

博士論文

犯罪被害者の特性と受診行動に関連する要因についての研究
Personal characteristics among victims of crime and factors related to
medicalconsultation to doctors.

平井和明

2017 年 3 月

大分県立看護科学大学 大学院

目次

序 章	1
序章	1
引用文献	3
第 1 章	7
救急医療機関で活用される Intimate Partner Violence screening tools についての文献研究	
1. 研究目的	7
2. 用語の定義	8
3. 研究方法	8
4. 研究結果	9
5. 考察	10
6. 結論	13
7. 研究の限界	13
引用文献	13
表	18
第 2 章	22
犯罪被害者の特性と受診行動の関係性に関する調査	
1. 研究目的	22
2. 用語の定義	22
3. 研究方法	23
4. 研究結果	25
5. 考察	27
6. 研究の限界	29
引用文献	29
表	32
総 括	38
総 括	38
引用文献	41
附 録	43
発表論文一覧	44
対象論文一覧表（第 1 章）	45
調査票（第 2 章）	49
要旨	53
謝辞	56

序 章

我が国では、毎年 100 万人をこえる犯罪が発生し、その犯罪にともなう被害も同時に発生していることが報告されている（法務省. 2015, 警察庁 2016）。統計上の数値は、認知件数に過ぎず、被害届を出すことが出来ない人を含めると実際の被害者数は報告数より多いと考えられている（稲本. 2008, 法務省. 2012）。そのような犯罪被害者は、犯罪そのものによる被害だけでなく、身体的・精神的負担が要因となり健康障害が発生する。また、裁判費用などの支払いによる経済的な負担の増加、再犯被害防止のための不本意な転居など、犯罪後に生じる二次（的）被害に遭うことが報告されている（Cambell, JJA. , et al. 2002, Weaver, TL. , et al. 2007, 白井他. 2010, 山田. 2011）。特に、健康障害に関しては、犯罪の種類や被害者の特性により精神疾患であるうつ病や PTSD を発症することが報告されており（稲本他. 2002, Garcia-Moreno, C. , et al. 2006, 小西. 2008, 本田他. 2011）、被害後の医療機関への早期受診が重要とされている（Boccellari, A. 2007, 斉藤他. 2010）。このような現状に対して、犯罪被害者の支援をするために、2004 年に犯罪被害者等基本法が成立、翌 2005 年に施行された。この法律の第十四条では、犯罪被害者の精神・身体・社会的な健康の回復は国の責務であると定められた。様々な政策の中では、「精神的・身体的被害の回復・防止」は重点課題の一つとして位置づけられ、心理療法等に係る犯罪被害者等の自己負担軽減につながる犯罪被害給付制度などの取り組みが進められてきた（警察庁. 2016）。また、厚生労働省こころの健康科学研究事業（犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究：平成 17 年度-平成 19 年度）の中で、犯罪被害者の医療機関を受診者数は少ない現状にあることが報告され（小西, 2008）、犯罪被害者の医療機関受診に影響する要因の明確化が急務とされた。

犯罪被害者の医療機関受診に係る調査は、精神科医療機関（小西. 2006, 中島他. 2008）、産婦人科（武者. 2009, 福本. 2015）、一般医療機関（日比他. 2008）、精神保健福祉センター（小西. 2006）、地域精神保健福祉機関（小西. 2007）で実施されている。これら調査結果から、犯罪被害者の受診に影響を与える要因として、精神疾患やその症状（中島他. 2008）、対応職員の知識・能力不足（小西. 2008, 武者. 2009, 福本. 2015）、民間支援団体などの機関の間の連携不備（小西. 2006）が指摘されている。筆者らは、これまでに調査されていなかった早期援助団体を対象とした調査を実施し、医療機関との連携の不備や医療に関する専門家の不在などの問題を報告した（平井他. 2013）。また、WHO(World Health Organization)の提言では、世界的な社会問題（WHO. 2012）としている Intimate Partner Violence (IPV) 被害者の受診状況に注目し、犯罪被害者の受診に関連する要因を明らかにする目的で被害者がまず受診する救急医療機関において調査（平井他. 2015）を実施した。いずれの調査においても、実態調査が主となり、犯罪被害者を受け入れる環境が整っていない事（職員教育、対応方針の不備）が最終的な課題として示唆されているのみであり、犯罪被害者の受診行動に言及する結

果や、被害者を受け入れるための対応方針の具体的な方策の提示には至っていなかった。

一般的に病院受診行動に影響するとされる要因には、医療機関へのアクセスの容易さ（松浦. 2003）、医療職者の対応に関しての満足度（大濱他. 2005, 柏原他. 2015）などの医療機関側の要因、そして患者の健康認識（泉. 2003）や、同居する家族の数（宮井他. 2009）、性別（小椋他. 2004）、コーピング特性（Biddle, L., et al. 2003）などの患者自身の特徴の双方の要因が影響するとされる。犯罪被害者に必要とされる医療ニーズを満たすためには、受け入れる医療機関側、そして被害者側双方の受診に係る要因を明らかにするための調査が必要と考えられた。先行研究では、犯罪被害者の受診行動と犯罪被害者の特性に言及した報告は国内にないことが分かった。一方、医療機関側の要因に関しては、国内の医療機関及び、救急医療機関を対象に行った調査（日比他. 2008, 平井他. 2015）では、わが国では被害者への対応を定めた医療職者の方針自体も整備されていない現状や、犯罪被害者を早期に発見するためのスクリーニングや被害者への対応方針の整備の推奨が言及されるにとどまっていることが明らかにされた。国外においては、既に特定の犯罪に関して、再被害のリスク予防等をふまえ、医療機関において犯罪被害者を早期に発見する用可能なスクリーニングツールが提示されていた（Centers for Disease Control and Prevention. 2007）。ただし、スクリーニングやそれを実施する医療職が被害者に与える影響や問題点に言及する報告もされており（Hawley, et al. 2012, Wath, A., et al. 2016）、スクリーニングを行う医療機関の対応が受診行動に与える影響が過分にあることが疑われた。

そこで本研究では、犯罪被害者の特性と受診行動に関連する要因を明らかにすることを目的とし、犯罪被害者の受診を促進するための介入を検討する基礎的根拠としたいと考えた。

第1章では、犯罪被害者を受け入れる医療機関側が犯罪被害者の受診に与える影響を検討するために、医療機関において受診患者の中から犯罪被害者を早期に発見するために使用されるスクリーニングツールについて文献検討した。調査対象とする医療機関および犯罪の選定では、数多くの診療科、犯罪種別があるため、網羅的に調査することは困難と考えた。まず国内外の救急医療機関で活用される IPV(Intimate Partner Violence)スクリーニングツールの種類および活用困難および課題の検討をおこなった。その結果、救急医療機関では、少なくとも15のスクリーニングツールが Intimate Partner Violence (IPV) 被害者へのスクリーニングに活用されていた。国内では、患者を対象とした IPV(Intimate Partner Violence)スクリーニングツールの先行研究はなく、医療職を対象とした先行研究では、IPV (Intimate Partner Violence) スクリーニングツールの準備が十分に出来ていないことがわかった。救急医療機関における IPV(Intimate Partner Violence)スクリーニング実施にあたっての阻害要因としては、スタッフに係る要因、患者に係る要因、物品・環境に係る要因、連携に係る要因が抽出された。これら結果によって、未だスクリーニングの準備が進んでいない日本の医療

機関において犯罪被害者の対応に活用可能なスクリーニングツールを導入するための示唆が得られた。

また、受け入れる医療機関の準備が整ったとしても、犯罪被害者自身が医療機関を受診しなければ犯罪被害者の被害者の健康障害を軽度で済ませるように支援することはできない。犯罪被害者の早期の受診行動を促すためには、医療機関側の要因だけでなく、犯罪被害者自身の受診状況や個人特性が受診に係る要因について検討する必要があると思われた。先行研究では、犯罪被害者の特性として、精神的な負荷をコーピング特性に関しては、身体的な外傷を受けた者がそれ以外の被害（心理的及び性的被害のみ）を受けた者に比べ、消極的なコーピング特性をとる傾向になるとした報告 (Sullivan, TP. , et al. 2010) など、被害者の受診行動との関連が示唆されている。また、重篤な心理的な負荷がかかると誤った自己評価をする（宮井他. 2009）ことや、犯罪という侵襲によって心理的な負荷がかかること、重篤な場合は自殺を思わせる言動までもが観察されていることなどが報告されている（小西. 2008, 平井他. 2013）。従来の認識やそれに伴う対処行動が十分に行えなくなっていることで、受診行動をとれない状態になっていることも予測される。しかし、これら犯罪被害者の個人特性と受診行動の実際については、犯罪被害者への二次（的）被害を避けるために未だ調査や報告が見当たらなかった。

第2章では、犯罪被害者自身の個人特性と受診行動との関連について明らかにするために、侵襲性の極力低い方法（Web 調査）を選択し犯罪被害者自身を対象とした受診の実態及びコーピング特性等の個人特性と受診行動に係る調査を実施した。結果として、犯罪被害後に医療機関受診した人は1割にも満たないことが分かった。また、医療機関受診に際して、「二次被害への不安」や「他者への不信」、「受診の判断・選択の困難さ」そして「受診の必要性に確信がもてない」とする少なくとも4つの要因によって、受診行動が躊躇されていることが分かった。さらに、個人特性を測定する調査尺度の一つであるコーピング特性（BSCP の解決のための相談）は、被害の深刻さに関わらず、受診行動と関連していることが示唆された。これら結果は、犯罪被害者自身の個人特性と受診行動との関連を示した新規性の高いデータであり、個別性を高めた犯罪被害者の受診促進対策を検討する上で意義ある研究結果と考える。

引用文献

Biddle, L. , Gunnell, D. , Sharp, D. , et al. (2003): Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey, Br J Gen Pract, 53, 238-253.

Boccellari, A. , Alvidrez, J. , et al. (2007): Characteristics and psychosocial needs of victims of violent crime identified at a public-sector hospital: data from a large clinical trial , Gen Hosp Psychiatry, 29(3), 236-243.

Cambell, JJA. , Dienemann, J. , et al. (2002): Intimate partner violence and physical health consequence, Archives of Internal Medicine, 162 (10), 1157-1163.

Garcia-Moreno, C. , Jansen, HA. , Ellsberg, M. , et al. (2006): Prevalence of intimate partner violence findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, Lancet, 368(9533), 1260-1269.

Centers for Disease Control and Prevention (2007): Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/ipvandsvscreening.pdf>.

Hawley, DA. , Hawley Barker, AC. (2012): Survivors of intimate partner violence: implications for nursing care, Crit Care Nurs Clin North Am, Mar;24(1), 27-39.

日比千恵(2008): 医療機関における DV 被害者に対する看護実態調査 平成 20 年度 四日市市男女共同参画社会をめざしての調査・研究委託事業研究成果報告書, 1-29.

平井和明, 影山隆之(2013): 犯罪被害者の医療の必要性に関する犯罪被害者支援センタースタッフの判断, こころの健康 28(2), 51-58.

平井和明, 影山隆之(2015): 日本の救命救急センターにおける IPV (Intimate Partner Violence) 被害者への対応 - 看護管理者と看護師への質問紙調査 -, こころの健康 30(1), 53-67.

本田りえ, 小西聖子(2011): 精神科クリニックにおけるドメスティック・バイオレンス被害者の現状と課題, トラウマティック・ストレス, 9(2), 105-113.

法務省(2012): 犯罪白書, 第 5 編, 第 3 章, 第 1 節.

法務省(2015): 犯罪白書.

福本環, 岩脇陽子, 松岡知子(2015): 京都府内の産婦人科診療所における性暴力被害者への支援の実態調査, 日本看護研究学会雑誌, 38(5), 73-81.

稲本絵里, 安藤久美子, 影山隆之他(2002): PTSD 研究のフロンティア 被害体験と「回避」の機制-性暴力被害の住民研究から, 精神保健研究, 15, 35-31.

稲本絵里(2008): 犯罪被害者が警察への届出を躊躇する要因-犯罪被害者支援に携わる
弁護士対象のアンケート調査, こころの健康, 23(1), 22-32.

泉玲子(2003): A 総合病院における慢性疾患患者の受診行動と健康認識・顧客満足との
差, 日本赤十字北海道看護大学紀要, 3, 31-37.

柏原康佑, 松山 裕, 上原 里程他(2015): 受療行動調査の患者不満足に医療施設特性
が及ぼす影響, 日本公衆衛生雑誌, 62, 587-595.

警察庁(2016): 犯罪被害者白書.

警察庁(2016): 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.

小西聖子(2006): 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究, 厚生労働科
学研究研究費補助金 こころの健康科学研究事業 平成 17 年度 総括・分担研究報告
書, 3-197.

小西聖子(2007): 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究, 厚生労働科
学研究研究費補助金こころの健康科学研究事業 平成 18 年度 総括・分担研究報告
書, 1-192.

小西聖子(2008): 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究, 厚生労働科
学研究研究費補助金 こころの健康科学研究事業平成 17-19 年度 総合研究報告書.
2-131.

松浦和幸(2003): 外来受診行動の地域差の分析, 兵庫県立看護大学紀要, 11, 1-13.

宮井宏之, 内海千種, 加藤寛(2009): 兵庫県こころのケアセンター診療所における受
診患者の援助要請についての検討, 心的トラウマ研, 5, 57-63.

中島聡美, 橋爪きょう子, 辰野文理他(2008): 精神科医療機関における犯罪被害者の
診療の実態と今後の課題, 被害者学研究, 18, 49-64.

武者稚枝子, 太田博明(2009): 地域の女性相談や産婦人科外来で遭遇する DV 相談の
経験, 女性心身医学, 14(2), 143-149.

小椋正立, 上山美香, 角田保(2004): 職場における健康診断と医療機関の受診に関する分析, 日本経済研究, 39, 117-139.

大濱優子, 下田澄江, 中村春江他(2005): 長崎大学医学部・歯学部附属病院の外来における受診行動に関する研究, 長崎大学医学部保健学科紀要, 18(1), 23-31.

斎藤梓, 元木未知子, 鶴田信子(2010): 被害者支援における良好な機関連携の質的分析による要因検討, トラウマティック・ストレス, 8(2), 57-67.

白井明美, 中島聡美, 真木佐知子他(2010): 犯罪被害者遺族における複雑性悲嘆及び PTSD に関連する要因の分析, 臨床精神医学, 39(8), 1053-1062.

Sullivan, TP. , Schroeder, JA. , Dudley, DN. , et al. (2010): Do Differing types of victimization and coping strategies influence the type of social reactions experienced by current victims of intimate partner violence?, Violence Against Women, June, 16(6), 638-657.

山田典子(2011): DV 被害の看護観察項目と初期対応の課題 DV に対して看護職が抱いた違和感の分析から, お茶の水医学雑誌, 59, 77-97.

Wath, A. , Wyk, N. , Rensburg, EJ. (2016): Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence, Afr J Prim Health Care Fam Med, Apr, 15, 8(2), e1-7.

Weaver, TL. , Allen, JA. , Hopper, E. , et al. (2007): Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women, Health Care for Women International, 28, 378-389.

World Health Organization (2012): Understanding and addressing violence against women, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf.

