

大阪大学大学院
 岩崎直子 (2001) 「男性が受ける性的被害をめぐる諸問題」. 『こころの健康』16(2), 52-61.
 岩崎直子博士論文 (2003) 「性被害の心理と支援に関する研究」. 大阪大学大学院
 岩崎直子 (2004) 「男性の性被害とジェンダー」. 宮地尚子編『トラウマとジェンダー：臨床からの声』. 金剛出版, 64-80.
 小西吉呂, 名嘉幸一, 和氣則江, 他 (2000) 「大学生の性被害に関する調査報告」. 『こころの健康』15(2), 62-71.
 Mendel, M. P. (1995) The male survivor : The impact of sexual abuse. Sage Publications, inc., California.
 宮地尚子 (2006) 「男児への性的虐待: 気づきとケア」. 『小児の精神と神経』46(1), 19-29.
 中井久夫 (2004) 『徴候・記憶・外傷』. みすず書房, p101.
 中嶋一成, 宮城由江 (1999) 『心への侵入—性

的虐待と性暴力の告発から』. 本の時遊社.
 Rind, B., & Bauserman, R. (1993) Biased terminology effects and biased information processing in research on adult-nonadult sexual interactions : An empirical investigation. J. Sex Research, 30, 260-269.
 リチャード・B・ガートナー (2005) 宮地尚子他訳『少年への性的虐待』. 作品社.
 笹川真紀子, 小西聖子, 安藤久美子, 他 (1998) 「日本の成人女性における性的被害調査」. 『犯罪学雑誌』.
 性暴力被害少年対策研究会 (1998) 『少年の性暴力被害の実態とその影響に関する研究報告書』.
 性暴力被害研究会 (1996) 『女性が受ける性的被害と警察に求める援助』.
 内山絢子, 及川里子, 加門博子 (1998) 「高校生・大学生の性被害の経験」. 『科学警察研究所報告防犯少年編』39, 32-43.

表 1-1 「望まない性的行為の実体験の有無」および男女差

項 目	回 答 者 性 別				χ^2
	男性(n=120)		女性(n=221)		
	ある	ない	ある	ない	
①性的な言葉	64 (86.5)	10 (13.5)	130 (83.9)	25 (16.1)	0.26
②下着脱ぐよう強要	10 (13.7)	63 (86.3)	25 (16.1)	130 (83.9)	0.23
③身体をさわられた	18 (24.7)	55 (75.3)	78 (50.3)	77 (49.7)	13.41 ***
④性器をさわられた	10 (13.7)	63 (86.3)	19 (12.3)	136 (87.7)	0.09
⑤自慰の強要	2 (2.7)	71 (97.3)	5 (3.2)	150 (96.8)	0.04
⑥性交の強要(未遂含む)	3 (4.1)	70 (95.9)	11 (7.1)	144 (92.9)	0.77
6項目における何らかの経験	68 (91.9)	6 (8.1)	147 (94.8)	8 (5.2)	0.76
「言葉」以外の何らかの経験	23 (31.5)	50 (68.5)	94 (60.6)	61 (39.4)	16.87 ***

*** P< .001

()内は%

表 1-2 「各性的行為が性被害にあたるかどうか」および男女差

項 目	回 答 者 性 別						χ^2	
	男 性(n=120)			女 性(n=221)				
	あ た る	あ たら ない	ど ち ら で も ない	あ た る	あ たら ない	ど ち ら で も ない		
被害者が女性の場合	<男性→女性>							
	①性的な言葉	58 (50.0)	21 (18.1)	37 (31.9)	99 (46.3)	24 (11.2)	91 (42.5)	5.03
	②下着脱ぐよう強要	112 (95.7)	2 (1.7)	3 (2.6)	211 (98.6)	0 (0.0)	3 (1.4)	4.29
	③身体をさわられた	105 (89.7)	3 (2.6)	9 (7.7)	196 (91.6)	1 (0.5)	17 (7.9)	2.79
	④性器をさわられた	113 (96.6)	3 (2.6)	1 (0.9)	212 (99.1)	1 (0.5)	1 (0.5)	2.99
	⑤自慰の強要	113 (96.6)	3 (2.6)	1 (0.9)	209 (97.7)	0 (0.5)	5 (2.3)	6.41 *
	⑥性交の強要(未遂含む)	114 (97.4)	2 (1.7)	1 (0.9)	213 (99.5)	0 (0.0)	1 (0.5)	3.88
	<女性→女性>							
	①性的な言葉	32 (27.8)	37 (32.2)	46 (40.0)	37 (17.5)	88 (41.5)	87 (41.0)	5.52
	②下着脱ぐよう強要	92 (80.0)	3 (2.6)	20 (17.4)	191 (89.3)	1 (0.5)	22 (10.3)	6.53 *
	③身体をさわられた	66 (57.4)	19 (16.5)	30 (26.1)	93 (43.9)	46 (21.7)	73 (34.4)	5.46
	④性器をさわられた	107 (92.2)	2 (1.7)	7 (6.0)	211 (98.6)	1 (0.5)	2 (0.9)	8.80 *
⑤自慰の強要	114 (98.3)	1 (0.9)	1 (0.9)	210 (98.1)	0 (0.0)	4 (1.9)	2.35	
⑥性交の強要(未遂含む)	114 (98.3)	1 (0.9)	1 (0.9)	211 (98.6)	1 (0.5)	2 (0.9)	0.20	
被害者が男性の場合	<男性→男性>							
	①性的な言葉	22 (19.3)	59 (51.8)	33 (28.9)	32 (15.6)	93 (45.4)	80 (39.0)	3.32
	②下着脱ぐよう強要	78 (67.8)	15 (13.0)	22 (19.1)	149 (72.3)	8 (3.9)	49 (23.8)	9.58 **
	③身体をさわられた	54 (47.0)	32 (27.8)	29 (25.2)	95 (46.6)	51 (25.0)	58 (28.4)	0.51
	④性器をさわられた	93 (80.2)	12 (10.3)	11 (9.5)	176 (84.5)	7 (3.4)	25 (12.1)	6.75 *
	⑤自慰の強要	110 (94.8)	2 (1.7)	4 (3.4)	194 (93.7)	1 (0.5)	12 (5.8)	2.07
	⑥性交の強要(未遂含む)	114 (98.3)	1 (0.9)	1 (0.9)	202 (97.6)	2 (1.0)	3 (1.4)	0.22
	<女性→男性>							
	①性的な言葉	25 (22.1)	49 (43.4)	39 (34.5)	55 (26.4)	51 (24.5)	102 (49.0)	12.41 **
	②下着脱ぐよう強要	93 (80.9)	10 (8.7)	12 (10.4)	178 (85.2)	3 (1.4)	28 (13.4)	10.44 **
	③身体をさわられた	65 (57.5)	23 (20.4)	25 (22.1)	120 (57.7)	28 (13.5)	60 (28.8)	3.44
	④性器をさわられた	102 (90.3)	6 (5.3)	5 (4.4)	197 (93.8)	1 (0.5)	12 (5.7)	8.25 *
⑤自慰の強要	108 (95.6)	2 (1.8)	3 (2.7)	202 (96.2)	0 (0.0)	8 (3.8)	4.01	
⑥性交の強要(未遂含む)	103 (91.2)	6 (5.3)	4 (3.5)	204 (97.6)	1 (0.5)	4 (1.9)	8.98 *	

* P< .05 ** P< .01 ()内は%

表 1-3 被害率／経験率の比較

項目 (1999)	回答者性別		項目 (2002)	回答者性別	
	男性 (n=100)	女性 (n=177)		男性 (n=120)	女性 (n=221)
言葉で性的な嫌がらせを受けた	7.0	24.9	性的な言葉を言われる／性的な話をされる	86.5	83.9
無理やり一身体をさわられた	9.0	54.8	無理やり一身体をさわられる	24.7	50.3
無理やり性器をさわられた	7.0	10.7	無理やり性器をさわられる	13.7	12.3
自慰の強要をされた	0.0	2.3	自慰を試みさせるよう強要される	2.7	3.2
したくないのに性交されそうになった	0.0	7.9	したくないのに性交される／させられる(未遂含む)	4.1	7.1
したくないのに性交された	0.0	3.4			

(数値はすべて%)

児童虐待等の子どもの被害, 及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
(主任研究者 奥山真紀子)

