

2020 年度 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士論文

被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア

ND15N002 福 本 環

研究指導者

主査	勝田 仁美 教授（兵庫県立大学）
副査	工藤 美子 教授（兵庫県立大学）
副査	小西美和子 教授（兵庫県立大学）
副査	長江美代子 教授（日本福祉大学）
副査	渡邊 竹美 氏（都留市立病院看護部）

2021 年 1 月 13 日提出

要約

研究背景

性暴力被害は他者に相談しにくく潜在化しやすい。このような性暴力被害の特性を鑑み、被害直後からの産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法的支援等の総合的な支援を可能な限り一か所で提供する性暴力被害者のためのワンストップ支援センター（以下「支援センター」とする）の設置が国の後押しを受けて急速に進められ、2018年10月、すべての都道府県に設置された。医療機関を受診した性暴力被害女性が最初に出会うのが看護職であることは少なくなく、健康支援を専門とする看護職が担う役割は重要である。しかし、これまで被害直後に医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して臨床で実際に看護職が提供しているケアはほとんど検討されてこなかった。

研究目的

看護職が被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供しているケアを明らかにし、必要とされる看護ケアを検討することである。

研究方法

研究デザインは半構造化面接法による質的記述的研究とした。研究協力者は過去1年以内に支援センターと連携する医療機関において性暴力被害女性の対応経験が1例以上ある看護職とした。面接調査では「被害後2週間以内に当該医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して行ったこと」「なぜそのケアを行ったのか」等を尋ねた。

録音した面接内容を全て逐語録に起こした。「看護職が行ったこと」を意図的に焦点を当てながら一つの意味内容が一つのまとまりとなるようデータを区切り、データに名前（コード）をつけた。このプロセスでは、対立するデータを含めたすべてのデータを丁寧に洗い出し、得られたデータによる現象の解釈が恣意的に偏らないよう努めた。複数のコードを比較し、類似性と相違性を検討しながらサブカテゴリを生成し、サブカテゴリを比較、分類し、抽象度を上げ、カテゴリを生成した。さらにカテゴリを比較、分類し、抽象度を上げ、コアカテゴリを生成した。分析には NVivo ver.12 を使用した。

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会、および医療機関の求めに応じて当該医療機関の倫理審査の承認を受けた。

結果

データ収集期間は2018年12月～2019年9月であった。研究協力が得られた医療機関は10か所、看護職は合計20名、全員女性であった。そのうち40時間以上のSANE（Sexual Assault Nurse Examiner）研修受講者（以下「SANE」とする）は6名、支援センター等が実施する性暴力被害者支援に関する研修受講者は13名（SANE6名含む）であった。看護職が語ったケース数は、1ケース17名、2ケース3名の合計23ケースであり、1ケースごとのインタビュー時間は30～68分、1名ごとは30～98分であった。分析の結果、6コアカテゴリ、18カテゴリ、62サブカテゴリが抽出された。以下、コアカテゴリは【1】、カテ

ゴリは《》、サブカテゴリは<>で示す。

本研究の看護職は、【ケア提供の基盤となるもの】として、《サポートしたいという思い》だけでなく、性暴力被害者支援の《専門家としての自覚》をもつ者もいた。看護職は、性暴力被害女性に同行してきた警察官等から既に得ている情報を得る等、受診にいたるまでの【支援の継続】を意図し、《同行者を視野に入れケアをつなぐ》実践を行っていた。そして看護職は、【安全と安心の提供】を意図し、《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》ために、受診の経緯や被害状況等を把握し、《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントする》ために、感性を研ぎ澄まし、性暴力被害女性が抱える苦悩を感じとろうとすることや、急性ストレス障害にアンテナを張ること、さらに、受診してきた性暴力被害女性の様相に違和感を覚え気に留めていた。また《医療機関が安全な場所であると示す》ために、性暴力被害女性用に設えた個室で問診することや、医療機関でできることを説明していた。さらに《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》ために、来院時に迎えに行ったり、医師が男性の場合は安心できる医師であると伝え、《安心を提供できるよう環境をつくる》ために、話しやすいよう部屋や座る位置を調整したり、安心して内診を受けることができるよう環境を整えていた。また看護職は、【円滑な診察のサポート】を意図し、医師が診察しやすいようサポートするだけでなく、事前の問診で得た情報を医師に伝え《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》ことや、証拠採取の場面では、単に器具やキットを手渡すだけでなく、創部が証拠になり得ると認識しながら一緒に創部を確認し《証拠採取の介助を行う》ことを実践していた。また看護職は、【信頼関係の構築】を意図し、《あなたの味方であるとの姿勢を示す》ために、あなたは悪くないことを伝えることや、語る言葉をありのまま全て受け止めることを行い、《インフォームドコンセントを遵守する》ために、被害女性本人の意思を丁寧に確認することや、処置の必要性を丁寧に説明し、《個人情報を守ると約束する》ための実践も行っていた。また看護職は、【心身および尊厳の回復支援】を意図し、《身体への健康被害を最小限にする》ために、緊急避妊ピルの内服確認や、性感染症検査のための採血や次回受診の説明を行い、《自己コントロール感の回復を目指す》ために、看護職自身が行う問診の場面では、受診したことを労い、座る場所等を自分の意思で選ぶよう促し、医師が行う診察の場面では、診察を受け終えた頑張りを認め、《汚された自己イメージを払拭する》ために、診察後医師に外陰部は大丈夫であったと伝えてもらい、看護職自身も大丈夫であったと伝えていた。そして看護職は、初診以降の【支援の継続】を意図し、次回受診に確実に医療機関を受診できるよう予約日時を調整することや、心のケアのため支援センターにつなぐ等、《ケアを途切れさせない》実践も行っていた。

そして本研究は、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に提供している看護ケアが【ケア提供の基盤となるもの】に含まれる《医療機関の体制》の影響を受けている現状が提示された。すなわち<医師が看護職に診察以外の対応を任せている>医療機関の看護職は、【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】【支援の継続】の5つ全てを提供し、中でも SANE が所属する医療機関は性暴力被害者用個室と

性暴力被害者用問診票を整備していた。一方、＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関および＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関の看護職は、主に【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】の3つを提供していた。

考察

本研究では【ケア提供の基盤となるもの】の1つとして《医療機関の体制》が抽出された。医療機関における性暴力被害女性の支援は男性治療者より女性治療者の方が適任であり、看護の強みは患者に最も身近な専門職であることから相互的な関係を築くことが容易であること等である。本研究の結果より、《医療機関の体制》の標準が＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞体制となった場合は、女性看護職がその強みを活かし、主体的にケア提供し得ることが示されたと考える。

性暴力被害女性の回復過程における最初の課題は安全を確保することであり、この安全が確保されていない段階で他の治療作業をしようとしてはならない。本研究で提示された【安全と安心の提供】のケア内容は、性暴力被害女性の安全と安心に関する内容であり、看護職は支援の土台となり得るケアを提供していた。そして【円滑な診察のサポート】において、診察はクスコ挿入によるフラッシュバックが生じやすく、被害を思い出す二次被害の場となり得ること、特に男性医師の場合はその可能性はより高まる。女性看護職はその強みを活かし、《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》ケア内容をさらに充実させていく必要がある。また、被害直後の診察は証拠採取の場としても重要である。看護職の中には創部が証拠となり得ると認識しながら医師と一緒に《証拠採取の介助を行う》者もあり、法医学的な面でのケアを提供していた。今後証拠採取に関する看護職の役割拡大も考えられることから、看護職が行う証拠採取に関する法的問題についても引き続き検討していく必要がある。そして、性暴力は自分自身への信頼、自分以外の人々や社会への信頼を失わせるものであると言われており（Herman, 1992／1999）、本研究の《あなたの味方であるとの姿勢を示す》および《インフォームドコンセントを遵守する》ケアは、【信頼関係の構築】を目指すケア内容であることから、看護職は性暴力被害女性が自分自身や他者への信頼を取り戻すケアを提供していた。また、性暴力は主体性や尊厳を奪う体験であると言われており（Herman, 1992／1999）、本研究の《自己コントロール感の回復を目指す》および《汚された自己イメージを払拭する》ケアは、【心身および尊厳の回復支援】を目指すケア内容であることから、看護職は性暴力被害女性の自己統御感を取り戻し、「汚れてしまった」という感情の苦痛を和らげるケアを提供していた。また、性暴力等の心的外傷体験の中核は無力化と他者との結びつきが切れることであると言われており（Herman, 1992／1999）、本研究の《同行者を視野に入れケアをつなぐ》および《ケアを途切れさせない》ケアは、性暴力被害女性の孤立を防ぎ、継続的な支援を受けることを可能にする【支援の継続】を目指す内容であることから、看護職は性暴力被害女性が孤立することなくエンパワメントされ得るケアを提供していた。

以上の検討から、本研究は、看護職が被害直後に支援センターと連携する医療

機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供しているケアを明らかにすることができた。さらに、本研究の看護職が先行研究で性暴力被害者支援に重要と指摘されている内容をケア提供している現状も提示された。

被害直後の性暴力被害女性に必要とされる看護ケアとして、見出された結果から浮き彫りとなった課題も含め、以下の4つが導かれた。

1つ目は、専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築である。本研究は、来院から帰宅まで看護職が一貫して主体的に関わることができる＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職が5つすべてのケアを提供し得る背景には、**《医療機関の体制》**の影響だけでなく、当該看護職が性暴力被害者支援に関する研修会を受講している影響があることも示唆した。性暴力被害女性により適切なケア提供し得るために、専門的知識を身につけるための教育を充実させ、その教育を受講し専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築が必要であると考ええる。

2つ目は、女性警察官との連携である。本研究において警察官が同行したケースは7ケースあったが、円滑な連携がとれていたのは1ケースだけであった。医療機関における性暴力被害女性の支援は男性治療者より女性治療者の方が適任であるとの指摘から、警察官も男性より女性の方が適任であると考ええる。性暴力被害女性の安全と安心だけでなく、裁判を通した性暴力被害女性の尊厳の回復のために、看護職と女性警察官との連携は今後の課題である。

3つ目は、急性ストレス障害およびトラウマに配慮した看護ケアの充実である。本研究は性暴力被害女性の解離症状の可能性に気づいていない看護職の存在を浮き彫りにした。看護職には初期対応が後に続く心理的回復過程に影響を受けることを自覚して関わることが求められる。

4つ目は、「汚れてしまった」という感情に配慮した看護ケアである。本研究の**《汚された自己イメージを払拭する》**ケアは効果的な介入であったと考えられるが、日本版性暴力対応看護師（SANE-J）に含まれておらず、標準ケアとなっていない。看護職には性暴力被害女性が歪められた自己認識により長期にわたり苦悩させられることを念頭に、初期対応から尊厳の回復も視野にilleて支援していくことが求められる。

目 次

第Ⅰ章 序論	1
A. 研究背景	1
B. 研究目的	4
C. 研究の意義	5
D. 用語の定義	5
1. 性暴力	5
2. 被害直後	5
第Ⅱ章 文献検討	6
A. 性暴力とは	6
B. 性暴力被害者の特性	7
C. 性暴力被害者のためのワンストップ支援センターとは	8
D. 被害直後の性暴力被害女性への医療機関の役割	10
1. 身体的被害と医療機関の役割	10
2. 精神的被害と医療機関の役割	10
3. 医療費負担および生活基盤の損失と医療機関の役割	11
E. 被害直後の性暴力被害女性への産婦人科医療機関における対応の現状	11
F. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) とは	12
1. SANE の養成	12
2. SANE、SART、SANE プログラム	13
G. 日本における性暴力被害者へケア提供できるための看護職に対する教育	14
H. 日本における被害直後の性暴力被害女性への看護職によるケア提供の実態	16
第Ⅲ章 研究方法	17
A. 研究デザイン	17
1. 本研究の研究デザイン	17
2. 質的記述的研究の理論的視点	17
B. 研究協力者	20
1. 本研究の研究協力者	20
2. 研究協力者の選定条件	20
1) 本研究の対象となるワンストップ支援センターの選定条件	20
2) 本研究の対象となる看護職の選定条件	20
C. 研究協力者数	21
D. データ収集の方法	21

1. 研究協力者となる看護職の選定方法	21
2. 研究協力者となる看護職の選定手順	21
3. 責任者への研究協力依頼方法	22
4. 質問項目	22
1) 医療機関の基礎データ	22
2) 看護職の基本属性	23
3) 面接調査の質問項目	23
5. 面接調査手順	23
1) 面接調査前	23
2) 面接調査当日	24
E. データ分析方法	24
F. データの信憑性を確保する方法	25
G. 倫理的配慮	25
1. 研究協力者の選定方法	25
2. 研究協力による利益と負担および影響への対応	26
3. 研究協力を拒否する権利の保障	27
4. 個人情報保護	28
1) 匿名性の確保	28
2) データ保管方法と破棄	29
3) 科研費にて研究協力者への交通費を支払う際の個人情報保護	30
H. 資金の調達方法	30
I. 利益相反	30
第IV章 結果	31
A. 研究協力者の概要	31
B. データ収集状況	31
C. 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア	33
1. コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリの説明	33
1) 【ケア提供の基盤となるもの】	33
2) 【安全と安心の提供】	39
3) 【円滑な診察のサポート】	52
4) 【信頼関係の構築】	55
5) 【心身および尊厳の回復支援】	59
6) 【支援の継続】	64

2. コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリに該当するケース	68
1) 【ケア提供の基盤となるもの】	68
2) 【安全と安心の提供】	73
3) 【円滑な診察のサポート】	75
4) 【信頼関係の構築】	76
5) 【心身および尊厳の回復支援】	78
6) 【支援の継続】	79
D. 概念図の配置の説明	81
E. 概念図のストーリーライン	81
F. 看護職が語ったよりよいケア提供のために必要と考えること	84
第V章 考察	87
A. 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア	87
1. 【ケア提供の基盤となるもの】を構成する要素	87
2. 【安全と安心の提供】を構成する看護ケア	89
3. 【円滑な診察のサポート】を構成する看護ケア	91
4. 【信頼関係の構築】を構成する看護ケア	93
5. 【心身および尊厳の回復支援】を構成する看護ケア	96
6. 【支援の継続】を構成する看護ケア	98
B. 被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア	100
1. 専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築	100
2. 女性警察官との連携	101
3. 急性ストレス障害およびトラウマに配慮した看護ケアの充実	103
4. 「汚れてしまった」という感情に配慮した看護ケア	104
C. 看護実践への示唆	104
1. 既存の性暴力被害者支援に関する看護教育プログラムの拡充	104
2. 看護職が代理受傷に陥らないための支援体制の構築	106
3. 被害を隠して受診する性暴力被害女性のための医療機関の環境整備	107
4. 医療機関で提供し得る支援内容の発信	108
D. 研究方法に関する検討	108
E. 研究の強みと限界	109
第VI章 結論	110
謝辞	112
引用文献	114

表 目 次

表 1	研究協力者の概要	32
表 2	被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケアの コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリ一覧	34
表 3	被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケアの コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリに該当するケース	69

図 目 次

図 1	被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア	82
-----	---------------------------------	----

第 I 章 序論

A. 研究背景

性暴力被害は他者に相談しにくく、顔見知りによる被害が多い。「男女間における暴力に関する調査」(内閣府男女共同参画局, 2018a)によると、相手の性別を問わず無理やり(暴力や脅迫を用いられたものに限らない)に性交等(性交、肛門性交、口腔性交)された経験がある女性は 7.8%であり、被害女性の 58.9%が被害を誰にも相談していない。相談しなかった理由(複数回答可)は「恥ずかしくて誰にも言えなかった(55.4%)」等であり、性暴力被害に遭遇したことを他者に相談しにくい現状が浮き彫りにされている。また、同調査によると、被害女性の加害者の性別は 93.6%が男性であり、加害者との関係(複数回答可)は、「配偶者・元配偶者(26.2%)」等であり、まったく知らない者から被害を受けた女性は 11.3%しかいない。この顔見知りによる加害であったことが被害者に顔見知りによる被害は性暴力被害として他者に信じてもらえない、自分さえ我慢すれば人間関係を壊すことなくこれまで通りの生活を維持できるとの気持ちを抱かせ、被害を他者に相談しにくくさせている要因の一つではないかと考える。

このような性暴力被害者の状況を鑑み、第 2 次犯罪被害者等基本計画(平成 23 年 3 月 25 日閣議決定)に、被害直後からの産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法的支援等の総合的な支援を可能な限り一か所で提供する性暴力被害者のためのワンストップ支援センター(以下「支援センター」とする)設置促進のための施策が提示された。内閣府は支援センターの設置促進のため「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(以下「手引」とする)」を作成し(内閣府犯罪被害者等施策推進室, 2012)、核となる 2 つの機能を提示した。1 つは、電話・来所による相談に応じること、被害者の状態・状況・ニーズを把握し、必要な支援を行っている関係機関・団体等に確実につないで支援をコーディネートする「①支援のコーディネート・相談」であり、もう 1 つは、主に急性期の性犯罪・性暴力被害者に必要な産婦人科医療における救急医療、継続的な医療及び証拠採取等を提供する「②産婦人科医療」である。

この支援センター設置は国の後押しを受けて急速に進められた。この動きを更に推し進めることとして、2017 年 6 月 23 日、制定以来 110 年振りの性犯罪に関する刑法改正があり、強姦罪の対象であった性暴力が、被害者の性別が問われなくなり、膣性交のみだった態様が肛門性交、口腔性交にも拡大された。このように法律で保護されるべき性暴力被害者の定義が広がったことから、性暴力被害者支援は今後も推し進められていくことが予測できる。日本初の支援センターは、2010 年 4 月に設置された SACHICO であるが(加藤, 2010)、およそ 8 年が経過した 2018 年 10 月 2 日現在、行政が関与する支援センターは 47 都道府県 47 か所であり、すべての都道府県に設置された(内閣府男女共同参画局, 2018b)。この設置数について国連経済社会局女性の地位向上部(2009/2011)は、「女性 20 万人につき 1 か所のレイプ・クライシスセンターを設置」と提言している。この提言に基づく日本に必要な支援センターはおよそ 325 か所必要となり、支援に

必要なセンターは全く足りておらず、性暴力被害者に十分な支援はまだまだ行き届いていないと考える。

実際、全都道府県に設置されようとしている一方で、活動内容に差異があり、被害直後に例えば緊急避妊薬や証拠採取等を求めて来所した性暴力被害女性に対しタイムリーに対応できる支援センターが少ない現状が示されている（日本弁護士連合会，2017）。このことは、性暴力被害女性が被害直後に必要な医療的支援を受けられていないことの現れと考える。

医療機関は、被害直後の性暴力被害女性に対し、身体面、心理面、社会面への対応が求められている。身体面は、内外性器の診察、外傷等の治療、緊急避妊、性感染症検査／治療薬処方（佐々木，2013，2015）だけでなく、被害直後では難しい妊娠判定や人工妊娠中絶、複数回必要となる性感染症検査／治療、負傷状況によっては継続的な経過観察や治療が必要となることから継続的な医療を提供する必要もある（内閣府犯罪被害者等施策推進室，2012；佐々木，2013，2015）。また性暴力被害女性の身体には、加害者を特定できる証拠が残っている可能性があるため、被害者本人の意思を尊重しながら、被害者の負担軽減を図りつつ、適切に証拠を採取し、警察へ提出するなどの役割がある（家吉，2013，2016；佐々木，2013，2015；角田，2013b）。心理面は、性暴力被害直後に生じやすい精神的症状として急性ストレス障害（Acute Stress Disorder、以下「ASD」）があり（小西，2006a；佐々木，2013，2015；白川，2001，2013）、ASD特有の症状である解離症状に気をつけ、相手が理解しているか確認しながらゆっくり話すなどの対応が求められる（小西，2006a）。さらに、レイプなどの犯罪被害者は自然災害被災者より PTSD 発症率が高く（Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995）、レイプ被害者は他の種類の犯罪被害者より高い割合で PTSD の持続が認められていることから（Breslau, Davis, & Andesski, 1991）、中長期にわたり性暴力被害者を精神的に支援する精神科や支援団体につなぐ対応も必要となる（内閣府犯罪被害者等施策推進室，2012）。社会面は、性暴力は被害者に医療費負担および生活基盤の損失を生じさせ得ることから（阿部，1995；家吉，2013，2016；板垣，2000；松山，2001；内閣府男女共同参画局，2018a）、公的負担制度に関する知識をもって対応すること、中長期にわたり性暴力被害者をサポートする支援団体などに支援をつなげる努力が求められる。

このように被害直後の性暴力被害女性に対し医療機関が担う役割は重要であり、医師に対しては日本産婦人科医会が「産婦人科における性暴力被害者対応マニュアル（2008）（以下、マニュアル）」「性犯罪被害者診療チェックリスト（2011）（以下、チェックリスト）」を作成し、性暴力被害者に適切に必要な診療を行えるよう対策を取っている。一方で、性暴力被害経験を出版した女性たちの書物の中に産婦人科医師による不快な対応経験が述べられており（Fisher, 2014／2015；伊藤，2017；小林，2008）、これらの対策が功を奏しているかは不明である。実際、マニュアルやチェックリストが提示された以降に実施された調査（福本，岩脇，松岡，2015；福本，岩脇，松岡，岩破，2017）により、性暴力被害女性が被害後初診で受診した産婦人科医療機関において、適切に必要な医療が提供されていない実態が報告されている。

医療機関を受診した性暴力被害女性が最初に出会うのが看護職であることは少なく、健康支援を専門とする看護職が担う役割は重要である。北米を中心とした海外では、1970年代から性暴力被害者をケアする SANE の養成が開始され、1995年には米国看護協会に特定専門領域として承認されたフォレンジック看護学の1分野を担う看護職として位置づけられている(Ledray, 1994, 1999; Lynch, 2011a; Zalon, Constantino, & Crane, 2013)。SANE は「性的暴行や性的虐待にあった患者への法医学検査とフォレンジック看護について特化した教育を修了し、臨床実践への準備を整えている登録看護師 (registered nurse)」と定義され (International Association of Forensic Nurses (以下「IAFN」とする), n.d.)、SANE の教育は、IAFN の SANE 教育ガイドライン (IAFN, 2018) に沿って行われている。そして、ケアの質を維持するために認定試験が IAFN により行われている (Margarete, Rose, & Patricia, 2013)。このように海外では、SANE による性暴力被害者に適切なケア提供をし得るための制度が整えられてきている。

一方、日本においては 2000 年、NPO 法人「女性の安全と健康のための支援教育センター」がカナダ・ブリティッシュコロンビア州「BC 州女性健康センター」が実施する講座を参考に SANE 養成講座が開始された。この養成講座は、初年度以降毎年開催され、2016 年現在およそ 380 人の SANE が輩出されている(加納, 三隅, 2016)。この SANE 養成講座は毎年講義内容が見直され(加納, 2013)、2013 年度からはフォレンジック看護に関する内容が講義に取り入れられた(女性と安全のための支援教育センター, 2013)。また、SANE 養成講座は東京開催のみであったが、2014 年から名古屋においても毎年開催されるようになり、フォレンジック看護に関する講義も取り入れられている(日本フォレンジック看護学会, n.d.)。さらに 2016 年 4 月、国会が「医師の指示の下で子宮頸がん検査のために腔内から細胞採取を施行することは診療の補助に該当し、看護師が当該行為を業として行うことは可能である」という法令上の解釈を示したことから(参議院, 2016)、今後、日本の看護職が性感染症検査や証拠採取のための腔内細胞採取を行う可能性も生じてきている。加えて医療機関には、被害者本人の意思を尊重しながら、被害者の負担軽減を図りつつ、適切に証拠を採取し、警察へ提出するなどの役割があることから(家吉, 2013, 2016; 佐々木, 2013, 2015; 角田, 2013b)、SANE 養成講座等において被害直後における証拠採取に関する看護ケアを教示することは重要と考える。しかし、被害直後に緊急避妊を希望して医療機関を受診する性暴力被害女性がいるという差し迫った現実があり(伊藤, 2017; Fisher, 2014/2015; 長江, 2017)、被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケアがほとんど明らかになってない現状では、性暴力被害女性が医療機関に求めている妊娠を防ぐことを中心に据えた看護ケアを早急に明らかにし、被害女性のニーズに合った看護ケアを提供できる看護職を養成することが喫緊の課題と考える。

被害直後の性暴力被害者に対する看護ケアについては、DVD「性暴力被害にあった人への急性期看護ケア」(女性の安全と健康のための支援教育センター, 2010) およびテキスト「フォレンジック看護 性暴力被害者支援の基本から実践まで」に解説されている(家吉, 2016)。DVD もテキストも、性暴力被害者にほとんど対

応したことがない看護職にとっては、看護職がやり得ることをイメージしやすい教材となっている。また近年、「性暴力被害者支援センター北海道（通称 SACRACH）（以下 SACRACH とする）」、「京都性暴力被害者ワンストップ相談支援センター（通称京都 SARA）（以下京都 SARA とする）」、SATOCO のように看護職を対象とした独自の研修を開催している支援センターもある（内閣府男女共同参画局，2016；2017a；2017b）。しかし、これらに提示された看護ケアが性暴力被害女性にとって必要で十分なケアであるかは明らかではない。したがって、被害直後の性暴力被害女性への看護ケアの質を担保するためには、臨床で実際に看護職が提供しているケアを抽出し、被害女性に必要なとされるケアを示し、その有効性を明らかにする必要がある。

臨床で実際に看護職が提供しているケアは福本（2019）が示している。福本（2019）は、これまで看護職が実際に提供しているケア内容が具現化されていないことを鑑み（福本ら，2015；福本，岩脇，松岡，北島，2014）、被害直後に産婦人科医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に臨床で実際に提供されている看護ケアを半構造化面接調査にて検討し、10 のケアを明らかにした。中でも《安心できる空間をつくる》《傷つきに配慮する》《安全に内診を受けることができるようサポートする》は安全・安心を、《主体は本人であるという姿勢を示す》は主体性を取り戻すことを心掛けたケアであり、これらは性暴力被害女性の回復に必要なとされており（Herman, 1992／1999）、性暴力被害女性の回復を促すことを目指したケアといえる。しかし、福本（2019）には 2 つの限界があった。1 つは、データ収集期間（2014 年 12 月～2015 年 3 月）が支援センター設置拡大の萌芽期にあり、調査開始時期（2014 年 12 月）に行政が関与している支援センターは 14 都道府県 14 か所であったことから、研究協力者の中に支援センターと連携する産婦人科医療機関における対応経験が「ある看護職」と「ない看護職」が混在したことである。2018 年 10 月 2 日現在、行政が関与する支援センター数は 47 都道府県 47 か所（内閣府男女共同参画局，2018b）とおおよそ 3 倍となり、性暴力被害女性に対応した経験のある看護職も増えていることが予測できる。しかし、支援センターと連携している医療機関において実際に提供されている看護ケアはほとんど検討されていない。もう 1 つは、性暴力被害女性に「看護職が行ったこと」という対応の実態を明らかにすることに主眼を置いたため、「なぜそのケアを行ったのか」というケアの必要性を十分に検討できていないことである。ケアの必要性を明らかにするためには、例えばケースが未成年か成人かによって提供するケア内容が異なることが予測されるため、個人情報保護に十分留意した上で可能な範囲でケースを特定し、再度面接調査を実施する必要があると考える。

B. 研究目的

本研究の目的は、看護職が被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供しているケアを明らかにし、必要とされる看護ケアを検討することである。

C. 研究の意義

被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して看護職が実際に提供しているケアを明らかにすることは、実際の臨床現場で活かせる看護ケアを確立するための基礎資料となる。また、国の施策により支援センター設置が全国に急速に進められていることから、被害直後に医療機関を受診した性暴力被害女性への適切なケアができる看護職はますます必要になってくる。得られた資料を基に教育プログラムを開発し、全国に広がる医療機関における看護ケアの質の向上に貢献することができる。

D. 用語の定義

1. 性暴力

本研究は、性暴力を「女性の意思に反し、陰茎を含む物を女性の身体内（膣、肛門、口腔）に強制的に挿入すること」と定義する。性暴力被害者の性別を女性に限定したのは、被害直後に緊急避妊を希望して医療機関を受診する性暴力被害女性がいるという差し迫った現実があるからである（Fisher, 2014／2015; 伊藤, 2017; 長江, 2017）。被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケアがほとんど明らかになっていない現状では、性暴力被害女性が医療機関に求めている妊娠を防ぐことを中心に据えた看護ケアを早急に明らかにすることが優先されるべきと考える。そして、性暴力の態様を妊娠を成立させ得る膣性交のみと限定しなかったのは、陰茎を含む物を女性の身体内（膣、肛門、口腔）に強制的に挿入する行為も女性の身体に侵襲を加える性暴力と考えるからである。また、意思に反して同意のない性行為を強要されたことによる性暴力被害女性の心の傷の深刻さを可視化するため、性暴力が「被害女性の意思に反した強制的な行為」であることを定義の中に明示した。

2. 被害直後

本研究は、被害直後を「被害後 2 週間以内」と定義する。このように定義することは、手引が支援センターの主な支援対象を「被害に遭ってから 1～2 週間程度の急性期の被害者」としていることと矛盾しない。

性暴力被害女性は、被害後 72 時間以内に緊急避妊薬であるレボノルゲストレルを 1 回服用する、あるいは、被害後 120 時間以内に医療機関において銅付加子宮内避妊具（Cu-IUD）を挿入されることにより、高い確率で妊娠を予防できる（日本産婦人科医会, 2016）。しかし、受診を躊躇し、被害後 72～120 時間以内に受診できない場合もあり、この被害後 72～120 時間以内に受診できなかった性暴力被害女性へのケアも検討する必要がある。そして被害直後を仮に「被害後 1 週間以内」と定義すると、被害後 72～120 時間以内に受診できなかった性暴力被害女性とは被害後 6～7 日目に受診した者だけとなり、ケースが少なく、ケアを十分に抽出できない恐れがある。したがって本研究は、被害直後を「被害後 2 週間以内」と定義する。

第Ⅱ章 文献検討

A. 性暴力とは

暴力問題について世界の 160 人を超える専門家によって初めて包括的にレビューされた世界保健機構（WHO）の「世界の暴力と健康レポート」（2002）は、性暴力を「家庭、仕事場を含むあらゆる環境において、被害者との関係にかかわらず、個人のセクシャリティに反するあらゆる性行為、性行為をする試み、望まない性的発言、性的言い寄り（sexual advances）、売買の行為を、強制するあるいは強制されること。（p.149）」と定義している。すなわち WHO（2002）が定義する性暴力は、人の意思に反するものであり、人や場所に関係なく起こり得るものであり、性行為に限定されず売買や性的発言なども含むものである。

一方、国内に目を転ずると、2017 年 6 月 23 日、制定以来 110 年振りの性犯罪に関する刑法改正により「強姦罪（暴行又は脅迫を用いて十三歳以上の女子を姦淫した者は、強姦の罪とし、…（略）…）」が「強制性交等罪（十三歳以上の者に対し、暴行又は脅迫を用いて性交、肛門性交又は口腔性交（以下「性交等」という。）をしたものは、強制性交等の罪とし、…（略）…）」に改称され、「強姦罪」では「女子を姦淫した」が「強制性交等罪」では「性別を問わず、人に対し性交、肛門性交又は口腔性交をした」に改められ、これまで「強制わいせつ罪（十三歳以上の者に対し、暴行又は脅迫を用いてわいせつな行為をした者は、…（略）…）」として処罰されていた肛門性交および口腔性交も「強制性交等罪」に含まれた（警察庁，2017）。すなわち、強姦罪の対象となる性暴力が、「暴行又は脅迫を用いた」という被害者の意思に反した性行為であることは改正前後で変わりはないが、「強制性交等罪」では被害者の性別が問われなくなり、膣性交のみだった態様が肛門性交、口腔性交にも拡大された。WHO（2002）による性暴力の定義と比較すると、人の意思に反するものであること、被害者の性別を問わない点は同じであるが、性暴力を性行為（膣性交、肛門性交、口腔性交）に限定している点で異なる。このように「強制性交等罪」で処罰される性暴力の態様は WHO（2002）の定義より狭いものの、長年に渡り「強姦罪」が性暴力を女性への姦淫（膣性交）に限定していることが性暴力被害の実態を反映していない元凶であると批判されてきたことを鑑みると（角田，1991，2001，2013a；東京・強姦救援センター，1990）、ようやく日本においても世界の潮流および性暴力被害の実態に近づいた法律の改正がなされたといえる。

法律上は性暴力被害者の性別を問わなくなったものの、被害者の多くは女性である。「男女間における暴力に関する調査」（内閣府男女共同参画局，2018a）によると、被害経験のある女性は 7.8%、男性は 1.5%であり、女性は男性のおよそ 5 倍となっていることが、性暴力被害が男性より女性に起こりやすいことを示している。性暴力の中でも強姦は、被害女性に生殖器および生殖器以外の外傷、妊娠の恐れ、性感染症罹患の恐れといった身体への損傷を与え得るものであり、実際に緊急避妊を希望して被害直後に医療機関を受診する被害女性の存在が報告されている（Fisher，2014／2015；伊藤，2017；長江，2017）。被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケアがほとんど明らかになってない

現状では、性暴力被害女性が医療機関に求めている妊娠を防ぐことを中心に据えた看護ケアを早急に明らかにすることが優先されるべきと考える。しかし性暴力は陰茎が女性の膣内に強制的に挿入される強姦だけに限らない。陰茎を含む物を女性の身体内（膣、肛門、口腔）に強制的に挿入する行為も女性の身体に侵襲を加える性的行為であり、性暴力である。そして性暴力は、女性に身体だけでなく心にも深い傷を与える。この心の傷とは、強姦被害に遭遇した女性の経験を紐解くと、強姦により被害者自身が自己を「汚れてしまった」「傷物になった」「無価値な自分」「社会の異物」と認識させられ、この歪められた自己認識により長期にわたり苦悩させられ、築いてきた人間関係や地域社会への安全感や信頼感までもが失わされるといった深刻な影響を及ぼすものである（Fisher, 2014/2015；伊藤, 2017；小林, 2008, 2010；緑河, 1998；大藪, 2007；幸村, 2015）。本来、性行為は互いへの信頼関係を基本としたものである。しかし、性暴力は被害者の意思に反する性行為であり、意思に反して同意のない性行為を強要されたことが被害者の心の傷つきを深くするのである（佐々木, 2013；角田, 1991, 2001, 2013a）。意思に反して同意のない性行為を強要された性暴力被害女性の心の傷の深刻さを可視化するため、本研究の性暴力の定義には、性暴力が「女性の意思に反した強制的な行為」であることを明示する必要があると考える。したがって、本研究は、性暴力を「女性の意思に反し、陰茎を含む物を女性の身体内（膣、肛門、口腔）に強制的に挿入すること」と定義した。

B. 性暴力被害者の特性

性暴力被害者は他者に相談しにくい。「男女間における暴力に関する調査」（内閣府男女共同参画局, 2018a）によると、相手の性別を問わず、無理やり（暴力や脅迫を用いられたものに限らない）に性交等（性交、肛門性交、口腔性交）された経験がある女性は 7.8% であり、これら被害女性の 58.9% が被害を誰にも相談していない。被害女性が相談しなかった理由（複数回答可）は「恥ずかしくて誰にも言えなかった（55.4%）」「自分さえ我慢すれば、何とかこのままやっていると（27.7%）」「そのことについて思い出したくなかった（24.1%）」「相談するほどのことではないと思った（20.5%）」「相談してもむだだと思った（18.1%）」「自分にも悪いところがあると思った（16.9%）」「どこ（だれ）に相談してよいかわからなかった（16.9%）」等であり、性暴力被害に遭遇したことを他者に相談しにくい現状が浮き彫りにされている。

また性暴力被害者は顔見知りによる加害を受けることが多い。「男女間における暴力に関する調査」（内閣府男女共同参画局, 2018a）によると、被害女性の加害者の性別は 93.6% が男性である。そしてこの加害者との関係（複数回答可）は、「配偶者・元配偶者（26.2%）」「交際相手・元交際相手（24.8%）」「職場・アルバイトの関係者（14.9%）」「まったく知らない人（11.3%）」「通っていた（いる）学校・大学の関係者（5.7%）」「兄弟姉妹（義理も含む）（5.7%）」「職場・アルバイトの客（2.8%）」「SNS などインターネット上で知り合った人（2.8%）」「養親・継親又は親の交際相手（2.8%）」「親（養親・継親を除く）（2.1%）」「上記以外の親戚（2.1%）」「地域活動や習い事の関係者（2.1%）」「生活していた（いる）施設

の関係者（0.7%）」「その他（7.8%）」「無回答（5.7%）」であり、被害女性のうちまったく知らない加害者から被害を受けたのは11.3%しかおらず、大半は顔見知り男性による被害であった。性暴力被害者が顔見知りによる加害が多いという特性は実際の支援の現場からも報告されている。例えば、SACHICO 開設2ヶ月間における直近のレイプ被害者13名のうち12名が顔見知りによる被害であり（加藤，2010）、性暴力救援センター日赤なごみ（以下「なごみ」とする）開設後1年間の利用者のうち見知らぬ人による加害は全体の1割にすぎず（長江，2017）、性暴力救援センター・さが mirai（以下「さが mirai」とする）開設5年間では身内・友人・知人・職場関係者などの知人関係者による加害が少なくとも5割を超えている（原，2017）。この顔見知りによる加害であったことが被害者に「顔見知りによる被害は性暴力被害として他者に信じてもらえない」「自分さえ我慢すれば人間関係を壊すことなくこれまで通りの生活を維持できる」との気持ちを抱かせ、被害を他者に相談しにくくさせている要因の一つではないかと考える。そして、この性暴力被害は他者に相談しにくいという特性を鑑み、被害直後の性暴力被害者が相談しやすいワ支援センターが各都道府県に少なくとも1つ設置されることが国の施策として掲げられた。

C. 性暴力被害者のためのワンストップ支援センターとは

心身へのダメージが大きいにもかかわらず被害を他者に相談できず必要な支援を受けられない性暴力被害者の状況を鑑み、第2次犯罪被害者等基本計画（平成23年3月25日閣議決定）に、被害直後からの産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法的支援等の総合的な支援を可能な限り一か所で提供する性暴力被害者のための支援センター設置促進のための施策が提示された。国の施策により設置促進が進められることは、国が性暴力被害者を支援するという姿勢を示すことであり、さらに、支援センターが設置され被害直後の性暴力被害者がその支援を可能な限り一か所で提供されることは、これまで自力で支援先を探さなければならなかった性暴力被害者の心身の負担の軽減となる。そして内閣府は支援センターの設置促進のため手引を作成した（内閣府犯罪被害者等施策推進室，2012）。手引作成に関わった者は、内閣府、警察庁、厚生労働省、法務省、文科省の行政官だけでなく、実際に性暴力被害者支援を行っている産婦人科医師、看護職、精神科医師、弁護士、性暴力被害当事者、支援者である。手引はこのような支援の現場にいる人々の声を反映して作成されていることから、性暴力被害者にとって必要な支援が明記されたものとなっている。例えば手引は、支援センターの核となる2つの機能をあげている。1つは、電話・来所による相談に応じること、被害者の状態・状況・ニーズを把握し、必要な支援を行っている関係機関・団体等に確実につないで支援をコーディネートする「①支援のコーディネート・相談」であり、もう1つは、主に急性期の性犯罪・性暴力被害者に必要な産婦人科医療における救急医療、継続的な医療及び証拠採取等を提供する「②産婦人科医療」である。

また手引は、支援センターの形態について、この2つの機能の組み合わせによる3形態を説明している。1つ目は「①支援のコーディネート・相談」を担う相

談センターが「②産婦人科医療」を提供できる病院の中にあり①②の機能を一か所で提供する「A. 病院拠点型」である。2つ目は「②産婦人科医療」を提供できる病院から近い場所に「①支援のコーディネート・相談」を担う相談センターがありこの相談センターを拠点とする「B. 相談センター拠点型」である。3つ目は「①支援のコーディネート・相談」を担う相談センターと「②産婦人科医療」を提供できる複数の協力病院が連携することにより支援センターの核となる機能を担っていく「C. 相談センターを中心とした連携型」である。この3つの形態の中で内閣府は「A. 病院拠点型」「B. 相談センター拠点型」を望ましいとしている。しかし、地域によっては「A. 病院拠点型」「B. 相談センター拠点型」における病院や相談センターを確保することが難しいこともあり、1か所で支援を提供するという点では課題があるものの、地域で活用できる資源を使った「C. 相談センターを中心とした連携型」も含めて性暴力被害者支援を前進させたいと手引の中で述べている。

この支援センター設置は国の後押しを受けて急速に進められた。日本初の支援センターは、2010年4月に開設されたSACHICOであるが（加藤，2010）、2018年10月2日現在、行政が関与する支援センターは47都道府県47か所であり、すべての都道府県に設置された（内閣府男女共同参画局，2018b）。第4次男女共同参画基本計画（内閣府男女共同参画局，2015）には支援センター設置促進については具体的な施策が提言されており、行政が関与する支援センター設置数（2015年11月時点で25カ所）を2020年までに各都道府県に最低1か所とするという成果目標が掲げられていたが、この成果目標は予定より早く達成された。しかし、設置数について国連経済社会局女性の地位向上部（2009／2011）は、「女性20万人につき1か所のレイプ・クライシスセンターを設置」と提言している。平成31年10月1日現在、日本の女性の人口が64,756,000人であることから（総務省統計局，2020）、日本に必要なレイプ・クライシスセンターはおおよそ323か所となる。国連の提言を勘案すると、内閣府が設置目標を各都道府県に最低1か所としているのは少ない。内閣府は施策を財政的に支援するため、2017年度に「性犯罪・性暴力被害者支援交付金」を創設し、令和元年度2億1,000万円、令和2年度2億4,700万円を計上するなど（内閣府男女共同参画局，2020a）、支援センターの早期設置および運営の安定化に努めているところである。このように国による施策は急速に推し進められているものの、性暴力被害者に十分な支援はまだまだ行き届いていないと考える。

実際、全都道府県に支援センターが設置された一方で、活動内容に差異があり、被害直後に例えば緊急避妊薬や証拠採取等を求めて来所した性暴力被害女性に対しタイムリーに対応できる支援センターが少ない現状が報告されている。日本弁護士連合会（2017）の調査は、調査対象となった全国の支援センターおよび性暴力被害者のための支援センター合計44か所のうち「A. 病院拠点型」は7か所しかなく最も多い形態は「C. 相談センターを中心とした連携型」であること、24時間365日体制で常に電話相談のみならず面接相談まで行っているのは5か所しかないこと、証拠採取及び保管まで実施している産婦人科医療支援が行われているのは10か所程度しかない現状を浮き彫りにした。このことは、被害直後に医

療機関を受診した性暴力被害女性が必要な医療的支援を受けられていないことの現れと考える。

D. 被害直後の性暴力被害女性への医療機関の役割

1. 身体的被害と医療機関の役割

性暴力による身体的被害には、生殖器以外の挫傷、裂創、挫創や、後方陰唇小帯、小陰唇、処女膜、膣前庭窩といった生殖器における裂傷、擦過傷、打撲、発赤、腫脹がある。このような身体的被害を受けた性暴力被害女性は、性感染症、妊娠、骨盤痛、骨盤炎症、尿路感染症を発症し得る状態となる（Ledray, 2011 ; Pyrek, 2006 ; 佐々木, 2013, 2015 ; WHO, 2002）。したがって医療機関は、被害直後の性暴力被害女性に対し、内外性器の診察、外傷等の治療、緊急避妊、性感染症検査／治療薬処方などを行う（佐々木, 2013, 2015）。同時に、医療機関は、被害直後では妊娠判定が難しいこと、性感染症検査／治療は複数回にわたって行われるものであること、負傷状況によっては継続的な経過観察や治療が必要なこと、人工妊娠中絶手術が必要になることもあることから、被害直後だけでなく継続的な医療を提供する必要もある（内閣府犯罪被害者等施策推進室, 2012 ; 佐々木, 2013, 2015）。

また身体的被害を受けた性暴力被害女性の身体には、外傷、加害者の精液、唾液、頭髮、陰毛といった加害者を特定できる証拠が残っている可能性がある。したがって医療機関は、被害者本人の意思を尊重しながら、被害者の負担軽減を図りつつ、適切に証拠を採取し、警察へ提出するなどの役割がある（家吉, 2013, 2016 ; 佐々木, 2013, 2015 ; 角田, 2013b）。

2. 精神的被害と医療機関の役割

性暴力被害直後に生じやすい精神的症状に急性ストレス障害（Acute Stress Disorder、以下「ASD」）がある（小西, 2006a ; 佐々木, 2013, 2015 ; 白川, 2001, 2013）。ASD とは、トラウマティックな出来事の 4 週間以内に起こる急性期に生じるものをいい、ASD の症状は、PTSD の 3 症状（再体験、回避、覚醒の持続的高進）に解離症状が加わったものである。解離症状とは、(a)感覚の麻痺、感情の麻痺、(b)現実感の喪失、離人感、(c)心因性健忘である。(a)感覚の麻痺とは、ショックを受けたあと暑さや寒さをいっさい感じない、痛みを感じないこと、感情の麻痺とは、「ぼうっとして感情がわからない」などである。(b)現実感の喪失とは、「現実感がなくなって、自分がここにいるのかどうかわからない」などであり、離人感とは、自分が自分の体から離れてしまっているように感じる体験である。(c)心因性健忘とは、いわゆる記憶喪失であるが、頭を打ったり、頭を殴られたりして起こる健忘ではなく、精神的打撃によっておこる健忘に限る（小西, 2006a）。したがって医療機関は、性暴力被害者が被害直後に生じやすい、暑さや寒さや痛みを感じない、ぼうっとして感情がわからない、自分がここにいるかわからない、自分が自分の体から離れてしまっている感じ、記憶喪失といった解離症状に気をつけ、相手が理解しているか確認しながらゆっくり話すなどの対応が求められる（小西, 2006a）。

さらに、レイプなどの犯罪被害者は自然災害被災者より PTSD 発症率が高く (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995)、レイプ被害者は他の種類の犯罪被害者より高い割合で PTSD の持続が認められ (Breslau, Davis, & Andesski, 1991)、レイプ被害後の PTSD 発症率は 17%となっている (Kessler et al., 2017)。医療機関は、中長期にわたり性暴力被害者を精神的に支援する精神科や支援団体につなぐ対応も必要となる (内閣府犯罪被害者等施策推進室, 2012)。

3. 医療費負担および生活基盤の損失と医療機関の役割

性暴力は被害者に医療費負担を生じさせ得る。性暴力による医療費負担には、外傷の治療、性感染症検査／治療費、緊急避妊薬の費用、人工妊娠中絶費用、診断書費用などがある (家吉, 2013, 2016)。したがって医療機関は、性暴力被害者の経済的負担についても考慮し、公的負担制度に関する知識をもって対応する必要がある。平成 16 年に成立した犯罪被害者等基本法 13 条の趣旨をうけ、警察庁においては、平成 18 年度から、性犯罪被害者の緊急避妊等に要する経費 (初診料、診断書料、性感染症等の検査費用、人工妊娠中絶費用等を含む。) を都道府県警察に補助しており、都道府県警察では、同経費に係る公費負担制度を運用し、性犯罪被害者の精神的・経済的負担の軽減を図っている (警察庁, 2012)。この公費負担制度は都道府県ごとに差があることや (内閣府男女共同参画局, 2018b)、警察に通報しない場合は適用されないなど、被害による経済的負担を被害者が負う状況が残っていることから、改善の余地がある。

性暴力は被害者がこれまで培ってきた生活基盤の損失を生じさせ得る。例えば、治療のための通院および警察や弁護士に相談するために学校や職場などを休むこと、被害を受けた場所が自宅、学校、職場、通学／通勤途中であった場合、そこに行くことが苦痛となり転職、失業、休学、退学、引っ越しを迫られる場合もある (阿部, 1995; 板垣, 2000; 松山, 2001; 内閣府男女共同参画局, 2018a)。しかし実際、被害直後の急性期対応を主とする医療機関がこれらの支援を直接担うことは難しいため、医療機関は、中長期にわたり性暴力被害者をサポートする支援団体などに支援をつなげる努力が求められる。

E. 被害直後の性暴力被害女性への産婦人科医療機関における対応の現状

日本において性暴力被害経験について述べられた著書は殆どなかったところ、近年、自身の性暴力被害経験を名前と顔を公表した形で出版した女性たちがいる (Fisher, 2014/2015; 伊藤, 2017; 小林, 2008, 2010; 大藪, 2007)。その書物の中には、産婦人科医師による不快な対応経験が述べられた箇所がある。例えば、病院での診察を勧めた警察官と一緒に受診した女性に対し「これで避妊できるわけではないから。とりあえずの消毒だからね。」と繰り返し言う医師 (小林, 2008)、被害を申告できず隠して受診した女性に「いつ失敗されちゃったの?」と淡々と言い放ちパソコンの画面から顔も上げずに処方箋を打ち込む医師 (伊藤, 2017)、レイプ犯のこどもを宿すのではないかと恐怖を打ち明けた女性に対し「妊娠しているかどうかを判断するには早すぎる」と緊急避妊薬も処方しなかった医師 (Fisher, 2014/2015) といった対応である。また、家吉, 加納 (2018) は、

被害から 10～30 年が経過した性暴力被害女性 6 名を対象に半構造化面接調査を行い、被害女性にとって被害後に受診した産婦人科医療機関での受診体験は「耐え忍ぶ診察」「受身の診察」「傷つきをさらに深める診察対応」であり、不快なものであったことを示している。

医師に対しては日本産婦人科医会が「産婦人科における性暴力被害者対応マニュアル（2008）（以下、マニュアル）」「性犯罪被害者診療チェックリスト（2011）（以下、チェックリスト）」を作成し、性暴力被害者に適切で必要な診療を行えるよう対策が取られている。しかし、被害女性の体験を鑑みると、これらの対策が功を奏しているかは不明である。実際、マニュアルやチェックリストが提示された以降に実施された質問紙調査（福本ら，2015）では、対象となった産婦人科医師 103 名のうち「マニュアルを読んだことがある」63.6%、「チェックリストを読んだことがある」51.5%と 2 人に 1 人程度しか読まれておらず、適切で必要な医療が提供されていないことが読み取れる。また、産婦人科医師 11 名を対象とした面接調査（福本ら，2017）は、性暴力被害女性が被害後初診で訪れた産婦人科医療機関において対応にあたった医師個人の判断による性感染症および妊娠検査、性感染症治療薬および緊急避妊薬処方を受けている実態を明らかにした。具体的には、性感染症検査は「血液検査と膣分泌物検査」「クラミジアを含む膣分泌物検査」「一般細菌のみ」と医師によって検査内容が異なっており、妊娠検査も「尿と超音波で確認」「超音波で確認」「精子の有無を検査に出して確認」と医師によって検査方法が異なっていた。緊急避妊薬処方は、処方する医師の中でも「院内で服用を確認した」「服用確認はしなかった」といった服用を確認するか否かに違いがあった。産婦人科医療機関が被害直後に受診した性暴力被害女性に対し適切で必要な医療が提供できるよう早急に支援体制を整えることが求められる。

ところで現在、産婦人科医療機関における対応は主に医師が対応し看護職は医師の診療の補助を担っているが（福本ら，2015）、医療機関を受診した性暴力被害女性が最初に出会うのが看護職であることは少なくなく、健康支援を専門とする看護職が担う役割は重要である。看護職が担うこととして、産婦人科医師がやり得ていないことを協働して支援にあたる、看護職独自のケアを提供するなどが考えられ、看護職がやり得ることについては海外の動向を含めた検討が必要である。

F. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) とは

1. SANE の養成

海外では 1970 年代から北米を中心に性暴力被害者をケアする Sexual Assault Nurse Examiner（以下「SANE」とする）の養成が開始され、1995 年に米国看護協会に特定専門領域として承認されたフォレンジック看護学の 1 分野を担う看護職として既に活躍している（Ledray, 1994, 1999 ; Lynch, 2011b ; Zalon, Constantino, & Crane, 2013）。フォレンジック看護学は「トラウマを引き起こす事故・事件や不慮の死に対し、科学的調査においてヘルスケアから法医学の側面に応用する学問」と定義されており、フォレンジック看護のケア対象者には被

害者だけでなく加害者も含まれる (Lynch, 2011b)。またフォレンジック看護学の領域は大きく分けて 4 分野から成り立っている。その 4 分野とは、①触法精神障害者が法廷で裁かれる前に患者の精神状態をアセスメントし、加害者・被害者にかかわらず、状況に応じたケアの提供や保護をする Forensic Psychiatric Nursing、②法的知識と看護知識を持ち、刑法や民法で裁かれる触法精神障害者の治療や収容期間が適切か検討する役割と被害者やその家族を支援する Clinical Forensic Nurse と、加えて遺体を検視する Clinical Forensic Nurse Examiner、③法の下に裁かれ、刑務所内の病院で強制的な治療を受ける患者の看護やリハビリを専門に行う Forensic Correctional or Institutional Nursing、④性的暴力を受けた犯罪被害者を対象に必要な検査、処置、証拠採取、法廷用記録、精神的支援等を行う Sexual Assault Nurse Examiner である (山田, 2008)。すなわち SANE は④を担う看護職として位置づけられている。SANE は「性的暴行や性的虐待にあった患者への法医学検査とフォレンジック看護について特化した教育を修了し、臨床実践への準備を整えている登録看護師 (registered nurse)」と定義されている (International Association of Forensic Nurses (以下「IAFN」とする), n.d.)。