第1章

救急医療機関で活用される Intimate Partner Violence screening tools についての文献研究

1. 研究目的

Intimate Partner Violence (以下 IPV) とは、配偶者など親密な関係にあるパートナー同士において一方が他方に振るう暴力を指しめす言葉であり、日本では Domestic Violence (以下 DV) と呼ばれることが多い。IPV は、世界的な社会問題としてとらえられ、世界各国で予防や治療などの対策がすすめられている (World Health Organization, 2012)。IPV は、犯罪そのものによる一次的な被害だけでなく、被害にともない生じる身体的障がい、精神的障がい、そして日常生活の変化 (暴力加害者からの物理的な避難など) を余儀なくされるなどの二次被害をもうける (Cambell, JJA. , et al. 2002, Peralta, RL. , et al. 2003, Magnussen, L. , et al. 2003, Kramer, A. , et al. 2003, Coker, AL. , et al. 2005, Weaver, TL. , et al. 2007)。IPV 被害に伴う身体・精神・社会的侵襲は、間接的に精神疾患を発症するリスクを高めることも知られ、その治療費や休職、退職などにもともなう経済的な損失に関しても北米では深刻とされている (Ross, J. , et al. 2003)。配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律の施行後 DV 被害者数は増加の一途をたどり、重大事件に発展するケースが少なくない。日本においても、IPV 被害者の実態、その治療に関する取り組みが報告され、国家単位での支援が行われつつあるが、まだ十分とは言えない側面がある。一つの課題が病院受診者の中から IPV 被害者をいかに発見し支援につなげるか、そのスクリーニングの方法にある。北米を中心に IPV スクリーニングツールの開発が進められ既にスクリーニングツールに関するシステマティックレビューも複数おこなわれ、スクリーニングツールの開発が求められている現状にある。それらの中で共通した課題として取り上げられているものがあり、特に「多忙な状況下」 (Rabin, RF. , et al. 2009, Naved, RT. , et al. 2012, Petersen, L. , et al. 2013, Choo, EK. , et al. 2012)でのスクリーニングと、「対象者からの拒否」の二つが挙げられる (Rabin, RF. , et al. 2009, Naved, RT. , et al. 2012, Choo, EK. , et al. 2012, Petersen, L. , et al. 2013)。国内の救急医療機関における犯罪被害者を対象としたスクリーニングに係る調査は行われなかったことを踏まえ、著者らは日本の救命救急センターを対象にスクリーニングの使用状況や、対応方針の実態調査をおこなった。その調査結果において、日本の救命救急センターでは、そもそも IPV 被害者への対応方針自体が十分に備わっていない (平井他. 2015) という、スクリーニング方法の検討以前の問題もあることが明らかにされた。先行調査で課題とされている、スクリーニング実施に際しての阻害要因を踏まえたスクリーニング方法を検討し完備しておくことは、World Health Organization や Centers for Disease Control and Prevention のような世界的な基準から見ても急務と考えられる。

そこで今回は、救急医療で活用される IPV スクリーニングツールの活用の実際を検討するために、救急医療の場で実際に活用されている IPV スクリーニングについての文献研究を実施した。

2. 用語の定義

- ・ 犯罪被害者

犯罪により害を被った者（刑事訴訟法 230 条の表記に準ずる）。

- ・ Intimate Partner Violence (IPV)

配偶者など親密な関係にあるパートナー同士において一方が他方に振るう暴力を指しめす言葉。IPV によって被る被害は、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな被害があり重複して発生する場合もある被害である（World Health Organization. 2012）。なお、本稿では、いわゆるドメスティックバイオレンス（Domestic Violence もしくは DV）と日本で表現される言葉を示す。

- ・ 二次（的）被害

犯罪そのものに付随して被る被害のことをいう。マルチメディアによる報道で誹謗中傷に晒される、再被害の恐れから転居を余儀なくされる、司法関係者や医療職者などの質問で被害を想起するなどすることで心的負荷がかかることなどによって被る被害のことを示す。

3. 研究方法

国内外の文献を対象に、「MEDLINE」、「JMEDplus」を用いて、英文「intimate partner violence or domestic violence」, 「screening tool or screening」, 「emergency department or emergency」をキーワードに AND 検索。和文は、「ドメスティックバイオレンス or 家庭内暴力」、「スクリーニングツール or スクリーニング」、「救急外来 or 救急」をキーワードに AND 検索を実施した。なお、検索期間の設定は、和文が該当し始める年度を考慮し、2010 年～2015 年 10 月とした。

検索結果のうち、「intimate partner violence or domestic violence or ドメスティックバイオレンス or 家庭内暴力」の検索結果は、23675 篇。それらを「screening tool or screening or スクリーニングツール or スクリーニング」を AND 検索した結果は、1682 篇。更に、「emergency department or emergency or 救急外来 or 救急」を AND 検索した結果 139 篇だった。その中から、Letter、会議録、記事を除く論文を選定し、論文内容から「救急外来（救急医療に類するセッティングも含む）が調査フィールドに含まれている論文 21 篇（表 1 および 2: 国外文献 20 篇、国内論文 1 篇）を対象とし

て次の 6 つの枠組みで整理を行った。1. 研究目的、2. 調査対象と方法、3. 使用されたスクリーニングツールとスクリーニング方法、3. スクリーニングの実施者、5. 結果、6. スクリーニングの活用を妨げている阻害要因及び阻害要因に対する課題。なお、6（スクリーニングの活用を妨げている阻害要因及び阻害要因に対する課題）については、対象論文の結果および考察の内容を精読し、該当する記載を抜粋し、類似する内容を整理しカテゴリ名をつけた。

4. 研究結果

4.1. 検討した文献の概要

① 論文数、調査対象とスクリーニングの実施者

発表年代別でみると、2010 年 8 篇、2011 年 5 篇、2012 年 3 篇、2013 年 3 篇、2015 年 1 篇発表されていた。調査対象をみると、患者を対象としたスクリーニングを実施した論文が 15 篇、それ以外（医療職等）を対象とした本文が 6 篇だった。調査フィールド国別では、アメリカ合衆国が 16 篇、日本、コロンビア、エチオピア、ニュージーランド、インドがそれぞれ 1 篇だった。患者を対象とした 15 篇のうち、全ての論文で「女性のみ」を対象としており、男性を対象とした報告はなかった。一方、患者以外を対象とした論文に関しては、看護師および看護管理職を対象とした研究が 2 篇、看護師および医師を対象としたものが 2 篇、看護師のみ、医師のみがそれぞれ 1 篇、看護師および医学生を対象としたものが 1 篇であった。調査フィールドに関しては、1 施設を対象とした論文が 13 篇、その他は 2～245 箇所の病院を対象としていた。2 篇には難民の GBV（Gender based violence）の実態を明らかにした論文であった。

スクリーニングの実施者に関しては、リサーチアシスタントが 7 篇、研究者が 5 篇、カウンセラーのみが 1 篇、カウンセラーと看護師が 1 篇（両者の比較）、ソーシャルワーカーが 1 篇であった。そのうち、スクリーニング実施にあたって何らかの訓練を受けたとする記載があった論文は 7 篇だった（対象文献一覧表）。

② 活用された IPV スクリーニングツールとアプローチ方法

実際に外来患者を対象にスクリーニングを実施した論文 15 篇の中では、少なくとも 15 のスクリーニングツールが IPV 被害者のスクリーニングで活用されていた。そのうち 3 つ {Partner Violence Screen(PVS), Woman Abuse Screening Tool(WAST), the Universal Violence Prevention Screening Protocol(UVPSP), Gender-based Violence screening(GBV)} に関しては、複数の論文で活用されていた（表 3）。

スクリーニングのアプローチ方法には、インタビュー方式（スクリーニング用紙を

用いて対面式聞き取りを行う方式)、自己記入方式(スクリーニング用紙を渡し利用者自身に記載をしてもらう方式)、コンピューター支援型(施設内のコンピューター端末の操作をしてもらいスクリーニング用紙に入力してもらう方式)が用いられていた。それぞれのアプローチについては、インタビューのみが6篇、自己記入式のみが3篇、コンピューター支援型のみが2篇、インタビューおよび自己記入式併用が3篇であった(表3. 対象文献一覧表)。

③ 対象論文中的 IPV 被害者の特徴

身体的被害を負っている(Bhandari, M. , et al. 2011, Koziol-McLain, J. , et al. 2010, Perciaccante, VJ. , et al. 2010, Sohani, Z. , et al. 2013)、精神的被害(Bhandari, M. , et al. 2011, Cruz, M. , et al. . 2012, Wirtz, A. , et al. 2013)、性的被害を負っている(Wirtz, AL. , 2013, 2014)、社会的被害を負っている(Wirtz, AL. , 2013, 2014)、HIV の罹患者(Mathew, A. , et al. , 2013)、物質関連依存症(アルコール、薬物)(Bhandari, M. , et al. , 2011)、性感染症を罹患(Erickson, MJ. , et al. , 2010)などの特徴があった。

④ スクリーニング方法とその阻害要因と課題

21 篇の論文からのべ 34 の阻害要因に関する記載があった。その文言を抜粋し表に整理し表 4 に記載した。それら 34 の阻害因子は、大きく 4 つに分類された。阻害因子 4 つのカテゴリ名は、「スタッフに係る要因」、「連携に係る要因」、「患者に係る要因」、「物品・環境に係る要因」(表 4)。

一方、スクリーニングの活用を妨げている要因に対する課題については、21 論文からのべ 28 の記載があり、阻害因子同様に整理、4 つのカテゴリ名を記載した。課題のカテゴリ名は、「スタッフ教育」、「連携の整備」、「物品・環境整備」、「スクリーニングツール内容・実施方法」である(表 5)。

5. 考察

救急医療では、概ねの報告で、外来受診者に対する IPV スクリーニングの必要性は認識されているが、そこには複数の阻害要因(本研究では主として 3 つの阻害要因)が存在し、実施に至っていない傾向にあることがうかがわれた。「スタッフに係る要因」、「物品・環境に係る要因」、「患者に係る要因」、「連携に係る要因」がその主たる阻害要因となり IPV スクリーニングの実施を阻んでいた。同時に、「スタッフ教育」、「物品・環境整備」、「連携の整備」、「スクリーニングツール内容・実施方法」に関する課題も整理された。以下には、各阻害要因に対して、看護職者がとり得る具体的対策について、対象論文からの抜粋を活用し考えてみた。

5.1. スタッフに係る要因と教育

「スタッフに係る要因」の中でも、「二次被害を与えることへの懸念」や「スクリーニングに関する知識のなさ」などは、課題・対策の中でも「適切な知識の提供」(Sohani, Z., et al. 2013)が掲げられているように、「具体的な対応・知識」の提供が行われれば、課題解決に向けた糸口になるだろう。では、具体的に「何」を提供するか。一つの提案としては、「二次被害(公益社団法人大分被害者支援センター. 2016)」など、医療系の教育の中では聞きなれない言葉などに代表される、【犯罪被害者に関する知識】の提供を挙げたい。例えば、「二次(的)被害」が何を意味するか、どれだけの看護職が理解できるだろうか。心の専門家である精神科医であっても、犯罪被害者の治療に精通しているとは言えず(警察庁. 2015)、十分な犯罪被害者に関する知識を学ぶべきとされている。看護職が IPV スクリーニングに取り組む上でも、まずは【犯罪被害者に関する知識】を取得することが第一歩と考えられる。北米では、法看護学(フォレンジック看護学)として、1980年代から国家間紛争やテロ、災害や犯罪などの被害者への看護を提供するための教育が始まり、学部・大学院レベルで、犯罪やその被害者支援にかかわる教育が既に提供されている(Radzynski, S. 2006)。1995年には全米看護協会がフォレンジック看護を新しい看護領域として認めている。日本では、2013年に日本フォレンジック看護学会が設立され、「法看護学」の概要などが雑誌等で紹介されており、学部教育等への法看護学の導入の検討を進められている(山田他. 2009, 児玉他. 2012, 伊藤他. 2016)ため、その動向を注視していく必要があるだろう。

一方、スタッフに係る要因の中でも「忙しさ」については、「スタッフ教育」の対策だけでは解決することは困難であり、まずは「人的な環境整備」が必要となるだろう。対象論文の中には、スクリーニングを実施するために職員の増員(Day, S., et al. 2015)を行っている施設もあり、必要性は高いと考えられる。ただ、その背景には必ず「経済的問題」が生じることから、対策は容易ではないとも読み取れる(Choo, EK. 2010)。この課題については、次の項目でその対策を述べる。

5.2. 患者に配慮した物品・環境整備

前項目で述べたように、環境に係る要因の中でも「人的環境整備」については、即時的な取り組みは難しい。まず現状では IPV スクリーニングには、診療報酬上のメリットがない(宮崎他. 2013)ためである。この課題をクリアするためには、スクリーニングが必要な理由を研究等の客観的なデータとして蓄積し、法律改正等を誘導する必要がある。北米では、IPV被害による経済的損失、医療費の増大が深刻であるとの報告がされており(Centers for Disease Control and Prevention. 2013)、日本においても同様の状況にあると考えられる。今後は、日本においても、このような調査が行われるべ

きだろう。IPV スクリーニングの必要性が看護職を含む医療職、そして多くの国民の支持を受け実施されるようになるために、IPV 被害者への支援及び関連する研究に取り組んでいく必要があるだろう。

続いて、「物的な環境整備」について考えてみたい。対象論文の中では、「スクリーニングツール」の「簡易化もしくは電子化」がその対策として挙げられている。具体的には、コンピューター支援型とすることで効率化をはかることができていること (Koziol-McLain, J., et al. 2011, Mathew, A., et al. 2013)、短縮版スクリーニングツールでも十分な精度を保てること (Ernst, AA., et al. 2012) が明らかになっている。また、コンピューターを活用することにより、そもそも、多忙とされる医師や看護師に無理に取り組ませる必要がなくなり、状況に応じて多職種がスクリーニングに取り組み易くなると考えられる (Hewitt, LN., et al. 2011)。それだけでなく、スクリーニングを受ける患者への負担（二次被害）を軽減することにつながることを期待される。一方、環境に付随する課題として挙がるのが、どこでスクリーニングを実施するか、つまりスペースの問題である。救急医療の場ではスペース自体がないこと (Yau RK et al. 2013) でプライバシーが確保し難いことが課題とされている。特に、IPV 被害の場合は、加害者が被害者の付き添いで受診していることも、往々にして起こり得る事態である。対策としては、加害者とは別部屋でスクリーニングをする等、再被害につながらないように支援する必要もある。施設の管理者への理解が広がり、ハード面での改善（控室等の確保）が求められる。

ただし、これら対策に関しては、コンピューターを導入するコストや開発、それを使用する者の能力（使用方法の研修等）確保、設備投資が課題となる。当然、医療の専門家である看護職だけでは困難である。経済産業省が取り組みをすすめている、「産学官連携」の取り組み等を活用し、ハードウェア、ソフトウェアの開発、設備投資において他職種・他業界の連携を勧めるなど行っていく必要があるだろう。また、その取り組みは、IPV が世界的な社会問題であるという共通認識を啓蒙する意味でも役に立つことが期待される。

5.3. 他職種・他機関連携について

「連携の不備」について重要なことは、「連携する側・される側」両者の体制整備となる (Choo EK., et al. 2010, Day, S., et al. 2015)。まず連携する側、つまり「救急医療機関」側の対策として挙げられるのが、「IPV スクリーニング担当者の配置」でだろう。対象論文の中では、「ソーシャルワーカー」や「カウンセラー」が挙げられおり (Hewitt

, LN., et al. 2011, Day, S., et al. 2015)、「病院」や「学校」、「非営利団体」と連携擦る上で効果的とされる (Chapin, J., et al. 2011)。日本でも、ソーシャルワーカーなど専門スタッフによる対応は、特定の大学病院などで導入されてはいるが、人的環境整備（主

にコスト面)が、課題とされている。法整備や、都道府県ごとの条例等が設置され、整備にあたっての取り組みが国・自治体単位で進められることが期待される。続いて、連携される側つまり「行政や民間支援団体」側の対策である。今回の対象論文では、その課題については触れられていないが、先行研究では「民間支援団体での医療の必要性の判断が出来ない」「病院との連携が必要」とする報告がされている(平井他、2013)。日本では、民間支援団体(内閣府が参与し各都道府県に設置する犯罪被害者支援センター等)に医療の専門家の常駐が義務付けられているわけではなく、医療機関と連携自体がとり難い状況下にあることが課題とされる。その対策として、「特定の連携医療機関の設置、連携のためのフローチャートの作成」などを「行政や医療機関側」と協働して進めることが求められるだろう。

6. 結論

6. 1. 救急医療機関では、少なくとも 15 のスクリーニングツールが IPV 被害者へのスクリーニングとして活用されていた。
6. 2. 救急医療機関では、IPV スクリーニングツールを実施するにあたって 4 つの阻害要因(スタッフに係る要因、患者に係る要因、物品・環境に係る要因、連携に係る要因)によって十分なスクリーニングが行えない傾向にあった。

7. 研究の限界

本調査は、文献検索にあたっての期間を直近の 5 か年として収集しているため、経年的な変化、つまりスクリーニングツールの経年的な変化や改善などについては言及することができない。また、日本において欧米で使用されている IPV スクリーニングを活用する場合、被害類型の違いや、犯罪に対する捉え方など文化的な背景を踏まえつつ、開発に取り組む必要がある。犯罪心理学や、社会学など、日本と欧米との相違点を踏まえ今後検討していく必要があるだろう。

引用文献

Bhandari, M. , Sprague, S. , Dosanjh, S. , et al. (2011): The prevalence of intimate partner Violence across orthopaedic fracture clinics in Ontario, J Bone Joint Surg Am, Jan, 19, 93(2), 132-141.