分担研究報告書

分担研究者 杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター

分担研究:性的虐待のケアと介入に関する研究
男児／男性の受ける性被害についての『レイプ神話』に関する
大学生意識調査

大阪府女性相談センター 岩崎直子
一橋大学大学院社会学研究科 宮地尚子

<論文要旨>

社会に流布する性被害／被害者に対する誤った偏見に、いわゆる「レイプ神話」がある。一般的にはあまり知られていないが、男児／男性の被害者に関する「レイプ神話」も存在しており、それに対する認識について調査を行った。その結果、多くの人々が「レイプ神話」に対して否定的な見解をもっていたものの、過半数の回答者が「暴力が伴わなければ男性は抵抗できるはず」と考えていること、また女性に比べ男性回答者の方がより「レイプ神話」に肯定的である傾向がみられた。このような誤った認識が被害者に与える影響を考察し、今後の被害者支援に役立つような心理教育／性教育を早期から行うよう提案した。

I. 問題の所在

rape myth は社会一般において「レイプ神話」という名称で通っているが、これは簡単にいえば、「レイプ(あるいは性被害)に関する誤った認識、予断や偏見」である。最初に定義した Burt (1980)によると、rape myth とは、「レイプやレイプ被害者、レイプ加害者に対する、偏見を抱かせる、ステレオタイプの、あるいは誤った思い込み」である。アメリカにおけるレイプ被害者援助プログラムとしては最も歴史の古いものの1つである、ワシントンDC・レイプ・クライシス・センターのトレーニング・マニュアルでは、rape myth は「レイプに関する誤った社会通念」と説明されている。日本の文献では小西(1996)が、myth は通常「神話」と訳されるが、「根も葉もないことをまことしやかに伝える」という意味にも用いられ、迷信や誤った社会通念、一言で言うなら「俗説」といえるものであると指摘している。このように「レイプ

神話」は、事実としては誤ってはいるものの、広く社会に流布しており、被害者の被害性を否定し、時には加害者の行為を正当化する機能さえ持つ。ところで、Burt(1980)や小西(1996)が紹介している「レイプ神話」は、女性被害者を想定したものであるが、実際には男児／男性もさまざまな性被害を受けており、当然男児／男性の性被害／被害者に関する「レイプ神話」(male rape myth)も存在する(Gartner, 1999、NOMSV homepage)。

これらの偏見(myth)は、女性被害者の場合と同様に、当然のことながら男性被害者自身ももっていることが多く、そのため自己についての誤った認識や自責感、低い自己評価へとつながりやすい(Groth & Burgess, 1980、宮地, 2006)。自責感や抑うつ、不安、心的外傷後の症状は、男女の被害者に共通してみられるものである(Frazier, 1993)。また、男性被害者は、男性とし

てのアイデンティティも揺らがされやすいことが指摘されている(Gartner, 1999)。Lew(1988)が述べているように、「男性が被害者でありえない社会」では、被害者もまた男性ではありえないからである。この「レイプ神話」の中で、男性被害者にとって破滅的な影響を与える危険性が特に高いものが、後に「Ⅱ. 調査方法および調査用紙の構成」で挙げる9項目のうちの、『⑤性的虐待を受けた男児はその後、自らも性的虐待を行う男性に成長する』という考え方である。これはアメリカの研究者の間では、別名“吸血鬼症候群(Vampire Syndrome)”とも呼ばれている(NOMSV homepage)。この偏見の恐ろしい点は、本来被害者であり適切なサポートを提供されるべきはずの少年たちが、将来の(潜在的な)加害者であるかのごとく扱われてしまうことにある。虐待の連鎖被害について調査した Kaufman & Zigler(1987)は、被虐待歴のある親から子へ、何らかの形態による虐待の連鎖が起こる率を 30% ± 5% であるとした。一般人口における発生率(5%)の 6 倍にあたるというこの結果が、親の被虐待歴がその後の虐待発生 of 重要な危険因子となることを示すと考えることも可能ではあるが、同時に示唆されたように、虐待を受けた子どもの大部分は虐待をする親にはならないともいえる。確かに、性的虐待に関しても、男性被害者のうちごく少数の者は、後に虐待行為の加害者となるといった報告がある。たとえば、Lisak ら(1996)が無作為抽出の約 600 人の男子大学生を対象に行った調査では、23%の男子大学生が自ら身体的／性的虐待の加害者であることを認めた。しかし同時に Lisak らは、その虐待加害者である男子大学生の 79%が自らも子どもの頃に虐待を受けていたのだが、“子どもの頃に被虐待経験のある”男子大学生について調べたところ、後に子どもに虐待行為を行ったものは 19%だったことを報告し、社会の一般的な意見とは反対に、被虐待歴のある男性のほとんどは決して加害者とはならないと指摘している。一般に初めて加害行為を行うとされる年齢がこのサンプルの平均年齢(17.0 歳;SD=4.0)より上であることから、「若い青年期の男性において」と限定されてはいるが、この結果から、「5人中4人の虐待加害者が自らも子どもの頃の被虐待歴を持っているが、子ども

の頃に虐待を受けたもののうち、後に自ら虐待の加害者となるものは、5人中1人のみであった」との結論が導き出されたことになる(Gartner, 1999: p80)。同様に、Cloitre ら(2001)も、“暴力が暴力を生み出す”といった幼少期の性的虐待の被害経験とその後加害行為を関連づけるような仮説は、全面的に正しいものではないことを報告している。また、Gilgun らの調査では、被害を受けてもその後加害行為をしたことのない男児は、被害に遭ったことを誰かに話しており、しかもその男児にとって大切な人々から信じてもらうことができ、サポートも受けることができていた(Gilgun, 1990, 1991, Conte, 1985)。つまり幼いうちに話を聞いてもらう機会があり、サポートを得ることができたなら、大人になって加害者とならずにすむともいえる(宮地, 2006)。

性的虐待／性暴力被害者への理解や適切な支援の提供を困難にしている原因のひとつは、社会や被害者自身の、性暴力被害やそれから生じる反応についての無理解にある。社会一般の人々の被害者に対する反応は、被害者に対して多大な影響力を持つ。他方、社会やその構成員である人々からの偏見・誤解(myth)は、社会が男性に「こうあるべき」と望むジェンダー役割規範(いわゆる「男らしさ」など)の影響ともあいまって、むしろ女性被害者より男性の被害者に対して、より厳しいものだとする意見もある(Engel, 1991)。また、後に挙げる 9 項目のうちの、『①男性／男児が性被害に遭うはずがない』といった偏見の影響からは、一般の人のみならず、被害者支援に携わる関係者ですら容易には逃れないことが海外の文献では指摘されている。Donnelly & Kenyon(1996)は、アメリカのレイプ・クライシス・センターなど、性被害に関するサービスを提供している機関 30 ケ所のカウンセラーとワーカーにインタビュー調査を行ったが、その結果、実際に男性被害者にサービスを提供していたのは4ヶ所のみで、「理論的にはサービス提供可能だが、実際の相談を受けたことはない」と回答した機関が 10 ケ所あったと報告している。そのワーカーたちの大部分が、男性被害者からの相談を受けた経験がないために、「男性の性被害は現実的には大した問題ではない」と考えていることも明らかとなった。しかし、被害に

遭うはずがないと思っていると、実際に相談があっても、軽く聞き流したり、性的ないたずら電話だとみなしてしまうことがある点も指摘されている(岩崎, 2004)。そこで本稿では、男児／男性が受ける性被害に関して、「レイプ神話」がどのように受けとめられているのかを把握するため、大学生を対象に意識調査を実施した。そして、その結果から今後の被害者支援のための考察を試みた。

II. 調査方法および調査用紙の構成

調査対象者は、近畿および北陸地方の大学生男女で、研究協力者の講義の受講者である。調査時期は、2002年4月から7月までである。個人のプライバシーにふれる内容を含むため、大学の講義中に調査用紙を配布後いったん自宅に持ち帰り、各自記入の上、翌週回収という方法で実施した。調査用紙の構成は、1)本研究の趣旨や注意事項の説明、2)調査参加者の特性(性別・年齢等)を尋ねたフェイスシートおよび、3)望まない性的行為に関する実態および意識調査である(岩崎博論, 2003)。本稿ではそのうちの、〈男児／男性のレイプ神話(male rape myth)に対する認識〉という項目について結果を報告し、検討を行う。まず、「男児／男性のレイプ神話(male rape myth)」9項目を挙げ、それぞれについて、「全くそう思う」、「まあそう思う」、「あまりそう思わない」、「全くそう思わない」の4件法で回答を求めた。9項目の具体的な内容は、以下の通りである。