IAFN は、SANE になるための教育を受ける前提として、registered nurse (もしくは advanced practice) であり、高度なフィジカルアセスメント技術を必要とし、例えば救急救命や母子保健の領域で 2 年以上の臨床経験を条件としている (IAFN, n.d.)。SANE の教育は、IAFN の SANE 教育ガイドライン (IAFN, 2018) に沿って行われており、この SANE 教育ガイドラインには SANE として必要となる 11 の項目が提示されている。①フォレンジック看護と性暴力の概観、②被害者の反応と危機介入、③地域の団体との協働、④法医学に関連する聞き取り、⑤フィジカルアセスメントの実施とその査定、⑥法医学検体採取、⑦法医学撮影、⑧性感染症の検査と予防、⑨妊娠検査と予防、⑩帰宅とフォローアップ計画、⑪裁判所での証言と法的対応であり、これらの要素を身につけることが SANE に求められている。

さらに SANE は、思春期～成人期、小児期～思春期といった発達段階ごとの特徴を踏まえて適切なケア提供をなし得るために SANE-A (Sexual Assault Nurse Examiner-Adult/Adolescent) と SANE-P (Sexual Assault Nurse Examiner-Pediatric/Adolescent) に分けて養成されている。それだけでなく、ケアの質を維持するために、2002 年から SANE-A、2006 年から SANE-P の認定試験が IAFN により行われている (Margarete, Rose, & Patricia, 2013)。このように海外では、SANE による性暴力被害者に適切なケア提供をし得るための制度が整ってきている。

2. SANE、SART、SANE プログラム

SANE は、主に、性暴力対応チーム (Sexual Assault Response Team、以下「SART」とする) と連携して活動し、SART はその地域で確立された SANE プログラムと連携して運営されることが多い (Office for Victims of Crime, n.d.)。SART とは「性暴力に関する特別な訓練を受けた地域における専門家の連携体制

のことで、被害直後の介入、医療サービスの提供、証拠採取と加害者処罰をし、更なる犯罪を防止することを目指し、警察官、医療関係者、相談員、その他の支援者らが性暴力被害にあった当事者を取り巻く形でサービスが提供される仕組みである（山田，2011）。また、SANE プログラムとは「性暴力被害者の多様なニーズに対するケアを総合的に提供する構造化されたプログラム」である（長江，2013）。2016 年現在、SANE プログラムは世界に 800 以上あり、地域の特性に合わせて「病院基盤型プログラム」「地域基盤型プログラム」等が開発されている（Office for Victims of Crime, n.d.）。したがって、SANE によるケアは主にそれぞれの地域の特性に合わせて展開されている SANE プログラムの一部として提供されており、SANE は SART の一員として多種職連携の一翼を担っている。

G. 日本における性暴力被害者へケア提供できるための看護職に対する教育

日本では 2000 年、NPO 法人「女性の安全と健康のための支援教育センター」がカナダ・ブリティッシュコロンビア州「BC 州女性健康センター」が実施する講座を参考に SANE 養成講座を開始した。この養成講座は、初年度以降毎年開催され、2016 年現在およそ 380 人の SANE が輩出されている（加納，三隅，2016）。この SANE 養成講座の教育目標は 6 つあり、①性暴力の被害の実態を理解できる、②性暴力被害が個人に及ぼす影響を理解できる、③被害にあった人への支援の原則と基本が理解できる、④支援に必要な連携・協力について理解できる、⑤支援者の安全と健康を維持することができる、⑥支援を通して医療とケアの質の向上に貢献できるである（加納，三隅，2016）。これらの 6 つの教育目標から、日本の SANE 養成講座は、性暴力被害にあった人への適切な支援が出来る看護職を養成することを目的としている。

この SANE 養成講座は毎年講義内容が見直されていたところ（加納，2013）、2013 年度からフォレンジック看護に関する内容が講義に取り入れられた（女性と安全のための支援教育センター，2013）。そして、SANE 養成講座は東京開催のみであったが、2014 年から名古屋でも毎年開催されるようになり、初年度からフォレンジック看護に関する講義も取り入れられている（日本フォレンジック看護学会，n.d.）。また 2013 年から北海道では、講座名称は SANE 養成講座ではないが「性暴力被害者支援に関わる看護職養成講座」が開始され（林，小山，松本，滋野，2015）、2017 年度は SANET（Sexual Assault Nurse Evidence Taker：医師指導の下に性暴力被害者の膣内などから証拠を採取できる看護職）養成カリキュラムが加えられている（ゆいネット北海道，2017）。このように看護職養成講座に証拠採取を含めた講義が取り入れられている動きから、日本においても海外の SANE と同じく、被害直後の証拠採取に関するケアを重視した教育を受けた看護職が増えつつある現状といえる。さらに 2016 年 4 月、薬師寺みちよ参議院議員が国会に対し「看護師が行う業務の範囲に関する質問主意書」を提出し、国会は「医師の指示の下で子宮頸がん検査のために膣内から細胞採取を施行することは診療の補助に該当し、看護師が当該行為を業として行うことは可能であると考えられる。」という法令上の解釈を示した（参議院，2016）。この解釈により、看護職が子宮頸がん検査のために膣内の細胞採取を出来得る状況となったことから、今後、

日本の看護職が性感染症検査や証拠採取のための膣内細胞採取を行う可能性も生じている。このように看護職による膣内細胞採取の可能性が高まっていることや、医療機関には、被害者本人の意思を尊重しながら、被害者の負担軽減を図りつつ、適切に証拠を採取し、警察へ提出するなどの役割があることから（家吉，2013，2016；佐々木，2013，2015；角田，2013b）、SANE 養成講座等において被害直後における証拠採取に関する看護ケアを教示することは重要と考える。しかし、被害直後に緊急避妊を希望して医療機関を受診する性暴力被害女性がいるという差し迫った現実があり（Fisher，2014／2015；伊藤，2017；長江，2017）、被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケアがほとんど明らかになっていない現状では、性暴力被害女性が医療機関に求めている妊娠を防ぐことを中心に据えた看護ケアを早急に明らかにし、被害女性のニーズに合った看護ケアを提供できる看護職を養成することが喫緊の課題と考える。

被害直後の性暴力被害者に必要となる看護ケアについて「女性の安全と健康のための支援教育センター」は、DVD「性暴力被害にあった人への急性期看護ケア」を既に作成している（女性の安全と健康のための支援教育センター，2010）。これは、性暴力被害者を積極的に受け入れている実在の病院を舞台とし、そこで実際に支援活動をしている産婦人科医師および看護師などが出演者となり、被害直後の性暴力被害女性に対する来院してから帰宅するまでの看護ケアを、解説をまじえながらドラマ仕立てに展開した視覚教材である。収録内容は、①警察から産婦人科への被害者の診察依頼、②性犯罪の実態と二次被害、③被害にあった女性が診察を受けるまでの看護師・助産師によるケア、④医師による診察、⑤診察後と帰宅する際に提供するケア、である。内容は出演者たちがこれまで培ってきた経験を元に作成されたものと思われるが、性暴力被害女性にほとんど対応したことがない看護職にとっては、実際の臨床場面での看護職の動きがイメージしやすい教材となっている。

2016年に日本で初めて出版されたフォレンジック看護学のテキストにも、「急性期における医療機関での対応」の中に「2. 医療機関における対応・看護ケアの実際」の記述がある（家吉，2016）。具体的な記述内容は、「被害から医療機関受診までの流れ」「病院に来院してからの対応」「全身のフィジカルアセスメントと記録」「証拠採取について」「感染症の処方と検査等」「診察・検査等終了から帰宅まで」「診療のおわりに」であり、性暴力被害者へのケアだけでなくナースングポイントが解説されているため、DVD同様、性暴力被害者にほとんど対応したことがない看護職にとっては、看護職がやり得ることをイメージしやすい教材となっている。これらのDVDとテキストの存在は、性暴力被害者への看護ケアについて学んだことがない看護職が多い現状を鑑みると（片岡，堀内，2001；片岡，下谷，加納，大竹，2004；福本ら，2015）、看護職にとっては学びを得る機会をもたらしている。また近年、SACRACH、京都SARA、SATOCOのように看護職を対象とした独自の研修を開催している支援センターもある（内閣府男女共同参画局，2016；2017a；2017b）。しかし、これらの教育教材や研修に提示された看護ケアが性暴力被害女性にとって必要で十分なケアであるかは明らかにされていない。被害直後の性暴力被害女性への看護ケアの質を担保するには、臨床で実際

に看護職が提供しているケアを抽出し、ケアの有効性を示した上で看護職を教育する必要がある。

H. 日本における被害直後の性暴力被害者への看護職によるケア提供の実態

福本（2019）は、これまで看護職が実際に提供しているケア内容が具現化されていないことを鑑み（福本ら，2015；福本ら，2014）、性暴力被害女性への対応経験がある産婦人科に勤務する／していた看護職 15 名を対象とした半構造化面接調査を行い、被害後に初診で産婦人科医療機関を受診した強姦被害女性に看護職が実際に提供したケアを検討した。分析の結果、看護職のケアとして《病院に受け入れる準備をする》《安心できる空間をつくる》《今置かれている状況を把握する》《主体は本人であるという姿勢を示す》《傷つきに配慮する》《円滑に診察できるよう動く》《診察の介助をする》《安全に内診を受けることができるようサポートする》《健康被害を最小限にする》《ケアをつなぐ》の 10 カテゴリが抽出された。特に《安心できる空間をつくる》《傷つきに配慮する》《安全に内診を受けることができるようサポートする》は安全・安心を、《主体は本人であるという姿勢を示す》は主体性を取り戻すことを心掛けたケアであり、これらは性暴力被害女性の回復に必要とされており（Herman, 1992/1999）、性暴力被害女性の回復を目指したケアといえる。

しかし、福本（2019）には 2 つの限界があった。1 つは、データ収集期間（2014 年 12 月～2015 年 3 月）が支援センター設置拡大の萌芽期にあり、調査開始時期（2014 年 12 月）に行政が関与している支援センターは 14 都道府県 14 か所であったことから、研究協力者の中に支援センターと連携する産婦人科医療機関における対応経験がある看護職とない看護職が混在したことである。2018 年 10 月 2 日現在、行政が関与する支援センター数は 47 都道府県 47 か所（内閣府男女共同参画局，2018b）とおおよそ 3 倍となり、性暴力被害女性に対応した経験のある看護職は増えていることが予測できる。しかし、支援センターと連携している医療機関において実際に提供されている看護ケアはこれまでほとんど検討されていない。もう 1 つは、性暴力被害女性に「看護職が行ったこと」という対応の実態を明らかにすることに主眼を置いたため、「なぜそのケアを行ったのか」というケアの意図性を十分に検討できていないことである。ケアの意図性を明らかにするためには、例えばケースが未成年か成人かによって提供するケア内容が異なることが予測されるため、個人情報保護に十分留意した上で可能な範囲でケースを特定し、再度面接調査を実施する必要があると考える。

第三章 研究方法

A. 研究デザイン

1. 本研究の研究デザイン

本研究は、Streubert & Carpenter (2011) が提示した質的研究の 6 つの前提や特徴を理論的視点とし、被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性への看護ケアというこれまでほとんど明らかにされていない現象を率直に記述し、必要とされる看護ケアを検討することを目的としているため、質的記述的研究を用いた。

2. 質的記述的研究の理論的視点

質的記述的研究の理論的視点について、Sandelowski (2000, p.337) は次のように説明する。質的記述的研究は、既存の理論や哲学とのかかわり合いによって妨害されることが最も少ない研究デザインである。質的記述的研究を行う研究者は、現象学、グラウンデッド・セオリー、エスノグラフィー、ナラティブ研究のような特有の学問的伝統から生じた特定の方法的枠組みをもたない。しかし、このことは質的記述的研究がよって立つ理論的／哲学的志向がないということではない。質的記述的研究は、自然主義的探究の一般的な教えに基づいている、という。

そして Streubert & Carpenter (2011, pp.20-23) は、質的研究には、量的研究と区別される 6 つの前提や特徴があるという。北と谷津 (2009, p.32) は、この 6 つの前提や特徴について、質的記述的研究を行う研究者がどのように研究対象となる現象を捉えるのか、あるいはそれらの現象にアプローチするのかといった現象の見方や接近法について研究者の前提を示したものであるとし、質的記述的研究を独自の理論的パースペクティブを有する「研究デザイン」の 1 つとして考える根拠としている。またグレッグ (2007, p.55) も、研究者が質的記述的研究を用いるためにはこの 6 つの前提を受け入れるべきだと主張している。そこで、本研究が Streubert & Carpenter (2011) が提示した質的研究の 6 つの前提や特徴を基盤とし得るかについて検討した。なお、Grove, Burns, & Gray (2013/2015) において、「perspective」が「視点」と翻訳されていること (p.266/p.238)、北と谷津 (2009) においても、「理論的パースペクティブ」が「研究者の考え方 (視点)」と説明されていることから (p.14)、本研究では、北と谷津 (2009) が用いる「パースペクティブ」という用語を「視点」と同意と捉えた。

1) 現実は複数あるという前提

質的研究では、1 つの現実や唯一の真実を探し求めるのではなく、普遍的な 1 つの真実が存在するのではないという考え方で物事を探求する。本研究では、性暴力被害女性が医療機関を受診する時点で経緯に違いがあるだけでなく (福本, 2019; 家吉, 2016)、年齢、属性、性暴力被害の態様、加害者との関係、被害から医療機関受診までの時間、同行者の有無といった違いがあることが予測できた。また看護職側にもこれまでの臨床経験や性暴力に関する知識、考えに違いがあり、

さらに支援センターと一言で表しても形態や看護職を対象とした研修の有無といった違いがあることから、提供し得るケアに差異があることが予測できた。したがって本研究は、現実には複数あるという前提で研究を進める必要があった。

2) 研究する現象を理解するためのアプローチを明らかにすることへのコミットメント

質的研究者は、現象に関する問題に取り組むにあたり、その研究疑問に答えるのにふさわしい方法やアプローチを明らかにする責任がある。本研究は、被害直後に医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対し看護職が実際に提供している看護ケアという現象を明らかにすることを目的とした。この目的を達成するために、性暴力被害女性を対象とし面接調査を行うことによって、彼女たちが受けた看護ケアを明らかにすることも可能と考えた。この方法は、性暴力被害女性から自身の受けた看護ケアの評価を得ることもできるので、方法としてはふさわしい。しかし、面接調査を受ける性暴力被害女性の心身の負担とその負担が生じた時の対応を考慮すると、調査実施は現実的に非常に困難であった。この調査実施の困難性だけでなく、性暴力被害女性が受けた看護ケアを評価すること自体が現状ではまだ難しいのではないかと考えた。現在、産婦人科医療機関における対応は主に医師が対応し看護職は医師の診療の補助を担っており（福本ら，2015）、多くの看護職が性暴力被害女性への看護ケアに関する講義を受けたことがないことから（福本ら，2015；片岡，堀内，2001）、主体的に看護職が性暴力被害女性へケアし得る状況にある医療機関は少なく、したがって、看護職によってケアを受けたと感じている性暴力被害女性も少ないことが推測されたからである。既に福本（2019）は看護職を対象と面接調査を実施し、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に対し看護職が実際に提供している看護ケアを提示出来た。したがって本研究でも、研究する現象を理解するためのアプローチとしては、看護職を対象とした面接調査によって可能と考えた。支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性へ提供された看護ケアという多様な現象を把握するため、研究協力者となる看護職は、支援センターの相談センター責任者の紹介を受けた看護職とした（合目的的サンプリング）。責任者は本研究の研究協力者としての能力がある看護職を選定できる立場にあるからであった。面接調査は、性暴力被害女性のプライバシーが守られ、看護職がこれまで提供したケアを豊かに語るができるよう1対1の半構造化面接法にて行った。得られたデータは、看護職が実際に提供している看護ケアを読み手に率直に伝えやすくするため、質的記述的に分析した。面接調査で明らかになった看護ケアが性暴力被害女性に必要とされるケアかどうかを検討する方法は、先行文献との比較検討をすることによって可能と考えた。今後、性暴力被害女性への看護ケアに関する講義を受けた看護職が増え、現在よりも看護職が主体的にケアできるようになった暁には、性暴力被害女性の心身の負担を考慮した上で面接調査を実施し、看護ケアの評価をする予定である。

3) 研究参加者の見方へのコミットメント

質的研究者は、研究者にとってではなく、研究参加者にとっての事実の見方を理解しようとするのが求められる。本研究は、被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対し看護職が実際に提供している看護ケアを明らかにすることを目的とした。具体的には、性暴力被害女性を病院に受け入れる時点から帰宅時までといった看護職が時系列に沿って提供したケアの抽出を試みた。したがって、研究者が看護職の事実の見方を理解することが前提となっていた。

4) 関心ある現象の自然な文脈を破壊するのを最小限にする方法で探求する

質的研究者には、自然な環境を乱すのを最小限にするような仕方で研究に取り組むことが望まれる。上記3)で述べたように、本研究は時系列に沿った看護ケアの抽出を試みた。したがって、研究者は自然な文脈を破壊することを最小限にするという努力が前提となっていた。

5) 研究のなかで研究者の参加を意識すること

質的研究では、研究者自身が測定用具であることを理解し、研究者の主観によるバイアスを免れて行われる研究は存在しないという事実を受け入れることが必要となる。研究者が現象をどのように捉え、現象にどのような影響を与えているかについて自覚的であればあるほど、それを忠実に記述することが可能となる。本研究は、研究者が測定用具であることを理解しながらも現象を忠実に記述するため、データ分析において看護職の考えや価値観を意識しながら「看護職が行ったこと」を忠実に拾い上げる作業をすることを前提としていた。

6) 研究参加者の言葉を用いた濃厚な記述によって現象の理解を伝えること

研究参加者の経験を研究参加者の視点に立って報告したものが質的研究における結果（発見）である。本研究は、看護職の言葉（語り）を用いた濃厚な記述を結果に記載することによって、看護ケアを読み手に伝えることを可能とし得るという特徴があった。

以上の検討により、本研究には、**Streubert & Carpenter (2011)** が提示した質的研究の6つの前提や特徴が含まれていることが示された。そして質的研究の中でも適切な研究デザインとしては、本研究はこれまでほとんど明らかにされていない被害直後の性暴力被害女性への看護ケアを明らかにするという現象を、解釈的ではなく率直に記述することを目的としていることから、質的記述的研究とした。

B. 研究協力者

1. 本研究の研究協力者

本研究の研究協力者は、支援センターと連携する医療機関において面接調査依頼時から過去 1 年以内に性暴力被害女性の対応経験が 1 例以上ある看護職とした。

2. 研究協力者の選定条件

1) 本研究の対象となる支援センターの選定条件

本研究が被害直後に医療機関を初診で受診した性暴力被害女性への看護ケアを明らかにすることを目的としていることから、本研究の対象となる支援センターの条件は産婦人科医療を提供できる機能を有していることとした。内閣府が公表している行政が関与する支援センターは（内閣府男女共同参画局，2018b）、支援センターの核となる機能「②産婦人科医療」を提供できる形態であると考えることができ、2018 年 10 月 2 日現在、47 都道府県 47 か所あった。そして支援センターには行政が関与していないところもあるところ（日本弁護士連合会，2017）、広く支援センターにおける看護職のケアを検討するため、本研究では行政が関与する以外の支援センターも含めることとし、その選定には日弁連（2017）が調査対象とした支援センターを参考にした（日本弁護士連合会，2017，pp.140-141）。日弁連（2017）が調査対象とした支援センターで、行政が関与する支援センター一覧（内閣府男女共同参画局，2018b）に含まれず、産婦人科医療を提供できる機能を有しているのは、なごみ（性暴力救援センター日赤なごや「なごみ」，n.d.）、性暴力被害者支援センター・ひょうご（以下「ひょうご」とする）（性暴力被害者支援センター・ひょうご，n.d.）、しまね性暴力被害者支援センターさひめ（以下「さひめ」とする）（しまね性暴力被害者支援センターさひめ，n.d.）である。すなわち本研究の対象となる支援センターは 47 都道府県 50 か所であった（資料 1）。

2) 本研究の対象となる看護職の選定条件

本研究の対象となる看護職の条件を面接調査依頼時から過去 1 年以内の対応経験があったとした理由は、本研究が経験という記憶の想起を必要とするからであった。ケースの時期については記憶を重視し最も直近に対応したケースに限定することも考えられたが、その場合、直近のケースへの看護ケアが豊かではなく看護職が語りにくくなる可能性があった。したがって、ケースの時期を面接調査依頼時から過去 1 年以内との幅をもたせることによって、看護職が提供したケアについて語りやすいケースを選べるようにした。また看護職の経験例数を 1 例以上とした理由は、支援センターと連携する医療機関においてケア提供したことがある看護職が増えていることが予測されるものの、飛躍的に増えているとまでは断定できない現状があるからであった。例えば SARC 東京は、平均すると 1 年間で 1 施設 1 人の来所があるか否かの状況であり（日本弁護士連合会，2017）、なごみは、平均すると 1 年間で 1 人の SANE あたり 2～3 例しか受け持っていない計算となる（長江，2017）。したがって、対応経験を、例えば 5 例以上とすると研究協

力者を得られにくくなる可能性があるため、1 例以上とした。

C. 研究協力者数

研究協力者数を 40～50 名とした。本研究は、被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性への看護ケアというこれまでほとんど明らかにされていない現象を率直に記述し、必要とされる看護ケアを検討することを目的としていた。この目的を達成するためには多様な看護ケアを収集することが必要となる。多様性が最大となるサンプリングには maximum variation sampling があるが (Patton, 1990 ; Sandelowski, 1995)、幅広い経験を集めるためには 40～50 人を注意深く選択することが推奨されている (Ziebland & Mcpherson, 2006)。したがって、本研究では研究協力者数を 40～50 名とした。

D. データ収集の方法

1. 研究協力者となる看護職の選定方法

研究協力者となる看護職は、支援センターの相談センター責任者（以下「責任者」とする）の紹介を受けた看護職とした。相談センターは、支援センターと連携している産婦人科医療機関と性暴力被害女性の受診の可否について調整する役割があるため、どの医療機関に本研究の研究協力者として適切な看護職がいるかの把握が可能だからである。

2. 研究協力者となる看護職の選定手順

研究協力者となる看護職の選定は、開設時期が早い支援センターの当該責任者から順に依頼した。多様な看護ケアを明らかにするためには対応件数が多い支援センターを研究対象とすることが望ましく、多くの症例に対応しているのは開設時期がより早い支援センターであると推測できるからである。そして症例数が多いだけでなく、支援センターが多様であることも望ましく、この多様性として「A. 病院拠点型」「C. 相談センターを中心とした連携型」といった形態の違いがある。責任者に依頼する研究協力者の人数は、責任者に過度な負担がかからないよう 3 名程度を限度としていたが、様々な形態を有する支援センターを研究対象とするため最初は 1 か所につき 1 名ずつ依頼し、研究者が支援センターの形態の多様性を把握できたと確信するまで続けた。さらに、研究協力者となる看護職が多様であることも望ましく、この多様性として例えばこれまでの対応経験数がある。したがって、責任者への看護職の選定依頼時は、看護職のこれまでの対応経験数が多様になるように依頼した。そして本研究が明らかにしたい現象には、被害直後の定義で述べたように、受診を躊躇し、被害後 72～120 時間以内に受診できなかった性暴力被害女性へのケアも含まれていた。したがって、可能ならば研究力者に被害後 72～120 時間以内に受診できなかった性暴力被害女性へ対応したことがある看護職が含まれるようにも依頼した。1 名の面接調査終了後、さらに 1～2 名程度の追加募集が必要となる場合は再度責任者に選定を依頼した。既にデータを得た責任者の所属する支援センターからはこれ以上のデータが得られないと判断した場合は、まだ依頼していない支援センターの責任者に順に依頼していった。

3. 責任者への研究協力依頼方法

責任者への研究協力者の選定依頼は、研究者が直接責任者と連絡を取り、責任者に直接口頭と相談センター責任者用研究協力依頼書（資料 2-1）を用いて行った。研究協力への同意が得られ、同意書（資料 2-2.3）に署名した相談センター責任者に看護職の紹介を依頼した。この方法を取るため事前に研究者は各支援センターに連絡し、当該責任者の氏名および連絡方法を確認した。研究者は責任者と直接連絡が取れた状態で、責任者宛に相談センター責任者用研究協力依頼書（資料 2-1）、同意書（資料 2-2.3）を郵送すること、到着する頃に再度こちらから連絡すること、調査協力が可能な場合は責任者を訪問し研究協力者選定を含めた研究実施に関する詳細な説明を行いたいことを伝えた。そして郵便物には、責任者が研究協力者選定の資料とするため、看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）も同封した。研究者が看護職に強制のない状態で面接調査に協力依頼する配慮を示すため、同意書（資料 3-2.3）、同意撤回書（資料 3-4）もあわせて同封した。なお、研究計画書では「面接調査」という用語を使用しているが、「面接調査」という用語は圧迫感を与える可能性があるため、資料では「インタビュー」という用語を使用した。

責任者の研究協力が得られそうな場合は、事前に調整した日時および場所にて、研究者は責任者を訪問した。そこで研究者は、看護職の選定条件に関する詳細な説明をし、看護職と研究者との連絡方法について相談した。この連絡方法は、看護職の個人情報の観点から、看護職から研究者に直接連絡する方法が望ましいと考えた。この方法をとるため、研究者は責任者に、責任者から看護職に連絡を取り、研究者に看護職を紹介することの了承を得た上で、面接調査への協力は強制ではないことを伝えた上で、看護職から研究者に直接連絡する方法を説明するよう依頼した。連絡方法として 3 つあった。1 つ目は、相談センター責任者用研究協力依頼書（資料 2-1）に記載された研究者の連絡先（電話／FAX 番号および E-mail アドレス）を責任者が看護職に口頭かメールで伝える、2 つ目は、研究者の連絡先（電話／FAX 番号および E-mail アドレス）が記載された看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）を数部責任者に手渡し、看護職に会える場合は直接手渡すことを依頼する、3 つ目は、看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）の PDF を研究者が責任者に事前に渡し、看護職にメールで送信することを依頼する。詳しくは訪問日に直接説明し、相談した上で決めることも伝えた。また、本学の規定により面接場所までの交通費の支払いが口座振替払いとなっていることは、研究者から看護職に説明することも伝えた。研究参加への強制力が働かないため看護職の最終的な面接調査承諾の有無を責任者には知らせないことも伝えた。

4. 質問項目

1) 医療機関の基礎データ

医療機関の基礎データとして、「性暴力被害女性の診療可能時間」「入院施設の有無」「これまで当該ワンストップ支援センターから依頼された性暴力被害女性の人数」「性暴力被害女性を担当する医師は事前に決まっているか」「性暴力被害女性を担当する看護職は事前に決まっているか」「看護職が問診するための部屋

の有無」「性暴力被害者用問診票の有無」「問診票の形式」を質問紙（資料 4-1）を用いて看護職に確認した。

2) 看護職の基本属性

看護職の基本属性として、「性別」「年齢」「持っている資格」「現職場での職種」「看護職としての臨床経験年数」「産婦人科看護職としての臨床経験年数」「現在所属する医療機関における臨床経験年数」「今までに対応したことがある被害後 2 週間以内に受診した性暴力被害女性の人数」「現在所属する医療機関において対応したことがある被害後 2 週間以内に受診した性暴力被害女性の人数」「看護系学校の最終学歴」「性暴力被害者への看護に関する学習の有無」「性暴力被害者への看護に関する研修参加の有無」「受けた研修の名称」を質問紙（資料 4-1）を用いて看護職に確認する。研究者は面接調査開始前に回答内容に不備がないかを確認し、回収した。

3) 面接調査の質問項目

面接調査を開始する前に「ケースの基礎データ」として、「年代」「属性」「性暴力の態様」「加害者との関係」「被害から医療機関受診までの時間」「同行者の有無」をケースごとに質問紙（資料 4-3）を用いて看護職に確認した。「ケースの基礎データ」を調査する必要性は、ケースの特性によって研究協力者が提供したケア内容も異なることが予測できるからであった。看護職には可能な範囲で回答するよう依頼した。面接調査はインタビューガイド（資料 4-2）に沿って、「被害後 2 週間以内に当該医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対し行ったこと」を時系列に沿って語るよう依頼した。看護職の考え方やケアの意図性、価値観も抽出することができるよう、適宜「なぜそのケアを行ったか」「どのようなことに気をつけたか」「難しかったこと」「困ったこと」「多職種との関わり」「看護職独自のものとする内容」「対応する際に大事にしたこと」を尋ねた。ケア提供が少なかった看護職には、適宜「ケア提供が少なかった／できなかった理由」「ケア提供するためにはどうすればよかったか」「ケア提供するためには必要なもの」を尋ねた。

5. 面接調査手順

1) 面接調査前

研究協力者への事前の面接調査の説明は、看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）の内容に添って口頭ないしメール等で行った。

責任者の協力を得て決定した研究協力者と研究者との連絡方法にて、研究協力者の身体的精神的負担が最小限となる面接日時と面接場所を相談して決定した。面接場所は研究協力者のプライバシーが守られる場所（例えば、女性センターないし男女共同参画センター等の個室、可能な場合は看護職が所属する医療機関の一室、兵庫県立大学看護学部学舎内の個室等）とした。交通費は、研究協力者の希望する場所（勤務する医療機関／自宅等）から面接場所までの往復料金、謝礼品は 3000 円相当の粗品であることを伝えた。面接調査は研究者 1 人が行い 1 回 60 分程度であること、但し初回面接は、面接調査の説明、同意書への署名、質問

紙への記入、必要時本学債権者登録書への記入に 15 分程度かかることが予測されるため 75 分を予定していること、1 回目の面接調査で十分な語りが得られず時間が延長する場合は、了承を得てそのまま延長するか面接日時と場所の調整を再度行うこと、面接調査の回数は 2 回までであること、面接調査はインタビューガイド（資料 4-2）に沿って行うこと、面接調査開始前に、看護職自身および医療機関について質問紙調査（資料 4-1）があること、看護職が語る内容は過去 1 年以内に対応した被害から 2 週間以内に当該医療機関を初診で受診した性暴力被害女性 1～2 ケースに対して行ったことであること、面接調査開始前にケースの基礎データ（資料 4-3）を確認することを説明した。

研究協力への同意は自由であること、研究協力に同意しなくても何ら不利益を被ることがないこと、一旦同意した場合でも文書（資料 3-4）または口頭により同意を撤回することができること、その場合でも不利益を被ることが一切ないことを説明した。ただし、同意撤回書を受領した時点で、データ分析を開始している場合はデータを破棄できないこと、研究参加への強制力が働かないよう看護職の面接調査承諾の有無を責任者に知らせないことも伝えた。

研究結果の公表および還元方法についても説明した。得られた研究成果は、個人を特定できる情報は一切明らかにしないようにした上で、学会発表や学術雑誌およびデータベース上で公に発表予定であると説明した。研究結果を当該機関ないし自宅宛てに郵送することも可能であると説明した。

2) 面接調査当日

面接調査はインタビューガイド（資料 4-2）を用いた 1 対 1 の半構造化面接法にて行った。研究者は看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）に沿い面接調査の目的および内容の説明を再度行った。面接への同意が得られた場合は同意書（資料 3-2.3）に署名するよう依頼した。面接調査開始前に質問紙調査（資料 4-1）への記入を依頼した。録音の許可が得られている場合は録音を開始し、面接終了次第終了した。面接終了後に疑問等が生じた場合は研究者ないし指導教員に連絡するよう伝えた。

E. データ分析方法

録音した面接内容を全て逐語録に起こした。逐語録は、個人情報保護したデータに個人情報保護に関する問題がないかを事前に看護職に確認した。データを繰り返し読み全体像を把握した。文脈を破壊しないよう注意しながら、被害直後に医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対し「看護職が行ったこと」を意図的に焦点を当てながら一つの意味内容が一つのまとまりとなるようデータを区切り、データに名前（コード）をつけた。このプロセスでは、対立するデータを含めたすべてのデータを丁寧に洗い出し、得られたデータによる現象の解釈が恣意的に偏らないよう努めた。複数のコードを比較し、類似性と相違性を検討しながらサブカテゴリを生成し、サブカテゴリを比較、分類し、抽象度を上げ、カテゴリを生成した。さらにカテゴリを比較、分類し、抽象度を上げ、コアカテゴリを生成した。分析には NVivo ver.12 を使用した。

すべてのデータ、データ収集方法、分析過程を記録に残し、必要時指導教員が確認できるようにした。データは質的研究を専門とする指導教員 2 名（うち 1 名は性暴力被害者支援および質的記述的研究を専門とする）と合意が得られるまで検討を重ねた。

F. データの信憑性を確保する方法

本研究の信憑性を確保するための方法を Lincoln & Guba (1985) が述べた信憑性 *trustworthiness* の 4 つの基準 (Polit & Beck, 2004/2010, pp.36, pp.444-451) に基づき検討した。1 つ目の信用性 (信用可能性) とはデータとその解釈が真実であるという確証であるが、前者のデータの信用性は、空間のトライアングュレーション (複数の場所で同一現象のデータ収集を行う) を用いて担保した。具体的には、支援センターと連携している医療機関という複数の場所で提供された看護ケアという同一現象のデータを収集した。さらに人のトライアングュレーション (さまざまなレベルの人からデータを収集する) によっても担保した。具体的には、責任者が所属する支援センターには「A. 病院拠点型」「C. 相談センターを中心とした連携型」といった形態の違いがあり、さらに看護職のこれまでに対応した性暴力被害女性人数の多寡を問わず偏らないよう責任者に選定を依頼することによって、多様なレベルの人からデータを収集した。後者のデータの解釈の信用性については、収集したデータ、コード化したデータ、研究者によるデータの解釈について、複数の指導教員によるピア・デブリーフィングによって妥当性を担保した。さらに分析のプロセスにおいて対立するデータを含めたすべてのデータを丁寧に洗い出し、得られたデータによる現象の解釈を恣意的に偏らせないようにすることによっても担保した。2 つ目の転用可能性については、看護ケアを看護職の語りをういた濃厚な記述によって伝えることにより担保した。3 つ目の明解性 (依存性) については、研究者のデータ収集方法および解釈の一貫性は、研究者はすべてのデータおよび分析過程を記録に残し、必要時指導教員が確認することによって担保した。4 つ目の確認可能性については、複数の指導教員のスーパービジョンを受け意見をもらうことによって整合性を担保した。

G. 倫理的配慮

1. 研究協力者の選定方法

第一に研究者は、研究協力者となる看護職の選定を責任者に依頼した。責任者への説明は、研究者が直接責任者に口頭と相談センター責任者用研究協力依頼書 (資料 2-1) を用いて行った。なお責任者には事前に、研究協力者選定の資料とするため看護職用研究協力依頼書 (資料 3-1)、研究者が看護職に強制のない状態で面接調査に協力依頼する配慮を示すため、同意書 (資料 3-2.3)、同意撤回書 (資料 3-4) を郵送した。研究協力への同意が得られ、同意書 (資料 2-2.3) に署名した相談センター責任者に看護職の紹介を依頼した。看護職と研究協力者との連絡方法は、看護職の個人情報観点から、看護職から研究者に直接連絡する方法が望ましいと考えた。この方法をとるため、研究者は責任者に、責任者から看護職に連絡を取り、研究者に看護職を紹介することの了承を得た上で、面接調査への

協力は強制ではないことを伝えた上で、看護職から研究者に直接連絡する方法を説明するよう依頼した。連絡方法として3つある。1つ目は、相談センター責任者用研究協力依頼書（資料 2-1）に記載された研究者の連絡先（電話／FAX 番号および E-mail アドレス）を責任者が看護職に口頭かメールで伝える、2つ目は、研究者の連絡先（電話／FAX 番号および E-mail アドレス）が記載された看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）を数部責任者に手渡し、責任者が看護職に会える場合は直接手渡すことを依頼する、3つ目は、看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）の PDF を研究者が責任者に事前に渡し、責任者が看護職にメールで送信することを依頼する。詳しくは訪問日に直接説明し、責任者と相談して決めた。

第二に研究者は、面接調査への参加の意思を表明した研究協力者に対し、責任者の協力を得て決定した研究協力者と研究者との連絡方法にて、事前に看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）に沿って面接調査について説明した。そして面接調査当日、研究者は研究協力者に対し口頭と同文書（資料 3-1）を用いて再度説明し、面接調査への同意が得られ、同意書（資料 3-2.3）に署名した看護職を研究協力者とした。

第三に研究者は、看護職の研究参加を保障するため、看護職が所属する医療機関長に所属機関長用研究協力依頼書（資料 5-1）および同意書（資料 5-2.3）を郵送した。郵便物には、より具体的に研究内容を伝えるため看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）も同封した。研究者が看護職に強制のない状態で面接調査に協力依頼する配慮を示すため、看護職用同意書（資料 3-2.3）、同意撤回書（資料 3-4）もあわせて同封した。所属機関長が看護職のインタビュー調査への参加について同意する場合は、同意書2枚（資料 5-2.3）に署名し、同封の研究者宛封筒（切手貼付済）に入れ投函するよう依頼した。所属機関長からの同意書が研究者に届いた場合、研究者は当該同意書2枚に署名し、1枚（資料 5-2）は所属機関長に返送し、もう1枚（資料 5-3）は保管した。

2. 研究協力による利益と負担および影響への対応

研究協力による利益は、これまで自身が提供した被害直後に支援センターと連携する医療機関を受診した性暴力被害女性への看護ケアを振り返る機会となり得ること、これまで殆ど検討されてこなかった支援センターと連携する医療機関を受診した性暴力被害女性への看護ケアを明らかにするという看護の知の創造に寄与することであった。さらに謝礼として3,000円相当の粗品を受け取ることができたことであった。

一方、研究協力により面接調査日時や場所を決めるためにかかる時間および面接調査を受ける時間拘束されるという身体的負担と性暴力被害というセンシティブな内容に関連する内容を語るといった精神的負担が生じる可能性があった。さらに、医療機関やケースに関する質問に回答することによって個人情報が見えかねないという精神的負担が生じる可能性もあった。

身体的負担を軽減するため以下の対応をとった。責任者の協力を得て決定した研究協力者と研究者との連絡方法にて、研究協力者の身体的負担が最小限となる面接日時と面接場所を相談して決定した。研究協力者へのインタビューは所属機

関長の許可を得たうえで行うことから勤務時間内に実施すべきとも考えられたが、所属機関長の強制力が働いていないことを確認した上で、それぞれの機関にあわせて勤務時間内外に実施した。面接場所は研究協力者のプライバシーが守られる場所（例えば、女性センターないし男女共同参画センター等の個室、可能な場合は看護職が所属する医療機関の一室、兵庫県立大学看護学部学舎内の個室等）とした。同時に、面接調査は研究者 1 人が行い 1 回 60 分程度であること、但し初回面接は、面接調査の説明、同意書への署名、質問紙への記入、必要時本学債権者登録書への記入に 15 分程度かかることが予測されるため 75 分を予定していること、1 回目の面接調査で十分な語りが得られず時間が延長する場合は、了承を得てそのまま延長するか面接日時と場所の調整を再度行うこと、面接調査の回数は 2 回までであることを伝えた。研究協力者が語るケースは 1～2 例に限定していることも伝えた。そして精神的負担を軽減するため以下の対応をとった。面接調査における研究協力者の緊張を緩和するため、研究者は傾聴的姿勢で臨み研究協力者の様子を把握しながら進めた。語ることによって精神的負担が生じた場合はすぐに申し出るよう開始時伝えておいた。研究協力者に精神的負担が生じた場合は、研究者は研究協力者の落ち着くまで気持ちに寄り添い待った。面接実施中に研究協力者からの訴えや研究者が精神的負担が生じたと判断した場合は面接調査を中断し、精神的状況を判断しながら面接調査の続行ないし中止を決定した。

個人情報 that 明らかになるかもしれないという看護職の負担を軽減するため、データに個人情報保護に関する問題がないかを事前に看護職に確認した（資料 3-1）。確認する時期は、データ収集後に個人情報を保護した逐語録の作成をした時期とした。逐語録を手渡す方法は、事前に看護職と調整し、持参もしくは書留郵便等とする。看護職には、消去したい箇所を朱書きし、同封の封筒で 10 日程度で返送することを依頼した。

3. 研究協力を拒否する権利の保障

本研究の研究協力者は、責任者の紹介を契機として研究協力への意思を表明していたため、この責任者の紹介が研究協力を拒否しにくい状況をさらに強めていることになる。したがって研究協力を拒否する権利を守るための措置として、研究者は責任者に、看護職へ研究協力の打診をする際は面接調査の協力は強制ではないことを伝えるよう依頼した。そして研究協力者には、研究協力は任意であり、決して強制しないこと、研究に協力しなくても何ら不利益を被ることがないこと、一旦同意した場合でも、いつでも文書（資料 3-4）または口頭により同意を撤回できること、その場合でも何ら不利益を被ることがないこと、但し同意撤回書を受領した時点でデータ分析を開始している場合はデータを破棄できないこと、最終的な面接調査への承諾の有無を責任者には知らせないことを看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）に明示した。この旨は、研究対象者となる看護職と研究者との事前の調整時に口頭で説明し、さらに面接調査当日に口頭と文書（資料 3-1.4）を用いて再度説明した。なお、同内容は、相談センター責任者用研究協力依頼書（資料 2-1）にも明示した。

4. 個人情報保護

1) 匿名性の確保

研究者は、相談センター長、所属機関長、看護職に研究協力依頼をする際、個人情報の取り扱いへの理解が得られるよう次の3つの説明を丁寧に行った。一つ目は、研究の目的は、看護職のケースへのケアの意図性等を含めたケアを知ることでありケースの被害状況を知ることではないこと、二つ目は、都道府県、医療機関、看護職、ケースに関する情報開示と程度は以下の①～④に示す方法で行うこと、三つ目は、看護職に、データに個人情報保護に関する問題がないか逐語録を確認すること、消去したい箇所の希望がある箇所は朱書きすることを依頼することであった。

しかし、丁寧に説明した上でもケースの調査協力への同意が求められる場合は、その研究施設への調査依頼を断念することとした。ケースと面識がない研究者がケースを知ることが倫理的に適切ではないとの考えから、研究者が同意書を取得することおよび保管することは困難であるからであった。その場合、研究に関心を持って頂いたことに感謝を述べ、終える。

そして、研究者は、研究協力者が特定されないように看護職のデータはID番号によって管理した。性暴力被害女性の人権を擁護するため、語る際は、面接調査時の語りの中に出てくる人物については個人名ではなく記号化すること、性暴力被害女性の個人情報が最小限となるよう配慮するよう注意を促した。具体的には、看護職用研究協力依頼書（資料3-1）に明示し、面接調査開始時点に説明を行う（資料4-2）。面接調査において固有名詞が生じた場合は、テープ起こしの際に記号化した。

得られた研究成果を博士論文、学会発表、学術雑誌等で公表するときは、個人や医療機関等を特定できる情報は一切明らかにしないようにした。具体的な都道府県、医療機関、看護職、ケースに関する情報開示の程度と方法は以下のようにした。

(1) 都道府県

都道府県をはじめ地域の表記は一切しない。

(2) 医療機関

医療機関に関する情報（資料4-1）の8項目は、看護職がケースに対して実際に提供したケア内容に影響すると考えられる情報である。これらはインタビューを適切に進めていくために必要な情報でもあるため、インタビュー開始直前に質問した。これらの項目について一覧表を作成することはなく、数値や割合を明示することもない。ただし、看護職の語りの表現として、例えば「当院は24時間365日対応しているので...」「当院は外来診療時間しか対応していないので...」「当院は対応ケースが多い方と思うのですが...」「当院はそれほどケースが多くなく...」などといった、看護職が実際に提供したケア内容に影響を与えたと思われる情報は、看護職の語りの中に補足的に記述することはあり得ると考えていた。

また医療機関の「形態」は、研究者がインタビューで尋ねなくても当該支援センターHPを見れば概ね把握することができる情報であることから、「形態」の違いによってケア内容を検討する必要が生じた場合、考察の中で「形態」について

触れる可能性はあった。その場合、特定の都道府県、特定の医療機関、特定の看護職、特定のケースを結び付けて記載することはなく、「拠点型では...、連携型では...といったケア内容に違いがあり、これは...の影響と考える。」と表記するにとどめることにした。

(3)看護職

看護職に関する情報（資料 4-1）は、看護職がケースに対して実際に提供したケア内容に影響すると考えられる情報である。これらはインタビューを適切に進めていくために必要な情報でもあるため、インタビュー開始直前に質問した。中でも「2.年齢」「4.現職場での職種」「5.看護職としての臨床経験年数」「6.産婦人科看護職としての臨床経験年数」「8.今までに対応したことがある被害後 2 週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数」「9. 現在所属する医療機関において対応したことがある被害後 2 週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数」は、結果の「研究協力者の概要」として一覧表を作成し明示する予定であった。ただし、看護職が特定されないよう看護職は ID 番号（例えば Ns1、Ns2...）を用いて示す。「2.年齢」は、看護職を特定しやすい情報でもあり、一覧表には「20 歳台」「30 歳台」と明記した。「8.今までに対応したことがある被害後 2 週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数」「9. 現在所属する医療機関において対応したことがある被害後 2 週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数」が極端に多い看護職がいる場合、その数値だけで看護職が特定される恐れがあることから、例えば 20 人以上を「多数」と考え表記した。

(4)ケース

ケースに関する情報（資料 4-3）の 6 項目は、看護職がケースに対して実際に提供したケア内容に影響すると考えられる情報である。これらはインタビューを適切に進めていくために必要な情報でもあるため、インタビュー開始直前に質問した。これらの項目について一覧表を作成することはなく、数値や割合を明示することもなかった。ただし、看護職の語りの表現として、例えば「このケースは児童相談所からの紹介で...」「膣への挿入はなく妊娠の可能性はないと思われたのですが...」「被害後 72 時間を超えて来院されたので...」「病院には母親同伴で来院され...」などといった、看護職が実際に提供したケア内容に影響を与えたと思われる情報は、看護職の語りの中に補足的に記述することはあり得ると考えていた。

2) データ保管方法と破棄

本研究に関するデータは、研究者が専用の USB メモリと専用の IC レコーダー使用し保管した。テープ起こしは、研究者および個人情報に関する適切な取り扱いを明示しているテープ起こしを専門とする業者に依頼し、委託する業者には守秘義務に関する誓約を求めた上（資料 6）で発注した。USB や IC レコーダーなどの電子媒体や紙媒体によるデータは、鍵のかかるロッカーで保管し、研究者が責任を持って管理した。個人データの管理および分析は、インターネットから隔離された状態の専用のノートパソコンでパスワードを用いて管理した。専用のノートパソコンは、鍵のかかる戸棚で保管し、研究者が責任を持って管理した。個人情報を録音したデータ（USB メモリや IC レコーダーなどの電子媒体）や紙媒

体によるデータは、研究終了日から 5 年経過するまで保存管理し、その後、研究者が録音した音声等の電子データは専用ソフトを使用し完全に消去し、紙媒体はシュレッダーにて完全に破棄することにした。

3) 科研費にて研究協力者への交通費を支払う際の個人情報保護

本学の規定により、研究協力者に交通費を科研費で支払うためには、研究協力者が兵庫県立大学財務会計システム債権者登録を行うことが必要となる。交通費の支払いが必要となる研究協力者には、看護職と本学債権者登録表を照合するための対応表（資料 7）に、氏名および住所（自宅ないし勤務医療機関住所）の記入を依頼した。対応表（資料 7）は、研究者が研究終了日から 5 年経過するまで、調査で得られたデータとは別の場所で、鍵のかかるロッカーで保管し、責任を持って管理し、その後、シュレッダーにて完全に破棄することにした。

H. 資金の調達方法

本研究は、平成 29～31 年度文部科学省科学研究費助成事業基盤（C）「性暴力被害者に対する急性期看護ケアに関する教育プログラムの開発と検証」（課題番号 17K12129）にて行った。

I. 利益相反

責任者に開示すべき利益相反はない。

第IV章 結果

A. 研究協力者の概要

研究協力者の概要を表 1 に記す。研究協力が得られた医療機関は 10 か所、看護職は合計 20 名、全員女性であった。年代は、20 歳台 1 名、30 歳台 2 名、40 歳台 9 名、50 歳台 6 名、60 歳台 2 名、職種は、助産師 6 名、看護師 14 名であった。臨床経験年数は 8～40 年（平均 23.5 年）、産婦人科看護職としての臨床経験年数は 0～37 年（平均 12.5 年）、産婦人科の臨床経験がない看護職は 4 名であった。今まで対応したことがある被害後 2 週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数が 1 人 7 名、3 人 2 名、4 人 1 名、5 人 1 名、7 人 1 名、10 人 2 名、15 人 2 名、16 人 1 名、20 人以上は 3 名であった。医療機関 A.B に所属する Ns1～6 は全員 40 時間以上の SANE 研修を受講していた（以下「SANE」とする）。看護職 20 名のうち 13 名が性暴力被害者支援に関する研修を受講したことがあり、研修の内訳（複数回答可）は、40 時間以上の SANE 研修 6 名（Ns1～6）、支援センターが実施する研修 9 名（Ns3～6.12.15.18～20）、その他 4 名であった（Ns1.2.16.17）。

B. データ収集状況

2018 年 12 月、研究者は、支援センター責任者へ研究協力依頼を開始した。本研究の研究協力者の選定条件は「この 1 年以内に被害から 2 週間以内に当該ワンストップ支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性への対応経験が 1 例以上ある看護職」であり、責任者の負担を考慮し「1～3 名程度」を依頼した。しかし、責任者からの回答は「該当する看護職はいない」が最も多く、次に「1～2 名ならいる」であった。研究者は、協力が得られそうな責任者を事前に調整した日時および場所にて訪問し、さらに詳しい看護職の選定条件に関する詳細な説明をした上で、該当する看護職の紹介を受けた。また、当初データ収集は、様々な形態を有する支援センターを研究対象とするため最初は 1 か所につき 1 名ずつ依頼し、研究者が支援センターの形態の多様性を把握できたと確信するまで続ける予定であったが、遠方から当該医療機関を訪問する研究者の負担を考慮し、1 回の訪問で調査を終えることができるよう調整してくださる医療機関長や看護職も存在した。研究者は、訪問を複数回に分けることによる研究協力者側の負担も考慮し、1 回の訪問で 2～3 名の面接調査をまとめて実施することもあった。そして、データ収集終了時期が近づいてきた 2019 年 8 月、研究者は、研究協力者数が 3 名に達していないセンターの責任者に対して追加募集を依頼した。しかし、いずれの責任者も「既に紹介した看護職以外に該当する看護職はいない」との回答であったため、データ収集を終了した。

インタビュー場所は、研究協力者と相談しながら決定した結果、19 名が勤務する医療機関内の個室で行い、1 名はプライバシーが守られる有料貸会議室で行った。1 ケースごとのインタビュー時間は 30～68 分（平均 43 分 39 秒）、研究協力者 1 名ごとは 30～98 分であった。そして研究者は、依頼書には記載していなかったが、インタビュー終了後、研究協力者から施設内の見学を勧められた場合は

表1 研究協力者の概要

NsID	所属医療機関	職種	年代	性別	看護職としての臨床経験年数(年)	産婦人科看護職としての臨床経験年数(年)	今まで対応したことがある被害後2週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数(人)	40時間以上のSANE研修受講の有無	性暴力被害者支援に関する研修会参加の有無
Ns1	A病院	看護師	50歳台	女性	37	0	15	有	有 ³⁾
Ns2	A病院	助産師	60歳台	女性	40	37	15	有	有 ³⁾
Ns3	A病院	助産師	60歳台	女性	40	30	多数 ¹⁾	有	有 ²⁾
Ns4	A病院	看護師	40歳台	女性	15	0	3	有	有 ²⁾
Ns5	B病院	看護師	40歳台	女性	25	10	多数 ¹⁾	有	有 ²⁾
Ns6	B病院	看護師	30歳台	女性	18	16	多数 ¹⁾	有	有 ²⁾
Ns7	C病院	看護師	40歳台	女性	26	0	1	無	無
Ns8	C病院	看護師	50歳台	女性	31	2	1	無	無
Ns9	C病院	看護師	40歳台	女性	20	0	1	無	無
Ns10	D診療所	看護師	50歳台	女性	15	13	10	無	無
Ns11	D診療所	助産師	50歳台	女性	20	20	1	無	無
Ns12	E診療所	看護師	50歳台	女性	24	22	16	無	有 ²⁾
Ns13	F病院	看護師	40歳台	女性	18	2	1	無	無
Ns14	F病院	看護師	20歳台	女性	9	2	1	無	無
Ns15	F病院	助産師	40歳台	女性	8	8	1	無	有 ²⁾
Ns16	G診療所	助産師	40歳台	女性	26	24	3	無	有 ³⁾
Ns17	G診療所	看護師	50歳台	女性	33	6	4	無	有 ³⁾
Ns18	H病院	助産師	40歳台	女性	21	20	10	無	有 ²⁾
Ns19	I診療所	看護師	40歳台	女性	27	22	5	無	有 ²⁾
Ns20	J病院	看護師	30歳台	女性	16	16	7	無	有 ²⁾

