

医療機関における性暴力・暴力被害女性の 受け入れに関する実態調査

加納 尚美* 中村 安秀^{2*} 桜山 豊夫^{3*} 片岡弥恵子^{4*}
下谷 恵美^{4*} 篠原 清夫^{5*} 大竹真裕美^{6*} 牧野 美幸^{6*}

目的 医療機関における性暴力および暴力被害女性の受け入れ状況の実態と医療側の問題点を明確化し、今後の医療者側における被害者支援に関する具体的展望を探る一助とすることを目的とした。

方法 東京都江東区・墨田区内の医療機関に対して単科の耳鼻科・眼科以外を標榜する診療所、病院338施設を抽出し、各医療機関の医師に対して質問紙調査を行った。主な内容は、性暴力・暴力被害者の診療経験の有無、過去1年間の診療の状況等に関する事項であった。

結果 1. 有効回答は71施設中76人の医師より得られ、平均年齢は57.4歳であった。性暴力被害の最も頻度が高い項目においては16.3%の医師が診療経験を持ち、さらに暴力被害の中では36.8%の医師が診察経験を持つ項目があった。

2. 過去1年間に診療した性暴力、暴力被害者数は合わせて67例の報告があり、また性暴力被害者は産婦人科関連の医療機関からの報告が36%であり、暴力被害の85%は複数の診療科目を標榜する医療機関からの報告であった。

3. 被害者への理解に関しては、性暴力者の落ち度があると考える者は、暴力被害者にも落ち度があると理解する傾向がみられた。

結論 医療機関の医師は、性暴力・暴力被害女性の診察経験を持ち、また今後も被害者が医療機関を利用する可能性があった。被害実態についての客観的データは乏しく、過去1年間に医療機関を受診した性暴力被害者数は警視庁報告の強姦件数を凌ぐ可能性が認められた。また、個別の被害状況からみると屋内で顔見知り、パートナーからの暴力、いわゆるドメスティック・バイオレンスの可能性も否定できなかった。被害者への理解、今後の具体的対策についてさらに検討の必要性が示唆された。

Key words : 性暴力, 暴力被害, 被害者理解, 医療機関, 女性への暴力

I 緒 言

1995年の世界女性会議で決議された「リプロダクティヴ・ヘルス・ライツ」、 「セクシュエンシャル・ヘルス・ライツ」の理念を受けて、国際的に性

暴力を人権侵害として問題提起がなされ、各国で実態調査ならびに抜本的な対策が叫ばれている昨今である¹⁻³⁾。欧米では、女性や子どものシェルター設立運動⁴⁾や、1980年代以降被害者の実態調査が精力的に行われる中で、医療、看護、福祉、警察、民間団体等各方面から性暴力被害者への短期的あるいは長期的支援体制が敷かれつつある。さらに暴力構造を生み出す社会病理の解明に力が注がれている^{5,6)}。

日本においては、総理府の「男女共同参画2000年プラン」にも女性への暴力根絶に向けてガイドラインが示されているが⁷⁾、性に関する暴力は羞恥心や周囲の偏見等も加わり被害の実態がいまだ

* 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

^{2*} 大阪大学人間科学部

^{3*} 東京都衛生局医務指導課

^{4*} 聖路加看護大学大学院

^{5*} 常磐大学

^{6*} 福島県立医科大学看護学部

連絡先: 〒300-0394 茨城県稲敷郡阿見町阿見
4669-2 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科
加納尚美

十分には全貌は解明されていない。警察庁から発表される犯罪白書を見る限り、国際比較では性暴力に関連した発生率は非常に少ない^{8,9)}。しかし、こうした背景には、これまで性暴力が社会的には犯罪として認識されにくい土壌があり、被害者からの届け出る率が少なかったこと、被害者が安心して相談できる場も極度に限られ、警察、司法、医療、福祉等の支援体制の不備が指摘されている¹⁰⁾。警察庁は1996年に性犯罪指導捜査官を全国に配置することを決定し、全国の警察に性犯罪に関する警察内部での啓発教育の徹底と女性捜査官による性被害相談窓口の開設を行うなど積極的な対策をとり始めた¹¹⁾。また、性暴力・暴力被害に関する実態調査に関して主なものとしては、全国807人を対象にした「夫（恋人）からの暴力」調査研究会の報告¹²⁾や、全国2015人の女性を対象にした性暴力被害研究会の報告¹³⁾などで行われ、これまで隠されてきた様々な実態がようやく問題として浮上りつつある。また、東京都生活文化局は、平成10年3月に「女性に対する暴力」調査報告書を発表し、いわゆるドメスティック・バイオレンスのへ実態に対する議論が始まったところである¹⁴⁾。