- ①男性／男児が性被害に遭うはずがない
- ②性的な被害に遭う男性はゲイ(同性愛者)である
- ③女性が性的な加害行為をするはずがない
- ④性的な被害を受けることでその男性／男児はその後ゲイになる
- ⑤性的虐待を受けた男児はその後、自らも性的虐待を行う男性に成長する
- ⑥性的な被害を受ける男性は、男らしさに問題がある
- ⑦もし暴力行為が伴わなければ、男性は性的被害に遭いそうになっても抵抗できるはずである
- ⑧性的被害に遭いそうになっても抵抗しない

男性は、その行為を望んでいる

- ⑨被害を受けた男性／男児に勃起・射精などの性的反応が起こったら、彼もその性的行為に同意していたといえる

III. 結果

回収数は343、回収率は44%であった。ほぼ白紙の2名分を除いた341名分を有効回答者数とした(ただし、各項目ごとに欠損値が存在するため、項目ごとの分析対象者数は異なる)。男性120名:女性221名で、平均年齢は19.6歳(男性19.9歳、女性19.5歳)、標準偏差は1.95であった。

表2-1. が結果の一覧である。表2-2. は、この回答を「あまりそう思わない」、「全くそう思わない」と答えた場合を〈レイプ神話否定群〉、「全くそう思う」、「まあそう思う」と答えた場合を〈レイプ神話肯定群〉として二分し、各項目について男女別に示したものである。〈レイプ神話肯定群〉が過半数を超えたものは、「⑦もし暴力行為が伴わなければ、男性は性被害に遭いそうになっても抵抗できるはずである」の1項目(男性51.7%、女性53.8%)のみであった。また「⑧性的被害に遭いそうになっても抵抗しない男性は、その行為を望んでいる」も肯定群が男性32.5%、女性32.6%と、男女とも3割を超えている。「⑤性的虐待を受けた男児はその後、自らも性的虐待を行う男性に成長する」は、肯定群が男性23.5%、女性29.4%と、2-3割に達していた。

一方、〈レイプ神話否定群〉が男女とも9割を超えるものは、「②性的な被害に遭う男性はゲイ(同性愛者)である」、「④性的な被害を受けることでその男性／男児はその後ゲイになる」、「⑨被害を受けた男性／男児に勃起・射精などの性的反応が起こったら、彼もその性的行為に同意していたといえる」の3項目であった。女性回答者のみ「⑥性的な被害を受ける男性は、男らしさに問題がある」も否定群が9割を超えた。②と④、および男性回答者の⑨に関しては、「全くそう思わない」との完全否定回答のみで過半数を超えた。それ以外の、「①男性／男児が性的な被害に遭うはずがない」は男性77.5%、女性

85.1%、「③女性が性的な加害行為をするはずがない」は男性 80.8%、女性 80.5%、「⑥性的な被害を受ける男性は男らしさに問題がある」は男性回答者で 88.2%と、否定群が8-9割の間であった。

各項目の男女差を確認するため、 χ^2 検定を行なったところ、表 2-2. に示した通り、「④性的な被害を受けることでその男性／男児はその後ゲイになる($\chi^2(1) = 5.44, p < .05$)」および、「⑥性的な被害を受ける男性は、男らしさに問題がある($\chi^2(1) = 4.40, p < .05$)」の2項目で有意差が認められ、この2項目では男性は女性よりも神話を肯定する傾向があることが明らかとなった。「⑨被害を受けた男性／男児に勃起・射精などの性的反応が起こったら、彼もその性的行為に同意していたといえる」では、男女の完全否定回答(「全くそう思わない」)に20%以上の差がみられ(男性 61.7%、女性 39.8%)、男性回答者の完全肯定回答(「全くそう思う」)は0であった。4件法のままで男女差を確認する検定を行ったところ、男性回答者の完全否定回答率の高さは、統計上も有意なものであった($\chi^2(3) = 15.66, p < .01$)。

IV. 考察

男児／男性のレイプ神話(male rape myth)に関しては、おおむね否定的な見解を持つ人が多いことが明らかになった。しかし、「⑦もし暴力行為が伴わなければ、男性は性被害に遭いそうになっても抵抗できるはずである」で肯定群が男女とも過半数を超え、「⑧性的被害に遭いそうになっても抵抗しない男性は、その行為を望んでいる」も3割を超えたことから、「強く、抵抗ができ、自立して、主体性を維持できる」存在としての男性像(=ジェンダー役割規範)が広く共有されていることが伺える。

一方、「⑨被害を受けた男性／男児に勃起・射精などの性的反応が起こったら、彼もその性的行為に同意していたといえる」では、否定群が9割を超え、男性回答者の完全肯定回答(「全くそう思う」)が0で、完全否定回答率の高さは、統計上も有意であった。男性の身体機能については、やはり女性は伝聞情報で得た知識の他には、想

像で答えるよりなく、男性自身の方がより実際に即した回答が可能であると思われる。その意味でこの結果は、「性的反応が起きれば、被害ではない」、「同意していなければ性的反応は起こらない」、それゆえに「女性が加害者であるレイプ被害はありえない」といった、社会に蔓延する思い込みを否定しうる材料を、当事者となる男性たち自身が提示してくれたと考えてよいのではないだろうか。「全くそう思わない」と完全に否定するには、それに見合う何らかの根拠となりうる実際の経験(たとえば、本人の意図しない場面で自分の身体が性的な反応を示した経験など)をおそらくは持っているからではないかと推測できるからである。

また、男性被害者に対してだけ特異的に寄せられる偏見である、「⑤性的虐待を受けた男児はその後、自らも性的虐待を行う男性に成長する」のいわゆる“吸血鬼症候群(Vampire Syndrome)”に関しては、男性回答者の23.5%、女性回答者の29.4%もの人々が肯定回答を示しており、我々の住む世界が男児／男性の被害者には厳しいものであることが伺える結果となった。つまり、彼らは被害を受けた(=一次被害)ことに加えて、世の中の人々からはその性的指向を詮索され、あるいは将来の加害者予備軍であるかのような扱いを受ける(=二次被害)かもしれないのである。先に紹介した、虐待の連鎖被害について調査した Kaufman & Zigler(1987)は、この被害者たちが抱える恐怖について、『過去に虐待を受けた人々は、繰り返し“お前たちも自分の子どもを虐待するようになる”と言われて育ち、そのうちのいくつかは“預言の自己成就”となる道を辿った。この連鎖に打ち勝った多くの者も、まるで自らが生きて動く時限爆弾であるかのような感情を抱えて生きていかざるをえない』(Kaufman & Zigler, 1987 : p191)と述べている。

ところで、male rape myth に関しては国内に先行研究がなく、比較の対象が存在しないのだが、海外の先行研究においては、男性は女性に比べて、男性被害者に対してより見方が厳しく共感性に乏しい一方で、女性は被害者の性別や性的指向に関係なく被害者に対して支持的であるとの報告がなされている(Burczyk, & Standing,

1989; Perrott & Webber, 1996; Smith, Pine, & Hawley, 1988)。本調査で得られた結果もこれらとほぼ傾向を共にする。検定により男女差が確認されたのは、④および⑥であり、肯定群の全体的割合は高くないものの、男性回答者の方がより肯定的である。神話肯定的な男性が被害を受けたとすれば、自分を「男ではないもの」とか「ゲイ(同性愛者)なのではないか/ゲイになるのではないかと考えてしまうことが予想される。この他、有意差はないが、①、②でも同様の傾向が見られる。しかし、⑤、⑦、⑨では有意差はないものの、女性回答者の方が神話を肯定する割合が高い。特に⑨では、前述の通り、男性の方が否定回答率が高く、正しい認識をしているといえる。