1) 対応人数が20人以上の場合を「多数」と表記している

2) 支援センターが実施する性暴力被害者支援に関する研修を受講した者を「有」と表記している

3) 40時間以上のSANE研修および上記2)以外の研修会を受講した者を「有」と表記している

見学した。その結果、C.G 以外の 8 か所の医療機関では説明を受けながら見学することができた。

インタビューガイドは、最初の 3 名のデータ収集および分析を終えた時点で見直したところ、データには研究者が看護職の「ケアの意図性」を十分に引き出せていない箇所がいくつかあったものの、インタビューガイドを修正する必要はなかった。この最初の 3 名に対し「ケアの意図性」の箇所のみ焦点を当てた追加の調査を実施し、「ケアの意図性」を明らかにし、既に作成していた逐語録の文脈を損ねないようにデータを加筆した。この作業の後、4 人目となる調査を再開し、その際研究者は「ケアの意図性」を引き出すことを心掛けインタビューを実施した。その結果、分析に耐えうるデータを得ることができたため、4 人目以降再度インタビューを実施することはなかった。

看護職が語ったケース数は、1 ケース 17 名、2 ケース 3 名 (Ns3.5.18) の合計 23 ケースであった。この 23 ケースには幼児期から中高生までの 7 ケースを含んでいる。そして Ns15 は、初診時では殆ど対応せず翌日の再受診時の医師の間診で被害が判明しそこで対応しているため、初診時および再受診時での対応を初診時として扱った。

C. 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア

1. コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリの説明

コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリの一覧を表 2 に記す。分析の結果、6 コアカテゴリ、18 カテゴリ、62 サブカテゴリが抽出された。以下、コアカテゴリは【】、カテゴリは《》、サブカテゴリは<>で示し、語りは小文字 (9 ポイントゴシック体)、補足は () を用いて示す。() 内の斜字はインタビューアーの言葉である。語りの冒頭の (Ns 番号) は表 1 の研究協力者の概要に該当し、Ns3.5.18 は 2 ケースを語っているため、それぞれ Ns3-1.Ns3-2、Ns5-1.Ns5-2、Ns18-1.Ns18-2 と記す。<サブカテゴリ>と対立する内容を語っている場合は (Ns 番号) の右に (⇔) と記す。

1) 【ケア提供の基盤となるもの】

このコアカテゴリは、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に対し看護職がケア提供するに際し基盤となる体制や看護職の考えのことである。3 つのカテゴリから構成されていた。1 つ目のカテゴリ《医療機関の体制》は、3 つのサブカテゴリ<特定の医師が主となって対応する><看護管理者が医師と協力して対応する><医師が看護職に診察以外の対応を任せている>、2 つ目のカテゴリ《サポートしたいという思い》は、3 つのサブカテゴリ<性暴力被害女性は悪くないという思い><何とかサポートしたい><いつでも相談に乗るという姿勢>、3 つ目のカテゴリ《専門家としての自覚》は、2 つのサブカテゴリ<性暴力被害者支援の専門家であるとの自覚><性暴力被害者支援の専門家としての役割を果たすことへの信念>から構成されていた。

本研究の対象となった 10 か所の《医療機関の体制》は、医師と看護職の協働の形態によって 3 つのパターン<特定の医師が主となって対応する><看護管

表2 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケアのコアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリー一覧

【コアカテゴリ】	《カテゴリ》	＜サブカテゴリ＞
【ケア提供の基盤となるもの】	《医療機関の体制》	＜特定の医師が主となって対応する＞
		＜看護管理者が医師と協力して対応する＞
		＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞
	《サポートしたいという思い》	＜性暴力被害女性は悪くないという思い＞
		＜何とかサポートしたい＞
		＜いつでも相談に乗るという姿勢＞
	《専門家としての自覚》	＜性暴力被害者支援の専門家であるとの自覚＞
		＜性暴力被害者支援の専門家としての役割を果たすことへの信念＞
【安全と安心の提供】	《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》	＜対応前に受診の経緯を把握する＞
		＜看護職自身で被害に関する情報を把握する＞
		＜医師が行う問診で被害に関する情報を把握する＞
	《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントしようとする》	＜苦悩を感じとろうとする＞
		＜急性ストレス障害にアンテナを張る＞
		＜違和感を覚え気に留める＞
	《医療機関が安全な場所であると示す》	＜性暴力被害女性用に設えた個室で問診する＞
		＜医療機関でできることを説明する＞
		＜連携している支援センターについて説明する＞
		＜問い合わせの電話に診察可能であると伝える＞
	《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》	＜来院時迎えに行く＞
		＜自己紹介する＞
		＜話しやすい人であるとの雰囲気を醸し出す＞
		＜他者の目に触れさせない＞
		＜更なる傷つきを与えない＞
		＜不愉快な思いを与えない＞
		＜医師は安心でき得る人であると伝える＞
		＜ペースに合わせてゆっくり対応する＞
		＜無理強いしない＞
		＜帰宅時見送る＞
	《安心を提供できるような環境をつくる》	＜話しやすいよう部屋や座る位置を調整する＞
		＜院内でぼつんと一人にならないよう調整する＞
		＜自身が安全な空間となり守る＞
		＜内診室等に誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る＞
		＜安心して内診を受けることができるよう環境をつくる＞

表2 続き

【コアカテゴリ】	《カテゴリ》	＜サブカテゴリ＞
【円滑な診察のサポート】	《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》	＜得た情報を医師に伝える＞
		＜事前に対応方法について医師と調整する＞
		＜医師が診察しやすいようサポートする＞
	《証拠採取の介助を行う》	＜医師が証拠採取キットを使用しやすいよう介助する＞
		＜医師と一緒に創部を確認する＞
		＜レイプドラッグの可能性があり採血する＞
【信頼関係の構築】	《あなたの味方であるとの姿勢を示す》	＜あなたは悪くないことを伝える＞
		＜話す内容をありのまま全て受け止める＞
	《インフォームドコンセントを遵守する》	＜被害状況を確認してもよいか意思を確認する＞
		＜支援センターに話を伝えてもよいか意思を確認する＞
		＜同伴した母親でなくこどもの意思を確認する＞
		＜こどもが納得できるよう理由を説明する＞
		＜証拠採取の必要性を説明する＞
		＜同意書にサインを得る＞
	《個人情報を守ると約束する》	＜情報が漏れることはない約束する＞
		＜他者に知られたくない気持ちを尊重し電話をかけてもよいか確認する＞
【心身および尊厳の回復支援】	《身体への健康被害を最小限にする》	＜妊娠しないよう対処する＞
		＜性感染症に罹患しないよう対処する＞
	《自己コントロール感の回復を目指す》	＜自分の意思で選ぶよう促す＞
		＜頑張ったことを認める＞
	《汚された自己イメージを払拭する》	＜看護職が診察後外陰部は大丈夫であったと伝える＞
		＜医師に診察後外陰部は大丈夫であったと伝えてもらう＞
【支援の継続】	《同行者を視野に入れケアをつなぐ》	＜警察と連携する＞
		＜学校の先生を巻き込む＞
		＜児童相談所につなぐ＞
	《ケアを途切れさせない》	＜確実な再受診を目指し再受日を調整する＞
		＜次回受診を見越し急ぐことなく関係をつなぐ＞
		＜支援センターにつなぐ＞

理者が医師と相談しながら対応する><医師が看護職に診察以外の対応を任せている>に区分された。看護職は医療機関を受診してきた性暴力被害女性に対し<何とかサポートしたい>との思いや<いつでも相談に乗るという姿勢>だけでなく、<性暴力被害女性は悪くないという思い>との価値観を基盤とした《サポートしたいという思い》をもって対応していた。また看護職は、<性暴力被害者支援の専門家であることの自覚>や<性暴力被害者支援の専門家としての役割を果たすことへの信念>といった《専門家としての自覚》が支援の基盤となっていた。

(1)《医療機関の体制》

このカテゴリは、性暴力被害女性が被害直後に初診で受診した医療機関において予め決まっている、対応する医師および看護職の役割分担の仕組みのことである。

①<特定の医師が主となって対応する>

特定の医師が、性暴力被害女性の対応は主となって担うことが予め決まっている医療機関の仕組みのことである。本研究では、医療機関 D.F.G.H.I.J が該当する。

(Ns10) あの、基本、うちは最初から最後まで支援センターの対応は先生が行うって形になっているので、(中略)介助のときは、診察の介助はしますけど、お話のときは離れたりします。

(Ns13) 先生がお話をある程度した後、被害者支援センターのパンフレットを持って上がってきて、本人さんにお渡しして、最後に説明をしたと思います。(先生が?)はい。全部、先生なんです。

②<看護管理者が医師と相談しながら対応する>

看護管理者が、性暴力被害女性の対応は医師と一緒に相談しながら対応することが予め決まっている医療機関の仕組みのことである。本研究では、医療機関 C が該当する。

(Ns7) 産科の当直先生とちょっと調整を図りながら診察室を準備して診察に至りました。

(Ns8) 19時以降は看護管理者が対応することになってまして、そのとき、私、ちょうど当直だったので対応しました。

(Ns9) どうしようってありましたが、マニュアルはつくってもらったのであれを見て確認しようっていうのと、あとは女性の先生と一緒に確認しながらいろいろやってくださったので、その辺はすごく安心して、できることを一生懸命やろうとは思いました。

③<医師が看護職に診察以外の対応を任せている>

医師が、性暴力被害女性の対応は看護職に診察以外を任せている医療機関の仕組みのことである。本研究では、医療機関 A.B.E が該当する。

(Ns1) 医師はね、ピルを処方するから、ピルの飲み方「飲む説明は看護師から聞いてね」っていうふうに言われて、で、医師はそこで終わりですね。あと「性感染症の検査に来てね」っていうのを伝えて、その予約の日も私と決めてね っていうふうで終わります。

(Ns5-1) あとは採血。おりもんだけでは分からへん感染症の検査するから 採血受けて帰っ

てねって。医者はそこで終わります。あとお薬持って帰ってもらわねとか話だけしてくれ
はったら、あとはまた SANE にバトンタッチなので、先生そこで終わりです。先生の関わり
って本当にね、もう 10 分 15 分もないぐらいなんですよ、うん。もう来ていただいてトー
タル 2 時間、平均 2 時間ぐらいかかるとしてるんですけど、その間はほとんどだから SANE
の関わり、になりますね。

(2)《サポートしたいという思い》

このカテゴリは、看護職がもつ性暴力被害女性をサポートしたいという思いで
ある。

①＜性暴力被害女性は悪くないという思い＞

看護職がもつ「悪いのは加害者であり被害女性は悪くない」という価値観であ
る。

(Ns18-1) (被害女性にこういうことを伝えたいなと思うことはありますか?) なのでしょう
ね。先生が上手に話されるのであれですけど、「あなたは絶対悪くない」というようなこと
をすごく言われるので、まあそういうようなこととかを言ってあげたらいいなと思うん
ですけど、なかなか上手には言えないなって。(「あなたは絶対悪くない」というのはどうし
てそれがいい言葉だと思いますか?) うん、性被害の人ってそんなところにあなたがいたか
らじゃないかとか言われてしまったり、自分が悪いんだって思う人が多いっていうのが勉強
会とかで聞いているので。絶対悪くないじゃないですか、その人たちは。そんなことされ
ると思ってその場所に行っていないのに、絶対加害者が悪いんだけれども自分にも非があっ
たっていうふうに思ってしまう。で、そこからなんか人生が変わるっていうか、生活が変わ
っちゃう人とかが結構来られているので。被害に遭ったことはもう消せないんですけど、そ
の気持ちの持っていくのがちょっとでも良くなればいいかなっていう思いはあるんですけ
ど。

②＜何とかサポートしたいという思い＞

看護職がもつ、被害直後に医療機関を受診した性暴力被害女性を何とかサポー
トしたいという気持ちや支援センターにつなげる必要があるとの考え、サポート
したいがどのように声をかけたらいいかわからないとの戸惑い、のことである。

(Ns9) はっきり泣いて終わってたらだめっていう言葉があったわけではないですけど、この
ままじゃ悔しいみたいなそういうニュアンスのお話はされたので。来てもらってよかったな
という気持ちが自分の中ではありました。相当な覚悟をして来られたと思います。加害者は
知ってる方ですし訴えるのも怖いやろうと思いました。でもそこは、自分にできることは何
かしたいなっていう思いはありました。

(Ns16) 結局お金ない方だったので、支援センターの公費負担でしてあげれるものならして
あげたいねというみんな気持ちがあったので…。

(Ns8) (もし成人女性が 1 人で来院されたときに看護職が 1 対 1 で話せる場所はこの病院内
にありますか?) 1 対 1 で話せる場所? まあ、先生がしゃべられた後に、もしご本人様が希
望されたら、多分、診療の場をちょっと 1 室借りてしゃべることはできると思うんですけ
どね。部屋はね、融通はつくと思うんですけども。ただ、そのときにどういう言葉かけをし
たらいいかわからないので、もうほんとうに聞くだけになるかなと思って。泣いてはったら
背中さすったりするぐらいしかできないかなと思って。性被害の方ってどういう言葉かけを
したらいいのかなって私もすごい悩んで。

(Ns9) もっといい声かけができたかもしれないですけど、でも、へたにその声かけも、どん
な言葉を声かけてあげたらいいかわからず、妙な言葉になるかもしれないので…。とにか
く近くにいることしかできないですけど、ちょっとした声かけが大事ななんかなっていうのは
ありました。

(Ns13) 帰っていただくとときも玄関まで送ったんですけど、そのときに「必ずもう一回診察
に来てください」と言うべきなのか、何を言った方がいいのかというのは、すごく帰るまでの
道、すぐなんですけど、見送るまでの間に、この方に次につなげるための声かけというのを
どうしたらいいのかわからなくて、結局「気をつけて帰ってくださいね」というぐらいし
か言えなくて、全く次につなげられる言葉が出なかった。何かあるんじゃないか、ほかに何か
言いようがあったんじゃないかなというのはありますけど。(被害女性はどんな感じで帰っ

ていけましたか?)「気をつけて」というふうに言ったら「ああ、はい、ありがとうございます」と言って帰られましたね。

③<いつでも相談に乗るという姿勢>

看護職が初対面の性暴力被害女性に対し、いつでも相談に乗ると伝えたり、再度受診ができるよう病院が安全なところであると伝えたいという気持ちといった、いつでも相談に乗るという姿勢である。

(Ns1) 記憶がない、酔っぱらっててっていうので。だから、記憶がないからいいわって思っちゃうかもしれないし、後で何があったんだろうって思ってもやもやして、「それが後から出てくるから、気持ちの変化とか、そういうのがあったらいつでも相談に乗るからね」っていうのは何度も言いました。

(Ns4) こちらとしてはやっぱりつながりを持ちたいと思っていて、何かこの被害後のそういういろんなものって後から出てくると思うんですね。(中略)話をしてもいい場所があるんだよというところを伝えたいというのがあります。何か1人で抱え込まないでねというか。(それはその被害女性に言葉でお伝えしましたか?)これからも一緒にいろいろ考えていけるといいですねという言葉をお伝えしました。(そのときの反応は?)うなずく感じでは。「はい」は、ちっちゃく言われましたけど。

(Ns15)「何かあったら、次はいついつって決まっていますけど、またいつでも何か困ったことがあったら連絡してください」と言ったと思います。(病院に?)そう、そう。ここに。「夜でも何でもいいよ」という話はしました。(それは何故ですか?)不安だろうなと思って、何かね、せつかく来てくれたのでというので、何か助けられたらなとは思ったんです。

(Ns6) ちゃんと下まで、裏口から出て、下まで送って、「待ってるしね」って言って、「また来てね、先生と」って言って。その子は「バイバイ」言うて帰って行けました。(それはどのようなお考えから?)やっぱりね、その方とちゃんとつながってききたいっていうのもあるし、次、安心してまた来てもらえるように、ちょっとでも声かけがね、言葉かけが必要かなと思うので、うん。次の受診のために、「また来てね」いうて。

(Ns16) まあ、そのときしか会うこともないかもしれないんですけど……。私たちがいつでも聞くよみたいな、具体的に何を言葉がけるとか、どんな接し方するとかはないんですけど、心開いて言いたいことを言ってもらえればなって。つらいことでも怒ってることでも聞くだけはできるよう、できますよみたいなことを伝えられればなって。短時間しか接しないんですけど、病院は。(医療機関はかかわる時間が短いですね。)うん、そうですね。この人も1回だけでもんね、結局は。(その1回ってわかっていらっしゃるのに聞こうという姿勢を持っておられる、心を開いて頂きたいと考えておられるところに私はすごく感銘を受けたのですけれども。) ああ、そうですか、ありがとうございます。(それは何故でしょうか?) あっ、そうですね、ちょっと待ってください…。今まとめていただいたのを聞いて…。まあ、そうですね、聞くことによって、今ちょっと思ったんは、聞くことによってその人が何かつらいことがあって、ああ、あのとき聞いてくれた人がおったなと思えれば、また何かあったら来てくれるかもしれないなって、ちょっと今思いながらやってるんだ、自分って、わかりました。特に子どもが来たときにそう思うんですけどね。あそこの病院行けば聞いてくれる人おるとかいうのを何か思っとれば、その子が病院に行きたいって言えば周りの人が連れて来てくれれば、ここで何らかのきっかけになればいい なってという思いがちょっとどこかにあるような、今、わかりました。

(3)《専門家としての自覚》

このカテゴリは、看護職がもつ性暴力被害者支援の専門家であるとの自覚が支援の基盤となっていることである。

①<性暴力被害者支援の専門家であるとの自覚>

看護職が、自身が性暴力被害者支援に関して専門的な教育を受け実践する看護職であることを自覚していることである。

(Ns1) 娘と同じぐらいの年頃なのでどうしてもお母さん口調になっちゃいけないと思って頑張りました。支援センターのSANEとしてプロとして接しているため、母親の立場で心配している事を言うてしまうと「うざい」と思われて次の来所が切れてはいけないと思います。

(Ns2) まず一番最初に支援センターのパンフレットを差し上げます。名刺サイズのものもお

渡しして「時間があったら 私たちがやってる仕事 を読んでおいてください」って言って。それから支援センターの紹介といいますが、そういったものを先に渡します。

②＜性暴力被害者支援の専門家としての役割を果たすことへの信念＞

看護職が、自身が性暴力被害者支援に関する専門的な教育を受け実践する看護職であるとの自覚をもって役割を果たしていくことが支援の基盤となっていることである。

(Ns1) で、あと、介助しなきゃいけないし、採取のやつをしなきゃいけないから、「嫌だったら途中で嫌だって言ってね」って言いながら、先生のほうに立って。で、証拠のやつをきちっと採らなきゃいけないので そっちのほうに回ってやっています。

(Ns5-1) あ、男性の先生であるってこともちゃんと言いながら、うちの病院ですること、検査することを説明して、先生とお顔を合わせていただきます。安心してもらうためにね、診察の場で突然男性医師ってことを知って動揺しないようにね。ここが SANE の大きな役割の一つかなって思うんですね。(中略) SANE が主に関わっていること、いいと思います。被害者と SANE がきちんとつないがっていることで医師にもきちんとつなぐことができますし、もちろん他の連携機関ともきちんとつながっていきますし。

(Ns5-1) この人に限らずですけどね、こうやって被害に遭わはった人に対応するっていうナースっちゅうのはたぶん今までにあんまり分野がなかったかなと思うんです。知識、技術、業務の中に入れ込んでいかなあかんのかなっていうのはあります。でないとながらへんのん違うかなと思うんですよ。だって、被害に遭いました、警察に言いました。でも体のことは病院でちゃんとみてもらわないと、心のこともそうです。心のこと、支援センターにつないでいきます。やっぱナースはつなぎ役になってるん違うかなって思うんです。

(Ns5-1) (診察嫌という人はおられますか?) ああ、もちろん、もちろんいます、います、います。やっぱりこどもね、大人でも嫌っていうところ辺はあるんです。やっぱ診察必要っていうのを言うの役割だと思います。嫌って言われても「それはな、看護師さんの役割やねん。これが SANE の役割やねん」って。本人の意思を尊重するって言いながらも嫌って言われたらじゃあどうすんのっていう、そこもまあちょっと難しいところなんですけどね(笑)。嫌っていうその診察を診察は必要っていうのを理解してもらうように持っていくのが看護師の役割と思ってます。

(Ns6) で、内診のこの向こう、カーテンの向こうには誰がいるのっていう話になったので、そこもちゃんと SANE で、ちゃんと性被害のことを勉強している看護師が先生と一緒にしてくれるから、ほかのスタッフはいないよということもちゃんと説明して。

2) 【安全と安心の提供】

このコアカテゴリは、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に対し看護職が提供したケア内容の中で、性暴力被害女性の【安全と安心の提供】を意図したものである。5つのカテゴリから構成されていた。1つ目のカテゴリ「性暴力被害女性が抱える情報を把握する」は、3つのサブカテゴリ＜対応前に受診の経緯を把握する＞＜看護職自身で被害に関する情報を把握する＞＜医師が行う問診で被害に関する情報を把握する＞、2つ目のカテゴリ「性暴力被害女性が醸し出す雰囲気をアセスメントする」は、3つのサブカテゴリ＜苦悩を感じとろうとする＞＜急性ストレス障害にアンテナを張る＞＜違和感を覚え気に留める＞、3つ目のカテゴリ「医療機関が安全な場所であると示す」は4つのサブカテゴリ＜性暴力被害者用に設えた個室で問診する＞＜医療機関でできることを説明する＞＜連携している支援センターについて説明する＞＜問い合わせの電話に診察可能であると伝える＞、4つ目のカテゴリ「医師および看護職が安心でき得る人であると示す」は10のサブカテゴリ＜来院時迎えに行く＞＜自己紹介する＞＜話しやすい人であるとの雰囲気を醸し出す＞＜他者の目に触れさせない＞＜更なる傷つきを与えない＞＜不愉快な思いを与えない＞＜医師は安心でき得る人で

あると伝える><ペースに合わせてゆっくり対応する><無理強いしない><帰宅時見送る>、5つ目のカテゴリ**《安心を提供できるよう環境をつくる》**は、5つのサブカテゴリ<話しやすいよう部屋や座る位置を調整する><院内でぼつんと一人にならないよう調整する><自身が安全な空間となり守る><内診室等に誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る><安心して内診を受けることができるよう環境をつくる>から構成されていた。

看護職は、**《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》**ために、警察からの診察依頼や緊急避妊ピル希望等<対応前に受診の経緯を把握する>こと、警察や自身が行う問診等から<看護職自身で被害に関する情報を把握する>こと、<医師が行う問診で被害に関する情報を把握する>ことを行っていた。このような性暴力被害に関する事実関係の把握だけでなく、**《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントする》**ために、感性を研ぎ澄まし、性暴力被害女性が抱える<苦悩を感じとろうとする>ことや、被害直後に生じやすい<急性ストレス障害にアンテナを張る>こと、さらに、受診してきた性暴力被害女性の様相に<違和感を覚え気に留める>ことも行っていた。また、**《医療機関が安全な場所であると示す》**ために、<問い合わせの電話に対応可能であると伝える>ことにより受診のハードルを下げ、受診してきた性暴力被害女性に<性暴力被害女性用に設えた個室で問診を行う>ことや、<医療機関でできることを説明する>こと、<連携している支援センターについて説明する>ことを行っていた。そして、**《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》**ために、<来院時迎えに行く><話しやすい人であるとの雰囲気を醸し出す><他者の目に触れさせない><更なる傷つきを与えない><不愉快な思いを与えない><医師は安心でき得る人であると伝える><帰宅時見送る>ことによって示すだけでなく、性暴力被害女性と向き合い<自己紹介する><ペースに合わせてゆっくり対応する><無理強いしない>ことによっても示していた。さらに、**《安心を提供できるよう環境をつくる》**ために、<安心して内診を受けることができるよう環境をつくる>といった一般的な産婦人科診療で必要とされるケアだけでなく、医療機関の中において<自身が安全な空間となり守る>ことを心掛けながら、<話しやすいよう部屋や座る位置を調整する><院内でぼつんと一人にならないよう調整する><内診室等に誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る>のような、性暴力被害女性のための環境をつくっていた。

(1) **《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》**

このカテゴリは、看護職が性暴力被害に遭遇した直後に医療機関を初診で受診した初対面の性暴力被害女性が抱えている情報を把握することである。

① <対応前に受診の経緯を把握する>

看護職が、性暴力被害者女性に対応する前に、警察からの診察依頼、緊急避妊ピル希望、支援センターの紹介、児童相談所と一緒に受診など、受診の経緯を把握することである。

(Ns1) 事前に警察から「多分性被害を受けただろう人がいるので証拠採取してもらえますか」っていうことで一報があつて。

(Ns13) 夜勤中に、時間外で電話がかかってきまして、もう一人の看護師が電話対応をされまして、で、「緊急避妊薬を欲しいんですけど」というお電話やったので、

(Ns18-1) 学校の先生から支援センターのほうに相談の電話があつて。それで医師からうちの病院に連絡があつて、そのあと本人から直接電話がかかってきて、受診をしたいっていうこと。

(Ns8) (母親が娘が被害にあったことを)児童相談所のほうに相談されて、児童相談所の方がこちらに連絡をしてこられて、そして19時にここを受診するということになりました、はい。

(Ns9) 朝までじつといたけども、やっぱりこのまま終わらしてはいけないということで、朝になってから1人で警察に行かれて、警察と一緒に病院に来られた ということでした。

②<看護職自身で被害に関する情報を把握する>

看護職自身が、性暴力被害者女性が受けた性暴力被害に関する情報を、警察や自身が行う問診から、怪我やいつもと違う体の違和感の有無、心配なこと、求めているものを含め、把握することである。

(Ns4) 性暴力被害者用の問診票というのがありますので、それに則ってお聞きしたんです。

(Ns5-1) 問診票は3者(病院／警察／支援センター)で共通しているから、一番最初に受けたところを書いてもってくるシステムになってます。今回の場合は警察。

(Ns5-1) で、あとは通常のこれ、診察に必要な、まあチェックリストっていう名前にはなってるんですけど、(ファイルから実物を出しながら)こんな感じですね。(産婦人科医会が作ったものですね?)そうそうそう。医会がもともと当初に作ってるもの、うん。

(Ns12) (で、そのときは、一般的な受診、皆さんが受診のときに使われる問診票だけで問診されるのですか?)そうですね、うん。

(Ns1) 傷はないかと、あと違和感あるとこないかとかっていうのを聞いて。今回この人の場合は酔っぱらっちゃって記憶がない。眠っている間の事件でありどこを触られたとか記憶が無いので、なにかいつもと違うと思う体の部分はないかを尋ねました。

(Ns2) 「今何が心配ですか」「何が心配ですか」って聞いて。で、できるだけいつぐらいに起きたことなのかその時間をちょっと絞ってって、それで「あなたが今心配してること、例えば妊娠の心配があるとか性病の心配があるとか、心配なことを言ってください」って言って。

(Ns5-2) 何求めてはんのんか。そうそうそう、いち早くキャッチしないと、うん。まあ基本のね、スタイルはあるんですけどね。

③<医師が行う問診で被害に関する情報を把握する>

看護職が、医師が行う問診から性暴力被害者女性が受けた性暴力被害に関する情報を把握することである。

(Ns8) もうそこに患者様がいらっしゃったので、それでその問診票に沿って先生がいろいろ質問をされて、はい。

(Ns9) 最初、その方と私と先生とで診察室のほうに行かしてもらって、まずお話を聞かしてもらって、先生が主で聞かれて私は後ろで付き添うという形でお話を聞いてから、そこから診察台のほうに乗っていただくというのでずっと付き添いはしていました。

(Ns15) カルテが回ってきて、先生と「ああ、きのう来てた子やね」「どうしたんやろうね」と言っって呼び入れて。先生が「(昨日の緊急避妊ピルは)ちゃんと飲めましたか?」というと、向こうは「感染症がやっぱり心配なので」とおっしゃられて。そしたら先生が「どうして?」みたいな感じで聞いたら「2回、膣に射精させられて」って、「うん?」と思って聞いたら、「全然知らない人で、無理やり」ということで。

(Ns19) (⇒)看護職が診察室に同席っていうのはほとんどないですね。うちは普段からマンツーマンなんです。(それは何故ですか?)やはり……。そうですね。診察室に入られて医師の他に私たちがいるっていうことでこう話せない方も中にはいらっしゃるの。婦人科は特に皆さん...、普通のここが痛くてとかっていう方じゃない方もいらっしゃるの、その、性生活についての相談であつたりとか...

(2)《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気をアセスメントしようとする》

このカテゴリは、性暴力被害女性が醸し出す苦悩や、不眠や解離症状といった急性ストレス障害、性暴力被害女性の様相に覚えた違和感に対し、感性を研ぎ澄ませてアセスメントしようとするものである。

①<苦悩を感じとろうとする>

看護職が、性暴力被害女性が受けた恐怖を想像し受け止めようとすることや、受けた苦しみの大きさを表情や態度から測ろうとするものである。

(Ns5-1) この方すごく怖い思いをされてる経緯があるので。やっぱりその精神的にね、怖いという思いをどこまで出していたいて、どれだけ受け止められるか っていうところ辺が、うん、ちょっと意識はしたかなと思うんですけど。

(Ns3-2) 最後に笑顔になる子もいるんですよ。なので、もちろん笑顔はつくったり、相手への気配りなのかもしれないけど、引きつった笑顔と、そうじゃないの、ありますよね。だから、まあ、そういうのはわりかし見ながらやっています。(表情を見る理由は?) やっぱりね、その人のこう受けた苦しみの大きさを、うーん、やっぱりはかるという意味合いで、表情はもう絶対見ますね。能面のような子もいますから。

(Ns4) その方は終始うつむきかげんで…。彼氏が存在が何かすごい大きい感じがして、話の中で彼氏がいるから大丈夫ですというのはよく言われたんですね。なので、多分、同性でそういう相談できる人がいないんじゃないかなという、勝手な推測ですけど…。何かこう、自分で決定する力もなくなってって、決定してくれる彼なのかなとか、そこに自分というのがあるのかなとか、そんな感じがして。

②<急性ストレス障害にアンテナを張る>

看護職が、性暴力被害女性が、食欲不振や不眠症状、解離症状、内診時のフラッシュバックといった急性ストレス障害が生じていないかを感覚を研ぎ澄ませて取りこぼさないようにすることである。

(Ns3-1) それから、ちょっと眠れないとか食べれないとか、悪い夢を見るとかね、そういうことで日常生活で支障があるような状況であればいつでもお電話いただいていいですよということを伝えますね。(食べられない、眠れないということを尋ねる理由は?) 急性期の症状として、まあ、生活に支障があるとしたらその辺から来ますしね。メンタルのところです。なので、気持ちが塞がってというよりも体に出た症状のほうがわかりやすいかなと思って、いつでも、いつでも、電話していいですよということだけは伝えますね。

(Ns5-1) 様子ですか。まあまあ比較的、こんな怖いことがあったにもかかわらず落ち着かれているように見えたんですけど、でもそれが逆に、心のケアの必要な部分の、比例してる部分なんかなというふうにも。わーってなっておられるんじゃないかって冷静に淡々とお話しもしていただけたんですね、この方ね。うん、だからこそたぶんケアが必要なんだろうなというふうなことも思いながら関わったような記憶ありますね、うん。講義で習ったんですよ、見た目が冷静に見えても、心の中は違うって。だからこそって思いながら心はどうなんだろうと思いつつ関わりましたね。

(Ns1) 内診をしたことあるとか、そういうその彼女の今までの経験がどんなのかを考えて対応しないと、その、事件に遭ったこともつらいのにまた診察でつらい思いをしちゃいけないっていうのはすごくあって、そこにすごく気を付けますね。(中略) ちょっとでも「怖いな」っていう声が聞こえたら「だったら、そういう格好をせずに、普通のベッドの上で横になって、なってもらってもできるんだけど」とは言いますけど。でもこの彼女の場合は「やってみる」って言うてくれたので。

(Ns8) (⇒) もしかしてわーって泣いてはったらどうやって対応しようかなと思ってたんですけども、ふっと見たときは意外と平然としてはったので、あっ、平然としてはるわと思って、ちょっとそっちのほうにびっくりしたんですけども。

(Ns9) (⇒) ちょっとイメージと違ったので、かえって大丈夫なのかと。うーん、なんでそんなに落ち着いているのかと。よくわからないんですけど。

(Ns20) (⇒) いや、本人、結構淡々と、意外としてました。第三者的な反応というんですかね。自分のことなだけで自分のことじゃないような対応をしてる感じに、意外と冷静な感じにびっくりしたというんですかね。

③＜違和感を覚え気に留める＞

看護職が、外来にふらっと 1 人で受診した女性、彼氏との雰囲気の違いが大きい女性、採血時に尋常を逸するほど泣き叫ぶ女児といった性暴力被害女性の様相に違和感を覚え、気に留めることである。

(Ns15) ここの外来にふらっと 1 人で来て「ちょっと避妊に失敗したので」ということで、特にそこでは性被害に遭ったということは全く言わないけど、何かほわんとしたような、何か物静かな、あまり話さないような感じだったので。「何か気になる感じやったね、大丈夫かな？」と後で先生と 2 人で話したのは話したんです。来られる方って、大体ね、「破けました」とか言うのですが、何かそういうことは言わなくて。けど、まさか性被害に遭ってるとは、そのときは思わなくて。次の日に来てくれてほんとうによかった。

(Ns4) 何となくその彼氏と一緒にいると語りづらさがあるのではないかなと思ったので、別室に案内をして、状態を伺い、問診をして、それからドクターに伝え、ドクターの診察を受けていただきました。彼氏が薬を出してほしいと言われたので、何となくちょっと違和感を覚え、別室で、もう目の前でそのピルは飲んでもらって帰す形にはなったんですけども。ちょっと気になったのは、女性はそういった仕事をしている方という感じではなくて、派手でもないし、むしろ質素な感じ。彼は逆にすごく何か派手な感じで、ほんとうに彼氏なのかな というそんな違和感のあった事例でした。

(Ns7) お母さん、その女の子、私、産科の先生という 4 人で、問診といいますか、そういった経過をとって、話をさせていただいて、その子はやはり診察は静かに受け入れていたんですけど、採血をしないとけないという段階で非常に泣き叫ぶというか、尋常を逸するぐらいに泣きわめき始めたので、そこで、私は小児科も担当していたことがあるので、ちょっとなだめながら、お母さんの協力も得ながら、採血は必ず必要なものであるからということで採血をさせてもらって、診察も終わり、帰られたというような状況になります。恐怖体験を小さくしたいとの思いから採血は 1 回で終わらせたいと考えていました。

(3)《医療機関が安全な場所であると示す》

このカテゴリは、看護職が性暴力被害に遭遇した直後に医療機関を初診で受診した初対面の性暴力被害女性に対し、医療機関は安全な場所であると示すことである。

①＜性暴力被害女性用に設えた個室で問診を行う＞

看護職が、性暴力被害女性が医療機関が安全な場所であると感じたり認識できるよう、性暴力被害女性用に設えた個室で問診を行うことである。

(Ns1) で、支援センターの部屋があるのでそこに入ってもらって。(中略)了承を得たところで警察に本人から聞いた部分を聞いて、あとこちらとして足りない部分を確認しますねってことで 支援センターの部屋で聞きました。

(Ns6) 一応支援センターで使ってるお部屋があるんですけど、そちらのお部屋でいろいろ問診をしました。

(Ns12) 緊急避妊の方はですね、時間とその順番によるんですけど、その時間と順番で診察室があいてれば、あいている診察室で問診を先にとります。あいてなければ、応接室とか指導室とかあいてる部屋が別室にありますので、そこで問診をとります。

②＜医療機関でできることを説明する＞

看護職が、性暴力被害女性が被害直後に初診で受診した医療機関が安全な場所であると感じたり認識できるよう、医療機関でできることを説明することである。

(Ns1) 支援センターのパンフレットと支援センターのカードがあるんですけど、それをまず見せて、で、「警察から説明聞いたかもしれないけど、一応もう一回説明するね」っていうことで、で、このパンフレットを見せて「性暴力被害者支援をこの病院はやってて、私はその対応する教育を受けた看護師です」って話を。で、そうすると分かってもらえて。で、カードも渡して。最初に、一番最初に。部屋に通して自己紹介がてらそれを説明。

(Ns3-1) そうねって、まあ、いずれにしても、早い時間でよかったですよ、早い時間でやれることはありますって。72時間以内にピルの服用をすれば妊娠を回避することが可能ですからねって、それから証拠採取って、その膣の中にあるものを証拠としてとっとく必要があるんですよと言ったら、「あっ、そうなんですね」と言って、診察室へ招いたという感じですかね。

(Ns5-1) 問診のときに、もうここの病院でできる、することっていうのをお伝えさしてもらいます。検査の内容とかね、説明さしてもらって。今日何のために来てもらったかっていうことちゃんとと言わないと余計不安にならはと思うので、ちゃんと言いますよ。検査を受けることで、安心にもつながるってお話も全部。

③<連携している支援センターについて説明する>

看護職が、性暴力被害女性が被害直後に初診で受診した医療機関が安全な場所であると感じたり認識できるよう、連携している支援センターの説明をすることである。

(Ns2) まず一番最初に支援センターのパンフレットを差し上げます。名刺サイズのものもお渡しして「時間があったら私たちがやってる仕事を読んでおいてください」って言って。それから支援センターの紹介といいますか、そういったものを先に渡します。

(Ns6) 一番最初にしたのは支援センターの説明。本人さんは、多分、病院に来るという認識しなかったのか、何でこの支援センターというのを受診しないといけなかったのか、診察に来ないといけなかったのかということまで多分わかってないかなと思ったので、そこら辺のほうから、支援センターのほうの説明のほうからお話しさしてもらいました。

(Ns12) 住所は他県だったんですけども、バイト先がこちらということで、こちらに勤める場合は（支援センターによる支援が）適用されますので、それで支援センターパンフレットを渡して困ったときにはここに相談に来てねと言いました。

④<問い合わせの電話に対応可能であると伝える>

看護職が、診察してもらえるか、保険証が使用できるかなどの不安を抱えて問い合わせ電話をしてきた性暴力被害女性に対し、医師に確認した上で対応可能であると伝えることである。

(Ns13) 夜勤中に「緊急避妊薬を欲しいんですけど」というお電話やったので。で、その産婦人科医は当直ではなかったんですけど連絡して。それから 30 分後ぐらいに産婦人科医から連絡があって「診ます」ということだったので。で、折り返しその方に連絡をして、すぐ来るように電話をして。

(Ns18-1) (電話で予約をとる時に) その子がお母さんとか親に知られたくなくて保険証とかが使えないって言われたので、その辺をちょっと先生にも相談して、全部支援センターの対応でできるかっていうのを確認して、保険証なくても一応受診ができるっていうことを事務のほうにも再度確認して本人に説明しました。

(4)《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》

このカテゴリは、看護職が性暴力被害に遭遇した直後に医療機関を初診で受診した初対面の性暴力被害女性に対し、対応する医師および看護職が安心できる人であると示すことである。

①<来院時迎えに行く>

看護職が、事前に受診すると連絡を受けていた性暴力被害女性が来院するに際し、日常業務ではあまりやらない病院の玄関等まで迎えに行くことによって安心でき得る人であると示すことである。

(Ns1) で、事前に警察から一報があって、「多分性被害を受けただろう人がいるので証拠採取してもらえますか」っていうことで。一応この決まりとしては、敷地内に入ったところで一度電話くださいっていうことでお願いしてあって。で、どういうふうに入ってくるか待ち合わせをして、いろんな人に会わなくてもいいような感じでご案内しているので、あのときは、どうしたかな。救急外来の受付から入ってきてもらって、で、受付通らずに、私が迎えに行きますからということ で来てもらいました。

(Ns6) やっぱり本人も初めて来るとこやし配慮しようと思って、学校の先生に、とりあえずこの駐車場着いたらホットラインに電話してください、迎えに行きますして形で、裏口から迎えに行行って入ってもらった形になります。

(Ns13) もう夜間だったので、着いたらお電話をくれるということだったんで、電話がかかってきて1階の玄関まで迎えに行きました。

②＜自己紹介する＞

看護職が、初対面の性暴力被害女性に、私が今からあなたを担当する看護職であると自己紹介をすることである。

(Ns3-1) お見えになったときに、救急のほうから連絡がこちらにきました。すぐ救急外来へ出かけていって、そこにいることを確認して、まずはご挨拶をしました。「お待ちしております。こういう担当をやっております〇〇と申します」というふうに言って。

(Ns5-1) (自己紹介とかは?) ああ、もちろん、もちろん、それはもちろん、もちろんそんなってますよ。この病院の中で担当させていただくってことで、名前言って。

(Ns8) (先生と一緒に問診のお部屋に行った時に自己紹介はするものですか?) あっ、一応、「産婦人科の何々です」「看護師の〇〇です」というのは言いました。(それはどうしてですか?) あっ、一応、まあ、ねえ、誰が来たかって不安に思われたらいけないので、一応自己紹介をしておこうかなと思ひまして、はい。

③＜話しやすい人であるとの雰囲気を醸し出す＞

看護職が、性暴力被害女性が話しやすいように、私は話しやすい人であるとの雰囲気を作りだし伝えることである。

(Ns3-2) あとは、診察室まで行くまでの廊下で、普通の会話をしながら「今日天気はどうだね」とかって会話をしながら状況を見て、ああ、まあ、そんなに昨日寝てない感じではないなとかね、と感じながら、進めていきましたね。まあ、そういう会話をさりげなくしたという理由は、初対面だし、何ていうの、なじんでもらう、気持ちを少し整えてもらう意味でね、やったという感じですかね。

(Ns6) (問診しながら) 気をつけたことっていうのは、一方的に聞かないようにだけはしますね。一方的にわーっと言ってしまつと、多分、向こうもね、話したいことも話せなくなっちゃうやううし。学校の話題をちょっと交えながらとか、お友達のこととかちょっと交えながら。そういう世間話的なことを交えながら私は聞くようにしてます。(その子の反応はどうでしたか?) 世間話もしながらしたので、たまに笑ったりとか、リラックスして問診は受けてくれはったかな。

(Ns8) うーん、まず言葉がけがどういうふうにしたらいいのかというのがすごいわからなかったんで、まあ、そうですね、あんまり強要してしゃべってもらうのもどうなのかなと思ったので、先生から答えにくい質問とかされてときは、ちょっとこう笑顔で「大丈夫?」みたいな感じではちょっとね、お伝えはしたんですけども、うん。

(Ns16) (性暴力被害女性はどうのような思いで病院に来られていると思いますか?) うーん。いや、何人か見てますけど、やっぱすごい勇気を出して来てるなって感じですかね。ほんとうなら人に言いたくない、忘れてしまえば、自分が忘れれば、なかったことになるっていうみたいな思いも多分きつとあったと思うんですけど……。やっぱ不安ですよ。その被害に遭ったこともやし、人に言うことも不安もあると思うので...(中略) 看護職にできること? うーん、ま、先生と会う前にちょっと話聞いてきてって言われることもゼロではないので、患者さんと最初に会うときとかはできるだけ緊張させないで、リラックスを……。具体性がないですね。リラックスした状態で診察受けれるように、言葉がけとか、表情とかは気をつけるかな。ちょっと向こうが、心開いてくれるようなしゃべり方。(それはどうしてですか?) まあ、緊張したらやっぱり言いたいことも言えないと思うので。言いたいことが言えるような雰囲気、環境をつくってあげたいかな。患者さん、ある程度緊張して来られると思うので。緊張とか恐怖とかもあると思うので、それを和らげたいかなと。

④<他者の目に触れさせない>

看護職が、移動時にルートやタイミングを考え、性暴力被害女性を他者の目に触れさせないよう行動することである。

(Ns2) どこで誰に会うか分かりませんよね。なので、できるだけその通路もね、最短コースを通らないで別ルート通って行くことも配慮の中にいつも考えてます。

(Ns5-1) 基本同じ部屋に戻ります。で、戻るのもうちのこの構造上こうね、待合室通るパターンと通らずにスタッフが通る裏の道を通るのか、それもその時々によりますね。患者さんもうしんどい言うてはったらちょっとでも近いスタッフの通る裏道通るし、全然行けるって言われたら向こう通ってもらいとか、でも患者さんいっぱいやからこっちから通ろうとか、もうそれはそのときどきで。ちゃんとそれも考えてます。

(Ns5-2) ほかの外來の患者さんが極力少ないときに「今、中待合入ってもらうの、やめてね」とか、そういう配慮はしてます。(それはなぜでしょうか?) やっぱね、場所が場所なのでね、内科とかじゃないし、何か変にね勤ぐらはる患者さんもしはるじゃないですか。で、本人さんもほかの人の目が気になると思うので。だからなるべくそこは、(患者さんが) 少ないときに、順番が来たらぱっと行こうって感じで移動するようにしてます。

(Ns8) 終わったときは患者様が何人かはいらっしゃるんですけど、一番遠く離れたほうの椅子がすいてたので、こちらでちょっとお待ちくださいという感じで、その児童相談所の方がまた間を囲んで待っていただいたかなと思います。仕切りとかがないので、かといって、ずっとその部屋に入らしてもらったのも次の患者さんが来られたりするんで、そこら辺は意識してしました。

(Ns9) 人目につかないところから出てもらいました。ほかのスタッフにも会わせないように、できるだけ人に会わないようにっていうのはあったので、裏口からではあったけどスムーズにいけるようにご案内しないっていうのはありました。(人に会わせないようにしようと思われたのはなぜですか?) やっぱそれは来られた方は誰にも会いたくないだろうと思います。

(Ns15) ここの部屋で全部終わらせて、向こうに支払いとか行かずにもうここの部屋で完結するようにしましたね。見送りはしました。

⑤<更なる傷つきを与えない>

看護職が既に性暴力被害というダメージを受けている女性に対し、被害について繰り返し話させないことや、目障りにならないよう姿を見せないといった、これ以上の傷つきを与えないことを意図した行動のことである。

(Ns4) (被害女性に対して看護職として対応していく際に大事にしようと思っていることはありますか?) そうですね。あまり同じことを何回も繰り返して二次被害を与えないようにというところは思いますね。何かこう、自分の言動によって、余計に傷ついちゃうとか、そこだけは避けたいなと思っていて。だから、ちょっと遠慮しちゃう部分があるかもしれないです。いろいろ聞きたいことがたくさんあっても。

(Ns8) まあ、児童相談所の人がね、もう何回も話聞いてはって、聞いてくれてるので、多分彼女も何回も何回も話はしたくないだろうから、そこはもうあまり無理に聞かないようにというので本人には聞かなかったのですが。

(Ns11) 私は、看護者としては、彼女の、まあ、顔とか、そういう状態を、まあ、見ないほうがいいなと思ったので、カーテンの陰というか、壁に隠れるような形で、その問診を聞いてまして、医師から診察介助を言われるまで、一切何も言わず、静かにして話を聞いてました。で、医師の診察は丁寧に、経緯をしっかりと聞いておられて、彼女も落ちついて答えておられました。(なぜ顔は見ないほうが良いと判断されましたか?) うーん、やっぱり性被害を受けて、そこで傷ついて、不安もあるでしょうし、誰にも会いたくないという気持ちもあるかなと思うので、それにまださらに違う人に出会うっていうのはどうかなと思ったので、会わないようにしていました。まあ、ほんとうに黒子に徹してというか、目障りにならないようにっていうのは、私は、一番これからも心がけたいなと。まあ、例えば、ちょっとでも笑い声が聞こえたり、何かこう、何ていうんですかね、物音でも気になるようなことが起きたりとかするのは避けたいし……。うーん、まあ、心の傷があるわけなので、まあ、忘れることはできないでしょうけど、それをまたあの人にも出会うって、この人にも出会うって、あの人も話聞かれたなんていうふうには思っほしくないなと思ってるんですけど。

⑥<不愉快な思いを与えない>

看護職が、診察後に陰部を自分で拭けるようガーゼ等を準備することや、職業に対する差別的な言葉を使わないこと、滞在時間が短くなるよう院内薬局に早く薬を作るよう依頼するなど、性暴力被害女性に不愉快な気持ちを与えないよう意図した行動のことである。

(Ns4) (お下を拭いたのは看護師ですか?) えっと、ティッシュを置いていましたので、それでご自分で拭いていただきました。何かあまりさわられたくないのかなと、その被害が遭った後は、必要以上にさわってはいけないのかという思いがありましたので。

(Ns8) なるべく早く帰らせてあげたいと思ったので、会計と薬局にもちょっとでも早く、薬を早急にお願ひしますってお願いして。それにかかったのが10分か15分ぐらいなんですけども、もう何も言わなかったら、多分、薬つくったりするの結構時間かかるので、そこら辺は早目にといいのでお願いしました。(早く帰らせてあげたいと思われた理由は何でしょうか?) やっぱりあまりこう、ね、大勢の人がいる場所ではないのですけれども、いたい場所ではないかなと思ったので。

(Ns16) お仕事がデリヘルっていうお仕事だったので、ちょっと傷つけるような言葉とかは使わないように気をつけたりは...。その方の職業を聞いて、何でしょうか、そんなことしとるからとか、二次被害にならんような言葉を選ばなくちゃなとちょっとまず思っ。(それはどうしてですか?) うーん。そうですね。まあ、どの患者さんにもだけど、まあ、嫌な思いさせたくないっていう感じですかね。はい。それ、それだけかな。シンプルに。

⑦<医師は安心でき得る人であると伝える>

看護職が、男性から被害を受けた直後である性暴力被害女性が医師が男性であることに恐怖心を抱かないようにする等、医師が安心でき得る人物であると伝えることである。

(Ns5-2) 診察に入る前に男の先生であることは言ってます。おっちゃん先生言うてます。うんうん。おっちゃんっていうのはね、まず男性であるということを先に伝えておかないといけないって思うからですね。で、それだけでなく、身近なね、安心できる人だよってことも伝えたいんですね。少しでも安心してもらうためにというか、場を和ませるというか。

(Ns6) 絶対ね、診察行く前に、今日はどんな先生に診察してもらう、男の先生です、女の先生ですってお話はします。男の先生って言って「えっ?」って言わはる人もやっぱりいはるんですけど、本人さんがちょっとでも安心して診察を受けられるように、その先生の特徴をお話しするんです。「今日はおっちゃん先生やけどな、すごいいいし、大丈夫やで」って。今まで男の先生に診てもらったってことでトラブルはないですね。

⑧<ペースに合わせてゆっくり対応する>

看護職が、性暴力被害女性の心身の状態を慮り、その人のペースにあわせて急ぐことなくゆっくり対応することである。

(Ns2) 支援センターに来た人に特に思うことは、一般診療の患者さんとは違う対応がいいんじゃないかなって。時間の流れをゆっくりとしてあげてほしいなって思うんですね。(中略) 本当にゆっくりその人の歩くペースと一緒にやってあげる。でも、時に先生は「今早く診察して、手術が待ってるから」とか言うときがあるので、そういうときは「ちょっとごめん、急ごうね」って言って、そこだけは急いで、あとはまた元のゆっくりとしたその人のペースに戻して。で、特に時間的に先生が来るのに遅いようなときはですね、そのためのソファベッドですから「寝とく?」って言って横になってもらって、眠りはできない人多いと思いますけど、体を横たえるということぐらいはできるような部屋をつくってありますので。

(Ns6) SANEって、言い方悪いですけど、向いてる人と向いてない人がいると思うんですね。やっぱり SANE はゆっくり話が聞ける人じゃないとダメだと思いますよ。(それは何故ですか?) 例えば、スタッフの中にはわーって聞く人もいますよね、でもそれは被害者に恐怖心を与えていると思うんですね。私はその人にゆっくり寄り添ってあげられるっていうことが大事ななって思いながら日々やっているんです。私ちゃんとついてるから、側にいるからねっていうことをちゃんとお伝えできる人じゃないといけないのではないかと。

⑨<無理強いしない>

看護職が性暴力被害女性に対し、話したくないことは話さなくてよいと伝えること、内診が無理となった場合は途中でもやめると伝えておくこと、幼児に対し自分でパンツを脱げるか確認し自分で脱ぐよう促すなど、性暴力被害女性が嫌だろうと思う行為を強制しないことである。

(Ns3-1) 「話しにくいことは話さなくていいですよと言ったのはどのような理由からですか？」うーん、やっぱり初めてですからね。私、初対面ですから。だから、言うに言えないものももしかしたらあるのかもしれないと思うと無理に話さなくていいですよって。話しているうちにそれを出してくださる人もいますので、そういう理由で言います、はい。

(Ns8) 「医師の問診時に」「答える範囲でいいですよ」みたいなことはかすかに言ってみたりはしたんですけど、はい。あんまりしゃべられない感じだったので。何か、あんまり話したくないこともあるのかなと思って、自分からこう話してくれることを聞いてあげたほうがいいのかなと思って。というのは、嫌な場面を思い出したりされるのかなって思ったので、自分が話せるときに話せる内容をこつちがちゃんと聞いてあげないといけないのかなと思いましたので、はい。