Cambell, JJA. , Dienemann, J. , et al. (2002): Intimate partner violence and physical health consequence, Archives of Internal Medicine, 162 (10), 1157-1163.

- Centers for Disease Control and Prevention (2013): Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States.
- Chapin, JR. , Coleman, G. , et al. (2011): Yes we can! Improving medical screening for intimate partner violence through self-efficacy, *J Inj Violence Res.* , Jan, 3(1), ;19-23.
- Choo, EK. , Nicolaidis C, Jenkinson, RH. , et al. (2010): Failure of intimate partner violence screening among patients with substance use disorders, *Acad Emerg Med.* , Aug, 17(8), 886-889.
- Choo, EK. , Newgard, CD. , et al. (2011): Rural-urban disparities in emergency department intimate partner violence resources. , *West J Emerg Med.* , May, 12(2), 178-183.
- Choo, EK. , Nicolaidis, C. , et al. (2012): Association between emergency department resources and diagnosis of intimate partner violence, *Eur J Emerg Med.* Apr, 19(2), 83–88.
- Coker, AL. , Smith, PH. , Fadden, MK. (2005) : Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *J Womens Health (Larchmt).* Nov; 13(9): 829-838.
- Cruz, M. , Cruz, PB. , et al. (2013): Referral patterns and service utilization in a pediatric hospital-wide intimate partner violence program, *Child Abuse Negl*, Aug, 37(8), 511-519.
- Day, S. , Fox, J. , Majercik, S. , et al. (2015): Implementing a domestic violence screening program, *J Trauma Nurs.* , May-Jun, 22(3), 176-181.
- DeBoer MI, Kothari R, et al. (2013): What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *J Trauma Nurs.* Jul-Sep;20(3): 155-60; quiz 161-162.
- Ernst, AA. , Weiss, SJ. , et al. (2012): Derivation and validation of a short emergency department screening tool for perpetrators of intimate partner violence: the PERpetrator RaPid Scale (PERPS), *J Emerg Med.* , Feb, 32(2), 206-217.
- Erickson, MJ. , Gittelman, MA. , et al. (2010): Risk factors for dating violence among adolescent females presenting to the pediatric emergency department, *J Trauma.* , Oct, 69(3 Suppl), S227-232.

Hewitt, LN. , Bhavsar, P. , et al. (2011): The secrets women keep: intimate partner violence screening in the female trauma patient, J Trauma. , Feb, 70(2), 320-323.

平井和明, 影山隆之(2013): 犯罪被害者の医療の必要性に関する犯罪被害者支援センタースタッフの判断, こころの健康, 28(2), 51 -58.

平井和明, 影山隆之(2015): 日本の救命救急センターにおける IPV (Intimate Partner Violence) 被害者への対応-看護管理者と看護師への質問紙調査, こころの健康, 30(1), 53 -67.

伊藤てる子, 柳井圭子 (2016) : フォレンジック看護を発展させるための学部教育への提言-ボストンカレッジでの「被害者学 (Victimology)」の視察調査を受けて-, 日本フォレンジック看護学会誌, 2(2), 47-59.

警察庁(2015): 犯罪被害者等に対する心理療法の費用の公費負担に関する検討会最終とりまとめ.

Klevens, J. , Kee, R. , Trick W. , et al. (2012) : Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial, JAMA. Aug, 15;308(7), 681-689.

児玉裕美, 恒松佳代子, 柳井圭子(2012): 日本における法看護学発展の可能性と課題-臨床看護師の調査結果より-, 産業医科大学雑誌, 33(3), 271-279.

公営社団法人大分被害者支援センター, <http://www.ovsc.jp/you/you03/> 【2016. 7. 29】

Koziol-McLain, J. , Garrett, N. , Fanslow, J. , et al. (2010): A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention, Ann Emerg Med, Oct, 56(3), 313-323.

Kramer, A. , Lorenzon, D. , Mueller, G. (2003): Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics, Womens Health Issues, Jan-Feb, 13(1), 19-29.

Magnussen, L. , Shoultz, J. , et al. (2003). : Intimate-partner violence: a retrospective review of records in primary care settings, J Am Acad Nurse Pract. , Nov, 16(11), 502-512.

- Mathew, A. , Smith, LS. , et al. (2013): Relationship of intimate partner violence to health status, chronic disease, and screening behaviors. , J Interpers Violence. Aug, 28(12), 2581-2592.
- 宮崎千香, 片岡弥恵子, 篠原枝里子(2013): 周産期医療における DV 被害者支援の継続への促進・阻害因子の明確化, 聖路加看護学会誌, 17, 19-26.
- Naved, RT. , Blum, LS. , Chowdhury, S. , et al. (2012): Violence against women with chronic maternal disabilities in rural Bangladesh, J Health Popul Nutr, Jun, 30(2) , 181-192.
- Petersen, L. , Bhana, A. , Swartz, L. (2013): Patterns of Intimate Partner Violence: a study of female victims in Malawi, J Inj Violence Res. Jan; 5(1), 38-50.
- Peralta, RL. , Fleming, MF. (2003): Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of "feeling safe at home" and prevalence results, J Am Board Fam Pract, Nov-Dec, 16(6), 525-532.
- Perciaccante, VJ. , Susarla, SM. , et al. (2010): Validation of a diagnostic protocol used to identify intimate partner violence in the emergency department setting. , J Oral Maxillofac Surg. Jul;68(7), 1537-1542.
- Perciaccante, VJ. , Carey, JW. , et al. (2010). : Markers for intimate partner violence in the emergency department setting, J Oral Maxillofac Surg. , Jun, 68(6), 1219-1223.
- Rabin, RF. , Jennings, JM. , et al. (2009): Intimate Partner Violence Screening Tools : A Systematic Review, Am J Prev Med, May, 36(5), 339-335.
- Radzynski, S. (2006): Population health as a framework for forensic nursing curriculum, J Forensic Nurs. , Spring, 2(1), 33-31.
- Ross, J. , Walther, V. , Epstein, I. (2003): Screening risks for intimate partner violence and primary care settings: implications for future abuse , Soc Work Health Care. 38(3), 1-23.
- Robinson R(2010) : Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence, J Emerg Nurs. Nov;36(6), 572-576.
- Semahegn, A. , Mengistie, B. (2015) : Domestic violence against women and associated factors

in Ethiopia; systematic review, *Reprod Health.* , Aug 29, 12-78.

Simmons, B. (2013) : Graduate forensic nursing education: how to better educate nurses to care for this patient population. , *Nurse Educ.* , Jul-Aug, 39(3), 183-187.

Simmons, B. , Grandfield, K. (2013): Focus on forensic nursing education. , *J Emerg Nurs.* , Nov, 39, (6) , 633-634.

Sohani, Z. , Shannon, H. , et al. (2013): Feasibility of screening for intimate partner violence at orthopedic trauma hospitals in India, *J Interpers Violence*, May, 28(7), 1355-1375.

Sormanti, M. , Smith, E. (2010): Intimate partner violence screening in the emergency department: U. S. medical residents' perspectives, *Int Q Community Health Educ.* , 30(1), 21-30.

Weaver, TL. , Allen, JA. , Hopper, E. , et al. (2007): Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women, *Health Care for Women International*, 28, 378-389.

Wirtz, AL. , Glass, N. , Pham, K. , et al. (2013): Development of a screening tool to identify female survivors of gender-based violence in a humanitarian setting: qualitative evidence from research among refugees in Ethiopia, *Confl Health.* , Jun, 12, 7(1), 13.

Wirtz, AL. , Pham, K. , Glass N. , et al. (2014): Gender-based violence in conflict and displacement: qualitative findings from displaced women in Colombia. , *Confl Health*, Jul, 11, 8: 10.

山田典子, 山本春江, リボウイツツよし子(2009): 日本における法看護学教育カリキュラムの検討, *ヒューマンケア科学会誌*, 2(1), 57-63.

Yau, RK. , Stayton, CD. , Davidson, LL. (2013): Indicators of intimate partner violence identification in emergency departments, *J Emerg Med.* , Sep, 35(3), 331-339.

表1 患者を対象とした論文の調査国・対象・研究種別・スクリーニングの実施

地域 (論文数)	調査国	調査対象	研究種別	スクリーニング実施者 /訓練の有無
北米 (11 篇)	アメリカ合衆国	ヘルスケアセンターを受診した患者	ランダム化介入比較試験	リサーチアシスタント /事前に訓練を受けた者
		外傷の治療で入院した患者	コホートスタディ (前向)	SBIRT ユニットのカウンセ /虐待、物質依存症等の トレーニングを受けた者
		病院受診者の中で心的外傷を負った患者。		ソーシャルワーカー /事前に訓練を受けた者
		救急医療機関を受診する患者の診療記録	コホートスタディ (後向)	リサーチアシスタント /記載なし
		小児救急医療センターを受診した患者	横断的調査	リサーチアシスタント /記載なし
		救急医療機関を受診した患者		リサーチアシスタント /訓練を受けた者
		CAMP の支援プログラムを受けた患者の診療録		IPV カウンセラー /訓練を受けた者 学士教育レベル
		外傷センター (レベル I) を受診した患者		リサーチアシスタント /事前に訓練を受けた者
		外傷センター (レベル I) に受診した患者の診療録		研究者 /記載なし
		外傷センター (レベル I) に受診した患者の診療録		研究者 /記載なし
		カナダ		ソーシャルワーカー /事前に訓練
		南米 (1 篇)		研究者 /訓練有
		アジア・ オセアニア (2 篇)		リサーチアシスタント /記載なし
		インド		リサーチアシスタント /記載なし
アフリカ (1 篇)	エチオピア	ニュージーランド	ランダム化介入比較試験	リサーチアシスタント /記載なし
		都心部に居住する女性および難民キャンプに居住する女性	横断的調査	研究者 /記載なし

表 2 医療職を対象とした論文の調査国・対象・研究種別

地域 (論文数)	国	対象	研究種別
北米 (5 篇)	アメリカ 合衆国	救急医療機関に勤務する医局長および看護長	横断的調査
		病院に勤務する看護職および医学生	
		外傷センター (level I) の看護師	
		都市部で勤務している医師	
		救急医療センターの看護師および看護管理職者	
アジア (1 篇)	日本	救命救急センターの看護師および看護管理職者	

表 3 活用されたスクリーニングツールとアプローチ方法

名称	論文数	アプローチ方法
WAST (Woman Abuse Screening Tool)	3	インタビュー(1) コンピューター支援による 電話調査(1) 自己記入式(1)
PVS (Partner Violence Screen)	3	インタビュー(1) 音声アシスト付 コンピューター入力方式(1) 自己記入式(1)
UVPSP(the Universal Violence Prevention Screening Protocol)	2	コンピューター支援型(1) インタビュー(1)
GBV(Gender-based Violence screening)	2	インタビュー(2)
PAPS(Physical Abuse of Partner Scale)	1	インタビュー及びコンピューター 支援型質問紙
OVAT(Ongoing Violence Assessment Tool)		
WOVAT(The Witnessing Ongoing Violence Assessment tool)		
PERPS(Perpetration Rapid Scale)		
ACW(a question about current child witnesses of IPV)		
CCW(a question about current child witnesses of IPV)		自己記入式
CTS(Conflict Tactics Scale)		
Risk Factor Assessment Tool		
CAS(Composite Abuse Scale) 自己記入式		
SBC(Safety risk behavior)		
SF12(Short Form Health Survey 12)		インタビュー

表 4 IPV スクリーニングの活用を妨げている阻害要因

カテゴリ	中カテゴリ	内容
スタッフに係る要因	IPV スクリーニングの必要性に対する理解・知識の不足	IPV スクリーニングの必要性の理解不足。
		IPV スクリーニングの必要性の理解の不足。
		連携の必要性の理解不足
		知識のなさ（観察法をしらない等）
		IPV 被害スクリーニングに対する知識のなさ
		「二次(的)被害を与えてしまう」という思いからスクリーニング実施にいたっていない
		IPV 被害スクリーニングの必要性についての周知が医師には十分に行われていない。
		患者から拒否されるのではないかという誤った認識
		聞いても真実を話さないという誤った認識
		不確かさ（違った場合傷つけるのではないか等）
	教育・訓練の不足	訓練を受けていないこと
		相互トレーニング機構などが不十分
		IPV 被害という視点をもち患者に対応することが出来ていない
		職員が上手くスクリーニングを実施できない
		IPV スクリーニング実施に関する訓練を受けたものが少ない
	忙しさ・労力	忙しい環境で働く職種は IPV 被害者への対応を行うことが難しい
		忙しさによる業務とのマネジメント不良
		忙しさで考えている余裕がない
		スクリーニングを実施する時間のなさ。
		実施することが職員の負担となる
患者に係る要因	物品・環境に係る要因	スクリーニングにかかる労力
		IPV スクリーニングツールが配置されていない
		ツールの不備
		コスト問題
	患者に係る要因	ハードウェアの設置（そのコスト）
		対応する人材がいない
	患者に係る要因	人的環境の不整備
		プライバシーの問題
	患者に係る要因	プライバシーを確保する環境がない
		困難事例の存在
連携に係る要因	患者に係る要因	手術療法をおこなうほどの外傷がないと判定しにくい
		拒否
		拒否されてしまう
	患者に係る要因	パートナーがいる場合は取り組み難い
		被害者だけに話を聴くことが難しい
	患者に係る要因	パートナーの存在
		IPV 被害スクリーニングを次（診療科や支援施設など）につなげる連携システムの不備がある
		病院・学校・非営利団体との連携がない
患者に係る要因	患者に係る要因	被害者を発見してもその後の支援体制の不備がある
		医療機関と民間支援団体などとの連携のなさ
	患者に係る要因	院内での連携不備
患者に係る要因	患者に係る要因	病院内でも紹介制度などがない