以上、調査結果を考察してきた。「レイプ神話」とは、「レイプやレイプ被害者、レイプ加害者に対する、偏見を抱かせる、ステレオタイプの、あるいは誤った思い込み」であり、その働きは Gilmartin - Zena (1987) によれば、「被害者と自分は違うのだと思うことで安全感や安心感を得る」もので、“just - world belief(“公正な世界論”)と同様のものであるといえる。つまり、「レイプ神話」に肯定的な見方を示し、それに従うことは、被害者の(人格的な)欠陥、あるいは不適切な行動が被害の誘因であったとする、被害者を責める見方(victim blaming)や偏見と密接な関連を持つ。さらには、“自分だけは大丈夫(だって何も悪いことはしていないから)”と信じることで、自身を“被害者になりうる”カテゴリーの外に出す働きも担っている。今回の調査の自由記述でもみられたのだが、「自分が被害者となるまで、その可能性について考えることはない」という心理が、男性にはあると指摘されている(King, 1995)。これらの男性で、しかも「レイプ神話を肯定的に捉えている者」自身がある日突然性被害を受けたとすれば、恐怖・不信・怒りといった諸々の感情は、世界に対してのみならず自らに対しても強い自責感・不信感として向けられるだろう。「被害者に対する否定的な見方や非難」が自分に向けられれば、周囲の誰かに相談することも困難であろう。そうして誤った認識や偏見、自己への否定的な見方は修正されないまま、被害者を内側から蝕んでいく可能性が推測される。性被害を

受けた被害者の持つ自責感、被害後の回復を妨げる大きな要因のひとつといわれており、自責感が高いほど、心理的苦痛は大きく、回復にかかる時間は長く、自尊感情(self-esteem)は低くなることが指摘されている(Burt, 1980; Frazier, 1993; Katz & Burt, 1988; Thornton, et al., 1988)。これは今後の被害者支援と、その方向性にとって非常に重要な視点である。人は誰も性被害に遭う可能性を否定できない。実際に被害を受けた被害者のみならず、社会の人々全体の、レイプ神話に伴う誤解を減らしていくことは、被害者対策としても急務であるといえるだろう。ただし、これは本調査の限界であり今後の課題でもあるのだが、本調査はランダムサンプリングで実施されたものではなく大学生を対象としているため、サンプルには偏りがある。また、調査内容が非常にプライバシーに関わるため、その場の全員に配付はするが、記入および回収に関しては決して協力を強いる形にならないよう注意した。その結果、どうしても高い回収率には至らなかった。しかし、このような内容の調査が実施されるのはおそらく今回が国内初のことであり、調査を行った意義は大きいと考える。以上のような限界点を充分認識し、偏りのある集団から得られた結果であり決してすべての被害者に対して一般化できるものではないことを明らかにしたうえで、今回の結果を提示していくことが重要であり、さらなる調査研究へのステップとなるであろう。今後は、性被害に対する人々の意識についても、大学生のみならず一般の人々を対象に基礎的データを得ると共に、レイプ神話に肯定的な見解をもつか否定的な見解をもつかについての関連要因を探ることが必要であろう。加えて、レイプ神話が被害者に及ぼす影響などについて性教育等の中で啓発を行うことが重要である。そのうえで、社会一般の人々のみではなく、被害者支援に関わる各関係分野の専門職を対象とした、より被害者の視点に近い認識を促すような心理教育や性教育が有効であると考えられる。

<文献>

Burt, M. R. (1980) Cultural myths and supports of rape. *J. Personality and Social*

- Psychology, 38, 217-230.
- Burczyk, K., & Standing, L. (1989) Attitudes toward rape victims : effects of victim status, sex of victim and sex of rater. *Social Behavior and Personality*, 17, 1-8.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L. (2001) Consequences of childhood abuse among male psychiatric inpatients : Dual roles as victims and perpetrators. *J. Traumatic Stress*, 14, 47-61.
- Conte, J. R. (1985) The effects of sexual abuse on children. A critique and suggestions for future research. *Victimology*, 10, 110-130.
- Donnelly, D. A., & Kenyon, S. (1996) "Honey, we don't do men." : gender stereotypes and the provision of services to sexually assaulted males. *J. Interpersonal Violence*, 11, 441-448.
- Engel, B. (1991) Partners in recovery : How mates, lovers & other prosurvivors can learn to support & cope with adult survivors of childhood sexual abuse. Lowell House, L A.
- Frazier, P. A. (1993) A comparative study of male and female rape victims seen at a hospital-based rape crisis program. *J. Interpersonal Violence*, 8, 64-76.
- Gartner, R. B. (1999) *Betrayed as Boys : Psychodynamic treatment of sexually abused men*. The Guilford Press., New York. (宮地尚子他訳 (2005) 『少年への性的虐待～男性被害者の心的外傷と精神分析治療～』. 作品社.)
- Gilgun J. (1990) Factors mediating the effects of childhood maltreatment. In Hunter, M. (eds.), *The sexually abused male*, Vol. I , pp177-190. Lexington, MA : Lexington Books.
- Gilgun J. (1991) Resilience and the intergenerational transmission of child sexual abuse. In Patton, M. Q. (eds.), *Family sexual abuse*, pp.E 93-105. Newbury Park, CA : Sage.
- Gilmartin-Zena, P. (1987) Attitudes toward rape : Student characteristics as predictors. *Free inquiry in Creative Sociology*, 15, 175-182.
- Groth, A. N., Burgess, A. W. (1980) Male rape : Offenders and victims. *Am. J. Psychiatry*, 137, 806-810.
- 岩崎直子博士論文 (2003) 「性被害の心理と支援に関する研究」. 大阪大学大学院.
- 岩崎直子 (2004) 「男性の性被害とジェンダー」. 宮地尚子編『トラウマとジェンダー：臨床からの声』. 金剛出版, pp64-80.
- Katz, B. L., & Burt, M. R. (1988) Self-blame in recovery from rape : Help or hindrance?. in Burgess, A. W. (eds.), *Rape and Sexual Assault*, Vol. II , Garland, pp191-212.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987) Do abused children become abusive parents? *Am. J. Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- King, M. (1995) Sexual assaults on men : assessment and management. *Br. J. Hospital Medicine*, 53, 245-246.
- 小西聖子 (1996) *犯罪被害者の心の傷*. 白水社.
- Lew, M. (1988) *Victims no longer*. Harper and Row., New York.
- Lisak, D., Hopper, J., & Song, P. (1996) Factors in the cycle of violence : Genderrigidity and emotional constriction. *J. Traumatic Stress*, 9, 721-743.
- 宮地尚子(2006) 「男児への性的虐待:気づきとケア」. 『小児の精神と神経』46(1), 19-29.
- National Organization on Male sexual Victimization (NOMSV). "Male survivor - Myths about male sexual victimization." <http://www.malesurvivor.org/myths.htm>
- Perrott, S. B., & Webber, N. (1996) Attitudes toward male and female victims of sexual assault : Implications for services to the male victim. *J. Psychology and Human Sexuality*, 8, 19-38.
- Smith, R. E., Pine, C.J., & Hawley, M.E.

(1988) Social cognitions about adult male victims of female sexual assault.

J. Sex Research, 24, 101-112.

Thornton, B., Ryckman, R. M., Kirchner, G., Jacobs, J., Kaczor, L., & Kuehnel, R. H.

(1988) Reaction to self-attributed victim responsibility : A comparative analysis of rape crisis counselors and lay observers.

J. Applied Social Psychology, 18, 409-422.

表 2-1 男児／男性のレイプ神話に対する認識

項 目		回答者性別			
		男性(n=120)		女性(n=221)	
①男性／男児が性被害に遭うはずがない	全くそう思わない	36	(30.0)	87	(39.4)
	あまりそう思わない	57	(47.5)	101	(45.7)
	まあそう思う	24	(20.0)	32	(14.5)
	全くそう思う	3	(2.5)	1	(0.5)
②性的な被害に遭う男性はゲイ(同性愛者)である	全くそう思わない	74	(62.2)	126	(57.0)
	あまりそう思わない	36	(30.3)	80	(36.2)
	まあそう思う	8	(6.7)	13	(5.9)
	全くそう思う	1	(0.8)	2	(0.9)
③女性が性的な加害行為をするはずがない	全くそう思わない	38	(31.7)	72	(32.6)
	あまりそう思わない	59	(49.2)	106	(48.0)
	まあそう思う	22	(18.3)	39	(17.6)
	全くそう思う	1	(0.8)	4	(1.8)
④性的な被害を受けることでその男性／男児はその後ゲイになる	全くそう思わない	64	(53.8)	125	(56.8)
	あまりそう思わない	47	(39.5)	91	(41.4)
	まあそう思う	7	(5.9)	3	(1.4)
	全くそう思う	1	(0.8)	1	(0.5)
⑤性的虐待を受けた男児はその後、自らも性的虐待を行う男性に成長する	全くそう思わない	28	(23.5)	33	(14.9)
	あまりそう思わない	63	(52.9)	123	(55.7)
	まあそう思う	21	(17.6)	59	(26.7)
	全くそう思う	7	(5.9)	6	(2.7)
⑥性的な被害を受ける男性は、男らしさに問題がある	全くそう思わない	58	(48.7)	108	(48.9)
	あまりそう思わない	47	(39.5)	101	(45.7)
	まあそう思う	14	(11.8)	11	(5.0)
	全くそう思う	0	(0.0)	1	(0.5)
⑦もし暴力行為が伴わなければ、男性は性的被害に遭いそうになっても抵抗できるはずである	全くそう思わない	13	(10.8)	27	(12.2)
	あまりそう思わない	45	(37.5)	75	(33.9)
	まあそう思う	53	(44.2)	100	(45.2)
	全くそう思う	9	(7.5)	19	(8.6)
⑧性的被害に遭いそうになっても抵抗しない男性は、その行為を望んでいる	全くそう思わない	29	(24.2)	47	(21.3)
	あまりそう思わない	52	(43.3)	102	(46.2)
	まあそう思う	31	(25.8)	62	(28.1)
	全くそう思う	8	(6.7)	10	(4.5)
⑨被害を受けた男性／男児に勃起・射精などの性的反応が起ったら、彼もその性的行為に同意していたといえる	全くそう思わない	74	(61.7)	88	(39.8)
	あまりそう思わない	42	(35.0)	115	(52.0)
	まあそう思う	4	(3.3)	17	(7.7)
	全くそう思う	0	(0.0)	1	(0.5)