このような背景において、今後、当然のことながら心身とも傷ついた被害者への保健医療面からのケアのあり方、保健医療機関における対応や医療関係者の役割についても検討されるべき課題である。しかしながら、医療機関における問題提起や実態調査、対策の検討は必ずしも十分とは言えない現状である。特に、医療機関では性暴力・暴力被害者に対して初期に対応し、心身の治療・検査、暴力の発見、証拠採取等ができる¹⁵⁾とされている¹⁵⁾。そうした医療機関の役割を検討するためにも医療機関における性暴力・暴力被害者の受け入れ実態を明らかにする必要がある。そこで一定地域における医療機関を対象とした以下の研究目的に基づく実態調査を行った。1)医療機関における性暴力・暴力被害女性の受け入れ状況を知る。2)医療者からみた被害の実状と医療の対応に関する実態を把握する、3)医療者側の今後の被害者支援について関する具体的展望を明らかにする。

II 研究方法

この研究における性暴力・暴力は表1のように

表1 性暴力・暴力の定義

「性暴力」とは、本人の望まない性的接触のすべてを言い、キスすること、さわること、つかむことがそれだけで単独に行われたり、または性交をとまって行われる場合を含みます。このような意味では、強姦もこの中に含まれます（日本の刑法では強姦は性交のみに限局して使われます）。

「セクハラ（セクシュアルハラスメント）」とは、性的いやがらせを言い、通常オフィスでの性的いやがらせを指しますが、この研究ではこれらも性暴力に含めて考えます。「女性への暴力」とは、第三者によって加えられる精神的・身体的などあらゆる暴力行為を含み、その被害者とは小児から老人まで年齢を問いません。

定義した。これまで医療機関におけるこれらの被害実態に関する研究報告はないため、一定の地域における医療機関に対する全数調査を行った。東京都衛生局医療機関名簿より、江東区、墨田区にある単科の耳鼻科、眼科を除く305ヵ所の診療所、33ヵ所の病院合計338施設を抽出し、各医療機関の医師を対象に調査票を郵送法により配布した。配布先は、診療所では所長あるいは院長宛、病院では外来診療責任者宛として、女性に対する性暴力・暴力被害者に関して医師個人の診察経験の有無、被害・診察・治療状況、今後の展望等の項目について質問した。性暴力・暴力被害の質問項目は、国際比較を行った van Dijk ら⁹⁾、国内での調査としては性被害研究会調査¹³⁾、小西¹⁶⁾の調査項目を取り入れ、性暴力被害は15項目、性暴力以外の暴力被害は11項目とした。

調査期間は1998年4月から5月までであった。

江東区で166施設中36施設から回答（21.7%）があり、墨田区で172施設中35施設（20.3%）からの回答があり、合計71施設となり施設別の回収率は21.0%であった。これらのうち3病院においては外来診療科目の異なる複数の医師から回答を得たため、回答医師の数は合計76人となった。今回の調査では、各医師個人の診療経験等を主に尋ねているので、これらも含め76人の医師からの回答を分析対象とした。原らは、郵送法の平均的な回収率として2割から4割程度が実態として多いとしており⁷⁾、一応標準的な回収率と考えられた。

Ⅲ 研究結果

1. 医師の性暴力・暴力被害者診療経験の実態
 回答者の平均年齢は57.4歳 (SD: 13.21歳 range: 30-77歳) で、女性医師は76人中5人 (6.6%) であった。「性暴力を受けた被害者の診

察経験」を尋ねたところ、全14項目について「疑わしい事例あり・事例あり」と回答していた。最も多かった項目は「男性にしつこくつきまとわれたり、後をつけられた」が16.8%、最も少なかった項目は「むりやりキスされた」が3.9%であった。「むりやり性交された」に関しては13.1%の

