . 前掲 5
- 209 Kessler RC et al (1995) . 前掲 13
- 210 Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety

-
- disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2007;27(5):572-81.
- 211 Boudreaux E et al (1998) . 前掲 56
- 212 Kilpatrick DG et al (2000) . 前掲 66
- 213 Tomasula JL et al (2012) . 前掲 83
- 214 Ullman SE (2002) . 前掲 85
- 215 Waldrop AE et al (2007) . 前掲 84
- 216 Litz BT & Bryant RA (2009) . 前掲 11
- 217 Weiss, D. S. The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson, J.P., Keane T.M. eds., *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd edition). The Guilford Press, New York, 2004, pp168-189.
- 218 Asukai N et al (2002) . 前掲 170
- 219 Bernstein EM & Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1986;174(12):727-35.
- 220 田辺ら (1992). 前掲 172
- 221 Bernstein EM & Putnam FW (1986) . 前掲 219
- 222 Frischholz EJ, Braun BG, Sachs RG, Hopkins L. The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. 1990;3(3):151-3.
- 223 Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965;12(1):63-70.
- 224 福田 一彦, 小林 重雄. 日本版 SDS(Self-rating Depression Scale)自己評価式抑うつ性尺度使用手引き. 三京房. 1983;3-15.
- 225 Kaukinen C. The help-seeking decisions of violent crime victims: An examination of the direct and conditional effects of gender and the victim-offender relationship. *Journal of Interpersonal Violence*. 2002;17(4):432-56.
- 226 内閣府. 平成 26 年度版犯罪被害者白書. 2014.
<http://www8.cao.go.jp/hanzai/whitepaper/w-2014/pdf/zenbun/index.html>
(2015-08-17 閲覧)
- 227 Wolitzky-Taylor KB et al (2011) . 前掲 23
- 228 Clay-Warner J, Burt CH. Rape reporting after reforms: have times really changed? *Violence Against Women*. 2005;11(2):150-76.
- 229 Walsh K et al (2012) . 前掲 75

-
- 230 Katz J, May P, Sorensen S, DelTosta J. Sexual revictimization during women's first year of college: self-blame and sexual refusal assertiveness as possible mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*. 2010;25:2113-26.
- 231 Mason GE, Ullman S, Long SE, Long L, Starzynski L, Social support and risk of sexual assault revictimization. *Journal of Community Psychology*. 2009;37:58-72.
- 232 Campbell R, Wasco SM, Ahrens CE, Sefl T, Barnes HE. Preventing the "Second Rape": Rape Survivors' Experiences With Community Service Providers. *Journal of interpersonal violence*. 2001;16(12):1239-59.
- 233 Classen CC et al (2005) . 前掲 71
- 234 中島ら (2013). 前掲 167
- 235 Kearns MC, Ressler KJ, Zatzick D, Rothbaum BO. Early interventions for PTSD: a review. *Depression and Anxiety*. 2012;29(10):833-42.
- 236 浅野ら (印刷中). 前掲 163
- 237 PTSD症状を評価する自記式の質問紙尺度であり、飛鳥井らが日本語版を作成した (Asukai N et al (2002) . 前掲170)。本尺度のカットオフ値は24/25点とされている。
- 238 解離症状を評価する自記式の質問紙尺度であり、田辺らが日本語版を作成した (田辺 肇, 小川 俊樹. 質問紙による解離性体験の測定-大学生を対象にした DES (Dissociative Experiences Scale)の検討. 筑波大学心理学研究, 1992; 14:171-178.。本尺度の平均得点は一般成人 4.4、PTSD患者 31.3、特定不能の解離性障害患者 40.8 と報告されている。平均得点については、次の文献 2 点を参照のこと。Bernstein EM & Putnam FW (1986) . 前掲 219, Frischholz EJ et al (1990) . 前掲 222)
- 239 抑うつ症状を評価する尺度であり、Zung (1965) によって開発された。本尺度の平均は、正常者では 35±12 点、神経症者では 49±10 点、うつ病者では 60±7 点である (Zung WW (1965) . 前掲 223)。
- 240 Amstadter AB et al (2010) . 前掲 22
- 241 警察庁. 犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する研究会「犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する報告書」(2015)
<https://www.npa.go.jp/higaisya/home.htm> (2015-08-17)
- 242 警察庁. 性犯罪被害者対応拠点モデル事業等の検証報告. 2011.
<https://www.npa.go.jp/higaisya/higaisya8/houkokusyo.pdf> (2015-05-10 閲覧)
- 243 廣幡ら (2002) . 前掲 48
- 244 Wong EC, Schell TL, Marshall GN, Jaycox LH, Hambarsoomians K, Belzberg H. Mental health service utilization after physical trauma: The