()内は%

表 2-2 「男児／男性のレイプ神話に対する認識」および男女差

項 目	回 答 者 性 別				χ^2
	男性(n=120)		女性(n=221)		
	レイプ神話否定群	レイプ神話肯定群	レイプ神話否定群	レイプ神話肯定群	
①男性／男児が性被害に遭うはずがない	93 (77.5)	27 (22.5)	188 (85.1)	33 (14.9)	3.07
②性的な被害に遭う男性はゲイ(同性愛者)である	110 (92.4)	9 (7.6)	206 (93.2)	15 (6.8)	0.07
③女性が性的な加害行為をするはずがない	97 (80.8)	23 (19.2)	178 (80.5)	43 (19.5)	0.004
④性的な被害を受けることでその男性／男児はその後ゲイになる	111 (93.3)	8 (6.7)	216 (98.2)	4 (1.8)	5.44 *
⑤性的虐待を受けた男児はその後、自らも性的虐待を行う男性に成長する	91 (76.5)	28 (23.5)	156 (70.6)	65 (29.4)	1.35
⑥性的な被害を受ける男性は、男らしさに問題がある	105 (88.2)	14 (11.8)	209 (94.6)	12 (5.4)	4.40 *
⑦もし暴力行為が伴わなければ、男性は性的被害に遭いそうになっても抵抗できるはずである	58 (48.3)	62 (51.7)	102 (46.2)	119 (53.8)	0.15
⑧性的被害に遭いそうになっても抵抗しない男性は、その行為を望んでいる	81 (67.5)	39 (32.5)	149 (67.4)	72 (32.6)	0.001
⑨被害を受けた男性／男児に勃起・射精などの性的反応が起こったら、彼もその性的行為に同意していたといえる	116 (96.7)	4 (3.3)	203 (91.9)	18 (8.1)	2.98

* P<.05

()内は%

児童虐待等の子どもの被害, 及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
(主任研究者 奥山真紀子)

分担研究報告書

分担研究者 杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター

分担研究: 性的虐待のケアと介入に関する研究

その3 性的虐待の早期発見と初期対応:

ープライマリーで子どもに接する医師を対象にー

白川美也子 (浜松市保健福祉施設設置準備室)
山崎知克 (三方原病院)

【研究要旨】子ども虐待の中でも性的虐待は、発見も対応も困難なことがいわれてきた。しかし、本邦においても、性的虐待がかなりの確率で存在し、相談例が徐々に増えているとはいえ、暗数が多いことなどが分かり始めた。早期関与のできなかつた性的虐待事例の予後の重篤さも指摘され早期発見と初期対応の必要性がいられている。本論文は、プライマリーに子どもに接する医師を念頭において、現時点で一般入手可能な初期対応に関する文献やガイドラインを紹介し、主に子どものこころの診療の立場から、臨床で出会う事例を交えつつ、1)性的虐待の認識と危険性評価、2)性的虐待を認識する大前提、3)外に現れにくい性的虐待、4)診察および問診場面の基本、5)聞き取りの面接の基本、6)身体的診察の場面の基本、7)通告と司法手続きに関わるときの配慮、8)通告と司法手続きに関わるときの配慮、9)連携の重要性、という9つの項目にわけて、早期発見と初期対応の実際を記述した。

A. 目的

1) はじめに

児童相談所における性的虐待に関する相談報告数は、少しずつ増えているが平成15年から平成17年までの値でみると常に総数における3%程度の値を占めており虐待種としては多くないようにみえる(1)。しかし広い意味での性的虐待の総数としては、これらは氷山の一角にすぎず、日本においても、痴漢(強制わいせつ行為に相当するが子

どもであれば家庭外性的虐待となる)等も含めれば18歳未満の女性の約半数が何らかの被害にあっており、小学校卒業までの子どもの6.4人に一人が被害にあっているという実態がある(2)。

また性的虐待は秘密が保持される傾向にあり早期発見が困難であること、性的虐待順応症候群という特殊な性格的・心理的特徴を発展させること、性化行動(sexualized behavior:発達の不適切な性的関心、性的行動)のように長期的な行動への

影響がみられるため他の虐待と比して論じる必要がある(3)。

児童虐待防止法の2条2項において、性的虐待は「児童にわいせつな行為をすること、また児童にわいせつな行為をさせること」と定義づけられている。「わいせつな行為」が具体的に何かということ、性的虐待の定義には、さまざまなものがあるが、子どもの健全な育成と保護の立場からは、PTSD(Post Traumatic Stress Disorder: 外傷後ストレス障害)の診断基準 A(PTSD という精神障害を起こしうるトラウマとなるできごと)に「発達的に不適切な性体験」が含まれている(4)ことを鑑み、SCOSAC : Standing Committee on Sexually Abused Children による「同意可能な年齢以下の子どもに対し性的に成熟した大人が子どもに対して通常の社会的責任を無視し、大人の性的満足に至る行為を持つこと、もしくは他者がもつことを許可すること。強制的かどうか、性器および身体の接触を伴ったかどうかは問わない」という総合的な定義が、性的な傷つきが子どもに与える深刻な影響の実情には適切なものと思われる。

性的虐待を受けた子どもは、対人関係に変化が生じ、思春期から成人期にわたって再演再被害(援助交際や性産業への従事など再び搾取されるような性関係に身をさらしたり、パートナーがDV 虐待者であったり)を繰り返し、重篤な精神症状(解離性障害、境界性人格障害、複雑性 PTSD あるいは DESNOS 等)を呈するため後の治療が困難である(5)。虐待行動や加害行動の背景に過去の性的虐待があったことが治療関係のなかで明らかにされることもあり、虐待の世代間伝達の大きな要因となっている可能性がある(6)(16)。

2) 目的

米国小児科学会の一般小児科医に対する性的虐待の評価ガイドラインが 2005 年に再改訂された。そこにおいて小児科医は、子どもや家族と信頼関

係を結んできているため、必要不可欠なサポートや虐待の精神的身体的後遺症から立ち直るための導きを与えることができ、より虐待の評価や子どもの治療に必要な情報を得ることができるが、その一方養育者との緊密な関係があればこそ、家族との葛藤を避けるために更なる専門職に紹介する傾向があるという。また日常臨床でたくさんの性的虐待を受けた子どものケアが必要であるにも関わらず、性的虐待の赤信号や虐待が疑われた場合の評価に関する不適切なトレーニングしかうけていないことが報告されている(7)。虐待対応先進国である米国でもこのような状況である。専門的治療にいたるまでのシステムができていない我が国において、まず子どもや養育者にプライマリーに接する医師が性的虐待の早期発見と初期対応の実際を知っておくことは重要である。