図1 性暴力被害者の診察経験 N=76

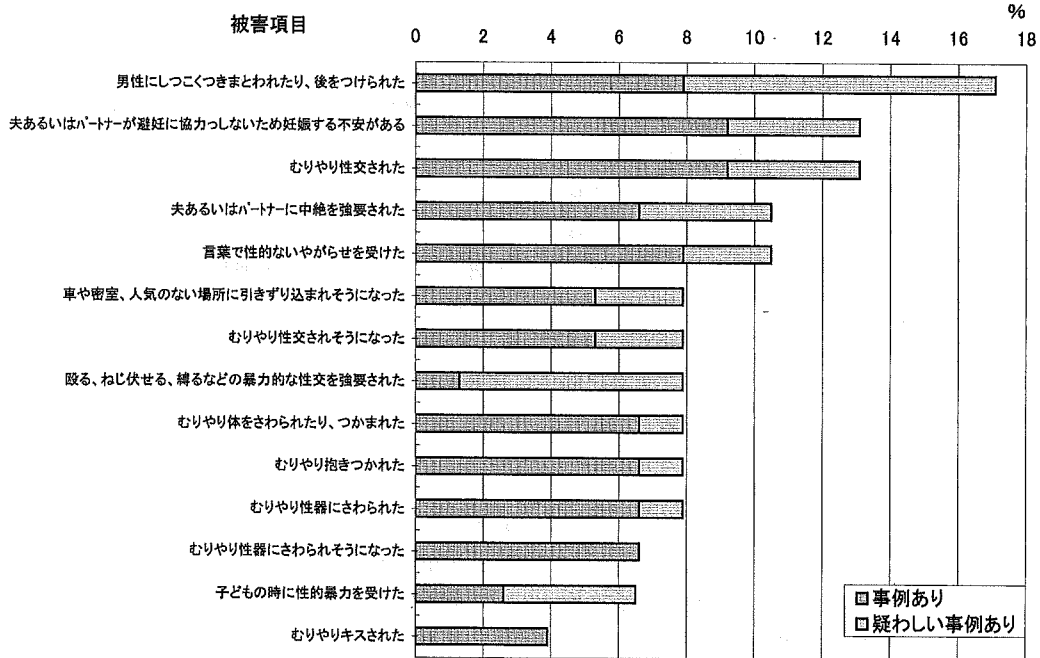
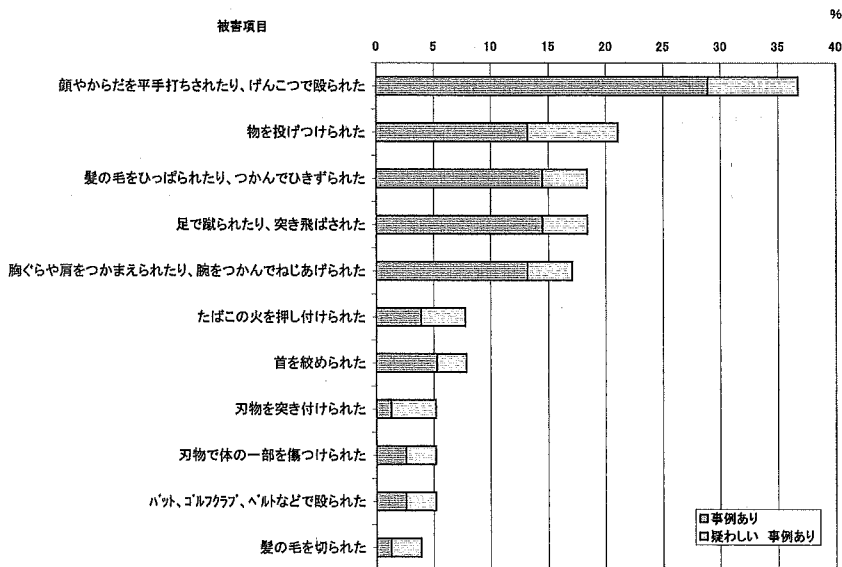


図2 暴力被害者の診察経験 N=76



医師が診察経験ありと答えていた。これらの結果は図1に示した。

「暴力を受けた女性の診察経験」について尋ねたところ、全11項目について「疑わしい事例あり・事例あり」と回答していた。最も多かった項目は「顔やからだを平手打ちされたり、げんこつで殴られた」が36.8%、次いで「物をなげつけられた」が21.1%であった。最も少なかった項目は「髪の毛を切られた」が3.9%であった。これらの結果は図2に示した。

2. 性暴力・暴力被害者に対する医師の理解と医療の役割意識

1) 被害者に対する理解

性暴力・暴力被害者に対しては、おおむね本人

の意志の尊重と、被害者側が訴えることの難しさを答える医師が多かった。被害の原因に関して「被害者に落ち度や原因があった」と考える割合は、「性暴力」被害に関しては38.2%の医師であった(表2)。「暴力」被害に関しても同様な傾向がみられ(表3)、これら2つの項目間には関連性が認められた(表4)。

2) 医療の役割に対する考え

医療の役割を身体的外傷の治療以外にも積極的に捉えている医師が全体の半数近くを占めていた(表2, 3)。性暴力・暴力被害者への初期対応項目としての「安全の確保」、「証拠保全」、「検査」は20%前後であったが、「チームとしての対応できるようにマニュアルをつくる」などに必要性を認めている者は多くなかった。性暴力に対する医療の役割を積極的に捉えている医師は、同時に暴力