表 5 IPV スクリーニング活用の阻害要因に対する課題

カテゴリ	中カテゴリ	内容
スタッフ教育	教育・訓練体制の構築	外傷センターにおける IPV スクリーニングの必要性の理解促進
		職員に対する I P V スクリーニングに関する教育
		教育体制を構築する必要がある
		IPV 被害者支援に関するトレーニングの必要性
		医療職者に宗教上の影響等をふまえ IPV スクリーニングの必要性を教育、伝達していく必要がある
		看護師に対して、IPV 被害者に対する対応や連携に関する正しい知識の提供が必要。
		IPV 被害者対応に関する、正しい知識の提供
環境整備	スクリーニングツール内容・実施方法	スクリーニングの必要性についての教育体制の整備が必要
		疾患罹患と IPV 被害とが密接に関連していることの理解促進
		スクリーニング実施にあたり患者がおかれた状況（家庭環境や、居住地など）を把握する能力が必要
		高等教育への導入
		IPV スクリーニングに関する教育を大学のカリキュラム等に組み込んでいく必要がある。
環境整備	物品・環境整備	職員の活用
		SBIRT スタッフによる対応によるスクリーニングの効果がでたことは、今後は様々な職員による IPV 被害者支援の充実に期待が持てる
		コスト問題
		経済的で効果的な方法の検討が必要
		人員配置
スクリーニングツール内容・実施方法	スクリーニングツールの改善	職員の増員の必要性がある
		IPV の初期診療（初期対応）の方法の検討
		対応の改善
		特定のスクリーニングは特に、外傷を負った被害者のスクリーニングの際に活用することは効果的である
		IPV スクリーニングによって物質依存の患者の発見だけでなく、健康管理にもつながられる可能性があるためスクリーニングの方法や環境を検討する必要がある
		リスクファクターにそったスクリーニングを行うことにより、より多くの被害者を見つけることが出来る
		25 つの質問の PAPS と同レベルのスクリーニング結果を 3 つの質問項目の RERPS が忙しく、時間のないセッティングでのスクリーニングには適している
		スクリーニングの項目をより選別することにより忙しいセッティングにおいてもより効果的にスクリーニングを実施することができる
		短縮版スクリーニングでは、短時間での介入で効果を挙げられる
		多面的な側面（身体的、精神的）での IPV スクリーニングの実施が必要
連携の整備	連携体制の改善	特定の部位に注目したスクリーニングは IPV 被害者発見に効果がある
		スクリーニングの実施方法（コンピューター方式、聞き取り等）の改善が必要
		被害者のフォローアップ方法（連携体制）の改善が必要。
		IPV 被害者を見つけた後にどのような支援につなげるかの、プロトコルを作成していく必要がある
連携の整備	阻害要因の明確化	社会資源、連携の活用に障壁となる要因の明確化が必要

第2章

犯罪被害者の特性と受診行動の関係性に関する調査

1. 研究目的

犯罪被害者は、犯罪被害に伴う身体的・精神的侵襲により被害後の精神疾患発症のリスクや身体疾患発症のリスクが高く、医療機関受診が必要となるケースが多い（稲本他. 2002, Garcia-Moreno, C., et al. 2006, 小西. 2008）。しかし、医療機関への受診の必要性が認められながらも受診に至らないケースは多いので、犯罪被害者の受診行動に関連する要因の解明が求められている（小西. 2008）。

一般患者の受診行動に関しては、患者の健康認識（泉. 2003）や、医療機関へのアクセスの容易さ（松浦. 2003）、医療職者の対応に関しての満足（不満足）（大濱他. 2005；柏原他. 2015）、同居する家族の数（宮井他. 2009）、性別（小椋他. 2004）、コーピング特性（Biddle, L., et al. 2003）などが関連することが知られている。しかし、犯罪被害の当事者に関する受診行動の研究は少ない。その理由の一つが、犯罪被害者への二次（的）被害のおそれである。代表的な二次被害には、事件を想起させる出来事（例えば、警察による事情聴取など）により精神的に不安定になることがある（Cambell, JJA., et al. 2002, Weaver, TL., et al. 2007）。マスコミ報道などにより地域住民に被害の事実を知られ、転居を余儀なくされるなど、社会的な二次（的）被害もある。そこで著者らは、二次被害を回避しつつ被害者の受診行動を解明するために、被害者に近い存在である犯罪被害者支援センタースタッフに対して、被害者の病院受診を妨げている要因に関する調査を行い、「精神的な要因」や「物理的な要因」など複数の阻害要因を抽出した。ただしこれは被害者自身を対象とした調査ではないため、より詳しい検討が必要と考えられた（平井他. 2013）。

そこで本研究では、犯罪被害者の受診行動に関連する要因をより詳しく解明するために、犯罪被害者本人を対象にした調査を、二次（的）被害を引き起こさないよう配慮しつつ行った。特に今回は、これらの要因のうち、被害者の個人特性に焦点を当て、そのコーピング特性と受診行動との関連を検討することを目的とした。受診を躊躇させるような犯罪被害者の個人特性が明らかになれば、犯罪被害者を支援する活動において参考になるからである。

2. 用語の定義

・犯罪被害者

犯罪により害を被った者（刑事訴訟法 230 条の表記に準ずる）。

- ・犯罪被害者等

犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族をいう（犯罪被害者等基本法 定義 第二条の2の表記に準ずる）。

- ・ Intimate Partner Violence (IPV)

配偶者など親密な関係にあるパートナー同士において一方が他方に振るう暴力を指しめす言葉。IPV によって被る被害は、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな被害があり重複して発生する場合もある被害である（World Health Organization. 2012）。なお、本稿では、いわゆるドメスティックバイオレンス（Domestic Violence もしくは DV）と日本で表現される言葉を示す。

- ・二次（的）被害

犯罪そのものに付随して被る被害のことをいう。マルチメディアによる報道で誹謗中傷に晒される、再被害の恐れから転居を余儀なくされる、司法関係者や医療職者などの質問で被害を想起するなどすることで心的負荷がかかることなどによって被る被害のことを示す。

3. 研究方法

3.1. 対象とデータ収集方法

3.1.1. 調査期間と対象

調査は平成 26 年 2 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日に行った。調査対象は、インターネット調査会社（NTT コム オンライン・マーケティング・ソリューション株式会社）のリサーチモニター（10 代以上の男女）のうち、犯罪の被害に遭ったことのある男女である。対象者の選択に関しては、インターネット調査会社に依頼しすべてインターネット上で行われた。調査会社のサンプリング作業により、リサーチモニターの中から犯罪被害の経験を有する者 1093 人が抽出され、その対象に対して次の方法で調査依頼をおこなった。

3.1.2 データ収集方法と調査内容

インターネット調査会社に依頼し作成したウェブ上のアンケート調査画面を通じて、回答意思のある人のみを対象として調査を実施した。ただし回答者に対しては、本研究への参加は自由で意思で選べるものであり、研究などの回答者に対し、研究などへの参加の諾否により、その後の職務に不利益は生じることはないこと、本研究によって得られた結果は学会や学術雑誌に発表されること（個人情報保護法に則りプラ

イバシーに配慮したうえで)、研究者の守秘義務、データの保管および破棄、アンケート画面への入力をもって同意とみなすが一度参加すると決めた場合でもいつでも撤回できることをウェブ上の説明ページに PDF ファイルで表示し、回答者が必ず閲覧した上で回答するように画面構成した。なお、本研究を実施するにあたっては、事前に大分大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。回答データは、回答者が回答した時点で匿名化され、インターネット調査会社に送信された。このデータは、保護されたブラウザを通して研究者に受け渡された。以上の手続きに関しては、大分大学医学部倫理委員会の承認を得た。

調査内容は、年齢や性別などのフェイスシート、遭遇した犯罪の種類、身体的・精神的不調の自覚の有無・その程度、医療機関受診の有無に加え、犯罪被害者が医療機関受診を躊躇する要因となっている可能性がある 22 項目である。

受診を躊躇する要因となっている可能性がある 22 項目は、犯罪被害者支援センタースタッフへの調査(平井他, 2013)において“病院受診に至らなかった支援事例”の中から抽出されたもので、受診・非受診者に関わらず回答を求めるために「一般的に犯罪被害後の医療機関への受診しづらさの要因として考えられるものです。」と提示した。各項目に対して「1, 該当しない; 2, まあまあ該当する; 3, 該当する」の 3 件法で回答を求めた。受診行動は犯罪被害の深刻さに影響される可能性が考えられるが、被害の深刻さを直接質問することは困難なので、これに代えて改訂版出来事インパクト尺度日本語版 (IES-R) (Asukai, N., et al. 2002) を用い、調査時点における“被害の精神的インパクト”を評価した。PTSD 等の可能性がある人をスクリーニングするには、IES-R 得点 25 点以上がカットオフポイントとして提案されている。

さらに、受診行動に関連する可能性がある個人特性として、援助要請の傾向とコーピング特性を調べた。前者の評価には、被援助志向性尺度(田村他, 2001)を用いた。被援助志向性尺度は、「援助の欲求と態度」および「援助に関係する抵抗感」を測定するもので、受診行動に対する欲求や受診行動に対する抵抗感を測る目的で使用した。コーピング特性の評価には、コーピング特性簡易尺度(The Brief Scales for Coping Profile, BSCP) (影山, 2011) を用いた。BSCP は短い質問紙だが 6 つの下位尺度(積極的問題解決、解決のための相談、気分転換、他者を巻き込んだ情動発散、回避と抑制、視点の転換)によりコーピング特性(ふだんどのようなコーピングを使うことが多いか)の評価が可能であり、受診行動に関連する個人特性をより細かく特定する上で適切なツールである。どちらの尺度も先行研究において一定の信頼性と妥当性が確認されている(田村他, 2001, 影山, 2011)。

3. 1. 3 データ解析

犯罪被害者が医療機関受診を躊躇する要因となっている可能性がある 22 項目それぞれの回答分布と平均点を求めた後、これらを分類するために、主因子法による因子

分析をおこなった。Promax 回転後の因子負荷量を求め、回転前の固有値 1 以上を基準に抽出因子数を決定した。さらに、各因子への負荷量が高い項目の得点を合計して下位尺度とし、これらについて Cronbach の信頼性係数 α を算出した。

病院受診の有無別に IES-R 及び BSCP の得点、被援助志向性尺度得点の差を、Mann-Whitney の U 検定により検討した。病院受診の有無と関連する要因を検索する目的で、病院受診を躊躇する要因に関する下位尺度、BSCP 下位尺度および被援助志向性尺度を説明変数として、stepwise 多重ロジスティック回帰分析をおこなった。ただしここで、犯罪被害が深刻であればあるほど受診行動は起こりやすいとも考えられる。そこで、全回答者を分析する際には IES-R 得点を説明変数に加えて、“被害の精神的インパクト”の影響を統計学的に調整した。さらに追加解析として、このインパクトが中程度以上（IES-R 得点 25 点以上）の人を抽出し、人数が半々になるよう 40 点以上と 40 点未満の 2 群に分け、各群について同様の多変量解析を行った（IES-R 得点は説明変数に含めない）。以上の分析には SPSS 23 statistic を用いた。最後に、被害者が医療機関をより受診しやすくするためにどうすればよいか、という質問に対する意見（自由記述）を、質的分析ソフト MAXQDA12 を用いてカテゴリに整理した。

4. 研究結果

4.1. 回答者の属性

回答した犯罪被害者は 1093 人（17 歳から 80 歳、男性 59.4%、女性 40.6%）であった。犯罪被害の種類（複数回答）は、「自動車・バイク被害（交通事故含）」（554 件）が最も多く、続いて「窃盗」（464 件）、「詐欺」（175 件）、「暴行・脅迫・ストーカー」（134 件）などであった。

犯罪被害後に医療機関を受診した人は、1093 人中 58 人（5.3%）であった（表 1）。受診の理由は「身体的な不調の自覚」（69.0%）が最も多く、「精神的な不調」（36.2%）などが続いた。受診した診療科に関しては「外科」（31%）が最も多く、「救急外来」（27.6%）、「心療内科」（17.2%）などの順であった。

IES-R24 点以下、25-39 点、40 点以上の 3 群で病院受診の有無を比較したところ、得点が増加するのに伴い受診率が高くなっていた（表 1）。

4.2. 受診の有無別の個人的特性の比較

医療機関受診群と非受診群で、性、年齢、婚姻状況、IES-R 得点、BSCP 得点、および被援助志向性尺度得点を比較した（表 2）。基本的な属性には差がなかった。受診群では IES-R 得点および BSCP の「解決のための相談」「視点の転換」得点が有意に高かったが、被援助志向性尺度は 2 群で差が見られなかった。

4.3. 医療機関受診を躊躇する要因の因子分析

犯罪被害後に医療機関受診を躊躇する要因となっている可能性がある 22 項目を因子分析した結果、「二次被害への不安（再被害に遭うことが恐ろしくて外出できないなど）」、「他者への不信（他人に知られたくないなど）」、「受診の判断・選択の困難さ（どの病院を受診すればよいかわからない）」、「受診の必要性に確信がもてない（そこまで大ごととは考えていない）」の 4 因子が抽出された。4 因子それぞれに対し因子負荷量が 0.04 以上の項目を用い 4 つの下位尺度を構成した場合のクロンバックの α 係数は 0.78-0.88 であった（表 3）。

4.4. 医療機関受診と関連する要因の多変量解析

病院受診の有無を従属変数、医療機関受診の躊躇に関する 4 下位尺度、IES-R と BSCP の下位尺度、及び被援助志向性尺度の下位尺度を説明変数として、stepwise 多重ロジスティック回帰分析をおこなった。ただし、性・年齢・婚姻状況は受診の有無と関連がなかった（表 1）、説明変数に加えなかった。

全回答者について分析した場合（表 4）、受診の有無に関連していた要因（オッズ比と 95%信頼区間）は、医療機関受診を躊躇する要因の「受診の必要性に確信がもてない」0.59（0.50-0.70）、IES-R の「過覚醒」1.41（1.29-1.55）、BSCP の「積極的問題解決」0.79（0.65-0.96）、「解決のための相談」2.07（1.66-2.58）、「回避と抑制」0.65（0.53-0.80）、「視点の転換」1.55（1.29-1.86）、および被援助志向性尺度の「援助の欲求と態度」1.12（1.04-1.21）であった。

IES-R が 25 点以上 40 点未満の群で分析すると、「受診の必要性に確信がもてない」0.59（0.42-0.83）および「解決のための相談」1.52（1.08-2.15）が受診行動と関連していた。IES-R 40 点以上の群では、「受診の必要性に確信がもてない」0.75（0.62-0.91）、「解決のための相談」2.22（1.59-3.10）、「気分転換」0.71（0.53-0.95）、「回避と抑制」0.78（0.64-0.94）、「視点の転換」1.45（1.10-1.92）が受診行動と関連していた。

4.5. 犯罪被害者が医療機関をより受診しやすくするための意見

これについては、回答者 1093 人中 964 人（90.6%）の自由記述から、延べ 1239 件の意見が得られた。これらを整理したところ、14 のサブカテゴリー、6 つのカテゴリにまとめられた（表 6）。意見が多い順に挙げると、「医療費の無料化・軽減（ただでさえ負担だからせめて診療費だけでも無料にしてほしい。など）」が最多で、続いて「専門的な診療体制（専門外来を希望。精神的なケアの必要性。犯罪被害科があれば

いい。など)」、「プライバシー・匿名性の確保（プライバシーの厳守。秘密を守ってほしい。個室を用意する。など）」、「適切な対応（他人事という雰囲気をやめてほしい。医師や看護師のデリカシーのない対応をやめてほしい。など。）」の意見が挙げられた。

5. 考察

IES-R 得点およびその下位尺度得点は病院受診群で非受診群に比べ高かった(表2)。このうち「回避」は、圧倒的で制御不能な出来事を体験した際の防衛機制であり、深刻な PTSD 症状を発見するための重要なポイントでもある(稲本他, 2002)。つまり受診群は、日常生活からは到底想像もつかない侵襲(犯罪)を受けた被害者であり、表3のような「二次被害への不安」や「他者への不信」をも抱きながら、かつその出来事や対処することを「回避」しなければならないほどつらい状況にありながら、それでもあえて医療機関を受診した、ということが読み取れる。