性的虐待の早期発見と対応はある意味で同時に論じられるべきものである。なぜならば早期発見のためには、適切な対応を必要とし、適切な対応のためには、早期発見できるだけ知識や見方が身に付いている必要がある。しかし虐待のなかでも性的虐待という衝撃を与えうる事態に対する、医師側の偏見や否認そのものは、指摘によって自覚するのが困難な性質のものであり、故に単に知識の伝達や、マニュアル的な指導だけでは乗り越えることができないものでもあろう。本項の目的は、プライマリーに子どもに接する医師に対して、現時点で一般入手可能な初期対応に関する文献やガイドラインを紹介し、さらに子どものこころの診療の立場で出会う事例を交えながら、一般医(家庭医、小児科医、精神科医等を想定した)の臨床場面において出会うことが想定される性的虐待症例の早期発見と初期対応に関しての啓蒙に現時点で有効と思われる小文を作成するものである。

B. 方法

現時点で一般入手可能となっている初期対応に関する文献やガイドライの内容を紹介する。さらに、主に子どものこころの診療の立場から、臨床で出会う事例を交えながら、1)性的虐待の認識と危険性評価、2)性的虐待を認識する大前提、3)外に現れにくい性的虐待、4)診察および問診場面の基本、5)聞き取りの面接の基本、6)身体的診察の場面の基本、7)通告と司法手続きに関わるときの配慮、8)通告と司法手続きに関わるときの配慮、9)連携の重要性、の9つの項目にわけて、早期発見と初期対応の実際を具体的にイメージできるように記述する。

C. 本論

1)性的虐待の認識と危険性評価

性的虐待の対応において医師には何が求められるであろうか。ジョーンズは、性的虐待を疑われる子ども(以下場合によって子どもとする)の評価には、①子どもへの性的虐待が発生したか否かの評価、②子どもがもう一度虐待される危険性の評価、③ケースに介入し、子どもを治療する必要があるか否かの評価及び、介入や治療に対する子どもの反応の評価の3つがあると述べる(8)。

性的虐待が疑われる子どもは児童相談所での評価や司法的手続きのなかでの評価を受ける必要がでてくる。そして子どもは話すことによってその内容に変化を生じ、特に警察や医師など、力関係の大きい場合ではその傾向がより強くみられるため、事実確認のための子どもへの面接回数はできるだけ少ないことが望ましい(9)。司法面接という司法的な手続きのための特殊な面接技法については、いくつかのガイドラインと研修システムが米国を中心に作られ、日本でもごく少数の研修終了者が活動を始めているが(10)、たとえ医師が司法面接の技法にたけていたとしても、そこでの評価が公的機関や司法手続きでそのまま認められるという

システムがない限り(現在の日本ではどのような専門職の評価も決定的な証拠にはならない)、再度の聞き取り調査が必要になる。このような事情で、初期対応場面においては、上述①,②までに留めるのがむしろ望ましい。まずは性的虐待があるかどうかを認識することまでが第一義になる。

2)性的虐待を認識する前提

性的虐待についてよく知らない人が、被害事実の開示をうけたときの反応は「ありえない」「信じられない」という否認であることが多く、専門職ですらそれを免れない。まず、性的虐待があるのだ、ということを知ることが、性的虐待を評価するにいたる最初のステップである。また被害者から聞く性的虐待の内容は、経験を積んだ専門職には「よくあること、信憑性が高い」と感じられるものであっても、別の立場の人にとっては「聞いたことがない、荒唐無稽な作話」のようにしか聞こえないということも度々経験される。多くの医師が基本的にはできれば性的虐待に巻き込まれたくないと思っているのも事実であり、理由は、時間的余裕、専門的知識や技術の欠如、通告することで後に記録の開示を求められる、診断書などを書くことで司法手続きに巻き込まれる、様々な関係機関や人(特に被疑者)と敵対関係になることなどである(12)。では、米国のように一般医が紹介することができる子ども虐待を対象とした専門チームやセンターがあるかというシステムとしてはこれから構築される時期にさしかかっている。現時点で、医師がある程度までの評価を求められることは必然なのである。

3)外に現れにくい性的虐待

表1に、奥山(2)、ライカート(12)、ウイントン&マラ(13)、また CSBI という性的虐待を受けた子どもに特徴的な症状のチェックリストの内容(14)を総合して、「性的虐待をうけた子どもが示しうるヒストリー、

身体症状、精神症状及び行動の問題」を非特異的なものと、特異的なものにおいて再構成したものを示す。また紙幅の関係で本稿に所収できない虐待全般に関する症候についての稿や(15)、モナハンによる一般的なトラウマと性的虐待によるあらわれ、そのとき保護者にできることを、年齢別でわけた表(16)も推奨する。

性的虐待における反応として女兒は解離が多く、男児は過覚醒(興奮と過活動)が多いといわれているが、実際に性的虐待をうけた疑いで促され来診する女兒は、診察場面で苦痛や苦悩を表情にあらわすことは少なく、自らの訴えも少ないことも多い印象がある。表情がない子もいれば、むしろ笑顔をみせ明るく屈託ないふるまいをしながらもどこかで表面的にみえる子等、様々である。男児の場合は、性的虐待を受けた疑いでつれてこられるというより、攻撃性の強まりや、まとまりのない多動と共に、性的な言辞が増えたことや、年下の子どもへの加害行動、その他行動面での現れを契機にわかったことが多かった(17)。

また虐待者に対する態度であるが、繰り返された虐待においては特殊な愛着が生じていることがあり、一般に想像されるように回避したり、固まったりばかりでなく、懐いている、媚びる、はしゃぐような反応をみせることもあり、一見通常の愛着関係と区別がつかないことも十分ある。起こりうる身体症状や、診察場面以外での精神症状や行動の変化を知っておく必要があるのは、これらのためである。

4) 診察および問診場面の基本

性的虐待の疑いのあるということで連れてこられた子どもの診察や、診察時に性的虐待を疑った場合は、表1のような内容を確認しながら、性的虐待の存在や危険性の評価を行うことになる。その時、どんな話をあらかじめ聞いていても、聞いたとしても、密室のなかの出来事を確認したわけではない

ので、オープンマインドすなわち、「虐待はあったかもしれない、なかったかもしれない」という態度で接することは(必要なことを記録したり通告したりすることとはまた別に)重要で、最終的に治療者を守り、ひいては子どもや家族を守ることになる。また、分離不安によって子どもが傷つく可能性がなければ、「コンタミネーション」(情報混濁)を避けるため、できれば、子どもと養育者は別々に話を聞くことが望ましい(10)。

医師は子どもと養育者をケアし支えながら、共同作業として診察をするというポジションをとる必要がある。問診がよい共同作業になるためには「子どもにとっていちばん望ましいことを追求する」という共通認識を創りあげることが必要になる。子どもはなぜ、診察をうけているか、それが自分のためであるということを保証されないといいないし、養育者も納得していないといけない。子どもの立場にたてない親は、加害していない養育者であっても、後に問題のある行動をとることがある(8)。

子どもばかりでなく、養育者や家族も深刻なトラウマをうけていることが多いことも知り、配慮を行う。虐待者ではない母親に、トラウマの症状のチェックリストをとったところ多数の症例において、PTSD や部分 PTSD の症状が確認される。虐待者ではない養育者の傷つきは大きく、PTSD のみならず、抑うつが出現したり、家庭的に機能不全になることもある。家庭外性虐待の場合、その衝撃や後続する様々な出来事や子どもへの現れに対する対処をめぐって夫婦の関係性が悪化することもある。家庭内性虐待の場合、虐待者ではない養育者(多くは虐待者の妻)は、さらに特殊な、裏切られたような感覚をもつことはいうまでもない。一方で開示に伴って子どもを責めたり、虐待者との分離に耐え得ず、子どもの側につけなかつたりする虐待者ではない養育者もみられる。その多くは自らが身体的虐待、精神的虐待、ネグレクトを行う当事者であり、

性的虐待の放置そのものがネグレクトであることもある。このようなネグレクトの背景に、養育者自身の過去の性的虐待体験の否認がみられることも臨床的には散見される(18)。このように、家族へのケアは必須であり、虐待者ではない養育者へのケアは子どもの回復を促進することがいわれている(19)。

子どもとの面接についてであるが、英国において、性的虐待ケース(刑事追訴の可能性がある)でプライマリーに子どもに接する専門職のための指針には、①子どもに質問をするよりは、子どもの言葉に耳を傾けるようにする、②子どもが自由に重大な事実を思い出して話すのに口をはさまないようにする、③子どもと交わした会話を記録する、子どもが話した内容はもちろん、どのようなタイミングで話したか、何時、どこで話を聞いたのか、同席していた人などを記録する、④調査面接が始まるまでに、子どもの身に起こったあらゆる出来事を記録する、という原則が示されている(20)。これが、できれば完璧であるが実際はなかなか難しい。