表2 性暴力被害者への理解と医療の役割

(複数回答) N=76

1. 被害者への理解	回答者数
本人の落ち度による被害が多い	29(38.2)
本人の意志の確認が診療のあらゆる場面で重要となる	28(36.2)
被害者が誘っておきながら、途中で気が変わって性暴力とことがある	13(17.1)
本人の判断が鈍っているため、強力な指導が必要である	6(7.9)
被害者の話は信憑性に乏しい	6(7.9)
その他	2(2.6)
2. 医療の役割(複数回答あり)	
医療ならではの役割がある	34(44.7)
プライバシーに関わることなので医療の積極的介入は困難である	31(40.8)
今後積極的に考えていく役割がある	15(19.7)
現在のところ医療としての役割はない	5(6.6)
3. 具体的な対策	
身体の外傷を癒す	35(46.1)
心の傷を癒す	33(43.4)
機関病院で専門的に対応できるようにする	22(28.9)
検査を行う	18(23.7)
社会問題として医療側から提案する	16(21.1)
証拠保全	15(19.7)
他の支援団体につなげる	15(19.7)
安全を確保する	11(14.5)
チームで対応できるようにマニュアルを作る	5(6.6)
スクリーニングを行う	4(5.3)
その他	1(1.3)

()内は%

表3 暴力被害者への理解と医療の役割

(複数回答) N=76

1. 被害者への理解	回答者数
被害者は自分から暴力を受けたことを訴えないことが多い	50(65.8)
本人の意志の確認が診療のあらゆる場面で重要となる	31(40.8)
被害者自身に原因や問題がある	16(21.1)
本人の判断が鈍っているため、強力な指導が必要である	8(10.5)
その他	3(3.9)
2. 医療の役割	
医療ならではの役割がある	38(47.4)
身体的外傷の治療以外は医療の役割はない	12(15.8)
今後積極的に考えていく役割がある	12(15.8)
3. 具体的な対策	
身体の外傷を癒す	41(53.9)
心の傷を癒す	34(44.7)
機関病院で専門的に対応できるようにする	18(23.7)
社会問題として医療側から提案する	17(22.4)
証拠保全	17(22.4)
検査を行う	17(22.4)
他の支援団体につなげる	16(21.1)
安全を確保する	16(21.1)
チームで対応できるようにマニュアルを作る	8(10.1)
スクリーニングを行う	3(3.9)
その他	1(1.3)

()内は%

表4 性暴力・暴力被害者に対する理解

	暴力被害者自身 に問題がある	暴力被害者に対して医療 ならでの役割がある	暴力被害者に対して今後積極 的に考えていく役割がある
性暴力被害者本人の落ち度による被害が多い	0.39165***	0.2709	0.04301
性暴力被害者に対して医療ならでの役割がある	0.01025	0.74096***	0.04583
性暴力被害者に対して今後積極的に考えていく役割がある	0.14938	0.16529	0.60123***

r=cramer の関連係数 ***: P<0.001

表5 診療科目・施設・地域別の性暴力・暴力被害者数

(1997年4月—1998年4月末)

性暴力被害者数	診療科目			施設		地域		合計
	産婦人科関連	複数の診療科目	単科	病院	診療所	江東区	墨田区	
疑わしい事例数	9	15	1	13	12	8	17	25
確かな事例数	7	12	1	11	9	9	11	20
小計	16(36)	27(60)	2(4)	24(53)	21(47)	17(38)	28(62)	45(100)
暴力被害者数								
疑わしい事例数	4	23	3	12	18	12	18	30
確かな事例数	1	34	2	23	14	9	28	37
小計	5(7.5)	57(85)	5(7.5)	35(52)	32(48)	21(31)	46(69)	67(100)
合計	21(19)	84(75)	7(6)	59(53)	53(47)	38(34)	74(66)	112(100)

()は%

被害者にも同様な理解を示す傾向がみられ、これらの2つの項目間には関連性が認められた(表4)。

3) 過去1年間の性暴力・暴力被害者数の実態調査対象の医師が遭遇した過去1年間(1997年4月から1998年3月末)の性暴力被害者数に関しては疑わしい事例を含めて45例、暴力被害者数においては67例の報告があった。診療科目別、施設別、地域別に被害者数を表5に示した。

性暴力被害者に関しては、回答者の18%にあたる14人の医師が合計45事例を報告し、診療科目別にみると産婦人科、婦人科、外科、内科、整形外科、神経科、小児科と多岐にわたっており、産婦人科関連の診療科目が全体の36%を占めていた。

暴力被害者に関しては回答者26%にあたる20人の医師が合計67事例を報告し、診療科目別にみると産婦人科、婦人科、外科、内科、整形外科、神経科、小児科、その他と多岐にわたっており、内科を含む複数の診療科目が最も多く85%を占めて

いた。

上記の事例中20例について具体的な被害者状況・診察状況の回答が得られたのでその結果を表6、表7に示した。性暴力被害者14例、暴力被害者6例であった。全体の傾向としては、被害者は女性で10歳から73歳と年齢層の幅があった。被害場所は16人(74%)が屋内で、個人の家が最も多かった。加害者に関しては「特定できる」との回答のあった15例(75%)に関して、全員が顔見知りであり、うち夫、内縁の夫、同棲相手が10例であった。その他主治医、鍼灸師、患者が加害者になった例が各1例づつ報告されていた。警察からの照会例はなかった。