一方、犯罪被害者が医療機関受診を躊躇する要因は、「二次被害への不安」、「他者への不信」、「受診の判断・選択の困難さ」、「受診の必要性に確信が持てないという」3つに整理できる可能性が示唆された(表3)。さらにこのうち「受診の必要性に確信が持てない」という要因は、IES-R の得点の高低に関わらず、受診の有無と関連していることが示された(表4,5)。したがって、もしも犯罪被害者が「どういうときに受診すべきかの指標」を具体的・客観的に示すことができるならば、必要な人には受診を促すことにつながる可能性があるだろう。例えば、パンフレットや受診のフローチャート等、一般の方でも一目で分かる物があれば、受診の判断の助けとなりそうである。さらに、医療職による犯罪被害者相談窓口(電話、対面式など)などを設けることができれば、受診勧奨にいっそう役立つだろう。これらに関しては、被害者からの直接意見(表6)でも複数の提案が複数挙げられており、被害者のニーズにかなった取り組みになると考えられる。受診行動とコーピング特性の関係をみると、「解決のための相談」は IES-R 得点の高低にかかわらず(つまり、おそらく被害の深刻さにかかわらず)受診行動に関連していた(表3,5)。ふだん「解決のための相談」というコーピングを選びやすい人ほど、「病院への受診」を選ぶ傾向にあるということであり、これは順当な結果といえる。

「視点の転換」を頻繁に行う傾向と受診行動との関連は、IES-R 得点が高い群において有意であった(表5)。つまり、被害がより深刻であり混乱している状況にあって、そのときとり得る最善の行動(医療機関受診等)を検討したりするためには、「視点を変えて状況を客観視すること」が必要なのではないかと考えられる。逆に言えば、日頃からこのような傾向に乏しい人は、目前の非日常的な状況に心を奪われ、さまざまな選択肢を検討することが困難だということである。そこで、受診を促進するための具体的な対策の一つとして、予防的教育が考えられる。犯罪被害は若年層から高齢者まであらゆる年代に起こり得るので、学校保健や老人会等の多様な場で、健康教室の

一環として「コーピング特性と受診行動との関係」について伝えることで、犯罪被害後の早期受診、ひいては早期の健康回復につながる可能性がある。他方、不幸にして被害に遭ってしまった人を支援する際には、視点の切り替えのようなコーピングが得意でないように見える被害者に対して、支援者の側から適切な選択肢を提案し、あるいはその選択肢を共に行うこと（例えば同行受診）が必要だとも考えられる。

IES-R 得点が 40 点以上で、被害がもっとも深刻であったと思われる群においては、「回避と抑制」得点が低いことや、「気分転換」得点が低いことも、医療機関を受診する傾向と関連していることが示された（表 5）。「回避と抑制」は日頃から我慢や先延ばしを多くする傾向を表す、そのような人が受診を躊躇しやすいことは想像に難くない。「気分転換」については、これをよく行う人は深刻な被害に遭っても気持ちを切り替えて（受診せずに）再スタートを切ることができているということか、それとも（本当は受診すべきなのに）代替的対処として気分転換を行うことでその時をやり過ごそうとしているのか、二通りの可能性が考えられる。これらの知見も、前記のような予防的教育をする際や、被害者を支援する際の参考となるだろう。他方、「援助の欲求と態度」が全回答者の分析では受診行動と関連していたのは（表 4）妥当な結果に見える。ただしその関連は弱く、IES-R25 点以上の群では有意でなかった（表 5）。

最後に、「犯罪の被害に遭われた方が医療機関をより受診しやすくするための意見」の自由記述（表 6）を見ると、非常に具体的な改善策が挙げられた。医療費に関しては、既に給付制度が進みつつあるが「完全無料」化にまでは至っていない。犯罪類型で給付額を決めるのか、その家族は給付の対象になるのかも難しい問題で、個人によって同じ被害類型でも被害の受け止めにも違いが出てくる恐れもあり、「どの被害に、どの程度の給付が必要か」について個別性を踏まえた対応が可能かということを中心に、いっそうの検討が必要である。「病院との連携」、「啓発活動」に関しても、既に課題として捉えられて対策が考えられているが、被害者にとって満足ゆく支援には至っていないことがうかがわれる（稲本.2008, 警察庁.2008）。その取り組みの一環として、内閣府が参与して犯罪被害者等基本計画が展開されつつあり、犯罪被害者支援のスペシャリストを養成するために全国犯罪被害者ネットワークがボランティア養成講座等を開催し、国民に被害者支援の知識提供を続けている。この活動に関係専門職がいっそう関心を向け、例えば日本看護協会などが看護職研修会に犯罪被害者支援教育を組み込むようなことができれば、効率的に看護職者が犯罪被害者支援の知識提供を受けることができると考えられる。

以上のように、本調査では、犯罪被害者が医療機関受診を躊躇する要因が 4 因子に整理され、その中でも、「受診の必要性に確信が持てない」ことは実際の受診行動の有無と関連していた。これに対しては、「具体的な指標を被害者に示すこと」が対策として考えられる。コーピング特性のうち「視点の転換」を頻繁に行う傾向にある人は受診する傾向にあること。逆に「回避と抑制」「気分転換」を行う傾向にある人は受診しにくい傾向にあることが示唆された。犯罪はすべての年代層に起こり得ることをふまえ、

先に述べたように地域住民へ「犯罪被害と受診の必要性」およびコーピング特性との関係について周知することが、1つの方策である。「これくらい大丈夫だろう」とする考えが、早期受診により防げるはずの PTSD につながる恐れもあり得る。学校教育、職場の健康診断、地域の健康教室などの場を活用し、住民への啓発活動による予防的な取り組みがよりいっそう進められる必要があるだろう。被害者への個別支援に際しても、このような個人特性に配慮することが望まれる。

最後に、IES-R が 40 点以上の群でも受診割合が約 2 割にとどまっていたこと、(表 2)、医療機関をより受診しやすくするための意見(表 6)からもわかるように、犯罪被害者の病院受診が全体として進んでいないことは明らかで、犯罪被害者自身の声からも支援体制の改善が求められていることがわかった。コーピング特性として「視点の転換」が受診を促進する一要因となっているにしても、深刻な被害にあった方にそれを求めることはできない。むしろ被害者支援に携わる側が「視点を転換」し、現在の支援体制を再検討していく必要があるだろう。今後は、現在の支援体制における課題の抽出と解決策の検討にむけた取り組みをすすめてゆきたいと考える。

6. 研究の限界

本調査では、被害者への二次(的)被害を予防する目的を最優先としたため極力侵襲の少ないインターネット調査を選択した。そのため、回答者の中には実際に犯罪を受けていない方からの回答も含まれている恐れがある事は否定できない。インターネット調査会社のサンプリングの過程で生じる報償等が回答に際してなんらかのバイアスとして生じている恐れはある。また、調査の形式上、単一の被害と複数の被害を受けているものの IES-R の得点比較は可能だが、被害類型ごとの IES-R の比較をすることは難しい。そのため、被害による PTSD のリスクについては言及することができない。

引用文献

Asukai, N. , Kato, H. , Kawamura, N. , et al. (2002) : Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events. J Nerv Ment Dis. 190(3), 175-182.

Biddle, L. , Gunnell, D. , Sharp, D. , et al. (2003): Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey, Br J Gen Pract, 53, 238-253.

Cambell, JJA. , Dienemann, J. , et al. (2002): Intimate partner violence and physical health Consequence, Arch Intern Med, 162, 1157-1163.

Garcia-Moreno, C. , Jansen, HA. , Ellsberg, M. , et al. (2006): Prevalence of intimate partner violence findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, Lancet, 368(9533), 1260-1269.

平井和明, 影山隆之(2013): 犯罪被害者の医療の必要性に関する犯罪被害者支援センタースタッフの判断, こころの健康, 28(2), 51-58.

稲本絵里, 安藤久美子, 影山隆之他(2002): PTSD 研究のフロンタライン 被害体験と「回避」の機制-性暴力被害の住民研究から, 精神保健研究, 15, 35-31.

稲本絵里(2008): 犯罪被害者が警察への届出を躊躇する要因-犯罪被害者支援に携わる弁護士対象のアンケート調査, こころの健康, 23 (1) , 22-32.

泉玲子(2003): A 総合病院における慢性疾患患者の受診行動と健康認識・顧客満足との差, 日本赤十字北海道看護大学紀要, 3, 31-37.

影山隆之(2011): 労働者のストレスとコーピング特性-BSCP による評価, 産業精神保健, 19, 291-295.

小西聖子(2008): 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究, 厚生労働科学研究研究費補助金 こころの健康科学研究事業平成 17-19 年度 総合研究報告書. 2-131.

警察庁(2008): 犯罪被害者等に関する国民意識調査.

松浦和幸(2003): 外来受診行動の地域差の分析, 兵庫県立看護大学紀要, 11, 1-13.

宮井宏之, 内海千種, 加藤寛(2009): 兵庫県こころのケアセンター診療所における受診患者の援助要請についての検討, 心的トラウマ研究, 5, 57-63.

小椋正立, 上山美香, 角田保(2004): 職場における健康診断と医療機関の受診に関する分析, 日本経済研究, 39, 117-139.

大濱優子, 下田澄江, 中村春江他(2005): 長崎大学医学部・歯学部附属病院の外来における受診行動に関する研究, 長崎大学医学部保健学科紀要, 18(1), 23-31.

柏原康佑, 松山 裕, 上原 里程他(2015): 受療行動調査の患者不満足に医療施設特性が及ぼす影響, 日本公衆衛生雑誌, 62, 587-595.

田村修一, 石隈利紀(2001): 指導・援助サービス上の悩みにおける中学校教師の被援助志向性に関する研究 : バーンアウトとの関連に焦点をあてて, 教育心理学研究, 39, 338-338.

Weaver, TL. , Allen, JA. , Hopper, E. , et al. (2007): Mediators of suicidal ideation within a sheltered samplesample of raped and battered women, Health Care for Women International, 28, 378-389.

World Health Organization (2012): Understanding and addressing violence against women, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf.

表 1 回答者の属性と受診の割合

回答者の属性 ¹⁾		n	受診した人(%)	検定 ²⁾
年 代	10－29	69	2(3.0)	ns
	30－39	265	22(8.3)	
	40－49	336	17(5.1)	
	50－59	272	14(5.1)	
	60－69	124	3(2.4)	
	70－89	27	0(0.0)	
性 別	女	444	20(4.5)	ns
	男	649	38(5.9)	
婚 姻	未婚	294	21(7.1)	ns
	既婚	735	34(4.6)	
	離別・死別	64	3(5.3)	
被 害 類 型	自動車・バイク被害（交通事故含）	554	23(4.1)	
	窃盗	464	15(3.2)	
	詐欺（振り込め詐欺含）	175	15(8.5)	
	暴行・脅迫・ストーカー	134	28(20.9)	
	性的被害（強姦、強制わいせつ含）	129	10(7.8)	
	不法侵入（未遂含）	124	5(4.0)	
	個人情報の悪用	44	3(6.8)	
	自転車盗	32	1(3.1)	
	強盗	29	5(17.2)	
	虐待	15	2(5.2)	
	Intimate Partner Violence(DV)	11	4(36.4)	
IES-R 合計得点	24 未満	800	13(1.6)	**
	25－39	146	12(8.2)	
	40 以上	147	33(22.4)	

** p<0.01

1)年代、性別、婚姻は、n=1093。被害類型は n=1711.

2)性別は、Fisher's exact test. 年代・婚姻は χ^2 test.IES-R 合計得点は、Mantel-Haenszel χ^2 test for trend.

表 2 各尺度の平均得点の比較

尺度名	下位尺度	受診	非受診	z-score
		median		
IES-R	侵入	14.5	2.0	-8.85**
	回避	15.5	3.0	-8.36**
	過覚醒	12.0	2.0	-8.76**
	合計	46.0	7.0	-8.89**
BSCP	積極的問題解決	9.0	9.0	-1.33
	解決のための相談	10.0	6.0	-8.36**
	気分転換	7.0	6.0	-0.62
	他者を巻き込んだ 情動発散	6.5	7.0	-0.99
	回避と抑制	4.0	5.0	-0.07
	視点の転換	8.0	6.0	-6.52**
	被援助	援助の欲求と態度	22.5	22.0
志向性尺度	援助関係に対する 抵抗感の低さ	8.0	9.0	-0.60
Mann-Whitny U-test				** p<0.01

表 3 医療機関受診を躊躇する要因に関する因子分析

項目	因子負荷量				
	第 1 因子 二次被害への不安	第 2 因子 他者への不信	第 3 因子 受診の判断・選択の困難さ	第 4 因子 受診の必要性に 確信がもてない	共通性
再被害に遭うことが恐ろしくて外出できない	0. 808	-0. 173	0. 023	-0. 081	0. 545
周囲の人 にとめられる	0. 761	-0. 084	-0. 154	0. 040	0. 668
病院に行く元気がなかった	0. 710	-0. 023	0. 059	-0. 018	0. 551
きちんと話を聞いてもらえない	0. 684	0. 172	0. 073	-0. 068	0. 593
家族からとめられた	0. 680	-0. 060	-0. 078	0. 030	0. 508
人と接したくない	0. 549	0. 297	-0. 061	0. 029	0. 753
何も考えられなかった	0. 476	0. 068	0. 156	0. 159	0. 270
病院が近隣にない	0. 363	-0. 100	0. 332	-0. 042	0. 710
誰も信頼できない	0. 349	0. 947	0. 167	-0. 100	0. 473
他人に知られたくない	-0. 092	0. 908	0. 007	-0. 013	0. 260
被害に遭った事を話したくない	-0. 142	0. 897	0. 031	0. 005	0. 182
他人に知られるのが怖い	0. 313	0. 699	-0. 189	0. 014	0. 492
話してもわかってもらえないと思った	0. 275	0. 423	0. 198	-0. 103	0. 498
自分にも落ち度があると思った	0. 130	0. 272	-0. 009	0. 130	0. 454
どういう状態になったら病院に行くべきかわからない	-0. 061	-0. 098	0. 931	0. 053	0. 523
どの病院に受診すればいいのかわからない	-0. 040	0. 034	0. 742	-0. 011	0. 638
医療費が負担となる	-0. 017	0. 091	0. 674	-0. 031	0. 623
必要性を感じなかった	-0. 073	-0. 054	-0. 158	0. 773	0. 718
そこまで大事（おおごと）とは考えていない	0. 037	-0. 086	-0. 020	0. 744	0. 548
病院にいくまでのことはないとおもった	-0. 155	0. 111	0. 182	0. 582	0. 389
受診する気分にならなかった	0. 117	0. 094	0. 146	0. 520	0. 562
病院受診なんてどうでもいいと思った	0. 240	0. 061	0. 084	0. 423	0. 491
固有値	8. 263	2. 500	1. 420	1. 336	
累積寄与率	0. 356	0. 448	0. 496	0. 535	
クロンバックの α 係数	0. 881	0. 869	0. 813	0. 777	

表4 全対象者における受診の有無の多重ロジスティック回帰分析

説明変数	全体(n=1093)	
	オッズ比 ¹⁾ (95%信頼区間)	P
二次被害への不安 ²⁾	-	-
他者への不信 ²⁾	-	-
受診の判断・選択の困難さ ²⁾	-	-
受診の必要性に確信がもてない ²⁾	0.59 (0.50-0.70)	**
IES-R侵入 ³⁾	-	-
IES-R回避 ³⁾	-	-
IES-R過覚醒 ³⁾	1.41 (1.29-1.55)	**
BSCP積極的問題解決 ⁴⁾	0.79 (0.65-0.96)	*
BSCP解決のための相談 ⁴⁾	2.07 (1.66-2.58)	**
BSCP気分転換 ⁴⁾	-	-
BSCP他者を巻き込んだ情動発散 ⁴⁾	-	-
BSCP回避と抑制 ⁴⁾	0.65 (0.53-0.80)	**
BSCP視点の転換 ⁴⁾	1.55 (1.29-1.86)	**
援助の欲求と態度 ⁵⁾	1.12 (1.04-1.21)	*
援助関係に対する抵抗感の低さ ⁵⁾	-	-