話を聞くときに、ラポールの形成はまず必須であり、そのためにも「否定したり、疑ったりする」「驚いたり、うろたえたりする」「子どもを責める」「些細なこととして済まそうとする」「根掘り葉掘り聞く」ことは禁忌で(11)、医師側のちょっとした非言語的な現れで、子どもは話をひっこめてしまうこともある。開示危機という言葉があるように、性的虐待を話す際には、心的苦痛や恐怖を伴うことを知り、話してくれたことをねぎらう必要もある。

さらに、子どもが進んで開示するようであれば、後述する暗示的でない、誘導をしない、善悪判断を下さない質問をすることで、さらに詳細な情報が得られるだろう。強制や道具の有無、写真やビデオの撮影、性器をみせられる、触らされる体験(見た、触ったという罪悪感をもっていることが多いので注意)、勃起や射精の有無なども重要な情報である(12)。子どもは性器や性的な行動を表現する

語彙をもたず、話すことに困難を覚えている。「お父さんがお手々をふらふらさせて」としきりに訴える子どもにくそのことをもって教えてくれる?>というシンプルな質問を重ねることで、<おとうさんがお手々でちんちんふらふらさせたら、白いものがでた>とやっと話してくれたということがあった。

5)聞き取りの面接の基本

初期対応で性的虐待の存在可能性と危険性の評価がなされたならば、更に詳細な聞き取りを無理に行う必要はなく、適切な紹介をすることの方がより重要である。

しかし、実際の臨床場面では、子どもが自発的に話さない場面でも、子どもの安全のために、判断が求められることも多い。司法面接のように行うのは無理としても、質問形式は、はい・いいえで答える質問(closed questions)より、自由に回答できる質問(open ended questions)で問うのが望ましいし、誘導「〇〇されたことがあったでしょう?」等や、暗に答えを指示をするような質問は、避けるべきである。また「性的虐待があるに違いない」という思いこみや意気込みは全くもって有害であり、子どもに「教えてもらう」態度が必要である(9)。

子どもが回避して、何を訊かれても「わからない」としかいわないときには、明らかになっている事件や事実、子どもも気づいている身体所見や、問題となっている人の名前を口にすることで、注意をひくこともできる(12)。また間接的な話法も役に立つ。行動の変化から性的虐待が疑われた男児の面接場面で、一度は「先生、ちんちんをなめるって知ってる?」と訊いてきたにも関わらず、確認しようとするひたすら「しらん」と否定するため<子どもの体にされたらいやなことをする人がいるんだよ。もしそういうことをされた子どもを知っていたら、その子に『あなたは悪くないんだよ』って言ってあげてね>と伝えたことで、堰を切ったように性的虐待の細部を

開示されたことがある。尚、このように一旦話したことを撤回するのは、むしろ性的虐待をうけた子どもに特徴的であり、大切なのは、ありのままの記述である。

また、子どもが話さない他の理由として、性虐待者が(人に話したら)「殺す」「ほかの子どもにもやる」等の脅しをして、秘密保持をさせていることがある。〈誰かにこのことは言っちゃダメ、と言われたことはある?〉と聞いたところ(これは危険性を判断する質問でもある)、人形を使って人に言ったらこういふふうに殺すという殺し方を見せつけられたということを開示し、〈怖かったね、これからはあなたを全員で守るよ〉と伝えたところ、やっと性的虐待の詳細が語られることもある。

診察の記録、聞き取られた事実の記録をもとに、意見書を作成するように求められた場合、必ず弁護士と相談して、行うことが望ましい。医師の論理および話法と法的な論理および話法は非常に異なるものだからである。

6) 身体的診察の場面の基本

幼かったり、言語的に表現できない子どもの身体診察をするときには、体の各部分ひとつひとつに注意をむけながら、診察をしているときに、それが契機で虐待事実が明らかになったり、新しく詳細な情報が開示される。例えば、体の各部分の機能、症状〈お耳は大丈夫?〉〈お腹は痛くない?〉、他の人の行為、〈誰かが〇〇を触って気持ち悪くされなかった?〉などと質問をすることで、系統的な診察が行われていることを理解して安心させることができる(12)。これは、医師ならではの診察方法といえよう。先にも述べたが、子どもが反応した場合、〈そのことについて、もっと話してくれる?〉と訊くのは、オープンかつ子どもが自分が受け入れられていることを自覚できる有効な質問法である。

こころの診療の領域を越えた、さらに専門的な小

児科的診察、性行為感染症についてのガイドラインや、産婦人科的外性器の診察などは本稿の範囲を超えるため、現時点で唯一の医師向けの教科書『子どもの虐待の臨床』内の、奥山による総説「性的虐待の所見」や佐々木による「性的虐待の診察・検査」を参考にされたい(2)(21)。

ここにおいて重要なのは、身体的所見が正常であったとしても、性的虐待の可能性は否定できず、むしろ直後でない場合は正常であることが十分に予想されること、虐待をされた時間が72時間以内であれば、性交があった場合、緊急避妊ができ、その他の証拠採集をする価値があるということ等である。身体的外傷や性器の損傷等があれば、どうしてそうすることが必要であるかを丁寧に説明し、許可を得て、写真を撮らせてもらうことも重要である。いずれも子どもや養育者に二次被害を与えないように、細心の心遣いを必要とする。

身体診察においても心のケアは可能である。子どもは「自分の体は異常ではないか」「もう結婚できない、赤ちゃんが生まれない」等と思いこんでいることがあるので、医師からの思い遣りにみちた保証と言葉かけは、子どもにより影響を与えるだろう。「処女ではない」と悩む思春期の子どもには、〈手をつかって、人を優しくなでることもできれば、殴ることもできる〉等という比喻をもって、性暴力と親密な間柄での愛情を基盤にした相互的な性行為の違いを理解させた上で、話すとう理解されやすい。

北米では、SANE(Sexual Assault Nurse Examiner)というこのような業務を心理的な配慮をしながら行うことを訓練された看護師(虐待者が男性の場合、女性の方が苦痛は少ないことが多い)が養成されており、日本にも導入されNPO 法人による研修がなされている(22)。

診察終了時には、診察への協力に感謝し、もう一度、〈あなたが悪いのではない〉ことを伝える。そして、再発時の対処について話しあうことも重要

である。子どもや家族に対して「何かあったら喜んで相談にのる」といつでもオープンであることを示す(12)。そうすることでドロップアウトを防ぎ、再虐待や再被害の防止につなげることができる。

7) 通告と司法手続きに関わるときの配慮

米國小児科学会における通告の意志決定のためガイドライン(7)を表2に示した。子どもが明確に話せば他の所見が何もなくとも通告、また話さなかったとしても、行動における症候があり、身体的あるいは診断学的所見があれば、性的虐待の疑いは高く通告に値することがわかる。養育者のみの話で、他の所見がなくても、専門職に紹介となるし、非特異的な身体的症候だけであったとしても、行動における症候が特別なものであれば通告可能であることがわかる。平成16年の児童虐待防止法改正により、通告の対象が「児童虐待を受けた児童」から「児童虐待を受けたと思われる児童」に拡大された。法の趣旨に基づく通告であれば、刑事上、民事上の責任を問われることは基本的には想定されない(23)。しかし、性的虐待に加え、離婚係争やDVが関連するケースと関わるときには、細心の注意が必要である。

たとえば、米国でDV虐待者カウンセラーとして、1000人以上のDV虐待者を扱ったバンクロフトは、DV虐待者と性的虐待者の類似性について触れ、彼らが裁判という手段を用いて、母親に対する更なる精神的虐待を行うことを報告している(24)。ケースの係争の力動のなかで、被疑者である養育者に会っていないことで、立場における中立性が疑われたり、意見書や鑑定書に一般的な見解として「疑わしいが性的虐待があったと断言できない」等と知的誠実性をもって書いたことが(密室で行われたことを目撃した人は誰もいないわけで、断言することは当事者にしかできないわけであるから)、被疑者側の論法のなかで「事実があったと断言で

きない→様子を見る」という方向で、子どもの安全を冒す可能性がある判決に繋がるという事例が複数起きている。「疑わしきは通告」という児童虐待防止法における理念と、「疑わしきは罰せず」という刑事法との理念のあいだのギャップは大きい。