受診理由は性病の検査、傷害の治療が多く、中には緊急避難例も1例あった。主訴として「性暴力・暴力を受けた」と述べた者はわずか6人で、他は訴えがなかったり、身体症状が主訴となっていた。精神症状としては「恐怖」、「困惑」、「不安」、「羞恥心」が特徴的であった。診察所見で

表6 性暴力・暴力被害事例に関するプロフィール

被害種類	性	年 齢	国 籍	被害場所
性暴力被害者：14人	全員女性	10-20歳未満：1人	日本人：18人	屋内：14人
暴力被害者：6人		20-30歳未満：6人	外国人：1人	屋外：6人
		30-40歳未満：6人	記載なし：1人	
		40-50歳未満：1人		
		50-60歳未満：1人		
		60-70歳未満：1人		
		70-80歳未満：1人		
		不明：3人		

表7 加害者に関する事項

被害者との関係	性	年 齢	国 籍
特定できない：5人	全員男性	30-40歳未満：1人	日本人：12人
特定できる：15人		40-50歳未満：3人	外国人：0人
顔見知り		50-60歳未満：3人	記載なし：8人
—パートナー：10人		60歳以上：1人	
—その他：5人		不明：12人	

は、「身体症状なし」が13人で、「あざ・打撲」9人、「裂傷・切り傷」3人、「打撲」3人、「精神的混乱」2人、「沈黙」2人（複数回答あり）であった。傷害の治療の他に、医師からは警察や他の専門機関の紹介したり、本人の意志を尊重し傾聴する対応が行われた。1人が「早く忘れるようにすすめた」と答えていた。

診察時に困ったこととして「本人が何も言わない」、「非常に神経質になっている」が多かった。また、「本人が性暴力であると認識していない事例への説明が難しい」、「加害者であるヒモが受診に連れてきたので手の打ちようがなかった」といった記述回答もあった。

Ⅳ 考 察

1. 性暴力・暴力被害者の実態調査の動向

医療機関における性暴力・暴力被害の受診状況に関する実態報告は、日本において過去にはなく、事例報告がわずかにみられるのみである¹⁸⁾。そのため本調査結果は疫学的見地では不十分ながらも医療機関側からみた性暴力・暴力被害者に関する初めての实態調査であった。米国においては、1970年代から救急室における性暴力・暴力被害者

の実態調査が報告されている。中でも1972年にボストン市立病院で精神科看護婦 Ann Burgess と社会学者の Rinda Holmstrom が行った被害者への面接調査は、被害者特有の「レイプ・トラウマ症候群」を明らかにし、医療者だけでなく社会全般に対して被害者理解について示唆に富む内容で画期的な研究であった¹⁹⁾。その後も救急室における実態調査が報告され、複雑な性・暴力被害の全貌に迫る重要な基礎調査となっている^{20,21)}。さらに、具体的対応を盛り込んだ「Victims of Sexual Assault Program」というマニュアルも開発されている²²⁾。また、米国での警察・司法の対応は、女性団体の根強い努力もあり、1980年代に、法律や捜査・司法システムも被害者利益を重視した体制に改善されきた²³⁾。同様な動きや努力がカナダにおいても報告されている²⁴⁾。そうした動きに呼応するように疫学調査も実施され、看護・保健・医療面での議論は日本と比較し活発になされてきたと言えよう。しかしながら、日米においては保健医療システムは基本的に異なるため日本における医療機関を通じての実態調査方法として、救急外来にターゲットを当てることは必ずしも妥当とはいえない²⁵⁾。

日本においては、学生や新聞広告や女性支援団体の広報活動を利用した実態調査がここ数年に精力的に実施され始めたところである^{12,13,16,26)}。1998年に東京都が、初めて標本抽出法により「女性に対する暴力に関する調査」を報告した¹⁴⁾。過去の犯罪白書で明らかにされなかった社会病理の実態が浮かび上がりつつある。

性暴力は、歴史を振り返れば、女性に対する人身売買、戦時下や支配層による少数民族への集団強姦、また、最近新たに「セクシュアル・ハラスメント」という言葉で問題提起される内容をも含んだ古くて新しい問題を包含する用語である^{27,28)}。こうした文脈では「性暴力」とは「強姦、性的虐待、セクシュアル・ハラスメントなど、相手の意志に反して行われる性的行為をさす」と定義されている³⁹⁾。