* p<0.05, ** p<0.01

- 1) 従属変数を「受診あり=1、受診なし=0」とした場合の、stepwise法で選択された説明変数の調整オッズ比（有意水準はP=0.05）；－は選択されなかった変数。
- 2) 3.3の因子分析に基づき構成した「医療機関受診を躊躇する要因」の下位尺度スコア
- 3) IES-Rの下位尺度のスコア
- 4) BSCPの下位尺度スコア
- 5) 被援助志向性尺度の下位尺度スコア

表5 IES-R 高得点者における受診の有無の多重ロジスティック回帰分析

説明変数	IES-R 25以上40未満(n=146)		IES-R 40以上 (n=147)	
	オッズ比 ¹⁾ (95%信頼区間)	P	オッズ比 ¹⁾ (95%信頼区間)	P
二次被害への不安 ²⁾	-	-	-	-
他者への不信 ²⁾	-	-	-	-
受診の判断・選択の困難さ ²⁾	-	-	-	-
受診の必要性に確信がもてない ²⁾	0. 59 (0. 42-0. 83)	**	0. 75 (0. 62-0. 91)	**
BSCP 積極的問題解決 ³⁾	-	-	-	-
BSCP解決のための相談 ³⁾	1. 55 (1. 14-2. 10)	*	2. 22 (1. 59-3. 10)	**
BSCP気分転換 ³⁾	-	-	0. 71 (0. 53-0. 95)	*
BSCP他者を巻き込んだ情動発散 ³⁾	-	-	-	-
BSCP回避と抑制 ³⁾	-	-	0. 78 (0. 64-0. 94)	*
BSCP視点の転換 ³⁾	-	-	1. 45 (1. 10-1. 92)	**
援助の欲求と態度 ⁴⁾	-	-	-	-
援助関係に対する抵抗感の低さ ⁴⁾	-	-	-	-

* p<0. 05, ** p<0. 01

- 1) 従属変数を「受診あり=1、受診なし=0」とした場合の、stepwise法で選択された説明変数の調整オッズ比（有意水準はP=0. 05）；－は選択されなかった変数。
- 2) 3. 3の因子分析に基づき構成した「医療機関受診を躊躇する要因」の下位尺度スコア
- 3) BSCPの下位尺度スコア
- 4) 被援助志向性尺度の下位尺度スコア

表6 医療機関をより受診しやすくするための意見

カテゴリ名	サブカテゴリー名	代表的なコード
医療費の無料化・軽減 (378)	医療費の無料化 (286)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費が負担となるため無料化にしてほしい ・ひどい目にあってお金まで払う意味が分からない ・入院費用や薬代などとても高額で無料にしてほしい
	医療費の軽減 (92)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費の無料化、無理なら軽減してほしい ・医療費の負担をもっと軽減してほしい
専門的な診療体制 (346)	専門外来の設置 (267)	<ul style="list-style-type: none"> ・犯罪被害科があればいい。 ・専門的な知識をもった人に話を聞いてもらいたい。
	女性・男性専用外来の設置 (47)	<ul style="list-style-type: none"> ・女性は女性、男性は男性の相談者が話を聞く体制。 ・女性専門外来をもっと設置する。
	専門職の配置 (23)	<ul style="list-style-type: none"> ・いろんな病院に、ちゃんと話をきける医師や看護師や心理士をおく ・専門職を医療機関におくことを義務付ける
	インターネットでの診察・相談 (9)	<ul style="list-style-type: none"> ・チャットやメールで診療を可能にしてほしい。 ・インターネットを介して相談や診察ができればいい ・メールで診察ができればいい
プライバシー・匿名性の確保 (197)	プライバシーの厳守 (127)	<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーを守ってほしい ・すこしでも周りに知られたくないから診察の時には配慮をしてほしい。
	匿名性の確保 (70)	<ul style="list-style-type: none"> ・できれば匿名で受診したい。だれも信用できない。 ・匿名で相談や受診が出来ればうれしい。
適切な対応 (153)	親身な対応 (85)	<ul style="list-style-type: none"> ・他人事という雰囲気をやめてほしい ・優しく聞いてほしい ・腫物を触るような態度はやめてほしい
	配慮した対応 (68)	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護師のデリカシーのない対応をやめて ・質問攻めはやめてください ・傷ついている人に接する配慮をして下さい。
病院との連携 (122)	警察からの紹介 (97)	<ul style="list-style-type: none"> ・警察直轄の連携病院を作る ・警察が適切な医療機関を設置する ・警察が、適切な医療機関へ紹介する。
	行政との連携 (25)	<ul style="list-style-type: none"> ・お役所でもきちんと紹介できるようにしてほしい ・市役所などに相談してしっかり病院も紹介する ・犯罪被害者の受診が可能な病院を紹介してほしい
啓発活動 (31)	啓発する (24)	<ul style="list-style-type: none"> ・TVのCMや、ACの広告でもっと宣伝する。 ・もっと宣伝して皆に知ってもらえるようになったら受診しやすい。
	敷居を下げる (7)	<ul style="list-style-type: none"> ・受診しやすい環境作りをする ・パンフレットを置くなどして受診しやすくする ・どこの病院に行けばいいか、住民にわかるような物を作ってもらおうとわかりやすい。
その他 (12)		<ul style="list-style-type: none"> ・期待しない。 ・警察や行政は結局信用できない。

()内は記述コード数

総括

本項では、第1・2章で述べた結果および考察をふまえ犯罪被害者の受診行動に関連する要因の分析をおこなう。まず、犯罪被害者の受診行動に影響を与える要因について結果および考察の内容から整理する。

第1章からは、【スタッフに係る要因】、【物品・環境に係る要因】【患者に係る要因】、【連携に係る要因】の4つが挙げられた。まず、物品・環境に係る要因について「人的環境」と「物的環境」に分けその要因について分析する。「人的環境に係る要因」については、結果からも言えるように、整備にあたっての即時的な取り組みをおこなうことは難しい。その理由は、「被害者の拒否」を踏まえた人的配置を行う必要性があるためだ。犯罪被害者支援の専門家が支援に携わる場合、「医療職種でないことが問題」（平井他.2013）と報告されていたが、逆に医療職者が「犯罪被害者支援に精通していないことが問題」（平井他.2015）とする報告もあるためだ。人的環境に係る要因については、更にその教育に係る問題も影響していることが、第1章からは明らかになった（平井.2017）。物的環境が整っていたとしても、それを活用できる知識をもつスタッフが居なければ、犯罪被害者を受診へつなぐことが出来ない現状にあるためだ。人的環境を整えるためには、経済的な問題そして、その教育体制の構築を並行して取り組み必要があることが、今後の課題として示唆されたことになる。

第2に、「物的な環境に係る要因」については、整備に係る経済的な問題が挙げられるだろう。第1章では、犯罪被害者を外来受診者の中から見つけ出すためのスクリーニングには、診療報酬上のメリットがないことが指摘されており、制度改正等がまずもって必要となるとする先行研究結果と類似する（宮崎他.2013）。北米における経済的損失、医療費の増大を試算した研究（Centers for Disease Control and Prevention. 2003）などをふまえ、日本における犯罪被害者と経済的損失との因果関係を明確にする必要性があるだろう。さらに、「物的な環境」の一つである被害者を見つけるための「スクリーニングツール」に関しては、「簡易化もしくは電子化」がその対策として提示されている（平井.2017）。具体的には、人的環境に係る要因に配慮し、人ではなくコンピューターを用いることで効率化をはかろうとするものである（Koziol-McLain, J., et al. 2010, Mathew, A., et al. 2013）。この取り組みは、医療現場で多忙とされる医師や看護師の業務を軽減させ、状況に応じて、医師や看護師以外の多職種がスクリーニングに取り組み易くなると考えられる（Hewitt, LN., et al. 2011）ため期待が持てそうである。スクリーニングをコンピューターにすることによって、本研究でも多分に配慮した「二次(的)被害」の軽減につながることを期待される。ただし、コンピューターを導入するコストや開発は、医療の専門家である看護職だけではカバーできないため、他業種との連携が不可欠となる。犯罪被害の中

でも Intimate Partner Violence (IPV) に関しては、世界的な社会問題として、World Health Organization も取り上げている (World Health Organization, 2012)。日本においても IPV だけでなく「犯罪被害」を日本の社会問題として重く受け止め、多業種で対策を進めていく必要があるだろう。

第3に「連携に係る要因」について考察する。支援体制が関連し医療機関への紹介が十分に行えないケースがあったことが、先行研究によってにおいても明らかにされている (小西, 2008, 平井他, 2013, 平井他, 2015)。特に、犯罪被害者をまず受け入れ支援する早期援助団体においては、同じ県内にある精神保健センターや近隣の医療機関との連携でさえ出来ていないことが示されている (平井他, 2013)。犯罪被害者が受診の希望をしてきても、被害者の「医療への道」が途絶えることになっていたという事態は問題であり、早急に法令の整備などの対策が取られるべきだろう。2004年に犯罪被害者等基本法が施行され、2005年から基本計画が実施されているものの、各都道府県における対策は様々である。条例を定めていない都道府県は未だ多数あり、筆者らが調査を行った早期援助団体がある県は調査実施時点で条例を定めていなかった。その為、基本計画によって実施されている事項に関しては各自治体の「努力目標」となっている。「全国どこでも一定レベル以上の均質な支援を行うために研修・認定制度を実施することは非常に重要」とする、内閣府犯罪被害者等施策推進室主導による取り組みは法律制定から10年たってもなお進んでおらず、「連携に係る要因」が、犯罪被害者への受診行動に大きな影響を今後も与えることが予想される。

最後に、「患者に係る要因」つまり「被害者自身に係る要因」を整理、分析する。本研究では、「受診行動に影響するであろう要因」を先行調査等 (平井他, 2013) を踏まえ特定し、それら結果をふまえ、受診行動に関連する要因を検討した。結果として、被害者自身に係る要因に関しては、「症状 (身体、精神)」 (平井, 2016) や、それに伴うと考えられる「拒否」や「思考・判断力の低下」 (平井他, 2013)、そして「経済的な問題 (医療費の負荷など)」 (第2章―表6) が挙げられた。更に、被害者の被害の深刻さは病院受診、未受診で統計上有意な差が出ており (第2章―表2)、「被害の深刻さ」も被害者の受診行動に係る要因の一つとして関連していることが明らかになった。その調査過程で、犯罪被害者の受診を躊躇する要因は、「二次 (的) 被害への不安」、「他者への不信」、「受診の判断・選択の困難さ」、「受診の必要性に確信が持てないという」4つに整理できる可能性が示唆された (第2章―表3)。これは、被害者自身の受診行動に係る要因に置き換えることが可能と考えられる。そうすると、病院を受診した方々は、日常生活からは到底想像もつかない侵襲 (犯罪) を受けた被害者であると同時に、「二次被害への不安」や「他者への不信」 (第2章―表3) をも抱きながら、それでもあえて医療機関を受診していたと捉えることができるので、今後

犯罪被害者の受診を勧める際には十分に配慮しなければならない点だろう。さらに、「受診の必要性に確信が持てない」という要因は、被害の深刻さに関わらず、受診の有無と関連していることが示された（第2章2―表3・5）。これは、先にも述べたように、犯罪被害者の受診を促進させる指標つまり、「どういうときに受診すべきかの指標」として活用し、受診を促すことにつながる可能性があるだろう。犯罪被害を受けた方に対して、「受診の必要性を謳う」パンフレットや受診のフローチャート等、一般の方でも一目で分かる物が、二次（的）被害の少ない形（ネット上や、コンピューター支援型の端末など）で提供できれば、被害者の受診行動にプラスの要因として働くのではないだろうか。また、そうすることによって、被害届を出せなかった被害者の方が、従来見出し難かった「受診の必要性や受診に至る経路」に気づくきっかけにもつながるとも考えられる。また、早期援助団体など、民間の支援団体の存在、そして犯罪被害者支援制度に関する啓発活動も引き続き取り組まれ続ける必要があるだろう。本研究で何よりも貴重なデータは、犯罪被害者の方からの要望を直に収集することが出来たことである（第2章―表6）。警察は信用できないとする言葉は、非常に心に響く言葉の一つである。対応する警察職員の方々も、救いたいとする気持ちでいることは言うまでもない。ただ、犯罪被害者がそういった相手側の気持ちを押し量る状態にないこと、まさに善意が二次（的）被害につながりかねないことについても、誰もが理解する必要があるだろう。また、医療職による犯罪被害者相談窓口（電話、対面式など）などの設置、医療費の無料化など、受診勧奨にいっそう役立っただろうであろう意見が、聞かれたことは研究的分析をするまでもなく、今後日本政府が犯罪被害者支援の施策を考えていくうえでも貴重なデータになると考える。

本研究では、犯罪被害者の受診行動に係る要因について整理され、それらの関係性や取り組むべき課題の方向性や具体的素案などを検討することができた。特に、犯罪被害者自身の特性と受診行動との関係性を示すことができた点は従来の研究にはない結果といえる。その中でも特筆すべきは、「受診の必要性に確信が持てない」ことが実際の受診行動の有無と関連していたことである。「具体的な指標、わかりやすい指標を被害者に示すこと、その示し方については二次(的)被害に配慮すること」を対策の要点としてあげることが出来る。更に、コーピング特性のうち「視点の転換」を頻繁に行う傾向にある人は受診する傾向あること。逆に「回避と抑制」「気分転換」を行う傾向にある人は受診しにくい傾向にあることも示唆されている。犯罪はすべての年代層に起こり得ることをふまえ、先に述べたように地域住民へ「犯罪被害と受診の必要性」およびコーピング特性との関係について周知することが、1つの方策である。学校教育、職場の健康診断、地域の健康教室などの場を活用し、住民への啓発活動による予防的な取り

組みがよりいっそう進められる必要があるだろう。

最後に、犯罪被害が非常に深刻であった方々でさえ、受診割合が約 2 割にとどまっていたこと（第 2 章一表 1）、被害者の方々からの声（第 2 章一表 6）から、犯罪被害者の病院受診が全体として進んでいないことは明らかで、犯罪被害者自身の声からも支援体制の改善が求められている。「視点の転換」が受診行動に係る要因の中でも、受診を促進する要因となっていることが示唆された。しかし、深刻な被害にあった方にそれを求めることは困難である。むしろ、支援に携わる側の我々が「視点を転換」し、現在の支援体制を再検討していく必要があるだろう。今後は、今回明らかになった犯罪被害者の受診行動に係る要因をふまえ、犯罪被害者支援体制における課題の抽出やその解決策の検討にむけた取り組みをすすめる必要がある。

引用文献(総括)

Centers for Disease Control and Prevention(2002): Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipvbook-a.pdf>.

Hewitt, LN. , Bhavsar, P. , et al. (2011): The secrets women keep: intimate partner violence screening in the female trauma patient, J Trauma. , Feb, 70(2), 320-323.

平井和明、影山隆之(2013): 犯罪被害者の医療の必要性に関する犯罪被害者支援センタースタッフの判断、こころの健康 28(2): 51 -58.

平井和明(2016): 犯罪被害者における医療機関受診の躊躇とコーピング特性との関連. こころの健康 31(2). P63-P72.

平井和明(2017): 救急医療で活用される IPV screening tools に関する文献検討. フォレンジック看護学会誌. 3(2). (in press)

小西聖子(2008): 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究, 厚生労働科学研究研究費補助金 こころの健康科学研究事業平成 17-19 年度 総合研究報告書. 2-131.

Koziol-McLain, J. , Garrett, N. , Fanslow, J. , et al. (2010): A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence

screening intervention, Ann Emerg Med, Oct, 56(3), 313-323.

Mathew, A. , Smith, L.S. , et al. (2013): Relationship of intimate partner violence to health status, chronic disease, and screening behaviors. , J Interpers Violence. Aug, 28(12), 2581-2592.