(Ns1) 「内診するとき、医者の方の介助をしながらも何か特に気をつけたことはありますか？」「とにかく嫌だったら言って、やめるから、途中でもやめるから言ってね」って言うのと「痛かったら言ってね」っていうのと。

(Ns7) 「この子は嫌がらないで服は普通に脱ぎましたか？」「自分で靴下も脱げるの」「いろいろできることが増えてきたの」「靴も履けるよ」という話を前室の待合のところでしゃべっていたので、「自分で、じゃ、パンツも脱げるかな」と言って、「自分で脱げるよ」と少し自慢げにお洋服を自分で脱いでというところは見せてくれました…。

⑩<帰宅時見送る>

看護職が、性暴力被害女性が医療機関から帰宅するに際し、出口などまで一緒に行き見送ることである。

(Ns2) 「ここです」って言われた人は廊下の所で「じゃあ、出口はこう行ってこうですよ」って感じで。この人は本当に玄関の出口まで送っていった。本当に夜暗くなったときで、なんかさみしそうに帰っていったので、「でも、またね、また会えるね」なんか言って帰ったような気がします。

(Ns6) ちゃんと下まで、裏口から出て、下まで送って、「待ってるしね」って言って、「また来てね、先生と」って言って。その子は「バイバイ」言うて帰って行かれました。(それはどのような考えから?) やっぱね、その方とちゃんとつながった方がいいっていうのもあるし、次、安心してまた来てもらえるように ちょっとでも声かけがね、言葉かけが必要かなと思うので、うん。次の受診のために、「また来てね」いうて。

(Ns8) その子は帰るときに「次回受診のとき来てくださいね」って声をかけたら、ちょっとにこって笑ってくれて、帰られて、ちょっと穏やかな表情はされてたのかなと思ったんですけど、はい。

(Ns9) 私来たところは見てないんですけど、でも帰りは車のところまでお見送りしたんです。人目につかないところから出てもらって、裏口のところで、警察とはわからない普通の乗用車に乗って帰られました。

(Ns13) で、もう夜間だったので1階まで送って。で、駐車場で車に乗って帰るのを見届けて、鍵を閉めて、終わった感じですね。

(5)《安心を提供できるような環境をつくる》

このカテゴリは、看護職が、性暴力被害に遭遇した直後に医療機関を初診で受診した性暴力被害女性が今いる医療機関は安心できる場所であると感じることができるような環境をつくることである。

①<話しやすいよう部屋や座る位置を調整する>

看護職が、性暴力被害女性が話しやすいよう、1対1で話せる部屋を準備したり、真正面に座らないなど座る位置を調整することである。

(Ns12) 緊急避妊の方はですね、時間とその順番によるんですけど、診察室があいてればあいている診察室で問診を先にとります。あいてなければ、応接室とか指導室とかあいてる部屋が別室にありますのでそこで問診をとります。(では、誰もいないところで看護職とこの方が1対1で問診されたということでしょうか?) はい、はい、そうです。

(Ns2) (座る時に何か考えていることはありますか?) えっと、真正面はちょっと距離が近いので真正面はやめようかなというふうにいつも思って。4席あるんですね。なので、斜めのほうがいいかなってちょっと少し距離取ります。これは被害者の気持ちが楽になるであろうと思うからです。近すぎない、真正面ではないことが双方にとって楽だろうと。被害者が被害の事実を思い起こすことは苦痛であろうし、聞き手が被害者の苦痛に満ちた話を冷静に受け止めるためにも、近すぎず、真正面でないほうがよいと思います。

(Ns4) テーブルがあって、椅子も、ソファもあるし、テーブルに椅子が4つあるという感じなんですけども、その方はソファのほうに座られたので、私も隣に座ってお話を聞きました。(隣に座った理由は?) 何かこう、うつむきかげんの方だったので、正面に座ると話しにくい方なのかなという感じがして、このほうが、下を向いているから顔もこちらも見やすいので、それで横に座りました。

②<医療機関内でぽつんと一人にならないよう調整する>

看護職が、性暴力被害女性が医療機関内でぽつんと一人になって心細くならないよう、誰かつけるよう調整することである。

(Ns6) やっとここの病院に来て、やっと診察っていうところまで来て、お話聞かなくていうところまで来て、そこまで来ていただいたし、ちゃんと安心して診察、問診、お話ができるように持っていくためには、やっぱりちょっとでもね、恐怖心とか、不安な気持ちっていうのを和らげていかないといけないなと思うし。やっぱりぽつんってね、ひとりになると、何か、ちょっとさみしくなると思うんですよね、心細くなるし、できるだけ誰かがついていられるように。自分が一人では対応しないといけなくて、誰かつき添いの人がいたら、付き添いの人と待っててねとか、なるべくひとりにならないように、寄り添っていかないといけない、それが大事なことからなっているように思っているし、いつも働いています。

③<自身が安全な空間となり守る>

看護職自身が性暴力被害女性にとって安全な空間となり、問診、内診、注射など受けるだろう恐怖から守ることである。

(Ns3-2) やっぱりまだ幼いので内診台に上がったことはないですよ。なので、そういうときはほかの人に協力をしてもらって、その子のサイドですと手を握って立ってあげて、先生が「診察するね」と言ってくしゃべって、力、ぎゅっと入ってきたりするんですよ、持ってる手にね。そういうものを感じ取りながら、「もうすぐ終わりますよ」「もうちょっとだからね」とか言って言いながら横にいる。向こうでは介助してくれる助産師がいるという感じでやるんですけどね。昼間はそれが可能なので。(手を握って立っていた場所を教えてくださいませんか?) 左サイド。(それはどうしてですか?) 内診台の形から。左のほうが広いんですね。(では女の子は左手で握ったということですか?) ああ、そうですね。私が右手で握り、女の子は左手ですかね。

(Ns6) (内診時は患者さんの右側に立っていたということですか?) はい、患者さんの左側にエコーの画像があるんです。で、ちょうど患者さんの右側に、お着がえしたりとか土足で入れるスペースがあるので、場所的にそこしか立てないんですよ。後ろになると顔が見えないし、顔が見えるところが右側しかないの。いつもそこには立たしてもらおうようにしています。(顔が見える位置に立った、そのお考えはどこから?) やっぱり安心させるためです。まあ、先生も無理にね、クスコでがばってあげたりとかはされないの、そーっとそーっとしてくださるので、そこはもう私も安心して大丈夫というて、ずっと手握って、うんうん。(手を握っている) もうずっと、ぎゅーっと手、握って、握っていいいうて。(それはすごいですね。嫌やったら握らないじゃないですか、やっぱり) ああ、そうですね。でも何か持ちたいと思うんですよ、怖いし。(それは大人でも?) 大人も一緒です。こどもも大人もみんな一緒。やっぱり大人の人でも、今までお産もしてる産婦人科の経験もある人でも、やっぱりそういう被害の後で内診するのが怖いという人もやっぱりたくさんいるので。

(Ns7) (このこどもさんに対応する際に一番大事にしたことは何かございますか?) 先ほども言いましたけれど、やはり今のこの記憶はきつと残るんだろうけれど、とても怖かったというのだけじゃなくて、いいように、恐怖だけには終わらせたくないなと思って、かかわるようにはしました。(恐怖だけでは終わらせたくないというのは、具体的にはありますか?) 恐怖だけではないというか、あまり怖くない思い出としたかったなというのはありましたね。

なので「痛くないよ」ということはほんとうに言いたくなかったし、「採血はすぐに終わるよ。痛いのはちょっとだけ。ちくって刺すときだけ」ということで、「じゃ、約束」と言って、1回で採血をできたというところも、何せ恐怖体験を少しにとどめたいなというのはすごくあったので、こどもさんに対しての。(恐怖体験を残したくないという思いはどうしてですか?) やっぱ怖い思いというのは、すごくトラウマになってしまうかなと。ただ、そのかわりによって、そのトラウマというのは、私は新人看護師さんに対応したりしているんですけど、新人さんとか、いろいろ聞く中で、ちっちゃいときに病気をして、看護師さんになりたいと思って看護師になったという子も数名いるんですけど、そのときに、痛い思いをいっぱいしていたけど、看護師さんがいつも笑わせてくれたとか、そういうことを聞いたりしていたので、きつとこどもだから、そんなに深く思い出しとしては残らないかもしれないというような、何やろうな、何が言いたいんやろうな、何せ、怖い思いを小さくしてあげられるかわかりができればなと思って。

(Ns17) 先生の後ろで一緒に話を聞いています。(中略)。後ろで、こう、私も話聞いているけどその人の表情の、うーんとかこうやって目を合わせたりしたら、「うーん？」っていう目の合図とか、そういう感じでちょっとでも、あの、ここは怖いとこじゃないんだよっていうか、こう今からいろんなこと起きるかもしれないけども安心してねっていうような感じで、後ろで見守りみたいな感じではおきたいかなとは思ってます。はい。

(Ns18-2) 内診は終わってなかったと思います。話をしている途中で過換気っぽくなっちゃって。で、車いす持って行って、で、すぐ運んだっていう感じです。(落ち着くまで横におられたのですか?) はい。それは横にいました。

(Ns9) それこそお話を聞くときにも男の先生が前だったら、被害にあわれた方の隣に私がいたのかなってというのは一番、今思ったことですかね。男の人と向かい合ってるのがちょっと抵抗があるかなと。先生の方も向かい合ってその話をするのに対抗があるかもしれないから、それだったら横に座るか、斜め後ろに座ってるかしたかなってというのはあります。お話するときに一番抵抗があるかなと思ったり。(お話するときに一番抵抗があると思うその理由は何?) うーん、何を聞かれるんだらうって身構えるというか、被害のことを思い出しながら具体的に話すの嫌だらうなと。

(Ns10) (もし医師が男性の場合はどうなると思いますか?) やったら、きつと見える位置にいたと思うんです。ずっと離れられないので。男の先生とは1対1にはなつてはいけないと思うので。(それはどうしてそう考えるのですか?) 男性に被害に遭っていて、対面ではやっぱり不安だらうし、怖いだらうし。まあ、看護師が先生の後ろで見えるところにいてることによって、話してる内容にちょっと反応してみたり、そうすると、より安心してリラックスもできるかなっていうふうに思います。

(Ns11) (仮に男の先生だとしたら、問診のときは壁に隠れてると思いますか?) 男の先生だったら、どちらかというと、まあ、そうですね、ちょっと安心のために横についてるかもしれないですね。そこは違うかもしれないですね。

(Ns20) 問診の時に、先生の横ではなくて患者さんの横についたかもしれません。(それはどうしてですか?) それは、やっぱり、男性と1対1で向かい合うのはつらいのではないかと。(それはどうしてですか?) うーん。やっぱり加害者が男性で、その同じ男性と向かい合うのは、怖いという気持ちとかがよみがえってくるかもしれないし、つらいのではないかと...(だから横につこうと。) はい、大丈夫ですよ、横にいますよっていう気持ちは伝えたいなと思って。伝わるかはわかりませんが。

④<内診室等に誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る>

看護職が、性暴力被害女性が安心して問診、診察、内診を受けることができるよう、事前に中に誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入ることである。

(Ns3-1) 男性であることがわかってたから彼女には「緊急で来ていただいて、今日のところは男の先生なんですけどいいですか」と言ったら「いいです」ということだったので、「じゃ、私も一緒につきますからね」って。(今日は男性医師であることを説明されたのはどうしてですか?) ああ、それね。うーん、やっぱり、男性から被害を受けてるので、やっぱり男性に恐怖心の強い人は嫌だという人もやっぱりあるわけですね。それが嫌だということであれば、やっぱり何としても女性医師に出てきてもらわなきゃいけないから、なので、そういう配慮からです。はい。(私つきますからとおっしゃった理由は何ですか?) それは男の先生なわけですから、当然2人だけで診察し合うわけではないので、安心してくださいねということですよ。

(Ns5-1) ああ、警察ですか、それも本人に聞きます、どうしましょうと。今から病院で診察を受けるために必要なお話を伺いますと。で、そこの部屋行きますがどうしようっていうメンバーの確認をします。で、そこから診察になるんですけど、診察もその内診室に入るときも誰と入るかというのも必ず確認します。ここが一番シビアなところですよ。だから本人さんが安心できるようにね。まあ、おまわりさんとも入ってことはめったにないんです、この方は1人で入ってくれはったんですけど、場合にはよってはナースも一緒に入ると。

(Ns5-2) もちろんこどもさんであっても、お母さんが常に一緒っていう決め込みはしてません。これはもう最初からもう大事にしてるんですけど。こどもさんであってもね、意思をもった一人の人間としてみていかないといけないと思ってます。(中略) 1人で入るか、お母さんと一緒に入るか、看護師さんとも入るかっていうパターンをまずお伝えして、こどもに確認します。これは大人でも一緒です。パターンをお伝えしてどうしますかと。でこの子はお母さんと入らない、看護師さんとも入りたいと。だから私つきましたね。内診側に入って、向こう側をだからほかのスタッフに頼んだという記憶ですね。(診察後の説明は?) それも聞いてもらいたくないっていう人結構いるんですよ。「ううん、もうお母さんいい。待っててもらう。1人で行く」って。(この子の場合は?) この子は、お母さん一緒に結果聞いてはったと思いますわ、確かね。この子は内診だけ嫌がった。

⑤＜安心して内診を受けることができるよう環境をつくる＞

看護職が、性暴力被害女性が安心して内診を受けることができるよう、内診の受け方の説明、カーテン開閉希望の確認、羞恥心への配慮を行うことである。

(Ns15) 「ここに上がって、まずはここで靴を脱いでいただいて、この上で下着を脱いでいただいて、こちら側から乗ってもらって、座ってください」と。「座ってもらったら、バスタオルで足元をかけさせてもらいます」と、一言一言声をかけて。ほんで、初めてやったのかな、説明しました。「椅子になってますけど、椅子が今から動きます。動くと同時に、足が自然に広がりますけど、足の力をできるだけ抜いてください」と。「背もたれも倒れますので、びっくりしないでください」と。「手は胸のほうで」とかという、逐一、言って。で、大丈夫か確認してやったと思います。

(Ns5-2) (この子は産婦人科初めてかなと思うのですが、内診台にはずっと上がれるものですか?) うん、だからジェスチャーで説明するんですよ。(例えば?) 「大きな椅子があってな、パンツもズボンも脱ぐねんで。ちゃんと座って、看護師さんビッとボタン押したら、ほんまこんなふうにびゅーっと上がってひょーっとやってこんな格好なるのよ」言うて。「へー」言うて笑ってますけどね、この子の場合は。「そうそう、ほんでな、ここに電気当ててな、傷がないかどうか見さしてもらって、大事なところやしな。自分でなかなか見えへんやろ。耳かきの綿棒のくちゅくちゅでちょっとしてもらいし、痛かったら言うねんでー」言うて。痛かったら言うたらええんや、言うても大丈夫なんやでっていうのを伝えて。「ポイントは、リラックス、リラックス。お口でふーふーしてたら痛くないしねー」って、これはもう皆さんに言いますね。でこの子もふんふんって聞いててくれて、「えー、椅子動くのん」とか言うて、「動くでえ」言うて。

(Ns3-1) 「カーテン、あけてたほうがいいですか、閉めたほうがいいですか」と言って、「閉めてください」と言ったら閉めるし、「あけてください」と言ったらあけるしということはやりますけどね。この人のときどうしたかはちょっと覚えてないけど、多分閉まってたと思います。(カーテンの開け閉めについて尋ねるのはなぜですか?) 見えない場所で何されるかわからない。さっきまでそういう恐怖を味わってきたのに見えない場所で何かされるというのを怖がる人がいますので。

(Ns8) 処置台に乗ったりするときに声かけをする と、結構素直に応じてくださったのと、あと、下着とかとらないといけないので、そこら辺大丈夫かなと思って「大丈夫? 」と聞いたんですけど、「大丈夫です」ということで自分で脱がれて、ちょっとスカートめくる感じで処置台に上がられて、「ベッド倒れますよ」という感じで声をかけさせていただいて、その後、先生が膣からいろいろ粘液とかを取られて検査に出したんですけども、その検査の介助して、終わったらまたちょっと着がえてもらう介助をさせてもらって。

(Ns3-1) なんで、ましてや相手が男性であれば、そういうときは私の顔も見えないところで(カーテン)あけてと言ってる人は、ほんとにあけてやります。(私の顔も見えないところであけるんですね。) そうそうそう。(それはどうしてですか?) あっ、私は女のおばはんですからね。だから、男の先生が1人でこうやってやってるわけではない、ちゃんと私もいるよということを、まあ、見てもらうということです。

(Ns3-1) グリーンのシートがあるんですね。そういうのをちょっと、このところだけにかけてと安心するんですね。こっちから丸々見るんですけど、ここからは隠れるじゃないですか。だから、そういうのをちょっとかけてあげたりすることはありますね。

(Ns8) (内診が終わってからでも外で待っておられたのですか?) 終わってからは…。下着だけちょっと先に履いていただくんですけども、そのときだけちょっとタオルをかけて、下着だけ履いてもらって、その後ゆっくりスカートとかを履いてもらう時には出たんですけども、はい。やっぱりちょっと、気を使ってあげて、ほかの人よりも大分気を使ってしないといけないので、そういう処置のときに服を脱いだりとかね、その、隠してあげたりとか、そういうことはすごい大事にしないといけないかなと。

3) 【円滑な診察のサポート】

このコアカテゴリは、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性が円滑に診察を受けることができることを意図し、看護職が行う医師の診察のサポートに関するものである。2つのカテゴリから構成されていた。1つ目のカテゴリ《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》は、3つのサブカテゴリ＜事前に対応方法を医師と調整する＞＜得た情報を医師に伝える＞＜医師が診察しやすいようサポートする＞、2つ目のカテゴリ《証拠採取の介助を行う》は3つのサブカテゴリ＜医師が証拠採取キットを使用しやすいよう介助する＞＜医師と一緒に創部を確認する＞＜レイプドラッグの可能性があり採血する＞から構成されていた。

看護職は《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》ために、看護職自身が問診を行っている医療機関では＜得た情報を医師に伝える＞ことを行い、看護管理者が医師と協力して対応している医療機関では＜事前に対応方法について医師と調整する＞ことを行っていた。また、＜医師が診察しやすいようサポートする＞ために、多くの医療機関では、看護職は医師が使用しやすいよう内診時器具や検査キットを手渡しており、これは《証拠採取の介助を行う》ために＜医師が証拠採取キットを使用しやすいよう介助する＞ことと手技としてはそれほどの違いは認められず、＜レイプドラッグの可能性があり採血する＞看護職の姿も垣間見られた。そして、創部が証拠になり得ると認識した上で＜医師と一緒に創部を確認する＞看護職の姿も伺われた。

(1)《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》

このカテゴリは、看護職が、被害直後に医療機関を初診で受診した性暴力被害女性がスムーズに医師の診察を受けることができるよう得た情報を医師に伝え対応方法を相談するなど医師と調整することや、診察時医師をサポートすることである。

①＜得た情報を医師に伝える＞

看護職が医師に性暴力被害女性が来院することや診察前に把握した性暴力被害女性の情報を伝えることである。

(Ns1) こういう人が来ますっていうのを担当医師に電話をして、で、ファーストコールがそうなるのでして、で、その医師が判断して誰に診察してもらうかっていうのを決めて、誰々にしてもらうからとか私がするからとかっていつて連絡もらったら、「じゃあ、問診が終わったら連絡しますね」って言って決めてます。

(Ns2) で、診察までに持っていく情報、医師が必要とする情報を書き留めていきます。最終月経から始まって、いつ起きて、何を心配してるか、痛い所がどこであるとかという身体的なところを取り、そして、自分が客観的な、観察したこと、私が直接面接して分かったことも含めて伝えます。例えば、話し方、姿、雰囲気、伺いうる苦痛の様子、医療処置への抵抗度、元気度などです。これらを医師に伝え、記録にも残します。

(Ns6) (無理には聞かないということですが、それが診察に必要な情報の場合はどうするのですか?) それはもう、本人が言いたくないことは無理して聞かない。で、ちゃんと医師には、「そこはもう言いたくなさそうだったので聞いてません」って、「聞けてません」というふうにお伝えして、できる範囲の診察をするという形になります。

②＜事前に対応方法について医師と調整する＞

看護職が医師と性暴力被害女性が円滑に診察を受けることができるよう対応方法について事前に調整することである。

(Ns8) ただ、看護師としては、児童相談所の人と事前にちょっと情報を得ておくということも大事なんだろうなと思いましたので、部屋に入る前に児童相談所の人にこっち来ていただいて、少しだけ、簡単にお話はしたんですけども、まあ、流れみたいのところだけ一応聞かせてもらって。(その事前に話をしようとの声掛けは誰がされたのですか?) それは私が。先生と最初にしたほうがいいですよという感じで。先生も、ちょっと事情がさっぱりわからないので一緒に聞いていただいたという感じです。

③＜医師が診察しやすいようサポートする＞

看護職が、内診時器具や検査キットを手渡すことや、こどもにとってこどもが安心で安全な方法で固定すること、内診を含む診察を医師がしやすいよう問診を聞いておくことなど、医師が診察しやすいようにサポートすることである。

(Ns4) (内診時はどこに立っておられましたか?) 私は、洗浄するということだったので、消毒液とか、あと、ちょっとライトの調整をしたりとか、あと、クスコをお渡ししたりとかということで、そういう器具もある場所のほうにいました。

(Ns9) (⇒) (具体的にどのような介助をされましたか?) もう、そういうの、何もわかってないの。先生が開けてって言って開けたり、検査のキット、これ開けてこうしてって言われたものを開けてっていう形で、患者さんに対しては全部先生がされていたので、何もわかっていない当直の看護管理者がついてるというのも先生はよくわかってくれたので、そのふたを閉めてきたらいいですよとか、はい、そういう感じで、お役に立てる介助ではなかったんですけど、はい、でも先生はわかってたので、そこは言いながらちゃんとやってくれたって感じでした。

(Ns20) 先生の来そうなときにもう内診台を上げちゃうんですけど。(なぜ先生が来そうなときに上げるのですか?) あ、診療、スムーズにするためにもあるし、患者さんが、基本的に、産科の診察ってあまりしたくない人が多いと思うので、下脱いであるので。そうですね、スムーズに診療できるようにするのが一番ですかね。

(Ns7) (外陰部の診察はどのようにされたのですか?) 先生が「お股、診せてね」と言って、ぱかっと、外視というか、目視だけですわね。(そのとき看護職はどこにおられましたか?) 私はこどもさんの頭元で、膝枕をする形で、頭を私の膝に乗せて、「大丈夫よ」と、上半身を支えるというか、固定するというような体勢をとりました。(それはベッドの上に乗っておられるということですか?) 腰かけるですね。(腰かける。) ベッドといっても寝るベッドではなくて診察台なので、横に座って、そこで頭を上置いて、そうですね、そんな形ですね。(その体勢は自発的にされたのですか?) はい。(それはどうしてですか?) 小児科で経験していたときに、採血をするときに、やっぱり体のどこかに触れてあげていたほうが、こどもが安心するというのと、固定がしやすい、安全に固定がしやすいというのがあったので、そうしたほうがよいかという経験上ですかね。(抵抗するとか、泣き叫ぶとかはなかったのですか?) そこはそんなになく、はい。

(Ns10) こういうときはこうですよっていう決まりはないの。はい。で、もう大体うちのナースは 見えないところで立って話を聞いていることが多い ですね。はい。(話を聞いている理由は?) ええー……。まあ、診察に入るまでは絶対介助するので、その流れを見とかなんといけなし、聞いとかなんといけなしっていうのもあって、突然、検査、何するかかわらないでは困るので、そこまでは話はしっかり聞いているかなっていう感じですね。聞きながら準備したりとかしてます。(例えばどのようなことを準備されるのですか?) えーと、クラミジアのキットとかに名前書いたり、検査箋を書いたりとかっていう準備、してますね。はい。

(2)《証拠採取の介助を行う》

このカテゴリは、看護職が医師が被害直後に医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対する証拠採取を実施しやすいよう介助することや創部と一緒に確認することである。

①<医師が証拠採取キットを使用しやすいよう介助する>

看護職が医師が証拠採取しやすいようキットの蓋を開け、キットを渡し、受け取るといった介助をすることである。

(Ns1) で、あと、介助しなきゃいけないし、採取のやつをしなきゃいけない から、まあ、あの「嫌だったら途中で嫌だって言ってね」って言いながら、先生のほうに立って。で、証拠のやつをきちと採らなきゃいけないのでそっちのほうに回ってやっています。

(Ns5-1) その証拠採取の介助は 1 人では手足りないんですよね、もたもたするので。できるだけ時間かけないようにと思うと、キャップしたりとかその手伝いを要請することがもうほぼほぼ、そういう感じでやっていますね。

(Ns20) (警察が)「とってください」ってことだったので、もらったキットは全てとって向こうに返却しています。(そのキットは今まで何回か見たことがありますか?) ああ、あります、あります。スワブで膣分泌とるのと、くしのやつで。(それは全部先生がするのですか?) あ、キャップはあけますけど、渡して、先生がして、それを私がもらってキャップするだけみたいですね。そのままこっちから問診の部屋に戻って、警察の方にそのまま渡すだけなんです。

(Ns9) (⇔) (証拠採取キットは予め警察から預かっていたものを使用したのですか?) どこから預かっているのか、わかりません。でも このキットでとってくださいっていうワンセットが決められた引き出しに入っているんで、これでするんですよねっていうのは初め先生と確認してやったので、警察からどうこうっていうのはちょっとわかりません。ワンセット全てがここに入ってますからっていうのがあるので、先生の言うとおりに動くみたいな感じのマニュアルが、さらっとしたものがあるという感じです。

(Ns11) (⇔) あ、私が不慣れなものもあって、先生がもう出しておられたのを覚えてます。はい。ちゃんとそういう性被害セットみたいな形でちゃんと置いてあって、それをもう出しておられました。なので、「それとって」っていうぐらいの感じで介助した ような記憶があります。

②<医師と一緒に創部を確認する>

看護職、医師と一緒に性暴力被害の証拠となり得る被害による怪我を確認することである。

(Ns1) (服を脱いでもらうのは医師の前で一緒にするということですか?) そうですね。何回もやるとまた脱ぐの? と嫌な気持ちになるかもしれないし。「じゃあ、一応見るだけ見せてもらってもいい?」っていうのを聞いて、もしかして何かあるかもしれないから、何かっていうので一応見せてもらう。で、「ええ」っていう人には「嫌だったらあれだけど、でも、もしね、傷があるとそこが証拠にもなるから」っていうので言っています。(その方は見せて下さったのですか?) はい、はい。

(Ns3-1) あとは 膣、性器の損傷。出血があったりとか、そういったのはないかというのは診る。(そのときは看護職は横にいますか?) ああ、もちろん、もちろん。ずっと先生の横にいて一緒にみえます。

③<レイプドラッグの可能性があり採血する>

看護職が医師の指示を受け、レイプドラッグの可能性を調べるための採血をすることである。

(Ns9) 先生がオーダーされた採血をするときに、薬を飲まされてた可能性があるから一応一緒に採血してくださいって警察が言われました。問診も診察も終えて、最後に採血をしました。検査項目は具体的にはわかりません。

4) 【信頼関係の構築】

このコアカテゴリは、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に対し看護職が提供したケア内容の中で、看護職が性暴力被害女性と直接向き合い信頼関係の構築を意図したものである。3つのカテゴリから構成されていた。1つ目のカテゴリ《あなたの味方であるとの姿勢を示す》は、2つのサブカテゴリ＜あなたは悪くないことを伝える＞＜話す内容をありのまま全て受け止める＞、2つ目のカテゴリ《インフォームドコンセントを遵守する》は、5つのサブカテゴリ＜被害状況を確認してもよいか意思を確認する＞＜支援センターに話を伝えてもよいか意思を確認する＞＜同伴した母親でなくこどもの意思を確認する＞＜こどもが納得できるよう理由を説明する＞＜証拠採取の必要性を説明する＞＜同意書にサインを得る＞、3つ目のカテゴリ《個人情報を守ると約束する》は、2つのサブカテゴリ＜情報が漏れることはないかと約束する＞＜他者に知られたくない気持ちを尊重し電話をかけてもよいか確認する＞から構成されていた。

看護職は、《あなたの味方であるとの姿勢を示す》ために、できるだけ早い段階で＜あなたは悪くないことを伝える＞ことをし、自分の解釈を入れず＜話す内容をありのまま全て受け止める＞と決めて性暴力被害女性の話に耳を傾けていた。しかし、前者の＜あなたは悪くないことをと伝える＞ことに対する見解には同じ医療機関に所属する SANE の中に相違が認められた。また看護職は、《インフォームドコンセントを遵守する》ために、＜被害状況を確認してもよいか意思を確認する＞こと、＜支援センターに話を伝えてもよいか確認する＞こと、こどもであっても＜同伴した母親でなくこどもの意思を確認する＞ことをしており、意思に反して性行為を強要された性暴力被害女性の意思を丁寧に確認していた。そして＜こどもが納得できるよう理由を説明する＞こと、＜証拠採取の必要性を説明する＞こと、＜同意書にサインを得る＞ことによって、医療機関でなされる処置を納得して受けることができるよう努めていた。さらに看護職は、他者に情報が漏れることを心配する性暴力被害女性に対し《個人情報を守ると約束する》姿勢を示すために、＜情報が漏れることはないかと約束する＞こと、かけてよい番号や時間帯を含め＜被害を他者に知られたくない気持ちを尊重し電話をかけてもよいか確認する＞ことを実践していた。

(1)《あなたの味方であるとの姿勢を示す》

このカテゴリは、看護職が性暴力被害女性と直接向き合い、私はあなたの味方であることを言葉や態度で伝えることである。

①＜あなたは悪くないことを伝える＞

看護職が性暴力被害女性と直接向き合い、自責の念を抱きやすい性暴力被害女性に対しあなたは悪くないことを言葉で伝え、私はあなたの味方である姿勢を示すことである。

(Ns1) 最初に「ああ、そうだったんだね」みたいな話を聞いて。「でもあなたは決して悪くはないの。悪いのはやった相手だからね」というのをまず言って から体のことを聞いて、

月経周期とかそういうのを聞いて、で、また何かしゃべると「私が悪かったです」みたいなことを言い出したら「いや、あなたは絶対悪くないんだから」って言います。本人がちょっとでも「自分が悪かった、しまった」みたいな感じで言い出すと「違うんだよ」っていうのは何回も言います。それはもう絶対に。とにかく「あなたは悪くないんだよ」っていうのはとにかく伝えて。（問診を始める前に最初に言うその理由は？）自分が悪かったって思ってる人は結構多いんだから、その思いのまま診察受けると診察も嫌な思いになっちゃうのかもしれない。彼女の場合は犯人が逃げていってるから、その犯人を捕まえてもらうためにも今やれる最大のことをやろうねっていうことで伝えたいし、とにかくとにかく私たちは味方なんだから一緒に協力するので頑張ろうっていう意味も込めて、悪くないよっていうのを、それを認めてあげることなんか、その、頼りにしてもらえ、信頼関係も持てるかなってのもあるので言ってます。（その言葉を聞いた時女性はどうな反応をしますか？）うーんと、彼女の場合は「でも私酔っぱらってたんで」みたいな。「私がいけない」みたいな感じで言うから「いやいや、そんなことない。酔っぱらっててもさ、じゃあさ、男の人とかが財布盗まれたとして、お財布盗まれてもいいの？それと同じだよ」って言って、「そうですね」って言ってましたけど、うーん。

（Ns2）その方はすごく怒りがあったの。正気になってからもう沸々と怒りが湧いてきたので、で、動き始めたところでたらい回しにも遭い、そして支援センターに来てくれたので、言いたいこといっぱいあった人でしたね。被害女性から聞き取った限りでは彼女は性被害に遭うとは全く思ってもいなかった。楽しい遊びのはずだった。ので「あなたは何も悪くなかったよね」っていうことは最初に、言えないケースは言いませんけど、言えそうなときはまあ先に言って。（先に言う理由は？）被害者の多くは自分を責め自責感情で苦しむことが多いので、そうした自責のために被害の実態に冷静に向き合うことが困難になることもあります。ですので、出来るだけ冷静に被害の実態を語ってもらいたいために先に言います。

（Ns3-2）（⇒）よく台本の中に「あなたは悪くない」と伝えなさいというのがあるんですけど、私ね、それ、最初に「あなたは悪くない」と言う言わんのですね。何でかという、事情を知らないのにあなたが悪いかわからないかなんてそんな軽々しい話言えないですよ。でもこの子の場合、加害側が意図的にやっていることなので絶対この子は悪くないですよ。でも本人から聞いたわけではないし、お母さんの又聞きでもあったし、もうただ傾聴するだけで終わったというのがあって、ああ、伝えないかと思ったんですけどね。でもこの後、何度か会う中でその話を伝えてって。この子は勉強には専念してくれたのでその辺はちょっと安心しましたけど。（...自分が納得しない言葉は使わないということですか？）そうそうそう、そうそうそう、昔からそうなんです、私。やっぱり理解して、ほんとうに共感した中で出す言葉じゃないかなと私は思いますね。

②＜話す内容をありのまま全て受け止める＞

看護職が性暴力被害女性と直接向き合い、性暴力被害女性が話す内容を自分の解釈を入れないでありのまま全て受け止めることである。

（Ns2）（対応するときに何か大事にしていることはありますか？）うーん、あの、いわゆるすごい被害を受けた人に対しては、本当に、思わぬことになっている。なので、まあ、本当にあなたにとって不運なことだったということのをね、分かろうとする、分からなくちゃいけないと思っています。で、実はその、話の流れから言って、つじつまが合わない話も時々あったりしますよね。けど、私はいつも訴える人の100%全部聞こうと思ってます。それは自分の中に入れてるんですね。（100%聞こうと思うのはどうしてですか？）あの、そういうものじゃないかなと思うんですね。訴えるのは主観的な判断で言っているわけですから、それが正しいか正しくないかは後で分かることです。なので、訴えたいことは全部言いなさいっていう感じで100%受けるのです。その人の頭の中では100%正しいと思っている、だからそれを全部受け止める。自分の解釈を入れないで受け止めて、被害者がおっしゃることは全部そのとおりだったとして聞こうというふうに、自分の中でそうしています。

（2）《インフォームドコンセントを遵守する》

このカテゴリは、看護職が性暴力被害女性と直接向き合い、意思に反して性行為を強要された性暴力被害女性の意思を丁寧に確認すること、処置を納得して受けることができるよう必要性を説明することなど、インフォームドコンセントを遵守する姿勢を伝えることにより、性暴力被害女性の信頼を得ることを目指したものである。

①<被害状況を確認してもよいか意思を確認する>

看護職が、被害直後である状況を考慮して性暴力被害女性に対し被害状況を尋ねてよいか意思を確認することである。

(Ns15) 被害に遭った直後で間もないし、なかなか話づらいことやと思ったので、その彼女は、あまり、こう、スムーズに話すような感じではなかったの、話づらいかなと思って、とりあえず、今心配なことがないとか、性被害に遭ったことをすぐ聞かずに、今の状況が大丈夫かどうかとか、どこか体が痛いところはないとかをちょっと話して、表情が和らいだかなと思ったとき、ちょっとそこを見ながら、「一応、話づらいことやと思うけど、大切なことなので教えてください」ということでお話を聞いたと思います。そしたらその彼女は、ほんとうに淡々と、多分つらいことやったと思うんですけど、淡々と話していただいて。

②<支援センターに話を伝えてもよいか意思を確認する>

看護職が、性暴力被害女性に対し、支援センターに支援をつなげるために話を伝えてもよいか意思を確認することである。

(Ns15) で、一旦聞いた後に、「そういう支援センターというのがあるので、力になれることがあるかもしれないので、またそこの方にお話ししてもいいですか」という了承をとって、何とかそのサポートをできないかなと思って関わったと思うんですけど、私も被害に遭った方に接したのが初めてだったので、戸惑ったと思います。

③<同伴した母親でなくこどもの意思を確認する>

看護職が、こどもであっても同伴した母親を優先せず、部屋に誰と入るか、得た情報を母親に伝えてよいか、支援センターに行くかなど、こどもの意思を確認することである。

(Ns5-2) もちろんこどもさんであっても、お母さんが常に一緒っていう決め込みはしてません。これはもう最初からもう大事にしてるんですけど。こどもさんであってもね、意思をもった一人の人間としてみていかないといけないと思ってます。(中略) 1人に入るか、お母さんと一緒に入るか、看護師さんを入れるかというパターンをまずお伝えして、こどもに確認します。これは大人でも一緒です。パターンをお伝えしてどうしますかと。でこの子はお母さんと入らない、看護師さんに入りたいと。だから私つきましたね。内診側に入って、向こう側をだからほかのスタッフに頼んだという記憶ですね。(診察後の説明は?)それも聞いてる。それはちょっと微妙な親子関係やなと思うときは、特に聞かんと。お母さんに聞いてもらいたくないっていう人結構いるんですよ。「ううん、もうお母さんいい。待っててもらう。1人で行く」って。(この子の場合は?) この子は、お母さん一緒に結果聞いてはったと思いますわ、確か。この子は内診だけ嫌がった。

(Ns5-2) で、しゃべってる中で、これお母さん知ってはんのかなとか、知っというもらわんとあかんのちゃんかなとか、もしあるんやったら本人に確認してる。これお母さん知ってはるのって。「ううん」って。「でもこれはな、お母さん心配してはるし、これは看護師さんは言ったほうがいいのかと思うんやけど」って言ったら、「いいよ」って言ってきて、「ならお母さんに言うよ」って。うん。で、お母さんに「ここだけは何々ちゃんいいよって言ってくれたから伝えますね」とか。だけど、診察の結果とかでもね、本人聞いててもお母さん知らんのはちょっとあれやから、「1人で行ってくれるの構へんけど、診察の結果はお母さんに看護師さんが伝えても構へん？」ったら「いいよ」とかね。まあそれは嫌とは言わはらないです。でもその場にいてもらうんは、一緒に行動っていうのんが、意外となんか別々が多いような印象があります。

(Ns17) (廊下の片隅で本人としやべる時間があつたということですが、そのときはどのようなお話をされたのですか?) えっと、あの、お母さんはついてかないとかそう言ってるけども「(支援センターに) 行ってお話いろいろしてね、きたほうがいいのかと思うんだけども行ってみる？」っていう形で言ったら「うん、私は行く」と。

④<こどもが納得できるよう理由を説明する>

看護職が、性暴力被害女児に対し、病院を受診した理由や採血をする理由および内服薬の必要性や服用方法について納得できるよう説明することである。

(Ns3-2) 外来のほう連れてって、いろんな外来の説明をするときに自分の名前を伝えて、先生に会わせる前に、被害者の子と話をしたという状況だったんですけど、どうだった、ああだったということよりも、これからやることについて、本人に話をしたという感じですね。なので、本人はそれで納得して、まあ、とりあえずは診察に来た目的を伝えて、診察を受けたという感じでしたかね。

(Ns6) 一番最初にしたのが支援センターの説明。本人さんは、多分、病院に来るという認識しかなかったの、何でこの支援センターというのを受診しないといけなかったのか、診察に来ないといけなかったのかということまで多分わかってないかなと思ったので、そこら辺のほうから、支援センターのほうの説明のほうからお話しさしてもらいました。

(Ns6) 採血は嫌とか、注射は嫌って、やっぱりこどもは言うんです。でも何で必要なのかっていうことをちゃんとと言うとかないと、理解してもらわんとね。どんな検査するか、何で必要なのか、何でこの検査をしないと今日しないと帰れないのかっていうことをきっちり説明して。ちゃんと説明するとね、大体の子はちゃんとできます。その子もね、すっごい嫌がってたんです。ちょっとうるうるってなりながら、うん。で、問診室に戻って、ベッドがあるのでそこで寝てもらって、すぐ終わるしなって言って。ちゃんと先生もついてくれるしって、学校の先生もちょっとなだめながら採血して。まあ、気分悪くなることもなく、そこはスムーズに終わりましたね。

(Ns6) お薬の説明があるんです。今日は何でこのお薬が出たかっていうことと、このお薬、何で飲まなあかんかっていうことと、お薬の飲み方の説明。で、このお薬飲んだら、ちょっとこういうことが副作用で出るかもしれへんし、とか。

⑤<証拠採取の必要性を説明する>

看護職が、性暴力被害女性に対し、損傷部位や加害者の精液は証拠になり得るという証拠採取の必要性を説明することである。

(Ns1) (服を脱いでもらうのは医師の前で一緒にするということですか?) そうですね。何回もやるとまた脱ぐの? と嫌な気持ちになるかもしれないし。「じゃあ、一応見るだけ見せてもらってもいい?」っていうのを聞いて、もしかして何かあるかもしれないから、何かっていうので一応見せてもらう。で、「ええ」っていう人には「嫌だったらあれだけど、でも、もしね、傷があるとそこが証拠にもなるから」っていうので言ってます。(その方は見せて下さったのですか?) はい、はい。

(Ns2) 「今だったらまだ時間が短いので相手の精液というのは残ってたら証拠採取はできるけど、シャワー浴びたりお風呂に入ったりはしてませんか」って言うと、大体「シャワー浴びてます」とか言うことが多いんです。でも、シャワーだからね、膣洗浄してるわけではありませんから。なので「採れるものは採るということは大丈夫ですか」って言ってですね。

(Ns1) 内診台っていうのはどういうものかっていうのを、口ですけど、最初面接っていうか面談したときの所で私が「こういうふうになんか格好になるんだけどね」って言って、そういう機械が、そういう診察台があって、そういうふうにすると証拠も取りやすいし、一応傷がないかとかそういうのを見やすいもんだからというのは説明します。

⑥<同意書にサインを得る>

看護職が、性暴力被害女性に対し、証拠採取や緊急避妊ピル内服に関して説明を行った上で同意書にサインを得ることである。

(Ns1) 証拠採取には同意するかとかいろんなことに対しての同意書があるので、まずそれも読んでもらって、どういうことをやるんだってことを読んでもらって、同意書にサインしてもらってます。

(Ns4) 問診票自体は、本人さんが書く同意書でもあったので、じゃ、読みますねと言って、読みながら、「はい」「いいえ」をつけてもらった、という形だったんですけども。(同意書は何に対する同意ですか?) これからもし処罰感情が起きたときに証拠を残しておきたいのかというところだったり、あと、同じことを何回も聞かれないように、これからもしかして診察することになるかもしれないので共通認識という形で行いますというところと、ここはど

んな事ができるのか、出来ることの説明と説明を受けたという証明です。説明を受けましたという同意書にサインですね。

(Ns12) (緊急避妊ピルの説明は看護職と1対1の問診のときにされるのですか?) はい、そうです。緊急避妊用のピルについては同意書をとっています。(中略) 100%妊娠を避ける薬ではないということを理解していただいた上でこの緊急避妊用ピルを飲んでくださいという同意書があるんですね。その同意書にサインをしてもらいます。

(3)《個人情報を守ると約束する》

このカテゴリは、看護職が性暴力被害女性と直接向き合い、あなたの個人情報
が外部に漏れることはない¹と約束することにより、性暴力被害者の信頼を得るこ
とを目指したものである。

①<情報が漏れることはない¹と約束する>

看護職が、性暴力被害女性から信頼を得るために、あなたの情報が他者に漏れ
ることはない¹と約束することである。

(Ns6) 一応、私、毎回お話しするんですけど、病院は、あなたの個人情報をちゃんと守りますよってということと、カルテも普通のカルテのところじゃなくて、違うとこでちゃんと保管されるし、情報が漏れることはないしねってということもちゃんと伝えてるんです。

②<他者に知られたくない気持ちを尊重し電話をかけてもよいか確認する>

看護職が、性暴力被害女性の信頼を得るために、被害を他者に知られたくない
気持ちも尊重し、電話をかけてもよいか、よい場合はかけてもよい電話番号を確
認することである。

(Ns1) で、一応電話してもいいかどうか確認するんです。誰にも知られたくない気持ちがあるため、自宅、職場、個人の携帯電話、どこに電話してもよいか尋ねます。また個人の携帯電話では、登録していない電話番号には出ない人がいるため、支援センターからかけたときにわかるように登録してもらいます。

(Ns4) (連絡先は教えてもらえたのですか?) この場所で大丈夫ですかということではお聞きしたんですけど、で、聞いたときに、かけていい時間帯とか、あと、土日とか何か指定があればというのをお聞きしたら、私のほうから連絡しますって、その途中でだったりするといけないので、かけてこないほうがというふうに言われましたので、そこをちょっと強引にかけるわけにもいかず。やっぱり何か、もしかしてそれを知られたくないとかいうときに電話をかけてしまうのもよくないと思うし、ほかにも何かお昼とか、仕事とか、学生とか何かいろいろしてるのかもしれないということと、あと、こちらから強引に押しつけのように電話をするのはどうかなという気持ちありましたので、それでかけませんでした。

5) 【心身および尊厳の回復支援】

このコアカテゴリは、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に
対し看護職が提供したケア内容の中で、看護職が性暴力被害女性の心身および尊
厳の回復を意図したものである。3つのカテゴリから構成されていた。1つ目の
カテゴリ《**身体への健康被害を最小限にする**》は、2つのサブカテゴリ<妊娠し
ないよう対処する><性感染症に罹患しないよう対処する>、2つ目のカテゴリ
《**自己コントロール感の回復を目指す**》は、2つのサブカテゴリ<自分の意思で
選ぶよう促す><頑張ったことを認める>、3つ目のカテゴリ《**汚された自己イ
メージを払拭する**》は、3つのサブカテゴリ<看護職が診察後外陰部は大丈夫で

あったと伝える><医師に診察後外陰部は大丈夫であったと伝えてもらう><身体が汚されたという感情の苦痛を和らげる>から構成されていた。

看護職は、**《身体への健康被害を最小限にする》**ために、緊急避妊ピルについて説明することや内服を目で確認することによって<妊娠しないよう対処する>こと、性感染症予防薬／治療薬、再受診の必要性、保健所でできるエイズ検査について説明することによって<性感染症に罹患しないよう対処する>ことを行っていた。また**《自己コントロール感の回復を目指す》**ために、座る場所を選ぶよう促すことや医療機関に望むことを確認するといった<自分の意思で選ぶよう促す>こと、医療機関を受診したことや診察を終えたことの頑張りを認め称えろといった<頑張ったことを認める>ことを実践していた。さらに、自分のからだは以前と異なってしまったと感じているだろう性暴力被害女性の**《汚された自己イメージを払拭する》**ために、<医師に診察後外陰部は大丈夫であったと伝えてもらう>ことや、医師の傍らで<看護職が診察後外陰部は大丈夫であったと伝える><身体が汚されたという感情の苦痛を和らげる>ことを実践していた。

(1)《身体への健康被害を最小限にする》

このカテゴリは、看護職が、被害直後の女性が受けた性暴力によって発症し得る妊娠や性感染症といった身体への健康被害を最小限に抑えるよう努めることである。

①<妊娠しないよう対処する>

看護職が、緊急避妊ピルについて説明することや内服を目で確認することによって、性暴力被害女性が妊娠しないよう対処することである。

(Ns12) （その緊急避妊ピルの説明はされたのですか？）はい、えーと、緊急避妊ピルには従来の代用品との2種類がありますので、その説明はしました。で、代用品の場合は12時間後にもう1回、合計2回飲まなくちゃいけないことと、副作用の吐き気が強いというのも説明をしました。で、本人さんにどっちがいいかを選んでもらいました。（緊急避妊ピルの説明は看護職と1対1の間診のときにされるのですか？）はい、そうです。

(Ns2) （ピルはその場で飲むのですか？）はい。そこで飲みます。（お水は？）持ってきて。目の前で飲んでいただきます。（ためらわず飲まれるものですか？）はい。それが心配なので飲みます。で、ピルを、箱を見せて。「こんなに大きな箱だけど中は1錠なのよ」って言って、それで全部見せて、で、「これ1回1錠だけでいいの」って言ってね。で、お薬の箱と、その中の説明書は「よかったら持っててください」ってあげちゃいます。うん。（製薬会社のですか？）そう。添付の、そうです。もうあなたものですから」っていうね、そういうことでお渡しします。

(Ns9) （緊急避妊ピルは内服されましたか？）先生が聞かれて飲むということで飲まれました。（内服介助が何かされましたか？）えっと、その場において、一緒に目の前で飲んでもらいました。（それは先生がされてましたか？）いや、私ですね。先生はもろもろ手続きをされたので、私が薬剤部に取りに行つて、これですねっていう確認を先生とも行って私の目の前で飲んでもらいました。（飲むための水は準備されたのですか？）「薬が準備できたので水をもってきます」と伝えと、「これでいいです」と言われ、ペットボトルは1本持ってはったので、それで飲んでもらいました。いいですかって言って飲んでもらいました。（抵抗なく飲まれましたか？）全然、そのまま普通に。

(Ns5-2) （緊急避妊薬はここで服用したのですか？）もうね、病院で飲みたい言わはったらお水もあげてるんですけど、だいたいもう家帰ってから。持って帰ってもらうパターン。（それはどうしてですか？）飲んだあとしんどくなるかもしれへんからっていうのもあって。前ね、ここだね、どうしても飲んで帰りたいって言う子がいてね。飲んで帰って結局車の中で吐いちゃいましたとかね。そんなんもあったり。別に帰んのに1時間も2時間も3時間もっていうわけじゃないから、よほどの希望がない限りは持って帰ってもらって飲んでもらってます。

②＜性感染症に罹患しないよう対処する＞

看護職が、採血することや、性感染症予防薬／治療薬、再受診の必要性について説明し再検査にくるよう伝えること、保健所でできるエイズ検査について説明することによって、性暴力被害女性が性感染症に罹患しないよう対処することである。

(Ns5-1) あとは採血。おりもんだけでは分からへん感染症の検査するから採血受けて帰ってねって。医者はそこで終わります。あとお薬持って帰ってもらうわねとか話だけしてくれはったら、あとはまた SANE にバトンタッチなので、先生そこで終わりです。

(Ns5-2) (性感染症予防のために何かされてますか?) まあ、ジスロマック。(それも持って帰ってもらうのですか?) うん。だから基本 2 種類ね、持って帰ってもらう。ノルレボとジスロマックと持って帰ってもらいます。ほんで 1 番、2 番って書いて、1 番はもう帰ったらすぐ飲んでねって。これちょっと飲んだらあと気分悪くなるかもしれないから、落ち着いてからでいい。こっちのジスロマックは今日でなくていいよって。この気分悪くなるの落ち着いてから、もう 3 日以内に飲んでくれたらいいよって。(この子もそうだったのですか?) この子、そうやね、うん。

(Ns3-1) あと感染症の検査。今すぐとっても結果は出にくいですからそのお話をして、3 週間後にその検査にお越しくださいと。

(Ns3-1) 時々「エイズとかもやってもらえますか」とおっしゃる方もあるんですけどね。まあ、エイズはね、その日一緒にというわけには、もう少し日にちがたたないと、もう 1 カ月ぐらいいないとなかなか出にくいものですと。公費負担の対象ではないので、心配ならばもうあと 1 カ月ぐらいいしたころに保健所に検査に行ってもらえれば無料でできますよということ伝えると、「ああ、わかりました」というふうで。

(2)《自己コントロール感の回復を目指す》

このカテゴリは、意思に反して性行為を強要された被害女性が自分で自分をコントロールできている感覚を取り戻すことを目指した看護職による働きかけである。

①＜自分の意思で選ぶよう促す＞

看護職が性暴力被害女性に対し、座る場所を選ぶよう促すことや、医療機関に望むことを確認するなど、自分の意思で選ぶことを促すことである。

(Ns1) で、大きなソファがあって、あとちょっと横になれるようなソファベッドまではいかないですけど、ベンチみたいなのがあって。まず私いつも部屋に入ったときに「ここでお話聞くんだけど、自分が落ち着く場所に座って」って言って座ってもらってるので。

(Ns5-1) うちね、わざとじゃないんですけど椅子の形がバラバラなんですよ。で、どこにまず座っていただけるかっていうのは本人確認してます。どこでもいいですよって。ベッドある部屋だったらベッドでも構いませんよって、ここの部屋(和室)もよく使うんですけど、どこがいいですかって、座布団もどうしようってとこで、座椅子とかもあるから、どうしよう、どこって選んで、もちろんそれは聞いてます。(それはどうしてですか?) 私一番最初に習ったんですよ。被害に遭わはった人の意思をちゃんとそうやって出してもらうことでまだ自分にはパワーが残ってる、元気が残ってるっていう意味で、それを自分にもう一回返ることになるから聞いたほうがいいっていうのは、これ一番最初に習ったんで、それはちゃんとやっています。ちゃんとしていうか、あの、もうもう、自然にね。(自然に。)うん。でもこれは私、この支援が始まるまではこんなことしなかったですね。椅子選んでもらうということではなかった。知らなかった、そんな意味があるってということもね。

(Ns6) それはもう本人さんの意思を尊重したいので。入って来たときに座る椅子の場所から「好きなとこ座って」って言って、「自分の座りたいとこでいいよ」って言って、そこから始まるので。