2. 医療機関における実態

1) 受け入れ状況

今回の調査では、医療機関において医師は性暴力被害者を診察しており、13.1%の医師は「むりやり性交された」被害者を診察経験があったことから、性暴力被害者の診察はそれほど希有な経験とも言えないことがわかる。また、暴力被害者の診察経験はさらに多く、項目によっては4割近くの医師が診察経験ありと答えている。つまりこれらの結果は、女性への暴力に関する問題は、医療の中では遭遇しうる可能性は決して低くないことを示唆している。また、診療科目は多岐に渡っており、女性の患者だから必ずしも産婦人科を受診するとは限らなかった。その理由として傷害を伴うことも多いことや、産婦人科受診へのためらいなども考えられる。また、被害者は、必ずしも救急対応の医療機関のみでなく一般の診療所にも受診おり、今回の調査は医療機関を対象にしたものであり、多くの被害者は医療機関にも受診せず警察にも届けていない可能性が高い。

小西の調査では性暴力被害者による警察への通報率は4%であった¹⁶⁾。「夫(恋人)からの暴力」調査研究会報告では、被害者のうち医療関係者へ相談したものは5.7%であった¹²⁾。以上のことから今回の調査対象になった医療機関の診察を受けた被害者は一部の者である可能性が高い。

2) 被害者への理解と対応

米国、カナダにおける性暴力・暴力被害者への

医療対応マニュアルには、被害状況を偏見なくとらえ、被害者側に立った医療、ケアを提供するためにはケア提供者自身がいわゆる「強姦神話」を持つべきでない^{30,31)}。「強姦神話」とは被害事実とは相反する性暴力に関する偏見を指す。たとえば加害者は準備周到な犯罪計画をもって遂行するが、従来まず問われるのが被害者の服装や行動時間といった本人の落ち度、責任であった³⁰⁾。今回の調査においては、強姦神話の一つである「被害者の落ち度」についての項目を聞いたところ、性暴力に関しては被害者に落ち度を帰する傾向が強かった。これは医療従事者のみの傾向とは考えられず、むしろ一般的なものとみる方が妥当かもしれない。米国の研究では、一般的な看護婦を対象に強姦被害者への理解を調査したところ、被害者に落ち度を裁く傾向がみられたという³²⁾。Kanoらの看護婦への面接調査でも同様な結果が認められた³³⁾。Fischbachらによれば、保健医療従事者の被害者理解が不十分であると、被害者の発見とサポートが困難であることを述べている³⁴⁾。したがって医療従事者の感受性によって被害者とみなすかどうかの認識が左右される可能性も考慮する必要がある。

一方で、被害者への医療の役割については過半数以上の医師が積極的にとらえていたが、十分なスタッフ教育、安全・証拠保全・検査への専門的な介入などに具体的な内容について必要性を望むものの割合は多くなかった。保健医療の分野で、いまだ十分に議論されていない現状を反映していると考えられる。

3) 被害者事例から明らかになったこと

過去1年間(1997年4月から1998年3月末)における被害者事例について、事例数を尋ねたところ、性暴力に関しては江東区・墨田区で年間45件、暴力に関しては67件という回答が得られた。「警視庁の統計」の「刑法犯の警察署管内の発生件数」をみると、調査地区での強姦被害者数は過去8年間年平均7.1件であり、今回の調査に比べ著しく少ない³⁵⁻⁴²⁾。Injury Preventionの考え方によれば、被害者は救急外来を訪れる者の1.5倍は地域に存在すると見積もられている⁴³⁾。米国での救急外来との相違もあるため単純比較はできないが、今回の調査回収率、前述の警察通報率から考えても実際の被害発生数はさらに多いことが予測

できる。

今回の調査による被害状況をみると、被害場所では比較的屋内が多く、加害者は顔見知りでパートナーの割合が高かった。民間支援団体である東京・強姦救援センターの電話相談数の統計によると121件中56%が加害者は顔見知りで、被害場所の33%が屋内であり⁴⁴⁾、われわれの調査結果と同様であった。東京都文化女性局の調査では無作為抽出をした1,183人の女性にパートナーからの暴力被害を尋ねたところ身体的暴力が33%、性的暴力が20.9%であり⁴⁵⁾、当然これらのうちの何割かの被害者が医療機関を訪れるものと考えられる。ドメスティック・バイオレンスは司法・警察も対策を打ち出しにく課題でもある。暴力のサイクルの理解など独特な加害者・被害者行動の理解を基本におき、他の分野との連携をはかりつつ短期・長期にわたるサポートが必要とされている。こうした観点から医療の役割を再検討する必要性も事例状況から示唆された。