また、危険な虐待者のなかに、医療機関や児童相談所の被害者である(「拉致された」「記憶を植え付けた」「母親に巻き込まれている」等)と訴えるものがある。医師記録の診断書、意見書、鑑定書は、司法の領域では単なる臨床記録を超えた意味合いをもつことがあることを考慮して、慎重な対応をしたい。

バンクロフトによるDVに加えて性的虐待を疑う母親へのアドバイスを医療場面に援用すれば、医師としては①「おかあさんにこのことを話すことを言われたの？」と聞き、子どもが「はい」と答えたという(医療場面では通常にありうる)記録そのものが、裁判所では教唆と捉えられる可能性があること、②医師が加害を疑われている被疑者に会って関係を築くことは医師の証言や記録に信憑性を与えるということ(但し、強度のDVの場合、夫が医師に話したことを知ることで母親である妻への暴力が悪化し、母親と子どもが危険に曝されることもあるので、安全に関する慎重な判断が必要である)、③裁判所に意見書等をだしてもらった場合、明らかに性的虐待の疑いがあると考えたときにも、一方の立場を明らかに代弁していると思われる意見や、強すぎる結論を導くような意見ではなく、臨床所見および慎重に導きだした臨床結果の記述に徹する方がむしろ信用性と影響力が高まる、等の「司法の場における現実対処法」を知る必要がある。一方で、子どもの安全を守るためには、そのような表面的な対応を超えた、常識的かつ臨機応変の判断が必要になることもあろう。

8) 子どもの安全を守る対応と分離の意味

性的虐待の疑いがある場合、まず子どもが安心できる環境を整えることが原則であることは、誰にでも理解されるだろう。その根拠として、性的虐待をうけていた子どもが分離によって、やっとなら症状をだすことができるようになることもあること、二度と加害が行われなくても、子どもが虐待者からうけたトラウマは安全が確立され、記憶が処理されない限り永続することを知る必要がある。虐待事実があった場合、同居は性的虐待が行われなかったとしても子どもの恐怖が持続することにつながり、かつ再発リスクも高まるため、虐待者と子どもを分離し、虐待者ではない保護者が子どもを守るような生活の建て直しをすることが必要になる。このときに虐待者ではない親が子どもを守れない場合のリスクは非常に高く、子どもへの精神的影響は大きい(2)。

また虐待者の否認が著しかったり、子どもが、自分が悪いと思いきこんでいたりする場合、刑事事件として取り扱われることで保護者が間違っただけだということの理解を促進する必要がある場合、「子どもの最前の利益を追求する」という原則のため、警察官や検察官による立件も必要になる。疑わしいにもかかわらず虐待者が否認する場合ほとんどであるが、実際は、性的虐待という事実のみならず、その影響や結果、行為におよんだ原因への直面化が行われなくても、再統合は難しい(25)。

性的虐待は他の虐待種よりも日常性から遠いものであり、虐待者である養育者の心性の特徴として「共感性の欠如」があげられている。虐待者の再虐待予防の観点からいうと、その治療目標は①どのような行為が虐待にあたるか明確に述べる事ができる、②虐待行動につながる行動パターンを認識し、そのような行動を避ける、③ストレスに対する手段や解決策を身につける、④過去に冒した虐待行為に関連したさまざまな問題を解決している、④

他者との共感的な関わりや配慮ができる、⑤心理的にも対人関係にも大きく改善進歩している、ことであるという(26)。しかし、このような目標が達成されることは残念ながら少ない。

いずれにせよ虐待者にとっての分離の意味が、懲罰ではなく、虐待者である養育者が再虐待をしないための保護であり、本来の意味での再統合のためであることは(再統合は必ずしも同居を意味するものではない)再認識が必要である。事実の有無に関する確認が曖昧になったままでの安易な「再統合」は、改善や修復をしっかりと行わない結果につながり、事実を否認し続ける虐待者と虐待者でない養育者の係争関係は悪化し、却って子どもと虐待者でない養育者の傷つきは深まって行く。

通告先の第一は、子どもの在住する地域を管轄の児童相談所であるが、家庭外性虐待の場合、警察との連携も必要になる。医療機関は、現時点では子ども医療センター、子どもの精神科がある病院などが推奨されるが、経験のある地域の開業医などもいるはずである。各地域にある虐待防止に関連するセンターに性的虐待に詳しい人的資源を問い合わせるのもよい手だてである。

9)連携の重要性

適切な初期対応は、適切な紹介につながり、その後子どもや家族を支援するために、児童相談所や警察・司法、民間団体など関連機関の力をあわせて連携をしていくことになる。一症例を中心としてできた関係を生かした実地医家の方々の日頃のネットワーク形成が、次の問題が起きたときに、適切な初期対応ができることにつながる。

虐待の影響は、子どもの心身に影響を及ぼし、適切に癒されなければその影響は成人にいたっても残る。また、虐待は連鎖という形で暴力の再生産につながり、世代を超えてさらに長期の影響をあたえる(27)。この連鎖を断ち切るためには、たくさ

んの人の協力が必要で、プライマリーで子どもとその家族に接する医師の力は非常に大きいことを再度強調したい。

D. 引用文献

(1)厚生労働省ホームページ

(2)奥山眞紀子:性的虐待とその所見、『子ども虐待の臨床－医学的診断と対応－』,211pp-234pp,南山堂,2005

(3)西澤哲:『子どもの虐待－子どもと家族への治療的アプローチ』,誠信書房,1994.

(4)高橋三郎,大野裕,染矢俊幸訳:DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル.医学書院,東京,2002.

(5)白川美也子:複雑性PTSD(DESCNOS).臨床精神医学第31巻,増刊号,2002

(6)白川美也子;被虐待歴をもつ親の育児支援－DESCNOSの理解から－,保健の科学,vol.48,923-929,2006.

(7)Kellogg, N.,and the Committie on Child Abuse and Neglect: The Evaluation of Sexual Abuse in Children, PEDIATRICS, 116(2), 506-512, 2005.

(8)Jones,D.P.H.,:性的虐待が疑われる子どもの評価,社会福祉法人子どもの虐待防止センター監修,坂井聖二監訳,『虐待された子ども』第十二章,明石書店,2003

(9)菱川愛:司法面接、小児科臨床Vol.60,No.4,日本医事出版社、2007

(10)菱川愛,鈴木宏之:性的虐待事例への司法面接,長野県児童相談所研修資料2007. 2. 22

(11)奥山眞紀子:性的虐待疑いへのインタビュー法、子どもの虐待とネグレクト、Vol.7, No.3, 267-276, 日本子どもの虐待防止学会,2005

(12)Reichert, S.K.,:性的虐待を受けた子どもの医学的評価,社会福祉法人子どもの虐待防止センター

監修,坂井聖二監訳,『虐待された子ども』第十三章,明石書店,2003

(13)Winton, M.A., Mara B.A.:児童虐待とネグレクト－学際的アプローチの実際、岩崎浩三監訳、筒井書房,2003

(14)William, N.F.,:Child Sexual Abuse Inventory: Normative, Psychiatric and Sexual Abuse, presented at ISPCAN conference,1998(訳は北山秋雄、藤澤陽子による)

(15)白川美也子,田中究:子どものトラウマ－犯罪・虐待・いじめを中心に－金吉晴編「心的トラウマの理解とケア」,じほう社,2001

(16)モナハン.S.「傷ついた子どもの心の癒し方」講談社ブルーバックス,1995

(17)白川美也子:性虐待を受けた子どもの理解とケア－家庭外性虐待を中心に－そだちの科学2号、日本評論社、2004

(18)稲川美也子 性的被害に対するEMDRの適用こころの臨床アラカルト 18巻 49-55 1999.

(19)Forbes F, Duffy, JC, Mok, J, et al: Early Intervemtion Service for non-abusing parentes of victims of child sexual abuse, British Journal of Psychiatry,183-,66-72,2003

(20)Home Office.Memorandum of Good Practice on Video Recorded Interviews with Child Wittness for Clinical Proceedings.London: Her Majesty's Statinery office,1992

(21)佐々木静子:性的虐待の診察・検査,『子ども虐待の臨床－医学的診断と対応－』,235pp-243pp,南山堂,2005

(22)女性の安全と健康のための支援教育センター:
<http://www.rose.ne.jp/~shienkyo/index.htm>

(23)日本弁護士連合会子どもの権利委員会編:子どもの虐待防止法の実務マニュアル,明石書店,2005.