(Ns12) 診察室だとドクターの椅子と患者の椅子というふうに 2 つしか椅子がないのでもう決まっていますけど、応接室とか指導室とかほかの部屋だと自由なので、私の場合は入っていただいたらすぐに好きなとこ座ってくださいって言うんですね。で、好きなとこ座ってくださいって言って、相手に座ってもらってから私は座ります。(その好きなところを座って

くださいという理由は?)まず、自分が緊急避妊をとりに来るっていう、その産婦人科に来るというだけでも敷居が高いといえますか、ちょっと行きにくいんじゃないかなと、ちょっと嫌なところに行くと思っているのに、自分の意思と反してどこどこに座ってくださいって言われると、何かこう誘導されてる気がするんじゃないかと私は思うんで、だから、そういう意味でも、まあ、待ち合いに入ってるだけでも好きなとこに座ればいい話ですし、同じように部屋をどこどこに通しても好きなとこに座ったほうが、まあ、話も聞きやすいだろうと。相手の気持ちを和らげることになると思ってそうしています。

(Ns13) (⇒)机と椅子があるので、先生の対面する感じでお通しして座ってもらいました。先生は前に座ってる感じで。

(Ns14) (⇒) (どこに座ってもらおうとかというのは決まってるんですか?) 病棟の詰所がそのときはあいていたので、先生と対面になるように座ってもらっていました。

(Ns18-1) (⇒) (先生は机のところにおられるのですよね?) そうですね。 (だったらこの方は診察室に入ってきて患者さん用の椅子に座る?) に座る。はい。

(Ns20) (⇒) 普通に診察で患者さんが座る位置なので、普通に、定位置に。

(Ns2) 痛い所はどこか。それで、何だか分からないけど打ち身があるとか、ひりひりするか、外陰部がひりひりするとかだったら「そうなのね」って言って情報を、そうやって身体的な情報を取り。で、どうしてほしいか。みんなよくネットで調べてますので、結構後の被害に対応することはちょっとは学んでるようなんですね、来るまでの間にね。

(Ns4) (女性だけをお連れしてお部屋に入ったら、次、何をされましたか?) 問診票というのがありますので、それに則ってお聞きしたんです。何がありましたかということで、あった事実をお聞きして、あと、警察に訴える気があるのかということもお聞きしたんですけど、それはなくて、ただピルが欲しいということ言われていたの。はい、それくらいですね。

(Ns6) あなたの意思を尊重するって。警察の被害届も今は考えてないって言わはった。そこも、あなたの意思を尊重するから、そこはちゃんと家族と話しなさいって言って。

②<頑張ったことを認める>

看護職が、性暴力被害女性に対し、医療機関を受診したことや診察を終えたことの頑張りを認め、労うことである。

(Ns2) まず、この方の場合、距離。どこから来たかっていうことは分かりますよね、このケースはもうたらい回しに遭っちゃってますので「ここに来るまでにちょっと遠回りされて大変でしたね」とかね、そんな感じですかね。被害者が支援センターに辿り着くまで、心身の負担だけでなく時間的な負担も大きかったと思われたので、ねぎらいと励ましの気持ちを込めました。

(Ns3-1) 座っていただいて、「大変でしたね」って、「よくここまで来ていただきましたね」と言ったら、下うつむいてらした感じなんですけれども...。(そのようなお言葉をかけた理由を教えてください) うん、まあ、警察がこちらへ連絡してくれたということを本人も承知で来てくれてと思ったので、こう、ウエルカムの態度を、まあ、見せる。今までだと、もう何か、性暴力被害者は余分なものみたいな、そういう扱い方をされた時代があったんじゃないかなって。自分の、何ていうの、失態でそうなって来たみたいな人たちの扱いだったんですね。そうじゃない、ほんとうに被害を受けて苦しい人なんだということで、待ってましたよという意味で伝えるようにしてます。

(Ns5-1) やっぱり病院に来るということだけで緊張感があると思うので。どんな検査するのかなあとから始まって、知らんところで、いろんな緊張感をもってはると思うんですよね。だからね、病院に来られたことに対して「よかった、ここに来られて安心ですよ」と伝えるようにしていますね。あと車の移動もあるので。結構遠いところからね、来てくださるパターンもあるから、体調大丈夫ですかとか、うん。そうですね、声は掛けるようにしてますけど、いろんなこと。何ってことはないですけどね。たぶん皆さん病院長の嫌やからねえ。実際に被害者の方もそう言われるんですよ。被害のこと話さなアカんのかなあとか、身体見られんの嫌やなあとか、何されんのかなあ、とかね。まあこのAさんはよく話してくれはる方やったんですけどね、はい。

(Ns2) 後でね、「よく頑張ったね」って言って、はい。証拠採取や感染症検査といった内診台での診察は、被害の状況を再現しやすいため被害者に苦痛を呼び起こす可能性があります。それにもかかわらず内診に耐えたことをねぎらいます。

(Ns5-1) (問診室に戻ってきたときにまず看護職は何をしますか?) まずねぎらいの言葉ですよ、診察終わったことに対して、「無事に終わりましたよ」とかね。やはりね、被害に遭ったことでもう自分はダメになったんやとかね思ってたったり、心がしんどい状況になってはる。でもね、被害には遭ってはしまったけれど、出来たことは出来たと伝えたい、乗り越えることできましたねって伝えたいんですよね。そうするとね、この人も「ああ、自分は出来たんだな」って思うことができると思うんです。

(Ns7) (採血が終わりました。そのときはもうお洋服を着ていて、次はどうなるのですか?) 次は、次回の再診日の予約を先生とお母さんとでされているので、Aちゃんにはちょっと気

分を紛らわせるために、似顔絵というか、お絵描きをしてもらったり、「頑張ったね」とねぎらいながら、ちょっと気分を外に向けようと私は頑張っていました。（気分を外に向けようと思ったのはどうしてですか？）やっぱり痛いことを頑張って全てやり終えたので、「よく頑張ったね」という、いつまでも痛いことを引きずってないで、もう痛いことは、とりあえず一旦ここは、今日は終了したということで、ちょっと気持ちを切りかえられるかなと思って声をかけました。（そのとき女の子は何か反応していましたか？）いえ、ずっと、しくしくという感じで、30分以上泣いていたので、息を整えているという形でしたね。

(3)《汚された自己イメージを払拭する》

このカテゴリは、性暴力被害によって自己を「汚れてしまった」と認識しやすい性暴力被害女性の自己イメージを払拭することを目指した看護職による働きかけである。

①＜看護職が診察後外陰部は大丈夫であったと伝える＞

診察介助をしていた看護職が、自分のからだが以前とは異なってしまったと感じている性暴力被害女性に、診察後に外陰部は大丈夫だったと伝えることである。

（Ns3-1）うんとね、診察が終わって、大丈夫です、よかったねというのは、先生におっしゃっていただきますからね。だから、オウム返しじゃないけど、まあ、同じようなことを伝える。やっぱり一番心配してるのは、若ければ若いほど自分の体がおかしくなってるというふうに感じ取れるので。なので、大丈夫よ、何もなかったよということをまず伝えたいと思うので伝えます。

②＜医師に診察後外陰部は大丈夫であったと伝えてもらう＞

診察で外陰部が問題ないと判断できた場合は医師にその旨性暴力被害女性に伝えてもらうことである。

（Ns3-1）本人に診察室に来てもらって、先生のほうからは「大変だったね」って、「証拠採取と、あとは、体がどうもないか見ましようね」ということを言っていたいて、まあ、全体を見て、あざがないとか殴られた跡がないとかね、あと損傷がないとか全部見てくれるんですね。それで「体のほうは大丈夫ですね」とか「証拠だけはとっときましたよ、洗浄もちゃんとしておきましたからね」ということを、先生たちは教育を受けてるから、それは男であれ女であれ必ずおっしゃっていただきますので。

（Ns5-1）内診終わって、で先生んとこにまず出られます。で 先生が「傷はね、何もなかったよ、きれいやったよ、洗っといたしね」って説明をまあ軽くしていただいて。

③＜身体が汚されたという感情の苦痛を和らげる＞

診察介助をしていた看護職が、客観的に身体に問題がないことを伝え、性暴力被害女性の身体が汚されたという感情の苦痛を和らげることである。

（Ns2）「きれいで傷もなくてきれいでしたよ」って言うと、すっごくうれしいのですよね。ああ、よかったっていう顔しますもん、みんな。うん。だから、自分で見れないとこですから、やっぱり客観的によかったら「よかった」って言ってあげることが大事、「きれいだっただよ」って、うん、です。被害者は被害を受けることによって自分の身体が汚されたという感情を抱きやすいですし、実際に出血、痛み、挿入された違和感が残っている場合もあります。他者が医学的にも身体に問題がないことを伝え、身体が汚されたという感情の苦痛を和らげることは、被害者の今後の心身の回復に寄り添うものと考えます。

6) 【支援の継続】

このコアカテゴリは、被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に対し看護職が提供したケア内容の中で、看護職が受診にいたるまでの支援を引き継ぎ、受診後も支援が継続されることを意図したものである。2つのカテゴリから構成されていた。1つ目のカテゴリ《同行者を視野に入れケアをつなぐ》は、3つのサブカテゴリ＜警察と連携する＞＜学校の先生を巻き込む＞＜児童相談所につなぐ＞、2つ目のカテゴリ《ケアを途切れさせない》は、3つのサブカテゴリ＜確実な再受診を目指し日時調整する＞＜次回受診を見越し急ぐことなく関係をつなぐ＞＜支援センターにつなぐ＞から構成されていた。

看護職は、一緒に受診してきた《同行者を視野に入れケアをつなぐ》ために、＜警察と連携する＞＜学校の先生を巻き込む＞＜児童相談所につなぐ＞といった、受診にいたるまでの支援を同行者から引き継ぎ、受診後も支援が同行者に継続されることを目指し対応していた。そして、初診終了後も性暴力被害女性への《ケアを途切れさせない》ために、継続的な医療を提供するため＜確実な再受診を目指し再診日を調整する＞＜次回受診を見越し急ぐことなく関係をつなぐ＞ことや、継続的な心のケア等のために＜支援センターにつなぐ＞対応を行っていた。

(1)《同行者を視野に入れケアをつなぐ》

このカテゴリは、看護職が性暴力被害女性と一緒に受診してきた同行者を視野に入れ、受診にいたるまでの支援を引き継ぎ、初診終了後の支援をつなぐこと目指した働きかけである。

①＜警察と連携する＞

看護職が、同行した警察官に既に入手している情報を得て支援を円滑に開始することや、初診終了後も支援が継続されるよう性暴力被害女性の同意を得た上で医師や看護職の説明に同席できるよう促すなど、支援の引継ぎと継続を見据えて警察官と連携することである。

(Ns1) で、あと、警察に話した部分は警察から聞いていいかどうかを確認して、了承を得たところで警察に本人から聞いた部分を聞いて、あとこちらとして足りない部分を確認しますねってことで支援センターの部屋で聞きました。本人に何度も同じ事を話させ、事件の事を振り返らせ辛い思いをさせないように、警察で話した事を警察から聞いてもよいか本人に確認しています。自分で話すと言う人には、警察からは聞かずに問診しています。聞いた内容によっては、警察にこのことを伝えてもよいかを本人に聞いています。何事においても説明と同意は必要と考え行動しています。

(Ns3-1) 私が電話をとってなくて情報をとれてないときは、本人にちょっと待っててもらって、警察のよく知ってる人だけで少し話すことはあるんですね。でも、そのときは、私も電話に出てましたから警察からしっかり聞いてたんですよ。警察が状況をどこまで知ってて本人からどこまで聞いているかというところを確認しながら、2回話さなくてもいいところは、まあ、それでいいかなということで確認のお話をしました。

(Ns5-1) 問診票は3者（病院／警察／支援センター）で共通しているから、一番最初に受けたところが書いてもってくるシステムになってます。今回の場合は警察。たいてい警察でしゃべってはるんですけどね、たまーに警察で言っていないようなことも言われることもあるので、私はちょっとあかんのかもしれませんが、警察も入ってもらえるような、誘導じゃないけど、警察の方どうしましょっていうときに、嫌って言わはらへんように持っていけたらいいのになって、ちょっと心の隅にはあります。警察には入ってもらおうほうがいいですよ。だって知らんことも言わはるから。診察のときに、ナースと本人のその問診のときに。で警察はたぶん、その事件化のその部分だけが視野なんで、私たちはやっぱり診察の視野、ちょ

っと違う視野をしゃべるもんで。「あ、そんなことさっき言うてはりませんでした」とかい
う話になるので、なるべく入ってもらように。(具体的にどのようにされているのですか?)
うーん。だからたぶん、2人だけという言い方してないと思いますわ。ここにまあ、警察、女
性のおまわりさんと、Aさんと私と、3人でいますけどもどうしましょってというような言い方
してるのと違うかな。うん、そんな意識してませんけどね。でね、警察の方ほとんど一緒に
入ってくれはります。いいですって言うてくれはるんですよ。(警察を拒否しない?)拒否
しない。警察は入ってもらって問診します、はい。(中略)(診察後に問診した部屋に戻っ
てきたときも女性警察官は同席されるのですか?)うん。もう 最初の問診んときに同席 OK
だったたら一緒に入らはりますね、はい。

(Ns5-1) 女性警察官は一応この内診のこことこでいてもらうんですけど、警察官の
ほうには介助っていうのはしてもらってないです。ただ、その採ったものはすぐ渡してます
けどね。そこ内診室じゃないところとか、近くにははいはりますけど。はい。(なるほ
ど。足元は医師と看護師だけがいるということですね?)そうです、そうです。

(Ns5-1) あと問題は警察。警察も一緒に聞いてもらうんですよ。というのは警察の人はね、
あとになってからいつも聞いてくるから。先生も記憶なくなっちゃうから今聞いてちょうだ
いて。それは気付けてます。

(Ns7) ずっと泣いていましたね。お母さんはずっと抱っこしていました。そこに警察の女性
の方も途中でちょっと入ってきてくださいました。綿棒の採取を警察に持ち帰るために「失
礼します」と言って入ってこられて、その方も、「Aちゃん、頑張ろうね」と私と一緒に同
じように声かけをしてくれていました。警察のお姉さんと一緒に「どんなことが好き？」と
いうふうに、その子の気持ちを盛り上げられるようにかかわれたというのは、小児看護の経
験があったということがとても大きいのと、警察官の女性の方も非常にこどもさんに対して、
すぐくねれ親しんだ感じで声をかけてくださっていたので、言うたら、ちょっとベアでこど
もさんへの心のケアというところがかかわれたのかなというのはありました。こどもさんが
しくしく泣いていたのが落ちつくと、お母さんもおのずと穏やかになられていたの。(そ
の警察官と一緒に「何が好き？」と言われたのはどの場面ですか?)採血が終わって、「頑
張ったね。Aちゃんはこういうふうな遊びをしているの？」とお姉さんが言うてくれはって、
「キックスケーターが好き」という話から、「何色のキックスケーター?」「ピンク」「どれ
ぐらいの距離をこげるの?」とかと言って、話が膨らんでいってというところがありました
ね。

(Ns9) (警察官はずっと不在でしたか?)いや、薬飲むときはおられましたね。話と診察
はその診察室でやって、その後、初めに待っていただいたお部屋に戻ったんです。お薬の
準備とかちょっと時間があつたのでそのまま戻って、女性の警察官がその部屋で一緒につい
たりとかというのを私が先生の確認のもと、動いてたっていう形だったので、ずっと付き添
って一緒にいてくれたのは女性の警察官です。だから女性を1人にしとくことにもそんなに
抵抗がなかったの、ちょっとこれ確認しますねって言って離れても別にいてくれたので、
そこは安心、ついてくれるから安心だなんていうのはあつたので、私が外でばたばたして
ようがそこは大丈夫っていうのはありました。

②<学校の先生を巻き込む>

看護職が、支援が継続するよう同行した学校の先生を巻き込んで対応すること
である。

(Ns17) で、一応、学校の先生は、日ごろからちょっと聞いておられたのか、学校のほうか
ら児童相談所などにつなげたらいいんじゃないかと、ネグレクトじゃないかっていうこと
でお話を進めようようにはしました。

(Ns6) そういうお薬の説明をきっちりきっちり、それは学校の先生も含めて、お話を聞いて
もらいました。本人さんだけやったらちょっと理解がね、どこまでしているかっていうのが
定かではないし。ちゃんと学校の先生にもお話聞いといてもらおうかっていうことと、あと
は、次来てもらうとき、結果聞きにきてもらうときも、学校の先生も一緒に来られるとい
うことやったんで、先生と本人さんの日にちを合わせて、一緒に予約とって、で、帰って
もらったという形になりますね。

③＜児童相談所につなぐ＞

看護職が、同伴した児童相談所職員に次回受診予約票を手渡すことによって支援をつなぐことである。

(Ns8) あと、そうですね、採血とその検査、終わった後は、もう一度先生とのお話があったので児童相談所の方にも入っていただいて。(中略) 親御さんは来られてなかったですね。児童相談所の方が全部対応されてました。(次回受診の予約票はあるのですか?)一応事務の人に言うて、紙、出していただいて、それを一緒にお渡ししました。(受け取ったのはどなたですか?)は、児童相談所の方、全部児童相談所の方が、はい。

(2)《ケアを途切れさせない》

このカテゴリは、初診終了後も性暴力被害女性へのケアが途切れないう、確実な再受診を目指すことや、ケアを支援センターに引き継ぐといった看護職による働きかけである。

①＜確実な再受診を目指し再診日を調整する＞

看護職が、次回受診日を性暴力被害女性の希望に合わせたり、再診を担当する医師について説明したり、医師の診察日枠内で調整し予約票を手渡すなど、確実に次回受診に来ることができるよう調整することである。医療機関 A は、初診で対応した SANE が必ずしも再度担当できるとは限らないシステムであったのに対し、医療機関 B は、初診で対応した SANE が再度担当することが可能であった。

(Ns5-2) 来てますね、1週間後。(その日はどうやって決めたのですか?) もうこの日以降に結果が出てますよって、ご都合いかがですか。(この子は学校に行ってますね?)行ってます。だから、学校終わってからの時間。うん。本人が1週間どのように過ごされたかを知りたいのね。実際に会ってお話して、次、どこにつなげようか判断するためにもね、本人さんに来てもらわないと。でこの子も一緒です。本人が来れる時間で合わせてくださいと言うので。(お母さんと一緒?)もちろんもちろん。

(Ns5-2) みてもらった先生との絡みも考えて、それから自分も対応できる時間も考えながら、この日やったら今日と同じ先生に検査結果言ってもらえるけどどうしようとか。でもまあ、今度は診察はないから結果だけ聞いてもらうから違う先生でもいいのかとどうかとかね、その辺も含めて説明して。で何時っていうのまで取ります。やっぱり確実に来ていただきたいです。で、うちは通常の診察は予約システムで取ってるんですけど、性暴力関連はそれで取らなくともう別でこちらで取ってますから。いくら一般の患者さんが多い時間でも優先して取ってますので。何よりも来てもらうことが第一と考えていますので。

(Ns6) でも、結果でね、やっぱり先生が変わっちゃうこともあるんですよ。この日どうしても夜しか来れないとかないと、やっぱり女性の先生って夜出てることってあんまないの。先生が変わるときは前もって、この日はちょっと違う先生になるけどねっていつて。で、ちゃんと結果、お話もちゃんとしてくれるし、優しいおっちゃんの先生やしなって、大丈夫よいうて。(事前に医師が代わることを伝えておく理由は?) ああ、やっぱりね、先生が変わってなると、どんな先生やろうって不安に思わはるし。ちょっとでも病院にね、行きたくないって思ってもらえないように、次の先生はこんな先生やしないうて、ちゃんとそういうお話はするようにしますね。

(Ns1) 枠が決まってるんですけど、一応その被害者さんのいい日を聞いて、で、この日だったら来れるっていうふうだったら、その日に一応予約を取りますってことで。(次回受診の予約用紙はあるのですか?) 一応、渡してます、書いて。ちっちゃい紙ですけど、あの、カードケースに入れられるようなやつを渡してます。

(Ns2) そして次回の受診日は、「お仕事をしてる人は予定があるでしょう」って手帳を出してもらって、で、こちらの日程と合わせて。時々先生も休診のときがありますので。で、日にちを決定しますね。ご本人には覚書みたいに小さいメモ用紙を渡すんですね。で、それを、まあ、お財布かどっかに入れておいてもらって、それで、こんな人来ますよっていうことを後で予約を取るのが SANE の仕事です。

②<次回受診を見越し急ぐことなく関係をつなぐ>

看護職が、次回受診時に性暴力被害女性に会えることを見越し、急ぐことなく関係性をつないでいくことである。

(Ns3-2) 今日、丸ごと聞くこともないなと思ったので、時間をかけたという感じでしたけどね。証拠採取もしてるし、この後、感染症の検査にも来てもらうし、なので、機会はちょっと何回かあるなという。メンタルケアのほうにも来てくれるというのも予定してたので、なので、まあ、そんなに急ぐことはないのかなと。大まかなことはもうわかってましたからね。それを何度もこう小さい子に聞くというのがちょっと抵抗もありましたし、顔色見ながらという。幼ければ幼いほど、まあ、二次被害とまではいかないにしても辛さがよみがえるのかなと思うので、情報がある程度しっかりきていたらその次のところで話をしながら関係を持つ。関係をつなぐというふうに心がけてますけどね。この次来たときに、被害そのものよりも、その体の変化だったり気持ちの変化を聞きながら、自然に話してくれればそれを捉えるしという、そのぐらいですかね。

③<支援センターにつなぐ>

看護職が、心のケア等医療機関受診後のフォローが必要と考え、性暴力被害女性の支援を支援センターにつなぐことである。

(Ns3-2) お母さんがすごくメンタル的なことも心配してたし、まあ、メンタル的なことは、そういう先生がいらっしゃるの、話、聞いてみますか、かかってみますかと言うたら、「ああ、かかります」ということで。

(Ns5-1) この方、結構、表向きっていうかそのね、よくお話もしてくださるし冷静やったんですけど、やっぱりもう精神的なものがかなりあったので、支援センターに案内してるパターンですね。

(Ns17) 何せ支援センターのほうに行ってもらいましょうっていうことで、それをつなげる電話をしに行ったりとか、今から行ってもよろしいですかっていう形で。もうつなげて、時間あけても何なので、そのまま行ってもらいました。前ここにいた看護師さんがそこに関わっておられますので、まあ、伝えやすいって言ったらおかしいんですけども。

(Ns4) (最後、支援センターの電話番号が入ったパンフレットを渡した理由は?)今はもしかして、起きてから数時間ぐらいしかたっていないので考えられないかもしれないけど、落ちついて考えたときに、何か話したいことが出てくるとか、そういったことがあってはと思ったのと、大抵の人には大体渡しているの、それもあって、お渡ししてます。

(Ns12) もしこの後何か困るようなことがあったら相談機関はここですよと言って支援センターを勧めました。支援センターのパンフレットも渡しました。(中略)支援センターに自分が在籍しておりまして、支援センターにかかってくる電話の方が決して今被害に遭われてる方だけではないんですね。30年前の話なんだけど、被害のニュースとかを聞いて自分のことを思い出したと、今まで忘れてたのに思い出したと言ってフラッシュバックが起こったり、支援センターに苦しみの電話がかかってくるのがやっぱりありますので。立ち上がるのに時間がかかる現状がわかったので、それでお伝えすることにしてます。

(Ns15) (看護職と支援センターの人が一緒にいるということはあるのですか?)支援センターの人が来て話が終わったときは先生と一緒に入りました。もう一回みんなで今後の流れみたいなのを、2週間後に検査といった流れを確認しました。(2週間後は皆さん来られたのですか?)はい。支援センターの方とここで合流されました。

2. コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリに該当するケース

コアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリに該当するケースについて表3に記す。看護職が＜サブカテゴリ＞に該当する看護ケアを提供している場合は「○」、対立するケア内容の場合は「⇔」と記す。

1) 【ケア提供の基盤となるもの】

《医療機関の体制》において、＜特定の医師が主となって対応する＞は医療機関 D (Ns10.11) .F (Ns13~15) .G (Ns16.17) .H (Ns18) .I (Ns19) .J (Ns20)、＜看護管理者が医師と協力して対応する＞は医療機関 C (Ns7~9)、＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞は医療機関 A (Ns1~4) .B (Ns5.6) .E (Ns12) であった。医師の性別は、女性は Ns2.3-2.4.7~11.13~20、男性は Ns3-1.5-1,2.6.12 のケースであり、Ns1 のケースは男女1名ずつで対応した。すなわち本研究では、＜特定の医師が主となって対応する＞＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関では女性医師が対応し、＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関では男性医師も対応しており、対応する医師が男性の場合もある医療機関は＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞体制となりやすいことが伺われた。

《サポートしたいという思い》において、＜性暴力被害女性は悪くないという思い＞は、Ns1.2.3-2.12.18-1 は性暴力被害女性は悪くないという考えについて述べていた。しかし Ns3-2 は、実際に事情を知らない状況ではこの言葉を伝えることができないとの考えを持っていた。この性暴力被害女性は悪くないという言葉の使用については【信頼関係の構築】で後述する。そして、＜何とかサポートしたい＞との気持は Ns8.9.13~19 が語り、中でも Ns8.9.13.14.18-1.19 は、サポートしたいという思いを抱きつつも、どのように声をかけたらよいかわからないとの戸惑いも語っていた。この＜何とかサポートしたい＞との気持ちを＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職が語ることはなかった。また＜いつでも相談に乗る姿勢＞は、Ns1~4.6.15.16 が語っていることから、SANE だけでなく＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関においても、初診時以降もいつでも相談に乗ると考える看護職がいたことが示された。すなわち本研究の看護職は、性暴力被害女性に対し支援したいとの思いをもって対応しており、中には初診時だけでなく初診時以降いつでも相談に乗るという姿勢をもって対応していた看護職の存在が示された。

《専門家としての自覚》において、＜性暴力被害者支援の専門家であるとの自覚＞は Ns1.2.3-2 が、＜性暴力被害者支援の専門家としての役割を果たすことへの信念＞は Ns1.5-1.6 が語っており、SANE にとって自身が性暴力被害支援を専門であるとの自覚がケア提供の基盤となっていることが示された。

以上のことから【ケア提供の基盤となるもの】において、本研究では《医療機関の体制》において、女性医師の場合は＜特定の医師が主となって対応する＞＜看護管理者が医師と協力して対応する＞、男性医師の場合は＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞体制となりやすいことが垣間見られ、そし

表3 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケアのコアカテゴリ・カテゴリ・サブカテゴリに該当するケース

	【コアカテゴリ】	【ケア提供の基盤となるもの】							【安全と安心の提供】											
	《カテゴリ》	《医療機関の体制》			《サポートしたいという思い》		《専門家としての自覚》		《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》		《性暴力被害女性が譲し出す雰囲気やアセスメントしようとする》		《医療機関が安全な場所であると示す》							
医療機関		＜特定の医師が主に対応する＞	＜看護管理者が医師と協力して対応する＞	＜医師が看護職に診療以外の対応を任せている＞	＜性暴力被害女性は悪くないという思い＞	＜何とかサポートしたい＞	＜いつでも相談に乗るという姿勢＞	＜性暴力被害者支援の専門家であることの自覚＞	＜性暴力被害者支援の専門家としての役割を果たすことへの信念＞	＜対応前に受診の経緯を把握する＞	＜看護職自身で被害に関する情報を把握する＞	＜医師が行う問診で被害に関する情報を把握する＞	＜苦悩を感じとろうとする＞	＜急性ストレス障害にアンテナを張る＞	＜違和感を覚え、気に留める＞	＜性暴力被害者に女性用の設えた個室で問診する＞	＜医療機関でできることを説明する＞	＜連携している支援センターについて説明する＞	＜問い合わせの電話に診察可能であると伝える＞	
	＜サブカテゴリ＞																			
A	Ns1			○	○		○	○	○		○				○		○			
	Ns2			○	○		○	○		○	○				○		○			
	Ns3-1			○			○			○	○				○		○			
	Ns3-2			○	○		○	○		○	○			○	○		○			
B	Ns4			○			○				○			○			○			
	Ns5-1			○					○	○	○			○			○			
	Ns5-2			○							○			○			○			
	Ns6			○			○		○	○	○			○			○			
C	Ns7		○						○	○		○			○					
	Ns8		○			○				○		○		⇄						
	Ns9		○			○				○		○		⇄						
	Ns10	○								○		○								
D	Ns11	○								○		○								
	Ns12			○	○					○	○					○	○			
	Ns13	○				○				○		○							○	
	Ns14	○				○				○		○							○	
E	Ns15	○					○				○				○					
	Ns16	○				○				○										
	Ns17	○								○										
	Ns18-1	○			○					○										○
F	Ns18-2	○																		
	Ns19	○								○										
	Ns20	○								○										

注1) 看護職が＜サブカテゴリ＞に該当する看護ケアを提供している場合は○と記す。

注2) 看護職が＜サブカテゴリ＞と対立する看護ケアを提供している場合は△と記す。

表 3 統 計

[illegible]

表3 続き

【コアカテゴリ】		【円滑な診察のサポート】				【信頼関係の構築】							《個人情報を守ると約束する》				
《カテゴリ》		《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》		《証拠採取の介助を行う》		《あなたの味方であるとの姿勢を示す》		《インフォームドコンセントを遵守する》					《個人情報を守ると約束する》				
＜サブカテゴリ＞		＜得た情報を医師に伝える＞	＜事前に対応方法について医師と調整する＞	＜医師が診察しやすいようサポートする＞	＜医師が証拠採取キットを使いやすいよう介助する＞	＜医師と一緒に創部を確認する＞	＜レイブドラップの可能性があり採血する＞	＜あなたは悪くないことを伝える＞	＜話す内容をおまますべて受け止める＞	＜被害状況を確認してもよいか意思を確認する＞	＜支援センターに話してもよいか意思を確認する＞	＜同伴した母親だけでなく子どもの意思を確認する＞	＜こどもが納得できるような理由を説明する＞	＜証拠採取の必要性を説明する＞	＜同意書にサインを得る＞	＜情報が漏れることはないと約束する＞	＜他者に知られたい気持ちや尊重し電話してもよいか確認する＞
医療機関		Ns1	○		○	○		○						○	○		○
		Ns2	○		○			○	○	○				○			
	A	Ns3-1	○		○			○		○							
		Ns3-2	○										○				
	Ns4	○		○											○		○
	Ns5-1			○	○	○										○	
	Ns5-2											○					
	Ns6	○															
	Ns7		○	○													
	Ns8		○	○													
	Ns9		○	○	⇔		○										
	Ns10			○													
	Ns11			○	○	⇔		○									
	Ns12	○			○	⇔		○							○		
	Ns13																
	Ns14																
	Ns15			○						○	○						
	Ns16			○													
	Ns17			○													
	Ns18-1			○								○					
	Ns18-2																
	I	Ns19		○													
	J	Ns20		○	○			○									

表3 続き

医療機関	【コアカテゴリ】	【心身および尊厳の回復支援】				【支援の継続】									
	《身体への健康被害を最小限にする》	《自己コントロール感の回復を目指す》	《汚された自己イメージを払拭する》		《同行者を視野に入れケアをつなぐ》	《ケアを遂切れさせない》									
			＜看護職が診察後外陰部は大丈夫であつたと伝える＞	＜医師に診察後外陰部は大丈夫であつたと伝えてもらう＞		＜身体が汚されたという感情の苦痛を和らげる＞	＜警察と連携する＞	＜学校の先生を巻き込む＞	＜児童相談所につなぐ＞	＜現実な再受診を指し受け、受診を調整する＞	＜次回受診を見越して急ぐことなく関係を築く＞	＜支援センターにつなぐ＞			
A	＜サブカテゴリ＞	Ns1	○	○			○		○						
		Ns2	○	○	○	○	○	○					○		○
		Ns3-1	○		○	○	○		○						
		Ns3-2				○			○					○	○
		Ns4	○	○	○										○
B	Ns5-1		○	○	○		○		○			○		○	
	Ns5-2	○	○				○					○		○	
	Ns6		○	○	○					○		○		○	
C	Ns7				○				○						
	Ns8										○				
	Ns9	○							○						
D	Ns10														
	Ns11														
	Ns12	○	○											○	
F	Ns13	○	⇄												
	Ns14	○	⇄												
	Ns15													○	
G	Ns16													○	
	Ns17									○				○	
	Ns18-1														
H	Ns18-2														
	Ns19	I													
J	Ns20	J	⇄												

て看護職が《サポートしたいという思い》をもって対応している現状を示した。中でも特に SANE が所属する医療機関は＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞体制であり、診察以外の対応は SANE を含む看護職が担い、SANE は《専門家としての自覚》をもってケアにあたっている現状を示した。

2) 【安全と安心の提供】

《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》において、大部分の看護職は＜対応前に受診の経緯を把握する＞ことが出来ていた。しかし、2 つのサブカテゴリ＜看護職自身で被害に関する情報を把握する＞＜医師が行う問診で被害に関する情報を把握する＞は《医療機関の体制》による違いが顕著に認められた。＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関 A.B.E では＜看護職自身で被害に関する情報を把握する＞ことが常であり、中でも医療機関 A.B に所属する SANE である Ns1～6 は、受診した女性が性暴力被害女性であることがわかっていたため、医療機関が独自に作成した性暴力被害者用問診票を用いて問診を行いながら、心配なこと (Ns1.2.4)、怪我がないか (Ns1.6)、違和感がないか (Ns1) を尋ねていた。医療機関 A では警察官からの情報は口頭で得ていたのに対し、医療機関 B では最初に対応した機関が持参する 3 者共通問診票を使用していることから、Ns5-1 は警察が既に記入した問診票を用いて問診していた。また医療機関 E の Ns12 は、緊急避妊ピルを希望して受診した性暴力被害女性に対し一般的な問診票を用いながら問診する中で性暴力の存在に気がつき情報を把握した。一方、＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関 D.F.G.H.J および＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関 C では、＜医師が行う問診で被害に関する情報を把握する＞状況であり、医師の問診で被害が判明した後に再度別室で話を聞くことになった Ns15 以外の看護職は自身で問診を行っていなかった。中には、普段から医師の問診時に看護職が同席することはない看護職もいた (Ns19)。

そして、このような被害情報を把握するだけでなく《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントしようとする》看護職も存在し、これも《医療機関の体制》による違いが顕著に認められた。＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関 A.B では、＜苦悩を感じようとする＞SANE (Ns3-2.4.5-1) や＜急性ストレス障害にアンテナを張る＞SANE (Ns1.2.3.5-1) の姿が浮き彫りとなった。一方、＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関 J および＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関 C では、＜急性ストレス障害にアンテナを張る＞ことなく、淡々と話す性暴力被害女性の様相が解離症状との可能性に気づいていない看護職も存在した (Ns8.9.20)。その他、本研究では＜違和感を覚え気に留める＞経験をした看護職もいた。具体的には、外来にふらっと 1 人で受診した女性 (Ns15)、採血時に尋常を逸するほど泣き叫ぶこども (Ns7)、彼氏と称する男性と性暴力被害女性との雰囲気の落差 (Ns4) に違和感を覚え気に留めていた。

《医療機関が安全な場所であると示す》においても、《医療機関の体制》による違いが顕著に認められた。＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関 A.B.E では＜性暴力被害女性用に設えた個室で問診する＞＜医療機関で

きることを説明する><連携している支援センターについて説明する>ことを看護職が主体的に行っていた。しかし個室の形態には違いがあり、医療機関 A.B は医療機関内に性暴力被害者用として準備された個室があるのに対し、医療機関 E は空いている個室を調整して使用していた。一方、<特定の医師が主となって対応する>医療機関 F.H には、診察および保険証使用に関する<問い合わせの電話に対応可能であると伝える>ことによって受診のハードルを下げようと努める看護職の姿があった（Ns13.14.18-1）。

そして《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》においても、《医療機関の体制》によるケア内容の差異が認められた。10 のサブカテゴリの中でも、<来院時迎えに行く>は Ns1.2.3-1.6.13、<話しやすい人であるとの雰囲気醸し出す>は Ns3-2.6.8.15.16、<他者の目に触れさせない> Ns1.2.4.5-1,2.6.7.8.9.15.16.20、<更なる傷つきを与えない>は Ns1.3-1,2.4.6.8.11.19.20、<不愉快な思いを与えない> Ns4.8.16.17.18-1.19、<帰宅時見送る>は Ns2.6.8.9.13.15 が実践しており、SANE だけでなく<特定の医師が主となって対応する><看護管理者が医師と協力して対応する>医療機関に所属する看護職も実践していた。このことから、SANE のように直接的に対応する場面が少ない看護職でも、自身が安心でき得る人であると伝えようと努めている臨床の現状が浮き彫りとなった。さらに<自己紹介する>は Ns1.3-1,2.4.5-1,2.6.8、<ペースに合わせてゆっくり対応する>は Ns2.6.8、<無理強いしない>は Ns3-1.6.7.8 が実践しており、SANE だけでなく<看護管理者が医師と協力して対応する>医療機関の看護職も実践していた。この 3 つのサブカテゴリは、前述の 6 つのサブカテゴリと比較し、性暴力被害女性と直接向き合わない実践が難しい内容だが、Ns7.8 は今回が初めての対応であるにも関わらず看護管理者としてのこれまでの臨床経験を活かしながら、性暴力被害女性と向き合い自身が安心でき得る人であると伝えようと努めていた。そして、<医師は安心でき得る人であると伝える>は、<医師が看護職に診察以外の対応を任せている>医療機関 B に所属する SANE である Ns5-1,2.6 が実践していた。

さらに《安心を提供できるよう環境をつくる》においても、《医療機関の体制》によるケア内容の差異が認められた。5 つのサブカテゴリの中でも、<話しやすいよう部屋や座る位置を調整する>は Ns2.4.6.12 が、<内診室等は誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る>は Ns1.3-1,2.5-1,2.6 が実践し、中でも Ns6 は<医療機関内でぼつんと一人にならないよう調整する>ことも行っていたが、この 3 つはすべて<医師が看護職に診察以外の対応を任せている>医療機関の看護職によってなされていた。一方、<自身が安全な空間となり守る>は Ns3-2.6.7.9.17.18-2 が実践し、Ns9.10.11.20 は今回のケースが男性医師であった場合は対応が異なっており、特に問診時は男性医師と 1 対 1 とならないように性暴力被害女性の近くに立っていただろうと語っていた。Ns9.10.11.20 は女性医師が対応する医療機関に所属するため、この考えを実践する機会はないが、上述したように医療機関 B の SANE は直接<医師は安心でき得る人であると伝える>ことによって、性暴力被害女性の【安全と安心の提供】をより強固なものにすることができていた。この違いからも《医療機関の体制》といった医師および看護職の

役割分担の仕組みが、性暴力被害女性の【安全と安心の提供】に大きく影響するものであることが示された。さらに、＜安心して内診を受けることができるよう環境をつくる＞といった一般的な産婦人科診療で必要とされるケアは大半の看護職が提供していたことから、このケア内容もいずれの《医療機関の体制》においても実践可能であることが示された。すなわち＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職は他の2つの《医療機関の体制》の看護職と比べ《安心を提供できるよう環境をつくる》ことを目指したケアを実践できていることが示された。

以上のことから【安全と安心の提供】において、提供しているケア内容には《医療機関の体制》の影響があることが示された。本研究の結果より、男性医師も対応する＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関に所属するSANE および Ns12 は、＜性暴力被害女性用に設えた個室で問診を行う＞ことを可能にする環境があり、この環境が＜看護職自身で被害に関する情報を把握する＞ことを可能にし得る一であることが示された。中でも SANE が所属する医療機関 A.B は、性暴力被害者用として準備された個室が医療機関内に整備されているだけでなく性暴力被害者用問診票があり、性暴力被害女性の【安全と安心の提供】に留意しながら、看護職が主となって問診を初めケア提供できる環境が整っていることが明らかとなった。さらに男性医師が対応することが多い医療機関 B の SANE は、＜医師は安心でき得る人であると伝える＞など、医師が男性であることから受ける恐怖心を軽減する働きかけを積極的に実践することによって、性暴力被害女性の【安全と安心の提供】をより強固なものにすることができていた。そして、女性医師が対応する＜特定の医師が主となって対応する＞＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関に所属する看護職においても、直接的な働きかけは少ないものの、女性医師の傍らで【安全と安心の提供】を目指したケア提供を実践している看護職の姿が浮き彫りとなった。このことは、仮に彼女たちが＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関に所属した場合、今以上に性暴力被害女性の【安全と安心の提供】を目指したケア提供を実践できる可能性を示したものである。すなわち、本研究の結果より、看護職が今以上に主体的に関わっていくことができる環境が整えば、被害直後に初診で医療機関を受診してきた性暴力被害女性の【安全と安心の提供】はさらに強固なものになる可能性が示された。

3) 【円滑な診察のサポート】

《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》において、《医療機関の体制》によって協働の様相に差異が認められた。＜得た情報を医師に伝える＞は、Ns1.2.3-1.2.4 は性暴力被害女性が来院することを、Ns1.2.3-1.4.6.12 は診察前に把握した性暴力被害女性の情報を医師に伝えており、これは看護職自身が問診を行う＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関において示された。これに対し＜事前に対応方法について医師と調整する＞は、＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関において垣間見られた(Ns7.8.9)。中でも Ns8 は、今回のケースが初めて対応したケースであったにもかかわらず、医師

や児童相談所職員に対応方法を率先して申し出て調整しており、看護管理者としての立場と 30 年以上の臨床経験がこの調整を可能にしたことが伺われた。そして「医師が診察しやすいようサポートする」ことはいずれの医療機関でも概ね共通して看護職は実践していた。Ns1.2.3-1.4.5-1.8.9.10.15.16.17.18-1.19 は内診時器具や検査キットを手渡す、Ns20 は医師が来るタイミングを計って内診台を上げるといった普段と同じ産婦人科の診療補助を行っていたが、これは医師のためだけでなく、内診姿勢をとる時間を短縮させるためとの考えもあった。そして Ns7 は、産婦人科の臨床経験がなく今回が初めて対応したケースであったが、小児科での臨床経験を活かし内診時こどもが安心して安全な方法で固定することによって、こどもの安全を守りながら医師が円滑に診察できるようサポートしていた。

しかし《証拠採取の介助を行う》においては、《医療機関の体制》による違いがほとんど認められない場面と、大きく認められた場面があった。＜医師が証拠採取キットを使用しやすいよう介助する＞は、Ns9.11 は医師の介助で精一杯の様子であったのに対し、Ns1.5-1.20 は慣れた手つきであった。この中で Ns9 は＜看護管理者が医師と協力して対応する＞、Ns11.20 は＜特定の医師が主となって対応する＞、Ns1.5-1 は＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関に所属しているが、Ns9.11 は初めて対応であったのに対し、Ns1 は 15 例目、Ns5 は多数、Ns20 は 7 例目の対応であったことから、キットを手渡すといった証拠採取の介助に慣れていた。一方、＜医師と一緒に創部を確認する＞は、SANE である Ns1.2.3-1.5-1 は創部が証拠になり得ると認識した上で医師と一緒に確認していた。

以上のことから【円滑な診察のサポート】において、どの医療機関においても＜医師が診察しやすいようサポートする＞看護職の姿があったが、そのサポートの様相には違いが認められた。＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関に所属している SANE および Ns12 は、＜得た情報を医師に伝える＞といった医師を導く姿が垣間見られ、中でも SANE は創部が証拠になり得ると認識しながら＜医師と一緒に創部を確認する＞実践を行っていた。一方、＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関において、これまでの経験から＜医師が証拠採取キットを使用しやすいよう介助する＞看護職の姿があったことから、これまで証拠採取の介助をしたことがない看護職でも、経験を重ねれば手際よく介助でき得ることが示唆された。

4) 【信頼関係の構築】

《あなたの味方であるとの姿勢を示す》を構成するケア内容はすべて＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職によって提供されていた。＜あなたは悪くないことを伝える＞は Ns1.2.12 が実践しており、中でも Ns1 は、「あなたは悪くない」という言葉を可能な限り最初に伝えることが相手との信頼関係の構築につながると考えており、Ns2 は、この言葉を自責の念を軽減させるために先に伝えていただけでなく、＜話す内容をありのまま全て受け止める＞ことも実践していた。一方、Ns1.2 と同じ医療機関 A に所属する Ns3-2 は、よく台本に「あなたは悪くない」と伝えなさいとあることから、この言葉を最初

に伝えないといけないのかと思いながらも、事情を知らない状況で軽々しくこの言葉を伝えることは適切ではなく、状況を理解して、本当に共感した中で出す言葉であると考え、初診時では伝えていなかった。

《インフォームドコンセントを遵守する》において、＜被害状況を確認してもよいか意思を確認する＞は Ns2.3-1.15 が自身で問診する前に、＜支援センターに話を伝えてもよいか意思を確認する＞は Ns15 が支援センターに支援をつなげるために、＜同伴した母親でなくこどもの意思を確認する＞は、Ns5-2.17 がこどもであっても母親を優先せずこどもに意思を確認するなど、性暴力被害女性の意思を丁寧に確認する看護職の姿が浮き彫りとなった。そして、＜こどもが納得できるよう理由を説明する＞は Ns3-2.6 が行い、こどもに受診した理由や採血をする理由、内服薬についてきっちり説明し、＜証拠採取の必要性を説明する＞は Ns1.2.6 が証拠を残すよう促したり内診時の体制の利点を説明するなど、医療機関でなされる処置を納得して受けることができるよう対処していた。さらに＜同意書にサインを得る＞は Ns1.4.12 が行い、性暴力被害女性の意思表示を確実なものとしていた。これらのケア内容を《医療機関の体制》ごとにみると、多くは＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の SANE によるものであったのに対し、意思を確認するケアは＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関に所属 Ns15.17 も提供しており、特に Ns15 は今回が初めての対応であったにもかかわらず、一つ一つの選択のプロセスを大切にしながら対応できている現状が示された。

《個人情報を守ると約束する》を構成するケア内容はすべて＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職によって提供されていた。＜情報が漏れることはないと約束する＞は SANE である Ns5-1.6 が実践しており、中でも Ns5-1 は、この約束がなければ性暴力被害女性に信用してもらえず話してもらえないと考えていた。また＜他者に知られたくない気持ちを尊重し電話をかけてもよいか確認する＞は同じく SANE である Ns1.4 が実践しており、被害を他者に知られたくない性暴力被害女性の心情を大切にしながら、性暴力被害女性の信頼が得られるよう対処していた。

以上のことから【信頼関係の構築】を構成するケアは概ね＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の SANE および Ns12 によるものであった。本研究の SANE と Ns12 は、性暴力被害女性が受診してから帰宅するまで一貫して自身が主となって対応していた。医師から診察以外の対応を任されている看護職が性暴力被害女性との【信頼関係の構築】を目指し、対応のプロセスにおいて、ひとつひとつの意思確認や処置の必要性を丁寧に行い、個人情報保護も確実に行う姿勢を示している状況が示された。そして、【信頼関係の構築】を構成するケアの中には＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関に従事している Ns15.17 による実践もあり、中でも Ns15 は今回が初めての対応であったにもかかわらず、性暴力被害女性の意思を丁寧に確認する姿勢は際立っていた。本研究により、SANE のような性暴力被害者支援に関する専門教育をうけたことがなく、女性医師が主となって対応する医療機関における初めての対応でも、性暴力被害女性の意思を丁寧に確認することができる能力を備えた看護職の存在が示された。

5) 【心身および尊厳の回復支援】

《(1)身体への健康被害を最小限にする》において、＜妊娠しないよう対処する＞は、Ns1.2.3-1.4.12 は緊急避妊ピルについて説明し、Ns1.2.3-1.4.9.12 は緊急避妊ピル内服を目で確認したのに対し、Ns5-2.13.14 は持って帰って飲んでもらっていた。すなわち、医療機関 A の SANE および Ns12 は、緊急避妊ピルについて説明し内服確認を行っていたのに対し、医療機関 B の SANE は、よほどの希望がない限り院内で服用することではなく持ち帰ってもらっていることから、＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関において主体的にケア実践を行っている看護職でも＜妊娠しないよう対処する＞ためのケアの様相が異なっていることが明らかとなった。一方、産婦人科臨床経験のない Ns9 は＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関にて今回が初めての対応であったが、内服できるよう準備し目の前で内服してもらうことによって妊娠を確実に避けるよう対処していた。また、＜性感染症に罹患しないよう対処する＞は、Ns5-1.2.6 は性感染症予防薬／治療薬の説明と採血をし、Ns1.2.3-1.4 は性感染症検査のための再受診の必要性を説明し、さらに Ns3-1 は保健所でできるエイズ検査について説明していた。すなわち、医療機関 B の SANE は初診で採血による性感染症検査を行い、性感染症予防薬／治療薬について説明するのに対し、医療機関 A では初診では性感染症検査は行わないため SANE が再受診の説明をしていた。このように SANE 同士でも所属する医療機関の治療方針によって＜性感染症に罹患しないよう対処する＞ためのケアの様相が異なっていることが明らかとなった。

《自己コントロール感の回復を目指す》において、＜自分の意思で選ぶよう促す＞は、Ns1.5-1.6.12 は座る場所を選ぶよう促し、Ns2.4.6 は医療機関に望むことを確認していた。このように＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関に勤務する SANE および Ns12 は、座る場所など＜自分の意思で選ぶよう促す＞ケア提供していたのに対し、＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関に勤務する Ns13.14.18-1.20 は、性暴力被害女性は通常の診察と同様に問診を行う医師の対面に座っていた。また＜乗り越えたことをねぎらう＞は、Ns2.3-1.2.5-1.6 は来院したことをねぎらう、Ns2.5-1.7 は診察を終えたことをねぎらっていた。このように＜頑張ったことを認める＞ケア提供もまた、大部分は＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関に勤務する SANE および Ns12 によって提供されていた。しかし、中には＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関にて今回が初めての対応であった Ns7 のように、小児科での経験を活かし診察を終えたこどもをねぎらう看護職も存在した。

《汚された自己イメージを払拭する》において、＜看護職が診察後外陰部は大丈夫であったと伝える＞は Ns2.3-1 が、＜医師に診察後外陰部は大丈夫であったと伝えてもらう＞は Ns1.2.3-1.5-1,2 が、＜身体が汚されたという感情の苦痛を和らげる＞は Ns2 が行っていた。このように《汚された自己イメージを払拭する》ための実践はすべて SANE によるものであった。外陰部を含めた診察は医師の職域であることから、SANE が所属する医療機関では、医師が診察後外陰部は大丈夫であったと伝えている現状が明らかとなった。そして、医師の傍らにいた SANE は、自分のからだが以前とは異なってしまったと苦痛を感じているだろう

性暴力被害女性の回復を促すため外陰部は大丈夫だったと伝え、医師および看護職から「大丈夫であった」「きれいであった」と伝えられた後、安堵した表情を浮かべる性暴力被害女性の姿も浮き彫りにされた（Ns2）。

以上のことから【心身および尊厳の回復支援】を構成するケアは概ね＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の SANE および Ns12 によるものであった。本研究の SANE および Ns12 は、性暴力被害女性が受診してから帰宅するまで一貫して自身が主となって対応していた。医師から診察以外の対応を任されている看護職が性暴力被害女性の【心身および尊厳の回復】を目指し、性暴力被害女性が妊娠したり性感染症に罹患しないよう身体への健康被害が可能な限り生じないように対応するだけでなく、性暴力によって奪われた自己コントロール感の回復を目指し選択権を提示し選ぶよう促すこと、汚された自己イメージを払拭するために診察時に医師に外陰部は大丈夫であったと伝えてもらうだけでなく、看護職も伝えている状況が示された。一方で、SANE 間のケア内容に 2 つの差異があることも示された。1 つは、緊急避妊ピル内服であり、医療機関 A の SANE は内服を目で確認していたのに対し、医療機関 B の SANE は持って帰ってもらうことが多いようであった。もう 1 つは、性感染症検査の実施時期であり、医療機関 A は初診でなく 3～4 週間後の再診、医療機関 B は初診であった。また【心身および尊厳の回復支援】を構成するケアの中には、＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関において初めて対応した Ns7.9 によるものもあった。医師と協力して対応する医療機関における初めての対応でも、性暴被害女性の【心身および尊厳の回復支援】を担える能力のある看護職の存在が浮き彫りとなった。

6) 【支援の継続】

同行者がいたケースは、警察官 Ns1.3-1,2.5-1.7.9.20、支援センターの支援員 Ns10.11.15.19.20（Ns15 は途中で合流）、母親 Ns3-2.5-2.7.15.17、学校の先生 Ns6.17、児童相談所職員 Ns8、彼氏と称される男性 Ns4 であった。なお、警察官の性別はどのケースでも少なくとも 1 人は女性であった。