4) 保健医療従事者の役割

今回の調査結果により、医療機関における性暴力・暴力被害女性の受け入れ実態と被害者に対する保健医療における今後の役割がいくつか示唆された。

女性への暴力の問題は、公衆衛生の大きな課題として捉えられており、公衆衛生的観点からの実態把握とともに、最終的なゴールとしては女性への暴力の予防と暴力を根絶のための行動計画が求められる⁴⁵⁾。そのためには実態調査の遂行とともに、保健医療従事者の被害者理解をすすめ、かつ具体的な保健医療、ケアについて内容を他部門の関係者らと連携しつつめていく必要がある。また、何よりも被害者からの声に耳を傾けることが重要であろう。

最後に調査にご協力下さった東京都医師会理事の鈴木聰男様をはじめ墨田区および江東区の医師会、医療機関の方々へ厚くお礼を申し上げます。

本研究は平成8-10年度文部省科学研究助成により実施した。

(受付 1999. 6. 1)
(採用 2000. 2.21)

文 献

1) The State of World Population 1996 Report (日本

語版ジョイセフ). 世界人口白書. 世界の動き社. 1995; 44.

- 2) Robert Desjarlais, Arthur Kleinman. Violence and Well-being. Soc. Sci. Med. 1997; 45: 1143-1145.
- 3) 米田眞澄. 女性に対する暴力撤廃宣言と課題. 渡辺和子編. 女性・暴力・人権. 東京. 学陽書房. 1994; 269-279.
- 4) 桑島 薫. アメリカの民間団体女性シェルターと関連援助機関の連携調査報告. 財団法人横浜市女性協会編. 民間女性シェルター調査報告書Ⅱアメリカ編. 1995; 1-34.
- 5) Keith Soothill. The Changing Face of Rape?. Brit. J. Criminal. 1991; 31: 383-392.
- 6) Carolyn M. Sampsele. The Role of Nursing In Preventing Violence Against Women. JOGNN. 1998; 20: 481-487.
- 7) 平成9年度版総理府編. 女性に対する暴力. 男女共同参画現状と施策—男女共同参画2000年プランに関する報告書(第1回). 大蔵省印刷局. 平成9年; 74-80.
- 8) 性犯罪. 法務省法務総合研究所編. 平成9年版犯罪白書. 平成9年; 67-69.
- 9) Jan J. M. Van Dijk, Pat Mayhew, Martin Killias. Experiences of Crime Across The World. Kluwer Law and Taxation Publishers. 1991; 32-41.
- 10) 財団法人横浜市女性協会. 被暴力女性問題解決ワークショップ: シェルター等, 被暴力女性支援機関の抱える問題と関連社会資源および支援制度の整備報告書. 1997; 9-45.
- 11) 性暴力. バド・ウイメンズ・オフィス. 女性情報年鑑. 1998; 188.
- 12) 「夫(恋人)からの暴力」調査研究会. 夫(恋人)からの暴力」についての調査研究報告書. 1995
- 13) 性被害研究会. 調査「女性を受ける性的被害と警察に求める援助」第一次報告. 1996
- 14) 東京都生活文化局. 「女性に対する暴力」調査報告書. 平成10年3月
- 15) Howard Holtz, Kathleen K. Furniss. The Health Care Provider's Role in Domestic Violence, Trends in Health Care. Law & Ethics. 1993; 18; 2; 47-53.
- 16) 小西聖子. 日本の大学生における性被害の調査. 日本=性研究会議会報 JASS Proceedings. 1997; 18; 2: 28-47.
- 17) 原 純輔, 海野道朗. 社会調査演習. 東京. 東京大学出版会. 1984; 6.
- 18) 吉永陽子, 他. 保健所における危機介入その4—レイプの場合. 日本公衆衛生学会抄録. 1996; 994.
- 19) A. W. Burgess, L. L. Holmstrom. Rape Trauma Syndorome, American Journal of Psychiatry. 1974; 131: 981-986.
- 20) Wendy G. Goldberg, Michael C. Tomlanvich.