宮崎千香, 片岡弥恵子, 篠原枝里子(2013): 周産期医療における DV 被害者支援の継続への促進・阻害因子の明確化, 聖路加看護学会誌, 17, 19-26.

World Health Organization (2012): Understanding and addressing violence against women, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf.

附录

発表論文一覧

平井和明(2017): 救急医療で活用される IPV screening tools に関する文献検討. フォレンジック看護学会誌. 3(2). (in press)

平井和明(2016): 犯罪被害者における医療機関受診の躊躇とコーピング特性との関連. こころの健康 31(2). P63-P72.

第1章 対象文献一覧表（患者を対象とした論文 15 篇）

著者	タイトル	目的	調査対象と方法				スクリーニング実施者訓練の有無	スクリーニングツール ○スクリーニング方法	結果 (スクリーニング実施結果)
			対象	研究種別	データ 収集場所				
Bhandari,M,etal (2011)	The prevalence of intimate partner violence across orthopaedic fracture clinics in Ontario	外傷センターを受診する患者から IPV 被害者を特定する。	カナダの level I の外傷センター2 箇所を受診した患者	横断的調査	カナダの level I の外傷センター2 箇所		ソーシャルワーカー/事前に訓練	●WAST (Woman Abuse Screening Tool) ●PVS (Partner Violence Screen) ○インタビュー	・282 人のうち 24 人(8.5%)が身体的な虐待を受けていた。 ・282 人中 90 人(32%)が何らかの(身体、精神など) IPV 被害を受けていた。
Choo, E, et al (2010)	Failure of intimate partner violence screening among patients with substance use disorders	物質依存症の患者と IPV 被害スクリーニングとの関係の明確化	救急医療機関を受診する患者(18 歳以上の男女)の診療記録	コホートスタディ(後向)	アメリカ合衆国の機関 (level I)		リサーチアシスタント 記載なし		・6563 人の患者。 ・369 人が何らかの依存症(257 人アルコール依存の内 35.2%が IPV 被害者、122 人薬物の内 53.3%が IPV 被害者)
Cruz M, et al. (2012)	Referral patterns and service utilization in a pediatric hospital-wide intimate partner violence program	小児病院における入院・外来患者等向けの IPV 支援プログラム(CAMP)の活用状況の報告。	CAMP の支援プログラムを受けた患者の診療記録	横断的調査	アメリカ合衆国内の小児病院		IPV カウンセラー 訓練を受けた者。 学士教育レベル。	●Universal Screening ●RBS (Risk Based Screening) ○インタビュー	・女性 453 人(100%14 歳以上) 使用スクリーニングツール ・ Universal Screening (81%) ・ Risk Based Screening (19%)
Day S, et al. (2010)	Implementing a domestic violence screening program	病院受診者の中から IPV 被害者を発見するためのスクリーニングプロトコルの開発	病院受診者の中で心的外傷を負った患者。	コホートスタディ(前向)	アメリカ合衆国内の病院		ソーシャルワーカー/事前に訓練を受けた者	●Universal Screening ○インタビュー	パイロットスタディ 23 人/157 人中(14.6%) スクリーニングの実施結果 446 人/721 人中(61.8%) 10 ヶ月のフォローアップを受けた患者 499 人 619 人中
Ernst A, et al. (2012)	Derivation and validation of a short emergency department screening tool for perpetrators of intimate partner violence: the PERpetrator RaPid Scale (PERPS)	短縮バージョンの IPV スクリーニングツールの効果の測定。	アメリカ合衆国内のレベル I 外傷センター1 か所を受診する 18 歳以上の患者	横断的調査	アメリカ合衆国内の外傷センター (level I)		リサーチアシスタント/事前に訓練	●PAPS (Physical Abuse of Partner Scale) ●OVAT ●WOVAT ●ACW ●CCWs ●PERPS(Perpetration Rapid Scale) ○コンピューター支援型 ○インタビュー	IPV 被害スクリーニング結果 PERPS 47 人/207 人(22.7%) PAPS 56 人/207 人(27.0%) OVAT 43 人/207 人(22.7%) WOVAT 96 人/207 人(46.3%) ACW 29 人/83 人(12.0%) CCWs 20 人/30 人(66.6%)
Erickson, M, et al. (2010)	Risk factors for dating violence among adolescent females presenting to the pediatric emergency department	小児救急医療センターにおいて DV 被害者を見つけるための効果的な方法(リスクファクターの特定等)の調査	小児救急医療センターを受診する患者	横断的調査	アメリカ合衆国の小児救急医療センター		リサーチアシスタント 記載なし	●CTS ●Risk Factor Assessment Tool (研究者オリジナル) ○自己記入式	・対象患者は 246 人/270 人中 ・90 人(36.6%)が IPV 被害を受けていたことが分かった。 ・DV を受けたリスクが高いものは「性感染症の治療をした経験がある」、「喧嘩をしたことがある(男性と)」、「飲酒経験」、「薬物の使用」などであった。
Hewitt, L, N, et al. (2011)	The secrets women keep: intimate partner violence screening in the female trauma patient	SBIRT(アルコール問題対処)ユニット職員の実施する PVS スクリーニングの効果の検討	外傷をおって入院した患者(退院前) 18 歳以上の女性で脳に障害がない	コホートスタディ(前向)	アメリカ合衆国の救急医療センター (level I)		SBIRT ユニットのカウンセラー/虐待、物質依存症等のトレーニングを受けた者	●PVS ○インタビュー	・対象患者は 125 人であり、SBIRT スタッフがスクリーニングを実施した際には 13 人(10.4%)、RN 実施時は 4 人(3.2%)の IPV 被害者を見つけることができた。

Klevens, J (2012)	Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial	IPV スクリーニングおよび IPV 支援の社会資源の紹介による QOL への影響を測定する。	アメリカ合衆国内のヘルスケアセンターを受診する患者(18歳以上の英語もしくはスペイン語を話す)	ランダム化介入比較試験	アメリカ合衆国の10か所のヘルスケアセンター	リサーチアシスタント/事前訓練	<ul style="list-style-type: none"> ●PVS (1群のみ) ACASI方式 (音声アシスト付きのコンピュータ入力式のスクリーニング様式) ●SF12 (1年後: すべての群) ○コンピュータ支援による電話調査 (自動音声ガイダンス) 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加 2708 人の女性 (3537 人中) ・3 群で比較 1: IPV スクリーニング実施+IPV 被害に関する社会資源の紹介 909 人/2708 人中 (33.5%) 2: IPV 被害に関する社会資源の紹介 893 人/2708 人中 (32.9%) 3: コントロール群 n=898/2708 人中 (33.1%) 結果として 3 群の QOL の回復に関しては、統計上顕著な違いはなかった。
Koziol-McLain, J, et al. (2011)	A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention	短縮版の IPV スクリーニングの効果の測定	ニュージーランド北部にある病院の ED に受診する女性 (16 歳以上)。	ランダム化介入比較試験	ニュージーランド北部にある病院の ED	リサーチアシスタント/記載なし	<ul style="list-style-type: none"> 介入群 ●オリジナルスクリーニング (PVS、AAS、著者らの先行研究の質問項目を基に作成) ●SF12(Short Form Health Survey 12) ●SBC(Safetyrisk behavior) ●ニュージーランド政府のガイドラインに沿った説明 コントロール群 ●SF12 ●SBC ○インタビュー (フォローアップインタビュー含) 	<ul style="list-style-type: none"> ・344 人/1557 人中 (22.0%) が IPV 被害を受けていた。 ・介入群 167 人 ・コントロール群 177 人/1557 人 ・介入群の IPV 被害は 36 人 (18%) ・44 人が再被害にしていることが、3 カ月後のフォローアップでわかった (介入群 20 人、コントロール群 24 人)。 ・介入群のほうが再被害の可能性が 0.86 倍になった。 ・SF12 に著明な違いなし ・介入が短時間だった (考察から) 3~7 分。(先行研究では 20 分)
Mathew A, et al. (2011)	Relationship of intimate partner violence to health status, chronic disease, and screening behaviors	ED を受診した患者の健康状態(HIV罹患など)と IPV 被害の有無との関連を明らかにする。	アメリカ国内の ED を受診した患者 (女性)	横断的調査	アメリカ合衆国内の3箇所の ED (level I)	リサーチアシスタント/訓練を受けた者。	<ul style="list-style-type: none"> ●Universal Screening ○コンピュータ支援型 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加 1474 人/3381 人中 (14 ヶ月間) ・IPV 被害、832 人/1474 人中 (18.4%) ・HIV に感染している女性は、感染していない女性に比べると 5 倍の確率で IPV を受けてある
Perciaccante, V, et al.(2010)	Validation of a diagnostic protocol used to identify intimate partner violence in the emergency department setting	救急医療センターを受診した患者の診療録から IPV スクリーニングのプロトコルの検証を行う。	アメリカ合衆国内の外傷センター (レベル I) に受診した女性 (18 歳以上) の診療録	横断的調査	アメリカ合衆国内の外傷センター (level I)	研究者/記載なし	<ul style="list-style-type: none"> ●WAST ○自己記入式 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象 300 人 ・IPV の被害を負った患者は、外傷を負っているリスクが非常に高い。
Perciaccante, V, et al.(2010)	Markers for intimate partner violence in the emergency department setting	救急外来において IPV 被害と外傷部位の特定との関連を明らかにする。	アメリカ合衆国内の外傷センター (レベル I) に受診した女性 (18 歳以上) の診療録	横断的調査	アメリカ合衆国内の外傷センター (level I)	研究者/記載なし	<ul style="list-style-type: none"> ○外傷箇所の観察 (HNF: head neck face) ●WAST ●PVS ○自己記入式 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象 300 人 ・HNF に外傷がある人はその他部位に外傷がある人に比べ IPV 被害にしている確率が高い。
Sohani, Z, et al.(2013)	Feasibility of screening for intimate partner violence at orthopedic trauma hospitals in India	骨折外来を受診する患者に対する IPV スクリーニングの実行可能性の検証	インドの骨折外来受診者 (16 歳以上)	横断的調査	インド国内の骨折外来	リサーチアシスタント/記載なし	<ul style="list-style-type: none"> ●CAS ●WAST ○自己記入式 	<ul style="list-style-type: none"> ・47 人/48 人中 参加 ・CAS 実施 45 人 ・14 人が IPV 陽性 (31.1%) ・WAST 実施 47 人 ・18 人が IPV 陽性 (38.2%)

Wirtz, A,etal.(2013)	Development of a screening tool to identify female survivors of gender-based violence in a humanitarian setting: qualitative evidence from research among refugees in Ethiopia	難民キャンプにおける GBV 被害者発見のためのスクリーニングツールの開発	エチオピアの都心部に居住する女性と難民キャンプに居住する女性(15歳以上)	横断的調査	エチオピアの都心部と3つの難民キャンプ	研究者 訓練	<ul style="list-style-type: none"> ●GBV スクリーニングツール 1)GBV タイプとその内容 2)GBV の加害者について 3) GBV の起きた場所とその被害の内容 4)GBV 被害を訴え出ること、社会資源を求めることへの障壁 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別面談参加 37 人 ・フォーカスグループインタビュー参加 77 人 ・単一もしくは複数の GBV 被害を受けていた。 ・被害の内容は、性的、身体的、社会的、精神的な被害と広範囲であった。 ・ドメスティックバイオレンスは、隣人や目撃者からの報告がきっかけとなっていることが多かった。
Wirtz, A L, et al.(2014)	Gender-based violence in conflict and displacement: qualitative findings from displaced women in Colombia	内戦下および移民先(避難民)の GBV 被害者発見のためのスクリーニングツールの開発	コロンビアに居住する女性と避難民の女性(15歳以上)	横断的調査	コロンビアの都心部と2つの村	研究者 訓練有	<ul style="list-style-type: none"> ●GBV スクリーニングツール 1) GBV タイプとその内容 2)GBV の加害者について 3) GBV の起きた場所とその被害の内容 4)GBV 被害を訴え出ること、社会資源を求めることへの障壁 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別面談参加 30 人 ・フォーカスグループインタビュー参加 31 人 ・単一もしくは複数の GBV 被害を受けていた。 ・被害の内容は、性的、身体的、社会的、精神的な被害と広範囲。 ・内戦下、移民先の別に関わらず、IP からの暴力はうけるが、内戦下では加害者は武装している者、移民先では先住している人(その土地の所有者など)の特徴があった。

第1章 対象文献一覧表（医療職者を対象にした論文 6篇）

著者	タイトル	目的	調査対象と方法				質問項目	結果
			対象	研究種別	データ 収集場所	データ 収集方法		
Choo, E, et al. (2010)	Rural-urban disparities in emergency department intimate partner violence resources	都心部と地方との ED における IPV 被害者への対応、方針の実態を明らかにする	アメリカ合衆国内（オレゴン州）の ED に勤務する医局長および看護長	横断的調査	アメリカ合衆国内の 57 箇所の ED	電話調査	6 項目の質問（施設に整備している IPV スクリーニングツールやポリシーなどを問う項目）	・55 施設から回答/57 施設中 ・医局長 13 人。看護長 42 人。 ・IPV に対する方針、臨床研修、IPV に対する啓蒙、IPV スクリーニング、IPV への介入チェックリスト、IPV への常時支援体制のすべての項目で、都心部の病院のほうが備えていた。
Chapin, J, et al. (2011)	Yes we can! Improving medical screening for intimate partner violence through self-efficacy	医療職者の IPV スクリーニング実施にあたっての自己効力感の測定	アメリカ合衆国内（ペンシルバニア州）の大規模病院の医療職者	横断的調査	アメリカ合衆国内の大規模病院	質問紙調査	自己効力感を含む 5 つの質問	・計 320 人（女 278 人男 62 人） ・看護師 70 人。看護管理職 7 人。医学生 243 人。 ・自己効力感は IPV スクリーニングの有用性の高さと関連は見られない
DeBoer, M, et al. (2013)	What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?	看護師が IPV スクリーニングに対してもつ障壁について明らかにする	アメリカ国内の Level I の外傷センター 1 箇所の看護師	横断的調査	アメリカ国内の Level I の外傷センター	インターネット調査	IPV スクリーニングへの困難感を問う項目を含む複数項目	・156 人の看護師が参加（142 人が女性） ・約半数（54.2%）が IPV 被害者に接していた。 ・IPV のトレーニングを受けたと答えた者は全体の 55% ・IPV の発見に困難を感じると答えた者は全体の 56.1% ・9 割の看護師が IPV スクリーニングは責務であると考えている。 ・7 割以上の看護師が IPV スクリーニング（尋ねる事）に不快を感じている。
Sornanti, M, et al. (2010)	Intimate partner violence screening in the emergency department: U.S. medical residents' perspectives	ED における IPV スクリーニングについて研修医がどのように捉えているかを明らかにする	アメリカ合衆国内の都市部で勤務している医師（研修医 1 年目～3 年目）。	横断的調査	アメリカ合衆国内の都市部の病院	フォーカスグループインタビュー	IPV スクリーニングの実施に関する質問項目を含む 16 項目の質問	・参加：25 人の医師（女 18 人。男 7 人） ・IPV 被害のリスクや再被害のリスクについての知識について 87.5%が把握。 ・パートナーがいない場所で IPV 被害のアセスメント（問診等）をしなければいけないことについては、79.2%が把握。
Robinson, R, et al. (2010)	Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence	IPV に対して、救急部の看護師がどのように IPV をスクリーニングしているか、スクリーニングを阻害している因子は何か？IPV をサポートしていくうえでの役割は何かについて明らかにすること	救急医療センターで働いている看護師および看護管理職者	横断的調査	アメリカ合衆国内の病院	半構造化面接	IPV スクリーニング実施に係る内容を問う 10 項目の質問	4 つのテーマが抽出された ① 固定観念、成り（IPV の被害者は、医療者に真実を話さない、IPV の被害者は医療者が手を差し伸べても受け取らない、「攻撃されている」と受け取られる）。② 拳銃の観察を通して 13 名のうち 2 名のみしか明確なスクリーニングを実施できていない。③ フラストレーション（忙しさなどの理由で行いたいを実施できない）により実施できない。④ セーフティベネフィット（救急部の看護師のスクリーニングや介入の結果もたらされる効果、必要性の理解が進んでいない。（③ 勤務後の経過が分からないからしない、できない）。
平井ら（2015）	日本の救命救急センターにおける IPV (Intimate Partner Violence) 被害者への対応 - 看護管理者と看護師への質問紙調査	日本の救急医療機関における IPV スクリーニングに対する方針と実施状況についての実態調査	救命救急センターの看護管理職および看護師	横断的調査	日本の救命救急センター	質問紙調査	IPV 被害者への対応経験、IPV 被害者への対応方針などを問う項目を含む複数項目。	・看護管理者 60 人中 47 人が IPV 被害スクリーニング（方針、マニュアル）を準備していないと回答 ・看護師 233 人のうち、IPV 被害が疑われる患者に接した経験がある者は、133 人（59.3%）。スクリーニングを実施できたとは回答した者は、87 人中 16 人（18.4%）。実施できなかった理由は、スクリーニングツールがない、患者の拒否、不確かさの順が多かった。