《同行者を視野に入れケアをつなぐ》において、＜警察と連携する＞様相に＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関 A.B 間に差異が認められた。医療機関 A の Ns1.3-1,2 は、病院到着時に警察が入手している情報を性暴力被害女性がいらない場所で事前に得た上で問診は看護職だけで実施していたのに対し、医療機関 B の Ns5-1 は、性暴力被害女性の同意を得たうえで看護職が問診室で行う問診に女性警察官も同席できるよう導き、内診時は採取した証拠物をすぐ手渡せるよう内診室の近くにいてもらい、診察後の医師の説明時は警察官も一緒に聞き医師に質問できるよう導いていた。なお医療機関 B は、医療機関と警察と支援センター 3 者共通の問診票を使用しており、3 者の中で最初に対応した部署が記入して持参することになっていることから、Ns5-1 のケースは警察が記入し持参していた。一方＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関 C の Ns7.9 は今回が初めての対応であったが、対応するに際し女性警察官の存在に安心する様子が伺われた。また＜学校の先生を巻き込む＞は、Ns17 は家族関係が複

雑なため医師に学校から児童相談所につなぐよう進言したり、母親と学校の先生と一緒に問診室に入れるよう動き、Ns6は本人の理解が乏しいと考え学校の先生と一緒に内服薬の説明を行い、本人が先生と一緒に再診日に受診できるよう日時調整を行った。さらに＜児童相談所につなぐ＞は、Ns8は次回受診票を同伴した児童相談所の職員に手渡すことによってケアをつなぐよう対処していた。

《ケアを途切れさせない》において、＜確実な再受診を目指し再診日を調整する＞＜次回受診時を見越し急ぐことなく関係をつなぐ＞様相に＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関 A.B 間に差異が認められた。医療機関 A の Ns1.2 は次回受診日は医師の診察日の枠内で調整し次回受診予約票を渡し、Ns3-2 は初診時にケースが今後複数回来院する見込みとなり、自身が再度会うことが可能な状況もあり、急ぐことなく関係をつないでいこうとしていたのに対し、医療機関 B の Ns5-2 は次回受診日は被害女兒と母親の希望に合わせ自分が担当できる何日何時とまで決め、Ns6 は初診の医師でなくても安心して再受診できるよう再診担当の医師について説明をしていた。すなわち医療機関 A は、担当医師の診察日の枠内で調整するため初診で対応した SANE が必ずしも再度担当できるとは限らないシステムであったのに対し、医療機関 B は、次回受診日を性暴力被害女性の希望日時に合わせることが可能であり、初診で対応した SANE が再度担当することが可能なシステムであるとの違いがあった。そして＜支援センターにつなぐ＞様相は、看護職の個人的要因による影響が伺われた。＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の SANE および Ns12 は今回のケースには心のケアが必要と判断し自身で支援センターにつないでおり、中でも Ns12 は支援センターで支援員として活動していた。そして、＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関でも、Ns16.17 は以前一緒に勤務していた看護職が関わっている支援センターに性暴力被害女性をつなげようと連絡をとり、Ns15 は途中で合流した支援員が行う説明に医師と共に同席することによって、性暴力被害女性が支援センターとつながることができるよう努めていた。

以上のことから、【支援の継続】を構成するケアは、《同行者を視野に入れケアをつなぐ》は同行者が誰かによって支援内容が多様となることが示され、中でも＜警察と連携する＞様相は、SANE が所属する医療機関 A.B で異なっており、医療機関 B の SANE は女性警察官との連携が強い様子が伺われた。そして《ケアを途切れさせない》は、＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関において医師の補助的な役割を担うことが多い看護職も、個人的なつながりを活かし、積極的に＜支援センターにつなぐ＞ことを実践している様相が示された。

以上「C. 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア」の分析から導かれる本研究における重要な結果は、提供している看護ケアが《医療機関の体制》の影響を受けていることである。具体的には、本研究の Ns1～6.12 は、男性医師も対応する＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関において、来院時から帰宅時まで一貫して【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】【支援の継続】の 5 つ全てのケアを提供していた。一方、Ns7～9 は＜看護管理者が医師と協力

して対応する＞医療機関、Ns10～11、13～20 は＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関において、主に【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】の3つを提供していた。中には【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】に関するケアを提供し、性暴力被害女性と向き合い支援していた者もいたが、その数は少なかった。

すなわち本研究は、看護職が性暴力被害女性の【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】だけでなく【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】も提供でき得る《医療機関の体制》は、＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞体制であることを提示した。さらに本研究は、この体制の医療機関には次の2つの特徴があることも提示した。1つ目は、医療機関内に性暴力被害者に対応できる個室があること、2つ目は、SANEが所属する医療機関A.Bでは病院独自の性暴力被害者用問診票を作成し使用していることである。特に医療機関Bでは医療機関と警察と支援センター3者共通の問診票を使用していた。

D. 概念図の配置の説明

概念図を図1に示す。概念図は、「被害直後の性暴力被害女性」のためのケア内容であることを明示するためこれを中央に、その周りに提供している5つのケア内容を配置した。そして、これらの5つのケア内容が医療機関内で提供されたことを明示するため、最外周は「医療機関」とした。【ケア提供の基盤となるもの】は、5つのケア内容の基盤であるため、5つのケア内容の下層に配置した。5つのケア内容のうち【安全と安心の提供】は、他の4つのケア内容の土台と考えられたため、これらの底部に配置した。【円滑な診察のサポート】は医師を補助する形で、【信頼関係の構築】は医師から自立した状態で「被害直後の性暴力被害女性」を支援する内容である。両者は看護職の自立の程度が異なることから、これを並立的に挟む形で配置し、【信頼関係の構築】は、【円滑な診察のサポート】より早い段階で意図されていたことから左に配置した。【心身および尊厳の回復支援】は今後の回復を意図したケア内容であることから「被害直後の性暴力被害女性」の上に配置した。【支援の継続】は「被害直後の性暴力被害女性」を支えていくとの意味からのこれの下に配置し、医療機関受診の前も後も支援が継続していくことを示すため形状を矢印とし、始点と終点は最外周にある「医療機関」の枠を貫くよう配置した。

E. 概念図のストーリーライン

上述したように本研究で抽出された看護ケアは《医療機関の体制》の影響を受けているが、概念図のストーリーラインは以下のようになる。

本研究の看護職は、【ケア提供の基盤となるもの】として、《サポートしたいという思い》だけでなく、性暴力被害者支援の《専門家としての自覚》をもつ者もいた。看護職は、性暴力被害女性に同行してきた警察官等から既に得ている情報を得る等、受診にいたるまでの【支援の継続】を意図し、《同行者を視野に入れケアをつなぐ》実践を行っていた。そして看護職は、【安全と安心の提供】を意図し、《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》ために、受診の経緯や被害状況

【心身および尊厳の回復支援】

《身体への健康被害を最小限にする》

<妊娠しないよう対処する> <性感染症に罹患しないよう対処する>

《自己コントロール感の回復を目指す》

<自分の意思で選ぶよう促す> <頑張ったことを認める>

《汚された自己イメージを払拭する》

<看護職が診察後外陰部は大丈夫であったと伝える>
<医師に診察後外陰部は大丈夫であったと伝えてもらう>
<身体が汚されたという感情の苦痛を和らげる>

【信頼関係の構築】

《あなたの味方であるとの姿勢を示す》

<あなたは悪くないことを伝える>
<話す内容をありのまま全て受け止める>

《インフォームドコンセントを遵守する》

<被害状況を確認してもよいか意思を確認する>
<支援センターに話を伝えてもよいか意思を確認する>
<同伴した母親でなくこどもの意思を確認する>
<こどもが納得できるような理由を説明する>
<証拠採取の必要性を説明する>
<同意書にサインを得る>

《個人情報を守ると約束する》

<情報が漏れることはない約束する>
<他者に知られたくない気持ちを尊重し
電話をかけてもよいか確認する>

被害直後の
性暴力
被害女性

【円滑な診察のサポート】

《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》

<得た情報を医師に伝える>
<事前に対応方法について医師と調整する>
<医師が診察しやすいようサポートする>

《証拠採取の介助を行う》

<医師が証拠採取キットを
使用しやすいよう介助する>
<医師と一緒に創部を確認する>
<レイプドラッグの可能性があり採血する>

《同行者を視野に入れケアをつなぐ》 【支援の継続】

<警察と連携する> <学校の先生を巻き込む>
<児童相談所につなぐ>

《ケアを途切れさせない》

<確実な再受診を目指し日時調整する>
<次回受診時を見越し急ぐことなく関係をつなぐ>
<支援センターにつなぐ>

【安全と安心の提供】

《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》

<対応前に受診の経緯を把握する> <看護職自身で被害に関する情報を把握する>
<医師が行う問診で被害に関する情報を把握する>

《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントしようとする》

<急性ストレス障害にアンテナを張る> <苦悩を感じとろうとする> <違和感を覚え気に留める>

《医療機関が安全な場所であると示す》

<性暴力被害女性用に設えた個室で問診する> <医療機関でできることを説明する>
<連携している支援センターについて説明する> <問い合わせの電話に診察可能であると伝える>

《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》

<来院時迎えに行く> <自己紹介する> <話しやすい人であるとの雰囲気を醸し出す>
<他者の目に触れさせない> <更なる傷つきを与えない> <不愉快な思いを与えない>
<医師は安心でき得る人であると伝える> <ペースに合わせてゆっくり対応する>
<無理強いしない> <帰宅時見送る>

《安心を提供できるよう環境をつくる》

<話しやすいよう部屋や座る位置を調整する> <院内でぼつんと一人にならないよう調整する>
<自身が安全な空間となり守る> <内診室等に誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る>
<安心して内診を受けることができるよう環境をつくる>

【ケア提供の基盤となるもの】

《サポートしたいという思い》

<性暴力被害女性は悪くないという思い>
<何とかサポートしたい> <いつでも相談に乗るという姿勢>

《専門家としての自覚》

<性暴力被害者支援の専門家であるとの自覚>
<性暴力被害者支援の専門家としての役割を
果たすことへの信念>

《医療機関の体制》

<特定の医師が主となって対応する> <看護管理者が医師と協力して対応する>
<医師が看護職に診察以外の対応を任せている>

図1 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア

等を把握し、《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントする》ために、感性を研ぎ澄まし、性暴力被害女性が抱える苦悩を感じとろうとすることや、急性ストレス障害にアンテナを張ること、さらに、受診してきた性暴力被害女性の様相に違和感を覚え気に留めていた。また《医療機関が安全な場所であると示す》ために、性暴力被害女性用に設えた個室で問診することや、医療機関でできることを説明していた。さらに《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》ために、来院時に迎えに行ったり、医師が男性の場合は安心できる医師であると伝え、《安心を提供できるよう環境をつくる》ために、話しやすいよう部屋や座る位置を調整したり、安心して内診を受けることができるよう環境を整えていた。また看護職は、【円滑な診察のサポート】を意図し、医師が診察しやすいようサポートするだけでなく、事前の問診で得た情報を医師に伝え《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》ことや、証拠採取の場面では、単に器具やキットを手渡すだけでなく、創部が証拠になり得ると認識しながら一緒に創部を確認し《証拠採取の介助を行う》ことを実践していた。また看護職は、【信頼関係の構築】を意図し、《あなたの味方であるとの姿勢を示す》ために、あなたは悪くないことを伝えることや、語る言葉をありのまま全て受け止めることを行い、《インフォームドコンセントを遵守する》ために、被害女性本人の意思を丁寧に確認することや、処置の必要性を丁寧に説明し、《個人情報を守ると約束する》ための実践も行っていた。また看護職は、【心身および尊厳の回復支援】を意図し、《身体への健康被害を最小限にする》ために、緊急避妊ピルの内服確認や、性感感染症検査のための採血や次回受診の説明を行い、《自己コントロール感の回復を目指す》ために、看護職自身が行う問診の場面では、受診したことを労い、座る場所等を自分の意思で選ぶよう促し、医師が行う診察の場面では、診察を受け終えた頑張りを認め、《汚された自己イメージを払拭する》ために、診察後医師に外陰部は大丈夫であったと伝えてもらい、看護職自身も大丈夫であったと伝えていた。そして看護職は、初診以降の【支援の継続】を意図し、次回受診に確実に医療機関を受診できるよう予約日時を調整することや、心のケアのため支援センターにつなぐ等、《ケアを途切れさせない》実践も行っていた。

F. 看護職が語ったよりよいケア提供のために必要と考えること

概念図には、看護職が被害直後に初診で医療機関を受診した性暴力被害女性に実際に提供しているケア内容を提示した。しかし、本研究は、実際に提供していないことから概念図に表現されていないものの、看護職がよりよいケア提供のために必要と考えるケア内容についての語りも得られた。以下に記すように、本研究の看護職は＜証拠採取に関する院内ルール及び設備等を改善する＞＜母子関係に心を配る＞＜看護職同士で経験を共有する＞＜性暴力被害女性の存在に関心を寄せる＞＜支援センターの存在を発信する＞ことが必要であると考えていた。

＜証拠採取に関する院内ルールおよび設備等を改善する＞

看護職は、証拠採取として陰毛採取を取り入れることや、加害者の体液がついたままでは気持ち悪いだろうからシャワーを設備することや、新品の衣類を準備することが必要であると考えていた。

(Ns1) あと、陰毛を採るとかというのはやってないもんだから、それをやったらいいのになって思うんですけど。実際警察からのキットの中には、陰毛採取用のキットが含まれておらず採取していません。シャワーを浴びてなければ、陰毛を細かい歯の櫛で梳かし、採取した陰毛の中に加害者の陰毛があれば証拠として有用であると SANE のテキストに載っているのですが…。

(Ns1) 本当だったら シャワー浴びたいだろうなとも思うので。被害に遭い、そのまま警察へ相談に行き支援センターに来所した場合、加害者の体液が付いたままで気持ち悪いと思っていると思うから。だけど、支援センターでそういう予算がまだないので。

(Ns1) 新しくあげる服がないんです。なので、リサイクルでよければうちの娘のものとか置いといてもいいかなと思うんですけど、下着がね、どうしても新品じゃないとやっぱ嫌だろうし。いくら洗濯してあっても、誰かがはいた事のある下着のパンツはそれこそ気持ち悪くてはけないと思うから。

＜母子関係に心を配る＞

看護職は、家族関係を十分に把握できていない状態で困惑しながら対応し、母親、家族に対するケアも必要であると考えていた。

(Ns17) 私が本人さんとも話しする機会がちょこっとだけ、こう廊下の片隅なんですけど。したら、何かやっぱり、親子関係がうまくいってなくて、お母様に対して「あの人はおかしいことばかりを言っている」とかそういう感じで言うし、お母様もお母様であの子のことは知らない、何も知らない、何にもしたくないっていう形で。

(Ns15) その際、お母さんは一緒に来てたんですけど、診察室には 1 人で入って、個室に入ったときは、初めは 1 対 1 で話して、後でその支援センターの方とかに連絡を取る段取りもあったので、お母さんも一緒に入って、お母さんの気持ちとかも伺ったと思います。

(Ns5-2) お母さんやね、この子は。本人というよりかは、お母さんのケア度が高いですね。ええ、本人もやけど。まあでもそういうケースは多々ありますわ。

(Ns7) お母さんもこの A ちゃんを守ってあげられなかったというか、全然気づいてなくて、加害者に対する怒りとか、守ってあげられなかった自分の無力感とか。やっぱり痛いことをこの子にさせないといけなくなってしまったという自責の念が、すごく大きかったのかなとは思ってますけど。

＜看護職同士での経験を共有する＞

看護職は、対応したケースで悩む場合や困った場合は、他の看護職に相談等することによって経験を共有することが必要であると考えていた。

(Ns2) 例えばこう、1人で関わるときにですね、いろんな思いがあると思うんですよね。私は全部受け止めてかかりたいとは思ってますけど、そうじゃないケースだって半信半疑なのもありますよね。そういったときに、もやもやした気持ちが残りますと、SANE はその後処理がやっぱり必要だろうと思うんです。ミーティングっていうのがありまして、内輪だけですので、ここだけで守る秘密の場所ですから、そこではね、言ったほうがいいと思ってます。安全な場所で「私ここは納得できないような感じに思えるんですけどね」とかね。(中略) やっぱり SANE はしよったまま帰っちゃいけないと思ってるので、言いたいことはここを出していったほうがいいみたい。それがいいとかね、正しかったり、まあ、間違いもありますので、対処の仕方の間違いなどもあったり。人と人ですからね。そういうことが大事かなと思ってます。

(Ns6) これ、どうしたらいいんやろうって、悩むケースもあるんですけど、そのときは Ns5 さんなり相談できる人がいるので、私たちもこうやって SANE やってられるし、そこは大きいかなと思うんです。

(Ns7) (⇔) どうすればよかったのかなと、もやもやしました。(ご自身がそのもやもやした気持ちを発散する場はあるのですか?) ないですね。あまり言うてはいけないのかなというのがあって。(その言わないほうがいいとお考えになったのはどうしてですか?) 何でかな、やっぱり、何でしょう...。非常にデリケートな案件ということ、あまりみんなて共有するとか、自分の相談事として周りに投げるのはやってはいけないのかな、看護師とか、医療職としてというような思いはありました。何かこう、ブレーキがかかるというか...

(Ns9) (⇔) 自分の対応があれでよかったのかなっていう思いはずっとあって。何かこういう性被害はほかの人にはしゃべったらだめですけど、同じ看護管理者でこういうケースってそんなにないと思うので、自分のやったことがそれでよかったのかっていう、返してほしいというか、確信が持てなかったりする。(他の人にしゃべってはいけないと思う理由は何ですか?) 人は特定されなくても、されなくても、性暴力被害についてはあんまりしゃべるもんじゃないなっていう。(性被害はほかの救急とは違いますか?) 違いますね。感覚的なものかもしれないけども。言っているのかなって。

＜性暴力被害女性の存在に関心を寄せる＞

看護職は、被害を隠して受診しているかもしれない被害女性の存在にアンテナを持つことや、対応の勉強や工夫、対応には院内スタッフの協力が必要であることなど、性暴力被害女性の存在に関心を寄せることが必要であると考えていた。

(Ns15) 大事にしないといけないと思ったのは、やっぱり、こう、普通にね、ノルレボとかで来たりとか、診察のときに先生が普通に経緯を聞いて処方するけど、それから以後は先生と2人でやけど、「大丈夫やった? どう思った?」みたいな、何か普通に来た人の中でも、もしかしらと言えずにとかという、アンテナじゃないけど、何か、あらっというのは持っていないといけないなと思いました。(実際に今回そう思ったんですものね) そう、そう。そう、そう。

(Ns8) いつもはね、お昼間だったら、地域連携室というのがあるんですけども、その方たちが警察あるいは児童相談所と連携をとって、そういう方たちとうまいことスムーズに診察が行くようにいろいろセッティングしてくれるんですけども、夜間はそれがなくて...。この間は19時に来られますというこまでセッティングしてくれたので、私自身、後1人で何とか対応できたんですけども、そういうことを一からしないといけないってなったときは、実のところ全くわからないです。なので、ちょっとやっぱりもう少し、そういうこともあるんだろうなというのをちょっと予測して、もうちょっと勉強しとかないといけないかなと思いました、はい。

(Ns18-2) まあ、ちょっとうち、支援センター担当っていう感じで1人が付くっていうふうにしていないので、余計にいけないんだと思うんですけど。普通の婦人科の人たちと同じような感じで診察室の人は診察室の人が見て内診は内診の人が見てっていう感じでやっていることが多いのでずっと付くっていうことがあんまりないので、余計にちょっとバラバラしているかもしれないです。本当は多分そういうふうにしてあげたほうがいいのかなって思ったんですけど。(なぜいいのかなと思うのですか?) なんかこう、いろんな人が関わるより、特にそういう被害を受けた人って、継続でもないけど同じ人が同じように関わってあげるっていうか、一連の流れとして関わってあげたほうがなんか安心感というかあるのかなと思って。いろんな人にちょこちょこ関わられるよりはいいのかなって。

(Ns6) やっぱりスタッフにも、ちゃんとね、支援センターってどんなもんやっていう認識をちゃんと教育はしていかなあかんよねっていう話はNs5さんととはしてるんですけど。そこはね、私たちの目標ではあるんです。やっぱりね、周りの理解ってすごい大事なんですよ。で、外来のスタッフも看護師も、今からじゃあ支援センターの診察ってなったらなるべく力一テンあけないようにとか、なるべくそこを通らないようにとか、そういう配慮をね、できるときはちゃんとしてもらってるので。周りの教育、教育とか協力っていうのはすごい大事やし。

＜支援センターの存在を発信する＞

看護職は、性暴力被害を受けた人が相談しやすいように、支援センターの役割や存在を知ってもらうことが必要であると考えていた。

(Ns4) (被害女性が被害後に医療機関を受診されることをどう思われますか?) ちょっと敷居は高いんじゃないかなというの思います。(そう思う理由はどうしてですか?) やっぱり、どんなことをされるのかもまずわからないし、どんなことを聞かれるのかもわからないし、そこからもう敷居が高い。あと、電話かけていいのかわからなかったと後から言われたりするんで、そういった点でやっぱり敷居が高いのかなというふうに思います。(どうすればよいと思いますか?) やっぱり今しているこの存在を知ってもらうことですよね。どんなことをしています、ここならこれができますというのを知ってもらうことかなというふうに思います。

(Ns15) このことがあってから、(被害について) 言えないけれど持って帰ってくれたらいいかなと思って、そっとその通路のところに(支援センターのパンフレットを)置いてます。

第V章 考察

本研究の目的は2つあり、1つ目は、看護職が被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供しているケアを明らかにすること、2つ目は、必要とされる看護ケアを検討することである。考察では、第1の目的を達成するために、本研究で抽出された提供している看護ケアについてコアカテゴリごとに検討する。そして、第2の目的を達成するために、これらの検討を踏まえた上で、必要とされる看護ケアについて論考する。

A. 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア

1. 【ケア提供の基盤となるもの】を構成する要素

本研究は、本研究で抽出された5つの看護ケアが《医療機関の体制》の影響を受けている現状を示した。このように医師および看護職の役割分担の仕組みが提供している看護ケア内容に影響を及ぼすことが示されたことから、《医療機関の体制》は【ケア提供の基盤となるもの】として位置づけられた。また本研究における対応した医師の性別は、＜特定の医師が主となって対応する＞＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関では全て女性であったのに対し、＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関では男性医師が対応する場合もあったことから、《医療機関の体制》には医師の性別の影響があることを示唆した。患者へのケアの質を高めるためには医師と看護職が協働して対応にあたるのが重要であるが（Ma, 2015 ; Stimpfel, 2015）、一方で、男性医師を主体とした医師－看護師関係にある上下関係も指摘されてきた（Doering, 1992. Henneman, 1995. May, 1997. Sweet, 1995）。この背景には大きく2つの要因があると考えられ、1つは、医師と看護職の各職業集団がもつ権力の違いが関係性に影響を与えていること、もう1つは、一般社会での男性優位の男女の関係性が男性医師－女性看護職の関係性に反映されていることである（Doering, 1992. Mackay, 1993. Sweet, 1995）。しかし、医療機関における性暴力被害女性の支援は、男性治療者より女性治療者の方が適任であると指摘されている（小西, 2006b）。女性治療者には女性医師も含まれるが、看護の強みは、24時間を通して患者に最も身近に関わることができる専門職であること、身近であることから初対面の対象者との間にも対等で相互的な関係を築くことが容易であること等である（日本看護協会, 2007）。したがって、性暴力被害女性を支援するための《医療機関の体制》の標準が＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞体制となった場合は、女性看護職が性暴力被害女性の治療により適任とされている女性であること、また、初対面の患者にも対等で相互的な関係を築きやすい看護職であることの強みを活かした上で、主体的にケア提供し得ると考える。この体制構築に医師の性別は関係ない。実際、本研究においてこの＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞体制を採用している医療機関の医師には男性も女性もいたことから、どの医療機関でも取り入れることが可能な体制である。今後この体制が広く標準となり、性暴力被害女性が女性看護職を主体とした適切なケアを

受けることができるようになることが望まれる。

また本研究は、看護職が《サポートしたいという思い》をもってケア提供している現状も示した。「強姦（レイプ）神話」とは、「女性が挑発するから被害を受ける」「暗い夜道を歩いているから被害を受ける」といった強姦にまつわる世間一般に信じられていることであるが（段林，1990. 佐々木，2013. 角田，2001，2013a）、性暴力被害者支援に精力的に取り組んできた産婦人科医師である佐々木（2013）は、女性医療従事者が性暴力被害女性の支援者であろうとすると、自分の中に知らず知らずに持っている「強姦神話」にとらわれていると、性暴力被害女性に「セカンドレイプ・二次加害」を与え得ると警鐘を鳴らしている。これらのことから、＜性暴力被害女性は悪くないという思い＞といった「強姦神話」にとらわれない態度を含む《サポートしたいという思い》を【ケア提供の基盤となるもの】として位置づけることは重要である。そして＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職が＜何とかサポートしたい＞との気持ち語ることはなく、＜いつでも相談に乗るという姿勢＞をもつ傾向が伺われた。これは、＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職は、次の《専門家としての自覚》で述べるように、自身が支援することは当然との自覚があることから＜何とかサポートしたい＞とは考えず、医療機関における初期対応が終了した後も専門家として＜いつでも相談に乗るという姿勢＞を持っているためと考える。

さらに、本研究は、SANE が＜性暴力被害者支援の専門家であることの自覚＞および＜性暴力被害者支援の専門家としての役割を果たすことへの信念＞をもってケア提供している現状を示し、《専門家としての自覚》がケア提供の基盤となっていることも示した。日本看護協会は、専門職としての実践レベルを向上するためには、現場での看護ケアの質を高め、役割モデルとなるスペシャリストの育成を推進することは不可欠であるとの考えから資格認定制度を運営している（日本看護協会，2007）。そして、日本フォレンジック看護学会は、2020年2月、日本におけるフォレンジック看護の基礎知識および実践が開発途上であることを認めつつ、SANE 教育の一層の発展および質の保証を目指して「日本版性暴力対応看護師（SANE-J）教育ガイドライン（第1版）」を公表し（日本フォレンジック看護学会，2020a）、同年7月、日本独自の認定制度を開始した（日本フォレンジック看護学会，2020b）。このように性暴力被害女性に対する看護ケアの質向上のためには、看護職が性暴力被害者支援のスペシャリストであることが望ましいところ、認定制度は開始されたところであることから《専門家としての自覚》をもつことを基盤とすることが重要となる。したがって《専門家としての自覚》を【ケア提供の基盤となるもの】として位置づけることが必要である。

2. 【安全と安心の提供】を構成する看護ケア

本研究は、看護職が**《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》**ために、受診の経緯や被害状況等を把握し、**《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントする》**ために、感性を研ぎ澄まし、性暴力被害女性が抱える苦悩を感じとろうとすることや、急性ストレス障害にアンテナを張ること、さらに、受診してきた性暴力被害女性の様相に違和感を覚え気に留めていた。また**《医療機関が安全な場所であると示す》**ために、性暴力被害女性用に設えた個室で問診したり、医療機関でできることを説明し、さらに**《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》**ために、来院時に迎えに行ったり、医師が男性の場合は安心できる医師であると伝え、**《安心を提供できるよう環境をつくる》**ために、話しやすいよう部屋や座る位置を調整したり、安心して内診を受けることができるよう環境を整えていた姿を提示した。すなわち本研究は、看護職が被害直後に初診で医療機関を受診してきた性暴力被害女性の安全と安心を目指したケア提供を実践している現状を提示した。性暴力被害者の心的外傷と回復に詳しい精神科医 Herman (1992/1999) は、回復過程における最初の課題は被害者の安全を確保することであり、安全が確保されていない段階で他の治療作業をしようとしてはならないと述べている。医療機関を受診してきた性暴力被害女性の初期対応をする医療スタッフが看護職であることは多く、看護職が性暴力被害女性の安全だけでなく安心も提供できることは重要である。

Herman (1992/1999) は、その書物の中で安全を、例えば「安全な環境を創る」「どの新しい環境もそれがはらむ安全と危険の可能性を隈なく調べ、評価しなければならない」のように、環境といった客観的に危険性を評価できる場面で使用し、安心を用いていない。一方、本研究で抽出された【安全と安心の提供】は安全だけでなく安心も含んでいることから、Herman (1992/1999) が述べる安全より広い概念となる。広辞苑（第7版）によると、安全とは「①安らかで危険のないこと。平穩無事。②物事が損傷したり、危害を受けたりするおそれのないこと。」であり、安心とは「心配・不安がなくて、心が安らぐこと。また、安らかなこと。」である。前者は客観的な状態を指すのに対し、後者は主観的なものであることから用語として区別して使用する必要がある。本研究で抽出された**《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》****《性暴力被害女性が醸し出す雰囲気のアセスメントする》**は、看護職が性暴力被害女性の安全を客観的に評価するケア内容であり、**《医療機関が安全な場所であると示す》**は、性暴力被害女性が医療機関の安全を客観的に評価し得るケア内容でもあり、この3つの**《カテゴリ》**は性暴力被害女性の安全に関する内容である。一方、**《医師および看護職が安心でき得る人であると示す》**は、医師および看護職が性暴力被害女性にとって自身が安心でき得る人であることを示すことを目指したケア内容であり、**《安心を提供できるよう環境をつくる》**は、看護職が性暴力被害女性が安心を得られるよう環境をつくるものであり、この2つの**《カテゴリ》**は性暴力被害女性の安心に関することである。これらの検討から、安全と安心を用語として区別し、これら5つの**《カテゴリ》**を統合した上位概念に含まれる用語を、Herman (1992/1999) が

用いた安全だけでなく、「安全と安心」としたことは適切であると考ええる。そして、これら5つの《カテゴリー》のケア内容は、看護職が性暴力被害女性の【安全と安心の提供】を意図したものである。【安全と安心の提供】を意図したケアが確保されていない状況で他のケアを提供しても効果がないことが推測されることから、【安全と安心の提供】は、Herman (1992/1999) が述べる安全の確保と同じく、支援の土台となり得ると考える。

【安全と安心の提供】の結果について特記すべきこととして3つある。1つ目は、SANEが所属する医療機関A.Bには性暴力被害用の個室が整備され、病院独自に作成した性暴力被害者用問診票を作成し使用していたことである。特に医療機関Bでは医療機関と警察と支援センター3者共通の問診票を使用しており、最初に対応した機関が持参することになっていた。被害直後の性暴力被害女性は、被害のことを知られたくない、見られたくない、責められるのではないかと等、様々な不安と緊張を抱えて産婦人科医療機関を受診している（家吉、加納，2018）。そのため、医療機関が性暴力被害者専用の個室を準備しておくことは、被害女性の知られたくない、見られたくないという思いや、性暴力被害女性の顔や姿といったプライバシーを物理的な環境で守るという【安全と安心の提供】につながり得る。そして、性暴力被害者用問診票を使用することは、看護職にとっては性暴力被害者を支援する際に必要となる情報を正確に得ることや、聴取し終えた問診票を書類として医療機関内に安全に保管することを可能とし、性暴力被害女性にとっては看護職の個人的な関心から問診されているわけでないことが見て判断できる方法であり、【安全と安心の提供】につながり得る。特に医療機関Bが使用している医療機関と警察と支援センター3者共通問診票は、性暴力被害女性に同じことを繰り返し回答させてしまう負担を回避でき得ることから、安心は増すと予測できる。このように本研究は、性暴力被害女性用の個室および問診票の存在は、性暴力被害女性の安全を守りながら安心を提供しつつ問診することを可能にする基盤となるものであることを示した。すなわち、この結果は、性暴力被害女性の【安全と安心の提供】のために、医療機関内の個室や問診票の整備も必要であることを示したものと考える。

2つ目は、対応する医師が男性の場合、SANEは事前に＜医師は安心でき得る人であると伝える＞ことや（Ns5-1,2.6）、＜内診室等は誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る＞（Ns1.3-1.5-1,2.6）対応を行い、性暴力被害女性が男性医師から受ける恐怖心を軽減する働きかけを積極的に実践していたことである。これは、SANEが所属する医療機関が＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞《医療機関の体制》を採用していることが、SANEが主体となって性暴力被害女性が男性医師から受ける恐怖心を軽減する実践を可能にしていると考ええる。さらに、本研究により、主として女性医師の介助に携わっていた看護職も、今回のケースが男性医師であった場合は対応が異なっており看護職は性暴力被害女性が男性医師と1対1となる恐怖心から＜自身が安全な空間となり守る＞ことができる存在であると考えていることが浮き彫りになった（Ns9.10.11.20）。小西（2006b）は、「性暴力被害やDV被害はほとんどの加害者が男性であるため、心理的な反応として、被害者は男性治療者に恐怖心を抱き、拒否することもある。

可能であれば、女性治療者に変えた方がよいか患者に確認した方がよい。また、女性看護師がいれば、多くの助けを得ることもできる。男性医師が治療ができないということではないが、一般的に、患者の負担を減らし、二次被害を避けるためには、配慮することが望ましい」と述べている。したがって、この結果は、女性看護職の存在自体が性暴力被害女性の安全と安心の空間となり得ることを示しており、医療機関における性暴力被害女性の【安全と安心の提供】のための女性看護職の有用性を示したものとする。

3 つ目は、食欲不振や不眠症状、内診時のフラッシュバックといった急性ストレス障害にアンテナを張る>SANE によるケア提供が明らかにされた一方で、性暴力被害女性の解離症状の可能性に気づいていない看護職が対応している現状も顕在化したことである(Ns8.9.20)。性暴力被害者支援に精力的に携わっている精神科医師である小西(2006a)は、被害直後に生じやすい解離症状を知らなければ性暴力被害女性の反応を誤解し、適切に対応することができないと述べている。医療機関を受診した性暴力被害女性が最初に出会う医療スタッフが看護職である可能性は高く、初期対応を担う看護職が急性ストレス障害等について知識を得ていることは必要不可欠である。Ns8.9 は、産婦人科の臨床経験はほとんどないものの20~30年程度の臨床経験を有し、看護管理者に抜擢された逸材である。両者とも、性暴力被害者支援に関する研修会に参加したことがない状態で今回初めて対応し、どのように声をかけたらいいのかわからないと戸惑いながらも<何とかサポートしたい>という思いをもち、**《性暴力被害女性が抱える情報を把握する》**ことに務め、**《安心を提供できるよう環境をつくる》**といった【安全と安心の提供】を意図した実践ができていたことから、急性ストレス障害を含めた性暴力被害者支援に関する知識を身につければ、より適切なケア提供を実践できることが十分見込まれる。したがって、この結果は、看護職が性暴力被害女性の【安全と安心の提供】を目指したケア実践ができるために、知識提供の場となる教育および研修を充実させ、より多くの看護職が研修会等に受講できることも必要であることを示したものとする。

3. 【円滑な診察のサポート】を構成する看護ケア

本研究は、看護職が医師が診察しやすいようサポートするだけでなく、事前の問診で得た情報を医師に伝え**《円滑に診察を受けることができるよう医師と協働する》**ことや、証拠採取の場面では、単に器具やキットを手渡すだけでなく、創部が証拠になり得ると認識しながら一緒に創部を確認し**《証拠採取の介助を行う》**姿を浮き彫りにした。すなわち、診察の場面において、医師の介助を担う姿だけでなく、医師と協働してケア提供している状況を提示した。看護師の業務は保健師助産師看護師法(以下「保助看法」)第5条の規定において「療養上の世話」と「診療の補助」に分類されており、「診療の補助」は第37条で、臨時応急の手当てを除き「主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生じるおそれのある行為をしてはならない」と規定されている。つまり、看護師が行う診療の補助行為には医師の指示が必要

ということである。しかしこの「診療の補助」については、川村（2004）が述べるように、看護師等が診療の補助業務を行うに際し、医師の指示を漫然と実行していることは許されず、患者の状態についてアセスメントを行い、医師の指示通り実施してよいか否かを看護師として判断し、必要に応じて医師に情報を提供し、指示の変更について確認するなどのプロセスが重要である。被害直後の診察は、クスコ挿入によるフラッシュバックが生じやすいと考えられ、被害を思い出す二次加害の場となり得る。特に男性医師の場合はその可能性はより高まる。【安全と安心の提供】で述べたように、SANEは性暴力被害女性が男性医師から受ける恐怖心を軽減する働きかけを積極的に実践し（Ns1.3-1.5-1,2.6）、また、主として女性医師の介助に携わっていた看護職は、看護職は性暴力被害女性が男性医師と1対1となる恐怖心から守ることができる存在であると考えていた（Ns9.10.11.20）。このように、女性看護職はその存在自体が性暴力被害女性の安全と安心の空間となり得る強みを活かし、自身が性暴力被害女性を脅かさない存在であるとの自覚をもって【円滑な診察のサポート】を目指し、診察の介助時は、器具やキットを医師に手渡すだけに終始するのではなく、クスコ挿入等によるトラウマに配慮したケア提供ができるよう研鑽を積むことが求められる。

そして、証拠採取の介助について本研究は、SANEが創部が証拠になり得ると認識した上で医師と一緒に確認している姿を提示した（Ns1.2.3-1.5-1）。この結果は、SANEがSANE養成講座で創部について知識を得ていることが創部観察の重要性を認識し得えたこと、および医師と協働して証拠採取を行い得ることを示唆したものとする。現在、保助看法（第5条および第37条）の規定により看護職が単独で証拠採取するには法的問題が残るため、本研究においても看護職は単独で証拠採取をしていない。しかし、本研究では、＜証拠採取に関する院内ルールおよび設備等の改善＞が必要であると考え、証拠採取に関して積極的に関わりをもっているSANEの存在を浮き彫りにした（Ns1）。また本研究により提示された＜医師が証拠採取キットを使用しやすいよう介助する＞様相の違いは《医療機関の体制》による違いではなく、看護職の経験の差から生じていると考えられたことから、どのような医療機関の体制であれ、看護職の自己研鑽により証拠採取の介助技術は向上することも伺われた。また、2016年4月、薬師寺みちよ参議院議員が「看護師が行う業務の範囲に関する質問主意書」を提出したことに対し、国会は「医師の指示の下で子宮頸がん検査のために膣内から細胞採取をすることは診療の補助に該当し看護師が当該行為を業として行うことは可能である」という法令上の解釈を示した（参議院，2016）。看護職による子宮頸がん検査のための膣内細胞採取が可能になったことから、今後証拠採取に関する看護職の役割が拡大するとも考えられる。本研究より、看護職が証拠採取に関する知識や技術を身につけることができれば正確な証拠採取を目指した看護ケアも充実していくことが伺われた。したがって、看護教育プログラムの充実だけでなく、看護職が行う証拠採取に関する法的問題についても引き続き検討していく必要があると考える。

4. 【信頼関係の構築】を構成する看護ケア

本研究は、主に＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職が**《あなたの味方であるとの姿勢を示す》**ために、性暴力被害女性と直接向き合い、あなたは悪くないことを伝えることや、語る言葉をありのまま全て受け止めることを行い、**《インフォームドコンセントを遵守する》**ために、被害女性本人の意思を丁寧に確認することや、処置の必要性を丁寧に説明し、**《個人情報を守ると約束する》**ための実践を行っている姿を提示した。Herman（1992／1999）は、外傷的事件は、自分自身への信頼、自分以外の人々や社会への信頼を失わせるものであるから、周囲からの支持的な反応は外傷的事件のダメージをやわらげ、逆に否定的、敵対的な反応はダメージを強めると述べている。佐々木（2013）も、被害の相談は医療者が信頼を得て初めて可能になると述べている。このように、性暴力被害女性の回復のために、看護職が性暴力被害女性から信頼を得ることは重要である。

本研究の看護職は、**《あなたの味方であるとの姿勢を示す》**ことを意図し、出来るだけ早い段階で＜あなたは悪くないことを伝える＞ケアを提供していた。日本で最初に SANE 養成講座を開始した NPO 団体が作成した DVD「性暴力被害にあった人への急性期看護ケア」（女性の安全と健康のための支援教育センター，2010）は＜あなたは悪くないことを伝える＞看護職の姿を映し出している。このケアの背景には次のような考えがあると推測する。被害直後の性暴力被害者に対して医療機関が担う役割と責任として、①被害者に必要な医学的、心理的治療やケアを提供すること、②質の高い証拠採取を行い正確な記録を残すことによって被害者を法医学的な法手続きの面で支援することが指摘されている（家吉，2016）。一方、意思に反し性暴力を受けたことにより自責の念や恥辱感に苛まれ、人を信じるのが難しくなっている性暴力被害女性は、被害のことを知られたくない、見られたくない、責められるのではないかと等、様々な不安と緊張を抱えて産婦人科医療機関を受診している（家吉，加納，2018）。このような性暴力被害女性に対し医療機関の役割と責任を担う看護職は、性暴力被害女性の回復を見据え、医学的、心理的治療やケア、証拠採取等の支援を行うために、出会ってから診察までの短い時間で性暴力被害女性から信頼を得ることが求められている。その信頼を得ることを目指して、出来る限り早い段階で＜あなたは悪くないことを伝える＞ことによって**《あなたの味方であるとの姿勢を示す》**のである。

しかし、本研究において、同じ医療機関 A に所属する SANE の中に＜あなたは悪くないことを伝える＞ケア場面において「あなたは悪くない」と言葉にするかという点に相違があった。例えば 37 年の臨床経験があるものの産婦人科の臨床経験がない Ns1 は、最初に被害女性から被害状況等を聞いた後に「でもあなたは決して悪くはないの。悪いのはやった相手だからね」と伝えていた。この言葉の背景には、自分が悪かったとの思いを抱えたまま診察を受けると診察も嫌な思いになるだろうこと、私たちはあなたの味方であり今やれる最大のことを一緒に頑張ろうという気持ちを伝えたいこと、この言葉を伝えることで頼りにされ信頼関係も持てるかもしれないとの考えがあった。また Ns1 は、被害女性が少しでも自

分が悪かったと言い出すたびに「あなたは悪くない」と繰り返し伝え、性暴力被害女性の自責の念を和らげようとしていた。そして40年の臨床経験のうち37年は産婦人科で勤務しているNs2は、被害を思い返し怒り心頭の状態にあった性暴力被害女性に対し、最初に「あなたは何も悪くなかったよね」と伝えていた。この言葉の背景には、多くの性暴力被害女性が自責の念で苦しんでおり、この自責の念が被害の実態に冷静に向き合うことを困難にするから、出来るだけ冷静に被害の実態を語ってもらいたいとの考えがあった。一方、30年以上の産婦人科の臨床経験がありこれまでの対応人数も多いNs3-2は、このケースのこどもは絶対に悪くないと認識し、よく台本に「あなたは悪くない」と伝えなさいとあることから最初に伝えないといけないのかと思いながらも、事情も知らないのにあなたが悪いかわからないかという軽々しい話はできないと考えながら対応した。結局Ns3-2は、初診時に「あなたは悪くない」と言葉にして伝えなかったが、常に相手の状態を慮りながら支持的な姿勢を言葉と行動で示していた。具体的には、初対面であることから<自己紹介をする>ことや<内診室等に誰がいるか誰と入るか本人に確認した上で入る>ことを意識して行動し、こどもの母親と一緒にいたいとの希望を尊重し母親同席で問診を行い、病院を受診したことに対して<こどもが納得できるよう理由を説明する>こと、診察室に向かう廊下では、お天気や服の話をして<話しやすい人であるとの雰囲気を醸し出す>こと、内診時は女性医師の介助は他のスタッフに任せ内診台の左側でこどもの左手を握って立ち、ぎゅっと握り返してくる手を感じながら<自身が安全な空間となり守る>ことを実践していた。

この「あなたは悪くない」という言葉の使い方については、支援センター相談員の実験の経験が報告されている。複数の支援機関において、被害女性の話を聞いた後決まって「あなたは悪くない」と伝えられてきた経験をもつ被害女性が、「ここでも同じことを言うのか。私が悪くないならば、なぜ隣の女性ではなく私が被害に遭遇したのか説明してほしい」と怒りを湧き上がらせ、支援が継続しない状況となった(原田, 高見, 2018)。この「あなたは悪くない」という言葉は、支援のツールではなく、支援者のスタンスであると考え。この言葉を通り一遍に使用することは、時に性暴力被害女性の怒りを買ひ、支援者への信頼が崩れてしまう可能性もある。したがって、この「あなたは悪くない」という言葉は、状況によっては使用しないことも考慮すべきと考える。このように本研究において<あなたは悪くないことを伝える>ことに対するSANEの認識と行動の差異が示されたが、どのような被害状況であったとしても、意思に反して同意のない性行為を強要された被害女性が責められるべきではない。看護職は、被害者を責め加害者を正当化する強姦(レイプ)神話に惑わされることなく、あなたは悪くないとのスタンスに立ち、様々な不安と緊張を抱えて受診した性暴力被害女性との【信頼関係の構築】を目指し、性暴力被害女性が自責の念に苦しんでいる場合は、可能な限り早い段階であなたは悪くないことを伝える等、支持的な姿勢を言葉と行動で示すことが求められる。

また本研究は、《インフォームドコンセントを遵守する》において、看護職が性暴力被害女性の意思を丁寧に確認していることや、納得して処置を受けること

ができるよう対応している姿も提示した。このようなケア提供の多くは＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の SANE によるものであったが、意思確認は＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関に所属 Ns15.17 も提供しており、特に Ns15 は今回が初めての対応であったにもかかわらず、一つ一つの選択のプロセスを大切にしながら対応していた。日本看護協会(2017)は、インフォームドコンセントにおいて、患者・家族が医療職からの説明を十分に理解し、医療職が患者・家族の権利を尊重することが重要であり、互いに信頼に満ちたものになるよう努めなくてはならないと述べている。このようにインフォームドコンセントは、看護職が日常の臨床場面において直面する倫理問題であるが、性暴力被害被害女性を支援する場面においても同じく重要である。特に、性暴力は意思に反した強制的な行為であり他者への信頼も失わせるものであるから (Herman, 1992/1999)、看護職が性暴力被害女性との【信頼関係の構築】を目指し性暴力によって奪われた意思を大切に扱うことは不可欠となる。そして、看護職は、身近であることから初対面の対象者との間にも対等で相互的な関係を築きやすく、対象者の自己決定への支援に不可欠な人間としての尊厳および権利を尊重し擁護するプロセスを形成することが強みである(日本看護協会, 2007)。したがって、性暴力被害女性への支援に関しては、存在自体が性暴力被害女性の安全と安心の空間となり得るだけでなく、性暴力被害女性との対等で相互的な関係を築きやすい女性看護職がその強みを活かし、回復支援に重要な一つ一つの意思確認のプロセス(家吉, 2016)を担うことが適切であると考ええる。そして、この意思確認のプロセスには時間がかかり性暴力被害者の対応のみに時間を割けない医師では難しいことから、専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制が望ましいと考える。

このように、本研究は、不安と緊張を抱えて受診してきた性暴力被害女性との【信頼関係の構築】を目指し、看護職があなたの味方であるとの姿勢を示すことや、性暴力によって踏みにじられた意思を大切に扱うこと、すなわち一つ一つの選択のプロセスを大切にすることが重要であることを示した。そしてこれらの【信頼関係の構築】を構成するケア内容は概ね＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職によるものであった。これは本研究における重要な結果のひとつである。看護職が性暴力被害女性との【信頼関係の構築】を目指すために、《あなたの味方であるとの姿勢を示す》ための「強姦(レイプ)神話」を信じない態度を養う教育、《インフォームドコンセント遵守する》ための一つ一つの選択のプロセスを大切にすべきケア場面の提示やそこでのケア内容などの専門的な知識等を備えることが可能な教育の充実や、看護職が主体的に支援できるための体制の改善が必要と考える。

5. 【心身および尊厳の回復支援】を構成する看護ケア

本研究は、看護職が《身体への健康被害を最小限にする》ために、緊急避妊ピルの内服確認や、性感染症検査のための採血や次回受診の説明を行っている看護職の姿を提示した。性暴力により全身および性器の外傷、妊娠および性感染症罹患の恐れが生じるため、医療機関は、被害直後の性暴力被害女性に対し、内外性器の診察、外傷等の治療、緊急避妊、性感染症検査／治療薬処方などを行うことによって、リプロダクティブヘルス／ライツの回復を目指す役割がある（WHO, 2014；加藤, 2018；佐々木, 2013, 2015）。しかし本研究においては、緊急避妊ピル内服確認をせず自宅で服用するよう対応している医療機関 B.F があった。緊急避妊ピルは被害後 72 時間以内に 1 回服用すれば高い確率で妊娠予防できるため、確実な投与が重要となる（内閣府犯罪被害者等施策推進室, 2012；日本産婦人科学会／日本産婦人科医会, 2020）。実際、被害から支援センターの面談に至る時間は「72 時間以内」が 23.9%と最も多く、緊急避妊ピル処方等に対する被害者のニーズが伺われる（内閣府男女共同参画局, 2020b）。確実な投与は、性暴力被害女性を望まない妊娠から守ることにつながることから重要である。医療機関において内服確認することは、医療機関が確実な投薬を実施したことの証となり、カルテに内服時間を記入しておけば、服用後に副作用等で嘔吐したとしても望まない妊娠を避けるための対応が可能となる。医師が主となって対応する産婦人科医療機関では、緊急避妊薬の服用を確認する医師としない医師が存在し（福本ら, 2017）、看護職が緊急避妊ピルの内服介助をすることの重要性が指摘されている（福本, 2019）。医療機関 B の Ns5-1 は対応件数も多く多忙であることが予測されるが、被害直後に緊急避妊を希望して医療機関を受診する性暴力被害女性は多く（伊藤, 2017；Fisher, 2014／2015；長江, 2017）、性暴力被害女性がより確実に望まない妊娠を避けることができるよう余裕をもって対応できる看護職の人員配置も求められる。そして、性感染症検査の実施時期は、医療機関 A は再診時、医療機関 B は初診時であり、医療機関 A.B で異なっていた。被害直後に性感染症検査を実施し陰性を確認しておけば 2 回目の検査で被害による感染と推察することは可能であり、その後複数回にわたる検査のための来所において心身のサポートが可能というメリットもある（楠本, 2018）。しかし、被害直後の性感染症検査実施は、性暴力被害女性の被害前の性交経験というプライバシーに関する問題があり、さらに検査実施には費用負担が発生する。したがって、初診で検査を実施するかどうかは、検査結果後の心身のサポート体制や費用負担の問題も勘案しながら、性暴力被害女性に十分な説明をし、同意を得た上で実施することが重要と考える。このように性感染症検査および治療のための受診は複数回必要となる。性暴力被害女性の性感染症罹患のリスクを最小限にするために、再度医療機関を受診できる対応が求められる。実際に看護職が性暴力被害女性が再度医療機関を受診できることを目指した看護ケアについては【支援の継続】の《ケアを途切れさせない》で後述する。

また本研究は、主にく医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職が《自己コントロール感の回復を目指す》ために、看護職自身が行う問

診の場面では、受診したことを労い、座る場所等を自分の意思で選ぶよう促し、医師が行う診察の場面では、診察を受け終えた頑張りを認め、性暴力被害女性が性暴力によって奪われた自己コントロール感の回復を目指している姿も提示した。Herman (1992/1999) は、レイプの目的は犠牲者の自律性と尊厳性に対する侮辱を誇示することであり、性暴力は被害者から力と自己統御の感覚を奪うことであるから、回復の基本原則は被害者に力と自己統御感を取り戻すことであると述べている。本研究の SANE および Ns12 が実践していた問診室で座る場所を選ぶよう促すことや医療機関に望むことを確認することは、性暴力被害女性に選択権を提示し意思を確認する行為であり《自己コントロール感の回復を目指す》、すなわち自己統御感を取り戻すことを目指している。看護職は、このような一つ一つの選択のプロセスが性暴力により主体性を奪われた性暴力被害女性の治癒過程であるとの認識をもち働きかけることが重要である (家吉, 2016)。SANE および Ns12 がこのような働きかけを実践できた要因として自身で主体的に問診を行っていることが考えられる。一方、本研究 10 か所の医療機関のうち 7 か所は医師が主体となって問診を行っており、性暴力被害女性は問診時座る場所を選ぶよう促されることもなく医師の対面に座っている現状が伺われた (Ns13.14.18-1.20)。すなわち本研究は、ケア提供者が、問診時等において自己コントロール感の回復を意識して関わるということが重要であること、また看護職がこのケア内容を担い得ることを示した。

さらに本研究は、主に＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職が《汚された自己イメージを払拭する》ために、診察後医師に外陰部は大丈夫であったと伝えてもらい、看護職自身も大丈夫であったと伝えている姿も提示した。この本研究の看護職が実践していた外陰部を客観的に観察した医師および看護職が性暴力被害女性に対し大丈夫であったと伝えることは、この言葉を聞いた後に被害女性が安堵した表情を浮かべていることから (Ns2)、効果的な介入と考えられる。この《汚された自己イメージを払拭する》ケア内容は、日本版性暴力対応看護師 (SANE-J) 教育ガイドライン (日本フォレンジック看護学会, 2020a) には含まれていない。性暴力は、被害者自身に「汚れてしまった」と認識させ、この歪められた自己認識により長期にわたり苦悩させられ、築いてきた人間関係や地域社会への安全感や信頼感までもが失わされるのである (Fisher, 2014/2015; 伊藤, 2017; 小林, 2008, 2010; 緑河, 1998; 大藪, 2007; 幸村, 2015)。すなわち本研究は、ケア提供者が、初診時に汚された自己イメージの払拭を目指して関わるということが重要であること、また看護職がこのケア内容を担い得ることを示した。