- Domestic Violence Victims in The Emergency Department. JAMA. 1984; 251; 24: 3259-3265.
- 21) Washington, DC: Bureau of Justice Statistics. US Dept of Justice. Violence Against Women: Estimates From The Redsigned Survey. 1995; Special Report NCJ-15438.
- 22) Washington State Department of Social & Health Services. Victims of Sexual Assault Program. 1980.
- 23) 吉浜美恵子. アメリカにおけるドメスティック・バイオレンスへの取り組み. 財団法人横浜市女性協会編. 民間女性シェルター調査報告Ⅱアメリカ調査編. 1995; 54-76.
- 24) Judy E. Boychuk Duchsher. Acting on Violence Against Women. The Canadian Nure. 1994; June: 21-36
- 25) 加納尚美, 他. 性暴力犯罪にどう対処する?. Nursing Today. 1998; 13; 10: 74-77.
- 26) John P. J, Dussich And Sugao Shinohara. Nonreporting of Sexual Assault in Japan. The 9th International World Symposium on Victimology. Victim Surverys Program. 1997; 21.
- 27) アムネスティ・インターナショナル, 著. 世界の女性と人権: 紛争と変革のなかで. 東京. 明石書店. 1995.
- 28) ミランダ. デービス, 編. 鈴木研一, 訳. 世界の女性と暴力. 東京. 明石書店. 1998.
- 29) 上野千鶴子. 性暴力. 現代用語の基礎知識. 東京. 自由国民社. 1995; 872.
- 30) Ministry of Attorney General. Sexual Assault in Canadian Society. Sexual Assault Victim Service Hand Book. 1989; 3-6.
- 31) Linda E. Ledray. Sexual Assault Nurse Clinician. an Emerging Area of Nursing Expertise. AWHONN'S Clinical Issues. 1993; 2: 180-190.
- 32) Faith Boucher and Ruth Gallop: Psychiatric Nurses' Attitudes Toward Sexuality. Sexual Assault/Rape, and Incest. Archives of Psychiatric Nursing. 1996; 3: 189-191.
- 33) Naomi Kano, et al. Nurses' Understanding of Sexual Abuse Victims Focus on Changes Through A Study Group. Japan Academy of Nursing Science. 1998; 152.
- 34) Ruth L. Fischbach And Barbara Herbert. Domestic Violence and Mental Health: Correlates and Conundrums Within And Across Cultures. Soc. Sci. Med. Vol. 1997; 45; 8: 1161-1176.
- 35) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成2年警視庁の統計. 平成3年版; 46-47.
- 36) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成3年警視庁の統計. 平成4年版; 42-43.
- 37) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成4年警視庁の統計. 平成5年版; 42-43.
- 38) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成5年警視庁の統計. 平成6年版; 42-43.
- 39) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成6年警視庁の統計. 平成7年版; 42-43.
- 40) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成7年警視庁の統計. 平成8年版; 42-43.
- 41) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成9年警視庁の統計. 平成10年版; 42-43.
- 42) 刑法犯の警察署管内別発生件. 警視庁総務部情報管理課. 平成9年警視庁の統計. 平成10年版; 42-43.
- 43) The National Committee For Injury Prevention And Control. Injury Prevention Meeting Chalenge, Chapter 2. Learning From Data. American Journal of Preventive Medicine. 1989; 37.
- 44) 東京強姦救援センター. 電話相談数統計1998年3月-6月. 東京強姦救援センターニュース 38. 1998; 1
- 45) C. Everett Koop: Topics Our Times. Rape Is A Major Public Health Issue, American Journal of Public Health. 1996; 86; 1: 15-17.

A STUDY OF INSTITUTIONAL MEDICAL CARE OF FEMALE VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT AND VIOLENCE

Naomi KANO*, Yasuhide NAKAMURA^{2*}, Toyo SAKURAYAMA^{3*}, Yaeko KATAOKA^{4*},
Emi SHITAYA^{4*}, Sugao SHINOHARA^{5*}, Mayumi OTAKE^{6*}, Miyuki MAKINO^{6*}

Key words: Sexual assault, Violence against women, Medical care

Objective The purpose of the study is to clarify the present situation of medical care for victims of sexual assault and violence. Medical facilities in two wards in Tokyo were studied in order to know what problems regarding medical care exist and how to support female victims.

Methods In April 1998, we distributed questionnaires to 338 medical facilities covering all the clinics and hospitals, that had more than only otorhinolaryngology and ophthalmology, in Kouto-ku and Sumida-ku, Tokyo. The questionnaire included questions about individual experience of consulting with sexual assault and violence against women, the number of victims in the last year, and their understandings for victims.

Result 1) 76 of the respondents completed the answer sheet by themselves. The mean age of the subjects was 57.4 years old, 16.3% of them had seen sexual assault victims, and about 36.8% had cared for victims of violence.

2) 67 victims of sexual assault and violence were reported in the previous year. 36% of victims of sexual assault were reported by facilities related to obstetrics, and 85% of victims of violence were reported by general medical facilities.

3) As for understandings for victims, those who thought the victims were responsible for the sexual assault also regarded violence as caused by carelessness of victims.

Conclusion Medical facilities may be an important place to care for victims of sexual assault and violence against women. There are few data available as to how many women suffer from sexual violence. This study showed for the first time the reality of sexual assault and violence from the viewpoints of medical facilities in Japan, although it had some limitations. It is necessary for more discussion about roles of medical care for female victims of sexual assault and violence.

* Ibaraki Prefectural University of Health Sciences, Department of Nursing

^{2*} Osaka University, Faculty of Human Sciences

^{3*} Tokyo Metropolitan Government Public Health Department

^{4*} St. Luke's College of Nursing, Graduate School

^{5*} Tokiwa University, Faculty of Human Science

^{6*} Fukushima Medical University of School of Nursing