第2章 調査票

アンケート項目（下記項目をインターネット上に表示）

1 フェイスシート

- 1) 年齢
- 2) 性別
- 3) 婚姻の有/無
- 4) 仕事の有/無
- 5) 独居/同居の有無
家族構成員選択：祖父母、親、兄弟姉妹、子ども、孫、その他
（複数選択可）
- 6) 犯罪被害経験の有/無
①有→項目2から順に8まで回答
②無→項目5, 6, 7, 8の順に回答

2 被害状況と相談について

- 1) 被害をいつ受けましたか（複数回答可）
 - (1) 現在受けている
 - (2) 過去1か月の間
 - (3) 過去2～6か月の間
 - (4) 過去6か月～1年の間
 - (5) 過去1年～2年の間
 - (6) 過去2年～5年の間
 - (7) 過去5年以上前
- 2) 警察に被害届を提出したか 有/無
- 3) 民間支援団体等の相談機関に相談したか 有/無

3 被った犯罪の種類について教えてください。

下記の犯罪の中からあてはまるものをお選び下さい。（複数選択可）

クレジットカード 情報詐欺	インターネットオ ークション詐欺	虐待	強盗
DV(ドメスティッ クバイオレンス)	消費者詐欺	個人情報の 悪用	窃盗
暴行・脅迫・スト ーカー	自動車盗	振り込め詐 欺	自動車損壊
性的事件	車上盗	不法侵入未 遂	バイク盗
不法侵入	自転車盗	その他(自由記載:)	

4 犯罪被害後の病院受診の有/無

- 1) 有→(1) 受診のきっかけは？（複数選択可）
 - ①身体の不調の自覚
 - ②精神の不調の自覚
 - ③仕事への影響の自覚
 - ④他者から勧められた
 - ⑤その他: 自由記載)
- (2) いつ頃受診したか（複数選択可）
 - ①直後
 - ②1か月内
 - ③1か月～6か月以内

- ④ 6 か月以上経過後
- (3) どういう医療機関に受診したか (複数選択可)
- ① 大学病院
 - ② 一般病院
 - ③ クリニック
 - ④ その他 (自由記載:)
- (4) どの診療科に受診しましたか (複数選択可)
- ① 救急外来
 - ② 内科
 - ③ 外科
 - ④ 婦人科
 - ⑤ 産科
 - ⑥ 精神科
 - ⑦ 心療内科
 - ⑧ その他 (自由記載:)
- (5) 受診の結果について (複数選択可)
- ① 診断を受けた 有/無
 - 有りの場合 ・ 身体的疾患 (自由記載:)
 - ・ 精神的疾患 (自由記載:)
 - ・ その他 (自由記載:)
 - ② 薬を処方された
 - ③ 継続的な治療の必要性があるといわれた
- (6) 受診して良かったと思ったか (1つのみ選択)
- 1 思う 2 まあまあ思う 3 どちらでもない
 - 4 あまり思わない 5 思わない
 - (理由を自由記載:)

2) 無→5へ

- 5 以下は、医療機関への受診しづらさの要因として考えられるものです。各項目ごとに該当する数字に○をつけて下さい。

【0 該当しない、1 まあまあ該当、2 該当する】の3件法

- 1 どの病院に受診すればよいのかわからない
- 2 被害に遭った事を話したくない
- 3 だれも信頼できない
- 4 話してもわかってもらえないと思う
- 5 再被害に遭うことが恐ろしくて外出できない
- 6 どういう状態になったら病院に行くべきかわからない
- 7 病院が近隣にない
- 8 被害を他人に知られたくない
- 9 病院に行くまでのことではないと思った
- 10 家族から止められた
- 11 自分にも落ち度があるので仕方ないと思った
- 12 受診する気分にならなかった
- 13 そこまで大事 (おおごと) とは考えていない
- 14 何も考えられなかった
- 15 必要性を感じなかった
- 16 人と接したくない
- 17 きちんと話を聞いてもらえない
- 18 他人に知られるのが怖い
- 19 周囲の人からとめられる
- 20 病院受診なんてどうでもいいと思っていた
- 21 医療費が負担となる
- 22 病院に行く元気がなかった

6 改訂版 出来事インパクト尺度日本語版 22 項目

【0 全くなし、1 少し、2 中くらい、3 かなり、4 非常に】の 5 件法

- ①どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちがぶり返してくる
- ②睡眠の途中で目が覚めてしまう
- ③別のことをしていても、そのことが頭から離れない
- ④イライラして、怒りっぽくなっている
- ⑤そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ち着かせるようにしている
- ⑥考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある
- ⑦そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする
- ⑧そのことを思い出させるものには近寄らない
- ⑨そのときの場面が、いきなり頭に浮かんでくる
- ⑩神経が敏感になっていて、ちょっとしたことで、どきっとしてしまう
- ⑪そのことは考えないようにしている
- ⑫そのことについては、まだいろいろな気持ちがあるが、それには触れないようにしている
- ⑬そのことについての感情は、麻痺したようである
- ⑭気がつく、まるでその時に戻ってしまったかのようにふるまったり感じたりすることがある
- ⑮寝つきが悪い
- ⑯そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある
- ⑰そのことをなんとか忘れようとしている
- ⑱物事に集中できない
- ⑲そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある
- ⑳そのことについての夢を見る
- ㉑警戒して用心深くなっている気がする
- ㉒そのことについては話さないようにしている

7 被援助志向性尺度 11 項目

【1 あてはまらない 2 あまりあてはまらない 3 どちらでもない 4 まあまああてはまる 5 あてはまる】の 5 件法)

- (1) ①困っていることを解決するために、他者からの助言や援助が欲しい
- ②自分が困っているときには、話を聞いてくれる人が欲しい
- ③困っていることを解決するために、自分と一緒に対処してくれる人が欲しい
- ④自分は、よほどのことがない限り、人に相談することがない
- ⑤何事も他人に頼らず、自分で解決したい
- ⑥他人の援助や助言は、あまり役立たないと思っている
- ⑦今後も、自分の周りの人に助けながら、上手くやっていきたい
- (2) ①自分は、人に相談したり援助を求めるとき、いつも心苦しさをを感じる
- ②他人からの助言や援助をうけることに抵抗がある
- ③人は誰でも、相談や援助を求められたら、わずらわしく感じると思う
- ④自分が困っているとき、周りの人には、そっとしておいて欲しい

8 コーピング特性尺度 18 項目

【1 ほとんどない 2 たまにある 3 ときどきある 4 よくある】の 4 件法

- 1) 原因を調べ解決しようとする
- 2) 今までの体験を参考に考える
- 3) いまできることは何かを冷静に考えてみる
- 4) 信頼できる人に解決策を相談する
- 5) 関係者と話し合い問題の解決を図る
- 6) その問題に詳しい人に教えてもらう
- 7) 趣味や娯楽で気をまぎらわす
- 8) 何か気持ちが落ち着くことをする
- 9) 旅行・外出など活動的なことをして気分転換する
- 10) 「何とかなる」と希望をもつ
- 11) その出来事のよい面を考える
- 12) これも自分にはよい経験だと思いうようにする
- 13) 問題の原因を誰かのせいにする
- 14) 問題に関係する人を責める
- 15) 関係のない人に八つ当たりする
- 16) 問題を先送りする
- 17) いつか事態が変わるだろうと思って時が過ぎるのを待つ
- 18) 何もしないでがまんする

9 犯罪の被害に遭われた方が医療機関をより受診しやすくする為のご意見をお願いします。

医療機関・医療職者に関する事、警察・司法関係者に関する事、行政・制度に関する事、
その他（自由記載： ）

<御礼>

ご協力ありがとうございました。

皆様に回答して頂きました調査内容は、結果が集計出来次第、来年度以降に随時論文等を活用し、報告していきたいと思います。

なお、コーピング特性尺度に関しましては、項目ごとに得点が試算されておりますので、解説用紙をご覧になり、ご自身の今後のコーピングにお役立て下さい。

要旨

【背景と目的】

犯罪被害者の中には、医療のニーズがありながらも受診出来ない者が多いが、その要因に係る研究は少ない。これまで、病院受診した被害者を対象とした調査はあったが、受診に至らない者つまり犯罪被害者の暗数と呼ばれる者も対象とした調査は行われていなかった。これら対象も含め、受診に係る要因を明らかにすることが出来れば、犯罪被害者の受診促進対策の検討および犯罪被害者の身体・精神・社会的の健康の保持増進の一助となると考えられた。そこで、本研究では犯罪被害者が医療機関の受診を躊躇する要因を明らかにする目的で調査を実施した。

【方法】

犯罪被害者を受け入れる医療機関側の要因を検討後、犯罪被害者本人の受診行動に係る調査をおこなった。医療機関受診の有無、医療機関受診を躊躇する要因 22 項目、被害の深刻さと被害類型、受診行動の実態と被害者の個人特性との関連について調査した。被害の深刻さについては改訂版出来事インパクト尺度日本語版 (IES-R)、受診行動に関連する個人特性については、コーピング特性簡易尺度 (The Brief Scales for Coping Profile, BSCP) 及び、被援助志向性尺度を用いた。受診を躊躇する要因 22 項目をまず因子分析により尺度化、それらの下位尺度を説明変数、受診の有無を目的変数とした stepwise 多重ロジスティック回帰分析をおこなった。なお、犯罪被害者自身への調査に際しては、被害者の二次被害に配慮した侵襲の少ないインターネット調査を選択した。

【結果】

医療機関では、少なくとも 4 つの阻害要因（スタッフに係る要因、患者に係る要因、物品・環境に係る要因、連携に係る要因）が、受診行動に影響していることが示唆された。一方、犯罪被害者自身への調査では、1093 人の回答者中、犯罪被害後に医療機関受診したのは 58 人（5.3%）だった。また、医療機関受診を躊躇する要因は、4 因子が抽出された。その中でも「二次被害への不安」、「他者への不信」は得点が高くなるほど受診し難い傾向にあった。また、BSCP の「問題解決のための相談（相談しやすい特性）」、「視点の転換（柔軟な発想をもつ特性）」は、得点が高いほど受診する傾向にあった。特に「視点の転換」は被害が深刻な状況下であっても受診行動をとる事に関連があることがわかった。

【結論】

犯罪被害者の受診行動には、効果的なスクリーニングツールとその実施環境（物的・人的）が重要である。また、被害の深刻さに関わらず被害者のコーピング特性に影響されている可能性があるため、コーピング特性や二次被害への予防策を踏まえて、適切な犯罪被害者対応や支援体制の整備、健康教育（個人特性と受診行動の関係を加味した）等が必要と考えられる。

Abstract

【Purpose】

The medical needs of many victims of crime (hereafter, victims) are often unmet; however, research on the factors behind it has not been conducted. These factors might help in examining measures to improve consultation for victims and promote their physical, mental, and social health. Therefore, this research conducted a survey to clarify the reasons why victims are reluctant to visit medical institutions.

【Method】

We conducted surveys to reveal the relationship between the actual consultation behavior and the personal characteristics of the victims through internet surveys are less invasive. The question items included the following items; whether there was a medical institution visit, 22 factors to hesitate to see a medical institution, the severity of damage, type of crime, the actual condition of consultation behavior and the personal characteristics of the victim were investigated. Regarding the severity of the damage, the Impact of Event Scale-Revised (IES - R), the personal characteristics related to the consultation behavior, the Brief Scales for Coping Profile (BSCP) and the Help-Seeking Behaviors scale was used. Factors that cause hesitation of consultation 22 items were scaled by factor analysis, stepwise multiple logistic regression analysis was performed with the subscales as their explanatory variable and the presence or absence of consultation as the objective variable.

【Result】

It is impossible for the staff to guide victims to treatment and support due to four inhibitory factors: factors related to the staff, factors related to the patients, factors related to goods and environment, and factors related to collaboration. Through the survey of victims, it was revealed that only 58 (5.3%) of the 1093 respondents visited medical institutions after receiving injuries due to a crime. In addition, as a result of the analysis of factors leading to hesitance to seek medical help after a crime, it was confirmed the four main factors. Among them, "anxiety about secondary damage", "distrust of others" tended to be difficult to consult as the score increased. BSCP's "Consultation for problem solving (characteristics to facilitate consultation)" and "Change of point of view (characteristics with flexible thinking)" tended to be consulted as the score was higher. Especially, "turning point of view" proved to be related to taking consultation behaviors even under severe circumstances.

【Conclusion】

Effective screening tools and their implementation medium are important for victims' consultation behaviors. As the behavior of victims may be influenced by

their coping characteristics regardless of the seriousness of the damage, it is important to take into consideration both the coping methods and preventive measures against secondary damage. It is suggested that correspondence, improvement of support system, health education and so on are necessary to understand the relationship between victims' individual characteristics and consultation behavior.

謝辞

本論文をまとめるにあたり、ご指導をいただいた大分県立看護科学大学精神看護学教授 影山隆之先生に心より感謝申し上げます。また、副指導教員としてご指導をいただいた准教授 石田佳代子先生、論文審査におきまして終始温かい激励と数多くのご助言をいただいた教授 高野政子先生、准教授 小嶋光明先生、准教授 川崎涼子先生に深く感謝いたします。

そして、一連の研究プロセスの中で本研究の主旨をご理解いただき、快くご協力いただいた、犯罪被害者支援センターの職員の方々、全国の救急看護師の方々、辛い状況ながらも質問にお答えいただきました犯罪被害に遭われた皆さまに対して、心より感謝いたします。これらの方々の協力がなくては、今回の研究は成り立ちませんでした。また、大分県立看護科学大学精神看護学 草野淳子先生には博士後期課程同期として、研究が遅々として進まず右往左往する毎日の中、温かい助言と支援を頂きました。大変ありがとうございました。

前職場で大変お世話になりました独立行政法人国立病院機構別府医療センター附属大分中央看護学校 副学校長 太田原裕美先生、教育主事 深野久美先生、教育主事 大野美穂先生には、多くの活躍の機会を頂きながらご期待に沿えなかったことを心よりお詫び申し上げますとともに、それでもなお、温かく見守って頂いたことに深く感謝いたします。

最後に、大分県立看護科学大学看護研究交流センター助教 岩崎りほ先生、同僚の板井里枝先生、巻野希和先生、事務員の神崎純子さん、生野法子さんには、研究の遂行にあたって職場での温かい見守りと心のこもった支援を頂き、おかげで投降することなく無事修了することができましたこと、本当に心から感謝申し上げます。博士論文をまとめるにあたりご尽力くださった皆さま、本当にありがとうございました。

2017 年 3 月