性暴力が性暴力被害女性の主体性や尊厳を奪う体験であることは、最近の日本の性暴力被害女性を対象としたインタビュー調査からも明らかにされている (松本, 2020)。そして、本研究は、ケア提供者が、性暴力によって主体性や尊厳を奪われた性暴力被害女性の【心身および尊厳の回復支援】を意図し、自己コントロール感の回復を意識して問診等を行っていることや、内診時外陰部は大丈夫であったと伝えることが重要であることを示した。そしてこれらの【心身および尊厳の回復支援】を構成するケア内容は概ね＜医師が看護職に診察以外の対応を任せ

ている>医療機関の看護職によるものであった。これは本研究における重要な結果のひとつである。看護職が性暴力被害女性の【心身および尊厳の回復支援】のために、《自己コントロール感の回復を目指す》ための自己コントロール感を取り戻すことが出来得るケア場面の提示やそこでのケア内容、《汚された自己イメージを払拭する》ために提供し得るケア内容などの専門的な知識等を備えることが可能な教育の充実や、看護職が主体的に支援できるための体制の改善が必要と考える。

6. 【支援の継続】を構成する看護ケア

本研究 23 ケースのうち同行者と一緒に医療機関を受診したケースは 16 ケースあり、同行者としては、警察官、支援センター相談員、母親などであった。本研究は、看護職が《同行者を視野に入れケアをつなぐ》ために、受診にいたるまでの支援を引き継ぎ、受診後も支援が継続されることを目指したケアの様相を提示した。

本研究の同行者は警察官が 7 ケースと最も多く、警察官の性別は少なくとも 1 人は女性であり、警察の来院目的は証拠採取であった。医療機関には、性暴力被害女性の身体に、外傷、加害者の精液、唾液、頭髮、陰毛といった加害者を特定できる証拠が残っている可能性があるため、被害者本人の意思を尊重しながら、被害者の負担軽減を図りつつ、適切に証拠を採取し、警察へ提出するなどの役割がある（家吉，2013，2016；佐々木，2013，2015；角田，2013b）。したがって、医療機関と警察との間に円滑な連携が求められる。円滑な連携として、本研究の医療機関 B は、医療機関と警察と支援センター 3 者共通の問診票を使用しており、3 者の中で最初に対応した部署が記入して持参することになっていることから、Ns5-1 は警察が記入し持参した共通問診票を用いて問診を行っていた。Ns5-1 は、警察と同じ質問を繰り返し回答させてしまうことを避けるためにこの 3 者共通問診票使用するだけでなく、問診の際は、性暴力被害女性の同意を得たうえで女性警察官も同席できるよう導き、性暴力被害女性と看護職と女性警察官の 3 者の認識を一致させていた。そして、内診時は採取した証拠をすぐに女性警察官に手渡せるよう内診室の近くにいてもらい、診察後の医師からの説明にも同席できるよう導くなど、看護職と女性警察官との連携は円滑であった。そして医療機関 C においても、今回が初めての対応であった Ns7 が女性警察官と一緒に対応したことに安心していただけ様子や、Ns9 が女性警察官が性暴力被害女性の傍にいてくれたことに安心する様子が伺われたことから、看護職と女性警察官が連携して支援することは有効な方策であることが示唆された。しかし、本研究において来院から帰宅まで女性警察官と円滑な連携がとれていたのは 7 ケースうち Ns5-1 の 1 ケースだけであり、看護職と女性警察官との連携は今後の課題である。

警察官の次に多かった本研究の同行者は、支援センター相談員の 5 ケースであった。Herman（1992／1999）は、心的外傷の体験の中核は、無力化（disempowerment）と他者との結びつきが切れること（disconnection）であるから、回復の基礎はその後を生きる者に有力化（empowerment）を行い、他者との新しい結びつきを創る（creation of new connection）ことにあり、回復は孤立

状態においては起こらないと述べている。支援センターの役割として、医療機関、司法関係、警察などの連携機関への同行支援がある（内閣府犯罪被害者等施策推進室，2012）。性暴力被害女性が孤独しないようケアを途切れさせないために、《同行者を視野に入れケアをつなぐ》ことは重要である。本研究により、医療機関と支援センターの連携を円滑にしている要因として、看護職が当該支援センター支援員として電話相談等を担当していることや（Ns12）、当該支援センターに関わっている支援員が看護職の元同僚であることが示された（Ns16.17）。そして、医療機関も看護職も初めての対応であったにも関わらず支援センターにつないだNs15のケースを検討すると、看護職が支援センター主催の研修に参加し活動を認識していたことも要因と考えられる。実際、支援センターにとって最も多い同行先は産婦人科医療機関であることから（内閣府男女共同参画局，2020b）、看護職が日頃から支援センター主催の研修会に参加することや支援センターの支援員を担うことも、円滑な【支援の継続】のための有効な手段であると考ええる。

また本研究は、《ケアを途切れさせない》実践として、支援センターへ支援をつなげるだけでなく、性暴力被害女性が再度医療機関に確実に受診できるよう働きかける看護職の姿も提示した。具体的には、次回受診日を性暴力被害女性の希望に合わせて（Ns5-2）、再診を担当する医師について説明したり（Ns6）、医師の診察日枠内で調整し予約票を手渡すことを実践していた（Ns1）。医療機関には、例えば、人工妊娠中絶手術および出産が必要になることもあること、性感感染症検査／治療は複数回にわたって行われるものであること、負傷状況によっては継続的な経過観察や治療が必要なことから、性暴力被害女性に初診時だけでなく継続的な医療を提供する重要な役割がある（内閣府犯罪被害者等施策推進室，2012；加藤，2018；佐々木，2013，2015）。すなわち性暴力被害女性は初診時以降も医療機関を受診する必要があるため、性暴力被害女性が再度受診しやすいために初診時における対応は重要である。本研究の看護職が実践していた再度医療機関を確実に受診できることを目指した働きかけは、継続的な医療を提供し得る基盤となり得る。特に医療機関 A は、初診で対応した SANE が必ずしも再度担当できるとは限らないシステムであったのに対し、医療機関 B は、初診で対応した SANE が再度担当することが可能であった。医療機関 B の Ns5-2 は初診で対応した自分が再診でも対応できるよう日時調整し、実際にケースは再受診していた。このように、性暴力被害女性が初診と同じ看護職が再受診も対応することを認識している場合は、被害を繰り返し話す必要がないことも認識でき、安心して再受診しやすいと考えられる。しかし、担当制は特定の看護職の負担が大きく、どの医療機関でも取り入れることが難しい。本研究の【支援の継続】を目指した《同行者を視野に入れケアをつなぐ》および《ケアを途切れさせない》ケアは、性暴力被害女性が孤立することなくエンパワーメントされ得るケアであり、重要である。性暴力被害女性が安心して医療機関を受診でき、初診後も医療機関を再度受診できる【支援の継続】ために、例えば看護職の人員配置や、支援センター員の同行支援の充実等の手立てが必要と考える。

以上の検討から、本研究は、看護職が被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供しているケアを明らかにすることができた。さらに、本研究の看護職が先行研究で性暴力被害者支援に重要と指摘されている内容をケア提供している現状も提示された。その一方で、これらの看護ケアを検討する中で、課題も浮き彫りとなった。具体的には看護職が性暴力被害女性の回復支援に必要な資質と能力を備えているにもかかわらず、その有用性が《医療機関の体制》の影響により活かせていないこと、看護職と警察官との連携が不十分であること、看護職の急性ストレス障害およびトラウマへの理解が不十分であること、性暴力被害女性の汚された自己概念の払拭を目指した看護ケアが日本版性暴力対応看護師（SANE-J）に含まれておらず、標準ケアとなっていないことであった。

B. 被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア

本研究の「A. 被害直後の性暴力被害女性に提供している医療機関における看護ケア」を検討する中で浮き彫りとなった課題から導かれた必要とされる看護ケアは、1. 専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築、2. 女性警察官との連携、3. 急性ストレス障害およびトラウマに配慮した看護ケアの充実、4. 「汚れてしまった」という感情に配慮した看護ケアの4つである。

1. 専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築

本研究は、《医療機関の体制》が、来院から帰宅まで看護職が一貫して主体的に関わることができる＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職は、【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】だけでなく、人を信じるのが難しくなっている性暴力被害女性が再び人を信じる契機となり得る【信頼関係の構築】や、心身にダメージを受け主体性を奪われた性暴力被害女性の【心身および尊厳の回復支援】を意図したケア提供を実践している現状を提示した。そして、この＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関には2つの特徴があり、1つ目は、医療機関内に性暴力被害者に対応できる個室があったこと、2つ目は、医療機関A.Bでは病院独自の性暴力被害者用問診票を作成し使用していたことである。医療機関における性暴力被害女性の支援は、男性治療者より女性治療者方が適任であり（小西，2006b）、支援体制は24時間365日体制が望ましいことが指摘されている（内閣府犯罪被害者支援室，2012；性犯罪・性暴力対策強化のための関係府省会議，2020）。女性治療者には医師も含まれるが、就業人数から検討すると、女性医師を主体とした24時間365日体制の構築は難しい。しかし、専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築ならば、実現可能性は高まると考える。

平成30年度医師・歯科医師・薬剤師統計によると、およそ32万8,000人の医師のうち女性は7万2,000人（21.9%）、主たる診療科が産婦人科・産科・婦人科であり病院および診療所に従事するおよそ1万3,000人の医師のうち女性は

5,000 人 (38.5%) であり、女性医師は男性医師の 2~4 割程度と少ない (厚生労働省, 2018a)。さらに、産婦人科に勤務する女性医師の労働環境の厳しさが指摘されており (日本産婦人科医会, 2017)、24 時間 365 日いつ受診するかわからない被害直後の性暴力被害女性に対し余裕をもって対応できない現状がある。一方、平成 30 年度衛生行政報告例によると、およそ 122 万の看護師のうち女性は 112 万人 (92.2%) と圧倒的に女性が多く、助産師もおおよそ 3 万 7,000 人が就業している (厚生労働省, 2018b)。就業人数から検討すると、24 時間 365 日体制の構築のためには、主たる診療科が産婦人科・産科・婦人科の女性医師数のおおよそ 230 倍の人数が就業する女性看護職を中心とする方が実現可能性は高まる。実際、支援センター「なごみ」の 24 時間 365 日体制を可能にしているのは拠点病院における SANE の常駐であり、SANE が中心となって支援を提供している (長江, 2019)。

しかし現在「なごみ」以外に女性看護職による 24 時間 365 日体制をとっている支援センターは他にない。医療機関においていつ受診するかわからない性暴力被害女性のために 24 時間 365 日支援体制を構築維持でき得るのは救急外来ではないかと考えるが、予算や人員の問題から難しいことも予測でき、オンコール制度を採り入れるなどの別途方策が必要とも考える。このように医療機関において専門的知識を備えた女性看護職による 24 時間 365 日の支援体制の構築のためには課題が多いことが予測できるが、24 時間 365 日体制は難しくても専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築ならば、実現可能性は高まると考える。この支援体制の構築のための具体的な手立てとして 2 つのことがある。1 つ目は、本研究の結果で提示した《医療機関の体制》を<医師が看護職に診察以外の対応を任せている>体制、すなわち看護職が【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】だけでなく【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】も提供し得る体制へと変更し、医療機関内の個室や問診票を整備することである。このような体制を整えた医療機関が全国に広がれば、性暴力被害女性に対する医療機関における看護ケアの質が向上するのではないかと考える。しかし《医療機関の体制》を整備するだけでは看護職が性暴力被害女性に適切なケア提供ができるわけではない。2 つ目の手立てとして、看護職がケア実践能力を身につけることができる性暴力被害者支援に特化した教育および研修等を充実させる必要があると考える。

2. 女性警察官との連携

本研究は、医療機関 B の Ns5-1 が、来院から帰宅まで一貫して女性警察官と連携しながらケア提供していた様相を提示した。しかし、このような円滑な連携をとれていたのは Ns5-1 の 1 ケースだけであり、看護職と警察官との連携が課題となる。警察官には男性もいるが、医療機関における性暴力被害女性の支援は、男性治療者より女性治療者の方が適任であるとの指摘から (小西, 2006b)、看護職だけでなく警察官も、男性警察官より女性警察官の方が適任であると考え。実際、性犯罪捜査においては、被害者の精神的負担軽減のため、被害者が希望すれば、できる限り女性捜査官が対応するよう配慮されていることから (内閣府犯罪被害者支援室, 2012; 性犯罪・性暴力対策強化のための関係府省会議, 2020)、

女性看護職と女性警察官の連携は十分可能である。連携する利点として 2 つある。

1 つ目は、性暴力被害女性の安全と安心のためである。警察が医療機関に同行する理由は、性暴力被害女性の診察、治療、証拠採取等のためであり（内閣府犯罪被害者等施策推進室,2012）、警察の主たる役割が犯罪捜査であることから、証拠採取を重要視している。一方、看護職の専門は健康支援であることから、両者の支援の視点は異なる。しかし、法的な証拠採取は被害後 72 時間が限度であるといわれており（Carter・Snell,2013）、膣内採取は医療機関においてのみ実施できる内容であることから、被害直後の診察は両者にとって重要な場面である。一方、被害女性にとって、問診や内診を含む診察は、被害を受けた事実を他者に知られる苦痛を伴う再被害の場面となり得る（家吉、加納, 2018）。したがって、看護職は、性暴力被害女性が問診や診察から受ける苦痛を最小限にするよう対処することが求められる。【安全と安心の提供】の結果で述べたように、SANE が所属する医療機関 A.B には性暴力被害用の個室が整備され、病院独自に作成した性暴力被害者用問診票を作成し使用していた。このように、医療機関が専用の個室を準備しておくことは、性暴力被害女性のプライバシーの保護や安心感につながり得る。そして性暴力被害者用問診票を使用することは、看護職にとっては必要となる情報を正確に得ることを可能とし、性暴力被害女性にとっては看護職の個人的な関心から問診されているわけでないことがわかる方法であり安心につながり得る。中でも医療機関 B は、医療機関と警察と支援センター 3 者共通の問診票を使用しており、3 者の中で最初に対応した部署が記入して持参することになっていることから Ns5-1 のケースは警察が記入し持参していた。Ns5-1 は、警察と同じ質問を繰り返し回答させてしまうことを避けるためにこの 3 者共通問診票使用するだけでなく、性暴力被害女性の同意を得たうえで看護職が問診室で行う問診に女性警察官も同席できるよう導き、性暴力被害に関する認識を一致させていた。性暴力被害女性の同意を得た上で一緒に共通問診票を用いて問診を行うことは、女性看護職と女性警察官の認識が自身と一致していることを性暴力被害女性が知ることであり、安心につながり得ると考える。したがって、女性看護職が共通問診票を用いて性暴力被害女性に問診を行う場面に女性警察官が同席することは、性暴力被害女性に同じ質問を繰り返すことなく安心につながり得るため、性暴力被害女性の選択権を尊重しながら積極的に取り入れてもよい方法ではないかと考える。そして、被害直後の性暴力被害女性の診察における看護職の役割は大きく 2 つあり、1 つは医師の介助、もう 1 つは性暴力被害女性にとって再被害の場にならないよう安全と安心に留意して対処することである。仮に、内診の場面に看護職が 2 人いれば、1 人は医師の介助、もう 1 人は性暴力被害女性のサポート役割を担うことが可能であり、安全と安心はまだ提供しやすい。しかし、現状は看護職 2 人を配置することが難しいこともある。性暴力被害女性の希望があれば、内診時に女性警察官が被害女性側につき、声掛けなど安全と安心のためのサポート役割を担うことは必ずしも不可能な対応ではない。性暴力被害女性の選択権を大切にしながら取り入れてもよい方法ではないかと考える。

2 つ目は、裁判を通した性暴力被害女性の尊厳の回復のためである。本研究の Ns5-1 は、診察後の医師の説明時も女性警察官が同席し医師に質問できるよう導

いていた。問診時だけでなく、証拠採取等を含む診察後の説明に女性警察官が同席することは、医療機関で実施したことに対する被害女性と女性警察官の認識を一致させる効果があり、医療機関受診後も続く裁判に向けた両者のやり取りが円滑になると考えられる。したがって、性暴力被害女性の選択権を尊重しながら積極的に取り入れてもよい方法ではないかと考える。このNs5-1のケースは警察同伴で受診したが、実際は、被害女性のうち「警察に連絡・相談した」割合は2.8%、「誰にも相談していない」割合は58.9%であることから（内閣府男女共同参画局, 2018a）、警察官同伴で医療機関を受診するケースは非常に少なく、被害を隠して医療機関を受診するケースが多いことが推測される。警察庁は、性犯罪被害者が警察への届出をせずに医療機関を受診した場合を想定し、医療機関における性犯罪証拠採取キットの整備を推進している（警察庁, 2019）。性暴力被害者が被害届を警察に提出し加害者が逮捕されて法的に罰を受けることや、たとえ裁判で期待するような結果に終わらなかったとしても行動を起こしたという経験は、性暴力被害者の回復につながると言われている（性暴力を許さない女の会, 2015: 雪田, 2017）。しかし、被害直後の性暴力被害女性は混乱しており証拠採取や裁判まで考えが及んでいないこともあり得る。証拠保管等の証拠に関する制度が医療機関と警察の間で円滑に機能していれば、性暴力被害女性は被害直後はためらっていた被害届を後日提出することにもつながり、裁判を通した尊厳の回復に役立つ。このような支援を成就させるためには医療機関と警察官との間に円滑なコミュニケーションが必要となるが、その要を性暴力被害者の対応のみに時間を割けない医師ではなく、性暴力被害者支援の専門として配置された女性看護職が担当し、女性警察官と連携することによって、より円滑な運営が可能になると考える。

3. 急性ストレス障害およびトラウマに配慮した看護ケアの充実

本研究は、看護職が＜急性ストレス障害にアンテナを張る＞＜自身が安全な空間となり守る＞など、性暴力被害女性の急性ストレス障害およびトラウマに配慮したケア提供を十分やり得る存在であることを示しただけでなく、初めての対応経験から医療機関をトラウマに配慮した空間へと変化させた看護職がいることも提示した（Ns15）。一方で、急性ストレス障害の1つである解離症状の可能性に気づいていない看護職の存在も露呈した（Ns8.9.20）。トラウマとは、個人の対処能力を超えるような大きな打撃を受けたときにできる精神的な傷のことである（小西, 2006a）。性犯罪および性暴力による被害がトラウマとなり、生活面も含め中長期にわたる影響を及ぼし得ること、そのため支援体制の構築が必要なことは国の方針にも明示されている（性犯罪・性暴力対策強化のための関係府省会議, 2020）。性暴力は、自分自身への信頼、自分以外の人々へや社会への信頼を失わせるものであり、周囲からの支持的な反応はダメージをやわらげ、逆に否定的、敵対的な反応はダメージを強める（Herman, 1992/1999）。看護職は、性暴力被害女性がトラウマとなり得るダメージを受けた人であり、初期対応が後に続く心理的回復過程に影響を与えることを自覚して関与することが求められる。医療機関における看護職の初期対応については既に教示されている（家吉, 2016）。しかしその内容は、トラウマの影響について言及されてはいるものの、証拠採取を重要視し

ている印象があり、看護職がトラウマに配慮したケア提供を実践するための必要な教示内容としては不十分と考える。初期対応を担う看護職が急性ストレス障害およびトラウマに配慮したケア提供できるための教育内容の充実が必要と考える。

4. 「汚れてしまった」という感情に配慮した看護ケア

本研究の《汚された自己イメージを払拭する》看護ケアにおいて、創部を客観的に観察した医師および看護職が性暴力被害女性に対し「大丈夫であった」「きれいであった」と伝えることは、この言葉を聞いた後に被害女性が安堵した表情を浮かべていることから（Ns2）、効果的な介入であったと考えられる。性暴力被害女性が自身の性暴力被害体験を記した書物は、性暴力被害により被害者自身が長期に渡り「汚れてしまった」と認識させられ、苦悩させられる現実を切実に語っている（Fisher, 2014/2015；伊藤, 2017；小林, 2008, 2010；緑河, 1998；大藪, 2007；幸村, 2015）。しかしこの《汚された自己イメージを払拭する》といった性暴力被害女性の尊厳の回復を目指すケア内容は、日本版性暴力対応看護師（SANE-J）教育ガイドライン（日本フォレンジック看護学会, 2020a）に含まれておらず、標準的なケアとなっていない。被害直後の医療機関には、被害を受けた身体部位を客観的に観察し治療する役割だけでなく、損傷部位に対して証拠となり得るとの視点を持ち採取することも求められる。看護職は、そのような医療機関の役割を果たしつつ、性暴力被害女性が「汚れてしまった」という歪められた自己認識により長期にわたり苦悩させられることを念頭に置き、その歪みや歪みによる心の傷つきが可能な限り小さくなるよう、初期対応の時点から尊厳の回復も視野に置いて支援していくことが求められており、このような支援ができるための教育プログラムの拡充が求められる。

C. 看護実践への示唆

1. 既存の性暴力被害者支援に関する看護教育プログラムの拡充

本研究は、看護職が被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供しているケアを明らかにすることができた。さらに、本研究の看護職が先行研究で性暴力被害者支援に重要と指摘されている内容をケア提供している現状も提示された。そして、SANE が所属する＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職は、＜特定の医師が主となって対応する＞＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関の看護職が主に提供していた【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】の3つだけでなく、【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】も含めた5つ全ての看護ケアを提供している現状も提示された。このように SANE が5つ全ての看護ケアを提供している背景には、SANE が性暴力被害者支援に関する教育プログラムを受講している影響があることが伺われる。

看護職が性暴力被害者支援に特化した知識を得る環境は整備されつつある。現在、性暴力被害者支援に関する看護ケアについて専門的知識の習得を可能にするものとしては、フォレンジック看護に関する著書（日本フォレンジック看護学会, 2016）や SANE 養成プログラムがある。40 時間以上の SANE 養成プログラムは

全国に2つあり、一つは、2000年から毎年東京でNPO法人女性の安全と健康のための支援教育センターが、もう一つは、2014年から毎年名古屋で日赤なごや「なごみ」等によって開催しているものである。2020年2月現在SANE養成講座修了生はおよそ650名と年々増えており、日本フォレンジック看護学会は、日本におけるフォレンジック看護の基礎知識および実践が開発途上であることを認めつつ、SANE教育の一層の発展および質の保証を目指して「SANE-J教育ガイドライン」を公表し、同年11月には第2版を公表した（日本フォレンジック看護学会,2020a）。そして同年7月、第1回「日本版性暴力対応看護師（Sexual Assault Nurse Examiner-Japan：SANE-J）認定試験がwebにて開催された（日本フォレンジック看護学会,2020b）。そして本研究の看護職の中には、SANEではないが、支援センター等が実施する性暴力被害者支援に関する研修会を受講した看護職が7名（Ns12.15～20）いた。このようにSANE研修以外にも、看護職が性暴力被害者支援に特化した知識を得る環境は少しずつ整備されつつある。

そして、国内の動向に目を転じると、2017年に改正された刑法は施行後3年を目途として見直される予定であるところ（警察庁,2017）、3年後となる2020年現在、性暴力根絶を求める社会的気運の高まり等から、政府は、令和2年度から4年度までの3年間を性犯罪・性暴力対策の「集中強化期間」として刑事法の在り方の検討、被害者支援の充実、加害者対策とともに、教育・啓発の強化に取り組むことになっている（性犯罪・性暴力対策強化のための関係府省会議,2020）。これらの方針の1つとして「切れ目のない手厚い被害者支援の確立」があり、病院（医師、看護師等）など地域における関係機関との連携強化が目指されている。性暴力被害者は被害を隠して急に受診してくることや、医療機関との関わりが初診時のみとなってしまうことが考えられる。このような被害直後に医療機関を受診してきた性暴力被害者に対し、初診時しかないかもしれない短い関わりの中で切れ目のない手厚い支援を提供するために、医療機関には被害を隠して受診してくる性暴力被害者の存在に気がつくこと、性暴力被害はトラウマになり得る経験であること、初期対応が後々の回復過程に影響を及ぼし得ること、心身および尊厳を傷つけられた被害直後の性暴力被害者に対し必要とされる質の高い治療とケアを提供すること、支援を関係機関につなぐことが求められている。このような時代の要請がある中で、本研究はこれら医療機関の役割を担い得る看護職が主となって実践している多様なケア内容を提示し、これらのケア内容を検討していく中で必要とされる4つの看護ケアを提示した。上述したように、4つのうち急性ストレス障害およびトラウマに配慮したケアの充実、および「汚れてしまった」という感情に配慮したケアは、看護教育プログラムを充実させることによってケアの質が向上することが見込まれる。初期対応を担う看護職が急性ストレス障害およびトラウマに配慮したケア提供だけでなく、尊厳の回復も視野にいれて支援できるための教育プログラムの拡充は喫緊の課題である。

また本研究では、よりよいケア提供を検討するために＜あなたは悪くないことを伝える＞ケアの具体的なケア場面における相違について検討した。「あなたは悪くない」という言葉を通り一遍に使用することは、時に性暴力被害女性の怒りを買ひ、看護職への信頼が崩れてしまう可能性もあるため、教育プログラムには

「あなたは悪くない」という言葉を使用する際の留意点等についても教示する必要があると考える。

さらに本研究では、概念図に表現されていないものの、看護職がよりよいケア提供のために必要と考える5つのケア内容を抽出し、その中のひとつとして＜母子関係に心を配る＞があった。対応経験数が多いNs5-2が語っていたように、母親へのケアが必要なケースは多いことが伺われる。特にこどもへの性虐待の場合、母親もDV被害に遭っているケースが少なくないことが指摘されており（内閣府男女共同参画局，2020b）、家族背景が複雑であることが伺われる。しかし、こどもから性被害を打ち明けられた母親の反応は様々であり、こどものためにあらゆることができる母親もいる一方で、こどもを信じることなく支えも守りもしない母親もいる（Mather & Debye, 2004/2015）。実際、本研究のNs17のケースは母子関係に亀裂が生じていた。母子を含めた家族関係は生涯続くことから性暴力被害に遭遇したこどもをもつ家族への支援も重要である。国においても、医療費支援の対象として、性被害等を受けた監護者へのケアを含めることも示唆されている（性犯罪・性暴力対策強化のための関係府省会議，2020）。看護職は、母親や家族も視野に入れ、母親や家族が孤立することがなく継続的な支援を受けることができるよう、例えば精神的ケアが受けられるなど、支援センター等と調整することが求められ、このような視座も教育プログラムに含まれるべきと考える。

2. 看護職が代理受傷に陥らないための支援体制の構築

＜看護管理者が医師と協力して対応する＞医療機関Cに所属するNs7は、26年の臨床経験があるものの産婦人科の臨床経験はなかった。Ns7は、今回が初めての対応であったものの小児科の臨床経験を活かし、こどもの特性を踏まえた診察介助やこどもと良好なコミュニケーションをとることができており、また、怖い思いを小さくしてあげられる関わりができればと考え、実際にそのように対応した。しかし、採血時に尋常を逸するほど泣き叫ぶこどもに＜違和感を覚え気に留める＞場面もあり、Ns7は対応後＜看護職同士で経験を共有する＞ことに躊躇し、ケースについて誰にも相談できずに日々を過ごしていた。また、同じ医療機関Cに所属するNs9は、20年の臨床経験があるものの産婦人科の臨床経験はなかった。Ns9も今回が初めての対応であったが、性暴力被害女性が相当な覚悟をして受診してきた状況を知り＜何とかサポートしたいという思い＞をもって対応した。Ns9は、医師の診察介助や証拠採取の介助などは十分ではなかったが、＜他者の目に触れさせない＞ケアや＜自身が安全な空間となり守る＞ケアを提供し、さらにピル内服確認を行い＜妊娠しないよう対処する＞ことも行うことができていた。しかし、Ns9は対応後、自分のやったことがよかったのかという思いを抱えて日々を過ごしており、＜看護職同士で経験を共有する＞ことができていなかった。このように、性暴力被害女性をケアする看護職が精神的負担を抱えたまま日々を過ごしケア提供する状況は、ケアの質を低下させるだけでなく、看護職自身の精神的健康も阻害するため問題である。性暴力被害者の支援に携わる者は、被害者の体験を見聞きすることで支援者自身も傷を負う、すなわち代理受傷に陥る危険性がある（米山，2016）。代理受傷に陥らないためには、仲間に話すこと、

ストレス解消の方法をもつこと、スーパービジョンを受けることが重要とされている（白川，2013）。本研究の医療機関 A.B の SANE は＜看護職同士で経験共有する＞ことを心掛け、SANE 一人で抱え込まないよう取り組んでいた。全国 49 ケ所の支援センターを対象とした調査（内閣府男女共同参画局，2020b）によると、スーパーバイザーが 1 名以上いる支援センターは 38.7%（19 ケ所）であったことから、支援センターの支援体制は比較的充足されつつある。しかし、連携している医療機関となるとその程度は少なくなることが予測される。看護職のメンタルヘルスを維持できるための具体的な方法の教授やスーパーバイザー養成などの体制の構築が必要である。

3. 被害を隠して受診する性暴力被害女性のための医療機関の環境整備

＜特定の医師が主となって対応する＞医療機関 F に所属する産婦人科臨床経験 8 年の Ns15 は、一般外来にふらっと 1 人で避妊に失敗したと初診で受診してきた物静かな女性に＜違和感を覚え気に留める＞ことはしていたものの、性暴力被害女性であるとの認識はなかった。翌日、当該女性が再受診し医師が行う問診内容から Ns15 は当該女性が性暴力被害女性であることを認識し得た。Ns15 はこの経験の後＜性暴力被害女性の存在に関心を寄せる＞ことの重要性を痛感し、被害について言えないけれど持って帰ってくれたらいいなと思い、病院内に支援センターのパンフレットを置き＜支援センターの存在を発信する＞するようになった。実際は、性暴力被害女性の 58.9%が被害を誰にも相談していない（内閣府男女共同参画局，2018a）。しかし、他者に相談はしなくても、Ns15 が経験したように、性暴力被害女性は被害を隠して医療機関を受診してくるのである。医療機関は、被害を隠して受診してくる性暴力被害女性の存在に思いを馳せ、医療機関の環境整備をする必要がある。

この性暴力はトラウマとなり得る出来事である。近年、トラウマインフォームドアプローチ（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014）という概念が出されており、医療機関がトラウマに配慮した環境を提供できることは重要である。具体的には、性暴力被害者が他者と会わないような玄関や診察室の入り口および動線の工夫、性暴力被害者用個室の整備（温かみのある壁紙、ソファ／シャワー／トイレ等の完備）、性暴力被害者用問診票の整備、病院内に支援センター等のパンフレット等を置くことなどである。これらの内容は医療スタッフが事前に被害者であると認識している性暴力被害者を対象とした内容も含まれているが、被害を隠して受診してきた性暴力被害女性が、当該医療機関が性暴力被害者に配慮した環境を用意している環境を目で見て分かれば、性暴力被害者であることを医療スタッフに伝え支援につながるかもしれない。もしくは支援センターのパンフレットを持ち帰り、そこで支援につながるかもしれない。被害を隠して受診する性暴力被害女性が支援につながるための医療機関の環境整備が求められる。

4. 医療機関で提供し得る支援内容の発信

＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関 A に所属する Ns4 は、15 年の臨床経験があるものの産婦人科の臨床経験はなかった。Ns4 は、今回が 3 回目の対応であり、自分で医療機関につながることに難しいケースに対応した。また他の性暴力被害女性に対する対応から、性暴力被害女性が被害後に医療機関を受診することは敷居が高く、支援センターの存在や支援センターが提供し得ることを知ってもらうために＜支援センターの存在を発信する＞必要性についても語っていた。本研究は、研究協力者となる看護職の選定を相談センター長に依頼していることから、性暴力被害女性は支援センターと何らかの関わりがある方であった。しかし、性暴力被害女性が支援センターに相談した割合は 0.7%（複数回答）、医療関係者（医師、看護師など）は 2.1%（複数回答）と少ない（内閣府男女共同参画局，2018a）。実際は、上述の Ns15 が経験したように、性暴力被害女性は被害を隠して受診していることが多いことが伺われる。

支援センターは、性暴力被害女性が支援センターとつながりやすくするため、ホームページやパンフレットを作成し支援内容の周知を目指している。しかし、医療機関が支援内容等を発信していることはほとんどない。本研究は、看護職が医療機関を受診してきた性暴力被害女性に対し＜医療機関でできることを説明する＞ことによって「**医療機関が安全な場所であると示す**」ケア提供をしている現状を浮き彫りにした。しかし、医療機関とつながっていない性暴力被害女性は、医療機関で何をされるかわからない不安と緊張を抱えている（家吉、加納，2018）。性暴力被害女性が被害直後に医療機関を受診しやすくするために、医療機関で提供し得る支援内容を医療機関のホームページ等で発信することも重要と考える。

D. 研究方法に関する検討

本研究の目的は、被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性への看護ケアというこれまでほとんど明らかにされていない現象を率直に記述し、必要とされる看護ケアを検討することを目的としているため、研究方法として質的記述的研究を用いた。支援センターの形態は多様であり、連携する医療機関のケア内容も多様であることが予測されたことから、サンプリング法として maximum variation sampling (Patton, 1990 ; Sandelowski, 1995) を用い、研究協力者数を 40～50 名とした (Ziebland & Mcpherson, 2006)。これまでに本研究のような調査は実施されたことがなく、どの程度の研究協力者が得られるか見積もることは困難であった。そして、実際の研究協力者は 20 名 23 ケースと少なかった。考えられる要因として 2 つある。1 つは、本研究のテーマが性暴力被害というプライバシーに深く関わる内容であることに加え、ケアの意図性に焦点を当てるためケースの条件を限定して研究協力者を募集したことから、条件を満たす研究協力者の人数がそもそも少ない点である。2 つは、募集の公平性を保ちながら多様性を把握すること、およびセンター責任者の負担を考慮し、研究協力者の選定を 1 センター 3 人程度と限度して責任者に依頼した点である。データ収集開始時、研究者が実際に責任者 50 名に対し順次調査依頼を実施した

ところ、責任者からの回答は「該当する看護職はいない」が最も多く、次に「1～2名ならいる」であった。研究者は協力が得られそうなすべての責任者と連絡をとり、データ収集を進めた。そして、データ収集終了時期が近づいてきた時点で追加募集の対象となる責任者に再度募集を依頼し、全員から「既に紹介した看護職以外に該当する看護職はいない」との回答を得た。データ収集期間を延長することも検討したが、これは性暴力被害女性の発生を待つことであり、倫理的に問題になるため断念した。このように、研究者は研究協力者の募集についてやり得る最大限の努力を尽くしており、本調査においてはこれ以上の研究協力者を得ることはできなかったと考える。

E. 研究の強みと限界

本研究の強みは、全国の支援センターを対象としたことによって、多様なケアの様相を把握し、提示できたことである。一方、限界は3つある。1つ目は、性暴力被害者の性別を女性に限定している点である。無理やり性交等された経験がある男性は1.5%（内閣府男女共同参画局，2018a）、全国49ヶ所の支援センターの電話相談1割、面談2.2%は男性であることから（内閣府男女共同参画局，2020b）、男性被害者にも適切に迅速に対応できるような支援体制の構築は不可欠である。2つ目は、必要とされる看護ケアの検討に、性暴力被害女性の生の声を反映できていない点である。しかし、現時点では、インタビューを受ける性暴力被害女性の心理的負担に対する十分な支援体制を整えた上での調査実施は困難であった。今後性暴力被害女性の心理的負担に対応できる環境を整えることができた場合は、性暴力被害女性による評価を受けることも視野に入れる必要があると考える。3つ目は、本研究のケースにこどもを含んでいる点である。こどもの場合、性暴力による被害を医学的に評価する際に発達段階を踏まえることが重要であること（溝口，2020）、支援方法も、例えば司法面接など、成人とは別の方略が必要となることが指摘されている（仲，2020）。しかし、これまで性被害に遭遇したこどもに対する医療機関における対応の現状はほとんど検討されていない。実際、本研究の看護職が対応したこどものケースに、例えば司法面接のケースとなるような、こどもであるとの理由で他機関との特別な対応が必要となったケースはなかった。今後医療機関における性暴力被害に遭遇したこどもへの対応が充実した場合は、看護ケアについても別の論考が必要になると考える。

第VI章 結論

本研究の目的は2つあり、1つ目は、看護職が被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供しているケアを明らかにすること、2つ目は、被害直後の性暴力被害女性に必要とされる看護ケアを検討することであった。結論は以下の5つである。

1. 被害直後に支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して実際に提供している看護ケアは【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】【支援の継続】の5つであった。

2. 5つの看護ケアは【ケア提供の基盤となるもの】に含まれる《医療機関の体制》の影響を受けていた。具体的には＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関の看護職は5つ全てを提供していたのに対し、＜特定の医師が主となって対応する＞看護管理者が医師と協力して対応する医療機関の看護職は、主に【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】の3つを提供していた。

3. ＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関には次の2つの特徴があった。1つ目は、医療機関内に性暴力被害者に対応できる個室があったこと、2つ目は、SANEが所属する医療機関A.Bでは病院独自の性暴力被害者用問診票を作成し使用していたことであった。本研究は、このような《医療機関の体制》が、看護職が来院から帰宅まで一貫して性暴力被害女性に主体的に関わることを可能とし、【安全と安心の提供】【円滑な診察のサポート】【支援の継続】だけでなく、【信頼関係の構築】【心身および尊厳の回復支援】も提供している現状を提示した。そして、＜医師が看護職に診察以外の対応を任せている＞医療機関に所属する看護職が5つ全ての看護ケアを提供し得る背景には、当該看護職が、40時間以上のSANE研修や支援センター等が実施する性暴力被害者支援に関する研修を受講している影響があることも示唆した。

4. そして本研究では、看護職が先行研究で性暴力被害者支援に重要と指摘されている内容をケア提供している現状も提示された。一方、これらの看護ケアを検討する中で課題も浮き彫りとなった。具体的には、看護職が性暴力被害女性の回復支援に必要な資質と能力を備えているにもかかわらず、その有用性が《医療機関の体制》の影響により活かせていないこと、警察との連携が不十分であること、看護職の急性ストレス障害およびトラウマへの理解が不十分であること、性暴力被害女性の汚された自己概念の払拭を目指した看護ケアが日本版性暴力対応看護師（SANE-J）に含まれておらず、標準ケアとなっていないことであった。

5. 被害直後の性暴力被害女性に必要とされる看護ケアとして、見出された結果から浮き彫りとなった課題も含め、以下の4つが導かれた。1つ目は、専門的知識を備えた女性看護職を主体とした支援体制の構築、2つ目は、女性警察官との連携、3つ目は、急性ストレス障害およびトラウマに配慮した看護ケアの充実、4つ目は、「汚れてしまった」という感情に配慮した看護ケアであった。

謝辞

この学位論文の執筆に際し、多くの方々の御指導、御支援、御好意をいただきました。心より感謝申し上げます。

本学看護学部教授の工藤美子先生には博士後期課程入学前からお世話になりました。博士論文のテーマをこれまであまり研究されていない性暴力被害者に対する看護ケアとして取り組みたいとの私の希望を受け入れてくださったことが、本学に入学する契機となりました。そして前任校にて勤務しながら博士論文を作成することが体力的に困難となっていた私を、2017年10月に本学看護学部客員研究員に着任できるよう御尽力くださいました。客員研究員として研究に専念した半年間、プレ研究となる論文作成および博士論文研究計画書への御指導くださり、博士論文を推し進めることができました。2018年4月の本学看護学部着任後は、私が教員としての職務と同博士後期課程の学生としての勉学が両立できるよう配慮してくださいました。博士論文を書き上げる際も、学部長として多忙な業務を抱えておられる中お時間を作ってください、丁寧に御指導くださいました。

主査である本学看護学部教授の勝田仁美先生にはひとかたならぬ御指導をいただきました。博士後期課程の学生であった私が本学に着任することにより主査を変更しなければならない状況となりました。領域が異なる私を先生は快く引き受けてくださいました。その後、研究計画書への倫理委員会のコメントに焦る私を落ち着かせ適切に修正できるよう導いてくださるなど、困った時はいつも支援してくださいました。特に2020年度は先生御自身も退職を1年後に控え、かつ新型コロナウイルス感染症による大学運営にも甚大な影響がある中、教務委員会委員長として責務を果たさねばならない多忙な業務の合間を縫って、インタビューデータ分析および解釈はもちろん論文を書き上げる最後まで、私が伝えたいことを理解しようと話を注意深く聞いて下さり、常に支持的かつ前向きに指導してくださいました。先生の指導姿勢や笑顔で励まして下さるそのお姿に、膨大なデータとゴールが見えない不安を前に心が折れそうになっていた私は支え続けられました。

本学看護学部教授小西美和子先生、日本福祉大学教授の長江美代子先生、都留市立病院看護部の渡邊竹美氏には副査として貴重な御助言をいただきました。小西先生は、博士後期課程の講義科目であるディベロップメントにおいて前向きな御助言をくださり、また急遽副査をお引き受けいただくこととなりましたが、御多忙の中、特に質的研究に関する箇所について適切に御指導くださり、博士論文に磨きをかけることができました。長江先生は、2015年9月に秋田で開催された第2回日本フォレンジック看護学会のポスター発表時に気さくにお声がけくださり、それが初めてお話した時だと記憶しております。先生は、日本の性暴力被害者に対する看護ケアに関する研究・教育・実践を牽引されており、海外でも活躍され、私にとって雲の上の存在です。先生の専門とする研究手法は質的記述的研究であり、博士論文の質を高めるためにも是非とも御指導賜りたいと考え、副査のお願いをする際は、何としてでも引き受けて頂きたいとの思いから、先生と私がそれぞれ懇意であった医療法人真心会南草津野村病院の前看護部長寺田淳子氏

に仲介を依頼したほどです。先生の御助言は、膨大なデータを分析および解釈していくプロセスにおいて、私が気づいていなかった視座を与えて下さるものであり、博士論文を適切な方向に向かわせる道標のひとつとなりました。渡辺氏は本学助産師養成課程の元教授であり、在職中は特に工藤先生が開催される母性看護学ゼミにおいて御助言くださいました。本学退職後も引き続き応援くださり、博士論文を書き上げる際は、得られた結果をもっと自信をもって記述するよう叱咤激励してくださいました。

本研究のデータ収集に関しては、全国の支援センター責任者様、所属機関長様、看護職の皆様に変にお世話になりました。ほどんどの方と初対面でしたが、遠方から訪問する私が道に迷わないよう事前に目的地までの道中を丁寧に説明等して下さいました。場所によっては、地元の特産品やお食事処も教えて下さり、楽しい時間を過ごすことができました。皆様とお会いしお話をさせていただく中で、皆様の性暴力被害女性をサポートしたいという思い、職務に対する責任感、苦悩を感じ取ろうとする姿勢、違和感を覚える感受性など印象深く、今でも心に残っております。皆様の日々の実践を形にすることができ、安堵しております。

最後に、私がリプロダクティブヘルス／ライツに関する研究に取り組み始めて20年以上が経過しました。その間、進路に悩んだこともたくさんありましたが、いつも陰ながら支持してくれた両親、家族、友人、知人に感謝いたします。彼らの支援がなければここまでくることはできませんでした。心からありがとうございます。

引用文献

- 阿部裕子 (1995). 【特集 性暴力被害とむきあう】性暴力被害の実情と援助の実
際. *助産婦雑誌*, 49(8), 38-43.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Andesski, P. (1991). Traumatic Events and
Posttraumatic Stress Disorder in an Urban population of Young Adults.
Archives of General Psychiatry, 48, 216-222.
doi : 10.1001 / archpsyc.1991.01810270028003
- Carter-Snell, C. J. (2013). chapter9 Violence sexual assault and the forensic
nurse. In Constantino, R. E., Crane, P. A., & Young, S. E. (Eds.),
Forensic nursing : Evidence-Based Principles and Practice (pp.140-175).
Pfiladelphia, PA : F. A. Davis Company.
- 段林和江 (1991). つぶせ！強姦神話. 東京・強姦救援センター (編), *レイプ・
クライシス この身近な危険 (第2版)* (pp.75-111). 東京：学陽書房.
- Doering, L. (1992). Power and knowledge in nursing : A feminist
poststructuralist view. *Advances in Nursing Science*, 14(4), 24-33.
doi: 10.1097/00012272-199206000-00005
- Fisher, C. A. (2015). 涙のあとは乾く. (井上里 訳). 東京：講談社. (2014).
- 福本環 (2019). 産婦人科医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対する看
護職の対応の実態. *日本フォレンジック看護学会誌*. 5(2), 15-33.
- 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
被害者に対する支援の実態調査. *日本看護研究学会雑誌*, 38(5), 73-81.
- 福本環, 岩脇陽子, 松岡知子, 岩破一博 (2017). 性暴力被害者に対する産婦人科
医師の性感染症および妊娠検査, 性感染症治療薬および緊急避妊薬処方
の実態. *母性衛生*, 58(2), 389-395.
- 福本環, 岩脇陽子, 松岡知子, 北島謙吾 (2014). 性暴力被害者に対する看護支援
に関する文献検討. *日本看護研究学会雑誌*, 37(5), 45-53.
- グレッグ美鈴 (2007). IV. 主な質的研究と研究手法 [1] 質的記述的研究. グ
レッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (編). *よくわかる質的研究の進め方・
まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして* (pp.54-72). 東京：医師薬
出版.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2015). *バーンズ&グローブ看
護研究入門 原著第7版 ー評価・統合・エビデンスの生成*. (黒田裕子, 中
木高夫, 逸見功 監訳). 東京：エルゼビア・ジャパン. (2013).
- 原健一 (2017). 【フィールド便り 犯罪被害者支援の現場から】性暴力救援セ
ンター・さが さが mirai の取り組み. *トラウマティック・ストレス*,
15(2), 91-93.
- 原田薫, 高見陽子 (2018). 第2章 性暴力救援センターにおける支援員の役割.
性暴力救援センター・大阪 SACHICO (編), *性暴力被害者への支援員の役
割ーリプロダクティブ・ライツをまもるー* (pp.75-87). 東京：信山社.
- 林美枝子, 小山満子, 松本真由美, 滋野和恵 (2015). 性暴力被害者支援に関す

- る看護師の認識 北海道の実習指導者養成講座に参加した看護師への調査から. *日本フォレンジック看護学会誌*, 1(2), 68-77.
- Henneman, E. A. (1995). Nurse-physician collaboration : a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 359-363.
doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22020359.x
- Herman, J. L. (1999). 心的外傷と回復. (中井久夫 訳). 東京: みすず書房. (1992).
- 家吉望み (2013). VIII-2 急性期看護ケア～医療現場での基本対応. NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター (編), *性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト第2版* (pp.239-250). 東京: NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター.
- 家吉望み (2016). 急性期における医療機関での対応. 加納尚美, 李節子, 家吉望み (編), *フォレンジック看護ー性暴力被害者支援の基本から実践まで* (pp.122-137). 東京: 医歯薬出版.
- 家吉望み, 加納尚美 (2018). 性暴力被害女性の産婦人科医療受診時の体験. *母性衛生*, 59(1), 63-73.
- International Association of Forensic Nurses. (2018). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Education Guidelines : IAFN ホームページ. 入手先 http://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/2018_SANE_ED_GUIDELINES.pdf
- International Association of Forensic Nurses. (n.d.). IAFN ホームページ. 入手先 <http://www.forensicnurses.org>
- 板垣喜代子 (2000). 性暴力被害者の理解と医療従事者の援助. *看護学雑誌*, 64(12), 1126-1133.
- 伊藤詩織 (2017). *Black Box* ブラックボックス. 東京: 文藝春秋.
- 女性と安全のための支援教育センター (2010). 性暴力被害へあった人への急性期看護ケア (DVD).
- 女性と安全のための支援教育センター (2013). DV・性暴力被害にかかわる支援者のための研修講座 2013.
- 加納尚美 (2013). I-2 SANE の役割. NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター (編), *性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト第2版* (pp.6-18). 東京: NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター.
- 加納尚美, 三隅順子 (2016). フォレンジック看護の専門家 (SANE) とは. 加納尚美, 李節子, 家吉望み (編), *フォレンジック看護 性暴力被害者支援の基本から実践まで* (pp11-18). 東京: 医歯薬出版.
- 片岡弥恵子, 堀内茂子 (2001). 看護者のもつ性暴力被害者に対する態度と知識. *日本助産学会誌*, 15(1), 14-23.
- 片岡弥恵子, 下谷恵美, 加納尚美, 大竹眞祐美 (2004). 性暴力・暴力被害女性への看護に関する実態調査. *聖路加看護学会誌*. 8(1), 1-10.
- 加藤治子 (2010). 【特集 女性の健康と暴力】性暴力救援センター・大阪

- (SACHICO) の取り組み. 助産雑誌, 64(9), 798-801.
- 加藤治子 (2018). 第 1 章 性暴力とは. 性暴力救援センター・大阪 SACHICO (編), 性暴力被害者の医療的支援ーリプロダクティブヘルス&ライツの回復に向けてー (pp.5-27). 東京: 信山社.
- 川村佐和子 (2004). 検討会の経緯. 看護問題研究会 (監), 厚生労働省「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書 (pp.3-8). 東京: 日本看護協会出版社.
- 警察庁 (2012). 平成 24 年度版犯罪被害者白書: 警察庁ホームページ. 入手先 <https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/whitepaper/w-2012/pdf/zenbun/index.html>
- 警察庁 (2017). 警察庁丙刑企発第 47 号 刑法の一部を改正する法律の改正について (通達): 警察庁ホームページ. 入手先 <https://www.npa.go.jp/laws/notification/keiji/keiki/keiki-290623/keiki-290623keihou.pdf>
- 警察庁 (2019). 警察庁丁捜一発第 49 号 性犯罪捜査における適切な証拠保全について (通達): 警察庁ホームページ. 入手先 <https://www.npa.go.jp/laws/notification/keiji/souichi/souichi02/010731.pdf>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kessler, R. C., & the WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1353383. doi: 10.1080/20008198.2017.1353383
- 北素子, 谷津裕子 (2009). 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション. 東京: 医学書院.
- 小林美佳 (2008). 性犯罪被害にあうということ. 東京: 朝日新聞出版.
- 小林美佳 (2010). 性犯罪被害とたたかうということ. 東京: 朝日新聞出版.
- 国連経済社会局女性の地位向上部. (2011). 女性に対する暴力に関する立法ハンドブック. (NPO 法人ヒューマンライツ・ナウ 訳). 東京: 信山社. (2009)
- 小西聖子 (2006a). 犯罪被害者の心の傷 (増補新版). 東京: 白水社.
- 小西聖子 (2006b). 学際領域の診療 犯罪と女性被害者 (性犯罪, DV). 日産婦誌. 58(1), 14-19.
- 厚生労働省 (2018a). 平成 30 (2018) 年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況: 厚生労働省ホームページ. 入手先 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html>
- 厚生労働省 (2018b). 平成 30 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況: 厚生労働省ホームページ. 入手先 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/18/
- 楠本裕紀 (2018). 第 2 章 医学的対応と医師の役割. 性暴力救援センター・大阪 SACHICO (編), 性暴力被害者の医療的支援ーリプロダクティブヘルス

- & ライツの回復に向けてー (pp.31-48). 東京：信山社.
- Ledray, L. E. (1994). Examining the Sexual Assault Victim : A new model for nursing care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(2), 7-12.
- Ledray, L. E. (1999). *Sexual Assault Nurse Examiner, SANE: Development & Operation Guide*. Washington, WA: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office for Victims of Crime.
- Ledray, E. L. (2011). chapter32 Sexual violence : victims and offenders. In Lynch, V. A., & Duval, J. B. (Eds.), *Forensic nursing* (2nd ed.) (pp.380-396). St Loius, MO : Elsever Mosby.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California, CA : Sage Publications.
- Lynch, V. A. (2011a). chapter1 Evolution of Forensic Nursing Science. In Lynch, V. A., & Duval, J. B. (Eds.), *Forensic nursing* (2nd ed.) (pp.1-9). St Loius, MO : Elsever Mosby.
- Lynch, V. A. (2011b). chapter2 Concepts and Theory of Forensic Nursing Science. In Lynch, V. A., & Duval, J. B. (Eds.), *Forensic nursing* (2nd ed.) (pp.10-19). St Loius, MO : Elsever Mosby.
- Ma, C., Shang, J., & Bott, M. J. (2015). Linking unit collaboration and nursing leadership to nurse outcomes and quality of care. *The Journal of Nursing Administration*, 45(9), 435-442.
doi: 10.1097/NNA.0000000000000229
- Mackay. L. (1992). *Conflicts in Care: Medicine and Nursing*. London : Chapman & Hall.
- Margarete, L. Z., Rose, E. C., & Patricia, A. C. (2013). Fundamentals of contemporary forensic nursing practice, education, and research. In Constantino, R. E., Crane, P. A., & Young, S. E. (Eds.), *Forensic nursing: Evidence-Based Principles and Practice*(pp.2-26). Pfiladelphia, PA : F. A. Davis Company.
- Mather, C. L., & Debye, K. E. (2004) あなたに伝えたいことー性的虐待・性被害からの回復のために. (野坂祐子, 浅野恭子 訳). 東京：誠信書房. (2015).
- 松本衣美 (2020). 第 8 章 被害の影響ーゆるやかにつづく、死にたい気持ち. 斉藤梓, 大竹裕子 (編), *性暴力被害の実際 被害はどのように起き、どう回復するのか* (pp.125-146). 東京：金剛出版.
- 松山容子 (2001). 【特集 性暴力被害者の支援 看護婦だからできること】性暴力被害者のための社会資源. *看護学雑誌*, 65(11), 1009-1012.
- May, C., & Fleming, C. (1997). The professional imagination : narrative and the symbolic boundaries between medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 1094-1100.
doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.19970251094.x
- 緑河実紗 (1998). *心を殺された私 レイプ・トラウマを克服して*. 東京：河出書

房新社.