-
- importance of physician referral. *Medical Care*. 2009;47(10):1077-83.
- ²⁴⁵ Darnell D, Peterson R, Berliner L, Stewart T, Russo J, Whiteside L, et al. Factors Associated With Follow-Up Attendance Among Rape Victims Seen in Acute Medical Care. *Psychiatry*. 2015;78(1):89-101.
- ²⁴⁶ 中島ら (2013) . 前掲 167
- ²⁴⁷ Kessler RC et al (1995) . 前掲 13
- ²⁴⁸ Breslau N, Peterson EL, Poisson LM, Schultz LR, Lucia VC. Estimating post-traumatic stress disorder in the community: Lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*. 2004;34(5):889-98.
- ²⁴⁹ Boudreaux E et al (1998) . 前掲 56
- ²⁵⁰ Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L, Hanestad BR. 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*. 2007;5:26.
- ²⁵¹ Merikangas KR, Ames M, Cui L, Stang PE, Ustun TB, Von Korff M, et al. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(10):1180-8.
- ²⁵² 立森 久照, 長沼 洋一, 小山 智典, 小山 明日香, 川上 憲人. こころの健康についての疫学調査に関する研究 : こころの健康に関する疫学調査の主要成果, 平成 16~18 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こころの健康についての疫学調査に関する研究 総合研究報告書, 2007; 35-76.
- ²⁵³ Sareen J, Houlahan T, Cox BJ, Asmundson GJG. Anxiety Disorders Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005;193(7):450-4.
- ²⁵⁴ Kimerling R & Calhoun KS, Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 1994;62(2):333-40.
- ²⁵⁵ 中島 聡美, 加茂 登志子, 中澤 直子, 井上 麻紀子, 伊藤 正哉, 金 吉晴. 性暴力被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究 . 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 平成 20 年度総括・分担報告書. 2009; 90-105.
- ²⁵⁶ Burgess AW & Holmstrom LL (1974) . 前掲 41
- ²⁵⁷ Ozer EJ et al (2003) . 前掲 88
- ²⁵⁸ Turpin G, Downs M, Mason S. Effectiveness of providing self-help

-
- information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;187(1):76-82.
- 259 犯罪被害者に対する心理教育については、中島 聡美. 犯罪被害者に対する心理教育.(前田 正治, 金 吉晴. PTSD の伝え方 ト라우マ臨床と心理教育. 東京: 誠信書房; 2012; 210-38.)に詳しい。
- 260 Litz BT & Bryant RA (2009) . 前掲 11
- 261 中島ら (2013) . 前掲 167
- 262 浅野 敬子, 中島 聡美, 金 吉晴. 一人じゃないよ あなたのこれからのための支援情報ハンドブック. 2014.
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/index.html> (2015-9-6 閲覧)
- 263 World Health Organization (2002) . 前掲 4
- 264 Filipas HH, Ullman SE. Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and Victims*. 2001;16(6):673.
- 265 Ahrens CE et al (2007) . 前掲 131
- 266 Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA. Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates, and subsequent recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990;58(5):538.
- 267 Ullman SE & Brecklin LR (2002) . 前掲 85
- 268 中島ら (2013) . 前掲 167
- 269 Johnson C, Hunter M. Vicarious traumatization in counsellors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work & Stress*. 1997;11(4):319-28.
- 270 内閣府男女共同参画局 (2015) . 前掲 26
- 271 Wong EC et al (2009) . 前掲 245
- 272 坂上 祐樹, 土屋 政雄, 堀口 逸子, 岩田 昇, 竹島 正, 川上 憲人. 日本の大都市圏におけるこころの健康に関する疫学調査研究. *順天堂醫事雑誌*. 2013;59(4):347-52.
- 273 望月 美栄子, 山崎 喜比古, 菊澤 佐江子. こころの病をもつ人々への地域住民のスティグマおよび社会的態度--全国サンプル調査から. *厚生の指標*. 2008;55(15):6-15.
- 274 中島ら (2013) . 前掲 167
- 275 Patterson D, Greeson M, Campbell R. Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems. *Health & Social Work*. 2009;34(2):127-36.