溝口史剛 (2020). V. 子どもの被害への対応 2. 子どもへの性暴力の医学的評価. 種部恭子 (編), 性暴力救援マニュアル (pp.183-202). 東京: 新興医学出版社.

長江美代子 (2013). VIII-5 海外における SANE トレーニング (主に米国の場合). NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター (編), 性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト第2版 (pp.260-264). 東京: NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター.

長江美代子 (2017). 【フィールド便り 犯罪被害者支援の現場から】性暴力被害者支援看護職 SANE を活用したワンストップ性暴力救援センター. ト라우マティック・ストレス, 15(1), 77-79.

長江美代子 (2019). ワンストップ支援センター「なごみ」の取り組みから. 地域保健, 50(5), 36-41.

内閣府男女共同参画局 (2015). 第4次男女共同参画基本計画 (平成27年12月25日決定): 内閣府ホームページ. 入手先 http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/4th/index.html

内閣府男女共同参画局 (2016). 性犯罪被害者等のための総合支援に関する実証的調査研究報告書: 内閣府ホームページ 入手先 http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/2015houkoku_hokkaido.pdf

内閣府男女共同参画局 (2017a). 性犯罪被害者等のための総合支援に関する実証的調査研究報告書: 内閣府ホームページ. 入手先 http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/2016houkoku_shiga.pdf

内閣府男女共同参画局 (2017b). 性犯罪被害者等のための総合支援に関する実証的調査研究報告書: 内閣府ホームページ. 入手先 http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/2016houkoku_kyoto.pdf

内閣府男女共同参画局 (2018a). 男女間における暴力に関する調査報告書: 内閣府ホームページ. 入手先 http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/h29_boryoku_cyousa.html

内閣府男女共同参画局 (2018b). 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 (一覧): 内閣府ホームページ. 入手先 https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/seibouryoku/consult.html?

内閣府男女共同参画局 (2020a). 性犯罪・性暴力被害者支援交付金: 内閣府ホームページ. 入手先 http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/avjk/pdf/kofukin.pdf

内閣府男女共同参画局 (2020b). 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を対象とした支援状況等調査報告書: 内閣府ホームページ. 入手先 https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/r02_top.html

内閣府犯罪被害者等施策推進室 (2012). 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～地域における性犯罪・性暴力被害者支援の一層の充実のために～: 警察庁ホームページ. 入手先 <https://>

www.npa.go.jp/hanzaihigai/kohyo/shien_tebiki/index.html

- 仲真紀子 (2020). V. 子どもの被害への対応 1. 子どもの面接、代表者聴取. 種部恭子 (編), 性暴力救援マニュアル (pp.172-182). 東京: 新興医学出版社.
- 日本弁護士連合会 (2017). 日本弁護士連合会第 60 回人権擁護大会シンポジウム 第 1 分科会基調報告書 あらためて問う「犯罪被害者の権利」とは～誰もが等しく充実した支援を受けられる社会～. 東京: 日本弁護士連合会.
- 日本フォレンジック看護学会 (2016). フォレンジック看護－性暴力被害者支援の基本から実践まで. 加納尚美, 李節子, 家吉望み (編). 東京: 医師薬出版.
- 日本フォレンジック看護学会 (2020a). SANE-J 教育ガイドライン (第 2 版): 日本フォレンジック看護学会ホームページ. 入手先 https://jafn.jp/?page_id=2003
- 日本フォレンジック看護学会 (2020b). SANE-J 認定制度: 日本フォレンジック看護学会ホームページ. 入手先 https://jafn.jp/?page_id=1990
- 日本フォレンジック看護学会 (n.d.). SANE 養成プログラム: 日本フォレンジック看護学会ホームページ. 入手先 <https://jafn.jp/?cat=7>
- 日本看護協会 (2007). 看護にかかわる主要な用語の解説. 東京: 日本看護協会.
- 日本看護協会 (2017). インフォームドコンセントと倫理: 日本看護協会ホームページ. 入手先 <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/informed.html>
- 日本看護協会 (n.d.). 資格認定制度とは: 日本看護協会ホームページ. 入手先 https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/about_institution
- 日本産婦人科学会／日本産婦人科医会 (2020). 産婦人科診療ガイドライン－婦人科外来編 2020. 東京: 日本産科婦人科学会事務局.
- 日本産婦人科医会 (2008). 産婦人科医における性犯罪被害者対応マニュアル: 日本産婦人科医会ホームページ. 入手先 http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/01/manual_2008.pdf
- 日本産婦人科医会 (2011). 性犯罪被害者診療チェックリストについて: 日本産婦人科医会ホームページ. 入手先 http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/01/check_2012.pdf
- 日本産婦人科医会 (2016). 緊急避妊法の適正使用に関する指針 (平成 28 年度改訂版): 日本産婦人科医会ホームページ. 入手先 http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/kinkyuhinin_shishin_H28.pdf
- 日本産婦人科医会 (2017). 産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の労働環境に関するアンケート調査報告: 日本産婦人科医会ホームページ. 入手先 <https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/01/inmui201712.pdf>
- Office for Victims of Crime. (n.d.). Office for Victims of Crime ホームページ. 入手先 <https://www.ovcttac.gov/saneguide/introduction/>
- 大藪順子 (2007). STAND 立ち上がる選択. 東京: いのちの言葉社 フォレストブック.

- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and research methods (2nd ed.)*. California, CA : Sage.
- Polit, D, F., & Beck, C. T. (2010). *看護研究 原理と方法 (第2版)*. (近藤潤子 監訳). 東京 : 医学書院. (2004)
- Pyrek, K. M. (2006). chapter 6 Sexual Assault. *Forensic Nursing* (pp.99-196). Florida, FL : CRC Press.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18, 179-183.
doi: 10.1002/nur.4770180211
- Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods. Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:43.0.CO;2-G
- 参議院 (2016). 第 190 回国会 (常会) 答弁書第一〇三号 : 参議院ホームページ.
入手先 <http://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/syuisyo/190/touh/t190103.htm>
- 佐々木静子 (2013). II-3 女性への暴力と、女性のための女性による医療.
NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター (編), *性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト第2版* (pp.30-37). 東京 : NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター.
- 佐々木静子 (2015). 被害者支援をいかに創るかー連携を含めて. 佐々木静子からあなたへ 女のからだと医療・性暴力・人権 (pp.229-244). 東京 : 教育資料出版会.
- 性暴力被害者支援センター・ひょうご (n.d.). ホーム (面談・病院等の付き添い) : 性暴力被害者支援センター・ひょうごホームページ. 入手先 : <https://1kobe.jimdo.com/>
- 性暴力救援センター日赤なごや「なごみ」 (n.d.). なごみについて : 性暴力救援センター日赤なごや「なごみ」ホームページ. 入手先 : <http://nagomi.nissekinagoya.jp/about.html>
- 性暴力を許さない女の会 (2015). *性暴力を許さない女の会 25 周年企画 連続公開講座報告集 性暴力サバイバーの回復を考える*. 大阪 : 性暴力を許さない女の会.
- 性犯罪・性暴力対策強化のための関係府省会議 (2020). 性犯罪・性暴力対策の強化の方針 : 内閣府ホームページ. 入手先 http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/seibouryoku/measures.html#policy
- しまね性暴力被害者支援センターさひめ (n.d.). INFORMATION : しまね性暴力被害者支援センターさひめ. 入手先 <http://sahime.onnanokonotamener.com/>
- 新村出 (編) (2018). 広辞苑第 7 版. 東京 : 岩波書店.
- 白川美也子 (2001). 【特集 性暴力被害者の支援 看護婦だからできること】性暴力による慢性的な健康障害. *看護学雑誌*, 65(11), 1002-1005.
- 白川美也子 (2013). IV-2 心への影響 : PTSD とそのアプローチの実際. NPO

- 法人女性の安全と健康のための支援教育センター（編），性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト第2版（pp.77-104）．東京：NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター．
- 総務省統計局（2020）．人口推計（2019年（令和元年）10月1日現在） - 全国：年齢（各歳），男女別人口・都道府県：年齢（5歳階級），男女別人口 - ：総務省統計局ホームページ．入手先 <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2019np/index.html>
- Stimpfel, A. W, Rosen, J. E., & Matthew, M. D. (2015). Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet and non-Magnet hospital . *The Journal of Nursing Administration*, 45(10), 52-58.
doi: 10.1097/NNA.0000000000000015
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the Humanistic Imperative (5th)*. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sweet, S. J., & Norman, I. J. (1995). The nurse-doctor relationship : a selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 165-170.
doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22010165.x
- 東京・強姦救援センター(1990). *レイプ・クライシス この身近な危機(第2版)*. 東京：学陽書房．
- 角田由紀子(1991). 女性にとって性的自由・自立とは．東京・強姦救援センター（編），*レイプ・クライシス この身近な危険(第2版)*. (pp.29-74)．東京：学陽書房．
- 角田由紀子(2001). *性差別と暴力*. 東京：有斐閣．
- 角田由紀子(2013a). *性と法律－変わったこと，変えたいこと*. 東京：岩波書店．
- 角田由紀子(2013b). VI-2 SANE として知っておきたい法律知識．NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター（編），*性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト第2版*（pp.173-183）．東京：NPO 法人女性の安全と健康のための支援教育センター．
- World Health Organization. (2002). chapter 6 Sexual violence. *Word report on violence and health* (pp.147-181) : WHO ホームページ．入手先 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- 山田典子(2008). 法看護学はなぜ必要か？－被害者の声なき叫びを聞き逃さないために－. *保健の科学*, 50(4), 267-272.
- 山田典子(2011). 性暴力被害にあった中学生に対する関係機関の話し合い－SART への第1歩. *性とこころ*, 3(1), 125-131.

- 米山奈奈子 (2016). 性暴力被害者へのこころのケア. 加納尚美, 李節子, 家吉望み (編), フォレンジック看護ー性暴力被害者支援の基本から実践まで (pp.164-173). 東京: 医歯薬出版.
- ゆいネット北海道 (2017). 2017 年度 性暴力被害者支援のための研修講座: NPO 法人 ゆいねっと北海道 ホームページ 入手先 <http://yuinet-hokkaido.com/new/wp-content/uploads/2017SANET.pdf>
- 幸村葉子 (2015). 私は絶対許さない. 東京: ブックマン社.
- 雪田樹里 (2017). 第 1 章 法的支援のケースワーク. 性暴力救援センター・大阪 SACHICO (編), 性暴力被害者の法的支援ー性的自己決定権・性的人格権の確立に向けてー (pp.5-11). 東京: 信山社.
- Zalon, M. L., Constantino, R. E., & Crane, P. A. (2013). chapter1 Fundamentals of contemporary forensic nursing practice, education, and research. In Constantino, R. E., Crane, P. A., & Young, S. E. (Eds.), *Forensic nursing* (pp.1-26). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Ziebland, S., & Mcpherson, A. (2006). Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Medical Education*, 40, 405-414.
- doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02467.x

資 料 目 次

資料 1	研究対象となるワンストップ支援センター	i
資料 2－1	相談センター責任者用研究協力依頼書	iii
資料 2－2	相談センター責任者用同意書	vii
資料 2－3	研究者用同意書	viii
資料 3－1	看護職用研究協力依頼書	ix
資料 3－2	看護職用同意書	x iv
資料 3－3	研究者用同意書	x v
資料 3－4	看護職用同意撤回書	x vi
資料 4－1	看護職用質問紙調査	x vii
資料 4－2	インタビューガイド	x ix
資料 4－3	研究者用ケース基礎データ	x x ii
資料 5－1	所属機関長用研究協力依頼書	x x iv
資料 5－2	所属機関長用同意書	x x viii
資料 5－3	研究者用同意書	x x ix
資料 6	テープ起こし業者用誓約書	x x x
資料 7	研究協力者と本学債権者登録書の対応表	x x x i

資料1 研究対象となるワンストップ支援センター

研究対象となるワンストップ支援センター			
(47都道府県50か所)			
		名 称	開設日
1	北海道・札幌市	性暴力被害者支援センター北海道「SACRACH（さくらこ）」	2012年10月
2	青森県	あおもり性暴力被害者支援センター	2017年1月
3	岩手県	はまなすサポート	2017年10月
4	宮城県	性暴力被害相談支援センター宮城	2014年4月
5	秋田県	あきた性暴力被害者サポートセンター「ほっとハートあきた」	2017年10月
6	山形県	やまがた性暴力被害者サポートセンター「べにサポ やまがた」	2016年4月
7	福島県	性暴力等被害救援協力機関SACRAふくしま	2013年4月
8	茨城県	性暴力被害者サポートネットワーク茨城	2015年11月
9	栃木県	とちぎ性暴力被害者サポートセンター「とちエール」	2015年7月
10	群馬県	群馬県性暴力被害者サポートセンター「Saveぐんま」	2015年6月
11	埼玉県	彩の国 犯罪被害者ワンストップ支援センター (性暴力等犯罪被害専用相談電話アイリスホットライン)	2013年9月
12	千葉県・千葉市	NPO法人 千葉性暴力被害支援センター ちさと	2014年4月
13	東京都	東京都性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援センター 「性暴力支援ダイヤルN a N a」(民間支援団体(SARC東京))	2012年6月
14	神奈川県	かながわ性犯罪・性暴力被害者ワンストップ支援センター「かならいん」	2017年8月
15	新潟県	性暴力被害者支援センターにいがた	2016年12月
16	富山県	性暴力被害者ワンストップ支援センターとやま	2018年3月
17	石川県	いしかわ性暴力被害者支援センター「パープルサポートいしかわ」	2017年10月
18	福井県	性暴力救援センター・ふくい「ひなぎく」	2014年4月
19	山梨県	やまなし性暴力被害者サポートセンター「かいさぼ ももこ」	2018年4月
20	長野県	長野県性暴力被害者支援センター「りんどうハートながの」	2016年7月
21	岐阜県	ぎふ性暴力被害者支援センター	2015年10月
22	静岡県	静岡県性暴力被害者支援センターSORA	2018年7月
23	愛知県	ハートフルステーション・あいち	2010年7月
24	愛知県	性暴力救援センター日赤なごみ*	2016年1月
25	三重県	みえ性暴力被害者支援センター よりこ	2015年6月

資料1 研究対象となるワンストップ支援センター

		名 称	開設日
26	滋賀県	性暴力被害者総合ケアワンストップびわ湖SATOCO	2014年4月
27	京都府	京都性暴力被害者ワンストップ相談支援センター 京都SARA（サラ）	2015年8月
28	大阪府	性暴力救援センター・大阪SACHICO	2010年4月
29	兵庫県	ひょうご性被害ケアセンター「よりそい」	2017年4月
30	兵庫県	性暴力被害者支援センター・ひょうご*	2013年4月
31	奈良県	奈良県性暴力被害者サポートセンター NARAハート	2018年10月
32	和歌山県	性暴力救援センター和歌山「わかやまmine（マイン）」	2013年7月
33	鳥取県	性暴力被害者支援センターとっとり	2017年1月
34	島根県	性暴力被害者支援センターたんぼぼ□	2015年3月
35	島根県	しまね性暴力被害者支援センター「さひめ」*	2014年1月
36	岡山県	被害者サポートセンターおかやま (性犯罪被害者等支援センターおかやま)	2013年1月
37	広島県	性被害ワンストップセンターひろしま	2016年8月
38	山口県	山口県男女共同参画相談センター 「やまぐち性暴力相談ダイヤル あさがお」	2017年1月
39	徳島県	性暴力被害者支援センター よりそいの樹 とくしま（中央・南部・西部）	2016年7月
40	香川県	性暴力被害者支援センター「オリーブかがわ」	2017年4月
41	愛媛県	えひめ性暴力被害者支援センター	2018年9月
42	高知県	性暴力被害者サポートセンターこうち	2016年4月
43	福岡県・北九州市・福岡市	性暴力被害者支援センター・ふくおか	2013年7月
44	佐賀県	性暴力救援センター・さが「さがmirai」	2012年7月
45	長崎県	性暴力被害者支援「サポートながさき」□	2016年4月
46	熊本県	性暴力被害者のためのサポートセンター「ゆあさいどくまもと」	2015年6月
47	大分県	おおいた性暴力救援センター「すみれ」	2016年4月
48	宮崎県	性暴力被害者支援センター「さぽーとねっと宮崎」	2016年7月
49	鹿児島県	性暴力被害者サポートネットワークかごしま「FLOWER」	2016年2月
50	沖縄県	沖縄県性暴力被害者ワンストップ支援センター	2015年2月

内閣府「行政が関与する性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター（一覧）（2018年10月2日現在）」を基に作成

名称の右上に*がついているワンストップ支援センターは「行政が関与する性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター（一覧）（2018年10月2日現在）」に掲載されていない

ワンストップ支援センター
相談センター責任者様

研究協力へのお願い（依頼書）

私は、兵庫県立大学看護学部で教員をしながら同大学博士後期課程に在籍している者です。これまで性暴力被害に遭遇した女性への看護ケアに関する研究に取り組んできました。現在「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究に取り組んでおります。性暴力被害に遭遇した女性が早期にワンストップ支援センターとつながりやすい体制づくりが進められてはいるものの、ワンストップ支援センターと連携する医療機関において看護職が提供しているケアはほとんど明らかにされていません。そこで本研究は、看護職にインタビューすることによって、看護職が実際に性暴力被害女性へ提供しているケアを明らかにしたいと考えております。性暴力被害者を被害直後の女性と限定したのは、被害直後に緊急避妊を希望して医療機関を受診する性暴力被害女性がいるという差し迫った現実を重要視してのことです。本研究で得られた結果から、性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケアを示したいと考えております。

本研究に関する調査を貴ワンストップ支援センターと連携する医療機関の看護職に実施させて頂きたく、研究協力をお願いする次第です。お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、インタビューに協力して頂ける看護職の紹介についてご理解とご協力を賜れば幸いです。お手数をおかけしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

1. 相談センター責任者様にお願いしたいこと

（1）研究協力者となる看護職の紹介

研究協力者となる看護職を紹介させて頂きたく存じます。具体的には、この 1 年以内に被害から 2 週間以内に当該ワンストップ支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性への対応経験が 1 例以上ある看護職 1～3 名程度の紹介をお願いします。まずは 1 名のみの紹介をお願いします。該当する看護職が複数名いらっしゃる場合は、可能ならば経験数が多い方の紹介をお願いします。1 名のインタビュー終了後、さらに 1～2 名程度の追加募集が必要となる場合は再度ご連絡させて頂きます。

（2）インタビュー調査のための施設内または病院内の個室の使用について

看護職の希望がある場合は、インタビュー調査を実施するための施設または病院内の個室を拝借させて頂きたく存じます。必要時ご相談させて頂きたく存じます。

2. データ収集期間

2018 年 12 月から 2019 年 9 月

3. 研究協力者となる看護職への質問およびインタビュー内容

質問の回答方法は、「選択肢から選ぶ」または年数や人数などの「数値」を記入する方法です。

(1) 看護職が所属する医療機関に関する質問

- ・性暴力被害女性の診療可能時間
- ・入院施設の有無
- ・これまで当該ワンストップ支援センターから依頼された性暴力被害女性の人数等を含めた合計 8 項目

(2) 看護職自身に関する質問

- ・年齢
- ・持っている資格
- ・現職場での資格
- ・看護職としての臨床経験年数
- ・これまで対応したことがある被害後 2 週間以内に受診した性暴力被害女性の人数等を含めた合計 13 項目

(3) インタビュー内容

看護職の皆様には、「この 1 年以内に被害から 2 週間以内に当該医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して行ったことについて、行ったことを具体的に想起しやすい 1~2 ケース」についてお話して頂きます。1 ケースでも構いません。

(4) 看護職が語るケースの基礎データ

ケースについて質問する理由は、ケースの特性により看護職が提供するケア内容は異なり得ると予測できるからです。看護職の皆様には可能な範囲で答えて頂ければと考えております。

- ・年代
- ・属性
- ・性暴力の態様
- ・加害者との関係
- ・被害から医療機関受診までの時間

- ・ 同伴者の有無
- の合計 6 項目

4. 研究協力者となる看護職を紹介して頂く方法

事前に面接場所と日時を調整の上、私が相談センター責任者様を訪問させていただきます。そこで紹介して頂く研究協力者となる看護職の選定条件について詳細にご説明し、私と看護職との連絡方法についても相談させていただきます。私と看護職との連絡方法は、看護職の個人情報の観点から、看護職から私に直接連絡を下さる方法が望ましいと考えております。この方法をとるため、責任者様には、看護職に連絡を取り、私に看護職を紹介することの了承を得た上で、インタビューへの協力は強制ではないことを伝えた上で、看護職から私に直接連絡する方法を説明して頂きたいと考えております。この連絡方法としては 3 つ考えております。1 つ目は、この協力依頼書に記載された私の連絡先を責任者様が看護職に口頭かメールで伝える、2 つ目は、私の連絡先が記載された同封の看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）を訪問日に数部責任者様にお渡ししますので、責任者様から看護職に直接手渡しして頂く、3 つ目は、看護職用研究協力依頼書（資料 3-1）の PDF を私が責任者様にお渡ししますので、責任者様から看護職にメールで送信するです。詳しくは訪問日に直接ご説明し、ご相談させていただきます。

5. 研究協力者となる看護職への説明と倫理的配慮

インタビュー調査に御協力して頂く看護職の皆様には、研究への参加・協力への自由意思、拒否権、プライバシーおよび個人情報保護の方法についても説明させて頂き、強制のない状態でインタビュー調査への協力をご検討して頂けるよう配慮致します。看護職の皆様への研究協力依頼書（資料 3-1）、同意書（資料 3-2.3）、同意撤回書（資料 3-4）も同封させていただきますのでご参照下さい。

看護職の交通費と謝礼は科研費の規定によりお支払い致します。交通費の支払い方法は本学の規定により口座振替払いとなっております。口座振替払いについては私の方から看護職に説明させていただきます。謝礼としては 3,000 円相当の粗品をお渡しさせていただきます。

なお、看護職の皆様が最終的にインタビュー調査に承諾されたかどうかは相談センター責任者様にはお知らせしません。これは研究参加への強制力が働かないための配慮になります。

6. 研究結果の公表および還元方法

得られた研究成果は、個人を特定できる情報は明らかにしないようにした上で、博士論文、関連する学会、学術雑誌等で公に発表する予定です。具体的な公表方法は、都道府県をはじめ地域の表記は一切しません。医療機関およびケースに関する質問は、一覧表を作成することや数値や割合を明示することはありません。看護職に関する質問は、結果の「研究協力者の概要」として一覧表を作成し明示する予定です。ただし「年齢」は、看護職を特定しやすい情報でもあり、一覧表には「20 歳台」「30 歳台」等と明記することを考えております。

研究結果の還元方法は、希望がございましたら研究結果を郵送させていただきます。

7. 利益相反

研究者に開示すべき利益相反はありません。

8. その他

この研究依頼書は同意書とともに保管してください。

以上

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX :

E-mail :

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部教授）

TEL/FAX :

E-mail :

この研究は、平成 29 年度～平成 31 年度文部科学省科学研究費助成事業基盤（C）「性暴力被害者に対する急性期看護ケアに関する教育プログラムの開発と検証」の助成を受けております。

(相談センター責任者用)

同 意 書

私は、「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究のインタビューについて文書を用いて十分な説明を受け、本研究の目的、方法、倫理的配慮について理解しました。研究協力者となる看護職を紹介しても良いと判断しましたので、研究協力することに同意します。

また、同意書は、研究終了日の 2021 年 3 月 31 日まで保管します。

20 年 月 日

研究協力者署名： (署名欄)

説 明 者 署 名： (署名欄)

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX：

E-mail：

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部 教授）

TEL/FAX：

E-mail：

(研究者用)

同 意 書

私は、「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究のインタビューについて文書を用いて十分な説明を受け、本研究の目的、方法、倫理的配慮について理解しました。研究協力者となる看護職を紹介しても良いと判断しましたので、研究協力することに同意します。

また、同意書は、研究終了日の 2021 年 3 月 31 日まで保管します。

20 年 月 日

研究協力者署名： (署名欄)

説 明 者 署 名： (署名欄)

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX：

E-mail：

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部 教授）

TEL/FAX：

E-mail：

看護職の皆様

研究協力へのお願い（依頼書）

私は、兵庫県立大学看護学部で教員をしながら同大学博士後期課程に在籍している者です。これまで性暴力被害に遭遇した女性への看護ケアに関する研究に取り組んできました。現在「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究に取り組んでおります。性暴力被害に遭遇した女性が早期にワンストップ支援センターとつながりやすい体制づくりが進められてはいるものの、ワンストップ支援センターと連携する医療機関において看護職が提供しているケアはほとんど明らかにされていません。そこで本研究は、看護職にインタビューすることによって、看護職が実際に性暴力被害女性へ提供しているケアを明らかにしたいと考えております。性暴力被害者を被害直後の女性と限定したのは、被害直後に緊急避妊を希望して医療機関を受診する性暴力被害女性がいるという差し迫った現実を重要視してのことです。本研究で得られた結果から、性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケアを示したいと考えております。

お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、インタビューについてご理解とご協力を賜れば幸いです。お手数をおかけしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

1. データ収集時期

2018 年 12 月から 2019 年 9 月

2. 研究協力者に選ばれた理由

ワンストップ支援センターの相談センター（ワンストップ支援センターを実質的に運営している団体、例えば都道府県から業務を委託されている団体など）の責任者の紹介を受けた看護職であり、ワンストップ支援センターと連携する医療機関において、本調査依頼時から過去 1 年以内に性暴力被害女性の対応経験が 1 例以上ある看護職であることです。

3. インタビューの方法

インタビューの場所、日時については、相談の上、研究協力者である看護職の皆様の都合に合わせて決めさせていただきます。交通費と謝礼は科研費の規定によりお支払い致します。交通費は、皆様の希望する場所（勤務する医療機関／自宅等）からインタビュー実施場所までの往復料金、謝礼は 3000 円相当の粗品をお渡しします。

インタビューは私一人で行います。インタビューは 1 回 60 分程度を予定しております。ただし初回は、インタビューの説明、同意書への署名、質問紙への記入等に 15 分程度かかることが予測されるため 75 分を予定しております。1 回目のインタビューで十分な語りが得られず時間が延長する場合は、了承を得てそのまま延長するか、インタビュー日時と場所の調整を再度させていただきます。インタビューの回数は 2 回までとします。

インタビュー開始前に、看護職が現在所属する医療機関に関する質問紙調査を行います。回答方法は、「選択肢から選ぶ」または年数や人数などの「数値」を記入する方法です。質問項目は、看護職が所属する医療機関に関する質問（性暴力被害女性の診療可能時間、入院施設の有無、これまで当該ワンストップ支援センターから依頼された性暴力被害女性の人数など合計 8 項目）および看護職自身に関する質問紙調査（年齢、持っている資格、現職場での資格、看護職としての臨床経験、これまでに対応したことがある被害後 2 週間以内に受診した性暴力被害女性の人数など合計 13 項目）であり、その後インタビューを行います。インタビューは、インタビューガイドに沿って伺います。看護職にお話しして頂く内容は、「この 1 年以内に被害から 2 週間以内に当該医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して行ったことについて、行ったことを具体的に想起しやすい 1～2 ケース」です。1 ケースでも構いません。お話しの前に、ケースの基礎データ（年代、属性、性暴力の態様、加害者との関係、被害から医療機関受診までの時間、同伴者の有無の合計 6 項目）を可能な範囲で確認させていただきます。ケースについて質問する理由は、ケースの特性により看護職が提供するケア内容は異なり得ると予測できるからです。お話しの中に人物が出てくる場合は、プライバシー保護のため、個人名ではなく A さん、B さんのように記号を用いてお話しし、性暴力被害女性の人権を擁護するため、性暴力被害女性の個人情報に最小限となるよう配慮してください。インタビュー内容の録音は、同意を得られた場合のみ録音させていただいております。同意が得られない場合は、メモに書き取ることに同意を得させていただきます。

インタビュー内容は、録音した IC レコーダーの音声から逐語録としてデータを作成し、分析します。IC レコーダーの音声や逐語録は研究終了日から 5 年経過するまで保存管理致しますが、その後、私が責任をもって、IC レコーダーに録音された音声は完全に消去し、逐語録としたデータはシュレッダー処理させていただきます。

インタビュー内容は、すべて匿名で処理し、個人や施設が特定されることはありません。また本研究以外で使用することもございません。研究の全過程で個人情報の保護には十分配慮いたします。研究結果は、関連する学会や専門誌へ論文として投稿する予定です。

4. 研究への参加・協力への自由意思および拒否権

研究協力への同意は任意です。決して強制致しません。自由な気持ちでご判断ください。研究協力に同意しなくても何ら不利益を被ることはありません。一旦同意した場合でも、いつでも文書（資料 4-4）または口頭により同意を撤回することができます。その場合でも不利益を被ることは一切ありません。ただし、同意撤回書を受領した時点で、データ分析を開始している場合は、データを破棄できません。

なお、看護職が最終的にインタビュー調査に承諾されたかどうかは相談センター責任者にはお知らせしません。これは研究参加への強制力が働かないための配慮になります。

5. プライバシーおよび個人情報保護の方法

インタビューの場所、日時については、相談の上、看護職の都合に合わせて行います。インタビューの場所については、看護職のプライバシーが守られる場所（例えば、女性センターないし男女共同参画センター等の個室、可能な場合は看護職が所属する医療機関の一室、兵庫県立大学看護学部学舎内の個室等）を考えております。

データの中に個人情報保護に関する問題がないかを事前に確認して頂きます。確認する時期は、データ収集後に個人情報を保護した逐語録の作成をした時期とします。逐語録を手渡す方法は、事前に研究者が看護職と調整し、持参もしくは書留郵便等とします。消去したい箇所を朱書きし、同封の封筒で 10 日程度で返送してください。

語って頂いたデータは私に提供されます。看護職のデータは ID 番号によって管理しますので個人名を用いることはありません。USB や IC レコーダーなどの電子媒体や紙媒体によるデータは、鍵のかかるロッカーで私が責任を持って研究終了日から 5 年経過するまで管理します。また、パソコンを用いた情報の分析などは、パスワードで起動するパソコン上でネットワークから隔絶された状態において行います。研究終了日から 5 年経過した後、私が責任をもって、個人情報が録音された IC レコーダーの音声を完全に消去し、音声を文字に残した紙もすべてシュレッダーにて破棄します。

6. 研究に協力することにより期待される利益

インタビューに協力することにより、これまで自身が提供した看護ケアを振り返る機会となり得ます。さらに、これまで殆ど検討されてこなかった被害直後にワンストップ支援センターと連携する医療機関を初診で受診した性暴力被害女性への看護ケアを明らかにするという看護の知の創造に寄与することができます。さらに謝礼として 3,000 円相当の粗品を受け取ることができます。

7. 研究に協力することにより生じる身体的・精神的負担とその対応

本研究に協力することにより、私とインタビュー日時や場所を決めるためにかかる時間およびインタビューを受ける時間拘束されるという身体的負担と、性暴力被害というセンシティブな内容を語るという精神的負担がかかる可能性があります。また調査に協力することによって個人や医療機関が特定されないように以下の対応をとります。

身体的負担を軽減するために、責任者の協力を得て決定した看護職と私との連絡方法にて、看護職の身体的負担が最小限となるインタビュー日時と場所を相談して決定します。インタビュー場所は看護職のプライバシーが守られる場所（例えば、女性センターないし男女共同参画センター等の個室、可能な場合は看護職が所属する医療機関の一室、兵庫県立大学看護学部学舎内の個室等）を考えております。インタビューは私 1 人が行い 1 回 60 分程度とします。インタビューは 2 回までとします。1 回目のインタビュー時間が延長する場合は日時と場所を再度相談の上決定します。看護職が語るケースは 1～2 例とします。

精神的負担を軽減するため、インタビュー場所はプライバシーが守られる個室とし、私は傾聴的姿勢で臨み看護職の様子を把握しながらインタビューを進めます。インタビューは、語ることによって精神的負担が生じた場合はすぐに申し出て下さるよう伝えた上で開始させていただきます。看護職に精神的負担が生じた場合は、看護職が落ち着くまで気持ちに寄り添い待たせて頂きます。インタビュー中、看護職からの訴えや研究者が精神的負担が生じたと判断した場合はインタビューを中断し、看護職の精神的状況を判断しながらインタビューの続行ないし中止を決定させていただきます。

そして調査によって個人や医療機関が特定されないために、看護職のデータは ID 番号によって管理します。語りの中に出てくる人物については個人名ではなく、A さん、B さんのように記号化して頂きます。万が一インタビュー中に固有名詞が生じた場合は活字にする際に記号化させていただきます。

8. 研究開始前・研究中・終了後の対応

研究開始前、研究中、終了後いつでも問い合わせに対応させていただきます。

9. 研究結果の公表および還元方法

得られた研究成果は、個人を特定できる情報は明らかにしないようにした上で、博士論文、関連する学会、学術雑誌等で公に発表する予定です。具体的な公表方法は、都道府県をはじめ地域の表記は一切しません。医療機関およびケースに関する質問は、一覧表を作成することや数値や割合を明示することはありません。看護職に関する質問は、結果の「研究協力者の概要」として一覧表を作成し明示する予定です。ただし「年齢」は、看護職を特定しやすい情報でもあり、一覧表には「20 歳台」「30 歳台」等と明記することを考えております。

研究結果の還元方法は、希望がございましたら研究結果を郵送させていただきます。

10. 交通費の支払いについて

交通費の支払いは本学の規定により口座振替払いとさせていただきます。そのため交通費の支払いが必要となる看護職には、本学規定の書類に必要事項（郵便番号、住所、氏名、電話番号、振込先金融機関名（本・支店名）、口座番号、口座名義人）への記入と印鑑（認印可）が必要となります。頂いた情報は本目的以外には使用せず、個人情報の取り扱いには十分注意しますので、ご理解を何卒宜しくお願い申し上げます。

11. 利益相反

研究者に開示すべき利益相反はありません。

12. その他

この研究依頼書は同意書とともに保管してください。

以上

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX :

E-mail :

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部教授）

TEL/FAX :

E-mail :

この研究は、平成 29 年度～平成 31 年度文部科学省科学研究費助成事業基盤（C）「性暴力被害者に対する急性期看護ケアに関する教育プログラムの開発と検証」の助成を受けております。

(研究協力者用)

同 意 書

私は、「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究のインタビューについて文書を用いて十分な説明を受け、本研究の目的、方法、倫理的配慮について理解しました。インタビューを受けても良いと判断しましたので、研究協力することに同意します。

また、同意書は、研究終了日の 2021 年 3 月 31 日まで保管します。

20 年 月 日

研究協力者署名： (署名欄)

説 明 者 署 名： (署名欄)

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX：

E-mail：

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部 教授）

TEL/FAX：

E-mail：

(研究者用)

同 意 書

私は、「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究のインタビューについて文書を用いて十分な説明を受け、本研究の目的、方法、倫理的配慮について理解しました。インタビューを受けても良いと判断しましたので、研究協力することに同意します。

また、同意書は、研究終了日の 2021 年 3 月 31 日まで保管します。

20 年 月 日

研究協力者署名： (署名欄)

説 明 者 署 名： (署名欄)

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX：

E-mail：

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部 教授）

TEL/FAX：

E-mail：

(研究協力者用)

同 意 撤 回 書

私は、「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究のインタビューへの参加に同意し同意書に署名しましたが、その同意を撤回します。

20 年 月 日

研究協力者署名：(署名欄)

本研究に関する同意撤回書を受領したことを証します。

20 年 月 日

研究者：(署名欄)

※いったん研究参加に同意した場合でも、同意を撤回することができます。この「同意撤回書」2部にご記入・ご署名いただき、研究者までお申し出ください。

※研究者が同意撤回書を受領した後、2部に署名し、1部は返送いたしますので保管ください。

※ただし、同意撤回書を受領した時点で、データ分析を開始している場合は、データを破棄できません。

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX：

E-mail：

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部 教授）

TEL/FAX：

E-mail：

質問紙調査
(看護職用)

ID ()

I. 最初にあなたが所属する医療機関についてお尋ねします。

1	性暴力被害女性の診療可能時間	1. 24時間 365日	2. 外来診療 日時のみ	3. その他 ()
2	入院施設の有無	1. 有		2. 無
3	これまで当該ワンストップ支援センターから依頼された性暴力被害女性の人数	() 人		
4	性暴力被害女性を担当する医師は事前に決まっているか	1. 決まっている	2. 決まっていない	
5	性暴力被害女性を担当する看護職は事前に決まっているか	1. 決まっている	2. 決まっていない	
6	看護職が問診するための部屋の有無	1. 有	2. 無	
7	性暴力被害者用問診票の有無	1. 有 →質問8へ	2. 無 →次のページへ	
8	性暴力被害者用問診票の形式（複数回答可）	1. 医療機関が独自に作成したもの		
		2. ワンストップ支援センターで指定されているもの		
		3. その他 ()		

→裏へ

Ⅱ．次にあなた自身についてお尋ねします。

1	性別	1. 女性		2. 男性	
2	年齢	() 歳			
3	持っている資格	1. 助産師	2. 看護師	3. 准看護師	4. 保健師
4	現職場での職種（資格を複数もっておられる方は1つお答え下さい）	1. 助産師	2. 看護師	3. 准看護師	
5	看護職としての臨床経験年数	() 年			
6	産婦人科看護職としての臨床経験年数	() 年			
7	現在所属する医療機関における臨床経験年数	() 年			
8	今までに対応したことがある被害後2週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数	() 人			
9	現在所属する医療機関において対応したことがある被害後2週間以内に初診で受診した性暴力被害女性の人数	() 人			
10	看護系学校の最終学歴	1. 専門学校	2. 短大		3. 大学
		4. 修士課程		5. 博士課程	
11	性暴力被害者への看護に関する自己学習の有無	1. 有		2. 無	
12	性暴力被害者への看護に関する研修参加の有無	1. 有 →質問13へ		2. 無 →インタビューへ	
13	受けた研修の名称（複数回答可）	1. SANE養成講座			
		2. ワンストップ支援センターが実施する研修			
		3. その他 ()			

インタビューガイド

I. 導入

①挨拶および自己紹介

本日はお忙しい中お時間を頂き有難うございます。私は兵庫県立大学博士後期課程に在籍している福本環と申します。本日は「被害直後の性暴力被害女性に必要なとされる医療機関における看護ケア」に関するインタビューを行わせて頂きます。

②インタビューの目的および内容の説明

事前に口頭、メール等にて説明させて頂きましたが、研究協力依頼書（資料 3）に沿ってインタビューの目的および内容について再度説明させて頂きます。

本研究の目的ですが、性暴力被害に遭遇した女性が早期にワンストップ支援センターとつながりやすい体制づくりが進められてはいるものの、ワンストップ支援センターと連携する医療機関において看護職が提供しているケア内容はほとんど明らかにされていません。そこで本研究は、看護職の皆様にインタビューを実施することによって、看護職が提供しているケア内容を明らかにしたいと考えております。

〇〇さんが研究協力に選ばれた理由は、ワンストップ支援センターの相談センターの責任者の紹介を受けた看護職であり、ワンストップ支援センターと連携する医療機関において、インタビュー調査依頼時から過去 1 年以内に性暴力被害女性の対応経験が 1 例以上ある看護職であることです。

インタビューは私一人で行います。インタビューは 1 回 60 分程度を予定しております。ただし初回は、インタビューの説明、同意書への署名、質問紙への記入等に 15 分程度かかることが予測されるため 75 分を予定しております。1 回目のインタビューで十分な語りが得られず時間が延長する場合は、了承を得てそのまま延長するか、面接日時と場所の調整を再度させて頂きます。インタビューの回数は 2 回までとします。インタビューはこのインタビューガイド（資料 4-2）に添って伺います。インタビュー開始前に、〇〇さんの勤務する医療機関および〇〇さん自身について質問紙調査（資料 4-1）をさせて頂きます。その後インタビューを行います。インタビュー内容の録音については、同意を得られた場合のみ録音させて頂きたいと考えております。同意が得られない場合は、メモに書き取ることの同意を得させて頂ければ幸いです。インタビューを録音させて頂いてもよろしいでしょうか。

③研究協力への同意の有無の確認

研究協力への同意は任意です。決して強制致しません。自由な気持ちでご判断ください。研究協力に同意しなくても何ら不利益を被ることはありません。一旦同意した場合でも、いつでも文書（資料 3-4）ないし口頭により同意を撤回することができます。その場合でも不利益を被ることは一切ありません。ただし、同意撤回書を受領した時点で、データ分析を開

始している場合は、データを破棄できません。

なお、看護職が最終的にインタビュー調査に承諾されたかどうかは相談センター責任者にはお知らせしません。これは研究参加への強制力が働かないための配慮になります。

本研究に関する説明は以上です。質問はございますか。研究協力への同意の意思に変わりはありますか。ないようでしたら同意書（資料 3-2.3）への署名をお願いします。同意書は研究終了日の 2021 年 3 月 31 日まで保管して下さいをお願いします。

II. 展開

①質問紙調査への記入

インタビューに移ります。まず質問紙調査（資料 4-1）への記入をお願いします。

②語る内容の説明

・〇〇さんに語って頂く内容は、被害後 2 週間以内に当該医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対し〇〇さんが行ったことです。時系列に沿ってお話してください。時系列に沿って話すとは、例えば性暴力被害女性を病院への受け入れることになった時、問診、診察の介助、診察後の説明／次回受診の予約といった一連の流れを意識し、その流れに沿って話すということです。もし順番が前後したり、言い忘れたことがあったことに気がついた場合はそのつどおっしゃって下さい。こちらで対応するので大丈夫です。

・インタビューを開始する前にケースの基礎データ（資料 4-3）について確認します。可能な範囲でお答えください。

・お話しの中に人物が出てくる場合は、プライバシー保護のため、個人名ではなく A さん、B さんのように記号を用いて下さい。

・性暴力被害女性の人権を擁護するため、語る際は性暴力被害女性の個人情報が最小限となるよう配慮してください。

・それではインタビューを始めます。性暴力被害女性が当該医療機関を受診することになった経緯（具体的には、①被害女性が警察と一緒に来院、②前もって病院に電話をしてからの来院、③外来受診で被害が発覚、④女性センター等からの依頼）からお話してください（＊録音の許可を得ている時は録音を開始する）。

③適宜用いる質問

- ・なぜそのケアを行ったのですか。
- ・どのようなことに気がつけましたか。
- ・どのようなことが難しかったですか。
- ・どのようなことに困りましたか。
- ・多種職とどのような関わりがありましたか。
- ・行ったことで看護職独自のものだと考える内容をお聞かせ下さい。
- ・対応する際に大事にしたことはありますか。

④ケア提供が少なかった看護職への質問

- ・ケア提供が少なかった／できなかった理由は何でしょうか。
- ・ケア提供するためにはどうすればよかったと考えますか。
- ・ケア提供するためには何が必要だと考えますか。

Ⅲ. 終了

以上インタビューを終了します。本日はお忙しい中研究に協力して下さい誠にありがとうございました。研究の公表や同意の撤回などについてご不明な点がございましたら、研究協力依頼書（資料 3-1）に私と指導教員の連絡先を記入しておりますので、どちらかに御連絡ください（＊録音している場合は録音を終了する）。

以上

ケース基礎データ

(研究者用)

ID ()

1 ケース目						
1	年代		1. 10歳未満	2. 10歳台	3. 20歳台	4. 30歳台
			5. 40歳台	6. 50歳台	7. 60歳台	8. 70歳以上
		→具体的にわかる場合 () 歳				
2	属性		1. 学生	2. 社会人	3. 無職	
3	性暴力の 態様	①膣への強制的な陰茎の挿入	1. 有		2. 無	
		②口腔への強制的な陰茎の挿入	1. 有		2. 無	
		③肛門への強制的な陰茎の挿入	1. 有		2. 無	
		④外傷の有無	1. 有→⑤へ		2. 無	
		⑤外傷の部位	()			
4	加害者との関係	1. 顔見知り →具体的にわかる場合 ()				2. 知らない人
5	被害から医療機関受診までの 時間	1. 24時間 以内	2. 24～72 時間以内	3. 72～120 時間以内	4. 120時間 以上	
		→具体的にわかる場合 () 時間				
6	同伴者の有無	1. 有 →具体的にわかる場合 ()				2. 無

2 ケース目						
1	年代		1. 10歳未満	2. 10歳台	3. 20歳台	4. 30歳台
			5. 40歳台	6. 50歳台	7. 60歳台	8. 70歳以上
		→具体的にわかる場合（ ）歳				
2	属性		1. 学生	2. 社会人	3. 無職	
3	性暴力の 態様	①膣への強制的な陰茎の挿入	1. 有		2. 無	
		②口腔への強制的な陰茎の挿入	1. 有		2. 無	
		③肛門への強制的な陰茎の挿入	1. 有		2. 無	
		④外傷の有無	1. 有→⑤へ		2. 無	
		⑤外傷の部位	()			
4	加害者との関係	1. 顔見知り →具体的にわかる場合 ()				2. 知らない人
5	被害から医療機関受診までの時間	1. 24時間以内	2. 24～72時間以内	3. 72～120時間以内	4. 120時間以上	
		→具体的にわかる場合（ ）時間				
6	同伴者の有無	1. 有 →具体的にわかる場合 ()				2. 無

所属機関長様

研究協力へのお願い（依頼書）

私は、兵庫県立大学看護学部で教員をしながら同大学博士後期課程に在籍している者です。これまで性暴力被害に遭遇した女性への看護ケアに関する研究に取り組んできました。現在「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究に取り組んでおります。性暴力被害に遭遇した女性が早期にワンストップ支援センターとつながりやすい体制づくりが進められてはいるものの、ワンストップ支援センターと連携する医療機関において看護職が提供しているケアはほとんど明らかにされていません。そこで本研究は、看護職にインタビューすることによって、看護職が実際に性暴力被害女性へ提供しているケアを明らかにしたいと考えております。性暴力被害者を被害直後の女性と限定したのは、被害直後に緊急避妊を希望して医療機関を受診する性暴力被害女性がいるという差し迫った現実を重要視してのことです。本研究で得られた結果から、性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケアを示したいと考えております。

本研究に関する調査を貴医療機関に所属する看護職に実施させて頂きたく、研究協力をお願いする次第です。お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、看護職のインタビュー調査への参加についてご理解とご協力を賜れば幸いです。お手数をおかけしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

1. 所属機関長様にお願いしたいこと

（1）同意書 2 枚への署名と投函

看護職のインタビュー調査への参加について同意して下さる場合は、同封の同意書 2 枚（資料 5-2.3）に署名して頂き、同封の研究者宛封筒（切手貼付済）に入れ投函して下さいますようお願い申し上げます。

（2）インタビュー調査のための病院内の個室について

看護職の希望がある場合は、インタビュー調査を実施するための病院内の個室を拝借させて頂きたく存じます。必要時ご相談させて頂きたく存じます。

2. データ収集期間

2018 年 12 月から 2019 年 9 月

3. 貴医療機関に所属する看護職が研究協力者に選ばれた理由

ワンストップ支援センターの相談センター（ワンストップ支援センターを実質的に運営している団体、例えば都道府県から業務を委託されている団体など）の責任者の紹介を受けた看護職であり、ワンストップ支援センターと連携する医療機関において、本調査依頼時から過去 1 年以内に性暴力被害女性の対応経験が 1 例以上ある看護職であることです。

4. 研究協力者となる看護職への質問およびインタビュー内容

質問の回答方法は、「選択肢から選ぶ」または年数や人数などの「数値」を記入する方法です。

（1）看護職が所属する医療機関に関する質問

- ・性暴力被害女性の診療可能時間
- ・入院施設の有無
- ・これまで当該ワンストップ支援センターから依頼された性暴力被害女性の人数等を含めた合計 8 項目

（2）看護職自身に関する質問

- ・年齢
- ・持っている資格
- ・現職場での資格
- ・看護職としての臨床経験年数
- ・これまで対応したことがある被害後 2 週間以内に受診した性暴力被害女性の人数等を含めた合計 13 項目

（3）インタビュー内容

看護職の皆様には、「この 1 年以内に被害から 2 週間以内に当該医療機関を初診で受診した性暴力被害女性に対して行ったことについて、行ったことを具体的に想起しやすい 1～2 ケース」についてお話して頂きます。1 ケースでも構いません。

(4) 看護職が語るケースの基礎データ

ケースについて質問する理由は、ケースの特性により看護職が提供するケア内容は異なり得ると予測できるからです。看護職の皆様には可能な範囲で答えて頂ければと考えております。

- ・年代
- ・属性
- ・性暴力の態様
- ・加害者との関係
- ・被害から医療機関受診までの時間
- ・同伴者の有無

の合計 6 項目

4. 研究協力者となる看護職への説明と倫理的配慮

インタビュー調査に御協力して頂く看護職の皆様には、研究への参加・協力への自由意思、拒否権、プライバシーおよび個人情報保護の方法についても説明させて頂き、強制のない状態でインタビュー調査への協力をご検討して頂けるよう配慮致します。看護職の皆様への研究協力依頼書（資料 3-1）、同意書（資料 3-2.3）、同意撤回書（資料 3-4）も同封させていただきますのでご参照下さい。

看護職の交通費と謝礼は科研費の規定によりお支払い致します。交通費の支払い方法は本学の規定により口座振替払いとなっております。口座振替払いについては私の方から看護職に説明させて頂きます。謝礼としては 3,000 円相当の粗品をお渡しさせて頂きます。

5. 研究結果の公表および還元方法

得られた研究成果は、個人を特定できる情報は明らかにしないようにした上で、博士論文、関連する学会、学術雑誌等で公に発表する予定です。具体的な公表方法は、都道府県をはじめ地域の表記は一切しません。医療機関およびケースに関する質問は、一覧表を作成することや数値や割合を明示することはありません。看護職に関する質問は、結果の「研究協力者の概要」として一覧表を作成し明示する予定です。ただし「年齢」は、看護職を特定しやすい情報でもあり、一覧表には「20 歳台」「30 歳台」等と明記することを考えております。

研究結果の還元方法は、希望がございましたら研究結果を郵送させて頂きます。

6. 利益相反

研究者に開示すべき利益相反はありません。

7. その他

この研究依頼書は同意書とともに保管してください。

以上

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX :

E-mail :

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部教授）

TEL/FAX :

E-mail :

この研究は、平成 29 年度～平成 31 年度文部科学省科学研究費助成事業基盤（C）「性暴力被害者に対する急性期看護ケアに関する教育プログラムの開発と検証」の助成を受けております。

(所属機関長用)

同 意 書

私は、「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究のインタビューについて文書を用いて十分な説明を受け、本研究の目的、方法、倫理的配慮について理解しました。当医療機関に所属する看護職がインタビューを受けても良いと判断しましたので、研究協力することに同意します。

また、同意書は、研究終了日の 2021 年 3 月 31 日まで保管します。

20 年 月 日

研究協力者署名： (署名欄)

説 明 者 署 名： (署名欄)

*御署名頂いた本同意書に説明者(研究者)が署名し、所属機関長宛てに返送させていただきます。

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX :

E-mail :

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部 教授）

TEL/FAX :

E-mail :

(研究者用)

同 意 書

私は、「被害直後の性暴力被害女性に必要とされる医療機関における看護ケア」という研究のインタビューについて文書を用いて十分な説明を受け、本研究の目的、方法、倫理的配慮について理解しました。当医療機関に所属する看護職がインタビューを受けても良いと判断しましたので、研究協力することに同意します。

また、同意書は、研究終了日の 2021 年 3 月 31 日まで保管します。

20 年 月 日

研究協力者署名： (署名欄)

説 明 者 署 名： (署名欄)

*御署名頂いた本同意書に説明者(研究者)が署名し、保管させていただきます。

兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程

母性看護学専攻 福本環

TEL/FAX：

E-mail：

指導教員：工藤美子（兵庫県立大学看護学部 教授）

TEL/FAX：

E-mail：

兵庫県立大学大学院
看護学研究科
博士後期課程 福本環様

誓 約 書

当社は委託された業務において開示される情報の取り扱いについて、常に慎重を期しております。

情報の当該業務以外への使用、第三者への開示・漏洩等を行わないことはもちろん、いかなるご迷惑も及ぼさないことを誓約致します。

20 年 月 日

企業名

取締役社長名及び担当者名

研究協力者と本学債権者登録書の対応表

研究協力者ID	研究協力者氏名	研究協力者住所（自宅ないし勤務医療機関住所）
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
...		

* 本研究は科研費にて研究協力者への交通費を支払うため、研究協力者の本学債権者登録が必要となる。